

前认为可能涉及遗传、环境、社会心理、胃肠感染等因素,可出现胃肠动力、内脏敏感性、脑-肠轴调节等异常,其中胃肠动力变化被认为是 IBS 最基本的病理生理学基础^[1]。肠道感染史、焦虑抑郁、食物过敏和饮酒是 IBS 发病的危险因素^[4]。随着临床医学对精神心理因素的关注,人们认识到并且逐渐重视心理因素对 IBS 的发生、发展和疾病的转归有着重要的影响^[5]。现代人们由于工作紧张、生活节奏快、精神负担重,若长期得不到合理解决,均可以引起 IBS。其发生原因可能为不良精神心理因素通过脑肠轴使胃肠运动功能紊乱,引发不同程度的腹痛和排便习惯改变、大便性状改变;增加对疼痛的敏感性或降低内脏痛觉阈值;精神刺激可诱发下丘脑释放促肾上腺素皮质激素释放激素,增加内脏器官对各种刺激的敏感性,增加结肠平滑肌运动,提高上皮细胞分泌功能和黏膜通透性,产生和释放炎性介质,诱发相应腹部症状的发生。

本研究结果显示:通过 SAS、SDS 评分量表分析得出,腹泻型 IBS 组患者中具有焦虑、抑郁状况的人数均明显高于对照组,同时,腹泻型 IBS 组患者 SAS、SDS 评分也均显著高于对照组,这表明腹泻型 IBS 患者常伴有焦虑、抑郁症状。这与国外文献报道相一致,IBS 患者持续反复的临床症状可诱发或加重精神障碍^[6]。而腹泻型 IBS 组男女焦虑、抑

郁症状评分比较无显著差异。因此,腹泻型 IBS 患者常表现为神经质、易激惹、焦虑以及抑郁等反常的不良情绪,而异常的心理情绪亦可进一步加重影响胃肠道功能。综上所述,腹泻型 IBS 患者比健康人群更易出现焦虑、抑郁等自主神经功能紊乱,与焦虑、抑郁情绪存在一定相关性,而该不良情绪反过来会加重腹泻型 IBS 症状的发生。因此,我们对腹泻型 IBS 患者不仅要通过药物治疗改善其肠道功能,同时也要重视其心理状况的改善,才能有助于提高临床疗效。

参考文献

[1]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.肠易激综合征诊断和治疗 的共识意见(2007,长沙)[J].中华消化杂志,2008,28(1):38-40
[2]姜乾金.医学心理学[M].北京:人民卫生出版社,2002.118
[3]张鸣鸣,姜敏.肠易激综合征发病机制研究进展[J].世界华人消化杂志,2009,17(24):2484-2490
[4]张璐,段丽萍,刘懿萱,等.中国人群肠易激综合征患病率和相关危险因素 的 Meta 分析[J].中华内科杂志,2014,53(12):969-975
[5]Jeffrey M,Lackner Gregory D,Gudleski Elyse R,et al.The impact of physical complaints, social environment, and psychological functioning on IBS patients' health perceptions: looking beyond GI symptom severity[J].American Journal of Gastroenterology,2014,109 (2):224-233
[6]Stasi C,Bellini M,Costa F,et al.Neuroendocrine markers and psychological features in patients with irritable bowel syndrome[J]. Int J Colorectal Dis,2013,28(9):1203-1208

(收稿日期:2015-07-30)

双侧腰椎管狭窄采用单侧开窗潜行减压术治疗的临床体会

张功恒 黄强

(江西省宜春市人民医院 宜春 336000)

摘要:目的:探析单侧开窗潜行减压术治疗双侧腰椎管狭窄的临床效果。方法:选取我院收治的 86 例双侧腰椎管狭窄患者,将其随机分为两组,每组 43 例。对照组给予传统开放手术治疗,观察组给予单侧开窗潜行减压术治疗,对比临床治疗效果。结果:观察组的术中出血量、术后引流量及住院时间均明显低于对照组($P<0.05$);术后 1 周,观察组的 VAS 评分低于对照组($P<0.05$)。结论:单侧开窗潜行减压术治疗双侧腰椎管狭窄的临床效果较为显著,可缩短住院时间,缓解患者的疼痛症状,值得临床推广应用。

关键词:双侧腰椎管狭窄;单侧开窗潜行减压术;临床效果

中图分类号:R681.57

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.12.023

腰椎管狭窄是临床上的多发病、常见病,主要发病原因为年龄增长及骨骼结构变化导致椎管狭窄,对患者的生活质量和生命健康造成严重影响。非手术治疗具有一定的创伤性,但治疗效果不理想,因此,选择适宜的手术方式是提升患者生存质量的关键。本文选取 86 例双侧腰椎管狭窄患者为研究资料,对单侧开窗潜行减压术治疗该病的临床价值进

行评价。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取我院 2014 年 1 月~2015 年 7 月收治的 86 例双侧腰椎管狭窄患者,将其随机分为两组,每组 43 例。对照组中,男 26 例,女 17 例;年龄 41~68 岁,平均年龄(52.31 ± 2.14)岁;病变情况如下:L₃₋₄ 段 11 例,L₄₋₅ 段 18 例,L₅~S₁

