

晚期面瘫如何攻破？ 游离肌肉移植重建面动力

血管化股薄肌是最佳选择

▲ 本报记者 于伟



王成元 教授

面瘫（又称面神经麻痹）是面神经受损伤后未能完全恢复所导致。面瘫患者常表现出额纹消失、眼睑闭合不全、鼻唇沟变浅，口角下垂，鼓腮漏气等。

我国每年新增面瘫患者约 30~40 万人，而早

期未得到有效治疗而演变为晚期面瘫患者达百万之多。这种疾病不受年龄影响，往往给患者带来终生伤害。

晚期面瘫是指完全面瘫性面瘫达 2 年以上，面部表情肌发生不可逆萎缩和纤维化。即使面神经功

能出现恢复，患者也无法重现正常面部表情。

据中日友好医院耳鼻喉科王成元副主任医师介绍，治疗完全性晚期面瘫，重点是在萎缩的面部引入有活力、能运动的肌肉，其中血管化股薄肌是最佳选择。

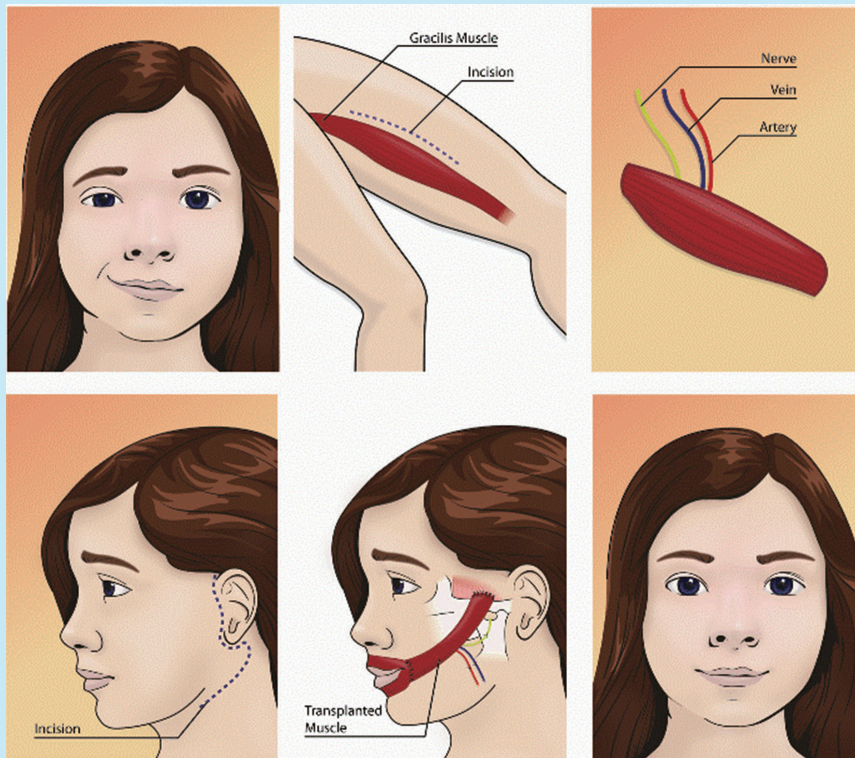
血管化股薄肌移植步骤

★ 在大腿内侧（如左侧面瘫，就选右腿）获取长约 15~20 cm，重 20~40 g 的长条形股薄肌束，肌门处闭孔神经血管束保留约 6~8 cm。

★ 将条形股薄肌束转移至面瘫侧皮下。肌束两端固定于口角和颞肌、颞弓表面，从而替代萎缩的颞大肌、颞小肌和上唇提等面部表情肌功能。

★ 在放大 40 倍显微镜下，将股薄肌束携带的闭孔神经与咬肌神经或跨面神经移植吻合；股薄肌血管束与面动静脉吻合。

★ 术后观察到出现肌束收缩（一般 3 月开始），立即进行康复和生物反馈训练，促进面部动力稳定。



血管化股薄肌移植手术模式图

独特优势

☆ 切口隐蔽、面部无瘢痕。切口设计在耳后、发髻等位置，在面部无表面瘢痕，患者术后满意度高。

☆ 股薄肌解剖位置表浅，有恒定的血管神经支配，切取部分肌束后功能不受影响。

☆ 股薄肌移植成活后，形态稳定不易会发生变性及松弛，术后面部表情效果稳定。

面瘫治疗需规范化和专业化

自 1976 年 Harii 等探索游离移植股薄肌治疗晚期面瘫开始，该技术经过 40 多年的改进和演变，其稳定的术后效果已为世界各大医学中心所验证。通过手术恢复患者自主满意的微笑，已经治愈了无数的晚期面瘫患者。

