

观察腰椎间盘突出症采用低温等离子射频消融髓核成形术治疗的临床疗效

王 伦

成都市青白江区人民医院 四川成都 610300

【摘要】目的 研究分析腰椎间盘突出症采用低温等离子射频消融髓核成形术治疗的临床疗效。**方法** 从我院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治的腰椎间盘突出症患者中选取 80 例作为本次研究对象，随机分为对照组（牵引推拿、针灸配合中频、超声波物理药物治疗）40 例与观察组（低温等离子射频消融髓核成形术治疗）40 例两组，对比两种方法治疗效果。**结果** 观察组治疗后临床治疗优良率、腰椎功能障碍指数评分、疼痛评分以及治疗后 6 个月、9 个月症状体征积分均同对照组之间有显著差异性， $P < 0.05$ 。**结论** 在治疗腰椎间盘突出症时低温等离子射频消融髓核成形术效果较为理想。

【关键词】 腰椎间盘突出症；低温等离子射频消融髓核成形术；临床效果

【中图分类号】 R681

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2022) 04-020-02

前言

临床上，腰椎间盘突出症较为常见，手术、介入和非手术为常见的治疗方法^[1]，各有优点。手术主要是开窗、椎板切除加髓核摘除，创伤较大，且恢复时间长易感染；介入创伤小，康复快。低温等离子射频消融髓核成形术属于一种介入方法^[2]，能有效改善腰椎间盘突出症患者临床症状，提高患者生活质量，目前被广泛应用到临床上。

表：两组患者基本资料对比分析

组别	男 / 女 (例)	年龄 (岁)	平均年龄 (岁)	中央型 (例)	旁中央型 (例)	椎间孔型 (例)
观察组 (40 例)	23/17	55-86	70.5±14.8	12	19	9
对照组 (40 例)	24/16	56-87	71.2±15.1	13	19	8

1.2 方法

1.2.1 对照组采用牵引推拿，针灸配合中频、超声波物理药物治疗

患者每日静脉滴注 1 次甘露醇，每日口服 16mg 的非甾体抗炎药类药物或是静脉滴注氯诺昔康，同时，每日肌肉注射 1 次腺苷钴胺针剂，剂量为 1.5mg。症状缓解后引导患者进行腰背肌锻炼，避免负重，持续锻炼时间不低于 3 个月。

1.2.2 观察组予以低温等离子射频消融髓核成形术治疗

治疗仪器为离子组织气化仪，患者选取侧卧位，在透视下定位，在距离棘突连线旁 8~10cm 处采用 0.5% 的利多卡因进行局部麻醉，之后用 17G 穿刺针在同椎间隙平行并同矢状面成 45°~55° 方向穿刺，穿刺针头处于纤维环和髓核交界处，在透视下让正位针头处于椎弓根内侧缘，侧位针头处于椎间隙后部的 1/3 到 1/4 处，拔出针芯后，将专用汽化棒放置在腰椎中，在透视下放置到中线，后退汽化棒到穿刺针筒头部 5mm 之后，在“C”型臂监视中，设为 2 挡能量，之后将汽化棒在 2、4、6、8、10 点方向上消融。患者通过低温等离子射频消融髓核成形术治疗后，腰部用固定带进行保护，术后 2 周内不能弯腰、屈膝和提物，从术后 3d 开始进行腰背肌功能锻炼。

1.3 观察指标^[3]

观察两组治疗优良率、腰椎功能障碍指数评分、疼痛评分以及治疗后不同时间段症状体征积分变化状况。

1.4 统计学处理

本文涉及的全部数据通过 SPSS24.0 统计学软件进行处理分析，年龄、腰椎功能障碍指数评分、疼痛评分以及治疗后不同阶段症状体征积分等正态分布计量资料通过 ($\bar{x} \pm s$) 表达，t 检验；性别、疾病类型和治疗效果等计数资料通过 n(%) 表示，

1 资料与方法

1.1 临床资料

从我院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治的腰椎间盘突出症患者中选取 80 例作为本次研究对象，随机分为对照组 (n=40 例) 与观察组 (n=40 例) 两组。两组患者基本资料对比分析差异不显著， $P > 0.05$ ，能对比。详见下表。

