

〔文章编号〕 1007-0893(2020)19-0103-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.19.047

改良小切口手术治疗甲状腺瘤临床效果分析

陈伟敏 唐少擎 刘耿峰

(揭阳产业转移工业园区人民医院, 广东 揭阳 515500)

〔摘要〕 目的: 探讨改良小切口手术与传统甲状腺切除术治疗甲状腺瘤效果研究。方法: 将 2018 年 3 月至 2019 年 3 月在揭阳产业转移工业园区人民医院外科治疗的 92 例甲状腺瘤患者随机分为两组, 对照组采用传统甲状腺切除术治疗, 观察组采用改良小切口手术治疗, 比较两组患者的手术疗效、手术及恢复指标变化、并发症发生率。结果: 观察组治疗有效率为 95.65%, 明显高于对照组的 82.61%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组手术时间、切口长度、术中出血量、术后 24 h 视觉模拟评分法 (VAS) 评分、住院时间均明显少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组切口感染、颈前区疼痛、颈部麻木、皮下结节、吞咽困难、切口粘连等并发症发生率明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 改良小切口手术治疗甲状腺瘤效果显著, 切除效果更好, 手术创伤更小, 术后恢复更快, 且并发症发生率更低。

〔关键词〕 甲状腺瘤; 改良小切口手术; 传统甲状腺切除术

〔中图分类号〕 R 736.1 〔文献标识码〕 B

甲状腺瘤是甲状腺常见良性肿瘤, 女性尤为多见, 表现为颈前肿块, 患者可无明显症状, 也可有吞咽困难、声音嘶哑、呼吸困难等症状。本病虽为良性病变, 但容易进展为甲亢, 且有 10%~20% 的几率会恶变, 因此早期治疗至关重要^[1]。手术切除病变部位是有效根治手段, 传统开放性手术创伤大、出血多、术后疼痛剧烈、并发症发生率高, 临床疗效不甚理想。改良小切口手术具有创伤小、效果确切、术后恢复质量高等优点, 已成为临床治疗本病的主流术式^[2]。本研究进一步对比改良小切口手术与传统甲状腺切除术治疗甲状腺瘤效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2018 年 3 月至 2019 年 3 月在本院外科治疗的 92 例甲状腺瘤患者随机分为两组。观察组 46 例, 男 11 例, 女 35 例, 年龄 29~63 岁, 平均年龄 (38.6±7.1) 岁; 对照组 46 例, 男 12 例, 女 34 例, 年龄 27~65 岁, 平均年龄 (38.2±7.6) 岁; 所有患者均术前经 B 超、CT、激素与抗体等检查确诊为甲状腺瘤, 术后病理证实, 腺瘤直径在 2.8~4.6 cm, 平均 (3.6±0.5) cm; 排除合并高血压、糖尿病、严重肝肾功能障碍、凝血功能障碍等; 两组患者的年龄、性别、腺瘤大小等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用传统甲状腺切除术, 患者取仰卧位, 颈后伸, 行颈丛阻滞麻醉, 切口选择在胸锁关节上缘 2 cm 处, 向两侧切开至胸锁乳突肌外缘, 若腺瘤较大, 可适当延长切

口, 应用高频电刀游离颈阔肌与颈前筋膜间隙的皮瓣, 上下至舌骨区和胸锁关节上缘, 切开颈白线, 向两侧牵拉, 暴露颈前肌及甲状腺腺瘤, 根据腺瘤的实际情况选择切除范围, 一般进行以腺瘤为中心的甲状腺腺叶次全切除, 注意避免损伤血管及神经, 留置引流管, 缝合切口, 完成手术^[3]。

1.2.2 观察组 采用改良小切口手术, 患者体位及麻醉同对照组, 切口选择在锁骨上 1.5 cm 处, 切口中心点位于两侧锁骨交界处, 长度约 2.5~3.0 cm, 皮下注射 0.5% 肾上腺素氯化钠注射液 15 mL, 预防皮下出血; 依次切开各层组织, 分离皮瓣, 分开颈前肌疏松结缔组织, 沿正中中线切开颈白线, 不予结扎或切断颈前静脉, 也不切断胸骨甲状腺肌和骨舌骨肌, 牵开两侧组织, 暴露甲状腺, 选择适当大小的圈针贯穿缝合腺瘤, 夹钳夹住周边组织并夹起, 切除甲状腺腺瘤及周围部分覆盖的正常甲状腺组织, 羊肠线缝合修补残面, 电凝止血, 无需放置引流管, 用无创缝合线皮内缝合切口, 加压包扎^[4]。

两组术后均给予常规抗感染治疗 3 d。

1.3 观察指标

(1) 观察两组患者手术疗效。显效: 术后喉部压迫症状完全消失, 复查 B 超腺瘤完全消失, 无并发症发生, 也无复发转移。有效: 术后喉部压迫症状明显减轻, 复查 B 超腺瘤基本消失, 术后有轻度并发症发生, 经处理后康复; 无效: 术后喉部压迫症状无改善或加重, 复查 B 超腺瘤有残留或复发, 或术后并发症严重^[5]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 记录手术时间、切口长度、术中出血量、术后 24 h 视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS) 评分、住院时间。(3) 观察有无切口感染、颈前区疼痛、颈部麻木、

