

贴敷方法的患者恶心呕吐发生率明显低于对照组 ($P<0.05$),尤其在术后0~6 h、6~24 h 两个观测时段恶心呕吐发生率低于对照组 ($P<0.05$),但在术后24~48 h、48~72 h两个时间段两组恶心呕吐发生率无明显差异 ($P>0.05$),提示吴茱萸加姜汁穴位贴敷中脘可减轻腹腔镜手术后患者的恶心、呕吐程度并能减少恶心呕吐发生率,作用时间主要在术后24 h内,而在24~72 h作用不明显。由此可见,预防腹腔镜手术恶心呕吐,吴茱萸加姜汁贴敷中脘穴可作为有效的预防措施,并在24 h内效果为优。本次研究同时发现采用吴茱萸粉加姜汁穴位贴敷方法的患者止吐药物5-羟色胺3受体拮抗药(托烷司琼等)的用量与对照组相比明显减少 ($P<0.05$),说明吴茱萸加姜汁中脘穴贴敷防治腹部腹腔镜操作术后恶心呕吐过程,既有利于患者术后康复,提高住院质量,而且无创、无痛及无药物不良反应,并减少医疗费用,具有实际临床应用意义。

参考文献

- 1 Gómez-Arnau JI, Aguilar JL, Bovaira P, et al. Postoperative nausea and vomiting and opioid-induced nausea and vomit-

ing: guidelines for prevention and treatment[J]. Rev Esp Anestesiol Reanim, 2010, 57(8): 508-524.

- 2 Kovac DAL. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting[J]. Drugs, 2005, 62(12): 1261-1262.
- 3 Cruthirds D, Sims PJ, Louis PJ. Review and recommendations for the prevention, management, and treatment of postoperative and postdischarge nausea and vomiting[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2013, 115(5): 601-611.
- 4 C Kah Bik, Z Jiping, H Yong, et al. The effectiveness of acupuncture in prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting—a systematic review and meta-analysis[J]. PLoS One, 2013, 8(12): 65.
- 5 邓林, 杨小成, 邓田, 等. 经皮穴位电刺激对妇科腹腔镜术后恶心呕吐的影响[J]. 中国中医急症, 2013, 22(6): 902-904.
- 6 伍小毅, 昂丹司琼用于预防腹腔镜术后恶心呕吐的临床观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(15): 1229-1230.
- 7 白永利. 腹腔镜术后恶心呕吐的发生因素及治疗[J]. 内蒙古医学杂志, 2013, 45(12): 1473-1475.

(收稿日期 2016-03-09)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

甲状腺乳头状癌患者择区性颈淋巴结清扫方案研究

周健 李伯友 金晓燕

甲状腺癌是一种最常见的由内分泌紊乱引起的恶性肿瘤,其常见的类型包括乳头状癌和髓样癌等。在这些类型中,发病率最高的是甲状腺乳头状癌(papillary thyroid carcinoma, PTC),占80%以上^[1,2]。临床上对PTC的治疗多为手术切除病变甲状腺组织,然后进行预防性颈部淋巴结清扫术,还要保留甲状

腺的部分功能。以往的手术切口常采用的“L”、“Y”或“H”形,都对患者颈部的功能和外观有着较大的影响。随着科技的不断发展,低外观形象破坏的新型低位颌式切口择区性颈部淋巴结清扫术逐渐发展起来。本次研究将其与传统的“L”形切口术的治疗PTC效果进行了对比分析和探讨。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2009年1月至2014年

1月浙江省台州市立医院肿瘤外科收治的84例PTC患者,其中男性33例、女性51例;年龄29~58岁,平均年龄(41.35±4.37)岁。82例患者均符合纳入标准:①彩超或CT提示侧方淋巴结肿大的PTC;②怀疑或穿刺已经证实颈侧方淋巴结转移;③中央区淋巴结术中冰冻切片证实转移;④肿瘤局部侵犯广泛(T3、T4)^[9]。将患者随机分为低位颌式切口组和“L”形切口组。低位颌式切口组中男性18例、女性24例;年龄29~58岁,平均年龄(39.91±4.65)岁。“L”形切口组中男性15例、女性27例;年龄31~57岁,平均年龄(38.14±4.17)岁。两组年龄、性别比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 低位颌式切口组采用气管内插管全身麻醉,患者颈过伸位,偏向健侧。选择胸骨上切迹上约2 cm的皮纹切口,长度为4~8 cm。常规游离皮瓣,切开颈白线,全程显露喉返神经,切除甲状腺部分,注意保护甲状旁腺。依次进行患侧中央区(VI区)淋巴结清扫和II~V区淋巴结清扫。视情况保留颈丛神经及其分支^[9]。“L”形切口组选取切口位置与低位颌式切口组一致,切口延长至乳突,长度为12~15 cm,可对II~V区淋巴结进行完整的清除,同时可在切口处对中央区淋巴结进行清扫并切除甲状腺。

