

颅底圆孔外口神经切断术治疗三叉神经Ⅱ支痛

崔广学, 邓凤坤, 李光清

(赤峰学院附属医院口腔颌面外科, 内蒙古赤峰 024000)

[摘要] 目的: 提高手术撕脱治疗三叉神经痛的效果, 减少术后复发。方法: 采用经上颌窦颅底圆孔外口上颌神经切断术治疗三叉神经痛。结果: 经上颌窦在颅底圆孔外口处高位切断上颌神经, 经 13 例术后 10~42 个月的随访, 无效 1 例, 余 12 例未见复发。结论: 该治疗方法手术径路新, 创伤小, 视野清楚, 术后恢复快, 治疗效果好。

[关键词] 三叉神经Ⅱ支; 三叉神经痛; 手术; 圆孔

[中图分类号] R745.11 **[文献标识码]** A **[论文编号]** 1004-0951(2008)11-1308-03

Treatment on Trigeminal Neuralgia with Trigeminal Neurectomy at Foramen Rotundum of External Aspect of The Base of The Skull

CUI Guang-xue, DENG Feng-kun, LI Guang-qing

(Department of Oral and Maxillofacial Surgery, The Affiliated Hospital of Chifeng College, Chifeng 024000 China)

[Abstract] **Objective:** In order to improve the therapeutic results of trigeminal neuralgia and to reduce post-operational morbidity. **Methods:** Maxillary nerve section through maxillary sinus at foramen rotundum of external aspect of the base of the skull is a relatively new procedure. **Results:** 13 cases were followed up. The followed up period ranged from 10 to 42 months. It appears to have the potential to become a sound treatment for intractable trigeminal neuralgia. 1 patient had no effect. 12 patients had no recurrence. **Conclusions:** The method showed that it is an effective new pathway, the visual field clear, recovered quickly, slight injured.

[Key words] Trigeminal nerve II; Trigeminal neuralgia; Operation; Foramen rotundum

原发三叉神经痛是口腔科常见的一种神经源性疾病, 尤其好发于中老年人。三叉神经痛虽然不像肿瘤那样严重威胁人们的生命, 但日常生活中吃饭、喝茶、洗脸、刷牙等, 随时都可能诱发出难以忍受的剧痛, 严重影响人们的生活、学习、工作以及社交活动。原发性上颌神经痛是三叉神经痛的一种, 由于三叉神经痛病因至今不清楚, 尽管国内外专家经多年研究在治疗上取得了很大进步, 但仍缺乏一种对各种病例都理想的治疗方法。为了解除三叉神经痛病人的痛苦(第 11 支), 减少复发, 我们采用了颅底圆孔外口神经切断术治疗上颌神经痛 13 例, 取得了很好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

性别与年龄: 男性 5 例, 女性 8 例; 年龄 27~77 岁。部位: 右侧 9 例, 左侧 4 例; 伴有Ⅲ支 4 例, 单纯 9 例。病程最长 18 年, 最短 6 年。发作次数: 最多的 20~30 次/d, 最少 10 余次/d; 持续时间 10~20 s, 最长达 30 min。既往手术史: 眶下神经撕脱复发

4 例, 射频治疗术后复发 3 例。放射部位: 以颧颞部多见, 此外有内眦、上睑。其它治疗: 所有病人都服用过卡马西平, 初期治疗效果较好, 随着服药时间的延长, 药物作用减弱甚至无效; 有的服过中药, 有的针灸过, 有的封闭过。

1.2 方法

患者全身麻醉, 健侧腔插管, 患侧口腔前庭切口, 手术从患侧侧切牙远中至第一磨牙近中上前庭沟作黏骨膜全层切口, 骨膜剥离器向上全层分离至眶下孔水平, 充分显露尖牙窝, 彻底止血, 在尖牙窝稍上方、眶下孔下方, 用骨凿凿开上颌窦前壁, 形成左右径 2.5 cm, 上下径 1.5 cm 的窦前骨窗。将上颌窦顶壁黏膜向下分离至上颌窦后端, 暴露上颌窦后顶壁。用骨凿凿开后壁, 形成 1.5 cm×1.5 cm 的窦后窗, 进入翼腭窝, 然后寻找上颌神经翼腭窝段, 后上止血钳, 并用电刀热凝破坏神经, 然后切断神经。同时尽量撕脱远心端的上牙槽后、中、前神经及眶下神经。术中注意保护上颌动脉, 防止血管损伤破裂造成难于控制的大出血^[1]。

