

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202524519

· 论著 ·

无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术空间体系构建的分析

王德超, 韩洋, 张志梅, 张玲染, 安新山

(衡水市第四人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 河北衡水 053000)

摘要: **目的** 探讨无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术空间体系构建的关键技术及临床效果,以期优化手术流程,缩短学习曲线,降低手术并发症的风险。**方法** 回顾性分析2018年8月—2023年1月在衡水市第四人民医院接受无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术的36例患者,详细记录其手术的临床数据、手术时间、并发症及美容效果。总结胸锁乳突肌间隙寻找的有效方法,并创新性地提出“5~8点钟定位法”用于喉返神经精准定位。**结果** 36例患者手术均顺利完成,无中转开放手术。手术时间60~235 min,平均手术时间159.4 min,平均出血量17.2 mL,术后住院时间5~7 d。术后并发症发生率13.9% (5/36),其中出现短暂性喉返神经损伤1例,声音低沉2例,皮下积液2例。美容满意度100.0%。病理结果显示36例患者中单侧甲状腺乳头状癌15例,甲状腺腺瘤出血囊性变10例,结节性甲状腺肿伴腺瘤增生11例。15例甲状腺乳头状癌患者随访6~12个月无复发、转移。**结论** 通过无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术空间体系构建,采用“5~8点钟定位法”显著提高了喉返神经的识别和保护效率,减少了神经损伤的风险。优化手术流程、降低并发症发生率,缩短学习曲线,为复杂腔镜手术提供了可推广的标准化技术框架。

关键词: 甲状腺肿瘤;无充气腋窝入路;腔镜甲状腺手术;空间体系;构建;5~8点钟定位法

中图分类号: R739.91

Thoughts on the construction of the space system in endoscopic thyroidectomy by gasless unilateral axillary approach

WANG Dechao, HAN Yang, ZHANG Zhimei, ZHANG Lingran, AN Xinshan

(Department of Otorhinolaryngology, the Fourth People's Hospital of Hengshui, Hengshui 053000, China)

Abstract: **Objective** To systematically explore the key techniques and clinical outcomes of constructing the spatial system for endoscopic thyroidectomy by gasless unilateral axillary approach (GUA), optimize the surgical procedure, shorten the learning curve, and reduce the risk of surgical complications. **Methods** A retrospective analysis was conducted on 36 patients who underwent gasless endoscopic thyroid surgery via the axillary approach at Hengshui Fourth People's Hospital between August 2018 and January 2023. Detailed records of clinical data, operative time, complications, and cosmetic outcomes were maintained. The study summarized effective methods for identifying the sternocleidomastoid muscle space and innovatively proposed the “5–8 o'clock positioning technique” for precise localization of the recurrent laryngeal nerve. **Results** All 36 surgeries were successfully completed without conversion to open surgery. The operative time ranged from 60 to 235 minutes, with an average of 159.4 minutes. The average blood loss was 17.2 mL, and the postoperative hospital stay was 5–7 days. Pathological results revealed: 15 cases of unilateral papillary thyroid carcinoma, 10 cases of thyroid adenoma with hemorrhagic cystic degeneration, and 11 cases of nodular goiter with adenomatous hyperplasia. The complication rate was 13.9% (1 case of transient recurrent laryngeal nerve injury, 2 cases of hoarseness, and 2 cases of subcutaneous effusion). The cosmetic satisfaction rate was 100%. Follow-up of 15 papillary thyroid carcinoma patients for 6–12 months showed no recurrence or metastasis. **Conclusions** This study investigated the construction of the spatial system in 36 cases of gasless transaxillary approach thyroid surgery. The use of the “5–8 o'clock positioning technique” significantly improved the identification and protection efficiency of the recurrent laryngeal nerve, reducing the risk of nerve injury. The optimization of the surgical procedure, reduction in complication rates, and shortening of the learning curve

基金项目:衡水市重点研发计划项目(2024014014Z);河北省医学科学研究课题(20250277)。

第一(通信)作者简介:王德超,男,主治医师。

provide a standardized technical framework that can be widely applied to complex endoscopic surgeries.

