



· 临床研究 ·

探讨采用经皮全脊柱内镜下精准减压术治疗退行性腰椎管狭窄症的临床疗效

张伟英 (湖南省浏阳市骨伤科医院七病室 湖南长沙 410327)

摘要:目的 探讨经皮全脊柱内镜下精准减压术治疗退行性腰椎管狭窄症的临床疗效。方法 将 2015 年 8 月 12 日-2018 年 1 月 2 日期间我院收治的 110 例退行性腰椎管狭窄症患者分为两组:对照组 55 例,采用传统椎板切除减压术治疗;观察组 55 例,采用经皮全脊柱内镜下精准减压术治疗。比较两组患者的临床疗效与临床指标。结果 观察组优良率 85.4%,明显高于对照 47.3% ($P < 0.05$)。观察组各项临床指标优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 在退行性腰椎管狭窄症患者的临床治疗中,应用经皮全脊柱内镜下精准减压术治疗,微创优势显著,能够有效减轻患者的疼痛程度,有助于术后恢复,疗效理想,值得临床推广。

关键词:退行性腰椎管狭窄症 经皮全脊柱内镜下精准减压术 临床疗效

中图分类号:R687.3 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-5187(2018)05-088-02

我院对退行性腰椎管狭窄症患者分别采用椎板切除减压术与经皮全脊柱内镜下精准减压术治疗,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

本研究对象为 2015 年 8 月 12 日-2018 年 1 月 2 日期间我院收治的 110 例退行性腰椎管狭窄症患者,所有患者均符合以下诊断标准^[1]:①经 CT、X 线、MRI 检查予以确诊;②通过一段时间的药物治疗后,症状改善不明显;③腰部、下肢有明显的疼痛、麻木,且存在间歇性跛行。排除有骨折史、腰椎手术史、发育性椎管狭窄、感染、腰椎不稳定、腰椎滑脱、腰椎肿瘤、精神障碍者。根据不同的手术方法将患者分为以下两组:对照组 55 例,男性 29 例、女性 26 例;年龄 34-73 岁,平均年龄 (52.4±5.2) 岁;病程 5 个月-14 年,平均病程 (4.3±0.4) 年;病变部位: L3-4 节段病变 11 例、L4-4 节段病变 25 例、L5-S1 节段病变 19 例。观察组 55 例,男性 30 例、女性 25 例;年龄 33-75 岁,平均年龄 (53.1±4.7) 岁;病程 7 个月-13 年,平均病程 (4.5±0.7) 年;病变部位: L3-4 节段病变 12 例、L4-4 节段病变 23 例、L5-S1 节段病变 20 例。综合比较两组退行性腰椎管狭窄症患者的临床资料,无显著统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组:椎板切除减压术治疗。在拟减压节段的中心作长度约 4-7cm 的纵行切口,依次切除棘上韧带附近的皮下组织、皮肤与腰背筋膜组织,向关节突中线方向将骶棘肌剥离,充分暴露椎板。完全切除上位椎板,下位椎板只切除上缘,使用骨蜡止血。保留棘突复合体,切除骨窗附近的黄韧带增生内聚部分与关节突,扩大对侧的隐窝,充分暴露神经根,切除椎间盘的突出部分与椎体后缘的骨赘,沿神经根减压,直至神经根的走行区无压迫为止。如果将神经根横向移动超过 1cm,硬膜囊上有搏动,则表示手术完成^[2]。

观察组:采用经皮全脊柱内镜下精准减压术治疗。采用硬膜外麻

醉方式,取患者俯卧位,将腹部悬空。从后外侧的椎间孔入路,借助 C 臂机,于病变椎间隙的体表中线旁边的 6-10cm 位置经皮进入关节突表面。拔出穿刺针,留置导丝,置入导棒与椎间孔内。应用高速磨钻彻底剥除骨性增生;使用射频消融成形其它的残留致压物质,彻底减压,探查椎管的宽大情况与神经周围的松解情况。自工作通道注入复方倍他米松,剂量 1mL,实施选择性神经根阻滞,积极预防术后神经根水肿,成功减压神经根管后,清除突出的椎间盘。术后 3 个月,评估两组患者的临床疗效。

1.3 观察评定标准^[3]

①以功能障碍指数 (ODI) 评分作为疗效评估标准,评分方法: (治疗前后评分 / 治疗前评分) × 100%。优: 75%-100%、良: 50%-74%、可: 25%-49%、差: 0%-24%。优良率 = 优率 + 良率;②比较两组患者的临床指标: 手术时间、术中出血量、术口长度、术后住院时间、疼痛评分与 ODI。

1.4 统计学方法

本研究应用 SPSS19.0 统计学软件进行处理,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以率 (%) 表示,组间比较进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较,见表 1。

表 1: 两组患者的临床疗效比较 (n, %)

组别	优	良	可	差	优良率
观察组 (n=55)	25 (45.4)	22 (40.0)	7 (12.7)	1 (1.9)	85.4%
对照组 (n=55)	11 (20.0)	15 (27.3)	21 (38.2)	8 (14.5)	47.3%
χ^2					6.84
P					< 0.05

