

PVP 联合中药辨证施治骨质疏松性椎体压缩骨折的效果评价

岑明 郭勇飞 麦刚 刘振颖 梁益荣
(广西壮族自治区梧州市中医医院脊柱骨科 梧州 543001)

摘要:目的:研究和对比骨质疏松性胸腰椎压缩骨折病人经皮椎体成形术(PVP)与中药辨证施治联合治疗的效果评价。方法:本院 2015 年 9 月~2016 年 9 月收治的 90 例骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者,随机分成对照组与观察组各 45 例。对照组采用常规 PVP 手术进行治疗,观察组则在对照组基础上联合中药治疗,对比分析两组患者 VAS 评分、总有效率以及椎体高度丢失率。结果:无论在 VAS 评分、Cobb 角还是椎体高度丢失率方面,观察组均明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:针对骨质疏松性胸腰椎压缩骨折病人采用中药辨证施治与 PVP 联合的治疗方法,可迅速减轻疼痛感,椎体恢复至一定高度,具有广泛推广的价值。

关键词:胸腰椎压缩骨折;骨质疏松;中药辨证治疗;经皮椎体成形术

中图分类号:R683.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.021

在患有骨质疏松症的人群中,胸腰椎压缩性骨折较为普遍,在绝经后的女性中多发,因其高达 20% 的病死率,带给患者和家属很大的心理压力^[1]。我国自步入二十一世纪后,社会人口向老龄化趋势发展,因此骨质疏松性胸腰椎压缩骨折(OVCF)的患病率逐年递增。骨折使病人痛苦不堪,且行动受到严重影响,大大影响到生活质量^[2]。因传统手术治疗方式对患者的创伤大、治疗费用高,再加上需要长时间卧床,导致骨质损伤情况加重,周而复始陷入恶性循环的怪圈;而使用药物治疗过于保守,见效慢、疗程周期长、效果不明显。因此,笔者近年来对此类患者进行经皮椎体成形术(PVP)联合中药辨证施治的治疗方法,发现临床疗效很好。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取因腰胸背部严重疼痛于 2015 年 9 月~2016 年 9 月来我院治疗的 90 例 OVCF 病例,随机分为两组。其中对照组 45 例,男 23 例,女 22 例;年龄 58~75 岁,平均(65.1±6.3)岁;病程 3~90 d,平均(36.9±13.4) d。观察组 45 例,男 24 例,女 21 例,年龄 59~78 岁,平均(65.8±6.5)岁;病史 7~88 d,平均(38.3±15.7) d。经对比两组病例在年龄、病程、病史上的差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 患者经过检测,显示伤椎压痛感和叩击痛感明显;经过 CT、X 光和 MRI 等检测显示椎体压缩性骨折情况明显;病人曾有明确外伤病史;临床症状和影像学报告呈一致性。

1.3 排除标准 患者年龄低于 55 岁;因结核或肿瘤导致的椎体压缩骨折;同时伴有马尾神经损伤和脊髓损伤。

1.4 方法

1.4.1 对照组 采用 PVP 进行治疗。患者俯卧,过伸其受累椎体,在穿刺点予以 2% 利多卡因局麻,C

臂机透视,根据病人受累椎体的实际情况,取受累最严重的位置开始进入,持续进针使骨穿刺针入至椎体前 1/3 的位置,然后开始骨水泥注入。依据患者的骨折状况确定骨水泥的具体注入量,注入的时候全程不断将穿刺针调整方向,以避免神经根、椎管和椎旁静脉丛被溢出的骨水泥接触到。待骨水泥凝固之后方可拔出穿刺针,对切口进行无菌纱布压迫切口和包扎。完成手术后密切留意患者双下肢感觉、生命体征和感觉、运动。

1.4.2 观察组 在对照组基础上同时予以中医辨证施治。患者在患病初期形成瘀血、脏腑失调,多采用血府逐瘀汤合大承气汤口服:柴胡 3 g,川芎、桔梗各 4.5 g,赤芍、枳壳、甘草各 6 g,当归、桃仁、生地、红花、牛膝各 9 g,芒硝、大黄各 9~15 g,厚朴、炒莱菔子各 20 g,疗程为 7 d。患者在病程后期肝肾亏虚、气血耗损,需益气补肾,多采用八珍汤:人参 3 g,炙甘草、川芎各 5 g,茯苓 8 g,炒白术 10 g,酒拌当归与熟地黄各 15 g,疗程为 3 d。

1.5 疗效判定标准 术前、术后观察以下指标:(1)测量伤椎前缘和中央高度,评估椎体高度。(2)测量伤椎节段 Cobb 角,评估椎体畸形程度。(3)采用疼痛视觉模拟量表(VAS)进行疼痛评分。(4)脊柱疼痛感得到明显减轻为显效;有所减轻为有效;无缓解,叩击痛、压痛感无减轻为无效。

2 结果

2.1 临床疗效比较 两组临床疗效比较见表 1。

表 1 两组临床疗效比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
对照组	45	29	13	3	93.33
观察组	45	31	13	1	97.78

