

- plasma glucose, a novel predictor of cardiovascular mortality in elderly patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: the Verona Diabetes Study [J]. *Circulation*, 1997, 96(6): 1750 - 1754.
- 3 尹巧香, 赵玉生. 代谢综合征与心血管疾病[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2003, 5(6): 421 - 422.
- 4 Pankow JS, Kwan DK, Duncan BB, et al. Cardiometabolic risk in impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: the Atherosclerosis Risk in Communities Study [J]. *Diabetes Care*, 2007, 30(2): 325 - 331.
- 5 徐方江, 于凤玲, 于凤泉, 等. 吡格列酮治疗早期糖尿病肾病微量白蛋白尿及 C 反应蛋白水平观察[J]. *重庆医学*, 2005, 34(1): 56 - 57.
- 6 Egger M, Krasinski A, Rutt BK, et al. Comparison of B-mode ultrasound, 3-dimensional ultrasound, and magnetic resonance imaging measurements of carotid atherosclerosis[J]. *J Ultrasound Med*, 2008, 27(9): 1321 - 1334.
- 7 李东野, 藏奎, 夏勇, 等. 原发性高血压病人颈动脉内膜中层厚度及斑块检测的临床意义[J]. *江苏医药*, 2005, 31(4): 250 - 251.
- 8 杨照勇, 李雯, 林祥华, 等. 吡格列酮对 2 型糖尿病患者胰岛素抵抗的影响[J]. *山东医药*, 2005, 45(31): 48 - 49.
- 9 Hirsch IB. Glycemic variability: it's not just about A1C anymore [J]. *Diabetes Technol Ther*, 2005, 7(5): 780 - 783.
- 10 Piconi L, Quagliaro L, Da Ros R, et al. Intermittent high glucose enhances ICAM-1, VCAM-1, E-selectin and interleukin-6 expression in human umbilical endothelial cells in culture: the role of poly(ADP-ribose) polymerase [J]. *J Thromb Haemost*, 2004, 2(8): 1453 - 1459.
- 11 Bonakdaran S, Rajabian R. Prevalence and extent of glycemic excursions in well-controlled patients with type 2 diabetes mellitus using continuous glucose-monitoring system [J]. *Indian J Med Sci*, 2009, 63(2): 66 - 71.
- 12 Azuma K, Kawamori R, Toyofuku Y, et al. Repetitive fluctuations in blood glucose enhance monocyte adhesion to the endothelium of rat thoracic aorta [J]. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 2006, 26(10): 2275 - 2280.
- 13 Otsuka A, Azuma K, Iesaki T, et al. Temporary hyperglycaemia provokes monocyte adhesion to endothelial cells in rat thoracic aorta [J]. *Diabetologia*, 2005, 48(12): 2667 - 2674.
- 14 李赞, 刘江华. 波动性高血糖与糖尿病大血管并发症[J]. *国外医学(内分泌学分册)*, 2004, 24(6): 400 - 401.
- 15 Piconi C. Oscillating glucose is more deleterious to endothelial function and oxidative stress than mean glucose in normal and type 2 diabetic patients [J]. *Diabetes*, 2008, 57(5): 1349 - 1354.
- [收稿日期 2014 - 10 - 10][本文编辑 刘京虹]

