

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0026-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.011

早期乳腺癌保乳手术后复发危险因素分析

徐步存 刘玉献 于伟伟 刘爱霞

(安阳市妇幼保健院, 河南 安阳 455000)

〔摘要〕 目的: 探讨早期乳腺癌患者保乳手术后复发的危险因素。方法: 回顾性分析 2010 年 1 月至 2018 年 12 月在安阳市妇幼保健院乳腺外科接受保乳手术的早期乳腺癌患者 216 例的临床资料, 并采用 Logistic 多因素回归分析影响复发的因素。结果: 216 例患者的中位随访时间为 51 个月, 9 例 (4.2%) 出现局部复发, 11 例 (5.1%) 出现远处转移。5 年无远处转移生存率为 94.91%, 5 年总体生存率为 98.1%。Logistic 多因素回归分析显示, 年龄、乳腺癌家族史、淋巴结转移、人表皮生长因子受体 2 (Her-2) 状态是早期乳腺癌患者保乳术后复发的危险因素。结论: 年龄、乳腺癌家族史、淋巴结转移、Her-2 状态是早期乳腺癌患者保乳术后复发的危险因素, 具有高危因素的患者术后应该采取更为积极的治疗手段以减少复发。

〔关键词〕 早期乳腺癌; 保乳手术; 手术后复发; 危险因素

〔中图分类号〕 R 737.9 〔文献标识码〕 B

乳腺癌是全世界女性最常见的恶性肿瘤, 欧洲每年有 430000 例新增乳腺癌患者^[1], 我国乳腺癌发病率也呈逐年上升趋势^[2]。随着女性对生活质量的要求不断提高及对美的追求, 保乳手术受到了乳腺癌患者的青睐。虽然国外研究表明^[3], 只要严格掌握适应证, 规范操作, 保乳手术可以获得与根治手术相同的临床预后受益。但是我国保乳手术起步较晚, 保乳术后 6~20 年的局部复发率高达 3%~22%^[4], 因此制约了我国保乳手术的推广。为了进一步探讨影响保乳术后复发的因素, 以降低术后复发率, 本研究对本院收治的 216 例接受保乳术治疗的乳腺癌患者资料进行分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2010 年 1 月至 2018 年 12 月在本院乳腺外科接受保乳手术的早期乳腺癌患者, 共纳入 216 例, 年龄 27~68 岁, 平均 (41.7 ± 11.3) 岁, 按手术后是否复发分为复发组和未复发组。

1.2 收集资料

通过查阅入组患者病历资料, 收集患者一般资料, 包括: 年龄、民族、乳腺癌家族史, 以及基本资料, 包括: 肿瘤原发灶大小、病理类型、TNM 分期、淋巴结情况、分子分型、人表皮生长因子受体 2 (human epidermal growth factor receptor 2, Her-2), Ki-67 及是否复发等。

复发包括局部复发和远处转移。局部复发: 手术侧乳腺内首次出现乳腺癌复发, 经手术肿块切除或穿刺活检病理确诊; 远处转移: 由 B 超、CT、全身骨扫描等影像学证实或

经病理活检确诊, 在手术侧乳腺及同侧腋窝、锁骨上下、内乳淋巴结以外的部位出现转移病灶。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理, 单因素分析采用 χ^2 检验, 多因素采用 Logistic 回归分析, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的术后情况

216 例患者随访时间为 11~108 个月, 中位随访时间 51 个月, 其中死亡 6 例, 均死于乳腺癌, 死亡率为 2.8%, 9 例 (4.2%) 在术后 14~52 个月出现局部复发, 11 例 (5.1%) 出现远处转移。5 年内转移者 10 例, 5 年无远处转移生存率为 94.91% (205/216), 5 年内死亡 4 例, 5 年总体生存率为 98.1%。

2.2 患者保乳术后复发因素的单因素分析

对早期乳腺癌患者保乳术后复发因素单因素分析, 结果显示, 复发组患者中年龄 ≤ 40 岁、有乳腺癌家族史、淋巴结转移、Her-2 (+) 及 Ki-67 (-) 比例均高于未复发组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$); 而两组患者的肿瘤大小、病理类型、TNM 分期的差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

2.3 患者保乳术后复发的 Logistic 多因素回归分析

将表 2 中差异具有统计学意义的因素纳入 Logistic 多因素回归分析, 结果显示, 年龄、乳腺癌家族史、淋巴结转移、Her-2 状态是早期乳腺癌患者保乳术后复发的危险因素, 见表 2。

〔收稿日期〕 2021-01-11

〔作者简介〕 徐步存, 男, 主治医师, 主要从事乳腺科临床诊疗工作。

表 1 患者保乳术后复发因素的单因素分析 (n(%))

