

优势,值得临床推广。

参考文献

[1]中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会.原发性骨质疏松症诊治指南(2011 年)[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2011,4(1):2-17
[2]王雨,王瑜.单侧与双侧入路行椎体成形术治疗老年骨质疏松性椎体骨折的临床对比[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(36):24-25

[3]朱秀英,聂英坤,武小薇.老年人骨质疏松症临床特点分析与探讨[J].哈尔滨医科大学学报,2001,35(5):365-366
[4]童卫华,扈佐鸿,刘浩,等.单侧与双侧入路行椎体成形术治疗老年骨质疏松性椎体骨折疗效比较[J].实用医学杂志,2015,31(22):3656-3660
[5]王珏,卓瑞立,原连靖,等.单侧入路椎体成形术治疗老年骨质疏松性椎体骨折[J].实用医学杂志,2012,28(9):1506-1508

(收稿日期: 2017-10-23)

单纯减压与减压融合内固定术治疗伴 I 度退行性滑脱
腰椎管狭窄症的疗效比较

郑铁牛 黄岩石 刘永喜 王浙克 吴迪 罗恒超
(河南省南阳市第二人民医院 南阳 473000)

摘要:目的:探讨单纯减压与减压融合内固定术治疗伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症的临床效果。方法:选取 2013 年 7 月~2015 年 7 月我院收治的伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症患者 76 例,根据手术方式的不同分为对照组和观察组各 38 例。对照组行单纯减压治疗,观察组行减压融合内固定术治疗。比较两组患者临床疗效、术后并发症发生情况以及随访 2 年后患者腰腿疼痛评分、腰椎 JOA 评分和腰椎滑脱程度。结果:两组患者治疗优良率比较无显著性差异($P>0.05$);术后两年,观察组疼痛评分、腰椎滑脱程度明显低于对照组($P<0.05$);两组术后两年腰椎 JOA 评分均较术前明显改善,但两组比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组并发症发生率高于对照组($P<0.05$)。结论:单纯减压与减压融合内固定术治疗伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症早期疗效相当,单纯减压术损伤小、并发症少,但远期效果不佳,减压融合内固定术远期疗效优于单纯减压术。

关键词:腰椎管狭窄症; I 度退行性滑脱;减压术;融合内固定

中图分类号:R681.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.014

腰椎管狭窄症是由于黄韧带肥厚增生、小关节增生内聚、椎间盘膨隆突出、骨性退变导致的椎管各径线缩短,压迫硬膜囊、脊髓或神经根,从而引起一系列神经功能障碍的疾病,可合并腰椎间盘突出症、腰椎滑脱、腰椎退变性侧弯、颈腰综合征等腰椎退变性疾病^[1]。腰椎退行性滑脱是由腰椎运动节段退变所致,典型的腰椎退行性滑脱伴椎管狭窄会引起腰腿痛以及神经性间歇性跛行症状^[2]。保守治疗或反复治疗无效患者需进行手术治疗,手术主要通过神经减压,达到缓解疼痛、改善跛行等症状的目的^[3]。本研究旨在探讨单纯减压与减压融合内固定术治疗伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 7 月~2015 年 7 月我院收治的伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症患者 76 例,均经 X 线、CT 或 MRI 检查确诊,根据手术方式的不同分为对照组和观察组各 38 例。对照组男 14 例,女 24 例;年龄 42~74 岁,平均年龄(61.6±9.8)岁;病程 3 个月~11 年;伴有腰痛者 33 例,下肢放射痛单侧 20 例,下肢放射痛双侧 18 例;L3 滑脱 3 例,L4 滑脱 32 例,L5 滑脱 3 例,滑脱节段均合并有椎管狭窄,其中 10 例患者伴有脊柱退行性侧弯。观察组男 15 例,女 23 例;年龄 44~75 岁,平均年龄

(62.1±8.7)岁;病程 3 个月~12 年;伴有腰痛者 34 例,下肢放射痛单侧 21 例,下肢放射痛双侧 17 例;L3 滑脱 2 例,L4 滑脱 33 例,L5 滑脱 3 例,滑脱节段均合并有椎管狭窄,其中 9 例患者伴有脊柱退行性侧弯。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 行单纯减压术治疗。气管插管全麻,患者取俯卧位,腹部悬空,于棘突后正中作一纵向切口,一节减压切口约 3~5 cm,两节减压切口约 4~6 cm。行单侧手术患者首先分离骶棘肌,暴露并切除黄韧带,切除椎板时需确保狭窄椎管上下得到充分减压,对需进行椎管侧方减压的病例切除伴骨赘关节突内侧缘的 3~5 mm。若对侧也有狭窄压迫病变时,需先取出对侧神经根及硬膜囊的压迫。手术过程中需保持棘上韧带和棘间韧带的完整性。术后 1~3 d 戴腰围离床康复训练,术后佩戴腰围 2 周。

1.2.2 观察组 行减压融合内固定术治疗。气管插管全麻,患者取俯卧位,腹部悬空,于腰背后正中作一纵向切口,分离两侧骶棘肌,充分暴露椎板及椎弓根入钉点,置入椎弓根螺钉,全椎板减压后,清除软骨终板和责任椎间盘,置入装入碎骨后的椎间融合器,安装内固定。术后 1~3 d 戴腰围离床康复训练,术后佩戴腰围 3 个月。

