

文章编号:1005-6947(2010)05-0550-03

· 学者笔谈 ·

提高甲状腺结节的诊断水平,更好地规范化手术治疗

李树元, 万劲松, 白雪峰, 周艳

(齐齐哈尔医学院附属第三医院 普外二科, 黑龙江 齐齐哈尔 161000)

摘要:为探讨如何提高甲状腺结节诊断水平,以便更好地规范化手术治疗,分析总结临床医生,尤其基层医院医生在甲状腺结节诊疗上常发生的问题及其原因,以及改进的方法。笔者认为,对于甲状腺结节性疾病,只有做到完备的术前检查,仔细的术中探查,配合术中冷冻检查,以及遵循肿瘤学原则选择术式,才能更好地规范化手术治疗。

[中国普通外科杂志,2010,19(05):550-552]

关键词:甲状腺结节/外科学;甲状腺切除术/方法

中图分类号:R 736.1

文献标识码:A

甲状腺肿瘤是内分泌系统最常见的肿瘤,包括良性和恶性肿瘤两大类;其中良性占80%以上,恶性肿瘤占全身恶性肿瘤的1%^[1],甲状腺结节是甲状腺疾患中最常见的一种临床表现,也是患者就诊的主要原因。除亚急性炎和少部分甲状腺结节外,绝大多数需要手术治疗。由于甲状腺具有重要的生理功能和复杂的解剖关系,再加上结节的部位、大小、数量、性质不一,手术复杂性较高。手术者采用保守或过激的手术方式,都可能导致不良后果。如何提高甲状腺结节的诊断水平,更好地规范化手术,即既能合理地保留甲状腺的功能,又能兼顾手术的彻底性、安全性。笔者拟从两方面讨论甲状腺结节在诊疗上常发生的问题及采取的应对措施。

1 临床医生经常发生的问题及其原因

1.1 术中不常规行快速病理检查

重要原因之一是医院不具备快速病理检查的条件。在我国能开展甲状腺手术的医院比能行快速病理检查的医院多得多,这是普遍存在的情

况。另外,医生对甲状腺结节的诊断水平不高,盲目地依靠自己的经验来判断良性或恶性,其结果是容易造成手术方式错误的选择,导致二次手术率增加。

1.2 术中不常规显露喉返神经

喉返神经是否显露学术界仍有争论,但目前大多数学者主张术中常规显露喉返神经。正常情况下喉返神经的损伤率为0.5%。但由于喉返神经解剖的变异较多,以及二次手术、肿瘤侵犯等因素,其损伤率远高于这一结果。再者,有的医生顾虑神经损伤而使甲状腺癌手术不够彻底,从而导致再次手术。因而神经损伤等并发症的发生率反而明显增高。

1.3 对甲状腺炎症性疾病的治疗方法不当

主要表现为对不需要手术的疾病,如亚急性甲状腺炎或没有明显肿物及压迫症状的慢性甲状腺炎,采取手术治疗,造成不必要的风险和并发症;而对桥本甲状腺炎合并有结节,尤其是结节的性质不明的患者,医生顾虑手术中风险及术后甲状腺功能低下而避开手术,结果常常是使桥本病合并甲状腺癌的患者漏诊或延误诊断,错过最佳的手术时机。文献报道桥本病合并甲状腺恶性肿瘤的发生率为0.5%~5.0%^[2]。有个别医院报道达到14.85%^[3]。

1.4 术中不注意甲状旁腺的显露与保留

由于甲状旁腺与甲状腺解剖上的特殊关系,甲状腺手术必然涉及甲状旁腺。不少医生在甲状腺手术中不注意显露、识别、保留甲状旁腺,容易

收稿日期:2010-01-07; 修订日期:2010-03-24。

作者简介:李树元,齐齐哈尔医学院附属第三医院主任医师,主要从事甲状腺甲状旁腺及消化道肿瘤治疗方面的研究。

通讯作者:周艳 E-mail: 791559518@qq.com

造成甲状旁腺损伤(切除或血运障碍),导致钙、磷代谢障碍,轻者出现口唇、四肢麻木,重者出现严重的抽搐,甚至危及生命。

1.5 手术术式错误的选择

传统的甲状腺手术有部分切除、次全切除、腺叶切除、全甲状腺切除等,每种手术方式都有其适应证,但也有其局限性。有的基层医院外科医生在术前既未确定性质、术中又无法快速病理检查的情况下,更多地采用部分切除或次全切除术,结果常出现下列情况。一是一侧病变部分切除或次全切除后病理证实为恶性情况,还需再次手术。中国医学科学院肿瘤医院头颈科统计外院甲状腺次全切除手术后来该院做腺叶切除术者,其中45%存在残存肿瘤^[4]。二是两侧多发病变,一侧是良性,而另一侧是恶性,恶性病变侧仅行大部切除或次全切除术,因手术范围不够,不得不将残留的腺体行二次手术切除,结果极易出现甲状腺和甲状旁腺功能低下。三是双侧均是良性病变,行大部切除或次全切除后易出现术后复发,增加再次手术的机会^[5]。结节性甲状腺肿的病理特点是双侧多发性病变,虽然是良性疾病,但如果病灶切除不彻底,极有可能残留增生的甲状腺组织和微小结节,而这些残留的病变组织不受甲状腺激素的反馈抑制,术后复发率较高^[6]。

