

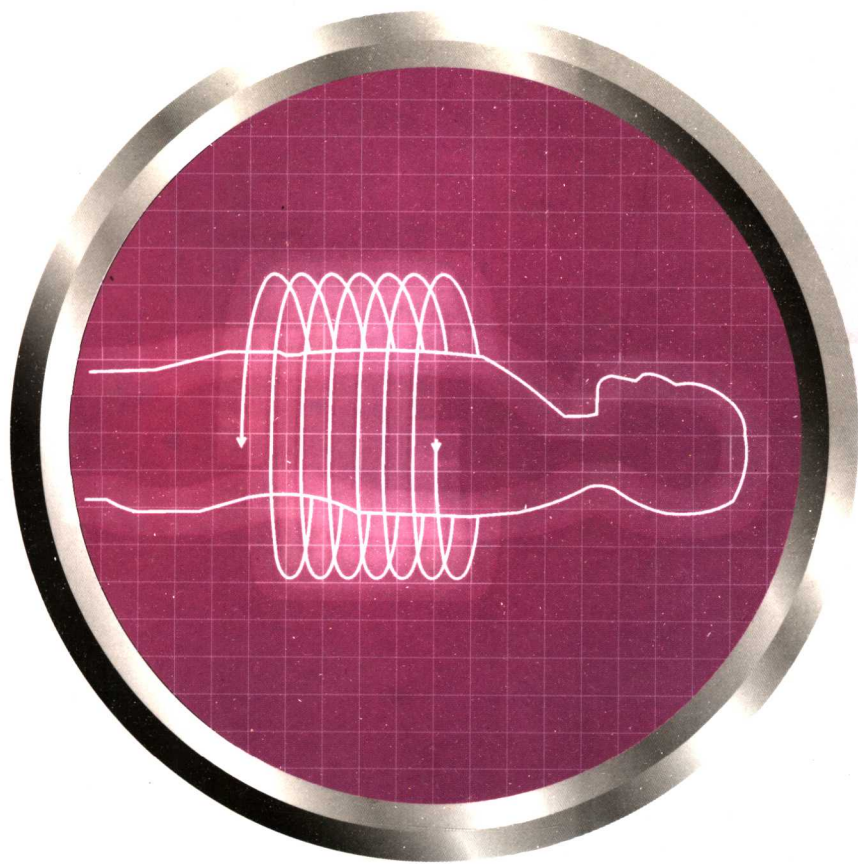
总主编 许达生

肿瘤及肿瘤样病变CT诊断系列

ZHONGLIU JI ZHONGLIUYANG BINGBIAN CT ZHENDUAN XILIE

# 女性盆腔与乳腺肿瘤 临床CT诊断

主编 刘明娟 余深平 许达生



世界图书出版公司

总主编 许达生

肿瘤及肿瘤样病变CT诊断系列

ZHONGLIU JI ZHONGLIUYANG BINGBIAN CT ZHENDUAN XILIE

# 女性盆腔与乳腺 肿瘤临床CT诊断

主 编 刘明娟 余深平 许达生

主编助理 彭振鹏



世界图书出版公司

广州·上海·西安·北京

---

**图书在版编目 (CIP) 数据**

女性盆腔与乳腺肿瘤临床 CT 诊断/刘明娟等主编. —广州: 广东世界图书出版公司, 2004. 1

ISBN 7-5062-6407-2

I. 女… II. 刘… III. ①女性: 乳房肿瘤—计算机 X 线扫描体层摄影—诊断学 ②女性—骨盆—骨疾病: 肿瘤—计算机 X 线扫描体层摄影—诊断学 IV. R816

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 006485 号

---

---

**女性盆腔与乳腺肿瘤临床 CT 诊断**

---

出版发行: 广东世界图书出版公司

(广州市新港西路大江冲 25 号 邮编: 510300)

电 话: 020-84451969 84451013

http: //www.gdst.com.cn

E-mail: pub@gdst.com.cn

经 销: 各地新华书店

印 刷: 广东邮电南方彩色印务有限公司

(广州市天河高新技术工业园建工路 17 号

邮编: 510630)

版 次: 2004 年 5 月第 1 版 2004 年 5 月第 1 次印刷

开 本: 889mm × 1194mm 1/16

字 数: 580 千

ISBN 7-5062-6407-2/R·0070

出版社注册号: 粤 014

定 价: 98.00 元

---

如发现印装质量问题影响阅读, 请与本公司联系退换。

# 前 言

中山大学附属第一医院（原中山医科大学附属第一医院）放射科在 20 多年的医疗、教学和科研工作中积累了丰富的女性盆腔和乳腺的肿瘤和肿瘤样病变 CT 资料，为了进一步与从事 CT 诊断的同道分享这些资料，我们以自己多年来的临床实践经验和病例 CT 图片为依据，在参考国内外文献的基础上，组织并撰写了《女性盆腔与乳腺肿瘤临床 CT 诊断》一书。

本书共分乳腺、子宫、卵巢、阴道、盆腔肿瘤或肿瘤样病变等 5 章。书中在对上述部位各种肿瘤的常见 CT 表现进行了比较详细描述的基础上，还就各种肿瘤的少见 CT 表现、疑难病例和误诊病例作了具体分析。希望借此能帮助初学的同行更全面认识女性盆腔和乳腺肿瘤的 CT 征象，并从中汲取经验教训。

由于本书既描述了上述部位各种肿瘤和肿瘤样病变的常见 CT 表现，又描述了少见的 CT 表现，因此，本书不但适用于从事影像诊断的初级医技人员、实习医生和临床有关各科的医师参考，对于从事影像诊断的高年资医生也将有实际的帮助。考虑到地市级以下医院 CT 室的医技人员希望见到更多 CT 病例图片，本书组织了近 1 400 幅清晰的 CT 图片供大家参考。希望通过更多具体病例 CT 图片的帮助，能更好地解决日常医疗工作中遇到的疑难诊断。

