

# 中西医结合治疗成人股骨头缺血性坏死 30 例

★ 付小勇 高万里 (贵阳中医学院 2004 级硕士研究生 贵阳 550002)

★ 指导:王松 (贵阳中医学院 贵阳 550002)

**摘要:**目的:观察髓芯减压术,配合中药内服治疗成人股骨头缺血性坏死的临床疗效。方法:将符合诊断的 60 例股骨头缺血性坏死患者随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例。对照组采用髓芯减压术及常规术后处理。治疗组在对照组基础上予以中药内服治疗,对两组病例的疗效及并发症进行总结和随访。结果:60 例病例全部得到随访,治疗组在综合疗效中的优良率及总有效率方面均明显优于对照组( $P < 0.05$ ),且在随访疗效中,亦有显著性优势( $P < 0.05$ )。结论:中药内服配合髓芯减压术治疗股骨头缺血性坏死,能促进坏死区域的血液循环,减少并发症的发生,减轻患者临床症状。

**关键词:**股骨头缺血性坏死;髓芯减压术;中西医结合疗法

**中图分类号:**R 274.9 **文献标识码:**B

本院自 2000 年 3 月~2005 年 3 月将收治成人股骨头缺血性坏死(AFHN) Ficat 分型 I~II 型 60 例随机分成对照组和治疗组,对照组采用髓芯减压术及常规术后处理。治疗组在对照组基础上予以中药内服治疗,经过 1~3 年临床观察,疗效满意。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 诊断与纳入、排除标准 根据 Ficat<sup>[1]</sup> 诊断分型: I 型:临床上有髋关节疼痛及不同程度的活动受限表现,X 线无特殊征象; II 型:股骨头外形及关节间隙正常,但 X 线摄片可见有骨质疏松或硬化改变; III 型:股骨头顶端有变扁或塌陷; IV 型:表现为髋臼骨质增生,关节间隙狭窄等骨性关节炎改变。凡符合上述诊断标准的 I 型及 II 型,年龄 16~80 岁,排除合并严重心、肝、肾脏疾病及其他严重疾病者者均可纳入。

1.2 一般资料 入选的 60 例,均为本院骨科住院病人。按随机数字表法分为治疗组 30 例,其中男 20 例,女 10 例;年龄 18~50 岁,平均年龄( $25.2 \pm 2.61$ )岁;创伤性 16 例,激素性 7 例,酒精性 3 例,原因不明 4 例;单侧股骨头坏死 21 例,双侧坏死 9 例;Ficat 分型 I 型 12 例, II 型 18 例。对照组 30 例,其中男 18 例,女 12 例;年龄 17~47 岁,平均年龄

( $26.3 \pm 2.25$ )岁;创伤性 18 例,激素性 5 例,酒精性 4 例,原因不明 3 例;其中单侧股骨头坏死 22 例,双侧坏死 8 例;Ficat 分型 I 型 10 例, II 型 20 例。两组病例在性别、年龄、病因分布、分型上差异无显著性意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 采用髓芯减压术:在硬膜外麻醉下,病人仰卧位,术区皮肤常规消毒铺巾,在大转子处做一 3 cm 切口,逐层锐性分离到大转子下方骨皮质处,用 C 臂 X 光机透视髋部定位后,按术前定位线方向自股骨大粗隆下方约 2 cm 处用一直径 4 mm 长钻头自股骨侧中线沿股骨颈中央钻入,再通过股骨颈向股骨头内囊变及坏死区钻孔。钻孔至股骨头软骨下约 5 mm 处,轻微活动髋关节,待确定钻头在股骨头内时拔出钻头。此时自钻孔中有少许黯紫色血液流出。然后分别再于其上、下缘靠近股骨颈皮质骨,用直径 2 mm 克氏针钻孔减压,C 臂 X 光机透视确认克氏针已到达病灶区后,钻孔至股骨头软骨下约 5 mm 处退出克氏针,视切口无活动性出血,缝合筋膜、皮下组织及皮肤。

上述手术结束后,常规静脉点滴抗生素 7 日,且行患侧下肢皮牵引外展固定至 4 周,4 周后于病床上做患髋功能锻炼,6 周后拄拐下床行走(单侧扶单

拐,双侧扶双拐),半年内不负重,半年至一年内逐渐恢复正常负重行走。

2.2 治疗组 在对照组基础上配合中药辨证治疗。以自拟祛浊苏骨汤治疗,组方如下:熟地 20 g,狗脊 15 g,仙灵脾 15 g,山药 20 g,鹿角胶 10 g,牛膝 10 g,杜仲 10 g,三七 10 g,川芎 15 g,当归 15 g,石菖蒲 10 g。以上药水煎内服。每日 1 剂,分 2 次服。20 天为 1 个疗程,共服 3 个疗程。

