

早期乳腺癌的 诊断与治疗

沈 明 主编

37.9

广西科学技术出版社

早期乳腺癌的诊断与治疗

沈 明 主编

☆

广西科学技术出版社出版

(南宁市河堤路14号)

广西新华书店发行 广西师范大学出版社印刷厂印刷

*

开本 787×1092 1/32 印张 4.75 字数 106,000

1990年7月第1版 1990年7月第1次印刷

印 数: 1—4,800册

ISBN 7-80565-339-9

R·67

定价: 1.55元

内 容 提 要

本书着重介绍乳腺癌的早期发现、早期诊断和早期治疗。全书共分9章，前5章重点撰写早期诊断；后2章为早期乳腺癌的根治疗法。

本书是临床医师、肿瘤防治人员、病因病理工作者、实习医师以及基层医务人员不可缺少的参考书。对广大非医务人员，特别是离、退休的老年妇女，以及家属均有裨益。从实用意义上来说，本书也不失为本科普读物。

序 言

恶性肿瘤对人类健康的危害尽人皆知，尤其是中、壮年的肿瘤患者，死亡率居各种死因之冠。我国妇女在劳动生产、科学文化以及各项社会活动中，所承担的任务和责任与男子并无差别，素有“半边天”之称。因此，妇女各种疾病的防治，对整个社会的影响举足轻重，特别是在肿瘤中占女性发病率和死亡率第一位的乳腺癌，更是应当值得充分重视和设法解决的问题。

有效地防治肿瘤，是现代医学中普遍关心的问题。尽管人类对于肿瘤的科学研究，已有上百年的历史，但对于肿瘤的病因和发病机理，尚知之甚少，因此，对于肿瘤的一级预防，尚难以普及落实。世界卫生组织曾号召各国的科学家，在制定肿瘤的防治战略计划时，除众所关心的一级预防外，还应充分调动早防早治的二级预防积极性；后者，也是当前提高肿瘤患者生存率切实可行的办法。

《早期乳腺癌的诊断与治疗》一书，已由几位热心于肿瘤事业的知名学者执笔完成，本书面向基层，把丰富的理论基础与实践的要点结合起来，对于乳腺癌的早诊、早治，作了扼要系统的介绍。本书的特点在于少而精，但对有关的重要方面，也已涉及，文字浅显易懂，方法切实可行。无论从科学普及或专业参考方面，均有价值。

当前，在城市医院中，来院求治的肿瘤患者，往往病变

已进入中、晚期，疗效不够理想。假如基层医务人员，甚至妇女本身，能普遍地掌握一些有关乳腺癌的基本知识，就有可能在发病伊始被发现并作出判断；对可疑病例，经过必要的检查，能够加以确诊或排除。早期乳腺癌的治疗方法简易，效果可靠，5年生存率均在90%以上。有人提出，应当把早期癌和晚期癌看成是两种完全不同的疾病，它们的处理方法和治疗结果截然不同。我们热切地希望，本书出版后不仅在普及对早期乳腺癌的诊治知识方面有所贡献，而且能提高乳腺癌的生存率。

中国医学科学院肿瘤医院

哈献文 1989年10月

前 言

乳腺癌是严重危害妇女健康的肿瘤之一，也是一种常见病、多发病。近年来，乳腺癌的发病率在许多国家都有上升的趋势，我国北京、上海初步报道已居妇女恶性肿瘤之首位，今后10~20年其发病率将会有明显增加。过去在临床实践中所遇到的乳腺癌患者，约半数以上均属晚期，即使采用多学科的综合治疗措施，其5年生存率总平均只有45%左右。因此，必须积极地设法解决早诊和早治问题，这是提高乳腺癌治愈率的关键。

国外近年对乳腺癌的早诊研究，颇为重视。我国目前真正的早期乳腺癌诊断水平，还低于某些国家，远远不符合形势的要求。

鉴于我国迄今尚缺乏侧重于“早期乳腺癌的诊断与治疗”的国内专著，为使临床医师、肿瘤工作者、基层医务人员和广大中、老年妇女进一步了解乳腺癌的病因、预防、早期发现和早期诊治的知识，以提高乳腺癌的治愈率，这是编写本书的宗旨。

