

## • 临床研究 •

# 低位小切口内窥镜下甲状舌管囊肿切除术 8 例

张 恒 何春霞 朱锦德 吕昕亮 涂朝勇

【摘要】目的 报告低位小切口内窥镜下甲状舌管囊肿切除术的手术方法。方法 对 8 例甲状舌管囊肿患儿于颈前胸骨上窝处取 2 cm 小切口径路,借助外悬吊技术,建立操作空间,在内窥镜引导下,以超声刀为主要操作器械,进行甲状舌管囊肿切除。结果 8 例均获得成功,随访 3 个月~2 年,无明显疤痕,无复发。结论 颈前低位切口内镜下甲状舌管囊肿切除手术安全、可靠,疗效满意。

【关键词】 囊肿/外科学;内窥镜检查;舌骨/外科学

传统甲状舌管囊肿切除术容易在颈前外露部位留下疤痕,影响美观。我院 2004 年~2006 年采用颈前低位小切口内窥镜下甲状舌管囊肿切除术治疗小儿甲状舌管囊肿 8 例,疗效满意,现报告如下。

术后均住院 2 d 出院,颈部切口美观,随访 3 个月~2 年,无明显疤痕,无复发。

## 讨 论

## 资料与方法

### 一、一般资料

本组 8 例,男 5 例,女 3 例,年龄 8 个月~4 岁,均以颈前包块为主要临床表现,临床诊断均为甲状舌骨囊肿,术前 B 超提示甲状舌管囊肿,ECT 排除甲状腺组织,术后病理证实为甲状舌管囊肿。

二、手术特殊器械准备 直径 5 mm 内窥镜,直径 5 mm 超声刀,吸引剥离器。

三、手术方法 手术在全麻下进行,病人取平卧头后仰位,在胸骨切迹上沿皮纹取中线对称 2 cm 横切口,皮下注射肾上腺素生理盐水后,用小圆刀切开至皮下层,电凝止血,直至打开颈阔肌,潜行向上分离皮瓣至囊肿上缘,纵向切开白线 2~4 cm,上提拉钩,插入内镜建立镜下术野,在舌骨中段紧靠舌骨离断上述肌群,退出超声刀,以骨剪切断舌骨中央部分,继续用超声刀和吸引剥离器追踪舌骨与舌根盲孔间管索状组织。轻轻提拉后,根部以套圈结扎,移去标本,缝合切口。

## 结 果

8 例均获成功,平均手术时间 1 h (0.8~1.5 h),术中出血约 3~5 ml,无 1 例中转为开放手术。

甲状舌骨囊肿多发于儿童,传统手术在颈部显露部位留下的手术疤痕,影响美观。如何把切口微小化一直是小儿外科医生探索的问题,鉴于成人外科小切口内镜下手术在甲状腺切除中的广泛应用,我们将这一技术应用在小儿甲状舌管囊肿切除术中。

### 一、病例筛选标准

病例选择标准:①经 B 超及 ECT 检查排除了甲状腺来源的疾病;②近 3 个月无囊肿感染病史;③肿块大小在 0.5~3 cm。有作者在甲状腺疾病时把囊性肿块的指征放宽到 6 cm<sup>[1]</sup>,随着该项技术的熟练掌握,可以逐渐放宽肿块大小的指征。

### 二、手术径路的选择

目前微创甲状腺切除主要有 2 类,1 类做颈部低位小切口,从小切口入路<sup>[2]</sup>。另 1 类从胸壁或腋窝入路<sup>[3]</sup>。本文选择颈部低位小切口,虽然颈部有疤痕,但是切口小,位置低,能最大程度达到美容的效果,因患儿颈部较短,该术式的手术路径短,能充分达到微创的目的,不用担心手术中转的问题。关于手术空间的维持,微创甲状腺切除主要包括 CO<sub>2</sub> 灌注法<sup>[4]</sup>和悬吊法<sup>[5]</sup>。本文选用悬吊法,效果满意,操作简单,不需要 CO<sub>2</sub> 充气,避免了高碳酸血症、皮下气肿、气体栓塞等并发症。

三、术中出血的控制和舌骨与舌根盲孔间管索状组织的剥除

运用预凝闭和切-吸-分交替配合的方法综合控制切开分离过程中的渗血,<sup>[6]</sup>。剥离吸引器具有

吸除创面渗血及超声刀水雾的作用,能保持视野清晰,本组囊肿周围粘连疏松,剥离吸引器能够起到较好的分离剥除组织的作用,节约了手术时间,能完全剥离囊肿,离断预切舌骨肌群后,以骨剪剪去舌骨中央部分,舌骨创面以电凝充分止血,冲洗术野后,继续向上追踪舌骨与舌根盲孔间管索状组织。

