

- 偏头痛[J]. 实用药物与临床, 2019, 22(8): 785-789.
- [13] 张成林, 万琪. 三叉神经感觉神经元 5-HT1D 受体调节 CGRP 表达和释放的机制[J]. 中国疼痛医学杂志, 2015, 21(3): 213-216.
- [14] 王雪莲, 毛芝芳. 活血通络中药熏蒸联合综合康复训练治疗脑梗死后肩手综合征疗效及对 CGRP、NO、ET-1 水平的影响[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(4): 1004-1006.
- [15] Zhang F X, Gadotti V M, Souza I A, et al. BK potassium channels suppress Cav α 2 δ subunit function to reduce inflammatory and neuropathic pain[J]. *Cell Rep*, 2018, 22(8): 1956-1964.
- [16] 林世荣, 宋斌, 林庆明, 等. 缓激肽后处理对心肺复苏大鼠神经元保护效应[J]. 中华急诊医学杂志, 2015, 24(9): 969-974.
- [17] 陈文, Yvonne Lee, 赵华. 炎性疼痛: 类风湿关节炎痛[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(7): 后插 1-后插 2.
- [18] 陈骏, 刘洋, 陈向东, 等. 内皮素-1 在 3 种皮肤恶性肿瘤中的表达[J]. 临床皮肤科杂志, 2016, 45(1): 26-28.
- [19] Zhang K, Xu D S, Cui J J, et al. The expression of substance P in sensory neurons and nerve fibers associated with "Sanyinjiao" (SP6) region in the rat[J]. *Acupunct Res*, 2015, 40(6): 449-454.
- [20] Lee S, Lee Y S, Kim J. Automated evaluation of upper-limb motor function impairment using fugl-meyer assessment[J]. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*, 2018, 26(1): 125-134.
- [21] 汪洋, 闫禹竹, 杜中梅, 等. 电针围刺联合中药熏蒸治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(7): 32-35.

浮针联合少腹逐瘀汤对寒凝血瘀型原发性痛经患者的临床疗效

卢洁, 林萍, 张荣, 高以娟

(扬州市江都人民医院, 江苏扬州 225200)

摘要: 目的 观察浮针联合少腹逐瘀汤对寒凝血瘀型原发性痛经患者的临床疗效。方法 68 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 34 例, 对照组给予少腹逐瘀汤, 观察组在对照组基础上加用浮针(约相当于天枢、带脉、阴包的位置), 疗程 3 个月经周期。检测临床疗效、VAS 评分、症状评分、生活质量评分、血清 IL-6 变化。结果 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。治疗后, 观察组 VAS 评分、症状评分、血清 IL-6 低于对照组($P<0.05$), 生活质量、总的健康状况、生理领域、心理领域评分更高($P<0.05$)。结论 浮针联合少腹逐瘀汤可降低寒凝血瘀型原发性痛经患者痛经程度及 IL-6 水平, 改善围经期腹痛等相关不适症状, 提高生活质量。

关键词: 浮针; 少腹逐瘀汤; 原发性痛经; 寒凝血瘀

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2022)02-0679-05

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2022.02.066

原发性痛经是在行经前后或月经期出现下腹部疼痛、坠胀, 伴有恶心、呕吐、腹泻等症状的周期性痉挛性疼痛^[1], 多见于青少年, 发病率很高, 国内女大学生发病率可达 69.78%^[2], 严重影响生活质量^[3], 目前临幊上常用的治疗药物主要有非甾体类抗炎药(NSAIDs)、钙离子通道阻断剂、避孕药、 β -肾上腺素受体激动剂等^[4]。中医治疗原发性痛经具有独到优势, 但单纯中药口服治疗周期长, 年轻患者不易坚持; 针刺治疗痛经的有效率达 90% 以上, 并且无不良反应, 其中浮针疗效更显著^[5]。本研究探讨浮针联合少腹逐瘀汤对寒凝血瘀型原发性痛经患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2019 年 10 月至 2021 年 4 月就诊于扬州市

江都人民医院中医妇科门诊的 68 例寒凝血瘀型原发性痛经患者, 遵循保证受试者权益原则, 按照《针灸临床研究规范》^[6-7]制定研究计划, 采用随机、单盲临床对照试验方法随机分为对照组和观察组, 每组 34 例, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性, 见表 1。研究严格遵守生物医学研究伦理原则, 治疗方案经扬州市江都人民医院伦理委员会审查批准(伦理编号 K-2019-026)。

