维普资讯 http://www.cqvip.com

59-61

第24卷 第1期 重庆医科大学学报 Vol.24 No.1
1999 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1999

包绕食管、下咽的甲状腺肿瘤(附6例报告)

R736.1

四川省肿瘤医院头颈外科 陈 立* 廖海星 陈建超 李 彬 王朝晖

提 要 为了解包绕食管、下咽的甲状腺肿瘤在诊断和治疗上是否有其独特性，我们对6例该类型病例的术前诊断、手术处理进行回顾性总结。结果发现6例次患者的临床表现中，吞咽梗噎感占66.7%；4例次患者术前B超提示肿瘤包绕食管、下咽；3例次患者术前经CT证实；近半数患者需术中明确。手术均采用先断峡部，由内往外翻的术式，行完整的腺叶切除。病理结果5例为滤泡性腺瘤，1例为乳头状腺癌。该结果提示包绕食管、下咽的甲状腺瘤在诊断和治疗上有其独自的临床特点。

关键词 甲状腺肿瘤；外科；气管；食管 治疗、外科手术
中图分类号 R753.2

甲状腺侧叶分前面、后外侧面和内侧面三面。少数情况下(7.5%)由于侧叶显著发达，而在侧叶中部多出一个不规则的后面[1]。位于后外侧面和/或后面的肿瘤可向后向内生长，进入食管或下咽后壁和椎前筋膜(或咽后间隙)间，肿瘤包绕食管或下咽以致术中游离侧叶外缘时常不能扪及肿瘤边缘。由于此类肿瘤有其独自临床特点，特总结6例报道如下。

1 病例与方法

1.1 病例

6例病例均为男性，年龄23～62岁。恶性肿瘤1例，良性肿瘤5例。恶性肿瘤为乳头状瘤术后二次手术。病理类型：甲状腺乳头状癌；甲状腺滤泡性腺瘤。详见表1、表2。

1.2 手术方式

手术均采用低领式横切口，从正中或侧进路[2]。术中处理完甲状腺上极后，于甲状腺真假包膜间游离外侧缘判断是否肿瘤包绕食管、下咽。如是，则在峡部与气管前壁间分离，然后断峡部，分离切断甲状腺悬韧带和外侧韧带(Berry韧带)，再紧粘侧叶内后面的真被膜分离，由上而下，找到疏松的间隙，使甲状腺假被膜与环咽肌和咽下缩肌、食管外侧壁相隔；同时将腺体向外后翻转，此时清晰可见甲状旁腺及甲状腺中静脉，处理完中静脉和下极后则可完整将侧叶切除。如肿瘤较大，在向外后翻转腺体较困难，则可贴下极分离结扎甲状腺下动脉或一结扎其分支血管。然后再向外后翻转。术中不专门解剖喉返神经。但在6例患者中有5例在分离切断Berry韧带后或在环甲关节处已清晰可见喉返神经。

2 讨论

甲状腺侧叶呈基底为钝圆的三面锥形体，上端稍尖，侧叶大多数(92.5%)分为三面和三缘。三面为：前面、后外侧面和内侧面。三缘为：外侧缘、后缘和前上缘。有少数(7.5%)情况由于侧叶显著发达，因而在侧叶中部多出一个不规则的后面[1]。而食管横径为2.0cm，平时前后壁几乎相贴，气管前后径1.5～2.0cm[3]。故位于后面或后外侧面的肿瘤可向后内生长，进入食管(或下咽)后壁和椎前筋膜(或咽后间隙)间，包绕下咽、食管。故患者常有吞咽梗噎感。6例患者中有4例出现该症状，占66.7%。临床上触诊颈前肿场不大部分被胸锁乳突肌覆盖。6例患者均有此表现，故易被误诊为较浅小的甲状腺肿瘤。术前B超检查有4例次提示食管、下咽后有肿瘤，准确率达66.7%。CT检查3例次，均示下咽、食管后有肿瘤占位。但由于CT扫描层面选择的原因，对肿瘤包绕程度往往比术中所见小。对有吞咽梗噎感的4例患者，有2例行食管钡餐检查，示食管外侧壁受压，1例示梨状窝充盈缺损。由此可见，对这类肿瘤患者应重视其吞咽梗噎感症状，B超检查经济、方便、无创伤且诊断率高，应作为常规检查手段。

