

服各一次。随访半年,患者未再出现剧痛、肢体活动不利及铁皮箍着感,饮食可,睡眠可。

按语:“通则不痛,痛则不通”^[6],虚则致瘀,瘀滞不行也就是“不通”则会导致疼痛。患者自感右侧躯干部患处剧痛难忍,肢体沉重、如裹铁皮一般,肢体屈伸不利,面色萎黄、乏力气短,四肢欠温,喜温恶寒,大便干结,小便短赤,舌淡暗,苔厚,脉细涩。辨证为阳虚瘀阻于络。治宜温经祛瘀,通络止痛。方中蜜麻黄散寒通滞,温通脉络;黑顺片补火助阳、散寒止痛;细辛辛温散寒止痛;当归、川牛膝补血活血通络;茵陈、茯苓、赤小豆清热利湿;片姜黄、大黄、芒硝,化瘀通滞,软坚散结;白芍缓急止痛,并可防止附子、细辛之辛热伤阴;木瓜舒筋活络;海金沙、金钱草利湿通淋止痛;全蝎,祛风通络止痛。全方共奏温经活血,散寒化瘀止痛之效。14 剂后,见其疼痛缓解,但仍感肢体活动受阻,如有铁皮箍着一般,四肢仍凉,舌淡暗,脉细涩。遂在上方基础上,加具有祛风通络止痛之功的威灵仙、伸筋草、络石藤、青风藤,活血化瘀止痛的

鬼箭羽。继服一个月后,患者疼痛症状较前明显缓解,仅偶感疼痛,未再出现肢体活动不利及铁皮箍着感。

参 考 文 献

- [1] 清·叶天士. 临证指南医案[M]. 上海:上海科学技术出版社,1959:619,696.
- [2] 清·吴塘. 温病条辨[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:110.
- [3] 明·李时珍. 本草纲目[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011:687.
- [4] 宋·王珪. 全生指迷方[M]. 北京:人民卫生出版社,1986:82.
- [5] 张山雷. 本草正义[M]. 福州:福建科学技术出版社,2006:148.
- [6] 清·程国彭. 医学心悟[M]. 北京:科学技术文献出版社,1996:133.

(收稿日期:2013-07-23)

(本文编辑:董历华)

中西医结合治疗 43 例中晚期股骨头坏死的临床疗效观察

程中午

【摘要】 目的 探讨中西医结合治疗中晚期股骨头坏死的临床疗效。**方法** 选择 86 例中晚期股骨头坏死的患者,采用随机数字表的方法将患者分为治疗组 43 例和对照组 43 例,对照组采用髓芯减压及自体骨髓移植术,治疗组在外科治疗的基础上,围手术期及术后给予中药内服外用综合治疗,术后 1 年评估髋关节 Harris 评分、Barthel 生活指数及 VAS 评分。**结果** 治疗前两组各项指标比较无差异($P>0.05$);1 年后治疗组的 Harris 评分、Barthel 生活指数、VAS 评分分别为[(87.4±18.4)分、(85.3±12.5)分、(1.6±0.2)分],对照组的 Harris 评分、Barthel 生活指数、VAS 评分分别为[(78.1±12.4)分、(75.3±10.5)分、(3.1±0.9)分],术后两组各项指标较术前均有明显改善($P<0.05$),治疗组改善效果明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 西医与中医内外兼用治疗中晚期股骨头坏死临床疗效较好,可推而广之。

【关键词】 中西医; 股骨头坏死; 临床疗效

【中图分类号】 R681.8 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.11.020

股骨头缺血性坏死是由于多种原因所导致的股骨头血液循环障碍,从而导致骨细胞、骨髓造血细胞以及脂肪细胞坏死的病理过程。其发病率现在呈明显上升趋势,已成为骨科常见疾病之一^[1]。由于本病早期症状轻微,X 射线片变化亦不明显,容易漏诊,以致失去早期治疗以保留关节功能的良机,由于绝大多数病例一旦因缺血而发生股骨头坏死,其病理过程必将持续发展,股骨头不可避免地将发生塌陷,晚期股骨头明显变形,出现严重骨关节炎时,治疗将十分困

