

闭合性松解术治疗股骨头坏死的临床研究

王秀义¹ 王凤丽¹ 李方录² 胡乃武³ 王晓磊¹ 赵彦奇¹ 高元嘉⁴ 高曦⁴

(1. 大庆中医骨伤病医院, 黑龙江 大庆 163453; 2. 大庆石油管理局杏南职工医院, 黑龙江 大庆; 3. 中国人民解放军 211 医院, 黑龙江 哈尔滨; 4. 黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨)

由于股骨头缺血性坏死(Ischemic Necrosis)属于一种十分复杂的病理过程, 病因繁多^[1], 如早期得不到确诊与治疗, 可导致髋关节功能障碍而致残。我们为了寻求一种取中西医各自优势于一体而疗效又满意的疗法, 近年来进行了一些探索。经随机 216 例临床观察, 报告如下。

1 临床资料

1994 年 9 月~1998 年 9 月, 有完整病例的股骨头坏死病人 216 例, 男 137 例, 女 79 例, 年龄 7~69 岁, 平均 38.3 岁。病程 3 个月~27 年。其中单侧发病 81 例, 双侧发病 135 例。按蒋位庄分类^[2]: 轻度 11 例, 中度 65 例, 重度 97 例, 严重 43 例。本组病人来诊前均经其他疗法治疗后效果不显或恶化。其中截骨术 2 例, 带股带血管移植术 3 例, 股儿骨植入术 2 例, 介入疗法 2 例, 其余 207 例均采用口服、外用中药或针灸等疗法。

2 治疗方法

2.1 小针刀疗法 采用自制 0.8mm 斜刃针刀对引起髋关节功能障碍的肌腱起止部进行松解铲剥。如内收肌群紧张挛缩, 松解耻骨梳外侧缘骨面, 纵向进针, 横向铲剥: 患侧骨盆向上倾斜, 在髂、腰肌起点(T₁₁)至所有腰椎横突头及椎体外缘进行松解, 直达骨面, 必要时对其止点小转子内侧缘(髂腰肌止点)附丽处进行松解; 如髋关节间隙明显变窄, 则对髂股韧带、耻股韧带附着点, 沿髌臼缘进行横向切割松解; 如关节腔内压过高并伴有疼痛, 或关节腔有积液, 可在髋关节前外侧, 大转子上沿关节孟唇缘切割, 针刀穿过关节韧带、关节囊, 直达关节腔。必要时做十字切开数刀。如患侧膝关节疼痛, 可在髌胫束止点和外膝眼处(前者在腓骨小头骨面铲剥数刀, 后者将髌下脂肪垫通透数次), 如患侧呈外翻髌状态(足尖外翻), 可在患侧大转子外上缘以次沿骨面向下铲剥(梨状肌、股方肌、闭孔外肌、上下肌起止点等等)。如有腰痛(或同时患有腰间盘突出症, 可在 L_{3,4}、L_{4,5}、L₅S₁ 横突间肌、横突间韧带、患椎横突下缘内侧斜向横突孔方向的骨缘进行铲剥), 根据功能改变情况, 以此类推, 选择相应治疗点进行治疗。

2.2 脊柱、骨盆调衡疗法 针对本病均不同程度地有骨盆倾斜、脊柱侧弯和下肢不等长等骨骼系统力平衡失调的现象, 在对患者进行闭合性松解术后, 对脊柱和骨盆进行按压、推拿、摇搬、牵拉, 晚期病例可先行腰麻后实施以上手法。并配合中药熏蒸床(四川灵康医疗器械厂生产 SDII 型多功能牵引熏蒸床)进行熏蒸疗法, 每日 1 次, 可连用 10~30 次, 直到脊柱侧弯纠正, 骨盆调正为度。这对恢复肢体功能至关重要。

2.3 药物治疗 口服自拟方“母血生骨仙丹”(简称生骨丹), 组成: 益母草、血竭、生山楂、骨碎补、仙灵脾、丹参等为主要原

料制成口服药丸, 每日 2 次, 每次含生药 3g, 连服 3 个月。如髋痛明显, 还可配合酚妥拉明(Phentolamin)肌注或静滴, 每次 5mg, 1 日 1 次, 连用 5~10d。如髋关节间隙过窄或股骨头软骨面有破坏者可用施菲特(SOEAST) 2ml 髋关节腔内注射, 每周 1 次, 连用 5 周, 可改善关节滑液的炎症反应, 保护关节软骨, 促进关节软骨的愈合与再生, 并缓解疼痛, 增加关节活动度。对严重病例还可配合自血光量子疗法或高压氧疗法, 以缩短疗程, 减轻症状。

