

是经多裂肌与最长肌大天然肌间隙入路,该肌间隙内存在少量脂肪组织,缺少重要血管、神经经过,上关节突、横突正好处于经多裂肌与最长肌间隙底部,分离经多裂肌与最长肌间隙可直接暴露上关节突、横突^[5-6]。Wiltse 入路经椎间孔腰椎椎体间融合术可减轻椎旁肌创伤及所受牵拉,减少血管、神经损伤,保留棘突、棘间韧带,保护肌肉组织,有利于稳定脊椎后柱结构。多裂肌对脊柱旋转活动具有较强稳定力,Wiltse 入路可避免多裂肌坏死、失神经退行性改变,减少慢性腰背痛发生。研究显示,Wiltse 入路经椎间孔腰椎椎体间融合术治疗腰椎滑脱,可减轻椎旁肌损伤,减少出血,有利于患者腰椎功能恢复^[7]。本研究结果显示,观察组手术时长短于对照组,手术出血量、引流量少于对照组($P<0.05$),表明 Wiltse 入路经椎间孔腰椎椎体间融合术具有手术时间短,出血少,引流量低的优势。术后观察组 VAS 疼痛评分、ODI 评分均低于对照组($P<0.05$),表明 Wiltse 入路经椎间孔腰椎椎体间融合术可减轻患者术后疼痛,改善患者腰椎功能。综上所述,与常规后正中入

路相比,Wiltse 入路经椎间孔腰椎椎体间融合术治疗腰椎滑脱合并腰椎管狭窄患者,手术时间短,手术出血量、引流量少,可减轻患者术后疼痛,改善患者腰椎功能。

参考文献

[1]汪凡栋,张智,郑佳状,等.两种椎体间融合术治疗老年腰椎滑脱合并腰椎管狭窄疗效比较[J].临床骨科杂志,2016,19(3):315-317
[2]王兆宁,郑立峰,陈岩,等.退变性腰椎滑脱患者脊柱-骨盆矢状位参数及小关节的研究[J].现代生物医学进展,2017,17(35):6882-6886
[3]秦超,熊健,文文,等.微创经椎间孔腰椎椎体间融合术两种入路方式治疗单节段退变性腰椎滑脱的疗效比较[J].重庆医学,2018,47(8):1117-1120
[4]秦世强,孙宇庆,倪文卓,等.OLIF 与 TLIF 治疗退变性腰椎滑脱合并腰椎管狭窄症的疗效对比[J].实用骨科杂志,2018,24(7):628-632
[5]李勇,徐勇,高放,等.Wiltse 入路经椎间孔椎体间融合术治疗腰椎滑脱症的疗效分析[J].骨科,2019,10(1):1-6
[6]徐彬,徐峰,李涛,等.Wiltse 入路微创经椎间孔腰椎椎体间融合术治疗腰椎滑脱症[J].华南国防医学杂志,2017,31(10):647-652
[7]赵枫,康宝林,高占良.不同入路经椎间孔椎体间融合术治疗腰椎滑脱合并腰椎管狭窄的对比[J].中国临床研究,2018,31(10):1337-1441
(收稿日期:2019-12-09)

探讨经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松性
胸腰椎压缩性骨折的临床效果

陈朝山

(江西省赣州市南康区第一人民医院 赣州 341400)

摘要:目的:研究经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床效果。方法:将 2017 年 2 月~2019 年 10 月收治的 70 例骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折老年患者,随机抽签分为研究组和参照组,各 35 例。研究组实施经皮椎体成形术,参照组实施保守治疗,对比两组临床效果、首次下床活动时间、住院时间、住院费用及疼痛评分。结果:研究组治疗总有效率为 94.29%,高于参照组的 77.14%($P<0.05$);研究组患者首次下床活动时间、住院时间短于参照组,住院费用较参照组高,差异均有统计学意义($P<0.05$);研究组疼痛评分较参照组低($P<0.05$)。结论:与保守治疗相比,经皮椎体成形术有下床活动时间早、术后疼痛程度低等优点,缺点是治疗费用比较高。

关键词:胸腰椎压缩性骨折;骨质疏松;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.1671-4040.2020.07.061

