

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.05.019

# 中医特色疗法加护理干预治疗股骨头坏死的临床观察\*

高 丽 王艳春

河南省人民医院中医科, 郑州 450000

股骨头坏死(osteonecrosis of the femoral head, ONFH)是临床常见的骨科疾病,发病率、致残率较高,约 80% 的 ONFH 最终发展为股骨头塌陷而导致骨关节功能丧失;因此,及早发现、及早诊断和治疗对 ONFH 的预后至关重要。目前,ONFH 的治疗方法包括手术和非手术治疗,尽管这些方法取得了相当大的进步,但尚无疗效确切、普遍适用于各病变时期的治疗方法。为此,本研究探讨中医特色疗法加护理干预对 ONFH 的临床疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2015 年 10 月—2017 年 10 月于本院就诊的 ONFH 患者 80 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组 40 例。观察组,其中男 23 例,女 17 例;年龄 40~71 岁,平均年龄(49.81±8.06)岁;平均病程(3.67±1.23)年。对照组,其中男 25 例,女 15 例;年龄 40~71 岁,平均年龄(49.76±7.98)岁;平均病程(3.70±1.42)年。2 组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准参照中华医学会骨科分会制定的《成人股骨头坏死诊疗标准专家共识(2012 年版)》<sup>[1]</sup>和《实用骨科学》<sup>[2]</sup>中关于无菌性 ONFH 的诊断标准。中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>中 ONFH 的诊断标准及辨证为肾虚血瘀型。ONFH 分期标准参照国际骨循环研究会(ARCO)1992 年关于 ONFH 的国际分期标准<sup>[4]</sup>。

### 1.3 纳入与排除标准

纳入标准:①符合上述中医和西医诊断标准;② ARCO 分期为 I~II 期;③年龄 40~75 岁,具有良好依从性;④近期末服用 ONFH 相关治疗药物,并停用糖皮质激素者;⑤所有患者签署知情同意书,并经伦理委员会审查通过。

排除标准:①年龄<40 岁或>75 岁;②合并严重心、脑、肝、肾或造血系统疾病;③精神障碍,无法配合治疗者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤对本研究药物过敏者。

### 1.4 治疗方法

观察组给予中医特色疗法加护理干预,其中中医内服方药为培元消蚀方,药物组成:熟地 12 g,续断 12 g,紫河车 15 g,接骨木 15 g,延胡索 12 g,白芍 12 g,赤芍 12 g,全虫 10 g,蜈蚣 2 条,乳香 9 g,细辛 3 g,川牛膝 15 g,地龙 15 g,甘草 6 g。以上药物由本院煎药房提供并制备,每付煎成 2 包,150 mL/包,早晚各服 1 包;服用 15 天后改服本院制剂室加工制成的培元消蚀方丸,10 g/丸,10 g/次,3 次/d,6 个月为 1 个疗程。护理干预主要包括:①局部给药护理,将培元消蚀方药渣用布袋封包后加热湿敷于病变髋关节处,1 h/次,1 次/d;②情志护理,对患者进行心理疏导,消除其不良情绪;③饮食护理,指导患者以优质低蛋白、高钙、低盐、低脂、清淡、易消化饮食为主;④功能锻炼,急性期疼痛绝对卧床休息,疼痛改善后进行适当功能锻炼,制定个体化锻炼方案,循序渐进。

对照组采用双氯芬酸钠联合仙灵骨葆胶囊治疗:①双氯芬酸钠缓释片(国药集团致君深圳坪山制药有限公司,国药准字 H10970209)口服,0.1 g/次,1 次/d,连服 7 d;②仙灵骨葆胶囊(国药集团同济堂贵州制药有限公司,国药准字 Z20025337)口服,0.5 g/粒,3 粒/次,2 次/d,连续服用 6 个月;③给予常规护理,包括高钙、清淡饮食护理,应用气垫床、避免血栓形成,简单按摩肌肉和进行关节活动。2 组均治疗 6 个月后进行疗效评价。

