

针对功能性消化不良患儿实施综合护理干预,其结果显示,观察组患儿治疗总依从率明显高于对照组(95.00% vs. 81.25%, $P < 0.05$),表示综合护理干预有效提高患儿治疗依从性;干预后,两组患儿 SAS、SDS 评分均明显降低,且观察组患儿降低明显优于对照组($P < 0.05$),表示综合干预能够显著缓解患儿焦虑、抑郁不良情绪;观察组患儿治疗总有效率明显高于对照组(96.25% vs. 86.25%, $P < 0.05$),表明综合护理干预能够有效提高患儿的临床治疗效果。可能是由于综合护理干预能够从而饮食、行为、用药、宣教以及心理等方面进行以患儿为中心的服务,帮助患儿养成养好的生活习惯,有效防止患儿病情持续加重,从而提高患儿临床治疗效果。

综上所述,对功能性消化不良患儿应用综合护理干预能够提高临床总有效率,并能够明显提高患儿治疗依从性,改善患儿焦虑、抑郁不良情绪,值得临床应用。

参考文献

[1] 胡玲, 王宝香. 心理干预护理对儿童功能性消化不良患者
• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2021.01.037

的应用及影响[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(20): 106-108.
[2] 中华医学会儿科学分会消化组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 中国儿童功能性消化不良诊断和治疗共识[J]. 中华儿科杂志, 2012, 50(6): 423-424.
[3] 翁丽红, 顾秋娣, 朱晓珠. 护理干预对功能性消化不良患者抑郁焦虑以及临床疗效的影响[J]. 北京医学, 2016, 38(10): 1093-1095.
[4] 曹月红, 谢地, 宋莹. 功能性胃肠病相关评定量表研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(1): 210-213.
[5] 陈旻湖. 中国功能性消化不良专家共识意见(2015年, 上海)简介[J]. 中华消化杂志, 2016, 36(4): 217-229.
[6] 沈凤. 精神心理因素对功能性和器质性消化不良的影响及临床特点分析[J]. 国际消化病杂志, 2016, 36(2): 130-131.
[7] 尹帮蓉. 综合护理干预对预防产妇产后出血的效果观察[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(2): 108-111.
[8] 刘迪, 甘慧玲, 童巧薇. 综合性护理干预对胃肠道手术患者术后胃肠蠕动功能和并发症的影响[J]. 中国现代医生, 2014, 52(6): 114-116.

(收稿日期: 2020-03-16 修回日期: 2020-10-26)

两种手术方式治疗腰椎间盘突出伴不稳术后出现邻近节段退变的情况分析

王宏刚, 李 勇[△]

陕西铜川矿务局中心医院骨科, 陕西铜川 727000

摘要:目的 分析对腰椎间盘突出伴不稳术后出现邻近节段退变患者应用不同手术方式治疗的临床效果。方法 选取 2018 年 12 月至 2019 年 12 月在该院接受治疗的腰椎间盘突出伴不稳术后出现邻近节段退变患者 80 例作为研究对象,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组 40 例。两组患者均接受经椎间孔腰椎间融合术治疗,实行开放式手术治疗的患者设为对照组,实行微创手术治疗的患者设为观察组,比较两组的治疗效果情况。结果 经治疗后,观察组患者的术后 VAS 和 ODI 评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者脂肪组织的沉积等级显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的多裂肌横截面积显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对腰椎间盘突出伴不稳术后出现邻近节段退变患者应用微创经椎间孔腰椎间融合术治疗效果更佳,可有效改善术后多裂肌脂肪化程度以及多裂肌横截面积降低程度,术后疼痛感较小,应用价值较高。

