维普资讯 http://www.cqvip.com

288-18 甲状腺疾病 诊断 治疗 17

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 4

·经验交流·

甲状腺疾病36例诊治体会

R581

杨继武* 谭云波 尹光芬* 顾思平* 何 举* 刘仁贵*

一、临床资料

1. 一般资料：本组36例，女24例，男12例，年龄20～71岁，平均40岁，病程3天～20年，平均1.96年，住院天数9～35天，平均16天。

2. 临床表现及病理结果：36例中，表现为甲亢6例，其中原发性甲亢4例，继发性甲亢2例（腺瘤及结节性甲状腺肿并甲亢各1例），甲状腺腺瘤25例（左腺叶16例，右腺叶9例），并囊内出血11例，甲状腺腺癌2例，异位甲状腺2例，桥本氏病1例。

3. 手术及麻醉方法：双侧甲状腺次全切7例，患侧甲状腺腺叶次全切加峡部和锥体叶切除14例，腺瘤摘除术15例。全麻插管23例，颈从麻醉13例。

4. 术前准备：①本组6例甲亢患者，除一例因用抗甲状腺药物引起白细胞下降，直接用碘剂和心得安准备外，其余5例经抗甲状腺药物治疗至症状基本控制后，再用卢戈氏液2～3周，对心率、基础代谢率控制不理想者加用心得安、利血平和安定准备，至病人情绪基本稳定，睡眠好转，体重增加，脉率在90次左右，基础代谢率降至20%以下作为手术条件。②对甲状腺结节超过4×4×4cm³之腺瘤，术前常规给卢戈氏液5滴，每日三次，直到腺体变小变硬方才行手术治疗。对囊内出血者，术前给一周抗凝血治疗，待病情稳定后方可手术治疗。

二、治疗结果：本组36例全部治愈出院，术后发生并发症3例。甲亢危象1例，痰液阻塞气管引起呼吸困难1例，伤口内出血血肿压迫引起呼吸困难1例，无手术死亡。甲状腺腺癌2例行患侧甲状腺切除加峡部和锥体叶切除，术后规律化疗。

三、讨论

1. 术前准备：甲亢病人在基础代谢率高亢的情况下，手术危险性很大，因此，充分而完善的术前准备是保证手术顺利进行和预防术后并发症的关键，而药物准备借以降低基础代谢率是术前准备的重要环节。本组6例甲亢病人，术前均接受2～3月系统抗甲状腺药物治疗使症状基本控制。T_3、T_4水平控制在正常范围后，再服用卢戈氏液2～3周，4例因心律控制不理想，术前一周加用心得安20～80 mg每天4次。卢戈氏液不仅能控制甲状腺素释放，而且能减少甲状腺的血流量，使腺体变小，变硬，心得安能抑制肾上腺素能神经活动，使心动过速，心律不齐很快得到控制。

2. 手术方式比较：本组6例甲亢患者，行甲状腺大部切除术，无甲亢复发及甲减等并发症发生，说明只要严格掌握适应症，手术仍是甲亢最主要治疗方法。25例甲癌中行患侧甲状腺腺瘤摘除术15例，术后B超检查发现残留小腺瘤2例，占13.3%。行患侧甲状腺腺叶次全切10例，术后B超复查无残留小腺瘤发生，此结果说明行患侧甲状腺次全切除术比单纯腺瘤摘除术好。

3. 麻醉方法选择：36例中行全麻插管23例，占63.8%，其中发生呼吸道感染4例，占17.4%，颈丛麻醉13例，未发生呼吸道感染，所以除因甲状腺巨大，病程长，气管受压移位变窄，应注意气管软化外，我们认为颈从麻醉较全麻插管优越，笔者认为双侧甲状腺次全切除术可选用全麻插管，而患侧甲状腺大部切除术或腺瘤摘除术选用颈从麻醉为佳。

4. 并发症的防治：(1)术后呼吸困难的窒息：是术后最危急的并发症，多发生在术后48小时内，本组2例分别发生在术后5小时和12小时。前者因患者年老体弱，甲状腺左腺叶多发性腺瘤，行患侧甲状腺次全切除术后伤口内出血压迫气管引起呼吸困难，立即床旁剪开缝线2针，敞开伤口清除积血但呼吸困难改善不明显后及时手术止血。后者因全麻插管后并发呼吸道炎症，呼吸道分泌物增多，由于伤口疼痛，患者不敢用力咳痰，痰液粘稠引起呼吸道阻塞，发生呼吸困难，经用18T导尿管反复吸痰，吸出长条形粘稠痰后，呼吸随之改善。为预防此并发症，我们的体会是：①术后48小时应安排有经验的医护人员进行特护；②术后应常规

