

文章编号:1005-6947(2006)04-0312-02

· 临床报道 ·

135例原发性甲状腺功能亢进症外科治疗

吴骏, 温思齐, 谢铿

(广东省汕头市中心医院 普通外科, 广东 汕头 515031)

摘要: 回顾性分析138例甲状腺功能亢进症(甲亢)患者行甲状腺大部切除术的临床资料, 结果显示: 138例甲亢手术患者, 135例(97.8%)治愈, 3例术后复发, 喉上神经和喉返神经损伤各1例, 无甲状旁腺损伤和甲状腺危象的发生, 无死亡病例, 笔者认为: (1) 甲亢患者术前充分准备, 选择良好的手术时机, 对避免甲状腺危象的发生非常重要。(2) 直视下紧贴甲状腺上、下极结扎甲状腺上、下动脉及保留甲状腺后包膜的甲状腺大部分切除是避免喉上神经及喉返神经损伤的重要措施。(3) 置Y形管负压引流甲状腺创面及床边常规备气切包是有效地防止术后窒息死亡。

关键词: 甲状腺功能亢进/外科学; 手术后并发症/预防和控制

中图分类号: R581.1

文献标识码: B

1994年12月—2004年12月, 我院外科收治甲状腺功能亢进症(甲亢)患者146例, 其中138例施行外科手术, 笔者对138例的临床资料及随访结果进行回顾性分析, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男18例, 女120例; 年龄为16~65岁, 以24~45岁居多, 占69.6%(96/138)。全部患者均有明显的甲亢临床表现和不同程度的甲状腺肿大, 心率为98~110次/min, 其中21例合并心肌损害, 115例合并突眼症。 T_3 、 T_4 均高于本院正常值(T_3 0.8~2.88 nmol/L, T_4 40~142 nmol/L), 机械法测得基础代谢率(BMR)均在+40%以上。

1.2 术前准备

本组患者均在经抗甲状腺药物治疗, 甲亢症状得到控制, T_3 数值正常, 并得到术前咨询, 同意并决定接受手术后, 开始服用碘剂, 卢戈氏液从3滴, 3次/d开始, 经过9~12d逐日增加1滴至12~15滴, 3次/d时, 维持2~3d, 以双侧甲状腺质地触摸鼻尖的柔切感为度(笔者曾遇1例要手术前月经, 服至卢戈氏液15滴3次/d, 维持了8d, 双侧甲状腺质地很硬且脆, 缝扎腺体牵拉时出现难以制止的出血, 且在缝合保留的后包膜时更为困难, 整个手术出血量大约2000mL), 减少术中出血, 从而增加了手术的安全性。本组术前心率较快达100~110次/min, 加用心得安者共42例, 并在将心率控制在90次/min以下才行手术治疗。

2 治疗及结果

2.1 手术治疗

138例中, 其中行双侧甲状腺次全切除132例(95.7%); 一侧甲状腺全切除, 另一侧甲状腺大部分切除6

例。所有患者手术后残留的腺体均约为原体积的10%左右; 术中均结扎双侧甲状腺上、下动脉及其主要分支; 因气管软化而加行气管切开术1例, 行气管牵拉悬吊术5例。

2.2 手术并发症

术中及术后共发生并发症9例(6.5%)包括术后发现甲状腺上动脉断端结扎线滑脱并出血1例, 术中各有1例单侧喉上神经和喉返神经离断, 可逆性轻度双手搐搦2例, 术后肺部感染2例及切口感染2例, 本组无甲状腺危象发生及甲状旁腺损伤。

2.3 治疗结果

治愈135例, 术后随访0.5~10年无复发, 另有3例术后0.5~1.5年出现甲亢复发而应用他巴唑治疗, 其中2例分别随访5年和7年, 另1例随访至近6年时出国定居而失访, 在随访期间症状均得到良好控制。

3 讨论

本组患者术前均应用 T_3 、 T_4 作为诊断指标, 以 T_3 来确定手术时机。术中应注意(1)对喉上神经和喉返神经的保护: 充分游离皮瓣, 取得良好视野, 解剖清晰, 避免因术野大出血对大块组织盲目钳夹而损伤喉上神经和喉返神经; 向下牵拉甲状腺体、充分游离出甲状腺上极, 妥善结扎甲状腺上动脉; 处理甲状腺下动脉则切断其进入腺体的各分支; 后被膜的完整保留能有效预防喉返神经损伤^[2]。这样做的优点是: 避开了喉返神经易损区; 保证了甲状旁腺及残留腺体的血供; 避免了因解剖甲状腺下动脉而造成的粘连或瘢痕的形成而导致迟发性声带麻痹; 缩短了手术时间, 减少了手术刺激。(2)处理甲状腺上血管时, 先过线结扎才切断, 之后再结扎一道, 从而避免血管断端结扎线滑脱的情况。(3)保留甲状腺后包膜能保证甲状旁腺不受直接损伤, 并能保留甲状腺下动脉的主干尚存的侧支循环, 这样甲状腺不致缺血而发生坏死, 本组术后有2例出现能自行缓解的一过性双手轻度搐搦, 但无永久性损害。远远低于Benzarti等^[2]报道的甲状旁腺损伤发生率0.32%, 永久性为

