

• 2 •

较大,第 2 组、第 5 组、第 8 组比其它组扩散面积小,差异具有统计学意义($t=2.8680, P<0.01$),且第 8

组损伤扩大的面积最小。详见表 1。

表 1 各组治疗前后 CT 下显示的平均损伤面积大小比较 ($\bar{X} \pm S$) cm^2

组别	第 1 组	第 2 组	第 3 组	第 4 组	第 5 组	第 6 组	第 7 组	第 8 组	第 9 组
治疗前	16.21± 7.34	17.11± 6.98	16.89± 7.98	16.73± 7.09	16.78± 8.01	16.08± 6.98	17.01± 7.21	17.21± 6.57	16.67± 6.87
治疗后	25.87± 8.67	21.34± 7.89	25.56± 7.12	25.33± 6.87	21.33± 7.90	25.43± 7.98	26.38± 6.99	18.99± 6.01	25.39± 7.20

2.2 各组治疗前后格拉斯哥昏迷评分(GCS)比较
 各组在治疗后 GCS 评分较治疗前均有所改善,第 1 组、第 3 组、第 4 组、第 6 组、第 7 组、第 9 组的改善

程度较小。第 2 组、第 5 组、第 8 组与其它组相比评分有明显改善,差异具有统计学意义($t=9.0215, P<0.01$),且第 8 组 GCS 评分改善最为显著。详见表 2。

表 2 各组治疗前后格拉斯哥昏迷评分(GCS)比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	第 1 组	第 2 组	第 3 组	第 4 组	第 5 组	第 6 组	第 7 组	第 8 组	第 9 组
治疗前	6.23± 1.35	6.17± 1.98	6.89± 1.56	6.73± 1.45	6.65± 1.34	6.67± 1.74	6.01± 1.27	6.21± 1.46	6.76± 1.45
治疗后	7.07± 1.63	10.35± 1.56	7.78± 1.12	7.56± 1.53	10.33± 1.90	7.45± 1.94	7.34± 1.65	11.99± 1.56	7.39± 1.45

3 讨论

随着我国交通以及建筑等行业的不断发展,脑外伤发生率也逐年升高。且一般伤情较重可导致死亡,部分患者终身瘫痪严重影响了患者的生活以及健康,同时也造成社会资源的浪费,增加了社会负担。脑外伤合并高血压是常见的临床疾病,急性脑外伤也常伴有血压升高或降低,倘若不及时有效地处理可造成继发脑损伤,严重影响患者的预后^[3-4]。脑外伤患者神经系统定位损伤是由多种因素导致的,其中主要的是脑灌注,而血压又直接影响着脑灌注^[5-6]。脑血管有一定自我调节能力,在正常身体机能状态下,能保持脑血流量的稳定,即使受到轻微创伤也能通过自身调节而保持病情稳定^[7]。但若受到严重创伤后血脑屏障破坏、颅内高压加上高血压患者的动脉粥样硬化等使得脑血管的调节发生障碍,此时脑组织的灌流基本完全依靠血压的变化,此时脑的灌注受血压影响较大,若血压太低,使脑灌注不足,脑组织将缺血缺氧,从而导致不可逆的损伤^[8-9]。若太高又导致脑水肿以及颅高压,严重者致脑疝的发生。所以脑外伤合并高血压患者早

期降压应适宜,切不可操之过急。

综上所述,急性脑外伤合并高血压患者早期进行降压治疗意义重大。医务人员应严格控制降压幅度,使之达到一个最佳状态,在最大程度上提高和改善患者的临床疗效以及预后。

参考文献

[1]李蓉.脑外伤的观察及护理体会[J].医学信息,2009,(9):1 871-1 872
 [2]潘英,郭建军,梁睿,等.早期降压对急性脑出血患者近期预后的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2008,6(11):1 289-1 290
 [3]古青,黄怀,虞容豪,等.脑外伤的康复评定与治疗进展[J].重庆医学,2009,38(8):909-910
 [4]张春长,王学义,姚少敏,等.创伤后应激障碍的认知功能与脑血流情况研究[J].神经疾病与精神卫生,2010,10(6):567-568
 [5]徐伟伟,王向宇,周月玲.重型颅脑损伤后长期意识障碍患者的清醒预测及预后评估[J].中国临床神经外科杂志,2009,14(8):476-478
 [6]江基尧,高国一.颅脑损伤性昏迷研究现状与展望[J].中国微侵袭神经外科杂志,2009,4(2):49-50
 [7]诸葛卫新,洪波.急性脑外伤时血浆 CRP 浓度和 CT 表现的相关性分析[J].放射免疫学杂志,2012,25,(5):562-564
 [8]Mair RJ, Joy AH, Firmey H, et al. Creating an algorithm for requesting C-reactive protein in the emergency department[J]. Eur J Emerg Med, 2010,17,(2):125-126
 [9]赵海翔,刘喜年,谭红兵.早期降压治疗在急性脑外伤治疗中的价值[J].中国当代医药,2010,17,(34):164-165

