

- Med, 2003, 26(1): 1-7.
- [6] 于平平, 肖湘成, 王琳云, 等. 社区 2 型糖尿病患者的自我管理行为与其血糖控制的相关性研究[J]. 中南大学学报(医学版), 2013, 38(4): 425-431.
- [7] 孙晓敏, 黄晓萍, 袁翠萍, 等. 2 型糖尿病患者自我管理行为及应对方式相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(12): 1084-1086.
- [8] Moxey PW, Hofman D, Hinchliffe RJ, et al. Epidemiological study of lower limb amputation in England between 2003 and 2008[J]. Br J Surg, 2010, 97(9): 1348-1353.
- [9] 鞠昌萍, 孙子林, 金晖, 等. 不同健康教育模式对糖尿病患
- 者自我管理水平的影 响[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(23): 2139-2142.
- [10] 王世英, 席淑华, 吕一刚, 等. 出院患者延续护理中出现的问题及干预对策[J]. 解放军护理杂志, 2009, 26(3): 24-26.
- [11] 黄菲菲, 赵秋利, 郭美宜, 等. 成年人健康自我管理能力现状及影响因素的调查[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(7): 701-704.
- (收稿日期: 2016-08-03 修回日期: 2016-10-04)
- 临床探讨 •

腔镜甲状腺切除术与胸骨上小切口甲状腺切除术的疗效对比研究

刘云宏, 甘艳军

(广东省深圳市松岗人民医院普外科 518105)

摘 要:目的 对比腔镜甲状腺切除术与胸骨上小切口甲状腺切除术治疗甲状腺结节的疗效。方法 将 80 例甲状腺结节患者按照手术方式的不同分为腔镜组($n=40$, 行腔镜甲状腺切除术)和小切口组($n=40$, 行胸骨上小切口甲状腺切除术), 对比 2 组患者的手术治疗效果。结果 小切口组的手术时间、住院时间明显较腔镜组短($P<0.05$), 治疗费用明显较腔镜组低($P<0.05$)。腔镜组患者对切口美容效果的总满意率为 92.50%, 小切口组为 87.50%, 组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。小切口组的并发症发生率和术后 24 h 视觉模拟评分法(VAS)评分均明显低于腔镜组($P<0.05$)。2 组术后的声音障碍程度评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 在甲状腺结节的手术治疗中, 行胸骨上小切口甲状腺切除术的疗效与腔镜甲状腺切除术相当, 同时前者还具有手术时间短、治疗费用低、术后恢复快等优点, 是治疗甲状腺结节更为理想的选择。

关键词: 胸骨上小切口甲状腺切除术; 腔镜甲状腺切除术; 甲状腺结节

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.035 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)02-0247-03

目前手术仍是临床治疗甲状腺结节最为常用的手段, 关于腔镜甲状腺切除术治疗甲状腺结节的报道首次见于 1996 年, 而随着腔镜外科技术的不断发展, 胸骨上小切口甲状腺切除术在临床上的应用也越来越多^[1]。为明确腔镜甲状腺切除术和胸骨上小切口甲状腺切除术在甲状腺结节治疗中的应用效果, 本文对 40 例行腔镜甲状腺切除术和 40 例行胸骨上小切口甲状腺切除术的患者进行了对照研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2014 年 10 月至 2015 年 9 月在本院行手术治疗的 80 例甲状腺结节患者。纳入标准: 术前均经 B 超检查确诊为单发性甲状腺结节; B 超检查未见沙粒钙化灶、淋巴结肿大等恶性征象; 结节最大径不超过 5 cm; 术中病理检查结果为良性病变; 甲状腺功能无异常。排除标准: 有颈部放疗或手术史者; 存在甲状腺功能亢进者; 病理检查结果为甲状腺癌者; 合并影响机体免疫功能疾病者; 结节最大径大于 5 cm 者; 合并凝血功能障碍者。根据手术方式的不同分为 2 组: 腔镜组 40 例行腔镜甲状腺切除术, 男 7 例, 女 33 例, 年龄 20~54 岁, 平均(30.5±7.2)岁, 结节直径(3.50±1.21)cm; 小切口组 40 例行胸骨上小切口甲状腺切除术, 男 9 例, 女 31 例, 年龄 21~55 岁, 平均(31.0±6.9)岁, 结节直径(3.42±1.16)cm。组间一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 腔镜甲状腺切除术 手术在气管插管复合静脉麻醉下进行, 取平卧位, 将颈部稍微垫高使颈前组织处于松弛状态, 方便建立操作空间。在两侧乳晕上缘连线的中点处做一切口(长 1.2 cm 左右), 切口深度达到筋膜层。使用分离棒对胸前皮下腔隙做顿性分离, 直达胸骨切迹, 并对两侧进行剥离。在切口置入套管针(10 mm), 充入二氧化碳建立人工气腹(5~6 mm Hg)。在两侧乳晕上缘分别做一弧形切口(5 mm), 在腔镜直视下置入套管针作为操作孔。然后使用电钩或超声刀对颈阔肌下的疏松组织进行锐性分离, 分离至上至甲状软骨上缘, 左右至胸锁乳突肌外缘, 将颈白线切开, 对患侧颈前肌间隙和甲状腺被膜作顿性分离, 使腺体充分显露出来。再根据结节位置将甲状腺部分血管切断, 顺着结节包膜以超声刀进行分离, 将结节完整切除后取出。对切除的肿物进行病理检查。最后对创面进行冲洗、缝合, 确定创面无渗血后放置引流管, 引流管一端经胸前正中切口引出, 退出套管针, 关闭切口。