由于本书着重于临床实用性，因此，书中不少内容描述不够全面，甚至存在某些错漏。希望读者给予批评指正。

许达生

# 目 录

第 1 章 乳腺 .....	(1)
第 1 节 检查方法及正常的 CT 表现 .....	(1)
一、CT 检查方法 .....	(1)
二、正常乳腺的 CT 分型 .....	(1)
三、CT 检查的评价 .....	(7)
第 2 节 乳腺癌 .....	(8)
第 3 节 乳腺肉瘤 .....	(41)
一、叶状囊肉瘤 .....	(41)
二、血管肉瘤 .....	(43)
第 4 节 纤维腺瘤 .....	(43)
第 5 节 乳腺囊肿 .....	(52)
一、单纯囊肿 .....	(52)
二、积乳囊肿 .....	(61)
第 6 节 乳腺增生病 .....	(62)
第 7 节 乳腺炎性病变 .....	(74)
一、急性乳腺炎与乳腺脓肿 .....	(74)
二、乳腺结核 .....	(80)
 第 2 章 子宫 .....	 (87)
第 1 节 CT 检查方法 .....	(87)
一、CT 检查前准备 .....	(87)
二、CT 检查方法 .....	(89)
第 2 节 子宫平滑肌瘤 .....	(89)
一、浆膜下肌瘤 .....	(96)
二、壁间肌瘤 .....	(105)
三、粘膜下肌瘤 .....	(110)
四、阔韧带肌瘤 .....	(113)
五、脂肪平滑肌瘤 .....	(114)
六、弥漫性腹腔平滑肌瘤病 .....	(115)
第 3 节 子宫腺肌病 .....	(117)

第4节	子宫颈癌	(120)
第5节	子宫内膜癌	(136)
第6节	子宫肉瘤及转移瘤	(145)
一、	子宫平滑肌肉瘤	(146)
二、	子宫内膜间质肉瘤	(148)
三、	子宫淋巴瘤	(149)
四、	子宫转移瘤	(153)
第7节	子宫发育异常	(156)
<b>第3章</b>	<b>卵巢</b>	<b>(161)</b>
第1节	CT检查方法	(161)
一、	CT检查前准备	(161)
二、	CT检查方法	(161)
第2节	分类	(161)
第3节	卵巢良性肿瘤	(162)
一、	囊腺瘤	(162)
二、	畸胎瘤	(168)
三、	卵泡膜细胞瘤	(178)
四、	纤维瘤	(181)
五、	支持-间质细胞瘤	(182)
第4节	卵巢恶性肿瘤	(183)
一、	囊腺癌	(184)
二、	无性细胞瘤	(217)
三、	内胚窦瘤	(218)
四、	颗粒细胞瘤	(219)
五、	淋巴瘤	(219)
六、	转移性肿瘤	(222)
第5节	卵巢非肿瘤性囊肿或瘤样病变	(229)
一、	功能性卵巢囊肿	(229)
二、	卵巢子宫内膜异位症	(233)
三、	多囊性卵巢	(240)
<b>第4章</b>	<b>阴道</b>	<b>(243)</b>
第1节	CT检查方法	(243)
一、	CT检查前准备	(243)
二、	CT检查方法	(243)
第2节	阴道平滑肌瘤	(243)
第3节	阴道恶性肿瘤	(245)
一、	阴道透明细胞癌	(245)
二、	阴道内胚窦瘤	(246)

三、阴道恶性黑色素瘤 .....	(247)
四、阴道横纹肌肉瘤 .....	(248)
五、阴道转移性肿瘤 .....	(250)
第4节 双阴道畸形 .....	(251)
<b>第5章 子宫和卵巢肿瘤以外的盆部病变 .....</b>	<b>(255)</b>
第1节 女性盆部横断面解剖 .....	(255)
第2节 消化道及系膜病变 .....	(257)
一、消化道癌 .....	(257)
二、消化道平滑肌类肿瘤 .....	(260)
三、消化道淋巴瘤 .....	(264)
四、克罗恩病 .....	(265)
五、肠套叠 .....	(265)
六、阑尾炎 .....	(266)
七、肠系膜肿瘤及肿瘤样病变 .....	(268)
第3节 膀胱与输尿管病变 .....	(275)
一、膀胱癌 .....	(275)
二、输尿管癌 .....	(279)
三、输尿管囊肿 .....	(280)
第4节 后腹膜病变 .....	(281)
一、脂肪肉瘤与脂肪瘤 .....	(281)
二、平滑肌肉瘤与平滑肌瘤 .....	(283)
三、转移瘤 .....	(285)
四、神经源性肿瘤 .....	(286)
五、淋巴瘤 .....	(288)
六、畸胎瘤 .....	(290)
七、淋巴管瘤 .....	(291)
八、神经母细胞瘤 .....	(291)
九、巨大淋巴结增生 .....	(292)
十、异位嗜铬细胞瘤 .....	(293)
十一、后腹膜纤维化 .....	(294)
十二、海绵状血管瘤 .....	(294)
十三、纤维肉瘤 .....	(295)
十四、腹主动脉病变 .....	(295)
第5节 盆壁骨与肌肉组织病变 .....	(296)
一、软骨肉瘤 .....	(297)
二、转移瘤 .....	(297)
三、动脉瘤样骨囊肿(盆壁) .....	(298)
四、脊索瘤 .....	(299)
五、纤维瘤病 .....	(299)

---

六、横纹肌肉瘤 .....	(300)
七、肛管周围囊肿 .....	(301)
八、非脏器起源的畸胎瘤 .....	(301)
九、节细胞性神经瘤 .....	(302)
第6节 盆部腹膜腔病变 .....	(303)
一、盆腔转移瘤 .....	(303)
二、盆腔结核 .....	(308)
三、盆腔脓肿 .....	(311)

---



# 第 1 章 乳 腺

## 第 1 节 检查方法及正常的 CT 表现

### 一、CT 检查方法

1. 体位 患者取仰卧位或俯卧位躺在检查床上。仰卧位扫描与胸部 CT 扫描的体位相同。取俯卧位时，患者俯卧在检查床上，两臂上举屈曲抱头，在病人头颈部与腹部各用垫子垫高，以使双侧乳腺自然下垂。

2. 扫描方法 先平扫，范围包括整个乳腺，从腋窝顶连续扫描到乳腺下缘，取层厚、层距 10mm，如果肿物较小或不明显时，要薄层扫描，层厚、层距用 2~5mm。

(1) 常规增强扫描 用 60% 的泛影葡胺 70~100mL 或优维显 (1.5~2mL/kg)，用高压注射器以 3mL/s 快速团注，从注射造影剂开始计算 60s 进行扫描，测量增强扫描前后同层相对应部位的最高 CT 值。要求病人呼吸平稳，以保持扫描层面的一致性。

(2) 动态增强扫描 平扫发现病灶后，取病灶中心区做一定区域的动态增强扫描。注射造影剂后 30s、60s、180s 进行扫描，完成病变区扫描后 240s 进行全胸 CT 扫描，测量相对应层面和相同区域的最高 CT 值。

### 二、正常乳腺的 CT 分型

1. 正常乳腺的 CT 表现 乳腺由皮肤、皮下脂肪、乳腺实质 (包括腺体、导管、脂肪组织、纤维组织) 组成，个体差异较大，观察时应该结合临床、检查者的年龄，并进行双侧对比来观察。

