维普资讯 http://www.cqvip.com

16-17

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 2 期总第 19 期

乳腺肿块切除活检 289 例

内蒙古通辽市哲里木盟医院外科 李 政 张冬艳

（内蒙古通辽，邮政编码 028000）

R655.8

〔摘要〕乳腺肿块是乳房疾病最常见的体征，其诊断和鉴别诊断在乳房外科中具有重要的临床意义，如何正确的进行乳房肿块的诊断，是如何进行治疗的前提，因而，我院 1992～1994 年间对 289 例乳腺怀疑有癌变的肿块均收入院，采取在做好根治术的前提下，楔型切取肿块，术中冰冻病理检查，迅速回报后确定治疗方案，避免再次进行手术的打击，同时预防癌细胞的扩散，收到了满意的效果。

〔关键词〕乳腺肿块；切除；活检。

乳腺肿块是外科临床工作中经常遇到的疾病，但良性肿块远较恶性疾病常见，良、恶性间的比例与不同性质的医院有关，综合性医院内良性肿块可能远较专科医院多见，因此，对其良、恶性的肿块鉴别至关重要，我院 1992～1994 年间病理检查女性乳腺肿块 289 例，本文对术中活检结果进行分析，并对乳腺肿块活检在乳癌的早期诊断及手术方法略进行讨论。

临床资料

五组 289 例中，年龄最小的 14 岁，最大的 72 岁，平均年龄 43 岁，印象诊断后均采取术前冰冻活检，病理检查结果：乳腺纤维瘤 125 例（40.1%）、乳腺增生症 54 例（19%）、乳腺囊性增生 21 例（7%）、乳腺导管扩张症 17 例（6%）、乳腺癌 64 例（22.1%）、乳房结核病 2 例（0.07%）、乳腺慢性炎性增生 4 例（0.13%）和乳腺皮样囊肿 2 例（0.07%）。

讨 论

详细的病史及体格检查可以发现一些较小的肿块，然而真正的早期诊断，应该是指发现那些临床上无症状的肿块，在外科临床工作中，有以下几种辅助检查方法，乳房的 X 线摄片，超声波、同位素、热图象、细胞学检查等，这些均有很大的误诊率，尤其是对直径只有 1～2cm 以下者，更难于确诊[1]，可见以上检查方法可以做为辅助检查的方法，也叫印象诊断，通过辅助检查及印象诊断，对可疑病例需在术前速冻活体组织检查做出诊断，方为正确之举。

1. 活体组织速冻病理检查的适应症：①：25～30 岁以内单发性、孤立型肿块、门诊以诊断乳腺纤维腺瘤的病人不适宜在门诊作瘤体摘出术应收入院进行手术治疗、术中楔形切除包括瘤体的组织、做活检，也不必进行多种不能做出肯定性结论的辅助检查，以防延误诊断，术中切除肿块与边缘各 2 厘米的正常腺体预防了术后复发。②有乳头溢液者：最有意义的是血性溢液，据统计血性溢液占肿块总数的 50～70%，其中半数以上为导管乳头状瘤，其次为癌，而有乳头溢液者约 9～14%患有癌症[2]，故所有乳头溢液均应活体组织检查，如有血性溢淮，未有肿块应反复做涂片检查，并同时做乳腺导管造影，由其是对 50 岁以上的病人有血性溢液者，决不能吊以轻心，应收入院或进行订期随诊，密切观察，此类病人癌的可能性最大，必要时可行乳腺单纯切除，或区段性切除含血性的导管系统，注意在切除时，应包括乳房的边沿区域，因此处是恶性变的好发之处。③乳头糜烂、乳痛：应充分的与乳头湿疹鉴别，对乳头糜烂反复治疗无效的应想到是派杰病，此病细胞涂片阳性率很高，及时做出诊断，乳痛出现在绝经期前的妇女，是随月经周期改变，疼痛的程度有轻与重的不同变化时，可能是生理性的，如果疼痛局限性，有固定的部位与月经无关，为绝经的妇女，均做活检。④乳房腺体局限性增厚、乳晕皮肤水肿，乳房腺体局限性增厚、界线不清，难以测出其确切的大、小，是临床上常被忽略的体征，如果出现在绝经期妇女，而增厚的腺体长期存在，应予以重视，因为乳房囊性增生病的临床重要性在于可以癌变，尤其是发展到活跃增生的乳头状瘤病时，难以逆转、癌变的机会较大，故考虑此病时应在腺体增厚区作大块的切取病检，此种情况如出现在未断经的妇女，随月经周期变化，多属生理性的、乳头回缩及湿疹样变，肿瘤侵犯皮肤时引起皮肤的水肿，酒窝征，溃疡均是乳癌的诊断依据，所以做好根治术准