### 1.5 观察指标与疗效判定标准

采用 Harris 评分法<sup>[5]</sup>对 2 组髋关节功能进行评分,包括对髋关节的疼痛、功能活动、畸形等项目进行评分,总分为 100 分,得分越高表示髋关节功能越好。

采用视觉模拟评分(VAS)对 2 组髋关节疼痛进行评分,分值 0~10 分,分值越高表示疼痛越剧烈。

采用酶联免疫吸附法检测 2 组血清相关因子水平,包括碱性磷酸酶(ALP)、骨钙素(BGP)、血钙(Ca)

\* 河南省中医药科学研究专项课题(Na 2017ZY2079)

和骨形态发生蛋白 2(BMP-2)水平。检测 2 组血液流变学指标,包括全血高切黏度、低切黏度、血浆黏度、红细胞压积等。

参照文献[3]制定疗效判定标准,其中治愈:临床症状消失,髌关节活动正常,X 线平片显示坏死区域面积减少,骨修复显著,骨小梁规则整齐排列;有效:临床症状有所好转,髌关节活动功能有所提升,X 线平片显示坏死区域面积有减少迹象,X 线平片显示坏死区域有修复迹象;无效:治疗后,患者临床症状、体征无改变,X 平片资料和之前相比无变化。总有效率为治愈率与有效率之和。

## 1.6 统计学分析

所得数据采用 SPSS 19.0 统计学软件进行分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间采用  $t$  检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组 Harris 和 VAS 评分比较

治疗后,2 组 Harris 评分明显升高( $P < 0.05$ ),

VAS 评分明显降低( $P < 0.05$ ),且观察组上述评分改善程度均优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者 Harris 和 VAS 评分比较  
( $n=40$ ,分, $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | Harris 评分               | VAS 评分                  |
|-----|-----|-------------------------|-------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 2.77±0.28               | 6.69±1.58               |
|     | 治疗后 | 3.51±0.73*              | 3.15±0.76*              |
| 观察组 | 治疗前 | 2.72±0.24               | 6.54±1.15               |
|     | 治疗后 | 4.75±0.66* <sup>△</sup> | 2.06±0.57* <sup>△</sup> |

与治疗前比较\* $P < 0.05$ ;与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$

### 2.2 2 组血清相关因子水平比较

治疗后,2 组血清 BGP、Ca 和 BMP-2 水平明显升高( $P < 0.05$ ),ALP 明显下降( $P < 0.05$ ),且观察组上述指标改善程度明显优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.3 2 组血液流变学指标比较

治疗后,2 组各项血液流变学指标较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ),且观察组明显低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 2 2 组血清相关因子水平比较( $n=40$ , $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | ALP(IU/L)                | BGP( $\mu\text{g/L}$ )  | Ca( $\mu\text{g/L}$ )   | BMP-2( $\text{ng/L}$ )    |
|-----|-----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 135.15±20.36             | 3.25±0.56               | 2.22±0.13               | 58.37±7.46                |
|     | 治疗后 | 102.97±16.48*            | 3.98±0.77*              | 2.34±0.16               | 72.15±10.14*              |
| 观察组 | 治疗前 | 134.0±19.22              | 3.29±0.52               | 2.26±0.35               | 59.15±8.46                |
|     | 治疗后 | 88.4±19.34* <sup>△</sup> | 4.33±0.84* <sup>△</sup> | 2.84±0.23* <sup>△</sup> | 83.27±13.49* <sup>△</sup> |

与治疗前比较\* $P < 0.05$ ;与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$

表 3 2 组患者血液流变学指标比较( $n=40$ , $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 全血低切黏度( $\text{mPa} \cdot \text{s}$ ) | 全血高切黏度( $\text{mPa} \cdot \text{s}$ ) | 血浆黏度( $\text{mPa} \cdot \text{s}$ ) | 红细胞压积(%)                 |
|-----|-----|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 13.93±2.58                            | 7.82±0.96                             | 2.26±0.67                           | 50.95±5.45               |
|     | 治疗后 | 11.76±1.43*                           | 6.48±0.83*                            | 1.72±0.57*                          | 46.86±4.47*              |
| 观察组 | 治疗前 | 14.12±2.23                            | 7.86±0.85                             | 2.37±0.45                           | 51.07±6.26               |
|     | 治疗后 | 9.1±1.15* <sup>△</sup>                | 4.24±0.78* <sup>△</sup>               | 1.23±0.37* <sup>△</sup>             | 43.05±5.04* <sup>△</sup> |

