

# 股骨头缺血性坏死介入治疗的临床应用

杜海泉 孔艺 骆林凤 楼骏

(浙江省义乌市第三人民医院 义乌 322000)

关键词: 股骨头缺血性坏死; 介入治疗; 罂粟碱; 尿激酶; 复方丹参注射液; 中药制剂

中图分类号: R 681.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0059-02

股骨头缺血性坏死是临床上常见病, 以往以内科保守治疗及晚期外科手术为主。我们从 1995 年 8 月至今采用经皮超选择性插管对 130 例患者进行了股骨头血管扩张溶栓介入治疗, 取得了满意的疗效。现对其方法、疗效作一回顾性分析:

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 130 例患者, 男性 74 例, 女性 56 例; 年龄 10~72 岁; 双侧病变 43 例, 单侧病变 87 例; 病程 6 个月~4 年; 所有患者临床表现以髋关节疼痛伴肢体运动障碍为主要症状, 6 例儿童患者患侧肢体轻度短缩。所有患者均经 X 线片检查, 其中 74 例做过 CT 检查确诊。130 例中有皮质激素使用史者 78 例, 占 60.0%; 有明显长期过量饮酒史者 13 例, 占 10.0%; 有外病史者 16 例, 占 12.3%; 余 23 例无明显诱因, 占 17.7%。

1.2 方法 采用改良 seldinger 技术, 经皮穿刺对侧股动脉插管, 将 4F 或 5F cobra 导管进入腹主动脉后注入 40% 泛影葡胺 2mL, 3~5min 后若无过敏反应, 则将导管超选择性插入患侧旋股内动脉、旋股外动脉或闭孔动脉, 经胃咽证实后注入造影剂, 每次剂量 10mL, 速率 1~2mL/s 行 DSA 血管造影, 观察股骨头血供情况。造影后将导管插入靶血管内, 45min 内经导管缓慢注入罂粟碱 30mg, 尿激酶 30~40 万 U, 低分子右旋糖酐 50mL, 复方丹参注射液 40mL 和自制的促骨质生长的中药制剂 30~40mL。最后造影了解股骨头供血血管的扩张情况。

1.3 术后辅助治疗 患肢静脉点滴尿激酶 5 万 U/d, 5d; 口服鱼肝油和钙片 3~4 周; 术后患肢 1 月内不持重。

## 2 结果

2.1 疼痛变化 疼痛缓解和改善是本组病例最快、最有效的反应。130 例患者共 173 只缺血性股骨头, 经血管扩张溶栓介入治疗后疼痛缓解占 100%。疼痛消失 104 只股骨头, 占 60.1%。

2.2 血管造影变化 本组病例在注药前后血管造影片上分别计数动脉血管数目, 结果见表 1。计数方法为: (1) 从股外旋动脉开口至股骨大粗隆下缘划连线; (2) 从股骨头下缘至大粗隆下缘划连线; (3) 从股外旋动脉开口处划一水平线, 在上述三线上分别计算通过该线上的血管数目<sup>[1]</sup>。

表 1 治疗前后血管计数结果 ( $\bar{X} \pm S$ )

	治疗前	治疗后	P 值
1 线	3.13± 0.48	4.43± 0.38	<0.05
2 线	2.45± 0.23	3.89± 0.45	<0.05
3 线	2.64± 0.42	3.62± 0.64	<0.05

从表 1 可以看出: 治疗前后血管在三条线上计数增多

用。(4) 手术后多数病人近期仍诉稍有排便不畅, 少腹胀满, 中医认为脾湿气弱, 中气下陷, 治则健脾益气, 升阳固脱, 方药当选补中益气汤加减, 对于肠功能的恢复, 早期恢复排便

( $P < 0.05$ ), 说明治疗后股骨头的血供情况有所改善。

2.3 功能变化 髋关节运动包括前屈、后伸、外展、内收、外旋、内旋及环转运动, 各方面运动总和正常为  $260^{\circ} \sim 320^{\circ}$ , 低于  $260^{\circ}$  为运动功能受限。 $260^{\circ} \sim 190^{\circ}$  功能稍受限为 I 度病变,  $190^{\circ} \sim 160^{\circ}$  功能部分受限为 II 度病变,  $160^{\circ} \sim 130^{\circ}$  功能明显受限为 III 度病变,  $130^{\circ}$  以下功能严重受限为 IV 度病变。本组病例 173 只股骨头治疗后功能恢复情况见表 2。

表 2 股骨头缺血性坏死治疗后功能恢复情况 只

n	功能恢复情况				
	正常	I 度	II 度	III 度	IV 度
I 度	77	0	0	0	0
II 度	43	5	0	0	0
III 度	31	7	8	4	0
IV 度	22	0	2	8	12

