

《河南省科技参考》增刊(1)

科 技 译 文

(医学专辑)

河南省科学技术情报研究所
河南省国外科技资料翻译网

说 明

伟大的一九七九年到来了。从今年起，全党工作的重点转移到社会主义现代化建设上来。这是中国革命历史上一次空前的根本性的战略转移。我们一定要实现毛主席、周总理规划的四个现代化的宏伟蓝图。为了适应新形势的要求，在各级领导的关怀下，我省国外科技资料翻译网正式开展工作。我们决心高举毛主席的伟大旗帜，紧跟华主席为首的党中央的战略部署，作好翻译网的工作，为实现四个现代化贡献一份力量。

由于水平有限，在选稿和翻译工作中一定存在不少缺点和错误，诚恳欢迎批评指正。

一九七九年元月

目 录

1. 迫切性施行卵巢与肾上腺切除治疗Ⅱ期乳癌 (1)
2. 少妇乳癌 (12)
3. 肝细胞内检测乙型肝炎表面抗原 (16)
4. 肝脏移植 (18)
5. 结核性腹膜炎 (31)
6. 急性期心肌梗死用苯胺唑啉进行血管舒张的治疗 (37)
7. 应用阿斯匹林预防手术后血栓的形成 (43)

迫切性施行卵巢与肾上腺 切除治疗III期乳癌

(十年的随访观察)

将近80年来已经了解到一些激素对乳癌的生长有一定的刺激作用。1896年在波斯顿医院首次证明了卵巢切除对经前的乳癌的复发可以减少。但有许多机构将这种手术仍然停留在绝经前对乳癌的首选治疗的方法上。1951年 Huggins 和 Bergental 二氏介绍了卵巢切除与两侧肾上腺切除治疗转移性乳癌有抑制的设想,认为癌肿来自于内分泌组织是不自主的。但在不同的程度上,癌肿的生存与生长对于这些激素有依赖性。这个概念以后被 Luft, Olivecrona 和 Sjögren 氏等施行了垂体切除使转移性乳癌得到缓解而不能迅速发展。这样就牵连到垂体—肾上腺—卵巢轴之间的关系,若将促刺激素除去后,发现肿瘤出现退化现象。

在早年的研究中校正了过去那样乳癌受激素影响的两种假说。第一种说法:“依赖性乳癌”,这种类型的乳癌为上文所说的一种或经过综合治疗发生了效果的。第二种说法:“非依赖型乳癌”,这种类型的乳癌,其生长有明显的不受上文所说的各种治疗方法的影响,也就是说肿瘤的生长是自主的;有许多病例在用了固醇、激素或化疗后均不起作用。其实,对内分泌腺切除的病例在临床上观察有效者约为60%,在这些病人中,也能证实对二氢求偶素的结合作用。现在证明提示乳癌对激素的依赖性,如使用与二氢求偶素的结合和每个人的绝经情况,乳癌的临床期限、组织学分类或分泌之间有很小的或没有相互的关系。这种类型的乳癌,癌肿的生长明显地受到了以上几种治疗方法的影响。第二种说法不依赖激素型是自主的,有许多病例对应用醇脂激素或化疗均无作用。其实,在内分泌腺切除后,观察有效的为60%,这些病人对二氢求偶素能结合。有此迹象的证明,提示了乳癌对内分泌显示了依赖性;如用与二氢求偶素的结合,测定每个人的绝经情况及乳癌的临床期限、组织学分类或分化的关系有很小或者没有相互的关系。

如将内分泌腺切除后,对早期乳癌和癌扩散前的病人,以及对内分泌有依赖性的肿瘤和未有切除的复发肿瘤,为了延长生存,应立即施行卵巢切除,试图达到姑息性治疗。若不能将内分泌环境除去,使依赖女性激素的肿瘤可发生增长。

1961年 Nelesen 和 Dragstedt 二氏报道 24 例施行两侧卵巢与肾上腺切除治疗乳癌复发的患者,其中有 14 例或 58% 有明显的改善,平均生活期为 44 个月。在报告此文时,有 7 例病人仍然生存。在肾上腺切除术后,平均生存期为 60 个月。

许多病人经过内分泌腺切除后,发现大多数的转移变为消失,在 3~5 年或更长的时间里没有发现恶性复发。在姑息性疗法的后期,有许多以前未患过癌肿的部位出现了生长迅速的转移病灶,在较短的时期内病人发生死亡。由此可见,没有得到卵巢与肾上腺内分泌支持者不仅有许多转移癌细胞生长丧失,而且发现原发病灶确实出现了消退现象。

