耳后发缘低领口状切口的功能性颈清术在分化型甲状腺癌中的应用

赵健洁,张晓华,高 博,姜 燕,文亚渊 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所普通外科,重庆 400042)

[摘 要] **目的** 探讨耳后发缘低领口状切口的功能性颈清术在分化型甲状腺癌治疗中的作用。**方法** 回顾性分析我科 11 例甲状腺乳头状癌患者行耳后发缘切口的功能性颈清术治疗的临床资料。**结果** 11 例患者术后切口日常情况隐匿不可见,患者对术后外观满意度高,无肩综合征,术后无局部复发及远处转移。**结论** 耳后发缘低领口状切口的功能性颈清术既能达到治疗目的,相较于传统功能性颈清术,能明显改善术后颈部外形,提高患者术后的生活质量,值得临床推广应用。

[关键词] 分化型甲状腺癌;外科治疗;功能性颈清术;隐匿切口
[中图分类号] R736.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2015)05-0494-03

Application of functional neck dissection for lower collar-shaped incision at hair margin behind ear in the treatment of differentiated thyroid cancer

ZHAO Jian-jie, ZHANG Xiao-hua, GAO Bo, JIANG Yan, Wen Ya-yuan (Department of General Surgery, Institute of Field Surgery, Daping Hospital, Third Military University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To explore role of functional neck dissection for lower collar-shaped incision at hair margin behind ear in the treatment of differentiated thyroid cancer. **Methods** The clinical data of 11 patients with thyroid papillary carcinoma who underwent functional neck dissection for lower collar-shaped incision at hair margin behind ear were retrospectively analyzed. **Results** The incisions of all patients were unseen in daily life and patients were satisfied with the postoperative appearances. No case of shoulder syndrome, postoperative local recurrence and distant metastasis was observed. **Conclusion** Functional neck dissection for lower collar-shaped incision at hair margin behind ear is effective in the treatment of differentiated thyroid cancer. Meanwhile it can obviously improve patients' postoperative appearance and life quality, therefore it is worth clinical application.

Keywords: differentiated thyroid cancer; surgical treatment; functional neck dissection; hidden incision

甲状腺癌是最常见的头颈部恶性肿瘤,近年来发病率呈上升趋势[1]。分化型甲状腺癌(differentiated thyroid carcinoma, DTC)是甲状腺常见的恶性肿瘤,约占 90%,并常伴有颈淋巴结转移[2]。颈淋巴结清除术(简称颈清术)是目前治疗分化型甲状腺癌淋巴结转移最有效的方法,现常用的手术方式为功能性颈清术[3]。分化型甲状腺癌常见于年轻女性,虽然此类疾病预后较好,但传统功能性颈清术对颈部外观影响较大,而年轻女性患者对美观要求高,这大大降低了患者术后生活质量。随着医学技术和观念的改变,以及患者对更高生活质量的追求,甲状腺癌手术也越来越"微创化"。耳后发缘低位切口的功能性颈清术是目前在治疗效果、术后外观、手术难度等较为均衡的一种

doi:10.11659/jjssx.11E014040
[通讯作者] 文亚渊,E-mail:wenyayuan@163.com
[收稿日期] 2015-02-16 [修回日期] 2015-02-25

