中医辨治糖尿病足

□崔公让

案例一

初诊：王某，男性，68岁，以右足第2趾破溃流脓3个月就诊。患者有2型糖尿病史12年，平素口服降糖药，血糖监测不规律。3个月前，患者右足第2趾端磨破，未加处置，渐见趾端发黑、渗液，溃疡面腐肉覆盖、脓水淋漓、气味臭秽，疮周皮肤潮红漫肿（触之灼热，夜间痛甚）；伴口渴多饮、小便频数，饮食尚可，夜寐不安，大小便正常，既往吸烟30余年。

诊见：患者右足第2趾端紫黑，溃疡面约2.0厘米×1.5厘米，覆有腐肉，渗出液多且质稠臭秽，疮周红肿灼热，右足皮温偏高，足背动脉搏动减弱，舌质红绛、苔黄腻，脉滑数。

检查：空腹血糖11.8毫摩尔/升，右下肢末梢循环中重度障碍，踝肱指数（ABI）右侧0.58，创面分泌物细菌培养结果显示有铜绿假单胞菌生长。

中医诊断：脱疽（湿热血瘀型）。

西医诊断：糖尿病足（湿性坏疽），2型糖尿病。

治则：清热祛湿、活血化瘀、解毒托脓。

方药：四妙勇安汤。当归30克，金银花30克，玄参30克，赤芍30克，生甘草20克，陈皮20克，苍术15克，黄柏12克。共7剂。每日1剂，水煎2次，分早、晚温服。

外治：疮面以过氧化氢溶液稀释液、生理盐水依次冲洗；自拟解毒活血方（金银花、蒲公英、重楼、苦参、苏木、红花）煎汤后溻渍，每次20分钟，每日1次；腐肉较多处进行“蚕食”式清创，分期分批剪除，以不出血或稍有出血、无明显疼痛为度，清创后掺抗绿生肌散提脓祛腐，外以仲景药霜薄贴盖敷。疮周红肿处外敷如意金黄散箍围，清热消肿。

西药：根据药物敏感试验结果，选用敏感抗生素静脉滴注；调整糖尿病治疗方案，控制血糖。

医嘱：严格戒烟；患肢制动抬高，避免受压及外伤；监测血糖；外治方法需要在医生指导下进行。

二诊：治疗7日后，疮周红肿灼热明显消退，脓水由稠转稀，臭秽减轻，疼痛缓解，夜间可入睡，舌质红、苔薄黄腻，脉滑。患者腐肉渐脱、渗出液多，治宜解毒活血、顾护正气。守上方去掉黄柏，加生黄芪30克益气托毒，共14剂。外治停止箍围，仍以解毒活血方煎汤熏洗、溻渍，每日1次；腐肉已松动者，继续“蚕食”清除，掺药改用八二丹少量提脓祛腐，仍以仲景药霜盖贴。此时渗液虽多，创面却渐见鲜活，属于祛腐阶段的正常反应，不可误认为病情加重而中断治疗。

三诊：患处脓水转清，腐肉基本脱尽，疮面基底渐见颗粒状肉芽，色偏淡红（创缘上皮开始爬行），舌质淡红、苔薄白，脉细。此时已经进入肉芽组织期，局部辨证属于半阴半阳，治宜活血生肌、煨脓长肉。内服方药换为通脉活血汤（化裁）：当归20克，丹参30克，鸡血藤30克，王不留行15克，地龙12克，生黄芪30克，陈皮20克，薏苡仁30克，生甘草10克。共30剂。每日1剂，水煎服。外治以抗绿生肌散掺布覆盖溃疡面，外盖仲景药霜，隔日换药1次；肉芽生长偏缓处，加用生肌白玉膏外敷。

四诊：患者溃疡面肉芽填充平满，上皮由创缘向中心爬行，疮面缩小至约0.8厘米×0.6厘米，无渗液及异味，舌质淡红、苔薄白，脉缓。上方去掉王不留行、地龙，加党参（15克）和白术（15克）健脾益气，共20剂。外治改用生肌白玉膏薄敷，定期清洁换药，避免损伤新生上皮。

