

疾病名：老年人乳腺癌

英文名：senile breast carcinoma

缩写：

别名：老年乳腺癌；老年人乳癌；老年人乳粟；senile mammary cancer；senile breast cancer；senile mammary adenocarcinoma

疾病代码：

ICD：C50.9

概述：乳腺癌是发生在乳房腺上皮组织的恶性肿瘤，是一种严重影响妇女身心健康甚至危及生命的最常见的肿瘤之一。男性罕见。为乳房腺上皮细胞在多种致癌因子作用下，发生了基因突变，致使细胞增生失控，由于癌细胞的生物行为发生了改变，呈现出无序、无限制的恶性增生。它的组织学表现形式是大量的幼稚化的癌细胞无限增殖和无序状拥挤成团，挤压并侵蚀破坏周围的正常组织，破坏乳房的正常组织结构。乳腺细胞发生突变后，便丧失了正常细胞的特性，组织结构紊乱，细胞连接松散，癌细胞很容易脱离游离，随血液或淋巴液等播散全身，形成早期的远端转移，给乳腺癌临床治愈增加了很大困难。全身重要脏器的转移如肺转移、脑转移、骨转移等都直接威胁人的生命。因此乳腺癌是严重危及人体生命的恶性肿瘤。

流行病学：

1. 国家地域 乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤之一，全世界每年约有 120 万妇女发生乳腺癌，有 50 万妇女死于乳腺癌，世界各国、地区之间发病率有很大差异。西方国家乳腺癌的发病率最高，欧洲国家中等，亚非拉地区最低，发展中国家的发病率明显低于发达国家。我国是乳腺癌的低发国家，但在国内的发病率也有较大的差别。沿海大城市的发病率及病死率较内陆地区为高，并有逐渐上升趋势。从 1972 年时的发病率 17/10 万，在女性恶性肿瘤中居第 4 位，上升至 1990 年 28.5/10 万，在女性恶性肿瘤中居首位，目前仍以每年 3% 的速度递增。在我国乳腺癌病死率调查中表明，占女性肿瘤死亡的第 7 位，累计病死率为 0.42%，平均死亡年龄为 57.8 岁，35 岁以后死亡数占乳腺癌死亡总数的 9.5%。我国女性乳腺癌病死率在世界各地处于较低水平。在 30 个有乳腺癌死亡报道资料的国家中，死亡最高的是丹麦，其病死率为 28.6%，最低的是泰国，病死率为 0.7%。中

国乳腺癌病死率为 3.8%，居第 29 位，乳腺癌的病死率在大多数国家中占女性各类恶性肿瘤的首位，在部分国家占第 2 位，日本占第 3 位，我国占第 7 位。

乳腺癌发病率与接受太阳光照射强度呈负相关，从世界五大洲乳腺癌发病的地域分布规律上看，乳腺癌的最低发病区分布在赤道附近，随着地球纬度的增加，乳腺癌的发病率也增加。在美国，北半部乳腺癌发病率为南半球的 1.5~2.0 倍。同时，通过对前苏联 15 个加盟共和国 1967~1971 年各自的乳腺癌单调整发病率与其每日每平方厘米接受的太阳能 $[J/cm^2 \cdot d]$ 进行相关回归分析，结果证明两者呈显著负相关。

2. 人群分布 乳腺癌主要发生在女性，男性甚少见。1990 年上海市男性乳腺癌发病率为 0.5/10 万，男与女之比为 1:62。在女性乳腺癌高发地区，男女之比值差可能更大，可达 100 倍左右。

3. 年龄特点 妇女月经初期前发生乳腺癌者甚少，在 20 岁以后发病率逐年上升，在高、中、低发病区，女性乳腺癌各年龄组发病率曲线形态有所不同。在高发区，如北欧、北美地区的年龄组发病曲线，从 20~80 岁的整个年龄跨度中，乳腺癌发病率随年龄增加而上升，其中在 45~54 岁略呈平台状态，55 岁以后增加速度小于 45 岁以前。中发区，如希腊、雅典的发病曲线，发病率随年龄增加而上升，50 岁左右达高峰，并维持在此水平。低发区，如我国和日本等，发病率在 50 岁左右达高峰，以后，随着年龄的增加而逐渐下降。

女性乳腺癌的年龄组死亡曲线，不论是高发区，还是低发区，基本是随年龄增加而上升。我国乳腺癌患者死于 15 岁以前很少见，96% 的患者死于 35 岁以后，女性乳腺癌平均死亡年龄为 67.91 岁。年龄组死亡构成百分比：15~34 岁为 4%，35~54 岁为 38.7%，55~74 岁为 45.9%，75 岁以上为 10.3%。

4. 体型特点 Deward 等将荷兰不同体重妇女乳腺癌的发病率与日本妇女进行比较，发现比重重的妇女(体重 $\geq 60kg$)在 50~55 岁发病率达高峰后仍随年龄增加而上升，但体重小于 60kg 的妇女在 50~55 岁发病率达到高峰后，随年龄增加呈平稳或下降趋势，据此认为荷兰女性乳腺癌发病率比日本女性高，其中 50% 可归因于荷兰女性体重，身高超过日本女性所致。

5. 移民特点 乳腺癌低发国家的妇女移居高发国家或地区后，发病率高于出生地，但仍低于移居地。以犹太人女性为例，出生于欧洲和美洲的犹太妇女，其

发病率比本国出生者高，而出生于非洲、亚洲的犹太妇女发病率则明显下降，移居美国大陆和夏威夷群岛的中国人、日本人乳腺癌在第二、三代接近当地人的水平，明显高于原国籍的妇女，从高发区移居低发区，或从低发区移居高发区，在第二、三代后裔身上体现出乳腺癌发病率向移民地人水平方向发展，表明环境因素的重要性。但从移民的年龄组发病率曲线看，尽管在夏威夷的中国移民女性乳腺癌水平明显上升，在 50 岁前接近美国白人和黑人水平，但 50 岁后却偏低，表明了人种与环境因素的双重相关性。

