



• 临床研究 •

显微外科手术切除治疗脑胶质瘤的可行性研究

文建平 (郴州市第三人民医院 湖南郴州 423000)

摘要: **目的** 研究显微外科手术切除治疗脑胶质瘤的可行性。**方法** 病例资料来源于我院 2014 年 2 月—2015 年 4 月期间收治脑胶质瘤患者 100 例, 根据掷硬币法, 分为 2 组, 显微组 and 传统组。传统组用常规手术进行治疗; 显微组采用显微外科手术切除治疗。就两组患者住院平均时间、住院平均花费、术后生存质量和总效率、手术并发症发生率、患者病残率、死亡率进行比较。**结果** 显微组总效率高于传统组, 手术并发症发生率、患者病残率、死亡率低于传统组, χ^2 统计处理呈 $P < 0.05$ 。显微组患者住院平均时间、住院平均花费、术后生存质量均优于传统组, t 统计处理呈 $P < 0.05$ 。**结论** 显微外科手术切除治疗脑胶质瘤的可行性高, 可有效减少手术并发症的发生, 降低病残率、死亡率, 缩短住院时间, 减轻住院负担, 提升患者术后生存质量, 值得推广。

关键词: 显微外科手术切除 脑胶质瘤 可行性

中图分类号: R739.41 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 14-154-02

脑胶质瘤为常见颅内恶性肿瘤, 发病率高, 可发生于中枢神经系统任何部位, 治疗不当可危及患者生命安全, 影响其生存质量。脑胶质瘤的治疗手段以手术为首选, 但传统手术致残率和致死率高, 近年来, 随着微创显微技术的不断发展和应用, 脑胶质瘤显微外科手术切除治疗也获得良好的成效^[1]。本研究探讨了显微外科手术切除治疗脑胶质瘤的可行性, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料: 病例资料来源于我院 2014 年 2 月—2015 年 4 月期间收治脑胶质瘤患者 100 例, 根据掷硬币法, 分为 2 组, 显微组和传统组。所有患者经头颅 CT、MRI 确诊, 以头痛、恶心呕吐、癫痫发作、肢体乏力等为主要表现。50 例传统组患者中: 男性 29 例, 女性 21 例。年龄最低 12 岁, 最高 68 岁, 平均年龄为 42.61 ± 2.13 岁。病程 2 天—4.8 年, 平均为 8.67 ± 0.31 个月。病变位于额叶有 26 例, 顶叶和枕叶分别 9 例, 小脑半球有 6 例。50 例显微组患者中: 男性 28 例, 女性 22 例。年龄最低 11 岁, 最高 68 岁, 平均年龄为 42.21 ± 2.24 岁。病程 2 天—4.9 年, 平均为 8.61 ± 0.32 个月。病变位于额叶有 25 例, 顶叶 10 例、枕叶 9 例, 小脑半球有 6 例。两组患者年龄、性别、发病部位、病程等资料如上, 经检验 $P > 0.05$, 组间比较有可行性。

1.2 方法: 传统组用常规手术进行治疗; 显微组采用显微外科手术切除治疗。根据 MRI 影像学对皮瓣位置和大小、手术入路进行设计, 全麻下进行常规开颅, 将硬脑膜打开后, 于显微镜下进行手术。选择跟病灶距离最近的非功能区皮层, 将相应表面脑组织切开或切除, 在显微镜下对肿瘤位置边界进行分辨, 并从肿瘤外围水肿带或者胶质增生带进入, 采用从肿瘤中心向外周切除肿瘤以及肿瘤整体切除两种手术方式, 手术过程注意瘤周正常脑组织的保护, 避免正常脑组织切除, 可一边分离一边用脑棉对脑组织进行保护。

1.3 观察指标: 对比两组患者住院平均时间、住院平均花费、术后生存质量和总效率、手术并发症发生率、患者病残率、死亡率。显效: 肿瘤病灶消失; 有效: 病灶缩小大于一半; 无效: 达不到上述标准。总有效率 = 显效率 + 有效率^[2]。

