

组成,因该药有磺胺成分,治疗期间极易发生食欲不振、恶心呕吐、皮疹、发热、肝肾功能异常及短暂性男性不育症等不良反应,因此逐渐被美沙拉嗪替代,美沙拉嗪不含磺胺吡啶,患者应用后不会出现柳氮磺胺吡啶所引起的一系列不良反应,且其通过对机体内前列腺素 E、白三烯、自由基等产生抑制作用而达到较好的抗炎目的^[8]。临床给予口服美沙拉嗪缓释颗粒可使其靶向在回肠末端与结直肠位置进行释放,迅速发挥治疗效果,弥补美沙拉嗪栓剂起效缓慢的特点^[9]。莫磺酸钠为愈创萘衍生物之一,能够直接作用于肠道炎症黏膜,促进其迅速愈合,且无明显副作用,通过保留灌肠方式给药,可使药液直达病灶,直接作用于溃疡部位,有效抑制炎症反应,疗效确切^[10]。

本研究结果表明,治疗后,研究组临床治疗总有效率(92.68%)明显高于对照组(73.17%),腹泻停止时间、黏液脓血便消失时间及症状积分均低于对照组,组间比较差异显著, $P<0.05$;两组药物副反应比较无明显差异, $P>0.05$ 。说明美沙拉嗪与莫磺酸钠

联合应用于溃疡性直肠炎患者治疗中,可显著提升临床治疗效果,改善患者临床症状,促进肠道黏膜组织修复,且副反应少,值得临床推广。

参考文献

[1]赵敏,桑畅野,王振军,等.艾迪莎联合美沙拉嗪栓治疗溃疡性直肠炎的疗效观察[J].海南医学院学报,2016,22(12):1243-1245
[2]鲁天瑜,黄红连,龚梅金,等.美沙拉嗪栓辅助治疗对溃疡性直肠炎患者血清 TNF- α IL-8 IL-10 及 DAI 水平的影响[J].河北医学,2017,23(11):1916-1920
[3]王坤.复方黄柏液保留灌肠联合美沙拉嗪栓剂治疗溃疡性直肠炎疗效观察[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2016,6(5):229-231
[4]彭普基,孙爽,徐峰,等.美沙拉嗪联合莫磺酸钠治疗溃疡性直肠炎的疗效分析[J].实用中西医结合临床,2017,17(12):103-104
[5]中华医学会病理学分会消化病理学组筹备组.中国炎症性肠病组织病理诊断共识意见[J].中华病理学杂志,2014,43(4):268-274
[6]余盈娟.美沙拉嗪栓给药方式对轻、中度活动期溃疡性直肠炎的临床疗效探讨[J].药品评价,2017,14(5):56-58
[7]吴宗智,李小丽,汪晓兰,等.中药保留灌肠联合美沙拉嗪缓释颗粒口服治疗溃疡性直肠炎 55 例[J].中医研究,2017,30(10):19-22
[8]何亚琴,何群峰,赵虞文,等.肠宁方灌肠联合美沙拉嗪对溃疡性直肠炎患者炎症因子及凝血功能的影响[J].中国临床药理学与治疗学,2017,22(7):805-809
[9]郭佳佳.美沙拉嗪联合莫磺酸钠治疗溃疡性直肠炎疗效及对患者血清炎症因子水平影响研究[J].陕西医学杂志,2018,47(3):386-388
[10]江学良,郭妮,星华,等.莫磺酸钠联合美沙拉嗪栓治疗溃疡性直肠炎 48 例疗效[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2013,3(5):15-17
(收稿日期:2018-05-02)

手术与非手术治疗跟骨关节内骨折的临床疗效对比

黄德东 胡军 曾昊 罗俊
(广东省东莞市长安医院 东莞 523850)

摘要:目的:探讨手术与非手术治疗跟骨关节内骨折的临床疗效。方法:回顾性分析 2014 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 40 例跟骨关节内骨折患者临床资料,根据是否进行手术治疗分为对照组和观察组各 20 例。对照组接受手法复位或经皮撬拨复位联合石膏管外固定治疗,观察组接受切开复位跟骨钛钢板内固定治疗。比较两组临床疗效。结果:两组患者治疗总有效率比较无显著性差异($P>0.05$);两组治疗前后 Bohler 角组间差异无统计学意义($P>0.05$);两组关节面移位率以及骨折愈合时间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组住院时间及治疗费用明显高于对照组($P<0.05$)。结论:手术与非手术治疗跟骨关节内骨折均具有良好的临床效果,但与手术治疗相比较,非手术治疗的更为简单,住院时间更短,治疗费用更低,患者接受度更高。

