

• 临床病例报告 •

经皮穿刺三叉神经节球囊压迫术治愈疑难头痛 1 例

张雪丰[△] 汪彬彬 李静怡 袁 晖
(东莞市松山湖中心医院疼痛科, 东莞 523326)

头痛是临床常见症状,其形成原因众多而复杂。2018 年国际头痛学会将头痛分类为两百多种^[1],其中经典三叉神经痛和特发性三叉神经痛又细分为单纯阵发性疼痛和伴有持续性疼痛。后者则易于与其他头痛相混淆^[2]。本文病例回顾了 1 例辗转多家医院多个科室,最终接受三叉神经节球囊压迫术后痊愈的病例,旨在总结其诊治的经验教训,以供同行参考,现报告如下。

1. 一般资料

病例:女性,65 岁,因“反复左侧头痛 20 年,加重 1 年”入院。除双侧慢性中耳炎(症状先于头痛发作)导致重度听力障碍外,无其他慢性病史或重要器官合并症,否认患区痛性皮肤病史。病人 20 年前开始出现左侧头痛,前期疼痛较轻,近 1 年疼痛加重。疼痛范围为:左侧颞部、外耳道、耳前区。疼痛呈持续性刺痛或闪电样痛,阵发性加重,加重期持续约 1 小时,1 日内有数次加重期。视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分在疼痛加重期为 8,在非加重期为 4。疼痛与体位或天气变化无关,刷牙、洗脸或咀嚼等日常活动不会引发疼痛加剧。伴双侧耳鸣及听力障碍。无患区麻木,无额部、眼、上颌、下颌或口腔内疼痛,无恶心呕吐,无畏声光畏,无流泪流涕,无口眼歪斜,无下颌运动障碍,无咀嚼肌乏力或萎缩,无张口受限,无视物不清或复视,无意识改变等。

病人 1 年内曾到省内外多家医院多个科室就诊,接受以下药物治疗均无效:卡马西平、奥卡西平、普瑞巴林、拉莫三嗪、替扎尼定、胞磷胆碱、帕罗西汀、黛力新、阿米替林、多种 NSAIDs 药物、曲马多等。多次接受针刺、理疗、中药等治疗均无效。

入院体检:血压 140/86 mmHg,患区无皮疹或色素异常,无口角歪斜,伸舌居中。患区及颞颌关节无压痛,无激痛点,双侧颞浅动脉搏动均可触及且对称。无张口受限。三叉神经分布区针刺浅感觉

未见异常,眼球活动及角膜反射均正常。

2. 诊治经过

入院后实验室检查提示:红细胞沉降率(sedimentation rate, ESR) 41 mm/h, C 反应蛋白 28 mg/L,自身免疫抗体全套及其他常规检查均未见明显异常。头颅 CT 及颅底薄层增强 MRI 均提示:双侧乳突炎症,左侧乳突胆脂瘤,三叉神经走行区未见明显异常。颅脑 CTA 血管造影(CT angiography, CTA)提示:双侧颞浅动脉走行自然,未见狭窄或扩张,其他未见相关异常。

入院诊断:①左侧头痛查因:三叉神经痛?②左侧慢性中耳乳突炎合并胆脂瘤,双侧耳聋(重度)。予以左侧星状神经节阻滞,头痛无缓解。请耳鼻喉科会诊后指出:病人有左侧中耳炎手术指征,头痛可能与乳突炎有关。遂转入耳鼻喉科行“左侧乳突改良根治术”,术后头痛仍无缓解。

病人再次回到我科后,予以超声引导下左侧耳颞神经诊断性阻滞(2%利多卡因 1 ml)后头痛消失 3 小时。考虑“左侧原发性三叉神经痛(第三支)”可能性大,予以气管插管全身麻醉下经皮穿刺左侧三叉神经半月节球囊压迫术。术中予以严密监护,在 DSA 引导下以 Hartel 入路穿刺麦氏囊,球囊充盈后呈梨形(见图 1),压迫 120 秒。手术历时 26 分钟。术后疼痛立即减轻,阵发性剧痛未再发作,术后 1 周头痛完全消失。随访 1 年,头痛未复发,左侧面部轻微麻木,无其他手术并发症发生。

3. 讨论

本例病人久治不愈,难点在于诊断。三叉神经痛的诊断标准目前存在较大的争议^[1,3-5],临床上常依据病人临床表现及对卡马西平的治疗反应等做出诊断。本例病人的疼痛特点与典型三叉神经痛有所不同:①虽有突发突止的阵发性剧痛,但存在持续性的背景疼痛,且阵发性剧痛持续时间长达 1 小时左右;②无激痛点;③卡马西平或奥卡西平等药物

