

文章编号:1005-6947(2005)09-0719-02

· 技术改进 ·

甲状腺手术切口的改进——胸骨前切口甲状腺切除术

李小荣¹, 陈道瑾¹, 伍韶斌²

(中南大学 1. 湘雅三医院 普外二科, 湖南 长沙 410013; 2. 湘雅医院 普通外科, 湖南 长沙 410008)

摘要:为24例甲状腺肿瘤(其中1例为甲状腺乳头状腺癌)患者分别施行了经胸骨前切口甲状腺切除术,均术后恢复良好,未发现声嘶、呛咳和术后低钙性抽搐或胸骨前瘢痕组织增生和肿瘤复发。提示经胸骨前切口可以满足常规甲状腺手术所需要的切口暴露,能达到不影响甲状腺手术疗效的同时满足患者美容要求的目的。

关键词:甲状腺切除术; 甲状腺肿瘤/外科学

中图分类号:R653; R736.1

文献标识码:C

甲状腺手术是治疗甲状腺疾病主要方法,接受手术者中女性占绝大多数^[1]。严格来讲,甲状腺手术是一种美容性手术,因此如何减少甲状腺手术后的颈部瘢痕是甲状腺外科医师必须考虑的问题,腔镜下甲状腺手术的开展为此提供了良好的前景,但腔镜手术需要一定的特殊设备,且手术费用较高,难以在基层医院推广。笔者在腔镜下甲状腺切除术的启示下,设计了经胸骨前切口甲状腺切除术,经过24例病人的临床实践,效果满意,现报道如下。

1 手术方法

胸骨切迹下方2cm横切口,长约4~6cm,切开皮肤及皮下组织,沿浅筋膜向上分离皮瓣至甲状软骨平面,切开颈白线,在甲状腺真假被膜间分离,甲状腺拉钩向外牵拉颈前肌群,就可获得良好的甲状腺显露,结扎切断甲状腺中静脉,血管钳夹住甲状腺上极向下牵拉,直视下钝性分离、推开甲状腺上极外侧及后方之组织,紧靠甲状腺

上极内侧穿过引出分离,结扎切断上极血管,游离甲状腺上极,紧贴甲状腺后被膜结扎切断甲状腺下动脉的分支,显露甲状腺段喉返神经,在直视下进行甲状腺部分或全切除,用同法行对侧甲状腺切除(附图)。创面严密止血,根据手术情况放置或不放置引流条,本组放置引流条8例,未放置引流条16例。

附图 胸骨前切口甲状腺切除术示意图

2 临床资料

2.1 一般资料

2003年4月~2004年3月笔者采用经胸骨前切口行甲状腺切除术24例,其中男2例,女22例,年龄(24±16.7)岁,甲状腺乳头状腺癌1例,腺瘤性结节性甲状腺肿6例,甲状腺腺瘤17例。其中双侧腺叶病变8例,单侧腺叶病变16例(右侧6例,左侧10例)。所有诊断均经病理证实。23

例患者选择颈丛麻醉,但手术切口需加用1%利多卡因局部浸润麻醉,1例患者采用全身麻醉。24例中包括甲状腺癌行单侧甲状腺全切加对侧次全切除术1例,因术前B超及术中探查未发现肿大的淋巴结,故未施行淋巴结清扫术;另23例良性病变中行单侧甲状腺叶全切2例,双侧腺体大部切除术6例,单侧腺叶大部切除术加对侧腺叶部分切除术2例,单侧腺叶大部切除术4例,单侧甲状腺腺叶部分切除术9例,本组手术时间为(64±23)min,手术切口均为5~7cm。

2.2 结果

2.2.1 近期疗效 所有患者术后恢复顺利,未发现喉返神经、喉上神经损伤和术后低钙性抽搐等手术并发症。

2.2.2 随访 所有患者均得到随访,时间为2~12个月,未发现胸骨前瘢痕组织增生和肿瘤复发的证据,颈部皮肤无僵硬感,满意者23例(95.8%),另1例术后伤口水肿明显,经应用迈之灵1个月后水肿消失。

3 讨论

随着社会的进步,人们生活质量的不断提高,健美无暇的颈部越来越受到人们重视,且临床研究发现80%以上手术治疗的甲状腺肿瘤都是良性肿瘤^[2],因此对于甲状腺疾病,除了保证治疗效果外,如何减少或隐藏手术创伤所造成的瘢痕组织,是每一个颈部

收稿日期:2004-11-30;

修订日期:2005-01-27。

作者简介:李小荣(1963-),男,山西襄汾人,中南大学湘雅三医院主任医师,主要从事乳腺,甲状腺及胃肠道肿瘤的基础及临床方面的研究。

通讯作者:李小荣 电话:0731-8618108; E-mail:lixiaorong@medmail.com.cn。

外科医生必须面对的新问题。

临床工作中,笔者发现甲状腺术后,颈部瘢痕明显影响美观的原因有:

