

## · 临床论著 ·

# 锁骨下小切口经胸锁乳突肌颈前肌间隙腔镜辅助甲状腺部分切除术 15 例报告

曹红勇 王小平 马 勇 江 滨 马 宁

(南京医科大学附属南京第一医院普外科, 南京 210006)

**【摘要】 目的** 探讨锁骨下小切口经胸锁乳突肌颈前肌间隙入路腔镜辅助甲状腺部分切除的方法和效果。 **方法** 15 例单侧甲状腺良性结节, 锁骨下小切口 2~3 cm, 经胸锁乳突肌颈前肌间隙入路, 腔镜辅助下行甲状腺部分切除。 **结果** 15 例均获成功, 手术时间 40~80 min, 平均 50 min。术中出血 10~50 ml, 平均 20 ml, 无并发症。术后 3~4 d 出院。15 例随访 1~12 个月, 平均 7 个月, 无复发。 **结论** 经锁骨下小切口胸锁乳突肌颈前肌间隙入路腔镜辅助甲状腺部分切除手术损伤小, 出血少, 并发症发生率低, 安全, 术后恢复快。

**【关键词】** 腔镜; 甲状腺部分切除

中图分类号: R653

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2006)02-0123-02

**Endoscope-assisted partial thyroidectomy through subclavicular approach between the cervical anterior muscles and the sternocleidomastoid muscle: A report of 15 cases** Cao Hongyong, Wang Xiaoping, Ma Yong, et al. Department of General Surgery, Nanjing First Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210006, China

**【Abstract】 Objective** To study the methods and effects of endoscope-assisted partial thyroidectomy through subclavicular approach between the cervical anterior muscles and the sternocleidomastoid muscle. **Methods** The study included 15 patients with unilateral thyroid benign nodules. A transversal subclavicular incision 2~3 cm in length was made. Endoscope-assisted partial thyroidectomy was performed through the subclavicular approach between the cervical anterior muscles and the sternocleidomastoid muscle. **Results** The operation was accomplished successfully in all the 15 patients. The operation time was 40~80 min (mean, 50 min) and the intraoperative blood loss was 10~50 ml (mean, 20 ml). No surgical complications occurred. The patients were discharged from hospital on 3~4 postoperative days. Follow-up observations in the 15 patients for 1~12 months (mean, 7 months) revealed no recurrence. **Conclusions** Endoscope-assisted partial thyroidectomy through subclavicular approach between the cervical anterior muscles and the sternocleidomastoid muscle has the advantages of minimal invasion, little blood loss, low complication rate, quick recovery, and good cosmetic results.

**【Key Words】** Endoscopy; Partial thyroidectomy

1996 年 Gagner<sup>[1]</sup> 首先报道了腔镜甲状腺部分切除术。1997 年 Hüscher 等<sup>[2]</sup> 报道了腔镜甲状腺部分切除术。近年来, 国内多位学者报道了腔镜辅助及完全腔镜甲状腺手术<sup>[3-6]</sup>, 该术式具有较好的美容效果。2004 年 8 月~2005 年 8 月, 我院行锁骨下小切口经胸锁乳突肌颈前肌间隙腔镜辅助的甲状腺部分切除术 15 例, 手术效果满意, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 15 例, 男 3 例, 女 12 例。年龄 20~45 岁, 平均 34 岁。15 例均因无症状颈部包块就诊。术前核素扫描 12 例为温结节, 3 例冷结节。B 超提示 8 例为甲状腺内等回声肿块, 边界清; 5 例为囊性肿

块, 边界清; 2 例为稍低回声肿块, 边界清。T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>、TSH 均正常。15 例均为单侧结节, 单个结节 11 例, 左侧上极 2 例, 下极 5 例; 右侧上极 1 例, 中部 2 例, 下极 1 例。多发结节 4 例, 右侧 2 个结节 2 例, 3 个结节 1 例, 左侧 2 个结节 1 例。结节直径 1~3 cm。

病例选择标准: 单侧结节, 结节直径 < 3 cm, 术前检查提示为良性病变, 无甲状腺功能亢进。

### 1.2 方法

颈丛麻醉联合切口局部麻醉。平卧位, 肩背部垫高 10 cm。患侧锁骨下 2 cm 做切口 2~3 cm, 切开皮肤及皮下组织至深筋膜。在胸锁乳突肌前向上分离, 用自制宽 1 cm 的小拉钩向上牵拉。5 mm 70° 镜显示术野。5 mm 超声刀经胸锁乳突肌颈前肌间隙分离, 上至甲状软骨, 下至甲状腺下极, 内至气管

