维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol.14, No.4

·经验交流·

甲状腺大部切除术手术并发症的临床解剖学分析

Anatomical analysis of the complications of subtotal thyroidectomy

冯地忠[1]，孟 镔[1]，孟迪生[2]，倪 跃[1]，胡振龙[1]，蓝荣飞[1]，聂国强[1]，田 平[1]（1.安徽理工大学医学院解剖学教研室，安徽 淮南 232001；2.鹤岗矿务局总医院，黑龙江 鹤岗 154100）

[关键词] 甲状腺大部切除术；解剖学；并发症
[中图分类号] R659；R322 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)04-0246-01

甲状腺大部切除术是甲状腺疾病手术治疗的最常见术式，但由于甲状腺的血供丰富和位置特殊，增加了手术的难度。如何减少手术的并发症一直都是广大医师追寻的目标。本文对73例经甲状腺大部切除术治疗且术后产生并发症的病例进行临床解剖学分析，现报告如下。

1 资料与方法

本组调查经甲状腺大部切除术且术后出现并发症的病例73例，男14例，女59例，男女比例为1:4.3，年龄16~71岁，平均40.7岁。在麻醉下病人仰卧位，肩下垫一软枕，使颈部后仰，于胸骨上方作与颈部皮纹一致的弧形切口，依次切开皮肤及各皮下组织，楔形切除大部分甲状腺[1]。全部病例经0.5~6年随访观察，平均随访时间为3.2年。

2 结果

2.1 病因分布

73例甲状腺大部切除术的病因分布如下：甲状腺结节24例；甲状腺瘤16例；甲亢15例；甲状腺炎12例；甲状腺癌5例；单纯性甲状腺肿1例。

2.2 并发症分布

73例甲状腺大部切除术术后并发症分布如下：复发15例；喉返神经损伤13例；甲状旁腺损伤12例；甲状腺功能低下12例；术后出血8例；切口感染7例；甲状腺危象4例；食管瘘2例。

3 讨论

腺体残留过多是造成复发的重要因素[2]，另外未切除甲状腺峡部和锥体叶，以及术后未进一步治疗，也是复发的常见原因。残留腺体过多主要是由于术前症状控制不充分，碘剂使用不当及病人心理准备不充分等多种因素造成的[3]。甲状腺血供丰富，术中在近喉返神经的危险区操作不当或术中盲目钳夹止血结扎，术后手术区水肿，疤痕牵拉压迫等均可造成喉返神经损伤[4]。若在清醒麻醉下手术，可让病人发音以了解有无声嘶征象，以免喉返神经损伤。如不慎因牵拉或钳夹损伤喉返神经可用皮质激素局部喷洒，术后继续应用皮质激素静脉输入5 d左右，多能恢复良好。甲状旁腺的损伤主要原因是术中对甲状腺下动脉或其分支行切断结扎时甲状旁腺的供血动脉支被结扎导致甲状腺缺血，另外术者对活体甲状旁腺辨认不清而误切或挫伤，从而没有保留腺体背面部分的完整性[5]。在缝扎时应保留甲状腺后被膜完整性且远离甲状旁腺区域，如发现有甲状旁腺被误切，应将腺体取出移植至胸锁乳突肌或颈前肌层中。术中、术后严格的无菌操作，尽量应用较细的不吸收线或电凝止血，是防止切口感染和窦道形成的有效措施。甲状腺危象的发生与术前准备不足、甲亢症状未能很好控制及手术应激有关，在安静状态下使患者心率控制在80次/min以下，服碘剂2周左右使腺体缩小变硬，术前晚睡眠不好者给予镇静药保证充分的睡眠，术中操作轻柔，不要挤压腺体，避免甲状腺内毒性物质进入血液循环而产生危象[6]。甲状腺手术要求术者必须具备扎实的基本操作技术，认真负责的工作态度和良好的心理素质，认真做好术前、术中和术后的检查、操作和护理，一旦出现并发症应作相应的对症处理，必要时应再次手术治疗。

[参考文献]

[1] 于 震，潘国朝，才安克，等.甲状腺结节诊断与治疗[J].实用癌症杂志，1990，5(1)：187-191.
[2] 王有德.甲状腺癌120例临床分析[J].实用外科杂志，1986，37(5)：241.
[3] 陆仰东.甲状腺结节256例临床分析[J].职业与健康，2005，21(2)：289-290.
[4] 姜修敏，姜志建，刘彦中，等.结节性甲状腺肿术式改进及体会[J].局解手术学杂志，2003，12(1)：13.
[5] 孙 备，许 军，姜洪池.甲状腺大部切除术2 200例临床体会[J].中国实用外科杂志，2002，22(10)：630.
[6] 毛贵贤，赵文博.甲状腺大部切除术如何避免术中和术后并发症[J].哈尔滨医药，2003，23(3)：20-21.

[收稿日期]2005-01-20 [修回日期]2005-05-19

（编辑：黄春霞）