

拔毒生肌散治愈脑疽合并消渴症 1 例

林修森

(武汉市中医医院疮疡瘰癧科, 武汉, 430010)

摘要 通过临床病例观察拔毒生肌散治疗脑疽合并消渴症的疗效。结果证实拔毒生肌散治疗难愈性疮疡具有疗效确切, 见效迅速, 操作简便的特点。拔毒生肌、煨脓长肉的独特观念值得中西医同道共同重视。

关键词 脑疽; 拔毒生肌散; 中医药治疗; 难愈性疮疡; 消渴症

A Case of Refractory Carbuncle of The Nape Combined With Diabetes Cure By Badu Shengji Powder

Lin Xiuse

(Department of ulcer and Scrofula, Wuhan Hospital of traditional Chinese medicine, Wuhan 430010, China)

Abstract Observe the curative effect of Badu Shengji Powder on Refractory Carbuncle of The Nape Combined With Diabetes. Badu Shengji powder has the exact curative and rapid effect on refractory ulcer, and simple to operate. The unique concept of expelling the toxin and remove pus to generate muscles deserves the attention of Chinese and western medicine.

Key Words Refractory Carbuncle of The Nape Combined; Badu Shengji Powder; Treatment of traditional Chinese medicine; Ulcer; Sore and ulcer; Diabetes

中图分类号: R242 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.06.018

脑疽系指生于项颈部的有头疽, 多见于老年患者, 常伴消渴之症, 《疡科心得集》云“外疡中脑疽为第一险证, 易成易败, 变化多端”, 临床治疗十分棘手。拔毒生肌散系源自清代名医赵廷海之治伤名方, 收载于《救伤秘旨》, 适用于疮疡已溃, 脓腐未清, 久不生肌。我们采用拔毒生肌散治愈脑疽合并消渴症 1 例, 报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 70 岁, 于 2017 年 2 月 6 日, 因“患糖尿病 20 年, 颈项后颈部疼痛 1 个月余, 加重切开引流术后 26 d”入院(住院号: 225761)。患者于 1 月前无明显诱因出现后颈部刺痛, 发现疼痛处位于后颈部毛发间, 为数个豌豆大红色丘疹, 未予重视。26 d 前疼痛加重, 伴发热, 遂前往当地社区卫生中心就诊, 诊断为“后颈部疖肿”, 予以切开引流处理, 并口服头孢克肟分散片 0.1 g, 2 次/d, 并每天换药。后创口疼痛虽逐渐减轻, 无发热、头晕、心慌、胸闷等, 但创口面积越来越大, 遂来我院就诊, 收入院。患者既往有糖尿病史 20 年, 自服优降糖, 血糖长期控制不佳; 有 40 多年风湿性关节炎之历史, 发作时自服扑炎痛、萘普生, 外用关节止痛膏等药物, 每能缓解; 曾因“子宫肌瘤”行两次挖除手术。否认高血压、心脏病、卒中、肝肾疾病、肺炎等疾病史, 否认传染病史, 否认外伤史、输血史。入院查体: 生命体征正常,

无发热, 一般情况可, 发育正常, 营养良好, 神志清楚, 精神略差, 自主体位, 正常面容, 表情自如, 查体合作; 腹部见手术横切口, 长约 15 cm; 耳、鼻、咽、喉未见明显异常; 心、肺、肝、胆、脾、肾等未查见异常。项部平 4~6 颈椎平面可见直径约 5.0 cm 组织坏死灶, 深达肌筋膜层, 肉芽晦暗, 有黄色坏死组织附着, 少许灰白色脓性分泌物, 周围皮肤颜色暗红, 轻压痛, 创口 2 点处查见疖肿 1 个, 颈部活动受限。见图 1。入院中医诊断: 入院中医诊断: 1) 脑疽病, 2) 消渴病, 3) 正虚邪恋证; 入院西医诊断: 1) 头痛, 2) 2 型糖尿病。

入院后补充实验室检查, 见: 空腹血糖 12.68 mmol/L ↑, 糖基化血红蛋白 8.82% ↑; 血红蛋白 9.2 g/L ↓, 红细胞计数 $3.76 \times 10^9/L$ ↓, 红细胞压积 32.9% ↓; 纤维蛋白原: 4.01 g/L ↑; 球蛋白: 30.6 g/L ↑, 白球比: 1.3 ↓。下肢血管彩超: 双下肢动脉斑块形成, 右侧小腿肌间静脉血栓形成, 右侧大隐静脉远端曲张。分泌物细菌培养显示为金黄色葡萄球菌和产气荚膜梭菌的混合感染。补充诊断: 小细胞低色素贫血, 下肢动脉粥样硬化闭塞症, 心脏瓣膜病。

