

● ● ● 疑难病例诊治评述系列 ●



普外科 急重症与疑难病例 诊治评述

主编 刘金钢

普外科急重症与疑难 病例诊治评述

主 编 刘金钢

副主编 王 强 崔东旭

编 者 陈春生 张文海 戴朝六 冯 勇 苏 琪 马 凯
杨福全 何贵金 王鹤令 赵海鹰 卜献民 谭晓冬
赵 毅 刘 源 刘 臻 赵 滢

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

普外科急重症与疑难病例诊治评述/刘金钢主编. —北京:
人民卫生出版社, 2012. 10

ISBN 978-7-117-16023-0

I. ①普… II. ①刘… III. ①外科-急性病-诊疗②外科-险症-诊疗③外科-疑难病-诊疗 IV. ①R605.97

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 132527 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

普外科急重症与疑难病例诊治评述

主 编: 刘金钢

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 25

字 数: 774 千字

版 次: 2012 年 10 月第 1 版 2012 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16023-0/R · 16024

定 价: 165.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序 言

临床医学是理论与实践相互推进的一门学科。对于临床医师而言,理论指导实践、实践校正理论,循环往复,不断提高临床诊治水平。在这个过程当中,以疑难病例的诊治经验积累最为可贵。在日常繁忙的临床工作之余,对于疑难病例诊治的回顾总结,有助于凝练临床思路,提升临床思维,规范临床路径,提高诊治水平。

中国医科大学附属盛京医院始建于1883年,是中国最早进行西医学学院式教育的医院之一。这座百年西医院,秉承“团结敬业、严谨求实、仁爱守信、技精图强”的十六字院训,厚基础,重经典,强临床,实践着“做和谐环境的制造者和优质服务的提供者”的医院核心价值观。在几代盛京人的奋发图强、不懈努力下,对疑难病例形成了自己相对完整且不断完善的诊治体系。

借人民卫生出版社盛情相邀之际,组织院内各相关二、三级学科在本学科领域内国内知名专家教授,对我院多年来在临床实践当中经遇的具有代表性的疑难病例进行系统整理,分析归纳,总结经验,汲取教训,与国内医学界同行分享,不吝赐教。尤其希冀通过该系列丛书的相继出版发行,能为业内的中青年临床医师的毕业后继续医学教育以及自主学习能力的培养提供一套高质量的工具书。在信息时代的今天,知识更新的半衰期很短,年轻人的思维更为活跃,更易接受新观念,在这一点上,这套疑难病例诊治评述丛书的后续价值更大,意义更为深远。

“三人行,必有吾师”,该套丛书的编撰工作是盛京医院的临床专家在繁重的临床日常工作之余利用休息时间完成的,由于时间紧、任务重、工作量大,不足之处在所难免,敬请各位同仁批评指正。

郭启勇

2012年3月21日

于沈阳

前言

普通外科是外科学的基础，是所有外科住院医生必须学习和训练的专业。在普外科临床工作中难免会遇到一些危重症与疑难病例，这类疾病往往病情复杂或病情严重，诊断和治疗具有一定的困难。如何在尽可能短的时间内做出正确的诊断和恰当的处置，是对年轻医生的考验。通过学习和了解普外科疑难病与危重症的特殊病例，可以认识蕴含在其中的外科学普遍规律。我们编写了这本普外科急重症与疑难病例诊治评述，目的是为了帮助年轻的普外科医生拓宽知识面，尽快积累临床经验，更快成长。

近年来，随着医疗技术和器械设备的飞速发展，不断涌现出新的基础理论、新的诊断方法和新的手术方式。现在，一些疾病需要多学科综合治疗，如果仅仅依靠传统的单一手段来处理已稍显与时代不符。因此，本书介绍了一些外科技术与内镜技术、介入技术等联合应用来治疗普外科危重症与疑难病的成功病例。此外，2型糖尿病的外科手术治疗是当今世界范围内的一个热点研究内容，我院在此领域的基础与临床研究国内领先，本书也介绍了通过胃肠减肥手术治疗病态肥胖和2型糖尿病的病例。

本书收录了我院普外科近年来所遇到的危重症与疑难病例，涵盖了普外科各个专业。参加编写的作者均为高级技术职称的普外科医生，具有较丰富的临床经验。从这些病例的诊治过程中，可以学到许多难得的临床经验与教训。全书77万余字，插图超过500幅，图文并茂。作者力求对每一病例的诊治都进行深入浅出的评述，具有较高的实用性，既可供年轻医生阅读使用，也可作为高年资医生的参考。

本书的各位作者在繁忙的临床工作之余认真写作，无私地奉献了各自的宝贵临床经验。在编写的过程中，还有许多年轻医生积极参与临床资料的收集，为本书的顺利完成提供保障，在这里一并致以衷心的感谢！

由于编写的经验不足，或因学术观点不尽相同，书中如有疏漏或不足之处，望读者批评指正，以期再版时修改。

刘金钢

2012年3月31日

目 录

第一章 颈部疾病..... 1	第三节 胰腺炎致肠梗阻的诊治 85
第一节 原发性甲状旁腺功能亢进..... 1	第四节 腹腔镜阑尾切除术中发现粘连性肠梗阻 87
第二节 甲状腺 Hürthle 细胞肿瘤的诊治..... 4	第五节 直肠癌肝转移、卵巢转移的同期联合切除 90
第三节 巨大的复发性结节性甲状腺肿..... 6	第六节 多次手术腹部间质瘤的综合治疗 95
第四节 胸骨后甲状腺肿..... 9	第七节 良性十二指肠淤滞症的诊治 98
第五节 甲状腺癌颈淋巴结清扫术后并发乳糜漏的治疗 11	第八节 胃淋巴瘤的诊治..... 103
第六节 原发性甲状旁腺功能亢进合并甲状腺癌 13	第九节 革囊胃的诊治..... 108
第七节 颈部支气管源性囊肿合并感染 20	第十节 小肠间质瘤致肠梗阻的治疗..... 112
第二章 乳腺疾病 23	第十一节 肠系膜上动脉压迫综合征的诊治..... 115
第一节 慢性乳腺炎的处理 23	第十二节 十二指肠憩室并胆道结石..... 118
第二节 乳腺纤维腺瘤的微创治疗 25	第十三节 肠排列术治疗粘连性肠梗阻..... 123
第三节 导管内乳头状瘤 28	第十四节 急性出血坏死性肠炎的诊治..... 127
第四节 诊断困难的乳腺癌的处理 32	第十五节 黑斑息肉综合征致肠梗阻的治疗..... 132
第五节 局部晚期乳腺癌的处理 39	第十六节 结肠淋巴瘤致肠套叠..... 138
第六节 保乳手术中的乳房成形术 43	第十七节 小肠系膜根部异位胰腺切除术后十二指肠残端瘘的治疗..... 147
第七节 乳腺癌术后上肢淋巴肿的防治 47	第十八节 低位直肠癌保肛手术中的肛管重建之纵向部分括约肌切除术的临床应用..... 151
第八节 乳腺多形性腺瘤 50	第十九节 低位直肠癌保肛手术中的肛管重建之臀大肌替代部分括约肌重建术的临床应用..... 156
第九节 乳腺肌母细胞瘤 54	第二十节 直肠异物的治疗..... 158
第十节 乳腺间质肉瘤 57	第二十一节 肠梗阻导管在肠梗阻治疗中的应用..... 160
第十一节 乳腺腺样囊性癌 59	第二十二节 Peutz-Jeghers 综合征的诊治..... 163
第十二节 乳腺血管肉瘤 64	第二十三节 肠气囊肿症的诊治..... 166
第十三节 乳腺硬癌 69	
第三章 胃肠疾病 74	
第一节 十二指肠腺瘤恶变 74	
第二节 新辅助化疗联合腹腔镜 TME 根治术治疗直肠癌 77	

