

无充气经腋窝入路腔镜与传统开放患侧腺叶切除术治疗甲状腺单侧腺瘤的效果分析

杨 亮

中国人民解放军 92493 部队医院普外烧伤科 辽宁葫芦岛 125000

【摘要】目的 本实验比较无充气经腋窝入路腔镜与传统开放患侧腺叶切除术治疗甲状腺单侧腺瘤的成效。**方法** 选取 2022 年 3 月-2024 年 3 月我院收治的 70 例甲状腺单侧腺瘤患者作为研究对象,依据治疗方式不同,患者被分成观察组与对照组,每组 35 例。观察组采用无充气经腋窝入路腔镜手术,对照组采用传统开放患侧腺叶切除术手术,比较两组治疗效果。**结果** 同对照组对比,同对照组对比,观察组的手术用时与术后引流用时更长,术后引流量更多,术中出血量更少 ($P < 0.05$)。比较两组住院天数,无可比性 ($P > 0.05$)。观察组患者对切口的满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 采用无充气经腋窝入路腔镜手术治疗单侧甲状腺腺瘤,可以减少创伤,患者有较高满意度。

【关键词】 甲状腺单侧腺瘤; 无充气经腋窝入路腔镜手术; 传统开放患侧腺叶切除术; 效果
【中图分类号】 R736.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2095-9753 (2024) 08-025-02

观察组实施无充气经腋窝入路腔镜手术。患者维持仰卧姿势,甲状腺腺瘤是一种良性肿瘤,主要患病群体为女性。临床通常采用手术方式治疗此疾病,而传统手术会给患者带去较大创伤,并引起并发症。伴随腔镜技术的发展,腔镜手术被普遍用于治疗甲状腺疾病,因为腔镜手术不会造成过大创伤,瘢痕处也较隐蔽。本文比较无充气经腋窝入路腔镜与传统开放患侧腺叶切除术治疗甲状腺单侧腺瘤的成效。实验过程如下。**1 资料与方法** 1.1 一般资料 挑选 2022 年 3 月-2024 年 3 月我院收治的 70 例甲状腺单侧腺瘤患者参与实验,入选条件:诊断为甲状腺良性肿瘤,确诊为甲状腺腺瘤。排除标准:伴严重心脑血管疾病者;凝血功能障碍者。依据治疗方法不同,将患者分成观察组和对照组,每组 35 例。观察组男 12 例,女 23 例,年龄 26-63 岁,平均年 (44.5 ± 4.2) 岁。对照组男 10 例,女 25 例,年龄 25-65 岁,平均 (45.2 ± 4.4) 岁。两组一般资料进行比较,没有较大区别 ($P > 0.05$)。1.2 方法

对照组实施传统开放患侧腺叶切除术手术。实施全身麻醉,常规消毒、铺巾。患者保持仰卧姿势。于胸骨上窝一横指位置,行切口,大小 4cm 左右。把皮肤、皮下组织、颈阔肌切开,把皮瓣分离,将中线切开,完全露出甲状腺,探查肿块,切除甲状腺腺叶。于气管前端,用超声刀把峡部割断,割断上极,将甲状腺峡部与上中下血管实现凝闭。应用超声刀,完全切除甲状腺腺叶。迅速开展病理检查,检查结果呈恶性者,清扫同侧中央区淋巴结。彻底止血后,置入引流管,分层缝合。

观察组实施无充气经腋窝入路腔镜手术。患者维持仰卧姿势,常规消毒、铺巾。通过患侧腋窝皱襞位置,行主切口,大小 4cm,切口腹侧行切口,尺寸 5mm,置入 5mm Trocar。于直视下,顺着胸大肌表面,将皮瓣分离,设立腔隙。于腔镜下,通过超声刀进一步分离皮瓣,越过锁骨,在颈阔肌深面处,把胸锁乳突肌胸骨头和锁骨头间隙分离开。于胸骨甲状肌外下端,切开患侧甲状腺外包膜,将拉钩悬吊,设置术腔,不需要充入 CO_2 ,充分暴露患侧甲状腺腺叶和峡部,对喉返神经与甲状腺旁腺组织进行保护。使用超声刀把峡部割断,凝闭并离断甲状腺上、下极血管与中静脉,切除整个患侧甲状腺腺叶。迅速开展病理检查,病理检查结果显示为恶性,清扫同侧中央区淋巴结。创面充分止血,冲洗术腔,置入引流管,分层缝合切口。

