

山海提升模式下基层医院渐进式开展腋窝入路完全腔镜下甲状腺癌根治术的应用探索

李飞波 陈赢 蔡杰

甲状腺癌是临床上常见的恶性肿瘤,外科手术是其主要的治疗手段。无充气腋窝入路完全腔镜下甲状腺癌根治术是一种可行、安全、美观的手术术式,国内省市级各大医院都有推广开展。本次研究旨在探讨基层医院渐进式学习开展无充气腋窝入路完全腔镜下甲状腺癌根治术的应用探索,总结甲状腺外科医师对这种术式的逐渐熟悉掌握的经验,以期为该术式在基层医院的推广发展提供一定的参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2022年6月至2024年6月浙江普陀医院普外科手术治疗的25例单侧甲状腺癌患者,其中男性9例、女性16例;年龄19~46岁,平均 (35.40 ± 5.70) 岁。纳入标准包括:①单侧甲状腺结节,结节直径0.5~2 cm;②已在超声引导下甲状腺细针穿刺证实为恶性结节,或术中病理类型证实为甲状腺乳头状癌;③术前超声、CT排除颈部淋巴结转移、腺体外侵犯及远处转移可能;④中转开放手术除外。本次研究经医院伦理委员会审批通过,所有患者均已知晓同意参与本次研究。

1.2 方法 所有纳入患者的手术均由同一位主任医师主刀,拥有多年普外科腔镜手术基础以及常规入路甲状腺手术经验,在山海提升模式帮扶省级医院(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)甲状腺外科专科医师指导下开展新术式学习,过程分渐进式三个阶段:第一阶段经锁骨上非腔镜手术,开展病例为5例。手术方法:患者气管内插管全麻,取仰卧位并垫高肩部,颈部轻微后仰略转向对侧,手术部位消毒,取锁骨上2 cm平行皮纹切口4 cm(见封二图3A),逐层切开深筋膜显露患侧胸锁乳突肌,采用悬

吊拉钩将皮瓣悬吊(拉钩接负压吸引),直视下于胸锁乳突肌胸骨头与锁骨头间隙纵行打开,上至甲状软骨下缘,下至胸锁乳突肌胸骨头附着处。侧方显露肩胛舌骨肌,于颈内静脉与胸骨甲状肌外侧缘之间进行分离,下肌群达甲状腺包膜,暴露甲状腺。超声刀依次凝闭甲状腺中静脉及上下极血管,向上提起甲状腺,术中显露保护喉返神经(术中使用神经监护仪),识别原位保留甲状旁腺,在气管前靠对侧腺体离断峡部,切除腺叶及峡部,并行患侧VI区淋巴结清扫。止血并蒸馏水冲洗,放置引流管。术后给予常规治疗,引流管引流液小于20 mL即可拔除。第二阶段无充气锁骨下完全腔镜,开展病例为5例。手术方法:麻醉及体位同上,取锁骨下2~3 cm平行皮纹切口4 cm(见封二图3B),逐层切开深筋膜,采用悬吊拉钩将皮瓣悬吊(术中多次调整拉钩深度),利用腔镜器械完成上述手术步骤。第三阶段无充气腋窝入路完全腔镜下行甲状腺癌根治术,开展15例。手术方法:麻醉及体位同上,取腋下皮纹切口4 cm(见封二图3C),逐层切开深筋膜,采用悬吊拉钩将皮瓣悬吊(术中多次调整拉钩深度),利用腔镜器械完成上述手术步骤。

1.3 观察指标 观察三个阶段手术患者的手术时间、术中出血量、术后并发症(喉返神经损伤、喉上神经损伤、甲状旁腺功能低下、术后出血等)发生率。

2 结果

所有患者均顺利完成手术,无严重并发症发生。第一阶段:5例患者平均手术时间为 (86.24 ± 8.21) min,平均失血量 (14.85 ± 10.24) mL,引流管均在术后第2~3天取出。1例患者出现暂时性声音嘶哑。第二阶段:5例患者平均手术时间为 (93.81 ± 21.27) min,平均失血量 (14.06 ± 6.02) mL,引流管均在术后第2~4天拔除。5例患者均无明显并发症。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.012.023

作者单位:316100 浙江舟山,浙江普陀医院、浙江大学医学院附属邵逸夫医院普陀分院普外科

第三阶段:15例患者平均手术时间为 (105.25 ± 21.81) min,平均失血量 (19.38 ± 10.70) mL,引流管在术后第3~5天取出。3例患者出现暂时性声音嘶哑。在第5例后,手术时间明显缩短,基本稳定在95~105 min,平均 (101.15 ± 6.17) min,且出血量在10~22 mL,平均失血量 (15.02 ± 7.04) mL。

