

告). 中华放射学杂志 1986;4:223

(收稿:1994-05-04)

## 药物与方剂

## 复元克瘫汤治疗脊椎结核合并截瘫 30 例体会

山东青岛市市北区中医院(266033) 齐现涛 林香山

笔者自 1972~1992 年,对脊椎结核合并截瘫 30 例病人应用自拟复元克瘫汤治疗,收到满意疗效,总结如下。

## 临床资料

30 例中男 18 例,女 12 例;年龄最大 56 岁,最小 18 岁,平均 27 岁;截瘫时间最长 4 个月,最短 15 天;病变部位胸椎 21 例,胸腰椎 9 例;病灶 2 个节段 26 例,3 个节段 4 例;全部属骨病活动型截瘫,其中 25 例截瘫指数 3~4,5 例截瘫指数 5。合并冷脓肿 12 例,瘘管形成 6 例。病人入院均表现不同程度的脊背疼痛,病变关节后凸畸形,午后低热,盗汗,疲乏无力,消瘦,食欲不振等。10 例病人发病前有肺或淋巴结核病史,部份病人有与肺结核病人密切接触或外伤史。

## 治疗方法

1. 复元克瘫汤药物组成:生地 五味子 狗脊 枸杞子 黄芪 土鳖虫 龟板胶 骨碎补 金银花 黄柏 川断 菟丝子 红花等。伴有阴虚潮热加柴胡 鳖甲 地骨皮;脓肿形成加白芷 穿山甲 皂角刺;脓肿平坦肤色白或暗淡加白芥子 麻黄 肉桂;瘘管久不愈合,脓汁色淡,清稀量多,消瘦乏力,气血耗伤较重加党参 首乌等;病变疼痛重者加乳香 没药或三七粉;大便秘结加大黄 枳壳;小溲不畅加滑石 竹叶 黄芩。剂量根据病情酌定。

2. 合并脓肿处理:脓肿位于深部,范围局限,经上述治疗病灶稳定,脓肿可被吸收。如脓肿表浅,范围较大,给予穿刺抽脓,抽毕腔内注入链霉素 1g 加压包扎。如脓肿成熟欲溃,或已合并感染,给予切开引流排脓。

瘘管处理:瘘管外生腐肉,用 1:2 红升丹、白降丹研细末,加等量煅石膏拌匀,撒在腐肉上,每日换药一次,至腐肉脱落。瘘管引流不畅,腔窄、壁厚、脓稠者用红升丹,冰片,制乳香,没药共研细末制成药捻,或将上述药粉撒在凡士林引流条上,插入瘘管提毒排脓。待脓液排净,病灶硬化稳定,伤口自然愈合,愈合困难者可外敷生肌玉红膏。

## 疗效观察

参照天津医院脊椎结核合并截瘫疗效标准,把感觉、运动、括约肌功能障碍以指数 0、1、2 表示,截瘫指数改善作为截瘫疗效判断依据。治愈:一般健康情况

好,体温正常,X 光片显示病灶稳定,死骨吸收,双下肢功能恢复正常,恢复工作一年以上,或做到生活自理;好转:一般健康情况改善,体温正常,病灶趋向稳定,下肢功能改善,截瘫指数减小;无效:经治疗病情无改善,截瘫指数同前或增大。

结果:25 例截瘫指数 3~4 病人全部治愈;5 例截瘫指数 5 病人,治愈 2 例,好转 2 例,无效 1 例。截瘫治愈率为 90%,有效率为 97%。疗程最长 16 个月,最短 6 个月,平均 9.2 个月。

## 典型病例

邢××,女,41 岁,工人,1988 年 7 月 11 日入院。腰背痛 2 年,双下肢瘫痪 2 个月。患者于 2 年前腰脊受伤,虽经治疗,脊背疼痛未消除,且近半年加重。于 4 个月前经某医院 X 线摄片检查,诊断为 T<sub>9</sub>、T<sub>10</sub> 结核。予西药抗结核治疗 2 个月,症状未改善,又出现双下肢麻痹现象。伴有午后低烧,盗汗,乏力及腹胀,小便频,大便不畅等症状。病人因惧怕手术而来我院接受中医药治疗。既往无结核病史。患者发育正常,精神不振,痛苦面容,胸椎 9、10 节处畸形外突,双下肢皮肤温度减低,功能丧失,双足感觉迟钝。脉细紧,舌红苔黄。血沉 50mm/h, X 光片显示 T<sub>9</sub> 下缘、T<sub>10</sub> 上缘骨质破坏,间隙变窄,椎体骨密度不均。诊断:胸椎结核合并截瘫,截瘫指数 4。治疗:补益肝肾,解毒祛瘀,疏通督脉。方药:骨痹克瘫汤加柴胡、鳖甲、当归、川芎、沉香。水煎服,每日一剂,分 3 次服,同时服我院自制骨痹复元丸,每日 3 次每次服 1 丸。服药 45 天病人腰痛减轻,双下肢皮肤温度改善,双脚趾可屈曲活动,60 天足踝可摆动,90 天膝关节屈曲及腰部转动自主。150 天病人行走自如,生活自理。X 光摄片显示破坏之两椎体已融合,密度改善,边缘清晰,病灶稳定。化验室检查血沉正常。病人已恢复工作 3 年。

## 讨论

脊柱结核,因发生在骨与关节,化脓后常穿破肌肤成瘘管,流出浊痰样脓液,故中医称流痰(或流注痰)。其病程长,病人多伴有消瘦,倦怠乏力,潮热等虚癆症状,也谓之骨癆。其病因《癆科心得集》言:“先天不足,三阴亏损,又或因有所伤,致气血不得升,血不得行,凝

