3 讨论

OVCF 是由于骨质疏松导致的椎体骨折，多发于老年人，表现为活动障碍及腰背部剧烈疼痛，严重影响生活质量^[4]。

PVP 治疗 OVCF 主要是通过骨水泥填充骨小梁缝隙，发挥传递、支撑作用，可防止受损椎体继续塌陷，且能恢复部分受损椎体结构及功能，疗效确切，具有微创优势^[5]。但 66% 行 PVP 治疗的并发症与骨水泥渗漏有关，影响术后恢复，降低生活质量。黏度是骨水泥特征性参数，与 PVP 中椎体内骨水泥的分布、渗漏、注射量有关，从而影响手术效果^[6]。低黏度聚甲基丙烯酸甲酯骨水泥具有很高的抗压强度，可以迅速恢复椎体的强度，并具有良好的分散性，但存在聚合产热、单体毒性、易渗漏等缺点。本研究结果显示，观察组骨水泥注射量大于对照组、泄露发生率 2.70%，低于对照组的 16.22% ($P < 0.05$)。高黏度骨水泥是在低黏度骨水泥的基础上进行改进的新产品，聚合温度低至 50℃~60℃，能避免聚合热效应，大幅度降低骨水泥渗漏风险；且能最大程度弥散到骨小梁缝隙中，骨水泥注射量大，从而有效分担椎体部分应力，提高疗效^[7]。本研究结果说明高黏度骨水泥 PVP 治疗 OVCF 能增大骨水泥注射量，降低泄露发生率。本研究结果还显示，术后 1 个月观察组椎体高度高于对照组，后凸 Cobb 角小于对照组 ($P < 0.05$)，说明高黏度骨水泥 PVP 治疗 OVCF 能提高椎体高度，减小后凸 Cobb 角。分析其原因为，高黏度骨水泥注射时间长，且能达到瞬间高黏度，稳固填

充于股缝隙中，改善畸形矫正效果^[8]。注入骨水泥过程中应注意，根据骨水泥弥散和填充情况，调整穿刺针斜面位置与方向，控制骨水泥填充位置；要密切观察患者生命指征变化，随时准备抢救和抗休克治疗。

综上所述，高黏度骨水泥 PVP 治疗 OVCF 能提高椎体高度，减小后凸 Cobb 角，增大骨水泥注射量，降低泄露发生率。

参考文献

- [1] 王伟军. 高黏度与低黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折有效性的 Meta 分析[J]. 中华创伤杂志, 2018, 34(9): 806-812.
- [2] 康健, 冯大雄. 高粘度与低粘度骨水泥椎体成形术在治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折中的价值比较[J]. 颈腰痛杂志, 2018, 39(4): 468-470.
- [3] 郭永贤, 宋世江, 乔培柳, 等. 高黏度骨水泥经皮椎体成形术联合仙灵骨葆胶囊治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的临床研究[J]. 中国医药导报, 2016, 13(24): 93-96.
- [4] 张彤童, 任龙喜, 郭函, 等. 高粘度骨水泥椎体成形术在骨质疏松性椎体压缩性骨折中临床应用价值研究[J]. 创伤与急危重病医学, 2018, 6(2): 71-74.
- [5] 陈志鹏, 秦毅, 王素伟, 等. 高黏度与低黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的疗效观察[J]. 中华生物医学工程杂志, 2017, 23(5): 401-406.
- [6] 罗平, 漆建鑫, 陈学明, 等. 高黏度骨水泥在骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折患者经皮椎体成形术中的应用效果[J]. 山东医药, 2017, 57(21): 61-63.
- [7] 叶金标, 叶建亚, 马雪海. 高粘度骨水泥不同注入量在经皮椎体成形术中治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的临床对比研究[J]. 生物骨科材料与临床研究, 2016, 13(5): 29-32.
- [8] 张宏, 任虎, 冯涛, 等. 高粘度骨水泥椎体成形术与球囊扩张椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折疗效对比分析[J]. 解放军医药杂志, 2016, 28(6): 62-65.

