

## 乳腺癌改良根治术 78 例临床分析

王海 朱兆红

[摘要]目的:探讨改良根治术治疗乳腺癌的方法和疗效。方法:对采用改良根治术治疗的 78 例乳腺癌患者的临床资料进行回顾性分析。结果:78 例共清除淋巴结 1 310 枚,平均 16.8 枚;其中 I 级淋巴结平均 11 枚,II 级淋巴结平均 4.9 枚,III 级平均 1.8 枚;检出阳性淋巴结 312 枚,阳性率为 23.82%。随访 50~114 个月,5 年生存率为 66.7%。结论:乳腺癌改良根治术是目前乳腺癌外科治疗的主要方法,疗效确切。

[关键词] 乳腺肿瘤;乳房切除术;改良根治性;淋巴结

[中国图书资料分类法分类号] R 737.9

[文献标识码] A

### Modified radical mastectomy for breast cancer: a clinical analysis of 78 cases

WANG Hai ZHU Zhao-hong

(Department of General Surgery, Huaibei People's Hospital, Huaibei Anhui 235000, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the efficacy of modified radical mastectomy on breast cancer. **Methods:** The clinical data of 78 patients who had received modified radical mastectomy for breast cancer were analyzed retrospectively. **Results:** One thousand three hundred and ten lymph nodes were removed from the 78 cases, with an average number of 16.8. Among them, grade I lymph nodes accounted for 11 on the average, grade II 4.9 and grade III 1.8. Three hundred and twelve of the lymph nodes were proved positive, with a positive rate of 23.82%. The follow-up time was 50 to 114 months, and the 5-year survival rate was 66.7%. **Conclusions:** The modified radical mastectomy is the main procedure for management of breast cancer, and the effect is confirmed.

[Key words] breast neoplasms; mastectomy; modified radical; lymph nodes

外科手术是治疗乳腺癌的重要方法,随着对乳腺癌认识的加深和治疗手段的提高,乳腺癌的手术范围呈缩小趋势。传统乳腺癌根治术已逐渐被改良根治术取代,保乳手术也越来越多<sup>[1]</sup>。2002~2006 年,我科开展保留胸大、小肌乳腺癌改良根治术 78 例,现对其临床病理资料作一回顾性分析,旨在探讨保留胸大、小肌改良根治术治疗乳腺癌的效果。

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 78 例均为女性,年龄 26~71 岁。肿瘤位于左乳 43 例,右乳 35 例;乳房外上象限 35 例,外下象限 21 例,中央部 9 例,内上象限 10 例,内下象限 3 例。TNM I 期 16 例,II 期 58 例,III 期 4 例。术后病理类型:浸润性导管癌 48 例,浸润性小叶癌 17 例,导管原位癌 4 例,基底细胞癌 3 例,乳头状癌 3 例,黏液腺癌 2 例,乳头 Pagets 病 1 例。

1.2 手术方法 (1) 切口设计:根据肿瘤所在部位及乳房的大小、形态设计,采用横梭形、纵梭形切口,距肿瘤边缘 >3 cm。(2) 皮瓣游离:皮肤切开后,采

用高频电刀游离皮瓣,上至锁骨下缘,下至肋弓处腹直肌上端,内至胸骨缘,外侧达背阔肌前缘。(3) 乳腺切除:乳腺及乳房后间隙脂肪层紧贴胸大肌筋膜从胸大肌表面切除,切除的乳腺向外方向翻转,充分显露胸大肌表面。可稍用力牵拉乳腺组织,使乳房后间隙和胸大肌筋膜间间隙更为明显,便于切除。(4) 淋巴结清扫:将胸大肌向内牵拉,沿胸大肌外缘与乳腺组织分界纵向切开,显露胸大、小肌间的淋巴及脂肪组织,予以清扫胸大、小肌间淋巴结(Rotter 淋巴结)清除,保护好胸肌间血管及神经。将胸小肌向内向上提起,从锁骨下静脉入胸处开始,沿锁骨下静脉下缘解剖,结扎切断向下分支,将腋静脉周围的淋巴脂肪组织连同肩胛下肌群的筋膜全部清除,保留胸长、胸背神经以及肩胛下血管。于锁骨内侧下方、第二肋上缘水平,沿胸大肌纤维方向电刀分离胸大肌锁骨部或其胸肋部的间沟,切开锁骨胸肌筋膜,进入锁骨胸肌三角;向外牵开胸小肌,显露锁骨下区域,于胸小肌内侧将第 III 组淋巴结组织完全清除;保护胸肩峰动脉肌支及周围的血管神经。