Keywords:Thyroid tumor; Gasless unilateral axillary approach; Endoscopic thyroidectomy; Space system; Construction; 5-8 o'clock positioning technique

随着诊断技术的不断进步与对甲状腺疾病认知的加深,越来越多的甲状腺结节被发现,其中甲状腺癌的比例也不断上升^[1-2]。甲状腺手术,特别是针对甲状腺癌的治疗,是治疗此类疾病的重要手段之一^[3]。尽管传统开放手术疗效确切,但术后颈部明显的瘢痕往往对患者的外貌和心理造成较大影响^[4]。因此,微创与美容效果的提升成为了甲状腺手术领域的重要发展方向。近年来,腔镜甲状腺手术凭借显著的微创和美容效果而受到广泛关注^[5]。其中,无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术作为新兴的微创手术方式,通过腋窝入路避免了颈部切口,提供了更佳的隐蔽性和美容效果^[6]。然而,这种手术方式操作复杂,技术难度大,学习曲线较长,并伴随一定手术风险和并发症^[7]。因此,构建有效手术空间、提升手术操作的标准化和安全性成为了该领域亟待解决的关键问题。本研究旨在系统总结甲状腺肿瘤患者采用无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术空间构建中的关键技巧及个人经验,以期优化手术流程的标准化,缩短学习曲线,加速技术掌握进程,并进一步降低手术并发症的发生。回顾性分析2018年8月—2023年1月在衡水市第四人民医院接受该手术的36例甲状腺肿瘤患者的临床资料,详细记录其手术的临床数据、手术时间、并发症及美容效果,旨在为临床实践提供有价值的参考与指导。现将学习体会及手术空间体系构建要点总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究共纳入36例甲状腺肿瘤患者,其中男6例,女30例;年龄22~45岁。纳入标准:①良性甲状腺肿瘤直径<6 cm;②分化型甲状腺癌直径<4 cm,无包膜外侵犯,未侵犯气管、喉、神经、食管等,≤3 cm的无包膜外侵的中央区或侧颈淋巴结转移;③患者有颈部不留瘢痕的美容要求。

排除标准:①患者存在或合并有甲状腺峡部病变、双侧甲状腺腺叶病变、胸骨后甲状腺肿、结节紧邻喉返神经入喉处、肿瘤原发灶外侵、肿瘤颈侧区或中央区淋巴结多发转移的病例;②有颈部、甲状腺、