第二十四节 术后早期局限性炎性肠梗阻 的诊治·····	171	第十一节 医源性胆管损伤的处理·····	274
第二十五节 结直肠癌合并急性肠梗阻的 微创治疗·····	177	第六章 脾脏疾病 ·····	285
第二十六节 升结肠癌致急性阑尾炎的 诊治·····	181	第一节 脾淋巴管瘤的诊治·····	285
第二十七节 小肠间质瘤致消化道出血 的治疗·····	184	第二节 脾脓肿的治疗·····	288
第二十八节 回肠膀胱痿的治疗·····	190	第七章 胰腺疾病 ·····	292
第二十九节 粪石性肠梗阻·····	193	第一节 妊娠合并急性胰腺炎·····	292
第三十节 顽固性便秘的诊治·····	196	第二节 胰腺结核的治疗·····	294
第四章 肝脏疾病 ·····	200	第三节 胰腺软骨肉瘤的治疗·····	297
第一节 肝脏血管周上皮样细胞肿瘤的 诊治·····	200	第四节 胰腺实性假乳头状瘤的诊治·····	300
第二节 肝细胞腺瘤的诊治·····	205	第五节 胰腺假性囊肿治疗方法的探讨·····	304
第三节 肝尾状叶胆管乳头状瘤癌变的 治疗·····	209	第六节 恶性胰岛素瘤的诊治体会·····	308
第四节 伴有腔静脉癌栓的巨大尾状叶肝癌 自发性破裂出血的治疗·····	212	第七节 胰腺外伤的治疗·····	312
第五节 肝内胆管囊腺瘤的诊治·····	216	第八节 腹腔镜微创手术治疗重症急性 胰腺炎·····	315
第六节 巨大肝细胞腺瘤的治疗·····	220	第八章 血管疾病 ·····	320
第七节 肝脓肿破裂致气腹·····	223	第一节 主髂动脉硬化性闭塞手术治疗·····	320
第八节 巨块性肝癌合并门脉癌栓及门脉 高压症的手术治疗·····	226	第二节 多发性大动脉炎的手术治疗·····	326
第五章 胆道疾病 ·····	232	第三节 Cockett 综合征及对下肢主要静脉 疾病的影响·····	328
第一节 胆管颗粒细胞瘤的诊治·····	232	第四节 血管创伤的诊断和治疗·····	332
第二节 肝门胆管癌术前行门静脉栓塞 治疗体会·····	235	第五节 腹主动脉瘤破裂·····	335
第三节 急性白血病伴肝门部胆管髓系 肉瘤的诊治·····	239	第六节 腹主动脉骑跨栓手术取栓诊治·····	338
第四节 急性胆囊炎合并呼吸衰竭·····	243	第九章 代谢性疾病 ·····	341
第五节 急性梗阻化脓性胆管炎的诊治·····	247	第一节 腹腔镜胃肠旁路手术治疗肥胖症 合并 2 型糖尿病的临床应用·····	341
第六节 腹腔镜微创手术治疗先天性胆 总管囊肿·····	251	第二节 腹腔镜袖状胃切除术治疗病态性 肥胖症的临床应用·····	345
第七节 胆肠吻合口狭窄的处理·····	257	第十章 疝及腹壁疾病 ·····	349
第八节 腹腔镜联合内镜技术治疗肝内外 胆管结石·····	261	第一节 闭孔疝·····	349
第九节 十二指肠乳头肿瘤局部切除及胆 胰管开口成形术·····	266	第二节 巨大胸腹壁侵袭性纤维瘤·····	351
第十节 肝门部胆管癌的诊治·····	270	第三节 腹股沟疝无张力修补术后 复发·····	356
		第四节 腹壁切口疝·····	358
		第十一章 其他疾病 ·····	362
		第一节 恶性纤维组织细胞瘤·····	362
		第二节 妊娠合并子宫肌瘤红色变性·····	363



第三节	原发性腹膜后副神经节瘤的 治疗.....	367	第六节	腹腔镜手术治疗贲门失 弛缓症.....	378
第四节	脾切除术后凶险性感染.....	370	第七节	腹腔结核的治疗.....	383
第五节	胰十二指肠切除术后腹腔出血的 处理.....	374	第八节	结核性腹膜炎所致肠梗阻.....	389

第一章 颈部疾病

第一节 原发性甲状旁腺功能亢进

【疾病概述】

原发性甲状旁腺功能亢进是需要外科干预的内分泌疾病,以高钙血症和血浆 PTH 增加为特征。80% 由单发甲状旁腺腺瘤引起,颈部放疗史及情感障碍患者长期应用锂治疗是单发甲状旁腺瘤发生的高危因素;12% 是甲状旁腺增生,1% ~ 5% 是多发性腺瘤,2% ~ 3% 是腺癌。50% 病例伴有家族性遗传综合征,如 I 型和 II a 型多发性内分泌腺瘤综合征(MEN I, MEN II a)。当甲状旁腺分泌过多 PTH,骨钙溶解入血,引起血钙增高,因肾小管对磷的回吸收减少,使尿磷增加、血磷降低。由于腺瘤的自主性,使血钙对 PTH 释放的反馈调节丧失,致血钙持续增高。甲状旁腺功能亢进在临床分为无症状型和症状型两类,有症状型可分为三型: I 型,骨型,表现为骨骼广泛的脱钙及骨膜下骨质吸收。严重者称为全身性纤维囊性骨炎(von Recklinghausen 病); II 型,肾型,主要表现为肾结石; III 型,兼有两者特点,表现为尿路结石和骨骼脱钙病变。

【病例介绍】

病史 女性患者,53 岁。因上腹部疼痛、食欲缺乏、恶心、呕吐 1 个月在外院住院治疗。在外院诊断为慢性胃炎,给予对症治疗。治疗中患者出现昏迷,转入我院。

体格检查 T 36.5℃,P 81 次/分,R 16 次/分,BP 142/85mmHg,深昏迷,甲状腺无肿大,未触及结节,未闻及血管鸣。腹平坦,未见胃肠型及蠕动波,腹软,肝脾肋下未触及,肠鸣音 2 ~ 3 次/分,未闻及气过水声及高调肠鸣。

