

文章编号:1005-6947(2010)05-0590-03

· 临床报道 ·

腔镜甲状腺手术体会

靳小建, 卢榜裕, 蔡小勇, 陆文奇, 黄玉斌, 黄飞

(广西医科大学第一附属医院 微创外科中心, 广西南宁 530021)

摘要:目的 探讨腔镜甲状腺手术出现并发症的原因并进行分析。方法 回顾分析410例双乳晕径路腔镜甲状腺手术的临床资料。结果 除1例中转开放手术外,其他均在腔镜下顺利完成,手术时间(120.7±58.0)min,术后发生出血1例,喉返或喉上神经损伤并发症12例,低钙血症4例,皮下积液25例。结论 熟悉腔镜甲状腺手术的解剖和规范操作,腔镜甲状腺手术的并发症是可以预防的。

[中国普通外科杂志,2010,19(05):590-592]

关键词:甲状腺切除术/方法;胸乳入路;内窥镜;手术后并发症/预防与控制

中图分类号:R 653.2

文献标识码:B

随着腔镜技术的快速发展,双乳晕径路腔镜甲状腺手术得到广泛的认可和推广,但开展该手术时如何减少和控制其并发症仍需进一步探讨,我院2002年8月—2009年5月共开展该手术410例,本文就该手术并发症的发生原因及防治方法报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组腔镜甲状腺手术410例,其入选的标准详见^[1]。其中男78例,女332例,平均年龄45.6岁(17~68岁);术后病理诊断为甲状腺腺瘤156例,结节性甲状腺肿242例,甲状腺功能亢进5例,甲状腺癌3例,桥本氏甲状腺炎4例。

1.2 手术方法

手术方法按笔者报告方法实行^[1]。

1.3 统计学处理

采用SPSS11.0软件进行统计学处理。计量资料数据以均数±标准差表示。

2 结果

本组除1例因出血中转开放手术外,其余409例均在腔镜下顺利完成,手术时间(120.7±58.0)min,术后发生出血1例,二次用腔镜探查

止血,喉返或喉上神经损伤并发症12例,低钙血症4例,皮下积液25例,

3 讨论

Ohgami等^[2]开展第一例双乳晕径路腔镜甲状腺手术以来,随着该手术的推广,其并发症也逐渐引起广大学者的注意,如何减少其并发症,保证该手术在推广过程的安全性,是需要不断总结和再认识的过程,本文就我中心开展该手术出现的并发症的原因及其防治的体会总结如下:

3.1 出血

出血的原因有以下几种情况:(1)制作腔隙层次不对使肌肉血管损伤、颈前血管损伤。(2)超声刀使用不当致血管误伤。本组有1例术后出血,再次应用腔镜探查发现为胸肌血管穿支出血,考虑为制作手术空间时损伤该血管,后血痂脱落导致出血。因此,在手术过程中一定要注意解剖的层次,在胸壁深筋膜浅层无血管区制作腔隙,发现胸肌血管一定要避免损伤或损伤时可靠的止血。应充分显露腺体血管然后用超声刀切断,由于出血可来自颈部甲状腺残腔,亦可来自胸前壁皮下隧道及皮瓣的剥离创面。为了能准确有效止血,我们主张再次使用腔镜来探查止血。

3.2 喉上、喉返神经损伤

神经损伤是最常见的并发症,Miccoli P等^[3]认为这种并发症达2.7%,翟荣幸等^[4]报道为2.94%。我中心410例腔镜甲状腺手术共出现12例并发症,其中10例是喉返神经损伤,2例喉上神经损伤,神经损伤发生率为2.9%。出现该

收稿日期:2009-11-06; 修订日期:2010-04-19。

作者简介:靳小建,广西医科大学第一附属医院主治医师,主要从事微创肝胆外科及腺体外科方面的研究。

通讯作者:卢榜裕 E-mail:lubangyu@etang.com

并发症的原因:(1)术中切断、结扎或过度牵拉钳夹神经;(2)术后神经组织水肿或缺血;(3)术后血肿压迫、瘢痕压迫神经等;(4)超声刀热损伤。因此,为了防止出现这些并发症,我们认为要做到以下几点:(1)严格掌握适应证。肿瘤直径太大损伤神经几率成倍增加,尤其腺体背侧的巨大肿瘤,我们建议肿瘤直径应小于5 cm,这点对减少神经损伤非常重要。(2)正确使用超声刀。超声刀的功能刀头应朝向上,超声刀头和神经的安全距离至少5 mm以上。在甲状腺背面操作要钝性分离和锐性切割相结合,这样可将神经血管和腺体分开,避免损伤。(3)正确的操作技巧。运用甲状腺上翻技术,一定紧贴腺体进行操作,不常规刻意解剖神经。这种神经损伤一般为暂时性的,多在术后2~3 d内出现神经损伤的表现,给予激素和神经营养药,一般2个月内恢复,本组未发现永久性神经损伤。

