

中药治疗灼热足综合征 21 例初步观察

白求恩医科大学第三临床学院基本外科 王嘉桔 张静菊 臧广生

灼热足综合征(Burning Feet Syndrome)是一种血管神经功能紊乱性疾病,以末梢动脉扩张为特点。我们近 10 年来共诊治 21 例,现将治疗本病的体会总结如下。

临床资料

(一)一般资料:21 例中男性 6 例,女性 15 例。年龄 8~48 岁。发病时间 5 天~半年。除 1 例发病于右足外,余均为双足。其中有 4 例两手有轻度的临床表现。8 例住院治疗,13 例在门诊观察。

(二)临床表现:足灼热和不同程度的疼痛是其主症。21 例均有两足喜凉怕热,晚间较重,常影响睡眠。发作时因为两足灼热和疼痛常赤足在室内行走,或将足伸出被外,或将足蹬在墙壁上。严重时,将足浸泡在凉水内才感舒适。但也有少数病人(6 例)在气温低时有畏寒感觉。本组中有疼痛者 20 例,有 4 例足的红、肿、痛、热程度比较重,局部皮温度在 35~38℃,其余病例的皮温在 31~35℃。还有 1 例右足 1、2、3 趾发病,与 4、5 趾的皮肤温差为 3~4℃。足轻度肿胀 18 例,皮肤干燥 15 例,黯红 15 例。

(三)原发病情况:多数病人的身体比较瘦弱,少数患者有轻度贫血。本组 21 例中原发性疾病有慢性脓胸 6 例,肾炎 2 例,高血压 2 例,神经衰弱 3 例,女性更年期综合征 4 例,胸椎结核早期 1 例。本组中无原发病 3 例。

(四)治疗方法:均以中药为主进行治疗。此征属热盛阴虚之证,故以清热、凉血、滋阴和祛风为主。我们在杨大猷的方剂(天津医药 1977 年 5 期 540 页)基础上适当加减。处方:白芍 20 克,银花 20 克,川芎 10 克,生地 15

克,麦冬 5 克,土茯苓 20 克,白鲜皮 20 克,防风 10 克。病情重者加元参、黄芩等,水煎服。服药时间为 7~34 天,一般服 5~10 剂就可见到治疗效果。此外还根据病情给予维生素 B₁、B₆,阿斯匹林,扑尔敏,谷维素或脑灵素等。其中 1 例曾给安定、芬乃露等治疗。

对神经衰弱或女性更年期综合征患者,精神安慰,解除思想负担和给以适当的镇静药(如安定)等都很必要。对原发性疾病(如脓胸、结核、肾炎等)的治疗不能忽视。增强体质、控制感染、减少毒素吸收等均为重要的治疗措施。

(五)治疗结果:本组 21 例治疗后近期疗效评为优者(症状完全消失)9 例,良者(症状明显缓解)8 例,差者(症状轻度改善)2 例,无效 2 例。差和无效者均为有严重神经衰弱或症状不严重者。本组优良率为 80.9%。有 18 例经 1~10 年的随访,优者 13 例,良者 5 例(其中近期效果差和无效者各 1 例)。

讨 论

以肢端红、肿、热、痛为主要临床表现的疾病,首先由 Mitchell 于 1878 年报告,过去统称为红斑性肢痛症。1964 年有人把没有原发病者称为原发性红斑性肢痛症,而把其它疾病并发者称为继发性红斑性肢痛症。因为主要是两足发病,故有人称为灼热足综合征。在我国中医文献中也有类似记载,如清代陈士铎《石室秘纂》中有“脚板红”、“手足痛”和“人脚中色红如火……”等论述。

原发性红斑性肢痛症在我国比较少见,本组仅 3 例,其所呈现的红、肿、痛、热症状比较典型而且严重,在室温下,患者常抱足呼叫,

必将两足浸于冷水内热痛才能缓解。此征的发病原因和机制不清楚。一般认为与血管神经中枢功能调节紊乱有关。最近有人认为可能是由于血中血清素浓度增高所致。引起此综合征的原发病较多,本组中属慢性消耗性疾病、贫血和体弱者共 15 例,占 71.4%,说明此征的发生与营养不良有较大关系。

此征过去曾用阿斯匹林、扑尔敏和维生素 B 等药进行治疗,收效慢且不显著;中医治疗

此病有多种方法,例如用耳针、温针灸和中药治疗均有较好的效果。我们根据此征为热盛阴虚证,所以一方面用银花、土茯苓、白鲜皮、防风或加元参、黄芩等药,清热、祛风湿;另一方面又用生地、麦冬、白芍滋阴。土茯苓、白鲜皮和防风等药,是治疗某些变态反应性疾病的有效药物。根据此病的发病特点和中药的治疗效果,似乎提示灼热足综合征是否存在有变态反应病的性质,值得进一步研究。

