

• 学术争鸣 •

甲状腺手术后不置引流的技术探讨*

张海东¹ 龚单春¹ 张庆翔¹ 刘亚群¹ 于振坤¹

[摘要] 目的:探讨不伴颈清扫的甲状腺切除术后术腔不放置引流的可行性。方法:连续选取 2013-06—2014-06 期间我科不伴颈侧清扫的 88 例甲状腺切除病例,其中甲状腺腺叶切除术 42 例,甲状腺腺叶加对侧部分切除术 17 例,甲状腺全切术 29 例,进行回顾性分析。同时收集 2014-01—2014-06 期间来我院就诊的 15 例外院甲状腺手术患者,对术后切口的恢复进行对比。结果:4 例胸骨后甲状腺肿切除后出现少量术腔积液,余均未出现术后积液。术后切口的恢复与外院手术组比较,更符合美容原则。结论:对于不伴有选择性颈清扫的甲状腺切除手术,按解剖层次精细操作,术中配以电刀、双极电凝和超声刀的联合应用,彻底止血,这类手术术腔大部分是可不放置引流,同时能增加美容效果。

[关键词] 甲状腺切除术;引流

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2015.02.029

[中图分类号] R736.1 **[文献标志码]** A

Thyroid operation after the discussion on drainage technology

ZHANG Haidong GONG Danchun ZHANG Qingxiang LIU Yaqun YU Zhenkun

(Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Nanjing Tongren Hospital Affiliated to Medical College of Southeast University, Nanjing, 211100, China)

Corresponding author: YU Zhenkun, E-mail: yuzk@njtrh.org

Abstract Objective: To investigate the possibility of thyroidectomy / lobectomy without drainage after surgery. **Method:** Eighty-eight consecutive cases with thyroid mass have been underwent operations including: lobectomy group(42 cases), thyroid lobectomy with contralateral partial thyroidectomy group (17 cases) and total thyroidectomy group (29 cases) from 2013.06 to 2014.06 in Nanjing Tongren Hospital. Fifteen patients with thyroid operation in other hospital were collected from 2014.01 to 2014.06, the recovery of postoperative incision were compared. **Result:** Eighty-four cases were smoothly discharged from hospital except 4 thyroidectomy cases suffered from a small amount of effusion in surgical cavity. Our postoperative wound recovery were more in line with the principle of cosmetology compared with other hospital operation group. **Conclusion:** Drainage following thyroidectomy is not essential, if the thyroid surgery is meticulous in each step of the surgery, and can increase the effect of beauty.

Key words thyroidectomy; drainage

甲状腺癌的发病率世界范围内逐渐增高^[1],甲状腺手术作为甲状腺癌的最主要治疗方式也日渐精细。常规甲状腺手术行颈部切口,术毕关闭术腔,行术腔引流以防术后渗液、出血。甲状腺癌手术效果好,患者生存率高,可长期生存并回归社会,切口的美观非常重要。因此派生的内镜甲状腺美容手术甚至机器人甲状腺手术充分说明了这一点。如何减轻甲状腺术后颈前瘢痕,切口的选择及美容处理十分重要,术后引流放置因素也是重点考虑的问题之一。本文重点探讨甲状腺术后不放置引流的可行性。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2013-06—2014-06 期间我科所做的甲状

腺切除病例 88 例,其中男 20 例,女 68 例;年龄 9~78 岁,平均 48.4 岁。甲状腺腺叶切除 42 例,甲状腺腺叶加对侧部分切除 17 例,甲状腺全切术 29 例。术后病理证实甲状腺腺瘤 30 例;结节性甲状腺肿 35 例,其中伴有桥本甲状腺炎 5 例,胸骨后甲状腺肿 4 例;甲状腺乳头状癌 23 例,其中伴有桥本甲状腺炎 2 例。同时收集 2014-01—2014-06 期间来我院就诊的外院甲状腺手术患者 15 例,全切 5 例,腺叶切除或部分切除 10 例,均术后 6~20 个月放置引流。

1.2 术式选择

所有病例均甲状腺高分辨率超声证实。根据甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南^[2-3],对于甲状腺单侧结节,行甲状腺腺叶切除术;对于甲状腺双侧多发结节,行甲状腺腺叶加对侧部分切除术或甲状腺全切术:①对于双侧单发结节,可疑癌变侧行腺叶切除,术中送快速病理,若为恶性,对侧腺叶切除,若为良性,对侧行包括肿物在内的部分切

