

外伤性面瘫的手术治疗

许耀东 郑亿庆 龙桦 陈洁珠

(中山医科大学附属孙逸仙纪念医院耳鼻喉科; 广州, 510120)

摘要 目的: 探讨外伤性面瘫适当的处理方法。方法: 对 12 例外伤性面瘫的病例施行手术治疗, 损伤部位位于面神经迷路段及膝状神经节周围 3 例次、水平段 6 例次、垂直段 4 例次、颅内段 1 例次。经乳突、上鼓室进路 10 例, 经颅中窝、乳突联合进路 2 例。结果: 术后随访半年~3 年。面瘫 I 级恢复 7 例, II 级恢复 2 例, III 级恢复 2 例, IV 级恢复 1 例。结论: 外伤性面瘫应及早手术, 乳突上鼓室进路基本上可暴露膝状神经节及迷路段远端, 但视野狭窄, 对膝状神经节减压不够完全, 且影响听力。对于损伤膝状神经节以上部位者, 应采用颅中窝、乳突进路, 并根据损伤性质, 选取不同的手术方法。

关键词 面神经麻痹/外科学; 头部损伤/外科学

中图分类号 R 745.1

Surgical Treatment of Traumatic Facial Paralysis

Xu Yaodong Zheng Yiqing Long Hua Chen Jiezu

(Department of ENT, Sun Yat-sen Memorial Hospital, Sun Yat-sen University of Medical Sciences, Guangzhou, 510120)

Abstract **Objective:** To investigate proper treatment for traumatic facial paralysis. **Methods:** 12 cases of traumatic facial paralysis undergone surgical treatment. 3 cases showed injuries to the labyrinthine segment of nerve and geniculate ganglion, 6 cases to tympanic segment, 4 cases to mastoid segment and 1 case to intracranial segment. Among these cases trans-mastoid / attic approach was used in 10 patients and trans-mastoid / middle cranial fossa approach in 2 cases. **Results:** All cases have been followed up 6 months to 3 years. Complete recovery appeared in 7 of the cases and partial recovery in 5 cases (grade II in 2, grade III in 2, grade IV in 1). **Conclusions:** Traumatic facial paralysis should be treated surgically in time. Trans-mastoid / attic approach can expose geniculate ganglion and distal part of the labyrinthine segment of nerve, but the visual field in operation is narrow, the decompression to geniculate ganglion is not sufficient. To the cases injured above the geniculate ganglion, trans-mastoid / middle cranial fossa approach is a suitable method.

Subject headings facial paralysis / surgery; head injuries / surgery

面神经由于解剖关系的特殊决定了它是颅神经中最易受损者, 受损后常引起面神经麻痹。外伤性面瘫临床上较常见, 约占周围性面瘫 1/3, 其中最多为颞骨骨折(占 80%), 其次为中耳乳突手术损伤所致。随着耳显微外科技术的发展, 有关手术治疗外伤性面瘫的报告逐渐增多, 但治疗面瘫仍是耳科医生经常面临的棘手问题, 其处理方法仍有争议^[1, 2]。我们对 12 例外伤性面瘫病例行手术治疗, 以探讨外伤性面瘫的合适处理方法。

1 材料与方法

1.1 临床资料

1993 年 1 月~1998 年 9 月我科共收治 12 例外伤性面瘫患者。男 8 例, 女 4 例。年龄 2~47 岁, 平均 27 岁。右侧 5 例, 左侧 7 例。本组病例均在外伤后立即出现面瘫, 外伤后面肌电图显示 II~III 度损伤。12 例中, 颞骨骨折 5 例(其中纵形骨折 4 例, 横形骨折 1 例), 中耳乳突手术引起 5 例, 颞骨肿瘤手术后 1 例, 先天性岩骨颅中窝胆脂瘤手术后 1 例。损伤部位位于面神经迷路段、膝状神经节周围 3 例次, 水平段 6 例次, 垂直段 4 例次, 颅内段 1 例次。手术距离面瘫发生时间 1 个月以内 6 例, 1~3 个月 3 例, 3~6 个月 2 例, 7 个月 1 例。流泪试验(Schirmer 试验)正常 8 例, 阳性 4 例, 镫骨肌反射

