



• 临床研究 •

显微手术治疗颅内巨大脑膜瘤的效果观察

郑志¹ 谭春祥² 刘志民² (1 湖南省株洲市中医伤科医院创伤外科 412000 2 株洲市二医院)

摘要：目的 探讨对颅内巨大脑膜瘤患者行显微手术治疗的临床效果。方法 将2010年2月-2016年2月我院收治的64例颅内巨大脑膜瘤患者作为研究对象，根据患者个人意愿分为对照组和实验组，各32例。对照组行开颅手术治疗，实验组则行显微手术治疗，观察并比较两组治疗效果、神经功能的改善情况以及并发症的发生几率。结果 实验组治疗有效率30例(93.75%)显著高于对照组20例(62.50%)，实验组发生并发症的几率3例(9.39%)显著低于对照组10例(31.25%)，实验组各项神经功能的改善有效率28例(87.50%)显著高于对照组19例(59.38%)，且对照均存在 $P < 0.05$ ，有统计学上的意义。结论 对颅内巨大脑膜瘤患者行显微手术治疗，能够在一定程度上降低发生并发症的几率，同时，还能够提高治疗有效率和神经功能改善率。

关键词：显微手术治疗 颅内巨大脑膜瘤 神经功能

中图分类号：R739.45 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187(2017)04-136-02

脑膜瘤是一种较为常见的临床疾病，伴随脑膜瘤的逐渐增大，将会压迫脑膜瘤四周的神经组织，进而引发患者出现一系列的临床反应，具有较高的发病率和死亡率^[1]。目前，临床上通常采取手术的治疗方法，巨大脑膜瘤通常具备较为丰富的血供组织和多个解剖结构，虽然在临床上属于一种良性肿瘤，但是由于肿瘤巨大，手术过程中存在一定风险，容易发生不同程度的术后并发症。近几年来，伴随临床研究的不断发展和深入，显微手术方法已经被广泛应用于脑膜瘤的治疗过程中^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2010年2月-2016年2月我院收治的64例颅内巨大脑膜瘤患者作为研究对象，根据患者个人意愿分为对照组和实验组，各32例。其中，实验组男性20例，女性12例，年龄为18-70岁，平均年龄(44.9±2.3)岁；对照组男性18例，女性14例，年龄为20-72岁，平均年龄(45.2±2.8)岁。两组患者的基线资料比较没有统计意义($P > 0.05$)，研究可进行。

1.2 治疗方法

对照组行开颅手术治疗。

实验组则行显微手术治疗。首先，行DSA造影或MRA检查，对于存在较为明显的供血动脉患者给予血管栓塞治疗，随后根据患者脑瘤的实际大小和位置等实际情况选择适当的手术方案。小脑幕以及幕缘型脑瘤患者行幕上、幕下联合入路的方法进行手术治疗，幕下则行幕下小脑上入路方式，窦旁脑膜瘤跨窦入路，前颅窝底脑膜瘤入路，蝶骨嵴入路等。在切除肿瘤的过程中，需要极大程度将肿瘤包膜进行分离，避免损伤脑组织、神经以及重要静脉等。手术开始时，则需要立刻将供血血管阻断，随后将瘤壁内组织切开，这样才能够创建足够的手术空间，将瘤壁剥离。

1.3 临床观察指标

观察并比较两组治疗效果、神经功能的改善情况以及并发症的发生几率。采用神经功能评分标准(NIHSS)^[3]对患者的神经功能缺损情况进行评估，分为：① I级：神经功能缺损评分减少在91%-100%；② II级：神经功能缺损评分减少在46%-90%；③ III级：功能缺损评分减少在18%-45%；IV级：功能缺损评分减少17%；V级：功能缺损评分增加或者减少超过18%，甚至死亡。I级-IV级为恢复良好，V级为差。

1.4 统计学方法

本次实验中的数据均需要利用SPSS17.0软件包予以核验，选择 $[n(\%)]$ 表示计数资料，并接受 χ^2 值核算，利用 $(\bar{x} \pm s)$ 来表示计量数据，并用t值验算。若实验对象之间的数据在计算后 $P < 0.05$ ，则为存在明显意义。

2 结果

2.1 比较两组治疗效果

实验组治疗有效率30例(93.75%)显著高于对照组20例(62.50%)，

且对照均存在 $P < 0.05$ ，有统计学上的意义。详情见表格1：

表1：2组治疗效果对比 $[n(\%)]$

分组	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
实验组	32	24 (75.00%)	6 (18.75%)	2 (6.25%)	30 (93.75%)
对照组	32	16 (50.00%)	4 (12.50%)	12 (37.50%)	20 (62.50%)
卡方值	--	--	--	--	9.143
P值	--	--	--	--	0.002

