

结节性甲状腺肿 73 例临床分析

王海,朱兆红,马良龙,姜连春,崔经建

[摘要] **目的:**探讨结节性甲状腺肿的临床诊断和治疗方法。**方法:**73 例结节性甲状腺肿患者术前均行颈部 B 超检查,术中及术后病理诊断为结节性甲状腺肿。全部接受手术治疗。**结果:**73 例术后 1~3 年有 11 例复发,其中 7 例经二次手术治疗痊愈,4 例未行手术。术后出现声音嘶哑 4 例,甲状旁腺功能低下 5 例,经保守治疗后恢复正常。**结论:**术前颈部彩超检查应为常规检查,对肿瘤较大或有吞咽、呼吸困难者应常规行 CT 检查;手术方式建议选择近全或次全切除术,尽可能保留正常甲状腺组织,同时保护好喉返神经和甲状旁腺。

[关键词] 甲状腺肿,结节性;手术治疗;复发

[中国图书资料分类法分类号] R 581.33 **[文献标识码]** A

Analysis of nodular goiter: a report of 73 cases

WANG Hai, ZHU Zhao-hong, MA Liang-long, JIANG Lian-chun, CUI Jing-jian

(Department of General Surgery, Huaibei People's Hospital, Huaibei Anhui 235000, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the diagnosis and treatment of nodular goiter. **Methods:** Seventy-three patients with nodular goiter were received B ultrasonic examination, pathological test and surgical treatment. **Results:** Eleven patients recurred, 7 received the second operation, 4 presented dysphagia and 5 developed hypoparathyroidism which was restored to normal by conservative therapy. **Conclusions:** Ultrasonograph should be routinely performed before operation, and CT is required for patients with large tumors, dysphagia or dyspnea. Subtotal thyroidectomy is suggested; the normal thyroid tissue should be reserved as much as possible, and the recurrent laryngeal nerve and parathyroid should be prevented from injury.

[Key words] goiter, nodular; operation cure; recurrence

结节性甲状腺肿是常见的甲状腺良性疾病,目前在甲状腺外科手术中所占比例有上升趋势,而且有一定的恶变率,手术处理不当,其复发率及并发症发生率均较高^[1]。我院 2004~2007 年共收治结节性甲状腺肿 73 例,将其临床诊断和治疗体会作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 13 例,女 60 例;年龄 29~72 岁。病程 1 周至 30 年。其中,发现颈部肿块就诊 61 例,体检发现甲状腺结节 12 例;有甲状腺手术史 11 例;伴呼吸困难 2 例,吞咽哽噎感 5 例。术前 B 超提示单发结节 13 例,多发结节 60 例;对于肿瘤较大或伴有吞咽、呼吸困难的 31 例行 CT 检查;所有患者术前行三碘甲状腺原氨酸(T₃)、甲状腺素(T₄)及促甲状腺素(TSH)检查,术中行冷冻及术后病理检查,其中合并微小癌 3 例、慢性淋巴细胞性甲状腺炎 2 例。

1.2 手术方式 13 例单发结节患者中 8 例行患侧甲状腺腺叶次全切除,5 例行患侧甲状腺腺叶切除;

60 例多发结节患者中,34 例行双侧甲状腺次全切除,16 例行双侧甲状腺近全切除,7 例行一侧腺叶全切加对侧大部分切除(其中 3 例合并微小癌者同时行中央区淋巴结清扫),3 例行一侧腺叶次全切加对侧大部分切除。

2 结果

本组 73 例均治愈。其中,术后 4 例出现声音嘶哑,均在 1~2 周内恢复;甲状旁腺功能低下 5 例,经积极补钙等治疗,4 例 1 周后恢复,1 例 1 个月后恢复。全组患者术后 1~3 年有 11 例复发,7 例经二次手术治疗治愈,4 例未行手术。

3 讨论

目前,对于结节性甲状腺肿的诊断已不是难题。我院对 73 例患者术前均常规行颈部 B 超检查,发现单发结节 13 例,多发结节 60 例;伴有钙化点 7 例;经病理证实有 3 例合并微小癌。B 超检查是甲状腺结节的首选检查,具有无创伤性、操作简单、费用低廉等优点,且结节性甲状腺肿的超声检查诊断符合率为 85%^[2],本组符合率为 89%。CT 检查可以明确病变部位及与周围组织器官的关系,有利于指导手术,对于肿块较大或术前伴有呼吸困难者应常规行 CT 检查。本组 31 例因肿块较大或伴有呼吸、吞

[收稿日期] 2009-12-17

[作者单位] 安徽省淮北市人民医院 普外科, 235000

[作者简介] 王海(1974-),男,主治医师。

咽困难等行颈部 CT 检查,发现有压迫气管及周围器官。有学者^[3-4]提出将细针穿刺活组织检查应用于临床诊断甲状腺结节,在国内一些大医院及国外应用较多,尤其是在国外有报道在超声引导下穿刺诊断可达到 83.3%,特异性达 98%。由于此项技术要求较高,特别是取材的尺度完全在于个人经验,在我院由于技术条件等的限制目前无法开展。