辅助检查 血、尿常规、肝功能、肾功能、血糖均

正常,血清钾离子 4.2mmol/L,血清钠离子 145mmol/L,血清氯离子 98mmol/L。碱性磷酸酶(ALP)360U/L(正常值 40 ~ 150U/L)。血清钙离子 5.5mmol/L(正常值 2.1 ~ 2.55mmol/L),血磷 0.56mmol/L(正常值 0.9 ~ 1.6mmol/L)。血甲状旁腺激素(PTH):701pg/ml(正常值 14 ~ 72pg/ml)。腹部超声:胆囊多发息肉。甲状腺彩超:甲状腺多发结节,左锁骨上窝结节,大小 1.9cm×1.8cm×1.0cm,边界清,低回声;颈部增强 CT:左侧甲状腺腺体后下方、气管左前方不规则结节影,2.0cm×1.1cm,增强后结节中等强化;考虑甲状旁腺腺瘤(图 1-1)。甲状旁腺核素显像:甲状腺左叶下方类圆形放射性浓聚影(图 1-2)。

入院诊断 1. 原发性甲状旁腺功能亢进
2. 甲状旁腺腺瘤
3. 甲状旁腺危象

【治疗措施】

1. 补液、扩容 24 小时静脉补生理盐水 6000ml。

2. 利尿 呋塞米每次 20mg,每日 4 次静脉注射。

3. 降血钙 密盖息(人工合成的鲑鱼降钙素)400IU 加入生理盐水 500ml,每日一次静滴,静滴时间至少 6 小时。

4. 补充电解质 监测血清离子,及时纠正,预防离子紊乱。

5. 入院后第 2 天急诊全麻下行手术治疗,术中见甲状腺左叶下极背面 2.0cm×2.0cm 质韧肿物,切除后送冷冻切片检查证实为“甲状旁腺腺瘤”。术后病理:甲状旁腺腺瘤。

6. 术后病人出现低钙血症。初期给予静脉补钙,之后给予口服补钙,术后 7 天患者出院。

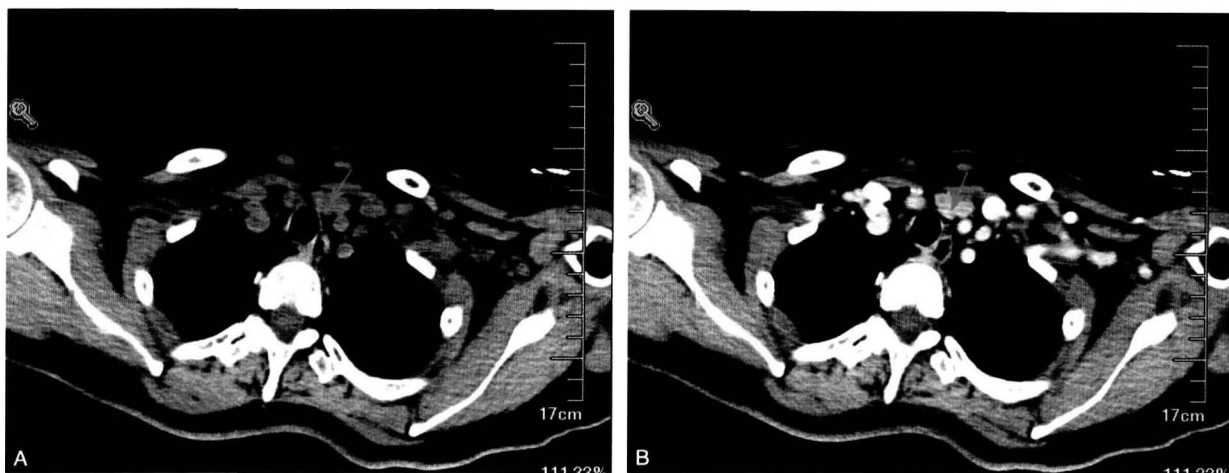


图 1-1 颈部增强 CT 箭头所示左侧甲状腺腺体后下方、气管左前方不规则结节影，大小 2.0cm×1.1cm，增强后结节中等强化

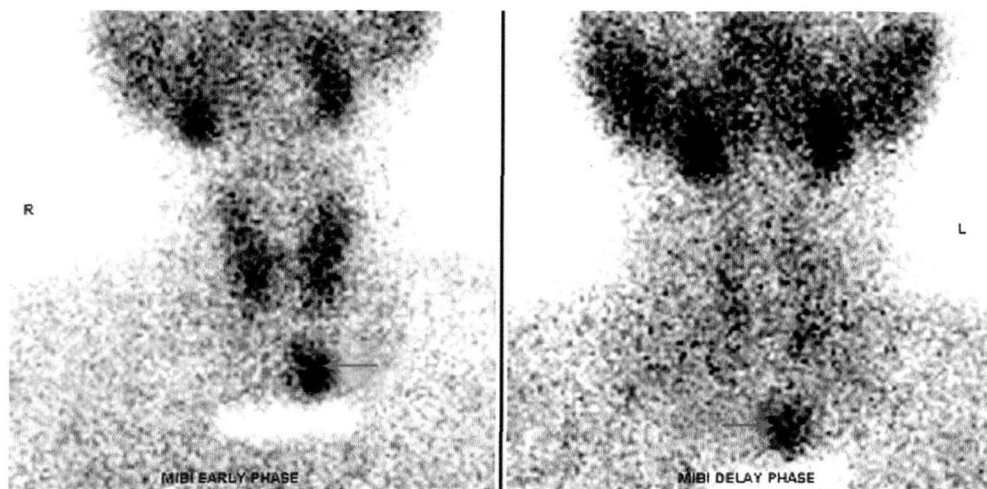


图 1-2 甲状腺核素显像，箭头所示甲状腺左叶下方类圆形放射性浓聚影

【诊治述评】

一、原发性甲状旁腺功能亢进诊断

1. 定性诊断 临床上遇有以下情况者，应视为甲状旁腺功能亢进疑似病例并应作相应检查：①屡次发作、活动性尿路结石或肾钙沉积者；②原因不明的骨质疏松；③长骨骨干、肋骨、颌骨或锁骨巨细胞瘤，特别是多发者；④原因不明的恶心、呕吐，久治不愈的消化性溃疡、顽固性便秘和复发性胰腺炎者；⑤无法解释的精神神经症状，尤其是伴有口渴、多尿和骨病者；⑥阳性家族史者以及新生儿手足搐搦者的母亲；⑦长期应用抗惊厥药或噻嗪类利尿剂而发生高钙血症者；⑧高尿钙伴或不伴高钙症者。通过实验室检查指标进行定性诊断：①血钙测定，血钙增高， $>2.5\text{mmol/L}$ ；②血磷测定，低血磷， $<0.87\text{mmol/L}$ ；

