

直接前侧入路与后外侧入路进行人工全髋关节置换手术的临床效果观察

海 峰

(鹤岗鹤岗矿医院骨二科 黑龙江鹤岗 154100)

摘要:目的:观察在人工全髋关节置换术实施中不同入路方式所呈现出的临床疗效。方法:观察病例选择在2019年5月-2020年8月时段就诊于我院的施行人工全髋关节置换术的患者88例,依据入路方式不同开展分组观察,例数均分($n=44$),选择后外侧入路、直接前侧入路的病例组别分别为对照组和实验组,对2种入路方式所呈现出的临床治疗效果进行对比和观察。结果:相对于对照组,实验组病例优良率提升明显,比较差异性明显($P<0.05$)。结论:在全髋关节置换术治疗中应用直接前侧入路方式可达到满意的治疗目标,建议推广。

关键词:人工全髋关节置换术;后外侧入路;直接前侧入路

人工全髋关节置换术在临床上作为一种应用较为广泛的手术方式,对髋关节疾病治疗中应用,治疗目标为患者疼痛发挥改善作用,促进髋关节功能恢复,促进患者生活质量提升。而入路方式直接关系到手术效果,因此,必须科学选择手术入路方式,在临床上入路方式较多,比如后侧、后外侧、外侧、前外侧、直接前方等入路方式,选择不同的入路方式临床疗效也有所差异^[1]。本次研究主要对后外侧入路和直接前侧入路两种入路方式的临床效果进行对比和观察,观察内容和成果呈现如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察病例选择在2019年5月-2020年8月时段就诊于我院的施行人工全髋关节置换术的患者88例,依据入路方式不同开展分组观察,例数均分($n=44$),病例组别分别为对照组和实验组,其中对照组的基本情况为:男性病例数和女性病例数分别为24/20(例),(60.05 ± 3.35)岁为该组病例年龄平均值,以50~72岁为该组病例年龄范围,疾病类型包括类风湿性关节炎、股骨颈骨折、股骨头坏死、髋关节炎,病例数分别为11、7、10、16(例);实验组的基本情况为:男性病例数和女性病例数分别为23/21(例),(60.18 ± 3.30)岁为该组病例年龄平均值,以52~71岁为该组病例年龄范围,疾病类型包括类风湿性关节炎、股骨颈骨折、股骨头坏死、髋关节炎,病例数分别为10、8、11、15(例),统计学处理2组基本情况,比较差异性并不明显($P>0.05$),2组可实现对比。

1.2 方法

2组均实施人工全髋管置换术,而入路方式有所区别,具体方法如下:

对照组入路方式:后外侧入路,置患者于侧卧位体位,麻醉方式为硬膜外持续麻醉,对骨性突起位置注意保护,切口作于髋部后外侧,将皮下组织和皮肤逐层切开,实施分离处理,将臀大肌和阔筋膜暴露出来,将阔筋膜切开,一直到臀大肌位置,牵开阔筋膜张肌纤维,之后牵开臀中肌和股方肌;使髋关节处于内旋的状态,在大转子止点位置将外旋肌群实施切断处理,将关节囊切开,关节脱位,股骨颈截断术开展于小转子1.5cm位置,将股骨头取出;对骨赘(髋臼)进行清理,并磨至光滑,将假体和内衬植入,置患者髋关节依次为内旋、屈曲、内收位,将股骨近端暴露,实施扩髓处理,将股骨头和股骨柄植入,对髋关节进行复位;对髋关节活动度和稳定性进行检查,符合标准之后,对肌群止点、皮肤和筋膜进行缝合。

实验组入路方式:直接前入路,麻醉方式为硬膜外持续麻醉,对髋前上棘和股骨大转子位置进行确定,将切口作于髋前上棘之外6.5cm位置,切口长度约为6cm,将筋膜、皮下组织和皮肤逐层切开,并实施分离处理,将阔筋膜张肌和缝匠肌暴露出来;皮神经牵开处理,将阔筋膜实施分离处理和牵拉,充分暴露Smith Peterson间隙;分支分离旋股外侧的血管,并实施结扎术,对筋膜(股直肌间)和阔筋膜张肌进行牵拉,将关节囊充分暴露出来;将关节囊切开,平行在股骨颈上进行截骨(2道),将股骨头和截骨块取出,清理增生骨赘,将假体和内衬植入;对远端床体仅调整,30°床平面,调整患肢为外旋

内收位(极度),将股骨近端暴露出来,对闭口内肌、臀小肌、梨状肌等附着点进行寻找,实施扩髓,将股骨假体和股骨头植入,复位髋关节;对髋关节活动度和稳定性进行检查,符合标准之后,对肌群止点、皮肤和筋膜进行缝合。

1.3 评价指标

以Harris评分为依据评价临床疗效,优:90分~100分;良:80~89分;中:70~79分;差:<70分,比较优良率。

1.4 统计学方法

本研究数据处理和分析软件为SPSS23.0软件包,t、 χ^2 分别为数据中计量、计数的检验形式,以 $P<0.05$ 为统计学判断存在意义的依据,表明差异性明显。

2 结果

相对于对照组病例,实验组病例优良率提升明显,并发症总发生率下降明显,比较差异性明显($P<0.05$),表1为详情显示。

表1 2组临床疗效与安全性的比较[n(%)]

组别	例数	优	良	中	差	优良率
实验组	44	24	17	2	1	93.18
对照组	44	15	20	7	3	77.27
χ^2						4.4226
P						<0.05

3 讨论

髋关节疾病治疗一般选择人工全髋关节置换术,可获得较好的治疗效果,然而极易发生脱位,导致这一情况的主要因素为手术中肌肉损伤,因此必须对手术入路方式进行合理选择^[2]。后外侧入路和直接前入路作为两种应用广泛的入路方式,其中直接前入路方式获得的效果较为明显,因为后外侧入路将外旋肌群切断,会损伤软组织^[3]。而直接前入路对肌肉未切断,在阔筋膜和股直肌间作切口,对肌肉结构进行完整保留,在手术中修复关节囊,可将髋关节稳定性增加,以避免发生脱位情况^[4]。本次研究结果表明,直接前入路方式实施人工全髋关节置换术患者髋关节得以良好恢复,疗效确切。

综上所述,在全髋关节置换术治疗中应用直接前侧入路方式可达到满意的治疗目标,建议推广。

参考文献:

- [1]陈红钧.直接前入路与后外侧入路对人工全髋关节置换术影响的临床比较[J].系统医学,2020,5(08):77-79.
- [2]张铁华,李皓桓,张小龙,周思齐,彭飞,李建平.直接前侧入路与后外侧入路人工全髋关节置换术的临床效果比较研究[J].骨科,2018,9(02):127-131+140.
- [3]高益,瞿玉兴,周祺,王斌,郑冲,罗立立.直接前侧入路与后外侧常规入路微创全髋关节置换术的稳定性比较[J].中国组织工程研究,2018,22(07):997-1002.
- [4]周甲彬,韩桂全,崔冠兴,刘兴龙,唐述森.前侧入路与传统后外侧入路人工全髋关节置换术的血清学层面对比研究[J].实用骨科杂志,2018,24(02):134-138.