表 1 2 组一般资料比较($\bar{x}\pm s$, $n=34$)

组别	年龄/岁	病程/年	疼痛程度/例		
			轻度	中度	重度
观察组	20.94 ± 3.66	2.75 ± 1.50	7	18	9
对照组	20.84 ± 3.23	2.72 ± 1.22	8	19	7

收稿日期: 2021-09-25

作者简介: 卢洁(1980—), 女, 硕士, 副主任中医师, 从事中医药治疗盆腔疼痛研究。Tel: 18118288716, E-mail: 594138434@qq.com

1.2 诊断标准

1.2.1 中医 参照《中医妇科学》^[8]和《中药新药临床研究指导原则》^[9]，主症包括（1）经前或行经期小腹冷痛、拒按，得热痛减；（2）畏寒肢冷，次症包括（1）经色紫黯，夹瘀血块；（2）月经周期推后，月经量少；（3）面色青白；（4）带多、色白。舌质黯，或有瘀斑、瘀点，苔白，脉沉紧。

1.2.2 西医 参考文献[1]报道，（1）伴随月经周期规律性发作的下腹部疼痛病史；（2）临床表现，①青春期多见，常在初潮后1~2年内发病；②疼痛大多从月经来潮后开始，最早可出现在月经前12 h，以月经第1天疼痛最为剧烈，持续2~3 d后腹痛缓解，以痉挛性疼痛多见；③痛经部位大多位于下腹部耻骨上，甚至可放射至腰骶部和大腿内侧；④可伴随恶心、呕吐、头晕、腹泻、乏力等症状，严重时面色发白、出冷汗，甚至晕厥；⑤妇科检查及B超均未发现异常。

1.3 纳入标准 （1）年龄15~35岁，月经周期规律[(28±7)d]；（2）符合“1.2”项下诊断标准；（3）具有一定语言、文字接受能力；（4）本研究前半个月内未服用镇静药、止痛药、激素类药物；（5）自愿加入本研究，签署知情同意书。

1.4 排除标准 （1）经妇科检查、西医诊断、B超确诊为继发性痛经；（2）无法全程参与本研究；（3）年龄在15岁以下，35岁以上；（4）无法正常交流；（5）月经周期不规律；（6）触发点皮肤存在过敏、皮肤破溃或感染症状；（7）常有自发性出血或凝血功能障碍导致损伤后出血不



图1 针刺点位置及针刺方向

1.6.2.2 操作 使用浮针进针器进针，将针体全部刺入到皮下浅筋膜层，在皮下做左右各15°扇形平扫，频率约100次/min，每个进针点扫散时间约2 min，扫散同时配合运动再灌注。在6个进针点治疗过程中寻找针感反射最强点，进行留针固定，拔出浮针针芯，将塑料软套管留置于皮下，并用胶布固定与软套管连接的末端针座在皮肤上，6 h后将软套管拔出。操作过程要求无酸、麻、胀、痛等针感。

1.6.2.3 进针方向和再灌注活动 ①进针点1、2，刺入方向朝向耻骨联合，按压腹直肌，配合腹式呼吸训练；②进针点3、4，刺入方向朝向耻骨联合，约形成45°，扫散时嘱患者平卧，骨盆固定于床面；③进针点5、6，刺入方向向上朝向大腿根部，扫散时进行髋关节的内收抗阻训练，

止；④合并精神疾病或严重危及生命的原发性疾病或传染病；⑤合并糖尿病、恶性病、急性炎症、发热、精神病。

1.5 中止标准 （1）不能按研究方案坚持接受治疗；（2）发生不良事件；（3）出现了其他并发疾病或病情恶化。中止病例需分析中止原因及与本研究的关系，并记录中止时间。结果，对照组失访1例、退出1例，观察组失访1例，共脱落3例，脱落率4.41%，符合统计学要求（脱落率<15%）。

