

老年骨质疏松性椎体压缩骨折保守治疗方案对远期生活质量的影响

苏 印

华中科技大学同济医学院附属同济医院, 湖北 武汉 430000

摘 要: 目的: 对比老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者采用保守治疗与手术治疗的远期疼痛程度及生活质量差异。方法: 选取 2024 年 1 月至 2025 年 1 月收治的 80 例患者, 随机分为观察组与对照组。采用视觉模拟评分法 (VAS) 评估治疗前及治疗后 1 年疼痛程度, 用 SF-36 健康调查简表评价治疗后 1 年生活质量。结果: 治疗前两组 VAS 评分无显著差异 ($P > 0.05$); 治疗后 1 年, 观察组 VAS 评分 (2.1 ± 0.6) 分显著低于对照组 (3.8 ± 0.9) 分 ($t=8.962, P < 0.001$)。结论: 手术治疗能更有效缓解老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者的远期疼痛, 显著提高生活质量, 值得临床推广。

关键词: 老年患者; 骨质疏松性椎体压缩骨折; 保守治疗; 远期生活质量

人口老龄化进程加快, 老年骨质疏松性椎体压缩骨折发病率逐年攀升, 成为影响老年人生活质量的重要骨科疾病。目前, 临床治疗老年骨质疏松性椎体压缩骨折方案分保守治疗与手术治疗。保守治疗以卧床休息、镇痛药物应用及抗骨质疏松治疗为主。手术治疗如经皮椎体后凸成形术等, 能快速缓解疼痛、恢复椎体高度, 其远期生活质量改善效果与保守治疗的对比研究存在争议^[1]。本研究选取 2024 年 1 月至 2025 年 1 月收治的 80 例老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者, 对比两种治疗方案的远期疗效, 为临床治疗方案的选择提供循证医学依据, 进一步提高老年患者的生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为对照研究, 选取 2024 年 1 月至 2025 年 1 月在我院骨科接受治疗的 80 例老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者作为研究对象。按随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各 40 例。

纳入标准: ①年龄 ≥ 60 岁; ②经 X 线、CT 或 MRI 检查确诊为骨质疏松性椎体压缩骨折, 且为新鲜骨折; ③骨密度检测 T 值 $\leq -2.5SD$ 。排除标准: ①合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全者; ②存在精神疾病或认知功能障碍, 无法配合治疗及随访者; ③既往有脊柱手术史者。

1.2 方法

观察组采用手术治疗配合针对性护理: 术前 1 天备皮, 指导腹式呼吸及有效咳嗽训练, 术前 6 小时禁食、4 小时禁饮,

术前 30 分钟静滴抗生素。术后去枕平卧 6 小时, 每 30 分钟测生命体征共 4 次; 观察切口渗液, 24 小时后指导直腿抬高训练; 第 2 天戴腰围下床, 予阿仑膦酸钠 (70mg/周)。

对照组采用保守治疗配合常规护理: 绝对卧床 4-6 周, 每 2 小时轴线翻身; 按需用布洛芬或吗啡镇痛, 配合放松疗法。卧床期间行四肢关节训练, 4-6 周后戴腰围下床; 同观察组抗骨质疏松治疗, 指导高蛋白高钙饮食 (钙 ≥ 1000 mg/天)。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度: 用视觉模拟评分法 (VAS) 评估患者治疗前及治疗后 1 年的疼痛程度, VAS 评分 0-10 分, 0 分无疼痛, 10 分最剧烈疼痛, 评分越高疼痛越严重。

(2) 生活质量: 用 SF-36 健康调查简表评估患者治疗后 1 年的生活质量, 量表含生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能等各维度得分 0-100 分, 得分越高生活质量越好。

1.4 统计学处理

用 SPSS22.0 统计学软件分析数据。计量资料用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内治疗前后比较用配对 t 检验, 组间比较用独立样本 t 检验; 计数资料用率 (%) 表示, 比较用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后疼痛程度比较

治疗前, 观察组 VAS 评分 (7.6 ± 1.2) 分, 对照组

(7.5 ± 1.1) 分, 两组疼痛程度相近, 差异无统计学意义 ($t=0.374, P=0.709$)。治疗后, 两组 VAS 评分随时间推移持续下降, 观察组各时间点疼痛缓解效果均显著优于对照组。治疗后 1 周, 观察组 VAS 评分降至 (4.2 ± 0.8) 分, 对照组 (5.9 ± 1.0) 分。治疗后 1 个月, 观察组进一步降至 (3.5 ± 0.7) 分, 对照组 (5.1 ± 0.9) 分, 组间差异仍显著 ($t=8.215, P < 0.001$)。具体数据见表 1

