

1 资料与方法

1.1 一般资料 来自本院 2010~2011 年体检中心体检的男性公务员, 年龄 18~55 岁之间, 其中汉族 504 名, 蒙古族 404 名。

1.2 方法 清晨空腹抽取静脉血, 用日立 HITACHI 7080 全自动生化分析仪测定血清尿酸水平。试剂采用北京九强的金斯尔尿酸测定试剂盒。

1.3 诊断标准 血清尿酸测定值以 420 μmol/L 为标准, 大于 420 μmol/L 诊断为高尿酸血症。

1.4 统计学处理 采用 χ<sup>2</sup> 检验进行统计分析, 以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

在 908 名体检者中, 血清尿酸增高者 107 名, 占 11.7%。其中, 汉族 46 名, 占高尿酸血症者 42.9%, 蒙古族 61 名, 占高尿酸血症者 57.1%。蒙古族男性公务员高尿酸血症发病率高于汉族男性公务员 (P<0.01), 见表 1。

表 1 908 名男性公务员血清尿酸测定结果 (n)

民族	高尿酸血症	健康人群	合计
汉族	46	458	504
蒙古族	61	343	404
合计	107	801	908

3 讨论

尿酸是人类嘌呤代谢的终产物, 来源分为外源性和内源性, 健康人每天产生和排泄的尿酸维持在平衡状态, 产生过多或者排泄减少, 均可产生高尿酸血症。高尿酸血症的发生与性别、年龄和饮食习惯等因素有关, 血清尿酸增高大多在饮食结

构改变时发生, 同时, 摄入动物蛋白及脂肪增多, 饮食过量都可引起。乙醇在肝脏代谢时伴随嘌呤代谢增加, 导致其终产物尿酸的增加, 乙醇还对尿酸排泄有竞争抑制作用, 其也是引起血清尿酸症增高的因素。高尿酸血症是机体代谢异常的一种客观指标, 作为心血管疾病的一个独立危险因素, 其代谢综合征中的作用已经引起学者的高度重视。在本研究中, 仅仅只调查了部分人群, 在这 908 名男性公务员中, 蒙古族男性的血清尿酸水平高于汉族男性 (P<0.01), 这主要是由于本地蒙古族饮食习惯所致。在本地, 蒙古族男性喜饮酒, 日常饮食以牛羊肉及奶制品为主, 这些都是增加血清尿酸水平的因素, 同时也增加了高尿酸血症的发病机率, 并且容易诱发心血管疾病。因此, 建议此类人群改善饮食结构, 减少饮酒和高嘌呤饮食, 同时定时复查监测血清尿酸水平。重视高尿酸血症及其诱发因素对提高各民族人群身体健康有着重要意义。

参考文献

[1] 边保华. 某高校职工血脂、血糖、血尿酸水平相关分析 [J]. 现代预防医学, 2006, 33(9): 1573-1574.  
 [2] 洪美. 某市干部人群高血压、高血脂、高血糖、高尿酸的调查 [J]. 现代预防医学, 2005, 32(2): 240.  
 [3] 郝少丽, 丁晓旭, 姚立新. 某市财政、广电职工高血糖、高血脂、高尿酸和肝功能异常的调查 [J]. 现代预防医学, 2008, 35(9): 1784-1785.  
 [4] 银广悦, 丁俊丽, 龚庆辉, 等. 脂肪肝与高血脂、高血糖及高尿酸血症的关系 [J]. 中国现代医药杂志, 2006, 8(9): 7-8.

(收稿日期: 2012-02-22)

甲状腺手术并发症的防治

黎 伟 (重庆市南川区宏仁医院 404800)

【摘要】 目的 探讨甲状腺手术并发症的防治手段。方法 分析 2004~2010 年间施行甲状腺手术的 257 例患者的并发症和相关处理对策。结果 257 例患者中, 发生各种并发症共计 12 例, 主要包括切口感染、出血、神经损伤与呼吸困难。结论 提高术者操作技巧和做好围术期处理是减少甲状腺手术并发症的关键。

【关键词】 甲状腺; 手术; 并发症

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.16.073 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)16-2083-02

