

基层乡镇医院无病理诊断条件下 单侧甲状腺结节术式选择

范先伟, 韩翔, 翁劲, 张少川, 王思洁, 罗海慧, 练文玲

基金项目: 广东省珠海市科技计划专项基金资助项目(编号:2010B040102022)

作者单位: 519090 广东, 珠海市红旗医院外科(范先伟, 张少川, 王思洁, 罗海慧, 练文玲); 519040 广东, 珠海市三灶医院综合科(韩翔, 翁劲)

作者简介: 范先伟(1963-), 男, 研究生学历, 副主任医师, 研究方向: 普通外科疾病诊治。E-mail: Lcffy@163.com

[摘要] **目的** 探讨基层医院无病理诊断条件下单侧甲状腺结节手术治疗可行的合理手术方式。**方法** 206 例单侧甲状腺结节患者分为研究组 104 例, 对照组 102 例。研究组采用患侧甲状腺腺叶 + 峡部切除, 对照组采用患侧甲状腺部分切除、大部分切除或单纯甲状腺结节挖除。**结果** 研究组术后病理诊断为甲状腺乳头状癌 12 例, 无需二次手术治疗; 对照组术后病理诊断为甲状腺乳头状癌 10 例, 再行二次手术治疗, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。研究组短暂喉返神经麻痹 1 例, 对照组永久性喉返神经麻痹 2 例, 两组均无术后呼吸困难及窒息、喉上神经损伤、甲状腺功能低下、甲状旁腺功能减退等。两组术后并发症比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。研究组随访甲状腺乳头状癌 12 例, 患者均存活。**结论** 患侧甲状腺腺叶 + 峡部切除是无病理诊断条件下基层医院治疗单侧甲状腺结节优选且具操作性的手术术式。

[关键词] 基层医院; 无病理诊断条件; 单侧甲状腺结节; 术式选择

[中图分类号] R 581 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2012)03-0201-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.03.05

Surgical options of unilateral thyroid nodules in primary hospitals without conditions of pathological diagnosis FAN Xian-wei, HAN Xiang, WENG Jing, et al. Department of Surgery, Hongqi Hospital, Guangdong 519090, China

[Abstract] **Objective** To investigate the reasonable and feasible approach, in surgical treatment of unilateral thyroid nodules in primary hospital without conditions of pathological diagnosis. **Methods** Two hundred and six patients with unilateral thyroid nodules were divided into the study group ($n = 104$) and the control group ($n = 102$). The study group was treated by ipsilateral thyroid gland lobe plus unilateral isthmus resection for thyroid nodules, the control group by ipsilateral partial thyroid resection, subtotal removal, simple excavation for thyroid nodules. **Results** The postoperative pathological diagnosis showed papillary thyroid carcinoma in 12 patients and no secondary surgical treatment were performed in the study group, pathological diagnosis showed papillary thyroid carcinoma in 10 patients, and then underwent secondary surgery in the control group. There was a statistical significant difference between groups ($P < 0.01$). In study group brief recurrent laryngeal nerve paralysis was found in 1 patient, in the control group permanent recurrent laryngeal nerve paralysis was found in 2 patients. No postoperative respiratory difficulties and choking, laryngeal nerve damage, hypothyroidism, hypoparathyroidism, etc. were found in two groups. There was no statistical significant difference in post-operative complications between the two groups ($P > 0.05$). In study group 12 patients with papillary thyroid carcinoma were followed up, the patient survived. **Conclusion** Ipsilateral thyroid gland plus isthmus resection is a good and feasible surgical method for unilateral thyroid nodules in primary hospital without condition of pathological diagnosis.

[Key words] Primary hospital; No pathological diagnostic condition; Unilateral thyroid nodules; Surgical options

甲状腺结节是常见病多发病,是一组未明确病理诊断前甲状腺发生的肿瘤和瘤样病变疾病的统称。甲状腺结节 90% 发生于一侧甲状腺内,临床常见的甲状腺结节包括甲状腺结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤、甲状腺癌等。我国甲状腺结节手术治疗大部分是在二级医院甚至无病理诊断条件的基层乡镇医院开展的,因而手术方式、治疗结果、预后相差很大。甲状腺结节诊断和治疗的重要性在于排除甲状腺癌(因其中 5% ~ 15% 的甲状腺结节是甲状腺癌)^[1],因此如何规范术前、术中无病理诊断条件下甲状腺结节的手术治疗术式,使甲状腺结节的手术治疗既不过度,亦不遗漏可能存在的甲状腺癌,是基层医院开展甲状腺手术治疗中不能回避的问题。现将两家基层医院 2001-01 ~ 2011-06 期间在无病理诊断条件下手术治疗的 206 例单侧甲状腺结节病例临床资料进行分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2001-01 ~ 2011-06 在两家相邻基层医院住院接受手术治疗的 206 例单侧甲状腺结节患者,随机分为研究组(A 组)104 例,其中男 22 例,女 82 例,年龄 14 ~ 77 岁。对照组(B 组)102 例,其中男 18 例,女 84 例,年龄 15 ~ 81 岁。两组在性别、年龄方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。206 例的术前诊断主要以触诊和超声检查结果为依据,结节局限于单侧腺叶,可随吞咽上下移动,且无颈部淋巴结肿大。