2 结果

手术病例全部经过电话或患者来医院复诊,随访时间10~42个月,术后无效1例,余无复发,远期效果有待进一步观察。

3 讨论

3.1 三叉神经痛(第Ⅱ支)手术治疗现状

三叉神经上颌神经痛,常见的手术治疗方法有:

经眶下孔的眶下神经撕脱术。该法虽具有简单、安全可靠,可使疼痛缓解的优点,但由于疼痛的发生可来自该神经的任何一个分支,对于来自上牙槽中神经、上牙槽后神经、蝶腭神经者无效,且术后疼痛复发率高。

经上颌窦的眶下神经撕脱术。该法虽在上颌窦内对眶内段以及眶外段神经进行了撕脱,手术效果远较经眶下孔法好,复发率大为降低,但对来自上牙槽后神经及蝶腭神经者仍然无效。

经眶底三叉神经第Ⅱ支撕脱术。该术式具有以下优点:①撕脱出的神经干较一般为长,被撕断的部位在翼腭窝圆孔附近,因此效果更好一些;②因眶下管已被凿开,软组织可填充,使该神经几乎不可能再接通,故复发的机会减少;③本术式操作简单、安全、术后并发症少。但也具有以下缺点:①对自上牙槽后神经和蝶腭神经者效果不确切;②面部遗留疤痕。

射频温控热凝术。其机理是在射频电流通过有一定阻抗的神经组织时离子发生振动,与周围质点发生摩擦,在组织内产生热,而不是在电极里产生热;通过电极尖端的热敏电阻,即可测量到针尖处的组织温度,在组织内形成一定范围蛋白质凝固的破坏灶;而实验证明传导痛觉的无髓鞘细纤维较传导触觉的有髓鞘粗纤维对热敏感性更高,故在一定温度下可以只破坏痛觉而相对能保留触觉纤维。该法自国际上20世纪70年代,国内80年代应用以来,由于其具有效率高、复发率低、可重复治疗、相对开颅手术安全的优点,被越来越广泛地应用,但此法的缺点是操作技术及设备均较复杂,并发症及不良反应较多,文献报道的严重并发症有颅内出血,其他脑神经损伤、颅内感染等。此外,尚有报道误穿入颈静脉孔、眶下裂、蝶窦、破裂孔、翼静脉丛等处致面部部血肿或外耳道、咽腔出血等,也可因第Ⅰ支损伤造成角膜反射减退、麻痹性角膜炎致角膜云翳甚至失明;常发生咀嚼功能减退(因损伤三叉神经运动支所致)但多数可在3个月内恢复。术后耳内不适、耳鸣、耳胀、耳聋等症状亦时有发生^[2]。

颅内三叉神经感觉根切断术及微血管减压术。虽然治疗效果较好,但有18%~39%的复发率和较严重的术后昏迷、癫痫甚至引起死亡,患者不愿接受^[3]。

3.2 经颅底圆孔外口切断上颌神经的优点

翼腭窝为一狭窄的骨性缝隙,解剖位置恒定,其前为上颌窦的后壁,其后壁至圆孔外口距离近,准确打开上颌窦后壁即可显示圆孔外口,手术径路近。该手术与其它手术方法相比具有以下优点:口腔前庭手术切口,面部不留疤痕,不影响面容;手术能够在高位(圆孔外口)切断神经;经上颌窦径路,上颌窦内组织少,视野也较清楚,上颌窦后壁一打开,可直接在翼腭窝的圆孔外口处找出上颌神经;创伤小,术后恢复快,完善了上颌神经痛的手术治疗方法,较好的解除了上牙槽后神经及腭神经等引起的三叉神经痛。为三叉神经痛患者,特别是老年患者安度晚年,解除了神经痛的后顾之忧。

3.3 应用该手术的注意事项

上颌窦后壁开窗位置正确与否决定神经寻找的难易。圆孔的外口在翼腭窝,其前方为上颌窦后壁,即相当于上颌窦的顶后壁,此处骨壁一般菲薄,去除1.0~1.5cm的骨组织,即可进入翼腭窝,轻轻分离软组织,即可找到神经。上颌窦后壁开窗不宜过高,否则容易进入眶底,损伤下直肌,引起术后暂时性复视。开窗位置也不宜过低,否则容易损伤在翼腭窝的上颌动脉的终末支,血管破裂出血影响手术视野^[4]。

