

锁骨下入路腔镜下甲状腺微小乳头状癌手术疗效评价

张林鑫

南京中医院大学附属南京中医院甲乳外科 江苏南京 210000

【摘要】目的 探讨锁骨下入路甲状腺根治术治疗甲状腺微小乳头状癌的手术经验及治疗效果。**方法** 回顾性研究 60 例甲状腺癌病人, 其中行锁骨下入路全腔镜手术 30 例(腔镜组), 经颈前开放手术 30 例(开放组), 比较两组病人围手术期资料、切口美容满意度及随访情况等资料。**结果** 腔镜组及开放组病例年龄及肿瘤大小均无统计学差异; 腔镜组平均手术时间及术后引流量均较开放组多; 腔镜组术中出血量与开放组相当; 术后颈部疼痛评分两组无统计学差异; 中央区清扫后淋巴结情况两组比较差异无统计学意义; 两组病人术后住院时间及术后疼痛比较差异无统计学意义; 腔镜组术后美容满意度高; 随访 6 个月以上, 均未见复发与转移。**结论** 锁骨下入路全腔镜甲状腺根治术治疗微小甲状腺癌患者安全可行, 并具有较佳的美容效果, 值得在临床推广应用。

【关键词】 全腔镜下甲状腺根治术; 甲状腺癌; 经锁骨下入路腔镜甲状腺手术

【中图分类号】 R653

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2022) 12-008-02

甲状腺癌作为一种恶性肿瘤, 近年来发病率呈现出逐年上升趋势, 同时随着超声诊断技术的提高以及体检医师的增强, 甲状腺癌检出率逐年增加^[1]。其中乳头状癌(papillary thyroid carcinoma, PTC), 占 80% 以上, 女性占多数。现将直径 $\leq 1\text{cm}$ 的 PTC 定义为甲状腺微小乳头状癌(papillary thyroid microcarcinoma, PTMC), 目前对 PTMC 手术治疗为首选^[2, 3]。传统手术多为经颈前切开进行腺体切除, 但是开放性手术相对创伤较大, 难免会留下手术瘢痕, 给病患造成一定的身体及心理负担^[4]。近年来腔镜甲状腺手术在临床中得到大力开展, 因其切口隐蔽, 得到更多年轻病人的首选^[5-6]。本院现已独立开展免充气锁骨下入路腔镜手术治疗甲状腺癌, 本文回顾性分析 60 例甲状腺癌患者资料, 对所取得的治疗效果进行报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集于 2021 年 1 月份至 2021 年 12 月份在我科中接受治疗的 60 例甲状腺癌患者临床资料。其中腔镜组 30 例, 开放组 30 例。腔镜组, 男、女为 5 例和 25 例, 年龄均值(44 ± 10.6)岁; 开放组, 男、女为 7 例和 23 例, 年龄均值(48 ± 12.9)岁。腔镜组甲状腺结节直径均值(6.2 ± 2.1)mm, 开放组甲状腺结节直径均值(5.7 ± 2.2)mm。两组资料无差异($P>0.05$), 见表一。术前病人均行甲状腺功能、颈部 CT、颈部超声等术前常规检查, 细针穿刺考虑乳头状癌, 快速病理与常规病理均为 PTMC。术前告知患者及家属腔镜与开放手术的优缺点, 根据病人意愿选择术式并签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: (1) 单侧甲状腺结节; (2) 结节术前评估 $\leq 10\text{mm}$; (3) 增强 CT 评估无颈侧区淋巴结转移或远处转移; (4) 无颈部手术史或胸部手术史; (5) 细针穿刺考虑乳头状癌。

排除标准: (1) 颈部手术史或放疗史; (2) 术前检查怀疑颈侧区淋巴结转移; (3) 合并急性甲状腺炎或甲亢; (4) 患有严重基础疾病; (5) 不符合纳入标准者。

1.3 方法及观察指标及判定标准

腔镜组及开放组均采用单侧腺叶加峡部切除加患侧中央区淋巴结清扫。观察指标: 手术时间, 术中出血量, 中央区淋巴结情况, 术后引流量, 术后住院时间, 术后第 3 天颈部视觉模拟评分(VAS)评估疼痛, 术后 3 月行美容效果满意度评分: 5 分(特别满意)、4 分(满意)、3 分(一般)、2 分(

不满意)、1 分(特别不满意)。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计学软件进行数据统计分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料比较

