

12 例甲状腺癌侵犯气管食管手术体会

徐必生

(天门市第一人民医院耳鼻咽喉-头颈外科,湖北 天门 431700)

【关键词】 甲状腺癌;气管;食管

【中图分类号】 R736.1 【文献标识码】 B 【文章编号】 1003-6350(2014)04-0426-01

甲状腺癌是常见的头颈部恶性肿瘤,占全身恶性肿瘤的 1%~1.5%,其中乳头状癌占 70%~80%,充分术前准备后手术切除是最为有效的方法^[1],但肿瘤侵犯气管、食管时,处理有一定困难。我院 2005 年 1 月至 2012 年 12 月共实施甲状腺癌手术 103 例,其中 12 例侵犯气管食管,分别行甲状腺全切除加气管袖状切除、气管壁切除、食管壁切除等手术,随访至今,死亡 1 例,存活 11 例,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 12 例中男性 3 例,女性 9 例,年龄 36~62 岁,主要表现为甲状腺包块、颈部淋巴结肿大,其中 5 例侵犯气管食管,7 例侵犯气管,全部行甲状腺全切,术中根据肿瘤侵犯气管食管范围、深度,行气管袖状切除加食管壁切除 5 例,气管壁切除 7 例。手术后病理证实乳头状癌 11 例,髓样癌 1 例。

1.2 手术方式

1.2.1 术式选择 取低领切口利于淋巴结清扫,术中先行甲状腺全切,适式保留甲状旁腺和喉返神经,肿瘤侵犯气管,如仅仅是侵犯表面,可在气管表面以电刀做锐性切除,烧勺创面;如肿瘤侵犯气管壁,将侵犯的气管壁切除,缺损直径不超过 1 cm 时,不必修复,手术结束时将皮肤缝合于气管造口壁上,做暂时的气管切开,待颈部切口愈合后,对气管套管堵管 48 h 即可拔管。气管壁缺损较大,取胸锁乳突肌为蒂锁骨骨膜修复缺损,同时做气管切开;缺损气管壁达环周 2/3,长度达 2 cm,可将气管袖状切除,上下端端吻合;肿瘤侵犯食管,切除受侵犯部分,局部拉拢缝合,侵犯较大,可行颈阔肌皮瓣或胸大肌皮瓣修复或胃、结肠、空肠代食道。

1.2.2 手术后处理 除常规处理外,观察声音嘶哑、手足麻木或抽搐、呼吸困难等情况,口服优甲乐,动态观察血钙、甲状腺激素水平,均行¹³¹碘治疗。

2 结果

随访 12 例患者,至今存活 11 例,1 例髓样癌术后四年死于远处转移。1 例因喉返神经切断出现声音嘶哑,全部病例坚持口服优甲乐,未见复发与远处转移病例。

3 讨论

术前肿块质地较硬应考虑甲状腺癌的可能,B超甲状腺结节内砂粒状钙化为甲状腺乳头状癌的特征性改变^[1],不能单一依赖穿刺细胞学检查结果,应结合超声、CT 等影像学资料综合分析,充分了解肿块与气管、食道关系及淋巴结肿大情况,从而考虑选择适宜手术方式。本组 1 例术前未行超声、CT 等影像学检查,单一依靠穿刺细胞学检查结果确定手术方式造成误诊,术中变更手术方式是教训之一。

甲状腺癌手术切除范围各家观点不一,全切与大部切除问题国内专家仍未达成一致,各专业常规要求不一,应以肿瘤医院常规为准。如肿瘤仅仅是侵犯气管壁表面,可在气管表面以电刀做锐性切口,烧勺创面;如肿瘤侵犯气管壁,将侵犯的气管壁切除,缺损直径不超过 1 cm 时,不必修复,受侵犯的气管切除后 1 cm 大小缺损,不必修复^[1]。本组 7 例气管壁缺损小于 1 cm,均未进行修复处理。充分游离喉体后,可确保切除 5~7 个气管环后气管端端吻合^[2]。本组气管袖状切除 5 例,其中 1 例切除 2~6 气管环后行端端吻合,虽痊愈出院,但气管切除范围及手术风险程度有待商榷,如保留切除肿瘤后缺损大小不超过 1 cm 的残余气管环,即可大大减少手术风险。

气管端端吻合后是否需气管切开意见不一,最好不做气管切开,以免进一步影响吻合口血液供应,但术后必须保持头前倾位 1~2 周。

肿瘤侵犯食管,切除受侵犯部分,局部拉拢缝合即可,术后胃管鼻饲,侵犯较大,可行颈阔肌皮瓣或胸大肌皮瓣修复或胃、结肠、空肠代食道^[2]。

本组 12 例术后均行¹³¹碘内放射治疗,尤其 3 例喉返神经自留体中分离得到保护,¹³¹碘治疗更是必须。但因本组病例较少,仍有待进一步积累经验。

参考文献

- [1] 韩德民. 同仁头颈外科手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 320.
- [2] 韩德民译. 头颈外科学与肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 341.

(收稿日期:2013-06-25)