

· 临床论著 ·

乳晕入路腔镜下甲状腺切除术 18 例报告

姚国栋 董培德 邬新林 侯明星 孟兴凯 欧阳晓晖

(内蒙古医学院附属医院普外科 A 区, 呼和浩特 010050)

【摘要】 目的 探讨乳晕切口入路腔镜下甲状腺手术的可行性和美容效果。 **方法** 2004 年 1 月~2006 年 1 月, 经胸乳晕入路腔镜下行甲状腺良性肿瘤切除术 18 例。于右乳晕边缘 1 点处弧形切口长 5 mm 置抓钳, 左乳晕边缘 11 点处弧形切口长 12 mm 置超声刀, 乳沟中央做 10 mm 水平切口置腔镜。通过分离胸前皮下和颈阔肌深面, 注入 CO₂ 5 mm Hg 建立手术空间。超声刀切割、分离甲状腺组织和甲状腺血管。 **结果** 18 例手术均成功, 其中 12 例甲状腺瘤切除术, 1 例甲状腺部分切除术, 5 例双侧甲状腺大部分切除术。单侧手术时间 45~120 min, 平均 62 min; 术中出血量 6~20 ml, 平均 11 ml。双侧手术时间 90~180 min, 平均 98 min; 术中出血量 15~70 ml, 平均 29.5 ml。术后住院 3~5 d。术后无严重并发症。18 例随访 6~12 个月, 平均 9 个月, 切口愈合良好, 无瘢痕, 无复发。 **结论** 乳晕入路腔镜下甲状腺手术安全、可行, 颈部美容效果好。

【关键词】 腔镜; 乳晕入路; 甲状腺切除术

中图分类号: R653

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2007)11-1083-02

Endoscopic Thyroidectomy via Breast Areola Approach: Report of 18 Cases Yao Guodong, Dong Peide, Wu Xinlin, et al. Department of General Surgery, First Affiliated Hospital, Inner Mongolia Medical College, Hohhot 010050, China

【Abstract】 Objective To investigate the feasibility and cosmetic results of endoscopic thyroidectomy via breast areola approach. **Methods** From January 2004 to January 2006, endoscopic thyroidectomy was performed through the breast areola approach in 18 patients with benign thyroid mass. **Results** The surgery was accomplished successfully in all the 18 cases. The operation time ranged 45~120 min (mean, 62 min) for unilateral resection and 90~180 min (mean, 98 min) for bilateral resection. The intraoperative blood loss ranged 6~20 ml (mean, 11 ml) for unilateral resection, and 15~70 ml (mean, 29.5 ml) for bilateral resection. Postoperative hospital stay was 3~5 days. No complication occurred after the operation. The patients were followed up for 6~12 months (mean, 9 months). The wound healed well in all the patients, inconspicuous scars or no recurrence was observed during the follow-up. **Conclusions** Endoscopic thyroidectomy via breast areola approach is a safe and feasible procedure with satisfying neck cosmetic outcome.

【Key Words】 Endoscopy; Breast areola approach; Thyroidectomy

腔镜下甲状旁腺手术是 1996 年由 Gagner^[1] 首先报道, 随后腔镜甲状腺手术被广泛应用。因该手术切口隐蔽、瘢痕小及美观等优点被广大的患者接受。我院 2004 年 1 月~2006 年 1 月共完成经胸乳晕入路腔镜下甲状腺良性肿瘤切除术 18 例, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 18 例, 男 3 例, 女 15 例。年龄 18~58 岁, 平均 31 岁。右侧 7 例, 左侧 6 例, 均为单发; 5 例多发(2~4 个), B 超提示甲状腺肿块 8.5~51 mm, 平均 23 mm。乳晕直径 3.1~3.5 cm, 平均 3.2 cm。18 例均为无意中触及和体检时发现颈前肿物。术前均行甲状腺功能、B 超、甲状腺核素扫描或针吸细胞学检查, 排除甲状腺恶性病变及甲状腺功能亢进。

