

电视内镜辅助下小切口甲状腺叶切除术 (附 2 例报告)

易慧明 况光仪 龚选举^① 魏欣 李刚^② 陶耀剑^③

海南省人民医院耳鼻喉-头颈外科(海口 570311)

【内容提要】 本文报道 2 例电视内镜辅助下小切口甲状腺叶切除术。于胸骨切迹上 1.5cm 自然皮纹处作 2.5cm 横切口,置入 0° 4mm 鼻窦内镜,直视下或电视摄像引导下用常规手术器械完成右甲状腺叶切除术。1 例切除右甲状腺叶与峡部,1 例切除右甲状腺叶与左甲状腺多发结节。手术时间分别为 2h 和 2h45min,术中出血量分别是 50ml 和 30ml。切口以 4-0 丝线表皮下连续缝合。术后第 2 天拔除引流胶管,第 5 天伤口痊愈拆线出院。无手术并发症发生。作者认为此手术方法安全、切口美观,值得推广应用。

【关键词】 电视内镜 甲状腺叶切除; 小切口

中图分类号 R653

文献标识 B

文章编号 1009-6604(2003)06-0530-02

在头颈部手术中运用微创外科技术正成为越来越多的头颈外科医师研究的课题^[1]。2002 年 12 月~2003 年 1 月我们在电视内镜辅助下用常规手术器械通过小切口实施 2 例甲状腺叶切除术,达到微创美容的目的,现报道如下。

临床资料与方法

一、一般资料

例 1 女 25 岁。因吞咽不适发现右颈前下肿物 9 月于 2002 年 12 月 13 日入院。患者无多汗、多食、多梦、消瘦、心悸、声音嘶哑等症状。体检:右颈前下可触及 3cm×2.5cm 肿物,质韧、表面光滑、边界清、无压痛、随吞咽上下移动,表面未闻及血管杂音;颈部淋巴结未触及肿大;间接喉镜下声带未见异常。甲状腺功能检查正常。B 超示右甲状腺叶内实质性肿物 2.6cm×2.4cm×1.9cm 大小。血生化、心电图、胸片等检查未见异常。常规术前准备后于 2002 年 12 月 17 日施行手术治疗。

例 2 男 42 岁。因右颈部痛合并吞咽少许不适感,发现右颈前下肿物 1 周于 2003 年 1 月 16 日入院。患者无多汗、多食、多梦、消瘦、心悸、声音嘶哑等症状。体检:右颈前下可触及一 2.5cm×2.5cm 肿物,质韧、表面光滑、边界清、无明显压痛、随吞咽

上下移动,表面未闻及血管杂音;颈部淋巴结未触及肿大;间接喉镜下声带未见异常。甲状腺功能检查正常。B 超示右甲状腺叶内一液性为主光团 2.3cm×2.4cm×1.9cm,左甲状腺叶下段一实囊性小光团 0.6cm×0.5cm×0.4cm。甲状腺核素扫描示:甲状腺摄取示踪剂功能正常,右甲状腺叶内“冷结节”。血生化、心电图、胸片等检查未见异常。常规术前准备后于 2003 年 1 月 19 日施行手术治疗。

二、方法

头后仰平卧位,双侧颈丛神经阻滞麻醉,常规消毒铺巾。胸骨切迹上方 1.5cm 自然皮纹处作 2.5cm 长正中横切口,切开皮肤和颈阔肌,常规手术器械和电刀等游离颈阔肌皮瓣,上至环状软骨水平,下至胸骨切迹上缘,两侧平切口边缘。两把小甲状腺拉钩提吊皮瓣,置入 0° 4mm 鼻窦内镜(BDJ-E 型 0° 4mm 鼻窦内镜;WOLF 4210.001 型光源;WOLF 8061.453 型导光索),直视下或电视摄像引导下常规手术器械完成下列手术操作:1. 沿颈白线分开颈前肌群,直达甲状腺真假被膜层。2. 2 例均先游离并切断甲状腺下极血管,常用丝线结扎。3. 切除甲状腺。例 1 先游离并断扎甲状腺悬韧带,两把直角钳分别游离甲状腺上极血管前后支,分别带 2~3 根 7 号丝线结扎,再游离并断扎甲状腺中静脉,然后游

① 病理科

② 文昌市人民医院五官科(文昌 571300)

③ 东方市中医院五官科(东方 572600)

离并断扎甲状腺背侧分支血管,一手向上钳拉提吊甲状腺体,另一手向下推压切口皮肤,逐步将甲状腺体从切口挤出,最后分离甲状腺峡部与气管之粘连,近甲状腺左叶处切断甲状腺组织并取出标本,缝扎甲状腺切缘。例 2 先分离甲状腺峡部与气管之粘连,近甲状腺左叶处切断甲状腺组织并结扎甲状腺创缘,再游离并断扎甲状腺悬韧带,两把直角钳分别游离甲状腺上极血管前后支,分别带 2 根~3 根 7 号丝线结扎,然后游离并断扎甲状腺中静脉,最后游离喉返神经并断扎甲状腺背侧分支血管后,一手向上钳拉提吊甲状腺体,另一手向下推压切口皮肤,逐步将甲状腺体从切口挤出。仔细检查甲状腺左叶,摘除其外下方近表面处 2 个小肿瘤。4. 生理盐水清洗创腔,电凝或丝线结扎止血,甲状腺残腔置引流管由原切口引出。5. 间断缝合颈白线和颈阔肌层后,用 4-0 丝线行表皮下连续缝合,关闭切口。

