

总主编 陈茂仁 张俊龙

中西医结合专科病诊疗大系

外科病学

金星 秦红松 主编

山西科学技术出版社

R6
JX

125081

中西医结合专科病诊疗大系

外 科 病 学

主 编	金 星	秦红松			
副主编	李 诤	王立柱			
编 委	金 星	秦红松	李 诤	王立柱	姜春英
	周黎丽	周 涛	丁 克	高兆旺	陈洪岩
	步瑞兰	鲁东志	李 萍	王化英	安祥梅
	张 丽	宿广峰	潘广军	刘 政	刘庆申
	耿翠芳	曹桂兰	阎晓燕		



山西科学技术出版社



责任编辑 郭博信
复 审 赵志春
终 审 王 慷

中西医结合专科病诊疗大系
外科病学

总主编 陈茂仁 张俊龙
主 编 金 星 秦红松

*

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路 69 号)
山西省新华书店发行 铁三局印刷厂印刷

*

开本:787×1092 1/16 印张:33.75 字数:819 千字
1997 年 10 月第 1 版 1997 年 10 月太原第一次印刷
印数: 1—5000 册

*

ISBN 7-5377-1450-9
R·584 定价:38.00 元

编委会主任 张俊龙

总 主 编 陈茂仁 张俊龙

编 委 (按姓氏笔画为序)

马金凤	王 凯	王 钢	王元元
王东梅	吕 波	吕志平	孙兆英
宋鲁成	汪受传	邱红明	刘瑞芬
李如辉	李景阳	苏勋庄	张 娟
张俊龙	张俊忠	张洪斌	苗爱勤
金 实	金 星	陈茂仁	周光林
赵秀芳	祝维峰	段学忠	秦小卫
秦红松	钱秋海	傅新利	路玉滨
翟秀玲	熊传渠	魏建润	

E23/24P

出版说明

一百多年前,西方医学大举进入中国,打破了中医学一统天下的局面。虽然中西医之间文化背景和思维方式存在巨大差异,然而,共同服务于人类的宗旨,使得开始于一百多年前的“中西汇通”的尝试到本世纪50年代得以蓬勃发展,并日益显示出其活力和生机,医学也形成了中医学、西医学、中西医结合医学三足鼎立的局面。但是迄今为止,还没有一套在广度和深度上能充分反映中西医结合医学这一学科丰富内容的专书出版。有鉴于此,我社于1994年开始组织编写这套“中西医结合专科病诊疗大系”,目的是通过这套丛书,全面总结中医学、西医学,尤其是中西医结合医学在临床诊疗方面的新发展、新成就。我们希望这套丛书既能体现中医临床诊疗的特点和丰富内容,又能体现西医临床诊疗的原则和方法,并富有中西医结合的时代气息;广收旁引,芟除芜杂,努力编成一套系统、全面、新颖、实用的临床系列全书,为提高中医、中西医结合水平作出贡献。

本套丛书的作者大都是从事中医、中西医结合研究的专家、教授,他们当中绝大多数是本学科各专业的博士学位获得者,能够全面了解和掌握本学科的研究方向和信息,这是这套丛书得以顺利出版的前提和基础。

1994年10月召开了第1次编委会会议,通过了编写大纲,并进行了分工;1995年10月召开了第2次会议,研究了编写中存在的问题,并对初稿进行了修改;1996年3月完成全部书稿的编写任务;同年5月邀请有关专家进行审改和定稿工作。历时三载,数易其稿,1996年10月工程全部告竣。

在编写过程中,陈茂仁博士、张俊龙博士对这套丛书的组织和编写做了大量的工作,对这套丛书的完成起了至关重要的作用。

山东中医药大学的张珍玉教授、周次清教授对本套书的修改和最后定稿提出了许多建设性意见,有力地保证了这套丛书的质量。

这套丛书之所以能顺利出版,是各有关单位大力支持和全体编委辛勤劳动的结果。参加本套书编写工作的单位有:山东中医药大学、南京中医药大学、山西中医学院、浙江中医学院、福建中医学院、重庆中医药研究所、山东医科大学、第一军医大学、第二军医大学、山西医科大学、江苏省中医医院、山东省千佛山医院等。

编写如此大型中西医结合临床专科专著,尚属首次,由于缺乏经验,人员分散,限于水平,缺点、错误在所难免,恳请广大读者批评指正,以便将来修订再版。

山西科学技术出版社

编写说明

一、临床诊断和治疗是医学的最终目的所在。中医、西医、中西医结合各具特色。本书博采众长,不拘学派,去粗存精,总结当代中西医结合临床诊疗的新理论、新诊断、新疗法、新方药,并作出客观评价,努力反映今日之创获。全书务求立论精当,内容充实,系统全面,客观实用,从而适应临床、教学和科研工作的需要,促进医学学术的繁荣。

二、依据西医疾病分类方法,选取其中常见病和疑难病为研究对象。“疑”是疑惑不解,即在病理和诊断上难以定论;“难”是指治疗上有难度,缺乏有效或根治的治疗措施。疑难与否,以西医诊疗为基准。“常见”,是指发病率高,为临床常见病。

三、以西医疾病的系统分类为单元,采用丛书系列方式集成14册。包括:《心脏病学》、《肺脏病学》、《肝胆病学》、《胃肠病学》、《肾脏病学》、《神经病学》、《风湿病学》、《内分泌病学》、《血液病学》、《男科病学》、《妇产科病学》、《骨伤科病学》、《儿科病学》、《外科病学》。

四、这套丛书每一分册均分上、中、下三编。上编为基础理论部分,主要简述各系统的西医生理、病理等基础知识,并逐一尝试用中医理论解释说明之,以求取得中西医结合各系统病治疗理论方面的发展与突破,并为中编具体病种的临床诊疗奠定基础。中编为临床诊疗部分,遵循“西医简明,中医详深”的原则,凡涉及西医的部分,简明扼要,归纳出几点结论;涉及中医的部分,则详细深入,务求理论上深入探讨,方法上广泛收集,突出中医、中西医结合特色。下编为专题研究部分,针对上编、中编未能详细说明的一些临床难点和共性问题进行探讨。

五、每一病证,分概述、病因病理、诊断、治疗、预防等节,每节各有独立的内容,并前后呼应,蔚成一体。

六、“概述”重点介绍病证的西医病名定义、分类及发病率、防治等一般知识,简要说明中医对这些病症的认识及防治源流。西医病因病理,着墨适中,条理清晰;中医病因病机,丝丝入扣,针对性强;西医诊断简而不漏,要点突出;中医诊断纲目清楚,纲举目张;西医治疗简明扼要,中医治疗详细实用;预防在思路突出中医治未病的思想,在具体措施上则中西医并用。

七、中医药治疗是这套丛书的重点,其常规治疗“辨证论治”部分,列出治法、选方、用药、剂量及加减变化,并做适当用药分析。“验方治疗”部分,选择文献报道中经统计处理证实对本病证确有良效的科学处方,分别在组成、用法、功用、疗效分析条下阐述。“单味药治疗”中的药理部分主要介绍单味药对本病(系统)的基础药理,未涉及对其他系统的药理。“其他治疗”部分,详收中医学的独特疗法,但所选之术均系临床文献报告对本病确有良效者。“中西医结合治疗”部分,主要说明在本病治疗中的中西药配用问题,但所选之法皆为临床文献报道和个人经验的总结,绝非无根据之推测性发挥。

八、我们组织山东、山西、江苏、浙江、福建、四川、上海等地的学者编写如此大型中西医结合临床诊疗专科病系列丛书,由于缺乏经验,囿于水平,加之人员分散,尽管多次统稿协调,各册之间仍有不尽统一和不尽完善之处,敬请读者批评指正。

总主编:陈茂仁 张俊龙

前 言

中医学与西医学虽然是建立在不同历史背景基础上的两种理论体系,但是防病治病、提高人类健康水平却是共同的宗旨。在现代新技术革命浪潮冲击之下,在科学技术迅猛发展的时代氛围之中,两种医学体系剧烈撞击,孕育和产生了现代中西医结合医学。迄今为止,中西医结合医学成绩最突出的是临床医学方面。中西医结合临床医学的成就,已经成为现代中西医结合学的基石,应不断的总结、完善,加以提高。

作为崭新中西医结合外科学,出现的时间并不很长,属于非常年轻和不成熟的一门学科,专业队伍也比较少。但是,广大中医、西医和中西医结合外科工作者团结协作、刻苦勤奋、孜孜以求,取得了令人瞩目的成就,培养了一批中西医结合临床外科专家,大量的中西医结合外科科研成果相继问世,使中西医结合外科事业出现了生机勃勃的全新发展阶段。特别是在中西医结合治疗周围血管疾病、肛肠疾病和中西医结合治疗急腹症、烧伤等方面,取得了突破性进展,创造了许多行之有效的新疗法、新技术,积累了丰富的临床经验,大大地提高了临床治疗效果。越来越多的有识之士指出,中西医结合外科学所具有的先进、科学的独特疗法是其他学科无法比拟和代替的,其发展潜力是巨大的,前途无量。

本书总结了四十多年来最具有代表性的周围血管疾病、肛肠疾病、急腹症等——中西医结合外科临床学所取得突出成就的精华,献给大家,以促进中西医结合外科成果的尽快推广和普及。

全书共分上、中、下三编。上编介绍基础理论,中编为临床诊疗,下编为专题研究。在编写中,重点介绍中西医结合的临床诊疗。在素材的搜集、整理和取舍上,力求做到不拘学光派,广征博集,以反映出中西医结合外科学的新成果、新疗法、新方药、新技术、新进展为主,同时还介绍了编者的临床经验。其中,周围血管疾病部分由金星、秦红松负责编写,肛肠病部分由丁克、王立柱等编写,急腹症等部分由李净、金星等编写。在本书的编写过程中,得到了著名中西医结合外科专家尚德俊教授的指导,张俊龙博士和山东中医药大学科研处、研究生部、中医系及附属医院外科领导的大力支持和帮助,谨一并致谢。

由于水平所限,谬误难免,恳请读者指正。

金星 秦红松

于山东中医药大学

目 录

上编 基础理论

第一章 周围血管疾病	(3)
第一节 周围血管系统生理病理	(3)
第二节 周围血管疾病的诊断	(11)
第三节 周围血管疾病的中医疗方法	(17)
第二章 肛门直肠疾病	(20)
第一节 肛门直肠的生理病理	(20)
第二节 肛门直肠疾病的诊断	(21)
第三节 肛肠疾病的治疗	(27)
第三章 急腹症	(31)
第一节 与急腹症有关的生理	(31)
第二节 急腹症的病理	(38)
第三节 急腹症的诊断	(41)
第四章 其它疾病	(49)
第一节 乳房疾病	(49)
第二节 泌尿及男性生殖系统疾病	(53)
第三节 甲状腺疾病	(57)

中编 临床诊疗

第一章 血栓闭塞性脉管炎	(65)
第一节 概述	(65)
第二节 病因病理	(67)

第三节	临床诊断	(72)
第四节	治疗	(108)
第五节	预防	(135)
第二章	动脉硬化闭塞症	(137)
第一节	概述	(137)
第二节	病因病理	(137)
第三节	临床诊断	(138)
第四节	治疗	(149)
第五节	预防与调护	(152)
第三章	深静脉血栓形成	(154)
第一节	概述	(154)
第二节	下肢静脉解剖	(154)
第三节	病因病理	(156)
第四节	临床诊断	(161)
第五节	治疗	(175)
第四章	大动脉炎	(192)
第一节	概述	(192)
第二节	病因病理	(192)
第三节	临床诊断	(194)
第四节	治疗	(198)
第五节	预防	(203)
第五章	雷诺氏综合征	(205)
第一节	概述	(205)
第二节	病因病理	(206)
第三节	临床诊断	(209)
第四节	治疗	(213)
第五节	预防	(220)
第六章	痔	(221)
第一节	概述	(221)
第二节	病因病理	(222)
第三节	临床诊断	(225)
第四节	治疗	(229)

第五节 预防	(242)
第七章 肛裂	(245)
第一节 概述	(245)
第二节 病因病理	(246)
第三节 临床诊断	(248)
第四节 治疗	(251)
第五节 预防	(257)
第八章 肛门直肠周围脓肿	(260)
第一节 概述	(260)
第二节 病因病理	(260)
第三节 临床诊断	(262)
第四节 治疗	(266)
第五节 预防	(268)
第九章 肛瘘	(269)
第一节 概述	(269)
第二节 病因病理	(269)
第三节 临床诊断	(270)
第四节 治疗	(275)
第五节 预防	(278)
第十章 肛管直肠脱垂	(279)
第一节 概述	(279)
第二节 病因病理	(280)
第三节 临床诊断	(282)
第四节 治疗	(285)
第五节 预防	(290)
第十一章 胃、十二指肠溃疡急性穿孔	(292)
第一节 概述	(292)
第二节 病因病理	(292)
第三节 临床诊断	(294)
第四节 治疗	(297)
第五节 预防	(300)
第十二章 急性肠梗阻	(301)

第一节	概述	(301)
第二节	病因病理	(301)
第三节	临床诊断	(303)
第四节	治疗	(307)
第五节	预防	(312)
第十三章	急性阑尾炎	(313)
第一节	概述	(313)
第二节	病因病理	(314)
第三节	临床诊断	(315)
第四节	治疗	(319)
第五节	预防	(323)
第十四章	胆道系统感染和胆石病	(324)
第一节	概述	(324)
第二节	病因病理	(325)
第三节	临床诊断	(327)
第四节	治疗	(329)
第五节	预防	(334)
第十五章	急性乳房炎	(335)
第一节	概述	(335)
第二节	病因病理	(336)
第三节	临床诊断	(337)
第四节	治疗	(339)
第五节	预防	(342)
第十六章	乳房增生病	(344)
第一节	概述	(344)
第二节	病因病理	(344)
第三节	临床诊断	(345)
第四节	治疗	(347)
第五节	预防	(350)
第十七章	乳房纤维瘤	(351)
第一节	概述	(351)
第二节	病因病理	(351)

第三节	临床诊断	(352)
第四节	治疗	(353)
第五节	预防	(354)
第十八章	乳管内乳头状瘤	(355)
第一节	概述	(355)
第二节	病因病理	(355)
第三节	临床诊断	(356)
第四节	治疗	(357)
第五节	预防	(359)
第十九章	乳腺癌	(360)
第一节	概述	(360)
第二节	病因病理	(361)
第三节	临床诊断	(362)
第四节	治疗	(364)
第五节	预防	(367)
第二十章	男子乳房肥大症	(368)
第一节	概述	(368)
第二节	病因病理	(368)
第三节	临床诊断	(369)
第四节	治疗	(371)
第五节	预防	(373)
第二十一章	单纯性甲状腺肿	(374)
第一节	概述	(374)
第二节	病因病理	(374)
第三节	临床诊断	(375)
第四节	治疗	(376)
第五节	预防	(378)
第二十二章	甲状腺腺瘤	(379)
第一节	概述	(379)
第二节	病因病理	(379)
第三节	临床诊断	(380)
第四节	治疗	(382)

第五节 预防	(384)
第二十三章 尿石症	(386)
第一节 概述	(386)
第二节 病因病理	(387)
第三节 临床诊断	(388)
第四节 治疗	(390)
第二十四章 急性前列腺炎	(406)
第一节 概述	(406)
第二节 病因病理	(406)
第三节 临床诊断	(407)
第四节 治疗	(408)
第二十五章 慢性前列腺炎	(412)
第一节 概述	(412)
第二节 病因病理	(412)
第三节 临床诊断	(413)
第四节 治疗	(415)
第二十六章 前列腺增生症	(421)
第一节 概述	(421)
第二节 病因病理	(421)
第三节 临床诊断	(422)
第四节 治疗	(424)
第二十七章 烧伤	(431)
第一节 概述	(431)
第二节 病因病理	(432)
第三节 临床诊断	(433)
第四节 治疗	(435)
第五节 护理和预防	(439)
第二十八章 冻伤	(440)
第一节 概述	(440)
第二节 病因病理	(440)
第三节 临床诊断	(441)
第四节 治疗	(442)

第五节 预防	(444)
第二十九章 破伤风	(445)
第一节 概述	(445)
第二节 病因病理	(445)
第三节 临床诊断	(446)
第四节 治疗	(448)
第五节 预防	(450)
第三十章 颈淋巴结结核	(451)
第一节 概述	(451)
第二节 病因病理	(451)
第三节 临床诊断	(452)
第四节 治疗	(454)
第五节 预防	(455)

下编 专题研究

一、血栓闭塞性脉管炎病因探讨——前列腺素学说	(459)
(一)前列腺素系统与 TAO 的病理关系	(459)
(二)PG 系统与 TAO 临床表现	(461)
(三)前列腺素作用机制	(461)
(四)PG 系统与 TAO 等周围血管闭塞性疾病的治疗	(461)
(五)PG 系统功能紊乱是造成 TAO 的重要内在原因	(463)
二、对肛肠疾病某些问题的研究认识	(465)
(一)肛门直肠部的麻醉	(465)
(二)肛肠术后止痛剂的应用	(466)
(三)肛肠病的烟熏疗法	(468)
(四)《诸病源候论》中祛痔导引术	(470)
(五)云南白药外用治疗肛肠疾病出血	(470)
(六)痔痛灵的实验研究	(471)
(七)痔疼灵治疗肛门肿痛 219 例	(473)
(八)生肌愈肤汤治疗难愈性创面的机理研究	(474)
(九)中西医结合治疗内痔术后续发性大出血	(475)
(十)舒便汤治疗老年直肠内脱垂 82 例	(476)

(十一)有关肛周脓肿手术治疗的问题	(477)
(十二)肛瘘挂线疗法的机制	(478)
三、秦艽椿皮汤治疗非特异性溃疡性结肠炎的	
临床观察与实验研究	(480)
(一)临床观察	(480)
(二)实验研究	(481)
(三)讨论	(484)
四、乳腺增生病的中医外治进展	(488)
(一)临床应用	(488)
(二)外治机理研究	(490)
(三)结语	(491)
五、乳腺增生病的动物实验研究进展	(493)
(一)动物模型的制作研究	(493)
(二)中医药对本病动物模型作用的研究	(496)
六、从肝论治男性乳腺病	(500)
(一)生理上的影响	(500)
(二)病理上的影响	(500)
(三)临床应用	(501)
七、瘰病的证治近况	(503)
(一)瘰病概况	(503)
(二)治则治法	(503)
(三)内治验方汇要	(504)
(四)针药结合法	(506)
(五)外治法	(506)
(六)中西医结合疗法	(506)
(七)讨论	(507)
八、阑尾周围脓肿的中西医结合治疗	(509)
九、腹部外科围手术期的中西医结合治疗	(511)
(一)中医治疗	(511)
(二)西医治疗	(511)
(三)治疗结果	(511)
十、中西医对前列腺增生病研究的进展	(513)

(一)病因病理的新认识	(513)
(二)临床治疗与实验研究的新进展	(514)
十一、辨证论治尿石症	(516)
(一)湿热蕴弗型	(516)
(二)瘀血搏结型	(517)
(三)正虚瘀阻型	(517)
(四)小结	(517)
十二、烧伤治疗的新进展	(519)
(一)内治法	(519)
(二)外治法	(520)
(三)关于湿润烧伤膏及湿润疗法	(521)

上编 基础理论

第一章 周围血管疾病

第一节 周围血管系统生理病理

一、西医的生理病理

(一) 动脉系统

1. 动脉的解剖

包括从左心室发出的主动脉(包括:升主动脉、主动脉弓、降主动脉),头颈部的动脉(包括:颈总动脉、颈外动脉、颈内动脉及其动脉吻合交通支),上肢动脉(主干是锁骨下动脉——腋动脉——肱动脉——桡动脉和尺动脉),下肢动脉(主干是髂总动脉——髂外动脉——股动脉——腘动脉——又分为胫后动脉、胫前动脉和足背动脉)。

2. 动脉的结构

大动脉可分为三层,内膜是由很薄内皮层(扁平多边的内皮细胞)、较厚的内皮下层(主要由纤维母细胞、胶原纤维组成)和内弹力膜层组成。中膜最厚,占血管壁的 $\frac{2}{3}$,主要是由50~60层弹性组织形成的窗膜。外膜很薄,含胶质纤维。中动脉的结构与大动脉相似,其特点是中膜内含有大量的平滑肌,故又称为肌性动脉。小动脉的直径为0.1—1毫米,其内膜仅有内皮细胞和内弹力膜组成,中膜层有较完整的平滑肌和少量的弹力纤维及胶质纤维,外膜仅有纤维结缔组织和少量弹性组织,无营养血管。终小动脉的直径 <0.1 毫米,其内膜只有一层内皮细胞,中膜有稀疏的平滑肌,无外膜。

3. 动脉的调节功能

包括心脏泵作用——推动血液循环、血管自身舒缩作用、神经调节作用、体液调节作用、代谢调节作用和血管运动中枢,这些机理综合协调,通过血管的活动,控制着全身血液的分布和局部血液的灌注,以维持血压和主要脏器的血液需要。

4. 肢体动脉阻塞的病理变化

肢体动脉阻塞后其病理变化大致可分为急性动脉阻塞、慢性动脉阻塞及侧支循环形成三方面。首先,急性阻塞主要是指动脉栓塞、血栓形成和外伤性闭塞。动脉的栓子80%来源于心脏、主动脉或肢体近端的动脉粥样硬化斑块以及动脉瘤内血凝块脱落。急性阻塞发生后主要有肢体坏疽、动脉阻塞和复通等病理变化,其中肢体动脉栓塞多发生在动脉分叉处,是由此处的血液突然分流和管腔狭窄所致。动脉急性阻塞后,由于供血不足而使组织处于低氧或无氧代谢状态,缺血和肌肉水肿形成恶性循环,使筋膜间隙内压力不断提高,从而形成筋膜间隙综合征,

尤多发于小腿。随着筋膜间隔压力增高,肢体缺血加重,肌肉和神经变性坏死,产生大量肌红蛋白、酸性代谢产物、毒素及心脏抑制因子,进而发生急性肾功能衰竭。除此之外,再灌注损伤的危害也不能忽视。其次,慢性动脉阻塞是一种常见的血管疾患,此类阻塞多发于下肢,其原因主要有炎性阻塞(血栓闭塞性脉管炎等)、动脉硬化性阻塞(老年性动脉硬化闭塞症、糖尿病性动脉硬化症等)、损伤性阻塞(外伤性动脉闭塞症、股管压迫综合征等)、动脉血栓栓塞症(急性动脉血管栓塞、医源性血栓形成等)。另外,侧支动脉在动脉闭塞疾病中的作用十分重要,阻塞后的肢体血液循环主要依赖于侧支动脉的建立,而侧支动脉的建立又取决于基础侧支分布情况和其可塑程度。

肢体的侧支动脉分布大体上有以下几种:①髂——股侧支动脉网、②膝关节侧支动脉网、③足部侧支动脉网、④锁——腋侧支动脉网等。

(二) 静脉系统

1. 静脉的解剖结构

静脉系统可分为浅静脉、深静脉、交通支静脉、静脉瓣膜四部分,它们多数与同名的动脉伴行。深静脉位于肢体深组织或体腔内,是血液回流的主要通道,浅静脉位于皮下,常在体表可以看到。

静脉壁的结构与动脉基本相似,但管壁较薄,管腔比同名的动脉大,中层弹力纤维和平滑肌较少,弹性较差、血流较缓慢。静脉血管内的静脉瓣膜在保证血液正常回流中起着重要的作用。

2. 静脉的生理

静脉的生理功能,就在于保证静脉血液由远而近的向心脏流动,此功能的完全主要依赖于以下四种因素,一是静脉瓣膜,二是肌肉泵的作用,三是胸腔的负压和静脉本身的张力,四是静脉压力。

3. 静脉淤滞的病理变化

包括肢体水肿、皮肤色素沉着和纤维化、淤滞性皮炎综合征、硬化性皮肤溃疡形成、血栓性浅静脉炎及自发性出血等。

(三) 淋巴系统

1. 淋巴的解剖结构

淋巴系统是循环系统的组成部分,它是由毛细淋巴管、淋巴管、淋巴结、淋巴干和淋巴导管组成。其中,毛细淋巴管是淋巴管的起始部分。淋巴管比较纤细,一般肉眼难以看清楚,肢体的淋巴管以深筋膜为界,分为深、浅两组。浅组下肢多沿大、小隐静脉,上肢多沿贵要静脉、头静脉伴行。深组淋巴管收集骨、关节和肌肉的淋巴液,与深静脉伴行。

2. 淋巴的生理功能

淋巴系统吸收组织液的10~20%,包括正常的组织液和大分子蛋白质,以及病理性的毛细血管的细菌、坏死组织和分解的碎块、癌栓、红细胞等。在回收的组织液中有水分、电解质、蛋白质及少量的淋巴细胞。虽然淋巴液的回流量远不及静脉,但在调节血浆和体液平衡中起着重要作用。

正常淋巴液的循环,每24小时淋巴流量是2~4升(每小时为120毫升)。淋巴液的回流动

力靠周围组织的压力,如肌肉收缩、动脉搏动、静脉压力、胸腹内压,以及组织液的压力等。

3. 淋巴回流障碍的病理变化

包括肢体的慢性水肿、继发性炎性肿或类丹毒、组织纤维硬化及营养不良、象皮肿等。

二、中医对周围血管生理病理的认识

数千年来,中国传统医学对周围血管疾病具有独特的理论总结,积累了丰富的实践经验,对周围血管的防治做出了巨大的贡献。

早在《黄帝内经》中就载有“脉道以通,血气乃行”,对血液的循行作了比较正确描述,同时载有“恶血”、“流血”等血瘀病名。至今关于周围血管疾病最早的记载为《灵枢·痈疽篇》的“脱痈”一病名,指出:“发于足指,名曰脱痈,其状赤黑,死不治,不赤黑,不死,不衰,急斩之,不则死矣。”又曰“发于足旁,名曰厉痈,其状不大,除如小指发,急治之,去其黑者……。”这是肢体动脉闭塞发生肢体坏疽的典型描述,已经认识到了“脱痈”病的发病特点、预后及手术治疗方法,大致包括了现代周围血管疾病中的血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉硬化症、大动脉炎、急性肢体动脉栓塞、糖尿病坏疽等。《黄帝内经》对尚未发生肢体坏疽动脉闭塞性疾病则称之为“痹”、“血痹”、“脉痹”等,如《素问·平人氣象论》有“脉涩曰痹”。《素问·五脏生成篇》曰:“血凝于肤者为痹,凝于脉者为泣,凝于足者为厥。”提出了本类疾病的病因病机,同时《黄帝内经》还指出治疗法则,如《素问·至真要大论》提出“疏其血气,令其调达”,《素问·调经论》曰“病在脉,调之血,病在血,调之络”。这就确立了调和气血、疏通血脉为治疗大法,对周围血管疾病的临床治疗具有重要指导意义。

汉代,张仲景在《伤寒论》和《金匱要略》中创立了“血瘀”病学,开辟了以“活血化瘀”法治疗周围血管疾病的先河。其中治疗“血痹”(雷诺氏病、大动脉炎)的黄芪桂枝五物汤,以大黄、芒硝为主治疗“瘀热在里”、“热结蓄血”(急性下肢深静脉血栓形成等),应用治疗血瘀重症等等,均具有重要的理论价值。汉代著名外科医家华佗的《神医秘传》中记有:“此症发生于手指或足趾之端,先痒而后痛,甲现黑色,久则溃败,节节脱落,宜用生甘草,研成细末,麻油调敷……内服药金银花三两,元参三两,当归二两,甘草一两,水煎服……”。此为最早总结治疗“脱疽”(周围血管疾病)的外治和内服方剂。这四味大剂量解毒养阴活血药物,被后世誉为“四妙勇安汤”。

晋代,葛洪在其《肘后备急方》中,首载有“恶脉”病(下肢深静脉血栓形成、血栓性浅静脉炎等)。书中载云:“恶脉病,身中忽有赤络脉起如蚓状。”同时《肘后备急方》中还首次记载了“漏病”(类似于四肢血栓性浅静脉炎等),即“皮肉卒肿起,狭长赤痛,如编绳状”。同期的王焘所著的《外台秘要》引“肘后方:皮肉中忽肿起,初如梅李,渐长大,不痒不痛,又不坚硬,按之柔软,此血瘤也。”其描述与(海绵状)血管瘤颇同。

南北朝时,由龚庆宣著现存最早的外科专著《刘涓子鬼遗方》中有:“发于足趾,名曰脱疽”,首载“脱疽”一词。

隋代,巢元方《诸病源候论》对周围血管疾病作出了较大贡献。《诸病源候论》一书专设了“恶脉”、“漏病”等章节。对此类疾病的病因病机、治疗、预后等都作了较详细的论述,如《诸病源候论·恶脉候》曰:“恶脉者,身里忽有赤络,脉起笼耸,聚如死蚯蚓状,看如似有水在脉中,长短皆逐其络脉所生也。”《诸病源候论·漏病候》有:“其状赤脉,起如编绳,急痛壮热,其发于脚者,喜从鼠蹊起,至踝,赤如编绳,故谓漏病也,发于臂者,喜腋下起,至手也。”

唐代,孙思邈的《备急千金要方》中对血栓性浅静脉炎亦称为“漏病”,并指出:凡漏病“若不即治,其久溃脓,亦令筋挛缩也”。《千金翼方·黄父相痈疽论第一》曰:“毒在肉则割,毒在骨则切”的手术原则,对后世治疗周围血管疾病具有较大的影响。

同代的朝鲜人许浚等著的《东医宝鉴》中有:“脱疽,以其指节溃烂脱去也”,“甚者赤变乌黑,急须在指则斩,在肉则割,否则黑延上足必死……”。

宋代,关于周围血管疾病的记载较少,仅有赵佶等著的《圣济总录》中“脉痹”的记载,其曰:“脉痹血道壅涩”、“血凝不流”,“治脉痹,通行血脉”。

明清时代,中国传统医学对周围血管疾病的认识积累了相当丰富的临床经验,并有了新的发展。首先,对周围血管疾病的病种认识比较精当、全面。如在汪机的《外科理例·卷六》著有15例脱疽病案中,有一例较典型的对糖尿病坏疽的记载,书中曰:“一膏粱年逾五十亦患此,色紫黑,脚焮痛。……喜其饮食如故,动息自宁,为疮善症……。次年忽发渴,服生津等药愈盛,用八味丸面止”。薛己的《外科发挥》中也记有:“谓疔生于足趾,或足溃而自脱,故名脱疽。亦有发于手指者,名曰蛀节疔,重者腐去本节,轻者筋挛。”“有先渴而后患者,有现患而后渴者……初发而色黑者,不治。”关于糖尿病坏疽的治疗。薛己明确指出:“作渴者,滋阴降火”,用真人活命饮、人参败毒散、托里散、加减八味丸等,并用隔蒜灸法。“若色黑者,急割去,速服补剂”。对“脱疽”记载最详细、最精当的应推陈实功的《外科正宗》一书。《外科正宗·卷之二》中曰“夫脱疽者,外腐而内坏也,此因平昔厚味膏粱熏蒸五脏,金石补药消烁肾水,房劳过度,气竭精伤……凡患此者,多生于手足,故手足乃五脏枝干,疮之初生,形如粟米,头便一点黄泡,其皮如煮熟红枣,黑气侵满,相传五指,传遍上至脚面,其疼如汤泼火燃,其形则骨枯筋练,其秽异香难解,其命仙方难活。”主张用解毒济生汤、人参养荣汤等内服,加用针灸、熏洗及外用药粉等治疗,“若割取之后,黑色仍漫,痛肿尤甚,败恶无脓,口干舌硬,精神不爽,食不知味者终死”。明确的指出了“脱疽”的发病病因、病机、症状、治疗及预后。此后,清代的王洪绪著《外科证治全生集》强调治疗外科疾病“以消为贵,以托为畏”,主张“脱骨疽”用内服阳和汤、犀黄丸、小金丹治疗,至今不衰。清代,高秉钧在其《疡科心得集》中指出:“脱疽者,足生疔,重者溃而紫黑……亦有患于手指者,名曰蛀节疔……”“指疔色紫黑者,其毒必恶”,“如不溃无脓,黑色过节者险”。应用黄连解毒汤、犀角地黄汤、真人活命饮等治疗。同期鲍相璈的《验方新编》有:“脱骨疽……黑色不退,久则溃烂,节节脱落,延至足背腿膝,腐烂黑陷,痛不可忍。”指出用“四妙勇安汤”(书中有方无药)治疗。清末《马培之外科医案》认为,脱疽“有湿热为患者,有感瘟疫毒疫之气而成者,……有严寒涉水,气血冰凝,积久寒化为热,始则手足木冷,继则红紫之色,足跗肿热,足趾仍冷,皮肉筋骨俱死,节缝渐久裂开,污水渗流,筋断肉离而脱,有落数趾面败者,有落至踝骨而不败者,视其禀赋之强弱”,对血栓闭塞性脉管炎的认识十分精当。清代还有一些医家对“脱疽”类疾病有一定的认识,如过玉书的《增订治疗汇要》中有专节论述“脱骨疔”。高思敬的《外科医镜》有“脱节风”之称。沈金鳌的《杂病源流犀注》中有“脱疽”、“脱骨疽”、“敦疽”之名。祁坤的《外科大成》、吴谦的《医宗金鉴》、陈士铎的《外科秘录》、顾世澄的《疡医大全》、邹五峰的《外科真诠》等著作中也均有关于“脱疽”的记载。其次,明清时代,对静脉疾病的认识也比较精确,如薛己的《外科枢要》载有“漏疮”(下肢静脉性溃疡)、“筋瘤”(类似于下肢静脉曲张)、“血瘤”(血管瘤)等。王肯堂的《证治准绳·疡医·卷四》和吴谦等的《医宗金鉴》中均有“青便蛇”(似下肢静脉曲张)。陈实功的《外科正宗·痈疽论》中记载:“筋瘤者,坚而色紫,垒垒青筋,盘曲甚者,结若蚯蚓”。将下肢静脉曲张类疾病称为“筋瘤”,一直沿用至今。《证治准绳》中还记载了,妇女产后“腰间肿两腿

尤甚,此瘀血阻滞于经络……”,瘀血“流注四肢或注股内,痛如锥刺或两股肿痛”(与产后髂股静脉血栓形成相似)主张用桃仁汤、没药丸治疗。张介宾的《景岳全书》中有:“产后瘀血流注……气凝血聚为患也”。(颇似产后髂股静脉血栓形成),应“行气活血”。唐容川的《血证论》记载:“瘀血流注(髂股静脉血栓形成),四肢疼痛肿胀者,宜化去瘀血,消利肿胀”,“瘀血消散,则痛肿自除”。再次,明清时代对下肢淋巴管疾病、血管肿瘤等也有较明确认识。如《潜斋医案·大脚风》记有:“凡水乡农人,多患脚肿,俗名大脚风,……与寻常脚气发过肿消者迥异,治之无效。此因伤络瘀凝,气血阻痹,风湿热杂合之邪袭入而不能出也。故病起必胯间结核而痛,憎寒发热,渐以下行至足。”其描述极似于下肢淋巴水肿而致的象皮腿。陈实功在其《外科正宗·瘰疬论》中对“血瘤”(海绵状血管瘤)的记载颇为详细,书中曰:“血瘤者,微紫微红,软硬间杂,皮肤隐隐,缠若红丝,擦破流血,禁之不住。”而在其《外科正宗·胎瘤》中载:“胎瘤者,初生小儿头上,胸乳间肿起,大者如馒,小似梅李,此皆胎中瘀血凝滞而成。须候儿满月外,方可用针刺破,内如赤豆汁则安。”吴谦等的《医宗金鉴·外科心法要诀·胎瘤》记载:“色紫微硬,漫肿,不甚疼痛。”“此证一名胎瘤,发无定处,由小渐大,婴儿落草,或一二岁之间患之,瘤皮色红,中含血丝,亦有自破者。”与海绵状血管瘤、淋巴瘤等相似。

三、周围血管疾病的命名与分类

根据王书桂、赖尧基的分类与命名依据为:①解剖学定位,确定病变主要部位和主要血管的名称。②结合病因病理学,明确疾病是功能性或器质性,进而再确定它的病理改变实质。③以临床特征结合解剖、病因病理确定疾病名称。

将常见的周围血管疾病分为动脉性疾病、静脉性疾病、毛细血管疾病、淋巴管疾病、血液性血栓疾病五大类。

(一) 动脉疾病

1. 动脉功能性疾病

- (1) 雷诺氏病
- (2) 雷诺氏症
- (3) 手足发绀症
- (4) 网状青斑
- (5) 红斑性肢痛症

2. 动脉器质性疾病

- (1) 动脉炎性疾病:
 - ① 血栓闭塞性脉管炎
 - ② 多发性大动脉炎
 - ③ 风湿性血管炎
 - ④ 系统性红斑狼疮血管炎
 - ⑤ 白垩氏病血管炎
 - ⑥ 硬皮病动脉炎

⑦皮炎

⑧结节性血管炎

⑨结节性多动脉炎

⑩干燥综合症

(2)动脉闭塞性疾病:

①动脉硬化性闭塞

②糖尿病性动脉粥样硬化

③动脉中层钙化

④锁骨下动脉窃血综合征

⑤肾性动脉闭塞症

⑥腹主动脉阻塞症

⑦乌脚病

(3)动脉血栓栓塞性疾病:

①急性肢体动脉栓塞

②急性肢体动脉血栓形成

③急性肠系膜血管栓塞

(4)损伤性动脉疾病:

①动脉破裂

②外伤性动脉血栓形成

③冻伤综合征

④战壕足

⑤浸足疮

⑥冻疮等

(5)外压性动脉疾病:

①胸廓出口综合征

②腓动脉挤压综合征

③腓动脉外膜囊肿

④股动脉内收肌压迫症

(6)非闭塞性疾病:

①动静脉瘘

②动脉瘤

③蔓状血管瘤

④海绵状血管瘤

⑤血管肉瘤等

(二)静脉疾病

1. 静脉功能性疾病

(1)静脉痉挛

(2)静脉麻痹

2. 静脉器质性疾病

(1) 浅静脉炎性疾病:

- ① 血栓性浅静脉炎
- ② 胸腹壁血栓性浅静脉炎
- ③ 游走性血栓性浅静脉炎
- ④ 化脓性血栓性浅静脉炎等

(2) 深静脉血栓性疾病:

- ① 小腿深静脉血栓形成
- ② 腘、髂、股静脉血栓形成
- ③ 腋、锁骨下静脉血栓形成
- ④ 无名静脉梗阻
- ⑤ 上、下腔静脉梗阻
- ⑥ 布——加氏(Budd—chiari)综合征等

(3) 非阻塞性静脉疾病:

- ① 原发性下肢深静脉瓣膜功能不全
- ② 原发性下肢静脉曲张
- ③ 原发性交通支瓣膜功能不全
- ④ 静脉扩张症
- ⑤ 静脉畸形肢体肥大综合征(K—Ts 氏综合征)
- ⑥ 静脉硬化
- ⑦ 静脉破裂

(三) 毛细血管疾病

(1) 阻塞性毛细血管疾病

(1) 毛细血管收缩症

(2) 炎性疾病:

- ① 真皮浅层血管炎
- ② 风湿性紫斑
- ③ 葡行血管炎*
- ④ Heron—sonnt 紫斑

2. 非阻塞性毛细血管疾病

(1) 毛细血管扩张症:

- ① 特发性毛细血管扩张症
- ② 先天性毛细血管扩张性红斑症
- ③ 原发性泛发性毛细血管扩张症
- ④ 继发性泛发性毛细血管扩张症
- ⑤ 皮肤粘膜毛细血管扩张症(Osler—Weber 氏病)

(2) 毛细血管瘤:

- ① 血管球瘤

- ②单发性毛细血管瘤
- ③葡萄酒色斑痣
- ④星状血管瘤(蜘蛛痣)
- ⑤硬化性血管瘤
- ⑥老年性血管瘤
- ⑦肉芽肿性血管瘤等

(四)淋巴管疾病

1. 阻塞性淋巴疾病

- (1)淋巴性水肿(原发性和继发性淋巴水肿)
- (2)急性淋巴管炎
- (3)丹毒(急性皮肤网状淋巴管炎)
- (4)象皮肿

2. 非阻塞性淋巴疾病

- (1)淋巴管痿
- (2)淋巴扩张症
- (3)淋巴管瘤
- (4)淋巴管癌
- (5)单纯性淋巴管瘤
- (6)海绵状淋巴管瘤
- (7)淋巴囊肿

(五)血液性血栓性疾病

1. 骨髓增生性疾病

- (1)真性红细胞增多症并肢体动脉血栓形成
- (2)原发性血小板增多症并动脉血栓形成
- (3)嗜酸性红细胞增多症并动脉血栓形成
- (4)慢性粒细胞性白血病并动脉血栓形成

2. 微血栓形成疾病

- (1)播散性血管内凝血(DIC)
- (2)血栓性血小板减少性紫癜
- (3)自家免疫性溶血性贫血性动脉血栓形成
- (4)红蛋白尿性动脉血栓形成

3. 镰状红细胞病

4. 高血粘滞综合症

- (1)高纤维蛋白原血症
- (2)原发性巨球蛋白血症
- (3)多发性骨髓瘤

第二节 周围血管疾病的诊断

一、西医诊法

(一) 主要症状

1. 疼痛

疼痛是周围血管疾病最常见的症状,患者多因此而就医。根据疼痛的原因、程度、性质可分为以下几种。

(1) 间歇性跛行(运动性疼痛):为肢体慢性供血不足,动脉功能不全,代偿期的典型症状。常见于血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化闭塞症的早期。其临床特点为,患者以一定的速度(40步/分钟)行走一段距离的路程后,即产生足部或小腿部的肌肉酸胀疼痛,迫使患者止步不能行,经3~5分钟的稍息后症状消失可继续行走,但当行至上述同样距离的路程时,症状又出现,如此行走特点,被称为间歇性跛行。随着病情的加重,其行走距离也随之缩短。

临床上一些非缺血性疾病如膝关节疾病、扁平足、下肢静脉疾病等,亦可出现类似症状,但肢体疼痛在停步后不能在短时间(5分钟)内立即消失,必须经较长时间的休息甚至卧床休息后才能缓解。

(2) 体位性疼痛:疼痛的产生和缓解与肢体位置改变有关。动脉缺血性疾病在抬高患肢时,由于供血减少而产生或加重疼痛。下肢静脉回流障碍性疾病,则在抬高患肢时,症状缓解,肢体下垂则症状加重。

(3) 温差性疼痛:雷诺氏病在肢体暴露于寒冷环境或浸入凉水时,可诱发动脉痉挛性疼痛,温暖后疼痛消失。红斑性肢痛症则在温暖时发生肢严重的烧灼样疼痛,因此,病人常将双足放置于冰凉处,以防止疼痛发作。

(4) 特发性疼痛:为小腿和肌肉痉挛性疼痛,俗称“抽筋”、“转腿肚”,多在夜间发生,局部受凉时疼痛加剧,可经按摩局部后而缓解。多见于原发性下肢深静脉瓣膜机能不全、下肢深静脉血栓形成后遗症等疾病。

(5) 静止痛:指在肢体处于完全放松、静息状态下,即出现持续性疼痛。表明肢体动脉功能严重障碍、失代偿,肢体严重缺血。特别是在肢体发生溃疡或坏疽时,疼痛可十分剧烈,病人往往屈膝抱足,彻夜难眠,痛苦异常。在肢体血栓性浅静脉炎时,局部红、肿、热、痛,为炎症刺激所致,其疼痛程度和持续的时间远不及血栓闭塞性脉管炎等动脉缺血性疾病之剧痛。

2. 冷热感

肢体的冷热主要取决于血液循环的状况。在动脉闭塞性疾病中,如血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化闭塞症、大动脉炎等,由于患肢动脉血管狭窄或闭塞,血流量减少,因而肢体常发凉、怕冷。而肢端红痛症时,则因患肢动脉过度扩张,血流量增多而发热并热痛,病人喜冷怕暖。

3. 沉重感

多见于静脉性疾病,如原发性下肢深静脉瓣膜机能不全、单纯性下肢静脉曲张、下肢深静脉血栓形成及其后遗症、淋巴性肿。病人在长久站立或行走后肢体产生沉重、坠胀感、易疲劳

感,须平卧休息或将患肢抬高后,上述症状才能缓解或消失。

4. 麻木感

多见于血栓闭塞性脉管炎、肢体动脉硬化闭塞症的早期,多为单侧肢体出现,夜间明显。多为缺血性神经炎所致。在糖尿病后期可出现对称性手足末梢神经炎表现,四肢同时发生,主要表现为肢端浅感觉(痛、温、触觉)障碍。

(二) 主要体征

1. 皮肤颜色和温度的改变

血栓闭塞性脉管炎病人的患肢肢端可呈苍白色、紫红色、青紫色,将要坏疽时则呈紫黑色。皮肤温度明显降低,发凉、怕冷,是由于肢体血液循环障碍所致。雷诺氏病则以皮肤三色改变为特征,由苍白→青紫→潮红,是肢端动脉痉挛的结果。静脉血液回流障碍和倒流性疾病,由于肢体瘀血往往出现小腿下1/3部的色素沉着,皮肤肿胀、弹性较差,失去光泽。

2. 肢端营养障碍表现

当肢体动脉闭塞后,由于长期缺血,可发生肢体营养障碍表现,主要有皮肤、趾(指)甲、汗毛、肌肉的改变,如皮肤干燥、光薄,弹性消失,脱屑,甚至发生皲裂。汗腺萎缩,患肢出汗减少或无汗。趾(指)甲生长缓慢,长期不用修剪,趾(指)甲干厚、脆裂、无光泽,甚至变形,呈畸形。肢体汗毛稀疏或完全脱落,停止生长。肌肉萎缩,小腿肌肉萎缩的程度,可以直接影响足部的血液供应。经过治疗后,随着肢体血液循环的改善,其肢端营养状况可得到明显好转。在下肢静脉血液回障碍或回流不畅性疾病中,如下肢深静脉血栓形成后遗症,由于长期淤血也可发生下肢皮肤的营养障碍改变,以皮下水肿、色素沉着,纤维硬化为主,抬高患肢或平卧后减轻,无发凉、间歇性跛行及疼痛等缺血症状。

3. 肿胀

肿胀是下肢静脉血液回流障碍和倒流性疾病的主要临床表现之一。其临床特点是其肢体肿胀的程度与体位改变有密切关系。下肢静脉曲张、下肢深静脉血栓形成、原发性下肢深静脉瓣膜功能不全等,常有(单侧)患肢的肿胀。在久立、劳累时加重,抬高患肢或卧床休息后减轻。急性、突发的下肢粗肿、胀痛,肢体肿胀均匀,有硬实感,按之凹陷,是下肢深静脉血栓形成的临床特征。软组织感染发生的肢体肿胀,除局部红、痛外,肿胀多局限,且伴有全身症状。由于心、肝、肾脏及内分泌等疾病所引起的浮肿,除具有其全身表现外,多为全身浮肿。

4. 游走性血栓性浅静脉炎表现

多发生在足部或小腿部,沿浅静脉可见到皮肤上有发红的硬结、斑块或索条状物,局部发热、有压痛。可反复发作,此起彼伏,当炎症消退后,可在局部暂留下色素沉着。此症已被作为血栓闭塞性脉管炎活动期的临床特征之一。

5. 溃疡和坏疽

肢体动脉闭塞或栓塞发生后,由于严重血液循环障碍常发生肢体溃疡或坏疽,多首先发生于足大趾及小趾,常由趾端、趾甲旁、趾缝间开始,然后逐渐扩展累及其余足趾,严重时可扩展至全足,但达到小腿者较少。坏疽多呈干性,当继发感染后可为湿性坏疽。临床上应注意观察溃疡和坏疽的部位、范围、深浅,创面的脓液和肉芽情况,特别要注意到坏疽界线是否清楚。因静脉血液淤滞而造成的下肢溃疡,多发生在小腿的下1/3处,面积一般较大,其溃疡的边缘呈杯口状,肉芽色淡不新鲜,分泌物清稀而臭秽,周围呈湿疹样皮炎改变,溃疡经久不愈或反复

发作。

6. 肢体动脉搏动情况

血栓闭塞性脉管炎、肢体动脉硬化性闭塞症等慢性动脉闭塞性疾病的患者,肢体各部的动脉搏动可减弱或消失,通过临床检查可以比较准确地判断动脉阻塞的部位、阻塞的程度、范围,具有十分重要的临床意义。常用的检查肢体动脉有以下几个部位。

(1)足背动脉(趺阳脉):位于踝关节前方的足背部,第一与第二跖骨之间,比较表浅,容易较清楚地扪到搏动。

(2)胫后动脉(太溪脉):位于内踝后方与跟腱之间。

(3)胭动脉:位于胭窝中央的深部,约为委中穴处,使膝部屈曲位,便于扪诊。

(4)股动脉:位于腹股沟韧带中点的下方,位置较浅,易触摸。

(5)桡动脉(寸口脉):位于腕前之外侧,桡骨茎突的内侧,即普通常用的诊脉部位。

(6)尺动脉:位于腕前之内侧,尺侧腕屈肌的外侧,与桡动脉相对应。

(7)肱动脉:位于上臂下1/3内侧,肱二头肌腱内方,位置较浅,可向肱骨加压,便可扪到搏动。有时可向上,至腋窝扪诊,以触及腋动脉搏动。

据资料统计,在正常人中,大约有8~10%的足背动脉和5%的胫后动脉存在解剖变异或缺如,而不能扪到搏动。因此,临床上不能单凭足背或胫后动脉的搏动消失作为诊断疾病的唯一依据。

7. 肢体位置试验(Buerger's test)

此项检查是判定肢体是否存在缺血改变的重要体征。

检查下肢时,先让病人平卧于检查台上,观察足部皮肤颜色。接着嘱其将两下肢抬高45度,持续3~5分钟,并反复作足部背屈运动数次。当肢体存在缺血时,可见足部皮肤变得异常苍白。然后让病人坐起并使双下肢下垂,观察足部的颜色恢复正常的时间,若超过10秒钟者为异常(正常人在10秒之内),可称谓(Buerger's test)贝尔格氏征阳性。肢体血运异常时,恢复时间可延至40—60秒钟,若超过2分钟皮肤颜色仍不能恢复正常者,则提示肢体血液循环严重障碍。

检查上肢时,病人取坐位,嘱其将双手高举过头,同时快速作手指的屈伸活动,其结果同上述。

8. 亚伦氏试验(Allen's test)

是检查手腕远端动脉有无阻塞的方法,可以判断尺动脉或桡动脉是否通畅。检查时,患者取坐位或立位,将患肢高举过头,同时快速作手指的屈伸活动,当存在动脉供血不足时,则患者手部呈苍白色,此时若扪诊发现桡动脉存在搏动,而尺动脉不能扪及时,则检查者用拇指压紧病人的桡动脉,然后将病人的上肢置于下垂位,低于心脏平面,手指仍呈苍白色。当检查者放松压迫病人桡动脉的拇指后,病人的手指才缓慢恢复呈潮红色,即提示病人的尺动脉已完全闭塞。同样的方法,压迫病人的尺动脉,可确定病人的桡动脉是否通畅。

临床上,亚伦氏试验亦可用于判定病人的足背或胫后动脉是否通畅。

9. 乳头下静脉丛充盈时间

检查者用手指压迫患肢皮肤数秒钟,使乳头下静脉丛内的血液流向周围或深部组织,使皮肤呈苍白色斑状,正常情况下,在停止压迫1~3秒钟后,即可恢复原状。若乳头下静脉充盈时间超过4~5秒钟,则提示肢体动脉供血不足,动脉存在器质性病变。

10. 静脉充盈时间试验

在被检查的肢体高于心脏,由于静脉血液回流,肢体的浅静脉萎陷,然后下垂肢体,观察萎陷的浅静脉充盈的时间,若充盈时间超过10~25秒钟,则提示动脉供血不足。若充盈时间超过1~3分钟,则提示动脉功能严重障碍。做此试验时,应注意患者是否存在下肢静脉瓣膜功能不全等。

11. 尼霍夫氏征(Neuhoof's sing)

病人取仰卧位,自然屈膝,放松下肢,检查者用手指压迫病人的小腿腓肠肌,如有饱满紧韧感和压痛时,为阳性。提示存在下肢深静脉血栓形成。

12. 霍曼氏征(Homan's sing)

病人取仰卧位,下肢自然伸直,并略抬高,检查者用手握住病人的足跖部,并用力使踝关节背屈以牵拉小腿腓肠肌,如出现小腿部位紧索样疼痛感,即为阳性。表明腓肠肌静脉血栓形成而致炎症与周围组织粘连。

二、中医诊法

周围血管疾病的辨证诊治,是通过询问病史、体格检查(包括四诊),必要时结合实验室和特殊检查,按照中医理论体系,对疾病的临床表现(证候)加以分析、归纳,进行八纲、病因、脏腑辨证。在辨证的基础上,给予立法、出方、用药。这种辨证论治的原则,是中西医结合治疗周围血管疾病的重要内容。

(一)八纲辨证

八纲辨证是临床上最基本的辨证方法,辨阴证、阳证是辨证的总纲,一般热、实、表属阳证,寒、虚、里属阴证。表里是指疾病的部位、深浅,寒热是指疾病的性质,虚实是指人体的抗病能力的强弱和病热的盛衰,虚是指正气虚,实是指邪气实(见表1-1-1)。

由于周围血管疾病比较复杂和发展阶段不同,因此八纲辨证是互相联系,又相互转化的。如寒证可转化为热证,热证也可以转化为寒证,或寒热互结。虚证可以转换为实证,实证又可以转化为虚证,或虚实夹杂。临床辨证时,应将病人的全身症状与肢体局部情况结合起来,并结合其他辨证方法,进行分析、判断。周围血管疾病最常见的临床症状是肢体疼痛,现将肢体疼痛的辨证列述如下(见表1-1-2)。

表 1-1-1

八 纲 辨 证

证型	病期	部位	全身症状	局部情况	舌苔	脉象
阳 证	热		发热,面红,口渴,喜冷饮,烦躁,尿黄或短赤,大便秘结	肢体红肿,发红索条硬结,灼热疼痛,或肢体溃烂,脓液黄白,坏死组织多,有恶臭气味	苔黄燥,舌质红绛	洪数、滑数、弦数
	实	急性新病	高热,烦躁,谵语,体壮,尿赤涩,大便秘结	肢体肿胀紧韧,或红肿高起,灼热剧痛,拒按,或肢体溃烂,脓液黄稠,肉芽鲜红,疮口易愈合	黄燥、黑苔、舌质红绛或紫暗	洪数有力
	表	浅,在肌表、经络,病轻	发热,恶寒,头痛,全身不适	肢体病变初起,肿胀,疼痛,或轻度急性炎症,红肿热痛不明显	苔薄白	浮数、浮洪
阴 证	寒		怕冷,形寒,面色苍白,口不渴,喜热饮,安静懒动,便溏,尿清长	肢体冰凉,呈苍白色,或肢体干性坏疽,微肿,不热,隐痛或胀痛,无脓,或脓液清稀	苔薄白,舌质淡	沉迟
	虚	慢性久病	不发热,或潮热,身体虚弱,消瘦,倦怠,无力,气弱懒言,纳呆,尿自利清长,便溏薄	肢体萎缩,或肿胀,不红或微红,肢体疼痛轻,溃烂后期,脓液清稀,肉芽淡白,疮口难愈合	苔薄白,舌质淡	沉细、细弱无力
	里	深,在脉、筋骨、内脏,病重	高热,神昏谵语,烦躁,面红目赤,口渴,尿黄赤,便秘结,多见于热毒入里,发生毒血症,败血症	肢体严重坏疽继发感染,焮红弥漫,边界不清,灼热剧痛,筋骨发黑坏死	苔黄燥、焦黑	沉数、滑数、沉实有力

表 1-1-2

肢体疼痛的辨证

	寒痛	热痛	血瘀痛
病因	寒凝	热结	瘀阻
临床特点	1. 不热或低热 2. 肢体冰凉苍白 3. 缓痛胀痛 4. 得温而痛缓 5. 遇寒而痛甚	1. 发热或高热 2. 肢体焮红灼热 3. 剧痛而拒按 4. 遇冷而痛缓 5. 遇热而痛甚	1. 不热或低热 2. 肢体紫暗瘀斑 3. 青筋肿胀 4. 持续疼痛而固定 5. 遇寒而痛甚
舌苔	苔薄白,舌质淡	苔黄燥,舌质红绛	苔薄白,舌质红绛,有瘀斑
期型	多为局部缺血期、或营养障碍期,阴寒证	多为坏死期,实热证	多为营养障碍期,血瘀证
病种	动脉闭塞性疾病,雷诺氏病等	动脉闭塞性疾病,肢体坏疽感染,红斑性肢痛病等	动脉闭塞性疾病、静脉疾病等
治疗原则	温通活血法	清热凉血法	活血化瘀法