1.3 观察指标及标准 (1)观察两组患者术后并发症发生情况。(2)随访 2 年,比较两组患者腰腿疼痛评分及腰椎 JOA 评分,在中立位侧位 X 线片上测量两组患者腰椎滑脱程度。(3)比较两组临床疗效。疗效评价标准:以腰椎 JOA 评分好转率进行评定,总分 29 分。优:好转率 $\geq 75\%$;良:好转率为 50%~74%;中:好转率为 25%~49%;差:好转率 $< 24\%$,或较术前降低。JOA 评分好转率 $=[(术后评分-术前评分)/(29-术前评分)]\times 100\%$ 。^[4]

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计软件,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 *t* 检验,计数资料用%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 两组临床疗效比较 两组患者治疗优良率比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较					
组别	<i>n</i>	优(例)	良(例)	中(例)	差(例)
观察组	38	20	15	2	1
对照组	38	15	19	2	2

2.2 两组腰椎 JOA 评分、疼痛评分、腰椎滑脱程度比较 两组患者术前腰椎 JOA 评分、疼痛评分、腰椎滑脱程度比较差异无统计学意义, $P>0.05$;术后 2 年,观察组疼痛评分、腰椎滑脱程度明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义;两组术后 2 年腰椎 JOA 评分均较术前明显改善,但两组比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

表 2 两组腰椎 JOA 评分、疼痛评分、腰椎滑脱程度比较 $(\bar{x} \pm s)$					
时间	组别	<i>n</i>	疼痛评分(分)	腰椎滑脱程度(%)	腰椎 JOA 评分(分)
术前	观察组	38	8.1 $\pm$ 1.8	16.4 $\pm$ 4.8	4.3 $\pm$ 1.1
	对照组	38	7.9 $\pm$ 2.1	16.8 $\pm$ 3.6	4.2 $\pm$ 1.2
术后 2 年	观察组	38	2.1 $\pm$ 1.2*	12.4 $\pm$ 2.1*	19.8 $\pm$ 4.5
	对照组	38	3.4 $\pm$ 1.1	16.6 $\pm$ 3.2	20.1 $\pm$ 3.8

注:与对照组术后 2 年比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组术后并发症发生率比较 观察组出现术后并发症 5 例,其中术中硬脊膜损伤 3 例、术后感染 1 例、术后神经根性疼痛 1 例,术后并发症发生率为

(上接第 18 页)肠乳头功能,降低反流性胆管炎等远期并发症发生的风险,预后良好。

参考文献

[1]全勇,姚勇,赵利,等.胆囊伴胆总管结石行腹腔镜联合胆道镜治疗临床探讨[J].中外医疗,2014,33(1):45-46
[2]樊艳华,刘鸿飞,房龙,等.内镜下十二指肠乳头括约肌切开取石术后胰腺炎影响因素分析[J].中国内镜杂志,2016,22(11):46-50
[3]朱庆云,陈石伟,蔡晓燕,等.经皮肝穿刺球囊扩张十二指肠乳头括

13.16%(5/38);对照组出现术后并发症 2 例,其中术中硬脊膜损伤 1 例、术后足背麻木 1 例,术后并发症发生率为 5.26%(2/38),经对症处理后均得到有效缓解。观察组术后并发症发生率高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

3 讨论

椎管减压术治疗腰椎管狭窄症伴退行性滑脱的临床效果已得到证实,但不同的手术方式对患者脊柱整体的稳定性及远期疗效有所不同。本研究结果显示,两组患者治疗优良率比较无显著性差异($P>0.05$);术后 2 年,观察组疼痛评分、腰椎滑脱程度明显低于对照组 ($P<0.05$);两组术后 2 年腰椎 JOA 评分均较术前明显改善,但两组比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组并发症发生率高于对照组($P<0.05$)。说明单纯减压与减压融合内固定术治疗伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症的早期疗效相当,单纯减压术损伤小、并发症少,但远期效果不佳,减压融合内固定术远期疗效优于单纯减压术。减压融合内固定术可于减压过程中兼顾到患者腰椎的稳定性,消除各种医源性的腰椎不稳因素,还可通过对滑脱阶段的融合,防止椎管增生、狭窄的再次发生和发展,避免增生性神经根压迫,改善腰腿疼痛,提高远期疗效^[5]。综上所述,单纯减压与减压融合内固定术治疗伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症疗效相当,但就远期疗效来讲,减压融合内固定术疗效更佳。

参考文献

[1]刘汝落.腰椎管狭窄症[J].中国矫形外科杂志,2004,12(19):1514-1516
[2]何勃,阮狄克,侯黎升,等.单纯减压与减压融合内固定术治疗伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症的疗效比较[J].中国脊柱脊髓杂志,2012,22(5):412-417
[3]何启荣.减压融合内固定术治疗伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症患者的远期疗效分析[J].现代诊断与治疗,2015(24):5652-5654
[4]李军.单纯减压与减压融合内固定术治疗伴 I 度退行性滑脱的腰椎管狭窄症的疗效比较探讨[J].中国实用医药,2015,26(24):5652-5654
[5]李群峰.退行性腰椎管狭窄症采用腰椎后路减压内固定融合术的疗效分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(17):97-98

(收稿日期: 2017-11-17)

约肌取石术治疗胆总管结石 3 例[J].介入放射学杂志,2016,25(7):603-605
[4]薛冬云,王玲,曲少贤,等.内镜下十二指肠乳头括约肌小切开联合气囊扩张术治疗胆总管结石的价值[J].国际消化病杂志,2014,34(6):427-429
[5]李胜勇.同期经皮经肝十二指肠乳头球囊扩张术联合腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石伴胆总管结石的临床研究[D].山东:山东大学,2016.15

(收稿日期: 2017-10-23)