

生理盐水 10ml, 缓慢推入血管内, 复查造影出血停止。尽管垂体后叶素灌注是暂时性的止血, 但为外科手术赢得了时间。5 例弹簧圈检查者免除了外科手术的创伤, 又达到止血的目的, 对体弱年老者更为适用。6 例术后再出血者使用明胶海绵栓塞, 短时间复查血管造影出血停止, 临床观察达到了长期止血。

但是, 急性出血期临床使用了大量且高效的止血剂后, 腹部内脏血管造影可以正常。本组 4 例急性消化道出血者, 血管造影前和造影过程中使用着垂体后叶素, 造影的动态观察中未发现出血的征象。

参考文献

- 1 余建明, 冯敬生, 曾军, 等. DSA 与 X 线电影摄影对消化道出血敏感性的评价. 现代医用影像学, 1997, 6(4): 147.
- 2 Athanasoulis CA. Intraoperative localization of Small bowel bleeding sites with Combine use of angiographic methods and methylene blue injection. Surgery, 1980, 87: 77.
- 3 蒋定尧. 选择性血管造影诊断原因不明胃肠道出血. 浙江医科大学学报, 1994, 23(3): 124-127.
- 4 王寿九. 选择性腹部动脉造影在小肠出血间歇期中的诊断价值. 中华内科杂志, 1995, 34: 52-53.

(1999-05-28 收稿)

神经营养性骨关节病一例

李文杰 陈顺新

神经性关节病, 由于是由夏科氏首先描述, 故也称为夏科氏关节。现报道 1 例如下。

男, 41 岁。右下肘关节无痛性肿胀数年, 近 1 月肿胀明显, 无压痛无发热, 无静脉怒张。否认有外伤史。临床诊断: 前臂肿瘤, 类风湿性关节炎。

实验室检查: 白细胞 $10.5 \times 10^9/L$; 中性 75%, 淋巴 22%; 10mm/h; 血清康华氏反应(-)。X 线检查: 右肘关节正侧位片示右肘关节软组织明显肿胀, 关节间隙增宽。关节附近可见团絮状钙化影, 肱骨外上髁骨质缺失, 边缘整齐、锐利, 如刀削状, 骨端硬化, 尺骨鹰嘴窝变浅, 肘关节脱位。关节附近各构成骨出现不同程度的层状骨膜反应(图 1)。诊断为右肘关节神经营养性骨关节病。



图1 关节附近见团絮状钙化影, 肱骨外上髁骨质缺失的边缘整齐、锐利, 似刀削状, 骨端硬化, 肘关节脱位, 鹰嘴窝变浅, 关节附近各骨出现不同程度层状骨膜反应

临床疑为类风湿性关节炎, 行胸、腰椎正侧位及双手正斜位片, 检查均无异常。右侧肱骨动脉及静脉造影, 除平片所示 X 线表现外, 以受压推移改变为主, 其余未见明显异常。

细胞学检查: 两次穿刺, 均抽出血性液体, 镜下见较多骨细胞, 部分巨骨细胞及少许软骨基质, 未见其他特殊细胞, 为骨质增生反应。

讨论 本病多见于 40~60 岁的男性, 病变好发部位与神经损伤的部位密切相关。活动大、多、杠杆作用大的关节最多发生, 顺次以膝、肘、脊柱、髋及肩的关节最为多见。患者的血清及脑脊液的康华氏试验阳性率分别为 51%、55%, 故不能因其为阴性而忽视本病存在。

临床表现: 本病仅是感觉神经障碍, 而运动神经并不受侵犯, 因此肢体运动不受影响。肢体损伤后, 受累关节并不感到疼痛, 病变局部表现关节肿胀, 痛觉消失, 行动不稳。

X 线表现: 早期, 将显出因创伤而出现的持续性关节积液, 轻微的半脱位, 退行性改变, 关节临近处自发性骨折。随着病情的发展, 关节破坏日益明显。破坏程度, 与患者的自觉症状不相一致为本病诊断上的特点。在肿胀的关节周围软组织中, 可见大小不一的钙斑或碎骨片, 边缘可规则或光滑, 邻近骨可出现骨膜反应。病理性半或全脱位及骨折将逐渐明显。此外还可合并继发感染。

病理改变: 病理可分为肥大性或萎缩性两型, 主要区别在于新骨形成反应的多少。纯萎缩型少见, 多以肥大型为主的混合型。此病在病理上与退行性骨关节病有许多类似之处。不同之处是前者伴有骨破坏和关节囊变化。

本病从病因上应寻找原因, 包括梅毒、糖尿病、脊髓空洞症、脊髓脊髓膨出、先天性无痛症等引起神经营养性关节病。因此需作相关临床与影像学进一步检查。

(1999-05-20 收稿)