(二) 病因辨证

1. 气

以气滞、气郁、气虚为主。气滞血瘀，血脉瘀阻，肢体发凉怕冷，呈红色或苍白色，疼痛时轻时重，或时而消失，当生气、情绪激动时，肝郁气滞，可使症状加重或引起发作。气虚时，气血运行不畅，肢体发凉疼痛，或肢体肿胀，广泛散漫，胀痛不止，或身体虚弱，倦怠乏力，舌苔薄白，舌质淡，脉弦或细弱。多见于周围血管疾病动脉闭塞，肢体血液循环障碍，雷诺氏病以及肢体静脉瘀滞、回流障碍。

2. 血

以血瘀为主，并可见血虚。气滞血瘀，肢体发凉怕冷，呈紫暗色或有瘀斑，呈持续性疼痛，或肢体青筋肿胀，硬性紫暗结节、索条状硬物，胀痛不移。舌质红绛或有瘀斑，脉沉涩或弦涩。多见于周围血管疾病动脉闭塞或栓塞，肢体严重血液循环障碍，以及深静脉血栓形成、血栓性浅静脉炎等。血虚时，面色口唇淡白，头晕眼花，肢体酸麻，肌肉萎缩，皮肤趾甲干燥、脱屑。舌质淡红，脉沉细无力。多见于周围血管疾病肢体缺血，发生营养障碍改变，或久病体虚，气血耗伤所致。

3. 寒

以寒凝血瘀，气滞血瘀，阳气不能宣通为主。肢体冰凉，畏寒怕冷，呈苍白色，疼痛持续或间歇发作，遇寒冷则症状加重，或引起发作，疼痛加重。舌苔薄白，脉沉迟。见于周围血管疾病动脉闭塞，肢体血液循环障碍及雷诺氏病等。

4. 热

以寒凝郁久化热为主。化热初始阶段，发热、肢体起结节红斑或索条状硬物，或肢体轻度坏疽继发感染，疼痛。舌苔薄白或黄，脉滑数。化热炽盛阶段，高热、烦躁口渴，便秘溲赤，肢体严重坏疽继发感染，红肿热痛，重则神昏谵语，热伤津液。舌质红，苔黄腻或黄燥，脉洪数。见于血栓性浅静脉炎，以及血栓闭塞性脉管炎发生肢体坏疽，并全身严重感染，出现毒、败血症。

5. 湿

为脾失健运，水湿内停，以湿热、寒湿为主。湿热蕴结则见发热、肢体肿胀，或肢体坏疽继发感染，发红疼痛，舌质红苔黄腻，脉数。多见于血栓性浅静脉炎、下肢静脉曲张继发感染，以及闭塞性动脉硬化症发生轻度肢体坏疽。寒湿凝滞则见肢体肿胀、疼痛，发凉怕冷，沉重无力，舌质淡苔薄白脉沉细。多见于下肢深静脉血栓形成、下肢静脉曲张，以及肢体动脉闭塞性疾病。

6. 痰

为痰湿内蕴，瘀阻血脉，以痰瘀为主。肢体发凉怕冷，麻木疼痛，呈苍白色，或紫暗色，腰酸重着，步行艰难，舌质绛苔白腻，脉滑濡数。多见于肢体闭塞性动脉硬化症，以及髂股静脉血栓形成，髂静脉呈硬条索状，不易消退。

(三) 脏腑辨证

脏腑辨证是对脏腑功能和病理变化进行分析、归纳的一种辨证方法。周围血管疾病的脏腑的辨证，以心、脾、肾、肝病证为多见，而且脏和脏、腑和腑之间相互联系，相互影响。

1. 心

主血脉，主神志，开窍于舌。心阳不足，则心悸、胸闷疼痛，体虚乏力，面色苍白，肢体发凉怕

冷,舌质淡苔白,脉细。心血不足则见心慌、健忘失眠,头晕目眩,面色无华,舌质淡白,脉细数。同时,心阳不足,则血脉运行不畅,肢体发凉怕冷。

2. 肾

主藏精,主水主骨,开窍于耳。肾阳虚,则身体瘦弱,全身畏寒,腰酸背痛,肢体发凉,阳萎,阴冷,食少便溏。舌质淡苔薄白、脉沉细无力。肾阳虚则头晕目眩,耳鸣,腰膝酸软,手足烦热,盗汗。舌质红脉细数。

3. 脾

主运化,主四肢、肌肉,统血,开窍于口。脾虚则湿盛,胃脘胀满,不思饮食,肢体肿胀,沉重无力,舌质淡苔白腻,脉沉缓。脾阳不振,则四肢发凉怕冷,肌肉萎缩,或运化失职,气血不达四末,肢体缺血。舌苔白腻,脉沉细。

4. 肝

主筋,主疏泄,开窍于目。肝气郁结则胸胁胀痛,烦躁易怒,四肢拘紧或抽搐。肝血不足则头晕,四肢麻木。重则郁久化热,肉烂筋脱。舌红绛,脉弦数。

第三节 周围血管疾病的中医治疗方法

一、活血化瘀法

(一)适应症

气滞血瘀,经络阻塞是周围血管疾病的主要病机变化,活血化瘀药具有活血化瘀、通络止痛、软坚散结等功效,临床上活血化瘀疗法主要适用于以下几种情况。

1. 由于各种原因所致的肢体动脉闭塞和栓塞病变,如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉硬化症、雷诺氏病、大动脉炎及急性动脉栓塞、急性动脉血栓形成等。
2. 各种静脉血液回流障碍和静脉血液倒流性疾病,如血栓性浅静脉炎、原发性下肢深静脉瓣膜功能不全、下肢深静脉血栓形成、下肢静脉曲张等。
3. 对急性血管(动脉或静脉)炎症,常与清热解毒法配合使用,以控制血管炎症。
4. 当周围血管疾病处于稳定期,以活血化瘀法为主来改善肢体血液循环和进一步消除血管炎症。

(二)活血化瘀法的具体应用

1. 益气活血法

周围血管疾病患者表现为瘀阻而体弱气虚者,活血化瘀法与补气法配合应用,加用黄芪、党参等,以补气消瘀、攻补兼施为要点。实践证明,活血法与补气法配合应用能提高活血化瘀法的疗效,同时在重用或久用活血化瘀药时,配合补气药,可达到祛瘀而不伤正的目的。

2. 温通活血法

血宜温,温则通,寒则凝。《黄帝内经》有“寒独留,则血凝泣,凝则不通……”之说。周围血管疾病患肢发凉怕冷,遇寒则加重,属寒凝血瘀者较多,宜用温通活血法治疗。临床上可选用性

味偏温的活血药物,如当归、川芎、鸡血藤、苏木、红花、元胡等。必要时也可配合温热药物,如附子、桂枝、肉桂、干姜等。

3. 清热活血法

血瘀日久而化热,肢体坏疽继发感染,局部红肿热痛或起结节(血栓性浅静脉炎)等,应用清热活血法治疗。临床上多选用性味寒凉的活血化瘀药物,如丹参、赤芍、丹皮、茜草、地龙等。同时可加用清热解毒药物,如金银花、蒲公英、紫花地丁、黄芩、连翘、板蓝根等。

4. 活血利湿法

血瘀湿阻,肢体明显肿胀时,宜用活血利湿法。如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉硬化症、急性肢体动脉血栓伴有肢体肿胀者和下肢静脉疾病。活血利湿法可达到利湿消肿、活血化瘀之功效。常用的药物有二妙散、四妙散,猪苓、泽泻、木通、车前子等。

5. 行气活血法

经曰:“气不行,则血壅下流”、“行气则血行”。活血必行气,临床上常用的行气活血药为,川芎、郁金、元胡、姜黄、川楝子等。若气滞较重者可直接配用行气药物,如香附、木香、青皮、乌药等。

6. 养血活血法

《黄帝内经》曰“脉泣则血虚,血虚则痛”,《景岳全书》曰“血有虚而滞者,宜补之活之”,《血证论》曰“不补血而去瘀,瘀又安能尽去哉?”周围血管疾病血瘀多兼有血虚,应活血法与养血法配合应用。常用的养血活血药物有当归、芍药、生地、丹皮、阿胶等,而一些兼有养血活血的药物也可选用,如丹参、鸡血藤、赤芍、三七参等。

7. 活血破瘀法

主要应用于周围血管疾病之血瘀重症者,如肢体剧痛、青紫有瘀斑瘀点或急性粗肿时。《景岳全书》有“血有蓄而结者,宜破之逐之”之说。常用的活血破血药物有:三棱、莪术、土鳖虫、桃仁、红花、水蛭、全蝎、蜈蚣、血竭、乳香、没药等。

8. 补肾活血法

周围血管疾病病人多为久病,表现为肢体怕冷、腰膝酸软无力等,以肾阳虚为主,应用活血化瘀法治疗时,可加入温补肾阳的药物,如仙灵脾、仙茅、巴戟天、肉苁蓉、破故纸、菟丝子等。

据现代医学研究证实,中药活血化瘀药具有以下作用:①有扩张周围血管的作用,解除血管痉挛,增加肢体血流量,改善肢体血液循环。②改善微循环,促进血流加速,改善局部组织营养状态。③抗凝、降低血液粘滞性,防止血栓形成的作用。④抗菌消炎作用,以促进血管炎消退、吸收。⑤有降低血脂的作用。⑥有促进创口愈合的作用。

二、清热解毒法

周围血管疾病多存在急性血管炎症,表现为不同程度的热证,如肢体坏疽继发感染、血栓性浅静脉炎和下肢深静脉血栓形成肢体肿胀或有红肿硬结者、大动脉炎活动期。应以清热解毒法为主治疗,常用的清热解毒药物有:金银花、蒲公英、连翘、紫花地丁、大青叶、板蓝根、漏芦等。清热泻火药有:黄芩、黄连、黄柏、栀子、柴胡、知母。清热凉血药有丹皮、赤芍、生地、紫草。养阴清热药有:元参、麦冬、石斛、玉竹等。

三、温经散寒法

适用于周围血管疾病阴寒证为主者,如患肢发凉、冰冷,特别是处于寒冷季节。可应用温经散寒法为主治疗,以温经散寒,回阳通脉。常用附子、肉桂、干姜、桂枝等。

四、温肾健脾法

适用于周围血管疾病脾肾阳虚证,表现为畏寒肢冷、神疲乏力,腰膝酸软、阳萎阴冷等。常用药物有:巴戟天、仙灵脾、肉苁蓉、破故纸、菟丝子、川断、山药、牛膝、党参、白术等。

五、利水渗湿法

适用于周围血管肢体静脉或淋巴回流受阻,肢体肿胀为主者。常用药物:薏苡仁、赤小豆、泽泻、茯苓、猪苓、车前子、防己、木通、滑石等。

六、软坚散结法

周围血管疾病有因痰瘀阻络、瘀结痹阻而致气血不得宣通、瘀结凝滞为主者。可以软坚通络、化痰散结为治。临床适用于①闭塞性动脉硬化症,肢体麻木、发凉、疼痛,步态滞重,脉弦滑、硬弦者。②血栓性浅静脉炎后期,肢体遗留硬结节、硬索状物不易消退者。③髂股静脉血栓形成,股静脉呈硬索状,紧张疼痛,难以消退者。常用药物:夏枯草、海藻、橘核、生牡蛎、皂角刺、穿山甲等。

七、镇痉通络法

适用于因气血凝滞,血管痉挛而引起的肢体血液循环障碍,肢体胀痛、肌肉抽动等。常应用虫类药物,如全蝎、蜈蚣、地龙、乌梢蛇等。

八、补气养血法

适用于平素体弱和久病体虚及周围血管疾病恢复阶段。补气药常用黄芪、人参、白术、黄精、山药、甘草等。补血药常用当归、熟地、白芍、鹿角胶、阿胶、何首乌等。

第二章 肛门直肠疾病

第一节 肛门直肠的生理病理

一、西医的肛门直肠生理

肛管和直肠的主要生理功能是排泄粪便。直肠还有分泌粘液,有助于粪便排出,以及吸收水分和少量葡萄糖、盐和药物的作用。

(一)排泄粪便

排便是一种反射性的动作,又是一种全身各部都参与的协调一致的生理反射过程。在排便过程中,随意与不随意的活动同时参与,协调完成。通常情况下在人的直肠内是没有或仅有少量粪便的,粪便平时存留于乙状结肠内,当结肠出现集团蠕动,粪便被推进直肠,使肠腔充胀,间接地刺激了耻骨直肠肌内牵张感受器,冲动沿盆神经和腹下神经传入纤维传至脊髓腰骶段的排便中枢,同时上传到大脑皮质引起排便反射。这时通过盆神经的传出冲动引起降结肠、乙状结肠和直肠收缩,肛门内括约肌宽息;并由骶髓中枢经骶神经和阴部神经的传出冲动,使耻骨直肠肌和肛门外括约肌宽息、肛直角伸直,使粪便排出体外。但这一反射过程是在大脑皮质高级中枢控制下进行的,在排便时并通过支配腹肌和膈肌的神经使腹肌和膈肌也发生收缩,增加腹内压,促进粪便排出。大脑皮质对排便动作可起加强或抑制作用。如情况不适宜,大脑皮层则产生抑制,使结肠的紧张性降低,肛门括约肌的紧张性增强,排便暂时受到控制。

正常人的肠壁感受器受粪便的充胀刺激有一定的阈值,当直肠内压达到 2.4kpa 或 100ml 粪便将直肠充盈 25% 时,就可以发生便意。如这种便意经常受到抑制,肠壁感觉器的敏感度降低,阈值也会逐渐升高,久而久之就会形成便秘。

(二)分泌和吸收

直肠粘膜的杯状细胞和肛门部肛腺均能分泌粘稠的碱性粘液,以中和粪便的酸性物质;并且可使粪便表现润滑,输送排泄顺畅。而且其分泌的粘液对直肠粘膜和肛管粘膜皮肤可起到保护作用。

直肠的吸收功能很弱。直肠粘膜可吸收直肠内贮存粪便中的少量水分,对糖、氯化钠和部分药物也有一定的吸收作用。

二、中医对肛门直肠生理病理的认识

中医认为大肠为六腑之一。上接阑门,与小肠相通,下为肛门。《素问·灵兰秘典论》说:“大肠者,传道之官,变化出焉。”大肠以通为用,以降为顺,对维持人体食物吸收消化及水液代谢起到重要作用。《疡医大全》说:“大肠……上受胃家之糟粕,下输于广肠,旧谷出而新谷可进,故字从肉从易又畅也,通畅水谷之道也。”说明了大肠传道之官必须通畅才可变化排出。大肠主津,参与了津液的生成输布。《脾胃论》说:“大肠主津,小肠主液,大肠小肠受胃之营气乃能行津液于上焦。”另外,大肠肛门还与五脏有着密切关系。如肺与大肠,一阴一阳,互为表里。肺的宣发与肃降有助于大肠的传导。肺气充足,则大肠传导功能正常。肺气不足或宣降失常,则可致大肠传导失常,能产生便秘、脱肛等症。脾与大肠肛门,脾主运化升清,气机升降有序则大肠传导和魄门开启正常。脾失升清固脱,可使大肠传导不利及魄门开启失常,则出现水谷不化之泄泻和肛肠脱出之脱肛等病理变化。脾统血,五脏六腑之血全赖脾气统摄,若脾统摄失职,则大肠肛门之处血液溢于脉外,可出现便血之候。肾与大肠肛门,肾阴肾阳为一身及脏腑阴阳之本,功能之源。大肠肛门传导排泄糟粕全赖阳气的推动。肾司二便,肛门的启闭与肾的气化功能息息相关。所以,肾阴阳不足,气化失常,则使大肠传导无力或肠液枯涸或肛门失司,出现便秘、久泻、脱肛等病症。肝与大肠肛门,肝主疏泄,气机条达,如若失常,则致大肠气机不利,肛门启闭失常,出现腹胀、腹泄或便秘等症状。心与大肠肛门,心为五脏六腑之大主,心神主宰肛门的启闭,心神不明,则肛门启闭无序,大便失禁,无时无节。

总之大肠具有泻而不藏,实而不满的生理特点;肛门为肺和大肠之候,主行道,受五脏气机升降制约,水谷糟粕不得久藏。所以说大肠有传导排泄水谷糟粕等作用,肛门具有调节和控制排便的功能。

第二节 肛门直肠疾病的诊断

一、肛门直肠疾病的常见症状

肛门直肠疾病常见的症状有便血、脱出、疼痛、流脓流水、便秘、坠胀、作痒及分泌物等。由于病人身体禀赋差异及病因的不同,所表现出来的症状也不一样,临证须辨证求因,审因论治。

(一)便血

便血是指排粪时下血或血液自肛门流出之病症。它是内痔、肛裂、直肠息肉、肛管直肠癌的常见症状。可从便血时间、方式、颜色、数量等对其加以辨证。如便血鲜红无疼痛,血不与大便相混,或附于大便表面,便时点滴而下,或射血,便血或多或少,多为内痔;大便带鲜血,量少而有肛门疼痛者,多为肛裂;儿童便血,排粪次数和性质无明显改变者,多为直肠息肉;血与粘液相混,色泽晦暗,气味臭秽,伴有肛门重坠及排粪异常者,应考虑患有肛管直肠癌。便血应分虚实,实证者,可因风、湿、燥、热之邪引起,因风挟热,热伤肠络,迫血妄行,则血下溢,如射如滴,色鲜红,量较多;因外感湿邪,郁而化热,或内伤饮食,湿热蕴结,下迫肛肠,可见便血下溢,量

多;如饮食积滞,蕴湿化热,热结肠燥,排便努挣,撕裂肛门,则便血鲜红滴出,肛门疼痛。虚证者,为脏腑虚损,气血失调所致,多病程较久,如内痔出血久而不愈、慢性肛裂、肛管直肠癌、直肠结肠多发性息肉或息肉病等患者,可有阴、阳、气、血虚衰等表现。

(二)脱出

是指排便时及在增加腹压时,肛内有肿物脱出的病症。常见于二三期内痔、肛管直肠脱垂、直肠息肉、肛乳头纤维瘤。应明确脱出病程、诱因、还纳情况以及嵌顿时间,辨清何病所致脱出。脱出多属于虚证,为气血虚弱、中气下陷、升提固摄失司所致。如内痔脱出、肛管直肠脱垂而不易回纳者,伴有面色不华,头晕眼花,心悸气短,自汗盗汗,舌质淡,脉沉细弱等症状。若内痔脱出嵌顿不易复位,肿痛剧烈,多为湿热下迫,复因染毒,气血瘀滞而致。热盛熏灼则脱出物糜烂坏死,可伴寒热烦渴,大便秘结,小便短赤,舌红,苔黄或腻,脉弦数等症状。

(三)疼痛

是指肛门内外及肛门直肠周围以疼痛为主的一种症状。为多种肛门直肠疾病所共有。辨证时应明确疼痛性质,如灼痛、刺痛、胀痛、肿痛或其它,以及疼痛诱因和持续时间。便时疼痛,中有间歇,之后剧烈疼痛,呈周期性发作,为肛裂的主要症状;大便时突感肛门剧痛,肛缘有突起肿物,触痛,多为血栓性外痔;肛门周围或一侧出现跳痛,且有逐渐加重的趋势,应考虑肛门直肠周围脓肿。肿胀高突,疼痛剧烈者,多为湿热阻滞,伴有胸闷腹胀,肢倦身重,食欲不振,发热,苔黄腻,脉濡数等症状,见于肛门直肠周围脓肿、外痔肿痛;肛门时常坠胀疼痛,多为气虚;若肛门短暂坠胀疼痛,多为湿热下注;若胀痛时作时止,伴间断性流脓水,多为热毒未尽之肛瘘;痛如针刺,为局部脉络受损,气血瘀滞,如肛裂、炎性外痔等;痛有灼热感而喜凉,常见于火毒蕴结肛周之肛周脓肿,也可见于热盛肠燥之肛裂;疼痛不剧,绵绵不休,多见于气血不足之阴证肛周脓肿。

(四)流脓流水

常见于肛门直肠周围脓肿、肛瘘等病。脓出黄稠带粪臭,伴发热口苦,身重倦怠,胸闷纳呆,大便秘结,小便短赤,苔黄或腻,脉濡数,多为湿热蕴结肛门,热盛肉腐而成脓;如脓水清稀不臭或微带粪臭,淋漓不尽,创口呈潜形,周围有空腔,不易敛合者,伴有低热盗汗,神疲纳呆,大便干硬,小便短少,舌淡苔干,脉濡细等症,则为气阴亏虚兼湿热下注而成虚实夹杂之证。

(五)便秘

大便经常秘结不通,排便时间延长,粪便干燥、坚硬或有便意而排出困难者是为便秘。它是多种肛门直肠疾病,如痔、肛裂、肛周脓肿、肛管直肠癌的常见伴发症状之一。腹满胀痛、拒按而大便秘结者,伴有面赤、口臭、身热、心烦、小便短赤,舌质红,苔黄燥,脉数等,多为燥热内结、热结肠燥。腹满作胀,喜按而大便燥结者,伴有面色㿠白,头晕心悸,神疲乏力,舌质淡,脉细无力等,多为血虚肠燥所致。

(六)坠胀

肛门坠胀是肛肠疾病的一个常见症状。多见于直肠粘膜下或直肠周围高位脓肿、肛窦炎、

肛乳头炎、肛管直肠脱垂、二三期内痔等疾病。体质壮实,肛门坠胀,或伴有脱出或有肛门潮湿或有红肿热痛,大便干硬难解,小便黄赤不利,舌红苔黄腻,脉濡数,多为湿热下注所致。气虚下陷者可见于三期内痔或直肠脱垂,难以复位,并有便意频繁,欲解不出,或大便粘滞解而不畅,伴神疲乏力,心悸气短,腹胀肠鸣,小便清长,舌淡苔薄白,脉细弱等。

(七)作痒

为多种肛门直肠疾病的症状之一。混合痔、肛窦炎、肛乳头炎、肛瘘、肛裂、肛管直肠脱垂等病,其分泌物流出刺激肛门皮肤引起作痒。此与风、湿之邪有关,风邪浸淫肌肤,湿邪下注肛门,则可致局部营卫失和,皮肤受损而致。肛门湿疹、皮炎、肛门癣、肛门尖锐湿疣等皮肤病也可出现肛门作痒。若肛门周围顽固性瘙痒,屡治难愈,而又无局部器质性病变者,则是由多种因素或疾病引起的肛门瘙痒症,或者是肛门直肠神经征。儿童患肠蛲虫病时,则瘙痒夜重昼轻。

(八)分泌物

肛门直肠疾病多伴有肛门内或肛门周围分泌物增加的情况。如三期内痔、肛管直肠脱垂、肛瘘、溃疡性结肠炎以及肛门湿疹等,多为湿热下注或热毒蕴结所致,伴有局部肿痛,口干纳呆,胸闷不舒,便溏或秘结,小便赤,舌质红苔黄或腻,脉弦滑或数等症。

二、肛门直肠疾病的检查方法

检查在诊断疾病过程中是一个必不可少的方法。肛门直肠疾病虽为局部病变,但它与整体是密切相关的,通过检查可以判断局部病变的性质及程度。肛门直肠疾病的诊断,在详细询问病史后,必须进行肛门直肠检查,这样才能做出较明确的诊断。

(一)注意事项

在进行肛门直肠局部检查时应注意以下事项。

1. 检查时应告知病人并给予解释和安慰,使其配合,绝不可在病人毫无思想准备的情况下突然进行,以免造成病人的恐惧和不协作。
2. 检查前嘱病人尽量排净大小便,有条件时可让病人清洗肛门局部后再行检查。
3. 检查时必须操作轻柔,尽量减少病人的不适和痛苦。
4. 在行肛门直肠检查时,病人要取适当的姿势,应告知病人张口做深呼吸或排便动作,在手指或肛门镜插入肛内之前,指套或肛肠镜应先涂以润滑剂,在肛门口稍作按摩,待肛门松弛时缓慢插入肛门直肠内。

(二)病人体位

在进行肛门直肠局部检查时,常选取一定的体位,各种体位均有一定的优点和不足,良好的体位是检查顺利进行的保障,应按病人全身情况和检查具体要求选择某种体位。

1. 侧卧位

病人侧卧,上腿屈曲靠近腹部,下腿稍伸直,或两腿全呈屈曲状使臀部和肛门暴露。可根据具体情况采用左侧卧位或右侧卧位。此体位病人较舒适,体弱及年老者宜适用。

2. 俯卧位

病人俯卧于检查床上,腿略低,两下肢分开。此体位病人也较舒适,适于体弱者。如将臀部垫高,则称臀高俯卧位,肛肠手术时为充分暴露肛门部位常用宽胶布粘在两臀部并使之牵开。

3. 截石位

病人仰卧,两下肢屈曲抬高,分开放在腿架上,将臀部移到检查台边缘,使肛门充分暴露。此体位能起到充分暴露作用,但病人上下台较费时不便。

4. 膝胸位

病人跪伏,胸部贴近床面,头低臀高,使肛门暴露。此体位虽不大舒适,但能充分暴露局部。适于一般检查,尤其对直肠镜或乙状结肠镜检查较为适宜。

5. 蹲位

病人蹲踞做解大便的姿势,用力增加腹压。此体位可检查内痔脱出、肛管直肠脱垂、直肠息肉脱出等疾病。

6. 弯腰扶椅位

又称站立躬身位。病人站立向前弯腰,双手扶椅,露出臀部。此体位方便,不需要特殊设备,适用于集体检查身体。

7. 骑伏位

病人骑于特制的木马式台上,背向检查者,显露臀部后将上身伏于台面,头略转向一侧,两臀自然下垂,握住台身两边的下撑。此体位能充分暴露肛门,上下台方便。经山东中医药大学附属医院肛肠科多年实践认为此对检查、换药和一般肛肠手术尤为适宜。

(三) 局部视诊

肛门局部表现于外的疾患,观察其位置、形态、性状等有着重要的诊断意义。可让病人取一定体位后暴露肛门。对好灯光,亦可利用自然光线进行检查。检查时医生用手将病人臀部分开,查看肛门及其附近的异常变化。注意观察肛门局部有无脓血、粘液及粪便;肛门皮肤的色泽,皮肤有无糜烂、潮湿、皮赘及瘢痕,肛门有无畸形。查看肛门及其周围有无肿胀、高突及瘻口;然后让病人努挣,观察外痔隆起情况及内痔脱出位置、大小数目及色泽,有无出血,以及察看肛管直肠脱垂、直肠息肉脱出等。另外医生还须用手分开肛门,看看肛管有无裂损、糜烂等。

(四) 肛肠指诊

这是检查痔、瘻等肛肠疾病的重要方法。首先让病人取一定的体位,在视诊的基础上进行检查。先触摸肛外,注意有无压痛、肿块、波动或条索状物,如有硬索应触摸其行径。然后行肛内指诊。嘱病人放松肛门,医生以戴有手套或指套的右手或左手食指涂上润滑剂,在肛门口揉按片刻,待肛门括约肌阻力消失后,食指缓慢插入肛内,进行检查。可以发现肛管和直肠中下段有无异常改变,如皮肤变硬、波动、硬结、肿块、狭窄及括约肌紧张度;如有瘻管,可在齿线区触摸内口位置,并注意括约肌及肛管直肠环的情况;直肠癌时可在直肠壁触摸到凹凸不平、质地坚实的肿物,且肠腔变窄;直肠息肉时可触摸到突向肠腔的柔软圆形肿物,表面光滑,带蒂或无蒂。在男性病人隔直肠前壁可触及前列腺、精囊;在女性可触及子宫颈。在两侧壁可以触到坐骨直肠窝、骨盆侧壁;其后方可以触及骶骨和尾骨。检查完毕手指退出肛门后,应注意指套上无血迹、脓液及粘液,必要时可留做化验检查。

肛门直肠指诊在肛肠疾病检查中十分重要,可以发现直肠中下段、肛管及肛门周围的病变。有75~90%的直肠癌可以用手指触及,有些病人因未做指诊而延误诊断和治疗,故有人将指诊称为“指眼”。所以正确地进行指诊可减少或避免肛肠疾病的漏诊或误诊。

指诊时应注意以下几点。

1. 指诊时指套应涂以润滑剂,轻轻插入肛门,避免动作粗暴。
2. 直肠有前后两个弯曲,在指诊时指检方向应先向病人腹侧肚脐方向伸入,待通过肛管后,再顺尾骨方向向上进入。
3. 食指尽可能插入肛门内,依一定顺序反复上下触摸。若指套上染有血迹、脓液等,应考虑做进一步检查。
4. 对肛裂病人一般不做肛内指诊,如需要检查时,应在局麻下进行。
5. 侧卧或俯卧位指诊疑有问题时,可让病人变换体位,如蹲位且用力努挣,则有助于触及较高部位的病灶。必要时还可进行直肠与腹部或直肠与阴道的双合诊检查。
6. 肛门直肠指诊应列为肛门直肠疾病诊治时的常规检查,毋以肛门镜检查替代指诊,由此避免遗漏肉眼难以察看到而手指确可触摸到的病灶。

(五) 窥肛器检查

窥肛器又称肛门镜,其为检查和治疗肛门直肠疾病重要的必不可少的器械。肛门镜种类较多,常用的有筒状型、喇叭型、分叶型、拉钩型等。筒状肛门镜用于一般检查。喇叭型肛门镜又称广口肛镜,多用于内痔注射治疗。分叶型肛门镜有二叶及三叶肛门镜之分,前者多用于肛瘘内口检查,后者多在手术时使用或用于处理术后出血。拉钩型又称为肛门拉钩,一般是在肛肠手术时扩肛显露手术视野用。在使用筒状肛门镜时,先将肛镜外套及镜芯(闭孔器)装在一起,将其涂以润滑剂,如液体石蜡油、凡士林等,用拇指压住镜芯,轻轻按摩肛门后将肛门镜缓缓插入肛门内,应先向病人腹侧方向伸入,待通过肛管后,再向尾骨方向推进,肛镜全部插入肛内后抽去镜芯,对好灯光,并徐徐外退观察。注意观察直肠和肛管内的变化,如粘膜色泽,有无溃疡、糜烂,在齿状线附近查看痔核位置、大小、数目,以及肛瘘内口和有无肛乳头肥大、肛隐窝炎等。在使用分叶肛门镜时,插入肛门镜,观察某一位置后应将其缓缓合拢后取出,再变换位置插入,以查看其它位置的情况。切记检查时不要突然合拢分叶肛门镜,以免夹住及损伤组织给病人带来痛苦。

(六) 探针检查

为检查肛瘘的主要措施。取粗细适宜的球头探针,由肛瘘外口缓慢轻柔地插入瘘管,探查管道行径、长度和深度。检查者可戴手套以食指涂润滑剂后伸入肛内,与探针对应检查,如瘘管与肛管平行走行时,肛内手指可于管道顶端对应处的肠壁感到探针的冲撞。

(七) 隐窝钩检查

为确定肛瘘内口的重要方法。以二叶肛门镜扩开肛门,取钩长不同的隐窝钩,先后予以钩探,先取短钩(0.5cm)钩探所窥见的或指诊所触及的明显病变区,再沿齿线慢慢检查,如遇肛瘘内口,则容易钩入。如肛隐窝炎致隐窝加深时,可取长钩(1cm)钩探予以鉴别。钩探肛隐窝炎时仅可钩入一定深度,而肛瘘时,隐窝钩可经探入处顺利进入管道,且方向与肛外触摸的瘘管

行径吻合。

三、肛肠科其它检查

(一) 实验室检查

根据病人的具体情况在诊断时需要做一些必要的常规检查。如血常规、出凝血时间、血沉、粪常规、粪便致病菌培养和寄生虫卵检查、隐血试验、尿常规、尿糖等。对于某些病人还需要做一些特殊检查。如溃疡性结肠炎行免疫学检查,对明确疾病属于活动期或慢性期有重要价值;直肠癌行癌胚抗原测定对推测预后和判断是否有复发具有很大价值。

(二) X 线检查

可疑肺部病变和肿瘤转移,可做胸部摄片。肛管直肠疾病除能以指诊和内窥镜诊断而不需进行 X 线检查外,对直肠肛管功能性障碍、形态结构异常以及疑有结肠病变时,应首选 X 线检查。常用的方法有腹部透视、腹部平片,钡餐检查、钡剂灌肠检查、计算机化层面扫描系统(CT)检查。近年来应用 X 线摄影新技术以进行排粪造影检查。检查时将特殊配制的造影剂由肛门注入直肠,在其坐位用力排泄的过程中连续摄片,从而观察肛门直肠的动态排便情况,由此确定排粪障碍的原因。

(三) 特殊检查

为了充实完善以及更好地诊治肛门直肠疾病,临床上根据具体情况,尚可采用其它一些特殊检查方法。

1. 纤维结肠镜检查

是借助于光导纤维束制成的软质可变向纤维结肠内窥镜在明视下对大肠进行检查的一种方法。可以观察到结肠粘膜表面的细微病变以及粘膜有无水肿、糜烂、溃疡等,而且可以看到肠腔的异常情况,如肿瘤、狭窄、脓血及分泌物等。可用于原因不明的便血、疑有结直肠肿瘤、肠道炎性疾病和手术前后情况对比等检查。

2. 超声波检查

将超声波用于肛门直肠疾病的检查诊断是近年来的事情。作为一种新的辅助方法可以弥补 X 线及内窥镜检查的某些不足。应用棒式直肠腔内超声探头进行直肠内超声检查对直肠肿瘤及肛门直肠深部脓肿的诊断有一定的帮助。

3. 病理检查

主要用于肿瘤及炎症性肠病等的诊断。在肛肠专科检查中对可疑病变都应该进行病理检查。可以行脱落细胞学检查或切取活检。

4. 肛肠肌电图检查

通过肌电图记录盆底肌,尤其是外括约肌与耻骨直肠肌纤维的电活动或安静状态下异常神经供应的肌纤维的电活动,对研究肛肠生理病理,如肛门反射,诊治某些肛肠疾病,如特发性排便失禁等,其将具有重要意义。

5. 肛管直肠压力测定

通过肛肠压力检测仪测试直肠静息压、肛管静息压、肛管舒张压、肛管最大收缩压、肛门直肠反射等,可以研究肛门直肠生理,进行肛肠手术效果的测定评估。而且对功能性出口梗阻性便秘、盆底痉挛、肛门失禁、直肠脱垂、新生儿巨结直肠等疾病的检查诊断具有重要价值。

第三节 肛肠疾病的治疗

一、中医内治法

肛肠病的内治法应从整体观念出发,遵循审证求因、辨证论治的原则,拟法用药。

(一) 清热凉血法

适用于风热肠燥、迫血妄行之证。如便血、血栓性外痔初起。

代表方剂:凉血地黄汤或槐角丸加减。

(二) 清热利湿法

适用于肛肠疾病有湿热表现者。如肛窦炎与肛乳头炎、炎性外痔、肛周脓肿、肛瘘、肛门湿疹及溃疡性结肠炎等。

代表方剂:萆薢渗湿汤或龙胆泻肝汤加减。

(三) 清热解毒法

适用于因感受热毒之邪而致的肛门直肠周围脓肿、外痔肿痛及肛肠病术后感染等。

代表方剂:黄连解毒汤、仙方活命饮、五味消毒饮等加减。

(四) 清热通腑法

适用于热结肠燥之肛肠病而有便秘者。

代表方剂:大承气汤或麻子仁丸加减。

(五) 养阴润燥法

适用于血虚津乏之肛肠疾病而有便秘者。

代表方剂:润肠汤或五仁汤加减。

(六) 益气升提法

适用于小儿、年老体衰或经产妇气虚下陷的肛管直肠脱垂或内痔脱出。

代表方剂:补中益气汤加减。

(七) 补益气血法

适用于气血不足或久病气血虚弱者,如内痔长期便血、肛肠病术后大出血、溃疡性结肠炎

等。

代表方剂：八珍汤或十全大补汤加减。

(八)活血化瘀法

适用于气滞血瘀、经络阻滞之内痔脱出嵌顿、血栓性外痔、肛痿等。

代表方剂：桃红四物汤、血府逐瘀汤加减。

(九)温阳固涩法

适用于大肠虚寒之症者，如溃疡性结肠炎、肛管直肠脱垂等。

代表方剂：真人养脏汤、四神丸等加减。

(十)疏风止痛法

适用于湿、热、风、燥之邪所致的痔、痿肿痛、下坠、便血、局部潮湿作痒或术后肛门坠痛、大便频繁及溃疡性结肠炎等。

代表方剂：秦艽苍术汤加减。

二、外治法

在肛门直肠疾病的治疗中，外治法运用极为普遍，占有十分重要的地位。它不但能够弥补内治法的不足，而且许多肛肠疾病是将其作为主要的治疗方法，并可收到很好的治疗效果。

(一)熏洗法

是利用药物煎汤或用散剂冲泡趁热在患部进行熏蒸及洗涤的一种治疗方法。对于肛肠疾病病人多采用坐浴熏洗的方法。此法具有活血、消肿、止痛、止血、收敛等作用。适用于内痔脱出嵌顿、肛肠病术后水肿、炎性外痔、血栓性外痔初期、肛痿、肛管直肠脱垂及肛门湿疹等。常用方剂有五倍子汤、苦参汤、荆芥方、解毒洗药、活血止痛散、却毒汤等。也可用花椒 30g、艾叶 30g、双花 30g，以纱布包好，或用食盐、芒硝各 30g 加开水冲泡熏洗。熏洗前，将所用盆、坐浴架、毛巾等物品备好，将药物用纱布包扎好，放入盆中加水煮沸 15~30 分钟，药汤一般为 1000ml 左右；然后将药盆放在坐浴架上，乘热先熏肛门患处，待药汤不烫手时再行淋洗。一般每日熏洗 1~2 次，每次 15~30 分钟。

(二)敷药法

即以药物敷于肛门内外患处，通过药物的作用，使其直达病所。其应用范围很广，可适用于痔疮、肛裂、肛周脓肿、肛痿、肛窦炎、肛管直肠脱垂、直肠息肉等多种肛肠疾病。一般每日大便后，先熏洗坐浴，再外敷药物，每日 1~2 次。常用药物有九华膏、马应龙痔疮膏、生肌玉红膏、五倍子散、生肌散、止血散等，具有清热解毒、止痛止血、生肌收敛等作用。

(三)塞药法

是指将药物制成栓剂，纳入病人肛内，然后药物逐渐溶化，经肠道吸收或药物直接作用病

处而达到治疗目的的一种方法。栓剂也称坐药或塞剂,为我国的古老剂型之一。《伤寒论》中蜜煎导方就是一种通大便的栓剂。常用栓剂的形状有两种,为圆锥形和鱼雷形,以鱼雷形较好使用。治疗肛肠病的栓剂有痔疮栓、洗必泰痔疮栓、熊胆痔疮栓等,具有消肿止痛止血作用,适用于内痔、混合痔、肛裂、肛窦炎、直肠炎等。

(四)灌肠法

是以灌肠器经肛门将药液注入直肠内的一种治疗方法。《伤寒论》中提到用“大猪胆汁一枚,泻叶和少许法醋,以灌谷道内,如一食顷,当大便出宿食及恶物,甚效。”这可能为最早的灌肠法应用。肛肠科灌肠根据治疗目的不同,可分为保留灌肠和通便灌肠两种方法。

1. 保留灌肠法:是一种肠道给药法,它是用中药煎成一定容量的汤剂或者用各种药物散剂溶于一定量的溶剂中,通过肛门灌入大肠内,取其药物对局部病灶的作用,或通过肠道对药物的吸收而达到治疗目的。适用于溃疡性结肠炎、肛窦炎、直肠息肉、内痔出血等。如用生蒲黄 30g、白菊花 30g、黄连 15g、白及 15g,水煎浓缩至 100ml 再加入锡类散 1 支保留灌肠,治疗溃疡性结肠炎,具有清热凉血解毒止血作用。再如用 1~3% 明矾液 100~200ml 灌肠,治疗痔瘕术后出血,一般每日 1 次,至少保留半小时以上,可连用 2 日,必要时每日 3 次;大出血时可用至 8% 浓度。明矾液具有解毒、收敛、止血作用。

保留灌肠时应注意以下事项:

- (1)灌肠前须排空大便,以睡前 30 分钟进行为好。
- (2)药液应比内服汤剂浓一些,可加入适量助悬剂以增加其粘度。
- (3)药液温度一般为 37~40℃,稍高于体温。
- (4)药液用量:肛窦炎及内痔出血者,用 20~50ml;溃疡性结肠炎、直肠炎及直肠息肉者,用 100~200ml。

2. 通便灌肠法:将药液灌入大肠内,使积存于大肠内的粪便排出体外,以减低肠压,使肠道恢复正常机能。常用药物有 0.1~0.2% 软肥皂水 1000ml、生理盐水 1000ml、甘油 30ml 或中药复方大承气汤煎剂等。灌肠剂注入直肠内后,应保留 5~10 分钟,然后才可排便,这样就可使粪便溶解排出而起到通便的目的。

三、肛肠疾病的手术疗法

中医以手术治疗肛肠疾病有着悠久的历史,早在《五十二病方》中即有“挈以小绳,剖以刀”的治疗牡痔(外痔)结扎切开术,又有利用狗膀胱、竹管等制成的器具将病变引出肛外予以切除的手术疗法。到明清时期手术治疗痔瘕和肛门畸形等已广泛应用并研制了一些专科器械等。肛肠疾病轻重不一,一般病情经中西医内治、外治即可达到较好效果,对病情较重者或某些疾病多需手术治疗。故手术是肛肠疾病的重要治疗手段之一,不可忽视此疗法。肛门直肠疾病的手术治疗方法比较多,如内痔结扎术、内痔注射术、外痔剥离或切除术、肛瘘切除术、肛瘘挂线术以及激光手术等,在讲述有关疾病时,再作具体介绍。

手术虽是治疗肛肠疾病的重要方法,由于病人的体质差异,病情不同,术后也常有一些反应及并发症出现,如疼痛、坠胀、排尿障碍、出血、局部肿胀、晕厥、发热、感染、休克、创口愈合迟缓、肛门直肠狭窄、肛门失禁、肛管皮肤缺损。了解这些情况并知道相应处理措施,才能尽量避

免或减少这些症状的发生,更有利于肛肠疾病的诊治。

第三章 急腹症

第一节 与急腹症有关的生理

一、西医解剖生理

急腹症是腹部急性疾病的总称,以急性腹痛为主要症状。外科急腹症常见者有急性阑尾炎、溃疡病急性穿孔、急性肠梗阻、急性胆道感染、急性胰腺炎等,因此本节重点讨论与此有关的胃、十二指肠、空肠、回肠、结肠、阑尾、胆道等的解剖生理。

(一)胃的解剖生理概要

胃位于腹腔左上方,上连食管的部分称为贲门,下接十二指肠的部分称为幽门。右侧边缘称为胃小弯,小弯近幽门侧有一凹入刻痕,称为幽门窦切迹。左侧边缘称为胃大弯,大弯长度约为小弯的三倍。临床上通常将胃分为三部分:①胃底部,是胃的最上部分,位于贲门的左上方;②幽门窦部,在幽门窦切迹的右方;③胃体部,是底部和窦部之间的部分。

胃壁的结构分为粘膜层、粘膜下层、肌层和浆膜层。

胃的腺体包括贲门腺、胃底腺和幽门腺三种。贲门腺分布于贲门部,主要分泌粘液。胃底腺分布于胃底和胃体,是胃的主要腺体,由三种腺细胞组成:①主细胞(中央细胞),分泌胃蛋白酶原和凝乳酶原;②壁细胞(酸细胞),分泌盐酸或形成胃酸的物质;③分泌粘蛋白原的细胞。胃幽门窦部(胃下三分之一部分)腺体只含主细胞和粘蛋白原分泌细胞,几乎不分泌胃酸,所以其分泌物呈碱性。

胃的血运极为丰富,血液的供应主要来源于腹腔动脉干。胃的动脉沿胃的小弯和大弯分布于胃壁外,主要的分支有:胃左动脉、胃右动脉、胃网膜右动脉、胃网膜左动脉及胃短动脉。这些动脉环绕胃壁,沿途分出小支伸入胃壁,形成极丰富的血管网,因此胃大部分主要动脉被结扎后,不致发生严重缺血和坏死。

胃的静脉是伴行动脉的,分别经脾静脉、肠系膜上静脉,回流入门静脉。

胃的神经供应属于植物神经系统,包括副交感神经和交感神经两部分。副交感神经纤维来自左右胃迷走神经,分别分布于食管下端的腹侧和背侧,在胃底贲门部开始分小支分布于胃壁,主管胃分泌和运动功能。另外来自腹腔神经丛的交感神经,沿胃大小弯分布于胃壁,其作用为抑制胃分泌和运动功能。在胃壁肌层和粘膜下层各有神经网络,为交感和副交感神经纤维共同组成,其作用在于协调胃分泌和运动功能的相互关系。

胃的淋巴液自粘膜引流至粘膜下层,再穿过肌层、浆膜层,经淋巴管汇流至胃周围淋巴结。淋巴管又相互吻合,主要汇集到胃上淋巴结群、幽门上淋巴结群、胃下淋巴结群和脾淋巴结群

四组,最后注入腹腔淋巴结。

胃是一个重要的消化器官,除了贮藏的功能外,胃可以将食物研磨为半液体状,并与胃液和唾液混合,达到部分消化的作用,这样形成的食糜再逐渐小量排出至十二指肠和小肠内进一步消化和吸收。

胃的生理功能主要是分泌和运动。

1. 胃的分泌功能

(1)胃液的主要成份和作用:胃液是由胃腺多种细胞所分泌的混合液体。纯胃液无色透明,呈酸性,PH 值 0.9~1.5,比重为 1.006~1.009,正常人每日分泌量为 1.5~2.5L。空腹胃液平均为 30~50ml。胃液的成分主要有盐酸、胃蛋白酶、粘液蛋白、消化酶、无机盐、内在因子等,其中固体成份约占 5%。

胃液主要具有以下生理功能:

①消化作用:盐酸可以使食物中纤维素软化,和胃蛋白酶一起开始消化蛋白食物,对淀粉有一定消化作用,几乎不消化脂肪食物。

②灭菌作用:盐酸具有很强的灭菌能力,因此正常情况下,胃内容物是无菌的,可预防某些胃肠道疾病。

③保护粘膜作用:胃液内的大量粘蛋白能够对抗消化酶,保护胃粘膜。

④血液再生作用:胃液含有一种可与维生素 B₁₂ 结合的内在因子,其结合物对细胞的正常成熟有重要作用,缺乏时可发生贫血。

⑤钙和铁的吸收作用:酸性胃液是吸收钙和铁的媒介,吸收不良时可发生骨质疏松和贫血。

(2)胃液分泌的机理:胃液的分泌可以分为三期:①对食物的视觉、嗅觉和味觉的刺激,通过大脑神经中枢兴奋,经迷走神经传导至胃腺,可以引起大量的胃液分泌,这种胃液多酸且富于胃蛋白酶。②食物进入胃内,通过机械性刺激(膨胀),可以引起胃液的分泌。③食糜作用于十二指肠和空肠上端粘膜,产生肠促胃液素,刺激胃液的分泌。

在某些生理情况下胃液的分泌会受到抑制,交感神经兴奋会抑制胃液分泌。脂肪作用于十二指肠和空肠上端粘膜,产生肠抑胃液素,使胃动力减低,而抑制胃液分泌。

2. 胃的运动功能

在正常情况下,胃的运动和分泌是协调一致的,运动增强,则分泌也亢进,反之,运动减弱,分泌也受抑制。

胃的运动有三种方式,即蠕动、紧张性收缩和饥饿性收缩。通过这些运动使进入胃内的食物与胃液充分混合,形成半流体状食糜,逐渐推送到十二指肠,最后使胃完全排空。胃的排空取决于幽门两端的压力差,当胃运动加强使胃内压力超过十二指肠压力时,食糜即被送入十二指肠。胃的排空速度与胃的容积成正比关系,且与食物的性质、胃内容物渗透压和酸碱度的不同有关。

(二)十二指肠的解剖生理概要

十二指肠位于胃幽门部和空肠之间,长约 25cm。一般将十二指肠分为四个部分:

1. 球部

与幽门相接,向后且稍向上,大部分周边为腹膜所盖,较活动。在钡剂充盈时呈三角形,边

缘整齐。该部是溃疡病好发部位。

2. 降部

与球部成锐角下行,位于腹膜后,其后内侧有胆总管通过,胆管和胰管汇合为壶腹,一般穿过十二指肠壁,开口于该部中下1/3交界处后内侧,即十二指肠乳头。该部粘膜皱襞呈环形。

3. 横部

自降部向左平行,仍位于腹膜后,其上方与胰头部勾部邻近,后为腰椎体,远端前方有肠系膜动静脉越过。

4. 升部

继横部之后先向上行然后向前向下与空肠连接。

十二指肠的血液供应来自胰十二指肠上动脉和胰十二指肠下动脉,两者彼此吻合。

十二指肠的生理功能主要是传导和消化,也有吸收功能,但远不及其它小肠部分。

十二指肠除了接受胆汁、胰液以外,其本身的粘膜腺体也分泌一种碱性有消化作用的肠液,内含多种消化酶,如肠蛋白酶、麦芽糖酶、乳糖酶、蔗糖酶等,此外也可含脂肪酶。当食糜通过十二指肠时即与各种消化液混合,为小肠的消化吸收准备条件。

十二指肠粘膜也分泌激素,肠促胰液素可以刺激胰液的分泌;胆囊收缩素可以使胆囊收缩排出胆汁;肠激酶可以使胰蛋白酶原激活为胰蛋白酶。

(三) 小肠的解剖生理概要

小肠包括十二指肠、空肠和回肠,在成人平均长度约7m,但个体差异很大。回肠与空肠之间没有明确的解剖标志,一般认为,近端五分之二为空肠,远端五分之三为回肠。

十二指肠与空肠的交接处位于横结肠系膜根部,第二腰椎左侧,两者之间形成肠曲,并被十二指肠空肠悬韧带(Treitz 韧带)所悬吊和固定。空肠和回肠完全位于腹膜腔内,仅通过小肠系膜附着于腹后壁,有高度活动性。空肠大致在左上腹和右上腹,回肠则分布于左下腹、骨盆腔和右下腹,最后进入盲肠。肠管由上而下逐渐变细,而肠壁则逐渐变薄。小肠肠壁分为三层:浆膜、肌层和粘膜;空肠粘膜有多数环状襞,回肠缺乏这种环状襞。

小肠系膜为两层腹膜所组成,其中含有小肠的血管、神经、淋巴组织和脂肪。系膜起源于第二腰椎左侧,根部向右下方斜行,止于右髂髁关节前方,长约15cm。肠系膜自根部至肠管的距离,在两端较短,中间较长,可达20~25cm。

小肠的血液供应来自肠系膜上动脉,该动脉源于腹主动脉,向下跨过十二指肠横部,进入小肠系膜根部,然后分出回结肠动脉、右结肠动脉和小肠动脉支。小肠静脉的分布与动脉大致相同。最后汇合为肠系膜上静脉,并与脾静脉合为门静脉。

空肠和回肠的淋巴回流,起源于小肠绒毛中心的乳糜管,汇流于肠系膜根部的较大淋巴结,经腹腔淋巴结而至乳糜池。

小肠的神经支配有交感神经和迷走神经,交感神经兴奋使小肠蠕动减弱、血管收缩;迷走神经兴奋时则肠壁蠕动增强,腺体分泌增加,但对血管收缩并无明显影响。

小肠的主要生理机能是食物的消化吸收,同时将食糜向前推进。胃内食糜进入小肠后,与胆汁、胰液、肠液充分混合,在多种酶的作用下将食物分解为葡萄糖、氨基酸、脂肪酸后,即被小肠粘膜吸收。小肠粘膜上估计有500万个绒毛,构成近 10m^2 的吸收面积。葡萄糖、氨基酸、40%的脂肪酸、胃液、胆汁、胰液、肠液以及摄入的大量电解质由毛细血管吸收,经门静脉到达肝脏。

其余 60% 脂肪酸则由乳糜管吸收, 到达乳糜池及胸导管内。

小肠的运动功能也是为了食物能更好地被消化吸收。其运动方式大致有两类: 一类是使食糜在肠腔内向下运动的蠕动。另一类是使食糜混合并与肠粘膜密切接触以利于吸收的局部动作, 可分两种, 即有节律的分节运动和来回的摆动。食糜在小肠内停留, 与大量消化液相混合, 更便于食物的消化吸收, 约 3~8 小时后始从回肠末端完全排出。在肠梗阻、肠痿或手术切除过多的小肠时, 可以引起严重的营养紊乱和体液失衡。

(四) 结肠的解剖生理概要

结肠包括盲肠、升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠, 在成人长度约为 150cm。

结肠的解剖结构与小肠不同, 结肠的外层纵肌排列为三个纵行带, 称为结肠带, 结肠带之间的肠壁呈小袋状, 称为结肠袋。结肠带在盲肠、升结肠、横结肠较为明显, 至乙状结肠已不清楚。结肠壁上, 尤其是在结肠带附近, 有多数脂肪垂称肠脂垂。这些解剖特点均是小肠所没有的。

盲肠一般位于右髂窝, 与回肠相连, 末端回肠自盆腔上行至盲肠的内后上进入, 连接部有一瓣膜, 称为回盲瓣, 可以制约盲肠内容物的回流。大多数人的盲肠完全为腹膜所覆盖, 固定于腹膜后。回盲部易发生肠套叠。

升结肠和降结肠均被腹膜覆盖固定于腹腔两侧, 两者之间为横结肠, 交界处分别为肝曲、脾曲。横结肠及其系膜将腹腔大致分为结肠上和结肠下两个部分。降结肠以下、直肠以上为乙状结肠, 也具有系膜。乙状结肠长短差异很大, 过长的乙状结肠, 尤其是系膜根部较窄时, 容易发生扭转。

结肠的血液供应分为两个部分: 右半结肠为肠系膜上动脉所供应, 左半结肠为肠系膜下动脉所供应。肠系膜上动脉的分支为: ①回结肠动脉, 供应盲肠; ②右结肠动脉, 供应升结肠; ③中结肠动脉, 供应横结肠。肠系膜下动脉的分支为: ①左结肠动脉, 供应降结肠; ②数支乙状结肠动脉, 供应乙状结肠。这些动脉除乙状结肠动脉外, 均分为两个不同方向的主要分支, 与邻近动脉支吻合。结肠静脉的分布大致与动脉相同, 静脉血液通过肠系膜上静脉流入门静脉和肠系膜下静脉流入脾静脉。

结肠的淋巴结分为四组: 结肠上淋巴结、结肠旁淋巴结、中间淋巴结、中央淋巴结。结肠的淋巴管分布与动脉相似, 盲肠、升结肠及大部分右侧横结肠的淋巴汇集于肠系膜下动脉根部淋巴结, 再引流至腹主动脉旁淋巴结。

结肠神经分布, 为交感神经和副交感神经, 迷走神经供应右半结肠, 盆腔神经供应左半结肠, 均为运动神经, 可使结肠运动及分泌功能增强。交感神经供应右、左侧结肠, 主要作用是抑制结肠的运动和分泌。

结肠的主要功能是吸收水分和贮存粪便。除水分外, 葡萄糖和无机盐也可以在结肠吸收, 吸收功能主要在右半结肠为明显。结肠的运动迟缓, 这有利于水分吸收。结肠粘膜的分泌为粘液, 其作用为使粘膜湿润不致因粪便通过而受损伤。

(五) 阑尾的解剖生理概要

阑尾位于盲肠端, 其内腔为狭细的盲管, 近端与盲肠相通。成人阑尾长度差异很大, 一般为 5~10cm, 外径 0.5~0.7cm, 内径 0.3~0.4cm。阑尾系膜短呈三角形。阑尾实际是盲肠末端的

延续,其纵肌层由三条结肠带在阑尾根部集束而成,阑尾尖端可指向不同方向。阑尾在盲肠后位时,有时部分甚至全部位于腹膜外,在各种位置中以盲肠内下位最常见。

如中肠旋转不全,阑尾位置可随盲肠位置异常而改变。

阑尾系膜较短而根部集中,故牵拉阑尾呈弯曲状。阑尾系膜中有阑尾动、静脉,淋巴和神经。

阑尾的血液供应来自阑尾动脉,它是回结肠动脉的分支,沿阑尾系膜缘行走并分支到阑尾。阑尾动脉是终末动脉,与盲肠的动脉之间无侧支沟通。阑尾静脉与动脉伴行,血液经回结肠静脉、肠系膜上静脉,进入门静脉。

阑尾的神经位于系膜内,源于肠系膜上动脉周围的交感神经丛,上传的信息随交感神经进入脊髓第10胸节。

阑尾壁内有丰富的淋巴网,粘膜下有很多淋巴滤泡,淋巴管与系膜内的血管伴行。在儿童时期阑尾的淋巴组织特别丰富并具有细胞免疫功能,到成人期此功能已消失。

阑尾具有蠕动和吸收水份的功能。

(六)胆道的解剖生理概要

一般在左右肝管的汇合点处,将胆道系统划分为肝内及肝外胆道。

肝外胆道由胆管和胆囊两大部分组成。胆管起自左右肝管,两者在肝门处汇合形成肝总管,约3~4cm,内径约0.5cm。肝总管与胆囊管汇合形成胆总管,终于十二指肠降部的十二指肠乳头处。胆总管长约7~9cm,内径约0.6~0.8cm。胆总管又分为四个部分:

1. 十二指肠上段

位于十二指肠上缘,长约3cm,肝动脉在其左侧,门静脉在其后而,其直径在10mm以内,当超过12mm时,称胆总管扩张,常为胆道疾病的表现。

2. 十二指肠后段

紧贴于十二指肠球部后面,约1~2cm。

3. 胰腺段

多穿过胰腺实质下降至十二指肠,当胆总管扩张时,从胰腺的后面可触及胆总管沟,可以更准确地检查胆总管下端的结石。

4. 十二指肠内段

斜行穿过十二指肠壁,开口于位于十二指肠降部中分后内侧壁的主乳头上,距幽门6~10cm。在出口处有一括约肌环绕,称之为奥狄氏(Oddi)括约肌。约70%的胆总管与胰管在泛特氏(Vater)壶腹部汇合,开口于十二指肠乳头,形成一个共同通道。

胆囊位于肝脏下而的胆囊窝内,呈梨形,长约6~8cm,宽约2.5~3.5cm,容量30~60ml。胆囊分底、体和颈三部分。胆囊颈部呈膨大或呈袋样凸出,称胆囊壶腹,在该处最易发生胆结石的嵌顿阻塞。胆囊颈部下接胆囊管,内有螺旋瓣的遗迹。

典型的胆囊动脉起源于肝右动脉,到达胆囊的左缘处分为深浅两支,分布于胆囊壁,此种典型的关系只见于约2/3的人。胆囊动脉的起始和走行可有多种变异。

胆囊的静脉经由许多小静脉,再经胆囊床直接流入肝脏,但也有时经较大静脉支进入门静脉右干。

胆汁自肝细胞及胆小管上皮分泌出来,在空腹时期,大部分进入胆囊进行浓缩;餐后,浓缩

的胆汁排入肠道,以助消化吸收。正常人每日排出约 600~1000ml,为草绿色,偏碱性液体,PH 为 7.1~8.5,比重为 1.009~1.013。

胆汁的分泌除受肝细胞的供血、供氧状态影响外,尚受神经、内分泌和化学因素的控制。胆汁借胆道内不同部位的压力差由胆管系统向肠道排出。任何原因使胆道发生梗阻造成胆道内压力增高,则必然引起胆汁分泌和排泄的障碍。当梗阻解除、胆管内压力降低之后,肝细胞又可以很快恢复其分泌胆汁的能力。

胆囊是一个调节装置,具有浓缩胆汁和贮存胆汁的功能。胆囊粘膜有很强的浓缩功能,胆囊胆汁中的水分是随着 Na^+ 及 Cl^- 的吸收而被吸收,胆囊胆汁中的总固体量的浓度可比肝胆汁中的总固体量高出 10~20 倍。胆囊体积虽小,但其贮存能力很大,由于它的浓缩功能,可以贮存每天所分泌的肝胆汁量的一半。

胆囊的排空受神经、内分泌的调节。刺激交感神经可抑制胆囊运动,而刺激迷走神经可使胆囊收缩。胆囊收缩素——胰酶素(CCK-PZ)是促进胆囊收缩的一种内分泌物质。当胃酸和脂肪、蛋白质分解产物进入肠道后,刺激肠粘膜释放此种激素,促进胆囊收缩,且可使奥狄氏括约肌舒张和小肠活动增加。

胆囊每日分泌粘液约 20ml,起保护胆囊粘膜和润滑胆道的作用,但如胆囊内已形成结石,则粘膜会促进结石进一步增大。

二、中医的生理功能

联系到中医的脏腑学说,急腹症多属于六腑的病症。由于五脏与六腑通过经络互相联系,在功能上互为表里,所以六腑的病变也会影响到五脏的功能。本节重点论述六腑的生理功能,以期对中西医结合治疗急腹症提供理论依据。

(一)六腑的生理功能

六腑,即胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦的总称。它们的共同生理功能是:将饮食物腐熟消化,传化糟粕。所以《素问·五脏别论》说:“六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也。所以然者,水谷入口,则胃实而肠虚,食下,则肠实而胃虚。”由于六腑专司传化饮食物,故说:“实而不能满也”。饮食物自进入人体至排出体外,还要通过七道关隘,以利于对饮食物的消化吸收。这七道关隘,《难经》称之为“七冲门”。如《难经·四十四难》说:“七冲门何在?唇为飞门,齿为户门,会厌为吸门,胃为贲门,太仓下口为幽门,大肠小肠会为阑门,下极为魄门,故曰七冲门也。”七冲门中任何一门发生病变,都会影响饮食物的受纳、消化、吸收和排泄。

由于六腑以传化饮食物为其生理特点,故有实而不能满,以降为顺,以通为用之说,任何原因导致六腑通降失常,滞塞不通,均为病态。

(二)胃的生理功能

胃,又称胃脘,分上、中、下三部。胃的上部称上脘,包括贲门;胃的中部称中脘,即胃体的部位;胃的下部称下脘,包括幽门。胃的主要生理功能是受纳与腐熟水谷,胃以降为和。

1. 主受纳、腐熟水谷

受纳,即接受和容纳。腐熟,是指饮食物经过胃的初步消化,形成食糜。饮食入口,经过食管,首先容纳于胃,故称胃为“太仓”、“水谷之海”。而机体的生理活动和气血津液的化生,都需要依靠饮食物的营养,故又称胃为“水谷气血之海”。容纳于胃中的水谷,经过胃的腐熟后,下传于小肠,其精微经脾之运化而营养全身。所以,胃虽有受纳与腐熟水谷的功能,但必须与脾的运化功能相配合,才能使水谷化为精微,以化生气血津液,营养全身。饮食营养和脾胃对饮食水谷的运化功能,对于维持机体的生命活动,至关重要,所以《素问·平人氣象论》说:“人以水谷为本”;《素问·玉机真藏论》说:“五脏者,皆禀气于胃;胃者,五脏之本也”。

2. 主通降,以降为和

胃为“水谷之海”,饮食物入胃,经胃的腐熟后,必须下行入小肠,进一步消化吸收,所以说胃主通降,以降为和。在藏象学说中,以脾升胃降来概括整个消化系统的生理功能,因此,胃的通降作用还包括小肠将食物残渣下输于大肠,以及大肠传化糟粕的功能在内。

胃的通降是降浊,降浊是受纳的前提条件,所以胃失通降,不仅可以影响食欲,而且因浊气在上会发生口臭、脘腹胀满、大便秘结等症状。若胃气不仅失于通降,进而发展为胃气上逆,则可能出现暖气酸腐、恶心、呕吐、呃逆等症。

(三) 小肠的生理功能

小肠,是一个相当长的管道器官,位于腹中,其上口在幽门处与胃之下口相接,其下口在阑门处与大肠之上口相连。小肠与心相表里。小肠的主要生理功能是受盛、化物和泌别清浊。

1. 主受盛和化物

受盛,指接受、以器盛物;化物,有变化、消化、化生的意思。小肠的受盛功能主要体现在两个方面:一是说明小肠是盛器,接受经胃初步消化的饮食物,即食糜。二是指食糜在小肠内必须停留相当时间,以利于进一步消化和吸收。小肠的化物功能,是指将食糜进一步消化,将水谷化为精微。所以《素问·灵兰秘典论》说:“小肠者,受盛之官,化物出焉。”

2. 泌别清浊

泌,即分泌;别,即分别。小肠的这一功能,主要体现于三个层次:①将经过小肠消化后的饮食物,分别为水谷精微和食物残渣两个部分;②将水谷精微吸收,把食物残渣向大肠输送;③小肠在吸收水谷精微的同时,也吸收了大量的水液,故又称“小肠主液”。可见,小肠的泌别清浊,还与尿液的量有关。若功能正常,则二便正常;如功能异常,则大便稀薄,小便短少。换句话说,小肠内的水液量多寡与尿量有关。临床上据此提出了“利小便即所以实大便”的治法。

小肠的生理功能,在水谷化为精微的过程中是十分重要的,也是脾升胃降功能的具体表现。小肠的功能失调,即可导致浊气在上的腹胀、腹痛、呕吐、便秘等症,又可引起清气在下的便溏、泄泻等症。

(四) 大肠的生理功能

大肠亦居腹中,其上口在阑门处紧接小肠,其下端紧接肛门。大肠与肺相互表里。大肠的主要生理功能是传化糟粕。

大肠接受经过小肠泌别清浊后所剩下的食物残渣,再吸收其中多余的水液,形成粪便,排出体外,所以《素问·灵兰秘典论》说:“大肠者,传导之官,变化出焉。”大肠的传导变化作用,是

胃的降浊功能的延伸,同时亦与肺的肃降有关。

(五)膀胱的生理功能

膀胱位于小腹中央,为贮尿的器官。膀胱与肾相表里,其主要生理功能为贮尿和排尿。

尿液为津液所化,在肾的气化作用下生成尿液,下输于膀胱,在膀胱内滞留至一定程度时,即可及时自主地排出体外,所以《素问·灵兰秘典论》说:“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。”

膀胱的生理功能,全赖于肾的气化功能。膀胱的病变,主要表现为尿频、尿急、尿痛;或小便不利,尿有余沥,甚至尿闭;或是遗尿,甚则小便失禁。归根结底,这些病变也多与肾的气化功能有关。

(六)胆的生理功能

胆,居六腑之首,又隶属于奇恒之腑。胆与肝相连,附于肝之短叶间;肝胆互为表里。

《灵枢·本输》称“胆者,中精之府”,内藏清净之液,即胆汁。胆汁味苦,色黄绿,由肝之精气所化生,汇集于胆,泄于小肠,以助饮食消化,是脾胃运化功能得以正常进行的重要条件。胆汁的化生和排泄,由肝的疏泄功能控制和调节。若肝的疏泄功能正常,则胆汁排泄畅达,脾胃运化健旺。反之,肝失疏泄,导致胆汁排泄不利,影响及脾胃的运化功能,会出现胁下胀满疼痛,食欲减退,腹胀,便溏等症;若胆汁上逆可见口苦、呕吐黄绿苦水;胆汁外溢,则可出现黄疸。总之,胆的主要生理功能是贮存和排泄胆汁。

第二节 急腹症的病理

一、腹痛的病理生理

急腹症以急性腹痛为主要临床表现,从西医的病理生理来看,腹痛的形成主要通过以下几个环节:

1. 腹腔内感受器

分布于腹膜、腹腔脏器及各种组织的内感受器,均属于不具有特异结构的游离神经末梢,是由微细的有髓鞘纤维和无髓鞘纤维的末梢裸露部分所构成。在接近上述组织之前一再分支,形成精细的丛状结构。从形态结构的特点来看,它们是未分化的,在进化上属于比较原始的感受装置,腹痛感觉就是从此开始的。

2. 致痛物质

经研究证实,不仅许多外源性化学物质可以致痛,而且还有一些通常存在于组织细胞内的物质,在外伤或炎症等情况下,从受损伤的细胞内释放出来,发挥致痛作用。这类物质被称为内源性致痛物质。引起腹痛的内源性致痛物质,可分为以下3类:①无机离子。钾离子、氢离子。特别是后者,经研究证明所有疼痛组织都呈酸性。②胺类。主要是5-羟色胺,与另一种致痛活性物质徐缓激肽有协同作用。③肽类。血浆激肽包括3种致痛成份,徐缓激肽作用最强,在组

织损伤、炎症、坏死和缺血的情况下,徐缓激肽的含量明显升高,在渗出液中大量存在。其与5-羟色胺有协同作用。

3. 机械和物理的致痛因素

某些机械性和物理性因素,如消化管道的过度膨胀、肠管的牵拉、肠系膜的扭转以及直接的机械损伤,可直接或间接地刺激神经或痛觉感受器而发生疼痛,这种疼痛的特点是受刺激后立即出现疼痛,称之为快痛。

4. 痛刺激转换为痛传入冲动

在内感器受到致痛物质(或因素)作用后,还需要经过痛感受器的化学激活和由感受器电位过渡到动作电位的过程。致痛物质是神经末梢的激活剂,痛刺激的感受实际上是一化学感受过程。感受器又相当于一个换能器,将不同能量形成的刺激转换为电信号,而感受器电位是动作电位的先导或前身,在感受器电位的基础上产生了动作电位。

5. 痛觉向中枢神经的传递

感受器被激活后所产生的传入冲动,经外周神经纤维传送到中枢神经系统。在腹腔有两个不同的通路:来自内脏器官组织的痛纤维和植物神经同行,进入脊髓和脑,其中支配胸腹部脏器的,加入交感神经干中;而食管、咽和骨盆组织的痛纤维则加入副交感神经。腹壁及壁层腹膜的传入神经属躯体神经,痛纤维的细胞体均位于后根神经节内,再通过脊髓传入大脑。

二、西医的急腹症病因病理

中医和西医对急腹症的病因病理都作了大量的观察与研究,在不同程度上阐明了急腹症的病因与病理。西医对病因的认识,可从内因、外因两方面加以概括,对病理的研究,可分六个种类。

(一) 急腹症的病因

引起急性腹痛的伤害性刺激或致病因素很多,大体可分外源性与内源性两大类,有时两者可互为因果。

急腹症的外因是指机体外部因素造成的病因,可以分为机械、物理、化学、生物等因素,比较重要的有饮食因素如暴饮暴食、饮食生冷、不洁等,微生物和寄生虫感染,精神刺激,机械性损伤,以及消化道异物、结石、粪石等。

急腹症的内因与腹内组织器官的结构、功能的特点有关。腹腔器官包括空腔脏器与实质脏器两大类。前者为腔结构,可因内在或外在的压迫而发生梗阻,由于梗阻部位与程度不同,可出现不同的局部或全身损害。实质性脏器血管丰富且质地较脆,故受外伤后易发生破裂及出血,如肝、脾、肾等。

(二) 急腹症的病理

急腹症的病理过程可分为以下几类:

1. 运动功能障碍

胃肠道、胆道、肾以下的输尿管道等都是平滑肌构成的管道系统,由于某种原因引起的运动功能障碍,都会引起疼痛;过强的痉挛性收缩会引起绞痛,伴随排空障碍而出现的滞留及膨

胀则引起胀痛。其中以肠蛔虫症引起的肠痉挛,胆道运动功能失调引起的胆绞痛,为其典型代表。

2. 炎症

在腹腔脏器炎症时,发生炎症的器官除有红肿热痛和功能障碍外,还伴有感染的全身症状如发热、白细胞计数升高等。根据炎症的轻重不同,可分为三类:粘液性炎症、化脓性炎症和坏疽性炎症。

3. 机械性梗阻

系指空腔器官的管道阻塞不通,如胆道、肠、胰管、输尿管、阑尾等梗阻。梗阻发生后,近端管腔压力增加,为使内容物通过梗阻而强烈收缩,故常表现为腹部阵发性绞痛,如胆绞痛、肾绞痛等。

4. 穿孔

通常是空腔脏器原有病变恶化或闭合性外伤的结果,如溃疡病穿孔、胆囊穿孔、阑尾穿孔、肠穿孔等。穿孔发生后,由于消化道内容物的外溢,刺激腹膜,可引起剧烈的胀痛。

5. 血运障碍

指除了出血以外的血液循环障碍,如局部缺血、血液瘀滞、血栓形成等,以胃肠道慢性缺血和急性血运障碍为最常见。前者以进食后腹痛,消化及吸收障碍为主要临床表现;后者以肠系膜动脉栓塞及静脉血栓为代表,表现为剧烈腹痛,继而出现腹膜炎,病情危重,若不及时治疗,多在短期内死亡。

6. 出血

有血管破裂出血和毛细血管损伤渗血两种。常见者如溃疡病出血、食道静脉曲张破裂出血、实质性脏器破裂出血,以及绞窄性肠梗阻、急性出血性胰腺炎的渗血。出血的后果决定于出血的数量和速度。

急腹症的病理过程虽分以上六种,但每一个疾病往往包含几种病理变化,而且还可以相互影响、相互转化,也往往是以一种病变为主,其它病变为辅。

三、中医对急腹症病因病理的认识

(一)对病因的认识

祖国医学第一部经典著作《黄帝内经》中即有许多关于急腹症的记载,包括在心痛、腹痛、疝痛、黄疸、内痈等门类中,并认识到其病因有多方面,如寒、热、气结、血瘀等,但以寒邪居多,故有“病痛者,阴也”,“痛者,寒气多也,有寒故痛也”的记载。后代医家对急腹症的病因有了进一步认识,归纳为内因与外因两大类。外因包括六淫,即风寒暑湿燥火,以及饮食因素、寄生虫感染等;内因包括喜怒忧思悲惊恐等七情的变化。

近年来,经过各地专家学者的努力,从中医的病因病理学角度将急腹症常见的原因归纳为气、血、寒、热、湿、食、虫等七类。

(二)对病理的认识

急腹症的主要症状是腹痛,其产生机理是“不通则痛”。所谓不通,一是气血瘀滞,经络阻

塞；二是六腑为有形之邪阻塞，而六腑以通为用，阻塞不通故痛。两者又可相互影响，当六腑阻塞进一步发展，造成气血瘀滞时，疼痛则更为剧烈；而气血瘀滞，又可引起或加重六腑之阻塞，使病情更趋复杂与严重。根据引起急腹症的病理因素，其病理过程可分为以下七种：

1. 气

以气滞和气逆为主。气滞，或气郁，都是指气机运行不畅，其症状特点是疼痛部位不定，时痛时止，气聚则痛而形见，气散则平而无迹；气逆，即通降失常，胃气上逆多见，表现为恶心，呕吐，嗝气，呃逆等。

2. 血

以血瘀和出血常见。血瘀，是血行不畅的结果，主要表现为腹痛固定如刺，甚则如绞，局部拒按或可触及实质性包块，皮肤粘膜瘀斑，舌质紫暗或有瘀点，脉涩。出血，是血不循经而溢于脉外的病理表现，表现为吐血和便血。

3. 寒

寒邪既可外袭，亦可内生，基本病理表现是人体机能抑制或衰退。急腹症以内寒常见，多见于恢复期或慢性期，如腹痛喜按，得热则舒，面色㿔白，手足不温，苔白脉沉迟。外寒直中脾胃可使胃肠功能突受抑制，症见腹痛剧烈拒按，发病急剧，便秘或腹泻，四肢逆冷，苔白脉沉弦。

4. 热

火为热之极，热为火之渐，火热之邪的病理表现是人体机能亢奋，有虚实之分，实热症见腹痛拒按，持续性疼痛阵发性加剧，大便干结，小便黄赤，口干饮冷，舌红绛，苔黄燥，脉洪数，类似急性感染的炎症表现。虚热多为阴虚火旺，类似慢性消耗性疾病或植物神经功能紊乱的一些表现，如低热盗汗，手足心热，舌红少苔脉细数。

5. 湿

多为湿热合邪，表现为发热，身重，脘腹胀满，口干不欲饮，或目黄身黄，或腹泻里急后重，小便黄赤，苔黄腻脉滑数。

6. 食

以食滞多见，主要表现为脘腹胀满，嗝腐吞酸，腹满拒按，苔厚腻，脉滑实。

7. 虫

腹痛主要为蛔虫窜动所致，虫内扰则痛剧，虫安静则痛止，故腹痛时发时止，痛时辗转不安，甚则肢冷汗出，痛定复如常人。虫积有上下之分，若虫在上，则胃脘钻顶痛、呕吐频繁，常自吐蛔，若虫在下，则绕脐作痛，腹胀便秘，或触摸到索条状包块。

以上各种病邪或单独致病，或相兼为患，或互相转化，均能导致气机失调，进而气滞血瘀，使六腑功能失常，不能升清降浊而传化糟粕，造成壅塞不通而发生急腹症。气血阻滞，不通则痛；腑气不降，上逆则呕；气滞肠中则腹胀，腑气内结则便秘，郁久化热则生炎，故痛、吐、胀、闭、炎五大症状为急腹症的主要病理表现。

第三节 急腹症的诊断

急腹症是以急性腹痛为主要表现的多种腹部疾患的总称，其特点是起病急，病情重，发展快，变化多，而且引起急性腹痛的原因相当复杂，可涉及到内、外、妇、儿等各科的许多疾病，因此，医护人员要熟练掌握其诊治技术，密切观察病情变化，详究病史，仔细查体，参考必要的实

验室或其它特殊检查,进行综合分析,及早作出诊断,妥当治疗和护理,使病人转危为安。

一、西医诊法

中西医结合治疗急腹症对于诊断方面应有更高的要求,通过详细周密地询问病史,反复认真地体格检查,和进行必要的化验及特殊检查,加以综合分析,不仅要明确疾病的部位(在哪一脏器),更要判明疾病的发展阶段、程度和范围,即要西医辨病,又要中医辨证,即要视触叩听,又要望闻问切。其西医诊断步骤如下:

(一)病史

询问病史时力求全面、详细、可靠和重点突出,围绕腹痛这一主要症状,明确腹痛的时间变化规律,如腹痛开始的部位,其转移放射的部位,其性质和程度,伴随症状,诱发因素等,结合病情综合分析,并且需注意患者的年龄、性别、职业,过去病史等情况,以明确诊断。

1. 年龄与性别

有些急性腹痛常发生于一定年龄和性别,如婴幼儿腹痛以肠套叠和绞窄性疝多见。学龄前儿童以蛔虫性肠梗阻,嵌顿性疝常见。学龄期儿童则以急性阑尾炎居多。青壮年常见于急性阑尾炎、胃十二指肠溃疡穿孔、胆道蛔虫症、急性胆囊炎、胆石症等。肠道肿瘤、乙状结肠扭转、胆囊炎、胆石症等则多见于老年人。宫外孕见于青年育龄期妇女。成年女性则以卵巢囊肿蒂扭转为常见。总之,从性别方面来看,男性以胃十二指肠溃疡穿孔多见,而女性则常见于急性胰腺炎、胆系感染等。

2. 过去病史

不少急腹症患者有类似病情发作史,或者是在原有疾病基础上进一步发展的结果,因此询问过去病史,有助于迅速而准确地作出诊断,如胃十二指肠溃疡穿孔者往往有溃疡病史,且近来有症状加重病史。胆囊炎、胆石症常有油腻食物诱发右上腹痛病史。有腹部手术史者可能有粘连性肠梗阻。对于妇女,无论青年、壮年,均应特别注意月经史或生育史的询问,以防遗漏宫外孕等疾病,避免误诊。

3. 腹痛

腹痛是急腹症的主要主诉,必须仔细而全面地描述。

(1)起病情况

包括引起腹痛的诱发因素,腹痛与其它症状出现的先后,病程经过和起病缓急。

①腹痛的诱发因素:暴饮暴食可诱发胃十二指肠溃疡穿孔,急性胰腺炎;胆囊炎因油腻食物而诱发;突然用力摒气可诱发嵌顿性疝,饱食后剧烈活动可引起肠扭转。

②腹痛与其它症状出现的先后:先有发热,后出现腹痛者,多为内科疾病,如肺炎、肠系膜淋巴结炎等;而先有腹痛,后才出现发热等症状者,多为外科急症,如急性胆管炎、急性穿孔等。炎症性疾病引起的腹痛多局限于病变的周围,逐渐向外扩展;而腹腔内出血和急性穿孔则腹痛很快波及全腹。

③腹痛发生的缓急:凡发病急,进展快,短期内即出现休克症状者,多提示病情严重,如空腔脏器穿孔、急性梗阻和实质性脏器破裂等。常见者有:胃十二指肠溃疡穿孔、绞窄性肠梗阻、宫外孕破裂、卵巢囊肿蒂扭转等。

(2) 腹痛的部位

一般来说,起病时最先出现和最明显的部位多为病变所在部位,根据腹腔内各脏器的解剖位置,即可初步明确病变脏器。但也有例外,如急性阑尾炎的特点即为转移性右下腹痛,在刚发病时产生的内脏性疼痛部位在上腹或脐周部,随着炎症的进一步发展,数小时后形成阑尾周围炎,刺激右下腹壁层腹膜,方使腹痛固定于右下腹阑尾区。又如胃十二指肠溃疡穿孔时,开始腹痛在上腹部,很快扩散至全腹剧痛。另外,脏器有异位时,也可影响腹痛位置,如肝下位阑尾、左下腹阑尾等,虽然少见,也应考虑,以免遗漏。

(3) 腹痛的性质

腹痛的性质常分为三种情况:

①持续性腹痛:多表现为钝痛或隐痛,一般是炎性渗出刺激所致,其程度常与病变的轻重成正比,常见的有急性阑尾炎、急性胆囊炎等。

②阵发性腹痛:发作急剧,痛似刀割样,多为空腔脏器梗阻性疾病后平滑肌挛缩所致,如胆道蛔虫症,机械性肠梗阻等,给与解痉剂后可暂时缓解疼痛。

③持续性疼痛伴阵发性加剧:表示空腔脏器炎症和梗阻同时并存,二者常互为因果,如胆石症并发感染等。

(4) 腹痛的程度

腹痛剧烈者多为梗阻、扭转、绞窄或化学物质刺激等,如肠梗阻、肠扭转、胆道蛔虫症、胆石症、胃十二指肠溃疡穿孔等。值得注意的是,有些功能性疼痛可以较剧烈,但不一定有器质性病变,如胆道蛔虫症可以引起很剧烈的钻顶样绞痛,而病变组织坏死时,腹痛反而可以缓解。腹部隐痛者常为慢性胆囊炎、慢性阑尾炎等。另外,腹痛程度因病人对疼痛的耐受性不同而存在个体差异。

(5) 腹痛的放射

由于病变的刺激,疼痛可放射至某一特定部位,如膈下炎症可刺激膈肌,出现肩胛区放射痛。胰腺炎可引起腰背部或左肩痛。肾、输尿管结石绞痛可沿着尿路放射到下腹部、会阴部等。

(6) 腹痛的伴随症状

了解这些伴随症状,对于诊断亦有一定参考价值。

①消化道症状:主要是恶心呕吐和排便情况改变。

A. 恶心呕吐。恶心呕吐常在腹痛后发生,早期的呕吐多为反射性呕吐,如急性阑尾炎早期、卵巢囊肿蒂扭转、输尿管结石等。若呕吐早而频繁且量大,则多为高位小肠梗阻。较晚期的呕吐为逆流性呕吐,是胃肠道内容物通过障碍所致,如肠梗阻;若呕吐物有粪汁样臭味,则是低位或麻痹性肠梗阻的特点。晚期的呕吐为中枢性呕吐,是毒素吸收影响延髓呕吐中枢所致。

B. 大便情况。腹痛后停止排便排气,常为机械性肠梗阻。腹痛伴果酱样稀便、腹块在婴幼儿要考虑肠套叠。腹泻伴里急后重可能是肠道炎症性疾病,或盆腔脓肿刺激、低位阑尾炎等。

②其它伴随症状:

A. 发热。腹痛后发热多为腹腔内炎症性疾病,若伴寒战、高热,则多为急性胆道感染。如果先发热后腹痛,多见于内科疾患。

B. 女性生殖系统症状。包括月经、生育情况,有无异常阴道流血等。特别是月经情况十分重要,务须询问仔细、准确,并详细记录,如在月经中期出现下腹痛常为卵巢滤泡破裂;月经延期或停经伴下腹痛和阴道异常流血常提示异位妊娠。

C. 泌尿系统症状。腰部绞痛向下腹部放射伴血尿者应考虑尿路结石所致肾绞痛；下腹痛伴尿频尿急尿痛等尿路刺激症状者应考虑尿路感染。

(二) 体格检查

在病情允许前提下,应该对每个急腹症病人作全面、仔细的体格检查。急腹症的体格检查,除了注意病员的一般情况如体温、血压、脉搏、巩膜皮肤有无黄染及心肺情况外,重点在于腹部的检查。

1. 一般情况和体位

首先测量病人体温、呼吸、脉搏、血压,观察有无脱水,酸碱平衡失调和休克征象,注意患者面部表情、姿势、体位和神志状态。急性腹膜炎病人常下肢屈曲,静卧不动,拒按;胆道蛔虫症、胆石症病人疼痛发作时,辗转不安,呻吟不止,疼痛间歇期又比较安静;异位妊娠、肝脾破裂内出血者常面色苍白、表情淡漠,严重者冷汗淋漓,脉搏细数,血压下降。皮肤巩膜黄染表示有肝胆疾患。同时还要了解心肺有无异常,这对于急腹症的鉴别诊断非常重要,因为肺炎、胸膜炎、心肌梗塞等都可引起上腹部急性疼痛。注意腹股沟区有无异常肿物隆起,必要时行直肠、阴道检查。

2. 腹部检查

这是急腹症病人重点检查的部位,要按视、触、叩、听四个顺序逐步检查。

(1) 视诊

让病人完全暴露下胸、全腹部,包括腹股沟区和会阴部。先观察腹式呼吸运动,可令病人作咳嗽动作,若有腹痛或腹部膨胀,则咳嗽时会限制腹式呼吸运动。再注意腹前壁的形狀,除非特别肥胖,正常腹前壁在仰卧位时,肋缘、耻骨联合等骨骼部位应高于脐部,且无论膨起或凹陷,应该左右、上下是对称的。全腹膨隆多表示有腹腔内积液、低位肠梗阻或麻痹性肠梗阻;局部不对称隆起可能是肠扭转、腹内肿块或局限性脓肿、肠肿瘤等;有肠型及蠕动波出现是肠梗阻的重要体征。腹股沟及会阴部有膨隆则可能是嵌顿性腹外疝。

(2) 触诊

急腹症的诊断在很大程度上靠腹部触诊来确定。让病人取仰卧屈膝体位,使腹壁松弛,先请病人自己用手指点出腹部疼痛的确切部位,若为体性痛,病人常能点出确切位置,内脏痛患者常无法指出确切的疼痛部位。触诊时手法必须轻柔,先从无痛区或无病变区开始,由远面近逐渐接近疼痛区域,观察病人表情反应,注意腹壁压痛和肌紧张的部位、范围和程度。由于反跳痛的检查方法和产生,与突然施加的压力一样,不同的是作用力的方向相反,因此此项检查没有必要,徒加疼痛。压痛和腹肌紧张并存是腹膜炎的特征。一般面言,最先出现的压痛部位是病变部位,如急性胆囊炎、十二指肠溃疡穿孔压痛点以右上腹为最重,脾破裂、胰腺炎压痛多在左上腹;而急性阑尾炎、美克尔憩室炎早期,虽然自觉症状在上腹部或脐周围,但右下腹压痛最明显。轻度腹肌紧张是疾病早期或轻度炎症引起,压痛亦轻,高度的肌紧张常见于胃十二指肠溃疡穿孔、胆囊穿孔、急性坏死性胰腺炎等所致的化学性腹膜炎;而坏疽性阑尾炎等所致的细菌性腹膜炎或肠穿孔后肠内容物的刺激则较轻,腹肌紧张也稍轻些;出血性腹膜炎的腹膜刺激最轻。

其次要注意腹部有无肿块、确定其位置、形状、大小、表面、边界、质地、硬度、压痛、活动度等,固定而有触痛的是炎性肿块,实质性压痛较轻或无压痛的为肿瘤,囊性的为囊肿或扩大的

肠袢、膨胀的膀胱；上腹或右上腹部出现“腊肠样”肿块可能为肠套叠。男性病人应常规检查阴囊以排除睾丸、精索附睾等疾病，而育龄妇女下腹痛时要常规行直肠或阴道检查，因很多是卵巢或输卵管的病变或急性特异性盆腔感染。

(3)叩诊

腹部叩诊有助于鉴别腹内肿块或脏器的性质，叩诊时要着重注意有无叩痛、肝浊音界有无消失，有无移动性浊音。叩痛表明腹内器官及腹膜有病变，常见于急性腹膜炎，肝肾部位的叩击痛表明肝肾可能有病变，如肝脓肿、肾结石、膈下脓肿等。胃肠道穿孔时，气体溢入腹腔形成气腹，则肝浊音界缩小或消失。当腹腔内各种原因如腹水、腹腔内炎性渗出物积聚、内出血、空腔脏器穿破内容物外溢等产生积液时，可叩及移动性浊音。

(4)听诊

应注意肠鸣音的变化如亢进、减弱或消失。听诊部位以右下象限接近脐部为准，但对其它象限亦要进行听诊，且听的时间不要过短，一般不低于5分钟。正常肠蠕动音为每分钟2~4次，中度高低，清晰可闻，但在饥饿或饱食后肠音增强。肠鸣音亢进常出现于急性肠炎，机械性肠梗阻，气过水音、金属音为肠梗阻的特殊体征，梗阻越完全肠鸣音越高亢；肠鸣音由高亢转变为减弱或消失，表明机械性肠梗阻由单纯性转变为绞窄、坏死。幽门梗阻、急性胃扩张等使胃内含大量气体、液体时可出现震水声。

3. 直肠、阴道指诊

急腹症病人应常规作直肠指诊，已婚妇女疑有妇科疾病时需作腹壁阴道双合诊。指套要涂肥皂或润滑剂，手法要轻柔。如盆腔位阑尾炎可有右侧盆腔外触痛；盆腔脓肿可发现直肠前壁水肿增厚、隆起、波动感、有明显触痛，直肠癌合并低位肠梗阻，直肠指套染血，并可扪及直肠腔狭窄或肿瘤；卵巢囊肿蒂扭转经双合诊检查附件可发现包块；异位妊娠内出血阴道检查宫颈有举痛，后穹窿饱满，尤其后穹窿穿刺有血液。

(三) 实验室检查

实验室检查有助于进一步确定疾病的部位、性质与严重程度以及相似疾病的鉴别。血常规、胸腹透视应列为急腹症常规检查。其它检查应根据病情有针对性地选用，以免繁琐。

1. 血液检查

血常规包括红细胞、血红蛋白、白细胞总数和分类计数，对是否存在贫血、感染有一大体了解。疑有出血性疾病加做出血、凝血时间测定，有脾亢、紫癜者加做血小板计数。对腹腔有内出血可疑者应密切随访红细胞、血红蛋白和血细胞压积，观察动态变化，如出现进行性下降趋势则内出血可能性大。白细胞总数和中性白细胞计数上升提示存在炎症或感染，或炎症的轻重程度，例如急性阑尾炎，随炎症变化白细胞逐步升高。小儿阑尾炎的白细胞早期就可达 $15 \sim 18 \times 10^9/L$ 。肠梗阻病变由单纯性变为绞窄性，除临床表现外，血白细胞及分类计数升高有参考意义。嗜酸性白细胞计数升高提示寄生虫感染或过敏性疾病。考虑需要输血者应常规配好血型。

2. 尿液检查

尿常规包括尿糖、蛋白、比重和镜检项目。不少隐性糖尿病病人可从常规尿糖检查发现线索。尿中发现大量白细胞伴有尿路刺激征考虑为尿路感染。肉眼或镜检血尿伴肾绞痛提示尿路结石，疑有急性胰腺炎时，应同时测血、尿淀粉酶，如淀粉酶明显增高者可明确诊断。

3. 大便检查

大便查红、白细胞可初步了解肠道是否存在炎症、出血性疾病,粪便表面附有鲜血往往提示出血病变较低。大便隐血试验多次阳性提示胃肠道可能存在肿瘤、溃疡、炎症或缺血性疾病。大便检查寄生虫卵常为儿童腹痛的辅助诊断之一。

4. 血清生化学检查

血清生化学检查内容繁多,临床上必须根据需要择要选用,如诊断急性胰腺炎,测定血清淀粉酶值。胃肠道梗阻病人有大量呕吐、腹泻、水电解质紊乱、酸碱失衡和休克病人,应测定血清钾、钠、氯、二氧化碳结合力。肝肾疾患需作肝肾功能生化测定。中老年病人血糖检查应列为常规。

(四) 其它检查

其它检查同样项目繁多,有简单、有复杂、有损伤性和非损伤性,同样应结合疾病和病情需要选用,不可盲目采用或单凭检查作出诊断。

1. X 光检查

急腹症病人应常规胸腹透视,必要时加摄立位、卧位胸腹片,另外尚有X线造影、钡剂灌肠等。X线检查的指征是呕吐、腹痛、腹胀、腹块、便秘、便血等。胃十二指肠溃疡穿孔,约80%以上可见膈下半月形气体阴影,少数病人急诊时无气腹X征,若怀疑穿孔可考虑在抽尽胃液后,经胃管注入空气100ml左右,嘱病人左侧卧位数分钟,再作立位X线检查,常可显示膈下游离气体,肠梗阻立位X线片显示梗阻肠曲内多个气液平面,不仅可诊断肠梗阻,还可明确梗阻的性质和程度。胆道系统感染和结石症者,摄片或造影检查可见到结石阴影和查明胆囊的功能。肠套叠患儿可在X线透视下,钡剂灌肠可明确诊断和治疗。

2. B 型超声检查

超声成像法近年发展迅速,应用范围日趋扩大,可应用于肝胆、脾、胰、肾、腹腔、膈下、盆腔等疾病,方法简单、方便、无损伤性,对上述疾病不仅可以诊断,还可用B超定性定位,穿刺引流等。

3. 内窥镜检查

急腹症消化道出血病人,内窥镜检查是常用方法,纤维胃镜、纤维结肠镜检可发现上消化道、结肠出血原因和部位,并可通过内窥镜采取活体组织标本进行病理检查。经纤维十二指肠镜检作逆行胰、胆管造影可直接观察十二指肠及乳头病理变化,以帮助诊治。

4. 诊断性穿刺

包括腹腔穿刺和阴道后穹窿穿刺,虽然为侵入性诊断方法,但对于急腹症尤其是闭合性腹部外伤,诊断疑难的病例具有重要诊断价值。

二、中医诊法

中医诊病着重于辨证,急腹症的辨证就是根据中医的望闻问切和现代医学检查方法所得到的资料,按照中医理论进行分析、归纳,辨认出疾病的证候,作为立法处方用药和中西医结合分期分型的根据。关于急腹症症状和体征等的采集,可参考上节西医诊法的步骤,本节着重讨论不同于西医诊法的中医特色的内容。

(一) 急腹症的舌诊

急腹症的舌诊除在诊断方面具有重要意义外,对于指导治疗,判断预后,也有一定的价值。急腹症早中期以脾胃功能障碍为主,故舌苔变化较明显。舌苔黄而滑腻为湿热蕴结,白腻者为寒湿,黄燥者为胃腑热甚,黑苔多为重证,色黑而干为热毒炽盛。病程中舌苔由厚腻渐化,乃是湿热渐化之象,常是病势有所好转的表现。若由薄苔变成厚腻苔则预示病情加重。舌苔剥落不全而润者,为阴液微耗,胃气已伤。舌苔光剥而干者,为热盛阴伤。舌质鲜红为血热,红绛者为热入营血,舌质青紫或有瘀斑者为血瘀。总之,一般在邪实病进期,舌质多红或绛,舌苔黄腻或黄燥。在恢复期可出现虚象,如舌质淡而胖、无苔或少苔。

(二) 急腹症的脉诊

脉象对急腹症的诊断、治疗、预后同样具有十分重要的意义。急腹症临床表现多为实热证,以腹痛为主,故脉象多见洪数、弦数,疼痛剧烈为弦紧,湿热蕴结者多为滑数,若由洪、弦、滑、数转为濡缓,则为病情好转的表现,反之则为病情发展。气滞血瘀较甚者可见涩脉,伤阴脱水,往往可见细数脉。出血性疾患,由沉细脉转为芤脉,乃是病情趋向恶化。由于急腹症具有发病急、变化快的特点,其脉象随病情转变不断变化,所以应勤加诊视,动态观察。值得注意的是一部分病人的脉象不能完全反映出疾病的严重程度,此时应“舍脉从证”,以免误诊。总之,急腹症的脉象在邪实病进期,阳脉居多,如洪大、弦数、滑数等,在恢复期可出现阴脉,如沉细、虚缓等。

(三) 急腹症的经穴触诊

中医认为“有诸内必形诸外”,因此若脏腑有病,常在其经络相应穴位或某些特定部位可以找到反应点,反应点的表现为压痛、麻木、硬结、索条或电阻值升高等。临床实践证明,急腹症的阳性率在60~80%之间,因此,经穴检查可以辅助诊断急腹症。此外,随着疾病的好转,穴位的异常也随之好转,如压痛点消失、电阻下降直到消失等。一般胃肠系统急腹症患者在足三里下3~5厘米可有反应点。肝胆系统病变在阳陵泉下3~5厘米可有反应点,通常右侧为多。此外,溃疡病穿孔、胃扩张在梁丘穴,肠梗阻在温溜穴,肠穿孔、阑尾炎在养老穴,肝疾患在中都穴,胆道疾患在外邱穴,胰腺炎在地机穴,均可找到反应点。

同时,在疾病相应的耳部穴位上也可用探针、毫针柄、火柴杆或耳穴探测仪发现异常,以帮助急腹症的诊断。常见的异常有:压痛,敏感点出现响声,相应部位皮肤变色、变形、丘疹及脱屑等。

(四) 急腹症的中医辨证

中医的“证”不同于现代医学的“症状”和“症状群”,而是根据四诊得到的资料,归纳分析,提出病因,明确疾病的部位、性质,权衡正邪力量的对比,从而得出某一疾病的综合概念。根据中医理论,急腹症的辨证常分为八纲辨证、脏腑辨证等。

1. 八纲辨证

八纲即阴阳、表里、寒热、虚实,可以据此辨别疾病的性质、部位、正邪盛衰。急腹症的急性期绝大多数表现为里、实、热证,寒实证比较少见,而虚实证更少见,即使有亦为虚中夹实。辨明虚实,对于指导治疗和判断预后有一定指导意义,因此,急腹症病人在八纲辨证中,最重要的是

辨别虚实,它代表着病邪与机体相互斗争的情况,并随病情的发展而变化,虚是指正气虚,实是指邪气实。

(1) 实证

急腹症的早期和中期,邪气实而正气盛,正邪争斗剧烈,临床常表现为实证,患者腹痛为持续性,拒按,压痛固定,腹胀满而不减,发热,有包块,黄疸,渴欲饮水,口苦,大便秘结,小便黄赤,苔黄腻或黄燥,脉象洪数或弦紧而数。

(2) 虚证

见于部分急腹症恢复期或手术后病人,此时为邪去正虚,临床上可见各种虚证,如气虚、血虚、阴虚、阳虚等。

2. 病因辨证

急腹症常见的病因有七种:

(1) 气

以气滞、气郁、气逆为主。腹痛时发时止,痛无定处,气聚则痛而见形,气散则平而无迹,苔白脉弦者为气滞,郁闷不舒为气郁,气逆则痛连胸胁,恶心呕吐。

(2) 血

以血瘀为主,痛有定处,如刺而拒按,时发寒热,舌质见紫暗或瘀斑,脉沉涩。

(3) 寒

寒痛喜暖怕冷,得热则舒,面色苍白,手足逆冷,舌淡苔白脉沉紧。

(4) 热

热痛喜寒恶热,腹痛拒按,身热尿赤,舌红苔黄,脉洪滑数。

(5) 湿

痛而绵绵,身重纳呆,头沉胸闷,舌胖苔腻,脉滑或缓。

(6) 食

饱暖吞酸,恶心呕吐,腹满便结脉实而滑。

(7) 虫

时痛时止,恶心吐蛔,吐涎水或黄绿水,腹胀便结,有红花舌,脉乍迟乍数。

以上七类可单独致病,亦可相兼为病,或互相转化。

3. 脏腑辨证

急腹症中,肝胆、脾胃、大小肠的见证最多,且往往涉及两脏(腑),由于病邪不同,脏腑各异,故临床见证不一。临床辨证时应结合有关脏腑的生理病理特点综合分析,方能切中病机,治之恰当。

总之,急腹症的辨证方法虽多,但举其要者,不外虚实二端。虚实明,则补泻不差,否则虚而攻则更剧,实则补而愈剧,因此要抓住辨证的要点,始不误事。现将虚痛与实痛的辨证要点总结如下:

实痛(热痛):八纲多为阳证、热证、病位浅,多在经在腑,腹痛的特点为痛而剧烈,胀闭,拒按,喜寒,饱则痛甚,脉实气粗,病程短,年壮新病,补而不效。

虚痛(寒痛):八纲多为阴证、寒证、病位深,多在络在脏,腹痛特点为痛而徐缓,喜按、喜热,饥则痛甚,脉虚气少,病程长,年老病久,攻则愈剧。

第四章 其它疾病

第一节 乳房疾病

一、乳房生理

(一) 西医的乳房生理

女性乳房位于胸前3~6肋间,呈半球形,左右对称。乳房前方的中央突起称为乳头,其周围的色素沉着区为乳晕,直径约3~4厘米。乳房内有15~20个呈放射状排列的腺叶,每一腺叶内有一大乳管,其由小叶内的腺管逐渐汇集而成。15~20条大乳管呈放射状聚向乳晕,共同开口于乳头。作为女性第二性征重要标志的乳房,其基本生理功能为泌乳。乳腺的生理活动受多种激素的调节和影响,在月经周期的不同阶段,乳腺的生理状态呈周期性改变。在妊娠和哺乳期,腺管增长、增多,腺泡分泌乳汁。在哺乳期以后,乳腺生理活动处于相对静止状态,其中催乳素(PRL)、雌激素(E)对乳腺的影响起主导作用。催乳素是垂体的一种蛋白激素,其重要作用是促进乳腺生长发育,发动和维持乳腺分泌。雌激素以雌二醇(E₂)生理活性最强,主要来源于卵巢,其可以使乳腺导管增长、增多,是直接刺激乳房生长发育最重要的激素。乳房含有丰富的淋巴管网,其输出途径亦较多。因此,熟知乳房淋巴管网的解剖生理,对乳房病的诊治非常重要。另外,乳房参与性活动的全过程,在性反应周期中,乳房是女性除生殖器以外最敏感的器官,可表现为乳头之勃起,乳房血管充血,乳房增大等。

(二) 中医对乳房生理的认识

祖国医学认为乳房主要由乳头、乳晕、乳房、乳络四部分组成。关于乳房的经络、生理等方面的记载最早见于《黄帝内经》。《黄帝内经灵枢·经脉第十》中曰:“胃足阳明之脉……其支者,从缺盆下乳内廉,下挟脐,入气街中。”“脾足太阴之脉……上腹属脾络胃,上膈……其支者,复从胃,别上膈,注心中。”“肾足少阴之脉……挟胃属肝络胆,上贯膈,布胁肋。”“脾之大络,名曰大包,出渊腋下三寸,布胸胁。”《黄帝内经素问·骨空篇第六十》中曰:“任脉者,起于中极之下,以上毛际,循腹里,上关元,至咽喉,上颐循面入目。冲脉者,起于气街,并上阴之经,侠脐上行,至胸中而散。”而后世医家余听鸿著《外证医案汇编·乳胁腋肋部》附论中说:“乳头属肝,乳房属胃,男子乳房属肾,此乃先哲大概言也……”其记述言简意赅。

在儿童时期,男女乳房基本无变化。到了青春期,则男女生理差异明显,女子“二七天癸至,冲脉通,太冲脉盛,月事以时下”(《素问·上古天真论》),作为女子性征器官的乳房迅速发育,渐趋成熟,乳头凸出,乳晕范围扩大,乳房紧张而有弹性,呈半球形。妊娠和哺乳期,乳腺明显增

生,乳管增长,腺泡分泌乳汁,乳房增大一倍左右。哺乳后期,乳腺退化而处于相对静止状态。进入更年期,肾中精气衰退,任脉虚,太冲脉衰,天癸竭,地道不通,乳房体积缩小、松弛或干瘪。

祖国医学认为乳头属足厥阴肝经,乳房属足阳明胃经。脾胃为气血生化之源,乳汁的生成源于脾胃,为气血所生;肝主疏泄,乳汁的分泌与控制有赖于肝木之气的条达;冲任为经络之海,五脏六腑之海,冲任之气血,上行为乳汁,下行为月水,故乳汁的厚薄依赖于冲任的盛衰。

所以,乳房的正常生理功能与脾胃、肝、肾、冲任有关,尤其最为密切的是肝胃两经和冲任两脉。

二、乳房病理

(一)西医乳房病理

感染性和肿瘤性乳房病是乳房疾病的常见病、多发病。感染性乳房疾病多由于全身抗感染能力下降、乳汁淤积、细菌入侵,使细菌侵入导管并在其内生长、繁殖,引起炎症。炎症的局部变化,初期主要是血管扩张,通透性增强和白细胞的浸润,故出现红、肿、热、痛,白细胞增多。炎症进一步发展,局部组织破坏,大量白细胞坏死、液化形成脓肿。感染严重者可并发败血症。致病菌多以金黄色葡萄球菌为主。

肿瘤性乳房疾病一般认为主要是各种原因引起内分泌激素失调,使乳房内的某些组织增生而致。如雌激素可诱发动物发生纤维腺瘤,并可加速妊娠女性肿瘤的生长,纤维腺瘤可来源于上皮或纤维结缔组织。而乳管内乳头状瘤大多起源于较大的乳腺管。乳腺癌变后,则腺上皮细胞均有增殖,细胞排列的极性紊乱,细胞体积变大,核增大,致核浆比例增大,细胞有异性,或出现病理性核分裂。而乳腺增生病的发病主要是由于内分泌激素失调的观点已为大多数研究者接受,而病理形态学改变又多种多样,致累及大、中、小导管和腺泡及基质,多起源于未梢导管的小叶单位(TDLU),可表现为上皮增生和腺病两种类型。

(二)中医对乳房病理的认识

祖国医学认为乳房疾病由于病种不同,其病因病机亦不完全相同。前人根据脏腑、经络与乳房的关系,认为外感六淫、内伤七情、饮食不节等引起肝、肾、脾胃、冲任二脉生理功能失调是导致乳房发病的病因病机。

感染性乳房疾病(乳痈、乳发)多由于乳头破碎,感染邪毒;或过食肥甘厚味,脾胃运化失常,胃热壅盛;或情志不畅,肝失疏泄,肝郁气滞,排乳不畅,久而化热,热盛肉腐而为脓。正如《丹溪心法·乳痈》中指出:“乳房,阳明所经;乳头,厥阴所属;乳子之母,不知调养,怒忿所逆,郁闷所遏,厚味所酿,以致厥阴之气不行,故窍不得通而汁不得出,阳明之血沸腾,故热盛而化脓。”《疡科心得集·辨乳痈乳疽论》中也指出:“夫乳痈之生也,有因乳之时,偶尔贪睡,儿以口气吹之,使乳内之气闭塞不通,以致作痛,因循失治而成者;有因所乳之子,膈有滞痰,口气焮热,含乳而睡,热气吹入乳房,凝滞不散,乳汁不通,以致结核化脓而成者,又有肝胃湿热凝聚,或风邪客热壅滞而成者。”《仙传外科集验方·敷贴热薄第四》对乳痈发生后的病理变化,颇有见地的提出了看法:“初发之时,切不宜用凉药冰之,盖乳者血化所成,不能漏泄,遂结实肿核,其性清寒,若为冷药一冰,凝结不散,积久而外血不能化乳者,方作热痛蒸逼乳核而成脓,其苦

异常。”

肿瘤性乳房疾病(乳癖、乳岩)多因情志内伤,损伤肝脾,肝气不舒,气滞血瘀;脾失健运,痰浊内生,气滞血瘀痰浊相互交凝,阻滞经络,结聚于乳房而成“乳中结核”。另外,肿瘤性乳房疾病也与肝肾不足,冲任失调有关。《外证医案汇编·乳胁腋肋部》则言简意赅地指出:“乳症,皆云肝脾郁结,则为癖核,胃气壅滞,则为痈疽,……内吹、外吹、乳痈、乳疽属阳者多。……乳核、乳癖等坚硬,属气郁者多”。

三、乳房疾病的诊断

(一) 西医诊法

1. 视诊

(1)一般观察:病人坐正,解开上衣,充分显露双乳,乳房大小、位置、形态、基本对称。不对称提示乳房可能有肿块或脂肪坏死病灶。一侧乳房浅表静脉扩张常表明患有晚期乳癌或肉瘤。

(2)乳房皮肤改变:乳房皮肤发红而局部未敷贴刺激性药物多为急性化脓性炎症表现。皮肤有较大范围发红充血伴水肿时,应考虑炎性乳癌。皮肤呈“橘皮样”改变,为乳癌晚期的特有体征。

(3)乳头改变:乳头内缩提示乳头深部癌肿,但乳头发育不良及乳头周围慢性炎症也可致乳头内缩。乳头皲裂或内缩伴乳头周围沟内有渗出物应与乳头湿疹样癌鉴别。

2. 扪诊

主要了解乳房有无肿块和溢液及溢液的性状。

(1)乳房肿块:应注意其部位、大小、形态、质地(软、中、硬)、边界(清楚、不清楚)、表面情况(光滑、高低不平)、活动度等。一般肿块质硬、边界不清、表面高低不平、活动度差多提示乳癌。乳房肿块应注意与肋软骨炎、胸壁结核和肋骨肿瘤等鉴别。

(2)乳头溢液:轻压乳晕或肿块时,注意乳头有无溢液。自行溢液者多为病理性溢液。并注意溢液的性状,如浆液性、脓性、血性、乳汁样等,以及溢液的数量。另外,单孔溢液多见于乳房导管内乳头状瘤。

(3)淋巴结情况:注意腋窝及锁骨上下窝淋巴结是否肿大,以及数量、质地、活动度等。

3. 辅助检查

(1)乳房钼靶X摄片:主要作用是发现乳腺的病变,特别是不能扪到的乳腺肿块。一般认为肿块边界光整,常为良性肿瘤征象;肿块边界不光整,具有分叶和毛刺常为恶性肿瘤的征象。

(2)乳腺导管造影术:适应于非妊娠、非哺乳期的乳头溢液,或乳头溢液超过正常哺乳期而X线平片不能显示者。

(3)乳腺超声检查:对区别囊性和实质性肿块有明显优势,但对良、恶性实质肿块的鉴别不够可靠,特异性不高。

(4)乳房近红外线扫描:因人体对近红外光(600~900nm 波长)的散射不明显,但血红蛋白对近红外光有明显亲和力。因此乳腺内不同病灶的血供不同,经近红外线透照后所成图象各异。因红外线扫描有快速、简洁、无损伤等特点,目前已广泛应用于临床。

(5)脱落细胞学检查:对鉴别乳头湿疹样癌有一定的诊断价值。

(6)细针穿刺吸取细胞学检查:对于许多乳房疾病的诊断及鉴别肿瘤性质甚有帮助,尤其是对乳腺癌肿的诊断具有良好的敏感性和特异性。

(7)乳头溢液涂片检查:对诊断伴有乳头溢液的乳房疾病有帮助。

(8)活组织病理检查:能够对乳房病变作出肯定诊断和确定病变性质,是一种应用最广泛、结果最可靠的方法。

(二)中医诊法

祖国医学关于乳房疾病的诊断同其它疾病的诊断一样,需要局部症状和全身症状相结合,望、闻、问、切诊均占有重要地位。

1. 望诊

由于乳房疾病的种类不同,患者的临床表现各有差异。首先应观察患者的精神状态,以判断疾病对全身的影响。令患者端坐,解开上衣,充分显露双乳,以便对比检查。

(1)乳房大小:一般情况,乳房左右对称。①乳房过小与年龄不符系先天禀赋不足。②乳房过大下垂系气虚所致的乳悬。③乳房左右大小不等系或因先天性大小不等,或因行切开引流术后疤痕收缩致患侧小于健侧。④乳房较原来增大,伴有红肿或胀痛等症状为乳痈、乳癖等。

(2)乳房皮肤改变:①皮下青紫有瘀斑者多为外伤所致。②局部皮肤红肿灼热疼痛者多为热毒所致之乳痈、乳发。③局部皮肤呈暗红色或褐色,破溃有清稀或豆腐渣样分泌物者多为乳癰。④皮肤晦暗、水肿、橘皮样改变或局部皮肤内缩凹陷多为乳岩。

(3)乳房漏管和溃疡:①疮口有脓液或乳汁流出者多为乳痈切开损伤乳管且处理不当所致。②疮口有清稀或豆腐渣样物质流出者多为乳癰。③疮面溃烂凸若泛莲,深如岩穴,血水淋漓者为乳岩后期。

(4)乳头改变:①乳头破碎、糜烂、结痂多是因为被乳儿咬破或用力吸吮所致。②乳头内陷或抬高多为乳岩、乳癰的表现。

(5)乳头溢液:①脓性溢液多见乳痈、乳发。②浆液性或血性溢液多为乳岩、乳衄等。

2. 问诊

对于疾病的现病史、既往史的询问是正确判断乳房疾病的重要方法之一。

(1)年龄:乳岩多发生于40~65岁的妇女;乳癖好发生20~25岁青年女性。

(2)发病情况:①初产妇产后不久,乳房出现红肿热痛伴发热者为乳痈。②中年妇女,乳房肿块胀痛,经前加重,经后减轻为乳腺增生病。③非哺乳期,乳窍溢血,要考虑乳癖,更应注意乳岩的可能性。④乳房肿块,生长较快者首先要考虑乳岩的可能。

