

中西医结合治疗慢性骨髓炎

104例疗效观察

江西珠湖农场医院 曹育坤

内容提要 对104例慢性骨髓炎患者采用中西医结合的治疗,临床有效率为97.1%,平均治疗时间为26天。认为处理好局部与整体、扶正与祛邪的辨证关系,是提高本病疗效、缩短疗程的关键。作者根据临床实践体会,总结出治疗本病的“14字”法则,对临床有一定的参考意义。

笔者近年来以中医中药为主,中西医结合治疗慢性骨髓炎104例,取得较好的效果,报道如下。

临床资料

一、诊断依据:(1)过去有外伤史、局部炎症感染蔓延及急性化脓性骨髓炎,或有开放性骨折病史者。(2)局部有肿胀剧痛、慢性炎症或慢性炎症急性发作、慢性溃疡或窦道形成,有死骨排出者。(3)有肢体畸形、僵硬、功能障碍者。(4)经拍片证实有骨膜炎性反应、骨质破坏、死骨及包壳形成者。(5)有外医院诊断证明者。

二、病例选择:104例中,有91例经外地和我院拍片证实为慢性骨髓炎的病理变化,其中13例根据病史、典型症状、窦道形成、溃疡经久不愈和死骨排出而确诊。

三、一般资料:本组男性76例,女性28例;10岁以内者14例,11~20岁者47例,21~30岁者24例,31~40岁者12例,41~50岁者5例,51岁以上者2例;属血源性者62例(59.6%),局部软组织炎症蔓延所致者24例(23.1%),外伤性者18例(17.3%);病程1年以内者14例,1~5年者57例,6~10年者22例,11~15年者8例,15年以上者3例;患部窦道形成者93例(89.4%),窦道单发者65例,多发者28例,最少1个,多者6个,溃疡经久不愈者8例(7.7%),脓肿未溃者3例

(2.9%);手术取出死骨多者7块,大者 11×2.5 cm;有清疮搔刮史者36例,采用药捻腐蚀史者51例,用综合性治疗史者17例。

治疗方法

一、急性发作期临床分二型

1. 瘀毒型:面红神倦,口渴喜冷饮,小便短赤,大便结,舌红绛或紫暗,脉洪数,局部肿痛、皮色暗红、寒热交作。证属外感之邪蕴积化热,热郁血腐成脓肿,溃后脓稠而臭。治宜清热解毒,化瘀消肿。内服败毒汤加减(金银花、黄芩、连翘、焦山栀、赤芍、当归、甘草。上肢者加蒲公英、败酱草、嫩桂枝;下肢者加桃仁、牛膝、乳香、没药)或仙方活命饮。如热甚谵语,局部血运受阻,壅而瘀结,血瘀结肿,按之焮热坚肿疼痛,治宜清热凉血解毒软坚,内服凉血解毒软坚汤(生地、丹皮、金银花、炙山甲、菊花、赤芍、皂角刺、荆芥、连翘、当归、牡蛎、贝母、甘草、羚羊角粉)。局部外搽藤黄酊(藤黄50g研细,浸入75%乙醇300 ml,经常摇动,外搽用)。外敷清热消肿膏(生南星、生半夏、细辛、地鳖虫、青黛各60g,天花粉、黄柏、生大黄、香白芷、寒水石、蜂房、朴硝各100g。上药共研细与面粉、荞麦粉各200g混匀贮瓶备用。酸醋1,500 ml,随配随用,调膏敷贴)。局部坚结甚者,膏内加阿魏1小块盖贴。

2. 寒凝型:全身症状不明显,其症缓慢,

毒邪深入在里，不易外达，乃至寒化为热，形成脓肿破溃。局部皮色不变不肿，按之坚硬酸痛，脓液稀薄或排脓不畅，关节伸屈不利；每多经掣骨痛或酸楚难忍，此寒凝络脉之证，治宜补气活血、温经通络。内服阳和汤加功劳叶、忍冬藤。有邪毒羁留脉络深而不得疏通者，酌加全蝎、蜈蚣、地鳖虫、蜂房等，外敷消核膏（甘遂、大戟各30g，生南星、生半夏、肉桂、樟脑各20g，白芥子10g，麻黄6g，公丁香15g，藤黄50g，黄丹0.25kg。以上除樟脑、藤黄、黄丹外，全部药浸入麻油0.5kg中7天，入锅文火煎熬，至药枯浮起滴水成珠为度，离火片时去药渣后，将藤黄、樟脑各研末和黄丹徐徐加入搅拌，摊布敷贴）。

