

阻塞性肺疾病流行病学调查分析[J]. 国际呼吸杂志, 2020,40(2):107-113.

[2] 王洪武,黄琳惠,蔡兴俊,等. 有创-无创序贯机械通气治疗 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者的临床疗效及影响因素[J]. 山东医药,2020,60(13):79-82.

[3] 刘璐,李林,赖倩. 双水平气道正压通气联合肺康复治疗慢性阻塞性肺病合并慢性呼吸衰竭患者的疗效观察[J]. 实用医院临床杂志,2020,17(4):194-197.

[4] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-264.

[5] 乔丽旻,张泽明,王静,等. FEV1%pred 与 SGRQ、mMRC、CAT 评分在 COPD 患者中的相关性研究 [J]. 国际呼吸杂志,2021,41(19):1493-1499.

[6] 中国医师协会急诊医师分会,中国医疗保健国际交流促进会急诊急救分会,国家卫生健康委能力建设与继续教育中心急诊学专家委员会. 无创正压通气急诊临床实践专家共识(2018)[J]. 中华急诊医学杂志,2019,28(1):14-24.

[7] 杜璐璐,苏冬菊. 肺巨噬细胞在慢性阻塞性肺疾病中作用机制的研究进展[J]. 临床肺科杂志,2019,24(2):346-349.

[8] 杜锦辉,陈芳. BiPAP 无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭 50 例临床研究[J]. 陕西医学杂志, 2020,49(7):824-826.

[9] 胡玲,余圆,郭华,等. 双水平气道正压治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的临床疗效分析[J]. 国际呼吸杂志, 2020,40(5):336-340.

[10] OSADNIK C R, TEE V S, CARSON-CHAHHOUD K V, et al. Non-invasive ventilation for the management of acute hypercapnic respiratory failure due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease [J]. Cochrane Database Syst Rev,2017,3(7):410-414.

[11] 王亮,杨超,李玉静,等. 莫达非尼联合 BiPAP 呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并睡眠呼吸暂停综合征的临床疗效[J]. 中国医学装备,2021,18(4):105-109.

[12] 于晓然,王勇,孙菲,等. BiPAP 呼吸机不同使用时间对 II 型呼吸衰竭患者血气指标和呼吸功能的影响[J]. 检验医学与临床,2017,14(5):663-665.

[13] 任旭斌,陈云凤,罗桐. 老年 COPD 患者血清 SP-D、SOD、ET-1、 α -HBD 水平及其与病情严重程度相关性分析 [J]. 解放军医药杂志,2019,31(4):44-47.

[14] 韩美玲,陈绍平,贾钦尧,等. 慢性阻塞性肺疾病患者外周血单个核细胞 TREM-1 mRNA 的表达[J]. 中国临床研究,2016,29(10):1315-1318.

(收稿日期:2022-02-14 修回日期:2022-09-13)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.21.030

麦默通微创旋切手术治疗良性乳腺肿物的临床疗效及安全性分析

曹马狄¹, 李守帅^{2△}, 田立民²

1. 西安工会医院普外科, 陕西西安 710000; 2. 西安市中心医院普三科, 陕西西安 710000

摘要:目的 研究良性乳腺肿物治疗中麦默通微创旋切手术的临床疗效及安全性。方法 回顾性选取 2017 年 2 月至 2021 年 2 月西安工会医院和西安市中心医院收治的良性乳腺肿物患者 80 例作为研究对象,依据手术方法将研究对象分为麦默通微创旋切手术组、常规乳腺肿物切除术组两组,每组各 40 例患者,统计分析两组患者的手术相关指标、肿瘤标志物水平、雌激素水平、乳房美观性、术后并发症发生情况、手术满意度。结果 麦默通微创旋切手术组患者的术中出血量少于常规乳腺肿物切除术组,手术时间短于常规乳腺肿物切除术组,术后瘢痕长度短于常规乳腺肿物切除术组,恢复时间短于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。麦默通微创旋切手术组患者治疗后血清癌胚抗原、糖类抗原 125、糖类抗原 153 水平均低于常规乳腺肿物切除术组治疗后,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。麦默通微创旋切手术组患者治疗后血清雌酮、雌二醇、黄体生成素水平均低于常规乳腺肿物切除术组治疗后,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。麦默通微创旋切手术组患者的乳房美观性优良率高于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。麦默通微创旋切手术组患者术后并发症总发生率低于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。麦默通微创旋切手术组患者手术满意度高于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 良性乳腺肿物治疗中麦默通微创旋切手术的临床疗效较常规乳腺肿物切除术显著,安全性更高。

