

进而诱发失眠问题^[8]。本研究结果显示,治疗前,两组 GABA 及 DA 浓度差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);治疗后,联合组 GABA 浓度高于单纯组,DA 浓度则低于单纯组(均 $P < 0.05$)。分析其原因:星状神经节阻滞与右美托咪定均具有抑制交感神经兴奋的作用,联合应用能调节 GABA、DA 表达水平,改善睡眠质量^[9]。

综上所述,顽固性失眠采用星状神经节阻滞联合右美托咪定治疗效果显著,该疗法能够有效地调整神经递质的活动,且具有较高的安全性。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] 李鹏飞,王瑜,热合木吐拉·阿西木.腹针联合传统针灸治疗心肺两虚型失眠的临床研究[J].中国医药指南,2023,21(9):115-117.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组.中国成人失眠诊断与治疗指南(2017 版)[J].中华神经科杂志,2018,51(5):324-335.

- [3] 张桦,李晴,王城,等.失眠认知行为疗法联合星状神经节阻滞对新型冠状病毒感染后失眠的影响[J].临床麻醉学杂志,2024,40(8):842-847.
- [4] 许文皓.睑板腺功能障碍性干眼与匹兹堡睡眠质量指数的相关性研究[D].延吉:延边大学,2024.
- [5] 李婧静,李飞翔,闻君,等.星状神经节阻滞治疗脑卒中后失眠的临床效果[J].河南医学研究,2020,29(4):602-604.
- [6] 卫琰,刘庆,朱震宏,等.乌灵胶囊联合星状神经节阻滞治疗焦虑性失眠疗效观察[J].海南医学,2022,33(6):732-735.
- [7] 倪春平,杨静,王兴,等.右美托咪定诱导睡眠治疗顽固性失眠的疗效[J].江苏医药,2020,46(8):829-831.
- [8] 许军.枣仁归脾二花汤联合耳穴埋豆对卒中后失眠患者血清 5-HT、DA 水平及睡眠质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(21):133-135.
- [9] 任志欣,朱敬云,王琳琳,等.安神平衡针刺法联合艾司唑仑片治疗慢性失眠症疗效观察及对过度觉醒状态、血清神经递质水平的影响[J].新中医,2022,54(7):200-204.

收稿日期:2025-01-07

(本文编辑:钟美春)

经内踝截骨入路开放复位内固定治疗 Hawkins II、III 型距骨颈骨折的疗效分析

关路,赵宏,王振林,徐涛,李梁

【关键词】 内踝截骨入路;非截骨入路;骨折固定术;内;下肢骨折

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2025.05.021

【中图分类号】 R683.42 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1671-0800(2025)05-0519-04

距骨位于胫腓骨远端和跟骨之间,由体部、颈部和头部组成,距骨颈位于头部与体部之间。临床上距骨骨折并不常见,占足踝部骨折的 3%~5%,而距骨颈骨折是距骨骨折的常见类型,占距骨骨折的 50%~80%^[1-2]。其中,Hawkins II、III 型距骨颈骨折是较为严重的损伤类型,对距骨关节面及血供破坏严重,如治疗不当易导致创伤性关节炎、缺血性骨坏死、畸形愈合等并发症,影响患者预后,严重者将会

导致患者踝关节功能严重障碍^[3]。同时,由于保守治疗难以达到良好的复位及坚强的固定,因此,对于距骨颈骨折,首选手术治疗。目前,治疗距骨颈骨折的手术方法较多,选择合适的手术入路及复位方式对治疗效果具有重要影响。本研究比较经内踝截骨与非截骨入路开放复位内固定治疗 Hawkins II、III 型距骨颈骨折的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2019 年 1 月至 2021 年 12 月于中国人民解放军联勤保障部队第九〇六医院治疗的距骨颈骨折患者作为研究对象。纳入标准:(1)经影像学及临床资料诊断为 Hawkins II、III 型距骨颈

基金项目: 宁波市科技计划项目(2021J238)

