经皮椎体成型术治疗腰椎骨质疏松性压缩骨折

朱卫星 韩玉范

(河南省三门峡市中医院 三门峡 472000)

摘要:目的:探讨经皮椎体成型术(PVP)对治疗腰椎骨质疏松性压缩骨折的临床效果。方法:选取 2015 年 2 月~2016 年 2 月我院收治的 60 例腰椎骨质疏松性压缩骨折患者为研究对象,按照不同治疗方法分为观察组(40 例)和对照组(20 例)。观察组采用 PVP 治疗,对照组采用西药治疗,比较两组患者临床疗效及并发症发生情况。结果:观察组患者临床疗效高于对照组($P<0.05$);观察组并发症发生情况低于对照组($P<0.05$)。结论:PVP 治疗腰椎骨质疏松性压缩骨折疗效确切,具有较高的临床应用价值。

关键词:腰椎骨质疏松性压缩骨折;经皮椎体成型术(PVP);临床应用

中图分类号:R683

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.044

骨质疏松性是由多种原因引起的一种骨病,发病特点为骨骼疼痛、易于骨折,腰椎压缩骨折多由其引起^[1]。经皮椎体成型术(PVP)是指经皮通过椎弓根或椎弓根外向椎体内注入骨水泥以达到增加椎体强度及稳定性,防止塌陷,缓解疼痛,甚至恢复部分椎体高度为目的的一种微创手术^[2]。本研究探讨 PVP 在腰椎骨质疏松性压缩骨折治疗中的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月~2016 年 2 月我院收治的 60 例腰椎骨质疏松性压缩骨折患者为研究对象,按照不同治疗方法分为观察组(40 例)和对照组(20 例)。观察组男 30 例,女 10 例;平均年龄(40.56 ± 12.65)岁;病程 1~2 年。对照组男 15 例,女 5 例;平均年龄(42.36 ± 15.23)岁;病程 1.5~2 年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用西药治疗。给予钙尔奇碳酸钙 D3 咀嚼片(国药准字 H10950030)口服,2 片/次,1~2 次/d^[3]。观察组采用 PVP 治疗。具体操作如下:首先建立静脉通道,严密监测患者呼吸、血压、心功能等指标;患者取俯卧位,进行常规消毒铺巾,麻醉方法为局部麻醉,椎体骨质不进行麻醉;在 X 线引导下进行手术,将骨水泥注入腰椎椎体内;操作完成后,密切监测患者情况,待骨水泥凝固后带患者离开手术室;术后给予常规抗感染治疗^[4]。两组患者治疗后均进行 1 年随访。

1.3 观察指标 比较两组患者临床疗效及并发症发生情况。疗效评定:痊愈:患者恢复健康,腰部疼痛感消失;显效:患者病情明显恢复;有效:患者病情有所好转,疼痛感有所减轻;无效:患者病情毫无好转迹象,疼痛感加剧,甚至于出现恶化的情况。总有效=痊愈+显效+有效。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS18.0 统计学

软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者临床疗效高于对照组, $P<0.05$,具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	3(7.5)	15(37.5)	18(45.0)	4(10.0)	36(90.0)*
对照组	20	1(5.0)	3(15.0)	10(50.0)	6(30.0)	14(70.0)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者并发症发生情况比较 观察组出现感染 1 例,对照组出现感染 2 例、肺栓塞 1 例、骨髓压迫 1 例。观察组并发症发生情况低于对照组, $P<0.05$,具有可比性。

3 讨论

随着人年龄的增长,骨的硬度增加,柔韧度降低,极易诱发骨质疏松等病症。骨质疏松临床表现为疏松部位疼痛,多发于中老年人群^[5]。近年来,我国人口趋于老龄化,骨质疏松患病率逐年升高,如何彻底治疗骨质疏松已成为骨科一大难题。

钙尔奇碳酸钙 D3 咀嚼片富含碳酸钙,有利于维持人体神经、肌肉、骨骼系统的发展,可有效促进钙的吸收及骨质形成,弥补骨质疏松患者骨质不足的缺陷,适用于妊娠、哺乳期妇女及老年人,价格低廉,不会增加患者经济负担,但会引发暖气、便秘、高血钙、碱中毒及肾功能不全等并发症。经皮椎体成型术治疗原理是将骨组织或骨水泥注入椎体内,增加腰椎的结构强度^[6]。其机理为:(1)增强椎体强度;(2)改变椎体稳定性;(3)缓解脊椎疼痛。此外,在使用 PVP 技术的同时,我们应注意注入骨水泥时,应缓慢注射;注入过程中,应密切关注患者身体状况,观察患者静脉回流情况^[7]。

研究结果显示,观察组患者临床疗效高于对照

组 ($P<0.05$)；观察组并发症发生情况低于对照组 ($P<0.05$)。说明 PVP 有利于提高患者临床疗效,增强骨质强度,提高椎体稳定性,降低并发症发生率。综上所述,PVP 具有高效、安全等治疗优势,但价格昂贵,临床在治疗腰椎骨质疏松性压缩骨折患者时,应在充分考虑患者身体和经济情况的前提下,尽可能采用经皮椎体成型术 PVP 治疗。

