

· 短篇及病例报道 ·

颅脑外伤致双侧周围性面瘫 1 例

黎庆辉, 朱江[△]

(重庆医科大学附属第一医院耳鼻咽喉头颈外科 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.17.053

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)17-2053-02

颅脑外伤引起单侧颞骨骨折所致单侧周围性面瘫较多见,但外伤后双侧同时发生周围性面瘫者临床罕见。并且临床上较严重的颅脑外伤容易导致临床医生忽视对面神经损伤表现的观察,从而延误对该病的诊断和治疗^[1]。本文拟通过对 1 例颅脑外伤引起的双侧周围性面瘫进行分析,以提高神经外科及耳鼻喉科医生对此类疾病的认识和诊治。

1 临床资料

患者,男,41 岁,因“头部外伤 18 d,伴双侧周围性面瘫 15 d”于 2012 年 4 月 18 日由当地医院转入本院。18 d 前清晨患者骑电动摩托车时无明显诱因突然出现眼前发黑,遂翻车倒地致枕后部、右侧颞部受伤,右侧外耳廓上部分缺失,头面部流血,诉当时神志不清,伴有意识模糊约 1~2 min,无呕吐及肢体抽搐,伤后约 30 min 送至当地县人民医院,急诊行头颅 CT 检查结果示无明显异常,予以头部伤口清创及包扎处理,并住院治疗。伤后约 3 d,患者出现双侧眼睑闭合不能,吐词不清,闭唇不全,进食、饮水时有口角漏液,不能皱眉、闭目、鼓腮、吹哨,伴口干、头晕、视力模糊,患者自觉视力下降以右侧为重,听力也较前下降。患者在当地医院住院期间曾出现右侧口角及右耳前皮肤疱疹。出现双侧周围性面瘫表现后曾口服激素治疗 3 d 左右,剂量及具体情况不详。入院时查体:一般情况良好,额纹消失,双侧眼睑闭合不能,露白约 6~7 mm,双侧鼻唇沟消失,鼓腮时双侧口角漏气,无口角歪斜,下唇无肌张力,下齿龈沟可见,右侧耳廓上部分缺失。泪液分泌实验,泪液浸湿长度:右侧眼 4.0 mm,左侧眼 5.0 mm,泪液分泌减少。味觉实验:双侧酸甜甜咸苦味觉均存在。面神经功能按 House-Brackman 分级:V 级(重度功能异常)。面神经 Fisch 评分:左侧 9 分,右侧 9 分。

辅助检查:听觉脑干诱发电位(ABR)结果示:右耳 click V 波阈值 90 dBnHL,左耳 click V 波阈值 60 dBnHL;右耳 I、III、V 波分化不明显,左耳 I、III、V 波分化可。镫骨肌反射未引出。声导抗:双侧负压型。纯音测听:双耳混合型耳聋。面部肌电图:肌纤维可见少许纤颤电位,无主动电位,双面神经运动传导不出波,双口轮匝肌无主动运动电位,提示双侧周围性面神经损害。头颅磁共振成像(MRI)及 MRTA 结果示:(1)双侧脑室周围白质轻度脱髓鞘性改变;(2)双侧筛窦、右侧上颌窦炎症;(3)蝶窦及双侧乳突异常信号影,考虑积血可能;(4)双侧面听神经走行及信号未见明显异常。双侧颞骨 CT 示:双侧颞骨乳突骨折,尤以右侧明显,伴乳突以及鼓室积血可能性大。

综合以上病史、查体及相关辅查,患者主要考虑诊断 双侧周围性面瘫 V 级 临床罕见,病因考虑头部外伤后双侧颞骨骨折,可能病程中合并疱疹病毒感染后面神经炎。治疗给予营养神经、活血、扩管、抗炎等对症治疗。患者因面瘫病程已超过 2 周,且患者肝功能异常,肝酶升高,故入本院时暂未给予激素。结合泪液分泌实验、味觉实验、镫骨肌反射、听力检查、MRI 及

CT 结果,面神经损害定位考虑面神经迷路段可能性大。对于按 House-Brackmann 分级,程度为 V 或 VI 级的任何不可逆面瘫,病程 3 周以上,结合面肌电图检查结果肌纤维可见少许纤颤电位,无主动电位,表明面神经无恢复倾向,应进行面神经减压术。于 2012 年 5 月 2 日在静吸复合全身麻醉下行右侧面神经减压术加右耳廓清创缝合术。手术从耳后乳突径路,术中见乳突表面斜行骨折线,乳突气房及鼓室内可见大量黄褐色液体,面神经锥曲段一碎骨片卡压,水平段骨管缺如,面神经肿胀明显。自膝状神经节处至茎乳孔开放面神经骨管,并切开鞘膜,术中见面神经完整性良好,仅在锥曲段因碎骨片卡压处稍狭窄。取颞肌筋膜覆盖面神经,地塞米松明胶海绵粒填压术腔。右耳廓清创缝合。术后 3 个月随访患者双侧面瘫情况较前有所改善。

