

有效率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件处理数据,计数资料以百分比表示,采用  $\chi^2$  检验,计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,采用  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

观察组的治疗总有效率显著高于对照组,  $P < 0.05$ , 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	45	15(33.33)	14(31.11)	8(17.78)	8(17.78)	37(82.22)
观察组	45	22(48.89)	17(37.78)	6(13.33)	0(0.00)	45(100.00)*

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

关节面的粉碎和塌陷、骨干和干骺端的粉碎骨折、软组织损伤严重是 Pilon 骨折的主要特征,决定了其临床治疗的困难性和特殊性,若未得到及时有效的治疗,患者极易并发骨折不愈合、感染及皮肤坏死等并发症,预后不良<sup>[2]</sup>。因此,寻找损伤小、复位好的技术,稳固安全的材料,最大限度的减少并发症的发生,成为治疗胫骨 Pilon 骨折的关键。临床上采用的手术方法主要为切开复位内固定、外固定架进行外固定及有限内固定结合外固定<sup>[3]</sup>。治疗目的以恢复胫骨远端关节面及下肢力线的平整,重获可运动、有功能、能负重及无疼痛的关节为主<sup>[4]</sup>。

有限内固定结合外固定是近年来发展起来的 Pilon 骨折治疗方式,对开放性骨折及高能量闭合性骨折中的治疗效果显著。其优势可归结为:(1)采用小切口即可固定主要骨折块,借助克氏针及螺钉可

以固定、对线骨折端,固定、复位关节面的解剖面;(2)手术给机体造成的创伤较小、安全性高,术中不进行骨折整复时对于切口大小的要求较低,可以加速术后骨折处及切口愈合;(3)该手术采用的外固定架具有独特的牵开效果,软组织及肌腱韧带可以促进骨折部位更好的复位,有利于术后尽早恢复踝关节间隙并降低术后踝关节粘连的发生概率<sup>[5]</sup>;(4)外固定架无需固定距下关节及距胫关节;(5)固定可靠,有利于踝穴的模压及关节软骨的营养,进而降低术后并发创伤性关节炎的概率,术后早期可下床活动。本研究结果显示,观察组治疗总有效率显著高于对照组( $P < 0.05$ ),说明有限内固定结合外固定治疗胫骨 Pilon 骨折的效果优于切开复位内固定。综上所述,胫骨 Pilon 骨折患者采用有限内固定结合外固定治疗能显著降低并发症的发生,利于患者骨折较快愈合,踝关节功能较快恢复,具有创伤小、并发症少、安全性高等优势,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1]杨慧斌.分步延期切开复位内固定治疗 III 型 Pilon 骨折[J].实用骨科杂志,2016,22(8):739-741
- [2]刘鹏,马任远,马敏杰,等.微创经皮钢板内固定术与切开复位钢板内固定术治疗胫骨 PILON 骨折疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(25):2824-2826
- [3]付文芹,刘佐庆,潘福根,等.Pilon 骨折一期闭合复位外固定支架固定术后骨折复位良好患者后续治疗方法的选择[J].中国医药,2016,11(3):404-408
- [4]张涛,余耀坤.切开复位有限内固定结合外固定架外固定治疗 Pilon 骨折[J].中医正骨,2016,28(4):50-52
- [5]王浩,李连华,彭城,等.不同内固定方式治疗胫骨后 pilon 骨折的疗效分析[J].中华创伤骨科杂志,2016,18(6):481-486

(收稿日期:2017-03-17)

# 针刀缓解膝骨关节炎顽固性疼痛的临床疗效评价

苏鸿年

(河南科技大学第一附属医院疼痛门诊 河南洛阳 471003)

