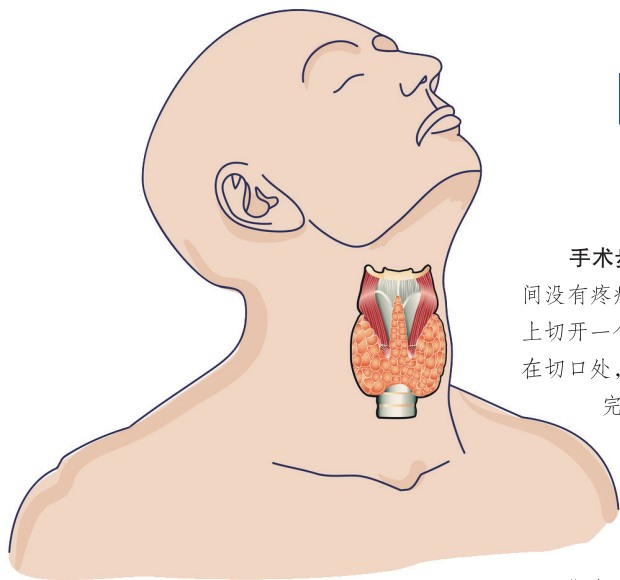




甲状腺手术究竟选哪种

▲ 广西壮族自治区玉林市红十字会医院 杨开宇

手术步骤 患者接受麻醉, 确保手术期间没有疼痛和不适。外科医生在患者的脖子上切开一个弧形切口, 以便进入甲状腺区域。在切口处, 医生将切除病变的部分并取出。

完成切除后, 切口会被缝合。

优点 (1) 路径直接: 传统手术路径直接, 有利于外科医生直接处理甲状腺问题。(2) 皮瓣游离范围小: 由于切口相对集中, 皮瓣游离范围较少。(3) 良好的术中视野: 术中视野较好, 外科医生可以更清楚地操作。(4) 彻底清扫: 即使存在颈部淋巴结转移, 传统手术也能彻底清除。(5) 适用范围广: 传统手术在治疗复杂甲状腺问题方面表现出色。对于大肿瘤、侵犯周围组织的情况, 传统手术提供了更多的操作空间, 使外科医生能够更好地处理复杂情况。(6) 技术成熟: 传统手术已经存在多年, 医生在这方面积累了丰富的经验。这种手术方法经过不断的改进和培训, 使外科医生具备了高度成熟的技术, 可以更自信地处理复杂情况。

缺点 (1) 精准切除困难: 传统手术难以精准地切除病变, 通常会包括周围组织一同切除。(2) 影响甲状腺功能: 如果病变较大或存在多个结节, 切除更多腺体可能会影响甲状腺功能, 导致术后甲减和其他后

遗症。(3) 大创伤: 传统手术需要较大的手术切口, 这可能导致术后明显的疤痕和创伤。这些疤痕可能在术后长期存在, 并可能对患者的外观造成影响。(4) 术后疼痛: 由于手术切口较大, 术后可能会出现较强的疼痛。为了减轻患者的不适, 可能需要更多的镇痛药物, 这可能增加药物的副作用和风险。(5) 恢复时间长: 传统手术后, 患者通常需要较长的住院时间以及更长的康复期。这可能会导致患者在恢复正常活动和工作能力方面花费更多的时间。

微创手术

微创手术, 又称为腔镜手术或内窥镜手术, 是一种利用腔镜和特殊工具在较小的切口或穿刺点进行操作的方法。

手术步骤 患者接受麻醉, 以确保手术期间的舒适和无痛外科医生。使用甲状腺消融针和可视显像系统精确扫描, 确定病变的位置。在超声引导下, 局部麻醉后将消融针穿刺到结节局部进行消融。消融针产生高温, 使组织细胞活性消失, 导致结节局部碳化或蛋白凝固性坏死, 经巨噬细胞慢慢吞噬并吸收死亡的组织。术后, 切口或穿刺点通常只需要缝合或胶带封闭, 这有助于快速愈合。

优点 (1) 微创: 微创手术创口仅约 1 mm, 不会留下明显瘢痕, 适合注重外

貌的患者。(2) 减少疼痛: 在局部麻醉下进行, 手术过程中几乎没有疼痛感。(3) 短手术时间: 手术时间相对较短, 通常在 15~30 min 之间, 术后患者可以快速出院, 对日常生活影响较小。(4) 保留甲状腺组织: 超声引导下进行, 可以精确消融结节, 对周围组织损伤较小, 保留正常甲状腺功能, 患者不需要终身服药。

缺点 (1) 适应证范围狭窄: 主要适用于良性甲状腺结节。这意味着在考虑进行微创手术之前, 必须进行穿刺活检, 以明确结节的良性特性。(2) 不适用于恶性结节: 微创手术不能达到与传统手术相等的切除范围和清扫范围, 因此不建议用于治疗恶性结节。(3) 技术挑战: 微创手术要求外科医生具备高度精准的操作技术, 这可能会对医生提出更高的要求。

当前有些患者过于盲目地推崇微创手术, 但这种态度既不科学, 也不符合临床治疗的指征。在选择甲状腺手术方法时, 患者和医生之间的合作和共同决策是至关重要的。每个患者的情况都是独特的, 因此他们的治疗方案应该根据个人的健康状况、疾病类型、年龄、生活方式等因素来定制。在选择手术方法时, 应充分考虑疾病类型和严重程度、患者的整体健康状况、手术医生经验等, 以获得理想的治疗效果。

