

仙方活命饮灌肠治疗慢性肾衰并化脓性髌髌关节炎 1 例

贾丽涛 王爱国 赵亚 陆军

摘要:化脓性关节炎属于中医学的“骨痲疽、流注”等范畴,临床多发生于膝关节、髌关节等,而化脓性髌髌关节炎在临床上比较少见,患者发病前多有邻近组织开放性损伤、手术损伤、泌尿道及妇科相关炎性疾病病史,临床多表现为臀部或腰骶部疼痛、发热,此文通过回顾总结临床 1 例化脓性髌髌关节炎患者发病及治疗特点,采取抗感染治疗的同时予以中医药治疗,阐述了此病发生的病因病机,中医药治疗此病的作用原理,揭示了中西医结合治疗此病的优势,以期提高临床医生重视治疗感染性疾病时使用中医药,从而保证中医药更好地应用于临床。

关键词:骨痲疽;化脓性髌髌关节炎;仙方活命饮;中药灌肠

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.15.049 文章编号:1003-8914(2024)-15-3122-03

临床上化脓性关节炎多发于膝、髌等关节,不常见于髌髌关节,因其病例较少,且早期症状不典型,如不能及时准确地做出诊断,病情可能迅速发展,严重者可能造成感染播散,形成严重的并发症^[1]。本文通过分析笔者收治的 1 例化脓性髌髌关节炎患者的病历资料,结合其临床表现及病历特点在采取西医抗感染治疗的同时,辨证采用中医药治疗,发挥中医治疗的优势,从而缩短了治疗过程,改善患者的预后。

1 病历资料

张某某,女,69 岁。主诉“腰部伴左下肢疼痛,行走困难 2 d”于 2021 年 11 月 17 日入院,患者于入院前 2 d 出现左臀部及腰部疼痛,牵涉至左下肢,逐渐加重至行走困难,患者前来笔者医院急诊就诊并收入骨科住院治疗。入院时患者身热,寒战,左臀部疼痛剧烈,着床时臀部疼痛明显,不能行走,翻身困难,纳食可,夜寐安,大便可,小便无,既往肾衰尿毒症病史 10 余年,现规律透析,3 次/周,既往高血压病病史 10 余年,口服波依定、倍他乐克,平素血压维持于 170/80~90 mm Hg(1 mm Hg≈0.133 kPa),否认近期外伤史。入院时查体:T:38.2℃,腰椎生理曲度变浅,腰 4/5,腰 5/骶 1 椎间隙轻压痛,左侧梨状肌处压痛,左侧髌髌关节间隙压痛明显,不伴放射痛,双直腿抬高均达 70°以上,右“4”字试验(-),左侧因疼痛未查,双侧腹股沟中点未及压痛,双足背动脉搏动未及,双侧胫前未及指凹性水肿。辅助检查:入院时自带腰椎正侧位示:腰椎退行性变;血常规:白细胞总数:14.04×10⁹/L↑,中性粒细胞比率:87%↑,肌酐:765 μmol/L↑;C 反应蛋白:91.42 mg/L↑;电解质:钙:1.91 mmol/L↓,氯:

98 mmol/L↓,钠:134 mmol/L↓;血凝试验+D-二聚体:D-二聚体:0.83 mg/L↑;纤维蛋白原浓度:5.817 g/L↑。

入院诊断考虑:菌血症,腰椎感染性疾病?慢性肾衰竭,高血压病 3 级(极高危)。结合患者既往肾衰病史,急给予哌拉西林钠(海正辉瑞有限公司,规格:45 g,批号:AMLC/21)2.25 g+氯化钠注射液(四川科伦药业,规格:100 ml,批号:Z21102301)100 ml/9^h,静脉滴注以抗感染治疗,并继续完善检查,查血培养回报:金黄色葡萄球菌,对哌拉西林钠敏感,继续予抗感染治疗,仍诉左髌髌部疼痛,体温持续升高,入院后查双髌关节 MRI 平扫回报:考虑左侧髌髌关节感染性关节炎,累及左侧髌肌、臀中肌、臀小肌。髌髌关节 CT 平扫回报:双侧髌髌关节面局部不规整,关节面下低密度影,骨盆正位回报:双髌髌关节退行性变,双侧髌髌关节密度增高,患者面赤、烦躁、时欲饮水,舌红,苔黄,脉洪数,结合患者入院后检查结果、临床表现及舌脉,考虑主要诊断:西医诊断:左侧化脓性髌髌关节炎,脓毒血症;中医诊断:骨痲疽,热毒蕴结证。继续予静脉滴注哌拉西林钠抗感染治疗。考虑患者为邪毒内侵,壅滞关节,辨证使用中药以清热解毒。结合患者既往肾衰,无尿,内科情况较复杂,机体不耐受等情况,不予口服中药,采取中药灌肠形式。处方:仙方活命饮加减,处方:金银花 20 g,陈皮 20 g,当归尾 12 g,皂角刺 12 g,乳香 10 g,没药 10 g,防风 10 g,浙贝母 12 g,白芷 10 g,天花粉 10 g,甘草 10 g。水煎至 200 ml,灌肠液温度接近体温,予以保留灌肠,1 次/d。