神经组织的处理。上颌神经出圆孔以后,即分出蝶腭神经节、蝶腭神经等,位置较高,如果上颌窦后壁开窗位置准确,一般可在圆孔外口找到上颌神经的主干,并可见圆孔外口的骨组织,但上颌神经的分支较多,有时蝶腭神经和从上颌神经主干分出的眶下神经分支在翼凹处都较粗,为了防止神经切断位置偏低、或遗留如上牙槽后神经、腭神经分支,在切断眶下神经后,在神经断段的远端结扎并作为标记,在翼腭窝处试行神经倒抽术,如果眶下神经易被抽出,应考虑神经切断位置不够高。手术后腭部痛觉存在与否也决定于神经切断位置的高低。在探查神经外口时,应注意探查器械不宜向眶上裂方向探及,否则有可能损伤动眼神经,致动眼神经麻痹,其主要表现为瞳孔缩小,眼球相对固定^[5]。

在翼腭窝,上颌神经往往与上颌动脉终末支伴行,在寻找神经时,其动脉一般在神经的外下方,故寻找神经时应该注意二者之间的关系,必要时可结扎血管。

分支诊断要准确。眼神经和上颌神经在鼻、眦部感觉支配相交,上颌神经和下颌神经感觉支配在颊部相交,故当神经痛板机点在鼻、眦、颊部时尤其要重视诊断性封闭,以准确诊断神经痛是哪一支,确保手术的成功。本组13例手术患者中,失败的1例后来分析可能就是诊断错误所致,该患者自述疼痛发作时从鼻翼始向同侧眉头部放射,作者在未行封闭诊断的情况下就主观认为是上颌神经

痛,按此诊断行圆孔外口上颌神经切断术,结果手术无效,实际上该患者是三叉神经 I 支眼神经分出的鼻旁神经痛。教训深刻,仔细诊断不容忽视。

[参考文献]

- [1] 董著文,郑德春,林建业.三叉神经高位切断术治疗三叉神经痛临床应用[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(3):235-236.
[2] 邱蔚六,张震康.口腔颌面外科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:334-345.

- [3] 刘学宽,李光华.三叉神经与面神经疾病学[M].北京:中国中医药出版社,2006:140-166.
[4] 皮昕.口腔解剖生理学[M].北京:人民卫生出版社,2004:150-156.
[5] 姜晓钟,陈必胜,赵云富,等.口内径路神经切断术治疗三叉神经 II、III支[J].口腔医学,1999,19(2):21-22.

[收稿日期] 2008-08-16

[作者简介] 崔广学(1969-),男,蒙古族,内蒙古赤峰市喀喇沁旗人。医学学士,副主任医师。

连续性血液净化治疗伴有肾功能衰竭的多器官功能衰竭

赵晓毅,于晓明,孟雅哲,慈永丰,张智力,尹爱华,赵红梅,宝莉莉

(赤峰学院附属医院肾内科、儿科,内蒙古赤峰 024000)

[摘要] 目的:探讨连续性血液净化(CBP)治疗伴有肾功能衰竭的多器官功能衰竭(NODS)的疗效。方法:回顾性分析 52 例经 CBP 治疗的合并肾功能衰竭的 MODS 患者临床资料。结果:CBP 清除了患者的尿毒症毒素,较快纠正水、电解质、酸碱平衡失调,使血压回升,中心静脉压下降,52 例患者总死亡率 42.31%,病死率与脏器衰竭数目相关,3 个以上器官衰竭病死率近 87.5%。结论:CBP 能明显改善伴有肾功能衰竭的 MODS 患者的血液动力学及血液生化指标,降低 2~3 个器官衰竭患者的病死率。

[关键词] 连续性血液净化;肾功能衰竭;多器官功能衰竭

[中图分类号] R459.5 **[文献标识码]** A **[论文编号]** 1004-0951(2008)11-1310-02

Application of Continuous Blood Purification Treatment in Multiple Organ Dysfunction Syndrome with Renal Failure

ZHAO Xiao-yi, YU Xiao-ming, MENG Ya-zhe, CI Yong-feng

ZHANG Zhi-li, YIN Ai-hua, ZHAO Hong-mei, BAO Li-li

(Department of Nephrology and Pediatrics, The Affiliated Hospital of Chifeng College, Chifeng 024000 China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the therapy effect of continuous blood purification(CBP) in patients multiple organ dysfunction syndrome(MODS) with renal failure. **Methods:** Clinical data of 52 cases in MODS with renal failure underwent CBP were analyzed retrospectively. **Results:** The uremia related toxins were cleared, disequilibrium of water, electrolytes, acid and alkali were corrected, blood pressure were increased, central venous were lowered after CBP. The overall mortality was 42.31%. the mortality was related to the numbers of organ dysfunction. The mortality was 87.5% in patients with three or more organs failure. **Conclusion:** CBP can improve hemodynamics and biochemical parameter, and reduce the mortality of patients with 2 to 3 organs dysfunction.

