

人工股骨头置换治疗高龄股骨转子间骨折

陈 强

莒南县红十字永康医院 山东 临沂 276600

【摘要】目的：分析人工股骨头置换治疗高龄股骨转子间骨折的临床疗效。**方法：**抽取2020年1月至2021年8月于本院治疗的72例高龄股骨转子间骨折病例，根据患者选择划入实验组与参照组（ $n=36$ ）。参照组予以内固定术治疗，实验组行人工股骨头置换术治疗，对比两组患者的治疗效果及恢复时间等。**结果：**实验组患者的手术时间、失血量、术后卧床时间及住院时间均相对较低，与参照组对应指标比较有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。手术后两组患者的VAS评分、Harris评分均显著改善，实验组患者评分的改善幅度更大，优于参照组（ $P < 0.05$ ）。术后参照组8例出现并发症，实验组1例出现并发症，实验组的并发症发生率相对较低（ $P < 0.05$ ）。**结论：**人工股骨头置换治疗高龄股骨转子间骨折的疗效较好，患者恢复速度较快，并发症发生率较低，临床应用安全、有效。

【关键词】人工股骨头置换术；高龄；股骨转子间骨折

【中图分类号】R683.42

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)42-8-02

股骨转子间骨折为骨科常见的疾病类型，多由于直接或者间接暴力所致。老年人身体素质较差，易于跌倒，骨折发生率较高。股骨转子间骨折患者的临床表现多为患肢肿胀、活动受限，对其日常生活能力会产生较大影响。手术为常用的治疗方式，可减轻患者疼痛程度，增强患者的自主生活能力。针对于高龄股骨转子间骨折患者，常规临床多应用内固定术治疗，但术后患者恢复速度较慢，且出现各类并发症，影响患者的预后效果与生活质量。为了深入探究人工股骨头置换术的应用效果，文章抽取2020年1月至2021年8月于本院治疗的72例高龄股骨转子间骨折病例，根据患者的手术治疗方式及效果讨论，报告如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

抽取2020年1月至2021年8月于本院治疗的72例高龄股骨转子间骨折病例，根据患者选择划入实验组与参照组（ $n=36$ ）。参照组男女比值是20:16，年龄62~83岁，均龄（ 68.11 ± 2.06 ）岁。试验组男女比值是21:15，年龄61~85岁，均龄（ 68.02 ± 2.13 ）岁。两组基础数据对比无显著区别，无手术禁忌证。患者及其家属均知晓研究内容，可分组对照研究（ $P > 0.05$ ）。

1.2 手术方案

1.2.1 参照组予以内固定术治疗，仰卧位，全身麻醉 C型臂 X线机引导下闭合复位，以股外侧为切口，平行股骨顺着患者大腿外侧向下，逐层切开皮肤和皮下组织，暴露股外侧肌、股骨大转子下缘肌肉，观察患者骨折移位情况等，且复位骨折位置。

复位完成后放置接骨板，应用克氏针固定，置入3枚导针。复位良好则拔除导针，置入锁定钉，螺钉固定后缝合切口。

1.2.2 对实验组行人工股骨头置换术治疗，侧卧位，全身麻醉 髋关节后外侧手术切口，切开皮肤、皮下组织，暴露髋关节，“T型”切开发节囊，锯断股骨颈后扩髓处理。填充骨水泥，放置股骨假体柄。粉碎性骨折的患者应用骨水泥黏附力，粘贴在碎骨位置。固定小转子或大转子，检查患者关节活动能力，无误后冲洗处理，缝合关节囊，逐层缝合切口。

1.3 评价标准

记录患者的手术时间、失血量、术后卧床时间及住院时间。应用VAS评分（疼痛自评量表）检测患者手术前后的疼痛程度，分数0~10分，分数高则疼痛感越强烈。应用Harris评分检测患者手术前后的髋关节恢复效果，满分是100分，分数越高则患者的髋关节功能恢复效果越佳。对比两组患者的术后并发症发生几率。

1.4 统计学方法

SPSS 20.0为统计软件，计量数字 t 值检测， χ^2 计算计数内容， $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 实验组与参照组患者的手术指标对比

实验组患者的手术时间、失血量、术后卧床时间及住院时间均相对较低，与参照组对应指标比较有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 实验组与参照组患者的手术指标对比

组别	手术时间 (min)	术中失血量 (mL)	术后卧床时间 (d)	住院时间 (d)
实验组 ($n=36$)	55.91 ± 7.06	201.03 ± 15.11	7.76 ± 1.14	15.01 ± 2.33
参照组 ($n=36$)	77.92 ± 11.57	481.49 ± 21.02	20.68 ± 2.22	24.18 ± 3.04
t	10.68	28.34	32.11	13.29
p	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 手术前后两组患者的VAS评分、Harris评分对比

手术后两组患者的VAS评分、Harris评分均显著改善，试验

组患者评分的改善幅度更大，优于参照组（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 手术前后两组患者的VAS评分、Harris评分对比