David J等^[5](2007)术中应用神经检测,发现应用神经检测的神经损伤的发生率为4.3%(4/92),而未应用的神经损伤发生率为6%(5/84),也许是一种避免神经损伤的方法。

3.3 皮下积液,皮肤淤斑

这是比较常见的并发症,本组发生率为6%,而翟荣幸等^[4]报道早期其发生率为7.84%。其原因可能为:(1)腔隙的层次不正确,层次过浅^[6],在脂肪层分离导致脂肪液化;(2)制作腔隙的层次过浅导致皮肤灼伤;(3)术后拔管过早。因此,我们认为一定要在深筋膜浅层制造手术操作空间,而且空间创面的范围不必太大,空间形状如高脚酒杯状,两侧不必超过胸锁乳突肌外缘,这样可以减少术后皮下积液的发生。术后引流量小于10 mL才能拔除引流管。术后皮下积液可直接用注射器抽吸即可消失,但应注意防止感染。皮肤淤斑可局部理疗,不必特殊处理^[6]。

3.4 CO₂有关的并发症

主要有高碳酸血症、皮下气肿。Gagner等^[7]和Gottlieb等^[8]报道应用CO₂充气引起PaCO₂的升高、皮下气肿和严重的心动过速,他们所使用的CO₂压力是15~20 mmHg。Ochiai等^[9]和Ohgami等^[10]认为CO₂压力维持在6 mmHg仅出现轻微的皮下气肿,也没有高碳酸血症。研究表明:低压灌注(≤10 mmHg),PaCO₂轻度升高但无意义,也未发现明显的血流动力学改变和异常的颅内压增高。我们认为,灌注压力控制在6~8 mmHg,就能维持足够的手术操作空间,同时不会产生相关的

并发症。若出现这种情况可通过以下方法处理:(1)降低CO₂压力(<10 mmHg);(2)严重的酸中毒给予硷性药物;(3)加强通气,促进CO₂的排出。

3.5 气管和食道损伤

这种并发症很少见,原因为操作过深,视野不清而盲目切割,因此要认清镜下的解剖特点,紧贴甲状腺进行操作,出血时先压迫然后辩清楚出血点后止血。当甲状腺与周围的器官粘连而分离困难时,应及时中转,这样可以避免气管食道的损伤。

3.6 甲状旁腺损伤

原因为没有完全解剖分离甲状旁腺,将甲状旁腺和腺体一并切除;或者甲状旁腺血管损伤导致缺血引起。因此在腺体的背侧操作时应先钝性显露甲状旁腺,使甲状旁腺与甲状腺分开,然后紧贴甲状腺进行操作,出现低钙的给予补钙,本组有3例术后2~3个月恢复,有1例目前仍需要补钙。

3.7 颈胸皮肤发紧不适感

原因为:(1)缝合颈白线时颈前肌缝合过多;(2)创面粘连。因此其对策为:(1)缝合颈白线时尽量不缝合肌肉;(2)应用防粘连凝胶;(3)局部理疗。

3.8 甲状腺功能低下

主要原因为甲状腺全部切除或切除过多,因此要尽量保存正常的腺体组织,甲状腺功能亢进者要保留背侧腺体约拇指头大小。若出现这样的并发症需长期服用甲状腺片,根据甲状腺功能情况调整用量。

总之,为防止和减少腔镜乳晕径路甲状腺手术的并发症,熟悉镜下解剖特点、规范操作及正确的处理至关重要。

参考文献:

- [1] 靳小建,卢榜裕,蔡小勇,等.腔镜与开放甲状腺手术的对比研究[J].中国实用外科杂志,2007,27(3):229-231.
- [2] Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, et al. Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis [J]. Surg Laparosc Endosc, 2000,10(1):1-4.
- [3] Miccoli P, Rocco Bellantone, Michel Mourad, et al. Minimally Invasive Video-assisted Thyroidectomy: Multiinstitutional Experience [J]. World J Surg, 2002,26(8):972-975.
- [4] 翟荣幸,周坤,汪宏,等.乳晕入路腔镜甲状腺切除术治疗甲状腺良性病变的效果分析[J].中国普通外科杂志,2009,18(5):538-540.

