

# 乳晕入路甲状腺微创外科疗效分析

胡金灵

目前,国内甲状腺切除手术采用内窥镜技术<sup>[1,2]</sup>。传统甲状腺切除手术时间长、术中引流量大、术后容易产生并发症、美容效果差<sup>[3]</sup>,而经乳晕入路腔镜甲状腺切除术对传统甲状腺切除术进行了改进。本研究针对传统甲状腺切除术以及经乳晕入路腔镜甲状腺切除术的优缺点进行比较研究。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年2月至2016年4月安吉县人民医院接受甲状腺手术治疗的102例患者为研

究对象,其中男性37例、女性65例;年龄18~60岁,平均年龄(36.28±6.17)岁;病程15~60 d,平均病程(42.19±8.06)d;甲状腺肿块直径(5.50±0.25)cm。所有患者均符合以下标准<sup>[4]</sup>:①术前患者甲状腺功能正常;②患者在本次甲状腺手术治疗之前没接受过其他甲状腺手术;③甲状腺肿块直径<7 cm;④术中、术后病理为良性病变;⑤患者无放射治疗病史。按照随机数表分成观察组和对照组,各51例。两组患者一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

表1 两组患者的一般资料比较

组别	<i>n</i>	性别(男/女)	平均年龄/岁	平均病程/d	甲状腺直径/cm
观察组	51	18/35	37.37±3.49	40.59±9.16	5.47±0.31
对照组	51	19/30	35.19±7.16	44.23±7.64	5.53±0.18

1.2 方法 对照组患者给予传统甲状腺切除术,全身麻醉采用气管插管进行,并按照常规方法进行手术。观察组患者采用乳晕入路甲状腺微创切除术,手术采用气管插管进行全身麻醉,患者取仰卧位,2 ml肾上腺素注入0.9%氯化钠注射液500 ml中静脉滴注后,在患者右乳晕内外缘分别做10 mm、5 mm切口,在左乳晕内缘做5 mm的切口;左右乳晕切口完成后向里注入CO<sub>2</sub>气体并使内压力达到6~9 kPa;分离皮下组织至甲状腺上缘,切开甲状腺外壳被膜,切除甲状腺单结节点,切除的标本取出并送检;用可吸收缝线缝合切口,手术完成。

1.3 评价标准 评价两组患者的手术时间、术中出血量、术后引流量、患者满意程度。其中患者的满意程度评分总分为10分,≥6分为“满意”,否则为“不满意”。观察两组患者术后有无出现气管损伤、纵膈气肿、术中大出血及心肺脑系统等并发症,并记录

术后24 h视觉痛觉评分(visual analogue scale, VAS)和术后住院时间,其中VAS评分总分为10分,10分为剧痛,0分为无痛,中间表示不同程度的疼痛。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行统计学分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示。两组计量资料比较采用 $t$ 检验;计数资料比较用 $\chi^2$ 检验。设 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 手术状况比较见表2

表2 两组患者手术状况比较

组别	手术时间/min	术中出血量/ml	术后引流量/ml
观察组	102.21±12.76	25.33±5.27*	69.03±6.71*
对照组	96.24±13.25	34.61±6.12	46.29±7.11

注: \* :与对照组比较,  $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组患者的术中出血量明显低于对照组,术后的引流量也明显多于对照组,差异均有统计学意义( $t$ 分别=2.20、2.28,  $P$ 均<0.05),观察

组患者所需的手术时间长于对照组,但差异无统计学意义( $t=1.90, P>0.05$ )。

## 2.2 术后恢复状况比较见表3

表3 两组患者术后状况评价

组别	并发症发生率 / 例(%)	术后住院时间 / d	术后 24 hVAS 评分 / 分
观察组	3( 5.88)*	6.31 ± 3.29*	3.21 ± 0.68*
对照组	15(29.41)	5.04 ± 4.17	7.08 ± 0.53

注: \*:与对照组比较,  $P<0.05$ 。

由表3可见, 观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $\chi^2=5.38, P<0.05$ ), 观察组术后的住院时间低于对照组, 术后 24 hVAS评分明显低于对照组, 差异均有统计学意义( $t$ 分别=1.89、2.36,  $P$ 均 $<0.05$ )。

