质地实韧。常伴有灼痛和搔痒感,于环境温度增高,情绪激动,或进食辛辣刺激性食物时症状加剧。既往研究表明,痛、痒实际是同一感觉的不同程度的体现。正常情况下,外界刺激使皮肤内 C 类神经元兴奋后,通过以 P 物质(SP)为主的感觉神经肽的释放将冲动向中枢传导,产生痛觉。但病理条件下,皮肤 C 类神经元兴奋阈值降低,轻微的刺激即可导致 SP 释放,产生痒觉;同时,后者可促使血小板和肥大细胞二者脱颗粒,释放 5-HT 和组胺等物质,进一步刺激相邻的神经末梢,产生痛、痒,形成恶性循环[4]。此外,增生性瘢痕组织中神经肽 P 物质神经纤维分支多且交错连接,且肥大细胞数显著多于正常皮肤,与瘢痕的增生和瘙痒密切相关[5]。

激素类药物如醋酸曲安奈德,通过抑制成纤维细胞增殖、减少 TGF-beta 分泌、降低胶原的合成从而抑制胶原合成、促进胶原降解产生疗效[1]。但不能抑制感觉神经末梢释放 SP,可能是增生性瘢痕顽固性痛痒产生的原因[4]。BTN-A 能通过胞饮作用以及与突触前受体序列和突触囊泡蛋白 2A、B、C 的结合,直接作用于非胆碱能神经元和感觉神经末梢,裂解突触小体相关蛋白(SNAP-25),阻止囊泡与突触前膜的融合停靠,抑制 SP 释放。基于上述原理,考虑将醋酸曲安奈德与 BTN-A 联合使用,达到治疗增生性瘢痕,缓解痒痛症状目标。且由于上述作用机理,神经末梢"出芽"再次建立与突触前体的偶联需要 3 ~ 6 个月时间,故注射后止痒止痛作用时间得以延长。

A 型肉毒毒素可抑制人增生性瘢痕成纤维细胞增殖和胶原蛋白的合成[6],引起人增生性瘢痕成纤维细胞的凋亡。此外,在面部,BTN-A 可降低切口周围因表情肌收缩产生的张力,抑制切口瘢痕增生[2],上述机理可能共同构成 BNT-A 增强曲安奈德局部注射治疗效果的原因。

本文对照组采用醋酸曲安奈德 + 利多卡因局部内瘢痕注射,与部分文献报道相符。近期满意度较好,但对控制瘢痕的复发存在一定的困难。治疗组醋酸曲安奈德 + BNT-A 局部内瘢痕注射,见效快,治愈率高,明显减轻瘢痕的痛痒症状,且能大大降低复发率。本文结果显示患者经治疗后,治疗组效果满意程度显著高于对照组,且两组比较有明显的差异性。综合上述 BNT-A 联合醋酸曲安奈德局部瘢痕内注射,可有效抑制瘢痕增生、减轻痛痒症状,该方法治疗效果好,安全性高,简单易操作,值得临床开展。

[参考文献]

[1] 李世荣. 现代美容整形外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:526 - 533.

[2] Gassner HG, Brissett AE, Otley CC, et al. Botulinum toxin to improve facial wound healing: A prospective, blinded, placebo-controlled study [J]. Mayo Clin Proc, 2006, 81(8): 1023 - 1028.

[3] 王 兰. 醋酸曲安奈德瘢痕内注射的临床疗效观察[J]. 现代医药卫生, 2004, 20(16), 1602 - 1603.

[4] 孙雪峰,武润桃,王佳旭,等. 曲安奈德局部注射预 防及治疗增生性瘢痕的效果观察与评价[J]. 河北医药, 2014, 3: 36(5): 721 - 723.

[5] 姚 恒,李世荣,王旭明,等. 两种不同方法小腿缩容术的临床应用比较[J]. 第三军医大学学报, 2013, 25(20): 2231 - 2233.

[6] 李卫华,李德水,高玉伟,等. A 型肉毒毒素可抑制人增生性瘢痕成纤维细胞增殖和胶原蛋白的合成[J]. 中国组织工程研究, 2012, 16(20): 3667 - 3670.

