

主 编 彭海燕

乳腺癌

RUXIANAI ZHILIAO YU TIAOYANG

治疗与调养

肿瘤专家为您答疑解惑

1. 高危人群——哪些人易患乳腺癌
2. 早期筛查——将乳腺癌根治于萌芽状态
3. 预后——早期治愈率高达90%以上
4. 影像学检查——诊断准确率高
5. 检测乳腺癌的血清肿瘤标志物有哪些
6. 西医的根治方法——手术治疗
7. 一种有效的治疗方法——放射治疗
8. 乳腺癌化疗的常用药物
9. “敌我不分”——化疗药物的毒副作用
10. 内分泌治疗——提高乳腺癌病人的生存率
11. 介绍乳腺癌生物靶向治疗的热点药物
12. 最佳方案“打组合拳”——中西医结合综合治疗
13. 乳腺癌病人饮食建议——宜与忌
14. 介绍对症处理的有效方法



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中西医结合治疗肿瘤丛书

乳腺癌治疗与调养

RUXIANAI ZHILIAO YU TIAOYANG

主 编 彭海燕

副主编 王文林 潘 涛

编 者 (以姓氏笔画为序)

王庆颖 朱昕玥 朱洪亮

孙 飞 沈晓明 胡明慧

高 晶 蒋丽琴

图书在版编目(CIP)数据

乳腺癌治疗与调养/彭海燕主编. —北京:人民军医出版社,2011.12
(中西医结合治疗肿瘤丛书)

ISBN 978-7-5091-4159-5

I. ①乳… II. ①彭… III. ①乳腺癌-中西医结合疗法 IV. ①R737.95

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 235286 号

策划编辑:马莉 文字编辑:陈鹏 魏新 责任审读:陈晓平

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8036

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:三河市世纪兴源印刷有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:710mm×1010mm 1/16

印张:10.75 字数:200千字

版、印次:2011年12月第1版第1次印刷

印数:0001—4000

定价:25.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤,其发病率逐年增加。本书从中西医结合治疗乳腺癌的角度出发,详细介绍了中、西医对乳腺癌的认识,包括病因、症状、诊断方法、治疗手段等,特别强调以人为本,在西医药治疗过程中采用中医药疗法辅助治疗,介绍了降低化疗和放疗毒性反应的常用方剂和中药,以及乳腺癌患者的生活调养、饮食禁忌、药膳治疗、注意事项和常见症状的处理等。可供患者及家属参考阅读。

前 言

乳腺癌是目前临床中最常见的恶性肿瘤之一,居妇女恶性肿瘤发病率的首位,是威胁妇女健康和生命的最常见恶性肿瘤,其带来的不仅是身体上的病痛,而且给患者本人及亲属带来较大的精神创伤,亦会给家庭与社会和谐带来冲击。本病为什么会发生?什么样的人好发本病?有怎样的易患因素?怎样预防?怎样及早发现病情?患病后如何应对?西医治疗有哪些常用方法?接受某种治疗后会出现哪些不良反应?有哪些注意事项?中医药疗法在本病中能起到怎样的作用?按照中医理论该怎样调理安排自己的生活起居?病程中出现的各种症状该选择什么样的最佳治疗?

本书通过全面的介绍,向读者提示预防乳腺癌的发生要了解其发病因素,避免不良的生活习惯及饮食偏嗜,学会有利健康的生活方式。早期诊断、早期治疗可以提高本病的治疗效果,防止复发转移,延长生存期,因而有家族史、乳腺基础病等易患因素的妇女应做好自查与定期就医诊查,本书介绍了相关的体格检查方法及常用的血液学、影像学、病理学等检查指标及其意义。对于已确诊的患者,要了解本病最常用的、最佳的治疗方法,了解各种治疗方法的优、缺点及其可能带来的不良反应,从而很好地配合治疗。中医药疗法是乳腺癌综合疗法中的重要组成部分,随着医学的发展乳腺癌的治疗有效率不断提高,患者的无进展生存期逐渐延长,很多患者都会选择中医疗法作为防止复发转移的重要治疗手段,很有必要了解中医学对本病的认识、其病因病机特点、病理演变过程及相关因素。中医学很早即有关于乳腺癌的记载,观察到外邪、情志、饮食与本病的发生有关,认识到正气虚弱是本病发生的基础,痰、瘀、毒交结是形成局部癌块的标实之邪,提出治疗中当遵循扶正祛邪的原则,治法有补益肝肾、益气养血、温阳健脾、疏肝解郁、理气活血、化痰散结、清热解毒等。本书详细介绍了常用的治疗乳腺癌的中药如柴胡、当归、芍药、夏枯草、浙贝母、皂角刺等。