段 14 例。观察组中,男 27 例,女 16 例;年龄 42~67 岁,平均年龄(52.47± 2.22)岁;病变情况如下:L₃₋₄ 段 12 例,L₄₋₅ 段 16 例,L₅~S₁ 段 15 例。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组予传统开放手术治疗:患者取俯卧位,全身麻醉,将腹部垫空,正中位置为切口。借助 C 型臂 X 线机进行确定,并置入 4 枚短尾椎弓根螺钉。将病变组织、病变间隙上位椎体的突出部位及部分椎板,在清除黄韧带的基础上将下位椎体上关节突出部分切除,并对内缘部位进行减压。同时,将神经根与硬膜向内侧牵拉,待椎间盘与软骨终板彻底清除后,可将自体骨粒植入椎间隙。选择适宜高度的椎间融合器,将其置入,使用钛棒进行加压固定。观察组给予单侧开窗潜行减压术治疗,取患者俯卧位,全身麻醉,将腹部垫空,取正中位置为切口。主刀医师站在病情重的患侧,将椎旁肌肉和软组织、上下突出关节切除。将黄韧带彻底清除,使用骨刀或咬骨钳将上下突出关节及部分椎板切除。行 1 cm× 1 cm 的小骨窗,将神经与硬膜囊充分暴露,切开硬膜囊,牵开神经根,并将椎间盘彻底刮除,同时对侧进行潜行减压。术后进行常规椎弓钉植入及植骨融合,经 C 型臂 X 线机确定无误后,缝合手术切口,完成手术。

1.3 观察指标及评价标准 对两组患者术中透视时间、术中出血量、术后引流量及住院时间进行观察。

1.4 评分标准 采用 VAS 视觉评分法对两组患者治疗前后的腰部、腿部疼痛程度进行评分^[1]:满分为 10 分,0 分表示无疼痛;1~3 分表示患者有轻微疼痛,但在患者可承受的疼痛范围内;4~6 分表示患者的疼痛程度加剧,且对患者的正常生活产生一定的影响;7~10 分表示患者的疼痛感强烈,疼痛难忍,严重影响患者的生活质量,甚至需要借助药物止痛。

1.5 统计学方法 本研究所有数据均采用 SPSS13.0 统计软件进行数据统计,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料用%表示, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的手术情况及住院时间比较 观察组的术中出血量、术后引流量及住院时间均明显优于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的手术情况及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中透视时间 (s)	术中出血量 (ml)	术后引流量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	43	24.12± 15.03	156.15± 70.21	95.01± 80.22	5.21± 3.52
对照组	43	10.11± 9.02	392.41± 210.36	370.21± 150.32	7.14± 4.35
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后 VAS 评分比较 治疗前,观察组 VAS 评分为(4.21± 0.22)分,对照组 VAS 评分为(4.15± 0.35)分。两组 VAS 评分比较无显著差异($P>0.05$)。术后 1 周,观察组 VAS 评分为(2.01± 0.11)分,对照组 VAS 评分为(3.78± 0.21)分。两组 VAS 评分比较有显著差异($P<0.05$)。

3 讨论

腰椎管狭窄是中老年人群中的常见病和多发病,其中双侧腰椎管狭窄发病率较高。非手术治疗具有一定的创伤性,因此,手术是现阶段临床上治疗腰椎管狭窄的首选方案。有研究显示^[2],手术方案主要包括开放减压术、单侧开窗潜行减压术等。其中,传统开放减压术需要将附着的肌肉及软组织剥离,易导致肌肉及软组织受损,不利于术后腰椎稳定性及远期治疗效果。单侧开窗潜行减压术可避免单侧椎旁多裂肌剥离,保存棘突起点,最大限度的保护了多裂肌深面的神经支配功能,对椎旁肌的正常生理特征形成了保护作用,大大降低术后疼痛发生率。

本研究结果显示,观察组的术中透视时间、术中出血量、术后引流量、住院时间、VAS 评分均优于对照组($P<0.05$)。与相关研究结果具有一致性^[3],从结果中可以看出,对双侧腰椎管狭窄行单侧开窗潜行减压术的治疗效果优于传统开放减压术,且在术中出血量、手术时间、术后引流量、住院时间等多方面均具有应用优势。此外,应用单侧开窗潜行减压术开展临床治疗,可有效缓解患者腰部、腿部的疼痛症状,疼痛程度在患者可承受范围内,更有利于改善患者术后生活质量。综上所述,单侧开窗潜行减压术治疗双侧腰椎管狭窄的临床效果较为显著,可缩短住院时间,缓解患者的疼痛症状,值得临床推广应用。

参考文献

[1]闫立伟,王文波.单侧开窗潜行减压治疗双侧腰椎管狭窄的临床研究[J].哈尔滨医科大学学报,2014,48(6):509-512
[2]张居适,胡松峰,李志龙.潜行减压单侧改良 TLIF 手术治疗腰椎退行性疾病[J].中国骨伤,2014,27(6):500-503
[3]周献伟,李志伟,丁强.保留棘突双侧潜行扩大开窗减压术联合独活寄生汤加减治疗腰椎间盘突出合并椎管狭窄症 76 例临床观察[J].河北中医,2014,36(11):1654-1656

(收稿日期: 2015-08-14)