

文章编号:1005-6947(2007)01-0007-03

· 专家论坛 ·

# 分化型甲状腺癌的治疗

殷德涛, 王庆兆

(郑州大学第一附属医院 甲状腺外科, 郑州河南 450052)

**摘要:**手术是公认治疗甲状腺癌的最佳选择,但对甲状腺的切除范围及是否常规施行颈淋巴结清扫一直存在争论。笔者结合自己的经验,就甲状腺癌的手术切除范围,颈淋巴结清扫、以及术后综合治疗等相关问题进行了阐述。供同道们的参考。 [中国普通外科杂志,2007,16(1):7-9]

**关键词:**甲状腺肿瘤/治疗; 甲状腺切除术; 颈淋巴结清扫术; 再手术; 手术后并发症/预防与控制

**中图分类号:**R736.1

**文献标识码:**A

分化型甲状腺癌(differentiated thyroid carcinoma, DTC)包括乳头状癌(papillary thyroid carcinoma, PTC)和滤泡状癌(follicular thyroid carcinoma, FTC),两者约占甲状腺癌总数的80%~90%。DTC生物学行为较好,生长较缓慢,生存期长,病死率低。手术是公认治疗DTC的最佳选择,但对DTC的甲状腺切除范围及是否常规行颈淋巴结清扫一直存有争论。少数医师还采用肿瘤剜除术或局部切除术,以至于切除范围不足,从而导致较高的残癌率;或一经确诊,一律施行甲状腺全切术以至于治疗过度,引起较高的并发症,使患者的生活质量下降。

## 1 DTC的手术治疗

### 1.1 甲状腺的切除范围

1.1.1 废弃小于一侧腺叶切除的术式 小于一侧腺叶切除的术式如肿瘤剜除术或局部切除术,文献报道其癌肿残留率达24.0%~71.4%,我科的一组分化型甲状腺癌中在外院行局部手术后在我院再手术时发现残癌率达68.0%。故此种术式应予废弃。若误认为良性病变而行此术式者,术后病理切片证实为DTC者,应加做补充性手术,扩大手术切除范围。

1.1.2 一侧腺叶加峡部切除术 此术式应作为DTC的基本术式。其最佳适应证为:隐匿癌;癌肿仅限于一侧腺叶包膜内,对侧无病灶;术中疑癌;或低危组患者。

1.1.3 一侧腺叶加峡部加对侧腺叶大部切除术 此术式可作为DTC的推荐术式。对于癌肿侵及甲状腺包膜;高危组患者,特别是对侧腺体有结节,不能排除恶性者,或癌肿侵及对侧腺体者,为其最佳适应证。

1.1.4 甲状腺近全切术 指患侧腺叶及峡部全切加对侧腺叶次全切(该侧上极保留不少于10%)。甲状腺近全切术与甲状腺全切术有相同的疗效,两者局部复发率和生存率无显著性差异,但甲状腺近全切术可以较好地保存甲状旁腺及其血供,从而有效地预防永久性甲状旁腺功能低下。

1.1.5 甲状腺全切术 目前国内不少学者主张这一术式,其理论依据为:DTC常表现为多灶性;残留腺体有复发可能;可经甲状腺球蛋白的检测来监控肿瘤的复发与转移,有利于术后放射碘治疗。但鉴于我国的国情及术后较高的并发症,此术式适应于有足够条件的医院或有专门的甲状腺外科专业医生开展。其主要适合于:双侧癌,且侵及包膜;对侧甲状腺复发癌;有远处转移,为配合放射碘治疗。

### 1.2 颈淋巴结清扫

颈淋巴结清扫的效果固然是肯定的,但患者

收稿日期:2006-06-01; 修订日期:2006-06-30。

作者简介:殷德涛,男,河南固始人,郑州大学第一附属医院主任医师,主要从事甲状腺疾病的临床与基础方面的研究。

通讯作者:王庆兆 E-mail:detaoyin@zzu.edu.cn。

的生活质量一般会受到影响,目前多数不主张作预防性颈淋巴结清扫术。一般对于低危组患者,若术前或术中未触及肿大淋巴结,临床影像亦未发现瘤性肿大淋巴结(圆形或椭圆形或其内有点状强回声),可不作清扫。对于颈淋巴结清扫术的适应证包括:临床检查能触及肿大淋巴结;临床检查为阴性,而影像学检查发现有肿大淋巴结;且以上情况经术前穿刺活检或术中冷冻或快速切片检查证实。

