

• 论 著 •

全椎板切除脊柱内固定治疗老年退行性腰椎管狭窄症的疗效分析

康带军

桃源县中医医院 湖南常德 415700

摘要：目的 分析全椎板切除脊柱内固定治疗老年退行性腰椎管狭窄症的疗效。**方法** 选择单双数球抽签方法将在我院接受治疗的 62 例老年退行性腰椎管狭窄症患者分为两组，常规组（半椎板切除脊柱内固定治疗，31 例）与观察组（全椎板切除脊柱内固定治疗，31 例）分别对两组退行性腰椎管狭窄症患者的临床疗效详细观察并对比。**结果** 观察组的总有效率（96.77%）高于常规组（77.42%），具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论** 对于老年退行性腰椎管狭窄症患者而言，全椎板切除脊柱内固定治疗的临床疗效显著，值得推广。

关键词：全椎板切除脊柱内固定；老年；退行性腰椎管狭窄症；疗效

中图分类号：R687.3

文献标识码：A

文章编号：1009-6647（2018）07-039-02

前言

退行性腰椎管狭窄症常指神经根管狭窄、腰椎椎管狭窄，因压迫马尾与血管而引发以腰腿疼痛为主的临床常见疾病，该疾病好发于老年人群中，常导致患者大小便失禁、活动障碍等^[1]。退行性腰椎管狭窄症威胁老年患者的生活质量，临床需尽早采取手术治疗的方式，有助于矫正脊柱畸形，但是临床对于手术方式的选择存在一定争议。因此，本文就全椎板切除脊柱内固定治疗老年退行性腰椎管狭窄症的疗效进行详细分析，现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取的研究对象为 2016 年 7 月至 2017 年 7 月期间在我院行退行性腰椎管狭窄症治疗的 62 例老年患者，以单双数球抽签方法分为常规组（ $n=31$ ）与观察组（ $n=31$ ）。常规组老年患者中，男性为 17 例，女性为 14 例，年龄范围在 62—83（ 69.59 ± 2.16 ）岁，病程范围在 1—11（ 5.74 ± 1.23 ）年，其中单节段腰椎管狭窄老年患者为 11 例，多节段腰椎管狭窄老年患者为 20 例；观察组老年患者中，男性为 18 例，女性为 13 例，年龄范围在 63—82（ 69.87 ± 2.24 ）岁，病程范围在 1—13（ 5.54 ± 1.18 ）年，其中单节段腰椎管狭窄老年患者为 12 例，多节段腰椎管狭窄老年患者为 19 例。采用统计学软件对两组老年患者的一般资料计算与比较，无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 治疗方法

常规组 31 例老年患者采取半椎板切除脊柱内固定治疗，方法：术前积极完善患者的各项身体检查，以影像学资料为主确定患者腰椎管狭窄的部位；采用硬膜外麻醉的方式，指导患者取俯卧位，在椎后侧入路处行纵向切口，让病变充分暴露出来，并放置椎弓根钉固定后，在 C 臂机直视下实施相应手术操作，确保椎弓根钉固定位置的正确性；使用咬骨钳将椎板自棘突基部暴露，直至关节突基底部将其咬除，并将关节突保留后，术闭^[2]。观察组 31 例老年患者采取全椎板切除脊柱内固定治疗，方法：麻醉方法与椎体显露方法与对照组一致；在手术中切除病变椎管全椎板与增厚的黄韧带，对神经管具体情况观察，咬除部分关节突；安装连接棒，实施腰椎滑脱复位，去碎骨实施椎间跖骨融合，同时将连接棒预弯后，安装连接棒与横向连接杆；将创面清洗干净后，置入引流管；两组老年患者术后均予以抗菌药物，并予以甘露醇减轻水肿。

1.3 疗效判定

对两组老年退行性腰椎管狭窄症患者术后随访 6 个月，根据日本矫形外科协会（JOA 评分）对患者临床疗效改善情况

进行详细评定，显效：患者症状与体征完全消失，且 JOA 评分改善程度大于 75%；有效：患者症状与体征好转，且 JOA 评分改善程度在 25%—74% 之间；无效：患者症状与体征无改善情况，且 JOA 评分改善程度低于 24%^[3]。（显效 + 有效）/ 总例数 $\times 100\%$ = 总有效率。

1.4 统计学方法

使用 SPSS20.0 统计学软件对数据处理，使用 χ^2 检验计数资料，若 $P < 0.05$ 则具有统计学意义。

2 结果

观察组与常规组的总有效率（96.77% vs 77.42%）比较发现，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。如表 1：

