



直接前侧入路 (DAA) 与后外侧入路全髋关节置换治疗股骨颈骨折的早期临床疗效对比

贺文南 (永州市新田县中医医院 湖南永州 425700)

摘要: **目的** 于股骨颈骨折患者中分别应用直接前侧入路 (DAA) 与后外侧入路全髋关节置换治疗, 对比分析早期临床疗效。**方法** 2016.2 ~ 2018.11 期间, 以随机数表法展开分组, 从我院挑选 100 例股骨颈骨折患者作为研究对象, 将其分为对照组和观察组, 各 50 例, 对照组应用后外侧入路全髋关节置换治疗, 观察组直接前侧入路全髋关节置换治疗。对比分析两组患者的手术情况以及疼痛评分。**结果** 实施直接前侧入路全髋关节置换治疗的各项手术情况指标均优于后外侧入路全髋关节置换治疗, 可体现为手术切口长度小、术后卧床时间短、住院时间短, 组间差异显著 ($P < 0.05$); 与对照组实施比较, 观察组患者术后 7 天内疼痛评分均较低, 组间差异显著 ($P < 0.05$)。**结论** 将直接前侧入路全髋关节置换治疗应用于股骨颈骨折患者中的早期治疗效果优于后外侧入路全髋关节置换治疗, 不仅手术切口长度小、术后卧床时间短、住院时间短, 而且术后 7 天内患者的疼痛程度较轻。

关键词: 直接前侧入路 后外侧入路 全髋关节置换 股骨颈骨折

中图分类号: R687.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 03-099-02

股骨颈骨折属于老年骨科常见多发病, 多采用全髋关节置换术展开治疗, 可有效缓解患者的疼痛, 同时对患者的髋关节功能以及生活质量具有改善作用。近几年来, 随着的生物材料以及人工关节技术的快速发展, 微创髋关节置换成为了人们热议的话题, 与之相关的入路方式更是成为了热议话题中的焦点。为进一步分析入路方式对股骨颈骨折患者早期治疗效果产生的影响, 在本文中就从我院挑选 100 例股骨颈骨折患者作为研究对象, 对直接前侧入路与后外侧入路的实施效果展开了分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2016.2 ~ 2018.11 期间, 以随机数表法展开分组, 从我院挑选 100 例股骨颈骨折患者作为研究对象, 将其分为对照组和观察组, 各 50 例。对照组有男性患者 20 例、女性患者 30 例, 患者最小年龄为 66 岁、最大年龄为 79 岁、年龄平均为 (68.79 ± 2.32) 岁; 观察组有男性患者 19 例、女性患者 31 例, 患者最小年龄为 67 岁、最大年龄为 80 岁、年龄平均为 (69.82 ± 2.31) 岁。在对照组和观察组患者一般资料之间, 不存在显著差异, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 方法

对照组应用后外侧入路全髋关节置换治疗, 具体步骤如下: 首先, 对患者实施麻醉后取侧卧位, 此后于大粗隆尖部偏后 1 厘米位置作中心切口, 于髂骨后向上刺向远端直至股骨干。其次, 对各层纤维组织和臀大肌予以逐层分离, 并将外旋肌群彻底切断, 在手术的过程中可结合患者的实际情况决定是否保留梨状肌和股方肌。最后, 将髋关节后方关节囊切开, 以常规步骤对关节假体予以置换。

观察组直接前侧入路全髋关节置换治疗, 具体步骤如下: 首先, 对患者实施麻醉后取仰卧位, 此后于大粗隆尖部位置作中心切口, 从臀中肌后缘沿着股骨轴线远端不断延伸。其次, 将阔筋膜张肌切开, 分别将股中肌和臀外侧肌牵开暴露, 并切断臀中肌前肌束, 保留后方臀中肌前肌束, 大粗隆远端切开发外侧直肌直至股骨。最后, 将前方关节囊切开, 促使患肢外旋内收, 关节前脱位, 充分暴露髋臼和股骨端。应用一般步骤实施假体置换^[1]。

