

# 有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术治疗中的应用研究

梁 仁 卢长巍 吴毅华

广西河池市人民医院脊柱关节骨病科 广西河池 547000

**〔摘要〕**目的 研究有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术治疗中的应用价值。方法 采用医学实验勘验对比分析法,选定我院 2020 年 1 月-2020 年 12 月收治的 40 例单节段胸椎结核手术患者,依照治疗环节相关方法差异,对照划分为实验组和对照组两列,分别应用有限减压及椎板重建治疗(实验组 n=20 例)和常规治疗(对照组 n=20 例),临床观察两组病灶清除率及预后其他指标结果。结果 实验组和对照组病灶清除率数值对比分别为 100% (20/20) 和 75.00% (15/20),有统计学意义 ( $P<0.05$ )。实验组和对照组在红细胞沉降率(ESR)(魏氏法 mm/h)、美国脊髓损伤协会(ASIA)分级(S4-S5)、Cobb 角、C 反应蛋白上,数值对比分别为(13.16±2.34)和(25.38±1.75)、(1.95±0.17)和(4.83±1.39)、(38.42±0.56)和(19.12±0.73)、(2.28±0.35)和(10.92±0.17),有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术治疗中的应用价值突出,尤其在提升病灶清除率,改善患者预后上,值得在该类患者的临床治疗实践中大力普及实施。

**〔关键词〕**有限减压;椎板重建;单节段胸椎结核;手术;治疗

**〔中图分类号〕**R687.3 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2021) 04-029-02

单节段胸椎结核(Endometrial cancer)多指患者的椎体破坏较轻(破坏仅限于单个椎间盘及其相邻的两个椎体,或单个椎体),对多节段或跳跃性胸椎结核中,可收到不同的治疗效果<sup>[1]</sup>。常规手术治疗尽管在本病中起到了一定的效果,但术后常见并发症对患者造成不同程度的影响,而有限减压和椎板重建的实施,更能在患者的病况改善中起到积极的辅助效果<sup>[2]</sup>。本文为探讨研究有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术治疗中的应用价值,特对我院 2020 年 1 月-2020 年 12 月收治的 40 例单节段胸椎结核手术患者为受试评定对象,相关实验细节分析总结如下:

## 1 研究素材和方法

### 1.1 研究素材

采用医学实验勘验对比分析法,选定我院 2020 年 1 月-2020 年 12 月收治的 40 例单节段胸椎结核手术患者,依照治疗环节相关方法差异,对照划分为实验组和对照组两列。其中对照组:男 12 例,女 8 例,年龄 45-55 岁,平均年龄(49.77±0.23)岁。实验组男 11 例,女 9 例,年龄 46-54 岁,平均年龄(49.87±0.13)岁。两受试样本的一般资料在性别、年龄、平均年龄上差异不大,本次研究具有可比性。

### 1.2 诊断和排除标准<sup>[3]</sup>

**诊断标准:**纳入研究范畴的所有患者均符合《单节段胸椎结核诊治规范(2018 年版)》的诊断标准;在流注脓肿中找到结核分枝杆菌或病理切片诊断;细菌培养实验中,病原菌主要为人型结核分枝杆菌,继发于原发性肺结核或胃肠道结核,通过血液传播;抗酸染色或其它细菌学检查,为结核分枝杆菌感染;在结核病灶清除术中,细菌学标本的提取与送检证实。

