乳腺癌病理学诊断研究

杨 槐 （遂宁市中心医院病理科，四川 遂宁 629000）

［摘 要］ **目的** 探讨乳腺癌的临床病理诊断的特点及其方法。**方法** 对 243 例乳腺癌患者进行组织病理学检查以及针吸细胞学检查。**结果** 乳腺癌的病理类型以浸润性导管癌为主；出现淋巴道转移概率最高的为浸润性小叶癌；40～60 岁为乳腺癌高发年龄段。**结论** 乳腺癌的诊断应注意术前针吸细胞学检查与术中和术后的组织病理学检查结合，保证患者在术后有良好的预后。

［关键词］乳腺癌；病理学；诊断

［中图分类号］R737.9 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2011)02-0177-03

Pathological analysis of breast carcinoma

YANG Huai （Department of Pathology, Suining Central Hospital, Suining Sichuan 629000, China）

Abstract: Objective To investigate the pathological characteristics of breast cancer and its treatment method. **Methods** Totally 243 patients with breast cancer were underwent histopathological examination and fine needle aspiration cytodiagnosis. **Results** The main histological type of breast carcinoma was invasive ductal carcinoma; lymphatic metastasis was most frequently occurred in invasive lobular carcinoma; 40～60 years old was the high incidence age period. **Conclusion** It should be noted that preoperative fine needle aspiration cytology and intraoperative and postoperative histopathological examination should be combined in diagnosing breast carcinoma to ensure a good prognosis.

Keywords: breast cancer; pathology; diagnosis

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一，其病发率在女性各类恶性肿瘤中呈逐年上升的趋势[1]。随着乳腺癌细胞病理学诊断技术的成熟，术前细针穿刺吸引细胞学诊断（fine needle aspiration cytodiagnosis, FNAC）得到了较快的发展。FNAC 操作简便、安全、快速、可靠，对乳腺癌的诊断准确率达 95.8%[1]。但 FNAC 有一定的局限性，在临床上偶有误诊发生[2]。我院近 5 年来对 243 例乳腺肿物患者行 FNAC，取得了满意的效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 243 例，包括浸润性导管癌、非浸润性癌、浸润性小叶癌、乳腺腺样囊性癌，其中男 3 例，女 240 例。年龄 16～67 岁，平均（38.35 ± 3.18）岁。病程 3 个月至 7 年，平均（3.14 ±0.41）年。左侧乳腺癌变 160 例，右侧乳腺癌变 59 例，双侧癌变 25 例。其中侵润涉及胸大肌 15 例，经腋下淋巴结转移 13 例，良性肿瘤 9 例，癌变转移至肋骨 3 例。

1.2 方法

对患者进行常规影像学检查，对高度怀疑为乳腺癌的患者进行 FNAC 以帮助诊断，对行 FNAC 的患者进行手术中组织冰冻切片观察，以更好协助术者进行手术部位及手术方式的选择。FNAC：使用“友谊式细针穿刺器”即一根 10 mL 针管并标配外径为 0.7～0.8 mm 注射针头。对患者进行常规麻醉，乳腺部位局部消毒后，采取持笔式负压针吸标本采集法对病变部位进行细胞采集。采集的细胞材料涂片 5～8 张，将湿片后固定在 95% 乙醇溶液中 5～10 min 后进行 HE 染色。两位病理医生进行盲检，如果两人都确定有癌细胞，则诊断为乳腺癌；若两人中只有一人诊断存在癌细胞，则将患者视为怀疑对象；当两人均诊断其为正常细胞，则认为患者为假阳性。对于诊断为乳腺癌以及怀疑为乳腺癌并自愿接受手术治疗的患者行术中组织冰冻切片免疫组化检查。在手术中，将摘除的肿块进行冰冻切片病理学确诊。送检标本经大体检查后选取其病变核心区，进行冰冻切片。切片厚度 5 μm，经甲醇固定后进行 HE 染色，中性树胶封片。选择 2 位病理医生对切片进行检查。

1.3 判断方法

待冰冻切片报告出来后，将所有冰冻切片报告与 FNAC 报告进行对比分析。结果显示有 3 种情况：①确诊，两种报告的分析完全符合或者是基本符合；②误诊，其中包括假阳性还有假阴性；③延期诊断，指冰冻切片不能得到较好的诊断的组织类型，不能确定良、恶性。

1.4 统计学方法

本组实验的数据采用 SPSS 13.0 统计学分析，对数据资料采用 χ^2 检验，$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

［作者简介］杨 槐（1974－），男，重庆市人，主治医师，主要从事肿瘤病理学方面的研究。电话：(0825)2292287

［收稿日期］2010-11-26 ［修回日期］2010-12-27

2 结果

2.1 病理类型

本组 243 例乳腺癌患者,原发灶的 FNAC 检查中诊断为非浸润型癌、浸润性导管癌、浸润性小叶癌、并发现 1 例乳腺腺样囊性癌,与组织学检查比较有显著差异($P<0.05$),见表 1。

