

支架辅助下前方入路与传统后侧入路全髋置换术后影像学指标比较

田园¹ 季卫锋² 汪翔¹ 潘志铨¹ 沈景²

1.浙江中医药大学第一临床医学院 杭州 310053 2.浙江中医药大学附属第一医院

摘要: [目的] 比较分析直接前方入路(direct anterior approach, DAA) 支架辅助下 DAA 与传统后侧入路全髋关节置换术治疗股骨头缺血性坏死术后假体位置的影像学指标。[方法] 回顾性分析 2017 年 1 月至 2020 年 9 月浙江中医药大学附属第一医院收治的 80 例股骨头缺血性坏死全髋关节置换术患者的临床资料, 所有患者均由同一位手术医师进行手术, 其中左髋 40 例、右髋 40 例, DAA 支架辅助下直接 DAA 40 例(DAA 组)、传统后侧入路 40 例(后路组), 分析其术后双髋正位及患侧侧位 X 线摄片, 计算髋臼假体的外展角、前倾角、双侧髋臼旋转轴差值(患髋-健髋)、股骨假体的柄-髓腔轴线夹角、柄-髓腔比以及双侧下肢长度差值(患髋-健髋)。[结果] DAA 组前倾角(13.62 ± 4.37)°、后路组(17.67 ± 5.89)°, DAA 组小于后路组, 差异有统计学意义($P=0.018$); DAA 组柄-髓腔轴线夹角(-0.40 ± 1.77)°、后路组(-2.28 ± 1.59)°, DAA 组小于后路组, 差异有统计学意义($P=0.001$); DAA 组正位柄尖端近侧 1cm 处的柄-髓腔比(73.20 ± 11.22)%、后路组(63.57 ± 8.52)%, DAA 组大于后路组, 差异有统计学意义($P=0.004$)。此外, 髋臼假体的外展角、双侧髋臼旋转轴差值, 股骨假体其他位置柄-髓腔比及双侧下肢长度差值两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。[结论] 在术后影像学评价方面, DAA 支架辅助下直接 DAA 全髋关节置换术治疗股骨头缺血性坏死较传统后侧入路更具优势, 尤其在髋臼杯、股骨假体精准置入方面。

关键词: 直接前方入路支架; 全髋关节置换术; 股骨头缺血性坏死; 影像学评价; 前倾角; 柄-髓腔轴线夹角; 柄-髓腔比

中图分类号: R681 文献标识码: A 文章编号: 1005-5509(2021)05-0512-06

DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2021.05.014

Comparison of Imaging Indexes of Stent-assisted Anterior Approach and Conventional Posterior Approach after Total Hip Replacement
TIAN Yuan¹, JI Weifeng², WANG Xiang¹, et al 1.The First Clinical Medical College of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou (310053), China; 2.The First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University

Abstract: [Objective] To compare and analyze the imaging indexes of prosthesis position after direct anterior approach(DAA) stent-assisted direct anterior and traditional posterior total hip arthroplasty in the treatment of avascular necrosis of the femoral head. [Methods] The clinical data of 80 patients with avascular necrosis of the femoral head and total hip arthroplasty in the First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medicine University from January 2017 to September 2020 were analyzed retrospectively, and all patients were operated by the same surgeon, including 40 cases of left hip and 40 cases of right hip. There were 40 cases of DAA assisted by DAA stent and 40 cases of traditional posterior approach. The X-ray of both hips and the lateral position of the affected hip were analyzed, and the abduction angle, anterior inclination angle and bilateral acetabular rotation axis difference of the acetabular prosthesis(affected hip minus healthy hip), the angle between the stalk and medullary cavity axis of the femoral prosthesis, the ratio of the stalk to the medullary cavity, and the length difference of the bilateral lower extremities(affected hip minus healthy hip) were calculated. [Results] Anterior inclination angle in DAA group was(13.62 ± 4.37)°, and it was(17.67 ± 5.89)° in posterior approach group, it was smaller in DAA group than posterior approach group, and the difference was statistically significant($P=0.018$); the angle between stalk and medullary cavity axis was(-0.40 ± 1.77)° in DAA group, and it was(-2.28 ± 1.59)° in posterior approach group, it was smaller in DAA group than posterior approach group($P=0.001$); the stalk to medullary cavity ratio at the proximal 1cm of the tip of the positive stalk was(73.20 ± 11.22)% in DAA group, and it was(63.57 ± 8.52)% in posterior approach group, it was larger in DAA group than posterior approach group($P=0.004$). In addition, there was no significant difference in the abduction angle of the acetabular prosthesis, bilateral acetabular rotation axis difference of the acetabular prosthesis, the ratio of the stalk to the medullary cavity and the length difference of the bilateral lower extremities between the two groups($P>0.05$). [Conclusion] In postoperative imaging evaluation, direct anterior total hip arthroplasty assisted by DAA stent has more advantages than traditional posterior approach in the treatment of avascular necrosis of the femoral head, especially in the precise placement of acetabular and femoral prosthesis.

