

使用的监管力度,督促制度的落实,强调标本送检,对病原学情况实行通报,为逐步降低抗生素药物使用率打下坚实基础。

参考文献

1 王 羽,张宗久,周 军,等. 医院感染管理办法释义及适用指南[M]. 北京:中国法制出版社,2006:156-178.

2 熊 薇,谢多双,徐 敏,等. 2008 年湖北省 6 所教学医院医院感染现患率调查[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(20):3116-3118.

3 王 悦,张鲁涛,史利克,等. 1483 例住院患者医院感染横断面调查及分析[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(17):2566-2569.

4 任 南,吴安华,冯 丽,等. 住院患者抗菌药物临床应用横断面调查[J]. 中华医院感染学杂志,2006,16(9):1048-1050.

5 Lemmen SW,Bcker G, Frank U,et al. Influence of infection disease consulting service on quality and costs of antibiotic prescriptions in a university hospital[J]. Scand J Infect Dis,2001,33(3):219-221.

6 李晓红,虞德才,左改珍,等. 1132 例住院患者抗菌药物使用率横断面调查[J]. 中华医院感染学杂志,2006,16(6):684-686.

[收稿日期 2012-03-14][本文编辑 刘京虹 韦 颖]

学术交流

原发性甲状腺功能亢进症 722 例
外科手术治疗体会

肖远朝, 罗启军, 秦开崇

作者单位: 547300 广西,天峨县人民医院外二科
作者简介: 肖远朝(1966-),男,大学专科,主治医师,研究方向:普通外科疾病的诊治。E-mail:13877835848@163.com

[摘要] 目的 探讨甲状腺功能亢进症(甲亢)外科手术治疗的术前准备方法及术后并发症预防。方法 经手术次全切除甲状腺病理检查确诊的 722 例原发性甲亢患者,术前准备均给予口服他巴唑、卢戈氏液、谷维素、维生素 B₁ 治疗,如心率>90 次/min、心电图无完全性房室传导阻滞者加服心得安控制心率;术后 72 h 内每日用 0.9% 氯化钠 100 ml+地塞米松 15 mg 静脉滴注,连续用 3 d,术后不再口服卢戈氏液。结果 722 例全部治愈,无一例死亡及甲亢危象发生,无术中、术后大出血。随访 5 年内,无一例复发。结论 术前口服他巴唑和卢戈氏液及辅以谷维素、维生素 B₁、心得安做术前准备,术后使用地塞米松能有效预防甲亢术后严重并发症发生。

[关键词] 甲状腺功能亢进症; 术前准备; 手术; 并发症预防
[中图分类号] R 581.1 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2012)07-0621-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.07.14

Experience on surgical treatment of 722 patients with primary hyperthyroidism XIAO Yuan-chao, LUO Qi-jun, QIN Kai-chong. Department of Surgery, the People's Hospital of Tiane, Guangxi 547300, China

[Abstract] Objective To investigate the preoperative preparation method in the operation of hyperthyroidism and the prevention of its complications. Methods Seven hundred and twenty-two patients with primary hyperthyroidism which were diagnosed by pathology were orally administered methimazole, lugol's solution and oryzanol, vitamin B₁, for the patients with heart rate greater than 90 beats/min and the ECG without complete atrioventricular block propranolol were administered for control of heart rate. The patients were administered intravenously dexamethasone 15 mg/day in the first three days after operation. Results All patients were cured. No hyperthyroidism crisis intraoperative and post operative massive hemorrhage were found. No recurrence was found during 5 years' postoperative follow-up. Conclusion Preoperative use of oral methimazol, lugol, s solution oryzanol vitamin B₁, propranolol for preoperative preparation and postoperative use of dexamethasone is effective in the prevention of postoperative complications of hyperthyroidism.

[Key words] Hyperthyroidism; Preoperative preparation; Operation; Complication prevention

甲状腺功能亢进症(简称甲亢)的治疗方法,目前有药物、碘治和外科手术治疗等三种。通过外科手术切除大部分甲状腺体仍然是目前治疗甲亢的一种常用而有效的方法,治愈率可达 90% ~ 95%,手术死亡率低于 1%,复发率约为 4%,而且复发往往在术后 6 ~ 10 年^[1]。然而,手术有一定并发症和风险。因此,严格掌握手术适应证以及术前药物准备十分重要。我院 2004-01 ~ 2010-12 手术治疗甲亢 722 例,取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组甲亢 722 例中,男 142 例,女 580 例,男女比例约为 5:1;年龄 16 ~ 52 岁,平均 31 岁。所有患者均有甲亢临床表现。甲功测定 T_3 、 T_4 均有不同程度增高,甲状腺 II ~ III 度肿大。彩色多普勒检查甲状腺血流丰富。术前诊断甲亢明确,术后均送病理证实。