关键词: 良性乳腺肿物; 常规乳腺肿物切除术; 麦默通微创旋切手术; 乳房美观性; 手术满意度

中图分类号: R737.9

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)21-2999-05

良性乳腺肿物是一种乳腺疾病,在临床较为常见,相关医学统计数据显示^[1],与健康者相比,良性乳腺疾病患者具有显著较高的乳腺癌发生率。因此,临

床普遍认为^[2],应该将良性乳腺肿物完整切除。传统乳腺肿物切除术很难准确定位深部肿物,具有较大的切口疤痕、较多的术中出血量等,而麦默通微创旋切

△ 通信作者, E-mail: 274696843@qq.com.

手术则具有精确性、微创性,同时还具有较高的安全性,能够完整切除肿物,为组织活检提供有利条件。现阶段,在全球范围内,经麦默通微创手术切除良性乳腺肿物并活检的患者数量达到了 200 万以上^[3],具有理想的临床效果。近年来,常规乳腺肿物切除术逐渐被麦默通微创旋切手术所取代。本文研究了良性乳腺肿物治疗中麦默通微创旋切手术的临床疗效及安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性选取 2017 年 2 月至 2021 年 2 月西安工会医院和西安市中心医院收治的良性乳腺肿物患者 80 例作为研究对象,依据手术方法将研究对象分为麦默通微创旋切手术组、常规乳腺肿物切除术组两组,每组各 40 例患者。麦默通微创旋切手术组 40 例患者,年龄 29~49 岁,平均(37.24±6.35)岁。在病灶数量方面,单侧单发病灶 22 例(55.00%),单侧多发病灶 14 例(35.00%),双侧病灶 4 例(10.00%);在肿物大小(多个肿物的最大径之和的平均值)方面,0.3~2.5 cm 28 例(70.00%),2.6~4.8 cm 12 例(30.00%);在触及情况方面,触及 25 例(62.50%),未触及 15 例(37.50%)。常规乳腺肿物切除术组 40 例患者,年龄 30~50 岁,平均(38.43±6.86)岁。在病灶数量方面,单侧单发病灶 21 例(52.50%),单侧多发病灶 13 例(32.50%),双侧病灶 6 例(15.00%);在肿物大小方面,0.3~2.5 cm 27 例(67.50%),2.6~4.8 cm 13 例(32.50%);在触及情况方面,触及 24 例(60.00%),未触及 16 例(40.00%)。两组患者的一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:(1)女性;(2)经 X 线、B 超检查等诊断为良性乳腺肿物;(3)符合良性乳腺肿物的诊断标准^[4]。排除标准:(1)有精神障碍;(2)缺乏清晰的意识;(3)合并恶性肿瘤。

1.3 方法

1.3.1 常规乳腺肿物切除术组 对患者进行局部麻醉,在乳腺肿物附近开切口,首先切开皮肤及皮下组织,然后切开肿瘤部位乳腺腺体,之后将完整肿瘤切除、取出,对患者进行电凝止血,最后逐层缝合,用弹力绷带包扎。

1.3.2 麦默通微创旋切手术组 对患者进行局部麻醉,帮助患者取平卧位,将手术部位充分暴露出来,常规消毒铺巾,在超声引导下做一长度约为 3 mm 的切口,依据超声结果将进针位置、方向、深度确定下来,向肿瘤底部置入麦默通旋切活检刀,将系统开启,反复扇形旋切、抽吸,最后将病灶完全切除。撤刀后压迫局部止血,加压包扎。

