

全髋关节置换术与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效比较

杨鹏学

白银市第二人民医院 730900

〔摘要〕目的 探讨全髋关节置换术与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效。方法 研究观察 2017 年 4 月～2019 年 7 月期间接收的 64 例老年股骨颈骨折患者，分为两组各 32 例，分析全髋关节置换术与半髋关节置换术治疗后的患者手术创伤、手术治疗恢复速度、并发症、治疗效果等情况。结果 在手术出血量、总输血量、住院时间等情况上，两组没有明显差异，不具有统计学意义 ($p>0.05$)；在手术时间上，观察组 (102.94 ± 13.20) ml 显著多于对照组 (63.76 ± 11.42) ml，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在治疗优良率上，全髋关节置换术为 96.87%，半髋关节置换术为 65.63%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在术后并发症发生率上，全髋关节置换术显著少于半髋关节置换术，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论 全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折会导致手术时间较长，但是全髋关节置换术可以提升治疗效果，减少术后并发症，比半髋关节置换术治疗相对更具有优势。

〔关键词〕全髋关节置换术；半髋关节置换术；老年股骨颈骨折；治疗效果

〔中图分类号〕R687.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 08-011-02

老年患者一般有骨质疏松问题，因此骨折后容易导致骨折不愈合或者股骨头坏死等严重并发症^[1]，恢复情况较为困难，患者治疗过程中的痛苦感更强，进而影响患者的生活质量。本文研究观察 2017 年 4 月～2019 年 7 月期间接收的 64 例老年股骨颈骨折患者，分析运用全髋关节置换术与半髋关节置换术治疗后的患者手术创伤、手术治疗恢复速度、并发症、治疗效果等情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究观察 2017 年 4 月～2019 年 7 月期间接收的 64 例老年股骨颈骨折患者，分为两组各 32 例。其中全髋关节置换术组中，男 18 例，女 14 例；年龄从 64 岁至 81 岁，平均 (73.49 ± 6.17) 岁；患者合并疾病中，慢阻肺 11 例，高血压 10 例，糖尿病 7 例；半髋关节置换术组中，男 15 例，女 17 例；年龄从 62 岁至 83 岁，平均 (72.68 ± 5.16) 岁；患者合并疾病中，慢阻肺 13 例，高血压 9 例，糖尿病 6 例。两组患者的基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有可比性。

1.2 方法

半髋关节置换术辅助患者做好腰硬联合麻醉，通过外侧入路做好逐层的组织打开，将髋部有效显露。针对小粗隆做好股骨颈截断，将髓腔逐步扩大，试模后再将股骨假体置入

到患处，做好复位后将双下肢长度、活动能力与稳定度的检查，同时运用 1 根引流管放置在假体附近，做好切口关闭。术后做好抗感染治疗，同时防血栓问题。

全髋关节置换术，辅助患者做好手术体位，做好手术入路与麻醉，通过电锯将股骨颈截断，做好髋臼内部的软组织清理，运用髋臼锉辅助，将大小合理的髋臼假体放置患处，同时运用 1 根引流管放置在假体附近，做好切口关闭。术后与上组方案一致。

1.3 评估观察

分析各组治疗后的患者手术创伤、手术治疗恢复速度、并发症、治疗效果等情况。观察手术出血量、手术时间、总输血量、住院时间。治疗疗效主要观察 Harris 恢复优良率，评分满分为 100 分，90 分及以上为优，80 分至 89 分为良，70 分至 79 分为可，70 分以内为差。

1.4 统计学分析

收集整理治疗数据，运用 spss23.0 分析，计量资料使用 t 检验，计数资料使用卡方检验， $p<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 各组治疗后恢复优良率情况

见表 1，在治疗优良率上，全髋关节置换术为 96.87%，半髋关节置换术为 65.63%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 1：各组治疗后恢复优良率评估 [n(%)]

分组	优	良	可	差	优良率
观察组 (n=32)	17 (53.13)	14 (43.75)	1 (3.13)	0 (0.00)	96.87%
对照组 (n=32)	8 (25.00)	13 (40.63)	6 (18.75)	5 (15.63)	65.63%

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 各组手术治疗情况数据

表 2：各组手术治疗情况数据结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	手术时间 (min)	手术出血量 (ml)	总输血量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	102.94 ± 13.20	221.53 ± 3.24	515.28 ± 89.57	16.72 ± 3.20
对照组	63.76 ± 11.42	215.17 ± 2.98	532.97 ± 94.21	15.18 ± 2.41

注：两组对比， $*p<0.05$

见表 2，在手术出血量、总输血量、住院时间等情况

上，两组没有明显差异，不具有统计学意义 ($p>0.05$)；在 (下转第 15 页)

大肠埃希菌,对第三代头孢菌素的耐药率为 62.5%,略高于 2016 年全国平均数据及云南省数据(56.6%和 56.5%)。对喹诺酮类药物耐药率为 31%,低于全国平均数据及云南省数据(52.9%和 49.9%)。对碳青霉烯类药物耐药率(1.4%)与 16 年全国平均数据相似(1.5%),高于云南省数据(0.7%)。产 ESBL 菌株检出率为 59.7%,高于 CHINANET 历年数据(2014~2016 年检出率分别为 55.8%、51.5%、45.2%)^[3、6、7]。

鲍曼不动杆菌对耐碳青霉烯类药物耐药率为 88.2%,高于 2016 年全国耐药监测网数据(全国平均为 60%,云南省为 56.9%)和 2016 年 CHINANET 数据(68.6%)。曾被认为是治疗耐药革兰阴性杆菌感染最后一道防线的碳青霉烯类药物,其耐药率连年上升,已成为临床抗感染治疗的一大难题,而迪庆藏族自治州地区更是远远高于平均水平。