2 讨论

双侧周围性面瘫发病极少见,严格的从时间上划分,双侧同步发生的面神经麻痹为特指 4 周内相继出现的双侧面瘫。据统计其发病率国外约占面瘫的 0.3%~2.0%,国内为 0.5%。双侧面瘫虽然罕见,但文献记载的发病原因却很多,其中最常见有:莱姆病、Guillain-Barre 综合征、白血病、贝尔麻痹等。目前,国内双侧面瘫的发生率及有关流行病学特性的群体调查资料报道甚少。

由于临床资料少,双侧周围性面瘫的发生发展机制尚不明确。但有研究证明,颞骨骨折引起面神经的直接损伤同时继发面神经水肿,并因面神经骨管本身容积固定,对肿胀的面神经缺乏缓冲作用,由于骨管反作用力的压迫从而加重面神经的缺血损伤^[2-3]。因此,大多数学者认为面神经挫伤肿胀及面神经骨管内受压是骨折后发生面瘫的主要原因。

外伤所致周围性面瘫的预后除与面神经损伤的程度、病变范围及治疗是否及时外,还与面神经损害的部位密切相关。研究表明,病变部位越高,恢复越差。据统计,面神经损伤在膝状神经节及以上的预后通常较差^[4]。从解剖上分析,面神经的全长可分为八段,由上至下即为:运动神经核上段、运动神经核段、小脑脑桥角段、内耳道段、迷路段、鼓室段(又名水平段)、乳突段(又称垂直段)和颞骨外段。因面神经损害的部位不同,除都出现周围性面神经麻痹的共同症状外,并可出现其他定位症状。根据患者的定位症状结合相关的辅助检查(如味觉试验、听力检测、CT 及 MRI 等)可进行定位诊断。另外,结合 House-Brackmann 分级量表、面部残疾指数评分量表(facial disability index,FDI)和神经电生理检查可进行面神经病变程度的诊断。其中神经电生理检查又包括面神经运动传导(MCV)、面神经电图(ENOG)及瞬目反射(BR)。按 House-Brackmann 分级 I~III 级为轻度面瘫,IV~VI 级为重度面瘫。

虽然引起面瘫的病因有很多,但目前面瘫的治疗主要包

括:激素治疗、抗病毒治疗、血管扩张治疗、维生素治疗、神经营养治疗、手术治疗以及中医针灸的治疗。临床上疗效观察指标主要有以下 4 个:(1)临床症状体征;(2)House-Brackmann 分级量表;(3)FDI 评分量表;(4)面神经电生理检查(MCV、ENOG、BR)。针对病因不同,有研究认为外伤引起的即发性面瘫应在生命体征平稳、全身情况允许的条件下,尽快行面神经减压术,且伤后 14 d 内早期手术疗效较好;而对于外伤后的迟发性面瘫早期则以保守治疗为主,经观察面神经功能若无明显恢复者可行晚期面神经减压术^[5]。

临床资料显示,外伤性面瘫多因颞骨骨折引起,颞骨横骨折以损伤面神经迷路段为主,而纵行骨折多损伤膝状神经节。面神经减压术作为治疗外伤性面瘫的有效方法而被愈来愈多的应用于临床。该手术的目的是裸露面神经并解除其压力,改善血液供应,促进面神经功能的恢复^[6]。外伤性周围性面瘫行面神经减压术后的恢复效果,主要取决于骨折时面神经的损伤程度、部位、范围、手术时机及手术方法^[7],也与面神经损伤的性质相关,以面神经水肿为主的面瘫,行手术减压后面瘫的恢复效果较好,如为面神经的直接损伤,则术后恢复较差。但面神经减压术的适应证、手术时机、范围及手术方式至今仍有争议。因此,对于外伤性面瘫患者可采取面神经电生理检查与 CT 检查相结合的方法来判断是否需要手术治疗^[8]。根据罗建芬等人的实验研究,面神经减压术在面神经受损后 4 周内进行,可以有效缩短面神经的恢复时间,且手术越早恢复越快^[9]。Fisch^[10] 多数学者主张外伤后立即出现面瘫,且 ENOG 显示面神经变性达 90% 以上者,推荐尽早手术治疗^[11]。对于即发性面瘫若全身条件不允许多早期手术者,则可以在 3~4 周进行手术,即使延至 1~3 个月再行手术探查也具有积极的意义。国际上根据颞骨骨折的类型和面神经受损的部位,采用 Yanagihara 的分型^[12] 方法进行分型,这对选择手术的治疗方法也有一定的临床指导价值。