1.4 观察指标 随访 1 个月,然后观察两组以下指标:(1)手术相关指标,包括术中出血量、手术时间、术

后瘢痕长度、恢复时间(术后无症状或症状显著减轻的平均时间);(2)肿瘤标志物水平,采用酶联免疫吸附法对血清癌胚抗原(CEA)、糖类抗原 125(CA125)、糖类抗原 153(CA153)水平进行测定;(3)雌激素水平,将患者 10 mL 静脉血抽取出来,将血清分离出来,采用全自动生化分析仪对其雌酮(E1)、雌二醇(E2)、黄体生成素(LH)水平进行测定;(4)乳房美观性,采用乳房表面评分标准(BSBs),总分 0~3 分,0 分、1 分、2 分、3 分依次评定为差、可、良、优^[5],并计算出优良率。(5)术后并发症发生情况(术侧疼痛、皮肤色素沉着、皮肤瘙痒、肿物残留、乳房变形),并计算出术后并发症总发生率;(6)手术满意度,采用问卷调查方式,总分 0~10 分,0~2 分、3~5 分、6~8 分、9~10 分依次评定为不满意、一般、较满意、很满意,并计算出满意度。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,重复测量的计量资料进行方差分析,计数资料以例数和百分率(%)表示,组间比较采用卡方检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术相关指标比较 麦默通微创旋切手术组患者的术中出血量少于常规乳腺肿物切除术组,手术时间短于常规乳腺肿物切除术组,术后瘢痕长度短于常规乳腺肿物切除术组,恢复时间短于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者治疗前后的肿瘤标志物水平比较 两组患者治疗后的血清 CEA、CA125、CA153 水平均低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);麦默通微创旋切手术组患者治疗后血清 CEA、CA125、CA153 水平均低于常规乳腺肿物切除术组治疗后,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者治疗前后雌激素水平比较 两组患者治疗后血清 E1、E2、LH 水平均低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);麦默通微创旋切手术组患者治疗后血清 E1、E2、LH 水平均低于常规乳腺肿物切除术组治疗后,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者乳房美观性比较 麦默通微创旋切手术组患者的乳房美观性优良率高于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

2.5 两组患者术后并发症发生情况比较 麦默通微创旋切手术组患者术后并发症总发生率低于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

2.6 两组患者手术满意度比较 麦默通微创旋切手术组患者手术满意度高于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

表 1 两组患者手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量(mL)	手术时间(min)	术后瘢痕长度(mm)	恢复时间(d)
麦默通微创旋切手术组	40	11.35±1.45	16.22±2.03	2.60±0.45	4.11±1.50
常规乳腺肿物切除术组	40	51.34±9.94	57.61±9.34	29.44±4.34	8.23±1.37
t		5.581	4.541	4.303	3.182
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组患者治疗前后的肿瘤标志物水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	CEA(ng/mL)	CA125(U/mL)	CA153(U/mL)
麦默通微创旋切手术组	40	治疗前	10.15±2.51	56.11±8.02	59.23±7.32
		治疗后	2.54±0.43 ^{#*}	23.67±3.31 ^{#*}	27.59±4.86 ^{#*}
常规乳腺肿物切除术组	40	治疗前	10.09±2.62	56.16±7.97	58.98±7.35
		治疗后	4.12±1.55 [#]	38.42±5.42 [#]	35.36±6.27 [#]

注:与同组治疗前比较,[#]P<0.05;与常规乳腺肿物切除术组治疗后比较,*P<0.05。

表 3 两组患者治疗前后的雌激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	E1(pmol/L)	E2(pmol/L)	LH(mIU/mL)
麦默通微创旋切手术组	40	治疗前	217.03±32.36	117.45±18.15	16.52±2.59
		治疗后	119.35±11.22 ^{#*}	31.48±5.23 ^{#*}	6.16±1.50 ^{#*}
常规乳腺肿物切除术组	40	治疗前	217.14±32.40	117.39±17.98	16.32±2.66
		治疗后	133.42±21.73 [#]	40.59±6.74 [#]	8.75±1.94 [#]

注:与同组治疗前比较,[#]P<0.05;与常规乳腺肿物切除术组治疗后比较,*P<0.05。

表 4 两组患者的乳房美观性比较[n(%)]

组别	n	优	良	可	差	优良率
麦默通微创旋切手术组	40	18(45.00)	20(50.00)	1(2.50)	1(2.50)	38(95.00)
常规乳腺肿物切除术组	40	13(32.50)	14(35.00)	9(22.50)	4(10.00)	27(67.50)
χ ²						14.450
P						<0.05

