

应用奚氏清法护理糖尿病足筋疽30例

● 王美珍 卢太坤

摘要 目的:观察奚氏清法护理糖尿病足筋疽的疗效。方法:将60例糖尿病足筋疽患者随机分为观察组和对照组各30例,两组均采取常规治疗及护理,观察组用中西医结合的“清法”护理创面,对照组单用西药护理创面,观察两组患足红肿的消退时间及创面愈合情况。结果:观察组与对照组进行比较,在改善患足红肿、治愈率方面均有非常显著意义的差异($P < 0.01$)。结论:中西医结合的“清法”分期护理糖尿病足筋疽,患足红肿时间明显缩短,治愈率明显提高。

关键词 糖尿病足筋疽 奚氏清法 分期护理

糖尿病足筋疽是奚九一教授根据多年的临床经验于1987年提出的,是糖尿病足的一个最常见的病理类型,约占糖尿病足的85%。主要发病原因为“高血糖致足部肌腱变性坏死”^[1]。临床多表现为足部贯通性溃疡,秽臭,红肿明显,有波动感,可出现巨趾、巨趺;肢端无缺血体征,足背、胫后动脉搏动正常,易向周围皮肤扩散;重者伴有高热,患足发暗、发黑,或皮肤溃破,脓液较多。奚老认为此病症主要责之于“湿”与“热”,治疗重在清利湿热,方可遏邪发展^[2]。急则治标,宜以“清法”为主,“清法”包括了清热解毒化湿的内治法和清创祛腐的局部外治法^[1]。结合奚老的“清法”理论,我院运用奚氏清法进行中西医结合分期护理糖尿病足筋疽效果明显,大大降低了截肢率,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本科住院糖尿病足3~4级患者共60例,所有伤口均存在湿性坏疽。随机分为两组,观察组30例,其中男性21例,女性9例,年龄(60.53 ± 11.70)岁,糖尿病病程2~10(4.90 ± 2.16)年;对照组30例,其中男性22例,女性8例,年龄(63.70 ± 12.29)岁,糖尿病病程2~10(5.70 ± 2.25)年。两组患者年龄、性别、糖尿病分级,病程等一般情况比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

● **作者单位** 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009)

1.2 诊断标准 符合1999年WHO确定的DM诊断标准。糖尿病湿性坏疽的诊断参照《中西医结合防治糖尿病》中相关标准。采用Wagner分级的方法,0级:有发生足溃疡的危险因素,目前无溃疡;1级:表面溃疡,临床上无感染;2级:较深的溃疡,常合并软组织炎,无脓肿或骨的感染;3级:深度感染,伴有骨组织病变或脓肿;4级:局限性坏疽(趾、足跟或前足背);5级:全足坏疽。糖尿病足筋疽诊断标准、分级标准,参照上海市卫生局《中医单病种质量控制标准》(1999年)。

1.3 方法

1.3.1 常规治疗及护理 ①据伤口分泌物培养结果予抗生素治疗及降糖、改善循环等处理。②注意控制总热量,定时定量进餐,饮食宜清淡,忌辛辣厚味之品,适当增加新鲜蔬菜及优质蛋白,保存血糖的稳定。③急性期卧床休息,患肢制动,缓解期可行无负重的运动。④保存创面局部的清洁,避免受压。

1.3.2 创面局部处理 切开引流,开放创面为主。两组创面均在无菌操作下,沿红肿波动明显或溃破处、顺肌腱走向、利于引流的方向纵行切开,逐步清除腐筋及深部失活肌腱、坏死的肌肉、筋膜、骨碎片等;对变性坏死呈败絮状的肌腱组织,则必须予以一次性清除(请外科清创)。发现潜行的空腔窦道,应予刮勺刮净腐坏组织,注意不宜过度清创,避免挤压,以避免感染沿肌间隙向深部组织蔓延扩散,造成败血症甚至危及生命。注意保持引流通畅,避免留下死腔。

1.3.3 对照组 常规消毒创面,用双氧水、生理盐水冲洗创面后,以雷夫奴尔加胰岛素浸泡的纱布、纱条湿敷创面,填充腔和窦道,干湿适宜,以浸透不滴水为宜,换药1次/d。

1.3.4 观察组

1.3.4.1 急性感染期 ①特点:患足红肿热痛,有波动感,呈多发性穿透性溃疡或窦道,有脓性分泌物流出,恶臭。②处理:常规消毒创面,用双氧水、生理盐水冲洗创面后,以双黄连粉剂加生理盐水加胰岛素浸泡纱布、纱条湿敷创面,填充腔和窦道,干湿适宜,以浸透不滴水为宜;创周红肿处用金黄膏箍围消肿,凡士林纱布覆盖其上,一般根据渗液情况换药1~2次/d。

