

# 颈侧进路行甲状腺侧叶切除的尝试

## (附 24 例报告)

山东省肿瘤医院头颈外科 梁恩虎 高 霞\* 邹淑娟  
李思忠 陶 阳 王 超

自 1993 年 10 月~1994 年 4 月,对 24 例甲状腺肿瘤,取胸锁乳突肌后缘的单臂弧形切口,行甲状腺侧叶+峡部切除术。经患者推荐和实际临床应用,外形较胸骨切迹上两厘米的横弧形切口美观、易于遮掩。且术式简单,易于操作,术野清晰,组织损伤少。现将手术方法介绍如下,供同道参考。

### 资料和方法

一、临床资料:病例选自住院的中、老年甲状腺单侧的孤立性结节或多发性结节局限在一侧的患者。男 10 例,女 14 例。24 例中甲状腺囊腺瘤 6 例,甲状腺滤泡状腺瘤 11 例,结节性甲状腺肿 3 例,乳头状癌 2 例,滤泡状癌 1 例,桥本氏病 1 例。

### 二、手术方法

1. 麻醉方法:本组均采用颈丛阻滞麻醉。
2. 体位:取传统的肩垫高、颈过伸位。
3. 切口:自胸锁乳突肌后缘下的 1/3 处向下至锁骨上缘水平,再转向胸骨切迹中线下约 2cm 的“L” (单臂弧形) 形。
4. 皮瓣分离:按常规逐层切至颈深筋膜浅层,沿颈阔肌深面向内侧分离皮瓣至中线,上至喉节,下至胸锁关节,外侧皮瓣不必分离。
5. 首先在胸锁乳突肌前缘将其剥离后,向外侧将其拉开。然后,切开颈白线或在胸骨舌骨肌间分开(颈浅静脉随肌束拉开),直达甲状腺真、假被囊间。同时,将舌骨下肌群亦向外或两侧拉开。此时,甲状腺的上、下血管极易分离和暴露,其侧叶及峡部的切除与传统的操作基本相同。
6. 甲状腺床放置引流管,并由切口的最下端引出,不必重新切口。

### 结 果

24 例患者的切口愈合,同传统的切口无任何差异。但切口长度较传统切口长。术后拆线中位天数为 6.5 天,亦无一例发生意外并发症。

### 讨 论

甲状腺肿瘤,目前仍以手术治疗为主。而甲状腺侧叶切除及峡部切除术,乃甲状腺肿瘤较普遍采用的术式。传统的胸骨切迹上 2~3cm 的弧形横切口,已被经典化。近年来,在我国由于头颈肿瘤外科的迅速发展,甲状腺肿瘤已成为头颈外科最基本的手术之一。作者在长期对甲状腺侧叶切除的临床实践中发现,颈前弧形横切口亦存有某些不足之处。1. 对多数患者需要切断舌骨下肌群与结扎颈前浅静脉,年轻医师更是如此。如果肿瘤较大时,还需切断或部分切断锁乳突肌。否则,结扎甲状腺上、下血管便极为困难,更带有一定的盲目性及危险性。2. 如疑为恶性,术中快速病理又证实,那么,切口的延长受到不同程度的限制及带来不必要的操作。否则,清除锁骨上淋巴结很难暴露术野或给操作带来很大困难。要么,把切口延至为“人”字形,加大了组织损伤。3. 术后颈部切口瘢痕不易遮掩,影响美观。如遇瘢痕体质者,则更令其为此而苦恼。因此,对甲状腺侧叶切除的进路及切口作一改进和尝试,未可厚非。

作者所述进路对甲状腺侧叶及峡部切除,可以克服传统切口及进路的不足。如果为甲状腺癌时,不管即刻还是择期行颈淋巴结清除术,切口均可呈便于解剖和肿瘤外科颈清术目前最常采取的单臂弧形。通过对 24 例患者的临床观察及患者本人推荐,作者认为:对甲状腺侧叶手术可取颈侧切口进路。术后患者穿一般开领衬衫或立领衬衫,较不易发现颈部切口痕迹。更为重要的是,除切断部分颈阔肌外,不需切断任何肌束,且处理甲状腺上、下血管时,术野清晰,安全可靠。又因从腺叶外侧暴露的术野广,返神经极易保护,确值同道尝试。

\* 解放军 55178 部队医院