

for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis [J]. Psychol Med, 2018, 48(5): 714-727.

[11] 朱文静, 陈致宇, 梁燕. 两类抗精神病药物对精神分裂症患者的疗效及社会功能的影响[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(22): 3772-3775.

[12] 赵晶媛, 黄光彪, 顾小静, 等. 4 种第二代抗精神病药物治疗精神分裂症急性期的临床观察[J]. 中国药房, 2016, 27(20): 2790-2794.

[13] 朱虹, 职利花, 贾竑晓. 齐拉西酮治疗对精神分裂症患者认知功能和生活质量的治疗效果研究[J]. 首都医科大学学报, 2018, 39(2): 199-203.

[14] 范瑜, 鲜玉霞, 李娜, 等. 积极心理学理论指导下的护理干

预用于精神分裂症患者的价值[J]. 海南医学, 2016, 27(2): 342-344.

[15] KUMAR C N, THIRTALLI J, SURESHA K K, et al. Antipsychotic treatment, psychoeducation & regular follow up as a public health strategy for schizophrenia: Results from a prospective study[J]. Indian J Med Res, 2017, 146(1): 34-41.

[16] FRANCK N. How to involve patients with schizophrenia in their treatment using psychoeducation[J]. Presse Med, 2016, 45(9): 742-748.

(收稿日期: 2018-11-13 修回日期: 2019-04-02)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.15.042

影响全髋关节置换术患者并发髋关节脱位的因素分析

乔小路, 戴强强[△]

陕西省延安市富平县第二人民医院骨科, 陕西延安 711700

摘要:目的 分析影响全髋关节置换术(THA)患者并发髋关节脱位的危险因素。方法 回顾性分析该院行 THA 且术后并发髋关节脱位的 38 例患者(脱位组)和同时间段内接受 THA 但未并发髋关节脱位的 216 例患者(非脱位组)临床资料。通过 Logistic 回归分析影响术后并发髋关节脱位的独立危险因素。结果 单因素分析结果显示, 年龄、体质量指数、患有精神疾病、有髋关节手术史、后外侧入路、非安全区安放假体、假体直径 < 30 mm、应用抗生素、术后体位控制不严格、不恰当搬运均是影响 THA 术后并发髋关节脱位的单因素 ($P < 0.05$); 多因素 Logistic 回归分析方程中发现, 患有精神疾病、有髋关节手术史、后外侧入路、非安全区安放假体、假体直径 < 30 mm、术后体位控制不严格、不恰当搬运是影响 THA 术后并发髋关节脱位的独立危险因素 ($P < 0.05$)。结论 THA 术后并发髋关节脱位可能与精神疾病、有髋关节手术史、后外侧入路、非安全区安放假体、假体直径 < 30 mm、术后体位控制不严、术后不恰当搬运等因素相关, 医护人员可以此为参考, 采取主动、有针对性的预防措施。

关键词:全髋关节置换术; 髋关节脱位; Logistic 回归分析; 危险因素

中图分类号: R684.7

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)15-2239-03

全髋关节置换术(THA)利用人工假体替换病变的关节, 可矫正关节畸形, 恢复或改善关节功能, 目前已成为较成熟的治疗手段^[1]。然而, THA 术后患者髋关节功能恢复的重要前提是术后不发生髋关节脱位。THA 术后髋关节脱位后需要及时复位, 且需限制活动, 因而严重影响患者的康复进程^[2], 而反复脱位后需要行再翻修手术, 甚至导致患者的关节功能可能难以恢复至正常水平^[3]。因此, 探讨 THA 术后并发髋关节脱位的相关危险因素, 并实施有效的预防措施, 对患者手术预后具有重要意义。对此, 本研究对本院 254 例行 THA 手术患者的病例资料进行回顾性分析, 通过 Logistic 回归分析术后并发脱位的独立危险因素, 为医生手术决策或围术期护理提供依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 8 月至 2018 年 8 月于本院行 THA 且术后并发髋关节脱位的 38 例

患者(脱位组)和同时间段内接受 THA 但未并发髋关节脱位的 216 例患者(非脱位组)的临床资料。髋关节脱位诊断标准^[4]: 患者术后自觉髋部疼痛, 髋关节出现内收、弯曲、内旋, 患肢短缩, 股骨大粗隆向上移位, 臀部可触及脱位的股骨头。以上症状结合 CT、X 线检查确诊。纳入标准: (1) 在本院接受 THA 手术者; (2) 病历资料完整者。排除标准: (1) 不遵医嘱者; (2) 未定期复诊等非手术因素导致髋关节脱位者。

1.2 方法 收集患者病历资料, 记录两组患者一般资料, 包括性别、年龄、体质量指数; 全身疾病及手术史, 包括慢性疾病史、原发疾病、精神疾病史、髋关节手术史; 治疗与护理相关情况, 包括入路选择、安放假体位置、假体直径、手术时长、住院天数、是否应用抗生素、术后体位控制情况、搬运情况; 其他资料, 如是否长期应用激素。

1.3 统计学处理 数据分析采用 SPSS19.0 软件。计数资料以例数或百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检

[△] 通信作者, E-mail: 2630564054@qq.com.

