

• 临床报道 •

红油膏外用治疗慢性皮肤溃疡 31 例

连侃 李峰 徐蓉 李欣 李斌*

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海市甘河路 110 号, 200437

基金项目: 上海市高校创新团队(第二期)资助项目

* 通讯作者: drlibin888@yahoo.com.cn, 18930568129

[摘要] 目的 观察红油膏外用治疗慢性皮肤溃疡的临床疗效和安全性。方法 将 58 例慢性皮肤溃疡患者随机分为治疗组 31 例和对照组 27 例。除常规全身系统治疗和创面处理外, 治疗组使用红油膏薄贴, 对照组使用康复新液湿敷和凡士林薄贴, 每日换药 1 次, 4 周为 1 个疗程。分别于疗程开始和结束时测定创面面积, 观察创面色泽、渗出量、新生肉芽组织、新生上皮组织、疼痛程度等指标的变化, 记录治疗过程中出现的不良反应。结果 治疗组创面疗效为 64.5%, 对照组创面疗效为 22.2%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗组溃疡色泽、创面渗液量、新生肉芽组织、新生上皮组织、疼痛程度改变均优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论 红油膏能明显促进慢性皮肤溃疡的创面愈合, 疗效确切, 副作用少, 值得临床推广。

[关键词] 红油膏; 中医外治法; 皮肤溃疡; 创面愈合

慢性皮肤溃疡是外科临床常见病、多发病。本病病程长, 溃疡经久难收, 或虽经收口, 每因损伤而诱发。本研究运用红油膏治疗慢性皮肤溃疡 31 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照《中国皮肤性病学》^[1] 和《慢性伤口诊疗指导意见》^[2] 制定: ①皮肤和肌肉之间的溃疡, 直径 $> 3\text{cm}$, 病程 > 2 个月。②多伴有原发病, 如糖尿病、下肢静脉曲张、胶原性疾病、外伤等。③溃疡形态、表面及基底符合慢性皮肤溃疡的临床表现。

1.2 纳入标准

符合诊断标准; 年龄 18~85 岁; 患者知情同意。

1.3 排除标准

①合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者; ②精神病患者, 肿瘤或艾滋病患者; ③妊娠或哺乳期妇女; ④过敏体质者; ⑤肝功能异常者; ⑥合并严重感染, 病情危重者。

1.4 一般资料

选取上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 2008 年 5 月至 2011 年 5 月住院患者 58 例。采用随机数字表将患者分为治疗组和对照组, 其中治疗组 31 例, 男 18 例, 女 13 例; 年龄 28~84 岁, 平均 (66.1 ± 10.8) 岁; 病程 2~12 个月, 平均 (4.1 ± 2.4) 个月。对照组 27 例, 男 17 例, 女 10 例; 年龄 43~

81 岁, 平均 (65.0 ± 10.4) 岁; 病程 2~9 个月, 平均 (4.0 ± 3.1) 个月。两组患者性别、年龄、病程等基线资料差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

两组患者均按临床常规给予全身治疗, 包括降糖、抗感染等治疗; 血管炎类疾病患者给予适量应用激素治疗。对照组: 外用康复新液(由昆明赛诺制药有限公司生产, 批号 Z53020054)湿敷, 以浸透 8 层纱布而不滴水为准, 再外敷 1 层凡士林纱布。治疗组: 外用红油膏薄贴, 敷药厚度为 1mm(红油膏由凡士林 300g、九一丹 30g、铅丹 4.5g 组成, 由本院药剂科提供)。两组均每日换药 1 次, 4 周为 1 个疗程, 观察 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

创面愈合率 = $(\text{原始创面面积} - \text{未愈合创面面积}) / \text{原始创面面积} \times 100\%$ 。创面面积测定使用数码相机(Canon IXUS 901S)联合图像分析软件 Image J v1.42q(软件由美国国立医学中心网站免费下载)计算。

创面症状体征积分^[3] 分别为: ①溃疡色泽: 红润, 1 分; 淡红, 2 分; 暗红, 3 分; 紫暗或苍白, 4 分; ②创面渗液量: 浸透透纱布 1 层以内, 1 分; 浸透纱布 1~2 层, 2 分; 浸透纱布 3~4 层, 3 分; 浸透纱布 5 层或 5 层以上, 4 分; ③新生肉芽组织: 设创面面积为

s, 新生肉芽组织为 g, $s > g \geq 3/4s$, 1 分; $3/4s > g \geq 1/2s$, 2 分; $1/2s > g \geq 1/4s$, 3 分; $1/4s > g \geq 0$, 4 分; ④新生上皮组织: 设创面面积为 s, 新生上皮组织为 e, $s > e \geq 3/4s$, 1 分; $3/4s > e \geq 1/2s$, 2 分; $1/2s > e \geq 1/4s$, 3 分; $1/4s > e \geq 0$, 4 分; ⑤疼痛程度: 无, 1 分; 痒, 2 分; 痛, 3 分; 很痛, 4 分。

