

髓芯减压钛网置入合川芎嗪灌注治股骨头坏死 20 例

★ 施明祥¹ 马仲华¹ 厉江群¹ 陈公林¹ 林平信² 刘盛飞² 卢红梅² (1. 江西省赣州市中医院 赣州 341000; 2. 广东省深圳市坑梓人民医院 深圳 518122)

关键词: 股骨头坏死; 中西医结合疗法; 川芎嗪灌注; 髓芯减压; 钛网置入

中图分类号: R 274.19 文献标识码: B

股骨头坏死是一种进展性疾病,是由于外伤或某致病原因造成股骨头血供中断所引起的综合症。由于股骨头坏死有一个复杂的病理过程,如早期不能得到及时有效的治疗,就会使坏死骨塌陷,关节间隙变窄,最后导致骨关节炎,使病人关节功能障碍而致残。我科自 2006 年 6 月~2008 年 4 月采用川芎嗪灌注+髓芯减压+钛网置入治疗缺血性股骨头坏死 20 例,疗效满意。报告如下:

1 临床资料

20 例中男 12 例,女 8 例;年龄 19~62 岁,平均

41.8 岁。右髋 11 例,左髋 13 例;16 例为单侧,4 例为双侧;均为 Ficat 分期 I~II 期^[1],其中 I 期 10 髋,II 期 14 髋。

2 治疗方法

2.1 中药内治法 寒湿阻络型:四肢沉重疼痛,髋关节明显,遇寒加重,得温则舒,面色苍白,畏寒无力,跛行,髋屈伸无力,小便清长,腰腿酸软,舌质淡、苔薄白,脉沉细。方药选除痹汤加减。

脾肾阳虚型:髋膝疼痛,绵绵无力,腰膝酸软,跛行,肌肉萎缩,畏寒身倦,浮肿或全身虚肿,纳呆,腹

4 讨论

胫腓骨骨折在骨科中比较多见,而粉碎性骨折因局部解剖学原因而骨折愈合性较差,极易发生骨折延迟愈合或骨不连。胫腓骨骨折,一般采用闭合复位外固定、切开复位内固定和牵引治疗三种方法。闭合复位外固定适宜于开放性骨折的固定后创面的观察护理,也适宜于横断或短斜型等稳定的胫腓骨闭合骨折,但对于不稳定的长斜型及螺旋型骨折则较难维持复位后的位置不变,且容易并发钉道松动和钉道感染^[1],影响固定效果。切开复位内固定绝大多数可以使骨折恢复解剖复位,但由于解剖因素,创伤的程度及软组织损伤程度的因素,手术中创伤大,难以避免破坏骨折断端的骨膜血运,易发生皮肤坏死,感染及骨折不愈合,且需二次手术取出内固定,增加了病人经济负担及创伤。而位于中、下 1/3 段的胫腓骨骨折术后极易出现骨折不愈合。故除合并神经、血管等损伤的骨折,一般不主张切开手术治疗。夹板固定加跟骨牵引治疗,发挥了中医传统的手法复位,不切开皮肤,不破坏骨折局部内环境的稳定性,不剥离骨膜,有利于骨折愈合,同时夹板外固定操作简单,可随时灵活调节夹板松紧度及固定的

长度,不用二次手术取内固定,经济负担轻,病人痛苦少,这种中西医结合的治疗方法,其原理及应用原则十分贴合将骨折医源性破坏降低到尽可能最小的程度的 BO 理念^[2]。

需要指出的是,这种中西医结合的治疗方法的关键之处在于保护骨折碎片和骨膜、软组织之间的附着,避免广泛的剥离和暴露,不强求骨折的解剖复位。推挤骨碎片复位的动力主要来自骨膜和软组织本身。由于骨端血供破坏较少,骨愈合的速度较直视下的解剖复位明显加快,这对粉碎性骨折尤为有利。然而,胫腓骨干的粉碎性骨折,均系高能损伤造成,由于常合并有严重的软组织损伤,胫骨平台骨折移位,或伴有胫骨下端近关节面的破裂和塌陷,临床治疗有一定的困难,因此合理选择治疗正确的方案,对骨折的预后及术后并发症的发生都有着直接的影响。

参考文献

- [1] 侯筱魁. 应用骨外固定器的并发症及其防治[J]. 中华骨科杂志, 1999, 19: 189.
- [2] 王亦璁. 骨折治疗的微创术式[J]. 中华骨科杂志, 2002, 22: 190.

