维普资讯 http://www.cqvip.com

(18)
59—62

重庆医科大学学报 1993年第18卷第1期

乳腺癌手术后复发和转移的医源性因素

R737.9

第一医院肿瘤科 雷自重

提 要 医源性因素是在医疗处理过程中形成的对疾病预后不利的情况，这些因素能通过医务人员的足够重视而尽量避免。本文通过对105例乳腺癌术后复发和转移病例资料的分析，提出治疗计划不周密、操作技术不严格，是影响乳腺癌术后复发和转移的两大医源性因素，以期引起足够的重视

关键词 乳腺癌；复发；转移；医源性因素
中图分类号 R737.9，R73-37

肿瘤转移

影响乳腺癌手术后复发和转移的客观因素如患者年龄、性别、一般状况、病变部位、临床病期、病理类型、ER、PR状态等等，已为医界所熟知。影响乳腺癌术后复发和转移的医源性因素则鲜有探讨。恰是后者，通过医生的努力可力求避免。本文就我科1986年1月至1991年12月收治的386例乳腺癌放射治疗病例中，放疗前或放疗后随访期间，经病理、x线或CT确诊局部复发或远处转移者105例，对其医源性因素作一探讨，以期引起重视。

资料与结果

1. 一般资料

105例中，女103例，男2例。本院手术者38例（A组），他院手术者67例（B组）。患者年龄最小26岁，最高76岁。中位年龄46.5岁（A组49.5岁，B组45.5岁）。平均年龄47.2岁（A组48.6岁，B组46.5岁）一般情况按Karnofsky计分，均大于80。

2. 病期分布

根据原始资料，全部重新按1988年UICC和AJCC联合制订的TNM分期标准[1]，分期如表1。

3. 复发部位

手术区内局部复发62例（其中19例伴远处转移），复发部位分布及与同期收治的全部乳腺癌术后放疗人数之比如表2。

4. 转移部位

远处转移43例（其中19例伴局部复发），共59个转移部位，分布如表3。

5. 手术方式

各期病人的手术方式见表4。因本组病例的手术方式未作随机分组，且系多个医院施行，故手术方式与复发转移的关系无可比性。

表1 病期分布

分组	例数	临床分期						
		Ⅰ(%)	ⅡA(%)	ⅡB(%)	ⅢA(%)	ⅢB(%)	Ⅳ(%)	不能分期(%)
A组	38	1*(2.6)	2(5.3)	11(28.9)	8(21.1)	12(31.6)	1**(2.6)	3 (7.9)
B组	67		4(6.0)	13(19.4)	16(23.9)	10(14.9)		24(35.8)
合计	105	1 (1.0)	6(5.7)	24(22.9)	24(22.9)	22(21.0)	1 (1.0)	27(25.7)

* 男性61岁$T_1N_0M_0$腺癌

** 女性48岁$T_2N_{1b}M_1$（同侧锁骨上淋巴结阳性）不典型髓样癌伴浸润性导管癌

维普资讯 http://www.cqvip.com

表2 复发部位

分组	收治例数	复发例数	复发率%	复发部位 胸壁（%）	胸壁及腋下（%）	腋下（%）
A组	286	22	7.7	19 (6.6)	2 (0.7)	1 (0.3)
B组	100	40	40.0	18 (18.0)	14 (14.0)	8 (8.0)
合计	386	62	16.1	37 (9.6)	16 (4.1)	9 (2.3)

$P<0.001$

表3 转移部位

分组	收治例数	转移例数	转移率%	转移部位* 同侧锁骨上（%）	对侧锁骨上（腋下）（%）	肺、骨、脑（%）
A组	286	16	5.9	6 (2.1)	9 (3.1)	9 (3.1)
B组	100	27	27.0	16 (16.0)	3 (3.0)	16 (16.0)
合计	386	43	11.1	22 (5.7)	12 (3.1)	25 (6.5)

