

[6] 刘沁爽,戚小航,孙东辉. 不同麻醉方式下全髋关节置换术后老年患者血清 C 反应蛋白水平及术后早期认知功能的变化[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(2): 509-510.

[7] 符岛,符裕,林德厚. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者认知状况的影响因素探讨[J]. 中南医学科学杂志, 2016, 44(2): 162-165.

[8] 唐细容,伍媚春. 脑梗死患者术前智力水平的估计与认知障碍的识别[J]. 中南医学科学杂志, 2015, 43(2): 206-209.

[9] Goettel N, Mistridis P, Berres M, et al. Association between changes in cerebral grey matter volume and postoperative cognitive dysfunction in elderly patients: study protocol for a prospective observational cohort study[J]. BMC Anesthesiol, 2016, 16(1): 118.

[10] Boockvar K. Preserving Cognition and Attaining Ideal Anesthesia and Surgical Outcomes in Older Adults[J]. Clin Ther, 2015, 37(12): 2638-2640.

[11] Backeljauw B, Holland SK, Altaye M, et al. Cognition and Brain Structure Following Early Childhood Surgery With Anesthesia[J]. Pediatrics, 2015, 136(1): e1-e12.

[12] 陈广军. 不同麻醉方式对老年高血压患者上腹部术中应激反应的探讨[J]. 中国医药指南, 2014, 6(22): 240-241.

[13] 闫飞,王晓霞. 三种全身麻醉方法对腹腔镜胆囊切除术后患者早期认知功能的影响分析[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(19): 2919-2921.

[14] 刘志莲. 硬膜外麻醉与全身麻醉对老年患者术后认知功能的影响[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(14): 1790-1791.

[15] Li L, Li Z, Cao Y, et al. Increased extrasynaptic GluN2B

expression is involved in cognitive impairment after isoflurane anesthesia[J]. Exp Ther Med, 2016, 12(1): 161-168.

[16] Laflam A, Joshi B, Brady K, et al. Shoulder surgery in the beach chair position is associated with diminished cerebral autoregulation but no differences in postoperative cognition or brain injury biomarker levels compared with supine positioning: the anesthesia patient safety foundation beach chair study[J]. Anesth Analg, 2015, 120(1): 176-185.

[17] 宁俊平. 不同麻醉方式对老年患者术后早期认知功能障碍的影响[D]. 遵义:遵义医学院, 2011.

[18] 贾文琴. 麻醉术后早期认知功能障碍的临床观察研究[D]. 兰州:兰州大学, 2011.

[19] 杨红,殷崎绮,李国安,等. 针药复合麻醉对宫腔镜手术影响的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(7): 804-807.

[20] Silverstein JH. Cognition, anesthesia, and surgery[J]. Int Anesthesiol Clin, 2014, 52(4): 42-57.

[21] Jungwirth B, Zieglgansberger W, Kochs E, et al. Anesthesia and postoperative cognitive dysfunction (POCD)[J]. Mini Rev Med Chem, 2009, 9(14): 1568-1579.

[22] Smoski MJ, Keng SL, Schiller CE, et al. Neural mechanisms of cognitive reappraisal in remitted major depressive disorder[J]. J Affect Disord, 2013, 151(1): 171-177.

(收稿日期:2017-01-26 修回日期:2017-04-06)

• 临床探讨 •

罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗Ⅲ型前列腺炎的效果及对前列腺液白细胞、SIgA 水平的影响

张选举,江 铎,熊丙建,张胜茹,徐宝海,雷 霆
(陕西省安康市中心医院泌尿外科 725000)

