



· 临床研究 ·

全椎板切除脊柱内固定治疗老年退行性腰椎管狭窄症的效果分析

许宇霞 (南华大学附属长沙中心医院 410078)

摘要: **目的** 分析全椎板切除脊柱内固定治疗老年退行性腰椎管狭窄症的效果。**方法** 抽取我院 2016.3.25–2018.9.24 期间收治的 98 例患者(老年退行性腰椎管狭窄症),随机分组,对照组(49 例;半椎板切除脊柱内固定),研究组(49 例;全椎板切除脊柱内固定),治疗后,比较两组效果。**结果** 治疗后,研究组的治疗有效率高于对照组($P < 0.05$);JOA 评分高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 全椎板切除脊柱内固定治疗老年退行性腰椎管狭窄症的效果显著,值得临床推广。

关键词: 全椎板切除脊柱内固定;老年;退行性腰椎管狭窄症;效果

中图分类号: R687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 06-076-02

退行性腰椎管狭窄症主要由于椎间盘结构出现退行性病变后,导致椎管变窄,是临床上常见的骨科疾病,多发生于老年群体,发病后,患者普遍出现腰痛、腿麻、活动不便等症状,对患者生活质量影响较大^[1]。本次研究中,抽取我院 2016.3.25–2018.9.24 期间收治的 98 例患者(老年退行性腰椎管狭窄症),分组治疗,分析全椎板切除脊柱内固定治疗患者(老年退行性腰椎管狭窄症)的效果,具体见下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取我院 2016.3.25–2018.9.24 期间收治的 98 例患者(老年退行性腰椎管狭窄症),随机分组,研究组 49 例(男 30 例,女 19 例),年龄 62~84 岁,平均年龄(73.6±5.5)岁;对照组 49 例(男 31 例,女 18 例),年龄 63~85 岁,平均年龄(73.7±5.7)岁,该研究经过本院医学伦理委员会的批准。

一般资料上,98 例患者(老年退行性腰椎管狭窄症)的数据差异不明显,可比较。

1.2 方法

研究组(全椎板切除脊柱内固定):对患者实施硬膜外麻醉,并协助其处于俯卧位,于腰椎后侧入例路正中作一切口,充分暴露患者病变椎体、关节突、横突、棘突两侧椎板等部位,将椎弓根螺钉置入病变椎体、下位椎体两侧,然后切除病变椎管全椎板、增厚黄韧带,对侧隐窝、神经管等部位的情况进行观察,咬除关节突部分,对骨赘进行清除,其次减压神经根,并将髓核摘除,置入椎弓根棒,并将剪碎的骨质(解压所得)植入椎间,然后进行椎间盘植骨融合,并将连接板弧度调整到腰椎生理弯曲弧度;手术结束后,对患者实施止血、冲洗伤口措施,然后缝合切口,并放置引流装置。

对照组(半椎板切除脊柱内固定):麻醉、暴露病变椎体的方式均参见研究组,将病变椎体充分暴露后,用咬骨钳逐渐咬除暴露椎板,范围:棘突基部-外侧关节突基底部,保留关节突,然后实施内固定术。

术后,两组患者均实施抗感染治疗,减少术后伤口感染的发生,另外,视患者恢复情况,指导开展早期康复训练。

1.3 观察项目

(1) 观察记录两组的治疗效果,治疗有效率=1-无效率;其中,无效:治疗后,患者临床体征、症状无改善,甚至加重,JOA 评分改善幅度低于 24%;有效:治疗后,患者临床体征、症状改善,JOA 评分改善幅度 25–74%;显效:治疗后,临床体征、症状明显改善,JOA 评分改善幅度超过 75%。

(2) 用日本骨科学会腰背痛手术评分(JOA)评价患者腰椎功能情况,分值越高,情况越好。

1.4 数据处理

采用 SPSS21.0 软件处理数据,JOA 评分用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,有效率用百分比(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$,对比有意义。

2 结果

2.1 治疗效果

治疗后,研究组的总有效人数 47 例,对照组的总有效人数 39 例,在治疗总有效率上,研究组为 95.92% 高于对照组 79.59%, $P < 0.05$,详情见表 1。

表 1: 治疗效果 (n=49, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率
研究组	28	19	2	95.92% (47/49)
对照组	21	18	10	79.59% (39/49)
χ^2 值	—	—	—	6.0775
P 值	—	—	—	0.0137

2.2 JOA 评分

治疗后,研究组的 JOA 评分为(12.55±3.24)分高于对照组(10.16±2.55)分, $P < 0.05$,详情见表 2。

表 2: JOA 评分 ($\bar{x} \pm s$, n=49, 分)

组别	术前	术后
研究组	4.81±1.21	12.55±3.24
对照组	4.75±1.19	10.16±2.55
T 值	0.2475	4.0576
P 值	0.8051	0.0001