古语说“三分治，七分养”，随着本病患者生存期的延长，生活调养和护理的作用凸显。本书介绍了乳腺癌患者宜常吃的有利减轻病情的食物、抗癌食谱及饮食禁忌、精神调适方法、合适的运动方法，还针对乳腺癌患者可能出现的发热、疼痛、无力等常见症状，介绍了简便易行的应对措施与方法，是一本从多角度帮助患者识病、防病、调摄、护理的健康读本。

南京中医药大学

彭海燕

2011年11月

目 录

一、西医谈乳腺癌

- 乳腺癌的分布特点 /1
- 乳腺癌的发病与哪些因素有关 /2
- 高危人群——哪些人易患乳腺癌 /4
- 乳腺癌是怎么发生的 /5
- 早期筛查——将乳腺癌根治于萌芽状态 /6
- 乳腺癌的西医治疗方法 /8
- 预后——早期治愈率高达90%以上 /13
- 乳腺癌治疗的最新进展 /14

二、中医谈乳腺癌

- 中医脏像学说 /17
- 病因——人体气血、津液、经络脏腑功能失调 /20
- 病机——邪气盛则为实，正气损则为虚 /25
- 中医学描述——症状如“乳岩”“乳癖”“乳石痛” /27
- 中医学治则治法——清心涤虑，理气行血；疏肝健脾，益气养血；阴阳两补，外治内养 /30

三、乳腺癌西医诊断方法

- 乳腺癌的常见症状和体征 /33
- 影像学检查——诊断准确率高 /36
- 证实乳腺癌诊断及分类——病理检查 /39
- 乳腺癌血清肿瘤标志物检测(7项血液指标) /42

