

中西医结合

中西医结合治疗股骨头缺血性 无菌性坏死100例临床观察

北京卫戍区51112部队医院骨科 官恩年

摘 要

本组100例股骨头缺血性无菌性坏死,有48例系激素所致,年龄40—65岁69例,总共186个髋,年龄在2—85岁,主要采用局部手法治疗、局部中药导入、外用活骨膏、口服活骨丸,局部注射川芎嗪、局部理疗等。根据病情对一部分人也配合手术治疗,采用了股骨减压,内收肌松懈、髋关节加盖、三翼钉内固定、植骨等,采用了一整套中西医结合治疗股骨头无菌性坏死的有效措施收到了显著疗效,打破了医务界认为不可治愈的观念。

近十年来,股骨头缺血性坏死疾病引起了国内外医务界的重视。不少同行都在竭力研究治疗方法,国内外医学杂志发表不少有关这方面的文章,但中西医结合治疗的文章较少见。选择治疗方法较多。北京几家大医院,如积水潭医院、解放军总医院、协和医院等用颈部旋转截骨术,严重者行人工髋关节置换术,带旋髂深血管蒂髂骨移植。对儿童实行滑膜切除或髂骨截骨,加旋股外动静脉自干髂向髂骨后方向植入等。济南军区总医院骨科发明用新鲜胎儿软骨移植治疗股骨头坏死,现代免疫研究所报导治愈率达98%以上,他们用免疫散加汤药治疗,大法是以镇定止痛、补气血舒肝火。鼓楼中医院以自制马氏骨丸加溶疗治疗股骨头坏死,自报导治愈率80%以上。中国中医学研究院骨伤科研究所以“坏死散”1、2号治疗股骨头坏死,自报道治愈率在65%以上。国内各地区均有报道专治股骨头无菌性坏死的医院,各行其是,无统一指征,诊断标准和治愈标准不够统一,但都纷说有一定疗效。

国外对股骨头缺血性病治疗办法可以归纳以下几个方面:①限制负重;②高压氧舱;③脉冲电磁场;④钻孔减压;⑤植骨术,包括自身移植术和新鲜同种异体骨移植手术,条件要求很高,适用于19—50岁无继发骨关节炎、无骨质疏松、无激素史、无类风湿关节炎患者;⑥带肌蒂植骨;⑦带血管蒂骨移植;⑧血管吻合游离植骨;⑨截骨术。当然,国内采用的疗法评价标准也不一致。唯有全髋置换术的方法有效,绝大多数患者近期疗效可靠满意,但远期疗效较差,患者不原意接受。

我们从1983年开始研究治疗股骨头坏死,主要采用口服中药加手法按摩局部及下肢不宜负重方法治疗,疗效不尽理想。自1985年开始采用针对局部患处中药导入、口服活骨丸、局部手法治疗的方法,部分病人可以治愈。但对股骨头伴脱臼,股骨头塌陷、股骨头颈部缺损的病症,不能收到满意疗效。由1986年开始除以上治疗办法外又配合手术治疗股骨头坏死病取得显著疗效。

临床表现:

1.疼痛:除外伤性以外,多数开始出现膝关节周围疼痛,早期容易误诊为关节炎,半月板损伤,软组织损伤、坐骨神经痛等。一般症状是逐渐或突然出现髋痛,疼痛时好时坏,时轻时重,行动后疼痛感加重,有时休息痛。疼痛多为针刺样,钝痛或酸痛不适。有的还向腹股沟或臀部后侧或外侧、膝内侧放射,并有该区麻木感(髋关节囊水肿,股骨头内压增高,刺激闭孔神经所致腹股沟和膝内侧痛)。伴有臀部疼的多数是髌臼与股骨头的传导力改变,股骨头外移所致。