综上所述,迪庆州地区因地处高原,致使院内感染重要菌之一的铜绿假单胞菌检出率大大降低,但其余院内感染重要菌的耐药率普遍高于全国平均水平以及云南省水平。必须加强医院感染防控措施和医护消毒卫生意识,同时严格规范临床合理用药,遏制耐药菌进一步增长的趋势,防止耐药菌的爆发流行。

[参考文献]

- [1] 国家卫生计生委合理用药专家委员会全国细菌耐药监测网.2014 年全国细菌耐药监测报告[J].中国执业药师,2016,13(2):3-8.
- [2] 国家卫生计生委合理用药专家委员会全国细菌耐药监测网.2015 年全国细菌耐药监测报告[J].中国执业药师,2016,13(3):3-8.
- [3] 胡付品,郭燕,孟晋华等.2016 年 CHINANET 中国细菌耐药性监测[J].中国感染与化疗杂志,2017,17(5):481-491.
- [4] 赵梅,李莎莎,李刚等.宁夏细菌耐药监测网 2015 年细菌耐药检测数据分析[J].中国抗生素杂志,2017,42(7):541-547.
- [5] 龙珊珊,喻华,张凯等.四川省细菌耐药监测网 2015 年四川省细菌耐药性监测结果分析[J].中国抗生素杂志,2017,42(7):534-540.
- [6] 胡付品.2005~2014 年 CHINANET 中国细菌耐药性监测网 5 种重要临床分离菌的耐药性变迁[J].中国感染与化疗杂志,2017,17(1):93-99.
- [7] 胡付品,朱德妹,龚萍等.2015 年 CHINANET 细菌耐药性监测[J].中国感染与化疗杂志,2016,16(6):685-693.

(上接第 10 页)

床和高血糖等。肾结石根据成因的不同可分为草酸钙结石、磷酸钙结石、尿酸盐结石、磷酸铵镁结石和胱氨酸结石,其中以草酸钙结石最为常见,根据发病部位的不同可分为肾实质结石、肾盂结石和肾盏结石等^[2]。目前手术治疗对于肾结石患者可以起到显著的临床疗效,尤其是微通道经皮肾镜碎石取石术。

本次研究对标准通道与微通道经皮肾镜碎石取石术两种手术方式的临床效果进行了对比分析,发现标准通道经皮肾镜碎石取石术对患者的创伤较大,术中出血量较多,术后发生出血、发热和集合系统穿孔等并发症的几率较大,而微通道经皮肾镜碎石取石术则弥补了这些缺点,手术所需时间较短,安全性较高,对于复杂性肾结石的治疗效果更好,提高了患者的生活质量,缓解疼痛,从而缓解了患者一系列的负面情绪^[3]。本次研究结果显示,参照组患者的并发症发

生率显著高于研究组($P < 0.05$);而研究组患者的各项生活质量评分跟参照组相比明显更高($P < 0.05$)。说明微通道经皮肾镜碎石取石术在治疗肾结石中具有显著的临床效果,副作用低,具有推广价值。

综上所述,微通道经皮肾镜碎石取石术在治疗肾结石中具有较高的应用价值,值得临床推广和使用。

[参考文献]

- [1] 蒋雷鸣,孙文国,袁振.标准通道与微通道经皮肾镜碎石取石术治疗肾结石的疗效分析[J].中华腔镜泌尿外科杂志,2016,6(5):9-12.
- [2] 刘满华.微通道与标准通道经皮肾镜碎石取石术在肾结石治疗中的应用价值对比[J].当代医学,2018,24(16):168-170.
- [3] 张旭,雷光辉,向彬.标准通道与微通道经皮肾镜取石在肾结石患者中应用疗效的对照研究[J].中国医药导报,2017,10(21):83-85.

(上接第 11 页)

手术时间上,观察组(102.94 ± 13.20)ml 显著多于对照组(63.76 ± 11.42)ml,对比有统计学意义($p < 0.05$);

2.3 各组患者护理满意度情况

在术后并发症发生率上,全髋关节置换术组中感染 2 例,假体松动 1 例,髋部疼痛 1 例,静脉栓塞 1 例;半髋关节置换术中感染 6 例,假体松动 3 例,髋部疼痛 3 例,静脉栓塞 5 例;对比有统计学意义($p < 0.05$)。

3 讨论

老年股骨颈骨折患者采用的手术治疗方案,一方面要考虑治疗恢复的效果,另一方面要考虑患者的耐受度^[2]。全髋关节置换术在一定程度上可以有效的提升治疗恢复质量,与半髋关节置换术具有同样的低创伤性的特点。术后早期可以进行简单的下床活动锻炼,恢复较为理想^[3]。全髋关节置换术可能会加大手术创伤,手术时间也相对更长,同时治疗对象多属

于老年患者,其生理机能的退化,部分会难以适应该手术治疗方案,风险较大^[4]。对于医生的手术操作细致度要求更高,要尽可能的保证髋臼安装的准确性,由此避免关节松脱。

综上所述,全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折会导致手术时间较长,但是全髋关节置换术可以提升治疗效果,减少术后并发症,比半髋关节置换术治疗相对更具有优势。

[参考文献]

- [1] 卓悦耿,符彦基,张雪燕.探讨全髋与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效[J].中国伤残医学,2019,27(16):5-6.
- [2] 陈浩.全髋与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效对比[J].饮食保健,2019,6(30):56.
- [3] 白晓亮.探究全髋与半髋关节置换术治疗老年人股骨颈骨折的疗效对比[J].中国保健营养,2019,29(20):58.
- [4] 郝全洲,张全明.全髋与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的临床观察[J].中国民间疗法,2019,27(11):73-74,78.