

保留肋间臂神经的改良乳癌根治术 24 例

高峰 黄元夕

(黑龙江省医院普外二科 黑龙江, 哈尔滨 150036)

摘要 目的: 探讨乳腺癌改良根治术中保留肋间臂神经的临床价值。方法: 在 24 例乳腺癌改良根治术中完整保留肋间臂神经 16 例, 切除肋间臂神经 8 例。术后对 24 例患者上臂内侧感觉功能进行随访观察。结果: 24 例患者在随访第 1、6、24 个月期间局部均未发现癌肿复发、转移。保留肋间臂神经 16 例中术后患侧上臂内侧及腋部皮肤感觉正常 14 例(87.5%), 感觉异常 2 例(12.5%); 而切除肋间臂神经的 8 例病人均有感觉异常。结论: 在乳腺癌改良根治术中保留肋间臂神经可明显减少术后患侧上臂内侧感觉障碍的发生率, 有助于提高病人的生活质量。

随着对乳腺癌生物学了解的深入, 乳腺癌外科手术范围亦趋缩小, 且更加重视术后病人的生存质量。传统乳腺癌改良根治术对保留肋间臂神经(intercostobrachial nerve, ICBN)缺乏认识和重视, 常引起患侧臂腋部皮肤感觉异常, 影响病人术后生存质量。我们在 2004 年 1 月~2006 年 1 月期间对 24 例乳腺癌改良根治术病人施行保留 ICBN 16 例, 现分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 24 例均为女性患者, 年龄 30~66 岁, 中位年龄 49 岁。按国际抗癌联盟(UICC)临床分期: I 期 2 例, II 期 15 例, IIIa 期 7 例。全部病例均经病理证实, 其中浸润性导管癌 21 例, 浸润性小叶癌 1 例, 黏液腺癌 1 例。

1.2 手术方法

Auchincloss 术 16 例, Patey 术 8 例。取横向切口, 常规分离皮瓣后, 将连同皮下脂肪的全乳房及其深面的胸大肌筋膜, 自上而下、由内往外整块分离直达腋窝, 剪开喙锁筋膜, Patey 术式则切除胸小肌, 显露腋静脉, 可先清除腋静脉周围的淋巴及脂肪组织, 然后顺腋壁由上而下清扫, 于胸小肌外侧缘后方与第二肋间隙交界处可见一直径约 1.5~2mm 的横行琴弦状索状物穿出肋间, 走行与胸长神经相垂直, 此即为 ICBN, 予以妥善保护后, 在其深面继续完成腋窝清扫术。若发现腋窝淋巴结明显肿大融合或与之有粘连或者钳夹、误扎, 则放弃保留该神经。

2 结果

本组 24 例均行改良根治术, 共保留 ICBN 16 例。保留率为 66.7%。保留失败 8 例, 其原因多为组织粘连、淋巴结包裹侵犯, 偶有误切。术后 24 例患者在随访第 1、6、24 个月期间局部均未发现复发、转移、死亡, 随访率 100%。保留肋间臂神经 16 例中术后患侧上臂内侧及腋部皮肤感觉正常 14 例(87.5%), 感觉异常 2 例(12.5%); 而切除 ICBN 的 8 例病人均有感觉异常。局部感觉异常主要表现为上臂内侧、腋下、肩胛等部位皮肤麻木、酸胀、疼痛或烧灼感、沉重感、蚁行感等。

3 讨论

3.1 ICBN 的解剖

ICBN 为第二肋间神经的外侧皮支, 是纯感觉神经。该神经位于胸小肌外侧缘后方的第二肋间穿出肋间肌和前锯肌, 有时还有第一或第三肋间神经的分支加入, 直径约 2mm 左右, 在胸背动、静脉浅面行走并穿过腋脂垫, 继而越过背阔肌上部前缘, 于腋静脉下方进入上臂, 主要分布于上臂内侧及腋部皮肤, 其分布范围存在个体差异。根据 ICBN 外侧皮支出前锯肌及胸壁外分支情况, 吴诚义等^[1]提出分为 5 型: I 型, 缺如型; II 型, 单干型; III 型, 单干分支型; IV 型, 两干型; V 型, 3 干型。其中以 II、III、IV 型为多见。

