部外伤及特殊病史,出现肠梗阻症状后,在第2次术中才证实为粘连性肠梗阻,其腹腔所形成的肠粘连可考虑为先天性,而先天性肠粘连在临床中并不多见[4],这就要求临床医生在临床实践中需要更加注意此类疾病的辨别。④未重视肠梗阻早期影像学的改变。该病例首次立位腹平片及腹部CT仅提示腹腔肠管淤张,未见液气平面。大多数急性肠梗阻病程早期仅部分小肠梗阻,随着肠管内容物增多及肠管壁水肿才出现完全性肠梗阻症状。该患者在第1次术后出现肠梗阻症状,复查了立位腹平片后,才考虑为肠梗阻。这提示对急腹症患者要在临床实践中动态观察腹部X线平片变化:腹部X线检查显示"C"形或"U"形改变及肠管扩张,即使未见明显气液平面,也应考虑肠梗阻。气液平面常发生于梗阻4~6 h后,故定期复查X线片有助于及时发现有诊断价值的征象[5]。对于术后病理报告为"急性单纯性阑尾炎",笔者认为这是由于在对该患者行第1次手术时,阑尾切除过程中对阑尾的钳夹、牵拉、切割等刺激,造成了阑尾的"炎症"反应,而并非真正感染所致。

总之,临床急诊科医生在遇见急腹症的患者时,一时诊断不能明确的,要严密观察腹痛性质,反复查体,特别是腹部的体征,必要时动态观察影像学的变化,才能分清主次矛盾,做出准确决策,做到不误诊误治,以减少患者的痛苦和经济负担[6]。

[参考文献]

[1] 夏穗生. 腹外科急症诊断与治疗[M]. 西安:世界图书出版公司,2003:309-312.

[2] 孟 镔,胡振龙,曹 剑,等. 阑尾炎临床局解手术学分析[J]. 局解手术学杂志,2006,15(3):208-209.

[3] 陈孝平. 汪建平. 外科学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2013:373-393.

[4] 曹广涛,李 伟,王新伟,等. 先天性广泛粘连性肠梗阻10例诊治体会[J]. 中国现代普通外科进展,2013,16(3):230-232.

[5] 赵元顺. 粘连性肠梗阻误诊为急性阑尾炎五例分析[J]. 临床误诊误治,2009,22(9):27.

[6] 朱国新,赵 鸿,陈 杨,等. 急性阑尾炎术前合并小肠穿孔漏诊1例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2009,18(4):289-290.

(编辑:魏 源)

doi:10.11659/jjssx.01E016040

甲状腺癌合并重症肌无力患者机器人手术疗效观察

齐小梅,杨 英,方燕梅 (第三军医大学西南医院乳腺外科,重庆 400038)

Clinical observation of robotic surgery for treatment of thyroid cancer combined with myasthenia gravis:a case report

QI Xiao-mei, YANG Ying, FANG Yan-mei (Department of Breast Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

[**摘 要**] **目的** 探讨甲状腺癌合并重症肌无力患者采用机器人手术的治疗效果。**方法** 收集并整理本院收治的1例甲状腺癌合并重症肌无力患者资料,结合文献学习该病的诊治经验。**结果** 患者积极手术后,配合围手术期治疗,恢复较好。**讨论** 甲状腺癌合并重症肌无力患者需要早期确诊,及早手术治疗,配合围手术期治疗,疗效显著。