四、乳腺癌中医症候分型

- 实证——肝气郁结(易怒易躁)、气滞血瘀(疼痛、肿块)、毒热蕴结(乳房红肿胀痛) /45

虚证——气血亏虚(消瘦、神倦、乏力、失眠)、肝肾阴虚(腰膝酸软、潮热盗汗、头晕目眩、耳鸣健忘)、阴阳两虚(病程日久) /47

虚实夹杂——痰瘀交阻、冲任失调、脾虚痰湿 /47

围术期——手术前以实证为主,手术后以虚证为主 /48

围化疗期——脾胃不和、气血两虚、肝肾亏虚、脾肾两虚 /50

攻固期——气血两虚、脾肾两虚、冲任失调 /51

围放疗期——气阴两虚、阴津亏虚、阴虚火毒 /52

五、乳腺癌的西医治疗原则

西医的根治方法——手术治疗 /53

一种有效的治疗方法——放射治疗 /55

乳腺癌治疗的主旋律——化学治疗 /59

“敌我不分”——化疗药物的毒性反应 /63

内分泌治疗——提高乳腺癌病人的生存率 /65

乳腺癌生物靶向治疗的热点药物有哪些 /66

乳腺癌治疗方法总结 /68

六、乳腺癌的中医辨证施治

冲任失调证——调摄冲任,疏肝解郁 /70

肝郁化火证——清肝解郁 /71

热毒蕴结证——消痰散结,清热解毒 /72

气血两亏证——益气养血,扶正祛邪,兼以化痰散结 /73

脾胃虚弱证——益气健脾,温阳补肾 /74

阴虚津亏证——养阴益气 /74

肝肾亏损证——补益肝肾 /75

肝气郁结证——疏肝解郁,化痰散结 /76

痰湿蕴结证——化痰利湿,软坚散结 /77

瘀血内阻证——活血化瘀,消积破结 /78

阳虚瘀毒证——温阳散结,化瘀解毒 /79

中医验案集锦——11例乳腺癌辨证治法案例 /79

综合治疗,打“组合拳”——中医药治疗乳腺癌的地位 /83

七、治疗乳腺癌的常用中药及方剂

以人为本,“带瘤生存”——纯中药治疗 /86

对证用药——专病专方 /86

常用中药功效与主治 /90

中医验案集锦——附3例乳腺癌中药治疗案例 /102

手术前后结合中医治疗——突显中医药优势 /104

乳腺癌术后复发转移的中医治疗 /105

乳腺癌术后并发症的中医治疗 /106

化疗后减毒增效——中医药治疗 /108

放疗与中医药结合治疗——预防并发症 /113

中药与放疗联合治疗乳腺癌 /117

放、化疗过程中常用中药 /117

八、乳腺癌患者的生活调养

乳腺癌的饮食建议——宜吃的食物 /120

忌吃的食物——导致乳腺癌发生的危险饮食因素 /123

医食同源,药食同根——药膳调养 /127

让食物成为抗癌药物——抗癌防癌食谱 /135

不可忽视的康复治疗——生活起居调养 /137

九、乳腺癌的对症治疗

发热——降温、抗感染、中医辨证治疗 /141

疼痛——三阶梯镇痛治疗 /142

疼痛中医治疗、食疗及护理 /144

疲软、无力——补充营养、提高免疫力、中医补气血治疗 /146

食欲缺乏——助消化,健脾益气、养阴和胃,食疗及护理 /148

腹泻——西医止泻,中医调和肝脾、温补肾阳 /150

便秘——西医缓泻,中医润肠通便,食疗及护理 /151

贫血——西医促红细胞生成,中医补气养血,食疗及护理 /152

胸腔积液——西医引流胸腔积液、抗感染,中医除湿利水,食疗及护理 /154

呼吸困难——西医吸氧、吸痰、抗感染,中医祛痰利湿、宣肺平喘 /155

白细胞减少——西医提升白细胞,中医补气、养血、升白细胞 /156

高钙血症——西医降钙,中医双向调理 /158

参考文献 /160

一、西医谈乳腺癌

乳腺位于皮下浅筋膜的浅层与深层之间,浅筋膜伸向乳腺组织内形成条索状的小叶间隔,一端连于胸肌筋膜,另一端连于皮肤,将乳腺腺体固定在胸部的皮下组织之中。浅筋膜深层位于乳腺的深面,与胸大肌筋膜浅层之间有疏松组织相连,称乳房后间隙,它使乳房既相对固定,又能在胸壁上有一定的移动性。纤维结缔组织伸入乳腺组织间,形成许多间隔,这些纤维结缔组织对乳房起固定作用,使人站立时乳房不致下垂,所以称为乳房悬韧带。乳腺由 15~20 个腺叶组成,每一腺叶分成若干个腺小叶,每一腺小叶又由 10~100 个腺泡组成,这些腺泡紧密地排列在小乳管周围,腺泡的开口与小乳管相连。

乳腺癌是来源于乳腺导管上皮的恶性肿瘤,为女性常见的恶性肿瘤之一,据资料统计,发病率占全身各种恶性肿瘤的 7%~10%。20 世纪末的统计资料表明,全世界每年约有 130 万人诊断为乳腺癌,而有 40 万人死于该病。同样在 20 世纪的最后 10 年里,我国的京、津、沪等大城市乳腺癌的发病率也已位居女性恶性肿瘤的第一位,其发病常与遗传有关,以 40~59 岁、绝经期前后的妇女发病率较高,仅 1%~2% 的乳腺癌患者是男性。乳腺癌是一种严重影响妇女身心健康甚至危及生命的最常见的恶性肿瘤之一。

乳腺癌的分布特点

1. 国家地域 乳腺癌的发病率在国家、地区之间有很大差异。美国和北欧为高发地区,东欧、南欧及南美其次,亚洲的发病率最低。发展中国家的发病率明显低于发达国家。我国是乳腺癌的低发国家,但国内的发病率也有较大差别,沿海大城市的发病率及病死率较内陆地区为高,并有逐年上升趋势。

2. 人群分布 乳腺癌主要发生在女性,男性甚少见,女性乳腺癌的发病率比男性高 100 倍。在我国,城镇居民的发病率比乡村居民高,社会地位高的女性比社会经济低的发病率要高,这可能反映了生殖方面的差异,如产次、初产年龄和停经年龄。

3. 年龄特点 女性乳腺癌的年龄组死亡曲线,不论是高发区,还是低发区,基本是随着年龄增长而上升。40~59 岁是乳腺癌的高发年龄,占全部患者的 75%。月经初潮前罕见,20 岁前亦少见,但 20 岁以后发病率迅速上升,50 岁左右达高峰。

病死率随着年龄增长而上升,故 40~59 岁年龄段为高危人群,应积极做好普查及自我检查工作。

在乳腺癌高发、中发、低发地区,女性乳腺癌各年龄组发病率曲线形态有所不同。在高发区,如北欧、北美地区的年龄组发病曲线,从 20~80 岁的整个年龄跨度中,乳腺癌发病率随年龄增长而上升,其中在 45~54 岁略呈平台状态,55 岁以后增加速度小于 45 岁以前。中发区,如希腊雅典的发病曲线,发病率随年龄增长而上升,50 岁左右达高峰,并维持在此水平。低发区,如我国和日本等,发病率在 50 岁左右达高峰,以后,随着年龄的增长而逐渐下降。

