

· 专家论坛 ·

关于基层医院乳腺癌诊治现状的思考

李波

2009 年 10 月至 2010 年 10 月,本人受中共中央组织部卫生部派遣到新疆哈密兵团十三师红星医院工作。在此期间,本人有机会到新疆的十几个地州县医院和兵团的师团级医院巡诊、会诊、讲学及手术。总结这段难忘的经历,对基层医院乳腺癌诊治现状发表一些个人的看法。

1 关于乳腺癌的发病率

中国乳腺癌发病率无疑是大城市居高,但地县级以下地区人口总数的绝对优势使基层乳腺癌发病总人数并不低于大城市。单从乳腺癌发病率高出发,把防治重点设在大城市有失公允。

大中城市拥有丰富的医疗资源和发达的传媒机构,对防治乳腺癌的卫生宣教做得比基层好。乳腺癌早期诊断率比基层高,乳腺癌患者得到的诊治水平也大大好于基层。

基层医疗条件差,防治乳腺癌的卫生宣教工作近乎空白。患者就诊时多为中、晚期,为得到好的诊治远赴大城市,既加重了患者的经济负担,也加重了大医院的医疗压力。因此,重视基层乳腺癌的防治工作应是政府卫生管理部门和乳腺科医师共同的责任。

2 基层乳腺癌诊治现状

2.1 医务人员状况

新疆的各地州县及兵团的师团级医院均没有专门的乳腺科,而且编制内医师严重不足,医师要身兼多个专业,工作负担极重,现实的医患环境也给医师行医造成极大的心理压力。在这样的条件下,医师专业水平的提高,理论知识的更新就成了非常困难的事。这应引起政府卫生管理部门和医院领导的高度重视。

本人在哈密红星医院率先开设的乳腺病专科门诊,患者量特别大,也在一定程度上说明基层医院乳腺病病源充足。建议各基层医院根据自身条件设立

乳腺病专科,这将有利于人才培养和当地乳腺癌诊治水平的提高。

2.2 医疗设备状况

在基层医院,乳腺红外线和乳腺超声是最普遍的检查设备,极少数医院有乳腺钼靶 X 线机。设备不足虽是基层医院的硬伤,一时也难以改进,但可以充分利用好现有设备,提高乳腺疾病的诊断水平。

基层医院没有专业的乳腺红外线或乳腺超声检查医师(或技术员),乳腺检查者和临床治疗医师之间缺乏必要的沟通,是制约诊断水平提高的重要原因。各医院应根据自身条件,相对固定乳腺红外线和乳腺超声检查的工作人员,乳腺检查有异常时,应及时与临床医师沟通,并最终与病理检查印证,通过这样的积累才能提高诊断水平。临床医师要多与影像科医师配合,对可疑病灶行影像引导下穿刺定位活检,提高早期乳腺癌的诊断率。最简便易行的方法是:在红外线或超声引导下用注射器向可疑病灶处注射 0.1 ml 亚甲蓝,立即手术,在亚甲蓝的指导下切除可疑病灶。

2.3 乳腺癌治疗现状

虽然有不少乳腺癌患者选择去大城市治疗,但留在基层医院治疗的也不在少数,而治疗方法不规范是制约基层医院提高乳腺癌治愈率、降低病死率的最重要因素。

2.3.1 手术治疗方面:乳腺癌改良根治术是基层医院常用的术式,但有的医院不顾自身医院病理检查水平和放射治疗水平的限制,盲目选择保留乳房手术,为肿瘤局部复发和转移留下了隐患。保留乳房手术的关键点有两条:一是术前能准确诊断患者乳房无多发病灶,原发灶临床分期适合行保留乳房手术,术中有切缘快速病理学检查的支持;二是术后患者能在当地或去大城市接受放射治疗。

基层医院对乳腺癌患者的临床分期不准确,致使较早期的患者仍采用经典的乳腺癌根治术,手术创伤大,术后并发症多。经典根治术虽不是被淘汰的术式,但本人建议不选择使用。对初诊需选用此术式的患者,可试行新辅助化疗 3~4 个周期(每个周期均应行超声监测肿物体积的变化),乳腺癌降期后行改良根治术。以本人在基层工作 1 年的体会,建议基层医院对乳腺癌的治疗应首选乳腺癌改良根治术。该手术技术规范、易熟练掌握,且手术疗效有保证。

前哨淋巴结活检和保留乳房手术虽是当前乳腺癌手术的流行趋势,但基层医院一定要量力而行,慎重开展!前哨淋巴结活检需要有同位素扫描定位前哨淋巴结的设备支持和术中冰冻病理检查的支持,条件不具备的医院不能

开展。反对单用色素染料行前哨淋巴结定位手术!

2.3.2 化疗方面:化疗方案的选择虽有争议,没有一种方案能适合所有的患者,但公认的研究结果是,含蒽环类和(或)紫杉类化疗方案的疗效优于 CMF 方案(环磷酰胺+氨甲喋呤+氟尿嘧啶)^[1]。然而,在许多基层医院 CMF 方案仍唱主角,是受医药费用限制还是其他因素所致应引起重视。

许多基层医院在新辅助化疗前仅对患者行细胞学检查而未行免疫组织化学检查。当化疗达到临床完全缓解(CR)时,患者术后缺失免疫组织化学指标,使后续治疗失去依据^[2]。

在基层医院,乳腺癌患者的化疗周期及疗程长短均有较大的随意性。而不论采用哪种方案化疗,医师都应按中国版《NCCN 乳腺癌临床实践指南》去做,才能取得好的疗效,才不会在发生医患纠纷时没有用药依据。这一点请基层医师务必重视。

