

# 中药内服外敷治疗急性下肢丹毒 23 例临床研究

潘超<sup>1</sup> 马朝群<sup>2</sup>

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023; 2.江苏省中医院,江苏南京 210029)

**摘要** 目的:观察在中药内服常规治疗的基础上加用自拟四黄苦地汤冷湿敷治疗下肢丹毒的临床疗效。方法:45例下肢丹毒患者随机分为对照组和治疗组。对照组 22 例予中药五神汤加减内服,以 50%硫酸镁湿敷;治疗组 23 例在内服中药五神汤加减的基础上,以四黄苦地汤冷湿敷。2 组均治疗 7d 后观察并比较临床疗效和临床评价指标及局部症状体征的变化情况。结果:治疗组总有效率为 95.65%,明显高于对照组的 68.18% ( $P < 0.05$ )。2 组治疗后白细胞计数、血沉、C-反应蛋白均较治疗前显著下降 ( $P < 0.05$ ),治疗组下降幅度均明显大于对照组 ( $P < 0.05$ )。2 组患者治疗后局部症状体征(患肢肤色、肿胀程度、肤温、自觉疼痛)评分均较治疗前显著降低 ( $P < 0.05$ ),治疗组降低幅度均明显大于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论:在常规服用中药的同时加用四黄苦地汤冷湿敷治疗下肢丹毒疗效确切,能显著改善患者的临床症状和理化指标。

**关键词** 下肢丹毒 五神汤 外敷 投药和剂量

中图分类号 R753.505

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)06-0043-03

丹毒是一种急性感染性疾病,其临床特点是突然起病,局部皮肤变赤,色如涂丹,焮热肿胀,肤温升高,同时伴有恶寒发热、周身乏力等全身症状。丹毒发于下肢,病机多以湿热为患,治疗需利湿清热,在内服中药的同时应结合外敷、熏洗、砭镰等外治法<sup>[1]</sup>。近年来,我们在内服中药五神汤加减的基础上,加用自拟四黄苦地汤冷湿敷治疗下肢丹毒,取得了较好的疗效,现将有关临床研究结果报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 所有纳入研究的下肢丹毒患者均

来自 2015 年 6 月至 2015 年 12 月江苏省中医院普通外科门诊,共 45 例,采用随机数字表法分为 2 组。治疗组 23 例:男 16 例,女 7 例;年龄 27~72 岁,平均年龄  $(60.43 \pm 12.62)$  岁;病程 3~14d,平均病程  $(6.96 \pm 2.46)$  d。对照组 22 例:男 16 例,女 6 例;年龄 30~75 岁,平均年龄  $(63.50 \pm 11.92)$  岁;病程 4~16d,平均病程  $(8.00 \pm 2.41)$  d。2 组患者性别、年龄等一般情况比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>

## 参考文献

- [1] 靳明慧.鼻槁的辨证论治及用药规律研究[D].昆明:云南中医学院,2015.
- [2] 何岩.中药治疗萎缩性鼻炎的研究概况[J].西部中医药,2014,27(12):150.
- [3] 王秉权,丁玲.探讨郁证和耳鼻喉科疾病的相关性[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(1):6.
- [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,1994.
- [5] 张晓彤,陈明霞,孙斌,等.干燥性鼻炎与萎缩性鼻炎鼻膜超微结构观察[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2004,11(2):109.
- [6] 王成钢,林雯.76 例原发性萎缩性鼻炎临床治疗体会[J].中外医学研究,2013,11(31):35.
- [7] 赵霞.多方案联合治疗萎缩性鼻炎的临床疗效及安全性[J].河南医学研究,2015,24(3):97.
- [8] 陆小华,马晓,王建,等.赤芍的化学成分和药理作用研究进展[J].中草药,2015,46(4):595.
- [9] 游昕,熊大国,郭志斌,等.茯苓多种化学成分及药理作用的研究进展[J].安徽农业科学,2015,43(2):106.
- [10] 姜南辉.女贞子的化学成分及药理作用[J].河南中医,2015,35(11):2848.
- [11] 于学康.麦冬的药理作用研究进展[J].天津药学,2012,24(4):69.
- [12] 吕丽华,荣晓慧.葛根活性成分的药理作用及其现代临床应用[J].社区医学杂志,2014,12(19):35.