1.2 术前准备 全部患者入院后即开始口服他巴唑(江苏方强制药厂有限责任公司,批号 20110611)、谷维素(广东三才石岐制药有限公司,批号:2011077)、维生素 B_1 (广东南国药业有限公司,批号:110802)及卢戈氏液(为本院药剂科配制)。其中有 318 例心电图提示窦性心动过速,予以加服心得安 10 mg/q 8 h,最大用量达 40 mg/q 8 h。卢戈氏液从 3 滴开始逐日增加 1 滴至 15 滴维持 3 ~ 5 d,心率 < 90 次/min,基础代谢率 $\leq \pm 10$,甲状腺缩小变硬,甲亢症状减轻,体重增加,即可安排手术。

1.3 麻醉方法 本组 704 例采用双侧颈丛神经阻滞麻醉,另 18 例因甲状腺 III 度以上肿大,精神过于紧张,情绪不稳定,选择气管插管全身麻醉。

1.4 手术方法 取胸骨切迹上顺皮纹弧形切口 4 ~ 5 cm,游离上皮瓣达甲状软骨下方,下缘达胸骨切迹。经颈白线入路直达腺体,无需切断经前肌群,椎体叶完全切除,甲状腺极无需过多分离,下动脉主干无需结扎。在包膜内楔形次全切除甲状腺左右侧叶,总量保留 6 ~ 8 g。勿超过 10 g,以免易复发。

1.5 术后处理 术后 72 h 内每日用 0.9% 氯化钠 100 ml + 地塞米松 15 mg 静脉滴注,连续用 3 d。术后不再口服卢戈氏液,4 ~ 5 d 可出院。总住院 18 ~ 20 d。

2 结果

本组 722 例全部治愈,无一例死亡及甲亢危象发生,无术中,术后大出血。其中 3 例喉上神经损伤,短期内出现声嘶;5 例出现饮水呛咳;2 例早期亚临床型甲亢。术后均门诊 3 ~ 6 个月复查彩超正常,

术后甲亢症状改善,甲功三项均正常。随访 5 年内,无一例复发。5 年后有 7 例复发,其中 4 例症状较重,甲状腺肿大明显,行二次手术;3 例症状较轻,经门诊口服他巴唑治愈。

3 讨论

3.1 术前准备 术前充分药物准备是甲亢手术成功的关键。卢戈氏液(碘剂)为术前准备的基本用药,已得到临床广泛应用。碘剂对咽喉部及食道刺激很大,要与抗甲状腺药物同时口服。部分患者出现恶心、呕吐等胃肠道反应,可将药物渗到饼干或馒头里吃下,减少碘对消化道的刺激。根据我们的经验,患者入院开始服他巴唑时,同时服碘剂,辅以谷维素、维生素 B_1 ,可调节植物神经,缓解症状。为了避免硫脲类药物使甲状腺肿大和充血,手术时易出血。一般患者服碘达 10 ~ 12 滴时,基础代谢率平稳,即停用他巴唑。服碘剂达 15 滴后 3 ~ 5 d 内应安排手术,最好勿超过 2 周。否则可能会出现“碘脱逸”,导致危象发生。

3.2 手术操作 术中操作要轻柔,勿过多挤压甲状腺组织,分离上、下极时宜小把分离结扎。切断上极要紧贴腺体,切断下极尽量离开腺体背面紧贴腺体,常规不结扎下动脉主干,不显露喉返神经^[2]。甲状腺组织要在包膜内楔形切除。缝合残余甲状腺创面要同时用食指、中指抵住甲状腺叶后方,迅速间断或“8”字缝合。缝针不宜过深,以免损伤喉返神经及甲状旁腺。

3.3 术后出血预防 甲亢术后出血一般发生在术后 24 ~ 48 h 以内,多数是由于术中止血不彻底或结扎线滑脱而导致。因此,我们建议完全缝合甲状腺残面后,用盐水浸泡冲洗,并嘱患者咳嗽或吞咽以了解有无结扎线滑脱出血,不可放过任何一个微小出血点,彻底止血。用 S-100 吸收性止血线覆盖于缝合甲状腺残面,II 度或以下肿大的甲亢可不放置引流管。III 度或巨大肿大甲亢,尽管已彻底止血,务必放置引流管,充分引流。留置时间要超过 24 h,根据引流量,再决定是否拔管。

