

· 经验介绍 ·

“补片悬吊法”微血管减压术治疗原发性三叉神经痛的疗效观察

侯前亮

【摘要】目的 探讨“补片悬吊法”微血管减压术在原发性三叉神经痛手术中的应用效果。**方法** 回顾性分析 2007 年 1 月至 2017 年 1 月采用“补片悬吊法”将责任血管悬吊行微血管减压术治疗的 52 例原发性三叉神经痛的临床资料。**结果** 出院时, 49 例治愈, 3 例显效; 术后随访 3 个月~1 年, 3 例显效均在 3 个月~1 年内疼痛完全消失, 随访期间无复发。**结论** 微血管减压术中采用“补片悬吊法”治疗原发性三叉神经痛, 操作简单、安全有效、复发率低, 是对无有效支点责任血管处理的有效方法。

【关键词】 原发性三叉神经痛; 微血管减压术; 补片悬吊法

【文章编号】 1009-153X(2018)12-0810-02

【文献标志码】 B

【中国图书资料分类号】 R 745.1⁺1; R 651.1⁺1

三叉神经痛又称痛性抽搐, 表现为一侧颜面部三叉神经分布区内短暂性、阵发性剧烈疼痛, 频繁严重的疼痛发作常给病人带来巨大的痛苦, 影响其生活质量。本病的发病率为 (10~182)/10 万人^[1,2]。原发性三叉神经痛多系三叉神经受到邻近血管的压迫所致。微血管减压术疗效确切、安全、复发率低, 目前已经成为原发性三叉神经痛的首选治疗方法^[3-6]。术中需要用 Teflon 棉将责任血管垫开, 但有时在术中将责任血管游离后, 无法找到有效的支点, 很难用 Teflon 棉将责任血管垫开。2007 年 1 月至 2017 年 1 月采用“补片悬吊法”将责任血管悬吊行微血管减压术治疗原发性三叉神经痛 52 例, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 52 例中, 男性 29 例, 女性 23 例; 年龄 34~61 岁, 平均 45 岁。左侧面部疼痛 31 例, 右侧 21 例。疼痛位于第一支分布区 5 例, 第二支 6 例, 第三 11 例, 第一、二支 8 例, 第二、三支 17 例, 第一、二、三支 5 例。病程 1~25 年, 平均 11.5 年。均有口服卡马西平药物史, 部分病人有半月结甘油阻滞术、射频热凝术、三叉神经周围支撕脱术及伽玛刀等治疗经历, 疗效不佳或无效。术前均常规行头颅 MRI 检查, 排除继发性三叉神经痛。

1.2 治疗方法 采用患侧乙状窦后入路。头部前屈下垂 15°, 向健侧旋转 10°。切口长约 5 cm, 做一直径

约 2.5 cm 的骨孔, 外侧至乙状窦后缘, 上侧至横窦下缘。“L”状打开硬膜, 充分释放脑脊液至小脑自然塌陷。锐性分离蛛网膜, 暴露三叉神经脑池段全段, 找到压迫三叉神经的责任血管并使其完全游离。对于存在有效支点的责任血管, 用 Teflon 棉将责任血管充分垫开; 对于无有效支点的责任血管, 用人工脑膜补片修剪成宽 1.5~2.0 mm 的长条, 将其穿过责任血管, 再用双击灼烧使选取的附着点变得粗糙, 用耳脑胶将补片的两端固定于小脑幕或颅底选取的附着点上, 使责任血管离开三叉神经。三叉神经全程完全减压, 严密缝合硬膜, 关闭切口。

1.3 疗效评价标准 出院时和随访时采用 Brisman 疗效评定标准进行评价^[7]: ①治愈, 术后疼痛完全消失; ②显效, 术后疼痛缓解 >90%, 偶尔服用药物; ③有效, 疼痛减轻, 但仍需服药; ④无效, 术后疼痛无缓解。

2 结果

出院时, 49 例治愈, 3 例显效。术后随访 3 个月~1 年, 3 例显效均在 3 个月~1 年内疼痛完全消失, 随访期间无复发。术后出现疱疹病毒感染 2 例, 头痛、头晕 7 例, 面部麻木 3 例, 经治疗后均治愈, 无严重及永久性并发症。

3 讨论

原发性三叉神经痛的发生机制目前仍存在争议, 但微血管压迫三叉神经作为病因学说已经得到广泛认可^[8]。1967 年, Jannetta 提出微血管减压的概念, 目前微血管减压术已经成为治疗原发性三叉神

经痛的首选方法。常规用Teflon棉垫开责任血管存在复发问题,其原因:①Teflon棉垫开责任血管后,局部的压迫没有完全解除,血管搏动的力量仍能传递到三叉神经,致术后疼痛缓解不良或术后疼痛复发;②术后责任血管形成新的压迫,Teflon棉形成的局部压迫以及局部蛛网膜粘连增厚形成的束带均会造成术后复发^[9]。