③血浆 PTH 测定值明显增高；④尿钙、尿磷测定增高；⑤尿中环腺苷酸(cAMP)明显增高。

2. 定位诊断 以下影像学检查有助于甲状旁腺的定位：①超声检查：首选的影像学检查，能检查出 80%~85% 异常的甲状旁腺；②CT 和 MRI 检查：对甲状旁腺的定位诊断的准确率达 80%~90%，通常用于检查异位的甲状旁腺，如位于胸腺、后纵隔、颈动脉鞘、食管后方等；③放射性核素扫描：通常用 $^{99\text{m}}\text{Tc-MIBI}$ 、 $^{201}\text{TlCl}$ 等，敏感性达 75%，特异性达 90%。

二、原发性甲状旁腺功能亢进治疗

1. 外科治疗 手术是治愈原发性甲状旁腺功能亢进的唯一方法，对于有症状的或有并发症的病人一般均需手术探查。对于无症状的原发性甲状旁腺功能亢进的手术指征：①血清钙超过正常值上限

1mg/dl;②肌酐清除率 $<60\text{ml/min}$;③骨密度测量:T-score $<-2.5\text{SD}$ 和(或)以前发生脆性骨折;④年龄小于50岁。

2. 一般内科治疗 主要包括:①多喝水,限制食物中钙的摄入量,忌用噻嗪类利尿药、抗惊厥药。慢性高血钙病人,可应用 H_2 受体拮抗剂、雌激素治疗;②磷酸盐治疗:包括中性磷酸盐、二磷酸盐、二磷酸酯类药物;③降钙素治疗:应用密盖息,每次50~100IU,肌内注射,每日或隔日一次。

3. 对于未手术治疗的病人,应每年监测血清钙、血肌酐,每1~2年监测骨密度,如有变化,及时采取手术治疗。

三、甲状旁腺危象的诊断和治疗

甲状旁腺危象又称高血钙危象、甲状旁腺中毒、急性钙离子中毒等,是临床少见但常危及生命的急重症之一。病人在高热、精神刺激、脱水、手术创伤等应激情况下或过度挤压甲状旁腺、服用过量钙剂与维生素D后,容易发生甲状旁腺危象。

1. 临床表现 典型的甲状旁腺危象是血钙迅速升高、尿量急速减少、血磷和尿素氮持续升高、PTH显著升高的同时伴相应的临床症状。可表现出性格改变、记忆力减退、昏迷等神经精神系统症状,也有消化系统、心血管系统、泌尿系统和骨骼系统症状。如高血压、心律失常、心肌梗死、多尿、多饮、夜尿症、肾结石、肾钙质沉着、脱水、尿液稀释、氮质血症、厌食、恶心、呕吐、便秘、溃疡、腹胀、胰腺炎、急性肠梗阻、肌无力、肌张力减退、疲乏、嗜睡、意识模糊、昏迷、感觉异常、定向力障碍、骨痛、肌肉痛、高尿酸血症、低钾血症、高氯血症。

2. 诊断 甲状旁腺危象诊断必须有以下条件:①确诊为甲状旁腺功能亢进;②血清钙离子浓度超过 1.87mmol/L (或血清总钙 $>3.75\text{mmol/L}$);③临床出现甲状旁腺危象的症状;④PTH明显升高。

3. 治疗 主要包括:①手术治疗:手术时机的掌握是一个关键,对于有确切的影像学定位诊断,在适当准备后及时手术是安全有效的。因为原发病变未切除的情况下,采用内科保守治疗缓解病情十分困难。②非手术治疗:非手术治疗的目的是为手术治疗做准备。如大量补充生理盐水、充分扩容,纠正电解质紊乱;利尿,呋塞米作用于肾小管,抑制钠和

钙的再吸收,促进尿钙排出;密盖息 $[5\sim10\text{IU}/(\text{kg}\cdot\text{d})]$ 降低血钙;应用二磷酸盐、肾上腺皮质激素、血液透析等。

四、诊治关键

原发性甲状旁腺功能亢进诊断包括定性、定位诊断。定性诊断通过检测血清钙、磷和PTH,定位通常采用彩超、核素显像、CT、MRI检查手段。手术是治愈该病的唯一方法。

【临床经验】

1. 手术中除探查甲状旁腺常在的部位外,还应探查气管食管间沟、食管旁、颈动脉鞘周围、上纵隔。

2. 术中可监测PTH水平,如病变甲状旁腺切除后,PTH降至正常水平,可终止不必要的探查及手术;如PTH仍高,则需要进一步探查确定有无多发病灶。

3. 术后病人可能出现低钙血症。因此,术后应常规检测血清钙、PTH。

(刘臻)

参考文献

1. Silverberg SJ, Bilezikian JP. Clinical presentation of primary hyperparathyroidism in the United States//Bilezikian JP, Marcus R, Levine MA, eds. The Parathyroids. 2nd ed. New York: Academic Press, 2001, 349-360.
2. Silverberg SJ, Bilezikian JP. Primary Hyperparathyroidism//Seibel MJ, Robins SP, Bilezikian JP, eds. Dynamics of bone and cartilage metabolism. 2nd ed. New York: Academic Press, 2006, 767-777.
3. 李昱骥,孔凡民,董明,等.四肢、腰部肾区、双膝关节疼痛.中国实用外科杂志,2003,23(12):764-766.
4. Bilezikian JP, Khan AA, Potts JT, et al. Guidelines for the Management of Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement from the Third International Workshop. J Clin Endocrinol Metab, 2009, 94(2):335-339.
5. Edelson GW, Kleerekoper M. Hypercalcemic crisis. Med Clin North Am, 1995, 79(1):79-92.
6. Sherwood JK, Mariano G, Frederick WA, et al. Hyperparathyroid crisis reviewed: a role for parenteral cimetidine? Am Surg, 1986, 52(6):320-332.
7. 廖二元.高钙血症危象.国外医学内分泌学分册,2005,25(4):286-288.

第二节 甲状腺 Hürthle 细胞肿瘤的诊治

【疾病概述】

甲状腺嗜酸细胞是一种可产生甲状腺球蛋白的甲状腺上皮细胞,最早由 Hürthle 在幼犬甲状腺内首次发现,故又称 Hürthle 细胞。甲状腺 Hürthle 细胞肿瘤(Hürthle cell thyroid tumor, HCT),又称为甲状腺嗜酸细胞肿瘤,是指肿瘤的大部分(>75%)或全部由嗜酸细胞构成。该肿瘤好发于女性,主要临床表现是无痛性逐渐增大的颈部肿块,并无特异的临床表现。恶性 HCT 患者后期可出现类似于甲状腺癌的吞咽困难、声音嘶哑等症状。部分患者可因合并甲状腺炎等其他甲状腺疾病而表现出相应症状。

