

病例讨论

坏疽性口炎病案

朱南方* 吴剑辉* 李蕾华* 缪湘伊* 整理

主题词 口炎/中医药疗法 坏疽/中医药疗法

1 病历摘要

陈某,女,4岁,1998年1月5日下午急诊收入院。

问诊:患儿因左颊、左口角溃烂,伴发热2个月余,收入口腔科病房。患儿于2个多月前发病,开始口腔、舌体出现溃疡点,很快波及左颊部和左侧口角处。曾多处求医治疗未效。近2周溃疡迅速发展,患处组织腐烂、缺损,致齿龈外露;伴持续发热,汗出而热不退,疲倦虚弱;患处疼痛,影响张口,不能自主进食,讲话困难;口干而不欲多饮,纳呆;大便黄烂、量少,每日1次,无粘液脓血便;小便黄短,无尿频、尿急、尿痛。

望闻切诊:神情疲惫,面色苍白,表情痛苦,身体瘦弱,皮肤弹性差,浅表淋巴结无肿大,心肺正常,舟状腹,肝脾肋下未扪及。左下唇、左口角、左颊部可见3cm×6cm×1cm组织缺损区,缺损创缘见有灰白色伪膜覆盖,创面凹凸不平,周边皮肤、粘膜组织充血,舌体有多处溃疡点,其中舌尖部可见约0.5cm直径弹坑样溃疡,基底深入肌层组织,并有灰白色伪膜覆盖。患儿口腔发出恶臭气味。舌质红、苔黄白厚,脉数、重按无力。

实验室检查:血常规(1月6日~1月12日):白细胞 $(15.9\sim24.2)\times10^9/L$,中性 $0.71\sim0.88$,淋巴 $0.29\sim0.12$;红细胞 $(4.19\sim4.0)\times10^{12}/L$;血红蛋白 $114\sim109g/L$ 。大小便常规:无异常发现。血培养:无致病性球杆菌生长。生化检查:谷丙转氨酶(ALT)8IU/L,谷草转氨酶(AST)17IU/L,AST/ALT比值2.1,碱性磷酸酶(AKP) $>93IU/L$,血清总蛋白(TP)59.1g/L,白蛋白(A)33.5g/L,球蛋白(G)25.6g/L,A/G比值1.3:1。乙肝表面抗原(HBsAg)阴性,乙肝表面抗体(HBsAb)阳性,乙肝e抗原(HBeAg)阴性,乙肝e抗体(HBeAb)阴性,乙肝核心抗体(HBcAb)阴性。免疫学检查:IgG8.76g/L,IgA1.57g/L,IgM3.09g/L;血清补体C₃1.04g/L,C₄0.25g/L;T-淋巴细胞E玫瑰花环微量法测定(T-Cell)0.36。康华氏试验阴性。艾滋病病毒抗体(抗-HIV)阴性。口腔伤口分泌物培养:无致病性球杆菌生长。口腔伤口分泌物涂片找病原体:

阴性。口腔溃疡分泌物病毒分离:阴性。

其他辅助检查:口腔溃疡组织病理活检:镜下可见到较多中性粒细胞,未见其他异常。放射科检查:胸部及双侧下颌骨X线摄片:未见异常。心电图检查:窦性心动过速;T波双峰,未排除低血钾或心肌损害。

入院诊断:(1)坏疽性口炎;(2)Ⅱ度营养不良。

治疗经过:给予(1)抗感染治疗:氨苄西林、灭滴灵等静脉滴注;局部用1%双氧水冲洗、龙胆紫药水外涂。(2)支持疗法:补液,纠正电解质紊乱,输血浆、20%脂肪乳、能量合剂,大量维生素C、丙种球蛋白等,以及鼻饲高蛋白、高热量流质饮食。(3)保持呼吸道通畅,定期吸氧、吸痰,清除口腔分泌物等对症处理。3日后病加重,患儿左口角、左颊部、舌部溃烂、组织坏死范围扩大,呈间歇性高热,患处疼痛,不能进食,说话困难。遂请消化、血液内科,小儿外科,口腔科和皮肤科会诊。会诊时均同意入院诊断,建议加强全身抗感染治疗和支持疗法,进一步检查,以便确定病原体。

