

文章编号:1005-6947(2006)04-0306-02

· 临床报道 ·

早期乳腺癌保乳手术与改良根治术远期疗效的比较

邓素勤¹, 周钧²

(1. 湖南省芷江县中医院 普通外科, 湖南 怀化 419100; 2. 中南大学湘雅二医院 普通外科, 湖南 长沙 410011)

摘要:为探讨乳腺癌保乳手术与改良根治术远期疗效的差别。笔者回顾性分析了43例行保乳手术以及57例行改良根治术的乳腺癌患者的临床资料,对其5年疗效的差别作出评估。结果示保乳手术组5年生存率为95.2%,根治术组为94.3%,差异无显著性($P > 0.05$)。提示保乳手术与改良根治术对于治疗早期乳腺癌的远期疗效相当,而保乳手术使患者保持良好的乳腺外观,可在早期乳腺癌的治疗中予以推广。

关键词: 乳腺肿瘤/外科学; 乳房切除术,改良根治性; 保乳手术

中图分类号: R737.9; R655.8

文献标识码: B

目前的观点认为,乳腺癌是一种全身性疾病,保乳手术加术后放疗可以达到和改良根治术相同的远期疗效。欧美国已经普及保乳手术^[1],并成为治疗早期乳腺癌的常规方法,我国尚处在起步阶段。中南大学湘雅二医院普外科2000年共收治乳腺癌患者100例,其中行保乳手术43例,行传统根治术57例。随访5年,追踪该100例患者的近期疗效及5年生存率,旨在评估该两种手术方式的远期疗效,并总结保乳术的治疗经验。

1. 临床资料

1.1 一般资料

本组所有患者肿瘤直径均 ≤ 3 cm。以乳腺B超及红外

线扫描初筛疑似病例。所有病例病理检查证实诊断,包括乳腺导管内癌33例,浸润型导管癌20例,单纯癌11例,髓样癌15例,重度非典型性局灶癌12例,乳头状癌3例,黏液癌6例;临床分期0期12例,I期81例,II期7例;雌激素受体阳性者43例。各组情况见表1,表2。

表1 100例乳腺癌患者病理类型分布情况

分组	乳腺导管内癌	浸润型导管癌	单纯癌	髓样癌	重度非典型性局灶癌	乳头状癌	黏液癌
保乳组	12	7	6	7	4	3	4
根治组	21	13	5	8	8	0	2

表2 100例乳腺癌患者临床分期及雌激素受体情况

分组	0期	I期	II期	雌激素受体阳性
保乳组	9	32	2	12
根治组	3	49	5	31

收稿日期:2005-07-06; 修订日期:2005-11-16。

作者简介:邓素勤,男,湖南芷江人,湖南省芷江县中医院副主任医师,主要从事普通外科方面的研究。

通讯作者:邓素勤 电话:13974545181。

用电刀,处理淋巴管时应予结扎。(2)创面充分止血。对部分毛细血管止血不彻底、电刀止血后血管结痂脱落者,应于手术结束前再次止血,避免积血。(3)通畅引流,减少腔隙。传统方法只用一条引流管往往出现引流不畅。林沛春等^[3]采用“三点四管式”周边置管引流加压包扎法预防皮瓣下积液。但此术式在皮下放入4条引流管,给术后护理带来不便,同时也影响术后患者活动。贺青卿等^[4]采用创面喷洒纤维蛋白粘合剂减少创面渗液及皮下积液的发生。但此种方法增加了患者的经济负担。本组用Y型管引流,放在腋窝及胸骨旁、肋弓处,增大引流面,引出胸壁只有1条管,方便活动。同时采用持续负压引流,既可使引流通畅,又可以使皮瓣与胸廓贴在一起,消除残腔,促进愈合。改良组还采用皮瓣与胸壁固定的方法,彻底消灭了死腔,减少积液的机会,同时皮瓣被固定,可早期加强功能的锻炼。

本组资料表明,采用改进手术方式加皮瓣与胸壁固定加Y型管负压引流的方法较传统方法能更好地预防乳腺癌术后皮下积液。该方法简单易行,并有良好效果,值得推广。

参考文献:

- [1] 陈国林,王凤军,薛英威,等. 乳腺癌根治术后皮瓣坏死的预防[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(4):228.
- [2] 吴在德主编. 外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2001.350.
- [3] 林沛春,李坡. 预防乳腺癌根治术皮瓣下积液的体会[J]. 实用外科杂志,1992,12(7):371-372.
- [4] 贺青卿,范西红,贾树范,等. 纤维蛋白粘合剂预防乳腺癌术后皮下积液的疗效观察[J]. 中国普通外科杂志,2002,11(6):380-381.

