

文章编号:1005-6947(2005)09-0714-02

· 临床报道 ·

# 甲状腺癌再手术治疗的探讨

蔡学宏, 欧阳迪平

(湖南省岳阳市第一人民医院 普通外科, 湖南 岳阳 414000)

**摘要:**回顾分析 45 例甲状腺癌再手术患者的临床资料。45 例再手术患者中腺体或/和淋巴结有癌残留者共 29 例,残癌率为 64.4%。提示对甲状腺结节的处理时应常规开展术中冷冻切片检查,或行患侧甲状腺叶切除加或不加峡部切除。对按规范手术后腺体残留组织 < 1 cm 或颈部再出现肿块者,可在甲状腺素治疗下定期 B 超随访,如有增大应及时再次手术。

**关键词:**甲状腺肿瘤/外科学;再手术

**中图分类号:**R736.1;R61 **文献标识码:**B

手术切除是甲状腺癌主要的治疗手段。但由于目前手术方式尚未统一,加上术术前中诊断困难,以及癌的复发等,临床上常有甲状腺癌患者需再次手术。我科 2000 年 5 月~2004 年 10 月共收治甲状腺癌 128 例,其中属再次手术者 45 例,现就再手术的有关问题进行探讨。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 12 例,女 33 例;年龄 15~68(平均 38)岁。其中第 2 次手术 38 例,第 3 次手术 6 例,第 4 次手术 1 例。病理类型:乳头状癌 34 例、(包括乳头状癌与滤泡癌并存 2 例),滤泡癌 9 例、髓样癌 2 例。

### 1.2 再次手术原因、术式及病理情况

(1)因初次手术行肿块单纯切除(包括腺叶部分切除)或转移灶切除后病检报告为癌而行追加手术者 38 例(本院 10 例、外院 28 例)。追加术式:患侧残叶加峡部切除 30 例(其中加对侧腺叶部分切除 5 例),病检癌残存者 18 例(残癌率 60.0%);功能性颈清术 4 例,均有癌残存,其中并淋巴结转移者 3 例;对转移灶首次手术仅行单纯切除者再加行功能性颈清术 4 例,病检均有癌残存。

(2)患侧腺叶加峡部切除术后因出现颈部肿块行功能性颈清术 4 例,其中为淋巴结转移者 2 例,异物性肉芽肿 2 例;因出现对侧甲状腺结节行甲状腺全切加双侧功能性颈清术 2 例,其中 1 例为对侧甲状腺乳头状癌,伴颈淋巴结转移,原患侧为异物性肉芽肿;1 例为对侧结节性甲状腺肿,原患侧为异物性肉芽肿。

(3)功能性颈清术后,再出现颈部肿块 1 例行第 4 次手术为功能性颈清,病检报告为异物性肉芽肿。

## 2 结果

### 2.1 手术并发症

45 例再手术患者,发生并发症 8 例,包括声嘶 5 例,经维生素 B1 等药物治疗 1~6 个月恢复。手足短期抽搐 2 例,静脉补钙控制症状后改口服钙制剂恢复。创面渗血并切口裂开 1 例,经换药、二期缝合治愈。

### 2.2 随访

45 例均采用信访或来本院定期复查,随访 2~36 个月,未发现死亡病例,无复发病例。

## 3 讨论

首次定性诊断错误和手术方式不当是甲状腺癌再手术的主要原因。本组 45 例中占 38 例(84.4%),其原因是甲状腺癌术前诊断困难:CT、彩超及核素扫描均不能提供可靠依据;细针穿刺细胞学检查,由于穿刺技术和阅片经验不同诊断的准确性有很大差异。所以有人<sup>[1]</sup>认为弥补术前诊断准确性的关键是认识上予以重视和术中常规开展冷冻切片检查。本院 10 例因首诊错误再手术患者均为 2002 年初的病例。

甲状腺癌诊断一旦明确,对于首次手术行单纯肿块切除或腺叶部分切除、转移性淋巴结切除活检及癌肿复发者均是再手术适应证。再次手术方式应根据首次手术方式、肿瘤病理分类、局部或远处转移情况以及腺叶残存量来决定。作者认为可参考以下原则:(1)病灶局限在 1 侧,属包膜内型或肿块直径 < 2 cm 的腺体内型,未发现颈淋巴结肿大者宜采用患侧残叶加峡部切除;如肿瘤直径 > 2 cm 或侵犯包膜者则加对侧腺体大部分切除;病变位于双侧叶则行甲状腺全切术。(2)对残叶组织 B 超检查 < 1 cm,又未发现

**收稿日期:**2005-05-09; **修订日期:**2005-06-26。  
**作者简介:**蔡学宏(1962-),男,湖南华容人,湖南省岳阳市第一人民医院副主任医师,主要从事甲状腺乳腺疾病防治方面的研究。  
**通讯作者:**蔡学宏 电话:0730-8246413(O), 13973025812(手机); yan\_ya\_nan@126.com。

文章编号:1005-6947(2005)09-0715-02

· 临床报道 ·

# 腹腔镜胆总管探查术后拔 T 管胆漏的防治

沈汉斌, 郑启昌

(华中科技大学同济医学院附属协和医院 腹腔镜中心, 湖北 武汉 430022)

