

(文章编号) 1007-0893(2021)15-0182-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.086

甲状腺微小乳头状癌喉返神经顺行及逆行解剖手术疗效比较

赵必滔 陈永年 余启文

(江门市新会区人民医院, 广东 江门 529100)

〔摘要〕 **目的:** 研究甲状腺微小乳头状癌喉返神经顺行及逆行解剖手术疗效, 为患者的临床手术提供指导。**方法:** 选取江门市新会区人民医院 2017 年 1 月至 2018 年 5 月接诊的 46 例甲状腺微小乳头状癌患者, 按照简单随机分组法均分为顺行法组 (采用顺行法解剖喉返神经) 和逆行法组 (采用逆行法解剖喉返神经), 各 23 例。统计手术时间、术中出血量及清除淋巴结数目, 观察患者术后喉返神经及甲状旁腺受损情况。**结果:** 顺行法组患者的手术时间 (58.9 ± 10.9) min、手术出血量 (11.5 ± 3.5) mL 及引流量 (59.5 ± 4.9) mL 均明显少于逆行法组 [手术时间 (68.3 ± 11.2) min、手术出血量 (22.4 ± 4.3) mL 及引流量 (72.8 ± 3.4) mL], 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。顺行法组患者喉返神经损伤发生率 (4.35%) 明显低于逆行法组 (26.09%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。顺行法组与逆行法组患者的淋巴清扫的数目与甲状腺损伤数目相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 顺行法对喉返神经解剖, 疗效优于逆行法, 利于保护神经及周围组织, 有较好的可行性和安全性。

〔关键词〕 甲状腺微小乳头状癌; 喉返神经; 解剖喉返神经方式

〔中图分类号〕 R 736.1 **〔文献标识码〕** B

甲状腺微小乳头状癌是近年来较为常见的低恶性度的甲状腺癌, 多见于儿童或年轻女性^[1-2]。患者常表现为颈部的无痛性肿块, 可随吞咽上下移动, 临床表现为声嘶、吞咽困难及压迫感^[3-4]。目前甲状腺微小乳头状癌首选治疗方法为手术切除。甲状腺手术中要涉及喉返神经的显露与解剖, 术后常会导致喉返神经损伤等严重并发症, 患者若一侧神经损伤, 可表现为声音嘶哑、饮水呛咳; 双侧神经损伤则导致呼吸困难, 严重可窒息死亡^[5-6]。为避免术中损伤喉返神经, 选择合适的解剖方式, 本研究选取 2017 年 1 月至 2018 年 5 月本院接诊的 46 例甲状腺微小乳头状癌患者进行研究, 分析比较喉返神经顺行及逆行解剖手术的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2017 年 1 月至 2018 年 5 月接诊的 46 例甲状腺微小乳头状癌患者, 按照简单随机分组法均分为顺行法组 (采用顺行法解剖喉返神经) 和逆行法组 (采用逆行法解剖喉返神经), 各 23 例。顺行法组中男性 11 例, 女性 12 例, 年龄 35~57 岁, 平均 (42.7 ± 7.4) 岁; 逆行法组中男性 13 例, 女性 10 例, 年龄 37~47 岁, 平均 (43.5 ± 8.2) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 经超声检查高度怀疑甲状腺癌;

(2) 经细胞学检查诊断甲状腺微小乳头状癌^[7]; (3) 自愿接受手术解剖治疗。排除标准: (1) 患者身体条件较差, 无法耐受手术; (2) 喉返神经被侵犯, 需切断喉返神经; (3) 不能按时随访, 完成相关检查项目。

