

甲状腺癌与 ERAS:转变理念,重视技术

王佳峰¹,葛明华²

(1. 浙江省肿瘤医院,浙江 杭州 310022;2. 浙江省人民医院,浙江 杭州 310014)

摘要:近十余年来,加速康复外科(enhanced recovery after surgery,ERAS)理念及其路径在我国有了较为迅速的普及和应用,多个专家共识得以发表。2018年,中国抗癌协会甲状腺癌专业委员会和头颈肿瘤专业委员会联合相关专家制定了“甲状腺外科 ERAS 中国专家共识(2018 版)”。ERAS 在甲状腺癌外科治疗中的实践需重视多学科协作理念,重视 ERAS 中每一项环节,重视功能化外科、微创外科理念,重视精细化甲状腺癌外科技术以及重视晚期甲状腺癌的 ERAS。

关键词:甲状腺肿瘤;加速康复外科;专家共识

中图分类号:R736.1 **文献标识码:**A **文章编号:**1671-170X(2019)06-0489-03

doi:10.11735/j.issn.1671-170X.2019.06.B001

Thyroid Cancer and ERAS: Changing Concepts and Emphasizing Technology

WANG Jia-feng¹, GE Ming-hua²

(1. Zhejiang Cancer Hospital, Hangzhou 310022, China; 2. Zhejiang Provincial People's Hospital, Hangzhou 310014, China)

Abstract: In recent more than 10 years, the concept and pathway of enhanced recovery after surgery (ERAS) has been widely accepted and rapidly applied. In 2018, Chinese Association of Thyroid Oncology and Chinese Association of Head and Neck Oncology organized seminars and discussions, finally formulated the “Expert Consensus on Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for Thyroid Surgery (2018 Edition)”. In the practice of ERAS on thyroid cancer operation, we should pay attention to the concept of multidisciplinary collaboration, every detail of ERAS, the concept of functional and minimally invasive surgery, meticulous operation technique and ERAS in advanced thyroid cancer.

Subject words: thyroid cancer; enhanced recovery after surgery; consensus

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)以循证医学证据为基础,通过外科、麻醉、护理、营养等多科室协作,对围手术期处理的临床路径予以优化,从而缓解围手术期应激反应,减少术后并发症,缩短住院时间,促进患者康复。近十余年来,ERAS 理念及其路径在我国有了较为迅速的普及和应用,多个专家共识得以发表^[1]。2018年,中国抗癌协会甲状腺癌专委会和头颈肿瘤专委会组织外科、麻醉和护理专业等相关专家以循证医学为基础,结合我国临床实际情况制定了《甲状腺外科 ERAS 中国专家共识(2018 版)》^[2]。ERAS 的实施过程有赖于各学科间对 ERAS 理念的充分理解和接受,本文对 ERAS 在甲状腺癌外科治疗中的应用提出一些建议。

通信作者:葛明华,院长,主任医师,博士生导师,硕士;浙江省人民医院头颈甲状腺外科,浙江省杭州市下城区上塘路 158 号(310014);E-mail:gemingh@163.com

收稿日期:2019-03-25

1 重视多学科协作理念

多学科诊治是当代肿瘤诊治领域一个非常有意义的变革,甲状腺癌是典型的跨学科疾病,我国第一部《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》就是由中华医学会内分泌学分会、中华医学会普通外科学分会、中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会和中华医学会核医学分会联合编撰的,这充分体现了甲状腺癌多学科诊治的理念^[3]。外科治疗是甲状腺癌的核心治疗手段,聚焦甲状腺癌外科治疗阶段,同样需要重视多学科协作理念,而 ERAS 的围手术期管理模式为专业间的合作提供了一种新的方式。以往各专业领域针对患者围手术期并发症或不良反应如恶心呕吐、疼痛、疲劳及内分泌紊乱等进行的临床治疗都是根据各自领域内的共识来管理的,各专业联系相对松散,相应治疗往往也是阶段性的,甚至会出现相

互矛盾的治疗措施。ERAS 始于以外科主导的混合管理模式,经过十多年的磨合,这种管理模式已演变为多学科跨专业的合作机制。ERAS 团队主要包括外科医师、麻醉师、专科护士以及其他相关专业人员。一般情况下,外科医师是 ERAS 团队的领导者,麻醉师和专科护士是不可缺少的组成部分。ERAS 属于团队作战,多学科协作是 ERAS 的核心理念,因此各成员间关系融洽,相互合作是保证 ERAS 高效的前提,不同学科的成员需要改变观念,摒弃学科偏见,充分了解其他学科治疗方法的优点和对本学科的补充。在这里需要特别重视专科护士的重要作用,专科护士全程协同参与诊疗计划的制定,实施康复目标、计划、转归的宣教,指导患者恢复饮食和下床活动,开展心理咨询和疏导,出院后延伸服务和随访等,在 ERAS 团队中承担“项目经理”的角色。