给予: 健脾益气托毒为法, 组方煎药服用; 门冬胰岛素 30 注射液(诺和诺德(中国)制药有限公司, 国药准字 S20133006)早晚餐前皮下注射, 20 μ/次; 二甲双胍缓释片(重庆康刻尔制药有限公司, 国药准

字 H20052243) 口服, 2 次/d, 1 片/次, 以控制血糖; 克林霉素磷酸酯注射液(武汉大安制药有限公司, 国药准字 H20066537) 静脉滴注, 2 次/d, 1.2 g/次, 以控制感染; 健脾生血片(健民药业集团股份有限公司, 国药准字 Z19991066) 口服, 3 次/d, 2 片/次, 以纠正贫血; 硫酸氢氯吡格雷片(深圳信立泰药业股份有限公司, 国药准字 H20000542) 口服, 1 次/d, 2 片/次, 以预防血栓形成。同时以拔毒生肌散(健民药业集团股份有限公司, 国药准字 Z20044390) 为主, 进行换药: 轻轻清除松弛即将脱落之坏死组织及腐皮及腐肉, 以棉签轻轻拭去液化稀薄之脓液, 用 3% 过氧化氢溶液冲洗创面 1~2 次, 继用棉球吸干, 用乙醇棉球拭净创周皮肤, 最后将拔毒生肌散均匀撒布于创面, 用油纱条覆盖, 外用无菌纱布包扎; 每天换药 1 次, 直至第 12 天, 于第 15 天又换药 1 次, 根据创面愈合情况, 此后换药后未再撒布拔毒生肌散。

入院 10 d 时, 患者精神状态良好, 三餐二便正常, 血糖控制平稳, 贫血纠正, 肝肾功能正常, 项颈部溃疡肉芽组织趋向新鲜, 面积明显缩小。如图 2。无明显疼痛, 略感瘙痒, 要求出院, 于 2 d 后给予出院, 出院日期 2017 年 2 月 18 日。出院中医诊断: 1) 脑疽病, 2) 消渴病, 3) 正虚邪恋证; 出院西医诊断: 1) 头痛, 2) 2 型糖尿病, 3) 小细胞低色素贫血, 4) 下肢动脉粥样硬化闭塞症, 5) 心脏瓣膜病。出院医嘱: 1、嘱出院后继续口服克林霉素, 二甲双胍, 皮下注射门冬胰岛素 30, 每周来院换药 2 次。2017 年 3 月 8 日, 患者来院随访换药, 创口已基本愈合。如图 3。



图 1 用药前 图 2 用药 10 天 图 3 用药 30 天

2 讨论

中医学认为: 脑疽属太阳膀胱经积热, 或湿热上壅, 或风温外感, 或阴虚火炽, 或肾水亏损、阴精消涸所致。其源之浅深不同, 而证之轻重亦异。又有一种阴证, 初起形色俱不正, 寒热不加重, 身虽发热, 面色形寒, 疡不高肿, 根盘平塌, 散漫不收, 过候不透, 脓稀不腐, 正气内亏, 不能使毒外泄, 而显陷里之象。此由平日肾水亏损, 阴精消涸, 阴火炽甚而成, 其危险不能过三候矣。其中犹有三陷变局, 谓火陷、干陷、虚陷也。火陷者, 气不能引血外腐成脓, 火毒反陷入营, 渐致神迷, 发痉发厥; 干陷者, 脓腐未透, 营

卫已伤, 根盘紫滞, 头顶干枯, 渐致神识不爽, 有内闭外脱之象; 虚陷者, 脓腐虽脱, 新肉不生, 状如镜面, 光白板亮, 脾气不复, 恶谷日减, 形神俱削, 渐有腹痛便泄寒热, 宛似损怯变象, 皆不治之证也。大凡此证以小者为对口, 大者为脑疽, 俗即云落头疽也。由感于六淫之邪而发者, 为顺为阳; 伤于七情而发者, 为逆为阴。玉枕疽, 即后脑发, 生于脑后枕骨中。由足太阳膀胱经湿热凝滞而成。赤高肿者, 易治; 平塌漫肿, 未脓先腐, 但流血水者, 难治。“祛腐生肌药物疗法”是中医外科治疗慢性疮面的特色疗法, 中医有“拔毒生肌、煨脓长肉”之说^[1]。

