

• 经验交流 •

脱疽的中医内外辨治体会

张翠月¹, 高征²

(1. 南阳理工学院张仲景国医学院, 河南 南阳 473004;

2. 南阳医学高等专科学校, 河南 南阳 473000)

【摘要】 脱疽是指发生于四肢末端、严重时趾(指)节坏死脱落的一种慢性疑难性周围血管疾病。现代医学对此病多采取手术疗法,病情严重时实施截肢术,患者常难以接受,同时在心理上造成极大痛苦。中医学认为,该病以脾肾亏虚为致病之本,寒湿外侵或跌扑损伤为发病之标,以气血凝滞、经脉阻塞为主要病机。临证治疗时,必须把握病机的关键,善于从病情发展的不同阶段来分析其本虚标实的主次轻重,坚持以活血通络法贯穿始终的基本治则。笔者在治疗中充分发挥中医药治疗本病的优势,坚持以中医药内、外辨治为主,并适当采用西药对症控制病情为辅,多获满意疗效。

【关键词】 脱疽;中医;内外辨证施治

【中图分类号】 R242 【文献标识码】 B 【文章编号】 1005-9903(2011)09-0289-03

脱疽,中医学又称脱骨疽,是指发生于四肢末端,严重时趾(指)节坏死脱落的一种慢性周围血管疾病,主要包括下肢动脉硬化性闭塞症(ASO)及糖尿病足(DF)等。现代医学对此病多采取手术疗法,病情严重时实施截肢术,常给患者心理造成极大痛苦。笔者在治疗本病过程中,充分发挥中医药的优势,坚持以中医药内、外辨治为主,并适当采用西药对症控制病情为辅,收到满意疗效。

1 把握病机关键

1.1 脾肾亏虚是致病之本 中医学认为,脱疽是以脾气不健,肾阳不足,即脾肾亏虚、正气不足为根本。脾主运化、主四肢,若脾气亏虚,健运失职,化生源乏,则气血不足,内不能荣养脏腑,外不能充养四肢;脾肾阳气不足,气血亏虚,不能温养四肢,且易外感寒湿,则致气血凝滞,经络阻塞,不通则痛,发为本病。

1.2 寒湿外袭、外伤或饮食不节为发病之标 中医学认为,本病以感受寒邪、外伤或饮食不节等为主要诱因。寒湿之邪侵袭人体,伤阳遏阳,则四肢不得阳气之温煦,且寒滞经脉,经络阻塞,气血凝涩,肢末失于濡养;若因外伤损伤脉络,乃致血瘀气阻,脉络不通,不通则痛,日久肢末失养;恣食肥甘、嗜酒等则可伤及脾胃,脾失健运,生化乏源,气血亏虚,不能濡养四肢。上述诸因终致四肢末端失煦、失濡,故见趾(指)间怕冷,苍白,麻木,或伴间歇性跛行,继则疼痛剧烈,日久则皮肉枯槁,坏死脱落。若蕴郁化热,湿热浸淫,则患趾(指)红

肿溃脓。

总之,脱疽发病的部位,主要在四肢末节,累及肌肉、筋骨等组织,以脾肾亏虚为本,寒湿外侵或跌扑损伤为标,大多属虚实夹杂,以气血凝滞,经脉阻塞为主要病机。临证治疗时,必须把握病机关键。

2 重视内、外辨证论治

2.1 以中医辨证内治为主 机体是一个以脏腑为中心的有机整体,内在的脏腑与外在的四肢、五体在生理上有着密切的关系;在病理情况下,二者则相互影响。脱疽虽病在四肢末节,累及肌肉、筋骨等组织,但根本原因是在诸多诱因的作用下致脏腑阴阳失衡,功能失调,气血凝滞。所以,务必重视对本病的辨证内治。

2.2 以湿为标、寒热为纲,分寒、热两型。宜治湿、治寒、治热,兼活血通络

2.2.1 寒湿证 多见于本病初期。症见患肢发凉,触之患肢温度降低,怕凉喜暖,皮肤苍白,患肢肿胀,并有肢体沉重,麻木感,发于下肢可见间歇跛行,趺阳脉搏动微弱或消失,舌质淡红,苔白腻,脉沉迟;后期溃破则创面发白,分泌物多清稀。此证多因素体气虚、阳虚,寒湿内生或复感寒湿,邪滞经络,气血阻滞不通而形成。治宜温阳散寒化湿、活血通络止痛。常用阳和汤或当归四逆汤加减治之。方药组成:制附片15 g,肉桂10 g,当归20 g,白术20 g,茯苓15 g,丹参25 g,赤芍30 g,红花10 g,地龙10 g,牛膝15 g,元胡15 g。

