

中西医结合治疗慢性化脓性骨髓炎

(附54例临床分型论治总结)

成都骨科医院

曹承琳

内容摘要

本文重点介绍,采用分型论治,内外结合等方法治疗慢性骨髓炎的体会,可以概括为一《化伤丹》扩大创口,使脓和坏死组织易于排出,起到了扩创作用。同时利用拔火罐负压吸引,可使毒血外溢,也可抽吸死骨,坏死组织、脓液,促使创面毛细血管扩张,直至正常渗血。此法可缩短换药时间,加速伤口愈合。手术摘取死骨后,采用邻近肌瓣填塞残腔,一期愈合。

慢性化脓性骨髓炎,祖国医学文献多称为“附骨疽”,“咬骨疽”,“多骨疽”,是一种病邪深沉,附着于骨的化脓性疾病。病程长,残废率高,是令患者身心受损的慢性疾病。

自1981年到1989年,我们采用中西医结合、分型治疗慢性化脓性骨髓炎,现将治疗54例报告如下。

一、临床资料

1. 性别、年龄、职业

性别:男36例,女18例。

年龄:6—16岁26例,占48%;16—30岁20例,占37%;30岁以上8例,占15%。

职业:学龄儿童占54%,农民占39.5%,其它14.5%。

2. 病因分析:属外伤者17例,占31.5%(包括两例骨牵引感染)。由附近软组织患疔疮,疖肿感染蔓延,血源性感染者39例,占72.5%。

3. 病程分析:2—6月21例,半年—10年28例,10年—29年7例。

4. 患病部位:股骨10例、胫骨15例、腓骨5例、肱骨4例、挠骨5例、尺骨5例、指骨6例。

本组54例患者治疗时间最长215天,最短38天,一般2—5月。治愈率为92%,有效率100%,5例因复发就附近医院治疗,复发率为9.2%,1—5年随访49例。

5. 疗效评定标准:

治愈:患者窦道创面愈合,肢体功能恢复,体温、血象正常,抗病能力好,能参加工作。X线片复查无死骨。骨包壳形成塑形修复好,1—5年无复发。

有效:患肢局部仍时有疼痛,窦道愈合,功能负重有改善,体温、血象正常,血沉略高。X线片复查无死骨,骨修复塑形不理想,6—12月内又复发,分泌物较少。

无效:无。

二、治疗方法

辨证施治(内治):慢性化脓性骨髓炎辨证要点是以病变局部的症状,脓液的色、质、量,再结合近期X线片的所见,病程的长短,发病的原因,患者先天素质,兼证,舌象,脉象综合分析。重点辨准证情属阴属阳,以及虚、实、寒、热的真假,而分型治疗。

1. 肾虚毒滞型:

表现:病程长,持久不愈,形成瘻管,有死骨排出,脓多清稀,色白或绿黑,局部肌肉萎缩。全身瘦弱,面色恍光,体寒肢冷,腰膝酸软,小便清长。X线片可见死骨或残腔,新生包壳塑形不良。

治则:温经补肾,通阳托毒。

处方:加减阳和汤。

熟地、麻黄、白芥子、炮姜炭、鹿角胶、桂枝、赤芍、地龙、全虫、杜仲、甲珠。

2. 气血两虚毒滞型(术后创口持久不愈):

表现:伤口肉芽色淡,疮口周围腐蚀,口小下陷,形成瘻管。久溃不愈而无死骨,健忘,耳鸣、神疲乏力、面色无华。脉沉细,苔薄白。

治则:补气、养血、托毒。

处方:大补汤。

白术、茯苓、晒参、熟地、黄芪、当归、银花、全虫、蜈蚣。

3. 正虚邪实:

表现:病程相对较短,溃后脓液呈黄白色、色泽鲜明,质稠厚,肿痛较初期减轻。皮温、饮食舌象脉象渐趋正常。X线片见有死骨,未与正常骨分离。

治则:扶正泻毒。

处方:仙方活命饮加巴豆、巴豆先熬二小时后,再加其它药。

4. 阴虚血瘀毒滞型:

表现:疮口周围红肿、皮薄光亮、红活鲜润,可有新肉生长,或见疮口高突。无脓或少脓,X线片见有死骨。食少、困倦、口渴、咽干苦、唇燥、苔薄白、脉沉细数。T 37.5—38℃之间。