3 结果

本组病例经 1~3 个疗程治疗后, 功能均不同程度改善, 同时影像学均有明显好转。按朱氏 X 线分级评定标准^[3](包括囊变明显缩小或消失, 死骨裂解、吸收, 新生骨爬行替代, 间隙明显增宽, 有的头塌陷病例经治疗后由大量新生骨改建, 模造^[4,5])评定, 治疗前轻 11 例, 中 65 例, 重 97 例, 严重 43 例; 治疗后轻 203 例, 中 10 例, 重 3 例, 无严重病例。

在治疗前后通过甲襞微循环测试仪检测(徐州光学仪器厂生产 WX 型)发现: 在病变早期(相当于轻中度病人), 血流较慢, 呈线粒流, 而且细胞有聚集现象, 毛细血管不清晰。较重病人红细胞明显聚集, 并呈团块状, 血色暗红, 毛细血管呈痉挛状态, 管袢顶增宽或交叉畸形, 乳头呈浅波纹状, 静脉丛可见, 间有血栓通过。严重病人红细胞严重聚集, 呈团块状, 血流极缓, 有时停顿, 色暗红, 毛细管减少无规律, 乳头平坦, 静脉丛明显增多。这种现象表现在由血管内因素致病者最为普遍。而血管外因素致病者则在严重时最为明显。由此推断, 股骨头缺血性坏死是一组全身性疾病在人体局部表现, 同时也为临床诊断增添了一种直观、可靠的检测手段, 尤其对早期发现病人提供了一种较为实用的参考依据。

4 讨论

近年来本病有逐渐增加的趋势, 除生活节奏、饮食结构的改变外(大量饮酒吸烟), 激素性骨坏死病日见增多^[6]。另外我们认为本病与人体生物力学因素变化有直接关系。无论本病早期还是中、晚期, 其主要临床症状除疼痛外, 均表现不同程度的功能障碍, 如患肢内收内旋, 外展外旋, 屈曲后伸, 行走下蹲均有不同程度受限。有的人连起码的日常生活都不能自理。分析其原因, 主要为髋关节周围肌群紧张、挛缩, 有的肌群起止点甚至变性机化。这样一方面牵拉关节间隙明显变窄, 增加了关节间的拉应力和压应力, 同时也增加了关节间的张应力, 无疑这将使供给股骨头的相关血管受压, 如内收肌挛缩一方面使患肢外展外旋受限, 另一方面又压迫了供给股骨头的主要动脉——旋股内动脉, 使其血运减低, 肌组织缺氧也进一步使自身变性, 挛缩, 同时股骨头内外血运受阻, 头内静

脉淤滞、渗出, 加大了头内的张应力, 头内血循减低, 久之骨组织缺血缺氧达变性坏死。同时关节的应力改变又增加了病变部位的疼痛症状, 这样进一步促使髌周软组织加重挛缩, 使肢体功能进一步受限。所以我们采取闭合性松解术对病变部位的起止点进行必要的松解, 再配合其它相应手法, 便可产生事半功倍的治疗效果。

从临床资料分析, 严重病例的治疗不如轻、中度病人起效快。因而早期明确诊断是一个十分重要的条件。目前临床上除了患侧骨组织 MIR, 尤其是 ECT 更是早期确诊本病不可缺少的一种手段。但价格又不易被广大群众接受。我们应用甲微循环对此类病人进行治疗前、中、后的检测初步掌握了一些规律性数据, 如能进一步系统规范地进行长期探索, 这可能

成为对本病进行早期临床诊断和疗效判定的一种可靠手段。

参考文献

- [1] 毛宾尧. 髌关节外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 49-57.
- [2] 蒋位庄. 股骨头坏死治疗效果判定标准. 马氏中医治疗股骨头坏死. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 103-107.
- [3] 朱盛修. 股骨头缺血性坏死诊疗学. 湖南: 湖南社会科学出版社, 1994. 207.
- [4] 王文钊. 股骨头坏死放射诊断. 马氏中医治疗股骨头坏死. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 103-107.
- [5] 胥少汀, 李自立. 成人股骨头坏死的早期 MRI 与 X 线图像分析诊断. 中华骨科杂志, 1999, 19(4): 207-210.
- [6] 杨万石, 王坤正. 激素治疗 III 型变态反应疾病诱发骨坏死的病理学研究. 临床骨科杂志, 1992, 12(1): 1-3. (编辑: 李为农)

安宫牛黄丸治疗脂肪栓塞综合征 16 例

卢雄才¹ 志鹏¹ 刘保清²

(1. 北流市中西医结合骨伤科医院, 广西 北流 537400; 2. 北流市人民医院, 广西 北流)

