全乳晕入路与胸乳入路腔镜双侧甲状腺手术的比较

戴晓江, 吴良平, 赵为国, 唐新智, 张玉新 (广州军区广州总医院普通外科, 广东 广州 510010)

[摘 要] **目的** 比较全乳晕入路与胸乳入路腔镜双侧甲状腺手术的临床效果。**方法** 57 例双侧甲状腺病变患者分别采用全乳晕入路(21 例)与胸乳入路(36 例)行腔镜下双侧甲状腺手术,比较两种入路手术的临床治疗效果。**结果** 全乳晕入路与胸乳入路腔镜下双侧甲状腺手术在手术时间、术后住院时间、术中出血量、术后第一天引流量之间无显著差异($P>0.05$),但是全乳晕入路美容效果优于胸乳入路。**结论** 全乳晕入路腔镜甲状腺手术安全可行,有近乎完美的美容效果,但是开展初期宜慎重。

[关键词] 全乳晕入路;胸乳入路;腔镜;甲状腺手术

[中图分类号] R653 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)03-0266-003

Comparasion between breast approach and areola of breast approach in endoscopic thyroidectomy

DAI Xiao-jiang, WU Liang-ping, ZHAO Wei-guo, TANG Xin-zhi, ZHANG Yu-xin (Department of General Surgery, General Hospital of Guangzhou Military Command, Guangzhou Guangdong 510010, China)

Abstract: Obective To compare the clinical efficacy of breast approach and areola of breast approach in endoscopic thyroidectomy. **Methods** Fifty-seven patients with bilateral nodular goiter were divided into areola of breast approach group ($n=21$) and breast approach group ($n=36$). The therapeutic efficacy was compared between the two groups. **Results** There was no significant difference in operating time, postoperative hospital duration, intraoperative blood loss and postoperative drainage volume at the first day between the two groups ($P>0.05$), but better cosmetic outcomes were achieved in areola of breast approach group. **Conclusion** Endoscopic thyroidectomy through areola of breast approach is safe and feasible and approximately perfect cosmetic outcomes can be achieved, however, more attention should be paid at the initial stage.

Keywords: areola of breasts approach; breast approach; endoscopy; thyroidectomy

传统的甲状腺手术往往因为留下难看的疤痕而被淘汰,腔镜技术的不断发展为患者在治疗疾病的同时兼顾美容提供可能。1997 年 Hussher[1] 等完成首例腔镜甲状腺腺叶切除术,良好的美容效果得到多数外科医生及患者的认可,与此同时外科医生在不断探索新的手术入路以达到更好的微创及美容效果。我院于 2008 年 10 月起开始尝试全乳晕入路的腔镜双侧甲状腺手术,并与同期胸乳入路的同类手术进行比较研究,为临床治疗选择提供依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008 年 10 月至 2009 年 8 月我院共完成腔镜下双侧甲状腺手术 57 例,其中 47 为结节性甲状腺肿患者,7 例为结节性甲状腺肿伴有甲状腺腺瘤,肿块直径(1.8 ± 0.58) cm。21 例采用全乳晕入路,其中男 5 例,女 16 例;另 36 例采用胸乳入路,男 11 例,女 25 例,两组患者一般资料无统计学差异,具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 全乳晕入路手术 气管插管全麻,截石位,颈肩部略垫高使颈部过伸。在右乳晕 11 点、4 点、左乳晕 11 点处,沿乳晕边缘分别作 5 mm、10 mm、5 mm 弧形切口,达深筋膜浅层,专用注水针由右乳晕 4 点处穿刺至胸骨切迹下胸壁注入膨胀液(肾上腺素 1 mg 加生理盐水 500 mL),甲状腺剥离棒分离皮下疏松结缔组织,建立初始皮下空间。置入 10 mm 套管针,建立气腔,压力 6 ~ 8 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),腔镜直视下左右乳晕分别置入 5 mm 套管针作为主副操作孔,与观察孔会师于初始空间。使用超声刀在颈阔肌深面分离上至甲状软骨下缘,两侧至胸锁乳突肌外侧缘,建立皮下手术空间,切开颈白线,沿甲状腺外科背膜深面游离双侧颈前肌群,4 号丝线经皮缝合悬吊后显露甲状腺,在甲状腺后背膜前使用超声刀行双侧甲状腺手术,置入标本袋,由观察孔套管针取出标本,检查创面无明显出血后,3-0 可吸收线"8"字缝合颈白线,分别于甲状腺残面及胸壁皮下留置硅胶引流管各 1 根由双侧乳晕 5 mm 切口引出,缝线固定,排出气腔内二氧化碳后拔除套管针,5-0 可吸收线皮内缝合切口。胸壁予纱垫加压包扎。