治 愈 淋 巴 腹 膜 漏 1 例

四川省地质矿产局职工医院 戈 儒 铨

姚××,男,45岁,已婚,教师。住院号 699。

患者于 14 月前因突发腹胀、咳嗽,曾检查腹腔有一成人拳大肿块,质硬不活动,触之可加重胀感和咳嗽,久治无效,逐步出现腹膨大,腹壁静脉曲张,扫描为肝外肿块,1981 年 4 月转来我院。剖腹探查示:肿块在胃前壁,由腹膜包裹与胃呈等大之囊袋,约 8×7×6 立方厘米,钝性分离未成功,仅抽出黄白色液 80 毫升,肿块平复,液体培养(一)。术后仍腹胀,腹围达 104 厘米,便秘腹痛,日尿量 1600 毫升。6 月 2 日再行剖腹,肿块已达左膈下,与胰、横结肠、网膜广泛粘连,达 20×20×20 立方厘米,检查中破裂,涌出大量黄白色蛋奶样液,查见淋巴管弥漫性破裂,渗漏严重,切除结扎均有困难,仅截取部分组织。腹水作脂肪抽提试验、蛋白定性试验,均强阳性,卢戈氏碘试验(+++),总蛋白 9.6 克,白蛋白 3.7 克,球蛋白 5.9 克,二管二次培养(一),涂片查见革兰氏阳性杆菌。病理检查示结缔组织内大量淋巴细胞,未查见癌变物。确诊为“淋巴腹膜漏”。术后虽经胃肠减压,仍然腹胀,第 3 天出现呃逆,每分钟 10 数次,腕腹有“顶”和“窜气”感,嗝气得舒。拆除引流后,腹水再形成,呃逆引起烦躁和腹痛,多种治疗无效。6 月 5 日约余会诊。呃逆,六脉弦滑细数,舌质暗红、苔薄黄、根苔垢腻,四诊合参为元气大伤,胃失和降,冲气乘虚上逆,致呃逆频作,痛而不移缘于淤,法当固气和胃降逆。处方:生赭石、山药各 30 克,天冬、苡蓉各 18 克,党参 15 克,法半夏 12 克,当归、地龙各 10 克,蜈蚣 3 条。

服上方 2 剂,呃止,顶和窜气消失,下黑硬矢数枚,腹痛大减。患者腹胀年余不愈,手术所见显系元

阳大泄,气血两亏,摄载无权致渗漏不止,更因脉络损伤,津血不循故道,水邪失掉去路,致滞留湮淤,梗塞上下,故腹大而满,胀缘于此,与脏寒脾虚致胀满者不同。故欲施治,必先弥漏断流截其来路。同时因势利导畅通去路。处方:黄芪、党参各 60 克,山药、淫羊藿、刺五加、海桐皮各 30 克,巴戟天、五加皮、桃仁、苏木各 15 克,苍白术、猪苓、泽泻、三棱、莪术、陈皮、两头尖、仙茅各 10 克,茯苓皮 18 克。

服 15 剂,诸证悉减,六脉浮滑无力,舌嫩苔灰,是水邪泛滥,法当温阳化水,原方加肉桂。服 6 剂后,腹围消减顺利,肿块明显缩小,后外科加用 5-Fu 一疗程,出现全身疲困并浮肿,终日肠鸣,为阴凝凝滞,清阳不得上升之象。予甘草甘遂半夏汤加味,浮肿消后全身脱屑,腹内肿块消失,肠鸣止,腹围为 68 厘米,俯仰自如。追访 1 年半,未再反复。

小结:淋巴腹膜漏亦名乳糜腹水,病因复杂,以腹胀为特征,是一个罕见的外科病种,多主张早期手术治疗。从辨证分析,本例长期不能愈合的关键,是元阳大泄,气血两亏,一方面导致脉络损伤,津血不循故道,渗漏不止。盖气为血帅,血为气母,气以摄血,血以载气,气行则血行,气滞则血瘀,气脱则血逸,可见渗漏不止,是摄载无权的结果。另一方面是无力形成瘢痕,自然愈合不能。因此,固本培元,补气血是治其本,也是弥漏断流的依据。其次,在弥漏的同时配合活血消瘀药可能有利于组织的修复。

在腹水消退之后,全身浸肿,可能是病由内出外之佳兆,并可能是化疗引起的蛋白低下,导致浮肿。予甘草甘遂半夏汤,只是为了肠鸣而投,竟能消肿是始料不及者。