

新编 常见恶性肿瘤诊治规范

乳腺癌分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

新编常见恶性肿瘤诊治规范

乳腺癌分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新编常见恶性肿瘤诊治规范: 乳腺癌分册/中国抗癌协会编.
- 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1998
ISBN 7-81034-874-4

I. 新… II. 中… III. ①肿瘤-诊疗-规范②乳腺癌-诊疗-规范 IV. R730

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 17545 号

新编常见恶性肿瘤诊治规范

乳腺癌分册

作 者: 中国抗癌协会 编

责任编辑: 谢 阳

封面设计: 孙元明

技术设计: 栾广明

责任校对: 李爱萍

责任印制: 姜文祥

出版发行: 北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京迪鑫印刷厂

开 本: 850 × 1168 毫米 1/32 开

印 张: 2.875

字 数: 75 千字

版 次: 1999 年 1 月第一版 1999 年 1 月北京第一次印刷

印 数: 1—5000 册

定 价: 8.60 元

ISBN 7-81034-874-4/R·872

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

内 容 简 介

本书是根据近年国内外有关乳腺癌诊治方法的新进展，结合我国现实情况，参考 1989 年版《中国常见恶性肿瘤诊治规范》第八分册《乳腺癌》的一些内容，经过必要的删改和补充后写成的。全书共九章，阐述了乳腺癌的临床诊断、影像学诊断、细胞学诊断、病理组织学诊断、雌激素及孕激素受体测定、综合治疗、放射治疗及晚期治疗。本书文词简明扼要，内容着重实用，突出早期发现和综合治疗。为便于读者了解乳腺癌的我国病理组织学分类，书中附各病理类型的组织学照片。本书的出版，对于广大医务人员规范乳腺癌的诊治具有一定的指导意义。

新编常见恶性肿瘤诊治规范

编写委员会

主任委员：徐光炜

副主任委员：张天泽 张友会

委 员：(以姓氏笔画为序)

汤钊猷 李同度 李树玲

吴爱如 闵华庆 沈镇宙

张明和 张毓德 郑 树

乳腺癌分册

主 编：李树玲

编 著：(以姓氏笔画为序)

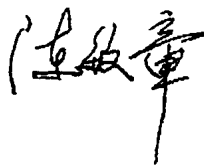
丁秀敏 方志沂 李丽庆 李秀英

李瑞英 张宝麟 庞 雁 傅西林

鲍润贤

序

由我国著名肿瘤专家张天泽、徐光炜两位教授发起、倡导，并组织中国抗癌协会几个专业委员会百余名专家撰写的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》问世已几载，深受广大医务工作者欢迎。实践证明，通过该书及其各种相应肿瘤规范学习班，提高了医务工作者对常见恶性肿瘤的诊治水平，有助于提高早诊率和五年生存率，并可改善生存质量；各医院间，尤其是城乡医院间对诊治恶性肿瘤水准差异在缩小，先进、成熟技术及经验在基层推广、传播；并为我国常见恶性肿瘤诊治规范化打下良好基础。近几年来，新的诊断技术、化疗、放疗方案不断出现，肿瘤专家们鉴此进行了必要的修改、补充、更新而撰编为《新编常见恶性肿瘤诊治规范》，故提笔寄语，以表达对肿瘤领域默默耕耘专家深切的感谢，并衷心期望肿瘤患者都能得到良好的诊治服务。

A handwritten signature in black ink, appearing to read '陈国章' (Chen Guozhang), with a long vertical stroke extending downwards.

