

3 讨论

胃炎的定义为胃黏膜组织因各种原因发生炎症反应,且炎性细胞增加。该病的病因和发病机制并不完全明确,普遍认为是多种因素共同导致的结果^[7]。目前已知 Hp 感染与慢性胃炎关系密切^[8]。

慢性胃炎属于中医学的“胃脘痛、痞满”等范畴。中医认为,脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的病因病机归结有^[9]:素体痰湿内盛,或因饮食失节,恣食肥甘、炙博之品、醇酒厚味等物,或因劳倦,或郁怒、忧思之扰,以致脾不运化,胃失顺降,使痰湿内生为患,故见胸脘痞塞、满闷不舒。辨证分型拟定治法以半夏泻心汤加减清热泄浊、和胃消痞^[10]。张仲景的半夏泻心汤是治疗心下痞的代表方。半夏泻心汤所治胃热肠寒,有大黄黄连泻心汤清胃热,也有理中汤温肠寒。方中半夏为胃脘痛常用药,功专入脾胃,尤擅消痞和胃;黄芩、黄连能清胃火、燥湿坚阴;党参、甘草、大枣尤擅补脾之虚,助脾运化,中气即立,胃痛自消。半夏斡旋气机,党参、甘草、大枣则补而不滞。从中西医结合宏观来看,表现为胃脘痛的慢性胃炎患者,胃黏膜有水肿、充血、糜烂。黏膜水肿、充血、出血,为黄芩、黄连所主,其功擅清热燥湿解毒。从中西医结合辨证论治看,抑制、清除 Hp 的中药,首选黄连,黄芩也有很好的抑制、清除 Hp 的作用^[11]。党参、甘草、大枣是增强体质、提高机体免疫力的首选药物,效果可靠^[12]。本研究结果显示,观察组 Hp 清除率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,两组胃脘胀满、胃脘疼痛、胃脘灼热、口臭口干、纳呆及渴不

欲饮等中医症状积分均下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。表明三联疗法联合中药半夏泻心汤治疗可发挥协同作用,缩短 Hp 根除的时间,提高根除率,并明显缓解症状。综上所述,中药半夏泻心汤联合三联疗法治疗慢性浅表性胃炎脾胃湿热型效果优于单纯三联疗法,但对于组方的加减以及其他中药组方问题,有待于进一步探讨。

参考文献

- [1]王建,马继征.连朴饮加减联合三联疗法治疗脾胃湿热型 HP 感染阳性慢性胃炎 70 例临床研究[J].江苏中医药,2018,50(1):38-40.
- [2]朱贺荣,王小红,宫玉志.理气平胃合剂治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎脾胃湿热证疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(19):2126-2127.
- [3]陈慕豪,王立恒,郭美萍.慢性胃炎不同中医证型与幽门螺杆菌根除率的相关性研究[J].广州中医药大学学报,2017,34(4):478-482.
- [4]中华医学消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见精简版(2017,上海)[J].上海医学,2017,40(12):705-708.
- [5]杨兵文.中西医结合治疗幽门螺杆菌感染慢性浅表性胃炎 96 例[J].陕西中医药大学学报,2016,39(1):59-61.
- [6]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.胃肠疾病中医症状评分表[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(1):66-68.
- [7]邱新萍,王洪,邹济源,等.清利化浊方联合铋剂四联治疗幽门螺杆菌相关慢性非萎缩性胃炎脾胃湿热证 40 例临床观察[J].中医杂志,2016,57(5):405-408.
- [8]魏晏,魏明.疏肝宁胃汤联合奥美拉唑治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J].中医学报,2017,32(11):2204-2207.
- [9]渠乐,周云,朱小莉,等.健脾清胃汤治疗慢性浅表性胃炎疗效观察[J].陕西中医,2017,38(7):899-900.
- [10]李伟,王小平,蒙立健,等.建中和胃汤治疗脾虚畏寒型慢性浅表性胃炎的疗效及对血清炎症因子的影响[J].中国医药导刊,2019,21(3):157-161.
- [11]钟燕桃.连朴清胃汤治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎临床疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(14):1563-1565.
- [12]何保军.半夏益中汤对慢性浅表性胃炎患者血清趋化因子、CRP、IL-32 水平的影响研究[J].陕西中医,2018,39(5):574-576.

