

● 病例报告 ●

引用:康昀博,杨志波,刘宁. 中西医结合治疗糖尿病性下肢溃疡1例报告[J]. 湖南中医杂志,2022,38(3):75-76,156.

中西医结合治疗糖尿病性下肢溃疡1例报告

康昀博¹,杨志波²,刘 宁²

(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)

[关键词] 糖尿病;下肢溃疡;中西医结合疗法;病例报告

[中图分类号] R259.872 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.03.024

糖尿病足是糖尿病的常见并发症之一,足部溃疡的患病率占糖尿病患者的4%~10%^[1],是一种病程长久、病情复杂、治疗困难和预后相对较差的慢性疾病,严重者后期有感染、截肢,甚至死亡等风险^[2-4]。患者及家属通常情况下更倾向于选择创伤小的保守治疗方案,而中医外治法在这方面有一定优势。现对1例以中医外治法为主治疗的糖尿病性下肢溃疡病例报告如下。

1 病案资料

患者,女,80岁,因“左下肢反复溃破疼痛4年,加重3个月”于2020年6月23日入院。入院时可见其左下肢踝关节内侧溃烂,局部渗出明显,伴有剧烈疼痛,可闻及恶臭味,左下肢胫前偶有瘙痒感,左足水肿。精神可,纳可,因疼痛而寐差,二便可。询其病史,自诉4年前无明显诱因下出现出现左下肢踝关节内侧溃烂,伴渗出,疼痛明显,曾因左下肢血液循环障碍就诊于某医院,诊断为“下肢动脉硬化闭塞症”,行“左侧股动脉支架置入术”后局部溃破逐渐愈合,疼痛缓解。3个月前无明显诱因下左下肢溃破再发加重,伴剧烈疼痛,有明显渗出,曾自行予“美宝烧伤膏”外用,未见明显缓解,遂于他院住院治疗,予控制血糖、外用膏药(具体不详)等治疗,但疼痛无明显缓解。后曾多次就诊于私人诊所,予中药汤剂(具体不详)口服、膏药(具体不详)

外敷后局部溃破持续增大,并出现左足水肿,疼痛加重,影响睡眠,遂于湖南中医药大学第二附属医院(简称为“我院”)诊治。既往有2型糖尿病病史三十余年,平素服用瑞格列奈(早晚餐前0.5 mg、午餐前1 mg)降糖,餐后血糖控制不佳;有高血压病病史30年,目前服用硝苯地平控释片(每次30 mg,每天1次)降血压,平素血压控制尚可。体温、呼吸、脉搏正常,血压152/60 mmHg(1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa)。舌红、苔黄腻,脉弦滑。左下肢近踝关节内侧可见一直径约10 cm大小的近圆形溃疡,与周围分界清楚,坏死区域呈黑色,边缘可见黄色分泌物,伴恶臭味,左足胫前可见融合性暗红斑,红斑边界欠清,左足可见凹陷性水肿,足背动脉搏动减弱,皮温低,有触痛。血常规:中性细胞比率78.31%,淋巴细胞比率13.42%。尿常规:白细胞2个/HP,脓球1个/HP。电解质:钾2.85 mmol/L。凝血常规:纤维蛋白原4.65 g/L,凝血酶时间21.6 sec。血沉109.00 mm/h。心肌酶:肌红蛋白182 μ g/L。糖化血红蛋白7.5%。血脂、肝肾功能及新冠病毒核酸检测未见异常。西医诊断:2型糖尿病,糖尿病性下肢溃疡,高血压病;中医诊断:消渴,疮疡(湿热毒蕴证)。

入院初期(6月23日至6月27日):患者空腹血糖正常,餐后血糖8.0~16.0 mmol/L。西医予以阿莫西林克拉维酸钾抗感染,瑞格列奈合阿卡波糖

基金项目:湖南省名老中医药专家杨志波传承工作室建设项目(湘中医药函[2018]37号)

第一作者:康昀博,女,2018级硕士研究生,研究方向:中医外科学(皮肤病方向)

