

低于 T 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 腹胀发生率差异无统计学意义。见表 2。

表 2 两组在管(罩)一次插入成功率及术后并发症比较 (n)

组别	n	成功	躁动	恶心呕吐	腹胀	咽痛
S 组	60	58	1	0	3	12
T 组	60	50	8	6	6	3
χ^2		5.926	5.855	6.316	1.081	6.171
P		0.015	0.014	0.012	0.298	0.013

3 讨论

近年来, 随着腔镜手术器械的更新, 手术和麻醉技术的不断改善, 腹腔镜手术有了长足的进步, 具有创伤小、痛苦轻、恢复快和腹部美观等优点^[1]。腹腔镜手术时呼吸和循环的变化是一个极其复杂的过程, 麻醉所遇到的主要问题是特殊体位和人工气腹对患者的病理生理造成的干扰^[2]。因此保证患者手术过程中血流动力学稳定显得尤为重要。

SLIPA 喉罩是在 2002 年由南非麻醉科医生 Donald Miller^[3]推出的一种新型喉上通气装置, 其最大的特点在于其外形设计, 匹配人体咽喉解剖结构, 方便通气道管理, 减少了反流误吸的风险^[4], 由于其不需暴露声门, 不刺激会厌, 其在插入及拔出的过程中, 对血流动力学影响较小。SLPIA 喉罩的插入操作和使用方法容易, 能保证 94% 以上患者的呼吸通畅, 首次插入操作成功率为 98%^[5], 与本研究中 60 例患者, 58 例一次性成功插入结果相近。SLIPA 喉罩在使用过程中, 最常见的并发症是术中移位^[6], 在麻醉过程中, 及时调整麻醉深度及肌松药的使用, 对减轻患者刺激, 预防术中移位有重要意义。

我们在本研究中, 将 SLIPA 喉罩与传统器官插管相比较, 研究结果可以看出, 喉罩组在插入和拔出时引起的血流动力学变化明显低于插管组, SLIPA 喉罩在妇科腹腔镜手术中, 能够

达到减少对患者血流动力学影响的目的。喉罩组一次性插入成功率高, 操作简单; 在术后并发症对比中发现, 喉罩组与气管插管组在术后腹胀发生率方面无明显差异。喉罩组在术后躁动及术后恶心呕吐发生率明显较低。但喉罩组术后咽喉疼痛较气管插管组高, 可能与气囊压迫有关^[7]。

总之, SLIPA 喉罩操作简单、对血流动力学影响小, 术后不良反应少, 可以安全地应用于妇科腹腔镜手术, 尤其是对高血压、高龄患者、心肺脏器功能不佳、颇高血压等需避免血流动力学剧烈波动的患者适用。

参考文献:

- [1] Shaver, SM, DC Shaver. Perioperative assessment of the obstetric patient undergoing abdominal surgery [J]. J Perianesth Nurs, 2005, 20(3): 160-166.
- [2] 韦宝勇, 谭宪湖. 妇科腹腔镜手术的麻醉进展 [J]. 蛇志, 2013, 25(1): 51-54.
- [3] Miller, DM. A proposed classification and scoring system for supraglottic sealing airways: a brief review. Anesth Analg, 2004, 99(5): 1553-1559.
- [4] 林洁, 魏新川, 李运福, 等. SLIPA 喉罩与经典喉罩的临床应用观察 [J]. 临床麻醉学杂志, 2011, 27(9): 924-925.
- [5] Miller, DM, L Camporota. Advantages of ProSeal and SLIPA airways over tracheal tubes for gynecological laparoscopies [J]. Can J Anaesth, 2006, 53(2): 188-1893.
- [6] 阮骆阳, 曹金良, 许晓梦. SLIPA 喉罩用于腹腔镜手术的可行性和安全性 [J]. 临床麻醉学杂志, 2011, 27(5): 486-488.
- [7] 张秀双, 郑琳, 徐铭军. 喉罩与气管插管用于妇科腹腔镜手术时气道并发症的比较 [J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(8): 1859-1860.

收稿日期: 2014-01-13

保乳手术治疗乳腺癌 43 例临床分析

黎捷¹, 李坚²

- (1. 广西上思县人民医院外科, 广西 上思 535500 E-mail: wmm790718@163.com;
2. 广西医科大学第一附属医院放疗科, 广西 南宁 530000)

摘要: **目的** 评价保乳手术治疗乳腺癌的临床效果。 **方法** 回顾性分析我院 2007 年 3 月~2011 年 2 月收治并行保乳手术加术后综合治疗的 43 例女性乳腺癌患者临床资料。 **结果** 本组 43 例患者均顺利完成手术, 无癌残留, 无皮瓣坏死、切口感染、上肢水肿等并发症发生; 术后平均随访 18 个月, 除 1 例发生骨转移外, 其余 42 例均未见局部复发或远处转移, 无死亡病例; 术后乳房美容效果优良率 95.35%。 **结论** 乳腺癌行保乳手术加术后综合治疗可获得满意效果, 且患者术后美容效果良好。

