文章编号:1000-5404(2010)22-2459-02

经验交流

多术式综合治疗顽固性癫痫38例临床分析

冉住国,张 鹏,范仕兵,杜江峰,刘明冬,周待令 (404000 重庆 万州,重庆市三峡中心医院神经外科)

【关键词】 顽固性癫痫;多术式
【中图法分类号】 R749.17 【文献标志码】 B

针对多灶性广泛性癫痫,单一手术方式疗效较差的情况,目前国内外学者大多趋于多种术式联合应用,取得了一定的疗效[1,2]。2007年3月至2010年3月,我院对38例痫灶较广泛的顽固性癫痫患者采用多种术式综合应用治疗,疗效比较满意,现分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组38例,男性21例,女性17例,年龄8~49岁。平均18.6岁,病程2~15年,平均7.5年。致痫灶范围超过单一脑叶。单纯部分性发作7例,复杂部分性发作8例,部分性发作继发为全面性发作11例,强直阵挛发作8例,失神发作4例,其中6例存在两种发作形式。既往发生婴儿高热惊厥者7例,有脑膜炎或脑炎病史4例,脑外伤史3例,有家族发病史者2例。纳入标准:①1~2种药物正规抗痫治疗2年以上仍不能有效控制发作,每个月发作2次以上。②影像学(MRI、CT)检查发现有可切除的异常结构,脑电图可定位致痫灶,可经手术切除者。③药物治疗有严重的毒性反应,影响学习、工作、生活者。排除标准:除外合并精神障碍及合并其他重要脏器疾病患者。

1.2 影像学检查

所有癫痫患者术前行CT或MRI检查,20例未见异常;CT见颞叶局灶性脑软化2例,额叶1例;MRI发现一侧颞叶萎缩4例,海马硬化6例,发现局灶长T_1、长T_2信号5例,皮层发育异常3例,蛛网膜囊肿1例。

1.3 电生理检查

术前所有患者至少行3次长程视频脑电图和/或长程动态脑电图,蝶骨及眶额电极记录,其中至少包括1次发作期脑电图及停服抗痫药物2~3 d后行脑电检查。发现一侧为主的双额叶痫波5例,一侧额颞叶癫痫8例,颞叶内外侧混合型癫痫18例;一侧颞顶叶癫痫6例,枕叶癫痫1例。原发性癫痫16例,继发性癫痫22例。

1.4 神经心理学检查

按韦氏智力量表和记忆量表评估,21例患者智力不同程度减退,其中智商70~79分者16例,80~89分者5例。记忆力减退者18例。

1.5 手术方法

所有病例全麻,在显微镜下完成操作。以术前脑电图及影像学检查结果为依据,行相应骨瓣开颅,术中采用日本8-16导皮层电极行大脑皮层地毯式检查,采用8导深部电极探测杏仁核、海马等深部致痫灶,确定致痫灶部位和范围,分析异常放电传导路径,然后决定选择何种手术方式。由于本组病例致痫灶范围较广,超过单一脑叶,我们选择了多种术式的综合应用。致痫灶位于一侧颞叶者,施行前颞叶切除术;致痫灶位于颞叶以外非功能区大脑皮质的局限性痫灶,施行皮质切除;对全身强直-痉挛性癫痫、跌倒发作患者,尤其单侧起源双额叶多发致痫灶,则行胼胝体前部切开术;致痫灶位于功能区或波及功能区者予以多处软脑膜下横纤维切断术;广泛致癫灶,为减少出血保护功能,则施行皮层热灼术;发现皮质表面黏连者,予黏连松解;发现蛛网膜囊肿或病灶者行相应病变切除。直至反复脑电监测痫波消失为止。