本书在编写中我们吸收了国内外对该病的各种诊断、治疗技术和成功经验（参考文献共270余篇），以便今后在防治和研究早期乳腺癌方面，起到一点抛砖引玉的作用。

由于我们学识及临床经验的限制，个别观点可能不够正确，错误和遗漏在所难免。欢迎各位读者，提出批评指正，

以便再版时修订。

成书过程中承蒙中国医学科学院肿瘤医院、肿瘤研究所哈献文教授给予支持，并撰写序言。部分专题初稿，曾送请天津市肿瘤研究所外科李树玲研究员、病理研究室王德延研究员、流行病研究室叶正主任以及中国协和医科大学外科费立民教授，他们对书稿提出了许多宝贵的意见，谨此一并致以谢忱。

编 者

1989年10月 于北京

目 录

第一章 乳腺癌的早期发现和早期诊断	(1)
一、乳腺癌的早期发现和早期诊断.....	(1)
二、如何发现早期乳腺癌.....	(3)
三、如何进行正规的乳腺检查与早期诊断.....	(7)
四、乳腺自我检查.....	(9)
五、乳腺癌普查.....	(12)
第二章 乳腺癌的X线诊断	(15)
一、乳腺X线诊断基本要求.....	(15)
二、正常乳腺X线表现.....	(16)
三、乳腺癌的一般X线诊断.....	(19)
四、早期乳腺癌X线诊断.....	(23)
五、早期乳腺癌X线诊断评价及误诊的探讨.....	(26)
六、X线检查发现早期乳腺癌问题.....	(27)
第三章 乳腺肿物的针吸细胞学诊断	(28)
一、乳腺肿物针吸细胞学的优、缺点及应用范围	(28)
二、针吸技术及标本制备.....	(30)
三、针吸细胞形态学.....	(32)
四、乳腺良性肿物的细胞学特点.....	(34)
五、细胞学诊断分级及其处理.....	(36)
六、影响细胞学诊断的因素.....	(37)

七、针吸细胞学检查对乳腺癌早期诊断的意义···	(38)
八、组织类型与细胞检查结果的关系·····	(38)
九、乳腺癌针吸细胞分级推测患者预后的意义···	(39)
十、针吸细胞学检查的安全问题·····	(40)
附：乳头溢液及其细胞学·····	(43)
第四章 乳腺肿物的超声诊断·····	(46)
一、正常乳腺结构与声象图·····	(48)
二、乳腺良性和恶性肿瘤的声象图诊断·····	(50)
第五章 乳腺活组织病理检查(乳腺活检)·····	(57)
一、乳腺活检种类·····	(57)
二、如何选用两种手术活检的方法·····	(60)
三、乳腺外科活检的肉眼病理·····	(64)
四、乳腺冰冻切片几点要求和注意事项·····	(65)
五、乳腺冰冻切片检查的估价·····	(66)
附：多学科综合性诊断·····	(67)
第六章 早期乳腺癌的病理·····	(70)
一、早期乳腺癌的定义·····	(70)
二、早期乳腺癌的病理学特点·····	(71)
三、乳腺癌的双侧性·····	(82)
四、乳腺癌的癌前期病变·····	(83)
第七章 早期乳腺癌以外科治疗为主的根治疗法···	(86)
一、早期乳腺癌治疗应首选缩小手术·····	(86)
二、改良根治术的腋淋巴结清扫是否彻底·····	(89)
三、改良根治术的手术技巧问题·····	(90)
四、早期乳腺癌行改良根治术会不会降低根治性 ·····	(91)
五、对不能触及的潜伏乳腺癌的处理·····	(93)

六、对管内癌或微小浸润管内癌以及小叶原位癌 的处理原则.....	(94)
七、早期乳腺癌术后检查和处理及辅助疗法.....	(94)
八、术后护理要点与康复	(103)
九、术后长期随访与处理	(104)
第八章 早期乳腺癌以放疗为主的根治疗法	(106)
一、现代放疗在处理早期乳腺癌中的地位及作用	(106)
二、早期乳腺癌以放疗为主的根治疗法	(108)
三、结论	(125)
第九章 乳腺癌的患病因素及预防	(126)
一、膳食因素	(128)
二、内分泌因素	(130)
三、其它因素	(135)
四、病因探讨	(139)
五、乳腺癌的预防	(139)