(1) 皮肤 整个乳腺皮肤的厚度是均匀的，约为 0.5~1.5mm，CT 表现为均匀的线样中等密度影。乳晕为乳头周围皮肤有色素沉着的

部位，厚约 0.6~3.0mm，比乳腺其他部位的皮肤厚。其他部位的皮肤比乳晕厚时视为异常。乳晕在 CT 上表现为乳头周围均匀的线样中等密度影。乳头由乳腺导管及导管周围结缔组织组成，CT 表现为软组织密度，仰卧时可以呈平坦或回缩状态。要确定乳头回缩是否为病理性时，应该两侧对比观察，同时还要结合病人的病史，排除先天性改变 (图 1-1-1)。

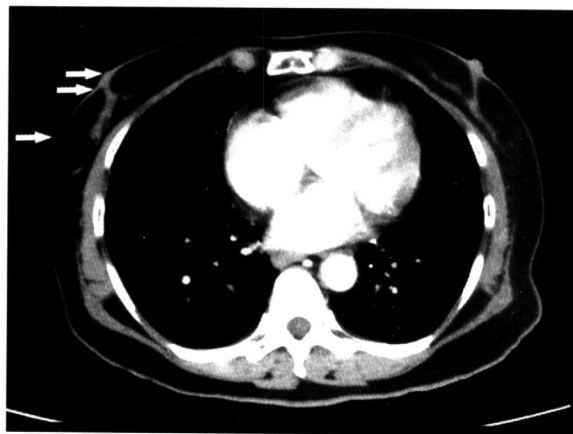


图 1-1-1 正常乳腺 (皮肤、乳头、乳晕 CT 表现 (箭头))

(2) 皮下脂肪 乳腺的皮下脂肪包围整个乳腺结构，其内含有疏松结缔组织。皮下浅筋膜浅层与皮肤之间的脂肪层称皮下脂肪层，乳腺组织与胸壁之间的脂肪层为乳后间隙，腺体间也夹杂有不同比例的脂肪组织。

皮下脂肪层的厚度各人不同，且随年龄变化而变化，其厚度约为 0.5~2.5mm，肥胖患者皮下脂肪层较宽，青春期患者较薄。皮下脂肪层厚度在不同部位分布不一致，在乳头后方不存在皮

下脂肪层。皮下脂肪层内有静脉、悬韧带 (Cooper 韧带)、脂肪组织和纤维间隔。皮下脂肪层 CT 表现为透亮的阴影, CT 值为  $-80 \sim -100\text{HU}$ , 静脉为条状、点状阴影, 增强扫描后显示更清楚, 悬韧带表现为粗细不均匀的中等密度影, 位于腺体与皮肤之间, 呈底部位于腺体, 尖部指向乳头的锯齿状或三角形结构, 纤维间隔表现为交织成网的纤细线样阴影 (图 1-1-2, 3)。

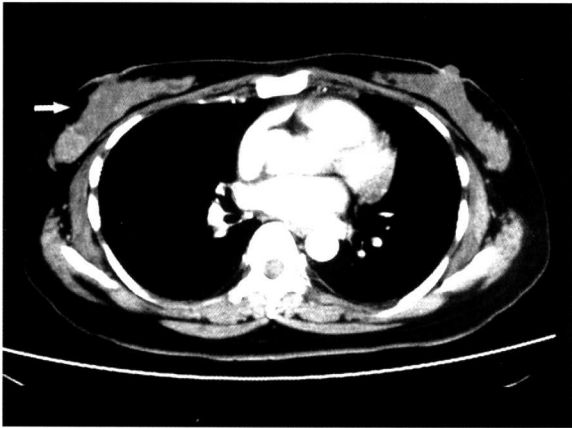


图 1-1-2 正常乳腺 (皮下脂肪 (箭头))



图 1-1-3 正常乳腺 (悬韧带 (箭头))

乳腺致密时, 乳后间隙宽度不超过  $0.5\text{mm}$ 。在恶性肿瘤, 此间隙若闭塞, 说明肿瘤已侵犯胸壁 (图 1-1-4)。

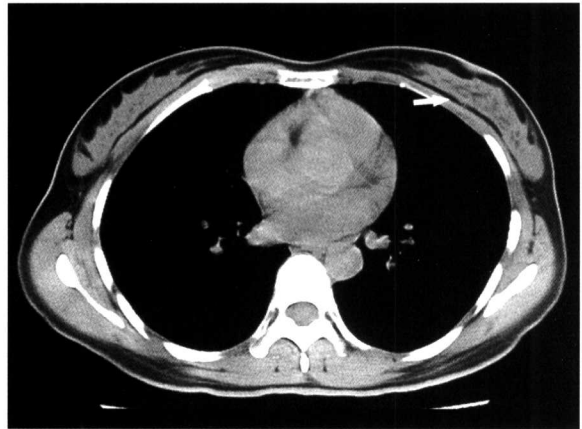


图 1-1-4 正常乳腺 (乳后间隙 (箭头))

(3) 乳腺实质 乳腺实质包括输乳管、乳腺小叶、腺泡、纤维组织和脂肪组织。乳腺内有  $15 \sim 20$  个腺叶, 每个腺叶又分为若干腺小叶, 每一个乳腺小叶含有腺泡  $10 \sim 100$  个, 小导管和相应的腺泡组成腺小叶, 若干小导管集成为小叶间管, 若干小叶间管集成为一根输乳管。输乳管约  $15 \sim 20$  根, 向乳头集中后, 开口于乳头表面。乳腺导管借悬韧带连接着皮肤及深面的筋膜。乳腺实质 CT 表现为皮下脂肪层与乳后间隙之间的软组织密度影, 边缘不清, 其内或多或少含有脂肪岛, 输乳管为乳头后方扇形结构, 放射状向乳腺深部走行。增强扫描后乳腺实质强化不明显, 强化后 CT 值增加不超过  $20\text{HU}$  (图 1-1-5~8)。

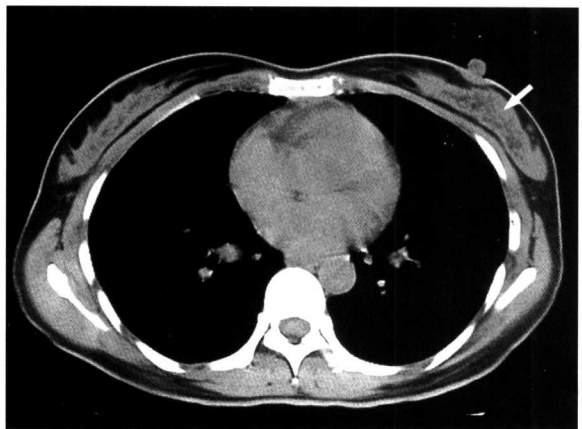


图 1-1-5 正常乳腺实质平扫 (箭头)