有学者主张将难以处理的责任血管设法悬吊于邻近的颅骨或天幕硬膜,可获得满意疗效^[10,11]。也有学者提出“悬吊法”行微血管减压术^[12],术中将责任血管游离后,推向颅底及小脑幕的硬膜,将局部的硬膜电凝使之变粗糙,在责任血管或包绕动脉的Teflon棉与该处硬膜之间涂以少量医用耳脑胶固定,使责任血管悬吊离开三叉神经达到减压的目的,获得满意疗效。我们使用“悬吊法”进行微血管减压有以下体会:①责任血管短或含有短小的穿支供应脑干时,血管无法推到颅底或小脑的硬膜;②注射耳脑胶时,量不好控制,会有一定量的逸散;③用耳脑胶过程中,不小心接触显微器械,会使责任血管粘连到显微器械上,对于术者的操作要求很高;④粘连后责任血管局部硬化,失去弹性,对病人远期是否有影响,尚需要进一步的观察;⑤操作区域较深,周围结构复杂,操作难度大。

我们将“悬吊法”改为“补片悬吊法”,术中将责任血管锐性充分游离,用人工脑膜补片修剪成宽1.5~2.0 mm的长条,将其穿过责任血管,选取适合的颅底或小脑幕的硬膜作为附着点,用双极电凝烧灼使选取的附着点变得粗糙,用耳脑胶将补片条的一段固定于附着点上,轻拉补片条的另一端,至责任血管完全离开三叉神经后,再固定此端于附着点,使三叉神经全程完全减压。其优点:①操作深度变浅,避开深部复杂结构,操作简单;②责任血管短或含有短小的穿支供应脑干时,依然可以有效的悬吊,使三叉神经完全减压;③耳脑胶用量可以控制,发现有逸散趋势,可以有工具立刻清除;④耳脑胶不直接作用在血管上,不会引起血管硬化;⑤显微器械可以正常使用,不用担心粘附附近重要结构;⑥可以避免Teflon棉形成的局部压迫以及局部蛛网膜粘连增厚形成的束带等现象,一定程度上避免复发。

使用“补片悬吊法”注意事项:①人工硬脑膜补片选择要求柔软、不可吸收、不吸水;②责任血管要充分锐性游离,活动度要大;③附着点要灼烧,使其变粗糙,便于粘附;④使用耳脑胶时注意用量,有逸

散时及时清除;⑤责任血管悬吊以其完全离开三叉神经为准,不要过分牵拉;⑥悬吊过程中注意责任血管的分支保护,注意不要使责任血管成角,补片同责任血管接触点不要压迫分支血管。

总之,使用“补片悬吊法”进行原发性三叉神经痛的微血管减压,操作简单,安全,有效,复发率低,是对无有效支点责任血管处理的有效方案。

【参考文献】

[1] Manzoni GC, Toerlli P. Epidemiology of typical and atypical craniofacial neuralgias [J]. *Neurol Sci*, 2005, 26(Supp 2): 65-67.

[2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 2002. 851-858.

[3] 罗波,范润金,张逵,等. 全程围套式微血管减压术治疗原发性三叉神经痛的临床分析[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2017, 22(10): 687-689, 692.

[4] 耿亮,王义宝,王占福. 微血管减压术治疗原发性三叉神经痛 126 例[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2017, 22(2): 95-96.

[5] 何少宇,李玉,李杨,等. 原发性三叉神经痛微血管减压术中岩静脉的处理[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2016, 21(12): 747-749.

[6] 郑玺. 微血管减压术治疗原发性三叉神经痛 65 例[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2018, 23(6): 429-430.

[7] Brisman R. Gamma knife radiosurgery for primary managet for trigeminal [J]. *J Neurosurg*, 2000, 93: 159-161.

[8] Janetta PJ. Neurovascular compression in cranial nerve and systemic disease [J]. *Ann Surg*, 1980, 192(4): 518-521.

[9] 赵长地. 三叉神经痛术后随访及复发再手术[J]. *中华神经外科杂志*, 2003, 19: 147-148.

[10] Sampson JH, Grossi PM, Asaoka K, et al. Microvascular decompression for glossopharyngeal neuralgia: long- term effectiveness and complication avoidance [J]. *Neurosurgery*, 2004, 54: 884-889.

[11] Kondo A. Follow-up results of using microvascular decompression for treatment of glossopharyngeal [J]. *J Neurosurg*, 1998, 88: 221-225.

[12] 于炎冰,张黎,徐晓利,等. 责任血管悬吊法在显微血管减压术中的应用[J]. *中华神经外科杂志*, 2006, 22(12): 726-728.

(2018-09-27 收稿, 2018-10-11 修回)