随访4个月，患者疮面完成上皮化，空腹血糖控制在6.5毫摩尔/升左右，可自行行走约600米。

案例二

初诊：李某，男性，58岁，以左足第5趾发黑干枯2个月就诊。患者有2型糖尿病史9年，吸烟35年。2个月前，患者左足第5趾端紫暗，逐渐转为干枯焦黑，疼痛夜间加重，抱膝而坐方能稍缓。

诊见：患者左足第5趾干枯焦黑、质地坚硬（范围约1.5厘米，与近端组织分界尚不清，渗出极少，周围皮肤菲薄、干燥脱屑、色暗），左足皮温低，足背动脉及胫后动脉搏动未触及，伴畏寒肢冷，神疲乏力，口淡不渴，舌质淡紫、苔薄白，脉沉细涩。

中医诊断：脱疽（阴寒血瘀型）。

西医诊断：糖尿病足（干性坏疽），2型糖尿病。

治则：温阳散寒、活血化瘀。

方药：通脉活血汤（化裁）。当归20克，丹参30克，鸡血藤30克，王不留行15克，地龙12克，陈皮20克，薏苡仁30克，桂枝12克，生甘草10克。共15剂。每日1剂，水煎服。

外治：该患者症状属于组织坏死期，局部辨证为阴证，不宜急于清创。治疗要先以3%硼酸软膏外敷软化焦痂，配合0.5%硝酸银溶液局部溶脱，促使坏死组织与健康组织自然分离；待分界清楚后，再进行“蚕食”式清创，先清除远端、疏松、无血无痛之坏死组织，近端牢固者后除，全程以保护筋膜与肌腱为要。

二诊：治疗2周后，患肢转温，静息痛减轻，焦痂与正常组织分界渐清。守方加生黄芪（30克）和淫羊藿（15克）温阳益气，共30剂。外治在分界清楚后开始“蚕食”式清创，每次少许，隔日1次，清创后使用抗绿生肌散，外盖仲景药霜。

三诊：患者坏死趾骨残端暴露，局部炎症已经得到控制，水肿消退，溃疡面分泌物细菌培养结果为阴性，具备清除腐骨条件，遂分次清除暴露之骨残端。继续内服上方，去掉方中桂枝，加党参15克，共30剂。外治方法同前。

随访3个月，患者残端创面肉芽生长良好，上皮覆盖，疼痛消失，行走距离恢复至约800米。

病机分析：糖尿病所致趾端坏疽，与一般脱疽相比，其特殊性在于全身代谢紊乱与肢体缺血、感染这三者交织。笔者认为，单纯处理局部只是治标，需要整体与局部并治：全身治疗，以控制血糖为根本，改善循环为关键，营养神经为基础，防止感染十分重要；局部治疗，遵循“控制感染、由湿转干、分离坏死、促使愈合”的思路。就病机而论，该病早期以阴虚为本、燥热为标，坏疽既成，则“阴愈虚、燥愈热”，耗气损阳，终致阴寒血瘀；若脉络堵塞、脾阳不健，日久湿热内蕴，又可转为湿热血瘀。故临床常分为两型：阴寒血瘀型多见于以治疗缺血为主者，湿热血瘀型多见于以感染为主者。案例一属于湿热血瘀型，案例二属于阴寒血瘀型，一热一寒，正见该病两端。

方药与外治解析：湿热血瘀型，治宜清热祛湿、活血化瘀，方用四妙勇安汤化裁。该方由金银花、玄参、当归、甘草组成，量大力专，清热解毒、活血止痛；加苍术、黄柏燥湿清热，赤芍凉血活血，佐陈皮理气护中。阴寒血瘀型，治宜温阳散寒、活血化瘀，方用自拟通脉活血汤化裁，以当归、丹参、鸡血藤，活血养血；薏苡仁、陈皮，健脾理气渗湿。原方中活血通络之品曾取炮山甲，现以王不留行、地龙代之。