1.2.2 胸骨上小切口甲状腺切除术 手术在气管插管全身麻醉下进行, 患者取仰卧位, 将肩部垫高, 使颈部充分显露出来。消毒铺巾后, 使用超声刀短头(5 mm)在胸部切迹上方 2 cm 处做一平行于皮纹的弧形切口(长 2.5~3.5 cm), 将皮肤、颈阔肌依次切开, 并向上游离至甲状腺上极处, 使肿块能够完全暴露出来。将颈白线纵行切开后, 牵拉颈前肌, 对甲状腺进行游离, 若有必要还需将甲状腺血管部分切断。在与肿块边缘相距 2 mm 处, 使用超声刀将甲状腺组织切断, 连同肿块及部分周

围腺体一起切除,切除后对肿物进行快速病理检查,明确为良性肿物后对创面进行冲洗,确定创面无渗血后对切口进行缝合。

1.3 观察指标 (1)观察、记录 2 组患者的术中出血量、手术时间、住院时间、住院费用,以及手术并发症情况和患者对切口美容的满意程度。切口美容效果评价采用口述描述分级法,评分 4 分表示很满意,3 分表示较满意,2 分表示不太满意,1 分表示不满意。总满意率(%)=(很满意+较满意)/总例数×100%。(2)术后 3 个月,应用嗓音障碍指数调查表(VHI)评估 2 组患者的声音障碍程度,量表共 10 个项目,各项评分 0~4 分,评分越高说明声音障碍程度越严重。(3)在患者术后 6、24 h,分别应用视觉模拟评分法(VAS)评估患者的疼痛程度,评分 0~10 分,评分越高表明疼痛越严重。

1.4 统计学处理 运用 SPSS20.0 软件进行处理,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 手术情况 小切口组与腔镜组的术中出血量比较差异无统计学意义($P > 0.05$),小切口组的手术时间、住院时间明显较腔镜组短,治疗费用明显较腔镜组低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者的一般手术情况比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	术中出血量 (mL)	手术时间 (min)	住院时间 (d)	治疗费用 (千元)
腔镜组	40	19.9±5.2	129.3±36.1	4.6±1.3	12.13±1.21
小切口组	40	18.6±5.6	75.4±16.8	3.0±0.7	6.19±1.08
<i>t</i>		1.076	8.561	6.854	23.163
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 切口美容效果 腔镜组患者对切口美容效果的总满意率为 92.50%,小切口组为 87.50%,组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者对切口美容效果的 满意度比较						
组别	<i>n</i>	很满意 (<i>n</i>)	较满意 (<i>n</i>)	不太满意 (<i>n</i>)	不满意 (<i>n</i>)	总满意率 (%)
腔镜组	40	29	8	3	0	92.50
小切口组	40	20	15	4	1	87.50
<i>t</i>						1.389
<i>P</i>						>0.05

2.3 术后疼痛程度 2 组术后 6 h 的 VAS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),小切口组术后 24 h 的 VAS 评分明显降低,且与腔镜组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 声音障碍程度 腔镜组的声音障碍程度评分为(0.72±0.92)分,小切口组为(0.69±0.87)分,组间比较差异无统计学意义($t = 0.150, P > 0.05$)。

2.5 并发症 术后,腔镜组患者共有 7 例(17.50%)发生并发症,其中暂时性声音嘶哑 2 例,皮下气肿 3 例,皮下积液 2 例;

小切口组患者有 2 例出现暂时性声音嘶哑,并发症发生率为 5.00%。小切口组的并发症发生率明显低于腔镜组($\chi^2 = 7.825, P < 0.05$)。

