

老年股骨颈骨折采用全髋关节置换术治疗的效果分析

房居颖 刘进平 陈德成

靖远县人民医院 730600

【摘要】目的 探讨老年股骨颈骨折采用全髋关节置换术治疗的效果。**方法** 观察2018年2月至2019年11月收治的62例老年股骨颈骨折患者,随机划分为全髋组与半髋组各31例,半髋组运用半髋关节置换术,全髋组运用全髋关节置换术,分析各组治疗后患者术后功能评分、生活质量评分情况。**结果** 在术后功能优良率方面,全髋组96.77%,半髋组70.97%,差异有统计学意义($p<0.05$);在住院时间与手术出血量方面,全髋组与半髋组没有明显差异,差异没有统计学意义($p>0.05$)。**结论** 全髋关节置换术比半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果更好,术后功能恢复情况更好,生活质量更高。

【关键词】 老年股骨颈骨折;全髋关节置换术;治疗效果

【中图分类号】 R687.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 02-018-02

股骨颈骨折属于较为常见的骨折情况,尤其是老年患者,年老体弱,骨质疏松情况较为常见,发病率也不断提升。老年患者髋周肌群会不断退变,导致患者髋部抗损害的承受能力下降^[1]。容易因为暴力冲击,例如跌倒、摔伤等导致骨折问题。本文采集62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术后功能评分、生活质量评分,内容如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

回顾2018年2月至2019年11月收治的62例老年股骨颈骨折患者,随机划分为全髋组与半髋组各31例,其中半髋组男18例,女13例;年龄从60岁至81岁,平均 (73.49 ± 5.15) 岁;损伤原因中,交通事故为13例,摔伤为11例,重物砸伤为7例;全髋组男21例,女10例;年龄从60岁至83岁,平均 (71.58 ± 4.43) 岁;损伤原因中,交通事故为15例,摔伤为10例,重物砸伤为6例;两组患者基本年龄、性别与损伤原因上没有明显差异,有对比研究意义。

1.2 方法

全髋组运用全髋关节置换术,辅助患者保持侧卧位,做好全麻或者硬膜外麻,运用外侧作为手术切口,将皮肤与皮下组织有效切开,而后将有关组织暴露,做好有关肌肉组织的钝性分离,将外旋肌群有效暴露。靠近股骨外旋肌止点做外旋肌群的有效切开,牵拉外侧坐骨神经朝后牵拉,做好有关血管与神经组织的保护,让关节囊有效暴露。顺着股骨颈做纵行的关节囊切开,进行髋关节脱位,而后将股骨头、髋臼、

股骨颈、在截骨处理中要避免股骨颈外侧的残留。将截骨部分取出后做好有关组织的清理,通过髋臼锉做好扩大处理,当出现软骨下有点状出血属于操作达标标准。在软骨磨除中需要保持合理的力度,防控锉进入到骨盆中。而后做好假体置入。采用开髓器进行股骨近端的开髓操作,有关钻来扩大髓腔,保持锉使用合理的力度进入,要做好标记,操作时保持与股骨颈截骨线处于平行对齐的状况。保证匹配的股骨假体的使用,做好试模使用后复位髋关节,保证其整体的稳定性。将屈曲度 120° ,外展度 45° ,内收度 20° ,内旋度 45° ,轴向的牵拉需要保持0.5cm,保持合理的张力管控。取出试模后置入假体,确保复位完成。而后再运用克氏针打入,运用可吸收线做好有关肌群缝合,有效关闭手术切口。

半髋组运用半髋关节置换术,操作流程与全髋组类似,要保证髋臼软骨与孟唇的完整。

1.3 评估标准

分析各组治疗后患者术后功能评分、生活质量评分情况。术后功能评分运用Harris评分,评分中优为90分至100分,良为80至90分,可为70分至79分,差为70分以内。

1.4 统计学分析

整理护理数据,运用spss23.0分析,计量t检验,计数采用卡方检验, $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组术后功能恢复情况