病例选择标准: 甲状腺瘤体直径 ≥ 1 cm, 但 < 5 cm; 无颈部手术史、瘢痕及放射诊疗史; 瘤体位于峡

部、下极、前方最为理想。

1.2 方法

气管插管全麻。平卧位, 肩后垫枕使颈轻度过伸, 术者立于健侧, 助手立于患侧。在两乳头至颈部间标明手术分离区域及肿块位置。于乳沟中央做 10 mm 水平皮肤切口至深筋膜浅层, 无损伤穿刺棒多次穿刺, 置入 10 mm trocar 及 30° 腔镜, 注入 CO₂ 气体 5 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。左右乳 11、1 点乳晕上缘弧形切口 10.5 mm, 置入 trocar, 分别为主、辅助操作孔。超声刀沿胸壁皮下和颈阔肌下疏松组织分离至甲状软骨上缘, 两侧胸锁乳突肌。超声刀切开白线, 将患侧舌骨下肌群和甲状腺外科被膜牵向外侧(必要时超声刀断之), 显露甲状腺及瘤体, 拟定手术切除范围。游离甲状腺, 超声刀凝固甲状腺, 拟定切除范围的血管, 行甲状腺被膜内分离、切除瘤体, 标本放入塑料袋中自操作孔中取出。反复冲洗术野, 检查无活动出血, 2-0 可吸收线缝合

颈前舌骨下肌群,甲状腺切面无须缝合。放置剪有侧孔的引流管自操作孔引出,接负压,排空 CO₂ 气体后,皮内缝合皮肤切口并固定引流管。

2 结果

18 例手术全部获成功,其中 12 例行甲状腺腺瘤切除术,1 例行甲状腺部分切除术,5 例行双侧甲状腺大部分切除术。单侧手术时间 45 ~ 120 min,平均 62 min;术中出血量 6 ~ 20 ml,平均 11 ml。双侧手术时间 90 ~ 180 min,平均 98 min;术中出血量 15 ~ 70 ml,平均 29.5 ml。术后无出血、无声音嘶哑、呛咳、无抽搐、皮下积液等并发症。全麻清醒后 12 h 进流食,术后第 1 天下床活动。3 例术后出现颈部皮下捻发音,3 d 后消失;2 例轻度感喉痛、头痛,2 d 后消失;5 例胸前小面积皮肤青紫,均未做特殊处理,5 d 后消失。18 例均 3 d 后拔除引流管,引流量 10 ~ 60 ml,18 例 3 ~ 5 d 出院。术后病理:甲状腺腺瘤 12 例,甲状腺腺瘤体囊内出血 1 例,结节性甲状腺肿 5 例。18 例随访 6 ~ 12 个月,平均 9 个月,切口愈合良好,无瘢痕,复查 B 超无复发。

3 讨论

腔镜下乳晕径路甲状腺手术与传统颈前弧形切口相比,避免了颈部切口手术瘢痕,美容效果佳,但切口远离颈部病变,分离皮下间隙范围大,胸部创伤较大。目前,腔镜下甲状腺手术的人路途径可分为颈前入路、锁骨下入路、胸前(乳房)入路和腋下入路^[2]。本组 18 例均采用经胸前(乳房)即乳晕入路,因乳晕皮肤色素较深,于其边缘切口既隐蔽且术后瘢痕不明显,有极佳的美容效果。

腔镜下手术视野和空间是手术安全和成功的重要保障。本组 18 例采用超声刀,因其无烟雾,产生水化雾气较少,较电刀相比,有充分良好的视野。空间的建立,我们选用 5 mm Hg CO₂ 压力,这个程度的压力对心脑血管无不良影响,又可建立可操作的空间,与 Ochiai 等^[3]为 CO₂ 压力维持在 6 mm Hg 时仅出现轻微的皮下气肿,也无高碳酸血症相符。游离胸前皮下操作空间时,要掌握正确的解剖平面,不宜太深或太浅;分离钝性分离时,宜在皮下浅筋膜下分离,如出现所分离皮肤呈桔皮样改变,说明太浅,应再稍深一点,到达胸骨切迹上缘后,利用超声刀分离,尽可能远离颈阔肌下层分离,这样术后颈部皮肤外观不宜粘连,保持良好的皮下松紧度和弹性。

