

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2017.07.010

中图分类号: R 246.2 文献标志码: A

## 回顾性分析浮针治疗股骨头坏死 44 例

曾馥馥<sup>1△</sup>, 王文涛<sup>2</sup>, 孙健<sup>3✉</sup>, 林弋力<sup>3</sup>, 指导: 符仲华<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学, 广东广州 510000; 2. 南京浮针医学研究所; 3. 广东省中医院, 广州 510120)

**[摘要]** 目的: 回顾性分析浮针保髋治疗股骨头坏死的临床疗效。方法: 对采用浮针在患肌周围扫散、配合再灌注活动进行治疗的 44 例股骨头坏死患者, 通过电话随访, 评价其疗效。结果: 随访 44 例患者临床治愈率为 22.7% (10/44), 有效率为 70.5% (31/44), 无效 13 例。综合分析考虑临床疗效与病程长短、病因以及分期相关。结论: 浮针保髋治疗股骨头坏死安全有效, 其疗效与病情轻重及病因相关。

**[关键词]** 股骨头坏死; 浮针疗法; 回顾性分析

股骨头坏死是由于创伤、激素、酒精等因素导致股骨头供血不足最终逐步坏死的病理过程。该病中后期出现股骨头塌陷造成功能障碍, 最终可能致残, 是骨科常见病、疑难病。股骨头坏死的早中期非手术治疗目前是临床上的难点。防止股骨头塌陷, 改善患者生活质量是临床研究的重点。现将近年来采用浮针保髋治疗股骨头坏死的 44 例病例进行回顾分析, 报道如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

于 2015 年 12 月电话随访 2011 年 7 月至 2015 年 6 月在南京浮针医学研究所就诊的 44 例股骨头坏死患者, 44 例患者均经三甲医院诊断为股骨头坏死, 有相关 X 线、MRI 影像学资料可查。其中, 单侧患病 27 例, 双侧患病 17 例; 男 21 例, 女 23 例; 年龄 22~76 岁, 平均 (49±16) 岁; 病程最短 10 个月, 最长 22 年, 平均 (32±33) 个月; 治疗周期最短 1 个月, 最长 15 个月, 平均 (4.8±4.4) 个月; 最短随访周期 6 个月, 最长 47 个月, 平均 (12.9±13.9) 个月; 发病原因: 特发性坏死 21 例 (31 髋), 创伤性坏死 11 例 (11 髋), 激素性坏死 4 例 (6 髋), 酒精性坏死 2 例 (4 髋), 免疫性 4 例 (6 髋), 先天性髋关节发育不良 2 例 (2 髋); 根据 44 例患者的病史、症状、体征及影像学检查资料, II 期: 15 例, 占 34.1%; III 期: 16 例, 占 36.4%; IV 期: 13 例, 占 29.5%。

#### 1.2 诊断标准

根据中华医学会骨科分会 2007 版《股骨头坏死

诊断与治疗的专家建议》<sup>[1]</sup>, 诊断标准为临床出现髋关节痛, 以腹股沟、臀部和腿部为主, 偶尔伴有膝关节疼痛, 髋关节屈曲、内旋、外展活动受限, 常有髋部外伤、皮质类固醇应用等病史。X 线改变: 疾病早期, 股骨头硬化和囊变; 病情进一步发展, 出现典型的新月征; 晚期可出现股骨头塌陷, 关节间隙变窄和严重的骨关节改变, 髋臼硬化和囊变常见。CT 示: 对 II、III 期病变可显示股骨头坏死灶的边界、面积, 内可见硬化带包绕坏死骨、修复骨或软骨下骨断裂。MRI 征象: 坏死区 T<sub>1</sub> 显示带状低信号或 T<sub>2</sub> 显示双线征。

股骨头坏死分期主要参照 ARCO 分期、Ficat 分期<sup>[2-3]</sup>, 将股骨头坏死分为: 0 期: 临床前期, 无临床症状, 检查均正常; I 期: 临床可有髋关节疼痛, X 线正常或仅表现为骨质疏松; II 期: 症状明显, X 线示硬化、囊变, 局部骨质疏松; III 期: 症状明显, X 线示股骨头软骨面变扁, 新月征阳性; IV 期: 症状明显, 骨关节炎, 关节间隙变窄, 髋臼改变, 关节破坏。

