

· 短篇报道 ·

内镜下胸锁乳突肌切断松解术治疗
先天性肌性斜颈 4 例报告

徐建国 于忠勤 黄益民 石英佐 朱晓敏 浦 晓

(江苏省无锡市第一人民医院 儿童医院外科, 无锡 214001)

【摘要】目的 探讨内镜下胸锁乳突肌切断松解术治疗先天性肌性斜颈的方法和疗效。方法 2005 年 1~8 月, 我院应用内镜下胸锁乳突肌切断松解术治疗先天性肌性斜颈 4 例, 年龄 5~11 岁, 平均 8.5 岁。患侧腋窝前缘置入 10 mm trocar, 在颈阔肌筋膜下、胸锁乳突肌胸骨头与锁骨头浅面钝性分离, 注入 CO₂ 气体(压力 6 mm Hg), 建立颈前皮下间隙, 置入 30° 内镜。分别在患侧颈后近锁骨上缘处及对侧胸壁近锁骨下缘处置入 5 mm trocar 至颈前皮下间隙, 置入分离钳与电凝钩, 距胸锁骨附着处 1 cm 电凝横断胸锁乳突肌胸骨头与锁骨头的肌纤维束, 并松解胸锁乳突肌周围紧张的纤维组织。结果 4 例手术均获成功, 手术时间分别为 90、75、70、45 min。术中出血均 <1 ml。术后第 1 天开始功能锻炼, 第 2 天出院。第 1 例颈部皮肤轻微电灼伤, 2 周后痊愈。1 例术后出现面部皮下气肿, 次日自行吸收。随访 2、4、6、10 个月, 斜颈均矫正, 切口小且隐蔽, 瘢痕不明显, 颈部皮肤弹性良好, 对面部表情活动无影响。结论 内镜下胸锁乳突肌切断松解术疗效确切, 且具有微创的特点, 值得临床推广。

【关键词】先天性肌性斜颈; 内镜; 胸锁乳突肌

中图分类号 R685 R682.2⁺4

文献标识 D

文章编号 1009-6604(2006)09-0688-02

先天性肌性斜颈是因胸锁乳突肌紧张挛缩、纤维化所致的头颈歪斜, 颈部活动受限, 严重者可导致面部发育不对称和斜视。传统的胸锁乳突肌切断松解术虽然疗效确切, 但术后颈部遗留的永久性瘢痕不仅影响美观, 而且有可能影响患儿的面部表情活动。我院 2005 年 1~8 月应用内镜下胸锁乳突肌切断松解术治疗先天性肌性斜颈 4 例均获成功, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 4 例, 男 3 例, 女 1 例。年龄 5~11 岁, 平均 8.5 岁。左侧 2 例, 右侧 2 例。均表现为头颈向患侧歪斜, 面部发育不对称, 患侧面颊萎缩, 患侧胸锁乳突肌紧张挛缩, 显著凸起且失去弹性, 颈部活动受限。

病例选择标准: 先天性肌性斜颈经保守治疗无效, 且年龄 >1 周岁。

1.2 方法

气管插管全麻, 仰卧位, 患侧上肢外展, 肩背部垫高, 头转向对侧, 使患侧胸锁乳突肌凸显。在患侧腋窝前缘置入 10 mm trocar, 在颈阔肌筋膜下、胸锁乳突肌胸骨头与锁骨头浅面, 提拉颈前皮肤协助下, 钝性分离疏松组织, 注入 CO₂ 气体(压力 6 mm Hg,

流量 3 L/min), 建立颈前皮下间隙, 置入 30° 内镜。分别于患侧颈后近锁骨上缘处及对侧胸壁近锁骨下缘处置入 5 mm trocar 至颈前皮下间隙, 置入分离钳及电凝钩, 进一步切断颈阔肌筋膜与胸锁乳突肌之间残留的索条状组织, 扩大操作空间, 并显露紧张挛缩、纤维化的胸锁乳突肌胸骨头与锁骨头。距胸锁骨附着处 1 cm 逐步电凝横断胸锁乳突肌胸骨头与锁骨头的肌纤维束, 提起上端进一步切断松解胸锁乳突肌周围紧张的纤维组织, 至此可清晰显露肩胛舌骨肌的肌腹。停止注气, 旋转患儿头部, 皮外触摸紧缩组织已彻底松解, 检查创面无出血, 撤除内镜器械。可吸收线缝合穿刺小切口。

2 结果

本组 4 例手术获成功, 手术时间分别为 90、75、70、45 min。第 1 例采用超声刀切断松解胸锁乳突肌, 后 3 例改用电凝钩切断松解胸锁乳突肌, 术中出血均 <1 ml。术后第 1 天开始功能锻炼, 第 2 天出院。第 1 例颈部皮肤轻微电灼伤, 2 周后痊愈。1 例术后出现面部皮下气肿, 次日即自行吸收, 未做特殊处理。随访 2、4、6、8、10 个月, 斜颈均矫正, 切口小且隐蔽, 瘢痕不明显, 颈部皮肤弹性良好, 对面部表情活动无影响。