乳房手术史或颈部放射史。

1.2 手术方法

手术操作参照无充气腋窝腔镜下甲状腺手术专家共识(2022版)^[8]。全麻成功后,患者取仰卧位,垫肩、患侧上肢外展70~90°,头向对侧倾斜15°,绘制体表标志线^[9](图1a),常规头颈及腋窝消毒铺巾,切口选择第一腋纹,自腋前线至腋中线,戳卡位置处于乳腺边缘,腋前线与乳腺边缘交点处,略高于胸大肌平面,且与切口保持适当距离,以避免形成“器械干涉现象”。超声刀切割模式:功率档3(峰值温度85℃),凝血模式:功率档5(峰值温度105℃)。切开皮肤、皮下组织,沿皮下胸大肌表面分离,避免进入腋窝,以防损伤腋动脉。注意保留胸大肌表面筋膜^[10],形成清晰视野(图1b),自胸锁乳突肌胸骨头与锁骨头之间的间隙进入(图1c),扩展此空间时需注意不能损伤头侧的颈外静脉、锁骨上皮神经^[11]。清扫肌间淋巴脂肪组织(图1d),注意保护颈前静脉水平段(图1e),其自此经过汇入锁骨上静脉或者颈外静脉。探及肩胛舌骨肌后进一步分离,先用超声刀非工作面打开肩胛舌骨肌外侧缘,游离松懈肩胛舌骨肌,以肩胛舌骨肌与胸骨甲状肌交角处为突破点,打开颈深筋膜浅层,紧贴胸骨甲状肌肌肉深面进行分离,避免进入“带状肌肌间隙”(图1f),以点带线,以线带面进而暴露甲状腺,游离上极甲状腺上动脉及上静脉血管,超声刀电离凝断,注意构建“防波堤”操作,仔细分离并保留上极甲状旁腺,凝断甲状腺中静脉(图1g)及甲状腺下动静脉。于气管食管沟采用“5~8点钟定位法”、寻找喉返神经,腔镜下气管抬高30°,以胸锁乳突肌锁骨头作为参考平面,喉返神经定位:左侧8点方向走行(图1h),右侧5点方向走行(图1i)。此处注意利用拉钩悬吊的张力牵拉抬起甲状腺(图1j),充分暴露喉返神经区域,确定找到喉返神经后采用精细分离钳分离喉返神经,从下极向上分离解剖至喉返神经入喉处,从喉返神经上面,沿气管向上分离至锁骨上窝,分离至气管前,上极采用传统的脱帽法保护上甲状旁腺,自上而下分离至喉返神经入喉处,仔细解剖并注意保护下极甲状旁腺。切除甲状腺腺叶及峡部术中冷冻病理检查,神经监测仪监测喉返神经

的神经信号有无减弱。中央区淋巴结清扫送常规病理检查,止血(图1k),冲洗术腔,置负压引流管1根,逐层关闭术腔,术毕。

1.3 统计学方法

本研究采用 SPSS 23.0 软件进行数据分析,手术时间与出血量采用 Pearson 相关性分析。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

36 例患者无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术均顺利完成,未出现中转开放手术的情况。手术时间为 60 ~ 235 min,平均 159.4 min;术中出血量 15 ~

30 mL,平均为 17.2 mL;术后住院时间为 5 ~ 7 d。病理结果显示:单侧甲状腺乳头状癌 15 例,甲状腺腺瘤出血囊性变 10 例,结节性甲状腺肿伴腺瘤增生 11 例。术后并发症发生率 13.9% (5/36),其中出现短暂性喉返神经损伤 1 例,声音低沉 2 例,皮下积液 2 例。美容满意度 100.0%。15 例甲状腺乳头状癌患者术后随访 6 ~ 12 个月无复发、转移。所有患者均未出现喉返神经及喉上神经不可逆损伤症状,无永久性甲状旁腺功能低下病例,详见表 1。术后复查见图 2。对手术时间、出血量进行 Pearson 相关性分析显示两者差异无统计学意义 ($r = 0.17$, $P > 0.05$),表明手术操作的稳定性较高。

