



## 中医药治疗慢性皮肤溃疡 5 例

阙华发, 王云飞, 沈亮, 王永灵, 唐汉钧

上海中医药大学龙华医院中医外科, 上海 200032

**关键词:** 皮肤溃疡; 中医药; 医案

**中图分类号:** R249.8; **文献标识码:** B; **文章编号:** 1672-1977(2007)02-0204-04

## Treatment of chronic skin ulcers with traditional Chinese medicine: a report of five cases

Hua-fa QUE, Yun-fei WANG, Liang SHEN, Yong-ling WANG, Han-jun TANG

Department of Chinese Traditional Surgery, Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China

**Keywords:** skin ulcers; traditional Chinese medicine; case record

Que HF, Wang YF, Shen L, Wang YL, Tang HJ. *J Chin Integr Med / Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*, 2007; 5(2): 204-207. Received September 18, 2006; published online March 15, 2007. Free full text (PDF) is available at [www.jcimjournal.com](http://www.jcimjournal.com)

慢性皮肤溃疡是中医外科常见病、多发病,其创面修复是临床的一大难题。我们运用中医药内外合治慢性皮肤溃疡,取得了令人满意的疗效。兹择典型病案 5 例,报道如下。

### 1 病案

病案 1。化疗药物外渗后溃疡。患者陈某,男,68 岁。主诉:左手背化疗后溃破不愈 45 d。患者 2001 年 12 月因左侧扁桃体肿瘤,于当地医院行化疗(环磷酰胺、长春新碱、阿霉素),2002 年 7 月静滴化疗药物时,药物渗漏至左手背皮下,局部肿胀明显,3 d 后肿胀处出现水疱并化脓,自行挑破水疱后见少量黄白色稠厚脓液,其后溃口经久不愈,且渐扩大,由门诊于 2002 年 8 月 19 日收入病房。入院时患者左手背溃口疼痛,夜间尤甚,身热平,纳可,二便调,夜寐欠安。检查:左手背肿胀明显,肤色暗红,手背正中见一约 3 cm×4 cm 疮面,疮口周边为淡黄色筋膜,中央为暗黑色坏死组织;舌质红,苔薄白,脉弦数。辅助检查:脓液细菌培养示荧光假单胞菌生长。辨为正虚邪恋。治拟益气健脾,化痰通络,托毒消肿。处方:生黄芪 30 g、太子参 12 g、苍术 12 g、白术 12 g、茯苓 9 g、姜半夏 12 g、陈皮 9 g、黄连 9 g、蒲公

英 12 g、莪术 12 g、皂角刺 12 g、忍冬藤 30 g、蜈蚣 2 g、白花蛇舌草 30 g、半枝莲 30 g、桑枝 9 g、山楂 12 g、大枣 10 g。静脉滴注黄芪注射液、清开灵注射液等中药制剂,并修除坏死组织,创面予八二丹、九一丹、红油膏厚贴拔毒祛腐,待坏死组织软化后行“蚕食”疗法清创。经治 3 周,局部疮面中央脓腐已尽,白色肌腱外露,并见鲜红色肉芽生长,疮口边缘脓腐仍有,分泌物较多,疮周肤色瘀暗。前方加水蛭 9 g、桃仁 12 g 续服,疮面中央予生肌散、冲和膏外用,康复新湿敷,疮口边缘外撒九一丹。又 5 周,疮面缩小,大小约 3 cm×3 cm,疮口边缘脓腐已尽,上皮爬生明显,疮面中央裸露的肌腱已被完全覆盖,肉芽生长良好,疮周瘀暗。前方续服,予生肌散、复黄生肌愈创油、冲和膏外用。前后共住院 122 d,疮面愈合出院。

病案 2。毒蛇咬伤后溃疡。患者杜某,男性,58 岁。主诉:左手示指毒蛇咬伤后疮面不敛 1 个月。患者于 2002 年 10 月 4 日晚不慎被眼镜蛇咬伤左手示指,急往我院就诊,时见左手示指中节青紫肿胀,局部水疱形成,左手示指、左前臂明显肿胀,治疗予抗蛇毒血清、激素静滴,中药外敷内服等处理,经治患者左臂肿胀明显消退,然左手示指中节瘀紫,因未坚

