

22 例特殊类型乳腺癌的临床分析

林迎春

(浙江省永康市中医院 永康 321300)

摘要:目的:探讨如何提高特殊类型乳腺癌的诊治水平。方法:对 22 例特殊类型乳腺癌临床资料进行回顾性分析,并结合文献复习就其诊治进行讨论。结果:大多数患者临床表现为乳头溢液及腋下肿块,治疗上以手术治疗为主,辅以化疗、放疗。结论:特殊类型乳腺癌患者普遍预后较好,尽早明确诊断并行根治性手术联合术后化疗、放疗可提高患者的生存率。

关键词:乳腺癌;诊断与治疗;临床分析

中图分类号:R 737.9

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0043-02

特殊类型乳腺癌临床较少见,常以乳头溢液及腋下肿物等为首发表现,而乳腺检查未发现原发灶。本文回顾性总结我院近 20 年间收治的 561 例乳腺癌中检出本病 22 例,对其临床特点以及诊治等问题进行分析和讨论。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 22 例均为女性,占同期收治乳腺癌的 3.92%,发病年龄 32~76 岁,平均年龄为 53.7 岁。22 例病变均为单侧,病程 1~6 个月 15 例,2 年 4 例,3 年 2 例,4 年 1 例。主诉症状为乳头溢液 7 例,均为单侧、单个乳导管血性溢液;表现为乳头糜烂 2 例,局部腺体增厚 1 例,腋下肿物 9 例,锁骨上肿物 3 例。22 例中有 8 例误诊,误诊率 36.4%,误诊为炎症、炎性肿物各 2 例,乳腺结构不良 1 例,乳腺导管乳头状瘤 3 例。全组病例均行钼靶 X 线摄影检查,有 6 例见乳腺腺体呈团块状或沙粒状钙化阴影。3 例行乳导管造影,其中 2 例见乳导管充盈缺损,1 例乳导管呈中断征象。涂片细胞学 6 例,其中 5 例查见癌细胞。13 例活检确诊,3 例术中冰冻切片检查确诊。乳头 Paget's 病并导管内癌 3 例,非浸润性导管内癌 5 例,浸润性导管癌 6 例,小叶原位癌 4 例,硬癌 2 例,单纯癌 1 例。1 例未检出,该例病人腋窝肿物活检病理诊断为转移性腺癌并排除胃肠道、肺、甲状腺肿瘤的可能,检测雌激素受体(ER)呈阳性。

1.2 治疗 全组病人均行手术治疗。行改良根治术或保乳根治术,其中改良根治术 21 例,保乳根治术 1 例。21 例术后辅以全身化疗,13 例加放疗,6 例 ER 阳性患者给予内分泌治疗(口服三苯氧胺),1 例术后单纯口服三苯氧胺 3 年。

2 结果

本组 22 例均随访,生存 2 年以上 19 例,5 年以上 16 例,10 年以上 9 例。

3 讨论

特殊类型乳腺癌临床表现为女性多见,发病年龄与一般乳腺癌相同,多以乳头溢液及腋窝肿物为首发症状,而乳腺检查不能扪及肿物,因此早期做出诊断较为困难。这类病人由于病变深、乳腺肥大和病灶微小等多种原因,临床上难以触到肿物,容易造成误诊。重视有乳腺癌危险因素的病人,注

意乳房出现的早期变化,及时诊治,对特殊类型乳腺癌的早期确诊非常重要。对有乳腺增生而经过治疗无效者,近期出现乳头内陷、乳头病理性溢液、乳头糜烂、腺体局限性增厚、腋窝或锁骨上淋巴结肿大、皮肤凹陷或水肿等应进一步检查。

目前,对乳腺癌的早诊方法很多,任何单项检查都有局限性,如红外线扫描、液晶热图等。乳腺钼靶 X 线摄影,可显示出小肿瘤和微小的钙化灶,还可用于手术定位,指导手术切除,其特点是钙化灶小、多个形态、不整齐,以沙粒状钙化意义最大。乳导管造影可显示扩张的导管突然闭塞,末梢部分可见肿瘤影或钙化灶广泛而不规则,乳管缺损阴影^[1]。溢液涂片细胞学检查有重要价值。对腋窝肿块的诊断,一般需在腋窝肿块行穿刺细胞学或活检证实为转移性腺癌,而全身检查未发现乳腺以外原发灶后方可确诊。同时行 ER 等测定,对排除乳腺外转移癌有重要意义。随着 CT、MRI 等技术的广泛应用,也开始用于乳腺检查,其薄层、分辨率高的优点有利于乳腺癌的发现,已发现乳腺组织的摄碘率明显超过正常乳腺组织^[2]。对于切除的乳腺组织标本应采用连续病理切片或全乳大块病理切片检查,可提高乳腺原发灶的检出率。

