

塞^[1]。肾血管壁充血水肿、血管阻力增高,肾组织因缺血水肿而极度肿大,肾内压力增高。肾小管受水肿间质的压迫上皮变性、血管狭窄、管型形成、间质渗透梯度增高,尿液回渗增加,导致肾内压进一步升高,通向肾皮质的血管受压使肾皮质缺血、脆性增加^[2]。此时由于凝血机制发生障碍,肾包膜下大量积血,包膜缺乏弹性,肾内张力超过肾组织的承受能力。稍有外力即可发生肾破裂或压力增大到一定程度肾自发性破裂。

3.2 EHF 少尿期肾破裂机制 EHF 在少尿期有发生肾破裂的危险。在 EHF 患者少尿早期,水肿愈明显,尿量愈少,其危险性愈大。本文 9 例中有 8 例(88.89%)发生在少尿期,其中又有 5 例(75.00%)发生在少尿早期(少尿 1~2 天)。这可能是因为在 该期原先低血压休克期渗至组织间隙的大量液体回吸收,加之肾小管因水肿排尿减少,很快造成高血容量综合征,在原有肾组织水肿的基础上使肾内压力进一步增高,尤其在少尿期早期,此变化更为显著。因此,减轻高血容量综合征、减轻肾内压力可减少肾破裂发生的机会。本文有 1 例发生在 EHF 多尿早期的肾破裂,其可能机制为虽然尿量有所增加,但外渗的组织液仍不断回吸收入血液,肾内压力仍较高,当该压力增大到一定程度,又恰遇某种外力(如上述诱因)作用时,发生肾破裂。

3.3 早期预防 本文 9 例中 8 例有不同的诱因,如长途颠簸、用力揉搓肾区、体检时叩诊过重或用力咳嗽、用力排大便等增大腹压,使已水肿的肾脏压力更高,极易造成肾破裂。故在 EHF 患者少尿期应尽量减少搬动,减少外力作用于肾脏的机会,体检手法应轻柔,积极治疗呼吸道感染和便秘等。另外,血透虽

是帮助度过少尿期的有效措施,但抗凝剂的使用有加重凝血机制障碍,诱发肾破裂的危险。本文 1 例死亡病例接受血液透析时血小板为 $47.8 \times 10^9/L$ 。EHF 患者若血小板数量极度低下($< 50 \times 10^9/L$),应慎做血透。若有肾破裂先兆,在未行 B 超或 CT 检查之前应禁忌血透^[3]。这是因为血透中所使用的抗凝技术更加重了出血热患者的出血倾向。若行血透宜采用无肝素化或低肝素化透析技术^[4]。目前在逐步使用低分子肝素透析技术以降低出血热患者血透的危险性。EHF 患者有并发肾破裂的危险,但发生率并不高,说明只要对 EHF 患者严密观察,积极治疗,尤其关注少尿期,肾破裂可以预防。

3.4 治疗 EHF 自发性肾破裂应早期预防、早期诊断。对有上述诱因(如长途颠簸、频繁搬动等)的出血热患者应严密观察。根据临床表现、实验室检查等,一旦怀疑为肾破裂或已证实为肾破裂,应绝对卧床休息,积极输血、止血、止痛、补液等稳定血压,平稳患者情绪,维持患者水电酸碱平衡,并嘱患者减少翻身,避免用力咳嗽,保持大便通畅,积极治疗呼吸道感染等。肾包膜下水肿应以内科治疗(保守治疗及血透)为主,对于张力性肾破裂国内外学者多主张外科手术。本文 9 例患者有 6 例经内科保守治疗痊愈出院。

[参 考 文 献]

- [1] 陈 威,杨守京,刘彦仿. EHF 肾组织肾小球超微结构和细胞表型的研究[J]. 西安医科大学学报, 2000, 21(4): 328~331.
- [2] 李书田,袁一峰,王旭翔,等. 流行性出血热并发自发性肾破裂[J]. 中华传染病杂志, 1989, 7(4): 237.
- [3] 金玉姬,姜淑琴,申今姬,等. 流行性出血热自发性肾破裂[J]. 延边医学院学报, 1995, 18(2): 96~97.
- [4] 刑俊平,张晓宁,高 琼,等. 肾综合征出血热并急性肾衰血液透析治疗体会[J]. 陕西医学杂志, 2001, 30(2): 110.