第一作者:张艳红(1987—),女,医学硕士,助教,主要从事中医皮肤病的诊治研究及美容实用技术教育教学工作。

通讯作者:靳明慧,医学硕士。369368346@qq.com

收稿日期:2016-01-25

编辑:吴宁

拟定:下肢局部皮肤见片状红斑,边缘微翘起,颜色红赤,压之褪色,灼热,肿胀疼痛,边界清楚,红斑上可见紫斑、水疱,极少见皮肤化脓,甚至坏死;患侧腹股沟可触及肿大的淋巴结,伴疼痛;伴发热、恶寒、头痛等不适;下肢局部皮肤、黏膜破损,或有足癣等感染;血白细胞总数及中性粒细胞计数增高明显。

1.3 纳入标准 符合诊断标准,年龄在18~75岁,以下肢丹毒为临床第一诊断,病历记录完整。

1.4 排除标准 对本研究用药过敏及患处皮肤黏膜破损,不能外敷药者;合并有心、脑血管或肝、肾、造血系统等原发性疾病及精神病患者;反复发作形成慢性皮损者;未按规定用药,或资料不全无法判断疗效者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 (1)中药内服治疗。予五神汤加减,药物组成:金银花20g,紫花地丁20g,车前子(包)10g,牛膝10g,茯苓10g,萹苈20g,丹皮10g,泽泻10g,虎杖10g,赤芍10g。热重于湿,加黄芩10g、黄柏10g、白花蛇舌草10g,加强清热;湿重于热,加生薏苡仁10g、苍术10g、白术10g,加强利湿。每剂药物煎煮2次,每次煎得药液约200mL,分早晚2次温服。(2)外治。患处用50%的硫酸镁纱布湿敷,每次30min,每日3次。

2.2 治疗组 (1)中药内服治疗同对照组。(2)外治。四黄苦地汤冷湿敷。药物组成:黄连30g,黄柏30g,黄芩30g,生大黄30g,苦参30g,地肤子30g。每剂药物煎得药液约200mL,待自然冷却后,用纱布(约4~6层)浸泡药液,取出后拧干,以不滴水为度,冷湿敷患处,面积应大于患处边缘1~2cm<sup>2</sup>,每次30min,每日3次。

2组均治疗7d后观察疗效,治疗过程中不使用西药抗感染治疗及其他对本实验结果有影响的药物。

## 3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>制定。治愈:全身和局部的主要症状、体征消退,血象正常;好转:全身主要症状、体征消退,局部主要症状、体征部分消退;未愈:全身和局部的主要症状、体征没有得到有效的控制,甚至出现“陷证”。

3.2 临床评价指标 治疗前后检测患者血白细胞计数(WBC)、血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)。

3.3 局部症状体征 治疗前后观察并记录患者患肢肤色、肿胀程度、肤温、自觉疼痛情况,采用自拟

评分法进行评估,评分标准见表1。

表1 局部症状体征评分标准

观察项目	0	1	2	3
肤色	正常	色素沉着	淡红	焮红
肿胀程度	不肿	局部稍有肿胀	肿胀明显	小腿、足部都肿胀
肤温	正常	偏高	温热	灼热
自觉疼痛	无疼痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛

3.4 统计学方法 数据运用SPSS18.0统计学软件进行分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 3.5 治疗结果

3.5.1 2组临床疗效比较 治疗组23例中,治愈10例,好转12例,未愈1例,总有效率95.65%;对照组22例中,治愈3例,好转12例,未愈7例,总有效率68.18%。2组总有效率比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

3.5.2 2组治疗前后临床评价指标比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后血白细胞计数、血沉、C反应蛋白比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	WBC( $10^9/L$ )	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)
治疗组	23	治疗前	13.4±3.6	52.9±13.5	81.5±16.1
		治疗后	5.9±1.7 <sup>#</sup>	10.2±2.0 <sup>#</sup>	8.0±1.8 <sup>#</sup>
对照组	22	治疗前	13.7±4.9	54.1±12.2	85.4±17.7
		治疗后	8.5±3.1 <sup>*</sup>	16.1±4.1 <sup>*</sup>	17.7±5.1 <sup>*</sup>

