

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: 本组均采取颈丛阻滞麻醉。

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游离后, 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, 清除锁骨上组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扫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