

文章编号:1005-6947(2006)04-0319-02

· 技术改进 ·

经锁骨下途径行腔镜甲状腺手术

刘跃武, 李小毅, 高维生, 刘洪泓

(中国协和医科大学北京协和医院 基本外科, 北京 100730)

摘要:探讨经锁骨下途径的腔镜甲状腺手术术式。在甲状腺肿瘤侧锁骨下5 cm行一个与锁骨平行的斜切口,长3~4 cm,在对侧锁骨下相应位置行1 cm小切口进镜。游离并悬吊颈前皮瓣(免充气)。用一种特殊拉钩拉开带状肌和胸锁乳突肌,用超声刀从4 cm的切口进行操作,完成甲状腺切除术。10例患者中,5例为结节性甲状腺肿,4例为腺瘤,1例为高功能腺瘤。其肿瘤长径为4.2(1.6~6.0) cm。9例为单发结节,1例为2个结节。6例为一侧大部切除术,4例为一侧部分切除术。无中转开放手术。手术时间为85(60~120) min;出血量为66(30~120) mL。本组均无并发症,患者对术后美容效果满意。提示本术式成功率高,其创伤程度小于经乳晕途径术式,免充气,对器械要求不高,术后美容效果可以满足大多数患者的需要。

关键词:甲状腺肿瘤/外科学;甲状腺切除,内窥镜;甲状腺切除/方法

中图分类号:R736.1

文献标识码:C

目前国内的腔镜甲状腺手术多采用经乳晕途径,需颈部充气,创伤也大。笔者从2003年开始行经锁骨下途径的腔镜甲状腺手术,不需充气,具有较多优点。现报道如下。

1 手术方法

全麻成功后,平卧位,颈部轻度垫高。步骤:共取2个切口(图1)。在肿瘤侧锁骨下5 cm处行1个与锁骨平行、长4 cm的斜切口,切至胸肌筋膜表面后用长电刀结合手指向颈部方向进行分离,直到锁骨上。此时,在对侧锁骨下相应位置行1 cm小切口,从小切口置入内镜。从4 cm的切口插入超声刀和分离钳继续分离颈阔肌皮瓣,在颈前肌浅面游离出适当的空间。用皮针7号线在已经游离的皮瓣上缝2~4针,将皮瓣悬吊于颈前上方的1根横杆上,从而建立一个免充气的操作空间。在内镜下用超声刀纵向打开颈前

肌,然后从4 cm的切口置入特殊拉钩2个(Usui拉钩)^[1]。这种拉钩与普通的甲状腺拉钩在外观上无异,但拉钩的钩部和手柄是可以分开的(图2),钩部的一端是带螺纹的细杆,其尖端呈锐利的针状。从4 cm的切口将拉钩的钩部置入手术区,将其针状端从内向外穿出皮瓣,穿出的细杆与外面的手柄以螺纹的方式拧上。相当于拉钩的手柄在皮瓣外侧,钩部在皮瓣内,这样可拉开左右颈前肌,能很好地暴露甲状腺。根据肿瘤的大小行相应的甲状腺切除术。一般是先游离下极,然后游离腺叶的外侧、内侧,必要时可以伸入手指对甲状腺进行触诊或钝性游离,最后切除肿瘤及其周围的部分正

常的甲状腺。术毕在甲状腺残端放置细引流管1根,缝合颈前肌。颈部如常规手术适当加压包扎,术后第2天即可解除包扎。

2 临床资料

2.1 一般资料

10例均为女性;平均年龄31.6(28~53)岁,肿瘤长径平均4.2(1.6~6.0) cm。9例为单发结节,1例为2个结节。实性结节6例,囊实性结节4例。6例结节位于右叶,4例于左叶。

2.2 结果

术后病理证实5例为结节性甲状腺肿,4例为腺瘤和1例高功能腺瘤。内

收稿日期:2005-10-05;

修订日期:2006-03-06。

作者简介:刘跃武,男,贵州安顺人,中国协和医科大学北京协和医院副主任医师,主要从事胃肠和甲状腺外科方面的研究。

通讯作者:刘跃武 E-mail: liuyuewu615@vip.sina.com。

A:操作口;B:内镜口;C:肿瘤

图1 手术切口图

A:拉钩钩部;B:手柄

图2 Usui拉钩示意图

镜手术10例均成功,无中转开放手术者。6例为一侧叶大部切除术,4例为部分切除术。手术时间为85(60~120)min。出血量为66(30~120)mL。术后引流管放置1d,平均引流量为45mL。术后平均住院时间为3d。本组均无并发症(如喉返神经损伤、皮下血肿等)。术后患者穿普通衬衫或T恤衫可将切口遮挡,患者对美容效果满意。