外治是本案取效的另一关键。外治依据创面基底颜色将创面分为四期：黑期即组织坏死期，多属于阴证，宜“鲸吞”“蚕食”式清创、硝酸银脱痂与提脓祛腐，并可选用黄麻合剂、75%酒精、0.5%硝酸银溶脱、3%硼酸软膏软化、2%锌氧油外敷以促其转干脱痂；黄期即炎性渗出期，多属于阳证，宜溻渍、熏洗、箍围与提脓祛腐，熏洗溻渍常用自拟解毒活血方，箍围多选如意金黄散、玉露散；红期即肉芽组织期，宜煨脓长肉，常用抗绿生肌散配合仲景药霜、生肌白玉膏之类；粉期即上皮化期，宜保护与促进上皮爬行。腐肉多而护场已成者，宜“蚕食”式清创与提脓祛腐；腐肉减少而渗出较多者，宜熏洗与溻渍；疮周红肿灼热显著者，宜于创周箍围。丹药制剂（如五五丹、八二丹、抗绿生肌散等）剂量需要适度，不宜长期过量使用，以免中毒；油膏宜薄贴，不可摊之过厚，以防脓水浸淫。

上述两个案例均非守一方到底，而是随创面分期与全身状态进退。案例一患者初诊时腐肉多、感染重，故内治清热解毒与外治提脓祛腐并进，同时用敏感抗生素控制感染；二诊时腐肉渐脱、渗出仍多，遂去苦寒之黄柏，加生黄芪益气托毒，外治由提脓祛腐转向熏洗溻渍；三诊时腐去新生，则转通脉活血汤以活血生肌，外治改用煨脓长肉之品；四诊时肉芽平满，又加党参、白术健脾益气以收全功。案例二患者初诊时属于干性坏疽，若早期强行清创，反致感染扩散，故先促其转干、待分界清楚后再“蚕食”渐进，腐骨清除更需要具备局部炎症控制、水肿消退、创面无菌生长、侧支循环基本建立4个条件。“方随证转，法依期立”，是本案取效的关键。

临床体会：其一，糖尿病足属于慢性难愈性创面，疗程较长，需要循序渐进、把握时机，既不可操之过急而妄施清创，亦不可见好即收而骤然停药，症状改善后的巩固治疗必不可少。其二，肢体缺血严重时不宜贸然使用扩张血管药物，以免因“窃血”现象加重缺血，需要在侧支循环较为丰富后再酌情使用。其三，保肢与否需要依据肢体表现判断，若可见新生毛发或趾甲、浅表静脉充盈、新鲜肉芽颗粒，即使坏疽范围较大，在全身状况允许时仍应积极保肢。其四，本文所涉方药、丹药、清创与溶脱等操作，均需要在专科医生指导下进行，患者不可自行处置；一旦出现坏死范围扩大、感染扩散、静息痛加剧或发热，需要及时就医。其五，戒烟、控糖、保暖、避免外伤，是防止复发的关键。

（作者为全国名中医）

四诊合参

半夏泻心汤合柴胡疏肝散治疗胃痞

□赵灿

初诊：王某，女性，66岁，间断胃脘胀满、泛酸、烧心3年有余，加重1周。3年前，患者情志不舒后出现胃脘胀满、泛酸、烧心，口服药物后缓解。半年前，患者胀满加重，在当地某医院就诊，胃镜检查结果显示慢性萎缩性胃炎，病理检查结果显示伴肠上皮化生。1周前，患者因情志不舒后症状加重，伴泛酸、烧心、嗳气、口干口苦，心烦易怒，食欲不振，睡眠质量差，大小便正常，腹软（无压痛及反跳痛），肝脾肋下未触及，舌质暗红、苔黄腻，脉弦滑微数。