* 基金项目:国家临床重点专科建设单位支持项目(2010),江苏省临床重点专科建设单位支持项目(2013)

¹ 东南大学医学院附属南京同仁医院耳鼻咽喉-头颈外科(南京,211100)

通信作者:于振坤, E-mail: yuzk@njtrh.org

除;②对于一侧单发结节,对侧多发结节的病例,多发结节侧行甲状腺腺叶切除,送快速病理,若其中的一个结节提示为恶性,对侧行腺叶切除,若结节均为良性,单发结节侧行包括结节在内的部分切除,并再次送快速病理,若为良性,手术结束,若为恶性,剩余部分一并切除;③对于双侧多发结节,行甲状腺全切术。对于快速病理证实为恶性的结节,根据结节的 TNM 分级及诊治指南^[2]需要行选择性颈侧清扫(Ⅱ~Ⅴ区)的病例一律排除。

1.3 手术步骤

患者自然坐位状态下,沿第二颈纹划线(图 1),静脉复合麻醉满意后,肩下垫枕,充分暴露颈部,15 号球刀片沿划线处做长 4~5 cm 横行切口,针式电刀切开皮下组织,沿颈浅筋膜与颈深筋膜浅层即颈阔肌的深面上下翻皮瓣,上至甲状软骨水平,下至胸锁关节水平。沿颈白线分离胸骨舌骨肌,在其外侧分离胸骨甲状肌暴露甲状腺,不常规切断带状肌(图 2),在甲状腺拉钩的帮助下暴露甲状腺。在暴露甲状腺后应用甲状腺被膜解剖技术沿甲状腺真假被膜之间精细操作——无损伤镊子将甲状腺假被膜提起,甲状腺直角钳(中型直角钳)沿真被膜表面插入撑开提起的假被膜,双极电凝或超声刀沿直角钳的两齿之间烧灼止血,组织剪沿烧灼处中间剪开^[4](图 3~5),按先外侧再上极后下极的顺序完成甲状腺腺叶切除,上下甲状旁腺、喉

返神经均保护完好。术中对较大血管如甲状腺上血管、甲状腺中静脉等进行稳妥的结扎止血。甲状腺腺叶移除后,盐水冲洗术野,仔细双极电凝止血。再进行术野盐水盥洗,保持盐水于术野内,嘱麻醉医生膨胀肺部,观察有无细小出血(图 6)。如无,术腔内填塞可吸收的纤维止血材料一块(图 7),切口采用 3 层缝合法,即肌层和真皮层分别采用 0 号丝线和 6-0 可吸收线间断内翻缝合,皮肤采用 7-0 丝线间断缝合(图 8),局部敷料覆盖,结束手术。

2 结果

术中、术后均禁用抗生素,术后第 2 天局部换药去除敷料,将切口敞开,5~7 d 后切口甲级愈合拆线出院。术后 4 例胸骨后甲状腺肿患者均出现术腔内少量积液,给予局部穿刺抽吸 2~3 次后积液消失。无 1 例出现术后出血。所有病例随访 1~12 个月,刀口愈合良好(图 9~12)。术后切口的恢复与外院手术组比较,更符合美容原则。

3 讨论

甲状腺部分切除或全切术后颈前常规放置引流是被大多数外科医生所接受的传统观念,因为甲状腺血运丰富,血管解剖变异常见,术中操作空间狭小,结扎止血困难等。放置引流的目的:①排出术腔内的渗液,降低感染几率(需要应用抗生素);②在出现术后出血时及时将血液引流出,避免形成

