

· 临床研究 ·

中西医结合治疗骨关节结核伴寒性脓肿 189 例

Treatment of tuberculosis of the bone and joint with cold abscess with combination of TCM and western medicine: A report of 189 cases

刘宗兴 冯永亨 康东文 王凯

LIU Zongxing, FENG Yongheng, KANG Dongwen, WANG Kai

【关键词】 结核, 骨关节; 寒性脓肿; 中西医结合疗法 【Key words】 Tuberculosis, osteoarticular; Cold abscess; TCM WM therapy

自 1993 年 5 月至 2002 年 6 月, 我们采用中西医结合治疗骨关节结核伴寒性脓肿 189 例, 取得较好的临床效果, 现就治疗方法分析报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例中男 121 例, 女 68 例; 年龄 7~81 岁, 平均 42 岁。其中脊柱结核 81 例, 关节结核 52 例(膝关节 28 例, 髌髌关节 12 例, 髋关节 9 例, 肘关节 3 例), 骨干结核 26 例(胫骨 16 例, 尺桡骨 10 例), 胸壁结核累及肋骨者 30 例。所有病例均伴有寒性脓肿或窦道。

1.2 诊断依据 病史特点: 136 例有明确的结核病史或结核接触史。症状体征: 发病缓慢, 早期有骨质疼痛。发生在关节部位则功能受限。有窦道者可挤出稀薄脓液、干酪样碎屑等。X 线检查: 作为重要的诊断依据, 本组病例的主要表现有①溶骨性破坏(中心病变)和虫蚀样破坏(边缘病变)②游离死骨和骨空洞。③关节间隙狭窄或消失, 椎体可呈“接吻样改变”^[1]。实验室检查: 126 例血常规常显示轻度贫血, HB 介于 6~12 g/L 之间, 139 例血沉增快。病理检查: 术前(后)取肉芽组织, 见干酪样坏死物。

2 治疗方法

2.1 抗痨药物的应用 因为骨关节结核是结核杆菌全身感染的局部表现, 故应遵循整体与局部相结合的原则综合治疗。我们采用短程强化抗痨方案, 即 2-3SHRZE/6-9HR₂ZE(强化期 2~3 个月, 巩固期 6~9 个月)。具体用药见表 1。

表 1 抗结核药物

药名	体重≤55 kg	体重>55 kg	用法	次数
链霉素(S)	0.75	0.75	肌注	1次/d
异烟肼(H)	0.3	0.4	口服	1次/d
利福喷丁(RFT)	0.3	0.3	口服	1次/d
* 利福平(RFP)	0.45	0.6	口服	1次/d
吡嗪酰胺(Z)	0.5	0.5	口服	3次/d
乙胺丁醇(E)	0.75	0.75	口服	1次/d

* 利福喷丁与利福平选用一种。

基金项目: 山西省大同市科技局 2002 年度科技发展计划项目 (2002TK051)

大同市第四人民医院, 山西 大同 037008

2.2 手术方法 本组病例均符合手术适应症原则, 术前视患者病情、体质状况正规化疗 2~4 周。我们采用改良式病灶清除术, 对关节部位采用“S”形或弧形切口, 避免术后瘢痕影响关节功能。对脊柱结核一般取脓肿较大、死骨较多的一侧。进入病灶途中要注意分辨腹膜反折, 肾下极被膜和输尿管, 避免损伤。充分显露病灶后, 清除脓液、干酪样物质、死骨及结核性肉芽组织。椎体附近切勿使用锐器或盲目钳夹, 以免损伤神经分支及椎旁血管。病灶清除干净后, 用生理盐水和 5% 的碳酸氢钠液反复冲洗, 并认真止血。术毕前于病灶内置链霉素 1.0 g + 异烟肼 200 mg, 一般不置引流。但遇病灶空腔较大, 有形成血肿可能时, 可短期置负压引流, 24~48 h 后拔管, 防止形成窦道。胸壁结核, 在病灶清除中应对遮盖在瘻道上的肋骨予以切除, 切除范围应超过破坏边缘 2 cm。关节术后给予石膏外固定 3~6 周, 脊柱术后卧床 3 个月左右, 床上练习肢体活动, 防止肌肉萎缩与关节僵直。

