

结节性甲状腺肿126 例手术治疗体会

冀志强

(天津市宝坻区海滨医院 天津 301800)

关键词: 结节性甲状腺肿; 外科治疗; 手术适应证; 复发; 术后并发症

中图分类号: R 581.3

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.063

近年来, 甲状腺疾病在外科的就诊率明显提高, 以结节性甲状腺肿居首位, 手术仍是治疗结节性甲状腺肿的重要手段, 但手术的适应证、手术方式、术后并发症及复发的预防仍是临床上比较棘手的问题。笔者对我院 2005 年 2 月~2009 年 2 月 126 例结节性甲状腺肿 (NG) 的临床资料进行回顾性分析, 现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 126 例中, 男 38 例, 女 88 例; 其中 18~24 岁 8 例, 25~65 岁 112 例, 65 岁以上 6 例; 病程 1 个月~10 年。

1.2 症状与体征 以发现颈前无痛性肿块为表现者 76 例, 健康体检 B 超发现者 23 例, 有颈部不适或疼痛者 18 例, 有吞咽或呼吸困难者 16 例, 有声烦易怒, 胸胁苦满, 暖气不能舒, 时欲叹息, 小腹胀满, 不饥不食, 大便不畅, 舌红苔薄白, 脉弦细。遂邀李老求治, 投以疏肝解郁之剂: 柴胡 10 g、陈皮 6 g、白芍 10 g、枳壳 10 g、香附 10 g、郁金 10 g、茯苓 10 g、王不留行 15 g、甘草 5 g。进药 1 剂小便即通, 原方再进 2 剂, 尿量如常。

2.2 讨论 本例为肝郁气滞所致, 水道闭阻, 虽以通利难以取效。《内经》云:“肾司二便, 其职在肝。”若利水而不思达木, 其性趋下, 则愈利愈闭; 木郁不达, 乘脾犯胃, 中气下陷, 运化无权, 故下窍难开, 小便必闭。使用疏肝解郁之品后肝气条达, 脾气健旺, 则诸窍启闭如常, 溺道自通。

3 肾病综合征

3.1 病例资料 叶某, 女, 20 岁, 全身浮肿, 尿检异常 3 年。曾在外院诊断为肾病综合征, 服强的松治疗病情一度稳定, 尿检正常, 但当强的松减至 25 mg 时, 病情复发, 尿蛋白 (4+), 尿潜血 (++) , 红细胞 65 个 / μ L, 胆固醇 11.05 mmol/L、甘油三酯 4.27 mmol/L、总蛋白 47.8 g/L、白蛋白 29 g/L。颜面浮肿无华, 腰胀痛, 舌质淡, 苔薄腻微黄, 边有少瘀, 脉沉弦略数。李老辨为: 脾肾两虚, 湿热夹郁。治法: 补肾化郁。方以六味地黄丸合升降散主之: 熟地 15 g、山药 15 g、丹皮 10 g、山茱萸 10 g、泽泻 10 g、茯苓 10 g、大黄 10 g、蝉蜕 10 g、姜黄 10 g、僵蚕 10 g、甘草 6

音嘶哑者 2 例。孤立性结节 55 例 (其中右叶 32 例、左叶 16 例、峡部 7 例), 多发性结节 71 例 (其中双叶 41 例、双叶及峡部 26 例、单叶及峡部 4 例)。所有病例术前均行甲状腺彩超与甲状腺功能检测。

2 治疗方法

2.1 手术适应证 结节性甲状腺肿 (NG) 一般为多发结节性病变, 治疗方法以外科手术治疗为主。NG 病变呈弥漫性的, 很难完全切除干净, 术后也有可能出现甲状腺功能低下 (甲低)、复发, 对此类患者的手术治疗应持慎重态度, 只有在出现压迫症状、肿块影响生活和工作或合并颈淋巴结肿大、短期有迅速增大的表现, 才考虑手术, 否则可定期检查、服药。笔者认为手术适应证有: (1) 结节多发或某个结节较大; (2) 伴有呼吸困难、气管受压或胸骨后结节; (3) 合并甲亢。术后随访 1 年, 甲状腺功能正常, 尿检正常。守方服药达 2 年, 病情一直稳定。后服六味地黄丸善后半年, 停诸药后随访半年, 未见复发。

3.2 讨论 肾病综合征属中医学“水肿”范畴。其病机一直归为肺脾肾三脏气化功能失调, 尤以脾肾阳虚、气虚为主。脾主升清, 肾主藏精, 人体精微物质 (蛋白质), 只宜封固, 不可耗泄, 若脾虚不能升清, 肾虚不能封固, 则蛋白质等精微物质随尿液而排出。临床温补脾肾确有一定效验, 但不尽人意多矣。李老在总结前人经验基础上认为肾虚为本, 六味地黄丸是为正治。升降散为清代杨栗山《伤寒瘟疫条辨》名方: 是方以僵蚕为君, 蝉蜕为臣, 姜黄为佐, 大黄为使, 米酒为引, 蜂蜜为导, 六法俱备, 而方乃成。僵蚕味辛苦气薄, 喜燥恶湿, 得天地清化之气, 轻浮而升阳中之阳, 故能胜风除湿, 清热解郁, 从治膀胱相火, 引清气上朝于口, 散逆浊结滞之水湿也; 蝉蜕味咸且甘, 为清虚之品, 能祛风而胜湿, 涤热而解毒; 姜黄气味辛苦, 大寒无毒, 祛邪伐恶, 行气散郁; 大黄味苦, 大寒无毒, 上下通行, 散浊排毒。全方取僵蚕、蝉蜕, 升阳中之清阳; 姜黄、大黄, 降阴中之浊阴, 一升一降, 内外通和, 而杂气之流毒顿消, 郁久之水浊尽排矣, 李老认为姜黄、大黄乃治郁之要药。而两方合用治疗肾病综合征常取佳效, 值得临床借鉴。

