

中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死疗效分析

尹广政

(河南省夏邑县中医院 夏邑 476400)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死的疗效。方法:选取 76 例非创伤性股骨头坏死患者为研究对象,随机分成观察组和对照组,每组 38 例,对照组采取手术联合西药治疗,观察组采取手术联合中西药治疗,对比两组治疗效果。结果:观察组治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$),影像学检查显示观察组恢复稳定率显著高于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死的效果显著,且病情恢复稳定,值得临床推广应用。

关键词:非创伤性股骨头坏死;中西医结合疗法;疗效分析

中图分类号:R683

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.028

股骨头坏死属于破坏性退行性疾病,发病率居于髋关节疾病首位^[1],晚期塌陷率为 35%左右^[2],有较高的致残率,多发于青壮年。长期酗酒、滥用或大量使用皮质激素等为主要影响因素^[3],多表现为跛行、功能障碍、疼痛等,严重威胁人类的生命健康。非创伤性股骨头坏死的发病率在目前仍处于逐年上升的趋势,因此对于该病采取针对性治疗有利于患者的病情控制及恢复。笔者采用中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死 38 例,取得了显著效果。现报道如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 我院 2013 年 2 月~2014 年 2 月收治的 76 例非创伤性股骨头患者均符合 Mont 提出的国际诊断标准,经 X 线、MRI 等影像学检查确诊为非创伤性股骨头坏死。76 例患者中,男 42 例,女 34 例,年龄 21~58 岁,平均年龄(38.2 ± 4.5)岁。酒精性股骨头坏死 34 例,激素性 30 例,激素合并酒精性 3 例,其他 9 例。随机分成观察组与对照组,每组 38 例,两组患者的性别、年龄等一般资料对比无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采取手术联合西药治疗,手术治疗:经股骨头颈交界开窗灯泡状病灶清除打压植骨术,切口选用改良 Watron-Jones 切口,长度为 5~6 cm,沿切口阔筋膜找到间隙实施钝性分开,再作结扎处理,然后将旋股外动静脉的升支切断,显露出外侧关节囊后实施纵向切开,显出股骨头颈交界并在股骨头颈的上下区域安置窄的板状拉钩。然后在患者股骨颈偏上方实施开窗,于 X 线引导下进行坏死组织的有效清除,主要针对负重区坏死骨及部分硬化骨实施清除,直达软骨下骨,离关节面 0.5 cm,病灶有效清除后应呈灯泡状。对于残存的硬化带可以使用 2 mm 粗克氏针进行多处穿孔将新鲜血液流出。西药治疗:以阿仑膦酸钠片治疗,1 次/周,

每次 70 mg。观察组在对照组的治疗基础上再加用中医治疗,采用中医辨证加减治疗:痰瘀阻络证以活血通络、健脾化痰的苓桂术甘汤合桃红四物汤加减治疗;经脉痹阻证以疏经通痹、补气活血的补阳还五汤加减治疗;肝肾亏虚证以强筋壮骨、补益肝肾的独活寄生汤加减治疗。在治疗期间同时联合功能锻炼、牵引等辅助治疗。

1.3 评价指标

1.3.1 疗效指标 疗效指标根据 Harris 髋关节功能评定实施评价,显效:Harris 评分 ≥ 90 分,有效:70~89 分,无效:70 分以下。

1.3.2 影像学评价 恢复稳定:患者的 X 线检查显示患者骨折处于稳定状态,坏死区骨密度有一定程度改善,硬化带模糊,而 ARCO 分期则有改善,至少改善一个等级;加重:患者有股骨头塌陷发生,或者有关节增生、关节炎,病情有加重的情况,疼痛加重且关节活动度差,或需要进行关节置换。

1.4 统计学处理 数据用 SPSS19.0 统计软件进行处理,计数资料以(%)表示,行卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$),影像学显示观察组稳定率显著高于对照组($P<0.05$),两组对比差异均有统计学意义。见表 1。

表 1 两组治疗疗效对比[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效	影像学稳定
观察组	38	18(47.37)	16(42.11)	4(10.53)	34(89.47)	34(89.47)
对照组	38	12(31.58)	15(39.47)	11(28.95)	27(71.05)	28(73.68)
χ^2		5.218	0.144	10.708	10.708	8.294
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

非创伤性股骨头坏死进展快、预后差,若诊治不及时可导致短时间内发生股骨头塌陷,从而致残。非创伤性股骨头坏死利用手术治疗较多,如介入治疗、

截骨术、骨膜移植术、中西医结合治疗等^[4-5]。目前多数学者致力探寻如何保留髋关节或延迟人工置换的方法,寻求缓解患者病症或治愈的方法。从本结果来看,两组患者的治疗总有效率及病情恢复稳定率均超过 70%,而对照组治疗总有效率及病情恢复稳定率显著低于观察组($P<0.05$),说明对照组的治疗效果并不显著,为避免骨性关节炎、塌陷等情况出现,应早期诊治。