在姑息疗法后期,转移灶发生迅速生长者,提示为类固醇激素产生之故,或因突变性癌细胞能在没有这些激素的环境中生长。Dragstedt 和 Humphreg 氏等在根治性乳房切除的同时切除卵巢与肾上腺,检查切除的标本,明显地指出已有癌转移。更有理由相信后一种可能性是对的。从遗传学实验研究来看,似乎可以这样相信,有大量癌细胞转移,进行分化时要比有小量癌细胞进行分化时危险的多。若这个看法是正确的话,得到除去激素者,其效果较好。不幸的是对这种预防性手术,时常在处理的同时即要将切迫性的卵巢与肾上腺切除术。但要着重指出,应在尽可能最早的时间内切除内分泌腺,治疗效果是比较好的。这个预先研究开始于 1958 年,在施行乳癌的同时,立即作卵巢与肾上腺切除术,或在根治性乳癌切除后短期内施行卵巢与肾上腺切除术,即除去激素的支持作用。对Ⅲ期乳癌病人,证明有较长时期的生存率,如此就达到了治疗的目的。

资 料 与 方 法

美国东南部州立大学医学院,从 1958 ~ 1963 年期间,乳癌肿瘤科收集了 124 例Ⅲ期女性乳癌病例,在这些Ⅲ期乳癌的全部病人中,任意选择 15 例作为有计划地对内分泌腺切除治疗的研究;其余病人作传统标准手术治疗,即常用的根治性乳房切除加或不加放疗,继续使用了化疗或醇脂(类固醇)。标准治疗组的 109 例病人,包括了绝经期前和绝经期后的妇女,腋下淋巴结已发生转移癌。由于有广泛的转移,肿瘤的分类亦证实为Ⅲ期乳癌;从月经情况来看:绝经前者有 38 例,绝经后者有 71 例;年龄为 26 ~ 83 岁,平均为 55.9 岁。

内分泌腺切除组为 15 例,这组妇女的乳癌范围广并有腋下转移或两者都有,分类为Ⅲ期癌(见表 1)。有 9 例是绝经后的病人,8 例为自发绝经者,1 例是手术绝经者。有 6 例病人为月经周期并发生阴道角化,证明卵巢机能活动,年龄为 39 ~ 69 岁,平均为 57.8 岁。本组病人施行了根治性乳房切除术后短期内又作了卵巢与肾上腺切除术,在观察期中生存的时间与标准手术处理治疗者的生存时间有不同。

期象:两组中的每一个病人在作乳房切除术前,都估计到各个病人的乳癌在临床上属于那一期象。主要根据肿瘤的直径、肿瘤部位、肿瘤皮肤和胸壁有无固定,腋下淋巴结的大小和有无固定以及有无炎症性改变的现象,然后才决定分类及癌肿属于何期。临床期象分类,是以统计委员会的标准作为基础。所有病例中包括了Ⅲ期乳癌患者,对于此期病象蔓延的程度,我们病例的肿瘤局部情况都进行了研究。均有详细的记录并包括 13 例内分泌腺切除者。组织学证明局部淋巴结已受累,并证明腋下淋巴结有转移(见表 1)。病人作了 X 线检查,包括胸部拍片、胃扫描和转移检查,确定有癌扩散者列入第Ⅲ期。13 例内分泌腺切除术中的卵巢切除时,亦能明确腹腔脏器有无转移。这些病人中有 2 例在卵巢切除时,发现腹腔脏器有转移,我们把她列入Ⅲ期,但将她列在本组研究者之外。

有些病人在转入我院之前,已作过乳癌根治术,对这些病人使用了放疗,接着应用化疗或两者同时进行。有 7 例病人在送来我院之前,已作过根治性乳癌切除,后又施行了卵巢与肾上腺切除术。本院所有的 13 例内分泌腺切除的病人都施行了两侧肾上腺和

两侧卵巢切除术。仅1例除外，因这个病人在1935年患良性妇科病，已作过两侧卵巢切除术。除后者外，卵巢与肾上腺功能在乳腺癌切除术后5个月内均尚良好。

两组乳腺癌切除术均采用Halsted氏根治法。手术是将全部乳房、肌壁肌肉和腋下淋巴结组织整块切除。非本组施行的乳腺癌切除术者，与本组规定的切除术多有不同之处，故不包括在内。内分泌腺切除组，有1例患者(GT)怀疑对侧有乳房癌，故加作单纯乳房切除术。所有的卵巢切除均经腹腔切除之，两侧肾上腺切除均经两侧后方第12肋骨床切口切除之。