组别	VAS评分 (分)		Harris评分 (分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组 ($n=36$)	7.12 ± 1.11	1.68 ± 0.27	29.44 ± 2.19	84.11 ± 5.06
参照组 ($n=36$)	7.18 ± 1.02	3.08 ± 0.49	29.37 ± 2.28	72.02 ± 3.05
t	-	9.29	-	9.41
p	-	0.000	-	0.000

2.3 参照组与试验组患者的并发症发生率比较

术后参照组 8 例出现并发症, 实验组 1 例出现并发症, 试验

组的并发症发生率相对较低 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 参照组与实验组患者的并发症发生率比较

组别	肺部感染 (n)	深静脉血栓 (n)	延迟愈合 (n)	发生率 (%)
实验组 (n=36)	1	0	0	2.78
参照组 (n=36)	3	3	2	22.22
χ^2	-	-	-	5.03
p	-	-	-	0.028

3 讨论

高龄股骨转子间骨折患者的骨质较为疏松, 身体机能衰退, 骨折发生的几率相对较高^[1]。常规临床主要以内固定术治疗, 尽管能够改善患者的临床症状, 但是术后患者恢复速度较慢, 临床应用效果受到诸多限制。

人工股骨头置换术可快速减轻患者的疼痛程度, 促进患者髋关节功能的快速恢复, 缩短患者的住院时间。本次研究结果显示, 实验组患者的手术时间、失血量、术后卧床时间及住院时间均相对较低, 手术后实验组患者的 VAS 评分、Harris 评分改善效果更优, 且参照组 8 例出现并发症, 实验组 1 例出现并发症, 实验组的并发症发生率相对较低。分析原因, 常规内固定术可有效治疗股骨转子间骨折, 预防股骨颈旋转。但手术中需要扩充髓腔, 会影响患者的骨皮质状态, 增加骨折移位的发生率, 延长患者的术后恢复时长。患者术后长时间卧床休息, 也会增加肺部感染、下肢深静脉血栓等并发症发生率^[2]。手术治疗后, 多数患者需要通过二次手术的方式取出固定物, 也会增加患者的疼痛程度, 影响患者术后恢复时间与自主生活能力^[3]。人工股骨头置换术具有手术时间较短, 手术中失血量较少及术后恢复速度较快等优势^[4]。将假体置入后, 可使患者的股骨小转子、大转子均匀受力, 顺着骨骼有效传输扭力与轴向负荷, 改善患者的骨质疏松症状^[5]。假体应用的时间较长, 可避免患者反复手术所产生的疼痛感受, 降低患者的并发症发生率^[6]。相比内固定治疗术, 人工股骨头置换术更

利于患者患肢功能的快速恢复, 早期恢复患者的自主生活能力。

综上所述, 人工股骨头置换治疗高龄股骨转子间骨折的疗效较好, 可快速缓解患者的疼痛程度, 提升患者的自主生活能力。手术后患者恢复速度较快, 并发症发生率较低, 建议临床应用。

参考文献

- [1] 张建功, 王盛龙, 田瑞忠, 等. 骨水泥长柄双极人工股骨头置换术治疗高龄不稳定股骨粗隆间骨折 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2021, 36(6): 592-594.
 - [2] 张要雨. 生物型人工股骨头置换术治疗老年股骨转子间骨折的临床疗效及预后分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(10): 1631-1633.
 - [3] 董哲. 人工股骨头置换与 PFNA 内固定治疗老年股骨转子间骨折的效果比较 [J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(1): 52-53.
 - [4] 文海昭, 曹三利, 李海啸, 等. 比较 PFNA 内固定与人工股骨头置换术对高龄股骨粗隆间骨折的治疗效果 [J]. 中国社区医师, 2020, 36(35): 55-56.
 - [5] 张志平, 李启中, 郭海鸥, 等. PFNA 与人工股骨头置换术治疗高龄股骨粗隆间骨折患者髋关节功能的比较研究 [J]. 中国医学工程, 2020, 28(10): 104-106.
 - [6] 于斌. 对比采用股骨近端防旋髓内钉 (PFNA)、加长柄人工股骨头置换治疗高龄股骨粗隆间骨折的临床疗效 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(29): 38, 63.
- (上接第 7 页)
- [12] 马远征, 王以朋, 刘强, 等. 中国老年骨质疏松诊疗指南 (2018) [J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(11): 2561-2579.
 - [13] 张鹤, 陈明, 柴广睿, 等. 眶壁骨折的诊断和治疗现状 [J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2014, 36(11): 876-880.
 - [14] Chang JT, Morrison CS, Styczynski JR, et al. Pediatric Orbital Depth and Growth: A Radiographic Analysis [J]. J Craniofac Surg, 2015, 26(6): 1988-1991.
 - [15] Chandler DB, Rubin PA. Developments in the understanding and management of pediatric orbital fractures [J]. Int Ophthalmol Clin, 2001, 41(4): 87-104.
 - [16] Santamaria J, Mehta A, Reed D, et al. Orbital roof fractures as an indicator for concomitant ocular injury [J]. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2019, 257(11): 2541-2545.
 - [17] Zeitoun IM, Ebeid K, Soliman AY. Growing skull fractures of the orbital roof: a multicentric experience with 28 patients [J]. Childs Nerv Syst, 2021, 37(4): 1209-1217.