[11] Rainsbury JW, Molony NC. Clopidogrel versus low-dose aspirin as risk factors for epistaxis[J]. Clin Otolaryngol, 2009, 34(3): 232 - 235.
[12] Biggs TC, Baruah P, Mainwaring J, et al. Treatment algorithm for oral anticoagulant and antiplatelet therapy in epistaxis patients[J]. J Laryngol Otol, 2013, 127(5): 483 - 488.
[13] Kasperek ZA, Pollock GF. Epistaxis: an overview[J]. Emerg Med Clin North Am, 2013, 31(2): 443 - 454.
[14] Tan LK, Calhoun KH. Epistaxis[J]. Med Clin North Am, 1999, 83(1): 43 - 56.
[15] 杨大章,程靖宁,韩 军. 难治性鼻出血的出血部位及治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(5):360 - 362.
[16] 孙丽平,黄茂华,肖 利. 30 例鼻出血的护理与体会[J]. 局解手术学杂志,2004,13(5):342.
[17] Sengupta A, Maity K, Ghosh D, et al. A study on role of nasal endoscopy for diagnosis and management of epistaxis[J]. J Indian Med Assoc, 2010, 108(9): 597 - 598, 591 - 600.
[18] 王惠亭,桑建中,张国正. 鼻内镜下双极电凝治疗顽固性鼻出血[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(8):694 - 695.
[19] 杨卫真. 鼻内窥镜在老年人鼻出血中的应用[J]. 中华老年医学杂志,2004,23(10):746.

(编辑:周小林)

手术方式。现总结我科 2009 年至 2011 年 11 例耳后发缘切口的功能性颈清术，探讨耳后发缘低领口状切口的功能性颈清术在分化型甲状腺癌治疗中的作用，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 11 例，其中男 3 例，女 8 例；年龄 18 ~ 61 岁，平均 38 岁；甲状腺癌位于左侧 4 例，右侧 5 例，双侧者 2 例；6 例患者已在外院行小切口的甲状腺癌局部切除术，其中 2 例患者清扫术前已有一侧声带麻痹。

1.2 手术方法

术前需剃除患者患侧双耳上缘连线以下的头发，消毒应包括耳朵以及口唇周围皮肤；采用沿耳后靠近发缘至锁骨下转向内下的单臂弧形切口（图 1），在颈阔肌浅面游离皮瓣，上界为下颌骨下缘，下界为锁骨水平，后界为斜方肌前缘；胸锁乳突肌表面游离颈外静脉、耳大神经；其余手术要点与功能性颈清术一致。切口使用可吸收线皮内缝合。



图 1 术中手术切口

1.3 观察及评价指标

术后 6 个月评价肩功能情况、皮肤感觉，颈部外观及预后。肩功能主要评价指标包括：患侧肩下垂不能耸肩；或感肩部沉重、麻木感；或者患侧上肢能抬，触摸顶枕部有一定困难。术后 6 个月观察患侧耳廓、后枕、肩部部皮肤感觉；并随访患者术后对颈部外观、手术满意程度，有无局部复发、全身转移。

2 结果

手术时间 2.5 ~ 4 h，术后引流量 50 ~ 250 mL，术后 3 ~ 6 d 拔出引流管。术后病理类型均为甲状腺乳头状癌，TNM 分期：Ⅰ期 7 例，Ⅱ期 2 例，Ⅲ期 2 例；其中术后病理检查发现淋巴结转移 8 例。术后随访 6 ~ 18 个月，所有患者无明显局部复发、远处转移。所有患者肩功能良好，只有 3 例患者因淋巴结转移较多，术中难以保护部分皮神经，出现耳后皮肤轻度感觉麻木或感觉不适，能耐受；10 例患者表示对手术满意，1 例患者表示基本满意，术后外观见图 2。手术患者具体预后情况见表 1。



a：正面；b：侧面

图 2 患者术后外观

表 1 手术患者预后情况

序号	性别	年龄（岁）	位置	手术史	病理	淋巴结（个）	分期	肩功能	皮肤感觉	复发	术后外观
1	女	61	双侧	无	乳头状	0/4	Ⅱ	良好	良好	无	满意
2	女	44	右侧	无	乳头状	0/8	Ⅰ	良好	良好	无	满意
3	男	30	左侧	有，左侧声带固定	乳头状	1/2	Ⅱ	良好	耳后麻木	无	满意
4	男	38	左侧	无	乳头状	1/12	Ⅰ	良好	良好	无	满意
5	女	53	左侧	有	乳头状	6/9	Ⅲ	良好	耳后麻木	无	基本满意
6	女	28	左侧	无	乳头状	8/12	Ⅰ	良好	良好	无	满意
7	女	18	右侧	有	乳头状	0/12	Ⅰ	良好	良好	无	满意
8	男	46	双侧	无	乳头状	5/5	Ⅲ	良好	感觉不适	无	满意
9	女	19	右侧	有	乳头状	6/12	Ⅰ	良好	良好	无	满意
10	女	20	右侧	有，右侧声带固定	乳头状	2/4	Ⅰ	良好	良好	无	满意
11	男	38	右侧	有	乳头状	3/11	Ⅰ	良好	良好	无	满意