4. 移民特点 从移民流行病学研究发现,乳腺癌低发国家的妇女移居到高发国家或地区后,乳腺癌发病率高于出生地,但仍低于移居地。以华人为例,居住在美国的华人妇女的年发病率要比居住在中国大陆、新加坡、中国香港的华人妇女高 2 倍。而夏威夷或加利福尼亚的日本移民中,第一代移民乳腺癌发病率比日本本土大为增加,第二代移民则接近美国白人的发病水平。因此,乳腺癌发病的地域差别并不完全与遗传易感性有关,还受环境因素影响,尤其与早期生活经历有关。

5. 职业与文化程度 我国的流行病学调查资料表明,社会经济地位及文化水平高的妇女,乳腺癌的发病率较高。调查发现,教师和机关人员患病率高,文化程度越高,患病率越高,这可能因文化程度越高,从事脑力劳动的概率越大,如教师和机关人员,工作和竞争压力也大,大脑长期处于紧张状态,导致内分泌紊乱,致使乳腺长期处于增殖不能复旧或复旧不全状态中,久而久之发生乳腺疾病。

乳腺癌的发病与哪些因素有关

1. 遗传因素 国外资料表明,乳腺癌有阳性家族史倾向。表现为:①母亲患乳腺癌,其女儿亦好发乳腺癌,多在闭经前,且常为单侧性。②若一个家庭至少有两个姐妹患乳腺癌,而其母亲并非乳腺癌患者,则这个家庭的易感性较常人约高 3 倍,好发于闭经后,且多为单侧。研究认为,人类遗传因素对乳腺癌的影响是多方面的,可能是遗传控制了对病变的易感性,特别是对病变的抵抗力。此外,遗传对内分泌系统也产生一定影响。

2. 生殖因素 妇女的乳腺在青春期受卵巢激素的作用发育成熟,而乳腺细胞受每月体内激素水平的周期性变化以及妊娠期体内激素水平的升高而发生生理性增生改变。这种细胞增殖分裂的形式于妇女绝经时终止。乳腺癌的发生与上述的多种生殖因素有着密切联系。月经初潮年龄和绝经年龄与乳腺癌的发病有关。初潮年龄早于 12 岁患者发病的危险性为初潮>17 岁患者的 2.2 倍,绝经年龄>55 岁患者比<45 岁的危险性增加 1 倍。绝经年龄<35 岁的妇女,乳腺癌的危险性仅为绝经年龄>50 岁妇女的 1/3。行经 40 年以上的妇女比行经 30 年以下的妇女,发生乳腺癌的危险性增加 1 倍。哺乳可降低乳腺癌发病的危险性。生育后未哺乳

或哺乳不正常(哺乳期过短或过长)者患乳腺癌的危险性均增高。以上都表明,卵巢内分泌在人类乳腺癌的发生中有重要作用。流产是一个可能的危险因素,但在多项流产与乳腺癌关系的病例对照研究中对流产与乳腺癌的关联及其关联强度报道不一,18岁前做第1次人工流产的妇女,比未做人工流产的妇女患乳腺癌的危险性高150%,30岁或30岁以后做人工流产的妇女,患乳腺癌的危险性比未做人工流产者高110%,而自然流产与患乳腺癌的危险性无关。

3. 内分泌因素

(1)雌激素:乳腺生理受卵巢内分泌调节,雌激素是乳腺发育的基本因素,也是致癌的先决条件之一。卵巢所产生的雌激素有雌二醇、雌酮和雌三醇,实验证明,前两者是较强的雌激素,有较强的致癌作用。雌三醇的作用很小,实际上没有致癌的可能性,反而能对抗其他两种激素的致癌作用。故认为雌二醇、雌酮的异常增加和雌三醇的缺乏是乳腺癌的病因。检测乳腺癌高发区和低发区妇女尿中雌激素的含量,发现低发区妇女尿中的雌三醇高于高发区,尤以年轻组的差别最为明显。

(2)雄激素:雄激素增加乳腺癌的危险性可以通过直接的促乳腺癌细胞增殖的作用和间接地通过转化为雌激素后再发挥作用。部分研究证实,绝经后妇女体内雄激素水平与乳腺癌危险性呈正相关,然而在绝经前妇女中还有待进一步研究。

(3)催乳素:动物实验及大量基础研究提示,催乳素对乳腺癌的发生有促进作用,因而引起流行病学家们的重视。一项针对绝经后妇女的前瞻性研究提示,高水平的催乳素会增加乳腺癌的危险性。

