

## 近全切手术治疗甲状腺癌的临床研究

郑乐 苏顺英 黄丽云

(茂名市电白区人民医院, 广东 茂名 525400)

〔摘要〕 **目的:** 研究近全切手术治疗甲状腺癌的临床疗效。**方法:** 选取2018年8月至2020年1月在茂名市电白区人民医院接受手术治疗的36例甲状腺癌患者, 用随机数字表法将其分为两组, 各18例。对照组行全切手术治疗, 观察组行近全切手术治疗, 比较两种手术方法对于甲状腺癌患者的治疗有效性及治疗安全性。**结果:** 对照组患者治疗总有效率为94.44%, 观察组治疗总有效率为88.89%, 组间比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 观察组患者的术后并发症发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 手术前两组患者的甲状旁腺素和血清钙离子水平比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 手术后两组患者的甲状旁腺素和血清钙离子水平均较术前下降, 但观察组的降低幅度小于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者术后复发率为5.56% (1/18), 对照组患者术后复发率为0.00% (0/18), 组间比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论:** 采用近全切手术和全切手术治疗甲状腺癌的总疗效相似, 但采用近全切手术治疗可降低术后并发症的发生风险, 同时可降低对患者生化指标产生的影响。

〔关键词〕 甲状腺癌; 近全切手术; 全切手术

〔中图分类号〕 R 736.1 〔文献标识码〕 B

甲状腺癌是临床上发病率较高的恶性肿瘤, 此类恶性肿瘤的发病率约占全身恶性肿瘤的1%。大多数甲状腺癌患者在患病初期并无典型的临床症状, 通常是体检时经触诊和超声检查发现有甲状腺肿块, 这在一定程度上延误了患者的病情。目前, 手术是治疗甲状腺癌的首选、常用方法, 通过手术治疗最大范围可将全甲状腺切除, 最小范围可以切除腺叶加峡部, 但目前临床上对于手术方式的选择和手术切除范围的确定依然存在争议<sup>[1-2]</sup>, 这也是本研究的重点。笔者将于本院治疗的36例甲状腺癌患者作为研究对象, 旨在深入分析和研究近全切手术的临床应用价值, 详情报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取2018年8月至2020年1月在本院接受手术治疗的36例甲状腺癌患者, 所有患者均接受影像学检查且均经手术病理确诊<sup>[3]</sup>。用随机数字表法将其分为两组, 各18例。对照组: 男6例, 女12例; 年龄36~68岁, 平均年龄(50.11 ± 2.02)岁。观察组: 男7例, 女11例; 年龄38~65岁, 平均年龄(50.22 ± 2.13)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 方法

两组患者均采取手术治疗, 但手术方式不同, 对照组行全切手术, 观察组行近全切手术。

1.2.1 全切手术 行气管插管全身麻醉。取患者颈部拉伸位, 于胸骨上切迹上方的3 cm处做8 cm弧形手术切口,

充分暴露甲状腺, 并游离甲状腺悬韧带, 充分暴露出甲状腺的上极血管, 并对甲状腺上极血管进行结扎。沿甲状腺外侧游离甲状腺, 结扎切断中下静脉, 在距离甲状腺下极稍远处和接近颈动脉内侧结扎切断甲状腺的下极血管。手术过程中注意保护患者的喉返神经, 分离甲状腺侧叶和峡部, 并将甲状腺完全切下, 完全切除腺体组织。常规止血, 放置引流管, 逐层缝合手术切口, 手术结束。

1.2.2 近全切手术 采取的麻醉方式、体位、游离甲状腺方法均同于行全切手术的对照组患者。手术过程中在确保不损伤患者喉返神经的基础上, 在病灶同侧全切除腺叶, 并在病灶对侧行近全切除手术, 常规切除峡部和锥状叶。充分暴露甲状腺旁腺体组织和喉返神经附近的腺体组织, 彻底缝合对侧甲状腺残面, 彻底止血, 常规缝合切口。

#### 1.3 疗效判定标准

显效: 患者经治疗后甲状腺处的疼痛和肿胀症状基本消失, 且术后未发生病灶转移, 未复发; 有效: 经治疗后患者的甲状腺处疼痛和肿胀症状有明显改善, 术后6个月内病灶无转移和复发; 无效: 患者经治疗后临床症状未缓解, 或病症较治疗前加重, 患者出现了病灶转移的情况, 病情复发, 甚至是死亡<sup>[4]</sup>。

#### 1.4 观察指标

(1) 于手术结束后, 对两组患者的并发症发生情况进行准确统计, 统计患者术后出现的任何并发症, 常见的术后并发症主要有喉返神经损伤、甲状腺功能低下、低钙血症等, 计算两组的术后并发症发生率, 并进行组间比较分析。

〔收稿日期〕 2020-09-25

〔作者简介〕 郑乐, 男, 副主任医师, 主要研究方向是普通外科学。

(2)于手术前和手术后对两组患者的相关生化指标进行检测,并将手术前后两组患者的甲状旁腺素和血清钙离子检测结果进行比较。(3)术后对两组患者进行随访,随访时间为10个月,随访期间准确记录两组患者的疾病复发情况,计算两组的术后复发率,并进行组间比较。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 25.0 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  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