### 2 治疗方法

#### 2.1 患肌的寻找

患肌是浮针疗法所特有的概念, 是指在运动神经元正常的情况下, 静息状态时处于病理性紧张的肌肉即为患肌。患肌上存在有一个或者多个肌筋膜触发点 (myofascial trigger points, MTrP), 触摸时医生手下有紧僵硬滑的感觉, 患者有不适感。股骨头坏死所导致的髋关节疼痛常伴有髋关节周围及下肢肌肉的病变, 需要腰部及下肢触诊寻找患肌。常见出现的患肌包括髂腰肌、臀大肌等。

#### 2.2 进针点选择

根据患者病情选取适合的体位, 在患肌的上、下、左、右 5~10 cm 的范围内选定进针点。

✉通信作者: 孙健 (1978-), 男, 主任医师。研究方向: 浮针治疗肌筋膜相关疾病。E-mail: sunj3610@163.com

△曾馥馥 (1993-), 女, 广州中医药大学第二临床医学院 2015 级针灸推拿学专业硕士研究生。E-mail: 334916943@qq.com

### 2.3 操作方法

操作者局部消毒后,使用 M 规格的一次性浮针及进针器进针,针刺方向是刺向患肌,不能偏歪。平刺进针、皮下运针,进针深度掌握在 25~35 mm。以进针点为支点,手握针座,使针尖做扇形扫散运动,扫散角度约为 25°~30°。扫散动作缓慢而柔和,每分钟 50 次左右,尽量使患者没有疼痛、酸、胀、麻等感觉。

扫散过程中,配合再灌注活动以加强疗效。再灌注活动是浮针发明人符仲华教授在浮针临床实践中结合血液“缺血-再灌注”的观念所提出的,在浮针扫散治疗的同时由患者主动、被动活动患肌,经常在患者主动收缩患肌时医生施加等力阻抗,从而快速改善以“紧、僵、硬、滑”为特点的患肌中原来的缺血缺氧状态,有效缓解肌筋膜伤痛,是浮针疗法取效的操作要点<sup>[4]</sup>。

股骨头坏死常见患肌的再灌注活动操作:①髂腰肌:患者侧卧位,屈膝屈髋,医者予以抗阻 10 s 后放松(见图 1);②臀大肌:患者俯卧位,嘱患侧下肢伸直,后伸至抬高离床面 5 cm 以上,医者予以抗阻 10 s 后放松(见图 2);③臀中肌:侧卧位,嘱患者外展髋关节,医者予以阻抗 10 s 后放松;④股四头肌:患者仰卧位,膝下垫关节垫后嘱患者伸膝,医者予以抗阻 10 s 后放松;⑤腓肠肌:患者俯卧位,伸直下肢,脚尖向下用力抵住医者抗阻 10 s 后放松。对同一块患肌的再灌注活动,可间隔 1~2 min,重复 2~3 次即可。



图 1 髂腰肌的进针点、扫散和再灌注活动

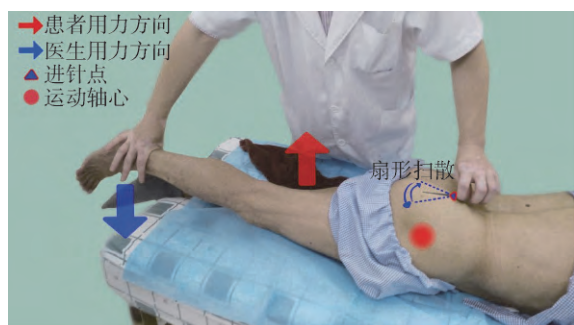


图 2 臀大肌的进针点、扫散和再灌注活动

扫散及再灌注活动完毕,抽出针芯,留置软套管,用胶布将管座固定在皮肤上。留管时间 5~8 h,不超过 24 h,患者自行拔出软套管,按压针孔 2~3 min 以防止出血。

对早中期、股骨头未出现塌陷的患者,浮针治疗期间无需强制拄拐减负或髋关节制动,但要避免剧烈运动(如踢球、爬山等),可进行日常活动;对于股骨头已出现塌陷、活动不便、使用双拐的患者,治疗后其髋关节及下肢疼痛减轻的情况下,可逐步进行恢复性日常活动训练,直至最后弃用双拐。