作者单位: 315100 宁波,中国人民解放军联勤保障部队第九〇六医院

通信作者: 李梁,Email: drliliang@sina.com

骨折；(2)受伤至手术时间小于2周；(3)未合并其他足踝部位骨折；(4)经术前沟通，根据自身意愿及实际病情选择手术方式；(5)能够按照医嘱要求，定期完成复查及随访。排除标准：(1)无法耐受手术；(2)既往有踝关节周围手术病史及严重骨病史；(3)开放性骨折；(4)合并大面积软组织损伤。共纳入48例患者，采用随机数字表法分为截骨组和非截骨组，各24例。两组性别、年龄、受伤位置等差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)，见表1。本研究获得中国人民解放军联勤保障部队第九〇六医院医学伦理委员会批准，所有研究者均同意参加本研究并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 截骨组 患者取仰卧位，使用止血带，于踝关节内侧做长6~8 cm的纵弧形切口，充分暴露内踝，于内踝尖近端2~3 cm位置处行横向截骨，以三角韧带为轴将内踝部翻转，充分暴露距骨颈部、体部及关节内侧面。清除血肿、游离碎骨面，整复骨折端及关节面，将距骨颈骨折复位后使用空心螺钉或普通螺钉内固定，解剖复位截骨的内踝并用空心螺钉固定。术后定期复查根据愈合及康复情况确定石膏固定时间及功能锻炼情况。

1.2.2 非截骨组 患者取仰卧位，根据患者情况选择将其踝部后外侧、前外侧、前内侧软组织部位做切口入路，充分暴露距骨颈、距骨体，清理碎骨块及软组织，注意保护血管及神经，将骨折复位后内固定。

术后给予抗感染、消肿、止痛等常规治疗，石膏制动6周，制动结束后积极进行患肢功能锻炼。随访过程中根据骨折愈合情况决定开始负重行走时间。

1.3 评价指标 手术情况，包括手术时间、术中出血量及住院时间；手术效果，包括术后下床活动时间、完全负重时间及术后12个月时美国足踝外科协会(American orthopaedic foot and ankle society, AOFAS)踝与后足功能评分。

1.4 统计方法 采用SPSS 22.0软件进行统计学分析，计量资料以均数±标准差表示，采用 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较 截骨组患者手术时间、术中出血量及住院时间均短于非截骨组(均 $P < 0.05$)，见表2。

2.2 两组术后疗效比较 截骨组下床活动时间、完全负重时间均短于非截骨组(均 $P < 0.05$)；术后12个月，截骨组AOFAS评分系统中疼痛维度、功能维度及总分均明显高于非截骨组(均 $P < 0.05$)，见表3。

3 讨论

距骨颈是距骨中最为脆弱的部分，在受到暴力作用时容易出现骨折，是距骨骨折中发生率最高的骨折类型。Hawkins II、III型距骨颈骨折多累及距骨

表1 两组基线资料比较

项目		截骨组($n=24$)	非截骨组($n=24$)	$\chi^2(t)$ 值	P 值
性别(例)	男	16	19	0.95	> 0.05
	女	8	5		
年龄(岁)		40.4±13.4	41.7±12.4	(0.35)	> 0.05
受伤部位(例)	左侧	15	16	0.09	> 0.05
	右侧	9	8		
Hawkins分型(例)	II型	17	16	0.10	> 0.05
	III型	7	8		
受伤原因(例)	车祸伤	9	7	0.47	> 0.05
	坠落伤	7	7		
	运动伤	8	10		
受伤至手术时间(d)		4.90±0.76	5.02±0.81	(0.53)	> 0.05

表2 两组手术情况比较

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
截骨组	24	50.16±9.09	109.14±16.41	13.87±2.47
非截骨组	24	69.34±12.43	186.76±25.09	17.19±3.43
t 值		6.10	12.68	3.85
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 3 两组术后疗效比较

组别	例数	下床活动时间 (d)	完全负重时间 (周)	AOFAS 评分(分)			
				疼痛	功能	对线	总分
截骨组	24	12.97±2.45	9.10±2.77	35.71±4.99	49.00±1.52	8.49±2.31	93.21±5.23
非截骨组	24	22.35±2.88	17.96±3.74	29.81±5.98	44.33±7.00	8.24±2.94	82.39±14.24
<i>t</i> 值		12.15	9.33	3.71	3.19	0.33	3.67
<i>P</i> 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

