

甲状腺全切除术与次全切除术治疗结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的应用疗效观察

袁 晗

清镇市第一人民医院 贵州 清镇 551400

【摘要】目的：观察甲状腺全切除术与次全切手术治疗结节性甲状腺肿合并甲状腺癌应用疗效。**方法：**选取2016年6月—2021年6月我院收治的42例结节性甲状腺肿合并甲状腺癌患者为研究对象，按照术式的差异将患者分为对照组（21例，行甲状腺全切除术）与实验组（21例，行甲状腺次全切除术），比较两组患者的临床治疗效果。**结果：**实验组患者术后72h生理应激指标、吞咽功能、相关炎症因子、相关甲状腺功能指标等各项临床均优于对照组（ $P<0.05$ ）。实验组患者平均出血量、术后平均引流量、术后平均拔管时间及平均住院时间等临床指标均优于对照组（ $P<0.05$ ）。实验组患者术后并发症发生率低于对照组（9.52% VS 38.10%），差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论：**结节性甲状腺肿合并甲状腺癌不同手术可获得不同的治疗效果，相较于甲状腺全切除术相，甲状腺次全切除术可减轻对机体造成的伤害，降低并发症的发生率，值得临床推广

【关键词】 手术治疗；结节性甲状腺肿；甲状腺癌

【中图分类号】 R736.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 2096-1685(2022)11-0022-03

对于结节性甲状腺肿合并甲状腺癌确诊患者，由于甲状腺癌易发生远端转移，临床主张采取甲状腺全切术，但是该术式对患者机体造成的损伤大，导致局部炎症因子大量释放，术后相关甲状腺激素水平出现巨大波动，进而影响患者术后康复。因此，近年来，部分医学研究者提出应为结节性甲状腺肿合并甲状腺癌患者选择一种相对安全的手术治疗方案，其中推荐选择甲状腺次全切除术^[1-4]。本研究选取我院2019年6月—2020年6月收治的42例结节性甲状腺肿合并甲状腺癌患者作为研究对象，分别行甲状腺全切除术及甲状腺次全切除术，以探究两种术式对结节性甲状腺肿合并甲状腺癌患者的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2016年6月—2021年6月我院收治的42例结节性甲状腺肿合并甲状腺癌患者为研究对象，按照术式的差异将患者分为对照组（21例，行甲状腺全切除术）与实验组（21例，行甲状腺次全切除术）。实验组中，男性患者9例，女性患者12例；年龄44~68岁，平均年龄（53.68±3.48）岁；甲状腺病灶直径4~13mm，平均直径（7.87±1.04）mm；甲状腺癌TNM分期：I期15例，II期5例，III期1例。对照组中，男性患者8例，女性患者13例；年龄45~66岁，平均年龄（53.65±3.51）岁；甲状腺病灶直径4~12mm，平均直径（7.88±1.01）mm；甲状腺癌TNM分期：I期14例，II期6例，III期1例。两组患者一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），研究可比。

1.2 病例选择标准

纳入标准：（1）参与本次研究的患者均因咽喉部不适入院，部分患者伴有声音嘶哑、胸闷等症状，结合患者颈部彩超检

查、病理组织活检确诊未分化癌且为中早期低手术风险，符合外科手术适应证。（2）本次研究相关干预措施实施前，参与本次研究的患者均签署知情同意书。

排除标准：（1）排除非首次接受手术治疗的患者。（2）排除合并手术禁忌证患者。（3）排除合并其他内分泌疾病患者。

1.3 方法

两组患者术中均取全身麻醉，术中均取仰卧位，充分暴露颈部后均于患者胸骨上窝两横指位置作为手术切口，逐层切开后结合患者术前甲状腺彩超检查结果，探明甲状腺病变位置。

1.3.1 对对照组患者采取甲状腺全切除术 在确定病灶位置后结扎甲状腺上动脉、甲状腺下动脉、甲状腺中静脉及甲状腺下静脉，分离甲状腺周围血管、神经，分离并切断甲状腺悬韧带，充分显露甲状腺上极后完全分离甲状腺周围血管与甲状腺韧带，保护喉返神经；自气管前隙起，应用弯刀钝性分离并切断甲状腺峡部，充分暴露甲状腺背侧与气管食管沟后，自甲状腺上极将甲状腺侧叶切除，最后止血并缝合手术切口，常规放置引流管。