结 果

手术时间分别为 2h 和 2h45min,术中出血量分别是 50ml 和 30ml。术后第 2 天拔除引流管,第 5 天伤口痊愈拆线出院。无不良反应或并发症发生。例 1 术中切除右甲状腺组织 50mm×40mm×30mm,切开见一完整肿物 30mm×28mm×25mm,与正常甲状腺组织分界清楚。切面部分灰白,部分胶冻样,未见出血及坏死。病理报告示结节性甲状腺肿。例 2 切除右甲状腺组织 45mm×40mm×30mm,切开见一完整囊实混合性肿物 25mm×25mm×25mm,囊肿完整光滑,囊内充满灰黑色胶冻样物,左甲状腺内灰黄色结节状组织 2 块,大小分别为 7mm×5mm×5mm 和 3mm×2mm×2mm,切面胶冻样。病理报告示:甲状腺右叶腺瘤囊性变;甲状腺左叶结节性甲状腺肿。术后 2 月复诊,伤口愈合好,瘢痕细小,无复发。

讨 论

既往头颈外科医生在运用微创外科技术于甲状腺或甲状旁腺手术时存在着下述问题:1. 术者术前须经过严格培训,普通头颈外科医师难以灵活运用此技术^[2]。2. 术中需使用特殊而昂贵的微创手术器械,医疗费用较高。3. 术中需在皮瓣下注入 CO₂ 气体以建立手术操作空间,容易引起高碳酸血症、呼吸性酸中毒、室上性心动过速、静脉空气栓塞和广泛皮下气肿等并发症^[3]。4. 术中可能须扩大手术切口,喉返神经损伤等可能性亦较高^[4]。5. 术后颈胸部留有 4 个瘢痕,且创口小,难以取出较大组织如肿瘤、

甲状腺叶等^[5]。6. 手术耗时较长,增加“外科疲劳综合征”^[2]的发生率。鉴于此,为达到“微创”这一目的,笔者探讨将微创外科技术作部分改革,并取得了下述经验:1. 颈前下中部沿皮纹只作一 2.5cm 横切口,由于皮肤弹性大,此切口使大部分术野可直接暴露在直视下手术,且 2.5cm 切口足够取出切除的甲状腺叶组织,手术操作容易,且不易损伤须保留的组织,术后并发症少、切痕纤细。2. 术中以拉钩提吊皮瓣建立足够的空间供手术操作,避免 CO₂ 注气引起的并发症。3. 术中使用器械除鼻窦内镜外全是常规手术器械,血管或出血用普通丝线结扎或电凝止血,手术费用不高。4. 普通头颈外科医师只要有丰富的鼻窦内镜操作经验和甲状腺手术经验即可开展此手术,术前无须特殊的内镜手术器械操作培训。5. 鼻窦内镜主要应用于游离断扎甲状腺叶上极血管和游离甲状腺背侧血管等操作,其余大多数操作可于直视下进行。6. 此术式类似常规甲状腺叶切除术,因而手术耗时较少,有利于患者的安全,亦可减少术者“外科疲劳综合征”发生的可能性。此 2 例手术过程中笔者认为最大的困难有 2 点:1. 游离切断甲状腺上极血管后直接上线结扎困难较大,术者应具有熟练的深部打结技巧,否则需上钛夹。2. 因切口小而甲状腺叶大,即使完全游离甲状腺叶亦难以取出,此时应一手向上钳拉提吊甲状腺叶边缘组织,另一手向下推压相应部位切口皮肤,即可逐步将甲状腺叶从切口挤出。因只钳夹甲状腺叶边缘组织,不会挤压肿瘤,另外甲状腺血运已完全阻断,亦不必考虑因挤压恶性肿瘤而引起血行扩散问题。

参 考 文 献

- 1 朱江帆, Gagner M. 内镜颈部手术. 见 朱江帆主编. 普通外科内镜手术学. 济南:山东科学技术出版社, 2001. 140-151.
- 2 Gallagher AG, Richie K, McClure N, et al. Objective psychomotor skills assessment of experienced, junior, and novice laparoscopists with virtual reality. *World J Surg*, 2001, 25: 1478-1483.
- 3 Gottlieb A, Sprung J, Zhang XM, et al. Massive subcutaneous emphysema and severe hypercarbia in a patient during endoscopic transcervical parathyroidectomy using carbon dioxide insufflation. *Anesth Analg*, 1997, 84: 1154-1156.
- 4 Gauger PG, Reeve TS, Delbridge LW. Endoscopically assisted, minimally invasive parathyroidectomy. *Br J Surg*, 1999, 86: 1563-1566.
- 5 Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg*, 1996, 83: 875.

(收稿日期 2003-01-20)

(修回日期 2003-05-12)