参考文献:

[1] 王凯,杨莎莎,张文娟. 外伤性双侧周围性面瘫误诊 1 例
• 短篇及病例报道 •

女性卵巢囊腺癌误诊为尿潴留 1 例报道

唐伟¹, 邓正国^{1△}, 曹江燕²

(1. 重庆永荣矿业公司总医院外二科 402460; 2. 中国人民解放军第 261 医院超声科, 北京 100094)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.17.054

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)17-2054-02

1 临床资料

患者,女,48 岁,本院精神科住院患者。诊断:(1)精神分裂症;(2)新发脑梗死,伴痴呆、右侧肢体活动障碍、大小便失禁。近期出现下腹膨隆导致燥动不安。查体见下腹部有一球形包块,按压有囊性感,患者有疼痛反应。精神科医生考虑为尿潴留给予导尿,导出少量尿液后下腹膨隆无明显缩小,故请泌尿外科医生会诊。泌尿外科医生重新导尿后下腹膨隆也未缩小。超声检查发现盆腔充满一囊性肿物,酷似膀胱癌,靠近尿道侧囊壁肿物增厚明显,反复调整尿管都不能进入囊腔。经尿管注入造影剂却从尿道流出。盆腔 CT 检查也提示膀胱癌。

- [J]. 实用医学杂志,2010,26(9):1593-1595.
- [2] 杜洪,李哲生. 贝尔氏面瘫的病因学说[J]. 国外医学:耳鼻咽喉科学分册,1993,17(3):129-131.
- [3] Dai CF, Kanoh N, Wang ZM, et al. Study on facial motoneuronal death after proximal or distal facial nerve transaction[J]. Am J Otol,2000,21(2):115-118.
- [4] 赵荣祥,魏炯洲. 面瘫预后指标探讨[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2001,9(4):163-165.
- [5] Seiberling KA, Ducra JC, Grant T, et al. Role of intrathyroidal calcifications detected on ultrasound as a marker malignancy[J]. Aryngo-scope,2004,114(10):753-757.
- [6] 卢智慧,张文继. 手术治疗颞骨骨折性面瘫[J]. 安徽医药,2008,12(3):230-231.
- [7] 王声强,王子丞. 如何判断周围性面瘫的预后转归[J]. 中医杂志,2006,47(11):872-873.
- [8] Bodenez C, Darrouzet V, Rouanet-Larriviere M, et al. Facial paralysis after temporal bone trauma[J]. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac,2006,123(1):9-16.
- [9] 罗建芬,樊兆民,王海波. 颞骨骨折性面瘫手术减压时机的实验研究[J]. 中华耳科学杂志,2008,6(3):260-264.
- [10] Fisch U. Current surgical treatment of intratemporal facial palsy[J]. Clin Plast Surg,1979,6(3):377-388.
- [11] 沈志森,张宇园. 面神经减压治疗周围性面瘫 31 例临床分析[J]临床耳鼻喉科杂志,2009,23(1):21-23.
- [12] 刘勇,徐静. 致面神经麻痹的颞骨骨折:一种新的分类方法及临床意义[J]. 国外医学:耳鼻咽喉科学分册,1998,22(4):241-242.

(收稿日期:2012-11-22 修回日期:2013-02-29)

结合导尿前尿常规 RBC(+++),诊断考虑“膀胱癌合并尿潴留”。考虑导尿未解除“尿潴留”,患者又不能接受“膀胱癌”切除手术,因此,建议“膀胱穿刺造瘘术”。尽管恶性肿瘤有播散风险,但消极等待引起肿瘤破裂危害更大。患者家属同意后,在超声引导下行穿刺造瘘术,引出血性液约 400 mL,下腹膨隆消失。然而,造瘘后患者仍有尿失禁,造瘘液与尿液的色泽和化验结果出现差异,诊断考虑盆腔囊性肿物。复查盆腔 CT 增强扫描提示盆腔囊实性恶性肿瘤(图 1)。检查造瘘液脱落细胞未发现癌细胞。拔除造瘘管待伤愈后,经妇科会诊和家属同意后行剖腹探查术,切除囊肿后病理诊断:右侧卵巢囊腺癌。