2.2.2 湿热证 多见于糖尿病足湿热坏疽后期。症见患肢溃破,红肿疼痛剧烈,患者常抱膝而坐,溃疡处腐臭难闻,情绪烦躁,心烦易怒,口干渴,小便黄,大便时溏时干,舌质红,苔黄厚腻,脉弦数。此证多由于寒湿郁久化热,湿热壅盛,湿郁热蒸,热盛肉腐成脓发展而来。治宜清热利湿解毒、活血通络止痛,临床常用四妙勇安汤加减治疗。方药组成:金银

【收稿日期】 2010-12-27

【通讯作者】 * 张翠月,副教授,从事中医外科学、中医护理学等课程的教学及临床, Tel: 15993189326, E-mail: nyzjcy@126.com

花 25 g, 玄参 15 g, 黄柏 15 g, 萆薢 15 g, 丹参 25 g, 当归 20 g, 牛膝 15 g, 赤芍 20 g, 川芎 15 g, 薏苡仁 30 g, 佩兰 15 g, 白花蛇舌草 30 g, 元胡 20 g。

2.3 从瘀、毒辨证论治 病邪阻滞, 脉络闭塞, 气血凝滞, 瘀血内生, 是本病形成的主要病理基础之一, 因此, 脱疽病无论何证, 均有血瘀之机、瘀血之候, 都必须从瘀论治, 坚持活血通络法这一基本治则。脱疽病, 还可常因脉络闭塞、气血凝滞日久, 久郁化热, 而致热毒内盛伤阴证候, 因此, 尚需清热解毒热毒之法。

2.3.1 血瘀证 常表现为患肢坠胀疼痛加重, 皮色暗红或青紫, 下垂时更甚, 抬高则苍白, 肌肉萎缩, 趾甲增厚, 夜痛难眠, 抱膝而坐, 趺阳脉搏动消失, 舌质黯红或有瘀斑, 苔薄白, 脉沉而涩。治宜活血化瘀、通络止痛。常用桃红四物汤加减治之。方药组成: 当归 25 g, 川芎 20 g, 丹参 30 g, 赤芍 30 g, 牛膝 30 g, 地龙 15 g, 土鳖虫 5 g, 全蝎 5 g, 水蛭 5 g, 元胡 25 g。

2.3.2 热毒伤阴证 症见患肢皮色暗红、肿胀, 皮肤起水泡, 渐变为紫黑色, 甚则五趾相传, 波及足背, 肉枯筋萎, 色黑而干枯, 毫毛脱落, 疼痛难忍, 伴身热口干, 便秘, 尿赤, 舌质红, 苔黄腻, 脉细数。治宜清热解毒、养阴活血止痛。临床常用顾步汤加减治疗。方药组成: 蒲公英 15 g, 金银花 25 g, 黄柏 15 g, 地丁草 15 g, 萆薢 15 g, 当归 25 g, 牛膝 25 g, 赤芍 15 g, 鸡血藤 30 g, 黄芪 15 g, 石斛 15 g。

2.4 从本辨证论治

2.4.1 脾气虚证 多由于久病体衰, 脾气虚弱, 气血生化不足所致。症见患肢肌肉萎缩, 皮肤干燥脱屑, 疮面生长缓慢, 经久不愈, 伴面容憔悴, 萎黄消瘦, 神情倦怠, 舌质淡苔白或无苔, 脉沉细而弱。治宜健脾益气养血、活血通络止痛。常用黄芪建中汤加减。方药组成: 黄芪 20 g, 白术 20 g, 党参 20 g, 茯苓 20 g, 熟地黄 20 g, 赤芍 20 g, 当归 25 g, 丹参 30 g, 牛膝 20 g, 鸡血藤 25 g, 甘草 10 g。

2.4.2 肾阳虚证 常由上述各证, 迁延不愈, 日久而致。常兼见精神萎靡不振, 面色晦暗无华, 上半身热, 下半身寒, 口淡不渴, 头晕, 腰膝冷痛, 筋骨萎软, 大便不爽, 舌淡, 脉弱。治宜温补肾阳、活血通络, 方用附桂八味丸加减。方药组成: 炙附子 15 g, 桂枝 12 g, 茯苓 15 g, 白术 10 g, 当归 20 g, 牛膝 25 g, 赤芍 15 g, 黄芪 20 g, 淫羊藿 15 g, 补骨脂 15 g, 川续断 15 g, 菟丝子 15 g。总之, 临证时必须善于从病情发展的不同阶段、证候特点来区分本虚标实的主次轻重。以实为主者, 治宜祛邪; 以虚为主者, 应补虚扶正; 虚实并重者, 则须虚实兼顾。另外, 还须坚持活血通络法贯穿于始终的基本治则。

