

PVP 和 PKP 治疗骨质疏松性椎体压缩骨折疗效对比研究

向兴胜,陈 灏[△],张建才(重庆市云阳县人民医院骨二科 404500)

【摘要】 目的 分析经皮椎体成形术(PVP)和经皮椎体后凸成形术(PKP)治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的临床疗效。**方法** 选择该院收治的 50 例骨质疏松性椎体压缩骨折患者(共 105 椎),随机分为 PVP 组和 PKP 组,比较两组的手术时间、骨水泥注射量、椎体高度改善情况、VAS 评分和 Oswestry 评分。**结果** 两组患者治疗后,患者椎体高度、VAS 评分和 Oswestry 评分均有明显改善,两组的 VAS 评分和 Oswestry 评分差异无统计学意义($P>0.05$),椎体高度改善情况 PKP 组优于 PVP 组、手术时间 PKP 组长于 PVP 组、骨水泥注射量 PKP 组多于 PVP 组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** PVP 和 PKP 都是治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的有效手段,临床中根据患者的具体病情和经济承受能力选择合适的治疗方式。

【关键词】 PVP; PKP; 骨质疏松; 椎体压缩性骨折;
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)21-2857-02

骨质疏松是临床中常见的骨科疾病,因为骨质疏松导致的骨折每年超过了 150 万人,其中 30%~50%是脊柱椎体压缩性骨折^[1]。患者发生了此种骨折后,随着时间的推移病情越来越严重,严重影响到身体健康和生活质量。传统治疗此种骨折的方式为非手术、止痛及支具的联合治疗,通过临床长期的验证治疗效果并不理想^[2]。随着经皮椎体成形术(PVP)和经皮椎体后凸成形术(PKP)在临床中的应用,成为了治疗骨质疏松脊柱椎体压缩性骨折的新型微创技术^[3]。本文对本院 PVP 和 PKP 治疗骨质疏松性椎体压缩骨折疗效进行对比研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011~2012 年本院收治的 50 例骨质疏松脊柱压缩性骨折患者共 105 个椎体,其中男 20 例,女 30 例,年龄 55~70 岁,平均 68.23 岁。105 个椎体中单个椎体骨折 60 个,双椎体骨折 30 个,4 个椎体骨折 15 个。随机分为 PVP 组和 PKP 组,每组 25 例。患者在入院时均有明显的胸腰背疼痛,久坐或者久站疼痛加重,下肢无疼痛症状,进行影像学检查 X 光、MRI 检查都提示为胸腰椎椎体压缩性骨折^[4]。

1.2 方法

1.2.1 PVP 组的手术方法 常规方式进行麻醉、消毒。麻醉起效后,在 X 光机下定位病变椎体的双侧椎弓根的环形影,在椎弓根环外上方取穿刺点,一般位于棘突旁 3 cm 处。穿针平行于塌陷终板,椎弓根和棘突连续中心内为正位,针尖达椎体

1/3 处为侧位^[5]。穿针处理完毕后,将穿针针芯拔出装入导针,在导针的引导下将空心导管钻入病位椎体。在 X 光机下观察并确定空心导管的位置和及深度。注入造影剂,检查有无缺损外露及静脉交通异常情况发生,然后将调制好的骨水泥注入病位椎体内,椎体骨折高度基本恢复后转动导管,等骨水泥完全凝固后,拔出导管^[6]。

1.2.2 PKP 组的手术方法 术前准备、麻醉方式、穿刺点的选取均同于 PVP 组,在装入导针后安装球囊,通过球囊的压力降低病椎椎体左右撑开,观察椎体高度恢复情况,完成后将球囊取出,注入骨水泥到病位椎体内^[7]。

1.3 观察项目 对两组患者治疗前后椎体高度改善情况、VAS 评分^[8]和 Oswestry 评分^[9]及手术时间、骨水泥注射量进行记录。

1.4 统计学处理 使用 SPSS13.0 软件进行统计学处理,计量数据用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间差异比较,采用 t 和 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组术前 VAS 评分、Oswestry 评分、椎体高度均比治疗后明显($P<0.05$),差异有统计学意义;两组治疗后 VSA 评分、Oswestry 评分组间差异无统计学意义($P>0.05$);PKP 组的手术时间较长,PKP 组骨水泥注射量较大,PKP 组最体高度改善较优,与 PVP 组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组治疗结果的比较($\bar{x}\pm s$)