见表1,全髋组术后功能优良率为96.77%,半髋组70.97%,差异有统计学意义($p<0.05$);

表1:患者术后功能恢复结果[n(%)]

分组	优	良	可	差	优良率
全髋组(n=31)	16(51.61)	14(45.16)	1(3.23)	0(0.00)	96.77%
半髋组(n=31)	9(29.03)	13(41.94)	5(16.13)	4(22.50)	70.97%

注:两组对比, $p<0.05$

2.2 各组患儿疾病恢复速度情况

见表2,在住院时间与手术出血量方面,全髋组与半髋组没有明显差异,差异没有统计学意义($p>0.05$)。

表2:各组患儿疾病恢复速度结果($\bar{x}\pm s$)

分组	住院时间(d)	手术出血量(ml)
全髋组	16.38 ± 1.49	224.98 ± 3.49
半髋组	15.74 ± 1.08	209.45 ± 2.57

注:两组对比, $p>0.05$

3 讨论

全髋关节置换术可以运用骨水泥与生物型置入物。生物性的假体也可以发挥很好的骨长入情况,骨水泥相对应用较少^[2]。生物型的假体可以有效的确保原有骨质的保留。可以针对组织情况做好更好假体匹配,有效的降低摩擦系数,可能有假体导致的摩擦疼痛感^[3],或者疼痛不适感较轻,但是不会马上有明显的髋臼软骨的摩擦受损与股骨头脱位问题。假体整体的使用时间也较长,减少后续翻修的繁复^[4],适应

(下转第21页)

静脉内瘘功能差的现象^[2]。动静脉内瘘主要包括以下并发症：血管变窄，产生血栓，出现假性动脉瘤与血管瘤样扩张，而这其中极为常见的并发症就是血管变狭窄，血管变窄就会形成血栓，最终致内瘘变狭窄，并丧失功能。

传统治疗内瘘变狭窄的主要方法包括切除狭窄段术，剥离内膜，再造内瘘，人造血管，开放性手术可以较好改善血管变窄的情况，然而会给患者带去大的创伤，并损伤血管，术后易出现感染，内瘘需要较长时间成熟，影响连续性血液透析。而运用超声引导下动静脉内瘘扩张术，可以有效转变内瘘血流量，可以即刻成为血管通路实施血液透析，不需要临时进行置管，从而对血管通路进行了保护，既而血液透析患者的透析质量也得到有效保障，内瘘生存期得以拉长，缓解患者痛苦^[3]。超声属于无创性检查方法，超声引导下球囊扩张术可以清楚反映血管腔内外以及管壁的状况，可以清楚观察到以下情况：狭窄位置与程度、残留血管内径、术中导丝、球囊等，可以适时观察血流状况，及时检查到血肿、血栓，从而提高手术成效，减少并发症，此外，手术结束后，就可以对残余狭窄与内瘘血流量情况进行评估^[4]。

本研究，运用超声引导球囊扩张术治疗 AVF 患者，让血管狭窄处的直径、透析血流量、内瘘自然流量都得到改善，

术后并发症率较低。于超声引导下置入球囊，一些患者的穿刺位置会有渗血或局部血肿的现象，究其原因主要有以下：患者的血管严重变窄，导丝穿过狭窄血管受到明显阻力，血管变窄有较长时间，管道内膜出现严重的局限性增生与纤维化。

总之，运用超声引导下球囊扩张术治疗动静脉内瘘狭窄，可以有效转变血管狭窄状况，不会太大损伤血管，术后并发症少，应用价值高。

参考文献：

- [1] 陈昶宇, 叶鸣, 周鸿, 等. 超声引导下置管溶栓联合高压球囊治疗动静脉内瘘急性闭塞的价值分析 [J]. 临床超声医学杂志, 2019, 21(09):709-711.
- [2] 朱莉敏, 黎静. 超声引导下高压球囊扩张在自体血管动静脉内瘘狭窄闭塞中的应用 [J]. 贵州医药, 2019, 43(08):1290-1293.
- [3] 黄春香, 周建芳, 陈钊霞, 等. 超声引导下球囊扩张术治疗自体动静脉内瘘狭窄的临床观察 [J]. 中国中西医结合肾病学杂志, 2019, 20(04):329-331.
- [4] 周志伟. 超声引导球囊扩张术治疗自体动静脉内瘘血管狭窄患者的效果 [J]. 医疗装备, 2018, 31(20):61-62.