(3)月经史:注意月经周期是否规律以及经期乳房有无变化。询问闭经的时间。

(4)婚育史:乳岩与婚育史有关。《外科医镜·乳岩乳痰乳癖》中说:“凡患乳岩一症,多系孀妇、室女或尼姑。”

3. 闻诊

主要嗅溃疡面分泌物的气味。分泌物微带腥味者为乳痈、乳发溃后;分泌物臭秽难闻者为乳岩后期。

4. 切诊:包括脉诊和触诊

触诊是辨认乳房肿块的重要方法之一。四指并拢,在乳房上用指腹轻柔按摸,切勿用手抓捏,以免误将乳腺组织作为乳房肿块。按内上—外上—下内—下外的顺序按摸乳房,然后检查

乳晕、乳头,同时注意乳头有无分泌物溢出。最后检查腋窝、锁骨上下窝的淋巴结是否肿大。检查时应先检查健侧乳房,再检查患侧。发现乳房肿块时,应注意肿块的位置、大小、数量、质地(软、中、硬)、表面光滑度(光滑、高低不平)、边界(清楚、不清楚)、活动度等。但是确定一个肿块的质性还需结合望、闻、问诊及现代医学的各种检查方法。

(三) 中医对实验室检查病理性改变的认识

1. 血液检查

(1) 急性乳房炎:

血常规见:白细胞、中性粒细胞均增高。

中医多从清热解毒认识,运用清热解毒的药物取得疗效。现代药理研究认为清热解毒药具有不同程度的消炎、抗感染(抗菌、抗病毒)等作用。而后期血象恢复正常或近正常,则予活血化瘀佐以清热解毒药或应用补法。

(2) 产后少乳:

血常规见:红细胞、血红蛋白降低,多见贫血者。

中医多从虚证认识,运用补气养血药物取得疗效。

2. 病理改变

对增生性疾病,有医家通过红外光扫描发现患者的乳房血管有纡曲扩张,符合中医有关瘀血之理论。中医多从活血化瘀论治,取得疗效。而近年通过组织形态学、组织化学及细胞动力学方面的研究,中医对乳腺癌前病变的研究有了进一步认识。从癌前病变到癌的生物转化过程中,中医认为肾、脾、肝三脏的相互协调起着关键作用,有人从补肾、健脾、疏肝着手探讨防治乳癌的研究,取得了一定成果。但如何使中医辨证微观化,尤其如何认识这些现代科学所获得的微观资料,尚需进行深入探索。

第二节 泌尿及男性生理系统疾病

一、泌尿及男性生殖系统生理

(一) 西医的泌尿及男性生殖系生理

1. 肾脏生理

正常肾脏的生理功能大致可归纳为三个方面,排泄机体代谢终末产物,维持体内水、电解质和酸碱平衡,产生和释放多种生物活性物质。

肾血流量是全身血流量最多的器官,每分钟流经两侧肾脏的血液约 1000~1200ml,其中 90% 分布在皮质。除供给自身组织细胞的代谢外,主要用于维持肾血管的灌注压力,保证肾小球的滤过和促进肾小管的转运,以执行其复杂的生理功能。近年来通过微穿刺和微血管造影技术研究显示,肾组织内有三组结构和生理特征上均不相同的微循环,即肾小球微循环,肾小管周围微循环和髓质微循环,对调节肾小球的滤过率及对尿液浓缩机制的产生具有重要意义。

肾小球的滤过是肾脏生成尿液过程的第一个主要步骤,每天经肾小球滤过的液体约

180L,而肾小球滤出的大量富含各种溶质的液体,在流经肾小管后,最终仅有1%形成尿液排出体外,而得以保持机体内环境的稳定,主要依靠肾小管的转运功能。包括水和电解质的转运、酸碱平衡的调节和有机物的排泄与转运。

肾脏还是体内一个重要的内分泌器官,它产生的许多激素和生物活性物质,如肾素、前列腺素、促红细胞生成因子、激肽释放酶-激肽系统,不仅与其自身的外分泌功能相互关联,而且还涉及全身许多生理功能的调节。

2. 膀胱生理

膀胱功能与排尿周期有关,储尿期是尿液的容器,排尿期是排尿的动力,受盆神经和腹下神经支配。一般成人尿量在400ml以下时,其内压力无明显变化,当尿量达400~500ml时,膀胱内压才急速上升,从而引起排尿反射,膀胱的逼尿肌、膀胱底及后尿道的活动均在神经系统控制下运动,而且各部协调运动,是神经系统协调活动的结果。但如果有关的肌肉受到损害,也将引起排尿障碍。

3. 前列腺生理

当进入青春发育期(12~17岁)时,前列腺随着血浆睾丸酮浓度上升而增大,约 $3.5 \times 2.5 \times 2.5\text{cm}^3$,重约18g。人类的前列腺液是一种无色、微酸性液体($\text{PH}6.5 \pm$),含有多种水解蛋白酶,前列腺液还是精液中枸橼酸和酸性磷酸酶的主要来源,测定上述两种成分的量可以做为衡量前列腺功能的指标。前列腺液还是精液中钙的主要来源,前列腺还分泌高浓度锌,以游离锌或锌蛋白复合物的形式存在于精液中,当发生前列腺炎时,锌浓度将大大降低。

激素对前列腺的功能有重要的调节功能,雄激素对前列腺的作用可分四个方面:①分泌物的形成和运输。②维持前列腺的活性。③预防腺体的自噬作用。④控制核的增生,有丝分裂与蛋白质合成。少量雌激素可造成前列腺发育障碍或萎缩,而大量雌激素则能促进前列腺上皮增生、磷化,同时基质也增生。此外,催乳素、胰岛素对前列腺也有一定的调节作用。

(二) 中医对泌尿及男性生殖系统生理的认识

中医对泌尿生殖系生理的认识主要表现在对肾和膀胱生理的认识。由于无前列腺一词,其生理功能多概括于肾、膀胱、三焦等脏腑的功能之中。

中医学认为,肾位于腰部,脊柱两旁,左右各一。由于肾藏有“先天之精”,为脏腑阴阳之本,生命之源,故称肾为“先天之本”。其主要生理功能为藏精,主生长、发育、生殖和水液代谢。肾所藏之精气禀受于父母的生殖之精,即“先天之精”,和脾胃运化水谷生成的水谷之精气,即“后天之精”。二者相互依存,相互为用,其主要生理效应是促进机体的生长、发育和逐步具备生殖能力。肾主水的理论更与现代医学的泌尿系统理论密切相关。中医学认为,肾中精气的蒸腾气化,主宰着整个津液代谢,特别是尿液的生成和排泄,如果其功能失常,则可引起关闭不利,小便代谢障碍而发生尿少、水肿等病理现象,又可引起气不化水,而发生小便清长、尿量增多等病理现象。并且“肾主阴”,因此尿频、尿痛、遗尿、尿少或尿闭,均与肾的气化功能失常有关。

膀胱位于小腹中央,其主要生理功能是贮尿和排尿,故《素问·灵兰秘典论》说“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。”所谓膀胱气化,实际上隶属于肾的蒸腾气化。膀胱一旦发生病变,主要表现为尿频、尿急、尿痛,或小便滴沥不利,甚则尿闭,或是遗尿,甚至小便失禁。

二、泌尿及男生殖系统病理

1. 尿石症病理

(1)原发性病理改变 肾结石病人同时存在的钙化灶很早即为人们所注意。电镜下观察,在各种致石因素作用下可很快看到肾曲小管微绒毛大量脱落。线粒体发生空泡样变甚至支离破碎、溶酶体增多、肾小管内形成大量的基质颗粒。肾乳头部易形成钙化斑,常有明显钙沉积和晶体簇团,钙化灶一旦暴露于尿中,将成为结石形成的牢固基础。当钙斑脱落后,此斑即是理想的尿石核心。

(2)继发性病理改变 与结石的形态、大小、活动度和所在部位等关系密切,主要表现为局部损害、梗阻和感染。肾盏、肾盂的结石可造成粘膜上皮细胞脱落、溃疡形成及间质纤维化,输尿管因结石损伤可导致局部水肿、充血、上皮脱落、糜烂或坏死。损及小血管可引起血尿,尿石梗阻还可引起不同程度的病理改变,严重时发生高度肾积水,肾实质萎缩和纤维化。严重感染和梗阻可形成脓肾。长期存在的结石还可诱发鳞状上皮癌。

2. 前列腺增生症病理

Mc Neal 把前列腺体分三部分,最大部分为周边区,其次为中央区,共占腺体的 95%,其余 5%为移行区。而移行区是前列腺增生发生的唯一部位,。Bartsch 研究认为基质增生是前列腺增生的主要病理特征,病理组织学检查可见增生结节内的腺泡由表层分泌细胞和基质层细胞被覆,并可见新的或陈旧性梗塞病变。前列腺增生后,增生的结节将腺体其余部分压迫形成所谓“外科包膜”,两者有明显分界。前列腺增生引起下尿路梗阻将导致膀胱无张力而扩大,输尿管膀胱壁段延长、僵硬,导致输尿管的机械性梗阻;膀胱失代偿后,输尿管壁段又可缩短,加之膀胱内压升高,出现输尿管返流,终致肾积水及肾功能损害。

3. 急性细菌性前列腺炎病理

急性前列腺炎导致部分或整个腺体明显炎症,大致分三个阶段:

(1)充血期:后尿道、前列腺管及其周围间质组织充血、水肿及周围细胞浸润,有成片分叶核粒细胞,腺管上皮细胞时有增生及脱落。

(2)小泡期:炎症继续发展,前列腺管和小泡水肿及充血更明显,前列腺小管和腺泡膨胀,形成许多小型脓肿。

(3)实质期:微小脓肿逐渐增大,侵入更多的实质和周围基质,这种情况以葡萄球菌感染较多见。

4. 慢性前列腺炎病理

慢性细菌性前列腺炎组织学检查无物异性病变,在腺泡内和周围有不等的浆细胞和巨噬细胞浸润,而这些改变也常见于无菌尿及无细菌感染的前列腺炎。

三、泌尿及生殖系统疾病的诊断

(一)病史及症状

1. 尿频

正常成人白天排尿4~5次,夜间0~1次。尿频常由膀胱炎症、结石、异物等刺激使膀胱容量减少所致。各种原因排尿障碍,如BPH、尿道狭窄、神经性膀胱功能障碍等,膀胱不能完全排空,有较多的残余尿,使膀胱的功能性容量减少,也是尿频的常见原因。

2. 尿急

有尿意时迫不及待排尿,否则尿自动外溢,表明膀胱处于激惹状态。见于膀胱炎、异物、BPH等病。

3. 尿痛

排尿时耻骨后、下腹、阴茎根部或尿道远端。见于膀胱炎、急性前列腺炎、膀胱结石或异物等。

4. 排尿困难、排尿费力、轻者起尿慢、尿线无力、变细或分叉,尿不尽感。自觉不能排空,重者尿不成线,呈滴沥状,甚至完全不能排尿。见于尿道狭窄、BPH、尿道结石或异物,尿道外伤等。常伴有残余尿。

5. 尿潴留

膀胱内充满尿液而不能排出,是严重排尿障碍的后果,见于BPH、尿道狭窄、尿道结石、尿道创伤等。

6. 血尿

肉眼可见尿中有血称肉眼血尿,仅在显微镜下见到多于正常的红细胞称镜下血尿,血尿伴尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状,见于膀胱炎、膀胱异物、膀胱结核、尿石症等,无痛血尿常为泌尿系肿瘤的症状。

血和尿混合的情况可提供血液来源及病因的线索。①全血尿表示血的来源在膀胱颈以上,包括肾、输尿管和膀胱。②终末血尿,排尿将近结束时出现血尿或滴出数滴鲜血,表示出血来自膀胱颈、膀胱三角区和后尿道。③初血尿或称开始血尿,排尿开始为血尿,以后逐渐变清,表示病变在尿道或膀胱颈。

7. 疼痛

泌尿及男生殖器官病变引起的疼痛常在该器官所在的部位,但也可按神经支配反射至其它相关部位。肾盂及输尿管结石引起的绞痛是由肾盂输尿管梗阻平滑肌痉挛所致。常呈发作性剧烈绞痛,向下腹部、腹内侧、睾丸放射,伴恶心、呕吐、腹胀。膀胱炎症、结石、肿瘤可引起耻骨上或耻骨后疼痛或不适。并常与排尿动作有关或伴膀胱刺激症状。前列腺病变引起耻骨后、腹股沟、阴囊、会阴部疼痛或不适感,并可放射到阴茎及尿道。

(二) 体格检查

体格检查为泌尿男生殖系统疾病诊断的重要组成部分。有些疾病就是单纯依靠体格检查做出诊断,决定治疗方案及对疗效的判断,下面着重介绍前列腺的检查。

直肠指检是对前列腺检查的重要方法。主要了解前列腺的形态、大小,有无结节肿块及压痛。正常成人前列腺如栗子大、质地均匀且有弹性,有中央沟。当有前列腺肥大时,可触及腺体高起或增宽,中央沟消失。慢性炎症时,腺体坚韧不均匀、轻度压痛。急性炎症时有明显触痛。前列腺结核时可摸到结节、高低不平,软硬不一,与周围组织粘连界限不清。有癌肿时腺体向后突出坚硬如石,界线不清固定、前列腺明显肿大。摸不到上缘,质地较软,似有囊性感时,可以为

前列腺肉瘤和脓肿,两者都发生于中青年,都可能有发热和压痛,应结合病史及其它检查进行鉴别诊断。

(三) 实验室检查

1. 尿检查

包括外观、比重、尿蛋白、尿糖、酸碱度、显微镜检查等。

2. 尿三杯试验

可以用来估计出血或感染的部位。方法:在一次连续排尿过程中,在不间断排尿的情况下,以三个瓶子分别收集10—15ml 前段尿、中段尿和后段尿,然后根据需要做常规、细菌学和细胞学检查。

3. 尿细菌学检查

是诊断尿路感染的重要方法,其标本的采集,必须严格掌握无菌操作,尽量避免污染。其方法有清洁中段尿培养法,导尿法和耻骨上膀胱穿刺法等。如为下尿路感染,有必要注意是否存在前列腺炎。

(四) 影像学检查

1. X 线检查

是泌尿系统的重要诊断方法,许多泌尿系疾病的诊断主要以X线影像为依据、腹部X线平片,排泄性尿路造影,逆行肾盂造影对泌尿系统的占位性病变尤其是泌尿系结石的诊断提供可靠依据。而对因肾积水不能行逆行肾盂造影的患者,进行经皮穿刺肾盂造影无疑是安全、有效的诊断方法。另外,DSA、CT也有极大的临床价值。

2. 超声波检查

该方法检查方便,对人体无害,能及时得到结果,故临床广泛用于泌尿系统疾病的诊断。对肾肿瘤、肾积水、肾结石、膀胱肿瘤、结石及前列腺增生和前列腺癌等多种疾病的诊断有一定价值。

3. 磁共振扫描(MR)

是近年发展起来的新的影像诊断技术,对泌尿男生殖系疾病的诊断有极大的价值,具有分辨力高,图像清晰,可做多层面扫描的突出优点,但因价格昂贵,其应用受到一定限制。

第三节 甲状腺疾病

一、甲状腺疾病的病因病理

甲状腺疾病的病因病理相当复杂,至今有些尚不明确。临床上甲状腺疾病除甲状腺机能紊乱外,主要包括甲状腺肿、甲状腺腺瘤、甲状腺囊肿、甲状腺炎、甲状腺肿瘤等。祖国医学称此类疾病为瘰病。

在现代医学中,甲状腺疾病的发病因素很多,且相互影响、错综复杂,广泛涉及到地理环境、饮食、病毒感染、自身免疫、遗传、化学物质、放射损伤、神经内分泌调节等多个方面。

1. 碘的缺乏。高原地区因土质的原因,水源、食物中含碘很低,不能满足机体的需要,从而影响甲状腺激素的合成,常可导致地方性甲状腺肿、克洒氏病等。

2. 机体甲状腺激素需要量的激增。如在生长发育期、妊娠期、哺乳期、寒冷、感染、创伤和精神刺激时,由于机体甲状腺激素的需要量增加,引起长期的促甲状腺激素的过多分泌,出现代偿性甲状腺肿大,并可诱发和加重甲状腺肿,甲状腺腺瘤等疾病。

3. 甲状腺激素生物合成和分泌的障碍。如:过氯酸盐、硫氰酸盐、硝酸盐等,可妨碍甲状腺摄取无机碘化物;磺胺类药、硫脲类药以及含有硫脲的蔬菜(如萝卜、白菜等)能阻止甲状腺激素的生物合成。这些因素均可导致甲状腺肿和甲状腺腺瘤等疾病。

4. 病毒感染。亚急性甲状腺炎常继发于病毒引起的上呼吸道感染或流行性腮腺炎等病,因而有人认为甲状腺炎的发病可能与病毒有关。

5. 自身免疫异常。慢性淋巴性甲状腺炎即由于机体产生了抗甲状腺抗体而致病情加重,迁延难愈。

6. 放射性损伤。临床实践表明,甲状腺癌的发病与放射线照射有关,特别是儿童期如果接受放射治疗,约3—17年后可出现甲状腺癌。

7. 遗传因素。甲状腺病有一定的遗传性。由于家族性遗传所造成的过氧化酶、脱碘酶和水解酶的缺乏,可致甲状腺素合成和释放障碍,进而引发甲状腺疾病。甲状腺髓样癌也与家族性遗传基因异常有关。

另外,有人认为甲状腺腺瘤与甲状腺内残留的胚胎细胞有关;结节性甲状腺肿与甲状腺腺瘤结节可能有共同的起源,是持续性或间断性促甲状腺激素刺激的一种代表性反应。

甲状腺激素的合成和分泌等过程是受下丘脑——垂体前叶所分泌的促甲状腺激素的控制和调节的。近年用放射性碘研究了促甲状腺激素的作用,结果表明,它不但加速甲状腺激素的分泌(滤泡内胶体减少),还能增加滤泡壁细胞摄取血液中的无机碘,促进无机碘转变成有机碘,从而促使甲状腺激素的生物合成(滤泡壁细胞呈球状)。同时,促甲状腺激素的分泌受血液中甲状腺激素浓度的影响。当甲状腺激素分泌过多或给予大量甲状腺激素,都能抑制促甲状腺激素的分泌;反之,在手术切除甲状腺后,或在甲状腺激素的生物合成发生障碍时(如给予抗甲状腺药物),均能引起促甲状腺激素的分泌增加。这种“反馈作用”维持着下丘脑—垂体前叶—甲状腺之间生理上的动态平衡,而上述因素所导致甲状腺良性结节多影响这一动态平衡。实验证实了用丙基硫氧嘧啶抑制甲状腺激素的合成和释放,结果引起垂体促甲状腺激素的分泌增加,进而导致甲状腺肿。

二、中医对甲状腺疾病的病因病机认识

甲状腺病属中医瘰病的范畴,主要包括气瘰、肉瘰、瘰疬、石瘰等。其发病与情志、饮食、水土有关,与体质因素也有密切关系。

1. 水土失宜,饮食失调。祖国医学早就注意到水土、饮食与瘰发病的关系,如后晋张华《博物志》中有“山居多瘰”的记载;《诸病源候论》也指出“瘰者……亦由饮沙水,沙随气入于脉,搏于颈下而成之”。并进一步引《养生方》云:“诸山水黑土中出泉流者,不可久居,常食令人作瘰……”;在《杂病源流犀烛·瘰瘤》中也有“西北方依山聚涧之民,食溪谷之水,受冷毒之气,其间妇女,往往结瘰如瘰”的记载。饮食失调,或居位高山,水土失宜,一则影响脾胃功能,使脾失健

运,不能运化水湿,聚而生痰;二则影响气血运行,痰气聚结于颈前而发为瘰病。

2. 忧思恼怒,情志内伤。情志失调是导致瘰病发生的另一个重要原因。正如《诸病源候论·瘰候》中指出“瘰者,由忧患气结所生”。宋代严用和《济生方·瘰瘤论治》亦说“夫瘰瘤者,多由喜怒不节,忧思过度,而成斯疾焉。大抵人之气血,循环为瘰为瘤”、“动气增患”等各说均述及情志与瘰之形成、消长的关系。由于长期忿郁恼怒,或忧思疑虑,使气机郁滞、肝失条达;而津液之输布有赖于气的统帅,气机郁滞则津聚生痰;气病及血,则血行瘀滞;气、痰、瘀结而为病,循肝经上扰而致颈前结块,发为瘰病,其消长亦与情志有关。

3. 体质因素。瘰病多见于妇女,因妇女的经、带、孕、产、乳等生理特点与肝经气血关系密切,遇情志失调、饮食失宜,常可引起气滞、痰凝、血瘀,以致化火等病理变化,故女性易患瘰病。或肾气虚弱,先天不足,或久病未复,或房事不节,致胃精亏耗,久而肾气亦损,气血不荣,而邪火郁遏,瘀痰交阻,结于颈前而作瘰。另外素体阴虚之人,痰气郁滞之后,易于化火,更加伤阴,而使病程缠绵难已。

综上所述,气滞、痰凝、血瘀乃瘰病形成的基本病理,三者合而为患。瘰病以气、痰、瘀三者壅于颈前,结块肿大为主要临床特征,一般都属实证。但病程日久,痰气郁结化火,火热伤阴,导致阴虚火旺,气阴两伤,成为虚实夹杂之证,临床当注意辨别。尚有少数病例随病情发展会出现脾胃气虚,甚至脾肾阳虚的证候。

三、甲状腺疾病的诊断

(一) 西医诊法

1. 体格检查

正常甲状腺位于甲状软骨下方,表面光滑,柔软,常不易触及,但在吞咽动作时常随之而上下移动,以此可与颈前其它肿块相鉴别。

方法与步骤:首先观察病人颈部,看甲状腺的大小、形态和对称性,然后用触诊检查甲状腺肿大情况。检查时,应先站在病人背后,用双手拇指放其颈后,用其它手指从甲状腺软骨两侧进行触摸,也可在病人对面,以右手拇指和其它手指在甲状腺软骨两旁进行触诊,并同时让病人作吞咽动作。

通过检查,可了解甲状腺肿大程度、性质、对称性、硬度、表面情况(光滑或有结节)结节个数、压痛、对气管的影响等内容。

2. 甲状腺病的种类及特点:

甲状腺肿大可分为三度:不能看出肿大,但能触及者为Ⅰ度;能看到肿大,又能触及,但在胸锁乳突肌以内者为Ⅱ度;超过胸锁乳突肌者为Ⅲ度。

甲状腺病临床可分三大类:一、甲状腺机能紊乱(包括甲状腺机能亢进症、甲状腺机能减退症);二、甲状腺炎症;三、甲状腺结节(包括甲状腺肿、良性结节和恶性结节)。

甲状腺结节(包括炎症结节)的特点因病各异,临床应仔细鉴别。

(1)单纯性甲状腺肿:腺体肿大很突出,可为弥漫性,也可为结节性,不伴有甲状腺功能亢进。

(2)慢性淋巴性甲状腺炎(桥本甲状腺炎)

呈弥漫性或结节性肿大,可伴有红、肿、热、痛,有时肿大腺体可将颈总动脉向后推移,因而在腺体后缘可以摸到颈总动脉搏动。

(3)甲状腺腺瘤:可呈圆形或椭圆形结节,表面光滑,数目不一,规则,较硬。伴有囊肿时,可有囊性感;囊肿出血时,可突发肿痛。

(4)甲状腺癌:触诊时包块有结节感,不规则,质硬。因发展较慢,体积有时不大。

3. 实验室检查

临床上常用放射免疫法测血清中 T_3 、 T_4 ,来测定甲状腺功能。当甲状腺病伴有甲状腺功能亢进时, T_3 、 T_4 均升高;伴有甲状腺功能减低时,均降低。某些情况下,可能发生分离现象。 T_3 是诊断甲状腺功能亢进的灵敏指标。

4. 影像学检查

(1)甲状腺扫描:应用放射性 ^{131}I 、 ^{125}I 、 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 等做甲状腺扫描,可发现异位甲状腺肿,可明确甲状腺肿块的性质及功能状态,可鉴别颈部肿块。

正常甲状腺正面呈蝴蝶形,有时稍大,左右中间有峡部相连,放射性均匀分配,根据甲状腺结节与周围正常甲状腺放射性密度高低的比较可分为“热结节”、“温结节”、“凉结节”、“和”、“冷结节”。

密度较正常增高者为热结节,与正常相等者为温结节,与正常减弱者为凉结节,完全缺如者为冷结节。以此来诊断肿块、结节的性质,如甲状腺癌均为冷结节,其边缘一段模糊;结节性甲状腺肿,若形成囊肿时,也表现为冷结节,边缘较清晰,但也可略模糊;热结节常提示为高功能腺瘤,一般不癌变。

(2)甲状腺超声检查:超声检查主要适用于甲状腺结节性肿块的诊断,确定肿块的存在,并判断肿块的物理特征。甲状腺病变的声像图可以分为甲状腺弥漫性增大及结节性肿大两大类。

弥漫性增大主要见于慢性甲状腺炎,毒性甲状腺肿及甲状腺功能低下等,声像图很少具有诊断意义的特征改变。

在结节性肿大时,如多发性不均匀性结节,多是结节性甲状腺肿,单发性结节性病变中,若肿块边界清楚完整,内部为均质之低回声区,若边界清楚,内回声为无回声区时,为甲状腺囊肿,若边界不清,内回声强弱混杂不均,后方有声衰减,或部分不规则无回声区者,应考虑甲状腺腺癌。

(二) 中医诊法

1. 诊法

患有瘰的病人,常以“颈前包块”为主诉而就诊,诊断时应先嘱病人端坐,双手放于两膝,显露颈部。医者坐于病人对面,观察颈部轮廓,两侧是否对称,有无肿块隆起,并注意其位置、大小、形态;邻近血管有无充盈,如有肿块,可让病人作吞咽动作,看是否能随吞咽动作面上下移动。

扪诊时,医者可立站于病人对面或后面,用双手检查,一般先健康部位,后肿块部位,顺序进行,然后作肿块的重点检查,要注意其位置、数目(单个或多数)、硬度(柔软如绵纓、坚实如木、坚硬如石),光滑度(光滑高低不平),活动度(活动、固定)、有否压痛、边缘情况,如感肿块随吞咽动作上下移动,这是瘰病的特点。还应注意有无震颤,气管有无偏移,颈部淋巴结有无肿大等。

2. 瘰病的分类及特点

祖国医学历代文献中对瘰的分类多有论及。隋代巢元方《诸病源候论》中将瘰病分为血瘰、息肉瘰、气瘰,开瘰病分类之先河。

唐代孙思邈《千金要方》提出“石瘰、气瘰、劳瘰、土瘰、忧瘰”五瘰的名称;宋代陈无择《三因极一病证分论瘰瘤证治》则根据证候不同提出:“坚硬不可移者,名曰石瘰;皮色不变,名曰肉瘤;筋脉露结者,名曰筋瘰;赤脉高结者,名曰血瘰;随忧愁消长者,名曰气瘰。”

依据临床表现,结合现代医学对有关甲状腺疾病病因病理的认识,将瘰病分为气瘰、肉瘰、石瘰三大类较为科学。气瘰主要表现为颈前轻度或中度肿大,肿块对称、光滑、柔软,一般伴较显著的阴虚火旺或气阴两虚证候,病情变化与情志因素有密切联系,所谓“随忧愁消长者”是也,相当于现代医学中单纯性甲状腺肿、甲状腺机能亢进等。肉瘰主要表现为颈前肿块偏于一侧或一侧较大或两侧均大,质地较硬,伴数量不等、大小不一的结节,病情严重者,肿块迅速增大,质坚硬,结节高低不平。相当于现代医学的甲状腺瘤、慢性淋巴性甲状腺炎,结节性甲状腺肿等。石瘰,初期可于甲状腺处扪一硬结,发展迅速,按之坚硬,表面凹凸不平,并可走窜而致进食、呼吸困难及声音嘶哑等。《三因方》说:“坚硬不可移者,名曰石瘰,”与甲状腺癌的质硬,不易随吞咽而上下移动见症一致。

中编 临床诊疗

第一章 血栓闭塞性脉管炎

第一节 概 述

血栓闭塞性脉管炎(Thromboangiitis Obliterans,简称TAO)是一种常见的周围血管疾病,多见于亚洲,欧美少见。其发病率仅次于下肢静脉曲张,占周围血管病的第二位,绝大多数为青壮年男性,女性罕见。病变主要累及四肢的中、小动脉,浅表静脉也常受累。病理变化是一种慢性进行性的四肢中、小血管的节段性、非化脓性炎症闭塞性——血栓形成疾病。引起肢体进行性缺血表现,最后发生坏疽、溃疡。病变绝大多数发生在下肢,脑、心、胃、肠等偶有发病。此病在祖国医学中属“脉痹”、“脱疽”范畴。

本病早在公元前3~5世纪的《黄帝内经》中就有记载,《黄帝内经·灵枢经·痈疽》篇述:“发于足趾名曰脱痈。其状赤黑,死不治,不赤黑不死。不衰,急斩之,不则死矣。”指出了“脱痈”的临床特点、危害性,及其手术治疗的重要性,也是目前人类对本病最早的记载。汉代华佗《神医秘传》述:“此症于手指或足趾之端,先痒而后痛,甲现黑色,久则溃败,节节脱落,宜用生甘草,研成细末,麻油调敷……内服金银花三两,元参三两,当归二两,甘草一两,水煎服……”。较详细地描述了本病临床坏疽发生过程,并介绍了“脱疽”的内服中药和外治方法。上载四味清热解毒、活血养阴药物,被称为“四妙勇安汤”一直应用至今,是极其宝贵的医学经验总结。晋代皇甫谧《针灸甲乙经》和南北朝南齐龚庆宣著的我国现存最早的中医外科专著《刘涓子鬼遗方》中均将“脱痈”改称谓“脱疽”,并记载了针灸疗法。唐代孙思邈在《千金翼方》中,继承了《黄帝内经》的治疗方法,主张:“毒在肉则割,毒在骨则截”等手术治疗方案。延至明清,祖国医学对本病的认识已积累了丰富的理论和临床经验,形成了对血栓闭塞性脉管炎的病因、发病机理、临床症状、治疗及预后等一系列的系统认识。涌现了大量著名专家和专论。如明代陈实功《外科正宗·脱疽论》为血栓闭塞性脉管炎专篇,记有:“凡患此者,多生于手足,故手足乃五脏枝干,疮之初生,形如粟米,头便一点黄泡,其皮犹如煮熟红枣,黑气侵蒲,相传五指,传遍上至脚面,其疼如汤泼火燃,其形则骨枯筋炼,其秽异香难解”。对血栓闭塞性脉管炎的发病原因、发病机理、症状、治疗及预后可谓记载最详细。如:“起病不渴,口润舌和,性志寻常,无妄暴急,循礼为吉。”若“未疮先渴,喜冷无度,昏睡舌干,小便频数……”。为凶。除内服中药外,还主张应用针灸、外用药粉和熏洗等疗法。并提出手术处理后,“若割取之后,黑色仍漫,痛肿尤甚,败恶无脓,口干舌硬,精神不爽,食不知味者终死。”可以看出著者丰富的临床经验和理论水平。明代医家薛己《外科枢要》、申斗垣《外科启玄》、陈文治《疡科选粹》等著作中也有“脱疽”记载,其中薛己主张隔蒜灸,认为:“夫至阴之下,血气难到,毒易腐肉,药力不易到……不若隔蒜灸。”清·《马培之外科医案》记有:“始则足趾木冷,继现红紫之色,足跗肿热,足趾仍冷,皮肉筋骨俱死,节缝渐次裂开,污水渗流,筋断肉离而脱。”其描述与血栓闭塞性脉管炎症状、体征十分贴切,其临床经验,可见一斑。清代陈士铎《洞天奥旨》采用顾步汤,大补气血,以扶其正,解其毒,对“脱

疽”后期治疗有独到之处。清代王洪绪《外科全治全生集》强调“以消为贵,以托为畏”,用阳和汤以温阳散寒,益肾温经,为治疗血栓闭塞性脉管炎虚寒证开辟了新的途径。清代鲍相璈《验方新编》中载四妙勇安汤(书中有方无药名),药精力宏量大,为后世治疗“脱疽”热毒、湿热证之名方。此外,清代王洪绪的犀黄丸、小金丹,过玉书《增订治疗汇要》指出的“脱骨疔”、载顾步汤、除湿保脱汤、顾步保脱汤等治疗方剂也各有特色。祁坤《外科大成》、吴谦等《医宗金鉴》、邹五峰《外科真诠》、顾世澄《疡医大全》、高秉钧《疡科心得集》中,亦均有关于“脱疽”的论述。解放以来,我国医务工作者,努力发掘、整理祖国医学遗产,积极开展了中西医结合防治血栓闭塞性脉管炎的研究工作,取得了显著的成绩。

在国外医学史上,1850年 Skegy 和 1856年 Sawary 各自先后报道 31 例自发性肢体坏疽病。1876年 Von-Winiwarter 报道一例小腿“动脉内膜炎、动脉腔闭塞”病例。认为是一种特有疾病,后人曾一度称之为 Von-winiwarter 氏病,由于发于东欧,所以目前仍有一部分国家和地区沿用“闭塞性动脉内膜炎”这一病名。1908年 Leo Buerger 对 11 例截肢血管作了病理学观察,又研究了临床肢体缺血的变化规律。于 1924 年,又通过对 500 余例肢体缺血疾病的分析,提出血栓闭塞性脉管炎的病理变化是以动脉血管急性炎症细胞和巨噬细胞浸润、全层动脉炎性病变特征。并发现炎性的血管中有血栓形成和机化,病变血管呈索条状改变。Buerger 指出此类疾病主要发生于青壮年男性,必须与其他血管闭塞性疾病相区别,并称此病为血栓闭塞性脉管炎(TAO),后世亦称之为 Buerger 氏病(贝尔格氏病)。

30 年代初,有些学者发现部分被诊断为血栓闭塞性脉管炎的患者中,有动脉硬化性改变,于是,对血栓闭塞性脉管炎的本质提出质疑。1957 年, Fisher 曾明确指出对血栓闭塞性脉管炎要重新认识。1960 年, Wess Ler 等在《血栓闭塞性脉管炎,事实与想象》一文中,对本病的存在正式提出否定意见,他认为这仅是动脉硬化的一种类型,不能认为是一种独特的疾病,并预言血栓闭塞性脉管炎作为一个独立性疾病将不会存在多久。但其观点遭到了众多学者的强烈抨击。同年, Samuels 指出,反对血栓闭塞性脉管炎是一个独立性疾病的学者,是一些神秘的人物,以突然方式来混淆 Buerger 等学者的优异贡献,认为对本病的否定,是不能接受的。1961 年 Horowity 发表《挽救 Buerger 氏病》一文,坚决斥驳了 Wess ler 的观点,并阐述了血栓闭塞性脉管炎与动脉硬化性闭塞症(Arteriosclerosis Obliterans 简称 ASO)的区别点。Mckusick 等报道了完全符合血栓闭塞性脉管炎的朝鲜患者 28 例,日本 6 个医疗中的动脉闭塞性疾病,指出了本病的具体特征。1962 年, Ishikawa 以 360 例慢性动脉闭塞性疾病, 37 例截肢标本和 45 例手术所见为依据,发现血栓闭塞性动脉管炎占 2/3,动脉硬化闭塞症占 1/4,在血栓闭塞性脉管炎活动期有 Buerger 所描述的急性炎症改变;从而认定血栓闭塞性脉管炎是一个独立疾病。日本秋山、神吉、石川等学者则以自己的研究也证实了本病的存在。1972 年, Inada 等将 206 例血栓闭塞性脉管炎与 107 例动脉硬化性闭塞症作了对比观察,手术中发现了血栓闭塞性脉管炎血管闭塞后,呈索条状,血管壁各层不分,且闭塞近端尚有新鲜血栓,与动脉硬化闭塞的粥样斑块相反。后来, Eadie 等又对此两种病变的血管进行了严格的病理学研究,证实了血栓闭塞性脉管炎是一个独立的疾病。1970 年,第 54 届全欧心血管外科学术会议上,许多学者认为,尽管血栓闭塞性脉管炎的病因尚不清楚,但其临床特征和病理学改变上,是不同于其他任何血管疾病,是一独立的疾病。此观点基本得到肯定。至此,关于血栓闭塞性脉管炎的争议宣告结束。1981 年,国际血管疾病学术会议上,入会学者指出血栓闭塞性脉管炎虽在一些欧美国家日渐减少,但作为一种肢体性坏死性血管炎性疾病,是不可否认的存在。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

血栓闭塞性脉管炎的确实病因,尚未获得证明。迄今为止的认识水平,仍然认为是各种因素的综合。文献中记载的因素较多,在此仅介绍几种公认的学说或观点。

1. 吸烟

血栓闭塞性脉管炎病人绝大多数都有长期大量吸烟嗜好。大量的统计数据表明,几乎所有的血栓闭塞性脉管炎病人都有吸烟史。甚至有人指出,在不吸烟的人群中,根本找不到典型的血栓闭塞性脉管炎。Schary 报道彻底终身戒烟的 21 例患者中,有 20 例未再复发,有的已达 20 余年;另有 20 例继续吸烟者,都有不同程度的加重。Silbert 报道的 100 例血栓闭塞性脉管炎,在严格戒烟随访 10 年之久,无一例复发。许多学者指出,严格终身戒烟是获得良好治疗效果和防止复发的最重要措施。

在我国,1972 年河北省沧州地区人民医院报道 282 例本病中,吸烟者占 90.8%;广州市中医医院 1972 年报告,115 例本病中,吸烟者有 113 例,占 98.2%;1979 年,于永显报告的 310 例本病中,吸烟者占 99.0%;1980 年,唐祖宣报告的 170 例本病中,吸烟者占 93.0%;尚德俊报告的 401 例本病中,吸烟者 356 例,占 88.7%。

70 多年前,Hemsel 和 Simon 就证实了烟草对血管的损害。Zedroudki 把家兔放在充满烟气的环境内,每日 6~8 小时,观察 57~180 天。结果发现,其血管呈坏死样变。有人把烟草浸出液注射给动物,最终可使动物的肢体或尾部发生坏疽、脱落。Harkary 等曾用烟草浸出液作皮内试验,发现血栓闭塞性脉管炎患者的试验阳性率达 78~87%,正常对照组仅为 16~46%。

关于吸烟对本病的作用机理,目前尚未完全清楚。1933 年 Madlock 等就指出,尼古丁可造成血管机能障碍。Sulzberger 根据烟草蛋白对动物的作用,曾提出血栓闭塞性脉管炎发病的“烟草过敏学说”。许多学者认为,吸烟可引起人体变态反应发生血管病变。研究中发现,尼古丁是一种血管收缩物质,可使皮肤血管收缩或痉挛,血流减慢,甚至停止,手、足皮色苍白或紫绀,皮肤温度降低。Roth 指出,吸烟后可使足趾皮温降低 2.5℃,手指温降低 3.2℃。并发现在烟草过敏者中,24%的人皮温低于正常人。将放射性碘与蛋白结合后注入人体,数分钟后开始测定四肢放射性碘含量,发现男性吸烟后放射碘含量降低 20%,女性降低 30~40%,停止吸烟后血管收缩持续时间约 25~30 分钟。用微循环显微镜直接观察,吸烟者毛细血管中的血流速度减慢,红细胞堆积。有些对尼古丁敏感者,末梢血流可完全中断。

临床上,还发现由于被动吸烟而发病或病情复发、加重者。

然而,并非所有的嗜烟或嗜烟青壮年男性均发生血栓闭塞性脉管炎。妇女嗜烟者却很少发病。可见吸烟与血栓闭塞性脉管炎关系密切,是引起本病的重要因素,但并不是唯一病因。

总之,吸烟对血栓闭塞性脉管炎病肯定不利,应规劝戒烟。严格终身彻底戒烟可提高疗效,防止复发。Oldham 曾指出:“您要吸烟,还是要腿,二者不能兼得。”

2. 性激素

文献报告,血栓闭塞性脉管炎绝大多数是男性发病,女性罕见,男女之比为24.6~56.3:1。1959年Cutler复查35年内文献报告女性病人52例。1973年Morris-Tones等总结过去50年内被病理学证实的女性病人仅22例,且其中7例诊断上存疑。

1971年全国中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎经验交流会的2811例分析,男女之比为29.1:1。1976年山东省中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎,经验交流会的1625例分析,男女比例为34.6:1。王嘉桔统计我国的7772例TAO中,女性病人占5.5%。山东中医学院附属医院401例血栓闭塞性脉管炎中,男性394例,女性7例。同时学者们发现发病年龄大多数为青壮年(20~40岁),正是性功能旺盛期,占80.4~93.1%。

关于男性发病率高的原因,可能与男性激素有密切相关,据报告,前列腺素(PGE)有舒张血管、抑制血小板凝集作用。前列环素(PG I_2)有明显抗血小板凝集、抗血凝作用与血小板凝集素(TXA $_2$)相拮抗。人体内前列腺素为一个相互作用的关系密切的完整系统,而且男性前列腺内储存着占人体约70%前列腺素。前列腺液又是精液的一个重要组成部分,若青壮年男性,在一段时间内,频繁的排出大量的前列腺液,使体内前列腺系统功能紊乱,血管功能失常,血管内皮细胞功能失调,常可导致血栓形成、或继发炎症等。目前,前列腺素(PGE)已作为治疗本病的有效药物之一,但应用于临床,由于前列腺素的分子生物研究较复杂,还需进一步研究证实。

关于女性发病率低,可能与雌激素对血管的保护作用有关。McGrath曾用麦角胺醇使雌鼠雄鼠足趾坏死。Magin等将肾上腺移植于动物皮下、Friedlands用烟草提取物作动物实验也都出现类似结果。Gordon用卵泡激素治疗血栓闭塞性脉管炎获得良好疗效。

3. 寒冻

血栓闭塞性脉管炎的发病以寒冷地区较多,在我国北方地区发病率明显地高于南方地区,且大多数病人寒冷季节发病或病情加重。1960年李家忠统计北京地区426例血栓闭塞性脉管炎病人中,有受寒冷史者占46.1%。受寒冻史者占51.8%。尚德俊统计山东中医学院附属医院401例血栓闭塞性脉管炎病人中,有受寒冻史者209例(52.1%)。王嘉桔统计我国5653例血栓闭塞性脉管炎中,有明显受寒冷、潮湿者占22~89.7%,平均46%。

寒冻可促使血管收缩或痉挛,由于长期反复刺激,可使血管内膜损害,发生炎性、增生变厚,甚至血栓形成。有人提出,除此之外还应注意,寒冷对人体的影响,还取决于机体对寒冷的适应、耐受能力和反应程度,以及人体植物神经系统的兴奋性。就人体而言,如果对寒冻耐受性差、反应敏感,加之植物神经系统属于兴奋型,功能失调(冷变态反应),则极易造成血管损伤,特别是下肢血管损害。目前仅把寒冻作为本病发生、加重的一个诱因对待,许多学者,对寒冷引起的血管损害是肯定的。

4. 细菌感染

关于本病病因学说的研究经历过混乱的过程,原因是对本病的认识是从研究自发性肢体坏疽这一综合征开始的。许多感染性和传染性疾病都能发生肢体坏疽,但还发现斑疹伤寒、伤寒、梅毒、疟疾、天花、霍乱、结核、猩红热、丹毒及流感等引起的肢体坏疽与血栓闭塞性脉管炎有本质区别。所以,有人提出有关本病发生的感染学说,并得到一些学者赞同和支持。Allen等于1936年曾报告一位外科医生在给病人做截肢手术时,自己的手切破损伤,而后来亦发生了血栓闭塞性脉管炎,当然这属一偶然事例。

Horton和Rinis曾在一些血栓闭塞性脉管炎的病变炎症静脉中培养出了溶血性链球菌、

葡萄球菌,因而认为感染是本病发病的重要因素。但近30余年来,却很少再有人报告关于细菌感染的病例,临床治疗中,虽足量应用抗生素,也并不能达到控制病情的目的,更难达到治愈。

关于霉菌、潮湿诱发本病,曾一度受到重视。本病在印度、马来西亚、印度尼西亚一些热带、亚热带潮湿地区也有一定的发生。1941年Thompson和Naide等发现,该病患者中,皮肤霉菌病的发病率比较高,而且皮肤霉菌过敏反应多为阳性。Naide发现病人的发癣菌素(Trichophytin)皮肤霉菌过敏试验阳性率达80%。Jirovec发现50%的病人对于弓菌属抗原(Toxoplasma antigen)敏感试验阳性。1956年Saumls发现二次世界大战后的军人中,患此病的人明显少,指出与战时将鞋内放入强烈的杀霉菌药有关。1968年Craven认为在亚洲地区本病发病率高的原因是由于毒性更强的皮肤霉菌病多所致。Hill报告,印度尼西亚此病106例中,并发霉菌病者有42例。

在霉菌感染的病例中,此病的发病率并不很高。同时该病患者中,许多人并没有霉菌病或霉菌感染史。因此,有些学者对霉菌感染持怀疑态度。尽管霉菌感染在血栓闭塞性脉管炎的发病中的作用还未被肯定。然而霉菌病人常有趾间、趾甲周围感染或溃疡,常易诱发本病肢端坏疽或溃疡。Allen则提出,霉菌是血栓闭塞性脉管炎的一个危险的并发症。

5. 血液凝固性增高

1975~1978年上海中山医院对100例血栓闭塞性脉管炎病人进行血液物化特性测定,提示病人的全血粘度、血浆粘度增高,红细胞电泳时间减慢,且二三期的病人的全血粘度显著高于第一期病人。于1983年对52例不同病程和病情的病人进行血小板聚集性和血浆因子相关抗原含量增高,存在高凝状态。作者于1989~1992年为102例血栓闭塞性脉管炎采用较先进的体外血栓形成装置,进行体外血栓检测,发现本病患者体外血栓各值明显地高于健康人组;且提出临床病情变化与体外栓值的改变呈正相观。揭示本病患者血液常处于高凝状态。日本学者Shionoya于1983年报道对67例血栓闭塞性脉管炎病人进行抗凝血酶Ⅲ(antithrombin Ⅲ AT-Ⅲ),纤维蛋白溶酶原(Plasminogen),纤维蛋白原(fibrinogen), α_2 -巨球蛋白(α_2 -macroglobulin), α_1 -抗胰蛋白酶(α_1 -antitrypsin),ADP-诱导血小板聚集性(ADP-induced platelet aggregation)等测定,初次测定结果,并未发现有全身高凝状态,经反复测定,显示病情进展或消退与血栓形成因子之间有一事实上关系。AT-Ⅲ和纤维蛋白溶酶原减少或纤维蛋白原 α_2 -巨球蛋白 α_2 -抗胰蛋白酶增加有利于血栓形成。

由此可见,血栓闭塞性脉管炎病人的血液中存在某些血液凝固性增高的状态,但其发病机理还有待于进一步研究。

6. 遗传因素

关于血栓闭塞性脉管炎发病的遗传因素早就有学者注意到。国外文献中曾有人报道过一家兄弟、父子、姑侄、叔侄、姐弟先后发生本病。Goodman等报道80例血栓闭塞性脉管炎中,包括属于四个家族的9例。据田代报告,有家族史者发病率占1.5%。王嘉桔诊治报道病例中有三家兄弟各2个患病,二家姐弟各2个人患病;一家叔叔和堂兄4人患病,一家兄弟3人患病。姜兆俊曾报道一家兄弟3人患病。Hill等报道的105例中,4例有家族史。

关于本病与遗传的关系,池田等用免疫方法检查了3例病人家族和胞兄弟二人发病家族的HLA抗原的类型情况,发现后者家族中多有HLA-Au和Bw₇₇。日本学者Jui发现一种新抗原,称为HLA-J₁。此抗原在白种人中很少见,日本正常人的HLA-J₁阳性率为6.8~9.7%,而血栓闭塞性脉管炎病人的阳性率为35.0~42.9%,三岛所报道病人中有4例是阳性,

HLA-J₁,是受遗传因子支配。

1985年石几久等报道血栓闭塞性脉管炎病人的HLA-Bw₅₄、B₅₂和A的阳性率明显增多,而B₁₂则明显减少。Ohtawa等观察48例血栓闭塞性脉管炎并发游走性浅静脉炎,HLA-Bw₅₄阳性占35.4%,而对照组113例中,只有9.7%HLA-B₅₄,也是受遗传因子所支配。

7. 外伤

有些学者认为各种外伤对血栓闭塞性脉管炎发病起着重要的作用。辽宁中医学院附属医院于1965年报告的148例血栓闭塞性脉管炎病人中有外伤者占14.86%;1972年河北省沧州地区人民医院报告的282例本病患者中有外伤者占8.5%。尚德俊总结401例患者中有外伤史者占4.9%。

对此,上野认为反复外伤引起指动脉闭塞;下肢发病的动脉发病部位多在膝和踝部动脉闭塞,与膝、踝关节反复地在持重条件下屈伸而损伤血管有关。Nakata等认为日本人交叉盘腿坐的生活习惯与此有关。有人用血管造影方法证实了机械性损伤对本病发生的作用已引起人们注意。但单纯外伤、甚至严重的外伤并没有造成血管性病变,但在膝、踝关节长期持重状态下,关节周围的肌腱对血管产生慢性机械性损伤,却有可能促使本病发生。

8. 免疫

随着现代免疫学研究的进展,血栓闭塞性脉管炎发病与自身免疫的关系受到重视,对此国内外屡有报道。1960年,临床免疫学检测发现血栓闭塞性脉管炎病人抗动脉抗体(AAA)阳性率较高。1974年日本学者报告的阳性率为43.2~56%,而动脉硬化闭塞症仅有2~3%。三岛报道动脉各层的阳性率是内膜81.0%,中层100%和外膜为0。Pokorny等发现并发游走性静脉炎的阳性率为96.88%,而对照组仅为2.98%。1982年Gutati等报道印度10例血栓闭塞性脉管炎的免疫研究结果,显示血栓闭塞性脉管炎病人免疫球蛋白值显著增加,补体降低,AAA阳性率很高,循环免疫复合物(IC)值很高。病人血管中各种免疫球蛋白(IgM、IgG、IgA)C₃复合物,血清中发现抗动脉抗体存在,抗核抗体(antinuclear antilodies, AMA),揭示本病可能是自身免疫性疾病。以色列学者Ador等于1983年报道对39例血栓闭塞性脉管炎病人测定构成人体血管I型和II型胶原的细胞和体液免疫反应,显示77%的病病人的淋巴细胞对人体I型或II型胶原有敏感性,较动脉硬化者或健康男性的百分率明显升高。另外在17例病人的血清中测到抗胶原抗体活性,而在对照组中未测到。

国内王嘉桔从1981年始,先后对150例血栓闭塞性脉管炎病和100例正常人对照研究显示,体液免疫中免疫球蛋白IgG、IgA值均高于正常人;补体C₅₀、C₃低于正常组;免疫复合物IC值高于正常;抗动脉抗体AAA高。而细胞免疫中,活性E玫瑰花结形成(E-RFC)率病人组显著低于对照组;淋巴细胞转化试验(LTT)结果病人组低于正常人;T细胞亚群T₃⁺、T₄⁺和T₈⁺均低于正常组。提出体液免疫功能增强和细胞免疫功能低下,是自身免疫性疾病的共同特点。

另外,还有人提出营养不良、血管神经功能紊乱等因素。

(二)病理

血栓闭塞性脉管炎主要发生在中、小动脉,以下肢血管为主,病情进展可累及上肢,如胫前、胫后、尺、桡动脉,或肱、股、髂动脉;累及心、肠、肾等内脏血管较罕见。尚德俊总结的401例血栓闭塞性脉管炎中,绝大多数发生在下肢,共计296例,单独发生在上肢者仅3例。Shionoya等(1982年)对198例血栓闭塞性脉管炎病人进行两侧股动脉造影,对其中105例210条肢体

动脉造影类型进行分析,显示胫前、胫后和腓动脉闭塞分别占90%、80%和50%,腓动脉有半数未闭塞。有40%的病人除小腿动脉闭塞外,股、胫动脉也受累。股、胫动脉病变系由小腿动脉病变向心端发展形成。约40%小腿血管闭塞类型,两侧相似。伴行静脉和浅表静脉也可累及,但程度较轻。

病理变化主要是非化脓性全层血管炎症,而且呈节段性,节段之间内膜有正常血管,病变和正常部分的界线分明,其病理变化分为三期:

1. 急性活动期

为急性全层血管炎症,有组织细胞、中性粒细胞和巨细胞广泛浸润。内膜可发现内皮细胞增生,伴有少量淋巴细胞浸润,内膜弹力层完整;中层有纤维组织增生,毛细血管扩张,肌肉层完整;外层有广泛性纤维细胞增生。血管腔内血栓内含有许多内皮细胞和成纤维细胞,可见中性粒细胞浸润,发病同时伴行的静脉和浅静脉也可发病。

2. 消退期

急性炎症消退,炎性浸润细胞全部被淋巴细胞代替。动脉内弹力层增厚;中层满布滋养血管,甚至延伸至血栓,有少量成纤维细胞,外层纤维组织增生,含大量成纤维细胞。

3. 稳定期

炎症基本消失,机化血栓被纤维组织代替,有新生毛细血管形成,可使血栓机化再通。中层完整,血管壁和内膜结构仍保存,内弹力层可增厚。

病变后期,血管壁和血管周围组织呈广泛纤维化,动脉、静脉和神经可被纤维组织包绕形成一节段闭塞的硬索状。

在血管内由血栓造成闭塞的同时,侧支循环可逐渐建立,但常呈不完全代偿。因此,肢体处于动脉供血障碍状态,表现为组织慢性、进行性缺血表现,肢体皮肤萎缩、干燥,汗毛脱落、趾甲生长慢、畸型;肌肉萎缩、骨质疏松。皮下脂肪吸收或纤维化,甚至累及神经,产生神经纤维化,神经炎、神经与其细胞体分离变性。后期可发生组织坏疽。

二、中医病因病机

(一) 病因

血栓闭塞性脉管炎属于祖国“脱疽”、“脉痹”、“脱痈”、“脱骨疽”、“十指零落”范畴。本病病因大致有以下几方面。

1. 寒湿凝滞

严寒涉水、步履冰雪,久居湿地,寒湿外受,随所合邪,以致寒凝络痹。《外科医镜》载有:“其原因多由跳足在冰雪地上行走,致气血为寒气冰凝而成。”《素问·举痛论》曰:“寒气入经而稽迟,泣而不行,寒客于脉外则血少,客于脉中则气不通。”血脉凝泣,阳气不达四末,肢体失于温煦濡养,遂致本病。

2. 肾虚火旺

《疡科心得集·脱疽》篇说:“因房术涩精,丹石补药,消灼肾水;房劳过度,气竭精枯而成。……皆肾水亏涸不能制火。”肾主骨,为先天之本,藏阴精而寓元阳,肾气旺盛,则五脏充沛,气血畅行。若房室不节,服食补阳之药,致阳精煽惑,淫火猖狂,蕴蓄于脏腑,消灼阴液,毒聚肢端,

筋敛髓枯而成。

3. 情志内伤

情志不畅,郁怒伤肝,忧思伤脾,均使五脏不和,功能紊乱。《素问·太阴阳明论》载有:“四肢皆禀气于胃而不提至经,必因于脾乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液,四肢不得水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉皆无气以生,故不用焉”。郁怒伤肝,而肝主疏泄,在体合筋、其华在爪;肝郁气滞则血瘀于经脉之中;肝血暗耗,筋失所养。脾为后天之本,主肌肉,司四肢。思虑伤脾,脾阳不振,运化失职,不能正常输布精微于血脉、四肢,渐致气血亏损,血脉不得充盈,故血流滞缓,滞而成瘀。

4. 饮食失节

过食膏粱厚味、辛辣之品,脾胃乃伤,痰湿浊聚,积久成毒,留滞于筋脉之中,乃生本病。《素问·生气通天论》说:“膏粱之变,足生大丁。”《诸病源候论》说:“疽者,五脏不调所生也……,饮食不节,……营卫虚寒,腠理则开,寒客经络之间,……壅遏不通……故积聚成疽……发于足趾……。”

5. 素体虚弱

《外科真诠》载:“脱疽之生,止四余之末,气血不能周到,非虚为何?”先天禀赋不足,或久病体虚,气血亏损,运行无力,肢体筋脉失养,外邪内袭,极易罹患本病。《灵枢·刺节真邪》篇说:“虚邪之人中也……搏于脉中,则为血闭不通”。

(二) 病机

血栓闭塞性脉管炎病位主要在血脉。病理机制主要是气血凝滞,血脉阻塞,《灵枢·痈疽篇》有:“营卫稽留于经脉之中,则血液而不行,不行则卫气从之而不通。壅遏不得行”。气血不行,肢端失于温养,而遂发病。或因“寒气化为热,热胜则肉腐,肉腐则为脓,脓不泻则烂筋,筋烂则伤骨,骨伤则髓消……血枯空虚,则筋骨肌肉不相荣,经脉败漏,熏于五脏,脏伤故死矣。”趾节脱落,甚至不救。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