χ^2 检验。检验标准为 $\alpha = 0.05$ ，若 $P < 0.05$ ，有意义。

2 结果

2.1 对比分析两组患者临床治疗效果

经过相关治疗后，观察组患者临床治疗优良率显著优于对照组 $P < 0.05$ 。详见下表 1。

表 1：两组患者临床治疗效果对比 [n(%)]

组别	差	可	良	优	优良率
观察组 (40 例)	1	2	17	20	37 (92.5)
对照组 (40 例)	4	6	16	14	30 (75.0)

2.2 两组患者治疗前后腰椎功能障碍指数评分以及疼痛评分变化状况

经过相关治疗后，观察组患者腰椎功能障碍指数评分、疼痛评分均优于对照组 $P < 0.05$ 。详见下表 2：

表 2：两组患者治疗前后腰椎功能障碍指数评分以及疼痛评分变化状况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	腰椎功能障碍指数评分		疼痛评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (40 例)	34.2±7.8	10.6±2.4	8.4±0.7	3.5±0.5
对照组 (40 例)	35.2±5.7	23.2±2.8	8.5±0.6	6.6±0.8

2.3 两组患者随访 3 个月、6 个月、9 个月症状体征积分变化状况

表 3：两组患者随访 3 个月、6 个月、9 个月症状体征积分变化状况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	3 个月	6 个月	9 个月
观察组 (40 例)	1.98±0.33	1.51±0.31	1.43±0.23
对照组 (40 例)	2.08±0.32	2.62±0.42	3.13±0.44

(下转第 23 页)

营养不良情况或者皮肤巩膜黄染等后而延长 T 管拔管时间,一味按照统一的时间拔管会增加胆漏风险。(5) 肝硬化。肝硬化患者身体机能差,且由于该疾病的治疗难度大,患者普遍具有病程长的问题,并且随着疾病发展可能累计其他部位,若在肝胆手术期间忽视肝硬化患者特殊性而没有采取相应的预防措施,也会造成胆漏的发生^[3]。

在胆漏发生后,应该第一时间对患者采取治疗干预手段,其中传统治疗方法包括:持续腹腔引流、消炎、营养支持、维持水电解质平衡以及生长素抑制等^[4]。从临床效果来看,大部分患者可以通过上述干预手段达到治愈目的,但存在耗时长情况。本次研究中所选的 23 例胆漏患者中发生了 1 例患者死亡事件,而该患者正是接受保守治疗无效而死亡;从并发症发生率来看,在 7 例出现并发症的患者中共有 3 例患者接受保守治疗,占总例数的 60.0% (3/5),从这一结果可以发现,保守治疗患者的并发症发生率较高,但是作为一种保守治疗方法,可以减少二次手术所造成的痛苦,并且在缩短患者住院时间等方面发挥着作用。因此对于症状不严重患者依然推荐使用这种方法。而对于临床症状的严重的胆漏患者,建议及时采取手术治疗方法,在了解患者胆漏情况的基础上,通过引流、腹腔镜手术的方法,快速消除胆漏情况,大部分情况下这种治疗方法可以达到堵漏目的,且在治疗期间通过超声引导的方法可以直接引流漏入腹腔的胆汁,有助于患者临床症状的改善保证生命安全^[5]。

而对于医护人员而言,在未来临床工作中应该积极预防胆漏发生,虽然本次研究中发现引发胆漏的危险因素较多,但是也与手术技术、肝功能损伤情况、营养不良等存在关系,

文献^[6]认为上述因素会导致患者在肝胆术后切口的愈合效果不理想,最终增加胆漏发生率。因此在肝胆手术结束后,需要医护人员密切观察患者状态,包括有无出血、腹腔或胆道引流物的性状与量,发现异常时应该考虑胆漏的风险;叮嘱患者保证导管安全,避免非计划性拔管发生;在手术治疗期间,术者需要进一步了解患者病情以及病变情况,在熟悉肝胆系统解剖结构之后再实施手术治疗,能够进一步降低胆漏发生率。