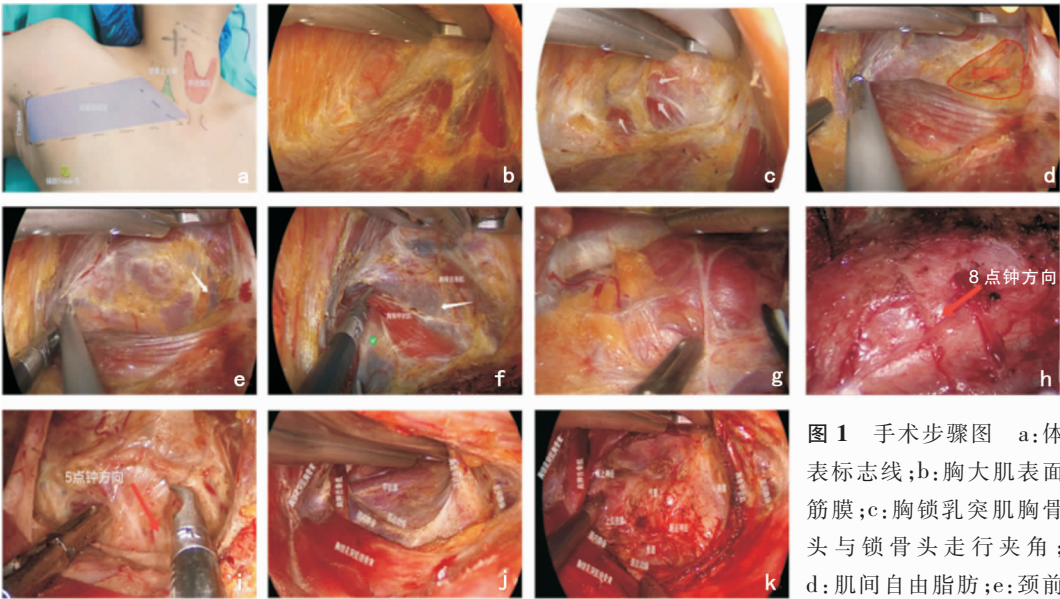


图 1 手术步骤图 a:体表标志线;b:胸大肌表面筋膜;c:胸锁乳突肌胸骨头与锁骨头走行夹角;d:肌间自由脂肪;e:颈前静脉水平段;f:重要解剖结构,白色箭头示带状肌间隙,绿色对钩示甲状腺间隙;g:甲状腺中静脉;h:左侧喉返神经 8 点钟方向;i:右侧喉返神经 5 点钟方向;j:腔隙构建完成后手术视野;k:甲状腺切除、中央区淋巴结清扫后术野

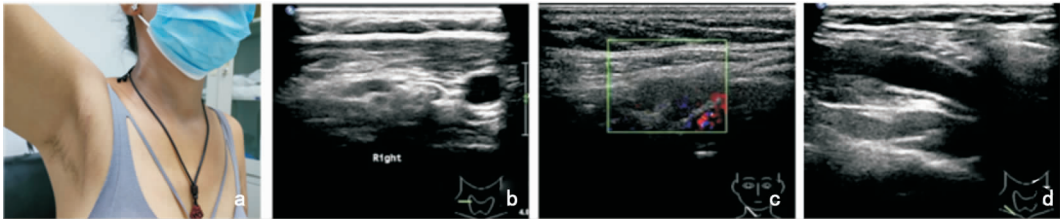


图 2 典型病例术后复查,术后 3 个月复查切口美容效果(a);术后 10 个月(b)、术后 16 个月(c)、术后 27 个月(d)复查甲状腺 B 超示甲状腺切除区域无肿瘤残留或复发迹象,中央区及颈侧区淋巴结未见异常肿大

表 1 不同甲状腺疾病患者术后并发症情况分析

项目	甲状腺乳头状癌	甲状腺腺瘤出血囊性变	结节性甲状腺肿伴腺瘤增生
并发症	短暂声嘶 1 例	短暂呛咳 2 例	皮下积液 2 例
原因	热传导损伤喉返神经	喉上神经损伤	引流不通畅
处理	营养神经、激素治疗	营养神经、激素治疗	低位抽液 + 加压包扎
转归	3 周内缓解	1 周内自行恢复	切口 9 d 愈合良好

3 讨论

本组患者平均手术时间为 159.4 min,与文献中报道的传统开放手术时间相比略长,但考虑到微创手术的精细操作,这一差异在可接受范围内^[7]。未观察到永久性喉返神经损伤、甲状旁腺功能低下、颈内静脉损伤等重大并发症。这表明无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术的安全性较高^[12]。