1.3 辅助治疗 浸润性癌均接受 6 个周期的辅助 CEF 方案化疗:环磷酰胺 600 mg/m<sup>2</sup>,表阿霉素 60~90 mg/m<sup>2</sup>,氟尿嘧啶 500 mg/m<sup>2</sup>,21 天为 1 个周期。

[收稿日期] 2011-04-07

[作者单位] 安徽省淮北市人民医院 普外科 235000

[作者简介] 王海(1974-),男,主治医师。

术后病理证实为腋窝淋巴结阳性者建议行辅助放疗。根据免疫组织化学标记结果:雌、孕激素受体(ER、PR)阳性者服用他莫昔芬(绝经前)或来曲唑(绝经后)连服5年。

1.4 随访 所有患者术后半年内每月随访复查1次,以后每3个月1次直至术后2年;3~5年内6个月复查1次,5年后1年复查1次(包括门诊及住院随访,由经治医生完成)。随访复查内容:局部复发情况、锁骨上淋巴结转移情况、上肢水肿(上臂及前臂较对侧周径>3 cm者)和功能障碍情况以及对侧乳腺钼靶、肝脏B超、胸部X线和全身骨扫描等检查。

## 2 结果

76例患者中有8例术后出现皮瓣坏死,范围2 cm×2 cm~4 cm×6 cm,经清创、换药,均在3个月内愈合;5例出现皮下积液,经调整负压引流管位置,均在2个月内顺利拔除引流管。未出现严重的淋巴水肿和患肢活动障碍,无胸壁塌陷、胸肌萎缩、肺纤维化等并发症。术后病理报告显示,78例共清除淋巴结1 310枚,平均每例16.8枚,其中I级淋巴结平均11枚,II级淋巴结平均4.9枚,III级淋巴结平均1.8枚。共检出阳性淋巴结312枚,阳性率为23.80%。随访50~114个月,5年生存率为66.7%(52/78)。

## 3 讨论

乳腺癌是一种严重影响女性身心健康的疾病,近年来其发病率呈上升趋势<sup>[2]</sup>。保留胸大肌、切除胸小肌,或保留胸大、小肌的改良根治术,以及保留乳房的乳腺区段或象限切除术,不但减少了手术创伤,而且保留了胸肌,改善了患者的胸廓外形、上臂运动功能及生活质量<sup>[3]</sup>。沈镇宙等<sup>[4]</sup>较早报道了改良根治术5、10、15年生存率同Halsted根治术差异无统计学意义,且对原发肿瘤的局部处理方式不影响生存率。本组随访50~114个月,5年生存率为66.7%(52/78),与上述研究结果相似。

本组78例经随访手术效果满意,并发症较少。乳腺癌改良根治术术后并发症主要表现为皮下积液、皮瓣感染、坏死和患肢肿胀等,不但延长患者住院时间,而且给患者增加精神及经济双重负担,影响术后的生活质量。在游离皮瓣时,皮肤切除过多,切口张力过大,皮瓣则容易发生缺血坏死;而皮瓣切除

过少,则有富余皮瓣,缝合后易留死腔,造成皮下积液,影响愈合。因此,我们在术前根据肿瘤情况和乳房大小在皮肤上设计出适宜的切口和皮瓣游离范围,使皮肤切除与皮瓣游离不至于过多或过少;另外,在浅筋膜浅、深层之间进行分离,皮瓣厚薄以保留少许薄层脂肪组织为宜,弹性好,避免了因切口缝合后张力过大而需植皮。本组78例乳腺癌患者中,有8例皮瓣坏死,经积极的对症治疗后均愈合,未植皮;5例有轻度的皮下积液,给予留置负压引流后均治愈。

