

- 2008,23(4):9-10.
- [7] 张保伟. 刘渡舟教授论柴胡桂枝干姜汤的内涵与应用[J]. 中医药学刊,2002,20(1):9,12.
- [8] 冯世伦,张长恩. 中国汤液经方[M]. 北京:人民军医出版社,2004:183-184.

- [9] 马永剑. 丁象宸谈柴胡桂枝干姜汤证病机与方解[M]. 北京中医药,2013,32(5):351-353.

(收稿日期:2013-05-18)

(本文编辑:黄凡)

张庚扬教授诊治重度臃疮验案 1 例

矫浩然 李云平 张光磊

【摘要】 臃疮(下肢慢性静脉性溃疡),以其疾病的缠绵、病程的长久、治疗的困难、愈合的不良而成为下肢慢性溃疡中的疑难杂症,张庚扬教授总结归纳的瘀、湿、虚内治三步曲疗法和综合外治法取得了良好疗效。本文选取验案 1 例,阐述张庚扬教授治疗臃疮的治疗经验,为臃疮的治疗提供一种行之有效的综合方法。

【关键词】 臃疮; 三步曲疗法; 内治; 综合外治; 验案

【中图分类号】 R543.6 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.09.012

张庚扬教授,天津中医药大学第一附属医院外科主任医师、教授、博士研究生导师,天津市名中医,全国第三、五批老中医药专家学术经验继承指导老师。2012 年评为国家中医药管理局全国名老中医药专家。

臃疮(下肢慢性静脉性溃疡),以其疾病的缠绵、病程的长久、治疗的困难、愈合的不良而成为下肢慢性溃疡中的疑难杂症。张庚扬教授研究慢性溃疡多年,总结出了瘀、湿、虚内治三步曲疗法和综合外治法结合的臃疮诊疗方案,取得了良好的疗效,现选取医案 1 则,以供同道参考。

1 病历摘要

首诊:2013 年 3 月 29 日。患者,男,52 岁。6 年前,左小腿内侧皮肤破溃、疼痛,伴大量出血,经过当地医院行静脉曲张结扎术,术后创面迁延不愈,于当地医院换药治疗。6 年间左小腿内侧皮肤溃烂渐进性加重,伴剧烈疼痛,朝轻暮重。近 1 周来,溃烂再次加重伴发热,体温最高 39℃,舌淡红,少苔,脉细涩无力。除外冠心病、高血压、糖尿病、脑梗死等内科疾患。

查体:左下肢足靴区色素沉着,皮肤变薄,汗毛脱落,皮温高于对侧,皮肤弹性差呈皮革样改变。内踝上方 10 cm 处

皮肤溃烂,创面形状不规则,测量面积约 84 cm²,创面周围皮肤暗红,创面边缘上皮内卷呈缸沿状,创面基底颜色紫暗,无明显肉芽组织,创面基底瘢痕老化呈镜面状,分泌物多且稀薄浑浊、臭秽。查双下肢踝肱比值:左 ABI 0.9,右 ABI 0.8。

西医诊断:下肢慢性静脉性溃疡、贫血、下肢静脉曲张剥脱术后。中医诊断:臃疮,气虚血瘀,瘀湿互结。治法:益气养血、化瘀利湿。处方:黄芪 30 g、党参 20 g、熟地 15 g、生白术 15 g、茯苓 15 g、当归 20 g、川牛膝 15 g、川芎 10 g、赤芍 15 g、白芍 15 g、地龙 10 g、丹参 20 g、桃仁 6 g、红花 10 g、甘草 6 g、金银花 20 g、黄柏 10 g、苍术 15 g、苦参 15 g,7 剂,每天 1 剂,水煎 300 ml,分 2 次温服。创面处理:(1)缠缚疗法;(2)当归 20 g、黄连 20 g、血竭 20 g、黄柏 10 g、桃仁 10 g、丹参 10 g 煎煮取液,采取热湿法,每天 1 次,每次 30 分钟;(3)糜蛋白酶、珠母粉、生肌象皮膏外敷每天换药 1 次。该患者就诊时病程迁延日久,舌淡,脉细涩无力,局部伤口边缘呈缸沿状,创面呈镜面状,分泌物稀薄浑浊,为气血虚弱之状,近 1 周来,溃烂加重,发热,为热毒之象。本虚标实,气血两虚为本,瘀湿互结、湿重瘀轻为标,故当扶正祛邪,以益气养血、化瘀利湿。辅以小腿缠缚疗法以祛除瘀滞,局部伤口采取去腐生肌之法换药治疗,采用中药局部热湿,创面使用糜蛋白酶去腐,珠母粉、生肌象皮膏生肌长皮。