(收稿日期: 2008-06-17)

胀,面色苍白,舌质淡、苔白,脉沉细弱。方选右归丸加减。

痰热阻络型:有长期饮酒史,面色红赤,身体肥胖,髌膝钝痛无力,髌关节功能障碍,下肢沉重午后加重,有热胀感,退热加重,舌质红、苔黄厚,脉滑或数。方选清痹汤加减。

肝肾阴亏型:形体消瘦,久病不愈,髌膝持续疼痛,屈伸不利,肌肉拘挛萎缩,无力行走,腰痛膝软,舌体细小、苔少或无苔,脉沉细。方选左归丸加减。

2.2 手术方法 采用以髓芯减压钛网(及孔状钛钉)置入+川芎嗪灌注,钛网来自中美合资迪尔医疗器械有限公司。从股骨外侧作切口长约3 cm 显露股骨头大转子,于大转下1 cm 处,用特制骨钻向股骨头中心方向钻孔,用特制刮匙刮除硬化坏死骨质,选择适当长度的钛网置入,逐层缝合,骨蜡封闭孔口,术中定位并向孔中注入川芎嗪4 ml。每周1次,治疗时间为6个月。

3 结果

疗效标准参照文献[2],临床痊愈(坐卧休息、站立行走无疼痛、无跛行、髌关节屈曲、外展、内外、外旋、内旋度数总和大于260°,关节功能正常,X线检查示股骨头密度均匀,轮廓正常,无塌陷)6髌,显效(坐卧休息无疼痛,站立行走后偶有疼痛或不适,或行走较久后疼痛,但能坚持行走,隐蔽跛行、慢走不显、快步出现,260°~190°功能稍受限,生活基本自理。X线检查示股骨头密度欠均匀,但轮廓正常,无塌陷)8髌,有效(坐卧休息无疼痛,站立行走后即疼痛,需休息,不能坚持行走,慢步跛行,快步更显,190°~160°功能部分受限,X线检查示股骨头密度不均匀,部分塌陷)8髌,无效(任何时间均疼痛,需经常使用镇痛药,跛行需扶双拐,走路明显受限,小于130°功能明显受限,X线检查示密度不均匀,股骨头塌陷)2髌。随访20例24髌,随访时间6~24个月,平均12个月,有效率91.7%。

4 讨论

股骨头坏死中医称“骨蚀”,其病因有:(1)先天不足,禀赋虚弱,父母体衰,精血不足,妊娠失于调摄,胎儿肾精不足,致出生后齿发难长,骨痿筋软。

(2)烦劳过度,纵欲妄为,形神过耗,则损及五脏。

(3)饮食不节,择食失调,脾胃损伤,不能生气血,滋养助骨。

我们采用“川芎嗪灌注+髓芯减压+钛网置入”取得满意疗效,川芎嗪是中药川芎中提取的生物碱,化学结构为四基吡嗪。川芎嗪具有抑制ADP引起的小血小板聚集能使已聚集的血小板解聚,并能降低血小板表面活性,降低血粘度及血脂,能增加微动脉口径,使微动脉微静脉及毛细血管的口径增粗,流速加快,增加单位面积内开放的毛细血管数,川芎嗪灌注有利于增加股骨头血供。

髓芯减压是治疗早期缺血性股骨头坏死最常用的外科方法。然而,对于这种方法的明确指征或使结果最优化操作细节,研究者之间仍无总体的一致意见。现在的研究表明,髓芯减压较非手术治疗更有效,尤其对于股骨头受累范围有限并在坏死骨周围有硬化区的病人。股骨头坏死总是伴有髓内压升高,但髓内压升高到底是继发于骨坏死,还是骨坏死的发病因素,还存在争议。髓内压升高和症状的发生有密切关系,在临床前期髓内压增高可以作为骨坏死的标志之一。接受髓芯减压术治疗的病人骨内血流可因髓内压下降而增加,髓内压下降是临床症状立即消失的原因。此外,骨的微血管在减压时被切割,也作为一种刺激有利于血管新生。这项操作技术简单,最大限度地降低了并发症的发生,能有效地延迟早期缺血性股骨头坏死(塌陷前)年轻患者进行人工全髌关节置换的需要。

钛网置入,有利于维持髓芯减压长效性,提供药物注射的通道,有利于多次注入川芎嗪,使药物渗入股骨头内发挥效用。对塌陷股骨头提供力学支撑,改善股骨头形成。

参考文献

- [1] Ficat RP. Idiopathic bone necrosis of the femoral head. [J]. J Bone Joint Surg (Br), 1985, 67: 3.
- [2] 中华外科杂志编辑部. 股骨头缺血性坏死专题讨论会纪要[J]. 中华外科杂志, 1994, 9(32): 545-550.

(收稿日期:2008-06-04)

征稿启事

《江西中医药》所设的重点栏目有《明医心鉴》、《滕王阁医话》等。《明医心鉴》以介绍名老中医经验和中医临证心得为主,重点刊载中医关于疑难病的诊疗经验,要求观点、方法新,经验独到。《滕王阁医话》主要反映中医教学、科研、临床的一得之见,要求以小见大,有感而文,语言生动流畅,可读性强,富于知识性、趣味性。