拔毒生肌散为《救伤秘旨》所载之清代名方, 适用于疮疡已溃, 腐肉未脱, 或常留毒水, 创口下陷, 久不生肌者, 均有拔毒生肌之功。其中炉甘石收湿生肌、防腐敛疮; 冰片消肿止痛、防腐止痒; 煨龙骨止血敛疮; 虫白蜡祛风解毒; 煅石膏清热、收敛、生肌; 粉收湿敛疮; 黄丹拔毒生肌; 轻粉防腐、解毒, 诸药共同配伍制成拔毒生肌散, 外用可起到化腐提脓、祛腐生肌、敛疮镇痛的作用, 诸药合用, 共奏化腐提脓、去腐生肌、收湿敛疮之功^[2]。本例, 我们使用拔毒生肌散为主进行换药, 取得满意疗效: 10 d 左右可见明显新生组织激活生长, 创面缩小变浅, 敛收明显, 创面肉芽组织生长迅速, 肌纤维组织增生, 不断填充创口; 用药 30 d 时创面底部逐渐封闭创口, 基本愈合。

现代医学认为, 本例脑疽属于“痈”之范围, 多由金黄色葡萄球菌感染所致, 其病变是多个相邻毛囊同时发生急性细菌性化脓性感染, 也可由多个疖融合而成, 可见皮下组织密集的中性粒细胞浸润, 与组织坏死和脓肿形成。患者通常伴有免疫功能低下状态, 如糖尿病、肥胖、不良卫生习惯以及艾滋病等。治疗原则为控制基础疾病, 选择敏感抗菌药物, 进行足量足疗程抗菌治疗, 局部予以连续换药。本病如果治疗失当, 则预后凶险, 严重者可继发毒血症、败血症、多器官功能衰竭等严重并发症, 甚至导致死亡^[3]。西医治疗方案重细菌感染防治, 轻组织修复促进, 因而病死率低, 但常常病程迁延^[4]。现代药理研究显示, 拔毒生肌散不仅具有抗菌作用^[5], 而且可促进大鼠破损皮肤伤口愈合^[6]。因此, 拔毒生肌散在符合现代医学抗菌的基本治疗原则的基础之上, 还可以促进组织修复, 加快创面愈合, 适用于治疗皮肤软组织感染类疾病, 尤其是创面深在, 伴有皮下组织坏死, 病程迁延的患者。本例患者组织坏死灶直径达 5.0 cm, 病所深达肌筋膜层, 肉芽晦暗, 有黄色坏死组织附着, 少许灰白色脓性分泌物, 因而入院前

经西医治疗反而病情每况愈重,经拔毒生肌散换药后迅速截断病势,转危为安。

糖尿病患者因体内持续高水平的血糖,血浆渗透压升高,中性粒细胞和巨噬细胞的吞噬功能及细胞内杀伤作用减弱,细胞因子水平紊乱,免疫水平下降,容易并发各种严重感染,并影响组织修复^[7-11]。糖尿病患者的血管病变和微血管病变是另一个重要原因,其中大血管病变以动脉粥样硬化为主,引起皮肤缺血性改变,本例患者即为下肢动脉粥样硬化;而微血管病变,主要为血管内皮损害,血粘度增高,血小板黏附与聚集,微血栓形成,微血管阻塞,导致组织缺血缺氧,从而影响伤口愈合^[12-14]。糖尿病患者周围神经病变,产生感觉与运动障碍,也是造成溃疡及其难以愈合的原因^[15-16]。本例患者院外经西医治疗数周不愈,创面情况反而恶化,除外头疽难治之外,还与患者既往有糖尿病史20年,自服优降糖,血糖长期控制不佳有关。我们予以标准的二甲双胍和胰岛素降糖正规方案治疗,恰切中病因,为患者创面的愈合提供了良好的基本条件。

本例患者还被发现存在轻度小细胞低色素贫血,研究发现,贫血可造成组织缺血缺氧,也是影响创面愈合的原因之一^[17-18]。因此,在拔毒生肌散为主换药的基础上,我们还给予了健脾益气托毒的中药汤剂,和糖尿病、贫血与抗感染的治疗。

