

下、对致病细菌易感性增强、容易引起交叉感染等。

另外新生儿科由于患儿特殊,尤其是低体质量儿及早产儿的免疫系统没有发育完全,容易导致细菌感染,如果感染的是多重耐药菌^[7],患者生命受到的威胁更大,治疗用药的选择更困难,给临床医生的治疗带来更大的挑战。多重耐药菌的检出更应值得关注,此次虽未检出耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌和铜绿假单胞菌,但是检出了 13 株 MRSA 和 8 株耐碳青霉烯类的肠杆菌科细菌,检出率分别为 27.7%(13/47)和 10.0%(8/80),其中产酸克雷伯菌 4 株,肺炎克雷伯菌、臭鼻克雷伯菌、阴沟肠杆菌和弗劳地枸橼酸杆菌各 1 株,这些均可作为新生儿科常见感染及多重耐药菌的治疗提供参考^[8]。

综上所述,由于细菌耐药机制非常复杂,且易产生多重耐药甚至泛耐药菌株,应加强医院感染监测和耐药监测。客观、准确、及时地分析本院临床分离菌株的耐药性,对指导临床合理使用抗菌药物,控制和延缓耐药菌株的产生有重要意义。

参考文献

[1] Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing [S].

Wayne, PA, USA: CLSI, 2016.

[2] 胡付品,郭燕,朱德妹,等. 2017 年 CHINET 中国细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志,2018,18(3):7-17.

[3] 张河林,赵飞俊,何凤屏,等. 2 527 株临床分离病原菌的耐药性分析[J]. 现代检验医学杂志,2015,30(2):87-90.

[4] MARRA A R, MAJOR Y, EDMOND M B. Central venous catheter colonization by linezolid-resistant, vancomycin-susceptible *Enterococcus faecalis*[J]. J Clin Microbiol, 2006,44(5):1915-1916.

[5] QIN X, YANG Y, HU F, et al. Hospital clonal dissemination of enterobacter aerogenes producing carbapenemase KPC-2 in a Chinese teaching hospital[J]. J Med Microbiol, 2014,63(Pt 2):222-228.

[6] 尹卫国,赵飞俊,张河林,等. 粤北地区铜绿假单胞菌的临床分布和耐药性特点[J]. 国际检验医学杂志,2017,38(1):21-23.

[7] YIN D, DONG D, LI K, et al. Clonal dissemination of OXA-232 carbapenemase-producing klebsiella pneumoniae in neonates[J]. Antimicrob Agents Chemother, 2017, 61(8):e00317-e00385.

[8] 郭媛媛. 新生儿科药物治疗及多重耐药菌的耐药相关因素分析[J]. 黑龙江医药科学,2017,40(5):148-151.

(收稿日期:2019-03-10 修回日期:2019-07-12)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.02.021

功能锻炼路径联合引导式教育在老年髌部骨折术后的应用效果

钟 苗

西安北环医院外二科,陕西西安 710032

摘要:目的 研究功能锻炼路径联合引导式教育在老年髌部骨折术后的应用效果。方法 选取 2017 年 5 月至 2018 年 12 月收入该院的 156 例实施髌部骨折手术的老年患者作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组各 78 例,对照组患者采用常规护理联合引导式教育,观察组患者采用功能锻炼路径联合引导式教育。护理前及护理 3 个月后采用疼痛数字分级法(NRS)评价两组患者疼痛情况,采用 Barthel 指数(BI)评价两组患者生活自理能力,采用跌倒/坠床评分量表(MS)评价两组患者生活情况,术后 1 年内记录两组患者并发症发生率。结果 护理 3 个月后,观察组患者 BI 评分明显高于对照组,NRS 评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);护理 3 个月后,两组患者 MS 评分均有明显下降,且观察组患者明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);对照组患者感染、皮肤灼热发红、压疮、延迟愈合等不良事件发生率均高于观察组,其并发症总发生率为 30.77%,观察组为 7.68%,两组患者并发症总发生率差异有统计学意义($P < 0.05$)。另外,对照组患者 Braden 评分为(15.97±2.97)分,明显低于观察组的(18.97±3.01)分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 功能锻炼路径联合引导式教育在老年髌部骨折术后应用效果明显,该种联合护理措施能明显改善患者髌关节功能,提高其生活自理能力和生活质量,降低不良反应发生率,具有重要临床应用价值。