(收稿日期:2020-05-21)

高黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的近期随访研究

卢冠才¹ 周立² 侯凯礼²

(1 河南省沈丘东方医院骨科 沈丘 466315; 2 河南省周口市中心医院骨二科 周口 466099)

摘要:目的:研究高黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的效果。方法:选取 2017 年 11 月~2019 年 6 月收治的骨质疏松性椎体压缩性骨折患者 74 例,按照手术方法分为对照组和观察组,各 37 例。对照组采用低黏度骨水泥椎体成形术,观察组采用高黏度骨水泥椎体成形术。比较两组术前及术后 1 个月椎体高度、后凸 Cobb 角,比较两组腰椎功能(Oswestry 功能障碍指数)、疼痛程度(视觉模拟评分)、骨水泥注射量及泄露发生率。结果:术后 1 个月,观察组椎体高度高于对照组,后凸 Cobb 角小于对照组($P<0.05$);术后 1 d、2 个月,两组腰椎功能指数、疼痛评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组骨水泥注射量大于对照组,泄露发生率为 2.70%,低于对照组的 16.22%($P<0.05$)。结论:高黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折能提高椎体高度,减小后凸 Cobb 角,增大骨水泥注射量,降低泄露发生率。

关键词:骨质疏松性椎体压缩性骨折;高黏度骨水泥;椎体成形术

中图分类号:R683.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.067

骨质疏松性椎体压缩性骨折(Osteoporotic Vertebral Compression Fracture, OVCF)易导致腰背部剧烈疼痛,严重者卧床不起,近年来发病率逐渐升

高,严重影响生活质量^[1]。经皮椎体成形术(Percutaneous Vertebroplasty, PVP)是新型微创手术,可迅速缓解疼痛,且创伤小、疗效确切、恢复迅

速,其中骨水泥的选择至关重要^[2]。低黏度骨水泥易发生渗漏,造成肺栓塞等严重并发症。高黏度骨水泥是新型灌注材料,具有低聚合温度、长注射时间、高瞬间黏度等优点,应用于 PVP 安全性高^[3]。本研究对我院 74 例 OVCF 患者采用不同黏度骨水泥 PVP 治疗效果进行研究。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 11 月~2019 年 6 月收治的 OVCF 患者 74 例,依据手术方法不同分为对照组和观察组各 37 例。对照组男 20 例,女 17 例;年龄 46~88 岁,平均(64.85± 9.32)岁。观察组男 19 例,女 18 例;年龄 47~88 岁,平均(65.52± 9.14)岁。两组基线资料(性别、年龄)均衡可比($P>0.05$)。本研究符合沈丘东方医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:有脊柱疼痛史,经 X 片检查为椎体压缩性骨折,经骨密度检查为骨质疏松;受伤椎体均为 1 个;具备手术指征;均签署知情同意书。(2)排除标准:凝血功能障碍;椎体后缘被椎体骨折线越过或不完整;类风湿性、风湿性关节炎;马尾神经或脊髓等神经功能损伤;合并冠心病、糖尿病、高血压等疾病;手术禁忌证。

1.3 手术方法 两组均行 PVP,取俯卧位,卧于腰桥,通过 C 型臂 X 射线检查确认受伤椎骨的水平位置,以受伤椎骨的棘突为中心,沿着棘突画后中线,并在水平位置画一条垂直线,并标记椎弓根在受伤椎骨表面的位置在同一水平,进针点是椎弓根的 1 点或 11 点位置。消毒铺巾采用 1%利多卡因在标记点一侧行局麻至关节突骨膜,切开皮肤(约 3 mm 切口),改用穿刺针(14G),在间歇性透视下观察穿刺针的方向,当针尖的深度在横向位置是椎体前 1/3 时,针尖略微穿过椎体的中线或接近椎体中心线(在正面透视下)。将骨水泥搅拌均匀成面团或拉丝状态,缓慢注入椎体中。其中对照组采用低黏度骨水泥(中国创生公司,低黏度聚甲基丙烯酸甲酯骨水

泥),观察组采用高黏度骨水泥(法国泰科美医疗技术公司,高黏度丙烯酸类树脂骨水泥)。注入时,通过透视侧位密切观察骨水泥分布情况,出现外漏或接近椎体后壁时,停止注入,待完全硬化后,将穿刺针 720° 旋转拔出,采用无菌敷料进行包扎。