6. 社会经济水平与种族 据美国旧金山、洛杉矶以及我国上海市流行病学调查研究，均显示社会经济地位及文化水平高的妇女，乳腺癌的发病率较高。

乳腺癌发病率也存在一定的种族差异。如美国白人的发病率比黑人高，美国不同州乳腺癌发病登记资料表明，女性白人高于黑人。同时从年龄组发病率可以看出，在 45 岁以前，黑人女性乳腺癌发病率稍高于白人，这种交叉对乳腺癌病因和预防措施的研究有很重要的意义，其原因正待研究。

7. 男性乳腺癌 男性乳腺癌非常罕见，其发病率比女性约低 60~100 倍。美国每年发病率约为 0.9/10 万，病死率约为 0.3/10 万，病死率随年龄增加而上升，45~50 岁达高峰。这种趋向与女性不同，在病死率和年龄双对数坐标中二者拟合为一条直线。黑人男性稍高于白人男性，危险性与婚姻情况的关系结论不一致，总的看与婚姻情况、性生活史、同性恋、异性恋、身高体重等因素无关联。日本、荷兰、中国等地区低发，且左侧乳房比右侧为多。有报道显示：接受男性变女性的变性手术者，手术 5 年后有 2 例发生乳腺癌。患小睾丸综合征者危险性增加，测定男性乳腺癌患者和他们的家属血中激素水平表明，男性患者与雌激素及其代谢产物的缺乏可有一定的关系。以上结论尚不一致，因男性乳腺癌例数太少，使得确定该病的最主要危险因素的研究实施非常困难，至今研究没有太大进展。

病因：乳腺癌的病因尚不明确，但资料表明与下列因素较为密切。

1. 月经 月经来潮小于 13 岁和(或)绝经年龄超过 50 岁者发病率较高。
2. 婚育、哺乳 终身不婚或不育者、首次生育年龄大于 30 岁和生育后未行哺乳者发病率较高。
3. 家族史 有乳腺癌家族史者发病率较高，临床称之为家族遗传易感性。
4. 乳腺本身疾患 有重要乳腺囊性增生病者乳腺癌发病率较高。如果一侧乳

腺已患癌，它对于对侧乳腺来说更是高危因素。

5. 既往用药 长期服用雌激素者发病率较高。有报道长期服用利舍平、甲基多巴、三环类止痛药等会导致催乳素水平升高，对乳腺有致癌的危险。

6. 电离辐射 乳腺为对电离辐射较为敏感的组织，过多地暴露于射线者患癌机会较大。

7. 体形 有资料表明 50 岁以后肥胖者患乳癌的机会增大。其实这不过是一种现象，仅可在目前作为多危险因素中分析的一项参考，究竟肥胖者中何物与乳癌发生相关并不明确。

发病机制：乳腺癌的病理分类系统很多，目前常用的为 WHO 分类系统，它把乳腺恶性肿瘤分为以下类型：

1. 非浸润性肿瘤

(1) 导管内癌。

(2) 小叶原位癌。

2. 浸润性肿瘤

(1) 浸润性导管癌。

(2) 浸润性导管癌伴明显的导管内癌成分。

(3) 浸润性小叶癌。

(4) 黏液癌。

(5) 髓样癌。

(6) 乳头状癌。

(7) 管状癌。

(8) 囊性腺样癌。

(9) 分泌性癌。

(10) 汗腺癌。

(11) 间变开成的癌：①鳞癌；②梭形细胞癌；③软骨或骨样肿瘤；④混合型。

(12) 其他。

3. 乳头佩吉特病

(1) 非浸润性癌：癌瘤停留在乳管或腺泡内，未见突破基底膜。如已见浸润，则列入浸润性癌。

小叶原位癌：小叶均匀性增大，结构存在，腺管、腺泡增多且增大，充满无极性的癌细胞，形成许多不规则的小圆型癌细胞团块，偶见肌上皮细胞，其外为基底膜。癌细胞比正常细胞稍大，胞质较丰富，胞核稍大，常较淡染，也可深染，无明显异型，可找到核分裂象，常需多取材、多切片、仔细观察以排除侵犯。有时见腺管和腺泡内为小空腔的腺管，因小管和细胞大小一致，不能推测来自管内癌在小乳管的扩展，也应归入小叶原位癌。

鉴别：①如果癌细胞团块生芽或突破基底膜，则为小叶浸润性癌。但常见者为小癌细胞呈单细胞条索或弥散；②其他管内癌沿乳腺导管蔓延到小叶者，常不累及小叶中全体管、泡，癌细胞大小不等，有明显异型，团块的大小常不一致，周围常有淋巴细胞浸润；③小叶原位癌与小叶增生不同之处为，小叶增生的细胞小，腺管、腺泡常有双层上皮细胞，无极性紊乱。

导管内癌：癌细胞的大小较一致，呈轻度到中度异型，排列可呈多种方式，彼此可以互相移行，有时在一肿瘤中，可见数种结构。常见的有以下类型：①实性管内癌：许多密集的乳管高度扩张，充满轻度异型、但无极性的癌细胞，可找见核分裂象。有时在癌细胞团块中央，见少量坏死癌细胞或小圆形空隙，不见侵犯到管外；②筛状管内癌：在一些密集高度扩张的乳管内，癌细胞呈筛状排列。癌细胞比基底细胞大，无极性，胞质淡嗜酸，胞核轻度到中度异型。在癌细胞之间见一些圆孔，不见浸出管外，在癌巢中部也常见到癌瘤坏死。在以上两型中，如果癌细胞团块中央为大片坏死癌细胞，皆可称粉刺样的管内癌；③低乳头管内癌：许多乳管高度扩张、密集，衬复的癌细胞由轻度到中度异型，形成许多较规则的低乳头，一般无纤维脉管囊。癌细胞的胞质在管腔侧可有空泡，状似破裂，有时胞质丰富、嗜酸，且可有顶浆突起。