**基金项目:** 上海市重点学科建设基金资助项目(No. T0304)

Correspondence: Prof. Han-jun TANG; Tel: 021-64385700-2111

持治疗,继续从事工作,而见局部肿胀扩大,渗液,于 2002 年 10 月 29 日收入病房。入院时患者左示指肿胀不消,活动不利。检查:左食指肿胀明显,肤色微红,肤温不高,尺侧可见 2 cm×6 cm 的疮面,上有黄褐色痂盖附着,疮面较干燥,挤压痂盖可见少量淡黄色脓水渗出,压痛不甚,手指屈伸不利,舌质偏红,苔薄黄腻,脉弦细。辅助检查:X 线摄片提示左食指中节骨质吸收。脓液细菌培养示金黄色葡萄球菌生长。辨为余毒未尽,脉络阻塞。治宜益气养阴、和营清热托毒。处方:生黄芪 30 g、太子参 12 g、白术 9 g、茯苓 12 g、姜半夏 12 g、薏苡仁 12 g、生地黄 20 g、当归 12 g、赤芍 15 g、丹参 30 g、桃仁 12 g、制大黄 9 g、皂角刺 12 g、水蛭 9 g、蜈蚣 2 g、白芷 12 g、七叶一枝花 30 g、白花蛇舌草 30 g、丝瓜络 12 g、桑枝 12 g、补骨脂 15 g、生甘草 9 g。予九一丹外用、金黄膏厚贴以煨脓。经治 6 d,疮痂渐脱,可见淡黄色筋膜组织,疮面渗出明显,予“蚕食疗法”逐步清除坏死组织,续予九一丹、金黄膏外用;又 7 d,创面脓腐已尽,肉芽组织色鲜红,疮周上皮爬生缓慢,予复黄油、生肌散外用,红油膏薄贴;再 11 d,疮面明显缩小,约 1 cm×0.5 cm 大小而出院。随访 2 周疮面愈合,食指屈伸欠利。

病案 3. 烧伤后瘢痕上溃疡。陈某,女性,65 岁。主诉:双下肢烧伤后破溃不敛 3 年余。于 1999 年 5 月 12 日不慎被汽油烧伤,烧伤面积 20% (其中Ⅲ度 2%,Ⅱ度 5%,余为Ⅰ度),在外院住院治疗 10 个月,除左小腿下方近踝处未愈合外,其余皆结痂,故出院自行换药,后该疮面也渐结痂。约半年后患者左小腿原烧伤面出现多处渗出,之后右小腿也出现破溃渗出。双下肢破溃疮面逐渐增多。曾先后辗转多家市级医院治疗,创面始终不愈,期间行植皮手术两次,移植皮瓣亦见溃烂坏死,创面仍未能愈合,于 2002 年 11 月 19 日入院。入院时双下肢胀痛,时有发热,体温波动于 37.6~38℃之间。检查:双下肢皮色广泛瘀暗,左小腿后方见九处疮面,上方三处大小约 4 cm×4 cm,上方见绿色脓腐组织,下方五处大小约 3 cm×3 cm,疮面位于陈旧疤痕上方,见一定量渗出,最下方近左足背处见 1 cm×1 cm 大小疮面,内见黄色脓腐苔,较干燥;左大腿后方见 3 cm×3 cm 疮面,疮内肉色鲜红,渗出不多;右小腿后方见 3 cm×3 cm 大小疮面,疮面色红,少量渗出。舌质红,苔薄白腻,脉细。辅助检查:左小腿疮面脓液细菌培养示绿脓杆菌生长(++++)。辨为气虚血瘀。治宜益气化瘀,健脾利湿。处方:生黄芪 30 g、太子参 12 g、白术 9 g、茯苓 12 g、当归 15 g、丹参 30 g、川芎 9 g、川牛膝 12 g、薏苡仁 12 g、忍冬藤

