



腰椎间盘突出症行椎间孔镜摘除疗效分析

何勇齐 张鹏 周碧波

(涟源市民盟医院 湖南娄底 417100)

摘要：目的：分析腰椎间盘突出症行椎间孔镜摘除治疗的临床疗效。方法：使用抛硬币方法将我院骨科收治的60例腰椎间盘突出症患者分为AB两组，其中A组行小切口椎板开窗髓核切除术治疗，B组行经皮椎间孔镜下髓核摘除术治疗，比较两组手术时间、术中出血量、住院时间、VAS评分、ODI评分以及JOA评分。结果：组间手术时间、术中出血量、住院时间对比， $p < 0.05$ ；术前VAS评分、ODI评分、JOA评分对比， $p > 0.05$ ；术后VAS评分、ODI评分、JOA评分对比， $p < 0.05$ 。结论：腰椎间盘突出症行椎间孔镜摘除治疗，疗效确切，恢复快，值得临床深入研究。

关键词：腰椎间盘突出症；椎间孔镜摘除；临床疗效

中图分类号：R256.12 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187(2017)21-321-02

腰椎间盘突出症为骨科常见退行性病变之一，临床症状以下肢麻木及腰部疼痛为主，严重降低患者的生活及工作质量。临床治疗腰椎间盘突出症时以保守治疗为主，而保守治疗效果不理想者则采取微创手术治疗，经皮椎间孔镜下髓核摘除术为当前腰椎间盘突出症临床常用治疗方法，遗留创伤小、疗效明显[1]。本文作者对30例腰椎间盘突出症患者行椎间孔镜摘除治疗，取得良好的临床疗效，现对其进行如下报道。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

使用抛硬币方法将2014年1月至2016年12月期间我院骨科收治的60例腰椎间盘突出症患者分为AB两组，经CT、MR线确诊，同时心肝肾功能不全、凝血功能障碍患者以及腰椎不稳或者椎管狭窄等患者已排除。其中A组30例，男29例(72.50%)，女11例(27.50%)；年龄24-80岁，平均年龄(41.46±2.73)岁；病变节段：L4/5、L5/S1者2例(5.00%)，L4/5者20例(50.00%)，L5/S1者15例(45.00%)。B组30例，男30例(75.00%)，女10例(25.00%)；年龄25-81岁，平均年龄(41.53±2.76)岁；病变节段：L4/5、L5/S1者3例(7.50%)，L4/5者20例(50.00%)，L5/S1者14例(42.50%)。组间一般资料比较， $p > 0.05$ ，可进行对比。

1.2 治疗方法

A组行小切口椎板开窗髓核切除术治疗，具体操作参考洪潇[2]等文献报道。

B组行经皮椎间孔镜下髓核摘除术治疗，具体如下：医护人员协助患者选择俯卧位，常规铺巾消毒并进行局麻，接着在椎间孔镜状态下对患者开展手术治疗。若患者为旁中央型腰椎间盘突出症，则采取椎间孔镜技术治疗，取棘突中线旁设置12cm部位经皮穿刺；若患者为极外侧型腰椎间盘突出症，则采取杨氏椎间孔镜技术治疗，取棘突中线旁设置10cm部位经皮穿刺；若患者为中央型腰椎间盘突出，则采取后路椎板间隙技术治疗，取棘突中线旁设置2cm部位经皮穿刺。穿刺成功后将针芯拔除，然后把对比剂注入，从而将椎间盘突出详细部位与突出程度确认下来。按照穿刺针方向将导丝插入，拔除穿刺针，

接着沿着导丝将可扩张导管插入，此时手术通道便会逐渐扩大。在椎间孔镜显示下逐一摘除病变椎间盘髓核组织。使用生理盐水持续冲洗之后再给予患者椎间盘消融减压术治疗，并缝合切口，清洗、消毒有关部位，然后将无菌敷贴贴上，术后不给患者放置引流管。