第一章 乳腺癌的早期发现和早期诊断

一、乳腺癌的早期发现和早期诊断

何谓早期乳腺癌？目前欧美、日本和我国尚未有统一的定义。以往不少学者将早期乳腺癌定为肿瘤直径 $<2\text{ cm}$ ，触不到腋淋巴结转移者，即为临床Ⅰ期（ T_1N_0 、 T_1N_{1a} ），甚至将未发现腋淋巴腺转移的临床Ⅱ期癌（ T_2N_0 ），也列为“早期”，实属欠妥。

作者认为，乳腺癌的早期阶段，局限于乳腺内，常不可触及肿块，且摸不到腋淋巴结肿大（ T_0N_0 或 T_0N_{1a} ）。从病理组织学上，应将非浸润管内癌、小叶原位癌以及微小癌，归入早期乳腺癌的范畴，是一种预后良好的乳腺癌。这个观点可能有片面性，值得提出商议。

1978年天津召开乳腺癌早期诊断讨论会建议：以X线片上直径 $\leq 1\text{ cm}$ 病变以及临床不能触及，而仅由X线摄片发现的“隐性癌”作为早期癌。作者表示同意这个观点。

近年国外对肿瘤 $<1\text{ cm}$ 微小的乳腺癌的报道愈来愈多。1977年报道 $\leq 1\text{ cm}$ 或 $\leq 5\text{ mm}$ 的管内癌或小叶原位癌称为微小乳腺癌。管内癌常伴有坏死或钙化，一般不侵及腋淋巴结；而小叶原位癌，临床上不可触及，并常伴有囊性增生

病。1981年指出肿瘤 $<1\text{ cm}$ ，且腋淋巴结无转移者，属于微小乳腺癌的范畴。也有提出微小乳腺癌的概念，不仅大小是微小，而且可治愈的乳腺癌，包括T₀（不能触及乳腺癌）的原位癌或 0.5 cm 小浸润癌。国内1980年报道，微小癌亦称最小癌，系 $<0.5\text{ cm}$ 或 1 cm 的浸润癌，在发展阶段属于临床癌的最早期，少数微小癌原发灶虽小，亦可有腋淋巴结转移，称为“原发隐匿癌”，实际上已超过I期范围。

作者同意这个观点，曾诊治一例49岁女性患者。于1977年3月上旬发现左手麻木无力，屈指困难，按颈椎病治疗3个月无效。并出现大小鱼际肌萎缩，左上臂内侧有红斑、硬结，左腋下肿大淋巴结，再用消炎及营养神经治疗2个月，又出现左手诸肌群进行性萎缩，遂收入院。由于左腋淋巴结明显肿大且固定，行左腋下淋巴结切取活检。病理报告为左腋淋巴结转移性低分化腺癌。转入肿瘤科治疗，左腋肿物一度缩小。仔细检查左侧乳腺，发现乳头稍内陷并抬高，其外上象限似有轻度桔皮样改变，且局部皮温较高。考虑原发灶来自左乳腺之可能性最大。左乳腺液晶热图像呈“高温图像”，干板拍片示浸润导管癌可能性大，针吸细胞学检查有癌疑细胞，乃行穿刺部位的左乳腺区段切除术。肉眼可见楔形切除的乳腺组织，已失去正常结构，切面呈鱼肉状，质脆易破碎，病理报告为浸润导管癌，原发肿瘤直径 0.3 cm ，淋巴管内有大量瘤栓。由于腋淋巴结已固定，仅行单纯乳腺切除术辅加腋、锁骨上区放疗。不幸于1980年3月死亡。

本例自出现腋淋巴结肿大至最后病理确诊共延误了10个月。同时表明，即使肿瘤直径极小(0.3 cm)，而淋巴管内有瘤栓，临床上也可早期出现腋淋巴结转移。这一事实又证明了对触不到乳腺肿块的病例，不能轻易否定原发癌的存在，

应打破“无肿块不能诊为乳腺癌”的旧传统观念。从本例应该吸取一条教训：对患者主诉要很好地分析、全面地检查，明确诊断后再决定治疗方针，而不可无根据地进行长期的对症治疗。

总之，乳腺癌的早期演变，必需经历漫长的癌前期病变、原位癌、原位癌伴随早期浸润、微小癌等相对的阶段，而发展到临床明显期，即通常的浸润癌。主张外科医师要多联系病理，正确认识这些早期阶段的形态学特征，将对乳腺癌的临床处理起指导性作用。