患者入院后检查结果,髌髌关节 MRI 提示关节腔无明显积液(脓肿),髌髌关节 CT 无明显骨质破坏,予继续西药抗感染、中药灌肠治疗,治疗 11 d 后患者体温恢复正常,臀部疼痛症状不明显,症状持续缓解,疼痛好转。持续监测患者血常规、血清淀粉样蛋白、前降钙素等感染性指标,监测感染相关指标提示:入院时急

作者单位:天津市中医药研究院附属医院骨科(天津 300120)

通信方式:E-mail:jialitaotcm@163.com

查患者血常规:白细胞总数: $22.09 \times 10^9/L \uparrow$;中性粒细胞比率: $92.5\% \uparrow$,中性粒细胞数目: $20.42 \times 10^9/L \uparrow$;C反应蛋白: $169.01 \text{ mg/L} \uparrow$;血清淀粉样蛋白: $279.32 \text{ mg/L} \uparrow$;前降钙素: $4.56 \text{ ng/ml} \uparrow$;住院治疗30 d时患者血常规:白细胞总数: $5.86 \times 10^9/L$;中性粒细胞比率: 69.2% ,中性粒细胞数目: $4.05 \times 10^9/L$;C反应蛋白: $59.65 \text{ mg/L} \uparrow$;血清淀粉样蛋白: $61.12 \text{ mg/L} \uparrow$;前降钙素: $2.11/\text{ml} \uparrow$;感染指标呈下降趋势。继续静脉滴注哌拉西林钠抗感染、中药灌肠治疗至4周后患者好转出院。

按语:《黄帝内经》云:“邪气者,虚风之贼伤人也,其中人也深,不能自去……有所结,气因于骨,骨与气并,日以益大,则为骨痠疽”,患者既往尿毒症病史10余年,素体虚弱,加之邪毒内侵,留于筋骨,瘀阻经脉,郁久化热,热蒸肉腐成脓,《灵枢·痲疽》指出:“热气淳盛,下陷肌肤,筋髓枯,内连五藏,血气竭,当其痲下,筋骨良肉皆无余,故命曰痲”。对于骨痲疽的治疗,消法是用于一切肿疡初起的治疗总则,以清热解毒、消肿散结、活血止痛为主,并循《黄帝内经》“坚者消之”“结者散之”“留者攻之”,即消法之意。本例患者发病时间较短,治疗及时,未出现成脓表现,因此以清热解毒为主,兼以活血止痛、散结消痲,方用仙方活命饮加减,方中重用金银花,其性味甘寒,最善清热解毒疗疮,前人谓之“疮痲圣药”,为君药;当归尾、赤芍活血通滞,乳香、没药活血行气、消肿止痛,陈皮理气行滞,共为臣药;白芷、防风外透热毒之邪,皂角刺通行经络、引药直达病所,浙贝母、天花粉清热泻火、散结消痲是为佐药;甘草清热解毒,调和诸药。考虑到患者肾衰尿毒症的情况,恐机体耐受力不足,因此改中药口服为中药保留灌肠,既以中医辨证为依据,又发挥了中药外治法的优势。

2 讨论

髌髌关节及周围常见疾病有强直性脊柱炎、坐骨神经痛、腰椎间盘突出症、脊柱关节炎、肌筋膜炎等,而感染性髌髌关节炎比较少见。感染性髌髌关节炎包括化脓性髌髌关节炎、结核性髌髌关节炎、布鲁菌感染髌髌关节炎3大类,其中化脓性髌髌关节炎患病率为 $1\% \sim 2\%$ ^[2,3],而结核性髌髌关节炎和布鲁菌感染髌髌关节炎更为少见。化脓性关节炎是由机体自身的影响以及外在因素的侵入导致感染,并发生在髌髌关节这一特殊部位^[4],初起时此病症状不典型,常有单侧臀部或腰髌部的疼痛症状,因其病例较少,临床医生对其认识不足,容易引起漏诊、误诊^[5]。化脓性髌髌关节炎的感染方式以血行感染多见,也可为开放性损伤、手术继发感染或从周围软组

