

五神汤合萆薢渗湿汤加减内服外敷治疗急性下肢丹毒36例临床研究

崔立兵

(兴化市中医院, 江苏兴化 225700)

摘要 目的:观察五神汤合萆薢渗湿汤加减内服外敷治疗急性下肢丹毒的临床疗效。方法:选择普外科住院的下肢丹毒患者72例,随机分为治疗组与对照组,每组36例。治疗组予五神汤合萆薢渗湿汤内服外敷治疗,对照组予青霉素静脉滴注联合硫酸镁湿敷治疗,2组均以治疗7d为1个疗程,治疗1个疗程后比较2组患者临床疗效及主要临床症状评分。结果:治疗后治疗组总有效率为97.22%,明显高于对照组的80.56% ($P<0.05$)。2组治疗后皮肤颜色、疼痛程度、肿胀程度、患肢活动情况等症状评分均明显低于治疗前 ($P<0.05$, $P<0.01$),治疗组治疗后症状评分明显低于对照组 ($P<0.05$, $P<0.01$)。结论:五神汤合萆薢渗湿汤内服外敷治疗急性下肢丹毒有较好的临床疗效,可明显改善患者的主要临床症状。

关键词 五神汤 萆薢渗湿汤 下肢丹毒 湿敷 口服

中图分类号 R753.505 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)06-0042-02

丹毒是一种急性感染性疾病,多发于下肢和颜面部,临床表现主要为突然皮肤发红,色如丹涂,患处热如火烧等^[1]。现代医学研究表明,丹毒为 β -溶血性链球菌感染所致的网状淋巴管炎,治疗药物首选青霉素静脉滴注,可较快改善全身症状,但对改善局部症状效果不佳,且容易复发^[2]。笔者秉承下肢丹毒“多湿热为患”的原则,采用五神汤合萆薢渗湿汤加减内服外敷治疗本病,取得了较好的疗效,现将相关临床研究报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入病例均为2014年2月至2015年10月我院普外科住院的下肢丹毒患者,共72例,按随机数字法分为治疗组与对照组,每组36例。治疗组男22例,女14例;平均年龄(39.4 ± 12.5)岁;平均病程(2.8 ± 1.7)d。对照组男23例,女13例;平均年龄(40.5 ± 11.6)岁;平均病程(2.7 ± 1.8)d。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中下肢丹毒的诊断标准:发于下肢,局部皮肤红赤灼热,色如丹涂,红斑边缘稍隆起,按之色退,放手色起,肿胀疼痛,伴恶寒、发热等全身不适症状。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准,年龄在18~65岁,患者知情同意。

1.4 排除标准 伴有其他系统严重疾病者;青霉素过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 以生理盐水250mL加青霉素800万单位静脉滴注,每日1次;以50%的硫酸镁湿敷创面,每日2次,每次30min;有足癣者予达克宁霜外擦^[4]。

2.2 治疗组 以五神汤合萆薢渗湿汤加减内服外敷治疗。药物组成:萆薢15g,薏苡仁30g,黄柏12g,银花20g,丹皮12g,紫地丁12g,泽泻10g,车前草15g,赤芍12g,荆芥15g,滑石(包)12g,牛膝10g,虎杖10g。每日1剂,常规加水煎煮2次,取药液600mL,早晚各温服200mL,余200mL药液用6层无菌纱布浸透后湿敷患处,湿敷范围超过红肿皮肤为宜,每日2次,每次30min。

2组患者均嘱卧床休息,抬高患肢30°,清淡饮食,7d为1个疗程,治疗1个疗程后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前后观察患肢皮肤颜色、疼痛程度、肿胀程度、患肢活动情况等主要症状和体征,自拟临床症状体征评分表,按严重程度分为4个等级。评分标准见表1。

表1 临床症状体征评分表

症状体征	0分	1分	2分	3分
皮肤颜色	正常	淡红	粉红	鲜红
疼痛程度	无疼痛	稍有疼痛	疼痛明显	疼痛强烈
肿胀程度	无肿胀	小腿局部肿胀	小腿肿胀明显	肿胀累及大腿
患肢活动情况	无影响	少有影响	影响明显	无法活动

3.2 临床疗效判定标准 临床治愈:红肿热痛等局部症状与发热等全身症状全部消退;有效:红肿热痛等局部症状未完全消退,全身症状消退;无效:红肿热痛等局部症状与发热等全身症状无明显改善或反而加重^[3]。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件包进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者临床疗效比较 结果见表2。

