

危害患者身体健康及生活质量。因此,对于结核性胸膜炎的治疗,应迅速控制胸膜内炎症,减少胸腔积液的产生,防治胸膜增厚粘连,提高疾病治疗效果。

本研究在常规抗结核化疗基础上比较了异烟肼联合地塞米松胸腔注射的临床效果。地塞米松是一种人工合成的皮质类固醇,具有抗炎、抗毒及抗纤维等作用,能够减轻炎症渗出,减少纤维组织增生及稠厚渗出物转化成厚层结缔组织,防止严重疾病极占出现。异烟肼也是抗结核首选药物,能够对生长旺盛的活动期结核杆菌有强大的杀菌作用。研究发现,胸腔给药使观察组在临床疗效上显著优于对照组,胸水引流量

高于对照组,胸水吸收时间和症状改善时间显著少于对照组;观察组胸膜厚度减少量大于对照组,胸膜肥厚发生率低于对照组,与文献报道一致。提示异烟肼联合地塞米松胸腔注射治疗结核性胸膜炎疗效显著。这是由于胸腔注射在短时间内高浓度作用于病灶,但对于全身却减低药物浓度,降低了肝毒性,更显著的发挥杀菌效果;异烟肼和地塞米松的联合使用,能有效降低血管通透性,减少炎症渗出,抗纤维组织增生,有效减少胸膜增厚和粘连的发生。综上,异烟肼联合地塞米松胸腔注射治疗结核性胸膜炎,可显著促进胸腔积液消失,转归临床症状,对提高疗效、改善预后有重要意义。

表 3 两组患者胸水相关指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	TP(g/L)	GLU(mmol/L)	LDH(U/L)	IFN- γ (ng/L)	TNF- α (ng/L)	CEA(ug/L)	ADA(U/L)
观察组(n=75)	48.31±2.83	4.89±1.20	376.37±185.69	73.69±4.21	6.69±2.64	1.76±1.04	9.76±1.25
对照组(n=75)	56.27±3.15	5.57±2.03	492.79±198.19	62.59±3.22	12.17±4.57	1.82±0.87	14.72±2.51
t 值	2.897	1.890	3.043	4.058	3.350	0.784	3.273
P 值	0.046	0.074	0.039	0.022	0.027	0.128	0.028

参 考 文 献

[1] 侯建华,杨国儒,胡德忠,等.结核性胸膜炎的诊断新进展[J].中国医学创新,2016,13(27):138-141.
 [2] 张东芳,张琴.结核性胸膜炎治疗研究进展[J].职业与健康,2016,32(8):1143-1145.
 [3] 周清平,尹玲,陈雯,等.常规抗结核联合异烟肼、地塞米松胸腔内注射治疗结核性胸膜炎的临床疗效分析[J].中南医学科学杂志,2017,45(4):385-387.
 [4] 中华医学会结核病学分会.肺结核诊断和治疗指南[J].中国实用乡村医生杂志,2013,24(2):7-11.
 [5] 王亚萍.胸腔导管置联合注射药物治疗结核性胸膜炎的探讨[J].中国保健营养,2018,28(22):287.
 [6] 皇甫彤,王伟红,魏丽.异烟肼联合糖皮质激素治疗结核性胸膜炎的临床疗效分析[J].河北医学,2019,25(3):650-654.

[7] 吴艳玲.异烟肼联合地塞米松胸腔注射治疗结核性胸膜炎的临床效果观察[J].北方药学,2019,16(4):118-119.
 [8] 赵延梅,倪菁.结核性胸膜炎治疗中胸腔内注射尿激酶、异烟肼与地塞米松联合应用的效果[J].临床医学研究与实践,2018,3(35):29-30.
 [9] 张力,邵伟杰,方晴,等.异烟肼片治疗结核性胸膜炎的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2018,34(15):1776-1778.
 [10] 周清平,尹玲,陈雯,等.常规抗结核联合异烟肼、地塞米松胸腔内注射治疗结核性胸膜炎的临床疗效分析[J].中南医学科学杂志,2017,45(4):385-387.
 [11] 胡全君.糖皮质激素治疗结核性胸膜炎的疗效及对炎症细胞因子的影响[J].中外医疗,2017,36(15):12-14.

