

经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的疗效分析

董晓强

(承德钢铁集团有限公司职工医院, 河北 承德 067000)

【摘要】目的: 经皮椎体成形术 PVP 探究骨质疏松性椎体压缩骨折的治疗效果。方法: 收集入院治疗的 50 例住院患者, 观察手术前、后 1d、1 个月、1 年的疼痛模拟试验表 VAS 评分表。按照功能障碍指数 ODI、椎体前端缘高度、Cobb 角的变化水平进行记录, 分析围手术期内的并发症发生情况。结果: 术后 1d、1 个月、1 年的 VAS 数据分析平均分显示为 3 分、2.2 分、2.5 分; ODI 数据为 24 分、23 分、18 分; 椎体前缘的高度标准为 22mm、20.5mm、19.6mm; Cobb 数据为 13°、13.3°、14.2°, 相比术前均有所改善, 其差异符合统计学标准意义, $P < 0.05$ 。所有患者经过一年的治疗后, 其中有 23 例患者腰腹背疼痛完全消失, 18 例患者有明显缓解、有 9 例患者疼痛状况较轻。结论: 经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折具有良好的治疗效果。术后治疗效果良好, 采用微创安全性高, 临床应用广泛。

【关键词】经皮椎体成形术治疗; 骨质疏松性椎体压缩骨折; 临床治疗

1 资料及方法

资料。选取入院治疗的 50 例患者, 其中有男性患者 25 例, 女性患者 25 例, 年龄分布在 65 岁至 87 岁之间, 平均年龄为 78 岁。骨折的原因有几种, 其中包含摔倒性骨折 26 例, 搬运重物骨折 7 例, 扭伤骨折 9 例, 长时间坐车的 2 例, 无外伤病史的 6 例。损伤部位均属于脊柱胸腰椎部位。其中有胸椎损伤的 23 例 (其中包含 T10 8 例, T11 7 例, T12 8 例), 腰椎损伤的 27 例 (其中包含 T10 12 例, T11 8 例, T12 7 例)。所有患者均无明显的脊髓神经损伤情况。术前患者的 VAS 疼痛评分为 8 分, 椎体前缘高度为 20mm, 伤椎的角度为 25°。所有患者纳入的标准中, 年龄均 ≥ 65 岁, ≤ 85 岁。均属于单节段的 OVCF 损伤。术前采用 X 光线片进行检查, 均提示伤到椎压缩变形, 同时存在不同程度的后凸情况。通过 CT 检查分析, 提示椎体骨折问题病变。MRI T1 椎体采用低信号, T2 采用压缩椎体的高信号, 双侧椎体根体后壁柱完整。所有手术均无手术禁忌, 且排除其他原因。多节脊椎骨折, 骨折合并神经损伤, 脊柱存在病理性骨折, 排除无耐受或禁忌的患者。

方法。所有患者均采用俯卧位, 采用 C 型透视规定伤椎位置, 做好标记。双侧椎体弓根清晰显示。采用常规的消毒纱布, 调整胸部肋骨与椎弓根间隙进入, 腰椎双侧经根椎弓进入路。采用 1% 的利多卡因, 经过皮肤椎弓侧逐层浸润麻醉, 切开皮肤, 对皮下组织、筋膜进行 0.5cm 的穿刺定位, 确定椎弓外根上缘为 10 点和 2 点的方向, 保持穿刺针与身体面呈现 15° 至 20° 角位置进针。等待穿刺前端进入椎体弓后, 在进针 1cm 至 2cm, 观察透视下穿刺针的位置, 调整正位下的椎弓根内侧缘和椎体后缘水平。按照 C 型透视侧位引导, 调整 CT 断面骨折折线的穿刺面。穿刺折面与骨折线需要保持平行, 有落空感后取出内芯, 插入螺纹骨钻。沿着通道内慢慢地进入到椎体的前端三分之一位置。调整骨水泥, 前期注射处理。使用椎杆推入 1mL 至 2mL 后, 骨水泥填充孔洞位置。C 型壁透视监控骨水泥的弥散情况, 通过逐层推入骨水泥。观察骨水泥泄漏的椎杆变化深浅度, 调整角度后再缓慢地注入。骨水泥如果漏入椎管内侧, 需要立即停止推注操作。准确的观察患者运动的感觉效果, 注意骨水泥完全固化后, 实施椎杆宣传拔出处理, 实施缝合包扎切口位置, 经过术后的 2 天后, 重复 X 线片, 服用抗骨折输送的药物, 佩戴腰围, 可以适当的下地活动, 注意床上无负重, 适当地使用腰背肌功能进行锻炼, 术后 3d 至 7d 后可以出院。