1.2 方法

患者均采用全身麻醉, 取仰卧位, 垫高肩部, 胸骨切迹上 3 cm 切开皮肤、皮下组织及颈阔肌, 手触探查肿物的位置、大小、数目、质地及与周边有无粘连。清扫一侧甲状腺叶和中央区淋巴结。分离皮下组织和颈前带状肌。离断病灶对侧甲状腺峡部, 病灶腺体内注射对比剂显示甲状旁腺。寻找喉前淋巴结并彻底清除。将环甲间隙解剖分离, 切开外侧腺体的被膜, 暴露并离断腺体上极, 保留腺体后被膜, 上位甲状旁腺不常规显露。术中喉返神经保持无张力状态, 术后严密观察呼吸、出血情况。

1.2.1 顺行法组 (1) 在胸骨的上切迹, 沿肌肉分离手术区的脂肪, 从颈总动脉的内侧开始分离组织并逐渐分离至椎前筋膜, 显露颈段喉返神经起始端, 向入喉处顺行解剖喉返神经至入喉, 分离清除中央区淋巴结并于入喉处离断 Berry 韧带。(2) 入喉处外上方寻找上位甲状旁腺, 沿周围组织将其分离并原位保留。患侧甲状腺叶整块切除, 清扫中央区淋巴结。

1.2.2 逆行法组 (1) 从甲状腺下极水平开始向入喉处解剖喉返神经显露至入喉, 将 Berry 韧带解剖离断;

〔收稿日期〕 2021-05-23

〔作者简介〕 赵必滔, 男, 主治医师, 主要研究方向是甲状腺乳腺外科。

(2) 寻找负显影上位甲状旁腺, 顺喉返神经在神经的入喉部位向外上方寻找, 找出分离并保留, 切除患侧的甲状腺叶; (3) 沿喉返神经主干逆行法分离解剖至无名动脉水平, 清扫中央区淋巴结。

1.3 观察指标与评价标准

记录手术时间、出血量、引流量等指标。损伤喉返神经: (1) 暂时性: 术后出现发音嘶哑、低沉, 经休息 3 月可恢复; (2) 永久性: 术后 3 个月发音仍存在问题, 行喉镜检查提示声带异常^[8]。记录淋巴清扫及甲状腺损伤情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 18.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期相关指标比较

顺行法组患者手术时间短于逆行法组, 手术出血量及引流量均明显少于逆行法组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者围手术期相关指标比较 ($n = 23, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 /min	手术出血量 /mL	引流量 /mL
逆行法组	68.3 ± 11.2	22.4 ± 4.3	72.8 ± 3.4
顺行法组	58.9 ± 10.9 ^a	11.5 ± 3.5 ^a	59.5 ± 4.9 ^a

与逆行法组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者喉返神经损伤情况比较

顺行法组患者喉返神经损伤发生率明显低于逆行法组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者喉返神经损伤情况比较 ($n = 23, n(\%)$)

组别	暂时性损伤	永久性损伤	总损伤
逆行法组	5(21.74)	1(4.35)	6(26.09)
顺行法组	1(4.35)	0(0.00)	1(4.35) ^b

与逆行法组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者淋巴清扫及甲状腺损伤情况比较

两组患者淋巴清扫的数目与甲状腺损伤数目比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者淋巴清扫及甲状腺损伤情况比较 ($n = 23$)

组别	清除淋巴 / 枚	甲状旁腺损伤 / 例
逆行法组	4	8
顺行法组	4	6

3 讨论

甲状腺微小乳头状癌是常见的甲状腺癌, 约占 85%, 可于任何年龄发病, 受激素、遗传、环境等因素的影响, 肿瘤缓慢生长, 可在原病灶局限数年, 也可通过淋巴转移的方式扩散至其他部位^[9]。近年来甲状腺微小乳头状癌发病率逐

年增加, 引起临床医生的注意^[10]。临床上多采用手术切除的方式治疗疾病。手术包括病灶所在腺叶切除和淋巴结清扫。术中通过解剖喉返神经并显露可对神经损伤进行预防, 一定程度降低损伤的发生, 但在解剖过程中, 由于解剖的路径、手法的因素也可能损伤喉返神经。

