

# 对比分析侧路椎间孔镜髓核摘除术、传统手术方法治疗腰椎间盘突出症的效果

付海涛

河北省易县医院 河北 保定 074200

**摘要:**目的:对比分析侧路椎间孔镜髓核摘除术、传统手术方法治疗腰椎间盘突出症的效果。方法:选取我院在2020年1月至2021年12月收治的120例腰椎间盘突出症患者,随机分为观察组(侧路椎间孔镜髓核摘除术治疗)和对照组(传统手术治疗)各60人。结果:观察组术中出血量、住院及卧床时间均较低( $P < 0.05$ );治疗后,观察组疼痛症状、生活质量、临床症状、睡眠质量改善更明显( $P < 0.05$ )。结论:对腰椎间盘突出症患者运用侧路椎间孔镜髓核摘除术治疗能够获得更加理想的治疗效果。

**关键词:**侧路椎间孔镜髓核摘除术;传统手术方法;腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症最常见的症状是腰痛。大约90%的腰椎间盘突出症患者会有不同程度的腰痛。但需要注意的是,腰痛并不等于腰椎间盘突出症,因为只有约15%的腰痛是由腰椎间盘突出引起的。腰痛的原因非常复杂,它不能等同于腰椎间盘突出症。此外,腰椎间盘突出症最常见的症状之一是下肢疼痛。大约三分之二的患者会出现下肢疼痛。在一种典型的情况下,这种疼痛是放射性疼痛,由腰部沿着神经往下,一直放射到大腿小腿,甚至到脚。还有其他相关症状,包括脚麻木,因为神经受压时间过长,导致神经损伤。此外,有些患者会出现脚部发冷发热的情况,这是因为腰椎间盘突出刺激了椎管内的交感神经,而有些患者会在椎间盘突出比较大、压迫比较重、时间比较长的情况下出现肌肉无力,也就是走路会导致跛行。此外,如果马尾神经受压,会出现排便功能障碍,甚至影响性功能。此时应尽快进行手术治疗,因为有时神经功能的恢复是不可逆的。因此,本文旨在对比分析侧路椎间孔镜髓核摘除术、传统手术方法治疗腰椎间盘突出症的效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院在2020年1月至2021年12月收治的120例腰椎间盘突出症患者,随机分为观察组和对照组各60人。观察组男37例、女23例,平均年龄(48.64±10.12)岁;对照组男39例、女21例,平均年龄(49.17±9.51)岁。一般资料无差异, $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

观察组运用侧路椎间孔镜髓核摘除术治疗:取侧卧

位,进行浸润麻醉,在18G穿刺针穿刺,加入22G穿刺针,注入混合对比剂。取出穿刺针并插入导丝,抽出18G穿刺针,在穿刺部位做一切口,确保可以插入套管和组织扩张器。使用生理盐水和庆大霉素进行冲洗,摘除髓核组织,热凝处理,直到纤维环开口部位出现皱缩,氯化可的松注入,避免出血,最后缝合切口。

对照组运用传统手术治疗:取俯卧位,进行硬膜外麻醉,在后正中作切口,剥开骶脊肌,取出硬膜外韧带,切开纤维环将髓核组织取出。最后进行止血、缝合。

### 1.3 观察指标

(1)术中出血量、住院及卧床时间;(2)运用VAS、VRS、PPI评分标准评价疼痛症状;(3)生活质量由SF-36量表评价;(4)采用李克特评分表对临床症状进行评分,1至5分为分值范围,症状非常严重时为1分,没有症状时为5分,临床症状和分值呈反比;(5)睡眠质量由PSQI评分评定。

### 1.4 统计学分析

运用SPSS22.0统计学软件,用“( $\bar{x} \pm s$ )”、 $[n(\%)]$ 表示,“ $t$ ”、“ $\chi^2$ ”检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 术中出血量、住院时间、卧床时间:观察组均低于对照组( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 术中出血量、住院时间、卧床时间( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)	卧床时间 (d)
观察组	60	7.03±2.26	5.07±1.42	14.26±4.22
对照组	60	27.15±3.90	13.16±1.45	48.37±6.52
$t$		13.587	12.054	13.022
$P$		< 0.05	< 0.05	< 0.05

