

探讨甲状腺结节实施甲状腺腺叶切除术治疗的疗效

黄 堃

贵州医科大学第二附属医院甲乳外科 贵州凯里 556000

〔摘要〕目的 探讨甲状腺结节实施甲状腺腺叶切除术治疗的疗效。方法 选取笔者所在医院于 2017 年 02 月--2018 年 02 月收治的甲状腺结节患者 82 例, 作为本次研究对象, 通过电脑完全随机分组法, 将之分为常规组与研究组, 两组分别有 41 例。常规组行甲状腺次全切除术治疗, 研究组行甲状腺腺叶切除术治疗。统计分析两组临床治疗效果。结果 研究组术中失血量、手术操作时间均少于常规组, 组间差异显著 ($p < 0.05$); 研究组术后并发症发生率明显低于常规组, 组间差异显著 ($p < 0.05$)。结论 临床治疗甲状腺结节患者, 予以甲状腺腺叶切除术治疗的效果更佳, 安全可靠且并发症少。值得临床推广。

〔关键词〕甲状腺结节; 甲状腺腺叶切除术; 疗效

〔中图分类号〕R653 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 03-0056-02

甲状腺结节属于甲状腺组织增生病症, 大部分患者都是因为先天因素、饮食不节或水土不服所致。在我国成年人群众, 甲状腺结节发病率为 4% 左右^[1]。甲状腺结节主要有甲状腺瘤、甲状腺肿等良性结节以及甲状腺癌、甲状腺淋巴瘤等恶性结节, 其中多数为良性, 仅有少部分为恶性。临床治疗甲状腺结节通常以外科手术为主, 比如甲状腺次全切/全切除术、甲状腺腺叶切除术等。本文特此分析了甲状腺腺叶切除术实施的效果。现作如下报道:

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

于 2017 年 02 月--2018 年 02 月, 以笔者所在医院收治的甲状腺结节患者 82 例, 作为本次研究对象, 通过电脑完全随机分组法, 将之分为常规组与研究组, 两组分别有 41 例。研究组中 23 例男性研究对象, 18 例女性研究对象, 年龄 20-77 岁, 平均 (40.9±6.7) 岁; 10 例多发结节, 31 例单发结节。常规组中 24 例男性研究对象, 17 例女性研究对象, 年龄 20-78 岁, 平均 (41.0±6.9) 岁; 11 例多发结节, 30 例单发结节。经医学伦理委员会同意批准, 签署知情同意书。对比两组临床资料, 结果无统计学意义 ($P > 0.05$), 可比性较大。

1.2 方法

常规组行甲状腺次全切除术治疗, 方法为: 颈丛麻醉, 保持呼吸顺畅, 保持仰卧位, 以皮肤纹路行弧形手术切口, 剖开皮下组织、颈阔肌, 对颈阔肌后侧组织予以分离。显露甲状腺, 在腺叶结节一侧, 对甲状腺腺叶予以单纯切除, 不解剖喉返神经, 游离腺体时, 注意不游离腺体背侧, 在保留背面的同时予以囊内切除, 残留的单侧腺体组织薄片要求为 1cm。

研究组行甲状腺腺叶切除术治疗, 方法为: 全麻, 仰卧位, 以皮肤纹路行弧形手术切口, 剖开剖开皮下组织、颈阔肌, 对颈阔肌后侧组织予以分离。显露甲状腺, 游离腺叶, 对下级血管分支进行处理, 阻隔中静脉, 向下牵拉腺叶并分离上级腺叶。将腺叶顶端的血管分支予以离断。向内侧牵拉腺叶, 游离紧贴于甲状腺的固有包膜, 对结节部分实施分离、切除。

1.3 观察指标

观察两组术中失血量、手术操作时间, 并记录两组术后并发症发生率, 如抽搐、声音嘶哑、再出血等。

1.4 统计学分析

将所得数据录入 SPSS22.0 软件, 予以统计分析。以 $n(\%)$ 为计数资料, 用卡方比较组间差异; 以 $(\bar{x} \pm s)$ 为计量资料, 用 t 比较组间差异。以 $P < 0.05$ 表示组间结果存在统计学意义。