关键词:跟骨骨折;外科手术;正骨疗法;疗效

中图分类号:R683.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.074

跟骨骨折属骨科临床的常见、多发病,大部分为关节内骨折。跟骨关节内骨折病情复杂,且容易导致多种并发症的发生,临床治疗难度较大^[1]。非手术治疗为临床治疗跟骨关节内骨折的传统方式,手术治疗则是近年来治疗跟骨关节内骨折的常用手段,二者各有其优势和不足,采取何种方式治疗仍存在较大争议^[2]。本研究回顾性分析我院收治的 40 例跟骨关节内骨折患者临床资料,旨在比较手术与非手术治疗跟骨关节内骨折的临床疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2014 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的 40 例跟骨关节内骨折患者临床资料,根据是否进行手术治疗分为对照组和观察组各

20 例。对照组男 14 例,女 6 例;年龄 19~48 岁,平均年龄(32.5 $\pm$ 3.6)岁;Sanders 分型:Ⅱ型 10 例,Ⅲ型 6 例,Ⅳ型 4 例。观察组男 15 例,女 5 例;年龄 20~49 岁,平均年龄(32.8 $\pm$ 3.9)岁;Sanders 分型:Ⅱ型 9 例,Ⅲ型 7 例,Ⅳ型 4 例。两组患者性别、年龄、Sanders 分型等一般资料资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准通过,患者自愿签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:均根据临床表现、病史及影像学检查确诊;年龄 >18 岁;受伤前无跟骨骨折、感染、骨关节炎等相关疾病及跟骨外伤手术史。(2)排除标准:合并足部其他外伤者;跟骨开放性骨折患者;存在手术相关禁忌证患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 接受手法复位或经皮撬拨复位联合石膏管外固定治疗。麻醉后,患者取侧卧位,患侧在上,助手将患者踝关节跖屈,放松跟腱,一手牵拉跟骨结节,一手牵引前足,术者双手握踝,双拇指自跟骨跖侧向足背方向顶压,恢复足弓和塌陷关节面,然后采用双掌根从跟骨侧方挤压,恢复跟骨横径。C 臂 X 线机透视或监视下,若复位不满意,可用斯氏针由外侧穿入跟骨关节面下方撬起塌陷骨折块,或从跟腱止点外缘自后向前下成 20° 角穿入,牵引并撬压骨块,恢复 Bohler 角,直穿过骨折线至跟骨前端固定。复位后针尾埋于石膏管,跖屈位固定 2 周,改换石膏管,减少踝关节屈曲角度再固定 2 周。

1.3.2 观察组 接受切开复位跟骨钛钢板内固定治疗。于跟骨外侧作一切口,自平外踝与跟腱之间斜向下,至皮肤黑白线上约 1 cm 呈“L”型折向前止于第 5 跖骨基底处,切开皮肤和皮下组织,深达跟骨,保护腓肠神经、腓骨长短肌腱鞘,紧贴跟骨外侧壁,自下而上显露跟距关节,骨膜剥离器撬起塌陷旋转的后关节面,牵拉跟骨结节处,侧方挤压增宽的跟骨。复位完成后,若跟骨体缺损较大,可采用自体髂骨植骨,然后采用可塑型跟骨钛钢板固定。术后石膏托固定 3~4 周。

1.4 观察指标及标准 (1)比较两组临床疗效。疗效判定标准参照 Maryland 足功能评分^[3]: 评分 90~100 分,为优;评分 75~89 分,为良;评分 50~74 分,为可;评分<50 分,为差。治疗总有效率=(优+良)/总例数×100%。(2)比较两组治疗前后 Bohler 角。(3)比较两组治疗后关节面移位发生情况。(4)比较两组骨折愈合时间、住院时间以及治疗费用。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS17.0 统计学软件,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 *t* 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 两组治疗总有效率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	优	良	可	差	总有效
对照组	20	10(50.00)	6(30.00)	2(10.00)	2(10.00)	16(80.00)
观察组	20	13(65.00)	4(20.00)	2(10.00)	1(5.00)	17(85.00)
χ^2						0.000
<i>P</i>						0.677