关键词: 乳腺肿瘤; 保乳手术

中图分类号: R737.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0037-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.021

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一, 患病率和死亡率均位居女性肿瘤之首位, 对女性身心健康及生命造成严重威胁。外科手术是治疗乳腺癌的基本手段, 随着对乳腺癌生物学特性认识的深入及人们对生活质量要求的提高, 手术方式逐渐发生转变, 由以往的经典根治术发展成改良根治术与保乳手术^[1], 保乳手术具有痛苦小、美容效果佳、功能保存好等优点, 而且与传统全乳房切除相比, 保乳手术在长期生存、远处转移及局部复发等方面疗效相当^[2], 因此也越来越受到乳腺癌患者的青

睐。笔者对我院行保乳手术治疗的 43 例患者资料进行回顾性分析, 并报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 43 例均为我院 2007 年 3 月~2011 年 2 月收治的女性乳腺癌患者, 经 B 超、钼靶等辅助检查均明确为单侧、单发肿瘤, 无多中心病灶, 患者年龄 32~65 岁, 平均 (49.5 ± 6.3) 岁, 未绝经者 37 例, 已绝经者 6 例。肿块位于左侧乳房者 20 例, 位于右侧乳房者 23 例; 位于乳房外上象限者 21 例, 外

下象限者7例,内上象限者11例,内下象限者4例。肿瘤直径0.8~3.0 cm,平均(2.1±0.4) cm,其中<2.0 cm者25例,≥2.0 cm者18例。瘤体边缘距离乳晕边缘均在2.0 cm以上,且患侧腋窝未触及肿大的淋巴结、无远处转移。根据国际抗癌联盟TNM临床分期:I期31例,II期12例。组织学病检结果:浸润性导管癌29例,浸润性小叶癌7例,单纯癌3例,髓样癌2例,黏液腺癌2例。腋窝淋巴结转移者8例,激素受体阳性者20例。本组病例均有强烈的保留乳房要求,且均能完成术后新辅助放化疗等综合治疗,排除有胸部放疗史、肿块直径3.0 cm以上、存在多中心病灶、中央型乳腺癌及合并有其他恶性肿瘤等情况。

1.2 手术方法 肿瘤切除切口的选择以乳头为标志中心,目的是提高术后美容效果。根据肿块部位采用弧形切口或放射状切口,对于外上象限者可在同一切口行肿瘤切除和腋窝淋巴结清扫,其余部位的肿块需另在腋窝处顺皮纹方向做淋巴结清扫切口。术中均完整局部切除肿块及其边缘2 cm范围内的腺体组织,深达胸肌筋膜。上、下、左、右切缘均做快速冰冻切片病理检查,以明确各切缘阴性,如为阳性则继续扩大切除该切缘,如病理检查仍为阳性,则放弃行保乳手术。术中需同时行患侧腋窝淋巴结清扫,范围为后至背阔肌前缘、前至胸小肌内侧面。

1.3 术后综合治疗 本组病例术后均接受放、化疗。化疗方案为CAF方案[环磷酰胺(CTX)+阿霉素(ADM)+5-氟尿嘧啶(5-Fu)]或CMF方案[CTX+甲氨蝶呤(MTX)+5-氟尿嘧啶(5-Fu)]。放疗选择常规全乳总剂量50 Gy,分25次,共35 d完成,瘤床区局部加量10 Gy,分5次,7 d完成。有腋窝淋巴结转移者,同时预防性加照锁骨上区总剂量50 Gy,25次,35 d完成。激素受体阳性者均同时接受内分泌治疗,绝经者口服阿那曲唑(1 mg/次,1次/天),未绝经者口服三苯氧胺(10 mg/次,2次/天),均连服5年。

1.4 术后美容效果评价^[3] 优良:双乳对称,双乳头水平差距≤2 cm,患侧乳房外形与健侧差异不明显,外观正常,无瘢痕所引起的乳腺变形或上提,手感与健侧无明显差别,皮肤正常;一般:双乳对称,双乳头水平差距>2 cm但≤3 cm,患侧乳房外观基本正常或略小于健侧,手感略差,皮肤颜色较浅或发亮;差:双乳不对称,双乳头水平差距>3 cm,患侧乳房外观变性,较健侧明显缩小,手感差、皮肤厚,呈橡皮样、粗糙。

2 结果

本组43例患者均顺利完成手术,无癌残留,病理检查均显示切缘阴性,切口均愈合良好,无皮瓣坏死、切口感染、上肢水肿等并发症发生。术后随访时间为3个月~3年,平均18个月,发生骨转移1例,其余42例均未见局部复发或远处转移,无死亡病例。术后乳房美容效果评价为:优良41例,一般2例,差0例,优良率95.35%。

