·药物与临床·

经椎间孔单侧入路双侧减压融合内固定术治疗腰椎管狭窄症的近期效果及术后疼痛程度分析

蒋毅芳　（安化县人民医院 湖南益阳 413500）

摘要：目的　分析经椎间孔单侧入路双侧减压融合内固定术治疗腰椎管狭窄症的近期效果及术后疼痛程度。**方法**　2016 年 12 月至 2017 年 12 月，此次研究对象择取本院收治的 80 例腰椎管狭窄症患者，实施随机抽取法将其分为对照组和观察组各 40 例，对照组给予患者双侧棘突旁小切口入路双侧减压，观察组则经椎间孔单侧入路双侧减压融合内固定术治疗，对比两组患者手术及术后恢复指标以及术后疼痛程度。**结果**　观察组患者手术及术后恢复指标显著优于对照组，观察组患者术后疼痛程度显著低于对照组，P ＜ 0.05。**结论**　腰椎管狭窄症采用经椎间孔单侧入路双侧减压融合内固定术治疗，手术创伤小，降低手术风险，缩短住院时间，可在临床范围内推广使用。

关键词：经椎间孔单侧入路双侧减压　内固定术　腰椎管狭窄症

中图分类号：R687.32　　**文献标识码：**A　　**文章编号：**1009-5187（2018）05-123-02

腰椎管狭窄症是一种因椎管骨性以及纤维结缔组织异常造成的神经受损以及硬膜囊出现炎症，进而出现行走等各项功能受到一定的限制，造成间歇性的疼痛以及行走不便，该病常规情况下主要采用手术进行治疗，但是传统手术因为切口较大，造成手术后出现一些并发症，对脊柱周围组织存在较大的损伤，影响到后期恢复，手术整体效果欠佳。随着医疗条件的进步，采用微型椎板推拉的形式辅助进行手术，通过单侧椎间孔对一侧椎管进行减压，可避免在手术中的损伤，降低手术风险，改善整体手术质量[1]。本文对经椎间孔单侧入路双侧减压融合内固定术治疗腰椎管狭窄症的近期效果及术后疼痛程度进行分析，现将结果进行如下汇报：

1 资料与方法

1.1 一般资料

2016 年 12 月至 2017 年 12 月，此次研究对象择取本院收治的 80 例腰椎管狭窄症患者，实施随机抽取法将其分为对照组和观察组各 40 例，对照组男 22 例，女 18 例，年龄 38-74 岁，平均年龄为（43.21±3.67）岁；观察组男 27 例，女 23 例，年龄 36-72 岁，平均年龄为（43.32±3.56）岁。两组患者经检查均为腰椎管狭窄症，排除多发性、其他系统性疾病患者，并签署研究同意书。对两组患者各指标进行比较，无显著性差异（P ＞ 0.05）。

1.2 方法

对照组采用双侧棘突旁小切口入路双侧减压手术进行治疗，对患者进行全身麻醉，取俯卧位，将腹部架空，在 X 线辅助下确定腰椎出现病变的位置，并进行标记，同时找出双侧上、下椎弓根位置，对切口位置进行确定，切口需选择在腰椎双侧棘突旁，长度为 3-6cm，之后通过皮肤以及筋膜切口剥离椎旁肌肉，使用微型椎板暴露关节突，植入椎弓根螺钉，并且透视设备下确定植入位置的适宜性，切除双侧位置的椎板，对游离的黄韧带进行切除，将棘突基底部分骨质取出，保留棘突以及周围韧带组织，对硬脊膜周围的肌肉进行全面松解，对双侧位置神经根进行充分的减压后，置入椎间融合器，确定固定物以及融合器，对切口进行彻底的冲洗，进行缝合，完成手术[2]。

观察组则采用经椎间孔单侧入路双侧减压融合内固定术治疗的方式，手术麻醉方式、准备工作以及体位与对照组一致，使用 X 射线透视器械确定腰椎出现问题的位置，自症状较为严重一侧入路，切口长度为 3-6cm，采用纵向切口的方式，分离腰背位置筋膜以及周围肌肉组织，进针一般确定为横突根部以及上下结凸起的位置，确定位置后置入椎弓根螺钉，通过减压的方式将对侧位置多裂肌与最长肌之间进行分离，置入椎弓根螺钉，之后安装连接杆，采用微型椎板拉钩对侧椎板间隙位置进行减压，并使用弧形骨刀以及椎板咬骨钳将关节上下部位置的关节进行切除，使用椎间孔进行压力释放，对周围神经进行松解[2]。之后采用神经剥离器对硬脊膜以及棘突中线进行分离，并使用刮勺等去除对侧位置肥厚性黄韧带以及增生位置。固定术需要选择所有咬出的骨块，并制成颗粒状位置，进行椎间植骨材料填充，清除周围组织以及软骨板，确定固定物以及椎间融合器位置正确，对手术位置进行缝合，完成整个手术过程。

