

小切口甲状腺切除术的临床应用*

李永平, 凌 瑞, 袁时芳, 易 军, 吕勇刚, 王 辉, 李南林[△] (第四军医大学西京医院血管内分泌外科, 西安 710033)

【摘要】 目的 探讨小切口甲状腺切除术的临床应用。**方法** 回顾性分析了 167 例分别采用小切口甲状腺切除术及传统甲状腺切除术治疗患者的临床资料。**结果** 两组的手术时间、术中失血量、切口长度、住院时间、术后并发症差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 小切口甲状腺切除术能改善临床效果, 值得临床推广应用。

【关键词】 甲状腺切除术; 微创; 美容效果; 术后并发症
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.008 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)23-3104-02

Clinical analysis of small incision thyroidectomy* LI Yong-ping, LING Rui, YUAN Shi-fang, YI Jun, LV Yong-gang, WANG Hui, LI Nan-lin[△] (Department of Vascular and Endocrinology Surgery, Xijing Hospital of Fourth Military Medical University, Xi'an, Shanxi 710033, China)

【Abstract】 Objective To investigate the applied value of small incision thyroidectomy in clinic. **Methods** Clinical data of 167 patients with small incision thyroidectomy and routine thyroidectomy were analyzed retrospectively. **Results** Operative time, peri-operative bleeding, surgical incision size, hospital stays and complication in each group had statistically significant differences($P<0.05$). **Conclusion** Small incision thyroidectomy improves clinical effect and should be generalized.

【Key words】 thyroidectomy; minimally invasive; cosmetic effect; postoperative complication

甲状腺结节是一种常见的甲状腺疾病, 大部分需要外科手术治疗^[1]。传统的甲状腺切除术颈部切口长、术中对颈前肌群及血管的损伤较大, 对患者术后的恢复和美观造成了不同程度的影响。Ferzli 等^[2]报道, 小切口甲状腺切除术相对于传统术式具有切口小、损伤少、术后恢复快等优势。本研究对 2012 年 1~6 月在本院血管内分泌外科就诊的 167 例甲状腺良性肿瘤患者的临床资料进行回顾性分析, 探讨和分析小切口甲状腺切除术在甲状腺疾病手术中的应用价值, 报道如下。

1 资料与方法
1.1 一般资料 收集 2012 年 1~6 月在本院血管内分泌外科就诊的 167 例甲状腺良性肿瘤患者的临床资料, 上述患者均在术前经超声或颈部 CT 发现甲状腺结节, 上述患者的手术均为同一术者完成。其中小切口手术组 89 例, 传统甲状腺切除术手术组 78 例。小切口手术组患者年龄略小于传统手术组, 但差异无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。
1.2 方法

表 1 两组患者基本资料

组别	n	性别(男/女)	年龄(岁)	肿瘤直径(cm)	术后病理诊断(n)		
					甲状腺腺瘤	甲状腺囊肿	结节性甲状腺肿
小切口手术组	89	23/66	35.2±10.1	3.1±0.4	18	22	49
传统手术组	78	18/60	37.1±11.7	3.3±0.7	13	20	45
P		0.373	0.665	0.295		0.351	

1.2.1 小切口甲状腺切除术手术方法 气管插管全身麻醉后, 患者取仰卧位, 肩下垫软枕, 头后仰、颈过伸, 常规消毒铺巾, 贴手术膜。取胸骨上 2 cm 为中心, 上、下皮纹处做横向弧形切口, 长约(3.0±0.5)cm。逐层切开皮肤、皮下、颈阔肌、游离皮瓣, 向上至甲状软骨下缘, 向下至胸骨颈静脉切迹, 左、右至胸锁乳突肌前缘, 切开颈白线, 显露气管。根据包块位置, 在外科膜内游离并显露甲状腺。显露技巧为: 甲状腺拉钩牵拉患侧带状肌及皮肤, 距中线可额外伸长 1.5~2.0 cm。同样方法显露对侧甲状腺。这样操作手术野可额外增加 3~4 cm, 形成移动的切口, 使显露更充分。用超声刀操作更方便。

