

# 经胸壁入路内镜辅助下甲状腺切除 5 例报告

曹利平 阙日升 吴峥嵘

浙江大学医学院附属第二医院普外科(杭州 310006)

【内容提要】 本文报道 5 例青年女性单发甲状腺腺瘤经胸壁入路内镜辅助下甲状腺切除术,在胸前作一 1.5cm 切口,在左右乳晕上缘分别作 0.5cm 和 1.2cm 切口,经前胸壁径路,利用超声刀分离皮下直至颈部,并利用超声刀切开颈前肌群,游离出患侧甲状腺并切除之。手术过程顺利,达到创伤小,恢复快,颈部无手术疤痕的美容目的。

【关键词】 内镜辅助; 甲状腺切除术

中图分类号:R653.2

文献标识:B

文章编号:1009-6604(2003)03-0211-02

经胸壁入路颈部无疤痕内镜辅助下甲状腺切除术(Scarless endoscopic thyroidectomy, SET)是 20 世纪 90 年代兴起的新型手术,近期我们开展 5 例 SET,现将体会报道如下。

## 临床资料与方法

### 一、一般资料

5 例均为女性,年龄 17 岁~46 岁,平均 32.6 岁。术前诊断:甲状腺瘤右侧 3 例,左侧 1 例,均为单发,结节性甲状腺肿伴左侧腺瘤样结节形成 1 例。肿块直径 1.5cm~3.0cm,平均直径 1.93cm。肿块表面光滑,活动度好。术前 B 超提示 4 例为实质性肿瘤,1 例是囊性肿块。术前其它检查均无明显异常。

### 二、方法

以右侧甲状腺切除为例。全麻,仰卧位,肩下略垫高使颈部轻度后伸。常规消毒后,先在双乳头连线的中点(胸骨前)作一 1.5cm 切口。沿皮下间隙钝性分离,皮下分离的范围上至胸骨上凹,下至双乳头水平,二侧为乳头与胸锁乳突肌外缘的连线的三角区域。皮下分离完成后,在左右乳晕上缘分别作 0.5cm 和 1.2cm 切口,与皮下已分离完成的空隙沟通。

在胸骨前切口置入直径 1.0cm 套管(放置观察内镜),左侧切口(主操作孔)和右侧切口(副操作孔)分别置入直径 1.0cm 和 0.5cm 套管。皮下注入 CO<sub>2</sub> 气体,压力设定在 5mmHg~6mmHg。在左右二侧操作孔分别插入超声刀和分离钳,用超声刀沿颈阔肌下疏松组织分离解剖至甲状软骨上缘,纵向切开颈白线,钝性分离肿瘤侧甲状腺前肌群和甲状腺包膜,用超声刀逐步横断患侧甲状腺前肌群,将患侧甲状

腺及肿瘤完全显露。

提起患侧甲状腺下极,用超声刀沿甲状腺包膜下逐步分离甲状腺肿瘤,甲状腺中静脉及甲状腺周围血管可用超声刀凝固切断,切除肿瘤及肿瘤周围 1cm~3cm 的甲状腺组织,2 例实质性肿瘤作腺叶近全切除。离断的肿瘤用标本袋取出,并送冰冻切片。冲洗术野,间断缝合颈前肌群和颈白线,甲状腺窝放置一引流管从右乳晕切口处引出。轻压颈部及前胸部皮下排出 CO<sub>2</sub> 气体后,胸部三个切口皮内缝合。

若为左侧甲状腺切除,则主操作孔和副操作孔左右对换。

术后引流管负压吸引,前胸壁加压包扎。引流管术后 24h~48h 拔除。

## 结 果

5 例术中及术后血气分析均在正常范围。手术时间 2h~5h,平均 3.0h。术中出血 100ml~200ml,平均 125ml。术后恢复良好,无声音嘶哑、误饮等神经损失症状,术后 X 光胸片未见纵膈气肿及气胸。切口愈合良好,术后 3 天出院。术后随访 1 月均无明显前胸部麻木不适的感觉。

## 讨 论

内镜辅助下的甲状腺手术,目前手术径路大致有三种:内镜辅助下颈前区小切口途径<sup>[1]</sup>、经胸前壁途径和经腋下途径<sup>[2]</sup>。第一种方式由于仍需在颈前区作三个切口,对改善患者的美容效果并不明显,而后二种方式是在较隐秘处作手术切口,美容效果好,因而受到患者尤其是中青年女性患者的欢迎。

(下转第 213 页)

(上接第 211 页)

由于颈部重要的血管神经众多,对  $\text{CO}_2$  气体压力的设定有较高的要求,压力太高易使颈内静脉受压而导致静脉回流障碍,甚至有可能引起颅内水肿和颅内压升高;当颈动脉窦等受压太大时会引起心律和血压方面的改变。所以  $\text{CO}_2$  压力一般设定在  $5\text{mmHg} \sim 6\text{mmHg}$  为宜,同时术中密切的麻醉监测甚为重要<sup>[3]</sup>。

此外,颈前区手术空间系人为形成,与胸腹腔等自然体腔相比,术中  $\text{CO}_2$  的吸收更多,更易导致患者的高碳酸血症。同时术后皮下气肿、纵隔气肿和气胸等的并发症也较其它微创手术多见,因而术后应对相应的症状和体征作严密的观察和正确的分析判断。

正确的皮下间隙分离是手术成功的第一步,尤其是在颈前区解剖时,要正确辨认手术层面,必须保证分离间隙是在颈阔肌下方的疏松组织内,在胸前

万方数据

和颈前正确的层次内解剖,出血甚少。内镜下甲状腺手术由于手术空间小且甲状腺血供丰富,如遇较大的出血点手术视野便难以辨认,手术即面临失败,所以,术中良好地控制出血是手术成功的关键。电凝止血效果虽然不错,但烟雾较大,影响手术操作,而超声刀的止血作用大于电凝且几乎没有烟雾,并可直接在甲状腺组织上进行切割和止血操作,对在内镜下的甲状腺手术有较大优势。

## 参 考 文 献

- 1 Yeh TS, Jan YY, Hsu BR, et al. Video-assisted endoscopic thyroidectomy. *Am J Surg*, 2000, 180: 82-85.
- 2 Ohgami M, Ishii S, Arisawa, et al. Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000, 10: 1-4.
- 3 仇明,丁尔迅,江道振,等. 颈部无疤痕内镜辅助甲状腺切除术一例. *中华普通外科杂志* 2002, 17: 127.

(收稿日期 2002-08-30)

(修回日期 2003-01-13)