

1.2.3 EEG 检查:术前常规行头皮脑电图检查,应用美国尼高立 32 导视频脑电监测系统检测发作间期的脑电图,平均检测时间 24 h。

1.3 手术方法 扩大额颞问号式切口,皮质电极及深部电极检测,符合颞叶内侧型癫痫者,先行选择性杏仁核、海马切除术,若颞叶外侧皮质仍有痫样放电,则完成前颞叶切除术;确定为颞叶新皮质癫痫者,采用病灶切除加前颞叶切除术,癫痫病灶位于功能区者采用皮质热灼术

1.4 病理及随访 将病灶、杏仁核、海马及可疑组织标本分别标记送病理检查。术后常规服用单一抗癫痫药物治疗,定期复查 EEG 及检测 AED 血药浓度,术后结果分类: I 级,癫痫发作消失,除术后早期癫痫发作; II 级,癫痫发作减少 75%; III 级,癫痫发作减少大于 50%; IV 级,癫痫发作减少 25%~50%; V 级,无改善。

2 结果

2.1 全部病例均行癫痫控制效果随访。术后结果 I 级 10 例, II 级 2 例,本组无术后不良并发症。

2.2 手术方式的选择 5 例影像学无明显变化,行颞前叶加海马及杏仁核切除,7 例术前影像学检查发现异常信号,在病灶切除后,行选择性海马、杏仁核切除及皮质热灼术。

2.3 病理结果 海马硬化 6 例,星形细胞瘤 3 例,少枝胶质细胞瘤 1 例,脑膜瘤 1 例,动静脉畸形 1 例,炎性肉芽肿 1 例。

3 讨论

颞叶癫痫是临床常见的癫痫综合征,一般内科治疗无效。其影像学特点为颞叶外侧面欠平滑,颞极处有切迹,颞角扩大,海马萎缩^[1]。本组 12 例病例中有 7 例术前发现影像学异常,5 例术前虽然未见明显异常,但术后病理均证实存在海

马硬化,颞叶癫痫的术前评估中最为重要的辅助检查是脑电图的检测,一般认为,可重复 5 次以上的固定不变的发作间期放电比发作期放电更有意义。皮质脑电描记(ECOG)是病性定位最精确的方法^[2]。

颞叶外侧切除的范围与治疗效果之间没有明确关系,但与并发症的发生率有关,尤其是左侧颞叶,外侧面的切除范围过多,会导致感觉性失语,经外侧裂入路切除颞叶内侧结构易导致侧裂静脉血栓,颞上回入路则不会损伤侧裂内静脉^[3]。颞叶外侧面的切除范围不能超过颞骨岩部,左侧颞上回切除的范围不能超过中央沟的投射点。Labbe 静脉为重要参考线,注意保护 Labbe 静脉完整回流^[4]。

本组病例手术效果良好,但随访时间较短,随着手术例数的增加和随访时间的延长,将来对难治性颞叶癫痫的外科治疗会有进一步的探讨。

参考文献:

[1] 郝晶,李坤成,张国君,等.手术治疗难治性癫痫 52 例 MRI 所见分析[J]. 临床放射学杂志,2003,22(10):815—818.

[2] SYLAJA PN,RADHAKRISHNAN K,KESAVADAS C,et al. Seizure outcome after anterior temporal lobectomy and its predictors in patients with apparent TLE and normal MRI [J]. Epilepsia,2004,45 (7): 803-808.

[3] SALANOVAV,MARKAND,WORTH. Temporallobeepilepsy surgery: outcome, complications, and late, mortality rate in 215 patients [J]. Epilepsia, 2002,43 (2): 170-174.

[4] ENGEL J,WIEBE S,FRENCH J, et al. Practice parameter: temporal lobe and localized neocortical resections for epilepsy [J]. Epilepsia, 2003,44(6): 741-751.

[收稿日期] 2007-01-08

(编辑 孙宪民)

小儿肠套叠术后小肠套叠 6 例

Ileoileal intussusception after surgical reduction for ileocolic intussusception in children

白玉作,陈辉,周新,曲日斌,张可仞,吕良英,王维林
(中国医科大学附属盛京医院小儿外科, 辽宁 沈阳 110004)

[摘要] 总结分析 1994~2006 年收治的 6 例小儿肠套叠术后小肠套叠患儿临床资料,探讨小儿肠套叠术后小肠套叠的临床特点和诊治经验。

[关键词] 小肠套叠;儿童

[中图分类号] R574.3 [文献标识码] B [文章编号] 0258-4646(2007)06-0734-01

急性肠套叠是婴幼儿最常见的急腹症,临床上以回结肠型和回盲型多见,如果灌肠复位失败需要手术治疗^[1]。小儿肠套叠术后再发生小肠套叠较为少见,其临床表现不典型,一

般不易引起重视,术前明确诊断很困难,若延误诊治,将会危及患儿生命,导致严重后果。本文报道近 13 年来收治的小儿肠套叠术后小肠套叠 6 例,现报告如下。

1 临床资料

1994~2006 年共收治小儿肠套叠术后小肠套叠患儿 6

[作者简介] 白玉作(1969-),男,教授,博士。

E-mail: baiyz@cmu2h.com

例,男5例,女1例;年龄6月~3岁,平均12.8个月。

原肠套叠类型:回结型5例,回回结型1例,经灌肠复位不成功下行手术治疗,均未见肠畸形或肿瘤等病理改变。1例因末端回肠坏死行回盲部切除术。余5例无肠坏死,行手法复位术。术后发生梗阻的时间:6例患儿第一次术后1~3d有肛门排气、排便、肠鸣音恢复正常,5例已恢复进食或进水。再次出现症状距第一次手术时间2~4d,术后2d出现梗阻症状者1例,3d出现梗阻症状者2例,4d出现梗阻症状者3例。1例出现切口裂开。

