

血时,腓骨头部有良好的血运,所有病例均使用了腓动静脉,受区的吻合血管选择以就近为原则,有较大灵活性,根据供区血管蒂的位置和朝向决定所选取受区血管。

参考文献

1 Parand AG. Prosthetic replacement of the proximal hulf of the humerus. Clin Orthop, 1973, 93: 250

2 Lang PC, Hung LK. Bone reconstruction after giant-cell tumor resec-

tion at the proximal end of the namerus with vascularized iliac crest graft A report of 3 cases. Clin Orthop, 1989, 247: 10.

3 汤成华. 带血管游离腓骨移植 64 例报告. 手外科杂志, 1990, 6(3): 181-186.

4 张发惠, 陈振光. 腓骨上端血管的解剖学研究及其临床意义. 中华医学显微外科分会全国学术研讨会论文集汇编 2001. 40-42.

(收稿日期: 2003-12-17 本文编辑: 王宏)

· 短篇报道 ·

CT 引导下骶髂关节注射配合中医辨证治疗强直性脊柱炎

马镇川¹, 梁永革², 武中庆³, 季卫锋¹, 童培建¹, 肖鲁伟¹

(1. 浙江省中医院骨科, 浙江 杭州 310006; 2. 山东省肥城市中医院骨科; 3. 浙江中医学院)

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是一种以中轴关节慢性炎症为主,也可累及内脏及其他组织的慢性进展性风湿性疾病。我们在对患者进行中医辨证治疗的同时,配合CT引导下骶髂关节内药物注射,于1999-2003年治疗了17例患者,取得了较为满意的疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

17例AS住院患者,男12例,女5例;年龄16~44岁,平均28.5岁;病程最短为3个月,最长6年1个月。全部患者骶髂关节炎的X线分期在Ⅱ级以上,并且经过口服非甾体抗炎药物(NSAIDs)治疗2周,腰背疼痛症状控制不理想。而且血沉均增快,平均为29mm/h,16例的血清组织相容性抗原(HLA-B₂₇)呈现阳性。根据中医辨证分型:寒湿偏盛型4例,湿热内蕴型5例,痰瘀痹阻型5例,肝肾阴虚型3例。

2 治疗方法

2.1 中药内服 对所有AS住院患者进行中医辨证分型后,予以内服中药,连续服用1个月,为1疗程。

①寒湿偏盛型: 症见腰冷痛,寒湿天气症状加重,喜温,恶寒,肢冷,小便不畅,舌淡红,苔白厚,脉弦紧。治宜温经散寒除湿。方用麻黄附子细辛汤加减。常用的药物有:麻黄10g,细辛3g,熟附子10g,芍药10g,桂枝10g等。寒盛者加用制草乌6g,制川乌6g;湿盛者加用苍术10g,羌活10g。

②湿热内蕴型: 症见腰骶灼痛,疼痛剧烈,拒按,口干多饮,小便黄,大便秘结,舌红,苔黄腻,脉弦数。治宜清热祛湿。方用白虎加桂枝汤加减。常用的药物有:石膏50g,知母18g,甘草9g,桂枝10g等。湿盛者加用苍术10g,防己10g,威灵仙10g;热盛者加用赤小豆15g,黄柏10g。

③痰瘀痹阻型: 症见关节僵硬伴麻木,关节活动受限,关节强直变形,舌质紫暗有瘀斑,苔白腻,脉弦涩。治宜搜风化痰,活血通痹。方用大活络丹加减。常用的药物有:胆星9g,白附子10g,虎杖10g,狗脊、牛膝10g等。痰盛者加用白芥子10g;瘀盛者加用蜈蚣3g,全虫3g。

④肝

肾阴虚型: 症见腰膝酸软,咽干喜饮,潮热盗汗,夜尿频,舌红少苔,脉细数。治宜补益肝肾。方用六味地黄丸加减。常用的药物有:熟地30g,山药15g,山萸肉15g,泽泻10g,丹皮10g,茯苓10g,桑寄生10g,川续断10g等。

2.2 骶髂关节注射 内服中药的同时,行CT引导下骶髂关节注射。每周1次,连续治疗1个月为1疗程。病人俯卧于CT检查床,行骶髂关节下1/2段3mm×3mm薄层扫描。选择骶髂关节间隙与皮肤距离较短、关节间隙较平直、与矢状面夹角较小的层面(一般在中下1/3之上段)为进针面[中国实用内科杂志,2001,12:721-722],用甲紫标出作为进针的体表标志。在CT引导下确定体表进针部位,局部皮肤常规消毒、铺巾。0.5%利多卡因局麻,在CT引导下穿刺针进入骶髂关节滑膜部。取出芯,接上10ml注射器造成负压,双向旋转,将穿刺针推进5mm左右,CT扫描确认达到靶位,注入加有0.5%利多卡因的确炎缩松-A 15~20mg,无菌纱布覆盖,胶布固定。

3 治疗结果

随访6~12个月,平均10个月。起效时间1~2周,颈、背、腰部症状明显见效,3个月后体力增加,疼痛及晨僵均明显减轻,运用“风湿四病”的中西医结合诊疗标准[中西医结合杂志,1989,9:32],本组显效12例,有效4例,无效1例。

4 讨论

CT引导下骶髂关节注射治疗强直性脊柱炎在技术上有一定的技巧和难度,在骶髂关节下1/3选择一个便于进针的层面是非常重要的,进针时必须有一定力度才能到达骶髂关节腔。但进针不可太深或偏斜,避免针尖紧贴或进入关节面皮质,而影响注入药物。若发生此种情况,只需旋转针的方向或略退出一一点就可解决。X线病变已到Ⅳ级患者不适宜做这种治疗,因为骶髂关节已经融合,术者操作时很难找到一个理想的进针位置,因而很难注入药物。

(收稿日期: 2004-05-12 本文编辑: 李为农)