

· 临床研究 ·

54 例脑胶质瘤患者显微手术前后联合心理干预的疗效研究

宋大勇, 魏 盾, 缪春明

(北华大学附属医院神经外科, 吉林 132011)

摘要:目的 探讨心理干预对脑胶质瘤患者负性的情绪改善及疗效。方法 将 2008 年 7 月至 2010 年 7 月该科收治的脑胶质瘤患者 108 例随机分为手术治疗联合心理干预为综合组, 单一手术治疗为单一组, 每组 54 例, 分析术后疗效。结果 综合组患者的有效率(66.7%)比单一组(57.4%)高($P < 0.05$); 生活质量评价评分两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。综合组患者抑郁比率(63.0%)比单一组(81.5%)低($P < 0.05$), 心理干预对负性情绪的改善显著。结论 显微手术前、后进行心理健康干预, 有利于提高患者生活质量。

关键词:脑胶质瘤; 显微手术; 疗效

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.25.014

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2011)25-2529-03

Study on effect of psychological intervention on gliomas before and after microsurgery

Song Dayong, Wei Dun, Liao Cunming

(Department of Neurosurgery, Affiliated Hospital of North China Coal University, Jilin 132011, China)

Abstract: Objective It is to study the curative effect of psychological intervention on the negative emotion of patients with gliomas. **Methods** 108 patients from Jul. 2008 to Jul. 2010 cured in this department were collected and divided into 2 group randomly, group cured with operation and psychological intervention, group cured with operation only, 54 patients for each group. **Results** The effect after surgery was analyzed. The effective rate of the group with two methods (66.7%) was higher than that of the other group (57.4%, $P < 0.05$), and the scores of life quality evaluation have a statistical difference ($P < 0.05$). The depression rate of the group with two methods (63.0%) is lower than that of the other group (81.5%, $P < 0.05$), so the psychological intervention had a good effect to improve the negative emotion of the patients. **Conclusion** Psychological intervention can be employed when using microsurgery to treat glioma which helps to improve the life quality of the patients.

Key words: glioma; microsurgery; treatment

胶质瘤作为颅内最常见的原发性恶性肿瘤, 约占所有原发脑肿瘤的 40% 左右^[1]。目前治疗方法仍以手术切除为主, 因其具有浸润生长及恶性变的特点, 手术难度较大, 致残率较高^[2]。随着显微技术的不断发展, 在脑胶质瘤术中可使肿瘤切除彻底, 促进患者恢复, 临床效果良好^[3]。有研究发现, 对于肿瘤患者的恐惧、抑郁等不良情绪, 术前进行心理健康疏导, 对于预后有所裨益。现将本科自 2008 年 7 月至 2010 年 7 月收治的 54 例脑胶质瘤患者显微手术前后联合心理干预的疗效分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 7 月至 2010 年 7 月本科收治的脑胶质瘤显微手术患者 108 例, 其中男 54 例, 女 49 例, 年龄 12~68 岁, 平均 40.1 岁。随机分为手术治疗联合心理干预为综合组, 单一手术治疗为单一组, 每组 54 例, 术前主要临床表现为头昏痛者 59 例, 恶心欲吐 39 例, 视力下降 21 例, 癫痫发作 27 例, 意识障碍 19 例, 偏瘫 9 例, 偏身感觉减退 8 例, 不全性失语 7 例, 伴有视盘水肿 94 例。术前均行头颅 CT 及 MRI 检查: 丘脑 64 例, 顶叶 42 例, 颞叶 8 例, 岛叶 4 例。术后病理类型: 星形细胞瘤 60 例, 少突胶质瘤 28 例, 胶质母细胞瘤 18 例, 室管膜瘤 2 例。两组患者年龄、性别、临床表现及病理类型等差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术方法 均在充分显露肿瘤为入路选择原则的前提下行肿瘤的显微切除手术。根据影像学的表现定位, 尽量避开功能区, 经脑沟入路, 在松解脑沟表面的蛛网膜后, 通过脑沟的

自然间隙, 利用其自然深度和长度, 提供一条距离“最近”的自然通道以充分显露肿瘤, 进行切除, 其中对分界不清且体积较大的肿瘤先行瘤内切除、内减压后, 再提起瘤壁沿周边胶质增生带进行分块切除, 从而达到最小创伤的目的^[4]。