#### 参 考 文 献

- 1 王存川,陈,胡友主,等.内镜甲状腺切除术 150 例[J].中华外科杂志,2004,11:675-677.
- 2 Shimizu K,Tanaka S,Asian perspective on endoscopic thyroidectomy—a review of 193 case[J].Asian J Surg,2003,26:92-100.
- 3 Ohgami M,Ishii S,Arisawa Y,et al. Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis[J].Surg Laparosc Percutan Tech,2000,10(1):1.
- 4 Huscher CS,Chiodini S,Napolitano C,et al.Endoscopic right thyroid lobectomy[J].Surg Endosc,1997,11:877.
- 5 黄晓明,郑亿庆,许庚,等.无注气甲状腺内镜外科手术[J].中华耳鼻喉科杂志,2004,8:456-459.
- 6 高力,谢磊,李华,等.应用高频超声刀实施小切口无气腔室内镜下甲状腺手术[J].中华外科杂志,2003,10:733-737.

### ·病例报告·

## 髂骨 Ewing 肉瘤 1 例

刘仕哲 刘利君 彭明惺 唐学阳

儿童 Ewing 肉瘤发病率仅次于骨肉瘤,肿瘤多累及四肢管状骨,生长在扁骨的 Ewing 肿瘤较少见。我院近期收治髂骨 Ewing 肉瘤 1 例,现报道如下。

患儿,男,11 岁。因“左侧大腿持续性疼痛,伴高热 4 d”入院。体查: T 40℃,急性痛苦病容,消瘦,精神差。上腹平软,左下腹略丰满伴压痛,无反跳痛,肌张力稍高。左髂窝区局限性包块,约 9 cm × 12 cm 大小,移动性差,质硬,压痛。左髋关节活动受限,髋关节屈曲时明显疼痛,Thomas 征(+)。实验室检查:RBC 4.0 × 10<sup>9</sup>/L,血红蛋白 106 g/L, WBC 13 × 10<sup>9</sup>/L, N 0.73, L 0.17, 血沉 57 mm/h。乳酸脱氢酶 1357 IU/L, 羟丁酸脱氢酶 931 IU/L。癌胚抗原 2.27 ng/ml。B 超检查:左侧髂窝腹膜后及髂外血管外侧见 97 mm × 68 mm × 96 mm 弱回声团块,边界清楚,形态较规则,内部回声不均匀,可见多数不规则片状无回声区及团状强回声伴声影,团块内有实质性成分,见点状血流信号。CT 检查:左髂窝软组织肿块影,约 8.3 cm × 7.0 cm × 9.6 cm 大小,密度欠均匀,可见散在钙化灶,左髂肌显示不清,左髂骨有明显的骨质破坏。<sup>99m</sup>-TC 检查提示左侧髂骨有不

规则放射性核素异常增高病灶,提示原发性骨肿瘤。予手术探查,术中见左髂窝腹膜外有大量鲜红血液夹带陈旧性血凝块及鱼肉状肿瘤样组织涌出,行左髂窝肿瘤病灶清除术,见左髂骨明显破坏。病理检查及免疫组化检查诊断为左髂骨 Ewing 肉瘤。

**讨论** 1921 年 Ewing 第 1 次报道该肿瘤 Ewing 肉瘤,该肿瘤好发于 10 ~ 20 岁青少年,多发生于长骨的骨干及干垢端,股骨最常受累。局部疼痛,肿胀,发热是 Ewing 肉瘤的三特点。另外,也可出现体重下降,白细胞增加,血沉增加,贫血等。本例骨质破坏主要在髂骨,易误诊为嗜酸性肉芽肿合并血肿,但结合其起病急、有明显的全身表现和局部体征,应考虑 Ewing 肉瘤的可能。

现代治疗观点认为:对于生长在骨盆的尤文氏肿瘤,单纯手术切除效果不佳,需要结合手术、局部放疗及系统规范的化疗。主要化疗药物包括长春新碱、放线菌素 D、环磷酰胺、更生霉素。近些年来的研究表明,对于没有发生转移的 Ewing 肉瘤,加用异磷酰胺和依托泊苷可以提高生存率<sup>[1]</sup>。

#### 参 考 文 献

- 1 Ewing 氏肉瘤综合治疗分析[J]. Cancer Research and Clinic, 2001, 13(5):45.

作者单位:四川大学华西医院小儿外科(成都,610041)。

通讯作者:刘利君,E-mail:Li1964@126.com



除部分窦口周围囊肿壁,保留与眶骨膜及硬脑膜紧密的部分囊肿壁.结果:术后眼球突出、复视、视力下降、头痛及眶痛等症状均在3个月内逐渐消失.术后跟踪随访1 a,无鼻窦囊肿复发.结论:应用鼻内镜额窦口扩大术治疗侵犯眼眶的额窦黏液囊肿手术安全,有效.

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_lcxewkzz200701020.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200701020.aspx)

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: 86213738-8c20-4aff-93c6-9ed4010b7dee

下载时间: 2011年4月29日