

- 肺癌疗效及预后因素的回顾性研究 (J). 现代肿瘤医学, 2018, 26(15): 2362-2367.
- (6) 徐寿华, 周冬霞, 杜海燕. 盐酸埃克替尼治疗晚期非小细胞肺癌患者的疗效观察 (J). 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27(5): 568-571.
- (7) 赵秋红, 闫春良, 任冠军. 盐酸埃克替尼对中晚期表皮生长因子受体突变型非小细胞肺癌疗效及免疫指标的影响 (J). 癌症进展, 2020, 18(15): 1589-1592.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)08-0129-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.060

经皮椎间孔镜下手术治疗腰椎间盘突出症临床研究

陈 勇 黎昭华 王湘江 陈金栋

(广州医科大学附属第六医院 清远市人民医院, 广东 清远 511500)

〔摘要〕 **目的:** 研究腰椎间盘突出症治疗中经皮椎间孔镜微创手术的应用效果。**方法:** 选取 2014 年 1 月至 2021 年 1 月广州医科大学附属第六医院收治的 80 例腰椎间盘突出症患者, 依据手术方法分为经皮椎间孔镜微创手术组 (微创手术组)、开放椎板间开窗手术组 (开放手术组) 两组, 各 40 例。统计分析两组患者的手术相关指标、腰部、下肢疼痛程度、腰椎功能、生活质量、临床疗效、术后并发症发生情况。**结果:** 微创手术组患者的手术时间、住院时间、术后卧床时间均显著短于开放手术组, 切口长度显著短于开放手术组, 术中出血量显著少于开放手术组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。手术后, 两组患者的腰部及下肢视觉模拟评分法 (VAS) 评分、Oswestry 功能障碍指数 (ODI) 评分均低于手术前, 生活质量量表 (QOL) 评分均高于手术前, 且微创手术组患者的腰部及下肢 VAS 评分、ODI 评分降低幅度和 QOL 评分升高幅度均高于开放手术组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。微创手术组患者的治疗优良率为 90.0%, 显著高于开放手术组的 60.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。微创手术组患者的术后并发症发生率为 2.5%, 显著低于开放手术组的 20.0%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 腰椎间盘突出症治疗中经皮椎间孔镜微创手术的应用效果较开放椎板间开窗手术更好。

〔关键词〕 椎间盘突出症; 经皮椎间孔镜微创手术; 开放椎板间开窗手术; 腰椎功能

〔中图分类号〕 R 687.3 〔文献标识码〕 B

腰椎间盘突出症是由于椎间盘变性, 纤维环破裂, 髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经所表现出来的一系列临床症状和体征, 是引起腰腿痛最主要的原因。典型的症状为腰痛或不伴有腰痛, 主要为单侧或双侧下肢的麻木和疼痛, 行走障碍, 大小便功能障碍等, 早期休息后可缓解, 严重时随行走症状逐渐加重, 甚至彻夜难眠。腰椎间盘突出症患者具有明显较低的生活质量, 对工作及生活造成了严重不良影响。笔者统计分析了 2014 年 1 月至 2021 年 1 月本院收治的 80 例腰椎间盘突出症患者的临床资料, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 1 月至 2021 年 1 月本院收治的 80 例腰椎间盘突出症患者, 依据手术方法分为经皮椎间孔镜微创手术组 (微创手术组)、开放椎板间开窗手术组 (开放手术组) 两组, 各 40 例。开放手术组男 23 例, 女 17 例, 年龄

39~57 岁, 平均 (48.2 ± 8.4) 岁; 在椎间盘突出类型方面, 中央型 20 例 (50.0%), 脱出型 20 例 (50.0%); 在手术节段方面, L4~L5 段 22 例 (55.0%), L5~S1 段 18 例 (45.0%)。微创手术组男 21 例, 女 19 例, 年龄 40~58 岁, 平均 (49.1 ± 8.6) 岁; 在椎间盘突出类型方面, 中央型 21 例 (52.5%), 脱出型 19 例 (47.5%); 在手术节段方面, L4~L5 段 23 例 (57.5%), L5~S1 段 17 例 (42.5%)。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: (1) 直腿抬高试验均为阳性; (2) 均符合椎间盘突出症的诊断标准^[1]。排除标准: (1) 有严重内科疾病; (2) 有严重脏器功能障碍。

1.3 方法

1.3.1 开放手术组 帮助患者取俯卧位, 对患者进行硬膜外麻醉, 然后垫高其腹部, 对其病变节段进行定位, 之后

〔收稿日期〕 2021-03-01

〔作者简介〕 陈勇, 男, 主治医师, 主要研究方向是颈肩腰腿痛及脊柱、脊髓损伤疾病。

将中心设定为椎间隙，将一长度为 2.5 cm 的切口纵行开在患侧，逐层切开皮肤、皮下组织及深筋膜，在 Quadrant 扩张系统下逐步扩张，安放可扩张管，显露椎板及关节突的内侧缘，X 线机引导下为椎板开窗，在此过程中将椎板钳充分利用起来，将神经根分离、牵开，充分暴露神经根和硬膜囊、病变的椎间盘。摘除突出的髓核，止血，对切口进行冲洗，最后逐层关闭切口及皮下组织。

