

综合疗法治疗股骨头缺血性坏死 230 例

卢文志¹ 卢刚¹ 卢威¹ 张淑男² 李晓霞²

(1. 齐齐哈尔市第一医院, 黑龙江 齐齐哈尔 161005; 2 齐齐哈尔市临床医药推广中心, 黑龙江 齐齐哈尔)

笔者采用骨坏死康丸内服和足部十三区按摩法, 配合功能锻炼和自体牵引, 治疗成人股骨头缺血性坏死 230 例, 现报告如下。

1 临床资料

本组 230 例中男 173 例, 女 57 例; 20~ 60 岁 205 例, 60 岁以上 25 例; 服用过激素者 151 例, 日饮酒超过 250ml 者 134 例, 有外伤史者 87 例。中重度疼痛 145 例, 痛性跛行 137 例, 借助工具 42 例, 髋功能严重受限 113 例, 正步走障碍 127 例, 下蹲受限 115 例, 患肢直立障碍 108 例, 髋关节伸屈受限 127 例, 腹股沟内收肌起点肌痉挛者 57 例, “4” 字试验阳性 121 例, 足跟叩击痛阳性 89 例, 重度肌肉萎缩 103 例, 足部温脉异常 187 例。本组共有患髋 305 个, 其中早期 24 个, 中期 192 个, 晚期 89 个。

2 治疗方法

2.1 内治法 骨坏死康丸, 主要成份: 黄芪、首乌、狗脊、杜仲、海马、冬虫夏草、枸杞、当归、鳖甲、龟板、珍珠、全虫、白花蛇、牛膝、丁香等 30 余味纯中药蜜制成丸, 丸重 9.0g, 每日一次, 每次 2 丸。晨起空腹冲鸡蛋水送服, 鲜姜一片为引, 3 个月为一疗程。

2.2 外治法 足部十三区按摩法: 涌泉、涌泉后、跟中、足内侧、足外侧、根、三阴交、绕内外踝、二溪、足背、足底、足三里、小腿后等十三个按摩区, 采用推、揉、夹、赶、刮等手法, 每次按摩 20~ 30 分钟, 每日 1~ 2 次, 7 天为一疗程。

2.3 自体牵引 病人平卧床上, 将患肢足部用弹力绳固定在床尾, 然后双手握床头横杆缓慢向头侧牵引躯干, 以自感轻松、舒适、疼痛减轻为宜, 每日持续牵引 2~ 6 小时, 疗程视病情而定。

2.4 功能锻炼 ①床上运动: 平卧床上做髋关节被动运动。②髋关节功能操: 使髋关节在三个平面上进行有规律的关节运动。③蹬车运动: 包括功能车和骑自行车。在防止髋关节继发性损伤的基础上, 根据自身耐受和适应能力酌情进行, 以活动量大为宜。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

3.1.1 成人股骨头缺血性坏死临床评分:

(1) 临床表现 (正常 35 分): ①疼痛: 无, 20 分; 轻微, 15 分; 轻度, 10 分; 中度, 5 分; 重度, 0 分。②痛性跛行: 无, 10 分; 瞬间, 7 分; 间歇, 3 分; 完全性, 0 分。③肌力: 佳, 5 分; 良好, 3 分; 轻差, 2 分; 不良, 0 分。

(2) 髋支撑能力 (正常 10 分): ①行走: 自如, 6 分; > 500 米, 4 分; > 100 米, 2 分; 室内活动, 0 分。②支具: 无, 4 分; 手杖, 2 分; 单拐, 1 分; 双拐, 0 分。

(3) 髋活动度 (正常 15 分): ①屈曲: > 90°, 9 分; > 60°, 6 分; > 30°, 3 分; < 30°, 0 分。②外展: > 30°, 3 分; > 15°, 2 分; > 5°, 1 分; < 5°, 0 分。③内旋: > 20°, 3 分; > 10°, 2 分; > 5°, 1 分; < 5°, 0 分。

(4) 足部温脉 (正常 10 分): 轻微, 7 分; 轻度, 4 分; 中度, 2 分; 重度, 0 分。

3.1.2 成人股骨头缺血性坏死 X 线评分:

(1) 早期: ①股骨头形态及结构均在正常范畴, 30 分; ②股骨头形态正常, 病变修复基本完成, 25 分; ③股骨头形态正常, 囊变区缩小, 硬化带形成增宽, 20 分; ④股骨头形态正常, 头内有相对高密度区和囊变区, 15 分。