(收稿日期:2013-05-27)

骨质疏松症患者的临床特点分析

梁明

(广东省佛山市第一人民医院 佛山 528000)

关键词:骨密度;骨质疏松;临床特点

中图分类号:R58

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.002

骨质疏松症为引起中老年骨折的主要原因,属于中老年人群中的一种常见病、多发病。近年来的调查结果显示,由于我国人口老龄化的日益加剧,骨质疏松的发生率也呈逐年增加趋势^[1]。分析我院收治的 90 例骨质疏松患者的临床资料,探讨骨质疏松发生的影响因素。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 3 月~2012 年 10 月

期间我院住院治疗的骨质疏松临床患者 90 例,其中男 29 例,女 61 例,年龄 20~79 岁,平均(61.5±14.2)岁。所有患者均符合世界卫生组织(WHO)的骨质疏松症的诊断标准。

1.2 骨质疏松诊断标准 以中国原发性骨质疏松症防治指南(2011 年)的诊断标准为依据。骨量正常:T 值>-1;骨量减少:T 值在 -1~-2.5 之间;骨质疏松:T 值≤-2.5^[2]。(下转第 49 页)

III级、IV级经保守治疗 2 周无改善即行玻璃体切割术；(3)对合并视网膜新生血管膜、视网膜增殖膜、视网膜脱离的自发性玻璃体积血，在完善相关检查后立即手术；(4)糖尿病性视网膜病变患者发生玻璃体积血即是手术适应证，早些手术效果较好，因为及早同时进行视网膜光凝，既能处理并发症，又能控制视网膜缺血缺氧^[3]。视网膜裂孔患者，在裂孔周围打 2~3 排激光光凝，可有效预防视网膜脱离的发生。视网膜脱离患者，手术能使视网膜及早复位，恢复部分视力，保住眼球。视网膜静脉阻塞、Terson 综合征、视网膜静脉周围炎、放射性视神经视网膜病变患者，手术同时行视网膜激光光凝能改善视网膜缺血缺氧状态，避免新生血管性青光眼的发生。经手术治疗病程稳定的患者应 1~3 个月定期随诊散瞳检查眼底，必要时加行眼底荧光血管造影及适时补充行视网膜光凝治疗，可有效防止再次玻璃体

(上接第 2 页)

1.3 方法

1.3.1 研究方法 检测患者骨密度，分别根据不同年龄段和性别分组，比较各组间骨密度的差别。

1.3.2 检测方法 使用美国 HOLOGIC 双能 X 线骨密度测量仪测定患者腰椎和髋部骨密度。测定部位包括腰椎 L₁₋₄、双股骨颈、大转子及 Wards 区骨密度。

1.4 统计学处理 检测结果采用 SPSS18.0 统计学软件进行统计，数据采用 ($\bar{X} \pm S$) 表示，计数资料进行 *t* 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 90 例患者中，男 29 例 (32.22%)，女 61 例 (67.78%)，女性患者多于男性 (*P* < 0.05)。根据年龄段分组，20~30 岁组 6 例 (6.67%)，31~40 岁组 9 例 (10.00%)，41~50 岁组 22 例 (24.44%)，51~60 岁组 31 例 (34.44%)，>60 岁组 22 例 (24.44%)，51~60 岁组所占比例最高 (*P* < 0.05)。