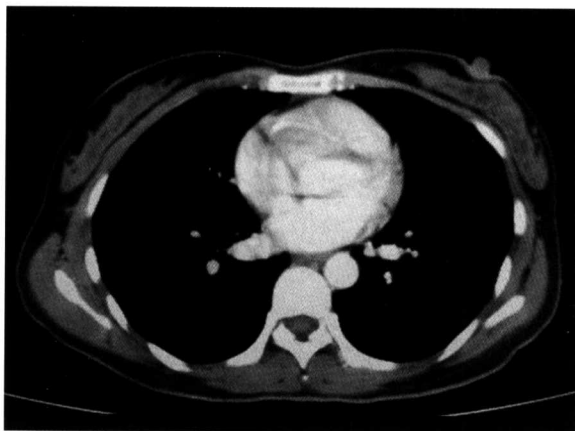


图 1-1-6 增强扫描 30s 照片 (同图 1-1-5 病例)

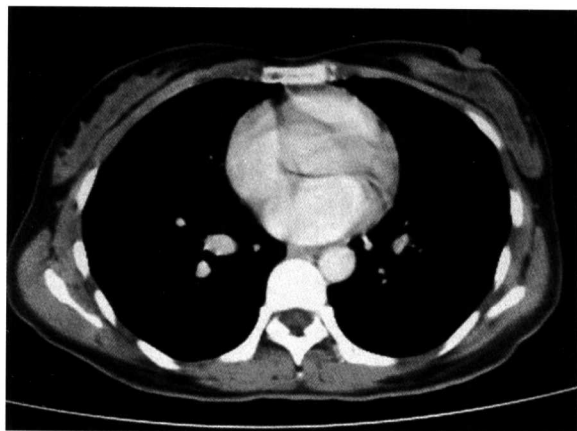


图 1-1-7 增强扫描 60s 照片 (同图 1-1-5 病例)

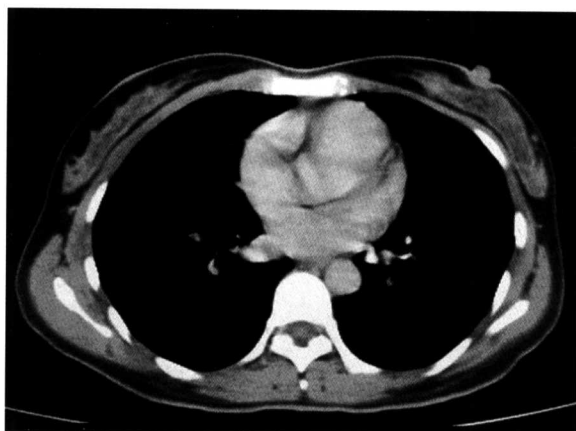


图 1-1-8 增强扫描 180s 照片 (同图 1-1-5 病例)

**2. 乳腺的 CT 分型** 由于乳腺腺体、脂肪及纤维组织的比例一方面存在较明显的个体差异, 另一方面还常随着人体不同的生理期的内分泌

变化而发生变化, 在青少年、壮年妇女, 腺实质、结缔组织非常明显, 乳腺致密; 随着年龄增长、妊娠后, 脂肪逐渐增多。生育年龄后, 受内分泌影响的腺体组织逐渐衰退而被脂肪组织替代, 绝经后, 大部分妇女乳腺中腺体被脂肪组织替代。因此, 目前对正常乳腺还没有统一的分型标准, 根据徐开桢乳腺分型法, 将乳腺分为以下 6 型。

(1) 致密型 乳腺内大部分为腺体或结缔组织, 而脂肪组织成分很少。钼靶 X 射线及 CT 表现为乳腺均匀致密, 其内脂肪成分很少, 皮下脂肪层很薄, 但清楚, 乳后间隙清楚可见, 脂肪层的厚度有个体差异。此型青春期多见 (图 1-1-9~11)。

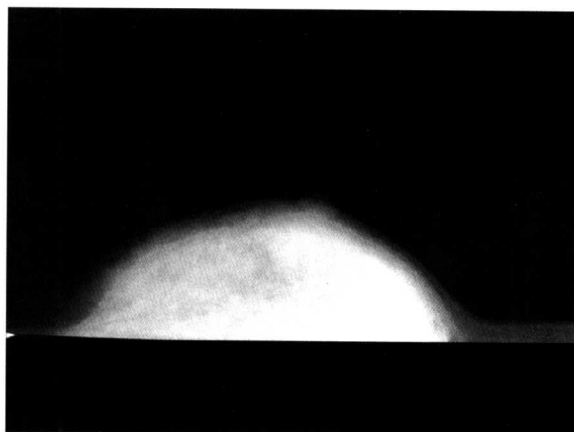


图 1-1-9 致密型乳腺 X 射线斜位片

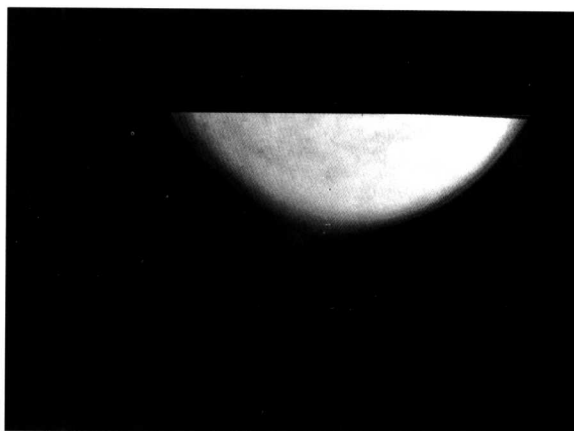


图 1-1-10 致密型乳腺 X 射线轴位片 (同图 1-1-9 病例)

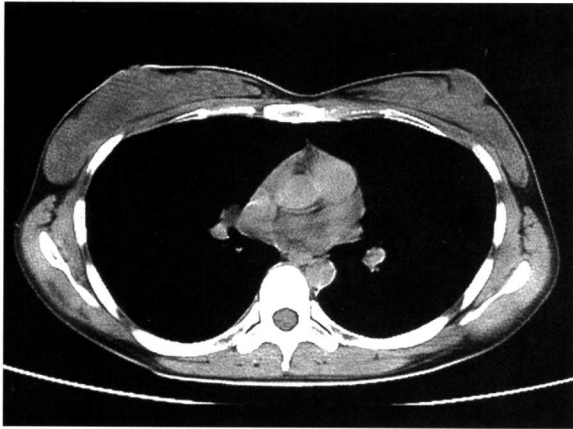


图 1-1-11 致密型乳腺 CT 平扫 (同图 1-1-9 病例)



