

胸腰椎多节段脊柱骨折手术治疗的疗效观察

杨加祥

寻甸回族彝族自治县第一人民医院 云南寻甸 655200

〔摘要〕目的 探究胸腰椎多节段脊柱骨折采用手术治疗的临床效果。方法 选取的 50 例胸腰椎多节段脊柱骨折患者均来自本院 2013 年 3 月-2018 年 4 月这一期间, 并按照双盲法将其分为 2 组, 对比组予以后入路手术治疗, 实验组予以前路手术治疗, 并对两组患者的出血量、疼痛评分、Cobb 角、伤椎前缘平均高度以及并发症发生率进行对比。结果 实验组患者术中出血量与疼痛评分明显少于对比组 ($P<0.05$); 对比组患者 Cobb 角明显大于实验组 ($P<0.05$); 对比组患者伤椎前缘平均高度明显小于实验组 ($P<0.05$); 对比组患者并发症发生率 20.00%, 明显高于实验组的 4.00% ($P<0.05$)。结论 与后入路手术相比, 前路手术治疗胸腰椎多节段脊柱骨折的治疗效果更显著, 安全性更高。

〔关键词〕胸腰椎多节段脊柱骨折; 手术治疗; 临床效果

〔中图分类号〕R687.3 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2018) 08-059-02

胸腰椎多节段脊柱骨折是一种常见的骨科疾病, 通常是因为交通伤或坠落伤等暴力撞击引发, 导致超过两个节段的椎体出现骨折, 临床症状与体征十分特殊, 极易产生误诊或漏诊的情况, 使临床治疗难度加大, 所以, 早期有效的治疗十分重要^[1]。临床通常采用手术治疗, 对前缘与后缘高度的恢复有促进作用, 还可以使患者的痛苦明显减轻^[2]。现对胸腰椎多节段脊柱骨折采用手术治疗的临床效果予以探究, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取的 50 例胸腰椎多节段脊柱骨折患者均来自本院 2013 年 3 月-2018 年 4 月这一期间, 并按照双盲法将其分为 2 组, 对比组 25 例患者中, 有男 12 例, 女 13 例, 年龄 28-72 岁, 平均 (33.57 ± 6.75) 岁。实验组 25 例患者中, 有男 14 例, 女 11 例, 年龄 30-70 岁, 平均 (33.69 ± 6.82) 岁。两组性别等基本资料的对比无统计学意义 ($P>0.05$), 两组之间可以比较。

1.2 方法

对比组予以后入路手术治疗, 全身麻醉, 指导患者选择俯卧位, 在创伤正中做一切口, 使伤椎与相邻椎节段充分暴露, 将骨块与坏死组织完全清除, 予以椎弓根固定, 在伤椎复位后植入植骨并有效固定, 分层缝合, 有效包扎切口。

实验组予以前路手术治疗, 气管插管麻醉, 指导患者选择右侧卧位, 于左侧胸腹部做联合切口, 切开胸腹膜, 使椎体侧方与前方完全暴露, 把伤椎与上下间盘组织完全切除, 使椎体侧前方硬膜囊充分暴露, 随后将骨块与骨折位置的坏死组织完全清除, 将和切除椎体相同的植骨植入, 然后进行有效固定, 随后分层缝合切口。

1.3 观察指标^[3]

记录与评定两组患者出血量、疼痛评分 (根据视觉模拟评分法予以评定, 满分 10 分, 0 分表示没有疼痛, 10 分表示剧烈疼痛)、Cobb 角、伤椎前缘平均高度以及并发症 (包括切口感染、腰背疼痛以及椎体塌陷等) 情况。

1.4 统计学分析

用 SPSS17.0 统计软件处理, 计量资料如 Cobb 角等用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验, 计数资料如并发症等用 % 表示, χ^2 检验, $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 术中出血量与疼痛评分

实验组患者术中出血量与疼痛评分明显少于对比组 ($P<0.05$), 如表 1:

表 1: 术中出血量与疼痛评分 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	术中出血量 (ml)	疼痛评分 (分)
对比组	25	40.01 ± 4.94	2.75 ± 0.25
实验组	25	26.72 ± 5.83	2.40 ± 0.16
t	-	6.7363	4.8762
P	-	0.0000	0.0000

2.2 Cobb 角与伤椎前缘平均高度

对比组患者 Cobb 角明显大于实验组 ($P<0.05$); 对比组患者伤椎前缘平均高度明显小于实验组 ($P<0.05$)。如表 2:

表 2: Cobb 角与伤椎前缘平均高度 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	Cobb 角 (度)	伤椎前缘平均高度 (mm)
对比组	25	15.66 ± 2.11	23.13 ± 3.61
实验组	25	6.39 ± 1.52	31.44 ± 5.16
t	-	16.7857	5.6944
P	-	0.0000	0.0000

2.3 并发症发生率

对比组患者并发症发生率 20.00%, 明显高于实验组的 4.00% ($P<0.05$)。如表 3:

表 3: 并发症发生率 [n (%)]

分组	例数	切口感染	椎体塌陷	腰背疼痛	并发症发生率
对比组	25	2 (8.00)	1 (4.00)	3 (52.00)	5 (20.00)
实验组	25	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (4.00)*

注: * 与对比组对比, $\chi^2=4.0303$, $P=0.0382$ 。

3 讨论

胸腰椎多节段脊柱骨折是一种常见的骨科疾病, 其通常会多个胸腰椎体造成累及, 若未得到及时、有效的治疗, (下转第 62 页)

作者简介: 杨加祥 (1969.8-), 中国, 汉族, 副主任医师, 大学本科, 主要从事脊柱外科、创伤骨科。

观察组患者的骨髓抑制发生率 8 例 (32.00%) 低于对照组的 19 例 (76.00%), 差异显著, 具备统计学意义 ($\chi^2=5.9147$, $P=0.0127 < 0.05$)。观察组患者的治疗有效率 72.00%, 高于对照组的 60.00%, 临床获益率 92.00% 高于对照组的 84.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$) 见表 1。

3 讨论

肺癌是发病率和死亡率增长最快的恶性肿瘤, 其中以非小细胞肺癌最常见。患者在被确诊时, 大多数都是晚期, 大约有 80% 确诊的非小细胞肺癌患者表现为进展期的病变, 病情无法有效的控制, 晚期非小细胞肺癌在治愈方面的可能性较低。据有关流行病学研究表明^[5], 全美因肺癌死亡的患者占有恶性肿瘤人数的首位, 在我国, 因肺癌死亡的恶性肿瘤患者最多。临床治疗晚期非小细胞肺癌多以化疗为主, 在化疗期间, 化疗药物对于患者身体的细胞会形成一种毒副作用, 导致乏力、恶心、呕吐、腹泻、疲倦以及无食欲等症状, 患者不耐受, 因此影响了化疗效果。

微波消融序贯化疗的原理在 CT 精确引导和定位下, 通过 (2450.3±30.2) MHz 的微波电场使分子产生热量, 使得局部组织产生高温固化坏死, 实现各种实体肿瘤的原位消融, 对肿瘤起到治疗效果。微波消融治疗创伤轻, 采用肿瘤局部消融治疗方式能够准确定位肿瘤并进行肿瘤原位消融, 可以最大限度保护患者身体正常组织的器官功能, 对恶性肿瘤进行

局部损毁, 降低了患者的肿瘤负荷, 能够有效提高治疗效果。本次研究中, 治疗 2 个疗程后, 观察组患者的骨髓抑制发生率 32.00% 低于对照组的 76.00%, 观察组患者通过增强 CT 检查显示 92.00% 患者的肿块出现了不同程度缩小, 临床治疗有效率为 72.00%, 高于对照组的 60.00%, 说明晚期非小细胞肺癌患者采用微波消融序贯化疗安全可靠, 可有效降低肿瘤负荷, 提升治疗效果, 临床中值得推广使用。

[参考文献]

- [1] 蔡秋玲. 微波消融、唯美生序贯多西他赛方案化疗治疗老年晚期非小细胞肺癌临床观察 [J]. 肿瘤基础与临床, 2017 (4): 328-331.
- [2] 潘廷红, 王洪鲁, 肖伟等. 经皮微波热消融联合放化疗治疗周围型非小细胞肺癌效果观察 [J]. 山东医药, 2016 (6): 42-44.
- [3] 戎冬文, 王慧宇, 贾军梅等. 微波消融联合全身化疗治疗晚期非小细胞肺癌的疗效对血清 VEGF、id1 蛋白浓度的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2017 (36): 7151-7154.
- [4] 王启船, 张鹏, 万里新等. 影像引导下微波消融联合化疗治疗非小细胞肺癌的疗效观察 [J]. 癌症进展, 2018 (4): 439-441.
- [5] 李瑞东, 乔柱, 胡东玉等. 微波消融结合放化疗治疗中晚期肺癌及肺转移瘤的疗效观察 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2017 (7): 777-780.

