

前路分段减压手术治疗多节段脊髓型颈椎病的疗效分析及并发症分析

普占云 杨革军

沧州市人民医院脊柱骨病肿瘤科 677000

〔摘要〕目的 多节段脊髓型颈椎病患者接受前路分段减压手术治疗,对促进患者临床指标改善、保证患者术后安全性的价值探究。方法 收录 2021.3—2023.3 期间,我院接收的多节段脊髓型颈椎病患者,共计 70 例,规范性分组后给予不同手术方案,统计组间治疗效果差异。分别为对照组、观察组,样本量纳入均等,分别行后路椎管扩大成形术、前路分段减压手术。结果 术后融合节段 Cobb 角、JOA 评分参数均以观察组更高, $P < 0.05$ 。统计两组术后并发症发生情况,观察组统计值更低, $P < 0.05$ 。结论 多节段脊髓型颈椎病患者接受前路分段减压手术治疗,对促进患者临床指标改善、保证患者术后安全性的价值显著。

〔关键词〕多节段脊髓型颈椎病;前路分段减压手术;临床指标;术后安全性

〔中图分类号〕R681.5 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 07-016-02

本文特收录 70 例患者为样本,分组对照探究,多节段脊髓型颈椎病患者接受前路分段减压手术治疗,对促进患者临床指标改善、保证患者术后安全性的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收录 2021.3—2023.3 期间,我院接收的多节段脊髓型颈椎病患者,共计 70 例,规范性分组后给予不同手术方案,统计组间治疗效果差异。分别为对照组 ($n=35$)、观察组 ($n=35$),对照组中男患 20 例,女患 15 例;年龄 40~79 岁,均在 (59.47 ± 7.32) 岁。观察组中男患 19 例,女患 16 例;年龄 40~80 岁,均值 (50.51 ± 5.40) 岁。两组基线资料均衡, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组行后路椎管扩大成形术,取俯卧位,全麻后常规消毒,以患者后路正中开展皮肤及皮下组织的逐层切开工作,将其颈椎 C_3 — C_7 椎板及其侧块充分暴露,将右侧关节突关节与椎板交界处全层骨质的 1/2 行磨除处理,松解 C_2 — C_3 , C_7 — T_1 椎板间的韧带连接,钻入螺钉后 C 形臂 X 线透视下明确螺钉位置,并进行固定,术后常规冲洗伤口、引流、逐层缝合。

观察组开展前路分段减压手术,取俯卧位,全麻后常规消毒,于患者肩下给予软垫,让患者颈椎呈轻微伸展位并得以维持,于其颈前右侧做一横切口,逐层切开皮肤、皮下组织后,沿着患者颈血管鞘与气管食管鞘之间的缝隙进入,充分暴露椎体前缘,于 C 形臂 X 线透视下明确定位,于椎间

隙放置撑开螺钉和自动撑开器,切除该处椎间盘,确保患者椎管内神经无明显压迫后放置大小合适的自体椎间融合器,调试椎后给予适度的加压处理,并将其进行固定,后续于患者 C_4 、 C_5 处放置相应的螺钉、自动撑开器,将患者 C_4 — C_5 的椎间隙进行撑开,后续切除相应的椎间盘,行 C_5 椎体次全切处理后,明确充分减压,植入自体骨钛笼并应用螺钉将钛板进行固定,自此用 C 形臂 X 线进行检查后常规冲洗伤口、引流、逐层缝合。

1.3 观察指标

测量患者手术前及术后 90d 的融合节段 Cobb 角^[1],并进行比较。采用日本骨科协会疗效评定量表 (JOA)^[2] 对患者的临床疗效进行评估,分值越高则证明患者的临床疗效越好。

统计患者术后植骨块松动、内固定移位、严重骨质疏松、椎间隙下沉、螺钉松动的发生情况,并进行比较,发生率与患者安全性成反比。

1.4 统计学方法

应用统计学软件 SPSS23.0 进行实验数据处理。以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,经 t 检验;以 % 表示计数资料,经 χ^2 检验。若 $P < 0.05$,表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者手术前后的相关指标

