

外伤性癫痫 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E5_A4_96_E4_BC_A4_E6_80_A7_E7_c22_305220.htm 名称外伤性癫痫所属科室神经外科病因 早期癫痫（即刻或近期发作）指伤后24小时内发生癫痫，约占30%，可能与脑实质损伤、颅内出血、凹陷骨折压迫或局部脑组织缺血、水肿及生化改变有关。其中，30%发生在伤后1小时之内，尤以儿童多见，常为部分性癫痫发作，有人认为早期癫痫，常预示有引起晚期习惯性癫痫的可能。中期癫痫（延期或晚期发作）系指伤后24小时至4周内发生的癫痫，约占13%，多因脑组织挫裂伤、颅内出血、脑水肿肿胀及软化等病理改变有关，非凡是大脑皮层额-顶中心区的损伤尤易出现癫痫，其次，颞叶内侧的损伤，包括海马、杏仁核等癫痫的易发区，可因损伤而引起神经细胞的微小化学改变、代谢紊乱和电生理变化而导致癫痫发作。上述早期和中期的癫痫主要源于急性脑实质损伤、颅内血肿非凡是急性硬脑膜下血肿，或源于脑损伤后继发性组织反应及创伤的愈合过程。这类病理生理变化可以在一定的期间内逐步缓解和恢复，故不一定都导致反复发作性癫痫，且常属部分性发作，若对药物治疗反应较好或能自行缓解，则无需手术治疗，投给适量的抗痫药物加以预防或控制发作即可。晚期癫痫（远期或习惯性发作）是指伤后4周至数年乃至十几年始出现的外伤性癫痫，约占84%，往往呈重复性习惯性发作。此类癫痫的发病很难预料，颅脑外伤后遗忘症状延长及早期曾有过抽搐的病人，较易发生晚期癫痫。Jennett（1975年）指出急性颅内血肿病人出现晚期癫痫者占31%，颅脑外伤后早期抽搐者为25%，有凹陷性骨折者为15%。开放性颅脑损

伤非凡是火器伤，由于硬脑膜破裂、脑实质挫碎及异物存留机会较多，更易导致癫痫。半数以上的晚期癫痫都出现在伤后1年内，约有1/5的病人是在伤后4年始有发作，后者常较顽固。晚期外伤性癫痫的发作类型大多为局部性发作，约占40%，颞叶癫痫约占25%。其原因常与脑膜脑瘢痕、脑内囊肿、脑穿通畸形、脑脓肿及颅内血肿、异物、骨折片有关，由于这些病变压迫、牵拉和刺激邻近的正常或部分损伤的脑组织，则引起神经细胞痫性放电，而致癫痫发作。临床表现一般除小发作及双侧严重的肌阵挛之外，任何类型的癫痫均可出现，多数病人的发作类型较固定，少数可有改变，早期及中期癫痫随着时间的推移约有25%的病人在2年或稍长的期间内自行缓解而停止，但晚期癫痫常有加重的趋势，可由局部性发作而演变为全身性发作，严重时并有记忆力减退、人格障碍、智力低下等表现。通常额叶脑瘢痕常引起无先兆的大发作；中心—顶区的病灶多为肢肢体的运动性或感觉性发作；颞叶损害表现为精神运动性癫痫；枕叶则常有视觉先兆。外伤后早期癫痫常在首次发作之后有一间歇期，数周或数月不等，以后频率逐渐增高，约在3~5年左右半数病人可能有所好转，或趋于停止。部分病人中仍继续有所发作，但频率不足，程度较轻者抗痫药物多能控制。另有少数人癫痫发作频繁，甚为顽固，预后较差。诊断 外伤性癫痫均有头部外伤史可查，不论是闭合性或开放性颅脑损伤，伤后不同时期出现的不同类型癫痫发作，非凡是脑组织损伤部位与病灶相符合的局部性发作而伤前无癫痫病史的患者，不难确诊。外伤性癫痫的诊断，除临床表现及其特点之外，尚须依靠脑电图检查。源于大脑皮质的癫痫波常为高波幅的尖波、棘

