

单侧经胸锁乳突肌内侧缘小切口入路 甲状腺手术的临床效果分析

蔡和杰 李 智

厦门大学医院普通外科,福建厦门 361005

[摘要]目的 探讨单侧经胸锁乳突肌内侧缘小切口入路甲状腺手术的临床效果。方法 选择 2013 年 1 月~2016 年 1 月厦门大学医院收治入院的行甲状腺手术患者 100 例作为研究对象,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组 50 例。观察组采用单侧经胸锁乳突肌内侧缘小切口入路的手术方式,对照组采用颈白线正中入路的手术方式。观察两组患者手术总时间、显露甲状腺时间、术中出血量、住院时间、切口长度,记录两组患者术后并发症,并进行统计学分析。结果 观察组患者手术总时间、显露甲状腺时间、术中出血量、住院时间、切口长度等指标均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者术后出现并发症 3 例,发生率为 6.0%,对照组患者术后出现并发症 18 例,发生率为 36.0%,观察组患者并发症发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 在甲状腺患者行手术时采用单侧经胸锁乳突肌内侧缘小切口入路可以获得更为清晰的解剖层次,有利于减少手术损伤,对提高患者的治疗效果具有重要的意义。

[关键词]甲状腺;单侧;胸锁乳突肌;内侧缘;小切口

[中图分类号] R739.9

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-4721(2017)04(b)-0058-03

Analysis of the clinical effect of small incision in the thyroid surgery unilateral by sternocleidomastoid inside edge

CAI He-jie LI Zhi

Department of General Surgery, Xiamen University Hospital, Fujian Province, Xiamen 361005, China

[Abstract] **Objective** To study the unilateral by sternocleidomastoid inside edge the clinical effect of small incision in the thyroid surgery. **Methods** 100 patients with thyroid surgery from January 2013 to January 2016 in Xiamen University Hospital were selected as the research object, according to random number table method they were divided into observation group and control group, 50 cases in each group. Patients of the observation group were given the unilateral sternocleidomastoid inside edge small incision in the way of operation, and the control group was given the operation with the center of the white line into the neck surgery way. The total time, expose thyroid time, intraoperative blood loss, hospitalization time, incision length of patients in two groups were observed, postoperative complications of patients in the two groups were recorded and statistical analyzed. **Results** The total time of operation, time of revealing thyroid, intraoperative blood loss, hospital stay, incision length of the observation group were significantly better than the control group, the differences were statistically significant ($P<0.05$); 3 patients with postoperative complications of the observation group, and the incidence was 6.0%; while 18 patients with postoperative complications in the control group, and the incidence was 36.0%, the the incidence of postoperative complications in the observation group was significantly lower than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Thyroid surgery with unilateral sternocleidomastoid inside edge small incision approach can get more clear anatomical level, is conducive to reducing surgical injury, has the vital significance to improve the treatment effect of patients.

[Key words] Thyroid; Unilateral; Sternocleidomastoid; Medial margin; Small incision

甲状腺疾病时临床中常见的普通外科疾病,有相当数量的甲状腺疾病都是通过手术治疗的,但是甲状腺疾病病变性质不易确定,加之部分手术治疗方案制订时具有一定的不规范性,常常造成一次手术无法完全祛除病灶^[1]。颈白线正中入路是甲状腺疾病第一次手术时最常用的手术方式^[2],单侧经胸锁乳突肌内侧缘小切口入路则是较为新颖的甲状腺疾病手术方式,

为探讨二者在甲状腺手术中可行性并寻求最为合适的手术方式,笔者对分别应用这两种手术方式进行甲状腺手术的患者的治疗状况进行了对比分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 1 月~2016 年 1 月我院收治入院的

行甲状腺手术患者 100 例作为研究对象,入选患者均经 B 超证实为甲状腺良性疾病,所有患者身体状况都比较良好,可接受全身麻醉手术。排除标准:淋巴转移及侵犯局部的恶性甲状腺癌者;出血性疾病者;严重心肺功能障碍者;不配合本研究者。按随机数字表法分为观察组和对照组,每组 50 例,对照组中男 29 例,女 21 例;年龄 26~73 岁,平均年龄(47.6±9.1)岁;病程 32 d~6 个月,平均(3.3±1.2)个月;病理类型:结节性甲状腺肿 32 例,甲状腺瘤 14 例,桥本甲状腺炎 2 例,甲状腺癌 2 例;手术方式:甲状腺次全切除术 37 例,全甲状腺切除术 13 例;其中二次手术者 12 例。观察组中男 30 例,女 20 例;年龄 25~78 岁,平均年龄(48.8±7.6)岁;病程 32 d~6 个月,平均(3.5±1.4)个月;病理类型:结节性甲状腺肿 31 例,甲状腺瘤 13 例,桥本甲状腺炎 2 例,甲状腺癌 4 例;手术方式:甲状腺次全切除术 39 例,全甲状腺切除术 11 例;其中二次手术者 15 例。两组患者性别、年龄、病程、病理类型等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理学委员会同意,且患者均签订知情同意书。