$P<0.001$ * 14例2个转移部位，1例3个转移部位。

表4 手术方式与临床分期

手术方式	临床分期 Ⅰ（%）	ⅡA（%）	ⅡB（%）	ⅢA（%）	ⅢB（%）	Ⅳ（%）	X*（%）	全组（%）
扩大根治术			1(4.2)	1 (4.2)	1 (4.5)		2 (7.4)	5 (4.8)
根治术	1**	5(83.3)	18(75.4)	20(83.3)	16(72.8)	1**	15(55.6)	76(72.4)
改良根治术		1(16.7)	2(8.3)	3(12.5)	1 (4.5)		5(18.5)	12(11.4)
肿瘤切除加腋清扫			2(8.3)		3(13.7)			5 (4.8)
肿瘤切除			1(4.2)		1 (4.5)		5(18.5)	7 (6.6)
合计	1	6(100.0)	24(100.0)	24(100.0)	22(100.0)	1	27(100.0)	105(100.0)

* 他院手术资料不全或已先作肿瘤切除，不能准确分期
** 见表1注

6. 放射治疗

全部病例术后均未作过手术区（乳房、胸壁、腋窝）放射。47例术后作了同侧锁骨上区（或加内乳区）放射，其中1例系术后3月余才来我科治疗，9例因故放射剂量低于45Gy/4.5周。58例复发转移前未作过任何放射治疗。

表5 术后同侧锁骨上（或加内乳）区放射与复发部位分布

放射剂量	复发部位 胸壁	（%）	胸壁及腋下（%）	腋下	（%）	全组	（%）
≥45Gy/4.5W	21	(56.8)	3	(18.8)	5	(55.6)	29	(46.8)
<45Gy/4.5W	3	(8.1)					3	(4.8)
未放疗	13	(35.1)	13	(81.2)	4	(44.4)	30	(48.4)
合计	37	(100.0)	16	(100.0)	9	(100.0)	62	(100.0)
P值	>0.05		>0.05		>0.05		<0.05	

* 放疗病例中Ⅰ、Ⅳ期占55.3%(26/47)，未放疗病例中Ⅰ、Ⅳ期占36.2%(21/58)。

维普资讯 http://www.cqvip.com

表6 术后同侧锁骨上（或加内乳）区放射与转移部位分布

放射剂量	转移部位							
	同侧锁骨上(%)		对侧锁骨上(腋下)(%)		肺、骨、脑(%)		全组 (%)	
≥45Gy/4.5W	1*	(4.5)	5	(41.7)	9	(36.0)	15	(25.4)
<45Gy/4.5W	4	(18.2)	4	(33.3)	3	(12.0)	11	(18.7)
未放疗	17	(77.3)	3	(25.0)	13	(52.0)	33	(55.9)
合计	22	(100.0)	12	(100.0)	25	(100.0)	59	(100.0)
*P*值	<0.05		>0.05		>0.05		>0.05	

* 手术与放疗间隔时间>3个月。

表7 55例化疗情况

化疗方案	化疗时间				
	术前后	术后	术前	术中	合计
Cooper's	9	6	1		16
VMF		15			15
其他		10			10
单药		13		1	14
合计	9	44	1	1	55

术后同侧锁骨上区（或加内乳区）预防性放射与复发转移的关系如表5、6。

7. 化疗

50例未曾使用化疗，55例曾短期使用化疗见表7。全组均未作过辅助性长期联合化疗。

讨论

从本组资料可以看出，影响乳腺癌术后局部复发和远处转移的医源性因素主要来自以下两个方面：

1. 治疗计划不周密

肿瘤的首次治疗得当与否，是治疗成败的关键。因为不合理的手术、放疗或化疗，不但增加正常组织不必要的损伤，延误治疗时间，而且手术或放疗对肿瘤床干扰而导致的肿瘤血供改变，化疗导致的抗药性等，都对补救性治疗不利。所以严格的治疗计划至关重要，尤其是作为一种全身性疾病的乳腺癌[2-4]，必须根据病人的具体情况和客观治疗条件，制订周密的治疗计划。本组病例在治疗计划上至少有三点值得重视。

（1） 保守手术后的根治性放疗问题

文献报道，早期乳腺癌区段切除加腋清扫术后局部复发率，不加根治性放疗者达27.9～36.2%，加根治性放疗者仅2.1～7.7%[4,6]。可见乳房区段切除术或肿瘤切除术后给予根治性放疗的重要性。《中国常见恶性肿瘤诊治规范》（以下简称《规范》）也肯定了这一治疗原则。表4显示本组有12例只作了肿瘤切除术或肿瘤切除加腋清扫术，而且都不是早期病例，术后未作根治性放疗，显然是计划不周全。

