针药合治系统性红斑狼疮激素性股骨头无菌性坏死15例临床观察

黄慧萍　苏　晓
(上海中医药大学附属市中医医院风湿科,上海 200071)

摘　要　目的:观察针药结合治疗系统性红斑狼疮激素性股骨头无菌性坏死的临床疗效。方法:将30例符合诊断标准的系统性红斑狼疮激素性股骨头无菌性坏死患者随机分为治疗组和对照组各15例,除原发病治疗外,对照组给予常规改善骨代谢治疗,治疗组在对照组治疗基础上加用电针治疗。2组均治疗6个月。结果:治疗3个月、治疗结束时治疗组Harris评分均高于对照组($P<0.05$);治疗结束时治疗组总有效率93.33%,高于对照组的53.33%($P<0.05$)。结论:针药结合治疗系统性红斑狼疮激素性股骨头无菌性坏死疗效确切,优于单纯改善骨代谢治疗。

关键词　系统性红斑狼疮　激素性股骨头无菌性坏死　电针　钙尔奇D
中图分类号　R681.805　　**文献标志码**　A　　**文章编号**　1672-397X(2017)06-0054-02

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus,SLE)是在自身免疫介导下,以免疫炎症为突出表现的一种慢性、弥漫性结缔组织病[1]508。股骨头坏死也称为股骨头缺血性坏死或股骨头无菌性坏死(steraid induced avascularnecrosis of femoral head,SANFH),主要发病原因为股骨头局部血管堵塞致骨细胞坏死、缺血,甚至出现股骨头塌陷、骨小梁断裂等。激素是股骨头缺血坏死最常见的危险因素之一,属于非创伤性股骨头坏死,主要原因可能是由于股骨头活动范围和承受重力最大,但供应其养料的血管较细,长期应用激素,可引起脂质代谢紊乱,导致血管脂肪栓塞,血液黏稠度和凝固力增加,使该部位发生血液循环障碍,造成骨细胞、骨髓造血细胞的死亡,随着疾病不断发展,最终引起股骨头扁平、塌陷,从而发生股骨头缺血性坏死[2]。激素诱导的股骨头坏死早期无症状,激素性股骨头坏死发生与症状的出现可能间隔几个月甚至几年[3]。目前针对激素性股骨头坏死早期的治疗尚无有效方法,一般采用活血化瘀及抗凝、降脂、扩血管等药物治疗,然而,针对系统性红斑狼患者,使用某些活血化瘀、抗凝药物与原发病治疗存在一定冲突,到了严重影响患者劳动能力和生活质量时,只能进行人工全髋关节置换术以恢复患者的行走能力[4]。近年来,我科运用电针联合改善骨代谢药物治疗系统性红斑狼疮激素性股骨头无菌性坏死取得较好疗效,现报告如下。

1　临床资料

1.1　一般资料　选择我科住院SLE激素性股骨头无菌性坏死30例,随机分为治疗组和对照组。治疗组15例,均为女性;年龄32~61岁;病程6个月~38年。对照组15例,均为女性;年龄28~59岁;病程8个月~39年。2组患者的性别、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　除符合1997年美国风湿病学会修订的SLE分类标准外[1]510,必须符合以下标准:(1)既往无股骨头无菌性坏死病史;(2)服用糖皮质激素;(3)间断或持续性髋关节疼痛,可向下肢或臀部放射,但不超过膝关节;(4)行走困难甚至扶拐行走;(5)髋关节活动受限,内旋疼痛加重;(6)X线检查提示有股骨头缺血性坏死。

2　治疗方法

2组均严格限制患者的负重,可适当运用腋杖等工具辅助行走。对照组给予钙尔奇D 600mg,每日1次,口服;福美加70mg,每周1次,口服。疗程6个月。治疗组在对照组治疗基础上加电针治疗:主穴为环跳、承扶、阳陵泉、三阴交、足三里、悬钟、阿是穴,并根据患者的症状体征随症加减用穴。用1.5~3寸不锈钢针,针体与皮肤呈90°垂直

进针，得气（以局部酸、胀、麻感为度）后接电针治疗仪通电 30min。电针治疗每周 3 次（周一、周三、周五），2 周为 1 个疗程，治 2 周，停 2 周，总疗程 6 个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 （1）Harris 评分标准：主要包括疼痛（总分 44 分）、畸形（总分 4 分）、关节功能（总分 47 分）及关节活动范围（总分 5 分），满分 100 分。（2）影像学疗效标准：参照《临床骨科学》[5]。

