

# 乳腺癌根治术后辅助治疗的作用

戎铁华 刘广森

(附属肿瘤医院胸科)

**提 要** 本文将我院自1964.4~1982.12月收治的女性单侧Ⅱ、Ⅲ期乳腺癌554例,根据不同治疗方法的组合分为四组:根治术组(160例),根治术+化疗组(182例),根治术+放疗组(137例),根治术+化疗+放疗组(75例),并分析比较了各组的疗效,局部复发率及远处转移率,以探讨各种辅助治疗在Ⅱ、Ⅲ期乳腺癌根治术后的价值。本文资料表明:化学治疗是乳腺癌根治术后一种较好的辅助治疗。术后预防性放射治疗不能提高乳腺癌根治术的疗效,亦不能减少局部复发及远处转移。术后同时并用化疗及放疗,其疗效比术后化疗略差或无显著差异,不必常规并用。

**关键词** 乳腺癌根治术 辅助治疗

I期乳腺癌根治术后,无论是否作辅助治疗,均可获得比较满意的效果<sup>[1,2]</sup>,但对于Ⅱ、Ⅲ期乳腺癌根治术后是否采用辅助治疗及采用何种辅助治疗,则众说纷纭。本文回顾研究我院Ⅱ、Ⅲ期乳腺癌根治术后加或不加辅助治疗的疗效,以探讨各种辅助治疗在Ⅱ、Ⅲ期乳腺癌根治术后的价值。

## 材 料 和 方 法

我科自1964.4~1982.12共收治乳腺癌1770例,其中按UICC的分类法,属女性单侧Ⅱ期乳腺癌769例,Ⅲ期546例。随诊率为97.4%。本文根据不同治疗方法的组合,将必须完全符合下述条件的554例分为下列四组。

**一、根治术组(160例):** 仅行乳腺癌根治术(Halsted)以下同。术前、后未作任何辅助治疗。

**二、根治术+化疗组(简称根+化组,182例):** 为乳腺癌根治术后,单用噻嘧啶200mg以上或5-氟脲嘧啶5克以上,或环磷酰胺6g以上,或采用五联化疗<sup>[3]</sup>一个疗程以上者。

**三、根治术+放射治疗组(简称根+放疗组137例):** 为乳腺癌根治术后,行同侧锁骨上及胸骨旁或腋窝外照射,放射组织量3000~6000rads/4~6周。

**四、根治术+化疗+放射治疗组(简称根+化+放疗组,75例):** 标准同上。

上述四组的基本条件差异不大。术后放疗原则上出院后即在门诊安排,故接受放疗者多为广州市居民。非根治术或根治术后化疗及放疗剂量不符合上述标准者,均不在本文讨论之列。

## 结 果

现从各组的5、10年生存率(均以生命表法计算),局部复发率和远处转移率比较各组的疗效,以探讨术后辅助治疗的作用和限度。

**一、临床分期** 从表1可看出无论是Ⅱ期或Ⅲ期病例,根+化组及根+放+化组的5、10年生存率远较其他两组为高( $P<0.01$ )。而Ⅲ期病例中,根+放疗组的10年生存率亦较根治术组高, ( $P<0.05$ )

**二、腋淋巴结转移** 从表2可看出无论腋淋巴结有否转移,根+化组及根+化+放疗组的5、10年生存率远较其他两组高( $P<0.01$ )。

**三、病理类型** 在特殊型中比较四组的5、10年生存率,根治术组为79.6%,66.0%;根+化组为94.4%,83.9%;根+放疗组为65.3%,46.6%,根+化+放疗组为72.91%,60.76%。可见根+化组的疗效优于其他组(5年: $\chi^2=4.39, P<0.05$  10年: $\chi^2=8.78 P<0.01$ )。而其余三组疗效无明显差异( $P>0.05$ )。非特殊型,四组的5、10年生存率分别为51.0%,39.0%,84.5%,74.4%,42.7%,39.1%,

表 1

II III 期乳腺癌四种疗法生存率比较

临床分期	例数	根治术组		根 + 化组			根 + 放组		根 + 化 + 放组				
		例数	5 年生 5 年生存率(%)	10 年生 10 年生存率(%)	例数	5 年生 5 年生存率(%)	10 年生 10 年生存率(%)	例数	5 年生 5 年生存率(%)	10 年生 10 年生存率(%)	例数	5 年生 5 年生存率(%)	10 年生 10 年生存率(%)
I	312	90	69.1	60.8	108	91.8	80.1	73	51.1	43.1	41	97.5	66.2
II	242	70	41.1	24.8	74	82.4	74.28	64	40.3	37.8	34	72.9	51.3
合计	554	160	56.6	44.3	182	86.7	76.5	137	46.0	40.5	75	86.3	59.1