30 g、丝瓜络 12 g、水蛭 9 g、桃仁 12 g、皂角刺 12 g、鹿含草 30 g、全栝楼 30 g、枳实 20 g、火麻仁 15 g、肉苁蓉 12 g、生甘草 6 g。静脉滴注莲必治注射液、清开灵注射液等中药制剂。并根据创面情况辨证选药,外用八二丹、九一丹、红油膏于左小腿,外用生肌散、红油膏于右小腿及左大腿,并配合缠缚疗法,3 d 后体温正常,脓液细菌培养结果提示绿脓杆菌(一)。又 3 周后,双下肢胀痛减轻,创面面积明显减小,脓腐已尽,肉芽色仍偏暗,渗出稀薄,量多,血液常规检查提示白细胞  $2.0 \times 10^9 / L$ ,原方加黄精 12 g、鹿角片 6 g(先煎)、龟板 6 g(先煎)、鸡血藤 30 g。予生肌散、复黄油、白玉膏外用。后疮面日渐缩小,又 2 周,患者左大腿、右小腿及左前臂疮面基本愈合,左小腿处皮肤色暗,疤痕疙瘩明显,疮面融合为两处,一处为 5 cm×2 cm,一处为 3 cm×2 cm。复 2 周,仅余左小腿 2 cm×1.8 cm 疮面,余处疮面均已愈合。续用前方内外合治,所有创面均愈合而出院,共住院 66 d。

病案 4. 神经营养性溃疡。患者蔡某,男性,47 岁。主诉:左足底皮肤反复溃破 4 年,创面不敛 1 周。1982 年患者腰部外伤,中枢神经受损,双下肢感觉障碍。4 年前左足外踝处磨出一水疱,破溃后愈合,后反复溃破。两年来左足底亦无明显原因反复溃破。1 周前左足底再次溃破流脓,4 d 前左足外踝处亦破溃,两破溃处相通,伴发热,左腹股沟淋巴结肿痛。外院静脉滴注头孢拉定治疗后,体温平,左腹股沟淋巴结肿痛缓解,然局部创面未敛,流脓不尽,于 2006 年 6 月 9 日收入病房。入院时左足破溃处感觉障碍,身热平,纳可,夜寐欠安,小便调,大便 2~3 d 一行。舌质淡红,舌苔白腻,脉濡。既往有尾骶部慢性骨髓炎史。检查:左足外踝处见 3.5 cm×3 cm 疮面,左足底见 3 cm×4.5 cm 疮面,两疮面相通,疮面内见黄白色脓腐组织及淡红色高突肉芽组织,未触及明显骨质,疮周暗红肿胀。辅助检查:白细胞数  $12.3 \times 10^9 / L$ ,中性粒细胞 70.4%,单核细胞 4.9%。辨为湿热下注。治宜清热利湿、祛瘀通络。处方:苍术 9 g、白术 9 g、黄柏 12 g、薏苡仁 12 g、萆薢 15 g、当归 12 g、赤芍 15 g、丹参 30 g、虎杖 30 g、白花蛇舌草 30 g、皂角刺 12 g、生黄芪 15 g、牛膝 12 g、威灵仙 15 g、生甘草 6 g。静滴清开灵、脉络宁清热解暑、活血通络。外用金黄膏、八二丹、红油膏纱条贯穿两疮面引流。10 d 后左足外踝及左足底疮面大小约 2 cm×2 cm 和 2 cm×2 cm,脓腐较少,肉色暗红。守原方内服,予九一丹、红油膏纱条、金黄膏外用。又 2 周,疮面大小约 2 cm×2 cm 和 2 cm×1.5 cm,脓腐已尽,肉色暗红,新肌生

长。舌质淡红,舌苔薄白,脉濡。辨为气虚血瘀。治宜益气养荣,托里生肌。处方:生黄芪 30 g、党参 12 g、白术 9 g、茯苓 12 g、姜半夏 12 g、薏苡仁 12 g、当归 12 g、赤芍 15 g、川芎 12 g、丹参 30 g、水蛭 9 g、桃仁 12 g、牛膝 12 g、威灵仙 15 g、大枣 10 g。并予生肌散、白玉膏外用。再 4 周,疮面愈合出院,共住院 52 d。