3 讨论

退行性腰椎管狭窄症属于临床常见的骨科疾病,主要指由于椎管结构异常(原发、继发因素导致),导致椎管内变狭窄,进而导致出现以间歇性跛行为特征的腰腿疼^[2],该疾病多见于老年群体,具有起病慢、病程长、病情严重的特点,临床表现为腰痛、腿麻,并伴有大小便异常、活动障碍等症状^[3]。临床上,对于退行性腰椎管狭窄症的治疗一般以手术治疗为主,如腰椎管狭窄减压术(全椎板切除减压、半椎板切除减压)+椎管内固定术治疗,对腰椎进行减压干预,稳定脊椎,改善畸形情况^[4]。

全椎板切除脊柱内固定即全椎板切除减压+椎管内固定术,是目前临床上治疗退行性腰椎管狭窄症的主要方式之一^[5],全椎板切除减压可依据患者神经根松弛程度、硬膜囊膨隆程度来实施腰椎减压,手术操作空间大,可有效解除神经根受压迫的局面^[6]。在脊椎固定术上,采用椎弓根螺钉置入脊椎进行固定,可有效支撑、稳定脊椎,保证脊椎刚性,减少卧床时间,改善临床症状(腰痛、腿麻等)。相比于半椎板切除脊柱内固定,全椎板切除脊柱内固定治疗在椎体间距离的增加上效果更明显,可有效减轻椎体对活动角度的影响,充分改善神经根受压迫的情况,缓解腰痛、腿麻症状。

研究结果显示,治疗后,研究组的治疗有效率为 95.92% 高于对照组 79.59% ($P < 0.05$);JOA 评分为(12.55±3.24)分高于对照组(10.16±2.55)分($P < 0.05$),这显示了在老年退行性腰椎管狭窄症上实施全椎板切除脊柱内固定治疗,可有效改善患者病情,促进腰椎功能的康复。

(下转第 77 页)



大隐静脉腔内射频联合泡沫硬化剂治疗大隐静脉曲张的体会

张玲 (浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江 310000)

中图分类号: R543.6 文献标识码: A 文章编号: 1009-5187 (2019) 06-077-01

下肢静脉曲张 (varicose veins of lower extremity, VVLE) 是一种临床常见病、多发病, 据估计大约 25% 的女性和 15% 的男性有下肢浅静脉功能不全。主要表现为静脉扩张, 迂曲。传统手术采用高位结扎, 抽剥。存在创口较大, 切口过多而影响美观。近几年来, 新的术式大隐静脉腔内激光治疗结合泡沫硬化剂因为其创伤小, 恢复快而被临床广泛接受。自我院自成立日间手术中心以来, 普外科血管外科医生根据病人实际情况, 广泛开展大隐静脉新术式, 并已纳入日间手术范围。取得满意效果, 现将 40 例病人共 71 条患肢采用腘窝切口行射频消融联合泡沫硬化剂注射治疗做体会汇报。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者女性共 18 例, 共 36 条患肢, 男性 22 例共 35 条患肢, 平均年龄 56 岁, 平均病程 12 年。其中男性患者不同程度伴有下肢酸胀, 及色素沉着。女性患者伴有不同程度溃疡及湿疹。

1.2 术前准备

手术前完善检查包括 (三大常规免疫, 生化, 心电图), 腹股沟手术区域备皮, 8 小时禁饮, 10 小时禁食。用标记笔标记静脉曲张部分。(可要求病人站立或坐床沿双腿自然下垂, 保证静脉曲张程度)。防止术中出现遗漏。

1.3 手术方式

该术式已进入日间手术程序, 根据病人年龄及其他情况, 一般采用局麻, 并行心电图监护和监护。使用美国 Medtronic ClosureRFG 射频发生器及 Medtronic ClosureFast 静脉腔内射频闭合导管, 泰尔茂 7F 导管鞘, 泰尔茂 0.035 导丝及穿刺针。嘱病人采取平卧位, 健侧下肢适当约束。在膝关节腘窝区域采用罗哌卡因 10ml+利多卡因 10ml+250ml 生理盐水+7 滴肾上腺素配置肿胀液局部浸润注射。超声引导下置入 22 号穿刺针, 退出针芯, 置入泰尔茂 0.035 导丝在超声引导下送至高位结扎处下方 2-3cm。穿刺针换成 7F 泰尔茂血管鞘, 沿鞘置入美敦力射频闭合导管结合超声引导至高位结扎处, 根据射频仪设置, 该导管射频发热元件 7cm, 每段消融 7cm, 20s 一次, 最大功率 40W。启动射频发生器, 边缓慢发射射频激光边后退光纤。以 7cm 一段为界限。一助在后退射频闭合导管时用湿纱布对已进行修复的部位进行持续压迫 4-8min, 使静脉壁压缩闭合。退至膝关节腘窝处, 拔除鞘管及射频闭合导管。助手继续持续压迫。对于膝关节下方大隐静脉分支采用 1% 聚酯卡醇泡沫硬化剂注射。对于团块病变静脉, 采用尖

