

内 HBV-DNA 高水平可加重肝组织损伤,增加肝癌发生率。

肝功能发生损害时其储备功能也会受到影响,肝细胞损伤后免疫器官因被病毒侵袭而导致体内相关指标水平下降,ALT、ALB、ALP、DBil、TBil、AST、 γ -GT 是临床常见肝功能评估指标,可判断肝细胞实质损伤情况,反映肝脏合成功能等。本研究中 HBeAg 阳性患者 ALT、ALB、ALP、DBil、TBil、AST、 γ -GT 肝功能水平均高于 HBeAg 阴性患者,原因可能是患者体内 HBV 含量过高,致使胆红素代谢、运输障碍。本研究结果显示 HBeAg 阳性表达、HBV-DNA 阳性表达与肝功能水平呈正相关,提示患者 HBeAg 阳性、HBV-DNA 阳性与肝功能紧密相关。慢性乙肝患者除接受治疗外,还应控制饮食,并加以锻炼,同时保证足够休息,劳逸结合。此外应对患者加强健康宣教,指导其遵医嘱用药,定期复查肝功能、乙肝两对半、病毒量及 B 超。综上所述,根据慢性乙肝患者 HBV-DNA、乙肝两对半及肝功能指标检测结果可全面评估患者病情,这有利于临床及时开展治疗。

参考文献

[1]彭亚梦,袁浩,周毅峰,等.低水平乙型肝炎病毒 DNA 慢性乙型肝炎患者血清乙型肝炎病毒 RNA 水平及其影响因素研究[J].中国全科医学,2019,22(18):2217-2222.

[2]尹艳霞,许春海.慢性乙型肝炎患者 HBsAg 血清学清除后反弹与

cccDNA 的关系[J].肝脏,2018,23(5):443-445.

[3]中华医学会肝病学分会,中华医学会感染病学分会.慢性乙型肝炎防治指南(2015 年版)[J].实用肝脏病杂志,2016,19(3):389-400.

[4]中华医学会肝病学分会.慢性乙型肝炎诊断标准(2015 年版)[J].中西医结合肝病杂志,2015,25(6):384,后插 1- 后插 2.

[5]European Association for the Study of the Liver.EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection[J].J Hepatol,2012,57(1):167-185.

[6]中华医学会肝病学分会.肝硬化诊治指南[J].中华肝病杂志,2019,27(11):846-865.

[7]邢卉春.影响慢性乙型肝炎病毒感染临床结局的宿主因素[J].中华肝病杂志,2017,25(7):495-499.

[8]王颖.乙型肝炎患者的临床乙肝五项检验结果分析与研究[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(68):13338-13339.

[9]刘瑜.慢性乙肝合并肝硬化患者血清谷丙转氨酶、乙肝表面抗原水平与肝功能的相关性分析[J].中外女性健康研究,2018,26(11):138,155.

[10]金茜,夏妍,李兴库,等.不同乙型肝炎病毒感染者中人类白细胞抗原 DR 基因的表达水平[J].国际免疫学杂志,2017,40(6):624-629.

[11]龚蓓.HBV-DNA、乙肝两对半和肝功能的联合检测对慢性乙肝患者的临床意义[J].世界临床医学,2017,11(7):230.

[12]崔秀华,崔佳,隋英杰.慢性乙型肝炎病毒感染者 HBeAg 血清学自然转换及其影响因素分析[J].微生物学免疫学进展,2018,46(3):45-48.

[13]Papatheodoridis GV,Manolakopoulos S,Su TH,et al.Significance of definitions of relapse after discontinuation of oral antivirals in HBeAg - negative chronic hepatitis B [J].Hepatology,2018,68(2):415-424.

[14]林坤培,黄丽君,甘保波,等.乙肝患者 HBV-DNA 载量与乙肝血清标志物及前 S1 抗原和肝功能指标的临床研究[J].国际医药卫生导报,2018,24(15):2252-2254.

[15]顾青青,吴东,颜学兵.乙型肝炎患者病毒复制指标与乙肝标志物及肝功能的相关性检验分析[J].海南医学院学报,2018,24(6):669-672.

[16]赵楠,张力,赵亚妮.HBV DNA 定量与乙肝血清学标志物定量联合检测乙肝病毒感染的效果分析[J].实用临床医药杂志,2018,22(15):37-40.