1.4 统计学处理: 手术治疗结果数据以 SPSS21.0 软件处理, 总效率、手术并发症发生率、患者病残率、死亡率用 % 计数数据形式表示, 组间采用 χ^2 检验处理。住院平均时间、住院平均花费、术后生存质量用 $\bar{x} \pm s$ 计量数据形式表示, 组间采用 t 检验处理, 以 P 值低于 0.05 为评估差异显著性的标准。

2 结果

2.1 两组患者术中指标比较: 显微组患者住院平均时间、住院平均花费、术后生存质量均优于传统组, t 统计处理呈 $P < 0.05$ 。如表 1、表 2。

2.2 两组患者总效率、手术并发症发生率、患者病残率、死亡率比较: 显微组总效率高于传统组, 手术并发症发生率、患者病残率、死亡率低于传统组, χ^2 统计处理呈 $P < 0.05$ 。见表 3。

表 1: 两组患者住院平均时间、住院平均花费比较

组别	住院平均时间 (d)	住院平均花费 (元)
显微组	6.74 ± 0.85	26421.02 ± 1440.53
传统组	8.14 ± 1.91	35232.98 ± 2420.72
t 值	11.453	8.876
P 值	0.000	0.000

表 2: 两组患者术后生存质量比较

组别	生理机能	生理职能	情感职能	活力
显微组	74.7 ± 10.3	52.4 ± 17.7	60.4 ± 15.6	58.3 ± 17.9
传统组	56.7 ± 7.6	43.5 ± 12.2	39.5 ± 7.8	43.3 ± 12.1
t 值	8.432	12.164	16.332	10.505
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3: 两组患者总效率、手术并发症发生率、患者病残率、死亡率比较

组别	总效率	并发症	病残率	死亡率
显微组	45 (90.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	0 (0.00)
传统组	34 (68.00)	12 (24.00)	5 (10.00)	5 (10.00)
χ^2 值	15.982	13.522	8.644	10.423
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

脑胶质瘤为常见颅内肿瘤, 发生率 40% 左右, 肿瘤活动性大, 可产生组织毒素或溶解性物质, 导致周围组织入侵能力丧失, 跟正常组织混杂, 伴随神经纤维延伸浸润。目前, 脑胶质瘤的治疗方法以手术为首选, 手术目的在于切除肿瘤, 并确保神经系统功能的保留, 以改善患者术后生存质量。传统手术大骨瓣开颅将肿瘤切除, 甚至去除骨瓣, 不仅增加了正常脑组织和功能区损伤的可能, 也导致患者术后生存质量降低^[3-4]。

目前, 随着显微外科技术的发展, 其在脑胶质瘤中应用广泛且成效显著, 手术在显微镜下进行, 可改善手术视野, 完整将肿瘤切除, 可规避对正常脑组织的损伤, 减轻术后神经功能障碍, 提升患者的生存质量, 克服了传统手术方法的缺陷^[5]。另外, 显微外科手术手术切口根据影像学结果设计, 可充分暴露肿瘤, 减少脑组织不必要的暴露, 对神经功能的保护有益。显微手术可减少对脑组织的牵拉损害, 还可更清楚辨别肿瘤组织、瘤周组织和肿瘤胶质增生带, 可在镜下进行完整切除, 最大限度保护脑神经功能^[6-7]。

本研究结果显示, 显微外科手术切除治疗脑胶质瘤的可行性高, 可有效减少手术并发症的发生, 降低病残率、死亡率, 缩短住院时间, 减轻住院负担, 提升患者术后生存质量, 值得推广。

参考文献

- [1] 梁占江. 显微外科手术切除治疗脑胶质瘤的临床方法研究 [J]. 大家健康 (中旬版), 2015, 9(10):100-101.
- [2] 舒俊斌. 脑胶质瘤显微手术治疗探讨 [D]. 大连医科大学, 2012.