2 结果

2.1 术中失血量、手术操作时间

研究组术中失血量、手术操作时间均少于常规组, 组间差异显著 ($p < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组术中失血量、手术操作时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	术中失血量 (ml)	手术操作时间 (min)
研究组	41	68.7±17.9	109.5±15.5
常规组	41	88.3±8.8	122.3±11.3
t	-	6.291	4.272
p	-	<0.05	<0.05

2.2 术后并发症

研究组术后并发症发生率明显低于常规组, 组间差异显著 ($p < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后并发症发生率比较 [$n(\%)$]

小组	例数	抽搐	声音嘶哑	再出血	总发生率
研究组	41	1 (2.44%)	1 (2.44%)	0	2 (4.88%)
常规组	41	3 (7.32%)	4 (9.76%)	2 (4.88%)	9 (21.95%)
χ^2	-	-	-	-	12.543
p	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

现阶段, 临床针对恶性的甲状腺结节, 尚无特异性诊断方法, 细胞学穿刺检查只能够鉴别部分类型的良恶性, 且存在一定的漏诊率/误诊率, 加大患者自身痛苦的同时也增加了手术难度^[2]。通过甲状腺腺叶切除术治疗, 可以从根源上避免恶性腺体残留, 以免残留癌所引起的复发, 通过此种术式对无淋巴结转移的恶性结节, 具有一定的疗效, 如果存在淋巴结转移, 则予以淋巴结清扫, 以免原手术区引起并发症。当患者结节的良恶性尚未明确时, 临床主张予以甲状腺腺叶切除, 安全可靠, 疗效突出, 术中失血量较次全切术更少, 局部也不易复发。就理论而言, 甲状腺腺叶切除术有可能会

(下转第 58 页)

(12.0%)；观察组术后出现肌瘤残留 2 例 (4.0%)，肌瘤复发 5 例 (10.0%)，两组组间对比差异不显著 ($P > 0.05$)。

3 讨论

子宫肌瘤是妇科临床上一种常见的良性肿瘤，相关报道显示，子宫肌瘤在我国的发病率约为 20—30%，其中又以在 40—50 岁妇女人群中的发病率较高，高达 50—60%。目前，临床对子宫肌瘤的病因依然没有明确，有学者认为该疾病的发展与患者机体中的激素水平密切相关，孕激素和雌激素水平上升会加快患者的病情进展^[3-4]。少数患者由于症状不够显著而往往不易发现，而部分患者则合并腹痛、贫血、腹部包块、经期延长、净量增多等症状，严重者甚至会出现恶性病变，并且若治疗不及时，常导致患者合并不孕、流产、排尿障碍或尿频等多种并发症，从而对广大患者的身体生命健康造成了非常严重的威胁。

腹腔镜手术一种新兴的微创术式，其主要经小切口在腹腔中置入摄像头和手术器械，通过摄像头把患者腹腔中各脏器的图像传输到电视屏幕之上，进行微创治疗的一种手术措施。相关研究显示，腹腔镜手术明显提高了子宫肌瘤患者的疗效，有效降低了患者的并发症发生风险，且具有微创、术后恢复快等优点，美观性也更满足女性的需求^[5-6]。同时该

术式于直视下对直接剥除囊肿，然后将其直接拉出腹外，有效减少了患者的手术操作时间，最大化减少了对机体正常组织的损伤，且不会对内环境造成过大的影响。本研究结果显示，观察组的手术出血量较参照组显著较少，手术操作时间、术后首次肛门排气时间、体温恢复时间及住院天数显著较短 ($P < 0.05$)，这提示腹腔镜术式具有微创、术后恢复快等优点。两组的术后肌瘤残留率、肌瘤复发率均处于较低水平，且组间对比差异不显著 ($P > 0.05$)。

综上所述，子宫肌瘤患者行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗的临床价值较传统开腹手术更加优秀，值得广泛推广。

[参考文献]

- [1] 吴德慧, 华金凤, 黄华民等. 不同手术方式治疗子宫肌瘤对妇科内分泌状态的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(19):3169-3172.
- [2] 迟新红, 贾桂英. 阴式子宫肌瘤剔除术及腹腔镜下子宫肌瘤剔除术两种微创术式的效果观察 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(13):2128-2129.
- [3] 张翠萍. 腹腔镜下与经腹子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者的效果比较 [J]. 医学综述, 2015, 21(22):4173-4175.
- [4] 徐莉, 李丹, 郭凤军等. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的 150 例临床分析 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(18):3011-3013.