1.4 观察指标 (1)术前、术后 1 个月两组椎体高度、后凸 Cobb 角。(2)术前、术后 1 d 及术后 2 个月两组腰椎功能、疼痛程度,腰椎功能采用 Oswestry 功能障碍指数(ODI)评估,总分 0~50 分,0~4 分:无功能丧失;5~14 分:轻度丧失;15~24 分:中度丧失;25~34 分严重丧失;>34 分完全丧失。ODI 指数=实际得分/50×100%,指数越高,功能障碍越严重;疼痛程度采用视觉模拟评分法(VAS 评分)评估,总分 0~10 分,分数越高,疼痛感越强。(3)骨水泥注射量、泄露发生率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件对数据进行分析,计数资料以%表示,行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组椎体高度、后凸 Cobb 角比较 术前两组椎体高度和后凸 Cobb 角的椎体高度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 1 个月,观察组椎体高度高于对照组,后凸 Cobb 角小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组椎体高度、后凸 Cobb 角比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	椎体高度(mm)		后凸 Cobb 角(°)	
		术前	术后 1 个月	术前	术后 1 个月
观察组	37	19.36± 3.63	23.92± 4.52	24.51± 5.26	12.56± 2.51
对照组	37	19.52± 3.74	21.45± 3.89	24.59± 5.41	15.52± 3.47
t		0.187	2.519	0.065	4.204
P		0.852	0.014	0.949	<0.001

2.2 两组 ODI 指数、VAS 评分比较 术前、术后 1 d、2 个月两组 ODI 指数、VAS 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组 ODI 指数、VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ODI 指数(%)			VAS 评分(分)		
		术前	术后 1 d	术后 2 个月	术前	术后 1 d	术后 2 个月
观察组	37	72.62± 11.52	35.86± 8.56	25.74± 6.21	7.58± 1.45	2.74± 0.72	2.10± 0.51
对照组	37	73.14± 10.62	37.95± 8.92	26.32± 6.38	7.65± 1.51	2.82± 0.85	2.23± 0.62
t		0.202	1.028	0.396	0.203	0.437	0.985
P		0.841	0.307	0.693	0.839	0.664	0.328

2.3 两组骨水泥注入量、泄露发生率比较 观察组骨水泥注射量大于对照组,泄露发生率 2.70%,低于对照组的 16.22%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组骨水泥注入量、泄露发生率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	骨水泥注射量(ml)	泄露发生率[例(%)]
观察组	37	2.95± 0.71	1(2.70)
对照组	37	2.31± 0.51	6(16.22)
$t\chi^2$		4.453	3.945
P		<0.001	0.047

3 讨论

OVCF 是由于骨质疏松导致的椎体骨折，多发于老年人，表现为活动障碍及腰背部剧烈疼痛，严重影响生活质量^[4]。

PVP 治疗 OVCF 主要是通过骨水泥填充骨小梁缝隙，发挥传递、支撑作用，可防止受损椎体继续塌陷，且能恢复部分受损椎体结构及功能，疗效确切，具有微创优势^[5]。但 66% 行 PVP 治疗的并发症与骨水泥渗漏有关，影响术后恢复，降低生活质量。黏度是骨水泥特征性参数，与 PVP 中椎体内骨水泥的分布、渗漏、注射量有关，从而影响手术效果^[6]。低黏度聚甲基丙烯酸甲酯骨水泥具有很高的抗压强度，可以迅速恢复椎体的强度，并具有良好的分散性，但存在聚合产热、单体毒性、易渗漏等缺点。本研究结果显示，观察组骨水泥注射量大于对照组、泄露发生率 2.70%，低于对照组的 16.22% ($P < 0.05$)。高黏度骨水泥是在低黏度骨水泥的基础上进行改进的新产品，聚合温度低至 50℃~60℃，能避免聚合热效应，大幅度降低骨水泥渗漏风险；且能最大程度弥散到骨小梁缝隙中，骨水泥注射量大，从而有效分担椎体部分应力，提高疗效^[7]。本研究结果说明高黏度骨水泥 PVP 治疗 OVCF 能增大骨水泥注射量，降低泄露发生率。本研究结果还显示，术后 1 个月观察组椎体高度高于对照组，后凸 Cobb 角小于对照组 ($P < 0.05$)，说明高黏度骨水泥 PVP 治疗 OVCF 能提高椎体高度，减小后凸 Cobb 角。分析其原因为，高黏度骨水泥注射时间长，且能达到瞬间高黏度，稳固填