摘要:目的 探讨罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗Ⅲ型前列腺炎的疗效及前列腺液白细胞计数(EPS-WBC)、分泌型免疫球蛋白 A(SIgA)的影响。方法 选取 2015 年 1 月至 2016 年 1 月泌尿外科门诊就诊的 86 例Ⅲ型前列腺炎患者作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组 43 例和对照组 43 例。对照组采用盐酸坦洛新缓释胶囊,每次 0.2 mg,1 次/天,饭后服用,连续应用 4 周;观察组在对照组基础上口服罗红霉素缓释胶囊,1 粒/次,1 次/天,于饭前服用,连续应用 4 周;治疗 4 周后对两组患者疗效进行评价。结果 治疗后观察组总有效率为 81.4%显著高于对照组的 55.8%,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后两组患者排尿异常、疼痛、生活质量前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)均降低;治疗 2 周、4 周观察组 NIH-CPSI 评分显著低于同时段对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患者 EPS-WBC、SIgA 均降低,最大尿流率(Qmax)均上升,治疗 2 周、4 周观察组 EPS-WBC、SIgA、Qmax 水平与同时段对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗Ⅲ型前列腺炎的疗效显著,有效降低前列腺液 EPS-WBC、SIgA 的水平,调节机体免疫功能,安全性可靠,值得临床广泛推广。

关键词:罗红霉素; 盐酸坦洛新; Ⅲ型前列腺炎; 前列腺液白细胞; 分泌型免疫球蛋白 A

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)15-2289-04

前列腺炎是临床常见的男性泌尿系统疾病,近 23% 的成年男性受到不同程度的影响^[1]。慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆综合征(Ⅲ-CP/CPSP,也称为Ⅲ型前列腺炎)是临床常见前列腺炎,约占慢性前列腺炎 90% 以上^[2]。Ⅲ型前列腺炎病因多样,临床症状多变,发病机制复杂,至今尚未完全明确。临

床治疗方法多样,但疗效往往不佳,严重影响到患者的生活质量和身心健康。临床资料表明^[3],病原体感染、盆底神经肌肉活动及免疫功能异常在疾病的发生发展起到决定性作用。因此,通过有效改善炎症反应,调节免疫功能是治疗前列腺炎的关键。罗红霉素缓释胶囊为大环内酯类抗菌药物,临床常用于

泌尿生殖系统感染治疗;盐酸坦洛新缓释胶囊为 α_1 受体阻滞剂,能松弛前列腺平滑肌,增加尿流率,改善下尿路症状,消除疼痛。本研究通过应用罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗Ⅲ型前列腺炎患者,观察临床疗效及前列腺液白细胞计数(EPS-WBC)及分泌型免疫球蛋白 A(SIgA)水平变化情况,旨在探讨罗红霉素、盐酸坦洛新治疗Ⅲ型前列腺炎的价值,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月至2016年1月本院泌尿外科门诊就诊的86例Ⅲ型前列腺炎患者作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组43例和对照组43例。观察组年龄21~51岁,平均(31.3±4.2)岁;病程3个月至2年,平均(1.24±0.37)年。对照组年龄22~50岁,平均(35.1±3.8)岁;病程4个月至2年,平均(1.31±0.32)年。两组患者在年龄、病程等基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入排除标准 纳入标准:(1)入选患者均符合美国国立卫生研究院中的诊断标准^[4],均为Ⅲ型前列腺炎,对前列腺液显微镜下镜检,每视野白细胞(WBC)≥10个,前列腺液细菌培养呈阴性,卵磷脂小体基本消失;(2)慢性前列腺炎症状持续时间在3个月以上,前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)≥10分^[5];(3)近1周内未服用治疗慢性前列腺炎及影响排尿功能的药物;(4)患者及家属知晓治疗过程及风险,并签署知情同意书;(5)经医院伦理委员会审核并批准。排除标准:(1)体位性低血压病史;(2)伴有心、肝、肾、造血系统等原发性疾病;(3)合并前列腺结石、膀胱颈梗阻、尿道狭窄、神经源性膀胱、泌尿系统肿瘤等影响排尿功能疾病;(4)其他脏器疾病引起的局部疼痛;(5)具有意识障碍或精神病患者。

1.3 方法 对照组采用盐酸坦洛新缓释胶囊(江苏恒瑞医药股份有限公司,生产批号:141120),每次0.2 mg,1次/天,饭后服用,连续应用4周;观察组在对照组基础上口服罗红霉素缓释胶囊(西安德天药业股份有限公司,生产批号:141025),1粒/次,1次/天,于饭前服用,连续应用4周;治疗4周后对两组患者疗效进行评价。

