



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.025
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4000.shtml

· 简要论著 ·

老年乳腺癌患者的临床特点和围手术期处理

樊巍巍^{1,2}, 唐利立¹

(1. 中南大学湘雅医院 乳腺外科, 湖南 长沙 410008; 2. 武警湖南总队医院 普通外科, 湖南 长沙 410006)

摘要

目的: 探讨老年乳腺癌患者的临床特点及围手术期处理策略。

方法: 回顾性分析自2002年2月—2011年2月接受手术治疗的2 643例乳腺癌患者的临床资料, 其中年龄 ≥ 65 岁者186例(老年组), <65 岁者2 457例(非老年组), 比较两组乳腺癌患者临床病理特征及术后并发症情况。

结果: 老年组术前存在合并症及有2种或2种以上合并症的患者均明显多于非老年组率(94.6% vs. 68.1%; 78.5% vs. 40.7%, 均 $P < 0.05$), 发生率较高的合并症为心电图改变、高血压病和冠心病(分别占89.25%、68.38%、37.10%); 两组术后总并发症发生率差异无统计学意义($P > 0.05$), 但老年组术后出血、皮下积液、切口感染、肺部感染、心律失常、心功能不全、静脉血栓的发生率高于非老年组, 患侧肩部疼痛发生率低于非老年组(均 $P < 0.05$)。两组间组织病理学差异无统计学意义($P > 0.05$), 但老年组的临床分期高于非老年组($P < 0.05$)。老年乳腺癌组术后并发症的发生率为83.9%(156/186), 术前合并心电图改变、高血压病、冠心病、糖尿病患者术后并发症发生率较高。

结论: 老年乳腺癌患者有特殊的临床特点, 需加强围手术期管理。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(8):1132-1135]

关键词

乳腺肿瘤 / 外科学; 手术后并发症; 老年人
中图分类号: R737.9

乳腺癌是发生于乳腺腺上皮或导管上皮的恶性肿瘤。全球统计数据显示, 乳腺癌已成为全球妇女首发的恶性肿瘤^[1], 发病率逐年上升, 年龄增长是乳腺癌的主要危险因素之一。在发达国家, 50%的乳腺癌患者为65岁以上的妇女^[2]。

本研究通过对老年乳腺癌患者(年龄 ≥ 65 岁)和年龄 <65 岁乳腺癌患者的术前合并症、病理学类型、临床分期、术后并发症的比较, 总结和分析老年乳腺癌患者的临床特点, 以及年龄、术前合并症与术后并发症发生的关系, 以期对临床制定老年乳腺癌患者的个体化治疗方案提供一定的帮助。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自2002年2月—2011年2月手术乳腺癌患者2 643例, 所有患者均经病理证实。其中男5例, 女2 538例; 年龄16~90岁(中位年龄49岁)。其中 ≥ 65 岁老年患者186例(男2例, 女184例), 占7.04%。

1.2 治疗与随访

全组2 643例患者中, 术前行新辅助化疗1 280例, 其中老年组术前新辅助化疗33例(占本组术前新辅助化疗人数的2.58%)。患者均行手术治疗, 手术方式包括乳腺癌改良根治术(包括一期成形术28例)、乳腺全切术+前哨淋巴结活检术、保乳乳腺癌切除术。术后根据患者KPS评分、病理学资料、临床分期等进行个体化、综合性治疗, 如化疗、放疗、内分泌、靶向治疗等。全部患者均从确诊时开始计算生存时间, 随访期间, 除1例炎性乳腺癌患者术后8个月余死亡外, 其他2 642例患者随访时间均 ≥ 1 年。随访截止时间为2012年2月。

收稿日期: 2013-10-08; 修订日期: 2014-05-09。

作者简介: 樊巍巍, 中南大学湘雅医院硕士研究生 / 武警湖南总队医院主治医师, 主要从事临床乳腺外科及微创外科的临床和研究方面的研究。

通信作者: 唐利立, Email: tlli77@medmail.com.cn

1.3 术前合并症

本组中老年乳腺癌组和非乳腺癌组的术前合并症包括高血压病、心电图改变、冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)、糖尿病、肺部疾患、肝功能异常、脑部疾患、甲状腺功能亢进症(简称甲亢)、肾功能不全、贫血、低蛋白血症等。