王成元医生指出，股薄肌移植手术为能为晚期面瘫患者带来新的希望。但手术成功的关键在于主刀医生具有高超的

显微神经、血管吻合能力。因此相对普通外科手术技术，该手术难度大，对手术设备的要求也很高，在省级医院尚未普及，基层医院更难推广，这导致了我国晚期面瘫患者很难获取最新治疗进展信息，多数得不到有效治疗。如何针对医生进行技术培训，如何科普最新治疗进展，是晚期患者能否得到规范化、专业化治疗的关键。

我国幅员辽阔，人口

流动性大，外地患者手术后很难长期跟踪随访因此虽然我做了很多手术却难拿出高质量、大量的临床数据，来向世界展示我们的工作成绩，这是发展中国家每一个医学专业都面临的尴尬。

因此，建立专业的面瘫治疗团队，系统地进行知识更新，探索科学规范化的手术流程，切实普及到省级或基层医院，必将造福更多的晚期面瘫患者。

三叉神经痛是发生在面部三叉神经分布区域内的剧烈疼痛，发病骤发，骤停、闪电样、刀割样、烧灼样、顽固性、难以忍受的剧烈性疼痛。说话、刷牙或微风拂面时都会导致阵痛，患者常因此不敢擦脸、进食，甚至连口水也不敢下咽，被人称为“天下第一痛”。

据统计三叉神经痛患病率为 182 人 / 10 万，其发病高峰年龄在 48~59 岁，但是据 WHO 统计，三叉神经痛正趋向年轻化，患病率不断上升。目前三叉神经痛的主要治疗方法有药物治疗、射频热凝、微血管减压手术等，除此之外还有许多非主流的治疗方法。为了规范三叉神经痛的治疗选择，《三叉神经痛诊疗中国专家共识》于近日发布。（中华外科杂志 .2015,53:657）

三叉神经痛中国共识发布 解救天下第一痛

▲ 本报记者 苏宁宁

该共识指出，三叉神经痛按照病因可分为原发性及继发性三叉神经痛，按症状又可分为典型和非典型三叉神经痛。典型三叉神经痛的疼痛为阵发性反复发作，有明确的间歇期，三叉神经功能正常。原发性三叉神经痛多为典型三叉神经痛。而继发性三叉神经痛多为非典型三叉神经痛，其疼痛发作时间通常较长，或为持续性疼痛、发作性加重，多无“扳机点”，体检可见三叉神经支配区内的感觉减退、消失过敏。

共识推荐，对于三叉神经痛的诊断可依据典型的临床表现则可诊断，但为了鉴别诊断是原发性还是继发性三叉神经痛，还需三叉神经反射电生理学检测、术前影像学检查等手段，此外原发性三叉神经痛还需与牙痛、三叉神经炎、舌咽神经痛等疾病鉴别诊断。

所有三叉神经痛患者治疗前应常规进行影像学检查，对于诊断为原发三

叉神经痛的患者，在实施微血管减压术前还应接受头颅磁共振成像检查。对于初发生原发性三叉神经痛患者适合用药物治疗，但药物对继发性三叉神经痛的疗效不确切。一线治疗药物包括卡马西平和奥卡西平，卡马西平的疗效优于奥卡西平，但后者安全性方面的顾虑更少。

当药物治疗失败时可尽早考虑外科手术治疗，手术治疗包括三叉神经半月节射频消融、球囊压迫、甘油注射，伽马刀治疗以及微血管减压手术（图 1）。其中，微血管减压术是目前治疗三叉神经痛中疗效最好和缓解持续时间最长的治疗方法，术后疼痛完全缓解率大于 90%。但是微血管减压术也有较其他方法更多的风险，平均病死率为 0.2%，且术后有多种并发症如颅神经损伤、脑脊液漏等。

共识还强调，微血管减压术并发症的发生及病情的复杂程度与手术医生的操作水平密切相关，这也正是该共识所能改进的方面。

半月
节射频消融、
球囊压迫、甘油
注射

年龄 > 70 岁；全身情况较差；微血管减压术后无效或疼痛复发；拒绝开颅手术者；带状疱疹后遗症；鼻咽癌相关性三叉神经痛。

伽马
刀治疗

年龄 > 70 岁；慢性病及身体情况较差不能耐受手术者；拒绝开颅手术者；继发性三叉神经痛，原发病灶已处理，或原发肿瘤较小者；经其他外科方法治疗无效或再次复发的患者。

微血管
减压治疗

诊断明确的原发性三叉神经痛；药物治疗无效的原发性三叉神经痛；射频热凝、伽马刀治疗无效的原发性三叉神经痛；微血管减压术后复发的典型原发性三叉神经痛；青少年起病的典型原发性三叉神经痛。

图 1 三叉神经痛各种手术治疗适应证