

髂关节,取骨后不会影响功能;位置隐蔽,不影响美观;手术在同一切口内进行,不增加手术创伤,操作不复杂;血管走行较稳定,蒂部能满足转位需要。

**4.2 带第四腰动脉蒂髂骨瓣的应用解剖** 第四腰动脉由腹主动脉外侧或背侧发出,向外横过腰椎体的前面和侧面,行向后外,穿腰大肌至第四腰椎间孔前方,分为背侧支和腹侧支,背侧支经第 3、4 横突间向外走行,经髂棘肌外缘穿出,在腰下三角的腰背筋膜背侧斜向外下,距髂嵴 3~21mm 处分为皮支和髂骨支。皮支由腰下三角穿出,支配腰部和臀部皮肤。髂骨支行向髂嵴,发出 2~4 支,分布于髂骨后份外唇<sup>[1]</sup>,并有分支越过髂嵴背面与臀上动脉浅深上支吻合<sup>[3]</sup>。第四腰动脉背侧支起始处外径 0.8~2.3mm,有两条伴行静脉,第四腰动脉墨汁灌注,髂骨后部骨膜墨染范围 12.0cm × 3.5cm。但第四腰动脉一侧偶缺如<sup>[4]</sup>。

**4.3 手术适应证与术式选择** 手术适应证:本手术适用于年龄 55 岁以下有下腰椎不稳定或腰椎手术后有引起腰椎不稳定之虞者。腰椎滑脱均在 1 度以内。凡具备下列临床症状及 X 线表现之一者,即可诊为腰椎不稳定:a. 椎间隙出现异常活动,在脊柱过伸过屈位 X 线片上椎体滑移 ≥ 3mm;b. 腰椎滑脱;c. 腰椎间隙明显狭窄,伴有椎间关节松弛者;d. 由于不稳定产生局部疼痛症状或/和马尾神经受压迫或牵拉症状。在脊柱手术时,全椎板切除加以椎间盘切除,双侧关节突切除超过 50% 及一侧关节突完全

切除者,均应行脊椎融合。术式选择:腰椎不稳仅表现严重腰痛,而无神经症状者,行一侧带蒂髂骨移植,对侧椎板、横突间游离植骨;腰椎不稳伴一侧下肢有神经症状者,行该侧半椎板切除、神经根减压,同侧带蒂植骨,对侧游离植骨;发育性椎管狭窄及腰椎不稳伴双下肢神经症状者,行全椎板切除减压,一侧带蒂植骨,一侧横突间游离植骨。对有神经症状的 1 度以内腰椎滑脱行神经根减压,带蒂骨瓣原位融合不需复位。

**4.4 手术要点** 第四腰动脉较细,在分离血管束时,要在血管周围的筋膜肌肉中进行,以防损伤血管。如遇第四腰动脉缺如,则用带髂棘肌蒂髂骨瓣移植。在切取髂骨瓣时,髂嵴处仅取外板,这样不会损伤腹外斜肌与腹内斜肌附着点,使腰下三角更薄弱而引起切口疝。且取骨时要保留髂后上棘,这样不致损伤髂腰韧带。对于大于 1 度的滑脱,应行复位内固定后采用其它方法融合;年龄超过 55 岁,多有动脉硬化,骨块血供不良,故不采用此术式。

(本文图 1,2 见插页 3)

**参考文献**

[1] 范启中,王成琪.现代骨科显微手术学.北京:人民军医出版社,1995.352-353.  
 [2] 李稔生,陆裕朴,王全平,等.腰椎峡部不连和滑脱症的手术治疗.中华骨科杂志,1988,8(5):348-350.  
 [3] 吕端远,廖进民,谢华,等.带肌蒂髂骨瓣转位治疗腰椎滑脱的应用解剖.中国临床解剖学杂志,1995,13(3):188-190.  
 [4] 郭世绂.临床骨科解剖学.天津:天津科学技术出版社,1988.176.  
 (收稿:1999-11-08 修回:2000-04-05 编辑:李为农)

**短篇报道**

**复元活血汤合金铃子散治疗胸肋内伤**

周军 张姚萍

(富阳市中医骨伤科医院,浙江 富阳 311400)

自 1994~1997 年,笔者应用复元活血汤合金铃子散治疗各类胸肋内伤 218 例,收到满意疗效。

**1 临床资料**

本组 218 例中,男 153 例,女 65 例;年龄 23~67 岁。左侧 107 例,右侧 111 例。伤气型 59 例,伤血型 63 例,气血两伤型 96 例。

**2 治疗方法**

内服复元活血汤合金铃子散加减,

药用柴胡 15g、瓜蒌根 10g、当归 10g、红花 10g、穿山甲 10g、大黄 10g、桃仁 10g、甘草 7g、金铃子 10g、延胡索 10g。伤气型加郁金 10g、青、陈皮各 6g、香附 6g;伤血型加赤芍 10g、丹参 15g;气血两伤型加乳香 10g、没药 10g、川芎 6g。每日 1 剂,7 剂为一个疗程。同时以本院自制张氏百草膏(由麝香、樟脑、冰片、血竭、红花、川乌、草乌、山茶、大茴香、小茴香、细辛、没药等 40 多味药组成)贴患处,7

天为 1 个疗程。

**3 治疗结果**

本组 218 例治疗 1~3 个疗程,平均 3 个疗程。疗效标准:优,胸肋部肿胀消失,咳嗽、深呼吸无痛感,无胸闷、气急,158 例;良,胸肋部肿胀减退,咳嗽、深呼吸疼痛减轻,50 例;差,胸肋部肿胀有所减轻,咳嗽、深呼吸疼痛好转不明显,10 例。优良率 95.4%。

(编辑:连智华)