1.4 术后并发症

分别统计术后出现术后出血、切口感染、皮瓣坏死、皮下积血及积液、患侧上肢水肿、患侧局部区域感觉异常、患侧肩部疼痛及活动受限、臂丛神经损伤、腋静脉血栓、肺部感染、心律失常、心功能不全、肝功能障碍等并发症。

术后出血临床表现为术后引流管内引流出新鲜血 50 mL/h 以上(给予止血、输液等治疗后,各种监测指标好转)或术后第 1 次换药时皮瓣下扪及波动感、空针抽吸抽出血性液体 ≥ 20 mL、或皮瓣下清出 ≥ 20 g 陈旧性凝血块者;根据术后切口红肿热痛炎症表现、切口有脓性分泌物或分泌物细菌培养结果判断切口感染;根据术后换药时观察皮瓣血运情况、皮瓣发白或发黑判断为皮瓣坏死;皮瓣下扪及波动感、空针抽吸抽出非血性液体情况判断皮下积液;患侧上肢水肿的判定为手术后始至随访期间内有患侧上肢沉重、紧缚、疼痛感病史者,肢围测量的差距 ≥ 2 cm 为评定标准^[3];患侧肩部疼痛根据患者术后自我主观评估、按视觉模拟评分法(VAS)疼痛定量方法来测量,取评分值 ≥ 2 分者为阳性;患侧肩部活动受限根据患者主诉手术前后上肢运动功能比较、抓握能力下降、活动范围受限来评定^[3];臂丛神经损伤根据术后体征、肌电图检查来判定;腋静脉血栓根据术后疼痛、上肢肿胀、血管彩超检查来判定;根据咳嗽、咳痰等临床症状、痰培养结果或胸片等结果判断肺部感染;心律失常根据术后心电图明确;心功能不全按 1928 年美国纽约心脏病学会(NYHA)分级(1~4级)标准判断;肝功能障碍根据术后患者肝功能 Child 分级判定,分级为 B 或 C 级者。

1.5 病理学类型及分期

所有病理结果由中南大学湘雅医院病理科根据术前穿刺活检(或切除活检)和术后标本出据,统计肿瘤的病理学类型及临床分期,分期标准参照美国癌症联合委员会(AJCC)2009年(第七版)TNM分期标准。

1.6 统计学处理

统计软件为 SPSS 17.0。用 χ^2 检验比较组间参数的统计学差异。

2 结果

2.1 术前合并症

老年组 186 例患者中共有 176 例存在合并症,发生率达 94.6%,其中有 146 例患者存在 2 种或 2 种以上合并症(占老年组 78.5%);非老年组中有 1 674 例存在合并症,占 68.1%,其中有 999 例患者存在 2 种或 2 种以上合并症(占非老年组 40.7%),两组间差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。老年组比例较高的合并症为心电图改变和高血压病(分别占 89.2%、68.3%)。老年组与非老年组术前合并症存在差异,其中高血压病、冠心病、心电图改变、糖尿病、肝功能异常、贫血、低蛋白血症发生率在两组患者中差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)(表 1)。

表 1 老年乳腺癌组与非老年乳腺癌组的术前合并症比较 [n(%)]

合并症	老年组 (n=186)	非老年组 (n=2 457)	P
高血压病	127 (68.28)	594 (24.18)	<0.05
冠心病	69 (37.10)	81 (3.30)	<0.05
心电图改变	166 (89.25)	1 296 (51.65)	<0.05
糖尿病	59 (31.72)	162 (6.59)	<0.05
肺部疾患	10 (5.38)	216 (8.79)	>0.05
肝功能异常	20 (10.75)	513 (20.88)	<0.05
甲状腺功能亢进	0 (0.00)	27 (1.10)	>0.05
肾功能不全	10 (5.38)	0 (0.00)	>0.05
贫血	20 (10.75)	432 (17.58)	<0.05
低蛋白血症	10 (5.38)	27 (1.10)	<0.05
脑部疾患	1 (0.54)	27 (1.10)	>0.05