1.2 治疗方法 206 例单侧甲状腺结节患者均在颈丛麻醉下行手术治疗。A 组 104 例自始至终由同一医生主刀手术,采取的术式为患侧甲状腺腺叶 + 峡部切除术。B 组 102 例则由收治患者的具备初级、中级、高级职称资格的医师根据患者肿块情况,分别按照熟悉的习惯术式行患侧甲状腺部分切除、大部分切除或单纯甲状腺结节挖除。两组切下的甲状腺组织及甲状腺结节均送地市级医院病理科进行病理组织细胞学检查。A 组患者出院前均抽血测定血清 T_3 、 T_4 、游离 T_3 、 T_4 、TSH 等甲状腺功能 5 项。

1.3 术式效果评价标准 针对甲状腺手术后常规的处理方法及手术的主要并发症,自拟如下评价标准:(1)术后病理组织细胞诊断结果;(2)术后再次行二次手术情况;(3)术后并发呼吸困难及窒息情况;(4)术后并发喉返神经损伤情况;(5)术后并发喉上神经损伤情况;(6)术后并发甲状腺功能低下情况;(7)术后并发甲状旁腺功能减退情况。

1.4 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件包进行

数据处理,两组计数资料比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 A 组 病理诊断为甲状腺结节性甲状腺肿 56 例(男 12 例,女 44 例),甲状腺腺瘤 36 例(男 8 例,女 28 例),甲状腺乳头状癌 12 例(男 2 例,女 10 例)。甲状腺乳头状癌患者给予甲状腺素制剂长期口服,维持 TSH 于低水平,不再施行二次手术。12 例患者长期电话及门诊随访,最长随访者 10 年 2 例,未发现癌复发。1 例患者术中术后住院期间无声嘶,出院后声音开始出现声嘶,6 个月后声音逐渐恢复正常。全部患者术后无呼吸困难及窒息、喉上神经损伤、甲状腺功能低下、甲状旁腺功能减退等并发症表现。

2.2 B 组 病理诊断为甲状腺结节性甲状腺肿 54 例(男 10 例,女 44 例),甲状腺腺瘤 38 例(男 6 例,女 32 例),甲状腺乳头状癌 10 例(男 2 例,女 8 例)。术后病理诊断为甲状腺乳头状癌者,均于病理报告发出后再次转往上级医院行病侧甲状腺及峡部全切 + 对侧甲状腺大部分切除,术后长期服用甲状腺素制剂。2 例(其中甲状腺结节性甲状腺肿 1 例,甲状腺腺瘤 1 例)行病侧甲状腺部分切除者术后长期声音嘶哑,经喉镜检查证实为喉返神经损伤。全部患者术后无呼吸困难及窒息、喉上神经损伤、甲状腺功能低下、甲状旁腺功能减退等表现。

2.3 两组 术后病理诊断为甲状腺乳头状癌患者行第二次手术治疗比较差异有统计学意义(0/104: 10/102, $\chi^2 = 8.6987$, $P = 0.0032$);两组间癌变率比较(12/104: 10/102, $\chi^2 = 0.1624$, $P = 0.6869$)、两组术后并发症发生率比较(1/104: 2/102, $\chi^2 = 0.0003$, $P = 0.9865$)差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

3.1 我国甲状腺结节诊治的现状 甲状腺结节是甲状腺疾病的常见临床表现,其涵盖甲状腺结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤、甲状腺癌等。据文献报道^[2],北美洲甲状腺结节的临床触诊检出率为 4% ~ 7%,而 B 超检出率高达 67%。在我国目前虽然没有准确的检出率数据报告,但随着 B 超等影像学检查设备在基层医院的普遍应用,临床发现甲状腺结节的患者越来越多。有文献报道^[3]认为,目前存在对甲状腺结节过度治疗的情况,即在不能判断甲状腺结节的危害时便手术治疗,主张对于不能判断性质的甲状腺结节应先进行一段时间的临床观察(不会对病人产生危害)。更有文献报道^[3],分化型甲