3.2 保留 ICBN 的临床应用价值

通常认为保留该神经不利于腋下脂肪、淋巴组织彻底清扫, 有增加乳腺癌局部转移或复发的危险。部分术者在手术中主张切除 ICBN。有文献资料显示^[2], 乳腺癌根治术后 47.5% 的患者可有感觉异常, 其中局部疼痛发生率可高达 26.9% (36/134)。多认为这些感觉异常于术中损伤或切除 ICBN 有关^[3]。这种难以用药物及其他方法控制的腋下、上臂内侧、肩胛部感觉异常已成为患者长时期不能摆脱恶性肿瘤阴影的主要因素之一, 对肿瘤患者的心理及生活质量的影响是深刻的。Roses 等^[4]报道 200 例乳腺癌根治术中切除肋间臂神经 ICBN 190 例, 保留该神经 10 例, 术后臂腋部有麻木感者 153 例(76.5%), 疼痛持续者 5 例(2.5%)。本组切除 ICBN 16 例, 术后均有患侧上臂内侧及腋部皮肤感觉异常。Temple 等^[5]报道乳腺癌腋淋巴清扫术保留 ICBN 32 例, 其中感觉正常 28 例(87.5%), 感觉异常 4 例(12.5%)。我们认为对少数保留 ICBN 而术后出现感觉异常者, 可能与术中游离该神经时过度牵拉或钳夹损伤有关, 也可能因为部分患者术后瘢痕形成和局部炎症刺激, 以及皮瓣张力过大, 压迫 ICBN 所致。随着对乳腺癌生物特性的深入认识以及病人对生活质量的要求不断提高, 有目的地在乳腺癌腋淋巴清扫术中保留 ICBN, 减少术后患侧上臂内侧及腋部皮肤感觉异常的发生率, 有利于改善病人术后生活质量, 具有良好的临床应用价值。

3.3 保留 ICBN 对手术操作及手术效果的影响

在分离清扫腋下脂肪、淋巴组织时显露、保护 ICBN 的方法与胸长神经、胸背神经手法基本一致, 手术时间为 5~10min,

(下转第 74 页)

(收稿日期: 2006-02-16 接受日期: 2006-04-24)

发病率明显上升,平均感染率达 32.2%,即全球有 1/3 人口感染了结核菌,每年有八百万新结核病人发生,约有三百万人死亡。肺结核是否发展成肺癌:迄今为止的临床科研资料提示,肺结核与肺癌的发生没有直接的关系。肺结核是结核菌感染引起的呼吸道传染病,而肺癌是与吸烟、大气污染和免疫功能低下有关的肿瘤性疾病。但是肺结核对肺部造成慢性损害,影响了支气管粘膜上皮的正常功能和机体的免疫抗病毒状态,对肺癌的发生有间接的促进作用,肺结核钙化的病灶、结核性瘢痕、陈旧性空洞壁及其支气管、肺泡上皮细胞增生、增殖等与肺癌的发生有一定的关系。人患肺癌的致癌潜伏期很长,一般需要 10-30 年,年青时患肺结核,治愈后肺部出现钙化灶,有些病人老年后又患肺癌,临床上经常发现陈旧性肺结核合并肺癌的病例。肺癌如果与活动性肺结核并存。更容易给诊断造成困难。结核病人一般年青者多,肺癌病人老年者多,但目前结核病老年化趋势已在国内表现出来,肺癌年青患者的比例也在增加,当两者存在时,往往由于结核病灶的存在或痰中找到结核杆菌而忽视肺癌的诊断。⑤结核病变极易向纤维化、瘢痕化转化。且肺结核病变的瘢痕灶,钙化灶,空洞等病变易成为癌变先驱。其原因是:肺结核其支气管粘膜长期受到急慢性炎症的刺激,结核性支气管扩张,空洞及肺泡细胞上皮均可发生鳞状上皮化生,加之外界致癌物质的刺激,易导致癌变。结核性支气管扩张尤其是囊状支气管扩张以及空洞,利于烟草中的焦油滞留,而其中的亚硝酸胺,苯并吡均为致癌物质。纤维化及钙化相应部位肿块的发生可能与引流淋巴管阻塞,使含有炭末的巨噬细胞在瘢痕部位沉着其中含有固醇等致癌物质,肺结核和肺癌均为消耗性疾病,均可导致机体免疫功能低下而为另一疾病发生创造条件,故当患者的临床症状或影响表现逐渐恶化,抗结核治疗疗效欠佳,在除外耐药

