

象皮生肌膏治疗糖尿病足溃疡41例临床观察

谢佳楠¹, 邹晓玲²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察象皮生肌膏对糖尿病足溃疡创面愈合的临床疗效。方法: 将82例糖尿病足溃疡患者随机分为治疗组和对照组各41例, 治疗组采用局部常规清创后用象皮生肌膏外敷, 对照组采用局部常规清创处理后予无菌凡士林纱布外敷, 治疗4周后比较2组的综合疗效、创面缩小面积比例。结果: 总有效率治疗组为90.24%, 对照组为78.05%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组溃疡面积治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.05$); 2组创面愈合率比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 象皮生肌膏治疗糖尿病足溃疡的临床效果显著, 值得推广应用。

[关键词] 糖尿病足溃疡; 中西医结合疗法; 象皮生肌膏

[中图分类号] R259.872 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.028

糖尿病足(Diabetic Foot, DF)是由于糖尿病患者合并代谢异常引起周围神经病变、下肢动脉不同程度的血管病变而导致的足部感染、溃疡和(或)深层组织破坏^[1], 是糖尿病最为常见而且也是最严重的慢性并发症之一^[2]。笔者采用象皮生肌膏治疗糖尿病足溃疡41例, 收到了较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 82例均为2015年6月至2017年6月在湖南中医药大学第一附属医院内分泌科门诊就诊和住院治疗的糖尿病足溃疡患者, 采用Doll's临床病例随机数字表法将其分为2组。治疗组41例, 男21例, 女20例; 年龄45~69岁。对照组41例, 男22例, 女19例; 年龄48~73岁。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 糖尿病诊断参照“中国2型糖尿病防治指南”^[3]拟定。(1)典型糖尿病症状(多饮、多尿、多食、体质量下降)加上随机血糖检测。静脉血浆葡萄糖水平 ≥ 11.1 mmol/L; (2)空腹血糖检测静脉血浆葡萄糖水平 ≥ 7.0 mmol/L; (3)葡萄糖负荷后2h血糖检测静脉血浆葡萄糖水平 ≥ 11.1 mmol/L。无糖尿病症状者, 需改日重复检查。空腹状态指至少8h没有进食热量; 随机血糖指不考虑上次用餐时间, 为1d中任意时间的血糖, 不能用来诊断空腹血糖受损或糖耐量异常。糖尿病足诊断符合“中国糖尿病足诊治指南”^[4]中的相关诊断标准。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准; (2)糖尿病足分级符合Meggitt于1976年提出的Wagner分级^[4]中的2~4级。0级: 有发生足溃疡的危险因素, 但目前无溃疡; 1级: 足部浅表溃疡, 无感染征象, 突出表现为神经性溃疡; 2级: 较深溃疡, 常合并软组织感染, 无骨髓炎或深部脓肿; 3级: 深部溃疡, 有脓肿或骨髓炎; 4级: 局限性坏疽(趾、足跟或前足背), 其特征为缺血性坏疽, 通常合并神经病变; 5级: 全足坏疽。

1.4 排除标准 (1)不符合糖尿病诊断标准及糖尿病足Wagner分级属于0、1、5级; (2)合并有肝、肾、心脑血管等严重原发性疾病及重度营养不良; (3)精神疾病, 或不能配合完成治疗的患者; (4)非湖南中医药大学第一附属医院内分泌科首诊病例; (5)脱落病例。

2 治疗方法

2.1 常规治疗 对患者进行饮食宣教, 全面监测并控制血糖、血压, 卧床休息, 有局部感染的患者根据血常规、降钙素原、超敏C反应蛋白、刮取创面分泌物的细菌培养结果及药敏结果使用抗生素行抗感染治疗, 同时予以扩血管、营养神经等对症支持治疗及营养支持治疗。

2.2 治疗组 在常规治疗基础上对溃疡创面行常规清创处理, 予0.9%氯化钠注射液及3%双氧水冲洗创面, 用无菌剪刀或手术刀片剔除坏死组织, 予以络合碘消毒创面后, 使用适量象皮生肌膏(湖南中医药大学第一附属医院药剂科自制, 批准文号:

湘药制字 Z20070276, 规格: 50g/支) 治疗。处方: 当归 100g, 甘草 50g, 白芷 15g, 紫草 9g, 血竭、轻粉各 12g。制法: 用麻油 1L 浸药 3d, 久熬去渣滤清, 再熬至滴水成珠, 加白蜡 100g 溶化, 再加血竭、轻粉, 最后搅匀成膏, 封装, 外敷用^[5]。对于溃疡较深形成脓腔的患者, 将象皮生肌膏均匀涂抹于无菌纱条上填塞于脓腔的基底部, 并填满整个脓腔, 避免引流不畅而致溃疡无法愈合或者脓腔外口形成假愈合。对于溃疡表浅患者, 将象皮生肌膏涂于无菌纱布上覆盖全部溃疡创面并行绷带包扎, 每天换药 1 次, 根据创面愈合情况, 可予隔天换药 1 次, 直至创面愈合, 全部换药过程遵守无菌操作原则。

