

脊柱转移瘤的前路手术治疗效果观察

王 斌 王 康 吴楚君 肖晓鹤 杨明兴

湖南省湘潭市第一人民医院 湖南湘潭 411101

摘要:目的: 探讨脊柱转移瘤的前路手术治疗效果。方法: 本次研究选取2018年1月开始至2022年1月在我院进行治疗的脊柱转移瘤患者30例, 分为两组, 对照组(常规基础治疗)和观察组(前路手术治疗), 两组患者人数一致。结果: 两组患者治疗后观察组的治疗有效率高于对照组, 治疗后1-4周的VAS评分有明显下降且较对照组低, ECOG评分较对照组优, 术后并发症的发生较对照组低($P < 0.05$)。结论: 疼痛是脊柱转移瘤患者的主要临床表现, 患者行前路手术治疗后疼痛程度逐渐减轻, 且创伤较小, 逐渐恢复, 部分患者可以正常活动, 提高患者生活质量水平。

关键词: 脊柱转移瘤; 前路手术治疗

近年来, 我国经济得到全面发展, 提高了人们的生活水平, 改善了生活环境, 但是人们的生活节奏逐渐加, 不健康的饮食习惯以及日夜颠倒的作息时间已经成为社会现象, 导致癌症的发病率逐年增长, 且呈年轻化趋势^[1]。癌症有可通过淋巴道、血道等进行转移, 且脊柱是肿瘤转移的高发部位, 对患者的身体造成很大的损伤, 影响患者的精神健康^[2]。本次研究主要分析脊柱转移瘤的前路手术治疗效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取30例患者进行研究, 通过对照研究模式分组对比(根据治疗方式进行分组), 参选者均为脊柱转移瘤患者, 时间选取: 2018年1月和2022年1月期间治疗, 分别设置为对照组和观察组, 其中对照组性别例数(男10、女5), 年龄选择范围(26岁至84岁, 均值(60.36 ± 2.64)岁), 体重选择范围(48kg至68kg, 均值(54.82 ± 10.21)kg), 身高选择范围(157cm至176cm, 均值(170.21 ± 10.02)cm), 观察组对照组性别例数(男9、女6), 年龄选择范围(27岁至84岁, 均值(60.25 ± 2.71)岁), 体重选择范围(48kg至66kg, 均值(54.46 ± 10.33)kg), 身高选择范围(158cm至177cm, 均值(171.75 ± 10.22)cm), 差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入指标: 临床诊断为脊柱转移瘤患者; 无药物过敏症状。排除标准: 不同意参加研究; 不能正常交流; 合并心、肝、肾等重大器官疾病。

1.2 方法

对照组采取常规基础治疗; 观察组采取前路手术治疗, 具体方法: 行前路椎体肿瘤切除椎管减压术: 颈椎

及T1-T2患者经胸锁乳突肌, 切口进入椎体前方切除肿瘤后行植骨钢钉内固定; T3-T4肿瘤采用侧前方入路、掀起肩胛骨切除病变椎骨的椎板、横突及肋骨头。病灶位于T5-T10的患者选择胸腔入路。T11-T12的肿瘤选择胸腹联合切口, 切除相应椎体并结扎切断上下相邻节段的肋间动脉。腰椎肿瘤若只破坏前方椎体, 则采用倒“八字”切口或大麦氏切口做前路椎体肿瘤切除, 髓内钉并骨水泥固定, 或置入钛网或人工椎体。

1.3 观察指标

治疗后询问患者病情的改善情况, 并做好相关记录工作。同时在患者治疗前1天采用疼痛评分标准(VAS)进行疼痛评定, 在治疗后1-4周再次进行疼痛评定, 了解术后疼痛改善情况。并采用ECOG评分了解患者治疗前后的体力状态(0分: 活动能力正常, 1分: 可以自由走动, 较重体力活不能做, 2分生活可以自理, 但丧失工作能力, 3分: 吃饭, 穿衣可以自理, 但大部分时间卧床或者坐轮椅, 4分卧床不起, 生活不能自理, 5分死亡)。观察并记录患者术后并发症的发生情况以及生活质量水平(采用健康调查简表(SF)-36)进行评估)。

1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0统计学软件处理, 计量资料以均数士标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 数据之间对比用t检验, 用百分率%表示, 用 X^2 检验, 当数据对比结果呈现为 $P < 0.05$ 时, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者在接受治疗后的效果比较