## 2.3 手术满意程度比较见表4

表4 两组患者手术满意程度比较

组别	$n$	满意度评分/分	满意率 / 例(%)
观察组	51	9.24 ± 0.34*	47(92.16)*
对照组	51	6.37 ± 0.29	9(17.65)

注: \*:与对照组比较,  $P<0.05$ 。

由表4可见, 观察组患者对手术十分满意, 评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ( $t=2.25, P<0.05$ ), 其中观察组处于“满意”(评分 $\geq 6$ 分)等级的比例也明显高于对照组, 差异有统计学意义 ( $\chi^2=5.48, P<0.05$ )。

## 3 讨论

传统甲状腺切除手术由于历史悠久, 技术已经相对稳定, 但是其手术后造成的颈部手术切口痕迹影响美观, 现代女性难以接受这个缺点<sup>[5]</sup>。随着现代腔镜技术的不断发展, 微创腔镜类手术得到发展, 其涉及的领域也不断扩大<sup>[6]</sup>, 也逐渐引入到甲状腺切除术中, 对传统甲状腺切除术的补充与完善。凭借窥镜技术, 通过小切口对患者手术部位进行远端操控, 减少手术切口大小从而使手术切口“微小化”。本次研究通过把在本院接受甲状腺切除手术的患者进行对比分析, 探讨传统甲状腺切除术与乳晕入路甲状腺微创切除术的实际疗效。

乳晕入路甲状腺微创切除术对患者有一定的要求, 国内研究一般认为甲状腺肿块不能超过7 cm<sup>[7]</sup>, 肿块太大不利于小切口的手术进行, 容易对患者造成其他并发症的发生。接受手术的患者也对乳晕入

路甲状腺微创切除术有一定的了解且自愿接受手术治疗。本次研究在对比乳晕入路甲状腺微创切除术与传统甲状腺切除术时发现, 采用乳晕入路甲状腺微创切除术患者的术中出血量明显低于传统甲状腺切除术, 术后的引流量多( $P$ 均 $<0.05$ ), 所需的手术时间长于传统甲状腺切除术, 但差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 采用乳晕入路甲状腺微创切除术患者的术后并发症发生率、术后的住院时间和术后 24 hVAS评分明显低于传统甲状腺切除术 ( $P$ 均 $<0.05$ ); 采用乳晕入路甲状腺微创切除术的患者对手术十分满意, 评分明显高于传统甲状腺切除术( $P$ 均 $<0.05$ )。说明与传统甲状腺切除术比较, 乳晕入路甲状腺微创切除术治疗术中出血量少, 术后引流量大, 效果明显, 极大地降低了并发症的发生几率; 术后疼痛感低, 微创手术的小切口、术后引流量少使极大降低了患者的痛感, 患者恢复情况良好; 且患者对乳晕入路甲状腺微创切除术手术效果满意。手术时间与术中出血量、术后引流量等结果与姜子荣等<sup>[8]</sup>文献中的手术时间基本吻合, 无太大差异。VAS评分结果与国外Romero Arenas等<sup>[9]</sup>文献中得出的相一致。Takemoto等<sup>[10]</sup>认为尽管乳晕入路甲状腺微创切除术有较多的优点, 但是本次研究认为乳晕入路甲状腺微创切除术进行前应严格对照手术适应证, 对需要手术中转开放手术的患者应及时中转, 以免延误病情。其次, 微创手术由于其切口小, 不适用于体积较大的甲状腺切除治疗, 本次研究未对相应的体积较大甲状腺切除进行研究, 需要在日后的研究中进行补充和完善。

综上所述, 乳晕入路甲状腺微创切除术较传统甲状腺切除术有明显疗效, 术后发生并发症少、美容优势突出、手术效果良好。

## 参考文献

- 1 欧阳军, 李政, 陈向恒, 等. 47例腋乳入路腔镜甲状腺手术效果观察[J]. 实用医院临床杂志, 2014, 11(1):123-125.
- 2 朱婕, 陈彩央, 施勇, 等. 乳腔镜下乳腺良性肿瘤切除术的手术配合[J]. 护理与康复, 2014, 13(10):1001-1002.
- 3 何杰平. 鼻内镜辅助下颈前小切口甲状腺良性肿瘤切除术应用效果观察[J]. 山东医药, 2015, 58(16):69-70.
- 4 王志刚. 微创与传统甲状腺手术的疗效对比[J]. 中国医师进修杂志, 2014, 37(z1):133-134.
- 5 王卉, 吴涛. 甲状腺微创手术入路的进展及相关颈部层面解剖[J]. 中国临床解剖学杂志, 2013, 31(4):491-494.
- 6 陈国庆, 顾懿帆, 周鸣, 等. 峡部入路与上外侧入路改良