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

3.5.3 2组治疗前后局部症状体征评分比较 见表3。

表3 治疗组与对照组治疗前后局部症状体征评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	肤色	肿胀程度	肤温	自觉疼痛
治疗组	23	治疗前	2.48±0.51	2.35±0.48	2.57±0.51	1.83±0.49
		治疗后	0.61±0.66 <sup>#</sup>	0.70±0.77 <sup>#</sup>	0.52±0.59 <sup>#</sup>	0.57±0.59 <sup>#</sup>
对照组	22	治疗前	2.55±0.51	2.32±0.48	2.55±0.51	1.91±0.53
		治疗后	1.14±0.71 <sup>*</sup>	1.32±0.78 <sup>*</sup>	1.23±0.69 <sup>*</sup>	1.09±0.68 <sup>*</sup>

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

## 4 讨论

丹毒是皮肤和黏膜网状淋巴管受到 $\beta$ -溶血性链球菌侵袭感染所致的急性炎症,其特点是蔓延很快,很少有组织坏死或化脓,伴有全身反应,好发于下肢和面部,治愈后易复发,若反复发作可导致淋巴水肿,甚至发展为象皮肿<sup>[3]</sup>。现代医学治疗本病大多以全身应用抗菌药、外用50%硫酸镁液湿敷,这种单一的抗感染虽然起效迅速,但是随着近年来大量使用抗生素,致病菌群的改变及耐药细菌的产生,常常无法彻底治愈,不少患者治疗后皮肤会出现红肿褪之不尽的“僵化”现象<sup>[4]</sup>,引起反复发作,这

可能是急性炎症迁延成为慢性或亚急性炎症的结果。

中医学认为丹毒为素体血分有热，外受火毒，热毒蕴结，郁阻肌肤或因皮肤破损，毒邪乘隙侵入所致，以凉血清热、解毒化瘀为基本治疗原则，对于反复发作或病程较长者需活血通脉消肿。中药内服方五神汤出自清代陈士铎的《洞天奥旨》，为治附骨疽的主方。方中金银花、紫花地丁清热解毒，茯苓利水渗湿，车前子利湿下行，牛膝活血引药下行，加以萆薢、薏苡仁、泽泻加强利湿之功，丹皮、赤芍活血祛瘀，虎杖清热解毒散瘀。药理研究表明，清热解毒中药能抗病原微生物及解热消炎<sup>[583]</sup>；活血化瘀中药能改善微循环，降低毛细血管通透性，减轻组织水肿，促进炎症病灶的消退和吸收<sup>[5311]</sup>。四黄苦地汤方中大黄清热解毒、活血散瘀，黄连、黄柏、黄芩、苦参清热解毒利湿，地肤子祛风除湿止痒。诸药合用，具有清热利湿、解毒化瘀的功效。现代药理研究表明，大黄、黄连、黄芩、黄柏所含的有效成分具有抗炎、解毒、抗菌的作用<sup>[6-9]</sup>；苦参的主要成分苦参碱对多种急性渗出性炎症有明显的对抗作用<sup>[10]</sup>，同时通过抑制血小板衍生生长因子的诱导增殖作用实现抗皮肤纤维化<sup>[11]</sup>；地肤子甲醇提取物显著抑制多糖(LPS)诱导的肿瘤坏死因子 $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、前列腺素E2 (PGE2)、一氧化氮(NO)等炎性递质的释放，起到抗炎作用<sup>[12]</sup>，显著抑制常见皮肤真菌生长<sup>[13]</sup>，能有效治疗足癣，避免丹毒复发。

