

本文引用:贺亮,程维刚. 甲状腺再次手术特点及并发症分析[J]. 新乡医学院学报,2016,33(1):55-57. DOI:10.7683/xyxyxb.2016.01.016.

【临床研究】

甲状腺再次手术特点及并发症分析

贺 亮，程维刚

(郑州大学附属洛阳中心医院普外三科,河南 洛阳 471000)

摘要: **目的** 探讨甲状腺再次手术的特点及并发症的预防。**方法** 收集 2010 年 1 月至 2015 年 3 月郑州大学附属洛阳中心医院普外三科收治的 67 例甲状腺再次手术患者(观察组)的临床资料,与同期 70 例初次手术患者(对照组)的临床资料进行对比分析。**结果** 观察组患者手术时间为(105.2 ± 14.7) min,术中出血量为(45.6 ± 9.8) mL;对照组患者手术时间为(76.5 ± 12.2) min,术中出血量为(20.3 ± 8.5) mL;观察组患者手术时间和术中出血量均显著高于对照组($P < 0.01$)。观察组患者术后发生并发症 14 例(20.90%),对照组患者术后发生并发症 3 例(4.29%),观察组患者术后并发症发生率显著高于对照组($P < 0.01$)。再次手术距首次手术时间间隔与再次手术的术后并发症无相关性($r = 0.126, P > 0.05$)。**结论** 甲状腺再次手术难度较大,并发症较多,应尽可能规范初次手术方式,减少再次手术机会。

关键词: 甲状腺;再次手术;并发症

中图分类号: R581 文献标志码: A 文章编号: 1004-7239(2016)01-0055-03

Analysis of clinical characteristics of reoperation for thyroid disease and its complications

HE Liang, CHENG Wei-gang

(The Third Department of General Surgery, Luoyang Central Hospital Affiliated to Zhengzhou University, Luoyang 471000, Henan Province, China)

Abstract: **Objective** To analysis the clinical characteristics of reoperation for thyroid disease and the prevention of complications. **Methods** Data of 67 patients with thyroid reoperation(observation groups) and 70 patients with first operation (control group) in Luoyang Central Hospital Affiliated to Zhengzhou University from January 2010 to March 2015 were analyzed. **Results** Operation time and amount of bleeding of observation group was (105. 2 \pm 14. 7) min and (45. 6 \pm 9. 8) mL, which were (76. 5 \pm 12. 2) min and (20. 3 \pm 8. 5) mL in control group. There was no significant difference in operation time and amount of bleeding during the operation between the two groups ($P > 0.05$). There were 14 cases (20. 90%) with complication in the observation group, and 3 cases (4. 29%) with complication in the control group, the incidence of complication in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). And there was no relationship between reoperation interval and postoperative complications ($r = 0.126, P > 0.05$). **Conclusion** Thyroid reoperation has high rates of complications and more difficult, so the scope of the first operation should be standardized in order to reduce the rate of reoperation.

Key words: thyroid; reoperation; complication

近年来,甲状腺疾病发病率逐年升高,由于其复发率偏高,初次手术不规范或基层医院不能开展快速病理检查等局限,导致再次手术率升高。甲状腺再次手术时,由于解剖关系的改变、组织粘连等导致手术难度远超初次手术,术后并发症出现概率大大增加。喉返神经及甲状旁腺损伤可能导致的声嘶甚至失音、手足抽搐等并发症,严重影响患者术后的生活质量。本研究回顾性分析 67 例甲状腺再次手术

患者的临床资料,并与同期行初次手术患者的临床资料进行比较,分析甲状腺疾病再次手术的特点,并探讨手术并发症的预防措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集郑州大学附属洛阳中心医院普外三科 2010 年 1 月至 2015 年 3 月收治的甲状腺再次手术患者 67 例(观察组),男 10 例,女 57 例;年龄 18~74 岁,平均(46.52 ± 13.37)岁;2 次手术 65 例,3 次手术 1 例,4 次手术 1 例;再次手术距初次手术时间 1 d 至 25 a,平均(7.13 ± 7.19)a;初次手术

