

岁,病程 4~12 d,平均(7.21± 2.63) d;对照组男 10 例,女 5 例,平均年龄(41.63± 10.94)岁,病程 3~14 d,平均(7.17± 3.43) d。两组患者年龄、性别、病程等比较无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 完善相关检查:血常规、生化全套、凝血全套、输血、手术全套、小便常规、心电图、腹部彩超、胸部 X 线等,排除手术禁忌证;专科检查:肛门指检、镜检;局部备皮,术晨灌肠。

1.2.2 手术操作 所有病例均左侧卧位下采用腰俞穴麻醉,麻醉成功,观察无不良反应后转截石位,常规消毒会阴部及肛管直肠下段,检查脓腔范围和内口位置,在双叶肛门镜下,手术刀从脓腔波动最明显处做一纵行切口,对照组内口与纵行切口间以探针勾通并挂橡皮筋予慢性切割引流,观察组则通过切口置入橡皮引流管至脓腔最顶端处。

1.2.3 术后处理 术后使用抗生素预防感染及止血药防止出血,进流质少渣饮食控制大便 2 d,每日苦参汤坐浴熏洗。创面局部常规消毒后,观察组通过引流管以甲硝唑溶液反复冲洗脓腔,切口处放置紫草油纱条,纱布固定。对照组则切口处放置紫草油纱条即可。

1.3 观察指标 比较两组手术成功率、术后切口愈合时间、术后换药疼痛程度、复发率及并发症发生率,评价两组临床效果。

1.4 统计学处理 所得观察数据采用 SPSS17.0 统计学软件进行处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 结果 两组患者均治愈,差异无统计学意义

($P>0.05$)。观察组在缩短术后愈合时间、减轻患者术后换药疼痛方面均优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床效果比较 ($\bar{X} \pm S$) 例

组别	n	手术成功	愈合时间(d)	复发及后遗症	术后换药疼痛(2~3 级)
观察组	15	15	14.38± 2.37	0	7
对照组	15	15	24.71± 5.81	0	3

2 讨论

直肠黏膜下脓肿是常见的高位脓肿之一,在肛提肌以上,位于直肠黏膜与直肠环肌之间。临床上以全身症状为主,但较其他高位脓肿轻,局部症状不明显,肛门外观无异常,肛门镜下可见直肠黏膜局限性肿胀、充血,有时可见对应位肛窦充血、水肿。指检可触及直肠壁有局限性柔软的包块,位置较低时,肛管直肠环受炎症浸润而变硬,有时可扪及深达凹陷的肛窦^[2]。因直肠黏膜下脓肿位置较高,传统切开挂线术后换药时难以将引流条置入脓腔最顶端,导致引流不畅,伤口愈合时间长,且换药时患者疼痛明显。本术式采用橡皮引流管直接置入脓腔最顶端,起到了持续引流作用;每天换药时可通过橡皮引流管注入甲硝唑或生理盐水冲洗脓腔,使脓腔内残留的粪渣及坏死组织得以及时清除;橡皮引流管的持续异物刺激作用,促使肉芽组织迅速填充,加速脓腔闭合;上述优点使本术式在术后愈合时间及减轻患者痛苦方面具有明显的优势,是治疗直肠黏膜下脓肿较简单、便捷有效的术式,值得临床推广。

参考文献

[1]张东铭.盆底肛直肠外科理论与临床[M].第 2 版.北京:人民军医出版社,2011.104
 [2]赵自星.实用肛瘻学[M].成都:四川科学技术出版社,2003.127
 (收稿日期:2014-06-18)

老年骨质疏松性脊柱骨折保守治疗效果分析

张子方

(山东省邹城市兖矿总医院 邹城 273500)

摘要:目的:对保守治疗老年骨质疏松性脊柱骨折的效果进行分析。方法:选取我院 2011 年 1 月~2013 年 12 月收治的 72 例老年骨质疏松性脊柱骨折患者,均采用保守治疗,主要包括药物治疗、护理实施及腰背肌功能锻炼,对患者的临床疗效进行分析。结果:72 例患者中优 32 例、良 40 例,优良率为 100%。结论:老年骨质疏松性脊柱骨折保守治疗效果良好,其方法简单、风险较小,可有效避免致残率、死亡率的增加,预防相关并发症的发生,有利于患者病情的稳定恢复,对于无明显神经压迫症状者值得临床推广与应用。