腔镜组病人的平均年龄与开放组无统计学差异($P>0.05$)。腔镜组及开放组在性别比例和肿块大小差异无统计学意义($P>0.05$) (见表 1)。

表 1: 两组患者一般资料比较

分组	n	性别		年龄 / 岁	结节直径 / mm
		男	女		
腔镜组	30	5	25	44 ± 10.6	6.2 ± 2.1
开放组	30	7	23	48 ± 12.9	5.7 ± 2.2
χ^2/t	-	0.4167		0.3062	0.9005
p	-	0.5186		0.7884	0.3716

2.2 术中参数及住院时间比较

腔镜组及开放组均成功完成手术, 其中腔镜组无中转开放。腔镜组较开放组手术时间较长($p<0.01$)、术后引流量多($p<0.05$), 术中出血量及住院时间差异无统计差异($P>0.05$) (见表 2)。

表 2: 术中参数及住院时间比较

分组	n	手术时间	术中出血 (ml)	术后引流 (ml)	住院时间 (天)
腔镜组	30	100.5 ± 20.7	30.2 ± 5.4	44.4 ± 16.7	4.2 ± 1.2
开放组	30	60.6 ± 10.5	28.5 ± 6.4	35.6 ± 10.5	4.7 ± 1.1
t	-	9.416	1.112	2.443	1.682
p	-	<0.01	0.2707	0.0176	0.0979

2.3 术后中央区淋巴结、术后疼痛评分及切口美容满意度比较

术后常规病理示腔镜组及开放组在中央区淋巴结清扫上无统计学差异($p>0.05$), 同时发现阳性淋巴结数无统计学差异($p>0.05$)。术后所有病人随访 6 个月, 复查甲状腺及颈部淋巴结超声、甲状腺功能及甲状腺球蛋白均在正常范围内, 未发现肿瘤复发与转移。术后第三天疼痛评分(VAS)示两组疼痛无统计学差异($p>0.05$)。术后 3 个月美容效果满意度评分, 腔镜组(8.5 ± 1.2)分较开放组的(8.5 ± 1.2)分高, 差异有

统计学意义 ($P<0.01$) (见表 3)。

表 3: 中央区淋巴结、术后疼痛评分及切口美容满意度比较

分组	n	中央区 淋巴结数	中央区阳性 淋巴结数目	术后第三天 疼痛评分	切口满 意度评分
腔镜组	30	4.2±1.5	1.2±1.5	2.5±1.5	8.5±1.2
开放组	30	3.8±1.8	1.5±1.8	2.4±0.8	6.2±1.6
t	-	0.3536	0.8601	0.3222	6.229
p	-	0.9350	0.3933	0.7485	<0.01

3 讨论

外科手术治疗是治疗微小甲状腺癌的关键,在治疗中主要是采用传统经颈部开放手术治疗方法,术后会出现不同程度的瘢痕,影响美观。近年来,全腔镜下甲状腺癌根治术在甲状腺癌疾病治疗中得到了广泛的应用^[7]。自首次报道腔镜甲状腺手术后,腔镜甲状腺手术经过 20 余年的发展,目前已开展多种手术入路,如经口入路、经腋窝入路、经乳晕入路和胸乳入路等^[8,9]。随着技术的发展,国内外现已陆续开展机器人甲状腺手术^[10]。随着腔镜器械的改进与外科医生技能的提高,全腔镜甲状腺的手术的适应证不断扩大^[11]。腔镜手术具有手术视野清晰、切口隐匿、解剖清晰等特点,手术操作更具精细化。同时锁骨下入路切口位于锁骨下发,避免了颈部留有疤痕,术后美容效果极佳^[12]。且避免了充气式甲状腺腔镜手术的并发症,如:皮下气肿、气胸、CO₂ 栓塞等并发症^[13]。

本文研究结果为,腔镜组术中出血量、术后引流量、手术时间及住院时间与开放组无统计学差异 ($P>0.05$),同时研究中腔镜组中央区淋巴结清扫的数量与开放组差异无统计学意义,而且术后随访未见复发与转移,说明腔镜组治疗 PTMC 效果与开放组相当。所有结果表明在甲状腺癌治疗中使用锁骨下入路全腔镜下甲状腺癌根治术安全可行。

本研究中腔镜组的手术时间多于开放组,主要原因是先期开展此手术时手术时间较长,随着手术例数的增加,手术时间明显减少。同时因锁骨下入路分类皮瓣稍等,引流量较开放式多。综上所述,总之,经锁骨下入路全腔镜甲状腺手术治疗 PTMC 安全可行,中央区清扫彻底,美容效果好,有临床运用价值。

参考文献

[1]Xia C, Dong X, Li H, et al. Cancer statistics in China and

United States, 2022: profiles, trends, and determinants[J]. Chin Med J (Engl), 2022,135(5):584-590.