本研究以顺行法解剖喉返神经, 并以逆行分离喉返神经作为对照, 以既定喉返神经的主干为标志, 术中清晰显示神经分支, 明确周围血管走行以及各组织之间的关系。本研究提示顺行法优于逆行法有如下机制: (1) 顺行法可方便快捷地确认喉返神经。喉返神经位于椎前筋膜的浅面由颈动脉内侧斜向上行, 此解剖部位有各组织形成的疏松膜样间隙, 大血管较少, 沿此间隙解剖, 利于淋巴结清除, 操作用时更少且更安全; (2) 顺行法解剖喉返神经相较于逆行法可清晰显露神经的侧支, 在顺行解剖过程中, 喉返神经分支自然出现, 可有效避免于组织周围其他神经分支侧损伤, 减少不必要的损伤, 利于术后恢复。(3) 顺行法途径可利于辨别周围血管。喉返神经相关的血管走行有伴行、跨越、潜行等多种关系, 在术中未能准确分离喉返神经时处理有一定困难。顺行法解剖路径上周围组织间关系相对明确。以顺行法沿主干解剖, 可明确辨识血管, 发现较大血管可及时结扎止血, 有利于术中的精细操作, 减少术中出血量。(4) 利于淋巴结的清扫, 术中采用对比剂对腺体和淋巴结染色, 与周围组织形成鲜明色差, 可以明确组织关系, 清扫简便、安全。

本研究中解剖喉返神经方式采用顺行和逆行法两种方式, 行甲状腺叶切除或甲状腺次全切除术。分析比较两种方法对患者的影响效果, 取得一定的成果。本研究中, 采用顺行法解剖喉返神经的手术时间和出血量均低于逆行法解剖方式, 提示顺行法操作更为简单安全, 对患者创伤较小, 有效减少对患者的二次伤害。顺行法解剖术后引流量显著低于逆行法, 分析原因可能是因为术中解剖显露喉返神经消耗的时间少, 手术本身对患者有创伤性, 顺行法造成较少伤害, 因此产生相对较少引流量。

综上所述, 采用顺行法对喉返神经解剖疗效优于逆行法, 利于保护神经及周围组织, 有较好的可行性和安全性。

【参考文献】

- (1) 陈凌志, 孙鹏, 邱敏, 等. 甲状腺微小乳头状癌颈部淋巴结转移的危险因素分析 (J). 中国医师进修杂志, 2018, 41(5): 396-400.
- (2) 侯迎晨, 贺晨宇, 贺建业, 等. 颈段喉返神经顺行解剖在甲状腺微小乳头状癌手术中应用的随机对照研究 (J). 中国微创外科杂志, 2018, 18(12): 1057-1061.
- (3) 郑珏如, 戴磊, 吴贤江, 等. 甲状腺侧叶联合峡部切除术治疗甲状腺微小乳头状癌的近远期疗效 (J). 中华全科医学, 2019, 17(4): 568-570, 656.
- (4) 刘建萍, 赵滨. 甲状腺微小乳头状癌行保留腺体的手术安全性分析 (J). 中国综合临床, 2018, 34(2): 149-152.
- (5) 余幼林. 甲状腺手术中喉返神经解剖变异特征及显露方法

- 的再认识(J). 中国普通外科杂志, 2017, 26(5): 660-665.
- (6) 吴静, 刘业海, 吴开乐, 等. 由外向内显露喉返神经入喉处并逆行解剖喉返神经在甲状腺手术中的临床应用探讨(J). 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2016, 24(5): 353-356.
- (7) 李小毅. 2015年美国甲状腺学会《成人甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南》解读: 外科部分(J). 中国癌症杂志, 2016, 26(1): 13-18.
- (8) 唐巍, 张显岚, 曾繁余, 等. 甲状腺腺叶切除术中喉返神经入喉处解剖暴露的临床效果研究(J). 中国现代手术学杂志, 2017, 21(3): 194-196.
- (9) 姜雪, 黄学忠, 祖国, 等. 甲状腺微小乳头状癌143例肿瘤大小与超声图像特点关联研究(J). 中华肿瘤防治杂志, 2019, 26(6): 395-399.
- (10) 褚晓秋, 徐书杭, 刘超, 等. 甲状腺乳头状微小癌的积极监测: 实施与困惑(J). 中华内分泌代谢杂志, 2019, 35(4): 269-275.