鉴别：①实性管内癌与实性乳头状瘤病的区别为，前者细胞有异型，核分裂象多，无极性。癌细胞巢的数目多，大小较一致，巢中常见片状癌细胞坏死，常伴有筛状管内癌或粉刺样管内癌；②筛状管内癌与腺样囊腺癌的区别为，后者的癌细胞为基底样细胞，胞质少，嗜碱，胞核无异型，在管内和围绕细胞巢皆有肌上皮细胞和黏多糖；③筛状管内癌与筛状乳头状瘤的区别为，后者的细胞巢少，大小不一，瘤细胞有极性，无细胞异型，无片状坏死；④低乳头管内癌与囊性增生病的大囊肿的区别为，囊性增生病的囊肿数目很少，其中乳头大小较一致，细

胞常完整，无异型。

早期浸润性癌：乳腺癌从非浸润性的原位癌到浸润性癌，是一逐渐发展的过程。其间需经过早期浸润阶段，它指癌组织开始突破基底膜，始向间质浸润的时期，既不同于原位癌，又不同于一般的浸润性癌。根据形态的不同，可分为早期浸润性小叶癌和早期浸润性导管癌 2 类。

早期浸润性小叶癌：属小叶原位癌的早期浸润阶段。可见充满导管腔内的癌细胞穿过基底膜向小叶内间质浸润，但尚未浸润至小叶范围以外。

早期浸润性导管癌：与浸润性导管癌一样，导管内癌的部分区的癌细胞突破基底膜向间质浸润，但浸润的范围较小，癌细胞巢仅像发芽样向间质内伸展，不形成广泛的浸润。

(2) 浸润性癌：

浸润性小叶癌：小叶内的癌细胞突破基底膜及小叶范围向间质内浸润，称浸润性小叶癌。浸润后大多成为小细胞型硬癌或单纯癌，腺管状的小叶癌浸润间质后往往形成腺管样癌。经间质浸润的癌细胞常围绕导管，呈同心圆结构而形成靶样图像，此为浸润性小叶癌的形态特征。

鉴别：小叶浸润癌与硬化性腺病的区别为，硬化性腺病大致保持小叶结构，上皮细胞无异型，无核分裂象，常见双层上皮细胞形成小管，上皮细胞常萎缩。而小叶浸润癌不但细胞有轻度异型，且呈浸润性生长。

浸润性导管癌：导管内癌的癌细胞，在部分区突破基底膜，向间质内浸润，部分尚可见明确的导管内癌成分。WHO 乳腺肿瘤组织学分类(1981)所指的浸润性导管癌的形态多种多样，实际包括了单纯癌、硬癌和没有淋巴细胞浸润的髓样癌，是乳腺癌中最常见的类型。

单纯癌：为最常见的乳腺癌类型，约占 80%以上，形态特点是癌组织中主质和间质的比例相当，其形态复杂、多样，癌细胞常排列成巢、索、腺样或片块状。当几种类型的乳腺癌混在一起，且又难以衡量以那一型为主时，也可诊断为单纯癌。

髓样癌：髓样癌较单纯癌少见。肿块体积较大，约 3~9cm，质地较软，往往位于乳腺组织的深部，与周围组织分界清楚，边缘较整齐，倾向于膨胀生长。肿瘤切面呈灰白色，常见出血、坏死。

镜检：癌的主质多、间质少，癌细胞体积大，呈卵圆形、圆形、多边形，胞质丰富，嗜碱性，核大而呈空泡状，核仁清楚，分裂象多见，有时可见单核及多核瘤巨细胞。癌细胞排列紧密，多呈片块状分布，有时可呈粗条索状、小巢状或弥漫性分布，有时会与恶性淋巴瘤混淆。许多髓样癌伴有丰富的小淋巴细胞浸润，甚至可见浆细胞，这表示机体对癌组织的免疫反应。

有淋巴细胞浸润的髓样癌比无淋巴细胞浸润的髓样癌预后好。有淋巴细胞浸润的髓样癌，5年生存率是83.23%，10年生存率是69.40%，无淋巴细胞浸润的髓样癌，5年生存率67.28%，10年生存率44.09%。

硬癌：纯粹的硬癌较少见，常与其他类型的乳腺癌并存。WHO分类已将硬癌归入浸润性导管癌，不再另列硬癌一类。大体标本见肿块体积较小，边界不清。与周围乳腺组织呈放射状交界，质地硬，做切面时刀上有阻力感，肿瘤切面灰白色或带黄色，其间可见散在的黄白色条索，出血和坏死少见。

镜下见癌细胞呈多边形、立方或短梭形，核分裂易见。间质内结缔组织增生，间质的量多于主质，由致密的纤维组织组成，可有胶原变性，并可发生钙化、骨化。

鉴别：与浆细胞性乳腺炎鉴别，尤其在冷冻切片诊断时。此癌侵袭性强，易转移，恶性程度高。

黏液腺癌：患者一般年龄较大。大体标本见肿瘤体积大、境界清楚，边缘不规则，切面半透明、胶冻状。

镜下见间质内有丰富的黏液，将癌细胞分隔成小巢状。癌细胞呈圆形，多边形，轮廓不清，胞质内可含小空泡，核小而圆、深染，偏于细胞一侧，分裂象少。当黏液量多形成黏液湖时，癌细胞很少，成为漂浮在黏液湖中的小岛，有时需仔细寻找，才能发现上皮成分，而且漂浮在黏液湖中的细胞往往因分泌衰竭而体积减小，胞质少、核深染，有时不易发现，尤其在冷冻切片中。对此癌有人又称胶冻样癌，即含有大量细胞外上皮性黏液的癌。