1.4 观察指标 分别于治疗前、治疗2周、4周采用NIH-CPSI对两组患者临床症状进行评价^[5],NIH-CPSI包括排尿异常、疼痛、对生活质量影响3个方面,共计9个选项,总分为9个选项得分之和,得分越高代表临床症状越严重。分别于治疗前、治疗2周、4周经直肠按摩前列腺,收集前列腺液1 mL,采

用日立7600-020型全自动生化分析仪检测两组患者各时段EPS-WBC,采用放射免疫法检测前列腺液SiGA水平,检测试剂盒购自上海酶联生物科技有限公司(试剂盒批号:140912),检测操作严格参考试剂盒说明书进行。分别于治疗前、治疗2周、4周采用Solar尿流动力学检测分析仪(荷兰MMS公司)检测两组患者最大尿流率(Qmax),检测操作参考仪器说明书。观察两组患者不良反应发生情况。

1.5 疗效判定 参考NIH-CPSI评分标准对疗效进行评级^[5],治愈:NIH-CPSI症状评分减少>90%,前列腺液中WBC减至10个/高倍镜;显效:NIH-CPSI症状评分减少60%~<90%,前列腺液中WBC减少2/3;有效:NIH-CPSI症状评分减少30%~<60%,EPS-WBC减少1/4;无效:NIH-CPSI症状评分减少<30%,EPS-WBC减少<1/4。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS21.0统计学软件包对数据进行处理,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用t检验;组内治疗前后比较采用配对t检验,不同时间点采用两因素重复测量方差分析,之后两两比较采用SNK-q检验;计数资料的比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后临床疗效比较 治疗4周后,观察组总有效率为81.4%(35/43),对照组为55.8%(24/43),观察组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者治疗后临床疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	43	12(27.9)	14(32.6)	9(20.9)	8(18.6)	35(81.4)
对照组	43	8(18.6)	10(23.2)	6(13.9)	19(44.2)	24(55.8)
χ^2						6.532
P						0.011

2.2 两组患者不同时段NIH-CPSI评分比较 治疗后两组患者排尿异常、疼痛、生活质量影响等NIH-CPSI评分均降低;两组患者治疗2周、4周NIH-CPSI评分显著低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗2周、4周观察组NIH-CPSI评分显著低于同时段对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者不同时段NIH-CPSI评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	排尿异常			疼痛			生活质量影响		
		治疗前	治疗2周	治疗4周	治疗前	治疗2周	治疗4周	治疗前	治疗2周	治疗4周
观察组	43	5.8±1.2	2.1±0.3* Δ	1.0±0.2* Δ	14.4±1.6	8.8±1.7* Δ	5.7±1.4* Δ	8.4±2.9	3.3±1.2* Δ	0.9±0.2* Δ
对照组	43	5.7±1.3	3.8±0.7*	2.3±0.4*	14.2±1.8	11.6±1.5*	7.2±1.2*	8.5±2.4	5.4±1.3*	2.2±0.3*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较, $\Delta P<0.05$

表3 两组患者不同时段Qmax变化情况(mL/min, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗2周	治疗4周
观察组	43	13.4±2.9	15.7±3.0* Δ	16.4±2.7* Δ
对照组	43	13.2±2.8	14.3±3.1*	15.6±2.5*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较, $\Delta P<0.05$

2.3 两组患者不同时段Qmax变化情况 两组治疗治疗2周、4周Qmax显著高于治疗前;治疗2周、4周观察组Qmax显著高于同时段对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

2.4 两组患者不同时段EPS-WBC、SiGA水平变化情况 两组患者治疗2周、4周EPS-WBC、SiGA显著低于治疗前;治疗

2 周、4 周时观察组 EPS-WBC、SIgA 显著低于同时段对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者不同时段 EPS-WBC、SIgA 水平变化情况($\bar{x} \pm s$)

组别	n	EPS-WBC(个/高倍镜视野)			SIgA(g/L)		
		治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
观察组	43	34.17±9.72	27.17±9.37*△	16.04±10.25*△	130.58±41.63	106.38±39.67*△	93.87±35.46*△
对照组	43	33.83±10.37	29.84±10.74*	26.63±10.14*	130.53±41.82	118.86±31.58*	107.52±33.25*