Key words: DAA stent; total hip arthroplasty; avascular necrosis of the femoral head; imaging evaluation; anterior inclination angle; angle between stalk and medullary cavity axis; the stalk to medullary cavity ratio

股骨头缺血性坏死(avascular necrosis of the femoral head, ANFH)是骨科常见病、难治病,是由于外伤、酗酒、激素冲击或其他原因导致股骨头血供障碍,骨细胞及骨髓缺血坏死,股骨头结构发生改变甚

至塌陷,以髋关节疼痛及活动受限为主要临床表现的疾病。目前研究证实,对于股骨头塌陷国际骨循环研究协会(Association Research Circulation Osseous, ARCO)分期为ⅢC期、Ⅳ期并出现中度及以上疼痛或

基金项目:国家自然科学基金面上项目(81974576)

Fund project: National Natural Science Foundation Project General Program(81974576)

通讯作者:季卫锋, E-mail: 1093354110@qq.com

髋关节功能丧失的ANFH患者,人工全髋关节置换术(total hip arthroplasty,THA)是有效的治疗方法,能够缓解疼痛,恢复下肢功能^[1]。

目前临床常用的THA入路方式有直接前方入路(direct anterior approach,DAA)、直接前外侧Harding入路、前外侧慕尼黑黑骨外科(orthopdische chirurgie München,OCM)入路、后外侧Gibson、Moore、K-L入路及后上方Super-Path入路。以上入路,除DAA是真正的神经、肌肉间隙入路外,其他均需切断部分肌肉。DAA又称“Heuter入路”,因其微创、不损害任何肌肉和肌腱、可仰卧位操作等特点,具有快速康复、术后脱位率低、术中可精确比较双下肢长度等优势^[2-4]。

目前国内外利用DAA行THA需借助专用手术牵引床或采取侧卧位,以便于患侧股骨的暴露与操作^[5]。但手术牵引床造价昂贵,而且存在患肢后伸不足及侧卧位术中透视不精准等限制,本研究术中选用了自主研发的DAA支架(专利号:201520491390.7)。为比较分析DAA支架辅助下DAA与传统后侧入路THA治疗ANFH术后假体位置的影像学指标,笔者回顾性分析了2017年1月至2020年9月本院收治的80例确诊为ANFH并行THA的患者的临床资料,现将结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 纳入研究的患者共80例,其中男性

42例、女性38例,年龄34~78岁,中位年龄67岁。根据ANFH的ARCO分期^[6],ⅢC期26例、Ⅳ期54例。所有患者均在浙江中医药大学附属第一医院完成THA。

1.2 诊断标准 参照《成人股骨头坏死临床诊疗指南(2016年版)》^[7]中的诊断标准,具体包括以下方面:(1)临床特点;(2)磁共振成像(magnetic resonance imaging,MRI)征像;(3)X线征像;(4)电子计算机断层扫描(computed tomography,CT)征象;(5)放射性核素检查;(6)骨组织活检;(7)数字减影血管造影。除符合临床特点外,另外满足(2)至(7)中任意一条即可确诊成人股骨头坏死。

