

经乳晕入路腔镜与开放甲状腺切除术治疗甲状腺良性病变效果分析

胡 嵩¹, 孙圣荣^{2△}, 刘黎明³, 严胜云³, 陈怡发³, 陈加新³ (武汉大学人民医院: 1. 生物医学工程; 2. 甲乳外科, 武汉 430060; 3. 湖北省鄂州市中心医院普外科 436000)

【摘要】 目的 比较开放甲状腺切除术与经乳晕入路腔镜治疗甲状腺良性病变患者的效果, 以选取有效的治疗方式, 并为其临床治疗提供理论依据。**方法** 选取 2012 年 4 月至 2013 年 12 月该院接受的甲状腺良性病变患者 124 例, 根据患者入院顺序及采用的治疗方案分为 2 组; 对照组 54 例, 临床期间采用开放甲状腺切除术治疗; 观察组 70 例, 采用经乳晕入路甲状腺切除手术治疗; 比较两组患者的治疗效果。**结果** 观察组患者的术中出血量、引流量和住院时间明显少于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的美容满意度 (94.28%) 明显优于对照组 (55.56%), 组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者不良反应情况和术后复发率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 采用腔镜甲状腺切除术治疗甲状腺良性病变可有效改善患者的临床症状, 提高治疗效果, 且该术式具有切口小、安全性高、出血量少等优势, 值得临床重视和推广。

【关键词】 经乳晕入路; 腔镜; 开放甲状腺切除术; 甲状腺良性病变; 出血量; 住院时间

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.23.040 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)23-3326-02

随着腔镜技术的发展和成熟, 以及医疗技术水平的日益提高, 经乳晕入路腔镜甲状腺切除术取得了良好的治疗效果, 本文以 2012 年 4 月至 2013 年 12 月本院收治的甲状腺良性病变患者 124 例为研究对象, 对其具体治疗效果进行观察研究, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 4 月至 2013 年 12 月在本院接受手术治疗的甲状腺良性病变患者 124 例。所有患者入院后均给予严格、全面的问诊和临床检查, 并符合以下入选标准: 术中或术后病理检查证实患者疾病情况为良性病变; 手术治疗前的甲状腺功能正常; 患者为初次行甲状腺手术者; 患者无放射治疗史和家族甲状腺癌病史; 患者的肿块直径低于 5 cm。排除标准: 经术中或术后病理检查证实为恶性病变; 术中病理检查为甲状腺良性疾病, 但术后证实为恶性病变; 中转开腹手术患者; 具有严重器质性疾病及具有血液或精神系统疾病患者。根据患者入院治疗的先后顺序, 以及治疗期间接受的不同治疗方案, 将患者分为 2 组。对照组 54 例, 其中男 34 例, 女 20 例; 年龄 29~57 岁, 平均 (34.06±19.25) 岁; 甲状腺结节平均直径为 (26.35±8.05) mm; 其中甲状腺部分切除患者 34 例, 术式腺叶次全切除患者 20 例。观察组 70 例, 其中男 40 例, 女 30 例; 年龄 28~58 岁, 平均 (33.26±4.05) 岁; 甲状腺结节直径平均为 (28.67±10.02) mm; 其中部分切除患者 42 例, 术式腺叶次全切除患者 28 例。分析两组患者的一般临床资料, 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组患者采用开放手术切除治疗, 经颈丛麻醉后, 取患者截石体位, 颈部仰卧, 垫高过伸体位, 取手术标本送至病理检查^[1]。在患者胸骨上凹部位的上方 2 cm 左右行 4~8 cm 的弧形切口, 沿皮纹方向开口, 并按照常规方式完成开放性甲状腺切除手术, 采用 20 号引流管放置于胸骨上凹部位, 完成引流。观察组患者采用经乳晕入路腔镜手术治疗, 全麻处理后常规摆放体位, 取标本进行冰冻切片检查。将 5~10 滴肾上腺素加入 20 mL 生理盐水中, 经 50 mL 注射器于患者胸锁乳突肌和乳头之间行皮下注射。在左、右乳晕 11 点和 4 点部位处顺延乳晕依次做 5、10 mm 的弧形切口, 深入至筋膜浅层, 采

