

文章编号:1005-6947(2006)04-0308-02

· 临床报道 ·

# 乳晕入路腔镜甲状腺切除术安全可行性的探讨

陈小勋<sup>1</sup>, 王存川<sup>2</sup>, 吴东波<sup>3</sup>, 苏芬莲<sup>1</sup>

(1. 广西贵港市人民医院 普通外科, 广西 贵港 537100; 2. 暨南大学附属第一医院 微创外科中心, 广东 广州 510630; 3. 广西壮族自治区人民医院 普通、小儿外科, 广西 南宁 530021)

**摘要:**笔者选择20例乳晕入路腔镜甲状腺切除术患者作为腔镜组,以同期的26例传统甲状腺切除术作为传统组,比较两组术中及术后情况。结果46例手术均顺利完成,无喉返神经麻痹、甲状旁腺损伤及术中大出血等并发症。腔镜组的术后引流量比传统组多( $P < 0.05$ ),手术时间、术中出血量、术后引流时间、术后住院时间和术后疼痛度在两组间的差别均无统计学意义( $P > 0.05$ )。提示乳晕入路腔镜甲状腺切除术技术上是安全、可行的,且有较好的美容效果。

**关键词:**甲状腺切除术;内窥镜术;乳晕入路

**中图分类号:**R653; R730.49

**文献标识码:**B

传统的甲状腺切除术已有100多年的历史,是治疗甲状腺疾病安全、可行的外科手术方法。腔镜甲状腺切除术是近几年发展起来的新的甲状腺手术方法,它的特点是美容效果好。本研究对乳晕入路的腔镜甲状腺切除术(endoscopic thyroidectomy via breast areola approach, ETBAA)与传统甲状腺切除术进行临床比较,探讨ETBAA技术上是安全、可行。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 研究对象

选择近3个月来在暨南大学附属第一医院住院的20例ETBAA手术患者作为腔镜组,同期同一医院的26例传统甲状腺切除术患者作为传统组。纳入标准:单侧的结节性甲状腺肿或甲状腺腺瘤,行单侧的腺叶大部分切除术。排除标准:(1)颈部手术史;(2)甲状腺功能亢进;(3)病理报告为甲状腺癌或甲状腺炎;(4)有影响术后恢复的疾病如糖尿病、肝硬化等。

### 1.2 手术方法

两组病人均行单侧甲状腺大部分切除,采用气管插管全麻。术后常规放置创口引流管。两组的术者均为副高或以上职称的医师。

ETBAA组备有10mm 30°腔镜,三晶片数码彩色摄像头,150瓦氙灯冷光源,Stryker CO<sub>2</sub>气腹机,Ethicon超声刀,

皮下穿刺棒等。先于乳沟偏右做一10mm切口,于皮下注入约300mL生理盐水,插入套管和腔镜,注入CO<sub>2</sub>至压力达6mmHg。接着在左右乳晕上缘各做一5mm切口,用超声刀分离胸、颈部皮下间隙,建立手术空间。然后切开颈白线,显露甲状腺病灶,超声刀凝切甲状腺血管,切除患侧大部分腺体组织。

传统甲状腺切除手术常规取胸骨切迹上两横指颌式切口,分离颈阔肌下皮瓣,切开颈白线,牵开颈前肌群,显露甲状腺病灶,结扎甲状腺主要血管,切除患侧大部分腺体组织。

### 1.3 统计分析

准确记录手术的时间、术中出血量、术后引流量和时间、术后住院时间,有否喉返神经麻痹、甲状旁腺损伤及术中大出血等并发症,并用调查表记录术后24h病人颈部或胸部的疼痛度<sup>[1]</sup>。

手术时间、术中出血量、术后引流时间、引流总量和术后住院时间在两组间的比较采用独立样本T检验;疼痛度的比较采用Mann-Whitney U检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

患者的性别、年龄、甲状腺肿物直径和病理诊断,在两组间的分布均衡(表1)。46例手术均顺利完成,无喉返神经麻痹、甲状旁腺损伤及术中大出血等并发症。腔镜组的术后总引流量比传统组多( $P < 0.05$ );手术时间、术中出血量、术后引流时间、术后住院时间和术后疼痛度(表2)在两组间的差别均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

收稿日期:2005-11-10; 修订日期:2006-03-10。

作者简介:陈小勋,男,广西贵港人,广西贵港市人民医院主治医师,主要从事腹腔镜外科方面的研究。

通讯作者:陈小勋 电话:0775-4200175。

表1 病人的一般资料和手术有关指标(以  $\bar{x} \pm s$  或例数表示)

