

疼痛度, 稳定血流动力学。

〔参考文献〕

(1) 余孔清, 彭桂芳, 许永秋, 等. 超声引导下连续肌间沟臂丛神经阻滞对不同类型上肢骨折内固定术后镇痛的效果分析 (J). 山东医药, 2021, 61(16): 70-73.

(2) 史李飞, 韩飞. 不同浓度和剂量罗哌卡因对超声引导下 BPB 效果的影响 (J). 西南国防医药, 2019, 29(4): 71-73.

(3) 鞠学军, 王健, 姜蕾. 超声引导下低浓度罗哌卡因肌间沟臂丛神经阻滞在上肢骨折手术中的应用 (J). 实用临床医药杂志, 2020, 24(16): 71-73.

(4) 丁宇. 右美托咪定静脉麻醉复合臂丛神经阻滞在上肢手术中的应用 (J). 中国伤残医学, 2020, 28(20): 43-44.

(5) Repo JP, Tukiainen EJ, Roine RP, et al. Reliability and validity of the finnish version of the visual analogue scale foot and ankle (vas-fa) (J). Foot Ankle Surg, 2017, 24(6): 474-480.

(6) 周红刚, 薛雷, 徐红梅. B 超引导下臂丛神经阻滞时不同浓度罗哌卡因在老年上肢骨折患者中的临床效果 (J). 中国老年学杂志, 2021, 41(21): 4715-4717.

(7) 李菁. 右美托咪定联合罗哌卡因对上肢骨折术后患者的影响 (J). 中外医学研究, 2023, 21(9): 33-36.

(8) 王子元, 梁映霞, 卢克良. 阿芬太尼复合罗哌卡因在臂丛神经阻滞中应用价值 (J). 临床军医杂志, 2022, 50(1): 81-82, 85.

(9) 崔永芳. 右美托咪定辅助臂丛阻滞对上肢麻醉效果的研究 (J). 医药前沿, 2020, 10(22): 148-149.

(10) 刘海萍, 韦薇. 右美托咪定与臂丛麻醉应用于上肢骨折手术的麻醉效果分析 (J). 中外医学研究, 2019, 17(30): 50-52.

(11) 陈彦梅, 钱铖. 盐酸氢吗啡酮联合罗哌卡因臂丛神经阻滞麻醉对上肢骨折术后镇痛效果的影响 (J). 中国医药导报, 2022, 19(13): 107-110.

(12) 孙大健, 张洁. 右美托咪定联合罗哌卡因用于超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞的麻醉效果观察 (J). 海南医学, 2019, 30(5): 607-609.

(13) 罗铁山, 黄建成, 赵涛, 等. 不同剂量右美托咪定用于罗哌卡因复合利多卡因臂丛神经阻滞的效果观察 (J). 重庆医学, 2021, 50(14): 2463-2468.

(14) Fahmideh MA, Lavebratt C, Tettamanti G, et al. A weighted genetic risk score of adult glioma susceptibility loci associated with pediatric brain tumor risk (J). Scientific Reports, 2019, 9(1): 1351-1354.

(15) 章海荣. 右美托咪定辅助臂丛神经阻滞麻醉在上肢骨折手术中的应用效果研究 (J). 当代医药论丛, 2020, 18(16): 49-50.

〔文章编号〕 1007-0893.2023.11-0091-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.11.028

# 早期三阴性乳腺癌保乳手术治疗的临床效果

段懿珊 郝凯峰

(平煤神马医疗集团总医院, 河南 平顶山 467099)

〔摘要〕 目的: 研究早期三阴性乳腺癌 (TNBC) 患者行保乳手术治疗的效果。方法: 选取平煤神马医疗集团总医院 2018 年 4 月至 2020 年 6 月收治的 65 例 TNBC 女性患者, 按随机取样法分为根治组 (乳腺癌改良根治术) 32 例、保乳组 (保乳手术) 33 例, 比较两组患者手术效果。结果: 两组患者术后生活质量核心量表 (QOL-C30) 评分高于术前, 且保乳组高于根治组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 保乳组患者手术时间、住院时间短于根治组, 术中出血量、总引流量少于根治组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 保乳组患者总有效率、乳房美容满意度高于根治组, 并发症发生率低于根治组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 保乳组患者术后白细胞介素-6 (IL-6)、C 反应蛋白 (CRP) 及皮质醇 (Cor) 水平均低于根治组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 保乳手术治疗 TNBC 患者可改善生活质量, 缩短疗程, 达到预期手术效果, 获得患者对乳房美容的满意度高, 降低并发症风险。