关键词:髌部骨折; 生活质量; 自理能力; 功能锻炼路径; 引导式教育

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)02-0216-05

髌部骨折是中老年人常见的损伤,人口老年化趋势呈逐渐递增现象。人体髌部解剖结构复杂,生理力学环境特殊,而对于老年人来说,更是伴有生理机能较差、并发多种基础疾病、骨折后难以管理等特征,因此常常有危及生命的风险^[1-2]。临床常见的治疗方式

仍为手术治疗,在骨折 48 h 内接受治疗能大幅度降低患者并发症发生率和病死率,提高治疗效果,如股骨颈骨折患者可采用人工髌关节置换术^[3]或内固定术^[4]进行固定。然而术后并发症、愈合不良、关节松动、压疮等不良事件仍时有发生,因此如何合理科学

地进行骨科临床护理是目前急需解决的问题^[5]。引导式教育起源于 20 世纪初,由匈牙利护理学家创立,通过对患者采用引导、启发、教育等模式调动其自主能力,激发患者的兴趣和参与度,该种护理模式在临床已有广泛应用,再配合功能锻炼,能明显改善患者现状,提高治疗效果^[6]。功能锻炼路径是一种具有实践性、创造性及顺序性的个性化护理模式^[7]。针对患者康复延迟或依从性欠佳等问题,能设计出最佳的护理路线,这种路线既综合了多学科的护理观念,又深化了整体护理模式。从患者入院至出院后的延续性护理,具备科学和系统的内涵,将功能锻炼与引导式教育联合应用于髌部骨折手术后老年患者具有重要临床意义。本文以 2017 年 5 月至 2018 年 12 月收治的 156 例实施髌部骨折手术的患者作为研究对象,考察两种护理模式对该类患者自理能力、并发症及治疗效果的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 5 月至 2018 年 12 月本院收治的 156 例髌部骨折老年患者作为研究对象,男 80 例,女 76 例;年龄 60~92 岁,平均(75.54±6.43)岁;平均受伤时间(1.82±0.33)d;平均手术时间(1.11±0.25)h;手术类型:内固定手术 39 例,髌关节置换术 52 例,股骨头置换术 43 例,其他手术 22 例。采用随机数字表法将所有患者分为对照组和观察组,每组各 78 例,对照组中男 41 例,女 37 例;年龄 60~91 岁,平均(77.22±6.26)岁;平均受伤时间(1.73±0.37)d;平均手术时间(1.02±0.31)h;手术类型:内固定手术 20 例,髌关节置换术 27 例,股骨头置换术 20 例,其他手术 11 例。观察组中男 39 例,女 39 例;年龄 60~92 岁,平均(76.83±6.94)岁;平均受伤时间(1.84±0.73)d;平均手术时间(1.22±0.36)h;手术类型:内固定手术 19 例,髌关节置换术 25 例,股骨头置换术 23 例,其他手术 11 例。两组患者年龄、性别、受伤时间、手术时间、手术类型等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获得本院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)患者符合《骨伤科临床诊疗指南》中关于髌部骨折的诊断标准^[8];(2)患者年龄 ≥ 60 岁;(3)患者均满足髌部骨折手术适应证并实施手术;(4)患者受伤之前髌部功能正常;(5)患者及家属均了解本研究护理方案,均签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 (1)合并其他骨折、心肝肾功能严重异常、恶性肿瘤等疾病的患者;(2)髌部骨折手术禁忌证患者;(3)精神异常患者;(4)不接受治疗的患者。

1.3 护理方法 两组患者入院后完成常规检查,根据手术适应证进行髌部手术。对照组患者采用常规护理方式联合引导式教育,观察组患者采用功能锻炼路径联合引导式教育,其具体护理措施如下。

1.3.1 常规护理 (1)入院宣教:入院时对患者进行宣教活动,告知患者手术后治疗和护理方式,讲解围术期治疗及注意事项,患者需按医嘱完成;(2)饮食护理:为患者制订营养均衡的膳食计划,患者及家属按照食谱饮食,建议多摄入富含维生素、蛋白质的食物,治疗期间患者戒烟、戒酒,忌辛辣、冷及刺激性食物;(3)功能锻炼:每天为患者进行按摩,按照患者具体情况制订康复训练措施,并监督患者完成训练;(4)心理护理:为患者提供舒适安静的治疗环境,手术前后指定专门的护理人员与患者进行一对一沟通交流,了解患者的心理状态,并对有心理异常的患者进行心理指导;(5)出院指导:出院时,告知患者家庭自我护理的具体措施,讲解服药注意事项。