1.3 观察指标

对比两组患者手术及术后恢复指标以及术后疼痛程度。其中手术恢复指标包括：手术时间、术中出血量、术后引流量、住院时间；术后疼痛程度采用 VAS（视觉模拟评分法）以及 ODI 评分（腰痛评分指标）进行分析。

1.4 统计学处理

本次研究数据均采用统计学软件 SPSS20.0 进行处理，计量资料以（$\bar{\chi}$±s）表示，P ＜ 0.05。

2 结果

2.1 两组患者手术及术后恢复指标比较

观察组患者手术及术后恢复指标显著优于对照组，P ＜ 0.05，详见表 1。

表 1：两组患者手术及术后恢复指标比较（$\bar{\chi}$±s）

组别	手术时间（h）	术中出血量（d）	术后引流量（ml）	住院时间
对照组（n=50）	224.74±34.23	386.97±156.73	447.34±152.98	12.12±3.14
观察组（n=50）	207.98±28.19	255.96±137.86	225.02±92.13	10.48±2.13
t	2.673	4.438	8.803	3.056
P	0.009	0.033	0.003	0.003

2.2 两组患者术后疼痛程度比较

观察组患者术后疼痛程度显著低于对照组，P ＜ 0.05，详见表 2。

表 2：两组患者术后疼痛程度比较（$\bar{\chi}$±s，分）

组别	VAS 评分	ODI 评分
对照组（n=50）	87.86±4.19	85.96±7.86
观察组（n=50）	74.89±3.23	67.97±5.73
t	17.335	13.078
P	0.000	0.033

3 讨论

腰椎管狭窄症患者日常生活质量受到严重的影响，需及时进行治疗，该病主要采用手术治疗的方式，不同的手术方案效果不同[4]。本研究可以看出，观察组患者手术及术后恢复指标显著优于对照组，观察组患者术后疼痛程度显著低于对照组，P ＜ 0.05。原因分析为：①经椎间孔单侧入路双侧减压融合内固定术采用单侧椎间孔完成整体手术过程，与双侧手术比较切口较小，手术中的出血量也较小，避免对

（下转第 125 页）

为 8%（4/50），对比参照组的不良反应发生 12 例、发生率 24%（12/50）更低，组间比较差异显著，P<0.05。

3 讨论

难治性肾病综合征会表现出高度水肿、高脂血症、低蛋白血症等，对患者的身体健康具有极大的危害性[4]。目前，临床中对于该类患者的治疗尚无快速、特效的治疗药物，常采取免疫抑制剂、糖皮质激素进行治疗，我院通过近 3 年来临床观察对比认为：他克莫司联合糖皮质激素治疗难治性肾病综合征疗效优于环磷酰胺联合糖皮质激素。他克莫司属于新型免疫抑制剂，是从链霉菌中分离出的发酵产物，其免疫抑制效果可达其他免疫抑制剂的 10--100 倍[5]。该药物为新一代钙调神经磷酸酶抑制剂，可有效抑制钙离子外流，进而降低 T 细胞活性，阻止白介素 -2 被释放，并减少 B 细胞产生自身抗体，从而发挥免疫抑制效果。且用药时，不会为患者带来骨髓抑制等不良反应，具有相对较高的安全性。泼尼松是常用的糖皮质激素，对自身免疫疾病、过敏性疾病等具有显著疗效。他克莫司联合泼尼松治疗难治性肾病综合征，可发挥各自优势，提高疾病疗效。此次研究中，对实验组患者实施他克莫司联合糖皮质激素治疗，对参照组患者采用环磷酰胺联合糖皮质激素治疗，结果显示：实验组患者的治疗总有效率、肾功能、尿蛋白等血生化指标的改善程度、不良反应发生率对比参照组均有显著性差异，P<0.05；这一结果足以体现他克莫司联合糖皮质激素在难治性肾病综合征治疗中的应用价值。

综上所述，应用他克莫司联合糖皮质激素治疗难治性肾病综合征，既安全又有效，可将其作为优于环磷酰胺联合糖皮质激素治疗该类患者首选治疗方案，临床上值得广泛推广。

参考文献

[1]陈玉 . 他克莫司治疗难治性肾病综合征的效果及与糖皮质激素治疗效果的对照研究 [J]. 中国医药指南，2015(15):133-134.

[2]汤娜 . 难治性肾病综合征临床治疗分析 [J]. 中国处方药，2017，15(3):106-107.

[3]于大川 . 他克莫司联合糖皮质激素治疗难治性肾病综合征患者的疗效观察和安全性分析 [J]. 中国民康医学，2016，28(12):32-33.

[4]郭媛丽 . 强的松联合他克莫司治疗难治性肾病综合征的研究 [J]. 中国处方药，2015(3):68-69.

[5]陈波，邱敏，荣冬靖等 . 他克莫司联合糖皮质激素治疗成人难治性肾病综合征的临床效果评估 [J]. 中国医学前沿杂志（电子版），2016，8(11):68-71.