1.3.2 对实验组患者采取甲状腺次全切除术 在确定病灶位置结扎甲状腺周围动静脉，分离并切断甲状腺悬韧带，在不损伤甲状旁腺的基础上切除甲状腺峡部，分离希氏三角区以充分暴露喉返神经，在甲状腺体周围上钳切下绝大多数腺体组织，其目的为破坏病灶中心部，剔除残留结节并将参与甲状腺缝合，术后处理参考对照组。

1.4 观察指标

1.4.1 比较两组患者术前、术后72h后生理应激指标、炎症因子、相关甲状腺功能指标及术后72h吞咽功能恢复情况，

作者简介：袁晗（1981.9—），男，白族，本科，贵州省盘州市人，主治医师，主要从事普外科（乳腺、甲状腺外科）。

洼田饮水试验将吞咽功能由高至低,由1级逐渐降至5级。

1.4.2 比较两组患者平均出血量、术后平均引流量、术后平均拔管时间以及平均住院时间等临床指标以及患者术后并发症发生情况。

1.5 统计学处理

运用 SPSS 21.0 版本软件处理结果中相关数据,以

($\bar{x} \pm s$)、百分率(%)形式表示,以 t 、 χ^2 验证, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 生理应激指标

两组患者术后 72h 皮相关生理应激指标均高于术前,且实验组患者各项指标提升幅度低于对照组,见表 1。

表 1 两组患者相关生理应激指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

例别	例数	皮质醇 (nmol/L)		肾上腺素 (ng/L)		空腹血糖 (mmol/L)	
		术前	术后 72h	术前	术后 72h	术前	术后 72h
实验组	21	358.28±45.21	552.68±41.26*	67.25±2.05	125.21±15.02*	5.28±0.15	6.28±0.12*
对照组	21	358.25±45.25	635.25±41.22*	67.29±2.09	165.12±15.06*	5.23±0.11	8.32±0.10*
t	—	0.325	26.541	1.496	16.268	1.538	23.658
P	—	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：“*”手术前后数据差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

2.2 炎症因子

两组患者术后 72h 相关炎症因子指标均高于术前,且实

验组患者各项指标提升幅度低于对照组,见表 2。

表 2 两组患者相关炎症因子指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

例别	例数	C 反应蛋白 (mg/L)		白细胞计数 ($\times 10^9/L$)		中性粒细胞百分比 (%)	
		术前	术后 72h	术前	术后 72h	术前	术后 72h
实验组	21	8.48±0.24	12.61±1.21*	14.22±2.01	4.23±0.09*	88.25±2.18	60.18±2.25*
对照组	21	8.45±0.21	15.28±1.24*	14.69±2.12	10.10±0.11*	87.20±3.12	68.12±2.22*
t	—	1.825	25.241	1.494	24.148	1.228	21.568
P	—	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：“*”手术前后数据差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

2.3 甲状腺功能

两组患者术后 T4、FT4 等甲状腺功能指标均低于术前,

且实验组患者各项指标降幅均低于对照组,见表 3。

表 3 两组患者相关甲状腺功能指标变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

例别	例数	T4 (nmol/L)		t	P	FT4 (pmol/L)		t	P
		术前	术后 72h			术前	术后 72h		
实验组	38	105.52±2.24	85.28±3.48	25.825	<0.05	18.38±1.18	16.14±1.15	28.138	<0.05
对照组	38	105.56±2.28	75.75±3.49	52.712	<0.05	18.35±1.14	12.91±1.18	25.813	<0.05
t	—	0.028	25.759	—	—	1.835	26.984	—	—
P	—	>0.05	<0.05	—	—	>0.05	<0.05	—	—

