

甲状腺术式中喉返神经损伤的临床对比分析

朱云海

(内蒙古乌兰察布市第二医院 乌兰察布 012000)

摘要:目的:探讨甲状腺手术术中避免喉返神经(RLN)损伤的临床手段。方法:回顾性选取我院近年来甲状腺手术病例资料 420 例,按术式方法的不同分为观察组和对照组,观察组均采用显露 RLN 术式(n=239 例),对照组采用未显露 RLN 术式(n=181 例),对比观察两组术后喉返神经损伤情况及术后 6 个月喉返神经的恢复情况。结果:观察组发生 2 例 RLN 损伤、总损伤率为 0.84%,对照组发生 4 例 RLN 损伤、总损伤率 2.21%,两组比较差异具有显著统计学意义($\chi^2=4.16, P<0.01$)。术后 6 个月 RLN 损伤恢复情况,观察组 2 例全部恢复正常,对照组 1 例永久性损伤,3 例恢复,两组比较,差异具有统计学意义($\chi^2=6.66, P<0.05$)。结论:在甲状腺手术中合理显露并注意保护喉返神经可有效降低喉返神经损伤的发生率。

关键词:甲状腺切除术;喉返神经;损伤;显露

中图分类号:R 653 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.019

喉返神经(recurrent laryngeal nerve, RLN)损伤是甲状腺手术中严重并发症之一^[1],RLN 损伤的发生与颈部解剖关系的复杂性和所采取的术式等有着密切关系。临床中如何预防 RLN 损伤的发生,一直是业界同行研究的重要课题。有报道,目前术中是否需要解剖并显露 RLN 尚存在一定争议^[2]。本文回顾我院近年来甲状腺术式开展状况,对比显露 RLN 术式与未显露 RLN 术式致 RLN 损伤的情况,旨在为临床中更好地避免术中喉返神经损伤提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组研究纳入病例 420 例,均为本院 2009 年 1 月~2012 年 7 月间行甲状腺次全切或全切术患者,男性 167 例,女性 253 例,年龄 19~75 岁,平均(41.6±5.6)岁。均经病理诊断证实,其中结节性甲状腺肿 257 例,甲状腺功能亢进 136 例,甲状腺腺瘤 12 例,甲状腺癌 9 例,桥本病 6 例。以上纳入对象分为观察组(n=239)和对照组(n=181),两组患者的性别、年龄等一般资料比较无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法 观察组行显露 RLN 的甲状腺手术,对照组行未显露 RLN 的甲状腺手术。麻醉方法采用全麻或颈丛麻醉。观察组术中予以常规结扎甲状腺中静脉及上极动静脉,将下极及侧叶向内向上牵引,在侧叶背面确定甲状腺下动脉位置,在下动脉深面沿食管沟由浅入深分离,找到银灰色线状组织,追踪至环甲膜入喉处(甲状软骨下角前下方约 0.5 cm 处向下前方解剖 1~2 cm),确定为喉返神经,予以保护,行甲状腺腺叶切除或次全切除术。对照组予以常规处理甲状腺悬韧带及主要供血血管后,在进入腺体处紧贴腺体结扎切断甲状腺下动脉前后支,不显露喉返神经,保留甲状腺背侧正常组织行甲状腺叶全切或次全切术。

1.3 评价指标 比较两组术后 RLN 损伤发生率,术后出现声音嘶哑、喉镜见声带麻痹者即判定为 RLN 损伤;检查随访记录,比较两组 RLN 损伤者 6 个月后 RLN 恢复情况。

1.4 统计学处理 全部数据采用 SPSS 17.0 统计软件包进行统计学分析,计数资料以百分率表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者均无双侧 RLN 损伤,观察组术后出现 2 例 RLN 损伤,损伤率 0.84%,对照组术后出现 4 例 RLN 损伤,损伤率 2.21%,两组比较差异具有显著统计学意义($\chi^2=4.16, P<0.01$)。术后 6 个月 RLN 损伤恢复情况,观察组 2 例喉镜显示声带活动恢复正常,对照组 1 例永久性损伤,3 例恢复正常,两组比较,永久性损伤率差异具有统计学意义($\chi^2=6.66, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组术后 RLN 损伤情况比较 例(%)			
组别	n	术后 RLN 损伤	术后 6 个月 RLN 永久损伤
观察组	239	2(0.84)**	0*
对照组	181	4(2.21)	1(0.55)

注:与对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。

3 讨论

甲状腺手术喉返神经容易因手术操作的直接原因而导致损伤,如被缝扎、钳夹甚至切断或牵拉过度,少数是由于术后水肿、血肿压迫所致,主要是因为喉返神经解剖位置关系的复杂性,损伤后一般出现声音嘶哑,严重者呼吸困难甚至窒息,给患者造成巨大的痛苦^[3]。文献资料显示,喉返神经与甲状腺下动脉的关系极为复杂,手术中最易损伤 RLN 的部位为甲状腺悬韧带深面、喉返神经与甲状腺下动脉交叉处及环甲膜后方的喉返神经入喉处^[4]。对于甲状腺手术中是否需要显露 RLN,学术界一直有争论存在,部分持反对意见者认为显露过程本身也可能导致损伤,建议采用保护解剖区域的方法保护 RLN;而赞同者认为,如不显露 RLN,需保留与其相