1989 年 2 月~ 1998 年 6 月, 我们用安宫牛黄丸配合西药治疗脂肪栓塞综合征(FES) 16 例, 取得较好的治疗效果, 报告于下。

1 临床资料

本组 16 例中男 14 例, 女 2 例; 年龄 18~ 56 岁。单侧股骨骨折 7 例, 单侧胫腓骨骨折 3 例, 股骨并胫腓骨骨折 2 例, 双侧股骨骨折 1 例, 胫腓骨合并骨盆骨折 2 例, 股骨合并肋骨骨折 1 例。16 例均按 Gurd 诊断标准^[1]而确诊: ①16 例均有胸闷、呼吸急促。13 例肺部 X 线显示“暴风雪”样改变, 另 2 例肺部有炎症性改变, 1 例未查胸片。②7 例在肩、胸等处找到皮肤出血点。③3 例有昏迷意识障碍, 5 例只有轻微头痛, 8 例有烦躁不安、嗜睡、头痛, 其中 4 例伴四肢抽搐。次要标准: ①15 例动脉血氧分压低于 8kPa。②14 例血红蛋白低于 100g/L。参考标准: ①15 例脉搏 120 次/分以上, 1 例 110 次/分。②16 例体温均在 38.7℃~ 41.5℃。③15 例血小板减少 100×10⁹/L 以下。④9 例尿脂肪滴阳性, 4 例未查。⑤4 例血中游离脂肪滴阳性。⑥13 例血沉 70mm/h 以上, 1 例 35mm/h, 2 例未检出增快。⑦血清脂肪酶均未检。

2 治疗方法

2.1 中药治疗 中药选用北京同仁堂制药厂生产的安宫牛黄丸。首次 1~ 2 丸, 4 h 后再服 1 丸, 以后每日 1 丸。昏迷者鼻饲给药(2 丸/日)。

2.2 常规综合治疗 ①骨折端制动。②给氧。③激素治疗: 地塞米松 10~ 30mg/d+ 20% 甘露醇 250ml× 3 瓶/日, 甲氧咪呱 0.6 加入 5% GS 250ml 静滴, 每日一次, 连用 3~ 5d。④低分子右旋糖酐 500ml+ 丹参注射液 16 ml 静滴, 每日一次, 连用 3~ 7d。⑤抗休克, 维持水电解质平衡。⑥使用大量青霉素 800~ 1200 万 U/d, 分 3 次静滴。⑦视病情给予白蛋白或输血。本组有意识障碍的病例均予以白蛋白 5~ 10g/d, 连用 2d。输血 200~ 400ml/d, 连用 2~ 3d。

3 结果

16 例全部治愈, 无后遗症, 其中无意识障碍 13 例全部在 3~ 6d 体温下降至 37.5℃以下并临床症状消失。病情较重、有昏迷的 3 例均于第 2~ 5d 完全清醒、病情稳定、体温下降, 第 4~ 8d 临床症状消失, 昏迷时间及临床症状消失时间均较文献报道^[2,3]的 2~ 3 周的时间短。

4 讨论

FES 起病急骤、变化迅速, 我们多年来使用安宫牛黄丸配合现代医学方法救治 FES, 疗效颇佳。安宫牛黄丸有退热、抗惊厥、消炎解毒、开窍醒神的作用^[4], 有效地解决了 FES 高热神昏、抽搐等主要临床症状, 进而改善呼吸、纠正心动过速, 使病情得到控制。本组病例使用地塞米松 10~ 30mg/d, 只有昏迷 3 例使用 7d, 其余均只使用 3~ 4d。而文献报道激素使用 40~ 80mg/d, 时间 5d。可见本组病例的激素使用量少、时间短, 而疗效更好。我们认为安宫牛黄丸能协同激素降低血中游离脂肪酸(FFA), 减轻 FFA 对肺泡炎性刺激, 抑制细胞水肿, 保护肺内皮细胞和毛细血管的完整, 减少血管壁的渗透性, 改善肺泡换气功能, 提高动脉血氧分压, 改善低氧血症, 改善呼吸, 因此在治疗 FES 中安宫牛黄丸与激素联合应用可加强激素的作用, 减少激素的用量而获得更好的疗效, 同时防止和降低大量应用激素所引起的副作用和后遗症。

参考文献

- [1] 张伯勤. 脂肪栓塞综合征的诊断. 人民军医, 1996, (5): 54.
- [2] 张志国, 宋思旭, 王党心, 等. 创伤性脑型脂肪栓塞 9 例报告. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11(3): 143.
- [3] 周柯, 杨浩森, 王树功. 脂肪栓塞综合征 9 例治疗体会. 中国骨伤, 1998, 11(4): 44.

(编辑: 连智华)