说 明

恶性肿瘤的诊治水平在国内不同地区及单位有较大的差异，提高癌症诊治的总体水平，实为控制癌症的重要环节。有鉴于此，不少国内志同道合的专家就各自的专长，曾编写了《中国常见恶性肿瘤诊治规范》。此《规范》已问世9载，在卫生部领导下，各级卫生行政管理部门大力支持，得以推广。其间又在中国科学技术协会帮助下，编制配套的录像带，使之深入基层、边远地区。9年来的实践证明，该丛书出版有助于提高医护工作者对我国常见恶性肿瘤的诊治水平，提高了患者5年生存率，改善患者生存质量。随着时间推移，瘤谱发生变化，医学科学发展，新的诊治技术出现，并日趋成熟，《中国常见恶性肿瘤诊治规范》原作者深感有必要进行修改、补充、更新，增加新的瘤种及内容，又考虑到此版不同于再版，作者经多次研究，广泛征求意见，决定新书更名《新编常见恶性肿瘤诊治规范》字样，愿读者们喜欢。

《新编常见恶性肿瘤诊治规范》丛书设有《食管癌和贲门癌》、《胃癌》、《大肠癌》、《原发性肝癌》、《鼻咽癌》、《原发性支气管肺癌》、《乳腺癌》、《泌尿恶性肿瘤》、《头颈恶性肿瘤》分册；原《宫颈癌》，增设内容改名为《妇科恶性肿瘤》；由于骨、软组织肿瘤发病率增加，为提高肿瘤病人生存质量，又增设《骨肿瘤与软组织肉瘤》、《止痛与姑息治疗》等分册内容。

《新编》编写原则：当今国内外先进、成熟、公认经验；便于推广，实用；对象面向基层。

虽经努力，力求把最新、最成熟经验介绍给读者，但难免存在这样或那样的不足，甚至错误，恳盼专家、同道指正，以便再版时改进。愿“携起手来，共同抗癌”。

中国抗癌协会
一九九八年四月

目 录

第一章 临床诊断	(1)
第一节 病史	(1)
第二节 乳腺检查	(2)
第三节 全身检查	(4)
第二章 影像学诊断	(6)
第一节 乳腺 X 线摄影检查	(6)
第二节 乳腺近红外光透照扫描检查	(10)
第三节 乳腺癌超声扫描检查	(12)
第四节 放射线核素全身骨扫描检查	(16)
第三章 细胞学诊断	(19)
第四章 病理组织学诊断	(23)
第一节 乳腺肿物组织活检	(23)
第二节 手术标本处理	(23)
第三节 乳腺癌的病理组织学分型	(27)
第四节 乳腺癌组织学分级	(31)
第五节 癌组织侵犯及淋巴结转移	(32)
第六节 癌前病变及早期乳腺癌	(32)
第七节 其它类型乳腺癌	(34)
第八节 术前放射及化学药物治疗疗效的组织学评定 ..	(35)
第九节 乳腺叶状囊肉瘤	(36)
第十节 乳腺癌病理报告的项目及格式	(37)
第五章 雌激素及孕激素受体测定	(38)
第一节 葡聚糖包裹活性碳吸附检测法	(38)
第二节 免疫组织化学检测法	(40)
第六章 TNM 分类及分期	(42)

第七章 综合治疗	(45)
第一节 I、II 期乳腺癌的综合治疗	(45)
第二节 III 期乳腺癌的综合治疗	(49)
第八章 放射治疗	(51)
第一节 术后放射治疗	(51)
第二节 复发和转移癌的放射治疗	(53)
第三节 放疗并发症的预防	(54)
第九章 晚期乳腺癌的治疗	(56)
第一节 内分泌治疗	(56)
第二节 化学药物治疗	(57)
第三节 骨转移癌放射线核素内放射治疗	(60)
附录 模式病历及记录表	(62)
乳腺肿瘤病历记录 (1)	(62)
乳腺肿瘤病历记录 (2)	(64)
随访卡 (1)	(66)
随访卡 (2)	(66)