湿敷法属中医外治法之漏渍法中的漏法，是指将饱含药液的纱布或棉絮湿敷患处的方法。《外科精义·卷上》载：“漏渍法，疮疡初生经一二日不退须用汤水淋射之。在四肢者，漏渍之。”漏渍法使药物通过肌腠毛窍、脏腑及经络，作用于全身，从而达到疏通气血、止痒祛风、软坚散结等目的<sup>[14]</sup>。现代研究表明，漏渍法可通过湿敷辐射与传导的作用，起到抑制渗出、消炎、止痒及镇痛的作用<sup>[15]</sup>。冷湿敷适用于下肢丹毒的患者，这类患者初起患处多表现为焮红灼热、剧烈疼痛，冷湿敷不仅能通过蒸发水分降低患处温度，收缩皮肤局部血管，消退炎症，从而减轻患者不适感，同时药物湿敷于患处，利于皮肤直接吸收，避免了口服后，胃肠道环境及肝脏的“首过效应”对药效的影响，某些药物透皮给药较口服能更稳定地进入血液<sup>[16]</sup>，起到迅速缓解病情的作用。

本研究结果表明，在内服中药的基础上，加用四黄苦地汤冷湿敷治疗下肢丹毒，可明显提高临床疗效，改善急性炎症指标和局部症状体征。说明四黄苦地汤冷湿敷，药物通过皮肤吸收进入血液，能

有效地抑制细菌的生长，起到减轻全身炎症反应的作用。通过四黄苦地汤的局部药效作用及冷湿敷的物理作用，起到抑制局部炎性渗出，消退局部炎症及镇痛的作用。因此，中药内服外敷治疗急性下肢丹毒有较好的临床疗效，尤其对于局部症状有明显的改善。四黄苦地汤的药效作用及治疗丹毒的作用机理尚有待进一步研究。

## 参考文献

- [1] 陈红凤. 中医外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 98.
- [2] 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, 1994: 41.
- [3] 陈孝平. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 176.
- [4] 胡小辉, 蒋晓萍. 金黄散外敷配合青霉素治疗下肢急性丹毒40例临床观察[J]. 中医药报道, 2009, 15(8): 36.
- [5] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002.
- [6] 贾煜, 晋献春. 戴裕光教授治疗丹毒经验[J]. 中国中医急症, 2008, 17(6): 798.
- [7] 余国媛, 王伯初, 彭亮, 等. 黄连的药理研究进展[J]. 重庆大学学报(自然科学版), 2006, 29(2): 107.
- [8] 辛文好, 宋俊科, 何国荣, 等. 黄芩素和黄芩苷的药理作用及机制研究进展[J]. 中国新药杂志, 2013, 22(6): 647.
- [9] 吴嘉瑞, 张冰, 张光敏. 黄柏药理作用研究进展[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(11): 160.
- [10] 刘梅, 刘雪英, 程建峰. 苦参碱的药理研究进展[J]. 中国中药杂志, 2003, 28(9): 802.
- [11] 伍严安, 高春芳, 王皓, 等. 苦参碱抑制血小板衍生生长因子诱导的小鼠皮肤成纤维细胞增殖[J]. 第二军医大学学报, 2000, 21(8): 726.
- [12] SHIN K M, KIM Y H, PARK W S, et al. Inhibition of methanol extract from the fruits of *Kochia scoparia* on lipopolysaccharide-induced nitric oxide, prostaglandin [correction of prostaglandin] E2, and tumor necrosis factor- $\alpha$  production from murine macrophage RAW 264.7 cells[J]. Biol Pharm Bull, 2004, 27(4): 538.
- [13] 王建农, 刘青云, 姚春海, 等. 地肤子“杀虫止痒”外用功能规范研究[J]. 中药材, 2012, 35(12): 1977.
- [14] 李治宇, 王志坚. 中药漏渍法在皮肤病中的应用: 附750例疗效分析[J]. 陕西中医函授, 1994(6): 32.
- [15] 历建萍. 中药漏渍的应用研究[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(6): 1058.
- [16] 韩建伟. 《理渝联文》中关于中药透皮吸收的理论和认识[J]. 湖北中医杂志, 2006, 28(10): 14.

第一作者: 潘超(1990—), 男, 硕士研究生, 中医外科学(普外科疾病研究)专业, 研究方向为中医外治法的临床应用及实验研究。

通讯作者: 马朝群, 医学博士, 主任医师, 博士生导师。mcq-1964@sina.com

收稿日期: 2016-02-24

编辑: 吴宁