

文章编号:1005-6947(2006)04-0310-02

· 临床报道 ·

# 分化型甲状腺癌 73 例再手术的临床分析

廖有祥<sup>1,2</sup>, 汤恢煥<sup>2</sup>, 谭兴国<sup>1</sup>, 李民彬<sup>1</sup>

(1. 湘南学院附属医院 普通外科, 湖南 郴州 423000; 2. 中南大学湘雅医院 普通外科, 湖南 长沙 410008)

**摘要:**回顾性总结 73 例分化型甲状腺癌再手术的诊治情况。结果显示全组接受再次手术 73 例; 并发症发生率 5.5%; 随访期 1~10 年, 5 年及 10 年生存率分别为 90.4% (66/73) 和 80.8% (59/73)。提示首次手术不当致癌残存和肿瘤复发是再手术的主要原因, 二次手术应掌握好手术时机, 除探查和处理甲状腺外, 还应注意颈部淋巴结的探查处理。术中保护喉返神经及甲状旁腺的关键是熟悉解剖和仔细操作。

**关键词:** 甲状腺肿瘤/外科学; 肿瘤复发, 局部; 再手术

**中图分类号:** R736.1      **文献标识码:** B

甲状腺癌有多种病理类型, 其中最常见的是甲状腺乳头状癌, 其中乳头状癌、滤泡癌和髓样癌统称为分化型甲状腺癌。手术切除是分化型甲状腺癌主要的治疗手段。但由于目前手术方式尚未统一, 加上术前术中诊断困难, 以及癌的复发等, 临床上常有甲状腺癌患者需再次手术。我科 1994 年 5 月—2004 年 10 月共收治甲状腺癌 251 例, 其中属再次手术者 73 例, 本文就分化型甲状腺癌再手术的有关问题进行分析探讨。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

1994—2004 年, 我院共收治甲状腺癌患者 251 例, 其中属再次手术 73 例, 均为分化型甲状腺癌。其中男 25 例, 女 48 例; 年龄 17~67 岁。首次手术中漏诊 31 例 (其中冷冻切片报告漏诊 4 例), 首次手术不当 35 例, 肿瘤复发 7 例。再手术与首次手术间隔时间 < 1 个月者 18 例, 相隔时间 > 6 个月者 25 例, 其余介于两者之间。

### 1.2 首次手术情况

首次手术术前术中诊断: 31 例漏诊患者中误诊为结节性甲状腺肿 16 例, 甲状腺腺瘤 10 例, 甲状腺功能亢进症 5 例。首次手术方式: 甲状腺次全切除术 36 例, 甲状腺一侧腺叶部分切除术 29 例, 甲状腺癌改良根治术 6 例, 甲状腺患叶全切除术 2 例。首次手术后病理诊断: 乳头状腺癌 57 例, 滤泡状腺癌 16 例。

### 1.3 再手术方式及治疗

73 例分化型甲状腺癌患者中 16 例患者行残叶及峡部切除; 11 例患者行甲状腺全切除术; 38 例行甲状腺腺叶切除加峡部切除及患侧颈淋巴结清扫术; 8 例行甲状腺全切除术加双侧颈淋巴结清扫术。其中 5 例行经典的根治性颈淋巴结清扫术, 41 例行改良颈淋巴结清扫术。手术后均服用甲状腺素片行内分泌治疗。

### 1.4 再手术后病理结果

18 例两次手术相隔时间 < 1 个月者, 再手术后病理诊断甲状腺癌残留 8 例 (44.4%), 未发现颈淋巴结转移。25 例两次手术相隔时间 > 6 个月者, 再次手术后病理诊断甲状腺癌复发 18 例 (72.0%), 颈淋巴结转移 9 例 (36.0%), 再手术后病理类型与首次手术后的结果一致。余 30 例两次手术介于 1~6 个月者, 再次手术后病理诊断与首次相符。

## 2 结果

### 2.1 手术并发症

73 例分化型甲状腺癌的再手术患者, 发生并发症者 4 例 (5.5%); 其中, 声音嘶哑 1 例, 呛咳 1 例, 均于术后 5 个月恢复。手足抽搐 2 例, 经补钙治疗 3 周后缓解。

### 2.2 随访

本组随访采用信访或定期来院复查, 获回访结果 69 例, 随访率为 94.5%。随访期为 2~10 年, 5 年生存率为 91.9% (57/62), 10 年生存率 85.7% (6/7)。

## 3 讨论

与其他恶性肿瘤相比, 甲状腺癌的再手术率较高, 在

**收稿日期:** 2005-11-15; **修订日期:** 2006-03-04。

**作者简介:** 廖有祥, 男, 湖南新田人, 湘南学院附属医院主任医师, 主要从事甲状腺、胃肠道肿瘤方面的研究。

**通讯作者:** 汤恢煥 电话: 0731-4327021。

30%~40%之间<sup>[1]</sup>。其原因有以下两点:(1)早期甲状腺癌常常无典型的症状和体征,从而与一般的良性疾病很难鉴别,特别是对于分化型甲状腺癌。术前对甲状腺良、恶性肿瘤诊断较为困难,甚至术前细针穿刺活检及术中冷冻切片也有一定的误诊率。(2)手术方式选择不当,很多基层医院为了手术的简便或者对甲状腺癌认识不足,缺乏甲状腺癌规范化治疗的经验,常常采取肿瘤剜除术或腺叶部分切除术(统称为局部切除术)的方法处理甲状腺肿块,因而肿瘤残留率很高,本组有12例属于此种情况。