(收稿日期: 2020-08-28)

PVP 与 PKP 治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折对患者椎体高度、Cobb 角及术后并发症的影响

刘振¹ 李文欢²

(1 河南省新郑市公立人民医院骨科 新郑 451100; 2 河南省叶县中医院骨科 叶县 467200)

摘要:目的:探讨经皮椎体成形术与经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折对患者椎体高度、Cobb 角及术后并发症的影响。方法:选取 2017 年 9 月~2019 年 9 月收治的 68 例骨质疏松性椎体压缩性骨折患者,依据随机数字表法分为 A 组和 B 组,各 34 例。A 组予以经皮椎体成形术治疗,B 组予以经皮椎体后凸成形术治疗。对比两组手术指标、椎体高度、Cobb 角以及术后并发症发生情况。结果:相较于 B 组,A 组手术用时较短,术中透视次数较少,差异有统计学意义($P<0.05$),两组术后下床时间对比,差异无统计学意义($P>0.05$);两组术前椎体高度、Cobb 角对比,差异无统计学意义($P>0.05$),术后 3 个月两组椎体高度上升、Cobb 角下降,差异有统计学意义($P<0.05$),但术后 3 个月组间对比,差异无统计学意义($P>0.05$);相较于 B 组,A 组并发症发生率较低,但差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:骨质疏松性椎体压缩性骨折患者采用经皮椎体成形术与经皮椎体后凸成形术治疗效果均显著,但经皮椎体成形术手术时间较短且术中透视次数较少,应根据患者实际情况灵活选择术式。

关键词:骨质疏松性椎体压缩性骨折;经皮椎体成形术;经皮椎体后凸成形术;椎体高度;Cobb 角;术后并发症

中图分类号:R683.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.053

骨质疏松症是常见的一种内分泌科疾病,多发于老年群体,临床表现为疼痛、驼背等,其病情发展至晚期易导致患者产生椎体压缩性骨折,严重影响患者日常生活与工作^[1]。经皮椎体成形术(PVP)与经皮椎体后凸成形术(PKP)是目前临床用于治疗骨质

疏松性椎体压缩性骨折的两种常见术式,两种术式均可有效改善患者临床症状,但目前医学界关于对比二者临床疗效的相关研究较少^[2-3]。基于此,本研究旨在探讨 PVP 与 PKP 治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折对患者椎体高度、Cobb 角及术后并发症的影

响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 9 月~2019 年 9 月我院收治的 68 例骨质疏松性椎体压缩性骨折患者,依据随机数表法分为两组,各 34 例。A 组男 14 例,女 20 例;年龄 62~79 岁,平均年龄(70.14±2.86)岁;病程 1~8 d,平均(4.53±0.21) d。B 组男 15 例,女 19 例;年龄 63~78 岁,平均年龄(70.12±2.91)岁;病程 2~8 d,平均(4.49±0.26) d。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准后开展。

1.2 入选标准 纳入标准:经 MRI、CT 等检查确诊;均符合《原发性骨质疏松症诊治指南》^[4]中有关骨质疏松相关诊断标准;患者及其家属均自愿签署知情同意书。排除标准:其他病理性骨折;存在手术禁忌证;凝血功能障碍;合并恶性肿瘤。

1.3 手术方法

1.3.1 A 组 予以患者 PVP 术治疗。具体内容如下:术前影像学检查充分了解骨折椎体后壁形态,辅助患者取俯卧位并稍微垫高腹部,予以患者骨折部位牵引复位处理,取两枚克氏针固定于腰背部,C 型臂 X 线机透视下定位伤椎标记并行全麻、消毒铺巾处理,麻醉生效后取受损椎弓根外侧上缘与矢状面呈 15° 为穿刺点,进针至伤椎前 1/3 处退出穿刺针,工作通道建立成功后将调制好的骨水泥经推注器注入至伤椎,注入过程中于 C 型臂 X 线机下观察骨水泥渗漏后便停止注入,然后观察骨水泥是否完全硬化或扩散,无异常后退出穿刺针并行止血处理,敷盖无菌敷料。

1.3.2 B 组 予以患者 PKP 术治疗。具体内容如下:穿刺工作通道建立成功之前处理与 A 组相同,轻缓置入球囊扩张器并行伤椎扩张操作,于 C 型臂 X 线机透视下观察扩张过程,扩张满意后停止操作,待椎内压力维持稳定后取出球囊扩张器,而后经穿刺通道将调制完成的骨水泥注入伤椎,其余操作同 A 组。