HCT 是一种发病率较低的肿瘤,占甲状腺腺瘤的 11.6%,占甲状腺恶性肿瘤的 4.6%。由于 HCT 发病率较低,临床表现和辅助检查均无特异性,诊断有一定难度,目前 HCT 的诊断主要依靠术中及术后的病理检查。细针穿刺活检(fine needle aspiration biopsy, FNAB)是甲状腺疾病常用的诊断方法,若 FNAB 发现有较多嗜酸细胞,则对 HCT 的诊断有一定的提示作用,但 FNAB 受取样量的限制,诊断的阳性率不高,更无法对甲状腺嗜酸细胞腺瘤和甲状腺嗜酸细胞癌进行鉴别。因此, FNAB 对术前诊断甲状腺嗜酸细胞肿瘤价值不大。术中冷冻切片检查是 HCT 诊断与鉴别诊断的有效方法,当然也不是完全可靠。嗜酸细胞腺瘤和嗜酸细胞癌在形态上常难以区分,故常统称为嗜酸细胞肿瘤,两者之间如何鉴别一直是个难点。有的学者尝试免疫组化法和分子生物学方法及 PET-CT 检查等方法,还有学者研究发现,患者的年龄及肿瘤的大小是恶性嗜酸细胞肿瘤的两个独立因素,2cm 以下 HCT 肿瘤未发现恶性情况,恶性病例均大于 6cm,肿块超过 4cm 的肿块恶性风险超过 50%。尽管这些方法对良、恶性的鉴别有一定的指导作用,但到目前为止,尚无一种方法或指标优于传统的组织病理学方法。甲状腺嗜酸细胞良、恶性肿瘤主要区别在于肿瘤有无穿透包膜生长,或有明确的血管侵犯,有无甲状腺外的肿瘤扩散或是转移。

甲状腺嗜酸细胞肿瘤的治疗:其对放疗和化疗均不敏感,主要治疗方式是外科手术。由于术前和术中对其诊断和良、恶性的鉴别诊断存在困难,所以其合适的手术范围一直存在争议。许多学者认为无

论良恶性,均应行甲状腺全切除术。而另一部分学者则认为对良性嗜酸细胞肿瘤应做腺叶切除术和密切随访,而只有恶性肿瘤才做甲状腺全切除。

【病例介绍】

病史 女性患者,47 岁。以“体检发现甲状腺肿物 1 个月”为主诉入院。患者 1 个月前体检时发现甲状腺肿物,未予以诊治,后于我院门诊彩超检查提示甲状腺右叶肿物,较前增大。入院进一步治疗。患病以来无胸闷气促、呼吸困难、吞咽困难、声音嘶哑及饮水呛咳,无心悸怕热、手足震颤、情绪激动、多食及消瘦,饮食睡眠及二便正常,体重无明显变化。既往健康,否认食物及药物过敏史。

体格检查 T 36.3℃,P 68 次/分,R 17 次/分,BP 112/75mmHg。颈部对称,气管居中,右侧颈部可扪及结节,约 4.5cm×3.0cm,结节表面欠光滑,质韧,边界清,随吞咽上下移动,压痛阴性,左侧颈部未扪及结节,双侧颈部未扪及肿大淋巴结。心肺腹部查体未见明显异常。

辅助检查 甲状腺功能化验均正常,颈部彩超:甲状腺右叶肿物(图 1-3)。

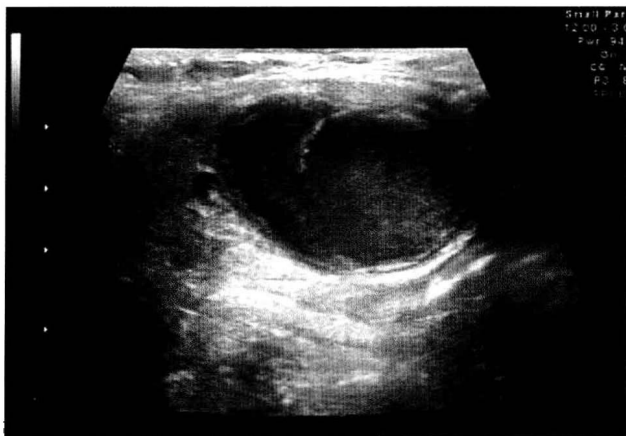


图 1-3 颈部彩超示甲状腺右叶肿物

入院诊断 甲状腺肿物

【治疗措施】

1. 入院后完善相关辅查,如:血常规,肝肾功能,心电图,电子鼻咽喉镜及颈部 X 线片(图 1-4)等。
2. 由于肿物较大,不排除恶性,且近期有所长



图 1-4 颈部正位 X 线片
示气管受压向右侧移位

大,给予手术治疗。术中切除肿物后送冷冻病理,回报提示嗜酸性细胞腺瘤。行单侧甲状腺腺叶切除术。术后患者恢复顺利。术后石蜡病理证实为甲状腺嗜酸性细胞腺瘤(图 1-5)。

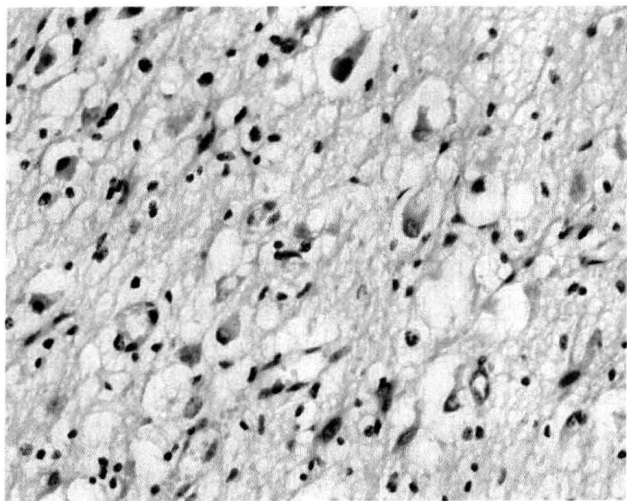


图 1-5 病理切片提示肿瘤细胞形态不一,
细胞质内充满嗜酸性颗粒

3. 术后并发症及随访:随访包括临床检查、甲状腺超声、颈部 CT、胸片及甲状腺功能测定、甲状腺球蛋白检测等,随访 2 年,未发现肿瘤复发或转移。

【诊治评述】

1. 甲状腺嗜酸性细胞肿瘤好发于女性,主要临床表现是无痛性逐渐增大的颈部肿块,并无特异的临床表现及影像学表现。

2. 目前,对一个甲状腺结节,临床无法区分其

是否为嗜酸性结节;以组织学特征,如有无包膜和(或)血管侵犯、甲状腺外组织浸润等判断良恶性仍不准确;针吸细胞学检查亦不能确定有无血管及包膜侵犯而不能区分良恶性;HCT 的诊断和鉴别诊断标准目前仍有争议。我们认为目前术中冷冻病理检查是诊断及预测 HCT 良恶性最有价值的方法,可以很好地指导手术治疗,为手术方案的选择提供合理依据。