6例患者针吸细胞学检查示良性病变，该检查的阳性率可达94%[4]，存在一定的假阴性。故甲状腺腺叶切除是治疗本病的有效方法。又由于腺叶

*男，1969－05出生，住院医师

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 6例甲状腺肿瘤临床表现及诊断结果

病例	年龄	性别	病程	吞咽梗噎感	术前触诊肿块情况	术前彩色多谱勒B超检查	术前CT检查	术前X线钡餐	术后病理诊断
1	62	男	3年	3月	4.5cm×3cm，胸锁乳突肌覆盖肿块1/2.	甲状腺右叶占位10.5cm×7.8cm，包膜完整，部分液化几乎占据整个右叶，部分位于下咽食管后.	甲状腺右叶占位，部分位于食管、下咽后1.5cm×2cm	食管右壁受压，右梨状窝充盈缺损	甲状腺右叶滤泡性腺瘤囊性变
2	52	男	2.5年	1.5月	3cm×4cm，胸锁乳突肌覆盖肿块1/3	甲状腺右叶占位8cm×6cm，部分位于食管后.	未作	食管后壁受压.	甲状腺右叶滤泡性腺瘤
3	23	女	5月	无	3.5cm×3cm，胸锁乳突肌覆盖肿块2/3.	甲状腺左叶上极占位，4cm×5cm，部分位于下咽、食管后	甲状腺左叶占位，部分位于食管、下咽后.	未作	甲状腺右叶滤泡性腺瘤
4	45	女	4月	2周	3cm×4cm，胸锁乳突肌覆盖肿块3/4.	甲状腺右叶后面增厚，占位6.5cm×7cm	甲状腺右叶后面向后生长，肿块7cm×8cm，椎体前食管后1.8cm×2.3cm	未作	甲状腺左叶滤泡性腺瘤
5	41	女	6月	1月	3cm×2.8cm，胸锁乳突肌覆盖肿块程度不明确	甲状腺左叶后外侧占位，5.5cm×6.2cm，部分位于下咽食管后.	未作	未作	甲状腺右叶乳头状癌
6	38	女	2年	无	3cm×4cm，胸锁乳突肌覆盖肿块1/3.	甲状腺右叶上极9cm×8.5cm，包膜较完整.	未作	未作	

表2 6例甲状腺肿瘤术中探查情况及术后并发症

病例	于侧叶位置	肿瘤大小(宽×高×厚)cm	越过食管、下咽外侧壁向内延伸(cm)	术中是否显露喉返神经	术后声嘶、咽、食管瘘
1	右叶中份，几乎占据整个右叶	11×8×6	1.5	显露	无
2	右叶后面中份左叶上极	10×5×7	1.5	显露	无
3	右叶上极	6×4.5×5	2.0	显露	无
4	右叶后面中份	7×8×6	2.0	未显露	无
5	左叶后外侧面中份	6×5×5	1.3	显露	无
6	右叶上极	8×10×7.5	2.5	显露	术后咽瘘，一过性声嘶

切除多在颈从麻醉下进行，术中难以等待冰冻结果。因此对包绕食管、下咽型的肿瘤进行一次性完整切除的意义就更加明显。因一旦残留肿瘤，则易于下咽食管侧壁复发或复发癌变。由于术区的粘连易导致第二次手术损伤喉返神经，还易损伤下咽、食管粘膜致咽瘘、食管瘘。上述6例患者中1例为乳头状腺瘤剜除术后复发行第二次手术，术前针吸细胞学检查仍为乳头状腺瘤，术中肿瘤虽仍