2.3 观察方法 对所有病例术后综合疗效,进行 1~3 年随访,以比较两组远期疗效。

2.4 统计学方法 计量资料用  $t$  检验。等级资料用完全随机设计的两样本秩和检验。全部计算过程都在 Spss 11.5 统计软件中进行。

### 3 治疗结果

3.1 疗效评价标准 采用百分疗效评价标准<sup>[2]</sup>进行评价。百分疗效评价标准总分为 100 分。其中临床评价占整个百分比的 60 分,包括疼痛 25 分、功能 18 分、关节活动度 15 分、肢体短缩 1 分、Trendelenburg 症 1 分。X 线评价 40 分,包括股骨头坏死范围 25 分、分期 15 分。总分大于 85 分为优,75~84 分为良,60~74 分为可,小于 60 分为差。

3.2 两组病例治疗效果比较 通过两组病例术后 1~3 年的随访,然后依据上述百分疗效评价标准进行评价,两组治疗随访 1 年以上,结果治疗组 30 例,优 11 例,良 12 例,可 5 例,差 2 例,优良率为 76.67%,总有效率为 93.33%;对照组 30 例,分别为 8、11、6、5 例,63.33%、83.33%。应用完全随机设计的两样本秩和检验的统计学方法表明两组在优良率及总有效率上,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

### 4 讨论

股骨头缺血性坏死是临床常见病及多发病,若治疗不及时或治疗不当,容易导致髋关节最终功能障碍,甚或致残。因此对本病的早期诊断及有效处理是防止髋关节病废的重要措施。股骨头坏死的病因和发病机制目前尚无一个统一的认识,但创伤、长期服用激素及长期酗酒是国内外认识较为一致的病因。而脂栓学说、骨内高压学说和骨细胞脂肪沉积学说,被认为是其主要的发病机制。尽管引起坏死的病因及发病机制复杂,其最终的病理是股骨头内血液循环障碍、骨内压增高、成骨细胞的坏死及伴随反应性的新骨增生修复。其中骨内压增高在骨坏死中起着重要的作用,骨内高压形成以后,髓内血窦、

毛细血管、小动脉受挤压造成微循环障碍,表现为髓内组织缺血缺氧,伴微静脉回流受阻,髓内组织肿胀,渗液,反过来加重髓内高压并形成恶性循环,最终导致成骨细胞的坏死<sup>[3]</sup>。而在坏死骨表面形成的一层反应性新生骨,由于其质地较硬且较厚,严重妨碍坏死区血液循环的重建。因此针对以上的病理生理机制,我们两组病例均采用髓芯减压术。髓芯减压能使封闭的髓腔被打开,骨内压因缺血造成的高压而缓解,刺激了毛细血管的再生及骨小梁的形成,促进了坏死区域死骨的修复。

股骨头缺血性坏死属中医“骨蚀”范畴,本病的内因有先天不足、肝肾亏虚、气血不足、外因有邪毒、外伤、湿热等侵犯经络,导致气血闭阻、髓海瘀滞、髓死骨枯,但其病机以气滞血瘀、筋脉阻滞最为关键<sup>[4]</sup>。其总的病理特征为气血不通,瘀滞而产生瘀血,经络受阻,气血运行不畅,最终导致筋骨失养而致股骨头坏死。中医认为“肾主骨”,肾气、肾精充盈才能健骨生髓。结合以上病机,依据瘀去新生的原则,因此补肾活血是治疗本病的关键。治疗组在髓芯减压术的基础上内服中药自拟方。组方原则以活血化瘀、温阳益肾为主。方中鹿角胶温补肾阳、益精髓、强筋骨,三七活血通络,两药合用达活血化瘀、温阳通络的作用,共为君药。熟地养血滋阴、补精益髓,牛膝活血祛瘀、补肝肾、强筋骨,共为臣药。配合山药益气养阴,杜仲、狗脊、仙灵脾补肝肾、强筋骨,川芎、当归活血行气、止痛,石菖蒲化痰散结共为佐药。方中补泻结合,重视补肾,局部化瘀通络,共奏补肾化瘀之功效。

通过本临床观察表明,针对股骨头缺血性坏死 Ficat I~II 期的病例,运用中药配合髓芯钻孔减压术治疗可明显提高临床综合疗效,为早期有效治疗股骨头坏死提供了一个安全、有效的方法,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1] Ficat RP. Idiopathic Bone necrosis Of the femoral head (Review article) [J]. J Bone Joint Surg (BQ) 1985, 67:3
- [2] 王岩,朱盛修,袁浩. 成人 AFHN 疗效评价(百分比)草案[J]. 骨与关节损伤, 1994, 9(2):142
- [3] 李峻辉,宁亚功,彭仲杰,等. 中西医结合治疗激素性股骨头坏死的实验研究[J] 中医骨伤, 2003, 16(3): 145~147
- [4] 邓沂,张晓刚,任远,等. 中医对股骨头坏死的认识[J]. 甘肃中医学院报, 1988, 15(4): 54~56

(收稿日期:2007-01-10)