2.关节僵硬与活动受限:患髋关节疾病的患者下肢屈伸活动不灵活,外展、外旋、内旋均受限,不能下蹲,,坐时不能盘腿。

3.步态:行走时为跛行,患肢缩短,由于髌痛及股骨头塌陷,或晚期出现了股骨头外移造成髌关节半脱位。如果双侧坏死就会出现剪刀步。患者大小便都感到困难,生活不能自理。

4.X线检查:一般分为早、中、晚期。也有学者分为四期。早期股骨头密度相对增高;中期,股骨头内出现软骨下骨小梁纤细骨折,与软骨下板分离,出现新月征裂隙;晚期,头部或部分区域出现不均匀的硬化,死骨破碎,关节间隙狭窄,股骨头呈肥大蘑菇状或蕈状变形,有的根本见不到股骨头和股骨颈,全靠大粗隆来撑髋关节的力学传导。

治疗方法采取以中医为主西医为辅的方法进行治疗。具体方法是:

1.口服自制的活骨丸(丹参、川芎、地龙,骨碎补、红花、龙衣等)。

2.局部外敷自研制的活骨膏(当归、白芍、桂枝、红花、全虫、野葡萄根、大黄、乳香、没

药)。

3.局部中药导入(麻黄、桂枝、红花、桃仁、威灵仙、川芎、白芍等)。每日一次,每次10—15分钟,以活血化淤为主。

4.局部注射川芎嗪40毫克,每周一次。

5.手法治疗,由内收肌起点到止点,由上向下,用拇指弹拨、按揉(让患者仰卧,患肢尽力外展外旋位)往返10次。然后,让患者侧卧,患侧向上,术者在患者背后,患肢还是要尽力向外展,用枕头或被子垫高,高度以患者能忍受为宜,术者用双手拇指松解臀大肌、臀中肌、臀小肌、外展肌等,从起点到肌内止点,以弹拨、按摩、抖动、推手法往返10余次,进行中手法要稳、准、慢而有力。最后嘱患者仰卧,术者用双手握住患肢踝关节向下牵拉,持续5分钟,再向内外旋转。(对晚期的不能用力过猛过大,否则易造成股骨颈骨折。)最后,点按三阴交、委中、足三里,内外昆仑等穴位,力量由轻到重深透有力,以患者感觉酸、麻、胀为度。

6.松解内收肌,内收肌长期萎缩后可以造成关节内压增高,所以松解内收肌可以使患肢外展,减少髋关节内的牵拉力和内压。

7.股骨头钻孔减压,1986年开始到今采用这种方法治疗患者25例,步骤:①切口上起大粗隆顶点向远端做纵切口长约4~6cm,逐层切开暴露大粗隆顶点端股骨干约3cm;②在大粗隆下方1~2cm处向股骨头方向以55度角打入钻针粗0.6cm,一般打入关节囊内为止。(可以先在荧光屏下定位深度和角度),放置引流管24小时后取出。

8.对髋关节包容度不够所造成的股骨头坏死的治疗,我们采用Heyman法测量髋臼与股骨头指数凡包容度在90%者为正常,80%者为轻度膨出半脱位,70%以下者为严重膨出成半脱位,以及股骨头平整下陷或马鞍状下陷为扁平。

一般采用髋前侧切口,沿髋前翼分离肌组织,显露臼上缘,在髋关节上方1cm处作一与其平行带弧形切露骨槽,深约3.5cm,长约4cm,用宽骨刀将该部骨质缓慢向下翻转,使髋臼上方倾斜度减少,加深髋臼。于髋翼取4×5cm大骨块,作成一块4×5.5cm或两块2×3.5cm大骨块,按骨槽的形状修成,压入骨槽内。再用推进器击骨使之嵌入牢固,在击进同时作患肢牵引,并使髋臼缓向下方移位,植入骨块处,外露约1cm,达到减少髋臼指数,增加CE角,使股骨头的覆盖率及负重面积增大,恢复到或接近于正常髋关节包容度。本手术在关节囊外进行,不切开关节囊,方法较简单,对早期诊治疗的患者可以避免髋关节长期损伤,继发骨关节炎或股骨头坏死症。

