

# 探讨小切口股骨头置换应用于高龄股骨颈骨折中的临床有效性

杜佳金

丽江市永胜县人民医院 云南永胜 674200

**〔摘要〕**目的 探讨小切口股骨头置换应用于高龄股骨颈骨折中的临床有效性。方法 选择 2016 年 6 月-2018 年 6 月我院收治的 78 例高龄股骨颈骨折患者作为研究对象，对照组 39 例行内固定术，试验组 39 例行小切口股骨头置换术，对比两组手术时间、出血量、下床时间、使用助步器、Harris 评分以及术后并发症情况。结果 试验组手术时间比对照组要长，但出血量比对照组要低，同时下床时间与使用助步器时间都比对照组要短，试验组的 Harris 评分比对照组要高，差异全部具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。试验组并发症发生率明显比对照组要低 ( $P < 0.05$ )。结论 运用小切口人工股骨头置换术治疗高龄股骨颈骨折，效果明显，值得推广运用。

**〔关键词〕**小切口股骨头置换；高龄股骨颈骨折；效果

**〔中图分类号〕**R687.4 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2018) 08-053-02

人体在受到间接、直接暴力或骨质疏松等原因会致股骨颈出现断裂，老年人由于骨质疏松，因此在受到外部创伤很容易发生直接或间接性股骨颈骨折<sup>[1]</sup>。有效的治疗方式对于患者治疗和预后起着关键作用。本次试验选择 2016 年 6 月-2018 年 6 月我院收治的 78 例高龄股骨颈骨折患者作为研究对象，探讨了小切口股骨头置换应用于高龄股骨颈骨折治疗的有效性，实验研究结果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2016 年 6 月-2018 年 6 月我院收治的 78 例高龄股骨颈骨折患者作为观察对象，回顾分析患者资料，按照手术方式分组，对照组 39 例行内固定术，试验组 39 例行小切口股骨头置换术。试验组男 24 例，女 15 例，年龄 75~95 岁，平均 (83.6±4.6) 岁；Garden 分型：22 例 II 型，11 例 III 型，6 例 IV 型。对照组男 25 例，女 14 例，年龄 73~93 岁，平均 (80.5±3.8) 岁；Garden 分型：20 例 II 型，13 例 III 型，6 例 IV 型。两组病人的性别、年龄、Garden 分型等一般资料对比，差异无统计学意义，具有可比性。

### 1.2 方法

所有病人接受辅助检查，检测病人的血压和血糖控制水平、心肺功能，并详细了解患肢状况。病人执行皮肤牵引或骨牵引，以充分了解患肢血管状况，根据各项检查结果评定病人股骨颈、四周累及状况。手术前使用常规药，等病人达到手术要求后，再行手术。

对照组执行内固定术，执行硬膜外麻醉或腰麻醉，呈侧卧体位，在 C 型臂下，对股骨颈复位，结束后采用 A0 加压 3 枚空心螺钉进行固定。

试验组执行小切口股骨头置换术，具体如下：硬膜外麻醉后，于受伤股骨的粗隆切开细小手术口，顺着开口，于粗隆部位的正中央垂直方向切开 10cm 切口。充分暴露股骨颈间的关节囊后，切开股骨，同时测量股骨角度，接着进行截骨与扩髓，然后经手术口把提前准备好的假体植入其中。对受伤股骨的修复情况进行核查，确定所有程序正确后封闭粗隆，最后通过引流装置，抽取手术部位的血水积液。

两组都完成修复手术后，通过管道设施给病人导尿，监测病人生命体征，根据股骨实际的复原状况，制定病人腿部训练方案，给病人使用其机体耐受的抗炎药剂，避免与控制骨骼受伤位置出现炎症，再运用肝素药剂疏通双腿血管，避免在恢复过程中出现血管栓塞。

### 1.3 观察指标

手术时间、出血量、下床时间、使用助步器时间，随访 12~18 个月，运用 Harris 对两组髋关节功能恢复状况加以评定，90~100 分，定为优秀；80~89 分，定为良好；70~79 分，定为尚可；不到 70 分，定为较差<sup>[2]</sup>。观察两组并发症情况。

### 1.4 统计学处理

此次实验所有数据全部由 SPSS21.0 版统计软件进行处理，计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 t 检验进行组间数据对比；以率 (%) 表示计数资料，采用卡方检验比较组间资料。以  $P < 0.05$  代表差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 对比两组手术时间、出血量、下床时间、使用助步器时间、Harris 评分

表 1: 对比两组手术时间、出血量、下床时间、使用助步器时间、Harris 评分 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间 (min)	出血量 (ml)	下床时间 (d)	使用助步器时间 (d)	Harris 评分 (分)
对照组	39	62.31±5.73	220.12±55.34	39.14±8.27	39.86±5.34	76.24±6.78
试验组	39	87.27±9.35	128.67±31.56	10.21±2.54	24.78±3.62	90.17±7.25
t		14.214	8.974	20.883	14.598	8.764
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

试验组手术时间比对照组要长，且出血量比对照组要低，

(下转第 55 页)

2.2 两组患者总效率、手术并发症发生率、患者病残率、死亡率比较

显微组总效率高于传统组，手术并发症发生率、患者病残率、死亡率低于传统组， $\chi^2$  统计处理呈  $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3: 两组患者总效率、手术并发症发生率、患者病残率、死亡率比较

