

双侧乳腺癌临床分析

王群飞¹ 李红秀² 楼丽华³ 赵虹³

(1 浙江中医药大学 2001 级七年制 杭州 310006; 2 浙江中医药大学 2005 级研究生 杭州 310006; 3 浙江中医药大学附属第一医院乳腺病中心 杭州 310006)

摘要:目的:探讨双侧乳腺癌的临床特点。方法:回顾性分析我院最近 3 年新收治的 6 例双侧乳腺癌患者的临床资料。结果:本组 6 例双侧乳腺癌占同期收治乳腺癌的 2.1%,均是双侧原发性乳腺癌,其中同时性双侧乳腺癌有 4 例。第一侧乳腺癌平均发病年龄为 43.5 岁,第二侧乳腺癌为 46.2 岁。其中有肿瘤家族史者 4 例,有乳癌家族史者 2 例。均经手术明确病理诊断,双侧病理类型相同的有 2 例。术后根据情况配合放化疗、内分泌治疗及中医药治疗。结论:双侧乳腺癌的发病存在高危因素,应早发现、早诊断,积极进行以手术为主的综合治疗。

关键词:乳腺癌;双侧;临床特点

Abstract:Objective: To investigate the clinical characteristics of bilateral breast cancer. Methods: The clinical data of 6 bilateral breast cancer in recent 3 years were retrospectively reviewed. Results: The 6 bilateral breast cancer accounted for 2.1% of all breast cancer cases for the same period. All were bilateral primary breast cancer, 5 cases were simultaneous bilateral breast cancer. The average age of the first cancer was 43.5 years old, that of the second cancer was 46.2 years old. 4 cases had the family history of cancer and 2 of them were breast cancer. All cases were confirmed by pathologic examination. 2 had the same pathological type on both side of breast. The treatment is individualized, with a combination of radiotherapy, chemotherapy, endocrinotherapy and TCM Treatment after surgery. Conclusion: Bilateral breast cancer has high risk factors and should be discovered and diagnosed early, treated by surgery mainly.

Key Words:Breast cancer; Bilateral; Clinical characteristics

中图分类号: R 737.9

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0046-02

2003 年 7 月~2006 年 7 月我院乳腺病中心新收治乳腺癌患者 287 例,其中双侧乳腺癌有 6 例,占 2.1%。现就其临床特点分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 6 例双侧乳腺癌患者均为女性,绝经患者有 2 例。根据徐兵河^[1]提出的双侧原发性乳腺癌的诊断标准,本组病例均属于双侧原发性乳腺癌,其中同时性双侧乳腺癌有 4 例。第一侧乳腺癌的发病年龄在 35~57 岁,平均 43.5 岁;第二侧乳腺癌在 35~60 岁,平均 46.2 岁。同时发现病变有 4 例,异时发现的 2 例均首发于左侧乳房,两侧病变发生的间隔时间最长达 12 年。有肿瘤家族史者 4 例,有乳癌家族史者 2 例,有双侧乳腺癌家族史者 1 例。

1.2 病理类型 双侧乳腺癌病理类型相同的有 2 例,分别是双侧浸润性导管癌和双侧浸润性小叶癌。其余 4 例病理类型如下:1 例为左乳浸润性小叶癌,右乳导管内癌;1 例为左乳单纯癌,右乳浸润性导管癌;1 例为左乳浸润性导管癌,部分黏液癌,右乳混合型癌;1 例为左乳浸润性小叶癌,右乳浸润性导管癌。

1.3 治疗方式 1 例因右乳导管内癌而行右乳单纯切除术,其余均采用乳腺癌改良根治术。术后均配合化疗,并根据雌激素受体(ER)、孕激素受体(PR)阳性表达情况配合内分泌治疗,均辅以中医药治疗。

2 讨论

2.1 发病率 随着乳腺癌早期诊断技术与治疗水平的不断提高及单侧乳腺癌生存期的逐渐延长,对侧乳腺癌的发病率随之上升。本组 6 例双侧乳腺癌均属于双侧原发性乳腺癌,占同期收治乳腺癌的 2.1%,与国内报道双侧原发性乳腺癌占乳腺癌病例的 1.4%~7.7%^[1]相符。其中同时性双侧乳腺癌有 4 例,占 66.7%,与文献报道的同时性双侧乳腺癌发生率很低,

