

· 临床报道 ·

# 33例 Ramsay Hunt 综合征临床分析

刘 勃<sup>1</sup>, 高爱民<sup>2</sup>, 孙玲英<sup>3</sup>

(徐州医学院附属第三医院 1. 耳鼻咽喉科; 3. 皮肤科, 江苏 徐州 221003; 2. 徐州市第六人民医院 耳鼻咽喉科, 江苏 徐州 221006)

**摘要:** **目的** 探讨 Ramsay Hunt 综合征的诊断、治疗及预后情况。**方法** 对 33 例 Ramsay Hunt 综合征的临床资料进行回顾性分析, 所有患者均采用抗病毒剂、糖皮质激素及血管扩张剂等药物治疗。**结果** 33 例中出现面瘫 30 例, 经保守治疗治愈 23 例, 占 76.7%; 有效 5 例, 占 16.7%; 无效 2 例, 占 6.6%。伴听力下降者 13 例, 治愈 9 例, 占 69.2%; 有效 4 例, 占 30.8%。2 例有神经痛后遗症。**结论** 警惕临床上少见类型的 Ramsay Hunt 综合征, 以减少误诊, 早期诊断, 及时规范的治疗是缩短病程及减少后遗症发生的关键。

**关键词:** Ramsay Hunt 综合症; 水痘-带状疱疹病毒; 面神经麻痹

中图分类号: R764.4

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)05-0390-03

带状疱疹膝状神经节综合征 (Ramsay Hunt 综合征) 是潜伏于感觉神经节或邻近淋巴结的水痘-带状疱疹病毒 (varicella-zoster virus, VZV) 再激活而引起的多发性脑神经炎。临床较少见, 早期临床表现不典型易致误诊, 延误治疗, 给预后造成一定影响。笔者收集总结 1995 年 2 月 ~ 2011 年 10 月诊治的 33 例 Ramsay Hunt 综合征患者的临床资料, 对本病的诊断及预后进行探讨。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组 33 例患者中男 24 例, 女 9 例; 年龄 21 ~ 76 岁, 平均年龄 49.7 岁。左侧 18 例, 右侧 15 例。发病前有明显诱因者 14 例, 其中感冒 4 例, 过度劳累 5 例, 精神压力过大 3 例, 合并糖尿病 2 例。31 例有患侧耳痛和疱疹, 2 例仅有耳痛和面瘫而未出现疱疹。共 30 例出现面瘫, 其中 2 例以面瘫为首发症状, 占 6.7%, 曾误诊为 Bell 面瘫。5 例以耳痛为首发症状者, 曾误诊为外耳道炎或分泌性中耳炎。1 例

先出现咽喉部疼痛, 曾误诊为咽喉炎, 后出现面瘫、声嘶, 检查发现会厌及披裂广泛分布小疱疹, 左侧声带麻痹, 后确诊为 Ramsay Hunt 综合征。13 例伴听力下降及耳鸣。

纯音听阈测定检查 13 例, 均为感音神经性耳聋, 听力损失程度根据 WHO 标准<sup>[1]</sup>, 其中轻度聋 8 例, 中度聋 4 例, 重度聋 1 例; 声导抗检查 17 例中 12 例镫骨肌反射消失, 5 例存在; 味觉检查 23 例, 其中病侧舌前味觉正常 6 例。15 例出现面瘫的患者行内听道 CT 扫描检查, 排除内听道占位性病变。面神经肌电图检查 8 例, 示面神经不完全性或部分损伤 7 例, 完全性损伤 1 例。

### 1.2 治疗方法

所有患者一经确诊, 均及时给予抗病毒药物治疗, 口服阿昔洛韦或更昔洛韦, 仅 3 例静脉滴注阿昔洛韦。全部患者均予糖皮质激素治疗, 地塞米松 10 mg 每日 1 次静脉滴注, 或强的松 20 mg 每日晨服, 1 周后逐步减量, 疗程 10 ~ 14 d。出现面瘫的患者均给予复方丹参、血塞通或银杏达莫等扩血管药静脉滴注, 同时给予 B 族维生素、神经营养药, 并辅以适量抗生素以防感染。皮肤出现疱疹患者均给予阿昔洛韦软膏涂敷。

作者简介: 刘 勃, 男, 副主任医师。  
通讯作者: 刘 勃, Email: Lb220156@163.com.