图 1-1-13 团块型乳腺 X 射线轴位片

(2) 团块型 腺体与脂肪夹杂分布, 呈大小不一的团块阴影, 生育期最多。钼靶 X 射线及 CT 表现为团块状, 腺体间含有大小不等的脂肪组织密度灶; 少数可以形成蜂窝状阴影 (图 1-1-12~17)。

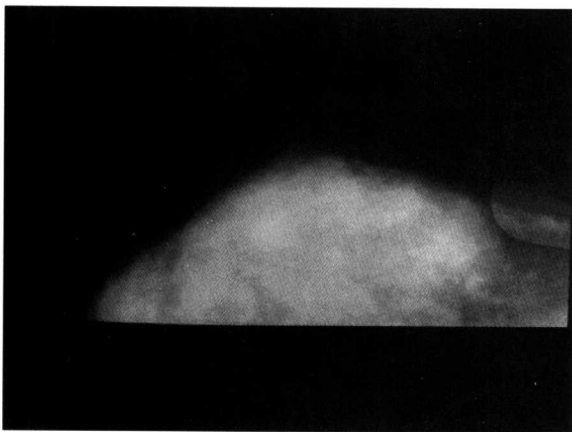


图 1-1-12 团块型乳腺 X 射线斜位片

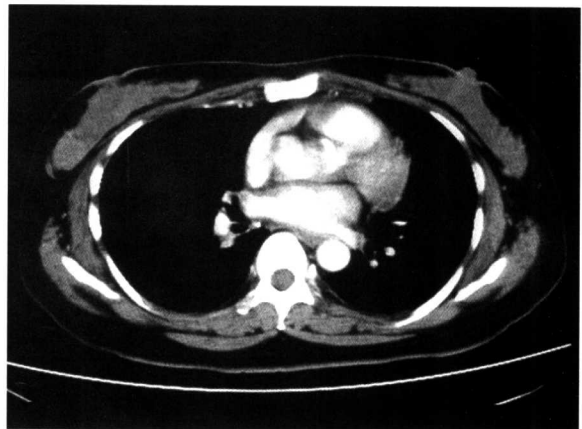


图 1-1-14 团块型乳腺 CT 增强扫描

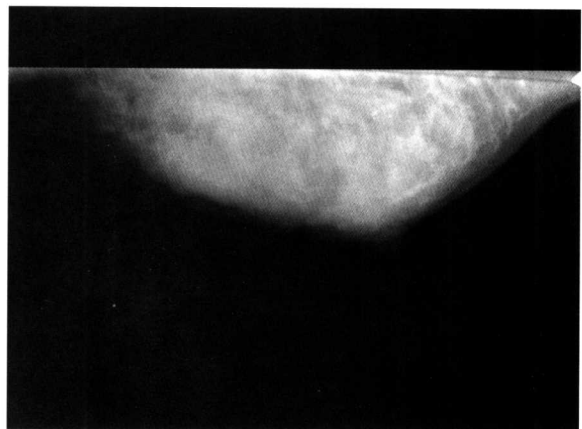


图 1-1-15 蜂窝型乳腺 X 射线斜位片

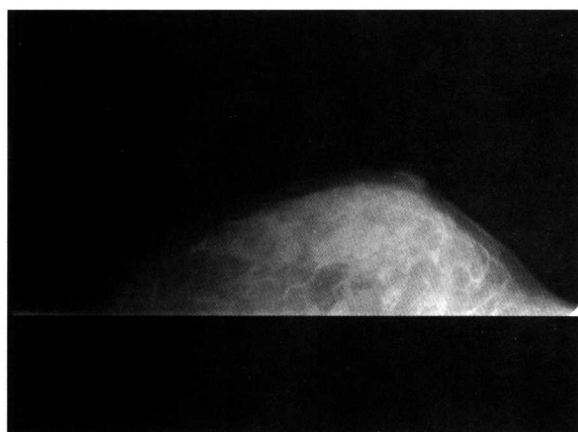


图 1-1-16 蜂窝型乳腺 X 射线轴位片



图 1-1-19 分叶型乳腺 X 射线轴位片



图 1-1-17 蜂窝型乳腺 CT 增强扫描

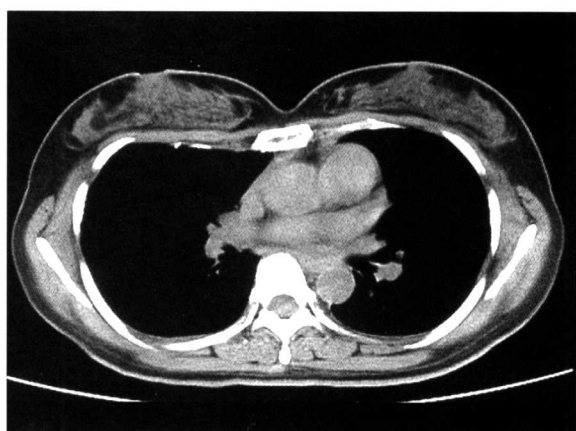


图 1-1-20 分叶型乳腺 CT 增强扫描

(3) 分叶型 各大叶之间分界清楚。钼靶 X 射线及 CT 表现为片状较密实阴影，边界较清楚（图 1-1-18~20）。

(4) 束带型 腺体成分较少，脂肪和结缔组织成分为主，形成束带状阴影。钼靶 X 射线及 CT 表现为脂肪和结缔组织较多，腺体较少，形成束带状中等密度影（图 1-1-21~23）。