3. HCT 外科手术切除是首选治疗方式。首次外科处理直接关系到患者的预后。我们认为,如果术中冷冻病理提示 HCT,我们就应高度重视,应多考虑恶性的可能,慎重施行“单纯腺瘤摘除”或“局部切除术”。对于明确为 HCT 的患者,手术切除的范围目前有一定的争议,参照相关文献及我院的病例统计结果,我们的观点为:如果明确为良性 HCT,则行患侧腺叶切除,肿瘤靠近腺体内侧同时切除峡部;如果明确为恶性 HCT,则行甲状腺全切除术;如果明确有颈部淋巴结转移,可同时行颈部淋巴结清扫术,但并不作为常规;如果术前、术中均不能确定良恶性,则需结合患者性别、年龄或肿瘤大小综合考虑,对于男性患者或年龄>60 岁或肿瘤>4cm 以上者建议行甲状腺全切除术;如术中冷冻切片提示甲状腺腺瘤等良性病变,而术后病理证实为良性 HCT 者,术中已行单侧甲状腺次全切除术者,可予临床随访观察,术后病理证实为恶性 HCT 者,需扩大手术范围。

4. 我们认为,对于术后的患者,包括病理为良性者,进行长期定期随访是必要的,这样可以早期发现复发和转移,甲状腺嗜酸性细胞肿瘤出现局部复发或颈部淋巴结转移者,仍可再次手术。甲状腺嗜酸性细胞具有分泌甲状腺球蛋白能力,术后定期检测血清 Tg 水平有助于早期发现肿瘤复发,尽早干预治疗。

5. 诊治关键:外科手术是甲状腺嗜酸性细胞肿瘤最有效的治疗方法。手术中一定要重视术中冷冻病理结果,根据冷冻病理结果适当选择手术方式和扩大切除范围,对于 HCT 预后影响很大。即使术后病理证实为良性,进行长期的随访也是必要的。

【临床经验】

1. 甲状腺肿物,近期有明显增大的,即使无明显临床症状,也应该给予充分的重视。

2. 临床表现无特殊的 HCT,一定要重视术中病理结果,适当地选择手术方式,对患者的预后有利。

3. 即使术后病理回报为良性,术后也应该给予长期的随访,甲状腺嗜酸细胞肿瘤出现局部复发或颈部淋巴结转移者,仍可再次手术并获得长期生存。

(崔东旭)

参 考 文 献

1. Montone KT, Baloch ZW, LiVolsi VA. The thyroid Hürthle (oncocytic) cell and its associated pathologic conditions: a surgical pathology and cytopathology review. Arch Pathol Lab Med, 2008, 132(8): 1241-1250.
2. Vodanovic S, Crepinko I, Smoje J. Morphologic diagnosis of Hürthle cell tumors of the thyroid gland. Acta Cyto, 1993, 37(3): 317-322.
3. Mai KT, Thomas J, Yazdi HM, et al. Pathologic study and clinical significance of Hürthle cell papillary thyroid carcinoma. Appl Immunohistochem Mol Morphol, 2004, 12(4): 329-337.
4. Alaudeen DI, Khiyami A, McHenry CR. Fine-needle aspiration biopsy specimen with a predominance of Hürthle cells: a dilemma in the management of nodular thyroid disease. Surgery, 2005, 138(4): 650-656.
5. Pryma DA, Schöder H, Gönen M, et al. Diagnostic accuracy and prognostic value of ^{18}F -FDG PET in Hürthle cell thyroid cancer patients. J Nucl Med, 2006, 47(8): 1260-1266.
6. Maxwell EL, Palme CE, Freeman J. Hürthle cell tumors: applying molecular markers to define a new management algorithm. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 132(1): 54-58.
7. Sippel RS, Elaraj DM, Khanafshar E, et al. Tumor size predicts malignant potential in Hürthle cell neoplasms of the thyroid. World J Surg, 2008, 32(5): 702-707.
8. Zhang YW, Greenblatt DY, Repplinger D, et al. Older age and larger tumor size predict malignancy in hürthle cell neoplasms of the thyroid. Ann Surg Oncol, 2008, 15(10): 2842-2846.
9. Chao TC, Lin JD, Chen MF. Surgical treatment of Hürthle cell tumors of the thyroid. World J Surg, 2005, 29(2): 164-168.
10. Besic N, Hocevar M, Zgajnar J, et al. Aggressiveness of therapy and prognosis of patients with Hürthle cell papillary thyroid carcinoma. Thyroid, 2006, 16(1): 67-72.

第三节 巨大的复发性结节性甲状腺肿

【疾病概述】

甲状腺Ⅲ度以上肿大或单侧肿块大于 $10\text{cm} \times 8\text{cm}$ 则称为巨大甲状腺肿,其上界可达下颌缘,两侧超出胸锁乳突肌,下界伸向胸骨后。因其巨大、病变复杂、血管丰富、血管推移变位、活动度低、气管受压移位或变窄,因此手术操作上难度大、风险高。而巨大的复发性结节性甲状腺肿由于解剖的变异,其再手术难度更大,并发症较多。

【病例介绍】

病史 女性患者,69岁。以呼吸困难逐渐加重1年为主诉入院就诊。该患者20年前发现双侧甲状腺结节,行双侧甲状腺部分切除术;3年前结节复发,再次手术治疗,具体术式不详;2年前复查,再次发现双侧甲状腺结节,并逐渐增大;近1年开始出现呼吸困难,逐渐加重,遂来院就诊。既往史:高血压病史10年,最高 $230/170\text{mmHg}$,自服卡托普利、尼莫地平、拜新同等药物,将血压控制在 $160/90\text{mmHg}$ 。冠心病10年,未系统治疗。

体格检查 T 36.3°C , P 78次/分, R 16次/分,

BP $150/82\text{mmHg}$ 。颈软不对称、气管偏右、左侧甲状腺Ⅲ度肿大,可触及约 $10.0\text{cm} \times 6.0\text{cm}$ 大小肿物,表面光滑,质地较韧,边界清,无压痛,随吞咽上下移动,颈部未触及明显肿大淋巴结。右侧甲状腺无明显肿大,可触及 $1.5\text{cm} \times 1.5\text{cm}$ 结节,表面光滑,无压痛,随吞咽上下活动。心肺听诊未见异常。

辅助检查 甲功系列检查结果正常。甲状腺彩超:甲状腺左叶明显增大,大小约 $11.2\text{cm} \times 5.7\text{cm} \times 5.1\text{cm}$,内见多发结节,较大者 $5.9\text{cm} \times 4.6\text{cm}$,边界清,中等回声,右叶见多个结节,较大者 $1.6\text{cm} \times 1.6\text{cm}$ 。甲状腺血运丰富。电子鼻咽喉镜:无明显异常。颈部正侧位X线片:颈部及上胸段器官受压向右移位,颈椎退行性改变(图1-6)。胸部正侧位X线片:左上纵隔占位性病变,气管受压右偏;右肺下野纤细条索影,考虑为纤维性病变;右侧膈肌前部膨隆。颈部增强CT:甲状腺占位,增强后明显不均匀强化,不排除恶性(图1-7)。心脏超声:左室心肌肥厚,左房大,主动脉瓣退行性病变,左室舒张功能减低,静息状态下左室整体收缩功能正常。