1.3.2 微创手术组 帮助患者取俯卧位，垫高其腹部，对其病变节段进行定位，标记在体表，将进针点设定在标记处。穿刺病变节段椎间隙与棘突相距 8 cm 处，对患者进行局部浸润麻醉，穿刺针引导下置入导丝，将一长度为 8 mm 的切口开在穿刺位置，置入套管，然后将椎间孔镜置入，椎间孔镜辅助下观察髓核突出情况，直接摘除突出的髓核，止血后将切口逐层关闭起来。

1.4 观察指标

随访 3 个月。(1) 手术相关指标；(2) 腰椎功能。采用北美脊柱外科学会推荐的 Oswestry 功能障碍指数 (Oswestry disability index, ODI) 评分，腰椎功能随着评分的降低而改善^[2]；(3) 腰部、下肢疼痛程度。采用视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS)，总分 0~10 分，表示无痛~剧痛^[3]；(4) 生活质量。采用生活质量量表 (Quality of life scale, QOL)，总分 0~100 分，表示低~高^[4]；(5) 术后并发症发生情况。

1.5 疗效评定标准

运用 Macnab 评分法，优：术后患者完全无症状，能够自如活动；良：术后患者症状轻微，在一定程度上限制了活动；可：术后患者具有较轻的症状，限制了活动；差：术后患者的症状没有减轻或加重^[5]。优良率 = (优 + 良) / 总例数 × 100%。

1.6 统计学分析

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术相关指标比较

微创手术组患者的手术时间、住院时间、术后卧床时间均显著短于开放手术组，切口长度显著短于开放手术组，术中出血量显著少于开放手术组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者的手术相关指标比较 (n = 40, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 /min	切口长度 /cm	术中出血量 /mL	住院时间 /d	术后卧床时间 /d
开放手术组	72.9 ± 11.1	1.9 ± 0.6	37.9 ± 5.9	8.9 ± 1.3	6.7 ± 1.8
微创手术组	57.3 ± 9.4 ^a	0.8 ± 0.2 ^a	20.2 ± 3.1 ^a	5.5 ± 1.2 ^a	0.7 ± 0.2 ^a

与开放手术组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者手术前后评分比较

手术后，两组患者的腰部及下肢 VAS 评分、ODI 评分均低于手术前，QOL 评分均高于手术前，且微创手术组患者的腰部及下肢 VAS 评分、ODI 评分降低幅度和 QOL 评分升高幅度均高于开放手术组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者手术前后评分比较 (n = 40, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	腰部 VAS 评分	下肢 VAS 评分	ODI 评分	QOL 评分
开放手术组	手术前	6.4 ± 1.5	8.0 ± 1.3	3.5 ± 1.1	47.2 ± 7.5
	手术后	3.8 ± 1.2 ^b	4.4 ± 1.2 ^b	2.1 ± 0.6 ^b	65.6 ± 8.5 ^b
微创手术组	手术前	6.3 ± 1.4	8.1 ± 1.0	3.5 ± 1.1	46.5 ± 7.6
	手术后	1.3 ± 0.4 ^{bc}	0.8 ± 0.2 ^{bc}	2.9 ± 0.8 ^{bc}	75.6 ± 12.4 ^{bc}

与同组手术前比较，^b*P* < 0.05；与开放手术组手术后比较，^c*P* < 0.05

注：VAS — 视觉模拟评分法；ODI — Oswestry 功能障碍指数；QOL — 生活质量量表

2.3 两组患者的临床疗效比较

微创手术组患者的治疗优良率为 90.0%，显著高于开放手术组的 60.0%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者的临床疗效比较 (n = 40, n (%))

组别	优	良	可	差	优良
开放手术组	13(32.5)	11(27.5)	8(20.0)	8(20.0)	24(60.0)
微创手术组	18(45.0)	18(45.0)	3(7.5)	1(2.5)	36(90.0) ^d

与开放手术组比较，^d*P* < 0.05

2.4 两组患者术后并发症发生情况比较

微创手术组患者的术后并发症发生率为 2.5%，显著低于开放手术组的 20.0%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者术后并发症发生情况比较 (n = 40, n (%))

组别	椎间隙感染	神经根损伤	硬膜囊损伤	总发生
开放手术组	3(7.5)	2(5.0)	3(7.5)	8(20.0)
微创手术组	1(2.5)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.5) ^e