只占全部双侧乳腺癌的 0.4%~3.0%^[2]有明显的差距。这可能与本组病例数较少有关,有待以后进一步总结。

2.2 高危因素 乳腺是人体中成对的器官,两侧乳腺接受相同的内分泌或其它致癌因素的作用,同时,两侧乳腺间又有淋巴、血液交通,因此,两侧乳腺可同时患癌或先后患癌,也可一侧患癌对侧受累。单侧乳腺癌患者对侧再发生原发性乳腺癌,Kollias 等发现主要的危险因素有:一侧乳腺癌的发病年龄(<50 岁)、家族史、浸润性小叶癌病理类型、有放射治疗史和第一侧癌灶的分级^[3]。本组病例比较明显是家族史:有肿瘤家族史者 4 例,有乳癌家族史者 2 例,有双侧乳腺癌家族史者 1 例。

2.3 病理类型 本组病例双侧病理类型相同的有 2 例,占 33.3%,不同的有 4 例,占 66.7%。跟周才明^[4]报道的相同者 33.3%(7/21),不同者 66.7%(14/21)一致。阙秀^[5]提出浸润性特殊类型癌发生率较高,本组 6 例双侧原发性乳腺癌也有此特点,而且以浸润性导管癌居多。

2.4 分类及诊断 双侧乳腺癌有原发性和继发性之别,双侧原发性乳腺癌又有同时性和异时性之分。同时性是指发现两侧乳腺癌的时间小于或等于 6 个月,异时性即发现两侧乳腺癌的间隔时间大于 6 个月^[1]。所以双侧原发性乳腺癌的诊断必须与对侧转移的双侧继发性乳腺癌相鉴别,徐兵河^[1]提出的双侧原发性乳腺癌的诊断标准为:(1) 双侧乳腺癌的病理类型不同;(2) 双侧乳腺癌组织中分别可找到原位癌成分,如导管癌、小叶癌;(3) 异时性双侧乳腺癌病理组织学类型虽相同,但先发者无局部复发、淋巴转移及其他远处转移;(4) 原发癌在乳腺实质中,边界不清,常有浸润,转移癌多见于对侧乳腺内侧或尾部脂肪组织中,常为多发;(5) 第一原发性乳腺癌治疗后 5 年以上对侧发生的乳腺癌。本组病例中有 4 例病理类型不同,根据第(1)点可以确诊;有 1 例两侧病变发生的

肝失疏泄对小肠吸收功能影响的实验研究

盛浩¹ 张沁园²

(1 山东省济南市天桥人民医院 济南 250031; 2 山东中医药大学 济南 250355)

摘要:目的:从实验指标上观察肝失疏泄对小肠吸收功能的影响。方法:借鉴已有造模方法(乔式造模法),选择反映小肠吸收消化功能的三项指标:小肠肌电、小肠吸收细胞的酶化学及吸收细胞的超微结构。结果:正常组大鼠空肠头段电频率、幅值、运动指数大于肝气逆组同项指标,同时肝气逆组又大于肝气郁组;肝气郁和肝气逆组与正常组比较,五种酶活性都有不同程度地显著减弱;电镜下肝气逆组小肠吸收细胞部分线粒体肿胀,基质减少,空化,嵴萎缩,变短变少,肝气郁组细胞器破坏更为严重。结论:肝主疏泄对脾主运化具有促进作用,当肝失疏泄时即可致脾失健运。而且由于肝失疏泄的类型不同,对脾运化功能的影响也各有差异。

关键词:肝失疏泄;实验研究;小肠功能

中图分类号:R 333.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)04-0047-03

肝主疏泄与脾胃的运化功能关系密切。小肠为六腑之一,主泌别清浊,受盛化物,是实现脾胃升降功能的物质基础。本课题试从实验研究入手,以期探讨肝失疏泄影响小肠吸收功能的内在机制,对肝失疏泄所导致的木旺乘土和木不疏土两种情况的病机及联系做初步的阐释。

1 材料与方法

1.1 实验动物与分组 Wistar 种大白鼠,体重 180~220g,雌雄各半,由山东中医药大学实验动物中心提供。共 60 只,随机分为三组,即正常组、肝气郁造模组、肝气逆造模组,每组 20 只动物。参照乔式法造模^[1]。

1.2 主要仪器及试剂 J-3B 三笔生理记录仪(张家港市医疗仪器设备厂);Bouin 液,液氮(山东省医科院基础研究所病理生理室提供,上海试剂一厂出品);日本产日立透射电子显微镜(H-800TEM);戊二醛固定液,磷酸缓冲液,钨酸固定液。

1.3 实验指标 检测指标为小鼠空肠头段肌电观测、小肠吸收细胞的酶组织化学、小肠吸收细胞的超微结构观察。

1.4 实验方法

1.4.1 大鼠空肠头段肌电观测 动物禁食 12h,腹腔注射巴比妥钠(1.2mL/100g)麻醉,仰卧位固定于动物解剖台,腹正中切口 4cm,暴露胃肠,在空肠头段浆膜下埋藏一对铜丝电极