博硕论坛 · 论著

巨大甲状腺肿 50 例外科治疗体会

张雅峰, 张瑞明

作者单位: 010050 呼和浩特, 内蒙古医科大学附属医院普外科 B 区

作者简介: 张雅峰(1979 -), 男, 在读博士, 主治医师, 研究方向: 大肠癌及甲状腺癌的临床及基础。E-mail: zyfl50@sina.com

[摘要] 目的 探讨巨大甲状腺肿的临床特点与治疗要点。方法 收集内蒙古医科大学附属医院普外科 2010-06 ~ 2012-06 收治的肿块直径 8 cm 以上的 50 例巨大甲状腺肿患者的临床资料进行回顾性研究。结果 30 例行甲状腺一侧腺叶切除加对侧叶大部切除术, 14 例行甲状腺一侧腺叶切除术, 4 例行甲状腺全切除术, 2 例行甲状腺全切除术加颈部淋巴结清扫术。病理诊断为单纯性结节性甲状腺肿 39 例, 甲状腺癌 8 例, 继发甲亢者 3 例。术后出现短暂并发症者 16 例, 其中术后出现甲状腺功能低下 8 例, 甲状旁腺功能低下 4 例, 声音嘶哑 3 例, 术后出血 1 例。无死亡病例。结论 巨大甲状腺肿常常合并胸骨后甲状腺肿, 压迫气管, 使气管变窄移位, 手术操作困难, 风险较高。根据不同的情况做不同处理, 避免大血管和喉返神经及甲状腺旁腺的损伤。

[关键词] 巨大甲状腺肿; 手术治疗; 并发症**[中图分类号]** R 581.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674 - 3806(2015)04 - 0327 - 03

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2015.04.11

Experience on surgical treatment of 50 patients with huge goiter ZHANG Ya-feng, ZHANG Rui-ming. Department of General Surgery, Affiliated Hospital of Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010050, China

[Abstract] Objective To investigate the clinical characteristics of huge goiter and main problems of surgical treatment for huge goiter. **Methods** A retrospective study was performed in 50 patients with huge goiter whose diameter was larger than 8 cm, during June 2010 ~ June 2012. **Results** Thirty patients underwent one lobe thyroidectomy plus one lobe subtotal thyroidectomy, 14 patients underwent one lobe thyroidectomy, 4 patients underwent total thyroidectomy, 2 patients underwent total thyroidectomy plus prophylactic peripheral lymph nodes (PLN) dissection. Pathologic diagnosis showed nodular goiter in 39 cases, carcinoma of thyroid in 8 cases, secondary hyperthyroidism in 3 cases. Postoperative complications were found in 16 cases, including hypothyroidism in 8 cases, hypoparathyroidism in 4 cases, hoarseness in 3 cases, postoperative bleeding in 1 case. No death occurred. **Conclusion** Huge goiter was usually complicated by substernal goiter, causing tracheal compression, narrow and displacement, so operation for huge goiter is relatively difficult with correspondingly high operation risk and morbidity. It is necessary to treat the patients according to their different conditions and to prevent the injuries of blood vessels, recurrent laryngeal nerve and parathyroid.

[Key words] Huge goiter; Surgical treatment; Complication

巨大甲状腺肿是指甲状腺Ⅲ度肿大以上,肿物直径超过 8 cm 的甲状腺肿^[1],肿物上极可至下颌角,下极可伸至胸骨后,两侧达胸锁乳突肌后缘。本研究对我院外科 2010-06 ~ 2012-06 收治的 50 例巨大甲状腺肿患者进行手术治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院外科 2010-06 ~ 2012-06 收治的 50 例巨大甲状腺肿患者,其中男 9 例,女 41 例。年龄 21 ~ 71 岁,平均年龄 51.0 岁。病程 0.5 ~ 40 年,平均病程 9.9 年。颈部 X 线片显示气管不同程度受压、移位。超声 CT 检查 50 例显示甲状腺两叶或单侧叶增大,不对称,表面不光滑,呈多发性大小不等的结节。其中 15 例有明显呼吸困难,2 例有声音嘶哑史,1 例合并心律失常,3 例继发性甲状腺功能亢进症。其中良性肿瘤 42 例,恶性肿瘤 8 例。全部病例经手术治疗,无死亡病例。