关键词:腰椎间盘突出伴不稳; 邻近节段退变; 手术治疗

中图法分类号:R683.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)01-0120-03

经椎间孔腰椎间融合术已被临床认为是治疗腰椎间盘突出伴不稳的最佳术式,但传统的开放式手术会导致术后邻近节段发生退行性改变^[1-3]。为探讨微创手术是否可改善此情况、何种治疗方式更佳,特选取 2018 年 12 月至 2019 年 12 月在本院接受治疗的腰椎间盘突出伴不稳术后出现邻近节段退变患者 80 例作为研究对象,收集相关资料,并进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 取 2018 年 12 月至 2019 年 12 月在本院接受治疗的腰椎间盘突出伴不稳术后出现邻近节段退变患者 80 例作为研究对象,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组 40 例。对照组中男 23 例,女 17 例;年龄 36~70 岁,平均(49.87±3.13)岁;体质指数(BMI) 20~29 kg/m²,平均(25.01±

[△] 通信作者, E-mail: 969323120@qq.com.

1.76)kg/m²。观察组中男 22 例,女 18 例;年龄 35~70 岁,平均(50.01±3.22)岁;BMI 20~28 kg/m²,平均(24.88±1.80)kg/m²。两组患者的性别、年龄、BMI 差异均无统计学意义($P>0.05$)。患者及其家属对本研究均知情同意,并签署治疗同意书。本研究经过医院伦理委员会批准。纳入标准^[4]:(1)符合疾病诊断标准,即①经影像学诊断提示关节囊肥厚,关节退变、增生;②腰椎滑脱通过影像学诊断椎体成角超过 15°或滑移 3 mm;③腰椎小关节紊乱性疼痛频繁发作,腰部酸软无力。(2)BMI 未超过 30 kg/m²。(3)疾病对日常工作以及生活造成严重影响,且经保守治疗 3 个月后症状未得到相应缓解。(4)椎间盘退变为 L_{4~5} 单一节段。排除标准^[5]:(1)采取多节段融合手术者;(2)手术节段的邻近节段已经有退变发生;(3)合并脊柱肿瘤、代谢性骨疾病、脊柱结核、脊柱侧弯等脊柱其他疾病者;(4)既往有腰椎手术史。

1.2 方法 所有患者均由同一位主治医师进行手术治疗。手术中所有的螺钉均为该医师徒手置入,术中所涉及的器械均由同一厂家提供。所有患者手术体位均为俯卧位,对其实施全身麻醉,悬空患者腹部。

对照组实行开放式手术治疗,对手术部位铺上常规消毒铺巾,以后正中为手术入路,与在椎板上棘突切断多裂肌的止点紧贴,对椎旁肌向外侧剥离直至横突位置,将腰椎关节突关节完全显露出。进针点为“人字嵴”顶点,将 4 枚椎弓根螺钉分别置入,在将手术部位直接暴露的条件下,将融合内固定手术完成。确保融合器以及椎弓根螺钉安置完成后,将腰背肌筋膜层紧密缝合,将一根引流管放在减压侧,将切口缝合,并给予加压包扎。

观察组实行微创手术治疗,对手术部位铺上常规消毒铺巾,以双侧 Wiltse 或后正中为手术入路,将肌肉筋膜在距离棘突外侧 1.5~2.0 cm 的位置切开,将椎旁肌通过最长肌以及多裂肌间隙进行钝性分离,直到将腰椎椎间关节突完全显露。进针点为上关节突外缘与腰椎横突中线的交汇处,对最长肌通过微创拉钩在外侧挡住,使进针点能够更好地显露出,逐级攻丝后将椎弓根螺钉分别置入,但不在减压侧的下位椎弓根处将螺钉置入。在透视监视下,将椎弓根螺钉放置满意,将微创通道开通,通过显微镜监视下,将椎间融合器置入,使减压完成。椎间融合器型号应与椎间大小相匹配。将通道撤除后,将椎弓根螺钉置入减压侧,再通过透视对椎弓根螺钉位置进行检查,将连接棒安装满意后,适度加压。将腰背肌筋膜层紧密缝合,再将一根引流管放置在减压侧,将切口关闭,并给予适当的压力进行包扎。

