

(文章编号) 1007-0893(2021)15-0154-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.072

# SuperPATH 入路髋关节置换术治疗股骨颈骨折的效果

吴亦新 徐小艳

(洛阳正骨医院, 河南 洛阳 471000)

**〔摘要〕** **目的:** 探究股骨颈骨折(FNF)患者经 SuperPATH 入路髋关节置换术(THR)治疗的效果。**方法:** 选取洛阳正骨医院 2017 年 1 月至 2020 年 5 月收治的 102 例 FNF 患者, 按手术入路方式不同分成两组, 观察组和对照组各 51 例。观察组接受 SuperPATH 入路 THR 治疗, 对照组接受 Moore 入路 THR 治疗。比较两组围术期指标、术前、术后 1 个月、3 个月 Harris 髋关节功能评分、术前、术后 7 d 疼痛介质[一氧化氮(NO)、5-羟色胺(5-HT)]水平。**结果:** 观察组患者住院时间、切口长度较对照组短, 术中出血量较对照组少, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 术后 1 个月、3 个月观察组患者 Harris 评分均较对照组高, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 术后 7 d, 观察组血清 NO、5-HT 水平均较对照组低, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** FNF 患者经 SuperPATH 入路 THR 治疗可有效提高髋关节功能, 缓解术后疼痛感, 利于术后恢复。

**〔关键词〕** 股骨颈骨折; 髋关节置换术; Moore 入路; SuperPATH 入路

**〔中图分类号〕** R 683.42 **〔文献标识码〕** B

股骨颈骨折(femoral neck fracture, FNF)以老年群体较为多见, 骨折位置多为股骨头和股骨颈基底部分, 若病情未得以控制, 极易引发股骨头坏死等并发症, 严重影响患者身体健康<sup>[1-3]</sup>。临床针对 FNF 患者多以传统后外侧入路髋关节置换术(total hip replacement, THR)治疗, 以 Moore 入路最具代表性, 能于一定程度改善患者临床症状, 但术中需切断外旋肌群, 对机体产生创伤相对较大<sup>[4]</sup>。SuperPATH 入路 THR 是于 Moore 入路基础上改良而来, 术中可保留外旋肌群及梨状肌完整性, 能确保前后方关节囊完整, 具有微创等优势。本研究选取 102 例 FNF 患者, 旨在探究 SuperPATH 入路 THR 应用价值, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2017 年 1 月至 2020 年 5 月收治的 102 例 FNF 患者, 按手术入路方式不同分成两组, 观察组和对照组各 51 例。其中观察组男 32 例, 女 19 例, 年龄 54~78 岁, 平均(66.14±3.35)岁, 体质指数(body mass index, BMI): 18.5~27.5 kg·m<sup>-2</sup>, 平均(22.42±1.07) kg·m<sup>-2</sup>; 对照组男 30 例, 女 21 例, 年龄 53~77 岁, 平均(65.41±3.47)岁; BMI: 18.9~27.6 kg·m<sup>-2</sup>, 平均(22.73±1.04) kg·m<sup>-2</sup>。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 经 X 线片、磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)、计算机断层扫描(computer tomography,

CT)等影像学检查确诊为 FNF; 患者及其家属知情同意本研究。排除标准: 病理性骨折; 神经损伤、脊髓损伤; 合并肝、肾、心、肺功能障碍。

### 1.3 方法

1.3.1 观察组 接受 SuperPATH 入路 THR 治疗, 健侧卧位, 患肢内旋 10~15°, 患髋屈曲 45°, 自大粗隆尖端沿股骨干延长线朝近端作 6~8 cm 切口, 切开臀肌筋膜, 并钝性分离臀大肌, 显露深层臀中肌, 同时朝前方拉开, 自梨状肌、臀小肌间隙进入, 充分暴露并打开关节囊, 放置拉钩, 显露股骨头颈, 并清理关节唇孟; 确认转子窝, 以髓腔钻开口, 探查髓腔走行, 检查有无穿出; 以髓腔钻逐号扩髓, 并探知髓腔粗度; 以髓腔锉逐级扩髓, 沿髓腔锉顶端截骨, 并取出、测量股骨头大小; 切除孟唇, 清理髓白, 安装髓白导向器, 同时建立髓腔磨锉通道后, 逐号磨髓白, 安装髓白试模, 透视下确认髓白位置及大小, 若适合则安装髓白假体、内衬、股骨头、股骨颈试模, 复位活动髋关节, 若无明显脱位发生, 则拆除试模, 并置入股骨假体及股骨头, 并再次复位, 观察活动髋关节有无脱位发生。

1.3.2 对照组 接受 Moore 入路 THR 治疗, 患髋后外侧作切口, 逐层切开, 暴露关节囊, 行股骨头取出术, 放置拉钩, 暴露髓白, 清理髓白内与周围软组织, 以髓白锉逐号打磨, 安装髓白试模, 确认髓白位置及大小, 若适合则安装髓白杯打入内衬, 并置入内衬; 于小粗隆约 1 cm 处截骨, 内收外旋大腿, 以拉钩充分暴露股骨近端, 待开槽后进行扩髓, 髓腔打磨, 置入股骨头颈试模并复位, 若观察关节活动度良好且双下肢等长, 则取出试模, 打入假体柄、股骨头,