1.2.2 胸乳入路手术 于胸骨旁约 3 cm 处作 10 mm 切口,由此注入膨胀液,甲状腺剥离棒分离皮下疏松结缔组织,建立初始皮下空间,置入套管针作为观察孔并建立气腔,压力 6 ~ 8 mmHg,腔镜直视下右乳晕 1 点、左乳晕 11 点分别置入 5 mm 套

[作者简介] 戴晓江(1976 -),男,江苏省无锡市人,讲师,硕士,主要从事微创外科及内分泌外科方面的研究。电话:(020) 36653382, E-mail: xiaojiangdai1976@yahoo.com.cn

[通讯作者] 张玉新,电话(020) 36653547, E-mail: zhangyuxin-53825@163.com

[收稿日期] 2010-12-11 [修回日期] 2011-01-08

管针分别作为主副操作孔,其余操作同全乳晕入路手术组。

2 结果

两组患者均在腔镜下顺利完成手术,两组手术情况比较,$P>0.05$无显著差异,见表 1。术后随访 3 ~ 12 个月,无结节残留及术后复发。胸乳入路手术组术中冰冻发现乳头状癌 3 例,改行双侧甲状腺全切除术。胸乳入路手术组术后出现胸前壁皮下淤血 2 例, 2 ~ 3 周后消退吸收;1 例患者术后暂时性声音嘶哑,术后 3 个月恢复正常。全乳晕入路手术组术后出血 1 例,再次手术发现为穿刺孔处胸前肌群出血,予以超声刀止血;1 例患者术后暂时性声音嘶哑,术后 1 个月恢复正常;皮下淤血 1 例,术后 2 周消退。两组患者均无甲状旁腺及喉上神经损伤。57 例患者均有不同程度局部皮肤麻木感及肿胀感,术后 1 ~ 3 个月消失。

表 1 两组手术情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数(n)	手术时间(min)	术中出血(mL)	住院时间(d)	术后第 1 天引流量(mL)		
					甲状腺残面	胸前壁	总量
全乳晕入路组	21	123.50 ± 31.54	55.00 ± 42.01	4.3 ± 0.9	23.80 ± 10.24	71.00 ± 19.34	94.80 ± 24.11
胸乳入路组	36	121.10 ± 29.37 *	53.06 ± 43.54 *	4.1 ± 1.0 *	22.90 ± 11.36 *	69.00 ± 15.25 *	92.20 ± 19.94 *

*:与全乳晕入路组比较,$P>0.05$

3 讨论

腔镜甲状腺手术主要入路包括颈部入路、胸骨切迹入路、锁骨下入路、腋窝入路、胸腋入路、胸乳入路及全乳晕入路。其中,颈部入路及胸骨切迹入路操作空间狭小,暴露较差,尤其是上极处理较困难,难以达到颈部无疤痕的目的;锁骨下入路与腋窝入路虽然切口隐蔽,但是操作较为复杂,对于对侧甲状腺及甲状腺峡部的处理明显受限,主要用于单侧甲状腺手术,致使其难以得到广泛应用;胸乳入路由 Ohgami[3] 最先报道,是目前使用最为广泛的腔镜甲状腺手术入路,但是由于胸骨区皮下组织较致密,术后容易出现疤痕增生或挛缩,疤痕疙瘩较为常见,有时甚至会出现痛痒感,对患者尤其是年轻女性的夏季穿着仍有一定影响,所以还是难以满足部分患者的美容要求[4-5]。而乳晕皮肤色素较深,皮下组织相对疏松,在其边缘作切口既隐蔽而且术后疤痕增生也不明显,因此全乳晕入路具有比胸乳入路更好的美容效果。