(上接第 18 页)

性好。通过本研究可以发现，全髋关节置换术与半髋关节置换术在手术时间、出血量没有明显差异，不会比半髋关节置换术有更多的损伤，整体的手术效果更好。手术中由于髌骨负重位置会有应力集中，由此疼痛更为明显。可要保持假体更好的匹配，可以有助于髋关节的稳定性提升，减少关节与假体之间存在的摩擦力，改善手术所产生的疼痛与功能异常，患者感受更好。全髋关节置换术整体的治疗恢复效果更好，功能恢复情况更好，患者感受更好，适用性更好。

总而言之，全髋关节置换术比半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的效果更好，术后功能恢复情况更好，生活质量更高。

参考文献：

- [1] 周亲明, 王琳虹, 李明恒. 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效果比较 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23(32):4650-4651.
- [2] 陈振, 程宏涛. 半髋关节置换术与全髋关节置换术对老年股骨颈骨折患者预后的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(35):66-67.
- [3] 曹永伦. 全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的临床疗效分析 [J]. 中国伤残医学, 2019, 27(24):42-43.
- [4] 张晓辉, 洪焕祥, 李建文. 人工全髋关节置换术与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折患者的临床效果 [J]. 医疗装备, 2019, 32(22):134-135.

(上接第 19 页)

原菌或同一病原菌重复感染，临床发现，铜绿假单胞菌多出现在气管切开 7d 后，有些患者是后期合并或转为铜绿假单胞菌感染，提示神经外科监护室患者铜绿假单胞菌感染多为院内获得性感染，且气管切开后合并呼吸道感染的发生率最高。针对这一现象，院方可采取一系列措施预防铜绿假单胞菌感染，包括：（1）做好神经外科监护室及各项设备的清洁、消毒工作，强化环境清洁消毒措施，定期更换高风险处理设备，更换手卫生措施。规范卫生工作章程并责任到人，定期进行检查。对医院水系统加强消毒处理，每 6 个月对神经外科监护室的水出口进行采样，如监测结果阳性则需采取相关应急补救措施。（2）对神经外科监护室护理人员及保洁员进行多重耐药菌感控防治培训及卫生依从性调查，加强对神经外科监护室护理人员及探视人员的手卫生管理。（3）加强巡视次数，密切监测神经外科监护室患者生命体征，做好床位的调配，实时床旁隔离，设备专床专用，做好患者清洁工作，

强化使用呼吸机的风险评估。

综上所述，神经外科监护室患者铜绿假单胞菌感染多为院内获得性感染，且气管切开后合并呼吸道感染患者的发生率最高，提示医院要加强对神经外科监护室气管切开后合并呼吸道感染患者的感染管理。

参考文献：

- [1] 张绮萍, 王霄腾, 时粉娟, 等. 嘉兴某综合医院住院患者医院感染监测分析 [J]. 国际流行病学传染病学杂志, 2019, 46(2):144-147.
- [2] 毛磊, 王炜, 苏建荣. 北京市某医院 354 株铜绿假单胞菌分布及耐药情况分析 [J]. 检验医学, 2019, 34(06):502-505.
- [3] 胡美娜. 老年患者铜绿假单胞菌医院感染的影响因素与耐药分析 [J]. 临床检验杂志 (电子版), 2018, 7(03):477-478.
- [4] 陈志辉, 吴红梅, 徐子琴, 等. 预测住院患者获得耐碳青霉烯类铜绿假单胞菌医院感染的列线图模型的构建 [J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(07):966-970.