

采用脊柱微创手术方法治疗腰椎间盘突出症的临床效果分析

王俊江 薛文原

宁波鄞州浙东骨科医院 浙江 宁波 315000

【摘要】目的: 探讨脊柱微创手术治疗腰椎间盘突出症的价值。方法: 回顾分析 80 例 2020 年 3 月 -2021 年 3 月我院腰椎间盘突出症患者为研究对象, 分为两组。对照组 40 例实施传统手术, 观察组 40 例实施脊柱微创手术, 对比两组临床指标及治疗效果。结果: 手术时间对比, 观察组更短, $P < 0.05$; 术中出血量对比, 观察组更低, $P < 0.05$; 住院时间对比, 观察组更短, $P < 0.05$; ; 不良反应发生率对比, 观察组更低, $P < 0.05$ 。结论: 腰椎间盘突出症患者接受脊柱微创手术整体效果优于传统手术, 缩短了手术时间、降低术中出血量、住院时间更短, 且不良反应发生率更低, 值得推广。

【关键词】脊柱微创手术; 腰椎间盘突出症; 手术时间、出血量、不良反应

前言

腰椎间盘突出症已经成为临床上发病率较高的一种疾病, 该疾病的发生与破坏腰椎间盘纤维有关, 所以, 椎间盘突出, 刺激了马尾神经和神经, 导致了症状^[1]。腰痛, 坐骨神经痛, 一侧有放射性疼痛等, 对患者的工作与生活均造成很大影响^[2]。因此, 手术是治疗该疾病的主要方法, 但传统手术并不利于患者康复。随着医学的发展, 微创技术以操作简单、创口小、术后恢复快得到广泛应用^[3]。因此, 本文旨在探讨腰椎间盘突出症患者接受脊柱微创手术治疗的效果, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文为回顾分析, 实验时间段为 80 例 2020 年 3 月 -2021 年 3 月, 研究对象为 80 例腰椎间盘突出症患者, 对照组和观察组各 40 例。全体研究对象临床上表现为腰痛、坐骨神经痛、患者腰部活动时疼痛度明显加剧, 且在休息后症状得到减轻, 部分患者病情严重, 活动受限。排除患有多种恶性肿瘤患者; 排除患有严重肾功能不良的患者; 排除精神异常无法生活自理者。本研究已经过医院伦理学要求要求, 所有患者信息资料正确完整, 且都已签署了知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组

接受传统手术治疗。辅助患者俯卧位, 全身麻醉后将患者双侧髂嵴垫高, 确保腹部悬空后实施手术。常规消毒后于正中位置实施切口, 将病变脊椎暴露出来, 髓核钳摘

除病变, 给予患者伤口使用生理盐水冲洗, 止血后缝合伤口, 留置引流管。

1.2.2 观察组

腰椎间盘突出镜下行切除术, 麻醉方法与手术体位通对照组。穿刺定位病变椎间隙棘突旁 0.5-1.0cm, 常规消毒后, 导针穿刺定位病变, 常规手术规程下进行摄像, 咬除病变椎间盘后侧黄韧带、上下椎间关节突内缘, 充分露出硬膜囊与行走神经根。术中保护患者神经根, 摘除病变纤维环及突出髓核, 并借助生理盐水冲洗, 完全止血后留置引流管并缝合伤口。

1.3 观察指标

对两组患者手术时间、术中出血量及住院时间等手术指标进行观察; 观察两组创口感染、创口出血、静脉血栓等并发症发生率 [2-3]。

1.4 统计学方法

本次研究所涉及的指标数据表示方式是 ($\bar{x} \pm s$)、(n,%), 对应的检验工具是 t, 所选择的统计学软件是 SPSS25.0, 只有当 $P < 0.05$ 时, 能够认定本次研究存在统计学意义。(p 代表概率, 反应某一事件发生的可能性大小; t 代表: 适应于样本量较小的试验, 当原假设为真时所得到的样本观察结果或更极端结果出现的概率; ($\bar{x} \pm s$): 均值 \pm 标准差; (n,%) 表示: 百分比。)

2 结果

2.1 对比两组基本资料

两组资料对比结果为具有统计学意义, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 对比两组基本资料

组别	例数	男 / 女	平均年龄
对照组	40	23/17	51.58 \pm 3.25
观察组	40	24/16	52.46 \pm 3.49
X ² 值	-	0.052	0.514
P 值	-	0.820	0.749

2.2 对比两组手术指标

观察组 40 例患者手术时间为 (36.79 \pm 5.79) min, 术中出血量为 (56.28 \pm 3.74) mL, 住院时间为 (6.39 \pm 1.69) d; 对照组 40 例患者手术时间为 (57.36 \pm 8.21) min, 术中出血

量为 (88.63 \pm 4.59) mL, 住院时间为 (13.58 \pm 1.46) d; 手术时间、术中出血量及住院时间对比观察组低于对照组, $P < 0.05$ 。

2.3 对比两组术后并发症发生率

观察组 40 例患者, 创口感染 1 (2.50%)、创口出血 2 (5.00%)、静脉血栓 1 (2.50%); 对照组 40 例患者, 创口感染 4 (10.00%)、创口出血 5 (12.50%)、静脉血栓 2 (5.00%); 并发症发生率对比, 观察组 3 (7.50%) 低于对照组 11 (27.50%), 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