(编辑:左艳芳)

多原发性乳腺癌 1 例报告

游彩霞,林大富,涂永久,陈 战 (解放军第 174 医院普通外科,福建 厦门 361000)

[**关键词**] 多原发癌;乳腺癌;诊断;治疗
[中图分类号] R737.9 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2014)06-0682-02

多原发性乳腺癌临床上较少见,但同时性、异时性双重合并的多原发性乳腺癌临床更为少见,现将我院收治 1 例同时性合并异时性多原发性乳腺癌的诊治体会报告如下。

1 资料与方法

患者,女,33 岁,已婚已育,因发现右侧乳腺无痛性渐增性肿物 1 年余于 2011 年 6 月入院。乳腺彩超示:双侧乳腺增生,右侧乳腺 3 个实性包块(部分内在有钙化);行乳腺肿物切除活检术。其中右侧乳腺内上象限两物触诊不明显,术中在彩超定位下予以切除。术中快速病理结果:(右外上象限乳腺)浸润性导管癌、(右内上限乳腺)导管原位癌。遂进一步行右侧乳腺癌改良根治切除术。常规病理:右侧乳腺外上象限浸润性癌、右侧乳腺内上象限导管原位癌,周围乳腺组织未见肿瘤,乳头未见特殊。淋巴结未见转移癌(腋窝 0/19;胸大小肌间 0/0)。ER(+)、PR(+)、Her-2(+),术后行正规行化疗及他莫西芬内泌治疗。术后 1 年后于 2012 年 6 月份复查行乳腺彩超示左侧乳腺内下象限有一实性包块,约 6 mm × 5 mm,内有钙化灶,进一步行钼靶检查,高度怀疑乳腺癌。遂行左侧乳腺肿物活检术,术中快速病理提示为导管原位癌,行左侧乳房切除术 + 前哨淋巴结活检术,常规病理结果诊断:乳腺导管原位癌,前哨淋巴结阴性,周围乳腺组织未见肿瘤,乳头未见特殊。ER(+)、PR(+)、Her-2(+)。

2 结果

第 1 次手术后治疗效果良好,无局部复发及转移。第 2 次

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201406053
[**收稿日期**] 2014-05-20 [**修回日期**] 2014-06-28

术后 1 年复查亦无肿瘤转移、复发。根据此病例可得出结论：对于多原发性乳腺癌只要得到及时恰当的综合治疗，其预后并不差于单原发性乳腺癌。患者于 2013 年 6 月份移居国外无法联系，未再复诊。

3 讨论

多原发性癌（multiple primary cancers，MPC）亦称重复癌（multiplisity cancer），是指在同一器官、成对器官、同一系统不同部位或不同系统的器官发生 2 个或 2 个以上彼此无关系的肿瘤原发灶。两个癌发生间隔在 6 个月以内为同时性多原发癌，6 个月以上为异时性多原发癌[1]。其中异时性较多见。乳腺是人体的成对器官，双侧乳腺可以受到同样的内分泌或其他致癌因素的影响，因而乳腺癌可以同时或先后发生癌变。因此，乳腺是多原发性癌的高发器官，最常见的部分为对侧乳腺[2]。本病例同时合并同时性、异体时性多原发乳腺癌极为少见。本病例患者较年轻，第 1 次手术，开始预计行保留乳房的乳腺癌根治术，但术中病理证实为右侧乳腺外上象限、内上象限肿物均为原发性乳腺癌，为同时性多原发性乳腺癌，故行右侧乳腺癌改良根治切除术。

目前对多原发性乳腺癌病因尚不清楚，可能和以下几因素有关：①现代医学技术水平的提高，多原发性乳腺癌的确诊率明显提高。而且，随着乳腺癌的综合治疗手段水平的不断提高，临床乳腺癌的治愈率已经明显提高。②患者生存期延长，再次发生乳腺癌的机会亦会增多。③患者在第一原发性乳腺癌时经放疗、化疗或激素等治疗后，机体免疫功能降低或抑制，从而为多原发性乳腺癌的发生创造了有利条件[3]。本病例患者出现对侧异时性乳腺癌可能与化疗后降低了机体免疫功能有关。该病例亦提示我们在治疗肿瘤时要充分保护患者的免疫功能；④遗传基因异常，原癌基因扩增和抑癌基因突变；⑤遗传因素，遗传性乳腺癌占所有乳腺癌的 5% ~10%[4]。有些乳腺癌患者可追溯到乳腺癌家族史。本病例患者的外婆死于乳腺癌。