1.3.2 引导式教育 (1)成立护理小组:护理小组由 1 名康复专科护士,1 名主治医师,1 名护士长和 3 名护理人员组成,所有成员均预先进行专业培训,具有 5 年以上临床工作经验。(2)家庭引导员:从患者家庭成员中挑选 1 名有责任心的,具有一定文化水平的成员作为引导员,引导员经过统一培训,教授专业科学的引导措施,并按要求完成患者的引导任务。引导员可通过观看髌部骨折相关视频,加入引导员 QQ 群或微信群,参与专业讲座和培训,参加定期讨论等活动获取髌部骨折的知识储备;引导员还需在医护人员的指导示范下掌握纠正错误自我护理措施、督促患者规范护理行为的能力;家庭引导员完成培训后进行实践和理论考核,有问题的学员需立即纠正,考核合格后方可开始引导患者,培训时间为 2 周,引导员回归家庭后,专业护理员每半个月进行 1 次家庭访视,考察引导员的家庭护理能力。(3)引导工作:帮助患者摆脱焦虑、抑郁等负面情绪,为患者提供无忧健康的治疗环境,协助患者在卧床期间大小便等服务措施;协助患者定时翻身,预防压疮,在术后 3 个月内,循序渐进地指导患者进行离床、步行和正常日常活动;将患者恢复情况反馈至护理小组,协助护理小组适当调整护理方案,并督促患者继续完成更改的护理策略;参与微信交流平台的讨论活动,向医护人员咨询护理过程中遇到的问题,如术后疼痛、下肢水肿等;患者出院后每半个月接待护理小组的家庭访视,每周的电话沟通,反馈患者的康复效果,督促患者每个月回院复诊。

1.3.3 功能锻炼路径 患者入院后由功能锻炼路径小组进行跟踪,根据患者需求和医院康复训练护理经验,制订符合患者需求的护理训练内容,其具体措施见表 1,所有护理措施均由责任护士有针对性地进行。

1.4 观察指标

1.4.1 疼痛评分 护理前及护理 3 个月后,由同一护理人员采用疼痛数字分级法(NRS)^[9]评价两组患者的疼痛程度,无痛(0 分);轻度疼痛($>0\sim 3$ 分),能忍受;中度疼痛($>3\sim 6$ 分),影响正常的睡眠;重度疼痛($>6\sim 9$ 分),疼痛剧烈,难以忍受;剧痛疼痛(>9 分)。

1.4.2 自理能力 护理前及护理 3 个月后由同一护理人员采用 Barthel 指数(BI)^[10]评价两组患者自理能力。该量表包括进食、洗澡、个人卫生等 11 个项目,每个项目包括 5 种等级,共 100 分,分数越高,表示患者自理能力越强。

1.4.3 跌倒/坠床评分 护理前及护理 3 个月后采用跌倒/坠床评分量表(MS)^[11]评价两组患者日常生活情况,共 14 分,评分越高,表示患者跌倒/坠床发生概率越大。

1.4.4 并发症 手术后 1 年内定期对患者进行随访,记录患者术后并发症发生情况,如感染、皮肤灼热

发红、延迟愈合、压疮等。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析处理,计数资料以例数或百分率表示,两组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立资料 t 检验,组内比较采用配对资料 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者 NRS 和 BI 评分比较 见表 2。本研究试验过程中无脱落、死亡病例。护理 3 个月后,观察组患者 BI 评分明显高于对照组,NRS 评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 髌部骨折手术后老年患者功能锻炼路径内容

锻炼时间(术后)	锻炼内容	锻炼时间
1 d 以内	帮助抬高患肢,进行患肢外展;指导患者进行深呼吸、排痰、咳嗽等简单的生理活动;为患者下肢进行按摩	每项 5 min
1~2 d	帮助患者完成股四头肌收缩运动;同时进行髌关节外展后伸、踝关节屈伸环转训练	每项 5 min
>2~4 d	完成屈膝、屈髋、抬腿运动,帮助患者从床上转移至安全座椅	每项 5 min
>4~7 d	体位转移至坐位或站立,完成床旁站立训练,增加提腿和腿部伸展训练	每项 5~10 min
>7~10 d	简单步态训练,非负重行走	每项 10 min
>10~12 d	巩固完成以上各项训练,进行拄拐上下楼梯和行走训练	每项 10 min
12 d 以后	完成日常活动	—