(收稿日期:2019-05-02)

(本文编辑:卜明)

前哨淋巴结切除术治疗早期乳腺癌的临床分析

沈永生

【摘要】 目的 探讨前哨淋巴结切除术用于早期乳腺癌患者临床治疗价值。**方法** 选择 2016 年 1 月—2017 年 12 月本院收治的 80 例早期乳腺癌患者作为研究对象,随机分为观察组和对照组两组,每组各 40 例。观察组患者行前哨淋巴结切除术治疗,对照组患者行腋窝淋巴结清扫术治疗,治疗结束对两组患者手术相关指标以及术后并发症情况进行统计分析。**结果** 观察组腋窝引流时间、住院时间分别为(7.93±1.09)d、(7.65±2.06)d,显著短于对照组的(13.05±1.13)d、(10.86±2.03)d,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者术后总并发症发生率为 10.00%,显著低于对照组的 27.50%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者发生 1 例复发,复发率 2.50%,对照组患者无复发情况发生,复发率 0.00%,临床复发率统计结果比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 前哨淋巴结切除术在早期乳腺癌治疗中效果显著,可有效降低患者术后并发症发生,预后良好,临床值得推广。

【关键词】 前哨淋巴结切除术; 早期乳腺癌; 临床疗效

[中图分类号]R730.5 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2019.18.013

乳腺癌是指发生于乳腺腺上皮组织的恶性肿瘤,患者早

期多表现乳腺肿块、乳头非哺乳期异常溢、乳头乳晕异常以及腋窝淋巴结肿大等^[1],乳腺癌主要发生于女性人群,原位乳腺癌并不危险,但癌细胞容易脱落并会通过血液、淋巴进行扩散

转移,进而危及性命^[2]。全球乳腺癌发病率不断提高,已成为当前社会重要公共卫生问题^[3]。前哨淋巴结是原发肿瘤转移经过的首批淋巴,也是组织肿瘤细胞扩散的首道屏障^[4],因此前哨淋巴结切除术是临床早期乳腺癌患者治疗的重要手段之一,此外还有腋窝淋巴结清扫术。本研究针对两种治疗方法展开分析,分析了两种治疗预后情况以及术后并发症发生情况,现报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料:选取 2016 年 1 月—2017 年 12 月本院收治的 80 例早期乳腺癌患者作为研究对象,患者均为女性并签署知情同意书。纳入标准:全部患者均经医院病理活检确认为单发肿瘤乳腺癌患者;患者均经超声诊断发现不存在重大淋巴结^[5];患者肿瘤检测结果直径不超过 5 cm。将患者随机分为观察组和对照组两组,每组各 40 例。观察组患者年龄 33~62 岁,平均(44.68±2.96)岁,肿瘤直径 0.7~4.6 cm,平均(3.58±0.38)cm;对照组患者年龄 34~64 岁,平均(45.22±2.86)岁,肿瘤直径 0.6~4.9 cm,平均(3.45±0.34)cm。排除腋窝淋巴结手术禁忌症患者。本研究经医院伦理委员会审批通过。两组患者年龄、肿瘤直径等一般临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2.方法:对照组统一采用腋窝淋巴清扫术进行治疗,治疗方法为:于患者腋窝内注射脂肪溶解液,后于乳头至腋窝中线上作 1 cm 操作孔便于吸出溶解液,trocar 固定至操作孔并冲气,另做 5 cm 腋窝淋巴清扫操作孔,使切口周边组织充分暴露后剔除脂肪淋巴结。观察组采用前哨淋巴结切除术进行治疗,治疗方法为:通过拍片找到前哨淋巴结在体表的投影并标

记位置,术前十分钟以 2 ml 亚甲蓝为染料注射于瘤体内,待染料吸收后进行手术,首先进行肿瘤摘除手术,后延长切口至腋窝筋膜,确定染蓝的前哨淋巴结位置并进行摘除,后对摘除的前哨淋巴结进行活检分析,活检结果为阳性后再进行腋窝淋巴结清扫术,结果为阴性则结束手术^[6]。

3.观察指标:对两组患者腋窝引流时间、住院时间以及并发症发生情况进行统计。对两组患者回访 1 年时间,统计两组患者临床复发率情况。

4.统计学处理:使用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较进行 t 检验,计数资料以 [$n(\%)$] 表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

1.两组患者手术相关指标统计结果比较:观察组患者腋窝引流时间以及住院时间统计结果同对照组比较显著较短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标统计结果比较($\bar{x}\pm s, d$)

组别	腋窝引流时间	住院时间
观察组($n=40$)	7.93±1.09	7.65±2.06
对照组($n=40$)	13.05±1.13	10.86±2.03
t 值	20.624	7.020
P 值	<0.001	<0.001

2.两组患者并发症比较:观察组临床并发症发生显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者并发症比较 [$n(\%)$]

组别	肿胀	疼痛	感染	麻木	并发症总发生率
观察组($n=40$)	2(5.00)	1(2.50)	0(0.00)	1(2.50)	4(10.00)
对照组($n=40$)	5(12.50)	3(7.50)	1(2.50)	2(5.00)	11(27.50)
χ^2 值					4.021
P 值					0.045

3.两组患者临床复发率统计:两组患者回访 1 年,观察组患者发生 1 例复发,复发率 2.50%,对照组患者无复发情况发生,复发率 0.00%,且两组患者均无死亡发生,两组患者临床复发率统计结果比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

