

甲状腺微小癌 28 例诊治体会

谭桂兴

(山东铝业公司医院 淄博 255069)

摘要:目的:进一步探讨甲状腺微小癌的临床特点、诊断和治疗。方法:回顾分析 2000 年 1 月~2005 年 12 月我科手术治疗的 28 例甲状腺微小癌临床特点和术前、术中诊断及治疗方法。结果:本组甲状腺微小癌占同期收治的甲状腺癌的 38.9%,男女之比 1:4.6,年龄 26~68 岁,28.6%病灶为多发性。临床表现为甲状腺结节性肿大,8 例为健康查体 B 超检查发现甲状腺结节,20 例(71.4%)术前超声检查提示可疑甲状腺癌。术中常规行快速病理检查。主要术式为腺叶、峡部和对侧腺叶大部切除术,其中 10 例行功能性颈淋巴结清扫。结论:甲状腺微小癌发病率较高,多伴有常见的良性甲状腺结节性病变,多数病人预后好。注重术前超声检查和术中全面探查及快速病理检查有助于甲状腺微小癌的诊断。酌情选择恰当的术式,既清除病灶又避免不必要的过度治疗。

关键词:甲状腺微小癌;诊断;治疗

中图分类号:R 736.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)05-0057-02

甲状腺微小癌(Thyroid Microcarcinoma TMC)是指直径小于 10mm 的甲状腺乳头状癌^[1],术前确诊率低,其手术切除范围目前存在争议。我科自 2000 年 1 月~2005 年 12 月共收治 TMC 28 例,回顾分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我科自 2000 年 1 月~2005 年 12 月间共收治 TMC 28 例,占同期手术并经病理证实的 72 例甲状腺癌的 38.9%。其中男 5 例,女 23 例,男女之比 1:4.6,年龄 26~68 岁,平均 48.8 岁。临床表现:查体扪及甲状腺结节 20 例,8 例为健康查体 B 超检查发现甲状腺结节。

1.2 术前诊断 根据临床症状、体征、甲状腺功能、B 超等检查结果,术前提示可疑甲状腺癌 20 例(71.4%),甲状腺瘤 4 例,结节性甲状腺肿 4 例。

1.3 治疗方法 行一侧腺叶全切加峡部切除加对侧次全切除术 10 例,双侧甲状腺腺叶次全切除术 8 例,甲状腺一侧腺叶全切加同侧颈淋巴结清扫术 10 例。本组术后并发一过性甲状旁腺功能低下 2 例,皮下血肿 5 例,乳糜瘘 2 例,无其他并发症。

1.4 病理结果 28 例均由常规石蜡切片病理检查确诊,其中 2 例伴滤泡状癌,1 例伴髓样癌,20 例伴结节性甲状腺肿(71.4%),8 例伴桥本氏病(28.6%)。28 例均行术中快速冰冻切片检查,均明确查见癌细胞,快速病理诊断准确率为 100%。

1.5 术后处理及随访 所有病人术后均口服甲状腺激素行用。(3)带血管蒂胆囊壁补片修补法运用于 II 型及 III 型病人,该法用残留胆囊壁修补瘘口,优点是血供好,胆囊结构相近,但修补需无张力,胆总管必须放置 T 管引流。本组 II 型 3 例、III 型 2 例采用此法,其中 2 例术后发现胆漏,经持续腹腔引流后痊愈。(4)胆肠吻合术,肝总管十二指肠或空肠 Roux-Y 吻合术适用于 III 型及 IV 型病人,这些病人因胆总管壁损伤严重,直接修补易出现狭窄或瘘。本组中 III 型 IV 型各 1 例采用 Roux-en-Y 吻合,术中常规放置 T 管,均痊愈出院,随访效果满意。

近年来随着微创外科的发展,Mirizzi 综合征的治疗方法取得长远发展,腹腔镜联合十二指肠镜治疗也取得了满意的效果,但因胆囊三角的解剖变异及严重纤维粘连,对术者的要求较高,有经验的腹腔镜医生可试行切除^[4]。

