

双侧不同骨水泥注入量 PVP 手术对骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的治疗效果影响分析

姜进军

邵东市人民医院 湖南邵东 422800

摘要 目的 评估两侧骨水泥不同注入量下行 PVP 手术治疗方法用在骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者中对其治疗效果带来的影响作用。方法 对 2017 年 03 月--2019 年 06 月本医院治疗的 64 例骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者实施项目数据值测定, 分组方式采取信封法, 一组有 32 例, 试验组采用两侧骨水泥少量注入量下行 PVP 手术治疗方法, 对照组采用两侧骨水泥多量注入量下行 PVP 手术治疗方法, 评比两组临床指标。结果 试验组手术时长、手术中放射辐射时长相比对照组计算数值缩短, 出现指标测定结果较大差别 ($P<0.05$); 两组术前、术后 JOA 评定分值组内相比, 未出现指标测定结果较大差别 ($P>0.05$), 但两组术后 JOA 评定分值均优于术前; 试验组骨水泥渗漏总计率相比对照组计算数值减少, 出现指标测定结果较大差别 ($P<0.05$)。结论 为骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者选择两侧骨水泥少量注入量 (一侧骨水泥总量处于 1.5 毫升到 3.0 毫升) 下行 PVP 手术治疗方法的效果优于两侧骨水泥多量注入量 (一侧骨水泥总量处于 3.0 毫升到 6.0 毫升)。

关键词 双侧; 骨水泥; 注入量; PVP 手术; 骨质疏松性胸腰椎压缩骨折

中图分类号 R687.3

文献标识码 A

文章编号 1672-4356 (2019) 03-061-02

现今, 临床上多对骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者实施 PVP 手术治疗, 能够得到良好治疗效果, 不过, PVP 手术中两侧骨水泥注入量不同可能会对治疗效果具有一定影响^[1]。本文主要研究两侧骨水泥不同注入量下行 PVP 手术治疗方法用在骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者中对其治疗效果带来的影响作用。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

参考信封法将 2017 年 03 月--2019 年 06 月本医院治疗的 64 例骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者区分为两组。对照组: 统计年龄均值得到 (67.35 ± 3.48) 岁; 男女人数比较是 20:12。试验组: 统计年龄均值得到 (67.52 ± 3.34) 岁; 男女人数比较是 19:13。统计试验组和对照组骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者以上指标资料, 未出现指标测定结果较大差别 ($P>0.05$)。

1.2 方法

使两组患者维持俯卧, 采取 C 臂 X 线机透视明确病变椎体两边椎弓根位置且予以记录, 实施局麻处理, 采取注射器 7 号针头刺进小关节骨皮质中在“牛眼睛”位置记录穿刺点, 于穿刺点割开 5 毫米手术切口, 采取 DSA 透视, 采取穿刺针刺到上关节突骨层椎弓根位置, 左边定在椎弓根投影位置 9 点到 11 点部位, 右边定在 1 点到 3 点部位, 与 C 臂 X 线机观察之下采取 13G 经皮椎体成形术穿刺针通过椎弓根刺到椎体前中位置三分之一相交部位, 在透视下实心椎体钻尖处在椎弓根和棘突相连的中点位置。将丙烯酸骨水泥调成适宜黏度, 当骨水泥较为粘稠前放入注入器中, 将实心椎体钻拿出, 使注入器经由工作套管送进一侧椎体前中位置三分之一部位, 当骨水泥较为粘稠的时候慢慢注入骨水泥。试验组维持一侧骨水泥总量处于 1.5 毫升到 3.0 毫升, 对照组维持一侧骨水泥总量处于 3.0 毫升到 6.0 毫升。当骨水泥固化之后, 取出穿刺针, 采取碘伏对手术切口实行消毒, 并予以包扎处理。

1.3 有关指标

记载骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者手术时长、手术中放

射辐射时长、骨水泥渗漏总计率, 对比骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者术前及术后 JOA 评定分值。