无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术具有多项显著优势^[12-18],主要优点如下:无论瘢痕类型如何,颈部甲状腺切除术后瘢痕都会影响甲状腺肿瘤患者的生活质量。无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术切口位于腋下,较为隐蔽,术后不留瘢痕,所有患者术后颈部美容效果高度满意,尤其是年轻女性。这显示出该手术方式在美容方面的优势。无需注入二氧化碳气体,避免了皮下气肿、高碳酸血症、气体栓塞风险。无充气建腔负压温控能及时降低手术空间温度,排出超声刀等能量器械产生的热量及烟雾,保持术野清晰,避免产生“温室效应”。利用腔镜放大作用和腔镜下精细化手术操作,结合神经探测技术更好地识别和保护喉返神经、喉上神经、甲状旁腺等重要结构,减少手术并发症^[16]。手术全部在颈部潜在间隙之内进行,肌肉不离断,术后无颈部吞咽联动的不适感、胸前紧缩感等。与现有文献中关于腔镜甲状腺手术的美容和功能优势的报道一致。然而,对于初学者而言,无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术存在一定的局限性:学习曲线较长,术者需熟悉解剖结构,否则易导致颈内静脉损伤出血进而手术中转开放、喉返神经损伤、甲状旁腺损伤及低钙性抽搐等并发症发生。

3.1 无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术的主要步骤

术前准备:选择合适患者,标记切口位置。切口与入路:腋窝切口,分离皮下组织,寻找肌肉间隙。空间构建:进入目标间隙,清扫肌肉间隙淋巴脂肪组织,构建三级空间。甲状腺暴露:保护颈内静脉,暴露甲状腺,处理甲状腺血管。神经定位与解剖:采用“5~8 点钟定位法”,精细解剖喉返神经。甲状腺切

除:切除腺叶及峡部,清扫中央区淋巴结。术腔处理:止血、冲洗,放置引流管,逐层关闭术腔。术后处理:管理引流管,定期随访,观察并发症。

3.2 根据术野寻找胸骨头与锁骨头肌肉间隙

以体表标线作为方向导航寻找锁骨上肌间隙。尽早用拉钩将间隙拉起,使其立体化。以胸大肌肌间沟作为解剖标志,由胸大肌胸骨部与锁骨部的肌腱形成,指向锁骨上小凹,正对胸锁乳突肌的目标间隙。以胸锁关节作为标志点,其为胸锁乳突肌胸骨头的止点,与锁骨形成一个锐角顶点,定位间隙。锁骨头与胸骨柄交界处形成一骨隆突,此隆突前为胸骨头肌腱止点,远中方向锁骨有一小凹陷,凹陷上方即为肌间隙。依据胸骨头和锁骨头肌肉的走行方向判断间隙,越靠近锁骨两者分开的角度越大,寻找间隙时应尽量靠近锁骨与胸锁关节。

3.3 根据“三推进法”^[11]归纳三级空间构建

一级:从腋窝切口至锁骨(头)水平;二级:胸锁乳突肌胸骨头-锁骨头肌间区;三级:胸骨甲状肌与甲状腺自然间隙。通过梯度式拉钩张力调整,腔隙容积逐步扩展进行手术空间体系构建,系统整合了无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术解剖学基础、力学及功能保护策略,将传统经验性技术转化为可量化的标准流程,为复杂腔镜手术提供了可推广的技术框架。

3.4 如何解剖显露甲状腺

自胸骨甲状肌表面用超声刀打开突破口,找到胸骨甲状肌的边缘,以点带线,以线带面紧贴胸骨甲状肌肌肉深面进行分离,避免进入“带状肌肌间隙”,游离胸骨甲状肌与甲状腺间隙,注意保护并下降颈内动、静脉,暴露甲状腺。

3.5 喉返神经定位

传统的喉返神经定位方法主要依赖术者的经验和术中探查,存在一定的盲目性和不确定性。基于手术实践和经验总结,本研究提出“5~8 点钟定位法”用于喉返神经的精准定位。具体方法如下:在腔镜下,将气管抬高 30°,以胸锁乳突肌锁骨头作为参考平面,左侧喉返神经位于 8 点钟方向,右侧喉返

