维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2004)04－0536－02

胸骨后甲状腺肿的临床诊治

蒋迎九，温剑虎，向小勇，吴庆琛，杨双强，杜　铭

(重庆医科大学临床学院胸心外科,重庆　400016)

【摘　要】目的:探讨胸骨后甲状腺肿的临床特点、诊断与外科治疗。方法:回顾性分析 28 例手术切除胸骨后甲状腺肿病人的临床资料,均经病理证实。结果:28 例胸骨后甲状腺肿病人中原发性 3 例,继发性 25 例;临床表现主要为颈部包块(25 例)、胸闷不适(23 例)和呼吸困难(8 例)。胸部 X 线检查结合^{131}I 扫描是术前的重要诊断手段。术后早期发生失语 1 例,无手术死亡。术后 3 例复发。结论:疑有本病时应行胸部 X 线检查及^{131}I 同位素扫描以期早期诊断。外科手术是本病唯一有效的治疗方法,其预后较满意。

【关键词】胸骨后甲状腺肿;甲状腺肿瘤;诊断;治疗

【中国图书分类法分类号】R654　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2003－11－28

Diagnosis and surgical treatment of the substernal goitre

JIANG Yingjiu, et al

(*Department of Cardiac－thoracic Surgery, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To investigate the clinical characteristics, diagnosis and surgical treatment of the substernal goitre. *Methods*: 28 cases of substernal goiter operated were retrospectively analyzed. All were histopathologically proven. *Results*: This group included 25 secondary cases of cervical goitre and 3 primary cases. The clinical manifestations were cervical mass(25/28), thoracic discomfort(23/28) and dyspnoea(8/28). The preoperative diagnoses were established mainly on the basis of chest X ray combining with ^{131}I scan. There was no operative mortality postoperatively, but 1 patient(3.6%)complicated with transient dysphonia and 3 cases relapsed. *Conclusion*: Chest X ray and ^{131}I scan are helpful for making a diagnosis of substernal goiter before operation. Surgical removal of the tumor is the best choice with satisfactory prognosis.

【Key words】Substernal goiter; Thyroid neoplasms; Diagnosis; Surgical treatment

胸骨后甲状腺肿是指颈部肿大的甲状腺位于胸骨切迹以下或肿大的甲状腺原发于纵隔内[1,2]前者称为继发性胸骨后甲状腺肿,后者称为原发性胸骨后甲状腺肿。1974～2003 年,我院共手术治疗胸骨后甲状腺肿 28 例,报告如下。

1　临床资料

1.1　一般资料

本组男 10 例,女 18 例;年龄 27～61 岁,平均 48.1 岁。病程 6 周～17 年,平均 1.9 年。主要症状:颈部包块 25 例,胸闷不适 23 例,呼吸困难 8 例,胸痛 3 例,颈静脉怒张及声嘶各 1 例,甲亢症状 1 例。4 例无自觉症状,因其它疾病检查发现纵隔肿块。颈部可扪及肿块 25 例,20 例有气管移位。全组病例均行胸部 X 线检查、胸部 CT 或 MRI 检查,均提示有前上纵隔块影。位于右前上纵隔 12 例,左前上纵隔 10 例,双侧纵隔增宽 6 例。4 例行颈部包块穿刺针吸细胞学检查,2 例获确诊。13 例行^{131}I 扫描,均证实为胸骨后甲状腺肿。继发性胸骨后甲状腺肿 25 例,原发性胸骨后甲状腺肿仅 3 例。

1.2　手术方法

本组病例均在全麻气管内插管下施行手术。其中颈部切口 19 例,前胸切口 3 例,颈部加胸骨正中切口 6 例。继发性胸骨后甲状腺肿先游离颈部甲状腺肿,处理甲状腺中静脉及上血管,然后向上提拉甲状腺情况下钝性游离甲状腺下极并处理甲状腺下血管,将胸骨后甲状腺肿拖至颈部,直视暴露下切除。若甲状腺下极不能牵至颈部时,则需要加胸骨上段劈开,便于处理甲状腺下极。原发性胸骨后甲状腺肿原则应经胸骨部分劈开或前胸切口途径进行手术切除。

2　结　果

作者介绍:蒋迎九(1969－　),男,主治医师,
主要研究方向:胸心外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

本组无死亡,术后早期单侧喉返神经麻痹 1 例,出院时恢复。术后病理检查组织学分型:结节性甲状腺肿 19 例,甲状腺腺瘤 8 例,乳头状腺癌 1 例。随访时结节性甲状腺肿复发 3 例,乳头状腺癌 1 例已存活 27 个月,其余健康生存。