- Miccoli手术在甲状腺良性肿瘤中治疗效果对比[J].临床和实验医学杂志,2016,15(9):889-892.
- 7 姚红,蒋斌,宋学,等.超声刀小切口内镜辅助甲状腺切除术临床疗效评价[J].山西医药杂志,2014,57(10):1135-1137.
- 8 姜子荣,宋彬,许志平,等.腔镜下甲状腺手术128例临床分析[J].南昌大学学报(医学版),2013,53(9):63-65.
- 9 Romero Arenas MA,Ryu H, Lee S, et al. The role of thyroidectomy in metastatic disease to the thyroid gland[J]. Ann Surg Oncology, 2014,21(2):434-439.
- 10 Takemoto N, Koyanagi A, Koike J, et al. An accessory thyroid gland that presented tumor-like images[J]. J Med Ultrasonics, 2013,40(2):163-168.

(收稿日期 2016-12-07)

(本文编辑 蔡华波)

## ·经验交流·

## 二甲双胍治疗高血压并发代谢综合征的临床效果

许桂炎 应晓蕾 曹海辉

高血压是一种以体循环动脉血压升高为主要临床特征的慢性疾病,常伴有心、肾、脑等人体重要功能损害<sup>[1,2]</sup>。高血压患者不仅有血流动力学障碍,还存在脂质、蛋白质、碳水化合物等多种物质代谢障碍,是诱发冠心病、糖尿病等心脑血管疾病的危险因素<sup>[3]</sup>。据不完全统计,约有39%的高血压患者伴有代谢综合征,机体出现不同程度的靶器官损害,极易引起脑卒中、心肌梗死等不良心血管事件。长期的高血压状态对患者左心室结构具有重要影响,可造成左心室肥厚,导致心功能降低,大大增加心力衰竭及心律失常风险。传统的降压药物虽能有效控制血压,但无法逆转左心室肥厚,在一定程度上影响患者预后。本次研究探讨二甲双胍对高血压并发代谢综合征患者心脏的影响。现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年1月至2015年12月遂昌县人民医院收治的高血压并发代谢综合征患者86例,其中男性44例、女性42例;年龄31~73岁,平均(56.00±7.45)岁;所有患者均符合本次研究的纳入标准:①符合高血压诊断标准<sup>[4]</sup>,即收缩压超过

140 mmHg,舒张压超过90 mmHg;②存在脂代谢、糖代谢异常或胰岛素抵抗;③所有患者均签署知情同意书;④经本院伦理委员会批准同意。并剔除有恶性肿瘤患者、对二甲双胍过敏者和继发高血压者。依据随机数表法分为两组。观察组43例,其中男性21例、女性22例;平均年龄(56.20±7.71)岁,体重指数21~28 kg/m<sup>2</sup>,平均(24.70±3.04)kg;对照组43例,其中男性23例、女性20例;平均年龄(55.81±7.20)岁;体重指数23~29 kg/m<sup>2</sup>,平均(24.52±3.41)kg/m<sup>2</sup>。两组比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 方法 观察组患者在常规降压治疗的基础上加用盐酸二甲双胍片(由中美上海施贵宝制药有限公司生产)。对照组患者接受常规降压治疗。观察并记录两组患者治疗前后的糖代谢指标及血压变化情况,使用超声心动图仪测定患者的左室舒张末期内径(left ventricular end-diastolic diameter, LVEDd)、室间隔厚度(interventricular septum thickness, IVSD)、左室后壁厚度(left ventricular wall thickness, LVPWD)、左室质量指数(left ventricular mass index, LVMI)。

1.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行统计学分析。计量资料采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示。计量