乳腺癌改良根治术后上肢水肿的发生与腋窝淋巴结清扫彻底程度有关。由于腋窝淋巴结清扫后,中断了上肢淋巴回流通路,同时腋窝填塞加压包扎致使上肢静脉回流不畅,从而造成患肢水肿。本组随访中,有3例患肢肿胀,经积极的功能锻炼和局部理疗后症状改善明显。腋窝淋巴结切除数量越多,越易引起淋巴水肿,且高位的腋血管周围淋巴结切除较低位的淋巴结清扫发生率更高,但是清除的范围不够,给今后的淋巴结转移留有隐患。本组78例患者共清除淋巴结1 310枚,平均每例16.8枚。共检出阳性淋巴结312枚,阳性率为23.80%。病理显示I级淋巴结转移者46例(58.98%),II级淋巴结转移者29例(37.18%),III级淋巴结转移者3例(3.85%)。因此,腋窝III组淋巴结的清扫必不可少,是乳腺癌改良根治术过程中的一个重要环节<sup>[5]</sup>。既往在腋窝淋巴结清扫过程中强调保留胸长、胸背神经以避免发生上肢运动功能障碍;近年来也重视保留肋间臂神经,减少了术后出现腋窝及上臂内侧疼痛、皮肤麻木、蚁行感和上肢沉重感等感觉障碍<sup>[6-8]</sup>。在清扫过程中,杨劭等<sup>[9]</sup>提出向腋窝注射脂肪溶解液后用超声剪进行淋巴结清扫,简化手术操作过程,不易损伤神经和血管,清晰显露腋窝血管神经和淋巴结,清除更多淋巴结,减少了并发症。

随着科技的不断进步,乳腺外科治疗手段及治疗理念也正在发生改变,手术切除范围也在逐渐缩小,从最初的局部切除发展为根治术,经历了扩大根治术后又经历了改良根治术的术式转变,目前有保留乳头乳晕复合体的改良根治术以及保乳术<sup>[10-13]</sup>。但在基层医院,由于患者的观念和后续治疗措施难以完善,乳腺癌改良根治术一定程度上仍是目前外科治疗乳腺癌的主要方法,疗效确切。

性降解产物。该指标的动态检测,对血栓性疾病的诊断,疗效观察及判断预后具有广泛的临床价值<sup>[6]</sup>。流行病学研究<sup>[6-7]</sup>证实,血浆纤维蛋白原的升高是血栓形成的危险因素。

本研究结果表明,丹红注射液能够明显改善复发脑梗死患者的神经功能缺损,同时降低血浆 D-二聚体以及纤维蛋白原,从而有效治疗复发脑梗死。CMB 是脑内微小血管病变所致的、以微量出血为主要特点的一种脑实质亚临床损害,可经 T2 加权梯度回波 MRI 技术检测发现。影像学上,CMB 表现为一个或多个斑点状信号缺失灶,直径 2~5 mm,周围无水肿。组织病理学证实,信号缺失主要是因纤维透明样变性的微动脉血液微量外渗,导致含铁血红素的沉积所致。CMB 的存在提示脑内微小血管病变,反映血管出血倾向,可能是一项新的出血性转化的危险因素和预测指标。研究<sup>[8]</sup>表明,检出 CMB 的缺血性脑梗死患者在采用溶栓或抗凝治疗时出血转化的危险性比未检出者高 7 倍。因此,对缺血性脑梗死患者尤其是复发脑梗死患者预先应行 GE-T2 \* MRI 检查以指导安全的改善循环治疗方案。本研究对丹红注射液治疗组 88 例复发脑梗死患者进行 CMB 检测,检出率达 42.05%。丹红注射液在复发缺血性脑血管病的治疗中能明显降低患者 D-二聚体、血浆纤维蛋白原,从而降低血液黏稠度;还能

够明显降低患者神经功能缺损程度,从而降低致残率。疗程结束后复检结果表明,丹红注射液治疗后患者 CMB 影像学无明显变化。综上所述,丹红注射液治疗复发脑梗死安全、有效,值得进一步推广应用。