组别		手术时间(min)	骨水泥注射量(mL)	椎体高度(mm)	VAS 评分	Oswestry 评分
PVP	治疗前	35.1±12.5	3.1±0.5	14.3±1.9	8.5±0.2	45±1.3
	治疗后	—	—	23.0±1.5	2.0±0.1	20±0.5
PKP	治疗前	52.1±20.2	5.3±0.2	14.4±1.8	8.5±0.3	44±1.9
	治疗后	—	—	26.7±1.9	2.0±0.2	20±0.3

注:—表示无数据。

3 讨 论

骨质疏松症患者呈逐年上升的趋势,由此带来的如脊柱压缩性骨折等并发症的发病率也在逐年增长^[10]。通过本次研究

得出的结论,PVP 与 PKP 两种方法治疗骨质疏松性脊柱压缩骨折都具有明显的临床效果,但是 PKP 对于椎体高度的改善更为明显,而 PVP 的操作方式简单手术时间短,在治疗费用上

[△] 通讯作者,E-mail:hao7426@163.com。

PKP 比较昂贵,临床上患者可以根据自己的疾病情况和经济承受能力选择合适的治疗方式。

参考文献

[1] 王开化. PKP 和 PVP 治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折效果比较[J]. 山东医药, 2011, 51(35): 64-65.

[2] 陈荣春, 曾芳俊, 游辉. PKP 及 PVP 术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的临床对比研究[J]. 中国医药科学, 2012, 2(23): 53-55.

[3] 王佳, 周耀, 竺智雄, 等. PVP 和 PKP 治疗骨质疏松性椎体压缩骨折疗效比较[J]. 实用骨科杂志, 2012, 18(10): 872-875.

[4] 李宝祥, 夏晓明, 官福平, 等. PVP 和 PKP 治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折临床疗效比较[J]. 潍坊医学院学报, 2012, 34(5): 373-375.

[5] 马俊, 赵林, 王大锋, 等. PVP 或 PKP 治疗骨质疏松性椎

体压缩骨折[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(18): 2260-2261.

[6] 王彦伟. PVP 结合手法正脊与 PKP 治疗椎体压缩性骨折临床比较[J]. 吉林医学, 2012, 33(9): 1849-1850.

[7] 王文革, 秦国强, 李仕臣, 等. PVP 与 PKP 治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床疗效观察[J]. 医学信息, 2010(11): 3073-3075.

[8] 金波, 韩贵和, 赖震. PVP 与 PKP 治疗老年骨质疏松性椎体压缩性骨折临床研究[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(1): 32-34.

[9] 吴耀. 应用 PVP 和 PKP 技术治疗骨质疏松性椎体骨折[J]. 内蒙古医学杂志, 2011, 43(2): 198-202.

[10] 李济安. 应用 PVP 与 PKP 治疗骨质疏松脊柱压缩性骨折的比较[J]. 中外医疗, 2011, 30(14): 53-54.

(收稿日期: 2013-01-08 修回日期: 2013-04-09)

• 临床研究 •

启东市乙型肝炎疫苗的接种情况及影响因素分析

朱裕兵(江苏省启东市疾病预防控制中心 226200)

