

Dunhill 手术与双侧甲状腺次全切除术治疗双侧结节性甲状腺肿的疗效比较

贾先锋

(河南省商丘市第四人民医院普外科 商丘 476100)

摘要:目的:对比一侧甲状腺全切加对侧次全切除术(Dunhill 手术)和双侧甲状腺次全切除术在双侧结节性甲状腺肿患者中的应用效果。方法:前瞻性将 2018 年 5 月~2019 年 8 月在商丘市第四人民医院就诊的 60 例双侧结节性甲状腺肿患者纳入研究,依据随机抽签法分为对照组和观察组各 30 例。对照组采用双侧甲状腺次全切除术,观察组采用 Dunhill 手术治疗。对比两组术中、术后相关指标及术后复发率情况。结果:两组术中相关指标、术后引流量、饮食恢复时间以及术后拔管所需时间相比,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组住院时间较对照组长,术后复发率较对照组低($P<0.05$)。结论:Dunhill 手术与双侧甲状腺次全切除术均能有效治疗双侧结节性甲状腺肿疾病,但 Dunhill 手术后复发率较低,能够有效根治切除病变组织,安全性高,降低疾病恶变的风险。

关键词:结节性甲状腺肿;一侧甲状腺全切加对侧次全切除术;双侧甲状腺次全切除术

中图分类号:R653

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.14.052

结节性甲状腺肿的致病因素较为繁杂,多认为与机体缺碘、生活环境、遗传等因素有关,若不积极进行治疗,易导致患者出现颈部疼痛、呼吸不畅、咳嗽等症状,严重影响患者的日常生活。手术是目前临床治疗双侧结节性甲状腺肿常见的方式,以一侧甲状腺全切加对侧次全切除术(Dunhill 手术)和双侧甲状腺次全切除术多见,两者虽均有不错的效果,但手术会对机体有一定损伤,若操作不合理对患者的威胁极大。Dunhill 手术和双侧甲状腺次全切除术在临床应用中各有优缺点,以致临床尚不能明确哪一种手术方法的效果更好,更利于患者的康复。基于此,本研究从临床应用角度出发,对 Dunhill 手术与双侧甲状腺次全切除术治疗双侧结节性甲状腺肿疾病,分析各术式的疗效及安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 经商丘市第四人民医院医学伦理委员会批准,前瞻性将 2018 年 5 月~2019 年 8 月在商丘市第四人民医院就诊的 60 例双侧结节性甲状腺肿患者纳入研究,并依据随机抽签法分为对照组和观察组各 30 例。对照组男 10 例,女 20 例;病程 1~2 年,平均(1.41 ± 0.25)年;体质量指数 $19\sim 25\text{ kg/m}^2$,平均(22.15 ± 1.12) kg/m^2 ;肿块直径 $3\sim 6\text{ cm}$,平均(4.52 ± 1.23) cm ;年龄 $50\sim 76$ 岁,平均(67.76 ± 2.72)岁。观察组男 11 例,女 19 例;病程 1~2 年,平均(1.39 ± 0.23)年;体质量指数 $19\sim 25\text{ kg/m}^2$,平均(22.22 ± 1.16) kg/m^2 ;肿块直径 $3\sim 6\text{ cm}$,平均(4.50 ± 1.24) cm ;年龄 $51\sim 76$ 岁,平均(67.69 ± 2.68)岁。两组一般资料对比差异无统计学意义($P>0.05$),具有可对比性。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:影像学检查诊断为双侧结节性甲状腺肿;初次发病;肝肾功能、凝血功

能正常;自愿签署知情同意书。排除标准:存在其他甲状腺疾病;存在颈部手术史;存在神经系统疾病;合并恶性肿瘤疾病;近期内接受过其他治疗。

1.3 手术方法

1.3.1 对照组 采用双侧甲状腺次全切除术,患者术前 8 h 禁食、禁水,进行影像学检查确认双侧结节性甲状腺肿部位后在病变处做皮肤标记。进入手术室后,常规监测各项生命体征,消毒、铺巾,气管插管麻醉后,在患者胸骨上切迹上方 2 横指处,沿皮纹作弧形切口,直达胸锁乳突肌后,两侧胸锁乳突肌内侧缘剪开筋膜,将胸锁乳突肌与颈前肌群分开,然后在颈中线处纵行切开深筋膜,再用血管钳分开肌群,深达甲状腺包膜。以示指和刀柄伸至颈前肌群下方,在甲状腺与假包膜之间轻轻分离甲状腺腺体,并将肌肉顶起,在血管钳间横行切断,以充分显露甲状腺。之后依次处理甲状腺上、下极,并楔状切除甲状腺,切除甲状腺后,止血、置管,逐层缝合切口,结束手术。

1.3.2 观察组 采用一侧甲状腺全切加对侧次全切除术,术前操作与对照组一致,胸骨切迹上方取切口,且沿颈部皮肤纹路作弧形切口,切开皮肤后逐层分离,探查甲状腺结节及腺体一般情况,游离甲状腺腺体,确定结节数量多及术前结节内血管信号强一侧的甲状腺,将甲状腺腺体及峡部连同结节组织完整切除,随后将对侧腺体保留大部分,切除结节及伴随的部分腺体,操作完成后止血、缝合、放置引流管。

1.4 观察指标 分别记录患者术中(手术时间、术中出血量)、术后(饮食恢复及拔管所需时间、术后引流量、住院时间等)相关指标;随访记录术后甲状腺结节复发率情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行数据处

理,年龄、病程、体质量指数、肿块直径、术中、术后指标等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;性别、复发情况等计数资料用%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 两组术中相关指标对比 两组手术时间、术中出血量对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组术中相关指标对比($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	
对照组	30	76.36± 22.78	36.42± 6.42	
观察组	30	82.63± 17.83	37.38± 8.21	
t		1.187	0.505	
P		0.240	0.616	

