

病例讨论

糖尿病、背痛并发败血症病案

阙华发*整理

主题词 糖尿病/并发症 痢/并发症 Wissler 综合征/病因学

1 病历摘要

郁某某,男,57岁,教师,病案号:106793,于1993年7月12日入院。问诊:左背部结块红肿热痛伴发热1周。患者入院前1周左背部突发一肿块,上有粟米样脓头,红肿作热,痒痛兼作,伴发热;曾服六神丸无效,肿块渐大,疼痛渐剧,脓头渐多,皮肤焮红灼热,故来本院急诊而收治入院。入院时患者左背部作热疼痛,伴发热(体温 37.5°C),口干,纳呆,便秘溲赤。有消渴病史5年,余无特殊。

望诊:舌体稍胖、舌质红、苔薄黄腻,精神振作,面容正常,形体肥胖,发育良好,营养一般。

闻诊:语言清晰,呼吸平稳。

切诊:脉象弦数。

检查:左背部见一疮肿,漫肿,约有 $10\text{cm}\times 8\text{cm}$ 大小,上有多枚脓头,状如蜂窝,疮顶凹陷,疮色晦暗,触痛明显,脓腐不化,脓液较少,脓液黄浊质稀。血压 $15/9\text{kPa}$,心肺(-),肝脾(-)。

化验:血白细胞 $28.2\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞0.86,淋巴细胞0.14,血糖 17.5mmol/L 。

治疗经过:脉证合参,诊断为有头疽、消渴(西医诊断为背部痈、糖尿病II型)。患者素有消渴,阴虚之体,水亏火炽,加之感受风温湿热之毒,以致脏腑蕴毒炽盛,凝聚肌腠,营卫不和,气血瘀滞,经络阻隔而成。证属阴虚火炽,火毒凝结。急则治其标,治拟清热泻火,和营托毒。方用仙方活命饮、黄连解毒汤加减。药用银花、蒲公英、地丁草、七叶一枝花、当归、赤芍、生地、皂

角、天花粉、生薏苡仁、生黄芪、陈皮、玉米须、制大黄、生甘草;外敷金黄膏、八二丹、4号药捻;并加用D-860、胰岛素控制血糖。然因睡后碰撞挤压疮肿,疽毒走散,于13日起高热不退,入夜为甚,汗多,肿势增大,痛不可忍,兼服犀黄丸3g,每日2次。药后,诸症如前,肿势渐增,精神萎靡,烦躁不安,并于15日起发语模糊,张口呼吸,气急喘促(36次/分),大汗淋漓、四肢厥冷,脉虚数,血压 $15/10\text{kPa}$,疮肿约 $20\text{cm}\times 14\text{cm}$ 。查血白细胞 $48.8\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞0.91,淋巴细胞0.09,空腹血糖 21.6mmol/L ,尿糖(++++) ,血二氧化碳结合力为 3.4mmol/L ,遂于1993年7月15日会诊。

2 病例讨论

郑勇医师:患者发病急,传变快,病情较重,局部疮肿上虽有脓头,但疮形平塌凹陷、根盘散漫不聚,疮色晦暗,脓少而稀,灼热剧痛,兼有高热烦躁、神委、言语模糊、气粗喘急、汗出肢冷等,诊为有头疽重症、虚证。证属阴虚毒盛。治拟滋阴生津,清热托毒。可用竹叶黄芪汤加减。

朱文医师:患者虽有重症有头疽临床表现特征,但按其常规施治方法治疗却无明显疗效,并且病情传变迅速,兼见语言模糊、张口呼吸、气息急促、大汗淋漓、四肢厥冷等严重全身症状,应考虑合并疽毒内陷可能。

黄铮医师:根据患者临床表现,疽毒内陷变局已成无疑。有头疽内陷证有火陷、干陷、虚陷3种类型。本病发生于疽毒1~2候间(每候约7~10天)。临证见疮顶平塌凹陷、根盘散漫、疮口脓少、灼热剧痛,伴高热烦躁、言语模糊、气息急促等火毒炽盛、毒势鸱张之候,应属火陷证。证属毒热炽盛。治宜和营清热解毒。可用仙方活命饮和清营汤加减。

向寰宇医师:本病可诊断为疽毒内陷。其发

* 上海中医药大学附属龙华医院,上海市宛平南路725号(200032)

收稿日期:1998-01-19

生于疽毒1~2候间。由于患者素有消渴,阴虚火炽之体,加之火毒炽盛,耗气伤阴,致使气阴两损,正气不足,正不胜邪,不能托毒外出,以致正气愈虚,毒热愈盛而出现局部脓腐不透、脓少而稀、疮面色暗、肿势平塌、根盘散漫,兼见神委、饮食少进、四肢厥冷、大汗淋漓、舌体稍胖、舌质红、脉虚数等,应属正虚邪盛的干陷证。治宜扶正托毒,透邪外出,可用托里消毒散加减。

