甲状腺大部切除术后并发症的临床分析

Clinical analysis of the complications of subtotal thyroidectomy

曹明炎,孟 镔,牛鹏辉,周 维,胡亚南 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 甲状腺大部切除术;并发症;临床分析
[中图分类号] R653;R619 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0329-01

甲状腺的解剖位置特殊,在甲状腺手术中如何有效的避免并发症及术后对并发症的处理是外科医生一直研究的课题。我院自2006年1月至2009年1月,共进行260例各类甲状腺手术,现将其并发症分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者260例,男57例,女203例。年龄19~67岁。甲状腺Ⅱ度肿大者172例,Ⅲ度肿大者88例。全部病例均有典型的甲状腺功能亢进的临床表现,均经病理检查确诊。本组患者均行甲状腺大部切除术。

1.2 治疗方法

所有患者术前经严格内科保守治疗,手术要求病人的甲亢症状得到基本控制。本组患者采用局麻加针麻157例,局麻加静脉强化60例,气管插管全身麻醉43例。手术采用甲状腺真被膜内楔形切除法,每侧残留腺体如成人拇指末节大小。应确保甲状腺真被膜的完整性。术后对于创面较大、渗血较多时用胶管负压引流,渗血较少时用胶皮膜引流。48~72 h内拔除引流管或胶皮膜,5~6 d可拆线出院[1]。

2 结果

术后声音嘶哑3例,出血2例,甲状腺危象1例,手足抽搐1例,甲状腺功能减退1例,呼吸困难3例,经治疗后全部治愈出院。

3 讨论

出血主要原因是由于甲状腺上、下动脉结扎线滑脱或腺叶残血和肌肉断面严重渗血,这些出血往往又因引流不畅形成血肿[2]。预防出血的关键在于术中彻底止血和引流通畅。术后痰多且不易咯出者,应做好保持呼吸道通畅的护理,帮助和鼓励患者咯痰或作糜蛋白酶雾化吸入。术后低位引流,本组采用乳胶管负压或胶皮膜引流法,从胸骨上窝的上方另戳口或在手术切口引出。喉返神经损伤是甲状腺大部切除术后严重并发症之一,损伤的常见部位是在甲状腺侧叶的背面内侧,喉返神经与甲状腺下动脉相交叉的区域。本组有1例术中发现声音改变,及时松解缝线;有2例手术时无直接损伤,但术后发现有喉返神经麻痹症状,可能由于组织水肿、血肿压迫或神经缺血引起,术后逐渐恢复。因此处理喉返神经损伤时应注意:①保留甲状腺后面的真被膜完整,切记不要剥离;②甲状腺侧叶内侧和下极切除平面不要靠后,使残余甲状腺略扁而薄,止血时用丝线缝合内外侧真被膜,不宜将外侧真被膜直接缝合在喉气管交界处的气管前筋膜上;③出血过多时,避免大块钳夹,钳夹和缝扎平面不超过气管平面;④非全麻手术患者,可随时发现声音改变,若术中发现患者轻微声音嘶哑,应及时予以处理。

甲状腺危象是甲亢术后一种危急综合征,原因尚不肯定,临床上多见手术前药物准备时间不够,术中挤压、疼痛、应激反应,不适当地应用水杨酸类、洋地黄类药物等因素均可能诱发甲状腺危象。手术时甲状旁腺被误切、挫伤或血供受累,都可引起甲状旁腺功能低下,血钙浓度下降至2.0 mmol/L以下,会导致神经肌肉的应激性增高,引起手足抽搐,多在术后1~3 d出现。抽搐发作时,静脉推注10%的葡萄糖酸钙,症状立即缓解。缓解后应继续给予口服钙剂,对反复或严重的低血钙症病人,应给大剂量维生素D制剂预防发作。手术中应注意:①术中多保留甲状腺侧叶后的被膜,不要过度游离周围结缔组织及血管;②缝合残余腺体时不要过深,以防误伤甲状旁腺血运;③如果误切,应立即种植。

血肿压迫或气管软化是呼吸困难和窒息的主要原因,血肿来源于术中止血不确切。气管壁长期受肿大的甲状腺压迫,特别是巨大体积甲状腺,甲状腺大部切除后,软化的气管壁失去支撑发生塌陷,导致急性窒息甚至死亡。因此,术中要有前瞻性意识到气管哪些部位会有塌陷的可能,术中甲状腺大部切除后,见气管软骨环弹性差、变薄、变软、变扁或呈刀鞘样凹陷,以及气管壁随呼吸出现扇动等,是可靠的诊断依据[3]。我们处理重要血管时均采用2把血管钳钳夹,剪断后保留端双重结扎。甲状腺残留断面缝扎止血。术中注意气管弹性,如果弹性消失,立即将气管固定于胸锁乳突肌或颈前肌上,以达到气管外支撑,避免了因气管软化引起窒息。

[参考文献]

[1] 冯地忠,孟 镔,孟迪生,等.甲状腺大部切除术手术并发症的临床解剖学分析[J].局解手术学杂志,2005,14(4):246.
[2] 蒋德华,孟 镔,王 钢,等.甲状腺癌38例诊断及临床分析[J].局解手术学杂志,2008,17(1):37.
[3] 卢荣亮,卢 方.甲状腺肿并发气管软化症的诊治[J].桂林医学院学报,1991,4(3):118-121.

[收稿日期] 2009-05-31 [修回日期] 2009-06-22 (编辑:张天飞)