

# 完全经乳晕入路腔镜下分化型甲状腺癌手术的临床应用研究

朱智军 梁杨眉 吴世鹏 陈业阳 林 莉

(广西玉林市第一人民医院, 广西 玉林 537000)

**【摘要】目的:** 探究分化型甲状腺癌患者的治疗中采取完全经乳晕入路腔镜下治疗的效果。**方法:** 参与此次研究的研究对象为分化型甲状腺癌患者, 均在2020年3月1日-2022年3月31日期间入我院治疗, 共60例患者。按照数字表法将其随机分为两组, 即为治疗A组及治疗B组, 其中治疗B组接受开放手术治疗, 治疗A组则接受完全经乳晕入路腔镜下分化型甲状腺癌手术治疗, 每组各30例。对两组手术指标、住院时间、疼痛评分及并发症发生率比较分析, 并对患者的肿瘤复发、转移情况以及生活质量进行对比分析。**结果:** 由研究结果数据方面上可见, 治疗A组术中出血量相比较治疗B组较低 ( $P < 0.05$ ), 治疗A组手术时间相比较治疗B组较长, 其术后引流流量相比较治疗B组较高 ( $P < 0.05$ )。两组淋巴结清除数目对比差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗A组住院时间相比较治疗B组较低 ( $P < 0.05$ )。治疗A组疼痛评分相比较治疗B组较低 ( $P < 0.05$ )。治疗A组并发症发生率相比较治疗B组较低 ( $P < 0.05$ )。治疗A组肿瘤复发、转移情况相比较治疗B组较低, 但不具备统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗A组生活质量凸显高于治疗B组 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 在分化型甲状腺癌患者的治疗中采取完全经乳晕入路腔镜下治疗, 减少术中出血量, 缓解疼痛, 降低并发症产生, 提高其生活质量, 进而缩短其住院时间, 促进其康复。由此可见, 此种方法在分化型甲状腺癌患者的治疗中, 具有重要意义。

**【关键词】** 完全经乳晕入路腔镜; 分化型甲状腺癌; 手术指标; 住院时间; 疼痛; 并发症; 生活质量

**【中图分类号】** R736.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1672-3783 (2022) 04-12-115-01

甲状腺癌按照组织学能够分成分化型以及未分化型。其中分化型甲状腺癌还可分成乳头状甲状腺癌以及滤泡状甲状腺癌, 两者占全部甲状腺癌的比例依次为75%、16%<sup>[1]</sup>。在此该病的治疗中多采取手术治疗, 腔镜甲状腺手术具有切口小, 愈合后患者颈部无瘢痕或仅有轻微瘢痕, 能够获得一定的美容效果, 从而受到较多的患者的接受; 相比较常规开放性手术治疗, 其具备手术技术精准以及操作精细等特点, 因腔镜具备放大效果, 能够对喉返神经、甲状旁腺等组织结构予以清楚展现, 有益于更细致的操作, 从而受到外科医生的青睐<sup>[2]</sup>。当前, 伴随高清腔镜不断推广以及腔镜的不断改进, 其在临床治疗分化型甲状腺癌中具有较好的效果<sup>[3]</sup>。为此, 参与此次研究的研究对象为分化型甲状腺癌患者, 均在2020年3月1日-2022年3月31日期间入我院治疗, 共60例患者。探究分化型甲状腺癌患者的治疗中采取完全经乳晕入路腔镜下治疗的效果。研究结果详见下文。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

参与此次研究的研究对象为分化型甲状腺癌患者, 均在2020年3月1日-2022年3月31日期间入我院治疗, 共60例患者。按照数字表法将其随机分为两组, 即为治疗A组及治疗B组, 其中治疗B组接受开放手术治疗, 治疗A组则接受完全经乳晕入路腔镜下分化型甲状腺癌手术治疗, 每组各30例。上述患者男女占比为13 (43.33%):17 (56.67%) 与12 (40.00%):18 (60.00%); 年龄分别在 (治疗A组: 34-56岁, 平均 $46.53 \pm 0.32$ 岁) 与 (治疗B组: 31-57岁, 平均 $46.54 \pm 0.46$ 岁)。分型 (治疗A组: 乳头状甲状腺癌16例, 滤泡状甲状腺癌14例) 与 (治疗A组: 乳头状甲状腺癌17例, 滤泡状甲状腺癌13例)。上述两组基础资料对比差异不满足统计学意义 ( $P > 0.05$ )。上述患者均满足本次研究所设定的纳入标准, 本次研究经伦理审核批准。