程亦勤医师:“痈疽原是火毒生”。痈疽发展过程与温病同。始为卫分症状,发展期为气分症状,脓熟时达于高潮,脓出毒泄则邪不内传于营血,若毒邪扩散或内陷,则可出现营分、血分症状。本例患者既有局部肿痛加剧、皮肤红热明显、汗出高热不退、烦躁气粗之气分症,又有身热夜甚、言语模糊、烦躁不安、舌质红、脉虚数之营分证,属气营两燔之火陷证。治宜气营两清、凉血清营与辛寒清气药并用,使邪透达于外而解。方可选用清瘟败毒饮、加减玉女煎等,必要时加用安宫牛黄丸以清心开窍。

刘胜医师:外科疾病局部症状是辨病与辨证重要依据。本例患者局部疮形顶塌根散、疮色晦暗、脓液稀少,乃正气不足,不能束毒聚肿,托毒外出所致;疮形肿胀、疼痛剧烈为邪实毒盛、气血瘀滞、经络阻隔所致。结合全身症状,高热烦躁、言语模糊、气息粗促为邪毒内传心肺之象;神委、乏力、口干、纳呆、舌体稍胖、舌质红、脉虚数为消渴患者,阴虚火炽之体,加之毒热炽盛、耗气伤阴所致;疮陷色暗、大汗淋漓、四肢厥冷为气血衰竭、孤阳欲脱之兆。属正虚邪盛之干陷证。建议用神功内托散(《外科正宗》)加减。

陈红风医师:此病例应属疽毒内陷之火陷证。然应辨别病位。《医宗金鉴》云“此疽有正有偏,正属督脉经,系阳亢热极而生……,易脓、易溃、易敛,多属顺证。偏属太阳膀胱经,系寒热错杂而生……,难脓、难溃、难腐,多属逆证。更有兼风湿者,其疮毒又易于散大旁流”。本病例病发于背部左侧,为足太阳膀胱经所主。膀胱经司寒水,其质多冷多沉,且膀胱之脉起于巅顶,循顶两旁,从头走足,乃与疮毒交会下流,故见疮肿难于起发,疮形顶塌根散,疮色紫滞。同时膀

胱经为多血少气之经,血多则凝滞必甚,气少则外发较缓。治疗时宜注重补托活血之剂,重用生黄芪、皂角、炮山甲、丹参、生薏苡仁等,促其起发。并选用蒿本、羌活、黄柏等引经报使之品。

阙华发医师:患者出现高热烦躁、呼吸急促、言语模糊、汗出肢冷、疮形顶塌根散色晦暗等一派毒邪内陷、内侵脏腑之象,为恶证、逆证,病情甚为严重。从现代医学看,一是合并严重糖尿病,二是并发全身性化脓性感染的毒、败血症,三是局部疮面混合感染。必须采用中西医结合的治疗方法,积极抢救,方可举陷救厄,转重为轻,化险为夷。本病属毒盛热极之火陷证,除重用扶正托毒透邪中药内服外,必须积极治疗糖尿病,并应短期加用敏感抗生素控制毒、败血症,迅速防止毒邪扩散,尚应注意维持水、电解质及酸碱平衡,才有利于患者转危为安,渡过危重阶段。

汝丽娟医师:“外科之法,最重外治”。外治精当与否,常可决定疾病转归、进程。本病例属疽毒内陷的火陷证,为疡科重症,必须内外合治。在大剂扶正托毒中药治疗下,可用金黄膏围箍疮毒聚脓,令其根脚收束,不致毒邪扩散;八二丹药线插入多枚疮口,拔毒蚀脓祛腐,可引导脓毒外泄,防止毒邪蓄积,加速祛腐过程,从而促使内蓄之脓毒排出,腐肉脱落;为控制局部疮面混合感染,可适时行小切口切开排脓术,切口大小不超过疮肿红肿范围以免破坏护场(痈疡防御圈)而导致毒邪走散,并行蚕食方法,使毒随脓泄,肿消痛止。

唐汉钧医师:一般说来,有头疽由于邪盛正虚不能托毒外出而出现邪陷入里见症时,称疽毒内陷,尤以消渴患者患病更重。内陷证变化多端,无固定方药论治。但总以邪盛正衰为本。治当以扶正达邪、祛邪安正为基本大法。并审邪正之消长,各随证治之。以本病例而言,素有消渴病,气阴两虚之体,水亏火炽,正气内虚,致使火毒炽盛,助邪为病,加之局部挤压碰撞,以致邪毒走散,内陷入里,客于营分,内攻脏腑而成。正气内虚,气阴两亏为其本,火毒炽盛,气血瘀滞为其标。治宜标本兼顾,法宜内托。《外科理例

