

保留颈丛神经在分化型甲状腺癌根治术中的应用改进

施建华,甄林林,韩学东,宋 玮

(南京医科大学附属淮安第一医院甲乳外科,江苏 淮安 223300)

[摘要] 目的:探讨保留颈丛神经技术在分化性甲状腺癌改良根治术中的应用。方法:103 例甲状腺乳头状癌患者,行保留颈丛神经的功能性颈清扫术,采用传统的不解剖颈丛和本研究改进的解剖颈丛 2 种术式。①N₀、N_{1a} 分化型甲状腺癌,或颈内静脉旁淋巴结较小(N<3 cm)无包膜外侵犯者,可不解剖颈丛行传统的保留颈丛的颈清扫术;②N_{1b} 的分化型甲状腺癌,淋巴结转移较多者,需常规分离皮瓣后、应用解剖技术保留颈丛神经。术后采用轻触、针刺、冷热法刺激患侧颈部皮肤,以健侧为对照测知感觉。以肉眼判断有无完全显露颈清扫术要达到的解剖结构为达标。结果:2 种颈丛神经保护法均能达到颈清扫要求。术后全部下颈部及肩部无麻木感,耳部感觉良好。结论:解剖颈丛保留颈丛的技术拓宽了分化性甲状腺癌保留颈丛的适应证,同样能保护颈部感觉。

[关键词] 甲状腺肿瘤;颈清扫术;颈丛

[中图分类号] R736.1

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2016)12-1518-02

doi: 10.7655/NYDXBNS20161230

近年来甲状腺癌的发现率呈现增高趋势,其中分化性甲状腺癌(DTC)是甲状腺癌中较常见且预后好的一种,即使有颈部淋巴结转移也有较长的生存期^[1]。甲状腺癌根治性手术是分化性甲状腺癌伴颈淋巴结转移的常规治疗方法,且呈现手术范围日趋减小、保留组织增加的趋势。本院从 2010 年开展了保留颈丛感觉神经的功能性颈清扫术并进行改进,扩大了适应证,保护了患者的颈丛神经支配区皮肤的感觉,避免了下颈部及肩部不适,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

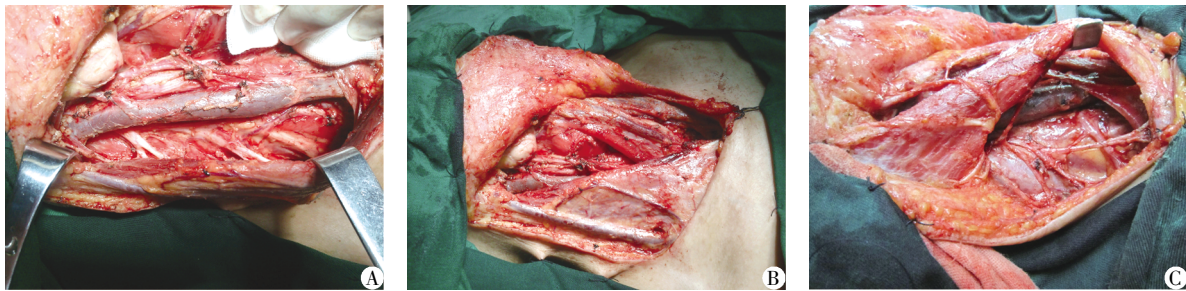
2010 年 10 月—2016 年 5 月,共施行了 103 例保留颈丛感觉神经的功能性颈清扫术。病理 98 例为甲状腺乳头状腺癌,5 例为滤泡状腺癌。女 91 例,男 12 例。年龄 22~67 岁,平均 31.3 岁。17 例术前已行腺叶加中央区清扫术,术后超声随访发现颈部淋巴结肿大,细胞学检查证实颈部有淋巴结转移(N+),淋巴结分布除 II、III、IV 区,V 区也有转移。术中所见转移淋巴结无包膜外浸润。

1.2 方法

方法一:采用颈部大弧形切口,颈项较长颈后三角有淋巴结的患者采用 L 形切口,于颈阔肌深面分离皮瓣,上至下颌骨缘,下至锁骨上。先切开颌下腺包膜,于颌腺下缘深面暴露二腹肌前腹。然后分

离并保护颈外静脉及耳大神经,将腮腺下极向上牵开暴露二腹肌后腹。再将胸锁乳突肌筋膜沿前缘解剖剥离至肌肉后缘,手术关键是保护胸锁乳突肌后缘中点,该处是颈丛感觉神经发出点(神经点),解剖保护颈丛。在分离胸锁乳突肌上段时要解剖出胸锁乳突肌覆盖下的一段副神经,予以保留。同时清扫颈后三角顶端肩胛提肌及头夹肌表面的淋巴脂肪组织。将胸锁乳突肌向外向后牵开,打开颈血管鞘,解剖颈总动脉、颈内静脉、迷走神经,注意结扎淋巴导管或淋巴管,从内向外、从上到下清扫颈内静脉旁淋巴脂肪组织即 II、III、IV 区淋巴组织。将标本向颈总动脉外侧牵开,沿椎前筋膜浅面暴露颈 2、3、4 神经根并保护之,然后在颈横动脉浅面顺颈神经方向清扫颈后三角,解剖胸锁乳突肌后缘,同时解剖并保留沿颈三根主要的锁骨上神经。由于甲状腺癌患者的预后是与转移淋巴结数目及大小相关^[2],此法适合:①病期 cN₀;②N₁ 但淋巴结转移仅限于 VI 区者;③颈内静脉旁淋巴结<3 cm,无明显外侵者(图 1A、B)。

