得上专业，才能比较好地解决教师专业思想。在目前各院校教师分别来自解剖与外科情况下，只有努力学习有关知识，自我完善。从长远看，应从年轻人或新毕业生中挑选有志者进行有计划地培养。第四军医大学金绍岐教授曾倡议，开办局解手术学训练班来充实师资队伍，统一编制教学大纲及教材，深入进行教学改革，加强素质教育，培养学生创新，主体精神，科研方向应瞄准应用解剖、实验外科，这样才能加速学科建设和特色发展。

[参考文献]

[1] 雷 艳，郭光金，朱志立. 提高外科手术学教学质量的几点体会[J]. 局解手术学杂志，2007，16(6)：420.

[2] 陈振文，杜小燕，蒋 辉，等. 实验动物外科手术学个性化教学方法初探[J]. 实验动物科学，2009，26(6)：83－85.

[3] 张 纯，贺西京，姚 聪，等. 外科动物手术学教学的体会[J]. 医学教育探索，2007，6(3)：224－225.

（编辑：左艳芳）

·个案与短篇·

# 解剖暴露喉上神经的体会

梅 强[1]，吴锦林[2]，毛 健[3]（第三军医大学学员旅：1. 四队；2. 十一队；3. 九队，重庆 400038）

[关键词] 喉上神经；解剖；手术

[中图分类号] R322.85；R653 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0239-01

近年来随着甲状腺疾病患者数量逐年增加，喉上神经解剖学基础显得尤为重要。喉上神经内支双侧受损会导致患者喉部声门裂以上粘膜感觉丧失，在进食尤其是喝水的时候会因误咽而呛咳；喉上神经外支双侧受损则会导致患者环甲肌群瘫痪，引起声带松弛而成波浪状，音调降低，不能发高音，音质变粗而弱，易疲乏。本文就术中显露喉上神经体会，报告如下。

## 1 喉上神经的毗邻与位置变异

为预防喉上神经的损伤，手术者应熟知喉上神经的毗邻关系，即喉上神经和甲状腺上极、甲状腺上动脉、咽下肌及环甲肌之间的关系。找到此神经的关键是在甲状腺上极内侧缘与环甲肌间的无血管平面中寻找，通过腺叶向侧面回缩利于本操作。识别和保留神经时，必须注意喉上神经的位置变异，根据CERNEA分级，喉上神经的位置变异主要分为以下几种情形。1型：喉上神经外支与甲状腺的位置关系相当清楚，在甲状腺上极1 cm处直接进入环甲肌。2a型：喉上神经进入腺叶实质后经过甲状腺上极血管的邻近区。2b型：神经穿过甲状腺腺叶前部的表面[1]。

## 2 显露方法

传统的剖离暴露手术是在分离结扎甲状腺上动脉后，先分离暴露上极，然后切除甲状腺，其不足之处为当甲状腺体较大，上极位置较高时，较难显露上极，手术操作较难。若为达到显露上极的目的而过度牵拉侧叶上极进行强行分离，会使喉上神经被牵拉或钳夹损伤。解剖多个甲状腺标本后，笔者认为最后处理上极可减少对喉上神经的损伤几率，对甲状腺较大患者最为适宜。在结扎甲状腺上动脉前支后，先从甲状腺下极开始，采取自下而上、由浅入深、边钳边切的方法，当侧叶下极、中部腺体被切除时，上极腺体则会松动，稍加牵拉，上极即可下移显露，而后结扎甲状腺上动脉分支，连续整块切除侧叶腺体。

## 3 讨论

喉上神经来自靠近颅底的迷走神经段，向下降至颈动脉内侧，在甲状腺上极上方约2～3 cm处（约舌骨水平），喉上神经分为内支和外支。内支是感觉支，支配声门上方咽部的感觉；外支在咽下缩肌侧面与甲状腺上血管伴行至甲状腺上极（84.2%喉上神经外支在甲状腺上动脉的内侧，13.7%在外侧，1.9%在甲状腺上动脉2分支的中间），支配环甲肌，使声带紧张[2]。

喉上神经外侧支曾经被称为甲状腺手术被忽视的神经，大多数医师简单认为，只要避免暴露神经就可以防止神经的损伤。然而从解剖喉上神经的走向可见，不暴露也不一定能防护。故在甲状腺手术中，为保存完好的喉上神经，应沿喉上神经的走向从甲状腺剖离（注意要自上而下地分离血管，推开周围疏松组织，在甲状腺真假包膜之间分离结扎动脉，不可盲目钳夹出血的组织），轻柔操作，细致分离，即可在很大程度上避免损伤喉上神经[3]。由此可见熟悉和掌握喉上神经局部解剖学结构特点是手术成功的保证和前提，也可对未来的临床工作起到有效的铺垫作用。

[参考文献]

[1] 余济春. 甲状腺手术技巧[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科，2007，14(6)：338.

[2] 范景斌. 甲状腺手术中喉上神经损伤的特点和防护[J]. 黑龙江医学，2007，31(11)：860.

[3] 徐 平，周树立，邹 建. 巨大地方性甲状腺肿切除术后并发症的防治[J]. 中国地方病防治杂志，2007，22(2)：147－148.

[收稿日期] 2010-03-01 [修回日期] 2010-03-27

（编辑：朱志立）