

文章编号:1005-6947(2007)11-1124-02

· 临床报道 ·

Grave 病多次术后复发的手术治疗

黄家财¹, 胡志前²

(1. 南京军区福州总医院 急救中心, 福建 福州 350000; 2. 上海长征医院 普通外科, 上海 200003)

摘要: 回顾性分析 7 例 Grave 病(甲亢)多次手术后复发行手术治疗的临床资料。7 例中 2 次术后复发 6 例, 3 次术后复发 1 例, 均行甲状腺全切除术, 无手术死亡, 无神经损伤, 仅 1 例术后出现甲低, 其余恢复正常, 随访无复发。提示: 甲状腺全切除术是治疗甲亢多次手术后复发的有效手段。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(11): 1124-1125]

关键词: 甲状腺功能亢进症; 甲状腺切除术; 复发

中图分类号: R 653.2 **文献标识码:** B

手术是治疗 Grave 病(甲亢)的有效手段, 但因手术中甲状腺残留量判断的困难及患者自身免疫等因素使其有一定的复发率。对于手术后复发的患者, 特别是多次手术后复发者(2 次以上), 现行的治疗观点一般采用¹³¹I 或抗甲状腺药物治疗, 而不主张再次手术^[1], 也有主张手术治疗者^[2-3]。长征医院自 1998—2003 年共收住甲亢多次术后复发患者 7 例, 均行再次手术治疗, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

7 例中男 2 例, 女 5 例; 年龄 32~48(平均 41)岁, 均为原发性甲亢多次术后复发者(2 次手术后复发 6 例, 3 次手术后复发 1 例)。距首次手术时间最长为 25 年, 最短 6 年; 1 例 3 次手术后复发患者分别为首次手术后 15 年, 第 2 次术后 6 年。

1.2 临床表现

所有患者均有多汗、多食、消瘦和心率 100 次/min 以上等甲亢症状。基础代谢率均 > 30%。T₃, T₄ 明显增高, 促甲状腺激素(TSH)均为 0。甲状腺 II 度肿大 2 例, III 度肿大 5 例。所有患者曾行抗甲状腺药物或¹³¹I 治疗半年以上, 但均未能控制症状或停药半年后复发, 或治疗过程中出现药物过敏、白细胞严重下降等并发症。其中术前 3 例单独给予抗甲状腺药物治疗, 2 例予抗甲状腺药物加 β 受体阻滞剂, 2 例先经抗甲状腺药物治疗无效后, 再行¹³¹I 治疗。

2 治疗与结果

2.1 围手术期处理

入院后常规作心电图、颈部摄片、喉镜检查、血清 T₃, T₄, TSH, 及血钙检查。术前服用抗甲状腺药物至甲亢症状消失。术前 10 d 开始口服 Lugol 液, 开始每次 10 滴, 3 次/d, 次日起每天增加 1 滴, 维持 3~5 d。心率较快者加用心得安片 20~30 mg, 4 次/d。将心率控制在 90 次/min 以下, 基础代谢率 20% 以下才行手术。术后继续口服心得安 3~5 d, 静脉滴注氯化钾的松 200 mg/d, 3~5 d。

2.2 手术方法及手术所见

全部采用气管插管。选择原切口为手术切口, 切除原瘢痕组织, 必要时横断部分颈前肌群以充分暴露手术视野。术中发现 3 例左、右甲状腺残留组织有不同程度增生, 2 例锥体叶残留增大, 2 例甲状腺上极残留动脉分支。手术结扎所有腺体血管。4 例紧贴包膜分离切除双侧全部甲状腺组织(双侧全切), 3 例为防止损伤喉返神经而保留了小部分甲状腺背面包膜组织(残留极少量甲状腺组织)。

2.3 结果

本组无死亡病例。术后无甲亢危象出现。2 例术后声音嘶哑, 经静脉滴注氯化钾的松 200 mg/d, 连用 3 d 后好转。1 例术后出现指端麻木, 查血钙低于正常, 经给予 10% 葡萄糖酸钙 10 mL/d, 连用 3 d 后复查血钙正常, 症状消失。所有患者于 7 d 后复查 T₃, T₄ 明显下降, 半月后接近正常。随访半年, 本组仅 1 例有甲状腺功能低下症状, 需要甲状腺素替代治疗, 其余 T₃, T₄ 均正常, 甲亢症状消失。

3 讨论

甲亢多次术后复发的原因有:(1) 甲状腺腺体残留过多是最常见的原因。对于腺体残留量以多少为宜, 文献报

收稿日期:2006-12-09; 修订日期:2007-10-08。

作者简介:黄家财,男,福建闽清人,南京军区福州总医院主治医师,主要从事外科危重症方面的研究。

通讯作者:黄家财 E-mail:86077608@163.com

道不一。Hermann等^[4-5]认为甲亢行次全切除术后,如果腺体残留量为8g,4g,出现复发的几率分别为24%,9%,而腺体残留2g以下者,则基本不出现复发。本组病例中有2例因手术时未仔细探查,仅作双侧甲状腺次全切除术而忽略了锥体叶的存在,导致腺体残留,术后增生,引起复发。(2)未结扎甲状腺供应动脉。甲亢时甲状腺组织血供丰富,甲状腺上下支动脉及其分支明显增粗,行甲状腺大部切除而未结扎供应动脉,残留腺体仍具有丰富血供,代谢旺盛,造成腺体继续增生、复发。本组2例在首次及第2次手术时均遗漏甲状腺上动脉分支,导致术后复发。(3)免疫因素。LAST和TSI仍存在,抑制TSH且和TSH受体结合刺激残余腺体继续分泌 T_3 , T_4 ,导致甲亢手术后复发。Reeve等^[6]认为免疫因素是甲亢多次手术后复发的重要原因。在本组的3次术后复发患者中,第3次手术时切除全部峡部组织,结扎了所有供应动脉,双侧甲状腺行近全部切除,但第4次手术时发现患者双侧甲状腺仍有Ⅲ度增生。此例患者免疫因素可能起主要作用,因而药物治疗或药物加手术治疗应为首选。