注：与治疗前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组比较，△ $P < 0.05$

2.5 两组患者不良反应发生情况 两组治疗过程中发生干渴、体位性低血压、头晕、恶心/呕吐等不良症状，未经处理均自行好转；两组患者各不良反应发生情况比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生情况[n(%)]

组别	n	干渴	体位性低血压	头晕	恶心/呕吐
观察组	43	3(6.9)	4(9.3)	5(11.6)	2(4.7)
对照组	43	2(4.7)	2(4.7)	6(13.9)	3(6.9)
χ^2		0.443	1.625	0.238	0.443
P		0.506	0.202	0.625	0.506

3 讨论

Ⅲ型前列腺炎为成年男性临床常见的泌尿系统疾病，症状复杂多样，严重影响患者的身心健康与家庭和睦^[6]。该病发病机制复杂，炎性细胞因子、自身免疫性疾病及心理因素均影响前列腺炎病情进展。临床目前采用药物治疗、前列腺切除、理疗等多种治疗方式。夏雨果等^[7]报道称，单一应用抗菌药物或 α 受体阻滞剂，临床效果不理想，鉴于此本研究采用罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗Ⅲ型前列腺炎。罗红霉素为新一代大环内酯类抗菌药物，对于厌氧菌、革兰阳性菌、支原体、衣原体具有良好的杀菌作用。且吸收性好，可在体内均匀分布，前列腺中维持较高的药物浓度，发挥出良好药物疗效，有利于病情的转归^[8]。盐酸坦洛新为 α_1 受体阻滞剂，能选择性阻断前列腺腺体、膀胱颈及平滑肌 α 受体，降低下尿路阻力，减轻平滑肌张力，缓解临床刺激，改善患者临床症状^[9]。

本研究结果显示，罗红霉素联合盐酸坦洛新总有效率为 81.4% 显著优于单用盐酸坦洛新 55.8%。曾红霞等^[10]报道称，罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗前列腺炎有效率达 87%，这与本研究结果相类似。治疗后两组患者在排尿异常、疼痛、生活质量影响等 NIH-CPSI 评分均下降，其中罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗更为显著，提示联合治疗更有助于改善临床症状，这与方小龙等^[11]报道相一致。临床研究资料表明，Ⅲ型前列腺炎患者表现前列腺包膜与实质内血流量增大，引发前列腺内平滑肌、前列腺包膜、膀胱颈收缩，致使尿道括约肌过度频繁收缩，造成前列腺内压升高，导致排尿困难，降低尿流率^[12]。本研究结果发现，罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗前列腺炎患者显著提高 Qmax，提示联合治疗能有效改善患者尿流情况，与莫晓东等^[13]报道一致。临床研究表明，Ⅲ型前列腺炎属于自身免疫性疾病，与体液免疫水平密切相关^[14]。前列腺液 SIgA 主要由前列腺上皮细胞和黏膜浆细胞共同合成分泌而成，在前列腺液中起到局部免疫作用。前列腺炎患者局部组织结构被破坏，抗原刺激前列腺组织细胞产生相应免疫反应，分泌大量免疫球蛋白；本研究通过采用罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗后炎

性反应减轻，改善局部血运，降低 SIgA 水平，调节机体免疫功能，与商学军等^[15]报道一致。两组患者在治疗过程中均发生干渴、体位性低血压、头晕、恶心/呕吐等不良症状，罗红霉素联合盐酸坦洛新未发生其他不良反应，提示联合治疗前列腺炎未增大治疗风险，安全有效。

