

甲状腺结节外科治疗 112 例临床分析

范彬, 王善君

[摘要] **目的:** 总结甲状腺结节的外科治疗经验。 **方法:** 对行外科手术治疗的 112 例甲状腺结节患者的临床资料及随访结果进行回顾性分析。 **结果:** 112 例均治愈。术后出现暂时性手足麻木 6 例; 出现声音嘶哑 4 例, 其中暂时性声音嘶哑 3 例; 术后皮下出血 1 例; 术后复发 4 例。 **结论:** 术前应明确甲状腺结节的手术指征, 术中根据患者具体情况合理选择手术方式并遵循甲状腺结节外科治疗原则, 能有效减少甲状腺疾病患者的手术并发症和复发, 改善预后。

[关键词] 甲状腺肿瘤; 甲状腺结节; 甲状腺/外科手术; 诊断, 鉴别; 治疗学

[中国图书资料分类法分类号] R 736.1 **[文献标识码]** A

Surgical procedures for thyroid nodules: report of 112 cases

FAN Bin, WANG Shan-jun

(Department of Surgery, Suzhou First People's Hospital, Suzhou Anhui 234300, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the surgical indications of thyroid nodules and to summarize the experience in treating thyroid nodules. **Methods:** The clinical data and follow-up results of 112 patients with thyroid nodules who had received surgical treatment between Jan. 2001 and Jun. 2005 were analyzed retrospectively. **Results:** Temporary deadlimb was noted in 6 cases, cerchnus in 4 cases and 3 of them were temporary cerchnus, subcutaneous hemorrhage was observed in 1 patient and recurrence in 4 cases. **Conclusions:** Surgical indications of thyroid nodules should be identified before surgery. Reasonable surgical procedures should be chosen according to the condition of the patients, which may reduce the operation complications and the recurrence rate, and improve the prognosis of patients with thyroid nodules them.

[Key words] thyroid noplasm; thyroid nodule; thyroid/surgery; diagnosis, differential; therapeutics

甲状腺结节是一种常见疾病, 发病率达 4% ~ 7%; 尸检结果显示, 50 岁以上者甲状腺结节发生率达 50%^[1]。近年来, 由于常规体检的开展和超声检查普遍应用于临床, 人群甲状腺结节的发现率正呈快速上升趋势^[2]。外科手术是治疗甲状腺结节的主要方法。不同类型的甲状腺结节治疗方法不同, 恶性甲状腺结节误诊可能延误诊治, 手术不规范可导致肿瘤复发; 而对于良性甲状腺结节, 不必要的手术不仅会给患者带来痛苦和经济负担, 而且可能导致甲状腺功能低下等并发症的发生。因此, 甲状腺结节外科手术适应证和治疗原则的正确把握, 至关重要。2001 ~ 2005 年, 我科手术治疗甲状腺结节 112 例, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 23 例, 女 89 例; 年龄 15 ~ 72 岁; 病程 7 天 ~ 22 年。94 例以颈前肿块就诊, 18 例体检时发现甲状腺结节。结节 1.2 cm × 0.8 cm ~ 6 cm × 10 cm。伴有不同程度气管压迫感 4 例, 声音嘶哑 2 例。术前常规行血清 T₃、T₄、TSH

检测, 提示伴甲状腺功能亢进 3 例, 伴甲状腺功能低下 4 例。112 例均行甲状腺彩超检查, 均提示甲状腺占位, 其中单个结节 49 例 (43.8%), 多发结节 63 例 (56.2%); 19 例行颈部 CT 扫描, 其中气管受压推移 6 例 (5.4%), 胸骨后肿块 3 例 (2.7%)。经病理学检查, 甲状腺腺瘤 47 例 (42.0%), 结节性甲状腺肿 43 例 (38.3%), 桥本甲状腺炎 3 例 (2.7%), 甲状腺癌 19 例 (17.0%) (其中乳头状癌 16 例, 滤泡状癌 2 例, 髓样癌 1 例)。

1.2 治疗方法 本组 47 例甲状腺瘤行患侧叶腺体切除或大部分切除术; 43 例结节性甲状腺肿行双侧甲状腺次全切除术; 3 例桥本甲状腺炎合并压迫症状同时行峡部切除; 19 例甲状腺癌中, 15 例行患侧腺叶全切除 + 峡部切除 + 对侧叶部分切除或大部切除, 4 例行甲状腺全切; 13 例临床判断颈淋巴结阳性行患侧功能性颈清扫术, 6 例临床判断颈淋巴结阴性仅行中央区淋巴结清扫。甲状腺良性病变患者术后复查血清 T₃、T₄、TSH, 对于甲状腺功能低下者, 给予甲状腺素片口服; 甲状腺癌患者术后长期口服甲状腺素片。

2 结果

本组 112 例均治愈。术后暂时性手足麻木 6 例 (5.4%), 予以钙剂静脉应用及口服后缓解。无室

[收稿日期] 2009-03-23

[作者单位] 安徽省宿州市第一人民医院 外科, 234300

[作者简介] 范彬 (1970 -), 男, 主治医师。

息及气管塌陷。声音嘶哑 4 例(3.6%),其中 3 例为暂时性声音嘶哑,于术后 3 个月内恢复正常;另 1 例为患侧喉返神经被甲状腺乳头状癌组织包裹,无法分离显露而被损伤。术后皮下出血 1 例(0.9%),拆除切口缝线后,缝扎止血。术后复发 4 例(2.7%),其中 1 例为多发性腺瘤,2 例为结节性甲状腺肿,1 例为甲状腺癌颈侧区淋巴结转移,均行二次手术治疗。