中医学与现代医学在换药时存在不同操作理念,集中体现在:中医强调“煨脓”,西医强调“无菌”。“脓”在西医被认为是死亡的病菌和中性粒细胞,在换药时是必须清理干净,而中医却认为“煨脓肉长”^[19-20]。本例中换药中,我们并未特别追求西医的无菌观念,未对创面反复冲洗,未使用碘伏等消毒制剂,仅用乙醇进行了创周擦拭,这与西医理念不符。

本病案提示,中医学在难治性疮疡的诊治方面具有独到之处。拔毒生肌散治疗难愈性疮疡具有疗效确切,见效迅速,操作简便的特点。拔毒生肌、煨脓长肉的独特观念值得中西医同道共同重视。

参考文献

[1]刘爱民.脑疽外治法[J].湖北中医杂志,1990,12(6):2-4.

- [2]游冬阁,杨艳霞,裴学军,等.拔毒生肌散临床应用[J].世界中医药,2016,11(7):1381-1383.
- [3]陈孝平,汪建平.外科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2016:115-116.
- [4]王永进,王娟,何钢.皮肤及软组织感染临床诊治进展[J].临床误诊误治,2016,29(2):113-116.
- [5]蓑茂上,宫崎繁,宫本晴夫,等.腸内細菌叢に赤痢菌に對する甘汞の抗菌作用[J].日本医科大学雑誌,2010,17(11):836-840.
- [6]贺蓉,彭博,路艳丽,等.拔毒生肌散及其拆方对大鼠破损皮肤组织形态学的影响观察[J].中国中药杂志,2012,37(6):715-718.
- [7]Rayfield E J, Ault M J, Keusch G T, et al. Infection and diabetes: the case for glucose control[J]. American Journal of Medicine, 1982, 72(3):439-450.
- [8]胡建龙,杨海英,鞠海兵. Toll样受体9与2型糖尿病足溃疡的研究进展[J]. 华南国防医学杂志, 2017, 31(11):786-788.
- [9]邸铁涛,张春玲. 细胞生长因子影响糖尿病足溃疡愈合及治疗研究进展[J]. 贵州医药, 2017, 41(1):94-96.
- [10]马万瑞,张金玲,王志忠,等. 2型糖尿病医院感染危险因素病例对照分析[J]. 中国老年学, 2013, 33(5):1003-1005.
- [11]李峥璟,柏素萍,孙炳伟. 糖尿病溃疡形成机制的研究进展[J]. 江苏大学学报:医学版, 2012, 22(4):363-366.
- [12]李竞,毛拓华. 糖尿病微血管病变[J]. 微循环学杂志, 2013, 23(2):1-4.
- [13]董俊杰,董丽红. 血清炎症因子、血浆 Hcy 和血液流变学指标在糖尿病微血管病变患者中的变化[J]. 医学研究杂志, 2017, 46(7):145-148.
- [14]黄光联,何雪环,浦荣. 2型糖尿病合并微血管病变患者凝血功能检测分析的意义[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(10):65-66.
- [15]周吴玲,颜灿群. 糖尿病周围神经病变的研究进展[J]. 西南军医, 2017, 19(1):81-83.
- [16]朱平,任萌,徐刚,等. 糖尿病周围神经病变和血管病变对糖尿病足溃疡的相互作用及相关性探讨[J]. 中国糖尿病杂志, 2013, 21(12):1074-1077.
- [17]Jonsson K, Jensen J A, Scheuenstuhl H, et al. Tissue oxygenation, anemia, and perfusion in relation to wound healing in surgical patients[J]. Annals of Surgery, 1991, 214(5):605-613.
- [18]江兰,金秀平,魏剑芬,等. 2型糖尿病患者红细胞数减少与微血管病变发生的关系[J]. 山西医科大学学报, 2018, 49(1):40-43.
- [19]武瑞仙,裴晓华,刘庆义,等. 古代医籍对慢性伤口及祛腐生肌方剂的记载[J]. 吉林中医药, 2016, 36(10):1068-1071.
- [20]赵永娇,何颖华,智建文,等. 中医祛腐生肌法治疗慢性难愈性创面研究现状[J]. 北京中医药, 2010, 29(6):466-469.

(2017-05-21 收稿 责任编辑:徐颖)