· 临床医学 ·

[文章编号] 1000-2200(2005)04-0330-02

改良根治术治疗乳腺癌 55 例疗效分析

周庆明,杨昌猛,杨宜频

[关键词] 乳腺肿瘤;乳房切除术,改良的根治性

[中国图书资料分类法分类号] R 737.9 [文献标识码] B

自 1894 年霍尔斯特德乳癌根治术创立以来,乳腺癌的手术方法经历了根治术、扩大根治术、改良根治术、保留乳房手术四大历程。目前手术方式、范围逐渐缩小,主要是由于通过对乳腺癌生物学及免疫学特征的研究,认识到乳腺癌是

一种全身性疾病,癌细胞转移无固定模式,早期有淋巴结转移时,可已有血道转移,血道转移最主要。1990~2002 年,我院对 85 例乳腺癌患者施行根治术或改良根治术,现将其中 55 例改良根治术疗效作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为女性,年龄 18~70 岁。肿块均为单发,左侧乳房 38 例,右侧乳房 47 例。肿瘤直径<

[收稿日期] 2004-08-20

[作者单位] 安徽省安庆市第二人民医院 外科,246004

[作者简介] 周庆明(1958—),男,安徽安庆人,副主任医师。

2 cm 20 例, 2~5 cm 50 例, > 5 cm 15 例。同侧腋下淋巴结肿大 15 例。临床分期: I 期 20 例, II 期 54 例, IIIa 期 11 例。术后病理检查: 浸润性导管癌 35 例, 浸润性小叶癌 25 例, 单纯癌 15 例, 乳头状癌 10 例, 腋窝淋巴结阳性 18 例。全部病例术后均采用环磷酰胺、丝裂霉素、氟尿嘧啶(CMF 方案)化疗 4~6 周期, 雌激素受体(ER)阳性者口服三苯氧胺 2~5 年, 有腋窝淋巴结转移者加用辅助放疗。采用单盲法, 将 85 例患者随机分成 A、B 两组, A 组 30 例施行根治术; B 组 55 例施行改良根治术。两组患者的年龄和肿块的部位、大小、病理类型以及腋下淋巴结阳性率, 差异均无显著性($P > 0.05$) (见表 1)。

表 1 5 个临床病理参数在两组间的比较

观察因素	A 组 (n=30)	B 组 (n=55)	u_c	P
年龄(岁)				
< 40	3	8		
40~49	10	19	0.49	> 0.05
50~59	14	22		
≥60	3	6		
肿瘤位置				
中央	1	2		
外上	15	30	0.52	> 0.05
外下	5	10		
内上	5	7		
内下	4	6		
肿瘤大小				
< 2 cm	8	12		
2~5 cm	15	35	1.66 [△]	> 0.05
> 5cm	7	8		
腋窝淋巴结				
阳性	5	13		
阴性	25	42	0.56 [△]	> 0.05
病理类型				
浸润导管癌	10	25		
浸润小叶癌	8	17	0.28	> 0.05
单纯癌	5	10		
乳头状癌	3	7		

△示 χ^2 值

1.2 手术方法 施行保留胸大肌、胸小肌的改良式(Auchincloss 术), 即以肿块为中心作梭型切口。分离皮瓣厚约 0.5 cm, 将覆盖在胸大肌表面脂肪结缔组织、乳腺组织连同胸大肌筋膜与胸大肌完全分离。清除胸大小肌之间脂肪及淋巴组织, 保留胸肩峰动脉的胸肌支和胸神经内、外侧支, 牵开胸小肌, 显露腋窝, 清除腋窝脂肪淋巴组织, 保留胸长神经、胸背神经及肩胛下血管。彻底止血, 腋下及肋弓处放置引流管, 缝合皮肤, 切口及腋窝加压包扎, 引流管接负压吸引。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