I 5 年:  $\chi^2 = 70.38 P < 0.01$       II 10 年:  $\chi^2 = 27.98 P < 0.01$

III 5 年:  $\chi^2 = 88.79 P < 0.01$       III 10 年:  $\chi^2 = 30.24 P < 0.01$

表 2

乳腺癌四种疗法的 5, 10 年生存率与腋淋巴结转移关系

腋淋巴结转移	例数	根治术组		根 + 化组			根 + 放组		根 + 化 + 放组				
		例数	5 年生 5 年生存率(%)	10 年生 10 年生存率(%)	例数	5 年生 5 年生存率(%)	10 年生 10 年生存率(%)	例数	5 年生 5 年生存率(%)	10 年生 10 年生存率(%)	例数	5 年生 5 年生存率(%)	10 年生 10 年生存率(%)
-	169	59	65.0	54.3	74	92.0	79.5	22	51.4	44.0	14	92.3	69.4
+	385	101	50.2	31.3	108	83.5	73.6	115	45.1	40.0	61	87.1	67.7

腋淋巴结 “+”:  $\chi^2 = 15.32 P < 0.01$

腋淋巴结 “-”:  $\chi^2 = 25.64 P < 0.01$

88.7%, 58.7%。可见根 + 化组及根 + 化 + 放组的疗效明显优于其它二组 (5 年:  $\chi^2 = 33.08 P < 0.01$  10:  $\chi^2 = 6.53, P < 0.05$ )。

**四、病程** 四组的 5, 10 年生存率分别为: 病程小于 6 个月者, 根治术组为 75.0%, 67.1%; 根 + 化组 85.0%, 78.1%; 根 + 放组 40.1%, 34.6%; 根 + 化 + 放组 93.6%, 82.2%。病程大于 6 个月者, 四组的 5、10 年生存率分别为 49.6%, 33.9%; 87.9%, 75.2%; 50.3%, 45.1%; 80.8%, 44.4%;。可见根 + 化组及根 + 化 + 放组的疗效明显高于其它二组 (5 年:  $\chi^2 = 11.05, P < 0.01$ , 10 年:  $\chi^2 = 10.35, P < 0.01$ )

**五、乳腺肿块皮肤表现** 四组的 5, 10 年生存率分别为: 皮肤正常者, 根治术组 61.2%, 48.9%; 根 + 化组 90.0%, 75.7%; 根 + 放组 54.3%, 46.1%; 根 + 化 + 放组 95.6%, 85.7%。可见根 + 化组及根 + 化 + 放组的疗效明显优于其它二组 (5 年:  $\chi^2 = 16.77, P < 0.01$  10 年  $\chi^2 = 6.61 P < 0.01$ )。皮肤表现异

常者 (包括肿瘤与皮肤粘连, 桔皮样变, 红肿, 溃破等) 四种的 5, 10 年生存率分别为 55.5%, 47.7%; 85.4%, 77.0%; 43.1%, 38.6%; 80.4%, 43.0%。可见根 + 化组的疗效最佳 (5 年:  $\chi^2 = 9.04, P < 0.01$  10 年  $\chi^2 = 16.77 P < 0.01$ ) 根 + 化 + 放组的五年生存率亦较根治术组及根 + 放组为佳 ( $\chi^2 = 9.04, P < 0.01$ )。

**六、患侧乳头表现** 四组的 5, 10 年生存率分别为: 乳头正常者, 根治术组为 64.0%, 53.0%, 根 + 化组 87.3%, 77.9%; 根 + 放组 45.1%, 40.7%; 根 + 化 + 放组 86.5%, 65.1%。乳头异常 (包括乳头回缩, 凹陷, 溢液, 糜烂, 溃破等) 者, 四组的 5, 10 年生存率分别为 33.3%, 19.5%; 84.5%, 72.0%; 48.8%, 40.3%; 86.2%, 46.0%。可见根 + 化组及根 + 化 + 放组的疗效最佳 ( $P < 0.01$ )。在乳头异常组, 根 + 放组的疗效亦佳于根治术组 ( $P < 0.05$ )。

**七、乳腺肿瘤活动度** 四组的 5, 10 年生存率分别为: 肿瘤活动者, 根治术组 63.7%,

50.9%；根+化组87.1%，76.6%；根+放组52.8%，45.3%；根+化+放组94.9%，69.3%。可见根+化组及根+化+放组的疗效最佳（5年： $\chi^2=19.19$ ， $P<0.01$  10年： $\chi^2=19.19$   $P<0.01$ ）。肿瘤活动度异常（包括与胸大肌部分粘连，与胸壁固定等）者，四组的5，10年生存率分别为34.5%，23.6%；85.6%，