表2 治疗组与对照组临床疗效比较						例
组别	例数	临床治愈	有效	无效	总有效率(%)	
治疗组	36	25	10	1	97.22*	
对照组	36	15	14	7	80.56	

注: *与对照组比较, $\chi^2=5.062, P=0.024$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后临床症状体征评分比较 结果见表3。

表3 治疗组与对照组临床症状积分变化情况比较($\bar{x} \pm s$)						分
组别	例数	时间	皮肤颜色	疼痛程度	肿胀程度	患肢活动情况
治疗组	36	治疗前	2.51±0.42	2.37±0.51	2.59±0.38	1.85±0.51
		治疗后	0.64±0.51 ^{####}	0.72±0.69 ^{***}	0.51±0.47 ^{###}	0.59±0.49 ^{**}
对照组	36	治疗前	2.56±0.39	2.35±0.49	2.57±0.41	1.89±0.54
		治疗后	1.15±0.54 [#]	1.34±0.81 [#]	1.24±0.53 [#]	1.12±0.59 [#]

注: 与本组治疗前比较, [#] $P < 0.05$, ^{###} $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ^{*} $P < 0.05$, ^{**} $P < 0.01$ 。

4 讨论

现代医学普遍认为丹毒治疗首选青霉素全身抗菌,局部外用硫酸镁湿敷,炎症控制后继续使用3~5d,同时嘱患者抬高下肢卧床休息。抗生素用药时间长容易产生耐药性,控制炎症较好,但复发率也较高^[5]。如何防止复发,减缓或改善下肢淋巴循环障碍进一步加重,是当前研究的热点。

丹毒首载于《内经》,称之为丹熛。中医学认为,湿热火毒之邪侵袭下肢,阻滞肌肤经络是下肢丹毒的基本病机。正如《诸病源候论·丹毒病诸侯》所云:“丹者,人身忽然焮赤,如丹涂之状,故谓之丹……皆风热恶毒所为。重者,亦有疽之类,不急治,则痛不可堪,久乃坏烂。”因此,泻火解毒、消肿利湿、活血通络

是下肢丹毒的主要治疗大法。五神汤出自清代陈士铎《辨证录·卷十三》,可清热解毒、分利湿热;萆薢渗湿汤出自清代高秉钧《疡科心得集》,可清热利湿、凉血解毒。故本研究我们选用五神汤合萆薢渗湿汤加减内服外敷治疗下肢丹毒。方中萆薢、苡仁、泽泻、车前草、滑石健脾利水渗湿;黄柏、银花、紫地丁、虎杖清热邪,解热毒;丹皮、赤芍、荆芥、牛膝活血行瘀,牛膝还有“引药下行”之功,使药效直达病所。诸药合用,共奏清热利湿、凉血解毒、活血消肿之功效。现代药物研究亦表明,上述诸药不但具有良好的抗炎抗病毒、解热镇痛作用,还可改善微循环,提高人体免疫力等^[6]。《理渝骈文》篇首就载“外治之理即内治之理,外治之药亦即内治之药,所异者法耳”。中药外敷法也是中医外治法之一。在中药口服的基础上,将上述中药方剂的水煎剂外敷于皮肤体表的患病部位,药物有效成分可直接吸收渗透到病灶,有效改善局部血液和淋巴循环,起到缓解肿胀、减轻疼痛、促进炎症消退的作用。本研究结果显示,治疗组在提高总有效率、改善主要临床症状方面效果明显优于对照组。

综上所述,五神汤合萆薢渗湿汤内服外敷治疗下肢丹毒,既能治病求本,又可使药效直达病所,明显改善患者主要临床症状,具有一定的临床应用价值,值得进一步推广。下一步拟扩大样本,并探索本方的治疗机制。

参考文献

[1] 王猛,周永坤.中医药治疗下肢丹毒近况[J].山东中医杂志,2010,29(9):648.

[2] 黄子慧.清火解毒法治疗下肢丹毒31例疗效观察[J].新中医,2010,42(12):47.

[3] 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.

[4] 赵辨.临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2001:455.

[5] 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].中医药导报,2009,15(8):36.

[6] 王殿荣.中药内服外敷治疗下肢丹毒120例[J].辽宁中医杂志,2006,33(7):842.

第一作者:崔立兵(1969—),男,本科学历,副主任中医师,中医外科学专业。13921716616@163.com

修回日期:2018-01-10

编辑:吴宁