二、慢性期临床分三型

1. 虚热型：低热、盗汗，面色无华，形体消瘦，舌质红、苔薄，脉细或濡数。局部轻度肿胀，坚硬，肉芽微红，脓汁稀淡，有死骨排出。治宜益气养血，清热退蒸。内服龟鹿当归补血汤（酥龟板、鹿胶、当归、黄芪、党参、白术、地骨皮、僵蚕、乌梅、薏苡仁）。

2. 气血两虚型：面色苍白无华，心悸气短，倦怠，失眠，舌质淡红、苔薄白，脉细或虚大，肉芽灰白，脓汁清稀，治宜补气养血。内服八珍汤或补中益气汤，加酥龟板、大枣。

3. 肝肾阴虚型：头晕耳鸣，腰膝酸软，肢倦气短，自汗盗汗，形体消瘦，舌质淡红，脉细弱，局部肌萎，脓汁稀少。治宜滋补肝肾、补益精血。内服六味地黄汤加酥龟板、枸杞子、淮牛膝。有肝血虚者加当归、白芍，以养血柔肝。有肺肾气虚，咳嗽气促加五味子、麦冬以敛肺纳肾。

三、局部治疗

1. 脓肿未溃，内已成脓，无力外溃及将欲化脓而因体气虚弱不能化毒成脓者，内服托里败毒散（生黄芪、当归、党参、赤芍、金银花、蒲公英、天花粉、香白芷、连翘、甘草）。外搽藤黄酊、外敷清热消肿膏。

2. 脓肿经治疗后，未能改善已成脓者，行手术切开引流。

3. 病灶清疮搔刮术：凡有慢性溃疡、腐肉不净、骨面粗糙者，陈旧性窦道、盲道、肌腱支道者，管壁组织增生疤痕化、骨化肌炎硬结者，骨脓肿、死骨存留、骨瘘孔等，经药物治疗未愈，均行病灶清疮搔刮术，彻底刮净，用碘酒拭擦，凡士林纱条填塞。

4. 病骨切除术：凡因局部炎症感染蔓延骨干而无血运坏死，在骨隆部或不负重的支柱骨、有骨质破坏者，在不影响机体功能，保全神经走行，可作大部或全部切除术。病骨切除宜早，因及早手术可为恢复创造条件。一般无特殊情况，不主张行截指（趾）术或关节、肢体离断术。

5. 骨髓肌瓣填充疗法：凡有窦道、骨瘘孔、骨缺损，无论骨髓腔大小，均可采用此疗法。首先患者的营养和健康状况要好，局部无急性炎症，行锥形或蝶形手术，腔内刮净，放入青霉素80万u、链霉素100万u，取附近富有血运带蒂健康肌瓣骨髓腔填充，密闭缝合伤口。填充疗法，新肉护骨，具有抗病菌能力，可促使修复痊愈。

6. 术后处理：术后注意患肢血运，肿痛抬高休息，关节不利挛缩者行皮牵引，合并病理性骨折需石膏绷带或小夹板固定。

换药时，取透骨消毒散（透骨草、艾叶、细辛、红花、防风、桂皮、羌活、苍耳草、蜂房各10g。煎水，先熏后洗，不洗伤口）熏洗患肢后，用红灵酒（生当归、肉桂薄片、干姜切碎片各10g，红花、花椒各6g，细辛研末、樟脑各3g，将上药浸入白酒0.5kg，浸泡7天备用）外搽，提高局部温度和抗病力，加强血运，散瘀消肿。伤口用红升丹（药用红升或黄升30g，研极细末，贮瓶备用）干药条引流4~5次。脓汁稠少，腐肉已脱，新肉红润，改上五虎丹（红升、煅石膏各12g，川连末、轻粉各3g，冰片2g。共研极细末，贮瓶备用）干药条引流4~6次。脓汁少，腐净，肉芽红活，改上生肌散（五花龙骨6g，血竭、赤石脂各5g，煅石膏12g，冰片2g。共研极细末，贮瓶备用）干药条引流。伤口缩小，出现脓汁似捻丝状停塞引流，外口撒生肌散，硬纸加压，患部用

绷带包裹，促使空腔新肉紧贴粘合而愈。

全身和局部症状消失，疮口愈合，服骨康丸（酥龟板100g 益母草80g 紫河车1具，各研末，小公猪睾丸5付蒸熟，大枣250g去皮核，打成枣泥，蜂蜜150g。上药各混匀，蜜炼为丸，如黄豆大，每次服5~10丸，每天服2次）3个月~1年，以巩固疗效。

