

乳腺癌 X 线征象与中医证型关系分析

梁小蕊 彭晓惠 吴玉改 沈 春

自 1991 年 8 月~1994 年 2 月, 我们对 75 例乳腺癌患者的 X 线征象改变与中医证型间的关系及它们的临床实用价值进行了回顾性分析, 现报告如下。

临 床 资 料

1 75 例乳腺癌患者均为女性, 年龄 28~80 岁, 平均 49.5 岁; 病程(发现肿块)1 天~26 年, 平均 1.5 年; 肿块 1.5 cm×1.5 cm~8 cm×10 cm, 平均 2.5 cm×3 cm。所有病例均住院手术治疗, 病理均证实为乳腺癌。

2 中医辨证分型 参照国家中医药管理局医政司制定的《中医病症诊断疗效标准, 1990: 3》标准。本组属肝郁气滞证 51 例, 冲任失调证 23 例, 正虚毒结证 1 例(此证表现为乳房肿块巨大或破溃流水)。

3 病理组织学分类 参照《外科病理学》(武汉: 湖北人民出版社, 1983: 776)中的分类标准。非浸润性癌 7 例, 其中筛状癌、管内乳头状瘤恶变、粉刺管内癌各 1 例, 导管内癌、乳头状癌各 2 例; 浸润性癌 68 例, 其中导管浸润癌(不易分出类别)49 例, 单纯癌 14 例, 典型髓样癌 2 例, 小叶浸润癌 1 例, 粘液

腺癌 2 例; 49 例导管浸润癌中伴部分派杰氏病、鳞癌、非典型髓样癌各 1 例, 14 例单纯癌中伴髓样癌、硬癌、鳞癌各 1 例。

4 X 线诊断 参照《乳腺癌 X 线早期诊断》(肿瘤防治研究, 1980; 1: 55)诊断。其中确定为乳腺恶性肿瘤直接、间接 X 线征象 11 大项, 采用钼靶软线投照, 取病乳侧位、轴位相, 部分病例加照切线位。

结 果

1 X 线征象与中医证型的关系见附表。毛刺状肿块, 异常钙化灶在乳腺癌中出现率最高, 其次为周围不规则透亮环。其余 X 线征象出现率相对偏低。肝郁气滞型中边缘光滑肿块, 分叶状肿块的出现率较冲任失调证高; 而冲任失调型中表现为异常钙化灶、异常血管象、漏斗征出现率较肝郁气滞证高。

2 病理组织类型与中医证型的关系 肝郁气滞和冲任失调证之间无明显差异, 仅见典型髓样癌、小叶浸润癌共 3 例均在肝郁气滞证内, 单纯癌在冲任失调证中比例比肝郁气滞为高。

附表 75 例乳腺癌患者 X 线征象与中医辨证分型关系 (例, %)

中医证型	例数	毛刺状 肿块	分叶状 肿块	模糊 肿块	边缘光 滑肿块	斑片结节 索条影	肿块周围 透亮环	异常钙 化灶	皮肤增厚 乳头内陷	大导 管象	异常血 管象	漏斗 征
肝郁气滞	51	26(51.0)	16(31.4)	11(21.5)	7(13.7)	5(9.8)	24(47.1)	26(51.0)	17(33.3)	16(31.4)	12(23.5)	5(9.8)
冲任失调	23	11(47.8)	5(21.7)	6(26.1)	1(4.3)	1(4.3)	10(43.5)	15(65.2)	7(30.4)	7(30.4)	9(39.1)	7(30.4)
正虚毒结	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
合 计	75	38(50.7)	21(28.0)	17(22.7)	8(10.7)	6(8.0)	34(45.3)	42(56.0)	25(33.3)	23(30.7)	21(28.0)	12(16.0)

讨 论

中医认为, 忧思郁怒, 气积肝胃, 以致无形之气郁与有形之痰浊相互交凝, 经络痞涩; 或冲任失调, 气血运行不畅, 气滞血凝或毒邪蕴结以致聚结坚核, 与 X 线影像的肿块征象是相对应的, 但有少部分病例, X 线仅表现斑片结节索条影, 观察不到肿物, 我们分析主要是早期癌或极少见弥漫浸润性癌变同乳腺组织重迭一起, 须仔细观察恶性钙化灶及其他间接征象, 再结合临床触诊质地较硬来帮助诊断。毛刺状(向周围浸润性生长)肿块所占比例较大, 但乳腺癌浸润程度冲任失调证较肝郁气滞证重。结论如下: (1) 冲任失调证在异常钙化灶、异常血管象、漏斗征 3 种

X 线征象较肝郁气滞证出现率高, 这可能是癌肿致乳腺代谢紊乱程度严重, 以致组织坏死、钙盐沉积明显; 恶性肿瘤生长迅速, 代谢旺盛、血液循环加快, 从而周围产生了很多的新生血管; 癌肿浸润大导管, 多导管牵拉乳头和乳晕致水肿粘连的结果较严重。(2) 单纯癌(恶性程度偏高)以冲任失调证所占比例偏高。(3) 2 例典型髓样癌均在肝郁气滞证内, X 线表现肿块的边缘光滑有分叶, 虽然肿块较大, 但似有假包膜, 较易切除, 浸润趋向低, 淋巴转移率低, 预后较好。另 1 例小叶浸润癌, X 线表现亦见边缘光滑肿块有分叶, 亦在肝郁气滞证内, 此 3 例均无明显浸润表现, 术前均未能明确诊断, 考虑叶状囊肉瘤和纤维腺瘤恶变可能性大。(4) 早期癌在肝郁气滞证内偏高。