2.2 两组术后相关指标对比 两组术后引流量、饮食恢复时间以及术后拔管所需时间对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$); 观察组住院时间长于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后相关指标对比($\bar{x} \pm s$)						
组别	n	饮食恢复时间(h)	术后引流量(ml)	住院时间(d)	术后拔管所需时间(d)	
对照组	30	15.36± 4.78	60.42± 12.13	8.67± 1.25	3.27± 1.25	
观察组	30	14.63± 2.83	58.38± 11.21	10.39± 1.13	3.19± 1.13	
t		0.720	0.677	5.591	0.260	
P		0.475	0.501	0.000	0.796	

2.3 两组术后复发率情况对比 对照组随访 29 例,失访 1 例,随访 5~10 个月,平均(7.63± 1.65)个月;复发 6 例(20.69%),其中 2 例接受二次手术治疗。观察组随访 28 例,失访 2 例,随访 6~12 个月,平均(8.51± 1.64)个月;无甲状腺结节复发情况。两组复发率对比,差异有统计学意义 ($\chi^2=4.630, P=0.010$)。

3 讨论

临床尚无治疗双侧结节性甲状腺肿的特效手段,多通过手术切除病变甲状腺组织,改善患者临床症状。但目前临床可选用的手术方式较多,且各手术各具特色,以致临床在实际应用中存在争议^[4-5]。因此,寻找一种更为有效、安全的手术方法意义重大。

近年来,在结节性甲状腺肿的手术治疗方法中,传统手术切除方式是将结节性肿块联合甲状腺全切除术治疗,采用开放切口进行操作,能够及时有效切除结节及病变的甲状腺腺体,但对患者的损伤较大,常因损伤喉返神经引起声音嘶哑及术后进食呛咳等并发症,且术后颈部皮肤感觉异常或感觉迟钝,手术治疗患者多数存在结节复发情况,需二次手术治疗,对患者日常生活的影响极大^[6]。而 Dunhill 手术是一种将结节较大一侧全部切除,对侧进行次全切除的

手术。相关研究已证实,Dunhill 术在双侧结节性甲状腺肿疾病中有不错的效果,可在一定程度上降低患者术后并发症的发生率和复发率^[7]。本研究结果显示,两组术中出血量、手术时间、术后引流量、饮食恢复时间以及术后拔管所需时间比较无显著差异,但观察组术后住院时间长于对照组,复发率低于对照组,表明 Dunhill 手术与双侧甲状腺次全切除术在双侧结节性甲状腺肿患者中应用的效果较好,而相较于双侧甲状腺次全切除术,Dunhill 手术的住院时间虽长,但复发率较低。分析其原因可能是,相较于双侧甲状腺次全切除术,Dunhill 手术所采取的是一侧全切除和对侧次全切除,保留患者部分甲状腺,在一定程度上避免患者出现甲状腺功能下降的风险,且由于一侧全部切除,降低了患者再次出现双侧结节性甲状腺肿的概率,从而在一定程度上降低复发率,并减轻对患者机体的损伤^[8-10]。其次,两种手术的区别主要在于一侧结节是否全部切除,故而两者在手术指标方面无明显差异,但由于 Dunhill 手术有一侧甲状腺全部切除,患者恢复甲状腺功能的时间延长,从而导致患者住院时间相对较长。此外,手术是一种有创治疗方法,若操作不当,会对患者的生命安全造成严重威胁,因此对手术操作者的临床经验及要求较高,对于结节性甲状腺肿的手术及预后情况,需考虑较多因素,根据病情及手术情况,选择最适宜的手术方法。综上所述,Dunhill 手术治疗双侧结节性甲状腺肿安全、有效,且能有效降低术后复发,建议临床广泛运用。

参考文献

[1]周淦榕,胡家贵,陈文博.改良小切口手术与传统切除术治疗甲状腺瘤的临床比较[J].现代诊断与治疗,2017,28(7):1320-1321.
[2]沈晖,王陆军,田所礼.传统开放手术和腔镜甲状腺次全切除术对甲状腺肿瘤的效果对比[J].现代诊断与治疗,2017,28(4):681-682.
[3]张华操.甲状腺肿瘤临床外科手术治疗临床特点及分析[J].现代诊断与治疗,2014,25(21):4957-4958.
[4]杜世员,赵汝莲.甲状腺肿瘤普外科手术治疗临床特点分析[J].实用中西医结合临床,2013,13(8):64.
[5]吴丹.甲状腺肿瘤普外科手术治疗临床特点分析[J].实用中西医结合临床,2013,13(7):65-66.
[6]戴经纬,齐向秀,冯丽,等.经腋窝入路单孔腹腔镜手术治疗甲状腺肿瘤的疗效及安全性[J].中华实用诊断与治疗杂志,2018,32(2):155-157.
[7]朱智,程腾,董鸿,等.Dunhill 术、全切术与次全切术治疗双侧结节性甲状腺肿的临床比较[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2020,14(5):526-529.
[8]任海洋,吕浩强,冯伟,等.Dunhill 手术治疗双侧结节性甲状腺肿的临床疗效分析[J].中国普通外科杂志,2018,27(5):588-593.
[9]张强,李恒平,周兴健,等.双侧结节性甲状腺肿行 Dunhill 手术的效果观察及对甲状腺功能的影响[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2020,14(1):58-61.
[10]冯剑平,唐诗彬,梁智强,等.腔镜 Dunhill 术式治疗甲状腺功能亢进的临床应用[J].中国微创外科杂志,2020,20(4):341-344,375.

(收稿日期: 2021-02-24)