1.3 评价标准 对患者进行2年的跟踪随访,观察肿瘤转移和复发情况,并进行生活质量和满意度的评价。采用浙江大学医学院社会医学教研室翻译的美国波士顿健康研究所研制的生活质量评价量表(short form 36 questionnaire, SF-36),对患者术后生活中的健康和日常活动、患者个人感觉和总体健康情况进行统计^[10]。SF-36分值越高,表示患者的满意度越高,生活质量越高。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0软件分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料采用 t 检

验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术情况比较见表1

表1 两组患者手术情况比较

组别	切口长度	手术时长	清扫淋巴结
	/cm	/min	个数/个
低位颌式切口组	6.52±1.23*	158.26±52.42*	14.81±6.48
“L”形切口组	11.85±1.31	298.37±60.78	14.62±5.36

注:*,与“L”形切口组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,与“L”形切口组相比,低位颌式切口组的手术切口短,手术过程时间短,差异均有统计学意义(t 分别=2.17、2.21, P 均<0.05),两组的清扫淋巴结个数比较,差异无统计学意义($t=1.83$, $P>0.05$)。

2.2 两组患者术后情况比较 低位颌式切口组患者中,30例(71.43%)术后发生VI区淋巴结转移、16例(38.10%)发生颈侧区淋巴结转移;2例(4.76%)术后并发乳糜漏,经禁食水、抑制消化道分泌和强负压吸引等治疗1周后痊愈;1例患者淋巴渗液,由引流管注入沙培林3~5 d后痊愈拔除引流管;7例(16.67%)临床症状性缺钙;2例(4.76%)患者出现颈部感觉障碍;3例患者不满意切口外观(7.14%)。“L”形切口组患者中,32例(76.19%)VI区淋巴结转移,(85.71%)颈侧区淋巴结转移,5例(11.90%)乳糜漏,7例(16.67%)临床症状性缺钙和7例(16.67%)颈部障碍,12例(28.57%)患者对切口外观不满意。两组患者术后均无甲状腺功能减退情况、无声音嘶哑,2年随访时间内均无复发病例。低位颌式切口组的VI区淋巴结转移、颈侧区淋巴结转移数目、乳糜漏、颈部感觉障碍、对切口不满意例数都低于“L”形切口组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=3.99、4.04、4.18、8.88、11.63, P 均<0.05)。

2.3 两组患者生活满意度比较见表2

表2 两组患者生活满意度比较

组别	n	生活满意度/例			总满意率/例(%)	SF-36/分
		不满意	一般	很满意		
低位颌式切口组	42	4	14	24	38(90.47)*	91.57±5.87*
“L”形切口组	42	10	17	15	33(78.57)	82.34±6.58

注:*,与“L”形切口组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,低位颌式切口组患者的生活满意度明显高于“L”形切口组,差异有统计学意义($\chi^2=3.99$, $P<0.05$),和SF-36分值均高于“L”形切口组,差异

均有统计学意义($t=2.43$, $P<0.05$)。

3 讨论

PTC是一种恶性肿瘤,约占全身恶性肿瘤的

1%,是最常见的一种甲状腺癌病理类型^[5]。PTC虽然病情通常进展缓慢,但淋巴结转移率较高,且初次术后的5~10年有较高的颈部复发率。目前,控制PTC局部复发的方法一般都是进行颈部淋巴结清扫^[6]。因此,如何合理而又有效地清扫颈部淋巴结,从而提高其生存率备受关注。

