

甲状腺患侧叶及峡部切除术治疗甲状腺微小乳头状癌的观察

成小立

(河南省温县第二人民医院外一病区 温县 454850)

摘要:目的:研究甲状腺患侧叶及峡部切除术治疗甲状腺微小乳头状癌的效果。方法:选取 2018 年 8 月~2019 年 8 月收治的 94 例甲状腺微小乳头状癌患者,按照随机数字表法分为全切组和研究组,各 47 例。全切组采用甲状腺全切术+中央区淋巴结清扫,研究组采用甲状腺患侧叶及峡部切除术。比较两组手术情况(手术时间、切口长度、术中出血量、住院时间、术后 1 年用药量)、甲状旁腺素水平、血清钙水平、并发症发生率及术后 1 年复发率。结果:研究组术中出血量、切口长度、术后 1 年用药量小于全切组,手术、住院时间短于全切组($P<0.05$);术后 7 d 研究组甲状旁腺素、血清钙水平高于全切组($P<0.05$);研究组并发症发生率 4.26% 低于全切组的 19.15% ($P<0.05$);两组复发率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:甲状腺患侧叶及峡部切除术治疗甲状腺微小乳头状癌能改善手术情况,减轻对甲状旁腺的影响,减少并发症发生,复发率低。

关键词:甲状腺微小乳头状癌;甲状腺患侧叶;峡部切除术;甲状腺全切术;中央区淋巴结清扫

中图分类号:R736.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.046

甲状腺微小乳头状癌(PTMC)是临床常见癌症类型,病灶较小,发病隐匿,早期临床表现不明显,且发病率较高,会严重降低生活质量^[1]。临床多给予手术治疗切除病灶,但不同术式临床效果具有一定差异。甲状腺全切术+中央区淋巴结清扫是目前常用方法,可有效清除病灶,但预后效果较差,影响术后生活质量^[2]。甲状腺患侧叶及峡部切除术创伤性较小,有助于术后恢复,能减少术中风险,缓解病情^[3]。本研究选取我院 PTMC 患者 94 例,旨在探讨甲状腺患侧叶及峡部切除术的治疗效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 8 月~2019 年 8 月我院收治的 94 例 PTMC 患者,按照随机数字表法分为全切组和研究组,各 47 例。全切组男 24 例,女 23 例;年龄 43~63 岁,平均(51.26±4.01)岁;病程 3~15 个月,平均(8.05±2.21)个月;结节直径 2.7~8.8 mm,平均(5.73±1.41)mm。研究组男 25 例,女 22 例;年龄 42~62 岁,平均(50.78±4.12)岁;病程 3~16 个月,平均(8.11±2.32)个月;结节直径 2.8~9.0 mm,平均(5.76±1.44)mm。两组基线资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 选例标准 (1)纳入标准:术前经 B 超与穿刺细胞学检查或手术冰冻病理学检查确诊为 PTMC;肿瘤位于甲状腺内;签署知情同意书。(2)排除标准:合并其他部位恶性肿瘤;凝血功能障碍或血液传染性疾病;颈部可见淋巴结转移;合并严重肝、肾功能障碍;颈部、甲状腺手术史或甲状腺功能亢进。

1.3 手术方法 两组术前均行超声造影、彩色多普勒超声等检查,确认病灶信息,包括个数、边界、大小、钙化、形态、血流信号、内部回声、位置及周围组织;常规麻醉、消毒铺巾,作切口于颈前低位,沿着颈

阔肌游离皮瓣,分别至胸锁关节、甲状软骨中上部,并分离带状肌与甲状腺被膜,锐性分离解剖后的甲状腺。但不解剖、探查、暴露甲状旁腺,辨别其淋巴组织、解剖组织、脂肪。术后两组均给予抗感染治疗,口服左甲状腺素钠片(注册证号 H20160235),剂量为 100~150 $\mu\text{g}/\text{d}$ 。

1.3.1 全切组 采用甲状腺全切术+中央区淋巴结清扫,翻起甲状腺腺体,于环甲膜下 0.5 cm 处探查喉返神经,逐渐向下剥离结扎,将甲状腺中下极动静脉血供切断,切除甲状腺,清扫全部中央区淋巴结。