黏液腺癌生长缓慢，多为膨胀性生长，浸润性不强，转移晚，预后较好。如果是含有大量细胞内黏液的印戒细胞型的黏液腺癌预后极差。

由于该型乳腺癌含有大量细胞外黏液，癌细胞量少，故在生化法测定乳腺癌雌激素受体时，往往出现假阴性结果，而用免疫组化法对照，在癌细胞内可见明

确的棕褐色的阳性颗粒。

乳头状癌：多发生于乳腺大导管，极少由管内乳头状瘤癌变而来。乳头状癌可单发或多发，大多生长缓慢，发生转移较晚，但在转移灶内往往可见到乳头。部分病例有乳头溢液，多为血性，如在溢液涂片内找到癌细胞，有助于诊断。

肉眼见肿瘤为棕红色结节，质脆，结节内有粉红色腐肉样或乳头状组织。

镜下见癌细胞排列成乳头状，乳头中央结缔组织稀少，有时乳头状结构相互吻合，而形成复杂的腺结构，或形成车轮状，甚至筛状结构，癌细胞内衬于结缔组织轴心的两旁，可为单层或复层，也可呈实质性增生。细胞大小，形状不一，极性乱，核深染，分裂象常见。根据乳头结构不同的方式，又可将乳头状癌分为长分支乳头状腺癌、短乳头型乳头状腺癌和融合型乳头状腺癌三型或分为乳头状型、网状型、筛状型和微囊型 4 型。

鉴别：对富于细胞的不典型乳头状瘤与乳头状癌的鉴别是困难的，尤其在快速诊断时，限于提供检查的组织少，并且质量低于石蜡的冷冻切片，更增加了困难，但即使在石蜡切片中，两者也难以区别，这主要是乳头状瘤的肿瘤细胞呈双层结构，肿瘤细胞排列整齐，无浸润性生长。乳头状癌的肿瘤细胞增生呈复层，极性丧失，且可见浸润性生长。其次是前者可见明显的结缔组织间质，乳头可融合成复杂的腺结构，但无筛状结构，有顶泌汗腺化生和邻近乳腺组织的硬化性乳腺病存在。后者有少量或无结缔组织间质，肿瘤细胞可增生成筛状结构，无顶泌汗腺化生，无邻近乳腺组织的硬化性乳腺病存在。

腺管样癌：此类型较罕见，发展慢，恶性程度低。肿瘤常为双侧性和多中心性。肿瘤体积较小，大多数小于 1cm。

镜检：表现为高度分化的浸润性癌，癌细胞的异型性不明显，形成由单层细胞组成的腺管，腺管周围间质内纤维组织增生或有玻璃样变性，要注意与硬化性乳腺病鉴别。腺管样癌可与其他类型的癌合并存在。

腺样囊性癌：多发生于唾液腺，发生在乳腺十分罕见。在其他类型的乳腺癌内常可见到灶性的腺样囊性癌结构。此癌生长缓慢，腋下淋巴结较少转移，预后较唾液腺腺样囊性癌好。

巨检：肿块与周围乳腺组织分界清楚，无包膜，切面同其他类型的乳腺癌。

镜检：癌细胞形成许多大小不等的管腔结构，如管腔大小较一致，则成筛状。

有时管腔不明显，形成纵横交叉的束或巢，也可呈片块状、管状结构，衬以单层或数层细胞。癌细胞较小，胞质少，核深染，分裂象少见，镜下图像与发生在唾液腺的肿瘤无法区别。

大汗腺癌：此癌少见，来自乳腺导管上皮。

镜检：形态特殊，癌细胞体积大，胞质丰富，嗜伊红，颗粒状，呈腺状或腺泡状结构，少数可形成乳头。纯粹的大汗腺癌少见，但在其他类型的乳腺癌内常可见到灶性的大汗腺癌。

腺癌：纯粹的腺癌少见，常混杂在单纯癌内。当癌实质一半以上表现为腺管结构时，可诊断为腺癌。

镜检：腺腔不规则，有单个的腺腔，但经常可见几个腺腔相连在一起。癌细胞可呈单层排列，但多数呈复层。细胞异型明显，分裂象易见。

湿疹样癌：又名佩吉特病(Paget's 病)。主要发生在 40~60 岁的妇女。主要表现为乳头及乳晕皮肤的湿疹样改变。

镜检：在乳头及乳晕表皮内见派杰细胞，该细胞体积大，比同层表皮细胞大 2~3 倍，圆形、卵圆形，细胞境界清楚，胞质丰富。浅染或透亮，核大而圆，染色较浅，染色质颗粒细，其间有染色质凝块，分裂象易见，核仁清楚，部分细胞质内可见色素颗粒。派杰细胞呈巢状，腺样或散在分布于表皮内，主要分布于表皮底层，也可占据表皮全层。与佩吉特病并存的乳腺癌主要为导管内癌和小叶原位癌，部分为浸润性导管癌、单纯癌和髓样癌等。佩吉特病的生存率较一般乳腺癌高。

鳞状细胞癌：真正的鳞癌罕见，它是在导管上皮鳞状化生的基础上发生的，恶性程度高。形态特征同发生在其他部位的鳞癌。如果癌组织大部分为鳞癌，仅小部分为其他类型的乳腺癌，也可诊断为鳞癌。

(3)其他少见的乳腺癌：

分泌型(幼年性)癌：多见于儿童。

镜检：其特点是含有腺或管腔结构，癌细胞染色浅，有显著的分分泌活动，在胞质和腺腔内有 PAS 阳性物质。

富脂质癌：富脂质癌恶性程度高，淋巴结转移灶的形态有时可类似组织细胞增生。

镜检：癌细胞排列成片状和条索状，胞质丰富，透明或泡沫状，脂肪染色强阳性。超微结构研究也证明胞质内脂质为分泌产物，而不是变性，可见许多脂质空泡。有些脂质空泡较大，致使细胞核推向一侧。