#### 1.1.1 纳入标准

基金项目: 玉林市科学技术局 (编号20203212) 项目名称: 完全经乳晕入路腔镜下分化型甲状腺癌手术的临床应用研究。

作者简介: 朱智军 (1980.2-) 男, 汉族, 广西玉林; 科室: 甲状腺乳腺外科, 研究生, 副主任医师, 研究方向: 普通外科、甲状腺乳腺外科方向。

(1) 患者年龄 $< 60$ 岁; (2) 肿瘤为单侧, 肿瘤最大直径小于等于1cm; (3) 细针穿刺活检证实为分化型甲状腺癌; (4) 无对侧颈部淋巴结转移及远处转移, 无颈部手术史。

#### 1.1.2 排除标准

(1) 患有其他器官功能性障碍疾病, 传染性疾病以及凝血功能障碍者; (2) 患有精神类疾病, 以及认知功能障碍者; (3) 基础资料缺失, 不配合本次研究, 以及中途退出者。

## 1.2 方法

### 1.2.1 治疗B组

治疗B组接受常规开放性手术治疗, 患者体位调整为仰卧位, 行全身麻醉。于胸骨切迹上方2厘米位置进行弧形切口, 对颈深筋膜予以纵行切开, 将颈前肌群进行分离达甲状腺外层被膜和固有包膜之间, 牵拉肌肉朝向两侧, 充分暴露患者患侧甲状腺组织, 采取甲状腺癌根治术, 术后放置引流管, 闭合切口, 手术结束。

### 1.2.2 治疗A组

治疗A组接受完全经乳晕入路腔镜下分化型甲状腺癌手术治疗, 患者调整为颈后仰卧位, 给予患者全身麻醉干预。采取肾上腺素朝左右乳头及与胸骨上窝皮下浅筋膜层之间予以皮下浸润注射, 于患者右乳内外侧乳晕进行10mm与5mm弧形切口, 左乳外侧乳晕进行5mm弧形切口, 其深度到达皮下深筋膜层, 使用无损伤穿刺棒行皮下浅筋膜层分离, 建立置管通道, 在患者右乳内侧乳晕切口处放入10毫米Trocar和腔镜 (观察孔), 建立气腔, 其压力保持在6到8mmHg, 于患者左右乳外侧乳晕置入5毫米Trocar (操作孔); 于颈阔肌施行深分离, 朝上游离到甲状软骨上方, 向两侧游离到胸锁乳突肌外缘; 纵行切开颈白线, 暴露甲状腺腺叶; 带状肌于颈外侧悬吊牵拉, 暴露患者患侧甲状腺组织; 对甲状腺真包膜外疏松组织施行分离, 对甲状腺峡部予以离断, 朝向内侧牵拉甲状腺, 对甲状腺中静脉进行牵拉, 暴露甲状腺上极, 同时对上极血管予以切断, 并对甲状腺中静脉进行切断, 朝上翻起甲状腺腺体组织, 对甲状腺下极血管进行离段, 消除甲状腺软固定。对患者患侧腺叶与峡部和对侧腺叶部分组织进行切除, 对中央淋巴结施行清扫, 在此过程中需要注意的是, 防止刀头伤及喉返神经和甲状旁腺, 将腺叶进行彻底切除。所切下肿块进行冰冻切片诊断, 采取可吸收线对颈白线以及肌群进行缝合, 并置入引

流管,手术完成。

### 1.3 效果标准

对两组手术指标、住院时间、疼痛评分以及并发症发生率比较分析,并对患者的肿瘤复发、转移情况以及生活质量进行对比分析。(1)观察患者手术指标情况,其中包含了手术时间、术中出血量、淋巴结清除数目以及术后引流量。(2)对患者的住院时间进行观察并记录。

(3)对患者的疼痛情况采取VAS量表进行评价,所获得分值越高则说明患者的疼痛越严重。(4)观察患者肿瘤复发、转移情况以及并发症发生情况,其中并发症可见喉返神经损伤、暂时性甲状旁腺功能减退、皮下气肿以及皮下瘀斑。(5)对患治疗后的生活质量进行评价,采取SF-36量表对患者的生活质量进行评价,所获得分值越高,说明患者的生活质量较高。

### 1.4 统计学方法

研究所得到的数据均采用SPSS 23.0软件进行处理。 $(\bar{x} \pm s)$ 用于表示计量资料,用t检验;(%)用于表示计数资料,用 $\chi^2$ 检验。当所计算出的 $P < 0.05$ 时则提示进行对比的对象之间存在显著差异。

