

阴道流血、脱痂后创面出血时间长等,使创面愈合延迟,也有继发阴道感染的可能,影响疗效。

纳米银凝胶为高效广谱非抗菌药物类杀菌剂,安全无毒,无耐药性;渗透性强,可渗入组织内部;抗菌作用具有特异性,不影响阴道正常菌群和阴道酸碱度,有助于保持阴道内生态平衡;促进上皮细胞再生,加速创面愈合。纳米银凝胶的应用弥补了单纯 LEEP 治疗的不足,缩短创面愈合时间,提高了治愈率。李瑞华和余红斌^[4]采用纳米银凝胶联合 LEEP 治疗慢性宫颈炎患者 119 例,术后阴道排液、脱痂出血、阴道感染明显减少,治愈率达 96.6%;杨秀莲等^[5]采用相同技术治疗中重度宫颈糜烂 45 例,术后创面出血减少,阴道排液时间和愈合时间明显缩短,有效率 100%;裴善莉^[6]对 132 例慢性宫颈炎患者行纳米银凝胶联合 LEEP 治疗,疗效满意,总有效率 100%。

本院采用 LEEP 联合纳米银凝胶治疗宫颈疾病患者,疗效满意,缩短了阴道流血、流血时间及创面愈合时间,安全有效,提高了治愈率,治疗效果与类似研究报道相似^[4-6]。

参考文献

[1] 秦坤,马贵群.保妇康栓及云南白药配合 LEEP 刀治疗宫

颈疾病的疗效观察[J].中外妇儿健康,2011,19(4):142-143.

[2] 林海燕.宫颈电圈切除术(LEEP)治疗宫颈疾病 386 例临床分析[J].中外妇儿健康,2011,19(4):119-120.

[3] 赵丽媛,赵晶,张丹.LEEP 刀治疗宫颈疾病 295 例临床体会[J].黑龙江医学,2010,34(12):935-936.

[4] 李瑞华,余红斌.宫颈 LEEP 术联合纳米银抗菌凝胶治疗慢性宫颈炎疗效观察[J].中国社区医师:医学专业,2011,13(14):95-96.

[5] 杨秀莲,张丹凤,佟丽波,等.纳米银凝胶辅助 LEEP 刀治疗中重度宫颈糜烂 45 例分析[J].黑龙江医药科学,2011,34(4):62.

[6] 裴善莉.LEEP 刀联合纳米银妇女外用抗菌凝胶治疗慢性宫颈炎的疗效观察[J].临床合理用药,2011,4(3):97-98.

(收稿日期:2012-12-18 修回日期:2013-02-12)

• 临床研究 •

髋臼加深全髋置换治疗成人先天性髋臼发育不良临床研究

刘胜新,陈子华(河源市人民医院骨二科,广东河源 517000)

【摘要】 目的 探讨髋臼加深全髋置换术对成人先天性髋臼发育不良的疗效。**方法** 选择本院收治成人先天性髋臼发育不良患者 50 例,采用随机数字表法,以 1:1 等量分组的方式分为髋臼加深全髋置换术组(试验组)和常规手术组(常规治疗组)各 25 例,比较治愈率、复发率和感染率。**结果** 试验组和常规治疗组治愈率分别为 80%和 40%,常规治疗组切口感染率及 1 年内复发率均高于试验组($P<0.05$)。**结论** 髋臼加深全髋置换术治疗成人先天性髋臼发育不良疗效满意,有助于提高患者生活质量,值得普及和推广应用。

【关键词】 全髋置换术; 成人先天髋臼发育不良; 临床分析; 卡方检验

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.060 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)12-1585-02

髋臼发育不良(DDH)是由于发育障碍引起髋关节应力增加,最终导致髋关节骨关节炎的先天性疾病^[1]。无疼痛的 DDH 患者无需手术治疗,但每年需行影像学 and 临床随访,避免使用类固醇类药物和剧烈髋部活动。一旦出现髋部疼痛,特别时伴有日常活动受限时,则需手术治疗,方法包括关节置换术、骨盆截骨术、股骨截骨术及关节融合术等^[2]。手术治疗主要目的是减轻疼痛、改善髋关节功能、阻止或延缓骨关节炎发展。笔者采用髋臼加深全髋置换术治疗 DDH 患者 50 例,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2007 年 3 月至 2012 年 3 月收治的 DDH 患者 50 例,按随机数字表法,以 1:1 等量分组的方式分为试验组和常规治疗组各 25 例,试验组男 13 例、女 12 例,年龄 23~60 岁,平均 45.6 岁;常规治疗组男 18 例、女 7 例,年龄 22~58 岁,平均 46.5 岁。患者均有髋部疼痛,间歇性跛行及活动受限。性别、年龄、病程等组间比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。纳入标准:双髋正位 X 线平片检查示髋臼发育浅小或浅平,股骨头负重点外移,髋关节内侧间隙增宽,并继发骨性关节炎^[3]。排除标准:排除因车祸、挤压、摔落等造成髋臼发育不良者。

