



经椎弓根椎体内植骨治疗老年骨质疏松性脊柱骨折的疗效分析

胡旻炜 孙长惠* 陆炯 邹灵 陈一南 杨泽宇 (上海交通大学医学院附属瑞金医院卢湾分院 200020)

摘要: **目的** 经椎弓根椎体内植骨治疗老年骨质疏松性脊柱骨折的疗效分析。**方法** 本文选取我院于2016年1月-2017年5月收治的80例老年骨质疏松性脊柱骨折患者,将其随机分为治疗组和对照组,对照组采用短节段弓根钉棒内固定疗法,治疗组采用短节段弓根钉棒内固定疗法联合经椎弓根椎体内植骨方式,对比两组患者的骨折康复效果及手术相关指标结果。**结果** 治疗组的术后椎体高度丢失情况、术后 Cobb 角度、术后疼痛情况以及骨折愈合时间四项指标结果分别是(4.33±1.18)%、(6.10±3.13)度、(1.44±0.66)分以及(41.09±7.51)天,和对照组术后四项指标结果对比存在显著性差异($P<0.05$),具有统计学意义。**结论** 老年骨质疏松性脊柱骨折患者采用经椎弓根椎体内植骨方式治疗后,可以更好的促进患者骨折处愈合,缓解疼痛反应,提升矫正治疗效果。

关键词: 经椎弓根椎体 植骨 老年骨质疏松性脊柱骨折 疗效

中图分类号: R687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)14-139-01

当前临床中老年骨质疏松性脊柱骨折疾病是一种老年人发病率较高的骨折疾病,采用短节段弓根钉棒内固定方式治疗后,其疗效较好,创伤小^[1],但是椎体是松质骨,一旦骨折发生后很容易引起爆裂、压缩等,因此单纯的內固定处理后,随着时间延长,骨折固定处容易因为压力集中而引起固定松动情况,进一步导致固定移位,治疗失败,针对此临床中需要对其固定治疗方式进行更好的深入和研究,结果发现采用经椎弓根椎体内植骨方式后,可以弥补上述疗法存在的不足,促进骨折处早日痊愈。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本次试验选取的患者均为2016年1月-2017年5月在我院进行治疗的80例老年骨质疏松性脊柱骨折患者,每组各40例。男50例,女30例。年龄60岁到80岁之间,平均年龄(67.72±6.34)岁。两组患者一般临床资料相比,无显著差异性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

开始治疗前,全部进行麻醉处理,为了避免患者紧张和疼痛,选取全身麻醉处理方式,之后仰卧位姿势。对照组采用短节段弓根钉棒内固定疗法,从正中纵切口入路^[2],将患者的棘突、椎板充分暴露,在手术视野中,在受伤的椎体上下、正常椎体上安装连接棒、椎弓根钉等,有效内固定处理,促进患者骨折处早日复位和痊愈。之后在X线下观察患者的手术开展情况,对患者的椎体复位高度不良情况进行处理,尤其是对于不能够有效闭合复位的患者切除部分椎板,探查椎管,之后利用L型捶打器对患者的突入椎管进行捶打,一直捶打到患者的骨块复位成功处后停止。当然在必要情况下还需要在该位置安装横向连接棒^[3]。

治疗组采用短节段弓根钉棒内固定疗法联合经椎弓根椎体内植骨方式,在按照对照组手术治疗基础上,进一步开展联合治疗过程,采用椎弓根椎体内植骨方式,对患者受伤的椎弓根进行定位,之后通过骨折受伤位置进针,进一步将椎弓根钉妥善固定和安装,之后在X线下观察患者的手术开展情况,对患者的椎弓根入路方向、深度等进行观察和记录,确保可以将椎弓根安全取出,同时选取患者直径大约是6毫米左右的植骨通道^[4],放置探针观察是否出现了破裂情况,如果没有出现破裂情况后,可以采用植骨漏斗粒状人工骨实施植入操作,并且进一步利用推入棒推入椎体完成后复位操作步骤。在植骨操作过程中,需要根据椎体撑开程度来对患者的植入骨需要量进行判断,通常植入骨量为2.0克左右^[5],等到植骨完成操作后,在椎弓根入口处涂抹骨蜡,避免切口感染,术后给予抗生素后续治疗过程,保持患者切口干燥。利用相应的胸腰背部护具进行有效保护,护具使用时间控制在3个月到半年之间。

1.3 统计学处理

* 通讯作者: 孙长惠

本研究应用SPSS19.0统计学软件进行处理,组间比较分别采用t检验($\bar{x}\pm s$)或 χ^2 检验(%), $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的骨折康复效果对比

治疗组的术后椎体高度丢失情况、术后 Cobb 角度、术后疼痛情况以及骨折愈合时间四项指标结果分别是(4.33±1.18)%、(6.10±3.13)度、(1.44±0.66)分以及(41.09±7.51)天,和对照组术后四项指标结果对比存在显著性差异($P<0.05$),具有统计学意义。如表1所示:

表1: 两组患者的骨折康复效果对比

组别	例数	术后椎体高度丢失情况(%)	术后 Cobb 角度(度)	术后疼痛情况(分)	骨折愈合时间(天)
治疗组	40	4.33±1.18	6.10±3.13	1.44±0.66	41.09±7.51
对照组	40	9.28±2.45	12.16±6.12	4.95±0.80	68.38±8.23
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者的手术相关指标结果对比

两组患者的手术时长、术中出血量以及住院时间三项手术相关指标结果对比不存在显著性差异($P>0.05$),不具有统计学意义。如表2所示:

表2: 两组患者的手术相关指标结果对比

组别	例数	手术时长(分钟)	术中出血量(毫升)	住院时间(天)
治疗组	40	169.33±35.18	377.10±144.13	21.44±5.66
对照组	40	167.28±37.45	374.16±139.12	21.95±5.80
P		>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

骨折复位治疗过程中,利用植骨复位治疗方式可以明显提升患者骨折处固定效果,避免发生移位,同时降低患者的骨折处负重,促进患者术后早日痊愈。

参考文献

- [1] 邓红平, 陈其昕, 胡灏等. 经椎弓根椎体内植骨治疗老年骨质疏松性脊柱骨折的疗效分析[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(14):3322-3324.
- [2] 王哲, 罗卓荆, 龚凯等. 经伤椎椎弓根异体骨粒打压植骨预防胸腰段骨质疏松性压缩骨折术后椎体塌陷的疗效观察[J]. 中华创伤杂志, 2010, 26(5):407-410.
- [3] 赵斌, 罗华云, 赵轶波等. 短节段椎弓根内固定并伤椎重建术治疗胸腰椎骨折[J]. 中华骨科杂志, 2009, 29(9):817-821.
- [4] 张维新, 沈吉荣, 马兴福等. 胸腰椎骨质疏松性骨折20例经病椎椎弓根椎体内植骨6钉3椎体内固定术治疗体会[J]. 陕西医学杂志, 2011, 40(11):1550.
- [5] 徐宏伟, 季卫平, 李浩等. 老年骨质疏松性不稳定胸腰椎骨折的手术治疗[J]. 临床骨科杂志, 2010, 13(1):19-21.