3 讨论

近20年来,随着腔镜设备及手术技术的提高,腔镜甲状腺手术获得长足发展,多种颈外入路的腔镜甲状腺手术被临床广泛运用,包括经胸乳入路、经口腔入路、经腋窝入路等,相对于传统的甲状腺手术采用颈白线入路术式,该术式造成的颈前皮纹切口尤其在瘢痕体质患者明显影响美观,其次手术区域的粘连导致部分患者术后的颈部紧缩感、吞咽牵拉感等,使患者的日常生活质量受到影响,并且不利于甲状腺的二次手术^[1,2]。无充气全腔镜甲状腺手术可以利用腔镜的放大作用及持续的负压吸引,保持术野的清晰,更好地保护喉返、喉上神经及甲状旁腺,腔镜甲状腺手术同时满足了患者的微创及美容需求。

基层医院对于腔镜甲状腺手术技术的熟练掌握,同样意义重大。基层医院患者较少,熟练掌握腔镜甲状腺技术学习曲线较长。2021年浙江省政府提出“山海工程”计划,由省级医院定向长期派驻专家在县级基层医院,通过下沉专家师徒带教,上台手把手教学操作规范及方法技巧,不仅做到腔镜甲状腺手术同质化、规范化,还创新了腔镜甲状腺手术的渐进式学习模式,缩短了学习周期。

根据基层医院现有设备和人员能力,先开展较易学习及掌握的锁骨上入路等手术方式,渐进性到锁骨下入路及经腋窝入路等手术方式并全面掌握。在患者的选择上,选择单发、无侧颈区淋巴结转移、体积小于2 cm的肿瘤患者,是考虑到以上单侧入路治疗甲状腺癌方面初学者可能会存在操作空间局限,导致无法彻底清扫颈部淋巴结,对侧术野显露困难,进而无法保证手术效果,当然但也有学者的研究已证实有经验的医师腔镜手术在侧颈淋巴清扫及对侧甲状腺切除甲状腺癌的手术治疗效能方面并不劣于传统开放甲状腺癌根治术^[3,4]。

本次研究设定学习过程分三个阶段,第一、二

阶段设计开展病例均为5例,同时考虑到手术医师有一定腹腔镜技术及颈前切口甲状腺手术基础,此阶段目的是为了了解掌握侧方入路解剖结构及腔镜甲状腺技巧。结果也证明了这一点,基本2~3例后手术比较熟练,手术时间明显缩短。第三阶段,在第5例后,手术时间明显缩短,手术时间及手术出血量与江春容等^[5]报道基本一致。在手术并发症方面,本次研究观察到经腋窝入路术后引流液较锁骨下及锁骨上入路偏多,考虑与路径长、手术创面的渗出等因素有关;个别病例出现暂时性轻度声音嘶哑,考虑与术中超声刀热损伤相关;无其他并发症。另外,在所有手术中应用了神经监护仪,后期使用了甲状旁腺检测仪,能够更多保护了神经及旁腺功能,减少手术并发症,保证了手术安全,这对初学者至关重要。

综上所述,基层医院开展无充气腋窝入路完全腔镜下甲状腺癌根治术,通过渐进式三阶段结合省级专家带教模式,能够较快的掌握这一新术式,并做到腔镜甲状腺手术同质化、规范化、精准化;同时能掌握锁骨上入路、锁骨下入路及经腋窝入路不同手术方式,个体化应用。虽然本次研究涉及的样本量较少,随访时间较短,但是提出的渐进式学习模式能为基层医院开展推广无充气腋窝入路完全腔镜下甲状腺癌根治术提供一定的参考价值。

参考文献

- 1 刘宇飞,张帆.胸乳入路腔镜甲状腺良性肿瘤切除的应用及疗效分析[J].中国普通外科杂志,2018,27(9):1206-1210.
- 2 唐国华,邱钧,项本宏,等.胸锁乳突肌内缘入路在单侧甲状腺手术中的应用[J].安徽医药,2017,21(5):904-906.
- 3 徐加杰,张李卓,张启弘,等.无充气经腋窝腔镜甲状腺手术的临床应用[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,55(10):913-920.
- 4 郑传铭,毛晓春,王佳峰,等.无充气腋窝入路完全腔镜下甲状腺癌根治术效果初步评价初期体会[J].中国肿瘤临床,2018,45(1):27-32.
- 5 江春容,李振华,张卫卫,等.无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术治疗甲状腺癌临床疗效的Meta分析[J].腹腔镜外科杂志,2023,28(12):881-888.

(收稿日期 2024-09-10)

(本文编辑 高金莲)