4. 免疫 临床见到乳腺癌有自行消退者,这充分说明了免疫机制的抗肿瘤作用。双侧乳腺癌和多中心小叶原位癌,其病灶与临床表现不符,表明这些癌组织可能是被抑制而停留在隐性状态。乳腺癌患者在治疗前,血液循环中虽然有癌细胞,而其仍能长期生存,说明免疫在起作用。有些患者行全乳切除后,未做其他治疗,原腋下可以触到的淋巴结自然消失。这是由于减少了肿瘤的作用,而使免疫平衡倾向宿主一方。这些都说明免疫机制对乳腺癌的发生、发展起着重要作用。

5. 营养饮食 据研究,饮食习惯的改变,尤其是脂肪饮食,可以改变内分泌环境,加强或延长雌激素对乳腺上皮细胞的刺激及增加乳腺癌的危险性。高脂饮食可使二甲基苯蒽诱发小鼠乳腺癌的时间缩短,说明脂肪在乳腺肿瘤形成过程中的促癌阶段起作用。此外,脂肪能促进雄烯二酮转化为雌激素,也可能有增加垂体释放催乳素作用。有资料显示,体重的增加与乳腺癌有关,尤其是在绝经后。上海市的一些调查显示,妇女体型逐渐变胖者乳腺癌的相对危险性增加,以60岁左右的妇女为甚,体重每增加10kg,乳腺癌的危险性将增加80%。另外,少年时期高热量饮食使生长发育加速以及月经提前,从而导致中年以后体重的增加,最终会增加乳腺癌的发生率。

有报道称每日饮酒2次者体内雌激素水平上升,每日饮酒3次以上的妇女患

乳腺癌的危险性增加 50%~70%，酒精的作用机制可能包括 DNA 损害、增强乳腺易感性和提高类固醇激素水平。纤维素有抑制乳腺癌和大肠癌发生的作用，研究发现，少食蔬菜的妇女患乳腺癌的危险性轻度增加；另有研究者报道，摄入膳食中的纤维素增加到每日 20g，乳腺癌的危险性将降低 15%。流行病学调查发现，素食人群中激素相关性肿瘤的发病率较低，如亚洲人中乳腺癌、结肠癌、子宫内膜癌、前列腺癌和卵巢癌的发病显著低于西方人，其中日本人的发病率最低，移居西方的日本人如保持其传统膳食习惯，发病率并不增加，否则将升至与当地居民相同水平。日本民族的传统膳食中豆制品比例甚高，这无疑与其肿瘤的低发病率有关。研究表明，大豆及大豆异黄酮的摄入能明显降低乳腺癌患者的病死率与癌症复发率。

6. 辐射 电离辐射的致癌作用取决于接触电离辐射的年龄，女性在初潮前后接触射线辐射的危险性最大，说明在这段时间内乳腺组织易受损伤，可能是乳腺发育较快的原因。10 岁以前接触射线辐射不能带来更大危险，而最大的危险是初次妊娠时接触射线。患乳腺癌危险性增高主要见于接触到大量辐射射线的女性，临床观察发现，接受放射线治疗和检查者，乳腺癌发病率增加。有的研究显示青少年患有霍奇金病而接受放疗的妇女，在中老年后乳腺癌的发病率是正常妇女人群的 7~56 倍，从而证实年龄越小，放射线导致乳腺上皮细胞癌变的危险性越大，但是现代乳腺 X 线摄影所带来的极低剂量的辐射危险是微不足道的。

7. 某些药物 口服避孕药中含有与乳腺癌相关的性激素成分，而以往研究发现，正在服用以及近期服用过口服避孕药的妇女中乳腺癌的发病率略高。但是目前为止至少有 50 项前瞻性研究提供了充分的证据证实，口服避孕药几乎不增加妇女患乳腺癌的危险性，甚至包括那些服用时间长达 10 年以上者。化疗药物在治疗肿瘤的同时，它们本身也有致癌作用。其中烷化剂可诱导多种实体瘤的发生，包括乳腺癌。另外，多种治疗高血压的药物如酚噻嗪、甲基多巴和三环类镇痛药有增加催乳素分泌的作用，因而可能增加乳腺癌的危险性，但流行病学研究的证据还不足。

高危人群——哪些人易患乳腺癌

综上所述，乳腺癌的高危人群为：

1. 以前患过乳腺癌或有良性乳腺肿瘤史的患者。
2. 有乳腺癌家族史，若直系一族亲属中有一人以上患过乳腺癌，那么本人患乳腺癌的可能性较大。
3. 第 1 次妊娠年龄大于 30 岁的妇女，及从未生育过的妇女。
4. 进食过多的动物脂肪，绝经后体重超重的妇女。
5. 患某些慢性乳腺疾病（如导管上皮不典型增生、乳头状瘤病等）的妇女。
6. 月经初潮年龄在 12 岁之前，或停经在 55 岁之后的妇女。