神经位于5点钟方向,误差控制在 15° 以内。该方法通过精准定位,有效减少了因解剖变异带来的不确定性,显著提高了喉返神经的识别准确性。同时,结合腔镜技术的优势,术者能够在清晰的视野下进行精细分离,避免过度牵拉或误伤神经,实现精细化操作。这不仅提高了手术效率,缩短了手术时间,还进一步提升了神经保护的效果,降低了术后并发症的发生率。

3.6 甲状旁腺的保护策略

上位甲状旁腺位置相对固定,下位甲状旁腺位置变异较大,在中央区淋巴结清扫术中可能损伤甚至误切,会严重影响患者生活质量甚至生命^[19]。具体策略如下:在甲状腺被膜层面操作,识别甲状旁腺,采用解剖甲状腺下动脉的方法寻找保护下甲状旁腺,类似“顺藤摸瓜”的方法,并采用顺行和逆行相结合的方法保护完整血供^[20]。超声刀远离甲状旁腺区域操作,减少热损伤和机械损伤。若血供受损,将甲状旁腺移植至胸锁乳突肌或胸大肌肌肉。术中快速甲状旁腺激素检测,实时评估甲状旁腺功能。术后监测血钙和甲状旁腺激素水平,及时补充钙剂和维生素D。

综上所述,无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术作为一种微创手术方式,其发展潜力和临床应用前景被广泛看好,由于其美容效果和较低的术后并发症,患者接受度将进一步提高。无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术的技术和理念有望扩展到其他头颈部手术,如甲状旁腺手术、颈部良性肿瘤切除等。未来,无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术可能与远程医疗技术、5G技术或机器人手术系统结合,提供远程会诊手术的可能。无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术符合快速康复外科的理念,可带来更短的住院时间和更快的恢复,从而具有更好的卫生经济学价值。

4 结论

本研究通过对36例无充气腋窝入路甲状腺手术空间体系构建的深入探讨,总结了间隙寻找的有效方法,并创新性地提出用于喉返神经的精准定位技术“5~8点钟定位法”。该技术可显著缩短手术时间,优化手术流程,降低手术并发症的发生率,同时缩短学习曲线。通过将经验性技术转化为可量化的标准化流程,为复杂腔镜手术提供了可推广的技术框架。

参考文献:

- [1] Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, et al. Cancer statistics, 2023 [J]. CA Cancer J Clin, 2023,73(1):17-48.
- [2] Chen AY, Jemal A, Ward EM. Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988-2005 [J]. Cancer, 2009,115(16):3801-3807.
- [3] Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American thyroid association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American thyroid association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer [J]. Thyroid, 2016,26(1):1-133.
- [4] Qiu Z, Zhang L, Guo X, et al. Recurrence and postoperative quality of life after surgical resection of unilateral cT1-T3N1bM0 papillary thyroid carcinoma [J]. Gland Surg, 2024,13(10):1740-1751.
- [5] Miccoli P, Berti P, Materazzi G, et al. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: Five years of experience [J]. J Am Coll Surg, 2004,199(2):243-248.
- [6] Chong KH, Wu MH, Lai CW. Comparison of surgical outcome between conventional open thyroidectomy and endoscopic thyroidectomy through axillo-breast approach [J]. Tzu Chi Med J, 2019,32(3):286-290.
- [7] Dralle H, Sekulla C, Haerting J, et al. Risk factors of paralysis and functional outcome after recurrent laryngeal nerve monitoring in thyroid surgery [J]. Surgery, 2004,136(6):1310-1322.
- [8] 中国抗癌协会甲状腺癌专业委员会,中华医学学会肿瘤学分会甲状腺肿瘤专业委员会,中国研究型医院学会甲状腺疾病专业委员会,等. 无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术专家共识(2022版) [J]. 中华内分泌外科杂志, 2021,15(6):557-563.
- [9] Meng K, Xin Y, Tan Z, et al. Key points of surgical anatomy for endoscopic thyroidectomy via a gasless unilateral axillary approach. Langenbecks [J]. Arch Surg, 2024,409(1):294.
- [10] 陆东宁,徐加杰,郭海巍,等. 无充气腋窝入路腔镜下双侧甲状腺手术初步体会 [J]. 中华内分泌外科杂志, 2022,16(4):401-405.
- [11] 胡啸天,忻莹,郑传铭,等. 无充气腋窝入路完全腔镜甲状腺手术的“三推进”悬吊建腔法 [J]. 浙江大学学报(医学版), 2021,50(6):694-700.
- [12] 王佳峰,徐加杰,蒋烈浩,等. 无充气腋窝入路完全腔镜下甲状腺癌根治术对术后颈部功能影响的初步研究 [J]. 中华内分泌外科杂志, 2021,15(1):10-14.
- [13] Koh YW, Kim JW, Lee SW, et al. Endoscopic thyroidectomy via a unilateral axillo-breast approach without gas insufflation for unilateral benign thyroid lesions [J]. Surg Endosc, 2009,23(9):2053-2060.
- [14] 蒋烈浩,刘清,凌泉凯,等. 无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术空间构建的常见问题及解决思路 [J]. 西安交通大学学报(医学

