选择性显露喉返神经在甲状腺手术中的应用

曾景龙 张战辉 刘绍华 曾志祥 陈鹏

(江西省芦溪县人民医院 芦溪 337200)

关键词:喉返神经;选择性显露;甲状腺手术

中图分类号:R 653

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.041

喉返神经(RLN)损伤是甲状腺手术最常见手术并发症之一,表现为术后声音嘶哑,严重者可发生窒息。国内报道手术引起的喉返神经损伤率为 0.3%~9%,高者可达 13.3%^[1]。如何有效避免喉返神经损伤,一直是临床普通外科关注的问题。传统的喉返神经区域保护法在应用中越来越受到限制,常规全程解剖喉返神经易致神经缺血坏死,造成不必要的损伤。选择性显露喉返神经则可弥补上述不足。我科 2006 年 1 月~2010 年 6 月应用选择性显露喉返神经行甲状腺手术 37 例,无 1 例出现喉返神经损伤,效果满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 甲状腺疾病患者 37 例,男 6 例,女 31 例;年龄 22~69 岁,平均 48.1 岁;行全麻患者 19 例,颈丛神经阻滞麻醉者 18 例;其中甲状腺瘤 18 例,结节性甲状腺肿 10 例,甲亢 6 例,甲状腺癌 2 例,慢性淋巴细胞性甲状腺炎 1 例。

1.2 手术方法 取胸骨切迹上方 2cm 处颈前弧形切口,切开皮肤、颈阔肌,游离皮瓣上至甲状软骨,下至胸骨切迹,沿颈白线分离颈前带状肌群,牵开颈前带状肌群后,进入甲状腺囊鞘间隙。紧贴甲状腺切断结扎甲状腺中静脉,紧贴腺体切断结扎甲状腺悬韧带,紧贴腺体切断结扎甲状腺上动脉分支。于甲状腺下极偏侧方深部游离出甲状腺下动脉,将甲状腺向内上方翻转,在气管、食管沟疏松结缔组织内解剖。找到白色索状物即是喉返神经,然后在距甲状腺 0.5cm 或更远处切断甲状腺下动脉并结扎。沿 RLN 走向向上显露,分离其浅层甲状腺组织,根据手术需要显露其长度,直视下完成手术。

1.3 成功标准 术前常规检查声带,术前声带活动正常,术后出现声音嘶哑,喉镜见声带麻痹者为 RLN 损伤。确定为 RLN 损伤者 3 个月后观察发音情况并复查喉镜观察声带活动情况,声带活动恢复者即为 RLN 损伤完全恢复,否则为永久性损伤。

1.4 结果 完成甲状腺手术 37 例,显露喉返神经 47 条,无 1 例发生喉返神经损伤,效果满意。

2 讨论

自 1938 年 Lahey 首次提出甲状腺术中常规解

剖分离喉返神经以降低喉返神经损伤率以来,甲状腺手术是否常规解剖和显露喉返神经一直存在争议。传统的喉返神经区域保护法的缺点是:喉返神经解剖变异时有发生,保护神经解剖区的方法很不可靠;如未辨清喉返神经位置术中出血时盲目钳夹、缝扎及电凝止血,次全切除后残余甲状腺创面的钳夹缝扎较深均可能损伤喉返神经;不便于彻底切除甲状腺,影响中央区淋巴清扫。目前国内甲状腺外科领域逐步认识到术中显露喉返神经的重要性,显露喉返神经在甲状腺切除术中可显著降低喉返神经的损伤率,效果显著^[2]。

喉返神经常见的显露方法有:(1)甲状腺下动脉路径。喉返神经与甲状腺下动脉交叉,紧贴甲状腺背侧上行,以甲状腺下动脉为标志,沿甲状腺下动脉进入甲状腺下动脉(上边)、颈总动脉(侧边)、气管解剖三角,于其结缔组织内寻找喉返神经。(2)气管、食管沟路径。左、右喉返神经从迷走神经发出后分别绕主动脉弓和右侧锁骨下动脉下方上行,因此,左侧喉返神经较右侧与气管食管沟形成角度小,术中于气管食管沟软组织中寻找喉返神经时,应掌握左侧靠近、右侧稍远离气管食管沟的原则。(3)甲状软骨下角路径。于甲状软骨下角前下方 0.5~1.0cm 范围内寻找,两者关系较为恒定,可作为寻找喉返神经较为确切的标志。

我科采用喉返神经显露法行甲状腺手术 37 例,显露喉返神经 47 条,无 1 例出现喉返神经损伤。我们总结体会如下:(1)手术中解剖层次应清楚,在甲状腺外科包膜内分离,基本做到术野无血。(2)出现意外出血时不要惊慌,应在吸尽出血的同时准确钳夹止血。(3)处理甲状腺下动脉应远离甲状腺下端,因为喉返神经与甲状腺下动脉的关系在侧叶下极附近比较复杂。(4)注意存在解剖变异。(5)肿物过大时应动作轻柔,不得强行牵拉腺体。(6)电刀功率不能太大,使用尖刀片脚踏电刀。(7)根据手术范围决定喉返神经长度。

总之,甲状腺手术中选择性显露喉返神经是安全、可行且必要的,显露 RLN 是普外科医师必须掌握的基本技能。

保持颈前肌群完整性的甲状腺切除术

冯学宽 冯宇 匡萃文 萧晓洪 刘荣华 康飏 黄重云 赖华栋

(江西省泰和县人民医院 泰和 343700)

