

临 证 心 得

陆金根治疗肛周坏死性筋膜炎经验

何春梅* 曹永清* 郭修田* 王琛* 徐昱旻* 黄河*

主题词 筋膜炎/中医药疗法 @ 陆金根

陆金根主任医师从事中医外科医教研 30 余年,擅长中西医结合治疗肛肠病。肛周急性坏死性筋膜炎以皮肤和皮下筋膜组织迅速广泛坏死而不侵犯肌肉组织为主要病理特点,常合并中毒性休克综合征。此病具有发病急、进展快、创面大、预后差的特点。陆老师采用中西医结合方法救治该病,每获良效,兹将导师治疗该病经验简介如下。

1 病因病机

中医学没有关于肛周急性坏死性筋膜炎病名的确切记载,类似于“烂疔”、“坏疽”、“陷证”的相关描述。其临床症状主要表现为局部皮肤突然出现痛性红色肿胀,随病情进展产生青铜色、紫色、黑色坏死灶,有淡黄色或血性浆液或脓液渗出,短期内出现大疱,疱下呈现不规则的出血性坏死,并迅速成为境界清楚的皮肤坏疽,广泛表浅筋膜坏死,周围潜行皮缘,坏死迅速沿筋膜扩散至附近组织,但不累及肌肉。严重者,皮下有气体、脓液臭秽难闻,短期内出现高热、神昏谵语、血压下降、休克、衰竭等全身中毒症状。陆老师根据本病发病急、进展快、创面大、预后差的临床特点,结合中医学“疽由筋骨阴分发”及发病部位,提出该病应命名为“肛疽”。其病机主要是本虚标实。气阴不足为本,邪毒内蕴为标。气不足则卫外不固,阴不足则内热生,或诱以六淫之邪,或因不洁之邪伤表,邪气乘虚入侵,内伏太阳或少阴,蕴而化热,又逢内热,久而成毒,热毒蚀肌腐肉,轻则红肿热痛、臭秽发脓,重则毒入营血,内传脏腑而成本病。

2 手术配合药物治疗

陆老师认为,治疗本病,需遵循手术与换药相结合,西药与中药相结合,辨证与辨病相结合,整体治疗与局部治疗并重的治疗方针。急性期以中西医结合为主,组织恢复期以中医药为主。强调中西贯通,非西医不可救其急,非中医不可缓其势。本病一经确诊,需及早彻底清除坏死组织,因本病实际受累区域比预期更

大,故切口应足够大,直至以用器械或手指无法将皮肤和皮下组织从深筋膜分开为止。可做多个切口,对口引流,必要时配合拖线疗法,肛周两侧脓腔较深应放置胶管引流冲洗,通常尽量保留皮肤,但必须引流通畅,以确保所有坏死部位得到彻底切开。并根据病变进展,作多次清创,务必将坏死组织随时去除。伤口敞开换药,用 3% 双氧水和 0.5% 甲硝唑交替冲洗,再用双氧水溶液纱条疏松填塞伤口内。

陆老师同时提出,足量合理选用敏感抗生素、早期高压氧疗法、中医辨证施治、中药局部换药,对治疗本病的重要性。认为术后即便在没有细菌学资料的情况下,也应选用高效广谱抗生素。以后需反复做脓液细菌培养以早期发现致病菌,及时调整抗生素。同时采用高压氧舱治疗,对于控制感染,尤其厌氧菌感染是必要的。在这个基础上早期介入中药治疗,有利于整个病程的恢复,应用中应注意整体与局部的辨证,扶正与祛邪的关系。

3 治分三期,扶正与祛邪兼顾

肛周坏死性筋膜炎初起主要表现为患处局部肿胀疼痛,皮色紫红成点状,从中心点迅速向四周扩散,疮顶色灰黑,切开后脓浊秽,味臭难闻,痛剧不止,多伴恶寒发热,甚至高热烦躁等一派热毒炽盛表现。此时以邪实为主,治疗重在祛邪,并注意时时顾护胃阴。治宜清热解毒凉血,以黄连解毒汤和犀角地黄汤加减,药用金银花、连翘、白花蛇舌草、紫花地丁、生地黄、水牛角、牡丹皮等。因本病来势凶险,在中药用量上应较治疗一般性疮疡为大,生地黄、金银花、紫花地丁等常用至 60g。如出现高热不退,神昏谵语,血压下降等疗毒走黄之证者,加用安宫牛黄丸或紫雪散。中期局部疮面多见坏死筋膜色灰暗,脓似粉浆污水,气味恶臭,脓腐难脱或肉芽淡红,脓水清稀,或伴气阴(血)不足表现,此时邪气未退,正气渐衰,治疗当扶正与祛邪兼顾,以托毒排脓,药用八珍汤合四妙勇安汤加金银花、连翘、穿山甲、皂角刺等。病情稳定后,恢复期局部疮面肿不明显,皮色不红而暗淡,当以扶正为主,以补气血,促生肌,药用加味十全汤加玄参、天花粉等,促进生肌长肉。至于外用药,早期创面脓腐明显,以提脓祛腐药九一丹或八二

* 上海中医药大学附属龙华医院肛肠科,上海市宛平南路 725 号(200032)