常见溶栓并发症及应对方案

▲ 广西柳州市柳城县人民医院 谢月静

在治疗急性心肌梗死、卒中、肺栓塞等疾病时, 通常会用到溶栓治疗方式, 主要通过注射药物, 对血管内的血栓进行溶解, 使血管可以恢复畅通, 在溶栓过程有可能会出血的情况, 属于溶栓常见的并发症, 当出现这一情况后需要怎样处理? 溶栓还有哪些常见的并发症? 今天一起来了解一下吧。

溶栓是什么

血栓可以理解为在血管内形成的血块, 对血液正常流动会产生阻碍, 增大血管栓塞、心肌梗死等疾病的发生概率。溶栓治疗属于一种通过溶解血栓的方法来恢复血液正常流动的治疗方式。应用肝素、普通肝素和低分子肝素等溶栓药物, 抑制血栓形成、减少血栓负荷, 从而恢复血流。此外, 针对较大的血管阻塞, 还可以采用机械性溶栓方法。溶栓治疗虽然能够迅速恢复血液正常流动, 但治疗过程中可能出现出血等并发症。因此, 在溶栓治疗期间应遵医嘱进行监测和控制出血风险。

六种常见溶栓并发症及应对方案

出血转化 静脉溶栓后脑出血属于出血转化的一种, 溶栓后出血转化发生率为 10%~48%, 其中症状性出血转化发生率为 2%~7%。溶栓后出血转化一般发生在溶栓后 36 h 内, 细分为表面出血和内出血。出血转化的发病机制现阶段还不完全清楚, 大部分研究认为与闭塞血管再通、再灌注损伤、侧

支循环建立有关。溶栓后出血转化一般发生在溶栓后 36 h 内, 可结合病史、临床症状和可行性等因素个体化选择影像检查时间。对于出血转化高风险的患者, 有条件时可考虑将每 30 min 1 次的神经功能和生命体征监测延长到溶栓后 12 h。针对溶栓后 24 h 内症状性出血转化应当停用 rt-PA, 行头颅 CT 扫描之外, 还应当检测全血细胞、凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间和纤维蛋白原水平。

系统性出血 作为溶栓后另一潜在并发症, 近期大型手术史患者更容易出现系统性出血。临床中常见的出血部位包括胃肠道、泌尿生殖道、皮下、腹膜后。以消化道出血为例, 应尽早留置胃管、禁食或禁鼻饲, 下管动作宜缓慢轻柔, 抽出胃内积血和负压抽吸。遵医嘱服用抑制胃酸分泌和保护胃黏膜的药物。除此之外, 还应当补液或输血维持血容量, 维持水电解质平衡, 注意营养, 防止合并感染。针对其他出血情况, 应当立即停用 rt-PA, 检测 PT、APPT、纤维蛋白原、全血计数及配血。并且, 还应当监测血压、补液、输血、改善循环。

血管再闭塞 作为急性缺血性卒中血管内治疗常见并发症, 血管再闭塞与临床症状恶化相关, 早期再阻塞, 往往预示长期预后不良。可能与血栓分解或血管内皮损伤后脂质核心的暴露血小板被激活聚集、围手术期抗血小板药物使用不充分或抗血

小板药物抵抗具有一定关联。24 h 内血管再闭塞处理措施包括动脉取栓、早期抗血小板、早期抗凝以及联合抗栓等, 不过目前还没有形成统一的处理方案。

血管源性水肿 急性卒中患者静脉溶栓过程或溶栓后出现颜面部、口舌部、咽喉部、颈部等部位的血管水肿, 发生的主要原因为缓激肽等血管活性物质增多。溶栓前应用 ACEI 类药物的患者应高度注意, 能停用尽量停用; 如果只是局限在舌部, 可采取鼻咽通气道, 若是出现喉头水肿、全身反应立即遵医嘱进行药物治疗。当出现气道梗阻现象时, 必要时使用人工呼吸机机械通气维持呼吸通畅。

过敏 溶栓后也可能出现过敏的并发症, 不过一般为轻度过敏, 主要表现为

皮疹、荨麻疹、支气管痉挛、血管源性水肿、低血压或者休克等。当发现患者严重过敏, 一定要马上停

用溶栓药物, 同时对其生命体征严密监测。若是过敏症状轻微可遵医嘱服用对应药物。对于过敏症状重者, 必要时进行气管插管, 启用抢救团队。

溶栓后脑水肿 这一溶栓并发症一般出

现在溶栓后 24~48 h 内, 患者容易出现头痛、呕吐、视盘水肿等高血压症状, 还可能存在神经功能恶化、意识状态改变等情况, 水肿严重者发生脑疝的概率也较大。溶栓后脑水肿的发生发展主要和患者溶栓前较高的 NIHSS 评分、高密度脑动脉征、早期梗死征象的存在以及治疗延迟等因素有关。若是患者溶栓后出现脑水肿, 应当将床头抬高 30 度, 遵医嘱进行内科治疗和外科治疗对患者全身状态进行改善。

综上所述, 溶栓并发症的发生, 有可能导致病情加重, 需要根据具体情况尽早决定处理方案, 控制病情发展, 以免后期产生不可逆的功能障碍后遗症。