2 重视 ERAS 中每一项环节

有研究显示围术期死亡率和并发症由多因素所致,而任何单个干预措施并不能改善手术效果^[4]。ERAS 主要是通过优化围手术期各种处理,减少手术及其相关的创伤和应激,从而加速患者康复。可见 ERAS 并不是单一干预措施,本质是多种干预措施的系统工程。ERAS 聚焦围手术期处理,从术前、术中、术后到出院、随访 5 个环节,全过程多维度对外科诊疗理念和技术进行整合纠谬,使其返璞归真、创新进步^[5]。《甲状腺外科 ERAS 中国专家共识 2018 版》将甲状腺外科围手术期分为术前管理、术中管理及术后管理三个模块,共 30 条推荐意见^[2]。因此,实行 ERAS,必须改变观念,重视每一个环节。外科医师不仅要专注手术方式和手术技术,也需关注术前、术后各个环节,如呼吸道管理、营养心理评估,多模式止痛,功能锻炼等。必须打破传统观念、习惯思维和陈规旧俗的束缚,比如以往甲状腺手术通常术前禁食水时间长达 10~12h,但已有研究表明,缩短术前禁食时间,有利于减少手术前患者的饥饿、口渴、烦躁、紧张等不良反应,有助于减少术后胰岛素抵抗,缓解分解代谢,甚至可缩短术后住院时间,目前提倡禁饮时间缩短至术前 2h,禁食时间缩短至术前 6h^[6]。当然重视每一个环节不是指将所有措施均实施才叫 ERAS,因基于循证医学证据,推荐级别以及患者的病情个体化实施。

3 重视功能化外科、微创外科理念

目前,精准医学时代已经来临,肿瘤外科也持续向功能化、微创化、精准方向发展。ERAS 是 21 世纪医学一项新的理念和治疗康复模式,其内涵更加重视微创化(包括心理微创、功能微创和结构微创),可以说是现代肿瘤外科发展的必然要求。因此实行甲状腺癌 ERAS,甲状腺癌外科医师需要特别强调基于循证医学证据为甲状腺癌患者选择最合适的手术方式,避免过度手术。以最小的创伤获得最好的疗效,不仅是医学伦理的基本原则,也是当今肿瘤外科的核心理念。在 20 世纪几乎所有甲状腺癌都需行侧颈淋巴结清扫,而 21 世纪以来,一般不行预防性侧颈淋巴结清扫已经达成共识,以往基于“多病灶”理论,甲状腺全切是甲状腺癌的主流手术方式,而目前更多的证据显示在很多情况下腺叶切除的疗效同全甲状腺切除无明显差异^[7],2012 年版中国《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》较 ATA 指南更早提出小于 4cm 的分化型甲状腺癌也可选择甲状腺腺叶切除^[3]。可以说这些手术范围的缩小是加速康复最有利的因素。

4 重视精细化甲状腺癌外科技术

在甲状腺外科技术发展历程中,甲状腺手术最初被认为是最困难的手术,死亡率非常高,19 世纪法国医学学会甚至认为:任何甲状腺手术如同在犯罪。而进入 20 世纪,甲状腺癌外科技术飞跃发展,喉返神经显露技术、精细化被膜操作技术和颈淋巴结清扫技术奠定了现代甲状腺癌外科。现代肿瘤外科之父 Halsted 教授认为:甲状腺切除术也许是外科艺术中最伟大的胜利。目前甲状腺癌围手术期死亡已相当罕见,但出血,喉返和喉上神经损伤,甲状旁腺功能低下等并发症仍有一定的发生率,这无疑将影响患者术后康复及生活质量。甲状腺外科医师必须重视甲状腺癌精细化手术,追求“高质量”的手术,而不仅仅是快速的手术,从而达到“高质量”的术后康复。近年来,甲状腺癌外科新技术,新设备发展日新月异,主要包括各类腔镜和机器人手术技术的发展,能量器械和神经监测设备的应用,甲状旁腺“负显影”技术和 PTH 围手术期监测等,这些技术和设备