(1) 颈部切口过高,瘢痕难以遮蔽。(2) 皮肤对合欠佳,瘢痕过大。(3) 分层缝合欠妥,皮肤与肌肉粘连,吞咽时瘢痕明显上下移动。其中颈部切口过高是影响甲状腺术后颈部美观的最主要因素^[3]。为此,针对以上缺陷笔者设计了经胸骨前切口甲状腺切除术,经24例临床实践,效果满意,笔者认为此切口具有以下特点:

(1) 经胸骨前甲状腺切除术与常规的甲状腺手术切口大小相当,且切口隐蔽,符合中国人的穿衣习惯,即使一般领式衬衣第一个纽扣未扣时也能很好的遮蔽手术瘢痕。

(2) 对一般的甲状腺手术,经胸骨前甲状腺切除术亦无需结扎颈前静脉和切断颈前肌群,只要通过加长甲状

腺拉钩外牵颈前肌群,就可获得良好的甲状腺显露,能够顺利完成甲状腺的手术。

笔者认为本手术适应证为:(1) 甲状腺结节直径 ≤ 6 cm;(2) II度肿大以内的原发或继发性甲亢;(3) 甲状腺恶性肿瘤无淋巴结转移者。当甲状腺肿瘤的快速切片报告为恶性时,如需颈淋巴结清扫术时,只要将切口经锁骨中点向上延长至颈部乳突下,按李树玲^[4]介绍的方式行甲状腺癌根治加颈淋巴结清扫术。

综上所述,经胸骨前甲状腺切除手术后,颈部无瘢痕,胸骨前的瘢痕组织易被衣服遮挡,其技术可为一般普外科医生所掌握,避免了内镜手术可能发生的并发症,且不增加病人住院费用,易为广大患者尤其是女性患者所接受。

参考文献:

- [1] Bron LP, O'Brien CJ. Total thyroidectomy for clinically benign disease of the thyroid gland [J]. Br J Surg, 2004, 91(5):569-574.
- [2] Brunaud L, Zarnegar R, Wada N, et al. Incision length for standard thyroidectomy and parathyroidectomy: when is it minimally invasive [J]. Arch Surg, 2003, 138(10):1140-1143.
- [3] Friguglietti CU, Lin CS, Kulcsar MA. Total thyroidectomy for benign thyroid disease [J]. Laryngoscope, 2003, 113(10):1820-1826.
- [4] 李树玲. 甲状腺根治术-颈淋巴结清扫术[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:478.

文章编号:1005-6947(2005)09-0720-01

· 病例报告 ·

小儿左腰部丛状纤维组织细胞瘤 1 例

林得志, 周松, 郑硕云

(解放军第一七五医院 外科, 福建 漳州 363000)

关键词:纤维组织细胞瘤; 婴儿; 病例报告

中图分类号:R739.93 **文献标识码:**D

患者 男,6个月。患儿出生后即发现左腰部一“绿豆”大小红色肿块,入院时肿块为“蚕豆”大小。体查:左侧腰部见一1.8 cm × 1.5 cm × 0.4 cm 大小红色肿块,形状规则,表面无破溃,皮温正常,质地中等,界限清楚,活动度可。诊断:左腰部良性肿瘤。

收稿日期:2003-12-18。

作者简介:林得志(1980-),男,福建漳州人,解放军第一七五医院住院医师,主要从事外科方面的研究。

通讯作者:林得志

在全麻下取左侧腰部横梭形切口,长约3 cm,术中见肿块位于左侧腰部皮肤及皮下,形状规则,大约1.8 cm × 1.5 cm × 0.4 cm,表面无破溃,质地中等,界限清楚,活动度可,无明显包膜,切面呈灰白色。将肿块连周围少许正常组织一并切除。术后伤口正常愈合。病理报告:左腰部丛状纤维组织细胞瘤。

讨论 丛状纤维组织细胞瘤为良性纤维组织细胞瘤的一种特殊类型,常见于儿童及青年,好发于四肢远端,

偶发口腔,本例发生于躯干。多数病变累及真皮深层或皮下组织的浅层,有些病变可扩展到皮下深层及肌肉组织中。病变多为孤立的表皮内结节,边界不清,不规则形,轻度分叶状。肿瘤的直径从0.3~6.0 cm不等。切面呈灰白色,质地致密,可见灰白色条索状结构。治疗以手术为主。丛状纤维组织细胞瘤介于良恶性之间,具有低度恶性潜能,术后易复发,少数病例可出现转移。