关键词:脊柱骨折;骨质疏松;老年人;保守治疗

中图分类号:R683.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.032

老年骨质疏松症发生率正逐年增加,已成为人们所关注的焦点。其症状表现主要为脊柱变形、疼痛及骨折,而危害性最大的则是骨折。在松质骨丰富的区域,骨质疏松性骨折比较常见,髌部、脊柱、腕部等部位容易发生。由于患者多为高龄,一定程度

上成为该病症的一个危险因素,同时增加了致死率和致残率。对于骨质疏松性脊柱骨折的治疗,其目标主要包括愈合骨折、降低并发症发生率及死亡率,增强骨质强度,避免病情复发。因此,我院探讨了保守方式治疗老年骨质疏松性脊柱骨折的效果,获得满

意结果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2011 年 1 月~2013 年 12 月收治的老年骨质疏松性脊柱骨折患者 72 例作为研究对象。其中男 24 例,女 48 例;年龄 58~81 岁,平均 73.5 岁;有摔伤、扭伤等轻度外伤史者 40 例;压缩椎体 1 个 34 例,压缩椎体 2 个 26 例,压缩椎体 3 个 12 例。全部患者的症状主要为胸、腰背痛,疼痛时间为两周以上。查体时有叩击痛,患者脊髓及神经根压迫症状不明显,MRI 和 CT 检查伤椎后壁完整,脊髓无受压。

1.2 治疗方法 全部患者均平卧于硬板床上休息,取一枕头垫于背部骨折处,促使患者脊柱后伸展。由于高龄患者难以忍受疼痛,因此不强求进行手法复位^[1]。

1.2.1 药物治疗 肌肉注射密盖息针剂 50 IU,1 次/d,10 d 后改为 1 次/2 d,1 个月后改为 1 次/3 d,治疗时间 2 个月。同时口服钙尔奇-D 片 0.6 g,1 次/d,口服福善美 70 mg,1 次/周。进食较少者进行输液,对水、电解质进行补充;严重疼痛者治疗初期可口服曲马多片用以缓解疼痛^[2]。

1.2.2 护理 定时给患者叩背、翻身,进行肢体按摩,鼓励其咳嗽并给予通便药物,无法自主排尿者进行导尿。加强护理,避免发生深静脉血栓、褥疮、肌肉萎缩、泌尿系统及呼吸道感染,合并其它疾病者给予相应治疗。

1.2.3 功能锻炼 患者经治疗后 5~8 d 可减轻骨痛症状,此时指导患者进行腰背肌功能锻炼:患者以平卧三点支撑、四点支撑、五点支撑法将腰背部挺起。依据具体情况,于 6~8 周下地进行活动。后期坚持功能锻炼,1 h/d,分 2 次完成。

1.3 疗效评定 根据患者症状改善程度将疗效标准分为 3 级。优:疼痛感全部消失,可自由活动,骨质密度增加;良:疼痛感有所缓解,活动受到一定限制,骨质密度未下降;差:有关症状及指标未得到改善^[3]。采用可视化视觉模拟评分法(VAS)评价疼痛程度。0 分表示完全无痛,10 分表示难以忍受的剧烈疼痛。由患者根据自身疼痛程度评分。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件,计量资料以均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为组间差异有统计学意义。

2 结果

经保守治疗,患者病情均得到改善,其中优 32 例、良 40 例,优良率为 100%。X 线片显示骨折稳定,但压缩椎体恢复状况欠佳。干预后患者 VAS 评

分明降低,治疗前后比较有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 干预前后患者 VAS 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