难,疗效亦不理想^[2]。现代临床研究认为,成人股骨头坏死的早期选择非手术治疗,中晚期则选择手术治疗。近期的一些研究表明,在围手术期和术后配合中药内服外用可提高手术治疗的效果,为临床提供更好的治疗依据^[3]。笔者对 86 例中晚期股骨头坏死的患者在采用活血化瘀、补肾壮骨的中草药进行整体治疗的基础上进行局部手术治疗,取得较显著的临床疗效,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2011 年 1 月—2013 年 8 月住院治疗的 86 例中晚期股骨头坏死患者,其中男 48 例,女 38 例;年龄 38~55 岁,

作者单位:234000 宿州市第一人民医院骨科

作者简介:程中午(1973-),本科,主治医师。研究方向:中西医结合治疗骨伤骨病。E-mail:haochengzhongwu@126.com

表 1 两组基线资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别(n)	年龄	性别男%	创伤性%	激素性%	酒精性%	其他%
治疗组(43)	43.3 ± 9.2	25(58.1)	19(44.2)	14(32.6)	5(11.6)	5(11.6)
对照组(43)	46.8 ± 10.5	23(41.9)	18(41.9)	18(41.9)	4(9.3)	3(7.0)

表 2 两组术后指标比较

组别	Harris 评分		Barthel 生活指数		VAS 评分	
	入院时	出院 1 年	入院时	出院 1 年	入院时	出院 1 年
治疗组	64.2 ± 4.3	87.4 ± 18.4 ^{ab}	45.5 ± 10.3	85.3 ± 12.5 ^{ab}	7.3 ± 1.2	1.6 ± 0.2 ^{ab}
对照组	65.2 ± 5.1	78.1 ± 12.4 ^a	49.3 ± 9.5	75.3 ± 10.5 ^a	7.5 ± 1.0	3.1 ± 0.9 ^a

注:与入院时相比,^a $P < 0.05$,与对照组相比,^b $P < 0.05$

平均年龄(45.1 ± 11.5)岁。所有患者入院后均行影像学证实为股骨头坏死。股骨头坏死的诊断标准符合国家中医药管理局出版的中医病证诊断疗效标准^[4]。创伤性损伤患者 37 例,激素类损伤患者 32 例,酒精损伤患者 9 例,其他因素 8 例。临床主症为气滞血瘀型。排除标准:(1)精神病患者;(2)老龄患者;(3)严重的器官功能障碍患者;(4)患者或家属不同意手术治疗者;(5)内科、麻醉科医师术前评估,不可以行手术治疗的;(6)血液系统疾病引起的股骨头缺血性坏死患者。所有患者术前均由外科及麻醉科医师进行评估,患者与家属同意手术方式并签字。

1.2 分组及治疗方法

1.2.1 分组 采用随机数字表的方法选择 43 例患者为手术 + 中医治疗组(治疗组),余 43 例患者为单纯手术治疗组(对照组),一般资料比较见表 1。两组基线资料年龄、性别、坏死诱因相比无统计学意义,具有可比性。

1.2.2 治疗方法 (1)手术方式:持续硬膜外麻醉,仰卧位,患侧垫高 45 度,剥离大转子下方的股骨外侧骨膜约 2.0 cm,在大转子下 1.0 cm 处用电钻在皮质上钻孔。穿透皮质后,用直径 8 mm 的空心钻从皮质孔钻入,方向对准股骨头的中心,进达软骨面下 4 ~ 5 mm,取活检标本送病理检查。用直径 4 mm 的空心钻经同一钻孔向另一方向钻入股骨头,使之成为另一减压道,于髁前上棘处进行骨髓穿刺,抽取自体骨髓 3 ml,并于转子处取少量骨松质,将两者混合,于 C 形臂 X 射线机监视下,将关节镜套芯,顺切口刺入髋关节囊,于股骨头颈交界处刺入股骨头,达软骨面下,顺此孔道,用注射器将自体骨髓注入股骨头内。(2)中医治疗方式:给予桃红四物汤(桃仁 10 g、红花 9 g、生地 15 g、赤芍 12 g、川芎 12 g、当归 15 g、乳香 10 g、没药 10 g、五灵脂 9 g、香附 10 g、牛膝 15 g、甘草 3 g),以水煎服,每日一次。外敷使用活血化瘀膏(人参 50 g、乳香 50 g、没药 50 g、当归 50 g、防己 50 g、鸡血藤 50 g、川芎 100 g、浙贝母 100 g、血余炭 100 g),用时将之研磨成细末,以水和蜜煮热调成糊状外敷环跳穴、承扶穴、悬钟穴、阿

