

# 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节效果及临床指标、并发症分析

吴兴礼

重钢总医院 重庆 400080

**【摘要】**目的：分析比较甲状腺良性结节患者采用传统甲状腺手术治疗和低位小切口治疗的临床效果以及对临床指标和并发症的影响。方法：抽取我院2020年3月至2022年6月实施治疗的甲状腺良性结节患者共计30例为研究对象，按照随机盲选法平分为对照组和观察组，各15例。对照组接受传统甲状腺手术治疗，观察组实施低位小切口手术治疗，以血清炎症因子水平改善情况、治疗效果、临床指标以及并发症发生情况作为观察指标。结果：①治疗前两组患者血清炎症因子水平均无显著差异( $P>0.05$ )，治疗后各项血清炎症因子水平均降低，观察组低于对照组( $P<0.05$ )。②手术时间、术中出血量、住院时间、术后2小时VAS评分等临床指标较对照组，观察组显著较优，差异显著( $P<0.05$ )；③并发症发生率较对照组，观察组显著较低，差异显著( $P<0.05$ )。④观察组治疗总有效率高于对照组，其中对照组治疗总有效率为60.00%，观察组治疗总有效率为93.33%，差异显著具备统计学意义( $P<0.05$ )。结论：甲状腺良性结节患者采用低位小切口患者的临床效果优于传统甲状腺手术治疗效果，利于改善患者血清炎症因子水平，可缩短手术时间、住院时间，减少术中出血量和术后并发症，利于患者病情康复，建议广泛应用在临床中。

**【关键词】**低位小切口；传统甲状腺手术；甲状腺良性结节；效果；临床指标；并发症

临床内分泌疾病中，甲状腺良性结节属于十分常见的一种，诱发原因主要为甲状腺体肿块，患者吞咽过程中肿块可随着甲状腺组织移动，以中年妇女为主要发病人群。手术和药物治疗为甲状腺良性结节的主要治疗方法，但是保守治疗时间较长，依从性较差，最终治疗效果不理想<sup>[1]</sup>。甲状腺切除术属于常用手术方式，但是会遗留瘢痕，对患者身体外貌产生影响<sup>[2]</sup>。因此，积极探寻其他治疗方法具有重要意义<sup>[3]</sup>。基于此，本研究于2020年3月至2022年6月期间从我院选取30例接受治疗的甲状腺良性结节患者作为研究对象，比较分析了低位小切口与传统甲状腺手术治疗的临床效果，具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2020年3月至2022年6月，从我院选取共计30例甲状腺良性结节患者实施分析研究，通过随机盲选法将所选研究对象分为对照组( $n=15$ )和观察组( $n=15$ )。其中对照组男性患者、女性患者分别有7、8例，年龄介于25~55岁之间，年龄均值为( $37.52 \pm 4.86$ )岁；观察组男性患者、女性患者分别有8、7例，年龄介于26~56岁之间，年龄均值为( $37.52 \pm 4.83$ )岁。比较对照组和观察组患者一般资料， $P>0.05$ ，具备可比性。

纳入标准：(1)研究对象通过彩超、细胞学检查确诊为甲状腺良性结节<sup>[4]</sup>；(2)研究对象甲状腺良性结节最大直径介于0.5~4.2厘米之间；(3)研究对象家属签署知情同意书。

排除标准：(1)研究对象并发严重心肝肾等脏器疾病；(2)研究对象病情危重，放弃治疗；(3)研究对象并发自身免疫系统疾病。

### 1.2 方法

对照组患者实施传统甲状腺手术治疗，具体如下：全麻，取仰卧位，充分暴露颈部，顺着皮纹在胸骨切迹上部分做长度约为3.5~7厘米的切口，逐层切开皮肤，充分暴露甲状腺，结合病变情况实施甲状腺手术。

观察组实施低位小切口手术治疗，具体方法如下：颈封联合局部麻醉，在胸骨切迹偏上1.0~1.5厘米位置做切口，顺着颈前皮纹做横向切口，长度约为3~5厘米，将皮肤组织切开后对皮瓣予以游离，钝性分离带状肌，同时游离甲状腺组织前侧腺叶，充分暴露甲状腺下极，再切断甲状

腺下方血管，注意保护喉返神经。对腺叶背侧组织予以游离，发现腺叶松动后对甲状腺上级组织予以处理。在瘤体偏大，内部存在囊液的情况下则抽出囊液，此后予以处理。针对实性瘤体，可以于切口将瘤体和腺叶牵出，瘤体偏大遮挡术野的情况下应用小拉钩适度牵拉甲状腺，扩大手术视野。完成上下级处理后在甲状腺背膜内部实施次全或部分切除术。对间断封闭腺体残面，完成止血后于切口一侧引出引流管，与负压吸引盒连接，此后应用可吸收线对皮肤组织予以逐层缝合。