2.2 比较两组神经功能改善情况

实验组各项神经功能的改善有效率28例(87.50%)显著高于对照组19例(59.38%)，卡方值=6.488，P值=0.011，且对照均存在 $P < 0.05$ ，有统计学上的意义。

2.3 比较两组发生并发症几率

实验组发生并发症的几率3例(9.39%)显著低于对照组10例(31.25%)，且对照均存在 $P < 0.05$ ，有统计学上的意义。详情见表格2：

表2：2组发生并发症几率对比 $[n(\%)]$

分组	例数	失语	偏瘫	癫痫	并发症几率
实验组	32	1 (3.13%)	1 (3.13%)	1 (3.13%)	3 (9.39%)
对照组	32	4 (12.50%)	4 (12.50%)	2 (6.25%)	10 (31.25%)
卡方值	--	--	--	--	4.730
P值	--	--	--	--	0.030

3 讨论

脑膜瘤通常发生于颅内任何部位，通常发生于大脑凸面、大脑镰旁以及矢状窦旁等，大部分患者主要表现为头痛和癫痫等临床症状。伴随脑膜瘤体积的逐渐增大，容易出现视力、嗅觉以及听觉障碍等现象^[4]。目前，临床上将手术治疗作为首选方法，需要根据肿瘤的生长位置和体积大小选取针对性的手术治疗。近几年来，伴随临床医学的不断发展和进步，微创技术已经被广泛应用于脑膜瘤的治疗过程中。传统的开颅手术将会对患者造成较大创伤，容易发生术后并发症。显微手术的治疗方法具有创伤小的优势，极其容易被患者所接受^[5]。实施手术治疗的过程中，需要将骨窗适当扩大，使得肿瘤处于骨窗的中央位置，这样利于手术操作更加顺利，降低损伤脑组织的几率。此外，对于颅内压增高的患者，则需要首先采取降压措施，进而更好的利于手术的顺利进行^[6]。

本研究结论表明，实验组治疗有效率30例(93.75%)显著高于对照组20例(62.50%)，实验组发生并发症的几率3例(9.39%)显著低于对照组10例(31.25%)，实验组各项神经功能的改善有效率28例(87.50%)显著高于对照组19例(59.38%)， $P < 0.05$ ，有统计学上的意义。通过行显微手术治疗，能够更好的改善巨大脑膜瘤患者的神经功能，效果显著。

结语：研究显示，通过行显微手术治疗，不仅能够一定程度上降低颅内巨大脑膜瘤患者发生并发症的几率，同时，还能够提高神经

(下转第141页)



患者所占比例中,0—10岁、11—20岁年龄段所占比率最高,分别为32.25%、19.71%,由此可知,这两个年龄段是流行性腮腺炎的好发年龄段。0—10岁、11—20岁年龄段成为流行性腮腺炎的好发年龄可能和个人免疫力、抵抗力及环境有关。0—10岁儿童由于身体发育不完善,在接触各种物品中,容易遭受致病细菌入侵。同时,这一年龄段人群大多数为幼稚园和小学学生,日常接触人数比较多,且环境比较复杂,容易受感染患上流行性腮腺炎。11—20岁年龄段患者大多数为初中学生,日常接触环境复杂,身处发育期,加上不注重日常锻炼,容易患上流行性腮腺炎。

综上,儿童是流行性腮腺炎的主要发病人群,春冬季节是流行性腮腺炎发病的高峰期,针对儿童,当地应加强健康教育,同时推广疫

苗预防。针对春冬季节,应加强疾病宣传,提高人们健康意识,只有这样,才能降低流行性腮腺炎的发病概率。

参考文献

- [1] 苏琪茹,刘勇,马超,等.2004—2013年中国流行性腮腺炎流行病学特征分析[J].中华预防医学杂志,2016,50(7):611-613
- [2] 周克文.流行性腮腺炎预防控制分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,15(18):167-168
- [3] 潘仲刚.流行性腮腺炎预防控制分析[J].医药前沿,2016,6(3):54
- [4] 朱叶江.流行性腮腺炎疫情分析与控制对策探讨[J].大家健康,2016,10(29):27

(上接第136页)

功能的改善情况,治疗效果十分显著。

参考文献

- [1] 陈晓东,王振宇,谢京城,马长城,刘彬.颅内巨大脑膜瘤的显微手术治疗[J].中国临床神经外科杂志,2012,17(08):451-452.
- [2] 范秀云,张明伟,彭俊,周伟,闵雪峰,廖礼尚.蝶骨嵴脑膜瘤的显微手术治疗效果观察[J].泸州医学院学报,2013,36(02):168-170.
- [3] 岳景齐,钟志坚,孙海鹰,王建荣.36例颅内巨大脑膜瘤的

显微手术治疗[J].中外医学研究,2013,11(17):7-8.