经皮钳夹法腰椎间盘突出摘除术加中药内服治疗腰椎间盘突出症

陈力平¹ 冯亚琴² 包卫英³

(1 丽水学院成人教育学院 浙江丽水 323000; 2 丽水学院医学院 浙江丽水 323000;
3 浙江省丽水市万丰中西医结合医院 丽水 323000)

关键词: 腰椎间盘突出; 经皮钳夹法; 中药内服

中图分类号: R 681.53

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.020

腰椎间盘突出症是一种临床常见病,是腰腿痛最常见的原因之一。该病主要发生于退行性变的椎间盘,在体力劳动和体育活动中遭遇急性外伤或者长期慢性劳损等因素的作用下,导致纤维环破裂而发生突出,是骨科常见病。其治疗方法分为手术和非手术治疗两类,手术又可分为传统的开放手术摘除突出髓核、椎间盘镜摘除髓核和微创介入治疗。目前我们采用的微创治疗有射频靶点热凝消融和经皮钳夹法腰椎间盘突出摘除术两种,其中钳夹法适合突出物较大、压迫症状重的患者。2009 年 9 月~2011 年 8 月我们采用本法加中药内服共治疗腰椎间盘突出症 22 例,获得较满意效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 22 例,其中男 16 例,女 6 例;年龄 28~64 岁,平均年龄 41.5 岁;其中 L₃₋₄ 4 例, L₄₋₅ 6 例, L₅~S₁ 6 例, L₄₋₅ 和 L₅~S₁ 6 例;左外侧型 8 例,右外侧型 7 例,中央型 7 例;病程 2~43 个月,

连被膜及部分甲状腺组织,残余甲状腺创面的钳夹、结扎、止血都是在盲目状态下进行的,更容易导致 RLN 的误伤,只有直视下的操作才是最稳妥的,且能使甲状腺全切更为彻底,同时对于恶性病变,甲状腺切除不彻底,气管、食管沟淋巴组织不能充分清除可能在残余甲状腺内遗留隐性病灶^[3-5]。更有学者认为,稳妥显露喉返神经较未显露术式存在一定优势,显露神经时手术操作虽对喉返神经可能造成一定损伤,但这种损伤是较轻微的和暂时的,如果不显露喉返神经而一旦发生损伤,则程度一般较重甚至是难以恢复的^[4,6]。

本组研究中对 420 例甲状腺手术回顾性分析,结果提示,观察组(显露 RLN 手术组)239 例所有原发病灶均完整切除,术后 RLN 损伤仅发生 2 例,术后恢复时间也比较短,术后 6 个月随访未见永久 RLN 损伤患者,而对照组(未显露 RLN 手术组)181 例则出现 4 例 RLN 损伤患者,术后 6 个月随访,1 例造成永久性损伤,两组比较差异显著。研究结果

平均 9 个月。有典型压迫症状与体征,腰腿疼痛,下肢放射痛或麻木,直腿抬高试验阳性,CT 或 MRI 证实相应腰椎间盘突出不同程度突出。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 术前常规检查血常规、凝血功能及血型、肝肾功能和心电图,穿刺进针区域无皮疹和炎症,女性避开月经期。手术在 C 形臂 X 线透视机引导下进行。

1.2.2 手术步骤 患者平卧,从有症状侧进针,中央型选 CT 或 MRI 显示突出较为严重一侧进针,在 X 线机透视下,确定穿刺点,用记号笔标记,常规消毒、铺无菌巾;穿刺径路以 1% 利多卡因注射液局麻;用刀片于穿刺点作 2 mm 皮肤切口,将直径为 1.0 mm 带芯穿刺针刺入,经侧后方肌群缓慢插入病变椎间隙,经 X 线透视确认针尖准确到达突出处,退出针芯,注入亚甲蓝 0.5~0.8 mL,沿穿刺针逐级插入扩张管,至能插入直径为 3~4 mm 的工作套管;经

与上述相关文献基本一致。虽然因手术例数、手术条件以及研究者水平等原因所限,上述统计结果未必全面和完善,但从中仍能得出喉返神经损伤与手术方法、喉返神经显露与否有很大关系,笔者认为,在术者充分掌握手术技巧和熟练操作的基础上,甲状腺手术中还是以显露喉返神经为好,合理的显露方法可有效避免 RLN 损伤,其作为常规操作对避免 RLN 损伤具有重要的临床意义,是避免术后严重并发症发生的有效措施。

参考文献

[1]吕青延,赵旭坤.甲状腺手术常规显露喉返神经的临床应用进展[J].现代仪器与医疗杂志,2009,18(9):318-319
[2]燕速,窦拉加,张成武,等.显露喉返神经的甲状腺手术临床随机对照研究[J].青海医学院学报,2009,30(1):64-68
[3]黄祥,要小辉,孙政强,等.甲状腺切除术中喉返神经损伤 265 例临床观察[J].中国实用外科杂志,2008,15(20):185-186
[4]马成权,梁兴忠.甲状腺手术中喉返神经的显露法与功能保护[J].临床医学,2010,36(6):20-21
[5]任永清,陆博.甲状腺手术中喉返神经显露与未显露的对比研究[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2008,10(11):79
[6]赵松青.甲状腺腺叶切除术中显露喉返神经与预防损伤的关系探讨[J].江西医药,2010,50(6):541-542

(收稿日期: 2012-12-14)