前,缝线向外上方牵拉胸锁乳突肌,向内上方牵拉颈前肌,显露甲状腺。超声刀切开甲状腺外科被膜,手指钝性分离。在腺体上中圆针 7 号线行 8 字缝合,以便牵引。分离出甲状腺中静脉、甲状腺上动静脉,超声刀离断。超声刀切除腺体大部,保留内后部分甲状腺组织。切下组织送快速病理检查。冲洗术野,局部放置 3 mm 脑室引流管,自切口下方 trocar 引出。缝合深筋膜,皮内缝合切口。

## 2 结果

15 例行甲状腺叶大部切除均获成功,手术时间 40~80 min,平均 50 min。出血量 10~50 ml,平均 20 ml。手术后无出血、声嘶、呛咳、切口感染等并发症。术后 6 h 开始进流质饮食,引流量 10~30 ml/d,术后 24~48 h 拔除引流管。术后 3~4 d 出院。病理诊断甲状腺腺瘤 10 例,囊腺瘤 5 例。15 例随访 1~12 个月,平均 7 个月,B 超及体检无复发。

## 3 讨论

常规行甲状腺切除时,要从颈阔肌深面游离皮瓣,从颈白线切开、切断颈前肌,显露甲状腺。我们采用胸锁乳突肌颈前肌间隙入路显露甲状腺,无须在颈阔肌深面游离皮瓣,可以避免由于术后形成粘连而引起局部变形,减小创伤。可以不切断颈前肌群,进一步减小了手术创伤,缩短手术时间。但经此入路可显露的范围较小,甲状腺峡部的显露受限,也不能显露对侧叶。因此,在选择病例时,应选择病变局限于单侧,结节直径 < 3 cm 的患者。做锁骨下切口时,由于颈丛麻醉的范围没有覆盖此部位,须加局麻,切口应深达深筋膜,并沿深筋膜分离到胸锁乳突肌颈前肌间隙。超声刀切开甲状腺外科被膜,手指做钝性分离,切断纤维束和小血管。切除甲状腺时,超声刀应沿切除线慢慢切割,深入甲状腺实质后,可行钳夹切割,但要轻柔,避免夹破甲状腺组织。我们选用 5 mm 70°镜显示术野,显示范围较大。

目前,腔镜甲状腺手术的主要方法有完全腔镜下甲状腺切除术及腔镜辅助的甲状腺切除术,我们选择经患侧锁骨下小切口腔镜辅助甲状腺切除术。本组病例均为单侧病变,切口距病变的距离短,无须在皮下做较长的隧道,创伤较小。手指钝性剥离显

露甲状腺,可探查甲状腺肿块的位置,确定病变的数目、大小、部位,减小病变残留的可能。我们认为,采用普通手术器械进行操作,可降低手术操作的难度,缩短手术时间,减少手术费用。采用颈丛麻醉加切口局部麻醉完成手术,患者清醒,可发声,由此判断有无神经损伤,降低了神经损伤的危险性,本组无神经损伤。术中无须充气来显露术野,避免了皮下气肿及二氧化碳血症的发生。若术中发生血管损伤、大出血或发现恶性肿瘤时,可以扩大锁骨下切口或向侧面做 L 形切口,在直视下完成止血、病变切除、淋巴清扫等手术。由于切口相对较高,该术式的美容效果稍逊于全腔镜手术。

神经及甲状旁腺损伤的预防: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。我们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,紧张时可呈白色,但松弛时有血流,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。在切除腺体侧叶时,保留甲状腺的内后部分,避免损伤喉返神经及甲状旁腺。

## 参考文献

- 1 Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg*, 1996, 83: 875.
- 2 Hüscher CS, Chiodini S, Napolitano C, et al. Endoscopic right thyroid lobectomy. *Surg Endosc*, 1997, 11: 877.
- 3 孙春雷,陈平康,史峻峰. 颈腔镜双极电凝法甲状腺切除术. *中国微创外科杂志*, 2005, 5 (1): 40-41.
- 4 盛伟,李鸣涛,罗卫庆. 腹腔镜辅助颈入路甲状腺手术. *中国微创外科杂志*, 2005, 5 (6): 495-496.
- 5 王存川,段立纪,陈均,等. 腔镜下甲状腺部分切除术. *中国内镜杂志*, 2002, 8 (7): 19-20.
- 6 徐德龙,许家鹏,刘宁清,等. 腔镜下甲状腺切除术 10 例报道. *中国微创外科杂志*, 2005, 5 (4): 328-329.

(收稿日期:2005-08-29)

(修回日期:2005-11-08)