**摘要:**目的:探讨针刀微创治疗膝骨关节炎顽固性疼痛患者的临床效果。方法:选取 2015 年 12 月~2016 年 12 月我院收治的 116 例膝骨关节炎顽固性疼痛患者作为研究对象,根据患者自身意愿进行分组,分为复合组和单一组,每组 58 例。复合组进行药物+针刀联合治疗,单一组只进行药物治疗,观察并比较两组的治疗效果和膝关节功能(WOMAC)评分的变化情况。结果:复合组的治疗有效率为 93.10% 高于单一组的 79.31%,差异有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 治疗前,两组的 WOMAC 评分相比较,差异无统计学意义,  $P > 0.05$ ; 治疗后,复合组 1 个月、3 个月和 6 个月 WOMAC 评分均高于单一组,差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。结论:采用针刀微创治疗膝骨关节炎顽固性疼痛患者,不仅能更好的改善患者关节活动功能,还有利于患者的预后恢复。

**关键词:** 顽固性疼痛; 膝骨关节炎; 针刀微创; WOMAC 评分

中图分类号: R684.3

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.046

骨关节炎是由于患者关节软骨出现溃疡、脱失或纤维化所引发的一种关节疾病,通常发生于 >60 岁的人群中,常出现在活动量大、负重大的关节部

位,以膝关节最为常见,称为膝骨关节炎<sup>[1]</sup>。目前,临床上通常采取针刀微创进行治疗,因其具有副作用小、疗程短及治疗效果佳的优势,已经被广泛地应用

于临床治疗过程中<sup>[2]</sup>。本研究对比观察了药物治疗和药物+针刀治疗的临床疗效。现报告如下：

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 12 月~2016 年 12 月我院收治的 116 例膝关节炎顽固性疼痛患者作为研究对象,根据患者自身意愿进行分组,分为复合组和单一组,每组 58 例。其中复合组男 30 例,女 28 例,年龄 40~72 岁,平均年龄(61.3± 2.2)岁;单一组男 32 例,女 26 例,年龄 42~74 岁,平均年龄(62.4± 2.7)岁。两组患者的基本资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。所有患者均自愿参与本研究,并签署知情同意书,

**1.2 治疗方法** 单一组只进行药物治疗:患者口服非甾类药萘丁美酮胶囊(国药准字 H20046569),1 次/d,1 g/次,2 周为 1 个疗程。复合组进行药物+针刀联合治疗:用药同对照组,再选择患者膝关节疼痛最为明显的部位,如:膝关节周围韧带、肌附点等,用龙胆紫标记,局部麻醉后,呈垂直方向置入针刀,直到骨面层面,纵向作一切口,横向剥离,解除患者关节组织的粘连和异常应力。

**1.3 临床观察指标** 观察并比较两组的治疗效果和膝关节功能(WOMAC)评分的变化情况。采用 WOMAC 量表对患者膝关节的疼痛情况进行评估,分数越低表示患者的恢复情况越好。疗效评定指标:(1)显效:评分减少 $\geq 80\%$ ;(2)有效:评分减少 40%~80%;(3)无效:评分减少 $<40\%$ 。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据分析统计,计数资料以%表示,采用 $\chi^2$ 检验,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组的治疗效果比较** 复合组的治疗有效率 93.10%高于单一组的 79.31%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组的治疗效果比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
复合组	58	36(62.07)	18(31.03)	4(6.90)	54(93.10)
单一组	58	14(24.14)	32(55.17)	12(20.69)	46(79.31)
$\chi^2$					4.640
P					0.031

**2.2 两组的 WOMAC 评分比较** 治疗前,两组的 WOMAC 评分相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ ;复合组治疗后 1 个月、3 个月和 6 个月 WOMAC 评分均高于单一组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组的 WOMAC 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后 1 个月	治疗后 3 个月	治疗后 6 个月
复合组	58	153.88± 5.14	54.95± 26.13	39.36± 35.23	71.82± 31.44
单一组	58	155.43± 3.25	68.38± 35.36	72.45± 35.66	102.92± 23.82
t		1.941	2.326	5.027	6.005
P		0.055	0.022	0.000	0.000