内托》云：“内托以补药为主，活血祛邪之药为臣，或以芳香之药行其郁滞”。本病例治当益气养阴、托补元气扶正为主治其本，和营清热、化毒消肿祛邪为辅治其标。并据病情阶段性分别选用生黄芪、太子参、白术、茯苓等益气托毒；生地、玄参、山药、天花粉、知母、黄柏、黄精、山茱萸等养阴托毒；当归、赤芍、丹参等和营托毒；黄连、金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁等清热化毒；皂角、炮山甲、生薏苡仁、天花粉、白芷、桔梗、败酱草等托毒攻坚；生地、赤芍、丹皮等凉血清营、化毒消肿。又“脾胃为气血生化之源，气血是疮疡化毒之本”，《五十二病方》更有“肉疽倍黄芪”记载，宜重用生黄芪 30～60g 以扶正托毒。处方：生黄芪 30g，太子参 30g，黄精 18g，天花粉 18g，生地 18g，赤芍 12g，丹皮 12g，丹参 30g，皂角 9g，炮山甲 9g，生薏苡仁 12g，黄连 9g，紫花地丁 30g，制大黄 9g，枳实 12g，制半夏 9g，陈皮 9g，生甘草 9g。并予别直参 9g 另煎冲服以益气固脱。患者局部疮面脓腐不透，脓少质稀，色泽不净，疮色紫滞，多为大肠、变形、绿脓杆菌等感染。宜根据疮面脓液细菌培养及血培养结果选择高度敏感的抗生素短期大剂量使用，以迅速阻止毒邪扩散，控制败血症，扭转病势。在危重阶段过后，应及时停用抗生素，以避免长时期应用抗生素引起二重感染、细菌耐药性等毒副反应。同时积极治疗糖尿病，尽快控制血糖、尿糖，注意维持水、电解质及酸碱平衡、营养补给等。此外，患者一派七恶、逆证之象，目前应着眼于全身症状变化，切不可孤立地只注意局部疮肿症状。在大剂扶正托毒中药治疗下，局

部可予金黄膏、八二丹、5 号药线外用，不宜行切开排除术，恐易引起毒邪扩散，加速内陷变证。在收口时尚应注意补益气血、健运脾胃药物运用，以防出现虚陷之变。

3 后记

本病在会诊讨论后，我们依据唐汉钧主任意见，以内服大剂量益气养阴、和营清化托毒中药方为主，短期加用别直参另煎冲服以益气固脱，息复欢、菌必治抗菌消炎，胰岛素、达美康、D₈₆₀ 控制糖尿病，并注意水、电解质及酸碱平衡，营养补给。外用金黄膏、八二丹、5 号药线。经治 10 天后，血白细胞 $15.9 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.82，淋巴细胞 0.18，空腹血糖 12.3mmol/L，尿糖（+～+++），血二氧化碳结合力 25mmol/L。身热已退，精神亦振，纳食渐增，疼痛渐消，疮肿渐隆，疮周红活，根脚收束，肿势局限，脓出量多，色黄白质稠厚，为气血渐盛，化而为脓，载毒外出之象，乃于 7 月 26 日在局麻下行“+”字形切开排脓术，排出约 150ml 稠厚脓液，术后予金黄膏、八二丹外用。此为火陷转变为干陷，邪热渐清，脏腑蕴毒渐泄之际，须防气血不支，发生虚陷之变，于前方中加入白术、茯苓、山药等健运脾胃之品，使气血化生，化腐溃脓，载毒外泄。以后渐减黄连、紫花地丁等清解之品，渐加当归、首乌、枸杞、山茱萸等扶正之品，使正气复，气血充足，邪乃收敛。经治 4 个月后，血白细胞 $7.1 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.54，淋巴细胞 0.46，尿糖（—～±），空腹血糖 5.7mmol/L，血二氧化碳结合力 23mmol/L，疮面全部收敛而出院。

（正文见第 428 页）

附表 3 型患者胰岛素、C-肽值比较（ $\bar{X} \pm S$ ）

取血时间	气 虚 型 (42 例)		阴 虚 型 (18 例)		气 阴 两 虚 型 (48 例)	
	胰岛素	C-肽	胰岛素	C-肽	胰岛素	C-肽
空腹	19.95±17.70	1.00±0.34	8.10±3.13△*	0.58±0.19△	10.25±6.62▲	0.65±0.23▲
1H	71.10±57.28	1.90±0.73	22.45±16.82△	0.95±0.29△*	34.11±29.42▲	1.16±0.40▲
2H	79.35±61.43	2.16±0.76	28.37±23.65△	1.21±0.48△	38.76±29.03▲	1.31±0.44▲
3H	60.06±62.69	1.91±0.71	34.46±54.77	1.19±0.54△	28.81±19.15▲	1.19±0.42▲

注：胰岛素单位为 $\mu U/ml$ ，C-肽单位为 $nmol/L$ ，气虚型与阴虚型比较△ $P < 0.05$ ；气虚型与气阴两虚型比较▲ $P < 0.05$ ；阴虚型与气阴两虚型比较* $P < 0.05$