

乳腺外科整复术在乳腺癌保乳手术中的临床应用

蒋 丽

东阳市妇幼保健院 浙江 金华 322100

摘要：现如今，在精准治疗领域，药物仍是乳腺癌多学科治疗的关键。随着早期治疗技术水平的提升、抗肿瘤方法的探索、传统护理观念的改变，以及现代人对美好生活形式的要求，目前乳腺癌外科护理观念也出现了很大转变，并趋向如何在癌症根治与对功能性形态的美化中寻找平衡点，从而改变护理方法，以便于实现“最小的创伤、最佳的功能、最美的形态”的理念。

关键词：乳腺癌；保乳手术；乳房重建；肿瘤整形外科

引言：目前，乳腺癌在医学上是比较普遍的症状，该病对我国妇女的生命安全和健康也产生了相当大的危害。病人由于在此病的早期没有发现什么问题，所以发生误治及遗症的发生，直到治愈后，疾病已进展到了中晚期。如果采用传统的保守治疗，并不能起到比较理想的治疗效果，还会导致患者的病情恶化，因此，该病的治疗均通过手术进行，但是手术治疗会对患者造成较大的创伤，并且不利于其恢复。本次研究选择我院在2020年1月~2021年8月期间接治疗的65例乳腺癌患者作为研究对象，研究乳腺外科整复术在乳腺癌保乳手术中的临床应用。

1 乳腺癌的定义

乳腺主要是由表皮、纤维组织、乳房腺体、脂肪细胞等所构成，而乳腺癌则主要是指生长在乳腺上皮细胞、乳房导管等上皮组织中的恶性肿瘤，多以36岁~56岁妇女群体为高发。而临床流行病学研究表明，在乳腺癌领域，99%的是女性，男子则不到1%。乳腺癌成因目前还不清楚，与激素影响、遗传因素、环境因素、生活方式、以及个人身体素质等均存在着重要关联。目前，由于乳腺癌发生率的日益增加，一直居于女性恶性肿瘤首位。乳腺癌在临床中，主要表现为乳腺疾病、乳房生长不良、皮肤颜色改变等，并伴有神疲体乏、低热、食欲障碍、消瘦等表现，严重危及病人生命安全^[1]。

2 乳腺癌手术的发展简史

历史上早期的原发性乳腺癌术相当残酷、原始，如钳夹、烧灼感、腐蚀等在多种残忍的手术中均有记载。直至上个世纪中叶，随着麻醉、消毒、输液等治疗的发展以及抗生素的大量出现，它也极大的推动了乳腺癌外科的变革。通进行了大量的医学及病理解剖学研究之后给出了对乳腺癌根治法的全新概念，其治疗范围涵盖了包括乳房癌在内的全部乳腺细胞，其下表面包皮、胸大肌、胸小肌、

同一侧腋窝，还有分支龙下的淋巴腺等。这一治疗方法开创了对乳腺癌的外科手术医学史的新研究领域，它也被称是“经典”的原发性乳腺癌根治法，使乳腺癌病人的五年生存率由过去的10%~20%提高到30%以上，局部复发率也从58%~85%控制至10%以下。随着人们对治疗乳腺癌淋巴转移手段了解的加深，大乳淋巴结步入了医学视野，因而有的医生提出了根治术可以和股间膜下、外内乳淋巴结转移同时清扫的扩大根治术的观点，以至产生了“大专家做大切口、大手术”之言论^[2]。此后，逐步意识到，在癌症还没有直接损害胸肌之前，摘除胸肌并无法有效提高病人预后水平，而由根治术所引起的术后上肢组织水肿、胸壁畸形和皮瓣坏死发生率较高等问题会严重影响患者的生存质量。大量的随访和多中心研究均证实，采用经过改进的原发性乳腺癌根治术和Halsted根治术病人的术后平均病人生存率和无病就医死亡率等方面并没有明显差别，同时，经过改进根治术的术后并发症也相对较少在患者的运动能力恢复程度以及形体效果等方面也具有突出优势。今后，改良根治术已逐渐代替了传统的Halsted根治术，并曾一度成为了乳腺癌外科治疗的标准术式，在国内外迄今仍为乳腺癌外科应用面积最大的术式。现如今，在很多医院，Halsted根治术也往往只限于对部分情况特殊的或者部分晚期的乳腺癌患者，虽然80%以上的乳腺癌病人进行的都是改良根治术。经过大量的医学研究表明，即使一味增加局部治疗面积也无法提高乳腺癌病人的健康预后。由于乳腺癌并非总是“切除得越干净越好”，所以根除法并不适合于所有的女性患者。这样，在我国的原发性乳腺癌外科治疗史上就发生了一次重大变革——保乳诊断。临床试验结果表明，对早期乳腺癌进行保乳外科结合放疗治疗的作用与全乳切除无异，即保乳治疗技术^[3]。