二、如何发现早期乳腺癌

在目前尚不能有效地预防乳腺癌发生时，倘若在早期阶段就能诊断并及时治疗，大概是治疗乳腺癌最理想的目标。因此，临床医师应努力早期发现癌前期病变，尤其对伴有高危因素的妇女，更要充分利用各种先进的物理诊断技术，以提高综合诊断水平，从而完全有可能发现 $<1\text{ cm}$ 的早期乳腺癌。

由于国内外新的诊断技术不断改进，早期癌的发现已有增加的趋势。特别近年在普查无症状妇女所发现的乳腺癌中，非浸润癌占25%， $<1\text{ cm}$ 微小乳腺癌竟占38%。因此，作者对如何发现早期乳腺癌，欲试提出下述几点建议：

1. 对40岁以上伴有危险因素的囊性增生病某区域突起病变、腺体增厚的妇女，宜行乳腺区段切除活检，从中可能发现一小部分早期癌或癌变所见。

据最近国内报道，为防止早期乳腺癌的漏诊，对98例乳腺局限性腺体增厚者，进行选择性的切除活检，病理诊断癌8

例(8.2%),大体标本剖检除1例可见直径0.5cm小结外,7例均未发现明显肿块,这些病理所见均符合触不到明显肿块、而以腺体增厚为主的临床表现。表明乳腺局限性腺体增厚,是早期乳腺癌的重要体征之一,尤其绝经后妇女伴有溢液或乳头皮肤脱屑更应重视。

在妇女常见的囊性增生病的基础上,部分病例亦可发展为癌,究竟是否作为一种癌前期病变,目前意见尚未统一,但有的报道认为属于癌前期病变。作者曾于60年代初期对28例比较典型的囊性增生病,行乳腺区段切除术,经病理证实为癌变者4例,癌变率为14.3%。表明适当选择病例,特别伴有易感因素的患者行区段切除术,对诊断早期癌,肯定会起到一定的积极作用。早在1959年国内首次报道囊性增生病的癌变率较高(19%),1964年报道癌变率为8.6%。国外

(1981年)也强调对乳腺囊性增生病,要采取适宜的处理,因对早期发现乳腺癌很重要。国内也指出,囊性病一小部分病例,会发展为早期癌的病变,任何癌不经过癌前期阶段,而突然发生是不可能的;然而并非所有癌前病变均发展为癌,从癌前期病变发展到原位癌乃至浸润癌。仅据国内上述事实证明,在囊性病的基础上,其中一小部分病例确实可以发展为早期癌变。由此可见,乳腺癌是可以早期发现的,当然发现越早治愈率越高。所以作者建议对40岁以上高危人群妇女,一侧或双侧乳腺有散在性硬结之腺体增厚者,需进行定期检查(最好3~6个月一次)。在观察期间发现某一区域有突出、质地变硬者应作针吸,必要时切除活检,以确定是否癌变。

天津自1978年开展综合性诊断以来,共查出T₀乳腺癌15例,腋淋巴结转移占30.8%。大体标本检查病灶直径0.5~1.0cm有6个,T₀乳腺癌多为微小癌或早期癌。并指

出局限性腺体增厚，为非浸润性癌或浸润性早期癌的表现形式之一，对年近50岁，伴有易感因素的腺体增厚者，应与肿块同等重视。作者临床实践也证明这个论点是正确的，唯有采取类似的积极措施，才能发现早期乳腺癌。

2. 对乳头血性溢液而触不到肿块者，应作涂片细胞学检查或导管造影，必要时切开导管探查，可能发现早期管内癌。

临床注意检查有无血性溢液，是发现早期癌的另一途径，尤其触不到肿块而有血性溢液者，更应重视。因触不到肿块的非浸润癌之主要症状为血性溢液。国外报道，触到和触不到肿块的微小癌病例，伴有血性溢液分别为21.2%、53%，触不到肿块的8例（ $<5\text{ mm}$ ）中有血性溢液5例（63%）。因此，作者强调对乳头血性溢液患者，即使触不到肿块，亦不应忽视，更不可冒然诊断为良性。国外报道，乳头异常溢液是早期癌的唯一症状，选择性导管造影为确定触不到管内病变的有效诊断方法。对1363名妇女的乳头异常溢液进行检查结果，发现46.7%为乳头状瘤，导管原位癌和浸润性管内癌分别为2.9%、8.5%。国内报道，导管造影能诊断直径仅2~3mm无任何症状的管内癌。临床未触及肿块22例中，经造影后证实13例为管内癌、乳头状癌、小叶原位癌和 $<0.5\text{ cm}$ 微小癌。认为除乳头异常溢液外，性质不明的肿块、钙化征象者，均可行导管造影。它是一种颇有价值的早期诊断方法。也有主张作小导管切除活检，它更能确切地早期发现乳腺癌。近年指出，乳头状瘤病（多发性乳头状瘤）亦为癌前期病变，当呈现充满多数腺管活跃增生时，应行全乳腺切除术，以防止癌变。并提示6例乳头状癌均来自乳头状瘤病。因此，作者提议为了早期发现乳腺癌，必须正确掌握乳腺疾病的处理