辅助治疗标准处理组：卵巢与肾上腺切除的13例患者(见表3)在术后接受了放疗，放射量为4,000~5,150r。放疗是在乳腺癌切除后1~9周开始的，或在肾上腺切除后1~4周内开始。这组的所有患者每天均使用Corticosteriod(皮质类脂酮)或醋酸可的松50毫克，用或不用Fluorohydrocortison(氟氢考的松)每天0.1毫克。有2例患者接受了Alkalating, Trichylenthiothiophoramine，每公斤体重为0.6毫克，每日测量体重一次。在乳腺癌切除后10~12个月中，如发现有复发现象，就要试图给予有效的姑息疗法。前一患者(AD)使用的化疗为睾丸酮，后一患者(SB)应用了Premarin与噻替哌联合治疗，企图得到减轻而未成功。其余11例未使用其它化，疗剂或醇酯。

病理学：标准处理组乳腺癌切除的标本92%得到了组织学鉴定，所有的内分泌腺切除的标本亦得到组织学的鉴定。两组鉴定均是在我们的病理科施行的。

标准处理组：有99例乳腺癌切除标本病理报告为单纯癌，(浸润导管癌并有纤维化)组织学形态显著者占88%。这些病人中有57例，除去大体标本者(57.6%)，镜检迹象发现腋下淋巴结有一个或多个转移病灶。

内分泌腺切除组：在卵巢与肾上腺切除组中，有12例病人为单纯乳房癌，1例为髓样癌(见表1)。单纯性癌临床分类是按基底大小而分(直径10cm者为Ⅰ期)，但在组织学检查时，腋下淋巴结未有转移。此组13例中有3例腋下淋巴结侵犯最小，有12例(为92%)转移侵犯最大，但未有作有关肿瘤分类及细胞生长形态学。腋下淋巴结转移的可以影响生存。有12例患者的组织学迹象有腋下转移，其中10例(83%)与其它研究者的相似。本组因肿瘤大小不同，无法对肿瘤的大小、腋下转移的期限和生存间隔时间的相互关系作出统计。

结 果

随访研究是根据病史材料和客观观察的间隔时期来决定的(按月计算)。(1)疾病间隔期。(2)生存间隔期。(3)复发至死亡间隔期。根据Cohen氏方法进行标准分析了13例的各项情况计算：每个患者的各个间隔期的平均时限，并分析了所有病人的绝经前和绝经后的间隔情况。对每一病人的可靠间隔期水平计数采用了Banerjee氏法，比较了较大的或同等的水平。此外，使用另一种观察算法对9例内分泌腺切除治疗的病人而死于癌者作了对照。在无病间隔期内分泌腺切除组(见表Ⅳ)，无病间隔期是根治性乳房切除术时起，到出现肿瘤复发有客观迹象时为计数；间隔期的时间，系自腋下或胸壁出现复发癌肿，胸片上出现胸膜或肺部密度增高的现象。这无疑地改变了以前认为没

有癌转移的检查,或皮下骨骼、内脏有肿瘤扩散的客观迹象。无病间隔期为8~147个月,平均为95个月;9例死于癌肿的为40.3个月。总的客观观察的可靠水平是15~107个月。可靠间隔值范围广,这是因标本小有关及有差别的原故。

若以绝经状况考虑,绝经前的病人,无病间隔期要短得多,观察到的平均间隔期为35个月。在6例绝经后的病人中有5例死于癌转移,总数达95%的可靠水平,平均为63.2个月。被观察的468例病人,无病期者,平均死于癌转移的为44.6个月,因此看来,绝经后的患者的无病间隔期比较延长。

间隔期的生存:两组生存间隔期的决定,是从根治性乳房切除术后直至死亡。有3例患者至最近仍生存;间隔期的时间,对研究者来说最主要的一个环节。随访研究标准手术处理组占95%,内分泌腺切除组为100%。

标准处理组:有109例病人作了根治性乳房癌切除术并佐以其它治疗方法,在未作内分泌腺切除术者中有81例死亡。但对所有的病例每一个地证实其死亡原因也是不可能的。14例病人(37.6%)生存5年,17例患者(15.5%)生存10年或更长。观察患者的平均生存时间为51个月。