3 讨论

经检索“中国医院知识仓库(CH-KD)期刊全文数据库”发现,截至2004年12月,国内发表腔镜甲状腺文章33篇,其中,22篇介绍的是经乳晕途径的术式,9篇是经颈部小切口术式,2篇是经腋窝术式。本文的术式国内未见报道,仅国外有过类似报道^[2]。

经乳晕途径术式需要从乳晕开始在胸前打隧道并游离颈前和上胸部皮瓣,其优点主要是术后颈前和上胸部均无切口,但其缺点是手术创伤较大,需要颈部充气^[3-4],在切除、取出大肿瘤时有较大难度^[5]。与之相比,本文术式具有明显的优点:(1)创伤较小。虽然本手术也需要游离操作空间,但由于切口距离甲状腺较近,故仅需游离较小空间。(2)无需颈部充气。完全避免了颈部CO₂充气可能导致的并发症,如大血管气栓、高碳酸血症和皮下气肿等副

作用^[6]。(3)对手术器械和术者的腔镜技术要求不高。本手术除了超声刀和2把特殊的拉钩以外,其他器械均可采用开腹用的长血管钳、长剪刀和长针持,手术操作与常规手术无异。只要具有超声刀操作技术即可开展本手术。(4)手术中转率低或甚至没有。经乳晕的腔镜甲状腺手术中转的主要原因包括术中出血、小的肿瘤找不到、对结构辨认不清和操作困难等^[5]。而本术式术者的手指可以伸入术野触摸甲状腺,手指的触诊可以确认结节的位置和颈部结构,使得一些小肿瘤也能找着;对较大的出血也可以通过手指压迫来暂时止血。因此,本术式的成功率很高。(5)亦可用于较大肿瘤的切除,本组切除的肿块直径最大者6cm。由于本手术的操作口为4cm,可用手指进行操作,可使用普通的器械;且因操作距离短,对大肿瘤的游离和切除比较容易。此外,取肿瘤时也非常快捷。这一优点是其他充气的术式所无法比拟的。因为充气的术式一般是从1cm的Trocar孔来取出肿瘤;而对大的肿瘤常需先行切碎再分次取出,十分困难,且有破坏肿瘤、引起肿瘤播散的风险。经乳晕的术式术后美容效果最好,使用胸罩即可挡住手术切口。本术式的美容效果稍差,但一般的圆领衫或T恤也可以挡住手术切口,已可满足多数患者的需要。

参考文献:

- [1] Usui Y, Sasaki T, Kimura K, *et al.* Gasless endoscopic thyroid and parathyroid surgery using a new retractor[J]. *Surg Today*, 2001, 31(10): 939-941.
- [2] Shimizu K, Akira S, Tanaka S. Video-assisted neck surgery: endoscopic resection of benign thyroid tumor aiming at scarless surgery on the neck[J]. *J Surg Onc*, 1998, 69(3): 178-180.
- [3] 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): 837-839.
- [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] Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, *et al.* Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis[J]. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2000, 10(1): 1-4.
- [6] Gottlieb A, Sprung J, Zheng XM, *et al.* Massive subcutaneous emphysema and severe hypercarbia in patient during endoscopic transcervical parathyroidectomy using carbon dioxide insufflation[J]. *Anesth Analg*, 1997, 84(5): 1154-1158.

2006年《临床营养支持的应用与研究》继续医学教育高级学习班通知

临床营养支持是21世纪现代外科的重要进展之一。自1997年始,国际著名普通外科专家、医学教育家黎介寿院士承办国家I类继续医学教育项目《临床营养支持的应用与研究》高级学习班。他立足于医学发展前沿,融医疗、教学与科研为一体,更新教学观念,深化教学改革,改善教学条件,完善培养规划,通过举办短期培训班、专题讲座、巡回讲学、召开学术会议、接收进修生、召开卫星电视电话会议等形式培训学员15600人次。85%的人员已成为我国临床营养支持界的骨干,大部分学员在所在医院成立了营养支持学组。参加学习的人员有四个显著的变化:一是学历逐年提高,二是职务逐年上升,三是年龄逐年降低,四是来源广泛,层次多样。教育面之广,人数之众、层次之多在国内同类学科中均处于领先地位。

由于在培养《临床营养支持的应用与研究》成绩显著,该成果被评为南京大学教学成果特等奖和江苏省高等教育省级教学成果一等奖,以彰显对“临床营养支持”人才的培养之功。

2006年,学科拟于5月底和9月底在南京举办2期学习班。参加条件:从事临床营养支持工作2年,主治医师以上(含主治医师)职称,本科以上(含主治医师)学历。结业后可获国家级继续医学教育学分14分。详情请函询。

通讯地址:南京市中山东路305号南京军区总医院,邮编210002。联系人:唐星明。电话:025-80860088。