原则。

目前，在临床上普遍应用的触诊，对乳腺癌的早期发现，仍为简而易行的有效手段。当检查有乳头溢液的患者，应沿着乳头溢出液体的象限部位进行轻柔地触诊，否则不易发现肿块。国外报道，对 $<5\text{ mm}$ 浸润癌仅靠触诊可触及肿块为49%，但早期病例的确诊较难，几乎仍靠细胞学或组织学检查，才能作出最后诊断。

3. 提高乳腺X线摄影水平有助于早期发现和早期诊断。

以往X线诊断仅为辅助性，而现在对微小癌和触不到肿块(T_0)的早期乳腺癌(即X线片出现钙化灶，虽显示肿瘤阴影，但不能触及)，主要靠乳腺X线摄影才能作出诊断。由于近年乳腺X线摄影技术的提高，若能仔细读片，不致漏掉主要所见——无肿瘤阴影的微细钙化灶(从 $50\text{ }\mu\sim 2\text{ mm}$)，对这一重要线索千万不要轻易放过，因它对发现早期非浸润导管癌或小叶原位癌非常有利，这在早期乳腺癌的诊断上是极其重要的。国外报道，触不到肿块的钙化型乳腺癌病例最多(60%)，触不到肿块的乳腺癌患者主诉以乳头溢液者较多，在35个病灶中微小癌占51.4%。另一组报道X线摄影见有微细钙化像出现率为 $<0.5\text{ cm}$ 的浸润癌17%； $0.6\sim 1.0\text{ cm}$ 者42%；非浸润癌48%。因此，作者认为，凡临床上触不到乳腺肿块的患者，绝不能轻易否定“无肿瘤”，而应打破传统的所谓未触及肿块就不能诊断癌瘤的旧观念。所以，对高危因素妇女的乳腺检查，虽触不到明显肿块而难以排除早期癌时，应作患侧乳腺X线摄影检查，这有助于微细钙化灶的发现，从而能及时早期诊断。

三、如何进行正规的乳腺检查与早期诊断

乳腺癌是一种易于早期发生淋巴、血行转移的肿瘤，最常见的首发症状为无痛性肿块，多数是病人自己发现的。因此，当病人来院求医时，就应该耐心地倾听其主诉，然后进行认真的乳腺正规检查和必要的各种特殊检查。若能遵循下列程序，就可达到早期癌的诊断目的。

1. 病史：月经前期发现乳腺内有腺体增厚或散在性硬结，应嘱月经期后来复查。注意引导询问与乳腺癌发生有关的病史，以及有无危险或高危险因素：如①初潮年龄；②既往有无乳腺肿瘤史或妇科疾病；③乳头有无溢液；④甲状腺功能情况；⑤结婚年龄；⑥是否未婚、未育、未哺乳等。属于危险因素的妇女有①乳腺囊性增生病；②初次妊娠年龄 >35 岁；③停经 ≥ 50 岁。属于高危险因素的妇女有①月经初潮年龄 ≤ 13 岁；②乳腺癌家族史（母、姊妹）；③既往患乳腺良性疾病而行手术者（包括囊性增生病、乳头状瘤病、导管增厚等）。

2. 临床体检：为了发现早期乳腺癌，视、触诊仍属重要的检查环节，现扼要叙述下列要点。

（1）视诊要点：首先让病人采取坐位，面对光线进行两侧对比检查。①两侧乳腺轮廓有无异常；②两侧乳晕大小；③乳头有无溢液、糜烂或轻度内陷；④乳头抬高，也是特征，但早期时较少见；⑤局部皮肤是否潮红、有无静脉曲张或表皮脱屑（乳头部癌前期的表现，即脱屑和角化的改