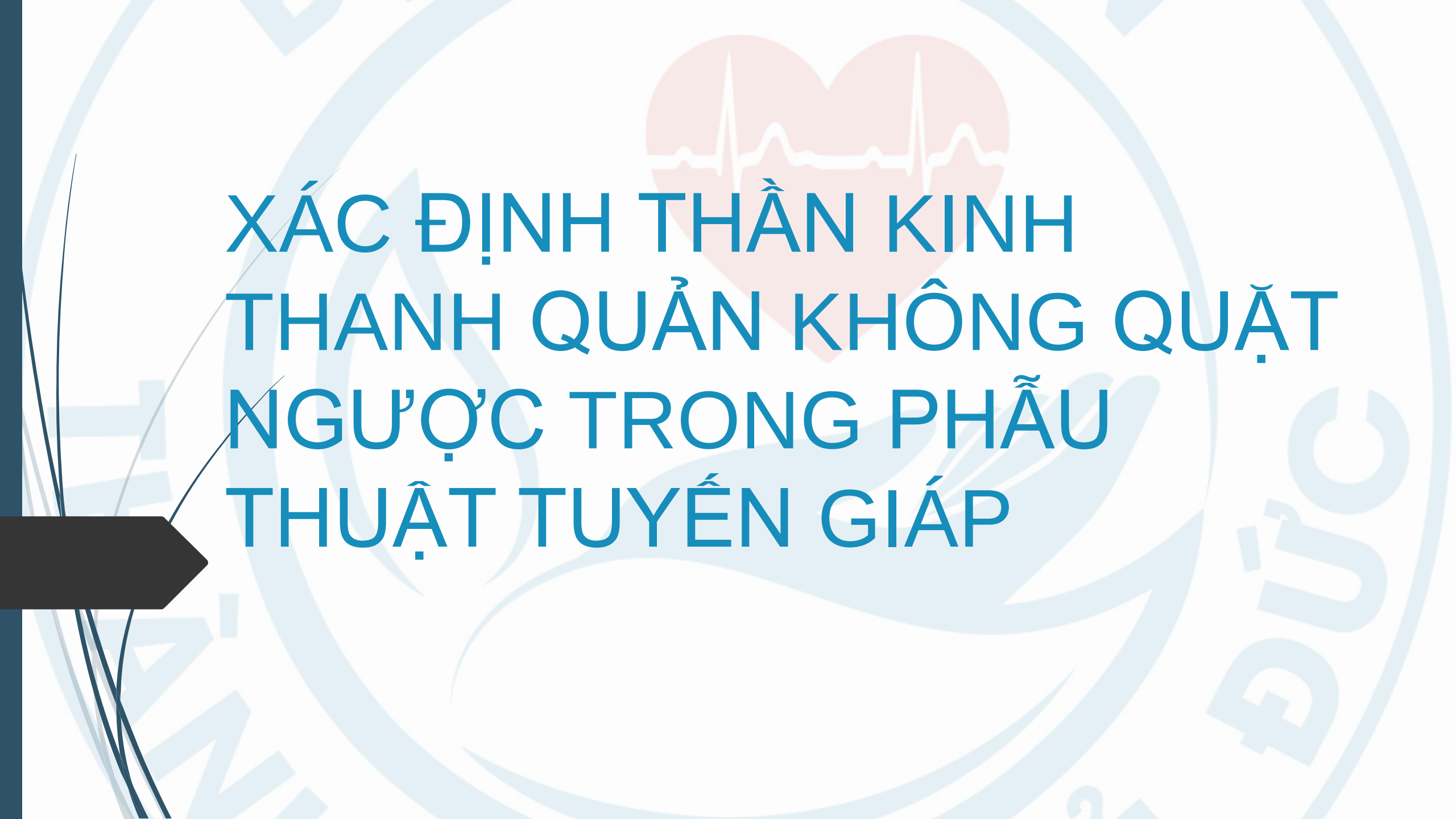




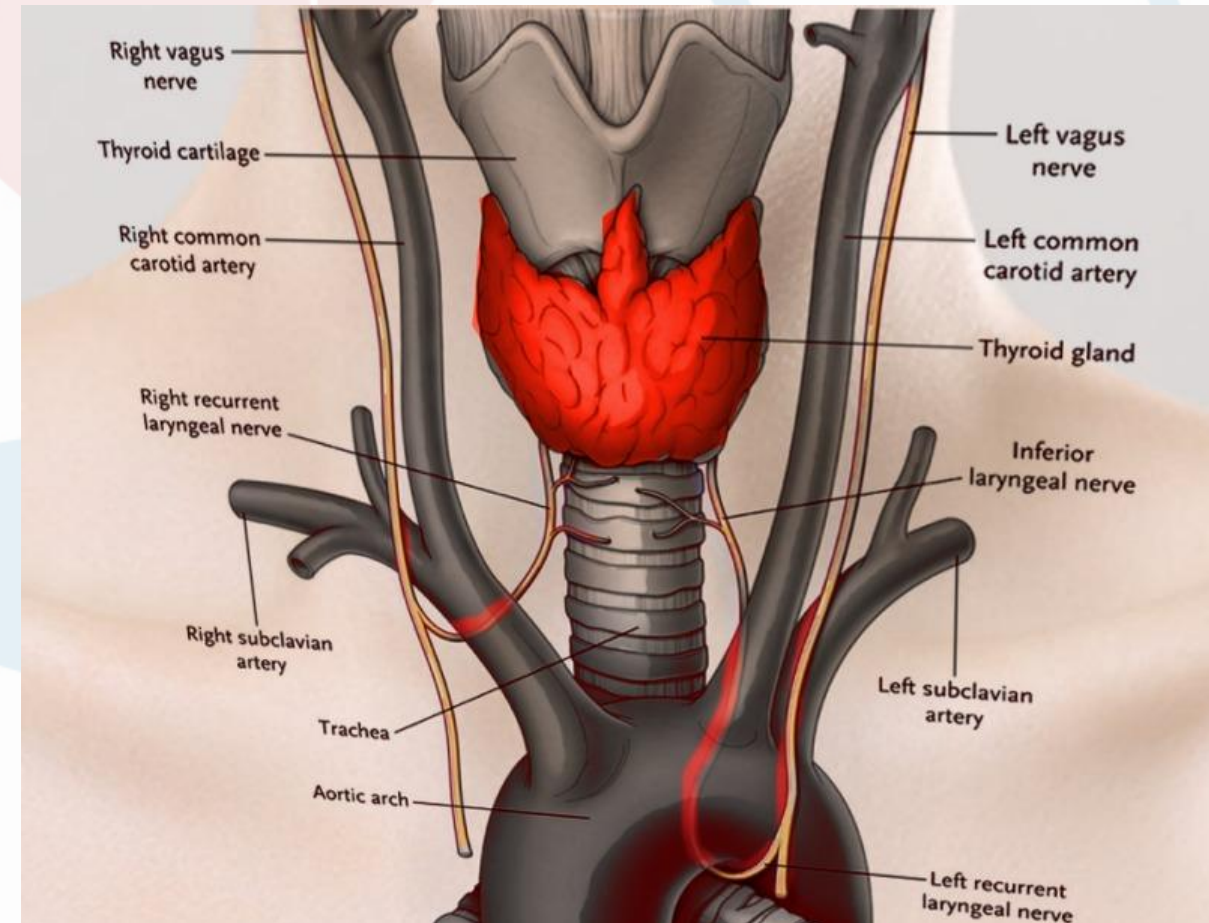
XÁC ĐỊNH THẦN KINH THANH QUẢN KHÔNG QUẬT NGƯỢC TRONG PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP

Tổng quan

- Được mô tả đầu tiên vào năm 1823 bởi Stedman
- Tỷ lệ 0.3-0.8% ở bên phải và 0.004% ở bên trái
- Tỷ lệ thực tế có thể cao hơn trong các nghiên cứu có thiết bị dò tìm thần kinh trong mổ
- Làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh trong mổ

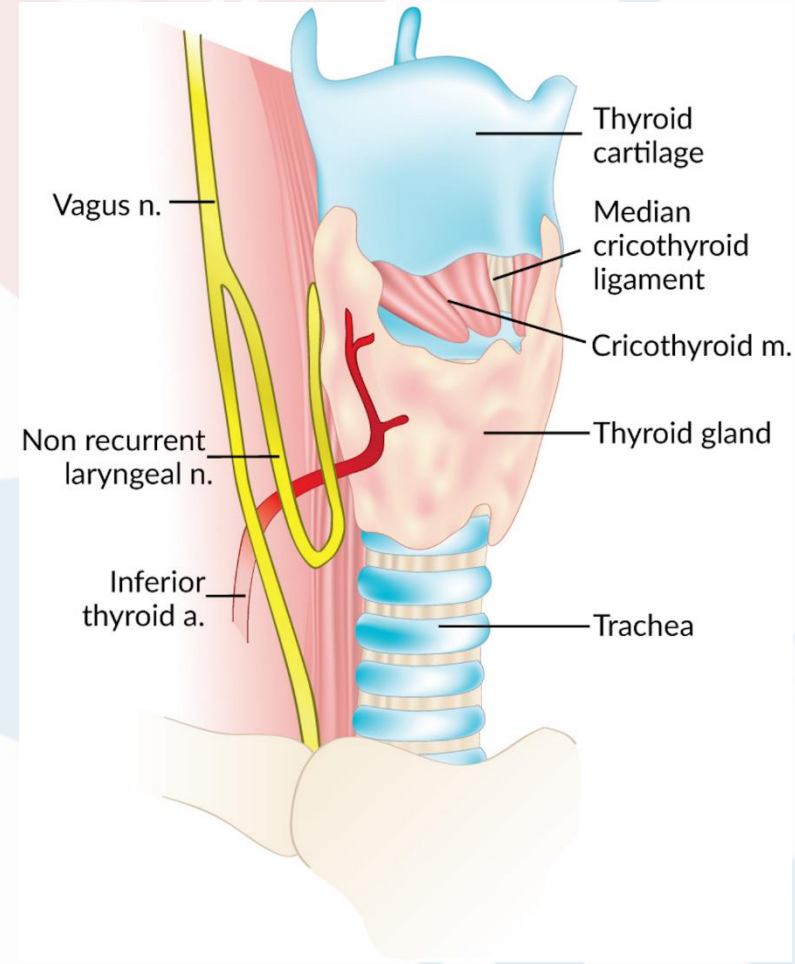
Giải phẫu học

- Là một nhánh của thần kinh X
- Tách ra ở nền cổ, bên phải sẽ vòng dưới động mạch dưới đòn (P), bên (T) vòng dưới cung động mạch chủ
- Đường đi vùng cổ đa dạng:
 - Rãnh thực quản-khí quản (50-77%)
 - Cạnh khí quản (17-40%)
 - Cạnh thực quản (6%)
 - Trong mô giáp (4%)



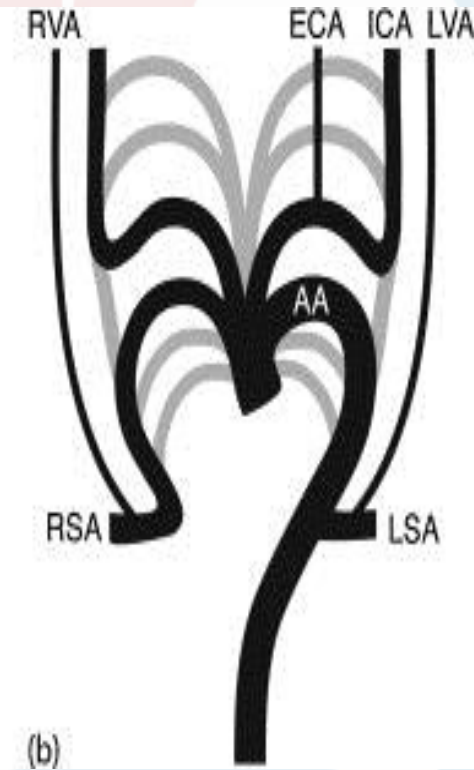
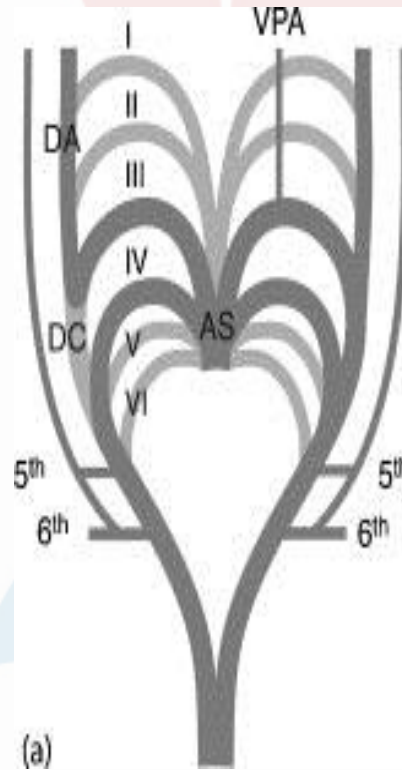
Giải phẫu học