**排除标准:**排除强制性脊柱炎、化脓性脊椎炎、脊柱肿瘤、嗜酸性肉芽肿等临床症状与本病相似者。

### 1.3 治疗方法

分别应用有限减压及椎板重建治疗(实验组 n=20 例)和常规治疗(对照组 n=20 例),临床观察两组病灶清除率及预后其他指标结果。

对照组:支持疗法如注意休息、营养,每日摄入足够的蛋白质和维生素;抗结核药物疗法;局部制动;手术治疗如

切开排脓、病灶清除术或矫形手术为主。

**实验组:**后路固定前路病灶清除;术前强化对患者进行肺功能锻炼,开胸取肋骨后比较容易发生呼吸功能减退,导致术毕不能安全拔管;术前充分备血,尤其在结核患者术中凝血功能不是很好,且存在椎体脓肿形成后,手术刮除椎体病灶,压迫止血;建立中心静脉,其一用来输液,其二可以检测中心静脉压指导输液,可以减少体位变动导致的液体通路问题;术前和患者进行良好的沟通,有利于术毕安全拔管的配合;实施控制性降压,减少术中出血。手术目的为:根治结核病灶、解除脊髓压迫、矫正畸形、重建脊柱稳定性。手术过程为,选择手术入路:前入路、后入路、前后联合入路、微创手术;确定结核病灶清除的范围:不仅包括传统结核清除范围,还要包括病灶周围硬化壁、骨桥、较大空洞和病灶外亚健康组织;做好对固定节段的管理:长节段固定、短节段固定、病灶间固定;合理植骨方式的选择:目前较多学者推崇椎体间融合加后侧或后外侧融合,形成 360 度环状融合;合理植骨材料的选择:自体骨移植、同种异体骨移植、金属移植<sup>[4]</sup>。达到有限减压及椎板重建处理单节段胸椎结核。

### 1.4 观察指标和疗效判定<sup>[5]</sup>

**观察指标:**治疗后病灶清除率水平;红细胞沉降率(ESR)、美国脊髓损伤协会(ASIA)分级、Cobb 角、C 反应蛋白。

**疗效判定:**治疗后的效果包括有效、显效、无效三层级;病灶清除率水平=有效+显效。有效:治疗后,患者的临床症状全部消失。显效:患者临床症状得到显著改善。无效:治疗效果不佳。

### 1.5 统计学分析

应用 STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM(数据用 SAS 软件包)统计学软件,组间应用疗效采用 % 表示,用  $\chi^2$  检验,其他指标情况应用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,用 t 检验,当  $P<0.05$  时,为有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组治疗后病灶清除率水平情况

实验组和对照组在治疗后病灶清除率水平数值对比分别为 100% (20/20) 和 75.00% (15/20),有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

见表 1 所示:

2.2 两组预后其他临床指标结果

实验组和对照组在红细胞沉降率 (ESR) (魏氏法 mm/h)、美国脊髓损伤协会 (ASIA) 分级 (S4- S5)、Cobb 角、C 反应蛋白上, 数值对比分别为 (13.16±2.34) 和 (25.38±1.75)、(1.95±0.17) 和 (4.83±1.39)、(38.42±0.56) 和 (19.12±0.73)、(2.28±0.35) 和 (10.92±0.17), 有

统计学意义 (P<0.05)。见表 2 所示:

表 1 两组治疗后病灶清除率水平比较 (n/%)

组别	例数	有效	显效	无效	病灶清除率水平
对照组	20	6(30.00)	9(45.00)	5(25.00)	15(75.00)
实验组	20	9(45.00)	10(50.00)	1(5.00)	19(95.00)
$\chi^2$	/	0.960	0.100	1.764	15.686
P	/	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

表 2 两组预后其他临床指标结果比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	红细胞沉降率 (ESR) (魏氏法 mm/h)	美国脊髓损伤协会 (ASIA) 分级 (S4- S5)	Cobb 角 (°)	C 反应蛋白 (mg/L)
实验组	20	13.16±2.34	1.95±0.17	19.12±0.73	2.28±0.35
对照组	20	25.38±1.75	4.83±1.39	38.42±0.56	10.92±0.17
t	/	18.702	9.197	93.812	99.303
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

单节段胸椎结核为胸椎结核中较为常见的一种, 且手术治疗为本疾病的主要治疗方法。经胸腔前路术式的主要治疗原则为病灶清除、脓肿清除及其植骨固定; 后路处置主要针对脓肿浸润到椎管内, 对脊髓造成压迫的时候, 可以经后路手术切除减压, 同时可以切除部分肋间神经或者肋椎小关节, 达到前方进行椎体之间病灶的处理, 同时做植骨融合, 术后可以得到理想的稳定性, 以便于患者得到及时的康复。

对于胸椎结核病变活动型合并截瘫患者, 实施病清除脊髓减压内固定手术, 可以获得良好的神经功能恢复、脊柱稳定性重建和结核治愈的效果<sup>[6]</sup>。严格掌握手术适应证, 20 例胸椎结核患者采用有限减压及椎板重建经胸手术病灶清除、植骨融合、内固定治疗<sup>[7]</sup>, 清除胸椎结核病灶彻底, 椎管减压可靠, 矫形效果显著, 行自体或同种异体骨植骨钉棒系统内固定可有效重建胸段脊柱的稳定性<sup>[8]</sup>。后路椎弓根固定联合前路开胸病灶清除治疗胸椎结核能够一期完成病灶清除, 脊髓减压彻底, 提供肋骨植骨, 重建脊柱稳定性, 有效矫正后凸畸形, 预防远期后凸畸形加重<sup>[10]</sup>。

