

表 2 两组治疗前后凝血功能指标变化情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	Plt( $\times 10^9/L$ )		PT(s)		INR		APTT(s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	100	213.13± 59.41	258.11± 77.33	12.32± 1.43	13.71± 2.51	1.031± 0.023	1.058± 0.041	37.12± 3.46	38.71± 4.31
对照组	100	213.33± 59.31	259.11± 78.33	12.38± 1.22	13.87± 2.48	1.033± 0.028	1.061± 0.033	37.28± 3.32	38.57± 4.48
t		0.027	0.091	0.319	0.543	0.552	0.5770	0.334	0.225
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

### 3 讨论

在肾移植手术中,维持血流动力学稳定,保证移植肾的灌注是手术成功的关键所在。羟乙基淀粉属于人工血浆代品,用于血液稀释可有效扩容,减少手术用血,自上世纪末问世以来,目前已被广泛应用于临床围手术期液体容量替代疗法<sup>[9]</sup>。羟乙基淀粉根据分子量的不同分为多种类型,但低分子量羟乙基淀粉扩容强度小,而高分子量羟乙基淀粉在体内蓄积残留时间较长,可对凝血功能及肾功能造成影响。因此,本研究选用的羟乙基淀粉 130/0.4 氯化钠注射液为中分子量羟乙基淀粉电解质注射液。羟乙基淀粉电解质注射液输注后,能够维持血管内较高的胶体渗透压,有效防止血浆蛋白渗出,从而获得强效持久的容量扩充效应,提高移植肾的血流量及肾小球滤过率,增加血氧含量,提高机体的抗病能力。同时,还可促使体内大量毒素迅速排出,促进心功能,建立心、肾功能间的良性循环。此外,羟乙基淀粉电解质注射液与正常血浆 pH 值、黏稠度接近,不会对电解质和酸碱度平衡以及凝血功能产生影响<sup>[6]</sup>。

本研究结果显示,治疗前两组患者肾功能及凝

血功能各指标比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后研究组 BUN、Scr 水平明显低于对照组 ( $P<0.05$ ); 两组治疗后 Plt、PT、INR 及 APTT 水平较治疗前升高,但组间差异无统计学意义( $P>0.05$ )。说明肾移植患者采用羟乙基淀粉电解质注射液容量治疗,可有效改善患者肾功能,且对其凝血功能无显著影响,安全有效,临床应用价值较高。

#### 参考文献

- [1]疏树华,柴小青,李传耀,等.羟乙基淀粉 130/0.4 对活体肾移植患者肾功能的影响[J].临床麻醉学杂志,2012,28(8):742-744
- [2]崔向丽,邱爽,司徒伟,等.羟乙基淀粉 130/0.4 氯化钠注射液应用评价及文献回顾[J].中国药物警戒,2014,11(6):358-361
- [3]高玉洁,韩流,张勇,等.比较不同分子量羟乙基淀粉对血流动力学、凝血功能及肾功的影响[J].现代生物医学进展,2011,13(s2):5053-5056
- [4]高丽雯,刘存明.羟乙基淀粉对器官移植患者术后肾功能影响的 Meta 分析[J].江苏医药,2015,41(9):1038-1041
- [5]李邦一,张玫,朱鸿明,等.羟乙基淀粉对急性胰腺炎患者肾功能和凝血功能的影响[J].实用医学杂志,2014,26(10):1626-1629
- [6]江楠,邓晟华,吴晓丹,等.羟乙基淀粉容量替代治疗对手术患者血流动力学和凝血功能的影响[J].中华普通外科学文献:电子版,2011,5(3):191-194

(收稿日期: 2017-12-04)

## 甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床疗效分析

耿红超

(河南省许昌市襄城县人民医院普外科 襄城 461700)

**摘要:**目的:探讨甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床疗效。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月来我院就医的 98 例甲状腺结节患者,随机分为治疗组和对照组各 49 例。治疗组采用甲状腺腺叶切除术,对照组采用甲状腺次全切除术,观察比较两组患者术中情况及术后并发症的发生率。结果:治疗组手术时间、术中出血量及住院时间均明显少于对照组( $P<0.05$ );治疗组并发症发生率为 14.3%,明显低于对照组的 36.7%( $P<0.05$ )。结论:甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节疗效显著,手术时间短,患者出血少,恢复时间快,术后并发症少,值得临床推广使用。