- Thần kinh thanh quản không quặt ngược xuất phát từ thần kinh X đoạn cổ.
- 58.3% thần kinh thanh quản không quặt ngược tách ra từ thần kinh X phía trên chỗ nối thanh quản và khí quản

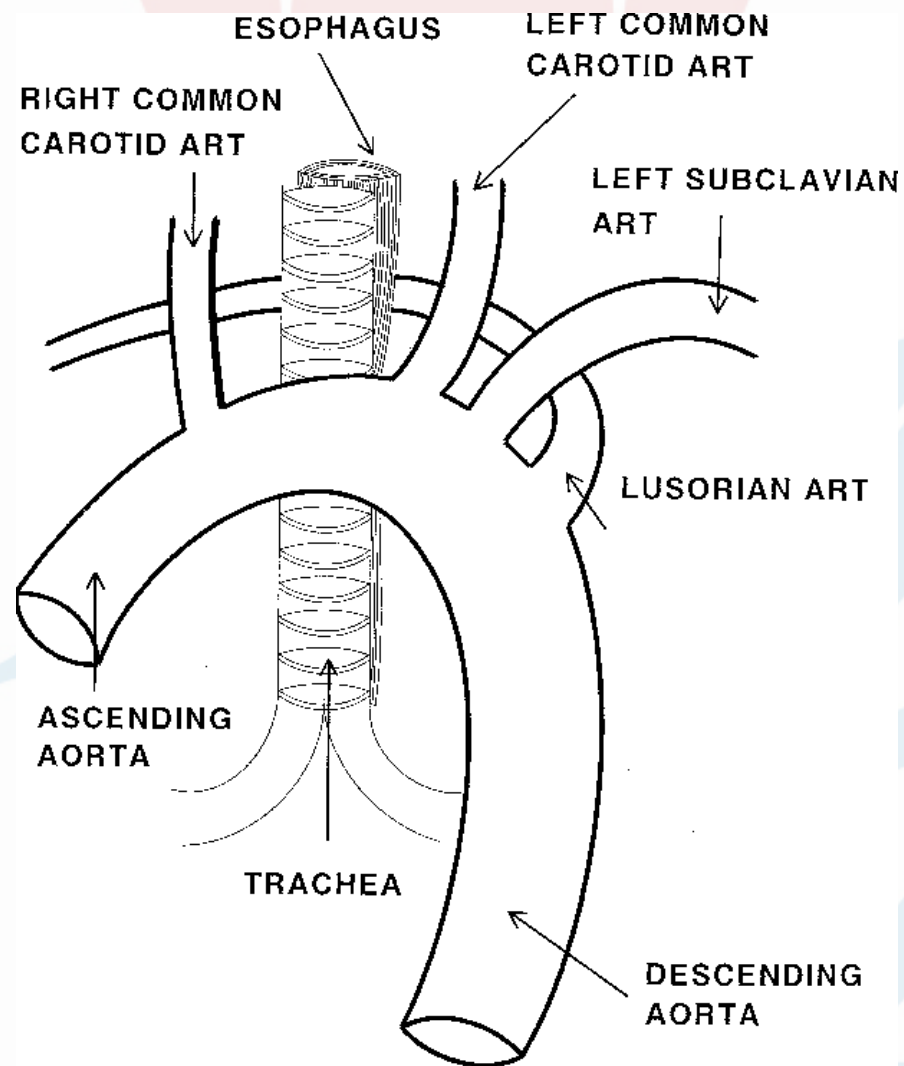


Phôi thai học

- Cung động mạch chủ được hình thành từ 6 cung động mạch
- thần kinh thanh quản quặt ngược thanh quản (P) được hình thành và đi dưới cung động mạch VI (P), khi cung động mạch V, VI tiêu biến, thần kinh sẽ đi dưới cung động mạch IV (P), nơi sẽ phát triển thành động mạch dưới đòn (P).
- Cung mang động mạch IV bị tiêu biến, động mạch dưới đòn phải sẽ xuất từ cung động mạch chủ bên trái => TK thanh quản không quặt ngược
- Bất thường phôi thai học này xảy ra trong 86.7% trường hợp TK thanh quản không quặt ngược
- Bất thường này chỉ xảy ra bên (T) khi có đảo ngược phủ tạng

