

115:136 - 140.

[6] 苏磊,白涛. 应加深对原发性多脏器功能不全综合征的认识[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13(11):653.

[7] 林洪远,盛志勇. 全身炎症反应和 MODS 认识的变化及现状[J]. 中国危重病急救医学, 2001, 13(11):643.

[8] 李建生,漆松涛,欧阳辉,等. 胰岛素治疗重型颅脑损伤高血糖反应对患者预后影响的观察[J]. 中国危重病急

救医学, 2001, 13(8):488 - 489.

[9] Sauaia A, Moore FA, Moore EE, et al. Realy risk factors for postinjury multiple organ failure [J]. World J Surg, 1996, 20: 393 - 395.

[10] 田利华,廖忆刘. 创伤后多器官功能衰竭危险因素预测性比较[J]. 创伤外科杂志, 2001, 3(1):4 - 6.

(本文编辑:贺羽)

文章编号:1009 - 4237(2003)06 - 0419 - 01

短篇报道 ·

面神经与副神经移植吻合修复损伤性面瘫

Prothesis of traumatic facial palsy with facial and accessory nerve transplantation and anastomosis

刘开俊,郑国寿,刘谨文,李 龄

(华中科技大学同济医学院附属同济医院,湖北 武汉 430030)

摘要: 应用面神经与副神经移植吻合修复术,探索性修复 8 例面神经管损伤所致面瘫患者,取得了良好的效果。本手术是治疗损伤性面瘫较理想方法之一。

关键词: 神经移植; 损伤性面瘫

中国分类号: R 651.1; R 745.12 **文献标识码:** B

笔者应用面神经与副神经移植技术^[1]探索性修复了 8 例损伤所致的面瘫,旨在进一步探讨自体神经移植在治疗损伤性面瘫中的作用,现将治疗结果报道如下。

资料与方法

1 一般资料 本组 8 例,均为男性;年龄 30~40 岁。致伤原因:车祸伤 3 例,坠落伤 4 例,重物砸伤 1 例。入院时 GCS 评分 11~13 分,常规急诊 CT 初步评估均有不同程度的颅底骨折。均在手术修复前常规行颅面三维 CT,以了解面神经管损伤程度。

2 治疗方法 本组病例均采用胸锁乳突肌前缘中段切口,翻辨显露副神经,在胸锁乳突肌的神经门处利用利刀切断,将该神经的中枢断端经胸锁乳突肌后缘转位与面神经总干的周围侧断端做外膜——束膜联合缝合^[2]。

3 结果 本组除 1 例由于局部组织损伤疤痕形成、切口解剖不清、手术失败外,其余病例手术均成功,并获得了良好的治疗效果。其中除 2 例面部表情肌临床疗效不满意外,其余病例面部表情肌的功能均得到满意的康复。

讨论

1 熟悉解剖,提高手术操作技巧 副神经直径约 1.5mm,完全是运动纤维,支配胸锁乳突肌和斜方肌。首先是显露副神经,即在蛇骨平面向后牵开胸锁乳突肌前缘,副神经位于该平面肌肉中轴线,从深面进入胸锁乳突肌内,同时分出的斜方肌支在胸锁乳突肌的后缘稍上方突出,在胸锁乳突肌前缘中、下段交界处进入斜方肌。

2 选择理想的神经 近年来面神经与副神经吻合移植术在国内外虽有报道,并采用了多种术式,然而在这一领域中仍存在不少争议。争议的焦点之一是:副神经被利用于吻合手术后,即原有神经功能即丧失。笔者认为利用副神经较用其它神经更适合生理解剖,也可减小术后肌肉瘫痪的范围。

3 寻找面神经方法 特别是切口处损伤后疤痕所致解剖变异,使手术解剖面神经困难,笔者认为必须具备特别的专科知识。故对美容外科学提出了更高的要求,也给这一学科提供了新的研究课题。

加快神经运动功能的恢复与掌握手术适应证、手术技能、神经解剖损伤程度及神经吻合方法均密切相关。

参考文献:

[1] 王忠诚. 神经外科手术学[M]. 北京:科学出版社,2000. 490 - 491.

[2] 黎介寿,吴孟超,周树夏. 口腔颌面外科卷[M]. 北京:人民军医出版社,1994. 445 - 446.

(本文编辑:章洛秋)

收稿日期:2003 - 02 - 25;修回日期:2003 - 04 - 28