滞经络遂得其证”。骨痹临床辨证目前主张三个阶段，初期寒痰凝滞，伤筋腐骨，阳虚阴盛；中期病久，寒化热成脓；后期气血为脓所耗，遂成气血亏虚。治疗提倡初期温经散寒，中期托里排脓，后期补益气血。

中医认为脊椎结核合并截瘫之形成，多由患者先天不足，肾精亏损，骨失所养，或因外伤气血瘀滞于脊髓筋骨，又感受痲邪，痲毒腐骨蚀筋，损伤督脉，精气血不得贯通而致。主病在肾，涉及督脉，肝、脾。复元克瘫汤融三期辨证为一体，即益肾精，补肝脾以壮骨骼肌肉，解毒以抗痲邪，祛瘀滞以疏通督脉。全方有攻补兼施，扶正祛邪之特点。

笔者认为手术治疗选择病灶已纤维化，椎管硬化

的晚期病人较适宜。对早期活动型脊椎结核，因脓液，干酪样物质等压迫脊髓腔而致瘫痪者，应用复元克瘫汤，以解毒散结，益肾精壮骨骼，促使坏死组织吸收稳定病灶。脊椎结核椎体及椎间组织虽被破坏，但稳定后的病灶，上下椎体可骨性融合，维持脊椎稳定性。实现椎管压迫解除，消除瘫痪状态。在内服中药同时，外用中药治疗痿管，以期提脓排毒，促使结核坏死组织流出，有利痿管愈合。

对脊椎结核合并截瘫病人调护，我们提倡动静结合，不主张应用石膏管型固定。

(收稿：1994-03-21)

## 中西医结合治疗肱骨小头骨折 21 例

福建省漳州市中医院(363000) 李克

我院自 1987 年~1994 年 5 月，采用中西医结合方法治疗 21 例肱骨小头骨折，效果满意。现报道如下。

**临床资料：**21 例中男 15 例，女 6 例；年龄最大 56 岁，最小 12 岁；开放性骨折 4 例，闭合性骨折 17 例；伤后时间：急诊 4 例，2~8 天 15 例，9~15 天 2 例；骨折类型：按门氏分类<sup>①</sup>，边缘骨折 1 例，完全骨折 7 例，多见于壮年，小头~滑车骨折(其中分离型 2 例)13 例，多见于青年。同时合并同侧柯雷氏骨折 4 例，腰椎压缩性骨折 1 例。随访结果，按门氏评定标准：优 20 例，良 1 例。

**治疗方法：**手术方法：病人取仰卧位，臂丛麻醉，或肌间沟麻醉。沿肘关节外后侧切口 6~8cm，显露肱桡关节，清除血块，骨块复位后，于肱骨外髁背后用骨钻钻 2 个平行孔，相距 1~2cm，同时在骨块的冠状面，软骨下骨松质，横钻一个骨孔(不透过软骨面)，用 4 号或 7 号丝线引过骨孔，拉紧丝线使骨块固定，打结于外髁背后侧。对骨块分离型，先将骨块串在一起引过骨孔，固定在骨折端。冲洗创口，缝合关节囊肌膜、皮肤。术后将前臂屈肘 110°(骨块分离型屈肘 90°)，旋后位，石膏夹固定 2~3 周。术后用青链霉素，或庆大霉素，10 天即可。同时服用中药，初期：术后血溢脉外，瘀血流注，气滞血结，拟用消肿活血，祛瘀散结之法。消肿活血汤(本院验方)：黄柏 归尾 人中白 赤芍 忍冬藤 土鳖车前子 甘草 日服一剂，连服 10~15 剂。中期：脾为生化之源，金创络破、气血损伤、气滞血结、治以益气活血燥湿化痰。用温胆汤：竹茹 枳壳 茯苓 法夏 陈皮 甘草，加黄芪 归尾

人中白 鸡血藤，日服一剂，连服 7~10 剂。

**外用中药洗伤法：**除去外固定、即行洗伤。方药：黄芪 灵仙 桃仁 红花 赤芍 陈皮 归尾 人中白 伸筋草 大通筋 鸡血藤 冬瓜仁 三桠苦 岗梅 甘草。将上药浸入 3000ml 水中。煮沸后 5~10 分钟，加酒 30~60ml，即可熏洗患肘。每次 30~40 分钟，日 2~3 次。熏洗后进行功能锻炼。

**讨论：**肱骨小头骨折属于关节囊内骨折。1853 年，Hahn 进行尸解时发现这种损伤。1896 年，Kocher 首次提出了临床报告，此后才陆续有较多数目的病例报导。治疗方法，多数学者主张切开复位(用或不用内固定)。内固定物：克氏针、螺丝钉，或松质骨螺丝钉；骨块切除(早期或晚期)；或闭合手法复位。我们采用丝线内固定，即使是陈旧性骨折切开复位内固定，其功能也可获得满意效果。本组未发现骨块缺血性坏死、关节不稳、肘外翻等并发症。术后肘关节挛缩，属于祖国医学“筋急”、“筋挛”、“关节强直”等范畴。内服中药，具有活血祛瘀、消肿止痛之功能，散结逐瘀之特点。正如《素问·至真要大论》指出“结者散之，滞者导之”。清代陈士铎说：“血不活则瘀不能去，瘀不去则骨不能接”。尤其是采用中药熏洗，能益气活血化瘀散结，舒筋通络，滑利关节，配合功能锻炼，恢复关节功能，达到满意效果。

### 参考资料

1. 门振武. 肱骨小头骨折. 创伤骨科学报 1984;3:176

(收稿：1994-10-14)