类癌：乳腺类癌少见，形态同发生在乳腺各部位的类癌，用嗜银染色可见胞质内有嗜弱蛋白银的颗粒，肿瘤细胞分泌有银色胺，但由于分泌量不多，又受正常肝组织的破坏，故只有当肿瘤巨大而肝脏有转移时，才出现类癌综合征，潮红、腹泻、支气管和肺动脉痉挛等症状。

黏液表皮样癌：形态同唾液腺的黏液表皮样癌，罕见。由分泌黏液的腺上皮细胞、表皮细胞和中间型细胞组成，其恶性程度因组成细胞所占的比例而异。

未分化癌：为分化差的乳腺癌，癌细胞弥漫成片，巢状结构不明显，需要与淋巴瘤鉴别，仔细观察时隐约可见癌细胞呈腺癌的特点。

炎性乳腺癌：罕见。临床上有红、肿、热、痛等炎症的基本症状，很多被误诊为“乳腺炎”。

镜检：无通常所指的炎症的组织学依据，如炎症细胞浸润等。部分病例可见皮肤淋巴管扩张及癌栓形成，此类型发展迅速，预后差。有时患者初诊时，就已有远地转移。因其本质非炎症性，所以称急性乳腺癌较为合适。

临床表现：

1. 无痛性肿块 乳房肿块是乳腺癌患者的首发症状，是促使患者就诊的主要症状，约占就诊总数的 80%以上，多为无痛性。但体胖妇女、乳腺肥大者，且肿瘤体积不大、质地较软者，一般检查极易遗漏，应取坐、卧等不同体位仔细检测。

(1) 部位：乳腺的外上限是乳腺癌的好发部位，约占 36.1%，乳腺上方(外、中、内)大约占 65.5%；其次为乳头、乳晕区和内上限；全乳腺、内侧及下方发病最低。

(2) 大小与个数：肿块大小不一，单发者占绝大多数，偶见 2 个以上。

(3) 形态与边界：呈不规则的球形块或半球形或表面不平的结节状肿物，形似珊瑚石，边界不清楚，肿瘤与腺体有索状牵连，但是决不能说圆形、长圆形、形态较规整、质地中等者一定不是癌。临床有时亦可见癌瘤表面光整，境界比较清楚，似有包膜和一定的移动感者，难与良性肿瘤区别。

(4) 硬度：乳腺癌质地表现各异，多为实质性硬块，似石头硬或橡皮样韧感，

亦有较软的囊性感者。临床见硬韧之肿块，长圆或不规则的索团块，诊为乳腺癌不难。但肥胖型乳腺，脂肪丰富，偶见癌瘤位于下方，触诊较软者，难与脂肪瘤鉴别。

(5)活动度：癌瘤位于腺体实质内时，一般瘤体与乳腺组织一起移动，无包膜感。肿块越深在，活动度就越差。如肿瘤向深部浸及胸肌筋膜或肌肉，在肌肉收缩时肿物活动度受限或不能移动，当肿瘤继续向胸壁浸润，则癌瘤与胸壁完全固定不能推移，此为晚期表现。即使是早期癌瘤位于腺体实质内，与良性肿瘤相比其活动度也有显著差异，良性肿瘤双手检测，肿瘤在包膜内移动，此区别点很重要。

2. 乳头与乳晕异常

(1)乳头回缩：乳腺发育不良或产后未曾哺乳的妇女，乳头可以深陷，但可用手指牵出如常态，无固定现象。当癌瘤位于乳晕下方及其附近，浸及乳头大导管，逐渐加重其回缩和固定乳头常较健侧抬高，向下或偏斜，致两侧乳头高低不一。癌瘤深居乳腺内，侵犯较广，使大导管硬化、抽缩，造成乳头固定，是晚期乳癌的征象。乳腺急、慢性炎症亦可造成乳头回缩，详细询问病史是不难辨认的。

(2)乳头瘙痒、脱屑、糜烂、溃破、结痂，伴灼痛，偶见乳头溢液，以致乳头改变，是乳头 Paget's 病的表现。

(3)乳头溢液：乳腺癌伴有乳头溢液约占 5%以上，其性质可为乳汁样、水样液、浆液性、血液性、血脓性等，这些是癌症局部发展不同程度的反应。临床仅有乳头溢液，扪不及肿块，多为导管内早期癌或大导管内乳头状瘤。乳头溢液量可多可少，间隔时间也不一致。单见者少，多伴有乳腺肿块。

3. 乳房轮廓及皮肤改变 正常乳房无论任何体位，均具有完整的弧形轮廓，这种轮廓一旦出现异常或缺损，则提示有肿瘤发生，提示肿瘤侵犯皮肤的 Cooper 筋膜，有时为早期乳腺癌的表现。局限性隆起一般是肿瘤的局部临床表现之一。

皮肤改变与癌瘤在乳腺部位深浅和侵犯程度有关。癌瘤小，部位深，皮肤多正常。癌瘤侵犯面积大，部位浅表，由于皮下浸润和牵拉皮肤，即使早期癌也可显示皮肤粘连，使皮肤呈现凹陷，称为“酒窝征”。当癌细胞堵塞皮下淋巴管时，出现皮肤水肿形成橘皮样变，属晚期表现。癌瘤侵入皮内淋巴管，则在癌瘤周围形成小的癌灶，称为皮肤卫星结节，多数小结节成片状分布，形成铠甲状癌。进

一步发展为晚期癌，皮肤完全固定或溃破。一侧乳腺上移，有可能是乳房上半部乳腺癌的体征之一。

炎性乳腺癌时局部皮肤呈炎症样表现，颜色由淡红到深红，开始时比较局限，不久即扩大到大部分乳腺皮肤，同时伴有皮肤水肿。触诊时感皮肤增厚、粗糙，表面温度升高。但以乳晕周围及乳房下方较常见。肿瘤表面皮肤静脉曲张常见于增长迅速的肿瘤，单侧乳头回缩呈进行性变化者，乳腺癌时乳头常为拉向病变侧，乳头表皮糜烂及脱屑应排除乳头派杰氏病。