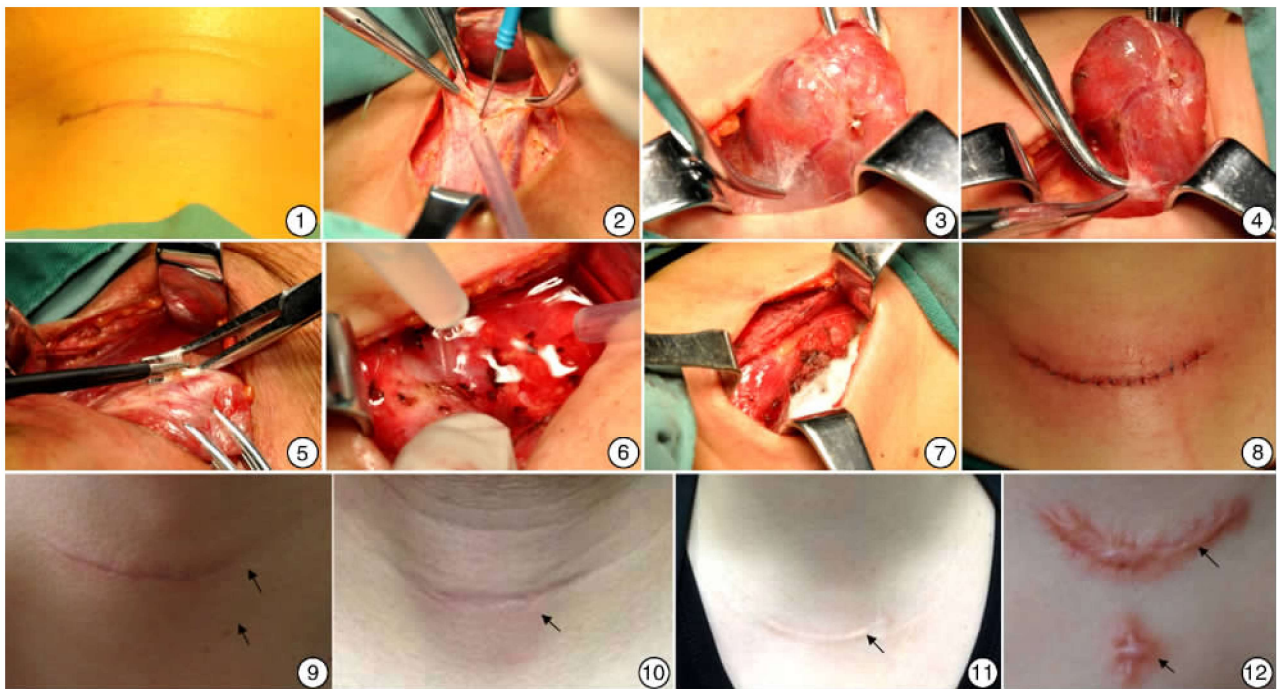


图 1 沿第二颈纹划线; 图 2 沿颈白线分离颈前带状肌; 图 3 被膜解剖技术分离甲状腺 1; 图 4 被膜解剖技术分离甲状腺 2; 图 5 被膜解剖技术分离甲状腺 3; 图 6 生理盐水冲洗术腔; 图 7 术腔填塞可吸收止血材料; 图 8 切口缝合; 图 9 本院术后 3 个月切口; 图 10 本院术后 12 个月切口; 图 11 外院术后 12 个月切口; 图 12 外院术后 15 个月切口

血肿,造成患者窒息风险,同时给进一步的处理留出缓冲时间,具有一定的安全性;③通过引流管内引流液的颜色和引流量的多少,来判断术腔内是否有出血并及时处理。但是其缺点也是很明显:①增加感染几率,甲状腺切口为Ⅰ类切口,按抗生素应用原则Ⅰ类切口是不能应用抗生素的,放置引流而不应用抗生素必然会增加感染几率;②增加颈部瘢痕,与美容原则相悖,通过与外院行甲状腺手术而放置引流的病例术后切口进行比较,不放置引流的病例美容效果更好。尽管低位切口由于衣服的遮挡也能起到一定的美容效果,部分患者颈前瘢痕也较轻微,但对于大部分女性来说由于乳腺的牵拉仍然会形成较重的瘢痕,尤其是瘢痕体质的患者会更明显(图 12)。据文献报道甲状腺术后出血几率在 0.36%~4.30%^[5],发生术后血肿的时间为术后 5 min~5 d,但多数血肿发生在术后 6 h 内^[6]。常见部位是喉返神经入喉处与神经伴行的小血管出血以及甲状腺上血管结扎处脱落。出血及较多术腔渗液的原因除了和甲状腺本身的特点有关外,还与术者的操作熟练程度有关,如术中止血不彻底、解剖层次不清晰、手术时间过长等。