二诊:2013 年 4 月 5 日。查体:体温:37.7℃。疼痛明显减轻,以刺痛为主,左下肢肿胀朝轻暮重。创面同前,分泌物稀薄,臭秽减轻。舌暗红有瘀斑,少苔,脉细涩无力。辨证:气虚血瘀,瘀重于湿。治法:益气养血、化瘀利湿。处方:首诊方去当归、川牛膝,加山甲 10 g、三棱 10 g、莪术 10 g、金银花 20 g、黄芪、党参各增加 10 g。7 剂,每天 1 剂,水煎 300 ml,分 2 次温服。创面处理:(1)缠缚疗法;(2)外洗首诊

基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家张庚扬传承工作室建设项目

作者单位:300193 天津中医药大学第一附属医院外科

作者简介:矫浩然(1978-),硕士,医师。研究方向:周围血管病。E-mail: jiaohaoran_tj@sina.com

通讯作者:王军(1962-),女,博士,主任医师。研究方向:周围血管病。E-mail: tjzywangjun@126.com

方加味红花 20 g,煎煮取液,采取热湿法;(3)糜蛋白酶、珠母粉、生肌象皮膏外敷。患者复诊时,经过首诊治疗,患者本虚依旧,标实瘀重于湿,故在增加扶正固本基础上,加用活血、破血、逐瘀疗法。

三诊:2013 年 4 月 12 日。查体:体温 37℃。左下肢胀痛明显减轻,创面略痒,创面分泌物较前明显减少,左下肢足靴区色素沉着,皮肤变薄,汗毛脱落,皮温略高,皮肤弹性差呈皮革样改变;内踝上方 10 cm 处皮肤溃烂,创面形状不规则,测量面积约 74 cm²,创面周围皮肤暗红,创面边缘上皮呈斜坡状,创面基底颜色粉红,可见明显肉芽组织,颗粒略肿大。舌红,少苔,脉细涩。辨证:气虚血瘀,本虚为重。治法:益气养血,活血解毒。处方:二诊方基础上黄芪减半,去地龙、桃仁、红花、三棱、莪术,加白鲜皮 15 g。7 剂,每天 1 剂,水煎 300 ml,分 2 次温服。创面处理:(1)缠缚疗法;(2)外洗方在二诊方基础上去丹参、桃仁、红花,加白芷 20 g、乳香 10 g、没药 10 g 煎煮取液,采取热湿法;(3)珠母粉、外敷生肌象皮膏外敷。患者经过前期治疗,瘀湿之象明显减轻,辨证仍以本虚为主,故在遣方用药时,以益气养血为主,以托毒外出,并少佐以清热解毒之品,以免补益生火。

四诊:2013 年 4 月 22 日。查体:体温 36.5℃。左下肢胀痛明显减轻,左下肢足靴区色素沉着,皮肤变薄,汗毛脱落,皮温略高,皮肤弹性差呈皮革样改变。内踝上方 10 cm 处皮肤溃烂,创面形状不规则,测量面积约 42 cm²,创面周围皮肤暗,创面边缘上皮呈斜坡状,创面基底颜色粉红,可见新生肉芽组织,颗粒粗大、均匀。舌红,少苔,脉细。辨证:气血两虚。治法:益气养血。处方:在三诊方的基础上加鸡血藤 20 g、皂刺 10 g。14 剂,每天 1 剂,水煎 300 ml,分 2 次温服。创面处理:(1)缠缚疗法;(2)当归 20 g、白芷 20 g、血竭 20 g 煎煮取液,采取热湿法;(3)珠母粉、生肌象皮膏外敷。患者再诊,其瘀湿之象已解,但气血亏虚之象仍存,故仍当益气养血并佐以活血之品。

2013 年 5 月 10 日电话随访,创面已经完全愈合。继续予缠缚疗法。

2 分析与讨论

2.1 背景概括

臁疮的诊断,按照疾病的命名原则属于按照部位命名,又称为“老烂腿”、“裙边风”,相当于西医的下肢慢性静脉性溃疡范畴,为下肢慢性静脉功能不全最严重和最难治的并发症,人群总发病率约为 0.4%~1.3%^[1]。几乎都发生在足靴区,其在踝部的分布:中部 70%,面 20%,双侧面 10%^[2]。关于溃疡形成的基本理论与原因至今仍未阐明。尽管有许多理论或学说,如静脉血流淤滞、溃疡旁的动静脉瘘、纤维蛋白袖套、铁沉积和白细胞捕获聚集、纤溶活性下降等,以及近年研究较多的原发性炎症反应理论,但没有一种理论或学说能完整解释静脉性溃疡的发病机制。根据血流动力学资料分析,静脉返流是下肢静脉功能不全,也是静脉性溃疡最常见的病理表现,92% 的下肢静脉功能不全肢体可探及静脉