2.3 对照组 在常规治疗基础上对溃疡创面行常规清创处理, 予 0.9% 氯化钠注射液及 3% 双氧水冲洗创面, 用无菌剪刀或手术刀片剔除坏死组织, 予以络合碘消毒创面后, 对于溃疡较深形成脓腔的患者, 将凡士林纱条填塞于脓腔的基底部, 并填满整个脓腔, 避免引流不畅而致溃疡无法愈合或者脓腔外口形成假愈合。对于溃疡表浅患者, 将凡士林纱布覆盖全部溃疡创面并行绷带包扎, 换药频率与治疗组一致, 全部换药过程遵守无菌操作原则。

3 疗效观察

3.1 观察指标 连续观察 4 周并记录溃疡面积大小、不良反应, 计算 2 组总有效率、创面愈合率。

3.2 疗效标准 参照《糖尿病足与相关并发症的诊治》^[6] 拟定。显效: 局部肿胀明显改善, 溃疡面基本愈合; 有效: 局部肿胀有所改善, 溃疡面分泌物明显减少, 溃疡面尚未完全愈合; 无效: 治疗后溃疡面无好转或加重。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件对数据进行处理, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用单因素方差分析法; 计数资料以百分率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 90.24%, 对照组为 78.05%, 2 组比较, 差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较 (n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	41	24	13	4	90.24 ^a
对照组	41	20	12	9	78.05

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后溃疡面积比较 2 组溃疡面积治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后溃疡面积比较 ($\bar{x} \pm s$, cm²)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	41	10.73 ± 3.11	5.18 ± 2.18 ^{ab}
对照组	41	11.09 ± 3.45	6.53 ± 2.83 ^a

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组创面愈合率比较 创面愈合率治疗组为 (53.44 ± 12.19)%, 对照组为 (42.59 ± 13.11)%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

4 讨论

国际糖尿病联盟 (IDF) 统计, 2011 年全球糖尿病患者人数已达 3.7 亿, 其中 80% 在发展中国家。糖尿病患者比非糖尿病患者更易发生下肢动脉病变, 其主要病因是动脉粥样硬化, 在合并周围神经病变时, 下肢血运差、皮肤感觉减退, 易出现糖尿病足溃疡。发生溃疡的同时易合并感染, 有文献指出, 感染、下肢血管病变是糖尿病患者截肢、死亡的主要原因^[7]。在糖尿病相关的低位远端截肢中, 85% 发生在足部溃疡后, 约有 15% 的糖尿病患者最终会发生足溃疡^[8]。随着糖尿病的发病率逐渐增高, DF 发病率亦随之增高, 加上 DF 的致残率、致死率高, 治疗困难, 花费巨大, 因此寻找花费相对低且效果好的治疗方法将是临床医师的重任。目前在临床上通常采用调节血糖、抗感染、改善血管功能及营养神经、高压氧疗等全身治疗以及低强度激光照射、清创、药物外敷、下肢血管重建、植皮等局部治疗^[9]。

糖尿病足属于中医学“消渴”“脱疽”范畴。《素问·生气通天论》中描述:“高粱之变, 足生大丁, 受如持虚”; 汉代华佗的《神医秘传》载:“此症发于手指或足趾之端, 先痒而后痛, 甲现黑色, 久则溃败, 节节脱落”; 明代陈实功的《外科正宗》论述:“夫脱疽者外腐而内坏也, 凡患此者多生于手足, ……其疼如汤泼火燃, 其形则骨枯筋练。”中医学认为消渴病机为本虚标实, 本虚以气血虚弱为主, 标实以寒凝、血瘀等为主。人正气本虚, 遇寒邪、湿热等邪气易致气血不畅, 血脉瘀滞, 肌肤不得濡养, 发于手足末端则为脱疽。象皮生肌膏处方源自于张山雷《疡科纲要》, 主要成分有象皮、当归、血余炭、生地黄、龟甲、生石膏、炉甘石等。方中象皮性味甘、咸、温, 止血、去腐生肌; 当归活血补血; 血余炭消瘀生肌;

蠲痹历节清方联合正清风痛宁经皮透药 治疗急性痛风性关节炎 30 例

方菁¹, 熊辉¹, 陆小龙², 伍浩¹, 罗志强¹, 舒杨¹

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙, 410005)