### 3 疗效评定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>进行疗效评定。临床治愈:行走无跛行,髋关节无疼痛,功能完全或基本恢复,X线片股骨头死骨区塌陷、骨坏死及骨增生硬化现象基本消失;好转:症状减轻,髋关节活动功能改善,X线片股骨头变大或扁平,但骨坏死及骨增生硬化现象有改善;无效:症状无改善,X线片征象无改变。本研究在 2015 年 12 月通过电话随访该 44 例病例,随访时间均大于 6 个月。

### 4 治疗结果

#### 4.1 浮针治疗股骨头坏死的总体疗效

44 例患者,临床治愈 10 例,好转 21 例,无效 13 例,临床治愈率为 22.7%,有效率为 70.5%,无效率为 29.5%。

#### 4.2 浮针治疗不同病因导致的股骨头坏死的疗效

特发性坏死的有效率为 71.4%,创伤性坏死的有效率为 72.7%。见表 1。

表 1 浮针治疗不同病因股骨头坏死患者的疗效 例

| 病因  | 例数 | 临床治愈 | 好转 | 无效 | 有效率/% |
|-----|----|------|----|----|-------|
| 特发性 | 21 | 4    | 11 | 6  | 71.4  |
| 创伤性 | 11 | 3    | 5  | 3  | 72.7  |
| 激素性 | 4  | 2    | 1  | 1  | -     |
| 酒精性 | 2  | 0    | 1  | 1  | -     |
| 免疫性 | 4  | 0    | 3  | 1  | -     |
| 先天性 | 2  | 1    | 0  | 1  | -     |
| 合计  | 44 | 10   | 21 | 13 | 70.5  |

#### 4.3 浮针治疗不同分期股骨头坏死的疗效

Ⅱ期的有效率为 73.3%,Ⅲ期的有效率为 81.2%,Ⅳ期的有效率为 53.8%。见表 2。

表 2 浮针治疗不同分期股骨头坏死患者的疗效 例

| 分期 | 例数 | 临床治愈 | 好转 | 无效 | 有效率/% |
|----|----|------|----|----|-------|
| Ⅱ期 | 15 | 4    | 7  | 4  | 73.3  |
| Ⅲ期 | 16 | 5    | 8  | 3  | 81.2  |
| Ⅳ期 | 13 | 1    | 6  | 6  | 53.8  |

#### 4.4 浮针治疗无效病例的原因分析

44 例病例研究,临床治愈率为 22.7%,有效率为 70.5%,无效病例共 13 例。分析其中可能影响到浮针治疗效果的相关因素如下:①病程长短:2 例病程近 20 年,治疗效果不明显。②病变数量:有 6 例(占 46.2%)为双侧病变。③不同病因:6 例特发性患者中 5 例治疗周期均不足 3 个月,其中 3 例患者选择手术治疗,1 例放弃积极治疗,1 例因浮针治疗等待耗时较长而放弃;3 例创伤性患者均为Ⅳ期,且治疗周期均不足 3 个月;1 例激素性患者因狼疮性肾病需长期服用激素控制;1 例酒精性患者治疗周期不足 3 个月,且病程较长,为 20 年。④不同坏死分期:4 例Ⅱ期无效病例中,2 例选择手术,2 例放弃积极治疗;其余 9 例(占 69.2%)均为Ⅲ~Ⅳ期,股骨头均已塌陷,病情复杂,患者均在接受 1~2 个月治疗后症状缓解,但未继续积极治疗,随访时效果不佳。