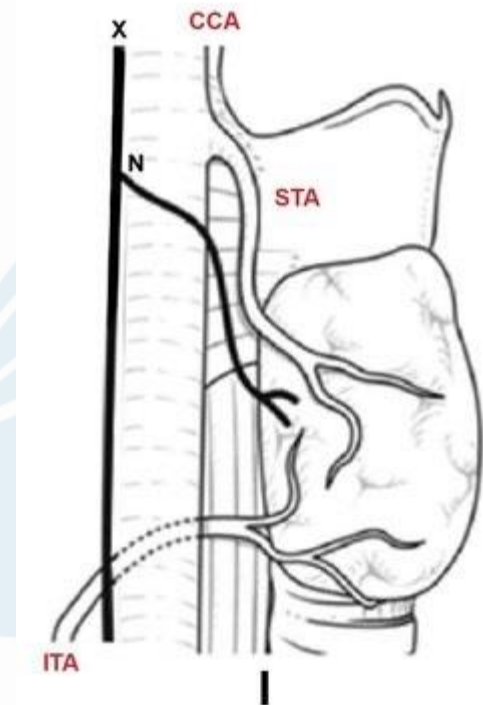


Phôi thai học



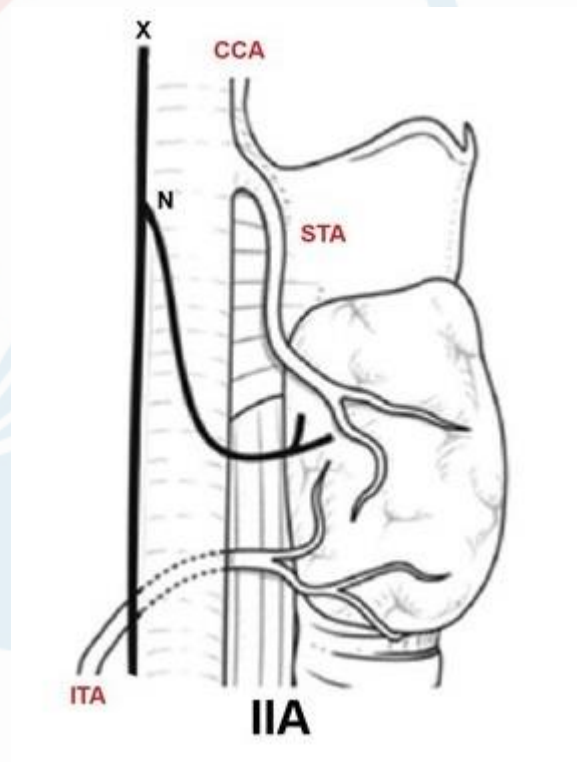
Phân loại

- Theo tác giả Toniato, thần kinh thanh quản không quặt ngược được phân thành type I, type IIa và type IIb dựa trên đường đi của chúng.
- Type I: thần kinh thanh quản không quặt ngược sẽ xuất phát ở thần kinh lang thang đoạn cổ và đi cùng bó mạch giáp trên.



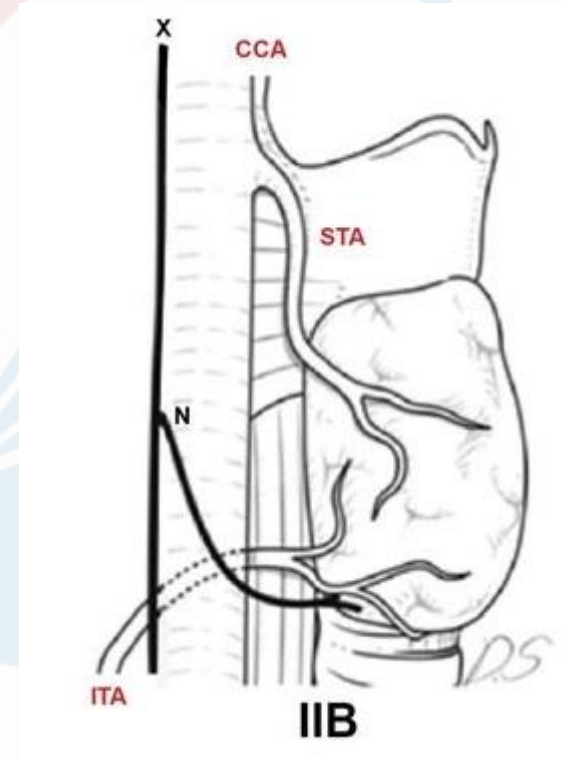
Phân loại

- Type IIa: thần kinh thanh quản không quặt ngược đi song song và ở phía trên động mạch giáp dưới.