刀片取 0.5cm 切口, 血管钳联合静脉拉钩抽剥钳闭, 并压迫止血, 防止血肿。手术毕用弹力绷带及大棉垫均匀加压包扎患肢。

1.4 术后处理

手术毕, 包扎之后, 病人即可下床活动。一般嘱患者自行走路回病房。正常饮食抗生素静滴预防感染。弹力绷带包扎 2 周, 自购弹力袜穿 3-6 个月。

2 结果

住院时间 1-3 天, 平均 1 天。40 例病人均随访。随访时间 6-12 个月。平均 8 个月。随访率 95%。术后效果满意。除 2 例出现出院后合并感染, 经入院抗炎治疗后 1-2 周恢复好转, 其余均恢复正常。表现为肿胀感消失, 水肿消退, 色素沉着明显改善, 无深静脉血栓形成。

3 讨论

大隐静脉曲张病人一般较常见于年龄较大, 年轻时从事体力劳动或长久站立的人。一般不会引起特别注意, 直至病情加重坠胀感色素沉着明显才会考虑治疗。传统手术方式为高位结扎+抽剥方式, 效果较好, 但病人创伤较大, 会有恐惧心理而采取类似口服止痛药, 穿弹力袜等保守治疗, 最终影响治疗效果。腔内射频治疗通过射频能量阶段热消融, 导管消融的温度恒温在 120 度, 不会对血管组织造成碳化等高风险的损伤, 恰到好处的闭合血管, 锁闭静脉主干及属支, 达到剥脱的作用。诚然腔内治疗会有较小概率出现皮肤损伤神经损伤, 泡沫硬化剂注射有较高复发率, 治疗收到限制。该 2 组病人腔内射频治疗大隐静脉采用腘窝切口做射频治疗, 减少了下肢神经损伤, 又结合先进仪器恒温状态下进行射频减少皮肤损伤, 创伤更小, 病人满意度高。

腔内射频治疗联合泡沫硬化剂治疗大隐静脉曲张, 具有微创化, 住院时间短, 术后恢复快, 美观等特点, 避免了传统手术不足, 具有非常大的推广性。

参考文献

- [1] 徐清华, 查俊华, 吴醒, et al. 泡沫硬化剂联合腔内激光闭合术治疗下肢静脉曲张的疗效 [J]. 江苏医药, 2017(21).
- [2] 孟莉. 腔内激光闭合术联合泡沫硬化剂治疗下肢静脉曲张的围术期护理 [J]. 双足与保健, 2018, 27(19): 112-113.
- [3] 胡钢. 腔内激光联合手术治疗下肢静脉曲张的临床研究 [J]. 安徽医科大学, 2010.
- [4] 张玉奇. 腔内激光联合点式剥脱法治疗下肢静脉曲张的效果分析 [J]. 山东医药, 2015(25).

(上接第 76 页)

综上所述, 全椎板切除脊柱内固定治疗老年退行性腰椎管狭窄症的效果显著, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 鲁驹原, 熊福军, 周劲松, 等. 老年退行性腰椎管狭窄症应用全椎板切除脊柱内固定治疗的疗效观察 [J]. 河北医学, 2017, 23(9): 1429-1433.
- [2] 李春亮, 郭强, 秦凤, et al. 全椎板切除脊柱内固定治疗老年退行性腰椎管狭窄症患者的腰腿疼痛: 自身对照临床试验方案 [J]. 中国组织工程研究, 2018, 22(15): 2345-2349.
- [3] 陈佳, 吴昊, 范顺武, 等. 年龄对老年腰椎管狭窄症患者手

术风险和预后的影响 [J]. 中华骨科杂志, 2019, 39(4): 243-250.

[4] Lai Jinping. Clinical analysis of total laminectomy and spinal internal fixation for the treatment of senile degenerative lumbar spinal stenosis [J]. Jilin Medical, 2017, 38(1): 117-118.

[5] Chen Zhanpeng, Hu Yushan, Liu Weijun, et al. Effect of total laminectomy and spinal internal fixation on elderly patients with degenerative lumbar spinal stenosis [J]. Inner Mongolia Medical Journal, 2018, v.50(5): 102-103.

[6] 陈勇喜, 覃海鹰, 覃浩然, 等. 两种不同减压置钉术式治疗双侧腰椎管狭窄症的效果比较 [J]. 广东医学, 2018, 39(17): 87-91.