1.3 纳入标准 同时满足以下标准:(1)符合上述诊断标准;(2)年龄30~80岁;(3)初次行THA;(4)股骨头坏死ARCO分期为ⅢC期及Ⅳ期;(5)病例资料完整。

1.4 排除标准 符合以下任何一项即排除:(1)合并严重内科疾病不能耐受手术者,如重症肺炎、肝硬化晚期、心力衰竭、恶性肿瘤晚期等;(2)非初次行THA者;(3)既往有其他髋关节手术史者;(4)既往有髋部感染或肿瘤病史者。

1.5 方法

1.5.1 患者分组 按照不同的手术入路方式将80例患者分为DAA支架辅助下DAA组(DAA组)与传统后侧入路组(后路组)。两组患者的基线资料组间差异无统计学意义($P>0.05$),具备可比性。见表1。

表1 两组患者基线资料的比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	ARCO 分期	
		男	女		ⅢC 期	Ⅳ期
DAA 组	40	24	16	61.25±10.27	16	24
后路组	40	18	22	59.50±12.85	10	30
χ^2/t 值		1.805		0.476	2.051	
P 值		0.179		0.637	0.152	

1.5.2 手术方法 两组患者手术均由同一主刀医师完成。

1.5.2.1 DAA组 患者仰卧位,患肢固定于DAA支架上,健肢外展放置。自髂前上棘下外各二横指,向腓骨小头方向行长6~8cm纵切口,钝性分离皮下组织及筋膜后从Heuter间隙进入,保护股外侧皮神经(the lateral femoral cutaneous nerve,LFCN),分离结扎并电切旋股外侧动脉升支,暴露前方关节囊后,行三角形切开。通过DAA支架,内旋患肢约10~20°,松解下外

方关节囊;再外旋约30°,松解下内方关节囊至股骨小转子,关节囊恰当松解后,将患肢牵引约4cm,内旋约10~20°,充分暴露股骨颈,行二次截骨后取出股骨颈;保持牵引4cm,外旋40°,后伸两格(约30°),以股骨头取出器将股骨头取出,充分暴露髋臼后,切除圆韧带、髋臼边缘骨赘及孟唇,用髋臼锉将髋臼打磨至微微渗血,呈“腮红征”。取大小合适的髋臼假体及内衬,在直视下将其装入并压配固定。放松牵引,外旋约90°,松解后外关节囊,外旋90~110°、内收30°,后伸9格至

底部,暴露股骨截骨面后以髓腔锉扩髓,植入假体试模,透视确定试模位置,测试稳定性、松紧度及患肢活动度后,取出试模,安装陶瓷头;将患肢由外旋内收后伸位恢复至中立位,复位成功,再行C臂X线机透视,



图1 右股骨头缺血性坏死术前髋关节正侧位



图2 右股骨头缺血性坏死术后 3d 髋关节正侧位

1.5.2.2 后路组 患者健侧卧位,取髋关节后侧切口10~15cm,切开皮肤,钝性分离皮下组织及阔筋膜,沿臀大肌纤维方向钝性分离至髂胫束,暴露患髋后外侧。内旋患髋,沿股骨大粗隆后缘从上而下切断梨状肌、上孖肌、闭孔内肌、下孖肌并向后反折,T字切开后方关节囊,暴露股骨颈、头,二次截骨后取出股骨颈及头,切除圆韧带残部、髋臼边缘骨赘及孟唇,以髋臼锉将髋臼打磨至适合大小。微微渗血后,取与之相匹配的髋臼假体及内衬,在直视下将其装入并压配固定。暴露股骨截骨面,髓腔锉扩髓,植入假体试模,透视确定试模位置,测试稳定性、松紧度及患肢活动度满意后,取出试模,安装陶瓷头,复位髋关节,以C臂X线机透视确定假体位置,检查无明显出血点后,留置引流管1根,逐层缝合,外敷料包扎。

