

## 乳腺纤维腺瘤的国内治疗现状

张董晓

乳腺纤维腺瘤为女性乳腺病变中常见的良性病变,亦偶有男性患此疾病<sup>[1]</sup>。乳腺肿块中乳腺疾病的发病率从高到低依次为乳腺结构不良(44.33%)、纤维腺瘤(32.78%)、乳腺癌(18.78%)、导管内乳头状瘤(2.34%)、慢性炎症(1.34%)、脂肪瘤(0.5%)<sup>[2]</sup>。由此可见乳腺纤维腺瘤在乳腺疾病中发病率很高,是乳腺最常发的肿瘤。此病治疗方法临床多有报道,主要包括手术疗法、微创旋切疗法、小针刀疗法等,现将其治疗现状综述如下。

### 1 手术疗法

手术方法仍是目前治疗乳腺纤维腺瘤的经典方法之一,但手术方式临床报道各不相同。

郭同荣等<sup>[3]</sup>采用经乳晕切口乳腺纤维腺瘤切除术治疗 78 例乳腺纤维腺瘤,首先设计乳晕缘弧形切口,切开皮肤、皮下组织,沿乳腺包膜潜行剥离,剥离范围超出瘤体 1.5~2.0 cm;拉开皮肤,显露瘤体位置,用 1 号丝线缝合瘤体两侧乳腺组织牵引;于瘤体位置放射状切开乳腺组织至瘤体包膜,用 1 号丝线贯穿缝合瘤体牵引,用组织剪沿瘤体包膜分离切除瘤体。传统手术是放射状切口,切口位于乳房皮肤且较长,术后瘢痕明显,采用乳晕缘弧形切口,乳晕色深,切口位于乳晕与乳房皮肤交界处,切口整齐,呈弧形,无张力,对合好,用 5-0 丝线缝合,术后切口无明显瘢痕。术后随访 3 个月~1 年,切口愈合良好,无明显瘢痕,双乳对称,外形功能无影响。

郑陆军等<sup>[4]</sup>等亦报道采用此法对乳腺纤维腺瘤进行治疗。并认为由于乳晕处皮肤颜色深,皱褶多,手术疤痕几乎看不出,所以患者可接受。乳晕切口虽然很小,但由于此处皮肤延伸性好,切口可以牵开很大,故临床切实可行。

朱明德等<sup>[5]</sup>等采用改良乳腺纤维瘤摘除术治疗乳腺纤维腺瘤 54 例。手术方法:首先根据瘤体位置选择切口,瘤体中心距乳晕边缘 < 4 cm 者,选乳晕边缘切口。瘤体中心距乳晕边缘 ≥ 4 cm,位于乳房外上或外下象限者选腋窝切口;位于乳房内下或外下象限且乳腺下方形成皱褶者选乳房下皱褶处切口。结果所有患者均治愈,切口一期愈合,切口瘢痕均细小且隐蔽,乳房外形美观。作者认为瘤体中心距乳晕边缘 < 4 cm 者选乳晕边缘切口手术多能顺利完成;

瘤体中心距乳晕边缘 $\geq 4$  cm者选乳晕边缘切口有困难,应选腋窝或乳下皱褶处切口。位于内上或内下象限且为半球形乳房时,如乳晕较大能保证3 cm的乳晕边缘切口(乳晕切口以不超过乳晕圆周的1/3为宜),4~5 cm距离的瘤体也多能摘除,但5 cm以上则甚为困难,不应作乳晕边缘切口。

黄力中等<sup>[6]</sup>根据肿瘤发生的部位、活动范围,用人为手法张力性推移肿瘤至几个方向,将其远点连线范围内视为手术切口选择区域,再设计最佳手术切口,达到切口合理、美观的目的。结果所行200例手术,分别最大限度争取乳晕、腋窝、乳房下缘等理想切口,达到满意效果。手法张力有益于手术剥离,还能使乳腺纤维腺瘤手术切口选择更合理、美观、操作更方便。

惠希增等<sup>[7]</sup>对48例青春型乳房纤维腺瘤患者进行回顾性分析。患者平均年龄14.5岁,有16例患者行单纯肿瘤切除术,24例行瘤体及周围适量腺体切除;8例行乳房区段切除加乳房成形术。结果术后无切口出血、皮下积液、乳头坏死及切口感染发生;有6例在6个月后复发,复发率为12.5%。作者提倡选择合理的手术切除范围,减少肿瘤复发,并尽量保持乳房的形态与功能。

丁锦相<sup>[8]</sup>采用乳晕缘切口和胸壁皱褶处切口治疗乳腺纤维腺瘤共80例,肿瘤直径 $< 5$  cm,且肿瘤距乳晕缘 $< 5$  cm,年龄 $< 23$ 岁的未哺乳者或乳房皮肤较紧无明显下垂者,行乳晕缘切口手术。肿瘤直径 $\geq 5$  cm,肿瘤位于乳房下半距乳晕缘 $\geq 5$  cm,相对年龄较大、哺乳后乳房较松明显下垂者,作胸褶处的弧形切口。采用此方法治疗后手术疤痕隐蔽,术后乳房形态正常。

## 2 微创旋切技术

陈方红等<sup>[9]</sup>采用超声引导下微创旋切技术治疗乳腺纤维腺瘤。用长针头将局麻药注射到病灶底部及穿刺针道。在预穿刺点用尖头刀切开皮肤约0.2 cm,取约 $30^\circ$ 穿刺角度,将Mammotome微创旋切刀刺入乳腺病灶,通过控制面板或脚踏开关打开旋切窗,使其头端凹槽完全对准病灶,对乳腺纤维瘤及较小的乳腺内可疑病灶分别进行多次旋切,直至将病灶完全切除。最后再次用超声探查,操作完成后局部压迫10 min,随后局部用胸带加压包扎24 h。作者认为超声引导下Mammotome对乳腺良性病变,可行微创切除术;应用彩超高频探头引导下行Mammotome微创旋切术,切口仅0.2~0.3 cm,而且位置隐蔽,远期伤口疤痕微小、外观效果满意。蔡清萍等<sup>[10]</sup>亦报道采用此法治疗60例乳腺纤维腺瘤患者,王红鹰等<sup>[11]</sup>治疗43例乳腺纤维腺瘤,也取得满意效果。