中医学认为股骨头坏死为“骨蚀、骨痿”范畴,气血不足、肝肾衰虚等是其内在因素,内因同时与创伤劳损、感受外邪互相夹杂,而致正气不足、损伤感邪发病,病机变化重要因素是肝肾亏虚及血瘀影响,故治疗应以活血化瘀、温经通络、散寒止痛、补益肝肾、清热利湿等法实施辨证加减治疗。本研究遵循以上

辨证施治原则,观察组在对照组的治疗基础上加用苓桂术甘汤合桃红四物汤、补阳还五汤、独活寄生汤等,结果显示治疗总有效率及影像学显示病情恢复稳定率均高于对照组($P<0.05$),说明中西医结合治疗非创伤性股骨头坏死的效果肯定。

参考文献

[1]刘韶善.中医辨证论治股骨头坏死的心得体会[J].光明中医,2014,29(2):251-252
[2]李健,田鑫.中西医结合治疗股骨颈骨折 32 例临床观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(4):32-33
[3]罗正亮,李旭,尚希福.非创伤性股骨头坏死组织中 Ezrin 表达的相关性研究[J].安徽医科大学学报,2014,60(6):826-829
[4]陈卫衡,周宇,何海军,等.健脾活血方治疗早中期非创伤性股骨头坏死临床回顾性研究[J].中国中西医结合杂志,2013,33(8):1054-1058
[5]陈宜,祝云利,吴海山.非创伤性股骨头坏死的国外研究进展[J].中国矫形外科杂志,2010,18(3):230-233

(收稿日期:2015-03-09)

无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术 40 例临床疗效观察

苏正虹

(江苏省无锡市锡山人民医院分院 无锡 214105)

关键词:肠息肉;无痛肠镜;高频电凝切除术

中图分类号:R574

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.029

肠息肉是常见的消化道疾病之一,主要的发病部位为直肠和乙状结肠,长期的刺激会导致息肉向肠腔内突出,影响患者生活质量^[1]。随着无痛肠镜技术的不断进步,无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术已经成为治疗肠息肉的首选^[2-3]。本研究对 2012 年 10 月~2014 年 11 月期间在锡山人民医院分院进行无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术 40 例患者的临床资料进行回顾性分析。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 10 月~2014 年 11 月期间在我院无痛肠镜下行肠息肉高频电凝切除术患者 40 例,所有患者均符合肠息肉的诊断标准。其中男 24 例,女 16 例,年龄 33~71 岁,平均年龄(57.4±9.7)岁,病程平均为 7.1 个月,均有不同程度的便血伴有腹痛、腹泻等症状。息肉的类型有带蒂息肉、亚蒂息肉、无蒂息肉,息肉平均直径为(75.1±13.5) mm。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 术前 3 d 给予患者半流质饮食,手术当天进行肠道清洁,给予复方聚乙二醇 2 盒溶解在 2 000 ml 水中,饮用后禁食、禁水。完善术前常规检查,包括血常规、尿常规、心电图等。对于高血

压患者术前进行降压治疗,使收缩压降低至 160 mm Hg 以内,糖尿病患者进行降血糖治疗,使其控制在 8 mmol/L 以下。患者及家属签署手术治疗同意书,并排除手术禁忌者。

1.2.2 手术操作 麻醉后进行肠镜检查,确定息肉位置,进镜至其远端位置,充分暴露息肉。选取高频电圈套法切除带蒂息肉,将其提起,用高频电凝电切、先凝后切,交替进行,直到息肉完全切除。若术中出现息肉残基渗血,则及时在渗血部位进行电凝,或者(并)钛夹夹闭创面,对于较大息肉应分次切除。

1.2.3 术后处理 术后禁食 8 h,将切除的息肉送病理检查。排气后方可进流食,术后 2 d 给予少渣、半流食。

1.3 结果 一次性息肉切除 45 枚。其中 1 例息肉>250 mm,分两次切除,最多一次摘除息肉 4 枚。40 例患者切除息肉组织均送病理检查,病理结果显示:18 枚炎性息肉,14 枚增生性息肉,12 枚管状腺瘤,并有 1 例息肉早期恶变。40 例患者中均未出现消化道出血、消化道穿孔以及感染等术后并发症。

2 讨论

肠息肉是消化道常见的病变,其临床表现多种多样,主要可以表现为血便,同时可伴有不同程度的