充于股缝隙中，改善畸形矫正效果^[8]。注入骨水泥过程中应注意，根据骨水泥弥散和填充情况，调整穿刺针斜面位置与方向，控制骨水泥填充位置；要密切观察患者生命指征变化，随时准备抢救和抗休克治疗。

综上所述，高黏度骨水泥 PVP 治疗 OVCF 能提高椎体高度，减小后凸 Cobb 角，增大骨水泥注射量，降低泄露发生率。

参考文献

- [1] 王伟军. 高黏度与低黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折有效性的 Meta 分析[J]. 中华创伤杂志, 2018, 34(9): 806-812.
- [2] 康健, 冯大雄. 高粘度与低粘度骨水泥椎体成形术在治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折中的价值比较[J]. 颈腰痛杂志, 2018, 39(4): 468-470.
- [3] 郭永贤, 宋世江, 乔培柳, 等. 高黏度骨水泥经皮椎体成形术联合仙灵骨葆胶囊治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的临床研究[J]. 中国医药导报, 2016, 13(24): 93-96.
- [4] 张彤童, 任龙喜, 郭函, 等. 高粘度骨水泥椎体成形术在骨质疏松性椎体压缩性骨折中临床应用价值研究[J]. 创伤与急危重病医学, 2018, 6(2): 71-74.
- [5] 陈志鹏, 秦毅, 王素伟, 等. 高黏度与低黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松性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.
- [6] 罗平, 漆建鑫, 陈学明, 等. 高黏度骨水泥在骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折患者经皮椎体成形术中的应用效果[J]. 山东医药, 2017, 57(21): 61-63.
- [7] 叶金标, 叶建亚, 马雪海. 高粘度骨水泥不同注入量在经皮椎体成形术中治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的临床对比研究[J]. 生物骨科材料与临床研究, 2016, 13(5): 29-32.
- [8] 张宏, 任虎, 冯涛, 等. 高粘度骨水泥椎体成形术与球囊扩张椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折疗效对比分析[J]. 解放军医药杂志, 2016, 28(6): 62-65.

(收稿日期: 2020-08-24)

双切口双钢板固定治疗复杂胫骨平台骨折患者临床研究

韦新建

(河南 < 郑州 > 中汇心血管病医院骨科 郑州 450000)

摘要:目的: 探讨双切口双钢板固定治疗复杂胫骨平台骨折患者的效果。方法: 回顾性分析 2017 年 12 月~2019 年 12 月收治的复杂胫骨平台骨折患者 81 例, 根据治疗方案不同分为对照组 40 例和观察组 41 例。采用单侧锁定钢板固定治疗为对照组, 采用双切口双钢板固定术治疗为观察组。比较两组术中出血量、切口长度、手术时间、骨折愈合时间、下地负重时间, 术后即刻、术后 3 个月胫骨平台后倾角、内翻角, 术后并发症发生情况。结果: 两组术中出血量、切口长度、手术时间比较无明显差异 ($P > 0.05$); 观察组骨折愈合时间、下地负重时间短于对照组 ($P < 0.05$); 术后即刻、术后 3 个月两组胫骨平台后倾角、内翻角比较无明显差异 ($P > 0.05$); 观察组术后并发症发生率 4.88% 低于对照组 25.00% ($P < 0.05$)。结论: 双切口双钢板固定术治疗复杂胫骨平台骨折患者, 可促进骨折愈合、下地负重, 骨折复位良好, 且安全性较高。

关键词: 复杂胫骨平台骨折; 双切口双钢板固定; 单侧锁定钢板固定; 后倾角; 内翻角

中图分类号: R683.42

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.068

复杂胫骨平台骨折 (Complex Tibial Plateau Fracture, CTPF) 为骨科常见骨折类型, 通常由内外翻暴力所致。随着我国车辆数量增加, 交通事故增多, CTPF 发病率呈上升趋势, 极大地影响患者正常

工作与生活^[1-2]。CTPF 保守治疗复位难度大, 效果有限, 手术成为重要治疗方案。既往临床多采取单侧锁定钢板固定 (Unilateral Locking Plate Internal Fixation, ULPIF) 治疗 CTPF, 虽疗效确切, 但不适用