1.6 术后治疗

术后早期常规行腰池引流,以减轻蛛血引起的头痛和蛛网膜粘连,抗痫治疗2~3年,定期复查脑电图,无痫波活动,又无癫痫发作,可逐渐减量直至停药。

2 结果

2.1 随访与疗效

术后随访0.5~2年,每3个月门诊随访1次,行脑电图(EEG)或动态脑电图(AEEG)复查,根据谭启富[3]癫痫术后结果评价:满意15例(39.5%),显著改善14例(36.8%),良好6例(15.8%),效差2例(5.3%),无改善1例(2.6%)。术后大多数患者的智力、认知能力及社会适应能力均有不同程度的改善。出现暂时性运动性失语1例,暂时性轻度偏瘫2例,全组无手术死亡及严重并发症。

2.2 病理检查结果

本组病理检查示切除脑叶及海马胶质增生10例,血管畸形4例,星形细胞瘤(WHO分型Ⅰ级)5例,皮层发育不良3例。

3 讨论

3.1 癫痫灶定位

术前能否对痫灶进行准确定侧、定位是决定手术成败的关键,目前较好的方法是分期检查综合评估法[4]:即初期的非侵袭性检查:病史收集及神经系统检查、头皮EEG神经心理学试验、脑CT、MRI、MRS、PET、MEG等;第Ⅱ期侵袭性检查:DSA、Wada试验、颅内埋置电极脑电监测等;第Ⅲ期术中皮层脑电图(ECoG)和深部电极探测进一步定位与验证。我们根据本院实际情况,一般采用MRI+EEG+长程视频脑电图(VEEG)+蝶骨电极脑电图(EVA)+ECoG联合检测。我们体会:①详细询问病史,注重发作先兆,局限性症状,如最先抽搐部位、头转向、

【通信作者】 冉住国,电话:(023)58103170,E-mail:zgrhdxjx@163.com

口咽自动、失语性发作等,这常提示癫痫灶的侧别及大致部位。②至少3次动态脑电图和/或长程视频脑电图+蝶骨电极电图监测,其中包括至少1次发作期脑电图,仔细分析发作视频和脑电改变,痫波发放部位越恒定,痫灶定位越准确,手术效果越好。③影像学检查,以MRI为佳,如CT或MRI能发现与临床发作及EEG提示相一致的脑内病灶,则说明癫痫灶定侧、定位比较理想,适于手术。④对两侧同步或游走性放电癫痫定侧困难的,我院采用安定颈动脉内注射试验行痫灶定侧具有重要价值[5]。本组术中脑皮层电极与深部电极的检测结果与术前定位结果基本一致。

3.2 多术式的综合运用

癫痫手术的目的是切除致痫灶,切断痫性传播,有效控制癫痫发作,减少并发症,提高生活质量。顽固性癫痫发作形式复杂多变,尤其对多灶性或广泛性癫痫,任何单一的手术方式治疗效果都不尽人意。多种手术方式的综合应用,可取其长,避其短,既切除了致痫灶及病变组织,又切断了传导通路,彻底消除痫性放电,更重要的是保留了术区功能,从而降低了并发症,提高了疗效和患者的生活质量。本组颞叶混合型癫痫18例行前颞叶切除+杏仁核、部分海马切除,颞叶后部皮层放电加作多处软膜下横纤维切断术(MST)或热灼术;5例发现单侧起源引发双侧同步放电的双额叶多发致痫灶,则行主侧皮质痫灶切除+胼胝体前部切开+MST;2例单侧半球为主多脑叶致痫灶的重型顽固性癫痫患者,行多脑叶切除+MST;术中发现多处蛛网膜黏连5例,加作松解;同时行病灶(蛛网膜囊肿、肿瘤性病变、血管畸形等)+痫灶切除17例;发现伴功能区癫痫或波及功能区癫痫25例则行MST或热灼术处理。通过术后随访,疗效比较满意。我们体会:①按术前确定的致痫灶部位设计骨瓣,手术野应大于初步估计的致痫区,便于ECoG、深部电极脑电图(D-EEG)监测,手术良好显露及多术式的联合施展。②区分原发、继发放电区,分析传导路径,先行切除原发致痫灶,再行MST及胼胝体切开术。③牢记血供,尽可能保留一切可保留的血管,不要轻易电凝,减少术后并发症。④双重病理存在时在不影响功能前提下应同时切除。⑤癫痫一般都有一定病理形态基础,尽管有时CT、MRI检查未见明显异常,比如隐匿性血管畸形、胶质增生,多在术后病检才发现。⑥对单侧半球为主的多发性或弥漫性痫灶患者,采用多脑叶切除联合其他术式治疗可取得良好效果[6]。大骨瓣开颅术末宜将硬膜悬吊数针于骨瓣上(骨瓣上均匀钻数小孔,将硬膜悬吊线穿过骨瓣交叉打结),避免术区硬膜外积血。⑦术后早期常规行腰池引流,以减轻蛛血引起的头痛和蛛网膜黏连。⑧术后规范的抗癫痫药物治疗、避免诱发因素也是保证手术效果的必要条件。

