目前LC已成为治疗胆囊良性疾病的标准术式，LC的胆管损伤发生率大约为0.4% ~0.6%[2]，明显高于OC的胆管损伤率(0.1%~0.2%)[3]。

发生原因：(1) 解剖变异是胆囊切除术胆管损伤的重要原因。常见变异有：①胆囊管与肝总管汇合部位：右壁77.7%，前壁7.3%，后壁12.7%，左壁2.7%；胆囊管汇入肝总管96.7%；右肝管2.7%，极少部分汇入左肝管；有些病人胆囊管缺如，颈部直接开口于肝总管，如不仔细解剖均可能损伤胆管[4]。②副肝管：多见于右侧；绝大多数位于胆囊三角内，与胆囊管、胆囊动脉及肝右动脉关系密切，常于胆囊管走向近似，因此辨认副肝管对手术具有重要意义。若误伤副肝管而又未适当处理，可发生胆汁外漏。③胆囊位置异常：正常胆囊底位置在9肋缘上，Mainget提出有8种位置异常，即肝内型、胆囊位于左侧、胆囊向后移位、横位、腰位、髂位、骨盆位，胆囊下垂或悬浮。未提及高位胆囊，胆囊切除术中高位胆囊约占1.8%[5]，故应引起注意。(2)病理因素，胆石症患者病史越久，反复发作的次数越多，胆囊本身的病理改变越多。如发生坏疽性胆囊炎、慢性萎缩性胆囊炎、Mirizzi综合征时，胆囊及周围组织水肿、充血、炎症、内漏等情况增加了手术难度，也增加了胆管损伤的几率。(3)技术因素：过度牵拉胆囊而将胆总管结扎，盲目钳夹止血损伤胆总管，缝合胆囊床过深进针缝扎右肝管等时有发生。值得一提的是，随着LC的广泛开展，许多不具备资质的小型私立医院也购置腹腔镜，术者缺乏训练和经验不足，易在手术中导致胆管损伤。而有经验者会因缺乏耐心或轻视胆囊切除术的潜在危险，从而在术中容易出现对胆管结构的误认和误伤。

胆管损伤的修复时机和术者的经验在很大程度上决定了病人预后的好坏，本组38.4%的病例是在术中发现后经有经验的肝胆外科医师进行处理，均取得了良好效果。本组有2例由外院转入，经手术均获得成功。因此，基层医院一旦发生胆管损伤，因尽早转送上级医院肝胆外科或请有经验的专科医生进行治疗，这样可以减少手术次数、并发症及死亡率。基层医院对于存在胆漏的病人应放置引流，尽量避免盲目探查。

胆管损伤最常见的并发症是胆管狭窄，对于手术修复胆管的时机，目前尚存在争议。传统观点是损伤3个月后待狭窄近端胆管充分扩张，或待手术的炎症完全消退后才手术，而部分病人在等待过程中，胆管并未扩张，且有肝功损害加重的风险，因此，近年来，更多的专家倾向于除胆漏导致腹膜炎或重度黄疸需较长引流时间和营养支持外，对损伤胆管狭窄进行早期修复[6]。本组有6例在损伤后14天内修复，采用胆管空肠吻合进行修复，均一次手术成功，说明早期修复是可行的。在手术方式选择上，应首选胆管空肠吻合。

参考文献：

[1] 刘允怡.医源性肝管损伤的分类[J].中华肝胆外科杂志，2005，11：149.
[2] Wherry DC，Marohn MR，Malanoski MP，et al.Anexternal audit of laparoscopic cholecystectomy in thesteady state performed in medical treatment facilities of the department of defense[J].Ann Surg，1996，224：145.
[3] Strasberg SM，Hertl M，Soper NJ.An analysis of theproblem of biliary injury during laparoscopiccholecystectomy[J].J Am Coll Surg，1995，180：101.
[4] 韩永里，刘牧之.临床解剖学丛书—腹、盆部分册[M].北京：人民卫生出版社，1994：291.
[5] 彭其芳.高位胆囊及其在手术中的问题[J].华西医学，1993(1)：79.
[6] Mercado MA.Early versus late repair of bile duct injuries[J].Surg Endosc，2006，20：1644.