治则:滋阴逐瘀泻毒。

处方:巴豆、黄芪、蜈蚣、银花、石斛、玄参、牛膝、桃仁、扁豆、甘草、全虫。

方中巴豆、黄芪、甘草三药先熬两小时后,再加其它药。

外治:

外用药物的选择及使用方法:

1. 阴疽寒疮瘻管并有死骨:“三仙丹”药捻上伤口,隔日取药捻后,辅以外拔火罐。

2. X线片未见有死骨,创口脓液转粘稠,疮口较深或有空腔,外敷“生肌丹”,可用棉垫叠层加压,绷带包扎压迫空腔疮口,促进愈合。

3. 用“化伤丹”将伤口眼化大,便于脓液、坏死组织排除,一日换药一次,再配合拔火罐,邪去正升,死骨吸收或排出,伤口愈合。

4. 用“取骨丹”做的药锭放入疮孔内,孔面外周敷“美丹散”,再用绷带包紧,包扎8至4天后去药膏,即可取出死骨。再配合拔火罐直至创面出血。

外科手术

X线片显示有大块死骨,空腔残存,该部位软组织丰厚,上丹药出血多,钳子夹除死骨时易伤及血管的部位,以及内服中药疗效缓慢者,依其病情可选以下术式清除病灶:

1. 病灶清除窦道搔括;
2. 病灶清除蝶形术;
3. 病灶清除肌瓣填塞术;
4. 病灶清除皮瓣旋转覆盖术。

手术清除病灶应彻底,患者局部脓液多,术毕于切口置硅胶管以敏感的抗菌素灌洗引流5到7天,灌洗液清亮后拔除引流管,包扎伤口。切除病灶骨组织缺损较大时,选用临近肌瓣填塞死腔,切口作一期缝合,术后均以石膏托板固定。防止病理性骨折。

体会:

附骨疽,咬骨疽是发于筋骨深处的疮疡,该病多因病人患疔疮、疖肿、麻疹、伤寒等病后余毒湿热内盛,深窜入里,或经血液循环侵入骨髓,使筋脉被阻血瘀,郁积毒聚化热腐败筋骨;或开放性骨折、外伤软组织瘀肿化热、细菌感染酿脓腐骨为其外因。《外科集验方》指出:“肾实则骨有生气,疽不附骨矣。”《外科正宗》说:“夫附骨疽者,乃阴寒入骨之病也。但人之血气生平壮实,虽遇寒冷,邪不入骨。”阐明了发病的内在因素在于肾虚,肾气不调,肾阳虚损,阴寒盛,郁久化火伤及营血,而致肾阴不足,肾的虚损又累及于肝,则肝储不丰。骨乏濡养,抗病能力减弱,患病后久不愈合,耗损气血,气血亏损,累伤脏腑。所以又有疽发五脏之说。我们遵循祖国医学对该病的阐述,结合病例予以分型。分别采用补气养血托毒、滋阴补肾泻毒,扶正祛邪泻毒等大法,收到了很好的效果。

外治法体会

慢性化脓性骨髓炎局部症状表现为:多数病人有一个或多个窦道,经久不愈,流脓不止,窦道周围常并发湿疮或色素沉着,疮口凹陷,或肉芽高突,X线片见有死骨或死腔。“三仙丹”化腐效果稳定,腐蚀窦道壁,扩大创口,利于死骨排出。促使新生肉芽生长。“化伤丹”用于疮口眼小深,脓流不畅,临床上使用一两次后,疮口眼扩大,脓和坏死组织易于排出,起到扩创引流的作用。

我们还选用了传统拔火罐,利用拔火罐负压吸引,吸毒血外出,抽吸死骨,坏死组织,脓液,促使创面毛细血管扩张,直至正常渗血,缩短了换药时间,

加速了伤口愈合。

手术是治疗慢性化脓性骨髓炎一种不可缺少的方法。患肢病变范围广,骨破坏面大,长期换药,百药不瘥,病程长,医源性的给病人带来痛苦。手术清除死骨病变组织,消灭死腔,切除硬化骨质和窦道疤痕,对病灶骨腔残缺较大的,术中采用邻近肌瓣填塞残腔,一期缝合,加快了骨的愈合。另一方法,术后切口放置硅胶管,以敏感的抗菌素灌洗引流,也是一种可行之法,尤以对脓液多的疮口,缩短了治疗时间,减少了复发率。