* 作者单位：671000 云南省大理医学院附属医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

在病人床旁放置吸痰器，无菌气管切开包和手套，以备急用；③病人清醒后应取半坐卧位，鼓励病人咳痰、嘱家属拍背；④全麻插管病人术后应常规雾化吸入。(2)甲亢危象防治：此并发症常发生在术后12～36小时，本组1例原发性甲亢患者术后12小时出现烦躁，呕吐，体温38.9℃，脉搏130次/分，血压190/110mmHg发生甲亢危象，其发生机理可能为甲亢时肾上腺皮质激素的合成，分泌和分解代谢加速，久之使肾上腺皮质功能减退，而手术创伤的应激即诱发危象。因此危象的发生多由于手术前准备不够，甲亢症状未能很好地控制所致。甲亢病人使基础代谢率降至正常范围才施行手术是预防甲亢危象的关键，所以不但要早期诊断，早期治疗，更要早期预防。措施如下：①碘剂：术后常规让病人口服，每次1～3ml，每日3次；②氢化可的松应用：术前2小时用氢可100mg静滴，术后每日200～400mg滴注，以拮抗应激。③利血平1～2mg，肌注以降低周围组织对儿茶酚胺的反应；④心得安：每次20～80mg，每天4次。⑤综合措施：吸氧镇静及降温等处理。

5. 甲状腺手术的引流问题：甲状腺手术后引流的通畅度，是历来手术医生关注的问题之一，我们采用腹部手术中的引流橡胶管，长约4～6cm，剪成半圆柱形，一端剪成两个半边，凸面分别置于甲状腺残面上，未剪开的一端从切口下方胸骨切迹上另开口引出，术后24～72小时，或引流量小于30ml可拔除引流管。实践证明，这样的引流处理，不仅引流通畅，而且有利于观察引流量及切口愈合，很少发生逆行感染。

参 考 文 献

1. 裘法祖，主编. 外科学. 第4版. 北京：人民卫生出版社，1995：303－307.
2. 刘镜波. 甲状腺功能亢进的手术治疗. 中国普通外科杂志，1998，(7)增刊：72－73.
3. 王文龙. 243例甲状腺结节的诊治体会. 中国普通外科杂志，1998，(7)增刊：73－74.

(收稿：1999-06-28)

米非司酮治疗子宫肌瘤45例

陈卫红*

一、资料与方法

1. 研究对象：绝经前子宫肌瘤患者45例，年龄26～50岁，平均38.6岁，经B超证实的子宫肌瘤患者，有一个或多个瘤体，瘤体最小径线≥20mm，3个月内未接受其它影响子宫肌瘤药物，包括避孕药，子宫体积大于孕3月者不作研究，患者无米非司酮服用禁忌症。

2. 方法：45例患者口服米非司酮12.5mg于月经周期任何一天开始，睡前空腹冷开水吞服，连续6个月为一疗程，在治疗过程中可能出现的少量阴道出血勿需处理可自行停止，口服1个月、3个月、6个月后门诊B超监测，共三次，同一患者三次检查尽可能由同一B超医师同一仪器完成，肌瘤体积用公式 $V=4/3\pi abc$ 计算，其中a、b、c分别表示瘤体三维径线的各线半径，瘤体变化用公式 $\triangle V=(1-V2/V1)\times 100\%$ 计算，V1、V2分别表示治疗前后瘤体体积。治疗后3个月及6个月检查肝肾功能共2次。

二、结果

1. 症状与体征：所有患者在接受治疗期间均发生闭经，停药后1～2个月左右月经来潮，经量较前减少，原有贫血患者因为闭经6个月使贫血症状得到改善。所有病例均未发生副反应，小部分病例轻微GPT升高为可逆性，可继续服药。

2. 子宫肌瘤体积变化：45例中有2例其瘤体体积最大径线为30mm，服药3个月后B超复查瘤体消失(不排除仪器分辨率影响)，有1例服药3个月后瘤体体积几无变化，自行中断治疗，其余病例均有不同程度的缩小。治疗前平均体积(65.60±15.26)cm^3，治疗后平均体积服药一个月后(60.53±13.11)cm^3，三个月后(38.68±11.06)cm^3，六个月后(31.78±12.06)cm^3，服药前3个月瘤体缩小最为明显，6个月后平均体积缩小为51.56%。

三、讨论

子宫平滑肌瘤是女性盆腔常见肿瘤，以良性居多，多数学者认为子宫肌瘤的病因与雌激素作用有关，是刺激肌瘤发生与发展的主要启动因子。目前研究显示雌孕激素水平与肌瘤的发生和生长均有关系，肌瘤在

* 作者单位：312000 浙江省绍兴第二医院妇产科