组别	总效率	并发症	病残率	死亡率
显微组	45 (90.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	0 (0.00)
传统组	34 (68.00)	12 (24.00)	5 (10.00)	5 (10.00)
$\chi^2$ 值	15.982	13.522	8.644	10.423
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

### 3 讨论

脑胶质瘤为常见颅内肿瘤，发生率 40% 左右，肿瘤活动性大，可产生组织毒素或溶解性物质，导致周围组织入侵能力丧失，跟正常组织混杂，伴随神经纤维延伸浸润。目前，脑胶质瘤的治疗方法以手术为首选，手术目的在于切除肿瘤，并确保神经系统功能的保留，以改善患者术后生存质量。传统手术大骨瓣开颅将肿瘤切除，甚至去除骨瓣，不仅增加了正常脑组织和功能区损伤的可能，也导致患者术后生存质量降低<sup>[3-4]</sup>。

目前，随着显微外科技术的发展，其在脑胶质瘤中应用广泛且成效显著，手术在显微镜下进行，可改善手术视野，完整将肿瘤切除，可规避对正常脑组织的损伤，减轻术后神经功能障碍，提升患者的生存质量，克服了传统手术方法的缺陷<sup>[5]</sup>。另外，显微外科手术切口根据影像学结果设计，可充分暴露肿瘤，减少脑组织不必要的暴露，对神经功能的保护有益。显微手术可减少对脑组织的牵拉损害，还可更清楚辨别肿瘤组织、瘤周组织和肿瘤胶质增生带，可在镜下进行完整切除，最大限度保护脑神经功能<sup>[6-7]</sup>。

本研究结果显示，显微外科手术切除治疗脑胶质瘤的可行性高，可有效减少手术并发症的发生，降低病残率、死亡

率，缩短住院时间，减轻住院负担，提升患者术后生存质量，值得推广。

#### [参考文献]

- [1] 梁占江. 显微外科手术切除治疗脑胶质瘤的临床方法研究[J]. 大家健康(中旬版), 2015, 9(10):100-101.
- [2] 舒俊斌. 脑胶质瘤显微手术治疗探讨[D]. 大连医科大学, 2012.
- [3] 杨凯. 显微手术治疗脑胶质瘤的临床分析[J]. 中国医药指南, 2013, 13(34):326-327.
- [4] 吕学明, 袁绍纪, 朱伟杰等. 首次 X-刀治疗的幕上恶性胶质瘤显微手术切除的临床体会(附 8 例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志, 2010, 15(7):426-427.
- [5] 张庆原, 李桂香, 张剑宁等. 神经外科导航辅助下邻近功能区脑胶质瘤的手术治疗[J]. 立体定向和功能性神经外科杂志, 2007, 20(2):97-99.
- [6] 张广健, 郝彩江, 葛明芹等. 显微手术联合 5-FU 及放射性 125I 粒子永久植入治疗复发性脑胶质瘤[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2011, 05(9):2543-2548.
- [7] 张艳阳. 前纵裂入路手术切除鞍区巨大肿瘤 110 例临床分析[J]. 中华医学杂志, 2014, 21(47):3740-3744.

(上接第 53 页)

同时下床时间与使用助步器时间都比对照组要短，试验组的 Harris 评分比对照组要高，差异全部具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

2.2 对比两组并发症情况

试验组并发症机率明显比对照组要低 ( $\chi^2=4.523$ ,  $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2: 对比两组并发症情况 [n(%)]

组别	例数	内固定不成功	肺部感染	深静脉血栓	泌尿系统感染	骨折未愈合	并发症机率
对照组	39	2 (5.13)	2 (5.13)	1 (2.56)	2 (2.56)	3 (7.69)	10 (25.64)
试验组	39	0 (0.00)	1 (2.56)	1 (2.56)	1 (2.56)	0 (0.00)	3 (7.69)

### 3 讨论

治疗老年股骨颈骨折，传统牵引方法存在不少缺陷：并发症机率高，较差的预后，严重影响病人生活质量。不断发展与更新的医学技术与设备，小切口股骨头置换术被广泛应用于治疗骨折。

小切口股骨头置换术的优势是微创、美观不受影响、容易让病人接受；手术当中越小的创伤，就越能使机体内环境受到手术实施当中的影响下降，使术后病人尽快康复<sup>[3]</sup>。本次试验结果显示，小切口股骨头置换术治疗的试验组患者手术时间比对照组要长，且出血量比对照组要低，同时下床时间与使用助步器时间都比对照组要短，试验组的 Harris 评分比对照组要高。同时，由于此手术方法在实施当中与手术后，没有较大出血量，手术时间不长，病人受感染机率很小，所以大为降低手术后并发症的出现机率。

综上所述，小切口股骨头置换术治疗高龄股骨颈骨折，疗效显著，安全可靠，促使老年人尽早开始活动，让关节功能得以恢复，提高病人的生活质量，值得推广运用。

#### [参考文献]

- [1] 黄海昆, 王龙. 小切口股骨头置换术治疗高龄股骨颈骨折患者的有效性分析[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(07):164-165.
- [2] 王镜山. 探析小切口股骨头置换在 70 例高龄股骨颈骨折患者中的运用效果[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(21):102-103.
- [3] 王海羽, 刘朝发. 微创小切口人工双极股骨头置换治疗高龄股骨颈骨折的疗效分析[J]. 中国医学工程, 2014, 22(05):52-53.