2.2 疗效指标比较 两组治疗前后疗效指标比较见表 2。

表 2 两组治疗前后疗效指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	Cobb(°)		VAS 评分(分)		椎体高度丢失率(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	8.2± 1.8	4.3± 1.2	6.8± 4.8	2.7± 0.5	28.9± 10.3	16.9± 5.3
观察组	45	8.3± 2.2	2.2± 0.9*	6.7± 5.3	1.9± 0.7*	27.8± 11.2	13.8± 6.1*

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

骨质疏松性骨折是因为骨吸收作用加大,骨量降低引起骨质疏松,使骨微细结构受到破坏,增加了骨脆性,即使遇到轻微的外力都很容易引起骨折,其中最普遍的是胸腰椎压缩性骨折。传统手术治疗历时长、创伤大、失血量多,且植入的螺钉会因骨质疏松引起握持力降低,需对患者植入骨水泥对复位维持固定;同时患者以老年人居多,身体状态每况愈下,较排斥手术,所以以往的治疗选择保守非手术治疗较多,主要是口服镇痛和补钙类药物、佩戴支撑器具、长期卧床休养等,但长时间卧床会加重骨质疏松,最终陷入恶性循环的怪圈^[3],不但使患者的生活质量大大受到影响,而且也增加医护人员临床护理工作的难度。近年来,PVP 手术被广泛应用于骨质疏松性椎体压缩性骨折,其优点为可快速固定、创伤小、操作简单、迅速止痛,具有可迅速使 OVCF 患者疼痛得到缓解的优点,能有效预防椎体继续塌陷^[4]。

中医认为,骨痿是因为脾肾亏虚引起的,肾气与

骨有着密切的关连,若肾气精不足,骨骼则脆弱无力^[5]。同时骨折后多气血不通,皆因局部瘀血阻滞所致。此病的主要病机为“血瘀”及“肾虚”,需行活血益气及补肾壮骨之方^[6]。根据中医治病需治本的原则,在患者进行 PVP 术后应用中医辨证治疗,分阶段服用补肾壮骨药物能使机体分泌功能得到调节,降低骨转换率,减少骨量丢失,抑制骨吸收,从而使骨质疏松症得到有效防治。

综上所述,PVP 术联合中药辨证治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折,可显著降低患者疼痛感,稳定脊柱和增强椎体强度,恢复一定的椎体高度,值得临床上推广应用。

参考文献

[1]朱文骏,丁亮华,张建伟,等.经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折[J].实用骨科杂志,2012,18(11):964-967
[3]王春岭,冯申启,孙立明.椎体成形术并补肾壮骨汤对骨质疏松性椎体压缩骨折立线及稳定性的影响[J].中国医药科学,2012,2(5):93
[4]赵文亮,梁云芳,常峰.老年骨质疏松性椎体压缩骨折的中西医结合治疗效果观察[J].中国药物与临床,2011,11(6):719-720
[5]李伟,郭彩霞.经皮椎体成形术配合中药治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折 78 例[J].中医研究,2011,24(6):54-56
[6]申勇,刘法敬,张英泽,等.骨质疏松性椎体压缩骨折 PVP 术后非手术椎体骨折的相关因素分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2010,20(12):975-979

(收稿日期:2016-10-12)

远端减压紧线术和传统紧线术治疗高位肛痿的效果对比

傅跃权 周金良 侯化森

(广东省东莞市凤岗人民医院外二科 东莞 523695)

摘要:目的:对比分析远端减压紧线术和传统紧线术治疗高位肛痿的效果。方法:选择我院 2011 年 7 月~2016 年 5 月收治高位肛痿患者 50 例,按照数字随机表分成两组,对照组(25 例)患者选择传统紧线术治疗,观察组(25 例)患者选择远端减压紧线术治疗,对比两组患者的临床治疗效果。结果:在创面愈合及脱线时间方面,对照组和观察组比较差异无统计学意义($P>0.05$);而在术后各时段肛门失禁评分方面,观察组均显著优于对照组($P<0.05$)。结论:和传统紧线术治疗相比,远端减压紧线术治疗高位肛痿的效果更加显著,能有效恢复患者肛门括约肌功能,具有临床应用价值。

关键词:高位肛痿;远端减压紧线术;传统紧线术;效果对比

中图分类号:R657.16

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.022

肛痿是指肛管直肠和肛门周围皮肤相通的异常管道,是临床中发生率较高的一种肛门疾病,临床研究结果显示,手术切开后遗症或肛周脓肿破溃是引起肛痿的主要原因^[1]。传统紧线术是现阶段治疗肛痿的主要方式,然而临床疗效并不理想,尤其是高位肛痿,术后患者容易发生一系列并发症,如肛门失禁、肛门潮湿以及缺损等,进而降低患者的生存质量。在现代医学技术快速发展的过程中,微创外科技术也得到快速发展和进步,也为高位肛痿的微创治疗提供了新途径。本研究主要对比分析了远端减

压紧线术和传统紧线术治疗高位肛痿的效果。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2011 年 7 月~2016 年 5 月收治的高位肛痿患者 50 例,均满足参考文献中有关肛痿和高位肛痿的诊断标准^[2-3],经术中证实,而且存在手术指征。按照治疗方式的不同分成两组:对照组 25 例,男 21 例,女 4 例,年龄 20~68 岁,平均年龄(42.2± 11.8)岁;观察组 25 例,男 20 例,女 5 例,年龄 19~69 岁,平均年龄(42.6± 10.7)岁。两组