维普资讯 http://www.cqvip.com

58-60 (20)

三叉神经半月池甘油注射治疗三叉神经痛疗效的探讨
(附310例报告)

R745.11005
R441.1

第二临床学院 神经外科 张清忠*

提 要 本文报告经皮穿刺三叉神经半月池甘油注射治疗三叉神经痛310例，取得较好疗效。经半年～9年随访，远期疗效：完全止痛为80.6%，明显好转13.5%，复发6.5%，总有效率为90.66%，其中无效占2.5%，穿刺失败3.2%。作者根据自己的实践经验，结合文献，就如何提高疗效等问题进行讨论。

关键词 三叉神经痛;三叉神经半月池;甘油注射疗法
中图分类呈 R745.1

我科于1988～1997年采用三叉神经半月池甘油注射法，共治疗三叉神经痛310例。本组病例在疗效和复发率方面均优于日前文献报道的各病组，现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全组310例，男100、女210例，年龄29～89岁，平均59岁。病程1个月～36年，平均2.64年。除2例继发于带状疮疹。1例鼻咽癌外，其余均为原发性三叉神经痛。疼痛累及第一支23例(7.4%)、第二支112例(36%)，第三支26例(8.3%)。同时累及一、二支29例(9.3%)，二、三支115例(37%)，一、二、三支6例(1.8%)。发生于左侧者161例(51.9)，右侧132例(42.5%)，同时累及双侧17例(5.6%)。

1.2 术前治疗

全组术前均经止痛剂、卡马西平等药物治疗。50例采用过针刺治疗;21例曾行三叉神经周围支封闭，无水酒精或甘油注射;3例曾行三叉神经射频热凝治疗;6例作过三叉神经感觉根切断术。

1.3 方法与结果

1.3.1 全组取仰卧位，采用经面部前方(Hartel氏法)穿刺。穿刺成功后改为坐位，头部前倾。第三支痛头前屈35°注射灭菌纯甘油0.3m1，第二支痛头前屈40°，注射0.4m1，第一支前屈70°，注射0.5m1。注药后维持上述头部位置2h。

1.3.2 术后反应及随访结果。25例患者术后出现短暂头痛、头昏或恶心、呕吐，心悸不适(发生于注药过多者)。185例(59%)注药后立即止痛，10例注药后诱发短暂剧痛。41%患者疼痛于数小时至一周内缓解或消失。115例(38%)术后一周左右口角出现疮疹。274例(91.3%)感面部轻度麻木，其中3例麻木感较重。所有麻木患者除1例在半年减轻外，其余均在1～3月内消失或明显减轻。2例发生角膜炎，其中1例因在4天内重复行两次甘油注射(每次注药0.4m1)，于第2次注药后10天发展成角膜溃疡及口鼻粘膜溃疡，经3～4月后痊愈面部麻木持续半年后减轻，后遗角膜斑翳。

全组均经随访，随访时间半年～9年，结果：完全止痛250例(80.6%)，明显好转(偶有轻微发作不须服药)42例(13.5%)，无效8例(2.6%)，穿刺失败10例(3.2%)。复发20例(6.5%)。复发时间：<1年6例，1～2年4例，3～4年6例，5年4例。复发者除1例外，经再次注射甘油均获痊愈。

2 讨论

1978年Hakason首次采用三叉神经半月池甘油注射治疗三叉神经痛以来，国内外均有报道[1~6]。其远期疗效分别为53～84%，复发率为10～47%。本组远期疗效为90.66%，复发率仅为6.5%，结果均优于文献报道。根据本组的经验，结合文献对与疗效有关的因素进行讨论。

2.1 甘油的作用机理与疗效的关系

甘油是一高渗性的简单化合物，分子量为葡萄糖的一半，在体内可参加三羧酸循环被代谢。由于它的粘滞性和高比重，注入三叉池后可滞留一段时间，并与三叉神经节细胞充分发生作用。甘油