表 5 两组患者术后并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	术侧疼痛	皮肤色素沉着	皮肤瘙痒	肿物残留	乳房变形	总发生率
麦默通微创旋切手术组	40	0(0.00)	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	2(5.00)
常规乳腺肿物切除术组	40	2(5.00)	7(17.50)	3(7.50)	3(7.50)	5(12.50)	20(50.00)
χ ²							18.550
P							<0.05

表 6 两组患者手术满意度比较[n(%)]

组别	n	很满意	较满意	一般	不满意	满意度
麦默通微创旋切手术组	40	21(52.50)	16(40.00)	2(5.00)	1(2.50)	37(92.50)
常规乳腺肿物切除术组	40	17(42.50)	15(37.50)	6(15.00)	2(5.00)	32(80.00)
χ ²						11.140
P						<0.05

3 讨 论

良性乳腺肿物是一种外科疾病,乳头溢液、乳房包块是其主要临床表现,有可能向乳腺癌进展,需要

临床及时治疗,对患者病情进一步恶化进行积极预防^[6]。切除术是临床通常采用的治疗方法,但是缺乏理想的手术疗效,术后极易有疤痕残留,无法使患者

术后美观需求得到有效满足。近年来,在良性乳腺肿物的治疗中,麦默通微创旋切手术日益广泛应用于临床^[7]。相关医学研究表明,在良性乳腺肿物的治疗中,麦默通微创旋切术能够缩短手术时间、减少术中出血量、减少术后并发症发生,同时具有较为理想的美容效果,显著提升患者满意度^[8]。

本研究表明,麦默通微创旋切手术组患者的术中出血量少于常规乳腺肿物切除术组,手术时间短于常规乳腺肿物切除术组,术后瘢痕长度短于常规乳腺肿物切除术组,恢复时间短于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义($P < 0.05$),该结果与文献^[8]研究结果一致。原因为传统乳腺肿物切除术通过触摸、肉眼观察辅以超声仪器定位病灶,只能确定并切除明显病灶,很难准确切除较小或未成熟病灶,这就造成需要大面积切除或待病灶长大后再次手术切除,将不必要的身体损害带给了患者,而麦默通微创旋切手术能够识别、定位、准确切除微小病灶与深部肿物,具有更为精确的手术操作^[9]。

肿瘤标志物指肿瘤细胞对周围组织进行刺激将相关物质分泌出来,肿瘤的发生发展和肿瘤标志物水平关系密切。CEA 是一种广谱抗肿瘤标志物,临床在监测肿瘤发生发展的过程中将其作为重要的血清学指标。CA125 是大分子糖蛋白,合成主体为上皮细胞,主要在细胞中储存,乳腺细胞癌变会破坏细胞结构,使大量 CA125 进入血液,从而提升血液中 CA125 水平。因此,在预测肿瘤发生发展的过程中,CA125 也能够将重要依据提供给临床。CA153 的产生途径为乳腺细胞表面包膜异变,大量 CA153 在乳腺癌发生后向外周血中进入,从而显著提升外周血中 CA153 水平。因此,在早期诊断乳腺癌、监测乳腺肿瘤细胞浸润性的过程中,对 CA153 水平进行检测能够将重要依据提供给临床^[10]。本研究表明,麦默通微创旋切手术组患者治疗后血清 CEA、CA125、CA153 水平均低于常规乳腺肿物切除术组治疗后,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明麦默通微创旋切手术能够促进肿瘤标志物水平的降低。在乳腺肿瘤发病的影响因素中,高水平雌激素是一个重要危险因素。本研究表明,麦默通微创旋切手术组患者治疗后血清 E1、E2、LH 水平均低于常规乳腺肿物切除术组治疗后,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明麦默通微创旋切手术能够促进乳腺肿瘤患者雌激素水平的降低,从而将抗肿瘤作用发挥出来。

