

甲状腺小切口手术的体会

袁德利¹, 樊岚岚²

(1. 密山市奋斗医院, 黑龙江 密山 158305;

2. 中国中医科学院, 北京 100700)

我院外科自 1995 年起采用小切口行甲状腺手术共 104 例; 与传统切口相比, 不仅外观满意, 且效果良好, 先将手术方法及临床资料介绍如下。

1 临床资料

本组 104 例中, 男性 24 例, 女性 80 例, 年龄 14~76 岁。甲状腺腺瘤 81 例, 其中单侧 60 例, 双侧 18 例, 峡部腺瘤 3 例; 内科治疗无效的慢性甲状腺炎 10 例, 结节性甲状腺肿 9 例; 原发性甲状腺机能亢进症 3 例; 甲状腺癌 1 例。实行手术种类: 单侧甲状腺次全切或腺叶切除 76 例, 峡部腺瘤摘除 3 例, 双侧甲状腺次全切除 20 例, 单侧腺叶切除加对侧次全切除加峡部切除 5 例。所有病例切口均为 I 期甲级愈合, 无术后并发症, 平均住院 6d。

2 手术方法

(1) 切口选择: 在胸骨切迹上两横指, 以气管为中点沿皮

纹作 5cm 弧行横切口, 逐层切开至颈阔肌, 游离上皮瓣至甲状软骨水平, 向下游离至胸骨上缘, 上下皮瓣与手术洞巾缝合使成菱形牵引。(2) 纵行切开颈白线: 用小拉钩牵开颈前带状肌群, 剪开甲状腺外包膜, 探查甲状腺病变。(3) 处理甲状腺上极时手术野暴露: 用 3 把小拉钩分别将上皮瓣向上, 带状肌向外, 患侧甲状腺上叶向下方牵开, 利用此牵引法可获得良好空间, 使术者分离结扎及切断甲状腺上动静脉。(4) 处理甲状腺下级时手术野暴露: 用 3 把小拉钩分别将下皮瓣向下, 带状肌群向外, 甲状腺下叶向上牵拉, 在此空间可探查喉返神经及处理甲状腺下动、静脉。(5) 甲状腺上、下极处理后, 甲状腺中静脉及峡部处理同常规法。(6) 术后甲状腺窝用软性负压管引流, 24h 后拔除, 术后 5~7d 拆线。

3 讨论

甲状腺疾病属外科常见病, 多发于女性。传统手术切口虽然暴露良好, 但因切口过长可造成不必要的组织损伤, 颈前带状肌群切断(横断), 可造成术后血肿, 疤痕粘连而影响外观。8 年临床实践证明此方法可以达到手术野暴露良好的效果, 颈部条件良好者均采用颈丛麻醉, 因全麻时, 术中无法从患者声调变化来判别喉返神经是否损伤, 其次是 3 把拉钩操作在局部区域形成充裕的空间。据术中测量, 5cm 长切口可形成 4.2cm × 4.5cm 菱形空隙。处理甲状腺上、下极时, 则可形成 2.5cm × 2.0cm 空隙。在此空隙中, 术者可以从容行各种甲状腺手术操作。值得强调的是, 3 把拉钩中以牵拉甲状腺上(下)叶的一把拉钩最为关键, 力量过猛或不足, 可使血管或腺体撕裂出血或暴露效果不佳等。

[收稿日期] 2005-10-09

[通讯作者] 樊岚岚, Tel: (010) 64014411-3209