全乳晕入路的主要问题是右乳晕观察孔与辅助操作孔距离较近,术中镜头与分离钳之间容易发生碰撞而影响操作,从而导致手术时间延长。麦佩成[6] 等认为:由于乳房皮肤松弛,能顺应术中器械的移动牵拉,手术难度与胸乳入路无明显差别,对于右乳晕切口宜选择在 3 点及 9 点方向。我们的经验是:右乳晕切口选择在 11 点及 4 点方向,可以使镜头与抓钳之间的平行距离达到最大,与此同时,套管针关节头错开在两个平面,将会增加辅操作孔器械的活动范围,降低其与镜头之间发生碰撞的机会,更有利于手术操作。对于女性来说,乳晕相对较大,而且乳房皮肤顺应性较好,通过牵拉可以增加右乳晕套管针的间距,降低了操作的难度,而对于男性来说,乳晕一般偏小,乳房下组织较为致密坚韧,手术难度有所增加,而且由于男性患者对于胸部切口的美容要求原本低于女性,因此我们认为全乳晕入路更加适合于女性患者。对于手术时间,在我们开展全乳晕入路初期是长于胸乳入路,但随着操作技巧的熟练,后期病例与胸乳入路已无明显差别,总体手术时间两组间无统计学差异($P>0.05$)。

钝性分离皮下空间时需把握好层次,过深容易损伤乳腺组织、胸前肌群及乳房 Cooper 韧带造成术后出血或乳房变形,过浅则容易造成术后皮下淤血。本组在初期全乳晕手术组出现术后出血 1 例,再次手术发现为建立初始空间时分离过深导致胸前肌群出血,予以超声刀止血后顺利出院。目前国内多数医生术后仅在甲状腺残面放置 1 根引流管,我们除了甲状腺残面放置以外,皮下亦常规放置 1 根,术后统计皮下引流量实际上多于甲状腺残面。因此皮下引流管对于预防患者术后皮下积液及水肿有较好的价值,两组患者术后第 1 天总引流量之间无明显差异($P>0.05$)。

经过 10 余年的临床实践证明:腔镜甲状腺手术具有手术解剖精细、术中出血少、恢复快、住院时间短、颈部无疤痕等传统手术无法比拟的优点,随着技术的成熟及手术器械的不断改进,手术适应证不断扩展,手术入路也逐渐多元化。但是,手术入路的选择还是应该个体化,不能一味追求美容效果而牺牲治疗目的,甚至增加手术风险[7-8]。全乳晕入路在操作熟练后与胸乳入路在手术时间、住院时间及治疗效果之间没有显著差异,而且具有更佳的美容及心理微创效果,但是选择之前应该有熟练的胸乳入路手术技巧。

［参考文献］

[1] Huscher CS, Chiodini S, Napolitano C, et al. Endoscopic right thyroid lobectomy[J]. Surg Endosc, 1997, 11(8):877.

[2] Gagner M, Inabnet BW 3rd, Biertho L. Endoscopic thyroidectomy for solitary nodules[J]. Ann Chir, 2003, 128(10):696-701.

[3] Ohgami M, Ishii S, A risawa Y, et al. Searless endoscopic thyroidectomy:breast approach for better cosmesis[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2000,10(1):1-4.

[4] 王存川,胡友主,吴东波,等. 内镜甲状腺切除术 150 例[J]. 中华外科杂志,2004,42(11):675-677.

[5] 洪 昕,孟 镔,胡亚南,等. 改良式甲状腺大部切除术的应用与探讨[J]. 局解手术学杂志,2009,18(6):401.

[6] 麦沛成,邱建波,张雅媛. 全乳晕入路腔镜下甲状腺手术[J]. 中国微创外科杂志,2006,6(3):167-168.

[7] 杨 波,孙冬林,张 丰,等. 改良胸前壁入路腔镜手术治疗甲状腺疾病:附 66 例报告[J]. 中国普通外科杂志,2009,18(11):1142-1145.

[8] 马 冰,田 文,晋援朝,等. 经胸入路的腔镜下甲状腺切除术的临床应用[J]. 科技导报,27(20):32-35.