〔关键词〕 早期三阴性乳腺癌; 保乳手术; 乳腺癌改良根治术

〔中图分类号〕 R 737.9 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2023 - 03 - 29

〔作者简介〕 段懿珊, 女, 主治医师, 主要研究方向是乳腺肿瘤学。

临床较常见妇科恶性肿瘤为乳腺癌，其中较特殊的乳腺癌亚型为早期三阴性乳腺癌（triple-negative breast cancer, TNBC），指免疫组化染色雌激素受体、人类表皮生长因子受体 2 均为阴性的疾病。据统计<sup>[1]</sup>，此病在乳腺癌中的患病率为 15%~20%，具有发病年龄早、侵袭度高及早期易复发等特征，分析病因尚未明确，可能与遗传、作息及饮食等因素有关。患病早期无典型症状，随着疾病进展则表现为乳房肿块、乳房疼痛及乳头回缩等<sup>[2]</sup>，若疾病加重则引起远端转移风险，甚至危及生命，故早期给予针对性治疗尤为重要。研究证实，目前治疗 TNBC 疾病以乳腺癌改良根治术为主，彻底清除病灶，减缓不适程度，但长期治疗易引起并发症，影响术后恢复，且乳腺切除则影响患者美观度，给其带来沉重的心理负担，故保乳手术顺势出现，其可满足患者保乳需求，提高治疗配合度，被广泛应用于临床<sup>[4]</sup>。基于上述背景，本研究选择 65 例 TNBC 患者为研究对象，分析保乳手术治疗 TNBC 患者的价值，报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取平煤神马医疗集团总医院 2018 年 4 月至 2020 年 6 月收治的 65 例 TNBC 女性患者，按随机取样法分为根治组（乳腺癌改良根治术）32 例、保乳组（保乳手术）33 例。保乳组年龄 30~59 岁，平均（44.35±5.17）岁；肿瘤位置：左侧 18 例，右侧 15 例；肿瘤直径 19~34 mm，平均（26.32±1.57）mm；TNM 分期：I 期 20 例，II 期 13 例；体质量指数（body mass index, BMI）19~26 kg·m<sup>-2</sup>，平均（23.21±0.24）kg·m<sup>-2</sup>；其中未绝经 21 例，已绝经 12 例；肿瘤大小：肿瘤小于 2 cm 有 20 例，肿瘤 2~3 cm 有 13 例；病理类型：浸润性癌 12 例，导管内癌 11 例，其他 10 例；未婚 22 例，已婚 11 例。根治组年龄 31~60 岁，平均（44.49±5.28）岁；肿瘤位置：左侧 19 例，右侧 13 例；肿瘤直径 20~35 mm，平均（26.41±1.65）mm；TNM 分期：I 期 21 例，II 期 11 例；BMI 18~25 kg·m<sup>-2</sup>，平均（23.34±0.25）kg·m<sup>-2</sup>；其中未绝经 22 例，已绝经 10 例；肿瘤大小：肿瘤小于 2 cm 有 20 例，肿瘤 2~3 cm 有 12 例；病理类型：浸润性癌 12 例，导管内癌 10 例，其他 10 例；未婚 22 例，已婚 10 例。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.1.1 诊断标准 （1）具体诊断标准与《中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范（2019 年版）》<sup>[3]</sup>相符；

（2）经影像学 X 线片、磁共振成像（magnetic resonance imaging, MRI）检查等证实，有椭圆形、边界清晰的肿块出现，也有皮肤钙化或者含脂肪病变。

1.1.2 纳入标准 （1）符合上述诊断标准，经组织病理学确诊；（2）表现为乳房疼痛、肿块及乳头回缩等；（3）乳头与病灶距离 $>3$  cm；（4）年龄 30~60 岁、肿瘤直径 $<3.5$  mm；（5）与保乳术、改良根治术相符；（6）入院时无局部复发及远处转移；（7）临床资料完整；（8）患者知情同意本研究。

1.1.3 排除标准 （1）病灶为多中心或广泛分布；（2）肝肾功能异常；（3）伴结缔组织病或正处在妊娠期；（4）伴其他恶性肿瘤、出现远处转移；（5）手术禁忌证；（6）凝血功能异常、免疫系统疾病；（7）精神病史或患有精神疾病；（8）中途退出研究。