病案 5。糖尿病性足溃疡。患者萧某,女性,69 岁。主诉右下肢红肿热痛,溃破不敛 6 个月。患者有足癣史 5 年。丹毒病史 3 年,平素时有发作,右下肢为甚,大多自行服用“头孢类抗菌素”,病情反复。2002 年 6 月以来患者右下肢红肿热痛持续不退,局部出现 3 cm×3 cm 大小的溃破疮面,往本市多家医院求医,经中西医多种治疗,疮面不敛反而日渐扩大,脓腐增多。于 2002 年 11 月 21 日收入病房。入院时患者午后低热,疮面未敛,疼痛剧烈,口渴引饮,纳食不馨,大便秘结,夜寐不安且不能平卧。查体:体温 36.7℃,气促,不能平卧,二肺呼吸音低,心影扩大,心率 96 次/min,心尖区可闻及收缩期吹风样杂音。双下肢肿胀,以右下肢尤为明显,右下肢中下段大片皮肤掀红灼热,触痛明显,近踝部可见一破溃疮面,环绕小腿 1 周,约 40 cm×10 cm,疮内见大量黄色黏稠脓腐,味秽臭,右足背外侧缘见一破溃疮面,大小约 3 cm×4 cm,疮面较干燥,疮内见黄褐色脓腐组织,舌质红,苔白腻,脉弦细。辅助检查:血白细胞数  $14.2 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 93.1%,单核细胞 4.9%;血糖 18.6 mmol/L;血  $CO_2$  结合力 15.5 mmol/L,肌酐  $182.8 \mu mol/L$ ,尿素氮 26.29 mmol/L;脓液细菌培养提示绿脓杆菌生长。胸片示心影明显扩大,两肺纹理增深。诊断为右下肢慢性溃疡,2 型糖尿病,冠心病、心衰,心功能 4 级,慢性肾功能不全,氮质血症期。入院后在用诺和灵 R 控制血糖,凯复定控制感染,氨力农、多巴酚丁胺控制心衰等基础上,内服凉血清热、解毒利湿中药。处方:生地黄 30 g、赤芍 12 g、丹皮 9 g、苍术 9 g、白术 9 g、黄柏 12 g、生薏苡仁 12 g、土茯苓 30 g、萆薢 12 g、虎杖 15 g、牛膝 12 g、黄连 9 g、忍冬藤 30 g、马鞭草 12 g、鹿含草 30 g、水蛭 9 g、皂角刺 12 g、炒谷芽 30 g、炒麦芽 30 g、火麻仁 12 g。静脉滴注莲必注射液、清开灵注射液等中药制剂,予八二丹、红油膏外用。3 d 后辅助检查:血白细胞数  $10 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 85.9%,单核细胞 4.9%,血糖 10.6 mmol/L, $CO_2$  结合力 22.1 mmol/L,予诺和灵 30R 控制血糖。又 7 d,诸症改善,已能平卧,双下肢肿胀明显消退,疮面脓腐大部分脱落,舌苔薄白,舌质红,脉弦细。脓液培养示无细菌生长,停用氨力

农、多巴酚丁胺。予丹参注射液静脉滴注,并予益气养阴、清热利湿中药内服。处方:生黄芪 30 g、太子参 12 g、苍术 9 g、白术 9 g、茯苓 12 g、生薏苡仁 12 g、生地黄 12 g、天花粉 12 g、黄精 12 g、赤芍 12 g、丹参 30 g、黄柏 9 g、牛膝 12 g、玉米须 30 g、皂角刺 12 g、鹿含草 30 g、生甘草 6 g。外用红油膏、九一丹、生肌散。再 1 周后,停用抗生素。复 1 周,右下肢疼痛轻微,偶有胸闷心悸,疮面肉色鲜红,触痛(一),前方去皂角刺,加水蛭 9 g、桂枝 6 g、枳实 9 g,外用生肌散、复黄生肌愈创油、白玉膏。以后渐减清热利湿之品,渐加山药 15 g、熟地黄 12 g、当归 15 g 等。至 2003 年 2 月 15 日,疮面愈合出院,血糖 6.2 mmol/L,血白细胞数  $5.8 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 67.5%,单核细胞 21.4%,尿糖(一),共住院 86 d。