胸腰椎骨折在老年患者中比较常见。随着年龄的增加,老年患者骨密度下降,易发生骨质疏松性骨折^[1]。而胸腰椎是脊柱活动应力集中部位,更易发生骨折^[2]。对于骨折损伤比较严重的患者采用保守治疗,效果不佳,骨折复位情况比较差^[3]。随着微创技术在临床上的应用,经皮椎体成形术(PVP)在胸腰椎骨折治疗中应用广泛。本研究旨在探讨 PVP 治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2017 年 2 月~2019 年 10 月收

治的 70 例骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折老年患者作为研究对象,随机抽签分为研究组和参照组,各 35 例。研究组男 20 例,女 15 例;年龄 58~80 岁,平均(68.33±4.50)岁;腰椎骨折 12 例,胸椎骨折 10 例,合并骨折 13 例。参照组男 21 例,女 14 例;年龄 60~80 岁,平均(68.70±4.55)岁;腰椎骨折 11 例,胸椎骨折 10 例,合并骨折 14 例。纳入标准:存在腰背疼痛等症状,经 X 线确诊为胸腰椎骨折;符合手术指征;骨折部位椎管未突出;患者及家属知情并签订知情同意书。排除标准:无症状的椎体压缩骨折;目标椎体的感染性疾病;合并凝血功能障碍;骨水泥过

敏;无法耐受手术;合并神经损伤;合并其它部位骨折;多处爆裂骨折。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 参照组 采用保守治疗。入院后,根据患者情况,7 d 内对其骨折部位进行复位。在 X 线片引导下,将受损椎体定位并使用矫正枕垫,将枕垫抬高直至无法忍受为止。给予患者使用止痛药物。行俯卧位,在其胸下放置垫子,保证脊柱保持拉伸体位。患者诉胸背部疼痛缓解后,可指导其进行背伸肌力锻炼。于半个月后,为患者拍摄 X 线片,对椎体复位情况进行观察。复位良好者,可使用脊柱后伸型支具进行固定和恢复。固定支具使用 90 d。

1.2.2 研究组 采用 PVP。全麻后,行俯卧位。将患者胸部垫高,利用数字减影血管造影(DSA)系统和 C 型臂以及 X 线,确定伤椎左右椎弓根中心连线,找准穿刺位置和平面。患者正侧位,沿确定好的穿刺点,将穿刺针沿椎弓根入路,针尖置于椎弓根椭圆形皮质外缘,由内侧倾斜 15° 角进针。直达椎体正中、前中 1/3~1/4 交界处,停止进针。针尖保持在棘突附近位置,拔出针芯。询问患者下肢疼痛感觉,防止损伤神经侧位。穿刺成功后,将扩张球囊插入已建立的通路,注入 3 ml 左右的造影剂,缓慢将压缩的椎体撑开。球囊达到椎体上下终板或者椎体高度恢复到最佳时,停止扩张球囊。将骨水泥调配后注入椎体中,胸椎注入量 3~4 ml,腰椎体注入量 4~6 ml。骨水泥出现外渗或者弥散至椎体后,停止注射。观察是否有泄露情况。骨水泥注入完成后,将针芯插入,水泥凝固后,将穿刺套针拔出。并对穿刺点进行加压包扎。患者术后卧床休息 2~3 d,使用抗感染药物。

1.3 观察指标 (1)对比两组临床疗效。随访半年后进行评估,痊愈:患者伤椎疼痛症状消失,生活能够自理,伤椎愈合情况良好;有效:患者伤椎疼痛状况偶有发生,生活基本可以自理,需适量使用止痛药物,伤椎愈合情况欠佳;无效:患者伤椎疼痛以及愈合情况差,生活需要他人照料。治疗总有效率为痊愈率和有效率之和。(2)对比两组首次下床活动时间、住院时间以及住院费用。(3)对比两组术后疼痛程度。采用视觉模拟评分法(VAS)进行评估。无痛:0 分;轻度疼痛:1~3 分;中度疼痛:4~6 分;重度疼痛:7~10 分。

1.4 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。计数资

料用率表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率为 94.29%,高于参照组的 77.14%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	痊愈	有效	无效	总有效
研究组	35	20(57.14)	13(37.14)	2(5.71)	33(94.29)
参照组	35	15(42.85)	12(34.28)	8(22.86)	27(77.14)
χ^2					4.200
<i>P</i>					0.040