内分泌腺切除组:13例Ⅱ期乳癌病人接受了研究。7例病人(53.8%)生存5年或更长,3例(23%)生存10年,其中2例分别生存11年和12年。本组统计生存期的时间范围为10~147个月,平均为124个月,可靠水平为95%。再者,若将月经状况分析考虑进去,绝经后的病人的生存期则超过绝经前的病人,平均计算分别为74.8个月和43.3个月。绝经后的病人死于癌者,平均为56.2个月,绝经前的病人平均为43.3个月。在4个绝经前的病人中有3例生存间隔期显著缩短。有1例患者(MS)生存超过19个月。自癌肿转移到死亡,生存期超过10年。关于绝经前、后状况,两组之间在统计学上生存期没有明显的差别。

关于每组病人生存期记录的总对比(见表Ⅴ)。平均生存间隔期的观察,如上述的标准处理组。内分泌腺切除组分别为51和68个月,比值小于0.01,这个生存期在统计学很为显著。

复发至死亡的间隔期见表Ⅵ。开始研究时已有10例病人死亡、见表Ⅳ。其中9例证实死于内脏或骨骼转移或两者都有,仅1例患者(EC)的死亡不属于癌复发,而死于脑血管意外,此病人至死仍未有发现癌肿。

9例死于癌肿复发,从复发至死亡的间隔期为1~26个月,见表Ⅱ。这9个病人死亡的间隔期平均为10.1个月,可靠水平达95%。绝经前、后的生化试验,平均预计间隔期在总计算中没有不同,分别为8.3和11.6个月。

评 述

特别选择了适当的治疗方法,多年来对晚期乳癌的处理仍有争论。依照连续应用激素的疗法,包括单纯卵巢切除,卵巢与肾上腺切除、垂体切除、求偶素,男性激素或肾上腺皮质激素。最早的内分泌治疗是作卵巢切除术,手术后有延迟复发的效果。严格地对乳癌有扩散的病人施行卵巢与肾上腺切除术仍然视为是姑息治疗法的一种。但外科医

生若忽视了根治术,对此手术常没有多大益处。因此,在治疗上就需要施行联合切除术,病人亦能够耐受。某些病人肾上腺切除的死亡率在1~8%之间;肾上腺切除的病人若佐用激素,证明并发症要比垂体切除术的病人发生的要少。大部分乳癌扩散病人属于Ⅲ期,不管病人的年龄、月经状况,不能辨别的控制,据统计证明,不论两种内分泌腺切除用哪一种姑息疗法均有一定的效果。关于这个问题,联合委员会认为内分泌切除术可应用于乳癌扩散者。其它研究者认为,在垂体切除后有31~42%的客观症状的减轻,卵巢肾上腺切除后,有32~35%的客观症状减轻。但要正确地对照这两种内分泌切除术的效果仍有一定的困难。因只有很小的数量和百分率上的不同,对减轻的比例来说,在统计学中亦没有明显的区别。

Smith氏在1953年作根治性乳房切除后,立即再施行预防性卵巢切除的去势术,这个意图支持了在乳癌根治术后不久即作卵巢切除术,可使患者获得较长时间的生存。经过多月的观察,发现60例病人的生存显然增加。

研究了几个随访报道,在这些材料中叙述了预防性去势术对乳癌转移的病人生存期的延长较没有作去势术的患者效果好。因此,使腋下有转移的病人生存时间增加3~5年。但对生存间隔期较长久的病人作去势术与未作去势术的病人之间则没有差别。

Keunedy, Milkee和Fortung等氏回顾分析了119例作迫切性去势术的病人和117例未作去势术的病人的比较。这两组最初治疗时,病人的年龄,肿瘤部位、去势术方法、妊娠、授乳、月经和一般体格状况都是一致的;只有Ⅰ期和Ⅱ期乳癌病人可作分析,而Ⅲ期和Ⅳ期的乳癌病人的情况多不一致,难作分析。研究结论:当乳房切除时,已出现癌转移的病人应立即施行去势术,使无病间隔期延长。施行治疗性去势术的病人,从癌肿复发至死亡时的间隔期有显著的延长。总的生存时间,两组病人按照统计学法则无差别。

研究者把这一系列的有癌扩散的病人,包括晚期乳癌病人及其它类型的患者,用以下治疗方法:包括垂体切除;肾上腺切除、求偶素,男性激素,肾上腺皮质激素和细胞毒素。有40例(33.6%)施行了立即去势术;89例病人(50.2%)作了去势术辅佐以药物治疗。预防性治疗与全部联合治疗改善的比例为(17.7%)和(19.3%)大约相同。研究者的结论认为,预防性或治疗性去势术同样有效果。

1970年国家外科乳癌佐治设计处报告,反对Henedy, Nilkee和Foptung等氏的意见。认为这一研究不能说明近期的单纯卵巢切除术可延迟转移癌的复发及有延长生存的可能。

