

枕下乙状窦后入路微血管减压术治疗面肌痉挛的 并发症及处理

耿 飞

【摘要】目的 总结枕下乙状窦后入路微血管减压术(MVD)治疗面肌痉挛的经验。**方法** 回顾性分析2007年10月至2013年12月采用枕下乙状窦后入路MVD治疗85例面肌痉挛患者的临床资料。**结果** 66例术后面肌痉挛症状即消失,8例术后第3~7天面肌痉挛症状完全缓解,9例出院1月后电话随访面肌痉挛症状完全消失,2例出院后3月电话随访仍诉面肌痉挛,但肌肉紧张度较术前有所减轻。发生手术并发症共18例。**结论** 枕下乙状窦后入路MVD手术治疗面肌痉挛效果明确,但需警惕并发症的发生。

【关键词】 面肌痉挛;微血管减压术;枕下乙状窦后入路;并发症

【文章编号】 1009-153X(2015)03-0168-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 745.1⁺2; R 651.1⁺1

枕下乙状窦后入路微血管减压术治疗面肌痉挛是一种十分成熟有效的方法,目前已成为面肌痉挛的首选方法^[1-3]。2007年10月至2013年12月,我科采用枕下乙状窦后入路手术治疗面肌痉挛85例,取得了预期的理想效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 85患者中,男性47例,女性38例;年龄43~63岁,平均54岁;左侧痉挛37例,右侧痉挛48例。均于术前行MRI及三维时间飞跃法磁共振血管成像检查,其中26例可明确为椎动脉压迫者,其余不能准确命名责任血管,排除心因性及颅内肿瘤而引发的面部抽搐症。

1.2 治疗方法 85例患者均采用全麻,侧卧位,置患

侧乳突于垂直视野中心,患侧肩部以约束带牵引,充分暴露术野^[4],于乳突后切迹上0.8~1.0 cm处做一横形切口,长4~5 cm,开骨窗大小约1.5 cm×2.0 cm,充分暴露至横窦、乙状窦,部分乳突峰房可能被涉及,封以骨蜡。“十”字形剪开硬脑膜并悬吊。显微镜下剪开小脑延髓池蛛网膜,缓慢释放脑脊液,沿小脑延髓池垂直方向向下,先辨认出粗大的三叉神经,再向下即找到面听神经,如果对面神经受压明显或与之形成角度者一般为责任血管,可直接处理;压迫不明显或血管与面听神经仅表现为粘连、走向平行者可考虑全程探查,分离周围血管并将Teflon拉成丝,根据神经与血管间隙大小揉成适当的棉条垫入。硬脑膜间断缝合,表面敷以多层明胶海棉,分层缝合头皮。

2 结果

2.1 手术效果 66例术后面肌痉挛症状即消失,8例术后第3~7天症状完全缓解,9例出院1月后电话随

访症状完全消失,2 例出院后 3 月仍诉面肌痉挛,但肌肉紧张度较术前有所减轻。

2.2 手术并发症 1 例出现听力丧失,1 例听力下降,1 例面瘫,1 例出现术区硬膜外血肿,2 例顽固性眩晕及血压高,4 例脑脊液伤口漏,1 例并发脑脊液鼻漏,7 例出现反复高热。

3 讨论

随着显微技术的迅速成长及广泛推广,微血管减压术治疗面肌痉挛技术越来越成熟,但在实际操作过程中仍会出现一些并发症。

3.1 术中处理

3.1.1 术中难以分辨责任血管 本组 85 例病人术前行 MRI 及三维时间飞跃法磁共振血管成像检查,可明确为椎动脉压迫者有 26 例,其余 59 例不能明确责任血管;而术中探查发现 76 例有明确责任血管(椎动脉压迫所占比例与术前检查结果一致),9 例难以确定。对术中难以确定责任血管的 9 例采用全程探查,术后 2 例出现顽固性眩晕及血压增高和 1 例听力丧失,与李心远等^[5]报道的有所不同。这也说明,术前明确责任血管为椎动脉者术中可无需行全程探查,而难以确定责任血管者术中需探查,但可能增加术后并发症。