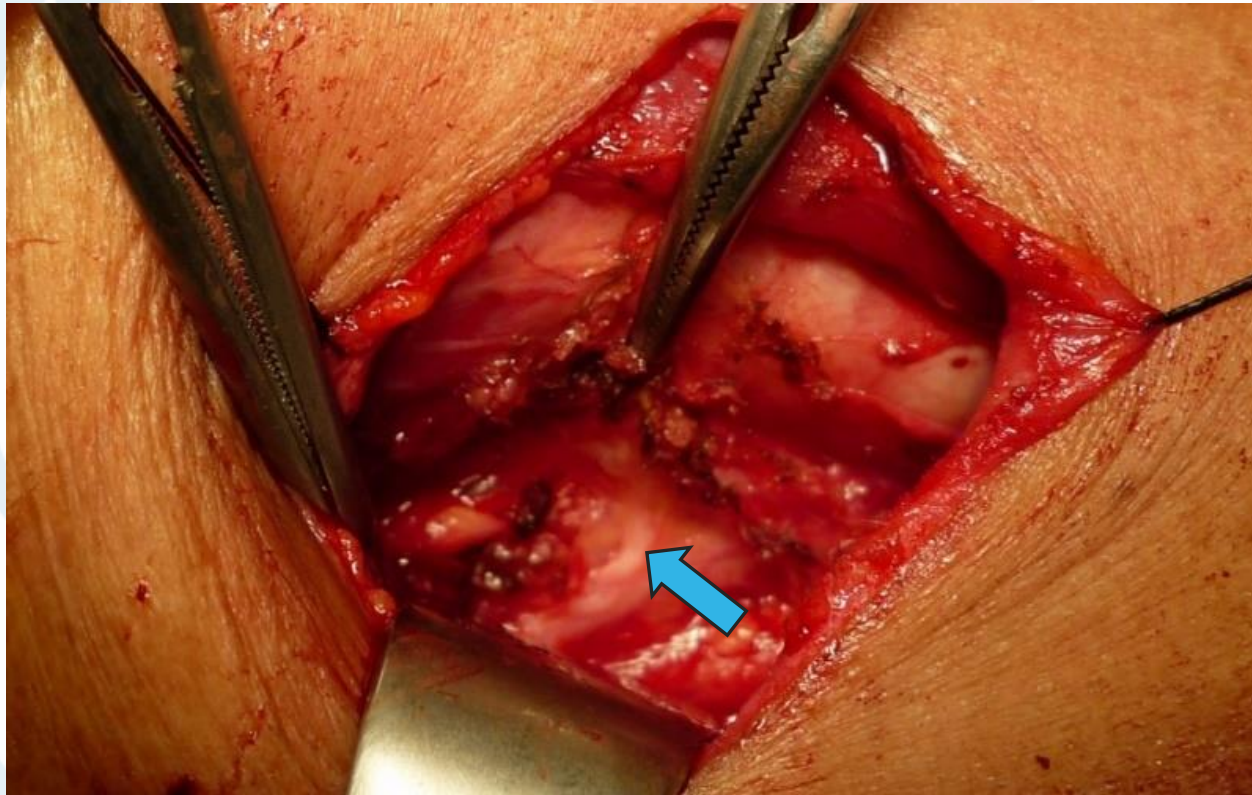


Phân loại

- Type IIb: thần kinh thanh quản không quặt ngược đi song song và ở phía dưới động mạch giáp dưới.



Một trường hợp thần kinh thanh quản không quặt ngược tại Khoa Ung bướu Bệnh viện Tp.Thủ Đức



Lâm sàng

- Đa phần không triệu chứng
- 5% có nuốt nghẹn



ĐƯỢC

Cận lâm sàng



ĐƯỢC

Siêu âm

ORIGINAL RESEARCH

International Journal of Surgery 10 (2012) 506–509



Contents lists available at [SciVerse ScienceDirect](#)

International Journal of Surgery

journal homepage: www.theijs.com



Original research

Efficacy of ultrasonography in identification of non-recurrent laryngeal nerve

Fahri Yetisir^{a,*}, A. Ebru Salman^b, Burak Çiftçi^a, Akif Teber^c, Mehmet Kiliç^a

^aAtaturk Research and Training Hospital, General Surgery, Turkey

^bAtaturk Research and Training Hospital, Anesthesiology, Turkey

^cAtaturk Research and Training Hospital, Radiology, Turkey

- 332 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp được siêu âm tầm soát dị tật mạch máu trước mổ
- 6 ca có thần kinh thanh quản không quặt ngược đều được dự đoán trước (100%)

Langenbecks Arch Surg (2008) 393:633–638
DOI 10.1007/s00423-008-0372-9

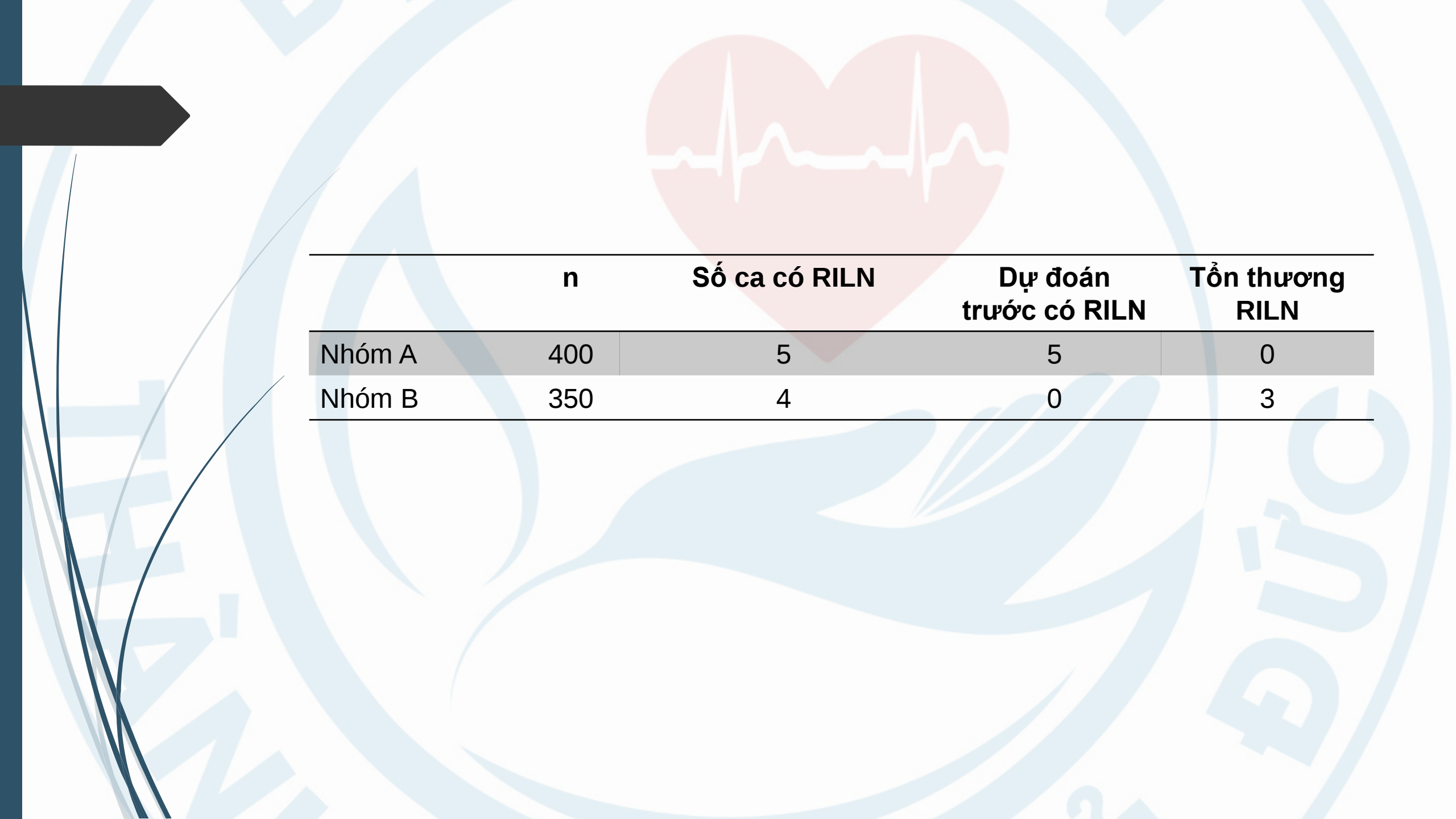
CURRENT CONCEPTS IN ENDOCRINE SURGERY

The usefulness of preoperative ultrasonographic identification of nonrecurrent inferior laryngeal nerve in neck surgery