1.2 手术方法

两组均采用气管插管静脉复合麻醉下手术。仰卧位,肩下垫高,头后仰过伸位。

1.2.1 观察组 采用经胸锁乳突肌内侧缘小切口入路,根据肿块大小,估计甲状腺上极推移的位置,沿胸锁乳突肌内侧缘做斜行切口,依据病情需要做 3~5 cm 的小切口,逐层切开皮肤、皮下组织及颈阔肌,在颈阔肌深面潜行分离上下皮瓣,切开颈前肌及胸锁乳突肌间筋膜,锐性分离胸锁乳突肌前缘,将该肌向外牵引显露斜行向上的肩胛舌骨肌上腹,充分游离肩胛舌骨肌至其舌骨附着点。确认颈前肌外缘,逐步向内分离,显露颈内静脉和颈总动脉,将其向外牵开,即可显露甲状腺外科包膜的后外区^[3]。将甲状腺后外侧的外科包膜打开即可清楚地显露甲状腺,甲状腺上极可直接显露在术野中,紧贴甲状腺上极腺体切断、结扎甲状腺上动脉和静脉的各支,处理上极时应注意辨认紧贴于该区的上甲状旁腺,并妥善保护,确保其血供。向下逐步分离,处理甲状腺中静脉。寻找喉返神经时应注意:因被增大腺体推移,该神经解剖位置常有变异,且与腺体粘连,需紧贴甲状腺被膜寻找,找出喉返神经后再处理甲状腺下极血管,此时注意辨认及保护下甲状旁腺及其血供^[4-5]。越接近入喉处,喉返神经越贴近甲状腺,并有小动脉横跨其表面,需切断结扎该血管方能轻轻向外下方推移保护神经^[6-7]。将腺叶提起分离气管前筋膜,游离一侧腺叶至峡部完整切除,残端褥式缝合。甲状腺癌伴颈部淋巴结转移的患者,行颈清

扫术后,不必打开颈正中中线,直接经侧人路行甲状腺切除术,在清扫区淋巴结时部分切断颈前肌下端外侧,向内牵拉颈前肌即可获较满意的术野。

1.2.2 对照组 采用颈白线正中入路,患者体位、切口以及暴露颈前肌群的方法与观察组相同。进行手术时,将颈白线切开直至甲状腺固有被膜,上、下可分别到甲状软骨下缘和胸骨切迹。将两侧颈前肌群分离,向两侧牵拉胸骨甲状肌和胸骨舌骨肌。然后可进行甲状腺全切术或次全切除术,术中应注意保护喉返神经和甲状旁腺,取术中标本做冰冻病理检查。术后进行止血处理,把引流管放置于手术区,按顺序缝合各层组织。

1.3 观察指标

观察两组患者手术总时间、显露甲状腺时间、术中出血量、住院时间、切口长度,记录两组患者术后并发症,并进行统计学分析。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料用率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况和住院时间的比较

观察组患者手术总时间、显露甲状腺时间、术中出血量、住院时间、切口长度等指标均明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术情况和住院时间的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术总时间 (min)	显露甲状腺 时间(min)	术中出血 量(mL)	住院 时间(d)	切口长度 (cm)
对照组	50	88.3±7.2	4.8±1.8	28.2±5.7	7.6±2.8	5.85±0.44
观察组	50	71.5±6.8	3.9±1.4	12.6±3.5	4.7±2.1	3.91±0.27
t 值		13.357	4.489	18.364	7.294	4.389
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组术后并发症的比较

观察组患者术后出现并发症 3 例,发生率为 6.0%,对照组患者术后出现并发症 18 例,发生率为 36.0%,观察组患者并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者术后并发症的比较(例)

组别	例数	切口 水肿	声音 嘶哑	吞咽 不适	颈部 紧缩感	并发症 发生率(%)
对照组	50	6	2	4	6	36.0
观察组	50	1	0	1	1	6.0
χ^2 值						8.236
P 值						<0.05

3 讨论

颈白线入路手术方式操作简单,容易掌握,对甲状腺峡部和两侧显露十分方便,结扎甲状腺上下动静脉也很容易^[8-9]。此外,颈白线部位无血管分布,手术过程中不会损伤深部血管引发手术区出血,也不会伤及甲状腺表面血管。因而,颈白线入路常被作为甲状腺第一次手术的首选方案^[10]。但是经颈白线入路手术后,术后局部粘连比较严重,如需再次手术时手术瘢痕会影响施术者对颈前肌群结构的判断,要面临较大的手术风险^[11]。

