

中耳乳突手术面瘫33例治疗分析

附属第二医院耳鼻喉科 王辉芳

内容提要 本文报告1957~1987年间治疗的中耳乳突手术面瘫33例,经对治疗处理结果作回顾分析,认为发现面瘫后应立即行手术探查,并作相应处理效果较好。对面瘫发生的主要原因及预防措施进行讨论。

关键词 面神经麻痹/外科手术;面神经麻痹/病因学

中耳乳突手术面瘫文献屡有报道,其发病率为0.6~3.7%^[1~3]。我科自1957~1987年30年中共施行中耳乳突手术3566例,手术直接致面瘫19例(0.5%),迟发性面瘫5例(系术后1~8天出现面瘫)。此外,有9例系他院手术直接面瘫后转来治疗。现将此33例治疗分析如下。

1 临床资料

33例中男14例、女19例。年龄6~60岁,平均27岁,以20~40岁最多(18例)。

病种 手术直接面瘫28例中慢性胆脂瘤性中耳炎15例,慢性骨疡性中耳炎9例,慢性单纯性或粘连性中耳炎4例(系行鼓室成形术致面瘫);迟发性面瘫5例均为慢性胆脂瘤性中耳炎。

面瘫程度 33例中完全性面瘫25例;不完全性面瘫8例,包括迟发性面瘫5例、手术直接面瘫3例。

面神经损伤部位 颞骨内面神经水平段11例、锥段4例、垂直段9例及不明4例(包括记录不清2例及未再行面神经探查2例,后2例中有1例曾在某院行面神经减压3年未恢复)。5例迟发性不完全性面瘫行保守治疗,均未计损伤部位及性质。

面神经损伤性质 完全断离8例、部分面神经纤维缺损3例、面神经撕裂伤2例、面神经鞘伤6例、面神经管碎骨片嵌压伤4例、面神经纤维化变细1例及不明4例。

治疗方式 保守治疗14例,包括理疗、

按摩、应用激素及维生素B族等。手术治疗18例,其中面神经移植4例;面神经减压14例,含减压后断端直接对合4例、撕裂纤维复位2例及嵌压的碎骨片去除8例。未治1例系他院曾行面神经减压者。

治疗结果 关于面神经功能恢复的评价,目前尚无统一标准。House(1983)^[4]综合文献并结合他自己的资料将疗效标准分为六级,较为实用:Ⅰ级,各区域神经功能正常。Ⅱ级为轻度功能障碍,仔细看面肌稍弱。安静时面肌对称、张力正常;运动时额能动或正常,稍用力能闭眼但稍不对称,用大力时口角能动但稍不对称。无联动、挛缩或半面痉挛。Ⅲ级为中等度功能障碍,两侧面部明显不对称,刚可见联动、挛缩和(或)半面痉挛但不影响功能。安静时肌张力正常、对称;运动时额有轻微运动或不动,用大力时能闭眼及口角活动明显不对称。若有明显的联动、挛缩和(或)半面痉挛时,不论运动功能障碍程度如何,均定为Ⅲ级。Ⅳ级为中等严重功能障碍,面肌明显的弱和(或)毁容性不对称。安静时面肌对称、张力正常;运动时额部无活动,用大力时眼不能完全闭合、口角运动不对称。有影响功能的联动、总体运动和(或)半面痉挛,不论运动能力如何均为Ⅳ级。Ⅴ级为严重功能障碍,仅能勉强察觉到有肌肉运动。安静时面肌可能不对称、口角下垂、鼻唇沟变浅或消失,运动时额部不动,眼闭合不全及用力时稍有

眼睑活动,口角运动轻微,一般无联动、挛缩或半面痉挛。Ⅵ级为全麻痹,面肌无张力、不对称及无活动,无联动、挛缩或半面痉挛。本文25例完全性面瘫中除去失访6例及1例未治外,余18例按上述标准评级:属Ⅰ级4例、Ⅱ级6例、Ⅲ级2例、Ⅳ级3例、Ⅴ级1例、Ⅵ级2例(其中1例面神经移植术后感染,经三次扩创,除中耳乳突腔肉芽增生外,前后还发现硬脑膜外积脓及前庭与半规管内肉芽肿);不完全性面瘫8例经1~3个月保守治疗后恢复正常,均属Ⅰ级。