1月9日请中医科会诊。我们据脉证诊断为:(1)走马牙疳;(2)疳积。辨证:邪毒炽盛,正气虚弱。初步考虑已用大量的西医支持疗法,故着重于攻邪,治以清热利湿、凉血解毒、去腐生肌。处方:土茯苓、生石膏各30g,板蓝根18g,败酱草15g,知母、牡丹皮、怀牛膝、玄参、麦冬各10g,青天葵、生甘草各6g,黄连5g,每日1剂,水煎后分3次经鼻饲管喂服。另用败酱草25g,蒲公英15g,黄芩、黄柏、五倍子各10g,黄连8g,明矾1.5g煎水,每日外洗口腔患处3次。1月12日病情继续恶化,体温39℃,神疲,面色灰白,表情呆滞,下唇缺损2/3,上唇缺损1/2,左侧舌尖溃烂缺损1/2,唾液不断外流,口气恶臭,舌质红,苔黄白厚。家长多次要求放弃治疗,经反复耐心说服,乃同意继续治疗。

2 病例讨论(于1998年1月13日进行病例讨论)

主治医师甲:如此严重的坏疽性口炎病例目前在临床上已十分罕见。此病属中医疮疡范围。根据中医理论,脾胃开窍于口,舌乃心之苗,热盛则肉腐,肉腐则成脓。此乃肺胃蕴热,心火炽盛之证候。根据中医治法,急则治其标,缓则治其本。故以攻邪为主,用生石膏、知母、板蓝根、败酱草等清泄肺胃蕴热;用黄连清心火,土茯苓祛湿邪,玄参、牡丹皮、青天葵凉血解毒,并重用生

* 广州市儿童医院中医科,广州市人民中路318号(510120)

收稿日期:1999-10-26

甘草清热解毒。并以黄连解毒汤加减煎水外洗。连用 4 天,未能奏效。

主治医师乙:该病西医诊断为坏疽性口炎,经抗感染和支持疗法,以及中医攻邪之法治治疗数天,尚未见效,病情继续恶化。目前可参照《金匱要略》治狐惑之法,用甘草泻心汤合导赤散加减治之,重用甘草清热解毒,加桔梗以利咽喉,黄连、黄芩清热燥湿、解毒,生地黄凉血,淡竹叶清热,木通利湿,人参扶正、大补元气。

主治医师丙:患儿身患坏疽性口炎和Ⅱ度营养不良。前者为标,后者为本。治病必求其本。后者属中医疳证,脾胃失调为主因。脾病及心,可致舌疳或心疳。由于心火内积而引起口舌生疮。可参照治疗心疳之法,用泻心导赤汤清心泻火,加人参、黄芪扶正。

主治医师丁:根据中医标本缓急之治法,坏疽性口炎目前正危及患儿生命,且邪毒炽盛,正气不足。应先治疗坏疽性口炎,后治疗疳证。此例可按疮疡治法论治,用五味消毒饮清热解毒,加土茯苓祛湿邪,生甘草清热解毒,人参补气。祛邪为主,兼扶正。邪去则正安。

主治医师戊:虽然反复多项检查未能找到致病微生物,多联抗生素的应用和强有力的全身支持疗法,迄今未能有效控制口腔坏疽的发展,病情危殆。患儿正气不支,邪毒炽盛。目前应扶正为主,兼祛邪。重用黄芪为主药,取其有补气兼托毒排脓之功效;大剂量生甘草、野菊花清热解毒力强,善治疗疮肿毒;天花粉清热生津、解毒消肿;牡丹皮清热凉血、活血祛瘀;桔梗祛痰排脓、开音利咽;木通清心降火,能治口舌生疮。

