

· 病例报告 ·

# 合并冠状动脉闭塞性病变的老年乳腺癌根治性手术 1 例及多学科协作诊疗策略分析

任明慧<sup>1\*</sup>, 张双科<sup>2</sup>

(济宁市第一人民医院: <sup>1</sup> 老年医学科, <sup>2</sup> 乳腺甲状腺外科, 济宁 272000)

【关键词】 乳腺癌; 冠状动脉; 根治性手术  
【中图分类号】 R737.9; R592; R543      【文献标志码】 B      【DOI】 10.11915/j.j.issn.1671-5403.2019.06.095

随着人口老龄化的进展,需要接受外科手术治疗的高龄患者逐年增加。老年冠心病患者非心脏手术麻醉风险较大已为临床所共识<sup>[1,2]</sup>。麻醉和微创手术技术的发展以及多学科协作使更多的高龄患者有机会获得手术治疗<sup>[3,4]</sup>。本文报道 1 例合并冠状动脉闭塞性病变的老年乳腺癌病例,探讨多学科协作(multidisciplinary team,MDT)诊疗模式,以供临床诊治参考。

## 1 临床资料

患者女性,75岁,因“发现右乳肿物 1 年”入院。查体:右乳内上象限可及约 3.0 cm×2.0 cm×2.0 cm 大小肿物,质硬,形态欠规则,边界欠清,活动度差,无压痛。乳腺彩色多普勒超声示右乳低回声结节,BI-RADS 4A 类。乳腺钼靶示右乳内上象限实性占位,BI-RADS 4A 类。

**既往病史** 高血压病 15 年,冠心病 8 年,糖尿病 10 年。半年前行冠状动脉造影(coronary arteriography,CAG)检查提示冠状动脉病变严重:右冠状动脉(right coronary artery,RCA)主干闭塞,左前降支(left anterior descending branch,LAD)近段 60% 狭窄,左回旋支(left circumflex branch,LCX)近段 70% 狭窄。因经皮冠状动脉腔内血管成形术(percutaneous transluminal coronary angioplasty,PTCA)成功率较低未实施,因冠状动脉搭桥手术风险大未实施。平素服用拜阿司匹林片、氢氯吡格雷片、瑞舒伐他汀片、单硝酸异山梨酯缓释片、地尔硫卓片、依那普利片、氨氯地平片等药物治疗。绝经时间:52 岁。否认肿瘤相关疾病家族史。

**入院检查** 空腹血糖 6.3 mmol/L。心电图示 ST 改变。心脏超声示左室舒张功能减低,射血分数(ejection fraction,EF)60%。腹部超声示胆囊多发强回声,结石可考虑。双下肢静脉超声未见明显异常。肺功能检测示小气道通气功能障碍,最大通气量轻度降低,血氧饱和度 97%。胸部 CT 示双肺炎症,双肺下叶钙化灶。颈部血管超声示双侧颈动脉斑块形成,右侧锁骨下动脉斑块形成。颅脑磁共振成像(magnetic resonance imaging,MRI)+磁共振血管成像(magnetic

resonance angiography,MRA)示脑多发缺血变性可能,脑动脉硬化并多发动脉狭窄。血栓弹力图(thromboelastogram,TEG)结果示二磷酸腺苷(adenosine diphosphate,ADP)抑制率 45%,花生四烯酸(arachidonic,AA)抑制率 50%,二磷酸腺苷诱导的最大血凝块强度(maximum amplitude-adenosine diphosphate,MA-ADP)53 mm。穿刺病理结果示右乳浸润性癌。

右侧乳腺癌诊断明确,需限期手术治疗,但患者高龄,合并症较多且冠状动脉病变严重,围手术期心脑血管风险大;若采取姑息性治疗,患者乳腺癌可能进展,出现局部溃烂、远处转移。基于病情的复杂性,对患者进行 MDT 诊疗模式。

**心内科医师** 患者经半年规范化口服药物治疗,目前无心慌胸闷等症状,考虑以冠状动脉侧支代偿,但仍存在手术风险,需与患者及家属充分沟通。待术后病情允许(引流液由鲜红色转为淡红色),尽早口服阿司匹林、氯吡格雷,如家属同意,可再次试行冠状动脉介入手术(家属拒绝)。

**麻醉科医师** 患者 CAG 示冠状动脉血管病变严重,建议充分沟通围手术期风险,术中尽量控制手术时间及出血量。

**肿瘤科医师** 手术治疗风险较大,如患者及家属因手术风险而拒绝根治性手术,可姑息治疗。

**呼吸内科医师** 患者小气道通气功能障碍,最大通气量轻度降低,血氧饱和度 97%。根据病情,呼吸系统无手术禁忌疾病,术后需尽早下床活动,减免下肢静脉血栓及呼吸系统疾病。

**神经内科医师** 患者 MRI 示双侧颈内动脉虹吸段、双侧大脑前动脉、双侧大脑中动脉、基底动脉及双侧大脑后动脉走行略僵硬,管壁毛糙,部分管腔粗细不均,右侧 C3 段、A1 段、M2 段及双侧 P2 段局部管腔变窄,双侧大脑后动脉远端分支尚可,提示脑多发缺血灶、脑动脉硬化。颈部血管超声示双侧颈总、颈内、颈外动脉管径正常,内中膜增厚,最厚约 1.1 mm;右侧颈动脉多发斑块,较大者于球部后壁,约 7.0 mm×2.4 mm;左侧颈动脉多发斑块,较大者位于球部后