讨论 临床上乳腺癌发病与患者不良生活习惯、服用雌激素以及患者良性乳腺疾病未及时就诊等多种因素相关^[7],随着临床乳腺癌的发病率不断提高,临床对乳腺癌治疗上也更加重视,根据患者肿瘤不同时期以及患者的身体状况,临床治疗手段有多种,包括手术、放疗、化疗等多种治疗方案^[8],针对早期乳腺癌患者手术治疗方法主要有乳腺手术和腋窝淋巴结,其中前哨淋巴结切除术是腋窝淋巴结手术的一种,相较于腋窝淋巴清扫术对患者手术创伤较小^[9]。本研究为探讨其临床治疗效果,同腋窝淋巴清扫术治疗效果进行了对比分析,以期临床治疗提供参考。

研究中两组患者手术相关指标显示,观察组腋窝引流时间以及住院时间均显著较短。研究结果说明观察组患者术后恢复良好,前哨淋巴结切除术在术中对患者腋窝先进行了保

留,根据患者活检结果决定是否进行腋窝淋巴清扫术,相较于对照组直接进行腋窝淋巴清扫而言,活检结果为阴性的患者手术创伤更小,术后恢复也比较理想,而且临床数据粗略统计结果也显示,早期乳腺癌患者有相当一部分并未发生腋窝淋巴转移^[10],因此采用前哨淋巴结切除术对于早期乳腺癌患者而言更合适,临床研究结果也说明该治疗方法患者预后更佳。研究中观察组患者总并发症发生率也显著低于对照组。腋窝淋巴清扫术在临床治疗中疗效显著,但该治疗方法存在普遍的缺陷即患者术后并发症发生率极高,本研究中结果也证实对照组患者临床并发症显著高于观察组,研究中临床患者因手术出现了一定程度的麻木、疼痛、肿胀以及感染等并发症,而患者并发症的发生对术后恢复会造成一定的影响,研究结果表明通过前哨淋巴结切除术治疗的患者受术后并发症影响的几率较小,这对提高患者术后生存率、改善患者术后生活质量均有一定的积极作用,同时通过前哨淋巴结切除术治疗的患者因术中通过活检结果决定是否进行腋窝淋巴清扫术,不仅减少了活检结果为阴性患者的手术创伤,还保证了活检

结果为阳性患者的治疗效果, 临床治疗中极大地弥补了腋窝淋巴结清扫术治疗的弊端。

综上所述, 临床早期乳腺癌患者采用前哨淋巴结切除术治疗疗效显著, 可有效缩短患者术后恢复时间, 术后并发症较少, 临床安全性可靠, 值得推广。

参 考 文 献

- [1] 陈军. 腹腔镜腋窝淋巴结清扫与传统根治术在乳腺癌治疗中的应用效果比较[J]. 当代医学, 2018, 24(33): 162-163.
- [2] Cespedes Feliciano E, Chen WY. Clinical implications of low skeletal muscle mass in early-stage breast and colorectal cancer [J]. Proc Nutr Soc, 2018, 77(4): 382-387.
- [3] 冷萍. B 超判断乳腺癌腋窝淋巴结转移状态的临床应用价值分析[J]. 当代医学, 2018, 24(35): 125-126.
- [4] Xie L, Lin C, Zhang H, et al. Second malignancy in young early-stage breast cancer patients with modern radiotherapy: A long-term population-based study (A STROBE-compliant study) [J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(17): e0593.
- [5] 周瑞山. 常规超声与超声弹性成像在乳腺癌淋巴结转移中的诊

- 断效果比较[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(35): 5006-5007.
- [6] 鲍艳, 贾建光, 朱静. 前哨淋巴结活检联合乳房区段切除术治疗早期乳腺癌患者的围手术期护理观察[J]. 中华全科医学, 2018, 16(10): 1753-1756.
- [7] 余艳琴, 贾萌萌, 郝金奇, 等. 中国女性三阴性乳腺癌发病相关因素的 Meta 分析[J]. 中国肿瘤, 2018, 27(11): 881-888.
- [8] Wharam JF, Zhang F, Lu CY et al. Breast Cancer Diagnosis and Treatment After High-Deductible Insurance Enrollment [J]. J Clin Oncol, 2018, 36(11): 1121-1127.
- [9] 王德华, 吾建香, 沈俊俊. 腹腔镜辅助腋窝淋巴结清扫术对乳腺癌患者上肢功能及生活质量的影响[J]. 中华全科医学, 2018, 16(3): 401-403.
- [10] Zhang S, Zhang D, Yi S, et al. The relationship of lymphatic vessel density, lymphovascular invasion, and lymph node metastasis in breast cancer: a systematic review and meta-analysis [J]. Oncotarget, 2017, 8(2): 2863-2873.