中医诊断：胃痞（肝胃郁热证）。

西医诊断：慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生。

治则：疏肝理气、和胃消痞、清热化湿。

方药：半夏泻心汤合柴胡疏肝散（化裁）。法半夏12克，黄芩6克，黄连12克，干姜6克，柴胡15克，炒白芍15克，茯苓20克，麸炒枳实15克，麸炒白术15克，厚朴20克，当归15克，生晒参10克，炒麦芽15克，炒神曲15克，广藿香15克，砂仁6克，木香10克，川芎10克，煅瓦楞子20克，炒酸枣仁15克。共7剂。每日1剂，水煎2次，分早、晚温服。

医嘱：调畅情志，忌辛辣、生冷等刺激性食物，规律饮食。

二诊：服上方1周后，患者泛酸、烧心减轻，仍觉胃脘胀满，口干口苦。上方去掉川芎，法半夏剂量增加至18克，麸炒枳实剂量增加至20克，生晒参剂量减至8克，加强燥湿消痞之力。共7剂。

三诊：继服1周后，患者胀满、泛酸、烧心、口干口苦减轻，睡眠质量改善，嗳气频作，食欲较差，苔微黄、稍腻。肝气渐疏、湿浊渐清，胃气仍不降。上方黄连剂量减至6克，去掉广藿香，加代赭石（15克）和旋覆花（10克），降逆止嗳。共7剂。

四诊：继服1个月后，患者胀满明显减轻，泛酸、烧心、口干口苦、嗳气消失，睡眠质量转好，食欲佳，舌淡红、苔薄白，脉微弦。继服中成药，巩固疗效。

随访：患者症状消失，未复发。

按语：胃痞以胃脘胀满不舒、按之柔软、压之不痛为主要症状，慢性萎缩性胃炎、功能性消化不良等均可见。肝主疏泄，调畅气机；胃主受纳，以降为和。脾胃升降有序，全赖肝气疏泄条达。情志不舒则肝气郁结，横逆犯胃，胃气壅塞则成痞满，此即《黄帝内经》记载“木郁之发……故民病胃脘当心而痛……”之理。临床所见，胃痞久治不愈者，多与肝气郁结相关，症状每于情志不舒后加重。该患者精神抑郁，肝气失疏，横犯脾胃，胃气壅塞，故见胃脘胀满；肝木犯中，故泛酸、烧心、口干口苦，正如《医宗己任篇》记载“凡为吞酸，尽属于肝木，曲直作酸也。”胃气不降反升，故嗳气频作；郁久化热扰心，故心烦易怒、睡眠质量差；脾胃运化乏力，故食欲不振；湿浊内生、郁而化热，故苔黄腻，脉弦滑微数。四诊合参，辨证属于肝胃郁热。

方药配伍解析：肝胃郁热之胃痞，治宜疏肝理气与和胃消痞并举，清热化湿兼顾。方选半夏泻心汤合柴胡疏肝散化裁。半夏泻心汤出自《伤寒论》，调和寒热、散结除痞，黄芩、黄连苦降，半夏、干姜辛开，寒热并用、辛开苦降，正合中焦寒热错杂之病机；柴胡疏肝散疏肝理气，肝气条达则胃气自降。两方合用，寒温并调、升降相因。配伍需要注意：一是黄芩、黄连用量需要与脾气强弱相称，脾虚者黄连剂量不宜过大，中病即减。二是干姜与黄芩、黄连同用，辛开苦降、寒热平调，不可因热象而尽去干姜，否则苦寒无制反伤中阳。三是疏肝药中佐炒白芍柔肝缓急，防辛散耗阴。四是湿浊明显者加广藿香、砂仁芳香化湿，湿浊渐清即当撤去，避免香燥伤阴。方中麸炒枳实、厚朴，行气消痞降逆；麸炒白术、生晒参、炒麦芽、炒神曲，益气健脾助运；煅瓦楞子，制酸；炒酸枣仁，安神助眠，皆为对症之设。全方疏肝与和胃同施，清热与化湿并行，补虚与消痞共济，组方层次分明。