#### 5 体会

股骨头坏死在临床上早期通常无明显症状,确诊时多为中后期,因而大多数患者容易错过早期治疗时机,当前诊疗规范主要以非手术治疗、髋关节手术等为主。股骨头坏死的发病机制尚未完全明了,目前主要为脂类代谢紊乱学说、血管内凝血学说等<sup>[6]</sup>。大多数股骨头坏死进展到最后都是以组织细胞失去了其正常生理功能,最后导致疾病发生为结局。因此,以恢复骨细胞及相关组织的正常血供及生理功能为目的,可以为目前的保髋治疗方法提供新的思路。Lipinski<sup>[7]</sup>研究发现,疏松结缔组织中的基质是由蛋白质及粘多糖组成的液晶体,具有一定空间结构,当受到刺激时会产生压电效应及反压电效应,用以恢复分子、细胞的生理功能。解剖上,股骨头、股骨颈的血供主要通过闭孔动脉、旋股外侧动脉及旋股内侧动脉 3 个动脉系提供。许本柯等<sup>[8]</sup>提出,与股骨头供血相关的血管都穿行于髋部及周围的肌肉,其中包括耻骨肌、髂腰肌、缝匠肌、阔筋膜张肌及股四头肌等。由此可见,由于局部肌肉及筋膜的病变,对穿行于其中的血管及神经造成压迫,导致血流不畅而引起的其供血对象的缺血,是股骨头坏死发生的一个可能因素。唐兆鹏等<sup>[9]</sup>认为股骨头修复过程中予以适当的应力刺

激,有利于骨组织的修复,并且可提高股骨头的抗压强度及骨密度。浮针保髋治疗期间患者可进行日常活动,不需要保护负重,予股骨头应力性刺激,使骨修复顺应力方向进行,加强负重区域股骨头抗压能力。

本研究 44 例不同类型、不同阶段股骨头坏死患者单纯使用浮针治疗干预,随访半年以上,其临床治愈率为 22.73%,有效率为 70.5%,具备较高的临床推广价值。

浮针通过扫散在皮下直接挤压、牵拉疏松结缔组织,使其空间结构发生改变,产生电化学效应,促进组织细胞的修复<sup>[10]</sup>。配合再灌注运动,使患肌的血液循环改善,逐渐恢复到原有状态,解除对血管的压迫,保证股骨头的血供,改善其缺血、缺氧的不良状态,从而达到缓解患者疼痛,甚则改变其病理结构的目的。对于早、中期股骨头坏死来说,其股骨头形态未见明显变形及塌陷,其功能仍有保留,临床上患者主要出现腹股沟、髋部及大腿疼痛伴活动受限,早期浮针干预可消除疼痛,松解相关肌肉筋膜,恢复股骨头血液供应,使其血供与骨修复速度成正比,减少股骨头塌陷几率;而且,浮针治疗股骨头坏死时无需强制患者拄拐减负或髋关节制动,只根据患者病情及体质要求患者进行不同程度的日常活动或恢复性锻炼,明显提高了患者的生活质量。

#### 参考文献

- [1] 张鹤山,李子荣. 股骨头坏死诊断与治疗的专家建议[J]. 中华骨科杂志, 2007, 27(2): 146.
- [2] Ficat RP. Idiopathic bone necrosis of the femoral head early diagnosis and treatment[J]. J Bone Joint Surg Br, 1985, 67(1): 3.
- [3] Steinberg ME, Brighton CT, Corcos A, et al. Osteonecrosis of the femoral head results of core decompression and grafting with and without electrical stimulation[J]. Clin Orthop Relat Res, 1989(249): 199-208.
- [4] 符仲华. 再灌注和再灌注活动——关于外治法中边治疗边活动的方法[J]. 中国针灸, 2015, 35(S1): 68.
- [5] 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: 297-299.
- [6] 凌峰,王燕,熊龙,等. 股骨头坏死病因发病机制的研究进展[J]. 实用临床医学, 2011, 12(11): 132-134, 138.
- [7] Lipinski B. Biological significance of piezoelectricity in relation to acupuncture, Hatha Yoga, osteopathic medicine and action of air ions[J]. Med Hypotheses, 1977, 3(1): 9.
- [8] 许本柯,徐达传,王兵,等. 股骨头血供特点及临床意义[J]. 解剖学杂志, 2007, 30(3): 371.
- [9] 唐兆鹏,赵德伟. 不同应力刺激下犬坏死股骨头自然修复过程的研究[J]. 中国骨与关节外科, 2011, 4(1): 45-50.
- [10] 陶嘉磊,符仲华,张宏如. 浮针疗法作用机制浅析[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(12): 3006.

(收稿日期: 2016-06-05, 编辑: 郭盛楠)