(收稿日期: 2020-08-24)

双切口双钢板固定治疗复杂胫骨平台骨折患者临床研究

韦新建

(河南 < 郑州 > 中汇心血管病医院骨科 郑州 450000)

摘要:目的: 探讨双切口双钢板固定治疗复杂胫骨平台骨折患者的效果。方法: 回顾性分析 2017 年 12 月~2019 年 12 月收治的复杂胫骨平台骨折患者 81 例, 根据治疗方案不同分为对照组 40 例和观察组 41 例。采用单侧锁定钢板固定治疗为对照组, 采用双切口双钢板固定术治疗为观察组。比较两组术中出血量、切口长度、手术时间、骨折愈合时间、下地负重时间, 术后即刻、术后 3 个月胫骨平台后倾角、内翻角, 术后并发症发生情况。结果: 两组术中出血量、切口长度、手术时间比较无明显差异 ($P > 0.05$); 观察组骨折愈合时间、下地负重时间短于对照组 ($P < 0.05$); 术后即刻、术后 3 个月两组胫骨平台后倾角、内翻角比较无明显差异 ($P > 0.05$); 观察组术后并发症发生率 4.88% 低于对照组 25.00% ($P < 0.05$)。结论: 双切口双钢板固定术治疗复杂胫骨平台骨折患者, 可促进骨折愈合、下地负重, 骨折复位良好, 且安全性较高。

关键词: 复杂胫骨平台骨折; 双切口双钢板固定; 单侧锁定钢板固定; 后倾角; 内翻角

中图分类号: R683.42

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.068

复杂胫骨平台骨折 (Complex Tibial Plateau Fracture, CTPF) 为骨科常见骨折类型, 通常由内外翻暴力所致。随着我国车辆数量增加, 交通事故增多, CTPF 发病率呈上升趋势, 极大地影响患者正常

工作与生活^[1-2]。CTPF 保守治疗复位难度大, 效果有限, 手术成为重要治疗方案。既往临床多采取单侧锁定钢板固定 (Unilateral Locking Plate Internal Fixation, ULPIF) 治疗 CTPF, 虽疗效确切, 但不适用

于对于固定要求高的患者。随着双切口双钢板固定(Double Incision Double Plate Internal Fixation, DIDPIF)技术不断进步,因具有效果持久、稳定固定等优势,成为 CTPF 治疗新术式。本研究选取我院收治的 CTPF 患者 81 例,分组探讨 DIDPIF 术治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 分析我院 2017 年 12 月~2019 年 12 月收治的 CTPF 患者 81 例,根据治疗方案不同分为对照组 40 例和观察组 41 例。对照组女 12 例,男 28 例;年龄 21~67 岁,平均(44.72 ± 10.73)岁;致伤原因:29 例车祸伤,9 例跌倒伤,2 例其他;Schatzker 分型:24 例 V 型,16 例 VI 型。观察组女 14 例,男 27 例;年龄 20~68 岁,平均(45.66 ± 11.02)岁;致伤原因:30 例车祸伤,8 例跌倒伤,3 例其他;Schatzker 分型:25 例 V 型,16 例 VI 型。两组年龄、性别、致伤原因、Schatzker 分型均衡可比($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:经 X 线、膝关节 CT 扫描证实为 CTPF;患者知情,自愿并签署知情同意书。(2)排除标准:开放性骨折;伴有手术禁忌证、恶性肿瘤、认知功能障碍、心功能及肝肾功能异常、血液系统疾病;临床资料不完善。

1.3 手术方法

1.3.1 术前准备 入院后进行抬高患肢、消肿止痛等常规处理,完善各项检查,术前 30 min 给予头孢类抗生素。

1.3.2 手术方法 (1)对照组采用 ULPIF 术。全身麻醉,取平卧位,常规消毒铺巾;在膝关节前外侧作一长约 10 cm 切口,切开关节囊,充分暴露关节面,若关节面缺损或塌陷,以异体松质骨进行填充,恢复关节面平整;打入克氏针临时固定,X 线机透视,若位置满意,采用高尔夫锁定钢板固定,最后留置引流管,缝合切口。(2)观察组采用 DIDPIF 术。全身麻醉,取平卧位,常规消毒铺巾;在膝关节内后侧作一长约 10 cm 切口,充分暴露胫骨内侧平台,依照患者实际情况复位骨折部位,选择合适钢板固定局部骨折部位;再于膝关节外侧作一长约 10 cm 切口,暴露胫骨外侧髁、膝关节,恢复塌陷关节面正常形态,填充松质骨,使用 X 线机照射确认关节面复位良好,选用合适支持钢板进行固定,最后放置引流管,缝合切口。