3 资料与方法

3.1 一般资料

本次研究在医院伦理委员会的同意下选择在2020年1月~2021年8月期间来我院接受乳腺癌治疗的65例患者作为研究对象。全部病人均为女性,且符合国家乳腺癌的相关检查要求,同时在经过影像学与病理检查后均表现为乳腺癌阳性。研究选取的所有患者均已知情该研究,并与家属签署研究知情同意文件。将65例乳腺癌患者根据入院顺序进行分组,分为实验组和参照组。实验组的33例患者中,最大年龄为68岁,最小年龄为29岁,平均(48.23±6.26)岁;参照组的32例患者中,最大年龄为65岁,最小年龄28岁,平均(48.26±6.14)岁,将两组患者的一般资料进行比对,两组患者之间的差异显示可比, $P > 0.05^{[4]}$ 。

3.2 方法

对参照的一组病人进行了乳腺癌保乳切除术后,在此基础上对实验组病人进行了乳腺外科整复术,主要内容有:首先,选择切口。手术的第一步也是关键一步就是选择乳房切口,肿块在乳房上册处,寻找乳房中心弧线的一切口;小瘤在乳房下部,寻找静态张力线,顺着这一条线切割;乳房组织相对多而大的情形下,适合进行放射状切割;如果乳腺下侧的乳晕周边有褶皱的情形,可以进行放射状切口;对于乳房下侧或乳晕边缘有褶皱的情况,也同样适用于该手术;而肿瘤的最上象限也可以在腋窝窝附近进行切割;然后,在肿块边缘上。针对肿块大小在三厘米以下的乳房组织,进行扩大切除,同时需要对其周边组织的胸大肌层加以切除。然后再进行乳腺缺损修补。因为直接缝合具有相当的困难,所以可使用带蒂乳腺组织瓣修补法,直接将乳腺下皮脂肪层脂肪层修补至胸大肌膜,同时将二者完全游离,并进行翻转和移位腺体片,在修补和缝合完后将残腔及时关闭;乳房外侧缺损,可以采用上侧胸部代替的带蒂脂肪筋膜组织瓣修补法,对胸侧部的应急背阔肌前段旋转并填补,最后再加以缝合;如胸部下侧发生褶皱或缺失时,也可以应用肌鞘脂肪筋膜组织瓣修补法,保留皮下六公分以下的脂肪层,使之完整地填补到缺陷范围^[5]。

3.3 观察指标

(1) 观察两组患者的生存率和治疗满意评分(本院自制量表,满分为100分,分数越高表示患者对治疗方法越满意)。(2) 比对观察两组患者的并发症发生率(包括切口裂开、切口血肿、皮下积液)。

3.4 统计学方法

本次研究所需要全部数据的处理和统计均用SPSS 24.0 开展,患者的生存率和并发症发生率用($n/\%$)表示,卡方检验, $P < 0.05$;患者的治疗满意评分用($\bar{x} \pm s$)

表示, t 检验, $P < 0.05$ 。

4 结果

4.1 比对两组患者的生存率和治疗满意评分

两组患者在1年和3年的生存率之间的差异较小;实验组患者的治疗满意评分相比于参照组而言,优势显著。

4.2 比对两组患者的并发症发生率

实验组患者的并发症发生率与参照组患者相比,优势明显。

5 结论

乳腺癌在临床上属于比较常见的恶性肿瘤,特别是在妇女群体中容易发病。尽管乳腺癌的出现和人类生存活动中所必须的脏器之间并没有必然联系,但因为乳腺癌的隐匿特性,在发生初期并无明确体征,但如果及时被诊断则疾病往往已进展到了中晚期。主要因为乳腺外科整复术的操作较为简单,不需要矫正患者的对侧乳房,因此在实际操作中,不仅能够缓解患者的痛苦,还能对入港起到比较好的乳腺外观修复作用;由于医生对切口的位置进行了调整,从而有效减少了病人乳房缺损和乳头歪斜问题,在很大程度上确保了病人即使在进行治疗以后,胸部依旧可以维持很好的美容效果,从而有效提高了对病人的护理满意度;此外,乳房外科整复术的临床护理疗效也很好,从而有效减少了并发症的发生率。

乳腺切除术会导致很大部分的乳腺缺失,使得双侧乳腺产生不均匀的现象,严重影响了女人的外观审美。采用保乳技术进行充填和修补可以缓解这些情况,但传统保乳技术后,仍然出现疤痕突出、双侧乳腺手感差别较大、包层挛缩等现象,无法适应妇女对胸部形态的美容需求,导致满意度很低。本次研究中,65例患者均接受乳腺外科整形术进行保乳治疗,这种手术方法简单,无需进行假体填充、矫正侧位乳房等复杂的操作,但是在美容效果上更加理想,所以在目前的临床中很受乳腺切除手术患者的欢迎。但是乳腺外科整形术需要医生充分明确患者的病灶大小、病灶位置等情况,以此为基础确定手术切口方式等其他操作,从而保证良好的乳房提升和形态矫正的作用,也能够更好的预防位移、凹陷等问题。本次研究表明接受乳腺外科整形术治疗效果理想获得了较高的护理满意度。