是穴。7 天换药 1 次,4 次为一个疗程。

1.3 术后处理

术后患肢外展 30 度中立位,皮牵引 1 个月后,用双拐辅助下地。嘱其管床护士经常给患者推拿、按摩髋骨,以防肌肉萎缩。同时还应该教会患者正确的功能锻炼方法,功能锻炼应循序渐进,以不感到疲劳为度。患者下床活动时,应指导患者正确使用双拐,患肢保持外展不负重行走,3 个月后摄 X 射线片复查后,再酌情负重行走。

1.4 疗效判断

两组患者术后均进行随访 12 个月,随访过程中无一例患者发生遗漏。记录随访结束后的 X 射线片变化,随访结束记录两组髋关节 Harris 评分、Barthel 生活指数及 VAS 疼痛评分并进行对比分析。

1.5 统计学方法

应用 SPSS 17.0 统计软件包进行统计分析,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,剂量资料采用百分比表示(%),两组之间比较采用卡方检验(χ^2), $\alpha = 0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 两组基线资料比较

两组年龄为计量资料,比较采用独立样本 t 检验,治疗组与对照组相比无统计学差异($P > 0.05$);性别、坏死诱因均为计数资料,两组相比采用卡方检验,结果显示两组相比无统计学差异($P > 0.05$),见表 1。

2.2 术后比较

治疗组治疗前 Harris 评分、Barthel 生活指数、VAS 评分分别为(64.2 ± 4.3)分、(45.5 ± 10.3)分、(7.3 ± 1.2)分,对照组治疗前 Harris 评分、Barthel 生活指数、VAS 评分分别为(65.2 ± 5.1)分、(49.3 ± 9.5)分、(7.5 ± 1.0)分,治疗前两组比较采用独立样本 t 检验,结果显示各项指标均无统计学意义($P > 0.05$);1 年后治疗组的 Harris 评分、Barthel 生活指

数、VAS 评分分别为 (87.4 ± 18.4) 分、 (85.3 ± 12.5) 分、 (1.6 ± 0.2) 分,对照组的 Harris 评分、Barthel 生活指数、VAS 评分分别为 (78.1 ± 12.4) 分、 (75.3 ± 10.5) 分、 (3.1 ± 0.9) 分,两组各项指标较术前均有明显改善($^aP < 0.05$),术后治疗组改善效果明显优于对照组($^bP < 0.05$),见表 2。

2.3 X 射线片

两组术后 X 射线片均表现为病变修复良好,软骨下骨无塌陷,髋关节无退化,部分患者的股骨头坏死区逐渐再骨化,股骨头轮廓光滑,外形正常。

3 讨论

结果发现,所有患者在治疗过程中均未出现严重不良反应,1 年后随访,治疗组患者 Harris 评分、Barthel 生活指数、VAS 疼痛评分均优于对照组。

股骨头坏死最早期的治疗均采用非侵入性方法,目前的临床观点认为,中药治疗在治疗早期股骨头坏死方面有着肯定的疗效,且患者比较容易接受^[5-6],西医学的治疗往往只是缓解症状,无法延缓股骨头坏死的发展,常常是到了中晚期,西医学的手术治疗方式才真正发挥作用,比如股骨头坏死中晚期患者,由于保髋治疗的成功率低,更适宜行髋关节置换术,此外,在西医治疗的基础上加用中药辅助调理,相辅相成,可更好的改善临床症状,提高患者的生存质量。而中医认为,早期的股骨头坏死和“瘀”有关,采用活血行气的方药能收到良好的疗效,甚至可以终止病变的发展。此外,本实验也发现中西医结合治疗可以明显改善患者预后,提高患者生活质量。