观察组15例患者中有7例患者病情有明显的缓解, 6例患者部分病情得到有效缓解, 1例患者病情相对稳定没

有太大改变、有1例患者存在病情恶化现象, 治疗有效率为86.7%。

对照组15例患者中有6例患者病情有明显的缓解, 5例患者部分病情得到有效缓解, 2例患者病情相对稳定没有太大改变、有2例患者存在病情恶化现象, 治疗有效率为73.3%。

($\chi^2=5.611$, $p=0.018$) 比较显示: 观察组治疗后治疗效果明显优于对照组 ($P<0.05$), 有统计学意义。

2.2 两组患者治疗前后 (VAS) 评分比较

观察组 ($n=15$), 治疗前 VAS (4.68 ± 1.67) 分、治疗后1周 VAS (3.09 ± 0.52) 分、治疗后2周 VAS

(2.32 ± 0.42) 分、治疗后4周 VAS (0.72 ± 0.12) 分。

对照组 ($n=15$), 治疗前 VAS (4.62 ± 1.32) 分、治疗后1周 VAS (3.78 ± 0.72) 分、治疗后2周 VAS (3.04 ± 0.25) 分、治疗后4周 VAS (0.98 ± 0.31) 分。

($t=0.109$, $p=0.914$; $t=3.009$, $p=0.006$; $t=5.705$, $p=0.001$; $t=3.029$, $p=0.005$) 比较显示: 1周、2周、4周的疼痛 (VAS) 评分较对照组低 ($P<0.05$), 有统计学意义。

2.3 两组患者治疗后的 ECOG 评分比较

两组患者治疗前 ECOG 评分差异对比无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后观察组前 ECOG 评分较对照组优, 有统计学意义 ($P<0.05$), 见表1。

表1 观察组和对照组治疗后 ECOG 评分比较[n, (%)]

组别	例数	0分		1分		2分	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
观察组	15	1 (0)	3 (20)	4 (26.7)	9 (60)	7 (46.7)	2 (13.3)
对照组	15	1 (6.7)	1 (6.7)	5 (33.3)	6 (40)	6 (40)	5 (33.3)
χ^2	-	0.000	7.646	1.037	8.000	0.914	11.191
p	-	1	0.006	0.308	0.005	0.339	0.001

组别	例数	3分		4分		5分	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
观察组	15	3 (20)	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
对照组	15	3 (20)	2 (13.3)	0 (0)	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)
χ^2	-	0.000	2.420	0.000	6.932	0.000	0.000
p	-	1	0.120	1	0.008	1	1

2.4 两组患者治疗后的并发症发生比较

观察组15例患者中没有出现伤口渗血和脊髓损伤的患者, 出现感染的患者有1例、并发症总发生率8.3%。

对照组15例患者中出现伤口渗血的患者有1例, 出现脊髓损伤的患者有1例, 出现感染的患者有2例、并发症总发生率20%

($\chi^2=7.646$, $p=0.006$) 比较显示: 观察组治疗后并发症总发生率较对照组低 ($P<0.05$), 有统计学意义。

2.5 两组患者治疗后的生活质量评分比较

观察组 ($n=15$), 生理职能 (86.12 ± 10.07) 分、生理功能 (85.13 ± 10.22) 分、情感职能 (86.47 ± 11.64) 分、躯体功能 (83.36 ± 10.58) 分、社会功能 (85.12 ± 10.29) 分、精神健康 (84.45 ± 10.46) 分、精力 (83.32 ± 10.35) 分、总体健康 (85.32 ± 10.26) 分。

对照组 ($n=15$), 生理职能 (72.62 ± 10.32) 分、生理功能 (73.13 ± 10.86) 分、情感职能 (72.46 ± 10.35) 分、躯体功能 (71.18 ± 10.91) 分、社会功能 (72.19 ± 10.36) 分、精神健康 (71.11 ± 10.23) 分、精力

(70.53 ± 10.34) 分、总体健康 (74.53 ± 10.16) 分。

($t=3.626$, $p=0.001$; $t=3.117$, $p=0.004$; $t=3.483$, $p=0.002$; $t=3.104$, $p=0.004$; $t=3.430$, $p=0.002$; $t=3.531$, $p=0.002$; $t=3.386$, $p=0.002$; $t=2.894$, $p=0.007$) 比较显示: 观察组治疗后生活质量评分较对照组高 ($P<0.05$), 有统计学意义。