1.3 观察指标

观察及记录两组手术时间、术中出血量及住院时间。术后开展为期半年的随访活动，重点观察两组患者的VAS评分、ODI评分以及JOA评分。

1.4 统计学方法

患者临床数据采取SPSS16.0统计软件进行分析，计量数据采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)方式进行表示，组间比较采用t进行检验；计数资料采用百分比(%)进行表示，数据对比采取 χ^2 进行检验，当 $P > 0.05$ 时说明差异无统计学意义，当 $P < 0.05$ 时说明差异具有统计学意义，当 $P < 0.01$ 时说明差异具有显著性统计学意义。

2. 结果

2.1 两组手术指标对比

组间手术时间、术中出血量及住院时间比较， $p < 0.05$ ，具体可见表1。

表1 两组手术指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血 量(mL)	住院时间 (d)
A组	30	125.82± 24.96	119.85± 12.97	13.26± 1.74
B组	30	75.44± 16.36●	38.24± 7.47●	6.16± 1.53●

注：B组与A组间前比较，● $P < 0.05$ 。

2.2 两组疼痛及功能评分对比

术前组间VAS评分、ODI评分、JOA评分对比， $p > 0.05$ ；术后组间VAS评分、ODI评分、JOA评分对比， $p < 0.05$ ；具体可见表2。

表2 两组疼痛及功能评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

观察指标	A组(n=40)		B组(n=40)	
	术前	术后	术前	术后
VAS评分	6.12±1.19	2.63±0.74▲	6.01±1.24●	1.34±0.26▲★
ODI评分	60.82±9.48	30.18±1.85▲	61.21±9.06●	19.76±1.94▲★
JOA评分	8.69±1.94	15.93±3.26▲	8.72±1.57●	19.57±2.48▲★

注：组间治疗前比较，● $P > 0.05$ ；组内治疗前后比较，▲ $P < 0.01$ ；组间治疗后比较，▲★ $P < 0.05$ 。

3. 讨论

(下转第323页)

表2: 对比出血量 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量 (ml)	术后 2h 阴道出血量 (ml)	术后 24h 阴道出血量 (ml)
研究组	40	1302.1 ± 253.4	60.8 ± 13.4	30.7 ± 7.4
对照组	40	1303.5 ± 252.1	125.4 ± 25.2	66.7 ± 10.6
t	--	0.0247	14.3149	17.6124
P	--	0.9803	0.0000	0.0000

3. 讨论

前置胎盘指孕妇孕周时间>28周时, 胎盘附着于子宫下段位置, 或胎盘下缘覆盖或达到宫颈内口位置, 位置比胎儿先露位置低, 此为引发妊娠晚期出血的一个主要因素[3], 多在经产妇中常见。PPH指出血量>1000ml 合并低容血症, 给予药物治疗无效后引发产后出血症状。究其原因: (1) 胎盘因素: 引发此疾病的因素具有多种性, 前置胎盘是导致 PPH 的一个主要症状; (2) 凝血功能异常: 人体白细胞较少, 自身凝血功能发生功能性障碍, 对人体血小板修复功能造成影响; (3) 子宫收缩: 子宫收缩较弱, 胎盘大, 子宫收缩乏力, 进而引发 PPH。传统治疗方式为子宫收缩药物, 半衰期时间为 3min-5min, 在产前 2h 时给药, 缩宫素容易相应受体饱和, 造成水中毒、低血压等状况, 所以, 临床需慎重使用。此外, 前列腺素衍生物也在治疗 PPH 疾病中取得一定疗效。卡前列素氨丁三醇药物可加大钙离子吸收, 子宫平滑肌收缩得到加强, 提升细胞活性, 延长半衰期, 进而达到止血作用。给予药物治疗时, 还可给予紧急止血措施。如双手压迫、纱布压迫等, 可短中达到止血作用, 排除纱布压迫, 也可给予止血缝合术。低位 B-Lynch 缝合术利用缝合线压力收缩子宫, 使子宫平滑