版), 2024,45(1):87-93.

[15] Choi Y, Lee JH, Kim YH, et al. Impact of postthyroidectomy scar on the quality of life of thyroid cancer patients[J]. Ann Dermatol, 2014,26(6):693-699.

[16] 郭海巍,徐加杰,葛明华,等. 无充气腋窝入路腔镜手术结合神经探测技术对甲状腺上极周围结构和功能保护的研究[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2023,30(2):142-147.

[17] Kang YJ, Stybayeva G, Hwang SH. Surgical completeness and safety of minimally invasive thyroidectomy in patients with thyroid cancer: A network meta-analysis[J]. Surgery, 2023,173(6):1381-1390.

[18] 王进,韦卢鑫,徐志华,等. 无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术 100 例分析[J]. 江苏大学学报(医学版), 2022,32(6):467-470.

[19] 苏心娣,柴芳,林本瑞,等. 纳米碳在甲状腺癌手术中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2021,27(1):12-15

[20] 檀谊洪,张永泉,陈晓意,等. 甲状腺下动脉解剖技术对中央区淋巴结清扫术中下甲状旁腺功能保护的意义[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2023,29(1):104-107

(收稿日期:2024-12-09)

本文引用格式:王德超,韩洋,张志梅,等. 无充气腋窝入路腔镜甲状腺手术空间体系构建的分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2025,31(6):83-88. DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.202524519

Cite this article as:WANG Dechao, HAN Yang, ZHANG Zhimei, et al. Thoughts on the construction of the space system in endoscopic thyroidectomy by gasless unilateral axillary approach[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2025,31(6):83-88. DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.202524519

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》2026 年征订启事

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》是中华人民共和国教育部主管、中南大学及中南大学湘雅医院主办、国内外公开发行的医学学术性期刊,是中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)。本刊以耳鼻咽喉颅底外科工作者为主要读者对象,重点报道耳鼻咽喉颅底外科领域内领先的科研成果、基础理论研究及先进的临床诊疗经验。本刊设有述评、专家论坛、专家笔谈、论著、临床报道、病案报道、技术与方法、综述等栏目。本刊为双月刊,定价 30.00 元,全年 180.00 元,全国各地邮局均可订阅,邮发代号 42-171。本刊编辑部可免费为读者代办邮购。通讯地址:湖南省长沙市湘雅路 87 号中南大学湘雅医院《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》编辑部(湘雅医院内),邮编:410008,投稿网址: <http://www.xy-osbs.com>,Email: xyent@126.com,电话:0731-84327210。欢迎踊跃投稿、积极订阅。