维普资讯 http://www.cqvip.com

备工作，切除病变，做术中的速冻活检。

2. 最理想的乳腺肿块活检方法：对以上可疑的病例，应充分的做好根治术的准备，术中切除病灶行速冻切片，或快速石蜡切片，等待结果以确定治疗方案，切取的方法是，包括肿块表面皮肤及其肿块的周围组织在内的楔型切除，取材时距肿块两侧不应小于 2 厘米，术中不能过分的挤压、挫灭标本，以免破坏结构影响诊断，必要时可以切取多处组织活检，以防病变遗漏，切取病理与手术同时进行的优点是，切取时没有直接切取肿块，预防了癌细胞入血，淋巴的开放，在健康的腺体上切取避免了癌灶的破坏、挤压，因此预防癌扩散和播种，同时切除的组织速冻病检能迅速得到诊断结论，如果是良性腺瘤也做到了腺体包括肿块的区域性切除，预防了再次纤维腺瘤的复发。

目前对乳癌切取活检是否会增加癌扩散，从而影响生存期的问题尚有不同的看法，作者认为，肿块部分切取活检破坏了瘤体的完整性，也切开了许多血管，造成瘤体破坏，癌细胞脱落，进入血液循环的机会很大，然而术前针吸法的诊断率为 96.2%，对此项方法是否促进癌细胞的扩散，影响预后生存，国内也有争议，针吸法简单、易行，诊出率高，但针吸是否能够促进癌细胞入血，使淋巴开放，同时针吸后涂片，等待诊断回报时间长延迟了手术时间，故不可取，因此，在有条件医院应切取活检与手术同时进行区域性切除，实属可取的方法。

参 考 文 献

1. 沈镇宙. 乳腺肿瘤的诊断，实用外科杂志 1988；8～9.

2. 余云，等. 乳房活检的方法与指征，中国外科专家文集，第 1 版，沈阳出版社 1993；355.

（收稿日期：1995－12－14）

全内脏异位并十二指肠球部溃疡致幽门不全性梗阻 1 例

解放军白求恩国际和平医院普外科 孙洪山 侯会池

（河北石家庄，邮政编码 050081）

全内脏异位临床罕见，我科发现 1 例并十二指肠球部溃疡致幽门不全性梗阻，现报告如下。

临床资料：患者，男，58 岁。因左上腹疼痛并反复发作 18 年，加重 7 天于 1995 年 10 月 9 日诊断"全内脏异位并十二指肠球部溃疡致幽门不全性梗阻"由消化内科转入普通外科治疗，查体：体温 36.2℃，脉搏 88 次/分，呼吸 16 次/分，血压 16/10KPa。发育正常，营养良好，双肺呼吸音清，无闻及罗音。肝浊音界位于左侧锁骨中线第 5 肋间。心尖搏动位于右侧锁骨中线第 5 肋间内 1cm，心界不大，心率 88 次/分，心律齐，未闻及器质性杂音。腹平坦，可见胃型及蠕动波（反向蠕动），肝脾未触及，左上腹轻度压痛，无肌紧张及反跳痛，未触及肿物，肠鸣音正常。辅助检查：WBC10.0×10^9/L，RBC4.27×10^{12}/L，PLT330×10^9/L，Hb140g/L。肝功能正常。血钾 4.0mmol/L，血钠 140mmol/L，血氯 110mmol/L，二氧化碳结合力 22mmol/L。尿便常规正常。胸片：心尖、主动脉弓及胃泡均在右侧。心脏超声：右位心，心脏结构及血流未见异常。腹部 CT：肝胆位于左侧，脾位于右侧，胰头体尾位置均反向，腹主动脉及下腔静脉均反位，内窥镜报告：胃转位，十二指肠球部溃疡并幽门不全性梗阻。于 1995 年 10 月 16 日在连续硬膜外麻醉下行胃大部切除、B－I 式吻合术。

术中见腹腔脏器全呈 180°转向，肝胆位于左侧，脾位于右侧，胃位于右侧，十二指肠球部在脊柱左侧，球部前壁有一约 0.5×0.5cm 溃疡，其溃疡瘢痕约 2.0×2.0cm，幽门口只容一小指尖，升结肠、盲肠，阑尾均位于左侧，降结肠、乙状结肠则位于右侧，胰头体尾位置均反向，腹主动脉及下腔静脉均反位。术后 12 天痊愈出院。

讨论：内脏异位是由于先天性转位不正而形成。临床可分为完全性和不完全性内脏异位，完全性内脏异位是全内脏异位，又称为镜影式异位，是以矢状面为轴，全内脏呈 180°转向；不完全性内脏异位仅有心脏转位或腹腔脏器转位[1]。本例为全内脏异位。

内脏异位多无临床症状，往往在体检或患病或腹部急症剖腹等手术中发现。（下转第 19 页）