(下转第 158 页)



立替康方案联合靶向药物转化治疗结直肠癌肝转移患者与传统经典方案相比在患者的生存期、生存质量、预后上有怎样的差异? ③奥沙利铂方案联合靶向药物或伊立替康方案联合靶向药物转化治疗结直肠癌肝转移患者与传统经典方案相比性价比何者更高。如果以上问题得以阐明, 将为我省结直肠癌肝转移患者的治疗提供有理论依据的参考, 节省大量人力物力, 使我省部分结直肠癌肝转移患者转为可切除者, 提高结直肠癌肝转移患者手术切除率, 延长生存, 改善预后。

4 问题与展望

目前新辅助化疗+手术切除逐渐成为初始不可切除的结直肠癌肝转移患者的患者治疗的主要选择之一。经过多年的探索和临床研究, 现在绝大多数学者认为结直肠癌肝转移患者的治愈性肝切除手术适应证为: 只要患者心肺功能等一般情况允许, 手术能够获得R0切除, 同时能保证足够的术后残余肝脏体积(约30%的正常肝脏或50%的硬化肝脏), 即应进行手术切除。新辅助化疗对减少结直肠癌肝转移患者的肿瘤负荷、提高肿瘤切除的完全性具有重要意义。目前用于结直肠癌的治疗靶向药物主要有针对表皮生长因子受体(EGFR)及血管内皮生长因子(VEGF)的单克隆抗体, 国内可供应用的分别为西妥昔单抗和贝伐珠单抗。这2种靶向药物联合化疗可提高手术切除率的作用已被多个研究证实。但目前尚无系统研究探究以下三个问题: ①奥沙利铂方案联合靶向药物或伊立替康方案联合靶向药物转化治疗结直肠癌肝转移患者何者手术切除率更高且具有优势? ②奥沙利铂方案联合靶向药物或伊立替康方案联合靶向药物转化治疗结直肠癌肝转移患者与传统经典方案相比在患者的生存期、生存质量、预后上有怎样的差异? ③奥沙利铂方案联合靶向药物或伊立替康方案联合靶向药物转化治疗结直肠癌肝转移患者与传统经典方案相比性价比何者更高。

参考文献

[1] 汤钊猷. 现代肿瘤学. 第2版. 上海: 上海医科大学出版社, 2000:775-818.

2000:775-818.

[2] Borner MM. Neoadjuvant chemotherapy for unresectable liver metastases of colorectal cancer: too good to be true [J]. Ann Oncol, 1999, 10(6): 623-626.

[3] Rees M, Tekkis PP, Welsh F, et al. Evaluation of long-term survival after hepatic resection for metastatic colorectal cancer: a multifactorial model of 929 patients[J]. Ann Surg, 2008, 247(1): 125-135.

[4] Arru M, Aldrighetti L, Castoldi R, et al. Analysis of prognostic factors influencing long-term survival after hepatic resection for metastatic colorectal cancer[J]. World J Surg, 2008, 32(1): 93-103.

[5] Memom MA, Beckingham IJ. Surgical resection of colorectal liver metastases[J]. Colorectal Dis, 2001, 3(3): 361-373.

[6] Pawlik TM, Scoggins CR, Zorzi D, et al. Effect of surgical margin status on survival and site of recurrence after hepatic resection for colorectal metastases[J]. Ann Surg, 2005, 241(5): 715-722.

[7] Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W, et al. Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer[J]. New Engl J Med, 2004, 350(23): 2335-2342.

[8] Bismuth H, Adam R, Levi F, et al. Resection of nonresectable liver metastases from colorectal cancer after neoadjuvant chemotherapy[J]. Ann Surg, 1996, 224(4): 509-520.

[9] Adam R, Delvart V, Pascal G, et al. Rescue surgery for unresectable colorectal liver metastases downstaged by chemotherapy: a model to predict long-term survival[J]. Ann Surg, 2004, 240(4): 644-658.

(上接第154页)

[3] 杨凯. 显微手术治疗脑胶质瘤的临床分析[J]. 中国医药指南, 2013, 13(34):326-327.

[4] 吕学明, 袁绍纪, 朱伟杰等. 首次X-刀治疗的幕上恶性胶质瘤显微手术切除的临床体会(附8例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 15(7):426-427.