图 1-1-18 分叶型乳腺 X 射线斜位片

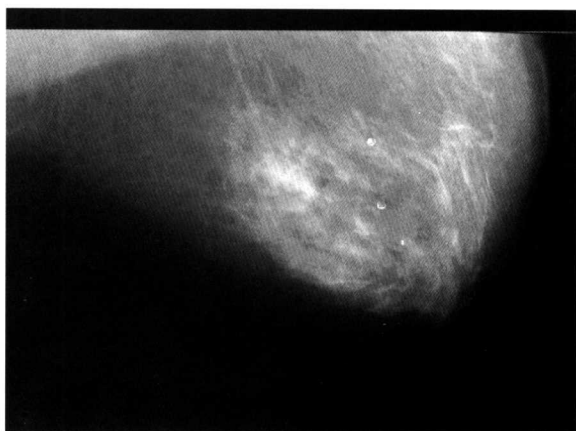


图 1-1-21 束带型乳腺 X 射线斜位片

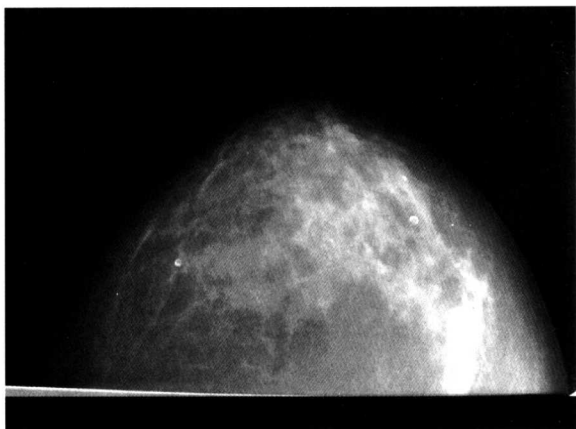


图 1-1-22 束带型乳腺 X 射线轴位片

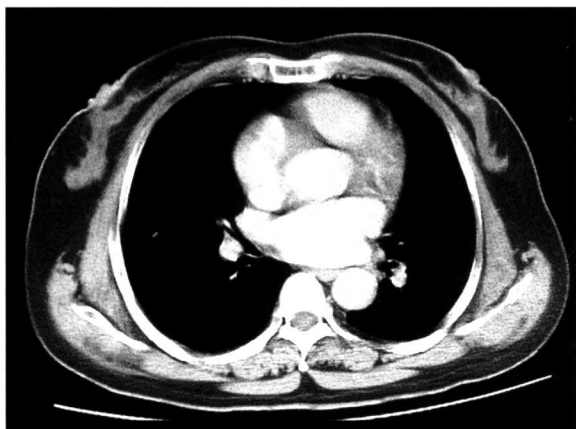


图 1-1-23 束带型乳腺 CT 增强扫描

(5) 串珠型 腺体大部分已退化，迂曲并增厚的导管与脂肪形成对比，呈串珠状。钼靶 X 射线及 CT 表现为腺体呈串珠状排列（图 1-1-24~26）。

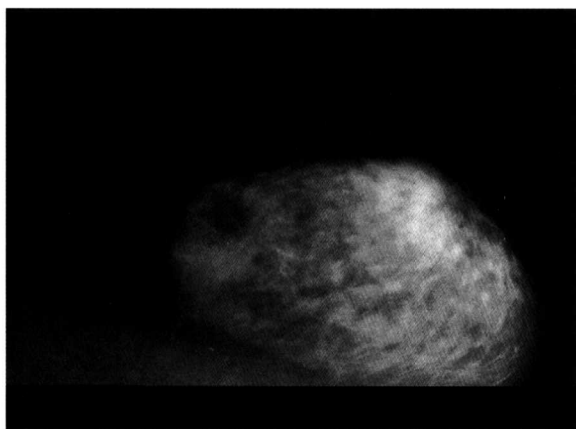


图 1-1-24 串珠型乳腺 X 射线斜位片

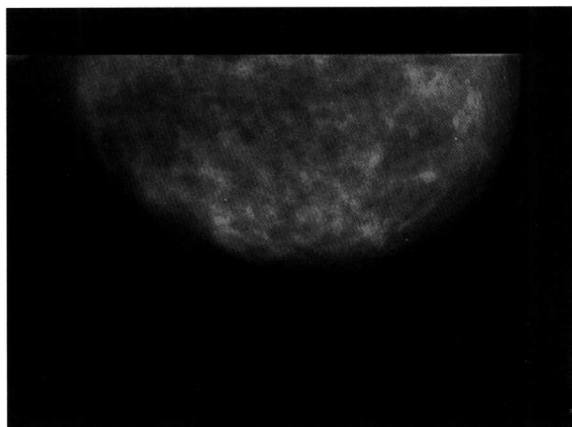


图 1-1-25 串珠型乳腺 X 射线轴位片

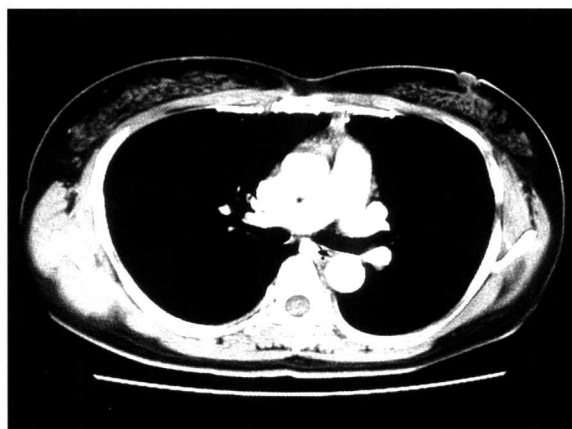


图 1-1-26 串珠型乳腺 CT 增强扫描

(6) 萎缩型 腺体萎缩，几乎全部被脂肪组织替代，只残留致密索条状乳腺小梁，皮下脂肪层和乳后脂肪间隙分界不清，绝经期多数为此型。钼靶 X 射线及 CT 表现为乳腺较均匀的脂肪密度，只残留致密索条状腺小梁，输乳管呈索条状（图 1-1-27~29）。