织感染蔓延而来,一般与盆腔感染、静脉滥用药物和妇科感染相关^[6]。临床上部分髌髌关节感染患者可以有前驱诱因,多为近期内的腹泻病史,产后或流产后^[7]。

化脓性关节炎属于中医学的“骨痲疽、流注”范畴,病因病机多为机体正气不足,导致外邪入侵,邪毒壅滞于关节而发病。《黄帝内经》认为骨痲疽乃“邪气入侵,引起营卫不通,津液气血凝泣而致”。《灵枢·刺节真邪》指出:“邪气者,虚风之贼伤人,邪气者,虚风之贼伤人也,其中人也深,不能自去……搏于脉外,则为血闭不通,则为痲……有所结,深中骨,气因于骨,骨与气并,日以益大,则为骨痲”。《医学金鉴·正骨心法要旨》指出:“跌打损伤之症,专从血论……损伤之症肿痛者,乃瘀血凝结作痛也”。《金匱要略·水气病脉证并治》载:“血不利,则为水”。明代汪机《外科理例》认为:“大抵流注之症,多因郁结,或暴怒,或脾虚湿气逆于肉理,或腠理不密,寒邪客于经络,或闪扑,或产后,瘀血流注关节,或伤寒余邪未尽为患,皆因真气不足,邪得乘之”。清代高思敬《外科医镜》曰:“流注病多生于十一二岁,或七八岁,三两岁小儿最多,大都有先天不足,寒湿乘虚入里”。中医对此病的病因病机认识目前基本一致^[8],大多数医者认为此病乃素体虚弱,感受风寒湿邪或热毒蕴结,或因跌打损伤、瘀热相结、阻于筋骨、气血凝滞而成,在骨痲疽的发生、发展的过程中常常有正邪消长的过程,“正邪相搏”“邪正消长”。正盛邪弱,则病情逐渐痊愈;正虚邪盛,则病情进一步加剧并恶化。《疡科纲要》载:“疗疮之要,未成者必成其消,始之于早,虽有大证,而可以消散无形”。治疗时要根据患者病情及疾病的不同阶段结合消、托、补三法,加以辨证施治,做到消中有托、托中有消、补中有消、消补兼施等。

仙方活命饮又称为神仙活命饮、真人活命饮,“仙方”托名仙人所传之方,言其功效神;“活命”谓有定痛回生之功。仙方活命饮出自《校注妇人良方》,书中称其“治一切疮痲,未成者即散,已成者即溃”,适用于各类疮痲肿毒。《医宗金鉴·外科心法要诀》称其为“疮痲之圣药,外科之首方”,可见其清热解毒、消肿溃坚、活血止痛之功效。临床上仙方活命饮被广泛应用于各种感染性疾病。有研究表明,化脓性膝关节炎在行膝关节镜微创清理手术后结合口服仙方活命饮可以更好地恢复患者膝关节功能、改善膝关节疼痛,较单纯采取关节镜治疗效果明显^[9]。研究证实手术创伤会引起炎症反应,促进IL-6、IL-8等炎症因子释放,导致其在

血清中的表达水平增高^[10]。对于慢性骨髓炎术后患者口服仙方活命饮加减能使患者血清 IL-6、IL-8、TNF- α 水平显著下调,进一步减轻患者的术后机体炎症反应^[11]。临床研究发现,仙方活命饮中的君药金银花可以高效缓解花生四烯酸引起的小鼠肿胀情况,表明金银花有高效的抗炎作用^[12],并且可以调控机体的免疫机制,增强机体的免疫力^[13]。

中药灌肠最早记载于《伤寒论》^[14],是有悠久历史的中医外治法,在《伤寒论·辨阳明病脉证并治》中曾记载:“大猪胆汁一枚……以灌谷道内,当大便出宿食恶物,甚效”。经过历代医家的传承和发扬,中药灌肠法得到不断的改良和创新,在《备急千金要方》《医宗金鉴》《证治准绳》等书中均有类似的记载^[15]。中药灌肠可通过直肠静脉丛快速吸收药物有效成分,避免加重内科疾病的不良反应,疗效肯定,被临床广泛应用^[16]。中医认为大肠主津,参与体内水液代谢的调节,中药灌肠治疗可以将肠道灌入的药物吸收进体内,且肺和大肠相表里,大肠吸收的药物可顺经脉循行上输于肺,在肺朝百脉的作用下,将药物输布于五脏六腑、四肢百骸,从而起到整体治疗的作用^[17]。