DOI:10.7683/xxxyxyxb.2016.01.016

收稿日期:2015-06-15

作者简介:贺 亮(1982-),男,河南洛阳人,硕士,主治医师,研究方向:甲状腺乳腺疾病的诊疗。

于外院者 55 例,本院者 12 例;第 1 次接受手术后病理检查结果显示结节性甲状腺肿 6 例,甲状腺乳头状癌 13 例,甲状腺腺瘤 5 例,患者未能说明者 43 例;再次手术后常规病理检查结节性甲状腺肿 39 例,甲状腺乳头状癌 21 例,桥本甲状腺炎 3 例;有 4 例结节性甲状腺肿患者合并甲状腺功能亢进。选择同期行首次手术的患者 70 例作为对照组,其中男 14 例,女 56 例;年龄 18 ~ 79 岁,平均 (50.43 ± 13.79) 岁;结节性甲状腺肿 44 例,甲状腺乳头状癌 16 例,桥本甲状腺炎 3 例,甲状腺腺瘤 3 例,甲状腺功能亢进或结节性甲状腺肿合并甲状腺功能亢进者 4 例。2 组患者的一般情况比较差异无统计学意义 ($t=0.04, P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术方式 观察组患者手术方式:单侧腺叶大部/次全切除术 + 峡部切除 12 例,双侧腺叶大部/次全切除术 8 例,一侧腺叶全切 + 对侧次全/大部切除 22 例,双侧腺叶全切 5 例,甲状腺癌改良根治 + 侧颈部淋巴结清扫 14 例,中央区淋巴结清扫术 6 例。对照组患者手术方式:单侧腺叶大部/次全切除术 + 峡部切除 21 例,双侧腺叶大部/次全切除术 33 例,甲状腺癌改良根治 + 侧颈部淋巴结清扫 9 例,中央区淋巴结清扫术 7 例。所有再次手术患者术前常规接受电子喉镜及甲状旁腺素水平检查。手术游离颈部皮瓣后,首先确认气管位置,甲状腺巨大结节或粘连严重者采取带状肌帘状开窗法显露甲状腺,其余仍选用颈白线入路,术中精细解剖甲状腺组织,仔细辨识喉返神经及甲状旁腺组织,加以保护后将甲状腺切除。

1.3 统计学处理 应用 SPSS 19.0 软件进行统计分析,计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者术中情况比较 观察组患者手术时间为 (105.2 ± 14.7) min,术中出血量为 (45.6 ± 9.8) mL。对照组患者手术时间为 (76.5 ± 12.2) min,术中出血量为 (20.3 ± 8.5) mL。观察组患者手术时间和术中出血量均显著高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.01$)。

2.2 甲状腺再次手术原因 结节性甲状腺肿术后复发 39 例 (58.21%),甲状腺癌初次手术范围不足需 2 次手术行根治手术 21 例 (31.34%),桥本甲状

腺炎瘤样变 3 例 (4.48%),结节性甲状腺肿合并甲状腺功能亢进 4 例 (5.97%)。

2.3 术后并发症情况 患者均获有效随访 5 个月至 5 a,无住院及术中死亡患者。观察组患者术后发生并发症 14 例 (20.90%),其中暂时性喉返神经损伤 5 例,一过性低钙血症 7 例,术后再出血 2 例。对照组患者术后发生并发症 3 例 (4.29%),其中暂时性喉返神经损伤 1 例,一过性低钙血症 2 例;并发症患者均在术后短期内完全恢复。观察组患者术后并发症发生率显著高于对照组,差异有统计学意义 ($\chi^2=8.69, P<0.01$)。

2.4 再次手术距首次手术时间间隔与术后并发症的关系 再次手术距首次手术时间间隔 1 ~ 14 d 者 12 例,发生暂时性声嘶 1 例,暂时性低血钙 2 例;15 ~ 90 d 者 3 例,发生暂时性声嘶 1 例,暂时性低血钙 1 例; > 90 d 者 52 例,发生暂时性声嘶 3 例,暂时性低血钙 6 例。再次手术距首次手术时间间隔与术后并发症无相关性 ($r=0.126, P>0.05$)。

3 讨论

本研究结果显示,结节性甲状腺肿复发或合并甲状腺功能亢进而再次手术者比例较高,手术方式及手术范围不当是重要原因。结节性甲状腺肿的病理特点为甲状腺弥漫性病变,初次手术将较大结节切除后腺体剩余过多,加之患者术后未能定时复查,导致残余腺体在经历相对较长的过程之后再次形成较大结节或者合并甲状腺功能亢进,需再次手术治疗,有报道显示,结节性甲状腺肿行单侧腺叶切除或次全切除后复发率达 33.9% ~ 42.0%^[1-2]。甲状腺癌患者占本研究中再次手术的第 2 位,可能是由于基层医院无行术中快速病理检查的条件或术中病理检查诊断不明确,常规病理检查后未进一步行根治手术。因此,初次手术范围应规范,肿物单发或局限于一侧者,行单侧叶次全或大部切除术,同时注意对侧的探查^[3-4];双叶病变者可行双侧近全、次全或大部切除。对于甲状腺癌患者,采用双侧甲状腺全切或近全切,微小癌者可同时加做中央区淋巴结清扫,如癌肿直径偏大、伴有外侵或侧颈有增大淋巴结考虑恶性转移可能者,应行侧颈部淋巴结清扫。

对于再次手术患者,术前应仔细询问既往手术方式、手术范围及病理结果,常规检查甲状腺功能、甲状旁腺素、甲状腺彩色超声及喉镜,颈部 CT 检查在术前评估初次手术范围、甲状腺残留、颈部淋巴结