讨 论

一、目前对股骨头坏死,可以分为感染性坏死,如髋关节结核、髋关节骨髓炎、股骨头低度感染均可继发股骨头坏死,实质我们在临床上最为常见的股骨头无菌性坏死,正规名称应叫“股骨头缺血性无菌性坏死”,是非细菌性坏死为多见,多数学者认为临床上发病最多的原因是外伤和激素。如我科收治的100例中就有48例是由于激素所引起的,如肾炎、牛皮癣、红斑狼疮、类风湿、过敏症、无名高热等患者长期和短期大量使用激素,造成股骨头骨质疏松、脱钙、骨细胞膨胀、骨内压增高,脂肪栓塞,使局部微循环障碍,有的在手术中可以见到圆动脉完全闭锁,在圆动脉内可以见到脂肪组织阻塞。激素所致股骨头无菌坏死,绝大多数是双侧患病,而且发展较快,不及时治疗和保护,很快出现股骨头软骨剥离、塌陷,形成扁平髋等。

二、关节包容度小于70%的多数为先天性髋关节脱臼,如髋关节发育不良、髋臼较浅、股骨头包容度小于70%以下的导致髋臼处上缘和股骨头内上侧互相撞击。使髋臼和股骨头受力面积减少。骨的持重传导力改变,逐步发展到骨关节炎,扁平股骨头坏死。我们在临床中经常发现一些中年妇女都是由股骨头包容度减少所致的无菌性坏死,生活不能自理,此病的主要关键在于早期诊断,早期治疗。发现髋关节包容度小的,马上让病人作加盖术,使髋臼与股骨头受力面积加大,减少持重力,可以预防和不发生骨关节炎或股骨头坏死。

三、股骨头减压是对早期股骨头无菌性坏死比较有效的一种辅助治疗。据统计,26例I期病人或不治疗,任其病情自然发展,其中66%在13个月内出现头部塌陷,若早期行减压术,股骨头内压减低,髋部和膝部疼痛可立即缓解,股骨头缺血症状也可逆转,故早期诊断是关键。但对中期和晚期病人仍有作减压术的指征,但疗效不够可靠。

四、内收肌松解术

股骨头无菌性坏死的病人,因外展活动疼痛增剧,病人为了减轻疼痛,长期内收位,造成内收肌挛缩,股骨头逐步外移和上移、行走疼痛加剧,松解术切断内收肌,减少髋关节内收靠拢力,使股骨头正常在髋臼内。当然,这不是为主的治疗方法,而是有效的辅助治疗。

五、以上手术都不是决定有效治疗。决定因素在于我们以中药为主、西医为辅,我们经过多年来总结出一整套治疗方法,研制出活骨丸,口服每次2丸;每日3次,活骨膏敷局部长期敷用,住院期间给予局部中药导入,局部手法是以恢复髋关节功能有效方法之一。目前在中医史上对股骨

中西医结合治疗 陈旧性 Colles 氏骨折 畸形愈合

江西省宜丰县医院骨科 黎云青

Colles 氏骨折较为常见，作者工作的山区农村此类病人早期多未经处理或处理不当，造成畸形愈合，明显功能障碍。1976年以来，作者采用闭式撬（或凿）法折骨复位后小夹板固定，并辅以局部按摩及外用中药熏洗等中西医结合的方法治疗陈旧性 Colles 氏骨折畸形愈合45例，效果好，现介绍如下。

治疗方法

1. 折骨复位及固定：臂丛麻醉后于腕关节上背侧骨折线中点两肌腱之间（可用手触摸或在 X 线指示下定位）插入一粗3~3.5mm 的斯氏钢针（骨折时间<45天）或一宽0.5cm 的窄平凿（骨折时间>45天），直达骨折线处，先沿骨折线进行横向撬拨或凿骨，以切断其间骨痂，先行手法缓慢折骨，直至完全折断后即作手法整复，经 X 线证实复位满意后以小夹板压垫固定。麻醉消失后指导行握拳及肘部屈伸锻炼。当日起内服中药：当归15克、续断10克、白芍10克、熟地10克、土别10克、自然铜10克、血竭10克、骨碎补15克、五加皮10克、可酌情辨证加减。