2.4 Mirizzi 综合征与胆囊癌 有关胆囊癌与 Mirizzi 综合征

TSH 抑制治疗。患者术后均得到随访,随访时间 1~5 年,未见甲状腺癌复发和转移。

2 讨论

2.1 TMC 的特点 TMC 是指直径小于 10mm 的甲状腺乳头状癌,但也有人将其泛指所有直径≤10mm 的甲状腺癌结节^[2],即使如此,TMC 绝大多数仍是甲状腺乳头状癌,故临床所讨论的 TMC 的特点、诊断和治疗基本是指甲状腺乳头状癌。Bramley 等^[3]总结了世界各地尸解报告,TMC 发病率为 1.5%~35.5%。我院本组病例达 38.9%(28/72)。TMC 常无任何临床症状和体征,其隐匿性和诊断上的偶然性,往往给治疗带来较大的盲目性。以往 TMC 多在甲状腺良性疾病的手术中或手术后经病理检查确诊,故手术方案常不能预先按甲状腺癌的治疗原则进行。TMC 具有乳头状癌的多中心性的特点,也同时发生在双侧甲状腺叶,本组病例达 28.6%(8/28)。TMC 另一特点是常伴有其他良性疾病,如结节性甲状腺肿和桥本氏病,本组病例 71.4%伴结节性甲状腺肿,28.6%伴桥本氏病。大多数 TMC 表现为良性的临床经过,预后较好,有人认为其可能几乎没有临床意义,可在病人身上无症状而存留终生。但有部分 TMC 可发生局部或远处转移,最终导致死亡。实际上尽管 TMC 体积很少,但区域淋巴结转移率却不低,可高达 43%,本组达 35.7%(10/28)。那些以转移灶为首发症状的 TMC 并不罕见,且预后较差。故有人将 TMC 分为两类:一类癌灶有包膜、间质纤维多、无血管和包膜浸润,往往

的关系已越来越受到注意,在 Mirizzi 综合征患者的胆囊标本中合并胆囊癌的比例远高于单纯胆结石^[5]。我们体会术中诊断为 Mirizzi 综合征者应行胆囊快速冰冻检查,本组病例中未发现合并胆囊癌者。

参考文献

[1]KoK KY. Mangement of Mirizzi syndrome in the laparoscopic era[J]. Surg endoscopic ,1998,12(6): 1 242
[2]高友福,涂长龄,孙荣勋,等.Mirizzi 综合征的诊治探讨[J].中国实用外科杂志,1998,18(2): 98~100
[3]Redanlli CA,buchler T,King W ,et al.High concidence of Mirizzi's syndrome and gallbladder carcinoma[J]. Surgery,1997,121: 58~63
[4]England RB,Martin D,Dealt W,et al. Endoscopic management of Mirizzi's syndrome[J].Gut,1997,40: 272~276
[5]Hazzan D,Golijanin D,Reissman P,et al.Combined endoscopic and surgical management of Mirizzi syndrome[J].Surg Endosc,1999,13: 618~620

(收稿日期:2007-02-16)

为单发灶,无淋巴结和远处转移,此类病人预后较好;反之为另一类,预后较差。

2.2 TMC 的诊断 对 TMC 的诊断,应注重术前有准备、术中能确诊,避免或减少诊断的偶然性。目前核素扫描、MRI、CT 也多难以检出小于 1cm 的病灶,即使检出也很少能提供出其性质有价值的参考意见。而具高分辨率的彩超可检出甲状腺 2~3mm 的微小结节,是目前 TMC 术前诊断最有参考价值的辅助检查。彩超示甲状腺结节有以下特点,应考虑有 TMC 的可能: (1)实性或囊性; (2)低回声,尤其是极低回声; (3)内有细小点状强回声光点,尤其是多个或呈簇状; (4)结节后方回声衰减; (5)多普勒示结节内或周围血流丰富。彩超发现颈部淋巴结肿大也有助于 TMC 的诊断。本组病例术前彩超检查提示为 TMC 的 20 例 (71.4%)。彩超不仅能发现可疑的 TMC 病灶,而且可以提示病灶的数目、部位、范围,对术中探查、准确切除病灶活检、全面明确诊断、制定合理的手术方案都有极重要的参考价值。TMC 的术中诊断除了要定性外,还应注意病灶数目、部位、分布范围及有无颈淋巴结转移,既要结合彩超提示又要全面探查甲状腺,不可满足已知病灶的发现而忽略全面探查。术中快速病理检查是术中定性诊断的依据,在此应强调手术医师和病理科医师两次取材的重要性,这是避免和减少漏诊的基本保证。术中快速病理检查有一定的局限性,其准确率在 90%~95%。本组快速病理检查诊断准确率在 100%。

2.3 TMC 的治疗 鉴于 TMC 的临床特点,对 TMC 外科治疗一直存在争议。不少人认为对于无症状者不予手术,只需严密随访观察,仅对临床触及者进行姑息性手术,因而良性甲状腺疾病手术偶然发现者不必再次手术。如前所述,部分 TMC 可转移甚至危及生命,尽管对 TMC 的预后有一些判定指标,但目前在术前乃至术后尚不能完全明了,故大多数专