用药贵在随证进退。初诊时，患者肝胃郁热俱盛，黄连剂量用至12克以清泻郁火，待泛酸、烧心减轻即当减量，避免苦寒伤中。二诊时，泛酸、烧心减轻，胃脘胀满仍显著，法半夏剂量增至18克，麸炒枳实剂量增至20克增强消痞，生晒参剂量减至8克防补碍邪，减川芎减辛散走窜。三诊时，嗳气频作属于胃气上逆，此时肝气渐疏、湿浊渐清，黄连剂量减至6克免苦寒太过，去掉广藿香（湿浊已减），加代赭石、旋覆花降逆止嗳，取旋覆代赭汤之意。代赭石重镇降逆，旋覆花下气消痰，二药合用，降胃气之效颇佳。四诊时，上述症状基本消失，改服中成药巩固疗效。全方补泻兼施、寒温并用，需要把握“清而不寒、疏而不散、补而不滞”的尺度。

临床体会：胃痞从肝论治，调护同样重要。患者要调畅情志、戒怒息虑，此为治本之举；饮食要定时定量，忌食生冷、油腻、辛辣刺激性食物，尤其忌讳恼怒后进食。适度运动有助于气机畅达，但不宜剧烈运动。慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生属于胃癌前病变，需要定期进行胃镜及病理检查，警惕恶变，不可因症状缓解而忽视随访。本方黄连初诊剂量达12克（剂量偏量），脾胃虚寒者需要在医生指导下使用，中病即减。生晒参不宜与藜芦同用。方中法半夏属于炮制品，取其燥湿化痰、降逆消痞之功；炒酸枣仁亦为炮制入药，生用偏泻、炒用偏补，本方取其安神助眠之效。若服药期间出现胃脘疼痛加剧、黑便、消瘦等，需要及时就诊排除病变。

（作者供职于郑州市中医院）

中医外治

中药熏洗促进痔疮术后创面修复

□刘 波

肛肠部位手术切口多为开放性创口，术后常出现疼痛、肛缘水肿、创面渗液与排便刺激等反应，创面愈合相对迟缓。痔疮术后创面迟愈的病机，当从湿热与瘀滞两端求之。《黄帝内经》记载“筋脉横解，肠澼为痔”之论，指出痔疮以筋脉弛纵、湿热下迫为基本病机；手术金刃所伤，更使局部脉络受损，气血运行不畅，瘀血留滞，湿热余毒与瘀血相搏，致使肛缘肿胀疼痛、创面渗液不止，愈合缓慢。肛肠术后患者多属于湿热下注兼气血瘀滞，湿性黏滞缠绵，热毒熏灼肉腐，瘀阻则新肉不生，三者互为因果，故治宜清热燥湿、活血消肿、祛腐生肌并行。中药熏洗属于中医传统外治法，适用于各期内痔及内痔脱出，常用五倍子汤、苦参汤，术后亦可配合芒硝溶液坐浴。中药熏洗取效大致有3个途径：一是借药液热力温通局部气血经络，缓解肛门括约肌痉挛而减轻疼痛。二是药液直接作用于创面，发挥清热燥湿、活血消肿、祛腐生肌之效。三是温热冲洗可清除分泌物与粪渣，保持创面清洁，减少对新生肉芽组织的刺激。研究结果表明，中药熏洗可改善局部微循环，抑制炎症因子释放，促进肉芽组织生长。肛肠科习用的苦参汤由苦参、蛇床子、白芷、金银花、野菊花、黄柏、地肤子、石菖蒲组成，功在清热燥湿、祛风止痒，用作术后熏洗的基础方较为合宜。

方药：苦参汤（化裁）。苦参20克，黄柏15克，金银花15克，野菊花15克，蒲公英15克，地肤子15克，白芷15克，石菖蒲15克，马齿苋20克，芒硝20克（后下）。

