

骨 科 学

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.002142

Salter 截骨联合股骨截骨治疗 Tonniss II 度发育性髋关节脱位

张 润, 刘 星, 李 明, 郭 均, 陈 俊, 周 尹, 曹银强

(重庆医科大学附属儿童医院骨科、儿童发育疾病研究教育部重点实验室、儿童发育重大疾病国家国际科技合作基地、儿科学重庆市重点实验室, 重庆 400014)

【摘要】目的:评估 Salter 骨盆截骨联合股骨截骨术治疗 Tonniss II 度发育性髋关节脱位的疗效。**方法:**采用回顾性病例分析 2010 年 1 月至 2015 年 12 月期间我院采用 Salter 骨盆截骨联合股骨截骨术一期手术治疗 Tonniss II 度发育性髋关节脱位患儿 28 例(33 髋), 并与单纯 Salter 截骨术治疗的 24 例(24 髋)进行比较。**结果:**52 例患儿均得到随访, 平均 26.8 个月(12~64 个月)。末次随访时, Salter 截骨联合股骨截骨术组: 髋臼指数(acetabular index, AI)为 $18.1^{\circ} \pm 5.2^{\circ}$; 中心边缘角(center edge angle, CE 角)为 $36.3^{\circ} \pm 36.1^{\circ}$; Sharp 角为 $41.4^{\circ} \pm 4.7^{\circ}$ 。单纯 Salter 截骨术组: AI 为 $15.7^{\circ} \pm 4.8^{\circ}$; CE 角为 $37.8^{\circ} \pm 11.6^{\circ}$; Sharp 角为 $40.1^{\circ} \pm 5.0^{\circ}$ 。Salter 截骨联合股骨截骨术组和单纯 Salter 截骨术组中分别有 2 髋(2/33)和 6 髋(6/24)发生股骨头坏死, 差异有统计学意义($\chi^2=4.131, P=0.042$)。根据 Severin 影像学评价标准, Salter 截骨联合股骨截骨术组: 优 15 髋、良 11 髋、可 6 髋、差 1 髋, 单纯 Salter 截骨术组: 优 5 髋、良 14 髋、可 5 髋、差 0 髋, 差异无统计学意义($Z=-1.277, P=0.202$)。根据 McKay 髋关节功能评价标准, Salter 截骨联合股骨截骨术组: 优 17 髋、良 11 髋、可 5 髋、差 0 髋, 单纯 Salter 截骨术组: 优 13 髋、良 7 髋、可 4 髋、差 0 髋, 差异无统计学意义($Z=-0.107, P=0.915$)。**结论:**Salter 截骨联合股骨截骨是治疗 Tonniss II 度发育性髋关节脱位的有效方法, 联合股骨截骨可减少股骨头坏死发生率。

【关键词】发育性髋关节发育不良; Salter 截骨术; 股骨截骨术; 股骨头坏死**【中图分类号】**R682.17**【文献标志码】**A**【收稿日期】**2019-01-24

Clinical effect of Salter osteotomy combined with femoral osteotomy in treatment of Tonniss type II developmental dysplasia of the hip

Zhang Run, Liu Xing, Li Ming, Wu Jun, Chen Jun, Zhou Yin, Cao Yinqiang

(Department of Orthopedics, Children's Hospital of Chongqing Medical University; Ministry of Education Key Laboratory of Child Development and Disorders; China International Science and Technology Cooperation Base of Child Development and Critical Disorders; Chongqing Key Laboratory of Pediatrics)