壁,约9.8 mm×2.4 mm。彩色多普勒血流成像(color doppler flow imaging,CDFI)示斑块处充盈缺损,血流速及频谱形态大致正常,右侧椎动脉血流阻力指数(flow resistance index, RI) 0.86,右侧锁骨下动脉可见约5.6 mm×2.1 mm大小斑块。提示双侧颈动脉内中膜增厚并多发斑块形成,右侧椎动脉阻力指数升高,右侧锁骨下动脉斑块形成。目前患者因手术已暂停阿司匹林,建议术后尽早抗血小板或抗凝治疗,预防再发脑栓塞。

**老年医学科医师** 患者虽然高龄且合并症较多,但仍有手术机会,如患者及家属同意手术,尽量采取根治性手术,术后辅助治疗尽量应用对心脏毒性较小的药物。

**内分泌科医师** 应加用伏格列波糖监测血糖。若术后不能进食,可暂停降糖药物。

**乳腺外科医师** 如患者及家属接受风险并同意手术,尽量行根治性手术。如先治疗心脏疾患,暂行内分泌治疗、靶向治疗、姑息性手术等,乳腺癌可能进展。

**医疗安全办公室人员** 术前充分沟通围手术期风险,患者及家属可根据意愿购买医疗意外保险。

MDT讨论后,经沟通,患者及家属接受手术风险,签署手术知情同意书并购买医疗意外保险。患者于2018年8月30日行全麻下右乳切除术+右腋窝前哨淋巴结活检术。术程40 min。术后病理:右腋窝前哨淋巴结(1,2)均未见癌;乳腺浸润性导管癌Ⅱ级,肿瘤大小约为3.5 cm×2.6 cm×2.0 cm,底切缘未见癌累及。免疫组织化学:癌细胞ER(2+,65%)、PR(-)、HER2(3+)、E-cadherin(+)、P120(+)、EGFR(-)、P53散在(+)、Ki-67(+)约为20%。患者家属拒绝HER2靶向治疗及辅助化疗。术后口服来曲唑治疗,余治疗同前。术后3个月复查肿瘤标志物、乳腺超声、胸部CT均未见明显异常;心电图、心脏超声结果基本同前。

## 2 讨论

本例乳腺癌患者因高龄、既往合并症较多、冠状动脉病变严重、围手术期风险较大,特申请MDT讨论,以为患者提供安全可靠的个体化治疗。一项对7740例非心脏手术的研究显示,心脏事件的发生率为1.1%,但年龄>68岁组患者的发生率可增加至2.1%,年龄是围手术期心脏事件的独立危险因素<sup>[1,3]</sup>。可见,高龄冠心病患者是非心脏手术围手术期心脏事件的高危人群。通过MDT的建立,各科室专家能够对特定患者进行个体化综合诊治,并根据病情变化随时进行调整,从而很好地提高诊治成功率,降低并发症的发生率及死亡率。

本病例患者手术风险虽较大,但并无手术禁忌证。根据美国心脏病学会(American College of Cardiology,ACC)制订的《围手术期心血管危险性评估指南》<sup>[5]</sup>,该例患者属于中危(围手术期心脏事件发生率3%~10%,其中心源性死亡<5%),且乳腺手术属于低风险手术<sup>[6]</sup>(外科手术可能导致的围手术期心脏不良事件发生率<1%)。再者,MDT诊疗模式可使患者术后能够得到有效且安全的后续治疗。

目前,我国的MDT诊疗模式与发达国家相比尚存一定差距,还未得到普及<sup>[7]</sup>,需要进一步优化推广,以帮助更多病情复杂的患者重获健康。

## 【参考文献】

- [1] Scott IA, Shohag HA, Kam PC, *et al.* Preoperative cardiac evaluation and management of patients undergoing elective non-cardiac surgery[J]. Med J Aust, 2013, 199(10): 667-673. DOI: 10.5694/mja13.11066.
- [2] 王博杰,穆东亮,李春晶,等.术前心电图检查对老年择期非心脏手术患者术后心血管并发症的预测价值[J].中华老年多器官疾病杂志,2017,16(2): 93-99. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2017.02.022.
- [3] 刘子嘉,许力,于春华,等.高龄冠心病患者行非心脏手术的围术期心脏事件危险因素分析[J].中国医学科学院学报,2015,37(5): 541-548. DOI: 10.3881/j.issn.1000-503X.2015.05.009.
- [4] 余新平,刘康,何智勇,等.高龄髋部骨折髋关节置换术围手术期多学科协作处理的经验[J].中国骨与关节损伤杂志,2017,32(2): 117-120. DOI: 10.7531/j.issn.1672-9935.2017.02.002.
- [5] Eagle KA, Berger PB. ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery — executive summary a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1996 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) [J]. Circulation, 2002, 105(10): 1257-1267.
- [6] Eagle KA, Brundage BH, Chaitman BR, *et al.* Guide for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery [J]. Circulation, 1996, 93(6): 1278-1289.
- [7] 何斌,陈永鑫,范磊,等.多学科综合治疗在老年髋部不稳定骨折中的应用效果[J].实用老年医学,2018,32(12): 1150-1153. DOI: 10.3969/j.issn.1003-9198.2018.12.014.

He B, Chen YX, Fan L, *et al.* Clinical study of multidisciplinary cooperation in treatment of unstable hip fracture in elderly patients[J]. Pract Geriatr, 2018, 32(12): 1150-1153. DOI: 10.3969/j.issn.1003-9198.2018.12.014.

(编辑:吕青远)