DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.018

手术方式，以避免术后残端阳性。分析我院同一时期共行肺癌切除术119例，其中采用结扎法68例中有2例（2.9%）残端阳性，而采用缝合法51例中也有2例（3.9%）阳性。说明两者都可能发生残端阳性。预防之法为术前作纤支镜或支气管分层摄片，了解支气管肺癌近端浸润范围，结合心肺功能及术中探查情况，选择适当的手术方式。尽量使支气管切断缘距肿瘤有足够的长度。术中对残端行冰冻病理切片检查，有助于及时发现和补救。关于支气管肺癌切断缘应距肿瘤的长度，各家报告不一。曲家骐等提出应距1.6cm[3]，Cotton提出至少应距1.9cm才能避免残端阳性[4]，这对病灶邻近支气管开口而心肺功能又不能胜任更大范围切除者是很难办到的。这时无论采用缝合法或结扎法都有发生残端阳性的可能。唯一的办法是采取患肺切除，支气管形成术。对肺功能尚好而病灶邻近支气管开口者，则应扩大肺叶切除范围（双肺叶或加肺段），或全肺切除、支气管结扎术，这样才能达到根治切除的目的。

（本文承蒙徐日兴教授审修，特此致谢）

参 考 文 献

1. 徐日兴，等。肺切除时的支气管断端腔外环缝结扎法。解放军医学杂志 1965；2(6)：543
2. 徐日兴、史鉴运。腔外环缝结扎法处理肺切除支气管残端的临床应用。第三军医大学学报 1985；7(2)：143
3. 曲家骐，等。肺癌沿支气管壁浸润范围和方式的研究。中华肿瘤杂志 1986；3：193
4. Cotton RE. The bronchial spread of lung cancer. Brit J Dis Chest 1959; 53:142

乳头溢液的乳腺导管病变50例分析

姜 军 詹新恩 谷成明 （第一附属医院 普通外科）

我科自1981年1月至1986年7月共收治以乳头溢液为首发症状的乳腺导管疾病50例。报告如下，着重讨论乳管系统病变的诊断和治疗。

临 床 资 料

一般资料 均为女性，年龄17～58岁，平均38.2岁。左25例、右22例，双侧3例。均以乳头溢液就诊。良性疾病47例，乳腺癌3例。年龄与病变的关系见表1。病程8天～8年，3例乳腺癌病程均在1年以内，1年以上14例均为良性病变，详见表2。乳头溢液以浆液和血性为主，3例乳癌均为血性，见表3。

表1 年龄与疾病的关系

年龄（岁）	例数	乳管内乳头状瘤	乳腺导管癌	乳腺导管扩张症	乳腺病	乳管炎症
～20	1	1				
～30	9	3		1(2)	(1)	1(1)
～40	18	9(1)		1(1)	4	1(1)
～50	19	6(1)	2	3	3	1(3)
～60	3		1	1	1	
总计	50	21	3	9	9	8

注：（ ）内为乳管造影诊断，未手术者

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表2 病程与疾病的关系

病程	例	乳腺导管内乳头状瘤	乳腺导管癌	乳腺导管扩张症	乳腺腺病	乳管炎症
1月以内	10	5		1	2(1)	(1)
～6月	15	2(1)	2	2(2)	2	1(3)
～1年	11	5	1	1	3	1
1年以上	14	7(1)		2(1)	1	1(1)
总计	50	21	3	9	9	8

注：( )内为乳管造影诊断，未手术者

表3 乳头溢液性质与疾病的关系

溢液性质	例	乳管内乳头状瘤	乳腺导管癌	乳腺导管扩张症	乳腺腺病	乳管炎症
浆液	7	2		1(2)	2	
浆液→血性	13	7		1	3	1(1)
血性	27	8(2)	3	4(1)	3(1)	2(3)
棕色	2	1				(1)
混浊乳样	1	1				
总计	50	21	3	9	9	8

检查 乳腺扪及0.5×0.5～1.5×2cm包块共14例，其中乳管内乳头状瘤11例，乳腺癌、乳管扩张症和乳腺腺病各1例。脱落细胞学检查32例，均有红细胞，8例见大量炎性细胞，11例有上皮细胞，2例见肿瘤细胞，其中1例为乳腺癌，1例为乳管内乳头状瘤。38例行49次选择性乳管造影术，失败1例，手术28例，除1例外均与病理诊断相符。

治疗及结果 手术39例。27例行单腺叶导管切除术；9例全乳腺切除术；2例乳腺癌根治术；1例行乳头及大导管切除术，1年后发现乳房包块再行乳腺癌根治术。均恢复良好。11例非手术治疗，已随访3月至4年，7例痊愈，无恶变。