收稿日期：2010-08-30

三阴性乳腺癌120例术后免疫化疗的疗效观察

王丹凤，许正昌
(泰州市普济医院普外科，江苏 泰州 225300)

【摘要】目的：观察高聚生配合使用多西他赛为主的化疗方案在三阴性乳腺癌术后治疗中的疗效及不良反应。方法：选择120例三阴性乳腺癌患者，随机分为两组，比较分析4~6周期TE方案化疗及TE方案同时配合使用高聚生化疗后的近、远期疗效和不良反应。结果：治疗组骨髓抑制和胃肠道反应低于对照组($P<0.05$)，1、3、5年的无病生存率对照组与治疗组相比明显降低，差异有统计学意义($P<0.05$)。结论：TE方案治疗受体三阴性乳腺癌疗效显著，配合使用高聚生可以提高缓解率，增强机体免疫功能，降低不良反应的发生率，近远期疗效显著。

【关键词】三阴性乳腺癌；高聚生；多西他赛
文章编号：1009-5519(2011)03-0353-03 中图分类号：R73 文献标识码：A

Efficacy observation of immune-chemotherapy in 120 triple negative breast cancers after operation

WANG Dan-feng，XU Zheng-chang
(*Deparement of General Surgery，Puji Hospital of Puji，Jiangsu 225300，China*)

【**Abstract**】**Objective**：To observe the efferts and toxicity of the chemotherapy of the docetaxel combined with HAS on the triple negative breast cancer.**Methods**：120 patients with triple negative breast cancer were chosen and diveded into 2 groups，one group was treated with chemotherapy by program TE combine with HAS far 4~6 cycles and another group was treated with chemotherapy by program TE.The short-term and long-term effieacy and toxicity of the treatment were evaluated after chemotherapy.**Results**：Compared with the control group，the bone marrow depression and gastrointestinal reaction in the cherapeutical group were siginificantly decreased.The disease free survival rate in 1、3、5 years in the control group was obviously lower than that in the therapeutic group with statistical difference ($P<0.05$). **Conclusion**：Chemotherapy regimen TE is obviously effective to treat triple negative breast cancer. HAS combined with rigimen TE not only improves the remission rate and immune function but also decreases the adverse reaction incidence.

【**Key words**】Triple negative breast cancer；HAS；Docetaxel

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

乳腺癌患者中雌激素受体(ER)、孕激素受体(PR)和人表皮生长因子受体2(Her-2)均为阴性的乳腺癌称为三阴性乳腺癌(TNBC),约占乳腺癌的10%~15%,该组病例具有恶性程度高、复发转移早、生存率低的特点。高聚生是从金葡菌的代谢产物中提取的细菌性生物反应调节剂,其免疫学作用在于活化T细胞、自然杀伤细胞、增强吞噬细胞的吞噬作用和淋巴细胞杀伤活力,并能提高外周血中的白细胞,修复损伤的组织细胞,还能直接抑制肿瘤细胞的生长[1]。分析120例TNBC患者分别行TE方案化疗及TE方案配合高聚生治疗后的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:普济医院和南京八一医院乳腺外科2002年1月~2006年9月收治的乳腺癌患者120例,均为女性,年龄29~71岁,中位年龄53岁;120例患者均行乳腺癌改良根治手术,术后经病理及免疫组化明确诊断为女性浸润性TNBC,其中腋窝淋巴结阳性73例、阴性47例;T2期87例、T3期29例、T4期4例;TNM分期Ⅰ期5例、Ⅱ期51例、Ⅲ期64例,组织学分级Ⅱ级53例、Ⅲ级67例。随机分治疗组60例,行多西他赛联合表柔比星为主的化疗,同时配合使用高聚生;对照组60例,单纯行多西他赛联合表柔比星为主的化疗。两组患者在性别、年龄、病理分期上差异无显著性。

1.2 化疗前评估:化疗前通过肝脏彩超、X线胸片和全身骨扫描、心电图、血液学分析及肝肾功能等检查,排除远处转移以及心、肝、肾等脏器功能障碍。入组前均接受手术,未行化疗、放疗及内分泌治疗,无同时发生其他肿瘤。