〔收稿日期〕 2020-08-03

〔作者简介〕 陈伟敏, 男, 主治医师, 主要从事临床外科工作。

皮下结节、吞咽困难、切口粘连等并发症发生。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术疗效比较

观察组治疗有效率为 95.65%，明显高于对照组的 82.61%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者手术疗效比较 ($n = 46$, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效率 /%
对照组	16	22	8	82.61
观察组	26	18	2	95.65 ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者各项手术及恢复指标比较

观察组手术时间、切口长度、术中出血量、术后 24 h VAS 评分、住院时间均明显少于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者各项手术及恢复指标比较 ($n = 46$, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 /min	术中出血量 /mL	切口长度 /cm	术后 24hVAS 评分 /分	住院时间 /d
对照组	108.4 ± 13.5	47.6 ± 6.2	5.3 ± 0.8	4.4 ± 1.1	10.8 ± 2.2
观察组	75.6 ± 7.4 ^b	21.3 ± 8.5 ^b	4.1 ± 0.6 ^b	2.7 ± 0.6 ^b	5.8 ± 0.9 ^b

与对照组比较，^b $P < 0.05$

注：VAS 一视觉模拟评分法

2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组切口感染、颈前区疼痛、颈部麻木、皮下结节、吞咽困难、切口粘连等并发症发生率明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率比较 ($n = 46$, 例)

组别	切口感染	颈前区疼痛	颈部麻木	皮下结节	吞咽困难	切口粘连	总发生 /n (%)
对照组	1	2	2	1	1	1	8(17.39)
观察组	0	1	0	0	0	0	1(2.17) ^c

与对照组比较，^c $P < 0.05$

3 讨论

甲状腺瘤是临床高发甲状腺疾病，尤其以 40 岁以下女性患者最为多见。当瘤体较小时可无明显自觉症状，待瘤体增大后，可出现包块，压迫周围气管、食管、神经等，表现出声音嘶哑、呼吸困难、吞咽困难等症状。手术是根治本病的首选方法，若未及时手术切除，具有一定恶变几率^[6]。

传统开放性手术创伤大、需要对患侧甲状腺行次全切除术，容易损伤周围组织，且术后疼痛明显，并发症发生率高，恢复速度慢，还会遗留瘢痕，无法满足患者对手术质量的要

求。随着微创术式在外科领域的飞速发展，手术损伤越来越小，改良小切口手术在甲状腺瘤治疗中的应用越来越广泛。其在常规开放性手术的基础上改良而来，从颈白线直达甲状腺，有效避免颈前肌群的切断造成的损伤，也不损伤颈前浅静脉，有效保证了甲状腺周围组织的完整，保护了颈前区组织结构，降低了术后并发症发生率^[7]。其次，可在直视下明确神经的解剖位置，无需刻意暴露喉返神经，避免了喉返神经的损伤，大大降低了手术损伤神经的几率。再者，本术式仅剥离瘤体，并不切除甲状腺，术后无需留置引流管，能大大缩短住院时间，加快恢复速度。值得注意的是，术中需确保颈白线切开足够长，以便充分显露甲状腺的峡部及腺叶，在分离瘤体时需紧贴腺体真被膜，从而最大限度切除干净，并能减少周围组织损伤^[8]。

本研究结果显示，观察组治疗有效率为 95.65%，明显高于对照组的 82.61%；观察组手术时间、切口长度、术中出血量、术后 24 h VAS 评分、住院时间均明显少于对照组；观察组切口感染、颈前区疼痛、颈部麻木、皮下结节、吞咽困难、切口粘连等并发症发生率明显低于对照组，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。充分证明改良小切口手术治疗甲状腺瘤效果确切，能有效减少手术创伤，切口长度短且隐蔽，术后美观度高，且对甲状腺周围组织的损伤小，并发症发生率低，术后恢复效果更佳，符合患者对手术的需求，对提高康复效果更具意义。

综上所述，改良小切口手术治疗甲状腺瘤的效果更佳，手术时间短，出血量少，术后恢复快，并发症发生率低。

[参考文献]

- (1) 蔡志良, 江恒谦, 郑洪赠, 等. 改良小切口手术与传统甲状腺切除术治疗甲状腺瘤临床效果对比 (J). 中外医学研究, 2017, 15(27): 64-65.
- (2) 唐权宗, 汤长江. 改良小切口手术与传统甲状腺切除术治疗甲状腺瘤的效果对照 (J). 中国医药科学, 2018, 8(9): 224-226.
- (3) 靖帅, 蔡晓博, 徐成钢. 改良小切口手术与传统甲状腺切除术治疗甲状腺瘤临床疗效对比分析 (J). 中国现代药物应用, 2018, 12(5): 42-43.
- (4) 肖拥建. 改良小切口手术与传统甲状腺切除术治疗甲状腺瘤的临床效果比较 (J). 河南医学研究, 2017, 26(10): 1868-1869.
- (5) 刘明华, 黄炎林. 改良小切口手术治疗甲状腺瘤临床疗效观察 (J). 齐齐哈尔医学院学报, 2019, 40(4): 446-447.
- (6) 鲁海燕. 改良小切口手术与传统切除术在甲状腺瘤中的应用对比 (J). 内蒙古医科大学学报, 2015, 37(s1): 342-345.
- (7) 王剑. 改良小切口手术与传统甲状腺切除术治疗甲状腺瘤临床疗效分析 (J). 中外医疗, 2018, 37(27): 78-80.
- (8) 黄文孝, 包荣华, 陈杰. 甲状腺肿瘤患者采用改良小切口手术和传统甲状腺切除术联合的治疗效果观察 (J). 中国医学工程, 2014, 22(9): 102-103.