

病例报告

中医外治法治疗头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎 1 例

王惠园, 王 军, 徐 阳

关键词: 外治疗法; 脓肿性穿掘性; 毛囊周围炎

中图分类号: R632.5 文献标识码: A 文章编号: 1007-6948(2019)01-0098-02

doi: 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.01.024

1 临床资料

患者男性, 17 岁。主因“头部脓肿反复发作破溃不愈 1 年余, 加重 7 个月”入院。患者于 1 年前无明显诱因于头部出现多处脓肿, 未行诊治。7 个月前脓肿逐渐增大增多, 当地医院诊断为“疔病”, 并分次进行了切开引流。首次切开引流处愈合, 余切开引流处未愈, 且头部出现多个新发脓肿。患者体重 130 kg, 饮食睡眠尚可, 嗜食肥甘厚味。既往糖尿病病史 1 年余, 空腹血糖控制在 6~8 mmol/L。专科检查, 头部可见散在多个小米粒至绿豆大小的白色脓头, 头顶部、颞部、枕部可见数个局部切开引流瘢痕及多个脓肿。已切开 2 处, 切口约 1 cm × 2 cm。内部有一腔隙, 延头皮潜行, 表面施压可有脓性分泌物溢出。未切开引流脓肿数个, 大者约 2 cm × 3 cm, 小者约 0.5 cm × 0.5 cm。毛发脱落, 脓肿下有波动感, 略有压痛。局部有囊肿、结节, 皮温不高, 皮色稍红。无发热, 无淋巴结肿大, 无明显的全身症状。化验 WBC: $12.76 \times 10^9/L$, HGB: 124 g/L, 中性粒细胞绝对值: $9.93 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比: 77.8%, LYMPH: 11.5%。PRL: 23.17 ng/mL。于不同创口处取皮肤分泌物培养, 结果分别为金黄色葡萄球菌、粪肠球菌。头颅 CT 平扫示: 颅内未见明显异常; 局部头皮增厚, 头皮下局部软组织增厚并顶部窦道形成。临床诊断为头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎。

由于患者未成年, 根据药敏结果慎重选择抗炎药物。对头部多个脓肿分别切开, 排净脓液。

用刮匙将窦道的内壁组织尽量刮除干净。术后可见创面有大量脓性分泌物及少量坏死组织附着, 色暗。对头部的多个白色脓头分别挑开, 排净脓液。每日换药, 先将无菌纱布用丹黄消炎液(黄芪、丹参、皂角刺、当归、银花、大黄、关黄柏等)浸湿(以不滴水为宜), 敷于头部患处。15~20 min 后取下, 将生肌橡皮膏覆于创面并且填充头皮下的潜行腔隙, 切忌填塞过满。再将金黄膏涂于头部囊肿、结节及皮肤红肿处, 厚度约 2 mm。术后 2 周, 创面明显好转, 头枕部创面已渐平, 开始纤维化, 头顶部创面肉芽生长良好, 色淡红, 脓性分泌物较前明显减少, 头部囊肿结节渐小, 见图 1。术后第 4 周, 手术创面全部纤维化愈合, 未见分泌物, 窦道闭合, 囊肿变小, 结节渐平, 皮肤炎症减轻, 红肿消退, 可见遗留的色素沉着及瘢痕性脱发。

2 讨论

头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎是一种位于头皮部的慢性化脓性炎症性疾病, 是由于多数毛囊炎及毛囊周围炎在深部融合, 相互贯通而形成的脓肿。常与化脓性汗腺炎、聚合性痤疮并发, 被称为毛囊闭锁三联征^[1]。属传统医学中“蝼蛄疖”、“蝼蛄串”、“蟥拱头”范畴。症见初起为毛囊性丘疹, 逐渐增大如黄豆至梅李大小之疔肿, 根底坚硬, 继之形成脓肿, 多自溃脓出。因治疗失时, 致使脓泄不畅, 根底坚硬不易消退, 疮内隔膜相裹, 故疔肿多愈而又发。亦有疮口经久不敛, 甚者能使头皮串空^[2]。本病病程日久, 缠绵难愈, 常此处未愈, 他处又发, 愈后会形成瘢痕和脱发^[3], 可迁延数年甚至数十年之久, 长期反复不愈的慢性炎症刺激还可能会导致鳞状细胞癌的发生^[4]。

目前现代医学对本病的病因学和发病机制尚

基金项目: 国家自然科学基金(81473685)

