改良式甲状腺大部切除术的应用与探讨

The application and exploration of the improved subtotal thyroidectomy

洪 昕,孟 镔,胡亚南,杨学涛,邓丹东,夏金蓝 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 甲状腺大部切除;喉上神经;改良式手术
[中图分类号] R653;R581.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0401-01

甲状腺大部切除术为临床常用手术,但因甲状腺位于一个复杂的解剖区域,稍有不慎即可引起喉上神经和喉返神经的损伤,如何改进术式和预防喉上神经和喉返神经损伤一直是临床研究的重点。本文重点讨论如何避免喉上神经的损伤,将传统术式改进,即结扎甲状腺上动脉时保留极少部分甲状腺上极,再切除大部甲状腺腺体。现将具体改进方法报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组行甲状腺大部切除术56例,男12例,女44例。年龄27~48岁,平均34岁。其中原发性甲亢29例,高功能腺瘤14例,结节性甲状腺肿合并甲亢11例,疑恶变桥本氏病2例,肿块直径2~7 cm。

2.2 手术方法

手术采用颈丛神经阻滞麻醉、全身麻醉或局麻加针麻。胸骨颈静脉切迹上2横指平面,拉紧皮肤,沿皮纹作一弧形对称切口,至胸锁乳突肌内缘。颈前血管丰富,切口稍浅,以免损伤大血管。游离胸骨舌骨肌、肩胛舌骨肌等舌骨下肌群(必要时横断),显露甲状腺。游离甲状腺假被膜、甲状腺侧叶。结扎甲状腺上动脉,保留上极如小指尖大小的甲状腺腺体;远离甲状腺背侧,保护好甲状旁腺结扎甲状腺下动脉,楔形切除一侧甲状腺,保留半个拇指大小的腺体。同样方法处理另一侧。术中要仔细止血,靠近喉返神经处的出血点不能用电凝止血,可压迫止血,或看清神经的情况下结扎之,小的出血点可压迫后喷洒蛋白胶止血;甲状腺下动脉结扎时要远离甲状腺背面,防止损伤喉返神经。术毕检查手术野是否出血,温生理盐水冲洗,放置引流条或引流管。最后丝线间断缝合肌肉和皮下浅筋膜,皮内缝合皮肤。

2 结果

手术时间25~135 min,平均52 min;术中出血20~150 mL,平均70 mL,术后24 h失血量平均40 mL。随访47例,术后并发症发生情况:甲状腺功能低下2例,经甲状腺素替代治疗,半年后基本恢复;甲亢症状复发1例,经药物治疗后痊愈。

3 讨论

改良术式特点是在切除甲状腺过程中随着切面的逐渐增大,切缘周围的荷包缝线也在逐渐地收紧,从而对全部切面产生压迫作用。传统术式在切除甲状腺过程中突发出血而紧急甚至是盲目地使用止血钳钳夹止血,或者过多地丝线结扎缝合,造成喉返神经和喉上神经等常见并发症的发生[1]。改良术式较传统术式最大优势是在切除预定的肿大甲状腺时减少了手术中使用手术钳钳夹止血和丝线结扎缝合的频度。

喉上神经损伤主要是喉上神经内支损伤,使患者喉部粘膜感觉丧失,在饮水时出现误吸、呛咳等,但术后2~4周或经理疗多能自行缓解。传统甲状腺大部切除术极易造成喉上神经的损伤,据资料显示,传统手术法喉上神经的损伤率为6.13%[2]。因此如何远离甲状腺上动脉操作成了避免损伤喉上神经的关键。远离甲状腺上极结扎甲状腺上动脉或术中出血时慌乱钳夹组织盲目止血是喉上神经损伤的最常见原因。另外损伤原因还有:①术者对甲状腺解剖关系不熟以致术中分离不细致,大块结扎易将血管神经一并结扎;②过度牵拉、翻动甲状腺体也可造成神经钝性损伤;③腺体切除后,处理腺体残端时误缝误扎神经等。作者在结扎每侧甲状腺上动脉时保留极少部分甲状腺上极,切除大部甲状腺,保留半拇指大小的腺体,目的是为了不损伤喉上神经。此种方法不但避免损伤喉上神经,而且保留的残存甲状腺大小和传统手术保留的甲状腺腺体大小基本一样,手术的效果也和传统手术一致。

改良式甲状腺大部切除术具有切口小,创伤小,不切断颈前肌群及胸锁乳突肌,术后有利于功能恢复,减少了术后并发症的发生,避免了术后因大量渗血而造成的窒息等优点[3-4]。改良式甲状腺大部切除术切口采用了顺应皮肤纹理的小切口,行真皮内连续缝合法,术后切口仅为一线性疤痕,外观美观,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 许 华,张静潭. 改良甲状腺大部切除术在甲亢外科治疗中的应[J]. 医师进修杂志(外科版),2004,27(11):29-30.
[2] 李平生,朱 任. 甲状腺大部切除术并发症的预防[J]. 局解手术学杂志,2007,16(2):130.
[3] 李继军,唐纯军. 改良式甲状腺次全切除术45例体会[J]. 临床军医杂志,2002,30(1):53.
[4] 张光钊. 甲状腺大部分切除手术技巧[J]. 当代医学,2009,15(19):75.

(编辑:左艳芳)

[收稿日期] 2009-08-13 [修回日期] 2009-09-10