

## · 经验交流 ·

# 手法定位手术治疗乳头溢血

李靖若 李孟圈 李建章

乳头溢血是乳腺疾病中最常见的临床症状之一,也是少数早期乳腺癌的惟一临床表现,因此,近年来备受重视。为探索乳头溢血的诊治经验,作者于2001年至2006年间采用手法定位手术治疗乳头溢血98例,现报告如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

本组患者均为非哺乳期和妊娠期妇女,年龄14~71岁,平均年龄44.5岁,病史3天至7年,均以乳头溢血为首发症状就诊,所有病例均经临床触诊检查。溢血色泽呈暗褐色、咖啡色、红色及淡红色。单孔溢血84例、两孔以上溢血14例。溢血成分为全血者73例,浆液血性25例。单纯溢血者26例:均可找出确切压血点(扞压乳腺病变处乳头相应导管有血性液溢出,此部位作者称压血点);位于外上象限者12例,外下象限者6例,内上象限者5例,内下象限者3例。溢血伴肿块者72例:肿块呈圆形或类圆形者41例,不规则结节状者18例,扁平状者13例;肿块直径在1cm以内者59例,直径在2~3cm者13例;位于乳晕线附近或以内者65例,7例位于乳晕线较远处,其中4例位于外上象限,1例位于外下象限,内上、内下象限各1例。全部肿块均和溢血有直接关系。全部病例中62例行乳头溢液细胞学检查,提示乳腺导管炎者16例、导管内乳头状瘤者9例、3例发现癌细胞,其余34例镜下仅见红染蛋白样物,未见上皮细胞。36例未行其他辅助检查。

### 1.2 乳头溢血的定位方法

术前1周内勿挤压“压血点”,以便术中寻找。以乳头为中心从乳房外周顺时针或逆时针由上而下、由外至内、由轻而重,环周仔细扞压乳房,逐渐缩小范围,直至乳头根部,最后提起乳头了解大乳管情况。检查过程中如果发现肿块,且扞压肿块有乳头出血,则该肿块即是病变部位,如未扞及肿块,需再作仔细检查,反复找出扞压乳腺时乳头有溢血的位点,即“压血点”。此点一般是病变部位,需作标记,待手术切除。

### 1.3 手术方法

手术时以乳头与“压血点”连线为中心,切开逐层,寻找病变导管,因其多

有不同程度的扩张及色泽改变,如黑紫色、暗褐色及淡黄色等,容易辨认。本组依此手法定位均全部找到病变导管。明确病变后,将其游离并用丝线标记。沿此导管分布的腺叶行区段切除,仔细分离,标本切除后标记并送快速冰冻病理检查,根据检查结果选择合理的手术方式。本组采用的手术方式有单纯导管切除术3例,包括病变导管在内的区段切除78例,扩大区段切除术12例,全乳腺皮下切除术2例,乳腺癌改良根治术3例。

## 2 结果

术中依靠手法定位均能准确找出本组患者的病变导管。手术切除后病理检查证实:乳腺导管内乳头状瘤及乳头状瘤病83例(其中4例伴不典型增生),乳腺癌6例,乳腺增生症5例(其中3例伴细胞增生活跃),乳腺导管扩张症4例。本组病例经1~8年随访,均无复发。

## 3 讨论

### 3.1 乳腺导管的解剖学基础

乳头由致密的结缔组织及平滑肌组成,表面有输乳管口,下方是输乳管集中区,称为壶腹或输乳管窦,有潴留乳汁及导管分泌液的作用。乳管系统分成许多小枝进入腺体深部,尾端和腺泡相连,构成乳腺腺叶。腺泡与小乳管相通,多个小输乳管汇集成叶间输乳管,然后汇集成输乳管(乳腺导管),共有15~20条,其以乳头为中心呈放射状排列,汇集于乳晕开口于乳头。从乳管开口到壶腹以下1 cm长的导管称为乳腺大导管<sup>[1]</sup>。研究发现<sup>[2]</sup>虽然乳头有15~20个开口,但实际上排乳孔仅有6~8个,最多不超过10个,其中2~3个集中在乳头中央,其余环绕其周围。每位妇女都有一个中央乳管口,而环绕外周开口的排列方式因人而异。本组患者的出血孔绝大多数位于中央三个开口,只有少数在外围开口。在乳头溢血的手术探查过程中,熟知导管解剖结构,可利于手术治疗。