2.3 中医辨证施治

2.3.1 脓疡期 症见日晡潮热、乏力失眠、关节肿胀、活动障碍明显。用骨痨 II 号, 组方有: 生黄芪 30 g, 金银花 24 g, 蒲公英 24 g, 党参 15 g, 当归 12 g, 皂角刺 9 g, 山甲珠 9 g, 白芍 12 g, 茯苓 12 g, 生甘草 6 g。

2.3.2 恢复期 若见精神萎靡, 面色无华, 心悸失眠, 慢性瘻孔经久不愈, 用骨痨 III 号, 组方有: 黄芪 24 g, 党参 15 g, 白术 15 g, 白芍 12 g, 熟地 24 g, 当归 12 g, 茯苓 12 g, 炙甘草 6 g。若见午后潮热, 口渴不欲饮, 舌红少苔, 脉细数, 用骨痨 IV 号, 组方有: 夏枯草 24 g, 丹参 15 g, 生牡蛎 15 g, 银柴胡 12 g, 百部 12 g, 知母 12 g, 地骨皮 12 g, 鳖甲 12 g, 丹皮 9 g, 黄芪 12 g。

以上方剂均水煎, 早晚分服, 2 周为一疗程。

3 治疗结果

本组病例均有效随访 1 年以上, 根据裘法祖骨结核治愈标准^[2], 术后 1 年治愈率达 93.1% (176/189)。其中 13 例于术后 6~18 个月复发寒性脓肿, 经二次手术痊愈。复发的主要原因一是擅自停用抗痨药物; 二是营养低下。中西医结合与单纯疗法比较, 突出效果主要有: ①结核中毒症状: 能较快减轻, 精神和食欲好转。②疼痛: 治疗 1 个月后减轻 62%, 消失 38%, ③切口: I 期愈合率四肢 85%, 胸壁结核 91%, 其它

均 1 期愈合。④残余脓肿:术后 1 个月 B 超检查统计,发生率为 9%,且范围小,多可自行吸收。⑤平均住院时间:由以往的 4 周左右缩短至 2.5 周。

4 讨论

4.1 抗结核药物的使用 采用短程强化抗痨方案,既提高了近期治愈率,又具有较低的远期复发率的特点,同时化疗时间缩短^[3]。为了预防和减少大剂量药物对机体的损害,应注意以下几点:①首次用药前及用药期间要定期检查肝肾功能,尤其年幼及老年患者,便于发现异常,及时处理。②链霉素仍作为首选药物,遇过敏或出现早期耳肾毒性反应,则应果断停用,疗程不超 3 个月。③乙胺丁醇对肝功能损害较大,疗程一般不超 6 个月。④RFP 毒副作用大,而 RFT 有高效、低毒、方便的特点^[4]。

4.2 手术疗法 我们体会到,由于结核病灶不规则,亦决定

了结核病灶清除术为不定型手术。在切口的设计上,要考虑到两方面因素:①便于将原发和播散结核灶同时清除;②切口宜在脓肿上部,不宜在中央,因中央压力大,皮下组织受侵最严重,此处作切口不易愈合。术中根据结核菌喜酸恶碱的特性,常规用 5% 的碳酸氢钠液冲洗浸泡病灶。

参考文献

- 1 吕福润,杨永晨,白锋,等. 脊柱结核病灶清除植骨内固定疗效分析. 临床骨科杂志, 2001, 4(2): 119-120.
- 2 裘法祖,孟承伟. 外科学. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 882-883.
- 3 谢惠安,阳国太,林善梓,等. 现代结核病学. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 869-876.
- 4 傅国培. 利福平和利福喷丁的临床比较. 中国防痨杂志, 2002, 24(1): 46.