情况及甲状腺有无侵犯邻近组织等方面有突出的优势,对于甲状腺恶性肿瘤需再手术者当属必须。如再发结节较小,良性可能性大者可定期复查。若再发结节出现压迫症状、胸骨后甲状腺肿、伴有甲状腺功能亢进及不能排除恶性可能者应考虑再次手术治疗。对于甲状腺恶性肿瘤初次手术范围不足者应尽早行根治手术。我国《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》^[5] 建议对需要再次手术的患者,在自身条件允许下尽早手术或待手术区域水肿消退后(3个月)后施行。因为此期间甲状腺腺体与周围组织炎症反应导致粘连严重、组织水肿、质脆、易出血,从而增加手术难度及并发症发生概率。由于本研究主要是2次手术患者,故统计2次手术与首次手术时间间隔。虽然本研究中再次手术距首次手术时间间隔与术后并发症无必然关系,但为便于操作、减少副损伤,仍推荐遵从《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》建议。

本研究结果显示,观察组患者术后并发症发生率明显高于对照组,其中喉返神经损伤是术后严重并发症之一。有研究表明,甲状腺再次手术中喉返神经损伤率可达0.4%~9.0%^[6],究其原因因为甲状腺与周围组织粘连严重、初次手术后组织改建致解剖变异等。本研究未出现永久性喉返神经损伤,暂时性声嘶者多于术后1周至1个月内恢复,考虑其原因可能与术后水肿严重导致神经粘连受压有关,水肿消退后逐渐恢复正常。因此,结合作者实践,建议再次手术应尽可能全程显露喉返神经,如喉返神经寻找确实困难,可于甲状腺后被膜内侧进行手术操作,以避免损伤喉返神经。应考虑到再次手术可能存在神经位置变异的情况,避免大块钳夹或切断组织,减少损伤。值得注意的是,术后15~90d行再次手术者并发症出现概率达66.67%,考虑与在此期间组织水肿、炎症反应重有关,本研究因样本量所限,尚有待进一步研究。

再次手术中甲状旁腺的保护难度较大,术后出现低钙血症者较多。甲状旁腺通常与淋巴结或脂肪不易鉴别,术中容易误伤;且其侧枝血供有相当一部分在甲状腺表面走行,术后可能出现甲状旁腺缺血。上甲状旁腺多固定于喉返神经入喉处附近,在此位置操作时应紧贴甲状腺,尽量保留甲状腺背侧结缔

组织和脂肪组织;下甲状旁腺位置变异较大,但多位于甲状腺下极附近,操作时应注意识别,并保护其血供。注意检查离体标本有无可疑的甲状旁腺,考虑为甲状旁腺者,可将其切碎移植至健侧胸锁乳突肌内;如识别困难,必要时可将少量组织送术中快速病理检查。近年来采用的纳米碳负显影技术可将甲状腺及周围淋巴组织染色,而甲状旁腺不会被染色,这在甲状腺再次手术中对甲状旁腺的保护能够发挥重要作用^[7]。对于术后出现低钙者可给予口服补钙药物,出现抽搐强直者应予静脉补钙。同时注意监测电解质及甲状旁腺素水平。

综上所述,甲状腺再次手术难度大,术后并发症出现概率高,应尽量规范初次手术范围,以从根本上减少再次手术的机会。对于确需再次手术者,应术前充分准备,详尽告知风险,术中精细操作,合理选择术式及采取必要的保护措施,减少术后并发症的发生。

参考文献:

[1] BELLANTONE R, LOMBARDI C P, BOSCHERINI M, et al. Predictive factors for recurrence after thyroid lobectomy for unilateral non-toxic goiter in an endemic area; results of a multivariate analysis[J]. *Surgery*, 2004, 136(6): 1247-1251.

[2] DRALLE H, LORENZ K, MACHENS A. State of the art: surgery for endemic goiter; a plea for individualizing the extent of resection instead of heading for routine total thyroidectomy[J]. *Langenbecks Arch Surg*, 2011, 396(8): 1137-1143.

[3] 毕旭东, 赵晶, 王海龙, 等. 甲状腺术后再次手术原因分析及应对策略[J]. *中国现代医学杂志*, 2006, 23(16): 3592-3595.

[4] 张昶, 吴健, 汤宏志. 桥本甲状腺炎合并甲状腺癌患者甲状腺上皮细胞受损及增殖的意义[J]. *肿瘤学杂志*, 2007, 13(5): 406-408.

[5] 中华医学会内分泌学分会, 中华医学会外科学分会, 中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会, 等. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[J]. *中国肿瘤临床*, 2012, 39(17): 1249-1272.

[6] DONALD E, YARBROUGH M D, GEOFFREY B, et al. Intraoperative electromyographic monitoring of the recurrent laryngeal nerve in reoperative thyroid and parathyroid surgery[J]. *Surgery*, 2004, 136(6): 1107-1115.

[7] 朱精强, 汪洵理, 魏涛, 等. 纳米碳甲状旁腺负显影辨认保护技术在甲状腺癌手术中的应用[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2013, 20(9): 992-994.

(本文编辑:杨博 英文编辑:杨博)