4. 疼痛 约 1/3 以上的乳腺癌伴有不同程度的疼痛，呈阵发性或持续性隐痛，或针刺样痛，有的为患侧上臂和肩部牵拉样痛，伴沉重不适感。亦有少数患者因疼痛较剧而就诊。一般乳癌患者非到晚期，疼痛多不严重，不如乳腺增生的月经前疼痛。

5. 隐性乳腺癌 少数病例以腋下淋巴结肿大作为首发症状而就诊，其乳腺内原发病灶很小，临床难以扪及，称为隐性乳腺癌。

6. 远处转移 当肿瘤发生远外转移时，如肝、脑、骨、肺等出现相应症状。

(1) 肺转移：侵犯气管可出现咳嗽、喘憋、胸闷，癌性淋巴管炎可见呼吸困难、咳嗽痰多、发绀及胸痛等。

(2) 胸膜转移：为血性胸腔积液，常见胸闷胸痛、气短咳嗽等。

(3) 骨转移：以胸、腰椎和骨盆最多，其次为肋骨、股骨，病人出现持续性疼痛，进行性加剧。脊柱转移可由于脊髓受压引起截瘫。

(4) 肝转移：起初可觉乏力、食欲减退，后期常见腹胀、腹痛、肝区疼痛、皮肤黄染等。

(5) 脑转移：常为多灶性，引起脑水肿致颅压增高，可见头痛、呕吐、视力下降、抽搐、肢体活动障碍，甚至昏迷。

7. 乳腺癌转移的体征 经淋巴道转移，腋下可触及肿大的淋巴结，质硬韧，常固定；患侧锁骨内侧段的后面和上方也常触及肿大坚硬的淋巴结，受累淋巴结直径多不超过 1cm。若癌细胞阻塞腋窝主要淋巴管或腋静脉，则引起患侧手臂蜡白色水肿或青紫色水肿，偶见对侧腋下或锁骨上淋巴结肿大，对侧乳房肿块、同侧颈淋巴结或腹股沟淋巴结肿大。

并发症：经血液循环转移至远处脏器，可出现相应体征，如胸腔积液、肺呼吸音

减弱、肝大、腹部包块、黄疸、骨转移灶压痛、截瘫、偏瘫、神经反射生理反射减弱或消失、病理反射引出等等。

实验室检查：目前能用于乳腺癌诊断的生物学及生化学标记物有多种，但其特异性均不甚理想，较有参考价值的有以下几种：

1. 癌胚抗原(CEA) 乳腺癌术前检查约 20%~30%血中 CEA 含量升高，而晚期及转移性癌中则有 50%~70%出现 CEA 高值。CEA 与治疗反应呈一定正相关，且 CEA 值增高时提示病变进展，降低时好转，故目前常作为预后及随访指标。

2. 降钙素 乳腺癌患者中 38%~100%有血浆降钙素的上升，但在早期者仅 25%有上升。

3. 铁蛋白 血清铁蛋白反映体内铁的储存状态，在很多恶性肿瘤中有铁蛋白升高，乳腺癌术前约 42%升高，且与病期有关，治疗后有复发者铁蛋白亦升高。

4. 单克隆抗体 CA₁₅₃ 对乳腺癌诊断符合率为 38.3%~57%，对早期诊断尚有困难。

CA₁₅₃ 为乳腺癌的二株 MCAB 识别的糖类抗原，乳腺癌和卵巢瘤的阳性率较高，正常人血清浓度为 5.7~28.4IU/ml，正常上限为 28FU，主要用于乳腺癌的诊断和疗效监测。

5. β_2 -微球蛋白放免检测 β_2 -mG 属一种小分子蛋白，某些肿瘤细胞可合成和分泌，可能与肿瘤病人免疫功能失调有关，故可用于协助诊断肿瘤，如肝癌、乳腺癌等，正常血清 β_2 -mG 含量为 $2.12 \pm 0.46 \mu\text{g/ml}$ 。尿 β_2 -mG 为 $147 \pm 65 \mu\text{g/ml}$ 。 β_2 -mG 在多种肿瘤中均可增高，乳腺癌阳性率为 11%~55%。

6. 某些乳腺癌组织中乳酸脱氢酶谱明显改变，阳离子同工酶 LDH-5 和 LDH-4 增加，乳腺癌患者血清中呈相似结果。凡术前做过乳房摄片或乳房活检的乳腺癌患者，63%呈 LDH-5 或 LDH-4 升高，乳腺癌转移患者血浆中 83%呈这种酶谱。乳房切除术后，经 LDH 同工酶预测出复发者占 69%，而正常酶谱的患者中 82%仍无复发的证据。

其他辅助检查：

1. X 线检查 是诊断乳腺癌的常用方法，包括钼靶 X 线摄影和干板摄影，是目前符合率较高的诊断方法，以前者为多用。

(1) 乳腺癌直接征象:

①肿块影：一是乳腺癌最常见、最基本 X 线征象，临床发现的乳腺癌中 85%~90% 的病例有此征。

A. 肿块的形状：可呈团块状、星形、结节状、不规则形、分叶状等，以前者最多见，约占 45%。

B. 肿块的边缘：有 3 种主要形式，毛刷状边缘、模糊边缘、光整边缘。

C. 肿块的密度：一般肿块的密度较乳腺腺体的密度高，肿块较大时可出现密度的不均。

D. 肿块大小：X 线上测得的肿块大小较临床上触及肿块小，这是诊断乳腺癌的可靠依据，因为触诊所及肿块的大小往往包括了癌肿周围水肿、炎性浸润及纤维化部分。一般良性病变的 X 片的测量值符合或大于临床所触及。

②钙化：这是乳腺癌的又一重要特征。在病理切片中钙化出现率达 70% 以上，X 线片中占 40% 以上。乳癌的钙化在 X 线片上有 3 个特征：

A. 线状、短杆状或蚯蚓样钙化，多发生于导管内。

B. 泥沙样钙化，多发生于肿瘤外围的腺泡内。

C. 圆形、卵圆形或团簇样钙化，多发生于肿瘤的坏死区。以上钙化从几个到数十个不等，一般成堆分布，有聚集的倾向，每一个钙化点多呈不规则形态，密度可浓可淡，各个钙化点的密度也不完全一致。成堆的细小钙化有助于乳腺癌的诊断。小叶内钙化常是小叶原位癌的惟一征象。