治疗效果评估分析。术前进行观察, 术后 1d、1 个月、1 年内的 VAS 数据评分。依据椎体前缘的高度标准, 和 Cobb 角值, 记录围手术期并发症的发生概率。

统计分析。采用标准的数据信息统计分析方式, 准确的计量相关资料。采用 T 检验计量方式, 按照相关的计量数据资料分析, 采用标准的检验方法, $P < 0.05$, 表示差异符合统计学标准意义。

2 结果

手术操作的情况。所有患者均顺利完成手术。术中出血量为 5mL 至 10mL。平均出血量为 7.5mL 左右。手术是阿金为 23min 至 43min 之间, 平均手术时间为 37min。住院时间为 2.5d 至 7d, 平均住院时间为 4.5d。

手术前后的治疗指标分析。对比术后的 1d、术后 1 个月、术后 1 年的数据评分指标。结合 VAS 数据评分表、ODI 数据、椎体前缘的高度, 与手术前比较现实, 差异符合统计学标准意义, $P < 0.05$ 。

并发症水平分析。所有患者在随访的 12 个月中, 其中有 23 例患者腰腹背疼痛完全消失, 18 例患者有明显缓解、有 9 例患者疼痛状况较轻。骨水泥渗漏的有 4 例, 无椎管内渗漏的情况, 患者均无明显的不适症状, 无特殊情况, 无伤口感染的情况。术后患者无神经脊髓损伤的问题发生。

3 讨论分析

经皮椎体成形术下治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折问题, 具有良好的治疗效果。近年来, 随着骨质疏松性椎体压缩性骨折患者的增多, 对患者的生活质量水平受到一定的影响。患者翻身困难, 治疗中多以保守形式治疗。患者需要采用长期的卧床静养。如果护理不到位、不及时, 就会产生各类并发症, 其中包括肺炎、静脉血栓、褥疮等等。PVP 微创可以有效缓解 OVCF 的治疗疼痛效果, 满足患者下床活动的治疗目标。传统的 PVP 手术中包含单侧、双侧两种椎穿刺入路方式。在临床上, 根据单侧椎弓根入路、双侧椎弓根入路, 还需要研究。分析单侧穿刺可能导致的骨水泥下椎体内分布, 可能会导致术后椎体两侧出现无法恢复的情况, 会导致近邻椎体的骨折问题发生。采用双侧椎弓根操作入路, 可以有效地缓解患者的腰背疼痛水平, 有效地恢复患者的椎体强度, 改善脊柱后凸畸形问题。依据 PVP 治疗下的操作, 重视手术适应证的操作。按照 X 射线片、CT 三维重建、MRI 检查, 充分地了解患者骨折椎体的实际情况, 结合穿刺的具体部位进行分析, 评估预测可能发生的风险问题。

综上所述, 采用椎体成形术 PVP 在治疗骨质疏松性椎体压缩骨折上具有良好的治疗效果, 总额和安全水平高, 创伤面积小, 快速操作优势大, 具有良好的临床推广应用价值意义。

参考文献:

[1] 王存平, 王洪波. 改良椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折 [J]. 创伤外科杂志, 2015, 17(5).