

癫痫的统一标准,多采用单一药物治疗。早期常用药物包括苯巴比妥、苯妥英钠、卡马西平等,伴随着对治疗方法的深入研究,近年来,丙戊酸钠等多种适用于各型癫痫发作的药物逐渐在临床中应用。

丙戊酸钠是一种不含氮的广谱抗癫痫药物,药物成分吸收快。研究发现^[4],该药治疗小儿癫痫,能有效提高患儿脑内抑制性 γ -GABA (氨基丁酸)神经介质的浓度,提高神经元拮抗性,发挥抑制突发性脑功能紊乱的作用,减少患儿癫痫发作次数,控制患儿病情发展。左乙拉西坦的本质是一种吡咯烷酮衍生物,具有易溶解、高渗透等特点,该药物能与患儿大脑内突触囊泡蛋白 2A 发生相互作用,亲和力佳,可对患儿大脑非正常放电产生抑制作用,消除大脑甘氨酸能神经元与 γ -GABA 之间的反应,提高海马区 γ -GABA 的浓度,继而有效增强脑功能紊乱抑制效果^[5]。

本研究结果显示, A 组患儿治疗后总有效率明显高于 B 组,但两组在药物不良反应发生率上无明显差异,与相关研究结果具有相似性^[6]。因而,我们认为丙戊酸钠和左乙拉西坦治疗小儿癫痫均具有不良反应少、安全性高的临床优势,但丙戊酸钠疗效更加确切,优势更明显。

参考文献

- [1] 麦少珍,何敬成,杜斌.丙戊酸钠联合左乙拉西坦治疗小儿癫痫的疗效及安全性[J].中国医院用药评价与分析,2016,16(7):908-910
- [2] 杨永礼.丙戊酸钠治疗小儿癫痫的临床疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2014,24(2):84-85
- [3] 高西阳.左乙拉西坦治疗不同类型小儿癫痫的临床疗效[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(21):50-51
- [4] 李锋同.丙戊酸钠治疗小儿癫痫疗效及诱发肥胖研究[J].检验医学与临床,2016,13(20):2922-2923
- [5] 毕凤妍.丙戊酸钠与左乙拉西坦应用于小儿癫痫的临床分析[J].现代诊断与治疗,2015,26(14):3201-3202
- [6] 鞠艳涛.丙戊酸钠与左乙拉西坦治疗小儿癫痫的效果对比[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(7):112-113

(收稿日期: 2017-04-07)

腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术对甲状腺良性肿瘤患者术后引流量及并发症的影响

邵建峰

(河南省桐柏县人民医院普外科 桐柏 474750)

摘要:目的:探讨腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术对甲状腺良性肿瘤患者术后引流量及并发症的影响。方法:选取 2014 年 11 月~2016 年 11 月我院收治的 96 例患者,随机分为对照组和实验组各 48 例。对照组采用传统手术治疗,实验组采用腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗。比较两组术后引流量、手术时间、住院时间、术中出血量及术后并发症发生率。结果:实验组住院时间、术后引流量、术中出血量及术后并发症发生率均低于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗甲状腺良性肿瘤患者效果显著,值得临床推广应用。

关键词: 甲状腺良性肿瘤;腔镜;颈部小切口甲状腺切除术

中图分类号:R736.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.060

甲状腺良性肿瘤是甲状腺肿瘤常见类型,好发于女性,初期无明显症状,当肿瘤压迫食管、神经等组织时,可发生呼吸困难、吞咽或声音嘶哑等症状。传统手术治疗方案,在一定程度上可改善患者临床症状及体征,但因其手术创伤大,存在明显术后瘢痕,影响局部美观,给患者造成巨大心理压力^[1]。近年来,随着微创技术在外科治疗的广泛应用,腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术已逐渐适用于甲状腺良性肿瘤治疗。本研究采用腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗甲状腺良性肿瘤患者,取得良好的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 11 月~2016 年 11 月桐柏县人民医院 96 例患者,随机分为对照组和实验组各 48 例。对照组男 18 例,女 30 例;年龄 20~68 岁,平均年龄(44.11±20.01)岁;病程 1~10 年,平均

病程(6.21±3.52)年;肿瘤直径 1.11~2.80 cm,平均直径(2.10±0.21) cm。实验组男 20 例,女 28 例;年龄 22~70 岁,平均年龄(46.24±19.58)岁;病程 1~9 年,平均病程(5.55±3.21)年;肿瘤直径 1.10~2.84 cm,平均直径(2.11±0.24) cm。两组患者性别、年龄、病程及肿瘤直径等一般资料比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:均经超声诊断及穿刺活检等确诊为甲状腺良性肿瘤;签署知情同意书。排除标准:既往有甲状腺部位手术史者;有甲状腺炎症及颈部放疗史者;有凝血功能障碍者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用传统手术治疗。给予气管插管麻醉,取平卧位;胸骨上缘约 2 cm 处做一 7~8 cm 切口,使用超声刀处理血管,分离腺体,充分显露甲状腺肿瘤后观察其位置及大小将其切除,成功后间断

