

保乳手术和改良根治术治疗乳腺癌患者的疗效及安全性比较研究

李兴琴

遵义市第一人民医院 贵州遵义 563000

摘要: 目的: 对比分析乳腺癌患者采用不同外科手术治疗的有效性与安全性。方法: 2017.1-2018.1, 回顾分析医院收治的92例乳腺癌患者的相关资料, 并按照不同的外科手术将92例患者分为试验组(采用保乳手术治疗, n=46例)、对照组(采用改良根治术治疗, n=46例), 获取两组手术疗效数据并进行对比。结果: 试验组手术指标显著优于对照组($P < 0.05$)。试验组术后并发症发生率小于对照组($P < 0.05$)。试验组术后1年生存率、术后3年生存率、局部转移率与局部复发率与对照组比较无差异($P > 0.05$)。结论: 保乳手术可有效治疗乳腺癌, 患者的手术指标比较理想, 术后并发症发生率更低, 具有显著的应用价值。

关键词: 乳腺癌; 改良根治术; 保乳手术; 手术指标; 术后并发症

乳腺癌是一种女性发病率排第二位的恶性肿瘤, 在我国健全肿瘤登记地区, 乳腺癌发病率在所有女性恶性肿瘤中排第一位^[1]。不完全统计数据^[2]显示, 我国2014年的乳腺癌发病率是42.55/10万。随着社会压力的升高, 生活方式的改变, 乳腺癌发病率逐年升高, 如今已经成为威胁女性生存的主要疾病之一。80%的乳腺癌患者曾因乳腺肿块前往医院就诊, 疾病的早期确诊率比较高。现今, 对疾病处于II b-III b阶段的乳腺癌患者, 临床多通过手术进行治疗。但是临床现今用于治疗乳腺癌的外科手术方法较多, 如传统乳房切除术、改良根治术、保乳手术等等, 前两种手术虽然可有效治疗疾病, 充分切除肿瘤病灶, 但手术创伤性较大, 术后美观度差, 不被患者青睐。而保乳手术不仅可有效切除乳腺癌病灶, 还可保留患者的乳房组织, 并且可考虑到患者对乳房美观度的需求, 更具应用价值。基于此, 本研究对比不同手术治疗乳腺癌的效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2017.1-2018.1, 回顾分析医院收治的92例乳腺癌患者的相关资料, 并按照不同的外科手术将92例患者分为试验组、对照组。纳入标准: 患者均满足《妇科学》中的乳腺癌诊断标准; 患者及家属均对研究知情, 愿意全程参与研究。排除标准: 乳腺癌局部复发患者;

乳腺癌晚期患者; 预计生存时间小于6月患者; 临床资料不完整患者。试验组年龄在34-75岁之间, 平均年龄(54.71 ± 8.69)岁; 对照组年龄在33-75岁之间, 平均年龄(54.42 ± 8.58)岁; 两组数据比较无差异($P > 0.05$), 可进行对比性研究。

1.2 方法

试验组(保乳手术): 手术前明确肿瘤位置、形态及大小。全麻, 平卧, 在肿瘤部位上的乳房组织上制作放射状/弧形切口, 找到肿瘤组织, 将肿瘤附近1-2cm范围内乳腺切除, 并获取肿瘤五个方位切缘的小部分组织, 迅速进行病理学检查, 保证肿瘤切缘部位无残留肿瘤细胞。常规清扫肿瘤组织附近的淋巴结, 并在患侧腋窝下制作切口, 清除腋窝淋巴结。缝合乳腺残端, 清洗手术创面并进行止血操作, 常规放置引流管引流, 最后缝合手术切口。

对照组(改良根治术), 在距肿瘤边缘3cm部位制作横梭型切口, 逐层打开皮肤组织, 找到肿瘤组织, 切除肿瘤及肿瘤边缘3cm部位的组织, 解剖锁骨下方血管, 清扫、冲洗腋窝淋巴结。术后常规清洗手术创面, 并进行止血处理, 常规放置引流管引流, 最后缝合手术切口。

1.3 观察指标

两组手术指标: 手术操作时间、术中出血量、术后引流量、术后疼痛评分、平均住院时间。

两组术后并发症发生率, 并发症有皮下积液、切口感染、患侧上肢肿胀、上肢感觉障碍。

作者简介: 李兴琴(1987-03), 汉族, 女, 贵州省遵义市, 学士, 护师。

两组远期预后情况, 术后1年生存率、术后3年生存率、局部转移率与局部复发率。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件分析, 计量资料(手术指标)采用t检验, 计数资料(术后并发症发生率、远期预后情况)采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标比较

试验组手术指标显著优于对照组($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组手术指标比较

组别	手术操作时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后引流量 (ml)	术后疼痛评分 (分)	平均住院时 间(d)
试验组 (n=46例)	83.28 ± 8.17	29.79 ± 4.16	272.12 ± 46.28	2.08 ± 0.57	9.02 ± 0.79
对照组 (n=46例)	124.29 ± 10.23	57.87 ± 4.95	419.28 ± 58.17	4.17 ± 0.88	15.01 ± 1.54
t值	21.2452	29.4541	13.4270	13.5197	23.4724
P值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组术后并发症发生率比较