* 男，1941－08出生，副教授

维普资讯 http://www.cqvip.com

的渗透压为13700mmol，混有少量CSF的甘油具有较高的渗透作用，它通过影响神经细胞膜的两层磷脂和膜蛋白，并影响核周体蛋白，使神经细胞失去传导和兴奋功能。甘油对病变的三叉神经具有特别的选择作用，它还可使髓鞘膨胀，破裂和轴索萎缩[1]。既然甘油对神经的作用由渗透引起，因此，必须保持注入的甘油，对神经有一定的接触时间和一定的浓度。若甘油与神经接触时间过短，浓度过低，势必影响止痛效果和容易复发，反之则引起神经过重损伤，出现面部永久性麻木或角膜溃疡等。值得提出的是，甘油在体内显示出更好的水溶性，它将因CSF的持续流动而加快溶解吸收速度[1]，其对神经的作用将可能被削弱。

2.2 甘油的注射部位和剂量与疗效的关系

三叉神经半月池甘油注射治疗三叉神经痛，其疗效必然取决于甘油作用的部位和注入甘油的剂量两方面。刘氏[7]认为，甘油作用于神经节细胞所产生的损害是永久和不可逆的，而作用于神经干的注射，则可因神经纤维的再生，使疼痛在数月～3年内复发。本组5例曾参照某些作者意见，将刺入三叉池的穿刺针拔出至刚好无CSF流出时再注药(即神经节后注射)，结果4例早期复发。本组300例成功穿刺中，获得CSF者298例，占99%。本组在这种情况下注药，疗效远高于文献报告的各组，可见注药在三叉池内的重要性。

三叉池的容积为0.15～0.5ml[12]，三叉神经节细胞在池内的排列自内上～外下方分别为一、二、三支。朱氏[8]在50例尸体三叉池解剖标本中发现，44%的三叉池内存在团状蛛网膜颗粒，足以说明三叉池内存在充足的CSF循环通道，以往的作者多以小剂量(0.2～0.3ml)甘油注射和以改变头部前屈程度的方法，选择性地使三叉神经不同分支浸泡在甘油之中，目的在于尽量减少术后麻木和保护角膜反射。然而采用这种剂量的病组确实表现出疗效低和复发率高的结果。

邹氏[6]及本组均采用较大剂量(0.3～0.5ml)未出现过严重神经损伤，说明注入三叉池的最大剂量0.5ml甘油是安全而有效的剂量。而且我们认为甘油剂量大一点，有助于补偿甘油在三叉池内因CSF循环，被溶解、吸收所被削弱了的治疗作用。

然而，对于影响疗效和复发的因素中，最重要的是必须准确地作三叉池穿刺。

2.3 如果提高穿刺的命中率

2.3.1 能否穿刺到半月池，获得CSF流出，是本治疗成功的前提。早期我们在电视下穿刺，由于透视系一维图像，很难提供准确导向。我们也曾根据"三叉神经节定位尺"原理，设计过类似的定位尺。该尺操作时存在固定困难和精度差的缺点，未能显示其优越性。尽管已有三叉神经立体定向穿刺仪面世，我们仍认为徒手穿刺更方便、快捷。

2.3.2 关于卵圆孔体外投影点的位置，以往对侧面投影点位置，文献有不同说法。我们认为在活体上，若以外耳孔内缘～眼外眦连线，耳前3cm为体外标记点进行穿刺，其准确性更高。

2.3.3 按Hartel氏法穿刺时，最好自口角外3cm向瞳孔正中和向耳前3cm各作一条标记线，操作时严格使针轴时对准两条线进针。约1/5的患者按此方向穿刺可直接抵达卵圆孔，但大多数穿刺进入5～6cm时，便会受蝶骨翼突根部骨板的阻挡。此时应退针1cm，改针尖方向，向下探查骨板边缘。当针尖绕过骨板下缘后，再便针重新瞄准标记线，进针1～2cm即达卵圆孔，继续进针1～1.5cm便进入三叉池。穿刺有时须经多次调整方可获得成功，这时须耐心、仔细，切忌盲目和粗糙的操作。掌握了上述技术，将会大大提高穿刺的命中率。