2.2 两组首次下床活动时间、住院时间以及住院费用比较 研究组首次下床活动时间、住院时间短于参照组,住院费用较参照组高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组首次下床时间、住院时间及住院费用比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	首次下床活动时间(d)	住院时间(d)	住院费用(万元)
研究组	35	7.78± 2.65	8.89± 1.28	2.42± 0.68
参照组	35	9.23± 2.35	11.33± 2.10	0.52± 0.08
<i>t</i>		2.965	4.102	8.712
<i>P</i>		0.004	0.002	0.000

2.3 两组 VAS 疼痛评分比较 研究组 VAS 疼痛评分(4.85± 1.50)分,参照组为(6.55± 1.66)分,研究组 VAS 疼痛评分低于参照组,差异有统计意义($t=4.684, P=0.000$)。

3 讨论

胸腰椎具有支撑整个身体平衡以及保护内脏器官的重要功能^[4]。对于老年患者来说,由于骨密度、骨质量下降易出现骨质疏松等症,在受到应力比较大的情况下,容易引发胸腰椎骨折^[5-6]。临床上对于胸腰椎骨折有保守治疗和手术治疗等方式^[7]。保守治疗对于骨折情况比较轻的患者有较好的治疗效果,对于骨折严重患者,治疗效果不佳^[8]。且患者术后生活虽然基本能够自理,但是疼痛症状较重。并且长期卧床导致骨质流失和肌肉萎缩,更加影响其活动能力。伤椎复位情况不乐观,甚至会造成脊柱变形,仍需进一步的手术治疗^[9]。随着微创技术的发展,PVP 开始应用在胸腰椎手术^[10]。该术式通过使用球囊将压缩的椎体撑开,帮助伤椎复位,并向其中注入骨水泥,可对椎体起到固定作用,维持伤椎的稳定性,使伤椎具有抵抗外力的强度,缓解神经受压迫症状并减轻所受到的外界压力。骨水泥的热力作用,还可以降低神经细胞敏感性,减轻患者疼痛。作为一种微创手术,PVP 有术后疼痛感低,对患者胸腰椎功能恢复好的优点^[11-12]。患者术后可及早下床锻炼,可

以减少住院时间。

本 研 究 结 果 显 示 ， 研 究 组 治 疗 有 效 率 为 94.29%，高于对照组的 77.14% ($P<0.05$)。研究组首次下床活动时间住院时间短于对照组，住院费用较对照组高，差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。研究组 VAS 疼痛评分为 (4.85 ± 1.50) 分，对照组为 (6.55 ± 1.66) 分，研究组术后 VAS 疼痛评分较对照组低，差异有统计学意义 ($t=4.684, P=0.000$)。表明经皮椎体成形术可以使患者早日下床活动，患者术后疼痛感低。但是其治疗费用比保守治疗要高，且需谨慎考虑手术适应症，需在术前向患者及家属说明。

参考文献

[1]罗孝华,张红,张亮,等.桃红四物汤辅助经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松性椎体压缩性骨折临床研究[J].国际中医中药杂志,2018,40(2):120-123
[2]文豪,贺园,郑博隆,等.骨质疏松性椎体压缩骨折经皮椎体成形术中使用明胶海绵降低骨水泥渗漏的可行性[J].中华创伤杂志,2019,35(1):38-43
[3]佟哲哲,赵小林,臧传义.经皮椎体成形术联合复位对骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的治疗效果[J].解放军预防医学杂志,2019,37(4):124-125,127

