DOI:10.16016/j.1000-5404.1985.02.025

经皮半月神经节双极电凝治疗三叉神经痛

邹咏文 陈广鑫 何奇元 姜德福

（第三附属医院 神经外科）

三叉神经痛是比较常见的疾病，其发病率约为4/10万/年[1]。目前多采用药物治疗、三叉神经周围支酒精注射或撕脱术、经颞或枕下开颅行三叉神经节后感觉根切断术等治疗，虽有较多成功的经验，但仍存在一些问题。我们自1982年12月以来行经皮三叉神经半月节双极电凝术治疗36例，取得较好效果。

临床资料

本组男13例，女23例。年龄30～75岁，平均55岁。病程5个月～29年，平均6.5年。左侧痛13例，其中第Ⅱ支3例，第Ⅱ、Ⅲ支10例；右侧23例，其中第Ⅱ支2例，第Ⅲ支4例，第Ⅱ、Ⅲ支17例。全部病人均有典型的三叉神经支配区域发作性烧灼样或电击样疼痛。均经过各种药物治疗及针刺、理疗等，其中2例曾行开颅三叉神经感觉根切断术及第Ⅱ支撕脱术，1例先后两次行颌骨内病变性骨腔刮治术。

方法及结果

本组采用Sweet的方法[2]。术前肌肉注射鲁米那钠0.1g。病人仰卧。于病侧外耳孔前3cm，瞳孔内侧缘下方及口角外侧3cm做三个标志点。口角外侧标志点为穿刺点，用2%奴夫卡因作局部麻醉，用涂有聚四氟乙烯绝缘材料的9号腰穿针作穿刺，针尖指向瞳孔内侧缘下方标志点，同时对准外耳孔前标志点水平线，向内上后方进针，当针进入6～7cm通过卵圆孔时病人有疼痛发作，再进入约0.5cm针尖进入Meckel氏腔时将针芯拔出可有脑脊液流出（本组25例有脑脊液流出）。然后置入试验电极，先用微弱间断电流，让病人指出面部发麻或疼痛部位，以确定针尖的准确位置。同时亦可用X线透视电视监视针尖的位置（头颅正位象：针尖位于内听道口内侧0.5cm；侧位象：位于斜坡与岩骨嵴交叉处，不超过斜坡0.5cm）。拔出试验电极，注入2%奴夫卡因0.2ml，接着置入电凝电极（绝缘针芯，尖端裸露0.4cm）。用双极电凝的两极分别连接穿刺针及电凝电极，实施电凝。本组采用国产“SD-78”型双极电凝器，强度调到“粗调”4～6，“细调”6，每次电凝持续时间8秒，同时测试面部痛觉，直至患部痛觉消失为止，一般电凝不超过10次。术毕局部压迫3分钟，以防皮下出血。

结果 36例共治疗40次，其中4例分别治疗2次。除1例穿刺未成功外，32例达到完全止痛，3例疼痛减轻。28例保留触觉。角膜反射消失1例，下颌轻度偏斜3例，穿刺点皮下少量出血1例，病侧口周疱疹1例，均无重要并发症。27例住院治疗，平均住院5天，9例门诊治疗。23例术后随访已达6月以上，最长者2年9个月。未见复发。

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

典型病例

例3，刘×，男，52岁。左面颊及下颌发作性烧灼样疼痛6年。1980年5月在外地医院行左颞部开颅三叉神经后根切断术。术后5个月复发。1981年2月又在某院行三叉神经第Ⅱ支酒精注射，术后6个月又复发。于1982年12月29日收入院，诊断为复发性左三叉神经第Ⅱ支痛。1983年1月5日行经皮半月神经节双极电凝术。穿刺顺利，电凝16秒，症状消失。针刺面颊部皮肤痛觉消失，刺激“板机点”不再发作，次日出院，至今2年9个月，未复发。

例10，李××，女，33岁，左侧面部发作性闪电样疼痛3年，曾用苯妥英钠等治疗无效。1983年9月12日以左侧原发性三叉神经痛（Ⅱ、Ⅲ支）入院。9月16日行双极电凝术，穿刺顺利，有脑脊液流出，电凝80秒，疼痛消失。第2天仍感左上颌有疼痛发作。20日再次治疗，穿刺后仍有脑脊液流出，电凝32秒，自感疼痛消失，左侧三叉神经第Ⅱ、Ⅲ支支配区痛觉消失，触觉存在，张口不偏斜，次日出院，至今1年未再发作。

讨　论

三叉神经半月节电凝术，1931年由 Kirschner首先采用，但后来由于技术问题发生了许多严重并发症，诸如颅内感染、血肿，角膜溃疡等而被放弃。由于Sweet等的努力，在技术上加以改进，使疗效提高，并发症减少，经皮半月节热凝术又重新开展起来。

本组采用三叉神经半月节双极电凝术，据有限病例的临床实践，认为此方法有以下优点：（1）安全、不需开颅，损伤小，并发症少，病人乐于接受；（2）对于原发病例，手术后复发病例，年龄大或其它不适宜开颅手术的病例均可采用。本组多数病人（26/36）年龄在50岁以上，其中1例75岁，有肺心病，亦能耐受电凝手术；（3）可以重复治疗，仍然有效。本组4例病人第一次治疗后遗留部分区域疼痛，分别于术后第二、四天再次治疗，获得完全止痛；（4）采用双极电凝，穿刺针尖与电凝电极构成回路，电凝范围小，不易损伤周围组织；（5）方法简易，除双极电凝器外，不需特殊设备。熟练后可门诊施行，本组有9例为门诊手术，便于基层单位使用。病人费用也大为减少。

穿刺不成功病例，一般认为是由于卵圆孔太小，翼棘突韧带骨化或卵圆孔开口方向的变异所致，术前颅底位X线摄片，了解卵圆孔的情况有助于穿刺手术。

本组病例有限，随访时间尚短，远期疗效仍有待随访观察。

参考文献

（1）陈学铭：经皮半月神经节射频热凝术治疗三叉神经痛（文献综术）。神经精神疾病杂志 1979；4:209—212

（2）Sweet WH, et al: Controlled thermocoagulation of trigeminal ganglion and rootlets for differential destruction of pain fibers. J Neurosurg 1974; 40:143—156

21994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net