

Calot 三角: 严格遵循辨清“三管”一壶腹、顺逆结合、纵向分离、钝锐结合、贴近胆囊壁的原则解剖 Calot 三角^[6,7]。胆总管显露难度较大时,按“惟一管征”或“鸡腿征”显露;胆囊张力较高时,在胆囊底部穿刺减压后,再行切除;三角区渗血者采用电凝联合纱布稍微压迫止血法,或局部用凝血药物,严重渗血者及时中转开腹;对胆囊动脉的处理顺序是切开 Calot 三角后侧浆膜→处理三角前浆膜→处理胆囊动脉和胆囊管。③术后合理使用抗生素,积极治疗胆管感染,预防肺部、切口感染和腹腔内脓肿的发生^[8]。

参考文献:

[1] 洪德飞. 腹腔镜肝胆胰脾外科手术操作与技巧[M]. 北京: 人民卫生出版社: 2008: 58-66.
 [2] 陈训如. 微创胆道外科手术学[M]. 5 版. 北京: 军事医学科学出版社 2010: 162-165.

[3] 周宁新. 急性胆囊炎的类型与合理治疗[J]. 中国实用外科杂志 2003 23(6): 322-323.
 [4] 吴金术, 彭创, 毛金海, 等. 胆囊切除至胆管损伤 210 例诊治经验[J]. 中华普通外科杂志 2007 22(6): 416-418.
 [5] 杨野, 刘宇, 郭仁宣, 等. 老年急性胆囊炎外科治疗时机和方式选择(附 458 例分析)[J]. 中国实用外科杂志 2008 28(5): 376-377.
 [6] 孙中东. 老年急性胆囊炎手术治疗 96 例临床分析[J]. 医学理论与实践 2008 21(1): 58-59.
 [7] 王雨, 戴睿武, 阎勇, 等. 老年患者急性结石性胆囊炎的临床特点及相关处理对策的研究(附 126 例报道)[J]. 华西医学 2008, 23(4): 719-720.
 [8] 黄建勇, 赵玉亭, 刘建文, 等. 急性胆囊炎的腔镜治疗[J]. 河南外科学杂志 2007, 13(1): 24.

(收稿日期: 2011-09-21)

前颞叶切除术与选择性海马杏仁核切除术治疗海马硬化性颞叶内侧癫痫疗效比较

钱海燕¹, 马羽², 许尚臣³, 庞琦^{3*}

(1 首都医科大学附属北京天坛医院, 北京 100050; 2 首都医科大学附属北京神经外科研究所; 3 山东大学附属省立医院)

摘要:目的 比较前颞叶切除术(ATL)与选择性海马杏仁核切除术(SAH)治疗海马硬化性颞叶内侧癫痫的疗效。方法 收集已公开发表的关于 ATL 和 SAH 治疗海马硬化性颞叶内侧癫痫的临床对照研究文献,按照 Meta 分析和设计要求进行筛选,对筛选合格者进行 Meta 对比分析,计算 ATL 相对 SAH 术后 Engle I 级患者人数的优势比(OR),比较 ATL 和 SAH 对海马硬化性颞叶内侧癫痫的控制效果。结果 符合纳入标准的文献共 5 篇,总样本量为 499 例,其中行 ATL 治疗 200 例(ATL 组),术后 Engle I 级者 156 例;行 SAH 治疗 299 例(SAH 组),术后 Engle I 级者 222 例,合并优势比(OR)值为 1.09,95% 可信区间为 0.69~1.73, Z=0.37, P=0.71。结论 ATL 与 SAH 治疗海马硬化性颞叶内侧癫痫疗效相近。

关键词:癫痫; 海马硬化性颞叶内侧癫痫; 选择性海马杏仁核切除术; 前颞叶切除术; Meta 分析

中图分类号: R742.1 文献标志码: B 文章编号: 1002-266X(2011)46-0084-02

针对海马硬化性颞叶内侧癫痫的手术治疗方式目前主要有前颞叶切除术(ATL)和选择性海马杏仁核切除术(SAH),但尚不能确定这两种手术对海马硬化性颞叶内侧癫痫的疗效是否对等。2010 年 7 月~2011 年 7 月,我们采用 Meta 分析法,对已公开发表的关于 ATL 与 SAH 治疗海马硬化性颞叶内侧癫痫的文献进行系统定量分析,为海马硬化性颞叶内侧癫痫术式的选择提供参考。

1 资料与方法

选取公开发表的有关 ATL 与 SAH 治疗海马硬化性颞叶内侧癫痫疗效的研究文献。入选标准:①术前有完整临床、脑电生理资料和 MR 资料;②研究对象为海马硬化性颞叶内侧癫痫患者,有明确的病理诊断结果,伴有其他病理改变者除外;③术后癫痫治疗效果必须按照 Engle 分级^[1]评价,随访时间至少 1 a,样本量超过 30 例。④根据手术方式分为 ATL 和 SAH 组,组内分析时排除患者年龄、性别、癫痫初发时间、病史长短等因素的影响。⑤所检索的文献发表时间应在 1990 年后(1990 年前,由于 MR 及神经导航技术、显微技术以及选择性切除术技术

基金项目“十一五”国家科技支撑计划项目(2008BAI52B03)。

* 通讯作者

和观念的不普及,使这两种术式人群不均衡,会导致偏倚)。通过 Medline (PubMed)、Elsevier Science (Science Direct)、Google-scholar 等网上电子资源进行外语语种文献检索;通过中国生物医学文献光盘数据库(CBM)进行中文文献检索。以术后 Engle I 级为癫痫治愈,术后 Engle I 的患者数作为评定手术疗效的标准。在随访时间内 ATL 和 SAH 后 Engle I 级患者数的优势比(OR)作为结局变量。所得资料采用 Revman5.1 版 Meta 分析专用软件进行 Meta 分析。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