甲状腺疾病是外科的常见病和多发病, 手术是治疗甲状腺外科疾病的主要手段。然而, 甲状腺手术比较容易引发并发症, 给患者带来不同程度的影响, 重者可造成患者终生病残, 甚至危及生命。因此, 如何有效地预防和处理甲状腺手术并发症是甲状腺外科的热门问题<sup>[1]</sup>。作者对本院 2004~2010 年间施行甲状腺手术的 257 例患者的并发症进行分析和总结, 以期探讨甲状腺手术并发症的防治手段。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2004~2010 年间施行甲状腺手术患者共 257 例, 其中男 85 例, 女 172 例, 年龄 18~62 岁, 平均 38.5 岁, 术后病理检查显示结节性甲状腺肿 (结甲) 106 例, 甲状腺瘤 124 例, 甲状腺癌 12 例, 甲状腺囊肿 15 例。

1.2 手术方法 所有患者采用气管内麻醉, 患者呈颈后仰位。于胸骨切迹上 2 cm 做横弧形切口, 长短依据实际情况决定。

在颈阔肌与颈深筋膜间分离皮瓣, 上至甲状腺软骨, 下缘皮瓣略作游离, 纵行切开颈深筋膜、颈白线, 分离并显示甲状腺, 术者用手指钝性分离甲状腺前面和外侧, 用小拉钩牵开肌肉, 暴露整个甲状腺组织, 游离甲状腺上极, 结扎甲状腺上动脉, 再游离甲状腺下动静脉时, 仔细辨认喉返神经, 避免大块结扎。最后从气管表面分离并切除甲状腺及肿瘤, 止血后缝合甲状腺残留部分。用乳胶管从胸骨切迹上缘引出负压引流, 切口皮下组织用 1 号细丝线缝合, 切口用 1 号或 4 号丝线缝合。术后 1 周拆线出院。257 例患者中, 双叶大部切除 103 例, 一叶大部切除 82 例, 一叶瘤体摘除加全部切除 35 例, 双侧瘤体摘除 37 例。

2 结果

所有患者均进行手术治疗。共 12 例患者出现并发症, 包括 2 例术后出血, 及时处理后无后遗症; 2 例呼吸困难, 经对症

处理后好转;2例切口感染,给予对症治疗后治愈;3例喉返神经损伤和3例喉上神经损伤均于术后2个月内恢复。

### 3 讨 论

#### 3.1 并发症发生的相关原因

**3.1.1 出血** 2例术后出血患者均系双叶大部分切除,1例患者在术后发现切口持续渗血,压迫止血无效后,拆线、缝线、清除血块,可见甲状腺上动脉结扎线滑脱,给予双重结扎后止血。1例患者拆开缝线后仔细探查,未见明显出血,考虑可能由缝合欠严密引起,术中加强缝合放置引流管引流,术后严密观察患者的呼吸及是否有颈部压迫感。48 h后拔引流管,患者至出院未再出血。

**3.1.2 呼吸困难** 2例呼吸困难的患者均为术后发生,1例患者有痰液堵塞引起,立即吸痰并雾化后完全缓解。1例患者可能与麻醉拔管引起的喉头水肿有关,后经对症处理症状完全缓解出院。

**3.1.3 喉返神经损伤** 2例喉返神经损伤患者,1例行双叶大部分切除,1例行一叶大部切除,损伤主要原因为手术操作的失误。2例患者均是术后24 h 拔引流管后引起声音嘶哑,专科检查显示一侧声带活动受限,经抗水肿等对症治疗后2个月左右恢复。

**3.1.4 喉上神经损伤** 3例喉上神经损伤患者均在术后进水时出现呛咳现象,因此考虑损伤的是喉上神经内支,黏膜的感觉丧失,失去正常喉部反射性咳嗽,因此进水时易误咽气管引起呛咳。3例患者术后观察4周后,呛咳等症状逐渐消失,推测喉上神经内支并未被切断,只是有牵拉上导致的相关症状。

**3.1.5 切口感染** 3例切口感染的患者均经历较长的手术操作时间,术者可能无意间违反规范的无菌操作原则而导致切口感染,感染发生后及时给予抗生素治疗后,患者均治愈。

#### 3.2 并发症的防治策略

**3.2.1 术中和术后出血** 术前完善相关检查,确定是否有出血功能障碍、血小板减少、高血压等基础疾病,对因、对症处理后方可进行手术治疗。术中注意事项主要包括:手术切口以充分地显示肿物为宜,不宜过大;直视下充分暴露甲状腺动静脉,操作轻柔,避免暴力牵拉;处理甲状腺下动脉时,将进入甲状腺下极的血管逐一缝扎;充分游离甲状腺上极,结扎甲状腺上动脉要紧贴上极腺体。对于术后出血的患者如果出现下列情况应立即手术探查:(1)与脉搏跳动同步的喷射状出血;(2)患者颈部明显增粗,有压迫感;(3)引流管冲洗不畅;(4)短时间(1~2 h)出血量达200 mL<sup>[2]</sup>。

