

中西医结合治疗股骨头坏死 56 例临床分析

宫明 刘旭卓
(解放军第 211 医院 黑龙江哈尔滨 150001)

关键词:股骨头坏死;中西医结合疗法;气滞血瘀;经脉痹阻

中图分类号:R 684

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0026-02

股骨头缺血性坏死(ANFH)是由不同病因引起的股骨头血液供应破坏或骨细胞变性,导致骨的有活力成分(骨细胞、骨髓造血细胞和脂肪细胞)死亡而引起的病理过程。ANFH 临床上分创伤和非创伤 2 大类,其病理改变可分为缺血坏死早期、血管再生修复期和股骨头骨髓细胞再生骨小梁重建期。中医学并无股骨头缺血性坏死的病名记载,但就其发病部位、病理机制与证候特点来说,一般认为当属“骨痹”、“髓骨痹”、“骨痿”、“骨蚀”等范畴,其病因复杂,病程长,致残率高,发病率有逐步增长之势。我院 2003 年 3 月~2007 年 3 月采用经大粗隆下股骨头钻孔髓心减压、旋髂深血管束植入配合中医方药辨证论治早中期 ANFH 患者 56 例,疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 56 例中,男性 40 例,女性 16 例;最小年龄 12 岁,最大年龄 56 岁,平均年龄 43 岁;有外伤和手术史的 40 例,有酗酒史的 8 例,有使用过激素史 4 例,不明原因的 4 例;发病在 4 个月以内的 16 例,4 个月以上的 40 例;病程最短的 3 个月,最长的 4 年余。

刀片缺损可由术中挟持刀片或装刀时不小心轻微擦碰所致,故术中护士操作亦应格外细心。

3.1.7 纽扣瓣 2 眼,占 0.04%。原因:可能由于假负压或患者配合不佳、用力挤眼所致,导致角膜瓣过薄而致破损。2 例均中止手术,小心复瓣,将破损部位对好,避免瓣的卷曲、重叠,对好后以棉签吸干水分,盖以角膜接触镜,加强激素、抗生素眼药水的使用,2 例均在 2 个月后重新制瓣而完成手术,未留下后遗症。

3.2 术后并发症

3.2.1 弥漫性板层角膜炎 8 眼,占 0.18%。均在术后第 1 天或第 2 天出现,I 期 6 眼,II 期 2 眼,及时发现后及时处理很关键。处理:加强氟米龙点眼每日 8 次,同时地塞米松 2mg 结膜下注射,一般 2~5d 消失,原因不十分清楚,可能与刀片消毒或清洗不彻底,或结膜囊内杂质进入板层而术毕冲洗又不干净有关,故术中所有的操作应严格消毒、清洗到位,术中操作要轻巧,避免过多结膜囊所存异物进入层间。另外术后仔细检查亦很重要,及时发现,立即处理,并严密观察病情变化,若处理不当,病情加重,可产生瘢痕而影响视力^[3]。

3.2.2 角膜瓣下异物 102 眼,占 2.28%。手术完毕,按常规用裂隙灯检查若发现层间有异物,可立即冲洗,以免第 2 天病人再进手术室进行冲洗,这样会给病人带来心理负担。术后第 2 天,角膜层间异物,多为纤维丝状物和金属碎屑,若异物不在瞳孔区或者较小,一般可不做处理,3~4 个月可吸收。

3.2.3 近视回退 20 眼,占 0.45%。术后近视回退在高度近视尤其超过 -10.0D 以上者多见,20 眼中有 2 眼回退达

1.2 诊断标准 髋关节疼痛不能站立,可见跛行,局部有压痛及纵轴叩击痛或伴有肌肉萎缩,关节活动受限,托马氏征阳性,大多有外伤史^[1]。X 线片示:初期股骨头局部有新月形密度增高阴影或有囊状透亮区,关节缝隙正常;中后期则出现股骨间负重区塌陷、变形或变短,关节间隙失去正常的形状。