腔镜下甲状腺手术游离甲状腺体或瘤体时遵循下极、前面、峡部及上极顺序较方便操作。术者在皮肤上用标记笔将瘤体位置标记好,术中采用直视和皮外触摸相结合方法,方便、安全切除肿瘤。甲状腺血管采用超声刀凝固断离,不用钛夹。分离切断甲

状腺周围组织时应仔细,避免集束刀断,遇有管状结构应分清血管和神经,血管提起时发白,放松时有血液充盈,神经发白,无充盈改变。出血时不要盲目钳夹烧灼,先冲洗吸干净,认清出血点及周围组织,用超声刀夹住或用刀头压住出血点再凝固。术中不必解剖喉返神经,只要在甲状腺被膜内操作,超声刀功能头不会损伤 ≥ 5 mm 远的组织,加之腔镜的放大作用及在甲状腺被膜内操作,喉上神经、喉返神经及甲状旁腺是不会损伤的。

术中出血、术中冰冻为甲状腺癌者和肿瘤过大中转开放手术的主要原因。多因解剖不清或超声刀使用不正确致出血;因甲状腺癌其颈中央淋巴转移可达 24.3%^[4],胸骨切迹和锁骨遮挡导致该部位有手术盲区,经乳晕入路难以清除该组气管前和气管旁低位淋巴结。术前临床资料的综合分析及严格选择病例是降低中转率的关键,熟悉甲状腺解剖、熟练腔镜操作技术及超声刀的正确作用方法,以及具有丰富甲状腺手术经验是降低中转率,避免严重并发症的重要条件。

腔镜下甲状腺手术的适应证目前尚无明确界定,早期以单发的良性甲状腺结节,以 < 3 cm 的甲状腺瘤为主,目前已开展肿块切除术、部分切除术、腺叶切除术、近全切除术、双侧次全切除术和颈部中央区淋巴结清扫术^[2],已有甲状腺癌腔镜下手术病例报道^[5]。严重脏器功能不全、全身情况差不能耐受全麻者,有难以纠正的严重凝血功能障碍者,甲状腺恶性肿瘤须扩大切除及淋巴结清扫者,均可视为相对禁忌证^[6]。

经乳晕腔镜下甲状腺手术明显地突出手术的美容效果、安全及可行性,就其游离下空间所造成的创伤,相信会随着内镜技术的飞速发展,腔镜甲状腺手术将不断臻至完善。

参考文献

- 1 Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg*, 1996, 83(6): 875.
- 2 曹利平,林 辉. 微创甲状腺切除的发展现状. *中国微创外科杂志*, 2005, 5(1): 37 - 38.
- 3 Ochiai R, Takeda J, Noguchi J, et al. Subcutaneous carbon dioxide insufflation does not cause hypercarbia during endoscopic thyroidectomy (pediatric anesthesia: case reports). *Anesth Analg*, 2000, 90(3): 760 - 762.
- 4 吴 毅,王俊德,安 勇,等. 临床淋巴结阴性的甲状腺癌 181 例诊疗分析. *外科理论与实践*, 2003, 8(4): 297 - 299.
- 5 陈德兴. 内镜下甲状腺癌手术的处理原则. *中国微创外科杂志*, 2005, 5(1): 34 - 36.
- 6 丁 毅,骆成玉,张 健,等. 经乳晕入路腔镜下甲状腺切除术 26 例报道. *中国微创外科杂志*, 2006, 6(4): 277 - 278.

(收稿日期:2006-08-03)

(修回日期:2007-02-15)

(责任编辑:李贺琼)