

患者治疗后的情况。

1.6 统计学分析 数据处理采用 SPSS13.0 统计软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 6 个月后,实验组 VAS 疼痛评分、UCLA 评分均明显优于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 两组 Constant-Murley 功能恢复评分相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的手术治疗情况评估比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS	UCLA	Constant-Murley
实验组	20	1.69 $\pm$ 1.01	31.92 $\pm$ 4.13	83.49 $\pm$ 7.13
对照组	20	3.79 $\pm$ 1.95	18.19 $\pm$ 4.82	82.41 $\pm$ 7.43
t		4.28	9.67	0.47
P		<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

许多研究证明^[3],手术是治疗冈上肌腱撕裂的重要手段。但开放式肩袖修补术损伤大,并发症发生率高,影响术后康复。随着关节镜技术的发展,全关节镜下冈上肌腱锚钉缝合固定术,从单排锚钉缝合发

展到双排锚钉缝合,再发展到缝线桥技术的双排锚钉缝合^[4]。研究中,将在关节镜下采用缝合桥技术双排缝合进行治疗的 20 例患者的临床效果与在关节镜下采用单排缝合技术进行治疗的 20 例患者的临床效果进行了对比,结果发现在关节镜下采用缝合桥技术双排缝合的临床效果明显优于单排缝合。

综上所述,在关节镜下采用缝合桥技术双排缝合治疗冈上肌腱全层撕裂效果显著,不仅能让缝合的肌腱止点从点状固定变为面状固定,肌腱表面还更加光滑,固定更加牢靠,愈合率更高。

参考文献

- [1]裴杰,王青.肩袖撕裂双排缝合技术与缝线桥技术的疗效对比分析[J].中国运动医学杂志,2017,36(1):9-13
- [2]潘海乐,张一翀,吕松岑,等.使用单排缝合技术和缝线桥技术修补中度肩袖撕裂的结果比较[J].中华肩肘外科电子杂志,2014,2(2):85-90
- [3]任江涛,徐丛.关节镜下缝线桥技术修复肩袖撕裂的缝合及固定方式研究进展[J].中华骨科杂志,2016,36(7):443-448
- [4]王明新,刘玉杰,何蔚,等.同种异体皮质骨锚钉结合缝线桥技术修复肩袖损伤[J].中华医学杂志,2012,92(25):1747-1750

(收稿日期:2017-04-04)

后路病灶清除一期内固定治疗腰椎结核对患者植骨融合率、VAS 评分及损伤神经恢复的影响

范志丹 李青 梁道臣

(广东省中山市人民医院骨二科 中山 528400)

摘要:目的:探究后路病灶清除一期内固定治疗腰椎结核对患者植骨融合率、VAS 评分及损伤神经恢复的影响。方法:选取 2008 年 12 月~2015 年 12 月我院接诊的 20 例腰椎结核患者为研究对象,对所有患者实施后路病灶清除一期内固定治疗,随访 1 年。分析患者治疗前后植骨融合率、VAS 评分及损伤神经恢复情况。结果:与治疗前相比,治疗后患者 VAS 评分显著降低、损伤神经恢复明显($P < 0.05$);随访 1 年,患者植骨融合率为 100.00%,平均植骨融合时间为(6.68 $\pm$ 2.32)个月。结论:后路病灶清除一期内固定治疗腰椎结核患者,疗效确切,可有效缓解患者疼痛,促进植骨融合及损伤神经恢复。

关键词:腰椎结核;后路病灶清除;一期内固定;影响

中图分类号:R529.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.047

腰椎结核是临床常见的全身骨关节结核病之一,主要临床表现为疼痛和功能障碍,给患者生活带来一定的负面影响,因此,及时、有效的治疗,对提高患者生存质量具有积极作用^[1-3]。本研究对腰椎结核患者实施后路病灶清除一期内固定治疗,治疗效果较显著。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 12 月~2015 年 12 月我院收治的 20 例腰椎结核患者为研究对象。其中,男 12 例,女 8 例;年龄 23~65 岁,平均年龄(42.75 $\pm$ 7.26)岁;患病时间 2 个月~3 年,平均患病时间(12.65 $\pm$ 2.61)个月;第 2~3 腰椎结核 4 例,第 3~4 腰

椎结核 12 例,第 4~5 腰椎结核 4 例。结合脊髓神经功能 ASIA 分级:B 级 1 例,C 级 2 例,D 级 5 例,E 级 12 例。所有患者均经 X 线、CT 或 MRI 检查诊断为腰椎结核,且均经术后病理检查确诊。患者及其家属均签署知情同意书。

1.2 方法 所有患者均实施后路病灶清除一期内固定治疗。(1)术前准备:术前给予患者三联抗结核治疗,异烟肼片 0.3 g、乙胺丁醇片 0.75 g、吡嗪酰胺片 0.75 g、利福平胶囊 0.45 g,1 次/d,口服,连续治疗 2~4 周。同时给予纠正贫血、低蛋白血症,当患者白蛋白>35 g/L、血红蛋白>100 g/L、结核中毒症状减轻、血沉<60 mm/h 时可实施手术治疗。(2)手术