1.2 方法 (1)手术治疗:常规治疗组采用常规手术方法。试验组采用髋臼加深全髋置换术:彻底松解髋关节周围挛缩软组织,根据髋臼横韧带判定真臼位置,清除臼内软组织。从小号髋臼锉开始逐渐扩大髋臼,在真臼中心处向骨盆内侧壁钻孔,测量骨盆厚度,防止髋臼锉穿出髋臼内侧壁;根据髋臼脱位程度,安装上股骨头假体,用相应髋臼锉将植骨块髋臼面修成与骨床一致的弧面,置入人工臼时使用髋臼螺丝钉将植骨块一并固定,必要时另用 2 枚螺丝钉固定植骨块,复位后观察人工假体间的情况。如为高位脱位,先采用松解髋关节,露出真臼后切断明显挛缩的内收肌,再进行人工髋臼植入。(2)术后处理:常规治疗组术后常规处理。试验组术后下肢放置三角枕,予以皮牵引,质量 2 kg;侧方切口者抬高患肢,保持患肢于外展中立位,防止外旋造成关节脱位;如必须侧卧,则两腿间放置软枕,禁止内收内旋位。为保持肢体位置,可用皮牵引保持其位置或穿“丁字鞋”以防止患肢外旋。术后第 1 天主动进行患髋周围肌群肌力训练,术后第 3 天开始 CPM 锻炼患髋,术后 1 周可扶双拐非负重行走活动,术后 3 周开始拄双拐部分负重行走活动。以复诊和上门随访方式对所有受试者均随访 1 年。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行数据分析;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;显著性检验水准为

$\alpha=0.05, P<0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结 果

常规治疗组治愈率为 40%(10/25), 低于试验组的 80%(20/25, $\chi^2=8.00, P<0.05$)。随访 1 年, 试验组切口感染率为 12%(3/25), 低于常规治疗组的 48%(12/25, $\chi^2=7.71, P<0.05$); 试验组复发率为 36%(9/25), 低于常规治疗组的 80%(20/25, $\chi^2=9.93, P<0.05$)。

3 结 论

随着人工髋关节置换术的不断成熟和完善, 其临床疗效不断提高, 但将其应用于 DDH 时仍有很多困难需要解决, 如: 创伤大、暴露广、麻醉风险, 术后可能出现假体松动、感染、脱位等并发症, 翻修术难度大等^[4]。随着对骨盆髋臼解剖和生理认识的逐渐加深, 对髋臼发育不良的分类, 也有了较成熟的标准, 这为治疗假体手术的选择提供了理论依据^[5]。对于早期髋臼不良的治疗原则是减少关节负重、避免体力劳动和剧烈运动, 以阻止髋关节脱位。目前人工髋关节置换已成为治疗 DDH 中晚期并发严重骨关节炎的最佳选择, 而 DDH 患者髋关节解剖结构的异常增加了手术难度。不论采取何种修补髋臼的方法, 人工臼杯的覆盖率应达到 75% 以上, 且髋臼外上方为骨性覆盖, 否则作用于髋臼上的应力将转移至髋臼后上方及骨水泥与人工臼杯界面, 进而增加髋臼松动率^[6]。应用人工全髋关节假体时需参考 DDH 患者 Crowe 分型。对于 Crowe I 型 DDH 患者, 髋臼侧可用非骨水泥型假体于真臼内或轻度内移放置, II ~ IV 型患者髋臼侧可用非骨水泥型假体于真臼内或其周围放置, 必要时可用自体骨移植于髋臼周围; 股骨端则需参考患者年龄、骨的质量、形态来选择水泥型或生物型假体; IV 型患者股骨侧需适当于股骨粗隆或粗隆下截骨后植入水泥型或生物型