1.3 治疗方法:对照组治疗方案选用TE方案:表柔比星(EPI)60 mg/m^2,加入0.9%氯化钠溶液100 mL静脉滴注30 min,第一天,21 d为1个周期;多西他赛(DOX)75 mg/m^2,加入500 mL 5%葡萄糖溶液静脉滴注2~3 h,第一天,21 d为1个周期。应用多西他赛前12 h及6 h分别日服地塞米松10 mg,化疗前30 min静脉滴注雷尼替丁150 mg,肌内注射非那根25 mg,预防过敏反应,所有患者均行4~6周期化疗。治疗组在对照组基础上配合使用高聚生,化疗前3 d开始连续使用7 d,每天静脉注射高聚生剂2 000 U(4支)。治疗过程中每周复查血液学指标,每个疗程化疗前复查肝肾功能和心电图。如出现Ⅲ度以上白细胞减少症时可应用粒细胞集落刺激因子(G-CSF)进行支持治疗。化疗期间出现恶心、呕吐等不良反应则给予对症处理。每周期化疗前对化疗的临床疗效和不良反应进行评估。

1.4 不良反应分度:根据WHO抗癌药物毒性反应分级标准(0~Ⅳ)评价[2],分级标准为0(无)、Ⅰ度(轻度)、Ⅱ度(中度)、Ⅲ度(高度)、Ⅳ度(威胁病人生命)。

1.5 免疫水平指标:患者化疗前及化疗后第一周外周血行血细胞计数,肝肾功能检查并测定NK活性和T淋巴细胞水平,两组进行比较。

1.6 辅助检查:行4~6周期化疗结束后,复查肝脏、乳腺彩超、X线胸片和骨扫描,均排除远处转移、局部复发。其后动态随访3~5年,分别在1、3、5年末评估患者生存状态,其结果分为无复发转移、局部复发、远处转移、死亡。

1.7 统计处理:采用SPSS10.0统计软件系统分析。

2 结果

2.1 不良反应:根据WHO化疗药物反应标准Ⅱ的不良反应进行对比;治疗组白细胞、血小板下降率较对照组低,差异有显著性(P<0.05);恶心、呕吐等胃肠道反应较对照组减轻,差异有显著性(P<0.05);心肌毒性、肝功能和肾功能损害发生率,血色素下降率较对照组差异无显著性(P>0.05)。

2.2 NK活性:对照组化疗后第一周末NK活性显著下降(n=31,P<0.05),而治疗组(n=M)则超过化疗前水平(P<0.05)。

2.3 T细胞亚群变化:见表1。

2.4 随访结果:治疗组术后1、3、5年无病生存率明显高于对照组(P<0.05),差异有显著性,见表2。

表2 两组患者治疗后5年生存情况比较(例,%)

治疗结果	第一年		第三年		第五年	
	治疗组(n=60)	对照组(n=60)	治疗组(n=60)	对照组(n=60)	治疗组(n=35)	对照组(n=29)
无复发转移	59(98.3)	57(95.0)	52(86.7)	46(76.7)	26(74.3)	15(51.7)
局部复发	1(1.7)	1(1.7)	5(5.0)	9(15.0)	4(11.4)	7(24.1)
远处转移	0(0)	2(3.3)	2(1.7)	4(6.6)	2(5.7)	4(13.8)
死亡	0(0)	0(0)	1(1.7)	1(1.7)	3(8.6)	3(10.4)

3 讨论

研究表明CK5/6是TNBC患者预后的独立影响因素,CK5/6阳性患者的生存期明显短于CK5/6阴性患者[3]。Rakaha等[4]报道TNBC转移容易发生在骨髓、脑、脑膜、肝、肺,且内脏转移率高于骨转移。在Dent[5]的研究中,与非-TNBC相比,TNBC平均年龄较小(57.5岁,53岁),淋巴结阳性率(45.6%,54.6%),组织学Ⅲ级比例高(28%,66%)。本组120例TNBC患者中位年龄为53岁,淋巴结阳性率60.8%,组织学分级Ⅲ级比例55.8%,与Dent的报道结果相似。