用无损伤穿刺棒进行分离, 并建立置管通道、空间, 将 10 mm Trocar 置入中甲状腺残面, 完成气腔的建立, 将压力控制在 6~8 mm Hg 以内。在左、右侧乳晕置入 5 mm Trocar 作副操作孔, 连同观察孔一起会合至初始空间, 在颈阔肌深面试用超声刀分离, 上至甲状腺软骨的下缘, 两侧直至胸锁乳突肌的外侧, 于颈白线部位切开, 顺延甲状腺外科被膜深面进行双侧颈前肌群的游离, 经丝线 (7 号) 悬吊颈前肌群, 以便于扩大手术操作的空间和视野。单个肿块经甲状腺部分切除手术治疗, 肿块较大或多个肿块采用腺叶切除手术或次全切除治疗, 若为囊性病变可经切开减压处理, 尽量将甲状腺背侧的组织保留好, 以免发生喉返神经损伤的情况, 直径较大的实性肿块应仔细探查喉返神经^[2]。取标本送至病理检查后, 彻底止血, 对创面进行生理盐水冲洗, 并置入引流管 (20 号), 缝合, 排空二氧化碳气体后将 Trocar 拔除, 随后依次缝合皮肤, 在胸部进行纱垫加压包扎处理。

1.3 观察指标 严密观察患者临床期间的各项指标变化, 加强血压、心率、呼吸等指标的监测, 记录患者的手术时间、术中出血量和住院时间, 统计住院期间的费用情况。观察患者治疗期间的症状变化, 并记录其不良反应情况。

1.4 评价标准 采用模糊评价法评估患者的美容效果满意度, 总分为 10 分, 0 分表示疤痕明显, 不满意; 10 分为疤痕微小, 不影响美观。0~3 分为非常满意, 4~7 分为满意, 8~10 分为不满意^[3]。满意度为非常满意与满意之和。

1.5 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计学软件进行数据处理; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 以 $\alpha = 0.05$ 为检验标准, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床指标比较 观察组患者的手术时间、术中出血量、术后引流量、住院治疗时间均明显少于对照组, 组间比较差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的治疗费用明显高于对照组, 组间比较差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

△ 通讯作者, E-mail: 2267366826@qq.com。

表 1 两组患者的手术时间、出血量、引流量、住院时间和治疗费用比较分析(±s)

组别	手术时间(min)	出血量(mL)	引流量(mL)	住院时间(d)	治疗费用(元)
观察组	76.89±13.58	23.25±3.19	29.05±10.12	4.56±0.57	6045.52±765.50
对照组	20.50±5.14	43.50±3.54	45.26±8.55	6.24±0.48	4130.45±825.65
<i>t</i>	2.645	5.450	2.659	9.402	7.300
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者并发症和复发情况比较 观察组患者术后 3 个月内并发咽部吞咽不适感的发生率及术后复发率均低于对照组,组间比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的并发症、复发情况比较(n)

组别	术后复发		术后咽部吞咽不适	
	有	无	有	无
观察组	2	68	4	50
对照组	2	52	10	60
χ^2	0.310		0.187	
<i>P</i>	>0.05		<0.05	

2.3 两组患者美容满意度比较 经模糊评分法评估两组患者的美容满意度,观察组为 94.28%,对照组为 55.56%,观察组美容满意度明显优于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者的美容满意度比较

组别	<i>n</i>	非常满意(<i>n</i>)	满意(<i>n</i>)	不满意(<i>n</i>)	满意度(%)
观察组	70	40	26	4	94.28
对照组	54	14	16	24	55.56