1.3 观察指标 (1)根据视觉模拟评分法(VAS)疼痛评分量表对患者的术前、术后 3 d 的疼痛情况进行评定,量表满分 10 分,分值与疼痛程度呈正比^[6]。(2)根据 Oswestry 功能障碍指数问卷表(ODI),分为

生活能力、坐立、步行、站立、疼痛程度、睡眠、社会活动、性生活及旅行等 10 个方面,每方面均有 5 个选项,总分为 50 分(每项 0~5 分),分数越低表示活动能力越好^[7-8]。(3)记录术后 1 周脂肪组织的沉积等级以及多裂肌横截面积的减小情况,以 MRI 横断位图像进行评定,计算时选取同一层面。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据处理。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 VAS 和 ODI 评分比较 经治疗后,观察组患者的术后 VAS 和 ODI 评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者手术前后 VAS 和 ODI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	VAS 评分		ODI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	7.52±0.54	3.54±0.33	41.65±5.43	28.01±3.33
观察组	40	7.49±0.52	1.60±0.18 [△]	41.70±5.41	20.87±1.42 [△]

注:与对照组相比,△ $P<0.05$ 。

2.2 两组患者术后多裂肌损伤程度 经治疗后,观察组患者脂肪组织的沉积等级显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者的多裂肌横截面积显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 术后多裂肌损伤程度($\bar{x}\pm s$)

组别	n	脂肪组织的沉积等级(级)		多裂肌横截面积(cm ²)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	1.50±0.35	2.09±0.40	12.33±2.76	8.29±2.11
观察组	40	1.51±0.36	1.82±0.28 [△]	12.31±2.75	10.16±2.33 [△]

注:与对照组相比,△ $P<0.05$ 。

3 讨论

腰椎不稳属于腰椎间盘突出症的常见并发症,目前,临床对该疾病的主要治疗方案为手术治疗^[9]。但手术治疗后,经 MRI、X 线等影像学诊断,极易发现邻近节段发生退变。目前多认为是由于手术导致的该部位关节载荷增加,生物力学发生了变化而诱发的病变^[10-11];且患者的骨盆参数、脊柱矢状位平衡、融合方式、融合长度及平面、手术方式、性别以及年龄均相关^[12-13];其中,手术方式的影响程度更大。研究表明,经治疗后,观察组患者的术后 VAS 评分和 ODI 评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者脂肪组织的沉积等级显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者的多裂肌横截面积显著高于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结合此结果进行分析,对照组的治

疗方案中,无法将腰椎融合术的进针优势进行显现,且进针为“人字嵴”顶点处,导致与小关节突较近,且具有较小的内倾角度^[14]。但从 L₁ 至 S₁ 为腰椎关节突关节角逐渐增加,导致矢状位改变。而微创术式入路距棘突旁有一定的距离,且进针途径为顺着肌间隙进入,使关节突与进针点较远,有效避免了关节突与钉棒、螺钉间连接处的撞击,使关节囊受到保护,降低了术后关节突退变率^[15]。

综上所述,微创经椎间孔腰椎间融合术治疗腰椎间盘突出伴不稳可有效降低术后出现邻近节段退变发生的严重程度,应用价值较高。

参考文献

[1] PRICE J P, DAWSON J M, SCHWENDER J D. Clinical and radiologic comparison of minimally invasive surgery with traditional open transforaminal lumbar interbody fusion a review of 452 patients from a single center[J]. Clin Spine Surg, 2018, 31(2): E121-E126.

[2] 孙凤龙, 李军, 梁庆晨, 等. 开放手术与脊柱内镜下行椎板减压治疗退变性 腰椎管狭窄症的临床对照研究[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2018, 11(11): 805-811.

[3] 孙凤龙, 梁庆晨, 王宏庆, 等. 经皮内镜下椎板减压术与开放半椎板减压术治疗腰椎管狭窄症的疗效比较[J]. 中华骨科杂志, 2019, 39(12): 755-765.