对特殊类型乳腺癌的治疗尚有不同意见,但总体上是以外手术治疗为主,术后辅以放、化疗及内分泌治疗。对无腋窝淋巴结转移的非浸润性癌和微小浸润癌行全乳切除手术,浸润性癌应行前哨淋巴结活检,阳性者加行腋窝淋巴结清扫。对腋窝转移性癌的治疗方式选择与一般乳腺癌过程相同。传统的认识是一旦排除腋窝淋巴结转移癌为乳腺外原发灶的可能,即使未查见乳腺的原发灶也应行乳腺癌根治术或改良根治术^[3]。近年来,对乳腺癌的保乳手术逐渐被认可,特殊类型乳腺癌的诊疗方式也发生了变化,一些学者^[4、5]认为:在无显乳腺癌原发灶而有腋窝淋巴结转移腺癌且乳腺钼靶 X 线摄片阴性的患者,无需行乳腺切除术。理由有:(1)特殊类型乳腺癌原发灶小,预后较一般 II 期乳腺癌好;(2)随着术后放疗、化疗技术和药物治疗的进展,保乳手术与乳腺切除手术相比较,5 年和 10 年生存率差异无显著性。ER 阳性者、绝经后妇女可用三苯氧胺治疗或联合化疗,ER 阴性者根据情况行全身化疗。如行保乳手术或单纯全乳切除者可考虑加放射治疗。

参考文献

[1]刘俊杰,赵俊.现代麻醉学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2001.852~866
[2]刘怀琼,葛衡红,邓小明.实用老年麻醉学[M].北京:人民军医出版社,2001.45
[3]方云祥,江泉宾.人参总甙对小鼠缺氧心肌乳酸和环核苷酸及超微

结构的影响[J].中西医结合杂志,1987(7):354
[4]魏然,陈晨华,董杰德,等.人参、黄芪增强人心肌细胞代谢的实验研究[J].中国中药杂志,1992,17(3):173
[5]祖正儒,钟吉文,朱玲,等.参麦和参附对非心脏手术病人血清酶谱的影响[J].临床麻醉学杂志,2002,18(6):448

(收稿日期:2006-11-09)

重度心衰妊高征剖宫产术的麻醉处理

高小茜 章宜飞 陈先亲
(浙江省苍南县第二人民医院 苍南 325802)

关键词: 妊娠高血压综合征; 子痫; 心衰; 硬膜外麻醉
中图分类号: R 614.42 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2007)04-0044-01

我院 2000 年 3 月~2006 年 10 月对 15 例重度心力衰竭(心衰)妊高征患者在连续硬膜外麻醉下施行剖宫产术,取得良好效果。现对麻醉处理报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 15 例均为初产妇,年龄 24~35 岁,孕 35~39 周,其中风湿性心脏病二尖瓣狭窄 4 例,妊高征 11 例,15 例患者均以心衰(心功能Ⅲ~Ⅳ级)急诊入院。入院时表现均不能平卧,呼吸困难,双肺可闻及湿性罗音,双下肢压陷性水肿,需间断吸氧;麻醉评级Ⅳ级。术前分别经强心、利尿、扩血管、降压等内科治疗症状减轻后行剖宫产术。

1.2 方法 入手术室后,建立颈内静脉通路同时测 CVP,面罩吸氧,酌情给予去乙酰毛花甙 0.2~0.4mg,呋塞米 20mg 缓慢静注;15 例患者均不能平卧,手术台上身抬高 30°~50°,行 L₂₋₃ 间隙硬膜外穿刺麻醉,给予利多卡因 3mL 试验量,5min 待麻醉平面出现后,分次追加利多卡因每次 5mL,平面控制在 T₈ 以下,整个麻醉过程严格控制液体摄入量,待麻醉作用完善后分次将手术台缓慢改为平卧位。

1.3 术中监测 多功能监护仪持续监测血压 (MAP)、心率 (HR)、呼吸、心电图、SPO₂,观察尿量等指标。

2 结果

本组手术历时 30~60min,麻醉效果良好,循环稳定,术中血压下降 20~30mmHg,心率减慢 10~30 次/min,血氧饱和度 95%以上,麻醉起效后特别是取婴后心功能、呼吸均明显改善,血压稳定在 130~110/90~60mmHg,新生儿全部存活,其中 3 例经气管插管抢救缓解缺氧症状,情况良好。所有实施术后镇痛者效果满意,术后 3d 内无心衰加重病例。