(2) 间接征象：

①血管异常：患乳血管管径较健侧粗，病灶周围的多数小血管丛、或病灶区出现较大的引流静脉。有人认为双乳静脉粗细比例大于 1:4 时，应考虑患乳腺癌可能。

②透亮环：肿块与癌周结缔组织反应性充血、水肿、渗出与正常乳腺组织三者的密度不同，X 片表现为肿块密度增高影的外围，有一密度低于肿块和外围乳腺组织环形透亮带。

③厚皮征：早期见皮肤脂肪层变模糊，Cooper's 韧带增宽或几条纤维增粗；以后见皮肤增厚。皮肤改变先局限于肿瘤区域，以后可发展至几乎累及全乳，当癌肿反应性纤维化及收缩时，出现皮肤的扁平或“酒窝征”改变。

④乳头内陷：单侧者对临床诊断意义较大，当乳头完全凹陷时形成“漏斗征”。

⑤导管扩张：在癌浸润大导管时，导管变粗且有阴影增强表现，有时可以看到肿块与乳头之间被大导管连接起来的“癌桥”。癌灶侵及导管时或有癌栓形成导致导管极度扩张向临近导管浸润，互相粘连；收缩以后导管变形，形成条柱状大导管相。

⑥塔尖征：系乳腺实质被癌肿侵犯及牵拉后所致，表现为乳腺肿瘤的顶端出现向脂肪内伸展的细条索状致密影，其下方与肿瘤连接。

⑦乳房后间隙改变：深部乳腺癌可早期侵及浅筋膜的深层，导致乳房后间隙的透亮区消失。

⑧乳房形态改变：乳腺癌沿导管及腺体浸润时可致乳房变形，表现出各种形态。

⑨牛角征：Cooper's 韧带受浸润后变粗，并发生牛角样弯曲。

早期乳腺癌的 X 线表现特征为：不规则小结节影、边缘毛刺，并有或无泥沙样钙化，局限性结构扭曲，导管不对称或单支导管扩张。

不同组织类型的乳腺癌的 X 线表现，因乳腺癌的组织学不同而有差异，有各自的特征。

据统计，毛刺状肿物和透光环肿物是乳癌诊断的重要征象，阳性率占 97%，分叶状肿块占 70%。各间断征象的诊断阳性率大都在 90%以上。晚期乳癌的征象大都是多项合并出现。

2. 乳腺导管 X 线造影 导管内上皮的恶性增生，可以完全阻塞导管，发生在末端导管和腺泡上皮的癌，常常见不到导管的梗阻，但是导管壁有充盈缺损和不规则的改变以及在极小的导管分支区见到恶性的微小钙化点。有时也可以见到导管远端突然中断，断端不整齐，也可表现为导管轻度扩张、扭曲、排列紊乱，充盈缺损或完全阻塞。扩张导管末端的病理性肿块，可使其周围的导管受压和移位，边界也参差不齐。

3. 超声检查 乳腺癌的声像图的一般表现为：①肿块内部回声低弱，不均匀或粗糙性不均匀，常有颗粒样钙化斑点，多数声影不典型；②边缘凹凸不平或有角状突起，边界不清；③癌肿向周围组织浸润而形成周边强回声带；④乳腺癌的纵径与横径之比一般大于 1；⑤后方多数等回声，无彗星尾征，少数有声衰减；

⑥正常乳腺结构被破坏及肿块上方局部皮肤增厚或凹陷；⑦中晚期肿块较大，肿

物侵犯皮肤、胸大肌或远处转移，转移灶呈圆形或椭圆形边缘清楚的均匀性低弱回声。

其中浸润性导管癌之肿块边界不整齐，有蟹足样浸润，内部为中等回声，不均匀，常伴有坏死液性暗区；髓样癌肿块呈圆形，内部呈等回声或部分无回声区，后方有声衰，边界较光滑；硬癌肿块边界含糊不清，内部回声增强，不均匀，肿块后方有声衰减；乳腺肉瘤肿块较大，边界清楚，可呈分叶状，内部回声低弱，后方声衰不明显。

乳腺彩超检查，可提高乳腺癌诊断的敏感性、准确性，对放、化疗的前后检测、预测疗效及预后有一定帮助。

4. 液晶热图检查 乳腺癌的热图表现多见：大于肿块边缘不齐的热区，或有延伸的异常血管热图形。常合并或单独出现异常血管热图形，如增多、加粗、迂曲及管径不均、细分支的血管网、血管中断或梗阻、星点热及单侧热乳晕伴放射伸展的血管热图形等。

液晶热图诊断乳腺癌确诊率为 75%~80%，其操作简便、无损伤，为普查筛查之首选方法，对乳癌的早期诊断有较高的敏感性。

5. 近红外线扫描检查 乳腺癌为灰影较黑的实性肿块影，癌灶体积越大，位置越表浅，其阴影灰度越低，周围界限不清，形状不规则，病灶附近可见血管管径增粗、数目增多、走行紊乱，甚至扭曲中断等。