血栓闭塞性脉管炎临床表现主要是由于肢体动脉闭塞后血流量减少、肢体缺血而引起的。临床病情的轻重依血管阻塞的部位、范围和侧支循环建立程度以及肢体局部有无继发性感染、全身情况等而各有不同。

在临床工作中应认真地询问病史、仔细体格检查、并结合各种特殊检查,一般可以作出正确诊断。

(一) 病史

详细询问病史对血栓闭塞性脉管炎诊断和鉴别诊断极为重要。

1. 性别

血栓闭塞性脉管炎绝大多数为男性,女性很罕见。如果女性病人出现肢体缺血征——肢体发凉、怕冷、疼痛时,应首先考虑为其他动脉疾病如动脉硬化性闭塞症、大动脉炎、雷诺病、硬皮病等。只有在上述动脉缺血病完全排除后,方可考虑为血栓闭塞性脉管炎,也就是说,临床上诊断一个女性血栓闭塞性脉管炎时,应十分慎重。

2. 年龄

血栓闭塞性脉管炎的发病年龄大多数为青壮年(20~40岁),20岁以下发病者很少。对40岁以上者,应注意有无动脉闭塞性硬化症、糖尿病等疾病。

3. 既往史

仔细了解既往史对本病的诊断十分重要。如动脉硬化性闭塞症常伴有高血压、冠心病史,或脑血管、心血管意外史;动脉栓塞性坏疽常有严重的心脏病史(如风湿性心脏病、心房纤颤等);糖尿病坏疽者多有严重糖尿病史。若有脊椎挫伤史,而出现下肢麻冷、痛者,应考虑腰椎及关节病变。

(二) 症状

1. 疼痛

疼痛是血栓闭塞性脉管炎的主要症状之一,其基本原因是肢体缺血,如果伴有神经炎或继发感染则疼痛加剧。

(1) 间歇性跛行(运动性疼痛) 在病程早期,患肢发凉、麻木或足底紧感,当病人行走一段路程后,小腿或足部肌肉发生胀痛或抽痛,如果继续行走,则疼痛加重,最后被迫止步,休息片刻后,疼痛迅即缓解,而行走疼痛又复出现,这种症状被称为间歇性跛行。随着病情的发展,行走距离逐渐缩短,止步休息的时间也增长。

(2) 游走性血栓性浅静脉炎 血栓闭塞性脉管炎病人在发病的早期或疾病过程中,可在肢体反复发作游走性血栓性浅静脉炎,皮肤上出现痛性发红硬结、斑块及索条状物,常伴有轻度痛。急性发作持续2~3周后,红肿疼痛消退,皮肤上可遗留暗褐色色素沉着斑。经过一段时间又可复发。尚德俊总结约40~50%的血栓闭塞性脉管炎可发生游走性血栓性浅静脉炎。其大致的发病特点为:①首先发作一个时期游走性血栓性浅静脉炎,而后才出现肢体缺血征象;②在血栓闭塞性脉管炎的早期同时发作游走性血栓性浅静脉炎,持续半年或数年后才停止;③在血栓闭塞性脉管炎后期才有发作游走性血栓性浅静脉炎。④在血栓闭塞性脉管炎发病全过程中均有间断发作的游走性血栓性浅静脉炎。

(3) 静息痛 病情发展,动脉供血不足、功能严重不全、代偿不全,肢体动脉功能障碍,严重缺血,肢体在静息状态下,仍疼痛不止,呈持续性疼痛,且常常固定于肢端,伴有皮肤淤斑、紫绀等,称为静息痛。由于疼痛剧烈、经久不息,夜间尤甚,肢体抬高时加重,下垂时疼痛可稍减轻。病人常日夜屈膝抱足而坐,彻夜不眠,有时将患肢垂于床边,以减轻疼痛。

本病后期还可出现缺血性神经炎表现,肢体出现触电样、针刺样放射性疼痛,或伴有肢体麻木、发痒、蚁行感等。

2. 肢体营养障碍

血栓闭塞性脉管炎由于肢体慢性缺血引起不同程度的营养障碍改变,患肢皮肤干燥、脱屑、皲裂,出汗减少或无汗,趾背、足背及小腿汗毛脱落,趾甲生长缓慢;小腿肌肉萎缩。

3. 全身反应

血栓闭塞性脉管炎一般无炎症性全身反应,只有在肢体严重坏疽继发感染或广泛的游走性血栓性浅静脉炎时才出现全身中毒反应。

(三) 体征

1. 一般情况

应注意病人的发育营养、体质强弱、精神状态等。

(1)舌苔:舌苔是由脾胃之气上蒸而成,观察舌苔变化可了解病情的轻重、病程的发展和预后,指导辨证用药,都具有较大的价值。尚德俊统计221例血栓闭塞性脉管炎患者舌苔变化,显示舌苔薄白者最多,共174例,其次为黄腻苔。一般在发病早期,可见薄白苔或无苔,随着病情的发展,寒湿郁久化热阶段,舌苔可由白转黄。临床上在血栓闭塞性脉管炎病人肢体严重坏疽继发感染、高热的阶段多出黑苔。当病情好转时,舌苔由黑转黄,由黄转为正常。

黑苔在临床上比较少见,一般在疾病发展到相当程度,比较严重时才出现。如《辨舌指南》有:“凡舌苔见黑色,病必不轻”,“均属里症无表症”。一般见到黑苔时,血栓闭塞性脉管炎多属危重阶段,属热极或阴亏之极,由“邪热传营”之状。尚德俊报告6例血栓闭塞性脉管炎出现黑苔表现,其中5例为气滞血瘀,寒湿郁久化热,热毒炽盛,脏腑功能紊乱阶段,此时患者局部肢体严重坏疽感染,溃烂坏疽时间在1~5个月,伴持续性全身发热,胃纳减少,精神萎靡,表情苦痛,甚至意识模糊,言语不清,持续高热(弛张热),心率、脉率加快,呼吸浅等一系列毒、败血症表现。

现代医学认为,舌苔主要是由舌表面的丝状乳头及皮细胞角化程度而构成的。丝状乳头可随人体内的变化而变化。黑苔的出现,主要是丝状乳头增生,高大,其表面附以多量棕黑色色素颗粒而成。一般在舌面人字沟附近色素较多,越近舌体的边尖部则黑色越浅,在舌根部较深。

(2)脉象:祖国医学认为,人体血脉运行,与气血脏腑功能有密切关系。因此通过脉诊可了解人体气血脏腑功能的盛衰,再结合临床表现可鉴别疾病阴阳、表里、寒热、虚实。血栓闭塞性脉管炎脉象以沉细涩多见,其次为弦缓、细、弦数。迟脉为寒,为阳气不足,血行滞缓。数脉为热。

(3)血压:注意测量上肢和下肢血压。测量下肢血压时,让患者俯卧,以血压带缚绕于膝上,将听诊器放于腘窝内听诊。如动脉已闭塞时,则血压测不到,血栓闭塞性脉管炎患肢血压常测不出。

(4)体温:一般周围血管疾病体温多无变化,当肢体严重坏疽继发感染和血栓性浅静脉炎发作时,可出现发烧;严重时高热(40℃以上)。

2. 局部情况

血栓闭塞性脉管炎肢体局部改变对疾病的诊断、治疗、判断预后都具有特别重要的临床意义。

(1) 皮肤

①皮肤颜色及温度:观察患肢皮肤颜色、温度,可以估计肢体血液循环状况。血栓闭塞性脉管炎早期皮色一般正常,或呈轻度潮红,随着病情的发展,可呈苍白色,或紫红、青紫色,接近坏疽时,皮肤呈青紫色淤斑。一般皮肤苍白多由于动脉痉挛所致;青紫,潮红多由于静脉血液淤滞所致。

皮肤温度降低,也是血栓闭塞性脉管炎主要患肢表现之一。多是由于肢端缺血,皮肤血液

循环障碍,血流量低。如果肢端皮温持续性低于对侧,多揭示动脉器质性闭塞。诊查时一般是以手背扪诊,应与对侧肢体及不同部位相互对照。亦可应用皮温计、或远红外皮温测定及成像技术测定皮温。

②皮肤损害:当肢体端动脉血管闭塞后,侧支循环代偿不全,肢体处于慢性缺血状态下,时间愈久,则肢体皮肤常因缺血而出现营养障碍性改变。如肢体皮肤干糙,脱屑、不出汗,皮肤失于光泽,弹性差;趾(指)端干裂、皮肤厚硬呈蜡状。严重者出现淤点、淤斑。皮肤感觉迟钝或过敏,随即出现皮肤溃疡形成或坏疽发生。

(2)趾(指):趾和趾甲的生长速度一般可反映出肢体的血液流量。由于动脉闭塞后,肢体供血不足,足趾甲生长缓慢,长期不用修剪;且生长不良,如干厚、脆硬,无光泽;甚者趾甲变形呈平塌、凹陷、脊状或嵌甲样生长。可经过治疗后,随着肢体血液循环的改善,新甲可慢慢长出,恢复正常状态。

(3)汗毛:肢体缺血,动脉功能不全时,趾背、足背和小腿汗毛脱落稀疏或完全停止生长;经过治疗后,肢体血流量改善,汗毛可重新长出,因此,趾背、足背的汗毛存在与否,对判断血栓闭塞性脉管炎病具有独特临床价值。如当肢端坏疽或溃疡发生时,能看到趾毛生长,表明肢体血运尚可,浅表溃疡可望愈合。

(4)肌肉:肢体动脉狭窄或闭塞,患肢肌肉多有不同程度的萎缩。血栓闭塞性脉管炎的早期肢体肌肉无明显变化。但后期,由于肢体血运障碍或患病后长期卧床,多出现不同程度的下肢肌肉萎缩,以小腿肌肉萎缩最为常见。一般足部的血液供应与小腿肌肉血液循环有直接影响,由于小腿肌肉群内有丰富的血管网,严重肌肉萎缩,则使足部缺血加重。如果小腿肌肉极度萎缩,足部坏疽并发感染,则可以认为患肢血运不易在短期内改善,肢体坏疽难以控制,多需截肢。

(5)溃疡和坏疽:血栓闭塞性脉管炎疾病后期因肢体动脉功能不全、失代偿,血运障碍,常发生溃疡或坏疽。溃疡或坏疽可单发、也可同时存在。除肢体严重缺血外,大多有诱发因素,如失治、误治、外伤、烫伤等。溃疡和坏疽,多首先发生于足大拇趾或小趾,由趾端,趾甲旁或趾缝开始,然后逐渐向近端扩展。作者统计山东中医学院附属医院 200 例坏疽期血栓闭塞性脉管炎中,绝大多数病人,病程较长,92%有诱发因素。值得提出的是:在严重缺血的状态下,误用一些腐蚀剂或外伤,如挤压,踩踏、砸伤后突然发生坏疽者很常见;而皮肤溃疡者多由磨擦烫伤、搔抓有关。而且坏疽者,肢体缺血严重,多由趾端向近端发展;而溃疡者,则可发生在足的任何部位,甚至足底、小腿脚,缺血状较坏疽为轻。如果溃疡范围较小、较浅则有望愈合。

(6)肿胀:血栓闭塞性脉管炎患者,一般下肢不出现肿胀,但当肢体溃烂后,由于患肢疼痛,病人常将肢体置于床沿下垂,或长久抱膝而坐,使肢体血液回流障碍,血液淤滞,患肢可出现肿胀。此外,肢体坏疽继发感染,或淋巴管回流受阻,均可出现肿胀,常伴有小腿或足部的炎症反应。

(7)游走性血栓性浅静脉炎:血栓闭塞性脉管炎病人,常在四肢反复出现游走性血栓性浅静脉炎,发生于股部、胸、腹壁的很少见。皮肤上可见到发红硬结,呈结节状及索状物,灼热,疼痛。当血栓性浅静脉炎消退后,皮肤上可暂时遗留暗褐色色素沉着。

(8)缺血性神经炎:局部缺血性神经炎常见于血栓闭塞性脉管炎肢体严重缺血而发生营养障碍改变的患者,而使神经处于缺氧状态所致。肢体常有触电样、针刺样剧痛,向肢体远端放射,并伴有发痒、麻木、蚁行感或烧灼感等感觉异常,在足部和小腿可见大小不等的麻木区,皮

肤感觉迟钝或感觉、痛觉完全丧失,而且夜间加剧为其特征。

(9)动脉搏动:肢体动脉搏动与心脏搏动相应,动脉痉挛、狭窄、阻塞等,都会从肢端动脉反应出来。因此,观察四肢主要动脉搏动改变,是诊断血栓闭塞性脉管炎的一个重要体征。

检查时,应注意患肢的位置、室温的影响,且应与其他肢体比较,全面检查。一般动脉搏动强弱可分为:正常(++),减弱(+),消失(-)、可疑(±)。

四肢主要动脉如下:

①桡动脉(寸口脉) 位于腕部屈面桡侧,桡骨茎突的内侧。即中医的寸口脉。延伸向上,在前臂1/3亦可扪及。如因解剖变异,在上述部位不能扪及,常在拇指根部的伸面扪及搏动。祖国医学称之为反关脉。

②尺动脉 在腕部屈面尺侧腕屈肌内侧与扪及桡动脉的平面,加力深摸即可触及。有时因动脉太细、太深或解剖变异,搏动不易扪及。

③肱动脉 在臂下1/3内侧,即肱二头肌内侧面,向肱骨方向按压可触及。亦即西医测上肢血压的部位。

④足背动脉 在踝关节前方,由内外踝连线之中点与第一和第二足趾基底部的交点之连线上,位置较浅,检查者以手2、3指共置于此连线位上即可触及。而足背动脉的解剖变异较多,约8~13%的正常人触不到足背动脉。中国医学科学院普查了1570名正常人,足背动脉触不到者占6.49%。因此,除非有其他动脉闭塞性疾患外,单凭足背动脉闭塞或搏动消失,无特殊临床意义,更不能把此作为诊断血栓闭塞性脉管炎的唯一依据。

⑤胫后动脉 在内踝后下缘,跟腱的内侧可扪及。正常人有5%胫后动脉缺失,且常为对称性,如单侧触不到,应注意进一步诊查。

⑥腘动脉 腘动脉位于腘窝内深部的脂肪组织中,扪及方法有两种:①病人仰卧位,屈膝,足踏在检查台,或病人坐位,检查者双手握住病人膝部,拇指放在髌骨部位,用余手四指共扪于腘窝,触及腘动脉之搏动。②病人俯卧,检查者位于患者一侧,以一手握住病人小腿,使膝关节弯曲,腘窝肌腱松弛;用另一手的拇指,于腘窝部逐渐加压以扪及腘动脉搏动。

⑦股动脉 位于腹股沟韧带内下方,髂前上棘与耻骨联合的内1/3交界处。

⑧腹主动脉 位于上腹部正中线偏左,脐左侧可扪及较强的搏动感。

⑨颈总动脉 病人坐位,头部取正中位置,检查者站立于病人背后,在双侧胸锁乳突肌前缘可扪及颈总动脉搏动。甲状软骨上缘舌骨水平,可扪及颈总动脉分叉区。

⑩颞动脉 位于双侧耳前方,位置在对耳屏前方的一横指宽处。

在进行四肢动脉扪诊时,应注意肢体侧支循环的建立,如在踝、膝、腕部等处有无侧支循环动脉搏动存在。还应注意不要将检查者手指的动脉搏动误作为病人的动脉搏动。而且应双侧对比性进行扪诊,即使一侧患病,也应注意对侧动脉。扪诊动脉时,需要了解动脉位置深浅而施加不同的压力。如桡动脉、颞浅动脉位置表浅,不用力即可扪触,而腘动脉位置较深,需要加压或者改换体位才能扪及。即使对同一位置的动脉,亦应连续加压,反复触及,如动脉搏动较弱,稍加压后即可使动脉动感消失。

3. 肢体功能试验

(1) 肢体位置试验

①肢体抬高试验 病人平卧于床上,显露双足及小腿,平放双下肢,观察双足皮肤颜色数分钟,随即将双下肢抬高约45°,或用一把座椅反置于检查床上,嘱病人将双下肢搁置在椅上,

约3~5分钟后观察双足皮色。若变色不明显时,可嘱病人作双踝关节屈伸运动,若患者双足或患足皮色苍白,发凉加重,为肢体抬高试验(+)。检查上肢时,病人取坐位或站立,两上肢伸直高举超过头部。抬高后肢端、手足呈苍白的变化,其变化程度与肢体动脉供血减少程度呈正比,变色的位置与动脉闭塞的平面有关。

②肢体下垂试验 病人坐起,双小腿和足下垂于床沿或两上肢下垂于身旁,再观察皮色改变。正常人在抬高肢体试验时所出现的皮色改变,约经10秒钟内可立即恢复原色,但血栓闭塞性脉管炎病人,由于动脉供血不足,肢端血液循环障碍,则手、足皮色恢复时间可延迟到45~60秒钟或更长的时间,而且皮肤颜色不匀均,呈花斑状。其延迟的时间长短与血栓闭塞性脉管炎缺血程度有关。当肢体持续处于下垂时,正常人的皮肤颜色无特殊改变或仅仅出现轻度潮红。血栓闭塞性脉管炎病人,当肢体持续下垂时,由于血液循环障碍,则呈潮红或紫绀状,多局限于足趾端,若病情较重者,则全足可呈广泛性紫绀。肢体下垂出现紫绀的血栓闭塞性脉管炎病人,多为病情较重,浅层血张力降低或丧失而致。

当肢体下垂后,正常人的足部浅表静脉在15秒钟内即可充盈,如充盈时间延长,或充盈不充分,也可间接的提示肢体血液供应不足。

(2)指压皮色试验 以手掌压迫患肢趾(指)端皮肤数秒钟后,骤然松开,观察挤压前后皮色改变。正常人手指足趾端皮下乳头下层静脉丛因受压而血液被挤入周围的深部组织,因而松手解除压迫后,出现苍白色,可在1~2秒钟内恢复。如果肢端动脉闭塞,供血不足或因动脉痉挛趾(指)血流量减少,皮肤颜色的恢复时间将会明显延迟。如果延迟5秒钟之后再恢复原来的皮色,说明局部缺血严重,可能为动脉存在器质性病变。皮色恢复的规律,总是从苍白的周围开始,逐渐不规则地向中央复原。

(3)肢体运动试验 血栓闭塞性脉管炎患肢剧烈活动后,肢体远侧呈苍白。这是由于运动时,血液重新分布,流入到运动的肌肉中,以致于皮肤血流减少,乳头下层静脉丛的血液排空,故皮肤呈苍白色。

跛行时间及跛行距离试验 首先嘱病人按照匀速(60步/分)行走,直至下肢出现疼痛,且剧烈,迫使病人不能再行或出现跛行,此时与开始行走的所需时间即为跛行时间;所行走的距离即为跛行距离。同时也可记录血栓闭塞性脉管炎病人肢体疼痛消失所需要的时间。据病人的疼痛出现的时间、跛行距离、疼痛消失的时间,可估计其肢体动脉功能情况,了解肢体病变程度,为临床诊断、疗效判定、疾病预测提供参考。

(4)静脉充盈试验

先将患肢抬高数分钟,使浅静脉排空,静脉壁瘪陷后迅速放下患肢。在血液供应正常时,足背浅静脉应在5~10秒内充盈。如果充盈时间超过10秒钟,则提示肢体供血不足,静脉充盈时间越长,动脉闭塞越严重。此试验亦可测定肢体侧支循环建立情况。在血栓闭塞性脉管炎肢体动脉闭塞后,此试验多呈阳性反应,但经过治疗或病情稳定后,随着侧支血管的建立,部分代偿了动脉功能,此试验可出现充盈时间缩短、甚至阴性结果。另外,静脉血管充盈,特别是皮下浅静脉充盈可受到室温、肢体静脉疾病的影响,如果寒冷刺激可使皮肤血管收缩,则静脉充盈不全或时间延长,所以应在室温20~24℃下进行。若血栓闭塞性脉管炎病人同时患有下肢静脉回流障碍或静脉血液倒流性疾病,如深静脉血栓形成及其后遗症、原发性下肢深静脉瓣膜功能不全、单纯大隐静脉曲张、血栓性浅静脉炎等疾病,可直接影响本试验结果,应予以注意。

(5) 桡、尺动脉功能试验

先在患者的手腕处用指压法阻断桡动脉血流,同时嘱病人快速做握拳和松手交替动作数次,促使手部静脉血液进一步回流,然后将病人的手置于与心脏相同的平面。嘱病人伸指,但手指不一定完全伸直,稍弯曲状,观察手指或手掌的皮色改变。如果此时尺动脉通畅,皮肤苍白色将在30秒钟之内转为潮红色;如尺动脉闭塞,则皮色多为持续苍白状,直至检查者解除桡动脉指压以后,才渐恢复。应用同样的原理也可测定桡动脉有无阻塞病变存在。鉴于有试验2~3次后才出现,所以在确定动脉有无阻塞之前,应重复试验数次。本试验亦被称为Allen试验。

用尺动脉通畅试验亦可了解手内远段动脉的通畅程度,例如,扪诊发现尺动脉搏动正常,再进行通畅试验,在维持对桡动脉指压状态下,观察手远段手指皮色的恢复情况;如果手指保持苍白色,则提示压迫以远的尺动脉部分及其深支,即形成掌浅弓的主要部分已闭塞。如果用指压闭塞的尺动脉,同样可检查桡动脉远段或其浅支,即掌深弓的闭塞情况。

(6) 反应性充血试验

本试验用以观察血栓闭塞性脉管炎等肢体缺血性疾病在肢体暂时缺氧后的充血反应,以了解皮肤的运情况,帮助诊断。试验方法:先将患肢浸于35℃温水中10分钟,以解除血管张力,使患肢小动脉舒张,然后抬高患肢数分钟,使血液排空。于抬高位时,在患肢近端扎一压脉充气带,加压至病人收缩压以上,阻断动脉血流。最后放平患肢,5分钟后,迅速解除充气带内的空气。正常人时,肢体在暂时缺氧后,即呈现反应性充血,充气带以下肢体皮肤立即出现红色,并迅速均匀地向远端扩展,至趾或指的时间约需10~15秒钟;充血现象持续10~40秒钟以后,按原来次序逐渐消退。血栓闭塞性脉管炎动脉存在器质性病变时,充血现象延迟,扩展缓慢,充血现象延及趾或指的近间,需要1~3分钟,充血呈青紫色或花状不均匀,充血消退也迟;如充血现象延迟出现,患肢呈广泛性潮红色,可能提示闭塞后侧支循环供血良好。

此项试验一般仅用于血栓闭塞性脉管炎早期,如果已知患者动脉闭塞,行此试验可造成肢体剧痛,不宜采用。

(7) 组织胺红晕试验 皮内注射组织胺后,可产生“三联反应”—局部泛红、红色斑块或红晕。局部泛红的出现是由于毛细血管扩张;红色斑块是由于毛细血管舒弛;而红晕则是由于毛细血管渗透性增加,使血浆渗入组织间隙。红晕的形成与交感神经无关,而仅由于皮肤血液流速和毛细血管内压增加影响所致。

试验方法:肢体放平位,在患肢不同的平面以1:1000磷酸组织胺0.1毫升作皮内注射,也可划破皮肤,使药液渗入。一般是在足背、踝上、小腿中部、膝下和膝上分五个平面注射;于注射后5分钟观察注射部位红晕出现情况。按反应强度可分为:“卅”四级,“卅”为重度,“++”为中度,“+”为轻度,“0”表示无反应。

此试验对估计血栓闭塞性脉管炎动脉闭塞的程度,有一定意义。如患肢某处红晕反应为“0”,表示该部位血运已明显障碍,将迅速出现远端坏疽或溃疡,此试验也可帮助确定截肢平面。应用此试验时,应注意排除有无血管痉挛反应存在,可应用解除血管张力方法,如脊旁交感神经阻滞等,尔后再作试验。如呈现的是,组织胺红晕试验仅能说明受试皮肤血循环状况,红晕反应,则提示为动脉血管痉挛所致。值得提出的是,组织胺红晕试验仅能说明受试皮肤血液循环状况,反应正常,并不能排除血栓闭塞性脉管炎病人肌肉深层的血液供应障碍。

4. 临床分期、分级

为了便于掌握血栓闭塞性脉管炎临床诊断和分析病情的轻重,目前国内外根据其发病过

程,分为以下三期三级。

第一期(局部缺血期) 患肢发凉怕冷、麻木、疼痛,行走时足及小腿酸胀及有疲累感,足底硬胀不适,耐寒能力降低,冬季症状加重。此后,常出现间歇性跛行,每行1~2里路,病人小腿(腓肠肌)和足趾部发生酸痛、胀痛或抽痛,被迫稍停顿或休息2~5分钟,则症状迅速缓解消失,如再行走患肢仍出现同样症状。有些病人的小腿、足部和股部常反复发作游走性血栓性浅静脉炎。患肢动脉搏动减弱或消失。

第二期(营养障碍期) 患肢发凉怕冷、麻木、疼痛和间歇性跛行加重,有静息痛,夜间疼痛剧烈,病人常两手抱足而坐,彻夜不眠。足部、小腿出汗减少或不出汗,趾甲生长缓慢,干厚、脆硬、变形,皮肤干燥、脱屑,皲裂,汗毛脱落,肢端呈潮红、紫红、青紫或苍白,伴一定程度的小腿肌肉萎缩。营养障碍严重者,可出现缺血性神经炎,有触电样或针刺样疼痛,以及感觉障碍。动脉搏动消失。

第三期(坏疽期) 患肢由于严重血液循环障碍,趾部或足部发生溃疡或坏疽,多首先发生在大拇趾,常由趾端开始,逐渐向近端扩展,可累及其余足趾。但大多数局限在足趾或足部,蔓延累及踝关节、足跟和小腿者很少见。单独足部、足背部发生溃烂坏疽者,多由于外伤或皮肤干燥、皲裂而继发感染而引起。肢体溃烂后,疼痛剧烈难忍,可伴有发热,意识模糊,胃纳减退,病人身体日渐衰弱,消瘦乏力,可发生严重贫血和低血钾,但发生败血症者很少见,坏疽的足趾脱落后,容易发生骨残端骨髓炎或坏死组织存留,常造成溃破创面久不愈合。

根据坏疽的范围,临床上又可分为三级:

一级坏疽:坏疽范围仅局限于趾(指)部。

二级坏疽:坏疽延及趾(指)关节及足趾(掌)部。

三级坏疽:坏疽延及足跟,踝关节或踝关节以上。

血栓闭塞性脉管炎发生坏疽大多数是干性坏疽,可因继发感染而形成湿性坏疽。当肢体严重血液循环障碍时,如各种外伤,即可引起感染,发生溃疡或坏疽。肢体末端的固定性、持续性疼痛,往往是坏疽发生的先兆表现。坏疽和溃疡可同时存在,而溃疡可促使坏疽发生或加重。干性坏疽与湿性坏疽的特征如下所述。

干性坏疽:当肢体动脉闭塞后,患肢远端血流中断,血液供应障碍,局部组织坏疽的同时,水分蒸发,吸收,逐渐干枯,皮肤皱缩,最后干硬,干黑坏疽。坏死组织与健康组织之间形成明显的分界线。由于坏死组织刺激,在分界线处有炎症性渗出物,正常组织逐渐长出新鲜肉芽,并连同上皮组织生长爬行面向远端推进,但局部感染不明显,无发红、肿胀、多无全身症状。如时间长久,坏死组织与健康组织可以完全分离,甚至坏死组织自行脱落。

湿性坏疽:当肢体动脉闭塞后,由于病人常将肢体下垂以缓解疼痛,静脉血液回流受阻,肢体肿胀,细菌侵入繁殖而继发感染,使局部组织溃破腐烂,大量坏死腐败组织、脓性分泌物,有恶臭气味,四周组织暗红、灼热,界线不清;坏前呈进展不稳定状态,常向近端蔓延、发展。同时伴有较明显的全身中毒反应,可有高热、意识模糊,食欲减退等。

王嘉桔(1994年)从血栓闭塞性脉管炎的病理学观点,以病变的动态活动情况,总结临床经验,提出以下分期方法:

稳定型 患肢畏寒、发凉、麻木,间歇性跛行,近期内没有进展或加重;溃疡边缘清楚,坏疽稳定或已趋于好转;足部感染控制,坏死组织分界线清楚;近期内肢体各项动脉功能及血流图等检测提示血液循环有改善。有关血液流变学检查多属正常。

急性活动型 肢体出现游走性血栓浅静脉炎;肢体血液循环明显恶化,或有恶化趋势,如青紫、皮肤苍白或紫绀加重,间歇性跛行距离缩短;近期内行走痛,特别是出现持续性、固定性疼痛;皮肤出现瘀点、瘀斑;肢体有坏死倾向,或坏疽进展向近端延及;溃疡范围扩大,边界不清楚;肢体动脉功能检查,血流图、血流量检查提示动脉功能障碍,失代偿。有关血液流变学检查异常。

迁延型 肢体游走血栓性浅静脉炎已基本消失,或有轻度的反复;其他表现处于上述两型之间。

严重坏疽感染型 肢体坏疽范围多在趾蹠关节以上,继发严重感染,病人高热,剧烈疼痛,消瘦乏力,脱水、贫血,有明显全身中毒症状。有关免疫学和血液流变学检查严重失常。因此在临床判定病情时,应综合考虑。

(四)实验及特殊检查

1. 无创性检查及诊断方法

近十几年来,关于血栓闭塞性脉管炎的无创性检查技术发展很快。一般地讲,用特殊的仪器在体表进行心血管循环系统的血流动力学和形态检测技术称为无创性血管检查技术(Non-invasive technique)。由于超声波和电子技术的发展,各种先进医疗仪器相继出现,无损伤性血管检查在临床逐渐广为应用。这类检查技术对病人无痛苦,对机体无损伤,并可反复检查。其临床特点有:

①可客观地、定量或相对定量地对动脉血管进行形态和/或血流动力学变化的检测,辅助于临床诊断或鉴别诊断。

②对手术或中西药物治疗的病人,可作定期检查,观察和随访疗效。

③预测治疗的预后,如预测血栓闭塞性脉管炎肢体溃疡或截肢创口的愈合能力。

④作为动脉血管造影的筛选方法和补充。

⑤普查血栓闭塞性脉管炎的理想的方法。

(1)连续波多普勒超声

①仪器原理:多普勒是指发现的在声波遇到物体时所发生的反射频率变化。当物体静止时反射频率与发射频率是相同的,当物体运动时,如向着声源运动反射频率增高,如背着声源运动则反射频率降低,这种现象被称多普勒效应(Doppler effect)。发射波与反射波间的频率变化称为频移,频移占有称的程度与物体的运动速度成正比。血管检查超声频率为2~10MHz,超声是指频率超过0.1~15kHz,超声是指频率超过0.1~1.5kHz人的听力范围的声波,一般为20kHz(1kHz=1000Hz)。连续波多普勒超声是在探头中有两块压电晶体,其中一块受固定频率振荡器的电信号激发而产生超声波束,此超声波束在作血管检查时,如遇到血流中移动的红细胞则产生反射波及频移,此波被另一块压电晶体接收变成电信号,频移与红细胞运动(血流)速度呈正比:

$$\Delta f = \frac{2f_0 V \cos \alpha}{C}$$

式中: Δf —频移; f_0 —发射波频率; V —运动速度(流速); C —组织中超声的传播速度; α —探头与血管的角度(入波与运动物体构成的夹角)。

因频移通常在0.1~15kHz的范围可以听到,经仪器放大处理后可听信号则变为波形被

记录下来。

②检查方法 患者取仰卧位,作下肢动脉检查时,将多普勒探头依次置于足背、胫后、腘、腹浅动脉上作听诊及波形描记。上肢动脉检查为桡、尺、肱、腋及锁骨下动脉。

低频探头(5MHz)能穿透较深的组织,适用于检查深部血管如颈总、髂总动脉等;而高频探头($>8\text{MHz}$)则适用于检查浅部的动脉如尺、桡、足背、胫后动脉等。双向多普勒超声的探头能同时探测同一血管的正向与反向血流。正向血流发生在心跳的收缩期,心脏将血液射入动脉系统,如探头指向心脏,则血流方向与探头指向相反,所记波形在基线以上直立正波,如探头指指向背离心脏,与血流方向一致,故记波形在基线以下为倒置负波。

由于超声波在空气中不易传播,因此检查时要在探头与皮肤之间接触的部分涂以超声胶或其他液体以利声波的传导。为了获得最强的信号,检查时要调正探头的角度和方向,使探头与皮肤/被检查的血管呈 $<45^\circ$ 角。

③结果分析

a. 听诊:多普勒听诊最准确、但需要较多的经验。多普勒动脉血流声的音调与被检查血管血流速度成比例,血流速度快则音调高,慢则音调低。而音量大小则与血流量成比例。正常动脉可听到第1、2、3音。第1音代表心脏的收缩期,音调突然上升至高峰。第2和第3音代表舒张期的两个下降声,动脉的血流声是随心率变化的。

如果在闭塞动脉的近端听诊,其血流声呈短促而无第2及第3音;如果在闭塞动脉的远端听诊,可以听到异常侧支循环声音,为连续低音调和无第2、第3音;如在刚过血管狭窄的下方听诊,其特点是高调上连续的低频率血流声音,表示局部动脉狭窄处的血流速加快湍流。

b. 动脉波描记 正常多普勒的波形是三相形的,与听诊的三声相对应。第一相最大的波是心脏收缩期向四肢端的血流波形;第二波是舒张早期返流造成的负波;第三相代表舒张晚期大动脉弹回波是向肢端血流仍为正相波,如近端动脉有狭窄,首先第2、3相波变小,随着动脉狭窄程度加重或闭塞,第2、3相波可以完全消失变为单相波,同时第一相波幅降低,波峰变圆钝。如正在狭窄的下方记录,波形显示第一相波的快速上升与下降,而无第2、3相波。

④血栓闭塞性脉管炎患者超声多普勒检测结果。

由于血栓闭塞性脉管炎为一种慢性节段性动脉内膜炎症及腔内血栓形成的病变,使一段或几段血管腔变小或阻塞。因病程发展较慢,往往有侧支循环建立,侧支循环可使远端血供得不到不同程度的代偿。在超声检测中结果亦是多变的。

a. 描记仪上及示波器上动脉搏动幅度降低,凡测定值为正常平均值的 $1/3$ 以下,或为患者本人健侧肢体测定值的 $2/3$ 以下者,可定为动脉搏动值的降低。此外,所显示或描记的波形中往往只呈单峰波,缺乏第2、3峰。

b. 在病变严重,导致管腔完全闭塞时,仪器测不到搏动曲线,而呈一直线。

c. 监听器中搏动声降低或消失。

上海中山医院在1200多例血栓闭塞性脉管炎病人的超声检测中,有77例入院作了各种手术。超声诊断与手术中发现或X线血管造影结果比较见表2-1-1。诊断符合率77.9%。

表 2-1-1

77 例脉管炎与手术发现及其他检查比较

X 线血管造影狭窄不通	44 例	超声测出病变 39 例(88.6%)
同位素提示血流量减低	30 例	超声测出病变 27 例(90.0%)
各种血管手术证实	77 例	超声测出病变 60 例(77.9%)

⑤ 超声血管流速描记检测与血栓闭塞性脉管炎

由于超声血管诊断仪不能测定出血流速度,亦不能获得侧支循环建立情况。用超声血流速度描记器检测血栓闭塞性脉管炎,常有以下方法。

曲线波形的改变,在动脉狭窄处远端的流速波形为单相曲线,收缩其迅速上升与下降,第 1 峰存在而缺乏第 2 峰或第 3 峰,曲线不规则,在狭窄的部位,常可测到流速增快,而狭窄段的远端则较正常缓慢。

建立这一测量方法的出发点是:正常动脉内血流矢量有正、负值,从而其 P—值大,则 P.I. 指数值亦大,正常动脉的管腔大小及管壁弹性决定了 T 值; Δ 为动脉的阻尼因素,正常值 ≤ 1.0 。各正常值的平均值。

血栓闭塞性脉管炎疾病中,血管内膜增厚及不规则,血管弹性降低,管腔变窄,血流速度要反而加快。

(2) 肢体体积描记法(Limbs Plethysmography)

常用两种方式:

① 空气体积描记法(Air plethysmography 或 pulse volume recorder,缩写 PVR)

仪器原理:“plethysmography”的原意是“量变化记录”。由于心脏收缩时将血液打入肢体,使其体积增加,而在舒张期体积又恢复,这种体积的变化虽然很小但可用缠绕在肢体上的血带中气囊压力的传导,将肢体体积变化转化为压力变化,经仪器转化为波形记录。

检查方法:患者取仰卧位,足跟下垫一枕便为下肢抬高,股部用一宽的压脉带,使其尽量接近腹股沟处缠绕,其余两个窄带绕在膝下和踝上部。如用窄带则可在膝上、下各绕两个血太带。关键是肢体上压脉带要松紧适度,平整。减少和排除各种干扰如肢体震颤、病人说话等。

结果分析:PVR 描记的正常波形是双相形的,有一个主峰和该波降支中段出现的一个重搏波,两波峰之间形成一个切迹。升支曲线陡直,波峰尖锐,降支曲线凸向基线。

一般轻度异常是指收缩波峰正常,切迹消失和降支曲张背离基线,可见于流出道或流出道远端有狭窄或阻塞。中度异常是收缩波峰变平,切迹消失和上升与下降坡度变小接近相等。重度异常是指波幅进一步降低,升支与降相相等无切迹,常见于血栓闭塞性脉管炎有明显狭窄或阻塞性病变时。

如仅有波幅降低而波形正常,则可排除近端动脉有明显的狭窄病变。另外,正常情况下,膝下波形有 96% 明显高于股部的波形,当主髂动脉段狭窄时,股部波形有中度异常,膝下波幅仍正常高于股部,如股浅动脉段闭塞性病变时,则股部的波型有轻度异常,而膝下波形的波幅常低于股部波幅。如股浅动脉为狭窄或闭塞段很短,侧支循环较好时,膝下波幅可有与股部的波幅相等或高于股部的波幅 $< 25\%$ 。如主髂与股浅动脉段均有狭窄或阻塞性病变,则股部波形中度至重度异常,膝下波幅低于股部。

② 光电体积描记法(photo plethysmography,简缩为 PPG)

仪器原理 PPG 的探头(传感器)中有一发射红外线的发光二极管,发出的红外线进入皮下组织后,被皮下的毛细血管中移动的血细胞吸收,及反射回到探头的另一光敏晶体管,其信号经过放大处理后显示为动脉波形,波形的大小与局部微血管中红细胞数成正比。波形越高表示该处组织血运正常。因此,PPG 是用于测定皮下浅层微管的血流量。常用于估测血栓闭塞性脉管炎创口附近的皮肤血运,手术伤口愈合的可能性等。

检查方法 PPG 用于动脉检查,是将探头用尼龙粘带固定于指(趾)末节的掌侧面,最重要的是探头与皮肤接触的部位松紧要适度。还应注意室温等。

结果分析 正常的 PPG 波形为双波无负波,升波支快速升高,波峰尖陡,在降支的中部有次峰波,两波之间形成一切迹。当微血管的血流减少,轻度时波形的切迹消失,加重后波峰变圆钝,升支曲线轻度弓向基线,而降支则轻度背离基线,是中度异常,重度异常是收缩波峰的波幅进一步减低,直到最后波形几乎变为直线。

PPG 为定性检查法,对异常波形的解释应与对侧手指或足趾波形作比较,如果发现某一单指(趾)的波形异常,其余指(趾)正常时应反复比较,以辨真伪。

(3) 节段动脉压测定

①仪器原理 血栓闭塞性脉管炎动脉血管狭窄或闭塞后,其远端可引起血压降低、血流量减少。如果在狭窄动脉的近端和远端的肢体上测量血压,则能发现其间有异常的压差,而根据异常压差的大小,能确定动脉狭窄的位置和严重程度。但是用普通的听诊器却不能听到肢体远端的动脉血流声,因此不能用于测量肢体远端的血压。目前应用较多的是超声血流检测仪,但此种仪器对血流低于 3cm/sec 不敏感,因此不能测量血流速度过低肢体的血压。同时容易把低流速动脉的信号与搏动性静脉信号相混淆,造成误读。另外,多普勒不能测量有动脉闭塞的手指或足趾的血压。目前多用各种体积描记仪,诸如 PPG、SPG(strain gauge plethysmograph)应变体积描记仪和 PVR 进行节段动脉压的测量,其中以 PPG 法最敏感,特别适用于指(趾)血压测量。

②检查方法 患者取仰卧位,休息 15 分钟后再作测量。

a. 下肢动脉压测量 先用普通血压双测量双侧肱动脉压,尔后测量下肢动脉压。目前测量下肢动脉使用血压带的尺寸尚无统一标准。测量时有窄带法,气囊宽 8~13cm,长 40cm 以上;气囊宽 18~22cm、长 36cm 为宽带法。一般膝下、膝上、股上等部位。测量时均将多普勒探头置于足背、胫后或腓动脉上监听。并选择其中信号最强的记录。如肢端部位动脉闭塞而无信号时,则用肱动脉监听只测量股部的血压。测量足趾的血压是用 2.5×7cm 气囊的血压带,将血压带缠绕在足趾近端趾节,将 PPG 探头或 SPG、PVR 的探头固定在末节趾的掌侧面,开始作趾动脉波的连续记录,尔后向压脉带充气,直至动脉波消失,再逐渐缓慢地放气,直到动脉波重新出现时的压力,即为该趾的血压。如果由于趾动脉压过低而无动脉波时,则将仪器的 AC(动脉)档换至 DC(静脉)档,注意记录曲线同平线突然升高时的压力,即为该趾的血压。

b. 上肢动脉压测量 患支用标准血压带,分别缠绕在上臂和前臂,将多普勒探头置于腕部的桡动脉或尺动脉上监听,其方法如同测量下肢动脉压。测量手指的血压是用 2.5×7cm 的气囊血压带,缠绕在近端手指节,将 PPG、SPG、或 PVR 探头固定在末节指的掌侧面,测量的方法与足趾相同。

c. 结果分析 目前各种无创伤血管诊断方法均只能测量肢体的收缩压,因收缩压比舒张压反应早期动脉狭窄性病变更为敏感。测量下肢动脉压,应首先测量双侧踝压,如踝压指数(即

踝/肱比值 ≥ 0.97),则可确定下肢动脉无明显狭窄性病变,不需要进一步测量下肢节段动脉压。如踝压指数 < 0.97 ,而是 $0.5 \sim 0.8$,则血栓闭塞性脉管炎患者可有间歇性跛行, 0.3 以下可能静息痛、缺血性溃疡或坏死。踝压指数 > 0.45 常能证明远端血管就要良好或近端只有单水平闭塞性病变。但为了进一步确定闭塞的位置和范围,则需要进一步测量下肢节段性血压。

一般认为,正常人的踝部血压等于或大于腕部血压。踝压指数常 ≥ 1.0 。在血栓闭塞性脉管炎病人中,踝压指数常小于 1.0 。从不同的踝压指数又可反映病变的轻重程度。间歇性跛行的病人,其平均踝压数为 0.59 ;而在有静息痛的血栓闭塞性脉管炎病人,踝压指数在 0.25 左右;在有缺血性坏疽的病人,甚至可降至 0.05 左右。如作活动平板试验,正常人在中等活动量时,有踝部血压轻度上升;停止肌肉活动后 1.5 分钟,血压迅速恢复正常。血管闭塞时,运动试验致使血压下降。休息后血压逐渐缓慢上升,至 6 分钟后,方回复至正常。

节段动脉压不仅可反映血栓闭塞性脉管炎疾病的动脉闭塞程度,还可以反映侧支循环的功能。踝压愈低,缺血愈重。节段动脉压检测法可提供下列帮助。

- a. 踝压指数在 $0.45 \sim 0.59$ 以上者,常指标该侧血压的测量点以上,尚有较丰富的血流量。
- b. 如腘动脉血管造影提示流量很差。但踝部血压大于 2.67kPa (20 毫米汞柱),并可记到一条胫后动脉或足背动脉的血流曲线,是动脉重建手术的指征。
- c. 如血管造影腘动脉流量很差,而在胫后及足背动脉均测不到血流曲线及测不到踝部血压时,动脉重建手术往往不能进行。
- d. 如下肢缺血严重,而不能进行动脉重建时,在需予截肢的血栓闭塞性脉管炎的病人中本法可提供确定截肢平面的选定。大腿中部血压大于 10.7kPa (80 毫米汞柱)者,可选定膝下截肢而不必将截肢平面移至膝上,从而可保留膝关节。

(4) 无创伤检查对血栓闭塞性脉管炎的诊断价值

血栓闭塞性脉管炎的病理改变主要是累及四肢的中小动脉,下肢以腘动脉之远,特别是肢端动脉最多见。在检查趾(指)动脉的病变时,采用无创伤性血管检查技术比常用的任何一种检查方法,包括血管造影术都具有独特的、不可代替的优点。趾(指)动脉造影显示不完全的血管,无创伤血管检查可以得到证实。

目前常用的无创伤性检查中,空气容积描记法(PVR)、光电体积描记法(PPG)均可用于指(趾)动脉的波形描记和血压测量。血栓闭塞性脉管炎中,受累的下肢动脉多为双侧性,趾动脉最常见,经PVR、PPG检查时闭塞的血管呈平线波,血压为零。

临床上用多普勒(Doppler)测量踝压和踝压指数诊断血栓闭塞性脉管炎时,往往由于本病早期病变动脉由于炎性痉挛而使足背或胫后动脉搏动消失而不扪及,但病变动脉尚未闭塞,其踝压及踝压指数均可在正常范围。如用多普勒作波形描记,则多能显示为异常的动脉波形为诊断提供依据。小腿部的胫前、胫后动脉及腓动脉也是血栓闭塞性脉管炎常侵犯的血管,若其中有两支动脉严重狭窄或闭塞,则在踝上与膝下之间的血压差可大于 4kPa (30mmHg)。此类病变也要应用多普勒根据胫前、胫后及腓动脉在胫骨内侧和外侧的循环而探测上述血管的波行,直至波形变为正常,以此来确定该动脉狭窄或闭塞的程度或部位,病变累及范围,这一点在临床诊断上尤为重要。

另外,血栓闭塞性脉管炎约有 24% 的病变累及至股动脉; 20% 的病变累及到髂总动脉,那么,应用节段动脉压测定,结合多普勒或PVR的波形改变共同综合分析,作出诊断。

血栓闭塞性脉管炎对上肢动脉的侵及主要是指动脉、尺动脉。无创伤血管检查法主要应用

PPG、PVR 及多普勒作指和上肢动脉的波形描记及节段血压测定,其方法和结果分析与下肢大致相同。

(五)微循环检查方法在血栓闭塞性脉管炎中的应用

微循环是循环系统的最基本的结构单位。它满布于人体全身各部脏器和组织中,微循环功能的健全是保证体内组织细胞进行正常功能的基本条件。血栓闭塞性脉管炎常直接或间接地使循环发生功能障碍,影响周围组织的结构改变和功能紊乱。对本病进行外周微循环检查,有助于阐明其发病原理,判断病情和观察临床疗效。

血栓闭塞性脉管炎是一种发生于四肢中、小动脉、静脉的慢性炎性、节段性闭塞性疾患,以下肢多见。近年来国内外学者对血栓闭塞性脉管炎外周微循环变化的研究十分引人注目,此类研究不仅对阐明该病的发病机理,而且对本病患者进行活性生物显微镜观察足趾甲皱的微循环,有助于临床估计预后。

1972 年, fagrell 曾对 15 名有肢端皮肤坏疽的病人作了坏死足趾甲皱襞微循环检查,结果用分级法表示。正常时 0~1 级,标准如下:

0 级:毛细血管呈襻状,圆圈状或逗点状。

1 级:管襻轻度扩张。

病理情况下,微循环变化后分级常在 2 级以上,标准如下:

2 级:管襻广泛扩张,有许多微小血池形成(Micropool)。

3 级:毛细血管襻模糊。

4 级:毛细血管襻数目明显减少。

6 级:无毛细血管襻可见(多个显微镜观察视野中均见不到毛细血管襻)。

患者作上述微循环观察的同时作拇趾动脉血压测定,并将此血压值换算成全身动脉血压比(此外,还作血管搏动描记图,观察患者的脉搏波斜率升达高峰的时间(Inclination time),部分患者因无搏动性血流,故无 IT 值,然后分析上述二项指标与足趾甲皱襞毛细血管襻改变间的关系。

金惠铭曾对 40 例血栓闭塞性脉管炎患者的足趾、手指甲皱襞和眼球结膜微循环作了观察,并对其中 13 例作了活血化瘀治疗前后的动态随访。40 例病人均为男性,年龄 15~50 岁。根据病情不同,将患者分轻型(局部缺血期)25 例,重型(营养障碍期和坏疽期)15 例。对其中 13 例重型的血栓闭塞性脉管炎作活血化瘀治疗前后的动态观察。与此同时,观察 20 例无慢性疾病的健康人作对照,其性别、年龄分布与血栓闭塞性脉管炎患者大致相仿。足趾和手指甲皱襞微循环的观察均采取坐位,方法和指标按其研究规程操作进行。

微循环的指标分为以下十项:

1. 微循环血管轮廓不清;

2. 微血管长度缩短(仅见管襻襻顶);

3. 微血管内血流暗红;

4. 微血管内血液流速不清或缓慢,流态呈颗粒状(注:在口径为 $7\mu\text{m}$ 左右的微循环血管中,用电视法及示波器光点同步扫描法测血流速度在 0.5mm/s 以下者均属缓慢);

5. 微血管周围有渗血或出血;

6. 微血管(管顶)瘀血(比例超过 30%);

7. 微血管数目减少(正常 5~13 根 1mm);

8. 异形微血管比例过高(超过 30%);

9. 微血管张力差,呈绒线样、波浪状。

球结膜微循环观察只检查第 3~6 项。判断微循环异常时采用积分的方法,具备上述异常中一项者,即得一分。微循环障碍越重,积分越高。

13 例住院的重型血栓闭塞性脉管炎中,10 例用 0.3% 莪术油 50ml 静脉滴注,每日二次,二周为一疗程。治疗前的观察在第一次滴注开始前,治疗后的随访是在最后一次滴注结束后第二天。时间均在上午。以上治疗期间一般不应用其它特殊药物。另外 3 例用复方丹参注射液代替莪术油静脉滴注。

观察结果如下:

1. 各种微循环异常在血栓闭塞性脉管炎中的出现率见表 2-1-2。在 40 例患者 58 个脚趾中,微循环异常的表现以微血管内流速不清或减慢,流态异常和血细胞聚集最为常见。

表 2-1-2 40 例脉管炎,58 个脚趾中甲皱襞微循环异常的出现率

微循环异常表现	出现例次	百分比
流速减慢,流态异常	37	63.79%
异常管例>30%	34	58.62%
渗出与/或出血	29	50.00%
张力差	22	37.93%
血色暗红	19	32.76%
管襻轮廓不清	10	17.24%
管襻数目减少	4	6.90%
管襻短缩,仅见襻顶	5	8.62%
襻顶瘀血达 30% 以上	4	6.90%

2. 重型,轻型血栓闭塞性脉管炎患者和对照正常人的足趾微循环异常和积分及范围见表 2-1-3。由表中可以看出正常人无明显足趾微循环异常,平均积分在 2.0 以下,血栓闭塞性脉管炎患者出现不同程度的足趾微循环异常,积分较高;轻型患者平均积分为 2.74;重型患者平均积分高达 3.80。重型、轻型血栓闭塞性脉管炎者和分相比,或与正常人比差别均非常显著($P < 0.01$)。

表 2-1-3 脉管炎患者及正常人微循环障碍积分

分 组	例 数	范 围	积分值(平均)	标准值	显著性测验※
重型组	15	1.00—6.50	3.80	1.60	$P < 0.01$
轻型组	25	0—5.50	2.74	1.20	$P < 0.01$
对照组	20	0—4.00	1.20	0.34	

※与对照组比

3. 22 例双下肢均有病变的血栓闭塞性脉管炎的患者中,分析患病肢体病情轻度下足趾

微循环异常积分的关系发现,病重足趾微循环异常积分与病情较轻足趾有非常明显的增高($P < 0.01$)。见表 2-1-4。

表 2-1-4 病情对脉管炎患者足趾微循环异常积分影响

观察部位	平均值	标准值	P 值
病重足	3.34	1.61	<0.01
病轻足	2.23	1.23	

4. 12 例症状局限在下肢的血栓闭塞性脉管炎患者手指与足趾甲皱襞微循环异常的积分见表(2-1-5)。对比分析各例治疗前后手指与足趾甲皱襞微循环异常的积分,结果发现,治疗后 75% 的患者足趾甲皱襞微循环异常积分下降的同时,手指甲皱襞微循环异常的积分也随之下。治疗后(手指或足趾)积分下降亦非常显著。见表 2-1-5。

表 2-1-5 12 例治疗前后手指、足趾甲皱襞微循环异常的积分变化

	治疗前积分 (平均值)	治疗后积分 (平均值)	P 值
足 趾	3.67	2.33	$0.01 < P < 0.05$
手 指	2.40	1.71	$P < 0.01$

5. 对 19 例症状局限于下肢,左足拇趾甲皱襞微循环有明显异常的血栓闭塞性脉管炎病人进行左眼球结膜微循环检查,发现 3 例患者有明显微血管中细胞聚集、血流缓慢的表现,1 例见微血管周围有可疑的渗出。

6. 分析 13 例资料完整的重型血栓闭塞性脉管炎病人活血化瘀治疗前后足趾甲皱襞微循环动态观察的结果,其微循环异常的积分变化如下所示。

治疗前微循环异常的积分平均 3.80,治疗后平均 2.77,经统计学处理后,治疗后有明显减少($P < 0.05$)。微循环障碍改善(表现为积分下降)与临床疗效间的符合率为 70.88%。

综观血栓闭塞性脉管炎患者足趾微循环有明显障碍,尤以微血流异常最明显,并与病情呈平行关系。足趾循环障碍严重时,也常伴有手指微循环障碍,但球结膜微循环变化发生率较低。活血化瘀治疗能改善上述微循环障碍。微循环障碍的改善与临床疗效间基本相符合。

金惠铭指出:血栓闭塞性脉管炎的微循环异常,不仅反映了肢体动脉血供不足,而且微循环血流的瘀滞、血细胞的聚集可以导致血粘度增高,血流“淤泥化”,甚至有微血栓形成,从而出现“微栓塞”综合征。微循环障碍可加重局部病变,导致组织缺血的恶性循环。因此,微循环检查对血栓闭塞性脉管炎虽无诊断上的特异性,但是它却是本病发病过程中的一个重要病理生理改变。在诊断上,需结合临床其他检查方法作出正确诊断;在治疗上,动态观察血栓闭塞性脉管炎患者治疗前后各种微循环变化,可作为评定临床疗效的指标之一。

(六) 血液流变学检查在血栓闭塞性脉管炎中的应用

血液流变学(Blood Rheolgy)是一门介于医学,生物学和物理学之间的新兴边缘学科。是血液循环力学的一个分支。它是研究血液的流动性和粘滞性,构成血液的有形成分红细胞、血小

板的聚集性和变形能力,及无形成分的血浆或血清的流动性的粘滞性,以及血液通过流动性、粘滞性的变化等,与血管和心脏之间所发生的相互作用影响。

血液的流动性和粘滞性是血液最基本的物理特性,也是决定血液能够沿着血管不断流动,保证血液循环系统功能的最重要因素。已知,血液的流动性和粘滞性不仅是影响血液正常循环流动和保持组织、器官的正常血液供应,从而保证了组织和器官的正常生理功能的主要因素,而且也是调节机体免疫功能以及体液、神经内分泌功能的重要因素之一。血液流动性和粘滞性的异常又将引起血流缓慢、停滞或阻断,还可由于粘滞性的异常损伤血管内皮;病理上,出现微循环障碍及组织器官缺血、缺氧和代谢障碍,从而发生变性、水肿、炎症、坏死、硬化及血栓形成,与血栓闭塞性脉管炎的发生、发展第一系列病理变化有十分密切的关系。这方面的研究十分引人注目。

已知,血栓闭塞性脉管炎是以四肢中小动脉为主的慢性、非特异性、炎性、闭塞性疾病。病理上都存在血液流变性异常,最终导致组织缺血、缺氧,代谢紊乱,水肿、坏死。因此,测定血栓闭塞性脉管炎患者的血液流变学特性,对本病的诊断、治疗、预后判断,特别是揭示血栓闭塞性脉管炎的患病原因都具有特别重要的意义。1972年,Inada等报告,血栓闭塞性脉管炎是属于四肢中、小动静脉慢性闭塞性病变,伴有血栓形成,并与血液粘滞性的变化有关。李建明、梁子钧及山东中医学院对血栓闭塞性脉管炎的血液流变学变化进行检测,结果发现,病人组的全血粘度,血浆粘度和红细胞电泳时间的平均值明显地高与正常人组。而红细胞压积和红细胞沉降率与正常人无明显差异。揭示病人的全血粘度增高多由于血浆粘度及红细胞电泳时间延长所致。冯友贤、王玉琦报告,采用血小板聚集功能检测的比浊法和血小板电泳法测定,发现血栓闭塞性脉管炎病人血小板聚集功能明显地高于正常人。另外,采用三种致聚剂,即ADP、肾上腺素和胶原中,以胶原所诱导的聚集程度为最大,表明血栓闭塞性脉管炎病人似对胶原具有更强的敏感性。梁子钧等还发现,临床上不同期的血栓闭塞性脉管炎病人的血浆粘度有明显差别。