在Peter Bent Brigham医院, Wilson氏等对比了肾上腺切除与垂体切除术对Ⅳ期乳癌的治疗效果,在转移早期的一些病例的统计中,卵巢与肾上腺切除术为(58%)比垂体切除术(40%)要好。由此来看,客观有效间隔期超过12个月。使用5-氟脲嘧啶和肾上腺切除者,观察到客观症状的缓解率有显著的增高。他们的材料提示,采用卵巢与肾上腺切除后缓解期得到延长;用或不用5-氟脲嘧啶亦表示缓解期延长,无痛间隔期增长;结论认为卵巢与肾上腺切除术优于垂体切除术。

Patey和Nabarro二氏报告随访晚期乳癌12例病人的情况:有腋下淋巴结转移并伴有内乳淋巴链转移和锁骨上淋巴结转移向胸骨旁扩散者,作了早期预防性卵巢肾上腺

切除术, 5年生存者为50%, 10年生存者为25%。有3例患者在11~12年内未发现复发现象。这组病例虽说明有较高的生存率, 但其结果仍未达到统计学的意义。Patey氏曾报告9例死亡病人, 完全是由于癌复发所致; 并包括1例附加的病人, 提示了早期作卵巢与肾上腺切除术, 对乳癌转移局限于腋下淋巴结和内乳淋巴链转移的病人, 可使生活延长。

另一组Ⅱ期乳癌患者, 未作内分泌腺切除, 总的平均生存时间较短为68个月, 比值为 $P < 0.01$ 在统计学上显著。此组与标准手术处理组相对比, 平均生存间隔期为51个月。我们的材料已提示疾病复发率延长, 也就是说, 无病间隔期延长5或10年的生存率。其它研究者对Ⅰ期Ⅱ期乳癌并立即作内分泌腺切除的病人, 亦有同样的经验。所有绝经后的病人比绝经前的病人的无病间隔期较长。但因间隔期的不同, 统计学上的意义不大。

内分泌腺切除术, 不论是卵巢与肾上腺切除或是垂体切除, 都能够起到阻止肿瘤暂时生长的作用, 对于突变细胞的生殖细胞有良好的选择性。

有的资料指出, 二氢求偶素接受器(E-R), 位于肿瘤细胞的胞浆内, 对内分泌腺切除有着重要的相互关系。1961~1973年Hoge氏等收集了乳癌病例39份, E-R阳性者占47%, E-R阴性的占49.6%。在内分泌腺切除术后, 发现客观症状缓解的, 59%的患者显示有E-R结合, 没有E-R结合者为2%。

何时正确地使用卵巢与肾上腺切除术? 对不能作根治性手术者, 有局部扩散者, 应作内分泌腺切除。预计反应良好, 需用E-R来测定。倘若忽视了病人的月经、年龄情况, Ⅱ期乳癌患者尽管作了细致的手术并佐以其它治疗, 仍有较高的复发率。如在最早时期内将内分泌腺切除, 对抑制肿瘤的生长势必有帮助疗效的作用。同样重要的是E-R的测定。对作内分泌腺切除的病人提供选择手术的良好机会, 而且对姑息治疗估计不良的病人, 也可以避免作大手术的危害, 使病人在生存期间保持内分泌的作用。

摘 要

122例Ⅱ期乳癌病人施行了根治性乳房切除术, 用或不用放疗、化疗或醇脂。随意选择了13例病人施行两侧卵巢与肾上腺切除, 生存期为10~147个月, 平均为68个月。在13例患者中有7例(53.8%)生存5年, 3例(23%)生存10年或更长。本组病人有9例死亡; 生存期或无病间隔期在统计学上无明显不同。

109例病人未作内分泌腺切除术, 单用传统的手术方法, 5年生存为37.6%, 10年者为15.6%, 生存率均较短。因生存间隔期的不同, 统计学为 $P < 0.01$ 。对Ⅱ期乳癌的病人作迫切性内分泌腺切除, 可以延长病人的生存时间。