【摘要】 目的 了解启东市 15 岁以下儿童乙型肝炎(简称乙肝)疫苗的接种情况以及完成乙肝疫苗的补种并分析其影响因素。**方法** 以镇为单位分阶段统计儿童的乙肝疫苗的接种情况并对未接种的儿童进行补种, 分析影响接种因素。**结果** 第一阶段目标人群数为 19 939 人, 需补种 1 针次的儿童 1 041 人, 实际完成补种 1 023 人(98.27%); 需补种 2 针次儿童 1 023 人, 实际完成补种 1 005 人(98.24%); 需补种 3 针次儿童 1 015 人, 实际完成补种 994 人(97.93%)。第二阶段目标人群登记造册 34 655 人, 确定应补种 2 378 人, 第一轮实际完成补种 2 324 人(97.73%); 第二轮实际完成补种 2 325 人(97.77%); 第三轮实际完成补种 2 328 人(97.90%)。**结论** 加大对乙肝疫苗预防知识的宣传与普及, 提高农村产妇的住院分娩率, 落实分娩医院乙肝疫苗首针及时接种, 是提高乙型肝炎疫苗接种率的关键。

【关键词】 乙型肝炎; 疫苗; 接种

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 21. 040 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)21-2858-02

乙型肝炎(简称乙肝)是一种由乙肝病毒(HBV)感染机体后所引起的疾病。HBV 是一种嗜肝病毒, 主要存在于肝细胞内并损害肝细胞, 引起肝细胞炎症、坏死、纤维化^[1]。启东市完成了国家下达的从 2009 年开始, 在 3 年内为 15 周岁以下人群补种乙肝疫苗的工作。现将本市乙肝疫苗的接种情况及影响因素报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2009 年至 2011 年, 在 3 年时间内分阶段对 1994 年 1 月 1 日至 1999 年 12 月 31 日启东市出生的 15 周岁以下的儿童进行调查。本调查共有 11 个镇。

1.2 方法

1.2.1 调查内容及方式 调查未免疫人群的基本情况, 分析乙肝疫苗全程接种、未及时接种和未接种的原因。以镇为单位, 对各镇中 15 岁以下儿童乙肝疫苗接种情况进行统计, 并对未接种乙肝疫苗的儿童进行补种。

1.2.2 乙肝疫苗的免疫程序 乙肝疫苗在第 1 针的及时接种是指新生儿出生后 24 h 内完成接种; 全程接种是按照 0、1、6 个月程序, 12 月龄完成 3 针预防接种。

2 结果

2.1 一般情况 本次调查的 11 个乡镇 15 周岁以下儿童共

106 936 人, 其中 2009 年和 2010 年出生儿童分别为 6 021 人、6 125 人; 农村占 75.0%, 城镇占 25.0%; 在接受调查的儿童中, 大多数儿童为本地户口, 无户口或外地户口较少。11 个调查乡镇的儿童乙肝疫苗第 1 针的及时接种率情况如下: 汇龙镇 94.71%, 南阳镇 93.90%, 北新镇 96.90%, 王鲍镇 97.96%, 合作镇 80.74%, 吕四港镇 98.20%, 海复镇 95.06%, 近海镇 95.88%, 寅阳镇 96.43%, 惠萍镇 96.37%, 东海镇 96.41%。

2.2 接种及补种情况 第一阶段(2009 年)对 1994 年 1 月 1 日至 1995 年 12 月 31 日出生的(该年龄段主要在高中一年级和初中三年级学生)未接种或未完成乙肝疫苗全程接种的儿童(包括常住儿童和暂住时间在 2 个月及以上的流动儿童)进行接种。共完成目标人群登记造册 19 939 人, 通过摸底调查确定需补种 1 针次的儿童 1 041 人, 实际完成补种 1 023 人, 补种率为 98.27%, 需补种 2 针次儿童 1 023 人, 实际完成补种 1 005 人, 补种率为 98.24%, 需补种 3 针次儿童 1 015 人, 实际完成补种 994 人, 补种率为 97.93%。第二阶段(2010~2011 年)对 1996 年 1 月 1 日至 1999 年 12 月 31 日出生的未接种或未全程接种儿童进行接种。共完成目标人群登记造册 34 655 人, 通过查验接种证确定应补种 2 378 人, 第一轮实际完成补种 2 324 人, 补种率为 97.73%, 第二轮实际完成补种 2 325