疗效分析

一、疗效标准：（1）痊愈：全身和局部症状消失，窦道愈合，X线片证实骨质修复，骨折愈合，关节功能恢复；（2）好转：全身和局部症状基本消失，窦道近期愈合，X线片骨质修复过程中，关节功能稍受限；（3）无效：一般情况改善，但局部窦道与X线所见无好转。

二、治疗结果：本组104例中，痊愈91例，占87.5%，好转10例，占9.6%，无效3例，占2.9%，总有效率97.1%。本组瘀毒型33例，痊愈30例；寒凝型25例，痊愈22例；虚热型19例，痊愈17例；气血两虚型16例，痊愈14例；肝肾阴虚型11例，痊愈8例。本组并用手术治疗者95例，其中清疮搔刮术者48例，病骨切除术者41例，骨腔肌瓣填充术者6例。

发病部位与疗效的关系：发病位于肱骨者11例，痊愈9例，好转2例；桡尺骨者4例，痊愈4例；股骨者33例，痊愈29例，好转3例，无效1例；胫腓骨者16例，痊愈12例，好转2例，无效2例；指骨者12例，痊愈12例；趾骨者5例，痊愈5例；跖骨2例，痊愈2例；髌骨翼者4例，痊愈3例，好转1例；肋骨者3例，痊愈3例；锁骨者2例，痊愈2例；下颌骨者8例，痊愈7例，好转1例；其它者4例，痊愈3例，好转1例。

三、疗程：104例中，疗程1个月以内者83例，1~2月者21例，疗程最长者54天，最短者17天，平均治疗天数26天。

讨论

本病属中医“疽症”，“骨痿疮”范畴，患于

大腿外侧者称“附骨疽”，内侧者为“咬骨疽”。本病的内因与体质有关，外因多为外伤、细菌感染所致。因而我们临床采用分类、分型治疗。分类反映局部病理变化为主，分型反映整体机能状况为主，两者有机地结合起来进行临床辨证分析，确立其治疗方案。临床实践中，既重视到局部治疗，又强调对整体的调节。如机体功能虚弱，着重内治为主，外治为辅；如局部病变重，着重外治为主，内治为辅；并有全身和局部情况，则内治与外治并顾。

我们认为本病属阴阳俱症。阳症者，根据其毒热、血瘀、脓腐等情况，采用清热解毒、凉血软坚、化瘀消肿、托里排脓的法则进行治疗；阴症者，根据阴寒内蕴、寒凝血滞、气血不足、肝肾虚衰等情况，采用温经通络，益气养血，滋补肝肾的法则进行治疗。热甚宜清、毒甚宜解、瘀甚宜化、体虚宜补、未成脓宜消、脓不畅宜托、敛合宜巩、成脓宜排、窦道宜刮、死骨宜除、腐尽宜敛、肿胀宜抬（高）、挛缩宜牵（引）、病理性骨折宜固（定）。即总的可概括为清、解、化、补、消、托、巩、排、刮、除、敛、抬、牵、固14字法则。临床应按患者的具体情况，辨证施治，灵活应用。

本病引起的慢性溃疡、窦道、死腔、骨脓肿、骨瘻孔、死骨、骨空洞缺损等病变，为影响本病愈合的因素，均需采用手术彻底清除这些病灶，才能取得较好的远期疗效。有的一次手术未成，还须再次手术，才能收效。清疮搔刮术、病骨切除、骨腔肌瓣填充均为本病的有效手术方式。

清创术后的处理，应当重用升药为主（参考笔者：应用中药纸捻钉治愈5例颜面部痿管的临床体会。中医杂志1966；5：38），以消毒干纱条与升药互相滚匀，插入伤口，紧贴管壁组织，全面腐蚀，以达到祛腐生新目的，然后改用生肌散药条以收痊愈。升药条宜隔日换药1次，不需每日换药。因升药是热性腐蚀药，上药过频，伤口内干燥而易引起酸胀灼热感。升药刺激局部还产生轻度的炎症反应，但绝大多数患者不会引起全身反应。上升药条

时，一次不宜超过 0.5g，以免引起汞中毒。如发现患者唾液分泌增多、口内有金属味、口痛、口臭、颈部淋巴结肿胀、发热、心悸、乏力、浮肿、腹泻等反应，应即停药，并给予相应的治疗。颜面患部有炎肿、禁忌挤压，以免引起炎症扩散，引起颅内感染。术后伤口脓液由稀薄变为稠厚时，往往是逐渐愈合的征象，如用药后脓液仍稀薄则说明无好转，伤口内肉芽由苍白变为红活，并逐渐低陷成凹形，创口

