



低位小切口切除术治疗甲状腺瘤的手术方式及临床预后研究

伍海胜

容县中西医结合骨科医院 广西容县 537500

【摘要】目的 探讨低位小切口切除术治疗甲状腺瘤的手术方式及临床预后。**方法** 选择 90 例 2016 年 2 月-2018 年 1 月甲状腺瘤患者据术式分组。对照组开展传统手术治疗, 观察组行低位小切口切除术治疗。比较两组甲状腺瘤手术预后; 切口的大小、术中出血量、手术的时间、术后 2 天引流量、切口美观度评分; 手术前后患者生存质量相应的分值; 皮下结节等皮下结节等并发症发生率。**结果** 观察组甲状腺瘤手术预后高于对照组, $P < 0.05$; 观察组切口的大小、术中出血量、手术的时间、术后 2 天引流量、切口美观度评分优于对照组, $P < 0.05$; 手术前两组生存质量相应的分值相近, $P > 0.05$; 手术后观察组生存质量相应的分值优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组皮下结节等并发症发生率少于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 甲状腺瘤患者行低位小切口切除术疗效肯定, 可有效改善病情, 减少并发症, 切口美观, 创伤小, 更有利于患者生存质量的提高。

【关键词】 低位小切口切除术; 甲状腺瘤; 手术方式; 临床预后

【中图分类号】 R653 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 02-047-02

甲状腺肿瘤是甲状腺组织的常见良性肿瘤, 可出现瘤体压迫气管, 食道或神经等, 还可出现声嘶、吞咽困难等症状, 如果治疗不及时, 就有可能发生恶变。传统的甲状腺肿瘤切除切口通常比较长, 颈部常留有明显的瘢痕, 患者接受度低, 严重影响患者外观, 不易被患者接受^[1-2]。目前低位小切口作为治疗甲状腺肿瘤的新手术方法被广泛应用, 优势明显。本研究分析了低位小切口切除术治疗甲状腺瘤的手术方式及临床预后, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 90 例 2016 年 2 月-2018 年 1 月甲状腺瘤患者据术式分组。观察组男 15 例, 女 30 例; 年龄 32-75 岁, 平均 (46.78 ± 2.41) 岁。瘤体直径 1.6~4.5cm, 平均直径 (3.21 ± 1.16) cm。甲状腺囊腺瘤 30 例、甲状腺腺瘤 10 例、结节性甲状腺肿 5 例。对照组男 16 例, 女 29 例; 年龄 31-76 岁, 平均 (46.52 ± 2.71) 岁。瘤体直径 1.5~4.5cm, 平均直径 (3.24 ± 1.12) cm。甲状腺囊腺瘤 30 例、甲状腺腺瘤 11 例、结节性甲状腺肿 4 例。两组一般资料经统计无显著差异。

1.2 方法

对照组开展传统手术治疗, 在颈前区做横切口, 逐层分离甲状腺, 暴露甲状腺, 切除腺瘤并进行引流缝合。

观察组行低位小切口切除术治疗。颈前胸骨切迹上 0-1.5 厘米, 做 3.0-5.0 厘米颈前路切口, 逐层切开, 游离皮瓣, 带状肌肉钝性分离, 仔细分离前甲状腺侧叶, 暴露下甲状腺下极, 注意避免甲状腺下血管切断时喉返神经损伤, 腺游离腺背侧之后, 体松动时开始对甲状腺上极处理。对于较大的肿瘤且其中有囊液, 可以将囊液抽出, 肿瘤缩小后再处理。如果肿瘤是坚实的, 可将肿瘤和腺体从切口中牵出。当手术区域受到很大影响时, 可以在整个颈部前肌或手术过程中使用小型拉钩进行视野的扩大。在治疗上下极后, 在甲状腺被膜内进行部分切除或次全切除。将腺体的残面缝合并关闭以完全止血。硅胶引流管连接到负压吸引装置从一侧引出, 颈白线、皮下脂肪等用可吸收线逐层缝合, 连续缝合皮肤切口。

表 3 两组切口的大小、术中出血量、手术的时间、术后 2 天引流量、切口美观度评分相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	切口的大小 (cm)	术中出血量 (ml)	手术的时间 (min)	术后 2 天引流量 (ml)	切口美观度 (分)
对照组	45	7.14 ± 0.24	80.15 ± 3.57	65.15 ± 3.57	15.62 ± 2.59	7.62 ± 1.59
观察组	45	3.02 ± 0.12	50.01 ± 2.61	48.01 ± 2.61	12.21 ± 1.21	9.21 ± 1.21
t		8.223	9.324	9.324	5.761	5.761
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