(铜丝头经浓盐酸处理),参考电极置于皮下,采用双极引导连接生理记录仪,定标 10mm/mV,时标 10s,纸速 1mm/s。

1.4.2 小肠吸收细胞的酶组织化学 大鼠禁食 12h,于次日上午脱臼处死。取空肠头端,沿肠系膜剖开铺平,剪下 1.5cm 长的肠段入 Bouin 液固定 24h,石蜡包埋,切片 6μm 厚,HE 染色,观察一般组织学变化。另外剪 1.5cm 空肠,液氮骤冷,恒冷箱 8μm 纵切片,每只大鼠取片 5 张,分测 5 种不同消化酶。镁激活的三磷酸腺苷酶(Mg²⁺-ATPase)用 Wachetain 法,碱性磷酸酶(ALP)用 Gomori 法,葡萄糖 -6- 磷酸酶(G-6-Pase)用 Lojda 法,琥珀酸脱氢酶(SDH)用 Lojda 法,乳酸脱氢酶(LDH)用 Proston 法。以上 5 种酶反应均以免疫底物法作为对照。

1.4.3 小肠吸收细胞的超微结构观察 实验动物脱臼处死,迅速剖开腹腔,钳取小肠空肠头段肠管一小段,立即移入戊二醛固定液中固定,修剪成 1mm 小块。按电镜技术程序制作,以磷酸缓冲液冲洗,钨酸固定,逐级乙醇脱水,PDAP 渗透包埋,切片染色,光镜定位,超薄切片,透射电镜观察拍片。吸收细胞的大体形态观察,电镜下放大 3 500 倍;小肠吸收细胞的微绒毛观察,电镜下放大 20 000 倍;吸收细胞细胞器观察,电镜下放大 10 000 倍。

1.5 统计学方法 以 χ^2 检验比较组间有关参数差异的显著

间隔时间达 12 年,根据第(5)点也可以确诊,还有 1 例双侧乳腺组织中分别可见小叶原位癌结构,根据第(2)点亦可以确诊,所以本组均属于双侧原发性乳腺癌,其中同时性双侧乳腺癌有 4 例,异时性双侧乳腺癌 2 例。

2.5 治疗及预后 双侧原发性乳腺癌一旦确诊,治疗原则与单侧乳癌相同,首发及后发癌均需采用以手术为主的综合治疗^[9],并根据情况配合放化疗、内分泌治疗及中医药治疗。不能因为双侧乳腺癌即轻易认为是疾病晚期而放弃积极治疗。早期发现、早期诊断、早期治疗及防止转移,是提高乳腺癌生存率的关键。一侧乳腺癌术后,患第二侧乳腺癌的机会比正常人高 2~6 倍^[1],因此不可遗漏对患者对侧乳房的检查。从病理类型分析,第一侧为导管浸润癌的患者应引起重视,注意是否有双侧乳腺癌的发生;第一侧癌为小叶癌及多中心者,亦应视为预防重点^[7、8]。一般说来,一侧乳腺癌术后的前 6 年应视为重点预防期^[9]。据 Fracchia^[10]报道,双侧非浸润癌预后最好,一侧非浸润癌一侧浸润癌预后次之,双侧浸润癌预后最差。有研究认为同时性双侧乳腺癌远期预后较单侧乳腺癌和异时性乳腺癌差^[11]。

参考文献

[1]徐兵河.乳腺癌[M].北京:北京大学医学出版社,2005.257-258

[2]王天峰,林本耀.解读乳腺癌[M].北京:人民军医出版社,2006.372-374

[3]沈镇宙,邵志敏.乳腺肿瘤学[M].上海:上海科学技术出版社,2005.371

[4]周才明.双侧原发性乳腺癌临床病理分析[J].广州医学院学报,2000,28(1):62-64

[5]阚秀.乳腺癌临床病理学[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993.99

[6]刘松岭,曾磊,周立岩,等.双侧原发性乳癌 15 例[J].现代中西医结合杂志,2000,9(2):108-109

[7]阚秀.双侧乳腺癌 25 例临床病理分析[J].肿瘤防治研究,1980(1):108

[8]赵乾元.双侧乳腺癌[J].天津医药—肿瘤学附刊,1980(3):132

[9]席志宾,牛文峰,刘宝芳,等.双侧原发性乳腺癌(附 26 例临床分析)[J].肿瘤研究与临床,1997,9(1):43-45

[10]Fracchia AA, Robinson D, Legasp IA, et al. Survival in bilateral breast cancer[J].Cancer,1985,55:1 414

[11]Carmichael AR,Bendalls,Lockerbiel.The longterm outcome of synchronous bilateral breast cancer is worse than metachronous or unilateral tumours[J].Eur J Surg Oncol,2002,28(4):388-391

(收稿日期:2008-03-11)