

文章编号:1005-6947(2008)05-0509-02

· 临床报道 ·

结节性甲状腺肿术后复发再手术治疗的探讨

梁辉, 康洪林, 姬宏斌, 高广寿, 詹小宁

(解放军第五医院 肿瘤外科, 宁夏 银川 750004)

摘要:目的 探讨结节性甲状腺肿手术后复发的原因和再治疗原则。方法 回顾性分析1999—2007年来73例复发性结节性甲状腺肿再手术治疗的临床资料。结果 结节性甲状腺肿术后复发者首次术式多为单纯结节切除或腺叶部分切除(72.6%),且复发时间明显较双侧腺叶次全切除者缩短($P < 0.05$)。73例行二次手术治疗者,并发症发生率15.1%(11/73),高于同期首次手术者的3.8%(16/426)($P < 0.01$),未发生永久性喉返神经麻痹和甲状旁腺功能低下。两次手术为同侧者手术并发症发生率23.1%(9/39),高于两次手术不同侧者5.9%(2/34)($P < 0.05$)。两次手术间隔时间对术后并发症发生率无明显影响($P > 0.05$)。所有再手术者平均随访5.1年均无复发。结论 结节性甲状腺肿手术后复发与初次手术方式关系密切,正确选择术式可以降低结节性甲状腺肿术后复发率。有选择的显露喉返神经,术中细致操作,可减少并发症的发生。

[中国普通外科杂志,2008,17(5):509-510]

关键词: 甲状腺肿,结节性/外科学;再手术;复发;甲状腺肿,结节性/并发症

中图分类号: R 653.2

文献标识码: A

我院在1999—2007年期间对73例结节性甲状腺肿(nodular goiter, NG)术后复发患者进行了再手术治疗。现对NG术后复发的原因进行分析,对再手术时的注意事项及有关问题进行讨论,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男9例,女64例;年龄26~65(平均42.5)岁。第一次手术由于术前误诊为甲状腺囊肿或腺瘤行单纯结节切除,而术后病理证实为NG者34例,复发时间1个月至11(平均4.3)年;单侧腺叶部分切除19例,复发时间1~14(平均5.8)年;单侧腺叶切除或次全切除11例,复发时间2~20(平均8.1)年;双侧腺叶次全切除9例,复发时间4~21(平均13.5)年。其中术后42例口服甲状腺素片(40 mg, 2次/d或1次/d),服用时间:16例<1年,1年≤15例<2年,11例≥2年。再次手术距首次手术18 d至21年,平均6.2年。

1.2 再次手术方式

73例均予以第二次手术。28例原手术病灶同侧的复发结节行该侧腺叶全切或次全切除;11例同侧并累及对侧的复发结节行双侧腺叶全切或一侧腺叶全切除加对侧腺叶次全切除;34例仅对侧的复发结节行再发侧单侧腺叶全切除或次全切除。

2 结果

全组无手术死亡。本组NG术后复发者中首次手术多为单纯结节摘除和腺叶部分切除患者(72.6%, 53/73),且复发时间明显较双侧腺叶次全切除者缩短($P < 0.05$)。在首次术后复发者中,术后口服甲状腺素片患者也占一定比例。再次手术73例中并发症发生率15.1%(11/73),发生率明显高于同期首次在我院手术的426例的3.8%(6/426)($P < 0.01$)。其中暂时性喉返神经麻痹9例,均于术后2~6个月内恢复;甲状旁腺功能低下2例,术后12~24 h内出现口周和四肢指(趾)端麻木,血钙<2.0 mol/L,术后2 d内静注1~2葡萄糖酸钙后症状消失,口服葡萄糖酸钙片2周左右,血钙恢复正常水平,未发生永久性甲状旁腺功能低下。再次手术与首次手术为同一

收稿日期:2008-01-15; **修订日期:**2008-05-16。

作者简介:梁辉,男,解放军第五医院主治医师,主要从事普外肿瘤基础和临床方面的研究。

通讯作者:梁辉 E-mail: harry_leong@yahoo.cn

侧(包括双侧)者39例,其并发症发生率23.1%,再次手术为对侧者为34例,其并发症发生率5.9% ($P < 0.05$)。再次手术间隔在 ≤ 60 d者21例, > 60 d者52例,其并发症发生率分别为19.0%,13.5% ($P > 0.05$)。术后随访6个月至8年,平均5.1年,均无复发。