### 1.3 疗效评定标准

通过 H-B 分级系统<sup>[2]</sup>对面瘫的疗效进行评估,治愈:面神经功能恢复到 I 级;有效:分别由 IV、V 级改善为 II、III 级;无效:面神经功能无明显改善。根据纯音听阈测定结果对耳聋的治疗效果进行评估,治愈:受损频率听阈恢复至正常或达健耳水平;有效:受损频率平均听阈提高 15~30 dB;无效:受损频率听阈无明显改善。

## 2 结果

30 例伴发面瘫患者,治愈 23 例,占 76.7%;有效 5 例,占 16.7%;无效 2 例,占 6.7%。13 例听力下降者,治愈 9 例,占 69.2%;有效 4 例,占 30.8%。仅 2 例有神经痛后遗症。耳部疱疹多于 1~2 周内消退,耳痛于 2~3 周内逐渐缓解。

## 3 讨论

Ramsay Hunt 综合征多发于中老年人,是由 VZV 感染导致的以累及面神经为主的多发性脑神经综合征,典型的三联症即耳痛、耳部疱疹及同侧周围性面瘫是本病的主要诊断依据。检查血清特异性 VZV 抗体升高可协助诊断 Ramsay Hunt 综合征<sup>[3]</sup>,而 MRI 的 Gd-DTPA 增强扫描有助于面神经的定位诊断<sup>[4]</sup>。由于耳蜗、前庭神经与膝状神经节共一神经鞘,这种特殊的解剖关系,使炎症易蔓延至耳蜗、前庭神经。有学者统计<sup>[5]</sup>,本病脑神经受损的概率以面神经最高,为 93.8%,以下依次为耳蜗神经 62.9%、前庭神经 43.8%、三叉神经 15.2%、舌咽神经 3.8%、迷走神经 2.4%。VZV 侵犯面神经、耳蜗神经及前庭神经等不同脑神经后,则会出现面瘫、听力下降及眩晕等相应症状,但出现的顺序无任何规律<sup>[6]</sup>。听力下降是本病除面瘫外最常伴发的脑神经症状,本组有 13 例伴发听力下降,占 39.4%。本病即使表现为典型的三联症,其出现的时间亦可先后不一,有研究显示<sup>[7]</sup>首发症状中耳痛的阳性率明显高于疱疹的阳性率,仅根据有无疱疹来诊断常会导致误诊。本组 5 例以耳痛为首发症状者,早期曾被误诊为外耳道炎或分泌性

中耳炎。一般耳痛、疱疹出现于面瘫之前,少数情况下面瘫先于耳痛,疱疹出现,此时易误诊为 Bell 面瘫,本组 2 例以面瘫为首发症状者,就曾被误诊为 Bell 面瘫。另外疱疹的形态、分布部位常发生变异亦是本病误诊率高的主要原因。本病若为多脑神经受损,其临床表现复杂多样,更增大了本病误诊的概率<sup>[5]</sup>。本组共 8 例早期误诊,占 24.2%。因此,不断提高对 Ramsay Hunt 综合征的认识和警觉,尽可能获取全面系统的临床资料,进行全面分析、综合判断,才能最大限度减少对 Ramsay Hunt 综合征的误诊。

目前本病普遍采用内科保守治疗。早期给予抗病毒剂、糖皮质激素、血管扩张剂等药物治疗。抗疱疹病毒剂阿昔洛韦或更昔洛韦的早期应用,能够抑制病毒的合成和复制,减少新损害形成,减轻神经损伤,从而缩短病程。近年来阿昔洛韦所致不良反应国内多有报道,急性肾功能衰竭是其严重且高发的不良反应<sup>[8]</sup>。因此,应用阿昔洛韦应严格选择药物的用法用量,使用疗程不宜过长。而更昔洛韦比阿昔洛韦作用更迅速,疗效更显著,且更安全<sup>[9]</sup>,宜优先选用。早期给予糖皮质激素可减轻炎症反应,阻止病毒进一步破坏神经节和神经纤维,缓解面神经水肿,消除自由基,有利于面神经功能的恢复。国内报道<sup>[10]</sup>,在带状疱疹发病的 1 周内及时应用糖皮质激素可有效减轻神经痛并可能降低神经痛后遗症的发生率。本组在急性期及时联合应用糖皮质激素和抗病毒剂的患者均收到良好效果。对有面瘫者给予血管扩张剂、神经营养剂,同时配合中医疗灸理疗,对面瘫的恢复大有裨益。