表 1：两组总有效率对比（ $n/\%$ ）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
常规组	31	13 (41.94)	11 (35.48)	7 (22.58)	24 (77.42)
观察组	31	20 (64.92)	10 (32.26)	1 (3.23)	30 (96.77)
χ^2 值		3.17	0.07	5.17	5.17
P 值		0.07	0.79	0.02	0.02

3 讨论

退行性腰椎管狭窄症是临床较为常见的骨科疾病，该疾病对患者的正常生活造成严重影响，手术治疗是退行性腰椎管狭窄症的主要治疗手段，通过手术治疗能有效改善腰椎的稳定性，从而获取良好的治疗效果^[4]。全椎板切除脊柱内固定术是结合患者神经松弛与硬膜囊膨隆的情况实施减压治疗措施，对神经的压迫有效解除，且术中减压的效果更显著。充分把握手术治疗指征能有效提高治疗效果，同时术前严格完成各项检查，确定病灶的位置，术中严格遵守手术的操作步骤，并遵循无菌操作，由手术经验的医师展开治疗，能有效减少手术风险^[5]。本次结果显示，观察组总有效率为 96.77%，常规组为 77.42%，两组对比具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），说明全椎板切除脊柱内固定术治疗能缓解患者的疼痛情况，改善其脊柱功能并纠正脊柱畸形，以此维持椎管的形态，并且手术并发症较少，手术过程安全性高，能有效改善患者的生活质量，促进患者早日康复。

综上所述，对老年退行性腰椎管狭窄症患者实施全椎板切除脊柱内固定术治疗是最佳的手术方法，能改善老年患者的临床症状，同时能促使患者的脊柱功能早日恢复，临床治疗效果显著有效，具有显著应用价值

参考文献

- [1] 周玉奇, 周国强, 周红光. 全椎板切除脊柱内固定术治疗老年人退行性腰椎管狭窄的疗效观察 [J]. 世界临床医学, (下转第 41 页)

详见表 2-1-2。

表 2-1-2: 幕上出血量与手术方式关系

手术方式	例数	20-40ml	40-80ml	>80ml
微创穿刺组	49	42 (85.7)	7 (14.3)	0
大骨瓣开颅组	42	2 (4.8)	14 (33.3)	26 (61.9)
小骨窗开颅组	26	9 (34.6)	17 (65.4)	0
神经内镜组	35	3 (8.6)	32 (91.4)	0

2.2 术后 72h 再出血率和血肿清除率比较

微创穿刺组患者术后 72h 血肿清除率显著低于其他三组 ($P<0.05$)，神经内镜组术后 72h 未出现再出血，大骨瓣开颅组患者术后 72h 再出血率显著大于其他三组 ($P<0.05$)，微创穿刺组和小骨窗开颅组术后 72h 再出血率无明显差异 ($P>0.05$)。大骨瓣开颅组不同入路方式，72h 血肿清除率和再出血率存在显著差异 ($P<0.05$)，经外侧裂入路方式 72h 血肿清除率显著大于经皮质入路组，72h 再出血率显著低于经皮质入路组 ($P<0.05$)。详见表 2-2-1、表 2-2-2。

表 2-2-1: 不同手术方法 72h 血肿清除率和再出血率比较

组别	病例数	72h 血肿清除率 (%)	72h 再出血率 (n/%)
微创穿刺组	49	55.64±15.28	3 (6.1)
大骨瓣开颅组	42	89.64±16.34	9 (21.4)
小骨窗开颅组	26	97.51±15.29	2 (7.7)
神经内镜组	35	88.62±13.57	0

表 2-2-2: 不同入路方式 72h 血肿清除率和再出血率比较

组别	病例数	72h 血肿清除率 (%)	72h 再出血率 (n/%)
经外侧裂入路	28	91.25±15.74	3 (10.7)
经皮质入路	14	76.52±13.58	6 (42.8)

2.3 预后比较

神经内镜组未出现死亡病例，大骨瓣开颅组患者术后死亡率显著大于其他三组 ($P<0.05$)，大骨瓣开颅组术后 1 月 GOS 评分显著低于小骨窗开颅组、神经内镜组和微创穿刺组 ($P<0.05$)，大骨瓣开颅组术后 3 月 mRS 评分显著大于小骨窗开颅组、神经内镜组和微创穿刺组 ($P<0.05$)。经外侧裂入路方式死亡率显著低于经皮质入路 ($P<0.05$)，不同入路方式术后 1 月 GOS 评分和 3 月 mRS 评分存在显著差异 ($P<0.05$)。详见表 2-6-1 和表 2-6-2。