文章编号:1005-6947(2010)05-0592-03

· 临床报道 ·

急性胆源性胰腺炎腹腔镜胆囊切除术的手术时机

易晓雷¹, 李旭辉¹, 苗雄鹰²

(1. 湖南省长沙市八医院 普通外科, 湖南 长沙 410100; 2. 中南大学湘雅二医院 普通外科, 湖南 长沙 410011)

摘要:目的 探讨急性胆源性胰腺炎(acute biliary pancreatitis, ABP)应用腹腔镜胆囊切除术(LC)治疗的可行性及手术时机。方法 回顾分析急性胆源性胰腺炎38例患者应用腹腔镜胆囊切除术治疗的临床资料。结果 38例患者均先经积极非手术保守治疗3~15 d,临床症状和体征基本消失,血、尿淀粉酶基本恢复正常后行LC术,无中转开腹,手术时间30~90 min,平均60 min,无严重并发症发生。38例术后随访6~56个月均无复发病例。结论 对于急性胆源性胰腺炎患者,在临床症状和体征基本消失,血、尿淀粉酶基本恢复正常后,实施LC是可行、有效的。

[中国普通外科杂志, 2010, 19(05): 592-594]

关键词:胰腺炎/外科学; 胆囊切除术, 腹腔镜; 手术时机

中图分类号: R 657.5

文献标识码: B

急性胆源性胰腺炎约占我国急性胰腺炎年发病人数的50%~70%^[1],对于胆石症的处理因胰腺炎的严重程度和是否伴有梗阻性黄疸和胆管炎而有所不同。非胆道梗阻性胆源性胰腺炎是否行早期确定性手术尚有争议。我院自2004年2月—2009年4月对急性胆源性胰腺炎38例行腹腔镜胆囊切除术治疗,取得满意的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

38例患者中,男25例,女13例;年龄22~68

(平均 45.0 ± 11.5)岁。入院前发病时间5~82 h,平均(16 ± 12.1)h,均为首次发病。所有患者均有上腹部疼痛、恶心、呕吐、腹胀等症状。发热21例,体温 $> 38^\circ\text{C}$ 17例,其中 $> 39.5^\circ\text{C}$ 6例。38例均有上腹部压痛,27例伴轻、中度上腹反跳痛、肌紧张,黄疸者10例,Murphy征(+) 13例。既往有胆石症病史者28例,合并高血压病9例。

1.2 辅助检查

血淀粉酶 $120 \sim 3\,600$ U/L,尿淀粉酶 $860 \sim 9\,600$ U/L;门冬氨酸氨基转移酶(AST) $30 \sim 310$ U/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT) $28 \sim 320$ U/L; 10例黄疸(26.3%); 14例血白细胞计数大于 $15 \times 10^9/\text{L}$; 18例血糖升高(47.4%)。影像学检查:所有患者均行B超确认胆囊结石。均行腹部

收稿日期:2009-12-14; 修订日期:2010-03-11。

作者简介:易晓雷,湖南省长沙市八医院副主任医师,主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通讯作者:易晓雷 E-mail: yixl70@163.com

[5] David J, Terris, Susan K, et al. Laryngeal Nerve Monitoring and Minimally Invasive Thyroid Surgery: Complementary Technologies [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2007, 133 (12): 1254-1257.

[6] 张翼, 李小荣, 陈道瑾, 等. 胸乳入路腔镜甲状腺手术的临床应用 [J]. 中国普通外科杂志, 2010, 19(1): 109-110.

[7] Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism [J]. Br J Surg, 1996, 83 (7): 875.

[8] Gottlieb A, Sprung J, Zheng XM, et al. Massive subcutane-

ous emphysema and severe hypercarbia in a patient during endoscopic transcervical parathyroidectomy using carbon dioxide insufflation [J]. Anesth Analg, 1997, 84 (5): 1154-1156.

[9] Ochiai R, Takeda J, Noguchi J, et al. Subcutaneous carbon dioxide insufflation does not cause hypercarbia during endoscopic thyroidectomy [pediatric anesthesia: case reports] [J]. Anesth Analg, 2000, 90(3): 760-763.

[10] Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, et al. Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis [J]. Surg Laparosc Endosc, 2000, 10(1): 1-4.