时间	n	VAS 评分
干预前	72	5.32±1.46
干预后	72	2.15±0.72

3 讨论

骨质疏松为进化性疾病,而骨质疏松性骨折具有四高一低的特点,即发病率、致残率、死亡率、费用高,生活质量低^[4]。对于老年骨质疏松性脊柱骨折患者的治疗而言,手术干预与保守治疗主要包括两点:一是治疗骨质疏松症;二是治疗脊柱骨折,而两者在治疗过程中具有同等地位,目前,老年骨质疏松性脊柱骨折的治疗在外科干预方面获得一定的进展,治疗患者病情可获得满意效果^[5]。然而,老年骨质疏松性脊柱骨折多为高龄患者,其中部分患者合并有几种以上的慢性疾病,包括肺部病变、糖尿病、心脑血管疾病等,一定程度上使病情的治疗变得更加复杂^[6]。手术的致残率、并发症、死亡率均会有所增加。另外,手术中进行复位及固定十分困难,植入人工材料容易发生松脱现象,因此面临手术风险大的难题,多数患者与其家属不容易接受手术治疗。在保守治疗的过程中,患者通过卧床休息能够将进一步压缩性骨折的应力有效消除,较好地保留了特定的伤椎高度,使骨折微动减少,有利于骨折的逐步愈合,同时也可减轻疼痛,避免神经受到强烈刺激。破骨细胞的活性通过福善美和密钙息得以抑制,使骨丢失有效逆转,在骨吸收受到抑制的基础上不断提高骨密度,从而利于骨折的愈合。骨的无机成分主要为钙,增加骨钙的沉积及强度,一般通过补充钙剂可以实现。老年人长期卧床不利于病情恢复,给予其护理及支持治疗,可以避免引起肌肉萎缩等各种并发症,使患者在骨折急性期可安全渡过治疗过程。后期进行腰背肌功能锻炼,可以促使脊柱动力性趋于稳定。保守治疗骨质疏松性脊柱骨折,其方法十分简单,具有风险小、费用低、痛苦小的特点,经治疗可获得满意疗效,容易被人们所接受。但在压缩椎体的高度恢复方面尚有欠缺,对非暴力引起的骨折具有良好效果,同时还需注意患者无神经根压迫症状,并能积极配合医院进行治疗。本组病例中,72 例骨质疏松性脊柱骨折老年患者病情有效改善,无 1 例差者,其优良率为 100%。但如果患者脊髓及神经根压迫症状比较明显,不建议采取保守方法进行治疗,必须通过手术方式进行治疗。综上所述,临床可依据患者实际情况,对老年骨质疏松性脊柱骨折患者采取保守治疗的方法,积极处理患者的骨质疏松症及合(下转第 53 页)

术方式:患者取平卧位,常规消毒铺巾,静脉复合麻醉,行气管插管。脐孔右侧内壁处弧形切口,建立气腹,将腹腔镜放入操作孔。经操作孔置入无损伤钳,对胃、回盲部仔细探查,女性患者需检查子宫附件,排除其他病变。阑尾探查过程中,尽量减少对周围器官和组织造成影响。行腹腔镜外阑尾切除,阑尾水肿较轻、未与周围组织粘连者,钳夹阑尾后,将气腹排空,经创口将阑尾提出,开放性系膜处理,阑尾根部结扎。随后建立气腹,对阑尾残段、盲肠、阑尾系膜进行观察,查看处理结果是否满意。行腹腔镜内阑尾切除术,对于阑尾水肿较为明显、且系膜炎症较为严重者,可使用双极电凝刀对系膜做处理,在操作孔做阑尾切除,使用肽夹经阑尾根部切除,从创口将其去除。术后使用抗生素预防感染。

1.3 观察指标 对患者术后不良反应、肛门排气时间、手术时间、术后疼痛感及住院时间进行观察。

1.4 结果 60 例患者皆行经脐单孔法腹腔镜阑尾切除术,术后患者均无明显不良反应症状,术中未出现阑尾提出后断裂情况。手术时间为 10~30 min,平均 15 min;术后无疼痛感,术后 10 h 内肛门排气;术后所有患者均无切口感染,平均住院时间 4 d。对患者进行随访后发现,脐部无可见瘢痕,无肠道粘连。

2 讨论

行经脐单孔法腹腔镜阑尾切除术时,术中视野较为开阔,相较于传统开腹阑尾切除术,其更容易定位阑尾,可利用腹腔镜对腹腔做检查,对出现急腹症的其他因素进行鉴别,如卵巢囊肿、子宫肌瘤等。目前,随着腹腔镜手术的操作越来越熟练,许多医院都已广泛应用,熟练的操作是确保腹腔镜阑尾切除术成功的关键所在。

传统腹腔镜阑尾手术,需建立三个操作孔,会在患者脐部和腹部留下三个切口,无法达到有效的美观效果^[2]。国内相关研究显示^[3],单孔法腹腔镜阑尾切除术,多选择麦点式,但是会增加手术创伤,有降低肠粘连的优势,麦氏口单孔腹腔镜阑尾切除术术后会留下较为明显的疤痕^[4]。本研究采取经脐单孔法腹腔镜阑尾切除术,将脐部操作孔、单一操作孔、腹腔镜行阑尾切除术的手术理念结合,可实现极佳

