

· 名老中医经验菁华 ·

何伟教授对于股骨头坏死围塌陷期 保髋的创新认识和经验总结

贾晓军^{1,2}, 欧志学², 庞智晖³, 周广全², 张铭杰², 李勇³

(1. 广东省中医院珠海医院, 广东 珠海 519015; 2. 广州中医药大学 2008 级博士研究生, 广东 广州 510405; 3. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405)

关键词 股骨头坏死 何伟 围塌陷期 保髋

成人股骨头坏死是目前世界上公认的骨科治疗难题, 早期诊断困难, 多发于青壮年, 一旦出现临床症状, 股骨头往往已发生塌陷, 如未得到及时正确的干预, 则将延误病情而失去最佳治疗时期, 最终导致患者只能选择人工关节置换。尽管现在假体材料、设计等都比以前有很大进步, 但仍然存在假体磨损、松动、下沉、周围骨溶解等不可避免的问题, 同时一个假体的使用寿命尚无法满足青壮年患者的需要, 最终不得不面临翻修、再翻修的问题, 保髋的重要性不言而喻。因此, 很多学者认为“关节能保则保, 慎重选择关节置换”, 但是保髋是有时效性和选择性的, 如何界定这一适应证范围一直是骨科专家探讨和争议的重要内容之一。

何伟教授师从著名骨科专家袁浩教授, 对于股骨头坏死有着近 30 年的临床、教学和科研经验, 具有 5 000 多例髋关节疑难疾病手术经验, 并在中西医结合治疗股骨头坏死等骨科疾病方面有很深的研究。笔者师从何教授 8 年, 在其言传身教下逐渐认识了这一疾病, 也体会到了保髋的严峻性和挑战性。现就何伟教授对于股骨头坏死围塌陷期保髋的创新认识和经验总结如下。

1 “头内不稳定”的创新认识

何伟教授强调本病应早期诊断和早期治疗, 并针对该病病理特点, 结合自身临床经验, 得出了“头内不稳定”的认识。对于 ARCOⅣ期、骨性关节炎较严重、年龄在 55 岁以上的股骨头坏死患者, 目前除了行人工关节置换术外, 尚无疗效更确切的治疗方法。通过对从患者身上切取下来的股骨头完整标本进行仔细观察和研究, 何伟教授发现在硬化带与死骨之间以及硬化带与肉芽带之间可以看到一条明确的断裂带, 即

股骨头内存在微骨折, 甚至出现软骨下帽状分离, 也就是说股骨头内存在不稳定现象, 这增加了股骨头发生塌陷的危险性。何教授认为出现这一现象可能是由硬化带与死骨或肉芽带的弹性模量不同、正常骨组织的连续性中断、应力分布不均匀等所致的不同组织之间结合力薄弱而产生的, 目前尚无此方面的进一步相关研究。骨折修复和固定的条件包括良好的复位、坚强的内固定和充足的血供。坚强的内固定指的是为骨折提供一个稳定的环境, 使得骨折断裂处新骨可以顺利生长及进行“重新塑形”, 从而促使骨折愈合。因为坏死股骨头内存在不稳定和微骨折, 如果不能将其进行有效的固定, 就会使断裂处微骨折的愈合和坏死修复受阻。因此, 治疗上应积极处理这一病理变化, 只有股骨头内稳定, 才能使“爬行替代”顺利进行, 坏死的股骨头才有可能进行修复。

2 重视中医整体观念的理解和运用

何伟教授认为应从中医整体观念出发进一步探究股骨头坏死的诊治^[1]。首先, 传统医学认为人体与自然环境是一个和谐的有机整体, 是一个不可分割的系统, 人体无法脱离自然环境而存活, 环境的各种变化会对人体产生许多生理和病理的影响, 股骨头坏死患者亦无法立身于这一系统之外。其次, 髋关节作为身体的一个部位和器官, 属于整体的一部分, 受整体环境的调节和支配。股骨头坏死的病理表现可能是全身疾患的一个缩影, 例如股骨头坏死患者的局部髋关节疼痛、功能障碍会对人的心理、生理、生活质量等各方面产生影响。再次, 髋关节本身就是一个有机的整体, 包括关节囊、关节软骨、滑膜等, 其位置、结构等均有一定的合理搭配, 任何一个环节出现问题, 都会影响到髋关节整体的生理、病理而产生疾病。此

外,股骨头本身也是一个整体,正常股骨头内的结构完整而搭配合理,骨小梁连续,各不同组织之间结合稳固,股骨头内存在稳定性。若股骨头内发生坏死,则股骨头内的力学环境、生物环境、组织相互作用等方面存在的稳定性就会遭到破坏,产生整体和局部的不统一而发病。承重是髋关节最重要的功能,稳定对于髋关节承重至关重要,而髋关节整体完整性是稳定的前提^[2]。