表 2-3-1: 不同手术方式预后比较

组别	死亡率	术后 1 月 GOS 评分	3 月 mRS 评分
微创穿刺组	4 (8.2)	3.40±0.87	2.60±0.84
大骨瓣开颅组	9 (21.4)	2.76±0.84	3.34±0.84
小骨窗开颅组	2 (7.7)	3.56±0.81	2.43±0.51
神经内镜组	0	3.72±0.91	2.14±0.82

表 2-3-2 不同入路方式预后比较

入路方式	死亡率	术后 1 月 GOS 评分	3 月 mRS 评分
经外侧裂入路	28 3 (10.7)	2.87±1.03	3.13±1.01
经皮质入路	14 6 (42.9)	2.37±0.49	3.69±0.64

3 讨论

高血压患者长期状态下容易引起毛细血管管壁发生淀粉样变，血管壁弹性顺应性降低，微动脉瘤风险大大增加。在外界刺激下，容易出现变性血管壁破裂，血肿压迫脑组织，对脑组织的影响并不大，但是脑出血后血液凝固后产生的物质可能引起血肿周围缺血半暗带形成，脑组织代谢紊乱，严重威胁患者生命安全。高血压脑内血肿在脑出血后 30min 形成，6h 就会对患者脑组织产生损伤。脑出血手术治疗以清除血肿为目的，理论上分析，高血压脑内血肿患者采取外科治疗能够有效清除血肿，防治血肿进一步扩大，不少研究指出影响高血压脑出血因素有很多，手术方式、手术时机等都是重要影响因素，分析高血压脑出血手术方式的选择和疗效有重要价值。

在以往研究中发现不同手术时机也会在治疗产生很大影响。现采用的观点认为脑出血前 6h 内及时开展手术治疗能够取得较好效果，也有不少报道认为在脑出血发生 3-6h 开展手术治疗效果较高。但是也有学者认为脑出血 6h 内出现出血情况，止血困难，因此认为应该在出血 6h 后开展手术治疗。国外研究发现，采取手术治疗能够改善预后，早期开展能够提高治疗效果，由于出血时间短，早期血肿手术能够解决血肿压迫问题，但是临床实践发现患者术后出现再出血发生率很高。国内有研究认为脑出血调亡研究中 6h 内超早期手术治疗能够改变原发性脑损伤，但是再出血风险很大。在本组研究中患者手术时间不同，认为高血压脑出血应根据患者表现采取合理的手术方式和入路方式，对于手术时间并无太大限制，因此没有详细讨论不同手术时间患者预后差异。

各种微创手术治疗方法各有优缺点，在临床治疗中需要根据患者临床特点、血肿量、并发症等综合评价，选择个体化治疗方案，规范治疗。

参考文献

- [1] 陈勇, 覃川, 杨秀江, 等. 中少量高血压脑出血微创手术治疗的疗效分析 [J]. 重庆医学, 2011(14):1419-1421.
- [2] 高红云, 葛奎, 庄育刚等. 血清电解质紊乱对急性脑出血患者预后的影响 [J]. 同济大学学报 (医学版), 2010, 31(1):53-55.
- [3] 王高强, 张峰涛, 赵云栋. 高血压脑出血外科手术治疗临床分析 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(9):1561-1561.
- [4] 高长庆, 马晓虎, 杨少伟, 等. 高血压脑出血手术时机及手术方式选择对预后影响的回顾性分析 [J]. 陕西医学杂志, 2012, 41(12):1640-1641.

(上接第 39 页)

2016, 10 (11): 70-70.

[2] 鲁骐原, 熊福军, 周劲松, 等. 老年退行性腰椎管狭窄症应用全椎板切除脊柱内固定治疗的疗效观察 [J]. 河北医学, 2017, 23 (9): 1429-1433.

[3] 李小斌, 程俊文, 周志康, 等. 全椎板切除脊柱内固定治疗老年退行性腰椎管狭窄症的疗效 [J]. 大家健康旬刊,

2016, 10 (11): 106-107.

[4] 吴景山, 张海博, 徐文达. 老年退行性腰椎管狭窄症应用全椎板切除脊柱内固定治疗的疗效探究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4 (7): 1229-1229.

[5] 刘奇峰. 老年退行性腰椎管狭窄症行全椎板切除脊柱内固定术的效果研究 [J]. 基层医学论坛, 2017, 21 (23): 3166-3167.