A 组病例 I 期愈合率低于 B 组($P < 0.05$); 皮下积液、皮

瓣坏死发生率均高于 B 组($P < 0.05$); 而局部复发率, 两组差异无显著性($P > 0.05$) (见表 2)。A 组 24 例获得随访, 1 年内死亡 1 例, 2 年内死亡 1 例。B 组 49 例获得随访, 1 年内死亡 2 例, 2 年内死亡 2 例。

表 2 两组患者治疗结果比较(n)

分组	n	I 期愈合	皮下积液	皮瓣坏死	局部复发
A 组	30	20	11	10	1
B 组	55	49	8	6	3
合计	85	69	19	16	4
χ^2	—	6.39	5.47	6.39	0.01
P	—	< 0.05	< 0.05	< 0.05	> 0.05

3 讨论

早期乳腺癌, 手术切除范围的大小对患者的预后影响不大^[1]。乳腺癌的淋巴转移同其血运转移一样, 是癌瘤以细胞栓的方式循淋巴道转移, 而非沿淋巴管浸润、蔓延至淋巴结^[2]。胸大肌除直接受乳癌细胞侵犯外, 胸大肌内极少有癌转移。由于改良根治术保留了胸肌, 术后胸部不会出现明显畸形, 上肢功能良好, 对恢复劳动力有好处, 需要时还可做乳房再造。因此, 除胸肌受累外, 适用于所有可手术的乳癌患者。

Fisher 等^[3]对乳癌患者进行术后随访调查分析, 乳癌根治术、单纯乳房切除及乳房切除加腋窝放疗三组的术后 10 年生存率差异亦均无显著性。而在伴有腋窝淋巴结转移的乳癌中, 乳癌根治术和乳房切除加腋窝放疗两组的术后 10 年生存率差异均无显著性, 因此, 乳癌术后复发及生存率不决定于手术方式。与本文报道相一致。

本组病例, 两种手术方法皮下积液和皮瓣坏死差异均有显著性($P < 0.05$)。可能原因: 根治性手术切除范围较广泛, 其皮肤动静脉血管切断损伤较大, 致皮瓣血循环不良; 切除的胸肌肌肉断端渗血、渗液增多; 皮瓣与胸廓不能短期内顺利的建立血运等有关。预防: (1) 保护好皮瓣。切口边缘不要损伤, 缝合皮瓣如张力大时, 可直接植皮, 剥离皮瓣时保持适当厚度, 避免破坏皮肤毛细血管网, 保证皮瓣的血供和完整性。(2) 消除淋巴管瘘。上肢所有淋巴管最后均要经过腋窝引流至上腔静脉, 术中清扫腋窝淋巴结时, 必须切断这些淋巴管, 若结扎不彻底, 而形成淋巴管瘘, 可导致皮下积液。因此, 术中彻底结扎上肢进入腋窝的所有淋巴管极为重要。(3) 引流通畅。笔者采用腋下、肋弓处双管引流, 很好地引流了腋窝以及切口下端淋巴管瘘及渗液。(4) 胸带包扎。创面垫以小纱布或干棉球, 压力均匀分布在皮瓣上。胸带加压包扎, 在一定程度上对预防创面渗液、渗液有作用, 并可强制地使皮瓣与胸部保持相对固定状态。

[参 考 文 献]

- [1] 马优钢. 乳癌手术治疗的现代观[J]. 普外临床, 1991, 6(4): 246~249.
- [2] 关山. 乳癌前哨淋巴结活检的临床意义[J]. 国外医学·外科学分册, 2001, 28(5): 274~276.
- [3] Fisher B. Breast cancer management: Alternative to radical mastectomy[J]. N Engl J Med, 1979, 301(6): 326~328.