2.2 术后并发症

本组 2 643 例手术患者术后分别出现了术后出血 168 例,切口感染 24 例,皮瓣坏死 264 例,皮下积液 744 例,患侧上肢水肿 1 682 例,患侧肩部疼痛 600 例,患侧肩部活动受限 1 682 例,臂丛神经损伤 48 例,腋静脉血栓 72 例,肺部感染 120 例,心律失常 73 例,心功能不全 120 例,肝功能障碍 336 例。

186 例老年乳腺癌患者中 156 例存在并发症,发生率为 83.9%。2 457 例非老年乳腺癌患者中 2 025 例存在并发症,发生率为 82.4%。老年组和非老年组的术后总并发症发生率之间差异无统计学意义($P=0.615$);术后出血、皮下积液、切口感染、肺部感染、心律失常、心功能不全、患侧肩部疼痛、静脉血栓的发生率在两组患者间差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)(表 2)。

表 2 老年乳腺癌组与非老年乳腺癌组的术后并发症比较 [n (%)]

并发症	老年组 (n=186)	非老年组 (n=2 457)	P
术后出血	20 (10.75)	148 (6.02)	<0.05
皮瓣坏死	20 (10.75)	244 (9.86)	>0.05
皮下积液	78 (41.94)	666 (27.11)	<0.05
切口感染	22 (11.83)	2 (0.08)	<0.05
肺部感染	100 (53.76)	20 (0.81)	<0.05
心律失常	55 (29.57)	17 (0.69)	<0.05
心功能不全	39 (20.97)	81 (3.30)	<0.05
肝功能障碍	29 (15.60)	307 (12.49)	>0.05
患肢水肿	127 (68.28)	1 555 (63.29)	>0.05
患侧肩部疼痛	20 (10.75)	580 (23.61)	<0.05
活动受限	117 (62.90)	1 565 (63.70)	>0.05
神经损伤	0 (0.00)	48 (1.95)	>0.05
静脉血栓	20 (10.75)	52 (2.12)	<0.05

本组 2 643 例手术患者, 术后与手术相关的近期最常见并发症为皮下积液、皮瓣坏死(发生率分别为 28.15%、9.99%); 远期(\geq 术后 12 月)常见并发症为患肢水肿、患侧肩部活动受限、患侧肩部及上肢疼痛(发生率分别为 63.64%、63.64%、22.70%)。其中, 老年组术后发生出血、皮下积液、切口感染、肺部感染、心律失常、心功能不全、静脉血栓的发生率高于非老年组, 而老年组术后患侧肩部疼痛发生率低于非老年组(均 $P < 0.05$)。

2.3 病理学类型和分期

在老年组 186 例中, 原位癌 5 例(其中 Paget's 病 4 例), 黏液腺癌 6 例, 浸润性癌 175 例, 组织病理学分级 I、II、III 级分别为 20、110、45 例(分别占 10.75%、59.14%、24.19%)。在非老年组 2 457 例中, 原位癌 74 例, 黏液腺癌 34 例, 浸润性癌 2 349 例; 组织病理学分级 I、II、III 级分别为 270、1 323、756 例, 分别占 11.3%、53.85%、30.80%。两组在高、中、低分化癌的比例上差异无统计学意义(用 χ^2 分割法, 检验水准 $\alpha = 0.0125$, $P > 0.0125$)。

在老年组 186 例中, 0 期 5 例(占 2.69%), I 期 29 例(15.59%), II 期 68 例(36.56%), III 期 64 例(34.41%), IV 期 20 例(10.75%); 在非老年组 2 457 例中, 0 期 74 例(占 3.01%), I 期 497 例(20.23%), II 期 1 217 例(49.53%), III 期 507 例(20.63%), IV 期 162 例(6.59%)。两组患者在临床分期的比例上相比差异有统计学意义(用 χ^2 分割法, 检验水准 $\alpha = 0.0045$, $P < 0.0045$), 老年组在 III 期、IV 期上所占比例高于非老年组, 0 期、I 期、II 期上所占比例明显低