【Abstract】Objective: To investigate the clinical effect of Salter osteotomy combined with femoral osteotomy in the treatment of Tonniss type II developmental dysplasia of the hip. **Methods:** A retrospective analysis was performed for the clinical data of 52 children (57 hips) with Tonniss type II developmental dysplasia of the hip who underwent surgical treatment in our hospital from January 2010 to December 2015, and among these children, 28 (33 hips) underwent Salter osteotomy combined with femoral osteotomy and 24 (24 hips) underwent Salter osteotomy alone. A comparative analysis was performed for the two groups. **Results:** All children obtained follow-up, with a mean follow-up time of 26.8 months (range 12–64 months). At the last follow-up, the Salter osteotomy–femoral osteotomy combination group had an acetabular index (AI) of $18.1^{\circ} \pm 5.2^{\circ}$, a center edge (CE) angle of $36.3^{\circ} \pm 36.1^{\circ}$, and a Sharp angle of $41.4^{\circ} \pm 4.7^{\circ}$, while the Salter osteotomy group had an AI of $15.7^{\circ} \pm 4.8^{\circ}$, a CE angle of $37.8^{\circ} \pm 11.6^{\circ}$, and a Sharp angle of $40.1^{\circ} \pm 5.0^{\circ}$. There was a significant difference in the incidence rate of femoral head necrosis between the Salter osteotomy–femoral osteotomy combination group and the Salter osteotomy group [2 hips (2/33) vs. 6 hips (6/24), $\chi^2=4.131, P=0.042$]. According to the Severin radiological classification, in the Salter osteotomy–femoral osteotomy combination group, 15 hips were excellent, 11 hips were good, 6 hips were fairly good, and 1 hip was poor, while in the Salter osteotomy group, 5 hips were excellent, 14 hips were good, 5 hips were fairly good, and no hip was poor; there was no significant difference between the two groups ($Z=-1.277, P=0.202$). According to McKay's hip function evaluation criteria,

作者介绍: 张 润, Email: zhangrunxy@foxmail.com,

研究方向: 小儿骨科。

通信作者: 刘 星, Email: liuxingda@126.com。

基金项目: 重庆市自然科学基金资助项目(编号: cstc2018jcyjAX0259)。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20190510.1507.048.html>

(2019-05-13)

in the Salter osteotomy-femoral osteotomy combination group, 17 hips were excellent, 11 hips were good, 5 hips were fairly good, and no hip was poor, while in the Salter osteotomy group, 13 hips were excellent, 7 hips were good, 4 hips were fairly good, and no hip was poor; there was no significant difference between the two groups ($Z=-0.107, P=0.915$). **Conclusion:** Salter osteotomy combined with femoral osteotomy has a good clinical effect in the treatment of Tonnis type II developmental dysplasia of the hip and can effectively reduce the incidence rate of femoral head necrosis.

【Key words】developmental dysplasia of the hip; Salter osteotomy; femoral osteotomy; femoral head necrosis

发育性髋关节发育不良 (developmental dysplasia of the hip, DDH) 是小儿外科最常见的下肢畸形之一, 越早诊断治疗, 愈后越好^[1]。目前, DDH 的手术治疗方式有多种, 但各有优缺点^[2], Salter 截骨术是目前临床较为常用的一种治疗发育性髋关节发育不良的方法, 能够较好地改善股骨头包容及髋关节稳定性, 有利于术后头臼塑形, 促进髋关节结构和功能的恢复。对于 Tonnis III-IV 度脱位较高的 DDH 患儿需加行股骨短缩截骨, 充分短缩截骨可降低股骨头坏死率^[3-4]。但对于 Tonnis II 度 DDH 患儿, Salter 截骨术是否常规联合股骨截骨目前较少文献报道。因此, 回顾性分析我院 2010 年 1 月至 2015 年 12 月期间采用 Salter 截骨术一期治疗 Tonnis II 度发育性髋关节发育不良的患儿, 现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2010 年 1 月至 2015 年 12 月, 于重庆医科大学附属儿童医院骨科住院治疗, 一期采用髋关节切开复位、Salter 骨盆截骨手术治疗的发育性髋关节发育不良患儿。纳入标准: 年龄小于 6 岁; 术前 X 线片表现: 股骨头形态正常, 髋臼指数 $<45^\circ$, Tonnis 分级为 II 度; 术前髋关节 CT 提示头臼比例合适, 髋臼外上缘及后缘无明显缺损。排除标准: 术前影像学检查提示股骨坏死; Tonnis 分级为 I、III、IV 度; 病理性质髋关节脱位; 多关节挛缩合并髋关节脱位; 神经肌肉疾病合并髋关节脱位。共纳入 DDH 患儿 52 例 (57 髋), 其中男 9 例 (10 髋), 女 43 例 (47 髋), 平均年龄 3.0 岁。Salter 截骨联合股骨截骨术组 28 例 (33 髋), 单纯 Salter 截骨术组 24 例 (24 髋), 均为初次手术治疗。2 组患儿术前一般资料见表 1。