2.4 临床指标

实验组患者平均出血量、术后平均引流量均少于对照组;

实验组患者术后平均拔管时间、平均住院时间均早于对照组,见表 4。

表 4 两组患者临床指标比较 [n (%)]

组别	n	平均出血量 (mL)	术后平均引流量 (mL)	平均拔管时间 (d)	住院时间 (d)
实验组	21	35.31±5.85	58.72±4.61	2.52±0.31	5.41±0.14
对照组	21	48.33±5.89	84.58±4.61	4.58±0.34	7.62±0.11
χ^2	—	25.348	26.458	25.483	27.524
P	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.5 吞咽功能

实验组患者术后 72h 吞咽功能高于对照组,见表 5。

表 5 两组患者术后 72h 吞咽功能比较 [n (%)]

组别	n	5 级-4 级	3-2 级	1 级
实验组	21	4.76 (1/21)	14.29 (3/21)	80.95 (17/21)
对照组	21	14.29 (3/21)	38.10 (8/36)	14.29 (10/21)
χ^2	—	—	—	5.849
P	—	—	—	<0.05

2.6 不良反应

实验组患者术后不良反应发生率低于对照组,见表 6。

表 6 两组患者术后不良反应发生情况比较 [n (%)]

组别	n	喉返神经损伤	低钙血症	甲状腺危象	不良反应发生率
实验组	21	4.76 (1/21)	4.76 (1/21)	0.00 (0/21)	9.52 (2/36)
对照组	21	14.29 (3/21)	14.29 (3/21)	9.52 (2/36)	38.10 (8/36)
χ^2	—	—	—	—	5.895
P	—	—	—	—	<0.05

3 讨论

甲状腺合成并分泌甲状腺激素,其是维持人体正常生理代谢的重要激素之一。甲状腺血流量较大,周围神经分布广且邻近声带。结节性甲状腺肿及甲状腺癌的发病率,在近年呈逐渐攀升的趋势;疾病早期无典型症状,但伴随病灶体积不断增大,患者可自觉咽喉不适,部分患者可出现声音变哑、胸闷等症状^[5-8]。针对结节性甲状腺肿合并甲状腺癌,目前临床主张手术方式治疗,具体术式包括甲状腺全切术、甲状腺次全切术。既往疾病确诊患者由于结节性甲状腺肿无法逆转,甲状腺癌易发生远端转移,主要采取甲状腺全切除术给予治疗,以降低需再次进行手术的风险^[9-12]。但是,临床实践显示,甲状腺全切除术对结节性甲状腺肿合并甲状腺癌患者的甲状腺组织造成的损伤较大,患者局部炎症因子在术后大量合并、释放,进而影响患者甲状旁腺两侧正常血供,延长患者术后伤口引流时间与患者住院时间,患者预后效果较差^[13-15]。而甲状腺次全切术是在甲状腺全切除的基础上进行优化,在破坏甲状腺病灶中心位置、切除局部甲状腺组织的同时保留健侧甲状腺,为结节性甲状腺肿合并甲状腺癌患者保留适量甲状腺组织,以防止患者术后相关甲状腺激素水平发生巨大波动,在减少对患者局部造成损伤的同时有利于维持患者术后血浆中钙、磷代谢水平。此外,该术式可降低手术对机体造成的损伤,减少相关生理应激因子及炎症因子的释放,有利于提高患者术后吞咽功能^[16-17]。

吴志明^[18]临床研究显示,观察组甲状腺次全切术治疗患者住院时间、术中出血量等指标均低于对照组,观察组患者并发症发生率(2.94%)低于对照组(23.53%),其研究结果与本次研究结果一致。本次研究结果显示,实验组患者住院时间、术中出血量等指标均低于对照组;实验组患者并发症发生率低于对照组。本次研究在既往研究基础上,动态观察患者治疗前后相关应激指标、炎症因子及T₄、FT₄等甲状腺功能指标。研究结果显示,与治疗前相比,两组患者术后72h相关生理应激指标及炎症因子均应激性升高,实验组各项生理应激指标及炎症因子提升幅度均小于对照组;实验组患者术后72h T₄、FT₄等甲状腺功能指标及吞咽功能均优于对照组。由此可见,对于采取不同手术方案治疗结节性甲状腺肿合并甲状腺癌患者的临床疗效存在明显差异,其中甲状腺次全切对患者机体造成的应激性刺激较小,有利于维持T₄、FT₄等甲状腺功能指标在较小的波动区间。