1.3.3 共同治疗 两组术后均予以抗生素抗感染治疗,术后 1 d 予以碳酸钙 D₃ 片(国药准字 H10950029)口服治疗,1 片/次,1~2 次/d。术后随访 3 个月。

1.4 观察指标 记录并对比两组手术指标、椎体高度、Cobb 角以及术后并发症发生情况。(1)手术指标包括手术用时、术中透视次数、术后下床时间;(2)分别于术前、术后 3 个月采用标尺测量患者椎体高度

与 Cobb 角;(3)术后并发症包括骨水泥渗漏、低血压与骨水泥肺栓塞。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件进行数据处理,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,组间用独立样本 t 检验,组内用配对样本 t 检验,计数资料用%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 两组手术相关指标对比 相较于 B 组,A 组手术用时较短,术中透视次数较少,差异有统计学意义($P<0.05$),两组术后下床时间对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术用时 (min)	术中透视次数 (次)	术后下床时间 (d)
A 组	34	32.18±5.49	12.08±1.25	1.04±0.26
B 组	34	47.13±10.52	14.36±0.87	1.17±0.31
t		7.346	8.729	1.874
P		0.000	0.000	0.065

2.2 两组椎体高度与 Cobb 角对比 两组术前椎体高度与 Cobb 角对比,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 3 个月,两组椎体高度上升、Cobb 角下降,差异有统计学意义($P<0.05$),但组间对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组椎体高度与 Cobb 角对比($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	椎体高度(mm)	Cobb 角(°)
术前	A 组	34	16.48±1.52	24.16±3.47
	B 组	34	16.39±1.57	24.12±3.51
	t		0.240	0.047
	P		0.811	0.963
术后 3 个月	A 组	34	24.86±1.72*	11.73±1.63*
	B 组	34	25.39±2.15*	12.34±1.57*
	t		1.122	1.572
	P		0.266	0.121

注:与同组术前对比,* $P<0.05$ 。

2.3 两组并发症发生情况对比 相比于 B 组,A 组并发症发生率较低,但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况对比[例(%)]

组别	n	骨水泥渗漏	低血压	骨水泥肺栓塞	总发生
A 组	34	1(2.94)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.94)
B 组	34	3(8.82)	1(2.94)	1(2.94)	5(14.71)
χ^2					1.645
P					0.110

3 讨论

骨质疏松症是常发于老年患者的一种内分泌科疾病,可导致患者椎体压缩,进而引起椎体压缩性骨折,严重限制老年患者活动能力^[5]。PVP 与 PKP 作为目前临床用于治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折两种主要术式,二者均可有效缓解骨折疼痛与临床症状,但目前医学界关于对比两种术式临床疗效相关研究

并不多^[6]。

本研究结果显示,相较于 B 组,A 组手术用时较短,术中透视次数较少,表明 PVP 手术用时更短,术中辐射更小。其原因可能在于 PKP 术中注入骨水泥前需先行球囊扩张器扩张伤椎处理,而扩张过程中需不断采用 C 型臂 X 线机透视下观察扩张情况,因此 PKP 术中透视次数较多;且相较于 PVP 术,PKP 术中操作较为复杂,导致 PKP 术手术时间略长。两组术后 3 个月椎体高度上升、Cobb 角下降,但组间对比无差异,表明 PVP 术与 PKP 术对于骨质疏松性椎体压缩性骨折患者均具有显著疗效,可提升患者椎体高度并降低 Cobb 角,且两种术式疗效对比并无明显差异。相比于 B 组,A 组并发症发生率较低,但并无明显差异。PVP 术中通过将低黏度骨水泥注入伤椎内起到改善患者临床症状的作用,具有操作简便、手术时间较短以及术中透视次数较少等优势,低黏度骨水泥可显著提升伤椎强度、硬度以及稳定性,可有效改善脊柱畸形^[7];且由骨水泥产生的热能反应可降低伤椎附近神经敏感程度,最终起到降低患者疼痛程度的效果^[8-9]。而 PKP 术中则首先采用球囊扩张器扩张伤椎,而后注入高黏度骨水泥至伤椎,而高黏度骨水泥调制完成后可迅速呈现为高黏度面团状,且其转为固化期维持时间较长,便于术者术中操作以及监视。葛立伟^[10]研究结果显示,PVP 与 PKP 用于骨质疏松性椎体压缩性骨折患者