综上所述，罗红霉素联合盐酸坦洛新治疗前列腺炎疗效确切，有效改善调节机体免疫功能，降低 SIgA 水平，且治疗风险低，安全性好，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 陈斌,郑嘉欣,张开颜,等.经尿道前列腺剜除术与电切术治疗不同质量良性前列腺增生的前瞻性研究[J].中华泌尿外科杂志,2013,34(8):608-612.
- [2] 丁雪飞,周广臣,顾晓,等.超声引导下前列腺周围神经阻滞麻醉在前列腺穿刺活检中的应用[J].中华泌尿外科杂志,2014,35(12):917-920.
- [3] Kim DS,Jeong TY,Kim YK,et al. Usefulness of a myofascial trigger point injection for groin pain in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A pilot study[J]. Arch Phys Med Rehabil,2013,94(5):930-936.
- [4] 周峥嵘.慢性前列腺炎临床诊断的现状与研究进展[J].国际泌尿系统杂志,2013,33(6):844-848.
- [5] 许传,张贤生,高晶晶,等.不同类型早泄射精潜伏期与慢性前列腺炎症状评分的相关性调查[J].中国男科学杂志,2015,29(2):26-30.
- [6] Logan JK,Walton-Diaz A,Rais-Bahrami S,et al. Changes observed in multiparametric prostate magnetic resonance imaging characteristics correlate with histopathological development of chronic granulomatous prostatitis after intravesical bacillus calmette-guerin therapy[J]. J Comput Assist Tomogr,2014,38(2):274-276.
- [7] 夏雨果,曾文彤,梅雪峰,等.联合应用郁乐疏合剂治疗慢性前列腺炎的临床疗效评价[J].中华男科学杂志,2014,20(2):177-180.
- [8] Oh MM,Chae JY,Kim JW,et al. Positive culture for extended-spectrum β -lactamase during acute prostatitis after prostate biopsy is a risk factor for progression to chronic prostatitis[J]. Urology,2013,81(6):1209-1212.
- [9] Hung SC,Lai SW,Tsai PY,et al. Synergistic interaction of benign prostatic hyperplasia and prostatitis on prostate cancer risk[J]. Br J Cancer,2013,108(9):1778-1783.
- [10] 曾红霞,张凤妹,王建,等.罗红霉素颗粒和干混悬剂中降解产物 HPLC 测定方法建立及降解产物产生原因探讨

[J]. 中国抗生素杂志, 2013, 38(11): 834-839.

[11] 方小龙, 陈湘, 陈志, 等. 双倍剂量盐酸坦洛新缓释片治疗 III 型前列腺炎的疗效和安全性分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2015, 36(5): 354-356.

[12] 冯懿康, 陈磊, 周智恒, 等. 疏肝益阳胶囊联合西药治疗 III 型前列腺炎合并勃起功能障碍的临床疗效[J]. 中华男科学杂志, 2013, 19(11): 1034-1038.

[13] 莫晓东, 蔡晓峰, 李纲, 等. 前列腺穿刺活检患者中血清高敏 C 反应蛋白测定的临床意义[J]. 中华泌尿外科杂志,

2014, 35(6): 461-464.

[14] 牛小芳, 张学红. 前列腺液白细胞计数与精液质量的相关性分析[J]. 国际检验医学杂志, 2015, 36(10): 1368-1369.

[15] 商学军, 耿强, 段建敏, 等. 龙金通淋胶囊治疗 III 型前列腺炎的疗效与安全性研究[J]. 中华男科学杂志, 2014, 20(12): 1109-1112.

(收稿日期: 2017-01-22 修回日期: 2017-03-26)

• 临床探讨 •

胫骨平台骨折合并股骨内髁撕脱性骨折的临床治疗

曹 磊

(上海市松江区中心医院骨科 201600)

摘要:目的 分析胫骨平台骨折合并股骨撕脱性骨折的临床治疗及随访结果。方法 回顾性分析 2010 年 1 月至 2014 年 6 月收治的 38 例胫骨平台骨折合并股骨撕脱性骨折的临床治疗效果。根据患者的骨折情况不同, 20 例患者给予了骨折切开复位内固定加植骨术治疗(手术组), 18 例采用了石膏固定治疗(保守组), 并且术后随访 24 个月。观察患者手术前后住院天数、术后并发症发生率、膝关节功能评分等指标。结果 保守组患者住院时间明显低于手术组[(7.44±1.90)d vs. (14.25±2.20)d], 差异有统计学意义($P < 0.05$)。手术组患者优良率高于保守组优良率(90.00% vs. 77.78%), 差异无统计学意义($P > 0.05$); 手术组术后并发症的发生率低于保守组(15.00% vs. 16.67%), 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 采用骨折切开复位内固定加植骨术或石膏固定均为治疗胫骨平台骨折合并股骨撕脱性骨折的手段。