1.4 评定标准

采取 JOA 评定标准对患者病情状况予以评估, 评定分值共 30 分, 分数大则代表患者病情改善情况更优^[2]。

1.5 统计学分析

骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者计数资料 (骨水泥渗漏总计率) 以 (n、%) 予以描述, 指标采取 χ^2 检验法, 计量资料 (手术时长、手术中放射辐射时长、JOA 评定分值) 以 ($\bar{x} \pm s$) 予以表述, 数据采用 t 检验法, 数据值评估结果采取 SPSS23.0 予以验证, $P<0.05$, 表明指标测定结果较大差别。

2 结果

2.1 评估手术时长、手术中放射辐射时长

数据值经由统计, 试验组骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者手术时长、手术中放射辐射时长相比于对照组计算数值得以缩短, 表明指标测定结果较大差别 ($P<0.05$)。

表 1 手术时长、手术中放射辐射时长分析

分组	手术时长 (分钟)	手术中放射辐射时长 (秒)
对照组 (n=32)	32.20 $\pm$ 3.17	296.58 $\pm$ 6.50
试验组 (n=32)	27.56 $\pm$ 2.40	254.30 $\pm$ 5.29
t 值	6.601	28.538
P 值	0.000	0.000

2.2 评估术前、术后 JOA 评定分值

表 2 术前、术后 JOA 评定分值分析

分组	术前 (分)	术后 (分)
对照组 (n=32)	15.60 $\pm$ 1.22	24.35 $\pm$ 2.40
试验组 (n=32)	15.34 $\pm$ 1.30	23.80 $\pm$ 2.38
t 值	0.824	0.920
P 值	0.412	0.360

数据值经由统计, 试验组和对照组骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者在术前 JOA 评定分值方面相比, 未表明指标测定结果较大差别 ($P>0.05$), 术后, 所有患者 JOA 评定分值都得以提升, 但两组骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者在术后 JOA 评定分值

方面相比, 仍未表明指标测定结果较大差别 ($P>0.05$)。

2.3 评估骨水泥渗漏总计率

数据值经由统计, 对照组及试验组骨水泥渗漏总计率分别是 18.75% (6/32)、3.13% (1/32), 试验组骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者骨水泥渗漏总计率相比于对照组计算数值得以减少, 表明指标测定结果较大差别 (χ^2 值=4.010, $P=0.045<0.05$)。

3 讨论

骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者体质不佳, 保守治疗并发症较多, 常规开放手术治疗风险性较高, 所以, 需要为患者选择更为安全以及有效的临床治疗方式^[3-4]。PVP 手术治疗需要注入骨水泥, 而保证患者两侧骨水泥注入量适当非常关键^[5-6]。

该文得到的数据值指标呈现, 与两侧骨水泥多量注入量予以相比较, 采用两侧骨水泥少量注入量下行 PVP 手术治疗方法的患者在手术时长、手术中放射辐射时长方面更短, 在骨水泥渗漏总计率方面更低, 全部患者术后 JOA 评定分值均优于术前。

综上所述, 为骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者选用两侧骨水泥少量注入量 (一侧骨水泥总量处于 1.5 毫升到 3.0 毫升)

下行 PVP 手术治疗方法的效果比两侧骨水泥多量注入量 (一侧骨水泥总量处于 3.0 毫升到 6.0 毫升) 更优。

参考文献

- [1] 林凡国, 孙永明, 华俊, 等. 经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰段椎体压缩性骨折对患者血清瘦素和骨密度的影响 [J]. 实用医学杂志, 2016, 32(11):1794-1796.
- [2] 黄文庭. PVP 治疗老年性胸腰椎骨折的临床疗效研究 [J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2016, 15(3):38-39, 41.
- [3] 林慧敏, 徐世旭. 人工骨、骨水泥序贯注入对椎体骨质疏松性压缩骨折老年患者 PKP 手术效果的影响 [J]. 贵州医药, 2016, 40(6):616-618.
- [4] 闫松, 孟繁胜, 董玮. 经皮椎体后凸成形术治疗胸腰椎骨质疏松性压缩骨折探讨 [J]. 中国医药科学, 2016, 6(20):190-193.
- [5] 聂菊根. PVP 与保守法治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的疗效比较 [J]. 基层医学论坛, 2017, 21(1):124-125.
- [6] 郭瑞, 王有涵, 昌震, 等. 按不同损伤分级治疗陈旧性胸腰椎骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效 [J]. 中华创伤杂志, 2019, 35(8):700-707.