本研究表明,麦默通微创旋切手术组患者的乳房美观性优良率高于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。原因为大部分常规乳腺肿物切除术的手术切口约 4 cm,而麦默通微创旋切手术能够经 5 mm 以下手术切口顺利切除病灶,具有微创性,不需要缝合,不会有疤痕残留,因此能够有效提升术后美观度,为患者及时恢复提供有利条件。同

时,其还能够经 1 个切口切除 3 个以内在同一乳房分布、相距 10 cm 以内的病灶,具有微小的组织损伤,患者能够以较快的速度恢复。此外,不将皮肤、皮下组织、腺体切开,在具有较深的乳腺肿物、肥胖患者的治疗中具有更为显著的优势^[11]。

本研究表明,麦默通微创旋切手术组患者术后并发症总发生率低于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。原因为麦默通微创旋切手术能够准确定位并穿刺病灶,有效避免了反复穿刺、分离时肿物脱落等的发生,将对患者的创伤减少,同时使手术顺利进行得到有效保证。如果患者只有 1 个肿物,那么麦默通微创旋切手术的手术时间仅为 10~30 min,具有较短的手术时间,从而减少了患者并发症的发生。此外,患者具有轻微的疼痛,术后能够自由活动。本研究表明,麦默通微创旋切手术组患者手术满意度高于常规乳腺肿物切除术组,差异有统计学意义($P < 0.05$),原因为麦默通微创旋切手术首先将患者的病灶情况明确下来,然后在计算机数字系统引导下切除患者病灶,具有更为精确的手术操作,术中不需要切口过大,将手术给患者带来的创伤减少,将手术的微创性体现了出来。同时,仪器下能够重复切除病灶,使治疗彻底性得到有效保证,切除后实验室能够及时进行病理组织检查,从而有效明确患者病情,改善患者预后^[12]。

综上所述,良性乳腺肿物治疗中麦默通微创旋切手术的临床疗效较常规乳腺肿物切除术显著,安全性更高,值得推广。

参考文献

- [1] 陈焕忠,罗志坚,马成慧.麦默通微创旋切治疗良性乳腺肿物的临床疗效观察[J].广州医科大学学报,2019,47(5):66-69.
- [2] 刘巧别,刘晓岭,韩燕妮,等.乳腺良性肿物麦默通微创旋切术与常规切除术的比较[J].南昌大学学报(医学版),2019,59(6):51-54.
- [3] 谢奕丹,吴晓玲,关敏婷,等.乳腺良性肿块麦默通围手术期应用尖吻蝮蛇血凝酶的经济学分析[J].医药导报,2019,38(4):499-502.
- [4] 谢意程.麦默通乳腺微创旋切手术治疗乳腺多发良性肿物的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2021,15(7):40-42.
- [5] 毋爱军.麦默通微创旋切手术常规乳腺肿物切除术治疗良性乳腺肿物的疗效对比[J].基层医学论坛,2021,25(4):512-513.
- [6] 宋应周.麦默通微创旋切术治疗乳腺良性肿块临床效果研究[J].河南外科学杂志,2021,27(1):105-107.
- [7] 赖清,柯华,刘宝,等.麦默通微创旋切手术与常规乳腺肿物切除术治疗良性乳腺肿物的临床效果比较[J].中国当代医药,2020,27(5):63-66.
- [8] 常志坤.麦默通微创旋切手术治疗良性乳腺肿物的效果探究[J].中国现代药物应用,2020,14(17):43-45.

[9] RONGYUE T, QUN W, JICHUN Z, et al. The influence of preoperative biopsy on the surgical method in breast cancer patients: a single-center experience of 3,966 cases in China[J]. Gland Surg, 2021, 10(3):1038-1045.

[10] FRANCESCA P, ILONA R, ELISABETTA S, et al. Lipofilling in breast oncological surgery: a safe opportunity or risk for cancer recurrence[J]. Int J Mol Sci, 2021, 22(7):3737.

[11] CARY S K, MICHAEL J C, JULIE L B, et al. A three-dimensional bioabsorbable tissue marker for volume re-

placement and radiation planning: a multicenter study of surgical and patient-reported outcomes for 818 patients with breast cancer[J]. Ann Surg Oncol, 2021, 28(5): 2529-2542.

