

表 2 癌组织中 VEGF 表达与临床病理特征的关系

病理特征	n	VEGF 表达				P
		阴性	阳性	强阳性	阳性率(%)	
组织学类型						
管状腺癌	62	16	30	16	74.2	>0.05
粘液腺癌	13	5	3	5	61.5	
乳头状腺癌	5	4	1	0	20.0	
浸润程度						
粘膜及粘膜下层	4	2	1	1	50.0	<0.01
肌层	28	13	10	5	56.3	
浆膜层	36	7	19	10	80.6	
浆膜外层	12	3	4	5	75.5	
淋巴结转移						
阳性	53	8	25	20	84.9	<0.01
阴性	27	17	9	1	37.0	

3 讨论

VEGF 是一种糖基化分泌性多肽因子,分子量约 4.3KD,可直接作用于血管内皮细胞,刺激其有丝分裂的发生,从而促进新生血管的生成;也可通过增加血管通透性,使包括许多基质形成重要因子的血浆蛋白外渗,为血管内皮细胞的迁移及肿瘤细胞的转移提供基质^[1]。已发现多种恶性肿瘤中 VEGF 表达增高,并认为其与肿瘤的生长,血管的新生有关^[2]。VEGF 基因的表达受各种细胞的因子、瘤基因、抑瘤基因产物及缺氧等因素的调控。不同的细胞因子诱导 VEGF 表达的信号通路与特定的转录因子有关。这些转录因子的结合位点位于 VEGF 启动子附近的区域。这些细胞因子包括:血小板源性生长因子(PDGF),碱性成纤维细胞生长因子(BFGF),胰岛素样生长因子,角化细胞生长因子,表皮生长因子,肿瘤坏死因子 α (TNF- α)等。瘤基因和抑瘤基因产物对 VEGF 基因的表达调控作用是通过直接或间接作用于

VEGF 基因的启动子来实现的。瘤基因包括 v-ras、v-raf、src 等,其基因产物可激活 VEGF 的启动子,诱导 VEGF 基因的表达。抑瘤基因,包括 P53、VHL 等,其基因产物通过抑制 VEGF 的启动子的活性,使 VEGF 的表达水平下降。缺氧上调 VEGF 基因表达的作用与一种缺氧诱导的特异性 DNA 结合蛋白——缺氧诱导因子-1(HIF-1)有关^[3]。

本组实验显示 VEGF 在大肠癌中的表达明显高于正常大肠粘膜组。VEGF 的表达与大肠癌组织学类型无关,浸润至粘膜及粘膜下层、肌层的大肠癌中 VEGF 的表达显著低于浸润至浆膜层、浆膜外的大肠癌。淋巴结转移阳性组大肠癌中 VEGF 的表达显著高于淋巴结转移阴性组。提示:VEGF 与大肠癌的发生、发展、浸润程度及淋巴结转移关系密切,可作为预测病情进展的指标,与文献报道相符^[4]。干预 VEGF 的生成及其作用环节或破坏其受体可抑制大肠癌肿瘤血管生成,从而抑制大肠癌的生长、转移,为临床治疗本病提供了新思路。

参考文献

[1]朱巍,张海鹏.缺氧诱导因子[J].国外医学·生理病理学与临床分册,2001,20(2):125~127
[2]朱有法,许敬尧.大肠癌血管内皮生长因子的表达与转移的相关性研究[J].实用肿瘤杂志,2002,17(3):185
[3]陈治,张莉,黄宗海.VEGF 基因表达调控机制的研究进展[J].国外医学·生理病理科学与临床分册,2000,20(3):190
[4]Takahashi Y, Kitadai Y,Bucana CD,et al.Expression of vascular endothelial growth factor and its receptor,KDR,correlates with vascular metastasis and proliferation of human colon cancer [J]. Cancer Res,1995,55:3 964~3 968

(收稿日期:2005-10-27)

持续负压吸引在乳癌术后的应用

杨少义 范玉录

(山东省临邑县中医院普外科 临邑 251500)

关键词:乳癌术后;持续负压吸引;切口愈合率
中图分类号:R 737.9 文献标识码:B 文献编号:1671-4040(2005)06-0008-01

我院自 1997~2003 年共行乳癌改良根治术 46 例,于 2000 年后对切口仅行持续负压吸引,胸壁不给予绷带包扎,明显提高了 I 期愈合率。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病人 46 例,全部为女性,年龄 36~65 岁。2000 年以前行乳癌改良根治术 22 例,切口皮瓣坏死及积血,积液感染 8 例,占 36.1%;2000~2003 年行乳癌改良根治术 24 例,切口皮瓣坏死及积血、积液感染 3 例,占 12.5%。

1.2 方法 2000 年以前乳癌改良根治术病人,我们给予一般引流加绷带(或胸带)包扎。而 2000 年后的比例,仅给予持续负压引流,胸壁不给予绷带(或胸带)包扎,时间均为 4~5d,至引流液小于 5mL 时拔除引流管。

1.3 结果 利用持续负压吸引可明显提高乳癌改良根治术后切口 I 期愈合率。

2 讨论

乳癌改良根治术游离皮瓣时,将皮肤与其下方的动脉、

静脉血管直接切割,致使皮瓣血循环不良。若分离的皮瓣过薄或电灼过甚,皮下脂肪保留过少,破坏过多的血管网,则增加皮瓣坏死率。鉴于上述情况,切口给予一般引流后再给予胸带(或绷带)包扎。这样处理切口,既可加重皮瓣血循环不良,使皮瓣坏死,又限制呼吸,影响咳嗽排痰,导致肺部感染。另外绷带(或胸带)包扎过紧还可致患则上肢肿胀、疼痛及麻木。后来我们使用不加绷带(或胸带)的持续负压引流。这种方法既可使皮瓣很好地贴敷胸壁,防止皮下积血、积液,又不影响皮瓣血循环,同时不会限制呼吸、咳嗽及排痰,也没有出现患侧上肢肿胀、麻木、疼痛的情况。我们一般于腋中线处切一小口,将乳胶引流管置入腋窝处,有时在肋弓上再加 1 根引流管,经三通管与负压吸引器相连,引流管一般于术后 4~5d,引流液小于 5mL 时拔除。经用此法,皮下积血、积液感染的比例数明显下降,切口 I 期愈合率明显提高。

(收稿日期:2005-09-15)