3 讨 论

胸骨后甲状腺肿是甲状腺肿组织异位存在于胸内形成的一种纵隔肿瘤样病变。继发性者起源性颈部甲状腺,其肿大的甲状腺因重力及胸腔负压的吸引,沿颈部筋膜向下坠入胸骨后纵隔而形成,因此几乎均位于前上纵隔内。原发性者较少见,本资料中仅有 3 例,占 10.7%,它是由胚胎期甲状舌管离开原基并迷走于纵隔内生长发育而成,与颈部甲状腺没有联系,多位于前上纵隔,也可发生于其它纵隔区域,其血供来源于胸内动脉。胸骨后甲状腺肿主要发生于成年人群,但以中老年多见,男女比例相近[1,3]。本资料为 27～61 岁,平均 48.1 岁,45 岁以下居多,占 81.9%;女性略多于男性,男女比为 1:1.8;本组病程长短不一,平均为 5.7 年,最长达 17 年,最短者仅 6 周。这与文献报道接近[2]。在外科治疗的纵隔肿瘤中占 2%～7%,在外科治疗的甲状腺疾患中占 1%～20%,报告数据如此悬殊的原因可能与各家的诊断标准不同有重要关系,本组与纵隔肿瘤及甲状腺疾患的构成比则分别为 2.4%与 0.8%。尽管胸骨后甲状腺肿的发病率并不高,但部分疑为本病者实为胸骨后甲状腺癌肿,本组中即有 1 例最终诊断符合此情况,有报道称此情况发生率可高达 17%,应予高度警惕。

本病临床表现主要取决于肿块的大小与部位,其常见的症状有颈部包块、胸闷胸痛和呼吸困难。部分病人甚至可有声嘶、失语、吞咽困难、颈静脉怒张、甲状腺功能亢进、霍纳综合征及体重减轻等[4]。本组病例的症状主要有:颈部包块 25 例(89.0%),胸闷不适 23 例(82.1%),呼吸困难 8 例(28.6%),胸痛 3 例(10.7%),颈静脉怒张、声嘶及甲状腺功能亢进症状各 1 例(3.6%)。4 例(14.3%)无自觉症状,因其它疾病作胸部 X 线检查发现。后前位和侧位胸片可见前上纵隔肿块及肿块压迫气管征象,结合颈部肿块相延续的特性,往往可作出初步的定性诊断,有报道 80%左右的病人可获确诊[1],本组中有 18 例(64.3%)籍此诊断。胸部 CT 或 MRI 不但可以清晰了解胸骨后甲状腺肿的大小,范围、与颈部肿块的关系,而且还可明确肿块与周围器官组织的关系,因而有重要诊断意义,尤其是对继发性者,几乎可获确诊[5]。不过,单就胸部影像学检查而言,往往只有定位诊断作用,其定性诊断需结合颈部体征及^{131}I 扫描检查。^{131}I 检查无论对原发性还是继发性胸骨后甲状腺肿均有确诊意义,并能在一定程度上判断肿块的良恶性质[6],本组中 13 例行此项检查,均获确诊,表明它在术前的定性诊断中,有不可替代的作用。尽管针吸细胞学检查在颈部甲状腺中应用甚广,但对胸骨后甲状腺肿因其操作的难度与危险性,因而在临床上的应用有减少的趋势[7]。本组中 4 例行此检查,2 例获确诊,如果有熟练的操作技能作保证,通过选择恰当的病例,甚或在 B 超或 CT 引导下进行穿刺,针吸细胞学检查将不失为术前诊断胸骨后甲状腺肿的有效方法。

由于胸骨后甲状腺肿多伴原发或继发的压迫症状,有恶变倾向,可继发甲亢表现等,因而一经诊断,均应尽早手术切除[8,9]。手术多主张在全麻气管插管下进行,多数胸骨后甲状腺肿病人可通过颈部切口完成手术。术中应持续轻柔牵拉病变,逐步游离病变组织,要求在直视下进行操作,切忌单纯强调颈部切口而在胸骨后或胸腔内盲目操作,避免因肿瘤周围血管被盲目离断后回缩至纵隔或胸腔内,造成难以控制的大出血。对胸骨后巨大甲状腺肿、疑有恶变或血供源于胸内动脉、有明显腔静脉或气管受压、再次手术、诊断不明和原发性胸骨后甲状腺肿者则应考虑加用胸骨正中切口或前胸切口。对合并有甲亢症状者,术前应予内科药物治疗,充分准备。出血、喉返神经损伤、气道阻塞是本病术后早期的常见并发症,报道显示其发生率分别可达 0.8%,4.6%,2.1%。本组发生喉返神经麻痹 1 例,无 1 例术后早期出血。我们体会术中充分暴露,直视下操作,牢固结扎甲状腺上、下极动脉,严密缝合处理甲状腺被膜,可有效防止术后出血。术后应对病人进行密切监护,如出现气促、呼吸困难、口唇发绀等气道阻塞表现,应及早行气管插管甚或气管切开。术后随访资料表明,良性胸骨后甲状腺肿预后佳,但有复发倾向;乳突状甲状腺癌预后亦较好,但仍有复发可能;未分化癌往往手术完全切除困难而预后差。

(下转第 552 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

50ml,术后每日应补充复方氨基酸 25～50ml,间断补充血浆或白蛋白直至能顺利进食。

3.3 *后并发症的预防和处理*

3.3.1 呼吸系统 肺炎、肺不张是术后最常见的并发症,术后除呼吸机辅助呼吸外还应加强超声雾化,翻身拍背、吸痰等处理。经胸入路手术虽术野开阔便于操作,但对肺的直接牵拉和压迫常造成较多的肺部并发症[4]。胸膜外入路手术因胸膜保持完好,相对经胸入路对肺的影响较小,术后能保持较好的呼吸功能。马氏[5]报道经胸膜外入路手术,8 例存活患儿中仅 1 例术后用了呼吸机辅助呼吸。