验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;单因素和多元因素影响因素分析采用 Logistic 回归分析;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 THA 术后并发髋关节脱位的单因素分析 单因素分析结果显示,年龄、体质量指数、患有精神疾病、有髋关节手术史、后外侧入路、非安全区安放假体、假体直径 < 30 mm、应用抗生素、术后体位控制不

严格、不恰当搬运均是影响 THA 术后并发髋关节脱位的单因素($P < 0.05$),见表 1。

2.2 THA 术后并发髋关节脱位的多因素 Logistic 回归分析 将上述单因素代入多因素 Logistic 回归分析方程中发现,患有精神疾病、有髋关节手术史、后外侧入路、非安全区安放假体、假体直径 < 30 mm、术后体位控制不严格、不恰当搬运是影响 THA 术后并发髋关节脱位的独立危险因素($P < 0.05$),见表 2。

表 1 THA 术后并发髋关节脱位的单因素分析(n/n 或 $\bar{x} \pm s$)

相关因素	脱位组($n=38$)	非脱位组($n=216$)	χ^2 或 t	P
性别(男/女)	15/23	107/109	1.311	0.252
年龄(岁)	53.93 \pm 5.33	47.25 \pm 6.53	5.155	0.000
体质量指数(kg/m ²)	26.67 \pm 2.15	24.23 \pm 2.32	6.042	0.000
慢性病史(有/无)	15/23	98/118	0.455	0.500
原发疾病(外因性/病理性)	22/16	119/97	0.103	0.749
患有精神疾病(有/无)	14/24	38/178	7.355	0.007
髋关节手术史(有/无)	27/11	68/148	24.613	0.000
入路选择(后外侧/前外侧)	28/10	57/159	32.464	0.000
安放假体位置(非安全区/安全区)	26/12	51/165	48.850	0.000
假体直径(< 30 mm/ ≥ 30 mm)	20/18	47/169	15.860	0.000
手术时长(min)	109.85 \pm 15.09	106.62 \pm 16.79	1.109	0.268
住院天数(d)	14.68 \pm 4.35	14.24 \pm 4.12	0.602	0.545
应用抗生素(是/否)	20/18	67/149	6.703	0.010
术后体位控制情况(不严格/严格)	17/21	16/200	39.835	0.000
搬运情况(不恰当/恰当)	21/17	22/194	46.693	0.000

表 2 影响 THA 术后并发髋关节脱位的多因素 Logistic 回归分析

因素	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
患有精神疾病	1.379	0.402	11.767	0.001	3.971	1.806~8.731
有髋关节手术史	1.532	0.496	9.540	0.002	4.627	1.750~12.233
后外侧入路	1.732	0.375	21.332	0.000	5.652	2.710~11.787
非安全区安放假体	1.693	0.412	16.886	0.000	5.436	2.424~12.189
假体直径 < 30 mm	1.594	0.358	19.825	0.000	4.923	2.441~9.931
术后体位控制不严格	1.326	0.413	10.308	0.001	3.766	1.676~8.461
不恰当搬运	1.681	0.524	10.291	0.001	5.371	1.923~15.000

3 讨 论

THA 手术是髋关节发育不良、股骨头坏死等病变严重时最有效的治疗手段之一^[5],但其术后并发症也逐渐得到重视,其中,髋关节脱位是较常见的术后并发症之一。据调查统计,初次 THA 术后并发髋关节脱位的发生率可达 3%,仅次于假体松动^[6],而翻修术后的脱位率甚至高达 10%^[7]。并发髋关节脱位多发生于术后 3 个月内^[8],虽然多数髋关节脱位可通过复位而修复,但其延长了患者的康复时间,甚至可能导致更严重的并发症,使患者活动能力难以恢复至正

常水平^[9]。

对此,本研究针对本院接受 THA 且术后并发髋关节脱位的 38 例患者与同时间段内接受 THA 但未并发髋关节脱位的 216 例患者的病历资料进行回顾性分析,通过 Logistic 回归分析影响术后并发髋关节脱位的独立危险因素。本研究结果显示,THA 术后并发髋关节脱位可能与精神疾病、有髋关节手术史、入路选择、安放假体位置、假体大小、术后体位控制、术后搬运方式等因素有一定相关性。

并发精神疾病是 THA 术后并发髋关节脱位的独

立危险因素之一,翟吉良等^[10]的研究也得出了类似结论。分析其原因,笔者认为可能是因为精神疾病患者常出现肌肉松弛,患处周围肌肉张力明显降低,因此难以配合完成康复训练,导致术后髋关节脱位风险增大。有髋关节手术史也是一项独立危险因素,有研究表明,有髋关节手术史的患者 THA 术后髋关节脱位的发生率比首次手术患者高 1 倍,可能是由于行髋关节手术后,肢体长度尚未完全恢复,组织张力下降,均可对髋关节结构造成一定程度的破坏,使得再次接受手术后脱位的风险大大增加^[11]。