### 3.2 乳头溢血的原因

乳头血性溢液最常见的原因有导管内乳头状瘤、乳头状瘤病、乳腺导管癌、乳腺导管扩张及乳腺增生症。对其病因的确切诊断常需多项辅助检查,如超声、乳腺钼靶摄片、乳腺导管造影及乳腺导管镜等。然而各项检查对乳头溢血的病因诊断均有一定的局限性<sup>[3]</sup>,存在着不同程度的假阴性和假阳性,最后诊断要依靠病理学检查<sup>[4]</sup>。因此,作者从以下几方面着重探讨手法定位判断乳头溢血的原因:(1)溢血量的多少。挤压肿块或压血点,见喷射状或滴珠状溢血多为导管内乳头状瘤的特征。如果溢血极少仅呈渗液状则可能是属生理性溢血,不在本组病例之列。(2)溢血的性质。大多数溢血为全血性,少数为

浆液血性,前者多见于导管内乳头状瘤及乳腺癌,后者则常见于乳头状瘤病、导管扩张症及乳腺增生症。(3)单孔溢血或是多孔溢血。单孔溢血常见导管内乳头状瘤,双孔或多孔溢血常见于其他类型的病变;(4)溢血伴肿块。本组98例溢血同时伴有肿块者72例,占73.47%。肿块类型:(1)多数肿块呈1 cm×1 cm×1 cm以内的圆形或类圆形,多位于乳晕边缘或其内,扪压肿块,有明显的溢血,溢血后肿块缩小或消失;肿块多具有导管内乳头状瘤的特征。(2)索状或树根样肿块,不规则,位于乳晕线附近,常见于乳腺导管扩张症或癌。(3)扁平状增厚的肿块,范围较大,有时可达乳腺边缘,常见于导管内乳头状瘤病,乳腺导管扩张症及乳腺增生症。Gtlay等<sup>[5]</sup>报道乳头溢血伴肿块者乳腺癌的发生率为61.5%,而无肿块者仅为6.1%。本组72例中3例肿块伴溢血者为乳腺癌,占4.16%,远较文献报道低。也有研究者认为乳头溢血、年龄大于50岁伴乳腺肿块是乳腺恶性溢血的三大高危因素<sup>[6]</sup>。因此,有此肿块者应积极进行手术治疗。而对仅有乳头溢血而无肿块的早期乳腺癌更应早发现、早治疗。

### 3.3 乳头溢血的手术治疗

由于医疗设备局限,目前乳头溢血的手术治疗,多采用美蓝注射定位法或导丝定位法,传统的定位方法常由于颜料的外溢及导丝损伤致术中观察困难或小肿瘤的遗漏。而手法定位治疗乳头溢血可做到定位准确,切除完整,观察清晰。作者就本组病例的治疗体会总结如下:(1)本组病例中多数病变位于中央部的三根较大导管,绝大多数只有一根导管受累。(2)切除的病变标本有以下3种情况:①呈单个或多个瘤体,小如沙粒,大若樱桃,有游离的也有附壁的,多在单根导管中,少数在末梢小导管中,呈红色或暗红色,较脆,易出血。②仅见扩张的导管中积血或变色液体,沿病灶继续向远端游离后,可见分枝的小导管普遍扩张积液,有些呈黏稠牙膏样,也可见多个小瘤体,腺体坚硬,质地不均衡,手术时往往需扩大范围。③导管深入肿物,此时肿物往往较大,要警惕恶性病变的可能。以上情况均需找到病变核心送快速冰冻病理检查。(3)在乳头溢血的手术中要注意几点 ①取沿乳晕弧形切口,手术切线隐蔽,术后外观效果良好,但弧形切口不要超过周径的1/2;②乳头基底组织不可保留过少,否则可引起乳头坏死;③尽可能保留正常的乳腺导管;④缝合腺体时,使缝合后的腺体稍稍隆起,乳头后不留间隙,术后有良好的乳房外形。

**【关键词】** 手法定位; 乳头溢血; 手术治疗

**【中图法分类号】** 655.8 **【文献标识码】** B

#### 参考文献

- [1] 李树玲. 乳腺肿瘤学. 北京:科学技术文献出版社,2000:337.
- [2] 章乐虹译. 乳房圣经. 长沙:湖南科学技术出版社,2004:219.
- [3] 任波,朱彦仁,应青山,等. 乳头血性溢液144例诊治体会. 中国综合临床,2002,16:683.

- [4] 张斌. 正确认识乳头溢液的临床意义 提高乳腺疾病的诊断水平. 中国实用外科杂志, 2005, 25: 68—69.
- [5] Gülay H, Bora S, Kilicurgay S, *et al.* Management of nipple discharge. J Am Coll Surg, 1994, 178: 471—474.
- [6] Diefz J R, Crowe J P, Grundfest S, *et al.* Directed duct excision by using mammary ductoscopy in patients with pathologic nipple discharge. Surgery, 2002, 132: 582—588.

(收稿日期: 2007-12-24)

(本文编辑: 明佳)

李靖若, 李孟圜, 李建章. 手法定位手术治疗乳头溢血[J/CD]. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2009, 3(3): 350-353.