收稿日期: 2005-11-16; 修订日期: 2005-12-29。

作者简介: 吴骏, 男, 广东汕头人, 广东省汕头市中心医院主治医师, 主要从事甲状腺外科、肝胆外科方面的研究。

通讯作者: 吴骏 E-mail: syzheng@stu.edu.cn。

文章编号:1005-6947(2006)04-0313-02

· 临床报道 ·

甲状腺手术医源性损伤的预防

刘应高

(湖南省湘潭县中医院 外科, 湖南 湘潭 411228)

摘要:对206例甲状腺良性疾病手术患者临床资料进行回顾性分析,206例中出现喉上神经损伤5例(2.43%),喉返神经损伤3例(1.46%),甲状旁腺功能减退6例(2.92%),无死亡病例。医源性损伤与甲状腺疾病、手术方式、术中操作密切相关。提示遵循手术操作规程,提高手术技巧,减少术中出血,必要时显露喉返神经是预防医源性损伤的有效措施。

关键词:喉神经损伤/病因学;损伤/继发性;手术中并发症/预防和控制

中图分类号:R653;R767.6

文献标识码:B

我院自1999年元月—2004年12月共实施甲状腺良性疾病手术206例,出现喉上、喉返神经损伤和甲状旁腺功能减退(甲旁减)等常见医源性损伤共14例(6.80%)。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男68例(33.01%),女138例(66.99%);年龄17~58(平均32.6)岁。甲状腺功能亢进(甲亢)114例(55.34%),包括合并桥本甲状腺炎3例,甲亢复发再次手

术2例;甲状腺瘤85例(41.27%);结节性甲状腺肿5例(2.43%);桥本甲状腺炎2例(0.97%)。均经病理确诊。术前合并甲亢性心脏病2例,糖尿病2例,低钾性周期性麻痹1例。

1.2 术前准备

除作好常规术前准备外,所有患者均行 T_3 、 T_4 、TSH、TGA、TMA,颈椎侧位片和喉镜检查并测基础代谢率,颈部平片检查了解有无气管受压、移位,腺体巨大者行颈部CT检查。甲亢患者经药物治疗症状基本控制, T_3 、 T_4 、TSH接近正常后改服碘剂和/或加服 β 受体阻滞剂2周左右手术。

1.3 麻醉方式

颈丛阻滞麻醉201例,气管受压或术前呼吸困难者5例均采用全麻气管插管。

1.4 手术方式

206例的手术方式见表1。

收稿日期:2005-11-29; **修订日期:**2006-02-20。

作者简介:刘应高,男,湖南湘潭人,湖南省湘潭县中医院主治医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者:刘应高

0.04%。术中如果发现甲状旁腺被摘除,应即行肌肉组织内埋藏^[3]。(4)气管软化严重者应于术中果断行气管切开术。(5)腺体残存量究竟应为多少?笔者主要是根据原有的基础代谢水平,甲状腺肿大程度,以及下动脉结扎与否决定保留腺体的多少,一般残存量控制在原体积的10%~15%的范围。有些作者^[4]认为甲状腺一叶全切除加对侧大部切除优于双侧甲状腺大部分切除术,本组仅6例行此种术式,未能体会优劣。(6)术毕将乳胶管前端剪开成长约2~3cm的“Y”形放置于术野,术后4~8h内发生的并发症多为出血,应密切注意引流液量、性状及有无伴随血压改变等现象,若发现有明显伤口出血应紧急处理。(7)术后甲状腺危象其发生率约5%,死亡率约20%~30%^[5],笔者给患者服碘剂时间为7~15d左右,不超过20d,术中注意尽量避免挤压甲状腺而出现碘“逸脱”而诱发甲状腺危象的发生。

参考文献:

- [1] 王志明,李新营,吕新生,等.甲状腺术后并发症分析[J].中国普通外科杂志,2003,12(10):725-726.
- [2] Benzarti S, Miled I, Bassoumi T, et al. Thyroid surgery (356 cases): risks and complications [J]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord), 2002, 123(1):33-37.
- [3] 李亿程,王巍,唐健雄,等.甲状腺良性疾病手术并发症影响因素的探讨[J].中国普通外科杂志,2003,12(10):788-789.
- [4] 胡廷辉,马永源.甲状腺一叶全切加对侧大部切除术治疗甲状腺机能亢进的临床评价[J].中国普通外科杂志,2004,13(5):347-348.
- [5] 吴在德.外科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2001.340-341.