**关键词:**甲状腺结节;甲状腺腺叶切除术;临床疗效

中图分类号:R653

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.013

甲状腺结节是一种常见外科疾病,中年妇女的发病率较高。临床上多种甲状腺疾病均可表现有结节样,例如甲状腺炎症、甲减、自身免疫性疾病以及甲状腺腺瘤和甲状腺癌等<sup>[1]</sup>。发病初期大多数患者无明显症状,仅少数患者有疼痛、发热等症状。甲状腺结节多为良性,治疗以手术切除为主,常用的手术方法有甲状腺次全切除术、甲状腺部分切除术、甲状腺腺叶切除术、甲状腺大部分切除术等。根据患者

实际情况和患者要求选择适当的手术方法对甲状腺结节患者的治疗及预后至关重要<sup>[2]</sup>。本文总结了 2015 年 1 月~2017 年 1 月在我院就医的 98 例甲状腺结节患者手术治疗的效果。现报告如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月来我院就医的 98 例甲状腺结节患者作为研究对象。所有患者因自感颈部有肿块前来就医,经手术治疗后

病理证实甲状腺腺瘤 32 例,单纯甲状腺肿 28 例,桥本氏甲状腺肿 18 例,甲状腺乳头状癌 11 例,甲状腺癌 9 例。将 98 例患者随机分为治疗组和对照组各 49 例。治疗组男 22 例,女 27 例;年龄 20~70 岁,平均(37.4±3.3)岁;病程 15 d~2.5 年。对照组男 20 例,女 29 例;年龄 23~75 岁,平均(38.1±4.1)岁;病程 20 d~2.5 年。两组患者年龄、性别和病程等方面比较无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 手术方法** 两组患者均由同一组医师进行手术。对照组采用甲状腺次全切除术治疗<sup>[3]</sup>。患者行仰卧位,肩部垫高,头后仰,使颈部全部裸露,气管内插管全麻,沿胸骨上切迹上方约两横指处,行弧形切口,在甲状软骨与胸骨柄之间的区域,将颈阔肌后面的周围组织用手术刀进行分离。甲状腺组织前的肌群从后面进行切断,使腺体得以显露。为方便处理甲状腺的上极,手术先从右叶开始,向内上方牵引甲状腺,沿其外缘向下极逐渐分离,沿腺体外缘将甲状腺体向前内侧翻开,使腺体后组织充分暴露,将大部分的腺体与结节切除,应尽量避免损伤喉返神经及甲状旁腺。在缝合时穿针不应过深,避免损伤喉返神经。术后常规放置引流管。治疗组行甲状腺腺叶切除术。患者行全身麻醉,消毒后从胸骨上切迹上方作一弧形切口,逐次切开皮下组织及颈阔肌,并分离颈阔肌后侧的周围组织。甲状腺暴露后,游离腺叶,先处理下级血管分支,将中静脉阻断,下牵腺叶,分离上极腺叶。阻断腺叶的上级血管分支。向内侧牵拉腺叶,靠近腺叶被膜对结节部分进行分离。手术过程中,注意四周血管及神经,以免误伤。手术结束后,常规缝合包扎,根据患者的实际情况可放置引流管。

**1.3 观察指标** 对比两组患者手术时间、术中出血量、住院时间,判断手术效果。统计患者术后再出血、声嘶、低钙抽搐及饮水呛咳例数,统计术后并发症发生率。

**1.4 统计学方法** 数据采用 SPSS17.0 统计学软件进行统计分析,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  $\chi^2$  检验。以  $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组手术情况比较** 对照组出血量、手术时间及住院时间明显高于治疗组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组手术情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	出血量(ml)	手术时间(min)	住院时间(d)
对照组	49	125.6±14.8	155.8±14.8	13.62±3.53
治疗组	49	64.4±19.5*	105.4±15.8*	11.08±2.5*