(The American Journal of Surgery) Vol. 129, No. 3, P. 277, 1975 张国兴 译

表 I 内 分 泌 腺 切 除 组

病人和年龄	肿瘤直径 (cm)	腋下淋巴结	乳房皮肤	临床期*	组织学	腋下淋巴结 组 织 学 的 研 究
		临床研究	临床评价	国际 分 类	形 态	
1) (Yr) EB, 68	7.0	阳性, 1.0cm	乳头收缩 凹陷	III	单纯性癌	3/12 +
2) EC, 68	5.0	阳性, 小, 未固定	乳头收缩 未固定	IV	单纯性癌	21/21 +
3) AD, 43	5.1	阳性, 小, 未固定	没 有	III	单纯性癌	8/13 +
4) RG, 68	5.0	阴 性	凹陷, 表 皮固定深	I	单纯性癌	13/13 +
5) HH, 69	4.0	阳性, 3.5cm, 固 定	没 有	III	单纯性癌	37/47 +
6) LJ, 53	4.1	阳性, 2.5cm, 固 定	溃疡形成, 表皮固定深	IV	单纯性癌	5/5 +
7) GC, 39	8.0	阳性, 1.0cm	收缩, 固 定, 星结节	III	单纯性癌	18/26 +
8) ES, 42	10.0	阴 性	炎性固定 和完全收缩	III	单纯性癌	NA
9) MS, 44	8.0	阳性, 2.0cm, 固 定	乳头收缩, 斑, 固定	III	单纯性癌	3/15 +
10) GT, 62	6.0	阳性, 小, 未固定	表面固定	III	单纯性癌, 导管内乳头 状瘤	3/20 +
11) CW, 69	5.0	阳性, 2.0cm, 固 定	橘皮色, 星 结节, 溃疡 形成	III	单纯性癌	9/13 +
12) AA, 59	4.0	阳性, 小 未固定	橘皮色, 乳 头溃疡形成	III	单纯性癌	5/20 +
13) SB, 67	3.0	阴 性	炎性及皮 和胸壁完全 固定	IV	单纯性癌	8/14 +

* 临床期分类报告书和应用统计, 恶性乳癌, 1960~1964年, 国际抗癌单位, 巴黎, 1960

表 I. 标准治疗组 (109例病人) 表示生活摧毁和治疗方式关系

治 疗	病 人 生 存 数 目		
	五 年 以 下	五 年 以 上 和 五	十 年 以 上 和 十
唯一手术	8	9	2
手术和放疗	13	18	6
手术和化疗	2	1	2
手术和内分泌	2	0	1
手术, 放疗和化疗	8	3	1
手术, 放疗和内分泌	8	5	3
手术, 放疗, 化疗和内分泌	7	4	1
手术, 化疗和内分泌	3	1	1

说明: 手术=根治=性乳房切除术 内分泌=固醇, 男性激素, 女性激素或同类
药物化疗=噻替哌R 或 Methotrexate R

表 1. 卵巢与肾上腺切除术

病人	根治性乳房切除术时间	佐药治疗	两侧卵巢与两侧肾上腺切除	疾病间隔期(月)	生存间隔期(月)	复发至死亡间隔期(月)	1974年一月结果
1. EB	10/18/62	放射治疗, 5,150r 可的松 500mg/天	10/29/62 10/29/62	43	49	0	11/66, 死于癌转移
2. EC	5/15/62	放射治疗, 5,000r 可的松 50mg/天	7/30/62 7/30/62	93	93	0	2/70, 死于脑血管意外, 没有证明其它病致死
3. AD	3/16/62	放射治疗, 5,100r 可的松 50mg/天	6/07/62 4/13/62	10	19	9	10/62, 死于癌转移
4. VG	10/23/61	放射治疗, 5,000r 可的松 50mg/天	4/9/62 4/9/62	147	147	0	12/73, 生存, 未证明有病
5. HH	2/28/63	放射治疗, 5,100r 可的松 50mg/天	3/20/63 3/20/63	67	68	1	11/68, 死于癌转移
6. LJ	5/10/61	放射治疗, 4,500r 可的松 50mg/天	9/27/61 1935	72	98	26	7/69, 死于癌转移
7. GL	4/25/62	放射治疗, 5,000r 可的松 50mg/天	5/10/62 5/00/62	8	10	2	2/63, 死于癌转移
8. ES	2/25/63	放射治疗, 5,100r 可的松 50mg/天	7/17/63 2/25/63	15	18	3	8/64, 死于癌转移
9. M.S	6/04/62	放射治疗, 5,150r 可的松 50mg/天	9/21/62 9/21/62	107	126	19	11/72, 死于癌转移
10. GT	4/03/62 4/07/67	放射治疗, 4,350r 可的松 75mg/天	5/02/62 5/02/62	141	141	0	12/73, 存活, 未证明有病
11. CW	8/29/64	未放射治疗, 可的松 60mg/天	9/08/61 9/08/61	29	48	19	8/65, 死于阿的赤色相, 癌转移
12. AA	9/29/64	放射治疗, 4,000r 可的松 25mg/天	11/25/64 2/01/65	111	111	0	12/73, 存活, 未证明有病
13. SB	10/19/63	放射治疗, 4,140r 可的松 50mg/天 Thiotepa	1/07/64 1/07/64	12	18	6	4/65, 死于癌转移