1.2 手术方法

所有 DDH 患儿均采用 Smith-Peterson 切口, 术中仔细分离组织, 沿髂骨翼骨骺中心切开, 将骨骺向两侧剥离, 显露出骨膜下髂骨内外板, 并剥离至坐骨大切迹。于阔筋膜张肌及缝匠肌间隙分离, 显露出股直肌, 切断股直肌直头及反折头, 翻转分离约 2 cm (神经肌支处), 暂时缝合悬吊于切口远端内侧。于股骨小粗隆上方充分显露髂腰肌, 并切断髂腰肌腱性部分。在臀肌与关节囊之间钝性分离, 充分显露关节囊。“T”形切开发节囊, 找到真臼, 将圆韧带切除, 完全清除髋臼内脂肪纤维等组织, 充分松解髋臼横韧带。

Salter 骨盆截骨术: 通过髋臼上方, 经坐骨大孔至髂前上、下棘之间, 横行骨盆完全性截骨, 截骨远端连同髋臼关节面以耻骨联合为铰链, 将髋臼向前、向下、向外牵拉旋转, 使髋臼改变方向, 从而改善髋臼对股骨头前侧、外上方的覆盖, 术中利用可吸收棒固定髂骨。术中根据股骨颈干角、前倾角及头臼复位后稳定情况再决定是否需要进行股骨截骨。

股骨截骨术: 取股骨上段外侧切口, 于股外侧肌间钝性分离, 显露股骨近端, 于股骨小粗隆下方以摆锯横行截断股骨, 短缩截骨 0~1.0 cm; 根据颈干角及前倾角情况调整截骨的内翻和旋转角度, 将股骨远端矫正至所需角度后, 用加压四孔直钢板固定截骨两断端。

1.3 术后处理及随访

术后均行双下肢内旋外展位支具固定 6 周, 6 周后逐渐开始行髋关节功能锻炼。术后 12 周骨盆 X 片显示髋臼及截骨愈合良好后逐渐开始负重行走。定期复查并根据截骨处愈合情况, 术后 1 年左右取出内固定。末次随访时, 采用 Severin 评分法^[5]评定 X 片结果, 测量髋臼指数、中心边缘角和 Sharp 角; 采用 McKay 髋关节功能评价方法^[6]评定临床治疗效果, 观察疼痛情况、步态、Trendelenburg 试验和髋关节活动范围; 根据 X 片表现, 评定是否有股骨头坏死并根据 Kalamchi-MacEwen 标准^[7]分型。

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	年龄 (岁)	性别		部位		AI ($^\circ$)	CE 角 ($^\circ$)	sharp 角 ($^\circ$)
			男	女	左	右			
Salter 联合股骨截骨术组	33	3.3 $\pm$ 1.5	6	22	21	12	37.2 $\pm$ 5.9	-29.4 $\pm$ 19.7	50.0 $\pm$ 5.5
单纯 Salter 截骨术组	24	2.7 $\pm$ 1.2	3	21	11	13	34.2 $\pm$ 6.1	-37.3 $\pm$ 26.3	51.3 $\pm$ 3.3

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计软件包进行数据处理,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示。Severin 影像学评价及 McKay 髋关节功能评价差异行秩和检验,末次随访时各个角度差异行 t 检验,股骨头坏死率差异行卡方检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 术后影像学评价及临床评价

52 例(57 髋)均未发生大血管、神经损伤、切口感染等并发症。57 髋术后均获得随访,随访时间 12~64 个月,平均 26.8 个月。Salter 截骨联合股骨截骨术组 28 例(33 髋),AI 平均为 $18.1^\circ \pm 5.2^\circ$,较术前改善 $19.2^\circ \pm 8.2^\circ$;CE 角平均为 $36.3^\circ \pm 36.1^\circ$,较术前改善 $65.4^\circ \pm 44.7^\circ$;Sharp 角平均为 $41.4^\circ \pm 4.7^\circ$ 。单纯 Salter 截骨术组 24 例(24 髋),AI 平均为 $15.7^\circ \pm 4.8^\circ$,较术前改善 $18.5^\circ \pm 6.3^\circ$;CE 角平均为 $37.8^\circ \pm 11.6^\circ$,较术前改善 $75.0^\circ \pm 25.5^\circ$;Sharp 角平均为 $40.1^\circ \pm 5.0^\circ$ 。对各个角度差异进行 t 检验分析:AI 差异无统计学意义($t=1.713, P=0.092$);CE 角差异无统计学意义($t=-0.190, P=0.850$);Sharp 角差异无统计学意义($t=1.010, P=0.317$)。