## 2 讨论

慢性皮肤溃疡,如糖尿病、动脉供血不足、静脉回流不畅、压迫性、放射性、外伤性等引起的皮肤溃疡,是中医外科常见病、多发病。西医治疗多集中在防止创面感染和对创面进行保护,如抗感染、外科清创术、植皮术、多种敷料和创面覆盖物、维生素类和锌制剂等治疗或用外用生长因子以调控创面愈合,有一定疗效。中医学认为,慢性皮肤溃疡,临床多见创面难敛难收,加之多经过反复清疮,多种药物浸润等治疗,故正气虚损、脉络瘀阻,无力托毒外泄,使邪无出路,湿热毒邪蕴结为发病主要关键因素。治疗当针对上述基本病机,制定相应的“补”、“通”、“清”治疗原则,在多年临床观察中发现其能明显促进与加速创面愈合、减少瘢痕形成。上述 5 则病案均为慢性皮肤溃疡,创面愈合困难。然这 5 例患者又有各自的特点,虽然均采用了祛腐、化瘀、生肌的外治诸法以及补益、通络、清解的内治大法,并多用生黄芪、皂角刺等扶正托毒中药,促使毒邪移深就浅,透脓达邪外出;桃仁、水蛭化瘀通络,能搜剔络脉之瘀浊,使络脉通达,瘀浊俱化,大剂量的黄芪与化瘀通络之品相伍,寓化瘀于补气之中,但具体的治疗方法却有所差异。

病案 1、2 中,患者创面均呈干性坏疽溃疡,导致药物难以到达靶组织,疮面修复难以进行。因此,先用金黄膏、红油膏等油膏厚贴以煨脓,使坏死组织软化,再行“蚕食疗法”逐步分批清除变性坏死组织,并用八二丹、九一丹拔毒提脓祛腐,待腐脱新生时,则用生肌散、红油膏、复黄生肌愈创油膏纱布、康复新溶液等保持创面湿润,促使其敛创收口。病例 1 为化疗药物外渗后形成溃疡,病程长,化瘀通络还选用破血逐瘀的莪术、虫类搜剔的蜈蚣,并伍用清热解毒

的白花蛇舌草、半枝莲、蒲公英等；病例 2 为眼镜蛇咬伤后形成溃疡，眼镜蛇的蛇毒为风火毒，风毒易传里化火，火毒炽盛易生风，风火相煽，则邪毒鸱张。治疗选用清热解毒，活血通络，祛风化痰之品，如七叶一枝花、白花蛇舌草、丝瓜络、桑枝、白芷等，注重蜈蚣、水蛭等虫类药物运用，因其走窜搜剔通络驱风，且有“以毒攻毒”作用。病例 3 中，患者为烧伤后瘢痕上形成溃疡，络脉瘀阻较甚，除应用黄芪、桃仁、水蛭外，又选用忍冬藤、丝瓜络、鸡血藤等藤类通经入络之品；病久，气血不足，络道亏虚，当补益气血，多用龟板、鹿角等血肉有情之物填补络道，助养新肌

生长。病例 4 为神经营养性溃疡，气血不足、脉络瘀阻为基本病机，以益气化痰贯穿始终，然早期注重清热利湿解毒，后期注重健脾益气血，以助养新肌生长。病例 5 为糖尿病性溃疡，创面巨大，病情重，并发症多，早期着重中西医结合的整体治疗，在全身状况控制稳定后，以益气养阴、化痰通络为大法，分期辨证论治，获得成功。此 5 例慢性皮肤溃疡患者，均在中医全身分期辨证论治调节整体同时，注重并细化创面的局部辨证，分阶段综合有序联合应用祛腐、化痰、生肌外治诸法，如贴敷、蚕食、湿敷、垫棉、缠敷等，取得了较好的疗效。