由于甲状腺手术在基层医院的普遍开展及术中冷冻切片的局限性,使得甲状腺癌再手术难以完全避免;对于再手术病例的选择应掌握以下指征<sup>[2-3]</sup>:(1)已经明确为甲状腺癌但首次手术为甲状腺腺叶局部切除者;(2)体检、CT或MRI检查发现原发灶仍有肿瘤残留或可疑肿瘤残留者;(3)首次术后发现有淋巴结肿大,行术前淋巴结穿刺细胞学检查或行术中淋巴结冷冻切片检查诊断为淋巴结转移者,应行该侧颈淋巴结清扫术;(4)首次手术医师建议再手术。具备以上4项中的任何1项者均可考虑再手术。

甲状腺再手术常常会出现并发症发生率较高,文献报道甲状腺再手术喉返神经损伤率可在1.7%~17%<sup>[4-5]</sup>,这常与首次手术瘢痕牵拉使喉返神经位置出现变异有关。另外甲状旁腺损伤、喉上神经的损伤也有报道。因而,如何降低甲状腺癌再手术的并发症发生率是一个很值得重视的问题,除了与医生所具备的解剖知识熟练的手术技巧外,合理选择手术时机也颇为重要。马东白<sup>[6]</sup>认为最好在上次手术后1~2个月进行,此时术中炎症水肿反应消退,有利于重要血管、神经分离及剥离。也有作者<sup>[7]</sup>认为再手术时机以首次手术后1个月内施行较好。此时颈部组织结构以充血水肿为主,瘢痕粘连轻,尚可分离,而且误伤喉返神经及甲状旁腺的机会及肿瘤细胞扩散转移相对较少,若两次手术相距时间较长,喉返神经和甲状旁腺因瘢痕粘连解剖位置改变,易误伤。还有作者<sup>[8-9]</sup>认为对于恶性肿瘤,再手术越早越能减少肿瘤复发和转移的风险,而且有利于减轻患者的心理负担。而且,早期手术虽有一定的充血,水肿和粘连,但是如熟悉局部的解剖结构,术中精细操作,再手术治疗并不困难,不会增加手术并发症。我们通过本组73例病人的诊治认为,如为手术中未发现而手术后病理证实为癌,需扩大手术范围者,最好按亚急诊处理,尽早安排二次手术,而不必等到炎症水肿反应消退以后;如为首次术后数月或数年才发现有复发或转移,再手术属择期手术。

关于甲状腺癌再手术术式的选择仍是一个有争论的问

题,有人认为仅行甲状腺残叶切除即可,也有人主张应以全甲状腺切除作为标准术式。笔者认为应根据首次手术的方式、检查的情况、病理类型而综合考虑。单叶病变者,解剖患侧喉返神经,切除残叶及峡部;对侧腺叶有结节者,术中送冷冻切片,如为恶性,即行全甲状腺切除,如为结节性甲状腺肿或其他良性病变,则行次全切除术。对颈淋巴结阳性,原发灶局部切除后应同时行颈淋巴结清扫术。目前一般采用功能性清扫术。颈部VI区淋巴结往往是甲状腺癌转移的首站淋巴结,因此应常规解剖并切除VI区淋巴结,行功能性或根治性颈清扫术时,笔者强调术中喉返神经的解剖。以喉返神经为标志进行甲状腺手术,既能全部切除患侧腺体,又能避免喉返神经的损伤,更有利于气管食管沟淋巴结的清扫;而不暴露喉返神经的手术方式,不但增加了喉返神经损伤的机会,而且为避免损伤该神经,常不能将腺体切除干净,因而可能造成癌的残留。

#### 参考文献:

- [1] Mishra A, Agarwal A, Agarwal G, *et al.* Total thyroidectomy for benign thyroid disorders in an endemic region [J]. *World J Surg*, 2001, 25(3):307-310.
- [2] 徐伟,唐平章,李正江. 甲状腺癌局部切除后再手术的探讨[J]. *中华肿瘤杂志*, 2002, 24(3):185-187.
- [3] 武西国. 甲状腺癌再手术原因分析及适应证(附31例报告)[J]. *河南肿瘤学杂志*, 2001, 14(40):119-120.
- [4] Asanuma K, Kobayashi S, SugenoYA, *et al.* Clinical recurrence of papillary thyroid Cancer in the remnant lobe [J]. *Eur J Surg*, 2000, 166(5):202-206.
- [5] Kupferman ME, Mandel SJ, Didonato L, *et al.* Safety of completion thyroidectomy Following unilateral lobectomy for well-differentiated thyroid cancer. *Laryngoscope* [J]. 2002, 112(4):1209-1212.
- [6] 马东白. 甲状腺癌的再手术问题[J]. *中国实用外科杂志*, 1995, 15(2):110.
- [7] 罗运生. 甲状腺癌误诊及再手术临床分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12(10):790-791.
- [8] 王峰,刘絮舜,夏洪才,等. 甲状腺癌近期内再手术探讨[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2004, 11(6):540-541.
- [9] 余振梅,徐海. 误诊甲状腺癌再手术探讨[J]. *徐州医学院学报*, 1999, 19(1):54-55.