综上所述,肝胆患者术后胆漏的危险因素较多,因此在临床治疗期间,应该根据患者的具体情况采用开放手术或保守治疗,这样才能进一步巩固效果。

参考文献

- [1] 李云峰. 腹腔镜胆囊摘除术后胆漏的相关因素分析[J]. 临床研究, 2021, 26(03):9-10+12.
- [2] 吕广浩, 杜之鲁. 肝胆手术后胆漏的临床治疗分析[J]. 中外医疗, 2020, 37(07):14-16.
- [3] 李桂鲜. 肝胆手术后胆漏的相关因素的分析研究[J]. 系统医学, 2022, 3(01):63-65.
- [4] 张振刚. 胆道手术后胆漏的临床分析[J]. 医学信息, 2022, 31(01):189-190.
- [5] 马吉安, 刘维政, 谭孝华, 等. 腹腔镜胆总管囊肿切除术后胆漏的相关因素分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2021, 22(09):665-668.
- [6] 刘学礼, 吴卫国, 张玉豹, 等. 胆总管一期缝合治疗胆总管结石疗效及术后胆漏危险因素分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 2022, 29(03):196-199+202.

(上接第 20 页)

经过相关治疗后, 观察组患者随访症状体征积分变化状况显著优于对照组 $P < 0.05$ 。详见下表 3:

3 讨论

一些腰椎间盘突出症患者在治疗的时候倾向于保守治疗, 这种方法只能暂时缓解疼痛, 并且会出现间歇性复发状况, 若不能通过有效措施保护, 还会加重病情^[4], 降低生活质量。所以, 越来越多的患者选择手术方法进行治疗。同其他微创手术相对比, 低温等离子射频消融髓核成形术具有消融和固化两种效应^[5], 能有效的控制髓核消融量。去除 1cm^3 髓核, 便能有效减压, 但椎间盘高度变化不大, 脊柱具有较好的稳定性, 且符合人体生理状况。低温消融具有较高的安全性, 并且不易损伤硬膜囊和神经根, 术后极少出现并发症。

本文中, 观察组患者治疗后临床治疗优良率为 92.5%、腰椎功能障碍指数评分为 (10.6 ± 2.4) 分、疼痛评分为 (3.5 ± 0.5) 分, 对比于对照组具有明显差异性, $P < 0.05$; 且观察组治疗后 6 个月、9 个月症状体征积分明显低于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 低温等离子射频消融髓核成形术在治疗腰椎间盘突出症临床上具有操作简单、安全性高和脊柱稳定性好的优点, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 杜建朋, 黄涛. 腰椎间盘突出症经皮低温等离子射频消融髓核成形术治疗 40 例临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(23):132, 136.
- [2] 徐阳, 寇军威, 赵越郡, 等. 针灸结合低温等离子髓核成形术治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 河北医药, 2020, 42(13):2025-2028.
- [3] 张育正, 古治中. 低温等离子射频消融术治疗腰椎间盘突出症的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(16):139-140.
- [4] 邢召磊. 等离子射频消融髓核成形术治疗腰椎间盘突出症的治疗研究[J]. 中华养生保健, 2021, 39(2):57-59.
- [5] 穆莹, 姚鹏. 不同数量穿刺通道低温等离子髓核成形术治疗腰椎间盘突出症的疗效[J]. 实用医学杂志, 2021, 37(22):2882-2886.

(上接第 21 页)

将会立即导致患者死亡^[5]。

参考文献

- [1] 黄丹奇. 颈痛胶囊对椎动脉血流量变化影响的临床研究[J]. 中国临床医生, 2022, 40(5): 64-65.
- [2] 孙军, 陈茂华, 陆川, 等. 支架植入成形术治疗椎动脉开口狭窄[J]. 浙江医学, 2020, 32(12): 1785-1786.

[3] 樊国峰, 刘创建, 董巍, 等. 寰椎及枕部椎动脉影像学测量结果与干燥寰椎骨测量结果的对比研究[J]. 中国医刊, 2021, 46(10): 71-73.

[4] 孙明, 姜永宁. 血管内支架置入术治疗椎动脉开口狭窄患者的临床研究[J]. 中国医疗前沿, 2020, 5(6): 58.

[5] 马妍. 椎动脉起始段狭窄支架置入术后再狭窄危险因素的分析[J]. 中国脑血管病杂志, 2021, 12(7): 337-341.