1.6 治疗手段

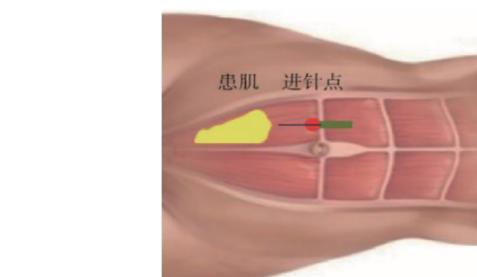
1.6.1 对照组 口服少腹逐瘀汤，该方以《医林改错》中的少腹逐瘀汤为基础进行加减，组方药材小茴香10 g、当归10 g、干姜9 g、川芎10 g、延胡索10 g、肉桂6 g、赤芍10 g、五灵脂10 g、炒蒲黄10 g、没药6 g，剂型为颗粒剂，由华润三九中药颗粒剂厂提供，于月经来潮前14 d开始服用，每天1剂（2小盒），早晚各1盒，100 mL开水冲服，以14 d为1个疗程，连续3个疗程。

1.6.2 观察组 在对照组基础上加用浮针，针刺腹部及大腿内收肌群浅筋膜层。

1.6.2.1 进针点定位及命名 根据进针点区域不同，将其命名为进针点1~6（图1），定位分别为①进针点1、2，双侧腹直肌上，平脐（约相当于天枢的位置）；②进针点3、4，双侧髂前上棘沿连线分别向内平移约2 cm处（约相当于带脉的位置）；③进针点5、6，双侧大腿内侧，胫骨内侧踝上4~6 cm处（约相当于阴包的位置）。



见图1~3。



注：黄色表示紧张、僵硬的腹直肌下段，为患肌；红点表示在患肌上方约5cm选取的进针点，进针后针尖朝向患肌。

图2 患肌与进针点

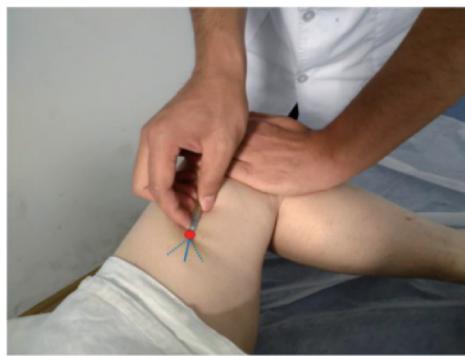


图3 右手持针,进行扫散

1.6.2.4 治疗时间及疗程 于月经前7 d、月经来潮前3 d各施治1次,均留置软套管6 h,连续治疗3个月经周期。

1.7 指标检测

1.7.1 VAS评分 治疗前和治疗3个月后月经前2 d患者使用疼痛视觉模拟评分(VAS)卡,根据自身疼痛感受选择合适的数字。

1.7.2 症状评分、痛经程度分级 按照国家卫生部药政局颁布的《中药治疗痛经的临床研究指导原则》^[10]设立,计算减分率,具体见表2~3。

表2 症状评分

症状	评分/分
经期及其前后小腹疼痛	5(基础分)
腹痛难忍	+1
腹痛明显	+0.5
坐卧不宁	+1
休克	+2
面色白	+0.5
冷汗淋漓	+1
四肢厥冷	+1
卧床休息	+1
影响工作学习	+1
伴腰部酸痛	+0.5
伴恶心呕吐	+0.5
伴肛门坠胀	+0.5
用一般止痛措施不缓解	+1
用一般止痛措施疼痛暂缓	+0.5
疼痛在1 d以内	+0.5
疼痛期每增加1 d	+0.5

表3 痛经程度分级标准

程度	临床症状	评分/分
轻度	经前或其前后小腹疼痛明显,伴腰部酸痛,仍能坚持工作,无全身症状,有时须服止痛药	5~7.5
中度	经期或经期前后小腹疼痛难忍,伴腰部酸痛,恶心呕吐,四肢不温,用止痛措施疼痛暂缓	8~12.5
重度	经期或其前后小腹疼痛难忍,坐卧不宁,严重影响工作学习和日常生活,必须卧床休息,伴有腰部酸痛,面色苍白,冷汗淋漓,四肢厥冷,呕吐腹冷,或肛门坠胀感,采用止痛措施无明显缓解	13~15

1.7.3 生活质量评分 治疗前后采用世界卫生组织生存质量测定量表简表(WHOQOL-BREF量表)^[11]进行评价,评

分越高,生活质量越好。

1.7.4 血清IL-6水平 治疗前及治疗后月经来潮48 h内,早晨采集患者空腹肘正中静脉血3~5 mL,采用酶联免疫吸附法(ELISA法)检测血清白介素-6(IL-6)水平。

