

. 经验介绍 .

原发性舌咽神经痛的临床特点及手术治疗

余海林 李 刚 王晓松

【摘要】目的 探讨原发性舌咽神经痛的临床特点,以及显微血管减压术、神经根部分切断术的治疗方法及其疗效。**方法** 2008年6月至2016年5月采用枕下乙状窦后入路手术治疗原发性舌咽神经痛17例,其中单纯血管减压13例,单纯舌咽神经根切断2例,舌咽神经根联合迷走神经根第一支切断1例,舌咽神经根联合迷走神经根第一、二支切断1例。**结果** 术中探查发现小脑后下动脉参与压迫神经14例,单纯为小脑前下动脉2例,未发现责任血管1例。术后所有病人疼痛均消失。术后出现并发症14例,无饮水呛咳、声音嘶哑、面瘫、听力下降。术后随访14~36个月,平均29个月,疼痛均未复发。**结论** 经枕下乙状窦后入路手术是治疗原发性舌咽神经痛安全、有效的方法,手术方式应根据致病原因、责任血管情况及迷走神经根丝的粗细多寡等决定。

【关键词】 原发性舌咽神经痛;显微手术;枕下乙状窦后入路;疗效

【文章编号】 1009-153X(2018)04-0260-02

【文献标志码】 B

【中国图书资料分类号】 R 745.1³; R 651.1¹

舌咽神经痛(glossopharyngeal neuralgia, GN)的年发病率约为0.7/10万^[1],表现为舌咽、迷走神经分部区域的电击样、针刺样剧痛,吞咽、说话时可诱发,常给病人带来巨大痛苦。对于保守治疗效果不理想的GN,显微手术已成为首选方法^[2]。2008年6月至2016年5月采用枕下乙状窦后入路手术治疗原发性GN 17例,获得满意的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 17例中,男6例,女11例;年龄44~89岁,平均59.7岁;病程0.5~28年,平均8.3年;左侧13例,右侧4例;术后住院5~12 d,平均6.7 d。

1.2 临床表现 本文病人均有不同程度咽部疼痛,呈烧灼感、电击样、针刺样,阵发性发作,骤起骤停,其中向外耳道深部放射2例,向舌根部后方放射3例,向耳前、颞下颌关节、下颌角放射12例。入院前以三叉神经痛、咽部息肉误诊并行手术各1例。本文病例术前口服卡马西平有效,疼痛发作时利多卡因咽部喷涂试验均为阳性。

1.3 影像学检查 术前行头颅MRTA检查,了解手术操作空间大小、局部血管走行,排除继发性病因。MRTA发现舌咽神经桥延段附近可见迂曲的小血管,其走行与神经关系密切,未发现占位性病变。

1.4 手术方法 采用枕下乙状窦后入路小骨窗开颅手术治疗。全麻后,健侧卧位,头低位偏向健侧30°,使乳突根部处于术野最高位置,上起横窦于发际内

作一长5 cm切口,在横窦下方咬一直径1.5 cm骨孔,上起横窦下缘,外至乙状窦边缘,气房开放者用骨蜡严密封闭。“T”字型剪开硬脑膜,缓慢释放脑脊液至脑塌陷,锐性分离后组颅神经之间蛛网膜,充分显露舌咽、迷走及副神经。无明确责任血管者或血管减压不满意时,予以选择性舌咽迷走神经根切断;有明确责任血管者,以适当大小Teflon垫棉推移减压。

2 结果

术中探查发现小脑后下动脉参与压迫神经14例,其中4例合并椎动脉为共同责任血管,2例合并小脑前下动脉为共同责任血管;单纯为小脑前下动脉2例;未发现责任血管1例。术中单纯血管减压13例,单纯舌咽神经根切断2例,舌咽神经根联合迷走神经根第一支切断1例,舌咽神经根联合迷走神经根第一、二支切断1例。

术后所有病人疼痛均消失。术后8例出现轻度恶心、头晕等并发症,3 d内逐渐好转消失;4例出现咽部干燥不适及阵发性干咳,3个月后均有好转;2例出现中度发热、头痛等,根据脑脊液检查结果,考虑为无菌性脑膜炎,行脑脊液置换后症状消失。无饮水呛咳、声音嘶哑、面瘫、听力下降。术后随访14~36个月,平均29个月,疼痛均未复发。

3 讨论

1977年,Janntetta^[3]首先提出颅内血管卡压舌咽神经根出脑干区是GN的发病原因,并采用经枕下乙状窦后入路进行显微血管减压术,取得满意的效果。该区域是中枢与周围髓鞘之间的移行区^[4],缺乏雪旺氏细胞的包裹,对波动性刺激较为敏感,血管压

迫该区即可引起颅神经疾病,而压迫刺激其以外的区域则不引起颅神经疾病。目前血管卡压颅内神经移行区学说已被广泛接受。然而血管卡压并不是唯一病因。本文 1 例未发现责任血管,术中见蛛网膜粘连增厚、舌咽神经发黄变性,说明蛛网膜卡压、神经本身病变等也可导致 GN。此外,我们发现小脑后下动脉与 GN 发病关系密切。本文 16 例有明确血管卡压,其中小脑后下动脉参与 14 例。因此,小脑后下动脉可能是 GN 最常见的责任血管之一^[5,6]。