治疗:患者取俯卧位,全麻;于患者右侧或左侧髂后上棘取足量松质骨,制成骨粒备用;以病变椎间隙为中心,作一后正中切口,置入椎弓根螺钉;结合术前 CT 诊断确定置钉方案,若两个椎体破坏较严重,可对其相邻正常椎体进行置钉操作;若两个椎体破坏程度较轻,即可对患椎进行置钉操作;若单个椎体破坏较轻,可对该椎体及相邻椎体进行置钉操作;置钉后,进行病灶清除,以破坏较重侧作为手术入路,并在其侧安装预弯的连接棒,将其适度撑开;切除后部韧带、棘突、双侧椎板及部分上、下关节突,充分显露神经根及硬膜囊,向对侧牵引硬膜囊;经椎间隙途径将脓液吸尽,使用刮匙彻底清除坏死椎间盘组织、结核性肉芽组织及死骨,直至无明显病变组织刮出,若患者椎旁脓肿范围较广,可切除全部关节突关节,但应避免伤及椎体前方大血管;病灶清除后,用 0.9% 氯化钠注射液(含有雷米封)彻底冲洗术区;将 0.3 g 雷米封针和松质骨骨粒混合,植于病灶内,如有多余骨粒,可行关节突间植骨;安装横连、连接棒,旋紧螺钉,逐层缝合手术切口,给予置管引流。(3) 术后处理:术后 48 h 拔除切口引流管,予以抗感染治疗 3 天,并继续予以四联抗结核治疗,连续治疗 12~18 个月。根据患者恢复情况指导其进行下床活动。

1.3 评估指标及标准

1.3.1 评估指标 随访 1 年,观察患者植骨融合率及术后 VAS 评分、损伤神经恢复情况。

1.3.2 评估标准^[4] VAS 评分采用 VAS 疼痛评估量表进行,总分为 0~10 分,评分越高,患者疼痛程度越明显,治疗效果越差;神经恢复情况选择美国脊髓损伤学会(American Spinal Injury Association, ASIA)制定的标准进行评定,主要分为 A、B、C、D、E 5 级,越接近 E 级,治疗效果越好。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗前后 VAS 评分比较 治疗后,患者 VAS 评分显著低于治疗前, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 患者治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS 评分
治疗前	20	6.89 $\pm$ 2.35
治疗后	20	3.52 $\pm$ 0.61
t		6.208
P		<0.05

2.2 患者治疗前后损伤神经恢复情况比较 治疗后,患者损伤神经较治疗前均明显恢复, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 患者治疗前后损伤神经恢复情况比较(例)

组别	A	B	C	D	E
治疗前	0	1	2	5	12
治疗后	0	0	0	1	19
χ^2					7.025
P					<0.05

2.3 20 例患者术后植骨融合率 随访 1 年,20 例患者平均植骨融合时间为(6.68 $\pm$ 2.32)个月,植骨融合率为 100.00%。

3 讨论

研究显示^[5],近些年脊柱结核患病率呈逐年增长的趋势,其中以腰椎结核发病率最高,该病起病较隐匿,早期症状不显著,若患者未得到及时有效的治疗,极易使脊柱椎体被破坏,引起脊柱后凸畸形,压迫脊髓和神经,出现功能受损。

目前,临床治疗腰椎结核以保守治疗及手术治疗为主。临床调查发现^[6],保守治疗时间较长,患者长期卧床,易增加压疮、肺炎等并发症发生的几率。手术治疗腰椎结核主要以清除病灶、解除神经压迫、矫正脊柱畸形及重建脊柱稳定性为原则。本研究对 20 例腰椎结核患者实施后路病灶清除一期内固定治疗后发现,因其解剖入路方式较简单,创伤较小,可有效减轻对肺部及腹腔脏器的影响,改善患者疼痛症状,且手术矫正畸形及维持效果显著,具有良好的稳定性,利于植骨融合。综上所述,后路病灶清除一期内固定治疗腰椎结核,可有效促进植骨融合及损伤神经恢复,改善患者疼痛症状,疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 吴青坡,刘志平,孙国绍.后路经椎间隙病灶清除一期内固定治疗腰椎结核的效果[J].中国实用医刊,2016,43(15):62-64
- [2] 赵斌,王浩,赵轶波,等.后路椎旁肌间隙入路治疗胸、腰椎结核[J].中华骨科杂志,2014,34(2):116-120
- [3] 耿晓林,贾金领.一期后路病灶清除植骨融合内固定术治疗腰椎结核[J].骨科,2016,7(3):172-175
- [4] 李娟,王会仁,姜允琦,等.胸、腰椎结核病灶清除联合应用局部缓释抗结核药物的疗效分析[J].中华骨科杂志,2014,34(2):129-136
- [5] 杨利斌,李爱国,杨素敏.一期后路下腰椎结核病灶清除植骨内固定的疗效观察[J].成都医学院学报,2015,10(2):208-212
- [6] 崔文宁,陈小艳,钱文杰,等.前路一期病灶清除植骨融合后路长节段固定治疗青壮年腰椎结核[J].中国骨与关节损伤杂志,2016,31(7):777-778

(收稿日期:2017-05-10)