### 3 讨论

膝关节炎在我国的发病率为 2.0%~10.0%,60 岁以上的患者发病率达 50%,临床表现为行动不便、生活难以自理等症状,具有病程时间长、治疗效果差、病情反复发作等特点,有极高的致残率,若未给予及时的治疗和护理,将会严重影响患者的身体健康和生活质量<sup>[3]</sup>。近几年来,采用针刀微创的治疗方法,主要针对膝关节周围韧带和疼痛部位进行治疗,如:胫骨结节点、胫骨髁点及膝关节周围韧带等,进行纵向疏通和横向剥离,能够有效解除患者膝关节的异常应力和粘连情况,进而恢复患者膝关节的平衡能力,消除肌腱周围的附着张力,改善受压韧带和血管的血液循环动力学,促进膝关节损伤组织的进一步修复<sup>[4]</sup>。同时,针刀微创手术还具有一定的镇痛和消炎的作用,可进一步缓解患者的疼痛感。膝关节周围肌腱点出现慢性损伤所引发的顽固性疼痛,是造成患者关节疼痛及活动受限的主要原因,经过针刀微创治疗后,能够一次治愈,效果十分显著<sup>[5]</sup>。

本研究结果显示,复合组的治疗有效率为 93.10%高于单一组的 79.31%,差异有统计学意义, $P<0.05$ ;治疗前,两组的 WOMAC 评分相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ ;复合组治疗后 1 个月、3 个月和 6 个月 WOMAC 评分均高于单一组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。单一服用非甾类药物的治疗方法,能够暂时性地缓解患者的疼痛感,提高患者的依从性,对于内心恐惧不安的患者而言,采用药物治疗,能够更好的缓解患者的负性心理情绪,但是,长期服药会出现不同程度的不良反应,并且会严重损伤患者的胃肠功能和代谢能力,在一定程度上给患者及家属带来了沉重的经济负担。而针刀微创治疗,不仅能够降低不良反应的发生率,同时,还能够更好的缓解患者的疼痛感,治疗效果十分显著<sup>[6]</sup>。总而言之,采用针刀微创治疗膝关节炎顽固性疼痛,不仅能够有效患者的疼痛感,同时,还能够一定程度上提高患者膝关节的活动能力。

#### 参考文献

[1]沈文,牛志军,金桥,等.针刀缓解膝关节炎顽固性疼痛的临床疗效评价[J].临床和实验医学杂志,2015,14(23):1963-1966  
 [2]彭博,唐晨,张斐,等.银质针关节外软组织松解术治疗膝骨性关节炎顽固性疼痛[J].实用医药杂志,2015,32(9):816-817

- [3]刘小立.骨关节炎神经病理性疼痛诊疗概述[J].中国新药杂志,2015,24(18):2073-2076
- [4]秦伟凯,赵勇,张宽,等.铍针治疗膝骨关节炎疼痛疗效评价[J].中国针灸,2013,33(4):347-349

- [5]郭长青,司同,温建民,等.针刀松解法改善膝骨关节炎疼痛症状的随机对照临床研究[J].天津中医药,2012,29(1):35-38
- [6]孙奎,刘德春,吴三彬,等.针刀治疗膝骨关节炎疼痛及功能障碍的临床研究[J].中医药临床杂志,2012,24(5):416-418

(收稿日期:2017-02-19)

## 经前列腺小囊射精管切开术治疗顽固性血精症

翟晓磊

(河南省郑州市人民医院泌尿外科 郑州 450000)

**摘要:**目的:分析经前列腺小囊射精管切开术治疗顽固性血精症的可行性及安全性。方法:回顾性分析 2014 年 10 月~2016 年 5 月我院 25 例顽固性血精症行经前列腺小囊射精管切开术患者的病例资料,分析其可行性及安全性。结果:手术时间 22~38 min,平均(32.37±3.94)min;术后住院时间 2~4 d,平均(2.73±0.54) d;术后无尿路感染、直肠损伤等并发症发生;术后 1 个月血精症状完全消失者 20 例,术后 2 个月血精症状完全消失者 4 例,术后 3 个月血精症状完全消失者 1 例;术后 1 周睾丸或会阴疼痛基本消失 5 例,术后 2 周会阴疼痛完全消失 1 例;随访无复发病例。结论:经前列腺小囊射精管切开术治疗顽固性血精症疗效显著,并发症较少,值得临床推广。