1.2.2 心理干预 (1) 言语开导。患者的情绪在脑胶质瘤治疗过程中很重要, 医师要耐心细致地告知患者疾病发生、发展的情况, 向患者解释、说明合理饮食、休息及遵医行为对治疗的重要性, 尽量避免因情绪导致病情加重或恶化, 以保证治疗的连续性和完整性^[3-4]。(2) 移情易性。转移、分散患者内心思虑的焦点, 解除其思想负担, 稳定情绪, 更好的排遣不良情绪^[5]。(3) 暗示疗法。部分患者依从性强, 可通过医生的积极暗示增强疗效。使其在不自觉之中按照所接受的信息遵照行动。

1.3 疗效评价标准 (1) 于手术前、后对所有患者均使用抑郁自评量表(SDS)进行评分。(2) 脑胶质瘤切除程度评定^[1]: I 级为肿瘤扩大切除或瘤床周围术中病理检查并无肿瘤细胞(仅限于高分化胶质瘤); II 级为肿瘤全切除(仅限于显微手术切除); III 级为肿瘤全切除, 但重要神经功能区疑似或有些许肿瘤残留(不超过瘤体 5%); IV 级为肿瘤大部分切除, 切除肿瘤约占 80% 以上; V 级为肿瘤部分切除或活检。(3) 脑肿瘤切除临床疗效评价^[1]: ① 肿瘤全切除(包括 Simpson 和胶质瘤 I~III 级); ② 无术后新出现的永久性神经功能缺失; ③ 生活质量 2 级以上者。每项 1 分, 计总分, 治愈: 3 分, 好转 2 分, 无效: 1 分, 恶化: 0 分。

1.4 统计学处理 应用 SPSS15.0 统计软件进行数据处理。计数资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 χ^2 、 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为

表 1 干预前、后患者抑郁程度比较[n(%)]

组别	n	干预前				干预后			
		轻度	中度	重度	总计	轻度	中度	重度	总计
综合组	54	26(48.1)	18(33.3)	2(3.7)	46(85.2)▲	17(31.5)	15(27.8)	2(3.7)	34(63.0)▲▲
单一组	54	24(44.4)	19(35.2)	4(7.4)	47(87.0)	20(37.0)	20(37.0)	4(7.4)	44(81.5)

▲: $P > 0.05$, 与单一组干预前比较; ▲▲: $P < 0.05$, 与单一组干预后比较。

表 2 两组患者治疗前、后生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	综合组		单一组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
躯体功能	55.3 ± 10.4	65.6 ± 11.7**△	54.6 ± 11.1	60.1 ± 10.8*
角色功能	48.4 ± 20.5	63.7 ± 19.8**△	48.1 ± 20.3	56.8 ± 19.6*
情感功能	54.5 ± 15.3	66.6 ± 14.5**△	54.8 ± 16.0	60.7 ± 15.1*
认知功能	55.9 ± 16.6	67.8 ± 14.7**△	56.2 ± 16.4	60.5 ± 14.4*
社会功能	51.4 ± 17.8	62.3 ± 17.6**△	50.5 ± 18.3	56.4 ± 18.8*
整体健康状况	52.8 ± 18.6	66.1 ± 16.7**△	53.3 ± 17.8	59.3 ± 116.5*
乏力	56.4 ± 17.5	41.9 ± 16.1**△	56.2 ± 18.2	47.0 ± 15.4*
食欲减退	47.7 ± 18.2	24.4 ± 18.3**△	46.9 ± 18.6	31.3 ± 18.8*
呼吸困难	45.5 ± 14.3	32.6 ± 13.8**	46.3 ± 13.3	34.7 ± 14.7**
咳嗽	49.3 ± 17.2	39.5 ± 19.2**	50.1 ± 16.8	40.4 ± 18.6**
疼痛	33.3 ± 18.4	23.5 ± 17.6**	32.7 ± 17.9	24.2 ± 18.2**

*: $P < 0.05$, **: $P < 0.01$, 与治疗前比较; △: $P < 0.05$, 与单一组治疗后比较。

差异有统计学意义。

2 结果

综合组患者负性情绪抑郁比率(62.96%)比单一组(81.48%)低($P < 0.05$), 心理干预对负性情绪的改善显著, 见表 1。生活质量评价评分见表 2。两组患者临床疗效比较见表 3。

表 3 两组脑肿瘤切除患者临床疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	好转	无效	恶化	有效
综合组	54	21(38.9)	15(27.8)	16(29.6)	2(3.7)	36(66.7)
单一组	54	17(31.5)	14(25.9)	20(37.0)	3(5.6)	31(57.4)▲