状腺癌 1 年内进行治疗不会对患者产生不利的影响。术前对甲状腺结节获得明确诊断的途径主要依靠细针穿刺活检。近年利用 PCR 技术检测半乳糖凝集素-3、CD446、癌胚胎纤维连接蛋白、端粒酶等的甲状腺细针穿刺标本可提高穿刺诊断的准确性;术中冰冻切片检查是术中诊断甲状腺结节病理性质的可靠方法^[4]。明确甲状腺结节的病理性质后再决定是否需要手术治疗,是一种理想而合理的做法。但现实的状况是拥有患者资源而又迫于生存压力的基层医院,却没有具备病理检查诊断条件,而把所有的甲状腺结节患者推向专科医院或有甲状腺外科的综合医院,显然是不符合我们国家的国情的。所以相当大部分(约 60%~75%)的甲状腺结节手术治疗仍需在无病理诊断条件的基层乡镇医院实施完成。

3.2 无病理诊断条件下甲状腺结节手术术式的选择 近年来甲状腺癌(其中分化型乳头状癌、滤泡样癌约占 90%以上)发病率呈持续上升态势,是所有恶性肿瘤中发病率上升较快的肿瘤之一^[5],这一变化趋势在国内各级医院普遍存在。文献报告^[1] 5%~15%的甲状腺结节是甲状腺癌。本文报告的 206 例甲状腺结节最后经病理证实为乳头状甲状腺癌者 22 例,癌变率约为 10.7%,这是甲状腺结节患者最大的潜在危害。因此对于甲状腺结节现症患者手术治疗越早越及时越好。临床常常遇到患者第一次手术时由于诊断不明确,术后病理标本发现内有微小癌存在而行第二次手术治疗。因此我们认为为了避免二次手术,适当扩大切除范围,甚至将其定位为潜在的甲状腺癌,并在这样的思维指导下选择术式,更符合基层医院手术治疗的现实和更具有可操作性。有不少学者主张即使是良性甲状腺结节也采取甲状腺全切除术。但为防止术后甲状腺功能低下和终身甲状腺素替代维持治疗以及过多的术后并发症的发生,我们认为在基层医院对甲状腺全切除术仍需持慎重的态度。我们在对 A 组 104 例患者的治疗实践过程体会到在基层以触诊为基础并辅以超声检查,完全能做到早期发现甲状腺结节并且做到早诊断、早治疗。采取患侧甲状腺腺叶+峡部切除更符合基层医院实际和可操作性。手术切除的指征为结节局限于一侧腺叶,且颈前区(又称中央区或 VI 区,多为淋巴结转移的第一站,常见为同侧颈部中央区气管旁和气管前淋巴结转移)淋巴结无肿大者。在 B 组行单侧甲状腺部分切除、大部分切除或单纯甲状腺结节挖除术者中,由于肉眼观察的局限性,

不论是可触及的结节还是不能触及的结节,都有可能遗漏潜在的恶性病灶,该组 10 例术后病理诊断证实为甲状腺乳头状癌,最后被迫转入上级医院行二期手术。A 组与 B 组甲状腺癌的发生率组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),而其是否需二次手术治疗,则差异极具统计学意义($P<0.01$)。

3.3 患侧甲状腺腺叶+峡部切除术式的评价 作者认为评价患侧甲状腺腺叶+峡部切除术式应该重点把握三点:(1)甲状腺结节该不该手术治疗。因为甲状腺结节有着 5%~15%的癌变率,术前难以鉴别,且目前仍没有任何药物可以使已形成的结节消退以防范癌变,手术仍为治疗的主要手段,因此掌握手术的适应症和手术时机是非常主要的。(2)一侧甲状腺腺叶+峡部切除后会不会造成患者甲状腺、甲状腺旁腺功能低下。正常成人的甲状腺组织约重 30 g,正常情况下如一侧甲状腺腺叶+峡部切除后留下的甲状腺组织>10 g,一般不致造成甲状腺功能低下。甲状旁腺紧附于甲状腺左右二叶背面,一般为 4 枚,行腺叶切除时极少会伤及甲状旁腺,即使无意识地将 1~2 枚甲状旁腺切除亦不会影响甲状旁腺的正常(代偿)功能。本文 A 组 104 例出院前和出院后均抽血测定血清 T_3 、 T_4 、游离 T_3 、 T_4 、TSH 等甲状腺功能 5 项,其结果均在正常范围,亦无甲状旁腺功能减退的表现。(3)一侧甲状腺腺叶+峡部切除术式的合理性问题。中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会提出的指导意见认为,良性病变行腺叶切除术后病理诊断为乳头状癌者,如果术前仅做肿块挖除术,需至少加做腺叶和峡叶切除术及中央区淋巴清扫术,并考虑抑制 TSH 治疗;即使是甲状腺滤泡状癌,如果肿瘤边界清,显微镜下有包膜和(或)少许血管浸润,已行腺叶/峡叶切除术,术后仍需定期观察,并给抑制 TSH 治疗^[6]。吉林大学第一医院普通外科徐静等^[7]主张对局限于一侧腺叶的分化型甲状腺癌行患侧甲状腺腺叶+峡部全切除术。