1.5.3 术后处理方法 两组术后均予头孢曲松2g静脉滴注预防感染,1次/d;低分子肝素0.4mL皮下注射

确定假体位置及稳定性后,检查无明显出血点,留置引流管1根,逐层缝合,外敷料包扎。见图1~4。图1~3为典型病例,图4为DDA支架重要参数及主要零部件作用。



图3 术前切口规划



注:A.牵引零件;B.内收外展零件;C.后侧零件;D.内外零件

图4 术中应用 DAA 支架

预防下肢深静脉血栓,1次/d。术后3~5d复查双髋正位和患髋侧位X线摄片。

1.6 影像学评价 分析两组患者术后双髋正位及患髋侧位影像学资料,测量髋臼假体外展角、前倾角、双侧髋臼旋转轴差值(患髋-健髋);股骨假体的柄-髓腔轴线夹角、柄-髓腔比及双侧下肢长度差值(患髋-健髋),其中柄-髓腔比包括正位及侧位在小转子上缘、柄中部及柄尖端近侧1cm处柄-髓腔比。

1.7 统计学分析 采用SPSS 25.0统计软件进行统计学分析。两组患者性别等计数资料差异比较采用 χ^2 检验,影像学指标的组间比较均采用独立样本 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者髋臼杯指标比较 两组术后髋臼假体前倾角比较,DAA组($13.62\pm 4.37^\circ$),后路组($17.67\pm 5.89^\circ$),DAA组小于后路组,差异具有统计学意义($P=$

0.018)。见表2。两者前倾角均在正常值(15 ± 10)°范围内,但DAA组前倾角标准差较后路组小,因此前者离散度更小,假体置入精确度更高。两组术后髋臼假体外展角与双侧髋臼旋转轴差值差异均无统计学意义($P=0.503, P=0.055$)。见表2。

2.2 两组患者股骨假体指标比较 两组术后股骨假体外展角-髋臼轴线夹角比较,DAA组(-0.40 ± 1.77)°,后路组(-2.28 ± 1.59)°,DAA组小于后路组,差异具有统计

学意义($P=0.001$)。见表3-1。DAA组柄-髓腔轴线夹角平均值更接近正常值(0 ± 3)°,更倾向中心固定。两组术后股骨假体正位柄尖端近侧1cm处的柄-髓腔比比较,DAA组(73.20 ± 11.22)%,后路组(63.57 ± 8.52)%,DAA组大于后路组,差异有统计学意义($P=0.004$),其他位置柄-髓腔比差异无统计学意义($P>0.05$)。两组术后双侧下肢长度差值差异无统计学意义($P=0.357$)。见表3-1、3-2。

表2 两组患者髋臼杯指标比较

组别	髋臼假体外展角(°)	髋臼假体前倾角(°)	双侧髋臼旋转轴差值(mm)
DAA 组	42.72±5.86	13.62±4.37	1.10±7.24
后路组	41.29±7.42	17.67±5.89	-2.68±4.57
<i>t</i> 值	0.676	-2.471	1.978
<i>P</i> 值	0.503	0.018	0.055

表3-1 股骨假体指标比较

组别	柄-髓腔轴线夹角(°)	柄-髓腔比(正位)		
		小转子上缘(%)	柄中部(%)	柄尖端近侧 1cm(%)
DAA 组	-0.40±1.77	68.45±10.23	77.17±6.98	73.20±11.22
后路组	-2.28±1.59	73.76±9.99	77.64±9.72	63.57±8.52
<i>t</i> 值	3.524	-1.659	-0.177	-3.055
<i>P</i> 值	0.001	0.105	0.861	0.004

表3-2 股骨假体指标比较

组别	双侧下肢长度差值(mm)	柄-髓腔比(侧位)		
		小转子上缘(%)	柄中部(%)	柄尖端近侧 1cm 处(%)
DAA 组	1.61±10.03	65.61±13.66	66.08±8.51	54.92±8.48
后路组	4.70±10.92	71.11±11.64	71.63±8.98	60.14±13.21
<i>t</i> 值	-0.932	-1.371	-2.007	-1.487
<i>P</i> 值	0.357	0.178	0.052	0.145

3 讨论

Heuter入路,最初由19世纪的德国医生Heuter应用于髋关节结核引流,后由Robert医生将其应用于THA,是一种通过阔筋膜张肌和缝匠肌之间的解剖间隙到达髋关节前方的入路方式。