1.3 治疗方法 患者取仰卧位,患肢臀下稍垫高,在连续硬膜外麻醉下行改良 Smith-Petersen 切口,切口上 1/2 沿髂脊前缘、髂前上棘、腹股沟韧带中点,切口下半部转向股骨外侧。先在腹股沟韧带与股动脉交界处切断腹股沟韧带,于其深层髂外动脉与股动脉移行部找到向外上方走行的旋髂深动、静脉血管束,沿上半部切口方向切开腹外斜肌腱膜,分离附着于腹股沟韧带上缘的腹内斜肌和腹横筋膜,自血管束始发处循行向外上分离,沿途结扎分支至髂前上棘内侧,一般血管蒂长 8~10cm,自远端切断、结扎备用。自切口下段暴露大粗隆及股骨上端,在 C 型臂 X 光机监视下自大粗隆下用 2.5mm 粗克氏针向股骨头坏死病灶处钻孔,根据病灶大小钻 8~20 孔,然后用硬膜外 9 号穿刺针冲洗孔道。屈髋情况下在髂腰肌下方开一隧道,将旋髂深血管束由内向外穿出,植入 -4.5D,其余均在 -1.0~-3.0D 之间。

3.2.4 不规则散光 4 眼,占 0.09%。原因:(1)患者术中不配合;(2)角膜基质床上存在不均匀的水分影响激光能量;(3)激光机上的镜片不清洁致激光的发射不均匀而产生不规则散光。

3.2.5 术后干眼 术后干眼是 LASIK 术的常见症状,点用人工泪液后症状会缓解,一般 3~6 个月后症状消失。

3.2.6 术后眩光 术后眩光多见于高度近视而角膜变薄者,如果实行分区切削而使切削区域扩大,可减少术后眩光的症状。

综上所述,LASIK 手术具有安全、可靠和准确的特点,对于术中和术后出现的并发症及时处理,一般不会留下后遗症。另外,术前对手术适应证的把握也很关键。高度近视尤应重点检查眼底情况,对于有干孔和严重视网膜变性者,一方面对患者多交待可能出现的问题,一方面可于术前激光干预,这样可大大减少高度近视的并发症如视网膜脱离、黄斑出血等。

参考文献

[1]李镜海,肖瑛.近视手术治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2001. 80-82
[2]陈跃国译.屈光手术学[M].北京:北京科学技术出版社,2006. 105-106
[3]陆文秀.准分子激光屈光性角膜手术学[M].北京:科学技术文献出版社,2000.135-142

(收稿日期:2008-08-25)

膝关节周围骨折术后伸膝装置粘连治疗分析

潘敬舜 汤文宣 吴峰 闵森 姜乃平

(江苏省宝应县中医医院 宝应 225800)

摘要:目的:探讨浮膝损伤、股骨髁上骨折、髌骨骨折、胫骨平台骨折等膝关节周围手术后伸膝装置粘连的综合治疗。方法:对 8 年来运用中药熏洗、手法按摩以及 CPM 被动训练器治疗情况作了分析。结果:随访 1~3 年膝关节活动度优 64 例,良 10 例,可 6 例,差 2 例,其优良率 90.2%。结论:伸膝装置粘连采用中药熏洗、手法及功能锻炼治疗疗效满意。

关键词:伸膝装置粘连;中药熏洗;功能锻炼;CPM(被动活动器)

中图分类号:R 683.42

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0027-02

伸膝装置粘连是膝关节及周围部位外伤及术后主要的并发症之一,骨折后主要治疗目的是关节功能恢复,而手术后血肿的粘连以及石膏外固定解除后患者不主动或不能有效范围内循序渐进的功能锻炼,从而引起伸膝装置的粘连,导致患肢功能障碍。笔者从 2000 年开始对膝关节伸膝装置粘连 82 例运用中药薰洗、手法按摩及被动活动器训练等综合治疗,取得了满意的疗效。现回顾分析如下:

1 临床资料

本组 82 例,男性 51 例,女性 31 例,年龄最大 66 岁,最小 20 岁,平均年龄 44 岁。发病原因:浮膝损伤 2 例,股骨髁上骨折 15 例,髌骨骨折 22 例,胫骨髁间隆突骨折伴交叉韧带损伤 12 例,股骨中段骨折 9 例,胫骨平台粉碎性骨折 13 例,大粗隆下骨隧道内。冲洗伤口,置负压引流,关闭手术切口,术毕。术后患肢采用皮肤牵引,14d 后可下床扶拐做不负重活动,同时行髌关节及股四头肌收缩功能锻炼,辅助理疗,局部按摩。以后定期复查 X 线、核磁共振,3~6 个月后根据骨修复程度逐步负重行走,直至恢复正常生活。同时根据中医学的辨证分型,采用自拟中药治疗。组方:当归 80g,白芍 80g,茯苓 80g,莲子 80g,血竭 40g,红花 40g,儿茶 40g,丁香 40g,广木香 40g,熟大黄 40g,牡丹皮 40g,甘草 8g。共研细末,炼蜜为丸。每次服 9~18g,每日 2~3 次,白开水或黄酒送服,4 周为 1 个疗程,连续服用 6~8 个疗程。