关键词:胫骨平台骨折; 股骨撕脱性骨折; 手术治疗; 保守治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.047 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)15-2292-03

胫骨平台骨折是一种常见的下肢关节内骨折, 其发病率约占骨折总数的 4%, 若治疗不当易致负重疼痛、膝关节僵直、不稳、功能障碍、内翻或外翻畸形和创伤性关节炎等^[1-3]。胫骨平台骨折由于其发病隐匿的特点, 在临床上容易漏诊^[4]。其中胫骨平台骨折合并股骨髁上撕脱性骨折为胫骨骨折少见的合并症^[5-6]。目前对于胫骨平台骨折合并股骨髁上撕脱性骨折的治疗方面目前较少见到报道, 关于手术治疗或者保守治疗目前也尚无定论^[7-8]。为了探究在治疗胫骨平台骨折合并股骨髁上撕脱性骨折的效果, 将 2010 年 1 月至 2014 年 6 月收治的 38 例胫骨平台骨折合并股骨撕脱性骨折的临床治疗情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月至 2014 年 6 月本院收治的胫骨平台骨折合并股骨撕脱性骨折患者共 38 例, 其中男 22 例、女 16 例, 年龄 16~46 岁。在所有患者的受伤原因中, 交通事故 20 例, 高处坠落 8 例, 重物砸伤 6 例, 意外摔伤 4 例。所有患者在入院时条件允许的情况下均给予 X 线摄片、CT 等相关影像学检查进行确诊。38 例患者均合并股骨撕脱性骨折。根据治疗方式, 将患者分为手术组和保守组。其中手术组 20 例, 保守组 18 例。两组患者一般情况及 Schatzker 分级情况具有可比性, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表 1。

1.2 诊断标准 根据 X 线片、CT、MRI 等影像学检查结果结合患者的临床症状, 将患者诊断为胫骨平台骨折合并股骨撕脱性骨折^[9]。

1.3 方法

1.3.1 保守组 若患者的胫骨平台骨折满足以下适应证可行保守治疗: (1) 胫骨平台骨折未合并小腿神经、血管损伤以及相

关韧带损伤; (2) 胫骨平台骨折的关节面下陷在 2 mm 以下, 劈裂骨折移位 5 mm 以下; (3) 年老体弱者同时合并有严重内科疾病, 全身情况差不宜手术治疗者。保守治疗患者均给予石膏外固定。如关节肿胀积液明显的患者, 在抽出关节内积血或积液后加压包扎再给予长管型石膏固定。本组 18 例患者具备保守治疗适应证, 行管型石膏外固定或石膏牵引治疗, 固定时间均为 6 周, 去除石膏后嘱患者积极地进行患肢功能性锻炼。

表 1 两组患者一般情况及 Schatzker 分级情况比较

组别	n	男/女 (n/n)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	Schatzker 分级(n)				
				II	III	IV	V	VI
手术组	20	11/9	33.4±4.4	3	5	8	3	1
保守组	18	11/7	32.3±4.1	2	7	9	0	0
t/Z/ χ^2		0.145	0.615			4.499		
P		0.703	0.833			0.343		

1.3.2 手术组 手术适应证: (1) 关节面骨折移位大于 5 mm, 平台骨折塌陷移位大于 3 mm; (2) 合并有重要的血管、神经和韧带或半月板损伤; (3) 开放性骨折; (4) Schatzker IV~VI 型伴有移位、塌陷骨折; (5) 膝内翻或膝外翻 $> 10^\circ$ 。本组 20 例患者具备手术治疗适应证, 予以骨折切开复位内固定加植骨术。硬膜外麻醉或全身麻醉后患者取平卧位, 大腿根部置空气止血带, 常规使用膝枕, 保持患肢屈膝位。手术采用小腿上端双侧切口入路, 近端切口为弧形斜向外下及内下方。具体实施方法: (1) 先用克氏针或尖端复位钳临时固定骨碎块; (2) 将胫骨平台复位, 用松质骨填充平台骨缺损处; (3) 用克氏针或尖端复