

近全切除策略在听神经瘤手术中的应用及疗效研究

张文学

(河南省开封市中心医院神经外科 开封 475000)

摘要:目的:探究近全切除策略在听神经瘤手术中的应用效果。方法:选取 2015 年 4 月~2016 年 2 月我院收治的听神经瘤患者 80 例为研究对象,按术中不同的切除程度分为全切除组(26 例)、近全切除组(27 例)和次全切除组(27 例)。比较三组患者肿瘤复发情况及术后神经功能情况。结果:治疗后,全切除组、近全切除组复发率明显低于次全切除组($P<0.05$);近全切除组、次全切除组面神经功能良好率明显高于全切除组($P<0.05$)。结论:近全切除策略在听神经瘤手术中的治疗效果显著,能够有效降低肿瘤复发率,改善患者面神经功能。

关键词:听神经瘤手术;近全切除策略;应用;疗效

中图分类号:R739.6 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.074

听神经瘤是临床常见的良性肿瘤,有较高的发病率,临床治疗听神经瘤主要为手术治疗,疗效尚可。但由于其与面神经相邻,全切除手术过程中极易损伤面神经,残留肿瘤又容易增加复发风险。因此,神经瘤的切除程度尤为重要^[1]。本研究旨在探讨近全切除策略在听神经瘤手术中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 4 月~2016 年 2 月我院收治的听神经瘤患者 80 例,按术中不同的切除程度分为全切除组(26 例)、近全切除组(27 例)和次全切除组(27 例)。全切除组男 8 例,女 18 例;年龄 25 岁~80 岁,平均年龄(52.10 ± 27.03)岁。近全切除组男 9 例,女 18 例;年龄 26 岁~80 岁,平均年龄(52.60 ± 26.45)岁。次全切除组男 8 例,女 19 例;年龄 26 岁~79 岁,平均年龄(52.30 ± 26.26)岁。三组患者性别、年龄等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:患者及家属均对本研究目的知情,并签署知情同意书;均符合听神经瘤的诊断标准。排除标准:合并其他恶性肿瘤;存在手术禁忌证;血小板明显减少;认知功能不正常;近期有活动性出血。

1.3 方法 所有患者均采用枕下乙状窦后入路,术中行神经电生理监测。全切除组:当视神经瘤与神经之间存在相对清楚的界限时,进行全切除,即耳后直切口,显露枕骨鳞部,剪开硬脑膜、蛛网膜,释放脑脊液,牵开小脑半球外侧,显露肿瘤,用超声吸引做囊内切除,体积缩小后,分离肿瘤下极,再分离上极,最后处理内听道口附近和内听道内的肿瘤^[2]。近全切除组患者:当视神经瘤与神经或脑干紧密粘连,不能强行进行分离,同时若该部位的肿瘤残留,内听道不进行磨开,内听道内的肿瘤也不进行切除,切除肿

瘤的体积 $\geq 95\%$ ^[3]。次全切除组患者:切除肿瘤的体积 $<95\%$ 。

1.4 评价指标 比较三组患者肿瘤复发情况及神经功能情况。根据 H-B 分级系统评价面神经功能:H-B 分级 1~3 级为面神经功能良好;H-B 分级 4~6 级为面神经功能障碍^[4]。术后随访 1 年,了解患者肿瘤复发情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS15.0 软件处理数据,计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者治疗后肿瘤复发情况比较 治疗后,全切除组、近全切除组复发率明显低于次全切除组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 三组患者治疗后的肿瘤复发情况比较[例(%)]		
组别	<i>n</i>	复发情况
全切除组	26	0(0.00)*
近全切除组	27	3(11.11)*
次全切除组	27	18(66.67)

注:与次全切除组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 三组患者神经功能情况比较 治疗后,近全切除组、次全切除组的面神经功能良好率明显高于全切除组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 三组患者神经功能情况比较[例(%)]			
组别	<i>n</i>	面神经功能良好	面神经功能障碍
全切除组	26	15(57.69)	11(42.31)
近全切除组	27	26(96.30)*	1(3.70)*
次全切除组	27	23(85.19)*	4(14.81)*

注:与全切除组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

随着神经影像学的不断发展,听神经瘤在临床上的检出率也随之升高。目前,临床上对于听神经瘤的治疗方式很多,主要包括手术治疗、保守治疗以及立体定向放射外科。本研究中手术方式采用枕下乙

状窦后入路,可避免对患者小脑组织造成损伤;在进行囊内切除时,应用超声吸引,可有效缩小听神经瘤的体积,降低对周围重要结构的牵拉力;在分离肿瘤下极、上极过程中,应用神经电生理监测,可确定视神经瘤与神经或脑干有无紧密粘连,若存在,则不强行分离,进而有效保护患者面神经^[5]。根据研究结果,相比全切组和次全切组,近全切除组在降低复发率及保持面神经功能良好上具有综合性优势。综上所述,采取近全切除策略治疗听神经瘤可有效保障患者面神经功能,降低肿瘤复发率。