因素	复发组 (n = 20)	未复发组 (n = 196)	χ^2	P
年龄 / 岁				
> 40	3(15.0)	84(42.9)	5.855	0.016
≤ 40	17(85.0)	112(57.1)		
乳腺癌家族史				
是	18(90.0)	104(53.0)	10.074	0.002
否	2(10.0)	92(47.0)		
肿瘤大小 /cm				
≤ 2	8(40.0)	71(36.2)	0.112	0.738
> 2	12(60.0)	125(63.8)		
病理类型				
原位癌	2(10.0)	29(14.8)	0.409	0.512
浸润性非特殊癌	15(75.0)	140(71.4)		
黏液腺癌	2(10.0)	16(8.2)		
髓样癌	1(5.0)	11(5.6)		
TNM 分期				
0 期	2(10.0)	22(11.2)	0.141	0.706
I 期	12(60.0)	141(71.9)		
II a 期	5(25.0)	25(12.8)		
II b 期	1(5.0)	8(4.1)		
淋巴结情况				
转移	9(45.0)	38(19.4)	6.993	0.008
未转移	11(55.0)	158(80.6)		
分子分型				
Her-2(+)	8(40.0)	30(15.3)	7.743	0.007
LuminalA + B 型	7(35.0)	106(54.1)		
三阴性乳腺癌	5(25.0)	60(30.6)		
Ki-67				
+	4(20.0)	100(51.0)	6.995	0.008
-	16(80.0)	96(49.0)		

注: Her-2 一人表皮生长因子受体 2

表 2 患者保乳术后复发的 Logistic 多因素回归分析

因素	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
年龄	0.965	0.395	5.326	0.022	2.570	(1.210, 5.693)
乳腺癌家族史	1.051	0.466	5.112	0.001	2.355	(1.148, 7.130)
淋巴结转移	1.326	0.544	4.788	0.000	2.154	(1.297,10.938)
Her-2 状态	1.139	0.338	5.067	0.031	3.125	(1.611, 6.061)
Ki-67	0.455	0.754	0.884	0.154	1.543	(0.360, 6.909)

注: Her-2 一人表皮生长因子受体 2

3 讨论

保乳手术在治疗早期乳腺癌中应用较广泛, 欧美国家保乳率已达 50% ~ 70%^[1]。保乳手术后复发是影响其推广的主要因素。国内学者^[5]通过前瞻性随机试验证实, 年龄 < 45 岁的年轻乳腺癌患者象限切除+放疗与全乳切除的生存率无明显差异。有学者报道^[6]也证实, 乳腺癌保乳术后复发高峰集中在术后第 2~3 年, 不过其原因目前尚不明确。

研究表明, 年龄是乳腺癌保乳术后局部复发的影响因素之一, 尤其是青年女性局部复发及远处转移的风险较大, 预后较差^[7]。另有研究^[8]证实, 年龄 ≤ 35 岁与 > 35 岁 Her-2

状态阳性乳腺癌患者保乳术后复发率无显著差异。相关研究^[9]通过对 3131 例保乳手术乳腺癌患者进行回顾性研究, 发现年龄 < 40 岁的局部复发率高达 11.4%, 远高于 40~49 岁、50~59 岁、60~69 岁等年龄段患者, 5 年无局部复发生存率仅为 90.5%, 远低于其他年龄段, 该研究认为, < 40 岁是保乳术后局部复发的重要危险因素之一。本研究结果显示, 年龄是早期乳腺癌患者保乳术后复发的危险因素之一。原因可能与年轻患者乳腺癌机体代谢旺盛, 肿瘤活性较高, 具有浸润性、低分化、易扩散及易侵犯血管等特点有关。而我国乳腺癌患者逐渐年轻化, 保乳意愿较强, 临床上应该对此类患者持谨慎态度, 并告知患者及家属保乳手术复发的风险^[10]。

乳腺癌腋窝淋巴结转移往往提示局部复发或淋巴结转移, 是乳腺癌患者预后较差的指标^[11]。本研究显示, 淋巴结转移是早期乳腺癌患者保乳术后复发的危险因素。因此如果术前有腋窝淋巴结转移的患者, 应谨慎选择保乳术, 以减少复发风险。Her-2 状态是乳腺癌关系非常密切的一种基因, 也是靶向治疗药物选择的一个有效靶点。

乳腺癌治疗应以个体化、规范化治疗为原则, 术后复发风险评估是判断预后的一个重要组成部分, 具有高复发风险因素的患者应该在保乳术后必须接受系统化综合治疗以降低复发风险。本研究通过对多个因素进行分析显示, 年龄、乳腺癌家族史、淋巴结转移、Her-2 状态是早期乳腺癌患者保乳术后复发的危险因素。对于具有上述因素的乳腺癌患者应该综合考虑后再采取保乳手术, 术后应该采取更为积极的治疗手段以减少复发。

[参考文献]

