

中药辨证加髓芯减压植骨术治疗早期股骨头坏死 45 例

杜文生¹, 韩付伟¹, 谢有良², 蒋士卿^{2*}

(1. 河南省鄆陵县中医院, 河南 鄆陵 461200; 2. 河南中医学院, 郑州 450008)

[摘要] 目的:观察辨证分型中药口服加髓芯减压植骨术治疗早期股骨头坏死的疗效。方法:90 例 Ficat I 期和 II 期股骨头坏死患者,随机分为治疗组和对照组各 45 例,治疗组给予辨证分型中药口服加髓芯减压植骨术治疗,对照组单纯用髓芯减压植骨术治疗。两组分别进行 Harris 评分、影像学疗效和综合疗效的比较。结果:治疗组在治疗 3 个月和 1 年后 Harris 评分均优于对照组($P < 0.01$);治疗 1 年后治疗组影像学疗效优于对照组($P < 0.05$);综合疗效比较在治疗 1 年后治疗组优于对照组($P < 0.05$)。结论:中药辨证加髓芯减压植骨术治疗早期股骨头无菌坏死比单纯髓芯减压植骨术治疗效果好,无明显不良反应。

[关键词] 髓芯减压植骨术;辨证论治;早期股骨头坏死

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)21-0271-02

股骨头坏死(ONFH)是骨科临床常见的髋部疾病,其理想的治疗时机应在疾病早期,尤其在 X 射线片发现异常之前。发生 ONFH 后,在修复过程中易发生塌陷,进而严重影响髋关节功能。塌陷是决定预后转归的重要因素,如何预防、治疗塌陷是长期以来面临的难题。笔者运用中药辨证口服加髓芯减压植骨术治疗早期股骨头坏死患者 45 例,疗效满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料 90 例 107 髋患者均为我院 2006 年 7 月至 2010 年 7 月骨科住院病人,按数字表法随机分为两组,治疗组 45 例,男 39 例,女 6 例;年龄 21 ~ 64 岁,平均 36 岁;病程 4 个月 ~ 3 年;对照组 45 例,男 38 例,女 7 例;年龄 27 ~ 67 岁,平均 42 岁;病程 5 个月 ~ 3.5 年。两组患者基线资料经统计学处理,差异无显著性意义,有可比性。

1.2 诊断标准 根据 Ficat 诊断分期标准^[1],0 期:有临床症状和体征,但 X 射线和骨扫描正常, MRI 常无异常表现,组织学检查有缺血坏死存在; I 期: X 射线片已有骨密度减低、囊性变、骨硬化等现象, MRI 股骨头坏死区出现“双线征”和线条状异常高信号影; II 期: X 射线片可见“新月征”、软骨下骨塌

陷,但股骨头没有扁平, MRI 股骨头出现星月形坏死区; III 期: X 射线片可见股骨头扁平,但关节间隙仍保持正常, MRI 出现星月形坏死区死骨及股骨头凹陷; IV 期: III 期表现加上髋关节间隙狭窄,髋臼有异常表现。本研究选择 I, II 期为纳入标准。

1.3 治疗方法

1.3.1 髓芯减压植骨术 在硬膜外麻醉下,取仰卧位,臀部垫高 15° ~ 20°。髓心减压:手术在 C 型臂 X 射线机透视引导下进行。常规消毒铺巾,于股骨大粗隆下 3 cm 作股骨大粗隆外侧长约 3 cm 纵行切口,用钻孔器在股骨大粗隆外下做垂线,与股骨臀肌粗隆水平线相交外上象限处钻孔,用带有管芯的减压器旋至头下部病变区边缘,将活检器插入并旋进病变区,此时可感觉到病变区组织坚硬,旋进时要严格掌握深度,避免活检器损伤软骨,误入关节腔。拔出活检器,前端可见黄白色蜡样松散病变组织,送病理检查。旋出减压器外套管,用切刮器进一步实施病变区的扩大刮除。髓道植骨:于髂嵴处作 3 cm 切口,用不带管芯的减压器外套管从髂嵴向内外板间的髂骨的松质骨旋进,外套管内即可行到松质骨骨柱,按所需骨量可反复多方向取骨。将取出髂骨骨柱剪碎一部分,通过骨隧道植入病灶减压刮除区,最后用完整髂骨骨柱封堵骨隧道并加压挤牢,缝合切口。术后嘱患者在床上活动髋关节,8 周 ~ 12 周方可扶拐部分行走。

1.3.2 中药辨证治疗 参照“中药新药治疗股骨头无菌坏死的临床研究指导原则”中的中医证候诊断分类标准^[2],分为 5 个证型。①气滞血瘀型:髋部

[收稿日期] 2011-08-11

[基金项目] 河南省教育厅自然科学研究项目(2010A360009)

[第一作者] 杜文生,主治医师,从事中医骨伤科学临床研究, Tel:13782333762, E-mail:hanfuwei0000@163.com

[通讯作者] * 蒋士卿,主任医师,从事中医临床、科研及教学工作, Tel:13607640006, E-mail:jiangshiqing66@126.com

疼痛,夜间加重,刺痛不移,关节屈伸不利。舌暗或有瘀点,脉弦或沉涩。治宜活血化瘀、通络止痛。给予身痛逐瘀汤加减,秦艽 3 g,川芎 6 g,桃仁 9 g,红花 9 g,甘草 6 g,羌活 3 g,没药 6 g,当归 9 g,炒五灵脂 6 g,香附 3 g,牛膝 9 g,地龙 6 g。1 剂 / d,水煎分 2 次服。