## 2 结果

### 2.1 两组手术指标对比分析

由研究结果数据方面上可见,治疗A组术中出血量相比较治疗B组较低( $P < 0.05$ ),治疗A组手术时间相比较治疗B组较长,其术后引流量相比较治疗B组较高( $P < 0.05$ )。两组淋巴结清除数目对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。详见表1。

表1 两组手术指标对比分析( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	淋巴结清除 数目(个)	术后引流量 (ml)
治疗A组	30	114.32±34.23	24.36±4.36	5.46±0.24	96.57±23.45
治疗B组	30	96.74±23.45	35.46±4.58	5.36±0.54	56.75±23.35
t	-	2.320	9.614	0.926	6.451
P	-	0.024	0.001	0.357	0.001

### 2.2 两组住院时间、住院费用对比分析

由研究结果数据方面上可见,治疗A组住院时间相比较治疗B组较低( $P < 0.05$ )。详见表2。

表2 两组住院时间、住院费用对比分析( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	住院时间
治疗A组	30	7.68±1.35
治疗B组	30	10.34±2.35
t	-	5.375
P	-	0.001

### 2.3 两组疼痛评分对比分析

由研究结果数据方面上可见,治疗A组疼痛评分相比较治疗B组较低( $P < 0.05$ )。详见表3。

表3 两组疼痛评分对比分析( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	疼痛评分(分)
治疗A组	30	2.34±0.23
治疗B组	30	3.45±0.56
t	-	10.042
P	-	0.001

### 2.4 两组并发症发生率对比分析

由研究结果数据方面上可见,治疗A组并发症发生率相比较治疗B组较低( $P < 0.05$ )。详见表4。

表4 两组并发症发生率对比分析[n,(%)]

组别	例数	喉返神经损伤	暂时性甲状旁腺功能减退	皮下气肿	皮下瘀斑	总发生率(%)
治疗A组	30	0(0.00%)	0(0.00%)	1(3.33%)	1(3.33%)	6.67%(2/30)
治疗B组	30	2(6.67%)	2(6.67%)	3(10.00%)	2(6.67%)	30.00%(9/30)
$\chi^2$	-	2.069	2.069	1.071	0.350	5.455
P	-	0.150	0.150	0.301	0.544	0.020

### 2.5 两组肿瘤复发、转移情况对比分析

由研究结果数据方面上可见,治疗A组肿瘤复发、转移情况相比较治疗B组较低,但不具备统计学意义( $P > 0.05$ )。详见表5。

表5 两组肿瘤复发、转移情况对比分析[n,(%)]

组别	例数	肿瘤复发(%)	转移情况(%)
治疗A组	30	1(3.33%)	2(6.67%)
治疗B组	30	3(10.00%)	4(13.33%)
$\chi^2$	-	1.071	0.741
P	-	0.301	0.389

### 2.6 两组生活质量对比分析

由研究结果数据方面上可见,治疗A组生活质量凸显高于治疗B组( $P < 0.05$ )。详见表6。

表6 两组生活质量对比分析( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	生活质量(分)
治疗A组	30	87.56±4.35
治疗B组	30	76.43±3.42
t	-	11.016
P	-	0.001

## 3. 讨论

甲状腺癌属于临床中比较常见的颈部疾病,该病患者多在中青年女性中产生<sup>[4]</sup>。近几年来,伴随微创技术持续发展及人们对美容的需求愈来愈高<sup>[5]</sup>。临床上研究出较多不同入路腔镜手术治疗,全乳晕径路腔镜切除术能够对双侧甲状腺病灶予以同时治疗,其在胸部仅会产生较小的疤痕,同时位置较为隐蔽,可起到较好的美容效果,此外此种术式路径操作较为简便<sup>[6-8]</sup>。