苦参汤加减坐浴治疗肛门瘙痒临床体会

刘国平 王国兰

(江西省宜春市中医院 宜春 336000)

关键词: 肛门瘙痒; 苦参汤; 中医药疗法

中图分类号: R 574.8

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.064

肛门瘙痒症为一种常见的局限性非传染性皮肤瘙痒症,任何年龄均可发病。中医认为,本症属风、湿、热、虫引起,风湿挟热,湿热内蕴,阻滞肛门皮肤所致,治疗原则以清热祛风、杀虫止痒为主。近几年来我们采用中药外洗方法,对 52 例患者进行了疗效观察,效果令人满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 52 例,男 32 例,女 20 例;年龄 16~26 岁 10 例,27~50 岁 42 例;病程 3 个月(3)并发甲亢或某个结节为高功能腺瘤;(4)并发恶性肿瘤或怀疑某个结节恶变;(5)虽无上述 4 项但患者思想负担较重坚决要求手术治疗而无手术禁忌证者。

2.2 手术方式的选择 一般为解除压迫或控制继发甲亢,行双侧腺叶次全切除已无异议,发生癌变时根据不同病理类型,选择相应的手术方式,意见也比较统一。除此之外,笔者的体会为:如果两侧腺体增大不超过 I 度,属于有个别增大的结节时,无论该结节是胶性还是腺瘤性结节,只做结节的单纯摘除,术后再行非手术治疗观察;如术中可疑结节有恶变,则送快速冰冻切片检查,再决定手术方式;决定两侧腺体的取舍,最好在两侧腺叶全部暴露之后,仔细探查,根据结节分布情况而定。如果结节集中于一叶而另一叶结节较少,则行一侧全切,一侧部分切除;如果两叶布满大结节,直径 1 cm 以上,则行两叶次全切除;如为小结节,直径 0.5 cm 左右,则残留腺体可稍大些,待术后药物治疗,结节可望消退。本组 126 例结节性甲状腺肿患者中,单纯结节切除 14 例,一侧次全切除 16 例,一侧加峡部切除 12 例,双侧次全切除 84 例。

3 结果

126 例中出现并发症 8 例,发生率为 6.35%,其中喉返神经损伤 3 例,术后出现声嘶,经治疗后 1~6 个月发音及患侧声带运动恢复正常,无永久性喉返神经麻痹;甲状旁腺损伤致甲状旁腺功能低下 3 例,出现一过性口唇和四肢麻木,无明显肢体抽搐,经补钙治疗,术后 3~14 d 缓解;甲状腺功能低下 2 例,经服用甲状腺素片 6 个月缓解。其余 118 例无

~2 年。均有肛门周围皮肤瘙痒、时轻时重、反复发作的症状。肛门检查有痔疮、肛裂、肛瘘等原发病者 8 例,占 15.4%,合并肛门皱襞肥厚及苔藓样变、肛周皮肤皲裂者 44 例,占 84.6%。

1.2 治疗方法 患者每天用苦参汤加减坐浴,早晚各 1 次。原有痔疮、肛裂、肛瘘患者则先手术治疗,再用苦参汤加减坐浴。组成:苦参、蛇床子、地肤子、百部各 30 g,防风 15 g,黄柏 20 g,紫草 15 g,明矾 30 g。加水 500 mL,煎 15 min 后,去(下转第 87 页)并发症,无病例住院死亡。全部病例随访 1~5 年,11 例术后 1~5 年内复发,复发率为 8.73%。

4 讨论

4.1 致病机制与治疗 由于一些尚不完全明确的机制,例如缺碘或摄碘过量等,NG 的发病率较高,是临床医师需要谨慎处理的常见病^[1-3]。NG 具有压迫气管、压迫食管、压迫颈深大静脉、压迫喉返神经的症状时,可行外科手术治疗,当疑有甲亢或怀疑有恶变的可能时,亦应及早行手术治疗。

4.2 手术注意事项 NG 的术后复发在排除个体差异的前提下主要有以下两方面原因^[4]:(1)术中结节未切除干净导致假性复发;(2)甲状腺组织破坏过多导致术后甲低,进而再刺激促甲状腺激素的分泌,引起甲状腺滤泡增生。笔者认为具体手术方式应根据患者的结节数目、分布等不同采取“个体化”方案,原则上尽量消除结节,同时保留部分正常甲状腺组织,以避免术后因甲状腺组织过少而导致复发和甲状腺功能不足。术中宜常规行结节冰冻病理切片以除外其他病变。术后根据残余正常甲状腺组织的多少,服用甲状腺素片 3~6 个月,维持 T₃、T₄ 正常上限,可预防或减少复发。

参考文献

[1]刘晓安,王水,王凤良,等.毒性结节性甲状腺肿的外科治疗(附 33 例报告)[J].中国实用外科杂志,2006,26(7):509-510
[2]张乃政,高喜阁,储金雁,等.结节性甲状腺肿的外科治疗[J].河南外科学杂志,2008,15(5):40-41
[3]刘志毅,李亚刚,宋燕,等.251 例复发性结节性甲状腺肿的手术治疗[J].中国地方病防治杂志,2008,23(1):77-79
[4]付言涛,孙辉,续哲莉,等.结节性甲状腺肿再次手术原因分析及对策[J].中国地方病防治杂志,2007,22(5):387-390

(收稿日期: 2010-06-24)