（上接第 121 页）

综上所述，临床结合 CVVH 患者的疾病特点，在实施 CVVH 过程中运用枸橼酸钠溶液抗凝法的抗凝效果显著，可以有效提高超滤量，延长治疗周期，且动静脉壶血凝块发生率、出血发生率及透析器凝血发生率更低，安全性高。

参考文献

[1]黄伟坚，刘焕皓，喻小清等 .2.5％枸橼酸钠溶液在血液透析临时留置导管封管中的应用 [J]. 中西医结合护理（中英文），2016，2(8):11-12.

[2]丁利 . 尿毒症并发出血患者应用枸橼酸抗凝的护理体会 [J]. 世界临床医学，2016，10(18):182.

[3]黄凯鹏，高翔，刘淑珍等 . 口服抗凝药物在血液透析并发房颤患者治疗中的应用进展 [J]. 中国药房，2016，27(17):2443-2445，2446.

[4]Parienti,J.-J.,Derycké re,S.,Mégarbane,B.etal.Quasi-experimental study of sodiumcitrate locks and therisk of acutehemodialysisca the ter infection amongcritical lyill patients[J].Antimicrobial Agents and Chemotherapy,2014,58(10):5666-5672.

www.qikanjiansuo.com 学术期刊网

（上接第 122 页）

阿斯匹林及低分子肝素基础上联合应用氯吡咯雷，可进一步抑制血小板的活化功能，更加有效的控制心绞痛，增加临床疗效，减少不良事件的发生，在本资料的研究中可以看出，治疗后 3 天与治疗前比较，观察组、对照组血小板活化指标 CD63、CD62P、TSD 均有所下降，但无统计学意义（P ＞ 0.05）。治疗后 7 天观察组与治疗后 3 天及对照组比较，CD62P 和 TSP 均显著下降 (P ＜ 0.01)。这一结果提示，在拜阿司匹林与低分子肝素基础上加用氯吡格雷可能会进一步抑制血小板活化功能，有可能改善冠心病患者预后[3]。两组临床疗效差异均有统计学意义（P ＜ 0.05），心电图疗效显效率有下降趋势。后期随访结果主要不良心脏事件发生率对照组发生 3 例，而观察组无 1 例发生。另外研究观察本资料中观察组用药期间也未见不良反应及对肝、肾功能的损伤，且住院期间未见出血和主要不良心脏事件增加，因此我们认为在应用拜阿司匹林与低分子肝素基础上加用氯吡格雷是安全、有效的，可以在临床上借鉴使用。

参考文献

[1]中华人民共和国卫生部 . 中药新药临床研究指导原则(第一辑)[S].1993：41-44.

[2]《内科学》第 8 版，主编，葛均波，人民卫生出版社，2015.11

[3]《药物临床信息参考》张象磷主编。2008.3，国家食品药品监督管理局药品审评中心，重庆出版社。

（上接第 123 页）

脊柱后方结构的破坏，可以更好的保留棘突等结构，降低手术后腰背疼痛发生的概率，维持脊椎稳定性[5]。②手术对侧位置采用减压以及扩张椎管的方式，可以对神经根进行松解，降低肌肉在剥离过程中的损伤，尽量保持腰椎神经后支的神经组织，减少肌肉位置瘢痕的出现，促进患者康复。但是该手术在进行中对于严重对侧椎间孔狭窄患者来讲，不适合从单侧入路进行手术，需要对病情进行全面深入的分析，进而确定手术方案。

综上所述，腰椎管狭窄症采用经椎间孔单侧入路双侧减压融合内固定术治疗，手术创伤小，降低手术风险，缩短住院时间，可在临床范围内推广使用。

参考文献

[1]赵一民，汤玮，王振东，胡彦彬，赵强，丁晓琳 . 经皮椎间孔镜技术治疗腰椎管狭窄症的早期临床疗效分析 [J]. 中国矫形外科杂志，2016，24(19):1745-1748.

[2]宋娟，吴毅文 . 腰椎管狭窄症的非手术治疗——89 例临床疗效观察 [J]. 颈腰痛杂志，2015，36(01):39-42.

[3]朱迪，李危石，陈仲强，齐强，郭昭庆，曾岩，孙垂国 . 腰椎管狭窄症减压固定融合术后远期疗效及其影响因素分析 [J]. 中国脊柱脊髓杂志，2013，23(10):865-871.

[4]许勇，陈仙，李利平，邵泽豹，周荣华，陈绍站，邓乐章 . 经皮椎间孔镜治疗腰椎管狭窄症的体会 [J]. 中国骨与关节损伤杂志，2013，28(07):651-652.

[5]韦以宗，王秀光，潘东华，张盛强，林廷章，陈东军，戴国文，吴宁，谭树生 . 调曲整脊法治疗腰椎管狭窄症 90 例疗效报告 [J]. 中华中医药杂志，2012，27(02):498-503.