通讯作者:杨志波,男,主任医师,博士研究生导师,研究方向:红斑鳞屑性皮肤病,E-mail:dr.yang888@126.com

联合降血糖,硝苯地平控释片降血压,氯化钾注射液、氯化钾缓释片补钾。中医予以仙方活命饮加减。处方:金银花 10 g,白芷 12 g,当归 10 g,陈皮 6 g,防风 10 g,天花粉 10 g,浙贝母 10 g,黄芪 20 g,丹参 10 g,熟地黄 20 g,桂枝 12 g,没药 6 g,乳香 6 g,甘草 6 g。并视病情变化调整用药。同时予以外用经验方泡足。处方:黄柏 18 g,黄芩 27 g,金银花 30 g,野菊花 30 g,苦参 18 g,紫花地丁 30 g,蒲公英 30 g。以上中药皆为超微颗粒,用法:以开水冲泡上述超微颗粒 1 剂,待药水温热时泡足 30 min,隔天 1 次。外治予清创、换药,溃疡面隔天换药 1 次,配合我院自制药硼贝九华膏。络合碘常规消毒清洁创面后,使用止血钳及组织剪逐渐清除表面黑色坏死组织。随后隔日络合碘常规消毒换药,清洁创面后使用硼贝九华膏均匀涂于无菌纱布上,将涂药面纱布均匀覆盖在创面上。下次换药时清除涂药纱布,并使用脱脂无菌棉球擦拭创面残留药物及分泌物,并剥离可脱落的坏死组织。每次换药重复前述步骤。

入院中期(6月28日至8月9日):患者血糖、血压控制良好,一般情况可。继续予仙方活命饮加减口服、经验方泡足。泡足后以 0.9%氯化钠注射液清洁溃疡面残余药物并清除坏死组织,再以肤痔清软膏厚涂于溃疡面清热解毒,促进愈合。并配合艾灸等中医特色治疗。低钾血症纠正后停用氯化钾。抗生素使用足疗程后停用。患者病情稳定后,清除胫骨前肌腱、胫骨后肌腱、趾长屈肌腱于脚踝处坏死组织。并停用肤痔清软膏,改行负压引流术,并与硼贝九华膏换药交替治疗。

入院中后期(8月10日至8月22日):患者一般情况可,血糖、血压控制良好。病情较前显著改善,溃疡面缩小至约 9 cm×9 cm,坏死组织较前明显减少,可见大量新鲜肉芽组织,部分肉芽组织高于皮肤,创面边缘可见少量黄色分泌物。于新鲜肉芽组织处外用青黛散,并以硼贝九华膏纱布覆盖其余创面,并改隔天换药为每天换药,清除留于表面的药物,预防感染。

入院后期(8月23日至9月18日):患者一般情况可,溃疡面明显缩小,呈不规则多边形,约 8.5 cm×8.0 cm,仍见部分肉芽组织略高于皮肤表面。患者经治疗后病情明显改善,并可在家属搀扶下行走。继续予以中药口服、外治换药,并控制血

糖、血压等治疗方案。至患者出院时,溃疡面已缩小至约 7 cm×8 cm,形状不规则,创面周围皮肤生长良好,可见新鲜肉芽组织。嘱其前往当地医院继续治疗,并定期复查。

2 讨 论

本案为老年患者,既往因“下肢动脉硬化闭塞症”行股动脉支架置入术,并有高血压病、糖尿病病史,且因使用不明药膏导致病情加重。根据舌脉象,辨证为湿热毒蕴证,入院早期以疮疡阳证代表方之仙方活命饮加减清热解毒,经验方泡足清热解毒燥湿,再予我院自制药硼贝九华膏祛腐生肌,以“蚕食法”逐渐清除坏死组织,并配合控制血糖、血压,抗感染等治疗。仙方活命饮加减方中以金银花为君药,清热解毒。黄芪、丹参、熟地黄、乳香、没药、当归、陈皮为臣药,共奏益气养血、行气活血化瘀之功。浙贝母、天花粉、白芷、防风、桂枝共为佐药,浙贝母、天花粉消未成之脓,白芷、防风从外透解热毒,桂枝温通经络。甘草为使药,清热解毒,调和诸药。虽用经方,但并不拘泥于原方,因患者需使用抗生素,故去原方中之“以酒煎服”。