[摘要] 目的: 观察蠲痹历节清方内服配合正清风痛宁经皮透药治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法: 将 60 例瘀热阻滞型急性痛风性关节炎患者随机分为 2 组各 30 例。治疗组采用蠲痹历节清方内服联合正清风痛宁经皮透药治疗, 对照组采用塞来昔布胶囊口服联合扶他林乳剂外用治疗, 疗程均为 2 周。观察 2 组治疗后血尿酸和相关炎症因子的变化, 评定 2 组综合疗效, 记录不良反应发生率, 随访 3~6 个月, 比较 2 组复发率。结果: 总有效率治疗组为 90.00%, 对照组为 83.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组血尿酸 (UA)、血沉 (ESR)、CRP (C 反应蛋白)、IL-6 (白介素 6) 水平均较治疗前降低, 治疗组下降更明显, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗后不良反应发生率和复发率比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 蠲痹历节清方联合正清风痛宁经皮透药治疗瘀热阻滞型急性痛风性关节炎有较好的临床疗效。

[关键词] 急性痛风性关节炎; 蠲痹历节清方; 正清风痛宁; 经皮透药

[中图分类号] R259.897 **[文献标识码]** A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.029

随着老龄人口的逐渐增多, 痛风已经演变成居于糖尿病之后的第 2 大代谢性疾病^[1]。目前针对痛风普遍采取西药治疗, 虽然西药能快速地改善患者的临床症状和实验室指标, 但是病情易复发, 并且大多数患者需要长期服用药物, 药物不良反应多。中医药针对风寒湿痹证有自己独特的临床疗效, 且不良反应小^[2-4]。熊辉教授使用经验方蠲痹历节清方治疗急性痛风性关节炎取得了良好的临床疗效^[5-6]。在此基础上, 笔者 (除通讯作者外) 跟

师使用蠲痹历节清方内服配合正清风痛宁经皮透药对 30 例辨证为瘀热阻滞证的急性痛风性关节炎患者进行诊治, 并与采用西医常规治疗的 30 例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 6 月于湖南中医药大学第二附属医院治疗的痛风性关节炎急性期患者 60 例, 选取单侧膝关节纳入研究, 其中, 男 51 例, 女 9 例; 年龄 31~70 岁。将其采

生地黄、龟甲清热滋阴; 生石膏煅用敛疮生肌; 炉甘石煅制后可除湿止痒敛创。象皮生肌膏对于分泌物较多的伤口亦有提脓祛腐之效, 可以通过增加每天的换药次数达到更好的祛腐效果, 正符合中医学“祛腐生肌、煨脓长肉”之理。本研究针对象皮生肌膏对 DF 的治疗效果进行为期 4 周的观察, 结果提示象皮生肌膏对于 DF 的创面愈合效果显著, 值得在临床广泛推广使用。

参考文献

- [1] Alavi A, Sibbald RG, Mayer D, et al. Diabetic foot ulcers: Part II. Management[J]. J Am Acad Dermatol, 2014, 70(1): 21.
- [2] Chiu CC, Huang CL, Weng SF, et al. A multidisciplinary diabetic foot ulcer treatment programme significantly improved the outcome in patients with infected diabetic foot ulcers[J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2011, 64(7): 867-872.
- [3] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南

(2013 年版)[S]. 中华内分泌代谢杂志, 2014, 30(10): 447-498.

- [4] 中国医疗保健国际交流促进会糖尿病足病分会. 中国糖尿病足诊治指南[S]. 中华医学杂志, 2017, 97(4): 251-258.
- [5] 刘立云, 王璘琳, 卢敏. 象皮生肌膏治疗软组织坏死缺损与感染的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2009, 17(2): 129-130.
- [6] 李仕明. 糖尿病足与相关并发症的诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 158-168.
- [7] Cho CH, Lee CK, Nam MH, et al. A case of diabetic mellitus foot infection by a newly reported Neisseria skkuensis: case report[J]. Ann Clin Lab Sci, 2015, 45(4): 499-451.
- [8] Sun JH, Tasai JS, Huang CH, et al. Risk factors for lower extremity amputation in diabetic foot disease categorized by Wagner classification[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2012, 95(3): 358-363.
- [9] 李少霞, 沈为民. 糖尿病足治疗进展[J]. 中国烧伤疮疡杂志, 2017, 29(3): 182-185.

(收稿日期: 2017-09-11)

第一作者: 方菁, 男, 2015 级硕士研究生, 研究方向: 中医药防治骨病、筋伤病

通讯作者: 熊辉, 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 中医药防治骨病、筋伤病, E-mail: xh_hn@sina.com