	腔镜组 (n = 20)	传统组 (n = 26)	P 值
性别(男/女)	3/17	4/22	>0.05
年龄(年)	32.0 ± 5.6	33.1 ± 7.7	>0.05
肿瘤直径(mm)	28.9 ± 6.5	30.7 ± 8.7	>0.05
病理诊断(NG/TA)	19/1	24/2	>0.05
手术时间(min)	95.0 ± 27.0	104.0 ± 14.7	>0.05
术中出血量(mL)	22 ± 16.9	17.5 ± 12.9	>0.05
术后引流总量(mL)	89.1 ± 29.4	46.5 ± 22.5	<0.05
引流时间(d)	3.3 ± 0.6	3.0 ± 0.7	>0.05
术后住院时间(d)	6.1 ± 0.9	5.7 ± 0.7	>0.05

注:NG / TA:结节性甲状腺肿 / 甲状腺腺瘤

表2 术后24h病人颈部或胸部的疼痛度(n)

疼痛的强度	腔镜组(n = 20)	传统组(n = 26)
没有(-)	1	2
很轻(+)	4	4
轻(++)	5	7
中等(+++)	7	7
严重(++++)	2	5
很严重(++++)	1	1

注:两组间的比较P值>0.05

### 3 讨论

腔镜甲状腺切除术的优点是美容效果好。尽管其价格较昂贵、微创效果不明显,笔者相信它会有较好的发展前景,理由:(1)手术技术的改进和专用器械的开发能减少手术的创伤;(2)社会的进步、经济的发展,美容效果将是甲状腺手术中需要考虑的最重要的因素之一,而不是手术价格;(3)甲状腺疾病多发于爱美的青年女性,美容效果很难单纯用价格来衡量。腔镜甲状腺切除术的手术入路有乳晕入路、腋窝入路和腔镜辅助的颈部入路等多种<sup>[2]</sup>;其中乳晕入路手术方法美容效果佳,手术适应证广,目前最为流行<sup>[3]</sup>。

然而,甲状腺没有天然的腔隙作为手术空间,ETBAA手术的切口离病灶又较远,手术时需在胸部和颈部皮下作大范围分离来制造手术空间,那么腔镜手术的创伤会不会太大?其实,手术空间的建立是在胸、颈部筋膜浅层和深层

之间进行,两层之间为疏松结缔组织,易于分离和推进,创伤不会太大。且ETBAA手术时皮肤仅有3个0.5~1.0cm的小切口,具有一定的微创性。本组ETBAA的术后引流量(89.1 ± 29.4)mL比传统手术(46.5 ± 22.5)mL多,考虑与术中皮下注水术后渗出有关;其引流时间、术后疼痛度和术后住院时间与传统手术比较差别均无统计学意义,在一定程度上反映了腔镜手术方法并不会明显加重甲状腺手术的创伤。

颈部解剖结构精细、复杂,周围临近重要的神经、血管,且手术空间较小,腔镜手术是否更容易发生喉返神经、甲状旁腺及血管损伤等并发症呢?事实上由于腔镜甲状腺切除术使用了电视放大系统,甲状腺周围的血管、神经、甲状旁腺等结构清晰可见<sup>[4]</sup>,只要操作得当,完全可以避免误伤。本组20例ETBAA手术未曾发生过喉返神经损伤、甲状旁腺损伤及术中大出血等并发症。

动物实验表明超声刀可以安全封闭直径9mm以下的动静脉<sup>[5]</sup>。在ETBAA手术中应用超声刀切开甲状腺、切断甲状腺血管和峡部均不需额外的缝合或结扎<sup>[6]</sup>,在保证止血确切的同时大大缩短了手术的时间。本组ETBAA的术中出血和手术时间分别仅有(22 ± 16.9)mL和(95.0 ± 27.0)min,与传统组比较并无差别。综上所述,说明乳晕入路腔镜甲状腺切除术在技术上是安全、可行的,且有较好的美容效果。

### 参考文献:

- [1] Ikeda Y, Takami H, Tajima G, *et al.* Total endoscopic thyroidectomy: axillary or anterior chest approach [J]. *Biomed Pharmacother*, 2002, 56(S11):72-78.
- [2] 张建文,罗一民,方力. 腔镜甲状腺手术:附42例报告[J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(11):837-869.
- [3] 吴东波,王存川. 经乳晕入路的腔镜甲状腺切除术[J]. *中国现代手术学杂志*, 2003, 7(6):406-408.
- [4] 华沪玮,黄炯强,范慧光,等. 内镜在甲状腺切除术的临床应用[J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12(5):363-365.
- [5] 李传行,王存川,徐国良. 腹腔镜手术超声刀止血与电刀封合血管的对比实验研究[J]. *中国内镜杂志*, 2001, 7(6):42-44.
- [6] Yamamoto M, Sasaki A, Asahi H, *et al.* Endoscopic versus conventional open thyroid lobectomy for benign thyroid nodules: a prospective study [J]. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2002, 12(6):426-429.