**Maurizio Iacobone • Giovanni Viel • Simone Zanella •
Marzia Bottussi • Mauro Frego • Gennaro Favia**

Received: 12 May 2008 / Accepted: 12 June 2008 / Published online: 5 July 2008
© Springer-Verlag 2008

- Nghiên cứu tiến hành trên 750 bệnh nhân phẫu thuật cắt thùy (P)
- Chia làm 2 nhóm (A và B). Nhóm A được siêu âm tầm soát dị tật mạch máu trước phẫu thuật.



	n	Số ca có RILN	Dự đoán trước có RILN	Tổn thương RILN
Nhóm A	400	5	5	0
Nhóm B	350	4	0	3

Hình ảnh “Y sign”



- Là hình ảnh ĐM thân cánh tay đầu tách thành ĐM cảnh trong và ĐM dưới đòn (P)
- Nếu không có hình ảnh này thì nghi ngờ có dị dạng mạch máu, lúc này cần tìm điểm xuất phát của ĐM cảnh trong

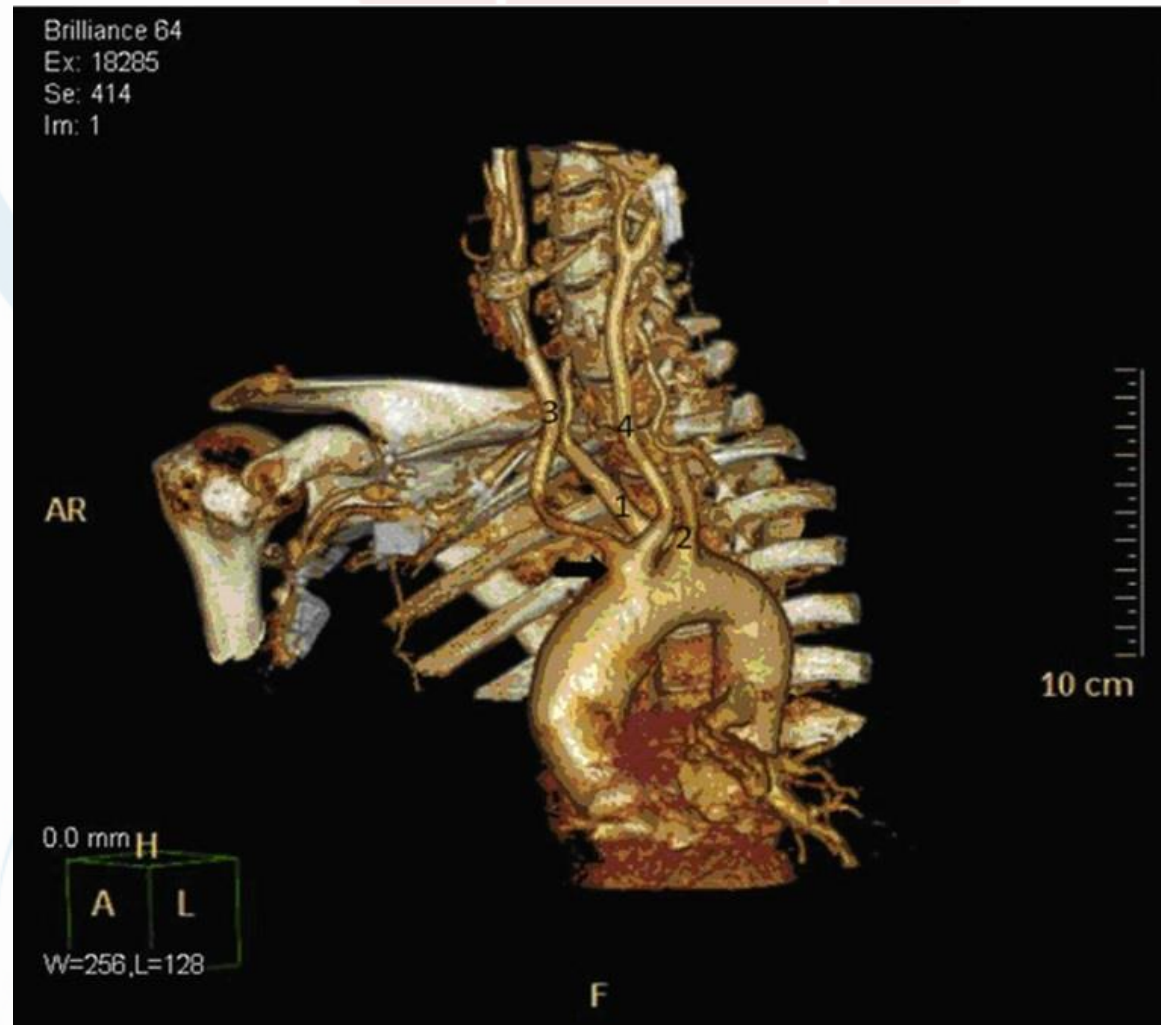
CT-scan



Prediction of nonrecurrent laryngeal nerve before thyroid surgery—experience with 1825 cases

- 1825 ca phẫu thuật tuyến giáp được chụp X-Quang, khi kết quả nghi ngờ thì chụp CT scan
- Dự đoán được 19/23 ca có thần kinh thanh quản không quặt ngược, trong số 19 ca không có ca nào tổn thương TK
- Trong 4 ca không dự đoán được, 1 ca bị tổn thương TK