根据 Severin 影像学评价标准,Salter 截骨联合股骨截骨术组与单纯 Salter 截骨术组差异无统计学意义,具体评定结果详见表 2。根据 McKay 髋关节功能评价标准,Salter 截骨联合股骨截骨术组与单纯 Salter 截骨术组差异无统计学意义,具体评定结果详见表 3。

表 2 Severin 影像学评定标准随访结果 (n, %)

随访结果	Salter联合股骨截骨术组	单纯 Salter 截骨术组	Z 值	P 值
优	15 (45.45)	5 (20.83)	-1.277	0.202
良	11 (33.33)	14 (58.33)		
可	6 (18.18)	5 (20.83)		
差	1 (3.03)	0 (0.00)		

表 3 McKay 临床评定标准随访结果 (n, %)

随访结果	Salter联合股骨截骨术组	单纯 Salter 截骨术组	Z 值	P 值
优	17 (51.52)	13 (54.17)	-0.107	0.915
良	11 (33.33)	7 (29.17)		
可	5 (15.15)	4 (16.67)		
差	0 (0.00)	0 (0.00)		

2.2 术后股骨头坏死

Salter 截骨联合股骨截骨术组股骨头坏死 2 髋,坏死率为 6.06%,其中 I 型 0 髋、II 型 1 髋、III 型 1 髋、IV 型 0 髋;单纯 Salter 截骨术组股骨头坏死 6 髋,坏死率为 25.00%,其中 I 型 2 髋、II 型 3 髋、III 型 1 髋、IV 型 0 髋,差异有统计学意义 ($\chi^2=4.131, P=0.042$),详见表 4。

表 4 发生股骨头坏死病例对比

组别	股骨头坏死	无股骨头坏死	χ^2 值	P 值
Salter联合股骨截骨术组	2	31	4.131	0.042
单纯 Salter 截骨术组	6	18		

2.3 典型病例

典型病例如图 1 所示。



A. 术前 X 线片



B. 术后 X 线片



C. 术后 2.3 年 X 线片



D. 术后 2.3 年髋关节站立位



E. 术后 2.3 年髋关节屈曲位



F. 术后 2.3 年髋关节外展位

图 1 患儿,女,4 岁 5 个月,左侧发育性髋关节发育不良,脱位程度 Tonnis II

3 讨论

发育性髋关节发育不良是儿童常见的髋部疾病之一,若未及时采取有效治疗,易导致患儿髋关节畸形,影响患儿髋部功能^[8],严重影响小儿身心健康。早期诊断治疗可以有效提高治愈率^[9],有效减少对患儿的身心影响及减轻家庭社会负担。目前治疗发育性髋关节发育不良的方法多种,若患儿年龄小、就诊时间早,可采取保守治疗。若患儿就诊年龄较大时,保守治疗效果不佳,且即使闭合复位成功,并发症发生率仍然较高,如果闭合复位失败或失去保守治疗机会,则应尽快行切开复位手术。手术的关键在于恢复头臼的同心圆关系,使得髋关节朝着正常的解剖关系生长和发育^[10]。

目前治疗 DDH 的手术方法较多,改变髋臼方向的术式有 Salter 骨盆截骨术、骨盆三联截骨术、Ganz(Bernese)髋臼周围截骨术等。改变髋臼形态的手术方式包括 Pemberton 截骨术及 Dega 截骨术。还有 Chiari 骨盆内移截骨术和 Staheli 髋臼延伸术等常用的姑息性术式。