本病的预后大多较好,但少数患者有永久性面瘫,疱疹后神经痛及听力损失后遗症。这与病变严重程度、患者年龄、早期误诊误治等因素有关。国外报道<sup>[11]</sup>,60 岁以上老年人带状疱疹患者后遗神经痛发生率达 20%,本组 2 例有神经痛后遗症的患者年龄均在 60 岁以上。另外国内有报道<sup>[12]</sup>,面神经病变部位低者较病变部位高者面瘫恢复时间短。本组 5 例镫骨肌反射存在,味觉试验正常者,提示面神经受损部位在鼓索神经处或以下部分,面神经功能均完全恢复。声导抗检查和味觉试验对评估面瘫的预后有一定意义。

## 参考文献:

- [1] 刘海红,张华,莫玲燕,等. 听力相关疾病成人患者的年龄因素分析[J]. 听力学及言语疾病杂志,2011, 19(4): 328-331.
- [2] 孔维佳,周梁,许庚,等. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008: 208-209.
- [3] 郑绍同,付启云,唐朝贵. 带状疱疹患者血清白细胞介素及病毒抗体检测的意义[J]. 检验医学与临床,2008, 5(22): 1347-1348.
- [4] 李英,谢敬霞,刘剑羽,等. Ramsay Hunt 综合征的 MRI 表现[J]. 中华放射学杂志,2004, 38(2): 156-159.
- [5] 熊奇斌,刘绪光,熊梅,等. 迷走神经受损的 Ramsay Hunt 综合征[J]. 听力学及言语疾病杂志,2003, 11(2): 107-109.
- [6] 朱炳蔚,马兆鑫,朱正华. Ramsay-Hunt's 综合征合并多脑神经损伤 1 例报告并文献复习[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011, 17(1): 48-50.
- [7] 王蕾,苗旺. Ramsay Hunt 综合征首诊误诊分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007, 13(3): 197-199.
- [8] 王慧媛,赵志刚,陈晓红. 阿昔洛韦致不良反应 86 例文献分析[J]. 中国医院用药评价与分析,2009, 9(11): 864-866.
- [9] 黄海龙. 更昔洛韦与阿昔洛韦在治疗带状疱疹的疗效评价[J]. 中国实用医药,2011, 6(14): 166-167.
- [10] 袁华刚,陈韬. 糖皮质激素系统应用治疗带状疱疹疗效研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊,2011, 10(6): 378-379.
- [11] Havlik NL, Fitzpatrick TB. Skin condition and diseases in geriatric patients. // Freedberg IM, Wolff K. Dermatology in general medicine [M]. 7th ed. New York: McGraw-Hill Book Co, 1999: 1707-1713.
- [12] 晏莎. Hunt 综合征的临床表现与预后的关系[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,1998, 12(7): 328.

(修回日期:2012-04-18)

## · 临床报道 ·

## 鼻腔泪囊吻合两种手术方法的疗效比较

张 文,李 阳,郑玉萍,刘 晖

(陕西省人民医院耳鼻咽喉科,陕西 西安 710068)

**摘要:** **目的** 比较经鼻内镜行鼻腔泪囊吻合术与传统泪囊鼻腔吻合术的疗效和患者满意度。**方法** 回顾性分析 78 例慢性泪囊炎患者手术治疗效果,其中经鼻内镜下行鼻腔泪囊吻合术 38 例,采用传统泪囊鼻腔吻合术治疗 40 例。**结果** 两种手术方法的手术有效率分别为 89.5% 和 90%,患者满意率分别为 81.6% 和 75%。两组间比较无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 经鼻内镜行鼻腔泪囊吻合术的手术效果接近于传统手术,但病人的满意率高,这种手术可能成为替代传统鼻外泪囊手术的理想术式。

**关键词:**鼻内镜;泪囊鼻腔吻合术;慢性泪囊炎**中图分类号:**R765.9**文献标识码:**B**文章编号:**1007-1520(2012)05-0392-03

慢性泪囊炎常导致鼻泪道阻塞,是眼科常见病,女性多见,长期以来泪囊鼻腔吻合术是公认的理想术式,但是围绕本术式引起的争议也颇多<sup>[1-4]</sup>。近年来随着鼻内镜的问世和内镜鼻窦外科及鼻眼相关外科的不断发展,在鼻内镜下行鼻腔泪囊吻合术成为手术治疗慢性泪囊炎的新途径。本文对两种手术方法的疗效

及优缺点进行了比较,报道如下。

**1 资料与方法****1.1 临床资料**

收集 2000 年以来行泪囊鼻腔吻合术患者 78 例共 78 眼,其中经鼻内镜鼻腔泪囊吻合术组(简称内镜组)38 例,传统泪囊鼻腔吻合术组(简称传统组)40 例。两组患者性别、年龄和病程构成相近,见表 1。所有患者均为第

作者简介:张 文,女,副主任医师。  
通讯作者:张 文,Email:smileww@foxmail.com.