符合纳入标准的文献共 5 篇,总样本量为 499 例,其中行 ATL 治疗者 200 例(ATL 组),术后 Engle I 级者 156 例;行 SAH 治疗者 299 例(SAH 组),术后 Engle I 级者 222 例,合并 OR 值为 1.09,95% 可信区间为 0.69 ~ 1.73, $Z = 0.37$, $P = 0.71$ 。这两种手术治疗海马硬化性颞叶内侧癫痫的疗效相近。

3 讨论

海马硬化性颞叶内侧癫痫为最常见的适合外科手术治疗的癫痫综合征。经典的手术方式为 ATL,术中除切除硬化的海马等颞叶内侧结构外还要切除颞叶外侧皮层。但本病的病理检查显示病变在以海马结构为主的颞叶内侧结构,颅内电极记录显示癫痫主要起源于海马和杏仁核,因此人们尝试采用 SAH 治疗海马硬化性颞叶内侧癫痫。Olivier^[2] 报告采用经颞中回经脑室选择性海马杏仁核切除术治疗颞叶癫痫 150 例,癫痫完全控制率为 81%,无癫痫发作加重病例。Wieser^[3] 报告采用经侧裂选择性海马杏仁核切除术治疗 215 例,Engel I 级患者 59%、II 级者 7%。鉴于此,近年来有学者倡导施行 SAH^[4]。

相对于 ATL,SAH 属微创手术,对颞叶外侧皮层干扰小,因此从理论上讲对患者记忆、认知障碍的影响可能较小^[5]。但在实际临床工作中,由于术者担心 SAH 会导致疗效降低,在对本病实施手术治疗时仍较多地采用 ATL。因此,有必要循证说明 SAH 相对于 ATL 在对海马硬化性颞叶内侧癫痫的疗效上相当。

本分析结果显示,SAH 相对于 ATL,治疗海马硬化性颞叶内侧癫痫的疗效近似($Z = 0.37$, $P > 0.05$)。此研究不足之处是由于各大癫痫治疗中心有各自的手术传统和风格,加之手术方式临床研究的局限性,缺乏大宗随机双盲对照研究^[6]。根据本分析结果,结合临床经验,我们主张对于海马硬化性

颞叶内侧癫痫患者应首选 SAH,但应严格掌握其适应证,只有根据癫痫发作特点和影像学、电生理检查资料充分显示为海马硬化性颞叶内侧癫痫者时才能采用 SAH 治疗。该基本适应证包括:①以典型颞叶性复杂部分性发作为主,发作时有上腹不适、上升感及恐惧等先兆,发作时有口、手自动症,发作后有意识模糊期,可有强直一阵挛发作,病程 > 2 a,曾用苯妥英钠、卡马西平和丙戊酸钠等药物治疗,效果不佳或出现不能耐受的不良反应,每月发作 > 4 次者;②高分辨率 MRI 扫描,包括 T1、T2、液体衰减反转恢复序列(FLAIR)扫描显示单侧海马硬化或双侧海马硬化但以一侧明显者;③发作间期和(或)发作期脑电图示发作来源于 MRI 所示的海马硬化侧颞叶者。由于 MRI 对海马硬化检出的敏感性和特异性均很高^[7],应特别重视 MRI 检查。但如癫痫发作时有听觉先兆, MRI 显示除海马硬化外,尚存在颞叶外侧异常如皮质发育异常(即所谓双重病理),则不宜采用 SAH,而采用 ATL 治疗。另外 SAH 对操作技术要求高,需有良好的颞叶内侧结构显微解剖基础和显微手术技术,对于初步开展癫痫外科治疗的机构,如对 SAH 不熟练,不宜勉强采用。

SAH 包括经侧裂入路、经皮层脑室入路和经颞下入路。本研究中由于可用文献数量有限,未进一步分层比较 3 种入路 SAH 的疗效。建议根据术者个人手术习惯选择采用。

参考文献:

- [1] Engel J. Surgical treatment of the epilepsies [M]. Second edition. New York: Raven Press, 1993: 609-621.
- [2] Olivier A. Transcortical selective amygdalohippocampectomy in temporal lobe epilepsy [J]. Can J Neurol, 2000, 27(Suppl 1): 68-76.
- [3] Wieser HG. Selective amygdalohippocampectomy: indications and follow-up [J]. Can J Neurol Sci, 1991, 18(Suppl 4): 617-627.
- [4] Bate H, Eldridge P, Varma T, et al. The seizure outcome after amygdalohippocampectomy and temporal lobectomy [J]. Eur J Neurol, 2007, 14(1): 90-94.
- [5] Paglioli E, Palmimi A, Portuoguez M, et al. Seizure and memory outcome following temporal lobe surgery: selective compared with nonselective approaches for hippocampal sclerosis [J]. J Neurosurg, 2006, 104(1): 70-78.
- [6] Tanriverdi T, Olivier A, Poulin N, et al. Long-term seizure outcome after mesial temporal lobe epilepsy surgery: cortical amygdalohippocampectomy versus selective amygdalohippocampectomy [J]. J Neurosurg, 2008, 108(3): 517-524.
- [7] Menzler K, Iwinska-Zelder J, Shiratori K, et al. Evaluation of MRI criteria (1.5 T) for the diagnosis of hippocampal sclerosis in healthy subjects [J]. Epilepsy Res, 2010, 89(2-3): 349-354.

(收稿日期: 2011-08-29)