②风寒湿痹型:髌部疼痛,随天气变化,关节屈伸不利,伴麻木,喜热畏寒,苔薄白,脉弦滑。治宜温经通络、祛湿散寒。给予独活寄生汤加减,独活 6 g,防风 6 g,牛膝 6 g,桑寄生 18 g,秦艽 12 g,杜仲 12 g,当归 12 g,茯苓 12 g,党参 12 g,熟地黄 15 g,白芍 10 g,细辛 3 g,甘草 3 g,肉桂 2 g。1 剂 / d,水煎分 2 次服。

③痰湿型:髌部沉重疼痛,疼痛不移,关节漫肿,屈伸不利,肌肤麻木,形体肥胖,苔腻,脉滑或濡缓。治宜祛痰通络。给予指迷茯苓丸,茯苓 266 g,麸炒枳壳 133 g,制半夏 533 g,芒硝 66 g,生姜 133 g,制成丸或散剂,口服,9 g / 次,2 次 / d。

④气血虚弱型:髌部疼痛,喜揉喜按,筋脉拘急,关节不利,肌肉萎缩,伴心悸气短,乏力,面色不华,舌质淡,脉弱。温补气血。给予黄芪桂枝五物汤加减,黄芪 9 g,赤芍 9 g,桂枝 9 g,生姜 18 g,大枣 12 枚。1 剂 / d,水煎分 2 次服。

⑤肝肾不足型:髌疼隐隐,绵绵不休,关节强硬,伴心烦失眠,口渴咽干,面色潮红,舌质红,脉细数。治宜补益肝肾,养肝柔筋。给予虎潜丸,黄柏 240 g(酒炒),龟板 120 g(酒炙),知母 60 g(酒炒),熟地黄 60 g,陈皮 60 g,白芍 60 g,锁阳 45 g,黄狗骨 30 g,干姜 15 g。共为细末,炼蜜为丸,9 g / 丸,每次 1 丸,2 次 / d。以上疗程均为 3 个月。

1.4 疗效评定

1.4.1 综合疗效 判定标准依《中医病证诊断疗效标准》^[3]。治愈:无疼痛、跛行和髌关节活动障碍,影像学检查(CR, CT, MRI 等)示股骨头恢复正常,无骨密度异常改变和空泡变性;好转:关节疼痛和跛行减轻,活动功能改善,下肢短缩不超过 1 cm,影像学示股骨头骨质疏松或点状密度增高、硬化及骨坏死现象有改善;未愈:症状和关节功能无改善,影像学示骨增生硬化现象无改变或有进一步发展。

1.4.2 Harris 评分 比较两组治疗 3 个月和 1 年后总评分的差异。

1.4.3 影像学指标 显效:股骨头外形接近或恢复正常形态,塌陷 < 2 mm,坏死区域基本修复,关节无明显退变;有效:股骨头外形较前好转,塌陷 < 4 mm,坏死区有明显吸收,关节轻度退变;无效:影像

学检查结果无改变或进一步恶化。

以上评定均为服药后 3 个月及 1 年后进行。

1.5 统计学方法 等级资料用 Ridit 分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,用成组 *t* 检验,统计水准 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组 Harris 总评分比较 治疗组治疗后 3 个月和 1 年的评分均优于对照组($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组 Harris 总评分比较($\bar{x} \pm s, n = 45$)

组别	治疗前	治疗后 3 个月	治疗后 1 年
治疗	35.72 ± 5.23	65.78 ± 6.47 ^{1,2)}	83.41 ± 8.47 ^{1,2)}
对照	36.12 ± 5.64	57.73 ± 7.06 ¹⁾	67.52 ± 6.87 ¹⁾

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组比较²⁾ $P < 0.01$ 。

2.2 两组治疗后影像学比较 治疗后 3 个月,两组无统计差异;治疗后 1 年两组的影像学改变差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组治疗 1 年后影像学疗效比较($n = 45$)

组别	显效 / 例	有效 / 例	无效 / 例	总有效率 / %
治疗	15	27	3	93.3 ¹⁾
对照	9	21	15	66.7

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (表 3 同)。

2.3 两组治疗后综合疗效比较 治疗组综合疗效优于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组治疗 1 年后综合疗效比较($n = 45$)

组别	显效 / 例	有效 / 例	无效 / 例	总有效率 / %
治疗	23	20	2	95.6 ¹⁾
对照	11	27	7	84.4

3 小结

股骨头无菌性坏死属中医“骨痹”及“骨蚀”的范畴,多为正气不足,肝肾亏损,脉络痹阻,不能濡养筋骨、骨失所养而致本病。我们将其分为 5 型,在髓芯减压植骨术后给予中药辨证论治,分别使用身痛逐瘀汤、独活寄生汤、指迷茯苓丸、黄芪桂枝五物汤、虎潜丸等加减治疗,取得了较满意的疗效,提示中药治疗能够使局部经脉血气功能得以恢复,具有促进血管生长、修复和再生,促进骨诱导、加速成骨,改善微循环的作用。

[参考文献]

[1] Ficat R P. Idiopathic bone necrosis of the femoral head. Early diagnosis and treatment[J]. Bone Joint Surg Am, 1985, 67(8):3.

[2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 353.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994:201.

[责任编辑 何伟]