2.2 两组患者的临床指标比较,见表 2。

表 2: 两组患者的临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	术口长度 (cm)	术后住院时间 (d)	疼痛评分 (分)	ODI (分)
观察组 (n=55)	138.74±10.53	248.78±12.43	7.12±1.54	6.93±1.91	1.12±0.63	27.42±5.16
对照组 (n=55)	167.56±12.37	372.46±12.78	9.26±1.73	9.76±1.68	3.44±1.21	39.64±7.23
t	15.9278	15.2368	14.9872	17.2937	16.2378	16.2375
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

腰椎管狭窄症 (Lumbar spinal stenosis, LSS) 指的是:在各种因素的影响下,椎管的容积缩小,以至于硬膜囊、神经根或者脊髓受到压迫,最终引起神经功能障碍。根据发病原因,可以将 LSS 分为两种类型^[4]:一是获得性狭窄、二是发育性狭窄,前者又以退行性腰椎管狭窄症 (Degenerative lumbar spinal stenosis, DLSS) 最为多见。DLSS 患者通常伴有腰腿痛与间歇性的跛行,给日常生活、工作造成严重困扰。后路椎板切除减压术是治疗 DLSS 的传统方法,优势是减压效果显著,临床疗效理想,缺点是容易影响腰椎的稳定性,术后患者

常伴有腰椎滑脱症状^[5]。随着外科微创技术的不断发展,经皮全脊柱内镜下精准减压术逐渐应用于 LSS 的临床治疗中,其治疗效果已在实践中得到证明^[6],但有关该手术治疗 DLSS 的报道比较少。为此,我院进行了相关研究,结果显示:观察组临床疗效与临床指标均优于对照组 ($P < 0.05$)。表明:在退行性腰椎管狭窄症患者的临床治疗中,应用经皮全脊柱内镜下精准减压术治疗,微创优势显著,能够有效减轻患者的疼痛程度,有助于术后恢复,疗效理想,值得临床推广。

参考文献

(下转第 90 页)



· 临床研究 ·

无痛胃肠镜诊疗不良事件引发投诉纠纷影响因素分析

植耀志¹ 杨兆展¹ 余彬² 邹萍³ (1 玉林市第三人民医院医务科 2 玉林市第三人民医院消化内科 3 玉林市第三人民医院内镜室)

摘要:目的 胃肠镜对消化道疾病进行诊疗在国内医院越来越普及,胃肠镜诊疗的无痛技术可以明显减轻痛苦和不适,提高依从性,但无痛技术相关的并发症、合并症引发医疗纠纷越来越引起临床工作者重视;**方法** 将普通胃肠镜诊疗发生不良事件风险的5个评估指标定为对照组,将无痛胃肠镜诊疗发生不良事件风险的5个评估指标定为实验组,研究两者在5个指标的差异性,使用 χ^2 检验对数据进行分析;**结果** 普通胃肠镜诊疗组不良事件发生率67.47%,其中严重不良事件(穿孔及出血)发生率为0.66%,纠纷投诉率0%;无痛胃肠镜诊疗组不良事件发生率70.14%,其中严重不良事件发生率为1.74%,纠纷投诉率0.35%;**分析** 无痛胃肠镜诊疗比普通胃肠镜诊疗更容易出现不良事件,且严重不良事件发生率更高,引发纠纷投诉率也更高;讨论本研究发现无痛技术本身的缺陷是导致不良事件增多、投诉纠纷率上升的内因,需要临床工作加以关注。

关键词: 无痛胃肠镜 不良事件 投诉纠纷

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)05-090-01

1 目的

利用胃肠镜对消化道疾病进行诊疗在国内医院越来越普及,胃肠镜诊疗的无痛技术可以明显减轻痛苦和不适,提高依从性,但无痛技术相关的并发症、合并症引发医疗纠纷越来越引起临床工作者重视,本文分析我院2007年6月1日到2017年5月31日期间的普通胃肠镜检查与无痛胃肠镜检查风险的差异性,探讨无痛技术在胃肠镜诊疗中对引发医疗纠纷的影响因素,帮助临床工作者在选择检查方式提供参考。

2 资料与方法

将2007年6月1日到2012年5月31日期间普通胃肠镜诊疗不良事件的风险评估指标作为对照组,将2013年6月1日到2017年5月31日无痛胃肠镜诊疗发生不良事件的风险评估指标定为实验组,分析两组在低氧血症、心率变化、血压变化、心律失常、胃肠道穿孔及出血这5个指标是否存在差异,以及两组引发纠纷比例,研究数据采集来源主要是麻醉记录单、胃肠镜诊疗记录、体温单、病程记录、投诉纠纷案例档案等,使用 χ^2 检验对数据进行分析。

3 结果

3.1 评定标准

设定不良事件及危险因素指标的判断标准:脉氧饱和度低于95%为低氧血症,心率和血压变化为超出基础值20%;胃肠穿孔和出血以需要纠正治疗为判断标准,心律失常以术前与术中心电图检查对照诊断为评定标准。