2.5 同时重视外治法 在对本病的临床治疗过程中, 笔者发现: 能否同时根据患者表现出的不同的局部情况及全身症状来辨证选用外敷药物, 以及换药方法、清创方法是否得当都将直接影响其疗效的好坏。因此, 须同时重视对本病的外治方法。

2.5.1 辨证外治 主要根据患肢的局部表现, 适当结合全

身状况, 辨证选择相应的外用药物剂型。①保暖患肢, 确保局部温度, 最大限度地保障患肢局部的气血流畅, 促进局部血液循环及肉芽组织新生, 是本病外治法中的重要措施之一, 尤其在冬季。所以, 在初期应及时选用一些具有温通作用的药物对其熏洗, 如当归 15 g, 桂枝 10 g, 紫荆皮 45 g, 独活 30 g, 桑枝 30 g, 威灵仙 30 g, 白芷 15 g 等。②若疮面溃破, 面积较小者, 可在采用上述药物熏洗后, 外敷生肌玉红膏, 待腐去、肉芽新生之时, 可外扑海浮散, 或用生理盐水局部冲洗, 再用 TDP 等局部照射, 保持局部干燥清洁, 以促使其愈合。③若患肢疮面周围红肿明显, 表明瘀热较盛, 治宜清热散瘀、消肿止痛, 用金黄膏或金黄散厚敷, 以箍围收疮。④趾端破溃时, 以红油膏纱布外敷。⑤如足趾坏死界限不清时, 外用抗生素纱布湿敷加金黄散水调箍围足背, 待坏死界限清晰后, 坏死区用红油膏纱布, 周围加金黄膏薄敷; 坏死组织清除后, 外用抗生素纱布湿敷。⑥在疮口愈合阶段, 当外用生肌散合生肌玉红膏纱布外敷, 并与重组人类成纤维细胞生长因子加抗生素湿敷交替应用。

2.5.2 掌握正确换药方法 脱疽患者, 疮面病情不同, 医者在换药时的操作方法也不尽相同, 其操作方法的正确与否与疗效之间也有直接关系。一般要求医者在换药时动作轻柔, 尽量避免伤及患肢局部的正常组织和引起出血; 换药措施恰当, 用药准确、果断, 如剪腐时须保持湿润, 外用药应加油膏薄贴, 疮面坏死界限清楚后要保持干燥、以湿敷为主等。

2.5.3 合理运用“蚕食”法清创 对有明显坏死组织者, 应及时清疮, 以蚕食法清疮为主。蚕食法清疮, 要求依据疮面情况分步予以剪腐、冲洗、引流等, 以不损及正常组织为度。该法适用于溃疡面积较大, 坏死组织难以脱落者。一般大面积干性坏死, 常先外用冰片氧化锌油软化疮面硬结痂皮, 之后坏死组织开始软化, 即可作分期分批清除, 常常疏松的先除, 牢固的后除, 坏死的软组织先除, 腐骨后除。对于湿性坏死之后期, 此法更常用之, 一般则先用生理盐水冲洗患足 (注: 为了减少冷刺激, 需给生理盐水加温至体温相当后再用; 为减轻疼痛, 也可先用利多卡因局麻), 冲洗时要用消毒棉签顺势拭去腐烂组织, 用力应适度, 或用手术剪剪去大片坏死物, 后用 10% 黄柏液湿敷。

3 以西药对症控制病情为辅

3.1 合理选用抗生素 根据疮面细菌培养结果及肢体肿痛状况, 合理、及时选用敏感抗生素。以青霉素及头孢类抗生素静脉滴注为主。当患肢红肿疼痛明显、正处于感染阶段时, 即及时选用抗生素; 在感染被控制、红肿消退后的疮面治疗期间, 即停用抗生素, 改为以中药内外辨证治疗为主, 目的在于预防抗生素寒凉太过而进一步影响肢体末节的血液循环。

3.2 及时控制血糖 对伴有糖尿病的患者, 控制血糖非常重要, 主要采用胰岛素、 α -糖苷酶抑制剂等。

4 结语

脱疽是以下肢中、小动脉为主的周围血管病变, 西医治

• 基层园地 •

保心包配合丹参滴丸 改善老年人心绞痛

李华* 赵影 李江菊

(牡丹江医学院附属二院内科 黑龙江 牡丹江 157009)