[2]Ito Y, Miyauchi A, Oda H. Low-risk papillary microcarcinoma of the thyroid: A review of active surveillance trials[J]. Eur J Surg Oncol, 2018,44(3):307-315.

[3]高明,葛明华,嵇庆海,等.甲状腺微小乳头状癌诊断与治疗中国专家共识(2016 版)[J].中国肿瘤临床,2016,43(10):405-411.

[4]王平,谢秋萍.腔镜甲状腺手术临床应用争议和共识[J].中国实用外科杂志,2015,35(01):76-78.

[5]Sun H, Tian W, Jiang K, et al. Clinical guidelines on intraoperative neuromonitoring during thyroid and parathyroid surgery[J]. Ann Transl Med, 2015,3(15):213.

[6]Guo Y, Qu R, Huo J, et al. Technique for endoscopic thyroidectomy with selective lateral neck dissection via a chest-breast approach[J]. Surg Endosc, 2019,33(4):1334-1341.

[7]章德广,何高飞,李建波,等.改良无充气经锁骨下入路腔镜甲状腺手术疗效评价[J].中国实用外科杂志,2022,42(6):691-694,699.

[8]Witzel K, Hellinger A, Kaminski C, et al. Endoscopic thyroidectomy: the transoral approach[J]. Gland Surg, 2016,5(3):336-341.

[9]甄卫东,王苏杭,彭德峰,等.免充气经腋窝入路腔镜下甲状腺微小乳头状癌手术疗效评价[J].蚌埠医学院学报,2021,46(6):722-725,730.

[10]Razavi C R, Tanavde V A, Kim A S, et al. The variable direct cost and cost drivers of transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach[J]. Gland Surg, 2021,10(2):521-528.

[11]Fu Y, Wu M, Fu J, et al. TransOral Endoscopic Thyroidectomy via Submental and Vestibular Approach: A Preliminary Report[J]. Front Surg, 2020,7:591522.

[12]Nagata T, Shimada Y, Miwa T, et al. Endoscopic thyroidectomy using the EZ-VANS method[J]. Surg Today, 2016,46(5):575-582.

[13]Park J O, Park Y J, Kim M R, et al. Gasless transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (gasless TOETVA) [J]. Surg Endosc, 2019,33(9):3034-3039.

(上接第 7 页)

近年来随着我国市场经济的飞速发展和人们生活习惯的不转变,致使不良生活起居习惯对颈椎的压迫越来越严重,所以目前我国颈椎病发病率逐年呈升高趋势。椎动脉型颈椎病属于一种临床常见的慢性退行性病变,主要是由于机械因素压迫椎动脉,致使动脉血管供血不足,从而刺激交感神经系统,临床治疗该病,通常采取减压固定融合术治疗,可明显缓解患者病情,但该措施治疗风险较大,且患者耐受性存在差异,因此大多数患者并不愿意接受手术治疗^[3]。

中医认为椎动脉型颈椎病主要是由于劳倦内伤、气血亏虚、肝肾不足所引起的,所以临床治疗应以针灸为主,通过针灸疗法刺激患者穴位,从而减轻对颈部神经根及血管造成的压迫,改善神经核区缺血状态,增加血流量,缓解眩晕等临床症状。推拿疗法主要起舒筋活络、消肿止痛的作用,通过推拿可以缓解患者颈部肌肉紧张状态,纠正错位关节和组织,促进气

血运行,全面改善颈动脉供血状况^[4]。

综上所述,针灸联合推拿疗法治疗椎动脉型颈椎病疗效显著,值得推广。

参考文献

[1]刘晓勤.中医针灸联合推拿手法治疗椎动脉型颈椎病(CSA)的疗效及对患者血流动力学的影响[J].双足与保健,2020,26(15):191-192.

[2]余学龙.针灸推拿联合自拟中药方治疗椎动脉型颈椎病临床疗效及对血流动力学的影响[J].淮海医药,2021,35(3):285-287.

[3]吴海金,陈春花.针灸联合推拿手法对椎动脉型颈椎病患者血流动力学的影响[J].深圳中西医结合杂志,2022,27(5):63-64.

[4]王冠,WANGGuan.中医针灸联合推拿手法治疗椎动脉型颈椎病临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2022,11(2):207-210.