▲: $P < 0.05$, 与单一组比较。

3 讨论

脑胶质瘤亦称神经胶质细胞瘤, 包括多种发生于神经外胚层细胞肿瘤, 以浸润性生长为生长特点, 多表现为颅内压增高症状, 如头痛, 呕吐, 视神经盘水肿, 视力、视野改变, 癫痫, 复视, 颅扩大(儿童期)和生命体征改变等, 且病变与正常脑组织无明显界限, 不限于一个脑叶, 呈指状深入破坏脑组织, 其中良性患者生长缓慢, 病程较长, 一般为 2 年左右; 恶性者瘤体生长快, 病程短, 多数在 3~6 个月之内^[2]。手术为治疗该肿瘤的有效方法, 目前, 有研究报道, 脑胶质瘤占颅内肿瘤的 35.26%~60.96%。

传统的手术治疗由于视野暴露困难, 术中主要依靠神经外科医师的视觉确定肿瘤与浸润组织之间的界限, 为了确保肿瘤中心及其浸润部分完全暴露准确, 需要将骨窗和脑组织较大范围的暴露, 这样不仅导致肿瘤难以完全切除, 复发率较高, 而且还容易造成正常脑组织损伤, 影响神经功能, 甚或遗留较为严

重的神经功能障碍。目前, 临床治疗脑胶质瘤以安全切除肿瘤、提高生存率和生活质量为主要原则^[1]。随着显微外科技术的快速发展, 应用显微外科手术切除脑肿瘤, 已明显提高肿瘤的切除率, 降低误伤。显微手术以充分暴露肿瘤, 利用有效的骨窗, 进而减少无效的脑组织暴露, 保护了神经功能^[6]。手术时根据影像学资料为基础设计切口, 经正常脑沟入路, 使脑沟表面的蛛网膜松解。根据肿瘤大小及边界是否清晰等情况, 在对周围脑组织少损伤、尽量避开功能区的基础上, 力求整体切除肿瘤^[7-9]。本研究 108 例患者, 大部分肿瘤全切, 无 1 例手术死亡, 切除程度较高, 临床有效率为 66.7%。

同时, 本研究中, 侧重情绪对其治疗及预后的影响。有研究表明, 情绪在疾病的发生、发展中发挥着重要作用^[10-11], 因此, 本研究对患者入院时就有针对性开展心理健康干预, 其内容不仅包括给患者提供一般的面对肿瘤恐惧心理的治疗措施和方法^[12], 还通过为患者讲解脑胶质瘤的基本知识, 使患者对该病有正确的认识, 从而保持心理平衡, 情绪稳定, 这是维系患者健康心态的重要环节。否则, 患者出现心情抑郁或脾气暴躁的症状, 进而加重病情^[13]。本研究发现, 通过心理干预综合组抑郁率(63.0%)比单一组(81.5%)低($P < 0.05$)。患者的生活质量有所提高, 主要表现在认知功能、食欲情况等方面, 说明情绪对于疾病预后有一定影响, 但远期疗效尚在观察中, 且由于脑胶质瘤属于恶性肿瘤之一^[14], 手术治疗后及时放、化疗也是提高患者生存时间及质量的有效方法^[15], 尚需进一步的深入探讨。

参考文献:

[1] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 497-

- 501.
- [2] 崔彦魁,王卿峰,张彦杰,等.显微手术治疗脑胶质瘤[J].中华神经外科杂志,2010,15(2):60-61.
- [3] 殷蔚伯,谷铎之.肿瘤放射治疗学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2002:1019-1021.
- [4] 叶敏,李劲松,龙舟.脑胶质瘤的显微手术治疗[J].中华显微外科杂志,2004,27(1):73-74.
- [5] 张向荣,彭昌孝,袁勇孝,等.心身疾病患者负性情绪与心理防御机制研究[J].健康心理学杂志,2001,9(5):244.
- [6] Combs SE,Steck I,Schulz-Entner D,et al. Long-term outcome of high precision radiotherapy in Patients with brain stem gliomas;results from a difficult-to-treat patient population using fractionated stereotactic radiotherapy[J]. Radiother Oncol,2009,9(1):60-66.
- [7] van den Bent MJ,Afra D,de Witte O,et al. Long-term efficacy of early versus delayed radiotherapy for low-grade astrocytoma and oligodendroglioma in adults: the EORTC 22 845 randomised trial[J]. Lancet,2005,366(9490):985-990.
- [8] 王伟民,施冲,李天栋,等.脑功能区胶质瘤的手术策略[J].中华神经外科杂志,2004,20(2):147-150.
- [9] 范亦龙,陈绪珠,戴建平.脑胶质瘤动态变化的形态学观察及其临床意义[J].医学影像学杂志,2010,20(4):453-456.
- [10] 罗家发.情志医学研究的思考[J].安徽中医学院学报,2002,21(2):8.
- [11] 姚宏伟.颅内肿瘤误诊分析及对策[J].中国误诊学杂志,2001,1(6):856-857.
- [12] Stupp R,Hegi ME,Mason WP,et al. Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III study: 5-year analysis of the EORTC-NCIC trial[J]. Lancet Oncol,2009,10(5):459-466.
- [13] Magalhaes A,Godfrey W,Shen Y,et al. Proton magnetic resonance spectroscopy of brain tumors correlated with pathology[J]. Acad Radiol,2005,12(1):51-57.
- [14] 王振宇,马长城,刘彬,等.枕下后正中切口扩大外侧入路显微手术切除枕大孔区前肿瘤[J].中华神经外科杂志,2005,21(1):42-43.
- [15] Kawashima M,Tanriover N,Rhoton A Jr,et al. Comparison of the far lateral and extreme lateral variants of the atlanto-occipital transarticular approach to anterior extradural lesions of the craniovertebral junction[J]. Neurosurgery,2003,53(3):662-675.

(收稿日期:2011-03-21 修回日期:2011-5-10)

(上接第 2528 页)

- [4] Lavi S,Gruberg L,Kapeliovich M,The impact of GP II b/III a inhibitors during primary percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction patients[J]. J Invasive Cardiol,2005,17(6):296-299.
- [5] 李瑞建,陈玉国,张运,等.早期应用替罗非班对急诊冠状动脉介入术后心肌微循环再灌注的影响[J].中国新药与临床杂志,2007,26(3):207-211.
- [6] 彭志松,叶飞,陈绍良,等.血小板糖蛋白 II b/III a 受体拮抗剂治疗老年 ACS 的研究[J].实用老年医学,2006,20(5):331-332.
- [7] 龚平,王朝晖,杜林林,等.替罗非班在家兔血栓模型中对血小板聚集的影响[J].中国药理学杂志,2006,41(8):593-596.
- [8] Topol E,Molitemo D,Hermann H,et al. Comparison of two platelet glycoprotein II b/III a inhibitors, tirofiban and abciximab, for the prevention of ischemic events with percutaneous coronary revascularization[J]. N Eng J Med,2001,344:1888-1894.
- [9] 张利华,王伯良,刘军,等.替罗非班治疗 ACS 介入术后无复流的临床研究[J].中国急救医学,2006,26(8):564-566.
- [10] Montalescot G,Barragan P,Wittenbery O,et al. For the ADMIRAL investigators. Platelet glycoprotein II b/III a inhibition with coronary stenting for acute myocardial infarction[J]. N Eng J Med,2001,21:1895-1903.
- [11] Lee DP,Herity NA,Hiatt BL,et al. Adjunctive platelet glycoprotein II b/III a inhibition with tirofiban before primary angioplasty improves angiographic outcome: Results of the Tirofiban give in Emergency Room before primary angioplasty(TIGER-PA) pilot trial[J]. Circulation,2003,107:1497-1501.
- [12] 李胜训,党瑜华,黄振文.替罗非班治疗急性冠状动脉综合征临床观察[J].郑州大学学报:医学版,2004,33(3):490-492.
- [13] Saint-Jacques H,Harrington AR. Glucoprotein receptor inhibitors in the management of acute coronary syndroms [J]. Curr Cardiol Rep,2002,4(4):301-312.
- [14] Mcclellan K,Goa KL,Tirofiban. A review of Its use in acute coronary syndromes[J]. Drugs,1998,56(6):1067-1080.
- [15] Steinhubl SR,Talley DJ,Braden GA,et al. Point-of-care. Measured platelet inhibition correlates with a reduced risk of an adverse cardiac event after percutaneous coronary intervention. Results of the COLDAU-Assessing Ultegra multicenter study [J]. Circulation,2001,103(21):2528-2535.

(收稿日期:2011-04-26 修回日期:2011-05-28)