

· 经验交流 ·

近红外线扫描配合手法触诊诊断乳腺癌 66 例

郑彩英

近年来,乳腺癌发病率逐年增高,在我国城市已占女性恶性肿瘤第1位,近红外光乳腺诊断是利用血红蛋白对红外光有明显示的选择性吸收作用特点,对人体无损害,无副作用,各年龄段的妇女都适用,并可反复检查,广泛用于乳腺癌普查。为了进一步提高乳腺癌的早期诊断率,我院采用近红外线扫描配合仔细的手法触诊来综合判断乳腺疾病的良恶性。从2003年1月至2005年12月在门诊乳腺疾病患者中采用上述检查,3 058例患者筛出可疑乳腺癌75例,经外科手术病理证实66例乳癌。现总结如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料

2003年1月至2005年12月受检者3 058例中,全都女性,大部分有乳房自觉症状或阳性体征前来就诊。年龄17~68岁,均为门诊病例,部分为其他医院检查后发现可疑来我院复查。

1.2 检查方法

在红外线扫描前先对患者进行乳房触诊,顺序:先由内上→外上(包括腋窝方向的凸出部份)→外下→内下→中央区(乳晕、乳头),最后检查腋窝及锁骨上,先确定肿块及异常部位,然后进行红外线检查。对准红外线摄影仪与乳房的焦距,光源探头置于受检者乳房下方,移动探头,从各个不同方向扫描乳房。光源由弱到强,根据患者乳房大小随时调节。对有异常的部位反复仔细透照,必要时再行手法触诊,并且双侧乳房进行对比。根据显示器上显示的图像、乳房肿块阴影、血管影以及两者之间的关系及触诊的结果来综合判断疾病的良恶性。乳腺癌红外扫描阴影特征:形态不规则,边缘不清,灰度不均匀,中央密度大,向四周逐渐变淡,或整个病变乳腺光度低于健侧,肿块大小与阴影不相称,肿块小、阴影大,呈现孤立吸光团,并且显中灰影或深灰影。血管特征:肿瘤处的血管丛增多,呈网状、树枝状、放射状、十字交叉状等异常血管走行。肿块部位及附近血管有增粗、弯曲、粗细不均、膨粗、中断等现象。血管的

改变与灰影有密切关系,表现在以下几种:灰影沿血管分布;病灶区引流血管;血管环绕肿块;血管与灰影无明显关系。对于触诊到的肿块质地硬、活动度差,虽然红外线扫描不显影,但有血管异常改变者也列入乳癌。

2 结果

受检者3 058例中,筛选出可疑乳腺癌75例,占总数2.5%,经外科手术病理证实乳癌66例,红外线检查准确率88%。其余的均为乳房不同良性疾病,诊断乳腺增生2 053例,占总数67%,诊断纤维腺瘤293例,占总数9.6%,诊断乳腺炎43例,占总数1.4%,诊断乳腺导管扩张症34例,占总数1.1%,诊断乳腺囊肿28例,占总数0.9%,诊断导管内乳头状瘤16例,占总数0.5%,诊断乳腺脂肪瘤8例,占总数0.2%,其余517例为阴性结果。

3 讨论

近红外线扫描检查乳腺疾病具有无辐射伤害,无创伤,并可多次检查的特点,在乳腺癌普查中已列为首选。但是,本人通过多年来检查得出结论:即乳透医生必须要熟练掌握乳透摄影技术的技巧,对不同大小乳房光源亮度应不一样,要随时调整光源亮度,要把乳房的各个部位都要照到,而且要配合认真仔细的触诊来综合判断乳腺疾病的良恶性。这就要求乳透医生必须掌握乳腺专科基础知识,因为红外线扫描大部分良性肿块不显灰影,必须通过触诊才能查出来,而有些早期乳癌,局部血管有增多、增粗、但未显灰影,要加以鉴别。对一些良性病变如血肿、脓肿、炎症等,因病变部位充血,吸收红外光多,肿块可显灰影,血管也增粗、血运较丰富,需根据病史、体检给以区别。对于不能确诊的可疑乳癌患者可配合使用钼靶X光摄影、彩超等检查,来起到互补作用,以达到更准确的诊断。值得注意的是有一些增厚的腺体中隐蔽着癌的可能。因此,对40岁以上的妇女尤其有易患因素者,局限性增厚的组织半年以上不见缩小,或有扩大趋势,虽然各种辅助检查无异常发现,也应及时手术检查,确定其性质,以防漏诊。

【关键词】 近红外扫描;手法触诊;乳腺癌

【中图法分类号】 R737.9 【文献标识码】 B

(收稿日期:2006-09-14)

(本文编辑:范林军)