方中苦参清热燥湿、祛风杀虫，为君药；黄柏泻火解毒、清下焦湿热，金银花、野菊花、蒲公英清热解毒、消散痈肿，共为臣药；地肤子清热利湿止痒，白芷祛风燥湿、消肿排脓，石菖蒲化湿开窍，马齿苋清热解毒、凉血消肿，芒硝软坚散结、消肿止痛，均为佐药。全方以清热燥湿为主，兼解毒消肿、活血止痛，契合痔疮术后湿热瘀滞之病机。上药加水浸泡30分钟后水煎，取药液约1500毫升，滤去药渣，倒入清洁盆中，趁热先以药液蒸气熏蒸患处，待药液温度降至40摄氏度左右（以皮肤耐受为度），再坐浴浸洗，每次15分钟，每日便后与睡前各1次，15天为1个疗程。

操作要点：熏蒸时取蹲位或坐姿，以药液蒸气对准肛门创面，使温热之气直达病所；坐浴时使药液浸没创面，轻轻活动以助药液充分接触；熏洗完毕以柔软的纱布轻轻蘸干，避免擦拭时损伤新生肉芽组织。

随症化裁：肛缘水肿明显、渗液量多者，加五倍子（15克）和明矾（10克）以收涩消肿；便血色鲜量较多者，加地榆（20克）和槐花（15克）以凉血止血；肛门瘙痒明显者，加蛇床子（15克）和百部（15克）以燥湿杀虫；术后日久、肉芽色淡、愈合迟缓者，加生黄芪（20克）和当归（15克）以益气养血，熏洗后亦可外敷生肌玉红膏。

案例一：王某，男性，45岁，混合痔行外剥内扎术后第3天，诉肛门疼痛，排便时加重，肛缘水肿，创面渗液较多，小便黄，舌红、苔黄腻，脉滑数。

治则：清热燥湿、活血消肿、祛腐生肌。

中医诊断：痔疮（湿热下注证）。

西医诊断：混合痔疮术后。

方药：苦参汤（化裁）。苦参20克，黄柏15克，金银花15克，野菊花15克，蒲公英15克，地肤子15克，白芷15克，石菖蒲15克，马齿苋20克，芒硝20克（后下），五倍子15克。每日1剂，水煎取药液约1500毫升，先熏后坐浴，每次15分钟，每日2次。

二诊：治疗7天后复诊，患者肛门疼痛明显减轻，肛缘水肿消退大半，创面渗液减少，肉芽组织色转红润。上方去掉五倍子、芒硝，加生黄芪（20克）和当归（15克），继续治疗。

三诊：治疗14天后，患者创面疼痛基本消失，水肿消退，肉芽生长良好，创面趋于愈合。

随访1个月，患者创面完成上皮化，排便顺畅，未见肛缘水肿复发。

按语：痔疮术后创面的病机特点，以湿热下迫、气血瘀滞为本，手术创伤又使局部脉络受损，故治当清热燥湿与活血生肌并举，不宜一味苦寒。苦参、黄柏、蒲公英清热燥湿，金银花、野菊花、马齿苋解毒消肿，地肤子、白芷、石菖蒲燥湿排脓、消肿止痛，芒硝软坚消肿，全方寒温并用（以清化为主）；待热毒渐清、水肿消退，即减少芒硝、五倍子等收涩攻伐药物剂量，转加生黄芪、当归益气养血，以助生肌收口，此为分期用药的关键。

在熏洗操作时，药液温度不宜过高，以免烫伤水肿的肛缘皮肤；熏洗时间亦不必过长，一般以15分钟为宜。熏洗前，操作者需要清洁双手与坐浴盆具，避免交叉感染；熏洗后需要保持创面干燥通风，不宜即刻穿戴紧身衣物。妊娠期女性、合并严重心脑血管疾病者及创面出血活动期患者，不宜坐浴；若出现发热、创面出血量增多、分泌物臭秽或疼痛持续加重，需要及时复诊，排除感染、出血等并发症。方药需要在医生指导下使用，剂量与疗程必须结合患者创面情况进行个体化调整。

（作者供职于河南中医药大学第一附属医院）

征 稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”，设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推治验》《临证心语》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求：一定是原创，言之有物，具体可行；1000字以内；可以用小故事开头，以增加趣味性。

联系人：朱老师 **电话：**13783596707

投稿邮箱：5615865@qq.com

本版药方需要在专科医生指导下使用