Salter 截骨术远端以耻骨联合为轴进行旋转,矫正髋臼的方向异常,可增加髋臼外侧 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$ 以及前侧 $20^{\circ}\sim 25^{\circ}$ 对股骨头的覆盖,近年来成为治疗早期小儿 DDH 的首选术式和治疗标准^[11]。该术式适用于年龄小于 6 岁、髋臼指数小于 45° ,并且股骨头大小与髋臼基本匹配的 DDH 患儿^[12]。Salter 截骨术能够较好地改善股骨头包容及髋关节稳定性,重建有关节软骨、形态较好的髋臼,有利于术后头臼塑形,促进髋关节结构和功能的恢复^[13]。本研究结果显示,52 例患儿共 57 髋,采用 Salter 截骨术治疗后,根据 Severin 影像学评价标准,优良率为 78.95%,根据 McKay 髋关节功能评价评定标准,优良率为 84.21%。结果表明 Salter 截骨术利于术后头臼塑形,促进髋关节结构和功能的恢复,与文献报道相符合^[11-13]。

Salter 截骨术矫正了髋臼的骨性畸形,若术中不能使脱位的股骨头复位或股骨头复位后压力较大,需纠正股骨近端的畸形,才可恢复股骨头、髋臼的同心圆结构,降低股骨头压力。Tonnis III-IV 度发育性髋关节脱位,股骨头脱位程度高,术中复位股骨头困难,需行股骨短缩截骨。然而对 Tonnis II 度

发育性髋关节脱位是否需常规联合股骨截骨,目前文献报道较少。

股骨头坏死是 DDH 的严重并发症,病程中逐渐出现患髋持续性疼痛及跛行,随着病情的加重,会导致髋关节功能丧失,伴随着髋部功能受限,还会出现患肢肌肉萎缩等现象,严重影响患儿的生活质量及身心健康。本文中 Salter 截骨联合股骨截骨术组股骨头坏死 2 髋,坏死率为 6.06%;单纯 Salter 截骨术组股骨头坏死 6 髋,坏死率为 25.00%,采用卡方检验差异具有统计学意义($\chi^2=4.131, P=0.042$),提示联合股骨截骨术可减少术后股骨头坏死的发生率。本研究的不足在于样本量较少,可进行多中心研究加大 Tonnis II 度发育性髋关节脱位样本容量或行 Meta 分析,以进一步了解 Salter 截骨术治疗 Tonnis II 度发育性髋关节脱位术后股骨头坏死情况。

股骨近端截骨有以下几种方式:股骨短缩截骨、旋转截骨和内翻截骨等,截骨时需考虑以下几方面问题:①截骨平面的选择。②矫正异常的前倾角及颈干角。③是否行短缩截骨及短缩的距离。截骨平面多在股骨转子下部进行。前倾角增大对髋关节的稳定性与力学结构有重要影响,Fixsen 和 Li 等^[14]认为通过股骨旋转截骨可达到稳定复位,且有利于股骨头和髋臼的再塑成形。股骨短缩截骨可以从根本上减轻头臼压力,股骨短缩截骨相当于延长短缩的软组织,髋臼对股骨头的机械性压迫得到充分减轻,降低了头坏死的发生率^[15]。短缩截骨的长度依据股骨头发育不良上移的高度决定, Tonnis III-IV 度脱位程度较高,截骨长度通常为 1.0~1.5 cm,一般不超过 2.5 cm^[16]。联合股骨短缩旋转截骨能有效减轻股骨头的压力、纠正股骨颈部前倾角,还可根据情况施行内翻截骨纠正颈干角。但有研究表明,联合股骨截骨术需增加大腿外侧切口,增加手术出血及创伤;股骨短缩截骨有可能引起双下肢不等长,从而导致明显跛行的情况;股骨颈前倾角矫正过小可能增加股骨头后脱位风险^[17]。

本研究中,根据 McKay 髋关节功能评价标准,Salter 截骨联合股骨截骨术组与单纯 Salter 截骨术组差异无统计学意义,与股骨头坏死率差异有统计学意义不相符,可能与随访时间不够长有关,单纯 Salter 截骨术组股骨头坏死 6 髋,其中 I 型 2 髋、II 型