- [4] 应建有,谭占国,谭翔勇,袁波.颅内巨大脑膜瘤的显微手术治疗[J].中国临床神经外科杂志,2015,20(12):730-732.
- [5] 付强,张玉定,高庆飞,程品文,王雄.超选择性栓塞联合显微手术治疗巨大脑膜瘤[J].中国临床神经外科杂志,2016,21(02):94-96.
- [6] 冯冠军,刘伟,吴红星,杨小朋.显微外科手术巨大矢状窦旁脑膜瘤效果观察[J].中华实用诊断与治疗杂志,2014,28(07):701-702.

(上接第137页)

的治疗效果,同时,还能够改善三酰甘油、体质量指数以及胆固醇等各项指标。

参考文献

- [1] 纪录,褚岩.应用综合疗法治疗社区老年高血压的临床疗效分析[J].中国现代医生,2016,54(22):37-39.
- [2] 周海影.社区老年高血压患者综合治疗效果分析[J].临床医学研究与实践,2016,1(5):48.

- [3] 袁剑芬.社区老年高血压患者综合治疗效果探讨[J].数理医药学杂志,2016,29(9):1369-1370,1371.
- [4] 毕蕾,李莉.健康教育在社区老年高血压患者护理中的应用[J].中国民族民间医药,2014,23(5):116-116.
- [5] 邱创良,殷晓旭,邓剑等.社区老年高血压患者综合治疗的128例效果观察[J].中国实用医药,2016,11(18):24-25.
- [6] 王淑敏.老年高血压患者舒适护理效果的观察和分析[J].中国医药指南,2016,14(35):242-243.

(上接第138页)

[3] ZHU H, TANNOS P, JOHNSTONE J L, et al. Cardiac autophagy is a maladaptive response to hemodynamic stress[J]. J Clin Invest, 2014, 117.. 1782- 1785.

[4] SHIH H, LEE B, LEE R J, et al. The aging heart and post-infarction left ventricular remodeling[J]. J Am Coll Cardiol, 2015, 57: 9-17.

[5] LEE Y, LEE H Y, HANNA R A, et al. Mitochondrial autophagy by Bnip3 involves Drp1-mediated mitochondrial fission and recruitment of Parkin in cardiac myocytes[J]. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 2015, 301 H1924- H1931.

[6] KLIONSKY D J, EMR S D. Autophagy as a regulated pathway of cellular degradation[J]. Science, 2015, 290,1717-1721.

[7] NARENDRA D, TANAKA A, SUEN D F, et al. Parkin is recruited selectively to impaired mitochondria and promotes their autophagy[J]. J Cell Biol, 2014, 183.. 795-803.

[8] DE MEYER G R Y, MARTINET W. Autophagy in the cardiovascular system[J]. Biochem Biophys Acta (BBA)-Mol Cell Res, 2014, 1793: 1485-1495.

[9] KITADA T, ASAKAWA S, HATTORI N, et al. Mutations in the parkin gene cause autosomal recessive juvenile parkinsonism[J]. Nature, 2015, 392.. 605-608.

(上接第139页)

情明显好转,治疗时间明显缩短,并发症发生率显著降低,安全性更高,值得在临床应用中大力推广和使用。

参考文献

- [1] 杨军,聂晓凤.小骨窗开颅血肿清除术与微创血肿穿刺清除术治疗脑出血临床疗效对比分析[J].河北医药,2015,(4):563-565.
- [2] 张晓峰,零达尚,张建国,等.小骨窗开颅血肿清除术与穿刺外引流术治疗高血压基底节区脑出血的疗效比较[J].中国医药导报,2012,09(16):77-80.
- [3] 李格,沈铭.小骨窗开颅血肿清除术与微创穿刺血肿清除

术治疗高血压脑出血的疗效对比[J].神经损伤与功能重建,2014,(2):160-160,171.

[4] 李军,蒋宇,韩秀红,等.小骨窗开颅血肿清除术与微创血肿穿刺清除术治疗脑出血的疗效分析[J].吉林医学,2016,37(8):1956-1958.

[5] 刘道清,江敏,周志娟,等.小骨窗开颅血肿清除术与微创穿刺引流术治疗高血压脑出血疗效比较[J].医学综述,2014,20(15):2807-2809.

[6] 黄志鹏,谢婷.小骨窗开颅血肿清除术与微创血肿穿刺清除术治疗脑出血的疗效分析[J].中国实用医药,2016,11(23):31-32.