分泌出现捻丝状，则说明愈合后是巩固的，否则敛后仍有反复外溃的可能。

本病在痊愈期可服骨康丸 3 个月~1 年，以巩固疗效。骨康丸具有滋阴潜阳、补气血、益肾精、疗诸虚损、强筋健骨、散瘀消肿、调和脾胃、清热解毒等作用。我们通过临床实践观察，认为骨康丸还有祛秽生肌的作用，重用龟板可促进病灶修复，促骨代谢。对促进病愈、巩固疗效均有较好疗效。

中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎坏死期 1 例

第四军医大学附属二院中医科 宋国增

病历摘要 杨××，男，27岁，煤矿工人，住院号：142551。1977年秋从事井下采煤，环境潮湿。喜吸烟。2年后出现右下肢发冷，足趾发紫，间歇性跛行。1981年冬右中趾发黑，疼痛增剧，夜间尤甚，常彻夜不眠，抱足而坐。曾在当地医院用中药及静滴 654-2 等治疗，疼痛略有缓解而发黑部位增大。1982年5月28日来我院矫形外科门诊，诊断为“脉管炎”，后转中医科收住院治疗。检查：右小腿肌肉萎缩，右足皮色紫暗，皮肤温度减低，第3趾焦黑坏死，远端 $\frac{1}{5}$ 已脱落，近端与足背结合部有少量脓性分泌物，足背动脉搏动消失。两侧桡动脉弦细稍数，舌质暗淡，苔薄白花剥。化验：Hb 16g，WBC 15400，N 80%，诊断：血栓闭塞性脉管炎坏死期。

治疗经过 第一阶段（1982年5月28日起，约一月），证属气阴两虚、瘀阻脉络、郁久化热。拟益气养阴、活血通络、清热解毒为法。中药以顾步汤加减：黄芪24g 当归12g 元参20g 石斛10g 丹参15g 牛膝12g 鸡血藤15g 忍冬藤40g 乳没各9g 甘草9g。水煎服，1日1剂，分2次服。外用：马黄合剂（取马钱子30g打碎、黄连30g浸泡于75%酒精500ml内，一周后备用）局部涂擦，1日数次。西药：口服1.5%硫酸锌10ml，1日3次，复合维生素B2片，1日3次。静滴低分子右旋糖酐500ml、10%葡萄糖500ml加奴佛卡因0.48g、维生素C5g，1日1次，10次为一疗程（休息一周后可重复）。用药三天后疼痛明显减轻，已能入睡，右足皮肤温度增高，脓性分泌物减少。一周后右足背动脉搏动微弱可及。半月

后干性坏死组织与正常组织分界清楚，血象复查正常。第二阶段自6月23日起请矫形外科医生行右足第三趾截趾术，术后伤口有炎变，不易愈合。拟清热解毒、补气活血、托毒生肌为法。中药以四妙勇安汤加味：黄芪30g 当归12g 玄参18g 蒲公英15g 忍冬藤60g 白芷9g 乳没各9g 甘草6g。口服西药同前。局部配合理疗：激光（He—Ne）照射创面10分钟，超短波治疗20分钟，每天1次。调治月余，右足伤口肉芽长平。第三阶段（7月30起，约1月），因病久体弱，气血双亏。拟调补气血，化痰通络，佐以清热。用药与第一阶段相似，并嘱加强营养，适当锻炼。1982年8月24日出院时，右足背皮肤颜色红润，足背动脉搏动良好，已能行走1公里路。总疗程不到3个月，疗效尚属满意。

体会：（1）本病有急性炎变和慢性缺血的周期性交替发作的特点，故急性炎变期，治法应祛邪消炎为主，佐以活血化瘀；慢性缺血期，宜扶正活血化瘀为主，佐以清热解毒。（2）据报道，锌有促进创伤愈合作用，口服硫酸锌可使下肢溃疡愈合。每天口服硫酸锌150mg可使缺血肢体的循环得到改善，减轻缺血性疼痛，使早期坏疽获得痊愈，脉搏恢复正常。笔者已治疗脉管炎3例，临床观察确有明显效果，连服三月，无不良副作用。（3）马黄合剂局部涂擦，可应用于脉管炎的各期，有消炎止痛、通经活络作用，配合理疗，用激光与超短波治疗，亦有抗炎、加强血液循环及促进上皮生长等作用。