为甲状腺癌手术减少创伤和应激提供了重要手段和条件^[8-10]。外科医师必须重视并合理应用,发挥新技术魅力,进一步降低术后并发症的发生率,加速患者术后康复。

5 重视局部晚期甲状腺癌的 ERAS

绝大多数甲状腺癌手术创伤较小,如果围手术期未出现明显失误,一般都能快速康复。我们需要更加重视的是局部晚期甲状腺癌患者,这部分患者肿瘤往往累犯颈部多个器官,如上消化道、呼吸道、上纵隔等,造成复合性功能失调,手术创伤大,甚至需要修复重建,术后恢复时间长,因此更需要ERAS。局部晚期甲状腺癌患者围手术期更易出现紧张焦虑,累犯上消化道可能出现营养障碍,累犯上呼吸道可能出现呼吸困难,术前应仔细评估病情、及时干预,尽可能纠正影响康复的不利因素。麻醉医师除实施标准化麻醉管理程序外,需特别重视与外科医师一起进行气道评估,识别可能存在的困难气道,选择合理的插管方案,必要时紧急建立有创气道,避免因缺氧导致严重并发症的发生。外科医师需仔细评估肿瘤范围以及手术缺损,重视多学科讨论,制定合理的手术方案,应用先进的肿瘤切除以及缺损重建技术来控制病情和保留功能与维持外观。术后需特别注重气道护理,营养支持和血栓的预防,行皮瓣重建的患者必须由经过专业培训的护士监测皮瓣。

6 结 语

尽管ERAS理念引入中国仅10余年,由于其能够营造患者、医院和政府多赢的局面,在我国得到发展迅速。ERAS本质是以患者为中心,多学科协作,基于循证医学证据,采取多种措施加速患者康复,这与现代肿瘤外科循证医学理念,MDT理念、功能化微创理念一脉相承。甲状腺癌作为增长最快的恶性肿瘤,且外科治疗是其核心治疗手段,理应重视ERAS。另外,ERAS在甲状腺癌领域的循证医学证据有限,更多的是借鉴其他领域ERAS的成功经验,特别是晚期甲状腺癌具有独特的临床症状和围手术期特点,未来需要开展深入的临床研究不断更新甲状腺癌ERAS临床路径。

参考文献:

- [1] Chinese Society of Surgery, Chinese Society of Anesthesiology. Consensus on ERAS and guidelines for pathway management in China (2018)[J]. Chinese Journal of Practical Surgery, 2018, 38 (1):1-20.[中华医学会外科学分会,中华医学会麻醉学分会.加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018版)[J].中国实用外科杂志, 2018, 38(1):1-20.]
- [2] Chinese Association of Head and Neck Oncology, Chinese Association of Thyroid Oncology. Expert consensus on enhanced recovery after surgery (ERAS) in thyroid surgery (2018 edition)[J]. China Cancer, 2019, 28 (1):26-38.[中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会,中国抗癌协会甲状腺癌专业委员会.甲状腺外科ERAS中国专家共识(2018版)[J].中国肿瘤, 2019, 28(1):26-38.]
- [3] Chinese Society of Endocrinology, Endocrinology Group of Chinese Society of Surgery, Chinese Association of Head and Neck Oncology, Chinese Society of Nuclear Medicine. Management guidelines of thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[J]. Chinese Journal of Clinical Oncology, 2012, 28(10):779-797.[中华医学会内分泌学分会,中华医学会外科学分会内分泌学组,中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会,等.甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[J].中华内分泌代谢杂志, 2012, 28(10):779-797.]
- [4] Willemsen PJ, Appeltans BM. Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme[J]. Br J Surg, 1999, 86(7):968-969.
- [5] Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: a review[J]. JAMA Surg, 2017, 152(3):292-298.
- [6] Nygren J, Thorell A, Ljungqvist O. Preoperative oral carbohydrate therapy[J]. Curr Opin Anaesthesiol, 2015, 28(3):364-369.
- [7] Wells SJ, Asa SL, Dralle H, et al. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma[J]. Thyroid, 2015, 25(6):567-610.
- [8] Chinese Thyroid Association. Expert consensus on preservation of parathyroid glands in thyroid surgery[J]. Chinese Journal of Practical Surgery, 2015, 35 (7):731-736.[中国医师协会外科医师分会甲状腺外科医师委员会.甲状腺手术中甲状旁腺保护专家共识 [J].中国实用外科杂志, 2015, 35(7):731-736.]
- [9] Chinese Thyroid Association, Thyroid Diseases Committee of Chinese Research Hospital Association. Expert consensus on endoscopic thyroidectomy via the anterior chest approach[J]. Chinese Journal of Practical Surgery, 2017, 37 (9):992-997.[中国医师协会外科医师分会甲状腺外科医师委员会,中国研究型医院学会甲状腺疾病专业委员会.甲状腺外科能量器械应用专家共识(2017版)[J].中国实用外科杂志, 2017, 37(9):992-997.]
- [10] Chinese Thyroid Association, Thyroid Diseases Committee of Chinese Research Hospital Association, Association of Medical Exchanges across the Taiwan Expert consensus on application of energy in thyroid surgery[J]. Chinese Journal of Practical Surgery, 2017, 37 (12):1369-1373.[中国医师协会外科医师分会甲状腺外科医师委员会,中国研究型医院学会甲状腺疾病专业委员会,海峡两岸医药卫生交流协会海西甲状腺微创美容外科专家委员会,等.经胸前入路腔镜甲状腺手术专家共识(2017版)[J].中国实用外科杂志, 2017, 37(12):1369-1373.]