入院诊断 复发性结节性甲状腺肿,不排除恶变



图 1-6 颈部正侧位 X 线示颈部及上胸段器官受压向右移位

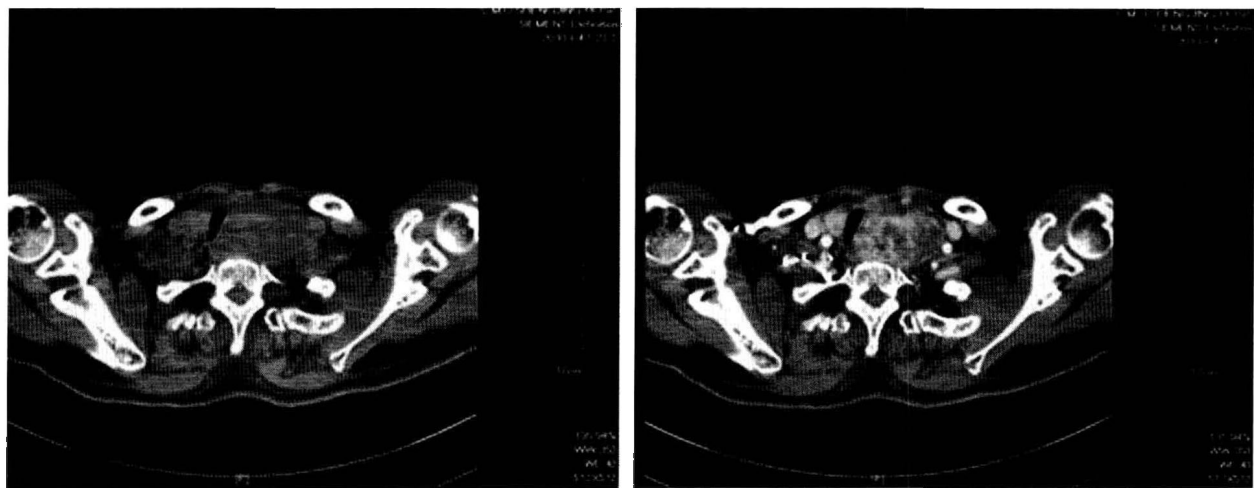


图 1-7 颈部增强 CT 示甲状腺占位,增强后明显不均匀强化

【治疗措施】

1. 术前完善相关检查,并充分评估心肺功能。
2. 请麻醉科会诊,制订麻醉方案,预测可能出现的情况,做好全面准备。
3. 全麻行左侧甲状腺全切、右侧甲状腺大部切除术,病理回报为结节性甲状腺肿。
4. 术中行喉返神经监测,确保神经不受损伤。
5. 术后顺利拔管,自觉略有呼吸困难,转到 ICU 观察 1 天后回到普通病房,术后 5 天顺利出院。

【诊治述评】

（一）诊断及术前准备

根据病史、临床症状、体征及影像学检查,不难做出诊断。术前应摄气管正侧位片和颈胸部 CT 检

查,了解气管压迫和狭窄的程度及坠入胸内程度等;行喉镜检查,观察声带位置及有无麻痹;查甲功系列;由于巨大甲状腺肿长期存在,可造成心、肺功能的紊乱,且手术较大,术中可能出血较多,故术前要充分评价心肺功能;如经多普勒超声检查提示供血丰富者亦可服碘剂 2 周,以减少术中出血。

（二）治疗

巨大的复发性结节性甲状腺肿容易对气管造成压迫,引起呼吸困难,且有继发甲状腺功能亢进、恶变等可能。因此,巨大的复发性结节性甲状腺肿常需手术治疗。手术应注意下列问题:

1. 麻醉选择 此类患者术前多有气管受压、狭窄引起的呼吸困难,手术采取肩部垫高、头部后仰位更加重了呼吸困难,且操作过程中易扭曲气管,切除腺体后气管萎陷等因素均可能导致严重呼吸困难,

甚至窒息死亡。因此,为了确保术中、术后心肺功能的安全、维持呼吸道通畅,应采用全身麻醉。具体方法为先静脉快速诱导,选用合适气管导管进行插管,然后以静脉复合麻醉方式维持。对气管受压严重者应采用清醒插管,必要时作气管切开插管。有气管压迫患者,术毕需待清醒后,边拔导管边观察。一旦出现呼吸困难,即予重置导管,再作气管切开。

2. 切口选择 切口应以能充分显露腺体为原则,不要局限于原切口,必要时作锁骨上或胸骨上窝附加切口,充分游离皮瓣。沿胸锁乳突肌前缘剪开肌筋膜,便于向两侧牵开切口,横断颈前肌群,亦可部分或全部切断胸锁乳突肌。有时坠入胸骨后较深,且由于瘢痕粘连无法牵出胸骨入口、或是疑有恶变者,可采用领形切口加正中胸骨劈开切口。

3. 预防术中大出血 巨大的复发性甲状腺肿的血管解剖移位变异较大,血液循环极其丰富,甲状腺表面静脉增粗,或形成网状静脉窦;动脉增粗并有许多变异分支,腺体常与颈部大血管粘连,且由于手术瘢痕,解剖层次不清晰,术中易造成大出血。故操作时一定要轻柔,逐渐推进。一旦出血,可用细针线缝合,不宜粗糙盲目钳夹止血。亦可在远离神经的外围,用超声刀分离、切断。甲状腺上动、静脉多可按常规方法结扎、缝扎,处理困难者可先缝扎前支,结扎完中静脉再缝扎后支。甲状腺下动脉应靠近颈总动脉结扎,或行囊内结扎法。

4. 避免损伤甲状旁腺 由于甲状旁腺组织本身不易辨别,加上巨大甲状腺肿压迫而移位,手术解剖层次紊乱、出血较多造成术野欠清,因而术中寻找甲状旁腺困难并较易导致甲状旁腺被误切、挫伤或血液供应受损,引起甲状旁腺功能减退。据报道甲状腺手术时,特别是巨大甲状腺肿手术时,防止甲状旁腺损伤主要是保护甲状旁腺的血液供应。如何避免损伤,其关键在于手术时必须保留甲状腺后被膜的完整性,一旦发现切除标本中有疑似甲状旁腺组织,可取部分组织行冷冻病理,证实为甲状旁腺组织后将剩余部分切成1mm×1mm左右小块,移植于胸锁乳突肌内。

5. 避免损伤喉返神经 由于巨大甲状腺周围粘连较重,喉返神经偏离正常位置,为彻底切除所有病变结节,将甲状腺背面部分被膜游离切除过多,而酿成喉返神经损伤或切断。或是术中出血,盲目缝扎止血而误缝喉返神经。预防喉返神经损伤的关键是术中显露喉返神经,直视下操作,如显露困难,可尽量保持甲状腺后背膜的完整性,在包膜内切除结

节。对于此类复杂的甲状腺手术,有条件的医院可应用喉返神经监测仪,帮助寻找并保护喉返神经。我院(中国医科大学附属盛京医院)已对30余名患者实行了术中神经检测,效果良好,术中都能够顺利找到喉返神经,无1例损伤,值得临床推广。