6 保乳手术联合放疗治疗是可手术治疗乳腺癌患者的术式选择

保乳手术包括乳腺癌的局部广泛切除和腋窝淋巴结清扫或前哨淋巴结活检,术后再辅以放疗治疗,整个过程总称为保乳治疗(breast-conserving therapy)。

“EORTC 10801”等多项大型临床试验均证实,早

期乳腺癌患者接受保乳治疗和根治术后的生存率及远处转移发生率均相当,保乳治疗的安全性和有效性得到肯定。荷兰进行的一项大型长期随访研究也显示,与全乳切除术相比,对早期乳腺癌进行保乳治疗能显著提高患者的10年生存率,且10年无远处转移生存率也无显著差异,早期乳腺癌保乳治疗安全、有效。

随着肿瘤诊断技术的提高、乳腺癌筛查的普及以及人们防癌意识的增强,越来越多的乳腺癌得到早期诊断,为保乳治疗的开展提供了良好的环境。在欧美国家,一般治疗乳腺癌病人的保乳率约为百分之六十~百分之七十,但在我国,大部分省级以上三甲医院的保乳治疗率目前还不足百分之二十,且总量上仍呈上升态势。在进行保乳诊断之前,应当重视以下几点。

6.1 保乳手术的安全切缘

保乳术中,肿瘤与切缘物的安全距离,始终是研究的重点。传统的保乳术通常实行的都是象限切除或扩大2cm以上的大范围切除术,但由于切除范围过大会增加病人术后胸部的畸形程度,使其生活满意度减小、心理压力增大,并无生存益处。保乳治疗可在确定切缘阴性瘤的情况下,尽可能减少对正常乳房结构的切除,从而降低对正常胸部结构原有形态的影响。"St. Gallen共识"将"墨染切缘处无肿瘤"认定为浸润性导管癌切缘阴性瘤,但对于乳腺导管原位癌,则考虑到其可向导管扩延,故以2mm作为乳腺导管原位癌保乳术的安全切缘。单纯性小叶原位癌,目前已不再作为恶性肿瘤看待。

6.2 保乳治疗的指征

由于对乳腺癌保乳治疗的切缘性规范的进一步完善,对乳腺癌保乳治疗的具体指征范围获得了极大的拓展,即现凡通过局部切除术手段已获得了切缘阴性肿块、并通过相应的整形手段已修复了乳腺的基本形态、且无放疗治疗禁忌以及有保乳意愿的治疗女性病人,都可以考虑选择保乳根治术疗法。

6.3 手术切口的选择

在保乳手术中,对原发灶的切除法多选用为肿瘤广泛切除或象限切除法,加之对腹股沟淋巴结的特殊处理,切口推荐在乳房周围和腋窝的部分个别切取。而乳腺切缝则依据硬块的部位和程度,可在乳晕周围及硬块的表面进行弧形、放射状、菱形、Z字形、倒T字形以及双环状等切缝,并利用腺体的转移来修补残腔。但因为这些传统的手术路径均要求在乳房表面做切断,会破坏乳房美观。而实际上,对绝大多数可在术后治疗的乳腺癌,根据国外对乳腺癌保乳手术切缘法的新标准,都不需要切割肿块表面皮肤。本外科的医护团队,均使用乳晕切缝进行乳腺癌保乳手术和局部整复,且效果理想。

结束语

综上所述,在乳腺癌保乳手术中应用乳腺外科整复术具有较好的效果,患者的生存率高,患者并发症发生率低,手术较为安全,并且提升了患者的满意程度,具有较高的临床应用价值,值得推广。

参考文献

- [1]刘琳,喻娟.基于赋能理论的多维护理干预对乳腺癌根治术患者的影响[J].护理实践与研究,2019,16(13):63-65.
- [2]杨忠义,李兰,柳朝晖,等.保乳术与乳腺癌改良根治术对保留肋间臂神经的影响[J].我国现代手术学杂志,2018,22(1):14-17.
- [3]王西跃,曹茵,林正权,等.乳房整形技术在中-小体积乳房乳腺癌保乳术中的临床应用分析[J].我国现代药物应用,2011,11(8):44-46.
- [4]赵鹏,杨沁惠,杨勇,等.侧胸壁血管带蒂复合组织瓣在乳腺癌保乳术乳房重塑中的应用[J].中华内分泌外科杂志,2018,12(2):96-98.
- [5]孙会,王文亚,范娟.临床路径干预对乳腺癌根治术后患者护理质量及并发症的影响[J].我国肿瘤临床与康复,2018,25(04):497-500.