（编辑:周小林）

·个案与短篇·

妊娠合并肾绞痛的临床观察与护理体会

孙英姿,郎 琅 （第三军医大学西南医院全军泌尿外科研究所,重庆 400038）

［**关键词**］妊娠;肾绞痛;护理

［**中图分类号**］R691.4 ［**文献标识码**］B ［**文章编号**］1672-5042(2011)03-0268-01

尿路结石是泌尿系的常见疾病之一,妊娠期尿路结石致肾绞痛是妊娠妇女非临产急诊入院的最常见原因,不仅给孕妇造成痛苦,同时可诱发子宫收缩,导致早产和流产,危及胎儿生命[1]。由于这类病人的特殊性,在治疗期间确保孕妇和胎儿的安全,是护理工作的重点,也是难点。1999 年 1 月至 2008 年 10 月,我科对收治的 88 例妊娠合并尿路结石引发肾绞痛的患者进行了精心的护理,取得了满意的疗效,现将妊娠合并肾绞痛的临床观察与护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例 88 例,年龄 25~36 岁,平均(28.4±4.4)岁;初产妇 79 例,经产妇 9 例;孕期 7~36 周,平均(18.3±3.4)周。左侧肾绞痛 27 例,右侧 61 例。合并尿路刺激症状 39 例,肉眼血尿 17 例,镜下血尿 76 例。

1.2 护理方法

由于此类患者除了对剧烈疼痛非常紧张、恐惧之外,还担心疾病及治疗对胎儿造成不利影响,因此对此类患者进行耐心、专业的护理及心理疏导非常重要,给予患者有针对性的心理干预。注意关心和体贴患者,了解患者的情绪变化,对其进行心理疏导,提供人性化服务,详细讲解疾病知识。由于剧烈疼痛可诱发早产,出现不规则宫缩。护士要具备产科护理的基本技能。密切观察胎动、胎心以及有无不规则宫缩、阴道出血等早产征象。对出现不规则宫缩者,应积极处置给予保胎措施。对于反复发作肾绞痛,保守治疗效果欠佳的孕妇,可以采取双“J”管置入、经皮肾穿刺造瘘、手术等,其中双“J”管置入对孕妇及胎儿影响小,是较常采用的能暂时解除输尿管梗阻的治疗方法。这个过程中应注意围手术期患者的护理。

2 结果

所有患者均好转出院,5 例产妇在此次住院期间顺利产下婴儿。无患者投诉事件,患者满意度普遍较高。

3 讨论

肾绞痛往往起病急、疼痛剧烈,多反复发作。正确鉴别是肾绞痛还是子宫收缩引发的疼痛很重要。对于肾绞痛患者,热敷腰腹部可缓解阵发性痉挛性疼痛。指导患者放松和转移注意力的技巧,如听音乐、按摩、深呼吸、与亲属交谈等。常用药物包括解痉和止痛两类,解痉多用黄体酮、维拉帕米、山莨菪碱等。黄体酮可解除输尿管平滑肌痉挛,同时舒张子宫平滑肌,抑制子宫收缩,可避免流产和早产。必要时给与阿片类镇痛药物,如杜冷丁、吗啡。给予硫酸镁等抑制宫缩的药物,在使用硫酸镁过程中应注意查对剂量、观察有无不良反应,同时严格控制输液滴速,以免引起镁中毒。常规行泌尿系平片、肾盂静脉造影、CT 平扫等检查,这些检查对于泌尿系结石的诊断具有很高的敏感性,但 X 线可致胎儿畸形,故对妊娠期患者应慎重,同位素利尿肾图检查也不能采用。国内外的文献报道推荐妊娠期首选 B 超检查。对妊娠合并泌尿系结石诊断的敏感性达 90% 以上,本组病例中 B 超的检出率为 89.8%(79/88),与文献报道结论基本一致[2]。护士应向患者说明 B 超检查的安全性和必要性,打消患者的顾虑,并指导其做好憋尿等检查前准备。置入双 J 管术后要注意观察排尿情况。观察有无膀胱刺激症状、血尿加重、尿液返流、小便失禁等置管后并发症。

［**收稿日期**］2011-01-13 ［**修回日期**］2011-02-12

（下转第 271 页）