3.1.2 术中蛛网膜严重粘连、释放脑脊液困难 本组 2 例病人出现小脑延髓池解剖困难。棉片保护下使用脑压板分离小脑延髓池,但术中见小脑严重挫伤仍未分离成功,最终均行术中腰椎穿刺,测得压力均正常,释放脑脊液约 20 ml,小脑即塌陷。

3.2 术后并发症及预防

3.2.1 颅内血肿 术中脑脊液释放过快及过多、小脑过度牵拉、麻醉过浅、术后头部位置过早大幅度活动及患者本身血管状况不良(血管畸形、动脉硬化)等均是导致出血的原因^[6]。而轻柔的术中操作是减少术后出血的最好办法,良好的麻醉配合是降低出血必要前提^[7]。本研究出现的 1 例硬膜外血肿开颅发现为横窦出血未处理妥善。

3.2.2 脑脊液漏 脑脊液漏文献报道不一致,有脑脊液伤口漏、耳漏、鼻漏,以伤口漏最常见。因本手术骨窗小,硬脑膜弹性差,术后原位缝合可能性较小,常规可能使用硬脑膜补片,但使用硬脑膜补片后部分病人会增加术后发热、感染几率。与王春燕^[8]所使用的加压包扎等方法不同,我们在术中可以在不使用补片情况下仅间断对位缝合硬脑膜,表面敷 3~5

层明胶海绵加固^[9],同时使用皮肤横切口即能减少伤口漏的几率。术后一旦出现脑脊液漏即予加压包扎,避免缝合。本组 1 例鼻漏患者经严格卧床休息后最终治愈。

3.2.3 术后反复高热及听力损害 发热为术后最常见并发症,但面肌痉挛行枕下乙状窦后入路微血管减压术手术后的高热患者需鉴别是颅内感染还是无菌性脑膜炎。而避免听力损害关键还是术中谨慎的操作。

枕下乙状窦后入路微血管减压术根治面肌痉挛的效果良好,术中娴熟的细致的操作是手术成功的关键。术后密切观察病情、及时发现术后常见并发症,并迅速有效处理是病人最终顺利康复的重中之重。

【参考文献】

[1] Zhong J, Zhu J, Li ST, *et al.* Microvascular decompressions in patients with coexistent hemifacial spasm and trigeminal neuralgia [J]. *Neurosurgery*, 2011, 68(4): 916-920.

[2] 肖小华,袁海涛,邓 明,等. 微血管减压术治疗原发性面肌痉挛的体会[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2014, 19(7): 425-426.

[3] 蓝胜勇,肖 泉,徐 鹏. 复发性面肌痉挛神经内镜下再手术治疗的症状转归[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2013, 18(7): 405-406, 410.

[4] 耿 飞,许进志,范铁牛,等. 枕下乙状窦后入路治疗原发性三叉神经痛的体会[J]. *实用医药杂志*, 2013, 30: 15-16.

[5] 李心远,李世亨,应婷婷,等. 全程减压与常规微血管减压治疗面肌痉挛的对比研究[J]. *中华神经外科疾病研究杂志*, 2011, 10(2): 118-120.

[6] Maesawa S, Salame C, Flickinger JC, *et al.* Clinical outcomes after stereotactic radiosurgery for idiopathic trigeminal neuralgia [J]. *J Neurosurg*, 2001, 94: 14-20.

[7] 蒋文庆,卞晓星,刘 平,等. 微血管减压术治疗面肌痉挛术后并发症及防治[J]. *江苏医药*, 2012, 38: 1705-1707.

[8] 王春燕. 显微血管减压术治疗原发性面肌抽搐临床效果观察[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2012, 5: 70-72.

[9] 丰育功,姜元培,唐万忠,等. 面肌痉挛微血管减压手术技巧及并发症分析(附 34 例报告)[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2011, 16: 653-655.

(2014-02-22 收稿, 2015-01-26 修回)