1.8 疗效评价 参照《中药新药临床研究指导原则》及症状量表相关内容^[10]进行评定,具体见表4,总有效率=[(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

表4 临床疗效评价标准

疗效等级	临床症状及症状评分	减分率/%
治愈	治疗后腹痛及其他症状消失,随访3个月经周期未复发	≥95
显效	治疗后症状评分降至治疗前的1/2以下,腹痛明显减轻,其余症状消失或减轻,不服止痛药能坚持工作	70(含)~95
有效	治疗后症状评分降低至治疗前的1/2~3/4,腹痛减轻,其余症状好转,服止痛药能坚持工作	30(含)~70
无效	腹痛及其他症状无变化	<30

1.9 统计学分析 通过SPSS 24.0软件进行处理,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,满足正态性及方差齐性的数据组间比较采用独立样本t检验,组内比较采用配对样本t检验;不满足者采用非参数检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS评分 治疗后,2组VAS评分降低($P<0.05$),以观察组更明显($P<0.05$),见表5。

表5 2组VAS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	33	5.39±1.44	0.67±1.02 *#
对照组	32	5.31±1.42	1.38±1.48 *

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, *# $P<0.05$ 。

2.2 症状评分 治疗后,2组症状评分降低($P<0.05$),以观察组更明显($P<0.05$),见表6。

表6 2组症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	33	10.42±2.54	0.94±1.80 *#
对照组	32	10.45±2.56	3.03±2.79 *

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, *# $P<0.05$ 。

2.3 生活质量评分比较 治疗后,2组生存质量、总的健康状况、生理领域、心理领域评分升高($P<0.05$),以观察组更明显($P<0.05$);2组社会关系领域评分升高($P<0.05$),但组间比较差异无统计学意义($P>0.05$);2组环境领域评分无明显变化($P>0.05$),并且组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表7。

2.4 血清IL-6水平 治疗后,2组血清IL-6水平降低($P<0.05$),以观察组更明显($P<0.05$),见表8。

2.5 安全性评价 治疗期间,2组未发现明显不良反应,针刺部位无出血、局部感染等事件反馈。

表7 2组生活质量评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	生存质量		总的健康状况		生理领域	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	33	3.21±0.74	4.12±0.70 ^{*#}	3.03±0.73	4.21±0.65 ^{*#}	13.06±2.26	15.05±1.58 ^{*#}
对照组	32	2.91±0.69	3.28±0.58 [*]	2.91±0.59	3.59±0.62 [*]	13.32±2.72	13.80±2.56 [*]
组别	例数/例	心理领域		社会关系领域		环境领域	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	33	12.00±2.16	14.65±1.65 ^{*#}	15.64±1.71	16.89±1.78 [*]	12.45±3.33	12.50±3.30
对照组	32	12.35±1.88	13.38±1.80 [*]	14.92±2.26	16.13±2.28 [*]	12.92±2.55	12.97±2.55

注:与同组治疗前比较, $^* P<0.05$;与对照组治疗后比较, $^{\#} P<0.05$ 。

表8 2组血清IL-6水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	33	51.19±10.81	32.39±5.33 ^{*#}
对照组	32	50.79±11.51	41.49±10.72 [*]

注:与同组治疗前比较, $^* P<0.05$;与对照组治疗后比较, $^{\#} P<0.05$ 。

2.6 临床疗效 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$), 见表9。

表9 2组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数/例	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	33	20(60.6)	8(24.2)	3(9.1)	2(6.1)	93.9 [*]
对照组	32	11(34.4)	9(28.1)	7(21.9)	5(15.6)	84.4

注:与对照组比较, $^* P<0.05$ 。

3 讨论

原发性痛经是女性常见病之一, 严重影响患者正常生活, 甚至导致焦虑或恐惧, 西医以对症治疗为主, 可在短时间内缓解疼痛, 但持久性欠佳。中医将原发性痛经归属于“经行腹痛”范畴, 认为其病机是气血运行不畅、胞宫胞脉经血受阻, “不通则痛”; 或冲任、胞宫失于濡养, “不荣则痛”^[12]。