[文章编号] 1007-0893(2021)15-0184-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.087

胰激肽原酶联合缬沙坦在治疗糖尿病肾病方面的临床观察

岳继鹏

(济源钢铁(集团)有限公司职工医院, 河南 济源 459000)

[摘要] **目的:** 探讨胰激肽原酶联合缬沙坦治疗糖尿病肾病(DN)的有效性以及对患者血清胱抑素C(CysC)、尿微量白蛋白水平的影响。**方法:** 选取济源钢铁(集团)有限公司职工医院自2015年3月至2016年3月间收治的DN患者104例作为研究对象, 随机分成两组, 对照组患者52例仅采用缬沙坦治疗, 观察组患者52例联合使用缬沙坦和胰激肽原酶治疗, 比较两组患者治疗的有效性, 测定两组患者治疗前后血清CysC水平和尿微量白蛋白含量。**结果:** 联合用药治疗的观察组患者治疗总有效率为94.23%, 显著高于对照组的84.62%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗前两组患者血清CysC水平、尿微量白蛋白水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后观察组患者血清CysC水平、尿微量白蛋白水平优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 联合使用胰激肽原酶和缬沙坦治疗DN可提升治疗有效性, 改善患者肾脏功能。

[关键词] 糖尿病肾病; 胰激肽原酶; 缬沙坦; 尿微量白蛋白

[中图分类号] R 587.2 **[文献标识码]** B

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病患者病理改变所导致的严重并发症, 临床统计资料显示, 糖尿病患者中约有35%的患者患有DN, 其主要的症状表现为水肿、肾功能衰退, 严重者还会导致肾功能衰竭对患者的生命造成极大威胁^[1]。缬沙坦是治疗DN的常规药物, 该药为血管紧张素受体拮抗剂, 对患者心脏、肾脏和脑均有较强的保护作用。近几年人们发现单纯使用缬沙坦治疗DN的效果难以达到预期, 鉴于此, 联合用药治疗方案或成为DN临床治疗的新趋势。本研究在DN患者治疗中采用胰激肽原酶和缬沙坦联合给药方式, 探究该种治疗方案的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年3月至2016年3月间本院收治的DN患者104例, 随机分成对照组和观察组两组, 各52例。对照组患者仅使用缬沙坦治疗, 该组患者男女比例为33:19, 年龄36~76岁, 平均(52.9±2.5)岁, 糖尿病病程5~12年, 平

均(7.3±0.4)年; 观察组患者联合使用缬沙坦和胰激肽原酶治疗, 该组患者男女比例为30:22, 年龄39~74岁, 平均(53.2±2.8)岁, 糖尿病病程4~12年, 平均(7.0±0.7)年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)全部患者符合糖尿病诊断标准(空腹血糖 $\geq 7.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 或口服葡萄糖耐量试验后2h血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 或随机血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$); (2)全部患者诊断为2型糖尿病且均符合糖尿病肾病III期的诊断标准^[2]; (3)病情稳定且血糖控制良好, 近6个月内未发生急性心脑血管事件, 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 伴有原发性肾脏疾病、身体感染性疾病患者, 合并肿瘤、消化性溃疡患者, 伴有精神性疾病患者等。

1.3 方法

对照组患者仅适用缬沙坦(常州四药制药有限公司, 国药准字H20010823)治疗, $80 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$, $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 。观察组

[收稿日期] 2021-05-13

[作者简介] 岳继鹏, 男, 主治医师, 主要研究方向是内分泌方面。