硼贝九华膏含有硼砂、川贝母、滑石、朱砂、冰片等。硼砂清热消痰,解毒防腐,对葡萄球菌、铜绿假单胞菌等有抑制作用。川贝母散结消肿,对肺痈、乳痈、痈疽等均有良好作用。滑石祛湿敛疮,对溃疡面有保护、抗菌作用;冰片散瘀消肿止痛;朱砂敛疮生肌,在慢性皮肤溃疡、肛瘘术后等疾病中均有较好疗效,临床三者常配伍使用。经验泡足方包括黄芩、黄柏、苦参、金银花、野菊花、紫花地丁、蒲公英等药物,由三黄洗剂与五味消毒饮加减而成。三黄洗剂为苦寒之品,有清热消肿之功;五味消毒饮有清热解毒、消散毒结疔疮之功效。二者联用,有较好的抗菌、抗炎效果。温热药剂泡足,既可预防创面感染,又可促进局部微循环,减少患者换药痛苦。

入院中期,患者治疗十余天后病情有所改善,生命体征较为稳定,故此阶段继续清除坏死组织,并行负压引流术,以加速肉芽组织生长、坏死组织溶脱。并与硼贝九华膏交替运用。治疗 1 个月后,先前坏死部分肌腱两端的肉芽组织生长速度较快,不利于周围皮肤的生长,故用青黛散,取其收敛之功。

(下转第 156 页)

- endothelial cell and angiogenesis[J]. Cell Cycle, 2006,5(5): 512-518.
- [25] HA H, DEBNATH B, NEAMATI N. Role of the CXCL8-CXCR1/2 axis in cancer and inflammatory diseases[J]. Theranostics, 2017,7(6):1543-1588.
- [26] VION A C, PEROVIC T, PETIT C, et al. Endothelial cell orientation and polarity are controlled by shear stress and VEGF through distinct signaling pathways[J]. Front Physiol, 2020,11: 623769.
- [27] HOLMES DI, ZACHARY I. The vascular endothelial growth factor (VEGF) family: Angiogenic factors in health and disease[J]. Genome Biol, 2005,6(2):209.
- [28] SMYTH E M, GROSSER T, WANG M, et al. Prostanoids in health and disease[J]. J Lipid Res, 2009,50 Suppl(Suppl): S423-S428.
- [29] ZHOU Z, LU C, MENG S, et al. Silencing of PTGS2 exerts promoting effects on angiogenesis endothelial progenitor cells in mice with ischemic stroke via repression of the NF- κ B signaling pathway[J]. J Cell Physiol, 2019,234(12):23448-23460.
- [30] MEZA D, MUSMACKER B, STEADMAN E, et al. Endothelial cell biomechanical responses are dependent on both fluid shear stress and tensile strain[J]. Cell Mol Bioeng, 2019,12(4):311-325.
- [31] KOFLER NM, SIMONS M. Angiogenesis versus arteriogenesis: Neuropilin 1 modulation of VEGF signaling[J]. F1000 Prime Rep, 2015,7:26.
- [32] APTE RS, CHEN DS, FERRARA N. VEGF in signaling and disease: Beyond discovery and development[J]. Cell, 2019,176(6):1248-1264.
- [33] SAMAKOVA A, GAZOVA A, SABOVA N, et al. The PI3k/Akt pathway is associated with angiogenesis, oxidative stress and survival of mesenchymal stem cells in pathophysiologic condition in ischemia[J]. Physiol Res, 2019,68(Suppl 2):S131-S138.
- [34] ZHANG Z, YAO L, YANG J, et al. PI3k/Akt and HIF-1 signaling pathway in hypoxia-ischemia (review) [J]. Mol Med Rep, 2018,18(4):3547-3554.
- [35] TAKATA T, ARAKI S, TSUCHIYA Y, et al. Oxidative stress orchestrates MAPK and nitric-oxide synthase signal[J]. Int J Mol Sci, 2020,21(22):8750.
- [36] YUE J, LÓPEZ JM. Understanding MAPK signaling pathways in apoptosis[J]. Int J Mol Sci, 2020,21(7):2346.
- [37] MAIONE F. Commentary: IL-17 in chronic inflammation: From discovery to targeting[J]. Front Pharmacol, 2016,7:250.
- [38] HOT A, LENIEF V, MIOSSEC P. Combination of IL-17 and TNF- α induces a pro-inflammatory, pro-coagulant and pro-thrombotic phenotype in human endothelial cells [J]. Ann Rheum Dis, 2012,71(5):768-776.
- [39] CHATTERJEE M, EHRENBURG A, TOSKA L M, et al. Molecular drivers of platelet activation: Unraveling novel targets for anti-thrombotic and anti-thrombo-inflammatory therapy[J]. Int J Mol Sci, 2020,21(21):7906.
- [40] GREMMEL T, FRELINGER AL, MICHELSON AD. Platelet physiology[J]. Semin Thromb Hemost, 2016,42(3):191-204.