在标准的检验方案指导下,免疫组织化学病理检查中 CerbB-2(-/+)不需行靶向治疗,CerbB-2(++)不能作为靶向治疗的依据,应到上级医院加做荧光原位杂交实验(即FISH实验),FISH 实验阳性或 CerbB-2(+++)才能行靶向治疗。

2.3.3 内分泌治疗方面:(1)对绝经的认识问题。对一些特殊患者,如绝经前切除了子宫、年龄>45岁、雌激素受体(ER)(+)和(或)孕激素受体(PR)(+)的患者,化疗后即使用芳香化酶抑制剂(AI)治疗是不正确的。由于卵巢未切除,患者是否处于绝经状态应多次反复检查血清雌激素和卵泡雌激素水平才能确定。化疗引起的停经不能定义为绝经,不能盲目使用 AI。关于绝经的标准参见《NCCN 乳腺癌临床实践指南》相关定义。(2)用三苯氧胺或托瑞米芬的患者,必须定期复查子宫内膜情况^[3]。(3)所有用 AI 治疗的患者,治疗开始前最好查 1 次骨密度作为治疗前基础,为日后骨质疏松提供证据。根据骨密度情况,每 6 个月或 1 年复查 1 次。所有患者都应同时补钙。(4)治疗中的换药问题^[4]。首先要遵循的原则是疾病无进展时不应换药。但下列情况可除外 ①应用雌激素受体竞争拮抗剂治疗致子宫内膜增厚>1.2 cm、经妇科治疗无改善或高度怀疑有子宫内膜癌变倾向的患者,行卵巢切除后可换用 AI。换用诺雷得+AI 虽不需切除卵巢,但患者经济负担较重。②用雌激素受体竞争拮抗剂治疗的过程中,患者确已绝经的,可换用 AI 继续治疗。③用 AI 治疗时,患者因不良反应而无法耐受时(经对症治疗仍无法耐受),可换用雌激素受体竞争拮抗剂。

2.4 基层医院的病理科

基层医院病理学科薄弱,已成为制约乳腺癌手术发展的瓶颈。许多基层

医院没有正式的病理科,只有几个病理学工作者(医师或技术员)和设备极其简陋的病理检查室。以哈密红星医院为例,手术科室总床位数超过 350 张,病理检查室只有 3 位医师、1 位技术员,其工作负担之重,责任、压力之大可想而知。医学诊断的最终定论性诊断是病理学诊断,病理科的重要性勿需赘述。强烈呼吁政府卫生管理部门和基层医院领导重视病理科的建设和发展。

基层医院和上级三甲医院联姻,通过远程网络诊断系统求得上级医院病理学科的支持帮助,是快速提高基层医院病理诊断水平的方法。而基层医院病理学工作者做好标本取材送上级医院会诊是预防误诊的有效方法。临床医师与病理学医师沟通交流,将有利于相互促进,提高诊疗水平。

2.5 基层医院的放射治疗

少数基层医院配备有放射治疗设备,但都是 10 多年前的设备,放射性辐射损伤大,不能支持保留乳房手术后的放射治疗要求。建议开展保留乳房手术的基层医院,将患者转到上级医院进行术后放射治疗。

3 结语

中国乳腺癌发病率逐年上升是不争的事实,党和政府对此高度重视,国家“十五”、“十一五”规划均有针对乳腺癌研究的相关课题。大城市科技力量雄厚利于开展科技攻关研究,但能将研究成果及时服务于基层是政府卫生管理部门和乳腺病工作者的责任。

中国地域辽阔,民族众多,不同的民族及其生活习惯和工作环境影响着不同地域的乳腺癌发病特点。做好大城市与基层的乳腺癌防治工作任重道远。中国目前有 4 个全国性的乳腺协会:中国抗癌协会乳腺癌专业委员会,中华医学会肿瘤学分会乳腺癌学组,中华医学会外科学分会乳腺内分泌学组,全军乳腺、甲状腺学组。本人呼吁这 4 个协会联手,利用各自分布在全国的网络,分别重点负责相应的乳腺癌防治工作,如乳腺癌防治卫生宣教,乳腺癌普查,基层专业人员培训,不同区域、民族的乳腺癌流行病学调查,乳腺癌诊治的科技攻关等等。相信不久的将来中国的乳腺癌防治工作一定能站在世界前列。

【关键词】 乳腺肿瘤;诊断;治疗

【中图法分类号】 R737.9

【文献标识码】 A

参考文献

- [1] Bull JM, Tormey DC, Li SH, et al. A randomized comparative trial of adriamycin versus methotrexate in combination drug

therapy[J]. Cancer,1978,41(5):1649-1657.

- [2] Smith IE, Dowsett M, Ebbs SR, et al. Neoadjuvant treatment of postmenopausal breast cancer with anastrozole, tamoxifen, or both in combination: the Immediate Preoperative Anastrozole, Tamoxifen, or Combined with Tamoxifen (MPACT) multicenter double-blind randomized trial[J]. J Clin Oncol, 2005,23(22):5108-5116.
- [3] Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study[J]. J Natl Cancer Inst,1998,90(18):1371-1388.
- [4] Buzdar AU, Guastalla JP, Nabholz JM, et al. Impact of chemotherapy regimens prior to endocrine therapy: results from the ATAC (Anastrozole and Tamoxifen, Alone or in Combination) trial[J]. Cancer,2006,107(3):472-480.

(收稿日期:2011-08-11)

(本文编辑:罗承丽)

李波. 关于基层医院乳腺癌诊治现状的思考[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2011,5(5):512-516.

