DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.06.030

三叉神经痛经颞手术长期疗效观察

林江凯 林秋泉 王宪荣 （第三军医大学西南医院 脑外科） 630038

三叉神经痛是一种最常见的神经性疼痛。1965年至1981我科共收治三叉神经痛71例，其中经颞入路三叉神经感觉根切断术65例，30例获随访，占42.2%，远期疗效较满意，报告如下。

1 临 床 资 料

1.1 一般资料

男19例，女11例。年龄30～66岁，其中30～40岁2例，40～50岁5例，50～60岁13例，60岁以上5例。左侧痛18例，右侧痛12例。疼痛部位：Ⅰ支3例，Ⅰ、Ⅱ支19例，Ⅱ支4例，Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ支4例。病程最短6月，最长18年，以4～8年居多。既往治疗包括服药（苯妥英钠、去痛片、中药等），半月节封闭，电凝，甘油、酒精注射，周围神经撕脱，针灸等，均短期内复发。除2例外，均有明显“板机点”，以鼻翼、颊部多见。查体：多有面部感觉不同程度减退。摄颅底X片15例，气脑造影2例，内听道片3例，均行腰穿测压及脑脊液常规生化检查，无异常发现。有明确高血压病史5例，其中4例大于60岁。

1.2 治疗方法

坐或仰卧位，针麻或局麻下病侧颞部硬脑膜外入路行感觉根切断术16例，硬脑膜外入路中改为硬脑膜下入路14例，分次切断感觉根，直至满意为止。

1.3 治疗结果及随访

本组无手术死亡，出院时均无疼痛发作。术后近期并发症有：单纯疱疹7例，暂时性面瘫4例，暂时性动眼神经麻痹3例，在住院期间痊愈。2例并发急性硬膜外血肿，经再次手术清除血肿。2例颞叶轻度挫伤，其中1例精神症状，1例感觉性失语，出院不久痊愈。角膜反射迟钝3例。

30例获门诊或通信随访，4例因其它疾病死亡。术后8月、12年复发各1例，服药可控制。7例面部麻木感及轻微疼痛，未服药，不影响生活。

2 讨 论

三叉神经痛的治疗方法甚多，各有利弊，迄今尚未找到一种适合于绝大多数病例的彻底的治疗方法。近年报告较多的三叉神经显微血管减压术（MVD）亦有较高的复发率。最早开展MVD术的Janetta报告一组病例随访1～10年，复发率为20%。Kulluri报告一组5年随访复发22%[1][2]，且有较多的听力丧失（19%），耳聋（7%），共济失调和复视(2%)[2]。国内尚缺乏MVD长期随访报告，使人们对此种手术的病因学基础和治疗效果产生了疑问。Spiller和Frazier（1901）报告了经颞入路三叉神经感觉根切断术治疗三叉神经痛的良好效果，由于其疗效确切，并发症少，复发率低仅5%～10%，至今仍是一种常用的外科治疗方法[3][4]。本组30例近期效果均满意，手术距今最短10年，最长26年，仅2例分别于手术后8月、12年复发，复发率6.7%，服药可控制。我们体会，此手术在局麻下进行，手术创伤小，仅在颞部作一直切口，该处骨质薄易形成小骨窗，手术径路较近，对脑组织干扰小，因而易于掌握；直视下切断神经感觉通路，疗效确切，术中即可测试。对于药物及其它治疗方法无效的三叉神经痛患者，不失为一种较好的治疗方法。为了更好地提高疗效，减少并发症，手术应注意：①选择合适病例。根据临床表现、颅底及内听道X线平片、脑脊液化验提示有明确继发因素者，宜行枕下入路，现在行头颅CT、MRI检查，更有利于治疗方法的选

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

择。60岁以上且有高血压病的患者，手术宜慎重，先选用非开颅方法。确需手术者取卧位，生命征监护，以避免因血压过高发生脑卒中。本组2例在分离硬脑膜及脑膜中动脉时剧痛，血压升高，病人躁动，导致术野出血影响手术操作。②采用局麻或针麻时，麻醉须满意确切，在处理神经丰富的硬脑膜、血管等组织前，可先用浸有2%奴佛卡因棉片覆盖。③根据术中情况，及时改变膜外入路为膜下入路。曾经多种方法治疗者，尤其是甘油、酒精注射治疗后易致半月节附近粘连，解剖层次不清；颅底硬脑膜与颅骨粘连紧密，且有较多静脉丛。④处理好血管。棉球确切堵塞棘孔，动脉断端电凝并结扎。静脉出血棉片压迫即可，遇岩上窦出血，用肌片或明胶海绵压迫。止血毕，按压同侧颈内静脉，确信无再出血，硬膜外置一外引流。本组2例术后并发硬膜外血肿，1例系棘孔出血，1例为静脉丛渗血所致。⑤保护岩大浅神经。在分离半月节后外侧硬膜时，勿过多分离，经验不足者更需注意。本组4例暂时性面瘫，改为膜下入路时，抬起颞叶时应仔细用棉片保护，避免颞叶挫伤。

关键词 三叉神经痛；感觉根切断；手术；疗效

参 考 文 献

1. Sastry Kolluri, Robertto CH. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia: A five-year follow-up study. Surg Neurol 1984; 22:235～240
2. Breeze R, Ignelzi RJ. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia. Results with special reference to the late recurrence rate. J Neurosurg 1982; 57:587～590
3. James CW, William HS. Pain and the Neurosurgeon: A forty-year experience. Charks C Thomas Publisher. 1969:207
4. 陈炳桓 蒋大介 许建平，等。功能性及立体定向神经外科学。内蒙古人民出版社 1988:539

（收稿：1991-05-13；修回：1991-09-10）

漂浮热稀释导管监测难治性心力衰竭病人血流动力学变化的临床应用

鲁云敏 韩雅玲 祝善俊 李承荣 （第三军医大学新桥医院 心内科） 630037

应用血流导向气囊漂浮热稀释导管(Swan-Ganz导管)测定心腔压力和心输出量（CO），是近10多年来血流动力学监测的一项先进技术并广泛用于临床[1][2]。我院自1988年1月应用Swan-Ganz导管测定难治性心力衰竭病人的心腔压力及CO，共23例43次插管测压和138次热稀释法CO测定。现把我们此项技术的临床应用情况介绍如下。

1 一 般 资 料

1.1 受检对象

均为住院用洋地黄治疗无效的难治性心力衰竭患者，男10例，女13例，年龄21～56岁，平均40岁。按NYHA分级标准，心功能Ⅲ级10例，Ⅳ级13例。其中风心病18例，扩张型心肌病2例，先心病3例。患者心胸比例0.58～0.90（平均0.70），心表面积增大百分比44.3%～303.5%（平均114.5%）。23例中有20例停用洋地黄，改服新型正性肌力药物氨利酮15d后重复心导管检查术。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net