[4]刘玉刚,王炳辉,龙游,等.经横突上缘椎弓根外侧入路单侧穿刺经皮椎体成形术治疗上腰椎骨质疏松性椎体压缩骨折[J].中华创伤杂志,2018,34(4):312-318
[5]朱迪,尚春风,刘宏建,等.弯角穿刺针椎体成形术治疗胸、腰椎骨质疏松性椎体压缩骨折[J].中华骨科杂志,2019,39(12):737-746
[6]钟睿,姜威,熊森,等.单侧弯角与直行入路椎体成形治疗骨质疏松性椎体压缩骨折疗效的对照研究[J].中华创伤杂志,2018,34(2):102-108
[7]贺旭,马鹏飞,马雪峰,等.经皮椎体成形术治疗多发性骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效[J].临床骨科杂志,2019,22(2):140-142,146
[8]陈志鹏,高梁斌,秦毅,等.高黏度与低黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松椎体压缩性骨折的疗效观察[J].中华生物医学工程杂志,2017,23(5):401-406
[9]王旭英,郝春梅.老年骨质疏松性椎体压缩性骨折经皮椎体成形术围手术期护理研究[J].山西医药杂志,2019,48(10):1247-1250
[10]曹臣,陈书连,高延征,等.3D 打印辅助经皮椎体成形术治疗老年重度骨质疏松性椎体压缩骨折[J].中华创伤杂志,2018,34(9):799-805
[11]李坤,梅继文,胡守力,等.PVP 联合 RFA 对骨质疏松性椎体压缩性骨折患者术后疼痛及生活质量的影响[J].山东医药,2017,57(46):83-85
[12]王智黔,赵安菊,彭智,等.骨填充网袋椎体成形术与经皮椎体后凸成形术治疗老年骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效比较[J].中华创伤杂志,2018,34(7):618-623

(收稿日期：2020-02-20)

达英-35 联合人绒毛膜促性腺激素治疗
多囊卵巢综合征患者的效果

周燕妮 方锦川 钟苏云

(广东省深圳市福田区妇幼保健院妇产科 深圳 518000)

摘要:目的:分析达英-35 联合人绒毛膜促性腺激素肌肉注射治疗多囊卵巢综合征患者的临床效果。方法:选取 2018 年 3 月~2019 年 3 月收治的多囊卵巢综合征患者 100 例为研究对象,采用随机分组的方式分成对照组与观察组,各 50 例。对照组采用达英-35 治疗,观察组在对照组治疗基础上给予人绒毛膜促性腺激素肌肉注射治疗。观察两组临床疗效,治疗前后血清骨钙素、性激素结合球蛋白水平,治疗后排卵与妊娠相关指标。结果:观察组临床疗效优于对照组 ($P<0.05$);治疗后,两组血清骨钙素、性激素结合球蛋白水平均较治疗前升高,且观察组水平高于对照组 ($P<0.05$);治疗后观察组成熟卵泡个数多于对照组,人绒毛膜促性腺激素日子宫内膜厚度厚于对照组,周期排卵率高于对照组,早期流产率低于对照组 ($P<0.05$)。结论:达英-35 联合人绒毛膜促性腺激素治疗多囊卵巢综合征患者,可以改善血清骨钙素、性激素结合球蛋白水平,促进排卵,增加子宫内膜厚度,并降低早期流产率。

关键词:多囊卵巢综合征;达英-35;人绒毛膜促性腺激素

中图分类号:R711.75

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.07.062

多囊卵巢综合征 (PCOS) 是常见的一种内分泌代谢性综合征,其发病机制尚未完全明确,普遍认为与高雄激素血症、胰岛素抵抗有关,治疗措施为调整激素水平和促进排卵^[1]。临床常用基础药物炔雌醇环丙孕酮片 (达英-35) 虽能达到上述需求,但治疗效果欠佳,且患者的流产率大大增加。人绒毛膜促性腺激素 (HCG) 是一种非激素类免疫调节药物,可补充内源性 HCG 的不足,有研究表明,对于 PCOS 患者辅助应用 HCG 可提高治疗效果^[2]。本研究旨在分析达英-35 口服联合 HCG 肌肉注射治疗 PCOS

患者的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 3 月~2019 年 3 月收治的多囊卵巢综合征患者 100 例为研究对象。纳入标准:确诊为 PCOS;已婚,不孕年限 ≥ 1 年。排除标准:机体存在严重疾病;丈夫精液异常或合并有其他导致不育的疾病;对达英-35 和 HCG 过敏。采用随机分组的方式将 100 例患者分成对照组与观察组,各 50 例。其中对照组平均年龄 (35.51 ± 6.82) 岁;平均病程 (2.54 ± 0.80) 年;肥胖 21 例,月经紊乱 22