关节面,并伴距下或距胫关节脱位,破坏距骨血液供应,易导致缺血性骨坏死等严重并发症^[4-5]。而且距骨在足支撑中具有重要作用,如治疗不当可引起距骨坏死变形,造成踝关节活动受损,严重影响患者的生活质量。Hawkins II、III型距骨颈骨折病情复杂,治疗难度大,选择恰当的手术方式对术后疗效具有重要意义。

切开复位内固定术是治疗 Hawkins II、III型距骨颈骨折的主要方法,其中非截骨入路法是传统的手术方式。非截骨入路切开复位内固定术的入路方法较多,包括前内侧入路、前外侧入路、后内侧入路等。不同入路各有利弊,其中前内侧入路或前外侧入路虽能较为清晰地显露距骨颈内侧,并完成直视下复位,但术中需要小心分离,否则易损伤血管,造成距骨颈血供受损;后内侧入路虽然也能暴露距骨颈断端,但该入路解剖相对复杂,术中极易造成神经或血管损伤^[6-7]。由于距骨颈解剖结构特殊,Hawkins II、III型距骨颈骨折较为复杂,单一的手术入路难以满足复杂距骨颈骨折的手术需求,而采取联合入路则容易加重对距骨颈周围血管破坏,会增加术后不良反应发生情况^[8]。本研究结果表明非截骨组患者手术时间较长、术中出血量较大,术后 12 个月患者 AOFAS 评分低于截骨组。内踝截骨入路是内侧入路的改良发展,是在非负重关节面将内踝整复固定后行解剖复位,并采取克氏钉或螺钉对骨折端进行内固定的手术方法,手术时间基本可以在一个止血带内完成,术中出血量少。胡喜春等^[9]对 26 例 Hawkins II、III型距骨颈骨折患者采用内踝截骨入路内固定治疗,患者术后 AOFAS 优良率达到 88.5%;杨世明等^[10]对 15 例 Hawkins II、III型距骨颈骨折患者采用内踝截骨入路内固定治疗后 12 例患者术后恢复良好。

本研究截骨组采用内踝截骨入路开放复位内固定术治疗,结果表明患者的手术情况及术后疗效均

明显优于非截骨组(均 $P < 0.05$)。这主要是由于内踝截骨入路在治疗 Hawkins II、III型距骨颈骨折时具有以下优势:(1)可充分暴露距骨颈、距骨体,利于对骨折情况进行综合判断,并且在手术过程中可对复位情况进行调整,确保复位精准,能够充分恢复距骨颈的力线及长度^[8, 11];(2)术中会将三角韧带向下翻转,保护了三角韧带、距骨内侧的残存血运,减少了对韧带周围软组织的破坏,利于术后骨折愈合,减少缺血性骨坏死等并发症的发生,因此截骨组患者的术后并发症发生率要明显少于非截骨组^[12];(3)截骨术相对于联合切口,软组织疼痛轻,因此截骨组患者的下床活动时间及完全负重时间均明显短于非截骨组。

综上所述,经内踝截骨入路开放复位内固定治疗 Hawkins II、III型距骨颈骨折虽增加了手术创伤,但视野清晰,复位简单,可重复显露距骨,减少对血供的破坏,缩短手术时间,利于骨折愈合。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- CARACCHINI G, PIETRAGALLA M, DE RENZIS A, et al. Talar fractures: Radiological and CT evaluation and classification systems[J]. Acta Biomed, 2018, 89(1-S): 151-165.
- FORTIN P T, BALAZSY J E. Talus fractures: Evaluation and treatment[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2001, 9(2): 114-127.
- 吴青松,王飞,林治建.经内侧切口入路 Chevron 截骨治疗 Hawkins II 型距骨颈骨折 12 例[J].中国中医骨伤科杂志,2018,26(5):57-59.
- 丁磊,韩树峰,贾二龙,等.距骨骨折及其并发症的治疗进展[J].中国综合临床,2020,36(2):189-192.
- 邢添成,王岩,李莹,等.Hawkins III 型距骨颈骨折预后的影响因素[J].中华创伤骨科杂志,2020,22(7):581-586.
- 李岩,罗鸣,袁志.距骨骨折的治疗原则及进展[J].中华创伤骨科杂志,2021,23(4):329-336.
- NISHIKAWA D R C, DE MIRANDA B R, DUARTE F A, et al. Intra-articular transcalcaneal fracture-dislocation associated with ipsilateral transtalar fracture: A report of a rare combination[J]. Foot Ankle Spec, 2020, 13(4): 335-340.
- 冯延冰,李春雷,李刚,等.两种入路开放复位内固定距骨颈骨折的比较[J].中国矫形外科杂志,2021,29(8):694-698.

