

鲁周同教授治疗股骨颈骨折经验介绍

杨洋¹ 徐平¹ 董晓俊¹ 张汉庆^{1△}

[关键词] 鲁周同;股骨颈骨折;复位;中药

[中图分类号] R683.42

[文献标志码] B

[文章编号] 1005-0205(2017)03-0067-03

股骨颈骨折是临床常见病,可发生于各个年龄阶段,骨折后致残率、病死率较高。其治疗方法较多,由于骨折局部解剖和血供等问题,治疗较为困难且存在骨折不愈合、股骨头坏死等并发症^[1]。鲁周同教授是著名的骨伤专家,湖北省及武汉市名老中医学术继承人指导老师,在骨折的手法复位和中药治疗方面有丰富的经验,尤其是在股骨颈骨折的治疗方面有较深的造诣。笔者总结鲁周同教授多年来对股骨颈骨折的治疗经验,以及对股骨颈骨折并发症的处理措施,现报告如下。

1 股骨颈骨折治疗经验

股骨颈骨折不愈合是该骨折的常见并发症,究其原因一般认为是骨折近端血供的缺乏所致。股骨头颈的血供一般是由三组动脉提供(Crook 提出),分别是位于股骨颈基底部的关节囊外动脉环、由关节囊外动脉环发出并走行于股骨颈表面的颈升动脉和圆韧带动脉,骨折发生时前二者均损伤,头颈血供只有圆韧带动脉供给,不足以维持整个股骨头的需求。然而, Senn 通过实验认识到此骨折不愈合的原因是骨折断端的不稳定。因此,鲁教授提出两者(断端血供和骨折稳定性)均不可忽视,在骨折复位后首要的目标就是固定。因此,股骨颈骨折在治疗上一定要强调三点,一是复位,二是断端稳定,三是促进血液循环。

1.1 骨折复位

骨折整复不良,将会影响股骨头的血液供应的重建,并减弱内固定的稳定。Moore 认为此骨折不能解剖复位时,两骨折断端之间的实际接触面仅及 X 线中所见至多一半。骨断端接触面减少,由颈底部经骨断面向股骨头生长的血管减少,是发生骨折延迟愈合或不愈合以及股骨头缺血坏死的一种重要因素。实验发现骨折整复不完善,将加重整复不稳定。苏玉新采用抖牵旋按法即采用独特地牵引技法,利用旋转按压的

巧力,使股骨颈骨折断端得以复位^[2];李盛华提出按发病年龄、身体素质、骨折部位、移位程度及伤前活动能力等综合分析来选择恰当的治疗方法,辅助中医药治疗,在临床上取得了满意疗效^[3]。

鲁周同教授则根据骨折有无移位以及移位是否容易复位来确定治疗方案。对于股骨颈骨折无移位且骨折端嵌插者可以采用卧床 12 周的处理,穿上“丁”字鞋,局部外敷截血膏,内服接骨膏。因接骨膏含糖,糖尿病患者可改服伤科接骨片。老年患者需要加服治疗骨质疏松的中成药。若是外展嵌插,即股骨头向上仰起,骨折端无移位,治疗可以同上。

对于有移位的股骨颈骨折,首先采用手法复位。复位时,患者取仰卧位,一助手站在术者对侧,双手分别压住患者的双侧髂骨翼,术者将患侧下肢屈膝、屈髋 90°,手持踝关节;另一手前臂插入腘窝内,轻轻摇转以松懈骨折端嵌插部分。然后向上牵引,并在持续牵引下外展、内旋,逐渐伸直伤肢。复位后,可做掌跟实验,即将足跟放在掌心上观察,如复位完善,足无外旋倾向,则对于手法整复不满意的股骨颈骨折鲁教授采用金针拨骨术予以复位。

股骨颈骨折的金针拨骨术,是将股骨颈骨折近端对骨折远端的方法,有别于骨折整复常规的远折端对近折端的方法。当单纯用调整远端的肢体复位仍不佳时,以骨折的近端对远端的方法不失为良策。采用金针拨骨术时,保持骨牵引,局部常规消毒铺巾,在腹股沟中点和股动脉的外侧,用一斯氏针穿过皮肤,垂直向下击入股骨头内,利用针尾摆动调整骨折远近折端的位置,透视见复位满意后拔出。此法可用于非手术病人,也可以用手术病人,对手法整复不满意的股骨颈骨折通过此种方法避免了直接切开关节囊。当然,此法无效时仍需切开复位。