作者于1987~1989年,应用能在体外模拟体内血液在流体效应作用下形成血栓的体外血栓形成检测方法对102例血栓闭塞性脉管炎患者进行了体外血栓形成检测观察结果发现:

1. 血栓闭塞性脉管炎患者血液常处于高凝状态:56名健康人体外血栓长度、湿重、干重分别为 12.41 ± 1.30 (mm, $\bar{X} \pm s_x$)、 47.38 ± 3.96 (mg)、 10.66 ± 1.33 ;患者组依次为: 30.04 ± 4.22 、 89.90 ± 13.45 、 27.32 ± 4.58 ,经t检验,血栓闭塞性脉管炎组的体外血栓各值均非常显著地高于健康人组($P < 0.001$)。表明血液高凝是血栓闭塞性脉管炎重要病理改变之一。统计102例患者体外血栓长度、湿、干重 3×102 项指标中,仅14项在正常范围,占4.58%。值得提出的是,血栓闭塞性脉管炎这种持续存在的血液高凝状态,会影响血流,使血流淤滞微循环障碍,组织缺血、缺氧,代谢紊乱,甚至出现水肿,炎症,血栓形成,组织坏死等。

2. 体外血栓值与血栓闭塞性脉管炎病情变化,临床分期,分级有密切关系(见表2-1-6)。坏死期的血栓闭塞性脉管炎患者体外血栓各值明显地高于缺血、营养障碍期者;其中5例截肢者术前体外血栓值异常增高,依次 82.80 ± 25.10 mm、 235.20 ± 73.95 mg、 81.80 ± 26.17 mg,术后各值渐降。

表 2-1-6 各期 TAO 患者的体外血栓值 M±SD

分 期	血栓长度 mm	血栓湿重 mg	血栓干重 mg
缺血期	18.85±6.64※△	59.62±15.94△	16.85±5.54△
营养障碍期	27.43±6.02※☆	77.33±14.89※	22.84±4.83△
坏死期	39.39±8.77△☆	114.20±26.48※△	26.68±9.14△△

上下两☆之比 $P<0.05$; 上下两※之比 $P<0.05$; 上下两△之比 $P<0.01$

表 2-1-7 各期 TAO 患者的体外血栓值 M±SD

分 级	血栓长度 mm	血栓湿重 mg	血栓干重 mg
1 级	23.55±5.38△☆	68.20±12.01※△	20.95±5.20△※
2 级	51.60±18.60△	163.47±61.49△	49.07±17.50△
3 级	53.89±24.45☆	134.44±64.47※	51.00±30.98※

上下两△之比 $P<0.01$; 上下两☆之比 $P<0.01$; 上下两※之比 $P\leq 0.05$

表明血栓闭塞性脉管炎患者病情愈重,其血液凝固性愈高,体外血栓值的变化与病情变化呈正相观。由于坏疽期血栓闭塞性脉管炎病人多存在局部坏疽、感染,病情重属后期,肢体严重缺血、缺氧,全身处于应激状态等均可促使其血液高粘、高聚、高凝状态,反过来使病情加重。作者认为,临床上可依据体外血栓值的变化来判断血栓闭塞性脉管炎病情变化,为治疗,预后提供依据。为临床对血栓闭塞性脉管炎的研究提供了新的途径。

3. 活血化瘀疗法是改善血栓闭塞性脉管炎血液高凝的有效方法。治疗组 45 例经以中药活血化瘀为主、中西医结合治疗后,在体外血栓各值明显下降的同时,其临床症状、体征明显改善,病情好转,治愈者的体外血栓各值正常率、下降率明显地高于其他组。本作者认为:中西医结合治疗是改善血栓闭塞性脉管炎患者血液高凝状态的最佳疗法(表 2-1-8)。

表 2-1-8 45 例 TAO 治疗前后体外血栓值对照 M±SD

组 别	血栓长度 mm	血栓湿重 mg	血栓干重 mg
治 疗 前	34.50±7.86	105.06±24.79	30.65±8.65
治 疗 后	17.89±3.15	60.28±9.70	17.52±3.30
P 值	<0.001	<0.001	<0.01

(七)血流动力学改变与血栓闭塞性脉管炎

血液在心血管系统中流动的一系列物理学问题属于血流动力学的研究范畴,主要研究内容是血流量、血流阻力和血压之间的关系。

血栓闭塞性脉管炎病人如果某一动脉干发生闭塞,则肢体远端血压下降,血流量大大减少,使该动脉干分布的区域组织器官供血障碍,造成缺血、缺氧、代谢紊乱、组织坏死。但动脉干发出侧支可与其并行的动脉有侧副支连通。正常情况下,侧副支吻合的血管起到调节组织内血流量的作用。在血栓闭塞性脉管炎动脉闭塞情况下,侧副支血管管腔可逐渐扩张,血流量增大,以代偿或部分代偿闭塞区域组织内的血流量,减轻缺血、坏死程度。侧支循环的建立受血压的影响,且需要相当的时间逐步建立,使阻塞远端血压增高。如果在侧支循环尚未完全建立,代偿功能不全的情况下,组织坏疽常处进展阶段。各级动脉血管侧支循环的建立所需的时间,目前

尚无确切的答案,由数日甚至数月不等。除血压差以外,药物有促进侧支循环建立的作用是可以肯定的。这一点对血栓闭塞性脉管炎临床治疗具有十分重要的意义。但目前对血栓闭塞性脉管炎血流动力学方面的研究进展不大。

(八)放射性核素检查技术的应用

1. 动脉造影术

放射性核素动脉造影,方便简捷,病人无痛苦,可重复进行,检查结果不受血压及心输出量等因素波动的影响。因此,可以作为筛选试验的诊断方法。

目前已用于诊断主动脉瘤、动脉狭窄、动静脉畸型、动脉栓塞、侧支循环和阻塞性动脉疾病等血管病中,还可以用在血管手术后,判定血管的通畅程度及血流量,功能状态,病变组织毛细血管的灌注等情况。

放射性核素血管造影与 X 线血管造影比较(见表 2-1-9)

表 2-1-9 放射性核素血管造影与 X 线血管造影的比较

项 目	放射性核素血管造影	X 线 血 管 造 影
分 辨 率	差	甚 佳
对 比 度	差;可穿透骨;无解剖标记	佳
成像能力	甚 佳	气体及盐类等附近组织内可影响成像
操作技术	静脉注射小体积的放射性核素溶液(载体量小)	输入大量造影剂(碘化物含量高)需用高压注射器或用导管
并 发 症	无	可能有。特别是碘过敏的病人。大血管阻塞时,有继发血栓形成的可能,但少见。死变率为 0.28~3%(0.7%)
准备工作	不需要	复 杂
随访检查	容 易	不 容 易
检查部位	心脏、大血管及小腿中部以下的动脉	心脏、大血管

方法:

(1)调节 r 照相机。

(2)确定 r 谱的光电峰。^{99m}Te 的光电峰为 140keV,窗宽为 20%。

(3)根据检查的目的选择准直器:用^{99m}Te 时使用 4000~15000 孔高分辨率、高灵敏度、低能量准直器或发散孔型准直器。使用针孔型准直器时,分辨率高,效率低。拍摄部位应对准探头的中央。探头应尽量靠进拍摄的部位。

(4)病人检查位置:动脉血管宜采用前后位或后前位。

(5)注射放射性核素:注射前用压脉带缚于注射肢体的近端。注射时,使其压力超过收缩压,用 20 号针头的针筒迅速由肘静脉注入^{99m}Te 洗脱液 185~555MB(5~15mCi)体积小于 1~4ml。注射后,使用压脉带内压力迅速下降,放射性核素即成为一个迅速前进的“弹丸”。

(6)用 r 照相机的示波器观察放射性核素的分布,同时,连续拍摄照片(1~4 张/s)或用磁盘记录至少 100s。

(7)对需要检查的部位进行数据处理及分析。如可描绘出放射性强度与时间的关系曲线,计算出放射性核素的到达时间及放射性强度,比例两侧动脉或同一侧动脉的近端及远端的放射性差别等。病人准备及完成记录的全部时间为 3min 左右。数据重放及分析可在 10min 内完成。

结果分析:本检查可以观察到腋、肘、桡、尺,髂总、髂外、股总、股浅、股深、腘、胫、腓动脉等。

本方法可以诊断动脉血栓(肱、股、髂动脉等);动脉狭窄(髂、股、腘动脉)、动脉闭塞(髂、股、腘、桡、腋及主动脉等);动脉的通畅性、旁路移植和血栓切除术等;血管扩张;侧支循环等。

本方法的特点为可以清楚地观察到小腿中部以下的动脉,并且偶尔亦可观察到全部的股深动脉。髂内动脉一般观察不到,但是这支动脉通畅时,放射性核素可以迅速在骨盆内出现。

2. 周围循环血流量测定

(1)肢体动脉血流量体表描记法 应用同位素稀释法原理测定血流量是一种迅速的而精确的诊断方法,对血栓闭塞性脉管炎及动脉闭塞性疾患具有特殊价值。1962 年, Hobbs 等曾报道,用连续抽血描记法测定股动脉血流量,但此种方法会使病人损失一定量的血液,给病人造成痛苦,不易推广使用。1964 年,上海中山医院开始用体表描记法测定肢体血流量,曾在 1 例断指再植和 2 例肢体动脉完全断裂重建术后的病人中进行了测定,结果较好。

方法:测定前与病人详细解释检查的方法和步骤,尽量减少病人的精神紧张,必要时,肌肉注射鲁米那钠 0.1g 或皮下注射度冷丁 50mg。室温应为 15~20℃,病人采取仰卧位或坐位。将具有准直装置的闪烁探头对准患肢的测定部位。先测本底,在无菌技术下,经皮穿刺需要测定部位近端的动脉,快速注入无菌 I^{131} -人工血清蛋白,剂量为 25.9~37kPa (0.7~ μ Ci)/kg 体重。立即描记测定。拔出穿刺针后,局部轻压 5min 左右,以防止血肿形成。闪烁探头位置保持不移动,待放射性药物注入 10min 后,再描记曲线高度。患肢与健侧应对比。计算方法如下:

$$F = \frac{H \times BV \times C}{A}$$

其中:F—肢体血流参数,ml/min。

H—放射性核素注射后 10min 的曲线高度。

BV—血容量,按 72ml/kg(体重)计算。

C—描记器转速,cm/min。

A—稀释曲线图面积。

在稀释曲线图上有再循环的因素,用外推法去除曲线图上的再循环部分后,用求积仪求得。

结果判定:用本方法测得肢体血流参数值较实际测得的血流量高。由狗下肢动脉血流量实验的结果表明,用狗下肢体表描记法测得的结果为 127~443,平均为 229,此数值称为肢体血流参数,较股静脉连续抽血描记法测得的股动脉血流量为高。肢体血流参数乘以常数 0.58 ± 0.03 即等于股动脉血流量。

肢体血流参数增高的原因有以下几点:

①标准源曲线(H)偏高:在体表描记法中标准源只能采用注入的放射性核素在全身血液内混合均匀后描记的曲线高度与病人血容量的乘积。当描记稀释曲线时,稀释曲线代表放射性

核素由动脉进入局部测量区域内动脉中的放射性强度和时间的关系。10min 后局部区域除动脉外尚包括静脉和毛细血管床,因此探测到的血管床较多,所以,描记曲线和高度就相对偏高。

②部分放射性核素由动脉内注入后尚未到达测量区域前已由静脉回流,这样稀释曲线图的面积就变小。

临床应用时,可根据血流参数患侧与健侧进行对比或根据稀释曲线图形确定肢体的循环情况。

(2)周围循环灌注显像 动脉内注射 $10\sim 70\mu\text{m}$ 的 I^{131} -大颗粒聚合白蛋白(MAA)或 $185\sim 370\text{MBq}$ ($5\sim 10\text{mCi}$) 的 $\text{I}_c^{99\text{m}}$ (或 $\text{I}_n^{113\text{m}}$) MAA (或微球体 microsphere, ms) 后,放射性核素标记的 MAA 即暂时的栓塞于动脉末端的毛细血管内,它迅速地进行代谢,无血液动力学影响及毒性,24~48h 后放射性即消失。此方法的优点为简单、安全、方便。

法为检查下肢动脉血液循环时,可将放射性核素标记的 MAA 直接注射于腹股沟韧带水平的股动脉内。注射后即可开始显像。正常时,大腿及小腿部位的放射性相似,膝关节及踝关节部位放射性较稀疏。患股动脉阻塞疾病时,小腿部位可无放射性或放射性明显稀疏。

(3)肌肉血流量测定—放射性氙组织消除试验

测定方法:主要选用氙¹³³ (Xe^{133}),其半衰期为 5.2 对, β^- 衰变,放射出能量为 0.081 (99.95%)、0.0796 (1.65%)、0.161 (0.17%) MeV 的 γ 射线。

测定时使用 Xe^{133} 生理盐水,其体积小于 0.2ml,放射性强度为 $1850\sim 11100\text{kBq}$ ($50\sim 300\mu\text{Ci}$)。用外径为 0.4mm 的针头,与皮肤成 45° 角注射于髌骨下约 10cm 处,胫骨嵴旁 2cm 的皮下 1.5cm 处。注射前回抽时不能有回血,以防止注射于静脉内。皮内注射同样进行。

注射后用闪烁探头进行测量,几何位置要恒定。可使用特殊的定标器,间隔一定时间自动测量。注射后每分钟测量一次,共 25min。然后用压脉带以超过收缩压压力阻滞血流,连续测量 10min。再放松血压带后再连续测量 25min。最后进行标准的踏旋器运动试验 20min、运动 5min。

此方法可以估测静止时血流量、缺血后的反应性充血、运动本身的作用及运动后的充血等。

皮下血流的研究亦可不进行阻滞血流及运动试验。每分钟计数一次,连续测 25min。

计算方法:

$$\text{MBF} = 100\lambda \ln 10 D (\text{ml}/100\text{mg}/\text{min})$$

MBF—肌肉血流量。

100—乘积因数,100g 组织。

λ —肌肉与血液的区分系数。

D—对数消失曲线的浓度,即每分钟消失的百分数。

氙的相对溶解度在水中为 1.00;血浆中为 1.45;红细胞为 3.75;骨骼肌为 1.62。

因此,肌肉与全血的区分系数为

$$\begin{aligned}\lambda &= \frac{\text{肌肉内的溶解度}}{\text{全血液内的溶解度}} \\ &= \frac{\text{肌肉内的溶解度}}{\text{红细胞内的溶解度} + \text{血浆内的溶解度}} \\ \text{或} &= \frac{1.62}{\frac{3.75\text{Hct}}{100} + \frac{1.45(100-\text{Hct})}{100}}\end{aligned}$$

$$= \frac{1.62}{14.5 - 2.30\text{Hct}}$$

Hct—红细胞压积。D 值为负数。

$$\begin{aligned}\text{MBF} &= -100 \frac{162}{145 + 2.30\text{Hct}} \ln 10 D (\text{ml}/100\text{g}/\text{min}) \\ &= \frac{-3730.9}{145 - 2.30\text{Hct}} D (\text{ml}/100\text{g}/\text{min})\end{aligned}$$

正常值为 53ml/100g/min。血栓闭塞性脉管炎时为 17ml/100gmin。皮内注射时消除曲线不是呈简单的指数下降曲线,不完全和毛细血管液平衡。因为扩散时,可被皮下脂肪捕获,故可以减少消失率。另外,皮下血管分流亦可造成开始时的消失率增加。

(4) 组织消除率测定

方法:皮内注射 0.1ml 含有 3.7~18.5kBq (0.1~0.5μCi) I¹³¹ (或 Na²⁴、Na²²、K⁴²、Rb⁸⁶、P³² 等) 的生理盐水溶液。注射后用计数器每分钟测量一次该部位的放射性强度,连续测量 30min。将测量结果划在半时数坐标纸上,求出放射性强度减少一半所需要的时间,即半清除时间 T_{1/2}。然后根据下列公式计算出清除率 K。

$$K = \frac{0.693}{T \frac{1}{2}} \quad K = \frac{10\text{gCi} - 10\text{gC}_2}{0.6\beta(t_1 - t_2)}$$

C₁—时间为 t₁ 时测得的计数率。

C₂—时间为 t₂ 时测得的计数率。

用以上的放射性核素时,因其不能自由扩散通过细胞膜,因此,测定的结果不是血流量。如果用 K⁸⁵ 及 X¹³³,它们能够自由通过细胞膜,故测出的结果可以代表血流量。

3. 周围动脉血管造影

血管造影对于了解血管病变的形态、功能及病理生理情况,有极其重要的临床价值。目前虽然对四肢动脉血管的检查已有多种无创伤性检查可供选用,但经临床应用表明,各种现行的无创伤检查基本上是定性、筛选性为主的。现代血管外科的飞速发展,血管造影不仅能诊断疾病,了解病变形态和范围,选择手术方法和估计手术的预后等,而且,可以进一步利用血管成形、栓塞止血、治疗肿瘤等。使血管造影成为目前明确诊断和选择治疗方法最直观和最可靠的方法。

然而,四肢血管造影毕竟为一种创伤性的检查手段,要迅速而又安全的完成造影检查,就必须对选择造影的方法,掌握操作技术,处理造影前后过程,全面系统地掌握 X 线及血管造影技术。本文仅介绍四肢动脉造影术对血栓闭塞性脉管炎的临床检查方法及诊断价值。

(1) 适应证和禁忌证

四肢动脉造影主要适用于四肢动脉的扩张性、狭窄性及阻塞性等病变,还包括血栓闭塞性脉管炎血管手术后复查和介入性治疗等。

禁忌证:

- ① 对造影剂严重过敏者;
- ② 存有严重的肾功能不全、血浆尿素氮过高、中等蛋白尿、少尿、无尿者;
- ③ 严重肝功能不全者;
- ④ 毒性甲状腺肿者;

- ⑤心功能代偿不全、有严重心力衰竭表现者;
- ⑥出血性疾病、血友病、或正在抗凝、溶栓治疗中;
- ⑦其他禁忌,如穿刺部位炎症、感染坏疽等。

(2)造影方法

①穿刺法:可直接经皮穿刺动脉或切开皮肤进行穿刺。上肢可穿刺肱动脉或锁骨下动脉,下肢穿刺股动脉(股浅动脉)。

锁骨下动脉穿刺位置,取距中线 3cm、锁骨上方为 2cm 处,病人取卧位,穿刺右锁骨下动脉时针头向右与矢状面呈约 20° 夹角,与水平面呈约 45° 夹角,方向进针深度约 3cm。穿刺左锁骨下动脉,则取与矢状面成 30° 角,与水平面成 60° 角,进针深度约 5cm。穿刺针应较粗,连接一段塑料管,以便与造影剂注射器连接。

穿刺肱动脉时,病人手臂外展、伸直,在肘高处扪及肱动脉,进行直接经皮穿刺,针头可顺对或逆对血流方向。

股动脉穿刺时应于大腿根部腹股沟韧带下内方,先扪及股动脉之搏动,针头斜向上逆行穿刺,或顺血流向足部方面穿刺,先穿入皮肤及皮下组织,触及股动脉时,可感到搏动,然后用力穿破血管壁,可有穿破血管壁之感觉,拔出穿刺针芯后,见有动脉血液喷出,插入针芯,将针前进在管腔内埋藏 1cm 左右,再拔出针芯,等摄片结果满意后,再拔出穿刺针头;亦可在拔针前,随即注入肝素盐水,或治疗剂(详见股动脉穿刺注射疗法),拔针后应局部加压包扎。

②导管法:插管造影操作较穿刺法为复杂,但较安全,病人体位也可变动。特别是较高位的动脉病变时,如上肢的锁骨下动脉、腋动脉,下肢的髂外动脉的病变等,都应采用导管法。亦可由健侧肢体插管至腹主动脉-髂总动脉分叉处,进行血管造影,以了解患侧动脉病变情况,注射造影剂时健侧应略加压,迫使造影剂进入患侧动脉。

③摄片方法:上肢伸直外展位;下肢可卧伸直位,足弯向内转或屈膝约 90° 角,使下肢摄影入 $36 \times 43\text{cm}$ (14×17 吋)的 X 线胶片上。球管抬高,可在肢体远侧端球管窗口上装薄型半截滤光片,使全下肢范围内曝光条件一致。一般情况下连续换片 2~3 张要获得造影肢体的全貌。新型的 X 光机,可以自动分节移动曝光及换片,摄片时病人仰卧上,X 光机台板自动分节移动,曝光条件可按设自动更换,X 光胶片自动置换,以利于造影结果,如果无自动换片设备在一般 X 线机上也可用 $36 \times 43\text{cm}$ (14×17 吋)的 X 光胶片上以人工手法换片。可先在 X 光机台面上用铅橡皮条围成 $36 \times 43\text{cm} \frac{1}{2}$ 大小的长条间隙,置于台面中线一侧,把造影肢体置于其上,在台面上摄影盘中将同样尺寸大小的 X 光胶片半侧对准台面间隙,另一亦用橡皮铅片遮挡,注射造影剂、摄片曝光后,应迅速将加一半推入长条间隙内,可再次曝光。这样在一张 X 光胶片上可获得连续两次曝光结果。

一般情况下,上肢动脉造影,在注射造影剂 15~20ml,由开始注射 2~4S 即可达到指端。摄片时机可参照此时间确定。常规应摄二股 X 光片,间隔时间 2~4S。

下肢血流速度(动脉)为 22cm/s。而造影剂在动脉内的流动速度为 5~15cm/s,开始注入造影剂后,经 6~12S 可达到足部,摄片时机亦应按此时间设定。如股部摄片,可在注尽造影剂后,立即摄片一张 2S 后摄第二张。如小腿部,可在注尽造影剂后 1~2S 摄第一张片,2S 后再摄第二张片。造影前后可经注射器注入解痉、抗凝剂。

④四肢动脉的正常 X 线表现

A. 上肢动脉(锁骨下动脉、腋动脉、肱动脉、尺动脉、桡动脉)

锁骨下动脉左侧直接起于主动脉弓,右侧起于头臂动脉,出胸廓上口,在第二肋骨外缘延续为腋动脉。

锁骨下动脉主要分支有甲状腺干、胸廓内动脉、乳内动脉、椎动脉、肋颈干等。

腋动脉出于锁骨下动脉经背阔肌外侧缘延续为肱动脉。

腋动脉的主要分支有:胸肩峰动脉、胸外侧动脉、肩胛下动脉、旋肱前、后动脉。其中,肩胛下动脉分支与甲状腺干吻合成一肩胛动脉网。旋肱前与旋肱后动脉亦相互吻合。

肱动脉延续腋动脉向下在肘部桡骨颈平面分成桡动脉一尺动脉,近端分支主要是肱深动脉。

桡动脉沿前臂桡侧下行至腕部绕过腕关节之桡侧缘至手背,由第一掌骨间直穿到掌面与尺动脉吻合成动脉弓。

尺动脉沿前臂尺侧经豌豆骨外侧入手掌,分为深、浅两支,浅支与桡动脉的掌浅支于掌腱膜下吻合成掌浅弓,再发出指动脉。深支在掌深部与桡动脉末端吻合成掌深弓。分支到手指。尺动脉的主要分支有骨间总动脉,在桡骨粗隆下方水平分为骨间掌侧动脉、骨间背侧动脉。

B. 下肢动脉(股动脉、腘动脉、胫前动脉、胫后动脉)

髂外动脉至腹股沟韧带以下延续为股动脉,股动脉在腹股沟韧带下方3~5cm处发出旋股外侧动脉和旋股内侧动脉。旋股内、外侧两支动脉有的也直接由股动脉(股浅动脉)发生。

股动脉行至腘窝上缘后延续为一腘动脉。腘动脉在膝部分支形成膝动脉网。其中主要有膝上外动脉、膝上内动脉;膝下外动脉、膝下内动脉;膝最上动脉及胫前动脉(包括其分支胫前返动脉)构成一膝部动脉网。

腘动脉在胫骨平台平面又分为胫后动脉和腓动脉。

胫前动脉在腓肌的下缘穿过骨间膜至小腿的前外方,下向延续为足背动脉。

胫后动脉行于小腿的后内方,向下延续为足底内侧动脉、足底外侧动脉。

足背动脉行至足背部发出跗内动脉、跗外动脉,在第一楔骨背面发出弓形动脉,由此动脉分出三支跖骨背动脉。足背动脉行至第1~2跖骨间隙内穿跖筋膜至足底,称为足底深动脉,与足底外侧动脉的终末支构成底动脉弓。由足底动脉弓发出趾骨底动脉至足趾。

⑤血栓闭塞性脉管炎的常见动脉造影表现

血栓闭塞性脉管炎的常见动脉造影表现主要为狭窄、阻塞、侧支循环形成等。

A. 狭窄性表现:血栓闭塞性脉管炎动脉造影表现的动脉狭窄主要有动脉血管炎或炎性后纤维化造成的器质性狭窄,多于下肢各级动脉。疾病的发展过程中,常由于血栓形成,逐渐闭塞。动脉造影时可发现下肢动脉局限性、阶段性狭窄,但血管壁多为光滑状。与动脉硬化症血管腔内不规则,虫蚀状较广泛狭窄不同。与血管外病变如占位,纤维束压不同。一般以中、小动脉为主。

血栓闭塞性脉管炎动脉血管造影还可出现由于血管痉挛而引起的功能性狭窄征象。其形成的原因与下几种因素有关:

- a. 局部钝生外伤;
- b. 出血;
- c. 局部异物,如穿刺针、导引钢丝、导管、高浓度药物(造影剂)等;
- d. 伴行静脉炎刺激;
- e. 血管收缩剂,如肾上腺素、去甲肾上腺素、强心甙类、麦角类等。

一般而言,动脉血管痉挛造成的血管狭窄多由血管壁肌层收缩而致,也受支配的交感、副交感神经的影响。

常见的局部异物刺激或血管内骤然血压升高而使血管壁收缩,此变化多发生于大、中血管,富于肌层结构的血管中,在血栓闭塞性脉管炎患者的上肢肱动脉、下肢股动脉等。

老年人动脉硬化性闭塞症病人中,血管内粥样斑块、血管壁内纤维化,肌层硬化亦较少发生痉挛。

由于局部钝性挫伤、出血、局部刺激、炎症所致痉挛多发生在动脉血管局部,狭窄段较局限,边缘光滑,若解除刺激因素或使用解痉剂,就可消除动脉造影中出现狭窄征象。

由药物或神经因素引起的痉挛,则多为双侧对称性,痉挛段比较长,边缘光滑、规整。

B. 闭塞性表现:血栓闭塞性脉管炎动脉闭塞以中、小中脉为主。与其它疾病造成的动脉闭塞动脉造影征象有一定区别。

临床常见的四肢动脉闭塞性疾病主要有肢体动脉硬化性闭塞性症,少部分为癌肿侵蚀等。动脉闭塞可以是由狭窄基础上发展到闭塞;或为栓子脱落栓塞。

虽然肢体动脉硬化闭塞症血管闭塞在大、中、小动脉均可发生,其血管壁内膜多存在不规则的充盈缺损、阻塞血管近端血管壁钙化呈虫蚀状或锯齿状狭窄改变,也可呈整齐的闭塞断面。

由血管外癌肿侵蚀血管出现的动脉闭塞,可在闭塞周围发现异常粗大而错乱的癌肿供应血管丛,或组织内充盈缺损。

由于栓子脱落引起的肢体动脉栓塞症,其栓子多源于心脏,如左心室,二尖瓣上的赘生物。或为大、中动脉内的粥样斑块、血栓等。栓子脱落多为多部位的栓塞,闭塞的血管造影可呈平整截面或杯口状征象,阻塞血管近端大致正常。

C. 侧支循环表现 血栓闭塞性脉管炎为一慢性肢体缺血性疾病,血管狭窄或闭塞的同时,侧支血管随即开放,扩张,以代偿闭塞远端的动脉功能。侧支循环建立是生物体代偿功能的作用,与血管内的压力差有关。当动脉血管腔出现狭窄或闭塞时,闭塞远端血管内压骤然降低,血流通过一些细小的动脉,逐级进入闭塞远端。侧支循环建立的数量,管腔的大小与闭塞的位置、时间长短,闭塞两端的压差、血管有无其他病变等复杂的因素有关。

就一般而论,闭塞的部位越高、闭塞的血管腔越粗,其侧支血管亦越粗大,丰富,但常因为闭塞时间短,相应肢端的血流量骤减,多在短期内出现肢端坏疽。而细小的动脉闭塞其侧支血较细小,亦可出现指(趾)坏疽。血栓闭塞性脉管炎动脉造影多有较丰富的侧支循环建立。

总之,血栓闭塞性脉管炎动脉血管造影中,多呈现四肢中、小动脉狭窄,闭塞表现,近端大血管常无异常,闭塞平面以远端多有丰富的侧支血管。由于动、静脉可同时受累,伴行的静脉亦可出现炎性,闭塞表现。

由于动脉造影为损伤性检查,对病人有一定痛苦,亦可造成血管痉挛及造影并发症等。有人提出动脉造影有加重肢体缺血或损伤血管之忧。所以,一般在血栓闭塞性脉管炎进展,活动期不宜作为常规诊断方法,除外急需行血管重建术,以协助选择手术方案者。

(九) 辨病要点

1. 诊断依据

临床上,对血栓闭塞性脉管炎的诊断,一般是比较容易,但对早期诊断有一定困难。目前国

内常用的诊断依据是中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会于 1987 年在南京制定周围动脉闭塞性疾病诊断及治疗标准。

(1) 青壮年(20~40)男性。

(2) 有较长的病程。早期患肢发凉、怕冷、麻木、间歇性跛行;后期出现静止痛,严重时肢端发生溃疡、坏疽,甚至造成全身感染等。

(3) 患肢皮肤苍白、潮红、紫暗或青紫。

(4) 足及小腿部位出现反复发作游走性血栓性浅静脉炎。

(5) 患肢足背、胫后、甚至腘动脉搏动消失。上肢发病者,尺、桡、肱动脉搏动消失。

(6) 除外肢体动脉硬化性闭塞症、大动脉炎、雷诺病及糖尿病性坏疽等。

2. 鉴别诊断

血栓闭塞性脉管炎应与其下疾病相鉴别:

(1) 动脉硬化性闭塞症 动脉硬化性病变,是一种全身性动脉病变,肢体动脉硬化症是全身动脉疾患的一部分,属于周围脉慢性闭塞性疾病,但好发于大、中、型动脉,如下肢的腹主动脉、髂总、髂外、股浅、腘动脉处,上肢较少见。由病变动脉管壁增厚、硬化、粥样斑块及钙化,后期可继发血栓形成,使动脉管腔狭窄,甚至闭塞,使患肢出现缺血表现。如患肢发凉,麻木,皮肤萎缩,弹性差,骨质稀疏,毛发脱落,趾甲生长慢或畸型,后期出现肢端坏疽或溃疡形成。

其病理变化、临床表现与血栓闭塞性脉管炎的鉴别要点为以下几点:

① 患者年龄大、多在 50 岁以上。

② 病变发生在大、中动脉,如髂总动脉、髂外动脉、股动脉及属支。

③ 多伴有其他主要脏器的动脉硬化症,如脑动脉,冠状动脉、肾动脉等。

④ 临床上有高血压、高血脂、糖尿病等。

⑤ X 线平片可见动脉位置处有不规则钙化阴影,CT,磁共振可发现主动脉管腔内有粥样斑块及钙化。动脉造影可提示动脉纡曲、硬化,管腔内不规则狭窄或阻塞。(详见表 2-1-10)

(2) 多发性大动脉炎 主要是指主动脉及其分支的多发性、非化脓性炎性疾病。以体内各部位大动脉炎性、狭窄或闭塞,少数动脉瘤样扩张特点。

临床鉴别具有以下特点:

① 患者多为青少年女性。

② 病变多同时侵入多处大动脉。如主动脉弓及其分支、主动脉及内脏分支(肾动脉、肠系膜动脉、腹腔动脉等),在下肢可有发凉、间歇性跛行等下肢缺血表现,上肢高血压,下肢血压测不出。在上肢累及锁骨下动脉可出现上肢麻木、酸软无力,血压测不出。如累及颈动脉则出现眩晕,一过性黑朦,甚至偏盲、昏迷等。一般在上述受累动脉区可闻及收缩期血管杂音。如果累及肾动脉则出现肾性高血压表现。

表 2-1-10 脉管炎与闭塞性动脉硬化、雷诺氏病、大动脉炎鉴别表

疾病名称 鉴别点		血栓闭塞性脉管炎	闭塞性动脉硬化	雷诺氏病	大动脉炎
一般情况	性别	多为男性(97.9%) 女性罕见	男女均有,约为6:1	多为女性(80%)	多为女性(68.4%)
	年龄	多为青壮年(20~40岁)占86%	多见于45岁后	多见于青壮年(40岁前)	多见于青少年(30岁前)83.6%
	吸烟	多有严重吸烟嗜好	可有	无或有	可有
	寒冻	有受冻史	无	寒冷易引起发作	无
病史和症状	病变部位	多侵犯四肢中、小型动脉(先一侧发病),上肢较少,下肢多	受累血管系大、中型动脉,多波及上肢	两侧对称发病,下肢少见	侵犯降主、腹主、头臂动脉,多见上肢,不对称
	临床症状	持续发凉、间歇跛行、剧烈疼痛,常有血管痉挛现象	四肢发凉、麻木、异常感,疼痛轻,罕有血管痉挛	间歇发作两手凉冷,多见血管痉挛现象	肢体酸软无力,不痛,见血管痉挛现象
	皮色改变	持续性潮红、紫红或苍白	不显著,多呈苍白色	发作性苍白→青紫→潮红	不明显
	浅静脉炎	占40%,常反复发作	无	无	无
	其他症状	严重坏疽者,可有高烧、贫血、消瘦等	有头晕、头痛、耳鸣、失眠等	病情进展有肢端缺血症状	活动期伴有低烧、无力、贫血、出汗、关节痛等
体征	肢体缺血征	皮肤干燥光薄,汗毛脱落,甲厚变形,肌肉萎缩	早期不明显,后期可有	一般正常,晚期指端可变瘦、细	不明显
	动脉搏动	足背、胫后、腘动脉常减弱或消失	可见股动脉,腘动脉及足背、胫后动脉消失	正常	常见桡动脉消失,股、腘、足背动脉减弱
	血管杂音	无	可有	无	常在颈、腹、背部听到血管杂音
	其他部位动脉硬化	无	上肢、浅动脉多弦硬、扭曲	无	无
	溃疡与坏疽	病程长,进展慢,坏疽发生晚,呈干性坏疽,多局限于足部	病程短,进展快,坏疽发生早,呈干性坏疽,可累及小腿或大腿	很少见,为指端局限性皮肤溃疡或坏疽	很罕见
	血压	正常	多高	正常	上肢测不到,或上肢高血压下肢低血压
	眼底	正常	常见视网膜动脉硬化	正常	视网膜动脉变细,静脉粗大紫黑,有小血管瘤呈花枝状等

续表

疾病名称 鉴别点		血栓闭塞性脉管炎	闭塞性动脉硬化	雷诺氏病	大动脉炎
化 验 检 查	尿、血糖	阴, 正常	阳, 增高	阴, 正常	阴, 正常
	胆固醇、 β -脂蛋白、三酸甘油酯		常增高	正常	正常
	血沉	正常	正常	正常	加快
X 线 检 查	平片	可见患肢骨质普遍稀疏	肢体动脉钙化阴影, 主动脉弓突出, 有条状钙化	无特殊	主动脉弓和弓降部突出扩张, 伴有搏动减弱或消失, 心脏扩大(左室为主)
	动脉造影	肢体中、小动脉呈节段性闭塞, 无扭曲, 有丰富侧支循环	肢体动脉有虫蚀样缺损、狭窄和阻塞, 血管扭曲呈波浪形, 侧支血管少	无特殊	可见头臂、胸主、腹主动脉上段广泛狭窄或闭塞程度不一

③活动期伴低热, 盗汗, 红细胞沉降率加快等。

(3) 肢体动脉栓塞 即急性动脉栓塞, 为栓子自心脏或近端动脉壁脱落, 或外界异物阻塞而致肢体缺血、坏死的急性病变。常见的栓子有血栓、动脉硬化斑块、空气、肿瘤坏死组织、脂肪及折断导丝、导管、羊水等, 尤以左心腔内血栓为最多见。由于动脉急性阻塞, 代偿不全, 患肢突然出现疼痛、苍白、麻木、运动障碍, 无脉(Pain、Pallor、Panasthesin、Paralysis、Pulseless, 所谓“5P”征)。此病发病急, 极易危及生命和致残。

临床鉴别有以下几点:

①患者严重心脏病史, 如风湿性心脏病二尖瓣狭窄、心房纤颤; 心肌梗塞、动脉硬化, 或亚急性心内膜炎病史。有心脏手术、动脉瘤切除术, 人工血管术及动脉造影、插管术等。

②发病急骤, 肢体突然出现“5P”征。

③肢体迅速出现坏疽, 范围较大。

④各种特殊检查, 如多普勒血流仪、伽玛照相、动脉血管造影显示动脉阻塞。

⑤肌肉坏死时, 磷酸肌酸激酶(CPK)明显增高。

(4) 雷诺病和雷诺征 为末梢动脉功能性疾病。是指在寒冷、精神刺激、情绪激动等影响下, 发生肢体末梢动脉阵发性痉挛, 手足皮肤颜色呈苍白—紫绀—潮红—正常间歇性变化病变。

临床要鉴别以下几点:

①肢端皮肤对称性、间歇性颜色改变。

②病变发作与寒冷情绪激动有密切关系。

③多发于青壮年(20~40岁)女性。

④疾病后期可出现末梢动脉狭窄,闭塞,肢端皮肤干糙硬化,或发生浅表性溃疡,坏疽。

⑤一般肢体动脉搏动正常。

(5)结节性动脉周围炎 为皮肤血管炎的一种。主要累及皮肤小,中动脉,变性期为动脉中层水肿,坏死;炎性期为全层动脉及周围炎,且有多量嗜酸性粒细胞浸润,血管内膜增厚或闭塞,可伴有胃肠、心肾、神经、脑、肌肉多器管组织同时受累。

临床鉴别有以下几点:

①多发于中年男性。皮肤损害为多形性,如散在红斑、瘀斑,结节或坏死。

②常有乏力低热、关节痛。

③内脏受损,如高血压、心包炎、急性主动脉炎;肝肿大,黄疸;便血,腹痛;肾小球肾炎表现;偏瘫,痉挛;视觉障碍等。

④实验检查,血沉加快,白细胞增多,嗜酸性白细胞增多,血红蛋白和红细胞减少。蛋白电泳测定: γ -球蛋白、 α_2 -球蛋白增高,白蛋白减少。肾脏损害时可呈蛋白尿、血尿和管型。

⑤结合心电图、B超,肝动能、眼底等检查。

⑥皮肤损害在鉴别困难时,可行活体组织病理学检查,以明确诊断。

(6)红斑性肢病症 是一种阵发性血管扩张性疾病。多发于肢端,剧痛,灼热、潮红、活动或遇热后加重的特点。

鉴别点有以下几点:

①患肢动脉搏动正常或增强。

②肢端无缺血表现。

③常发于手足,多为对称性发病,以灼热感,剧痛潮红为主,冷敷后症状减轻。

(7)网状青斑 为皮肤血管疾患之一。主要是由于皮下小动脉在各因素作用下发生痉挛,致使毛细血管及小静脉扩张。大体上可分为先天性,生理性,动脉功能紊乱等各种。

本病鉴别点为:

①多发于青年女性。

②下肢,躯干部出现紫红色网状斑纹。

③一般无缺血征,肢体动脉搏动正常。

(8)手足发绀症 又称为肢端青紫症,为一种功能性血管痉挛性疾病。其病因尚不清楚,多数学者认为本病与交感神经功能失调或皮肤内小血管张力改变所致。由于血管痉挛,毛细血管内淤血,使流入皮肤乳头下静脉丛血液的还原血红蛋白增加,皮肤呈紫绀色。

其鉴别要点如下:

①绝大多数见于青年女性。

②寒冷刺激后可出现手足紫绀,温暖时可缓解。患肢皮温低,轻度触痛。

③手指可肿胀,僵硬。

④肢端动脉搏动正常,无缺血表现。

(9)糖尿病足 亦称为糖尿病性血管病变。为糖尿病的主要并发症之一。临床上具有糖尿病表现以外,可出现肢体麻木,发凉,皮色潮红,肢端坏疽多呈湿性,发展较快,常并发全身感染酮症酸中毒等。

临床鉴别点有:

①患者有严重糖尿病史,具有典型的糖尿病临床表现,常处于难以控制状态。

②有肢体麻木、疼痛,间歇性跛行,甚至发生肢端坏疽,发展快,可蔓延至全足或小腿,多呈湿性坏疽。如严重时,可出现全身感染症。

③实验检查,血糖高,尿糖呈阳性。

(10)胸廓出口压迫综合征 属外压性动脉疾病。主要是由于血管周围的组织或器官的解剖或其他原因压迫血管或神经,从而产生动脉供血障碍或神经症状。

引起胸廓出口压迫的原因多有颈肋,前斜角肌肥大,外伤等因素。

临床鉴别有以下几点:

①患者多为青年女性。

②同时存在血管、神经压迫征,如上肢发凉、麻木、疼痛,尤其在上肢外展、上举时表现无力。

③Adson 试验阳性,过度外展试验,挺胸试验阳性。

④X 线检查,静脉 DSA、选择性锁骨下动脉造影发现骨下动脉受压。

(11)隔室综合征(Compartment Syndrome)是由于下肢血管、神经因肌肉或筋膜、韧带压迫,或外伤后血肿纤维化,骨痂等牵拉,压挤动脉,发生缺血征。

主要鉴别点为:

①青年男性多发。

②活动出现间歇性跛行,休息后可缓解为主症。

③严重者亦可出现肢端皮肤发凉、怕冷,甚至趾端溃疡等。

④足背动脉搏动正常。

⑤X 线检查,如 DSA,下肢动脉造影可发现动脉血管壁受压。

(12)硬皮病 属全身性结缔组织疾病。多数学者认为与免疫机能紊乱有关。

鉴别点如下:

①患者多为女性。

②四肢末端皮肤硬化,手足指(趾)皮肤紧张、僵硬,或出现雷诺征。

③后期全身皮肤硬化,以颜面、口唇、前臂内侧,皮肤硬化,同时伴色素代谢失常,面部呈“大理石”状。

④严重者累及食道、胃肠、心脏、肾脏,引起吞咽困难,心、肺、肾功能衰竭。

(13)冻伤 多由寒冷季节受冻而成。患者表现为患肢局部灼热、发痒、红斑,青紫、水泡严重时可发生肢端坏疽。一般坏疽较表浅,以手、足、耳等暴露部位为明显。患肢动脉搏动正常。

(14)平底足 由于足内旋或平底足畸形可使血管痉挛,足底皮温降低、青紫和出汗。患者在走路,久立时,出现足痛,休息较长时间才能缓解。查体时可见足弓低平。肢体动脉搏动正常。

(15)腰椎、脊髓病变 常见的有腰椎间盘突出、腰扭伤、脊髓瘤、脊髓空洞症等神经营养不良的临床表现。肢端可出现溃疡,但无皮色、皮温改变;患肢疼痛呈放射状,与位置改变有关。可有感觉迟钝,但无患肢缺血征象,肢体动脉搏动良好。

(16)痛风 足趾跖关节红肿、剧痛,有热感。但无发凉,无缺血征。血尿酸值增高,X 线平片可见关节区阴影或骨软骨缘或骨骺部骨质,圆形穿凿样透壳缺损。

(17)其他如风湿性关节炎、末梢神经炎、红斑性狼疮等也应注意与血栓闭塞性脉管炎相鉴别。

二、辨证·中医诊断

血栓闭塞性脉管炎属于祖国医学“脉痹”、“脱疽”范围。中医辨证应通过详细询问病史,四诊合参,结合现代特殊检查,按照中医学理论体系,对本病的临床主证—疼痛、发凉、麻木、营养障碍、溃疡或坏疽等,进行综合分析、归纳,进行八纲,病因,气血,脏腑辨证,为辨证论治提供依据。

(一)八纲辨证

八纲辨证即阴阳、表里、寒热、虚实。这是对血栓闭塞性脉管炎的部位、性质、邪正双方力量消长状况的归纳,其中阴阳又是辨证的总纲。

对于血栓闭塞性脉管炎之八纲辨证的应用具体见表 2-1-11。

表 2-1-11

八 纲 辨 证

证型	病候	部 位	全身症状	局部情况	舌苔	脉象
阳 证	热		发热,面红,口渴,喜冷饮,烦躁,尿黄或短赤,大便秘结	肢体红肿,红索条硬结,灼热痛,或肢体溃烂,脓液黄白,坏死组织多,有恶臭气味	苔黄躁,舌质红降	洪数、滑数、弦数
	实	急性新病	高热,烦躁,谵语,身体壮实,尿赤溲,大便秘结	肢体肿胀紧切,或红肿高起,灼热剧痛,拒按,或肢体溃烂,脓液黄稠,肉芽鲜红,疮口易愈合	黄燥、黑苔、舌质红绛或紫暗	洪数有力
	表	浅,在肌表、经络,病轻	发热,恶寒,头痛,全身不适	肢体病变初起,肿胀,疼痛,或轻度急性炎症,红肿热痛不明显	苔薄白	浮数、浮洪
阴 证	寒		怕冷,形寒,面色苍白,口不渴,喜热饮,安静懒动,便溏,小便清长	肢体冰凉,呈苍白色,或肢体干性坏疽、微肿,不热,隐痛或胀痛无脓,或脓液清稀	苔白,舌质淡	沉迟
	虚	慢性久病	不热,或潮热,身体虚弱,消瘦,倦无力,气弱懒言,纳呆小便自利清长,便溏薄	肢体萎缩,或肿胀,不红或微红,肢体疼痛轻,溃烂后期,脓液清稀,肉芽淡白,疮口难愈合	苔薄白,舌质淡嫩	沉细、细弱无力
	里	深在脉、骨、内脏,病重	高热,神昏谵语,烦躁,面红目赤,口渴,尿黄赤,便秘结,多见于热毒入里,发生毒血症、败血症	肢体严重坏疽继发感染,红肿散漫,边界不清,灼热剧痛,筋骨发黑坏死	苔黄燥、焦黑	沉数、滑数、沉实有力

(二) 病因辨证

血栓闭塞性脉管炎病因辨证大致可分为寒、热、火、湿、痰几方面。

1. 寒 寒为阴邪,寒邪凝滞,寒凝则气血瘀滞;寒盛则伤阳气;血栓闭塞性脉管炎多发于高寒地区,患者多有坐地受冷,冲冒霜雪,户外劳作史,均使寒邪外侵而发病。寒邪侵入自肌肤而腠理,不能煦解,阳气不能宣达四末,则反客入经络筋骨,邪侵入愈深,则病证愈重。《灵枢·痈疽篇》曰:“寒邪客于经络之中,则血泣,血泣则不通,不通则卫气归之,不得复返,故痈肿。”说明寒邪侵入经络,营卫气受损伤,则肢端血脉凝泣,血滞而致气滞不得行,气血瘀滞而成。

临床上,患肢发凉、畏寒,肢端苍白、持续性紫绀或疼痛,甚至坏疽,遇冷加重或病情复发,舌质淡苔薄白,脉弦紧。皆为寒邪内侵所致。

寒性收引,影响血气运行,但临床见症亦有所不同。

肢冷如冰、皮肤紫暗,多属于寒邪外束于皮肤,肌腠,血气流行失调则见肢端冰冷,皮色苍白,或皮肤瘀斑。

若寒邪入络,阳气不达四末,气血循行不畅,则肢端紫绀为主。

寒湿久着,“寒胜则痛”,气血凝滞,则肢端固定性剧痛,遇冷加重;夜间阳气消钝,则患肢剧痛,抱膝待旦。

寒邪深着于筋之间,气不宜行,血凝成结而不化,久则发为脱骨疽—脱疽,筋烂骨枯,节节脱落。

寒邪内侵,不能外解,则必然“郁久化热”,热胜则肉腐,寒邪化为郁结→热→肉腐、筋烂、骨脱,实际上可以被认为是寒邪外泄的另一种途径。

2. 湿 湿为阴邪,其性重浊而趋于下;湿性粘腻,多病情重,病程长,缠绵难愈或反复发作。

多见于血栓闭塞性脉管炎,肢体坏疽继发感染,趾(指)红肿,溃烂,红肿热痛;或发病过程中出现游走性血栓性浅静脉炎表现。

由于湿邪多与寒、热等诸邪夹杂致病,本病发病过程中,可有寒湿凝结于肌肤,使下肢湿冷间作,肿胀等证;湿热相挟,湿热下注,阻于肢端,则下肢潮红,青紫肿胀,肢端溃疡或坏疽红肿,舌质红,苔黄,脉滑数。多见于病情活动,或复发阶段。

3. 火毒 火为热之极,为阳邪。五气过极皆可化火。因而火毒为各种外邪郁积日久不得消散的发展。所谓“痈疽原是火毒生”。

血栓闭塞性脉管炎后期肢体坏疽严重感染,局部红肿,剧痛,全身发热,口渴引饮,便秘干燥,溲赤,甚则心烦神昏,高热等,舌黄燥,或黑苔,脉洪数,皆为热化为火毒,不能外解,局部淫侵肌肤,筋骨,肌肉,使肉腐成脓;火毒内侵或入血分,则造成急重症。

4. 痰 痰浊是血栓闭塞性脉管炎的病理产物,多种致病因素均可促成经脉瘀阻,肢体气血不得通畅,郁闭凝结成痰。本病多出现肢体游走性血栓性浅静脉炎表现,均系痰湿阻于肢体经脉所致。

临床出现肢体麻胀,疼痛,发凉苍白,步履滞重,肢体出现皮下硬条结节状物,多经久缠绵,此起彼伏,为“怪病从痰”之说。

(三)病机辨证

人体之营卫气血,与四肢肌腠、筋骨之间有密切关系。肢体各部分的协调,维持着肢体正常活动。由于各种致病因素的侵及,伤害,产生各种不同的病理变化。血栓闭塞性脉管炎的病机与整体各个组织有密切关系。病机辨证转化与营卫、气血为主。

营卫气血是人体的精微物质和动力,是维持机体生命活动之源。

气包括先天之元气与水谷化生之精气,是充养全身、推动和维持机体各组织机能活动的动力。营气为运行于脉管中的精气,与血共行于肢体经脉之中,以化生血液,营养周身。

卫气有温煦脏腑、肌腠、启闭汗孔之功能,具有捍卫肌表,抵御外邪的作用。

血为机体进行各种生理活动的基础,有赖于气的推动而动而循行于全身、肢体的肌腠、筋骨等均需一刻不断地充足地血液营养。

营卫气血之间,关系十分密切。《难经·三十二难》云:“血为荣、气为卫、相随上下,谓之营卫,通行经络,荣周于外。”卫以助营,营则资卫;气血相生,血以养气,气以生血,相互依存,相互转化。

经络分布于四肢主干,内连脏腑,外络于肢节,沟通上下、表里、内外、运行气血于全身,是调节人体各组织之通路。

脏腑是主持人生命活动器官,脏腑互为表里,脏行气于腑,腑输精于脏,是气血化生之源。而脏腑功能活动,又依赖于气血濡养。肌腠血脉、筋、骨各属五脏所司,脏腑功能正常,则推动气血运行,通过经络而达于全身,充肌养表。

综上所述,血栓闭塞性脉管炎的形成,多与卫气营血、经脉、脏腑有密切关系。卫气营养的运行,为濡养脏腑功能的泉源,脏腑的功能活动,通过经络联系肢体各组织,使肌腠筋骨各得所养,从而以抵御外邪侵袭,肌肉得以护卫筋骨机体,筋得以束节络骨而利关节屈伸,骨骼得以支撑而维持行走。

就血栓闭塞性脉管炎之病机辨证亦应从气血凝滞、脏腑功能失调、经络阻塞三方面认识。

1. 气血凝滞

气血循行于周身,四时流动不息,若气血凝滞,则四肢肌肤、腠理、筋脉、骨骼失其所养。气血凝滞历来被视为血栓闭塞性脉管炎的主要病机之一。

气血凝滞在血栓闭塞性脉管炎临床上可表现为寒瘀、热瘀及气滞、血瘀为侧重四个常见类型:

(1)寒瘀为主:多为寒湿之邪所袭,寒邪抑遏则血凝,血凝则气行不利,羁留于经脉之中,阻于肢体经络之中则肢体痹痛;深着于里,蕴于筋骨之间,则肢体活动受限,间歇性跛行;甚则寒湿入络,冰凝瘀结,肢体末端气血阻于经脉,营卫不调,则肌肤、腠理、筋脉、筋骨失养,表现为肢冷、发凉、麻木;间歇性跛行,静息痛,遇冷加重或冬季发病。皮肤干燥,皸裂,汗毛稀疏、脱落、骨质稀疏等。甚则肉腐筋烂骨脱,或高热等。

(2)热瘀为主:由于风热火等诸邪外侵,邪气乘之则热炽;或由寒郁化热,气盛则血壅,蕴结于皮肤,筋脉之中,则肢体红肿;热毒内结于脏腑之间,则发热,口干,肢端剧痛难忍,如汤泼火灼之感,伴心烦,便秘,溲赤;甚则肢端湿性坏疽,并感染,则肢体红肿,剧痛,肢端腐烂,脓水淋漓,味臭。

(3)气滞于血:申斗垣《外科启玄》中说:“气滞于血,则经脉隧道壅塞日增,溢出脉外升降失

调”,运化失司则肢体缺血,缺氧的同时,肢端剧痛,皮下出现瘀斑,瘀点,或青紫、发绀,等为主症,表明为热壅所致。《医林纂要》指出:“气血相滞,不独得之于寒热,而七情色欲之伤为尤甚”外得于六淫为阳,六淫之以气滞于血,为阳中之阳。

(4)血滞于气:血滞为主,则津血粘稠,为痰为饮,血为之所乱,为泣为沸腾,而肢体红肿,胀痛,甚则肉腐筋烂。多为寒滞郁久而致,为伤于七情属阴,以血滞于气为阳之阴。

另外,气血凝滞在血栓闭塞性脉管炎临床上,又可由于正气盛衰、发病的部位,动脉狭窄,闭塞的部位不同,而有虚实表现。正气虚有先天不足,房劳过度,命门火衰,则外邪风寒之邪侵入而致气血凝滞。《外科真诠》曰:“非虚为何?”先天禀赋不足,或久病体虚,运行无力,肢体筋脉失于濡养,为本病之根本。

内外合邪,两虚相得,致营卫气血不和,气滞血瘀,痹阻血脉为发病之主要病机。故《灵枢·刺节真邪篇》曰:“虚邪之中也……搏于脉中,则为血闭不通”。血栓闭塞性脉管炎亦被划归于“血瘀证”范畴。

2. 脏腑失和

由于肢体局部气血瘀阻与脏腑功能有密切关系,脏腑与肢体通过经络气血相连贯,气血由脏腑所化生,若脏腑失职,则气血无力运行,则肢体缺血;反之,肢体气血瘀阻也可影响内脏功能,使表里关系失调,损及脏腑。根据内脏表里关系与血栓闭塞性脉管炎病机特点,以五脏功能失调而分述于下。

(1)心 《素问·至真要大论》说:“诸痛痒疮,皆属于心。”《寿世保元》曰:“盖心为火脏,心主血脉而行气,若气血凝滞,则夹心火之热,而主痈疽之类。”均指出心气,心阳不足,则可致气血凝滞。心之阳气不足,一不能温养经脉,形成肢冷、疼痛,坏疽,一造成气血运行无力,肢体缺血,跛行,脉搏无力或痹阻。

(2)肝 肝主疏泄,主筋。若情志内伤,则肝气郁结,局部结块,气血凝结而痼着不除,则皮下出现游走性血栓性浅静脉炎结节;或气滞于经脉,手足发绀,青紫交替发作,呈雷诺氏征现象。若肝血不足,筋脉失养,则肢体麻木,拘紧,疼痛或肌肉萎缩。

(3)脾 脾为后天之本,主运化,主四肢,为气血生化之源。若运化失职,则肢体浮肿,胀重乏力。脾阳不振,则倦怠,四末冰冷。脾气不利,运化水谷不及则肢体缺气血之濡养,肌肉萎缩,皮肤不荣,脉道不利。