1.3 观察指标

比较两组甲状腺瘤手术预后; 切口的大小、术中出血量、手术的时间、术后 2 天引流量、切口美观度评分 (0-100 分, 分值越高则美观度越高); 手术前后患者生存质量相应的分值 (0-100 分, 分值越高则生存质量越高); 皮下结节等并发症发生率。

显效: 症状消失, 切口美观, 无并发症; 有效: 症状好转, 出现并发症; 无效: 症状无改善。甲状腺瘤手术预后为显效、有效百分率之和^[3]。

1.4 统计学方法

SPSS19.0 统计, 计量数据采取 t 检验, 计数资料则 χ^2 检验, $P < 0.05$ 显示差异显著。

2 结果

2.1 两组甲状腺瘤手术预后相比较

观察组甲状腺瘤手术预后高于对照组, $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1 两组甲状腺瘤手术预后相比较 [例数 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总效率
对照组	45	19	16	10	35 (77.78)
观察组	45	32	13	0	45 (100.00)
χ^2					11.2500
P					0.00080

2.2 手术前后生存质量相应的分值相比较

手术前两组生存质量相应的分值相近, $P > 0.05$; 手术后观察组生存质量相应的分值优于对照组, $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2 手术前后生存质量相应的分值相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时期	情感评分	社会评分	生理评分
观察组	45	手术前	45.13 ± 2.13	56.12 ± 4.21	52.51 ± 2.65
		手术后	84.21 ± 8.12	86.12 ± 8.16	95.21 ± 4.61
对照组	45	手术前	45.35 ± 2.23	56.04 ± 4.24	52.51 ± 2.64
		手术后	61.21 ± 3.25	72.11 ± 4.28	80.22 ± 6.62

2.3 两组切口的大小、术中出血量、手术的时间、术后 2 天引流量、切口美观度评分相比较

表 3 两组切口的大小、术中出血量、手术的时间、术后 2 天引流量、切口美观度评分相比较 ($\bar{x} \pm s$)



观察组切口的大小、术中出血量、手术的时间、术后2天引流量、切口美观度评分优于对照组, $P < 0.05$, 见表3。

2.4 两组皮下结节等并发症发生率相比较

观察组皮下结节等并发症发生率少于对照组, $P < 0.05$, 如表4。

表4 两组皮下结节等并发症发生率相比较 [例数 (%)]

组别	例数	皮下结节	颈前区疼痛	切口粘连	发生率
对照组	45	4	5	2	11 (24.44)
观察组	45	1	2	1	4 (8.89)
χ^2					3.9200
P					0.0477

3 讨论

甲状腺肿瘤是一种常见的良性甲状腺疾病, 以往切除术伤口较大, 可危害周围结构, 严重影响患者的外观, 术后恢复时间明显延长, 患者接受度低。小切口手术不完全切断颈前肌群, 手术损伤显著减少, 术中出血量减少, 术后并发症少, 愈合迅速^[3-4]。术后瘢痕形成也明显减少, 这在很大程度上满足了患者的审美需求。在肿瘤切除过程中出血是不可避免的, 小切口会切断小血管引起少量出血, 且喉返神经损伤是甲状腺手术常见的并发症之一, 其发生和热传导损伤有关, 在术中需注意合理掌握治疗参数等情况, 并熟练操作^[5-7]。

本研究显示, 观察组甲状腺瘤手术预后高于对照组, $P < 0.05$; 观察组切口的大小、术中出血量、手术的时间、术后2天引流量、切口美观度评分优于对照组, $P < 0.05$; 手术前

两组生存质量相应的分值相近, $P > 0.05$; 手术后观察组生存质量相应的分值优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组皮下结节等并发症发生率少于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 甲状腺瘤患者行低位小切口切除术疗效肯定, 可有效改善病情, 减少并发症, 切口美观, 创伤小, 更有利于患者生存质量的提高。

参考文献:

[1] 宁贤国. 低位小切口甲状腺瘤切除术治疗甲状腺瘤的效果观察[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(01):64.

[2] 饶根辉, 童平平. 低位小切口切除术治疗甲状腺瘤患者的临床效果[J]. 医疗装备, 2017, 30(23):149-150.