讨 论

发病率 乳腺导管病较常见，可局限于乳管或伴有腺泡病变。常以乳头溢液为首发症状。Henry[1]报告手术治疗乳腺疾病3287例，有乳头溢液者7.8%；占良性疾病的9.7%，恶性肿瘤的3.1%。本院同期住院手术治疗乳腺疾病377例，首发乳头溢液者39例占10.3%；占良性病变37/229例(15.7%)，恶性肿瘤3/138例（2.2%）。

乳管疾病早期可无乳房包块及其它体征。Henry[1]报告乳管内乳头状瘤107例，无肿块者58例占54%；孙建民等[2]报告各种有乳头溢液的导管系统疾病62例，伴肿块25例，占40.3%；本组50例中有肿块者仅14例，占28%。

诊断 Greeblett等[3]认为乳腺导管良性疾病属乳腺纤维囊性病的一个类型，具有恶变倾向。吴树森等[4]报告22例乳管内乳头状瘤中5例细胞增生活跃。本组手术证实的19例乳管内乳头状瘤中4例细胞增生活跃；1例乳头状瘤恶变。1例老年性囊性增生型腺病上皮细胞有不典型增生。故应积极诊断、治疗，防止恶变。目前主要的检查方法有：

1. 脱落细胞学检查：有助于鉴别病变性质，多次重复检查可望提高诊断正确率。本组2例查到肿瘤细胞。对乳管的急、慢性炎症和其它疾病亦能提供有价值的诊断参考资料。

2. 选择性乳腺导管造影术：能发现和定位乳管病变，并可根据影像特征推断病变性质。对乳腺导管癌、乳管内乳头状瘤、乳腺腺病、乳腺导管扩张症及急、慢性乳管炎症等均可根据影像特征做出明确诊断。本方法操作简单，与病理诊断符合率高，尤适用于临床无包块的、无法定位确诊的乳管微小病变。

临床上，我们对有乳头溢液的乳管系统疾病的诊断程序是：（1）有肿块直径超过1cm者，结合临床资料、溢液脱落细胞学及细针吸细胞学检查等[5][6]确定诊断，需要时作乳管造影术。（2）肿块直径小于1cm或无肿块者以乳管造影术加脱落细胞学检查诊断。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

治疗　1．手术治疗：对乳管病变伴有肿块者、细胞学检查有瘤细胞者、乳管造影诊断或可疑肿瘤者及非肿瘤疾病药物治疗无效者均应手术治疗。Henry 等[1]推崇用乳晕弧形切口，翻起后在乳头内面做圆锥状钻石样切除。此术式可致乳头内陷变形，育龄妇女乳腺和导管分泌物不能排出。对二级以下乳管病变亦难以彻底切除。本组乳腺癌中2例病灶位于乳晕外2、3级导管中；1例行乳头及大导管锥状切除术，病理诊断为硬化性腺病，一年后发现相同部位包块，再行根治术诊断为乳管内乳头状瘤恶变。显然与首次手术未能切除病灶有关。

我们对乳管微小病变采用单腺叶导管切除术。术前经导管注入美兰标记，局麻下自乳头基部做放射状切口3～4 cm，找到兰染病变乳管后分离切除该导管及所属整个腺叶，剖开导管标记病变，冰冻检查，恶性者做相应根治术。本术式定位准确、解剖范围小，并可避免相邻大乳管损伤。对良性疾病能完整切除病变的腺叶和导管；对微小乳管癌亦是较准确、可靠、合理的活检方式。已治疗27例获满意效果，2例浸润性乳管癌经本法证实后改行根治术。

对年龄较大、乳管内乳头状瘤病、多发乳房包块及非肿瘤疾病多个乳管溢液久治不愈者，行全乳腺切除术。治疗9例效果满意。

2．非手术治疗：对乳管系统病非手术治疗要在脱落细胞检查和乳管造影后，结合其它临床资料审慎考虑。并应遵循下列原则：无肿瘤征象而乳管造影和细胞学检查为炎症者；有明确妇科内分泌功能紊乱所致的双侧乳头溢液者；青年，乳管造影呈小叶增生型腺病者；乳管造影诊断为轻度乳管扩张症者。同时应密切随访，无好转或病情有变化时需重复检查。本组经治11例，7例已治愈，均仍在追踪观察中。

参考文献

1. Henry PL, et al. Internal Surg 1973; 58 (3):162
2. 孙建民、费立民。中华肿瘤杂志 1985; (3):217
3. Greenblatt RB, et al. Contemp Surg 1984; 24(4):49
4. 吴树森，等。中华外科杂志 1983; 21(2):70
5. 阚秀，等。肿瘤防治研究 1980; 1:47
6. 姜军，等。第三军医大学学报 1983; 5(4):346

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net