于手术前及术后 90d 评价患者相关指标,术前组间差异较小,术后两组指标及评分均有显著改善,且融合节段 Cobb 角、JOA 评分参数均以观察组更高, $P < 0.05$ 。详见表 1

表 1 两组指标改善情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	融合节段 Cobb 角 ($^{\circ}$)		JOA 评分 (分)	
		术前	术后 90d	术前	术后 90d
对照组	35	1.80 ± 0.51	8.07 ± 0.55	8.20 ± 0.75	14.02 ± 1.54
观察组	35	1.74 ± 0.43	8.59 ± 0.58	8.15 ± 0.80	15.17 ± 1.50
t	—	0.5321	3.5175	0.2598	5.7277
P	—	0.5954	0.0008	0.7882	0.0000

2.2 比较两组患者术后并发症发生情况

统计两组术后并发症发生情况,观察组统计值 8.57% 远高于对照组统计值 31.43%, $P < 0.05$ 。详见表 2

3 讨论

多节段脊髓型颈椎病的预后效果较差,且难度治疗难度 (下转第 19 页)

后的 5 个月之内共有 7 例复发, 复发率为 14.0%。组间患者经不同手术治疗之后的 5 个月内的复发率数据比较, 差异有呈现出统计学意义 ($P < 0.05$, $\chi^2 = 2.132$)。

3 讨论

对于有过生产经历的妇女, 宫颈息肉属于一项极好发的妇科病症, 如若患者的息肉比较小且症状不明显, 则临床中会采取保守治疗的措施^[3]。而一旦息肉生长到较大程度, 同时还会伴有出血性白带以及接触性出血等症状时, 则代表患者的宫颈息肉病症已然发展成为较为严重的程度^[4]。若此时再不采取有效的临床治疗措施, 则可能发展成为更加严重的妇科病症^[5], 及而对于宫颈息肉应当做到早发现早治疗^[6]。宫腔镜下切除术式是指在宫腔镜下对患者的宫颈病灶进行清除, 具有疗效佳、恢复快的特点^[7]。本次研究中共对 50 例需要进行手术治疗的宫颈息肉患者实施了宫腔镜下切除术式治疗, 其结果数据中可以看出, 患者在接受治疗之后治愈率为 92.0%, 总体有效性达到了 95.0%; 术后 5 个月内的复发率为 4.0%。

综上所述, 对于宫颈息肉患者临床治疗中运用宫腔镜下切除术式的治疗方式, 可以令临床治疗的有效情况显著提升, 且有效降低复发情况, 具备有在临床有推广应用的价值, 可以在行进一步的研究之后再作推广。

[参考文献]

- [1] 王琳, 戚瑞虹. 宫腔镜下宫颈锥切术和宫颈冷刀锥切术治疗绝经后女性宫颈上皮内瘤变的疗效分析 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2023, 24(01):12-14.
- [2] 田鹏岗. 传统术式与宫腔镜下切除术式治疗宫颈息肉的临床效果比较 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2021, 8(33):64-66.
- [3] 朱冰. 宫腔镜下双极汽化电切术对宫颈息肉患者的影响 [J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(16):70-71.
- [4] 燕素芳. 宫腔镜下切除术治疗宫颈息肉的近远期疗效观察 [J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52(05):580-5815.
- [5] 孙英慧, 邵俊芳. 传统术式与宫腔镜下切除术式治疗宫颈息肉的临床效果比较讨论 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(34):50+58.
- [6] 王新梅, 努尔夏西·沙合曼. 传统术式与宫腔镜下切除术治疗宫颈息肉的临床效果对比分析 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(14):100-101.
- [7] 王伟, 朗琳, 谭云友, 贾英. 不同治疗方式对宫颈息肉患者的治疗效果及对局部微循环、炎性反应的影响比较 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(32):71-72.