于非老年乳腺癌组(表 3)。

表 3 老年乳组与非老年组的组织病理学分级和临床分期比较 [n (%)]

项目	老年组	非老年组	χ^2	P
组织病理学分级				
I 级	20 (10.75)	270 (11.30)	3.374	0.185
II 级	110 (59.14)	1 323 (53.85)		
III 级	45 (24.19)	756 (30.80)		
临床分期				
0 期	5 (2.69)	74 (3.01)	27.441	0.000
I 期	29 (15.59)	497 (20.23)		
II 期	68 (36.56)	1 217 (49.53)		
III 期	64 (34.41)	507 (20.63)		
IV 期	20 (10.75)	162 (6.59)		

2.4 术前合并症与术后并发症的关系

在老年组中的 176 例存在合并症的患者中术后有 156 例发生并发症, 发生率为 88.64%; 146 例存在 2 种或 2 种以上合并症的患者有 140 例存在并发症, 发生率为 95.89%。非老年组中 1 674 例存在合并症的患者术后有 1 397 例发生并发症, 发生率为 83.45%。

老年组发生并发症的 156 例患者中, 术前合并有心电图改变的比例最高, 达 93.59%(146/156), 其余高血压、糖尿病、贫血 4 种术前合并症均与无并发症老年乳腺癌组比较差异有统计学意义(均 $P < 0.05$), 其他术前合并症在有并发症老年组中比例与无并发症老年乳腺癌组比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)(表 4)。

表 4 有并发症与无并发症的老年乳腺癌患者的术前合并症比较 [n (%)]

合并症	有并发症组 (n=156)	无并发症组 (n=30)	P
高血压病	117 (75.00)	10 (33.33)	<0.05
冠心病	59 (37.82)	10 (33.33)	>0.05
心电图改变	146 (93.59)	20 (66.67)	<0.05
糖尿病	58 (37.18)	1 (3.33)	<0.05
肺部疾患	9 (5.77)	1 (3.33)	>0.05
肝功能异常	19 (12.18)	1 (3.33)	>0.05
肾功能不全	9 (5.77)	1 (3.33)	>0.05
贫血	9 (5.77)	11 (36.67)	<0.05
低蛋白血症	8 (5.13)	2 (6.67)	>0.05
脑部疾患	1 (0.64)	0 (0.00)	>0.05

3 讨论

与非老年乳腺癌患者比较, 老年乳腺癌患者临床表现无特异性, 但就诊时相比非老年组临床分期较晚。本研究中, 老年乳腺癌组患者处于 III、

IV期达45.16%,非老年乳腺癌组患者处于II期达49.53%,与国内赵卫红等^[4]报道结果类似。考虑与老年患者反应性低、定期普查率低,自我检查意识不强有关,加上许多老年人对乳腺癌的认识不足,就诊时多处于中、晚期^[5],因此需加强对老年人的筛查,争取早诊断、早治疗。

本组资料中,老年乳腺癌组存在合并症者高达94.6%,其中有146例患者存在2种或2种以上合并症(占老年组78.5%),发生率较高的合并症为心电图改变、高血压病和冠心病(分别占89.25%、68.38%、37.10%)。因此老年乳腺癌的治疗原则和方法与中青年的乳腺癌有很多不同之处,需个体化治疗,更应重视围手术期处理、认真对待,术前必须详细询问病史,尤其应注意询问既往病史、服药史等(如服用阿司匹林、非甾体类解热镇痛药、降脂药等)。由于老年人各器官功能处于衰退状态,机体应激性低下,各重要脏器代偿能力差,并存疾病较多,麻醉风险、外科治疗的危险性明显增加^[6]。因此,在患者入院后应积极完成必要的检查,及时纠正异常的生理指标,包括血压、血糖和心律失常等的控制,适当改善贫血,术后必要的ICU监护治疗等,使患者平安渡过手术期,减少术后并发症的发生。本组老年乳腺癌患者中,中、低级分化癌所占比例分别为59.14%、24.19%,浸润性癌是本组主要的组织病理类型,与Honma等^[7]报道结果类似。