CT scan

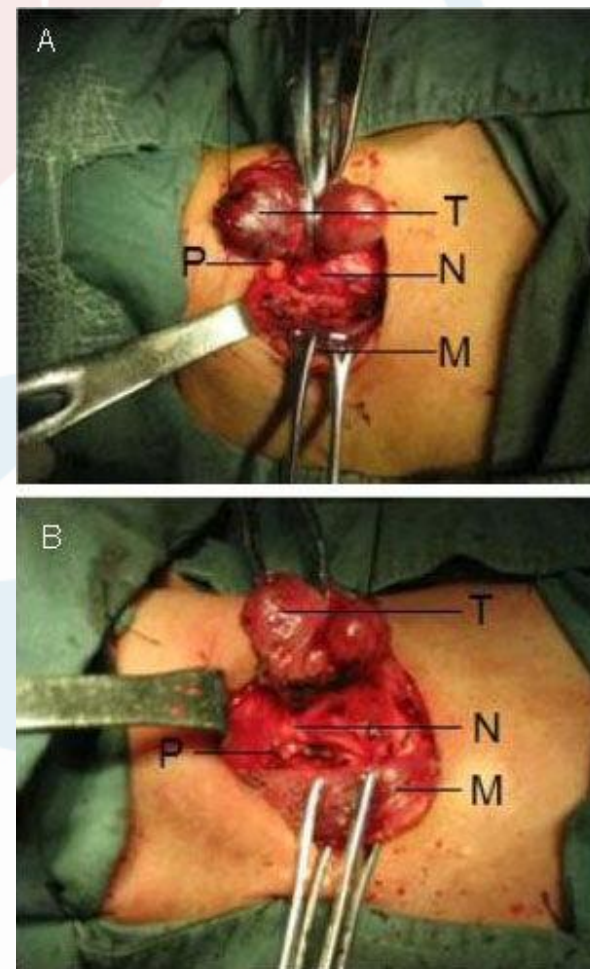


Phẫu thuật

- Thần kinh thanh quản không quặt ngược làm tăng nguy cơ tổn thương TK khi phẫu thuật tuyến giáp
- Cách giảm tổn thương tốt nhất là bộc lộ thường quy thần kinh
- Tìm thần kinh theo 3 hướng (trên, giữa, dưới) dựa trên các mốc giải phẫu.

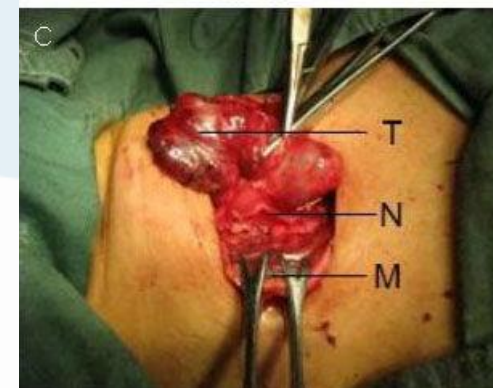
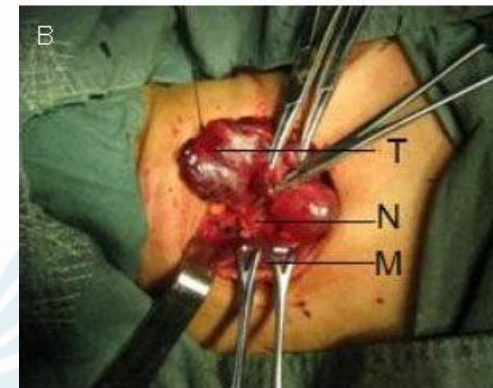
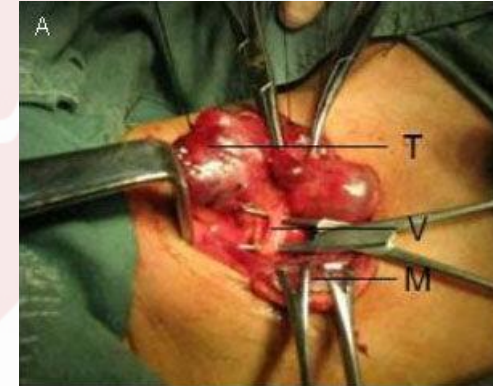
Theo hướng trên xuống

- Mốc giải phẫu thường dùng là dây chằng Berry
- Theo một phân tích gộp (7 nghiên cứu, n=1505)
 - TK đi trên dây chằng Berry trong 76% trường hợp, nằm dưới 17% và đi xuyên qua dây chằng 7%.



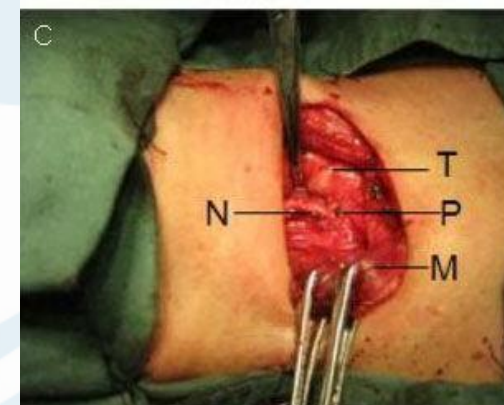
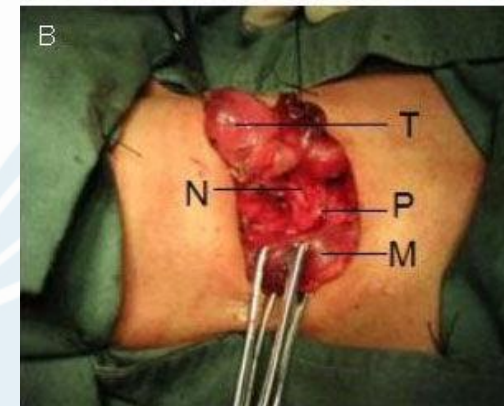
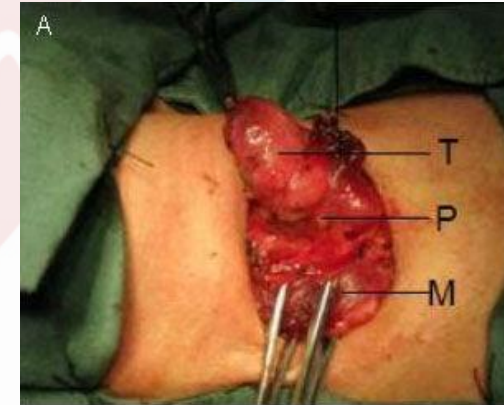
Theo hướng bên

- Là phương pháp thường được dùng nhất (59.7%)
- Dựa vào mốc tĩnh mạch giáp giữa và rãnh thực quản.
- 60% tk đi trong rãnh thực quản-khí quản



Theo hướng dưới lên

- Dựa vào mốc tuyến cận giáp dưới và động mạch giáp dưới.
- Cách tuyến cận giáp dưới 2 mm
- TK nằm sau động mạch giáp dưới (57.8%), nằm trước (26.4%) và đi giữa các nhánh của động mạch (15.9%)



Xác định thần kinh từ trong ra

- Dùng trong trường hợp vùng cổ dính nhiều, bướu lớn, u xâm lấn
- Bóc tách tuyến giáp từ trong ra
- Lấy mốc là sụn thanh quản thứ 3, tìm thần kinh từ trong ra (thường cách sụn thanh quản 3 mm).