收稿日期:2005-04-06

丹,可加速腐败坏死组织的脱落液化;恢复期创面坏死脱落干净,用生肌散等能促进肉芽及上皮生长的药物。

4 典型病例

孙某,男,76岁。于2004年2月10日因“肛周阴囊会阴部肿痛伴发热1周”拟“急性坏死性筋膜炎”收治。入院时查体:体温38℃,神志清醒,精神萎靡,疼痛剧烈,局部见肛周红肿,边界清楚,阴囊肿大,局部呈紫褐色,有大小不等水疱,疱下呈不规则的出血性坏死并有淡黄色渗液,味臭秽明显,舌质红,苔薄黄,脉弦数。入院查血常规:白细胞 $13.6 \times 10^9/L$,中性0.87,红细胞 $4.6 \times 10^{10}/L$,血红蛋白120g/L。丙氨酸氨基转移酶39U/L,尿素氮7.1mmol/L,肌酐 $171 \mu\text{mol/L}$ 。血糖15.6mmol/L。尿、大便常规无异常。X线胸片及心电图无异常。腹部平片有不完全性肠梗阻,考虑麻痹性肠梗阻可能。肛周会阴CT检查示:阴囊、会阴及两前侧腹壁皮下大量气体,阴囊内积液,符合坏死性筋膜炎表现。

入院当日即行多切口扩创引流。于肛缘环周作多处放射状切口达脓腔,切口之间留皮桥,然后在手指探查下,逐步将会阴、阴囊等上述所波及的部位开窗留桥,大的皮桥间放置多股医用7号丝线以拖线引流,引出腐臭味、夹有气泡的浓汁,皮下组织暗灰色,浅筋膜

呈烂叶状坏死,钝性分离所有间隔,清除脓汁及坏死组织。所有切口均用双氧水、甲硝唑、盐水依次冲洗后,以丹药脱腐。深部组织液培养出埃希氏大肠菌,根据药敏试验结果应用甲硝唑、罗氏芬静脉点滴注射,并配合高压氧舱治疗,每日2小时。另外,注意维持水、电解质平衡,注意热量、蛋白质的补充;积极纠正贫血、高血糖等全身合并症。本例起病初,据其症状及舌苔、脉象,辨证为热毒炽盛,治以养阴清热,凉血解毒。药用:生地黄60g,玄参15g,炒牡丹皮12g,赤芍12g,金银花30g,连翘30g,白花蛇舌草30g,紫花地丁30g,怀牛膝30g,苍术12g,黄柏12g,龙骨、牡蛎各30g,白豆蔻3g,生甘草、炙甘草各6g,水煎服;同时因大便不通,腹部X线平片提示不完全性肠梗阻,以大承气汤保留灌肠,每日1次。经治7日后,热退痛减,大便通畅,停用抗生素;中药加减再治疗14剂后,疮面坏死脓腐渐脱,新肉渐生,但疮面不鲜,皮色不红而暗淡,辨证为气阴两虚,治以扶正生肌为主,药用:黄芪30g,天花粉12g,生白术、炒白术各30g,茯苓15g,当归15g,生地黄15g,玄参15g,赤芍12g,升麻12g,连翘15g,白花蛇舌草15g,薏苡仁30g,怀牛膝30g,苍术12g,黄柏12g,龙骨、牡蛎各30g,白豆蔻3g,生甘草、炙甘草各6g。加减治疗2月余,痊愈出院。

益气活血法治疗顽固性心力衰竭76例

邵 静*

我们在临床上采用益气活血法为主,配合小剂量西药治疗76例顽固性心力衰竭,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

病例选择从2000年1月~2004年12月间,共收治顽固性心力衰竭患者146例,系采用强心剂、利尿剂、血管扩张剂等西药治疗两周,心力衰竭仍不能控制的患者。按随机化原则分为两组,治疗组76例,其中男48例,女28例;年龄35~75岁,平均54岁。对照组70例,其中男43例,女27例;年龄19~67岁,平均52.6岁。治疗组诊断为冠心病28例,肺心病24例,风湿性心脏病9例,心肌病7例,高血压性心脏病8例;对照组诊断为冠心病26例,肺心病23例,风湿性心脏病7例,心肌病5例,高血压性心脏病9例。146例患者心力衰竭出现时间一般为6个月~5年。心功能按NYHA分级,两组均为Ⅲ度心力衰竭,146例中右心力衰竭60例,左心力衰竭和全心力衰竭86例。临床表现主要为心悸气喘,咳嗽咳痰,胸闷胸痛,四肢倦怠,下肢浮肿,肋下痞块,面色晦暗,口唇、舌质紫暗,脉结代或细数。

2 治疗方法

治疗组以益气活血方为主,组成:人参10g,黄芪10g,红花

10g,丹参24g,益母草30g,肉桂3g(冲服),每日1剂,水煎服,早晚各服1次。适当加减药物,同时配合小剂量洋地黄及转换酶抑制剂(地高辛每日0.125mg,卡托普利12.5mg,每日3次),连服3周为1个疗程。对照组单服地高辛,卡托普利,利尿剂等西药,剂量为常规用量,3周后判断疗效。

3 治疗结果

疗效标准:显效:治疗后心力衰竭完全控制或心力衰竭由原Ⅲ度转为Ⅰ度;有效:心力衰竭由原Ⅲ度转为Ⅱ度;无效:心力衰竭无改善。治疗组76例中,显效45例(59.2%),有效25例(32.9%),无效6例(7.9%),其中死亡1例,总有效率为92.1%;对照组70例中,显效29例(41.4%),有效25例(35.7%),无效16例(22.7%)其中死亡3例,总有效率为77.3%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。控制心力衰竭时间,治疗组为3~7天,对照组为5~8天,两组比较差异无显著性($P > 0.05$)。

4 讨论

中医学认为,心力衰竭与心、肺、脾、肾等脏器虚损有关,主要是心气不足,脾肾阳虚,水泛血瘀,其本为虚。治疗应以益气化瘀,温阳利水为主。方中人参、黄芪为主,扶正益气,配合丹参、红花,益母草活血化瘀,佐以肉桂温通血脉,经临床验证,配合西药治疗临床有较好疗效。

* 河南中医学院第一附属医院,郑州市人民路19号(450003)
收稿日期:2005-06-28