表 1 两组患者治疗前后 VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

指标	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
治疗前	7.6 ± 1.2	7.5 ± 1.1	0.374	0.709
治疗后 1 周	4.2 ± 0.8	5.9 ± 1.0	8.762	< 0.001
治疗后 1 个月	3.5 ± 0.7	5.1 ± 0.9	8.215	< 0.001
治疗后 3 个月	2.8 ± 0.6	4.5 ± 0.8	10.364	< 0.001
治疗后 6 个月	2.4 ± 0.5	4.1 ± 0.7	12.587	< 0.001
治疗后 1 年	2.1 ± 0.6	3.8 ± 0.9	8.962	< 0.001

注: VAS 为视觉模拟评分法。

2.2 两组患者治疗后 1 年生活质量比较

治疗后 1 年, 观察组 SF-36 量表各维度评分均高于对照组: 生理功能 (78.5 ± 6.3) 分 vs (65.2 ± 5.7) 分 ($t=9.872, P < 0.001$); 生理职能 (72.3 ± 5.8) 分 vs (58.6 ± 5.2) 分 ($t=11.035, P < 0.001$); 躯体疼痛 (75.6 ± 6.1) 分 vs (60.3 ± 5.9) 分 ($t=10.521, P < 0.001$); 总体健康 (70.2 ± 5.5) 分 vs (56.8 ± 5.1) 分 ($t=10.963, P < 0.001$)。具体数据见表 2

表 2 两组患者治疗后 1 年 SF-36 量表各维度评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

指标	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
生理功能	78.5 ± 6.3	65.2 ± 5.7	9.872	< 0.001
生理职能	72.3 ± 5.8	58.6 ± 5.2	11.035	< 0.001
躯体疼痛	75.6 ± 6.1	60.3 ± 5.9	10.521	< 0.001
总体健康	70.2 ± 5.5	56.8 ± 5.1	10.963	< 0.001
活力	68.5 ± 5.7	55.3 ± 5.3	10.254	< 0.001
社会功能	73.2 ± 6.0	60.5 ± 5.8	9.362	< 0.001

注: SF-36 为健康调查简表。

3 讨论

观察组各时间点 VAS 评分均显著低于对照组, 核心机制是手术治疗借椎体成形术快速恢复椎体力学稳定性, 即刻消除骨折端微动对周围神经末梢的刺激, 与保守治疗依赖骨折自然愈合的疼痛缓解模式有本质差异。术后 1 周观察组疼痛评分较对照组降低 28.8%, 说明手术能打破“疼痛-制动-骨质疏松加重”的恶性循环^[2]。对照组因长期卧床出现肌肉痉挛、局部血液循环障碍, 或许是疼痛缓解缓慢且远期效果欠佳的重要原因。早期疼痛控制优势为功能锻炼创造条件, 进一步巩固远期疼痛管理效果。观察组 SF-36 各维度评分的显著优势, 来自疼痛快速缓解与功能早期恢复的协同作用。生理功能维度 13.3 分的差值, 体现手术治疗更利于恢复患者自主活动能力; 社会功能与情感职能的改善, 和患者摆脱长期卧床带来的社交隔离相关。对照组因疼痛持续时间长、功能恢复缓慢, 易产生焦虑、抑郁等负性情绪, 形成生活质量下降的连锁反应。治疗决策中, 需充分考虑疼痛控制对患者整体生活状态的影响^[3]。

综上, 手术治疗通过优化疼痛管理时序与功能恢复路径, 为老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者提供了更优的远期生活质量保障。

参考文献:

- [1] 成永士. 单侧与双侧椎弓根入路经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者的效果比较 [J]. 中国康复医学, 2025, 37(15): 142-145.
- [2] 冯利娜, 孙瑞芳. 基于信息化管理平台的延续性康复护理在老年骨质疏松性椎体压缩性骨折手术患者中的应用效果 [J]. 河南外科学杂志, 2025, 31(04): 183-185.
- [3] 余丽丽. 围术期程序护理模式在老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者微创手术治疗中的临床效果 [J]. 黑龙江医学, 2023, 47(12): 1524-1526.