1.2 方法 采用回顾性分析研究方法对 50 例巨大甲状腺肿患者的手术方式、治疗效果、病理诊断以及术后并发症等进行总结分析。

2 结果

本组 30 例行甲状腺一侧腺叶切除加对侧叶大部切除术,14 例行甲状腺一侧腺叶切除术,4 例行甲状腺全切除术,2 例行甲状腺全切除术加颈部淋巴结清扫术。无手术死亡病例。术后病理诊断单纯性结节性甲状腺肿 39 例,甲状腺癌 8 例(其中乳头状癌 5 例,滤泡状癌 1 例,髓样癌 1 例,恶性纤维组织细胞瘤 1 例),结节性甲状腺肿继发甲亢者 3 例。术后出现短暂并发症者 16 例,其中 8 例术后出现甲状腺功能低下,需长期补充甲状腺素片;4 例出现暂时性甲状旁腺功能低下(3 例经短期补钙症状改善,1 例永久性损失);3 例出现声音嘶哑(1 例给予气管

切开);1 例术后出血量 300 ml 以上,再次手术止血后治愈。

3 讨论

3.1 巨大甲状腺结节患者有如下几个特点:(1)病史长,肿物生长缓慢,长期反复增生纤维变可累及甲状腺周围组织,包括甲状旁腺及喉返神经,手术易造成损伤。(2)结节巨大,多数可及胸骨后,术前有明显的气管神经受压表现,如呼吸困难及发音改变。(3)因病程迁延,易出现恶变及继发甲亢。(4)个别病例因囊内出血等原因,短期内肿物突然增大,出现明显呼吸困难表现。(5)因结节巨大,不对称,严重影响外观。因此,患者均应采取手术治疗。

3.2 巨大甲状腺结节患者大多在出现压迫症状后才来就诊,且因结节巨大,失去了正常的解剖结构及毗邻关系,术中易发生误伤,手术难度大,且术式变化多,因此术前准备至关重要。术前要拍 X 线片了解气管受压情况及突入胸腔内的程度;超声、CT 检查了解结节的波及范围、性质及毗邻关系;相关科室会诊检查了解神经、甲状腺等功能情况,个别患者还需术中输血等准备。本组病例术前均经过颈部及胸部超声及 CT、颈部 X 线检查、耳鼻喉科常规会诊、甲状腺功能测定,术前均联系冰冻病理。

3.3 麻醉方式采用气管内插管全麻。由于气管受压、移位、管腔变窄,多有呼吸困难,手术时采取肩部垫高、头部后仰位更加重了呼吸困难;操作过程中搬动腺体易致气管扭曲,切除腺体后气管塌陷等因素均可能导致严重呼吸困难,甚至窒息死亡。因此,手术成功的关键在于维持呼吸道通畅,故必须选择气管插管全麻,必要时采用纤维支气管镜插管。

3.4 手术方式我们大多采用一侧叶甲状腺切除加对侧大部切除术,一般是将腺体大的一侧腺叶切除,

对侧保留上极血管,腺体保留 1/4 左右,减少喉上神经损伤。可疑恶性者,则在得到患方的知情同意后,行一侧腺叶加峡部和对侧大部切除术;或甲状腺全切除,并存淋巴结转移者行根治或改良根治术,彻底切除肿瘤^[2]。甲状腺手术时甲状旁腺可能被误切、挫伤或血液供应受损,均可引起术后甲状旁腺功能减退,此种并发症并不少见,因此预防保护甲状旁腺十分必要。而在预防甲状旁腺缺血方面,有学者指出在处理甲状腺下动脉时,应尽可能避免结扎其主干,尽量紧贴甲状腺体,以保证甲状旁腺的血液供应^[3]。其次关键在于游离时必须紧贴固有被膜,一旦发现切除标本中有甲状旁腺,应切成 1 mm × 1 mm 左右小块,移植于胸锁乳突肌内。喉返神经损伤是甲状腺手术中最常见的并发症之一,发生率为 0.3% ~ 9.4%^[4]。术中是否显露喉返神经,目前各家意见不一,我们认为,对需做腺叶次全切或全切者,则能常规显露喉返神经,操作中应耐心细致,动作轻柔,以解除其外源性压迫,使之得以妥善保护。本组 50 例巨大甲状腺肿的手术,出现术后声音嘶哑 3 例,发