3.4 一侧甲状腺腺叶+峡叶切除术并发症的防治 在甲状腺手术并发症中最常见的是喉返神经损伤,文献报道^[8]永久性喉返神经损伤的发生率国外为 0.5%~5%,国内为 0.3%~9.4%。笔者的经验认为在甲状腺悬韧带深面、结扎甲状腺下动脉时和喉返神经入喉处等容易发生喉返神经损伤,所以术前了解解剖关系,术中尽量避免粗暴牵扯甲状腺组织和大块结扎甲状腺组织,为避免损伤喉上神经,在分离甲状腺上动脉、静脉时应紧贴甲状腺上极。术后

出血的主要原因是血管缝扎线滑脱,防范的关键是血管缝扎线结扎一定要牢固,在甲状腺窝内可适量放置明胶海绵、止血凝胶等,术后平均动脉血压维持在 90/60 mmHg 或稍高一点但低于正常而适当的血压水平范围为宜,同时应避免补液过多过快以免引起再出血^[9]。

参考文献

- 1 武正炎,李海志. 甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治现状[J]. 中华普通外科杂志,2011,26(4):273-274.
- 2 Hegedüs L. Clinical practice. The thyroid nodule[J]. N Engl J Med, 2004,351(17):1764-1771.
- 3 曲 军. 甲状腺结节的诊断和治疗现状[J]. 中国医刊,2009,44(8):10-13.
- 4 陈俊任,何劲松,王先明,等. 221 例甲状腺癌的外科治疗体会[J]. 岭南现代临床外科,2008,8(2):117-119.
- 5 吴 毅. 分化型甲状腺癌诊治中值得关注的一些问题[J]. 中国实用外科杂志,2011,31(5):374-375.
- 6 中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会. 分化型甲状腺癌诊治指南[J]. 中国实用外科杂志,2011,31(10):908-914.
- 7 徐 静,李婷婷,陈 光,等. 1018 例甲状腺癌临床病理分析[J]. 中华普通外科杂志,2011,26(4):279-282.
- 8 赵玉沛,姜洪池,主编. 普通外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:58-61.
- 9 陈文玲,翁 劲,范先伟. 损伤控制理论和实践在基层医院创伤救治护理中的运用[J]. 中国医学工程,2011,19(6):112-113,115.

[收稿日期 2011-11-17][本文编辑 黄晓红 韦 颖]

课题研究·论著

艾滋病住院患者 137 例死亡原因分析

卢祥婵, 黄爱春, 欧汝志, 李雪琴, 邓建宁

基金项目: 广西“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”科技重大专项课题(编号:2008ZX10001-008); 广西卫生厅科研课题(编号:Z2010158); 南宁市科学研究与技术开发及创新计划项目科研课题(编号:201003047C-1,201003047C-2)

作者单位: 530023 广西,南宁市第四人民医院感染科

作者简介: 卢祥婵(1960-),女,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:艾滋病基础与临床研究。E-mail:lxc5627257@126.com

[摘要] **目的** 探讨艾滋病(AIDS)住院患者的病死率及其死亡原因。**方法** 对2010年住院期间死亡的艾滋病患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 2010年艾滋病住院患者共死亡137例,病死率为10.56%,其中男性105例,女性32例,比例为3.28:1,住院时间为 (12.82 ± 16.21) d,72.72%患者的 $CD4^+$ T细胞计数 <100 个/ μ l。接受高效抗逆转录病毒治疗(HAART)的患者HIV抗体确认阳性到死亡的时间明显长于未接受HAART治疗的患者($Z = -5.042, P = 0.000$)。最常见的导致患者死亡的原因为肺部感染、中枢神经系统感染、青霉菌等。**结论** 晚期AIDS患者病死率高,各种机会性感染仍是导致患者死亡的主要原因,HAART能明显延长艾滋病患者的存活时间。

[关键词] 艾滋病; 死亡原因; 机会性感染

[中图分类号] R 512 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2012)03-0204-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.03.06

Analysis on the causes of death of 137 in-patients with acquired immune deficiency syndrome LU Xiang-chun, HUANG Ai-chun, OU Ru-zhi, et al. Department of Infection, the Fourth People's Hospital of Nanning, Guangxi 530023, China

[Abstract] **Objective** To investigate the mortality rate and the causes of death of in-patients with acquired immune deficiency syndrome (AIDS). **Methods** A retrospective study was done on the clinical data of AIDS patients who died at the Fourth People's Hospital of Nanning in 2010. **Results** There were 137 AIDS in-patients died in 2010 in the hospital and the mortality rate was 10.56%, included 105 men and 32 female, the ratio of male to female was 3.28:1. The median length of hospital stay was (12.82 ± 16.21) days. 72.72% patients were with $CD4^+$