3 讨论

心衰是妊娠期心脏病最常见的并发症和致死主因,病情危重,处理不当将危及母婴生命,因此应尽早终止妊娠,因为心衰患者长时间待产会加重心脏负担,一旦心衰再度加重,会给产科处置带来困难。处理的当务之急是从各种角度解除心脏的超负荷,一般的处理中应限制钠盐和水分摄入,适当补充血容量,纠正酸碱失衡及电解质紊乱^[1],吸氧、镇静,肺水肿者可用适量吗啡,以扩张静脉,减少心脏前负荷,减少氧耗并抗心律失常^[2]。酌情给予去乙酰毛花甙 0.2~0.4mg,能在改

善心脏机械性效率与增加心排血量的同时,适当降低心率,可预防孕妇因情绪紧张及麻醉手术操作而引起心率增快和心肌氧耗量的增加。在应用利尿药呋塞米时,一般先静注 20mg 观察 10~15min,如尿量 <25mL/h,必须测量 CVP,如 CVP 仍高,且合并有肺水肿,可再静注 40mg;若 CVP 正常而尿量少,在维持正常水电平衡的基础上,可考虑用多巴胺^[3]。

全麻对母婴均有不利的影响,特别是心衰患者,由于上身水肿,尤其是面部和呼吸道水肿,不仅给气管插管带来困难,而且插管刺激导致的应激反应,可使血压进一步升高,加重心衰和肺水肿,同时全麻用药也使新生儿出生评分较低。硬膜外麻醉是此类剖宫产术的首选方法,妊娠期心衰患者均是容量负荷型心衰,硬膜外麻醉良好的镇痛效果和麻醉区域交感神经阻滞后的血管扩张作用能有效地减轻心脏后负荷而改善心脏功能。麻醉平面须控制在 T₈ 以下,给药从小剂量开始,观察孕妇反应,掌握最小有效剂量。硬膜外麻醉要求效果确切,镇痛完善,以避免因镇痛不全而引起心率增快、血压增高等一系列增加心脏负担的不良反应。腰硬联合虽然效果确切、可靠,用药量少,但麻醉平面难以控制,血液动力学波动大,安全性差,不足取。

术中采取头高 45° 卧位,不要强求孕妇平卧,既有利于呼吸,又可减少回心血量。同时给予加压呼吸,可缓解产妇的呼吸困难,增加氧气弥散,纠正血氧饱和度下降。局麻药中禁用肾上腺素^[4],因肾上腺素能显著加快孕妇及胎儿心率,增高血压加重心衰,心衰产妇特别是妊高征患者更要慎重。胎儿取出后胸腹部加压沙袋,避免回心血量突增,加重心衰。术后可经硬膜外 PCEA 镇痛,以减轻疼痛所致的应激反应。

参考文献

[1]刘俊杰,赵俊.现代麻醉学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1997.808~809
[2]段如麟,陈解民,徐增祥.妇产科急诊学[M].北京:人民军医出版社,1998.219~227
[3]Holdercroft A,Thomas TA.Principles and practice of obstetric anaesthesia and analgesia [M].London: Blackwell Science,1999.403~411
[4]连铁,鲁爱民,李太富,等.妊娠晚期合并心衰患者剖宫产术的麻醉处理[J].临床麻醉学杂志,2004,20(4):248

(收稿日期:2006-12-12)

参考文献

[1]霞富士雄,岩濑拓士.乳腺癌的早期发现诊断及治疗[J].实用癌症杂志,1991,5(4):73
[2]Orel SG,Schnall MD.MR imaging of the breast for the detection, diagnosis and staging of breast cancer [J].Radiology,2001,220(1):13~30
[3]Ellerbroek N,Holmes F,Singletary E,et al.Treatment of patients with

isolated axillary nodal metastases from an occult primary carcinoma consistent with breast origin[J].Cancer,1990,66(7):1461~1466
[4]Lloyd Ms, Nash AG.Occult breast cancer [J].Ann R Coll surg Engl,2001,83(6):420~424
[5]孙现军,王永胜,左文述.隐匿性乳腺癌的诊断和治疗[J].肿瘤防治杂志,2000,7(4):407~408

(收稿日期:2006-09-25)