菌感染的情况下,应考虑肺结核和肺癌并存的可能。⑥肺结核是肺癌的一个危险因素,尤其是 20 年以上病史肺结核患者发生肺癌的危险性是一般人群的 2.5 倍以上。老年肺结核临床表现不典型,胸部 X 线与肺癌相似,常导致两病相互掩盖,造成误诊、漏诊。肺结核与肺癌并存关键是如何早期发现,这关系到病人的预后,尤其是 60 岁以上的老年人处在肿瘤的高发期更应引起重视。对于老年性肺结核如有持续性胸痛、血痰、长期吸烟史、肿瘤家族史、肺内同一部位反复发作的感染、X 线显示上叶前段、后段、下叶基底段出现的肺不张或浸润病灶、胸水迅速增长且为血性、活动性肺结核抗痨治疗后病灶进展等都应引起高度重视,即使痰结核菌阳性也要做肿瘤的相关检查。以免肺癌漏诊。

肺癌合并肺结核虽然难确诊,只要医务人员认真分析肺癌、结核两种疾病各自的特点、特征,提高对合并症认识的早期鉴别,充分利用现代化的检查手段,肺癌诊断率可不断提高。

参考文献

- [1] 宋文虎. 结核病学进展[M]. 北京: 光明日报出版社, 1995, 11: 1-53
- [2] 张敦熔. 现代结核病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2000: 557-560
- [3] 吴月萍. 48 例肺结核合并肺癌与肺结核临床影像学对照分析[J]. 实用肿瘤学杂志, 2000, 14(4): 281-282
- [4] 郑苇菁, 高玉堂, 汪钟贤, 等. 肺癌与肺结核关系的病例对照研究[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1988, 11: 135-138
- [5] 袁建文. 血清 CA-50 和 CEA 在肺癌、肺结核的表达及诊断价值[J]. 中国现代医学杂志, 2001, 11(9): 45-46
- [6] 黄秀芝. 肺结核与肺癌并存 55 例临床分析[J]. 南京铁道医学院学报, 1995, 14(2): 123

(上接第 72 页)

基本上不增加手术操作难度及总手术时间^[6]。Temple 等^[5]对 50 例 I 期保留 ICBN 者随访 5 年,未见局部转移复发病例;我们对保留 ICBN 患者随访 24 个月也未见有腋下和胸壁转移复发,表明术中保留 ICBN 对乳腺癌根治术的效果没有影响。但这并非意味着所有乳腺癌手术都可以保留 ICBN,由于肿瘤转移时可侵犯其邻近神经外膜及束间淋巴组织,所以此时若保留该神经,则会出现局部癌残留可能,故手术中切除 ICBN。因此笔者认为,乳腺癌手术时是否保留 ICBN 应根据具体情况而定,如患者出现患侧腋下淋巴结肿大、粘连、固定或 ICBN 受肿瘤粘连、侵犯则不应保留 ICBN。

参考文献

- [1] 吴诚义, 姚榛祥, 吴凯南, 等. 乳腺癌淋巴清扫术中保留肋间臂神

经的方法和意义[J]. 外科理论与实践, 2001, 4: 210-212

- [2] Paredes JP, Puente JL, Potel J. Variations in sensitivity after sectioning the intercostobrachial nerve[J]. Am J Surg, 1990, 160(5): 525-528
- [3] 范忠林, 宋振川, 李海平, 等. 乳腺癌手术保留肋间臂神经的临床价值[J]. 中华外科杂志, 2001, 39(10): 773-774
- [4] Roses DF, Brooks AD, Harris MN, et al. Complications of level I and II and axillary dissection in the treatment of carcinoma of the breast[J]. Ann Surg, 1999, 230(2): 194-201
- [5] Temple WJ, Ketcham AS. Reservations of the intercostobrachial nerve during axillary dissection for breast cancer[J]. Am J Surg, 1985, 150(5): 585-588
- [6] 陆澄, 杨鹏, 袁春燕, 等. 乳腺癌改良根治术中保留肋间臂神经的意义[J]. 现代医学, 2002, 30(5): 319-320