综合来讲, 有限减压及椎板重建后, 通过积极进行术前抗结核治疗, 充分进行术前准备, 且在全麻下进行手术治疗。合理手术入路选择及其脓肿清理, 还针对存在有骨质破坏, 需对骨质破坏进行修复重建脊椎结核引起椎骨破坏, 导致脊髓受压, 一般需手术治疗; 冲洗切口, 关闭切口, 留置橡皮管引流, 术后积极进行继续抗结核治疗, 以达到完善的治疗效果。

综上所述, 有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术治疗中的应用价值突出, 尤其表现在提升病灶清除率, 改善患

者预后上, 值得在该类患者的临床治疗实践中大力普及实施。

[参考文献]

[1] 谭亮, 徐皓, 叶永平, 等. 后路一期病灶清除椎弓根钉内固定术治疗胸椎结核 [J]. 临床军医杂志, 2011, 39(2):295-297.

[2] 罗一, 邓展生, 陈静, 等. 有限减压及椎板重建在单节段胸椎结核手术治疗中的应用 [J]. 中国修复重建外科杂志, 2012, 26(12):1409-1414.

[3] 庄宏达. 经肋骨横突入路病灶清除、侧前方减压、钛网植入、内固定术治疗老年胸椎结核合并截瘫的疗效分析 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(30):124.

[4] 杨海青, 段洪, 闵捷, 等. 钛网植骨结合椎弓根钉棒内固定修复胸椎结核: 重建脊柱生理曲度及稳定性 [J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(53):8590-8595.

[5] 牛辉, 张本立, 李林军, 等. 一期后方入路病灶清除并钛网植骨融合治疗胸椎结核 [J]. 当代医学, 2016, 22(19):28-29.

[6] 严广璇, 秦世炳, 董伟杰, 等. 胸椎结核病变活动型合并截瘫患者手术疗效分析 [J]. 中国防痨杂志, 2015, 37(3):223-229.

[7] 林斌, 黎秋生, 张毕, 等. 肩胛骨下胸腔入路治疗上胸椎结核 [J]. 临床骨科杂志, 2015, 18(6):645-648.

[8] 蓝旭, 许建中, 罗飞, 等. I 期手术经后路病灶清除内固定治疗儿童胸椎结核 [J]. 中国骨伤, 2013, 26(4):320-323.

[9] 王清, 葛宝丰. 一期手术经后路病灶清除植骨融合内固定治疗胸椎结核 [J]. 临床骨科杂志, 2013, 16(4):374-376.

[10] 兰汀隆, 秦世炳, 董伟杰, 等. 一期开胸病灶清除加椎弓根固定治疗儿童胸椎结核 35 例分析 [J]. 中国防痨杂志, 2013, 35(5):314-316.

(上接第 28 页)

以帮助发热患者做降温处理。可以达到肠蠕动刺激, 来改善便秘与肠胀气。

要合理地掌握灌肠的温度、流速、压力、灌肠液量与浓度, 避免对患者构成伤害。一般灌肠所用溶液要低于 500ml, 同时要保持低压。灌肠过程中还需要留意患者的反馈情况, 如果有颜面色苍白、出汗、腹部剧痛、心慌、气急与脉速等情况, 需要及时停止灌肠, 及时干预处理。同时如果患者有急腹症、消化道出血、妊娠、心血管严重性疾病, 也不适宜展开灌肠干预。要尽可能地做好私密管理, 避免过多的暴露, 同时要避免受凉, 做好室温的管理。要做好必要的教育指导, 提升患者的配合度。细节处理上, 要考虑人性化诉求的满足,

多沟通了解, 保证处理应对的匹配性。

总而言之, 消化内科疾病中采用灌肠治疗, 可以有效地提升疾病恢复效果, 提高患者治疗满意度, 整体状况更为理想。

[参考文献]

[1] 毛爱枝, 张英. 灌肠在消化内科疾病治疗中的应用 [J]. 特别健康, 2019(17):234.

[2] 马军. 白头翁汤内服联合中药灌肠治疗溃疡性结肠炎的经验 [J]. 光明中医, 2021, 36(1):127-129.

[3] 王淑云. 慢性结肠炎消化内科治疗临床分析 [J]. 健康大视野, 2020(18):3.

[4] 周皖. 美沙拉嗪口服联合灌肠治疗高龄活动期溃疡性左半结肠炎的疗效 [J]. 北方药学, 2020, 17(10):63-64.