笔者认为,中医药治疗股骨头坏死的主旨是扶正祛邪,即“补其不足,泻其有余”,股骨头坏死多归咎于“瘀血”与“肾虚”,因此补肾填精、益气养血壮骨为扶正大法,活血化瘀、祛寒除湿通络为驱邪之举。本组患者临床主症均为髋部胀痛或刺痛,痛处固定不移,久坐久卧后疼痛加重,适当活动后疼痛减轻,髋关节任何方向较大幅度的被动或主动活动均能引起疼痛,故治疗原则为行气活血,破积化瘀。内服方药中桃仁、红花、生地、赤芍、川芎、当归为活血化瘀;乳香、没药、五灵脂、香附活血化瘀兼理气止痛;牛膝引瘀血下行以通血脉,上药共奏疏肝理气、活血化瘀,行气止痛之功。中药敷贴之药可切近皮肤,能彻到腠理之中,将药之有效成分透过皮肤、穴位直达经脉,摄于体内,溶于津液气血之中以调节整体,亦直达髋关节部起局部治疗作用,笔者采用自创活血化瘀膏治疗血瘀症患者,临床效果较好。

此外,中医学认为,“七情”可致病,任何一种情绪都可能影响疾病的转归,对于股骨头坏死这样一种顽固难愈的疾病,治疗周期长,功能恢复慢,加之患者的精神及经济负担,从而导致患者心理异常、性情怪异,甚至拒绝治疗,所以笔者认为,应当在临床积极治疗外,还应注意对患者进行心理疏导,帮助患者保持良好的心态,树立信心,主动配合医师治疗。在恢复过程中,因长期卧床经常带来很多副作用,如患肢肌肉萎缩、关节僵硬等等,即中医伤科所指的“筋伤”。适当的活动既改善了血液循环,又可预防并发症的发生,有利于股骨头的恢复。因此,笔者认为不应强调治疗期间绝对卧床牵引,只有当股骨头修复进入软化塌陷危险期才需要卧床,在患肢不负重的情况下,可适当扶拐行走,在患侧髋关节不疼痛的情况下,鼓励患者进行不负重的功能锻炼。

笔者通过采用髓芯减压及自体骨髓移植术加中药内服外用的综合治疗方法治疗股骨头坏死,取得了较好的临床疗效,也与张剑慧^[7]的临床结果相似,所以笔者认为,此种治疗方法值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 郑宏. 49 例股骨头坏死的临床研究[J]. 中国医药导刊, 2013, 15(1): 13-14.
- [2] 赵凤朝, 李子荣, 张念非, 等. 不同病因股骨头坏死的临床特征分析[J]. 中华骨科杂志, 2009, 29(10): 939-943.
- [3] Shuler MS, Rooks MD, Roberson JR. Porous tantalum implant in early osteonecrosis of the hip: Preliminary report on operative, survival, and outcomes results [J]. J ArthroPlasty, 2007, 22(1): 26-31.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 193.
- [5] 于波. 全陶瓷型人工髋关节置换治疗股骨头缺血性坏死 23 例[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2009, 13(39): 7780-7784.
- [6] Schildhauer TA, Peter E, Muhr G, et al. Activation of human leukocytes on tantalum trabecular metal in comparison to commonly used orthopedic metal implant materials[J]. J Biomed Mater Res A, 2009, 88(2): 332-341.
- [7] 张剑慧. 中西医结合治疗股骨头缺血性坏死 35 例临床观察[J]. 中医药导报, 2009, 15(4): 51-52.

(收稿日期: 2013-9-14)

(本文编辑: 董历华)