3 讨论

2006 年,美国甲状腺协会(American Thyroid Association,ATA)在大量循证医学研究证据的基础上,制订了《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》(简称《指南》),指出甲状腺结节直径 ≤ 1 cm,无可疑癌征象的甲状腺结节建议不需要进行其他检查和处理; > 1 cm 结节的处理由细针穿刺活检(fineneedle aspiration,FNA)的结果决定,细胞学结果显示为良性者,不须进一步检查和治疗,恶性或可疑恶性者手术治疗,不能诊断者应重复 FNA,仍不能诊断时,严密观察或手术切除^[2]。在我国,由于各级医院诊治水平参差不齐,只有一些有条件的大型医院可以与《指南》评估方法接轨。甲状腺结节是否需手术治疗,主要依靠超声检查和 FNA 细胞学结果判断。绝大多数医院仍主要依靠超声检查提供的超声学特征进行手术选择,如结节存在微小钙化、低回声实性结节或结节内血流丰富,提示有恶性可能者则可以直接手术,术中再根据冷冻病理判断良、恶性。因此,术前常规行超声检查很重要,超声诊断良性病变的准确率可达 86.0%,恶性准确率为 82%^[3]。但是,多数医院甲状腺超声诊断并不能区分良、恶性,更多地需要外科医生根据超声检查的描述来判断^[3]。

甲状腺结节的手术选择包括甲状腺腺叶部分切除、甲状腺腺叶次全切除、甲状腺腺叶切除术、近全甲状腺切除术和甲状腺全切除术。目前对于手术方式的选择仍有争议,有学者^[4]认为甲状腺腺瘤切除时应将腺瘤连同其包膜和周围 1 cm 宽的正常甲状腺组织整块切除,必要时连同切除同侧大部分腺体^[4];而 Lawrence 等^[5]则认为对于甲状腺结节至少应切除单侧甲状腺。术中常规作冷冻切片检查是目前计划甲状腺肿瘤手术范围最权威的工具^[6]。本组依据术中冷冻病理报告,对 47 例甲状腺瘤行患侧腺体切除或大部分切除术;43 例结节性甲状腺肿行双侧甲状腺次全切除术;3 例桥本甲状腺炎合并压迫症状同时行峡部切除;19 例甲状腺癌中,15 例行患侧腺叶全切除+峡部切除+对侧叶部分切除或

大部切除,4 例行甲状腺全切,13 例临床判断颈淋巴结阳性行患侧功能性颈清扫术,6 例临床判断颈淋巴结阴性仅行中央区淋巴结清扫。4 例术后复发,复发率为 2.7%,其中 1 例为多发性腺瘤,2 例为结节性甲状腺肿,1 例为甲状腺癌颈侧区淋巴结转移。我们对甲状腺癌颈淋巴结的处理根据术前体检和影像检查,临床判断有颈淋巴结转移的行患侧功能性颈清扫术,判断颈淋巴结无转移的仅行中央区淋巴结清扫,同时术中探查颈侧区淋巴结。因为有颈淋巴结转移的甲状腺癌患者多存在多个分区转移,而无颈淋巴结转移的患者虽然也有较高的淋巴结转移发生率,但主要发生于中央区,此外常规行中央区淋巴结清扫,如以后出现淋巴结转移时仅须行颈侧区淋巴结清扫,这样也可以减少再次手术时喉返神经等损伤的发生率,这与王圣应等^[7]通过对分化型甲状腺癌颈淋巴结转移规律的研究得出的观点一致。

保留甲状旁腺和避免损伤喉返神经,是避免甲状腺手术并发症的关键。我们认为,手术时应注意以下几个问题:(1)处理甲状腺下极时应采取囊内结扎甲状腺下动脉分支,而不结扎其主干,以保证甲状旁腺血供;(2)切除腺体时,注意保留腺体背面的被膜,可以有效避免甲状旁腺损伤;(3)单侧腺体全切或次全切、甲状腺全切时全程显露喉返神经。研究表明^[8],喉返神经的主动解剖和显露,在甲状腺次全切与全切除术中可有效避免其损伤。遵照上述原则,本组 112 例甲状腺结节患者中,仅 6 例术后出现暂时性手足麻木,予以钙剂静脉应用及口服后缓解;4 例出现声音嘶哑,发生率为 3.6%,其中 3 例为暂时性声音嘶哑,术后 3 个月内恢复正常,1 例为患侧喉返神经被甲状腺乳头状癌组织包裹,无法分离显露而被损伤。

【参 考 文 献】

- [1] Sriram U, Patacil LM. Thyroid nodules [J]. Dis Mon, 2004, 50 (9):486-526.
- [2] Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer [J]. Thyroid, 2006, 16(2):109-142.
- [3] 牛丽娟,郝玉芝,周纯武. 超声诊断甲状腺占位性病变的价值 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2006, 41(6):415-418.
- [4] 裘法祖. 甲状腺肿瘤 [M]//吴阶平,裘法祖. 黄家骧外科学. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2000:821-823.
- [5] Lawrence Jr W, Kaplan BJ. Diagnosis and management of patients with thyroid nodules [J]. Surg Oncol, 2002, 80(3):157-170.
- [6] Neale ML, Delbridge L, Reeve TS, et al. The value of frozen section examination in planning surgery for follicular thyroid neoplasms [J]. Aust N Z J Surg, 1993, 63(8):610-613.
- [7] 王圣应,朱正志,彭德峰,等. 分化型甲状腺癌颈淋巴结转移规律的研究 [J]. 中华外科杂志, 2008, 46(18):1404-1406.
- [8] 马利林,陈玉泉. 甲状腺手术中喉返神经损伤的预防 [J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(5):276-278.