## Cochrane 系统综述摘要

### 中草药治疗 HIV 感染和艾滋病

李迅编译，刘建平审核

北京中医药大学循证医学中心，北京 100029

**背景：**艾滋病常规药物具有的诸如疗效欠佳、费用高、获取难以及不良反应等弊端常使 HIV 感染和艾滋病患者希望得到包括中草药在内的补充替代疗法的帮助。

**目的：**评估中草药治疗 HIV 感染和艾滋病的有益效应及其风险。

**检索策略：**电子检索了 Cochrane 对照试验中心注册库 (Cochrane Central Register of Controlled Trials)、MEDLINE、EMBASE、拉丁美洲及加勒比海地区医学文献数据库 (LILACS)、科学引文索引 (Science Citation Index, SCI)、中国生物医学文献数据库 (Chinese Biomedical Database)、中医药文献分析检索系统 (TCMLARS)、补充医学集中信息服务数据库 (CISCOM)、联合补充医学数据库 (AMED) 以及天然产物数据库 (Nature Production Alert)，同时结合手工检索。检索时间截止于 2004 年 12 月。

**纳入标准：**中草药分别与不干预、安慰剂或抗逆转录病毒药物对照治疗 HIV 感染、HIV 相关性疾病或艾滋病的随机临床试验。结局包括病死率、HIV 疾病进展情况、新定义的艾滋病相关事件、CD4 细胞计数、病毒载量、患者心理状况、生活质量以及不良反应。

**资料收集和分析：**两名作者独立提取资料，并就纳入研究的随机化方法、随机分配方案的隐藏、双盲以及脱落等方法学的质量进行独立评价。

**结果：**共 9 篇随机安慰剂对照临床试验符合纳入标准，HIV 感染以及艾滋病患者共计 499 人。在上述 9 篇试验报告中，5 篇有全文的试验研究方法学质量恰当，其余 4 篇不清楚。共有 8 种不同的中草药被作为试验用药。中草药制剂 IGM-1 对 30 名有症状的艾滋病病毒感染者健康相关性生活质量的疗效明显优于安慰剂 (WMD 0.66, 95% CI 0.05~1.27)。然而，IGM-1 对患者总体机能状态、症状的严重程度、CD4 细

胞计数、患者紧张或抑郁的作用不大 (Burack 1996a)。一种由 35 种中草药组成的复方制剂对 CD4 细胞计数、病毒载量、艾滋病相关事件、临床症状、心理状况指征以及生活质量等均无改善 (Weber 1999)。虽然一项较早的非随机试验显示草药 SPV30 对 CD4 细胞计数有增加的作用 (Durant 1997)，但随机试验的结果则显示草药 SPV30 与安慰剂相比，对新定义的艾滋病相关事件、CD4 细胞计数以及病毒载量影响的差异并无统计学意义 (Durant 1998)。中草药复方 SH 联合抗逆转录病毒药物较单纯使用抗逆转录病毒药物具有更强的抗病毒作用 (Sangkitporn 2004)。51 名伴腹泻的艾滋病患者服用草药 SP-303 后可减低粪便重量 ( $P=0.008$ ) 以及异常排便频率 ( $P=0.04$ ) (Holodniy 1999)。研究显示乾坤宁对 HIV-1 RNA 水平没有影响 (Shi 2003)，姜黄 (curcumin) 在降低病毒载量以及增加 CD4 细胞计数方面均无效 (Hellinger 1996)，辣椒辣素 (capsaicin) 在缓解艾滋病病毒引起的外周神经性疼痛方面亦无效 (Paice 2000)。接受 35 种中草药组成的复方制剂治疗的患者不良事件的发生率高于安慰剂对照组 ( $P=0.003$ )，其发生率分别为 79% (19/24) 和 38% (11/29) (Weber 1999)。乾坤宁可导致胃部不适以及腹泻 (Shi 2003)。

**结论：**中草药对 HIV 感染以及艾滋病患者的疗效尚缺乏充足的证据。其潜在的治疗作用仍需通过大量严密的试验来证实。

**声明：**本文翻译的准确性由译校者负责，不代表 Cochrane 系统综述原作者的责任。资料来源：Liu JP, Manheimer E, Yang M. Herbal medicines for treating HIV infection and AIDS. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (3): CD003937.