

文章编号:1005-6947(2006)05-0480-01

· 临床报道 ·

穴位注射加局麻手术治疗甲状腺功能亢进症:附 247 例报告

詹启良

(湖北省黄冈市罗田县第二人民医院 外科, 湖北 黄冈 438627)

摘要:对近5年来手术治疗的247例甲状腺功能亢进症(甲亢)者的临床资料进行回顾分析。全组麻醉采用穴位注射加局麻。247例无手术死亡及永久性副损伤;甲状腺功能暂时性减退2例,短时抽搐4例;手术时发生呼吸困难1例;无甲亢危象发生。提示治疗甲亢手术疗效确切。穴位注射加局麻安全可靠,无针麻不适,无颈丛阻滞副作用,术中病人清醒,配合好,有助于减少并发症的发生。

关键词:甲状腺功能亢进症/外科学;麻醉,局部;穴位疗法

中图分类号:R653.2 **文献标识码:**B

甲状腺功能亢进症(简称甲亢)的最佳治疗方法仍是甲状腺次全切除术,其疗效肯定。笔者自2000年5月—2005年6月5年间对247例甲亢患者实施了双侧甲状腺次全切除手术,效果良好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男57例,女190例,男女之比例约1:3.30;年龄15~55岁,其中15~22岁者75例,23~40岁者138例,40~50岁32例,50岁以上者仅2例;病程10个月至13年。247例中原发性甲亢234例,继发性甲亢3例,高功能腺瘤10例;甲状腺Ⅱ度肿大103例,Ⅲ度肿大144例^[1]。有突眼征者149例,占60.0%,女性132例,占53.4%;合并甲亢性心脏病5例; T_3 T_4 值均高出正常1~4倍。

1.2 术前准备

决定手术治疗的患者均需服碘,服碘前停用其它抗甲亢药物;247例术前均服碘(卢戈氏液),服碘方法:10滴开始,逐日增加1滴,3次/d,至16滴维持;10~15滴在家里服用,至15滴时收住院,有206例在16滴维持2d内进行手术,占83.4%以上;如果服碘至16滴,3次/d,基础代谢率(MBR)仍在+30以上,或心率在110次/min以上者加服心得安10~20mg,3次/d,手术时机选在MBR+20以下,或心率在100次/min以下,并稳定2d后进行。进入手术室前追服碘20滴,无论术前准备是否服用心得安,术中一律含服心得安20~30mg。

1.3 麻醉方法

我院在1994年以前使用针麻+镇痛剂;1994—2000年应用颈丛阻滞,发生2次麻醉意外;2000年5月以后采用穴位注射药物代替针麻^[2],颈部皮下用1.25%利用卡因作扇形浸润,显露腺体后,如患者疼痛则以5%利多卡因液喷洒

即可止痛。

1.4 手术方法

按常规行双侧甲状腺次全切除术规程操作,每侧残余腺体重约8~10g,在残体前两侧置橡皮槽片引流,切口下方戳孔引出,皮肤用3-0~5-0肠线行皮内缝合。

2 结果

247例术中和术后无死亡及甲亢危象发生,无永久性甲状旁腺和甲状腺功能减退,247例均于术后7~10d出院。术后随访有2例患者出院1个月后表现甲状腺功能减退(甲减)症候,经服甲状腺片3个月的自行停药,至今已2.5年无甲减表现。暂时性抽搐4例(1.62%),偶有声嘶5例,均在手术后15~60d恢复正常。

3 讨论

我院地处贫困山区,对甲亢主要采用手术治疗,其手术指征是:(1)甲状腺明显肿大,症状重者;(2)药物治疗不佳;(3)不能坚持或不愿坚持长期服药迫切希望迅速控制症状;(4)不能坚持服药,且影响工作和休息的青少年;(5)妊娠合并甲亢不宜服药者。

术前均应按常规进行充分的术前准备,严格掌握手术时机,手术时术者穴位注射维生素B₆,每个穴位3~4mL代替针麻,用1.25%利多卡因作皮下浅浸润,显露腺体后用5%利多卡因喷洒创面,247例镇痛效果好,术中患者清醒,发音正常。避免了我院曾用颈丛阻滞致病人术中声嘶,难以判断神经是否受挫损伤的缺点,有效地避免副损伤。本组术后并发症发生率低。作者体会,手术时并发症与手术操作有很大关系,术中应仔细操作,腺体切除时禁用电刀。本组曾发生1例术中缝合皮肤时出现呼吸困难,经辅助呼吸缓解,事后分析很可能是电刀切腺体产生喉头水肿所致,因电刀可产生高热,易致组织水肿。术后应严密观察及时发现和处理并发症。

参考文献:

- [1] 裘法祖,孟承伟.外科学[M].北京:第3版.人民卫生出版社.1990.290-350.
- [2] 周爱玲.穴位注射的穴位相对特异性续探[J].上海针灸杂志,1999,18(1):33-34.

收稿日期:2006-02-21; 修订日期:2006-05-24。

作者简介:詹启良,男,湖北罗田人,湖北黄冈市罗田县第二人民医院主治医师,主要从事普通外科方面的研究。

通讯作者:詹启良 E-mail:zd6205@163.com。