1.3.3 术后处理 术后 2 d 拔除引流管,给予 1~3 d 抗生素,术后第 2 天给予抗凝药物,术后第 3 天开始指导患者进行功能锻炼。

1.4 观察指标 (1)比较两组术中出血量、切口长度、手术时间、骨折愈合时间、下地负重时间。(2)比较两组胫骨平台后倾角(PA)、内翻角(TPA),分别于术后即刻、术后 3 个月进行摄片观察。(3)比较两组术后并发症发生情况,包括膝关节不稳、切口感染、膝关节僵直等。

1.5 统计学分析 通过 SPSS22.0 统计学软件分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料以%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术及术后指标比较 两组术中出血量、切口长度、手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组骨折愈合时间、下地负重时间短于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术及术后指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量 (ml)	切口长度 (cm)	手术时间 (min)	骨折愈合 时间(周)	下地负重 时间(周)
观察组	41	282.71 ± 50.43	11.12 ± 1.39	92.95 ± 22.74	13.17 ± 2.31	8.84 ± 3.22
对照组	40	285.96 ± 49.62	11.38 ± 1.52	97.58 ± 21.27	16.49 ± 3.64	12.51 ± 3.87
t		0.292	0.804	0.936	4.914	4.644
P		0.771	0.424	0.352	<0.001	<0.001

2.2 两组胫骨平台 PA、TPA 比较 术后即刻、术后 3 个月两组胫骨平台 PA、TPA 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组胫骨平台 PA、TPA 比较($^{\circ}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	PA		TPA	
		术后即刻	术后 3 个月	术后即刻	术后 3 个月
观察组	41	9.08 ± 3.16	9.41 ± 3.55	85.73 ± 3.61	86.07 ± 3.82
对照组	40	8.98 ± 3.07	9.12 ± 3.14	86.12 ± 3.78	86.84 ± 3.96
t		0.144	0.389	0.475	0.891
P		0.886	0.698	0.636	0.376

2.3 两组术后并发症发生情况比较 观察组术后并发症发生率 4.88% 低于对照组 25.00% ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	膝关节不稳	切口感染	膝关节僵直	总发生
观察组	41	1(2.44)	0(0.00)	1(2.44)	2(4.88)
对照组	40	5(12.50)	2(5.00)	3(7.50)	10(25.00)
χ^2					6.496
P					0.011

3 讨论

CTPF 常因暴力所致,临床主要表现为关节面受损、骨折块移位等,对患者预后造成较大影响^[1]。传统 ULPIF 术为治疗 CTPF 主要术式,手术过程中所使用的锁定钢板与自攻螺钉能促进骨膜生长,保证骨膜血运供应,但不易拆卸,影响关节早期活动,

易引发膝关节僵直等并发症^[9]。

DIDPIF 术具有持久固定等优势,不仅能为膝关节局部提供稳定、持续固定力,还能避免骨折移位和力线改变,加速骨折愈合,利于膝关节功能恢复^[5-6]。夏克源^[7]研究显示,DIDPIF 术应用于 CTPF 患者,骨折愈合时间、术后负重时间短。本研究结果显示,两组术中出血量、切口长度、手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),观察组骨折愈合时间、下地负重时间短于对照组($P<0.05$),表明 DIDPIF 术治疗 CTPF 患者可促进骨折愈合、下地负重。本研究还发现,术后即刻、术后 3 个月两组胫骨平台 PA、TPA 比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示 DIDPIF 术治疗 CTPF 患者骨折复位良好。观察组术后并发症发生率低于对照组($P<0.05$),提示 DIDPIF 术治疗 CTPF 患者安全性更高。原因主要为 ULPIF 术限制术后关节活动,难以开展早期功能锻炼,故膝关节僵直等术后并发症发生率高。采用 DIDPIF 术应注意:(1)加强对膝关节四周软组织的保护,以防皮肤坏死;(2)双切口间隔需 $>8\text{ cm}$,尽量不广泛剥离骨膜和软组织,若切口间隔较小,加上广泛剥离,会影响

切口间皮肤血供。

综上所述,DIDPIF 术治疗 CTPF 患者手术时间短,有助于促进骨折愈合、下地负重,骨折复位良好,且安全性高。

参考文献

[1]任戈亮,余承保,朱玉洲,等.双切口 3 至 4 块钢板固定治疗累及后内侧柱的复杂胫骨平台骨折 15 例疗效分析[J].安徽医药,2018,22(8):1548-1550.