表 1 FNAC 与组织检查中的诊断情况(n)

组别	浸润性导管癌	非浸润性癌	浸润性小叶癌	其他	合计
FNAC	32*	120*	57*	30*	238*
组织检查	32	122	61	30	243

*:与组织检查比较,$P<0.05$

2.2 淋巴结转移和乳腺癌类型的关系

FNAC 以及组织检查的结果提示,不同类型的乳腺癌其淋巴转移也不同。浸润性导管癌 32 例,出现 12 例转移,转移率 37.5%;非浸润性癌 122 例,出现 13 例转移,转移率 10.7%;浸润性小叶癌 61 例,出现 32 例转移,转移率 52.5%;其他共 30 例,出现 12 例转移,转移率 40.0%。

2.3 乳腺癌类型与年龄的关系

对这几类乳腺癌患者进行年龄调查,其中 40~60 岁为乳腺癌高发年龄段,见表 3。

表 3 不同癌患者的年龄状况(n)

乳腺癌类型	例数	25 岁以下	25~40 岁	40~60 岁	60 岁以上
浸润性导管癌	32	12	5	15	0
非浸润性癌	120	10	31	70	9
浸润性小叶癌	61	5	11	35	10
其他	30	7	4	9	10

3 讨论

腺样囊性癌好发于唾液腺,发生于乳腺十分罕见,据相关文献报道,其在所有乳腺恶性肿瘤中的比例不到 1%[3-4]。本组患者中,发现 1 例老年患者诊断为乳腺腺样囊性癌。乳腺腺样囊性癌生长周期长,浸润性相对于其他恶性肿瘤差,患者常常因包块小且变化少忽视其存在。但是,其包块部分有被膜,在部分表面有浸润生长,故可以明确的判断其为恶性肿瘤[5-6]。在 HE 染色与免疫组化染色中可见乳腺腺样囊性癌主要有两种癌细胞构成,部分为腺上皮样细胞,构成腺管样腔隙,因此在切片观察中,要注意与正常乳腺组织的腺管相区别。同时还应将其与乳腺筛状型导管内癌鉴别。乳腺筛状型导管内癌的癌细胞体积较大,胞质 HE 染色呈淡染,癌细胞之间的细胞界限不清,细胞之间呈铺砖样排列,从而导致癌细胞形成真正的腺腔,而且在免疫组化染色中没有如同乳腺腺样囊性癌组织内肌上皮细胞构成肿瘤成分[7]。FNAC 病例中,有 7 例误检,其中 4 例误诊为假阴性,主要原因有标本采集技术水平差异,不能正确地选取病变区域;患者乳腺肿瘤小而深,穿刺定位较难;抽取标本中纤维间质成分过多,没有具体诊断细胞。FNAC 诊断乳腺癌的重要依据是观察其细胞形态学异型性改变,主要包括细胞核增大、细胞体积增大、细胞核畸形、深染、涂片镜下观察其细胞大小不等、排列拥挤而不规则、核仁明显[8]。本组 4 例 FNAC 诊断为乳腺良性疾病,但在术中组织病理冰冻切片诊断为乳腺癌,误诊的主要原因有其细胞体积的大小没有明显增大;细胞核增大、畸形和深染,但是难以与某些良性乳腺疾病的细胞核鉴别[9]。3 例 FNAC 误诊为假阳性,主要原因为标本未及时固定导致人工假象,乳腺导管上皮细胞非典型性增生并排列紊乱,失去一定的极向,难以鉴别[10]。因此,在 FNAC 检查诊断后选用冰冻切片进行进一步的检查是有必要的,可以减少误诊率。如结果所示,浸润性小叶癌发生转移的人数比例较多,提示在治疗过程中要注意观察其是否浸润性生长,癌细胞是否扩撒到胸大肌或者胸小肌,是否通过淋巴系统转移[10]。另外,乳腺癌的好发年龄在 40~60 岁之间,尤以 45~50 岁这个年龄段发病率最高,故在发现乳腺有肿块时,应当考虑是否其为乳腺癌,及时做 FNAC,以达到及时发现、及时治疗的目的。

总之,术前进行 FNAC,简便、快速、安全、有效,在乳腺癌的早期发现及诊断中有较高的应用价值,能为医生制定患者的治疗方案尤其是是否实施手术提供科学的依据。在术中对患者进行组织的冰冻切片检查,能为手术方法以及范围提供参考。

[参考文献]

[1] 景竹春,苏雅洁,赵 越,等. 乳腺腺样囊性癌的特点及文献复习[J]. 基层医学论坛,2009,13(25):819-820.

[2] Persson M, Andren Y, Mark J, et al. Recurrent fusion of MYB and NFIB transcription factor genes in carcinomas of the breast and head and neck [J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 2009, 106(44): 18740-18744.

[3] 方新颜,施艳琳,石群立,等. 乳腺腺样囊性癌伴微腺型腺病 1 例报告[J]. 诊断学理论与实践,2008,7(4):444-445.