Michael等^[7]认为,甲亢术后复发患者,如腺体较小,症状较轻,采用抗甲状腺药物或 ^{131}I 治疗具有较好的疗效,但对于腺体较大,症状重, T_3 , T_4 明显升高,非手术治疗容易失败。一般认为,甲亢术后特别是多次手术后复发者,其组织严重粘连,局部解剖改变,手术易引起喉返神经、甲状旁腺及颈部血管损伤因而不主张手术治疗。本组甲状腺多次手术后的粘连及解剖改变不如术前估计严重;与甲状腺癌手术对比,甲亢手术并不需要进行根治术,腺体大部切除后所保留的部分腺体及包膜避免了喉返神经及甲状旁腺的解剖位置改变。甲亢多次术后复发并非手术的禁忌证。本组患者行甲状腺全切除术后,未出现喉返神经及甲状旁腺损伤导致的并发症。除1例出现甲低需要甲状腺素替代治疗外,其余并未发生术前估计的甲状腺功能不足。分析原因笔者认为患者经过反复多次手术,腺体与周围组织粘连,在手术分离过程时,无意中保留了部分与肌肉粘连的腺体组织,而部分残留组织维护了甲状腺正常功能。故认为对于甲亢多次术后复发,腺体Ⅱ度以上肿大,症状较严重,经抗甲状腺药物及 ^{131}I 治疗无效或对药物过敏者,是甲状腺全切除术的适应证。

甲亢复发再次手术时应注意以下几点:(1)术前准备。术前必须常规作喉镜检查了解声带有无偏斜、松弛等,以判断喉返神经在以前手术中是否有损伤,或复发是否影响神经功能。这对于指导手术操作、避免出现双侧喉返神经损伤非常重要。(2)麻醉。复发甲状腺气管受压明显,出现

气管软化的可能性较大,且颈部粘连较严重,采用气管插管麻醉可以保证手术安全并取得更好的暴露。(3)手术患者因多次手术,颈前部甲状腺与肌肉组织粘连明显,层次不清,分离显露甲状腺困难,出血较多,而颈外侧粘连较轻。因而,游离好颈前部皮瓣后,找到甲状腺组织外的疏松间隙,沿甲状腺自外侧向内侧分离甲状腺,紧贴包膜锐性分离甲状腺背面,自外向内掀起腺体组织后,分离气管前粘连较重的峡部组织。在暴露甲状腺外侧时注意因粘连而致的解剖变异,如颈动静脉内移,如果损伤势必引起大量出血。因此紧贴甲状腺分离是避免损伤的关键。对于某些病例腺体背面完整有困难时,可适当保留少量的腺体包膜,不必常规缝合包膜,以减少缝扎损伤神经和甲状旁腺的可能。手术过程中必须彻底止血,保证良好的手术视野。靠近喉返神经附近尽量减少使用电凝止血,以免烧灼损伤神经。因此类手术难度大,手术应由经验丰富的医生操作。

本组实践表明,对于甲亢多次术后复发患者,经抗甲状腺药物或 ^{131}I 治疗无效,行双侧甲状腺全切除术是良好的治疗方法。

参考文献:

- [1] Tomigana T, Yokoyama N, Nagataki S, *et al.* International differences in approaches to ^{131}I therapy for Grave's disease: case selection and restrictions recommended to patients in Japan, Loral, and China [J]. *Thyroid*, 1997, (2): 217 - 220.
- [2] 杨春明. 甲状腺功能亢进的外科治疗[J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16(1): 4 - 6.
- [3] 刘沅丰, 杨柳, 谭达成. 甲状腺功能亢进症术后复发的再手术治疗: 附34例报告[J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12(10): 733 - 734.
- [4] Hermann M, Roka R, Richer B, *et al.* Early relapse after operation for Grave's disease: Postoperative hormone kinetics and outcome after subtotal, near-total, and total thyroidectomy [J]. *Surgery*, 1998, 124(5): 894 - 900.
- [5] Hermann M, Richer B, Roka R, *et al.* Thyroid surgery in untreated severe hyperthyroidism: perioperative kinetics of free thyroid hormones in the glandular venous effluent and peripheral blood [J]. *Surgery*, 1994, 115(2): 240 - 245.
- [6] Reeve RS, Delbridge L, Brady P, *et al.* Secondary thyroidectomy: a twenty-year experience [J]. *World J Surgery*, 1988, 12(4): L449 - 453.
- [7] Hermann M, Roka R, Richer B, *et al.* Reoperation as treatment of relapse after subtotal thyroidectomy in Grave's disease [J]. *Surgery*, 1999, 125(5): 522 - 528.