[5] 张庆原, 李桂香, 张剑宁等. 神经外科导航辅助下邻近功能

区脑胶质瘤的手术治疗[J]. 立体定向和功能性神经外科杂志, 2007, 20(2):97-99.

[6] 张广健, 郝彩红, 葛明芹等. 显微手术联合5-FU及放射性125I粒子永久植入治疗复发性脑胶质瘤[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2011, 05(9):2543-2548.

[7] 张艳阳, 许百男, 姜金利等. 前纵裂入路手术切除鞍区巨大肿瘤110例临床分析[J]. 中华医学杂志, 2014, 21(47):3740-3744.

(上接第155页)

内镜下手术视野清晰, 可有效控制切口大小, 避免切口过大伤及鼓膜内结构; 鼻内镜下针对病因治疗, 操作准确易行, 可有效缩短手术时间, 减轻患者痛苦。地塞米松具有抗炎、抗过敏作用, α -糜蛋白酶对变性蛋白质迅速分解, 稀化粘稠痰液, 便于咳出, 帮助咽鼓管恢复。本研究中, 观察组患者治疗有效率显著高于对照组($P<0.05$), 气道平均阈值改善情况优于对照组($P<0.05$), 并发症发生率比较无明显差异($P>0.05$); 随访3个月, 观察组患者复发率低于对照组($P<0.05$)。研究表明鼻内镜下鼓膜穿刺结合咽鼓管用药治疗分泌性中耳炎疗效确切, 能有效促进纯音听阈测试恢复, 提高痊愈率, 可靠性较高。

参考文献

[1] 隋瑾辉. 咽鼓管用药联合鼻内镜下鼓膜穿刺治疗分泌性中耳炎临床研究[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2016, 22(4):402-403.

[2] 徐隽彦, 刘春丽, 倪立群. 耳内镜下鼓膜置管或穿刺治疗慢性分泌性中耳炎的临床效果对比[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2015, 22(1):21-23.

[3] 李艳春. 鼻内镜下咽鼓管治疗分泌性中耳炎[J]. 中国卫生标准管理, 2015(7):47-48.

[4] 张宇丽, 尹桂茹, 毕静等. 地塞米松不同给药方式治疗分泌性中耳炎的临床观察[J]. 中国药房, 2016(24):3345-3347.

[5] 杨彬彬. 联合鼓膜穿刺术和鼓室注射术治疗分泌性中耳炎的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2015(17):292-293.

(上接第156页)

后行胆道镜取石, 取石完全, 患者病情得到迅速缓解或治愈, 且出血和胆道击穿等并发症发生率极低。近些年来, 随着我国医用仪器分析的大力发展, 液电碎石技术已经十分成熟, 液电碎石仪的临床应用简化了操作, 并降低了取石次数, 从而减轻患者的痛苦且降低治疗费用。总之, 腹腔镜联合胆道镜治疗胆管结石临床治疗效果显著。

参考文献

[1] 全勇辉, 刘子君, 孙宝林, 等. 腹腔镜胆管切开探查术联合术中胆道镜对胆总管结石合并胆囊结石治疗模式的影响[J]. 中外医学研究, 2014, 12(32):132-133.

[2] 杨学斌. 腹腔镜联合胆道镜取石术治疗肝内外胆管结石105例报告[J]. 中国实用医药, 2011, 6(22):136-137.

[3] 林旭升, 吴胜伟, 张雄如. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石疗效和安全性研究[J]. 吉林医学, 2015, 36(7):1312-1313.

[4] 胡宝辉, 罗小平, 刘国红, 等. 腹腔镜联合胆道镜治疗肝内外胆管结石的临床价值[J]. 中国医学工程, 2014, 22(6):85-85.

[5] 李建明, 李志东, 赵志宏. 腹腔镜联合纤维胆道镜在胆管结石治疗中的应用[J]. 昆明医科大学学报, 2013, 34(8):71-74.

[6] 沈景, 黎瑞. 腹腔镜与胆道镜联合取石术治疗肝内胆管结石的临床研究[J]. 腹腔镜外科杂志, 2012, 17(3):186-188.