1.3 观察和评价指标

对比分析两组患者的手术情况各项指标 (手术切口长度、术后卧床时间、住院时间) 和 7 天内的疼痛程度。

疼痛评估采用疼痛视觉模拟评分实施评价, 评分介于 0 到 10 分之间, 评分越高则疼痛程度越严重^[2]。

1.4 统计学分析

在本论文中, 全部数据均应用 SPSS21.0 统计学软件包进行

处理, $P < 0.05$ 表示差异存在统计学意义; 计量资料 “ $\bar{x} \pm s$ ” 采用 t 检验。

2 结果

2.1 各项手术情况指标比较分析

实施直接前侧入路全髋关节置换治疗的各项手术情况指标均优于后外侧入路全髋关节置换治疗, 可体现为手术切口长度小、术后卧床时间短、住院时间短, 组间差异显著 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 分析比较各项手术情况指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	病例	手术切口长度 (cm)	术后卧床时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	50	12.24 ± 3.16	2.64 ± 0.9	10.87 ± 1.42
观察组	50	10.06 ± 2.22	1.37 ± 0.8	9.33 ± 1.54
t	/	3.992	7.458	5.198
P	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 疼痛评分比较分析

与对照组实施比较, 观察组患者术后 7 天内疼痛评分均较低, 组间差异显著 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2: 术后 7 天内疼痛评分比较分析 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	病例	术前	术后第 1 天	术后第 3 天	术后第 7 天
对照组	50	7.7 ± 1.2	4.2 ± 0.9	3.5 ± 0.9	2.4 ± 0.8
观察组	50	7.9 ± 0.9	3.4 ± 0.8	2.9 ± 0.8	2.1 ± 0.7
t	/	0.943	4.698	3.523	1.996
P	/	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

股骨颈骨折属于一种在老年人中较为常见的骨折类型, 髋骨疼痛、肿胀为该病症的主要临床表现。老年群体中, 由于患者的骨质较为疏松且骨小梁数量较少, 所以股骨颈的抗压能力较弱, 易产生股骨颈骨折的情况。若治疗不及时, 则会导致股骨头长期缺血缺氧, 继而导致股骨头缺血坏死^[3]。

目前, 治疗股骨颈骨折的主要措施为手术治疗, 治疗方法可分为切开复位内固定治疗以及髋关节置换术, 其中后外侧入路髋关节置换术属于一种功能重建手术, 对疼痛具有缓解作用, 而且可矫正畸形, 有效重建了关节功能, 但切口入路较多, 不仅切口较大, 而且软组织损伤严重, 在手术完成易出现脱位的情况。直接前侧入路髋关节置换术, 则对臀中肌后肌束不会产生损伤, 同时还对外展功能以及前方稳定性不会产生影响, 手术完成后也不易产生脱位的情况, 促进了患者早期的下床活动^[4]。从本文的研究结果可获知, 实施直接前侧入路全髋关节置换治疗的各项手术

(下转第 103 页)



方案治疗的患者白细胞下降程度更为严重,其中患者在化疗开始的1-2周内白细胞下降最为显著,此时需要配合使用升白药物治疗,以控制白细胞降低速率,避免造成免疫力严重下降。TEC方案引起白细胞降低速率显著的原因可能与用药密集有关,用药密集使得药物的用量更高,因此更容易引起骨髓抑制,对白细胞水平的影响也更为明显。

综上所述,两种治疗方案在乳腺癌治疗中均发挥着较好的作用,但TEC方案更容易引起白细胞水平下降,因此在进行该方案治疗时,应注意加强监测患者的白细胞水平,并及时给予升白治疗,积极预防白细胞减少症发生,最大限度的减少患者的感染发生几率,提升患者的预后质量。

参考文献

[1] 秦雪. 乳腺癌患者接受TEC方案与EC-T方案治疗后白细胞水平的变化[J]. 实用癌症杂志, 2017, 32(9): 1464-1466.

[2] 王荫科. 乳腺癌术后TEC与EC序贯T辅助化疗疗效和安全性临床分析[J]. 北华大学学报(自然科学版), 2018, 19(1): 77-81.

[3] 盛树海, 郑进, 刘广寅, 等. 多西紫杉醇和表阿霉素及环磷酰胺联合化疗与序贯化疗近期不良反应的比较[J]. 广东医学, 2013, 34(11): 1773-1775.

[4] 李上芹, 苏国森, 黄国兴, 等. 4EC序贯4T方案与6TEC方案治疗乳腺癌的疗效及耐受性比较[J]. 海南医学, 2018, 29(10): 118-120.

[5] 范惠文, 余秋月. EC序贯T化疗方案对I、II期乳腺癌保乳术后患者疗效观察[J]. 中华普外科手术学杂志: 电子版, 2016, 10(5): 617-619.

[6] 凌丰军. EC序贯P剂量密集方案与TEC方案在乳腺癌新辅助化疗中的疗效分析[J]. 国际医药卫生导报, 2016, 22(19): 2995-2998.