在 THA 的入路选择中,后外侧入路相对更受术者欢迎,应用也较广泛,原因是其具有视野暴露彻底、操作简单等优势^[12]。但研究结果显示,后外侧入路术后发生髋关节脱位的风险更大,这可能是由于采取该入路时患者在手术台上位置不合理,比如未将患者固定至健侧位,或患者体位倾斜度不合适。手术时应考虑到患者肩部与髋部的相对宽窄,如对于肩窄髋宽者,假体安装位置易比预设更偏向垂直角度,而对于髋窄肩宽者则相反;而且多数术者为了充分暴露骨性髋臼,习惯于将后方关节囊及韧带一起切除,且关闭切口时未对其进行确切、彻底的修复,因此造成术后髋关节后方软组织支撑能力弱、稳定性差而发生脱位^[13]。术中假体,特别是髋臼假体的置放位置也密切相关到髋关节的结构稳定,外展角增大易使人工关节受到碰撞,髋关节活动受限^[14]。最佳股骨假体远端位置为中立位或轻微外翻,但假体柄内翻或外翻不可超过 3°,这是由于假体柄力线偏移,负重时髓腔内部应力增加,假体易发生移动,长时间后可能造成假体松动或脱落。另有研究表明,置入的股骨头假体直径 < 30 mm 时,关节活动性反而较差,假体更易出现摩擦或碰撞,而直径 ≥ 30 mm 时,周围软组织具有更强的张力,可更好地包容假体,因此,可降低脱位风险^[15]。最后,若术后患者体位未控制在外展中立位,或搬运患者过床的方法不恰当,均可破坏髋关节的稳定性,引发脱位^[16]。建议搬运患者时至少需 3 人辅助,分别托住患者的颈部、背部、下肢、腰部、髋部,并轻轻平放于床上,避免牵拉肢体。

综上所述,患有精神疾病、有髋关节手术史、后外侧入路、非安全区安放假体、假体直径 < 30 mm、术后体位控制不严格、不恰当搬运均为 THA 术后并发髋关节脱位的独立危险因素。临床治疗和护理时,医护人员可参考影响脱位的相关危险因素,结合患者情况,合理地选择治疗手段与护理方法,针对性地实施有效的预防措施,以改善手术预后,促进患者康复。

参考文献

- [1] 程鹏,王玮琪.骨折内固定术与全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的临床效果比较[J].中华全科医学,2016,14(4):689-691.
- [2] 张晓敏,曹力.人工全髋关节置换术后脱位原因及治疗进展[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(2):202-204.
- [3] 苏兴平,孔令俊,王承祥,等.后方关节囊修补预防老年全髋关节置换术后早期脱位[J].中国中医骨伤科杂志,2015,23(6):42-43.
- [4] 高悠水,孙玉强,张长青.股骨头骨折的诊治进展[J].中华骨科杂志,2016,36(6):361-369.
- [5] 刘向春,李春根,叶超,等.人工股骨头置换术与全髋关节置换术治疗骨质疏松性股骨颈骨折的临床效果[J].中国医药导报,2016,13(15):100-103.
- [6] 戴繁林,张鹏,黄晓华,等.人工全髋关节置换术中后方软组织不同处理方式对术后假体脱位的影响[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(10):1013-1016.
- [7] 朱先洋,尹宗生,陈迪嘉.髋关节置换术后翻修原因及疗效分析[J].安徽医药,2017,21(3):525-528.
- [8] 艾进伟,韩叶萍,李帅垒,等.如何防止髋部神经肌肉病变的髋关节置换术后脱位[J].中国矫形外科杂志,2017,25(5):471-473.
- [9] 田野,徐莹,史斌,等.经后路全髋关节置换术后前脱位的危险因素分析及治疗策略[J].中国骨与关节损伤杂志,2016,31(10):1066-1067.
- [10] 翟吉良,蔡思毅,翁习生.人工全髋关节置换术后脱位原因分析[J].中国矫形外科杂志,2013,21(1):58-60.
- [11] 戴繁林,张鹏,黄晓华,等.人工全髋关节置换术中后方软组织不同处理方式对术后假体脱位的影响[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(10):1013-1016.
- [12] 陈戎波,王仁,李小建,等.改良前外侧入路对老年股骨颈骨折行髋关节置换术的安全性分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(4):376-377.
- [13] 宋玉光,叶蜀新,江伟.前外侧入路与后外侧入路行全髋关节置换术的比较研究[J].重庆医学,2012,41(20):2032-2033.
- [14] 黄志宇,张志奇,傅明,等.髋臼假体上移放置对髋关节发育不良全髋关节置换术后下肢长度及功能的影响[J].中华骨科杂志,2014,34(12):1225-1230.
- [15] 张永红,刘毅,丰瑜.全髋关节置换术后假体早期松动的原因分析[J].山东医药,2015,55(17):40-42.
- [16] 贾金领,侯文根,张君,等.髋关节置换术后发生脱位的危险因素分析[J].中国矫形外科杂志,2016,24(17):1624-1627.

(收稿日期:2019-01-10 修回日期:2019-04-25)