均消失, 味觉试验舌前 2/3 味觉均减退或消失。

1.2 处理方法

本组均行手术治疗。儿童全身麻醉; 成人乳突、上鼓室进路局部麻醉, 颅中窝、乳突联合进路全身麻醉。5 例中耳乳突手术后面瘫者、4 例颞骨骨折面瘫、1 例颞骨肿瘤手术后面瘫, 采用乳突、上鼓室进路, 耳后切口, 用电钻除去乳突气房, 暴露乳突窦, 开放后鼓室, 分离砧镫关节, 经鼓窦入口磨去鼓室外侧壁, 暴露砧、锤骨、上鼓室前隐窝, 摘除砧骨、锤骨头, 探查茎乳孔至膝状神经节段的面神经。术中见面神经被骨片嵌塞、压迫者, 去除骨片、肉芽, 开放面神经骨管, 切开神经管骨膜、神经外膜, 充分减压。见面神经撕裂伤, 将鞘膜切开, 整复断离的纤维和鞘膜, 使之复位和断端吻合。1 例颞骨骨折, 1 例先天性岩骨、颅中窝胆脂瘤手术后病例采用颅中窝、乳突联合进路, 于颞弓上方作纵切口, 将颞骨切除作骨窗, 将硬脑膜由颅底分离抬起, 暴露棘孔和弓状隆起, 沿着相当于内耳道长轴位置磨开表面骨质暴露膝状神经节、迷路远端面神经, 联合乳突、上鼓室进路, 同时连续进行全程面神经探查。本组 1 例探查发现面神经于内耳门处神经完全断离, 遂将舌下神经与面神经出茎孔处吻合。

2 结果

术后随访半年~3 年, 按 House 面神经功能恢复分级评定疗效。4 例中耳乳突手术后病例, 3 例颞骨骨折病例, 面神经减压后获 I 级恢复; 1 例颞骨骨折, 1 例颞骨肿瘤手术后面神经减压及撕裂断端吻合, 获 II 级恢复; 1 例颞骨横形骨折, 面神经减压及撕裂断端吻合, 1 例先天性岩骨、颅中窝胆脂瘤手术后行舌下神经与面神经吻合获 III 级恢复; 1 例中耳乳突手术后行面神经减压 IV 级恢复。

3 讨论

3.1 面神经损伤的部位

确诊面神经损伤的部位非常重要, 特别是颞骨骨折的病例, 是决定手术进路的关键。临床上除根据颅骨 X 线照片、CT 扫描外, 还应根据面神经分支功能损害检查来确定损伤部位, 如 Schirmer 试验、镫骨肌反射、味觉试验。Panda 等^[3]认为 Schirmer 试验可作为确定损伤部位的主要指征, 乳突段损伤

占 52%。董人禾等^[2]报道大部分病例面神经损伤于水平段 35.5%, 膝状神经节周围迷路段 29% 和垂直段 25.8%。本组损伤部位位于迷路段及膝状神经节周围 3 例次, 水平段 6 例次, 垂直段 4 例次, 颅内段 1 例次。术前判断面神经损伤在膝状神经节以上部位及镫骨肌支平面以上的病例, 与手术探查情况基本上是一致的。但在颞骨骨折病例, 要注意是否有多处损伤。

3.2 手术时机

理论上认为面神经受损后, 其运动神经之胞体在受损后第 21 天恢复, 此时合成代谢最旺盛, 这时行面神经修复术应产生最佳效果。但由于损伤早期易准确定位、易于对合和不产生张力, 且时间过长导致神经易于收缩、在断端产生疤痕、形成神经瘤、末梢器官容易萎缩和不利于功能恢复, 故多数临床医生认为应及早行修复术^[4]。Coker^[5]认为医源性或颞骨骨折引起者应及早手术探查。樊忠^[1]认为手术中即发性面瘫多表示神经已遭受中度以上损伤, 术者应立即进行面神经修复术。期望术后保守治疗恢复, 常使病程延误, 而丧失修复良机。本组中因中耳乳突手术引起的面瘫及颞骨骨折引起的面瘫在一个月内减压者多获得 I ~ II 级恢复, 1 例在面瘫 7 个月行减压术者仅获 IV 级恢复。我们认为手术引起的面瘫, 应立即行面神经探查减压术, 决不能抱侥幸态度和寄望于保守治疗。颞骨骨折的病例, 面瘫时间越长, 功能恢复越差。临床中合并颅脑外伤的病例, 一般先经颅外科处理一段时间后才转入耳鼻喉科行面神经手术, 这样就延误了手术时机, 本组 1 例在颅外科住院近 3 个月后转入我科行面神经减压, 仅获 II 级恢复。

