

的首选治疗方法。

部分 PARF 患者肾盂只有轻微扩张,肾脏皮质厚,穿刺不易成功。我们的经验是:①最好在 B 超引导下、由经验丰富的超声科医生协助定位进行 PCN;在穿刺针经过肾脏皮质时,经常有血液从穿刺针流出,这时,不要认为是穿刺到血管内,多数是穿刺深度不够,未达到肾盂和肾盏,此时应复查 B 超确定针尖位置,继续进针,即可达到肾盂。②穿刺点选 10~12 肋下腋后线至肩胛线之间区域,入路仍经肾背侧 Brodel 切线,因通道细小,较少伤及血管。穿刺针要经过基本正常的肾脏皮质,普遍存在的出血倾向问题,多数可压迫止血,注意造瘘可能存在出血的影响。③PCN 后早期引流尿液较多,要注意水、电解质及酸碱平衡的恢复,改善微循环,同时选用合理抗生素预防和治疗感染。④固定好导管,防止导管穿刺后移位滑脱。

参考文献

- [1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2004;529-551.
- [2] Kalika V, Bard RH, Illoreta A, et al. Prediction of renal functional recovery after relief of upper urinary tract obstruction [J]. J Urol, 1981, 126(3):301-305.
- [3] 鲍镇美. 尿路梗阻[M]//吴阶平, 马永江. 实用泌尿外科学. 北京:人民军医出版社, 1991:110.
- [4] Wah TM, Weston MJ, Irving HC. Percutaneous nephrostomy insertion: outcome data from a prospective multi-operator study at a UK training centre [J]. Clin Radiol, 2004, 59(3): 255-261.
- [5] Lewis S, Patel U. Major complications after percutaneous nephrostomy lessons from a department audit [J]. Clin Radiol, 2004, 59(2):171-179.
- [6] Skolarikos A, Alivizatos G, Papatsoris A, et al. Ultrasound-guided percutaneous nephrostomy performed by urologists: 10-year experience [J]. Urology, 2006, 68(3):495-499.

(收稿日期:2008-02-23 修回日期:2008-05-12)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

桥本病合并其他甲状腺疾病的外科治疗体会

刘晖 张德良 高卫峰

【关键词】 桥本病; 甲状腺疾病; 鉴别诊断

桥本病(HT)又称慢性淋巴细胞性甲状腺炎,临床误诊率较高。对本院收治的 51 例 HT 患者分析报告如下。

1 临床资料

1.1 病例:男 8 例,女 43 例;年龄 25~77 岁,平均(45±6)岁。表现为甲状腺弥漫性肿大伴单发结节 18 例,多发结节 26 例,单纯结节 7 例;伴局部压迫症状 36 例,局部疼痛 12 例,声音嘶哑 5 例。

1.2 手术治疗结果:行甲状腺部分切除术 8 例,峡部切除 7 例,甲状腺次全切除术 18 例,单侧腺叶切除 9 例,根治术 9 例。术后病理结果:桥本病合并甲状腺腺瘤 20 例,合并结节性甲状腺肿 22 例,合并甲状腺乳头状癌 8 例,甲状腺恶性淋巴瘤 1 例。术后 43 例随访 1~10 年,4 例出现甲状腺功能减退(甲减),术后服用甲状腺素 3~9 年,无复发。2 例出现声音嘶哑者经治疗 0.5 年后症状消失。所有患者无肿物复发。

作者单位:300350 天津市海河医院

作者简介:刘晖(1962-),男(汉族),陕西省人,副主任医师,Email:hhyyliuhui2008@126.com。

2 讨论

2.1 病因及发病机制:目前普遍认为 HT 是一种具有明显遗传倾向的器官特异性自身免疫疾病,其原因:①免疫监视缺陷学说:由于免疫细胞突变产生对正常甲状腺组织的识别障碍,这些免疫活细胞将甲状腺组织作为抗原产生自身抗体,引起自身免疫反应。②感染与理化损害学说:某些病毒或革兰阴性球菌感染,引发体内免疫系统反应。③遗传学说:患者常为高龄女性。组织学上表现为甲状腺组织中有大量浆细胞和淋巴细胞浸润及淋巴滤泡,随着病变的发展,出现甲状腺腺叶结构或滤泡上皮破坏,后期出现间质纤维组织增生。

2.2 诊断:早期可表现为全身乏力,局部有压迫感,个别患者起病较急,也可伴有发热、甲状腺区隐痛、双侧甲状腺弥漫性肿大。多数患者就诊时甲状腺功能正常,早期有时有轻中度甲状腺功能亢进(甲亢),很少有突眼症状,但总的趋势是进行性甲减。因此,当促甲状腺激素(TSH)高于正常参考值 2 倍时应考虑 HT。联合测定抗甲状腺球蛋白抗体

(TGAB)和抗微粒体抗体(TMAB)诊断 HT 的正确率可达 90%以上。但自身抗体对诊断 HT 只有相对特异性,应警惕假阴性和假阳性的可能。B 超检查对 HT 的诊断无特异性。对临床疑似病例给予甲状腺激素进行诊断性治疗可以起到较好的作用。

2.3 HT 合并其他疾病的手术方式:HT 合并其他疾病的手术方案应当依据循证医学原则^[1]。如病理检查单纯 HT 手术范围不宜过大,以切除结节或解除压迫为目的,尽量保留足够甲状腺组织;合并甲亢者行双侧甲状腺次全切除术,如果必要,术后服用甲状腺素可以降低甲状腺功能低下的发生率;合并肿瘤者则应根据肿瘤的大小、肿瘤的分化程度、患者的年龄、肿瘤的浸润程度、转移情况来决定手术方式。

参考文献

- [1] 张木勋, 吴亚群. 甲状腺疾病诊疗学 [M]. 北京:中国医药科技出版社, 2005:255-265.

(收稿日期:2008-06-24)

(本文编辑:李银平)