(4)肺 肺主气,司呼吸,通调水道,在外主皮毛。肺气失司,则血瘀于经脉之中。邪郁于肺,则皮毛不固,皮肤干燥,粗糙皸裂,四肢汗毛稀疏或脱落。

(5)肾 肾为先天之本,为元真所在,肾藏精主骨,若先天不足,或房劳过度,肾精耗损,则精涸而四肢失养,清·《疡科心得集·脱疽》说:“因房术涩精,丹石补药,消灼肾水,房劳过度气竭精枯而成。……皆肾水亏涸不制火也。”肾为先天之本,藏阴精而寓元阳肾气旺盛,则五脏充沛,四肢气血畅行。房室不节,妄服补阳之剂,则阳精煽惑,淫火猖狂,蕴蓄于四末,消灼阴液,毒聚于肢端而不解,筋敛髓枯而发为脱疽。

3. 经络阻塞

经络分布于周身,内属于脏腑,外连于体表四肢,在人体脏腑与体表之间构成了密切的连通关系。是气血周流的通道。

十二经脉为气血通行之主干,起着濡养和维持人体各项生命活动的平衡协调作用。在病机上,具有不可忽视的重要地位。《外科秘录》曰:“五脏六腑各有经络,脏腑乏气血不行,则脏腑之

经络即闭塞不通”。《三因极一病证方论》曰：“气宿于经络，与血俱涩而不行，壅结为痈疽。”《外科启玄》说：“凡有壅滞，是奇经入脉之所为病也”。表明血栓闭塞性脉管炎是一个全身性疾病。由于外邪、内伤使经气失常，经络阻滞，气血凝滞，而发病。邪毒不能约束，则通过经脉入脏入腑。同时，内脏之病变也可通过经络传于四肢或传于另一脏腑。

(四) 辨证要点

辨病是掌握疾病的本质及其规律性。高锦庭《疡科心得集》中说：“凡治痈肿，先辨虚实阴阳”(辨证)。经曰：“诸痈为实，诸癰为阳，诸疽为阴。又当辨其是疔、是痈、是疽……”(辨病)。

在疾病过程中，同一种疾病，多因患者体质、年龄、生活习性、患病季节、气候、发病诱因及病程先后阶段不同，而出现不同的证候，是谓同病异证。也有几种不同的疾病，因病因、病机、病位不同于脏腑相似，可在不同的患者身上，出现相同的候证，即所谓异病而同证。

血栓闭塞性脉管炎的主要临床表现有疼痛、发凉、麻木、皮色异常、苍白、溃疡或坏疽等。局部症状是辨病的依据。

1. 辨疼痛

疼痛是血栓闭塞性脉管炎的主要症状之一。是由于气血凝滞，经络阻隔所致，究其病因大致可将肢体疼痛列述于以下几种，见下表(2-1-12)。

表 2-1-12

肢体疼痛辨证

	寒 痛	热 痛	血 瘀 痛
病 因	寒 凝	热 结	瘀 阻
临 床 特 点	1. 不热或低热 2. 肢体冰凉苍白 3. 缓痛胀痛 4. 得热而痛缓 5. 遇热而痛甚	1. 发热或高热 2. 肢体红灼热 3. 剧痛而拒按 4. 遇冷而痛缓 5. 遇寒则痛甚	1. 不热或低热 2. 肢体紫暗瘀斑 3. 青筋肿胀 4. 持续疼痛而固定 5. 遇寒而痛甚
舌 苔	苔薄白，舌质淡	苔黄燥，舌质红绛	苔薄白，舌质红绛，有瘀斑
期 型	多为局部缺血期，或营养障碍期，阴寒证	多为坏死期，实热证	多为营养障碍期，血瘀证

2. 辨病

血栓闭塞性脉管炎患者因寒湿伤阳，患肢沉重，步履不便，脚底发板硬，小腿酸胀，冰冷、麻木、疼痛，皮色苍白或紫暗、紫红。多在寒冻季节加重或复发，患肢遇冷时疼痛加重，得热后痛轻，甚则触之冰凉。疼痛昼轻夜重，甚则抱膝危坐，彻夜不眠。小腿肌肉萎缩，皮肤干燥，足不出汗，汗毛稀疏；爪甲不荣，生长缓慢或变形。趺阳脉(足背动脉)、太溪脉(胫后动脉)或寸口(桡动脉、尺动脉)减弱或消失。若寒郁久化热，多呈肢端干枯发黑坏疽，或继发感染转为湿性坏疽。表现为热胜肉腐，火毒内生，肢端坏疽周围皮肤紫红，肿胀，形如煮熟的枣状，灼热剧痛，犹如汤泼火燃，患者可伴神昏，高热，纳呆食少，形体消瘦，精神萎靡。局部溃烂，脓水味臭，肉芽不长，筋骨暴露，腐烂，五趾相染，逐节脱落，日久不愈，或火毒内陷于脏腑而致生命危险。或扩延至小腿

而致残。

3. 辨证型

(1)虚寒证 患肢喜暖怕冷,触之冰凉,皮色苍白或潮红,肢体感觉麻木,疼痛,呈间歇性跛行,疼痛遇冷加重,但尚未发生溃疡或坏疽,脉象沉细而细迟,舌质淡,苔薄白。(大致上属于现代医学的缺血期或恢复期表现)

本证患者多为阳虚之体,复感寒湿之邪,《备急千金方》指出:“若寒月久立湿冷之地者,则冷湿之气上入经络,病发则四肢酷冷转筋”。寒凝血脉,阳气不达肢末,则皮色苍白,肢体麻木疼痛。或因寒凝血瘀,而肌肤潮红,“血凝则不通”,“不通则痛”。脉象沉细迟,舌淡苔白均系虚寒之证。

(2)血瘀证 患肢畏寒,发凉加重,肢端固定性疼痛。局部皮肤红色,暗红或青紫色,肢端有瘀点、瘀斑,活动后患肢呈苍白或苍黄紫绀状。肢体肌肉萎缩,步履艰难或跛行;舌质紫暗或有瘀斑,苔薄,寸口脉沉细涩,趺阳、太溪脉消失。

本证型还可出现肢端干裂、无汗,皮肤粗糙,呈石蜡状,爪甲生长慢、畸型等。

多由于气滞血瘀,经脉阻塞。皮肤红紫,瘀斑,固定性痛皆为气血瘀滞所致。肢体发凉、麻木疼痛,动则苍白,趺阳、太溪脉消失,是阳气不达四末,气血不畅,经脉空虚所致;皮肤,肌肉、爪甲不荣,皆为气血阻塞,经脉失养所致。舌质紫暗或有瘀点、瘀斑、脉象沉细涩为血瘀气滞而致。(本证相当于现代医学营养障碍期临床表现)

(3)湿热证 患肢喜冷怕热,小腿胀痛,肿,常伴有游走性浅静脉炎表现。患者面色灰滞或萎黄,胸闷,纳呆,口渴而不欲饮水,小便短赤。脉滑数或弦数。舌苔白腻或黄腻。甚则肢端溃疡形成,糜烂渗液,肢端红肿,剧痛,呈湿性坏疽之象。

多因寒邪郁久化热或脾胃蕴热,湿热下注于筋脉,小腿肿胀。湿浊由脾不运化而生,困于中焦则纳呆,渴不欲饮,面色萎黄。注于下肢,则肢端溃烂,脓水滴淋。脉象滑数,苔黄腻乃湿热之征象。(本证属现代医学,坏疽,溃疡期表现)

(4)热毒证 患肢坏疽扩展,剧痛。局部红肿,脓液较多,并伴恶臭,甚则高热,纳少,烦躁,口渴引饮,便秘溲黄。或精神萎靡,屈膝危坐,抱膝待旦,痛苦异常。舌质红绛或紫暗,舌苔黄腻或见灰黑苔;脉象洪数或细数。

本证属坏疽继发感染期,主要表现为热毒炽盛,灼伤津液,损及真阴之证。经络阻塞,气血凝滞,郁久化热,热毒内聚,则肢端红、肿、热痛。“热胜则肉腐,肉腐则为脓”。“热气不得宣泄,内攻五脏,故烦渴,便秘溲黄”。经脉气血不通,则剧痛难忍。“壮火食气”,久则精神萎靡,纳呆食少。舌质红绛或紫,苔黄或黑灰,脉洪数均为热毒炽盛之象。

(本证相当于现代医学坏疽继发感染、毒败血症表现)。

(5)气血虚证 患病后期,肢体痛较轻,但皮肤干燥,肌肉消瘦;或溃疡久不愈合,肉芽灰暗,脓水稀薄。患者伴有肢体乏力,面容憔悴,心悸、失眠。舌质淡,苔薄白,脉象沉细无力。

本证多由久病体虚,气血不足,肢体不得气血之濡养及阳气之温煦,故见皮干肌瘦,疮口不愈。面容憔悴,失眠为心血不足而致。舌质淡,苔薄白,脉沉细无力皆为气血亏虚之表现。(本证相当于恢复期表现)。

第四节 治 疗

血栓闭塞性脉管炎是一种病因未明的末梢动脉慢性闭塞性疾病。由于是从末梢细小动脉开始受累,逐渐闭塞,因此发病早期病人不易察觉,待缺血症状明显,来诊时动脉病变闭塞已发展至中小动脉,而此时细小动脉的病变已十分严重,已不能恢复正常的血流量。即使治疗之后,侧支血管广泛建立,但仍不能代偿正常的血液供应量。因为侧支血管毕竟有限。临床上常存在溃疡愈合,疼痛消失,但病人的末梢缺血仍会存在,末梢动脉(指、趾)压难以恢复正常,因此,从理论上讲,血栓闭塞性脉管炎不易获得彻底治愈。

在我国自五十年代,开展中医中药治疗血栓闭塞性脉管炎至目前有了显著的进步,并取得了良好的治疗效果,尤其是中西医结合治疗本病的各种方法越来越受重视,两者可以相互弥补治疗上的不足,互相提高发挥疗效,由此更进一步认识了血栓闭塞性脉管炎的发病机理与转归,逐渐形成了治疗血栓闭塞性脉管炎的独特体系。其临床应用可概括如下:

1. 在预防复发,控制病情进展,消除血管炎症上,发挥中医中药的作用;
2. 在改善肢体血流状态上借助现代医学的治疗手段;
3. 在疾病发展的某一阶段两者联合应用以提高疗效。

一、一般治疗

(一)戒烟

由于血栓闭塞性脉管炎与烟草过敏有关,因此病人首先应终生戒烟,严格绝对戒烟是防止病情恶化与复发的重要因素。其次应防止外伤及寒冻,患肢保暖,有足癣者应积极治疗。

(二)物理疗法

对于缺血严重的肢体应避免热敷及热疗。由于患肢怕冷、发凉而试用热疗来改善症状是十分有害的,临床上仍可见到由于热敷之后而出现肢体坏死的病例。热疗之后组织代谢增加,需氧增大而血循环障碍又不能满足组织需要,因此代谢产物增加和缺血反而加重,而使组织缺氧、坏死。

(三)功能锻炼

缺血肢体的锻炼,又称 Buerger 氏运动练习,有利于缺血肢体血运的改善。方法是病人平卧,患肢伸直抬高 45 度,维持 2 分钟,然后病人坐起足下垂 5 分钟,并作足和趾的运动,然后再放置水平 2 分钟,每次应反复 5 次,每日练习不少于 3 次。

(四)定期复查

坚持长期治疗,定期到医院检查,以观察肢体的缺血情况,作好记录,以便于前后对照,并劝说病人不要盲目就医,一定要在正规医院专科医生的指导下进行治疗。

二、中医治疗

根据传统医学对本病的认识,结合现代医学目前研究成果,认为本病是由于烟草过敏所致,免疫复合物沉积于血管内膜,引起免疫反应,损伤动脉,使动脉狭窄,血小板聚集,血栓形成,动脉闭塞,肢体缺血,所产生的临床表现可归于“血瘀证”的范畴。将以上病理过程应用于治疗中,具体如下:

1. 在血管炎变阶段,当治以解毒、清热、散瘀,控制免疫反应,消除血管炎症。
2. 动脉闭塞,肢体缺血,近期无加重阶段,当治以活血化瘀、温经通络,改善血液循环障碍,促进肢体侧支血管建立是最主要的治疗原则。
3. 在病情稳定,肢体缺血改善阶段,当治以补气、养血、活血、扶正,提高机体的免疫功能,防止复发,巩固疗效。

血栓闭塞性脉管炎属“血瘀”性疾病,活血化瘀法是治疗的基本方法,但在临床上针对病人仍要坚持辨证论治,灵活应用活血化瘀法,这样才能取得好的效果,一味活血化瘀,忽略辨证论治,及病变的阶段,往往临床治疗效果不理想。

中医治疗包括内治法、外治法、针灸疗法等。

(一)内治法

1. 辨证治疗

对于血栓闭塞性脉管炎的辨证分型有不同的分法,有二型、四型、五型。通常的较符合血栓闭塞性脉管炎发病规律的,临床上分为五型。

(1)阴寒型

此型主要见于早期病人肢体缺血尚不严重,肢体无溃疡及坏疽,其次是经过治疗之后病人肢体缺血改善,病情稳定,对外界寒冷刺激敏感的病人。

〔治则〕温经散寒、活血通络。

〔方药〕阳和汤加味。

熟地、炙黄芪、鸡血藤各 30 克,党参、当归、赤芍、川牛膝各 15 克,肉桂、白芥子、熟附子、炙甘草、鹿角霜(冲)各 10 克,地龙 12 克,炙麻黄 6 克,干姜 3 克。

临床上一般多用于血栓闭塞性脉管炎肢体没有溃疡、坏疽,经过系统治疗之后近期缺血改善,血瘀证表现不明显,病情稳定的患者;或病人以血瘀型治疗一阶段后效果不佳,属二期,近期缺血无加重的患者,也可试用本方法治疗以取得疗效;再者早期病人,遇冷后出现雷诺氏现象者。阳和汤主要用于巩固疗效、预防复发、寒冷季节的治疗。

(2)血瘀型

在血栓闭塞性脉管炎病人中最常见,见于典型病人,肢体缺血明显,组织发生营养障碍,动脉搏动消失。无创性血管功能检查表明动脉有缺血改变,以营养障碍期的病人居多,症状明显,疼痛出现,病人多在此时方来就诊。也可见于肢体缺血突然明显加重的病人,或发生游走性血栓性浅静脉炎急性期已过的病人。

〔治则〕活血化瘀、通络止痛。

〔方药〕活血通脉饮。

丹参 30 克,赤芍 60 克,当归、川芎、鸡血藤、川牛膝各 15 克。

临床上主要用于肢体有缺血性疼痛的病人;也可用于肢体虽有溃疡或干性坏疽,但局限稳定无炎症的病人。大部分血栓闭塞性脉管炎病人,均可用此方治疗,应用广泛,也可加减应用,疗效确实。

(3) 湿热下注型

此型多属晚期、坏死期血栓闭塞性脉管炎,病人肢体有溃疡或坏死伴有局部炎症,或其它原因导致的局部感染(甲沟炎、外伤等);肢体虽无溃疡及坏疽但出现游走性血栓浅静脉炎的病人。

〔治则〕清热利湿,活血化瘀。

〔方药〕四妙勇安汤加味。

金银花、玄参各 30 克,当归、赤芍、川牛膝各 15 克,黄柏、黄芩、山栀、连翘、苍术、防己、紫草、生甘草各 15 克,红花、木通各 6 克。

临床上主要用于血栓闭塞性脉管炎病人,肢体有炎症,红、肿,有渗液,出现全身症状一般较轻。或用于病情进展或复发阶段,肢体缺血近期突然加重,出现游走性血栓性浅静脉炎。用于血栓闭塞性脉管炎病人各种手术后的处理,常规改用本方,清热、消肿、止痛,抗感染,促进创口愈合。

(4) 热毒炽盛型

见于血栓闭塞性脉管炎坏死期的病人,患肢严重感染坏疽出现全身中毒症状,持续高热,表情淡漠或谵妄等。

〔治则〕清热解毒,凉血活血。

〔方药〕四妙活血汤。

双花、公英、地丁各 30 克,玄参、当归、黄芪、生地、丹参、川牛膝、连翘、漏芦、防己各 12 克,黄芩、黄柏、贯众、红花各 10 克,乳香、没药各 3 克。

用于血栓闭塞性脉管炎病人出现全身化脓性感染的表现,常见于患肢出现化脓性腱鞘炎、急性淋巴管炎、和有脓肿形成时,或病人术后出现高热,如截肢残端的积液、感染,局部红肿。

(5) 气血两虚型

见于血栓闭塞性脉管炎病人经过治疗之后,病情稳定,或患肢严重缺血改善不明显,患肢仍疼痛较重,出现创口久不愈合,受病痛的折磨,全身消耗。

〔治则〕益气养血,活血止痛。

〔方药〕顾步汤加减。

黄芪、党参、鸡血藤、石斛各 30 克,当归、丹参、赤芍、川牛膝、白术各 15 克,甘草 10 克。

临床上主要用于血栓闭塞性脉管炎病人处于病情稳定阶段,肢体缺血明显改善,症状轻微的患者;或用于系统治疗之后病人需巩固疗效;再者用于血栓闭塞性脉管炎病人的创口久治不愈合,无炎症表现者,如创口上皮生长慢,遗留小的窦道不封口。

2. 验方治疗

以上的方药并不是固定不变,各地都有自己临床用药经验,在文献中可见的,有一定参考价值的,列举如下:

(1) 舒脉宁

黄芪、党参、丹参、石斛、红花、金银花、连翘、制附子、肉桂、乳香、没药。

(2) 解毒通络汤

金银花、元参、石斛、当归各 30 克,生黄芪、甘草各 15 克,牛膝、赤芍、桃仁、红花、丝瓜络各 10 克。

(3) 丹参、归尾、鸡血藤各 15 克,桃仁、水蛭、牛膝、金银花各 10 克,红花 6 克,毛冬青 20 克,甘草 3 克。

(4) 毛冬青根、丹参各 50 克,元参、金银花、穿心莲各 30 克,制乳香、制没药各 10 克,洋金花 1 克,桂枝、生地、熟地各 15 克,附子 17 克,干姜 6 克,当归 20 克,甘草 6~15 克,罂粟壳 10~15 克,土茯苓、仙灵脾 15~30 克。

(5) 四妙勇安汤加减方

热毒炽盛型:金银花、公英各 60 克,元参、连翘、当归、黄芪、丹参各 30 克,牛膝、红花各 15 克,地龙、甘草各 10 克。

热毒型:金银花、玄参各 120 克,当归 90 克,公英、紫花地丁各 30 克,甘草 60 克。

热毒型:元参 45 克,连翘 15 克,金、银花各 12 克,当归、赤芍、黄柏各 10 克,生山栀 9 克,黄连 5 克,粉甘草 3 克。

湿热下注型:当归、金银花各 60 克,元参、赤芍、桃仁各 15 克,黄芩、黄柏、甘草各 10 克,连翘、丹参各 30 克,牛膝、土元各 12 克,红花 20 克,元胡 14 克。

湿热下注型:金银花、元参各 30 克,当归、乳香、没药、白扁豆各 12 克,陈皮、苍术各 10 克,甘草 3 克。

湿热下注型:金银花 90 克,玄参 60 克,当归 30 克,甘草、白芷、牛膝各 12 克,黄芪 18 克,荆芥、防风各 9 克,连翘、土茯苓各 15 克。

瘀滞型:双花、玄参各 90 克,当归 60 克,丹参、地龙、黄柏各 10 克,桃仁、红花各 12 克,甘草 15 克。

虚寒型:双花、玄参各 90 克,当归 30 克,黄芪 120 克,附子 12 克,肉桂 10 克,甘草 15 克。

(6) 阳和汤加减方

熟地 20 克,鹿角胶、干姜、肉桂、白芥子各 9 克,赤芍 15 克,红花 10 克,丹参、当归各 30 克,甘草 6 克。

鸡血藤、当归各 30 克,丹参 15 克,熟地、党参、黄芪各 12 克,肉桂 6 克,熟附子 10~60 克,白芥子、干姜、仙灵脾、仙茅各 10 克。

(7) 顾步汤加减方

黄芪、当归、石斛、鸡血藤各 30 克,白术、云苓、丹参、牛膝、赤芍、川芎各 15 克,党参 20 克,甘草 10 克。

生黄芪、金银花、紫花地丁、公英各 30 克,石斛、菊花、人参甘草各 10 克,当归 15 克,牛膝、紫草各 12 克。

(8) 人参养荣汤加减方

气血两虚型:党参(或人参)、丹参、熟地各 15 克,白术、杭芍、云苓、当归各 10 克,肉桂、远志、甘草各 6 克。

(9) 茵陈赤小汤加减方

湿热型:茵陈、赤小豆、薏米、丹参各 30 克,金银花、鸡血藤各 60 克,防己、苍术、地龙、黄柏各 10 克,泽泻 9 克,牛膝 15 克,甘草 6 克。

湿热下注型:茵陈、苍术、土茯苓、苦参各 15 克,薏米仁、公英、冬瓜子各 30 克,防己、黄柏、木瓜各 10 克,赤小豆 24 克,木通 6 克。

湿热下注型:茵陈、赤小豆、鸡血藤、金银花、忍冬藤、生薏仁各 30 克,苍术、苦参、防己、泽泻、黄柏各 10 克,牛膝、赤芍各 18 克。

(10)附子汤

阴寒型:附子、茯苓、白术各 10 克,人参 15 克,白芍 20 克。

(11)血瘀型:北芪、党参、当归各 60 克,元参、金银花、入地金牛各 30 克,山甲、王不留行各 15 克,元胡、地龙各 10 克。

(12)热毒型:北芪、元参、当归、金银花各 30 克,蒲公英、山甲各 15 克,黄芩、黄柏、王不留行各 12 克。

3. 治法研究

虽然由于地域的不同,用药习惯的不同,产生了治疗血栓闭塞性脉管炎诸多方药,但仍有一定的规律可循,在中医辨证治疗中,还应注意掌握病情的进展,以指导临床处方用药,是有很大的实用价值的。

(1)清热解毒法

在病情活动期,出现游走性血栓性浅静脉炎,肢体缺血近期明显加重,皮色苍白、发凉、麻木、疼痛加重,肢体出现坏死或原有坏死范围扩大呈进行性,应重用清热解毒的药物如双花、土茯苓、玄参、连翘、公英、地丁、蚤休、漏芦等,以抑制急性血管炎症,阻止病情进展;活血药物应少用。

(2)补气益肾法

在病情稳定,经过治疗之后,肢体缺血已有改善,溃疡愈合,近期患肢畏寒、发凉、间歇性跛行无加重,表明血管炎症已控制或消退,肢体侧支血管已形成,应重在补气养血,益肾健脾,选用黄芪、党参、人参、白术、熟地、当归、枸杞子、仙茅、仙灵脾、巴戟天、菟丝子、山药、云苓等,以调整机体的免疫功能,巩固疗效,防止血管炎症复发。

(3)活血化瘀法

活血化瘀法是治疗血栓闭塞性脉管炎的主要方法,贯穿治疗的始终,血栓闭塞性脉管炎病人肢体血液循环障碍的临床表现,主要是“血瘀证”的表现(皮色潮红、紫红、青紫、紫绀)。在具体应用中还应分清血瘀的寒热,血瘀的轻重缓急,属湿热下注型及热毒炽盛型的病人,应选用性平、性凉的活血化瘀药物,如丹参、川牛膝、赤芍、丹皮、毛冬青、郁金、大黄、益母草等;属阴寒型的病人应选用性平、性温的活血化瘀药物,如红花、川芎、桃仁、当归、三七、元胡、姜黄、乳香、没药等;属气血两虚的病人,应选用性温、兼养血益气的活血化瘀药物,如红花、川芎、桃仁、当归、三七、元胡、姜黄、乳香、没药等;属气血两虚的病人,应选用性温、兼养血益气的活血化瘀药物,如鸡血藤、当归、三七、怀牛膝等。对于肢体缺血严重,出现严重静息痛,患肢有瘀点、瘀斑,皮色青紫的病人,应选用活血破瘀的药物,如三棱、莪术、土元、水蛭、虻虫等。

4. 虫类药物的应用

在辨证施治中,配合应用虫类药物,可提高疗效,也有单用虫类药物有效的报道,可以说虫类药物在血栓闭塞性脉管炎的治疗中有独特作用。

常用的虫类药物有:土元、全蝎、蜈蚣、水蛭、虻虫、地龙、乌梢蛇、白花蛇、壁虎、僵蚕等,取其解毒疗疮,散瘀结、镇痉、活络止痛的作用。虫类药物性峻烈,善治顽疾,因此在治疗血栓闭塞

性脉管炎中同样受到重视。现代医学研究也证实虫类药物具有抗炎、镇痛、抗血栓、解痉等作用。

虫类药物多有一定的毒性,在治疗中应从小剂量开始,以不入煎剂,研末入丸散为宜可,大大减少药物的损失,有效成分可不被破坏。在使用中应注意病人有无过敏、皮疹,注意有无肝、肾功能的异常,胃肠道的反应较普遍,可适当减少用量,虫类药物不宜长期应用。

临床上多用于发病初期出现游走性血栓性浅静脉炎;或肢体缺血有加重趋势,病情不稳定;患肢出现静息痛、或缺血性神经痛,及血管痉挛性疼痛;一般药物治疗后症状改善不明显的病人,可加用虫类药物。

5. 中成药的应用

(1) 复春片(脉管炎片)

〔组成〕乳香、没药、郁金等。

〔功效〕活血化瘀、通经活络。

〔用量用法〕口服,一次4~8片,每日3次。

〔适用症〕用于各型血栓闭塞性脉管炎。

(2) 通塞脉片

〔组成〕当归、党参、生黄芪、石斛、玄参、牛膝、甘草等。

〔功效〕活血化瘀、益气养阴。

〔用量用法〕口服,一次8~10片,每日3次。

〔适用症〕用于各型血栓闭塞性脉管炎。

(3) 丹参片

〔组成〕丹参、冰片、三七。

〔功效〕活血化瘀、理气止痛。

〔用量用法〕口服,一次3片,每日3次。

〔适用症〕用于各型血栓闭塞性脉管炎。

(4) 犀黄丸

〔组成〕牛黄、麝香、乳香、没药。

〔功效〕清热解毒,活血化瘀。

〔用量用法〕口服,一次1.5克,每日2次;重症,一次3克,每日2次。

〔适用症〕用于血栓闭塞性脉管炎出现游走性血栓性浅静脉炎;肢体缺血突然加重,皮色青紫、暗红,或溃疡坏疽患肢剧烈疼痛;患肢出现缺血性神经痛;坏疽继发感染。

犀黄丸对缓解疼痛,控制炎症反应有一定疗效。

(5) 新癰片

〔组成〕肿节风、三七、牛黄等。

〔功效〕消炎止痛、散瘀消肿。

〔用量用法〕口服,一次2~4片,每日3次。

〔适应症〕用于湿热下注型,热毒炽盛型血栓闭塞性脉管炎。

(6) 大黄塞蜜虫丸

〔组成〕大黄、塞蜜虫、干地黄、赤芍、桃仁、杏仁、水蛭、虻虫、黄芩等。

〔功效〕破血逐瘀、消坚散结。

〔用量用法〕口服,一次1~2丸,每日2次。

〔适用症〕用于血瘀型血栓闭塞性脉管炎,皮色青紫,瘀斑,疼痛重。

(7)紫雪丹

〔组成〕羚羊角、犀角、木香、元参、朴硝、麝香、升麻、寒水石、辰砂、石膏等。

〔功效〕清热解毒、镇痉开窍。

〔适用量用法〕口服,一次3克,每日3次。

〔适用症〕用于热毒炽盛型血栓闭塞性脉管炎。

(8)其它配制的片剂、丸剂

①四虫片

〔组成〕蜈蚣、全蝎、土元、地龙各等份。

〔制法〕将上药共研为细末,压制成0.3克的片剂。

〔功效〕解毒镇痉、活血化瘀。

〔用量用法〕口服,一次5~10片,每日3次。重症者,每晚睡前加服一次。

〔适用症〕用于各型血栓闭塞性脉管炎,特别是病情活动期,血管的炎症阶段。本药并有较好的止痛作用。

②活血通脉片

〔组成〕丹参180克,赤芍、土茯苓各90克,当归60克,金银花、川芎各30克。

〔制法〕将上药共研为细末,压制成0.3克的片剂。

〔功效〕活血化瘀。

〔用量用法〕口服,一次10片,每日3次。

〔适用症〕用于血栓闭塞性脉管炎病情稳定,恢复阶段,巩固疗效时服用,服用方便。

③通脉安

〔组成〕洋金花1.5克,丹参60克,鸡血藤、炒枣仁各30克,当归、川芎、赤芍、琥珀各15克,朱砂1克。

〔制法〕将上药共研为细末,压制成0.3克片剂。

〔功效〕活血止痛、镇静安神。

〔用量用法〕口服,一次10片,每日3次。

〔适应症〕用于血栓闭塞性脉管炎疼痛为主,及有血管痉挛性疼痛的患者。

(二)外治法

1.熏洗疗法

熏洗疗法是传统中医疗法,利用组方中药煎汤后,对患部熏蒸和浸浴,以达到治疗的一种方法。方法简便,效果明显,仍在临床上广泛应用。熏洗可增加患肢血流量,改善血液循环,可以清洁创口,抑制细菌,促进创口愈合,消肿止痛等作用。在治疗血栓闭塞性脉管炎具体应用如下:

(1)清热解毒、消肿止痛

主要适用于血栓闭塞性脉管炎出现肢体溃疡或有肢体感染脓多、恶臭、局部红肿,但感染已局限稳定;或末节干性坏疽伴有局部红肿、以及有甲沟炎。可用:

双花、公英各30克,苦参、黄柏、连翘、木鳖子各12克,白芷、赤芍、丹皮、甘草各10克,将

上药装入纱布袋中,水煎后放温,用药液浸泡患肢,每日一次。

(2)活血祛瘀、温阳散寒

主要用于早期及恢复期血栓闭塞性脉管炎缺血不严重,肢体仍发凉、怕冷,遇冷后症状加重;血栓闭塞性脉管炎伴有患肢酸胀、疼痛,关节屈伸不利;游走性血栓性浅静脉炎遗留硬结、疼痛。可用:

透骨草、元胡、当归、姜黄、川椒、海桐皮、威灵仙、川牛膝、乳香、没药、羌活、白芷、苏木、五加皮、红花、土茯苓各 15 克,装入纱布袋中水煎,煎好后乘热先熏,待温后再用药液浸洗,每日 1~2 次。

(3)清热燥湿、收敛止痒

主要用于血栓闭塞性脉管炎合并足癣,趾缝间渗液、糜烂。可用:

苦参、白鲜皮、马齿苋各 30 克,苍术、黄柏、大黄各 15 克,水煎外洗。

熏洗注意事项:

①水温不宜过高,以防药液过热,使缺血的肢体代谢加快,需氧量增加,反而加重组织细胞的损害。其次是防止烫伤,一旦烫伤很容易出现溃疡或继发感染加重坏疽。

②个别病人对外洗药过敏,因此初次外洗时不易过久,外洗范围不宜过大,一旦发生过敏,就可避免过敏反应重,范围大。临床上所见过敏者以皮肤出现小红丘疹为主,并伴有瘙痒。过敏者应停用外洗药物,轻者停用外洗药后皮疹可自行消退,严重者可外涂肤轻松软膏或去炎松—尿素霜软膏,待皮疹消退可再另选用其它的外洗药物。

③肢体干性坏疽无炎症,以及肢体坏疽处于进展期,或肢体缺血近期加重,病情不稳定不宜采用熏洗疗法。肢体突然缺血,患肢苍白、冰凉、麻痛应严禁熏洗。

④外洗后虽无皮肤过敏,但患肢疼痛加重、溃疡扩大、患肢出现肿胀者应停用熏洗疗法。

⑤外洗一般每日一次,每次 30~50 分钟,药液变凉后应加热的再洗,最好每日能洗二次,一付洗药可用两天,第 2 天应用时加温后即可应用。

⑥感染溃烂的创口,外洗时应滤去药渣,用消毒纱布蘸药液淋洗患处,并用镊子持纱球拭去创口脓液及坏死组织,反复淋洗使创口干净后再根据创口情况进行常规换药。下次换药时可直接用药液浸透敷料,便于揭去敷料,减少创口的疼痛。有感染的创口,每次用一剂,不得连用,第二次外洗应再煎一剂。

2. 其它外治法

(1)红灵酒

〔配制〕红花 3 克,放入 50%酒精 100 毫升中浸泡,呈玫瑰红色即可使用。

〔功效〕活血祛瘀、温经通络。

〔适用症〕用于血栓闭塞性脉管炎肢端有瘀点、瘀斑,皮色青紫,或有关节屈伸不利。

〔用法〕取适量外搽患部,每日 3~4 次,并用手轻轻按摩局部。

(2)黄马酊

〔配制〕马钱子(打碎)、黄连各 30 克,浸泡于 75%酒精内,一周后备用。

〔功效〕消炎止痛、通经活络。

〔适用症〕用于血栓闭塞性脉管炎出现甲沟炎,以及肢端有感染或坏疽,游走性血栓性浅静脉炎,术后有缝线周围炎。

〔用法〕用消毒棉签取药液外搽患部,每日数次,创口内不宜搽试,以免药液刺激引起疼痛;

缝线周围炎可用无菌纱布浸透药液后敷于切口处,每日2次。

(3) 大青膏

〔配制〕大青叶60克,黄柏、大黄、乳香、没药、明矾、樟丹、黄连、芙蓉叶、铜绿、胆矾、五倍子各10克,共研为细末,用凡士林调和成膏。

〔功效〕清热解毒、消肿止痛。

〔适用症〕用于血栓闭塞性脉管炎合并感染局部红肿热痛,游走性血栓性浅静脉炎、丹毒、淋巴结炎。

〔用法〕取适量药膏涂于无菌纱布上,外敷于患部,每日2次。创口不宜应用,应外敷于创口周围红肿区域。

(4) 雪脉清

〔配制〕蝮蛇抗栓酶1支(0.25单位),调和于市售护肤脂内(约10克)。

〔功效〕消裂疮、生肌收口。

〔适用症〕血栓闭塞性脉管炎皮肤干燥、脱屑、皲裂。

〔用法〕每日洗浴后,取适量外搽于裂处,以防干裂继发感染。

(5) 新癍膏

〔配制〕用成药新癍片8~12片,研为细末,用凡士林调和成膏。

〔功效〕消肿止痛、清热解毒。

〔适用症〕血栓闭塞性脉管炎合并感染,游走性血栓性浅静脉炎,无名肿痛。

〔用法〕取适量直接外搽于患处。

(三) 针灸疗法

针灸疗法对血栓闭塞性脉管炎的治疗有一定的疗效,临床上已有证实。血栓闭塞性脉管炎主要是“血瘀证”表现,通过针刺可以疏通经络,调理气血,可以缓解血栓闭塞性脉管炎的患肢疼痛,消除缺血症状,促进创口愈合,强壮病人体质。适用于以下情况:

- ①早期和恢复期患者病情稳定,但仍有畏寒、患肢发凉、下肢疲乏感。
- ②患肢有缺血性神经痛或缺血性疼痛,疼痛发作时,配合针灸。
- ③创口久不愈合者。

对于感染坏疽较重,病情进展或恶化的患者应慎用;肢体肿胀者不用。

1. 体针

上肢取穴:曲池、内关、外关、合谷、中渚。

下肢取穴:足三里、三阴交、阳陵泉、绝骨、解溪。

手法:强刺激,“得气”后留针30分钟至60分钟,15~30次为一疗程,或用电针刺激。

2. 耳针(耳穴压豆)

取穴:神门、内分泌、肾、交感。

方法:强刺激,每日数次。

3. 灸法

用艾条灸足三里、三阴交、曲池、内关,每日1~2穴,每穴30分钟。

(四)单味中药

1. 过山蕨

过山蕨是东北地区一种草药,用制成 50~100% 的注射液肌注,每次 4 毫升,每日二次,20 天为一疗程,有效率 80.8%。

2. 长白瑞香

长白瑞香是东北长白山一种植物,动物实验证明有抗寒冻、抗炎、扩血管和扩凝作用,治疗观察总有效率为 85.6%。

3. 毛冬青

毛冬青是广东省民间草药,有扩张血管及抗菌作用。可制成片剂和冲剂,治疗观察有效率为 80.2%。

三、西医治疗

(一)非手术治疗

1. 口服药物

(1)消炎痛

抗血小板药物,环加氧酶抑制剂。

用量用法:一次 50 毫克,每日 3 次。

(2)潘生丁

抗血小板药物,磷酸二酯酶抑制剂。

用量用法:一次 50 毫克,每日 3 次。

(3)阿斯匹林

抗血小板药物,环加氧酶抑制剂。

用量用法:一次 50 毫克,每日 3 次,也有小剂量者,25~40 毫克,每日一次。

(4)双氯灭痛

抗血小板药物。

用量用法:一次 50 毫克,每日 3 次。

(5)烟酸

血管扩张剂,直接扩张小动脉。

用量用法:一次 100 毫克~200 毫克,每日 3 次。

(6)抗栓丸

血管扩张剂,直接扩张四肢动脉。

用量用法:一次 100~200 毫克,每日 3 次。

(7)己酮可可碱

血管扩张剂,直接扩张外周血管。

用量用法:一次 200~600 毫克,每日 3 次。

(8)维脑路通

具有降低血粘度,改善微循环,增进侧支循环的作用。

用量用法:一次 100~200 毫克,每日 3 次。

(9) 山莨菪碱(654-2)

抗胆碱药物,有解除血管痉挛,改善微循环的作用。

用量用法:一次 10 毫克,每日 3 次。

(10) 胰激肽释放酶

胰激肽释放酶是以猪胰腺为原料,提取而成的生物化学制剂。人体的血浆和组织中,存在着激肽体系,激肽释放酶是其中的一种,以无活性的前体—前激肽释放酶(激肽释放酶元)的形式存在于血浆和组织中,活化后的凝血因子 X_{11} 使前激肽释放酶活化,产生有活性的激肽释放酶,后者使激肽原活化为舒缓激肽和组氨多肽,而引起血管扩张,同时反馈抑制凝血因子 X_{11} 而抗凝血。此外,激肽释放酶也可激活纤溶酶原,成为纤溶酶,具有扩张血管,改善血液循环,抑制凝血,降低纤维蛋白原,增强机体抗病能力和激活补体系统等作用。

用法用量:一次 6~8 片(84 单位~112 单位),每日 3 次,连续服用 6~9 周。

(11) 藻酸双酯钠

有类肝素样作用,属抗凝、降血脂、降低血液粘度药物。

用量用法:一次 10 毫克,每日 3 次。

(12) 脉栓通(Vedrin)

具有扩张外周血管,改善肢体血液循环,提高缺血组织氧利用率的作用。

用量用法:一次 150~450 毫克,每日 3 次。

(13) 噻氯匹啉(Ticlopidine)

纤维蛋白原受体拮抗剂,具有强烈而持久抑制血小板聚集的作用,优于阿斯匹林和潘生丁。

用量用法:一次 300 毫克~500 毫克,每日一次。

2. 肌注药物

(1) 妥拉苏林

α -受体阻滞剂,使周围血管扩张。

用量用法:一次 25~50 毫克,每日 2 次。

(2) 酚妥拉明

α -受体阻滞剂,对小动脉扩张尤明显。

用量用法:一次 5 毫克,每日 2 次。

(3) 罂粟碱

用量用法:一次 60 毫克,每 6~8 小时一次。一般连续应用 5~7 天后停用,用于血管重建术后以及肢体动脉栓塞或血栓形成急性肢体缺血发生时。

(4) 肝素

常用制剂为钠盐或钙盐。

抗凝血剂,半衰期为 90 分钟。

用量用法:

①皮下注射法:肝素肌注,一次 50 毫克(6250 单位),每 12 小时一次,注于下腹壁外侧皮下脂肪层中,优点是吸收均匀,注射后 2~4 小时药效达到高峰,有效时间达 12 小时,方法简

便,不需实验室监测,以钙盐皮下注射为佳。用于血管重建术后,取栓术后预防血栓形成,一般连用3~5天后停用。

②雾化吸入法:100毫克(12500单位)加入生理盐水15~20毫升中,超声雾化吸入,每周一次,优点是有效和安全,吸入后贮藏于肺内巨噬细胞和血管内皮细胞,缓慢释放到血液中,发挥抗凝作用。用于血栓闭塞性脉管炎有缺血性静息痛,肢端青紫、暗红,预防动脉血栓形成。

③局部冲洗法:在血管手术中应用。50毫克加入生理盐水500毫升中,冲洗血管,或用于血管造影中,预防血栓,导管内注于肝素盐水3~6毫升。

(5)药物穴位注射疗法,是将药物注于穴位中,发挥药物的作用而又有针刺的双重作用,以疏通经络,调和气血,较一般针刺法更有效,针感大多很明显。

①取穴

上肢:曲池、内关、外关。

下肢:足三里、阳陵泉、三阴交。

②用5毫升注射器,配细小针头,抽药液2~4毫升。

③常用药液配伍有

维生素B₁100毫克和维生素B₁₂250微克。

维生素B₁100毫克和654-Ⅰ10毫克。

维生素B₁100毫克和1%普鲁卡因5毫升。

其它有川芎嗪注射液、当归注射液、丹参注射液等。

④注射步骤

选准穴位,皮肤消毒后,持注射器使针头快速进入皮下,然后逐渐进针,并小幅度提插,当病人有酸、胀、麻,或有明显放射感时,固定针头,回抽注射器无回血时,注入药液,并使针头作小幅度抖动,加强感应,拔针后再按揉片刻。

⑤疗程

一般20~30次为一疗程,选2个穴位,交替注射,每日一穴,每天注射一次。

⑥禁忌症

肢体严重缺血皮色青紫,患肢感染肢体肿胀,注射部位靠近溃疡或瘀斑。

3. 静注药物

(1)前列腺素E₁

具有保护血管内皮,扩张血管、抑制血小板聚集以及调整免疫机能等作用。

用量用法:前列腺素E₁100~200微克加入生理盐水或5%葡萄糖500毫升中静滴,15~20天为一疗程。

(2)蝮蛇抗栓酶

具有去纤、溶栓、抗凝、抗血小板聚集等作用。

用量用法:0.75~1单位加入生理盐水300~500毫升中静滴,每日一次,15~20天为一疗程。

(3)消栓灵

作用同蝮蛇抗栓酶。

用量用法:0.84~1.12单位加入生理盐水300~500毫升静滴,每日一次,15~20天为一疗程。

(4)抗栓酶-3(Svate-3)

作用同蝮蛇抗栓酶

用量用法:抗栓酶-3 1 单位加入生理盐水 300 毫升中静滴,每日一次,14 天为疗程。用于溶栓,首先将抗栓酶-3 2.5 单位溶于生理盐水 20 毫升静脉注射,10 分钟注完,继用 2.0 单位溶于生理盐水 250 毫升静滴,6 小时后再用 1 单位静滴,第二天用 2 单位,分二次静滴,第三天改用 1 单位静滴,14 天为一疗程。

(5)维脑路通

用量用法:1000 毫克~2000 毫克加入生理盐水或低分子右旋糖酐 500 毫升中静滴,每日一次,15~20 天为一疗程。

(6)山莨菪碱(654-2)

用量用法:10 毫克~60 毫克加入生理盐水 500 毫升中静滴,每日一次,15~20 天为一疗程,用量从小剂量开始,逐渐增加,直至病人最大耐受程度。

(7)藻酸双酯钠

用量用法:100 毫克加入生理盐水 500 毫升中静滴,每日一次,10 天为一疗程,滴速每分钟不宜超过 20 滴。

(8)丹参注射液(复方丹参注射液)

用量用法:20~30 毫升加入生理盐水或 5%葡萄糖注射液中静滴,每日一次,15~20 天为一疗程。

(9)川芎嗪注射液

用量用法:400 毫克~800 毫克加入生理盐水 500 毫升中静滴,每日一次,15~20 天为一疗程。

(11)低分子右旋糖酐

用量用法:500 毫升静滴,每日一次,15~20 天为一疗程。静滴时可加入丹参注射液、维脑路通、654-2 等。

(12)尿激酶

溶栓药物,纤溶酶原激活剂。

用量用法:至今还没有统一的标准。在以溶栓为主的治疗中,可用尿激酶 50~80 万单位加入生理盐水 300 毫升中静滴,每日一次,连用 3 日,至第 4 天,改用 30~40 万单位静滴,连用 3 日,然后改用 10 万单位静滴,连用 3 日后停用。也可用 30 万单位加入生理盐水 40 毫升中静注,继用 20~30 万单位加入生理盐水 300 毫升中静滴,每日总量 50~60 万单位,连用 3 日,至第 4 日减量,改用静滴。目前多主张短程、大量和持续给药,用药 5~10 天,总剂量为 200~400 万单位。

4. 药物动脉注射疗法

是将药物直接注入病变动脉,最大发挥药效,临床应用动脉注射疗法,效果佳、见效快,在改善患肢血液循环及缓解患肢疼痛方面有明显作用。由于血栓闭塞性脉管炎多为中小动脉闭塞,施行血管手术机会不多,因此药物治疗是最主要的方法,并且应首先采用动脉注射给药。

上肢选用肱动脉,下肢选用股动脉为穿刺点,只要动脉搏动存在就可行动脉注射,应提倡动脉注射给药。

(1)穿刺方法

穿刺时,病人应平卧,肱动脉穿刺点在肘横纹上2厘米处,股动脉穿刺点在腹股沟部,腹股沟横纹上1~1.5厘米处,穿刺点表浅,动脉搏动强,易固定。穿刺针可用一次性静脉输液针,以7号针头为宜,与20~50毫升注射器连接。

穿刺部位严格消毒,穿刺者固定动脉的食指及中指也应消毒。用食指及中指在穿刺点固定动脉,即动脉在食指及中指之间,穿刺针垂直自两指间刺入,进针易缓慢,见有搏动性回血后,固定好针头,缓慢推入药物,推入的过程中,可间断3~4次观察回血情况,以确保针头没有脱出动脉腔内,当有脱出时,就不会有搏动性回血,应调整进针的深浅,直到有动脉回血,可再继续注射。如果穿刺针针尾已完全进入皮肤后仍无回血,可缓慢向外退针,在缓退的过程中,有动脉搏动性回血,表明穿刺部位正确,其原因是由于穿刺针贯穿了动脉前后壁,针头没有在动脉腔内,所以没有回血,待针头退入动脉腔内时,才会有回血。如果缓慢退针至皮下时仍无回血,说明穿刺部位不准确,应重新确定动脉搏动位置,改变穿刺方向再次进针。如果确信穿刺部位准确,仍无回血,应退出针头,查看是否有血凝块阻塞针头,如有应更换针头。

(2) 常用动脉注射药物

- ①1%普鲁卡因20毫升,654-2 10毫克,妥拉苏林25毫克(或罂粟碱30~60毫克)。
- ②生理盐水20毫升,25%硫酸镁10毫升,654-2 10毫克。
- ③生理盐水100毫升,前列腺素E₁50微克。
- ④生理盐水40毫升,尿激酶10万单位,地塞米松5毫克。

(3) 动脉注射注意事项

- ①注射前有些药物需作过敏试验,如普鲁卡因、蝮蛇抗栓酶。
- ②穿刺时注意不要误入静脉,静脉虽也有回血,但不快,没有搏动性回血,血色暗红。不鲜红。
- ③注药过程中注意病人有无胸闷、头晕、头痛等不适,如出现应减慢注药速度,必要时停止注药,在应用硫酸镁时易出现,配用654-2后可减轻病人的不适。
- ④药物注入动脉后,病人有下肢温热感自股部向下扩展,皮肤充血发红,皮温增高,说明注入成功。
- ⑤注射完毕后,拔针应迅速,出针后应加压按压穿刺部位,不少于15分钟,以防动脉出血,局部形成硬结,给穿刺带来困难。

⑥穿刺部位如有硬结,可在穿刺点上、下稍移动位置,避开硬结,便于顺利进针。

⑦动脉注射完毕后,应嘱病人平卧休息半小时以上。

⑧动脉注射次数一般以30~50次为宜,1~3天注射一次。

(4) 动脉注射适用症

除用于一般患者外,下列情况尤适用于药物动脉注射。

①肢体缺血突然加重,患肢苍白、发凉,麻木、疼痛加重。表明动脉血管突然闭塞,血栓形成。应立即自动脉内注入扩血管药物,并加入溶栓剂尿激酶,每日1~2次,直至症状缓解。及早应用可以迅速缓解症状,改善患肢体缺血状况。溶栓药物直接进入病变动脉,有效浓度高,最大发挥作用。

②肢体已出现坏死,但坏死仍可能扩展,尚无分界线;趾端皮色青紫,濒于坏死。采用动脉注射可防止肢体缺血坏死进一步加重,缓解疼痛,尽可能保存肢体。

③患肢静息痛,夜间难以入眠。动脉给药后扩张血管,增加了患肢血流量,较单纯静脉给药

效果佳。

④肢体坏疽继发感染也可考虑动脉主干入抗生素,以更好发挥疗效。

近年来,在国外又采用了股动脉穿刺置管持续注射的方法,为下肢动脉闭塞性疾病的治疗又提供了一个新的治疗方法,但所要求的条件及设备也高。

(二)手术治疗

1. 单纯坏死组织清除术

(1)麻醉方法

上肢选用臂丛神经阻滞麻醉,下肢选用腰麻或连续硬膜外阻滞麻醉。指(趾)根部神经阻滞麻醉不宜选用,局部注药后肿胀,影响局部的血液循环,容易引起局部坏死和感染扩散,不利于残端的愈合,同时局部麻醉效果不佳,病人痛苦大。

(2)适用症

坏死组织与正常组织已形成明显分界线,局部感染已基本控制;坏疽继发感染发生化脓性腱鞘炎,感染与坏疽不易控制,全身反应重。

(3)术前准备

术前3天开始应用抗生素,青霉素不过敏者可选用青霉素800万单位静滴,每日一次,或丁胺卡那霉素200毫克,肌注,每12小时一次。术前应摄患部的X光片,以了解骨骼损害程度,为设定清创范围提供依据。术前常规准备,尤其是皮肤准备。

(4)手术步骤

在分界线处以利刀自关节间隙将坏死组织切除,外露骨质用咬骨钳咬除,并深入创面0.5厘米,如恰在关节部,应将关节面软骨咬除,骨残端应咬平滑,不得有骨尖,因此不可一次咬除过多,使骨质裂劈,感染严重者应将坏死的肌腱、关节囊清除,引流不畅者应扩大引流,清理完毕后,可用双氧水及生理盐水冲洗,创口内放置油纱条。术中注意多保留健康皮肤组织,创面较清洁时,创口可拉拢缝合2针,可有助于切口愈合,缩短愈合时间。

(5)术后处理

①继续应用抗生素,一般在术后一周停用。

②服用清热利湿、活血化瘀中药,如四妙勇安汤加味。

③静滴改善血循环的药物,如丹参注射液、川芎嗪注射液、蝮蛇抗栓酶等。

④创口于术后第2天换药,查看创面情况,感染较重的创口应及早换药,清理脓性分泌物,并行脓液细菌培养及药物敏感试验,分泌物较多的创面,可用湿敷换药。

⑤创口愈合过程中如骨残端无法包埋,影响上皮生长时,仍需再次咬除过长的骨残端修剪高突的肉芽组织。

⑥创口久不愈合,而又无明显炎症,脓液清稀,肉芽淡白。为促进创口愈合,可给予维生素B、C,小量输全血、复方氨基酸等也是积极的治疗措施。

在手术时机选择上,应注意两种情况,一是坏疽局限稳定,分界线清楚,就应及早清除坏死组织,即使局部有轻度炎症、肿胀,也不应等到肿胀完全消退后再施行手术。因为此时的炎症反应与坏死组织分泌物刺激有密切关系,一旦清除了坏死组织,引流通畅后炎症反应也随之消退。再者坏疽发生必然伴有细菌感染发生,组织液化产生脓性分泌物,使肌腱腱鞘极易感染,不及时引流反而使感染加重或扩展,且抗生素作用往往不佳。其坏疽感染恶化的表现有:肢端恶

臭,分界处出现脓性分泌物,坏疽范围逐渐加重,患肢疼痛不减轻等。及时及早手术处理,清理坏死组织,保证引流通畅才是防止坏疽进一步进展,炎症反应没有局限稳定时,应分清坏疽主要是缺血所致,还是由于细菌感染为主,引流不畅,出现化脓性腱鞘炎,加重组织缺血,组织坏死与感染并存。一味等待局限稳定也是不足取的,常可见到足背部皮肤干性坏疽,而皮下组织呈湿性坏疽。因此在应用足量抗生素及改善血循环药物后,如坏疽仍扩展,也应考虑施行坏死组织清除,重点解决分泌物的引流,使残端开放。

总之手术时机的选择,对手术的成功非常重要,对缩短疗程,减轻病人疼痛,防止恶化,保存肢体有重要意义。如果处理不当可引起感染坏疽扩展,甚至被迫截肢。同时应重视术前准备与术后的处理,积极采用中西医结合的方法改善肢体的血液供应,术前提早应用抗生素,术中严格消毒,保护健康组织,防止影响局部血运,术后正确处理创面,坚持整体治疗的原则,才会使创面顺利愈合,保证清创术的成功。

2. 趾(指)部位切除缝合术

(1) 同单纯坏死组织清除术。

(2) 适应症

局限于趾(指)部的干性坏疽,未超过近节趾(指)骨根部,局部无明显炎症;趾(指)末节甲沟炎反复不愈合,或骨髓炎形成。

(3) 术前准备

术前3天常规应用抗生素,作好术前常规准备,局部皮肤酒精消毒作好皮肤准备,局部拍X光片以了解骨质损害程度。

(4) 手术步骤

消毒后无菌纱布将切除部分包绕隔离,切口应在健康皮肤远于坏疽分界线0.5厘米以上,以利刀行横切口,垂直皮肤,一直切到骨面,连同软组织肌腱腱鞘完全切断,如在关节直接从关节间隙横断,如为骨面可用趾锯断骨,然后用咬骨钳咬除趾(指)骨,使骨残端深入创口0.5厘米,以利包埋缝合,如是关节面应将关节软骨咬除,由于创口小,应选择合适的咬骨钳,骨残端应平滑无骨尖,术中注意对皮瓣血运的保护,咬完后,可用手指试摸骨残端,确无骨尖后,冲洗创面,或用抗生素盐水冲洗(庆大霉素8万单位加入生理盐水500毫升中),防止创口内遗留骨碎片,用1~0丝线疏松缝合3~4针,创口两侧可放置细窄橡皮膜引流,防止创口内积血,消毒后包扎。

(5) 术后处理

①继续应用抗生素,一般在术后一周停用。

②服用清热利湿、活血化瘀中药,如四妙勇安汤加味。

③静滴改善肢体缺血的药物,增加患肢的血流量,可选用维脑路通、丹参注射液、蝮蛇抗栓酶等。

④口服或静滴维生素B、C,以利于创口的愈合。

⑤切口内引流条于术后24~36小时取出。

⑥术后5~6天,切口往往肿胀明显,如果皮瓣皮色暗红,切口肿胀,应拆一、二针缝线,以减轻张力,防止由于肿胀,缝线紧压皮瓣,影响皮瓣的血运出现皮缘发黑坏死。如果引流很好,切口内无积液,虽然提早拆线,但切口一般不会裂开。

⑦术后12~14天全部拆除缝线,如果缝线反应重,应提早拆线,并用抗生素纱条湿敷或外

搽马黄酊。

趾(指)部分切除缝合术主要适用于足趾的创口处理,手指部的手术由于需要多切除一段指骨,因此应严格掌握手术指征,并尽最大限度保存手指的功能。在切除拇趾或小趾时尽量保存第一趾骨的基底部,以不破坏足的着力点。第2、3、4趾的部分切除缝合术,可在趾的根部作切口,不必保留一段残趾,以防容易外伤引起感染。手术中应特别注意对皮瓣的保护,避免重力挤压揉搓,咬除趾(指)骨时,不可强行将咬骨钳硬行深入咬骨,应准备小、细尖的咬骨钳,此点对保证切口的一期愈合甚为关键,皮缘的坏死是手术失败常见原因。骨残端不可保留过长,缝合时应能疏松对合两皮瓣,缝合时切不可过紧。切口愈合时往往形成厚痂皮,拆线后应待其自行脱落。趾部分切除缝合术一定要在患肢血运已有改善的条件下才可施行,术前的系统治疗不应短于1个月。

对于血栓闭塞性脉管炎的病人及时施行坏死组织清除术或趾(指)部分切除缝合术,可缩短疗程,消除患肢的疼痛,并能有效地控制感染继续扩大或继发感染的出现,促进创口的愈合,远比等待坏死组织自行脱落或发次分批清除坏死组织的方法缩短疗程。自行生长愈合,由于骨残端表浅,创口疤痕组织多,以后容易再次发生溃破,或出现假性愈合,且由于时间长,病人痛苦重,病人的负担大,而影响病人的治疗。