3.3 手术进路及方法

手术进路应根据面神经损伤部位采用不同进路, 一般分为颞下颅中窝进路、乳突耳进路、颅内外联合进路。本组 10 例采用乳突上鼓室进路, 2 例采用颅中窝乳突联合进路。葛贤锡等^[6]报道经乳突后鼓室切开, 上鼓室进路行面神经膝状神经节减压术, 避免开颅, 但该进路不能暴露面神经出颅部。Panda 等^[3]提出经乳突进路, 必要时联合颅中窝进路。董人禾等^[2]认为乳突上鼓室进路可暴露膝状神经节及迷路远端, 全聋患者可经迷路进路。但该进路术野较窄, 操作不便, 对膝状神经节减压不够完全, 而且影响听力。本组有 1 例颞骨骨折病例, 采用该进路行面神经减压术, 但该术式对于膝状神

经节以上部位暴露欠清,减压不彻底,术后获得 III 级恢复。因此,术前应充分了解骨折情况、受伤部位,采用合理术式,凡应用颅内减压者不得以颅外手术代替,局限的损伤只应局限减压,忌全程减压。特别需要强调的是,对颅脑外伤引起的完全性周围性面瘫,应注意颅内段损伤,原则上均应采用颅中窝、乳突联合进路面神经探查术,应考虑有多处骨折的可能^[7]。至于手术方法则根据受伤的性质、范围、程度来决定,一般分为面神经减压术、面神经吻合术、面神经移植术。神经干完整,仅有鞘膜损伤、受压者行减压术。本组有 8 例施行这样手术,其方法是打开面神经骨管,去除面神经表面碎骨片、血肿及炎性肉芽组织,使受压神经充分松解。除一例效果较差外,其余获得 I ~ II 级恢复。行面神经减压时应从面神经损伤处开始,向上直到暴露正常神经干,向下达茎乳孔外口,面神经管管开宽度应大于 1/2 周,并切开神经管骨膜,神经外膜及至神经束膜,以便充分减压。神经干部分横断者(本组有 3 例属此类),则在神经减压基础上,还应对神经鞘膜、纤维修整和吻合,以防肉芽长入或神经瘤形成。面神经干完全断裂失去正常连续性,多选用耳大神经移植。不能施行上述手术者,可将舌下神经与面神经远端吻合。本组有 1 例面神经颅内段完全断裂者行舌下神经与面神经吻合,获得 II 级恢复。

3.4 手术疗效评价

从本组资料来看,手术治疗外伤性面瘫,效果是肯定的,按 House 面神经功能标准,恢复达 I 级 7

例、II 级 2 例、III 级 2 例、IV 级 1 例。而恢复 \geq III 级的 3 例似与神经受伤严重、伤后至手术时间较长及手术进路选择不甚合理有关。1 例面瘫 7 个月后手术,1 例神经干完全断裂,1 例面瘫 3 个月后手术,且采用的手术进路对面神经减压不彻底。因此,术前应充分了解这些情况,及早手术,选取正确的手术进路,术中进行充分的探查都是十分重要的。

(本文得到 301 医院杨伟炎教授大力帮助,在此表示衷心感谢)

参 考 文 献

- 1 樊忠,樊兆民. 外伤性面瘫的外科治疗. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1999, 34(1): 52
- 2 董人禾,鲁飞,胡正清,等. 外伤性面瘫的手术治疗. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1997, 32(2): 171
- 3 Panda N K, Mehra Y N, Mann S B, *et al.* Post traumatic facial paralysis: a review. J Pak Med Assoc, 1991, 41(5): 105
- 4 戴春富(综述). 面神经损伤和修复的实验进展. 国外医学耳鼻喉分册, 1996, 20(3): 147
- 5 Coker N J. Management of traumatic to the facial nerve. Otolaryngol Clin North Am, 1991, 24(1): 215
- 6 葛贤锡,沈平江. 面神经膝状神经节减压术. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1990, 25(3): 142
- 7 刘跃,程俊萍. 手术治疗面神经瘫痪病人 27 例. 临床耳鼻咽喉科杂志, 1999, 13(2): 66

(1999-03-26 收稿 1999-07-09 修回)