(收稿日期: 2019-02-27)

(本文编辑: 卜明)

胰腺肉瘤样癌 1 例并文献复习

王光宇 胡明华

【摘要】 目的 掌握胰腺肉瘤样癌(SCP)的临床特点、诊治方式, 提高对该疾病的认知水平。**方法** 总结分析 1 例确诊为 SCP 患者的资料, 结合相关文献进行分析总结。**结果** 患者首次入院时行胰体尾+脾切除术, 术后短期复发转移, 再次入院手术, 最终于一个月后死亡。**结论** SCP 是一种较为少见的胰腺恶性肿瘤, 诊断标准严格, 确诊方式以病理学及免疫组化为主, 预后差, 目前治疗仍以手术切除为主。

【关键词】 胰腺肉瘤样癌; 病理学及免疫组化; 广泛切除

[中图分类号] R735.9 [文献标识码] A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2019.18.014

胰腺肉瘤样癌(sarcomatoid carcinoma of the pancreas, SCP)是一种胰腺上皮细胞来源, 兼具上皮和肉瘤成分的恶性肿瘤, 约占胰腺恶性肿瘤的 1.56%^[1-2]。SCP 恶性程度高, 侵袭能力强, 疾病早期缺乏特异性临床症状, 预后较差^[3-4]。现结合本院近期诊治的 SCP 患者 1 例与国内外相关文献进行分析报道如下。

病历资料: 患者, 女, 64 岁, 因“阵发性上腹痛伴胸背部放射痛一月余”于 2018 年 2 月 21 日入院。体检: 左上腹压痛, 未触及明显包块。实验室检查: CA125 46 U/ml, CA19-9 13.8 U/ml, CEA 1.47 ng/ml, 余未见明显异常。外院增强 CT: 胰腺尾部占位, 大小约 7 cm×6 cm, 密度不均, 呈囊实性。初步诊断为胰腺癌。术中所见: 胰尾处一 8 cm×8 cm 包块, 质硬, 活动性差, 与脾脏及结肠脾曲粘连严重, 未见明显淋巴结肿大, 胃肠、盆腔未见明显转移结节, 行胰体尾+脾脏切除术。术后病理结果: 瘤体内广泛坏死, 肿瘤细胞大多呈梭形, 排列杂乱, 呈肉瘤样, 异型性明显, 核大深染, 部分细胞呈腺样; 胰腺切缘、神经、脉管未见侵犯, 胰周未找见淋巴结, 免疫组化结果: 癌细胞 AE1/AE3、CK7 及 EMA (三者+, 提示含上皮细胞成

分), ki-67 (30%, +) (图 1A、1B), 诊断为胰体、尾肉瘤样癌。术后常规予以抗感染、抑酶、抑酸、补液对症处理。术后 9 天复查血象无明显异常, 一般情况可, 办理出院。40 余天后, 患者因“腹痛伴胸背部放射痛两周”再次入院, 体检: 左上腹压痛, 无反跳痛, 实验室检查示 PLT 447×10⁹/L, 余无明显异常。B 超结果: 脾区有一 6 cm×4 cm 混杂高回声团块, 考虑血肿。遂进行诊断性腹腔穿刺, 未抽出液体。增强 CT: 脾区一大小约 10 cm×8 cm 的不规则团块状占位, 密度不均, 内部有多发无强化的低密度区, 与周围脏器界限不清; 肝脏右后叶低密度结节灶(图 2A、图 2B)。综上, 我们考虑是肿瘤复发转移并再次手术, 探查发现: 腹腔少量积液, 粘连严重, 肿瘤位于腹膜后, 约 10 cm×6 cm×4 cm, 质硬, 活动度差, 广泛侵犯周边脏器。行腹膜后肿瘤+左侧部分膈肌+左半结肠+胃部分切除+横结肠造口术, 置左侧膈下引流管一根, 术中出血约 1500 ml, 输红悬 700 ml, 血浆 500 ml, 术后转 ICU, 予以抗感染、补液、抑酶及抑酸等常规处理。术后病理结果: 腹膜后肉瘤样癌(图 2C), 累及相邻肠管浆膜面至粘膜下层, 神经、脉管未见侵犯; 切缘未见癌细胞; 肠周找见淋巴结 13 枚, 未见癌转移。术后第三天, 患者 B 超示左侧胸腔积液并纤维素渗出, 予以胸腔穿刺引流, 情况平稳, 转回普通病房。术后第五天, 为纠正贫血, 输注红悬 300 ml, 无不良反应。术后第十天, 患者实验

作者单位: 241001 安徽芜湖, 皖南医学院(王光宇), 皖南医学院附属弋矶山医院肝胆外科(胡明华)

通信作者: 胡明华, Email: 490952564@qq.com