3 讨论

脊柱转移瘤是恶性肿瘤的常见并发症之一, 是起源于非脊柱的其他部位的恶性肿瘤经过直接侵犯, 通过血液循环, 淋巴道转移或者其他路径转移至脊柱骨性结构, 产生继发性脊柱肿瘤以及骨质破坏^[3-4]。其临床症状有疼痛(肿瘤的破坏以及脊柱的受累, 出现比较明显的脊柱区域, 包括颈胸腰椎局部的疼痛, 疼痛的程度往往比较重, 夜间较为严重而且活动受影响)、肿块或者局部的肿胀(严重的影响关节活动)、病理性骨折、神经压迫(患者会出现下肢的麻木、无力、运动功能障碍等)^[5-8]等。脊柱转移瘤属于严重疾病, 一旦出现转移, 需要及时进行治疗, 若患者治疗不及时, 可能会出现瘫痪现象, 导致患者

不能正常活动, 严重威胁到患者的生命健康安全^[9]。

椎体成形术对脊柱溶骨性骨转移瘤能起到立即止痛、增加脊柱强度和稳定性、预防病椎塌陷、改善患者活动状况、杀灭局部肿瘤细胞等作用^[10]。椎体成形术的优点在于手术操作可采用经皮穿刺技术完成, 创伤小, 见效快。对患者行前路椎体肿瘤切除椎管减压术, 脊髓能获得直接减压、植骨块融合后颈椎获得永久性稳定^[11]。在植骨同时采用钛质钢板内固定, 可以提高植骨融合率、维持颈椎生理曲度。需注意的是在手术操作过程中不要损伤胸部大血管和肺脏以及胸导管, 以免造成不可收拾的大出血或乳糜胸^[12]。本次临床试验研究结果表明, 观察组治疗后的治疗有效率高于对照组, 治疗后1-4周的VAS评分有明显下降且较对照组低, ECOG评分较对照组优, 术后并发症的发生较对照组低 ($P<0.05$), 前路手术治疗效果佳。

综上所述, 对脊柱转移瘤患者采取前路手术治疗后, 临床症状有较大改善, 部分患者能够生活自理, 正常活动, 提高患者生活质量水平, 值得临床推广。

参考文献:

[1] 中国抗癌协会肿瘤微创治疗专业委员会骨与软组织肿瘤学组, 中华骨科杂志编辑部. 微波消融治疗脊柱转移瘤临床指南[J]. 中华骨科杂志, 2022, 42 (02): 65-76.

[2] 周葳, 陈国权, 余灏涛等. 姑息性手术治疗脊柱转移瘤的疗效观察和影响因素分析[J]. 广州医科大学学报, 2021, 49 (06): 42-49+63.

[3] 李玉希, 卢世新, 梁育玮等. 肺癌脊柱转移瘤的外科治疗疗效及预后因素分析[J]. 中山大学学报 (医学科

学版), 2021, 42 (06): 923-930. DOI: 10.13471/j.cnki.j.sun.yat-sen.univ (med.sci).2021.0615.

[4] 王涵, 汤小东, 郭卫. 脊柱转移瘤外科治疗的微创化进展[J]. 中华外科杂志, 2021, 59 (09): 725-729.

[5] 梁鹏, 梁福东, 齐江华. 脊柱转移瘤治疗进展[J]. 国际骨科学杂志, 2021, 42 (04): 201-204.

[6] 牟晶晶, 汪铁军, 陈卫东等. 脊柱转移瘤的立体定向放射治疗[J]. 华中科技大学学报 (医学版), 2021, 50 (03): 404-411.

[7] 李杰, 江伟, 彭立鹏. 射频消融联合经皮椎体成形术治疗脊柱转移瘤[J]. 临床骨科杂志, 2021, 24 (02): 193-198.

[8] 陆丹, 杜振广, 黄聪等. 放射性碘125粒子植入联合射频消融治疗脊柱转移瘤患者的效果分析[J]. 解放军医药杂志, 2021, 33 (03): 37-40.

[9] 浦飞飞, 邵增务. 脊柱转移瘤外科治疗的现状与进展[J]. 中国癌症防治杂志, 2020, 12 (06): 611-615.

[10] 纪保辉, 王晓峰. 后路与前路手术方式对胸腰椎多节段脊柱骨折临床效果观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30 (21): 178-179. DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.086.

[11] 徐文彦, 杨瑞, 刘宝平. 老年脊柱转移瘤患者手术治疗后远期预后的影响因素分析[J]. 颈腰痛杂志, 2020, 41 (04): 417-419.

[12] 王超, 石志才, 李明. 脊柱转移瘤的新型决策框架及治疗进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2020, 28 (13): 1211-1214.