文章编号:1005 - 6947(2010)11 - 1257 - 02

·临床报道·

经胸锁乳突肌前缘径路行甲状腺切除术的体会

闫引生, 裴宏文, 樵小健

(甘肃省天水市第二人民医院 普通外科, 甘肃 天水 741020)

摘要:目的 探讨经胸锁乳突肌前缘径路行甲状腺切除的手术方法。**方法** 回顾分析 3 年间本院采用经胸锁乳突肌前缘径路不横断颈前肌群行甲状腺肿瘤切除术治疗 23 例(A 组)患者的临床资料,并与同期施行传统手术方法治疗的甲状腺肿瘤 25 例(B 组)的情况进行比较。**结果** A 组手术时间、失血量和住院时间均低于 B 组,两组之间差异有统计学意义($P < 0.05$)。A 组切口及周围皮肤平整,术后疼痛轻,颈部切口周围皮肤感觉无明显异常。**结论** 经胸锁乳突肌前缘径路行甲状腺切除术治疗甲状腺肿瘤是安全可行的,此术式创伤小、操作简易,疗效可靠。

[中国普通外科杂志,2010,19(11):1257 - 1258]

关键词: 胸锁前缘径路; 甲状腺; 切除术

中图分类号: R 581.9 **文献标识码:** B

甲状腺肿瘤临床非常多见,传统切开颈白线法显露甲状腺侧面及背面不甚满意,而切断带状肌又有损伤大、术后颈部活动功能恢复差及切口粘连等缺点。2006 年1月—2009 年 1 月,本院采用经胸锁乳突肌前缘径路不横断颈前肌群行甲状腺肿瘤切除术治疗 23 例(A 组),并于同期施行传统手术治疗的25 例(对照组,B 组)进行比较,以探讨前一种方法的可行性及其特点。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者共 48 例,分两组,A 组为经胸锁乳突肌前缘径路不横断颈前肌群,B 组为传统手术。A 组:23 例。男 6 例,女 17 例,男女比例 1.00∶2.83;年龄 22 ~ 74(平均 41.2)岁。术前彩超检查瘤体最大径 1.2 ~ 8.0(平均 3.6)cm。术后病理证实:甲状腺腺瘤 14 例,甲状腺囊腺瘤 4 例,结节性甲状腺肿 3 例,甲状腺乳头状癌 2 例。B 组:25 例。男 6 例,女 19 例,男女比例1.00∶3.16;年龄19 ~ 76(平均42.5)岁,术前彩超检查瘤体最大径0.8 ~ 7.6(平均 3.9)cm。术后病理证实:甲状腺腺瘤 16 例,甲状腺囊腺瘤 5 例,结节性甲状腺肿 3 例,甲状腺乳头状癌 1 例。两组患者性别、年龄、瘤体大小、疾病种类等差异均无统计学意义。

1.2 手术操作方法

A、B 两组分别按照经胸锁乳突肌前缘径路不横断颈前肌群和传统方法单纯肿瘤切除。A,B 组的单侧或/和双侧腺叶部分切除,单侧腺叶全切、甲状腺改良根治术,分别为 7 例和 10 例;10 例和 12 例;4 例和 2 例;2 例和 1 例。

A 组方法:采用颈丛神经阻滞麻醉,肩背部垫高,头后仰使颈前部充分展露。切口选择:于胸骨切迹上两横指顺皮纹方向作横领式切口约 5 ~ 7 cm,电刀切开颈阔肌,用钳提起上下叶颈阔肌,紧贴颈阔肌下面游离上下两皮瓣,上至甲状软骨,下至胸骨切迹;不缝扎颈浅静脉,不横断颈前肌群,不切开颈白线。在患侧胸锁乳突肌内侧缘切开颈浅筋膜,在胸锁乳突肌与颈前肌群之间隙游离,上至喉结节水平,下至患侧胸锁关节上2 cm,直达甲状腺外科被膜;将患侧颈前肌群拉向内侧,切开甲状腺外科被膜,缝置牵引线;将腺体拉向内侧,切断结扎甲状腺中静脉,然后将腺体拉向内上侧,游离解剖并切断结扎甲状腺下动、静脉,使下极游离;分离甲状腺峡部并结扎切断,游离推开上极疏松组织,紧贴上极腺体钳夹切断血管集束,游离上极;保留背侧部分组织“钳剪法”交替切除患侧腺体。必要时同法处理对侧腺体。彻底止血冲洗伤口;嘱患者咳嗽无出血后,放置橡皮引流条,经患侧胸锁乳突肌前缘从伤口引出;去除肩背部软垫,使颈部恢复松弛状态;用细丝线将胸锁乳突

收稿日期:2010 - 06 - 11; **修订日期:**2010 - 10 - 19。

作者简介:闫引生,甘肃省天水市第二人民医院副主任医师,主要从事甲状腺外科、肝胆脾胰外科、腹腔镜方面的研究。

通讯作者:闫引生 E-mail:ye2198@sina.com

肌与颈前肌群裂口间断缝合,间断缝合颈阔肌,切口皮肤用可吸收线缝合。估算出血量,记录手术时间。术后3~4 d天拆线。

2 结 果

2.1 两组手术时间、失血量、住院时间比较

A组和B组手术时间分别为(42.8±12.5) min和(68.7±20.6) min。失血量分别为(43.6±14.7) mL和(76.4±18.5) mL。住院时间分别为(4.4±0.7) d和(6.3±0.7) d。两组之间差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。两组病例均随访1~3年,A组切口平整无粘连,术后疼痛轻,颈部切口周围皮肤感觉无明显变化。