1.2.2 传统甲状腺切除术手术方法 麻醉及体位同上, 取胸骨上 2 cm 处做 5~8 cm 弧形切口, 两侧分别至胸锁乳突肌外

缘。切开皮肤及颈阔肌, 分离颈前筋膜与颈阔肌间隙结缔组织, 上至甲状软骨上缘, 下至胸骨切迹。纵行切开颈白线, 拉开胫前肌, 游离并充分显露甲状腺。依据瘤体体积、位置确定切除范围。
1.3 观察指标 对照观察两组患者手术时间(min)、术中失血量(mL)、切口长度(cm)、住院时间(d)、术后并发症等指标, 术后随访 3 个月。
1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计学软件进行统计分析, 计量资料组间比较采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。
2 结 果
2.1 两组患者各项指标比较 见表 2。由表 2 可见, 小切口

* 基金项目: 第四军医大学第一附属医院助推基金资助项目(XJGX12C08)。 △ 通讯作者, E-mail: nanlin-74@163.com。

手术组手术时间较传统手术组明显缩短,小切口手术组术中失血量较传统手术组明显减少,小切口手术组平均切口长度也明显小于传统手术组,小切口手术组住院时间较传统手术组明显缩短,差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表 2 两组患者各项指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中失血量 (mL)	切口长度 (cm)	住院时间 (d)
小切口手术组	89	27.68±11.10	17.6±6.1	2.73±0.50	2.0±0.5
传统手术组	78	38.20±17.15	26.6±8.3	4.02±0.80	3.5±1.2

2.2 两组患者随访项目比较 见表 3。由表 3 可见,小切口手术组术后患者颈部紧缩感、颈部疼痛发生率明显低于传统手术组,差异有统计学意义($P<0.01$);咽喉部不适感发生率也低于传统手术组,差异也有统计学意义($P<0.05$);颈部麻木发生率两组差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 两组患者术后随访比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	颈部麻木	颈部紧缩感	颈部疼痛	咽喉部不适感
小切口手术组	89	4(4.49)	2(2.24)	5(5.62)	3(3.37)
传统手术组	78	3(3.85)	11(14.10)	26(33.33)	5(6.41)

3 讨 论

甲状腺结节是一种常见疾病,其发病率近年来有增加趋势^[3];其中女性多于男性,绝大多数患者为良性^[4-5]。传统甲状腺切除手术切口较长,对颈部肌肉、血管等损伤较大,易出现颈部疼痛、咽喉部不适等术后并发症,而且容易给患者颈部留下明显的手术疤痕,影响外观^[6]。近 10 年来,微创手术在甲状腺外科有了很大的进展^[7-8]。2000 年 Ohgami 等^[9]报道经双乳径路的腔镜甲状腺手术无颈部疤痕。腔镜甲状腺手术具有出血少、美容效果好、术后恢复快等优势,但是受手术操作、设备、费用等因素的影响,尚不能在中、小型医院普及。

小切口甲状腺切除术的主要优势:小切口甲状腺切除术中利用甲状腺拉钩牵拉患侧带状肌及皮肤,可额外增加手术野操作范围 3~4 cm,与传统甲状腺切除术显露并无差别,未增加操作难度,且不需要特殊设备。并且由于切口小,未离断颈前静脉及颈前肌群,减轻了切口处组织水肿,增加了美容效果。黄天立等^[10]报道颈前肌群离断术后切口粘连发生率为 22%~50%,患者手术时间、术中失血量、切口长度、住院时间等指标均明显优于传统甲状腺切除术,差异有统计学意义($P<0.05$),减轻了患者的经济负担,降低了术后并发症的发生率。有文献报道,喉上神经及喉返神经损伤等手术并发症发生率为 1.7%,与传统甲状腺切除术相比,小切口甲状腺切除术手术并