(上接第 59 页)

较大, 易导致结石重返肾脏, 影响手术效果。微创经皮肾镜作为微创手术的一种, 结石定位准确, 结石清除率高, 效果显著; 另外, 采用微创经皮肾镜治疗输尿管上段结石, 将皮肾通道扩张至最大, 肾脏创伤较小, 术后出血率低, 安全性较高, 有助于患者身体恢复, 缩短住院时间, 减少患者经济负担^[4]。本次研究结果表明: 实验组患者的手术时间、术后疼痛评分明显小于对照组; 而实验组患者碎石率为 90.00%, 明显高于对照组的 55.00%, 两组可比较 ($P<0.05$), 说明采用微创经皮肾镜术, 治疗效果明显。

综上所述, 在治疗输尿管上段结石患者时, 首选微创经皮肾镜, 不仅能够有效清除结石, 且具有较高的安全性, 减轻患者经济负担, 值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 孟祥锋, 宋广霞, 孟烁. 微创经皮肾镜与泌尿道输尿管镜治疗上尿路结石的疗效对比研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(72):7-8.
- [2] 王志勤. 微创经皮肾镜与经尿道输尿管镜治疗上尿路结石的疗效比较研究 [J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(09):131-132.
- [3] 吕玉良. 微创经皮肾镜与经尿道输尿管镜治疗输尿管上段结石疗效比较 [J]. 中国老年保健医学, 2016, 14(01):23-24+27.
- [4] 曾涛. 微创经皮肾镜与经尿道输尿管镜治疗上尿路结石的疗效对比 [J]. 中外医学研究, 2016, 14(04):136-138.

(上接第 60 页)

(1) 药物治疗: 强化产前检查, 对于胎膜早破 12 小时者, 采用氨苄青霉素类抗生素进行治疗。按照宫缩情况选择利托君与硫酸镁等药物治疗, 达到抑制宫缩的目的。可选择地塞米松进行肌肉注射, 促胎肺成熟, 使早产对产妇与新生儿健康的影响明显减轻^[4]。(2) 预防措施: 首先, 产妇需科学补充营养, 使产妇机体抵抗力与身体素质显著提高, 使胎膜早破的出现明显减少; 其次, 孕妇对健康检查的重要性充分认识, 定期到医院对自身与胎儿健康情况进行检查, 如果发现问题需马上处理, 防止出现早产情况; 最后, 若发现早产迹象, 需马上采用宫缩抑制剂处理, 并加强营养补充, 使孕周得到明显延长, 防止早产的出现^[5]。

总之, 加强产妇的健康宣教, 提高其对健康检查重要性的认识, 便于及早发现早产迹象, 并及时进行处理, 使早产的出现充分减少, 提高母婴的健康水平。

参考文献

- [1] 夏敏, 杨平, 崔伟, 等. 双胎妊娠早产的临床特点及早产儿结局分析 [J]. 中华妇幼临床医学杂志: 电子版, 2016, 12(5):590-596.
- [2] 朱晖. 早产的相关因素及其妊娠结局分析 [J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(9):1855-1857.
- [3] 张晓倩, 冯一奇. 探讨妊娠期糖尿病孕妇早产及足月分娩的临床特征差异以及其早产危险因素 [J]. 实用妇科内分泌杂志: 电子版, 2016, 3(16):124-124.
- [4] 程凤英, 曾新, 邢秀霜, 等. 孕妇血浆 Hcy 水平的变化情况及其与早产风险的关系研究 [J]. 贵州医药, 2018, 42(2):155-156.
- [5] 秦艺畅. 早产的相关因素与孕期保健策略 [J]. 医药前沿, 2016, 6(19):201-202.