1.2 断端稳定

1) 股骨颈骨折无移位且骨折端嵌插者,或外展嵌插断端无移位者,“丁”字鞋制动。经皮三根空心加压螺钉内固定对于想早期离开病床的患者是有一定帮助的。

¹ 武汉市中医医院(武汉,430010)

[△] 通信作者 E-mail:zhqwh@aliyun.com

2)对于有移位的股骨颈骨折,复位之后的首要工作就是稳定骨折断端。目前,经皮三根空心加压螺钉内固定是股骨颈骨折头下型和颈中型的首选,而基底部的骨折则应该选用股骨近端固定,鲁周同教授首推PFN-A(股骨近端髓内钉)。骨折复位后获得初始稳定,可以早期活动,减少并发症。对于高龄患者,全身条件或客观条件不容许做髋关节置换者,这种方法会使得很多的患者骨折断端得以稳定从而为愈合创造了条件,获得良好愈合,恢复生活能力。

1.3 促进血液循环

解决了复位和稳定的问题后,接下来就是要促进骨折断端的血液循环。血液循环不好,一方面骨折不容易愈合,另一方面会出现股骨头坏死这样的严重并发症。在这个方面,中医药发挥了很好的作用,一种是内服,一种是外敷。内服中药治疗多为临床上所采用,盘龙七片^[3]、麝香接骨胶囊^[4]、愈髓饮^[5]等被证实均有促进股骨颈骨折愈合的作用。鲁周同教授针对骨折早期采用接骨膏或接骨片内服,后期服用丹郁骨康丸或鲁氏股骨头坏死方(见后述)。鲁周同教授采用的外敷是指外贴膏药截血膏,该方为“伤科汇纂”中的古方,主要由赤芍、姜黄、白芷、花粉等组成,起到活血化瘀、消肿止痛的作用。

2 骨折并发症的处理经验

2.1 骨折不愈合

由于股骨颈血液供应的损伤和骨折断端的稳定性破坏,股骨颈骨折的不愈合率较高。临床上,移位越大,不愈合率越高,Garden分型4型的不愈合率达到30%~70%;骨折部位对愈合率也存在一定关系,头下型愈合率低,基底部骨折愈合率高;Pauwel角对骨折愈合有一定影响,大于50°为不稳定性骨折,不易愈合;骨折面接触和愈合率高低也有关,骨折面接触少则不容易愈合。鲁周同教授自拟骨愈丸和骨愈胶囊两方具有促进骨折愈合的作用。

1)骨愈丸^[6]:丹参150 g,当归150 g,黄芪200 g,党参150 g,赤芍100 g,川断150 g,土鳖60 g,毛姜120 g,醋自然铜100 g,牛膝100 g,木瓜90 g,青皮60 g,五加皮100 g,生龙牡各100 g,熟地100 g。

上方制丸剂,每次6 g,3次/d,3个月为1疗程。

2)骨愈胶囊^[6]:紫河车200 g,三七100 g,海马40 g,蟹壳200 g。

上方1付经粉末后制成胶囊,每次3 g,2次/d,3个月为1疗程。

骨折延迟愈合原因在中医方面归结为肝肾不足、气血失和,其因久病所致,患者长时间活动受限,或年老体弱,谓“精虚不能灌溉,血虚不能营养,气虚不能充达,无以生髓养骨”,故治疗时当补益气血、调补肝肾为法,鲁教授经过多年临床实践,对骨折延迟愈合的治疗

颇有心得。方“骨愈丸”中黄芪、党参补中益气;当归、熟地养血;土鳖、青皮、自然铜活血理气,改善骨折部位血循;木瓜舒筋活络;毛姜、牛膝、川断、五加皮补肝肾、壮筋骨,以促进骨痂生长。方“骨愈胶囊”中紫河车属血肉有情之品,为补气、养血、益精之极品,《本草逢源》称“能峻补营血”其化学成分有性腺激素、黄体激素、含氮多糖体、多肽、胆碱等,能使肾精充实,骨髓化生有源,骨得其养而坚固有力^[7];加之海马补肾调气活血力强,三七化瘀定痛力专,以达到益肝肾,填精髓,养气血调其内,使断端能得到充养加速骨痂生长,促进骨折修复。蟹壳中除了碳酸钙等之外,还富含甲壳素,以及天然骨形成蛋白及大量的微量元素^[8],对骨骼生长有益。鲁教授将两方同时使用,相得益彰。