3.2 统计结果

普通胃肠镜诊疗组患者458例,不良事件共309例,其中低氧血症35例,心率变化155例,血压变化98例,心律失常18例,胃肠出血3例、穿孔0例,引发纠纷投诉0例。无痛胃肠镜诊疗组患者288例,不良事件共202例次,其中低氧血症22例,心率变化97例,血压变化70例,心律失常8例,胃肠出血4例、穿孔1例,纠纷投诉1例。普通胃肠镜诊疗组不良事件发生率67.47%,其中严重不良事

件(穿孔及出血)发生率为0.66%,纠纷投诉率0%;无痛胃肠镜诊疗组不良事件发生率70.14%,其中严重不良事件发生率为1.74%,纠纷投诉率0.35%。

4 分析

两组总不良事件数据经 χ^2 检验, $\chi^2=0.585$, $P=0.44$;两组严重不良事件数据经 χ^2 检验, $\chi^2=1.95$, $P=0.16$;两组纠纷投诉数据经 χ^2 检验, $\chi^2=1.59$, $P=0.21$;从分析结果看,无痛胃肠镜诊疗比普通胃肠镜诊疗更容易出现不良事件,且严重不良事件发生率更高,引发纠纷投诉率也更高。

5 讨论

无痛胃肠镜相比普通胃肠镜诊疗,因减少了病人的痛苦不适,可以显著提高病人的依从性。但因缺乏病人检查中实时主诉反馈,无法及时纠正术者不当操作,如充气过度、用力过猛、加压过重、牵拉幅度太大等,从而导致不良事件显著增高,引发纠纷。有学者经过研究无痛胃肠镜患者围术期不良事件发生的危险因素^[1],提出患者高血压病史、肺部疾病史、吸烟史、打鼾病史、高龄是导致无痛胃肠镜诊疗不良事件发生的危险因素;也有学者认为崇高的医学伦理道德是确保无痛胃肠镜检查成功的关键^[2],因无痛技术带来的新体验,前来预约做胃肠镜检查的病人剧增,导致部分医院不得不采用六西格玛管理来缩短了胃肠镜检查预约等候时间,提高了病人的满意率,降低了医疗纠纷,提高医院的社会及经济效益^[3];但本研究发现无痛技术本身的缺陷才是导致不良事件增多、投诉纠纷率上升的内因,需要临床工作加以关注。

参考文献

- [1] 龙明锦、任和.无痛胃肠镜检查患者呼吸与循环系统不良事件发生的危险因素分析[R].山东医药2016年第56卷第37期第53页
- [2] 张树兵、张桂祯、侯凯文,等.无痛胃肠镜检查治疗涉及的伦理学思考[R].西南军医2013年5月第15卷第3期第342页
- [3] 陈蓓蓓、冯超.应用六西格玛法缩短门诊胃肠镜检查预约等候时间的探讨[R].西部医学2011年12月第23卷第12期第2492页
- [4] 方秀统、李洋、付胜良等.老年人腰椎管狭窄症的临床特点及手术治疗[J].中国老年学杂志,2015,35(22):6487-6488.
- [5] 朱天亮、徐永政、林朗等.113例老年退行性腰椎管狭窄症手术治疗HAMA焦虑量表评分[J].重庆医学,2013,(25):3043-3044.
- [6] 徐於圻、吕奥、黄小刚等.腰椎后路减压术在老年退行性腰椎管狭窄症的个体化应用[J].山西医科大学学报,2016,47(4):387-392.

(上接第88页)

[1] 何升华,赖居易,王业广等.经皮全脊柱内镜下精准减压治疗退行性腰椎管狭窄症的效果[J].广东医学,2016,37(24):3725-3728.

[2] 蒋明辉,吕国华,雷青等.经皮全脊柱内镜下精准减压手术治疗退行性腰椎管狭窄症的症状改善效果及有效性分析[J].山西医药杂志,2017,46(23):2886-2888.

[3] 龙雳.全椎板切除减压和脊柱内固定术在退行性腰椎管狭窄

(上接第89页)

结石治疗中的效果探讨[J].江西医药,2016,51(9):901-903.

[2] 孙灿标,林阳彦,邱春明,等.微创经皮肾镜碎石术与电子输尿管软镜碎石术在肾结石患者中的治疗效果比较[J].华夏医学,2017,30(2):54-57.

[3] 邓青富,姜睿,裴利军,等.电子输尿管软镜与微创经皮肾镜碎石术治疗肾结石的比较[J].实用医学杂志,2016,32(5):721-723.

• 90 •

[4] 申广,武立新,李龙.电子输尿管软镜联合钦激光碎石术治疗肾结石的效果及安全性分析[J].当代医药论坛,2017,15(16).

[5] 程传宇,何恒,张二军,等.电子输尿管软镜钦激光碎石术在人免疫缺陷病毒感染肾结石患者治疗中的应用[J].中华泌尿外科杂志,2016,37(12):928-931.

[6] 郑奇传.电子输尿管软镜联合钦激光治疗肾结石160例临床分析[J].安徽医药,2017.