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

**2.2 两组并发症发生情况比较** 两组患者手术后病情平稳,对照组并发症发生率为 36.7%,明显高于治疗组的 14.3%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	声嘶	低钙抽搐	术后出血	饮水呛咳	总发生
对照组	49	5(10.2)	4(8.2)	2(4.1)	7(14.3)	18(36.7)
治疗组	49	2(4.1)	1(2.0)	1(2.0)	3(6.1)	7(14.3)*

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

## 3 讨论

甲状腺结节是我国常见且多发于中年妇女的一种疾病,发病率达 4%~7%<sup>[1]</sup>。由于甲状腺位置特殊,与气管及食管相邻,且贴近喉返神经、迷走神经及甲状旁腺,加上颈部血管复杂,甲状腺供血血管多,手术中如有不慎极易导致血管破裂、喉返神经受损,出现声音嘶哑,增加手术难度,造成再次手术的隐患。

目前,甲状腺结节的治疗主要以手术为主。但术前对甲状腺结节的病理性质确诊尚存在一定困难,虽然穿刺细胞学诊断对甲状腺结节诊断率较高,但仍存在一定比例的漏诊<sup>[4-5]</sup>。在普通医院,病理科医师和临床医师缺乏经验,漏诊率更高。因此,甲状腺结节查不出良恶性的情况在临床上时有发生。目前临床医生采用的手术方法为甲状腺部分切除术或单纯肿瘤切除术,但这两种方法均有甲状腺部分组织残留,对于良恶性性质不明的患者来说,一旦术后病理确诊为甲状腺癌,残留组织将会导致癌症局部复发,难免要进行二次手术。但因上次手术对正常解剖结构的破坏和造成组织粘连,常增加二次手术难度,导致喉返神经和甲状腺损伤等并发症。甲状腺腺叶切除术治疗的优点主要是可以防止对非患处的处理,有效减少术中出血量,缩短手术时间;腺叶背面容易出现结节,该手术对此部位的清理效果更为显著,提高治疗效果,并降低了二次手术对机体造成的损害,减少了术后并发症的发生率;避免病灶残留,减少了因组织残留所致的局部复发,尤其是对恶性结节无淋巴结转移者,该手术相当于甲状腺癌根治手术,有效避免了二次手术治疗<sup>[6]</sup>。因此,临床医师对于良恶性不明的甲状腺结节患者的治疗应首选甲状腺腺叶切除术。

本研究结果显示,治疗组手术时间、术中出血量及住院时间明显少于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );两组术后病情均平稳,对照组出现声嘶 5 例、低钙抽搐 4 例、术后出血 2 例、饮水呛咳 7 例,治疗组出现声嘶 2 例,低钙抽搐 1 例、术后出血 1 例、饮水呛咳 3 例,对照组并发症发(下转第 31 页)

置腹腔引流并行 TAPP 的病例作为研究对象,以期其结果能给术者提供借鉴。

在不同文献中,TAPP 和完全腹膜外腹股沟疝修补术(TEP)学习曲线不尽相同<sup>[7-8]</sup>,但总体来说,TEP 对操作者的经验和熟练度要求更高,手术时间更长。因此在临床中的应用不及 TAPP 广泛<sup>[9]</sup>,甚至 TAPP 成为操作者进一步实施 TEP 的必经阶段,而 TAPP 由于需要进腹,使手术的实施具有一定的局限性和禁忌症。长期以来,多认为有下腹部手术史的患者腹腔会发生不同程度的粘连<sup>[10]</sup>,这直接影响到腹腔镜下的视野和操作,使得术中较易发生医源性损伤。我们对选取的 32 例阑尾切除腹腔置管引流的患者实施手术的过程中,确实发现了其腹腔内有不同程度粘连的情况,但所有病例均成功分离粘连而使手术得以顺利实施。

