

小切口开窗术治疗腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄 65 例临床分析

戴红兵

娄底市中医医院 417000

【摘要】目的 小切口开窗术治疗腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄 65 例临床分析。**方法** 选择 2015 年 3 月—2017 年 3 月来我院接受治疗的腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄患者 65 例开展研究, 将其分为对照组 (32 例) 与实验组 (33 例), 对照组患者采用传统手术治疗, 实验组采用小切口开窗术治疗, 比较两组患者的治疗效果。**结果** 在本研究中, 实验组手术时间和住院时间都短于对照组, 术中出血量也少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。对照组总有效率为 75.0%, 实验组为 93.94%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 在腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄治疗中, 小切口开窗术具有微创、恢复快的优势, 值得在临床上推广。

【关键词】 小切口开窗术; 腰椎间盘突出症; 腰椎管狭窄

【中图分类号】 R687.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 04-076-01

腰椎间盘突出合并腰椎管狭窄是临床上很常见的疾病, 症状表现为间歇性跛行, 伴有疼痛, 同时还会因为腰椎管狭窄而使得患者软组织与神经根水肿, 进一步加重症状^[1]。临床治疗中, 传统手术出血量高, 恢复慢, 为研究小切口开窗术治疗腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄的疗效, 笔者以 2015 年 3 月—2017 年 3 月本院的 65 例患者开展研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2015 年 3 月—2017 年 3 月在我院治疗的腰椎间盘突出合并腰椎管狭窄患者开展研究, 共 65 例, 分为对照组 (32 例) 与实验组 (33 例)。纳入标准: 所有患者都经过 CT 诊断确诊, 同时具有下肢无力、腰腿疼痛等症状, 血、尿常规检查正常, 签署知情同意书。排除标准: 排除合并心、肝、肾等器官器质性疾病患者, 排除合并恶性肿瘤患者, 排除合并血液循环系统疾病患者^[2]。其中, 对照组中, 男性 18 例, 女性 14 例, 年龄 40—65 岁, 平均年龄 (51.2±3.6) 岁, 病程 6 个月—3 年, 平均病程 (1.5±0.7) 年。实验组中, 男性 19 例, 女性 14 例, 年龄 41—65 岁, 平均年龄 (51.4±3.4) 岁, 病程 6 个月—3 年, 平均病程 (1.6±0.5) 年。经比较, 两组患者一般资料中无差异 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者采用传统手术治疗, 即半椎板切除髓核摘除术, 气管插管, 全身麻醉后, 取俯卧位, 分离患者两侧椎板和肌肉, 暴露椎弓根, 植入螺钉, 然后在患侧椎间隙开窗, 分离纵韧带, 摘除髓核, 完成后缝合止血。

1.2.2 实验组

实验组采用小切口开窗术治疗, 采用硬膜外持续麻醉方案, 运用脊柱手术支架令患者的腹部悬空, CT 定位明确开窗点。选择骨膜剥离器分离患者椎板上下黄韧带, 形成操作的小窗口, 以组织钳提起黄韧带下缘, 运用神经剥离器分离推进, 充分暴露患者的突出位置与神经根, 取出髓核, 避免损伤血管和神经。完成后冲洗切口, 留置引流管, 予以止血处理, 术后 2d 拔除引流管。

1.3 观察指标

观察比较两组患者的疗效。疗效判定标准: 分为显效、有效和无效。显效: 患者腰腿疼痛等症状消失, 无残留症状, 逐步恢复正常工作生活。有效: 术后腰腿疼痛症状有所好转, 具有基本生活自理能力。无效: 症状基本无改善。总有效 = 显效 + 有效^[3]。

比较两组患者术中出血量、手术时间和住院时间。

1.4 统计学方法

采取 SPSS16.0 统计学软件进行分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, T 检验; 计数资料以 (%) 表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 对照组与实验组手术指标比较

如下表 1, 实验组手术时间和住院时间都短于对照组, 术中出血量少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1: 实验组与对照组手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)
实验组	33	45.1±5.2	51.2±3.4	4.2±0.5
对照组	32	62.5±8.4	79.5±8.5	6.3±1.3
T	—	10.0752	17.7230	8.6453
P	—	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

2.2 对照组与实验组疗效比较

从下表 2 可以看出, 对照组总有效率为 75.0%, 实验组为 93.94%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2: 开腹组与腹腔镜组术后并发症发生率比较 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总发生率
实验组	33	23 (69.70)	8 (24.24)	2 (6.06)	31 (93.94)
对照组	32	19 (59.375)	5 (15.625)	8 (25.0)	24 (75.0)
χ^2	—	—	—	—	4.4766
P	—	—	—	—	$P < 0.05$

3 讨论

腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄是临床上比较常见的疾病, 椎间盘突出也是导致腰椎管狭窄的原因所在。腰椎间盘突出症患者通常都存在着黄韧带肥厚、韧带钙化、椎体后缘骨质增生等情况, 因而很容易合并腰椎管狭窄。临床治疗中, 手术是最主要的方式, 传统手术有一定的效果, 但相对而言出血量高, 恢复慢, 住院时间长, 而小切口开窗术不仅具有微创的优势, 出血量少, 手术时间短, 同时还可以保持腰椎结构的完整, 同时避免患者器官暴露, 减少了感染发生率, 因而更受到人们的青睐。在本次研究中, 实验组采用小切口开窗术, 结果表明, 实验组手术时间和住院时间都短于对照组, 术中出血量少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。另外, 在手术治疗效果比较中, 对照组总有效率为 75.0%, 实验组为 93.94%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 实验组总体疗效明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 在腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄治疗中, 小切口开窗术具有微创、恢复快的优势, 值得在临床上推广。

【参考文献】

- [1] 崔化天. 小切口开窗术治疗腰椎管狭窄症合并腰椎间盘突出症临床作用分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, (13):44-45.
- [2] 梅向东, 杨波, 熊新富. 小切口开窗术治疗腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄 45 例临床分析 [J]. 吉林医学, 2015, 36(5):933.
- [3] 姚梦楠. 小切口开窗术治疗腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄的护理措施 [J]. 中国保健营养, 2017, 27(18):265.