随着社会的发展，人们对术后保持形体完善和美容愿望的不断加强以及术后多学科配合治疗的完善，保留乳房的乳腺癌切除术（后简称保乳术）成为乳腺癌手术治疗的一种重要方式。但在临床治疗中不能对保乳手术盲目追求。笔者认为在对拟行保留乳腺的乳腺癌根治保乳术前，要仔细检探查，明确有无其他病灶，对可疑病变应术中冰冻检查，以免误诊、漏诊，延误治疗。多数学者认为乳腺癌治疗后，对侧乳腺是发生乳腺癌的高发器官，应定期检查，有可疑病灶时应及时处理；有些学者作者甚至建议做预防性对侧乳腺切除或活检。但这往往给患者造成更大的精神打击和心理压力，同时活检有遗漏病灶的危险。有报告显示，二次原发癌常在治疗后 3 ~ 15 年内发生[5]。第一次肿瘤与第二次肿瘤间隔的时间越长，预后就越好[5]。本病例中患者已出国定居，后期随访困难，给预后评估带来困难。

总之，MPC 属于原发性癌，随着人民生活水平的提高、寿命的延长、就医条件的改善和肿瘤诊治水平的提高，其发病率愈来愈高。特别强调早期发现、早期诊断、早期治疗，有时间仍争取根治性治疗，且 MPC 术后也应给予相应化疗，因为化疗患者较未化疗患者生存时间长[6-7]。

［参考文献］

［1］董锐增，师英强，叶延伟，等. 胃癌合并其他器官原发癌 74 例临床分析［J］. 中华胃肠外科杂志，2013，13（2）：125 - 128.

［2］Ozer E，Canda T，Kuyucuodlu F. P53 mutations in bilateral breast carcinoma. Correlation with Ki-67 expression and the mean nuclear volume［J］. Cancer Lett，1998，122：101 - 106.

［3］贺 丽，李光焰. 乳腺癌改良根治术后药物化疗的护理［J］. 局解手术学杂志，2009，18（3）：213 - 214.

［4］叶正亮，周晓聪. 双侧原发性乳腺癌 10 例临床分析［J］. 中国医师进修杂志，2010，32（2）：59 - 60.

［5］张家钰. 放射治疗诱发恶性肿瘤. 中华放射医学与防护杂志，1998，18（2）：138 - 139.

［6］付尚志. 双原发癌 45 例临床分析［J］. 肿瘤防治研究，2001，28（2）：142 - 143.

［7］蔡昌豪，吴本俨，吴道宏，等. 老年消化道多原发癌患者的辅助化疗及转归［J］. 世界华人消化杂志，2004，12（5）：1221 - 1222.

（编辑：左艳芳）

巨大右输尿管膀胱壁间段结石 1 例

彭大振[1]，王立新[1]，黄 亮[1]，祝旭飞[1]，陈 玮[1]，郑永庆[1]，张恩路[1]，卢根生[2]（1. 解放军第 210 医院泌尿外科，辽宁 大连 116021；2. 第三军医大学西南医院全军泌尿外科研究所，重庆 400038）

［**关键词**］输尿管结石；膀胱结石；诊治

［**中图分类号**］R691.4 ［**文献标识码**］B ［**文章编号**］1672-5042（2014）06-0683-02

输尿管结石通常体积不大，急性发病，常伴有腰疼、恶心呕吐等不适症状，由于患者一般会选择紧急就医诊治，所以通常不会延误诊治[1]。我院近期收治了 1 例右输尿管膀胱壁间段巨大结石患者，该患者被误诊为膀胱结石多年，最后于术中发现，给予输尿管切开取石治疗，现报告如下。

doi：10.11659/jjssx.1672-5042.201406054

［**收稿日期**］2014-08-28 ［**修回日期**］2014-09-11