研究证实,THA的疗效受病种、假体类型、固定方法及手术技术等多因素影响^[8]。THA术后评价包括临床、影像学及康复评定,其中影像学评价不仅可直接判断假体位置,而且可识别假体周围骨折、脱位等早期并发症。若假体位置不佳,会导致脱位风险增加,

而且假体磨损加快,使用寿命缩短^[9-11]。因此,对术后假体位置参数进行影像学评价具有重要意义。本研究表明,相较于传统后外侧入路,DAA支架辅助下DAA治疗ANFH在术后影像学评价方面更具优势,尤其是假体前倾角、柄-髓腔轴线夹角及柄-髓腔比。对此优势,笔者认为原因如下:(1)DAA支架辅助下手术中患者采取仰卧位,配合术者可直视髋臼假体的置入位置,方便术中及时调整,术中X线摄片几乎接近标准双髋正位,使髋臼杯能够对股骨头假体有效覆盖,以获得更满意的影像学评价;此外,恰到好处的前

田园,等:支架辅助下前方入路与传统后侧入路全髋置换术后影像学指标比较

倾角使髋关节面应力分布均匀,有利于减少假体磨损率,也能够降低术后脱位率^[12-14]。Nakata等^[15]研究表明,DAA组植入安全区域髋臼杯数(99%)多于后入组(91%),与本研究结果一致。(2)通过DAA支架的辅助,可在不损伤梨状肌的前提下,以持续机械力维持股骨后伸,使股骨截面充分抬高、暴露,有利于股骨侧松解、开口、扩髓及假体的精准置入,获得满意的柄-髓腔轴线夹角及柄-髓腔比,以降低假体应力遮挡,减少假体周围骨折发生^[16-17]。(3)通过DAA支架的辅助,可在髋前方清楚显示髋臼及股骨近端,有利于股骨颈截骨和前方软组织松解^[18-19]。

DAA支架结构简单,移动方便,不仅能调节上下高度,还能调节前后深度,能够满足手术过程中患肢不同高度、深度、角度和方向调整的需要,实现了灵活性和稳定性的统一。相较于传统牵引床,DAA支架不仅能够具有牵引及后伸功能,还有以下优势:(1)后伸角度加大,更有利于股骨假体置入;(2)能够多方向调整术肢,通过DAA支架可实现对下肢的内外旋、内收、后伸,一则术者可依据需要暴露术野,精准操作,二则通过支架固定术肢,可减少人力。

在术前准备方面,考虑到进行术肢多方向操作时,固定足踝可能导致足踝压迫缺血,笔者加用双层棉垫包裹,以减少足缺血麻木的发生^[20]。个别患者术后出现大腿前外侧麻木,甚至疼痛,这可能与LFCN损伤有关。LFCN损伤可能由手术刀直接损伤、牵开器过度拉伸、拉钩及瘢痕组织压迫引起。根据既往经验,可在皮肤切口外1~2cm处分离阔筋膜张肌与缝匠肌,避免LFCN分支损伤。此外,通过支架辅助,扩大视野,不仅可减少拉钩压迫,而且能够避免膝关节屈曲,减少阔筋膜张肌高张力状态,降低LFCN损伤^[21-25]。并发症方面,目前未出现术中假体周围骨折、术后脱位等并发症。

本研究的不足之处在于,仅对THA术后患者进行影像学评价,应用价值有限,有待进一步补充患者满意度评价及并发症调查,以更好地进行疗效评价。此外,本研究纳入的样本非多中心,样本数量较少,研究方法学亦存在不足,因此需要进行大样本、多中心、研究方法学质量更高的研究来进一步证实本研究的观点。此外,随着电子自动化时代的到来,未来的研究中有望实现DAA支架自动化,采用程序操控,能够更加便捷地进行手术操作,以提高社会效应。

参考文献:

- [1] 王义生.股骨头坏死的诊断与治疗原则[J].临床外科杂志, 2017,25(8):571-572.
- [2] Bergin P F, Doppelt J D, Kephart C J, et al. Comparison of minimally invasive direct anterior versus posterior total hip arthroplasty based on inflammation and muscle damage markers[J].J Bone Joint Surg Am,2011,93(15):1392-1398.
- [3] Rachbauer F, Kain M S H, Leunig M. The history of the anterior approach to the hip[J].Orthop Clin North Am,2009,40(3):311-320.
- [4] 王世栋,邓雪飞,韩卉,等.Hueter间隙在髋关节前路手术中的应用解剖学观察[J].中国骨与关节外科,2013,6(1):43-46,49.
- [5] 邓翔天,刘俊才,李忠,等.侧卧位直接前方入路与后外侧入路行全髋关节置换术的疗效分析[J].实用骨科杂志,2018,24(8):692-695,700.
- [6] 杨帆.股骨头坏死分期与分型的系统评价及评估一致性研究[D].广州:广州中医药大学,2018:43-46.
- [7] 中华医学会骨科分会.成人股骨头坏死临床诊疗指南(2016年版)[J].中华骨科杂志,2016,36(15):945-954.
- [8] 董玉鹏,季卫锋,尚美妍,等.支架辅助下直接前方入路微创全髋关节置换术治疗发育性髋关节发育不良[J].中医正骨,2018,30(10):30-35,39.
- [9] 忻慰,王波,陈宜,等.不同手术入路对髋臼假体安放位置的影响及原因分析[J].实用骨科杂志,2019,25(8):690-694.
- [10] Seagrave K G, Troelsen A, Malchau H, et al. Acetabular cup position and risk of dislocation in primary total hip arthroplasty[J].Acta Orthop,2017,88(1):10-17.
- [11] 吴旭东.人工全髋关节置换术中髋臼前倾角外展角与磨损的相关性研究[C]//浙江省科学技术协会.2013中国工程院科技论坛暨浙江省骨科学学术年会论文摘要集.杭州:浙江省医学会骨科学分会,2013:54-55.
- [12] Yang G Y, Li Y Y, Zhang H. The influence of pelvic tilt on the anteversion angle of the acetabular prosthesis[J]. Orthop Surg,2019,11(5):762-769.
- [13] Kaku N, Tabata T, Tagomori H, et al. The mechanical effects of cup inclination and anteversion angle on the bearing surface[J].Eur J Orthop Surg Traumatol,2018,28(1):65-70.
- [14] Periacarpen Madeven.直接前路法与后路法在股骨头坏死全髋关节置换中的比较[D].大连:大连医科大学,2017:70-75.
- [15] Nakata K, Nishikawa M, Yamamoto K, et al. A clinical comparative study of the direct anterior with mini-posterior approach: Two consecutive series [J].J Arthroplasty, 2009,24(5):698-704.
- [16] Lindahl H, Malchau H, Herberts P, et al. Periprosthetic femoral fractures classification and demographics of 1049 periprosthetic femoral fractures from the Swedish National Hip Arthroplasty Register[J].J Arthroplasty,2005,20(7):857-865.
- [17] 张洋,季卫锋,钱秀娟,等.支架辅助下前入路全髋关节置换术治疗老年患者股骨颈骨折22例[J].中国中医骨伤科杂

- 志,2019,27(6):76-78.
- [18] Wu H, Cheng W D, Jing J H. Total hip arthroplasty by direct anterior approach in the lateral position for the treatment of ankylosed hips[J].Eur J Orthop Surg Traumatol,2020,30(6):993-1001.
- [19] Little N J, Busch C A, Gallagher J A, et al. Acetabular polyethylene wear and acetabular inclination and femoral offset[J].Clin Orthop Relat Res,2009,467(11):2895-2900.
- [20] 叶山山,高辉,张裕,等.基于直接前侧入路微创技术的侧卧位全髋关节置换[J].中国组织工程研究,2018,22(11):1647-1652.
- [21] 王雄勋,樊俊刚,张晓敏,等.DAA入路全髋关节置换术后股外侧皮神经损伤的临床分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2020,35(2):156-158.