肌受到纵向压迫, 缝合线紧压子宫内壁血管, 让血管床受到挤压, 不仅可收缩子宫, 还可降低血流速度, 对凝血功能恢复有促进作用。且子宫收缩后对血窦关闭更加有利, 则有加强止血的作用。此研究结果也同时证实了以上两种方式联合使用的优势性。综上, 临床治疗难治性前置胎盘性产后出血疾病可考虑将卡前列素氨丁三醇与 B-Lynch 缝合术联合使用, 疗效突出, 降低出血量, 值得应用。

参考文献:

- [1]高岩.卡前列素氨丁三醇联合低位 B-Lynch 缝合术治疗难治性前置胎盘性产后出血 (PPH) 的临床疗效观察[J].中国保健营养, 2016, 26(7):68.
- [2]郭燕舞.卡前列素氨丁三醇联合低位 B-Lynch 缝合术治疗难治性前置胎盘性产后出血的临床效果分析[J].世界临床医学, 2017, 11(5):115, 118.
- [3]高艳.卡前列素氨丁三醇联合低位 B-Lynch 缝合术治疗难治性前置胎盘性产后出血 (PPH) 的临床疗效观察[J].中国保健营养, 2017, 27(10):373-374.

(上接第 321 页)

大部分腰腿疼痛患者主要由腰椎间盘突出症诱发, 而腰椎间盘突出症则是一种腰椎间盘突出退行性改变的疾病[3]。伴随人们生活方式发生变化, 我国腰椎间盘突出症患者人数越来越多, 并且多数患者为青壮年, 基于此采取有效的治疗方法治疗腰椎间盘突出症是当前骨科工作人员重点关注的内容。

经皮椎间孔镜下髓核摘除术是近年来脊柱微创手术常用的一种术式, 相对于常规开放手术来说, 具备以下 4 个优势: 第一, 采取局麻方式, 术中患者的反馈可降低术中损伤神经的风险, 患者术前后无须禁食, 且术后能够自主翻身, 使患者更加配合治疗; 此外, 局麻可预防全麻带来的并发症及昂贵费用, 从而减轻患者的经济压力[4]。第二, 因为手术寻找的解剖位置比较安全, 再加上通过内镜辅助能够在直视状态下开展手术, 几乎不需要对血管及硬脊膜等重要器官进行处理, 而组织损伤的现象也很少见。第三, 手术操作时使用细小工作管道抵达髓核突出处, 并不会对骨质结构及其周围的椎旁肌与软组织造成严重破坏, 出血量不大, 通常术中出血量低于 50ml。第四, 术后出现软组织粘连及切口感染的几率不大, 能够对并发症进行有效

控制[5]。本研究结果中, 组间手术时间、术中出血量、住院时间、术后 VAS 评分、ODI 评分、JOA 评分对比, $p < 0.05$ 。

由上可知, 椎间孔镜摘除治疗腰椎间盘突出症, 疗效良好, 缩短住院时间, 促使患者早日恢复, 值得临床应用。

参考文献:

- [1]张之栋, 杜怡斌, 储建军.经皮椎间孔镜腰椎间盘摘除术与微创经椎间孔腰椎融合术治疗腰椎间盘突出症的前瞻性随机对照研究[J].中国微创外科杂志, 2015, 15(7):583-587.
- [2]洪潇, 姚书耽, 罗春山.经皮椎间孔镜下髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症疗效分析[J].中外医学研究, 2015, 22(13):1400-1402.
- [3]王永安, 李军, 熊敏, 等.椎间盘镜与开放手术治疗腰椎间盘突出症疗效 Meta 分析[J].中华实验外科杂志, 2014, 31(08):1837-1839.
- [4]钟红发, 陈荣春, 卢志军等.经皮椎间孔镜下髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症的近期疗效[J].实用临床医学, 2013, 14(8): 30-32.
- [5]陈学武, 徐宏光, 刘平等.侧后路经皮椎间孔镜下髓核摘除治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J].皖南医学院学报, 2014, 30(5): 368-370.