[4] HELB E A. Transforaminal lumbar interbody fusion for management of recurrent lumbar disc herniation[J]. Asian Spine J, 2016, 10(1): 52-58.

[5] HUBBE U, FRANCO-JIMENEZ P, JAN-HELGE K, et al. Minimally invasive tubular microdiscectomy for recurrent lumbar disc herniation[J]. J Neurosurg Spine, 2016, 24(1): 48-53.

[6] 李少辉, 王平均, 李斌, 等. 单边内固定联合椎间 cage 植骨融合治疗单侧相邻两节段腰椎间盘突出症[J]. 临床骨科杂志, 2017, 20(1): 23-25.

[7] 高亚东. 微创经椎间孔腰椎椎间融合术治疗单节段腰椎间盘突出症的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(8): 15-16.

[8] 李书耀, 李继兴, 唐红涛. 中医针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症的疗效[J]. 中医临床研究, 2017, 9(20): 91-92.

[9] 刘超杰, 覃大海. 后路椎间盘摘除椎弓根钉内固定结合 Cage 植骨治疗腰椎间盘突出症的临床分析[J]. 吉林医学, 2016, 37(12): 2926-2927.

[10] 梁涛. 探讨后路椎间盘摘除椎弓根钉内固定结合 Cage 植骨治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(12): 47-48.

[11] 谢希惠, 黄洪. 后路椎弓根钉内固定复位联合 cage 椎间植骨融合治疗腰椎不稳[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2017, 32(7): 744-745.

[12] 熊少华, 曾永平, 王其湧. 单侧万向钉棒固定结合椎间植骨融合治疗腰椎间盘突出并腰椎失稳症[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(14): 1786-1788.

[13] 覃海飏, 钟远鸣, 张家立, 等. 后路椎弓根钉棒系统加椎间植骨融合术后 Cage 植骨不融合原因分析[J]. 广西医学, 2016, 38(9): 1306-1308.

[14] 张亚, 冯虎, 李建华, 等. 腰椎间盘摘除加 cage 植骨融合内固定治疗腰椎间盘突出症[J]. 临床骨科杂志, 2016, 19(2): 164-166.

[15] 王涛. 后路椎间盘摘除联合椎间 CAGE 植骨融合内固定治疗腰椎间盘突出症合并腰椎不稳的效果[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 31(31): 24-26.

(收稿日期:2020-04-03 修回日期:2020-10-28)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 01. 038

桡动脉穿刺置管辅助垫的制作与应用

朱海燕, 顾芝花[△]

上海健康医学院附属周浦医院手术室, 上海 201318

摘要:目的 探讨桡动脉穿刺置管辅助垫的制作与应用效果。方法 选取 2018 年 9 月至 2019 年 8 月在上海健康医学院附属周浦医院实施手术治疗需要进行有创动脉血压监测的手术患者 420 例,按简单随机抽样法分为观察组和对照组,每组 210 例。观察组使用桡动脉穿刺置管辅助垫实施桡动脉穿刺置管;对照组使用在腕部垫小枕、五指用胶布粘贴固定的方法进行桡动脉穿刺置管;比较两组患者一次穿刺成功率、桡动脉穿刺置管耗时、桡动脉穿刺疼痛程度的情况。结果 两组患者一次穿刺成功率、桡动脉穿刺置管耗时、桡动脉穿刺疼痛程度差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 自制桡动脉穿刺置管辅助垫能有效提高一次穿刺成功率,缩短桡动脉穿刺置管耗时,减轻桡动脉穿刺带来的疼痛不适。

关键词:桡动脉穿刺置管; 辅助垫; 制作

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)01-0122-03

桡动脉作为手术患者有创动脉血压监测的首选 穿刺置管动脉,其暴露方便,位置表浅且易于固定,不

[△] 通信作者, E-mail: 421290934@qq.com。

本文引用格式:朱海燕,顾芝花. 桡动脉穿刺置管辅助垫的制作与应用[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(1): 122-124.