科医生还是主张对 TMC 采取手术治疗,但对甲状腺切除的范围和颈淋巴结清扫的范围存在不少分歧。一般我们主张做患侧腺叶和峡部切除。本组病人术前检查大多为双侧甲状腺结节,病理也证实大多数病人伴有结节性甲状腺肿或桥本氏病,为避免或减少遗漏多发癌灶以及残留腺体病灶复发,常加做对侧腺叶大部或次全切除。在癌灶尚未明确时,往往须先行双侧腺叶大部或次全切除,待快速病理检查确诊后再行患侧残留腺叶全切除,否则盲目切除的腺叶内可能并无癌灶,而癌灶可能在保留的腺体内,这样可能造成不必要的甲状腺全切。若发现多发灶,尤其是双侧 TMC,则行甲状腺全切或次全切。除了术前已明确淋巴结转移和部分拒绝行颈淋巴结清扫者,术中我们常规行 VI、IV、III 组淋巴结活检,有淋巴结转移者行功能性颈淋巴结清扫,有双侧转移者行双侧功能性颈淋巴结清扫。本组病人行同侧颈淋巴结清扫共 10 例,术后皮下血肿 5 例,乳糜瘘 2 例,均保守治疗痊愈。对已有远处转移者,应行甲状腺全切后辅以放射性碘治疗。所有病人术后均予 TSH 抑制治疗。

总之,TMC 较常见,不容忽视,注重术前超声检查和术中全面探查及快速病理检查有助于 TMC 的诊断,手术是主要治疗方法,须酌情选择恰当的术式,既要彻底清除病灶又要避免不必要的过度治疗。

参考文献

[1]Hedinger C,Williams ED,Sobin LH .The WHO histological classification of thyroid tumors: a commentary on the second edition [J].Cancer , 1989 ,63(3): 908
[2]王深明.甲状腺微小癌的外科治疗[J].中国实用外科杂志,2004,24 (10):583~584
[3]Bramley MD , Harrison BJ. Papillary microcarcinoma of the thyroid gland[J]. Br J Surg, 1996,83(12): 1 674~1 683

(收稿日期: 2007-03-01)

针刺加艾灸治疗特发性面神经麻痹

胡红筠 刘锦丽 程锦华
(江西省高安市中医院 高安 330800)

关键词:特发性面神经麻痹;针灸疗法;艾灸

中图分类号:R 746.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0058-01

近年来笔者采用针刺加艾灸治疗特发性面神经麻痹 60 例,取得良好的效果。特报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例患者中男 38 例,女 22 例;年龄最小 16 岁,最大 80 岁;发病时间最短 1d,多数在 6d 内就诊。纳入标准: (1)急性起病,1~5d 达高峰; (2)病变前有病毒感染、吹风、受凉、过劳等病因,病初可有耳后疼痛; (3)病变侧额纹消失,眼裂变大,闭目不严,鼻唇沟变浅,口角下垂,示齿、鼓腮等动作不能完成,贝耳氏征阳性; (4)可伴听觉过敏,舌前 2/3 味觉丧失,或继发于带状疱疹。排除标准:排除外伤、耳科疾病、桥小脑角部位病变所致的周围神经损害。

1.2 治疗方法

1.2.1 选穴 取少阳、阳明经穴,即患侧翳风、地仓透颊车、

四白、阳白、完骨、合谷;舌麻、味觉消失,加廉泉;听觉过敏加听宫。

1.2.2 操作方法 选定穴位,皮肤常规消毒。以 1.5 寸毫针刺翳风、合谷,用泻法,强刺激,留针 20min;以 1.5 寸毫针刺完骨,用轻刺激;余穴以 1 寸毫针浅刺,轻刺激(发病 7d 内不宜用重手法),留针 20min。针刺完毕,用艾条 2 根,点燃后以阳白、完骨、颊车、四白穴为中心进行热灸 15min。热灸结束后,待局部皮肤温度与其它地方皮肤温度相等后,拔针。10d 为 1 个疗程,休息 1d 继续下 1 个疗程。治疗期间嘱患者注意保暖,配合面部功能锻炼。

1.3 治疗结果 治愈(临床症状及体征全部消失)48 例,占 80.0%;显效(临床症状及体征基本消失,尚有患肌少力感)9 例,占 15.0%;好转[临床症状减轻,体征部分(下转第 86 页)]