

老年腰椎骨质疏松压缩性骨折保守治疗和经皮椎体成型术的疗效分析

申俊玲

(河南省商丘市民权县人民医院 民权 476800)

摘要:目的:探讨经皮椎体成型术和保守治疗对老年腰椎骨质疏松压缩性骨折的疗效。方法:将我院收治的 80 例老年腰椎骨质疏松压缩性骨折患者随机分为两组,各 40 例。对照组采用保守治疗,试验组采用经皮椎体成型术治疗。比较两组患者 VAS 评分及 Cobb 角情况。结果:治疗 1 周及 1 个月后试验组患者 VAS 评分下降程度低于同期对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 1 周及 1 个月后试验组患者 Cobb 角无明显变化($P>0.05$),对照组患者 Cobb 角明显下降($P<0.05$);治疗后试验组 Cobb 角显著高于同期对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:经皮椎体成型术治疗老年腰椎骨质疏松压缩性骨折疗效显著,能有效减轻患者疼痛程度,保持椎体高度及脊柱稳定性,进而提高患者生活质量及治疗依从性,值得临床推广。

关键词:老年腰椎骨质疏松;压缩性骨折;经皮椎体成型术;保守治疗

中图分类号:R687.3 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.013

老年人群常伴有不同程度的骨质疏松,是临床常见的老年疾病,患者以持续性疼痛为主要症状。该病严重影响患者生活及生存质量。经皮椎体成型术是治疗骨折疏松压缩性骨折常见及有效的方法^[1]。本研究观察经皮椎体成型术和保守治疗对老年腰椎骨质疏松压缩性骨折的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 3 月~2012 年 10 月我院收治的 80 例老年腰椎骨质疏松压缩性骨折患者,均符合以下入选标准:(1)患者年龄 ≥ 60 岁;(2)患者有骨质疏松病史;(3)无严重重要脏器功能衰竭者;(4)患者经 X 线、CT 及 MRI 确诊为椎体压缩骨折;(5)患者签署治疗知情同意书。排除标准:(1)骨肿瘤引起的病理性骨折;(2)严重重要脏器功能障碍者;(3)未签署治疗知情同意书者;(4)既往有凝血功能障碍者;(5)椎体骨折伴有脊髓损伤者。所有患者随机分为两组。试验组 40 例,其中男性 12 例,女性 28 例;年龄 60~82 岁,平均 (65.3 ± 6.4) 岁;病程 1 个月~1.3 年,平均 (0.5 ± 0.2) 年。对照组 40 例,其中男性 13 例,女性 27 例;年龄 61~81 岁,平均 (65.9 ± 6.1) 岁;病程 2 个月~1.2 年,平均 (0.5 ± 0.3) 年。两组患者一般情况比较无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 试验组采用经皮椎体成型术治疗。患者取俯卧位,使椎体处于过伸位,经 C 臂机透视定位伤椎椎弓根,进而作体表投影并标记以确定穿刺点。患者采用局部浸润麻醉至骨膜进行手术。在 X 线引导下,由正位椎弓根外上方和矢状面 15° 夹角处进针穿刺。侧位透视下进入椎体前 1/3 处,确认穿刺针位置无误后抽出针芯,将糊状 PMMA 骨水

泥注射至伤椎处。X 线透视,当骨水泥至骨皮质处停止注射,若骨水泥向椎体外渗漏则停止推注。插入针芯,待骨水泥凝固后拔出穿刺针。切口压迫止血,无菌敷料包扎。对照组采用保守治疗。常规卧硬板床、腰背肌功能锻炼为主。同时给予强骨胶囊(国药准字 Z20030007)0.25 g 口服,3 次/d,共服用药物 30 d。严格卧床并行功能锻炼 1 个月。

1.3 观察项目 记录两组患者 VAS 评分及 Cobb 角情况。VAS 评分:一条直线左侧 O 代表无疼痛,右侧 10 代表剧烈疼痛。患者根据疼痛度指出相应位置,评分值越高,疼痛程度越重。Cobb 角测量:在标准侧位 X 线片上,用量角器测量压缩椎体上下终板垂线的夹角^[2]。

1.4 统计学分析 采用 SPSS13.0 软件分析数据。计量资料采用 t 检验,以均数 $\pm$ 标准差($\bar{X}\pm S$)表示。 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 VAS 评分比较 治疗 1 周及 1 个月后两组患者 VAS 评分均明显下降, ($P<0.05$); 治疗 1 周及 1 个月后试验组患者 VAS 评分下降程度低于同期对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 VAS 评分比较 ($\bar{X}\pm S$) 分				
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 1 个月
试验组	40	7.5 $\pm$ 2.0	2.5 $\pm$ 0.9	1.3 $\pm$ 0.8
对照组	40	7.6 $\pm$ 2.1	5.4 $\pm$ 1.1	3.5 $\pm$ 1.0
<i>t</i>		0.22	12.90	10.87
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05

2.2 Cobb 角比较 治疗 1 周及 1 个月后试验组患者 Cobb 角无明显变化($P>0.05$),对照组患者 Cobb 角明显下降($P<0.05$);治疗后试验组 Cobb 角显著高于同期对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 Cobb 角比较 ($\bar{X} \pm S$) 度

组别	n	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 1 个月
试验组	40	20.1± 3.4	20.1± 3.3	20.1± 3.2
对照组	40	19.9± 3.5	17.4± 3.1	17.2± 3.6
t		0.26	3.77	3.81
P		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