注:—表示无数据。

表 2 两组患者 NRS 和 BI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	NRS 评分		t	P	BI 评分		t	P
		护理前	护理 3 个月后			护理前	护理 3 个月后		
对照组	78	6.00±1.86	5.37±1.23	4.675	<0.001	22.02±4.83	66.36±7.45	44.106	<0.001
观察组	78	6.22±1.76	3.46±0.99	11.174	<0.001	22.21±4.34	89.57±9.97	54.711	<0.001
t		1.800	8.924			0.258	16.470		
P		0.668	<0.001			0.796	<0.001		

2.2 两组患者 MS 评分比较 见表 3。护理 3 个月后,观察组患者 MS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 两组患者 MS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	护理前	护理 3 个月后	t	P
对照组	78	8.35±1.83	6.34±1.12	8.274	<0.001
观察组	78	8.24±1.28	3.86±0.60	27.364	<0.001
t		0.435	17.238		
P		0.664	<0.001		

2.3 两组患者并发症发生率比较 见表 4。对照组患者并发症总发生率为 30.77%,明显高于观察组的 7.68%,差异有统计意义($P < 0.05$)。另外,对照组患者 Braden 评分为(15.97±2.97)分,明显低于观察组的(18.97±3.01)分,差异有统计学意义($\chi^2 = 8.862$, $P < 0.05$)。

表 4 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	感染	皮肤灼热 发红	压疮	延迟愈合	合计
对照组	78	5(6.41)	6(7.69)	6(7.69)	7(8.98)	24(30.77)
观察组	78	1(1.28)	2(2.56)	1(1.28)	2(2.56)	6(7.68)
χ^2		2.777	2.111	3.711	2.952	13.37
P		0.096	0.146	0.053	0.086	0.000

3 讨 论

近年来,国内骨科护理学研究将关注重点逐渐聚焦于患者术后正确指导的过程中,尤其是患者出院后的护理情况,以保证医院护理的连续性和时效性得以实现^[12-13]。引导式教育是患者在围术期的一种重要护理模式,通过建立家庭引导员,以监督和鼓励患者按时按量、规范科学地完成护理行为,这在一定程度

上不仅提高了患者的主动参与度,还使医护人员能实时获取患者的反馈,并及时调整护理策略^[14]。将功能锻炼路径与引导式教育结合在一起具有重要临床研究价值^[15],功能锻炼路径旨在规范患者的锻炼行为,增加患者对康复训练的知识储备,同时也能提高患者的主观能动性,二者联合应用相辅相成,具有协同增效作用。本研究结果显示,护理 3 个月后,两组患者 NRS 评分均明显降低,其中观察组患者 NRS 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明功能锻炼路径联合引导式教育能明显改善患者的疼痛程度。分析其原因,患者出院 3 个月内是功能恢复的重要时期,因此科学的干预措施和引导护理责任重大^[16]。引导教育培养的家庭引导员对患者有引导和鼓励作用,监督患者的日常饮食、生活习惯、康复训练、用药行为等,患者在引导员的指引下,由被动训练转化为主动训练,其积极性明显增加。另外,功能锻炼路径弥补了常规功能锻炼的随意性,通过有目的、有安排制订护理计划,使锻炼路径更加个体化和时序性,将功能锻炼细分并具体化,以达到定时、定量、定人的目的。因此,将功能锻炼路径和引导式教育联合应用,能明显改善患者关节的疼痛症状,本研究结果与王跃臣^[17]报道的结果一致。

另外,BI 和 MS 评分结果表明,两组患者自理能力及跌倒/坠床情况均有明显改善,BI 和 MS 各维度评分在护理 3 个月后均有明显变化,其中观察组患者 BI 评分明显高于对照组,MS 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。实现该研究结果一个重要原因在于提高了患者参与到功能锻炼路径的积极主动性,老年患者由于耐力、文化程度、认知功能不同,在功能锻炼中的表现及获得的效果与青壮年患者比较有明显差异。功能锻炼路径和引导式教育在这个过程中有协同作用,为患者制订了完整系统的锻炼内容,并授权家庭引导员的指导、监督,规范锻炼行为,引导患者能在更短的时间内迅速掌握康复技巧,参与度也大幅度提升;而护理人员也并非只有照护者、监督者的角色,而是助力者,积极调动患者的主观能动性,参与到自我护理的过程中去。患者在引导员和医护人员的照护与监督下,患者自理能力明显提高,病情恢复更快,坠床情况明显好转。