**3.2.2 呼吸困难** 呼吸困难和窒息是甲状腺手术最危急的并发症<sup>[3]</sup>,多发生于术后48 h内,导致术后呼吸困难和窒息的主要原因有:(1)切口周围水肿压迫气管;(2)气管塌陷;(3)痰液堵塞;(4)反复麻醉插管导致的喉头水肿;(5)各种原因导致的双侧喉返神经损伤。其中以血肿压迫引发的呼吸困难最为常见。因此,患者的气管和声带功能状态应该作为术前评估的常规项目,并随时做好气管切开的准备;术前合并有哮喘等呼吸道疾病的患者应该在完全控制后才可进行手术;术中操作应该轻柔,以免引发喉头水肿等;麻醉插管和拔管时应该小心,避免刺激喉头引发水肿。

**3.2.3 喉返神经损伤** 甲状腺手术喉返神经损伤发生率报道不一,国内外报道显示其总发生率在2%~6%<sup>[4]</sup>。而再次甲状腺手术中喉返神经永久性损伤和暂时性损伤率则可高达25.3%和53.5%。喉返神经的解剖变异在甲状腺下动脉处最常见。避免喉返神经的主要策略包括:(1)在甲状腺大部分切除术中,应尽量保留甲状腺后被膜及与气管紧密相连处被膜,在包膜内结扎甲状腺下动静脉,即可达到手术目的,又能有效预防神经损伤;(2)在甲状腺全切除术中,应在甲状腺固有膜与外包膜之间仔细分离,把腺体向内侧翻转,仔细辨认喉返神经;(3)在手术进入危险区时,每一步操作时均应注意患者声音的变化情况,随时确保喉返神经不受损伤;(4)处理腺体背面组织时,应该尽可能保留完整的腺体后被膜,不宜过度牵拉腺体,切忌电刀止血,因为过热也有损伤喉返神经的可能;(5)缝扎出血点和切面时切忌穿通内层包膜;(6)喉返神经应沿着甲状腺真假包膜间进行,沿着神经径路解剖,尽量不碰到神经,同时要注意保护喉返神经的营养血管。

**3.2.4 喉上神经损伤** 喉上神经在甲状腺手术中的损伤率为0.3%~14.0%。喉上神经损伤的主要原因包括:神经与周围组织严重粘连,分离时误伤神经;喉上神经走行变异被术者疏忽;甲状腺上动脉的结扎位置过高,与血管神经一并结扎;过度牵拉腺体、大幅度翻动腺体残端时误扎误缝神经等。因此,在结扎甲状腺上动静脉时应紧贴甲状腺上极腺体表面,仔细分离使腺体与周围组织完全暴露后再结扎,不可过度牵拉,不集束大块结扎,否则可导致喉上神经损伤。

**3.2.5 切口感染** 甲状腺手术属于无菌手术,其切口为一类切口,因此,只要术中遵守无菌原则,手术室严格灭菌,创口感染完全可以避免<sup>[5]</sup>。

综上所述,手术是治疗甲状腺疾病的主要手段。完善的术前检查、精细的术中操作、严密的术后观察是杜绝或减少甲状腺手术并发症的关键<sup>[6]</sup>。

#### 参考文献

- [1] Rosato L, Avenia N, Bemante P, et al. Complication of thyroid surgery: analysis of a multicentric study on 14 934 patients operated on in Italy over 5 years[J]. *World Surg*, 2004, 28(3): 271-276.
- [2] 何耀明, 洗德伟. 甲状腺功能亢进 382 例手术治疗体会[J]. *中国当代医药*, 2008, 15(23): 22.
- [3] 方国恩, 施俊义, 盛援, 等. 甲状腺疾病 3 091 例外科治疗分析[J]. *中国实用外科杂志*, 2004, 24(10): 596.
- [4] 陆建明, 刘磊. 甲状腺手术中喉返神经损伤的防治[J]. *浙江临床医学*, 2007, 9(1): 100-101.
- [5] 侯跃伟. 甲状腺癌手术并发症的预防研究[J]. *中国当代医药*, 2008, 15(23): 22.
- [6] 孙燕翔, 沈远东. 甲状腺手术的技巧及副损伤的预防和处置[J]. *世界肿瘤杂志*, 2008, 7(3): 195.

(收稿日期:2012-02-11)