表Ⅳ. 疾病间隔期: 内分泌腺切除的意义和平均时间

	月 经 状 况		
	术前	术后	两者
病 人 数 目	4	6	13
死亡数目, 癌	4	5	9
评价意义, 月	35.0*	63.2*	95.0*
观察间隔意义, 月	35.0	44.6	40.3 ⁺
观察间隔时间, 月	12.5 [≠]	55.0*	67.0*

*证明 95% 水平 + 9 例癌肿死亡意义 ≠ 证明 90% 水平

表Ⅴ. 乳房切除至死亡生存间隔期: 内分泌腺切除组

	月 经 状 况		
	术前	术后	两者
病 人 数 目	4	6	13
死亡数目, 癌	4	5	9
评 价 意 义 月	43.3*	74.8*	124.0*
观察间隔意义, 月	43.3	56.2	50.4 ⁺
观察间隔时间, 月	18.5 [≠]	58.5*	68.0*

*95% 证明水平 + 9 例癌肿死亡意义 ≠ 90% 证明水平

表Ⅵ. 两组对比存活时间

	治 疗	
	根治性乳癌切除, 附加一个治疗	根治性乳癌切除, 附加治疗及卵巢肾上腺 切除
病人数目, Ⅱ期	109	13
病人死亡数目	81	10
病人 5 年生存/百分比	41/37.6%	7/53.8%
病人 10 年生存/百分比	17/15.6%	3/23.0%
存活间隔期, 观察间隔期	50.0 月	68 月 ($P < 0.01$)

表Ⅶ. 癌肿复发至死亡间隔期: 内分泌腺切除组

	月 经 状 况		
	术前	术后	两者
病 人 数 目	4	5	9
死亡, 癌复发	4	5	9
评价意义, 月	8.3*	11.6*	10.1*
观察间隔意义, 月	8.3	11.6	10.1
观 察 间 隔 期	6.0 ⁺	6.0*	6.0*

*95%证明水平 *90%证明水平

少 妇 乳 癌

少妇乳癌治疗的预后,曾认为是悲观的。Ewing(1941),叙述了1936年Nathanson及Welch悲观论的原著说,30岁以前的乳癌,死亡极高,乃至某些外科医生在此期间不愿手术。近年来研究者,认为对乳癌并非如此无所作为。Cholnoky(1943)曾报告73例乳癌患者,年龄为30岁或更年青者,5年生存率为41%,10年生存率为37%。MacDonald和Wilcox(1956)报告55例同样年龄的病人,其预后和年龄较大者一样。可以肯定影响这些研究结果差别特殊原因之一,涉及到此类病例为数太少有关。

这与早年及晚近流行病学研究,说明少妇乳癌发病不高,是一致的。绝大多数报告对40岁以下年龄患乳癌者,发病率不超过10%,亦有为数甚少的病例,是在其他医院观察而证实的。在部队中青年妇女的乳癌发病率较高,这是由于部队中之妇女大多是青年之故。因此在这55例乳癌妇女中,年龄乃为40岁或较年青。

资 料

自1962年1月至1968年12月31日,共有219例女性病人,是在美国费古尼亚州朴次茅斯海军医院纳入肿瘤登记,经组织学检查,证明为乳癌。55例妇女为40岁或小于40,发病率为25.1%。这55例患者在停经前期被诊断的,平均年龄为35.4岁为所预期,绝大多数病人集中于较苍老的景象。

在55例病人中有54例(98%),最初接受了根治乳癌切除术。包括或单用此手术,或与一种或多种其他治疗合并。值得注意的是本组有10例接受噻替派化疗合并根治乳房切除术。这些患者应用噻替派的总剂量是每公斤体重为1毫克,分三次静脉注射,手术前一天每公斤体重用0.4毫克,手术当天每公斤体重为0.4毫克,手术后一天每公斤体重为0.2毫克。