(上接第 59 页)

会直接影响患者的预后情况。临床上通常采用手术治疗胸腰椎多节段脊柱骨折, 不同的入路方式所得的治疗效果也存在较大差异。前路手术在压缩性与爆裂性骨折中较为适用, 其可使骨折处完全暴露; 手术视野较清晰, 便于对椎管内坏死组织与骨折碎块进行清除, 还可以防止对神经与脊髓造成损害^[4]。经前路手术减压后, 可提供便于神经恢复的最大空间, 还可以使脊柱高度与矢状平衡有效恢复, 进而促使植骨融合。后入路手术是目前较为常用的手术方式, 在合并脱位骨折与完全瘫痪骨折中较为适用。与前路相比存在如下不足: 术中需将一些脊柱结构切除, 还需要将椎间结构清除, 对脊柱稳定性与椎体结构完整性造成破坏, 因此, 术中椎体内固定物取出后等情况时, 会产生矫正度丢失与椎体塌陷的情况^[5]。

本研究结果显示: 实验组患者术中出血量与疼痛评分明显少于对比组; 对比组患者 Cobb 角明显大于实验组; 对比组患

者伤椎前缘平均高度明显小于实验组; 对比组患者并发症发生率 20.00%, 明显高于实验组的 4.00%, 与相关研究结果一致。

总之, 前路手术治疗胸腰椎多节段脊柱骨折的治疗效果高于后入路手术, 且并发症较少, 疼痛较轻。

[参考文献]

- [1] 杨奇峰, 刘志杰, 范少鹏, 等. 胸腰椎多节段脊柱骨折手术治疗的临床疗效分析 [J]. 大家健康旬刊, 2016, 10(4):98-98.
- [2] 陈建光. 胸腰椎多节段脊柱骨折手术治疗的效果观察 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(27):140-141.
- [3] 曹李华, 廖红波, 段波. 胸腰椎多节段脊柱骨折手术治疗疗效分析 [J]. 中国伤残医学, 2017, 25(7):28-30.
- [4] 张润岭, 江小强. 胸腰椎多节段脊柱骨折应用手术治疗的效果研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(80):71-72.
- [5] 阴彦斌, 栾彦军. 前后入路治疗胸腰椎多节段脊柱骨折的临床疗效与并发症比较 [J]. 创伤外科杂志, 2017, 19(5):330-333.

(上接第 60 页)

是没有彻底治愈, 耽误了确诊跟治疗。

3.5 布鲁菌感染人体后主要在网内皮系统的细胞内繁殖, 很难更治且易复发, 顾治疗上要求抗生素对细胞穿透力强, 联合用药、长疗程或多疗程治疗, 目前国外大多数用多西环素 (治疗 6 周) 和利福平 (治疗 6 周) 为基础治疗, 合并其他感染的在联合抗菌治疗, 论述^[7]有报道。

综上所述, 布鲁菌病散发于各种人群, 其临床特征没有特异性, 医师对此病易漏诊、误诊。因此, 医务工作者应提高对此病的诊断水平, 同时提高公众对此病的认识。医务人员对于长期发热的患者, 特别是发病前与家畜或畜产品有密切接触史, 或生活在及去过布鲁菌病流行区的患者应该引起重视, 考虑是否有布鲁菌感染。同时, 医务人员应注意防护, 避免感染。

[参考文献]

- [1] 卫生部《全国人间布鲁氏菌病管理检测方案》试行 [2].2005
- [2] 张立芹. 屈宏宇《北京市平谷区布鲁菌病高危人群感染危险因素分析》职业与健康 2014 年 12 月第 30 卷第 24 期
- [3] 丁芹. 王莉娜《徐州地区 30 例布鲁病的临床特征分析》中外医学研究第 12 卷第 36 期
- [4] 李利秀. 夏运成《长沙地区血培养布鲁菌病例 3 例》广东医学 2014 年 12 月第 35 卷第 24 期
- [5] 张文. 柏彩英. 周强等. 4 例布鲁氏菌感染血培养特征分析 [J]. 广东医学. 2011.32 (5): 644-645
- [3] 徐杰《人布鲁菌病的致病机理、疫情与防治》
- [7] 王小涛《非传统流行区布鲁菌 3 例治疗分析》中国兽共患病学报