生率为 6%,术后经对症治疗后完全缓解。肖远朝等^[5]认为切除甲状腺腺体后保留约 6 ~ 8 g,可预防术后甲状腺功能低下。

3.5 巨大甲状腺肿患者病史较长,肿物生长缓慢,大多出现压迫症状后才来就诊,造成手术操作难度大,并发症多。充分的术前准备、精细的操作、手术的不断改进以及甲状旁腺自体移植的开展,对于巨大甲状腺肿患者的治疗会更加有效、安全。

参考文献

- 1 苏学军,宁全珍. 巨大甲状腺肿切除 21 例分析[J]. 中华现代外科学杂志,2005,2(10):951-952.
- 2 韦兴中,梁中晓. 甲状腺乳头状癌的治疗研究进展[J]. 中国临床新医学,2010,3(11):1140-1143.
- 3 黄 韬. 甲状旁腺术中损伤的预防和处理[J]. 中国实用外科杂志,2008,28(3):179-180.
- 4 Thomusch O, Sekulla C, Walls G, et al. Intraoperative neuromonitoring of surgery for benign goiter[J]. Am J Surg, 2002, 183(6):673-678.
- 5 肖远朝,罗启军,秦开崇. 原发性甲状腺功能亢进症 722 例外科手术治疗体会[J]. 中国临床新医学,2012,5(7):621-623.

[收稿日期 2014-11-28][本文编辑 杨光和]

博硕论坛·论著

不同麻醉方式对老年肺癌患者围手术期认知功能的影响

吴芳兰, 莫丽勤, 陈 湘, 应燕萍, 郑宝石, 张炳东,
杨 丽, 崔妙玲, 黄惠桥, 吴卓媚, 韦永金

基金项目: 广西卫计委科研课题(编号: Z2010387)

作者单位: 530021 南宁, 广西医科大学第一附属医院质量管理办公室(吴芳兰), 心胸外科(莫丽勤, 陈 湘, 郑宝石, 韦永金), 护理部(应燕萍, 杨 丽, 崔妙玲, 黄惠桥, 吴卓媚), 心血管研究所麻醉科(张炳东)

作者简介: 吴芳兰(1974-), 女, 医学硕士, 副主任护师, 研究方向: 护理学。E-mail: gxwfl362@163.com

[摘要] **目的** 探讨硬脊膜外阻滞麻醉或全身麻醉方式对老年肺癌患者围手术期认知功能的影响。**方法** 将 93 例 60 岁以上需择期行肺癌根治术的患者根据麻醉方式分为硬脊膜外阻滞麻醉组(观察组, 46 例)和全身麻醉组(对照组, 47 例), 采用简明精神状态量表(MMSE)评估患者术前 1 d、术后 6 h、术后 1、3、7 d 的认知功能, 并检测患者术前 10 min、术毕 30 min、术后 1 d 及术后 3 d 血清 S100-β 蛋白水平。**结果** 不同的麻醉方式及术后不同时间, 患者的 MMSE 评分差异有统计学意义, 且麻醉方式和术后时间之间存在交互效应; 术后 6 h 两组患者的 MMSE 评分均出现明显下降趋势(观察组: $P=0.000$; 对照组: $P=0.000$); 对照组术后 6 h 及术后 1 d 的 MMSE 评分均明显低于观察组(6 h: $P=0.003$; 术后 1 d: $P=0.007$); 观察组术后 6 h 发生术后认知功能障碍(POCD)的比例明显低于对照组(13.0% vs 31.9%, $P=0.030$)。术后不同时间患者血清 S100-β 蛋白水平有显著差异, 术后 30 min 两组患者的血清 S100-β 蛋白水平相比术前 10 min 均出现明显升高(观察