与开放手术组比较，^e*P* < 0.05

3 讨论

腰椎间盘突出症是一种脊柱退行性疾病。椎间盘主要构成包括纤维环、髓核以及上下软骨板，在椎体之间起减轻震动的作用，随着年龄的增长，积累的慢性损伤逐步导致椎间盘结构发生改变，使椎间盘内的水分丢失，椎间隙的高度下降，髓核逐步突破周围的纤维环，突出到椎管内，继而压迫或刺激椎管内的神经，临床表现为腰痛或腿痛等一系列症候，称为腰椎间盘突出症。在腰椎间盘突出症的手术治疗中，传统切除手术极易伤害患者脊神经，而经皮椎间孔镜手术则能够对传统手术的不足进行有效弥补，促进手术效率的提升。相关医学研究表明^[6]，在腰椎间盘突出症的治疗中，椎间孔

镜技术具有较短的切口，能够在极大程度上减轻患者疼痛程度，具有较高的优良率。本研究结果和上述研究结果一致。

综上所述，腰椎间盘突出症治疗中经皮椎间孔镜微创手术的应用效果较开放椎板间开窗手术更好。

〔参考文献〕

(1) 吉建学. 腰椎间盘突出症的影像标准化诊断 (J). 中外医疗, 2008, 27(15): 132.

(2) 白跃宏, 俞红, 杨新文, 等. 简体中文版 Oswestry 功能障碍指数评定社区康复治疗腰椎间盘突出症的信度及效度分

析 (J). 中华物理医学与康复杂志, 2010, 32(8): 584-587.

(3) 李韶芳. 恐惧视觉模拟评分法用于评价术前恐惧的可行性 (J). 华西医学, 2010, 25(1): 195-196.

(4) 李贝, 吴清福. SF-36 量表测定广东省移居老年人生活质量分析 (J). 中国卫生事业管理, 2013, 30(5): 378-381.

(5) 李明明, 张盛强. 腰椎间盘突出症的临床疗效标准 (J). 按摩与康复医学 (下旬刊), 2011, 2(2): 73-74.

(6) 陈观华, 黄志勇, 何平. 经皮椎间孔镜手术与椎板开窗术治疗腰椎间盘突出症效果比较 (J). 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(22): 123-125.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)08-0131-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.061

两种手术方法对急性胃穿孔患者的治疗效果对比分析

严命熔 熊克辉 蔡满忠 吴思懿

(福建中医药大学附属福鼎医院, 福建 福鼎 355200)

〔摘要〕 目的: 分析比较单纯穿孔修补术和胃大部分切除术对急性胃穿孔患者的治疗效果。方法: 选取福建中医药大学附属福鼎医院 2015 年 6 月至 2020 年 4 月收治的 80 例急性胃穿孔患者, 以数字奇偶法分为两组, 单纯穿孔修补术组和胃大部分切除术组各 40 例。单纯穿孔修补术组选择腹腔镜下单纯穿孔修补术治疗急性胃穿孔, 胃大部分切除术组选择腹腔镜辅助或者开放胃大部分切除术治疗急性胃穿孔, 比较两组治疗效果。结果: 单纯穿孔修补术组患者治疗总有效率 (95.00%) 与胃大部分切除术组 (92.50%) 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。单纯穿孔修补术组患者并发症发生率 (2.50%) 明显低于胃大部分切除术组 (15.00%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。单纯穿孔修补术组患者术中失血量明显少于胃大部分切除术组, 手术时间、肛门排气时间及住院时间均明显短于胃大部分切除术组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 同胃大部分切除术比较, 单纯穿孔修补术可使急性胃穿孔患者并发症显著减少, 术中、术后指标显著改善。

〔关键词〕 急性胃穿孔; 胃大部分切除术; 单纯穿孔修补术

〔中图分类号〕 R 656.6[†]1 〔文献标识码〕 B

急性胃穿孔作为外科常见急腹症之一, 主要因为胃器质性病变或者胃壁外伤导致胃壁呈现出全层破裂现象, 其主要表现为恶心以及腹痛、腹胀、腹膜炎等, 大多因为胃溃疡诱发^[1-2]。当前针对胃溃疡导致急性胃穿孔患者在治疗期间, 传统胃大部分切除术应用虽可将胃溃疡以及胃穿孔等系列问题加以解决, 但会对患者造成较大程度创伤, 表现出手术较长耗时, 患者表现出耐受困难现象, 呈现出较长术后恢复时间以及较差预后。在此种情形下单纯穿孔修补术获得广泛运用^[3]。本研究探析分别选择单纯穿孔修补术以及胃大部分切除术在急性胃穿孔治疗效果及并发症方面的比较, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2015 年 6 月至 2020 年 4 月收治的 80 例急性胃穿孔患者, 以数字奇偶法分为两组, 单纯穿孔修补术组和胃大部分切除术组各 40 例。单纯穿孔修补术组中, 女 12 例, 男 28 例; 年龄 25 ~ 72 岁, 平均为 (42.79 ± 5.29) 岁。胃大部分切除术组中, 女 11 例, 男 29 例; 年龄 28 ~ 73 岁, 平均为 (42.81 ± 5.21) 岁。两组急性胃穿孔患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

〔收稿日期〕 2021 - 02 - 08

〔作者简介〕 严命熔, 男, 副主任医师, 主要研究方向是胃肠外科。