2.4 影像学变化 DSA 血管造影, 股骨头供血小动脉增粗, 细小动脉增多, 显影时间缩短。骨坏死囊变区染色变浅。血流加速, X 线片可见新骨形成及坏死区缩小。

## 3 讨论

正常股骨头滋养动脉主要有旋股内动脉、旋股外动脉、闭孔动脉和圆韧带动脉, 以前两者供血为主<sup>[2]</sup>。股骨头缺血性坏死的发病机理主要是由于外伤、长期应用皮质激素、过度长期饮酒等多种原因所致, 使股骨头的小血管内脂肪栓塞及受压等导致营养股骨头的动脉血流受限使其坏死。介入溶栓治疗股骨头缺血性坏死是直接扩血管溶栓剂、低渗及营养血管的药物注入靶血管, 使闭塞的血管重新开放, 疏通关节区微血管和股骨头营养血管, 使缺血股骨头及部分坏死骨质重新恢复血液循环, 逐渐修复至正常<sup>[3]</sup>, 从而达到治疗的目的。我们认为溶栓药物可以直接溶解脂肪栓子及血液内中性类脂质球联合栓子, 对激素性、酒精性微血管栓塞疗效最佳, 同时对外伤性微血管闭塞疏通及增强侧支循环也有较好作用。

通过本组 130 例共 173 只股骨头坏死介入治疗后的临床随访观察, 术后患者在短时间内疼痛消失或明显缓解, 下肢功能恢复较快, 且该方法创伤性小, 易被患者接受。影响疗效的因素主要与股骨头坏死的程度、患者的年龄、治疗后的全身用药情况以及术后患肢持重时间等有关。从表 2 可以看出: I 度病变术后功能全部恢复正常, 而 II 度以上病变部分恢复正常, 大部分病情明显好转。说明坏死程度越重, 血管阻塞时间越长, 骨质破坏越多, 则恢复慢。IV 度患者由于软骨下塌陷或股骨头变平, 功能恢复时间相对较长。部分 IV 度患者由于髋关节间隙变窄及继发退行性骨关节病, 经治疗后疼痛减轻, 但远期疗效欠佳。总之, 经皮动脉穿刺插管溶栓治疗股骨头缺血性坏死疗效肯定, 值得临床推广。

起到了重要作用。(5) 该类病人由于长期排便不畅, 精神极度紧张, 失眠, 纳差, 故镇静安神、补充营养亦是必不可少的措施。

(收稿日期: 2005-08-21)

# 中西医结合治疗阑尾周围脓肿

吴国水 冯刚 许煥建 孙学征 黄志坤

(浙江省绍兴市人民医院 绍兴 312000)

关键词: 阑尾周围脓肿; 中西医结合疗法; 大黄牡丹汤; 苇茎汤; 抗生素

中图分类号: R 574.61

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0060-01

笔者自 1997 年 7 月~2003 年 5 月运用中西医结合治疗阑尾周围脓肿 50 例, 收到较好效果。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 阑尾周围脓肿患者 100 例随机分为 2 组, 西医组 50 例, 男 32 例, 女 18 例, 平均年龄 45 岁; 中西医结合组 50 例, 男 35 例, 女 15 例, 平均年龄 43 岁。入组标准: (1) 有转移性右下腹痛史, 右下腹压痛、反跳痛; (2) 血常规 WBC 升高; (3) B 超示: 阑尾周围脓肿。2 组病例无明显差异 ( $P > 0.05$ )。

1.2 治疗方法 西医组, 均以输液治疗, 一般以金标准治疗, 即氨苄青霉素、丁胺卡那、灭滴灵三联治疗, 按常规剂量静滴 7d, 改口服抗生素左旋氧氟沙星及灭滴灵片 7d。中西医结合治疗组, 在选用上述抗生素的基础上加用中药治疗。中医分 2 期, 发病早期, 患者发热明显, 右下腹痛剧烈, 选用《金匱要略》中的大黄牡丹汤合《千金》苇茎汤, 药用: 生军 15g (大便不通者, 后下), 丹皮 15g, 赤芍 15g, 芦根 30g, 生米仁 30g, 桃仁 15g, 冬瓜仁 30g, 穿山甲 10g, 皂角刺 15g, 天花粉 30g, 当归 10g, 红藤 30g, 败酱草 30g; 后期, 若体温已退, 热象不显, 腹痛减轻, 可用《外科正宗》的透脓散合《金匱要略》中薏苡附子败酱散, 药用: 生黄芪 30g, 当归 10g, 穿山甲 10g, 皂角刺 15g, 天花粉 30g, 红藤 30g, 败酱草 30g, 附子 6g, 乳香 6g, 没药 6g, 芦根 30g, 生米仁 30g, 冬瓜仁 30g。上述苔厚腻, 大便溏薄者, 宜加藿香、佩兰、苍术各 10g; 疼痛明显者, 可加用川楝子、玄胡各 12g; 恶心明显者, 宜加制半夏 15g、茯苓 30g、生姜 3 片; 病情严重者, 加用西黄丸 3g, 1d 2 次。14d 为 1 个疗程。