在TNBC的术后辅助治疗上内分泌治疗及针对Her-2的靶向治疗明显不适用,化疗是惟一的全身性治疗手段。多西他赛与蒽环类药物合用的生物益处已逐步得到循证医学Ⅰ级证据[6],特别是在TNBC的辅助治疗中多西他赛的抗肿瘤价值得到了更高的体现,较高的改善了肿瘤患者的生存率。多西他赛是新一代半合成紫杉类抗癌药物,其作用靶点是微管,可促进细胞内微管聚合,使微管稳定,抑制其解聚,使肿瘤细胞有丝分裂受阻,通过作用于细胞周期的M期达到抗肿瘤的目的。以多西他赛为基础的辅助化疗方案能提高早期乳腺癌患者的长期生存率,并降低复发的危险性[7]。表柔比星是化学结构与阿霉素相近的一种蒽环类抗肿瘤药物,抗癌机制为抑制DNA 聚合酶α和β,阻碍核酸的合成,直接嵌入DNA的双螺旋链,从而抑制DNA的复制和转录,在G2期终止细胞周期,导致肿瘤细胞死亡,具有与ADM 相当或更高的抗肿瘤活性。常用含有蒽环类药物的联合化疗方案对乳腺癌的有效率为50%~70%[8]。多西他赛联合表柔

表1 两组化疗前后T细胞亚群变化(%,$\bar{x}\pm s$)

组别	例数	化疗前				化疗后			
		CD3$^+$	CD4$^+$	CD8$^+$	CD4$^+$/CD8$^+$	CD3$^+$	CD4$^+$	CD8$^+$	CD4$^+$/CD8$^+$
治疗组	60	61.23±7.25	42.05±6.54	31.6±7.12	1.33±0.08	66.34±6.28	47.21±8.20	33.46±5.62	1.41±1.35
对照组	60	57.28±7.35	40.50±6.85	31.81±7.13	1.27±0.64	39.38±6.27	23.68±7.29	22.18±6.58	1.07±0.91
P值		<0.01				<0.01			

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

比星在TNBC的术后辅助治疗中具有协同作用。对照组患者经4~6周期的化疗后随诊1、3、5年，无病生存率分别为95%、76.7%、51.7%。

高聚生具有抑制和杀伤肿瘤细胞，能明显的修复组织和细胞，升高白细胞，提高免疫功能等功效[9]。其主要成分为蛋白质、多肽、18种氨基酸、游离凝固酶。免疫学作用在于活化T细胞、NK细胞，增强吞噬细胞的吞噬作用和淋巴细胞的杀伤活力，并能升高外周血中的白细胞，修复受损伤的组织细胞，还能直接抑制肿瘤细胞的生长。高聚生配合以多西他赛为主的化疗方案显然能优势互补。于起涛等[10]研究证实高聚生联合化疗能有效改善化疗疗效，提高免疫水平，保持白细胞数量，减轻不良反应。本组资料中，治疗组患者骨髓抑制及消化道反应较对照组明显减轻；治疗组治疗后$CD3^+$、$CD4^+$、$CD4^+/CD8^+$、NK活性较化疗前明显升高，而对照组明显降低；治疗组治疗后1、3、5年的无病生存率较对照组明显提高。可见高聚生联合多西他赛为主的化疗治疗能显著提高三阴性乳腺癌患者的免疫功能、降低不良反应、增强抗肿瘤效果，近、远期效果显著。

参考文献：

[1] 甘岫云，雍 凌，孙 红.高聚金葡素（高聚生）对肿瘤患者免疫细胞的影响[J].中国肿瘤临床，2000，27：799.

[2] 韩少良，薛永孚.癌症化学治疗的不良反应及其处理[M].上海：复旦大学出版社，2001：116.

[3] 刘哲斌，吴 炅，平 波，等.受体三阴性乳腺癌中基底细胞角蛋白的表达及其与预后的关系[J].中华肿瘤杂志，2008，30：610.

[4] Rakaha EA，EL-Sayed ME，Green AR，et al. Prognostic markers in triple-negative breast cancer[J].Cancer，2007，109：25.

[5] Dent R，Trudeau M，Pritchard KI，et al.Triple-negative breast cancer: clinical features and patterns of recurrence [J].Clin Cancer Res，2007，13：4429.

[6] 林本耀，乳腺癌[M].北京：中国医药科技出版社，2006：263.

[7] Nabboltz JM，Resse DM，Lindsay MA，et al.Evidence for the use of chemotherapy in breast cancer [J]. Int J Clin Oncol，2002，7：254.

[8] Charfare H，Limongelli S，Purushotham AD.Neoadjuvant chemotherapy in breast cancer[J].Br J Surg，2005，92：14.

[9] 陈延祚.金黄色葡萄球菌肠毒素、超级抗原及其抗肿瘤作用的研究进展[J].微生物免疫学进展，2005，33：66.

