

· 短篇论著 ·

内镜下甲状腺切除术 11 例报告

吴 辉 张永久 南 林 雷 涛 张 军 闫 兵 史衍辉 屈 敏

(兰州军区乌鲁木齐总医院普通外科, 乌鲁木齐 830000)

中图分类号: R653

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2006)02-0145-02

1996 年 Ganger^[1]、1997 年 Huscher^[2] 分别在内镜辅助下完成了甲状旁腺及甲状腺的部分切除。2002 年仇明等^[3] 报道了国内第 1 例颈部无瘢痕内镜甲状腺切除术。2004 年 5 月~2005 年 6 月, 我院采用胸骨前径路行内镜甲状腺部分切除术 11 例, 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 11 例, 男 3 例, 女 8 例。年龄 18~52 岁, (26.3±6.9) 岁。肿瘤双侧 4 例, 单侧 7 例。术前检查包括: 甲状腺 B 超(定位)、甲状腺功能检测、肿块细胞学穿刺、咽喉镜、颈部 X 线片及常规术前检查, 以排除甲状腺恶性肿瘤及甲状腺功能亢进。

病例选择标准: 甲状腺功能正常, 肿块穿刺细胞学检查为良性甲状腺瘤或结节性甲状腺肿, 瘤体直径≤5 cm, B 超未发现颈部肿大淋巴结。

1.2 方法

采用王存川等^[4] 报道方法。气管内插管全麻。患者肩垫枕头稍后仰、两腿分开 60°~90° 卧位。术者位于患者两腿之间, 持镜者于患者左侧。两乳头连线中点胸骨表面皮下注射肾上腺素盐水(500 ml 生理盐水+肾上腺素 1 mg) 20 ml, 横行切开皮肤 1 cm, 止血钳在皮下稍做分离, 钝头“气腹针”穿刺于胸骨浅层皮下注射肾上腺素盐水至该区域(上至胸骨上凹), 皮下隆起(注射盐水量 150~200 ml), 然后自上而下将皮下盐水自切口挤出。将一端为椭圆头的皮肤扩张器自该切口戳入皮下扩张: 上至胸骨柄平面, 两侧至胸锁乳突肌胸骨附着部。经该切口置入 10 mm trocar, 荷包缝合切口, 收紧。经此 trocar 充入 CO₂ 气体(气体压力最高 6 mm Hg, 1 mm Hg = 0.133 kPa), 置入光源(30° 镜)。在左乳晕上缘皮下注射肾上腺素盐水(20 ml) 后做小切口 10 mm, 在光源引导下用扩张器扩张皮下空间并与中间区相通, 后置入 10 mm trocar。同样在右侧乳晕上缘做小切口 5 mm, 扩张后置入 5 mm trocar。腹腔镜换至左乳

晕上切口, 超声刀自正中切口进入前胸皮下间隙向上及两侧分离, 在颈阔肌与颈前肌群之间的颈深筋膜内游离颈前区; 两侧均至胸锁乳突肌外缘, 上至甲状软骨下缘。切开颈白线, 根据肿瘤情况切断双侧或单侧颈前肌群。切开甲状腺外科膜, 显露甲状腺瘤体。换 5 mm 超声刀头。切断瘤体周围血管, 沿包膜切除。经左侧穿刺鞘放入安全套, 将瘤体放入套内, 自正中切口取出。残腔彻底止血, 蒸馏水冲洗术区。3-0 薇乔线缝合颈前肌及颈白线。甲状腺残腔内置粗导尿管经对侧乳晕上切口引出体外, 接负压吸引球。拔除器械及 trocar。缝合胸前壁各切口并固定引流管。

2 结果

本组 11 例手术均获成功。手术时间 96~245 min, 平均 176 min。术中出血量 25~60 ml, 平均 48 ml。术中冰冻病理检查均为良性病变(甲状腺腺瘤 8 例, 结节性甲状腺肿 3 例)。11 例置引流管, 引流量为 20~30 ml/d, 术后 2~3 d 拔除。1 例因术后上呼吸道感染于术后第 8 天出院, 余 7 例术后住院时间 3~5 d。7 例术后第 1 天有颈部皮下气肿, 次日吸收。皮下瘀斑 1 例, 1 周后消失。5 例术后颈及前胸部皮肤有感觉异常, 6 个月后恢复正常。11 例随访 1~14 个月, 平均 8.6 月, 均无甲状腺功能减低、肿瘤复发、声音嘶哑等并发症。

3 讨论

3.1 手术适应证

目前尚无统一规定。对于经验丰富、手术技巧熟练的医师来说, 内镜下甲状腺手术已涉及甲状腺良性肿块、甲状腺结节性增生、早期甲状腺癌、单纯性甲状腺肿、Ⅱ度肿大的原发性或继发性甲状腺功能亢进等, 肿块直径 < 5 cm 为宜^[5]。因是在开展初期, 我们选择的病例相对单一。