1.3 疗效标准 治愈: 症状、体征均消失, 血象及 B 超均示正常; 好转: 症状消失, 体征改善, 血象正常, 肿块缩小; 无效: 症状、体征、血象及肿块无明显改善。

1.4 统计检验方法 用统计软件 SPSS12.0, 计数资料用  $\chi^2$  检验, 计量资料用  $t$  检验。

## 2 治疗结果

西医治疗组: 治愈 22 例, 好转 18 例, 无效 10 例; 有效率为 80%; 中西医结合治疗组: 治愈 36 例, 好转 13 例, 无效 1 例; 有效率为 98%。2 组经  $\chi^2$  检验有显著差异性 ( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

阑尾周围脓肿一般采用保守治疗后, 行 II 期阑尾切除治

疗<sup>[1]</sup>。近虽有人作 I 期手术治疗, 但因并发症多, 手术难度大仍未能作为常规使用, 有些保守治疗未能成功者, 手术仍以引流为主。在保守治疗中, 大量文献报道, 采用中西医结合治疗收到满意疗效。本组临床观察发现, 与纯粹西医治疗相比较, 中西医结合治疗在缩短肿块缩小的时间, 减少肠痿、化脓性门静脉炎、肠粘连等并发症方面有明显优势, 且能改善患者食欲, 从而提高患者的机体状态。

中医对阑尾脓肿有较早认识并有相当丰富的治疗经验。阑尾脓肿属中医的“肠痈”范畴, 其病机主要为湿热 (早期) 或寒湿 (中后期) 蕴结肠道, 气血凝结, 腐败成脓。汉代医圣张仲景提出肠痈初起宜泻热破瘀、散结消肿, 方用大黄牡丹汤; 脓成后宜温化寒湿、排脓消肿, 方用薏苡附子败酱散。两方虽寥寥数药, 后世处方思路不出其右, 目前仍有效地用于临床。笔者在本组治疗中, 仍遵循仲景之训, 阑尾周围脓肿初期, 患者发热、腹痛明显, 宜泻热破瘀、散结消肿, 方用大黄牡丹汤合苇茎汤增损, 本方中生军有清热解毒、活血化痰、推陈出新的作用, 荡涤一切湿热瘀结之毒; 桃仁、丹皮、当归、穿山甲有凉血散血、破血祛瘀的作用。《千金》苇茎汤原治肺痈, 有清肺化痰、逐瘀排脓之功, 由于肺痈与肠痈机理相似, 可以异病同治, 用于肠痈亦较恰当, 红藤、败酱草均有清热解毒、活血止痛功效, 若病情重, 体温高, 腹痛甚, 宜加用西黄丸 (牛黄、麝香、乳香、没药) 以提高解毒消痛、化痰散结、活血祛瘀之效。患者体温退下去或只有低热, 右下腹隐痛减轻, 这时可转用活血托毒、消肿散结之剂。由于抗生素应用, 患者这时可表现大便溏薄, 胃纳不振, 苔厚腻, 脓肿消退速度缓慢, 病机以寒湿内蕴, 气血不运为主, 治疗宜温运营血, 切忌不加辨证, 大堆加用清热解毒之剂, 该阶段运用《外科正宗》透脓散 (黄芪、当归、川芎、穿山甲、皂角刺) 为主, 目的在于托毒排脓, 使毒随脓泄, 腐祛新生。再合用薏苡附子败酱散以温化寒湿, 促进脓肿的进一步消散。笔者在治疗中, 体会到中西医结合应扬长避短, 发挥各方的最大优势, 西医对病灶的抑菌、杀菌疗效确切, 但对于组织粘连, 肿块消散吸收作用较小, 中医对于病灶的杀菌、抑菌不及西医强力, 但对阑尾周围的血运改善, 脓肿消散优势明显。

## 参考文献

[1] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 1 139

(收稿日期: 2005-07-01)

## 参考文献

[1] 杜海泉, 孔艺, 钟云培. 介入治疗股骨头缺血性坏死近期疗效观察[J]. 四川医学, 1998, 19 (2): 140  
[2] 曹建明, 陈君坤, 黄伟. 股骨头缺血性坏死介入溶栓治疗[J]. 金陵医

学院学报, 1999, 12(2): 85

[3] 曹来宾. 实用骨关节影像诊断学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1998. 688

(收稿日期: 2005-08-09)