骨质疏松是临床老年常见及多发疾病,随着老年化加剧及糖皮质激素的长期应用,其引起椎体压缩性骨折也呈逐年上升趋势^[3]。腰椎体压缩性骨折常伴有腰部持续性疼痛,行走不便,严重影响患者生活质量及心理健康。保守治疗和经皮椎体成形术是临床常用的治疗方法^[4]。老年患者常因惧怕手术而选择保守治疗,但治疗效果往往不理想。经皮椎体成形术是在影像增强设备监视引导下,将骨水泥等材料经椎弓根注入椎体,能够有效恢复椎体高度及抗压强度,进而防止椎体进一步塌陷和变形,具有创伤小、恢复快、安全性高等特点。

本研究结果显示,治疗 1 周及 1 个月后试验组

患者 VAS 评分下降程度低于同期对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 1 周及 1 个月后试验组患者 Cobb 角无明显变化($P>0.05$),对照组患者 Cobb 角明显下降($P<0.05$);治疗后试验组 Cobb 角显著高于同期对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,经皮椎体成型术治疗老年腰椎骨质疏松压缩性骨折疗效显著,能够有效减轻患者疼痛程度,保持椎体高度及脊柱稳定性,进而提高患者生活质量及治疗依从性,值得临床应用和推广。

参考文献

[1]信维伟,程光齐,冯宇,等.经皮椎体成形治疗陈旧性老年骨质疏松性椎体骨折[J].中国组织工程研究,2012,16(52):9 873-9 880
[2]杨春,朱裕成,王冰,等.两种不同方法治疗骨质疏松性胸腰椎骨折疗效比较[J].中国骨质疏松杂志,2012,18(2):148,149-152
[3]江红卫,崔学文,黄永辉,等.经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体骨折的临床疗效分 [J]. 现代预防医学,2012,39 (23):6 369-6 370, 6 374
[4]陈勇,应文魁,王锡宇,等.经皮椎体成型术治疗老年骨质疏松性压缩性骨折[J].中国医学创新,2013,10(4):130

(收稿日期: 2013-12-25)

中西医结合综合治疗输尿管结石疗效观察

刘德运 陈霞霞 柳泽坤 李国达
(甘肃省庄浪县人民医院 庄浪 744699)

摘要:目的:评价中西医结合综合疗法在治疗输尿管结石患者中的临床疗效。方法:采用随机对照临床观察的研究方法,对 126 例输尿管结石患者分组进行了为期 1 周、4 周的临床观察,所有患者均接受 ESWL、饮水疗法等治疗;治疗组除采用上述疗法外,还服用自拟的利尿通淋排石汤,每日 1 剂。结果:术后 1 周及 4 周均进行影像学检查。治疗组术后 1 周、4 周结石清除率分别为 80.0%(52/65)、90.8%(59/65),显著高于对照组 55.7%(34/61)、63.9%(39/61);且在结石排出时间、肾绞痛发生率、镇痛药物使用率、复震率(体外冲击波重复治疗率)和抗生素的使用率上均显著低于对照组($P<0.05$)。两组患者均未观察到明显的药物副作用($P>0.05$)。结论:中西医结合综合治疗可明显促进输尿管结石排出,缓解肾绞痛的发生,同时可减少镇痛药物和抗生素的使用,可以作为输尿管结石常规治疗中的一部分,从而获得满意的临床疗效。

关键词:输尿管结石;中西医结合疗法;综合治疗
中图分类号:R693.4 文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.014

泌尿系结石是泌尿外科常见病之一,在泌尿外科住院患者中占据首位。据报道输尿管结石占泌尿系结石的 33%~54%。而且输尿管结石易导致急性上尿路梗阻,梗阻可以导致感染和结石形成,所以如何选择安全有效的治疗手段成为泌尿外科临床医师考虑的重点。中西医结合疗法是我国的医疗特色,尤其在尿石症的诊治中应用广泛,且疗效确切。我院于 2010 年 10 月以来,采用中西医结合综合治疗输尿管结石疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 126 例,男 67 例,女 59 例,年龄 18~67 岁;结石直径 0.5~15 mm;结石单发 114 例,多发 12 例;结石位于右侧输尿管 61 例,左侧 65 例;合并患侧肾积水 126 例,泌尿系感染 31 例。全部患者接受泌尿系彩超、KUB 和静脉肾盂造影(IVU)检查,行非增强螺旋 CT 平扫 52 例,必要时行逆行肾盂造影检查;彩超提示肾盂分离 16~40

mm,造影或 CT 平扫提示输尿管阴性结石 13 例。126 例按照就诊先后顺序按随机数字表分为两组,其中治疗组(中西医结合)65 例,对照组(未给予中药)61 例。两组一般资料经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 (1)肾绞痛的处理:根据疼痛的程度选用双氯芬酸钠缓释片 0.1 g,口服,1~2 次/d,剧烈疼痛者可给予盐酸吗啡 10 mg 或盐酸哌替啶 50 mg 肌注,同时配合阿托品 0.5 mg 或 654-2 10 mg,肌注。(2)常规给予黄体酮 20 mg,肌注,1 次/d,如为输尿管下段结石,夜间口服盐酸坦索罗辛缓释胶囊 0.2 mg,1 次/d。(3)抗感染治疗:根据血尿常规、肝肾功能、细菌培养结果,选用敏感药物控制感染。(4)饮水疗法:通过大量饮水,2 000~3 000 mL/d,增加尿量,冲刷尿路,促进结石排出。(5)ESWL:体外碎石机为 MJ-ESWL-200A 型(广东满江美健医疗器