

不锈钢丝绞扎术治疗面肌痉挛

山东省立医院 樊 忠

提要 报告不锈钢丝绞扎术治疗面肌痉挛58例, 随访30例, 复发率30%。但因此术简便易行, 可再次手术, 亦易取得良好效果, 在现阶段, 可列为首选疗法。对面神经梳理术和面神经颅内段血管减压术或神经松解术的现状作了比较性分析。

面肌痉挛为一种电击样面肌半侧抽搐, 异常冲动可来自面神经核、核上或膝状神经节。继发性者多见于贝尔氏面瘫或外伤性面瘫恢复之后, 由于轴索再生错乱所致。自显微耳神经外科开展以来, 发现不少病人因在桥小脑角处有血管走行异常、蛛网膜粘连和占位性病变而致病, 但仍有部分病人原因不明。

在治疗方面, 作者1979年发表一种简便易行的不锈钢丝绞扎术后^[1], 又相继采用了面神经梳理术和迷路后面神经血管减压术。经临床实践作者体会到, 三种术式各有不足。为此, 特将资料较为完整、经绞扎术治疗的58例加以总结, 并对三种术式进行比较。

临 床 资 料

58例中男25例, 女33例。右侧34例, 左侧24例。病期平均7年, 均为长期采用物药、针灸和封闭等保守治疗无效者。有高血压者占23%, 血压最高达180/120mmHg。术后全部取得近期效果。随访1~3年者30例, 复发30%, 其中半数于术后半年或1年内复发, 但严重程度和发作频度均较术前明显改善; 6例恢复到术前水平; 复发严重者多是病程较长和术中绞扎太轻所致。在行第二次手术的6例中, 5例将原置钢丝重新扭紧, 1~2周后症状消失。1例因钢丝被扭断, 重置新钢丝绞扎成功。另1例进行了迷路后小脑桥脑角探查术, 发现面神经被小脑下前动脉袢压迫, 分离后用颞肌片隔离, 术后症状明显

减轻。

讨 论

本病手术方法随着新病因的不断发现而改进。过去所用压榨术、神经干部分切断、选择性分支切断、颞骨内神经解压以及与其他颅神经吻合术等, 均因疗效不持久或遗留永久性面瘫以及手术比较复杂但效果并不肯定而被弃用。面神经钢丝绞扎术、梳理术比较简便易行, 而血管减压术虽手术复杂但为治本疗法, 故应根据具体情况酌情选用。

1. 面神经梳理术: 手术比较复杂, 需经乳突暴露面神经垂直段, 在神经干上纵行切开1~2处, 切断交叉或再生错乱的轴索, 减少异常冲动的传导。适用于贝尔氏面瘫和外伤性面瘫后遗症性痉挛。缺点是术后有暂时性面瘫, 一般半年后始能恢复, 1~3年复发率极高, 中耳炎患者忌用。

2. 面神经颅内段血管减压术或神经松解术: 是近20年来新开创的手术。据Sunderland(1948)统计在面神经出桥脑处有血管缠绕面神经者达13%。年轻时可无症状, 迨年老动脉硬化后, 这些动脉的搏动冲击, 可造成神经的慢性损伤和髓鞘的变性, 引起传入和传出纤维的串线。如将血管移开或隔以肌片或有机薄膜, 即有可能解除病因而得以治愈。如为占位性病变压迫面神经, 切除后亦可以治愈; 如为蛛网膜粘连累及面神经, 则虽分离粘连, 疗效亦不肯定且易复发^[2]。分离压迫血管和松解粘连, 治愈率仅约80%

(Jannetta^[3] 47例治疗率85%；Riemens 20例为80%)。可能为神经受压过久，变性较甚，髓鞘难以短期修复或移离的血管重新复位，分解的粘连再又粘连之故。这种手术需在颅内进行，有一定危险性，即使采用迷路后或乙状窦后径路施术，亦要求具有一定条件和技术，难以普遍采用。据报道因牵拉和损伤听神经而在术后发生神经性耳聋者占8~38%。

3. 不锈钢丝绞扎术：利用钢丝绞扎茎乳孔下的面神经干，使神经传导阻滞，达到部分神经失用，减少异常冲动传入而控制发作。作者曾作动物试验，选用5只大狗，分别解剖出面神经主干，进行不锈钢丝绞扎术，3~5个月后再将面神经干取出作组织切片检查，未发现神经干有显著变性，故此术安全而不致造成永久性面瘫。局麻下在茎乳孔下寻找神经不难。绞扎用钢丝最好为软的直径1mm者，环扎时施力均匀，绞扎压力应以面肌出现轻瘫为度，即用力闭眼时睑裂出现2mm缝隙为宜。压力太大，面瘫恢复较慢；压力过小，2~3月后即将复发。经测量，绞扎前神经最小刺激阈为0.3mA，绞扎后提高到1.5mA即可。为避免扎进周围软组织，

现改将钢丝先在乳突骨衣上扭紧然后绕着面神经进行绞扎。此术简便易行，适用于一切痉挛患者。缺点是不能根除病因，术后有短期的面瘫；复发率较高。但复发后尚可再次手术，将埋植的钢丝找到，扭紧1~2圈即可取得良效。

综上所述，面肌痉挛治疗手段已由对症治疗转入消除病因治疗，是很大的进展，但临床上还有很多问题亟待解决。在国内现阶段，不锈钢丝绞扎术可作为首选疗法，一旦复发说明病因比较严重，再考虑施行迷路后或乙状窦后径路探查，以期清除病因。

参 考 文 献

1. 樊忠. 钢丝绞扎术治疗面肌抽搐. 中华耳鼻喉科杂志 1979; 14(4):226.
2. Iwakuma T, et al. Hemifacial spasm: comparison of the different operative procedures in 110 patients. J Neurosurg 1982; 57:753.
3. Jannetta PJ, et al. Etiology and definitive microsurgical treatment of hemifacial spasm: operative techniques and results in 47 patients. J Neurosurg 1977; 47: 321.

(1987年5月22日收稿)

鼻衄自填污物继发破伤风死亡一例

安徽加山县人民医院五官科 金山

患者，女，62岁。1987年7月10日因鼻口出血不止就诊。检查：双侧鼻腔内充填污秽树叶，除去后未见出血点，后鼻孔镜下见左侧鼻后孔处出血不止，出血点不清。即行左侧鼻前、后孔填塞，同时给予补液及抗生药预防感染。24小时后取出填塞物出院。1周后复诊，诉仍有少量鼻出血且张口受限。口腔科会诊建议针灸。次日，患者牙关紧闭，面部肌肉阵发性抽搐，呈“苦笑”面容伴角弓反张。外科会诊，拟以破伤风收治入院，但患者自动离院，2日后死亡。

讨论 农村患者在鼻部出血时常用树叶、烂布、烟灰等不洁物填塞，极易招致破伤风杆菌感染，填塞止血又易在鼻腔造成缺氧环境，有利于此菌生长繁殖，促使破伤风的发生。本例教训应引以为戒。

(1987年8月7日收稿)