**关键词:**顽固性血精症;精囊镜;射精管切开术

中图分类号:R697

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.047

血精症为男科常见症状,多见于 30~40 岁青壮年,指精液中含有血液,主要表现为显微镜下显示少量红细胞、精液中有血丝及肉眼血精,可伴有早泄、射精痛、会阴疼痛等症状,80%~90%血精症呈间歇性发作<sup>[1]</sup>。血精症为自限性疾病,通常以抗感染等保守治疗为主,但顽固性血精症可出现其他病理改变,应给予进一步治疗。临床常采用精囊镜技术诊断并治疗顽固性血精症,但因射精管直径较窄,射精管口位置常出现异常,辨认困难,可造成射精管损伤。本研究回顾性分析经前列腺小囊射精管切开术治疗顽固性血精症的临床资料,分析其可行性及安全性。现报道如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 10 月~2016 年 5 月我院收治的顽固性血精症患者 25 例,肉眼血精 14 例,精液中有陈旧血块 7 例,精液中有血丝 4 例;伴有早泄 6 例,射精痛 4 例,会阴痛 2 例,前列腺囊性扩大 1 例,前列腺压痛 3 例,一侧精囊扩大 2 例。所有患者年龄 35~64 岁,平均(49.62±5.18)岁;病程 1~9 月,平均(5.36±1.41)月;保守治疗时间 2~7 个月,平均(4.82±2.03)个月。

**1.2 纳入及排除标准** (1)纳入标准:持续性血精,长时间药物保守治疗无效者。(2)排除标准:全身性疾病者;精道肿瘤者;免疫性疾病者。

**1.3 治疗方法** 两组均使用输尿管镜,直径 Fr6/7.5。首先将输尿管镜探进尿道前列腺内,直视下观察精阜,先经直肠进行精囊按摩,通过精囊液溢出

情况判断射精管畅通程度及确定射精管开口位置。若没有发现精囊液,用输尿管导管进行引导,探入前列腺小囊;若射精管存在异常开口,用斑马导丝撩起精囊黏膜引导输尿管镜进入;若无开口,于双侧 8 点与 4 点处找到半透明膜,用输尿管导管捅破半透明间隔,出现精囊腔与射精管腔后,放钦激光光纤 200 μm 并气化切开半透明间隔,然后进镜。若上述方法均失败,则于前列腺小囊底部 7 点~9 点与 3 点~5 点之间区域用钦激光光纤切开半透明间隔,射精管腔出现后放导丝,用钦激光修整管壁,于射精管经前列腺段开口,于 12 点处射精管继续切开,扩大射精管直径至 5 mm 左右。若存在结石,则用钦激光破碎结石,并将结石冲洗出或用取石钳夹出;若存在血块或胶冻状分泌物,则注射甲硝唑溶液混合生理盐水冲洗,采用电凝棒对射精管壁与精囊壁出血点进行电凝。术后导尿管留置 1 d,服用抗生素 3 d。术后 7 d 指导患者排精。随访 2~5 个月。

### 2 结果

**2.1 顽固性血精症手术一般情况分析** 确诊精囊炎 9 例,精囊内结石 6 例,射精管梗阻 5 例,其他 5 例;手术时间 22~38 min,平均(32.37±3.94) min;术后住院时间 2~4 d,平均(2.73±0.54) d;术后无尿路感染、直肠损伤等并发症发生。随访 2~5 个月,患者均表示血精及其他临床表现消失,性生活恢复后均能正常射精并可获得性高潮快感。

#### 2.2 典型病例

**2.2.1 病例 1** 患者 48 岁,血精时间 1 个月,保守