1.3 观察指标
比对两组围手术期指标,指标包括:手术用时、术中出血量、术后引流量、术后引流用时、住院天数。自制调查表,测评患者对切口的满意情况,分别从以下方面展开测评:切口隐蔽程度、切口瘢痕、切口疼痛感,各项分值为 0-10 分,分数越高说明更加满意^[1]。

1.4 统计学分析
运用 SPSS23.0 软件分析处理本实验中所获数据,计量资料采取 ($\bar{x} \pm s$) 形式表达,进行 t 检验,使用 (%) 形式描述计数资料,行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 说明差异较大。

2 结果
2.1 两组围手术期指标比较
同对照组对比,观察组的手术用时与术后引流用时更长,术后引流量更多,术中出血量更少 ($P < 0.05$)。比较两组住院天数,无可比性 ($P > 0.05$)。表 1。

表 1: 分析两组围手术期指标 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	手术用时 (min)	术中出血量 (mL)	术后引流量 (mL)	术后引流用时 (d)	住院天数 (d)
观察组	35	81.85±9.31	13.92±3.14	192.75±32.33	3.07±0.38	7.02±1.12
对照组	35	69.02±6.25	26.04±7.46	147.96±27.22	2.29±0.32	6.58±1.09
t		6.7690	8.8589	6.2698	9.2887	1.6656
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.1004

2.2 两组对切口满意情况 (下转第 27 页)

表 3: SaO₂ 改善情况对比 (%)

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	56	90.7±5.1	97.7±4.6
对照组	56	91.1±5.6	95.2±4.8
t		0.3952	2.8140
p		0.6935	0.0058

3 讨论

小儿哮喘是临床儿科的常见病、多发病，近年来，在社会环境恶化及人们生活方式改变等因素的作用影响下，造成小儿哮喘的发生率不断上升。哮喘患儿的发病原因复杂、多样，通常与遗传因素、环境因素、饮食习惯及气候因素等存有密切的关系。其疾病患儿发病后症状表现主要为反复的咳嗽、喘息、胸闷、呼吸困难等，且严重的情况下还易导致多种并发症，对于患儿的危害极大。

目前，在临床上对于哮喘患儿主要是给予止咳、平喘、抗炎及支气管扩张等治疗处理，以改善患儿的相关症状，对其病情进行缓解。雾化吸入是临床治疗其患儿常用的给药治疗方式，通过其方式给药治疗可将药物转化为极小微粒，并直接作用于呼吸道及肺部等，促进药物疗效的发挥，达到靶向用药的效果，而获取良好的疗效。

空气压缩泵雾化吸入是临床常用的雾化吸入治疗方法，其治疗中主要是将空气作为动力，通过低压泵对患儿用药治疗，对患儿应用治疗通常可对其病情进行有效的控制；但其治疗中存有噪音，易使患儿产生不良情绪，影响其治疗效果。

氧驱动雾化器为一种新型雾化吸入治疗装置，本研究

给予患儿氧驱动雾化吸入与空气压缩泵雾化吸入治疗对比显示，研究组的治疗疗效明显高于对照组 ($p < 0.05$)，且其症状缓解时间及 SaO₂ 改善情况也明显优于对照组 ($p < 0.05$)，表明应用氧驱动雾化吸入治疗的临床效果更佳。分析显示其治疗中是将氧气作为动力，并利用高速氧气流经毛细血管的负压，再通过接触小管吸出药物，同时与氧气流撞击形成微小雾滴喷出治疗，可使药效迅速发挥；且其能够减少对于患儿的刺激，并为一次性治疗设备，可降低治疗成本，防止交叉感染等，从而其应用价值更高。

综上所述，小儿哮喘的临床治疗中应用氧驱动雾化吸入治疗，可提高患儿的治疗效率，且还能对其预后恢复进行促进，临床效果显著。

参考文献：

[1] 岑惠玲. 氧驱动雾化吸入与空气压缩泵雾化吸入治疗小儿哮喘的临床疗效 [J]. 白求恩医学杂志, 2024, 22(2):124-126.