2 提高甲状腺结节的诊断水平,更好地规范化治疗

2.1 术前正确评估甲状腺结节

甲状腺结节,按病理分类可分为良性和恶性;按部位分为局限甲状腺一叶、峡叶、或两叶;按数量分单发和多发;而且其大小不一,大者可累及两叶甚至腺体外,小者直径数毫米。所以,要选择适当的手术术式,术前对结节评估非常重要。笔者的体会是:一为确定结节的病理性质:即是良性还是恶性?二为确定结节的部位,一叶还是两叶?三为确定结节是单发还是多发?要做到上述三个确定,术前必须完善相关检查。

2.1.1 重视医生对患者的体检 这是最基本的、最直接的,也是最重要的一种检查方法。医生通过对结节的部位、数量、质地、边界、活动度、有无疼痛以及周围有无淋巴结肿大等,对结节作一最初的评估;再根据良、恶结节的的不同特点行其他必要的检查以完善诊断。当然,医生的临床经验对结节的评定起到十分重要的作用。

2.1.2 彩色超声检查 彩超检查是甲状腺肿瘤最方便、经济、实用的诊断手段之一。超声可以

探测直径0.2 cm的甲状腺结节。有经验的超声医生可以根据超声下甲状腺结节的特点评估恶性的可能:一是甲状腺结节中有细砂粒样钙化,其恶性率达到38%~50%,而良性结节钙化率仅为13.1%,且多为粗大的钙化^[7];二是肿瘤形态不规则、边界模糊不清、无包膜或包膜不完整、有伪足或毛刺状外突、血流丰富等亦提示较高的恶性可能^[8]。近年来,随着六氟化硫微泡造影在甲状腺疾病术前检查的逐渐应用,超声诊断水平必然有更大提高^[9]。

2.1.3 放射性核素扫描 这是甲状腺结节重要的辅助检查:一是用于补充体格检查所见;二是可提供甲状腺功能的的活动情况;三是发现高危患者潜在微小病灶;四是检出已发生区域性远处转移的甲状腺癌的原发灶。同位素扫描18.4%~54.5%的甲状腺单发冷结节为恶性,而热结节中仅有4%~7%为癌^[10]。

2.1.4 颈部CT检查 亦是一种补充检查方法,对甲状腺肿瘤的定性诊断能力为86%,高于临床医生的触诊^[11]。CT对于判断肿物的位置、与周围组织如食管、颈部动静脉、气管、甲状软骨等解剖关系十分重要,但由于其费用较高,不作为常规检查;但对于高度怀疑恶性病变或复发的甲状腺病变应作为常规检查手段,必要时还需做加强CT。

2.1.5 细针穿刺细胞学检查(FNA) 触诊下的细针穿刺细胞学检查是目前诊断甲状腺肿瘤的一种可靠、廉价的方法,对甲状腺肿瘤的诊断具有较高的符合率。国内报道FNA检查的阳性符合率在90%左右,国外报道符合率更高。目前,虽然细针穿刺细胞学检查已被广泛应用,但主要仍是在一些较大医院或专科医院开展较好,而且其也有局限性。Solbiti等^[12]报道细针穿刺检查的假阳性率为1%~10%,假阴性发生率为1%~8%。另外,多数基层医院医生顾虑检查可能带来的并发症,如出血、神经损伤、气胸、肿瘤针道转移,以及医院病理检查水平等,因而开展较少,故仍有待进一步推广应用。

2.1.6 甲状腺功能检查 通过甲状腺功能的测定,可以了解患者目前的甲状腺功能状态,既可初步判定是否系炎症性疾病,又可了解甲状腺功能的发展趋势,指导下一步治疗。

2.2 术中快速病理检查

这是甲状腺癌最重要的检查手段之一。由于甲状腺疾病常是良、恶性并存,还有多灶性和隐匿性的特点,要求术者不仅要术前发现的甲状

腺肿块行快速病理检查,还要仔细探查同侧和对侧的甲状腺组织;对所有可疑结节均应做术中冷冻切片,以最大程度降低患者的再次手术率。因此,在无冷冻切片设备,又不具备腺叶切除技术条件下开展甲状腺手术应十分慎重^[13]。

2.3 正确地选择手术术式

2.3.1 甲状腺腺叶切除术 是一侧病变的首选术式。对于一侧甲状腺内的结节,由于术前对良、恶不能完全预测,按肿瘤学的观点最好做腺叶切除术,切下之标本立即送冷冻切片检查,做到诊断和治疗一次完成。甲状腺腺叶切除术的最大优点是不会遗漏隐性癌和多灶性癌,可以确定局部不会复发。因为有些微小结节,临床不易发现,术中冷冻切片不可能逐一检查,有时候冷冻切片也可误诊或不能确诊,需术后石蜡切片才能确诊。行腺叶切除术就可以避免再次手术。对于桥本病,除合并甲状腺癌或结甲外,一般不应手术干预^[14]。另外,术中还应常规显露喉返神经;保留甲状腺后被膜,结扎、切断甲状腺上、下动脉应靠近腺体处,尽可能保留甲状旁腺及其血液供应。