1.3.2 研究组 采用甲状腺患侧叶及峡部切除术,手术操作同全切组,切断血供后,从气管壁前筋膜处全部切除甲状腺患侧叶及峡部,至对侧甲状腺,并于真假被膜之间结扎。

1.4 观察指标 (1)手术情况(手术时间、术中出血量、切口长度、术后 1 年用药量、住院时间)。(2)术前、术后 7 d 两组甲状旁腺素(PTH)、血清钙(Ca)水平,采集空腹静脉血 4 ml,以 3 000 r/min 的速度离心 10 min,离心半径为 10 cm,分离得到血清,采用酶联免疫吸附法测定。(3)两组并发症(声音嘶哑、甲状腺功能减退、低钙血症、喉返神经损伤、饮水呛咳)发生率。(4)术后 1 年两组复发率,即经超声检测重新发现肿瘤。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行分析,计数资料以%表示,行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较 研究组术中出血量、切口长度、术后 1 年用药量小于全切组,手术及住院时间

短于全切组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	切口长度 (cm)	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)	术后 1 年用药量 (mg)
研究组	47	745.8±120.2	6.21±1.01	310.5±43.2	5.36±1.21	407.1±32.2
全切组	47	1267.4±152.5	8.36±1.42	492.7±68.4	7.12±2.69	498.4±33.1
t		18.416	8.459	15.440	4.091	13.554
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组 PTH、Ca 水平比较 术后 7 d 研究组 PTH、Ca 水平高于全切组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组 PTH、Ca 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PTH (pg/ml)		Ca (mmol/L)	
		术前	术后 7 d	术前	术后 7 d
研究组	47	41.25±5.48	29.65±4.36	2.36±0.27	2.10±0.18
全切组	47	41.62±5.27	18.25±4.21	2.41±0.31	1.79±0.10
t		0.334	12.895	0.834	10.321
P		0.739	<0.001	0.407	<0.001

2.3 两组并发症比较 研究组出现甲状腺功能减退 1 例、低钙血症 1 例，全切组出现甲状腺功能减退 3 例、喉返神经损伤 1 例、低钙血症 2 例、声音嘶哑 2 例、饮水呛咳 1 例。研究组并发症发生率 4.26% (2/47) 低于全切组 19.15% (9/47) ($\chi^2=5.045, P=0.025$)。

2.4 两组复发率比较 术后随访 1 年，研究组脱落 1 例，全切组脱落 2 例。研究组复发率为 2.17% (1/46)，全切组复发率为 8.89% (4/45)，组间比较，差异无统计学意义 ($\chi^2=0.894, P=0.345$)。

3 讨论

甲状腺微小乳头状癌瘤体较小，发病不明显，治疗不及时会导致肿瘤增大，出现压迫感，产生疼痛、吞咽功能障碍，甚至出现呼吸困难，影响生命安全。临床应进行早期诊断并给予手术切除治疗^[4]。

甲状腺全切术 + 中央区淋巴结清扫切除病灶效果明显，但由于创伤性较大，导致术后恢复缓慢，预后效果差^[5-6]。临床应寻找创伤性更小的手术方式改善术后生活质量。基于此，本研究对研究组采用甲状腺患侧叶及峡部切除术，结果显示研究组术中

出血量、切口长度、术后 1 年用药量小于全切组，手术、住院时间短于全切组 ($P < 0.05$)。分析其原因为，甲状腺患侧叶及峡部切除术是通过气管壁前筋膜至甲状腺腺体切除腺叶与峡部，能有效减小手术切口，操作简单，降低术中出血量，缩短手术时间，有助于术后恢复，从而缩短住院时间。本研究结果还显示，术后 7 d 研究组 PTH、Ca 水平高于全切组 ($P < 0.05$)。甲状旁腺与甲状腺邻近，手术切除过程中易对甲状旁腺造成损伤，影响血液供应，从而降低 PTH 分泌^[7]。但甲状腺患侧叶及峡部切除术对患者损伤更小，能减轻对甲状旁腺的影响，PTH、Ca 水平降低程度小。另外，研究组并发症发生率 4.26% 低于全切组 19.15% ($P < 0.05$)。甲状腺患侧叶及峡部切除术能减少对甲状腺组织损伤，保护另一侧喉返神经，减少术后出现喉返神经损伤的风险，降低并发症发生率^[8]。