试验组术后并发症(皮下积液、切口感染、患侧上肢肿胀、上肢感觉障碍)发生率小于对照组($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组术后并发症发生率比较(n/%)

组别	皮下积液	切口感染	患侧上肢肿胀	上肢感觉障碍	合计
试验组 (n=46例)	1	1	1	0	3(6.5%)
对照组 (n=46例)	4	3	3	2	12(26.1%)
χ^2 值	-	-	-	-	6.4519
P值	-	-	-	-	0.0111

2.3 两组远期预后情况比较

试验组术后1年生存率、术后3年生存率、局部转移率与局部复发率与对照组比较无差异($P > 0.05$)。详见表3。

表3 两组术后并发症发生率比较(n/%)

组别	术后1年生 存率	术后3年生 存率	局部转移率	局部复发率
试验组 (n=46例)	46(100.0%)	40(87.0%)	3(6.5%)	3(6.5%)
对照组 (n=46例)	45(97.8%)	39(84.8%)	2(4.3%)	4(8.7%)
χ^2 值	1.0110	0.0896	0.2115	0.1546
P值	0.3147	0.7647	0.6456	0.6942

3 讨论

当前, 临床治疗乳腺癌时, 放射治疗、化学治疗以及手术治疗是最常用的方法, 以往临床研究也表明, 这些治疗方法治疗乳腺癌, 均可获取较好的效果^[1]。手术

治疗是临床最推崇的治疗方法治疗, 手术可针对患者的肿瘤病灶情况, 实施直接治疗, 因此临床意义显著。但是, 现在用于乳腺癌治疗的手术方法较多, 临床需结合患者的实际情况以及医院的医疗水平, 合理甄选手术治疗方案。

改良根治术主要用于早中期乳腺癌治疗, 可根据乳腺肿瘤部位选择切口与肿瘤切除方式, 在切除肿瘤时可尽量保留乳腺组织^[4]。改良根治术可保证手术过程视野清晰, 可保障手术切除的范围性与可见性, 可及时发现癌症转移部位^[5]。但是, 经改良根治术治疗后, 患者的乳房美观度并不理想, 会影响患者的心理状态与生活质量。当前, 保乳手术以及乳房重建术是临床治疗的新趋势, 手术创新发展从彻底切除肿瘤转变为保证手术安全性的同时尽可能减少创伤^[6]。有研究^[7]指出, 保乳手术可切除患者肿瘤内肿瘤组织, 控制病情发展, 还可维持乳房外形美观。保乳手术可通过手术前定位肿瘤部位, 明确肿瘤形态以及肿瘤大小, 可提前规划患者的手术部位以及手术范围, 可保证手术针对性。保乳手术还可保留女性乳头、乳晕、大部分乳房皮肤以及正常乳腺组织, 术后可维持基本的乳房形态。若患者术后有意向进行乳房重建, 保乳手术还可提供便利优势, 可进一步改善患者的乳房美观程度与美学效果。再者, 保乳手术经多年发展, 手术方法已经得到有效改进与优化。现今应用的保乳手术, 具有操作简单、完整切除肿瘤病灶、可缓解乳房疼痛与肿胀等症状, 并且可弥补女性术后形体上的缺陷, 可改善患者的术后心理健康水平。

综上所述, 保乳手术治疗乳腺癌的近期效果优于改良根治术, 远期效果相当, 且能满足患者的外形美观需求, 更具应用价值, 值得在临床推荐。

参考文献

- [1] 段超, 高金海, 贾红生. 早期乳腺癌患者采用改良根治术与保乳手术治疗临床疗效远期对比分析[J]. 贵州医药, 2020, 44(2): 267-268.
- [2] 桑晓旻. 术前TEC化疗联合保乳病灶切除术治疗IIb~IIIb期乳腺癌患者的疗效及安全性分析[J]. 中国处方药, 2020, 18(8): 130-132.
- [3] 刘凤涛. 保乳术与改良根治术对于乳腺癌患者的临床疗效及预后影响的差异性[J]. 中国医药指南, 2018, 16(3): 35.
- [4] 王芸, 陈淑如. 保乳根治术和改良根治术治疗I, II期乳腺癌的效果和安全性分析[J]. 承德医学院学报, 2018, 35(1): 32-34.
- [5] 晋晓晔. 改良根治术与保乳手术治疗早期乳腺癌患者的近远期疗效对比[J]. 中国医药指南, 2019, 17(35): 11, 13.
- [6] 刘峥, 杨基鹏, 任思媛等. 保留乳头的乳腺癌切除术在早期乳腺癌患者中临床效果研究[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2020, 14(3): 273-276.
- [7] 庞占庆. 用保乳手术与乳腺癌改良根治术治疗早期乳腺癌的效果对比[J]. 当代医药论丛, 2019, 17(2): 72-74.