3.2.2 吻合口瘘及食管气管瘘复发的防治 吻合口瘘是术后患儿死亡的主要原因。手术中充分游离食管两端,尽量减小吻合口张力是防治吻合口瘘的关键。但应注意下端食管不能游离太广泛,已防血供不足。若吻合口张力较大者,可将吻合口上下两端食管与纵膈胸膜作间断缝合固定数针,以减轻张力。若食管两断端间距 >2cm,游离后吻合口张力仍高,可采用 Livaditis 食管肌层环形切开延长食管。岳氏报道[6]在 CEA 术中采用上端食管 V 型食管瓣翻转缝合延长食管的方法也可值得借鉴。若发生吻合瘘应及时行胸腔闭式引流,同时加强抗感染及支持治疗。气管食管瘘的处理最好采取切断瘘管缝扎并烧灼残端粘膜。采用瘘管结扎食管端侧吻合的术式瘘管复发率较端端吻合的明显增高。[2]。若患儿术后出现哺乳呛咳、憋气、肺炎加重应考虑瘘管复发可能。钡餐检查确定瘘管复发者应再次手术。

3.3.3 吻合口狭窄的防治 手术中尽量扩大吻合口。近端食管因闭锁而扩张,吻合口较大。远端食则相对狭窄,在充分游离的基础上将远端食管前壁剪开约 0.5cm 后再行吻合,可有效防止吻合口狭窄。出院前常规钡餐检查,吻合小于 0.5cm 者应当行食管扩张。小婴儿食扩比较困难,有作者建议采用胃造瘘钢丝引线循坏式扩张[5]。本组 3 例术后 1 月采用萨式扩张器纲丝引导下扩张食管,效果良好。在扩张过程中因吻合口狭窄或有成角,钢丝引导可能受阻,我们采用 Stoz 新生儿硬式支气管镜直视下将引导钢丝穿过吻合口后扩张食管。此方法简单有效,不必行胃造瘘。

3.3.4 晚期并发症 胃食管返流是最主要晚期并发症。CEA 术后食管返流可能和手术损伤食管神经有关。也可能是由于食管自身结构或内外源性神经支配异常所致[7]。严重的胃食管返流需行胃底折叠手术。目前我们尚无这方面的经验,本组病例有待长期随访。

参 考 文 献

[1] 朱 军,周光萱,孙荣国,等.先天性食管闭锁围产期死亡的危险因素分析[J].中华小儿外科杂志,1997;18:325－327.

[2] 杨启政,陈 琦,王家祥,等.小儿先天性畸形学[M].河南医科大学出版社,1999;60－64.

[3] Holdre TM, Ashcraft KW. Developments in thecare of oesophageal atresia and trocheo－oesophaeal fistula[J]. Surg Clin Am, 1981;51:1051－1061.

[4] 张儒舫,谷兴琳,顾海涛,等.先天性食管闭锁的外科治疗[J].中华小儿外科杂志,2001;22:331－332.

[5] 马汝柏,叶蓁蓁,马继东,等.先天性食管闭锁 17 例治疗体会[J].中华小儿外科杂志,1997;18:76－78.

[6] 岳军正,姜立新,周致红,等.先天性食管闭锁术式改良[J].中华小儿外科杂志,1998;19:312.

[7] 潘伟华.先天性食管闭锁伴气管瘘基础研究进展[J].中华小儿外科杂志,2001;22:308－310.

(上接第 537 页)

参 考 文 献

[1] Dedivitis RA, Guimaraes AV, Machado PC, et al. Surgical treatment of the substemal goitre[J]. Int Surg, 1999;84(3):190－192.

[2] Torre G, Borgonovo G, Amato A, et al. Surgical management of substemal goitre: analysis of 237 patients[J]. Am Surg, 1995;61(9):826－831.

[3] Arici C, Dertsiz L, Altunbas H, et al. Operative management of substemal goitre[J]. Int Surg, 2001;86(4):220－224.

[4] 高禹舜,孟平均,张德超,等.胸内甲状腺肿的外科治疗[J].中国实用外科杂志,2002;22(1):53－54.

[5] 陆 地.胸内甲状腺的 CT 诊断[J].中外医用放射技术,1999;7(1):89－90.

[6] 田长承,吴孟然.甲状腺机能亢进伴合并症的外科处理[J].滨州医学院学报,2002;25(5):350－351.

[7] 王庆国,陈奎民,白永发.胸内甲状腺肿 32 例的外科治疗[J].中国普通外科杂志,2002;11(5):311－313.

[8] 张 彬,屠规益.胸骨后甲状腺肿物的手术处理[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1997;32(2):115－118.

[9] Hedayati N, McHenry CR. The clinical presentation and operative management of nodular and diffuse substemal thyroid disease[J]. Am Surg, 2002;68(3):245－251.