副主任医师己:坏疽性口炎属于中医学走马牙疳之病证。牙疳是以牙龈红肿疼痛、腐臭流血水为特征的疾患。如发病急速,势如走马者,称之为走马牙疳。此证多由癖疾积火、复感外邪或疹痘余毒上攻齿龈所致,多见于小儿,病势险恶,发展迅猛,甚则唇腐齿落,腮破腮穿,鼻梁塌陷,或可从鼻旁烂洞处望见咽喉。积火热毒,复感外邪是其病因。正不胜邪,热盛肉腐是其病机。治宜解毒清热祛腐。由癖积毒火攻牙者,用芦荟消毒饮加减。由疹痘余毒所致者,用清疳解毒汤加减。如脾胃虚弱,兼服人参茯苓粥。先用盐水漱口,后食粥。或以绿豆煎汤常服。前人用外治法治疗该病亦颇有研究。早期局部红肿者用溺白散;坚硬青紫,渐腐穿腮齿摇者,用芦荟散;腐烂深坑,用勒马听微丝堵塞患处;顽肉难脱,坚硬腐烂渐开,穿腮破唇,用青莲膏外贴。现代医学认为全身衰竭和营养不良是本病的主要诱因,而致病细菌尚未确定,一般认为与梭形杆菌和螺旋体有关。曾先后 4 次为该患儿作口腔伤口分泌物涂片找细菌并作培养,均阴性。溃疡分泌物病毒分离:阴性。血培养:无

致病性球杆菌生长。首次病理活检:非特异性慢性炎症;再次病理活检:镜下可见到较多中性粒细胞,未见其它异常。在病原体不明确的情况下,我们依然可以根据病情,从整体观念出发,参照前人治该病方法,进行辨证施治。目前应扶正为主,内服汤药要加强养阴药物,兼以祛邪。处方中重用黄芪、生甘草、人参扶正,此 3 味不但可以补气,而且可以调节人体的免疫功能,增强抗病能力,还可以促进组织损伤的修复。用野菊花、天花粉清热解毒消肿,牡丹皮清热凉血、活血祛瘀,木通清心降火,重用桔梗祛痰排脓,并载诸药直达病所,发挥祛邪的作用。内服药以扶正为主,再配合外用清热解毒、祛腐生肌的中药水煎外洗剂,用消毒棉球轻轻外拭后湿敷患处,保护创面,以利组织修复。

3 治疗结果

经中医科会诊后,治法以扶正为主,治以益气解毒,祛腐生肌。处方:生黄芪 40g,天花粉、野菊花、桔梗各 15g,牡丹皮 12g,生甘草 10g,木通 6g,西洋参 5g(另煎服),水煎后经鼻饲管分 3 次喂服。并继续中药外洗。

1 月 14 日患儿病情开始稳定,体温 38℃,继以上方每日 1 剂,水煎服。1 月 15 日患儿精神好转,体温 37.5℃,口腔进行性溃烂得到控制。1 月 16 日体温恢复正常,精神好转,面色萎黄,声嘶,咽痛,语音低弱,口腔分泌物减少,舌质淡红、苔白厚,脉细。仍守上法,处方:生黄芪、薏苡仁各 30g,桔梗、天花粉、野菊花各 15g,牡丹皮、生甘草各 10g,木通 6g。另用地胆头 30g,黄柏、旱莲草各 10g,生甘草 5g,水煎外洗。

1 月 19 日患儿精神好转,无发热,咽痛减轻,说话声音增大,口腔舌部溃烂停止,有饥饿感,欲进食,流涎减少,喉中有痰,大便色青糊状,每日 1 次,尿稍黄,舌淡红、苔白厚,脉虚。处方:生黄芪、薏苡仁各 30g,天花粉、桔梗各 12g,野菊花、牡丹皮、生甘草各 10g,木通、陈皮各 6g,每日 1 剂,水煎服。继用上述中药外洗。

1 月 21 日患儿无发热,精神好转,口腔创面渐修复,流涎减少,喉中有痰,欲进食,大便糊状,色青黄,每日 1 次。舌淡苔白厚,脉虚。守上法,上方加山药 15g,麦芽 30g,每日 1 剂,水煎服。1 月 23 日患儿无发热,精神好,无咽痛,痰减少,胃口好转,能自行进食,流涎止;口唇、口角、面颊、舌部溃烂处有肉芽组织生长,创面干爽;大小便正常;舌淡红苔白稍厚,脉虚。仍守上方继服。1 月 25 日患儿精神胃口好,可下床活动,大小便正常,无咳嗽,心肺正常,腹部无异常,左颊、左口角创缘出现肉芽增生,口腔和舌部溃疡愈合。坏疽性口炎已临床治愈,营养不良好转,遂出院。