此次研究中对分化型甲状腺癌患者分别采取了完全经乳晕入路腔

镜下治疗和常规开放性手术治疗,由研究结果中可见,由研究结果数据方面上可见,治疗A组术中出血量相比较治疗B组较低( $P < 0.05$ ),治疗A组手术时间相比较治疗B组较长,其术后引流量相比较治疗B组较高( $P < 0.05$ )。两组淋巴结清除数目对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。该研究结果说明了完全经乳晕入路腔镜下治疗能够减少术中出血量,其淋巴结清除的效果无明显差异,说明两组患者的治疗均能够满足肿瘤根治标准,完全经乳晕入路腔镜下治疗的患者术后引流量高于开放性治疗的患者,其是因为颈部缺少良好的手术空间,通过腔镜甲状腺手术中需要建立一定的操作空间,从而导致渗出液加大,因此前者的术后引流量要多于后者<sup>[9-10]</sup>。此外,完全经乳晕入路腔镜下治疗的患者的手术时间要高于常规开放性手术治疗的患者,这是因为腔镜手术需要采用器械较多,以及手术步骤多,因此增加了手术时间<sup>[11]</sup>。本研究结果显示,治疗A组住院时间相比较治疗B组较低( $P < 0.05$ )。治疗A组疼痛评分相比较治疗B组较低( $P < 0.05$ )。该结果说明了完全经乳晕入路腔镜下治疗能够缩短患者的住院时间,减低其疼痛,这是因为腔镜手术需要在彩超影像辅助下进行操作,其能够最大限度提升病灶切除的准确率,降低对患者正常组织的损伤,从而缓解其术后疼痛,其能够体现出腔镜手术能够较好的促进患者术后康复<sup>[12]</sup>。

常规的开放手术所需要的切口长度一般在6到10厘米,从而使术后切口疤痕具有较好的发生率,然而采取完全经乳晕入路腔镜下治疗仅需进行3到5毫米的小切口,同时切口位于患者两侧乳晕部位,

(下转第114页)

到纠正,对脊柱力学重建有帮助,使骨盆和脊柱的力学平衡恢复,因此而引起的继发病损消除或改善,与针灸、牵引等常规疗法相结合,可以使椎间隙增大,使神经根、突出物关系得到改善,对局部血液循环有促进作用,加速软组织修复,促进患者恢复。骶髂关节错位流行病学特点主要是在已婚青壮年女性中比较多见,而且均有分娩史,这与女性妊娠以及分娩过程中内分泌改变有关。对于中老年人来说,骶髂关节错位患者男女发生率相近,但病程长短不同。骶髂关节错位由于力学结构变化而使得腰痛,并伴随功能障碍,同时关节创伤性炎症也会对坐骨神经干以及骨盆神经丛产生刺激,导致坐骨神经痛,同时造成盆腔器官功能紊乱,容易误诊呈腰椎间盘突出症,或误诊为泌尿生殖系统疾病,所以在盆腔器官功能紊乱或腰腿痛治疗过程中,需要对骶髂关节检查予以重视,做好诊疗工作,以保证临床效果。

结语:

对于腰椎间盘突出症合并骶髂关节错位患者而言,骶髂关节复位的实施可以取得显著效果,不仅可以减轻疼痛,可以利于患者康复,使腰椎活动度得到改善,减轻炎症反应,缩短住院时间,还可以降低疾病复发率,临床价值显著。

#### 参考文献

- [1] 王利松,王佩琛,赵艳光.骨盆调整手法联合中药治疗腰椎间盘突出症伴骶髂关节错位疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(09):972-975.
- [2] 孔士琛,张仕年,徐天成.“骨盆牵正”治疗腰椎间盘突出症临床体会[J].中医学报,2019,34(07):1559-1561.
- [3] 黄翔.骶髂关节复位在按摩治疗腰间盘突出症的例疗效观察[J].医学食疗与健康,2018,01(04):P.194-194.
- [4] 唐圣印,翟伟佐,宁春艳.手法复位治疗骶髂关节错位30例疗效观察[J].现代养生(下半月版),2019,01(07):163-164.
- [5] 贾辉,智良.骶髂关节调整手法与常规推拿法治疗腰椎间盘突出症的疗效对比分析[J].右江医学,2018,46(04):423-426.
- [6] 张坤木,李长辉,汤丽珠,等.基于文献评价的骶髂关节错位整复手法推荐级别研究[J].医学诊断,2020,10(04):189-197.
- [7] 张奕,曲锦.手法复位结合芒针治疗骶髂关节紊乱临床观察[J].社区医学杂志,2019,17(19):1223-1225.
- [8] 陈家正,吕立江,郑巧平,等.五步复位法治腰椎间盘突出症临床观察[J].浙江中医药大学学报,2021,45(04):425-429.
- [9] 龚成,谢瑛,郭伟,等.脊柱定点旋转复位手法治疗对613例腰椎间盘突出症患者腰椎活动度及活动度对称性的影响[J].中华中医药杂志,2021,36(01):599-601.
- [10] 郭中华,余红超,史栋梁,等.推拿配合针刺及牵引复位治疗腰椎间盘突出症疗效及对血清IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(19):2064-2066,2070.
- [11] 李道通,毛书歌.手法整骨复位结合中医定向透药法治治疗腰椎间盘突出症疗效研究[J].陕西中医,2019,40(08):1077-1080.
- [12] 冯宇,杨文东,毕永民.腰椎间盘突出症脊柱定点旋转复位法前后棘间韧带MR影像的意义[J].颈腰痛杂志,2017,38(04):313-316.
- [13] 阮贝特,孔博,颜威,等.旋转复位手法治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2021,29(07):80-82,88.
- [14] 李同军,于志国,刘旭东,等.齐刺法结合拔伸下关节复位术治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].针灸临床杂志,2018,34(08):16-19.
- [15] 张建涛,孙正艳,陈朝明,等.脊柱定点旋转复位法配合浮针法治治疗腰椎间盘突出症[J].中医学报,2019,34(08):1774-1777.