(上接第 15 页)

较高, 应用前路分段减压术进行治疗, 能够让植骨融合后, 减小植骨传递应力; 且该手术方式椎体切除较少, 因此对患者原有结构的破坏较小, 会一定程度上降低患者术后并发症的发生率^[3]; 分段固定的操作亦能够缩小钢板的跨越度, 因此减少了骨块和钢板之间的移位, 且这种手术方案入路比较简单, 因此, 患者术后康复速度较快, 骨融合时间较短。

本次研究各项数据比较结果显示, 于手术前及术后 90d 评价患者相关指标, 术前组间差异较小, 术后两组指标及评分均有显著改善, 且融合节段 Cobb 角、JOA 评分参数均以观察组更高, $P < 0.05$ 。统计两组术后并发症发生情况, 观察组统计值 8.57% 远高于对照组统计值 31.43%, $P < 0.05$ 。

综上所述, 多节段脊髓型颈椎病患者接受前路分段减压手术治疗, 对促进患者临床指标改善、保证患者术后安全性的价值显著。

[参考文献]

- [1] 张松山. 前路分段减压法与后路椎管扩大成形术治疗

多节段脊髓型颈椎病的效果比较 [J]. 河南医学研究, 2020, 29(17):3162-3163.

- [2] 黄必军, 臧雨峰, 刘春, 等. 前路椎间隙减压融合术治疗多节段脊髓型颈椎病的疗效分析 [J]. 检验医学与临床, 2022, 19(12):1648-1652.

- [3] 肖飞. 后路单开门椎管扩大成形术与前路减压融合术治疗多节段脊髓型颈椎病的疗效比较 [J]. 当代医学, 2022, 28(08):118-120.

表 2 两组术后安全性对比 (n, %)

并发症	对照组 (n=35)	观察组 (n=35)	χ^2	P
植骨块松动	2 (5.71%)	1 (2.86%)	--	--
内固定移位	3 (8.57%)	0 (0.00%)	--	--
严重骨质疏松	1 (2.86%)	0 (0.00%)	--	--
椎间隙下沉	3 (8.57%)	1 (2.86%)	--	--
螺钉松动	2 (5.71%)	1 (2.86%)	--	--
总发证率	11 (31.43%)	3 (8.57%)	5.7143	0.0168

(上接第 17 页)

切开复位内固定术已经成为了目前临床治疗中的一种新的趋势, 也逐渐开始代替保守法治疗。尤其是在手术的过程中采用了全肋骨板, 和人体的组织相容性较好, 是当前医学领域中比较理想的材料, 而且手术时间较短, 成本低廉, 可以有效地缓解患者的呼吸疼痛感。本次研究也围绕着这一方法展开了讨论, 通过术后的观察和统计, 我们可以明显地看出 B 组患者的不良反应率明显低于 A 组患者, 而且从手术后两天、七天的 VAS 评分结果来看, B 组患者的 VAS 评分明显低于 A 组患者, 其结果具有统计学方面的意义。

综上所述, 对于患有严重的肋骨骨折重症胸外伤患者来说, 采用肋骨骨折切开复位内固定术有着非常不错疗效, 而且和保守法相比较, 该方法术后的不良反应率明显降低, 而且患者的疼痛感也得到了一定的缓解, 所以, 该方法有助

于提高患者的生活质量, 使得患者能够早日康复, 降低了患者的痛苦, 在以后的临床实践中可以大力地推广和使用。

[参考文献]

- [1] 史永康, 李新华, 程亚磊, 董德辉. 肋骨骨折切开复位内固定术与保守治疗在重症胸外伤治疗中的临床效果 [J]. 云南医药, 2022, 39(03):215-216.
- [2] 陈正海, 王罗筛, 汪性展, 杨兆东. 切开复位内固定术治疗肋骨骨折的效果研究 [J]. 当代医药论丛, 2020, 16(09):66-67.
- [3] 韩安勇, 范加社, 邵强, 鲁星, 胡延刚, 段雪琦, 蒋仲敏. 肋骨骨折切开复位内固定术治疗重症胸外伤的临床效果 [J]. 世界复合医学, 2022, 4(03):54-56.
- [4] 郑天明, 林丽娟. 肋骨骨折切开复位内固定术与保守治疗在重症胸外伤治疗中的临床效果比较 [J]. 中国农村卫生, 2021(18):25.