

股骨头无菌性坏死三期辨证论治的临床研究

中国中医研究院骨伤科研究所 (100700)

郭效东 陈卫衡 赵永刚 丛英杰

本文对 100 例股骨头无菌性坏死病人进行三期辨证论治, 分析如下。

临床资料

1. 一般资料: 本组共 100 例, 男 42 例, 女 58 例; 最小年龄 2.5 岁, 最大年龄 72 岁; 病程最短者 1 月, 最长 19 年; 左髋 29 例, 右髋 27 例, 双髋 44 例。

2. 三期分型:

(1) 一期: 气滞血瘀为主。

主证: 髋骨疼痛, 时重时轻, 痛有定处, 胀痛或刺痛。行走不利; 关节不能屈伸。舌紫暗, 脉沉涩。

病机: 髋骨或因外伤劳损, 血行失度, 或因外邪侵入, 流注关节, 均可致气滞血瘀而痛, 且痛有定处。

X 线表现: 股骨头及髋臼关节面外形正常, 轻度骨质疏松, 或有点状囊性变。

(2) 二期: 肝肾亏损为主。

主证: 髋骨疼痛, 持续不减, 下肢乏力, 关节屈伸不利, 腰酸背软。舌苔薄白, 脉沉细。

病机: 外有所伤, 久则内有所损。病至中期, 不仅损伤气血, 气血瘀滞, 而且会致内脏病变。因肝主筋, 肾主骨, 肝肾必先亏虚, 精血不能濡养筋骨经脉, 而致下肢乏力, 关节屈伸不利。

X 线表现: 股骨头变形塌陷, 囊性变明显, 有钙化带出现, 关节间隙变窄, 骨性关节炎。

(3) 三期: 气血两虚为主。

主证: 髋骨疼痛, 时隐时现, 或彻夜疼痛, 下肢痿软无力, 神疲气短。舌质淡红, 脉弦细。

病机: 久病而虚, 气血化源不足, 筋骨失荣, 则下肢痿软无力。元气耗伤心血亏虚, 故神疲气短。

X 线表现: 股骨头塌陷明显, 扁平髋, 碎裂死骨形成。

治疗方法

根据股骨头无菌性坏死的三期分型, 采用中药为主, 辅以手法, 踝套牵引等综合治疗, 做到内外兼治, 药法并重。

1. 一期: 活血行气, 兼补肝肾。

(1) 方药: 股骨头 I 号方: 归尾、桃仁、红花、穿

山甲、木香、柴胡、山萸肉、党参、茯苓等。

(2) 手法、牵引: 用通法, 以推、拿、搓、点为多用。牵引量宜大, 一般 4kg 左右。

2. 二期: 补益肝肾, 养血活血。

(1) 方药: 股骨头 II 号方: 熟地、萸肉、枸杞、狗脊、当归、白芍、红花、党参等。

(2) 手法、牵引: 手法以摩、按、揉、滚为宜。牵引重量较轻, 3kg 左右。

3. 三期: 固本培元、补血益气。

(1) 方药: 股骨头 III 号方: 人参、黄芪、山药、熟地、萸肉、枸杞、当归等。

(2) 手法、牵引: 手法常用推法或擦法, 再用摩、揉、按以补元气。牵引重量宜轻, 时间宜长。

治疗结果

疗效评定标准: 为便于统一判断疗效, 参考邱氏^[1]的判断方法, 即跛行、疼痛, 功能及 X 线表现四个方面进行估价, 同时增加了“B 超”和同位素扫描两个客观指标。在每一项中又根据程度的轻重分为三级, 分别以 2、1、0 作为指数。治疗后也按 2、1、0 三级指数进行评定, 若与治疗前比较无明显变化者得 0 分, 好转得 1 分, 疗效明显者得 2 分, 治疗后指数总分比治疗前增加 100% 以上者定为优, 增加 50~100% 者为良, 增加 25~50% 者为可, 增加 25% 以下者为无效。

按照以上疗效判断标准, 本组 100 例中, 优 64 例, 良 27 例, 可 9 例, 优良率占 91%, 总有效率为 100%。

讨论

股骨头无菌性坏死的早期诊断至关重要。因为早期治疗能使病变逆转并保留患髋的功能。目前的诊断方法仍以病人主诉髋关节疼痛为最早症状, 而临床检查、X 线平片均在较晚些时候才有异常表现。同位素检查确实能较早发现病变, 但因此项检查尚不能普及, 或因对其认识不足等原因, 故往往错过检查时机。在我们诊治的过程中认识到: 病人如果主诉髋部不适、疼痛, 同时有与本病有关的原因, 则应引起重视。检查中髋关节前侧, 股内收肌、缝匠肌起点、大粗隆上缘、臀中肌、臀上皮神经、坐骨结节内侧均为常见压痛点。而髋关节的活动