[12] TAKAYOSHI U, KAZUTAKA N, MARI K, et al. The Japanese breast cancer society clinical practice guidelines for breast cancer screening and diagnosis, 2018 edition [J]. Breast Cancer, 2020, 27(1):17-24.

(收稿日期:2021-10-19 修回日期:2022-09-30)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.21.031

TESSYS 技术与小开窗髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症对患者短期腰背功能康复的影响

穆佐洲, 邵海龙[△]

陕西省第四人民医院骨科, 陕西西安 710043

摘要:目的 探讨经椎间孔内窥镜脊柱系统(TESSYS)技术与小开窗髓核摘除术对腰椎间盘突出症患者短期腰背功能康复的影响。方法 选取 2016 年 4 月至 2020 年 4 月陕西省第四人民医院行手术治疗单节段腰椎间盘突出症患者 96 例作为研究对象,根据手术治疗方式将研究对象分为 TESSYS 组 43 例(采取 TESSYS 技术治疗)与开窗组 53 例(采取小开窗髓核摘除术治疗),比较两组患者术后短期疗效与腰背功能恢复情况。结果 两组短期疗效优良率比较差异无统计学意义($P > 0.05$);与开窗组比较,TESSYS 组术中出血量、平均住院时间均降低,手术时间升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与开窗组比较,TESSYS 组术后 1 个月、3 个月疼痛视觉模拟量表评分均降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与开窗组比较,TESSYS 组术后 1 个月、3 个月腰痛评价量表评分均升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与开窗组比较,TESSYS 组术后 1 个月、3 个月 Oswestry 功能障碍指数评分均降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与开窗组比较,TESSYS 组术后 1 周皮质醇、胰岛素、去甲肾上腺素水平均显著降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 两种术式对单节腰椎间盘突出症的近期疗效相当,但 TESSYS 技术有助于患者腰功能恢复,改善机体应激反应。

关键词:腰椎间盘突出症; 手术治疗; 经椎间孔内窥镜脊柱系统; 小开窗髓核摘除术

中图分类号:R687.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)21-3003-04

腰椎间盘突出症(LDH)是因椎间盘发生退行性变化的椎间盘纤维环破裂引起髓核组织突出,刺激周围相邻的神经,产生疼痛感,严重影响患者日常生活与工作^[1]。随着人们生活方式改变、工作方式多样化,LDH 发生率呈逐年增长趋势,目前治疗 LDH 方式可大致分为保守治疗、手术治疗,治疗方式选择主要依据患者病情轻重程度决定,若保守治疗后病情仍得不到缓解则采取手术治疗^[2-3]。小开窗髓核摘除术相比典型的开放式手术具有创伤小、疗效确切等优点,如今逐渐成为 LDH 患者外科手术的常用方式,但该术式在操作过程中会伴有脊神经损伤,引起患者术后慢性腰痛,影响患者术后治疗体验感。经椎间孔内窥镜脊柱系统(TESSYS)技术也可用于 LDH 治疗,且其属于微创技术,具有损伤小、恢复快的特点^[4]。手术本身对于机体而言均为损伤操作,对机体本身存在刺激,外源性刺激会诱导机体产生相应的应激反

应,适当的应激反应可以暂时提高机体的免疫机能,但是过度应激反应会对组织、器官等产生损伤,不利于机体功能恢复。目前对 LDH 的研究多集中于不同术式的治疗疗效比较,但关于其对患者术后应激反应影响的研究却鲜有报道,本研究旨在比较分析上述两种治疗方式对单节段 LDH 患者近期疗效及应激反应的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 4 月至 2020 年 4 月陕西省第四人民医院行手术治疗的单节段 LDH 患者 96 例作为研究对象。依据外科手术方式将研究对象分为开窗组 53 例、TESSYS 组 43 例。开窗组:男 30 例,女 23 例;年龄 35~68 岁,平均(52.33±7.14)岁;病程 2~10 年,平均(5.91±1.33)年;手术节段:L4/5 节段 43 例,L5/S 节段 10 例。TESSYS 组:男 24 例,女 19 例;年龄 36~69 岁,平均(53.16±7.01)岁;病程 3~10 年,平均(6.14±1.01)年;手术

[△] 通信作者, E-mail:280965874@qq.com.