- [9] 胡喜春,黄长明.经内踝 Chevron 截骨入路空心加压钉内固定治疗 Hawkins II、III型距骨颈骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2019,34(4):433-435.
- [10] 杨世明,郭兵,陈小杰.经内踝截骨空心钉治疗距骨颈 II、III型骨折 15 例临床分析[J].骨科,2019,10(3):234-236.
- [11] LAHRACH K, EL KADI K I, MARZOUKI A, et al. Talar body

- fracture combined with medial malleolar fracture: A case report and literature review[J]. Pan Afr Med J, 2019, 32: 57.
- [12] 洪凯峰,王雪,金亮,等.内踝截骨入路和内、外侧联合入路治疗距骨颈骨折的疗效对比[J].足踝外科电子杂志,2019,6(4):22-26.

收稿日期:2025-01-16

(本文编辑:吴迪汉)

同伴支持服务在社区精神分裂症患者中的康复效果分析

李链,周颖,李金成,肖洒,杨红英

【关键词】 同伴支持;精神分裂症;社区

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2025.05.022

【中图分类号】 R749 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2025)05-0522-03

精神分裂症是一种患病率高、复发率高、致残性高的慢性迁延性疾病。2018 年中国精神分裂症患者超 840 万,加权患病率约为 0.6%^[1],给社会造成极大疾病负担。目前,90%的精神分裂症患者生活在社区^[2],同伴支持等社区康复服务在患者康复治疗中发挥着关键作用^[3-4]。同伴支持是指具有相似疾病或经历的人,在互相尊重的原则下,以小组活动的形式进行情感、生活、社会等方面互帮互助的一种社区精神疾病康复服务模式^[5]。本研究旨在探讨同伴支持服务在社区精神分裂症患者中的康复效果,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2024 年 2—4 月在宁波市社区登记在册管理的精神分裂症患者。纳入标准:(1)符合国际疾病分类第 10 版(ICD-10)中精神分裂症诊断标准,且已纳入严重精神障碍患者管理治疗项目;(2)年龄 18~70 岁,初中以上文化程度;(3)目前处于 3 个月以上临床稳定期;(4)能够自我料理并参与活动。排除标准:(1)并发其他精神障碍,合并脑器

质性疾病及严重躯体疾病者;(2)酒精及药物依赖者;(3)言语沟通有困难者。共纳入 248 例,其中男 104 例,女 144 例;年龄(56.5±10.0)岁;病程(24.0±9.4)年。本研究获得宁波大学附属康宁医院伦理委员会批准,豁免/免除知情同意。

1.2 方法 (1)筛选与评估:同伴成员为自愿加入同伴支持服务的社区随访管理中的精神分裂症患者。同伴辅导员由社区医生根据疾病状况、个人性格、家庭情况等进行综合评估从同伴成员中进行筛选。(2)培训:对实施同伴支持服务的医生和同伴辅导员进行 2 d 集中培训。内容主要包括同伴支持的理论和原则、同伴支持的主要内容、精神分裂症相关知识、如何组织开展小组活动、沟通技巧、工作要求、如何识别和处理风险及紧急情况等,形式包括大课讲授、案例展示和小组练习实践等。对负责量表评估的精神科医生或其他专业人员进行 1 d 培训。内容主要包括评估流程、评估技巧及各类量表解读等。(3)活动实施:同伴辅导员在相互尊重基础上,为同伴成员提供小组活动形式的精神卫生服务。每半个月至少 1 次,每次持续 1~2 h。每次活动由 2 名同伴辅导员共同组织,活动前同伴辅导员设计并填写活动方案(记录表);活动时所有参与活动的人员签署签到表;活动后记录活动过程表,如有紧急情况出现,还需要记录突发事件记录表。同伴支持服务内容主要

基金项目:宁波市卫生健康科技计划项目(2023Y27)

作者单位:315201 宁波,宁波大学附属康宁医院(李链、李金成、杨红英);宁波大学医学部(周颖、肖洒)

通信作者:杨红英,Email:yanglian7478@163.com