(收稿:2003-01-03 修回:2003-07-10 编辑:李为农)

· 短篇报道 ·

轮匝固定后跖肌腱编织减张缝合重建修复撕裂型跟腱断裂 26 例

牛洪峰 孙建华 吴洪格 崔胜杰 王立涛 董桂贤 李静
(衡水市哈励逊国际和平医院,河北 衡水 053000)

自 1990 年起,我院采用轮匝固定后跖肌腱编织减张缝合重修复此类损伤 26 例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

一般资料:本组男 19 例,女 7 例;年龄 20~57 岁,平均 35 岁。左 15 例,右 11 例;闭合损伤 25 例,开放性损伤 1 例。受伤至手术时间 3 h 至 7 个月,手术中见断裂部位于跟腱止点 3~5 cm 范围内,断端均呈马尾状、粗细不等,断裂的腱纤维参差不齐。

2 手术方法

腰麻或连续硬膜外麻醉后,俯卧位止血带压迫下操作。沿跟腱内侧 1 cm 处做长 5~10 cm 远端顺皮纹形状的纵微弧形切口(具体长度据撕裂腱纤维的长短决定),远端止于足跟的鞋帮儿接触缘稍近侧,微弧向跟腱正中线但不跨越,锐性切开皮肤皮下组织,闭合性损伤者腱鞘大多完整,即于鞘内侧正中锐性剖开腱鞘,完整显露断裂的腱纤维两端,按其排列组成方向进行梳理成纤维柱,于足跖屈 10°位、屈膝 15°位将撕裂的腱纤维两端大致按其走行方向又合于与相应断裂处,使纤维柱包融于一体,尽力形成跟腱雏形,用 3/0 不吸收锦纶线于断处中央上下每隔 0.5~1.0 cm 进行轮匝固定 4~6 匝,此时撕裂的跟腱基本上接近解剖形态,长度适中。在中间轮匝线稍下方用 3/0 可吸收涤纶缝合线用 Kessler 缝合法进行腱内固定,再于跟腱内侧寻及跖肌腱并向近端游离,向远端牵拉后在其近端锐性切断,再于跟腱断裂处的上下 2 cm 处与成型跟腱编织缝合,先编近侧端,再编远侧端。尽量避开内外缝合线,跖腱迂回头与其近止点处自身缝合,松止血带止血,冲洗伤口,5/0 可吸收缝合线吻合腱鞘旁切口及皮下组织。缝合

皮肤,无菌敷料包扎,屈膝 30°跖屈位石膏托固定,4 周后去除外固定,指导下进行踝关节功能练习。

3 结果

随访 6 个月~8 年,平均 4 年。其中 22 例踝关节活动正常(背屈 20°~跖屈 45°)。3 例背屈受限(背屈 0°~跖屈 45°)。1 例术后发生跟腱与皮肤粘连,皮肤随关节活动而上下移动,所有患者均无足外翻、功能受限主诉,无再断裂。按 Arner Lindhorn 疗效判断标准[Clin Orthop, 1975, 107: 221-224],本组优 22 例,良 3 例,优良率达 96%。

4 讨论

本组手术具有以下特点:①切口符合生理切口,显露断裂区充分,避免了强力牵拉皮缘过多剥离鞘外组织,因而不损伤主要的皮动脉穿支,术后未发现皮缘坏死、切口不愈合及跟后瘢痕摩擦痛等并发症。②鞘管于侧正中纵形剖开,跟腱吻合固定后用可吸收缝合线吻合切口,鞘切口与手术切口不在同一平面层次上,不会出现腱皮粘连的弊端。③断裂的腱纤维充分显露后,先行两端的对应梳理,又合对位后予以轮匝固定,既恢复了跟腱本身的解剖形态且有外周捆扎卡环固定作用,又防止了纤维散脱而导致鞘与腱纤维粘连。④腱内用 Kessler 法缝合,犹如内置“钢筋”,将轮匝固定后的腱柱紧密的连接在一起,达到了内外结合固定的作用,抗拉力较强。⑤利用跖肌腱与跟腱编织缝合后跖腱迂回头与起止点自身再缝合,进一步加强了腱内“钢筋”的固定作用,且对断裂区有明显的减张作用,能够减少跟腱过早老化,也能防止术后再裂。

(收稿:2002-07-03 编辑:李为农)