则以内旋或屈曲最早发生受限。若有以上症状及体征，则应马上做 X 线、同位素和 B 超检查，同时嘱病人少负重，及早明确诊断，以便早期治疗。

我们采取三期辨证、中药为主综合治疗的方法，取得了满意的效果。本病之病因、病机皆因“瘀”，瘀而致痹，气血痹阻不通，不通则痛。三期用药均不离活血，又因其早、中、晚各期，病有所不同；治之也有所侧重。早期重在活血行气；中期则宜补肝肾而兼活血；病至晚期，急当固本培元，然补血不忘活血。三期用药宜治其本，使血行而新骨生。同时通过对患部施以手法、既能通经络，

行气血，又能恢复关节功能，达到了标本兼治的目的。对于牵引，重量宜适中，因人而异，并置患肢于外展内旋位，既可缓解软组织的痉挛，矫正畸形，又能减少髋关节内压力，增加髋臼对股骨头的包容量，使压力均匀分布，避免应力集中而致股骨头坏死加重或畸形。

参考文献

1. 邸建德等. 介绍一种治疗儿童股骨头缺血性坏死的新方法. 中华外科杂志 1981; 1: 19

(收稿: 1994-01-10 修回 1994-12-28)

经皮穿针内固定治疗股骨转子部骨折

湖北长江葛洲坝工程局中心医院 (宜昌 443002)

刘维平 崔忠思 李 坚

我院自 1984 年以来，用三根骨圆针经皮穿针内固定治疗股骨转子部骨折 36 例，取得满意疗效。现介绍如下：

临床资料

本组 36 例中男 20 例，女 16 例；年龄最大 92 岁，最小 21 岁；左侧 21 例，右侧 15 例；伤因：不慎滑倒 14 例，被人、车撞倒 12 例，骑自行车摔倒 8 例，高处坠落 2 例；骨折分类：按 Evans 分类法，稳定性骨折 11 例，不稳定性骨折 25 例；合并伤计有 7 例（骨盆骨折 3 例，颅脑伤、肋骨骨折、尺桡骨骨折、外踝骨折各 1 例）；患有严重内科疾患者 8 例，（高血压 3 例、冠心病 2 例、慢性支气管炎、肺气肿、肺结核各 1 例）。

治疗方法

在患侧臀下垫一小枕，以抵消股骨颈的前倾角，便于水平进针，以利操作。然后消毒铺巾，在进针处作局部麻醉。透视下将三根骨圆针分别在大转子下 3cm、4cm、5cm 处钻入。下位的针与股骨干的交角小，完全按进针方向钻入，针尖在骨质表面易滑动。我们体会在针进皮肤时按所需角度，针尖抵骨质后，将针尾向近端移动，使针与股骨干交角加大，针尖进骨皮质后再将针调到所需方向钻入。电视监视针尖位于股骨头软骨面下 1cm 止。三根针在股骨颈内可交叉，也可呈“△”形。将针尾处皮肤尽量向内挤压，剪去多余的针尾，再把针尾向内打入 0.5cm，埋于阔筋膜下。皮肤针眼不缝合、消毒敷料覆盖即可。

术后患肢保持中立位，不用制动措施。适当用抗菌

素数日预防针眼处皮肤感染。鼓励患者锻炼股四头肌。骨折达到临床愈合后可弃拐行走，大多需 4~5 个月。

治疗结果

本组 36 例，穿针后 4~6 周骨折处有明显骨痂生长或骨折线模糊，全部获骨愈合。无延迟愈合或骨不连。平均住院时间 40.6 天。全组无 1 例发生髋关节和骨髓感染，无死亡病例。患肢短缩畸形 1 例，均为不稳定性骨折。

28 例得到随访，最长时间 5 年，最短 6 个月，平均随访 2 年 3 个月。按照 1975 年全国中西医结合座谈会骨折疗效评定标准，优 21 例，良 5 例，可 1 例。总优良率 96.4%。

讨论

用骨圆针内固定转子部骨折，从力学观点看，三枚针在股骨颈内是几何形分布，从而加强了断端稳定性。针在颈内散在分布，每根针有一定应力，颈内受力均匀，使轴心应力不集中，断端不会沿轴心旋转。头颈部应力通过针的传导，与颈部重力线的角度一致，而骨圆针在受力时把骨折部的一部分剪力变成了压力。骨圆针内固定应力遮挡小，不会产生功能替代。下床活动负重后有一定弹性，符合内固定器材中后期弹性固定的要求^[1]，可以加速骨折愈合。

本法之优点为：1. 本法施用局麻，患者有严重的内科疾患也不会影响穿针治疗。2. 经皮肤穿针，创伤小，出血极少。3. 方法简单，手术时间短。4. 可早期活动，功能恢复快。