假体。由于真臼水平是骨质储量最为丰富的部位, 理想的人工臼杯安置部位在真臼水平。对假体全髋关节置换术治疗 DDH 患者的随访表明, 髋臼假体生存率为 75%, 而且能够提高患者生存质量, 减少病痛。常规手术治疗治愈率差, 感染率和复发率都明显高于试验组, 不利于后期控制病情。本研究纳入的患者只有 50 例, 而且本研究尚处于起步阶段, 临床安全性及可靠性研究尚缺乏完整的代表性, 有待大样本量随机对照试验的验证。

参考文献

- [1] 马杰科, 裴福兴, 熊鹰, 等. 人工髋关节置换术股骨柄固定方式的安全性系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2008, 5(4): 294-302.
- [2] 倪志强, 张春芬. 全髋关节置换术治疗成人髋臼发育不良[J]. 中国医学工程, 2011, 19(8): 107-109.
- [3] 白志刚, 马军. 全髋关节置换术治疗重度成人髋臼发育不良并骨性关节炎的疗效分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2011, 26(4): 337-338.
- [4] 朱晨, 孔荣, 方诗元. 先天性髋臼发育不良伴严重骨性关节炎或股骨颈骨折全髋置换 20 例[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2009, 13(22): 69.
- [5] 曲小雨. 发育性髋关节发育不良成人期人工关节置换临床分析[J]. 中国当代医药, 2011, 18(12): 45-46.
- [6] 王本杰, 赵德伟. 全髋关节置换术治疗成人髋关节发育不良的髋臼重建[J]. 中国骨与关节外科, 2010, 3(3): 58-59.

(收稿日期: 2013-01-12 修回日期: 2013-02-25)

• 临床研究 •

腹腔镜手术与开腹手术治疗小儿急性肠套叠对比分析

陈铨涛, 何荣佳, 冯晓川, 汤惠贤(中山市人民医院小儿外科, 广东中山 528400)

【摘要】 目的 对腹腔镜手术与开腹手术治疗小儿急性肠套叠进行对比分析。**方法** 将空气或水压灌肠复位失败或禁忌的肠套叠患儿分为腹腔镜手术组(试验组, 20 例)和开腹手术(对照组, 23 例), 比较手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、住院时间、术后并发症发生率、复发率等。**结果** 试验组腹腔镜下牵拉复位成功 12 例, 腹腔镜辅助下经水灌肠复位成功 3 例, 腹腔镜辅助下套叠鞘内注入生理盐水经水灌肠复位成功 2 例, 复位成功者均行阑尾切除术; 中转开腹手术 3 例(套叠过紧 1 例、复位后发现套叠肠段坏死 1 例、回肠远段梅克尔憩室 1 例)。对照组 23 例均顺利完成手术, 21 例行阑尾切除术, 2 例因套叠肠段坏死行坏死肠段切除一期吻合术。试验组在手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、术后并发症发生率、住院时间方面均优于对照组。**结论** 腹腔镜手术结合水灌肠、肠套叠鞘部注水可使大多数肠套叠复位。腹腔镜手术较开腹手术有较大优势, 可作为一般情况较好的小儿急性肠套叠治疗的优选术式。

【关键词】 肠套叠复位术; 腹腔镜; 儿童

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.061 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)12-1586-03

X 光空气灌肠或 B 超水压灌肠既是小儿肠套叠的诊断方法, 也是治疗方法, 成功率约为约 90%, 部分患儿仍需手术治疗^[1-2]。肠套叠手术治疗分为开腹手术和腹腔镜手术, 后者包括单纯腹腔镜下肠套叠复位及腹腔镜辅助下灌肠复位。笔者对空气或水压灌肠复位失败或禁忌的肠套叠患儿腹腔镜手术及开腹手术效果进行了比较, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 5 月至 2011 年 2 月经空气或水压灌

肠复位失败而于本院接受手术治疗的急性肠套叠患儿 43 例, 男 25 例、女 18 例, 均有较典型的阵发性哭闹、呕吐、便血或腹部包块; 年龄 2~6 个月 22 例, 6~12 个月 16 例, 1~9 岁 5 例; 发病时间 48 h 以内 40 例, 48~72 h 3 例; 首次发作 41 例, 发作 2 次 2 例; 回结型 38 例, 回回型 4 例, 回回结型 1 例; 行腹腔镜手术 20 例(试验组), 行开腹手术 23 例(对照组)。所有患儿术前无先天性心脏病等严重内科疾病史, 无腹部手术史, 无明显腹胀表现, 无高热、大量血便、腹腔积液、腹膜炎表现^[3]。