维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.4



·经验交流·

# 甲状腺手术中预防神经损伤的体会(附68例报告)

韦洪章* 班振芝**

甲状腺手术时极易损伤的神经是喉上神经及喉返神经。文献报告,喉上神经损伤率为0.3~13.3%[1],喉返神经损伤率为1~30%[2],大多数为手术直接损伤。收集我院从1988年以来,为68例甲状腺病人施行手术治疗,未损伤神经,获得了明显的疗效。现将如何预防神经损伤的体会报告如下。

一、资料和方法

1.一般资料

本组病例68例,其中男8例,女60例,男:女为1:7.5。年龄22~62岁。病程6个月~15年。单纯性甲状腺瘤26例,巨大甲状腺瘤13例,巨大甲状腺囊肿13例,甲状腺机能亢进16例。

2.治疗

(1)手术方式:一侧甲状腺次全切除52例,双侧甲状腺次全切除16例。

(2)甲状腺上极的处理:在处理甲状腺上极,结扎甲状腺上动脉前,先用弯止血钳沿甲状腺上动脉后侧轻轻反复由上向下推开血管周围组织,极易推开神经,创造一个安全结扎甲状腺上动脉的范围,紧贴甲状腺上极结扎上动脉。本组52例采取本法,处理上极血管获得成功,无损伤发生。其余16例因甲状腺过大,上极向上延伸很高,通过在甲状腺真假被膜之间分离结扎上动脉与静脉Ⅰ-Ⅱ级腺支而获得成功。

(3)喉上神经及喉返神经的暴露:本组病例除个别喉上神经及喉返神经自然暴露外,无一例有意暴露者。

二、结果

本组67例无神经损伤发生。1例在术后第3天出现声音嘶哑,经至上级医院作喉镜检查,发现左侧声带固定于外展位,6周后完全恢复。

三、讨论

1.喉上神经的解剖位置

喉上神经由迷走神经分出,其位置近颈外静脉、在舌骨平面上下分为内外两支。内支与喉上动脉并行,经甲状舌骨膜进入喉部,分布于声门裂上的喉粘膜、会厌及舌根部,属感觉神经。损伤后患者喉粘膜感觉丧失,可发生误咽,吞咽困难。外支分布于环甲肌及甲状腺,并支配其运动。喉上神经外支,离甲状腺上动脉甚近,在结扎甲状腺上动脉主干时易受损伤,故主张靠近甲状腺包膜结扎其分支。损伤后可致发音疲劳,音色改变或声音嘶哑。

2.喉返神经的解剖位置

喉返神经是左右侧的迷走神经在不同平面发出的分支,返回到颈部,分布于喉部运动肌肉。喉返神经损伤后,可致声带麻痹引起声音嘶哑、呼吸困难甚至窒息。

3.喉上神经及喉返神经损伤的原因

喉上神经及喉返神经损伤的原因既有主观原因,又有客观原因。主观原因:①不够重视;②技术操作不规范;③对喉上神经及喉返神经的解剖位置不熟悉。客观原因:①甲状腺肿腺体多肿大,使上极升高,动脉与静脉向上移位,与神经紧贴粘连。此种改变又随患者病程与病情严重程度而异;②上动静脉与喉上神经及喉返神经均有解剖变异;③术中上动静脉出血时盲目钳夹或结扎切断喉上及喉返神经。

4.本组68例甲状腺术中,作者认为喉上及喉返神经损伤是可以预防的,但术中必须遵循以下原则:①手术医生应在思想上引起重视,并熟悉喉上神经及喉返神经的解剖,了解易损伤的部位十分重要。②清醒的病人在术中解剖腺叶背面的内侧时,要反复检听病人的发音。③若局部粘连较紧,术中出血较多时,不应盲目钳夹,应先压迫止血,看准后给予处理。④保留甲状腺下动脉主干和后被膜及气管紧密相连处被膜的完整是有效的预防措施[3]。⑤缝合甲状腺断面时进针勿过深,以免伤及神经。术中如发现原发音正常,而缝合后声音有改变时,应及时拆除缝线。

## 参考文献

1.江杰.甲亢手术的并发症及其防治.中级医刊,1987,5:16.
2.樊翌明,李荣,高焱明,等.青年年甲状腺功能亢进手术并发症及其预防.中国实用外科杂志,1997,17(2):95.
3.梁宇海.小儿甲状腺机能亢进症的治疗.广东医学,1991,12(1):33.

(收稿:2000-06-05)

* 作者单位:552300 贵州省望谟县人民医院外科
** 贵州省望谟县中医院