第一章 临床诊断

第一节 病史

临床检查乳腺疾病时，除仔细检查乳腺局部体征外，尚须详询病史，只有密切结合病史，才更有助于作出正确判断。

一、现病史

(一) 何时发现乳腺肿物，有无疼痛，疼痛与月经周期有无关系，生长速度如何，乳头有无溢液或糜烂。

(二) 肿瘤是否发生在妊娠期或哺乳期。

(三) 是否作过活检（日期及方法），病理诊断为何。

(四) 曾否治疗（日期及方法）。

(五) 腋下有无肿物，何时发现。

二、既往史

(一) 乳房发育有无异常，两侧是否等大，乳头是否内陷。

(二) 乳房曾否受过外伤，有无炎症或肿瘤病史。

(三) 曾否患过子宫或甲状腺功能性疾病。

三、月经及婚育史

(一) 初潮年龄，月经情况，闭经年龄。

(二) 婚否，结婚时年龄。

(三) 曾否生育，初次足月产年龄，共产几胎，是否哺乳。

四、癌瘤家族史

着重了解直系家族中有无恶性肿瘤，尤其乳腺癌患者。

[附] 高危险因素，仅举较重要的数项

1. 有乳腺癌家族史，特别是患者之母或姊妹曾患乳腺癌，在绝经前发

病或患双侧乳腺癌者。

2. 月经初潮过早（12 岁以前），闭经过迟（52 岁以后）。

3. 40 岁以上未孕或第一胎足月产在 35 岁以后。

4. 曾患一侧乳腺癌者，其对侧乳腺具危险因素，尤其病理诊断为小叶原位癌或多灶性癌者。

5. 病理证实曾患乳腺囊性增生病，尤其含有活跃的导管上皮不典型增生或乳头状瘤病结构者。

6. 有过多的 X 线胸透或胸片检查史者。

7. 曾患功能性子宫出血或子宫体腺癌者。

8. 肥胖患者，尤其绝经后显著肥胖或伴有糖尿病者。

第二节 乳腺检查

一、视诊

（一）外型 首先检查两侧乳房外形、大小及位置是否对称。当两侧乳房大小不对称时，应明确是发育异常抑或其它原因。局限性隆起一般是肿瘤的局部表现之一，局部皮肤凹陷常是癌瘤皮下浸润牵引皮肤所致。

（二）皮肤 注意有无红肿、静脉曲张、卫星状结节及溃破等。弥漫性红肿一般多属炎症表现，炎性乳腺癌也往往伴有皮肤发红及水肿，乳管扩张症有些在初期阶段也可出现弥漫性红肿。肿瘤表面皮肤静脉曲张常见于生长迅速的肿瘤，如巨大腺纤维瘤或叶状囊肉瘤等。

（三）乳头 要检查两侧乳头位置是否处于同一高度，有无回缩及表皮是否糜烂等，进行性乳头回缩者应查明原因，乳头表皮糜烂及脱屑者应排除乳头派杰病。

二、触诊

（一）体位 患者一般取坐位，必要时亦可结合仰卧位检查。如为肥大而下垂的乳房，坐位检查常难全面，尤其病变范围较小、位置较深时，宜结合卧位检查。

（二）方法

1. 触诊必须轻柔，切忌粗暴重按，尤其疑为乳腺癌时，挤压可能促使癌细胞进入血流而发生血道播散，应予注意。

2. 要用手指平触，切忌抓捏，以免将腺体抓起，造成错误感觉。对下垂大乳房，可一手托起，另一手触诊。

三、肿物诊察

(一) 腺体增厚或肿块 乳腺触诊时，必须区分 3 种情况：①正常乳腺的腺体。它具有一定厚度、软韧，有时触诊也可有些结节感，呈全乳均匀分布，月经前期较为明显，月经过后则缩小或触不清，这些都属乳腺的生理性改变，不可误认为肿瘤；②腺体增厚。乳腺某区厚于其它部位，范围可大可小，一般呈片状，无清楚边界，癌瘤在形成肿块之前，有时可呈现此种表现；③肿块。大多为局限性单结节，虽亦可多结节，但皆有可以测量的边界。

(二) 部位 如发现异常或肿物，首先要明确部位，乳腺分为内上、外上、内下、外下四个象限及中央（乳晕部）共 5 个区，最好绘图表示。肿物位于乳腺边缘区域（如胸骨旁、锁骨下或胸大肌外缘等处）时，必须附加说明。