#### [参 考 文 献]

- [1] 程保合. 缺血性脑血管病再发的预防研究[J]. 国外医学: 脑血管病分册, 1995, 3(3): 139-142.
- [2] Sacco RL. Risk factors and outcomes for ischemic stroke [J]. Neurology, 1995, 45(2 Supp 1): S10-S14.
- [3] 郑超英, 赵超蓉, 周芸, 等. 204 例复发性脑梗死危险因素分析[J]. 上海预防医学杂志, 2003, 15(1): 40-41.
- [4] 区志雄. 复发性脑梗死 62 例临床分析[J]. 国际医药卫生导报, 2004, 10(2/3): 28-29.
- [5] 付国惠, 张保朝. 丹红注射液治疗急性脑梗死的临床观察[J]. 中国医药指南, 2008, 6(11): 98-99.
- [6] 郑金书. 脑梗死与 D-二聚体及纤维蛋白原关系的临床研究[J]. 淮海医药, 2005, 23(5): 15-16.
- [7] Dougu N, Takashima S, Sasahara E, et al. Differential diagnosis of cerebral infarction using an algorithm combining atrial fibrillation and D-dimer level[J]. J Euro Neuro, 2008, 15(3): 295-300.
- [8] Lee SH, Bae HJ, Kwon SJ, et al. Cerebral microbleeds are regionally associated with intracerebral hemorrhage[J]. Neurology, 2004, 13(1): 72-76.

(本文编辑 刘璐)

(上接第 824 页)

#### [参 考 文 献]

- [1] Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer[J]. N Engl J Med, 2002, 347(16): 1233-1241.
- [2] 杨玲, 李连弟, 陈育德, 等. 中国乳腺癌发病死亡趋势的估计与预测[J]. 中华肿瘤杂志, 2006, 28(6): 438-440.
- [3] Fisher B, Jeony JH, Anderson S, et al. Twenty-five-year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation[J]. N Engl J Med, 2002, 347(8): 567-575.
- [4] 沈镇宙, 张亚伟. 乳腺癌外科治疗的回顾和展望[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 20(1): 39-40.
- [5] Nieweg OE, Estourgie SH, Valdes-Olmos RA, et al. Lymphatic mapping with tracer and ministration into the primary breast cancer[J]. Eur J Surg Oncol, 2003, 29(2): 95-97.
- [6] 范忠林, 宋振川, 李海平, 等. 乳腺癌手术保留肋间臂神经的临床价值[J]. 中华外科杂志, 2001, 39(3): 773-774.
- [7] 韦尉东, 王欣, 戎铁华, 等. 乳腺癌手术保留肋间臂神经的方法及临床意义[J]. 中华外科杂志, 2005, 43(17): 1136-1138.
- [8] 惠希增, 秦朝阳, 郑志伟, 等. 乳腺癌腋淋巴结清扫术中保留肋间臂神经的临床研究[J]. 中华普通外科杂志, 2008, 23(2): 145-146.
- [9] 杨劫, 叶国麟, 古卫权, 等. 乳腺癌改良根治术中腋窝淋巴结清扫方法的改进[J]. 中华肿瘤杂志, 2010, 32(6): 476-477.
- [10] 王圣应, 朱正志, 彭德峰, 等. 保留乳头乳晕复合体的改良根治术治疗早期乳腺癌患者疗效分析[J]. 癌症, 2009, 28(4): 408-411.
- [11] 赵海宁, 沈三弟. 保留乳头乳晕复合体的乳腺癌改良根治术疗效分析[J]. 山东医药, 2009, 49(8): 60-62.
- [12] 李刚, 鲍丽萍, 姜海, 等. 早期乳腺癌的保乳手术治疗 25 例分析[J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17(1): 48-49.
- [13] 吴云阳, 陈佑江, 丁祥飞, 等. I、II 期乳癌行改良根治术及保乳术近期疗效对比分析[J]. 中国普通外科杂志, 2008, 17(11): 1153-1154.

(本文编辑 章新生)