波、尖慢波或棘慢波综合，位相一般为阴性；病灶深在者，其波形多为尖波或尖慢波综合，波幅较低，位相有时阴性，有时阳性。癫痫灶的定位，除根据波形、波幅及位相之外，尚应注重痫波出现的同步性。两个以上同步的癫痫波，有时来自同一病灶，呈现双侧同步的阵发性慢波，一般认为中心系统发作，或陈旧性癫痫。此外，脑CT或MRI扫描亦有助于了解病灶的部位和性质，通常可见局限性或弥漫性脑萎缩、脑胶质增生或囊性病变、脑穿通畸形、蛛网膜囊肿、脑池扩大、脑室受牵扯、骨折片陷入、血肿、脓肿及异物等。治疗外伤后早期一周以内的短暂的抽搐，多无重要临床意义，此后也不再发作，故无非凡治疗。对反复发作的早期或中期癫痫则应给予系统的抗菌药物治疗。一般应根据发作类型用药，如大发作和局限性发作，选用抗痫药物的顺序为苯妥英钠、苯巴比妥、卡马西平、扑痫酮或丙戊酸钠；小发作则常用丙戊酸钠、乙琥胺、安定或苯巴比妥；精神运动发作则首选卡马西平，其次为苯妥英钠、苯巴比妥、扑痫酮、丙戊酸钠或安定；肌阵挛发作则宜选用安定、硝基安定或氯硝基安定。用药的原则是使用最小剂量，完全控制发作，又不产生副作用，故剂量应从小开始，逐渐增加到完全控制发作，并根据病人发作的时间，有计划地服药。所选定的药物一旦有效，最好是单一用药，不轻易更换，并行血药浓度监测，维持血药浓度直至完全不发作2~3年，再根据情况小心逐步缓慢减药，若达到完全停药后仍无发作，则可视为临床治愈。对少数晚期难治性癫痫经系统的药物治疗无效时，则需行手术治疗，在脑皮质电图监测下将脑瘢痕及癫痫源灶切除，约有半数以上的病人可获得良好效果。手术方法：术前应认真进

行癫痫源灶定位，因为脑抽伤后的瘢痕虽为外伤性癫痫的病因，但引起癫痫发作，却往往是位于病变四周的（偶然是远离的）痫性放电灶，有时甚至是多源性的，故手术时不仅要切除脑瘢痕组织，同时，还必须切除貌似正常的痫灶，否则癫痫不能控制。手术宜在局部麻醉或静脉麻醉下施行，以便术中描记皮质电图及电刺激。假如头皮留有较大的瘢痕，手术切口应考虑到头皮到头皮的血运供给及整形修复设计。开颅方法以骨瓣开颅为佳，暴露充分，有利于痫灶的测定。若有颅骨缺损，应先将头皮与硬脑膜的粘连小心锐性分离，如常环状切开硬脑膜，同样小心分离硬脑膜与脑组织，以免损伤过多的正常脑皮质。然后在皮质脑电图指引下，切除脑瘢痕及癫痫源灶，切除时应注重保护脑重要功能区，将已瘢痕化的胶样组织尽量予以切除，深部到脑室膜为止，应避免穿通脑室。皮质上的癫痫放电灶则宜采用软膜下灰质切除的方法，按皮质脑电图监测的范围，小心沿脑回中线电凝后剪开软脑膜，再用小括勺或吸引器，将该脑回的灰质切除，把保留的软脑膜盖回原处。继而再测定皮质脑电图，直到所有痫性放电灶均消失为止。最后，充分止血，完善修复硬脑膜，颅骨缺损应视具体情况同期或择期修补，如常缝合头皮各层，皮下引流24小时。术后继续抗癫痫药物治疗2~3年。100Test
下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com