3.4 术后危象预防 甲亢危象是甲亢术后最危险、最严重的并发症,如处理不及时或不恰当,将导致病人死亡。发生的主要原因是由于大量甲状腺素释放进入血液引起的爆发性肾上腺能兴奋现象^[3]。死亡率高达 20% ~ 30%。因此,术前除了充分准备药物外,术后需每天使用地塞米松 15 mg 静滴,连续 2 ~ 3 d,可提高机体的应激能力,降低机体的代谢率,避免危象的发生。

3.5 术后复发或甲低预防 主要是术中腺体的保留量,过多会复发,过少会导致甲低。我们的经验是视患者的情况而定,总量不超过 10 g。腺体越大可保留越多,腺体越小则应保留越少,一般总量以 6 ~ 8 g 为宜。

参考文献

- 1 李允山. 普外科临床进修手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 1998:264.
- 2 钱 礼. 甲状腺手术中喉返神经损伤的预防和处理[J]. 实用外科杂志,1993,13(6):331-333.
- 3 吴在德. 外科学[M]. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社,2000:340.

[收稿日期 2011-11-25][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

学术交流

腹部超声与阴道超声对异位妊娠检出率对比分析

黄 玲

作者单位: 545001 广西,柳州市红十字会医院
作者简介: 黄 玲(1975-),女,在职研究生,医学学士,主治医师,研究方向:常见疾病及疑难病超声诊断。E-mail: huangling1121@ sina. com

[摘要] **目的** 探讨经腹部超声与经阴道超声在异位妊娠中的诊断价值。**方法** 选择 2004-09 ~ 2012-03 在该院和外院经手术和病理证实为异位妊娠的 85 例患者分别进行腹部超声检查和阴道超声检查,并对两种方法检查结果进行分析比较。**结果** 85 例异位妊娠中,破裂流产型 62 例,未破裂型 23 例。经腹部超声检出 80 例,检出率为 94. 1%,其中破裂流产型 62 例,检出率为 100%;未破裂型 18 例,检出率为 78%。经阴道超声检出 82 例,检出率为 96. 5%,其中诊断破裂流产型 59 例,检出率为 96%,未破裂型 23 例,检出率为 100%。两种检查方法检出率比较差异均无统计学意义(P 均 $>0. 05$)。经腹部和经阴道超声联合应用诊断异位妊娠 85 例,超声诊断符合率达 100%。**结论** 经腹部超声诊断破裂流产型异位妊娠占优势,经阴道超声诊断未破裂型异位妊娠占优势。经腹部和经阴道超声联合运用,能取长补短,明显提高异位妊娠的检出率,具有较高的临床应用价值。

[关键词] 经腹部超声; 经阴道超声; 异位妊娠
[中图分类号] R 445. 1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)07-0623-03
doi:10. 3969/j. issn. 1674-3806. 2012. 07. 15

Comparative analysis of transabdominal and transvaginal ultrasonography in diagnosing ectopic pregnancy
HUANG Ling. Liuzhou Red Cross Hospital, Guangxi 545001, China

[Abstract] **Objective** To investigate the diagnostic value of transabdominal and transvaginal color doppler ultrasonography in diagnosing ectopic pregnancy. **Methods** Eighty-five cases with ectopic pregnancy confirmed by surgery and pathology between September 2004 and March 2012 in the hospital and outside hospital were examined by transabdominal color doppler ultrasonography(TAS) and transvaginal color doppler ultrasonography(TVS), and the contrast analysis were carried out on the inspection result. **Results** Two methods combined with history and blood or urine human chorionic gonadotrophin (HCG) showed the ruptured ectopic pregnancy in 62 cases and unruptured ectopic pregnancy in 23 cases. The ruptured ectopic pregnancy was diagnosed by TAS in 62 cases(100%) and by TVS in 59 cases (96%);the unruptured ectopic pregnancy was diagnosed by TAS in 18 cases(78%) and by TVS in 23 cases(100%), the positive coincidence rate of combined use of TAS and TVS was 100%. Statistical analysis of the two methods showed no significant difference ($P > 0. 05$). **Conclusion** TAS is more sensitive in the diagnosis of ruptured ectopic pregnancy. TVS is more sensitive in the diagnosis of early unruptured ectopic pregnancy. Combined TAS and TVS can improve accuracy in diagnosing ectopic pregnancy with high clinical value.

[Key words] Transabdominal ultrasonography; Transvaginal ultrasonography; Ectopic pregnancy