76.3%；27.0%，27.0%；53.3%，23.3%；可见根+化组的疗效明显优于其余三组（ $\chi^2=20.71$   $P<0.01$ ）。

四组的局部复发率及远处转移率比较见表3，可见根+化组及根+化+放组的局部复发率及远处转移率远较其它二组低。

表3 乳腺癌四组疗法的局部复发率及远处转移率比较

	根治术组 (160例)		根+化组 (182例)		根+放组 (137例)		根+化+放组 (75例)	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
局部复发	16	10.0	7	3.8	21	15.3	12	16.0
远处转移	49	30.6	30	16.5	49	35.8	12	16.0

根+化组及根+化+放根治术组，根+放组  $\chi^2=5.14$   $P<0.05$

## 讨 论

**一、乳腺癌根治术后化疗的价值** 乳腺癌是一种全身性疾病，即使临床上认为是“早期”的病例，也可能包括I—VI期，这个概念已为人们所接受。临床实践证明，乳腺癌术后复发最终必导致血行转移<sup>[4]</sup>。因此，得多作者都试图以术后辅助化疗来杀灭血中的癌细胞，杀灭术前已存在的微小转移灶，以达到防止或减少癌细胞的着床和转移灶的形成，同时亦防止医源性的播散。Bonadonna<sup>[5]</sup>自1973年6月起，将乳腺癌根治术后患者，分为二组，一组207例均于术后用12个疗程CMF方案（环磷酰胺+氨甲喋呤+5-氟脲嘧啶）化疗，对照组179例术后未用任何治疗。CMF组自第2年~第8年的每年无疾病生存率，均比对照组高15%左右。本组资料亦表明，辅助化疗确能减少乳腺癌术后的局部复发率与远处转移率，提高术后的5，10年生存率。术后化疗值得推广应用。

关于术后化疗的期限，迄今尚无统一的观点。刘广森等<sup>[6]</sup>报告，乳腺癌根治术后2年内局部复发及远处转移者占有所有病例的65.4%及61.7%。基于这一事实，我们主张术后化疗的期限不应少于2年。

**二、乳腺癌根治术后放射治疗的价值** 乳腺癌根治术后，是否辅加放疗，多数作者认为应严格掌握指征<sup>[1,6]</sup>。英国Manchester的Christie医院曾作过这样的随机分组试验：即术后常规放疗及术后先不放疗，待局部复发后再放疗。结果两组生存率并无差异。本文资料亦表明术后放疗并不能提高乳腺癌术后5，10年生存率。因此，放疗的用途大概仅限于在手术切除不干净和术后局部复发的病人中应用，而术后预防性放射有损无益。

本文资料表明，乳腺癌根治术后同时并用化疗及放疗，确可明显减少局部复发率及远处转移率，提高术后的5，10年生存率，但从本文资料诸因素分析看来，其疗效比术后化疗略差或无显著差异。因此不必常规并用。

## 参 考 文 献

- [1] 李国材,等. 乳腺癌外科治疗的远期疗效分析. 实用外科杂志 1984; 4:171.
- [2] Williaml McGuire MD. Breast Cancer Advances in Research and treatment Current approaches Therapy J. I. I. New York and London: Plenum Medical BookCompany, 1977:263.
- [3] Liu Guangsen Li Guocai. Further study of five-drug combined chemotherapy for adanc-

- ed breast cancer. Chinese Medical Journal 1981; 99(9):757.
- [4] 刘广森, 等。影响乳腺癌根治术后局部复发及远期转移的原因分析。癌症 1983; 2:28。
- [5] Bonadonna G, et al. Multimodal therapy with CMF in resectable breast cancer with positive axillary nodes: The Milan Institute experience. Recent Results Cancer Rev 1982; 80: 149.
- [6] Bernard Fisher MD. Cooperative clinical trial in primary breast cancer: a critical appraisal. Cancer 1973; 5:1271.

## The Effect of Adjuvant Treatment after Radical Mastectomy

Rong Tiehua    Liu Guangsen

(Department of Chest Surgery, Affiliated Tumor Hospital)

### Abstract

From April 1964 to December 1982, 554 cases with unilateral breast cancer in stage II and III were admitted into our hospital. The cases were divided into four groups according to different treatment methods: (1) radical mastectomy alone (RM, 160 cases); (2) radical mastectomy and postoperative chemotherapy (RMC, 182 cases); (3) radical mastectomy and postoperative radiotherapy (RMR, 137 cases); (4) radical mastectomy and postoperative chemotherapy and radiotherapy (RMCR, 75 cases). We compared the group of RM with that of others on the treatment result, incidence of local recurrence and distal metastasis, and evaluated effect of every adjuvant treatment after radical mastectomy. The data showed: (1) chemotherapy is better adjuvant treatment after radical mastectomy; (2) preventive radiotherapy after radical mastectomy did not raise the survival rate and not reduced the incidence of local recurrent and distal metastasis; (3) the survival rates of RMCR were a little lower than RMC or no significant difference, so not to suggest as routine.

**Key words:** Radical mastectomy    Adjuvant treatment