3 讨 论

甲状腺肿瘤是外科常见疾病,手术切除是主要治疗手段,术式较多,各有其优缺点。传统甲状腺手术,由于需要较大范围的腺体游离,故颈部皮肤切口较大,且颈前肌群被横断后易造成颈前皮肤与肌肉粘连,使术后吞咽时颈部切口瘢痕随吞咽动作上下移动,影响术后的美观[1]。1996年Gagner用内镜微创技术切除功能亢进的甲状腺后[2],内镜微创治疗甲状腺疾病的报道越来越多,但除主观上不希望损容的效果被放大外,基本没有客观的优越性,除了切口变小,分离的范围甚至超过了传统开放性手术[3]。经颈白线入路不横断颈前肌群的甲状腺切除术,由于要切开颈白线,使直达甲状腺肿瘤的路径延长,延长了手术时间,切开颈白线破坏了颈前肌群各层次的正常解剖结构,使颈白线瘢痕容易与颈阔肌及皮肤形成粘连,造成患者颈部疼痛不适,并且容貌受损;术中为了更好地显露瘤体和甲状腺的解剖结构,则要用力牵拉患侧的颈前肌群和胸锁乳突肌,增加了患者的术中痛苦。而采用经胸锁乳突肌前缘径路不横断颈前肌群的甲状腺切除术有许多优点,实践证明它是不影响外观的手术方式。其优点体现在:(1)因为不切开颈白线,使颈阔肌与颈浅筋膜间隙在术后融为一体,与皮肤不易形成粘连,术后随访观察,皮肤平整。(2)因不缝扎颈前浅静脉、切口上缘的浅静脉,淋巴回流没有破坏,切口上缘的浅部组织水肿明显减轻,切口疤痕隆起不明显,提高了手术满意度。(3)直达甲状腺外科被膜,缩短了手术径路,缩短了手术时间。(4)直视下行甲状腺切除术,减轻了对周围肌肉的牵拉,减少了术中、术后出血,组织愈合恢复好。(5)不横断颈前肌群,避免了横断肌肉缝合引起的切口高突现象,同时避免颈前肌群断面与皮肤粘连而影响颈前肌群的运动功能,亦不会造成吞咽时颈前区疼痛不适,提高了患者术后生活质量。(6)顺皮纹切开,使用可吸收线结合皮内缝合,减少了异物反应,切口平整,瘢痕细小。

甲状腺与喉上神经、喉返神经的关系密切,术中如何避免神经损伤甚为重要。笔者先游离甲状腺的外侧,游离、切断甲状腺中静脉,然后从侧面游离甲状腺上下极。在甲状腺上极腺体前方分出甲状腺上动静脉超声刀切断。甲状腺下动脉可不游离,紧贴甲状腺包膜,超声刀切除腺体。分离、切断甲状腺周围组织时应仔细,避免集束切断,遇有管状结构应仔细辨认以区分血管和神经。血管质地较韧,紧张时可为白色,但松弛时有血流通过,动脉可有搏动。而神经则始终为白色、无搏动的索状结构,质地较柔软。出血时不能盲目钳夹烧灼,应先冲洗吸净,认清出血点及其周围组织,用超声刀夹住凝闭或用超声刀头压住出血点凝闭[4]。在切除腺体侧叶时,保留甲状腺的背侧部分,避免损伤喉返神经及甲状旁腺。本资料A组与B组在手术时间、出血量和住院时间方面,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。

以下情况为本手术的禁忌证:(1)甲状腺峡部肿块;(2)颈部有手术史或放疗史;(3)巨大甲状腺肿块;(4)甲状腺炎;(5)病理性肥胖;(6)凝血功能障碍者。

本手术注意事项:(1)此术式适用于术前明确诊断的甲状腺肿瘤及不需淋巴清扫的单侧甲状腺瘤手术。(2)在进行胸锁乳突肌及颈前肌群分离时,应注意避免损伤位于胸锁乳突肌下方之颈内静脉,以及甲状腺被膜血管,以减少术中出血。(3)需放胶管引流者,从切口下方另行戳孔引出,位置低,不影响皮肤缝合。

经胸锁乳突肌前缘径路不横断颈前肌群的甲状腺切除术,减少了手术创伤,减轻了术中痛苦,缩短了手术时间,减少了术中、术后出血,缩短了手术路径,术后恢复快,切口粘连率低,无颈部切口周围皮肤感觉异常等优点。故认为该术式是治疗甲状腺肿瘤创伤较小操作易行安全、疗效可靠的甲状腺手术的开放性术式。

参考文献:

[1] 姚榛祥.重视甲状腺切除术的并发症[J].中国普通外科杂志,2005,14(9):641-643.
[2] 孙春雷,陈平康,史峻峰.颈腔镜双极电凝法甲状腺切除术[J].中国微创外科杂志,2005,5(1):40-41.
[3] 陈国锐,王深明.主编.甲状腺外科[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1997,573.
[4] 徐德龙,许家鹏,刘姬清,等.腔镜下甲状腺切除术10例报道[J].中国微创外科杂志,2005,5(4):328-329.