甲状腺癌颈淋巴结清扫分为4类:经典颈淋巴结清扫(已基本不用),功能性颈淋巴结清扫,选择性颈淋巴结清扫,中央区淋巴结清扫。

### 1.3 晚期 DTC 的手术原则

DTC 晚期可直接侵犯邻近组织器官,出现相应的症状。其基本治疗原则是尽可能切除病变组织,保留受侵犯组织器官的功能,保持颈部结构的完整性,若切缘阴性,则预后较好,且有利于术后放射性碘治疗。若不能根治,也要在姑息和减瘤手术的基础上,结合外放射和放射碘治疗以提高疗效。手术范围取决于疾病进展过程,因而局部晚期甲状腺癌无统一的切除范围。

### 1.4 关于 DTC 的再手术问题

首次甲状腺癌手术切除范围不足,不仅有癌组织残留及淋巴结转移的可能,还会增加医源性的血行播散及局部种植机会。由于不规范的局部切除术造成过高的癌残留率,积极的再次手术是必要的。一般术式为残余腺叶切除加峡部加对侧腺叶大部切除术,也可根据具体情况行甲状腺近全切术。是否作颈淋巴结清扫,则应根据临床及病理学检查来决定。再手术的时间最好在第一次手术后1周左右。

### 1.5 改进与体会

1.5.1 关于切口问题 一些医院在行 DTC 根治术时,常采用 L 型切口, X 型切口, Y 型切口等,但是,此类切口一方面术后瘢痕大,不够隐蔽,毁损了颈部外形,影响美观;另一方面,双侧颈清扫采用这类切口暴露亦有稍嫌欠佳之虞。笔者根据颈部皮肤伸缩性大、愈合力强的特点,对 DTC 合并颈部淋巴结转移者,采用低位长颌状切口,此切口一方面较传统切口位置下移,另一方面顺皮

纹方向,术中不需向上延长切口。此切口的优点有:(1)术野显露清楚满意。将皮瓣充分上翻,能满足 DTC 根治术的需要,配以术中变换颈部体位,能充分显露双侧颈部淋巴结,清扫淋巴结彻底;(2)皮瓣血运良好,不易坏死,颈部低位长颌状切口,切口线与皮纹一致,可避免瘢痕挛缩;(3)术后颈部活动如常,切口低至近锁骨处,呈一皮纹状线样痕迹,被衣领或项链遮盖后颈部看不到切口瘢痕,具有较高的美容价值,易被患者接受,特别对年轻女性,更是如此;(4)对于需一期行双侧颈清扫术者,则更明显缩短了整个手术时间,不仅省时、经济,而且1次解决了患者的病痛,有助于缓解患者的心理压力;综上所述,与其他切口相比,本切口隐蔽,兼顾了功能与美容,效果满意。

1.5.2 关于保留颈部功能问题 笔者在行颈清扫术时,均采用在常规"三保留"基础上又保留耳大神经、枕小神经、锁骨上神经、肩胛舌骨肌及颈横血管的多保留功能性颈清扫。解剖研究证明,颈部淋巴组织包埋在深浅两层颈深筋膜囊内的纤维脂肪组织中,只要把血管、肌肉及神经表面的筋膜仔细剥除,连同筋膜囊内的淋巴脂肪组织完整切除可以达到根治性颈清扫的目的。笔者采用的多保留术式,即保证了清扫的彻底性,又保护了颈丛神经的皮支,从而使术后耳周、颈肩胛及锁骨上下区皮肤感觉缺失及功能障碍大大减轻。

1.5.3 关于喉返神经问题 对于甲状腺癌根治术特别是再手术,应强调解剖显露喉返神经全程。以喉返神经为标志进行甲状腺癌手术,既能全部切除患侧腺体,又能避免喉返神经的损伤,更有利于气管食管沟淋巴结的清扫。而不暴露喉返神经的手术方式,不但增加了喉返神经损伤的机会,而且为避免损伤该神经,常不能将病变切净,容易造成癌的残留。甲状腺癌术后喉返神经麻痹者,术后1个月内可考虑手术探查,如发现为缝扎所致,解除线结后可望恢复功能。

1.5.4 关于甲状旁腺问题 解剖资料表明,上旁腺的位置较固定,约80%其位置限定于甲状腺下动脉与喉返神经交叉部以上1cm处、直径约2cm的环周内,通常黏附于甲状腺后侧被膜上。