3.2 疗效评定标准 痊愈：髋关节疼痛症状消失，功能活动正常，X 线示股骨头圆，骨小梁排列整齐；好转：髋关节疼痛消失或减轻，关节功能基本恢复或轻度受限，X 线示无坏死区，骨小梁排列较好，或股骨头圆，但包容不全，未包容部分在 1/5 以下；无效：临床症状和体征无明显改善，X 线示股骨头扁、宽、不规则，未包容部分在 1/5 以上。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计分析软件进行数据统计分析。计量资料符合正态分布、方差齐性以（$\bar{x}\pm s$）表示；非正态分布资料以中位数（最小值，最大值）表示，采用秩转换的非参数检验进行分析；计数资料采用 χ^2 检验；等级资料采用秩转换的非参数检验；检验水准为 0.05。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组患者 Harris 评分比较 见表 1。

表 1 治疗组、对照组患者 Harris 评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

组别	例数	治疗前	治疗 1 个月	治疗 3 个月	治疗 6 个月
治疗组	15	52.54±7.50	58.73±7.97	71.53±8.25**▲	79.47±5.12**▲
对照组	15	53.46±8.15	57.08±8.15	63.38±8.04*	68.75±6.21**

注：与本组治疗前比较，*P<0.05，**P<0.01；与对照组同期比较，▲P<0.05。

3.4.2 2 组患者临床疗效比较 见表 2。

表 2 治疗组、对照组患者临床疗效比较 例

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率（%）
治疗组	15	2	12	1	93.33▲
对照组	15	0	8	7	53.33

注：▲与对照组比较，P<0.05。

4 讨论

虽然股骨头无菌性坏死的病因与发病机制尚未完全明了，但血管内凝血和微循环的血栓形成是非创伤性股骨头坏死各种病因的共同机制通路，在许多骨坏死患者的临床标本中发现的微循环血栓也证实了这一点[6]。激素通过使血小板增多、纤维素沉着，导致血液高凝，最终引起动、静脉血栓。所以，在临床治疗上，应改善局部血液循环，加速新骨的生长及其修复的速度，促进股骨头的恢复，以进一步预防股骨头坍塌。

保守药物治疗，最理想之举是治未病，对已发生股骨头无菌性坏死者效果欠佳。相对于其他疾病，系统性红斑狼疮患者呈多系统损害，常累及心、肺、肾等脏器，多伴有继发性高血压、糖尿病等，激素性股骨头无菌性坏死的治疗与原发病可能存在矛盾，而且手术治疗风险较大，成本高，实非最佳治疗手段。

电刺激能引起电位变化和空化效应等，活化细胞和组织，激活细胞增殖，促进组织生长，改善局部血液循环。本研究中，治疗组患者总有效率明显高于对照组，且有一定临床意义，显示电针治疗在防治激素引起的股骨头无菌性坏死方面有一定的优势，有助于提高临床疗效，进一步提高系统性红斑狼疮患者的生存质量。

中医药在治疗系统性红斑狼疮临床疗效方面已显示相对优势和被认可，如何通过中医药手段来治疗和防治相关并发症是我们进一步研究的方向。

参考文献

[1] 中华医学会风湿病学分会.系统性红斑狼疮诊治指南（草案）[J].中华风湿病学杂志，2003，7（8）：508.

[2] SUN W，LI Z R，SHI Z C，et al. Changes in coagulation and fibrinolysis of post-SARS osteonecrosis in a Chinese population[J]. Int Orthop，2006，30（3）：143.

[3] 杨宇，徐子昂，凯赛尔江·艾合买提，等.激素性股骨头坏死治疗研究进展[J].临床军医杂志，2015，43（12）：1316.

[4] KUBO T，FUJIOKA M，ISHIDA M. Clinical condition of steroid-induced osteonecrosis of the femoral head[J]. Clin Calcium，2007，17（6）：856.

[5] 郭巨灵.临床骨科学（4）·骨病[M].北京：人民卫生出版社，1989：297.

[6] 李子荣，孙伟，屈辉，等.皮质类固醇与骨坏死关系的临床研究[J].中华外科杂志，2005，43（16）：1048.

第一作者：黄慧萍（1986—），女，医学硕士，住院医师，主要从事风湿免疫病研究工作。

通讯作者：苏晓，医学士，主任医师，硕士研究生导师。doctorsuxiao@sina.com

收稿日期：2017-03-06

编辑：华 由 王沁凯