方法二:游离皮瓣及清扫 II、III、IV 区淋巴组织同方法一。当出现以下情况时则选用打开颈后三角,精细解剖法保留颈丛神经。术前评估体检或影像学检查颈后三角有可疑淋巴结者,或颈内静脉旁淋巴结>3 cm,则打开胸锁乳突肌后缘,后方至斜方肌前缘,清扫 V 区淋巴结。此时颈丛神经的浅支各个分支予以逐一解剖保留(图 1C)。



A: 颈丛神经深支的保留;B: 不游离后皮瓣,不打开颈后三角,保留颈丛;C: 解剖颈丛神经并保护。

图 1 保留颈丛感觉神经的颈清扫术

皮肤感觉测试比较采用轻触、针刺、冷热刺激与健侧比较。

2 结果

本组 103 例患者, V 区淋巴结阳性的有 12 例, 这 12 例中 VI 区淋巴结阳性数目比例是 100%, 即所有的 VI 区淋巴结全部有转移, 占 VI 区淋巴结全部转移例数的 48%, VI 区淋巴结阴性而侧区淋巴结阳性占 17.5% (18/103), 侧区淋巴结阳性中 V 区淋巴结的阳性率为 15.2% (12/79)。所有患者术后全部颈部感觉良好, 与健侧对照比较无麻木麻痹感, 耳部温觉、触觉、痛觉与健侧对比主诉无异常。下颈部及肩上部无麻木感。

3 讨论

常规功能性颈清扫不保留颈丛, 相当于阻滞了颈丛神经, 导致了从耳廓到锁骨平面区的感觉缺失^[3]。有学者通过对比 23 例保留颈丛 31 例不保留颈丛, 颈面部感觉及生活质量、情绪和焦虑, 发现保留颈丛组比对照组有显著提高^[4]。保留颈丛的颈清扫术方法一国内外学者多有采用^[5], 即不解剖 V 区只是经胸锁乳突肌前内侧将 V 区牵出切除从而保留颈丛, 是基于两个研究成果。一是意大利的 Bocca 的颈部淋巴结的筋膜内概念, 认为淋巴结只要不突破包膜就不会外侵到神经; 二是基于对各区淋巴结转移几率的数据统计, 认为 cN0 或 N1 期患者 V 区淋巴结转移几率小。本组病例 V 区阳性率为 11.7%。这就要求术者对术前的病期评估要严格仔细, 故而对影像学检查和手术医师的读片要求高^[6]。但是, 文献显示, 国内 cN0 期淋巴结转移率明显高, 作为甲状腺癌淋巴结转移第一站的 VI 区达 30.36%~67.00%, 而作为远侧转移的侧区达 16.43%~64.71%^[7], 更有部分病例 VI 区无转移而侧区有转移, 本研究也同样显示占 17.5%。术前评估准确性的不满意, 主要表现为术前淋巴结转移率被低估, 且不同医院和不同医生

存在不同的 cN0 期诊断率, 故不解剖 V 区保留颈丛存在一定风险。也有作者研究认为, N+ 的患者虽然转移淋巴结主要分布在 II、III、IV、VI, 但仍有 22.1% 的患者发生 V 区转移, 其中 16% 为隐性转移^[8], 对于 V 区的择区清扫问题目前较多研究, 集中在 V 区转移的几率和清扫 V 区导致的神经损伤, 这也是本研究意义所在。本组方法二通过精细解剖 V 区而保留颈丛为有效的补充方法。对 N1b 的甲状腺乳头状腺癌颈部淋巴结广泛转移者, 采用精细化解剖技术保留颈丛, 尚未有报道。本研究发现, 所有 V 区淋巴结有转移者, 其 VI 区的淋巴结转移率为 100%, 一方面证实了 V 区淋巴结转移者病期较晚, 另一方面提示术前或术中发现 VI 区淋巴结转移明显者, 尽量用方法二保留颈丛。

有作者认为颈横皮神经在分离胸锁乳突肌前缘时要被切断。笔者的体会是只要精细操作也可以不切断 (图 1A), 颈丛深支大部分位于颈深筋膜深面, 除非肿瘤侵犯, 术中一般不会触及, 自然可以保留 (图 1B、C)。弧形切口分离皮瓣至颈部后上方时, 由于该处没有颈阔肌, 故应紧贴胸锁乳突肌分离。胸锁乳突肌覆盖下的副神经周围的淋巴结常常是容易遗漏之处, 也是易伤及副神经之处, 主要是将 II b 区的淋巴结清扫后经副神经后方向前牵出。手术优点是除保留原功能性颈清扫术的优点外, 患者术后耳部感觉良好, 颈部及肩部无麻木感。寒冷地区患者可避免冬季耳部冻伤。当临床检查发现转移淋巴结活动较差、基本固定时, 或转移淋巴结较大、侵达包膜外与神经粘连, 以及之前有不规范淋巴结清扫手术史者, 这时不一味保留神经。

[参考文献]

- [1] Siironen P, Hagström J, Mäenpää HO, et al. Lymph node metastases and elevated postoperative calcitonin: predictors of poor survival in medullary thyroid carcinoma [J]. Acta Oncol, 2016, 55(3): 357-364
- [2] Jeon MJ, Kim WG, Choi YM, et al. Recent changes in the

(下转第 1527 页)