返流^[3]。无论原发性还是继发性静脉功能不全,其血流动力学作用是相同的——远端静脉高压。因此无论造成下肢慢性静脉性溃疡的病因是什么,慢性持续性静脉高压是引起静脉性溃疡的主要病理生理学改变。故加压疗法,即缠缚疗法以达到减少静脉返流、促进回流、增加腓肠肌泵功能以及减轻淤血和水肿的目的。应用要点是利用宽弹力绷带自肢体远端向近端加压缠缚,缠缚起点为足跖趾关节处;压力大小由远端向近端逐渐降低;严重感染及踝肱指数(ABI)<0.7 为禁忌症^[4]。

慢性溃疡的定义目前学术界尚未统一的,临床上多指因各种原因造成的伤口或创面,经过正常而有序的治疗在某一时期仍不能愈合也无愈合倾向的称为慢性溃疡。对于某一时期的界限,有的学者认为可以以“1 个月”为时间窗^[5],同时仍然需要综合考虑伤口或疮面的位置、大小、深浅、原因、病体的营养状态等综合因素,不能机械的照搬。此观点虽不是完美的,但仍然为临床操作提供了良好的借鉴。

2.2 辨别标本、抓住主要矛盾

臁疮的病因病机及症状治疗在古籍中多有记载,最典型的有唐代《华佗神医秘传》中“臁疮内外有别,因脏腑中有湿毒,乃外发为疮,亦有因打扑抓磕,或遇毒虫恶犬咬破伤,因而成疮者”。清代王维德《外科证治全生集》中“生于小腿,男人谓之烂腿,女人谓之裙风。气滞血瘀,经年累月,臭烘烘人,初起或腿上搔破,或生小疮,因经热汤之气所致,或食毒物而成”。均认为臁疮为风热湿毒聚于下肢而成。张庚扬教授在总结古医籍基础上,提出臁疮概因各种原因引起小腿筋脉横解,青筋暴露,血行不畅,留于脉络,发为瘀血。血脉不通,气血津液运行不畅,淤滞于下,溢出脉络,聚于肌肉、腠理,发为湿邪。血脉、经络运行不畅,局部肌肤失于气血津液之荣养,致肌肤腠理紫黑、痒痛不适、溃水淋漓。瘀、湿、虚夹杂,气血虚为本,瘀湿互结为标,共同形成臁疮的病因病机特点。且随着疾病的发生发展,虚、瘀、湿此长彼消,共同存在。

本病例在首诊时,其病程已经迁延 6 年有余,病久耗伤气血,患者气血不足,不足以驱邪外出,故益气养血为根本。同时患者伴有瘀湿互结,依据瘀、湿的不同程度,给予活血化瘀或利湿解毒。故患者二诊及以后,依据辨证的不同,抓住病机的重点,给予恰当的因证施治。

首诊时,患者气血不足、瘀湿互结,故在遣方用药时以黄芪、党参为君药,以扶正益气,臣以熟地、白术、当归、茯苓、川芎、白芍养血活血,君臣共用,以共奏益气养血、扶正祛邪、托毒外出之功效;佐以川芎、赤芍、丹参、桃仁、红花、地龙、金银花、黄柏等清热利湿解毒活血化瘀通络之品,以奏化瘀利湿之效;牛膝为使引药下行,诸药共用益气养血、化瘀利湿之效。至患者二诊时,疼痛加重,以刺痛为主,患者瘀湿互结、瘀重于湿,故原方基础上加强益气、化瘀之品,其中黄芪加倍,“气为血之帅”,气虚则血行无力,故以大剂益气之品以益气活血;同时,加用破血逐瘀之品,以疏通脉络。至患者三诊及四诊时,患者瘀湿之象已解,以气血

不足为主,抓住此阶段的主要矛盾——虚,在遣方用药时,以益气养血为主,同时需要佐以清热解毒之品,以免出现补益生火之象。故在本病例的诊疗过程当中,充分体现了虚、瘀、湿的不同辨证阶段,体现出张庚扬教授抓主要矛盾进行辨证施治的治疗理念。

2.3 扶正为主,祛邪为辅

张庚扬教授认为臁疮是一个虚实夹杂的局部疾病,但又受到全身多种因素影响,在其疾病发生发展及治疗过程中,体现了整体辨证重于局部辨证的理念。张庚扬教授认为对于该病的治疗当以扶正祛邪为法,尤其重视益气养血,认为只有首先扶正后或在扶正的基础上,方可适时祛邪,不能因为局部表现为一派湿热之象,而重用耗气伤血之品。