上述完全性面瘫获得随访的18例中,有6例面神经损伤后立即探查、处理,属Ⅱ级的各3例;另12例发生面瘫后3~60天再进行探查、处理,属Ⅰ级的1例、Ⅱ级3例、Ⅲ级2例、Ⅳ级3例、Ⅴ级1例、及Ⅵ级2例。

2 讨论

2.1 中耳乳突手术面瘫发生原因与预防
颞骨内面神经居于骨管中,行程基本恒定,罕有发生严重变异。但面神经管骨壁缺损十分常见,尤其是鼓室内壁的面神经管水平段。Baxter(1971)^[5]对332块颞骨经组织切片观察,发现294耳(89%)有一处以上缺损,共369个缺损区,其中水平段占336个(91%)。缺损口与前庭窗邻近者243个(72%);垂直段占33个(9%)。李大庆等(1989)^[6]于1463耳颞骨手术中发现面神经管水平段畸形162例,其中仅有面神经管缺损65耳、面神经膨出97耳。本组手术直接面瘫的28例中有11例发生在水平段,其中3例面神经完全被离断。究其原因,可能是术者对面神经管骨壁变异、面神经直接裸露于鼓室病变组织中认识不足。因此,当处理鼓室病变时应首先确认水平半规管隆起,因面神经管就在其下方;若该标记不清楚时,可先找咽鼓管鼓室口,其上方的匙突可作为面神经管的标记。然后在良好的照明下先处理面神经管行程上、下的病变,待找到面神经管或面神经后再清除沿面神经走行部位的病变。

其次,本组9例面神经垂直段损伤中有5例因寻找鼓室困难所致;3例系凿除后鼓室外侧壁时伤及;1例系处理乳突尖部大而深的气房时伤及面神经鞘。上述寻找鼓室困难的主要原因是定位过低。可能是外耳道后上嵴不明显,误将鼓乳缝的清晰边界作为外耳道后上嵴。实际上该缝是寻找面神经垂直段的一个标志,其内侧约1.0cm就是垂直段面神经管。为此,作者于1974年^[7]提出以外耳道后上三角区为进入鼓室的标志,即充分剥离外耳道上、后壁皮肤,沿骨性外耳道口上壁向后作水平线;再沿骨性外耳道后壁向上作垂直线;两线相交的前下方作连接上述两线的切线,就可避免因乳突外侧面的任何变异而造成不良后果。

2.2 中耳乳突手术面瘫发生后应立即探查、处理
中耳乳突手术是常用的基本手术,不论在全麻或局麻下进行,均应在暴露乳突外侧壁后,观察有无因麻药浸润至茎乳孔而致面瘫。凡中耳乳突手术面瘫者均应立即查明原因、损伤程度,进行面神经减压、修补或移植等,切勿存侥幸心理,延误病期将使神经变性、髓鞘管消失或纤维性变,对预后极为不利。本组立即探查、处理者预后均较理想可作佐证。其次,这类面神经损伤都比较严重,手术者往往亦说不清损伤的具体情况。只有立即探查,采取相应的处理才是上策。本组早期一些病例,限于当时的条件、水平,往往采取保守治疗或延期处理,预后不甚佳。

参 考 文 献

1. Webster JC. Ear Nose Throat J 1978; 57(6): 251
 2. 上海市第六人民医院耳鼻喉科. 中华耳鼻喉科杂志 1978; 13(2): 73
 3. 李哲生. 中华耳鼻喉科杂志 1987; 22(2): 71
 4. House JW. Laryngoscope 1983; 93(8): 1056
 5. Baxter A. J Laryngol Otol 1971; 85(6): 587
 6. 李大庆,等. 临床耳鼻喉科杂志 1989; 3(1): 8
 7. 浙江医科大学《手术图解》编绘组. 手术图解. 杭州: 浙江人民出版社, 1974: 638
- (1989年6月19日收稿, 同年12月15日修回)