1.3.4.2 好转缓解期 ①特点:局部肿胀消退,坏死肌腱组织已较少,以炎性渗出为主,创基组织水肿,仍残留有黄色腐肉及少许败絮状组织。②处理:常规消毒创面,此期仍需分期分批蚕食清创,清除残留的腐坏组织,用双氧水、生理盐水冲洗创面后,生理盐水加胰岛素浸泡纱布、纱条分别湿敷创面和填充死腔和窦道,干湿适宜,去腐生肌膏覆盖其上,厚度约1mm,后覆盖凡士林纱布,换药1次/d。

1.3.4.3 恢复期 ①特点:创面脓腐已净,分泌物少,创基开始出现新鲜肉芽;②处理:用生理盐水棉球轻轻擦洗创面,四周碘伏消毒,采用康惠尔透明贴或是表皮生长因子,如肉芽组织生长过快,高出皮面,则用10%氯化钠溶液换药。注意根据伤口肉芽及渗液的情况选择敷料干湿交替使用,特别要注意肉芽的保护,防止肉芽水肿,以促进肉芽组织及表皮生长。一般换药1次/3~4d。

1.4 疗效判定标准 参照1997年卫生部制定的《中药新药治疗急性疮疡临床研疗效标准》^[3]。①临床治愈:局部肿胀消失,皮肤颜色复常,溃疡面完全愈合;②显效:局部肿胀及皮肤颜色明显改善,溃疡面缩小70%以上;③有效:局部肿胀及皮肤颜色明显改善,溃疡面缩小30%以上;④无效:达不到有效指标。

1.5 统计学处理 所得数据采用SPSS13.0软件包进行统计分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组红肿消退时间采用独立样本t检验,两组间出院时的愈合率比较采用 χ^2 检验。

2 结果

观察组未发生局部皮肤及全身不良反应,结果显示,观察组在治愈率、总有效率、红肿消退时间与对照

组比较,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。两组疗效比较及红肿消退时间比较分别见表1、表2。

表1 两组患者疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率 (%)
观察组	30	26*	2	2	93.3*
对照组	30	15	10	5	83.3

注:与对照组比较,* $P < 0.01$ 。

表2 两组红肿消退时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	红肿消退时间(天)
观察组	30	3.70 ± 1.149*
对照组	30	6.30 ± 1.466

注:与对照组比较,* $P < 0.01$ 。

3 讨论

糖尿病足的发生有血管病变、神经病变、感染等多种因素所致,有报道糖尿病足筋疽局部感染的菌群日益复杂,耐药菌株逐渐增多^[4],糖尿病足坏疽的分型较复杂,有干性、湿性、混合型,各型创口又有不同的分期。治疗比较棘手。从最早的干性理念到现今的湿性理论,无论单纯西医或传统中医治疗效果均不甚满意。奚九一根据糖尿病患者皮肤、神经、肌腔、血管及趾骨等组织的不同变性,将其分为五大病症类型。五种分类法以肌腱变性坏死类型最多见。其病机为“久消气阴两虚,气虚生湿,阴虚损筋,湿郁筋损,郁而化热,筋损成疽”^[5],筋疽为感染引起的肌腱变性坏死,此为湿热,多为急症表现,治疗宜清热解毒燥湿。奚九一教授认为急性期“清法”、缓解期“养法”是有效治疗糖尿病足筋疽的关键^[1]。

双黄连粉针是由金银花、黄芩、连翘等制成的天然药物注射剂,方中金银花,以清热解毒为主。其主要成分为连翘苷、黄芩苷、绿原酸与咖啡酸等,具有抗病毒及抗菌双重治疗作用,对金黄色葡萄球菌和大肠埃希杆菌抑制作用最强的为咖啡酸^[6]。

金黄膏是本院自制的制剂,其主要成分有天花粉、大黄、白芷、姜黄、黄柏、生南星、甘草、苍术、陈皮、川朴,其中重用天花粉。天花粉具有清热泻火、消肿排脓作用,黄柏清热泻火解毒,大黄活血、散瘀,白芷也有消肿排脓止痛的功效。诸药合用共奏清热解毒、消肿止痛、疏通气血之功^[7]。有研究表明金黄膏之所以能快速消肿止痛,加快病损组织的修复,首先是清热解毒,抑制激肽、组织胺和代谢产物的释放和激活,达到止痛作用。其次为散瘀消肿,有效抑制毛细血管

的扩张,防止血管渗透性增加导致的渗出液积累和细胞浸润,达到消肿作用^[8]。

去腐生肌膏本院自制的外用药。其主药为当归、黄芪、升龟板、紫草、血余炭、生地、生炉甘石、生石膏以及白蜡等,其中有除湿收敛以及去腐生肌的功能成分主要为炉甘石、血竭、生石膏以及珍珠层粉^[9]。黄芪有补气升阳、托毒生肌的功能,当归具有活血补血以及行气的作用,有去腐提脓、补气生血的功能;有研究表明在肉芽组织生长时,外用去腐生肌膏治疗,有助于肉芽组织的生长^[10]。

