

术前喉镜检查对浸润性甲状腺肿瘤的诊断价值

潘晓华¹, 王墨林², 田兴松¹

(1 山东省立医院, 山东济南 250021; 2 山东大学)

【摘要】 对 267 例甲状腺切除术患者的术前喉镜检查结果进行分析。19 例浸润性甲状腺肿瘤患者中 15 例出现喉返神经麻痹, 248 例良性甲状腺疾病患者中仅 1 例出现喉返神经麻痹。提示术前喉镜检查对浸润性甲状腺肿瘤的判断有重要作用, 拟行甲状腺切除术的患者术前应常规行喉镜检查, 尤其是可疑甲状腺恶性肿瘤患者。

【关键词】 甲状腺肿瘤; 喉镜检查

【中图分类号】 R736.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-266X(2007)24-0093-02

对于浸润性甲状腺肿瘤, 如果术前能够确诊, 对于手术方案的制定十分重要, 然而目前尚无有效的术前诊断方法。2005 年 3 月~2006 年 12 月, 我院手术切除甲状腺肿瘤 267 例, 术后诊断为浸润性甲状腺肿瘤 19 例, 甲状腺良性疾病 248 例。现比较其术前喉镜检查结果和声音的变化, 以评价术前喉镜检查在浸润性甲状腺肿瘤诊断中的价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 甲状腺手术患者共 267 例, 术后病理检查诊断为浸润性甲状腺肿瘤 19 例(I 组, 包括甲状腺乳头状癌、滤泡状癌、Hurthle 细胞癌、髓样癌、甲状腺肉瘤和甲状腺淋巴瘤), 甲状腺良性疾病 248 例(II 组, 包括良性结节、结节性甲状腺肿及非浸润性甲状腺癌)。

1.2 方法 所有患者术前进行常规喉镜检查。对喉镜检查结果与术后病理检查结果作对照分析。

2 结果

术前喉镜检查, 267 例中 16 例发现声带麻痹。其中 I 组有 15 例, II 组仅发现 1 例(为胸骨后甲状腺肿患者)。喉镜检查对诊断浸润性甲状腺肿瘤的敏感性为 76%, 特异性为 100%。I 组声带麻痹的 15 例患者中 10 例术前没有出现声音改变, 在 5 例有声音改变的患者中 4 例出现声带麻痹, 1 例没有。在 I 组患者中声音改变作为判断声带麻痹的敏感性为 20%, 特异性为 75%。

I 组 15 例声带麻痹的患者中 14 例术前行 CT 检查, 其中仅有 3 例诊断声带麻痹。2 例行 MRI 检查的声带麻痹患者, 仅提示声带不对称。CT 诊断声带麻痹的敏感性为 20%, 特异性为 100%。

3 讨论

分析本组资料发现, 术前声带麻痹是诊断浸润性甲状腺肿瘤的可靠指标, 敏感性为 76%, 特异性为 100%, 而 CT 检查判断甲状腺肿瘤外侵的敏感性仅为 23%。

有声带麻痹的浸润性甲状腺肿瘤患者中有 67% (10/15) 未出现声音的改变, 通过声音的改变来判断声带功能的敏感性仅为 20%, 特异性为 75%。即声音正常的患者可能出现声带麻痹的现象。有时良好的颈部 CT 检查可以发现声带麻痹, 但敏感性仅为 20%。

术前发现声带麻痹可以考虑为浸润性甲状腺肿瘤, 应进行局部区域或远处器官的检查。颈部超声和 CT 检查对判断区域淋巴结肿大有很大帮助。术前发现声带麻痹可以做更完善的术前准备, 可以在初次手术中进行中央区淋巴结的清扫。

继发于恶性肿瘤的喉返神经麻痹与手术中急性损伤造成的喉返神经麻痹在临床表现上有很大的不同。恶性肿瘤侵犯喉返神经是一个需要几个星期甚至数月的渐进过程, 表现为喉返神经逐步纤维化、失活, 当 50% 的喉返神经失活后, 临床上可出现声带麻痹^[1]。在这个过程中声带活动的受限也可能经历一段时间, 这使得喉返神经代偿机制产生作用, 减轻声音嘶哑的症状, 这一点不同于甲状腺手术中喉返神经的突然横断。

有研究者通过术中神经电生理监测发现, 在行甲状腺手术时, 即使喉返神经受浸润致声带麻痹, 仍然在术中保持某种程度上的电应激性。提示即使有明显的声带麻痹, 部分喉返神经仍然可能保存功能^[2]。因此恶性肿瘤浸润致声带麻痹而不出现声音嘶哑者是不少见的。术前了解声带功能对手术方案的

制定十分重要。如果术中发现声带功能正常,应努力切除所有浸润性肿瘤,最多可以留下很少的病变组织在喉返神经上,而不要切断喉返神经。

最近美国和德国的甲状腺癌研究中心对 5583 例甲状腺癌病例研究发现,术前声音异常者占 8.2%,而术前行喉镜检查者仅 6.1%。这项研究提出要对可疑甲状腺癌患者进行更多的喉镜检查。其他研究者也得出相同的结论,认为甲状腺癌术前必须进行喉镜检查。不过英国《内分泌外科指南》建议术前仅声音异常者选择喉镜检查。但是如果仅把声音异常当作喉镜检查的指征,将有 2/3 的浸润性

甲状腺肿瘤不能确诊。我们认为应尽可能对所有行甲状腺手术的患者行喉镜检查,至少是术前可疑为甲状腺肿瘤的患者,而不是仅仅对术前诊断为甲状腺恶性肿瘤的患者进行检查。

[参考文献]

- [1] Mu LC, Yang SL. Electromyographic studies on end-to-end anastomosis of the RLN in dogs[J]. Laryngoscope, 1990, 100(3): 1009.
- [2] Gregory W, Dipti K. The importance of preoperative laryngoscopy in patients undergoing thyroidectomy; voice, vocal cord function and the preoperative detection of invasive thyroid malignancy[J]. Surg, 2006, 139(2): 357-362.