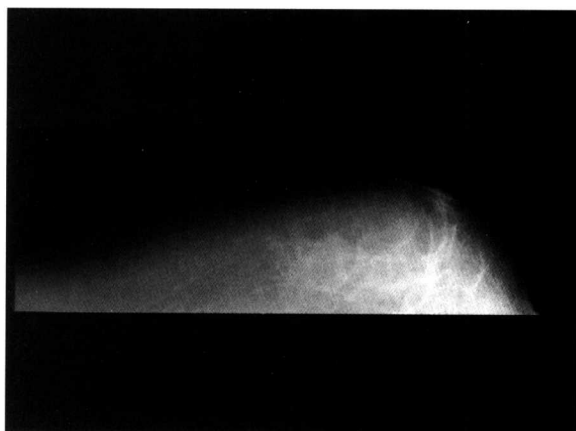


图 1-1-27 萎缩型乳腺 X 射线斜位片

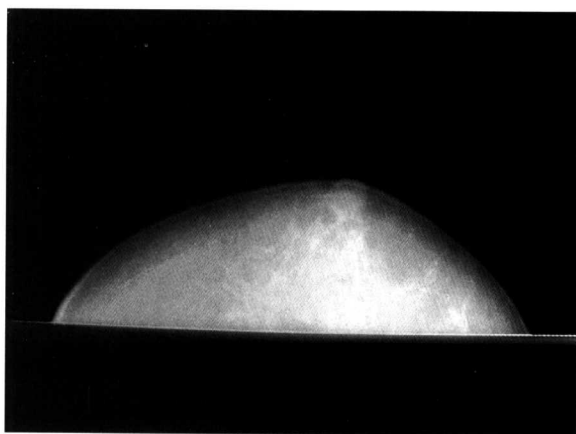


图 1-1-28 萎缩型乳腺 X 射线轴位片

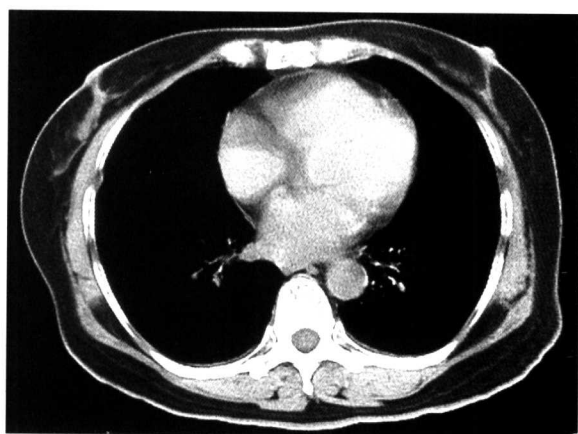


图 1-1-29 萎缩型乳腺 CT 增强扫描

### 三、CT 检查的评价

#### 1. CT 检查发现乳腺肿块及鉴别囊实性病变明显优于钼靶

(1) CT 密度分辨率高，又是轴位扫描，显示肿块不受乳腺类型或肿块位置的影响。如致密型乳腺中的肿块，钼靶由于密度分辨率低，难以显示肿块，位于乳腺高位、尾叶、深部的病灶，钼靶难以把病灶包全，从而不容易显示病灶。但 CT 显示病灶则不受这些因素影响。

(2) CT 增强扫描除有助于发现隐性乳腺癌外，还因为增强扫描通过显示病灶有无强化、强化的程度，能更清楚显示病灶的全貌，有助于判断肿块的囊实性及良、恶性。囊肿的 CT 表现为水样密度，增强扫描后肿块无强化，实性肿块的 CT 表现为软组织密度，增强扫描后有强化，与囊肿易鉴别。

#### 2. CT 检查显示肿瘤侵犯范围优于钼靶

CT 可以清楚显示胸壁有无被侵犯以及腋窝、内乳、纵隔淋巴结有无增大、肺部是否有转移，这对乳腺癌术前分期很有帮助，从而更好地指导临床治疗。

3. CT 可以随访观察乳腺癌术后有无局部复发 乳房成形术后观察植入物有无破裂、外漏。

#### 4. CT 检查也有不足之处

(1) CT 检查射线量大，有造影剂过敏的危险，检查费用较昂贵。

(2) CT 为断层扫描，整体感不如钼靶，细小的钙化难以显示。

(3) CT 检查乳腺癌也会出现假阴性，主要见于：①未见肿块或钙化，强化又不明显的病灶；②规则、且强化不明显的小结节。

其他一些良性病变可出现假阳性，如明显强化的感染性病变、增生结节等可类似乳腺癌。

## 第 2 节 乳 腺 癌

乳腺癌是乳腺疾病中危害最大的疾病。根据肿瘤病理资料统计,乳腺癌的发病率占全身各种恶性肿瘤的 7%~10%。近年来发病率逐渐增高,已超过宫颈癌,成为妇科疾病中发病率最高的恶性肿瘤。乳腺癌发病以 40~60 岁居多。临床主要表现为乳腺肿块、皮肤出现“橘皮样改变”、乳头溢液或溢血、腋下淋巴结肿大。

乳腺癌主要经淋巴和血液途径扩散、转移,此外乳腺癌细胞在乳房内沿着淋巴网向深部蔓延至胸肌筋膜,也向皮肤直接浸润。进一步发展则沿着外侧的淋巴途径,侵入同侧的腋窝和锁骨下淋巴结,继而至锁骨上淋巴结。锁骨上淋巴结是阻止癌细胞侵入静脉最后的淋巴结,锁骨上淋巴结若被侵犯,则癌细胞经胸导管或右淋巴管侵入静脉的可能性较大。在内侧淋巴径路,癌细胞可侵入胸骨旁淋巴结,特别当癌肿位于乳房中央区和内侧时,胸骨旁淋巴结阻止癌细胞扩散的能力远不及腋窝和锁骨下淋巴结。因而癌细胞由胸导管或右淋巴管侵入静脉的可能性极大。由此表明,胸骨旁淋巴结被癌细胞侵犯或乳腺癌位于乳房中央区和内侧者一般预后较差。癌细胞亦可直接侵入静脉腔内而转移远处。常受侵犯的器官是肺、骨骼及肝脏。受侵犯骨骼中以椎骨、盆骨、股骨等处的转移最多见。

【临床分期】 目前乳腺癌常用的临床分期是 1959 年国际抗癌联盟的建议,并于 1978 年经修改的 TNM 国际分期法。

### 1. 原发肿瘤 (T) 分期

- T<sub>x</sub> 原发肿瘤情况不祥 (已被切除)
- T<sub>0</sub> 乳房内未扪及肿瘤
- T<sub>is</sub> 原位癌、限于乳头的湿疹样癌
- T<sub>1</sub> 肿瘤最大直径小于 2cm
- T<sub>1a</sub> 肿瘤最大直径在 0.1~0.5cm
- T<sub>1b</sub> 肿瘤最大直径在 0.5~1.0cm
- T<sub>1c</sub> 肿瘤最大直径在 1.0~2.0cm
- T<sub>2</sub> 肿瘤最大直径在 2.0~5.0cm
- T<sub>3</sub> 肿瘤最大直径大于 5cm,或肿瘤数为 1 个以上
- T<sub>4</sub> 肿瘤不论大小,已直接侵犯胸壁或皮肤

T<sub>4a</sub> 肿瘤直接侵犯胸壁

T<sub>4b</sub> 皮肤水肿、浸润、溃疡 (包括桔皮样改变或局限于同侧乳房范围的卫星结节)

T<sub>4c</sub> 包括 T<sub>4a</sub> 和 T<sub>4b</sub> 二类

注:皮肤凹陷,粘连,乳头回缩除在 T<sub>4b</sub> 外,在 T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub>、T<sub>3</sub> 中不影响分期。

### 2. 区域淋巴结 (N) 分期

- N<sub>x</sub> 区域淋巴结情况不祥 (已被切除)
- N<sub>0</sub> 同侧腋窝未扪及肿大淋巴结
- N<sub>1</sub> 同侧腋窝扪及肿大的淋巴结,但淋巴结活动
- N<sub>2</sub> 同侧腋窝淋巴结转移融合成团或与其他组织粘连
- N<sub>3</sub> 同侧内乳淋巴结有转移

