

· 经验交流 ·

触诊阴性乳腺微小病变定位活检术

朱大江 韦德湛 高志云 刘丹 吴越 梁颖 陆秀英 白立芳

目前对于触诊阴性的乳腺微小病变的治疗方法包括:Mammotome 微创活检、超声引导钢丝定位活检、染料定位活检等手术,但这些方法存在费用高及其他条件限制,不宜推广应用。本科于 2005 年 5 月至 2007 年 2 月对 93 例触诊阴性乳腺微小病变采用超声引导下美蓝泛影葡胺混合物定位活检术,取得较好的效果,现将临床治疗过程和手术经验报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

93 例患者均为女性,年龄 18~67 岁(平均 43 岁),105 处病变 B 超表现为低回声实性结节,最小直径 3 mm,最大直径 12 mm,平均中位直径 6 mm,其中小于或等于 10 mm 的结节 91 个。

1.2 仪器设备和操作方法

超声仪采用 GE LOGIQ500 彩色超声诊断仪,探头频率 11 MHz,可同时显示多普勒频谱彩色血流。22G PTC 穿刺针,没有穿刺针时用 7 号腰穿针代替。

术前定位:患者取仰卧位,B 超探测确认微小病变位置,在乳腺示意图上按钟点位标记病变位置并详细记录病变大小,距乳头距离,位于乳腺组织的浅面、中间或深面。根据部位选择进针点,进针方向与 B 超探头长轴平行,距探头边缘 2 cm。常规消毒铺巾,在 B 超引导下,避开血管,将 22G PTC 长针头穿刺到达病变浅面,穿刺后注入 0.1 ml 1:20 美蓝与 76% 泛影葡胺混合物,然后再注入约 0.5 ml 空气,使穿刺注药点形成可触诊硬结,在乳腺皮肤上用标记笔标记出穿刺后触诊硬结位置。拔针,穿刺点稍微压迫后送组织活检。

2 结果

本组 93 例共 105 处病变,103 处病变被染料准确定位,外科医生按照染料指引找到病变并完整切除。2 处病变未显示染色,改行病变位置区段切除术,术后 B 超检查切除标本证实病变被完全切除。所有病例 3~6 个月复查 B 超未发现病变复发。术后病理诊断:26 处病变为乳腺纤维瘤,34 处病变为乳腺腺病,41 处病变为纤维瘤样增生,3 处病变为乳腺囊肿,1 处病变为浸润性导管癌。

3 讨论

乳腺癌是危及妇女生命的常见恶性肿瘤,约 20% 的乳腺癌临床触诊阴性,需借助 B 超、钼靶、MRI 等检查手段来诊断。其预后很大程度上取决于早期诊断、早期治疗。本组采用美蓝和泛影葡胺混合液进行定位,除早期 2 例由于注射方法不当失败外,105 例中 103 例均成功定位。外科医师在美蓝引导下迅速找到病变并完整切除,说明本方法定位准确可靠,简单易行。在定位和手术中应注意以下几点,可提高效率和成功率。

3.1 B 超探头和穿刺针的相互配合

乳腺组织和某些浅表的纤维瘤移动性较大,常需反复定位才能穿刺成功。此时可将左手团成杯口状,手指抓住乳腺组织上提,使乳腺组织远离胸壁,杯口底部手掌面抵住穿刺针对侧的乳腺组织,将使穿刺变得容易。当乳腺组织致密,穿刺阻力大时,可用左手力量推挤乳腺,以免右手用力过大误穿胸壁。

3.2 美蓝注入量和病变的显示

本组采用将 1 ml 美蓝与 20 ml 76% 泛影葡胺混合后取 0.1 ml 混合液单次固定剂量注射的方法,可使注入的染料仅局限在病变周围,有效克服了美蓝易于扩散,注入剂量不易掌握的缺点,对术中微小病变的寻找非常有利。

3.3 定位失败的原因分析和处理

本组病例手术初期定位失败 2 例,分析原因为定位针较长而抽取的美蓝混合液较少,当注入美蓝混合液时,针管中的空气注入乳腺组织而染料停留在针管中,因空气和美蓝注入乳腺组织后在 B 超图像上均显示为强回声,造成美蓝已注入的假象。在以后的定位中,采取注入美蓝后再注入 0.5 ml 空气,避免了类似情况的发生。并且 0.5 ml 空气注入乳腺组织后,使乳腺组织注入点产生一硬结,对手术中触诊病变有引导作用。

3.4 钟点位标记病变的方法及意义

当出现美蓝不能显示、显示非常小呈点状或美蓝较多把整个手术野全部染蓝时,术前画图对肿块的详细描述就显得非常重要,否则可能造成误判。本组最初 2 例曾经因美蓝没有注入标记部位,最后只能根据术前 B 超的描述行肿物部位的象限切除术。术后立即行 B 超和摄片检查,证实肿物已完全切除。标记时除在乳腺皮肤上做标记外,需另画一示意图,记录肿物位于乳腺的顺时针位,距离乳头的距离,在乳腺组织的表面、中间或深部,肿物的大小,而不是笼统地记录某象限。这些记录在定位失败术野看不到美蓝或全部是美蓝时非常有用。

【关键词】 B 超;微小病变;乳腺;定位活检

【中图法分类号】 R737.9

【文献标识码】B

(收稿日期:2007-03-16)

(本文编辑:谢竞)