结节性甲状腺肿的治疗主要是手术。本组 73 例均行手术治疗,其中 8 例行患侧甲状腺叶次全切除,5 例行患侧甲状腺叶切除,34 例行双侧次全切除,16 例行两侧近全切除,7 例行一侧全切除加对侧部分切除(其中 3 例合并微小癌者同时行中央区淋巴清扫),3 例行一侧次全切除加对侧部分切除。全组有 11 例复发,出现声音嘶哑 4 例,甲状旁腺功能低下 5 例。因此,手术切除范围较难把握,如果切除范围较大易造成喉返神经损伤、甲状旁腺功能低下;如果手术范围不够可能增加复发几率,给二次手术带来更大的风险。我国学者^[5]曾主张将甲状腺次全切除手术作为结节性甲状腺肿的基本术式,一方面可以保留甲状腺背侧的被膜和小部分正常腺体,另一方面也减少喉返神经及甲状旁腺损伤等并发症。国外学者^[6]更青睐于甲状腺全切除术,与甲状腺叶次全切除术、甲状腺叶近全切除术两种术式的术后并发症比较,差异无统计学意义,而且在后续的治疗过程中甲状腺部分切除也不占明显优势。总之,外科治疗结节性甲状腺肿能迅速使肿大的病变甲状腺组织切除,解除或减轻对气管的压迫症状。通过本组病例的诊治,笔者认为甲状腺叶次全切除术、甲状腺叶近全切除对于结节性甲状腺肿患者来说值得推广应用,目前大多学者^[7]主张采用精细化被膜解剖法,并提出保护甲状旁腺及血供、解剖喉返神经的指导思想,以及“上近下也近,紧贴真被膜,逐一结扎分离进入腺体的细小血管属支”新的操作原则,更加减少手术后可能出现的并发症。

本组复发的 11 例患者,主要原因是手术切除范围不够,造成病变组织的遗留,造成复发;其次可能是缺碘以及甲状腺组织破坏较多导致术后甲状腺分泌不足,促使 TSH 分泌增加,进而刺激残余甲状腺组织的增生从而造成复发。复发患者行二次手术时,应严格把握手术适应证。因为初次手术后形成的瘢痕组织、解剖结构不清等因素是造成再手术并发症的主要原因。因此,在怀疑有继发性甲状腺功能亢进、结节恶变或有压迫症状时才考虑手术,而无症状的弥漫性甲状腺肿则不要轻易手术。笔者认为,术前的准备工作要充分。首先,应对患者的声带功能进行详细检查,确定其功能正常,若发现声带固

定等情况发生,二次手术时更要着重保护好喉返神经不受损伤;其次,要询问患者初次术后有无手足抽搐、麻木史,同时还要检查血钙、磷的水平,以此来判断甲状旁腺的功能有无降低;最后,还要通过颈部 B 超或 CT 等影像学检查手段来了解甲状腺结节的大小、数量、部位、性质等,对整个手术作充分的评估,从而减少二次手术的并发症。术后辅助的药物治疗在一定程度上减少了结节性甲状腺肿的复发。国内有学者^[8]曾对 1 263 例结节性甲状腺肿术后患者的追踪研究后发现,术后未服甲状腺素片组的复发率为 19.75%。本组 58 例术后服用甲状腺素片,其中复发的 11 例患者中有 7 例未服用或未正规服用甲状腺素片,术后服用甲状腺素片者复发率为 6.90%,术后未服用甲状腺素片复发率为 46.67%。

总之,在临床处理结节性甲状腺肿患者的过程中,治疗手段的选择很重要,尤其是对于需要接受手术的患者,要有全面完善的术前评估,术前仔细全面的检查、手术方式合理的选择、术者对颈部解剖结构的熟悉、手术过程中的精细操作以及术后积极的药物对症治疗是保证手术成功、减少手术并发症和降低复发率的关键。结合本组 73 例患者的诊治,笔者认为,颈部彩超检查必不可少,对于一些肿瘤较大或伴有吞咽、呼吸困难者还应常规行 CT 检查,以了解与周围器官的关系;术前 T₃、T₄ 及 TSH 应控制在正常范围之内;手术方式建议选择甲状腺近全切除或次全切除,尽可能地保留正常甲状腺组织及甲状旁腺;手术过程中要着重喉返神经的解剖,避免操作不当对其损伤。对于接受二次手术的患者,更加注重术前评估及手术方式的把握,最大程度地减轻患者的痛苦和负担。

[参 考 文 献]

- [1] 孙辉,刘建华,张德恒,等. 结节性甲状腺肿合并甲状腺癌临床分析[J]. 中国地方病防治杂志,1996,11(14):230-231.
- [2] 蔡管. 二维及彩色多普勒超声对甲状腺肿块的诊断与鉴别诊断[J]. 中国超声诊断杂志,2005,6(11):858-860.
- [3] Romanchishen AF, Gostimskil AV, Shabalov NP, et al. The diagnostics of nodular goiter in children and adolescents[J]. Vestn Khir Im Il Grek,2007,166(2):55-57.
- [4] Settakorn J, Chaiwun B, Thamprasert K, et al. Fine needle aspiration of the thyroid gland[J]. J Med Assoc Thai,2001,84(10):1401-1406.
- [5] 张德恒. 结节性甲状腺肿的规范治疗[J]. 中华普通外科文献:电子版,2007,1(4):202-203.
- [6] Vaiman M, Nagibin A, Hagag P, et al. Subtotal and near total versus total thyroidectomy for the management of multinodular goiter[J]. World J Surg,2008,32(7):1546-1551.
- [7] 高力,谢磊,叶红学,等. 甲状腺全切除或近全切除术治疗 180 例甲状腺瘤的手术体会[J]. 外科理论与实践,2003,8(4):300-303.
- [8] 朱少惠. 左甲状腺素预防结节性甲状腺肿术后复发的临床观察[J]. 中国医院药学杂志,2006,12(9):1522-1523.