随着甲状腺手术的增多,寻求更为合适的手术方式就成立较为急迫的问题,解决这一问题对于促进患者恢复和提高公共健康水平具有重要的意义。因为胸锁乳突肌内侧入路可降低甲状腺手术的难度^[12]。患者手术采用颈白线入路,为获得清晰解剖,手术暴露范围往往较大,术后手术部位粘连情况比较严重,而胸锁乳突肌内侧入路缩小手术暴露范围,且可以展现出非常清晰的解剖层次,从而使手术过程在较短时间内得以完成^[13-15]。行颈白线入路分离甲状腺背侧时,暴露的空间较小,需较多牵拉及分离周围组织,导致了周围组织损伤风险的增加^[16]。从胸锁乳突肌内侧缘切开颈前肌群和胸锁乳突肌之间的筋膜,从而分离它们之间的疏松组织,可以直达甲状腺外侧,将颈动脉鞘和甲状腺中静脉显露出来,牵拉甲状腺至内侧,可以直接观察到甲状腺的背面,确保在结扎甲状腺中静脉和解剖喉返神经之时,有效降低重要组织损伤的风险^[17]。

本研究结果显示,观察组患者手术总时间、显露甲状腺时间、术中出血量、住院时间、切口长度等指标均明显优于对照组,且比较差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者术后出现并发症 3 例,发生率为 6.0%,对照组患者术后出现并发症 18 例,发生率为 36.0%,观察组患者并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。在进行甲状腺手术时行胸锁乳突肌内侧缘小切口入路可以观察到较为清晰的解剖层次,大大降低了手术难度,有利于施术者结扎甲状旁腺和处理甲状腺上下极的血管,从而缩短了手术总时间和显露甲状腺时间,避免了术中大量出血的发生。因而,在开展甲状腺手术时,可优先考虑使用胸锁乳突肌内侧缘小切口入路的手术方式。

[参考文献]

[1] 谭卓,郑传铭,葛明华,等.经胸乳入路腔镜甲状腺手术的临床应用效果[J].中国现代医生,2016,54(13):55-58.

- [2] 张卫星,邓卫萍,李明,等.腋入路腔镜甲状腺手术中电凝钩的应用体会[J].中国现代医生,2016,54(13):51-54.
- [3] 刘春庆,刘建,冯艳玉,等.小切口腔镜辅助甲状腺手术下喉返神经的显露与保护[J].中国现代医生,2016,54(3):28-30,34.
- [4] 吴坤远,张毅,孙国申,等.可调控甲状腺弧形拉钩在甲状腺手术中的应用[J].浙江临床医学,2016,18(5):865-866.
- [5] 陈炜,杨永志,单侧甲状腺手术行经胸锁乳突肌内侧缘小切口入路的临床效果观察[J].浙江创伤外科,2016,21(4):702-703.
- [6] 吕一鸣,王平,高风险甲状腺手术中显露喉返神经对预防喉返神经受损的临床作用[J].浙江创伤外科,2016,21(3):477-478.
- [7] 王勇,王平,俞星,等.甲状腺手术中迷走神经显露及喉返神经的持续性术中神经监测[J].中华外科杂志,2016,54(11):828-832.
- [8] 罗勋鹏,刘新杰,许楠,等.内镜下经腋窝单孔和双乳晕同侧腋窝路径甲状腺手术效果分析[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2016,10(2):156-158.
- [9] 陈高翔,张海,周小栋.弹性牵张建腔在胸乳入路腔镜甲状腺手术中的应用[J].中华普通外科杂志,2016,31(5):434-435.
- [10] 吴静,刘业海,吴开乐.由外向内显露喉返神经入喉处并逆行解剖喉返神经在甲状腺手术中的临床应用探讨[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2016,24(5):353-356.
- [11] 张泉军.经乳晕径路腔镜甲状腺手术与传统开放性手术对甲状腺良性结节患者创伤影响比较[J].中国医药科学,2016,6(4):97-100.
- [12] 邵荣金,王建,龚伟达.Force Triad 能量平台辅助甲状腺手术与传统甲状腺手术临床对比研究[J].中国肿瘤外科杂志,2016,8(5):324-326.
- [13] 马驰,彭程,牛军.经胸乳腔镜甲状腺手术与传统开放手术治疗良性甲状腺肿瘤短期临床效果的 Meta 分析[J].中国现代普通外科进展,2016,19(6):446-450.
- [14] 梁艳辉,赵磊.全腔镜和腔镜辅助小切口甲状腺手术对机体免疫功能的影响[J].医学研究杂志,2016,45(6):101-104.
- [15] 苏远航,汤治平,丁自海.经口内镜甲状腺切除术及颈部淋巴结清扫术的人体标本手术实验研究[J].中华外科杂志,2013,51(6):552-555.
- [16] 陈森林,杨扬,钱钢,等.甲状腺疾病再次手术并发症的 Meta 分析[J].江苏医药,2012,38(23):2815-2817.
- [17] 马九强.甲状腺手术解剖显露喉返神经的临床意义[J].中国实用神经疾病杂志,2011,14(11):77-78.

(收稿日期:2017-02-22 本文编辑:任念)