3 讨 论

甲状腺疾病在女性患者中十分常见,临床主要采用外科手术的方式治疗,传统的开放甲状腺切除手术可将手术视野充分暴露,但手术的切口大,对患者的颈部美观有一定影响,尤其是中青年女性难以接受,常会造成严重的心理创伤。故寻求一种美观、微创而安全有效的手术治疗方式成为临床治疗甲状腺良性疾病的重点工作。Gagner 于 1995 年提出甲状旁腺切除手术治疗方式,随后 Huscher 等于 1997 年获得腔镜甲状腺腺叶切除手术的成功治疗,二者均取得满意的治疗效果和美容效果,为临床中腔镜甲状腺手术的应用和推广奠定了良好的基础^[4-5]。

随着医疗技术的进步以及腔镜技术的日臻成熟,其在甲状腺切除治疗中的运用取得良好的效果,具有技术成熟、切口小、出血少、并发症少等特点,其主要治疗术式有胸壁入路、颈部入路和腋窝入路等方式,通常腔镜甲状腺切除手术的适应证为结节、囊肿、腺瘤等直接小于 6 cm,对于直径大于 6 cm 的囊性肿块可给予切开治疗^[6]。腔镜下甲状腺切除治疗采用超声刀进行,术中出血量和热损伤较少,与开放手术治疗比较具有明显优势,但要求手术操作者掌握熟练的操作技能。

腔镜下甲状腺切除手术的治疗除了会发生喉上神经、出血、喉返神经等常见并发症外,还会出现高碳酸血症、皮下气肿、淤斑、胸壁皮肤红肿等特有并发症,为此在手术过程中应注

意以下几点:首先,应将二氧化碳气腹压力控制在 6~8 mm Hg 以内,术后尽量将颈前胸壁的二氧化碳气体排尽,尽量将手术时间缩短^[7];其次,应熟练掌握解剖层次的技巧,术后及时放置引流,并针对性的做好加压包扎;第三,术中应尽量保留背侧甲状腺组织,对于贴近喉返神经且肿块较大者可将其解剖,但分离神经的时间不能过长,尽量避免长时间使用超声刀,操作中尽量远离喉返神经。

在本研究中,观察组患者的手术时间、出血量和住院时间均明显少于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),且其美容效果良好,美容满意度明显优于对照组, P 组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),可有效的满足年轻患者的美容需求,可见其临床价值,值得临床关注和推广。

参考文献

[1] 靳小建,卢榜裕,蔡小勇,等. 乳晕入路腔镜甲状腺手术与开放手术的对比研究[J]. 中国内镜杂志,2007,13(1):9-12.

[2] 高力,胡莹,宋春轶,等. 采用系列新技术实施 Miccoli 术式内镜甲状腺手术-600 例经验回顾[C]//2005 年浙江省肿瘤外科学术会议论文汇编. 西安:西安电子科技大学出版社,2005:106-107.

[3] Pedersen IB,Knudsen N,Perrild H,et al. TSH-receptor antibody measurement for differentiation of hyperthyroidism into Graves' disease and multinodular toxic goitre;a comparison of two competitive binding assays[J]. Clin Endocrinol (Oxf),2001,55(3):381-390.

[4] 陈世彩,郑宏良,周水森,等. 甲状腺手术解剖喉返神经对其损伤的预防作用[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(18):831-833.

[5] Rubino F,Pamoukian VN,Zhu JF,et al. Endoscopic endocrine neck surgery with Carbon dioxide insufflation;the effect on intracranial pressure in a large animal model[J]. Surgery,2000,128(6):1035-1042.

[6] 刘宝国,刘松龄,陈荣,等. 甲状腺近全切除术切口双侧侧下方流切口的临床应用[C]//第四届中国肿瘤学术大会暨第五届海峡两岸肿瘤学术会议论文集. 西安:西安电子科技大学出版社,2006:116-117.

[7] Takamura Y,Nakano K,Uruno T,et al. Changes in serum TSH receptor antibody (TRAb) values in patients with Graves' disease after total or subtotal thyroidectomy[J]. Endocr J,2003,50(5):595-601.