[10] 于起涛，蒙志斌.高聚生配合诺维本为主联合化疗晚期乳腺癌探讨[J].广西医学，2004，26：1654.

收稿日期：2010-03-31

PLIF治疗复发性腰椎间盘突出症的临床疗效

陈小明，曹 奇，杨铁军，陈亮元，唐国军，廖 雄，颜学亮

（南华大学附属第二医院脊柱外科，湖南 衡阳 421001）

【摘要】目的：评价PLIF治疗复发性腰椎间盘突出症（RLDH）的临床疗效。方法：2006年5月~2010年3月，我科收治的22例RLDH患者，均采用PLIF再手术治疗，22例均获得随访，随访时间为8~41个月（平均25个月）。对术前、术后分别进行JOA评分系统及改良Mcnab评分法评定治疗结果，根据X线评价植骨融合情况。结果：术后根据JOA评分，优17例，良5例，平均JOA评分改善率91.7%；改良Mcnab评分法评价，优14例、良8例；椎间植骨均获得骨性融合。结论：PLIF治疗RLDH可以获得良好的临床疗效。

【关键词】复发性；腰椎间盘突出症；PLIF

文章编号：1009-5519(2011)03-0355-02 中图分类号：R6 文献标识码：A

Clinical study of treating recurrent lumbar disc herniation by PLIF

CHEN Xiao-ming，CAO Qi，YANG Tie-jun，et al.

(*Department of Spine，Second Affiliating Hospital，South China University，Hengyang，Hunan 421001，China*)

【**Abstract**】**Objective**：To evalate the clinical results of recurrent lumbar disc herniation treated by PLIF.**Methods**：22 cases with RLDH operated by the method PILF during May 2006 to March 22，2010 were all followed up，JOA system and Modulated Mcnab criteria were used for evaluateion of clinical results，and X-ray of lumbar spine was performed postopratively. The patients were followedup for 8~41 months，averging 25 months.**Results**：All cases obtained bone fusion after 3 postaperative months，and according to the score of JOA，there were excellent in 17cases，good in 5 cases. The average score of JOA was 91.7%.According to the Modulated Mcnab criteria，there were excellent in 14 cases and good 8 in cases.**Conclusion**：RLDH operated by the method PILF can obtain better effects.

【**Key words**】Recurrence；Lumbar herniation；PLIF

腰椎间盘突出症是骨科常见病，自开展手术治疗腰椎间盘突出症以来，一般开放术式及MED术式行髓核摘除治疗，多数患者疗效满意，但两者均有不同程度的复发率2%~11%[1]。而现在对复发性腰椎间盘突出症（recurrent lumbar disc Herniation，RLDH）再手术治疗，手术方式仍然存在颇多争议。现将2006年5月~2010年3月，我科收治的22例RLDH患者采用PLIF（posterior lumbar interbody fusion，PLIF）再手术治疗，获得满意疗效，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料：本组22例RLDH患者，经CT/MRI及术中确诊，男16例，女6例，年龄25~64岁，平均41.5岁。初次手术均明确诊断为腰椎间盘突出症，术后腰腿痛缓解6个月以上，再发腰腿痛至少经过3个月以上正规保守治疗无效。病变间隙L_{4-5} 12例，L_5/S_1 7例，L_{3-4} 3例，相同间隙再发16例，相邻间隙6例（上一间隙5例，下一间隙1例）。术前、术后，对所有患者分别进行JOA评分及改良Mcnab评分法评分，术后3~6个月行腰椎X线评价植骨融合情况。

1.2 手术方法：患者全麻、俯卧位，沿原切口进入，并适当向头尾两侧延长，分离双侧椎旁肌，暴露病变节段上下椎板和相应关节突，在C型臂X线机定位下经病变节段上下椎弓根植入椎弓根螺钉，切除上下部分椎板并向侧方切除部分关节突内壁，从原手术部位周围正常健康组织处开始，仔细分离切除瘢痕组织，确保硬膜和神经根不受损伤，仔细轻柔的分离粘连，充分暴露椎间隙，将硬膜和神经根牵开，切除突出的间盘组织或骨化组织，扩大神经根管，松解神经根；用连接棒连接上下椎弓根螺钉固定牢固。将间盘组织及其上下软骨终板彻底刮除，将减压

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net