(上接第99页)

情况指标均优于后外侧入路全髋关节置换治疗,可体现为手术切口长度小、术后卧床时间短、住院时间短,其中对照组的住院时间为 (10.87 ± 1.42) d, 观察组的住院时间为 (9.33 ± 1.54) d。吴晓东^[5]通过采用同样的入路方法进行研究获知,对照组的住院时间为 (8.1 ± 1.6) d, 观察组的住院时间为 (5.2 ± 0.9) d, 进一步证明了本文的研究结果。

综上所述,直接前侧入路全髋关节置换治疗应用于股骨颈骨折患者中的早期治疗效果显著,改善了患者的手术状况且减轻了患者的早期疼痛程度。

参考文献

[1] 张赐鑫, 肖胜添, 艾华军, 等. 直接前侧入路(DAA)与后外侧入路全髋关节置换治疗股骨颈骨折的早期临床疗效对比[J]. 生

物骨科材料与临床研究, 2018, 15(06): 78-80.

[2] 王百盛, 张敬东, 刘欣伟, 等. 侧卧位直接前方入路与后外侧入路全髋关节置换术治疗高龄股骨颈骨折对照研究[J]. 临床军医杂志, 2016, 44(10): 1010-1014.

[3] 吴威, 孟双全, 朱贤友, 等. 后外侧微创小切口全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的临床分析[J]. 西北国防医学杂志, 2016, 37(08): 542-543.

[4] 郝富永, 巨啸晨, 姜侃. 前外侧与后外侧入路行全髋关节置换术治疗股骨颈骨折的临床对照研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(67): 13119-13120.

[5] 吴晓东. 侧卧位直接前方入路(daa)与髋关节后外侧入路全髋关节置换术治疗股骨颈骨折的回顾性对比研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(92): 35-38.

(上接第100页)

包扎过紧,患者难以承受,包扎过松,患者创面愈合修复就会受到影响,不利于患者下床活动,导致患者食欲下降,肠蠕动减慢,容易发生便秘。每次换药都需要有经验的医生亲自操作或亲临指导。而高负压引流的患者,每天查房都可方便地查视切口,了解有无皮下积液、皮瓣坏死的情况,有利于早期介入。而换药则变得非常简单,各级医生都可以很好地完成。总体工作量明显下降。

3.5 高负压引流术后临床应注意的事项

患者在引流期间,引流瓶内的引流液不需要倾倒,而错误的倾倒,则会使引流瓶内负压消失,使该引流瓶报废。嘱咐患者及陪护,注意引流瓶及引流管的摆放位置,避免粗暴牵拉引流管。注意观察引流管道是否通畅,引流量及引流分泌物颜色的变化,这样会使术后创面大出血及时发现。注意观察引流瓶的负压指示

器,了解负压情况。如没有负压应及时更换。引流量的登记以累记式计算。

参考文献

[1] Jain PK, Sowdi R, Anderson AD. R andomized clinical trial invest ti- gating the use of drains and fibrin sealant following surgery for breast cancer[J]. Br J Surg, 2004, 91(1): 154-160.

[2] Terrell GS, Singer JA. Axillary Versus combined axillary and pectoal drainage after modified radical mastectomy[J]. Surg Gynecol Obstet, 1992, 175(5): 437-440.

[3] 沈俊, 邱国华. 乳腺癌术后积液产生的原因和预防[J]. 国际外科学杂志, 2006, 33(2): 103-106.

[4] 裘法祖, 孟承伟. 外科学[M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 316.

(上接第101页)

可有效增加心排血量和心肌的供养作用,常被用于治疗心绞痛和高血压等疾病。两种药物联用的治疗效果较好,但由于治疗时须同时服用两种药物,导致患者的服药依从性降低,不能长时间坚持用药。而复方氨氯地平阿托伐他汀钙片则不存在这一弊端,并且根据本次研究结果显示,单用复方药物的治疗效果要明显显著于两种药物联用,对患者的血压和血脂水平改善程度要优于两种药物联用,且能有效提升患者的服药依从性^[5]。

综上所述,在治疗高血压疾病中,复方氨氯地平阿托伐他汀钙片的临床疗效显著,不仅能有效控制患者的血压、血脂水平,还能提升患者的服药依从性,从而确保治疗效果,值得临床推广采用。

参考文献

[1] 徒强. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压病的临床疗效观察[J]. 临床医药文献杂志, 2017, 4(31): 6073-6074.

[2] 汗克孜-那买提拜. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压的疗效观察[J]. 2016, 4(22): 51-51.

[3] 广志亮. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床价值分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(16): 32-33.

[4] 黄润珍, 梁绮雯, 张国浩. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2016, 16(7): 921-923.

[5] 朱桐, 夏志敬. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压疗效分析[J]. 2016, 29(33): 233-234.