对照组患者治疗总有效率为 94.44%,观察组治疗总有效率为 88.89%,组间比较,差异无统计学意义 (*P* > 0.05),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n = 18, n (%))

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	10(55.55)	7(38.89)	1( 5.56)	94.44
观察组	9(50.00)	7(38.89)	2(11.11)	88.89

2.2 两组患者术后并发症发生率比较

观察组患者的术后并发症发生率显著低于对照组,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生率比较 (n = 18, n (%))

组别	喉返神经损伤	甲状腺功能低下	低钙血症	发生率/%
对照组	2(11.11)	2(11.11)	3(16.67)	38.89
观察组	0( 0.00)	0( 0.00)	1( 5.56)	5.56 <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05

2.3 两组患者手术前后甲状旁腺素和血清钙离子水平比较

手术前两组患者的甲状旁腺素和血清钙离子水平比较,差异无统计学意义 (*P* > 0.05);手术后两组患者的甲状旁腺素和血清钙离子水平均较术前下降,但观察组的降低幅度小于对照组,差异具有统计学意义 (*P* < 0.05),见表 3。

表 3 两组患者手术前后甲状旁腺素和血清钙离子水平比较 (n = 18,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	甲状旁腺素 /pg · mL <sup>-1</sup>	血清钙离子 /mmol · L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	19.85 ± 1.24	2.44 ± 0.18
	治疗后	8.52 ± 0.76 <sup>b</sup>	1.04 ± 0.17 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	19.96 ± 1.15	2.45 ± 0.16
	治疗后	17.45 ± 1.05 <sup>bc</sup>	2.01 ± 0.22 <sup>bc</sup>

与同组治疗前比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05

2.4 两组患者术后复发率比较

通过对两组患者进行随访,发现观察组患者术后复发率为 5.56% (1/18),对照组患者术后复发率为 0.00% (0/18),组间比较,差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。

3 讨论

手术是治疗甲状腺癌的首选方法,全切手术是常用的治疗方式,可切除甲状腺腺体和相关组织,避免潜在转移灶残留<sup>[5-7]</sup>。但此种手术方法的风险性较高,对手术的要求也相对较高,故临床应用受限。

本研究比较了近全切手术和全切手术在甲状腺癌治疗上的临床效果,通过对比两种不同手术方法的治疗效果,发现两种手术方法在总体疗效的比较上并无明显差异,用近全切手术治疗的患者总有效率为 88.89%,而实施全切手术治疗的患者总有效率为 94.44%,这说明两种手术方法均具备较好的临床效果。通过对两组患者进行术后随访,发现用全切手术治疗的患者术后无复发病例,虽然用近全切术治疗的患者中有 1 例患者术后病情复发,但两组之间的复发率比较是不具备统计学意义。此外,用近全切手术治疗的甲状腺癌患者术后并发症发生率更低,且患者手术前后的甲状旁腺素和血清钙离子水平波动幅度更小,可见此种手术方法的安全性更高,并且对于相关生化指标的影响更轻。近全切手术是近年来兴起的一种手术方式,与全切手术相比,用近全切手术治疗只需要切除患者大部分甲状腺癌组织,同时扫查腺体周围淋巴结,可以保留正常的甲状腺组织以及周围腺体组织,能够最大程度上减轻手术对机体造成的损伤,保留患者的部分甲状腺功能,这对于患者术后身体的康复是有积极意义的<sup>[8-9]</sup>。

综上所述,在甲状腺癌的临床治疗上,近全切手术和全切手术均可获得较好的治疗效果。但相比较而言,用近全切手术治疗甲状腺癌可降低患者术后并发症的发生风险,减轻手术对患者甲状旁腺素和血清钙离子水平的影响,治疗优势更加突出。

[参考文献]

- (1) 丁术旺. 全切与近全切手术治疗甲状腺癌的临床疗效比较 (J). 当代医学, 2020, 26(30): 161-162.
- (2) 罗晓林. 探讨甲状腺全切手术与半切手术治疗甲状腺癌的价值 (J). 中国实用医药, 2020, 15(15): 79-80.
- (3) 向俊, 吴毅. 甲状腺癌临床诊治新特点 (附 572 例临床分析) (J). 中国实用外科杂志, 2008, 28(5): 365-367.
- (4) 孟俊峰. 甲状腺全切除或近全切除术治疗甲状腺癌的手术效果观察 (J). 中国实用医药, 2019, 14(32): 63-65.
- (5) 黄国祥, 谢楚平, 陈思远. 全切与近全切手术治疗甲状腺癌的临床效果 (J). 国际医药卫生导报, 2019, 25(21): 3622-3624.
- (6) 金洪飞. 探讨全切与近全切手术治疗甲状腺癌的临床疗效对比 (J). 中国医药指南, 2018, 16(36): 29-30.
- (7) 张庆伟. 甲状腺全切手术与半切手术治疗甲状腺癌临床研究 (J). 首都食品与医药, 2018, 25(16): 35.
- (8) 王彬华. 甲状腺全切或近全切术治疗甲状腺癌疗效观察 (J). 河南医学高等专科学校学报, 2017, 29(4): 341-342.
- (9) 邓丹. 全切与近全切手术治疗甲状腺癌的临床疗效比较 (J). 中国现代医生, 2017, 55(11): 36-38.