的美容效果,术后无可视瘢痕^[5]。术中行腹腔镜操作,可增加手术视野,采取超声刀做阑尾系膜处理,其效果可靠。有系膜肥厚者,可使用分束切除,使用超声刀做止血处理。本研究 60 例患者,行经脐单孔法阑尾切除术均顺利完成,术后患者无疼痛感,且术后 10 h 内肛门排气,经肛门排气后,患者能适当进食流食,可有效促进患者恢复,术后无患者发生切口感染,住院时间明显缩短。可见,经脐单孔法腹腔镜阑尾切除术结合了多种手术优势,较传统腹腔镜手术有切口小、术后并发症少、术后恢复快等优势,将切口隐藏于脐窝,可避免因瘢痕导致患者腹部美感被破坏。

因经脐单孔法腹腔镜阑尾切除术方式未普及,属新型手术方法,最好选择中等偏瘦患者作为手术实施对象,利于手术操作。手术实施较为熟练后,偏胖型的患者也可以使用此项手术。且手术操作尚未成熟之时,应选择单纯性急性阑尾炎患者,患者出现腹部粘连较为轻微,术中难度较低,手术操作较为容易。术后可放置引流管,腹腔内积液、腹腔感染患者也可以选择经脐单孔法腹腔镜阑尾切除术进行治疗^[6]。经脐单孔法腹腔镜阑尾切除术可分为腹腔内阑尾切除术与腹腔外阑尾切除术,体型偏瘦者或儿童,应采取经脐单孔法腹腔外阑尾切除术;患者较为肥胖,且阑尾水肿较为严重、有阑尾化脓迹象的患者,因其手术操作较为困难,可选择其他手术方式。本研究结果显示,采取经脐单孔法腹腔镜阑尾切除术对阑尾炎进行治疗,其疗效显著,美容效果极佳,值得临床进一步推广使用。

参考文献

- [1]徐慧民,孙作成,于文胜,等.常规腹腔镜器械经脐单孔法阑尾切除术与三孔法的对照观察[J].中华全科医师杂志,2013,12(6):477-478
- [2]张晓健,白光,赵海旺,等.经脐单孔法免钛夹腹腔镜阑尾切除术 204 例分析[J].中国医师杂志,2011,13(1):66-67
- [3]莫如康.经脐单孔法腹腔镜小儿阑尾切除术临床分析[J].中国实用医药,2011,6(3):64-65
- [4]侯立功,侯广军,黄华,等.经脐单孔法腹腔镜阑尾切除术 138 例临床分析[J].中国现代医生,2010,48(20):151-152
- [5]龚昭,周程,KARCZ WJ,等.经脐单孔腹腔镜手术体会[J].中国内镜杂志,2011,17(5):501-503
- [6]于俊秀,米月堂,郑万磊,等.系统评价与 Meta 分析经脐单孔与三孔腹腔镜阑尾切除术的安全可行性 [J]. 国际外科学杂志,2014,41(1):23-29

(收稿日期:2014-03-19)

(上接第 49 页)并症,从而减少治疗风险,促进患者病情恢复及健康。

参考文献

- [1]中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会.原发性骨质疏松症诊治指南(2011 年)[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2011,4(1):2-17
- [2]崔同海,顾建华,浦敏珠,等.太仓地区部分老年骨折的发病特点分析[J].中国骨质疏松杂志,2007,13(12):868-871
- [3]杨立民.老年骨质疏松脊柱骨折的治疗应取积极态度[J].中国骨与

关节损伤杂志,2005,20(7):433

- [4]蓝群,熊国恩,杨霖,等.原发性骨质疏松治疗药物的选择方法[J].中国临床康复,2003,7(15):2 208-2 209
- [5]许伟华,杨述华,叶树楠,等.球囊后凸成形术治疗骨质疏松椎体压缩性骨折[J].创伤外科杂志,2008,10(2):108-110
- [6]李左安,邵增务.骨质疏松性骨折外科治疗新进展[J].国际骨科学杂志,2007,44(2):114-116

(收稿日期:2014-03-22)