冠心病心绞痛为老年人常见的临床病症,中医认为气血瘀滞为其主要病机,故多采用复方丹参滴丸进行治疗和改善症状。我院近年来采用保心包贴剂配合丹参滴丸治疗老年冠心病心绞痛,取得了较为理想的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2009 年 7 月至 2010 年 4 月收治的 168 例冠心病心绞痛老年患者,随机分为观察组和对照组各 84 例,观察组男 51 例,女 33 例;年龄 60~83 岁,平均 71.5 岁;病程 3~23 年,平均 12.7 年。对照组男 53 例,女 31 例;年龄 61~82 岁,平均 70.7 岁;病程 4~22 年,平均 11.9 年。两组患者年龄、性别、病程等方面比较无显著差异,具有可比性。

1.2 诊断标准 患者符合诊断标准^[1],均为 60 岁以上被确诊为冠心病心绞痛且排除严重贫血、急性心肌梗死、主动脉瓣等疾病。

1.3 治疗方法 两组患者均在一般饮食、生活指导的基础上进行常规抗心绞痛治疗,心绞痛急性发作时给予硝酸甘油(哈药集团人民同泰制药厂),对照组服用复方丹参滴丸(天津天士力制药股份有限公司)口服,每次 10 粒,3 次/d;观察组在对照组基础上加用保心包贴剂(贵阳济仁堂药业有限公司),于内关、膻中等穴位贴紧皮肤,每片贴 4 d,首次量加倍,共 5 片。两组患者均治疗 4 周后观察疗效。

1.4 疗效评价标准^[2] 显效:治疗后心绞痛发作次数减少 80% 以上,心绞痛程度也明显改善,心电图检查基本恢复正

常;有效:治疗后心绞痛发作次数减少 50% 以上,心绞痛程度有所改善,心电图检查较前有所改善;无效:心绞痛发作次数、发作程度及心电图改善不明显甚至加重。

1.5 统计学方法 本组数据采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 见表 1。

表 1 两组患者临床效果比较 ($n = 84$)

组别	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
观察	48	31	5	94.0 ¹⁾
对照	25	43	16	80.9

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

由表 1 可见,观察组总有效率为 94.0%;对照组总有效率为 80.9%。两组比较差异显著 ($P < 0.01$),观察组疗效优于对照组。

3 讨论

心绞痛是冠状动脉供血不足,心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。老年性心绞痛的特点为胸痛不典型,感觉迟钝,劳累时可不出现典型的心绞痛而代之以气急或憋闷等^[3]。本病属于中医学“胸痹心痛”的范畴。保心包是依据中医内病外治的原理制成的外用治疗冠心病心绞痛的药物,其主要药物包括苏合香、冰片、檀香、水蛭、丹参、元胡、川芎等,可起行气化瘀、破血止痛的作用,通过提取有效成分经透渗入人体,尤其在膻中、内关等穴贴敷,可提高疗效。采用穴位贴敷可以迅速缓解心绞痛症状、改善胸闷等表现。贴剂治疗还具药效维持时间长、释放均匀等特点,从而最大程度的缓解了心绞痛的再次发作。本研究结果提示采用保心包配合丹参滴丸治疗老年冠心病心绞痛,其疗效优于单用丹参滴丸。值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 陈在嘉,高润霖.冠心病[M].北京:人民卫生出版社,2002:775.
- [2] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:73.
- [3] 李淑芳.复方丹参滴丸治疗冠心病心绞痛 45 例[J].光明中医,2010,15(8):94.

[收稿日期] 2011-01-14

[通讯作者] * 李华,主治医师,从事老年病诊疗,Tel: 13836350779, E-mail: 664348739@qq.com

疗除截肢外尚无更好处理方法。有资料显示国内外患者截肢率约在 5%~20%^[1],但对患者本人及其家属来说,马上施行截肢手术通常是难以接受的。祖国医学对本病早有认识,强调应辨证求因,审因论治,治病求本,且积累了丰富的临证论治经验。笔者在多年的中医临床治疗实践中深切体会到,通过以中医内外辨证施治为主,适当运用西药对症控制病情为辅的保守治疗方法,能明显降低患者的截肢率,为部分已被判定需要截肢的患者保全了肢体,从而有效地提高

了患者的生活质量。需要特别指出的是,对于脱疽,早期预防、早期积极治疗,更重要,尤其是糖尿病足。

[参考文献]

- [1] 尚德俊,王嘉桔,张柏根.周围血管病学[M].北京:人民卫生出版社,2004:1.

[责任编辑 何伟]