维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg,2007,Vol.16,No.2

甲状腺大部切除术并发症的预防

李平生,朱 任 (靖江孤山医院甲状腺科,江苏 靖江 214500)

[关键词] 甲状腺;甲状腺切除术;并发症
[中图分类号] R653 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0130-01

甲状腺功能的改变可造成机体一系列的代谢失调,经严格内科保守治疗无效者应手术治疗。我院自1999年到2006年共进行各种甲状腺手术治疗252例,现就甲状腺大部切除术并发症的预防分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组252例,男32例,女220例。原发性甲状腺机能亢进症(甲亢)60例,结节性甲状腺72例,弥漫性甲状腺肿22例,甲状腺瘤98例。其中甲状腺二次手术4例。

1.2 方法

本组病人均采用局麻。用弯血管钳钳夹腺体上极向下牵拉,用直角钳插入上极内侧疏松间隙,轻柔地分离上极内缘和后缘,再用直角钳推开上极外缘疏松组织,在上极下方0.5 cm处紧贴上极腺体钳夹切断血管集束(含甲状腺上动、静脉)。切断结扎甲状腺中静脉,游离腺体下极,切除锥体叶,分离甲状腺峡部,在腺体下极(包含甲状腺下动、静脉分支在内)预定切面上一止血钳,在钳面上剪除腺体组织。接着,采用"钳剪交替法"切除腺体。注意腺体切除时均为甲状腺囊内切除[1],应确保甲状腺被膜的完整性。采用乳胶管负压引流,从胸骨上窝的上方另戳口引出,术后48~72 h内拔除引流管,5~6 d拆线出院。

2 结果

本组无手术死亡及甲状腺危象发生。并发症主要有暂时性甲状旁腺功能低下2例,术后3~7 d恢复正常;喉上神经损伤2例;暂时性喉返神经损伤1例,术后3~6个月恢复功能。

3 讨论

3.1 呼吸道梗阻的处理

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。我们处理重要血管时均采用2把血管钳钳夹,剪断后双重结扎。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。

3.2 甲状腺上下极血管的处理

本组处理甲状腺上极血管采用的是集束结扎法,即不强求完全游离上极血管,而是充分游离上极周围组织后,紧贴上极一次性地将包括少许血管旁组织在内的血管集束完整地结扎。同时处理上极时不作过度牵拉或强行托出。这样可避免喉上神经的损伤。处理甲状腺下动脉时,尽量靠近甲状腺下极表面结扎血管(即囊内结扎法),保留甲状腺后被膜。

3.3 喉返神经的暴露

甲状腺切除术中是否常规显露喉返神经有不同意见,笔者认为甲状腺部分或次全切除不必常规显露喉返神经。如需作甲状腺腺叶的近全切除或全切除者,则需尽可能先暴露神经,再作腺叶切除,必要时可以剖开甲状腺组织,以增加喉返神经的显露,减少其损伤机会。甲状腺残留断面组织缝合时,注意勿缝合过深,以免穿透背面的被膜,且缝线应与神经长轴保持平行,以减少神经误扎的机会[2]。

3.4 甲状腺腺体的切除

本组采用"钳剪交替法"切除腺体,在直视下用弯止血钳在预定切除线钳夹甲状腺固有膜,把喉返神经置于切除组织以外,在甲状腺内切除,确保被膜的完整性。

3.5 甲状旁腺的处理

甲状旁腺损伤常因误切、挫伤或血供障碍所致,改良后的手术方法是处理甲状腺血管均紧靠甲状腺,于甲状腺真假被膜间进行,术中只要保留背侧包膜,就可避免甲状旁腺损伤[3-4]。

3.6 术后引流

本组采用乳胶管负压引流法,从胸骨上窝的上方另戳口引出,术后48~72 h内拔除引流管,5~6 d拆线出院。对于甲状腺腺瘤(直径<1.5 cm),若术中止血确切,可于创面喷以生物蛋白胶,不放引流。

[参考文献]

[1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2002.822.
[2] 钱 礼. 甲状腺手术中喉返神经损伤的预防和处理[J]. 实用外科杂志,1993,13(6):333.
[3] 林大富,涂永久,陈 战,等. 甲状腺肿瘤989例手术治疗分析[J]. 局解手术学杂志,2005,14(5):322.
[4] 王保坤. 甲状腺大部切除术后并症的防治体会[J]. 中华医学研究杂志,2006,6(10):1142-1143.

(编辑:蒋登金)

[收稿日期] 2006-11-15 [修回日期] 2007-01-12