(收稿日期:2021-05-12)

(上接第76页)我院自制青黛散由青黛、煅石膏、黄柏、冰片组成,具有清热解毒、敛湿等作用。现代药理研究表明,青黛有抗感染作用,且外用效果优于内服^[5]。煅石膏有减少炎症因子释放等作用,能改善炎症反应,煅石膏中的 Ca^{2+} 可以收敛止血^[6]。黄柏具有广谱抗菌作用,对痤疮丙酸杆菌、金黄色葡萄球菌等均有抑制作用^[7]。冰片对金黄色葡萄球菌等存在较强的抑制作用,并且可以降低机体炎症反应^[8]。艾灸可活血通络,灸于患处,可使血行通畅。艾灸的温热刺激可增加血流量、舒张血管、改善微循环,从而促进创面愈合。

由于糖尿病足病程长,治疗复杂,在临床中要密切关注病情,及时调整用药。本案患者经中西医结合治疗后取得了满意的疗效。患者病程长,创面大,治疗较为痛苦,在治疗初、中期,每逢换药,患者必因疼痛及心理压力而烦躁易怒,甚则悲观绝望,此阶段应与家属一同对患者进行心理抚慰,帮助其树立信心。至治疗中后期,疗效显著,患者心理压

力减小,积极配合治疗。因此,对于糖尿病患者,不仅要做好健康教育,严密监测病情,更要关注其心理健康,切勿盲目听信“偏方”,以免延误治疗。

参考文献

- [1] 郑红波,周伟,李永文,等. 糖尿病足的中医外治法研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(1):103-107.
- [2] 李茂全. 糖尿病足介入综合诊治临床指南(第六版)[J]. 介入放射学杂志,2020,29(9):853-866.
- [3] 谷涌泉. 中国糖尿病足诊治指南[J]. 中国临床医生杂志,2020,48(1):19-27.
- [4] 杨中华,王亚玲,徐盈斌. 糖尿病足的外科诊治进展[J]. 中国医刊,2017,52(9):25-31.
- [5] 高凤洋,张大方,李超英. 中药青黛炮制及药理作用的研究进展[J]. 长春中医药大学学报,2020,36(1):5.
- [6] 张玉松,罗达,程芳芳,等. 煅石膏的研究进展及含钙止血材料应用概况[J]. 中国实验方剂学杂志,2021,27(1):6.
- [7] 孙森凤,张颖颖,褚万春. 黄柏药理作用的研究进展[J]. 山东化工,2017,46(14):2.
- [8] 尚坤,李敬文,常美月,等. 中药冰片药理作用研究进展[J]. 吉林中医药,2018,38(4):3.

(收稿日期:2021-03-08)