## 3 小针刀治疗

李鹏程等<sup>[12]</sup>运用小针刀治疗乳房纤维腺瘤100例,47例(47%)2次治疗

后肿块及症状消失,30例(30%)3次治疗后肿块及症状消失,23例(23%)4次治疗后肿块及症状消失,观察6~12个月无复发。作者认为小针刀通过穴位刺激治疗可以疏通经络,纠正卵巢功能失调,刺激局部组织病灶,促进修复,从而达到从根本上治疗乳房纤维腺瘤的目的。并且,它具备简便、廉价的特点,患者的心理负担及经济负担都小,恢复也快。

#### 4 高强度聚焦超声治疗

张建国<sup>[13]</sup>应用高强度聚焦超声治疗13例乳腺纤维腺瘤患者。治疗后13例患者全部随访,其中5例肿块全部消失,8例6个月后肿块缩小50%,1年内肿块消失,提示应用高强度聚焦超声治疗乳腺纤维腺瘤是一种有效、安全、无创的非侵入性治疗方法。

#### 5 结语

现有文献报道关于乳腺纤维腺瘤的治疗方法虽比较多样化,但研究中仍存在一些不足:(1)不同文献对纤维腺瘤的诊断标准不统一,从而影响疗效的评价。(2)一些文献对入选患者的年龄标准介绍不详,肿块大小介绍也不够详细,大部分文献对病例排除标准都不明确或未进行阐述。纳入及排除标准不明确就难以保证疗效评价的正确性,也影响一些新方法新技术的推广,排除标准的不明确更会导致片面扩大一些治疗方法的适用范围。(3)大部分报道未行随机对照的临床试验,其结论缺乏有效的说服力。

目前乳房纤维腺瘤的治疗,任何一种方法均存在其不足之处。如手术疗法,虽然现有报道已对传统的切口进行了改进,使切口能够尽可能小且隐蔽,但手术后疤痕仍对女性外形造成影响。小针刀疗法及高强度聚焦超声治疗同样难以保证完整清除病灶。微创治疗是当今外科治疗发展的一个方向,微创方法治疗纤维腺瘤也符合女性对美容的要求。目前常用的微创旋切技术对单发纤维腺瘤的治疗虽多有报道,但对双乳多发纤维腺瘤报道却很少见。一般认为多发者约占发病的15%<sup>[14]</sup>。对于这类患者微创旋切法仍需取多个切口,对乳房的美容影响较大。故多发纤维腺瘤的治疗仍是目前临床上较为棘手的问题。探索一种治疗彻底、创伤少、疤痕小的方法用于乳腺纤维腺瘤的治疗,具有十分重要的意义,也是多发性乳腺纤维腺瘤治疗的一个重要策略。

【关键词】 乳腺纤维腺瘤;治疗方法

【中图法分类号】 R737.9 【文献标识码】 A

#### 参考文献

- [1] 李梅,曹晓莉,李建龙,等. 男性乳腺纤维腺瘤1例报告. 实用放射学杂志,2003,19:780.
- [2] 张传芳,吴翠环,张帆. 乳腺肿块中不同乳腺疾病的发病率探讨. 中华综合临床医学杂志,2004,6:18-20.
- [3] 郭同荣,项昌峰. 经乳晕切口乳腺纤维腺瘤切除术. 实用美容整形外科杂志,2003,14:316.

- [4] 郑陆军,兰志祯,杨桂芝,等. 经乳晕切口乳腺良性肿物切除术 26 例. 吉林医学信息,1998,(8):7-8.
- [5] 朱明德,柯妍. 改良乳腺纤维瘤摘除术 54 例. 临床军医杂志,2003,31:113-114.
- [6] 黄力中,普水和. 人为张力辅助切除乳腺纤维腺瘤 200 例探讨. 中国初级卫生保健,2003,17:85.
- [7] 惠希增,孙卫红,李叶臣. 女性青春型乳房纤维腺瘤诊治(附 48 例报告). 中国医师杂志,2001,3:352-354.
- [8] 丁锦相. 保持乳房正常形态的纤维腺瘤切除术. 实用肿瘤杂志,1999,12:233-234.
- [9] 陈方红,陈述政,曾春来,等. 超声引导下微创旋切活检系统在乳腺疾病中的应用. 中国超声诊断杂志,2004,5:530-531.
- [10] 蔡清萍,王强,王伟军,等. 超声引导下乳腺肿块旋切术及其临床应用. 局解手术学杂志,2003,12:258-259.
- [11] 王红鹰,邹强,周坚. B 超引导下的乳腺纤维腺瘤微创旋切术. 中国微创外科杂志,2001,1:280-281.
- [12] 李鹏程,王玮. 小针刀治疗乳房纤维腺瘤 100 例分析. 山西医药杂志,2003,32:236-237.
- [13] 张建国. 高强度聚焦超声治疗乳腺纤维腺瘤的初步临床观察. 青海医学院学报,2003,24:94-95.
- [14] 刘多. 中医药治疗乳腺纤维腺瘤思路与方法. 中医药学刊,2003,21:1575-1576.

(收稿日期:2007-03-14)

(本文编辑:张毅)