本研究采用少腹逐瘀汤治疗原发性痛经, 将寒凝血瘀、瘀阻胞宫胞脉的病机作为出发点, 予以化瘀散寒止痛, 兼顾养血调经, 最终达到经行血畅、腹痛缓解的目的, 同时配合浮针, 它是用一次性针具在患肌周围皮下浅筋膜进针并进行扫散灌注活动的针刺疗法, 其疗效快捷, 持续时间长, 有效率高, 临床疗效显著优于单用中药。结果显示, 针药联合可显著降低VAS评分、疼痛症状评分, 表明浮针可有效缓解内脏(子宫)疼痛, 其机理可能为降低筋膜中透明质酸粘滞性, 恢复筋膜与周围组织之间的正常滑动, 恢复正常的力学传导, 准确地调节内脏筋膜张力, 并激活壁神经节, 从而顺利低调节子宫, 使其恢复正常律动, 最终使原发性痛经得以缓解^[13-15]。

目前, 鲜有对原发性痛经患者生活质量、远期精神心理方面进行讨论。本研究发现, 观察组治疗后WHOQOL-BRFF评分明显高于对照组与治疗前, 表明针药联合可改善患者生活起居、生理、精神心理、社会关系等相关因素, 与王瑾等^[16]报道的结果相似。

另外, 治疗后观察组血清IL-6水平明显低于对照组。该因子主要是由单核细胞和淋巴细胞合成及释放, 可诱导急性炎症反应、免疫反应、细胞毒性反应, 使神经敏化,

诱发痛经, 并且导致骨骼肌疼痛和牵涉痛^[17-18], 而针药联合可能通过降低其水平来发挥疗效。

综上所述, 浮针联合少腹逐瘀汤可降低寒凝血瘀型原发性痛经患者痛经程度及IL-6水平, 改善围经期腹痛等相关不适症状, 提高生活质量。

参考文献:

- [1] 谢幸, 荀文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 36.
- [2] 杨金凤. 探讨原发性痛经的临床治疗方法和疗效[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(16): 40.
- [3] De Sanctis V, Soliman A T, Elsedfy H, et al. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country [J]. *Acta Biomed*, 2016, 87(3): 233-246.
- [4] De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, et al. Primary dysmenorrhea in adolescents: prevalence, impact and recent knowledge [J]. *Pediatr Endocrinol Rev*, 2015, 13(2): 512-520.
- [5] 肖安菊, 夏有兵, 符仲华, 等. 浮针疗法治疗痛经研究进展[J]. 中国针灸, 2013, 33(12): 1143-1146.
- [6] 世界卫生组织. 针灸临床研究规范(续2)[J]. 中国针灸, 1998, 18(10): 634-635.
- [7] 世界卫生组织. 针灸临床研究规范(续3)[J]. 中国针灸, 1998, 18(11): 699-700.
- [8] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 127.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 56-189.
- [10] 中华人民共和国卫生部药政局. 中药治疗痛经的临床研究指导原则[J]. 中国医药学报, 1989, 4(2): 70-72.
- [11] 郝元涛, 方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J]. 现代康复, 2000, 4(8): 1127-1129; 1145.
- [12] 王艳英. 原发性痛经发病机制及治疗的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(7): 2447-2449.
- [13] Stecco C, Sfriso M M, Porzionato A, et al. Microscopic anatomy of the visceral fasciae[J]. *J Anat*, 2017, 231(1): 121-128.
- [14] 路易吉·斯德科. 筋膜手法治疗内部功能障碍失调[M]. 关玲, 宋淳, 周科华, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 30-40.
- [15] Zanini N, Giordano M, Smerieri E, et al. Estimation of the

- prevalence of asymptomatic pancreatic cysts in the population of San Marino [J]. *Pancreatology*, 2015, 15(4): 417-422.
- [16] 王瑾, 赵丽娜, 吴珍, 等. 温经疏肝化瘀通络法对原发性痛经患者疼痛、生存质量及相关炎性指标的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(32): 3543-3545; 3553.
- [17] 黄丹婧, 吕娇娇, 黄强民, 等. 肌筋膜疼痛触发点内理化环境的改变及其作用 [J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2011, 15(28): 5313-5316.
- [18] Kannan P, Cheung K K, Lau B W M. Does aerobic exercise induced-analgesia occur through hormone and inflammatory cytokine-mediated mechanisms in primary dysmenorrhea? [J]. *Med Hypotheses*, 2019, 123: 50-54.