[Key words] Continuous blood purification; Renal failure; Multiple organ dysfunction syndrome

连续性血液净化(CBP)已成为救治多器官功能衰竭(MODS)的重要方法。我院自 2003 年 5 月~2008 年 2 月对 52 例合并肾功能衰竭的 MODS 患者进行治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 52 例合并肾功能衰竭的 MODS 患者,男 30 例,女 22 例;年龄 13~81 岁,平均(52±14)岁,

颅底圆孔外口神经切断术治疗三叉神经II支痛

作者: 崔广学, 邓凤坤, 李光清, CUI Guang-xue, DENG Feng-kun, LI Guang-qing
作者单位: 赤峰学院附属医院口腔颌面外科, 内蒙古, 赤峰, 024000
刊名: 内蒙古医学杂志
英文刊名: INNER MONGOLIA MEDICAL JOURNAL
年, 卷(期): 2008, 40(11)

参考文献(5条)

1. 董著文;郑德春;林建业 三叉神经高位切断术治疗三叉神经痛临床应用[期刊论文]-中国耳鼻咽喉颅底外科杂志 2007(03)
2. 邱蔚六;张震康 口腔颌面外科学 2004
3. 刘学宽;李光华 三叉神经与面神经疾病学 2006
4. 皮昕 口腔解剖生理学 2004
5. 姜晓钟;陈必胜;赵云富 口内径路神经切断术治疗三叉神经II、III支[期刊论文]-口腔医学 1999(02)

本文读者也读过(10条)

1. 何玉泉. 沈云霞. 唐军华. 何书 CT扫描观察及测量国人颅底卵圆孔[期刊论文]-医学影像学杂志2006, 16(3)
2. 姜晓钟. 赵云富. 邹爱萍. 高宏. 苗林. 周洁 经圆孔外口神经切断术治疗上颌神经痛的临床应用(附48例报告)[期刊论文]-口腔医学研究2000, 16(2)
3. 占大兴. 柯国平 颅骨圆孔的应用解剖与临床[期刊论文]-数理医药学杂志2000, 13(4)
4. 沈云霞. 何玉泉. 邢元龙. 薛祖平. 崔磊. 张祥华 国人卵圆孔穿刺深度X线解剖测量的研究[期刊论文]-医学影像学杂志2004, 14(11)
5. 叶静. 张勤修. 张述明. 魏雪梅. 李满 内镜下锁孔硬膜外入路处理三叉神经的临床解剖学研究[期刊论文]-四川医学2006, 27(3)
6. 廖翔. 蒋劲. 熊东林. 张强. 肖礼祖. 郑虎山. 梁豪文. 罗裕辉. 张德仁. LIAO Xiang. JIANG Jing. XIONG Dong-Lin. ZHANG Qiang. XIAO Lizu. ZHENG Hu-Shan. LIANG Hao-Wen. LUO Yu-Hui. ZHANG De-Ren 经侧方入路与经卵圆孔三叉神经下颌支介入射频热凝术的临床比较[期刊论文]-中国疼痛医学杂志2011, 17(4)
7. 邹锦慧. 谭建民 颅骨卵圆孔穿刺的应用解剖[期刊论文]-四川解剖学杂志2005, 13(2)
8. 邓兆宏. 刘伟. 王金勇. Deng Zhao-hong. Liu Wei. Wang Jin-yong 下颌神经阻滞入路的相关解剖结构特征[期刊论文]-中国临床康复2006, 10(46)
9. 李家锋. 邢树忠. 万延俊. 管海虹. 贺文鹏. 张红闯 上颌窦径路治疗三叉神经痛9例报告[期刊论文]-临床口腔医学杂志2005, 21(4)
10. 乔胜铎. 黄维国. 邱建华 颅中窝径路解剖定位的临床意义[期刊论文]-第四军医大学学报2002, 23(19)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_nmgyzz200811008.aspx