3.2 疗效判定标准

创面疗效判定标准: 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4] 制定。①临床痊愈: 创面完全愈合。②显效: 创面明显缩小, 创面愈合率 $\geq 75\%$ 。③有效: 创面缩小, 创面愈合率 $< 75\%$, 但 $\geq 25\%$ 。④无效: 创面缩小, 创面愈合率 $< 25\%$, 甚至扩大。临床痊愈和显效合计为有效。

症状体征积分疗效判定标准: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5] 制定。①临床痊愈: 症状体征积分减少 $\geq 75\%$ 。②显效: 症状体征积分减少 $\geq 55\%$ 。③有效: 症状体征积分减少 $\geq 25\%$ 。④无效: 症状体征积分减少 $< 25\%$ 。临床痊愈和显效合计为有效。

3.3 两组创面面积比较

表 1 示, 治疗前两组患者创面面积大小比较, 差

表 1 两组创面面积比较 (cm^2 , $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	缩小面积
治疗组	31	25.5 $\pm$ 17.7	4.6 $\pm$ 4.0	20.9 $\pm$ 16.3*
对照组	27	17.6 $\pm$ 11.0	9.3 $\pm$ 7.2	8.2 $\pm$ 6.6

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

表 2 两组创面疗效比较 [例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	31	8(25.8)	12(38.7)	10(32.3)	1(3.2)	20(64.5)
对照组	27	2(7.4)	4(14.8)	12(44.4)	9(33.3)	6(22.2)

表 3 两组症状体征疗效比较 [例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	31	3(9.7)	19(61.3)	9(29.0)	0	22(100)
对照组	27	1(3.7)	7(25.9)	14(51.9)	5(18.5)	22(81.5)

表 4 两组创面症状体征积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	溃疡色泽	创面渗液量	新生肉芽组织	新生上皮组织	疼痛程度
治疗组	治疗前	31	3.4 $\pm$ 0.6	3.6 $\pm$ 0.5	3.6 $\pm$ 0.5	3.7 $\pm$ 0.4	3.6 $\pm$ 0.6
	治疗后	31	1.4 $\pm$ 0.5* Δ	1.6 $\pm$ 0.6* Δ	1.3 $\pm$ 0.4* Δ	1.4 $\pm$ 0.5* Δ	1.1 $\pm$ 0.2* Δ
对照组	治疗前	27	3.3 $\pm$ 0.6	3.6 $\pm$ 0.5	3.7 $\pm$ 0.4	3.8 $\pm$ 0.4	3.8 $\pm$ 0.7
	治疗后	27	2.1 $\pm$ 0.6	2.3 $\pm$ 0.8	2.1 $\pm$ 0.8	2.2 $\pm$ 0.8	1.9 $\pm$ 0.9 Δ

注: 与对照组治疗后比较, * $P < 0.01$; 与本组治疗前比较, $\Delta P < 0.01$

异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组患者创面缩小面积比较治疗组优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.4 两组创面疗效比较

表 2 示, 治疗后治疗组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

3.5 两组症状体征疗效比较

表 3 示, 两组治疗后症状体征疗效比较, 治疗组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

3.6 两组治疗前后创面症状体征积分比较

表 4 示, 治疗前两组各分项积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组各分项积分比较, 治疗组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。与治疗前比较, 治疗后治疗组各分项积分改善明显 ($P < 0.01$); 对照组疼痛积分改善明显 ($P < 0.01$)。

3.7 不良反应

全部病例经 4 周治疗, 血常规、肝功能、肾功能等指标, 除 1 例患者因自身免疫病导致红细胞、白细胞、血小板降低外, 未发现不良反应。

4 讨论

清代吴谦在《医宗金鉴》中强调: “腐不去则新肉不生, …… 盖去腐之药乃疡科之要药也。”红油膏含升药和东丹等拔毒祛腐药物, 能使溃疡色泽转为红润, 治疗组明显优于对照组, 说明了红油膏的较强祛腐能力, 使“瘀”散“腐”去, “肌”生创愈。治疗组创面渗液量积分减少显著大于对照组, 说明红油膏对创面分泌物有调节作用。但治疗后渗出积分平均 (1.6 $\pm$ 0.6) 分, 较色泽、肉芽、上皮等分项目的积分高, 说明红油膏既能减少创面的渗出以祛腐, 也能维持创面一定程度的湿润以促进生肌。祛腐作用加强了局部血液供应, 起到了促进肉芽组织增生的作用。还清除了包括坏死组织和“缸口”在内的上皮生长的不良环境, 为上皮生长创造了良好的条件。而油膏的基质保护了暴露的神经末梢, 油膏的成分铅丹、九一丹等减轻了炎症, 改善了伤口疼痛症状。