1.4 疗效评定标准 痊愈:行走无跛行,髌关节无疼痛,下肢无短缩,功能完全或基本恢复,X 线片股骨头死骨区塌陷、骨坏死及骨增生硬化现象基本消失;好转:症状减轻,髌关节活动功能改善,下肢短缩在 1cm 左右,X 线片股骨头变大或扁平,但骨坏死及骨增生硬化现象有改善;无效:症状无改善,X 线片征象无改善。

2 结果

56 例患者均得到随诊,随访时间 2~6 年,痊愈 19 例,好转 24 例,无效 13 例,总有效率 76.8%。主要特点是髌关节及股四头肌能较早进行功能锻炼,跛行减轻。复查 X 线表现在先经历一个密度减低期,然后病变区密度逐渐增高且较前均匀一致。

3 讨论

股骨头坏死属中医学“瘀血”、“骨蚀”、“骨痿”范畴,致病因素较为复杂。现代研究结果认为:股骨头静脉瘀滞,引起血流动力学、组织学、代谢学与生化学的异常改变,发生骨内高压、骨内微循环障碍,可导致股骨头缺血、缺氧,由于纤维组织包绕,外侧新生界限骨致密带更加重了这一缺血过程,加

例,膝关节内外侧副韧带损伤 9 例。其中膝关节屈曲活动范围 0~30° 15 例,30~60° 6 例,60~90° 32 例,90° 以上 29 例。依据陆裕朴^[1]标准诊断:伸膝装置粘连。

2 治疗干预

2.1 中药熏洗 采用行气活血、温经通络、消肿止痛、软坚散结为治疗原则,方剂组成:红花 30g,川芎 20g,川牛膝 15g,红藤 20g,苏木 30g,伸筋草 20g,透骨草 20g,威灵仙 15g,五加皮 15g,牡蛎 20g。将上药清水 2 000mL 浸泡 1h 放入盆中,煮沸 30min,将患膝放入盆上,用毛巾覆盖热气薰患肢,待药液变温 50 度左右时,用毛巾洗患处,边熏边锻炼膝关节,每日 3~4 次,每剂 2~3d,10 剂为 1 个疗程。

2.2 手法治疗 (1)患者仰卧床上,根据膝关节粘连程度,屈上动脉血管痉挛、灌注不足,股骨头缺血症状得不到改善,形成恶性循环,最终导致股骨头缺血性坏死,股骨头生物强度下降,从而引起股骨头塌陷^[2-3]。赵氏认为:关节内压力超过 200 mmHg,极易发生股骨头缺血性坏死^[4]。股骨头钻孔减压使股骨头颈部与皮质外侧形成通道,打开了致密带,可使骨内压降低,从而促进了髓内血液向头区的供给。

本院中药方具有生血、活血、健脾生肌、续筋接骨的功能。方中当归、白芍入肝经,行气活血、柔肝补血;红花、大黄、血竭活血化瘀;丁香、木香行气解郁,使气血为之畅达,瘀血得以解除;儿茶、牡丹皮清肝以解血热;莲子、甘草、茯苓能健脾胃。临床结果表明,此方能抗菌消炎,促进血管再生,促进成骨,提高人体免疫力,并具镇痛和镇静作用。而手术治疗具有简单、创伤小、出血少、对患者机体负影响小等优点,适应于 I、II 期股骨头缺血性坏死患者。术后皮肤牵引,避免负重和进行股四头肌收缩锻炼,符合动静结合的原则,有利于预防股骨头塌陷和恢复髌关节的正常活动,可为早期功能恢复创造条件。经临床实践证明,经大粗隆下股骨头钻孔髓心减压、旋髂深血管束植入配合中医方药辨证论治治疗早中期股骨头缺血性坏死的确是一行之有效的治疗方法,值得在基层医院推广应用。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医骨伤科诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.193
[2]陈卫衡,刘道兵,张洪美,等.股骨头坏死的二期四型辨证思路[J].中国中医基础医学杂志,2003,9(12):51-52
[3]高书图,门占民,韩卢丽,等.髌关节双减压术配合中药治疗早期股骨头缺血性坏死[J].中国骨伤,1998,11(4):24
[4]赵德伟.股骨头缺血性坏死的修复与再造[M].北京:人民卫生出版社,1998.21

(收稿日期:2008-07-11)