## 1 次手术。

临床诊断标准:所有患者均有溢泪症状,压迫泪囊区见有黏液脓性分泌物自下泪管流

出,泪道冲洗不通。术前每日用庆大霉素冲洗泪囊,连续 2~3 d;两组术前均常规行泪道、鼻腔及全身检查。两组术后均随访满 1 年。

表 1 两组患者的构成比较

组别	例数	男:女	年龄(岁)	平均年龄(岁)	病程(年)	平均病程(年)
内镜组	38	8:30	26~66	45	0.75~12	3.5
传统组	40	8:32	30~65	47	0.3~15	3.9

## 1.2 手术方法

1.2.1 内镜组 采用德国产 Wolf 30°鼻内镜。术前泪囊注入少量亚甲蓝,患者取仰卧位,鼻腔及结膜囊行表面麻醉,鼻腔外侧壁中鼻甲前端行黏膜下 1%利多卡因浸润麻醉。切除该部位鼻腔外侧壁对应泪囊位置的黏骨膜 12 mm × 15 mm 大小,暴露骨性鼻腔外侧壁。用电钻或咬骨钳开骨窗 10 mm × 12 mm 大小,即见呈淡兰色泪囊内壁膨隆。经下泪点插入泪道探针至泪囊,确定泪囊后,在探针的引导下由泪囊下方向上做“U”型全层切开泪囊囊壁,使泪囊内侧壁成为一尽量大的黏膜瓣,将此黏膜瓣向后上翻转贴在鼻腔钩突前的被去掉中鼻甲前端部分黏膜之上。泪囊造孔完成后用碘仿纱条填至孔内,并压住翻转的黏膜瓣,再用凡士林纱条部分填塞鼻腔,保持碘仿纱条不致脱落,术毕。术后 2~3 d 抽出凡士林纱条。术后 7~10 d 取出碘仿纱条,冲洗泪道通畅后每周冲洗 1 次。1 个月后内镜检查,清理鼻腔分泌物、血痂,并冲洗泪道,半个月复查。术后 3 个月冲洗一次,以后可每个月复查 1 次。

1.2.2 传统手术方法 所有病例均采用局麻,鼻腔内准确填塞 2%丁卡因 + 0.1%肾上腺素棉片至中鼻甲的前方,即鼻黏膜开窗位置。切开皮肤后,用止血钳钝性分离皮下组织及眼轮匝肌达泪前嵴骨膜,找到内眦韧带并切断,

切开泪前嵴骨膜,用剥离子游离泪囊窝,用骨凿造口做骨窗;自下泪点插入泪道探针,探明泪囊下端阻塞位置,根据泪囊大小确定骨窗大小;做骨黏膜“工”形瓣,使后瓣小,前瓣大,“工”形剪开泪囊,使前瓣小,后瓣大,将鼻黏膜和泪囊的后瓣与后瓣、前瓣与前瓣吻合,要求对合平整,无明显缝隙;用庆大霉素冲洗泪道通畅,间断缝合内眦韧带、皮下组织及皮肤切口;加压包扎切口。术后第 1 天冲洗泪道,以后每日换药,1 周拆皮肤缝线,并再行泪道冲洗,以后每周冲洗泪道 1 次,共 3~8 周。

## 1.3 疗效判定标准

治愈:内镜下检查泪囊造口形成与上皮化,溢脓流泪症状消失,冲洗通畅;好转:内镜下检查泪囊造口形成与上皮化,溢脓流泪症状减轻,用力冲洗通畅;无效:内镜下检查泪囊造口闭锁,溢脓流泪症状无改变,冲洗不通畅。有效:治愈和好转的患者均为有效。

## 1.4 统计学处理

分别计算两组 1 年后手术有效率和患者满意率。统计学处理采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 2 结果