呕吐痰涎,喉中痰鸣。舌淡胖、苔厚腻微黄,脉弦滑有力。诊断:癫狂(痰浊扰心证)。治疗:以中药汤剂清热化痰,开窍醒神,方用:石菖蒲 12g,浙贝母 12g,旋覆花 15g,(煅)赭石 30g,丹参 30g,黄连 10g,(炒)栀子 5g,(炒)黄芩 10g,柴胡 10g,(清)半夏 10g,大枣 6g,甘草 10g,7 剂。针刺以疏肝解郁为主,纠正患者的气郁体质。双侧太冲、阳陵泉、期门、膻中、气海,每周 3 次,10 次为 1 个疗程,疗程间休息 1 周后继续下 1 个疗程。二诊至五诊:上述治疗后精神渐趋安定,睡眠好转,神智较为清晰,效不更方,以此为基本方加减服用 50 剂。针灸治疗 2 个月后,家属叙述患者性格开朗,与人交流顺畅,精神抑郁等症状消失。因其气郁体质已经得到一定纠正,故停止针灸治疗。中药原方加减再进 14 剂。六诊:诸症消失,精神安定,睡眠正常。幻觉、妄想及行为异常等症状完全消失。判定为临床治愈。半年后随访,诸症未发,精神安定。已经从事正常工作和进行家务劳动。

按:本例患者本为气郁体质,但发病后肝气郁结的种种表现已经为大量的精神症状所掩盖。经详细询问病史可知,这是一例在气郁体质基础上的病证。体质因素参与并影响病机、证候的形成。辨体论治即以人的体质为认知对象,从体质状态及不同体质分类的特性,把握其健康与疾病的整体要素与个体差异,制定防治原则,选择相应的治疗、预防、养生方法,从而进行“因人制宜”的干预措施^[3]。患者素有气郁,肝气横逆克脾犯胃。脾胃为生痰之源,脾胃失健,升降失常,浊阴壅结成痰,则气虚痰结,痰凝胸膈间不得化,流于心而癫症,郁怒不畅,痰蒙心包或挟火扰心,而致癫狂。所以治疗重在疏肝理气,辅化痰开窍、养心安神。故以针药并用的方法治疗本例患者时,采取了长时间的针刺治疗以疏肝理气,意在纠正患者的体质偏差,内服具有清热化痰,开窍醒神作用的汤剂。针刺按照辨体施治的原则选择具有疏肝理气作用的穴位如太冲、丘墟、阳陵泉等穴,又以膻中配气海理胸腹之气滞。中药汤剂以石菖蒲为主

药,辅半夏、浙贝母增强其化痰之力,旋覆花、赭石引痰浊逆气下行,黄连、栀子、丹参清心安神。其方案宜针则针,宜药则药,针药配合,各得其所,作用相辅相成而有减少了相互牵制。

5 小结

针灸和中药的临床运用是建立在辨证论治基础之上的,同时辨证论治也是针药并用的理论核心。在临床实践中,针灸和中药的运用有各种不同的配合形式,对这些不同配合形式进行归纳并在此基础上研究两者关系的实质,以提高主动运用针药两种治疗手段的能力进而提高临床疗效。

从功效的异同上看,存在针药同效、针药异效、针药反效几种形式。笔者认为,在综合各种治疗作用要素的基础上,可将中医针药并用过程中针灸和中药的关系概括为以下 3 个方面,即同效相须关系、异效互补关系和反效制约关系^[1]。

针灸与中药是作用性质和作用方式不同的治疗方法,应当根据病情和治疗需要,合理选择运用,即宜针则针,宜药则药,针药配合,相辅相成。除上述复合证候分别施治、辨证论治和对症治疗结合、局部治疗和整体治疗结合、辨体施治和辨证施治兼顾的例证之外,根据中药和针灸功效的不同,针药并用还有缓急同治、因果并治、身心并治以及缓急和标本、局部和内外、表里和内外、虚实、寒热、经络脏腑和表里等不同交叉形式,临床对于特定患者及疾病状态,可以考虑选择适当的方式针药并用,以获得最佳治疗效果。

参考文献

- [1] 韩彬. 论中医针药并用过程中针灸和中药的关系[J]. 中医杂志, 2012, 53(15): 1273-1276.
- [2] 许红, 胡振霞. 针药结合治疗失眠症 30 例[J]. 上海针灸杂志, 2001, 20(6): 19.
- [3] 王琦. 论辨体论治的科学意义及其应用(一)[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 30(2): 130-133.

(收稿日期: 2011-12-26; 修回日期: 2012-07-20)

[编辑: 洪 涛]

(上接第 1500 页)

参考文献

- [1] 赵辨. 中国皮肤性病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 937.
- [2] 中华医学会创伤学分会组织修复专业委员会(组). 慢性伤口诊疗指导意见[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 2-7.
- [3] 徐文斌, 李斌, 肖秀丽, 等. 祛瘀生肌法对慢性下肢溃疡创

面色泽及渗液量的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2006, 12(2): 103-105.

- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社出版, 1994: 45.

[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 651.

(收稿日期: 2012-03-15; 修回日期: 2012-06-01)

[编辑: 王利芬]