1.2 手术方式

1.2.1 保乳手术组(保乳组) 肿块直径大于3cm者行区段切除,切除范围包括肿块所在的乳腺区段,肿块表面的皮肤以及肿块附着的胸大肌筋膜。局部切除的范围大于肿块周边3cm的组织。肿块切除后取切缘组织作快速冷冻切片检查,若发现癌组织则扩大切除范围,直到切缘切片检查阴性为止。肿块位于外上象限者采取单切口,否则行肿块切口及淋巴清扫双切口。

1.2.2 改良根治术组(根治组) 均行梭形切口,切除包括乳头在内的肿块3cm以内的皮肤。其中有13例保留了胸大肌和胸小肌,其余患者只保留胸大肌。术后行CAF(环磷酰胺+阿霉素+5-氟尿嘧啶)方案化疗。

1.2.3 前哨淋巴结活检 本组资料采用1%淋巴蓝作为示踪剂,将5~10mL淋巴蓝注射于乳腺肿瘤周围的乳腺实质内,局部皮肤按摩1min,等待10min后开始手术,纵向切开腋毛下缘与胸廓顺延部皮肤及皮下组织,找到蓝染的淋巴管,循此淋巴管向乳腺侧分离找到蓝染的淋巴结即为前哨淋巴结。根据前哨淋巴结的快速病检决定是否行腋窝淋巴结清扫术。行淋巴结清扫的保乳组为31例,根治组57例。

1.3 术后放疗

术后常规45~50Gy照射全乳,瘤床追加10~15Gy,腋下淋巴结转移者加行同侧腋窝及锁骨上下区和内乳照射,锁骨上下区用50Gy,内乳区用25Gy。

2 结果

随访5年,失访5例(其中保乳组1例,根治组4例,均按死亡病例计算),随访率95.0%。保乳组5年生存率为95.2%(40/42),其中1例病人于术后第21个月死于骨转移。根治术组5年生存率为94.3%(50/53);保乳组有2例,根治组有3例出现原切缘局部复发,经再次手术加化疗后该5例均治愈,现带瘤生存64个月。保乳手术和改良根治术的远期疗效相仿,两者的5年生存率无显著性差异(表3)。保乳组中大多数患者术后乳房保持了满意的外观,因而提高了患者的生活质量。

表3 保乳手术与改良根治术的5年疗效对比较(n,%)

分组	例数	存活率	复发率	局部控制率
保乳组	42	40(95.2)	2(4.8)	39(92.9)
根治组	53	50(94.3)	3(5.7)	50(94.3)
P值		>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

保乳手术有成为早期乳腺癌标准术式的趋势,大多数患者可以通过保乳治疗达到近似于根治术的疗效。然而选择行保乳手术的尺度需要严格把握,首先诊断必须明确。

保乳手术需严格掌握手术指征,本组把适应证归结为以下几点:(1)临床分期为I期及部分IIa期确诊为乳腺癌

患者,即肿瘤最大直径在3cm以下,临床无明确肿大淋巴结,无远处转移,TNM分期法属于T₀₋₂N₀M₀的乳腺癌;(2)肿块为单侧单发肿瘤,腋淋巴结未及肿大;(3)肿块位于乳房边缘,距乳晕2cm以上;(4)临床检查乳腺无多发钙化灶;(5)患者有强烈的保乳愿望,且愿意接受术后的放疗。Mamounas^[2]等报道,通过术前的新辅助治疗甚至可以为IV期乳腺癌患者争取保乳手术的机会。易石坚等^[3]根据国内外回顾性研究,指出腋淋巴结状况并不影响是否行保乳手术,说明保乳手术的指征有扩大的趋势。但笔者认为保乳手术的最佳适应证仍是III期以下的乳腺癌。

保乳术后仍应行综合治疗。根据Recht^[4]的报道,对存在中、高度全身转移的危险患者,应先行12周的化疗后再进行放疗;局部切除不彻底或安全边缘过小的应先放疗后化疗。放化疗同时进行也是一种手段,其优点在于获得放化疗期间的协同作用或附加作用,使得疗效更加确切。笔者认为这有可能增加放化疗并发症出现的几率。本组资料显示,采取术后1个月内行CAF方案化疗3周,重复3个疗程后行放疗的疗效比较确切,肿瘤控制率可以达到根治术的水平。

本组资料中对42例保乳手术组的患者的5年存活率为95.2%,53例改良根治术组的患者存活率94.3%,两者比较无显著性差异(P>0.05)。因此认为保乳手术对于早期乳腺癌的远期疗效和改良根治术基本相似。此外,保乳手术患者仍有一定的肿瘤复发率,本组资料中保乳手术组4.8%与改良根治组中的5.7%复发率的差异无显著性(P>0.05),但长期随访仍很重要。保乳手术能够最大限度地缩短手术时间,减轻患者特别是体质差的年老患者的痛苦,这为早期乳腺癌的治疗提供了一种很好的选择。同时,保乳术很好的保留了乳腺的外观,满足了患者保乳的愿望,其特殊的优点在提倡社会-心理医学模式的今天显得尤为重要。

参考文献:

- [1] Madden JL. Modified Radical Mastectomy [J]. Ann Surg, 1972, 175(6):624-626.
- [2] Mamounas EP, Fisher B. Preoperative (neoadjuvant) chemotherapy in patients with breast cancer [J]. Semin Oncol, 2001, 28(4):389-399.
- [3] 易石坚,钟德珩. 乳腺癌保乳手术治疗研究进展 [J]. 中国普外科杂志, 2005, 4(4):291-292.
- [4] Recht A, Come SE, Gelman RS, et al. The sequencing of chemotherapy and radiation therapy after conservative surgery for patients with early-stage breast cancer [J]. N Engl J Med, 1996, 334(9):1356-1360.