- [22] Kyriakopoulos G, Poultsides L, Christofilopoulos P. Total hip arthroplasty through an anterior approach: The pros and cons[J].EFORT Open Rev,2018,3(11):574-583.
- [23] 陈滕村,杨述华,叶树楠,等.直接前路与微创后外侧入路初次全髋关节置换术早期临床疗效比较[J].中华关节外科杂志(电子版),2017,11(4):344-351.
- [24] Meermans G, Konan S, Das R, et al. The direct anterior approach in total hip arthroplasty: A systematic review of the literature[J].Bone Joint J,2017,99-B(6):732-740.
- [25] Connolly K P, Kamath A F. Direct anterior total hip arthroplasty: Literature review of variations in surgical technique[J].World J Orthop,2016,7(1):38-43.

(收稿日期:2020-10-20)

(上接第503页)

气,山药、玉竹、麦冬、玄参四味滋阴养胃,此十味脾胃同调,阴阳相济,共奏调理脾胃之功;木香、陈皮、枳实、麦芽行气消积,柴胡、梅花疏肝行气、调畅气机,浮小麦收涩固表。二诊患者脾胃症状消失,出现气虚乏力之症,故在原方的基础上加黄芪30g,补气固表。三诊患者情况好转,新出现失眠多梦的症状,故在二诊的基础上加远志、酸枣仁、杜仲三味养心安神之品。四诊患者状况明显改善,近1个月来血小板维持在 $90 \times 10^9/L$ 左右,全身未见出血,故在三诊方基础上减去远志、酸枣仁、杜仲等养心安神之品,又恐患者复发,因此加入凉血止血的紫草巩固治疗。

5 结语

中医多将ITP的致病因素归结为邪热、阴虚、气虚、瘀血等,并将其分为血热妄行、阴虚内热、气不摄血、瘀血阻络等证型,分别予以犀角地黄汤、茜根散或玉女煎、归脾汤、桃红四物汤等加减治疗。周师则认为,慢性ITP反复出血,耗伤气阴,当从脾胃治之,以滋后天之本。脾为阴土,主升而喜燥;胃为阳土,主降而喜润。益气滋阴养胃方系根据脾胃的生理特性与脾胃气机升降的特点拟定。肝主疏泄,具有调畅中焦气机升降之功,中焦气机通畅则脾胃功能恢复,脾之统血功能恢复则血出自止;脾胃乃气血生化之源,慢性病反复发作耗伤气血,脾胃健则气血生化有源,其病

自愈。周师益气滋阴养胃方以脾胃同治立法,遵循肝、脾、胃三者的生理特点和关系,三者同调,以滋阴养胃为主,组方严谨,配伍得当。在慢性ITP的诊断上,周师主张病证结合、病为先导的模式,积极完善血常规等常规检查,及时监测病情变化;治疗上则主张分清缓急,分期治疗,急则止血为主,益气滋阴为辅,缓则益气滋阴为主,止血为辅。

参考文献:

- [1] 张丽娜,顾格波.名老中医辨治特发性血小板减少性紫癜经验概况[J].河北中医,2017,39(6):950-953.
- [2] 赵秀劫.原发性免疫性血小板减少症的发病机制及治疗进展[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(48):191.
- [3] 王蓉,秦兰.免疫性血小板减少症的中西医结合治疗现状[J].医学综述,2019,25(19):3890-3899.
- [4] 肖勇洪,杨瞳,汪学良,等.浅谈脾胃同治的重要性[J].湖南中医杂志,2017,33(7):142-143.
- [5] 杨士瀛.仁斋直指[M].北京:中医古籍出版社,2016:101-102.
- [6] 叶天士.叶天士医学全书:临证指南医案[M].北京:中国中医药出版社,1999.
- [7] 唐宗海.血证论[M].北京:人民卫生出版社,2005:12-13.
- [8] 彭君伟,周帆,方静,等.吴门医家叶天士从脾胃论治血症学术思想探析[J].中国中医急症,2018,27(3):539-544.
- [9] 周郁鸿,吴迪炯,沈一平,等.慢性特发性血小板减少性紫癜“治从气阴”[J].浙江中医药大学学报,2009,33(5):693-694.
- [10] 赵佶.圣济总录[M].北京:人民卫生出版,1962:1232-1233.

(收稿日期:2020-07-07)