2.3.2 甲状腺一叶或两叶次全切除术 不少基层医院的外科医生,顾虑损伤喉返神经和甲状旁腺,对甲状腺结节(一侧或两侧),术前既不能确定结节性质,术中又再未送冷冻切片的情况下,采用甲状腺部分切除或次全切除,后果是:如果术后确诊为甲状腺癌,不可避免需要再次手术;另外,很可能将微小结节甚至是微小癌遗留在残叶内,造成术后再发结节和肿瘤复发;再者,由于第一次手术破坏了正常的解剖关系,必然增加再次手术的难度,也增加了喉返神经和甲状旁腺损伤的机会。甲状腺再次手术所致并发症的发生率是初次手术的5~10倍^[15]。所以,只有对甲状腺结节有充分的评估才允许行部分或次全切除术。

2.3.3 一侧甲状腺腺叶切除加峡叶切除 由于甲状腺癌90%以上为乳头状癌,对于一侧的恶性结节,多数学者主张采用患侧叶加峡叶切除,再根据病变的范围、淋巴结转移情况等决定是行区域性颈淋巴结清扫,还是行功能性颈淋巴结清扫^[16]。

2.3.4 全甲状腺切除术 全甲状腺切除术后必然出现甲状腺功能低下或丧失,甲状旁腺功能也可能因手术操作损伤而明显低下,此类手术应十分慎用。对于双侧甲状腺癌此术式是惟一合理的选择;对于双侧甲状腺多发结节,根据结节位置分布情况选择双侧次全切除或一侧腺叶全切加对

侧次全切除,必要时行双侧叶全切^[17]。对于良性疾病,如果甲状腺两叶多发结节、范围广泛,肉眼所见正常的甲状腺组织已经很少,且在术中无法确定每个甲状腺结节性质的情况下,也应考虑行近全甲状腺切除术。

参考文献:

- [1] 吴在德,吴肇汉,郑树,等. 外科学[M],第7版.北京:人民卫生出版社,2008:296.
- [2] 徐小明,王平,虞志刚. 桥本病并发甲状腺恶性肿瘤18例的诊断与治疗[J]. 中华普通外科杂志,2001,16(7):427.
- [3] 王敏. 29例桥本氏甲状腺炎合并甲状腺乳头状癌病理特征及临床意义[J]. 辽宁医学杂志,2009,23(2):82-84.
- [4] 屠规益,徐国镇. 头颈恶性肿瘤的规范化治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:234.
- [5] Arroyo A, Sebastian A, Perer F, et al. Isoprothetic umbilical hernia repair bound to replace primary hemiorrhaphy in the adult patient [J]. *Hernia*, 2002,6(4):175-177.
- [6] 梁辉,康洪林,姬宏斌,等. 结节性甲状腺肿术后复发再手术73例分析[J]. 中国实用外科杂志,2009,29(2):167-170.
- [7] 刘洪枫,唐伟松,杨志英. 甲状腺钙化性病灶与甲状腺癌[J]. 中国医学科学院学报,2003,25(5):626-629.
- [8] 王延海,王学梅,赵梅芬,等. 二维及彩超多普勒超声在诊断甲状腺癌中的应用[J]. 中国实用外科杂志,2006,7(26):559-560.
- [9] 郑笑娟,张永奎,赵臣银,等. 甲状腺占位性病变六氟化硫微泡超声造影的探讨[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(4):277-281.
- [10] 屠规益,徐国镇. 头颈恶性肿瘤的规范化治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:230.
- [11] 陈清勇,吴玉权,杨胜,等. 甲状腺恶性肿瘤CT诊断与临床触诊的对比研究[J]. 中国临床医学影像杂志,2001,12(3):159.
- [12] Solbiati L, Osti V, Cova L, et al. Ultrasound of thyroid, parathyroid glands and neck lymph nodes [J]. *Eur Radial*, 2001,11(12):2411-2424.
- [13] 饶南燕,谢敏,胡小云,等. 甲状腺乳头状癌136例临床分析[J]. 中国实用外科杂志,2008,28(3):192-193.
- [14] 陈学东,杨兴东. 慢性淋巴细胞性甲状腺炎的鉴别诊断附108例报告[J]. 中国普通外科杂志,2008,17(5):426-428.
- [15] Liu Q, Djuricin G, Pyinz RA. Total thyroidectomy for benign thyroid disease [J]. *Surgery*, 1998,123(1):2-7.
- [16] 李治,刘春萍,屈新才,等. 乳头状甲状腺癌的颈部淋巴结转移规律与手术方式[J]. 中国普通外科杂志,2008,17(11):1051-1053.
- [17] 梁辉,康洪林,姬宏斌,等. 结节性甲状腺肿术后复发再手术73例分析[J]. 中国实用外科杂志,2009,29(2):167-170.