两组术后均随访 1 年,比较两组手术有效率和患者对手术的满意率,见表 2。

表 2 两种手术方式治疗效果与患者满意率比较

组别	例数	有效(例)	无效(例)	手术有效率(百分比)	满意(例)	不满意(例)	患者满意率(百分比)
内镜组	38	34	4	89.5	31	7	81.6
传统组	40	36	4	90	30	0	75

注:两组手术有效率比较: $\chi^2 = 0.33, P > 0.05$ ;两组满意率比较: $\chi^2 = 0.41, P > 0.05$

### 3 讨论

本研究比较了传统的泪囊鼻腔吻合术和经鼻内镜行泪囊鼻腔吻合术两种手术的疗效和患者的术后满意率。从两组患者术后的泪道通畅率来看,两组之间并没有显著差异,传统的泪囊鼻腔吻合术术后有效率略高一些。但就患者的满意率而言,两组患者尽管没有明显差异,但内镜组的满意率要高于传统手术组。传统手术组的患者不满意之处主要有 3 方面:①术中凿骨时的恐惧感;②面部瘢痕;③术后的功能性溢泪。内镜组患者对手术过程和效果均有较高的满意率,不满意之处主要集中在费用方面。

传统的泪囊鼻腔吻合术已有百年的历史,是治疗慢性泪囊炎及鼻泪管阻塞的经典手术,手术成功率已达 90% 以上。但它存在以下缺点:①切开皮肤,遗留皮肤瘢痕;②切口小、部位深、术野暴露困难,容易损伤鼻黏膜;③术中术后出血的几率较高。术中出血多见于内眦静脉损伤、骨孔出血及鼻黏膜出血;④作手术切口时容易损伤眼轮匝肌和内眦韧带,影响组织的导泪功能。笔者在对传统组患者的随访中发现,有一部分患者尽管冲洗泪道通畅,但仍存在溢泪现象<sup>[5]</sup>,患者因此不满意,究其原因,是由于传统手术的手术切口可能损伤眼轮匝肌和内眦韧带,导致眶周组织对泪液的导流功能减弱而出现的功能性溢泪。这种现象较多见于老年患者,与老年患者本身的眼轮匝肌较松弛有关。但鼻内镜组的老年患者

较少出现这种现象。这是因为在鼻内镜下行泪囊鼻腔吻合术,手术操作在直视下进行,准确切开泪囊,损伤小,不损伤肌肉和内眦韧带,故不影响上述组织的导泪功能。除此以外,鼻内镜手术的优点还有:面部无切口瘢痕,同时解除鼻腔其他疾患及影响鼻腔泪囊造孔术成功的鼻腔因素<sup>[6]</sup>。

慢性泪囊炎患者多见于农村老年女性,与农村患者的医疗条件和经济状况有关。所以在鼻内镜组,部分患者由于费用原因表示不满意。尽管如此,鼻内镜下行泪囊鼻腔吻合术在手术过程和手术效果等方面已显示出了其独特的优势,因此可能成为替代传统鼻外泪囊手术的理想术式。

#### 参考文献:

- [1] 郭尚文. 泪囊鼻腔吻合术失败原因分析(附 44 例)[J]. 眼外伤职业眼病杂志(附眼科手术), 2001, 23(1): 101.
- [2] 毛剑. 泪囊鼻腔吻合术失败 32 例原因分析[J]. 国际眼科杂志, 2005, 5(3): 592-593.
- [3] 邵春平. 泪囊鼻腔吻合术的一点体会[J]. 眼外伤职业眼病杂志(附眼科手术), 1999, 21(6): 619.
- [4] 杨敬昌, 李守明, 吴钦星, 等. 泪囊鼻腔吻合术并发症临床分析[J]. 眼科新进展, 2003, 23(4): 282-283.
- [5] 邓海珊, 杨亚丽. 射频联合丝裂霉素在鼻腔泪囊吻合术复发中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(6): 463-464.
- [6] 周兵, 黄谦, 韩德民, 等. 改良经鼻内镜下泪囊鼻腔造孔术[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2008, 15(2): 87-91.

(修回日期: 2012-05-17)

## · 消息 ·

### 版权说明

本刊已许可中国学术期刊(光盘版)电子杂志社在中国知网及其系列数据库产品中以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文。该社著作权使用费与本刊稿酬一并支付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明。