总之、采用三叉神经半月池甘油注射治疗三叉神经痛时，若能掌握好穿刺技术，注入适量的甘油，本疗法确是一种既安全、快捷，又高效的适应更为广泛的治疗方法。

参 考 文 献

1 Hakason S. Neurosurgery, 1981;9:638
2 Lunsford LD, Bennett MH. Neurosurgery, 1984;14:424
3 Fraiol et al. Neurosurgery, 1989;24:329
4 李溪光，王忠诚.中华神经外科杂志1985;1:55
5 Beck DW, et al. J Neurosorg, 1986;65:28
6 邹咏文，等.微侵袭神经外科杂志1996;1:53
7 刘学宽著.三叉神经痛．青岛出版社，1989;P182
8 朱嘉环等．中华神经精神科志，1984;17:1

维普资讯 http://www.cqvip.com

The study on effectness of treating trigeminal nevralgia by injecting glycerol into retrogasserian cistern

Zhang Qingzhong, et al
Department of Neurosurgery, Seond College of Clinical Medicine

The 310 cases of patients with trigeminal neuralgia were treated by puncturing percutaneously and injecting glycerol into retrogaserian cistern. In 6 months～9 years. after treatment, the patients were followed up the information was gotten as follows.

The trigeminal neuralgia was completely released in 80.6% cases ,significanly reduced in 13.5% cases, relapsed in 6.5% cases. In general, the effectness of remedy accoutted for 90.66%, on effectness 2.5% failure in pucture in 3.2%.

According to auther ' s experence in medical practice, and reviewing the litecature, the subjection which is how to get better results of treatment and so on have been discussed in this article.

KEY WORDS Trigeminal neuralgia; Retrogasserian cistern; Glycerol injection

60-61 脂膜炎，CHP，组织细胞，吞噬细胞 (21)

组织细胞吞噬性脂膜炎

临床学院皮肤科 周 汛* 李 息

中图分类号 R758.69,R329.2

R758.73 R593.2

组织细胞吞噬性脂膜炎(cytophagil histolytil panniculitis CHP)是由具有吞噬血细胞功能的组织细胞增生所致的疾病，皮肤损害的病理学特征为良性组织细胞浸润脂肪组织，产生水肿、出血、坏死的脂膜炎。本病可有多器官受累，常呈慢性过程，表现为发热、各类血细胞减少、粘膜溃疡、浆膜炎、肝脾肿大，最终出现肝功能衰竭、出血、DIC而死亡[1]。CHP的病因仍未确定，一般认为与造血系统疾病及感染性疾病有关[1]，近来研究的重点集中在病毒尤其是EB病毒感染和克隆化T淋巴细胞瘤上[1,2]。

1 病例报道

患者、男、26岁。因发热4个月于96年4月首次入院。发热呈不规则热型，最高达40.7℃，在院外经多种抗生素治疗无效。查体发现躯干、四肢有0.05至2cm大小的皮下结节，脾肋下3cm，血WBC3.1×10⁹ /L、Hb80g/L，骨髓象示溶血性贫血，腹壁下结节活检示"结节性脂膜炎"。予以强的松40mg/日治疗，患者体温正常，结节消退出院。当激素减为25mg/日，患者又出现高热，于96年6月再次入院。查体:T 39.5℃，睑结膜苍白，巩膜黄染，脾肋下3cm，移动性浊音阳性。躯干、四肢扪及散在对称分布，直径1.0至2.0cm结节，圆形或椭圆形、界清、质中、无触痛。辅助检查:血WBC1.5×10⁹ /L、Hb 64g/L。肝、肾功能明显异常。骨髓片示溶血性贫血可能性大。B超示腹腔积液、脾大。予以强的松45mg/日及支持对症治疗。患者病情无好转，复习病理切片见:脂肪小叶内弥漫性组织细胞，嗜中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞浸润。组织细胞核无明显异形性，胞质内可见吞噬的红细胞、白细胞、血小板碎片形成"豆袋状"细胞。结合临床多系功能损害，符合组织细胞吞噬性脂膜炎诊断。遂将强的松加至80mg/日病情无缓解，且出现持续高热，胸、腹、膜炎，皮肤粘膜、呼吸道及消化道出血，肝功能损害进行性加重。强的松减至45mg/日，经抗炎、止血、保肝、对症处理、患者出血停止、肝功能改善，但仍低热，贫血未纠正，且病情反复。先后用CTX400mg静滴共二次冲击治疗及COP方案化疗一疗程，病情曾短期改善，随后加重。当强的

W-CW

* 女，1970－04出生，住院医师