(2) 中期: ①股骨头变平, 病变修复基本完成, 25 分; ②股骨头变形, 死骨区缩小, 吸收带、硬化带向头侧伸展, 20 分; ③股骨头变形, 病变区呈多种病理状态, 但以吸收为主, 15 分; ④股骨头变形, 病变区骨折塌陷, 以死骨和吸收带为主, 10 分。

(3) 晚期: ①残缺股骨头骨化固缩, 关节间隙可增宽, 关节面较光滑, 15 分; ②残缺股骨头内多种病理变化同时存在, 以吸收修复为主, 10 分; ③残缺股骨头内以死骨和吸收带为主, 股骨头进一步被吞噬, 5 分; ④股骨头基本消失, 仅剩颈部残端, 已起不到关节作用, 0 分。

3.2 治疗结果 接受治疗后临床症状开始改善, 最早 3 天, 最晚 21 天, 平均 6.5 天。不足一疗程 67 例, 未做评分; 第 1 疗程 56 例, 平均提高 16.3 分; 第 2 疗程 31 例, 平均提高 21.1 分; 第 3 疗程 19 例, 平均提高 29.6 分; 第 4 疗程 15 例, 平均提高 32.4 分。停药在一年以内 14 例, 平均 36.6 分; 总有效率 95.56%, 停药超过一年 28 例, 其中 3 例在活动后出现酸痛感, 故本组临床治愈率 89.29% (25/28)。

毒性及不良反应: 本组未发现毒性反应。不良反应: 一位 56 岁女性, 原患花粉过敏性哮喘, 用药后出现哮喘发作, 停药并用激素治疗后好转。

4 讨论

4.1 股骨头缺血性坏死如何改善缺血状态, 形成新的压应力点, 是治疗能否成功的关键。骨坏死康丸治疗的宗旨是协调机体内外环境, 使其达到和巩固阴阳平和。以重补微温肝肾为主, 兼搜风通络止痛, 和脾胃, 达到驱邪扶正、平衡阴阳的目的。但有过敏史者应慎用, 花粉过敏者禁用。

4.2 足部十三区按摩法以五腧——经别循行系统为基础, 可振奋阳气, 温经散寒, 气血流畅, 强筋骨利关节。

4.3 自体牵引可自我控制牵引力度, 防止继发性损伤, 适用于: ①股骨头可能塌陷或尚未完全塌陷时减轻局部压力。②关节腔内有死骨片疼痛剧烈。③治疗过程中出现再发性疼痛

等。

4.4 在采用骨坏死康丸口服和足部十三区按摩法同时,必须进行功能锻炼。即在机体能耐受的条件下,加大非负重性髋关节三个平面上的活动度,尤其是屈伸运动,蹬车是最佳的锻炼方式,不仅可增加局部血循环量,亦有利于新压应力点的构建和适应,是改善和减轻残疾状态的关键。

4.5 疗效评定采用 100 分评定法,由于分值大,误差率相对较小,更能反应出实际情况。临床表现占 70 分,主要反应近期疗效;X 线改变占 30 分,是远期疗效评定指标。本组中早

期病人接受治疗其症状消失快,有 5 例 7 个病髋,X 线显示股骨头接近或恢复正常,提示本病早期诊断、治疗、疗效最佳。中晚期病人临床症状逐渐缓解和消失,髋关节活动度可达病变状态的最大限度,X 线片对照可见病变区爬行替代过程快,或进一步固缩骨化等良性发展。本评定法认为:在治疗过程中的评分分值,视为疗效反应程度,本组综合有效率为 95.56%。停药一年内无反复,临床表现及 X 线病变影像稳定或有所好转者,视为临床治愈,本组综合临床治愈率为 89.29%。(收稿:1998 06 21;修回:1998 11 10 编辑:连智华)

•学习园地•

腰椎旁神经根封闭并发蛛网膜下腔阻滞 8 例

史培年 张俊国 王钦芳
(黄海疗养院,山东 青岛 266003)

腰椎旁神经根封闭是治疗根性坐骨神经痛的方法之一,1993~1996 年我院治疗 500 余例次,共发生蛛网膜下腔阻滞 11 例,现将临床资料完整的 8 例报告如下。