关于慢性化脓性骨髓炎的动静问题,我们认为在不致诱发造成患肢病理性骨折的原则下,鼓励病人尽早离床扶拐下地活动。适当的活动调节了患者身心平衡,利于改善局部组织代谢,控制了肢体脱钙,对于病灶修复可起到积极作用。

典型病例

姓名 张×× 性别男 年龄 12

住址 仁寿县 住院号 2119

X线片号 33449

1985年6月患儿不慎跌倒,二日后高烧,右小腿疼痛、红肿。十天后送县医院治疗,经诊断为急性化脓性骨髓炎。手术开窗引流,治疗二月余,仍有低烧。患肢疼痛,脓水清稀,转来我院。查局部皮温略高,肿胀,四个窦道呈“一”字形排于胫骨前内侧,脓液清稀量多。X线片见右胫骨全段均破坏,尤以胫骨上段破坏严重,死骨已形成,但部分死骨未与骨干分离,小的死骨游离,因骨包壳塑形不良,不能进行再次手术,选用内服《仙方活命饮》加全虫、蜈蚣、巴豆、黄芪先熬二小时后,再共熬其它药。连服20剂,后服《大补汤》、《人参养营丸》。局部外敷《美丹散》水蜜调敷。换药时选一个脓液最多的窦道先敷《化伤丹》,将窦道眼扩大,排脓畅通。用探针探得窦道内骨有粗糙感,并有移动,改用《脱骨丹》。用止血钳夹除脱落死骨后,有一窦道闭合。共换药124天,痊愈出院,至今未复发。出院前复查X线片骨包壳形成,塑形好,部分坏死骨逐渐吸收。

病例二

姓名 汪×× 性别女 年龄 22

住址 成都市郊琉璃场 住院号 94

患者跛行,右股骨中上端患慢性骨髓炎15年,7岁发病,曾作过四次手术。1984年10月来院求治,此次窦道复发开口流脓半年,查局部皮肤色素沉着,窦道口塌陷、脓液清稀。面色萎黄灰白,时感腰膝酸软。X线片见有残腔,长条状死骨。择期手术,术中切除无生机的骨质,服中药《加减阳和汤》、《人参养营丸》,住院35天出院,随访五年未复发。

附处方

《美丹散》:芙蓉叶、臭牡丹碾细备用。

《化伤丹》:枯凡、白砒、雄黄、腾黄。

《取骨丹》:巴豆、硫黄、守宫粉、雄黄、硫砂。

(下转36页)

胫腓骨骨折的治疗

北京针灸骨伤学院

曲国宾

沈阳骨科医院
沈阳骨科医院

项彤芬
王树连

胫腓骨(胫骨)骨折,按中医治疗方法为手法复位后,用杉篙竹帘、夹板固定,再佐以三期用药或配合其它方法治疗,都可获得满意的效果。

我们在治疗骨折的实践中体会到,为了探索一种既能早期恢复功能,又能达到完满的解剖复位的,较理想的骨折治疗方法,需要应用生物力学的观点,对骨折局部施用简单有效的内固定。由于骨外膜在骨折愈合中的特殊作用,我们开展了“骨膜外暴露”的方法治疗成人胫腓骨斜形或螺旋形骨折。此方法是手术时仅切开分离暴露至骨外膜,而不损伤骨外膜,进行骨折复位内固定。此方法与手术中切开骨外膜进行骨折复位内固定的传统方法不同,故称为“骨膜外暴露”。用此法收治的12例病人,其中女8例,男4例,年龄在16—58岁间,都取得了显著效果。故报告如下:

治疗原则及方法:

入院后经检查无手术禁忌症,患者本人要求手术者。采用前外侧弧形切口,长约6—12cm,顺次切开皮、皮下脂肪、浅深筋膜后,将胫前肌拉向外侧,即可见错位的骨折,处理好折端,并使骨折得以解剖原位(原则是按逆损伤机制,拔伸、旋转、捺正),继而在骨钻钻孔处分别拧入选好的二枚螺钉,螺钉位置最好是受力、固定最贴切处,而且要与骨干垂直,术中操作要仔细、轻柔、稳妥,尽量不碰或少接触骨外膜。术毕,放置衬垫用小腿内外侧石膏板妥善塑形后,用绷带固定石膏板。术后24小时活动足、趾、踝关节,3天后肿胀消退时,在医生监督下持重锻炼,14天拆线后,继用石膏板或改用纸壳绷带外固定,住院3—5周,X线照片检查无变化,才可出院。

治疗结果: 本组12例病例采用上述方法治疗,临床治疗时间为4—6周,经随访均在1年内恢复工作。(除1例切口缘有部分坏死,经更换敷料,很短时间愈合外,)切口无感染,无骨不连,无肌肉、骨萎缩及关节僵直等。患者分别于8—14个月间取出固定螺钉。

讨论:

一、对不稳定性的斜形或螺旋形胫腓骨骨折采用手法闭合复位,配合其它方法治疗虽然取得了圆满的效果,但从事治疗的骨科医生需要接触X线。此法接受X线量较少。

二、自六十年代Maxsteb创立的所谓“有限开放复位”以来,虽然引起了临床工作者的关注,但用骨

膜外暴露,结合生物力学治疗胫腓骨骨折,对创伤骨折后已遭到破坏的持重功能,并影响了局部血运及营养状况的损伤,无疑是一种好的手术方法。众所周知,骨外膜在骨折愈合中起了很重要的作用。而骨膜外暴露恰恰是保护骨外膜不受手术损伤,而仅在原损伤的基础上达到骨折解剖复位。骨膜外附着的肌肉及间隙中有丰富的血管及神经,手术中不损伤骨膜对防止产生或扩大血肿及保障骨折端的血液供应有重要意义,不损伤骨外膜对激活吞噬细胞的清除机化作用及促进骨外膜深层的成骨细胞加速骨折愈合是有益的。选用2枚大小适宜的螺钉与骨干垂直固定在骨折面最大接触中心点,此点是克服骨折剪力与应力最集中处,因此保证了折断不分离与承受一定的压力,然而两骨折断间的这种适当的垂直压力对骨痂的形成、爬行、替代、复活与塑形起到了促进作用。这可以说是根据骨组织的生物性能所设计的手术方法。而这种手术方法配合肢体早期功能锻炼,对于改善周身的营养代谢,防止肌肉、骨萎缩与关节僵硬,起到相辅相成的作用。

三、综观对闭合性胫腓骨骨折的治疗,不外乎早期复位后用不同形式的夹板、穿针、支具固定及手术治疗等。从各方面的材料看,不同的治疗方法与愈合时间之间及治疗效果与不同的治疗方法之间均无明显的差异。本文中胫腓骨骨折时,不损伤骨外膜的手术治疗方法既具有其它手术或非手术法不具备的优点,又未延长愈合时间及降低治疗效果,因此在实际工作中具有一定的可行性。

四、中西医结合治疗骨折的精髓是骨折早期复位、局部固定、早期功能锻炼。作者在临床实践中体会到要保持斜形、螺旋形骨折的对位,防止再移位是有困难的。手术复位结合现代外科知识及科学新技术,在预防感染与掌握外科技术的基础上,尽量缩短手术与治疗时间,或应用其它治疗方法,以达到理想的效果是研讨的课题。

小结:

1. “骨膜外暴露”治疗胫腓骨折的方法为中西医结合治疗骨折创出了一个同其它方法相比,使病人痛苦少、功能恢复好、疗效满意的新方法。

2. 同样的方法可选择性地应用在肱骨斜形与螺旋形及桡骨下1/3骨折上,对股骨干骨折髓内针内固定及较复杂的骨折也可适当参考应用,但必素知其体相,识其部位,并了解治疗的全过程,防止副损伤与合并症的发生。

(上接35页)

《三仙丹》: 疡科纲要方

参考文献

1. 《疡科古论述》刘再朋编
2. 《中医外科学》顾佰康编
3. 《外科学》黄家驷主编
4. 《中西医结合治疗骨髓炎》成都中医学院罗元芳 曾一林