### 1.2 方法

1.2.1 根治组 行乳腺癌改良根治术：根据患者病灶部位、大小，距离肿瘤边缘 $>3$  cm 位置行不同的梭形切口，术中对胸小肌、胸大肌保留，彻底切除病灶乳房，并彻底清扫肿瘤同侧腋窝淋巴结，手术后在腋下、胸腔两处各放置一个引流管。

1.2.2 保乳组 行保乳手术：根据病灶部位、大小行放射状或者沿乳晕切口，切除病灶后，选取术野区底部、上下组织送往冰冻切片，给予患者病理学检查，若检查结果为阳性，则扩大切除范围；直到切缘为阴性，彻底清扫腋窝淋巴后，合理放置引流管，逐层缝合包扎切口。

两组术后均辅助化疗，具体化疗方案为：第 1 天给予静脉注射 60 mg·m<sup>-2</sup> 表阿霉素（意大利 Antibioticos S.p.A，进口注册证号 X19990296），第 2 天给予静脉注射 150 mg·m<sup>-2</sup> 紫杉醇（云南汉德生物技术有限公司，国药准字 H10960322），持续静脉滴注 3 h，1 疗程为 21 d，持续治疗 8 疗程。利用直线加速器完成术后放疗，包括锁骨上区、同侧胸壁、内乳及腋窝为放疗野，照射剂量为 50 Gy，维持剂量为 1.8~2.0 Gy·次<sup>-1</sup>。两组持续放疗 3 个月。

### 1.3 观察指标

1.3.1 生活质量 手术前、术后 3 个月各采用生活质量核心量表<sup>[5]</sup>（quality of life, QOL-C30）评分，有心理功能、躯体功能、社会功能及物质生活，各维度总分 100 分，得分越高越好。

1.3.2 临床指标 记录两组患者手术时间、术中出血量、总引流量及住院时间。

1.3.3 临床疗效 完全缓解（complete response, CR）：术后 1 年内肿瘤病灶完全消失；部分缓解（partial response, PR）：术后 1 年内病灶缩小明显；疾病稳定（stable disease, SD）：术后 1 年内病灶缩小一般；疾病进展（progressive disease, PD）：术后 1 年内病灶增大<sup>[6]</sup>。总有效率 =（CR + PR + SD）/ 总例数 × 100%。

1.3.4 乳房美容满意度 自制乳房美容满意度调查

问卷, 总分 100 分, 满意 ≥ 90 分, 患者配合度良好、无抵触行为; 一般 60 ~ 89 分, 患者配合度一般、抵触行为一般; 差 < 60 分<sup>[7]</sup>, 抵触明显, 满意度 = (满意 + 一般) / 总例数 × 100 %。

1.3.5 炎症因子 手术前、术后 3 个月各抽取患者空腹静脉血 2 mL, 离心待检, 酶联免疫吸附法检测白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6)、C 反应蛋白 (C-reactive protein, CRP) 及皮质醇 (cortisol, Cor), 试剂盒由上海酶联生物有限公司提供, 根据试剂盒说明书操作。

1.3.6 并发症 统计两组出现皮下积液、皮瓣坏死及上肢淋巴水肿的例数。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者手术前后生活质量评分比较

两组患者手术前生活质量评分比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 两组患者术后 QOL-C30 评分高于术前, 且保乳组高于根治组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者手术前后生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	<i>n</i>	时间	心理功能	躯体功能	社会功能	物质生活
根治组	32	手术前	70.35 ± 3.58	72.41 ± 3.42	75.41 ± 3.36	73.61 ± 3.39
		手术后	80.12 ± 3.15 <sup>a</sup>	82.14 ± 4.35 <sup>a</sup>	84.19 ± 4.21 <sup>a</sup>	81.34 ± 4.47 <sup>a</sup>
保乳组	33	手术前	70.21 ± 3.47	72.39 ± 3.35	75.45 ± 3.38	73.54 ± 3.42
		手术后	85.54 ± 4.62 <sup>ab</sup>	88.65 ± 4.59 <sup>ab</sup>	90.53 ± 4.52 <sup>ab</sup>	87.21 ± 4.32 <sup>ab</sup>

注: 与同组手术前比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05; 与根治组手术后比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05。