关键词: 甲状腺; 保持颈前肌群完整性; 手术疗法

中图分类号: R 653

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.042

自 2003 年 11 月始, 我院对甲状腺切除手术方法进行了改良, 术中不切断颈前肌群, 至 2008 年 10 月共完成 172 例手术, 效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 172 例, 男性 20 例, 女性 152 例; 年龄 16~60 岁; 甲状腺瘤 55 例, 甲状腺瘤囊性变 73 例, 结节性甲状腺肿 38 例, 原发性甲亢 6 例; 其中单侧 149 例, 双侧 23 例。手术前均作彩超检查, 单侧甲状腺体积最大 8.0cm× 3.3cm× 2.2cm。

1.2 手术方法 患者入院后采用平卧位, 肩部垫高, 头后仰训练 1~2d。本组病例均采用颈丛麻醉, 平卧位, 肩部垫高, 头后仰。在肿块下缘沿皮纹作一横弧形切口, 切开皮肤、皮下组织, 用电刀分离肌皮瓣, 上至喉结, 下至胸骨上缘。纵行切开颈前正中线(如果是单侧, 以肿块中点纵行切开), 上至喉结, 下至胸骨上缘。以一侧叶切除为例, 具体操作步骤如下^[1], 显露甲状腺峡部锥体叶或肿块, 用组织钳夹颈前肌群向外牵引, 再甲状腺外科包膜的深面分离, 逐步显露甲状腺外侧缘的甲状腺中静脉并游离结扎。甲状腺下动静脉紧靠甲状腺体, 切断上述血管的分支, 近心端双重结扎。在甲状腺叶中上部缝一根“4”号线牵引, 将腺体向下外牵引, 显露甲状腺悬韧带并紧贴腺体切断, 注意保护喉返神经^[2], 处理来自甲状腺上动脉的峡支血管, 然后将甲状腺向下牵引, 显露甲状腺上极的动静脉前支, 近心端双重结扎。此时, 甲状腺上极尖部可被牵引线轻轻向前下方翻起, 清晰显露甲状腺上动静脉后支, 紧贴腺体分离, 切断后近心端双重结扎。甲状腺上极、外侧及下极的分离基本完成。用电刀贴紧气管逐渐切除峡部。同法完成对侧腺体分离后, 按常规方法进行峡部分离并从正中切开峡部腺体, 显露出一气管的前面。按病例要求分别切除双侧甲状腺大部分, 保留部分分别缝扎止血, 放置引流后原位缝合切口层。

1.3 结果 本组 172 例术后切口全部甲级愈合, 手术后做吞咽动作时自觉颈前部疼痛时间为 2~5d, 平

均 3.5d, 出院时复查颈前区吞咽时疼痛均消失, 手术切口的瘢痕处未触及粘连带, 所有患者均未出现切口感染、出血、甲状腺危象、永久性神经损伤等并发症。148 例获随访 3 个月~6 年, 无病情复发, 1 例甲亢病人术后 1 周有甲状腺功能低下症状, 经服药物治疗半月后, 症状消失。手术时间 30~135s, 术后住院时间 3~6d。

2 讨论

保持颈前肌群完整性的甲状腺切除术与传统经典手术相比有以下优点: (1) 简化了手术操作, 缩短了手术时间, 减少了手术损伤, 术中术后出血减少, 术后疼痛相对减轻, 病人术后恢复快。(2) 切口小, 疤痕小, 进一步满足美容要求, 提高了病人的生活质量。(3) 由于避开了甲状腺上动静脉主干, 降低了手术操作的相对难度, 动静脉前后支的管径也相对较小, 即使较高的上极分离也变得更加容易。临床实践中, 有部分病例使用电凝处理上极血管效果也很满意, 即使撕开部分上极的固有被膜, 形成被膜下甲状腺上极帽状剥离也不会造成甲状腺的出血, 手术野非常干净。(4) 降低高度的上极分离减少了喉上神经的损伤机会。喉上神经的运动支与甲状腺上动脉平行且十分靠近, 如在距上极较远处大块结扎甲状腺上血管时, 就可能将其误伤或切断, 而在腺体上极顶点下 0.5~1.0cm 处分别处理甲状腺上血管的前后支及峡支, 离喉上神经内外支均较远, 从而减少了损伤喉上神经的风险。(5) 喉返神经位于甲状腺悬韧带的深面, 甲状腺外科包膜外, 在甲状腺下极, 神经与腺体相距只有 (0.25± 0.1)cm, 同时下位甲状腺的位置也极不固定。采用囊内结扎法处理甲状腺下血管, 一方面避免了喉返神经的损伤, 另一方面也保护了下位甲状旁腺, 减少了手术副损伤的发生。

参考文献

[1] 蔡秀军, 邵雁. 甲状腺术后低血钙的预防和治疗[J]. 临床外科杂志, 2004, 12(10): 391-392
[2] 王怀经. 局部解剖学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 50-55

(收稿日期: 2010-08-19)

参与文献

[1] 高下, 赵德安, 黄维国, 等. 甲状腺切除病例喉返神经损伤的分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2000, 14(7): 315-316

[2] 张海添, 陆云飞, 廖清华, 等. 甲状腺手术中显露喉返神经价值的 Meta 分析[J]. 中华普通外科杂志, 2005, 20(4): 204

(收稿日期: 2010-09-17)