

# 股骨头无菌性坏死介入药物治疗分析

沈 阳 王慧民 渠 红

股骨头无菌性坏死病因复杂,治疗棘手。自介入疗法开展以来,该病治疗已有很大进展。现将我院应用介入疗法治疗 40 例股骨头无菌性坏死的效果总结报告如下。

## 材料与方法

### 一、临床资料

本组 40 例患者,男 26 例、女 14 例,年龄 23~65 岁,平均年龄 47 岁,发病病程 6~12 个月,全部病例都为单侧或双侧股骨头无菌性坏死收入院,临床科治疗无效。临床多表现为患侧髋关节疼痛、肿胀、跛行和乏力,患肢稍短、活动受限,肌肉轻度萎缩。X 线征象:股骨头缩小变扁,密度均匀的增高,骨小梁稀少或消失,股骨颈变短增粗,周围骨质疏松明显,股骨头外上缘可见多个囊样改变,关节间隙增宽。

### 二、治疗方法

患者仰卧位术前肌注安定使患者保持安静,消除恐惧感。采用 Seldinger 法进行穿刺,置入导管鞘,用日本 5F 导管进入股动脉,经对侧髂总动脉跨入患侧髂总动脉至股浅、股深动脉分叉处,行 DSA 造影,确定股深动脉的分支旋股内侧动脉、旋股外侧动脉的走行。超选择性的将导管进入患侧旋股内侧及股外侧动脉内再进行 DSA 造影,可见旋股内侧及旋股外侧动脉远端的小血管及其分支变细、狭窄血流不流畅,并且受阻。治疗前先给予 1% 普鲁卡因推入局部血管内,以减轻推注药物时对血管壁的刺激而引起的疼痛。先给予溶栓药,中间间隔 5~10 分钟后再给予扩张血管药及解除血管痉挛药。旋股内侧及旋股外侧动脉治疗完毕后,将

导管选择性进入患侧髂内动脉内,行 DSA 造影,显示闭孔动脉、臀上动脉、臀下动脉,可见远端小血管狭窄、血流受阻。然后进行药物治疗(治疗方法同上),治疗结束后,撤出导管,局部压迫止血 15~20 分钟,绷带加压包扎 6~8 小时,送入病房平卧 24 小时。密切注意有无并发症出现。

## 结 果

36 例股骨头无菌性坏死的患者行 1 次介入药物治疗后,经 3 个月期间观察,临床症状基本消失。4 例行 2 次介入药物治疗后,临床症状完全消失。40 例经介入药物治疗后与临床治疗相比效果满意。术后与术前的 X 线片对比,股骨头骨质密度基本恢复正常、骨小梁致密、囊样变消失。

## 讨 论

过去临床治疗股骨头无菌性坏死的方法:一是静脉滴注扩张血管药。二是局部肌肉注射扩张血管及解除血管周围平滑肌痉挛的药物。不论是静脉或局部注射药物也好,药物的吸收都是要通过静脉回流到动脉内,而到达所需部位的药量仅仅是所需药量的 5%,达不到临床治疗的效果。而超选择性介入放射学药物治疗为股骨头无菌性坏死的患者开辟了一条新的治疗途径,其方法简单、可靠、无并发症出现,技术操作难度不大,治疗效果临床认可。

我们所做的 40 例股骨头无菌性坏死的病例,都是由外伤引起股骨颈骨折行内固定术后

作者单位: 830002 新疆生产建设兵团医院

而发生股骨头无菌性坏死,其病程 6~12 个月。

介入放射学与临床密切配合,通过介入方法灌注药物使局部药物的浓度增高,解除小血管的痉挛,使血管腔内血栓溶解,血管壁松弛,远端小血管充分扩张,保证小血管的血流通畅,从而改善了股骨头的血供情况,使股骨头

无菌性坏死得以逆转。为达到最有效的治疗,要求介入室医生的治疗技术过硬并且熟练,导管必须超选择至病变部位,避免手术中的失误,掌握好各种药物的剂量,从而提高手术的成功率。超选择性介入放射学药物治疗股骨头无菌性坏死效果显著,得到临床充分肯定,值得大力推广。

## 脑动静脉畸形血管内栓塞治疗

马耀斌 庞志宏 李晓光 陈为军 杜凤山

位于脑深部及功能区的脑动静脉畸形(AVM)的诊治,至今仍是较为棘手的课题,血管内栓塞治疗为其开辟了新的途径和有效治疗方法,我们采用真丝线段、钨丝弹簧圈、NBCA 胶血管内栓塞治疗 16 例,效果满意,现报告如下。

### 材料与方法

#### 一、病例

(一)、一般资料 本组 16 例,男 9 例,女 7 例,年龄 18~45 岁,平均 33.5 岁。临床症状:头痛 11 例,颅内出血和蛛网膜下腔出血 8 例,癫痫 5 例。

(二)、CT 平扫脑出血边界清楚高密度影及脑沟、外侧裂、池高密度影,增强扫描可见纡曲血管 8 例。有边界不清点状和线状混杂高密度影,增强可见纡曲血管团高密度影 5 例。MRI 检查 8 例,均呈无信号纡曲成团的蜂窝状血管流空影。

(三)、数字减影(DSA)脑血管造影仍是目前诊断 AVM 最可靠方法。本组 16 例,DSA 检查额叶 5 例,颞顶叶 3 例,胼胝体 3 例,顶叶 3 例,枕叶 1 例,小脑 1 例。

#### 二、栓塞方法

采用 Seldinger 穿刺技术,置入导管鞘及造影导管,DSA 全脑血管造影,将 5~6F 导引管插入栓塞侧颈内动脉或椎动脉内,再根据靶血管的长度和粗细分别选用 Magic 1.5~1.8F 微导管,当微管达到 AVM 血管内后或距 AVM 2cm 时,用超选择小剂量造影方法 DSA 跟踪造影,了解脑 AVM 解剖特点,AVM 是终末支 A 供血,穿支 A 供血,AVM 是否有动脉瘤形成,观察有无供应正常脑组织 A 分支至关重要,以防止误栓。根据脑 AVM 团大小,供血形式和循环时间,然后才可栓塞。我们用采用 3.0, 4.0 真丝线段先短后长开始 2cm,或 2.5~3.0cm,边推线段边造影观察,直至 AVM 血管团消失,最多一侧推 154 根线段,总长 420cm。钨丝栓塞可直接显示栓塞部位,了解栓塞效果。NBCA 胶栓塞对穿支供血栓塞效果好,注 1.0~1.5cm 迅速拔出微导管,防止导管拔不出来,反复造影,观察 AVM 血管团栓塞是否满意。

### 结 果

脑 AVM 血管团小于 3cm 8 例,3~5cm 5 例,大于 6cm 3 例。AVM 血管团消失 14 例占 87.5%,血管团消失 80% 有 2 例占 12.5%。单支终末供血 12 例,多支供血 4 例,真丝线段栓

作者单位:071000 保定市解放军 252 医院放射科