·临床与实践·

细针穿刺细胞诊断乳腺肿块性质的临床应用价值

Clinical application value of FNA in the diagnosis of the breast lumps

张 艳[1],李华强[2],潘永霞[3] (1. 开县人民医院病理科,重庆 开县 405400;2. 巴南区人民医院病理科,重庆 401320;3. 巴南区人民医院神经内科,重庆 401320)

[摘 要] **目的** 探讨细针穿刺细胞学(fine needle aspiration,FNA)确诊乳腺肿块性质的临床应用价值。**方法** 回顾分析开县人民医院 415 例乳腺肿块细针穿刺结果及组织学对照。**结果** 415 例乳腺肿块患者行细针穿刺细胞学检查中发现乳腺癌 112 例,纤维腺瘤 180 例,其他良性病变共 123 例。415 例均有组织学对照,确诊乳腺癌 117 例,本组数据统计细胞学诊断乳腺癌(乳腺癌及可疑乳腺癌)的准确率 95.7%,假阴性率 4.3%。**结论** 针吸细胞学操作简便,且诊断准确率高,可作为医院检查乳腺肿块的常规项目。

[关键词] 穿刺;乳腺肿块;细胞学

[中图分类号] R737.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2015)02-0215-02

近年来乳腺癌的发病率越来越高,且有明显年轻化趋势[1-3],严重影响了女性的身心健康[4-5]。因此,对乳腺疾病的早期诊断及治疗越来越重要。乳腺位于身体表面,发生病变时常常出现肿块,所以患者能早期发现[6]。现在最重要的问题是确定肿块的性质。临床普遍开展有 X 线、B 超、红外线、钼靶等方法进行检查,但这些方法对乳腺肿块性质的判定缺乏可靠性[7]。细针穿刺细胞学却具有独特价值,特别是对于乳腺癌的确诊更具诊断意义[8]。现对我院 2012 年 1 月至 2013 年 12 月进行乳腺肿块细针穿刺的临床资料进行回顾性分析,以评价细针穿刺细胞学对乳腺肿块性质的诊断价值,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

415 例患者中女性 403 例,男性 12 例,年龄 17 ~ 83 岁,平均 47.3 岁,肿块直径 0.5 ~ 8 cm,肿块位于外上象限 210 例,外下象限 103,内下象限 67 例,内上象限 18 例,乳晕区 17 例,腋下有明显(直径大于等于 1 cm)肿大淋巴结 23 例。

1.2 方法

患者经初诊后,具有穿刺适应证来我科进行穿刺检查。全面了解患者身体状况及相关病史,并向患者简单介绍穿刺检查过程,稳定患者情绪,并签署细针穿刺检查知情同意书。患者一般取坐位或平躺位,仔细触诊肿块,了解肿块的大小、边界、

doi:10.11659/jjssx.06E014096

[通讯作者] 李华强,E-mail:346151245@qq.com

[收稿日期] 2014-06-01 [修回日期] 2014-06-11

[19] Ueno H, Mochizuki H, Shirouzu K, et alJSCCR. Multicenter study for optimal categorization of extramural tumor deposits for colorectal cancer staging[J]. Ann Surg, 2012, 255(4): 739 - 746.

[20] Ueno H, Mochizuki H, Shirouzu K, et al. JSCCR. Actual status of distribution and prognostic impact of extramural discontinuous cancer spread in colorectal cancer[J]. J Clin Oncol, 2011, 29(18): 1 - 7.

[21] Nagtegaal ID, Quirke P. Colorectal tumour deposits in the mesorectum and pericolon; a critical review[J]. Histopathology, 2007, 51(2): 141 - 149.

[22] Storli KE, SØndenaa K, Bukholm IRK, et al. Overall survival after resection for colon cancer in a national cohort study was affected by TNM stage, lymph node ration[J]. Int J Colorectal Dis, 2011, 26(10): 1299 - 1307.