[4] Aksu K, Aktas Z, Aksu F, et al. Spindle cell sarcomatoid carcinoma: first case reported in the trachea[J]. Tuberk Toraks, 2009, 57(3): 337-341.

[5] Vetvicka D, Hovorka O, Kovar L, et al. Establishment of imaginable model of T-cell lymphoma growing in syngenic mice[J]. Anticancer

Res,2009,29(11):4513 – 4517.
[6] Mohiuddin SS,Gonzalez JJ,Glass J,et al. Laparoscopic-assisted endoluminal hybrid surgery: a stepping stone to NOTES[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech,2009,19(6):474 – 478.
[7] Cibula D,Slama J,Svarovsky J,et al. Abdominal radical trachelectomy in fertility-sparing treatment of early-stage cervical cancer[J]. Int J Gynecol Cancer,2009,19(8):1407 – 1411.
[8] 孙亚锋,许建华,叶 凯,等. 细针吸取细胞学检查在乳腺癌术前诊断中的价值[J]. 河北医学,2010,16(3):300 – 302.
[9] 余小蒙,王卫东,张长淮,等. 对乳腺肿物针吸细胞学诊断标准的探讨-951 例细胞学与组织学的对照分析[J]. 中华病理学杂志,2002,1(31):26 – 29.
[10] 林木青. 针吸细胞学检查对乳腺癌的诊断价值[J]. 浙江临床医学,2004,6(4):317 – 318.

(编辑:唐秋姗)

· 个案与短篇 ·

发育性髋关节脱位关节置换术的体位设计与应用

李 玫,王 敏,曾 俊 (第三军医大学西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 发育性髋关节脱位;关节置换术;体位
[中图分类号] R687.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2011)02-0179-01

发育性髋关节脱位(developmental dysplasia of hip,DDH)是一种常见的髋关节疾病,早期无明显症状,随着病情的发展,大部分患者在 20 ~ 40 岁左右出现关节疼痛、活动障碍等症状,生活质量受到严重影响,最终需要接受全髋关节置换术治疗[1]。为更好地配合手术,我们设计并改进了手术体位,应用于 15 例 DDH 患者的全髋关节置换术中,取得满意效果。现介绍如下。

1 材料与方法

1.1 材料

头圈 1 个、支手板 1 套、侧卧位支手板 1 套、腋垫 1 个、侧卧位挡板 1 套、5 cm × 200 cm 体位胶布 1 条、15 cm × 300 cm 帆布约束带(会阴部抵抗带)1 根、棉垫 2 张、凡士林油纱布 1 张、压腿带 1 套。

1.2 体位设计与应用

患者取健侧卧位,头部枕头圈,腋下放置腋垫。患侧上肢平放于支手板上,健侧上肢放于可调节侧卧位支手板上,高度以患者左右径宽度为准,双手臂呈抱球状。骨盆前后两侧以侧卧位挡板固定于耻骨联合和骶骨上。会阴部垫 1 张凡士林油纱和 1 张棉垫,再用会阴部抵抗带将患者会阴部拉紧固定于手术床。健侧下肢稍微弯曲,并用压腿带固定;患侧下肢自然放于其上,不予固定。肩胛部垫 1 张棉垫,将患者肩胛部用体位胶布固定于手术床。安置好后再次检查确认患者手术体位是否暴露充分、安全、稳定、舒适,是否影响患者呼吸及血液循环,有无神经、血管、骨隆突处受压,肢体外展度是否适当,特别注意检查患者的膀胱有无压迫,会阴部有无过度牵拉。

2 讨论

全髋关节置换手术采用后外侧切口入路,需要安置患者于健侧卧位[2]。由于 DDH 患者存在肢体短缩、髋臼发育浅平、股骨近端异常等情况,给人工全髋关节置换手术带来困难。手术中应综合考虑双下肢长度的平衡、髋臼及外展肌力的重建,以及对神经、血管的保护[3]。

DDH 全髋关节置换术手术难度大、术中关节复位困难,对手术体位配合提出了更高的要求。我们采用改进的侧卧位安置方法,加固了患者肩胛部、骨盆部的稳定性,防止患者术中前后移位;增加了会阴部的固定,有效地形成了患者术中牵引复位的对抗力量,防止患者上下移位。同时,稳定的手术体位也保障了手术无菌屏障的严密性,为手术的高质量顺利进行提供了有力的保障。

[参考文献]

[1] 郑文杰,张 峡,周 跃,等. 成人先天性髋关节脱位的全髋置换术[J]. 现代医药卫生,2005,21(10):1196 – 1197.
[2] 夏 萍,杨晓蓉. 人工全髋关节置换术后胃肠道反应的观察及护理[J]. 局解手术学杂志,2009,18(5):354.
[3] 赵建宁,郭 亭,周利武,等. 成人严重先天性髋脱位的人工全髋关节置换术[J]. 中国矫形外科杂志,2006,14(5):325 – 327.

(编辑:雷 艳)

[收稿日期] 2010-11-07 [修回日期] 2010-12-16