### 2.2 两组患者临床指标比较

保乳组患者手术时间、住院时间短于根治组, 术中

出血量、总引流量少于根治组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者临床指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	手术时间 /min	术中出血量 /mL	总引流量 /mL	住院时间 /d
根治组	32	122.62 ± 12.14	305.94 ± 23.45	264.13 ± 16.38	15.92 ± 2.35
保乳组	33	100.42 ± 10.53 <sup>c</sup>	291.52 ± 15.64 <sup>c</sup>	101.26 ± 20.52 <sup>c</sup>	10.08 ± 2.04 <sup>c</sup>

注: 与根治组比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05。

### 2.3 两组患者临床疗效比较

保乳组患者总有效率高于根治组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者临床疗效比较 (*n* (%))

组别	<i>n</i>	CR	PR	SD	PD	总有效
根治组	32	14(43.75)	10(31.25)	5(15.63)	3(9.38)	24(75.00)
保乳组	33	20(60.61)	11(33.33)	1(3.03)	1(3.03)	31(93.94) <sup>d</sup>

注: CR 一完全缓解; PR 一部分缓解; SD 一疾病稳定; PD 一疾病进展。

与根治组比较, <sup>d</sup>*P* < 0.05。

### 2.4 两组患者乳房美容满意度比较

保乳组患者乳房美容满意度高于根治组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者乳房美容满意度比较 (*n* (%))

组别	<i>n</i>	满意	一般	差	满意度
根治组	32	20(62.50)	6(18.75)	6(18.75)	26(81.25)
保乳组	33	25(75.76)	7(21.21)	1(3.03)	32(96.97) <sup>e</sup>

注: 与根治组比较, <sup>e</sup>*P* < 0.05。

### 2.5 两组患者并发症情况比较

保乳组并发症发生率低于根治组, 差异具有统计学

意义 (*P* < 0.05), 见表 5。

表 5 两组患者并发症情况比较 (*n* (%))

组别	<i>n</i>	皮下积液	皮瓣坏死	上肢淋巴水肿	总发生
根治组	32	4(12.50)	2(6.25)	4(12.50)	10(31.25)
保乳组	33	2(6.06)	0(0.00)	1(3.03)	3(9.09) <sup>f</sup>

注: 与根治组比较, <sup>f</sup>*P* < 0.05。

### 2.6 两组患者手术前后炎症因子水平比较

两组患者术前血清炎症因子水平比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 保乳组术后血清 IL-6、CRP 及 Cor 水平均低于根治组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 6。

表 6 两组患者手术前后炎症因子水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	时间	IL-6/pg · mL <sup>-1</sup>	CRP/mg · L <sup>-1</sup>	Cor/ng · mL <sup>-1</sup>
根治组	32	手术前	47.39 ± 5.28	4.42 ± 0.59	237.25 ± 25.36
		手术后	45.26 ± 2.47	4.32 ± 0.38	247.36 ± 2.65
保乳组	33	手术前	47.42 ± 5.31	4.41 ± 0.53	237.21 ± 25.42
		手术后	40.12 ± 2.35 <sup>g</sup>	4.01 ± 0.26 <sup>g</sup>	221.25 ± 2.57 <sup>g</sup>

注: IL-6 一白细胞介素-6; CRP 一 C 反应蛋白; Cor 一皮质醇。

与根治组手术后比较, <sup>g</sup>*P* < 0.05。

## 3 讨论

乳腺癌为常见的女性恶性肿瘤之一, 常见疾病类型

为早期 TNBC, 其为特殊类型, 给予靶向治疗、内分泌治疗均未获得理想疗效, 影响患者预后效果, 且术后易复发转移。研究报道<sup>[8]</sup>, 保乳手术用于 TNBC 患者治疗中具有可行性, 其可对患者乳房生理结构保留、减轻对正常组织造成的损害, 术后辅助放疗方式可将肿瘤细胞彻底杀灭, 避免肿瘤向远处转移, 对疾病恢复起到改善作用、减缓病情<sup>[9-10]</sup>, 但无法彻底规避残留癌细胞, 增加术后远处转移、局部复发发生风险, 故术后配合个性化放疗可对癌细胞复制、转移及生长起到抑制作用<sup>[11-12]</sup>。