**〔收稿日期〕** 2021-05-23

**〔作者简介〕** 吴亦新, 男, 副主任医师, 主要研究方向是髋关节外科方面。

再次复位关节，常规放置负压引流管。

两组术后予以抗感染、止痛等基础治疗，并依照具体情况进行功能锻炼指导。

#### 1.4 观察指标

(1) 两组患者围术期指标：住院时间、术中出血量、切口长度。(2) 以 Harris 髌关节功能评分评估两组患者术前、术后 1 个月、术后 3 个月髌关节功能恢复情况，共 100 分，分值越低，髌关节功能越差。(3) 两组患者术前、术后 7 d 疼痛介质〔一氧化氮 (nitric oxide, NO)、5-羟色胺 (5-hydroxytryptamine, 5-HT)〕水平，以酶联免疫吸附法测定。

#### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者围术期指标比较

观察组住院时间、切口长度较对照组短，术中出血量较对照组少，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者围术期指标比较 (*n* = 51,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	住院时间/d	术中出血量/mL	切口长度/cm
对照组	9.94 ± 2.72	192.62 ± 24.51	10.74 ± 0.72
观察组	7.58 ± 1.23 <sup>a</sup>	128.15 ± 17.82 <sup>a</sup>	7.13 ± 0.47 <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

### 2.2 两组患者 Harris 评分比较

术后 1 个月、3 个月观察组 Harris 评分均较对照组高，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者 Harris 评分比较 (*n* = 51,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	术前	术后 1 个月	术后 3 个月
对照组	41.78 ± 3.56	62.47 ± 6.33	74.79 ± 5.72
观察组	40.46 ± 3.71	70.62 ± 5.58 <sup>b</sup>	82.53 ± 5.68 <sup>b</sup>

与对照组同时间比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05

### 2.3 两组患者疼痛介质指标比较

术后 7 d，观察组血清 NO、5-HT 水平均较对照组低，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者疼痛介质指标比较 (*n* = 51,  $\bar{x} \pm s$ ,  $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ )

组别	时间	5-HT	NO
对照组	术前	1.27 ± 0.22	28.48 ± 3.89
	术后 7 d	0.53 ± 0.16	15.52 ± 1.93
观察组	术前	1.18 ± 0.25	27.31 ± 3.77
	术后 7 d	0.31 ± 0.14 <sup>c</sup>	10.16 ± 1.89 <sup>c</sup>

与对照组术后 7 d 比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05

注：5-HT — 5-羟色胺；NO — 一氧化氮

## 3 讨论

随着我国人口老龄化日益加剧，FNF 发生率呈逐年递增趋势，严重影响患者生活质量<sup>[5-6]</sup>。Moore 入路 THR 为临床针对 FNF 患者常用治疗术式，可有效改善患者临床症状，但由于术中需将外旋肌群和关节囊切除，不仅会对机体产生较大损伤，还易降低关节整体稳定性。与传统 Moore 入路 THR 治疗 FNF 患者相比，SuperPATH 入路方式具有以下几点优势：(1) 无需切断任何肌腱肌肉，保留完整关节囊及髌关节周围肌肉功能，患者术后能尽早进行早期功能锻炼，更利于髌关节功能恢复<sup>[7]</sup>。本研究数据显示，术后 1 个月、3 个月观察组 Harris 评分较对照组高，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，由此说明，SuperPATH 入路 THR 治疗 FNF 患者于促进髌关节功能恢复方面更具优势。(2) 切口约 6~8 cm 左右，相对较短，对机体及周围血管产生损伤更小，进而大大减少术中出血量，加之术中无需关节脱位，能有效减少对软组织造成的损伤，更利于患者术后身体恢复。本研究通过观察两组围术期各项指标，经比较发现，观察组切口长度及住院时间短于对照组，术中出血量少于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，由此可见，SuperPATH 入路 THR 治疗 FNF 患者术中出血量更少，更利于促进患者身体恢复，更加微创。

血清 NO 能于外周水平、中枢水平促使痛觉产生，属新型致痛分子，血清 5-HT 能将信号由经大脑皮层传至中枢，同时产生疼痛感受。既往，临床多以视觉模拟评分法评分评估患者疼痛程度，主观性相对较强，本研究通过分析疼痛介质等客观量化指标，数据显示，术后 7 d 观察组血清 NO、5-HT 水平均较对照组低，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，由此表明，SuperPATH 入路 THR 治疗 FNF 患者更能有效缓解术后疼痛感。但行 SuperPATH 入路 THR 时仍需注意，术中要严格执行无菌操作，避免术后感染发生。