[23] Kobayashi H, Enomoto M, Higuchi T, et al. Clinical significance of lymph node ratio and location of nodal involvement in patients with right colon cancer[J]. Dig Surg, 2011, 28(3): 190 - 197.

[24] Watanabe T, Itabashi M, Shimada Y, et al. Japanese Society for cancer of the colon and rectum (JSCCR) guidelines 2010 for the treatment of colorectal cancer[J]. Int J Clin Oncol, 2012, 17(1): 1 - 29.

[25] Horn A, Dahl O, Morild I. Venous and neural invasion as predictors of recurrence in rectal adenocarcinoima[J]. Dis Colon Rectum, 1991, 34(9): 798 - 804.

[26] Kobayashi H, Mochizuki H, Sugihara K et al. Characteristics of recurrence and surveillance tools after curative resection for colorectal cancer: a multicenter study[J]. Surgery, 2007, 141(1): 67 - 75.

[27] Hida K, Hasegawa S, Kinjo Y, et al. Open versus laparoscopic resection of primary tumor for incurable stage IV colorectal cancer: a large multicenter consecutive patients cohort study[J]. Ann Surg, 2012, 255(5): 929 - 934.

[28] Willaert W, Ceelen W. Extent of surgery in cancer of the colon: Is more better? [J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(1): 132 - 138.

(编辑:杨 颖)

深度、及活动度,确定进针方向及位置。常规消毒,一般不需麻醉。用左手拇指和食指固定肿块,右手用执笔式持续负压穿刺器于乳腺肿块皮肤约 45°方向进针,注意避开乳腺皮下静脉及乳头、乳晕等疼痛敏感区,准确刺入肿块中心,然后由助手将穿刺器针栓拉至针栓棱柱上设置的"缺口"处,并卡在针管末端的"锁止夹"处,自动保持负压,使针头在肿块内上下提插,同时变化方向及深度,提插 6~15 次,此时观察针管的吸出物的量,满足需要时可直接拔针,(穿出标本不合格或是肿物过大,可重新选择穿刺点再行穿刺),拔针时动作迅速,同时用无菌棉签按压针眼,防止出血,贴创可贴保护针眼,嘱咐患者自行按压针眼 5~10 min,在等候区观察 0.5 h 后患者无出血及其它不适后方可离开。穿刺完成后,将针管内的标本快速喷射到干净载片上,针头柄内用"弹出法"将标本移出到载片上,然后用 2 张玻片以适当的力度平拉的方式涂片 2~3 张,做好标识后,立即投入 95% 酒精固定 15 min 后,用苏木素伊红染色后行镜检。

1.3 判读标准

乳腺细针穿刺细胞学以细胞排列紊乱,细胞核大深染,核分裂多、核浆比高、间质致密及出现坏死等特点为判读乳腺癌的标准。细胞学报告乳腺癌及可疑乳腺癌为阳性结果,细胞学报告为良性病变而组织学证实为乳腺癌为假阴性报告,细胞学报告为乳腺癌而组织学证实为良性病变为假阳性报告。

2 结果

415 例乳腺肿块患者行细针穿刺细胞学检查中发现乳腺癌 112 例。并作组织学对照,确诊乳腺癌 117 例,其中 2 例在穿刺细胞学检查中诊断为纤维腺瘤,3 例诊断为乳腺增生(表 1)。本组数据统计穿刺细胞学诊断乳腺癌(含乳腺癌及可疑乳腺癌)的准确率 95.7%,假阳性 0%,假阴性率 4.3%。

表 1 乳腺穿刺细胞学结果与组织学对照表[例(%)]

组别	*n*	乳腺癌	纤维腺瘤	囊肿病	脂肪瘤	乳腺增生	乳汁潴留囊肿	化脓性炎症	慢性炎症	男子乳腺发育
穿刺细胞学	415	112(27.0)	180(43.4)	26(6.3)	18(4.3)	23(5.5)	17(4.1)	10(2.4)	21(5.1)	8(1.9)
组织学对照	415	117(28.2)	178(42.9)	26(6.3)	18(4.3)	20(4.8)	17(4.1)	10(2.4)	21(5.1)	8(1.9)