2.2 不同年龄段组患者骨密度的比较 随着患者年龄的增加，骨密度不断降低，进一步行骨密度和年龄的相关分析，发现骨密度和年龄呈负相关。见表 1。

表 1 不同年龄段受试者骨密度变化情况统计 ($\bar{X} \pm S$) g/cm²

年龄	n	腰椎 L ₁₋₄	双股骨颈	大转子	Wards 区
20-30	6	0.9475±0.0179	0.6236±0.01032	0.6627±0.01141	0.6865±0.01082
31-40	9	0.9291±0.01432 ^a	0.7091±0.01243 ^a	0.6463±0.01024 ^a	0.6676±0.01065 ^a
41-50	22	0.8778±0.009814 ^a	0.6927±0.01167 ^a	0.6309±0.01153 ^a	0.6559±0.01126 ^a
51-60	31	0.8129±0.01821 ^a	0.6813±0.01087 ^a	0.6239±0.01064 ^a	0.6428±0.01075 ^a
>60	22	0.7815±0.01746 ^a	0.6663±0.01172 ^a	0.6036±0.01027 ^a	0.6229±0.01285 ^a

注：与 20-30 岁比较，^a*P* < 0.05，差异显著。

2.3 不同性别组患者骨密度的比较 女性组骨密度低于男性组 (*P* < 0.05)。见表 2。

积血的发生。术中应十分谨慎小心，精心操作，避免器械末梢碰伤视网膜和晶状体，剥除视网膜前增殖膜时切忌粗暴，粘连过紧时勿强行撕拉。所有的裂孔应用激光封闭，术毕仔细检查周边部，术后密切随访，发现问题及时处理，避免严重并发症的发生。

综合上述临床分析，玻璃体切除术可以清除玻璃体的积血，能尽早明确病因，提高视力，避免并发症的发生，术后定期随访并进行相应的后续治疗可减少甚至避免再次发生玻璃体积血。玻璃体切除术是治疗玻璃体积血安全、有效的方法。

参考文献

- [1] 王卫红. 玻璃体切除术治疗玻璃体积血临床效果分析[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2007, 29(4): 289-290
- [2] 黎晓新, 王景昭. 玻璃体视网膜手术学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 194-213
- [3] 李凤鸣. 中华眼科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 2256

(收稿日期: 2013-05-12)

表 2 不同性别组的骨密度比较 ($\bar{X} \pm S$) g/cm²

性别	n	腰椎 L ₁₋₄	双股骨颈	大转子	Wards 区
男性	29	0.8871±0.08714	0.6877±0.01257	0.6312±0.01153	0.6648±0.01216
女性	61	0.7765±0.01751	0.6651±0.01264	0.6146±0.01147	0.6319±0.01375
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

研究表明，骨质疏松症的主要临床特征为骨量降低，骨的微结构破坏，骨脆性增加，易发生骨折^[3]。流行病学调查结果显示，我国绝经后妇女骨质疏松的发生率在 25%~75% 之间，其中 15%~20% 的患者出现脊柱压缩性骨折^[4]。而多数发生脊柱压缩性骨折的患者无明显症状，但增加了再次骨折的发生率。因此临床上应对骨质疏松症给予高度的重视^[5]。

本研究对 90 例临床确诊为骨质疏松症患者的临床资料进行分析，对比分析了不同年龄段和不同性别患者骨密度的结果，发现随着年龄的增加，骨密度不断降低，且女性患者的骨密度较男性患者低。因此在今后的临床工作中，对高危人群展开骨密度检测，早期发现骨密度的下降和骨质疏松具有重要意义，早期采取相应的防治措施，降低骨质疏松性骨折的发生。

参考文献

- [1] 李永忠, 陈治卿, 陈健. 厦门地区正常人群 DEXA 骨密度测定分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2009, 20(7): 101-103
- [2] H S, Weyand L S, Fqukner K G, 孟迅吾. 中国大陆地区妇女骨质疏松筛选工具探讨[J]. 中国修复重建外科杂志, 2007, 20(1): 39
- [3] 艾桂萍, 罗玲, 高德芹, 等. 骨代谢生化指标与老年男性骨质疏松关系的探讨[J]. 中华检验医学杂志, 2009, 24(6): 362-364
- [4] 陈超, 邢学农, 陈若平, 等. 合肥地区 1 162 例正常人群骨密度的分析研究[J]. 中国骨质疏松杂志, 2008, 14(6): 419-420
- [5] 郭庆升, 孙国强, 张世斌, 等. 应用双能 X 线骨密度仪对辽宁地区正常人群骨密度的流行病学调查[J]. 中国骨质疏松杂志, 2009, 8(2): 107-109

(收稿日期: 2013-05-16)