**摘要:**回顾性分析 5 年间笔者收治的 8 例腹腔镜胆总管探查术后拔 T 管致胆漏患者的临床资料。全组均行非手术治疗。8 例中经原 T 管窦道置引流管 3 例;行胆道镜检查 5 例,其中加行十二指肠镜下置鼻胆管引流(ENBD)2 例,无死亡病例。提示该术式拔 T 管后致胆漏的原因与患者的全身情况及术中、术后细小环节的技术处理是否严格规范有关;应视胆漏大小、病情轻重选择治疗措施;预防应从消除原因着手。

**关键词:**胆瘘/预防和控制;胆囊切除术,腹腔镜;胆总管/外科学

**中图分类号:**R657.4      **文献标识码:**B

在微创外科时代,腹腔镜胆囊切除术(LC)已成为治疗胆囊结石的首选术式;也将逐步成为胆总管结石治疗的首

选术式<sup>[1]</sup>。本院于 1998 年 7 月~2003 年 7 月对 168 例胆囊结石合并胆总管结石者施行 LC 及胆总管切开联合胆道镜取石术,其中有 8 例拔除 T 管后出现漏胆。

据 1996~2001 年间国内共有 37 篇相关报道,胆漏的患病率为 0.78%~10.00%<sup>[2,3]</sup>。本组发病率为 4.76%,与开腹手术相比并无差异。笔者对该 8 例胆漏患者的临床资料进行分析,旨在探讨其发生原因、诊断、预防和治疗原则。

**收稿日期:**2004-12-21; **修订日期:**2005-07-04。

**作者简介:**沈汉斌(1966-),男,湖北随州人,华中科技大学同济医学院附属协和医院(现在解放军第四七七医院)主治医师,主要从事肝胆及微创方面的研究。

**通讯作者:**沈汉斌 电话:13627250648(手机); E-mail:shbsqj@yahoo.com.cn。

颈部淋巴结肿大的低危组患者,特别是对于原发病灶位于腺体边缘者,可考虑暂缓再次手术,但需定期跟踪残叶组织大小变化,并使用甲状腺素治疗,如残叶组织增大,及时再次手术<sup>[2,3]</sup>。(3)对腺体外型或伴有颈淋巴结肿大者,除对原发灶的规范处理外,应附加功能性颈清手术。(4)原发病灶或转移灶均按规范处理后再出现颈部肿块者,应注意肿块性质,定期彩超随访,因为这部分患者大多经历了几次手术,再手术并发症相对较多、较严重;而且,颈部肿块有异物性肉芽肿等其它原因,而非真正的复发或转移灶。本组 1 例患者共行 4 次手术,其中后 2 次颈清手术后病检报告均为异物性肉芽肿,且第 4 次手术后出现创面渗血并伤口裂开等并发症。但如发现肿块有增大趋势应及时再次手术。(5)患侧腺叶切除术后对侧腺体中有 70%~80%可有癌残留<sup>[4]</sup>,但临床上若干年后仅有 2%~9%出现复发癌,多数长期处于隐匿状态,未见临床症状,一旦出现临床表现亦应按上述规范治疗,可获得根治机会。

原则上如需要再次手术,时间越早越好,但以往手术带来的组织水肿、粘连、解剖层次不清,容易造成喉返神经、甲状旁腺的医源性损伤。因此,笔者认为如首次手术只作部分切除、单纯肿块切除或没有作舌骨下肌群切除的,因水肿粘连范围小,可尽早手术(1 周左右);如果第 1 次手术范围大,为保证手术质量,最好服用甲状腺素治疗 1~2

个月后再手术,不宜超过 3 个月。为了减少再手术并发症的发生,在进入首次手术区域时,笔者采取经患侧胸锁乳突肌前缘的侧进路法,必要时结合正中入路,因侧面及背面粘连最少,手术时易于找到正常的解剖平面,出血少。同时要熟悉喉返神经最易操作的区域为喉返神经与甲状腺下动脉交叉处和喉返神经入喉处,分离时血管钳与神经走向一致。出血时切忌乱夹或大块钳夹,术中尽可能全程暴露喉返神经,保留后包膜是避免损伤喉返神经的主要措施。如发现喉返神经损伤应及时端端吻合,双侧喉返神经肿瘤浸润时应保留一侧喉返神经。防止甲状旁腺切除的关键是术中正确辨认,对切下的标本应常规检查,对可疑组织要认真辨认,如认为是甲状旁腺应将其种植于颈部肌肉中。

## 参考文献:

[1] 罗运生. 甲状腺癌误诊及再手术临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(10): 790-791.

[2] 蔡学宏, 宋天才, 王定成. 甲状腺结节的处理[J]. 中国厂矿医学杂志, 1998, 11(3): 192-193.

[3] 黄耿文, 杨连粤. 甲状腺癌的再手术治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(10): 589-590.

[4] 付逢吉, 王山成. 分化型甲状腺癌再手术 42 例分析[J]. 河南肿瘤学杂志, 1996, 9(6): 440-441.