6例均表现为胆汁性呕吐、进行性腹胀,无大便排出。1例伴有发热和酸中毒表现。全部病例均无阵发性哭闹,无血便及腹部包块。腹部X线平片均表现完全性肠梗阻影像。其中5例行B超检查,分别于腹部探及靶环状包块图像,怀疑为肠套叠。包块位置不固定:右上腹1例,右下腹2例,左下腹1例,中腹部1例。包块位于扩张小肠的下方,直径3.2cm×2.8cm~6.2cm×4.3cm。

第二次手术距第一次手术时间3~8d。术中所见:6例均为回回型小肠套叠,套叠部位位于原套叠部位的近端,原套叠肠段也无迟发性肠坏死。套入肠段长5~20cm,均较松弛,复位容易,未发现肠坏死或局部解剖异常。6例患儿第2次术后均痊愈出院。

2 讨论

2.1 小儿肠套叠术后小肠套叠发生的原因

小儿肠套叠术后再发生小肠套叠较为少见,目前未见其发生率统计的报道。小儿术后肠套叠的原因仍然不清楚,一般认为术后肠蠕动功能紊乱是其主要原因,尤其是不规则的肠蠕动时间延长,则有引起套叠的可能。为减少术后肠套叠的发生,应尽量消除造成肠功能紊乱的各种因素。

小儿肠套叠术后小肠套叠的临床特点:(1)发病时间多在第一次手术后1周内。(2)肠功能恢复后再次出现肠梗阻症状。(3)临床表现往往缺乏原发性肠套叠的典型症状,无血便和腹部包块。(4)套叠较松弛,套入部一般较短。(5)腹部X线平片显示为完全性肠梗阻表现。

2.2 超声诊断术后小肠套叠

国内外已有较多文献报道超声下诊断小儿小肠套叠^[2,3],使超声诊断小肠套叠象诊断原发性回结型肠套叠一样,表现为腹部同心圆征,团块直径较回结型肠套叠的直径小。本组6例,5例行腹部超声检查,均探及到肠套叠团块,典型或不典型的同心圆征,位置不固定,分别位于右上腹、右下腹、左下腹和中腹部。包块位于扩张积液积气小肠的下方。

综上所述,小儿肠套叠术后或其他开腹手术术后出现早期肠梗阻,要想到小肠套叠的可能。超声检查对诊断术后小肠套叠具有非常重要的临床价值,术后小肠套叠一旦发生,应尽早手术探查,早期再手术是正确治疗的惟一方法。术中复位容易,一般预后较好。

参考文献:

- [1] WANG GD, LIU SJ. Enema reduction of intussusception by hydrostatic pressure under ultrasound guidance: a report of 377 cases [J]. J Pediatr Surg, 1988, 23(9): 814-818.
- [2] 陈建荣, 厉挺, 马校军, 等. 高频超声显像在小儿小肠套叠诊断和灌肠复位治疗中的价值 [J]. 中国超声医学杂志, 2005, 21(3): 205-207.
- [3] WIERSMA F, ALLEMA JH, HOLSCHER HC. Ileoileal intussusception in children: ultrasonographic differentiation from ileocolic intussusception [J]. Pediatr Radiol, 2006, 36(11): 1177-1181.

[收稿日期] 2006-06-21

(编辑 孙宪民)

应用股前外侧皮瓣行口底舌癌切除后缺损的修复重建

Anterolateral thigh flap in reconstruction of oral defects after the resection of the carcinoma of tongue and the floor mouth

孙长伏, 尚德浩, 谭学新

(中国医科大学附属口腔医院口腔颌面-头颈肿瘤治疗中心, 辽宁 沈阳 110002)

[摘要] 在东北地区首次应用股前外侧皮瓣行口底舌癌切除后缺损的修复重建获得成功, 本文对皮瓣的制备要点、与其他皮瓣应用进行比较, 提出该皮瓣是口腔颌面-头颈部缺损重建的优良皮瓣。

[关键词] 股前外侧皮瓣; 口底; 舌; 癌; 重建

[中图分类号] R739.8

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-4646(2007)06-0735-01

口腔颌面-头颈肿瘤切除后, 常常会给患者造成语言、吞咽、进食的困难, 为了提高患者的生存质量, 常需根据缺损

的部位、缺损的大小、患者的年龄等选择不同的皮瓣进行缺损的修复与重建。最近, 我们在东北地区首次应用股前外侧皮瓣(anterolateral thigh flap, ALT flap)行口底舌癌切除后缺损的修复重建, 取得了良好的效果, 现报告如下。

[作者简介] 孙长伏(1962-), 男, 教授, 博士。

E-mail: cfsun@mail.cmu.edu.cn