[**关键词**] 甲状腺癌;重症肌无力;手术;治疗

[**中图分类号**] R737.11 [**文献标识码**] B [**收稿日期**] 2015-12-11

甲状腺癌是临床常见的一种头颈部恶性肿瘤,约占恶性肿瘤总发病率的1%~2%,近年发病率有迅速上升趋势,女性发生率高于男性[1]。重症肌无力(myasthenia gravis,MG)是一种以横纹肌神经肌肉传导障碍为特点的自身免疫性疾病[2],主要累及神经肌肉接头突触后膜烟碱样乙酰胆碱受体,表现为骨骼肌病态疲劳,具有晨轻暮重的特点,休息后缓解。目前甲状腺癌的治疗以外科手术治疗为主,通过手术就能达到根治的目的。传统手术方法为颈部开放性切口下行次全切或全切术,近年来随着腔镜技术的发展、微创外科的概念已深入人心[3]。机器人微创手术系统是现代多项技术的高科技产物,目前主要运用于以心胸外科为主的各大手术中,因其微创、精准受到患者的认可。本例患者确诊重症肌无力3年一直行胆碱酯酶抑制剂治疗,因检查确诊合并甲状腺癌来我科行手术治疗,成为我科首例甲状腺癌合并重症肌无力的患者,为了积累相关诊治经验,现将此患者的治疗总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女,19岁,因言语不清伴四肢无力约3年,近期因无明显诱因出现打喷嚏,伴鼻腔不适来我院就诊,系统检查后确诊为"重症肌无力",住院治疗好转后出院长期服用溴吡斯的明片,每次60 mg,每天3次。1周前因参加学校运动赛后出现全身无力、吞咽困难、视物重影等入住我院神经内科治疗,彩超检查示:甲状腺右叶中上14 mm×9 mm×13 mm的低回声区,甲状腺癌待查。于1周后以"右甲状腺结节待查"转入我科。入科时查体:双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,眼球活动可;饮水无呛咳,言语清楚,四肢肌力、肌张力均正常,继续口服溴吡斯的明片,每次60 mg,每天3次。完善专科疾病相关检查,做

好术前准备及患者、家属的心理安抚工作,待行手术治疗。

1.2 手术方式

全麻达芬奇机器人辅助下行双侧甲状腺次全切除术加右中央区淋巴结清扫术。常规手术体位,于左侧、右侧乳晕内侧缘分别作 1~2 cm 的切口,在有腋窝腋前线处作 1 cm 切口,在拟定的 trocar(戳卡)穿刺区域皮下局部浸润注射生理盐水 300 mL(含罗派卡因 10 mL+1/20 万 u 的肾上腺素)使穿刺隧道充分胀气,置入 trocar 在胸骨上窝会师。钝性分离皮下组织到胸骨上窝处,将机器人机械劈与 trocar 相连,3 个 trocar 分别置入抓钳、观察镜、超声刀。分离建立操作空间,等完全显露甲状腺右叶,在保护甲状旁腺仔细分离后,切除双侧甲状腺次全切除术后保护右侧喉返神经行右中央区淋巴结清扫术,检查术野无出血,冲洗术野后于甲状腺残腔放置引流管自左乳晕内侧切口引出并固定,缝合切口并包扎,术毕。术中出血量约 20 mL,麻醉中清醒后行患者肌张力测定,同过视诊、触诊、反射评估患者后,未出现 MG 危象(指肌无力症状突然加重,出现呼吸肌、吞咽肌进行性无力或麻痹,而危及生命者)。术中送病理结果诊断为右侧甲状腺乳头状癌。

2 结果

术后第 1 天,患者诉四肢无力,面部麻木急查血钙 1.82 mmol/L,立即静脉补钙 30 g 后症状缓解,该患者低流量吸氧 2 L/min 至 72 h。留置尿管 48 h,减少患者下床活动,双下肢行肢体气压治疗,预防下肢静脉血栓,术后给予患者补钾、补钙、止血、适当补液对症支持治疗。每日早晨 6:00 抽血监测血钙,该患者每日基本静脉补钙 30 g,根据患者血钙值酌情增加调整。继续口服溴吡斯的明片,每次 60 mg,每天 3 次,强调患者服药依从性,请神经科会诊监测肌张力变化。术后第 5 天伤口引流液 5 mL,拔除伤口引流管,第 9 天伤口恢复好,手术部位无红、肿、热、痛,洞口皮肤已闭合,未发生 MG 危象、甲状腺危象,于术后第 10 天出院。住院时间为 12 d。

1 个月后复查,颈部伤口恢复好,清晨空腹指导患者在未服用优甲乐的情况下,抽血甲功 5 项结果均正常。1 个月内复查血钙结果波动在 2.17~2.27 mmol/L,指导加强饮食补钙、正常营养补充,复查各项指标在控制范围内,继续定期随访复查。