作者简介:付海涛(1977.10.13)男汉族河北省保定市主治医师本科关节脊柱 898121955@qq.com

2.2 VAS、VRS、PPI评分：治疗后，观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表2。

表2 VAS、VRS、PPI评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

检查指标		观察组 ( $n = 60$ )	对照组 ( $n = 60$ )	$t$	$P$
VAS评分	治疗前	5.84±1.24	5.88±1.25	2.584	> 0.05
	治疗后	4.01±1.01	4.74±1.11	10.026	< 0.05
VRS评分	治疗前	35.18±1.35	35.21±1.64	1.384	> 0.05
	治疗后	25.34±1.02	28.39±1.38	12.118	< 0.05
PPI评分	治疗前	4.64±0.74	4.66±0.59	2.024	> 0.05
	治疗后	2.35±0.36	3.52±0.44	9.795	< 0.05

2.3 生活质量：观察组治疗后均高于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表3。

表3 生活质量 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

检查指标		观察组 ( $n = 60$ )	对照组 ( $n = 60$ )	$t$	$P$
躯体功能	治疗前	74.52±5.68	74.65±5.10	2.541	> 0.05
	治疗后	90.11±6.35	81.84±5.67	12.587	< 0.05
社会功能	治疗前	75.21±4.57	74.96±5.02	3.165	> 0.05
	治疗后	91.66±6.33	80.48±6.58	15.287	< 0.05
角色功能	治疗前	72.33±5.16	71.98±4.98	1.255	> 0.05
	治疗后	92.65±6.04	79.36±5.99	10.587	< 0.05
认知功能	治疗前	73.24±6.02	74.05±5.78	2.694	> 0.05
	治疗后	90.57±6.33	82.64±6.21	13.574	< 0.05
总体健康	治疗前	75.28±5.17	75.48±5.05	4.251	> 0.05
	治疗后	91.58±7.25	83.24±6.95	17.598	< 0.05

2.4 临床症状评分对比：治疗后，观察组高于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表4。

表4 临床症状评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

检查指标		观察组 ( $n = 60$ )	对照组 ( $n = 60$ )	$t$	$P$
下肢放射痛	治疗前	1.41±0.52	1.40±0.50	0.098	> 0.05
	治疗后	4.25±0.11	3.16±0.18	30.503	< 0.05
腰痛	治疗前	1.36±0.32	1.30±0.29	0.982	> 0.05
	治疗后	4.54±0.51	3.06±0.11	7.048	< 0.05
肿胀	治疗前	1.15±0.49	1.26±0.62	0.984	> 0.05
	治疗后	4.22±0.26	3.01±0.18	17.665	< 0.05
活动受限	治疗前	1.41±0.33	1.47±0.45	0.760	> 0.05
	治疗后	4.26±0.12	3.78±0.22	42.889	< 0.05

2.5 睡眠质量：治疗后，观察组均低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表5。

表5 睡眠质量 ( $\bar{x} \pm s$ )

检查指标		观察组 ( $n = 60$ )	对照组 ( $n = 60$ )	$t$	$P$
觉醒次数 (次)	治疗前	5.28±1.52	5.32±1.27	5.214	> 0.05
	治疗后	1.21±0.37	3.60±1.85	12.397	< 0.05
入睡时间 (h)	治疗前	4.25±0.68	4.24±0.59	3.642	> 0.05
	治疗后	0.29±0.16	1.61±0.31	10.354	< 0.05
睡眠质量评分 (分)	治疗前	8.12±1.39	8.10±1.29	2.394	> 0.05
	治疗后	3.29±1.40	6.37±1.25	12.558	< 0.05

### 3 讨论

腰椎间盘突出长期的原因是长期的坐姿不正确，因为腰椎的生理曲度是向前的。我们必须保持正确的坐姿，以

保持腰椎的向前生理弯曲。最常见的错误是靠在沙发上或靠在椅子上，以及长时间不正确的坐姿。其次，睡前靠在床头或靠在被子上看书也是一个十分重要的原因。

此外,腰部的使用不当,如过度举起重物,会造成椎间盘纤维环撕裂,导致椎间盘突出。长时间弯曲还会导致椎间盘髓核纤维环退化、撕裂和累积损伤,从而引起椎间盘突出。坐骨神经痛是下肢放射痛的主要表现,该症状的发生与三方面因素有关,首先,椎间盘上的化学物质会对自身免疫系统产生刺激作用;其次,突出的髓核会对神经产生压迫作用,阻碍静脉回流,增加疼痛的敏感性<sup>[5]</sup>;最后为受压的神经存在缺血情况。大小便失控是马尾神经症状的典型表现。为改善预后恢复,必须深入研究有效的治疗手段。