显微手术治疗 GN 已有近百年历史,但在显微血管减压和神经根部分切断的选择上仍有争议;是单纯血管减压还是联合神经根部分切断,是单纯切断舌咽神经根还是联合迷走神经根切断,以及切断迷走神经根丝数量多少,尚无统一观点。在皮肤黏膜的分布上,舌咽神经和迷走神经部分根丝存在重叠区域,两者共同组成咽神经丛,GN 又被称为迷走舌咽神经痛。因此,理论上讲在切断舌咽神经的同时,应切断部分迷走神经根,这样才能保证手术效果。但是迷走神经不仅与舌咽神经存在交叉,还发出部分根丝形成喉上神经、喉返神经,所以迷走神经部分切断减轻病痛的同时,也极有可能造成声音嘶哑、饮水呛咳等并发症。

本文 13 例术中见舌咽神经与责任血管关系密切,且血管推移满意,行单纯血管减压术;2 例由于椎动脉联合小脑后下动脉卡压舌咽神经,其中 1 例尝试“悬吊法”处理椎动脉,效果不理想,另 1 例小脑后下动脉穿行于舌咽和迷走神经之间,探查迷走神经根丝为三支,行舌咽神经根切断;1 例小脑前下动脉及后下动脉迂曲成血管袢,处理空间狭小,血管减压不满意,且小脑前下动脉发出“根须”固定于脑干区,探查迷走神经根丝为四支,行舌咽神经及迷走神经第一支切断;1 例未见责任血管,探查见舌咽神经变性、迷走神经根丝有七支,行单纯舌咽神经及迷走神经第一、二支切断。术中我们发现有以下两种情况,往往须在血管减压的同时行神经根丝部分切断:一是责任血管为粗大的椎动脉时,血管压力过大造成责任血管推移不理想;二是责任动脉发出数个细穿支(图 1A)入脑干,尤其是短小的细穿支导致责任血管难以移位;三是虽有明确责任血管,但血管横穿于舌咽、迷走神经之间(图 1B),造成必须先切断舌咽神经(图 1C)方能进行血管减压。

关于迷走神经根丝是否切断及切断多少,我们以迷走神经根丝的数量为参考。在缺乏神经电生理监测的情况下,对于迷走神经根丝≤3 支者,单纯切

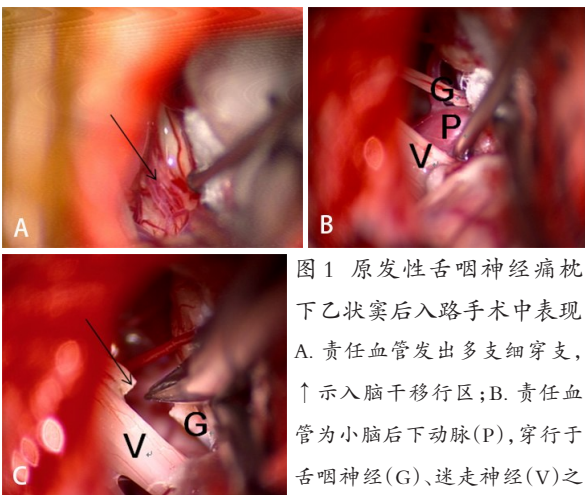


图 1 原发性舌咽神经痛枕下乙状窦后入路手术中表现
A. 责任血管发出多支细穿支,↑示入脑干移行区;B. 责任血管为小脑后下动脉(P),穿行于舌咽神经(G)、迷走神经(V)之间;C. 小脑后下动脉被垫棉推移减压后行舌咽神经(G)根丝切断(↑示)

断舌咽神经根;对于迷走神经根丝有 4~5 支者,切断舌咽神经及迷走神经第 1 支;对于迷走神经≥6 支者,切断舌咽神经及迷走神经第 1、2 支。按照上述方法,本文病例无声音嘶哑、饮水呛咳等严重并发症出现,取得了满意的疗效。但是由于神经根切除仅有 4 例,尚不足以得出有效结论。

【参考文献】

[1] Varrasi C, Strigaro G, Prandi P. Complex pattern of convulsivesyncope in glossopharyngeal nueralgia: video EEG report and short review [J]. Epilepsy Behav, 2011, 20: 407.
[2] 于炎冰. 努力提高显微血管减压术的治疗水平[J]. 中华神经外科杂志, 2016, 32(4): 325-328.
[3] Jannetta PJ. Observations on the etiology of trigeminal neuralgia, hemifacial spasm,acoustic nerve dysfunction and glossopharyngeal neuralgia: definitive microsurgical treatment and results in 117 patients [J]. Neurochirurgia(Stuttg), 1977, 20(5): 145-154.
[4] 郑 鲁,郑 瑛,陈援朝,等. 围套式微血管减压术治疗舌咽神经痛[J]. 中国临床神经外科杂志, 2007, 12: 102-103.
[5] 朱贵东,赵振宇,门学忠,等. 原发性舌咽神经痛的显微手术治疗(附 33 例分析)[J]. 中国临床神经外科杂志, 2016, 21(2): 76-78.
[6] Kandan SR, Khan S, Jeyaretna DS, et al. Neuralgia of the glossopharyngeal an d vagal nerves long term outcome folowing surigca treatment and literature review [J]. Br J Neurosurg, 2010, 2: 441-446.

(2017-03-08 收稿, 2017-04-24 修回)