维普资讯 http://www.cqvip.com

有包膜，但与咽下缩肌、环咽肌粘连紧，切除该处肌肉后，分离咽侧壁粘膜致术后咽瘘。为此，我们对这种类型的肿瘤，采用先处理上极再断峡部、悬韧带和侧韧带，采用由内向外翻的方法，与常规腺叶切除有所不同。常规方式:先处理上极，游离外侧缘，断下极，最后断峡部及悬韧带[4]。喉返神经大多走行于气食沟，经甲状腺侧叶走行在环甲关节和甲状软骨下角的后方进入喉部[4]。国外文献报道[5]，在102例(204侧)尸体中喉返神经的走行其中约一半位于气食沟，另一半个体中，大多数位于气食沟的前面，少数位于后面(食管旁)。204侧中，有8例的神经位于腺体之内，当神经位于气食沟内时，该神经最安全。当它穿入甲状腺实质时最易损伤。大多数喉返神经损伤发生在“恰好是神经在下咽缩肌的下端疑维的下方通过要进入喉的部位”[5]。在断峡部后应由内向外翻，由下往上分离(必要时可贴下极结扎处处理下极血管)。6例患者中有5例可见喉返神经。在环咽肌最下分附着于环状软骨外侧的纤维与食管上分环行纤维之间存在的空隙(即Killiam－Jamieson区)[1]，此间在分离时最好不要伤及环咽肌和咽下缩肌。6例患者中1例术后发生咽瘘正是由于在此处粘连紧，分离切除环咽肌时，撕破咽粘膜所致，由于破口小，术中不易发现，故术中要紧贴甲状腺内后面的真被膜分离。甲状腺鞘或外科包膜的前面和侧面相当发达，后面的筋膜薄而疏松[6]，故在断侧韧带后贴真被膜较易完整分离至肿瘤(或侧叶)后缘而行完整的腺叶切除。如在断侧韧带后可见喉返神经，则可追踪其行走，否则在断悬韧带时应贴腺体，分离切断，以防喉返神经穿入悬韧带。6例患者中仅一例二次手术患者由于术中牵位分离刺激，致术后一过性声嘶，三天后完全恢复正常。术后咽瘘经引流、加压等换药后愈合。

先断峡部再行腺叶切除有如下优点:(1)能完整行腺叶切除，不残留肿瘤;(2)将腺体向外后翻转不易引起喉返神经移位;(3)包绕下咽、食管的肿瘤如按常规将腺体翻转向内前，则喉体很难翻转，也不能显露喉返神经、不能显露包绕的肿瘤;(4)由于不能紧贴腺体内后面分离，故术后不易将下咽、食管撕破。

对这种包绕食管、下咽的肿瘤，尤其是恶性肿瘤，术前最好能置胃管，以检查和防止术中将下咽、食管撕破。

参 考 文 献

1.张海友，等主编.临床解剖学丛书(头颈分册).北京.人民卫生出版社 1996;361:408
2.廖海星，等.川北医学院学报 1997;12(2):6
3.黄兆选，主编.耳鼻咽喉科学，第3版.北京.人民卫生出版社 1989;185
4.李树业，等主编.头颈肿瘤科学.西安.陕西科学技术出版社 1993;368
5.J.斯堪达拉基斯，等.蒋彦勇，等译.普外科手术并发症与局部解剖关系.北京.人民军医出版社 1996;10

(收稿日期 1998－01－12)

Thyroid neoplasma encircling the esophagus and/or laryngeal pharynx

Chen Li, et al
Department of head and neck surgery, Sichuan cancer hospital

To summarize the pre－operational diagnosis and the operational treatment of thyroid neoplasm that encircles the esophagus and/or laryngeal pharynx and to find out whether there are any special features in the diagnosis and treatment, we conducted the retrospective summarization of six such kinds of cases. The results showed that in the clinical manifestation of six cases, swallowing obstruction accounts for 66.7%;in that of four cases, pre－operational Ultrasonic type B exmaninations indicate that the thyroid neoplasm encircles the esophagus and/or laryngeal pharynx, in that three cases, the pre－operational CT proves that nearly half of the patients need operations to determine the location of the tumor. In all the operations, the cutting of the isthumus of thyreoideae is performed first, followed by turning the gland inside out, and finaly the removal of the lobe. The pathological results indicated that five cases were folliculi adenoma and one case was papilliforum adenocarcinoma. The results suggest that the diagnosis and treatment of the thyroid neoplasm that encircle the esophagus and/or laryngeal pharynx do have their special features.

KEY WORDS Throid neoplasm; Surgery; Esophagus; Trachea