2. 按摩与熏洗：术后14天左右开始对患部进行手法按摩，方法是：助手牵引并固定腕关节于掌屈尺偏位，术者先用手指自腕至肘部作滑推2~3次，后对腕部进行揉捏和伸、屈腕肌腱作一一弹拨及指针内关、外关及曲池等穴位，每穴1~2分钟，最后再行轻柔和小幅度的腕关节运摇。手法完毕后仍以小夹板固定。同时每天予以解除小夹板、稳妥固定位置的情况下以中药熏洗2~3次，每次20~30分钟。洗方为：陈艾50克、

头坏死认识是不够清的，也没有详细记载，但我们的治疗方法是符合中医理论，也符合西医理论。中医可以认为腕关节受跌、扑、闪、扭或活动过多，虚邪深入筋骨，寒凝于里，营卫失和，经脉受阻，气血凝滞。导致腕部周围肌间图缩小肌纤维萎缩、微循环障碍和完全闭锁，进一步发展到骨内滋养动脉，旋内旋外动脉血运障碍，股骨头无菌坏死局部的病理变化基本上还是清楚的，

荆芥30克、威灵仙50克、桂枝25克、透骨草50克、伸筋草50克、五加皮50克、大黄30克。

临床资料

本组45例中，男28例；女17例；年龄16~52岁，平均48.5岁；骨折至入院治疗的间隔时间最短35天，最长105天，平均51.5天；局部症状与体征：活动时均感局部疼痛、无力、明显餐叉样畸形，腕关节活动明显受限。X 线片均见骨折远端明显向桡侧、背侧移位，断端均有明显骨痂连接，桡骨远端关节面的掌倾角均<5°、尺偏角均<10°，桡骨茎突与尺骨茎突几乎都在一条水平线上。

治疗结果

疗效评定标准：1. 优：无畸形、腕关节活动正常或基本正常，随访两年以上无疼痛，能恢复原工作。2. 良：畸形基本消失，腕关节活动轻度受限，各向活动较正常仅相差5°以下，活动时无疼痛。3. 无效：除畸形基本消失外，腕关节功能无改善，且常感疼痛。

本组全部病例伤口均一期愈合，无一例感染。按1961年全国中西医结合治疗骨折学术座谈会制订的骨折愈合试行标准¹⁾，本组骨折临床愈合时间为26~45天，平均31.5天。45例中优28例、良14例、无效3例，有效率为93.3%。

讨 论

一、陈旧性 Colles 氏骨折畸形愈合，传统均采用尺骨头切除术或 Compbell's 氏或改良 Compbell's 氏法手术治疗。这些方法虽不甚复杂，但改变了正常的解剖结构，大都造成术后外观变形，腕部无力，一般患者都不易接受。近年来有报导应用中医传统手法治疗此类骨折²⁾，虽优越性多，但对骨折时间较长(>50天)的病例常不易获得成功。而本方法则是取后者之长，避后者之短，具有方法简单易行，且又能使患部解剖关系恢复正常或基本正常，功能恢复满意，骨折时间较长的病例亦易获得成功等优点。但因有小伤口，术后存在感染可能，应严格遵循无菌操作原则，予以预防。本组病例术后均常规应用抗菌素三天，伤口无一感染。

二、本方法为闭式手术，对骨膜及其它软组

主要是局部缺血前，使骨细胞不能正常地生长代谢造成坏死。所以用中药以活血化淤、疏风定痛，促进局部血液循环，达到局部代谢旺盛，促进骨内滋养动脉的再生爬行和侧支循环重建，达到骨的修复，我们利用上述综合治疗100例，186个髓，都是在中晚期，无一例无效，而且远期疗效显著，有的股骨头塌陷可以修复正常，绝大多数患者功能恢复正常，疼痛消失。