表 3 2 组术后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)			
组别	<i>n</i>	术后 6 h	术后 24 h
腔镜组	40	2.13±0.92	2.07±1.18
小切口组	40	2.20±0.91	1.00±0.93
<i>t</i>		0.342	4.504
<i>P</i>		>0.05	<0.05

3 讨 论

甲状腺疾病是临床发病率较高的一类疾病,且近年来甲状腺疾病发病率有明显的上升趋势。甲状腺结节是较为常见的一种甲状腺疾病,据一项统计资料显示^[2],欧美国家的成人年患甲状腺结节的概率在 50%~67%,而其中 95%以上都为良性病变,仅有不足 5%为恶性病变。国内的统计资料显示,我国居民的甲状腺结节发病率在 19%~67%,而其中有 5%~10%都为恶性病变。

手术是治疗甲状腺结节的主要手段,传统的甲状腺手术虽然疗效确切,但术后颈部却会遗留较长的疤痕,影响患者的面部美观。近年来,随着外科医疗技术和手术器械的不断发展与进步,各种新型的甲状腺术式也应运而生。目前,甲状腺手术主要分为两大类,第一类是经腋下或胸壁入路,通过皮下隧道实施手术,该术式不会在颈部遗留瘢痕,能够较好地满足患者的美容需求。但是,这类手术需要建立大范围的皮下隧道,术后极易发生瘢痕增生,在术后容易给患者造成皮肤牵拉等不适感^[3]。第二类甲状腺手术是微创术式,其会在患者颈部做一小切口,然后在内镜辅助下切除甲状腺,这类术式无需建立局部气腔,具有创伤小、路径短、操作简单、手术用时短等特点,能够较好地满足微创要求^[4]。单发性甲状腺结节好发于中青年人群,并且还有女性发病率明显高于男性的特点,对于这类患者而言,其对颈部的美容要求较高,所以腔镜甲状腺手术往往更受年轻患者的欢迎。在本次研究中,行腔镜甲状腺手术的患者均顺利完成手术,患者对手术的美容满意度也达到了 92.50%。但是腔镜甲状腺切除术后容易发生传统开放手术容易发生的各种并发症,如脂肪液化、喉上神经损伤、皮下积液、瘀斑等并发症,此外还容易发生高碳酸血症、皮下气肿、气体栓塞等腔镜手术特有的并发症^[5-6]。当然,腔镜甲状腺切除术后并发症的发生也与操作者的手术经验、操作水平有着密切联系。本次研究结果显示,腔镜组术后的并发症发生率也相对较高。

胸骨上小切口甲状腺切除术是由传统甲状腺手术改良而来,该术式经临床实践应用证实具有瘢痕不明显、切口小、手术用时短、并发症少等特点,近年来也逐步受到了广大患者的认可。本次研究结果显示,小切口组的切口美容效果总满意率虽然低于腔镜组,但组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),说明胸骨上小切口甲状腺切除术仍能较好地满足患者的美容需求。该术式在术中会对皮瓣进行游离,术后不放置引流管,所以能够避免术后产生皮肤牵拉等不适感^[7-8]。另一方面,该术式并未应用内镜辅助,所以能较好地避免腔镜手术特有的并发症,同时还能较少设备投入,降低手术成本,更易于患者接受^[9]。本次研究结果显示小切口组术后并发症发生率明显较

腔镜组低,治疗费用明显较腔镜组低,手术用时明显较腔镜组短,术后 24 h 的疼痛评分明显较腔镜组低($P<0.05$)。并且 2 组术后的声音障碍评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。这表明胸骨上小切口甲状腺切除术的术后并发症更少,治疗成本更低,手术操作更加简单,术后疼痛更轻,同时还不会对患者术后的声音功能产生明显损害^[10]。

综上所述,在甲状腺结节的手术治疗中,行胸骨上小切口甲状腺切除术的疗效与腔镜甲状腺切除术相当,同时前者还具有手术时间短、治疗费用低、术后恢复快等优点,是治疗甲状腺结节更为理想的选择。

参考文献

- [1] 苏磊,桑剑锋,姚永忠,等.甲状腺全切除治疗原发性甲状腺功能亢进症合并甲状腺癌 24 例[J].实用医学杂志,2012,28(4):616-617.
- [2] 胡继盛,孔瑞,杨刚,等.甲状腺全切除术中喉返神经损伤原因分析[J].中华普通外科杂志,2015,30(9):683-686.
- [3] 李高,黎亮.经锁骨下切口甲状腺手术 40 例临床观察[J].海南医学,2010,21(8):42-45.
- [4] 王大川,于颖娟.锁骨上侧入路甲状腺切除术与腔镜手术

• 临床探讨 •

治疗甲状腺效果比较[J].海南医学,2015(11):1666-1668.