- 刘玲玲, 林芳, 韩耀风, 等. 中国女性乳腺癌患者术后复发影响因素 Meta 分析 (J). 中国公共卫生, 2017, 33(1): 165-169.
- 牛钊峰. 乳腺癌术后复发的临床因素及再治疗的分析 (J). 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(39): 73-74.
- 吴晖, 欧阳取长, 谢宁, 等. 乳腺癌患者术后胸壁复发及预后相关因素分析 (J). 中华肿瘤防治杂志, 2016, 23(22): 1498-1502.
- 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 (2013 版) (J). 中国癌症杂志, 2013, 23(8): 637-684.
- 林灿洁, 钟声学, 邓文忠. 乳腺密度与乳腺癌保乳术后局部复发的关系探讨 (J). 现代肿瘤医学, 2016, 24(11): 1739-1741.
- 胡智刚, 钱立庭, 张红雁, 等. 62 例早期乳腺癌保乳术后疗效及局部复发因素分析 (J). 安徽医科大学学报, 2013, 48(10): 1267-1269.
- 周琨. 乳腺癌保乳手术后局部复发因素的分析 (J). 中国临床医学, 2014, 21(4): 431-432, 437.
- 耿文文, 张斌, 梁新瑞, 等. 年龄对保乳术后局部复发风险的影响 (J). 肿瘤, 2013, 32(12): 1009-1014.
- 李良平. 乳腺癌乳房全切术后局部区域复发和远处转移的

- 相关危险因素(J). 中国老年学, 2018, 38(1): 132-134. (11) 宋方彬, 张建兵, 李善宝, 等. 乳腺癌术后内分泌治疗5年复发危险因素分析(J). 中华普通外科杂志, 2018, 33(4): 305-308.
- (10) 王敏, 王先明. HER-2阳性乳腺癌保乳术后局部复发的多因素研究(J). 中国现代手术学杂志, 2013, 17(3): 161-165.

(文章编号) 1007-0893(2021)04-0028-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.012

BISAP、APACHE II、Ranson 评分系统对急性胰腺炎并感染病情的评估价值

程倩

(南阳市中心医院, 河南 南阳 473000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨临床中急性胰腺炎严重程度床边指数(BISAP)、急性生理学和慢性健康状况评价II(APACHE II)、Ranson 评分系统对急性胰腺炎合并感染患者病情程度与预后的评估效果, 比较三种方法的临床应用价值。**方法:** 采取回顾性分析, 对南阳市中心医院2008年1月至2015年12月收治的60例急性胰腺炎合并感染患者的临床资料进行分析, 入院时患者应用BISAP、APACHE II、Ranson 评分系统进行评估, 分析各个评分系统对预测急性胰腺炎合并感染患者的病情程度和预后结果。**结果:** 三种评分系统预测急性胰腺炎合并感染病情严重程度、死亡的曲线下面积(AUC)值均 > 0.5 , 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 三种评分系统预测急性胰腺炎合并感染病情程度和死亡的灵敏度、特异度和阳性预测值以及阴性预测值相似, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。**结论:** 临床中应用BISAP、APACHE II、Ranson 评分系统对急性胰腺炎合并感染患者的病情程度的判断和预测预后的效果相似, 但是BISAP评分系统操作简单, 连续性强, 临床中可以依据医院情况进行选择评估。

〔关键词〕 急性胰腺炎; 急性胰腺炎严重程度床边指数评分; 急性生理学和慢性健康状况评价II评分; Ranson 评分

〔中图分类号〕 R 576 **〔文献标识码〕** B

急性胰腺炎是临床中比较常见的急重症疾病, 在临床中具有较高的发病率, 严重的影响患者身体健康。急性胰腺炎患者在临床中常常很容易并发感染, 增加病情严重度, 甚至危及患者的生命。资料显示, 不同疾病程度的急性胰腺炎患者其预后并不相同^[1]。临床中若能够早期对急性胰腺炎患者合并感染的病情程度进行准确评估, 可以较好地指导患者进行治疗, 并改善其预后。因此, 本研究重点分析急性胰腺炎严重程度床边指数(bedside index for severity in acute pancreatitis, BISAP)、急性生理学和慢性健康状况评价II(acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II)、Ranson 评分系统对急性胰腺炎合并感染患者的病情程度与预后预测效果进行比较分析, 旨在更好地了解患者病情状况, 并改善患者的预后, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2008年1月至2015年12月收治的60例急性

胰腺炎合并感染患者作为研究对象, 男性33例, 女性27例, 患者年龄32~73岁, 平均 (50.5 ± 4.3) 岁。住院时间5~16 d, 平均 (9.5 ± 1.4) d。

1.2 观察指标

观察三种评分系统对急性胰腺炎病情严重程度和死亡的预测效果, 包括受试者工作特征(receiver operating characteristic curve, ROC)曲线、曲线下面积(area under curve, AUC)值、预测灵敏度、特异度和阳性预测值以及阴性预测值。

1.3 统计学处理

采用SPSS 19.0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 χ^2 检验, AUC值采取Medcalc计算, 并应用 Z 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者诊断结果

60例急性胰腺炎合并感染患者中, 35例轻症急性胰腺

〔收稿日期〕 2021-01-12

〔作者简介〕 程倩, 女, 主治医师, 主要研究方向是重症医学。