2.2 两组治疗前后 Bohler 角比较 治疗前,对照组和观察组 Bohler 角分别为 (3.18 ± 1.28)°、($3.22 \pm$

1.30)°, 组间差异比较无统计学意义, $t=0.127$, $P>0.05$; 治疗后, 对照组和观察组 Bohler 角分别为 (21.24 ± 6.87)°、(20.95 ± 6.74)°, 组间差异比较无统计学意义, $t=0.175$, $P>0.05$ 。

2.3 两组治疗后关节面移位发生情况比较 治疗后,对照组有 4 例患者关节面移位超过 2 mm,移位率为 20.00%;观察组有 5 例患者关节面移位超过 2 mm,移位率为 25.00%。两组治疗后关节面移位率比较,差异无统计学意义, $\chi^2=0.143$, $P>0.05$ 。

2.4 两组骨折愈合时间、住院时间和治疗费用比较 两组患者骨折愈合时间比较无显著性差异, $P>0.05$;观察组住院时间及治疗费用明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组骨折愈合时间、住院时间和治疗费用比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	骨折愈合时间(周)	住院时间(d)	治疗费用(元)
对照组	20	17.88± 2.05	6.59± 2.44	2 035.61± 257.33
观察组	20	18.39± 2.18	12.36± 3.91	7 741.63± 855.40
<i>t</i>		0.762	5.599	28.567
<i>P</i>		0.450	0.001	0.001

3 讨论

跟骨关节内骨折创伤重,病情复杂,治疗难度较大,容易导致多种后遗症发生,即使患者及时接受治疗,其致残率也较高^[4]。临床针对跟骨关节内骨折的治疗方法多种多样,主要包括手术治疗以及非手术治疗两大类。手术治疗能够比较直观地对跟骨体的外侧面以及部分外侧关节面进行观察,便于复位与固定^[5]。但由于空间较为有限,无法充分暴露跟骨体的其他部位、载距突以及大部分关节面。且跟骨属于松质骨,当距下关节面发生严重粉碎塌陷时,常常难以修复和进行有效的钢板螺钉固定,有时需取自体髂骨植骨^[6]。本研究结果显示,两组患者治疗总有效率比较无显著性差异($P>0.05$);两组治疗前后 Bohler 角组间差异无统计学意义($P>0.05$);两组关节面移位率以及骨折愈合时间比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。与其他研究结果相符^[7]。说明手术治疗和非手术治疗均可使跟骨关节内骨折患者的跟骨形态得到有效恢复。尽管 Bohler 角严重减少以及关节面不平整属于手术指征之一,但本研究提示,不应单纯根据 Bohler 角减少程度和关节面塌陷程度决定选择手术治疗,非手术治疗也可达到改善患者 Bohler 角及整复关节面的目的。

由于跟骨周围软组织覆盖薄,常规跟骨外侧切口易出现切口的感染、坏死、愈合不良以及腓肠神经和腓长肌腱损伤等并发症。非手术治疗证实基于跟骨周围软组织少、易于触摸、撬拨方便,在熟练掌握

复位技巧,可实现对骨折部位的有效复位^[8]。对关节面塌陷的骨折,利用距骨关节面作为依托点撬拨骨折块,从而恢复关节面的平整。本研究结果还显示,观察组住院时间及治疗费用明显高于对照组 ($P<0.05$)。说明与手术治疗相比较,非手术治疗的住院时间更短,且治疗费用更低,患者更容易接受。综上所述,手术与非手术均可对跟骨关节内骨折进行有效治疗,而非手术治疗的更为简单,患者接受度更高,实际临床应用过程需根据患者的具体情况选择治疗方式。