糖尿病足筋疽的治疗过程中,既要重视中西医、内外科结合,也要重视局部与全身结合,根据创面的具体情况,掌握其辩证分期,灵活的应用中药剂型非常重要,剂型选择不当可能造成伤口的恶化。在伤口分泌物多时,选用水剂、湿敷剂;修复期则用膏剂,膏剂其油性成分对肉芽生长有利,能为创口提供湿润的环境,有利于细胞的再生。名老中医李竞教授擅长疮疡中西医结合外治法,在糖尿病足坏疽的外治方法中提出了“给邪出路、去腐生肌”的治疗原则^[11],奚氏认为有效治疗糖尿病足筋疽的关键—清湿解毒,祛邪为先^[12]及早行清创术。由此可见急性期的治疗对患肢的保全相当重要。

本研究在伤口的不同分期应用几种药物联合应用,增加所配伍药物的疗效,以适应伤口的复杂性。在急性期对创口及时清创引流,局部应用清热解毒中药,创面破溃处用双黄连粉针有利于保持创面洁净透气,给邪出路;创周用膏剂箍围消肿,使炎症局限,进一步制止筋损肉腐,减少毒邪旁窜。两者联合应用相辅相成,患足红肿消退明显减退(一般3~5天)。在祛腐生肌期,外用祛腐生肌膏;恢复期以促进生肌和

表皮的生长为主。同时早期要注意保持创面的干燥,防止湿邪旁窜,后期保持创面湿润。总之,中西医结合分期护理奚氏糖尿病足筋疽效果明显,特别是急性期应用清法,患足红肿消退时间的明显缩短,对防止病情的进一步恶化起到举足轻重的作用。但本研究在好转缓解期的观察尚有不足之处,可在今后工作中进一步进行研究。

参考文献

- [1]方豫东,曹焯民,吴伟达,等.奚氏清法治疗糖尿病足筋疽 187 例[J].中国中西医结合外科杂志,2008,14(1):68-69.
- [2]张东萍,奚九一.糖尿病足的中医药治疗[J].中华实用中西医结合杂志,2004,17(24):3772-3773.
- [3]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第3辑.金盾出版社,1997:30.
- [4]林毅,蔡炳勤.专科专病中医临床诊治丛书—外科专病中医临床诊治[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2005:225-252.
- [5]徐丽英,奚九一.清创外治糖尿病足60例体会[J].蚌埠医学院学报,2006,31(1):67-68.
- [6]程慧,宋新波.双黄连粉针及其有效成分的抗菌作用比较[J].现代中药研究与实践,2011,25(6):44-46.
- [7]程会娟,齐增平,王玉玲,等.如意金黄散治疗5-氟尿嘧啶静脉炎的效果观察与护理[J].中国误诊学杂志,2012,12(6):1309.
- [8]陈林娟,王斯萌.论加味金黄膏在骨科临床的应用[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(6):68-69.
- [9]李群康,杨权光,梁伟军,等.祛腐生肌膏促进创伤感染创面愈合的作用分析[J].中医临床研究,2012,4(10):84.
- [10]刘晓霞,魏爱生,林旋,等.玉红膏外敷治疗糖尿病足祛腐生肌期疗效观察[J].新中医,2012,44(2):43-44.
- [11]李竞.糖尿病足病因病机及治疗方法探讨—糖尿病足坏疽的外治方法[J].中国中西医结合杂志,2000,20(6):405.
- [12]吴伟达,奚九一.清法治疗糖尿病足—附33例报告[J].中国中西医结合外科杂志,2000,6(3):167-168.

(上接第59页)

腰腿痛片为本院自制制剂,方中续断、杜仲能补肝肾、强筋骨治其本;蜈蚣、独活、威灵仙、两面针通络止痛治其标;另配土鳖虫、乳香、没药、归尾于方剂中,以增强活血通痹止痛之力,从而获得良好的止痛效果。

本研究观察表明,患者的自觉症状、体征及日常生活能力及生化指标肿瘤坏死因子均改善明显,且治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$),具有一定临床推广意义,值得进一步研究探讨。

参考文献

- [1]于杰,朱立国,高景华,等.腰椎间盘突出症患者血清白细胞介素1 β 及白细胞介素6和肿瘤坏死因子 α 变化与渗湿通络法治疗的影响[J].中国组织工程研究与临床康复,2008,12(7):1221-1224.
- [2]中药新药治疗腰椎间盘突出症的临床指导原则(草案)[J].中国中医骨伤科杂志,1995,3(5):52-53.
- [3]邢庆昌,张建福.腰腿痛胶囊治疗腰椎间盘突出症的实验研究及病理组织学观察[J].科学技术与工程,2009,9(7):1850-1854.