该病例在首诊时,虽局部分泌物多且稀薄浑浊、臭秽伴发热,表现为标实为重,湿瘀互结,但患者病程迁延日久,舌淡,脉细涩无力,局部伤口边缘呈缸沿状,创面呈镜面状,为气血虚弱之状故不可急于攻邪,免伤正气。张庚扬教授认为当务之急应以扶正为先,以达“攘外先安内”之效,故方中重用黄芪、党参之品,既能扶正亦可托毒外出,在扶正的基础上加用利湿消肿、活血通络之品,共奏安内攘外之功。患者二诊时,患者疼痛减轻,但刺痛明显,结合患者舌脉,张庚扬教授考虑患者血瘀之象明显,故在扶正益气的基础上,加用破血逐瘀之品,以期达到瘀破脉通、气血运行通畅之效。至患者三诊、四诊,患者瘀湿之象已解,守方治疗。纵观此例患者诊治过程,充分体现了张庚扬教授扶正为主、驱邪为辅的治疗理念。

2.4 重视外治、辨证外治

《理喻骈文》中云“外治之理,即内治之理;外治之药,即内治之药”。张庚扬教授强调外治法是臁疮治疗的重要手段。其外治方法的选择既要针对其主要的病理机制,更要结合患者辨证的不同阶段而遣方用药。在本病例的治疗过程当中分别采取了缠缚疗法、热湿疗法、生肌疗法。尤其针对患者辨证的不同阶段进行辨证外治。

该例患者,自首诊直至末诊,均存在气血不足之证,故张庚扬教授在外治之初即应用珠母粉及生肌象皮膏等补益之品,其中珠母粉中包含珍珠母、牡蛎、血竭等品,具有生肌敛口之效。生肌象皮膏法自张山雷《疡科纲要》,方中包含生血余、象皮、当归、生地、龟板等滋养之品,对于日久失养、经久不愈的虚证创面具有生肌长肉之功效。通过外用补气养血之品,与内服之益气养血之品内外呼应,充分体现了外治

之法即内治之法,更体现了张庚扬教授之辨证外治的外治思想。

热湿疗法,即古法之湿渍疗法——是通过湿敷、淋洗、浸泡对患处的物理作用,以及不同药物对患部的药效作用而达到治疗目的的一种方法。依据张庚扬教授臁疮病机三步曲,依据疾病辨证的不同阶段选择相应的外用药物,在首诊时,患者为瘀湿互结之证,故选用当归、黄连、血竭、黄柏、桃仁、丹参以共奏利湿化瘀之效;在患者二诊时,病机发生变化,血瘀重于湿热,故在外治湿渍选方用药时增加活血化瘀之品丹参、桃仁、红花,而减少利湿之品;在患者三诊时,患者仍以本虚为重,但仍有毒邪留恋之象,故在养血之际,仍佐以利湿、活血之品;至患者四诊之际,患者毒邪已解、气血仍虚,故在遣方用药时,以一派补益之品。此法充分展现了张庚扬教授辨证外治之法及臁疮外治三步曲疗法的精髓。

3 结语

对于臁疮的辨证及内治,张庚扬教授提出了“湿瘀虚”辨证三步曲及内外辨证用药,在临床上取得了良好疗效,但在应用过程中,也不能将湿、瘀、虚孤立分开,而应当有机结合,辨证而治,所推荐方药亦应灵活应用,不能生搬硬套。对于臁疮的治疗,更应当内外兼治,不能偏于一隅而盲求一方一法而罔顾实际,只有综合的治疗、全面的兼顾,方能为病人提供最有效、最恰当的治疗方案。

参 考 文 献

- [1] Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR, et al. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care [J]. 1 Br Med J (Clin Res Ed), 1985, 290(6485): 1855-1856.
- [2] 王深明,姚陈. 慢性静脉性溃疡的研究现状与诊治策略[J]. 中国医学科学院学报, 2007, 29(1): 5-8.
- [3] Bello M, Scriven M, Hartshorne T, et al. Role of superficial venous surgery in the treatment of venous ulceration [J]. Br J Surg, 1999, 86(6): 755-759.
- [4] 中华医学会创伤学分会组织修复专业委员会(组). 慢性伤口诊疗指导意见(2011版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 7.
- [5] 杨宗城. 中华烧伤医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 256-277.

(收稿日期: 2013-07-01)

(本文编辑: 黄凡)