缝合、止血,置留引流管并关闭切口。

1.3.2 实验组 采用腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗。给予气管插管内麻醉,取平卧位;胸骨上缘约 2 cm 处做 2 cm 横行切口,切开皮肤、皮下组织及颈阔肌,游离至皮瓣,纵向切开白线,分离带状肌与甲状腺,上提吊拉钩,在腔镜下使用超声刀处理血管并切除甲状腺,术后置放硅胶管引流。两组均予以补液、换药及引流管护理等措施。

1.4 观察指标 比较两组患者相关指标(术后引流量、手术时间、住院时间、术中出血量)及并发症发生情况。

1.5 统计学分析 采用 SPSS20.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者相关指标比较 实验组术后引流量、术中出血量及住院时间均低于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$; 两组手术时间比较无显著性差异, $P > 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后引流量 (ml)	手术时间 (min)	住院时间 (d)	术中出血量 (ml)
实验组	48	26.43± 7.35*	94.63± 12.44	2.88± 0.65*	19.31± 3.57*
对照组	48	46.63± 8.33	90.33± 10.34	8.33± 1.22	31.26± 6.44

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组术后并发症发生情况比较 实验组术后并发症发生率显著低于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组术后并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	呛咳	切口淤血	胸腔麻木不适	总发生
实验组	48	0(0.00)	2(4.17)	0(0.00)	2(4.17)*
对照组	48	6(12.50)	4(8.33)	1(2.08)	11(22.92)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

甲状腺良性肿瘤为临床多发颈部疾病,发病率呈逐年升高趋势。据统计^[2],女性患甲状腺良性肿瘤发病率为男性 6~10 倍。其病理机制可能与电离辐

射、遗传、癌基因、生长因子或雌激素相关。研究证实^[3],头颈部外放射是导致甲状腺良性肿瘤发病的主要因素,且与多数动物及人类肿瘤发生和原癌基因序列过度表达、缺失及突变存在一定关系。目前,传统手术及药物治疗因疗效不佳、预后较差等劣势逐渐不能满足于临床治疗,故探索一种安全有效的治疗方案对甲状腺良性肿瘤治疗显得极为重要。

腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术相较于传统手术,入路途径及手术过程相差无几。但腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术切口仅为 2 cm,不仅对患者正常组织影响较小,且有利于术后早期恢复。王子璋等^[4]研究显示,腔镜具有放大效果,于腔镜下进行手术,可最大程度辨别伴行血管、喉返神经及甲状旁腺,减少并发症及复发等风险发生。此外,腔镜下可最大程度暴露术野,避免手术损伤。本研究结果显示,实验组住院时间、术后引流量、术中出血量及术后并发症发生率均低于对照组($P < 0.05$)。说明腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术创伤较小,游离范围较小,且术中止血方便,有效减少住院时间及术后引流量,加速患者病情恢复,降低术后并发症发生率,减少术后瘢痕,提高颈部美观满意度^[5]。但术中应注意以下几点:应采用细硅胶管充分引流;全面检查甲状腺,必要时配合手指触诊;超声刀止血时, > 3 mm 血管应使用慢档凝固离断,且处理喉返神经时,应避免其产生蒸汽损害神经。综上所述,腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗甲状腺良性肿瘤效果显著,且具有创伤小、并发症少、安全性高等优势,值得临床应用。

参考文献

[1]倪鹏,李红阳.腔镜辅助颈部小切口手术治疗甲状腺良性肿瘤的临床效果[J].中国医药导报,2016,13(16):35-37

[2]李婷,刘新梅,耿金秀.颈前小切口入路与改良 Miccoli 腔镜辅助下手术治疗甲状腺良性肿瘤的临床研究 [J]. 中国医刊,2016,51(5):68-71

[3]张平,贺亮,王志宏,等.腔镜辅助甲状腺肿瘤微创手术 150 例临床分析[J].中国现代普通外科进展,2015,18(7):564-565

[4]王子璋,梁秦龙,冯海波,等.腔镜辅助下甲状腺手术治疗体会[J].现代肿瘤医学,2016,24(19):3039-3041

[5]胡宝山,孙影,张雪鹏,等.腔镜辅助颈部小切口手术与传统手术治疗单侧甲状腺良性疾病的对比研究[J].中国综合临床,2015,31(1):3-5

(收稿日期: 2017-04-16)

(上接第 79 页)症发生,具有良好的临床应用价值。

参考文献

[1]刘华,狄正林,章军辉,等.关节镜下带线锚钉固定修复 Meyers McKeever III型前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折[J].中国微创外科杂志,2015,15(9):830-833

[2]赖兵,黄健,蒋煜青.关节镜下不可吸收缝线固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折的临床效果[J].临床和实验医学杂志,2015,15(1):59-62

[3]王穗源,肖扬,童作明,等.关节镜下不可吸收缝线联合微型钢板固

定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折[J].中国修复重建外科杂志,2013,27(9):1041-1044

[4]孙伟,张鹏,刘泽森,等.关节镜下经髌内侧入路空心钉固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折 [J]. 中国运动医学杂志,2013,32(2):108-111,141

[5]王洪,孙川,孟春庆,等.关节镜下 Orthocord 缝线固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折 [J]. 中国骨与关节损伤杂志,2011,26(12):1067-1069

(收稿日期: 2017-02-20)