参考文献

[1]张玲玲.经皮椎体成型术(PVP)在治疗腰椎骨质疏松性压缩骨折的临床应用价值 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2015,15(105):94-95

[2]冯俊祥,李晶,姚建强,等.椎体成型术治疗骨质疏松性椎体压缩骨

折的临床探讨[J].中国当代医药,2015,22(13):87-90

[3]周辉,方宜宥,黄海,等.体外充气气囊复位经皮椎体成形术治疗胸腰椎压缩骨折的对照研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(1):39-41

[4]陈迪坤,徐展望.经皮椎体成形术联合中药治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折临床观察[J].西部中医药,2013,26(11):93-95

[5]邵世坤,刘军,邢林卿,等.经皮椎体成形术治疗多节段陈旧性胸腰椎骨质疏松压缩骨折的临床研究[J].临床医学,2013,33(7):27-29

[6]肖才平,高中伟.经皮椎体成形术治疗多发性胸腰椎骨质疏松性压缩骨折[J].中外医疗,2011,30(20):45-47

[7]张贺庆,刘洪涛,吕宏琳,等.两种骨水泥治疗老年骨质疏松性椎体压缩骨折的比较[J].实用骨科杂志,2016,22(4):343-346

(收稿日期: 2017-03-17)

切开复位内固定与有限内固定结合外固定治疗胫骨 Pilon 骨折

张继锋

(河南省濮阳市人民医院骨一科 濮阳 457000)

摘要:目的:探究切开复位内固定、有限内固定结合外固定对胫骨 Pilon 骨折治疗的临床疗效。方法:选取 2015 年 2 月~2016 年 8 月我院接诊的 90 例胫骨 Pilon 骨折患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 45 例。对照组行切开复位内固定治疗,观察组行有限内固定结合外固定治疗。比较两组患者的临床疗效。结果:观察组治疗总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$)。结论:有限内固定结合外固定治疗胫骨 Pilon 骨折的临床疗效显著,具有创伤小、并发症少、安全性高等优势,患者骨折愈合和踝关节功能恢复快,值得临床推广应用。

关键词:胫骨 Pilon 骨折;切开复位内固定;内固定;外固定;临床疗效

中图分类号:R683.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.045

胫骨 Pilon 骨折是指胫骨远端涉及踝关节面的骨折,常为高能量创伤所致,多伴有后踝、内踝及外踝骨折,占胫骨骨折的 4%~7%^[1]。胫骨 Pilon 骨折可导致患者关节受到不同程度的破坏,出现高度不稳定的粉碎性骨折,治疗难度较大。如何恢复踝关节的正常解剖关系并达到满意的复位效果,最大限度的降低并发症发生率是该病的治疗关键。本研究对部分患者行有限内固定结合外固定治疗,临床疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月~2016 年 8 月我院接诊的 90 例胫骨 Pilon 骨折患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 45 例。对照组女 17 例,男 28 例;年龄 18~48 岁,平均年龄 (33.36±4.16) 岁;软组织损伤程度 1 度 15 例,2 度 19 例,3 度 11 例。观察组女 16 例,男 29 例;年龄 20~42 岁,平均年龄 (33.78±4.26) 岁;软组织损伤程度 1 度 17 例,2 度 18 例,3 度 10 例。两组患者在性别、年龄、软组织损伤程度等方面比较无显著性差异, $P>0.05$, 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 实施切开复位内固定治疗。首先固

定腓骨,经前外侧切口切开关节囊,复位关节面;准确复位后以克氏针或螺钉固定,切口之间皮肤宽度 $>7\text{ cm}$;在 X 线透视下确定复位良好后固定较大的关节骨块;最后采用钢板固定胫骨前侧或内侧。

1.2.2 观察组 实施有限内固定结合外固定架治疗。于小腿外侧腓骨、前侧正中切口暴露腓侧,复位腓骨,以张力带钢丝固定;显露胫骨远端骨折处,复位移位骨折块,并以克氏针固定;关节面塌陷骨缺损时选取同种异体骨或自体髂骨进行植骨处理,恢复胫骨远端的力学结构及关节面平整;X 线透视下确定骨折复位良好后以骨螺钉固定,采用克氏针固定螺钉无法固定的小骨块。术后 8 周可拆除外固定支架。

1.3 观察指标及疗效标准 观察两组术后临床疗效。疗效标准:术后患者踝关节无疼痛感,跖屈 $>40^\circ$,背屈 $>5^\circ$,成角畸形 $<3^\circ$,为治愈;患者踝关节疼痛感改善,背屈 $4\sim5^\circ$,跖屈 $30\sim40^\circ$,成角畸形内翻 $<3^\circ$ 、外翻 $3\sim5^\circ$,为显效;踝关节疼痛明显,跖屈 $25\sim30^\circ$,背屈 $-5\sim0^\circ$,成角畸形内翻 $3\sim5^\circ$ 、外翻 $5\sim8^\circ$,为有效;踝关节呈现顽固性疼痛,跖屈 $<25^\circ$,背屈 $<-5^\circ$,成角畸形内翻 $>5^\circ$ 、外翻 $>8^\circ$,为无效。治愈率 + 显效率 + 有效率 = 总