综上所述,针对结节性甲状腺肿合并甲状腺癌患者采取甲状腺次全切除术,可有效减轻手术对患者机体的损伤,从而提高手术疗效、提高患者预后效果,可作为首选手术治疗方案,值得临床推广。

参考文献

[1] 于红. 甲状腺全切除术与次全切手术治疗双侧结节性甲状腺肿的疗效对比分析[J]. 现代诊断与治疗, 2019,30(10):1670-1672.
 [2] 牛广海. 手术治疗结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的临床

床效果分析[J]. 中国社区医师, 2020,36(24):56-57.

[3] FILIP A B, HELLE D, NINA N, et al. The Impact of Esophageal Compression on Goiter Symptoms before and after Thyroid Surgery[J]. European thyroid journal, 2019,8(1):16-23.

[4] 叶忠良. 手术治疗结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的临床效果观察[J]. 中国基层医药, 2018,25(18):2341-2343.

[5] 周强. 结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的手术治疗分析[J]. 中国医药指南, 2018,16(8):148-149.

[6] 张伟丰, 何安全. 结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的手术治疗观察[J]. 饮食保健, 2018,5(23):22-23.

[7] JESPER R S, SIMONE M, HELLE D, et al. Changes in Swallowing Symptoms and Esophageal Motility After Thyroid Surgery: A Prospective Cohort Study[J]. World Journal of Surgery: Official Journal of the Societe Internationale de Chirurgie, Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae, and of the International Association of Endocrine Surgeons, 2018,42(4):998-1004.

[8] 谷晶, 孙剑. 为接受手术后的双侧结节性甲状腺肿患者使用瘰疬消散汤进行治疗的效果观察[J]. 当代医药论丛, 2021,19(18):149-151.

[9] 任崧, 张晋, 周贵杰. 甲状腺全切除术与次全切手术治疗双侧结节性甲状腺肿的疗效对比[J]. 基层医学论坛, 2020,24(35):5090-5091.

[10] 刘宇星. 甲状腺部分切除手术治疗结节性甲状腺肿的效果及术后并发症发生率分析[J]. 中国保健营养, 2020,30(34):278.

[11] MORE Y, KHALIL A B, MUSTAFA H, et al. Incidental Thyroid cancer in patients undergoing surgery for hyperthyroidism[J]. American journal of otolaryngology, 2020,41(2):1-4.

[12] 高维医. 探讨低位小切口甲状腺手术治疗结节性甲状腺肿的临床效果与观察[J]. 中国医药指南, 2018,16(19):53-54.

[13] 韦海坤. 超声刀辅助小切口甲状腺手术治疗结节性甲状腺肿疗效观察[J]. 养生保健指南, 2021:11(18):10.

[14] YEKTA R F, OSKOUIE A A, TAHERI S, et al. The evaluation of serum micro and trace elements in patients with papillary thyroid carcinoma and multinodular goiter[J]. Trace Elements and Electrolytes, 2019,36(4):215-221.

[15] 郑伟刚. 手术治疗结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的效果及安全性观察[J]. 养生保健指南, 2020:41(52):72.

[16] 张波. 手术治疗结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的临床效果[J]. 医学食疗与健康, 2020,18(4):2-3.

[17] 于振强. 甲状腺全切除术与次全切除术治疗双侧结节性甲状腺肿的疗效对比[J]. 中国现代药物应用, 2022,16(4):62-64.

[18] 吴志明, 卢焕全, 周景华. 手术治疗结节性甲状腺肿合并甲状腺癌的临床有效性研究[J]. 世界复合医学, 2021, 7(12):102-105.