2.2 股骨头坏死

股骨头坏死是股骨颈骨折的常见并发症之一,对于严重移位的骨折,其发生率可高达30%~50%,因此预防股骨头坏死是治疗股骨颈骨折的重要环节。对股骨颈骨折行内固定手术后的患者行中医药的干预治疗-鲁氏股骨头坏死方,可以防止股骨头坏死的发生。通过股骨颈骨折后、行内固定手术前后长期系统的治疗,可以降低股骨头坏死的发生率。

鲁氏股骨头坏死方:丹参30 g,当归15 g,川芎10 g,骨碎补15 g,醋自然铜10 g,川断15 g,牛膝10 g,补骨脂10 g,赤芍药10 g,地龙10 g,木瓜15 g,五加皮15 g,土鳖虫6 g,伸筋草10 g,鸡血藤30 g,菟丝子10 g。

上方煎煮,取汁200 mL,分2次服用,1剂/d,3个月为1疗程。

股骨头坏死为现代医学病名,中医称之为“骨蚀”等,认为坏死是气滞血瘀所致,血液循环障碍属“瘀”,故以活血化瘀为治疗大法,根据“内治之法,必须以活血化瘀为先,血不活则瘀不去,瘀不去则骨不能接”的理论依据,鲁周同教授拟出鲁氏股骨头坏死方。方中赤芍药、川芎、丹参、当归、地龙、土鳖虫均为逐瘀要药,骨碎补、川断均有活血化瘀、补肝肾、强筋骨之功,补骨脂、菟丝子补肾壮阳,再加上木瓜、伸筋草、五加皮舒筋活络,鸡血藤养血活血,诸药合用共奏活血化瘀、补肾强骨之功。可改善和重建股骨头血供,防止骨坏死,有利于新骨形成。现代药理研究证实,方中活血化瘀药物均有改善微循环的作用。

3 在治疗过程中应注意的问题

在诊疗股骨颈骨折过程中鲁周同教授始终强调,一定要重视股骨颈骨折及相关问题的处理,认为妥善处理是提高该骨折治疗效果的良好保障。一般来说,以下几个问题是鲁周同教授尤其重视的问题。

3.1 漏诊

股骨颈骨折多见于50岁以上的老年人。由于骨

质疏松等原因,可能不一定出现一个明显的外伤,或者是外伤的暴力不大,形成嵌插骨折,断端嵌在一起,症状很轻甚至没感觉到疼痛,可以行走,于是容易大意,当做是“岔气”看待,接着走路,走着走着突然疼痛加重,下肢不能动了。这种情况拍片往往发现骨折并且有了错位。如果是早期就诊,能够及时发现骨折,那个时候骨折可能还是嵌插型,断端稳定,骨折容易愈合,治疗就容易得多。

还有一类病人,髌部外伤后拍片没有发现股骨颈骨折,但压痛点比较明显,不能行走,髌关节活动受限,有下肢的纵轴叩击痛,这样的病人一定要警惕,进一步做 CT,有的甚至 MRI 才能发现骨的损伤。如果患者不愿做检查,一定要让患者卧床,当做骨折处理,伤后两周时骨折端骨质出现吸收时 X 片上就容易发现了。

股骨颈骨折漏诊的可能性一定要引起注意,如果由于忽视骨折从稳定变成不稳定,骨折的愈合率就有天壤之别。

3.2 治疗中的症状加重

股骨颈骨折卧床的病人,突然出现疼痛或者很轻的疼痛突然加重,往往是骨折断端发生了移位,骨折断端变得不稳定,这个时候恐怕就需要按不稳定骨折来处理。

3.3 姑息治疗的方法和效果

股骨颈骨折的高龄患者,如果没有自身条件或经济条件,身体情况不允许,可以进行姑息治疗。在骨折的最初一个月卧床,中药截血膏外敷,活血止痛。一月后,逐渐开始坐起,待头昏等反应消失后开始下床站立,同时扶一个高凳,凳高以患者的腰部相平齐。在站立适应后,逐渐开始练习行走。刚开始下地时髌部疼痛,逐渐适应至半年到一年,疼痛可以耐受甚至变得轻微,有很多姑息治疗的患者最终能获得部分行走功能,一般是跛行,疼痛很轻或者无疼痛。少部分症状重者只有坐轮椅。这种方法不需要顾及骨折的愈合问题,实际上就是追求一个微痛甚至无痛的陈旧性股骨颈骨折,让骨折断端形成假关节,以期恢复部分生活功能,对部分特殊老年人来说,姑息治疗也是一种选择。