7. 长期应用雌激素以控制更年期症状的妇女,在许多年后,乳腺癌发生的危险性中度增加。

8. 一侧乳腺癌患者,对侧乳房患癌的机会也比正常人高 5~7 倍。

乳腺癌是怎么发生的

乳腺癌是乳房腺上皮细胞在多种致癌因子作用下,发生了基因突变,致使细胞增生失控,由于癌细胞的生物行为发生了改变,呈现出无序、无限制的恶性增生,其组织学表现形式是大量幼稚的癌细胞无限增殖和有序地拥挤成团,挤压并侵蚀破坏周围的正常组织,破坏乳房的正常组织结构。乳腺细胞发生突变后便丧失了正常细胞的特性,组织结构紊乱,细胞连接松散,癌细胞很容易脱落游离,随血液或淋巴液等播散全身,形成早期的远端转移。

英、美等国科学家的一项联合研究发现,妇女体内的 4 种基因发生变异可导致乳腺癌患病风险的增加,这 4 种基因是 FGFR2, TNRC9, MAP3K1 和 LSP1,其中两个基因发生变异的人患乳腺癌的概率比常人高 60%,这一发现能够解释,为什么有家族性乳腺癌史的妇女患乳腺癌风险较高,这项发现最终有助于通过基因筛选判断女性患乳腺癌的风险。

另有研究发现,乳腺癌遗传风险基因分为 3 种:高外显率易感基因、中外显率易感基因和低外显率易感基因。这 3 种基因与乳腺癌的发生发展有关,但它们的实际风险尚不清楚。高外显率易感基因 BRCA1 和 BRCA2 基因是由连锁分析和定位克隆鉴定的。TP53 被认为是合理的候选基因,并且由基因突变筛查鉴定为一种高风险的乳腺癌基因。BRCA1 和 BRCA2 基因突变的男性患乳腺癌的相对危险度也很高,尤其是 BRCA2 基因突变携带者。有研究证明,BRCA2 基因突变携带者患前列腺癌的风险性也很高,尤其是 65 岁以下的男性。发现许多其他癌症患者中也存在单等位基因(杂合的)BRCA1 和 BRCA2 基因突变携带者。尽管发现这些基因突变携带者的确有相当高患癌症的风险性,但还需大量的研究去阐明。目前遗传易感基因主要被临床应用于乳腺癌易感性的风险评估,临床风险评估方法的不断改进使得人们在监测、预防和干预乳腺癌中受益。

另外,大量研究证实,很多基因及其产物参与肿瘤的发生、发展过程,而钙结合蛋白是一个巨大的家族,它控制细胞周期、细胞分化、酶的活化、肌肉收缩等功能, S100 蛋白家族是其最大的亚家族之一。S100A1-A15 编码基因在 21 号染色体 1q21 区, S100B 在 21q22. 2-q22. 3 区,染色体稳定性差,易发生染色体重排,肿瘤在此区的基因常频繁重组,易引起 S100 基因表达失控。乳腺癌与 S100A2、S100A4、S100A6、S100A8、S100A9、S100A11 有关。目前已知的对肿瘤起促进作用是 S100A4、S100A8、S100A9,起抑制作用的是 S100A2,但也有报道称其有促进肿瘤作用, S100A6、S100A11 既有促进也有抑制作用。S100A6、S100A8、S100A9 多聚

集于肿瘤边缘,推测与肿瘤侵袭性有关,但机制不明。

人类约 70% 的乳腺癌组织表达泌乳素受体(prolactin receptor, PRLR),其结合泌乳素(PRL)后所介导生物学效应能促进乳腺癌的发生和进展,而阻断泌乳素受体(PRLR)表达则具一定抑癌作用。在乳腺癌病期相对较早阶段,泌乳素受体表达阳性随肿瘤进展呈增高趋势,而病期较晚阶段却未见如此趋势。病期早晚和雌激素受体(ER)表达是乳腺癌泌乳素受体表达阳性与肿瘤进展间相关性的两大影响因素。研究表明,泌乳素受体能结合泌乳素(PRL)并通过激发多种透膜信号转导途径,增进癌细胞增殖、侵袭和逃离免疫杀伤的能力,最终促进乳腺癌的发生和进展。

有学者还提出,乳腺癌是一种身心疾病,不仅与生理因素有关,还与心理因素有关,精神压抑是乳腺癌发病的高危因素之一。临床观察发现:工作失意,亲人去世,家庭不和或破裂,意外事故等引起的长时间精神压抑的妇女患乳腺癌的危险性比正常妇女高 32 倍。