3 讨论

目前，保留胸锁乳突肌、颈内静脉及副神经的功能性颈清术已广泛开展，但对于颈清术后外观的重视仍然不够。分化型甲状腺癌常见于年轻女性，且此类甲状腺癌预后良好，规范治疗后患者生存时间较长，特别是对于年轻的女性患者，术后外观是个不容忽视的重要问题。

在临床上将颈部淋巴结分区划分为Ⅰ ~ Ⅵ区，中央组淋巴结指Ⅵ区淋巴结，颈侧区指Ⅱ ~ Ⅴ区淋巴结。大量研究也表明，甲状腺癌的主要淋巴转移区域是Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ区。李振东等[4]报告乳头状甲状腺癌易累及

的区域是气管旁淋巴结(Ⅵ区),占 84.7%,其次是颈中部(Ⅲ区)、锁骨上二腹肌下淋巴结(Ⅳ区)。在行甲状腺癌的颈淋巴结清扫时,临床上主要清扫的淋巴结分区为Ⅱ~Ⅵ区,而为了能清扫到颈后三角区(Ⅴ区)的淋巴结,颈部切口就必须充分暴露,才能够完成清扫,临床上切口通常为颈前矩形、"L"形、"U"形、双"Z"形等[5-6]。这些切口虽然暴露好,但切口较大、组织分离面广且美容效果不佳。

本手术方式虽然切口较长,但切口与皮纹一致,可避免皮肤瘢痕挛缩。切口低至近锁骨处,可被衣领或项链遮盖,看不到切口瘢痕,具有较高美容价值。即使部分患者切口愈合不良或者疤痕形成,对外观的影响也相对较小;且此术式只改变手术切口,基本不改变淋巴结清扫方式,理论上与功能性颈清术效果一致,而且本次研究患者术后随访观察也提示该手术治疗效果与功能性颈清术无明显差异。并且此术式并不增加手术难度及手术时间,不需要特殊设备,易于开展,亦不增加患者费用,术后恢复时间亦无明显区别。

此术式手术要点与常用功能性颈清术类似,主要是切口较常规功能性颈清术切口更靠后、靠下,沿耳后靠近发缘至锁骨下转向内下的单臂弧形切口,基本能被头发以及衣服的衣领所遮蔽。由于切口经过斜方肌副神经走行区域,注意颈后区域皮瓣游离不宜过深,保证在颈阔肌、颈外静脉浅面游离,游离过深会增加副神经损伤风险,引起肩部疼痛、活动受限等肩综合征[7-8]。

其他常用的隐匿切口的功能性颈淋巴结清扫术还包括下颌下切口,双平行切口或其改良低位切口以及腔镜辅助下改良颈淋巴结清扫术。其特点总结如下:杨昆宪等[9]报道采用下颌下切口进行颈淋巴结清扫,切口隐蔽,手术分离创面小,具备微创美容的效果。术后患者即使穿超低胸的服饰也无颈前手术瘢痕,但此手术切口抬头时手术疤痕明显,而且适应证较窄,颈前无明显手术瘢痕的患者美容效果较好,如甲状腺腔镜手术后诊断为乳头状癌有颈淋巴结转移的患者,或者颈侧淋巴结病检提示为转移性甲状腺癌的患者。双平行切口理论上具有明显的优点,两切口的方向与颈部皮纹基本一致,因此,切口的张力较小,容易对合。有利于伤口的愈合并减少瘢痕的形成,即使伤口发生感染也不至于造成大范围裂开,特别适用于放疗后的病例[10-11]。但由于此术式操作难度较大,对不熟练的外科医师,可能影响廓清效果,因而妨碍了其在临床上的推广。而改良单低位切口,虽然颈部外观上最为理想,但上颈部(颈清扫Ⅱ组淋巴结)清扫难度较大。只适合对外形要求较高的早期患者。