患者术后由于护理知识缺陷、功能锻炼不规范、运动量不够等原因,常会产生多种不良事件。本研究比较了两组患者在随访过程中的并发症发生率,对照组患者并发症总发生率为 30.77%,观察组为 7.68%,观察组患者各项不良反应发生情况均低于对照组。功能锻炼通过科学规范的锻炼措施,能有效改善患肢肿胀、促进血液循环,刺激成骨细胞的生成和重建,从而避免肌肉萎缩、血栓形成、关节僵硬等不良事件发生^[18]。另外,家庭引导员实时监测和专业护理措施也避免了患者不良事件的发生,患者经过每天定

时定量的功能锻炼,接受医护人员及其引导员的康复教育和指导,坚持每日锻炼,增强体质和抵抗力,促进患处尽快愈合。因此,功能锻炼路径联合引导式教育能明显改善患者不良预后,降低术后并发症发生率。

综上所述,对实施髋部骨折手术老年患者采用功能锻炼路径联合引导式教育的护理手段,能明显改善患者髋关节功能,提高患者自理能力和生活质量,降低并发症发生率,该种联合护理措施在临床上有深远的研究意义,需要进一步探究和拓展。

参考文献

- [1] 杨世彬. 老年髋部骨折术后非感染性发热的中西医研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 3(8): 152-153.
- [2] 王斯嘉. 护理风险管理在髋部骨折患者中的应用效果[J]. 首都食品与医药, 2019, 26(4): 124-125.
- [3] GEORGIOS T, MAZIAR M, PETER C, et al. Head size in primary total hip arthroplasty[J]. EFORT Open Rev, 2018, 3(5): 225-231.
- [4] 饶志祥. 老年髋部骨折内固定与人工髋关节置换术的临床比较[J]. 双足与保健, 2017, 26(23): 26-27.
- [5] 方水芹, 乔雪梅, 韩玉英, 等. 社区老年髋部骨折患者住院不同阶段健康教育需求的调查分析[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(3): 361-362.
- [6] 寇冬艳, 范庆怡, 张圆圆, 等. 引导式教育训练用于老年脑卒中后偏瘫的康复效果及其影响因素的初步研究[J]. 广西医科大学学报, 2018, 35(10): 1422-1425.
- [7] 郭鑫. 功能锻炼临床路径表单在脊柱骨折患者护理中的应用[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(84): 94-95.
- [8] 姚新苗. 骨伤科临床诊疗指南[J]. 康复学报, 2017, 27(4): 1-6.
- [9] 赵延明, 张媛, 张罗. 慢性鼻窦炎患者和医生症状视觉模拟量表评分的差异性研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(23): 2030-2034.
- [10] ICKPYO H, YOONJEONG L, HYUNSUK H, et al. Application of the Korean version of the modified Barthel index; development of a keyform for use in clinical practice[J]. Hong Kong J Occup Ther, 2017, 29(1): 39-46.
- [11] 毛碧君, 陈燕. 联想记忆法在护理人员学习坠床跌倒危险因素及评分中的应用[J]. 中国乡村医药, 2018, 25(20): 76-77.
- [12] LEAL J, GRAY A M, PRIETO-ALHAMBRA D, et al. Impact of hip fracture on hospital care costs: a population-based study[J]. Osteoporos Int, 2016, 27(22): 549-558.
- [13] 王芳. 医护一体化在创伤外科老年髋部骨折中的应用[J]. 检验医学与临床, 2014, 11(22): 3169-3170.
- [14] 赵淑芳. 引导式健康教育对 2 型糖尿病患者希望、疾病认知及自我管理水平的影响[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(14): 28-30.
- [15] 许莉莉. 临床护理路径对踝关节骨折患者功能锻炼依从性及并发症的影响[J]. 河南外科学杂志, 2019, 25(1): 181-182.

[16] 林红,蔡波,刘岩.快速康复模式在老年髋部骨折术后的应用[J].中国老年学杂志,2019,39(3):571-573.

[17] 王跃臣.人工关节置换术后功能锻炼时机对老年髋部骨折康复进程的影响[J].内蒙古医学杂志,2018,50(11):1325-1326.