参考文献

[1]李峰,范达文,张修春,等.跟骨锁定钢板内固定对伴骨质疏松跟骨关节内骨折患者关节复位丢失的预防效果研究[J].现代医学,2018,46

(2):136-140
[2]李国建,邢建新,李大鹏,等.跟骨关节内粉碎骨折两种内固定方法的疗效分析[J].中华关节外科杂志(电子版),2017,11(6):612-616
[3]陈林,李武,胡艇,等.SandersⅢ、Ⅳ型跟骨关节内骨折内固定术中植骨与不植骨的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2017,32(4):382-385
[4]邓纯博,刘学勇,阿良,等.跗骨窦入路与外侧入路治疗成人跟骨关节内移位骨折的 meta 分析[J].中国医科大学学报,2016,45(9):818-823
[5]周海超,任昊旻,李兵,等.内侧撑开技术联合跗骨窦入路治疗跟骨关节内骨折[J].中国修复重建外科杂志,2016,30(7):830-835
[6]彭玲,王培军.MSCT 诊断跟骨关节内骨折并发腓骨肌腱脱位[J].中国医学影像技术,2016,32(4):601-604
[7]梁先勇,陈志伟.移位型跟骨关节内骨折的手术治疗进展[J].中国骨与关节杂志,2016,5(4):279-283
[8]邱皓,栾富钧,曹春风,等.手术与非手术治疗移位型跟骨关节内骨折的 Meta 分析[J].中国矫形外科杂志,2016,24(2):133-140

(收稿日期: 2018-08-10)

曼月乐治疗子宫腺肌症的临床分析

冯丽丽

(河南省洛阳协和医院妇产科 洛阳 471099)

摘要:目的:探讨曼月乐治疗子宫腺肌症的临床效果。方法:选取 2016 年 7 月~2017 年 7 月我院收治的 106 例子宫腺肌症患者为研究对象,随机分为研究组和对照组各 53 例。对照组予以孕三烯酮治疗,研究组放置曼月乐治疗。比较两组临床疗效。结果:治疗前,两组患者子宫体积、NRS 评分以及生活质量评分比较均无显著性差异($P>0.05$);治疗后 3 个月、6 个月,研究组子宫体积、NRS 评分以及疼痛、精力、睡眠、情绪、活动能力、社会孤独感评分均低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:曼月乐治疗子宫腺肌症,有助于促进子宫体积恢复,缓解痛经程度,改善生活质量,安全有效。

关键词:子宫腺肌症;曼月乐;孕三烯酮;生活质量

中图分类号:R711.71

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.075

子宫腺肌症为临床常见妇科疾病,是子宫内膜腺体和间质侵入子宫肌层形成弥漫或局限性的病变,临床表现为子宫增大、月经紊乱、进行性痛经等症状,严重影响患者日常生活和工作。目前临床治疗子宫腺肌症的方式包括保守治疗和手术治疗两大类。手术治疗能达到根治目的,但仅适用于无生育需求、年龄较大的患者,且术后并发症较多。保守治疗方案较多,效果不一。本研究采用曼月乐治疗子宫腺肌症,取得显著效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月~2017 年 7 月我院收治的 106 例子宫腺肌症患者为研究对象,随机分为研究组和对照组各 53 例。研究组年龄 29~48 岁,平均年龄(36.65±2.44)岁;痛经史 2~15 年,平均痛经史(6.98±0.14)年。对照组年龄 28~49 岁,平均年龄(36.70±2.48)岁;痛经史 2~14 年,平均痛经史(6.90±0.12)年。两组患者年龄、痛经史等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究已经通过医院伦理委员会批准。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:符合《妇科常

见病诊疗指南》^[1]中诊断标准,并经临床相关检查确诊;无研究药物禁忌证;自愿签署知情同意书。(2)排除标准:既往有腹部手术史者;近期采用激素药物治疗者;合并内膜恶性病变及其他系统功能障碍性疾病者。

1.3 治疗方法 对照组予以孕三烯酮(国药准字 H19980020)治疗:月经第 1、3 天口服,2.5 mg/次,1 次/d,随后调整为 2 次/周,剂量同前,每周服药时间固定。研究组放置曼月乐(左炔诺孕酮宫内缓释系统)治疗:经期由专人严格根据操作指南放置曼月乐,随后进行超声检查明确其位置恰当,其支架纵臂管内含左炔诺孕酮 52 mg,给药速率 1 μg/h。两组均在治疗 6 个月后评价疗效。

1.4 观察指标 (1)比较两组治疗前及治疗后 3 个月、6 个月子宫体积。(2)采用疼痛数字评分法(NRS)评估两组治疗前及治疗后 3 个月、6 个月的月经疼痛程度,由轻到重以 0~10 分表示^[2]。(3)依据杨培丽等^[3]文献,以诺丁汉健康调查表(NHP)中第一部分评估两组治疗前及治疗后 3 个月、6 个月的生活质量,包括疼痛、精力、睡眠、情绪、活动能力、社会孤独感