近年来随着腔镜技术在甲状腺手术中应用日益成熟,薛帅、王平等[12-13]报道在腔镜辅助下改良颈淋巴结清扫术。该术式颈部切口较小,外观较为患者所接受。但是如果联合中央区淋巴结清扫,特别是甲状腺全切的患者,并发症的发生率将会增加,且术后甲状旁腺损伤较常见,安全性有待进一步提高,且对于转移淋巴结直径大于 3 cm 的患者,或者转移淋巴结存在明显的周围组织侵犯,或有较大Ⅱ区淋巴结转移或者Ⅱ-A 区淋巴结转移的患者不适宜该种手术方式。

综上所述,耳后发缘切口的功能性颈部淋巴结清扫应用于分化型甲状腺癌的治疗,能极大改善分化型甲状腺癌患者预后,延长生存时间,且术后外观更能为患者所接受,明显提高患者术后生活质量。且不会明显增加手术难度、手术时间和术后恢复时间,值得临床推广。

[参考文献]

[1] Siegel R, Ma J, Jemal A. Cancer Statistics 2014[J]. CA Cancer J Clin, 2014, 64(1): 9 - 29.

[2] 王圣应,朱正志,彭德峰,等. cN_0 期分化型甲状腺癌颈淋巴结转移规律的临床研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,23(12):561 - 562.

[3] 朱精强. 分化型甲状腺癌颈淋巴结清扫的相关问题[J]. 中国普外基础与临床杂志,2012,19(8):809 - 813.

[4] 李振东,董慧蕾,李树春. 分化型甲状腺癌Ⅵ区与Ⅱ-Ⅴ区淋巴转移的关系及预后[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(12):915 - 918.

[5] 时 倩,陈晓红. 229 例国人颈部皮纹分布特征及在颈淋巴结清扫术切口设计中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27(24):1385 - 1388.

[6] 管 鸣,斯 诚,沈海鹏,等. 低位延长领式切口在甲状腺癌根治术中应用的研究[J]. 中国医师进修杂志,2008,31(32):60 - 61.

[7] 李远梅,邹家群,韩 磊,等. 甲状腺癌颈部淋巴结清扫术后并发症 25 例分析[J]. 局解手术学杂志,2014,23(5):548 - 549.

[8] 吴 毅. 甲状腺癌颈淋巴结清扫术中神经损伤原因及预防[J]. 中国实用外科杂志,2012,32(5):354 - 355.

[9] 杨昆宪,唐晓丹,牛 恒. 下颌下隐蔽切口在甲状腺癌颈淋巴结清扫术中的探讨[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2009,16(8):460.

[10] Ferlito A, Robbins T, Silver CE, et al. Classification of neck dissections: an evolving system[J]. Auris Nasus Larynx, 2009, 36(2): 127 - 134.

[11] 耿中利,董 朝,任光辉,等. 颈部两切口在保留颈丛皮神经颈淋巴结清扫术中的应用[J]. 新疆医科大学学报,2012,35(7):962 - 966.

[12] 薛 帅,王培松,刘 嘉,等. 腔镜辅助下改良颈淋巴结清扫术在甲状腺乳头状癌中应用的安全性[J]. 中华腔镜外科杂志(电子版),2013,6(4): 257 - 261.

[13] 王 平,燕海潮. 完全腔镜甲状腺癌手术并发症的防治[J]. 腹腔镜外科杂志,2012,17(11):806 - 809.

(编辑:杨 颖)