[3] 夏志生, 车玉君, 王继文. 低位小切口切除术和传统切除术治疗甲状腺瘤的优劣差异[J]. 中国实用医药, 2017, 12(31):49-50.

[4] 王英森. 甲状腺瘤患者采用低位小切口切除术和传统手术治疗的临床研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(38):7357.

[5] 陈勇, 李娟, 麻丽珍. 探讨采用低位小切口切除术治疗甲状腺瘤的临床效果[J]. 泰山医学院学报, 2017, 38(04):452-453.

[6] 郑秀. 低位小切口切除术治疗甲状腺瘤的临床疗效及安全性[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(33):152.

[7] 杜金亭. 低位小切口切除术在甲状腺瘤伴糖尿病患者中的应用研究[J]. 糖尿病新世界, 2017, 20(07):46-47.

(上接第44页)

后患者的治疗过程中应用。

参考文献:

[1] 郑龙坤. 人工髋关节置换治疗髋关节创伤性骨关节炎临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(79):116, 119.

[2] 钟东, 袁伟. 全髋关节置换治疗髋关节创伤性骨关节炎临床分析[J]. 中国医学创新, 2015, 12(34):67-70.

[3] 方立龙, 陈慧林, 陈鄂, 等. 髋关节创伤性骨关节炎

治疗中人工髋关节置换的临床应用分析[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(10):54-55.

[4] 赵曼漪. 人工髋关节置换术后全面护理干预对改善髋关节创伤性骨关节炎患者生活能力效果研究[J]. 罕少疾病杂志, 2016, 23(6):56-57, 61.

[5] 李树山. 人工全髋关节置换改善髋关节创伤性骨关节炎患者生活能力效果研究[J]. 继续医学教育, 2017, 31(09):104-106.

(上接第45页)

综上所述, H型高血压患者应用依那普利叶酸片方案, 不仅能降低其血浆Hcy相关水平, 而且能降低其舒张及收缩压, 安全可靠, 具一定临床应用与研究价值。

参考文献:

[1] 龚海荣, 梅光艳. 依那普利叶酸片治疗H型高血压的疗效和安全性评价[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(04):128-130.

[2] 邓莲香. 马来酸依那普利叶酸片对H型高血压的治疗

效果评价[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2017(12):6-8.

[3] 曲娜, 程显枝, 郑帅, 等. 长期应用马来酸依那普利叶酸片治疗H型高血压伴慢性心力衰竭患者的安全性研究[J]. 中国当代医药, 2016, 23(32):136-138.

[4] 黄波, 许晓娜. 依那普利叶酸片治疗老年H型高血压临床评价[J]. 中国药业, 2017, 26(14):29-31.

[5] 卞恩涛. 依那普利联合叶酸片在H型高血压患者治疗中的应用价值[J]. 中国药物经济学, 2016, 11(09):45-47.

(上接第46页)

相应的联合固定也需要加以采用。本次的踝关节骨折合并下胫腓联合韧带损伤的临床治疗分析研究的结果表明了内固定组患者骨折愈合的临床效果优良率明显高于非内固定组, 而二次手术发生率则低于非内固定组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。因此, 采取内固定治疗能够在显著提高骨折愈合效果、提高临床疗效优良率的同时降低二次手术的发生率, 减少二次手术对患者带来的身体、精神的伤害和经济的损失, 能使患者尽快恢复正常生活, 在临床治疗中具有较大的应用前景和发展价值。

参考文献:

[1] 杨迎利. 手术治疗踝关节骨折合并下胫腓联合韧带损伤的临床分析[J]. 当代医学, 2015, 21(06):98-99.

[2] 王立. 踝关节骨折合并下胫腓联合韧带损伤应用手术治疗的临床分析[J]. 医疗装备, 2016, 29(06):126-127.

[3] 翁科捷, 钟志刚, 张育锋, 邱雪立, 林本丹. 手术治疗踝关节骨折合并下胫腓联合韧带损伤的临床疗效分析[J]. 临床医学工程, 2016, 23(05):641-642.

[4] 谢斌, 贺永祥. 手术治疗踝关节骨折合并下胫腓联合韧带损伤临床分析[J]. 吉林医学, 2014, 35(02):320-321.

[5] 周振东. 手术治疗踝关节骨折合并下胫腓联合韧带损伤临床效果分析[J]. 中国医疗器械信息, 2017, 23(16):70+151.