3 讨论

甲状腺癌可发生在任何年龄段,近年来,其发病率呈上升趋势,严重影响患者的生活质量和生命健康。本病女性发病率约为男性的 1.5~3 倍,且以青中年人群多见,青春期女性发病率达到高峰期[4]。重症肌无力主要发生年龄在 0~19 岁,国外把 0~19 岁发病的患者均归类青少年型重症肌无力(JMG),包括婴儿、儿童和青少年 3 大类型。长久以来 MG 被认为是累及神经肌肉接头突触后膜的自身免疫疾病,据最近文献报告约有 10%~20% 的重症肌无力患者可合并其他自身免疫性疾病,如甲状腺功能异常、系统性红斑狼疮(SLE)、吉兰-巴雷综合征(GBS)等[5]。癌肿伴发重症肌无力又称类重症肌无力综合征,其中与肺燕麦癌为常见[6],甲状腺癌合并少。本例患者是我科收治的首例合并症患者,在患者确诊重症肌无力 3 年余。如果当初仔细检查甲状腺并行甲状腺 B 超扫描,或许可以早发现病灶,及早把握最佳治疗时机,缓解病情的蔓延,将会更大程度减轻患者的痛苦。MG 的患者确诊合并甲状腺癌患者应行手术治疗,可以不考虑 MG 的严重程度,早期手术治疗可降低肿瘤的扩散[7]。尽管如此,本例是处于青少年期的女性患者,外观精美的机器人手术治疗可以提高患者对美的需求,取得满意的治疗效果。达芬奇机器人辅助下的甲状腺手术具有微创、切口小、术后恢复快等优点,术后并发症显著降低,安全有效,有利于患者的术后恢复,满足了患者对美容的要求,显著提高患者的术后满意度,值得临床推广应用[8-9]。当然治疗过程更强化医护的专科特色和特殊合并症的相关计划,对术后易发生的并发症做好高度的预防和警惕工作,如甲状腺癌并发症手足抽搐及甲状腺危象的观察,与重症肌无力本身临床表现相似,不易辨认,需护理人员认真仔细观察。医护密切合作使患者顺利出院,至返院后复查各项指标在正常范围内,就医依从性是患者恢复健康另一个重要因素。

此类患者的整个治愈过程也提示我们,对于有着重症肌无力病史的患者,强化定期复查和随访工作,及早及时发现病灶的演变,阻断患者合并其他病种的机会很重要。患者本身的病情相当复杂,但是经过系统专业的治疗达到了治愈的目的,整个过程说明甲状腺癌合并重症肌无力虽然是难治之症,但并不是不治之症,对于此类患者我们可以做到更好,以降低患者手术风险,减少术后延续治疗。

[参考文献]

[1] 周 燕,王忠超,岳晓燕,等. 青岛地区某医院 12 年甲状腺癌发病模式变迁[J]. 现代生物医学进展,2014,14(20):3938-3942. doi:10.13241/j.cnki.pmb.2014.20.037.

[2] 肖 丹,倪云玲. 胸腔镜下胸腺扩大切除手术治疗重症肌无力的护理配合[J]. 全科护理,2014,12(17):1594-1595. doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2014.17.03.

[3] 张清全,姚显武,任 炜,等. 甲状腺改良 Miccoli 手术与传统开放手术的临床疗效分析[J]. 临床军医杂志,2013,41(12):1253-1254. doi:10.3969/j.issn.1671-3826.2013.12.16.

[4] 王 群,杨志刚,许辉东,等. 血清促甲状腺激素水平等因素与甲状腺癌发病的相关性研究[J]. 中国癌症杂志,2012,22(11):860-863. doi:10.3969/j.issn.1007-3969.2012.11.011.

[5] 王莉莉,张 运,贺茂林,等. 伴其他自身免疫性疾病的重症肌无力临床特点分析[J]. 中国现代神经疾病杂志,2014,14(10):873-877. doi:10.3969/j.issn.1672-6731.2014.10.009.

[6] 王风华. 128 例重症肌无力患者的胸腺病理分析[J]. 现代肿瘤医学,2010,18(8):1512-1513. doi:10.3969/j.issn.1672-4992.2010.08.15.

[7] 刘 欣,王连云,宇 峰,等. 胸腺瘤、重症肌无力合并支气管哮喘 1 例[J]. 河北医药,2014,36(14):2235-2237. doi:10.3969/j.issn.1002-7386.2014.14.071.

[8] 叶成刚,陈立波,王文友,等. 腔镜辅助微创甲状腺手术临床疗效观察与预后[J]. 浙江创伤外科,2015,12(20):327-328. doi:10.3969/j.issn.1009-7147.2015.02.060.

[9] 赵健洁,张晓华,高 博,等 耳后发缘低领口状切口的功能性颈清术在分化型甲状腺癌中的应用[J]. 局解手术学杂志,2015,24(5):494-496. doi:10.11659/jjssx.11E014040.

(编辑:周小林)