综上所述，甲状腺患侧叶及峡部切除术治疗 PTMC 能改善手术情况，减轻对甲状旁腺的影响，减少并发症发生，复发率低。

参考文献

[1] 郑珏如,戴磊,吴贤江,等.甲状腺患侧叶联合峡部切除术治疗甲状腺微小乳头状癌的远期疗效[J].中华全科医学,2019,17(4):568-570,656.

[2] 李红强,殷德涛,马润声,等.腔镜与开放术式在甲状腺微小乳头状癌外科治疗中的疗效比较[J].西安交通大学学报(医学版),2018,39(1):5-8.

[3] 夏龙飞,张军民,吴其肯,等.甲状腺单侧联合峡部切除治疗甲状腺微小乳头状癌的疗效及预后分析[J].浙江创伤外科,2018,23(5):920-922.

[4] 黄辉,徐震纲,李德志,等.甲状腺单侧微小乳头状癌的手术治疗[J].中华普通外科杂志,2017,32(3):198-201.

[5] 焦飞.甲状腺患侧腺叶联合峡部切除治疗甲状腺微小乳头状癌近期效果分析[J].河南外科学杂志,2019,25(4):99-100.

[6] 董树园,张世杰,郭义,等.两种手术方式治疗甲状腺微小乳头状癌的临床疗效差异[J].贵州医药,2018,42(1):59-60.

[7] 康文玉,王翔.单侧腺叶全切加峡部切除术与双侧腺叶全切除术治疗甲状腺微小乳头状癌的疗效比较[J].实用临床医药杂志,2019,23(1):71-74,80.

[8] 唐志强,单远洲.甲状腺腺叶 + 峡部 + 对侧全切除术与甲状腺全切术 + 中央区淋巴结清扫治疗颈淋巴结阴性甲状腺乳头状癌的疗效观察[J].实用医院临床杂志,2018,15(3):37-40.

(收稿日期: 2021-01-30)

(上接第 59 页)

[3] 黄成兵,石文杰,孙太鹏,等.双相障碍 MECT 疗效与 ADCY-2 基因 rs326174 位点多态性的关系[J].神经疾病与精神卫生,2018,18(5):350-353.

[4] 陈俊,方贻儒,徐一峰.《2018 版加拿大抑郁和焦虑治疗网络 / 国际双相障碍学会双相障碍管理指南》的更新重点解读[J].中国全科医学,2019,22(2):123-127.

[5] 徐良雄,石聿树,熊昌娥,等.双相情感障碍患者团体支持性干预后复发率对照研究[J].海南医学,2019,30(10):1246-1249.

[6] 李一花,罗均,何金泉.通窍活血汤加味联合双心境稳定剂治疗双相情感障碍躁狂发作的有效性 & 安全性[J].中国中医急症,2019,28

(9):1647-1649.

[7] 蒋华英,谭立文,向健涛,等.齐拉西酮或奥氮平联用丙戊酸钠对双相 I 型患者认知功能影响的对照研究[J].国际精神病学杂志,2018,45(6):1040-1043.

[8] 杨璩,程小菁,王文萍,等.MECT 治疗不同精神障碍患者所需刺激累计电量的差异及影响因素研究[J].精神医学杂志,2018,31(4):283-285.

[9] 王小丽,马宏筠,邹宏涛,等.齐拉西酮结合丙戊酸钠治疗双相障碍躁狂发作的临床疗效观察[J].国际精神病学杂志,2018,45(1):62-64.

[10] 周广明.齐拉西酮联合无抽搐电休克治疗技术治疗双相情感障碍患者的效果[J].医疗装备,2020,33(6):118-119.

(收稿日期: 2021-03-15)