(收稿日期:2007-05-17)

· 经验交流 ·

胰十二指肠切除术中捆绑式胰肠吻合预防胰漏的作用

雷 杰, 刘振显, 费建东

(河北北方学院附属第一医院, 河北张家口 075000)

胰漏为胰十二指肠切除术后最常见、最严重的并发症之一。2004 年 10 月~2006 年 10 月,我们在 16 例胰十二指肠切除术中采用捆绑式胰肠吻合法,术后均未发生胰漏。现报告如下。

临床资料:本组 16 例中,男 10 例,女 6 例;年龄 45~68 岁。包括胰头癌 8 例、壶腹癌 3 例、胆总管远端癌 2 例、胆囊癌侵犯胰头 1 例、胃癌侵犯胰头 1 例、肿块型慢性胰腺炎 1 例。均实施胰十二指肠切除术。消化道重建按 Child 法分别行胰、胆、胃与空肠的吻合。

胰肠吻合方法:① 断胰及胰腺断端的游离:在拟定切除线的远端胰腺上下缘各缝 1 针,丝线结扎后再做一个空结,两结之间留下 1 个线环备用(胰腺上下缘各留 1 个线环)。电刀断胰,断面止血。胰管内无需常规置入支撑管。胰腺保留端再游离 3 cm 以备吻合。② 空肠断端准备:靠近一根终末动脉处离断空肠近端,空肠断端向外翻转 3 cm,电凝破坏外翻的黏膜。③ 胰腺断端的套入与吻合:在空肠后壁和胰腺残端背面之间做褥式缝合,暂时不予结扎。距空肠断端 10 cm 处,空肠对系膜缘上戳小孔(备胆肠吻合用),送入透明输液管,经肠腔从空肠断端引出。用缝线先后穿过胰断端上下缘预置的小线圈,距管端约 5 cm 处,将缝线缝扎在输液管上(缝线总长 20 cm 以上)。将胰腺和空肠断端靠拢,结扎预置在二者后壁的缝线,胰腺断端的后壁会因结扎线的牵引而进入肠腔。向肠腔外牵拉输液管及缝线两端,将胰腺残端牵引入肠腔。胰残端完全套入肠腔 3 cm,将空肠断端与胰腺上、下缘和前面的被膜分三处作缝合固定。④ 捆绑:在接近空肠断端两组血管之间的系膜上戳孔,穿过一根 0 号可吸收

缝线,环绕空肠结扎,松紧度以结扎线圈内刚好能伸入小号血管钳端为准,同时可见结扎处空肠凹陷 1~2 mm。⑤ 涂胶与引流:空肠浆肌鞘端与胰腺缝合处涂以生物蛋白胶。胆肠、胃肠吻合完成后将胃管下拉,使其头端置于输入祥内。胰肠、胆肠吻合口附近各放置乳胶引流管 1 根。术后引流量 > 50 ml/d、引流液淀粉酶 > 300 U/L(比色法),并持续 5 d 以上即为胰漏。

结果:本组 16 例手术均顺利完成,术后无 1 例发生胰肠吻合口漏及其他相关并发症。术后 1 个月 B 超检查未发现胰腺周围积液。随访 2~24 个月,均未发现腹泻等胰腺外分泌不足表现。

讨论:胰十二指肠切除术后一旦发生胰漏,胰酶可腐蚀邻近组织及大血管,引起严重的腹腔感染及致命的大出血。传统的胰肠套入式吻合有其固有缺陷:① 胰肠吻合缝针穿透空肠壁全层,吻合后留有针眼,且两针之间留有缝隙,成为胰液外漏的“突破口”。② 空肠壁双层套入增加吻合口张力,影响局部血液循环,甚至导致空肠端撕裂。捆绑式胰肠吻合,空肠壁不留针眼,胰液不会沿缝线腐蚀肠壁;将胰腺套入空肠后环绕空肠和胰腺进行同轴捆绑,使空肠与胰腺紧密相贴,阻止液体在两层之间的流通,消除了胰漏的“突破口”;套入部空肠黏膜被破坏,失去分泌功能,空肠黏膜创面易与胰腺被膜黏连,加速愈合;在空肠浆肌鞘与胰腺缝合处涂以生物蛋白胶,可避免腹水浸泡吻合口,防止吻合口水肿;将胃管置入空肠输入祥内,将积存的胰液、胆汁及肠液随时引出,可减小吻合口的张力,避免液体从吻合口的隙隙渗漏。

(收稿日期:2007-05-12)