### 3. 远处转移 (M) 分期

- M<sub>x</sub> 有无远处转移不详
- M<sub>0</sub> 无远处转移
- M<sub>1</sub> 有远处转移 (包括同侧锁骨上淋巴结转移)

乳腺癌的临床分期可归纳为以下的描述方式:

- 0 期 T<sub>is</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>
- I 期 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>
- II a 期 T<sub>0</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>  
T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> (N<sub>1</sub> 的预后同 N<sub>0</sub>)  
T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>
- III a 期 T<sub>0</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>  
T<sub>1</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>  
T<sub>2</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>  
T<sub>3</sub>N<sub>1,2</sub>M<sub>0</sub>
- III b 期 T<sub>4</sub> 任何 N, M<sub>1</sub>  
任何 T, N<sub>3</sub>M<sub>0</sub>
- IV 期 任何 T 任何 N, M<sub>1</sub>

### 【病理表现】

1. 大体表现 乳腺癌不同的组织学类型,有不同的病理大体表现。

(1) 病灶呈结节状,与周围组织分界不清,质硬,这类癌瘤多见于浸润性导管癌、单纯癌、硬癌、浸润性小叶癌、粉刺样癌。硬癌因纤维间质成分较多而瘤体甚硬,癌肿边缘如蟹足样向周



围组织浸润。浸润性小叶癌，可见癌组织放射状伸入周围组织，常与皮肤或乳头粘连而形成特殊的乳头和皮肤改变。粉刺样癌病变广泛，挤压肿块时在扩张的导管内挤出黄色泥样物溢出。

(2) 肿块边界较清楚、质软，这类癌瘤多列为髓样癌、粘液癌。髓样癌常位于乳腺的深部，体积较大，呈膨胀性生长，可伴有出血或坏死。粘液癌切面可见红棕色或浅灰色半透明样胶冻物，有时有含液体的小囊。

(3) 乳头状癌，肿块呈囊性，囊腔内可见棕红色乳头状新生物生长，质地较软，囊腔内积血，囊壁常有增厚及癌组织浸润区。

**2. 组织学分类** 乳腺癌形态复杂，根据1983年全国乳腺癌病理协作组会议分类法，把乳腺癌分为非浸润性癌、早期浸润性癌、特殊型浸润性癌、非特殊型浸润性癌四大类。

(1) 非浸润性癌 是乳腺癌的早期阶段，癌瘤局限在乳腺导管或腺泡内，未见突破其基底膜。

1) 导管内癌 多发生于中小导管，较大导管少见，一般为多中心散在性分布，双侧乳腺发病几率也较高。手术彻底切除，预后良好。

2) 小叶原位癌 发生于小叶导管及末梢导管上皮细胞的癌，多见于绝经前妇女，发病年龄较一般乳腺癌早5~10年。小叶增大，腺管、腺泡增多，明显变粗，充满无极性的癌细胞。小叶原位癌发展缓慢，预后良好。

(2) 早期浸润性癌 从非浸润性癌到浸润性癌是一逐渐发展的过程。

1) 小叶癌早期浸润 癌组织突破管壁基底膜，开始向小叶间质浸润，但仍局限于小叶范围内。

2) 导管癌早期浸润 导管内癌的癌细胞突破管壁基底膜，开始生芽、向间质浸润。

(3) 特殊型浸润性癌 癌组织向乳房间质内广泛浸润蔓延，癌组织含有特殊结构，此类癌瘤依所含特殊结构而命名，如乳头状癌、粘液腺癌、乳头派杰(Paget)病、腺样囊腺癌、大汗腺癌、鳞状细胞癌等。

1) 乳头状癌 发生于大乳管的上皮细胞，其浸润往往出现于乳头增生的基底部。显微镜观察癌细胞排列成乳头状，细胞大小、形态不一，核深染，分裂相常见。本病多数生长缓慢，远处转移较晚，预后好。

2) 粘液腺癌 含有大量细胞外液为特点，发生于乳腺导管上皮粘液腺化生的基础上，多见于近绝经期或绝经后的妇女，尤以60岁以上妇女多见。癌实质中，上皮粘液成分占半量以上。粘液绝大部分在细胞外，形成粘液湖；偶见在细胞内，呈印戒样细胞。显微镜观察见间质内有丰富的粘液，癌细胞分隔成岛状或小巢状。癌细胞胞浆内有小空泡，细胞核小而圆，染色深，常偏于一侧，分裂相少见。癌瘤生长缓慢，远处转移发生也较迟，预后较好。

3) 乳头派杰病 又称乳头湿疹样癌，Paget(1874)首先描述此病。显微镜观察，在乳头和乳晕表皮内有体积大的Paget细胞。胞浆丰富，核大而圆，核仁清楚，分裂相多见。单纯湿疹样癌发展慢，尤其局部无肿块及大淋巴结转移者，预后好。但临床上单纯的湿疹样癌极少，往往与导管癌或其他浸润癌伴发，此时预后取决于其他癌的类型和淋巴结转移情况。

4) 腺样囊性癌 结构上有两种腺腔，一种似真腺腔，另一种是围绕基底膜样物质的圆柱状结构。瘤细胞也是主要呈两种形态，一种是腺上皮细胞，排列成腺管样结构，另一种呈肌上皮细胞群，排列成不规则巢状，巢内有大小不等的筛孔状囊腔，部分囊腔有明显的肌上皮细胞被覆。

5) 大汗腺样癌 癌细胞胞浆丰富，呈嗜酸性，有时可见顶浆突起，胞核轻度到中度异型，形成腺管、腺泡或小乳头结构。

6) 鳞状细胞癌 来源于鳞状上皮化生的乳腺导管上皮。癌实质全部为典型的鳞状细胞癌，即可见细胞间桥和角化。若其他类型乳腺癌发生部分鳞状上皮化生，则不在此列。

(4) 非特殊型浸润性癌 是发生在乳腺腺上皮的癌瘤，癌组织向乳房间质内广泛浸润蔓延，包括有浸润性小叶癌、浸润性导管癌、硬癌、髓样癌、单纯癌和腺癌。

1) 浸润性小叶癌 乳腺小叶内导管或末梢导管原位癌的癌细胞突破上皮基底膜及小叶范围，向间质内浸润蔓延，癌细胞常围绕腺管生长呈同心圆结构，形成靶样图像，是浸润性小叶癌的形态特征。

2) 浸润性导管癌 导管癌明显浸润间质，但浸润部分不超过癌实质一半。