3 讨论

针吸细胞学随着其技术的不断改良以及诊断经验的不断积累,其诊断的准确率越来越高,且由于其设备要求简单,操作简易,患者痛苦小以及并发症少、费用低廉,可作为医院检查乳腺肿块的常规项目。最重要的是其诊断准确率高(本组数据统计准确率达 95.7%),特别是假阳性率低。国内外报告假阳性率为 0.1% ~1%,而我院至开展乳腺针吸细胞学检查十几年以来,无假阳性的报告。当细胞学医生技术水平及诊断水平达到一定程度时,细胞学报告可大部分的取代术中冰冻。我院约 85% 的乳腺癌患者直接根据细胞学报告直接实施根治术,术后组织学对照,无假阳性报告。这不仅为患者节约了时间、费用,也为患者得到更合理、及时的手术方案,为治疗提供了确凿依据。据本组数据统计,有部分为增生性病变,此类病变的临床处理是随访观察或是用药物进行内分泌调整,大部分不需要手术,这减少对患者不必要的手术创伤。但针吸细胞学仍有不足:由于取材有限,假阴性率较高;对于乳腺癌的分型及分期存在困难等。

为了进一步提高乳腺针吸细胞学的准确率,还应注意以下几点:①乳腺肿块针吸细胞学的报告常作为临床医生对患者实施手术的依据,所以要求的细胞学报告必须十分严谨并可靠,必须具有充分的把握,才能直接出具阳性报告。②细胞学的工作应建立一体化的工作流程,施行穿刺操作、制片、诊断均由细胞学专业人员完成。应特别重视操作技术的改进,我科至 2009 年采用北京友谊医院研制的一种新型穿刺器,该器能自动保持针管内负压,操作简便,手感好,而且增加了标本采集量,明显提高了阳性率。③坚持对患者跟踪随访,坚持与组织病理学的对照,不断地对比分析,认识不同乳腺病变的细胞学表现,不断提高细胞学的诊断能力,从而提高细胞学的准确率。

细针穿刺细胞学检查因其设备要求简单、操作简易、快速、安全、可靠及可重复性操作,对患者痛苦小、费用低,且其诊断准确性高等优点,对于乳腺肿块性质的诊断具有重要意义。随着针吸细胞学各项技术的不断改进,及细胞学诊断水平的不断提高,其诊断准确率也会进一步提高,临床应用及发展前景广阔。

[参考文献]

[1] 郑艳敏,沈月平,刘银梅,等. 中国女性乳腺癌危险因素 Meta 分析[J]. 中国公共卫生,2012, 28(12):1645-1648.

[2] 刘 鑫,刘启峰,徐 晔,等. 中国年轻乳腺癌的临床病理特征及预后分析[J]. 中华医学杂志,2011,91(26):1817-1820.

[3] 周 灿,王 珂,何建军,等. 不同年龄段女性乳腺癌患者临床病理特征的回顾性分析[J]. 西安交通大学学报(医学报),2013,34(1):133-137.

[4] 李梅芳,何建蓉,沈坤炜,等. 不同年龄段乳腺癌患者的临床病理特点[J]. 中华乳腺病杂志(电子版),2010,4(5):39-41.

[5] 郑 莹,吴春晓,张敏璐. 乳腺癌在中国的流行状况和疾病特征[J]. 中国癌症杂志,2013,23(8)561-569.

[6] 罗 燕,张晓耀,益建疆. 1473 例乳腺肿块临床病理分析[J]. 局解手术学杂志,2011,20(5):569-570.

[7] 赵 红,郑穗生,金 晶,等. 钼靶 X 线影像对乳腺疾病的诊断价值[J]. 中国医学影像学杂志,2012,20(7):511-514.

[8] 卜丽丽. 针吸细胞学检查诊断乳腺癌 300 例分析[J]. 局解手术学杂志,2005,14(1):66.

(编辑:杨 颖)