在治疗方面亦要重视整体与局部的关系,做到整体与局部相结合,例如恢复股骨头内稳定性,以达到股骨头内完整性的统一,从而治愈疾病。手术打开关节囊将会破坏关节的完整性,从而破坏整体与局部的统一,不可避免地会破坏股骨头的血供和正常的关节内组织结构关系。因此,在治疗方法上何教授主张应尽量采用微创手术,不切开发节囊,以减少对血供的破坏,重视髋关节的整体性。但需要指出的是,尽量彻底地清除死骨是新骨再生的基础,必要时为了死骨的彻底清除,切开发节囊手术也是可以考虑的。

3 “围塌陷期”保髋治疗的创新认识

3.1 重视股骨头坏死“围塌陷期”的治疗 对股骨头坏死进行分期的目的是为了更好地指导临床治疗和判断疾病的预后。在临床上通过对大量病例的观察,何教授发现患者疼痛的出现、疼痛加重、关节功能变差等往往发生在股骨头发生塌陷的前后。基于对大量临床病例的总结,何教授认为对于股骨头坏死的治疗,应掌握“未塌陷者避免发生塌陷,已经塌陷者控制疾病进展速度及程度,避免进一步发展到不可逆阶段”的原则,可以形象地概括为“未塌陷防,已塌陷变”,并提出了“围塌陷期”的概念:①塌陷前期到发生塌陷不久;②Ficat II 期或 ARCO II 期,坏死部位多涉及股骨头前外侧;③Ficat III 期或 ARCO III 期,正位 X 线片显示塌陷 ≤ 4 mm,硬化带多不明显;④髋关节功能基本正常;⑤临床出现疼痛 ≤ 6 个月左右。纠正股骨头塌陷或者恢复和维持股骨头正常球形光滑形态,是成人股骨头坏死晚期治疗的关键点和难点之一。

3.2 拓展应用中医“未病先防、已病防变”的治疗原则 中医“未病先防、已病防变”的治疗原则对于股骨头坏死的治疗同样适用。对于股骨头坏死的高危人群(长期或短期大量冲击疗法应用激素治疗者、长期嗜酒者、长时间从事水下或高空作业者、存在血液系统疾病患者等),我们强调应定期对其进行严密观测和

随访复查,及早发现股骨头坏死的发生,并采取一定的措施延缓或避免股骨头坏死的发生,例如让患者口服活血化瘀、排毒解毒的中药预防股骨头坏死的发生,此所谓“未病先防”;对于已经发生股骨头坏死的患者,应积极进行有效干预,防止其发生塌陷或者病情进一步发展,此所谓“已病防变”。对于股骨头坏死的中后期,同样还可以采用“未塌陷防、已塌陷防进”的原则,即采用积极有效的干预措施,尽量避免其发生塌陷。对于已经发生股骨头塌陷者,也应采取积极有效的措施防止疾病进一步发展,避免出现不可逆的病理损害。

3.3 提出新的治疗理念和方法——中药配合微创植骨螺钉内固定术

何教授认为在治疗严重塌陷的股骨头时,不仅要解决股骨头的血供问题,还必须提供必要的力学支撑。因此,何教授针对“头内存在不稳定”的病理状态和机制,创造性地提出了治疗股骨头坏死的新方案——中药配合微创植骨螺钉内固定术。中药多采用临床已经检验确实有效且已上市的袁氏生脉成骨系列中成药通络生骨胶囊。微创手术具体操作简述如下:麻醉生效后,患者取仰卧位,常规消毒、铺巾。自患侧股骨大转子下作一长约 5 cm 的纵形切口,切开皮肤、皮下组织、阔筋膜和肌膜,分离肌肉,暴露股骨头。在 C 形臂 X 线机监视下将导针钻入股骨头内至股骨头前外侧关节软骨下骨下方 0.5 cm 处。用空心钻头沿导针钻孔至软骨下骨,并收集由此产生的松质骨备用。在 C 形臂 X 线机监视下采用特殊器械尽量清除死骨,将上述备用的松质骨回填入隧道,打压植回软骨面下,并取山西省医用组织库提供的同种异体腓骨条或患者自身腓骨段植入骨隧道。在 C 形臂 X 线机监视下,于大转子下钻入 1 枚导针,平行并紧贴腓骨条的下缘至股骨头死骨区,近端平齐或略低于腓骨顶端,测量后沿导针拧入纯钛空心加压螺钉 1~2 枚,冲洗切口,逐层缝合。

该治疗方法通过口服中药调节整体来影响局部;通过钻孔起到清除坏死骨组织和减压的作用;运用腓骨植入骨隧道,对股骨头内血液循环的重建、新骨爬行替代起到桥梁作用,并提供了一定的生物力学支撑和生物学稳定,可以防止股骨头塌陷,同时还可以刺激成骨细胞生成,从而加速坏死修复^[3];采用空心螺钉进行固定,可以恢复股骨头内相对稳定状态,为坏死修复赢得时间和空间,同时亦有一定的支撑作用,