### 1.3 观察指标

以血清炎症因子水平改善情况、治疗效果、临床指标以及并发症发生情况作为观察指标。

1.3.1 血清炎症因子：分别在治疗前和治疗后7d清晨采血，离心后采用酶联免疫吸附法测定患者血清肿瘤坏死因子(TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-8(IL-8)和白细胞介素-6(IL-6)水平。

1.3.2 临床指标包括手术时间、术中出血量、住院时间、术后2小时VAS评分，其中疼痛程度采用视觉模拟疼痛评分量表(VAS)<sup>[5]</sup>实施评价，评分介于0~10分之间，0分表示无痛，10分表示剧烈疼痛，评分越高表示患者疼痛程度越严重。

1.3.3 并发症包括声音嘶哑、切口感染、切口粘连、呼吸困难。

1.3.4 治疗效果，经治疗后临床症状显著改善为显效；经治疗后临床症状显著缓解为有效；无效指经治疗后临床症状无改善，甚至加重。治疗总有效率=显效率+有效率<sup>[6]</sup>。

### 1.4 统计学方法

使用SPSS22.0统计软件处理分析此次研究全部数据，满足正态分布，计数数据应用“[例(%)]”表示，差异检验采用“ $\chi^2$ ”，计量数据采用“ $(\bar{x} \pm s)$ ”表示，差异检验采用“t”， $P<0.05$ ，表示有意义。

## 2 结果

### 2.1 血清炎症因子水平治疗前后对比

治疗前两组患者血清炎症因子水平均无显著差异( $P>0.05$ )，治疗后各项血清炎症因子水平均降低，观察组低于对照组，差异显著具备统计学意义( $P<0.05$ )。如表1。

表1：两组血清炎症因子水平改善情况对比( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | IL-6 (ng/mL)    |                  | IL-8 (pg/L)     |                  | TNF- $\alpha$ (pg/L) |                     |
|-----|----|-----------------|------------------|-----------------|------------------|----------------------|---------------------|
|     |    | 治疗前             | 治疗后              | 治疗前             | 治疗后              | 治疗前                  | 治疗后                 |
| 对照组 | 15 | 8.52 $\pm$ 3.26 | 4.69 $\pm$ 1.05* | 0.27 $\pm$ 0.13 | 0.11 $\pm$ 0.08* | 1225.62 $\pm$ 215.62 | 351.62 $\pm$ 29.62* |
| 观察组 | 15 | 8.35 $\pm$ 2.65 | 3.86 $\pm$ 1.03* | 0.26 $\pm$ 0.12 | 0.06 $\pm$ 0.05* | 1221.82 $\pm$ 215.31 | 138.62 $\pm$ 26.31* |
| t   | /  | 0.157           | 2.186            | 0.219           | 2.053            | 0.048                | 20.823              |
| P   | /  | 0.877           | 0.037            | 0.828           | 0.049            | 0.962                | 0.000               |

注：与同组治疗前比较，\*表示  $P < 0.05$ 。

2.2 各项临床指标比较

手术时间、术中出血量、住院时间、术后 2 小时 VAS 评分等临床指标较对照组，观察组显著较优，差异显著具备统计学意义 ( $P < 0.05$ )。如

表 2。

2.3 并发症发生情况比较

并发症发生率较对照组，观察组显著较低，差异显著具备统计学意义 ( $P < 0.05$ )。如表 3。

表 2：对照比较各项临床指标组间差异 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 手术时间 (min)   | 术中出血量 (ml)   | 住院时间 (天)     | 术后 2 小时 VAS 评分 (分) |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------------|
| 对照组 | 15 | 78.62 ± 8.12 | 82.21 ± 4.92 | 10.72 ± 2.12 | 3.92 ± 0.72        |
| 观察组 | 15 | 43.14 ± 7.41 | 32.71 ± 3.82 | 4.32 ± 1.12  | 1.31 ± 0.32        |
| t   | /  | 12.500       | 30.778       | 10.338       | 12.829             |
| P   | /  | 0.000        | 0.000        | 0.000        | 0.000              |

表 3：两组患者并发症发生情况比较[n (%) ]

| 组别       | 例数 | 声音嘶哑     | 切口感染     | 切口粘连              | 呼吸困难     | 并发症发生率    |
|----------|----|----------|----------|-------------------|----------|-----------|
| 对照组      | 15 | 1 (6.67) | 1 (6.67) | 3 (20.00) (20.00) | 1 (6.67) | 6 (40.00) |
| 观察组      | 15 | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 1 (6.67)          | 0 (0.00) | 1 (6.67)  |
| $\chi^2$ | -  | -        | -        | -                 | -        | 4.658     |
| P        | -  | -        | -        | -                 | -        | 0.031     |

2.4 治疗效果两组患者比较

观察组治疗总有效率高于对照组，其中对照组治疗总有效率为 60.00%，观察组治疗总有效率为 93.33%，差异显著具备统计学意义 ( $P < 0.05$ )。如表 4。