3 讨论

NG病虽然是良性疾病,但如病灶切除不彻底,极有可能残留增生的甲状腺组织和微小结节,一般认为术后正规的T4抑制治疗可显著降低复发率^[1-2]。但近来的研究表明,即使术后给予充分的甲状腺素使促甲状腺素达到部分抑制也无法阻止结节再生,术后复发率较高^[3]。对于位于一侧甲状腺内的结节,按肿瘤学的观点,作腺叶切除最佳。对于明确的单发结节,切片证实为良性者,应行甲状腺部分或次全切除。单纯的结节切除易使结节破碎,不符合肿瘤外科原则,仅适用于甲状腺表浅部位的小结节,应慎用。有学者^[4]认为次全切时,不结扎切断甲状腺上、下动脉,不显露喉返神经,为今后一旦复发需再次行残叶切除时,可较容易显露喉返神经和甲状旁腺,减低再次手术的并发症,本组资料显示再次手术为同侧者并发症显著增高。首次手术为单纯结节切除或单侧腺叶部分切除者复发时间短,而行双侧腺叶次全切复发时间长,说明NG是全甲状腺疾病,其病理特点多为双侧多发性病变,并且术后复发与手术切除范围有关。对于双侧多发的结节,尤其是病程较长,肉眼所见正常甲状腺很少,水肿、质脆,事实上大部分甲状腺功能已经丧失,甲状腺全切是唯一合理的选择,既可以提高甲状腺癌的检出率,也可以避免再次手术的风险。

再次手术的甲状腺腺体多不规则,缺乏真假包膜,腺体周围形成大量的侧支循环,分离时易出现广泛渗血;首次手术造成的水肿、粘连、瘢痕形成牵拉喉返神经,解剖位置出现变化,与再次手术喉返神经损伤有关^[5]。有研究显示,充分的显示喉返神经,能更好的保护之。笔者认为,再次手术

时,显露神经应区别对待。复发患者由于解剖层次不清,粘连严重,试图分离喉返神经易引起较多出血,而且再次手术时,甲状旁腺的血供主要依赖侧支循环,分离粘连时,易发生侧支循环破坏导致甲状旁腺供血不足,因此如能完整的保留甲状腺后被膜和后方组织,则无需显露神经。对于要进行甲状腺全切的;结节位于甲状腺背侧或生长在甲状腺中、上极位于喉返神经入喉处的;再次手术患者与术中已出现声音嘶哑或术前一侧声带麻痹已代偿发音而需确保健侧喉返神经绝对不能再损伤的,显露喉返神经则是预防损伤的有效措施^[6]。手术游离时应注意保护甲状软骨筋膜,可循喉返神经解剖路径,利用甲状软骨下角和甲状腺下动脉作为标志,较易找到神经,要紧贴腺体后方,充分分离Berry韧带可使上旁腺与甲状腺上极分离。切除腺体后常规检查标本,若发现可疑甲状旁腺的类脂肪组织,应移植于胸锁乳突肌内。

综上所述,正确选择术式可以降低NG术后复发率,尽管再次手术困难大,并发症多,但只要掌握必要的手术技巧,术中精细操作,是可以减少和避免并发症的发生。

参考文献:

- [1] 邓如岗,王志明,吕新生,等. 结节性甲状腺肿的外科治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(5): 343 - 345.
- [2] 何建苗,蒲永东,曹志宇,等. 结节性甲状腺肿术后复发原因及防治[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(10): 799 - 800.
- [3] 杨卫平,吕克之,邵堂雷,等. 复发性结节性甲状腺肿再次手术方式的选择[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(11): 1046 - 1048.
- [4] 马东白. 甲状腺结节手术方式的探讨[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(3): 129 - 130.
- [5] 黄耿文,杨连粤. 甲状腺癌的再次手术治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(10): 589 - 590.
- [6] 杨元华,王冬冬,李永斌,等. 甲状腺手术显露喉返神经的临床研究[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(11): 1044 - 1045.