本例患者因内科疾病情况,既往肾衰竭病史,机体的耐受能力较差,因此采取中药灌肠治疗取代常规的口服中药治疗,对患者耐受程度要求低,既发挥了中药灌肠法的外治优势,又以中医辨证论治为依据,取得了良好的治疗效果。

3 结论

通过上述病历分析,化脓性骶髂关节炎患者比较少见,对有以下腰部疼痛,伴有臀部及髋部疼痛且高热的患者要及时完善相关感染指标检查,并完善影像学检查,由于早期没有骨质破坏,X 线片及 CT 扫描没有异常改变,对于高度怀疑有化脓性感染的病例要及时完善 MRI 检查,必要时可予穿刺抽取关节液培养的方法来明确诊断,对症使用敏感抗生素治疗的同时采用中药治疗可以补充西医治疗的不足,有效缓解发热、疼痛等症状,缩短治疗时间,减少并发症的发生。对于一些有特殊情况的患者,可以根据患者的基本情况采取适宜的给药途径,达到减少不良反应,增加治疗效果的作用。

参考文献

[1] 马华,黄烽.生物制剂治疗强直性脊柱炎的新进展[J].中华内科杂志,2010,49(6):533-534.
 [2] KLEIN MA, WINALSKI CS, WAX MR, et al. MR imaging of septic sacroiliitis [J]. Comput Assist Tomogr, 1991, 15(1):

126-132.
 [3] KUCERA T, BRTKOVA J, SPONER P, et al. Pyogenic sacroiliitis: Diagnosis, management and clinical outcome [J]. Skeletal Radiol, 2015,44(1):63-71.
 [4] MATHEWS CJ, WESTON VC, JONES A, et al. Bacterial septic arthritis in adults. [J]. Lancet, 2010, 375(9717): 846-855.
 [5] 赵征,王炎焱,金京玉,等.34 例骶髂关节异常误诊为脊柱关节炎的磁共振成像分析[J].中华内科杂志,2014,53(9):724-729.
 [6] BART G, PLAT M, DEROUET N, et al. Post-partum infectious sacroiliitis [J]. Med Mal Infect, 2013, 43(10): 431-433.
 [7] 王炎焱,赵征,张江林,等.骶髂关节炎 509 例临床资料分析[J].中华内科杂志,2013,52(11):924-927.
 [8] 王少山.骨病中西医结合诊疗学[M].北京:中国中医药出版社,2001:443-444.
 [9] 胡军,周中.关节镜下清理结合仙方活命饮治疗急性化脓性膝关节炎的临床观察[J].南京中医药大学学报,2019,35(2):148-151.
 [10] 盛国强,徐红霞.仙方活命饮对急性化脓性扁桃体炎血清炎症因子的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(30):3362-3364.
 [11] 于继岗,韩鹏勃,付永亮.仙方活命饮加味方加减对慢性骨髓炎术后患者血清炎症因子的影响[J].辽宁中医杂志,2021,48(9):136-138.
 [12] 杜叶青,段治康,董舒卉,等.基于网络药理学的金银花活性成分抗炎作用机制的研究[J].中国药物化学杂志,2019,29(2):96-102.
 [13] 巫金娜.金银花含漱液联合牙周基础治疗对重度牙周炎疗效的临床研究[J].吉林医学,2016,37(8):1893-1895.
 [14] 冯文涛,韩耀国,孙芳园,等.中药灌肠法的临床应用研究进展[J].世界中西医结合杂志,2020,15(8):1565-1568.
 [15] 苏新民,马芝艳.中药灌肠法述要[J].中国中医药现代远程教育,2005,3(5):45-46.
 [16] 蔡昂.中药灌肠治疗肿瘤患者外感发热的临床观察[J].内蒙古中医药,2013,32(2):21.
 [17] 孔华云,孙伟.慢性肾衰中药灌肠方法及机理研究[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(4):136-138.

(编辑:张文娟 收稿日期:2023-12-19)

金木者,水火所由以升降也。木直则肾水随木而左升,金从则心火随金而右降。木曲而不直,故肾水下润;金革而不从,故心火上炎。而交济水火,升降金木之权,总在于土。土者,水火金木之中气,左旋则化木火,右转则化金水,实四象之父母也。不苦、不咸、不酸、不辛,是以味甘。己土不升,则水木下陷,而作酸咸;戊土不降,则火金上逆,而作苦辛。缘土主五味,四象之酸苦辛咸,皆土气之中郁也。

——清·黄元御《四圣心源·卷一·天人解·五味根原》