表 4：对照比较治疗总有效率组间差异[n (%) ]

| 组别       | 例数 | 无效        | 有效        | 显效                | 并发症发生率     |
|----------|----|-----------|-----------|-------------------|------------|
| 对照组      | 15 | 6 (40.00) | 5 (33.33) | 4 (26.67) (20.00) | 9 (60.00)  |
| 观察组      | 15 | 1 (6.67)  | 4 (26.67) | 10 (66.67)        | 14 (93.33) |
| $\chi^2$ | -  | -         | -         | -                 | 4.658      |
| P        | -  | -         | -         | -                 | 0.031      |

3 讨论

甲状腺良性结节属于一种常见疾病类型，虽然该疾病为良性疾病，但是会对患者的生活质量产生影响，比如局部疼痛、吞咽困难等，尤其是冷结节会导致恶性肿瘤发生风险增加，同时也可能导致甲状腺功能亢进<sup>[7]</sup>。当前，治疗甲状腺良性结节的方法可分为手术治疗和药物保守治疗，其中药物保守治疗虽然具备一定效果，但是疗效有限<sup>[8]</sup>。

过去针对甲状腺良性结节患者实施治疗时，多应用开放手术治疗，虽然具有一定治疗效果，但是创伤较大，可能诱发多种不良后果，比如易复发、对甲状腺正常功能会产生影响，术后颈部留瘢痕等<sup>[9]</sup>。此次研究结果提示，治疗后各项血清炎症因子水平均降低，观察组低于对照组；观察组治疗总有效率高于对照组，其中对照组治疗总有效率为 60.00%，观察组治疗总有效率为 93.33%；手术时间、术中出血量、住院时间、术后 2 小时 VAS 评分等临床指标较对照组，观察组显著较优；并发症发生率较对照组，观察组显著较低。由此可知，甲状腺良性结节患者采用低位小切口患者的临床效果优于传统甲状腺手术治疗效果，利于改善患者血清炎症因子水平，可缩短手术时间、住院时间，减少术中出血量和术后并发症，利于患者病情康复，分析原因：传统甲状腺手术具备一定治疗效果，但是会对甲状腺周围结构产生损伤，切口较大，且美观度较差，增加患者的心理压力<sup>[10]</sup>。而低位小切口手术能够有效包括甲状腺组织的颈前肌群，双方较小，同时不易诱发颈前肌群粘连或皮下结节等不良事件，切口愈合较快，能够满足病人的美观需求<sup>[11]</sup>。与此同时，低位小切口手术的切口位置较低，所以难以暴露甲状腺上极，所以先对下极血管予以处理，对于瘤体偏大者在切除操作时紧贴瘤体，同时在甲状腺内膜内实施分离，能够直接切断并结扎该部位的动静脉和分支，对喉返神经具备保

护作用<sup>[12]</sup>。

综上所述，甲状腺良性结节患者采用低位小切口患者的临床效果优于传统甲状腺手术治疗效果，利于改善患者血清炎症因子水平，可缩短手术时间、住院时间，减少术中出血量和术后并发症，利于患者病情康复，建议广泛应用在临床中。

参考文献：

[1]魏宁, 徐长昊, 高成秋. 甲状腺良性结节采用传统甲状腺手术治疗和低位小切口手术治疗的临床效果观察[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2022, 37(04): 93-94+90.

[2]刘建霞. 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节的效果及并发症对比分析[J]. 中外医疗, 2021, 40(11): 77-79.

[3]姚亮. 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节的效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(02): 102-104.

[4]王建党. 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节的效果分析[J]. 临床研究, 2020, 28(12): 44-45.

[5]赵徐伟, 臧建峰. 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节的临床效果比较[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(19): 3137-3139.

[6]徐强. 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节的临床价值[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(14): 78-80.

[7]刘发生, 徐先栋. 对比低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节的临床疗效及安全性[J]. 智慧健康, 2021, 7(16): 61-63+66.

[8]阮万泽, 林国文. 低位小切口与传统甲状腺手术治疗甲状腺良性结节的对照分析[J]. 黑龙江医药, 2020, 33(06): 1422-1424.

[9]马灿业, 杨帆, 李宝金, 等. 超声引导下经皮微波消融术与传统开放手术治疗甲状腺良性结节的疗效及预后对比[J]. 现代医院, 2021, 21(07): 1107-1109+1112.

[10]张聚旺. 良性甲状腺结节应用微波消融术与传统手术治疗的临床效果比较[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(32): 4621-4622.

[11]刘雨雄, 龚焱. 甲状腺结节患者通过超声引导下微波消融术与传统开放手术对 IL-6、CRP 的对比分析[J]. 系统医学, 2020, 5(08): 80-82+101.

[12]胡云飞, 蔡雨, 赵胜. 超声介导微波消融术与传统开放手术比较治疗甲状腺良性结节疗效的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2019, 19(03): 338-347.