[2] 赵维笑, 周雪梅, 黄兰珍等. 氧驱动雾化吸入与空气压缩泵雾化吸入治疗小儿哮喘的比较 [J]. 大家健康 (中旬版), 2023, 17(1):9-10.

[3] 游勇. 小儿喘息性肺炎应用氧驱动雾化吸入与空气压缩泵雾化治疗的疗效差异性比较 [J]. 河北医药, 2022, 38(19):2908-2910, 2914.

[4] 郭绍萍. 氧驱动雾化吸入与空气压缩泵雾化吸入治疗小儿哮喘的疗效对比 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2023, 11(8):121, 123.

(上接第 24 页)

用的机制。

由本实验可以得出，淋巴细胞免疫治疗对不明原因复发性流产的成功率较高，而治疗后妊娠成功的关键可能是外周血 T 细胞水平的升高。

参考文献：

[1] 赵静, 巩晓芸, 胡泊, 等. 淋巴细胞主动免疫治疗

不明原因复发性流产 91 例临床研究 [J]. 新疆医科大学学报, 2021, 34(1):77-80.

[2] 张翠媛, 方玲, 郑玲芳. 主动免疫联合黄体酮治疗不明原因复发性流产 50 例 [J]. 中国药业, 2022, 21(23):38-38.

[3] 陈建玲. 380 例淋巴细胞主动免疫疗法治疗不明原因的复发性流产疗效观察 [J]. 生殖医学杂志, 2024, 24(6):457-460.

(上接第 25 页)

观察组患者对切口的满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。表 2。

表 2: 两组对切口的满意情况比较 [($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数	切口隐蔽程度	切口瘢痕	切口疼痛感
观察组	35	8.64±1.07	8.77±1.12	6.41±1.09
对照组	35	6.33±0.94	6.28±1.01	5.31±1.02
t		9.5953	9.7677	4.3593
P		0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

近些年以来，医院广泛应用高分辨率超声仪器用于健康体检，随之诊断甲状腺腺瘤的比率也跟着上升。对于满足手术指征的甲状腺腺瘤，临床通常采用手术方式进行治疗。

传统开放患侧腺叶切除术有着较高的安全度，操作流程简单，便捷，但是此术式也存在弊端：手术中需要离断颈阔肌，再行缝合，手术后很容易引起颈部不适，吞咽时还会有拉扯感，同时切口瘢痕位置明显，皮肤会出现不适感，也影响美观。

无充气经腋窝入路腔镜手术，有效借助腋下皮肤皱襞，不会有外露瘢痕。同时，经由腋下入路，可以对颈前区功能

加以保护，不使用 CO₂，不会影响患者循环系统与呼吸系统，减少发生并发症风险^[2]。采用机械拉钩设置术腔，手术中通过腔镜将皮瓣分离，有效控制术中出血量，确保良好手术视野，将病灶清除干净。

本实验，同对照组对比，同对照组对比，观察组的手术用时与术后引流用时更长，术后引流量更多，术中出血量更少 ($P < 0.05$)。比较两组住院天数，无可比性 ($P > 0.05$)。观察组患者对切口的满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。

综上，采用无充气经腋窝入路腔镜手术治疗单侧甲状腺腺瘤，效果良好。

参考文献：

[1] 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.

[2] 刘清. 无充气经腋窝入路腔镜与传统开放患侧腺叶切除术治疗甲状腺单侧腺瘤的效果及安全性比较研究 [J]. 河南外科学杂志, 2024, 30(3):70-72.