3 讨论

大量国内外临床随机对照研究表明早期乳腺癌行保乳手术加术后放化疗可取得与传统根治术相似的效果,Blichert-Toft等^[4]对早期乳腺癌采取保乳手术辅以化疗、内分泌治疗及生物治疗等综合处理,结果近期疗效优于根治性手术,而远期疗效则相当;丁佩剑等^[5]将早期乳腺癌患者148例按自愿加随机的方式分别行保乳手术及改良根治术,结果保乳手术手术时间、平均出血量、平均引流量、住院时间均明显少于改良根治术,美容评价结果显示保乳手术组优良率和满意率分别为92.9%和97.1%,对照组为28.2%和32.2%,差异有统计学意义($P<0.05$)。保乳手术具有创伤小、恢复快、美容效果好等特点,目前在西方发达国家保乳手术已成为早期乳腺癌的主要

治疗手段,我国应用该术式治疗乳腺癌所占的比例仍相对较低,但近年来逐渐呈现不断上升的趋势^[6]。

保乳手术能在切除肿瘤的同时保留乳房外形及功能,极大提高患者术后生活质量,其面临的最大问题是肿瘤的局部复发,因此需严格选择病例,已确保手术成功率。目前保乳手术主要针对I、II期早期乳腺癌患者,国内大多数学者认为其适应证为:直径不超过3.0 cm,无远处转移,腋窝无扪及肿大淋巴结;单发肿瘤;瘤体位于非乳晕区,且与乳晕边缘距离2.0 cm以上;瘤体体积与乳房大小比例适当;患者有保留乳房的愿望,且术后可行放化疗等综合治疗。西方国家由于医疗技术水平较高,其适应证也较国内相对放宽,对于瘤体5.0 cm以下或者5.0 cm以上在行辅助放化疗瘤体缩小后均可行保乳手术。

术中乳腺的过度切除会影响术后乳房外形美观,且无助于疗效的提高,切除范围过小又会影响手术疗效,术后复发率增高,因此保乳手术需在保证临床疗效的前提下尽量争取术后乳房的美观效果。目前多主张术中切除肿瘤周围1~3 cm的正常乳房腺体组织,而国内学者则多提倡切除范围为距离肿瘤边缘2 cm左右,无论切除多大范围,各个切缘必须确保为阴性。本研究中切除范围包括瘤体周围2.0 cm左右的正常腺体组织,术中快速冰冻病理检查均显示切缘阴性,这可能也是本组患者局部复发率低的重要原因。

术后综合治疗也是保乳手术的重要组成部分,包括放疗、化疗、内分泌治疗、生物治疗等。规范的局部放疗是降低局部复发率的重要措施,研究表明早期乳腺癌行保乳手术加术后放疗10年复发率为3%~6%,改良根治术为4%~6%,两种方法预后效果相近^[7]。目前认为对于浸润性乳腺癌保乳手术后均需加行放射治疗。其他的辅助治疗措施可根据患者病理组织学检查结果及具体病情来采取个体化治疗,对于激素受体阳性病例,内分泌治疗是确切有效的手段。

综上所述,对I、II期乳腺癌行保乳手术联合术后综合治疗可取得确切的效果,且术后患者患侧乳房美容效果良好,乳房形态外观及功能得到很好的保留,满足了患者提高生活质量的要求,值得在早期乳腺癌尤其是青年患者中选择应用。

参考文献:

- [1] 孙轩,曹旭晨. 乳腺癌手术治疗的研究进展[J]. 天津医药,2011,39(1):90-92.
- [2] 温风云,马特,于洪. 97例乳腺癌保乳治疗的临床疗效观察[J]. 大连医科大学学报,2012,34(3):287-289.
- [3] 祖国,郭京,王忠裕. 乳腺癌保乳手术治疗进展[J]. 大连医科大学学报,2012,34(1):92-96.
- [4] Blichert-Toft M, Nielsen M, Düring M, et al. Long-term results of breast conserving surgery vs mastectomy for early stage invasive breast cancer: 20-year follow-up of the Danish randomized DBCG-82TM protocol [J]. Acta Oncol, 2008, 47(4): 672-681.
- [5] 丁佩剑, 杨阳, 王波, 等. 乳腺癌保乳手术70例的临床分析[J]. 现代预防医学, 2011, 38(9): 1790-1793.
- [6] 杨小华, 秦磊, 钱海鑫. 32例早期乳腺癌保乳手术临床分析[J]. 江苏医药, 2011, 37(6): 737-738.
- [7] Dragun AE, Huang B, Tucker TC, et al. Disparities in the application of adjuvant radiotherapy after breast-conserving surgery for early stage breast cancer: impact on overall survival[J]. Cancer, 2011, 117(12): 2590-2598.

收稿日期:2013-10-28