[2]黄海波,林作华,黄志伟.双切口双钢板内固定治疗复杂胫骨平台骨折的疗效及对患肢负重时间的影响[J].海南医学,2019,30(17):2226-2229.

[3]吴迎波,刘鹏程,王广东,等.后内侧倒“L”形切口三间隙显露联合前外侧入路治疗复杂胫骨平台骨折的临床效果[J].创伤外科杂志,2019,21(7):519-522.

[4]王富强,张兆卿,王飞,等.不同内固定方式治疗胫骨平台骨折的疗效对比[J].局解手术学杂志,2018,27(6):443-446.

[5]陈凯奇,石宇雄,何德利,等.双钢板治疗 Schatzker V 型和 VI 型胫骨平台骨折 41 例[J].海南医学,2017,28(4):652-654.

[6]王华泰,王玮琪,杨文峰,等.改良后外侧联合前外侧入路治疗外侧胫骨平台骨折的疗效分析[J].中国医师进修杂志,2018,41(4):340-343.

[7]夏克源.双切口双钢板内固定、单侧锁定钢板内固定治疗用于复杂胫骨平台骨折患者中的治疗效果探讨[J].中国医药指南,2018,16(15):117-118.

(收稿日期: 2020-09-29)

苦参蛇床汤联合克霉唑阴道片治疗霉菌性阴道炎的临床观察

樊志芳

(河南省濮阳市华龙区疾病预防控制中心 濮阳 457001)

摘要:目的:探讨苦参蛇床汤联合克霉唑阴道片治疗霉菌性阴道炎的临床应用价值。方法:选择 2018 年 2 月~2019 年 2 月收治的 103 例霉菌性阴道炎患者,以随机数字表法分为参照组 51 例与实验组 52 例。参照组接受克霉唑阴道片治疗,实验组在此基础上联合苦参蛇床汤治疗。比较两组疗效及治疗前、治疗 14 d 后的炎症指标。结果:实验组治疗总有效率高于参照组($P<0.05$);治疗后,实验组血清白介素-1 β 、白介素-2、肿瘤坏死因子- α 、干扰素- γ 均低于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:霉菌性阴道炎采用苦参蛇床汤联合克霉唑阴道片治疗的效果显著,有助于抑制炎症介质释放,改善临床症状。

关键词:霉菌性阴道炎;苦参蛇床汤;克霉唑阴道片;血清炎症介质

中图分类号:R711.31

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.069

霉菌性阴道炎是炎症性疾病,主要表现为阴道灼烧、白带增多及外阴瘙痒等,若未及时接受治疗,可诱发生殖系统感染及盆腔炎,严重影响患者身心健康^[1]。因此积极寻找安全有效的治疗药物,以降低炎症反应,缓解临床症状至关重要。克霉唑阴道片属于广谱抗真菌药,可有效抑制白色念珠菌及真菌细胞膜合成,充分发挥抗菌作用。苦参蛇床汤有清热燥湿、祛阴肿阴痒之效^[2]。本研究就苦参蛇床汤联合克霉唑阴道片治疗霉菌性阴道炎的效果做进一步分析。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 2 月~2019 年 2 月收

治的 103 例霉菌性阴道炎患者,以随机数字表法分为参照组 51 例与实验组 52 例。参照组年龄 23~46 岁,平均年龄(34.52 $\pm$ 3.17)岁;病程 1~8 个月,平均病程(4.58 $\pm$ 1.05)个月;初诊 27 例,复诊 24 例。实验组年龄 24~45 岁,平均年龄(34.53 $\pm$ 3.12)岁;病程 2~7 个月,平均病程(4.54 $\pm$ 1.07)个月;初诊 30 例,复诊 22 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会同意。

1.2 诊断标准 (1)西医:符合《妇产科学》^[3]中霉菌性阴道炎诊断标准。(2)中医:符合《复发性外阴阴道念珠菌病中西医结合治疗专家共识》^[4] 阴虚内热证