本组中,老年患者(≥ 65 岁)186例,占7.04%。但本研究统计的是入院后手术的乳腺癌患者,而非就诊的所有乳腺癌患者,故不能反映老年乳腺癌患者在同期乳腺癌患者中所占的比例,但可以反映可手术的老年乳腺癌患者与同期可手术的乳腺癌非老年患者之间的差异。

老年乳腺癌患者术前新辅助化疗率较低,治疗手段有限。对于老年乳腺癌患者,治疗决策的制定目前尚无公认的临床治疗规范^[4,8]。本组中,术前行新辅助化疗1280例,其中老年组行术前新辅助化疗33例(占本组术前新辅助化疗人数的2.58%)。186例老年乳腺癌患者均接受外科手术治疗,老年组和非老年组的术后总并发症发生率之间相比差异无统计学意义。因此笔者认为年龄并不是一个影响术后并发症的独立因素。这与Fish和Yancik等^[9-10]的研究相一致:影响外科疾病的因素,不是年龄而是共发疾病的性质^[3]。共发疾病的数量随着年龄的增长而增多,>65岁的患者乳腺癌无病死率高于年轻患者20%和30%^[3,9]。随着年龄的增

长,心脏和神经血管性疾病成为重要的死因^[3,10]。

因此,只要注重对老年乳腺癌患者临床特点的认识,对老年乳腺癌患者治疗决策的制定、手术方式的选择、后续治疗持审慎态度,考虑到合并症的存在和严重程度,以及预期寿命^[4,11],加强围手术期处理,患者多能耐受手术,充分而完善的局部病灶切除可明显的提高患者的生存质量^[12]。

参考文献

- [1] 吕新生.实用临床普通外科学[M].长沙:中南大学出版社,2006:723.
- [2] Muss HB. Adjuvant therapy for older women with breast cancer[J]. Breast, 2003, 12(6):550-557.
- [3] 哈里斯[美],王永胜,于金明(译),等.乳腺病学(第3版)[M].济南:山东科学技术出版社,2006:4,207,689,1197,1199-1200,1311-1313.
- [4] 赵卫红,徐兵河,李青,等.70岁以上老年女性乳腺癌患者的特点和预后分析[J].中华肿瘤杂志,2006,28(5):385-388.
- [5] Bobo JK, Lawson HW, Lee NC. Risk factors for failure to detect a cancer during clinical breast examinations(United States)[J]. Cancer Causes Control, 2003, 14(5):461-468.
- [6] 陈孝平.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:105-106.
- [7] Honma N, Sakamoto G, Akiyama F, et al. Breast carcinoma in women over the age of 85: distinct histological pattern and androgen, oestrogen, and progesterone receptor status[J]. Histopathology, 2003, 42(2):120-127.
- [8] DeMichele A, Putt M, Zhang Y, et al. Older age predicts a decline in adjuvant chemotherapy recommendations for patients with breast carcinoma: evidence from a tertiary care cohort of chemotherapy-eligible patients[J]. Cancer, 2003, 97(9):2150-2159.
- [9] Fish EB, Chapman JA, Link MA. Competing causes of death for primary breast cancer[J]. Ann Surg Oncol, 1998, 5(4):368-375.
- [10] Yancik R, Wesley MN, Ries LAG, et al. Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older[J]. JAMA, 2001, 285(7):885-892.
- [11] Houterman S, Janssen-Heijnen ML, Verheij CD, et al. Comorbidity has negligible impact on treatment and complications but influences survival in breast cancer patients[J]. Br J Cancer, 2004, 90(12):2332-2337.
- [12] 汤钊猷.现代肿瘤学[M].上海:上海医科大学出版社,1993:659.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式:樊巍巍,唐利立.老年乳腺癌患者的临床特点和围手术期处理[J].中国普通外科杂志,2014,23(8):1132-1135. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.025

Cite this article as: FAN WW, TANG LL. The clinical features and surgical complications of breast carcinoma in elderly patients[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(8):1132-1135. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.025