3 髋、Ⅲ型 1 髋、Ⅳ型 0 髋, I、II 型占比较大, 部分股骨头坏死患儿髋关节疼痛、跛行、髋关节活动受限等临床表现尚未出现, 为进一步了解术后髋关节功能情况, 需长期随访, 对远期愈后情况进行分析。

综上所述, Salter 骨盆截骨联合股骨近端旋转短缩截骨术治疗 Tonnis II 度发育性髋关节脱位, 可促进髋关节结构和功能的恢复, 有效降低术后股骨头坏死的发生率, 术后疗效满意, 值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 彭旭, 杨柳, 陈光兴, 等. 不同年龄段髋关节发育不良的治疗[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2008, 2(4): 446-449.
- [2] 高许斌, 周建生. 髋关节发育不良诊断和治疗进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18(5): 401-404.
- [3] Tezeren G, Tukenmez M, Bulut O, et al. The surgical treatment of developmental dislocation of the hip in older children: a comparative study[J]. Acta Orthopaedica Belgica, 2005, 71(6): 678-685.
- [4] 郭海青, 袁宏, 赵喜滨, 等. Pemberton 手术加短缩截骨治疗大龄发育性髋脱位临床分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2008, 16(17): 1285-1288.
- [5] Severin E. Contribution to knowledge of congenital dislocation of hip joint: late results of closed reduction and arthrographic studies of recent cases[J]. Acta Chir Scand, 1941, 84(7): 565-566.
- [6] McKay DW. A comparison of the innominate and the pericapsular osteotomy in the treatment of congenital dislocation of the hip[J]. Clin Orthop, 1974, 98(98): 124-132.
- [7] Kalamchi A, MacEwen GD. Avascular necrosis following treatment of congenital dislocation of the hip[J]. J Bone Joint Surg Am, 1980, 62(6): 876-888.
- [8] Moussa M, Othman A. Bilateral developmental dysplasia of the hip: asymmetric outcome in the older child[J]. Clin Orthop, 2001, 392(392): 358-365.
- [9] 边臻, 朱振华, 郭源, 等. Salter 截骨术与 Pemberton 截骨术治疗 2~3 岁发育性髋关节脱位的疗效分析[J]. 中华骨科杂志, 2015, 35(9): 935-941.
- [10] 蔡海清, 王志刚, 冯林, 等. Salter 骨盆截骨术治疗学步期发育性髋关节脱位[J]. 中华外科杂志, 2007, 28(6): 314-317.
- [11] Pekmezci M, Yazici M. Salter osteotomy: an overview[J]. Acta orthop Traumatol Turc, 2007, 41(1): 37-46.
- [12] Ohsako H, Sakou T, Matsunaga S. Open reduction and varus-detorsion osteotomy with femoral shortening in treatment of congenital dislocation of the hip[J]. J Orthop Sci, 1998, 3(6): 304-309.
- [13] 刘志松, 祁振良, 李俊龙, 等. Salter 截骨术与股骨近端旋转截骨治疗小儿发育性髋脱位[J]. 中国矫形外科杂志, 2007, 15(23): 1832-1834.
- [14] Fixsen JA, Li PL. The treatment of subluxation of the hip in children over the age of four years[J]. The Bone & Joint Journal, 1998, 80(5): 757-761.
- [15] Nakamura M, Matsunaga S, Yoshino S, et al. Long-term result of combination of open reduction and femoral derotationvarus osteotomy with shortening for developmental dislocation of the hip[J]. J Pediatr Orthop B, 2004, 13(4): 248-253.
- [16] Wenger DR. Surgical treatment of developmental dysplasia of the hip[J]. Instr Course Lect, 2014, 63: 313.
- [17] Troelsen A, Romer L, Jacobsen S, et al. Cranial acetabular retroversion is common in developmental dysplasia of the hip as assessed by the weight bearing position[J]. Acta Orthopaedica, 2010, 81(4): 436-441.

(责任编辑: 张辉洁)

作者·读者·编者

更 正

本刊 2019 年第 44 卷第 5 期第 561 页中文作者由谢佳颖, 尹东青更正为: 谢佳颖, 张晓南, 尹东青; 英文作者由 Xie Jiaying, Yin Dongqing 更正为: Xie Jiaying, Zhang Xiaonan, Yin Dongqing。

本刊编辑部