参考文献

[1]蒲珂,王宏,丁维亮,等.近全切除策略在听神经瘤手术中的应用及疗效分析[J].中华神经外科杂志,2016,32(1):8-12
[2]叶新运,宋海民,杨瑞金,等.神经电生理监测在听神经瘤切除术中的应用[J].中华神经外科疾病研究杂志,2015,14(1):76-77
[3]孙学东,李建涛,于洋,等.经枕下-乙状窦后入路切除听神经瘤的临床分析[J].中国微侵袭神经外科杂志,2013,18(6):270-271
[4]黄永健,杨雷霆,黄玮,等.显微外科治疗大型听神经瘤及其面神经保护 45 例[J].广西医科大学学报,2014,31(5):809-811
[5]陈东亮,陆珊珊,徐锐,等.大型听神经瘤显微外科治疗[J].华夏医学,2015,28(5):44-48

(收稿日期:2017-04-18)

螺旋 CT 肝动脉期及三维重建对原发性肝癌供血血管及血供情况的评价

袁丙阳 贾晓辉

(河南省平顶山市舞钢市人民医院 CT 室 舞钢 462500)

关键词:原发性肝癌;螺旋 CT 肝动脉期;三维重建;血供情况

中图分类号:R445.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.075

现阶段对原发性肝癌多采用肝动脉化疗栓塞术(TACE)作针对性治疗,但由于原发性肝癌会致肝组织供血情况产生变化,增加了肝癌血供来源的复杂性。而明确肝癌供血动脉程度可对 TACE 治疗效果、效率形成较直接的影响,这就对诊断原发性肝癌患者供血血管及血供情况提出了较高的要求^[1]。本次研究观察了我院部分原发性肝癌患者接受螺旋 CT 肝动脉期及三维重建后供血血管及血供情况。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 1 月~2016 年 1 月期间收治的 52 例原发性肝癌患者为观察对象。入选标准:(1)经诊断确定符合肝细胞癌相关诊断标准^[2];(2)未接受过腹部外科手术;(3)已签署研究知情同意书者。排除标准:(1)拒绝参与本次研究者;(2)疾病类型为继发性肝癌、肝良性肿瘤等。观察对象中男 32 例,女 20 例;年龄 27~75 岁,平均年龄(49.82±4.07)岁;肿瘤病灶直径最小 3 cm,最大 22 cm,46 例直径≥5 cm。临床表现主要包括消瘦、肝区隐痛、肝脏触碰有硬块感等。

1.2 研究方法 本次研究对 52 例原发性肝癌患者实施螺旋 CT 肝动脉期扫描。扫描时首先将 CT 机参数调整为层厚 8 mm,管电压 120 kV,管电流 140 mAs,螺距 1.5 cm,对患者肝脏区域实施全肝平扫,确定肝脏病灶范围后,以高压注射器于患者前臂静

脉注入碘海醇注射液(国药准字 H20103635),注射剂量为 80 ml,速率为 3 ml/s。延迟扫描时间为 18 s,扫描时需将参数设置成管电压 120 kV,管电流 280 mAs,层厚 3~5 mm,螺距 1 cm。扫描期间要求患者按指示屏气 20 s 左右。对其中 11 例患者实施肝动脉系统三维重建,将其螺旋 CT 扫描数据上传至专业工作站,进行三维表面遮盖法(SSD)与最大密度投影(MIP)等三维重建操作,获取图像后由 2 名高年资、经验丰富的放射科医师作图像分析。

2 结果

12 例病灶位于肝左叶,40 例病灶位于肝右叶。41 例患者病灶内有供血肝动脉影显示,其中有 3 例混合型(7.32%);9 例中央单直条型支型(21.95%);7 例中央多支型(17.07%);13 例中央单支树枝型(31.71%);4 例周围单支型(9.76%);5 例周围多支型(12.20%);11 例病灶内未显示供血肝动脉血管。

将 52 例患者的肝动脉期血供根据强化血管于肿瘤内的分布与形态进行分型,可分作多血供型与少血供型,分别为 39 例(75.00%)与 13 例(25.00%)。其中肿瘤内供血血管表现出增粗、结节状、强化血管影、血管影分布密集等现象时可判定为多血供型;肿瘤内供血血管表现出纤细,血管分布呈稀网状,不存在强化血管影等现象时可判定为少血供型^[3]。11 例患者经肝动脉系统三维重建结果表明,脾动脉、腹腔动脉、肝动脉、肝固有(下转第 165 页)