迄今为止,颈部淋巴结的清扫已经有百余年的历史,随着颈部解剖学的发展和人们对肿瘤研究的深入,不断发展了包括根治性、扩大性、改良根治性和择区性在内的颈清术方法。在PTC患者颈部淋巴结清扫术的实施过程中,关键的路径就是手术切口,穿过它而接触到甲状腺淋巴结。在传统“L”形切口手术中,手术视野比较大,清扫可以进行得较为彻底,对颈部附近神经的损伤也较小。但手术切口的过大会导致对患者的伤害更大,不利于患者颈部功能的恢复。低位颌式切口择区性颈清手术包含了PTC常见的转移区域(Ⅱa、Ⅲ、Ⅳ和Ⅴb),并且大大减少手术切口的长度,手术切口位于患者锁骨上2 cm,不仅切口不明显,并且术后疤痕隐蔽^[7]。这种微创化外科有效地减轻了患者的生理和心理创伤,既能完整地清扫颈部的淋巴结,又能保留颈丛神经,兼顾了患者的外观要求和肩颈部功能的保留。

本次研究结果显示,低位颌式切口组的切口长度和手术时长明显低于“L”形切口组;低位颌式切口组术后转移率及颈部感觉障碍发生率明显较“L”形切口组低,手术疗效较好,美观度高,差异均有统计学意义(P 均 <0.05)。此外,在本次研究的随访过程中,医护人员对患者的肩颈部的疼痛情况进行了评价,部分患者有肩颈部疼痛现象出现,更有患者发生肩颈部感觉缺失。但由于低位颌式切口术中保留了颈丛神经,所以随访中发现实施低位颌式切口术的患者的疼痛程度明显轻于实施了“L”形切口手术的患者。有研究显示,采用低位颌式切口术中清除的淋巴结个数也不比“L”形切口的少,并且该术式并没有使术后并发症的发生率上升。同时,采用低位颌式切口清扫术的患者术后日常活动、患者个人感觉和总体健康情况都要优于采用“L”形切口清扫术的患者^[8]。这说明低位颌式切口择区性颈清手术不但拥有同样的肿瘤学治疗意义,达到切除清扫目的,还避免了对患者颈部功能的伤害,减少患者损伤,并且切口隐蔽,外观较好。

近年来,PTC患者采用低位颌式切口治疗在临床上得到越来越多的应用^[9],但是低位颌式切口手术的切口不明显,容易影响医师手术操作时的视野,特别是影响高位置转移的Ⅱ区淋巴结清扫。因此,采用低位颌式切口手术时医师需使用手术头灯辅助照明,同时,进行低位颌式切口手术对医师的手术技术操作的要求也更高^[10]。需要注意的是,由于此术式显露Ⅱ区相对困难,对术者要求很高,因此对于有颈部不规范颈清史、淋巴结明显包或者颈淋巴结转移广泛的患者,应用L或Y形切口行改良颈清更安全合理。

参考文献

- 1 Estatia-Rutter CF, Corssmit EP, Nienker, et al. Survival and death causes in differentiated thyroid carcinoma[J]. Clin Endocrinol Metab, 2006, 91(1):313-319.
- 2 Suman P, Wang CH, Abadin S, et al. Risk factors for central lymph node metastasis in papillary thyroid carcinoma: A National Cancer Data Base(NCDB) study[J]. Surg, 2015, 159(1):31-40.
- 3 钊猷. 现代肿瘤学[M]. 第3版. 上海: 复旦大学出版社, 2006.1085.
- 4 万崇华. 生命质量测定与评价方法[M]. 昆明: 云南大学出版社, 1999.23-26.
- 5 谢莉, 朱平. 甲状腺乳头状癌不同术式的效果比较[J]. 重庆医学, 2014, 43(17): 2124-2126, 2129.
- 6 冯联忠, 于吉人, 李斌, 等. 结节性甲状腺肿并存甲状腺癌86例回顾性分析[J]. 全科医学临床与教育, 2011, 9(1): 63-65.
- 7 刘军, 苏磊, 桑剑锋, 等. 颈部低位颌式切口行甲状腺癌择区性颈清术的临床应用[J]. 东南大学学报(医学版), 2015, 34(4):572-576.
- 8 罗智勇, 刘玥, 胡晓鹏, 等. 低位颌式切口保留颈丛择区性颈侧方淋巴结清扫术在甲状腺乳头状癌中的应用[J]. 临床外科杂志, 2014, 22(7):500-503.
- 9 李正江, 安常明, 鄢丹桂, 等. 择区性颈淋巴结清扫术在临床颈淋巴结阴性甲状腺癌患者中的应用[J]. 中华肿瘤杂志, 2013, 35(10):783-786.
- 10 陈立斌, 张盛敏, 许幼峰, 等. 超声弹性成像分级法诊断甲状腺癌的价值[J]. 全科医学临床与教育, 2013, 11(5):525-527, 538.

(收稿日期 2016-01-11)

(本文编辑 蔡华波)