本研究中, 保乳组患者术后 QOL-C30 评分高于根治组 ( $P < 0.05$ ), 分析为患者因乳房疼痛、乳房肿胀及乳头回缩等表现, 影响生活质量, 保乳手术可减缓不适程度, 控制病情, 促进患者早期回到日常生活<sup>[13]</sup>。保乳组患者手术时间、住院时间短于根治组, 术中出血量、总引流量少于根治组 ( $P < 0.05$ ), 主要是受个体差异影响, 不同术式影响引流量及术中出血量, 故保乳手术可减少术中出血量, 降低感染风险, 缩短疗程、减缓经济负担<sup>[14]</sup>。保乳组总有效率及乳房美容满意度均高于根治组 ( $P < 0.05$ ), 提示乳房切除导致患者出现焦虑、烦躁等负性情绪, 不同术式影响手术疗效, 保乳手术改善预后效果, 避免因残缺感引起应激反应, 提高患者满意度, 也可达到预期手术效果、减缓不适, 促进疾病恢复。保乳组患者血清 IL-6、CRP 及 Cor 水平低于根治组 ( $P < 0.05$ ), 因手术创伤性较强, 极易诱导机体出现炎症应激反应, 导致机体释放炎症因子, 加重病情, 保乳手术可减缓患者不适, 减轻机体创伤性、炎症程度, 对改善预后积极作用, 并不会对远期疗效造成不利影响。保乳组较根治组并发症发生率更低 ( $P < 0.05$ ), 说明在达到预期手术疗效的同时、减少并发症, 为手术安全提供保证。

综上所述, TNBC 患者行保乳手术治疗可提高生活质量, 减少术中出血量, 达到预期手术效果, 减少并发症发生。

#### 〔参考文献〕

(1) 张宏旭, 刘海旺, 胡大为, 等. 超声引导下染色剂标记切

缘在早期乳腺癌保乳手术中的应用效果研究 (J). 中国现代医学杂志, 2022, 32(2): 92-96.

- (2) 蒋伟丰, 汪永旭. 前哨淋巴结活检联合保乳手术在早期乳腺癌中的应用价值分析 (J). 现代实用医学, 2022, 34(3): 365-367.
- (3) 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会. 中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范 (2019 年版) (J). 中国癌症杂志, 2019, 29(8): 609-679.
- (4) Javed N, Afzal S, Iqbal E, et al. Correlation of intra operative specimen imaging with final histopathology in breast conserving surgery for breast cancer (J). European Journal of Surgical Oncology, 2021, 47(2): 36.
- (5) 李祖峰. 腔镜腋窝淋巴结清扫术结合保留乳房手术治疗早期乳腺癌的远期疗效 (J). 数理医药学杂志, 2022, 35(3): 338-340.
- (6) 魏常胜, 骆成玉, 张树琦. 环乳晕切口联合腹腔镜腋窝淋巴结清扫在早期乳腺癌保乳手术中的应用 (J). 首都医科大学学报, 2021, 42(6): 1014-1020.
- (7) 樊文强, 成琳, 何潇, 等. 乳房皱襞下带蒂脂肪瓣在下方象限乳腺癌保乳手术乳房修复中的应用 (J). 中国微创外科杂志, 2021, 21(9): 826-830.
- (8) Hauerslev K, Overgaard J, Damsgaard T, et al. Oncoplastic breast surgery versus conventional breast conserving surgery – a prospective follow-up study of subjective loco-regional late morbidity (J). Acta Oncologica, 2021, 4(2): 1-10.
- (9) 林明, 王睿琳. 改良根治术与早期乳腺癌保乳手术的疗效及对患者创伤后应激障碍发生的影响 (J). 实用癌症杂志, 2021, 36(3): 475-478.
- (10) 李婷, 王斌. 乳腺癌整形保乳手术治疗早期乳腺癌患者临床效果观察 (J). 临床军医杂志, 2021, 49(5): 582-583.
- (11) 王存富, 钱朋飞, 黎冠宏. 腋窝淋巴结转移对乳腺癌初次保乳手术患者预后的影响 (J). 中国现代普通外科进展, 2021, 24(2): 139-140.
- (12) 王卫芹, 牛烁, 陈学东. 保乳手术治疗早期乳腺癌的疗效及 miR-21 和 miR-155 表达的研究 (J). 转化医学杂志, 2021, 10(2): 89-92, 107.
- (13) 张佩雯, 张辉, 李明爽, 等. 基于医患双方的女性早期乳腺癌选择保乳手术的影响因素研究 (J). 中华流行病学杂志, 2021, 42(11): 2044-2052.
- (14) 张海燕, 储晓英. 非阿片类镇痛药应用在全身麻醉喉罩置入的乳腺癌保乳手术中的可行性 (J). 上海交通大学学报 (医学版), 2021, 41(5): 637-641.