6. 注意气管塌陷 气管塌陷是甲状腺手术最严重的并发症之一,具有病死率高的特点,且术中判断为轻度气管软化又无呼吸困难的患者,术后亦可能发生气管塌陷而致窒息死亡。巨大甲状腺肿的长期压迫可使气管软化而塌陷,如术中发现,可将软化的气管前壁悬吊缝于颈前肌群,或是留置鼻气管导管,必要时行气管切开。

(三) 结节性甲状腺肿瘤变的处理

术中常规进行冷冻切片以决定手术方案,如果是恶性,要按照甲状腺癌根治的原则处理。如肿物延伸至胸骨后,需注意有无前纵隔淋巴结转移,必要时行联合胸骨劈开、前纵隔淋巴结清扫。

(四) 预防结节性甲状腺复发

术后复发的原因众多,主要是由于首次手术范围太小,切除不够,残留的结节再次增生所致,也与其生物特征和 T_4 抑制治疗有一定的关系。因此要强调结节性甲状腺手术治疗的规范性,手术尽量干净彻底,避免结节残留,术后指导患者服用优甲乐抑制治疗。

(五) 诊治关键

颈胸部增强CT应作为常规检查,主要了解腺体与气管、食管、颈部及纵隔内大血管的关系,手术时做到有的放矢。术前还要了解患者甲状腺功能、声带情况,并评价心肺功能。术中注意减少出血,并避免损伤喉返神经及甲状旁腺。如术中发现气管软化,需术中进行相应处理。

【临床经验】

1. 巨大的复发性结节性甲状腺肿主要表现为气管、食管、神经、血管受压迫所产生的相应症状,结合病史、查体及辅助检查较易做出诊断。颈胸部增强CT对术前评估非常重要。诊断明确后均应手术治疗,术中行冷冻病理检查以决定手术方式。

2. 由于肿物巨大,且瘢痕粘连,解剖位置变异,术中较易产生副损伤,造成严重并发症,术中应特别注意。

3. 规范的手术操作及术后 T_4 抑制治疗是预防结节再复发的关键。

(崔东旭)

参考文献

1. Bron LP, O' Brien CJ. Total thyroidectomy for clinically benign disease of the thyroid gland. Br J Surg, 2004, 91 (5):

569-574.

2. 卢崇亮, 钟滴. 甲状腺术后致死性并发症 7 例分析. 中国普通外科杂志, 2001, 10(5): 480-484.

第四节 胸骨后甲状腺肿

【疾病概述】

胸骨后甲状腺肿是指 50% 以上腺体位于胸骨上切迹下方或肿大的甲状腺原发于纵隔内。一般分为三型: I 型为不完全性胸骨后甲状腺肿, II 型为完全性胸骨后甲状腺肿, III 型为胸内异位或迷走甲状腺肿。I、II 型是颈部甲状腺肿大后沿筋膜向下坠入胸膜腔形成, 肿块有蒂、条索或韧带与颈部甲状腺相连, 该型甲状腺肿的血供主要来自甲状腺下动脉, 静脉回流经甲状腺下静脉; III 型为胸内异位迷走性甲状腺肿, 其血供来自主动脉弓, 经静脉回流至纵隔静脉内, 此型较为罕见。胸骨后甲状腺肿是前上纵隔常见的占位性病变, 病理上可为结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤, 偶可为甲状腺癌或甲状腺炎。由于下降的甲状腺肿在左侧会遇到锁骨下动脉、颈总动脉及主动脉弓, 而右侧只有无名静脉, 间隙较宽, 故胸骨后甲状腺肿以右侧居多。胸骨后甲状腺肿物与纵隔关系密切, 纵隔内有头臂干、上腔静脉及左、右头臂静脉、迷走神经等重要血管神经, 给胸骨后甲状腺肿的外科治疗造成较大困难。

【病例介绍】

病史 男性患者, 48 岁。以“活动后气短、胸闷、反复发作胸痛 1 年”为主诉入外院就诊。外院检查心电图示 ST 段压低, T 波倒置; 动态心电图示无症状性心肌缺血的心电图改变; 超声心动图显示短暂性室壁运动异常。诊断为不稳定型心绞痛, 给予阿司匹林、硝酸甘油等对症治疗无效, 后转入我院治疗。

体格检查 T 36.5℃, P 81 次/分, R 16 次/分, BP 142/85mmHg, 甲状腺 II 度肿大, 可触及多发质韧结节, 随吞咽上下移动不明显。双肺听诊呼吸音清, 心率 81 次/分, 律齐, 无杂音。

辅助检查 甲功系列检查结果正常。颈胸片提示上纵隔增宽, 气管上段局限性狭窄(图 1-8)。颈胸部 CT: 双侧甲状腺增大, 向下延伸至胸骨后, 其内见多发低密度结节, 部分有囊性变。气管受压狭窄、左移(图 1-9)。甲状腺彩超: 双侧甲状腺增大, 见多个低回声结节及囊性肿物。

入院诊断 胸骨后甲状腺肿

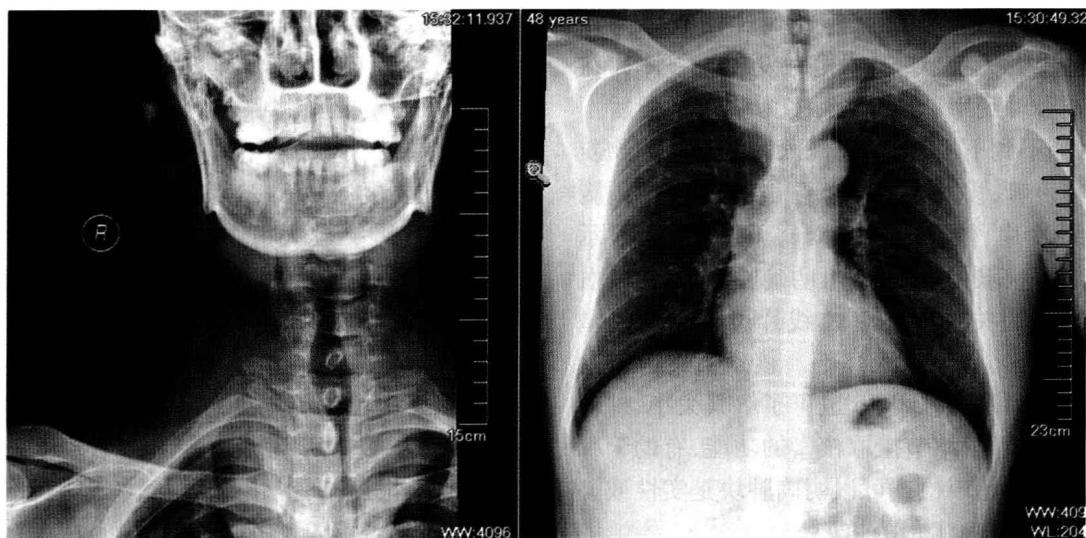


图 1-8 颈胸 X 线片示上纵隔增宽, 气管上段局限性狭窄