早期筛查——将乳腺癌根治于萌芽状态

我们已经有了一系列新的乳腺影像诊断方法,包括数字化乳腺 X 线、三维立体超声显像、乳腺磁共振成像、乳腺导管内镜和正电子断层扫描等,从而大大提高了乳腺癌的早期诊断水平和治疗前评估的准确性。

1. 乳房检查 有的女性尤其是年轻未婚女子,乳腺的腺体和结缔组织有厚薄不均的现象,摸起来有疙疙瘩瘩或有颗粒状的感觉,这可能是正常的,用不着忧心忡忡,但如果是新长出的包块就需特别注意,学会乳房的自我检查,对于早发现病情、及早治疗是十分重要的,女性在 30 岁以后应每 1~3 个月做自我检查 1 次,每 6 个月由医师检查 1 次,每次月经后 7~10 天是做乳房自我检查的最佳时期,因为此时乳腺结节和触痛最不明显,有利于明确诊断。洗浴后,站在镜前检查,双手叉腰,身体做左右旋状,从镜中观察双侧乳房是否对称,乳房的皮肤有无异常,乳头有无内陷。触摸时手掌要平伸,四指并拢,以打圈的方式,适当的力度,用最敏感的示指(食指)、中指、环指(无名指)的末端指腹按顺序轻扣乳房的内上、内下、外下、外上、腋尾区域,最后检查乳房中间的乳头及乳晕区。切勿用手挤捏,以免将正常乳腺组织误认为是肿块。小的肿块不易被触摸到,检查时可用左手托住乳房,用右手扣查,乳房下部的肿块常被下垂的乳房所掩盖,可托起乳房或平卧举臂,用另一只手检查。检查乳房肿块时要注意:①肿块的部位与质地,50% 以上的乳腺肿瘤发生在乳腺的外上方。②肿块的形状与活动度。③肿瘤与皮肤有无粘连,可用手托起乳房,有粘连时局部皮肤常随肿瘤移动,或用两手指轻轻夹住肿瘤两侧稍提起,观察皮肤与肿瘤是否有牵连。④肿瘤与胸肌筋膜或胸肌有无粘连。被检查者先下垂两手,使皮肤松弛,检查肿瘤的活动度。然后嘱两手用力叉腰,使胸肌收缩,做同样检

查,比较肿瘤的活动度。如果胸肌收缩时活动度减低,说明肿瘤与胸肌筋膜或胸肌有粘连。⑤有乳头排液时应注意排液的性质、色泽。如未明确扪及乳房内肿块时,应在乳晕旁按顺时针方向仔细检查有无结节扪及或乳头排液。排液应做涂片细胞学检查。⑥检查腋淋巴结,检查者的右手前臂托着被检查者的右前臂,让其右手轻松地放在检查者的前臂上,这样可以完全松弛腋窝。然后检查者用左手检查患者右侧腋部,可以扪及腋窝的最高位淋巴结,然后自上而下检查胸大肌缘及肩胛下区的淋巴结。同法检查对侧腋淋巴结,如果扪及肿大淋巴结时要注意其大小、数目、质地、活动度以及与周围组织粘连等情况。⑦检查锁骨上淋巴结,注意胸锁乳突肌外侧缘及颈后三角有无肿大淋巴结。

2. 乳腺钼靶照相 是早期诊断的重要手段:乳腺摄影的成像原理是利用软 X 线对乳腺组织进行投照,通过胶片进行感光,经过显影、定影等程序进行成像。钼靶摄影装置是一种特殊的 X 线机,线球管的管电压较低,为 20~40kV,阳极靶面由钼构成(部分高档乳腺机为钼铑合金),在较低千伏的 X 线的轰击下可以产生波长恒定、波长较长、穿透力较低、强度大、单色性强、对比度高的标识射线,对软组织的细微密度差别分辨率高。配备线吸收率低、对比度高、清晰度好的专用增感屏和感光胶片,在特殊的检查机架上对乳腺组织进行多向摄影,可以获得良好的乳腺图像,清晰显示乳腺的腺体、导管、纤维间隔、皮肤、皮下组织、血管结构和病变的肿块、细微钙化等。乳腺恶性肿瘤的图像呈形态不规则、分叶和毛刺状的阴影,其密度较一般腺体的密度为高,肿块周围常有透明晕,肿块的大小常较临床触及的为小。30%的恶性病灶表现为成堆的细砂粒样的小钙化点。此外,位于乳晕下的肿块引起乳头内陷在 X 线片上可表现为漏斗征。X 线片的表现有导管阴影增粗增多,血管影增粗、皮肤增厚等。