[18] 王驭恺.老年髋部骨折的多学科处理[J].国际骨科学杂志,2019,12(1):1-4.

(收稿日期:2019-04-02 修回日期:2019-08-05)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.02.022

同期双侧全膝关节置换术在双膝骨性关节炎治疗中的效果研究

薛江海,张峰,刘朋飞

陕西省延安市宜川县人民医院骨科,陕西延安 716200

摘要:目的 探讨同期双侧全膝关节置换术(SBTKA)在双膝骨性关节炎(OA)治疗中的效果。方法 选取 2011 年 7 月至 2017 年 8 月在该院诊治的 51 例双膝 OA 患者作为研究对象,根据治疗方法不同分为研究组(30 例)和对照组(21 例),对照组给予单侧全膝关节置换术(UTKA)治疗,研究组给予 SBTKA 治疗,记录两组患者预后情况。**结果** 两组患者术中出血量与输血量比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);研究组患者手术时间、术后住院时间及住院总费用均明显少于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);两组患者术后 7 d 血红蛋白水平低于术前 1 d,差异有统计学意义($P < 0.05$),两组患者血红蛋白水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);研究组患者术后 3 个月切口感染、下肢静脉血栓、切口脂肪液化、假体周围感染等并发症发生率为 6.6%,明显低于对照组的 38.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 6 个月,两组患者左侧与右侧膝关节功能评分均明显高于术前 1 d,且研究组评分明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 相对于 UTKA,SBTKA 治疗双膝 OA 能减少手术时间与住院费用,并且不会对机体血红蛋白造成明显负面作用,可减少并发症发生率,从而促进双膝关节的功能恢复。

关键词:全膝关节置换术; 骨性关节炎; 同期双侧全膝关节置换术; 单侧全膝关节置换术

中图分类号:R684.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)02-0220-03

骨性关节炎(OA)又称为增生性关节炎、退行性关节炎、骨性关节炎,好发于中老年人^[1]。OA 主要侵犯关节软骨、骨和滑膜组织,导致关节畸形、疼痛^[2],在我国具有患病率高、晚期功能障碍程度重等特点^[3]。OA 多见于膝关节,其中双膝关节同时存在病变的约占 1/3。手术为 OA 的主要治疗方法,其中全膝关节置换术(TKA)已经过数十年的发展,是最成功的外科手术之一^[4],具有很高的应用安全性与有效性。不过当前临床上应用较多的是单侧全膝关节置换术(UTKA)^[5],也就是病变严重、症状明显一侧行 TKA,待患者出院休养一段时间后再住院接受另一侧 TKA^[6]。同期双侧全膝关节置换术(SBTKA)可在一次手术麻醉下完成双膝关节置换,避免了二次麻醉及二次手术,但是也可能增加患者的创伤,导致患者术后容易出现肺栓塞、心律失常等并发症,不利于患者预后改善,临床上对这两种方案选择方面尚无标准指南^[7]。本研究具体探讨 SBTKA 在双膝 OA 治疗中的效果,并与 UTKA 进行比较,以改善患者预后,为临床上合理选择手术方法提供参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 7 月至 2017 年 8 月在本院诊治的 51 例双膝 OA 患者作为研究对象,根据治疗方法不同分为研究组和对照组,研究组 30 例,男

12 例,女 18 例;对照组 21 例,男 8 例,女 13 例。两组患者体质量指数、病程、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,见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	体质量指数(kg/m ²)	病程(月)	年龄(岁)
研究组	30	22.84±2.72	6.20±2.10	56.12±2.10
对照组	21	22.10±3.19	6.22±1.78	56.19±1.47
t		0.644	0.032	0.133
P		0.310	0.899	0.844

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 符合双膝 OA 的诊断标准;初次手术;具有分期和同期 TKA 指征;手术由同一组外科医生完成,所用假体均为同一类别产品;临床资料完整;年龄 20~70 岁;本院伦理委员会批准了此研究。

1.2.2 排除标准 严重凝血功能异常患者;无相关资料或资料不全者;膝关节肿瘤、膝关节感染及膝关节翻修者等既往手术者。

1.3 治疗方法 对照组给予 UTKA 治疗,研究组给予 SBTKA 治疗。所有患者均采用腰硬联合麻醉,预置充气式止血带,取仰卧位,术侧止血带充气止血,采