发症并未增多,两组患者手术均未出现喉上神经及或喉返神经损伤^[11]。

小切口甲状腺切除术手术要点:(1)本术式适合于术前超声、CT 检查提示甲状腺结节直径小于 5 cm 者;(2)术前充分准备,鉴于无瘤原则及甲状腺癌根治术要求,术前怀疑为甲状腺恶性肿瘤患者不建议采取小切口甲状腺切除术;(3)术者应熟悉喉返神经、喉上神经及周围血管解剖情况,术中利用甲状腺拉钩牵拉患侧带状肌及皮肤,保证术野暴露。

综上所述,小切口甲状腺切除术手术技巧易掌握,其创伤小、出血少、恢复快、手术安全性好,能有效降低术后并发症发生,在尚未普及腔镜甲状腺手术的中、小型医院值得推广应用。

参考文献

[1] 丁纪伟,汤治平. 甲状腺瘤外科手术治疗临床研究[J]. 中国医药指南,2011,9(31):329-330.

[2] Ferzli GS, Savad P, Abodo Z, et al. Minimally invasive nonendoscopic thyroid surgery[J]. J Am Coll Surg,2001, 192(5):665-668.

[3] 李静,王恩彤. 2011 年全国甲状腺肿瘤外科治疗专题学术会议纪要[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2011,46(11):954-956.

[4] 李德祥,王希,陈超,等. 非窥镜微创低位小切口入路行甲状腺手术 2 336 例分析[J]. 临床和实验医学杂志,2008,7(7):148-149.

[5] 张愈伟. 治疗单纯性甲状腺肿瘤 85 例的疗效分析[J]. 中外健康文摘,2009,6(18):136.

[6] 檀道洪,肖玉根,严国标,等. 甲状腺切口瘢痕最小化综合技术的应用[J]. 中国美容医学,2012,21(1):16-18.

[7] Youben F, Bomin G, Bo W, et al. Trans-areolasingle-incision endoscopic thyroidectomy[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech,2011,21(4):192-196.

[8] Lukas J, Paska J. Minimally invasive thyroidectomy[J]. Cas Lek Cesk,2009,148(5):194-196.

[9] Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, et al. Scarless endoscopic thyroidectomy:breast approach for better cosmesis [J]. Surg Laparosc Endosc PercutanTech,2000,10(1):1-4.

[10] 黄天立,陈声乐. 甲状腺术后切口粘连的防治探讨[J]. 广东医学,2002,19(8):585.

[11] 姚榛祥. 重视甲状腺切除术的并发症[J]. 中国普通外科杂志,2005,9(14):641-643.

(收稿日期:2013-05-17 修回日期:2013-07-12)

(上接第 3103 页)

immunoassay[J]. J Immunoassay,1981,2(3-4):187-204.

[6] Grandke J, Oberleitner L, Resch-Genger U, et al. Quality assurance in immunoassay performance-comparison of different enzyme immunoassays for the determination of caffeine in consumer products[J]. Anal Bioanal Chem, 2013,405(5):1601-1611.

[7] ten Have R, Thomassen YE, Hamzink MR, et al. Development of a fast ELISA for quantifying polio D-antigen in in-process samples[J]. Biologicals,2012,40(1):84-87.

[8] Lexmond W, der Mee Jv, Ruiter F, et al. Development and validation of a standardized ELISA for the detection of soluble Fc-epsilon-RI in human serum [J]. J Immunol Methods,2011,373(1-2):192-199.

[9] Frey A, Meckelein B, Externest D, et al. A stable and highly sensitive 3, 3', 5, 5'-tetramethylbenzidine-based substrate reagent for enzyme-linked immunosorbent assays[J]. J Immunol Methods,2000,233(1-2):47-56.

(收稿日期:2013-04-27 修回日期:2013-07-11)