（2） 根治术后的预防性放射问题

文献报道，乳腺癌根治术后腋下淋巴结阳性患者，同侧锁骨上区转移率，不作预防性放射者达20～25%，作预防性放射者仅2%[8]。而T_{3-4}或N_2乳腺癌患者根治术后局部复发率达36.2%[7]。所以《规范》肯定了下述治疗原则是非常恰当的。即Ⅰ期腋下淋巴结阳性者，根治术或仿根治术后应作同侧内乳区及锁骨上下区预防性放射；若原发灶

维普资讯 http://www.cqvip.com

位于中央或内象限，则腋下淋巴结阴性者也要作内乳区放射；Ⅲ期乳腺癌根治术后都要作同侧锁骨上下区及内乳区放射，腋下淋巴结阳性数多者，还应加照胸壁。表6显示本组有22例术后同侧锁骨上区淋巴结转移，其中17例未作过预防性放射，4例放射剂量不足，1例间隔时间过长，均属计划不周。表4中46例Ⅲ期乳腺癌患者，42例作了根治性手术，但均未作胸壁放射，显然也有计划不周之嫌。

（3） 辅助性长期联合化疗问题

目前有越来越多的证据表明，乳腺癌即使在早期也是一个全身性疾病。在腋窝淋巴结已有转移的病人中，几乎都有显微转移灶存在。对于远处显微转移灶，手术或放疗等局部治疗是无能为力的。术后辅助性化疗的目的，就在于消灭显微转移灶，减少复发和临床转移的发生，从而提高治愈率。国外40个随机分组研究的综合资料表明，术后长期联合化疗与仅作术前或术前后化疗相比，复发转移率可降低40%左右[4]。本组病例均未作过有计划的助辅性化疗，虽有诸多原因，总的来说还是对长期联合化疗的认识尚不统一，缺乏严密的综合治疗计划安排。

2. 操作技术不严格

从一般资料可以看出，AB两组患者的年龄及一般情况相似。表1显示，除B组因记录不详不能分期者较多外，病期分布比例差异不大。然而表2、表3则显示出B组复发转移者占同期相应组收治病人的比例明显大于A组（$P<0.001$）。固然两组患者来我科就医的几率不同，也是造成这种差异的原因之一，但腋窝淋巴结复发率B组高达22%（22/100），A组仅1%（3/286），仍可提示A组确有较多病人受益于手术医师牢固的无癌观念和严格的技术操作。

参 考 文 献

[1] 中国肿瘤防治研究办公室、中国抗癌协会. 中国常见恶性肿瘤诊治规范 第八分册 乳腺癌 北京：北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社 1990；24

[2] 王肇炎，韩 锐，主编.肿瘤药物治疗 北京人民卫生出版社 1987；185

[3] 詹友庆. 癌症 1991；10(5)：442

[4] 余子豪. 乳腺癌治疗的进展 1991成都临床肿瘤学术讨论会专题报告文集 成都 1991；30

[5] 申文江. 中国放射肿瘤学 1988；2(3)：58

[6] Fletcher GH. Am. J. Roentgenol. 1971；111：115

[7] 实用肿瘤学 第二册 北京 人民卫生出版社1979；263

（收稿日期1992-05-21）

IATROGENIC FACTORS IN POSTOPERATIVE RECURRENCE AND METASTASIS OF BREAST CANCER

Lei Zizhong

Dept. of Oncology, The First Hospital

Iatrogenic factors are adverse conditions in a patient as the result of treatment by a physician or surgeon and can be avoid if the attention has been paid seriously. In this paper, 105 cases of postoperative recurrence and/or metastasis of breast cancer were analysed. The results showed that the inconsiderate treatment plan and improper operation were majar iatrogenic factors for postoperative recurrence and metastasis in breast cancer

KEY WORDS Breast cancer; Recurrence; Metastasis; Iatrogenic factor