我们在行甲状腺切除时,进行了部分改良:①充分考虑甲状腺的特点和人“立位”的社会属性,故选择切口划线是选择患者清醒立位时沿颈部皮纹进行,以防手术摆位时切口的变化。②一般选择第二颈部皮纹,沿皮纹做长 4~5 cm 切口,比传统切口(胸骨上窝一横指)高,这样更能充分暴露甲状腺上极和甲状腺上血管,甲状腺上极血管暴露充分,就在术者直视视野内,处理甲状腺上极血管更从容、简单、稳妥。从而避免了低位切口甲状腺上极血管难以处理,结扎后易脱落的风险。③甲状腺手术是一规范化手术,医生培训和操作容易进行,我们将手术每一步自划线、切皮、皮瓣分离、颈中白线切开、胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌分离、甲状腺组织夹持、包膜分离、甲状腺中静脉结扎、甲状腺上极血管处理、甲状旁腺保护以及喉返神经解剖保护每一步进行精细化设计,手术整个过程充分利用电刀、双极电凝以及超声刀的切割止血功能,并在手术过程中不定期的进行生理盐水冲洗术野,始终使操作在一个无血的环境中进行。其中被膜解剖技术是精髓,按解剖层次无血操作是关键。完成甲状腺切除后,在盐水充满术野时要求麻醉师过度肺膨胀 3~5 次观察出血可疑处,尤其是与喉返神经伴行的小血管,对出血可疑处进行精细电凝止血。单侧腺叶的整个手术时间在 40~60 min,出血量 3~5 ml。术毕术野内放置可吸收止血纱布,防止出血,颈前带状肌 1-0 线缝合 2 针,颈阔肌内翻对位缝合,皮下 6-0 可吸收线对位内翻缝合,皮缘 7-0 间断缝合。刀口置一块纱布遮盖。

但是对于胸骨后甲状腺肿的患者,由于瘤体巨大(最大直径约 9 cm),切除后术腔较大,术后腔内积液较明显,若术后第 2 天局部换药时见术区肿胀,触之柔软又波动感,应给与及时穿刺抽吸,必要时加压包扎,以促进积液消退。

总之,甲状腺腺叶切除、甲状腺全切除术,只要应用被膜解剖技术按解剖层次精细操作,术中配以电刀、双极电凝和超声刀的联合应用,彻底止血,这组病例证实术腔可不置引流,并且是非常安全的。其优点:①在不应用抗生素的情况下降低感染几率;②患者恢复快,切口愈合平整,颈前瘢痕轻,3 个月后几乎无法辨认,符合美容原则,也是甲状腺手术术后不放置引流的重大意义所在。缺点为:①术腔渗液较多时需要穿刺抽吸;②一旦出现术后出血,出血量较多时需要重新打开切口探查止血。

甲状腺手术不放置引流的适应症:①未行颈侧清扫且手术术腔较小;②术中解剖层次清晰,出血量较少;③手术时间<3 h。所以即使严格按照甲状腺手术的精细化操作,也并非所有的甲状腺手术术腔均可不放置引流:①对于伴有颈侧清扫的病例术后一定要放置引流;②对于胸骨后甲状腺肿等病例术腔较大,术后建议放置引流;③对于术中解剖层次不清晰、出血较多、止血不彻底、手术时间较长的病例,术后建议放置引流。以免发生窒息、感染等风险。

(致谢:本文图片由摄影师丁奎拍摄整理,一并感谢。)

参考文献

- [1] JEMAL A, SIEGEL R, WARD E, et al. Cancer statistics, 2009[J]. CA Cancer J Clin. 2009, 59:225-249.
- [2] COOPER D S, DOHERTY G M, HAUGEN B R, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[J]. Thyroid, 2009, 19: 1167-1214.
- [3] 中华医学会内分泌学分会, 中华医学会外科学分会, 中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会等. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[J]. 中国肿瘤临床, 2012, 39(17):1249-1272.
- [4] ZIV G, SNEHAL G P. 甲状腺癌手术-Memorial Sloan-Kettering Cancer center 经验(一)[J]. 李平栋, 于振坤, 译. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 46(9):787-791.
- [5] LEE H S, LEE B J, KIM S W, et al. Patterns of Post-thyroidectomy Hemorrhage[J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2009, 2:72-77.
- [6] ZIV G, SNEHAL G P. 甲状腺癌手术-Memorial Sloan-Kettering Cancer center 经验(二)[J]. 李平栋, 于振坤, 译. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 46(10):877-880.

(收稿日期:2014-07-16)