目前主要用于诊断乳腺癌和鉴别乳腺病灶的良恶性，符合率约 77%~88%。其无损伤，简捷直观，并有摄像、记录等功能，与其他方法联合应用，可提高诊断符合率。

6. 乳腺冷光透照仪检查 乳腺癌透照图像大多有不同程度的暗区，境界不清，一般中央暗，边缘清，或呈不均匀改变。部分较小的黏液腺癌、髓样癌暗区可不明显，若乳癌大小如蚕豆时，冷光透照可呈现一片漆黑，暗区大小与包块大小相近。病灶区血管增多且紊乱，四周血管向暗区集中，或向暗区迂曲，牵拉成角，或血管在病灶区突然中断，推动包块可见血管随暗区同步移位。

7. CT 和 MRI 检查 可作为乳腺摄影的补充，而不作为常规方法，可用于不能扪及的乳腺病变活检前定位，检查乳腺后区、腋部及内乳淋巴结有无肿大，有助于制订治疗计划。

乳腺癌 CT 平扫，多数癌肿表现为不规则形肿块，个别可呈圆形或椭圆形，直径多为 1~4cm，边缘不光滑或部分光滑，呈分叶状，可见长短不一、分布不均的毛刺。较大的癌肿，中央坏死液化后可显示为低密度。增强后扫描一般表现为明显强化，可均匀或不均匀。一般认为增强前后 CT 值增高到 50Hu 或更大，则诊断为乳腺癌的可能性更大。应用 CT 平扫和增强扫描，诊断乳腺恶性病变的准确性可达 97%，一般可以检查到直径为 6~8mm 的癌肿。曾有报道 CT 诊断 1 例直径为 2mm×2mm 的隐性乳腺癌。

乳腺癌在 T_1 加权图像上，癌肿表现为低信号区。在 T_2 加权图像上呈高信号，信号强度超过正常导管腺体组织，低于脂肪组织。黏液腺癌其信号强度明显增高，类似于脂肪。硬癌信号强度低。炎性乳腺癌表现为大片状边界不清的高信号影，正常乳腺实质结构消失，类似于急性乳腺炎。用 Gd-DTPA 增强后扫描，黏液腺癌显示最快和最明显的增强，导管癌、小叶癌、髓样癌和硬癌的增强速度和增强程度呈逐渐递减的趋势。增强后，癌肿的轮廓更清楚，大多数病例可以显示肿块的边界。弥漫浸润性癌表现为癌肿及其周围组织弥漫性强化。

诊断：针吸检查与临床体检，乳腺钼靶 X 射线摄影相结合，称之为乳腺癌联合诊断的最佳方案。因为乳腺癌各种检查方法如体格检查、各种摄像及针吸检查等都各具所长，但又有其局限性，在临床应用中，应将其适当组合，可以扬长避短。联合诊断可以大大提高乳腺癌的诊断水平，特别是可以提高早期乳腺癌的检出率。如有学者报道采用临床体检，液晶热图作为初筛，而后施行钼靶 X 线摄片及针吸检查，其术前诊断符合率可达 92.6%，另有报道术前做钼靶 X 线摄片，据 X 线片上所显示的钙化区域用细针穿刺行细胞学检查，可以发现早期乳腺癌，甚至可以发现那些临床尚未扪及肿块的病例。将联合诊断与单项诊断方法比较可以进一步证实前者的优势。国外有报道，单项针吸检查诊断正确率为 80%；而将针吸与临床体检、X 线检查相结合，则对乳腺癌的诊断正确率可达 99%，仅有 1% 的假阴性。因此公认的乳腺癌联合诊断的最佳方案为临床体检+乳腺钼靶 X 线摄片+细针刺细胞学检查，该方案可以大大提高乳腺癌的诊断正确率。

鉴别诊断：通过上述的临床表现、体征、影像学检查、细胞学检查方法诊断乳腺癌并不困难，但对于早期患者应与乳房其他疾病相鉴别：

1. 乳腺增生病 包括乳腺小叶增生和慢性囊性增生病，前者多为生理性，与

月经有明显关系，乳痛和肿块在月经来潮后明显消失。后者在月经后乳痛和肿块消失不明显，乳房仍可能触及质韧软似毛线团样增生组织或片膜状、颗粒样增生块。

2. 乳腺纤维腺瘤 一般见于 18~25 岁青年妇女，常伴有月经不调，近年来 30~40 岁妇女发病率较高。肿块不痛，光滑，多为单个，边界清楚，活动度大，无皮肤粘连，腋部无淋巴结肿大。

3. 导管乳头状瘤 常见乳晕旁有小肿块，挤压时有溢液，一般呈浆液性或带有血色。可分为大、小导管内乳头状瘤，可疑时应做细胞学检查，或做活体组织学检查。

4. 乳房结核 年轻妇女多见，常伴有结核病临床表现，肿块韧或软，或溃破流液，细胞学检查可以确诊。

5. 浆细胞乳腺炎 可作乳头溢液细胞涂片检查，进行鉴别诊断。

治疗:

1. 手术治疗 手术治疗是乳腺癌的主要治疗方法之一，适应证范围较广，病灶仅局限于局部或区域淋巴结者，首选治疗方法是手术。临床常用方法有：①乳腺癌根治术；②乳腺癌扩大根治术；③乳腺癌改良根治术；④单纯乳房切除术；⑤小于全乳房切除的保守方法。

(1) 乳腺癌根治术:

①适应证：符合国际临床分期 0、I、II 期及部分 III 期而无以下禁忌证者。

A. 全身禁忌证:

- a. 肿瘤已有远处转移者。
- b. 一般情况差，已有恶病质者。
- c. 重要脏器有严重疾病，不能耐受手术者。
- d. 年老体弱，不适合手术。

B. 局部病灶禁忌证:

a. III 期患者有以下情况之一者：皮肤橘皮水肿，超过乳房面积一半以上；皮肤有卫星结节；肿瘤直接侵犯胸壁；胸骨旁淋巴结肿大，且证实为转移；锁骨上淋巴结肿大，病理证实为转移。

b. 有以下 5 种情况中任何 2 项以上者：肿瘤溃破；皮肤橘皮水肿，占全乳面

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。
。如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/697061134104006154>