根据我们在操作中的观察和分组比较结果,阑尾切除腹腔置管引流对 TAPP 的影响主要有以下两个方面:一是腹腔粘连使手术操作时间延长,引流管的放置使得局部肠管相互粘连,甚或是与壁层腹膜粘连,加上阑尾急性炎症期间形成的包裹粘连,易造成腹腔镜在分离时组织脏器结构不清,分离困难,甚至是脏器损伤。为避免上述情况发生,要求操作谨慎小心,由此直接带来手术时间延长的后果。二是手术难度增加,仔细的操作虽然能有效避免肠管等脏器的损伤,但由于有些部位粘连紧密复杂,壁层腹膜的损伤有时不可避免。为避免补片经破损的壁层腹膜和脏器直接接触,必须对损伤的腹膜进行缝合修补,此等操作进一步增加了术中操作和手术难度。鉴于上述影响,术前术中应采取一些措施来减小或消除这些影响。术前腹部 B 超检查可基本明确靠近腹壁的粘连情况,尤其是 Trocar 穿刺点的粘连情况更要明确,以防手术伊始即造成穿刺性损伤。若预测到局部粘连严重会给腹腔镜操作带来极大困难,

宁可直接决定行开放术式,有条件亦可行 TEP。在我们观察的 32 例有腹腔引流管放置史的患者中,由于术前据 B 超判明了情况,故手术均较为顺利进行,无一例中转术式。在术中,当粘连致局部解剖结构不清时,需谨慎切开与切断,以防肠壁和壁层腹膜尤其是壁层腹膜损伤,可从周边解剖结构较清位置逐步推进,终能突破。在解除粘连的影响后,术野变得清晰,腹膜前间隙的分离等后续操作两组患者比较并无区别。综上所述,有右下腹腔引流管放置史患者和一般患者在行 TAPP 修补右腹股沟斜疝时,主要区别在于前者要做充分的术前评估,尤其是腹部 B 超检查会有较大帮助,且术中要花费一定时间分离或轻或重的粘连,同时要防止脏器损伤,尤其是壁层腹膜损伤。把握上述区别即可使 TAPP 在阑尾术后腹腔置管引流术后的患者中顺利进行。

参考文献

[1]王玉芳.无张力疝修补术后治疗腹股沟疝 60 例疗效观察[J].陕西医学杂志,2012,41(1):122-126

[2]曾冬竹,石彦,余佩武,等.成人腹股沟疝腹腔镜修补术 512 例[J].中华普外科杂志,2012,27(3):200-203

[3]潘凯.腹腔镜胃肠外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,2016.272

[4]Brian P Jacob,Bruce Ramshaw.The SAGES manual of hernia repair [M].New York:Springer New York,2013.1-80

[5]唐健雄.重视腹壁疝规范化治疗[J].中国实用外科杂志,2014,34(5):381-383

[6]严晓伟,李佑,胡皆乐,等.前列腺癌根治术后的腹腔镜腹股沟疝修补术[J].外科理论与实践,2016,21(3):257-259

[7]管建松,戎祯祥,郑小平,等.腹腔镜下完全腹膜外腹股沟疝修补术学习曲线[J].中华疝和腹壁外科杂志,2012,6(4):943-946

[8]沈雄飞,江礼娟,王强,等.腹腔镜下经腹腔腹膜前修补术治疗腹股沟疝的学习曲线[J].中华疝和腹壁外科杂志,2016,10(1):47-49

[9]罗文勇.腹腔镜经腹腹膜前疝修补术与完全腹膜外疝修补术治疗双侧腹股沟疝疗效比较[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2017,11(2):112-114

[10]Bouasker I,El Ouaer MA,Smaali,et al.Laparoscopic cholecystectomy on a previously operated abdomen[J].Tunis Med,2010,88(2):88-91

(收稿日期: 2017-09-11)

(上接第 24 页) 生率为 36.7%, 明显高于治疗组的 14.3%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。综上所述,甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节疗效显著,手术时间短,患者出血少,恢复时间快,术后并发症少,值得临床推广使用。

参考文献

[1]商景荣,余勇豪,占必兴,等.甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床研究[J].临床和实验医学杂志,2012,11(23):1874-1875

[2]张士彬.甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床效果观察[J].中

国实用医药,2014,9(31):79

[3]张惠明,苏琼川.甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(21):4185-4186

[4]中华医学会内分泌学分会,中华医学会外科学分会内分泌学组,中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会,等.甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[J].中华核医学与分子影像杂志,2013,33(2):96-115

[5]陈亚晗.甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的疗效分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(2):213-214

[6]张翠,邢超.甲状腺腺叶切除术治疗甲状腺结节的临床研究[J].黑龙江医药科学,2015,38(4):158-159

(收稿日期: 2017-10-08)