参考文献:

[1] 孙振荣,栾国明,周建,等. 多种手术结合治疗顽固性癫痫[J]. 中华神经外科杂志,2002,18(4):219-221.

[2] Devaux B, Chassoux F, Landre E, *et al*. Functional neurosurgery for epilepsy[J]. Ann Fr Anesth Reanim, 2001, 20(2):137-144.

[3] 谭启富. 癫痫手术治疗的评价和病人的选择[J]. 中华神经科杂志,1996,29(5):312-314.

[4] 谭启富,李龄,吴承远. 癫癎外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:410-412.

[5] 胡帮建,崔坤箴,龙明,等. 安定颈动脉内注射对癫癎灶定侧的价值[J]. 临床神经电生理学杂志,2002,11(2):96-99.

[6] 安宁,刘仕勇,杨梅华,等. 多脑叶切除联合其他术式治疗半球顽固性癫癎(附18例报告)[J]. 中国神经精神疾病杂志,2005,31(5):347-350.

(收稿:2010-05-24;修回:2010-07-16)

(编辑 邓强庭)

经验交流

文章编号:1000-5404(2010)22-2460-03

髋关节强直畸形16例的全髋关节置换手术疗效分析

陈 波[1],黄海洋[1],杨政伟[2] (400042 重庆,第三军医大学大坪医院野战外科研究所骨科[1];402360 重庆 大足,大足县中医院骨科[2])

【关键词】 自发融合;髋关节;人工全髋关节置换术

【中图法分类号】 R687.4 【文献标志码】 B

髋关节的许多疾病,如结核、化脓性感染、强直性脊柱炎等的自然病程结果往往最终形成髋关节的强直畸形[1]。虽然髋关节强直可以使原发疾病得以控制或愈合,但强直后导致的髋关节活动障碍往往会诱发腰痛、膝痛、对侧髋痛以及下肢不等长等一系列的问题,特别是髋关节非功能位强直,严重影响患者的生活质量。随着人工全髋关节置换术(total hip arthroplasty, THA)的成功,越来越多的髋关节强直患者要求解除髋关节的强直状态,重建关节的运动功能。1999年5月至2008年5月,我院共对16例髋关节强直患者行全髋关节置换术,疗效满意。

【通信作者】 黄海洋,电话:(023)68757932,E-mail:huanghaiyang@VIP.163.com

1 资料与方法

1.1 病例资料

本组髋关节强直畸形行THA患者共16例,19个髋关节,男性11例,女性5例,年龄27~65(42.3±6.8)岁,融合时间(18.0±3.2)年。患者原发疾病中,强直性脊柱炎5例(8个髋关节),髋关节化脓性感染6例,髋关节结核3例,创伤性髋关节炎2例。16例患者均有不同程度的跛行,其中肢体不等长1 cm以上者有10例;合并下腰痛8例,同侧膝关节痛4例,对侧髋关节痛3例。所有19个髋关节中有15髋为非功能位强直。