达到生物学修复和力学修复的有效整合,最终达到修复坏死股骨头目的。

3.4 重视保护软骨 袁浩等^[4]认为一般股骨头坏死ⅡA期的股骨头外形正常,软骨变软但无皱折,光泽失却,颜色变白或泛黄,软骨面与软骨下骨质分离;Ⅲ期股骨头坏死由于死骨吸收,血管及新生骨爬行替代,股骨头骨质机械强度下降而出现负重区软骨面塌陷,塌陷的软骨面周围皱折但无碎裂,软骨坏死呈黄白色,股骨头内可见硬度较大的死骨或死骨碎屑与肉芽组织并存。临床上若患者股骨头发生塌陷,往往提示软骨可能出现了严重的磨损、退变、碎裂等,疼痛、功能受限等临床表现相对严重,最终大部分患者不可避免地发展为骨性关节炎,而选择关节置换。因此,何教授非常重视关节软骨的作用和保留其完整性的重要性,认为此时应限制患肢过多活动及负重,尽早施行保髋手术干预,延缓或终止疾病进展,同时术中还应特别注意防止手术操作伤及软骨,从而达到保护软骨、延缓退变的目的。

综上所述,在临床上何教授特别强调整体治疗和

局部治疗相结合:运用中药调整整体以治局部,采用微创手术干预局部以适应整体修复的需要;多种方法同时运用,避免了各种疗法单独使用的局限性,用一种整体的疗法去治疗一个与整体紧密联系的局部病变。同时,还特别重视中医中药在该病各期的干预作用,深化了中医学对于该病的认识。此外,他还强调在治疗股骨头坏死时应注意股骨头生物学修复和力学修复的有效整合,为股骨头坏死的临床诊治指出了一条有效的途径。

4 参考文献

- [1] 何伟.整体观念在股骨头坏死诊断与治疗中的应用[J].江苏中医药,2008,40(5):1-2.
- [2] 何伟.中医观念和方法在股骨头坏死诊治中的运用[J].江苏中医药,2008,40(5):1.
- [3] 何伟,李勇,张庆文,等.自体或同种异体腓骨联合打压植骨治疗股骨头坏死的初步研究[J].中国修复重建外科杂志,2009,23(5):530-533.
- [4] 袁浩,樊粤光,何伟,等.成人股骨头无菌性坏死的分期[J].中医正骨,1997,9(4):49.

(2011-04-14 收稿 2011-09-13 修回)

(上接第 75 页)

讨 论

肺脂肪栓塞综合征(fat embolism syndrome, FES)是长管状骨骨折后严重的并发症,大多于伤后 24 ~ 48 h 出现,病死率可达 15% ~ 50%^[1]。FES 以呼吸窘迫为主要临床表现,同时有意识障碍、皮肤和黏膜出现出血点等临床表现,是一种全身性的病理改变^[2]。早期诊断是治疗 FES 的关键。相对于实验室检查和影像学检查,患者的临床症状和体征出现的时间较早,作为诊断依据的敏感性及特异性均较高,是诊断肺脂肪栓塞综合征最有价值的参考指标^[3]。因此,多发骨折的患者一旦出现呼吸窘迫症状要高度怀疑并发本病的可能,应结合 X 线胸片和血气分析进行快速诊断。肺脂肪栓塞综合征的治疗主要采用以呼吸支持为主的综合治疗方法:①保持呼吸道通畅,持续高浓度吸氧,可用面罩加压给氧或呼吸机支持治疗;

②一经确诊,短期内快速应用大剂量的激素,防止肺及脑水肿,且越早越好^[4];③应用亚低温治疗防止脑组织损伤;④并发肺泡出血综合征时,在机械通气的同时应利用纤维支气管镜清除肺内出血;⑤出现肾功能衰竭时积极行透析治疗;⑥积极进行抗感染治疗。

参考文献

- [1] 叶刚.12 例四肢长骨骨折并发肺脂肪栓塞综合征的临床分析[J].临床肺科杂志,2009,14(12):1664-1665.
- [2] 王亦聰.骨与关节损伤[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2007:246-251.
- [3] 田野,李雷,付勤,等.脂肪栓塞综合征临床表现的诊断价值分析[J].中国医科大学学报,2004,33(6):564-565.
- [4] 苏鸿熙,刘世恒.现代多发伤治疗学[M].北京:人民军医出版社,1993:515-522.

(2011-05-09 收稿 2011-07-23 修回)

· 作者须知 ·

论著类文章的书写要求

论著类文章要求附结构式中、英文摘要及关键词。摘要包括目的、方法、结果、结论四要素,关键词尽量采用最新《中文医学主题词表》(CMeSH)中所列的词。摘要中不要使用英文缩写,如 OA;摘要中也不能标注参考文献。