而下旁腺的解剖位置变异较大。为避免永久性甲状腺旁腺功能低下,笔者主张尽可能施行甲状腺近全切术,如确需行甲状腺全切术,也应注意尽可能保留上极的后侧被膜。

## 2 DTC 的内分泌治疗

由于 DTC 是 TSH 依赖性肿瘤,因此术后应抑制机体内源性 TSH 的分泌,对于预防复发有一定意义。我科的 1 组研究结果表明:TSHR 在正常甲状腺组织、甲状腺腺瘤和 DTC 组织均表达,但表达强度不一。TSHR 在甲状腺腺瘤组织的表达与正常甲状腺组织相似;而 DTC 中,有 11.63% (5/43) 的表达是低于正常甲状腺组织的,有 88.37% (38/43) 的表达则与正常组织相似。该结果表明 TSHR 是持续存在的,同时也表明 TSHR 是甲状腺细胞功能的重要调控者。在 DTC 中,TSH 仍然可与 TSHR 相结合,促进癌细胞的生长。在 DTC 术后,由于残留甲状腺组织合成分泌甲状腺激素(T<sub>3</sub>,T<sub>4</sub>)减少,T<sub>3</sub>和 T<sub>4</sub>对 TSH 的抑制减弱,TSH 分泌增加,通过与 TSHR 结合导致肿瘤复发。故尔,术后应用甲状腺激素制剂,可抑制 TSH 分泌,从而预防肿瘤的复发。服用剂量以 FT<sub>3</sub> 和 FT<sub>4</sub> 保持正常值高限,而 TSH 为尽可能低值为好。

另外,临床上甲状腺腺瘤、DTC 均多发于女性,且 20~40 岁发病率最高,此时的雌激素水平也较高,均支持甲状腺疾病与雌激素作用有关。我科的 1 组研究结果发现:DTC 中 ER 阳性率为 53.5% (23/43) 明显高于腺瘤组织 26.7% (8/30) 和正常组织 12.5% (2/16),说明 DTC 的发生、发展与组织中的 ER 含量有一定的相关性。DTC 中,女性 ER 阳性率为 63.9% (23/36),显著高于男性(0/7),也说明雌激素作用的增强与甲状腺癌的发生有关。文献报道,体外实验中可以观察到雌二醇能促进甲状腺肿瘤细胞的生长,而三苯氧胺则能抑制其生长。故对于临床上术后服

用甲状腺激素制剂效果不佳的,我科加用三苯氧胺治疗也获得较好的疗效。

## 3 DTC 的同位素治疗

DTC 均来自甲状腺滤泡上皮,细胞膜上附有 TSH 受体,且这类癌多具有摄碘能力,是非甲状腺组织的 50~500 倍,而且在高 TSH 的刺激下其摄碘能力还可增强。DTC 的这一特点是<sup>131</sup>I 治疗的基础。对于有远处转移;肿瘤未完全切除;手术后甲状腺球蛋白(TG)持续升高 3 个月以上者,可以酌情考虑补充使用<sup>131</sup>I 治疗。但<sup>131</sup>I 治疗一般不作为单一或姑息性治疗措施,必须尽可能在切除原发病灶基础上进行。

## 4 关于 DTC 的外放射治疗及化疗

对于 DTC,一般不宜行外放射治疗及化疗。原因:外放射治疗不敏感;有一定的致癌性;可致血清 TSH 升高,加速肿瘤生长;可能刺激分化好的肿瘤细胞向低分化转变;局部可能产生放射病,失去手术机会。故外放射治疗一般仅用于手术不能切除的复发、浸润和转移癌灶,其中效果较好的是骨转移灶的治疗,可迅速减轻疼痛。

化疗不敏感;大大降低了机体免疫力;降低了患者生存质量。文献中也没有关于用化疗治疗 DTC 的成功经验。

## 5 结语

对于 DTC 的治疗,一般以手术为主,术后辅助内分泌治疗,多可获得较好的疗效。手术应注意废弃小于一侧腺叶切除的局部治疗术式,推荐使用一侧腺叶加峡部加对侧腺叶大部切除术式,一般要解剖显露患侧喉返神经全程,尽可能保护甲状旁腺;酌情施行颈清扫,推荐使用多保留的功能性颈清扫术式。