与治疗前比较\* $P < 0.05$ ;与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$

### 2.4 2 组总有效率比较

治疗后,观察组总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 2 组患者总有效率比较( $n=40$ ,例,%)

| 组别  | 治愈 | 有效 | 无效 | 总有效率                   |
|-----|----|----|----|------------------------|
| 对照组 | 15 | 13 | 12 | 28(70.00)              |
| 观察组 | 23 | 15 | 2  | 38(95.00) <sup>△</sup> |

与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

ONFH 的发病机制主要为髌部外伤、大量酒精摄入或不恰当应用激素等引起骨组织缺血坏死,股骨头结构改变、塌陷、变形等,最终引起髌关节功能障碍。文献研究<sup>[6]</sup>显示,血清 ALP 水平高低与成骨细胞活性密切相关,BGP 则可特异性反映机体成骨细胞功能、骨质矿化、更新及形成水平;BMP-2 被认为是骨折愈合主要启动因子和唯一可单独诱导骨组织形成的

细胞因子,其可刺激未分化的间质细胞分化形成骨质<sup>[7]</sup>。因此,血清 ALP、BGP 及 BMP-2 水平可敏感反映 ONFH 的治疗效果和病情进展。

本研究所采用的培元消蚀方由小活络丸加减化裁而来,方中熟地补血滋肾,联合紫河车、续断,补肝肾、强壮筋骨,以治其本;接骨木接骨续筋,配合延胡索活血止痛;白芍、赤芍入气入血,加强活血止痛之力;全虫、蜈蚣熄风止痉、通经活络;乳香活血化瘀止痛;细辛温走窜;牛膝引血下行以通血脉;地龙通经活络,引药直达病所;甘草调和诸药;诸药共用,共奏补肾固本,化瘀止痛之功<sup>[8]</sup>。此外,ONFH 的临床调护至关重要,采取积极的综合护理措施,从用药、心理、饮食、功能锻炼等多方面实施护理干预,对提高药物治疗效果具有重要的意义<sup>[9]</sup>。

本研究应用中医特色疗法加护理干预治疗 ONFH,结果发现,中医特色疗法加护理干预能明显改善 ONFH 患者髋关节功能,减轻疼痛,并调节血清骨形成相关因子水平,改善血液循环,提高临床疗效。此外,本研究揭示了中医药不同剂型序贯疗法在 ONFH 中的治疗作用,验证了中医特色疗法加护理干预治疗 ONFH 的临床有效性及有关机理,为临床治疗 ONFH 提供新思路。

#### 参 考 文 献

[1] 中华医学会骨科分会显微修复学组,中国修复重建外科

专业委员会骨缺损及骨坏死学组.成人股骨头坏死诊疗标准专家共识(2012 年版)[J].中华关节外科杂志(电子版),2012,6(3):479-484.

[2] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].3 版.北京:人民军医出版社,2005:597.

[3] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:193.

[4] 李子荣.股骨头骨坏死的 ARCO 分期[J].中华外科杂志,1996,34(3):186-187.

[5] 吕厚山.人工关节外科学[M].北京:科学出版社,1998:268.

[6] 戎赞华,窦志艳,徐青.骨形成的生化标志物及其影响因素的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2003,12(12):1319-1322.

[7] van Baardewijk LJ, van der Ende J, Lissenberg-Thunnissen S, et al. Circulating bone morphogenetic protein levels and delayed fracture healing[J]. Int Orthop, 2013, 37(3): 523-527.

[8] 周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2004:481.

[9] 时红霞,邢建英.70 例股骨头坏死的中医综合治疗与护理[J].黑龙江中医药,2015,44(2):59-60.

(收稿日期:2019-03-15)

欢 迎 订 阅      欢 迎 投 稿