(三) 外形 片状、球形或不规则结节状等。

(四) 边界 清楚或不清楚。

(五) 大小 不能测量其边界的片状增厚，应记录其所在区及大约范围；可测量的肿物，先测量两个相垂直的最长径，后测其厚度。

(六) 个数 单或多个，如为多个，应明确数目，并分别记录其部位及大小，并绘图说明。

(七) 表面状况 光滑、不光滑或多结节。

(八) 硬度 软、韧、硬或囊性。

(九) 被覆皮肤 表面皮肤移动度良好、粘连或固定。检查肿物和皮肤是否有轻度粘连，可用拇指和食指相对轻凑肿瘤表面皮肤，如出现酒窝状凹陷，则表明已有粘连。

(十) 活动度 良好、差或固定。乳腺癌时，检查肿瘤是否

与胸肌筋膜粘连，可嘱患者双手用力叉腰，使胸大肌收缩，如叉腰后乳腺肿块活动度减少，表明已发生粘连；失去活动性，则为胸大肌筋膜或胸大肌受累之征。在胸肌松弛下肿瘤固定，是胸壁受累的表现。

四、乳头检查

(一) 活动度 检查乳头是否与肿物粘连或固定，可轻轻牵拉乳头，两侧对比。

(二) 溢液 自乳腺周围向乳晕部轻轻挤压，如有溢液，应查明溢液管口的部位、单管性或多管性（记录溢液管口数目）以及溢液的性质（血性、浆液性、棕色液、无色透明或乳汁样等），并行溢液涂片细胞学检查。

五、腋窝淋巴结检查

一般采取坐位检查。检查右侧时，用右手托持患者右臂，使胸大肌处于松弛状态，用左手进行触诊，检查左侧则用右手。触诊时先从胸壁外侧开始，逐步向腋顶部循序进行全面触诊。如触及肿大淋巴结，应明确个数、大小、软硬度、活动度及是否累及周围组织或相互融合等。

六、锁骨上淋巴结检查

该区淋巴结肿大大多出现在腋窝淋巴结已有肿大之时，常见部位是胸锁乳突肌锁骨头外侧缘处。检查时一般采取坐位，沿锁骨上和胸锁乳突肌外缘向左右和上下进行触诊。转移淋巴结常较小，如质地硬实，则有重要参考意义。

第三节 全身检查

乳腺癌好发生血行转移，最常见的转移部位为肺、骨及肝。当临床确诊为癌时，应进行全身性临床及有关的影像学检查，以排除远处转移癌灶的存在。

一、胸部有关的临床检查及X线摄影检查。

二、腹部临床检查及超声扫描检查（重点为肝脏）。

三、全身骨骼的临床检查，必要时行放射性核素骨显像检查。

(方志沂)

第二章 影像学诊断

第一节 乳腺 X 线摄影检查

一、投照位置

应常规投照侧位（或侧斜位）及正位（上、下位）；若发现有可疑病灶，应补照对侧乳腺，以便对照后明确诊断；若已确诊为乳腺癌，亦应加照对侧乳房，以便跟踪观察。

大规模普查时，可考虑只照侧位或侧斜位片。

二、乳腺癌的 X 线征象

（一）直接征象

1. 瘤体形态

（1）团块状影 最常见，约占乳腺癌的 45%。可呈边缘锐利的小球形，见于导管内癌、小叶原位癌；较大的团块多为不规则的球形，边缘呈花边样或分叶状，可锐利清晰，也可模糊不清。