3 讨论

先天性肌性斜颈经颈部牵拉等保守治疗无效,1 周岁后宜尽早行胸锁乳突肌切断松解术^[1]。内镜下胸锁乳突肌切断松解术不仅疗效确切,而且具有微创的特点 ①痛苦小,恢复快,术后早期即可舒展头颈,开始功能锻炼,防止粘连复发;②切口小且隐蔽,避免传统手术遗留的颈部永久性瘢痕;③由于术中无须切断颈阔肌,术后颈部皮肤弹性良好,不会对面部表情活动造成影响。

我们借鉴李龙等^[2]报道的内镜下胸锁乳突肌切断松解术,并结合自己的操作体会做适当改良。在保留腋窝前缘穿刺 trocar 放置内镜的基础上,放弃在患侧颈中及颈下分别置入 trocar,改为在患侧颈后近锁骨上缘处及对侧胸壁近锁骨下缘处置入 trocar 放置操作器械,使其与胸锁乳突肌下端切断处“三点成一线”,操作更为简便,切口更为隐蔽。

由于颈部皮下组织疏松,所以在颈前皮下建立内镜操作空间时注入 CO₂ 气体压力不可过高,以 6 mm Hg 为宜,避免造成广泛皮下气肿,甚至纵隔气肿。镜下分辨胸锁乳突肌胸骨头与锁骨头困难时可借助皮外手指触摸引导,并可提拉皮肤帮助显露。实际操作中我们体会,在颈前皮下较小的操作空间中应用电凝钩切断、松解胸锁乳突肌较超声刀更为灵活、方便,并可明显降低手术费用。由于操作空间小,术中电凝钩的功率应尽可能小,并注意避免非绝缘部分接触皮肤而造成皮肤电灼伤。电凝切断胸锁

乳突肌时应靠近胸锁骨附着处,因为此处胸骨头与锁骨头已纤维化,所以在此电凝切断肌纤维束出血极少。在切断胸锁乳突肌后缘时应提起残存的肌纤维束,避免损伤颈部大血管。在进一步切断松解胸锁乳突肌周围紧张的纤维组织时,可将显露肩胛舌骨肌的肌腹作为深度标志,并借助皮外触摸判断松解是否彻底。术毕停止注气后检查创面无出血,再撤除内镜器械,创口内不必放置引流皮条。本组手术时间相对传统手术较长,但随着操作技术的熟练,手术时间可逐步缩短。

术后颈部应用冰袋适当压迫、冷敷有助于减少皮下出血。本组 1 例术后出现面部皮下气肿,可能与内镜操作时间较长有关,术后第 2 天即自行吸收,未做特殊处理。术后第 1 天即可鼓励患儿开始舒展头颈,进行功能锻炼,避免患儿习惯性头颈歪斜,造成胸锁乳突肌周围瘢痕性粘连而影响手术效果。

内镜下胸锁乳突肌切断松解术治疗先天性肌性斜颈不仅疗效确切,安全可靠,而且还具有传统手术无法比拟的优点,值得临床推广。

参考文献

- 1 王 果,李振东,主编. 小儿外科手术学. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,2000. 930-931.
- 2 李 龙,付京波,刘 钢,等. 内镜下胸锁乳突肌切断治疗肌性斜颈的初步报告. 临床小儿外科杂志 2004,3(2):81-84.

(收稿日期 2005-10-09)

(修回日期 2005-11-25)

· 消 息 ·

欢迎订阅 2007 年《中国现代手术学杂志》

《中国现代手术学杂志》是国内唯一以手术临床为基础,反映手术学理论与实践的专业学术期刊,以科学、实用、先进、创新为目标,办刊宗旨为:重点探讨与手术相关的学术问题,以理论指导临床实践,以实践促进理论研究,服务临床实践,提高手术水平,加强学术交流,促进手术创新。

本刊内容涵盖外科各专科及妇产科等专业领域,介绍国内外手术学领域的新理论、新技术、新成果,及时报道各手术专业领域临床与科研新进展,推广新术式、新技术及新器材的研制与应用。

本刊以各级医院的临床外科、妇产科医师以及医学院校教师、研究生、医学生为读者对象,是临床与科研教学人员研究探讨学术问题的论坛,基层医师、医学生学习与提高手术技能的园地。

《中国现代手术学杂志》于 1996 年创刊,中华人民共和国教育部主管,中南大学湘雅二医院主办,中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊),现已被中国科技论文与引文数据库、中国学术期刊(光盘版)、中国期刊网、万方数据资源系统等多家检索系统收录。现为双月刊(ISSN 1009-2188,CN 43-1335/R),逢双月出版。本刊为大 16 开本,80 页,铜版纸印刷,装帧精美。每册 10.00 元,全年订价 60.00 元。

全国各地邮局均可订阅(邮发代号 42-230),欢迎直接向编辑部订阅。

地址:湖南省长沙市人民中路 86 号中南大学湘雅二医院《中国现代手术学杂志》编辑部

邮编:410011

电话:0731-5524272 0731-5292475

传真:0731-5524272

E-mail: joperativesurgery@yahoo.com.cn