Correspondence

A New Technique for Identifying the Recurrent Laryngeal Nerve: Our Experience in 71 Patients

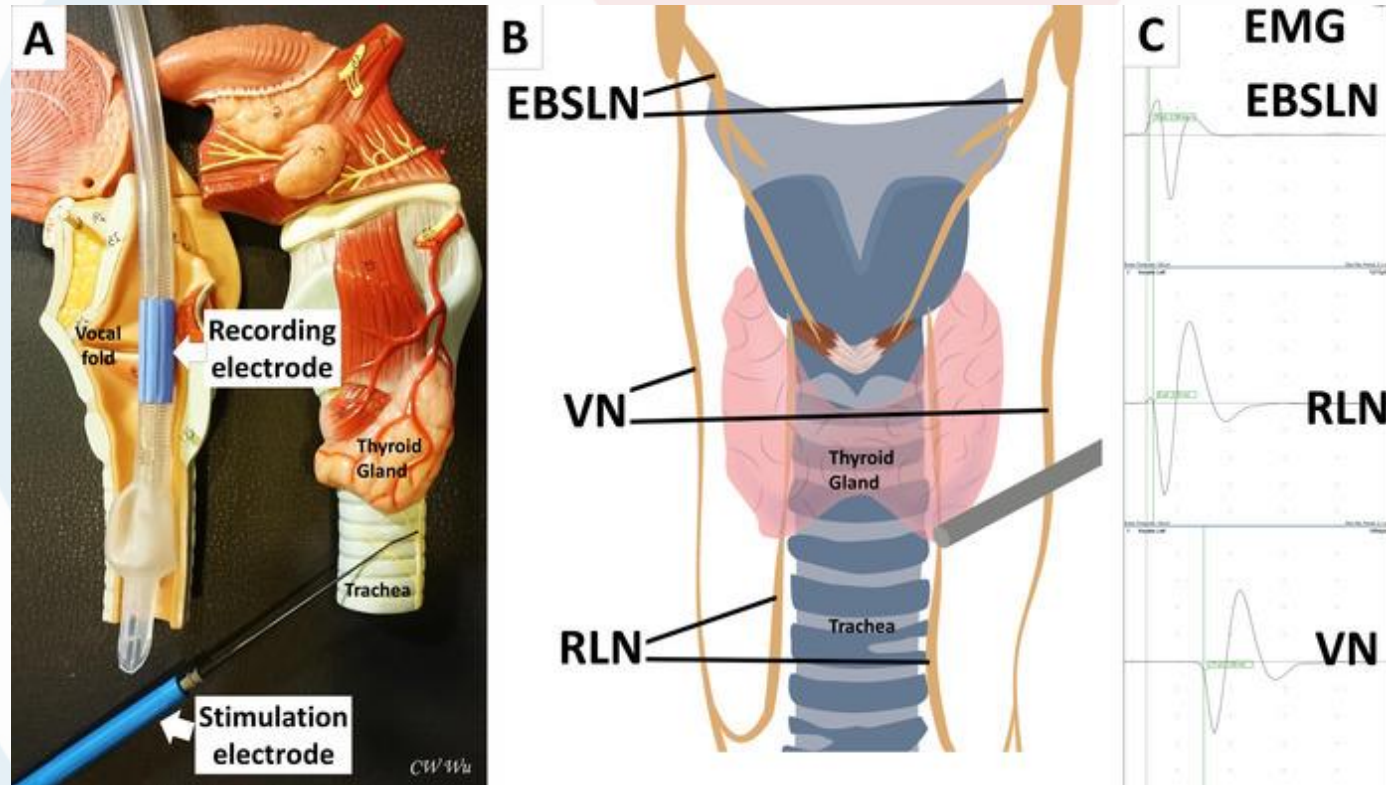
Jia-Ying Chen^{1,2}, Qiang Shen^{1,2}

¹Department of Head and Neck Surgery, Fudan University Shanghai Cancer Center, Shanghai 200032, China

²Department of Oncology, Shanghai Medical College, Fudan University, Shanghai 200032, China

- 71 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp, trong đó 20 bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật tuyến giáp trước đó, 40 bệnh nhân là bướu giai đoạn T4
- Phẫu thuật viên tìm thần kinh thanh quản quặt ngược theo hướng từ trong ra.
- Tỷ lệ tổn thương thần kinh là 2.81% (2/71)

Thiết bị dò tìm thần kinh trong mổ





Increased Detection of Non-recurrent Inferior Laryngeal Nerve (NRLN) During Thyroid Surgery Using Systematic Intraoperative Neuromonitoring (IONM)

G. Donatini · B. Carnaille · G. Dionigi

- 402 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp, được sử dụng IONM trong mổ.
- Phát hiện 11 trường hợp thần kinh không quặt ngược (2.7%), tỷ lệ tăng so với dân số chung (0.6-1.3%)
- 15 trường hợp có tổn thương thần kinh tạm thời và không trường hợp nào liệt thanh quản 1 bên quá 6 tháng

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ 0.3-0.8% ở bên phải và 0.004% ở bên trái. Làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh
- Thường đi kèm với dị dạng mạch máu
- Đa phần không triệu chứng. Có thể chẩn đoán trước mổ bằng hình ảnh học
- Thiết bị dò tìm thần kinh trong mổ giúp giảm tỷ lệ tổn thương thần kinh khi có RILN