（2）星形影 约占乳腺癌的 35%。一般星体很小，边缘毛刺外伸，形成星芒四射，可长达 3~4cm；有的肿块较大，毛刺较短，呈角锥样或触须状外伸。

（3）云片状影 局部密度增高，边缘模糊，界限不清，形同云片。镜下见边缘部癌细胞量少，大量血管增生和纤维组织浸润。

（4）半球形影 见于混合形癌，可见的半球为单纯癌，未能显示的半球为粉刺癌；或可见半球为单纯癌，另半球为硬癌。

（5）彗星形影 星体常为髓样癌、小叶癌、单纯癌，星尾为向外浸润区，指向乳头。

(6) 弥漫结节影 弥漫分布多个小结节，其间有毛刺相连，见于多灶性癌。

X 线所见的乳腺癌块影明显小于临床触诊大小。

2. 瘤体密度 以正常乳腺腺体为标准，把乳腺癌块影密度分为两度：高于腺体者为密度增高，等于或低于腺体者为密度较低。

乳腺癌团块的密度多数高于腺体，约占乳腺癌的 80% ~ 90%。

乳腺癌块影密度不均也较常见，系因瘤体各种成分，诸如实质、间质和各种癌组织的密度差所造成，癌组织的坏死亦可造成密度不均。

3. 钙化 钙化是乳腺癌常见的征象，见于瘤体中央或边缘部。

恶性钙化的特征是：钙化粒微小，大小不等，从 10 ~ 500 μm ，一般不超过 1000 μm 。在 X 线片上，肉眼能见度约为 150 μm ，故应用放大镜观察或行 X 线放大摄影。形态为圆形、卵圆形、不规则多角形、线状或分叉状，在单位面积内数目较多，较密集，可由几粒到数百粒局限一处，成丛成簇，有时沿导管分布，偶可弥漫分布。

乳腺癌钙化在不同病期常有不同表现。看不到肿块的微小病灶钙化细小，较大坏死灶内的钙化粗大。有时，钙化可能是早期癌的唯一征象。导管内癌钙化，有些是小点状，但更多的是线状。线状钙化的宽度为 100 ~ 200 μm ，和小导管腔一致，长度不定，有直的、弯曲的和分叉如“Y”形的。分叉型发生在小导管的分叉处，多为进入小叶前的末梢导管。有的作者认为，在一丛钙化点中，有 2 ~ 3 个此种线状钙化即可诊断为恶性。小叶内钙化常是小叶原位癌的唯一征象。单纯小叶内钙化为微小点状，不规则的圆形或卵圆形，大小不一致，密集成丛，甚至堆叠在一起，偶而可见到线状钙化，表明钙化已累及与小叶相连的末梢小导管。

(二) 间接征象 是指癌周组织继发性改变所形成的影像，不仅见于癌浸润的后期，也见于早期；有时看不到癌灶直接征象，仅据间接征象也可作出诊断；有时首先发现间接征象，在其引导下才发现原发癌灶。

1. 结缔组织反应 是乳腺癌病理过程的显著特征。反应性炎性水肿在 X 线片上形成恶性晕圈；间质和管周结缔组织的反应过程表现为增生和收缩，形成瘤周毛刺、间质浸润块影、导管相增强及僵直牵引等特征。

2. 皮肤增厚和收缩 早期见皮下脂肪层变模糊，悬吊韧带增厚及密度增高或几条纤维增粗，以后见皮肤增厚，局部收缩，呈酒窝状。癌细胞进入淋巴道，堵塞皮肤的回流淋巴管，造成皮肤毛细淋巴管扩张渗出，皮肤水肿增厚，这种现象常见于乳晕附近；有时整个乳腺皮肤增厚，系大量癌细胞堵塞了乳腺回流淋巴管所致，见于炎性癌和以腋淋巴结转移为主的临床隐性癌，这种水肿和一般炎症性水肿不同，在皮肤内可见到许多与皮肤垂直的、扩张的毛细淋巴管阴影。这是诊断炎性癌和腋淋巴型癌的重要征象，因这两种癌在 X 线片上常看不到癌块。

3. 乳头和乳晕的改变 常见乳晕水肿增厚，乳头回缩变形；有时在乳头与癌之间形成一条带状阴影，即所谓间桥征；乳头严重回缩，陷入乳晕之后，形成漏斗，为晚期癌征象。

4. 恶性晕圈 癌周结缔组织反应活跃、充血、渗出、水肿，形成瘤周透明晕圈，其宽窄不均匀，外部界限清晰或模糊。有时此种晕征系视觉误差所致。良性肿瘤如产生透明晕圈，一般为细窄线状。

5. 血管增多变形 瘤体上缘部血管增多、扩张、迂曲、排列紊乱是乳腺癌征象。仅有乳腺大的静脉阴影增宽无诊断意义，因加压投照常阻滞静脉回流，造成这种现象。

上述征象也可见于良性肿瘤或其它疾病，应予鉴别。但诸征象出现愈多，恶性的可能性愈大。一般认为，同时出现两种以上直接征象，或一种直接征象加两种以上间接征象，或典型的恶性