3. B 超检查 可以显示乳腺的各层结构、肿块的形态及其质地。恶性肿瘤的形态不规则,回声不均匀,而良性肿瘤常呈均匀实质改变。超声波检查对判断肿瘤是实质性还是囊性较 X 线摄片为好,但对肿瘤直径在 1cm 以下时的鉴别能力较差。

4. 热图像检查 热图像检查方法有红外线及液晶两种方法。恶性肿瘤细胞增殖快,代谢旺盛,其无氧酵解代谢所产生的热量较多,可透过皮下组织而传到皮肤表面,热图像就是利用这个温度差别来检查肿瘤的。如果肿瘤部位的温度较周围组织高出 1.5℃ 以上时,则恶性的可能性较大。其正确率为 60%~70%,但假阳性率也较高。热图像检查结果与肿瘤的病理类型、部位等因素有关。目前不作为常规的检查方法。

5. 乳管内镜检查 如发现有自发性乳头溢液者应行乳管内镜检查并结合细胞学检查,乳管内镜应用的临床意义主要体现在:①使以乳头溢液为表现而无肿块的乳腺疾病患者的手术指征明确化,使正常导管或导管扩张等患者避免了手术之

苦。②可以在术前明确手术的部位和范围,提高手术的准确性,同时使手术范围缩小。③为乳腺癌的早期诊断提供了有利的条件。基本上解决了一直困扰乳腺外科医生的乳头溢液临床诊断处理的问题。他们曾综合运用乳管内镜、细胞学病理检查、乳腺钼靶摄片为指导,成功地为1例乳腺导管内癌患者施行了保留乳头的乳腺癌改良根治术,术中I期乳房整形术使患者获得了良好的外形,随访1年无复发。如果没有应用乳管内镜术前测定乳管内癌灶距乳头的距离,这种手术将无法开展。随着临床及科技的发展,在乳管内镜指导下直接摘除或应用激光技术直接切除乳管内单发的良性肿瘤等微创手术将是未来的发展方向。对于乳管内镜不能诊断,或不能到达的部位可结合其他临床检查以利诊断,其中应用乳管内镜冲洗病变乳管而获得的冲洗液的细胞学检查、癌胚抗原(CEA)及血管形成因子等的检测可能有帮助,但需进一步研究。

6. 脱落细胞学检查 有乳头排液,可做涂片检查,一般用苏木伊红或巴氏染色。有乳头糜烂或湿疹样改变时,可做印片细胞学检查。不能明确肿瘤性质时,可用 $6\frac{1}{2}$ 或7号细针穿刺肿块,抽吸组织液,内含有细胞,可做涂片细胞学检查,其正确率可达85%。

7. 切除活组织检查 病理检查是最可靠的方法,其他检查不能代替。做活检时应将肿块完整切除,并最好在肋间神经阻滞麻醉或硬脊膜外麻醉下进行,避免局麻下手术,以减少肿瘤的播散,立即做冷冻切片检查。如果证实为恶性肿瘤,为了防止活检手术可能引起的播散,应及时施行根治性手术。

乳腺癌的西医治疗方法

我们已经清楚地认识到,乳腺癌是需要综合治疗的。所谓综合治疗,就不是一种治疗手段所能独揽的,而是将多种有效的方法彼此有机地结合。癌症需要综合治疗已为世人所公认,除手术及放化疗外,免疫治疗、生物靶向治疗、内分泌治疗、中医药治疗、微创治疗等的应用,近年来都有了较快的发展,应用多种方法的综合治疗已势在必行。例如应用手术可以把肿物切除,放疗可以把放射野内的癌细胞杀死,化疗可以控制全身的肿瘤播散,中药可以调整全身新陈代谢的平衡、提高抗病能力及减轻放化疗的毒性反应。因此,一般称此多法同用为“综合治疗”。其确切含义可以规定为根据病人的机体状况及肿瘤的病理类型、侵犯范围和发展趋向,有计划地、合理而有步骤地采用多种治疗手段,通过多种治疗方法的有机配合,最大限度地提高治愈率,改善病人的生存质量及延长生存时间。

下面将一些国内外关于乳腺癌治疗的研究进展做一简述。

1. 抗肿瘤药物的研究 随着分子肿瘤学、分子药理学的飞速发展,使肿瘤本质得以逐步阐明和揭示;大规模快速筛选、组合化学、基因工程等先进技术的发明和应用加速了药物开发的进程,抗肿瘤药物的研究与开发已进入了一个崭新的时