(上接第116页)

其皮肤色素较深同时切口较小,从而其愈合后瘢痕较小,患者易于接受。本次研究结果中表明,本次研究结果中,治疗A组并发症发生率相比较治疗B组较低( $P < 0.05$ )。该研究结果表明了完全经乳晕入路腔镜下治疗能够降低患者术后并发症的产生,具有较高的安全性。治疗A组肿瘤复发、转移情况相比较治疗B组较低( $P < 0.05$ )。其说明了完全经乳晕入路腔镜下治疗效果较优,能够减少肿瘤复发以及转移。本次研究结果还发现治疗A组生活质量凸显高于治疗B组( $P < 0.05$ )。该研究结果表明完全经乳晕入路腔镜下治疗能够较好的改善患者病情,促进其康复,从而提升其生活质量。上述研究结果与其他相关研究基本一致。

综上所述,在分化型甲状腺癌患者的治疗中采取完全经乳晕入路腔镜下治疗,减少术中出血量,缓解疼痛,降低并发症产生,提高其生活质量,进而缩短其住院时间,促进其康复。由此可见,此种方法在分化型甲状腺癌患者的治疗中,具有重要意义。

#### 参考文献

- [1] 梅梦娇.良性甲状腺结节经乳晕入路腔镜甲状腺切除术患者予以纽曼系统护理干预的价值分析[J].心血管外科杂志:电子版,2020,009(001):2.
- [2] 李卫,卢先州,刘显荣,等.改良Miccoli腔镜辅助下手术和经乳晕入路单孔法内镜下治疗甲状腺良性肿瘤效果观察[J].中国现代医生,2020,058(027):66-70.
- [3] 开文姜,建璐毕,松青李.补中益气汤加减对经乳晕入路甲状腺癌微创手术的干预研究[J].亚洲临床医学杂志,2020,003(003):26.
- [4] 麦迪乃姆·奥布力喀斯木,热依汉古丽·胡达拜迪.完全乳晕入路腔镜甲状腺手术早期分化型甲状腺癌的疗效观察[J].2020,034(056):143-145.
- [5] 李云龙.经口腔前庭入路腔镜与传统开放术式治疗早期分化型甲状腺癌临床研究[D].成都医学院,2020,034(013):145-146.
- [6] 熊飞.综合护理在经乳晕入路腔镜甲状腺手术患者中的应用效果研究[J].人人健康,2020,521(012):174-174.
- [7] 袁牧,管晓青,吴骥.改良Miccoli术与经乳晕入路腔镜甲状腺手术早期分化型甲状腺癌的临床疗效以及并发症分析[J].临床外科杂志,2020,028(010):4.
- [8] 喻昆霖,朱楷,金钟奎,等.经乳晕切口全腔镜下甲状腺良性肿瘤切除手术的临床应用研究[J].临床医药实践,2021,030(008):4.
- [9] 刘勇.经乳晕入路腔镜下甲状腺切除术治疗早期分化型甲状腺癌患者的效果[J].中国民康医学,2021,033(012):3.
- [10] 李艳萍.完全腔镜下甲状腺手术对分化型甲状腺癌的疗效[J].河南医学研究,2021,030(014):3.
- [11] 李文龙,赵舸.经乳晕入路完全腔镜下甲状腺切除术治疗良性甲状腺病变患者的疗效及安全性分析[J].中国药物与临床,2020,020(006):3.
- [12] 王艺泉.经乳晕入路完全腔镜下甲状腺切除术治疗良性甲状腺病变患者的效果及安全性[J].医疗装备,2021,036(013):15-16.