临床疗效均较良好,其中 PVP 手术时间较短且术中辐射量较小,与本研究结果一致。

综上所述,骨质疏松性椎体压缩性骨折患者采用 PVP 与 PKP 术治疗效果均显著,但 PVP 术手术时间较短且术中透视次数较少,应依据患者实际情况灵活选择术式。

参考文献

[1]武海峰.椎体成形术与椎体后凸成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的效果比较[J].中国基层医药,2018,25(9):1149-1152.
 [2]严蔚明,张平.椎体成形术治疗椎体压缩性骨折的改良进展[J].中国矫形外科杂志,2018,26(18):1692-1696.
 [3]李鹏,鲍志祥,蒋志华.球囊扩张椎体成形术治疗老年新鲜椎体压缩性骨折疗效分析[J].局解手术学杂志,2018,27(6):432-436.
 [4]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[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2011,4(1):2-17.
 [5]韩妮妮,卫凌,杨艳荣,等.PVP 和 PKP 在老年骨质疏松性椎体压缩性骨折治疗中的应用[J].西部医学,2018,30(10):1524-1526,1534.
 [6]杨傲飞,邹季,何承建.PVP 与 PKP 治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的疗效比较[J].山东医药,2018,58(16):52-54.
 [7]李小红,张有为,刘列,等.PKP 和 PVP 治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的疗效比较[J].临床骨科杂志,2018,21(2):150-152.
 [8]李穗鸥,杨波,尹飏,等.经皮椎体成形术或经皮后凸成形术治疗合并脊柱侧凸的脊柱压缩性骨折[J].中国微创外科杂志,2018,18(3):244-248.
 [9]王卓,王绍钱,牛磊.PVP 与 PKP 治疗周壁破损型 OVCF 的临床疗效比较[J].安徽医学,2019,40(9):1020-1023.
 [10]葛立伟.高粘稠度骨水泥 PVP 术和 PKP 术治疗老年椎体压缩性骨折临床效果分析[J].中国伤残医学,2019,27(5):21-22.

(收稿日期: 2020-09-24)

骨髓细胞形态学检查在 NHL 骨髓侵犯诊断中的应用

周明晓

(河南省郑州市第二人民医院检验科 郑州 450006)

摘要:目的:探讨骨髓细胞形态学检查在非霍奇金淋巴瘤骨髓侵犯诊断中的应用价值。方法:回顾性分析 2018 年 1 月~2020 年 1 月接受骨髓活检及骨髓穿刺涂片检查的 100 例非霍奇金淋巴瘤患者临床资料,将骨髓活检检查结果作为“金标准”,评估骨髓穿刺涂片检查非霍奇金淋巴瘤患者骨髓侵犯的灵敏度、特异度;绘制 ROC 曲线,分析骨髓穿刺涂片检查非霍奇金淋巴瘤患者骨髓侵犯的诊断价值;并分析骨髓穿刺涂片检查非霍奇金淋巴瘤患者骨髓侵犯与骨髓活检检查结果的一致性。结果:100 例非霍奇金淋巴瘤患者中,经骨髓活检检查 24 例确诊为骨髓侵犯,76 例未见骨髓侵犯;绘制 ROC 曲线结果显示,骨髓穿刺涂片检查诊断非霍奇金淋巴瘤骨髓侵犯的 AUC 为 0.899,具有一定的诊断性;以骨髓活检检查结果作为“金标准”,骨髓穿刺涂片检查的特异度、灵敏度分别为 0.768、0.952,诊断价值较高;骨髓穿刺涂片检查非霍奇金淋巴瘤患者骨髓侵犯与骨髓活检检查结果具有极好的一致性(Kappa=0.770)。结论:骨髓细胞形态学检查在非霍奇金淋巴瘤骨髓侵犯中具有较高诊断价值,可作为骨髓活检的补充检查,为临床治疗提供有效指导。

关键词:非霍奇金淋巴瘤;骨髓细胞形态学检查;骨髓侵犯;诊断价值

中图分类号:R733

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.054

非霍奇金淋巴瘤 (Non-Hodgkin Lymphoma, NHL) 是临床较为常见的血液系统疾病,是我国十大恶性肿瘤之一,多发于淋巴结,可累及消化、呼吸、

神经中枢系统^[1]。临床研究表明,NHL 晚期极易发生骨髓侵犯现象,随着病情进展于骨髓内部增殖,发展为淋巴瘤白血病,严重危及患者生命^[2]。有学者指