3 讨论

腰椎椎体是人体中相当重要的一部分, 其主要通过椎间盘及其周边韧带共同作用, 若腰椎弧度向前, 必然出现骶椎弧度向后的问题, 更容易损坏腰骶椎交界周边的椎间盘, 从而导致腰椎间盘突出^[4]。腰椎间盘突出症的临床典型症状主要有^[5]: ①常见腰部疼痛、下腰部以及腰骶部持续性钝痛, 平卧时减轻, 久站加剧; ②下肢麻木伴下肢放射痛, 臀部、大腿、小腿后侧至足跟、足背放射刺痛; ③肌力减弱, 下肢肌力减弱, 或者瘫痪、出现足下垂, 感觉发凉、发冷; ④间歇性跛行, 是一种刚开始行走, 行走一段距离后, 可能会有一侧或两侧的腰部酸痛、腿痛、下肢麻木、无力等情况, 导致一瘸一拐的现象, 但是经过深蹲或坐下来休息一段时间后, 这种情况会迅速好转甚至消失; 经过一小会儿, 上面所说的那些症状就会重现; ⑤马尾神经症状, 常见出现会阴部麻木、刺痛, 或排便、大小便无力, 女性可出现尿失禁, 男性可出现阳痿等一系列症状, 在临床中比较常见。该疾病发病率逐步增多, 且青壮年的发病率更高, 主要与这部分群体活动能力较强有关, 更容易出现腰椎间盘变形的问题, 最终引发了腰椎间盘突出症。从其发病时间情况可知, 其发病阶段主要与患者腰部承受活动度和承受压力有关, 治疗时需要科学选择治疗方案, 提高整体治疗效果^[6]。

传统开放式手术方式存在诸多弊端, 让很多需要手术的患者心中充满恐惧, 害怕手术, 拒绝手术, 延误了治疗^[7]。目前脊柱开放式手术正逐渐被微创手术方式所取代。脊柱微创手术依靠专业的手术设备通过精细的操作来治疗脊柱疾病。与传统开放式手术方式相比对治疗技术要求更高^[8]。在进行盘间镜术前, 需要先对病人的椎间盘和周围的组织进行检查, 然后才能决定具体的治疗方法。另外, 腰椎间盘切除术的实施困难, 缩短了手术的时间, 减少了术后的不良反应^[9]。不过, 这是一项有创的手术, 所以主刀医生

要尽可能地将损伤降到最低, 以免对病人的身体和血液循环造成损伤^[10]。经过本次研究分析其结果: 患者手术时间、术中出血量及住院时间三指标对比, 观察组数值低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$; 并发症发生率对比, 观察组低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。可见, 腰椎间盘突出症选择脊柱微创手术治疗价值显著。

综上所述, 脊柱微创手术用于治疗腰椎间盘突出症。可缩短手术时间, 减少术中出血量, 缩短住院时间、不良反应发生率低, 值得推广。

参考文献:

- [1] 符维广, 查江. 脊柱微创介入镇痛术治疗腰椎间盘突出症的临床效果及对患者疼痛的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2021,6(31):85-87.
- [2] 朱宝, 赵继荣, 朱换平等. 经皮激光椎间盘汽化减压术联合腰椎牵引疗法治疗腰椎间盘突出症的疗效观察 [J]. 中国激光医学杂志, 2016,25(04):196-200.
- [3] 张志强, 蔡俊, 张圣飞等. 后路椎间盘镜技术 (MED) 与经皮椎间孔镜技术 (PTED) 治疗腰椎间盘突出症的临床疗效对比观察 [J]. 吉林医学, 2019,40(07):1463-1466.
- [4] 秦晓宽, 杨博文, 朱立国等. 基于文献数据挖掘和网络药理学分析的腰椎间盘突出症用药规律及作用机制研究 [J]. 中药新药与临床药理, 2021,32(10):1490-1499.
- [5] 罗海霞, 周迎光, 李海华等. 中药沙袋热敷联合穴位贴敷治疗腰椎间盘突出症患者的临床分析 [J]. 中外医疗, 2021,40(26):164-167+172.
- [6] 孙文, 李江涛, 王晓玲. 循经针刺联合非手术脊柱减压对腰椎间盘突出症腰椎功能及血清 TFAR19、Apaf-1 的影响 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2022,24(02):93-97.
- [7] 谭亮. 脊柱微创手术治疗腰椎间盘突出症临床研究 [J]. 中国社区医师, 2020,36(17):71-72.
- [8] 张国伟. 脊柱微创手术治疗腰椎间盘突出症临床疗效探讨 [J]. 数理医药学杂志, 2020,33(3):362-363.
- [9] 付祥龙, 李成芳. 脊柱微创手术治疗腰椎间盘突出症临床体会. 中国现代医生, 2018,56(13):65-67.
- [10] 高彩红, 杨舒婷, 浦建芳. 脊柱微创手术治疗腰椎间盘突出症临床效果观察 [J]. 双足与保健, 2017(7):139-139.