1 临床资料

本组病例均为腰椎间盘突出症,有典型的根性坐骨神经痛,并经 CT 扫描证实。男 6 例,女 2 例。住院病人 5 例,门诊病人 3 例。6 例在牵引整复后行封闭治疗,2 例单纯封闭治疗。

2 治疗方法

2.1 药物组成及方法

2.1.1 封闭药物:2%利多卡因 8ml,0.9%生理盐水 15ml,维生素 B₁100mg,维生素 B₁₂1000~1500μg,确实舒松 A25mg(上海第九制药厂生产)。其中 2 例为康宁克通 40mg(德国产),1 例在上述药物中加入洁霉素 0.6g(青岛黄海制药厂生产)。

2.1.2 封闭方法:患者俯卧位,皮肤常规消毒,旁开 L_{4,5}椎间隙 3.5cm 左右,用 7 号封闭针头(长度 8cm)垂直进针,如遇横突,则进针受阻,如无阻力,将针退至皮下,向内侧倾斜 20°进针,当触及横突时,针尖沿横突上缘或下缘进入 1~1.5cm,即进入相应椎间孔,如获触电感,回抽无血、脑积液则缓慢注药,不可边进边推,如确认在椎间孔内,即便无触电感亦可推注,平卧半小时,无不良反应可下床活动。

2.2 蛛网膜下腔阻滞的特征及处理

2.2.1 特征:本组 7 例患者均于注药后 1~3 分钟内出现蛛网膜下腔阻滞,1 例发生于 25 分钟之后,其共同表现均自注射平面自上而下迅速出现感觉运动消失,提睾反射、下肢深反射完全消失。恢复亦自上而下,感觉先恢复,本组开始恢复的时间最短 15 分钟,最长 2.5 小时,完全恢复平均 1 小时,但仍有下肢无力,步态不稳,轻微头晕现象。其中 1 例于注药 25 分钟后出现蛛网膜下腔阻滞,16 分钟开始恢复,且健侧恢复先于患侧。1 例发生小便潴留,并有精神障碍。

2.2.2 处理:①发生阻滞后,就地平卧,头高足低位,绝对避免搬动,做好病人的思想工作,稳定情绪,消除紧张心理。②

10%GS 500ml,地塞米松 5mg,胞二磷胆碱 0.5g,静滴。或给安定 10mg 肌注。③密切观察麻醉平面变化及心率、血压、呼吸、神志变化,小便潴留应留置导尿。④做好抢救准备。

3 讨论

神经根封闭突破硬膜导致蛛网膜下腔阻滞是一种严重并发症,据报道约占 2.9%,我院为 2.2% 左右。导致蛛网膜下腔阻滞的原因是,当封闭针在椎间孔寻找触电感而调整深度和角度时,直接刺入了神经根向椎间孔延伸部分的脊膜根囊,因此囊与蛛网膜下腔相通,内含脑积液^[1],故部分药物进入根囊而出现蛛网膜下腔阻滞。为避免蛛网膜下腔阻滞,在操作中当触电感发生后不应直接注药,可将针拔出少许,以防针尖刺入根囊内,对确认在椎间孔内而无触电感者,不必勉强寻找。因为下腰椎神经根与椎间孔的截面积之比为 1:1.5^[1],故不一定都有触电感。此外,据作者观察,腰椎旁神经根封闭的疗效并不优于骶管硬膜外封闭,骶封只要不超过 S₂ 平面则相对安全,对操作不熟练者,应以骶封作为首选。

蛛网膜下腔阻滞主要是利多卡因的结果,该药的半衰期为 1.6 小时,大部分经肝脏清除,约 30% 经肾脏排泄^[2]。发生阻滞的程度与恢复的快慢除取决于进入蛛网膜下腔的量外,还与肝脏的功能有关。

总之,腰椎旁神经根封闭具有一定盲目性和危险性,操作必须慎重。意外难以避免,而只有阻滞现象发生后方可诊断。此时,医者必须沉着冷静,积极采取措施,密切观察麻醉平面及生命体征,安慰病人,保护神经,促进神经功能尽快恢复。并做好抢救准备工作,避免造成更为严重的后果。

(本文承蒙青岛医学院附属医院骨科周秉文教授审阅,谨此致谢!)

参考文献

- [1] 郝泽民. 神经痛. 上海:上海科学技术出版社,1984. 23.
- [2] 李仲廉. 临床疼痛治疗学. 天津:天津科学技术出版社,1994. 148.

(编辑:连智华)