天津中医药大学第一附属医院疮疡及周围血管病科

通信作者: 王 军, Email: tjzywangjun@126.com



图 1 术后 2 周局部照片

未明确,但大多数学者认为本病与毛囊闭锁、细菌感染及自身的免疫反应造成的局部坏死有关^[5]。《疡医大全·蟾拱头门主论》中曰:“蟾拱头,俗名脑猪。患小而禀受悠远,此皆父精母血蓄毒而成。”本例患者年龄尚小,五脏皆属柔弱,父系亲属均患不同程度相似病症,此为先天之因,胎中受者。加之后天嗜食肥甘厚味,昼睡夜醒,以致损伤脾胃,脾胃运化失职,消谷耗液,转为消渴。先天不足加后天失养,又有消渴病为基,故稍感风湿热邪,则蕴结于肌,日久化热,肉腐成脓,脓毒流窜,相互贯通,发为此病。

本例中,由于患者未成年,应用药物受限。加之本病此愈彼起,脓肿较多,不可笼统地根据其病程判断其所处时期,故采用了中医综合外治法及局部辨证施治相结合。对于未成脓处,以金黄膏箍围,清热解毒,箍围集聚^[6],收束疮毒,控制炎症范围,使其缩小或消退,防止疾病进一步发展。对于成脓处,我们选用切开引流排脓的手术方法,使毒随脓泄,肿消痛止,逐渐向愈,缩短病程。若脓肿较大,病情发展至更深可进一步可采用皮肤切除、皮肤移植等方法^[7]。《疡医大全·蟾拱头门主论》中曰:“其患肿高,破之又肿,皆由禀受时,原有衣膜相裹,毒虽出而膜未

除,故愈而又发。”在手术中并未观察到明显囊壁,但为避免手术清理不彻底,故采用搔刮法,祛除干净窦道内壁组织,促进其快速愈合,减少复发。对破溃处及术后创面,则用丹黄消炎液湿敷治疗,可消炎抗菌、调节免疫功能、促进肉芽生长、加速创面愈合^[8]。再用生肌象皮膏外敷,清热解毒,祛腐生肌,煨脓长肉,保持创面湿润,消炎抑菌,改善微循环^[9],促进肉芽生长形成,同时能够减少创面面积及愈后瘢痕^[10]。两者相辅相成,共同促进创面愈合速度,有效缩短疾病病程。

本例中,我们根据患者实际情况,运用了多种中医外治法相结合,如湿敷法、箍围法、搔刮法,手术切开引流法以及局部辨证施治,作用直接,安全有效,解决了患者的疾病痛苦,缩短了疾病的愈合时间。本病应于未成脓期积极治疗,控制病情,避免其进一步成脓,脓破成疡,疡愈成癍的可能。同时嘱咐患者注意调整作息时间,避免熬夜,饮食清淡,保持皮肤清洁干燥,积极锻炼,提高自身免疫力,减少细菌感染可能。

参考文献:

- [1] 刘皓,李雪,王超,等.毛囊闭锁三联征 1 例[J].人民军医,2017,60(8):804-805.
- [2] 顾伯康.中医外科临床手册.第三版[M].上海:科学技术出版社,1996:82-83.
- [3] 华优,瞿滨,耿清伟,等.脓肿穿掘性毛囊周围炎病例并文献复习[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2017,16(4):350-352.
- [4] Ljubojevic S, Pasic A, Lipozencic J, et al. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2005, 19(6):719-721.
- [5] 赵文彬,梅蓉,易勤,等.头部脓肿性穿掘性毛囊周围炎研究进展[J].中国麻风皮肤病杂志,2017(11):698-700.
- [6] 李曰庆.中医外科学.第2版[M].北京:中国中医药出版社,2007:35-36.
- [7] Moschella SL, Klein MH, Miller RJ. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. Report of a successful therapeutic scalping[J]. Arch Dermatol, 1967, 96(2):195-197.
- [8] 邢伯威,武海阔,徐阳,等.丹黄消炎液治疗糖尿病足溃疡 30 例疗效观察[J].湖南中医杂志,2015,31(12):6-8.
- [9] 毕海军.生肌象皮膏结合点状植皮治疗糖尿病足坏疽 92 例[J].中国中西医结合外科杂志,2017,23(4):432-433.
- [10] 张跃营.生肌象皮膏对糖尿病难治性溃疡的治疗效果观察[J].糖尿病新世界,2016,19(19):59-60.

(收稿:2018-06-06 修回:2018-12-21)

(责任编辑:邱奇)