手术后放疗,一般用于腋下有转移者。少数腋下淋巴结为阴性,而内方象限有转移者,亦施放疗。

本组除一例外,98%患者得到肿瘤科随诊,并对过去18个月作了评价。全部生存至少已5年,平均生存率为8.1年。

结果:最初的55例患者,有39例目前健在,因此总的5年生存率占70.9%。19/55例病人,亦即35.5%的病人,腋下淋巴结为阳性,无进一步扩散征象,属于二期乳癌。比国家协议腋下淋巴结阳性超过50%者稍低。因此腋下淋巴结阴性者即属于一期乳癌者,则较腋下淋巴结阳性者较好。现在96.6%患者为一期,其生存率为5年或较长。而二期乳癌5年生存率仅为47.4%。绝大多数病人腋下淋巴结有转移者,均接受放疗。对这方面病人的生存率则较低,可能由于局部转移毒性作用所致。目前33/55例,临床判

断无肿瘤，而形成5年治疗率达60%。

表1. 肿瘤组织学分类，结合通常有关此类细胞之报导，发现浸润性导管癌为45例，占80%。

文 献 回 顾

过去20年中，对于青年妇女乳癌结果曾有许多报导。Tveves及Holleb 1958年报告549例，年龄为35岁或小于35岁者，5年总治愈率为40.6%。这些患者腋下淋巴结阳性者占59.2%，5年治愈率为21%。而腋下淋巴结阴性者为40.8%，5年治愈率为60%。Moore和Fewis报导33例患者，年龄为30岁或较小，腋下淋巴结阳性者，发病率为39.4%，5年存活率为23%。20/33例病人腋下淋巴结阴性者，13例5年生存率者为81%或稍多。Horsleg, Alrich和wright 1969年随访资料，对1564例乳腺癌患者中，则有67例年龄在35岁以下。这些患者腋下淋巴结阳性者占56.5%，但对生存的情况没有叙述。他们的所有病人5年生存率为61%，10年生存率或更长者为48%。以及，Norri及Taglor 1970年在陆军病理机构报告乳癌病人5000例，有135例年龄在30岁以下。135例腋下淋巴结阳性者为57%，5年和10年存活率为45和27%。他们的患者腋下淋巴结阴性者占43%，5年存活率是81%，10年存活率为74%。

评 述

关于年代学的研究见表Ⅰ。虽然两个报告的病人年龄为30岁或较小，而这两个报告则使用35岁，而临床实质则完全相同，就是说所有的病人是青春妇女，处于卵巢功能生育期。纵龄在两大组病例中，也是引用非常大的病历资料组，因而反映出研究之病例数中是稀少的。青年乳癌患者在我们治疗的百分比比较大(25.1%)，早已说明，反映出部队中青年妇女普遍较多之故。

近年来许多报导中，5年生存率有所改善，但这与事无补，应归功于多数妇女在有较小肿物时就诊，提高警惕性的早期发现所致。我们组的生存率特别良好，肯定的或者至少能够部分的说明，在部队中容易得到优越的医疗监护然。

本研究和以往报导对比，腋下淋巴结阳性者，其存活率获得了改善(见表Ⅱ)，而正确的理由尚不易察出。可能由于早期诊治的结果和腋下转移的数目较少有关。

初步评价，接受根治乳癌切除和噻替派治疗者，对效果印象深刻。此点以为外科佐以噻替派之报告组所认可，然所得到之最后结果，佐以噻替派者价值不大，但可延迟复发。并在绝经前期患者，腋下阳性淋巴结多于4个者，稍可扩展生存期。我们有部分乳癌病人术后佐以化疗，得到有意义的反映。对结果的进步核定，表明为内分泌之干与，是药物作用的可能原因。

我组10例作根治乳房切除和佐以噻替派，腋下淋巴结阴性者为90%，包括一个死亡者，5年生存率为90%。复习仅作根治乳房切除组，而腋下淋巴结阴性者占89.5%，5年生存率为89.5%。这就充分说明，当病人腋下淋巴结阴性者，佐以噻替派与根治乳

房切除术和单独作乳房根治术，而腋下淋巴结阴性者之间，无明显的差别。

结 论

结论观察如下，本组年龄为 40 岁，或者为较年青的妇女，5 年生存率是 70.9%。根据肿瘤诊断的记载，有同样一组患者，5 年生存率为 60%。年龄的分布和流行病学对乳癌患者的研究。在 30 岁以下者亦同样的少见。本组 55 例病人，有 8 例属于这类(14%)。

腋下淋巴结阳性者，病人的生存有决定预后的价值。我们的患者没有阳性淋巴结者属于(一期)，5 年生存率是 96.6%。病人腋下淋巴结阳性者属于(二期)，5 年生存率则为 47.4%。最后，关于少年妇女乳癌患者，佐以噻替派化疗者，表现的效果不大。指出用噻替派者和未用噻替派者，生存率大致相等。

The American Journal of Sargery 129:(3), 289, 1975! 张国兴 译