仙灵骨葆胶囊联合碳酸钙、骨化三醇对绝经后骨质疏松椎体压缩骨折 PVP 术后患者的临床疗效

张妍妍¹, 苏坤智², 秦小燕³

(1. 金华文荣医院药剂科, 浙江 金华 321017; 2. 金华文荣医院骨科, 浙江 金华 321017; 3. 金华文荣医院内科, 浙江 金华 321017)

摘要: 目的 探讨仙灵骨葆胶囊联合碳酸钙、骨化三醇对绝经后骨质疏松椎体压缩骨折 PVP 术后患者的临床疗效。

方法 88 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 44 例, 对照组给予碳酸钙、骨化三醇, 观察组在对照组基础上加用仙灵骨葆胶囊, 疗程 30 d。检测 BMD、ODI 指数评分、椎体压缩比率、Cobb 角度、血清 IL-1 β 和 IL-17 水平、再骨折发生比率、再骨折间隔时间变化。结果 治疗后, 观察组 BMD、椎体压缩比率、Cobb 角度高于对照组 ($P<0.05$), ODI 指数评分、血清 IL-1 β 和 IL-17 水平更低 ($P<0.05$), 再骨折间隔时间更长 ($P<0.05$)。结论 仙灵骨葆胶囊联合碳酸钙、骨化三醇可显著提高绝经后骨质疏松椎体压缩骨折 PVP 术后患者不同位置骨密度, 降低 ODI 指数评分及血清 IL-1 β 、IL-17 水平, 改善椎体压缩比率、Cobb 角度。

关键词: 仙灵骨葆胶囊; 碳酸钙; 骨化三醇; 绝经后骨质疏松椎体压缩骨折; PVP 术

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2022)02-0683-03

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2022.02.067

绝经后骨质疏松症是临床中常见的一种绝经女性多发病, 主要由绝经后女性体内的雌激素水平降低, 使得骨吸收大于骨形成所致^[1], 临床表现主要为骨折风险和骨脆性增加、骨组织结构出现退行性变化、骨量降低等^[2]。随着微创治疗技术的不断发展, 经皮椎体成形 (PVP) 术在椎体骨折患者治疗过程中的应用广泛, 而且具有显著的疗效, 但即使手术成功, 仍会存在骨质疏松现象, 存在持续发生骨折风险, 故在术后给予抗骨质疏松治疗对降低再骨折风险具有十分重要的临床意义。本研究考察仙灵骨葆胶囊联合 PVP 术对绝经后骨质疏松椎体压缩骨折患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2019 年 3 月至 2020 年 3 月就诊于金华文荣医院的 88 例绝经后骨质疏松椎体压缩骨折患者, 随机分为对照组和观察组, 每组 44 例, 其中对照组年龄 45~75 岁, 平均年龄 (59.3 ± 1.3) 岁; 平均绝经时间 (4.1 ± 0.2) 年; 椎体骨折阶段 T11 6 例, T12 11 例, L1 7 例, L2 11 例, L3 9 例, 而观察组年龄 45~75 岁, 平均年龄 ($58.7\pm$

1.2) 岁; 平均绝经时间 (4.2 ± 0.3) 年; 椎体骨折阶段 T11 5 例, T12 12 例, L1 8 例, L2 12 例, L3 7 例, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会审核批准。

1.2 纳入标准 (1) 符合绝经后骨质疏松诊断标准^[3]; (2) 影像学检查提示存在椎体骨折; (3) 符合接受 PVP 术的适应症; (4) 患者了解本研究, 签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1) 非绝经后骨质疏松而导致的椎体骨折; (2) 合并肿瘤; (3) 合并甲亢; (4) 合并脊髓损伤; (5) 合并爆裂性骨折; (6) 缺乏临床资料; (7) 对本研究药物存在既往过敏史。

1.4 治疗手段

1.4.1 PVP 术 患者局部麻醉后被指导呈俯卧位, 生效后通过透视来对骨折椎体椎弓根进行定位。对预手术区域进行常规消毒并铺巾, 将 5 mL 1% 利多卡因稀释后对穿刺点到关节突的位置实施浸润麻醉, 在标记体表旁 0.5 cm 位置进针, 跟矢状面之间呈 25° 角度并外展。通过 C 型臂机的辅助透视来进针, 在透视侧位当中看到针尖成功到达椎体