侧路椎间孔镜髓核摘除术的手术入路为侧后方,将管道放入椎间孔区域内并摘除髓核组织,能够减轻神经根的压力;配合使用纤维环的皱缩成形和双极射频消融止血,能够使术后神经根周围组织的瘢痕化降低。本文研究发现,观察组术中出血量、住院时间、卧床时间均低于对照组( $P < 0.05$ );观察组疼痛症状、生活质量、临床症状、睡眠质量改善效果更佳( $P < 0.05$ )。原因在于:(1)侧路椎间孔镜髓核摘除术具有较低的创伤程度。经后外侧入路无需将椎板切除,无需对肌肉和韧带进行剥离,所以不会影响椎管和神经,能够维持脊柱的稳定性。(2)安全性较高。实施局部麻醉,手术期间能够与患者交流,可以防止对神经及血管产生损伤;出血量比较小,具有比较清晰的手术视野,能够使操作的风险性降低。(3)在内镜下予以持续的盐水冲洗,可以将椎间盘内残留的炎性代谢产物清除内<sup>[6]</sup>。

腰椎间盘突出症的预防:(1)保持良好的坐姿。对于那些经常坐在办公室的人,应该保持正确的坐姿,同时养成良好的习惯。不应该久坐,久坐后,应及时起身,放松身体,拉伸腰部,缓解腰部和背部的不适。(2)正确的腰部姿势,站立时应挺直腰部和背部,保持脊柱的自然弯曲。深蹲时,膝盖尽量屈膝,减少弯曲,注意不要弯腰搬运重物。日常生活当中注意腰椎姿势,如日常拖地、洗衣服等,应保持腰椎直立,尽量避免腰椎前屈负重,以防造成椎间盘内的压力增高。(3)注意休息。长时间站立时,最好抬起一只脚,并不时换一只脚。躺下时,腰椎压力最小,但要注意床垫的硬度适中。太硬或太软会损坏腰椎。(4)注意适当运动,增强腰部的承重和韧性,加强腰部和背部肌肉的锻炼。(5) (1)应多了解腰椎间盘突出症的基本知识,对该疾病要有正确认识,消除顾虑,能掌握自己的病情,配合医生的防治工作。除此之外,还应当强化对患者的综合管

理:(1)饮食指导。针对寒湿痹阻型患者,其饮食主要为祛湿通络,可选择生姜、羊肉、熟附子等,当归羊汤为代表药膳,嘱其切勿进食生冷的食物;针对气滞血瘀型患者,主要为止痛、活血化瘀,可选择田七、木耳等,田七包猪蹄筋汤是代表药膳,嘱其切勿进食油腻、辛辣食物;对于肝肾亏虚型患者,应当选择滋养肝肾的食物,例如黑芝麻、枸杞子等;针对湿热痹阻型患者而言,主要为通络止痛、清热利湿,应当选择冬瓜、赤小豆、薏米、丝瓜、猪肚等食物,减少对辛辣、油炸类食物的食用。(2)心理疏导。医护人员应当将不良情绪和疾病的关系告知患者,嘱患者保持乐观的心态,通过移情易性、以情胜情的方法促进患者的情绪状态得到明显改善。强化对患者的知识宣教,使其熟练掌握疾病的预防和相关注意事项,提高其自我管理能力。(3)运动指导。指导患者实施全身运动,锻炼其关节,发挥舒经活络、理气活血的作用,增强腰椎的灵活性。

综上所述,相比于传统手术治疗,对腰椎间盘突出症患者运用侧路椎间孔镜髓核摘除术治疗,可以减少术中出血量,缩短住院时间、卧床时间,减轻其临床,使其生活、睡眠质量得到明显改善。

#### 参考文献

- [1]梁敬,刘微微.对比分析侧路椎间孔镜髓核摘除术、传统手术方法治疗腰椎间盘突出症的效果[J].东方药膳,2021(10):256.
- [2]李青松.小切口后路显微镜与侧后方经皮椎间孔镜下髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症的综合指标分析[J].颈腰痛杂志,2020,41(5):540-544.
- [3]唐龙,张智,郑佳状,等.三维重建技术辅助用于侧方入路经皮椎间孔镜腰椎间盘髓核摘除术的精准定位研究[J].中国数字医学,2020,15(2):74-76,121.
- [4]李亚伟,秦入结.侧路椎间孔镜髓核摘除术对LDH患者血清PGE2、sTNF-RI水平的影响[J].分子诊断与治疗杂志,2021,13(12):1972-1976.
- [5]刘丰平,赵红卫,董军峰,等.后外侧入路椎间孔镜下L5/S1椎间盘突出伴高髂嵴髓核摘除术的技术改进[J].中国微创外科杂志,2019,19(2):101-105.
- [6]周凯,贺中原,唐可,等.经侧后路椎间孔镜下椎间盘髓核摘除术与传统后路椎间开窗髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症的手术效果比较[J].中国处方药,2020,18(4):183-184.