3.2 手术径路

内镜下甲状腺手术的人路有胸骨柄、腋下、锁骨

下和胸骨前径路等,有学者^[6,7]尚在探索下颌下及耳后径路。我们认为如果内镜操作技术熟练,胸骨前入路既能满足甲状腺手术的需要,也能因切口被内衣遮盖而达到美观要求,是一种相对理想的途径。

3.3 操作空间的建立

气体灌注法可能会因为 CO₂ 吸收产生高碳酸血症、心动过速、皮下气肿,压力过高会影响脑静脉和脑脊液回流致脑水肿,但较低的压力(6 mm Hg)即可建立足够的操作空间。本组 7 例出现轻微皮下气肿,未发现上述其他现象。

3.4 手术操作要点

①寻找正确的解剖间隙是防止损伤颈部皮肤及减少出血的前提。胸骨前分离应在皮下疏松结缔组织中进行,颈前则应在颈阔肌和颈前肌群间的颈深筋膜内操作。最好能用内置腹腔镜的透明塑料导棒在直视下分离。②游离腺体时应遵循先表面后两侧、先峡部后两叶、由下而上的原则。镜下和表皮触摸相结合^[4,5,8]来帮助术中确定较小瘤体的位置。③超声刀理论上可完成甲状腺周围血管的离断和切割甲状腺组织而不致出血。血管和腺体切割选择 3 级,组织分离选择 5 级。被夹住的组织尽可能不超过刀头的前 1/2。切开颈白线前使用 10 mm 刀头,然后使用 5 mm 刀头,尤其在处理腺体背面时,功能刀头应离开周围组织至少 5 mm。因功能刀头可能对附近 3 mm 以内的组织产生效应^[4]。

3.5 手术并发症

王晨曦等^[9]报道 169 例内镜下甲状腺手术的并发症:脂肪液化 4 例,皮肤瘀斑 2 例,一过性声音嘶哑 2 例,声音低钝 1 例,甲状腺危象 1 例,部分病人有颈部皮肤紧束不适感。其他的并发症还有高碳酸血症、术中出血、原发性甲状旁腺功能减退、喉返神经损伤^[10]等。陆文奇等^[11]发现部分病人术后可有结膜充血、眼异物感。其中高碳酸血症可通过降低

气体压力而避免,颈部皮肤不适感在术后 6 个月内也可逐渐缓解,眼部不适经局部处理后很快消失,但其他并发症则与手术操作密切相关。本组例数较少,尚不能真实显示出对患者的负面影响。

颈部解剖复杂,甲状腺周围毗邻一些重要神经血管,血供丰富,没有天然腔隙,手术操作有相当难度。虽然内镜下甲状腺手术显现出其独特的优势,我们也取得了初步成功,但仍须继续积累经验。

参考文献

- 1 Gangner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg*, 1996,83(6):875.
- 2 Huscher CS, Chiodini S, Napolitano C, et al. Endoscopic right thyroid lobectomy. *Surg Endosc*, 1997,11(8):877.
- 3 仇明,丁尔迅,江道振,等.颈部无瘢痕内镜甲状腺腺瘤切除术 1 例. *中华普通外科杂志*, 2002,17(2):127.
- 4 王存川,吴东波,陈 璠,等.150 例经乳晕入路的腔镜甲状腺切除术的临床研究. *中国内镜杂志*, 2003,9(11):50-52.
- 5 李晓江,张世文.内镜下甲状腺手术现状. *耳鼻咽喉-头颈外科杂志*, 2003,10(6):329-331.
- 6 Shimizu K, Kitagawa W, Akasu H, et al. Indications for and limitations of endoscopic thyroid surgery. *Nippon Geka Gakkai Zasshi*, 2002,103(10):708-712.
- 7 华沪玮,岑钧华,范慧光,等.颈部无疤痕内镜甲状腺切除术的要点. *现代临床医学生物工程学杂志*, 2002,8(5):351-352.
- 8 胡 明,华沪玮,范慧光,等.内镜甲状腺切除术的手术要点. *中国现代手术学杂志*, 2003,7(6):423-425.
- 9 王晨曦,肖丽玲,王存川.腔镜甲状腺切除术并发症的防治(169 例报告). *中国现代手术学杂志*, 2003,7(2):126-127.
- 10 Miccoli P, Bellantone R, Mourad M, et al. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: multiinstitutional experience. *World J Surg*, 2002,26(8):972-975.
- 11 陆文奇,卢榜裕,蔡小勇.腔镜下甲状腺手术 10 例报告. *中国微创外科杂志*, 2003,3:520-521.

(收稿日期:2005-06-06)

(修回日期:2005-08-15)