(上接第 55 页)

状为怕热出汗、体重减轻、神经过敏、烦躁、抑郁、心悸等^[3]。根据临床研究结果显示，妊娠期合并甲亢患者早期不会对孕妇和胎儿造成影响，但是如果患者没有及时到医院进行治疗，轻者发生早产，重者发生流产以及围生儿死亡率增高，对产妇和胎儿均具有生命危险^[4]。临床对妊娠合并甲亢患者通常采用丙基硫氧嘧啶进行治疗，其中丙基硫氧嘧啶是一种硫脲类抗甲状腺药，能够有效抑制甲状腺的合成，最大的好处就是不会对胎儿造成不良影响，是治疗妊娠合并甲亢最常用的药物。妊娠合并甲亢患者如果在早期使用丙基硫氧嘧啶进行治疗，可以有效控制病情，降低早产率，但是要注意的一点就是，要根据患者的病情严格控制剂量，不能过多服用药物^[5]。

本次研究中，对照组的妊娠合并甲亢患者未使用丙基硫氧嘧啶治疗，而观察组的妊娠合并甲亢患者则采用了丙基硫氧嘧啶治疗，结果观察组患者的血清 TSH、FT₄、FT₃、TT₄、IT₃ 激素水平均优于对照组 ($P < 0.05$)；对照组患者的不良妊

娠率为 38.89%，观察组患者的不良妊娠率为 8.33%，两组患者的妊娠结局比较有差异 ($P < 0.05$)。结合上述数据得出，丙基硫氧嘧啶治疗妊娠合并甲亢患者具有良好的临床效果，不但可以有效控制患者的病情，而且不会对胎儿造成伤害，能够降低流产率与早产率，安全性非常高，是治疗妊娠合并甲亢患者最好的药物，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 赵文梅, 赵琪. 妊娠合并甲状腺功能减退患者的临床治疗效果 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(30):50-51.
- [2] 蒋庆耀. 丙硫氧嘧啶治疗妊娠合并甲亢的疗效及对妊娠结局的影响研究 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(11):24-26.
- [3] 蔡志伟. 妊娠合并甲亢患者的临床治疗探析 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(03):111-113.
- [4] 杨靖. 丙基硫氧嘧啶治疗妊娠合并甲亢疗效及对妊娠结局影响研究 [J]. 中外医疗, 2014, 33(25):119-120.
- [5] 韩树恒. 妊娠合并甲状腺功能亢进的临床疗效分析 [J]. 中外医疗, 2013, 32(09):72-73.

(上接第 56 页)

损伤到喉返神经、甲状旁腺，发生损伤的几率大约为 2%^[3]。故而临床具体实施过程中，需对其解剖结构予以详细了解并充分掌握其特点，对包膜间血管分支予以切断，以免甲状腺后背膜损伤，减少游离，在最大程度上保护甲状旁腺和供血，手术时间、手术难度不会加大，还能以防喉返神经受损^[4]。研究组患者通过甲状腺腺叶切除术治疗后，术中失血量 (68.7±17.9) ml、手术操作时间 (109.5±15.5) min 均少于常规组 (88.3±8.8) ml、(122.3±11.3) min，同时研究组术后并发症发生率 4.88% 也明显低于常规组 21.95%，组间存在显著性差异 ($p < 0.05$)。由此表明，相比于甲状腺次全切术而言，甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的效果更为突出。

总而言之，临床治疗甲状腺结节患者时，建议将甲状腺腺叶切除术作为首选，不仅失血量低、手术操作时间短，而且并发症少，安全性高。

[参考文献]

- [1] 赵广龙. 甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床疗效及安全性 [J]. 中国民康医学, 2018(01):24-26.
- [2] 颜状. 甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床疗效分析 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(12):68-69.
- [3] 万德培, 罗俊生, 郭日昌. 甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的疗效分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(27):3387-3389.
- [4] 张惠明, 苏琼川. 甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(21):4185-4186.