3.4 伤肢的体位

股骨颈骨折卧床时的体位是双下肢张开呈“大”字,双脚对着两边脚侧的床角,臀部在床的中间,身体稍斜向患侧,这样患髌的外展角度就会达到 30° ,有利于防止骨折的进一步移位。

3.5 下地负重时间

鲁教授认为,股骨颈骨折一定要等到复查 X 线片结果提示骨折已愈合后才能行走。骨折类型不同愈合时间也不一样,一般 3~6 个月愈合。

3.6 内固定是否需要取出

临床上,很多股骨头塌陷发生在内固定取出后,实

际上内固定对股骨头的骨质特别是已经坏死的骨质有一定的支撑作用,部分坏死病人的骨质变化不明显,在 X 片上难以发现,而当钉子取出后,骨质的支撑失去导致塌陷迅速出现。姚双权等通过实验研究证实应用间断拔钉法治疗股骨颈骨折,可改善股骨头血运,降低股骨头的坏死率^[9]。然而,鲁教授根据临床实践经验建议在內固定物未发生松动及其他病变的情况下,不宜取出内固定螺钉,让螺钉起到支撑作用,防止股骨头坏死后发生塌陷。

4 验案举隅

患者周某,男,52 岁,2012 年 7 月 14 日以“右髌部外伤 2 d”入院。查体为右腹股沟中点压痛(+),右下肢外旋短缩畸形。拍片示有股骨颈骨折经颈型,Garden 分型为 4 型。入院后经股骨髁上骨牵引,复位不良,遂在连续硬膜外麻醉下行金针拨骨术,骨折端完全对位后予以三枚空心加压螺钉内固定。术后六月拍片见骨折线清晰,考虑为骨折延迟愈合,使用骨愈丸和骨愈胶囊配合服用 3 个月,骨折线模糊。随访 1 年,拍片示骨折线消失,行走自如。随访 3 年,未出现股骨头坏死。

5 结语

鲁周同教授在股骨颈骨折治疗过程中需要根据骨折的移位程度做不同的复位处理,强调治疗过程中的复位、固定和促进血供这三个环节缺一不可,对于骨折的不愈合和并发症股骨头坏死均采用中药治疗,可以收到较好的效果。

参考文献

- [1] 马中兴,张庚英.微创配合中药治疗股骨颈骨折 52 例疗效分析[J].中国中医骨伤科杂志,2010,18(3):43-44.
- [2] 付伟,苏继承,王洪光.苏玉新治疗股骨颈骨折手法整复经验[J].辽宁中医杂志,2006,33(12):1548.
- [3] 梁毅,郑茂斌,徐世旭,等.盘龙七片配合空心加压螺钉内固定术治疗股骨颈骨折 29 例[J].中国中医骨伤科杂志,2011,19(8):62.
- [4] 任云微,魏卫,陈锡强.麝香接骨胶囊促进股骨颈骨折术后愈合的疗效观察[J].中国中医骨伤科杂志,2007,28(5):12-13.
- [5] 邵先舫,刘志军,陈绍军,等.愈髌饮不同剂型治疗中青年股骨颈骨折的临床疗效对比[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(5):1-3.
- [6] 孟迁,张汉庆.鲁周同正骨要旨[M].1 版.北京:中国医药科技出版社,2009:193.
- [7] 桂志芳,曾卫华,谢小芹.紫河车对骨质疏松症的治疗效果[J].中国当代医药,2013,20(32):122-123.
- [8] 丁祥.蟹壳碾末配方治疗骨不连及延迟愈合的临床观察[J].中国医药科学,2012,2(22):84-85.
- [9] 姚双权,张英泽,张奉琪,等.间断拔钉预防股骨颈骨折后股骨头坏死的实验研究[J].中国中医骨伤科杂志,2005,13(6):6-8.

(收稿日期:2016-08-11)