[△] 通信作者 张雪丰 ttkzxf@126.com

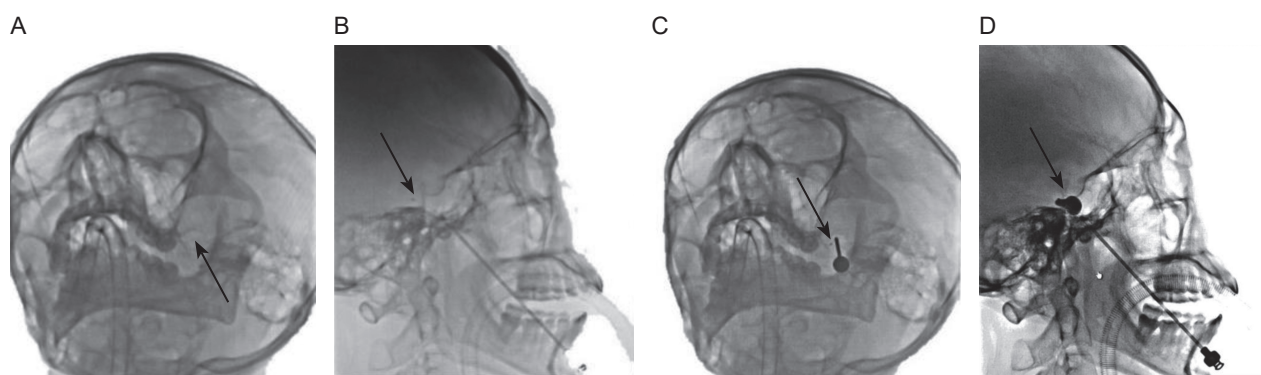


图1 三叉神经节球囊压迫治疗过程

(A) 箭头所示为卵圆孔；(B) 箭头所示为越过斜坡的球囊导管尖端；(C) 箭头所示为球囊导管进入卵圆孔内侧；(D) 箭头所示为扩张成梨形的球囊。

治疗无效。此外，该病人重度耳聋，交流较为困难，一定程度上增加了诊断难度。依据 ICHD-3 的诊断标准，该病人可诊断为“伴持续性疼痛的特发性三叉神经痛”。

本例病人左侧乳突炎合并胆脂瘤，需与岩尖综合征 (Gradenigo's syndrome) 相鉴别。颞骨岩尖部紧邻三叉神经半月节和外展神经，此处乳突炎或胆脂瘤型中耳炎可能侵犯三叉神经节或外展神经，引起继发性三叉神经痛或外展神经麻痹症候群，即为岩尖综合征^[6]。曹现宝等^[7]及倪福运等^[8]共报道了4例乳突炎（或合并胆脂瘤）引起继发性三叉神经痛。本病例 MRI 提示左侧活动性乳突炎合并胆脂瘤，具有中耳炎手术指征，且术前难以排除岩尖综合征。因此，我们决定先将病人转入耳鼻喉科行左侧乳突根治术。术后病人头痛症状无缓解，故又排除了岩尖综合征的可能。

颞动脉炎（又称为巨细胞动脉炎）常表现为颞部疼痛，好发于50岁以上的女性，伴红细胞沉降率增快。上述三点与本病例特点相符，但以下特点又不支持颞动脉炎诊断：①颞动脉 CTA 未见异常；②血管炎相关自身免疫抗体阴性；③颞动脉无压痛或搏动减弱；④ ESR < 50 mm/h。颞动脉炎诊断标准为：①发病年龄 > 50 岁；②新近出现的头痛；③颞动脉病变：颞动脉压痛或触痛、搏动减弱，除外颈动脉硬化所致；④ ESR 增快：魏氏法测定 ESR > 50 mm/h；⑤动脉活检异常：活检标本示血管炎，其特点为单核细胞为主的炎性浸润或肉芽肿性炎症，常有多核巨细胞。符合上述5条标准中的至少3条可诊断为颞动脉炎^[8]。本例病人未达诊断标准，故考虑颞动脉炎的诊断可能性小。

考虑到病人疼痛范围以左侧耳颞神经分布区为主，本病例予以超声引导下耳颞神经诊断性阻滞，

病人头痛消失3小时。因此，考虑左侧耳颞神经受累的二叉神经痛可能性大。神经阻滞有效提示三叉神经损伤性治疗可能有效。考虑到以下两方面原因，耳颞神经射频毁损的治疗方法未被优先考虑：①病人重度耳聋且不会说普通话，交流较为困难，难以配合射频测试；②耳颞神经可能出现在颞浅动脉的前、后、内侧，解剖关系不确定^[10]，虽然局部麻醉药可以通过弥散达到阻滞效果，但射频针却难以准确接近耳颞神经。

此外，病人交流困难，难以配合射频测试，以致半月节或经卵圆孔的下颌神经射频或阻滞测试的方法也被排除。本例病人仅行耳颞神经诊断性阻滞，未行诊断意义更大的半月节诊断性阻滞，存在一定的局限性。我们选用全身麻醉下三叉神经节球囊压迫术作为治疗手段，最终取得了满意的疗效。球囊压迫术无需病人配合，适合交流障碍而又顾忌于微血管减压手术风险的三叉神经痛病人。球囊压迫术具有微创、相对安全、舒适、高效等优点，近年在临床上日益受到青睐。Preul 等^[11]研究发现，成年兔予以三叉神经节球囊压迫术7天后，主要传达痛觉的有髓神经纤维出现明显的局灶性轴突损伤和脱髓鞘改变，而主要负责面部感觉和角膜反射的细小有髓纤维或无髓纤维则较少累及。这可能解释了球囊压迫术镇痛效果确切，而对面部麻木或角膜反射影响较小的原因。

通过本病例，我们总结了以下经验教训：①病程长久的三叉神经痛病人，间歇期无痛可能转变为持续性疼痛，阵发性剧痛持续时间可能大大延长，对卡马西平等药物治疗可能无反应；②选择性三叉神经分支阻滞，对明确诊断具有一定的参考价值，也有利于神经损伤性治疗的疗效预判。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。