综上所述，FNF 患者经 SuperPATH 入路 THR 治疗可有效提高髌关节功能，缓解术后疼痛感，利于术后恢复。

### 〔参考文献〕

- (1) 郑连生, 向保国, 林浩. 仙灵骨葆联合闭合复位空心钉固定手术治疗股骨颈骨折的疗效与安全性分析 (J). 中华中医药学刊, 2017, 35(4): 988-990.
- (2) 范磊, 李杰, 赵大中. 双极人工股骨头置换术与全髌关节置换术治疗老年股骨颈骨折疗效比较分析 (J). 河北医学, 2018, 24(5): 830-834.
- (3) 曾智敏, 凌晶, 陶崑, 等. 快速康复理念指导人工髌关节置换术治疗老年股骨颈骨折的早期疗效分析 (J). 中国骨与关节损伤杂志, 2018, 33(5): 536-537.
- (4) 谢光文, 罗加龙, 贺杰, 等. 不同入路人工全髌关节置换术治疗高龄老年股骨颈骨折的短期疗效观察 (J). 实用医院临床杂志, 2019, 16(3): 106-108.
- (5) 任诗松, 黄斌, 刘辉均. 微创全髌与微创半髌关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效比较分析 (J). 贵州医药,

2017, 41(7): 749-751.

(6) 胡涛. 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疗效比较 (J). 临床骨科杂志, 2017, 20(1): 56-57.

(7) 韩晓飞, 孙振中, 顾三军, 等. SuperPath 与 Moore 入路全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折早期疗效比较 (J). 创伤外科杂志, 2018, 20(10): 730-734.

(文章编号) 1007-0893(2021)15-0156-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.073

## 氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果

朱红丽 李 鑫 张 莹

(中牟县人民医院, 河南 中牟 450000)

**[摘要]** **目的:** 研究氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的效果。**方法:** 选取2017年10月至2018年9月中牟县人民医院收治的84例急性心肌梗死患者展开研究, 按照随机数字表法分为两组, 在常规治疗的基础上, 对照组42例采用阿司匹林治疗, 观察组42例采用阿司匹林联合氯吡格雷治疗。将两组患者的心脏功能指标、临床总有效率、血管再通率、用药安全性进行比较。**结果:** 观察组患者治疗后的左心室舒张末期内径、左心室收缩末期内径均低于对照组, 左心室射血分数、临床总有效率、血管再通率均高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 组间不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 氯吡格雷与阿司匹林联合应用在急性心肌梗死患者的治疗中具有较高的有效性和用药安全性, 可促进心脏功能的改善。

**[关键词]** 急性心肌梗死; 氯吡格雷; 阿司匹林

**[中图分类号]** R 541.6 **[文献标识码]** B

急性心肌梗死具有起病急骤、病情发展迅速等特点<sup>[1]</sup>, 为心血管疾病中的急危重症, 发病后若未得到及时、有效的治疗, 患者会出现死亡风险, 临床治疗该病时应注意提高血管再通率, 从而促进预后的改善。药物是控制急性心肌梗死的重要手段, 本研究对氯吡格雷、阿司匹林联合用药的效果进行分析, 旨在为临床提供更加安全有效的治疗方案, 报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取2017年10月至2018年9月本院接收的84例急性心肌梗死患者, 按照随机数字表法分为对照组、观察组, 各42例。对照组中, 男22例, 女20例; 年龄43~74岁, 平均(64.82±4.31)岁。发病时间为1~12 h, 平均时间为(5.42±1.18) h。观察组中, 男24例, 女18例; 年龄44~75岁, 平均(64.95±4.43)岁。发病时间为1~11 h, 平均时间为(5.34±1.20) h。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 所有患者均符合急性心肌梗死的诊断标准<sup>[2]</sup>, 存在典型心肌缺血、胸痛等临床症状;

(2) 心电图检查显示 ST 段升高、Q 波病理性改变; (3) 心肌酶谱异常升高。

1.1.2 排除标准 (1) 存在心脑血管疾病、肝肾疾病的患者; (2) 存在出血倾向、消化道溃疡的患者; (3) 存在精神异常、认知功能障碍的患者; (4) 存在溶栓禁忌证、对本研究所用药物过敏的患者。

#### 1.2 方法

两组患者在入院后均接受常规指标检查, 立即予以吸氧和对症治疗。叮嘱患者多卧床休息。

1.2.1 对照组 加用阿司匹林。首日, 口服阿司匹林(辰欣药业股份有限公司, 国药准字 H20113013) 每次 300 mg, 1 次·d<sup>-1</sup>, 连续用药 3 d 后, 剂量减至每次 100 mg, 1 次·d<sup>-1</sup>。4 周为 1 个疗程。

1.2.2 观察组 在对照组治疗措施的基础上联合氯吡格雷治疗。首日口服氯吡格雷(深圳信立泰药业股份有限公司, 国药准字 H20120035) 每次 300 mg, 1 次·d<sup>-1</sup>, 连续用药 2 d, 剂量减至每次 75 mg, 1 次·d<sup>-1</sup>, 连续治疗 4 周。

#### 1.3 观察指标

采用美国 GE 公司生产的 Voluson S6 彩色多普勒超声诊断仪进行心动图检查, 观察治疗前、治疗 4 周后两组急性心

**[收稿日期]** 2021-04-18

**[作者简介]** 朱红丽, 女, 主治医师, 主要研究方向是心内科。