- [5] 严江,古松钢.腔镜辅助下甲状腺微创切除术 56 例临床分析[J].海南医学,2010,21(15):66-68.
- [6] 吴维敏,尹俊峰,余书勇,等.RLN 显露在甲状腺全切除术中的意义[J].中华内分泌外科杂志,2010,4(2):105-106.
- [7] 王培顺,黎洪浩,龙森云,等.分化型甲状腺癌局部切除术后手术方式及治疗[J].中华内分泌外科杂志,2012,6(4):237-239.
- [8] 陈勇,鲁兵,张钧.甲状腺腺叶切除手术中显露喉返神经临床观察[J].山东医药,2010,50(50):59-60.
- [9] 龙森云,罗定远,黄楷,等.活性纳米碳在良性巨大甲状腺肿患者行甲状腺全切术中甲状腺旁腺的保护作用[J].山东医药,2014,54(21):10-12.
- [10] 任冰冰,张自立,孟祥朝.腔镜辅助与完全腔镜甲状腺切除术治疗良性甲状腺结节性疾病疗效比较[J].山东医药,2014,54(47):87-89.

(收稿日期:2016-08-09 修回日期:2016-10-12)

成人哮喘患者血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 水平与气道高反应性的相关性研究

王丽娜,付英霞,张风林,袁亚军

(河北省唐山市人民医院呼吸科 063000)

摘要:目的 探讨成人哮喘患者血清骨膜蛋白(Periostin)、嗜酸性粒细胞趋化因子(Eotaxin)、信号转导及转录激活因子 3(STAT3)蛋白水平与气道高反应性(AHR)的相关性。方法 2015 年 1—12 月选取 125 例成人哮喘患者为哮喘组(其中急性期 75 例,缓解期 50 例),另选取同期收治的 50 例健康体检者为对照组,分别应用 ELISA 法测定哮喘组与对照组血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 水平,采用支气管激发试验(BPT)测量患者第 1 秒用力呼气量(FEV1)下降 20%时组织胺累计剂量(PD20),并根据 PD20 值评估哮喘患者 AHR,分析哮喘患者血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 与 AHR 的关系。结果 哮喘急性期组血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 水平高于哮喘缓解期组及对照组($P<0.05$),而哮喘缓解期组血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 水平高于对照组($P<0.05$)。AHR 中重度组血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 显著高于 AHR 轻度及极轻度组($P<0.05$)。经 Pearson 相关因素分析可知,哮喘患者血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 水平与 PD20 值均呈正相关关系($P<0.05$)。结论 血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 与哮喘患者 AHR 有密切关系,通过测定该类指标能有效评估哮喘患者预后及临床用药情况,具有一定的参考价值。

关键词:哮喘; 嗜酸性粒细胞趋化因子; 信号转导及转录激活因子; 骨膜蛋白; 气道高反应性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.036 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)02-0249-03

支气管哮喘(简称哮喘)是一种嗜酸性粒细胞、中性粒细胞、肥大细胞、气道上皮细胞、平滑肌细胞、T 淋巴细胞等多种炎症因子共同参与的气道慢性非特异性炎症疾病,这种慢性炎症会导致患者反复发作,并导致气道结构不可逆性改变^[1]。关于哮喘发病机制尚不明确,普遍认为细胞因子在哮喘发生及发病中起到重要的调控作用^[2]。目前有研究指出^[3],嗜酸性粒细胞趋化因子(Eotaxin)在哮喘发生及病情进展中起到重要的作用。骨膜蛋白(Periostin)属于成束蛋白家族中一员,在哮喘发生及病情进展中起到重要的作用^[4]。信号转导及转录激活因子 3(STAT3)是 STAT 家族成员之一,可被多种胞质外信号激活,有效减轻及抑制尘螨抗原激发的气道高反应性(AHR),与

哮喘的发生有密切的关系^[5]。本研究将探讨成人哮喘患者血清 Periostin、Eotaxin、STAT3 水平与 AHR 的关系,旨在为哮喘临床防治提供指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2015 年 1—12 月选取 125 例成人哮喘患者为哮喘组,纳入标准:(1)均符合中华医学会呼吸学分会哮喘病学组制订的《支气管哮喘防治指南》诊断标准^[6];(2)经 X 线片检查可发现患者存在明显的呼吸道症状;(3)均签署知情同意书,且所有病例获得医学伦理委员会批准。排除标准:(1)其他呼吸系统性疾病;(2)心、肝、肾功能不全者;(3)入组前 4 周无呼吸道感染病史、无应用过全身糖皮质激素;(4)入组前 1 周无