3. 植皮术

(1) 适应症

创口过大,自行愈合时间长,创面肉芽组织新鲜,脓性分泌物少,上皮组织已开始生长,患肢缺血已有改善。可施行点状或邮票状植皮术。

(2) 创面的准备

肉芽创面必须分泌物少,肉芽组织细密结实,无水肿,色泽鲜红健康。湿敷是使肉芽创面得到很好引流,减轻炎症,促进肉芽健康的适合于植皮的最好方法,一般选用对局部细菌敏感的抗生素溶液,每日更换敷料,一般准备3~4天,植皮当日再更换敷料一次。

(3) 供皮区准备

术前剃除供皮区毛发,一般多用股上段皮肤,用肥皂水洗净,用75%酒精消毒皮肤后,用无菌敷料包扎。

(4) 采皮方法

用滚轴式刀徒手取皮,以刀厚皮片(厚度约为0.2~0.25毫米),和薄型中厚皮片(厚度0.375~0.5毫米)为宜,容易成活。用75%酒精消毒后,供皮区域以0.5%普鲁卡因或0.25~0.5%利多卡因作局部浸润麻醉,用压板将供皮区皮肤压紧保持一定张力,用取皮刀取皮时调整角度取厚度适度的皮片,尽量一次取与创面大小适合皮片,取下皮片,放入生理盐水中备用。用纱布压迫采皮处止血,然后用凡士林油纱敷盖,外敷消毒干纱布加压包扎。

(5) 植皮方法

创面用生理盐水冲洗,用刀片将创面微微刮除一层,使创面微有渗血,将取下的皮片表面铺盖于一层凡士林油纱布上,使皮片不卷曲,用剪刀剪成0.5~1.0厘米的小方块,创面无渗血后,把皮片平铺于创面上,皮片与皮片之间保留间隙,皮片不能卷曲,用无菌纱布外敷,层数不易少,再外用绷带加压包扎,以防止皮片移动,影响成活。

(6) 术后处理

术后患肢应制动,疼痛者应给予止痛剂,静滴抗生素,以控制感染,中药选用四妙勇安汤加

味,静滴复方丹参液等以继续改善患肢的血液循环。

皮片在创面上成活,需要维持一定的时间,才能产生新的血液供应。皮片愈薄,所需时间愈短,皮片愈厚,时间就较长。刀厚皮片需要固定3~5天,中厚皮片约6~8天。皮片与创面粘连,色泽红润,表明皮片成活。如皮片呈暗紫色,皮片浮动,表示皮片下有积血积液,应清除。如皮片出现水泡,应切忌将水泡揭去,否则可造成皮片全层坏死,水泡表皮有保护性作用。由于患肢血运差,因此植皮后应及时清除创面的分泌物,术后第2日应更换敷料,揭开外层敷料后,即用生理盐水浸泡内层敷料,以利揭去内层敷料,而不将皮片揭去。将脓性分泌物或已液化浮动的皮片清除,用抗生素溶液湿敷(如庆大霉素8万单位加入生理盐水250毫升中)换药,每日1~2次。待创口分泌物减少,皮片成活后改每日一次换药。皮片成活后,方块状皮片相连,创口逐渐愈合,即使有1~2片成活,植皮的效果也是理想的。

植皮术是血栓闭塞性脉管炎治疗中的一项重要措施,植皮术虽然在缺血性肢体中不易成功,但是经过中西药物治疗之后,改善肢体血运,术前及术后积极准备,植皮术成功的可能性仍很大。临床上即使植皮失败,也有促进创口愈合的作用,并可行二次植皮,加快创口的愈合。绿脓杆菌感染在血栓闭塞性脉管炎创口中常见,不应作为植皮的禁忌症,对创面用敏感抗生素溶液(如多粘菌素)湿敷,在肉芽组织新鲜时,采用刀厚皮片植皮,成活率仍很高。植皮术的成功,可使创面迅速愈合,缩短疗程,并能保存病人的肢体,减轻病人疼痛,及避免截肢的发生。久治不愈合的创面,应当适时选择植皮术的方法。

4. 截肢术

(1) 股部截肢术(膝上截肢术)

① 麻醉方法

连续硬膜外麻醉或腰麻。

② 适应症

患肢感染坏疽已超过小腿中1/3交界线,如小腿皮肤巨大溃疡,小腿出现蜂窝织炎,肿胀明显;小腿极度萎缩,股动脉闭塞,血运极差,膝关节屈曲强直,伸屈功能丧失,不能安装假肢者。由于血栓闭塞性脉管炎多是中小动脉闭塞,腘动脉闭塞不是选择膝上截肢的指征,还应考虑肢体缺血的程度、时间、侧支血管建立的情况以及治疗之后患肢缺血改善程度等等,应根据临床经验来选择截肢平面。与闭塞性动脉粥样硬化症不同,血栓闭塞性脉管炎膝上截肢应严格慎重选择。

③ 术前准备

术前化验血、尿常规、血型、出凝血时间、血脂、血糖、肝功等,常规心电图检查等。

提前3天开始应用抗生素,局部感染轻微的可用青霉素800万单位静滴,每日一次;局部感染严重,出现全身反应,体温高,可选用先锋霉素V号每日4~6克,静滴或静脉注射。

病人营养不良,出现贫血、低蛋白血症、脱水等表现者,术前应补液、输血、补充白蛋白、复方氨基酸等。术前血红蛋白低于8克时应输全血200~400毫升,病人身体虚弱,消瘦、进食少,每日补液总量应有1500~2500毫升,并补充白蛋白10~20克,血浆200~400毫升,复方氨基酸每日500毫升,连用4~5天。

常规给予维生素B、C、E等,口服或静滴。

术前输全血200~400毫升,手术时输注或术后当日应用。

术前作好皮肤准备,剃除阴毛。

术前预定截肢平面,一般在股骨粗隆下 20~25 厘米,前长后短皮瓣,或前后等长。可用龙胆紫将切线标记好,注意应在膝伸直位标记。

④手术步骤

术区常规消毒后铺巾,沿预定切线,用利刀垂直切开皮肤皮下至深筋膜,注意结扎大隐静脉,隐神经以利刀切断,结扎明显出血点,观察皮瓣血运情况。显露深筋膜后,在皮肤回缩处切开深筋膜,显露肌层,不游离皮瓣。首先在股内侧横断缝匠肌,显露深层动脉、静脉血管鞘,注意动脉搏动情况,打开血管鞘,先分离显露股浅动脉,在其高位切断,近端 7 号丝线结扎,并缝扎一针,同法处理股浅静脉,肉眼观察血管内膜有无病变。然后分肌束在筋膜回缩处横断肌群,出血点用细丝线结扎。在股骨后侧找到坐骨神经,在高位用 2% 普鲁卡因或利多卡因 2 毫升神经鞘内封闭后,稍向远端牵拉,用 7 号丝线结扎后,利刀切断坐骨神经,使其近端回缩肌层内,神经滋养血管也应结扎。肌肉完全离断后,在肌肉回缩处环形切开骨膜,用骨膜剥离器向远端推开骨膜,用线锯或板锯垂直锯断骨,用骨锉将骨断端锉圆滑。用生理盐水冲洗截肢残端,清除血凝块及骨渣,检查有无出血点,彻底止血,骨髓腔渗血可用明胶海绵填塞止血,检查股动、静脉结扎处后,将肌束对拢缝合包埋骨断端,防止有创腔,4 号丝线缝合深筋膜,在深筋膜下放置引流胶管或橡皮膜,皮下不缝合,最后缝合皮肤,用敷料加压包扎。

⑤术后处理

术后注意病人神志、脉搏及血压变化,有尿潴留者及时导尿。

术后当日补液 1500~2000 毫升,包括全血 200~400 毫升。静滴维生素 B₆、C。

继续应用抗生素,一般在术后 8~10 天,如切口无异常可停用,不必等完全拆线后再停用。如有引流管应接无菌低负压引流瓶,持续吸引。观察切口渗血多少。

术后第一天开始应用改善血液循环的药物,常用的是丹参注射液,每日 10~20 毫升。

使血红蛋白值接近正常。对于身体状况差的病人除输全血外,还应给予复方氨基酸,每日 500 毫升,连用 6~8 天。间断补充血浆或白蛋白等,有助于切口的愈合。

术后第 5~6 天应再查看切口情况,切口并发症多在此时出现较多,以便及早处理。切口如无异常可在术后 12~14 天拆线。

缺血性肢体截肢不同于一般截肢,尽量不破坏肢体的血液供应,因此不用止血带止血,切口的愈合主要靠皮肤的血运,不作深筋膜下皮瓣的游离,以免破坏血管,影响皮肤的血运。对肌层出血,主要出血点结扎,然后采取压迫止血的方法,以缩短手术时间,待肢离断后再彻底止血。皮瓣的长度适当长一些,以免包埋时张力过大,影响残端的血液供应,或骨端压迫瓣,皮瓣坏死,骨端外露。深筋膜应对合一致。截肢残端放置引流物会增加切口感染率,但放置引流物仍有必要,排除残端的渗血、渗液,会有助于切口的愈合,以放置引流管为佳,引流管剪侧孔,并接负压引流,并在术后 36 小时内拔出。

术后处理与切口的愈合有很大关系,除以上提及的应用青霉素及头孢唑啉外,病人一般条件差,肌肉血运不佳,局部感染重的,可加用丁胺卡那霉素 200 毫克,肌注,每 12 小时一次,0.2% 甲硝唑 250 毫升静滴,每日一次。术后常规输血,必要时补充复方氨基酸、血浆、白蛋白等等,均对切口愈合有益。术后 6 天之内是切口并发症的发生时间,超过术后 7~10 天切口如无异常,一般都可顺利愈合,应在术后第 2 天、4 天、6 天检查切口情况,有情况及早处理。

切口肿胀、局部有硬结肿胀,主要是由于残端渗血引流不畅。有积血、积液存在,可发生局部感染坏死,术中应注意对坐骨神经滋养血管及股骨后侧穿支动、静脉的结扎,以减少术后出

血。肌束离断后往往回缩,缝合时应将回缩肌束对拢,以消灭残腔,便于引流。肥胖的肢体应放置引流管,保证有效引流,并可防止橡皮膜引流时,敷料出现渗血,增加切口感染的机会。肌肉血运不佳,渗血不多时,引流管也可提早拔出,有效引流是防止切口肿胀、局部硬结的有效方法。对于出现的硬结,可给予酒精或马黄酊湿敷,每日一次,如在切口附近,可拆除一针,便于引流。中药可用四妙活血汤口服。

截肢术后病人体温持续增高,残端疼痛加重,应警惕残端感染的可能,除应用抗生素外,对感染的局部应及时处理,拆除感染部位缝线,开放引流,使切口内的积液及时引流,清除坏死组织、线头,防止感染进一步扩大,处理之后病人体温可明显下降,创口分泌的作细菌培养及药敏,以针对治疗,创口内放置引流纱条,每日更换1~2次,经换药后创口多可顺利愈合。

患肢血运差,皮肤缝合过紧过密,皮肤对合不佳,可出现局部皮瓣边缘性坏死,色紫红出现水泡,有渗液。应拆除皮肤坏死处的缝线剪开水泡放出积液,每日湿敷换药,坏死皮肤局限稳定后再切除,不易过早切除,皮下脂肪层厚也是皮缘发生坏死的因素之一。

个别病人术后发生截肢残端的深静脉血栓形成,残肢广泛性粗肿、肌肉饱满硬韧。有时会出现肺栓塞的表现,胸痛、咯血、体温高。与术后血流滞缓,血液高凝状态有关,应用阿斯匹林、消炎痛,低分子左旋糖酐后,症状多可消失。

截肢术后有明显幻肢痛者,可用止痛剂及镇静剂,但效果多不理想,一般能自行消失,长者可维持1~2个月,多见于术前有严重持续性患肢痛的病人。

术后如果病人残端肌肉萎缩,使骨断端突出,压迫皮肤,影响病人活动及安装假肢,应再次手术切除部分骨段。

(2) 小腿截肢术(膝下截肢术)

① 麻醉方法

连续硬膜外麻醉或腰麻。

② 适应症

足部缺血性坏疽接近踝关节;足部严重化脓恶性循环感染,不能控制,但炎症浸润没有超过小腿下段(下1/3处);虽然坏疽限于前半足或足背巨大溃疡,但长期药物治疗未明显好转,患肢严重疼痛严重影响病人生活,超过病人的承受能力;膝关节功能尚好及小腿萎缩不严重,可考虑行小腿截肢术。动脉闭塞不是小腿截肢的禁忌症,血栓闭塞性脉管炎病膝下截肢大多能成功,即使小腿截肢失败,残端裂开,再行膝上截肢也是可行的。

③ 术前准备

同大腿截肢术。由于膝下截肢术出血相对较多,应于手术时或术后当日输血400毫升。

小腿截肢平面在膝关节面下12~15厘米处,过短不利于安装假肢。前短后长皮瓣,前皮瓣为截骨平面半周径的1/3,后皮瓣为半周径的2/3呈圆弧状,可用龙胆紫标好切线。

④ 手术步骤

术区常规消毒后铺巾,沿预定切线,以利刀垂直切开深筋膜,注意结扎大小隐静脉及静脉分支。将前皮瓣从胫骨骨面向上分离,至截骨平面,在皮瓣回缩处首先切断小腿前肌群,并切断结扎胫前动、静脉。再切断小腿后肌群,切断结扎胫后动、静脉,胫神经用局麻药封闭后,结扎后切断,注意小腿后肌群可多保留一些,肌束完全切断后,在截骨平面用线锯垂直锯断骨,胫骨嵴应楔形切除,腓骨应高于胫骨2厘米以上垂直锯断。骨断端用锉锉圆滑。生理盐水冲洗残端,仔细止血,将小腿后侧肌群与胫骨前筋膜及骨膜缝合,包埋骨断端,注意勿留有肌束间的残腔,

切口内放置引流物,最后缝合皮肤。将膝在伸直位固定。

⑤术后处理

同大腿部截肢术。

膝下截肢术皮瓣的设计较膝上截肢应更精确,并应考虑到膝关节的屈曲挛缩以调整皮瓣,防止在有张力的情况下对合缝合,术后由于切口的肿胀,反而会影响局部的血液供应,影响切口的愈合,胫骨前皮肤一旦坏死,由于基底为骨质,很难愈合,影响病人的康复,有时不得不再次施行膝上截肢术。

手术前后的中西药物治疗是保证手术成功的关键。改善血液循环,控制感染,营养支持疗法,正确处理创口,及早发现异常是通常的原则。

5. 腰交感神经节切除术

(1)麻醉方法

连续硬膜外麻醉或全身麻醉。

(2)适应症

腰交感神经节切除术,过去是治疗血栓闭塞性脉管炎下肢缺血的主要方法,近20年来随着许多有效药物和治疗方法的出现,接受腰交感神经节切除术的病人已大大减少,但腰交感神经节切除术仍是一种有效的方法。术后病人患肢皮肤的血流量增加,皮温升高,可以缓解肢体疼痛,促进溃疡愈合,改善了肢体的血液循环,缓解血管痉挛。术后效果明显,病人患肢发凉、怕冷可显著缓解。过去对病人不加选择的一概施行腰交感神经切除术,术后的效果并非满意,部分病人效果不佳,症状改善不大,个别病人出现反常坏疽。因此应对病人有选择的施行腰交感神经节切除。

首先血栓闭塞性脉管炎病人的病情稳定,近期肢体缺血无加重或趋于好转,侧支血管已建立形成,患肢血运已得到改善,再者肢体主干血管病变不太广泛,闭塞位置不高在腘动脉或小腿动脉,肢体虽有溃疡或坏疽但局部没有严重感染,肢体没有严重缺血或缺血呈进行性加重的病人可考虑行腰交感神经节切除。

术前进行动脉造影以观察动脉闭塞的部位、程度、范围、以及侧支血管的形成情况,对选择手术有较大的参考价值。

对于经过中西医结合治疗之后,病情稳定,缺血已有改善,侧支血管基本形成的血栓闭塞性脉管炎病人可考虑行腰交感神经节切除以巩固疗效,进一步改善肢体缺血状况,最大程度消除缺血表现。

(3)术前准备

术前化验血、尿常规、血型、出凝血时间、血糖、肝功等,胸透、心电图检查。

术前2日开始应用抗生素,可选用青霉素或庆大霉素。术前插胃管。

(4)手术步骤

半侧卧位(类似肾切除体位),腰部用沙袋垫高,身体偏向对侧约 30° ,采用斜切口,自第十二肋骨尖下起,斜向内下呈弧形,至腹直肌外缘。依次切开,注意勿损伤腹腔,至腹膜外脂肪层,要放自动拉钩,将腹膜和腹腔内脏向内侧牵开,使腹膜与腰大肌分离,但勿剥离腰大肌筋膜,沿腹膜分离至椎体前,可见到腰大肌与脊柱之间的夹沟,切开腰大肌内缘和脊椎间的筋膜,钝性分离,注意勿损伤静脉,见到黄白色小结节并有神经干相连,逐一切除2、3、4神经节,并结扎分支。注意神经节勿与淋巴结相混,检查无出点,逐层缝合。切除神经节送病理切片。

(5) 术后处理

术后病人半卧位,腹胀不明显时停用胃肠减压。

术后继用抗生素及补液。

观察患侧皮肤温度的改变,及有无大腿前侧神经痛,可能与手术时损伤腰大肌上的生殖股神经有关。

术后 8~10 天拆线。

继续应用中、西药物治疗,巩固疗效,防止复发。

6. 动静脉转流术(静脉动脉化)

(1) 麻醉方法

连续硬膜外麻醉。

(2) 适应症

静脉动脉化是直接动脉血管重建术难以施行、动脉广泛性闭塞而无流出道时而采取的方法,目前有三种手术。①浅组:取大隐静脉与股浅动脉或腘动脉吻合,大隐静脉可在原位或倒置使用,缺点是大隐静脉易闭塞,并受口径的限制。②深组高位:髂外动脉、或股总、股浅动脉与股浅静脉搭桥吻合,一期手术是在吻合口近端,股浅静脉口径环缩 2/3。二期手术是在术后 2~4 个月结扎吻合口近端的股浅静脉。首先是破坏静脉瓣膜的阻挡,然后再使动脉血直接灌注静脉远端。缺点是术后下肢静脉血回流障碍明显,下肢粗肿。③深组低位:选取动脉与胫腓干静脉搭桥吻合,也有采用胫后静脉为动脉血灌注通道的。手术一期完成,采用人工破坏瓣膜功能,使动脉血能灌流入末梢静脉。优点是术后肢体肿胀轻,缺血症状解除快,目前多趋向于深组低位静脉动脉化。

静脉动脉化主要适用于动脉闭塞远端没有流出道,不能施行其它血管重建术,其它方法治疗效果不佳,肢体严重缺血、小腿深静脉通畅无病变的病人。

术前应常规行动脉造影检查,以了解动脉病变的程度,为手术作参考。股、腘动脉通畅而小腿动脉闭塞可考虑施行静脉动脉化手术,对于血栓闭塞性脉管炎的病人尤适合,病变动脉多在腘动脉以下,远端无流出道,股、腘动脉一般不闭塞。

(3) 术前准备

术前 3 天开始应用抗生素(如青霉素、庆大霉素),采用静脉给药途径。

准备血管器械,血管夹、3-0 及 5-0 无创伤血管缝合线,血管游离钳,血管精细镊、精细止血钳等。

术前插尿管。

(4) 手术步骤

介绍深组低位、腘动脉与胫腓干静脉之间选用自体静脉移植搭桥吻合,适用于腘动脉以下广泛闭塞者。

斜俯卧位,患肢在下方伸直,健侧屈膝屈髋在上。切口起于腘窝内上方,至腘窝正中略呈 S 形,然后沿小腿内侧向下延长。依次切开,注意保护小隐静脉,首先在半腱肌深面游离显露腘动脉,勿损伤腘静脉,腘动脉分支不应结扎切断,以保护膝关节周围动脉网,动脉用胶皮膜环绕备用,但不阻断。沿动脉向远段分层次游离,至腘窝中央可见到胫神经,注意保护,可用橡皮膜牵向一侧,沿动、静脉向下游离至比目鱼肌腱弓处,动脉分成胫前动脉及胫后动脉,与胫后动脉伴行可确定胫腓干静脉的位置,显露胫腓干静脉一段以利于吻合。观察动脉闭塞位置至胫腓

干静脉的距离,在闭塞的近端作吻合口以确定移植静脉的长度。取同侧大隐静脉时,可自原切口向内侧分离取膝上一段大隐静脉,略长于移植长度。大隐静脉分支均用1-0丝线双重结扎,剥离外膜束带使静脉均匀扩张一致,小裂口用无创缝合线缝合,放入肝素盐水中备用。阻断动脉吻合口的上下端,在动脉壁上作侧孔,口径应与移植静脉管径相一致,口径约为0.5厘米。修剪吻合口周围外膜后,用肝素盐水冲洗动脉内腔,检查有无病变,如内膜光滑,将移植静脉的远端,修剪成斜面,剥除外膜,与胫动脉行端侧吻合,两点法固定,用5-0无创缝合线连续缝合,关闭吻合口,注意移植静脉与动脉的夹角以 30° 为宜。吻合后开放阻断带,检查吻合口有无漏血,如无异常,使移植静脉灌注动脉血,自然伸展,可避免扭转,并能确定移植静脉长度,再次阻断动脉。同法与胫腓干静脉行端侧吻合。吻合前用肝素盐水加压扩张静脉或用导管插入后破坏胫腓干静脉瓣膜。也可切断胫腓干静脉,近端结扎,远端与移植静脉行对端吻合。端侧吻合时吻合口近端胫腓干静脉可结扎。先开放静脉阻断带再开放动脉阻断带,以观察移植静脉搏动情况,吻合口少量渗血可用热盐水纱布压迫片刻。检查无误后,缝合切口,创口内放置引流管,接低负压引流,膝关节应固定于伸直位。

(5) 术后处理

继用抗生素,引流管于术后36~48小时拔出。

术后第一天起应用抗凝药物,肝素50毫克,皮下注射,每12小时一次,连用5~6天。

术后开始应用扩张血管,防止血栓形成的药物,每日静滴低分子右旋糖酐、维脑路通、前列腺素 E_1 ,肌注罂粟碱,口服潘生丁、阿斯匹林,也可加用小剂量尿激酶静注,每日5~10万单位,连用3~4天。

观察患肢皮温、皮色改变及有无肢体的肿胀,在切口处用听诊器可闻及血管杂音,表明吻合口通畅。

切口可于术后8~11天拆线。

口服药物维持3个月,常用的仍是阿斯匹林及潘生丁,并可应用中药治疗,效果会更理想。

术后可用多普勒探及胫后静脉有无动脉血流音,可准确判定术后的吻合口的畅通情况,并作随访观察。

7. 游离大网膜移植术

(1) 麻醉方法

硬膜外麻醉或全麻。

(2) 适应症

大网膜移植术是利用大网膜丰富的血管来改善肢体的血液循环。适用于动脉闭塞而不适合合作其它血管重建术,其它治疗方法又效果不佳,肢体严重缺血的血栓闭塞性脉管炎患者,病人既往无腹部手术者。

(3) 术前准备

术前提前应用抗生素。

术前插胃管、尿管。

准备血管器械。

(4) 手术步骤

上腹正中切口,沿横结肠将大网膜组织切断并结扎小血管分支。沿胃大弯分离网膜血管与胃分支血管,血管应缝扎。尽量在近右网膜动脉根部切断,此处血管口径较大,便于吻合。然后

按血管走向进行剪裁,以求最大伸展长度。用肝素盐水冲洗网膜动脉,将网膜放置方盘中备用。在患侧腹股沟部作纵形切口,游离出股动脉及大隐静脉,并在膝上及小腿作纵切口,在深筋膜下分离打通皮下隧道,将大网膜通过切口平铺于筋膜下向下延长。先将网膜静脉与大隐静脉吻合,再将网膜动脉和股动脉行端侧吻合。各切口放引流条一根,患肢用弹性绷带自下而上轻缠包扎。

(5) 术后处理

持续胃肠减压,至肛门排气。膝关节屈曲抬高 $25^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

术后应用扩张血管和抗血小板药物,如低分子右旋糖酐、维脑路通、潘生丁、阿斯匹林等。

术后 24~48 小时拔除引流条。

术后 10~12 天拆线。

大网膜移植术分为带蒂大网膜移植术和游离大网膜移植术,近年来由于显微外科技术发展,带蒂大网膜移植术已很少应用,因为剪裁后的大网膜很难移植至膝下。

8. 动脉旁路移植术

(1) 麻醉方法

连续硬膜外麻醉或全麻。

(2) 适应症

适用于腘动脉以上节段性闭塞而有满意血管流出道的病人。术前必须行动脉造影检查,以了解动脉病变情况。

(3) 术前准备

同动静脉转流术。

(4) 手术步骤

在动脉阻塞部位的远近端之间作切口,显露出动脉闭塞的近端及远端,确定吻合口的位置后,估计所移植静脉的长度,然后取对侧大隐静脉,结扎大隐静脉分支,用肝素盐水冲洗,加压扩张静脉,步骤同静脉动脉化,倒置后并阻断动脉,先吻合近端吻合口,吻合口大小与修剪成斜面的静脉口径一致,外膜一定剪除,先在吻合口上下端褥式固定两针,分别连续缝合吻合口两边。再吻合远端。注意移植静脉不能扭曲松紧要适度,遵循血管吻合基本技术。

(5) 术后处理

同静脉动脉化。

9. 原位大隐静脉转流术

基本同动脉旁路移植术。

这一手术不游离大隐静脉作移植静脉,将大隐静脉的属支全部扎并切除静脉瓣膜后,近端与股动脉端侧吻合,远端与小腿动脉端侧吻合。手术的要点是要破坏静脉瓣膜,并结扎全部的静脉属支包括深浅穿通支。由于符合血液动力学要求,所以手术效果是满意的。

术后处理:

同静脉动脉化。

由于血管重建术对缺血肢体的改善,是药物治疗所不能比拟的,因此对于有满意流出道的病人,最好争取施行这种手术。

四、疼痛的处理

血栓闭塞性脉管炎出现肢体缺血,发生营养障碍,组织坏死,伴有严重的肢体疼痛,病人难以耐受。虽然引起患肢疼痛的原因诸多,但组织缺血是最主要的,因此改善肢体血循环,增加患肢的血流量是主要的治疗方法,在增加患肢血流量的同时,临床上应根据发生疼痛的不同原因进行正确处理。

(一)缺血性疼痛

缺血性疼痛是由肢体供血减少,患肢末端供血不能满足组织的需要,以夜间静息疼痛为主,位置固定,夜间病难以入眠。

1. 改善肢体血运,首选动脉注射药物,具有见效快,效果佳的优点,每日一次,个别人可每日2次。

2. 给予镇静、止痛剂,常用的镇静剂有以下几种。

安定 5 毫克口服,10 毫克肌注。

佳乐定 1 毫克口服。

舒乐安定 2 毫克口服。

常用的镇痛剂以下几种。

痛立克(酮咯酸氨三醇)系非甾类强力止痛及中度抗炎解热新药,通过抑制前列腺素的合成而起止痛、抗炎和解热作用。没有抑制呼吸中枢及成瘾性、戒断现象等副作用。用量及用法:20 毫克口服,每日3~4次;30~60 毫克肌注,痛时注射。每日最大量为120 毫克。常与镇静剂合用。

盐酸曲马多,用量及用法:50 毫克口服,每日剂量不宜超过400 毫克;肌注,一次50~100 毫克。

盐酸二氢埃托啡系麻醉性高效镇痛新药。

用量及用法:舌下含服,一次20 微克,因有成瘾性,不宜常服。

其它如度冷丁、强痛定等也可选用,但不宜连续应用。

3. 穴位封闭或神经阻滞麻醉。

常用药物为维生素B₁100 毫克加2%利多卡因10~15 毫升,行患肢股动脉周围封闭,或足三里穴位封闭,或行腘窝部胫神经阻滞麻醉。如应用得当,可止痛4~5 小时,一般多在临睡前应用。

4. 股动脉注射皮质激素。

地塞米松10~20 毫克加入生理盐水20 毫升每日注射一次,连用一周,也有较好的止痛效果。

5. 神经压榨术(Smithwick 氏手术)

根据溃疡或坏疽部位,把支配该区的腓浅、腓深、胫神经或腓肠神经在直视下压榨6~10 次,对顽固性疼痛,其它方法不佳时可选用。手术可在腰麻或局麻下进行,在小腿中下1/3 交界处前外侧,胫骨与腓骨之间作纵形切口,在深筋膜上找到腓浅神经,处理后切开深筋膜,分离胫骨前肌与趾长伸肌之间,在胫前血管之间游离显露腓深神经,同法处理。在内踝与跟腱之间,外

踝与跟腱处理胫神经与腓肠神经。对于具有保肢价值而又有严重肢体疼痛的病人,可采用此法减轻病人治疗期间的疼痛。

6. 硬膜外插管连续注药阻滞。

镇痛效果佳,但是插管多不能维持较长时间,一般为5~7天,导管易折、脱落、或堵塞,应用受到限制,多用于截肢术前的镇痛,或用于急性动脉闭塞时的辅助治疗。选用2%利多卡因,每次5毫升,每4~6小时,经导管注入。

7. 0.1%普鲁卡因静脉滴注。

将普鲁卡因1克加入5%葡萄糖溶液1000毫升中静脉滴注,每日一次。

(二)神经性疼痛

肢体缺血,神经营养障碍,出现缺血性神经炎,疼痛间歇性发作、麻木、针刺样疼痛,皮肤感觉过敏,出汗多。

可用维生素B₁100毫克和维生素B₁₂100微克穴位注射,口服维生素E、维生素B₆等,并配合针刺疗法。

(三)感染性疼痛

肢体溃疡坏疽继发感染,局部有渗液,皮肤发红,局部肿胀。

在改善患肢血循环的基础上,使用有效抗生素,对创面处理及时引流。对于溃疡面的疼痛,可在换药时用2%利多卡因湿敷创口以减轻疼痛。绿脓杆菌感染的创面往往疼痛剧烈可用多粘菌素湿敷创面,以控制绿脓杆菌感染的扩展,其它抗生素湿敷往往无效。

(四)血管性疼痛

肢体突然出现疼痛,皮色苍白或紫绀,皮温低,发作过后症状减轻。

应用血管扩张药物,罂粟碱60毫克肌注,每6小时一次。654-2 10毫克静滴,并作股动脉注射药物或股动脉周围封闭。经股动脉注入前列腺素E₁或罂粟碱、654-2等,股动脉周围用2%普鲁卡因(利多卡因)封闭。如果经以上处理后病人末梢缺血仍十分严重,应考虑有血管痉挛继发血栓形成的可能,应用溶栓剂尿激酶后可使动脉复通,解除血管痉挛。

五、创口换药与处理

血栓闭塞性脉管炎出现溃疡或坏疽,有严重的患肢疼痛,对溃疡或坏疽处理得当,可减轻局部疼痛,促进溃疡愈合,防止坏疽范围扩大。血栓闭塞性脉管炎发生溃疡或坏疽有以下特点:

1. 外伤及对创口处理不当是发生溃疡和坏疽的重要因素。对患肢局部外敷膏药、拔甲、按一般感染进行清创、截趾(指)等均是常见原因。

2. 误诊误治局部拔火罐、针刺、放血疗法、局部注射等,加重局部缺血或诱发细菌感染,发生溃疡或坏疽。

3. 一旦有小的裂口,极易发生细菌感染,一旦发生炎症容易扩展,应用抗生素效果多不显著。

4. 感染和组织坏死相互影响,最终结局是感染无法控制,组织坏死进行性扩展。

5. 血栓闭塞性脉管炎溃疡或坏疽容易出现化脓性腱鞘炎,一旦发生创口愈口困难,感染不易控制。

6. 久不愈合的创口易合并绿脓杆菌感染,给治疗带来困难。

(一) 一般处理

主要是做好清洁换药,一般不用有腐蚀性的药粉或可引起创口疼痛加重的药物。创口的分泌物常规作脓培养及药敏。

对于有脓液的创口可用双氧水淋洗,尽量将脓样分泌物清除干净,擦试完毕后,可用0.1%新洁尔灭棉球擦试一遍创面。新洁尔灭对创口无刺激,不仅可杀灭细菌,而且对芽胞及真菌也有效。然后根据创口情况换药,脓性分泌物多者可用0.25%庆大霉素或卡那霉素溶液湿敷,也有选用呋喃西林溶液的。脓样分泌物不多,肉芽组织新鲜时可用生肌玉红膏或大黄纱条换药,一般应每日应换药一次,以避免创面分泌物多时,影响上皮的生长。对绿脓杆菌感染的创面,应选用多粘菌素溶液湿敷,这是非常必要的。

对于趾部的创口,处理时要将患趾与邻趾分隔开,以防邻趾被脓性分泌物浸渍,皮肤糜烂,引起感染,发生溃疡或坏死。

(二) 干性坏疽的处理

对于干性坏疽,应保持干燥,用酒精棉球擦拭局部后,无菌纱布包扎,也可每日外涂马黄酊,采用暴露疗法。一旦分界线清楚后,应及时手术处理。干性坏疽不宜用湿敷的方法,这样不便于渗液的蒸发。

(三) 湿性坏疽的处理

对于湿性坏疽,应选用抗生素溶液湿敷。对腐烂松动的坏死组织清除,尤其是坏死的肌腱、腱鞘、关节囊每次换药都要尽量清除。对未松腐的坏死组织不易强行剪除,以防组织肿胀,加重感染及坏疽,抗生素溶液湿敷后如脓性渗出较多,可每日换药两次。化脓性腱鞘炎在缺血性肢体中更易出现,往往每日换药两次。化脓性腱鞘炎在缺血性肢体中更易出现,往往单个指(趾)的感染就可发生,沿腱鞘向近端发展,很快成脓。在下肢表现足背部红肿,足背皮肤黑痂形成,痂下积脓;足底部红肿,以肿胀为主,通向足心,最后出现局部性硬块,压痛,切开后有脓性分泌物。一旦发生应减张,必要时切除坏趾,使残端开放,防止影响其它的肌腱、腱鞘,出现更多肌腱、腱鞘的感染。一旦发生了化脓性腱鞘炎,需待坏死的肌腱、腱鞘全部清理之后,创口才有愈合的可能性。因此关键是预防发生化脓性腱鞘炎,在手术处理时,预先应用抗生素,对于干性坏疽经常用酒精消毒,进行防护,一旦分界线清楚,无炎症时,及时行坏死组织切除术。干性坏疽一旦有脓性分泌物的渗出,局部肿胀,就应警惕,及早应用抗生素并及时清创处理,足背部的化脓性腱鞘炎表现为足背部皮肤干黑形成黑痂,逐渐向四周扩展,黑痂周边有脓性分泌物,有臭味,黑痂逐渐增厚,应切开引流,可见痂下积脓,肌腱、腱鞘已溃烂,清理后可见深层组织,将黑痂皮全部清除,用抗生素溶液纱布湿敷,每日换药。足底部的化脓性腱鞘炎。表现为足底部的红肿疼痛,皮肤不发生坏死,最终以脓肿的形式出现。一旦发生足底部的红肿硬结应及早切开引流,切口不宜过小,用双氧水冲洗,放置引流纱条,直到坏死的肌腱组织完全脱落,有肉芽组织出现,逐渐缩小引流的深度,创口

由底部逐渐愈合。切开引流是治疗的关键，也是控制炎症的重要措施。

（四）残端骨髓炎的处理

见于血栓闭塞性脉管炎趾（指）坏疽已久，或已行坏死组织清除术，但创口久不愈合，反复有脓性分泌物流出，可拍片以明确诊断，应将坏骨切除，至正常的骨质，用咬骨钳咬除时，注意将残端咬平，不要有碎骨遗留创口内。

六、抗生素的应用

血栓闭塞性脉管炎由于肢体缺血，抵抗力弱，轻微外伤或溃疡坏疽处理不当均可导致细菌感染。细菌感染之后，一是容易扩展不易控制，二是加重组织缺血。

对于足癣引起的感染，主要表现为足趾趾缝间糜烂、渗液，足趾肿胀，疼痛，严重者可出现淋巴管炎、丹毒。

除局部处理外，严重者可应用青霉素 800 万单位，加入生理盐水中静滴，或用先锋霉素 V 号 2—3 克，静注，每日 2 次。一般用药 7~9 天。

溃疡坏疽继发感染，常见。患肢红肿、疼痛，创面脓多，有臭味，淋巴结肿大，体温增高。在应用抗生素时应注意以下几点：

1. 对创口分泌物要行细菌培养并行药物敏感试验，以指导临床应用抗生素。
2. 应用广谱抗生素或联合应用抗生素。
3. 应用一般抗生素效果不佳时，应考虑特殊菌感染，应用抗厌氧菌药物或抗绿脓杆菌感染的药物。
4. 应用的时间应适当延长。
5. 选用静脉或肌注给药途径。
6. 单纯缺血坏死无炎症时不应用抗生素作预防性用药。

一般感染可选用，先锋霉素 V 号 4~6 克，静滴或分二次静注；或庆大霉素 16~24 单位静滴，每日一次；或氨苄青霉素 6~8 克，静滴或分次静注。

严重感染可选用先锋霉素加丁胺卡那霉；氨苄青霉素加庆大霉素加甲硝唑；其它可选用西力欣、新灭菌、菌必治等。

对于绿脓杆菌感染者可选用羧苄青霉素 12~16 毫克，每 12 小时一次；或乳酸环丙氟哌酸 200 毫克静滴，每日一次；或复达欣 2~4 克，分 2 次静注。

第五节 预 防

血栓闭塞性脉管炎的发病机理虽然尚不明确，但吸烟是发病的一个重要原因，吸烟可使动脉痉挛，因此严格戒烟是获得治疗效果和防止复发的首要措施。由于血栓闭塞性脉管炎多发于寒冷地区，寒冷与潮湿常是诱发血栓闭塞性脉管炎的重要因素，所以防寒保暖是治疗的重要措施。临床统计同时也发现，在战争期间生活艰苦，以及贫困地区，发病率就比较高，而生活安定，生活水平提高，血栓闭塞性脉管炎的发病率就会呈下降趋势，提示本病的发生与营养状况有关。营养不良容易使血管遭到损害，是此病发生的又一重要因素。因此，食物的

结构上营养应合理全面。尤其对已确诊为血栓闭塞脉管炎的病人，终生戒烟，防止各种外伤，防寒保暖，保持患足卫生和坚持治疗，保持乐观情绪，树立治病的信心，是巩固疗效和预防复发的关键措施。

参考文献

- [1] 冯支贤. 血管外科学. 上海: 上海科学技术出版社. 1991
- [2] 王嘉桔. 血栓与抗栓酶. 沈阳: 沈阳出版社. 1992
- [3] 尚德俊. 中西医结合治疗周围血管疾病. 北京: 人民卫生出版社. 1990
- [4] 吴阶平. 黄家驷外科学 (第五版). 北京: 人民卫生出版社. 1992

第二章 动脉硬化性闭塞症

第一节 概述

动脉硬化性闭塞症(Arterio Sclerosis obliterans, ASO)是一种常见的周围血管疾病,为全身性动脉硬化在肢体血管的表现。属于中国医学“脱疽”等范畴。近年来,随着人口年龄老化与生活水平的提高,饮食结构的失衡,本病的发病率呈上升趋势。该病的临床特点为,多发于中、老年人(45 岁以上),患者一般均有全身性动脉硬化的病史,如高血压病、冠心病、脑血管病等,初起为肢冷、酸胀、麻木、间歇性跛行,甚至可出现营养障碍表现,患肢动脉搏动减弱、弦硬,后期患肢动脉搏动消失,可出现肢体溃疡或坏疽,其坏疽范围较大,病情重、较复杂、发展快,而且治疗困难,易造成残废,甚至危害生命。由于本病在老年人中的发病率和死亡率均为周围血管疾病的首位,严重危害老年人的生命健康,其临床预防治疗越来越受到重视。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一)病因

现代医学对本病的发病原因至今尚未完全明确。根据流行病学研究,动脉硬化性闭塞症的发病率与年龄及性别差异、高血脂症、高血压病、糖尿病、肥胖、吸烟、高密度脂蛋白低下等有关。目前公认的发病学说有:脂质浸润学说、内膜损伤反应学说、平滑肌细胞增殖学说、血栓学说、遗传学说。

动脉硬化是一种全身性疾病,可发生于全身各主要动脉,其主要病理解剖分布可有以下四种类型:①冠状动脉及其分支,②主动脉弓的各分支,③腹主动脉及其分支(包括肾动脉),④下肢大、中动脉及其分支。周围血管疾病主要是指最后一种。其病理变化与全身性动脉硬化的过程一致。具有显著的慢性病理变化过程,可概括为6个阶段:血管内膜水肿期、脂纹期、粥瘤期、营养不良性粥瘤钙化期、粥瘤性溃疡期、粥瘤消退期。

(二)病理

动脉硬化性闭塞症的主要病理改变为动脉内膜或中层发生的退行性变和增生过程,使动脉失去弹性,管壁增厚变硬,管腔狭窄,甚至闭塞,而造成肢体动脉血液循环障碍发生的一系列病理生理变化。其病理特点为,动脉狭窄或闭塞的部位好发于肢体动脉分叉起始部,病变常呈

节段性,一处或多处动脉狭窄主干弯曲,闭塞部位的长度一般为3~4cm,最长不超过10cm,闭塞远端动脉仍通畅。

需要指出的是动脉硬化性闭塞症和血栓闭塞性脉管炎虽同属于慢性动脉缺血性疾病,但其主要病理变化却迥然不同。血栓闭塞性脉管炎是一种慢性血栓纤维化小动脉全层炎性、闭塞性疾病,其小动脉的外膜成纤维细胞大量增生,而后出现小动脉周围纤维化,可累及周围静脉等。中层肌层可正常,钙质沉积,在周围滋养血管中有大量的内皮细胞增生。内膜纤维增生严重,但无粥样斑块、无脂肪、无钙质沉积。

二、中医病因病机

本病属于“脱疽”范畴,由于本病主要发生于中、老年人,中医学认为其发病原因与心、脾、肾等脏器的功能衰竭关系密切。其发病的总病机是气滞血瘀。

(一)心气虚弱、心血不足

人到老年时,多有心气虚弱、心血不足,血运无力,最易发生脉络瘀阻。气虚血瘀而出现肢体怕冷、发凉,间歇性跛行,麻木乏力等一系列肢体营养障碍的表现。故经曰:“心生血,主血脉,心痹者,脉不通”,“……老者其气血衰,气道涩,易于瘀滞”。

(二)脾失运化、痰湿瘀阻

脾为后天之本,主运化、主肌肉、主四肢,为气血生化之源,老年人多脾阳不振,或久病伤脾,或嗜食肥甘、过饮酒浆,则脾气受损,健运失司,痰浊内生,痰湿阻于脉道而发本病。故经曰:“脾气不得散精”、“四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利”。

(三)肾虚火旺、阴精不足

肾为先天之本,“肾藏精生髓主骨”,老年人多肾气不足,若房事不节、过服助阳之剂,致使阳精煽惑,淫火妄动,蕴蓄于脏腑。消烁阴液,毒聚肢端,筋敛骨枯而成。故《疡科心得集·脱疽》说:“因房术淫精,丹石补药,消烁肾水,房劳过度,气竭精伤而成……皆肾不涸不能制火也。”

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一)症状

闭塞性动脉硬化症以中、老年男性(45~70岁)发病为最多,女性患者占10%。临床症状的轻重主要取决于肢体缺血的发展速度程度。无论病变的范围何等广泛,只要是动脉阻塞发展的速度缓慢,在动脉管腔逐渐狭窄的同时,其侧支循环也同步进行性地建立,动脉分支血流

量相应地增加,供血得以补偿。因此,组织缺血的程度可以缓和,在动脉非急性闭塞的情况下,临床上甚至可以无任何明显症状。如果疾病突然进展加快,侧支循环代偿不及,病人可出现典型的肢体缺血表现。主要有以下症状。

1. 肢体怕冷、沉重感,麻木、刺痛感,甚至烧灼感

有时病人可感到一阵剧痛。这些症状主要是缺血性神经炎所致,其严重的程度取决于病人局部缺血程度和痛阈的高低。

2. 间歇性跛行

典型的症状是肌肉酸痛、痉挛及疲乏无力。以小腿部为主,也有的以大腿部甚至于臀后部酸胀、疲累感。通常为一侧先发病,以后累及另一侧。

3. 静息痛

静息痛是本病最突出的临床症状之一,最初多发生在病人刚刚入睡后,10~15分钟时,为肢体动脉已发生闭塞,缺血加重的表现。尔后逐渐发展,疼痛又自患部向近端进展,即使患肢在休息时也感到疼痛、麻木和感觉异常。如将肢体抬高,则疼痛加剧,肢体下垂位时,疼痛可缓解。夜间由于全身血压降低,可使疼痛更剧烈,病人常抱足而坐,彻夜难眠。

(二) 体征

1. 肢体动脉搏动减弱和消失

本病早期,临床体征并不明显,股动脉搏动正常,亦未闻血管杂音,只有足背或胫后动脉的搏动减弱。尽管用超声多普勒(Doppler)检测仪等,可发现下肢动脉血流量减少或血流紊乱、血管壁弹性差,管腔狭窄等。此时,患者下肢的皮色、皮温可呈正常状态。

随着病情的进展,下肢的动脉,包括股动脉的搏动明显减弱或消失,表明病情已发展成闭塞期,下肢动脉一旦发生闭塞,则病情逆转、加剧。

2. 动脉血管弦硬、血管杂音

发病早期,动脉血管尚未闭塞时,扪及患者的足背、胫后动脉或颞浅动脉时,可发现动脉变成弯曲、弦硬状,提示肢体动脉硬化已较明显存在。疾病发展过程中,如果在腹部、腹股沟等处闻及或扪及动脉血管杂音,则提示肢体动脉存在严重的狭窄,为本病的临床诊断依据之一。

3. 营养障碍、溃疡和坏疽

本病后期,由于肢体动脉在较高位置闭塞,尤以股浅动脉、腹主动脉—髂动脉(亦即腹主动脉分叉处)的闭塞最多见,所以肢体的缺血范围、程度也较严重。在动脉闭塞后即可出现明显的肢体营养障碍表现,如足趾冰凉、紫绀、皮肤光薄发亮,呈蜡状,趾甲变形。小腿肌肉萎缩,感觉迟钝或异常,甚至趾关节活动受限,足踝不能背曲。Buerger's sign(+).

一般在溃疡或坏疽发生前,局部皮肤呈紫绀状,最初尚可恢复,以后呈不可逆改变,多在足趾部出现瘀斑、水疱,局部持续性固定性疼痛是坏疽即将发生的前兆。临床上也有在此基础上,因外伤、寒冻、误治等而诱发坏疽者。一旦发生坏疽后,由于肢体严重缺血,基本上不会自愈。溃疡多发生足趾、足背、足底、踝周或小腿部,而坏疽则是由肢端逐渐向近端扩延。

(三) 实验检查

1. 一般检查

(1) 血脂:胆固醇、甘油三酯升高(正常值胆固醇 110~230mg/dl,甘油三酯 20~110mg/

dl)。

(2)心电图检查:常有冠状动脉病变、冠心病表现。

(3)眼底检查:有动脉硬化表现。

(4)X线检查:X线平片可发现有动脉钙化阴影,在腹主动脉或下肢动脉显示有不规则的斑点分布,对诊断具有特殊价值。X线平片还可发现骨质疏松表现,在溃疡或坏疽病人,必须作足部X线摄片,常有骨萎缩、骨髓炎和骨、关节破坏。

2. 动脉血管造影或数字减影血管造影

血管造影显示动脉闭塞的解剖部位及其范围,临床价值很大。特别对于手术适应证和手术方法的选择均具有决定意义。

(四)血液流变学检查与应用

1. 概述

血液流变学(Hemorheology)是生物流变学的主要组成部分。是研究血液和血管的宏观与微观流变特性规律及在医学领域内应用的学科。

简述其内容可包括以下四个方面。

①血液的流变特性:即血液的粘度、血液的粘弹性、血液的流动性及血液的聚集性等。

②血管的力学特性:即红细胞的变形及聚集性、血小板的聚集性等。

③微循环血液流变学特性。

④肺循环血液流变学的特性。

2. 血液流变学检查在闭塞性动脉硬化症中的应用

根据目前研究的成果,血液流变学检查在闭塞性动脉硬化症中的应用主要包括血液的流动和血液的粘度两个方面。

(1)血液的流动学(主要为血流量)与闭塞性动脉硬化症。

①血流量的决定因素:目前公认的还是泊肃叶(Poiseuille)于1847年创立的泊肃叶公式,对血在圆管中流动时的流量率描述为:

公式表示:血液的流量(Q)与血管的半径(r)的4次方及血管两端的压力差(ΔP)成正比,与血液的粘度(η)及血管的长度(L)的8倍成反比。

按此理论在闭塞性动脉硬化症疾病中,应用血管扩张剂和降低血液的粘度均可达到增加肢体血流量的效果,其中血管的扩张应更有效。反之,血管腔狭、血液粘度增大可使肢体血流量降低。

②肢体血流量与闭塞性动脉硬化症。

血管半径(r)与血管扩张剂在闭塞性动脉硬化症应用:已知对一定级别的正常血管使用血管扩张剂,应得到血流量增加的理想效果。但临床上对闭塞性动脉硬化症病人使用血管扩张剂,则发现肢体的血流量并未增多,主要是由于闭塞性动脉硬化症病人血管病变的原因所致。由于目前尚无转一性的肢体、特别是缺血肢体的选择性血管扩张剂,临床上所使用的是全身性的血管扩张药物。在使用血管扩张剂时,正常的管扩张,病变肢体的血管不扩张,使病变肢体产生“盗血现象”,而肢体动脉血管的病理学改变是造成“盗血现象”的根本原因。

血管两端的压力差(ΔP)与降压剂在闭塞性动脉硬化症中的应用:已知血管两端的压力有效期 $\Delta P = |\text{血管近心端压力}(P_1) - \text{血管远心端压力}(P_2)|$,降低 P_2 或增加 P_1 均可使 ΔP

增大,从而增加血流量。在闭塞性动脉硬化症疾病时,由于血管硬化、管腔狭窄,肢体血压的差明显降低,临床上维持一定的动脉灌注压,对缺血的肢体尤为重要。一般肢体血压应在 11/7Kpa(160/100mmHg),血压不宜降的过低,若血压低于 6Kpa(80mmHg)时,肢体的血流量则明显减少。所以,降压剂在闭塞性动脉硬化症疾病中使用时,应充分地考虑到对肢体血压的影响。

(2) 血液粘度与闭塞性动脉硬化症。

①血液粘度的生理意义:作为血液流动时所表现出的摩擦力或流动阻力,血液粘度具有十分重要的生理意义。有的专家甚至把血液粘度简述为:血液粘度的高低代表着血液运输的数量和质量。生理状态时根据泊肃叶公式,在血管的长度值一定的条件下,肢体的血流量与血液粘度的 8 倍成反比关系。在大、中动脉血管内血液粘度对血流的影响并不大,只是在其血管分支、分叉处有一定的影响。在微循环中,当血管的直径小于 $40\mu\text{m}$ 时,血液粘度值与管径的大小成正比关系;但是,当管径小于 $5\mu\text{m}$ 时,血液的粘度值与管径的大小成反比关系,即管径越小,粘度越大。被称为“微循环逆转”(法—林—氏定律)。

②血液粘度的病理意义与闭塞性动脉硬化症的关系:血液流变学理论在临床应用中的基本概念之一是血液高粘滞综合征(blood high visucosity syndromes)。根据这一概念可以发现影响血液粘度及其与闭塞性动脉硬化症有密切关系的因素大致可分为以下几种。

红细胞压积(HCT):主要反映了红细胞的单位体积内的含量—浓度,直接决定着全血粘度和血液流动的变形性,是影响血液粘度的最主要因素。

全血比粘度(η_b):反映血液的粘滞性。

全血还原粘度(η_P):受血浆内成分的影响如血脂、纤维蛋白元、球蛋白、聚合物、血糖、电解质、各种维生素及各种酶类含量的影响。

红细胞电泳时间(EFT):反映红细胞表面所带电荷状态。若 EFT 时间延长,则表明红细胞表面所带的负电荷减少,细胞处于易凝结、易聚集状态。

纤维蛋白元(Fibg):除能反映血浆比粘度(η_p)外,还与血液凝固性的增加和纤维蛋白溶解系统的活动有关。

血沉(ESR):在血液流变学中反映了红细胞表面所带负电荷的数量。为红细胞聚集性的指标。直接受红细胞压积(HCT)的影响。

另外,还有血沉 K 方值(ESRK)、红细胞变形指数(IR)、血小板粘附率(PAP)等。

值得指出的是在闭塞性动脉硬化症疾病时,由于动脉粥样硬化造成的肢体血液循环、特别是微循环恶化的病理状态下,应用血管扩张剂可造成肢体缺血区的进一步缺血,如果采用降低血液粘度的方法,则血液可由丰富区域流向缺血区,即“罗宾汉式偷流”。对改善闭塞性动脉硬化症所造成的肢体缺血具有十分重要的临床意义。

(3) 闭塞性动脉硬化症病人血液流变学特性及中西医结合治疗观察。

作者采用血液流变学检查方法,对 156 例闭塞性动脉硬化症病人进行检测和临床观察,经系统数据处理后,结果如下。

①检测结果

健康人与闭塞性动脉硬化症病人的血液流变学值比较(见表 2-2-1)

表 2-2-1 健康组与 ASO 组血液流变学指标比较(T 检验, $\bar{X} \pm s^{\bar{x}}$)

血液流变学指标	健康组(N=194)		患者组(N=156)	
	男(n=126)	女(n=68)	男(n=121)	女(n=35)
全血粘度 高切	6.20±1.00	5.50±1.20	6.69±1.35 ^{△△△}	6.23±1.39 ^{△△}
(mPa.s) 低切	9.95±2.75	8.15±2.65	9.70±2.68	8.74±2.35
全血还原粘度 高切	14.43±4.18	12.43±4.18	12.08±2.29	12.07±2.07 ^{△△}
(mPa.s) 低切	18.55±3.25	15.80±3.40	18.95±4.53	18.07±4.56 ^{△△}
血浆粘度(mPa.s)	1.67±0.09	1.67±0.09	1.79±0.15 ^{△△△}	1.79±0.16 ^{△△△}
红细胞压积(%)	45.95±4.75	41.30±5.50	46.33±6.81	43.44±5.51
红细胞沉降率(mm/h)	0~17*	0~22*	42.14±4.32 ^{△△△}	33.35±11.44 ^{△△}
纤维蛋白原(g/L)	2.00~4.00*	2.00~4.00*	5.50±0.98 ^{△△△}	5.70±1.95 ^{△△△}

与健康组比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$, $\Delta\Delta\Delta P < 0.001$ 。* 为正常值。

表中, 闭塞性动脉硬化症病人的血液流变学各值均高于健康人, 其中全血比高切粘度、血浆粘度、红细胞沉降率和纤维蛋白元值明显地高于健康人($P < 0.05 \sim 0.001$)。

闭塞性动脉硬化症临床分期、分级与血液流变学的关系(见表 2-2-2)。

表 2-2-2 各期各级 ASO 患者血液流变学指标(t 检验, $\bar{X} \pm S^{\bar{x}}$)

血液流变学指标	营养障碍期(N=86)		坏疽期(N=70)	
	男(n=61)	女(n=25)	男(n=59)	女(n=11)
全血粘度 高切	6.84±1.17	6.13±0.90	6.49±1.36 ^{△△△}	6.35±1.59 ^{△△}
(mPa.s) 低切	10.28±2.52	8.46±1.84	9.45±2.46	6.41±3.25
全血还原粘度 高切	11.91±3.01	10.52±1.66	12.31±3.21	13.31±2.92 [△]
(mPa.s) 低切	19.05±4.88	16.45±3.44	18.88±4.63	20.67±5.82 [△]
血浆粘度(mPa.s)	1.75±0.13	1.73±0.13	1.86±0.15 ^{△△△}	1.89±0.14 ^{△△△}
红细胞压积(%)	48.97±12.54	44.68±18.41	45.42±11.83	41.91±17.17
红细胞沉降率(mm/h)	19.05±4.11	26.95±11.10	33.10±8.62 ^{△△△}	39.80±8.12 ^{△△△}
纤维蛋白原(g/L)	4.61±1.18	5.24±1.56	6.55±1.70 ^{△△△}	6.76±2.01 [△]
坏疽期	1 级 (n=28)	2 级 (n=11)	3 级 (n=29)	
全血粘度 高切	6.38±1.19	6.49±1.12	6.46±1.59	
(mPa.s) 低切	8.84±1.98	9.91±2.87	9.68±3.48	
全血还原粘度 高切	12.03±2.01	13.49±1.97 [△]	12.21±2.74	
(mPa.s) 低切	17.56±3.00	20.49±3.63 [△]	19.64±3.80 [△]	
血浆粘度(mPa.s)	1.80±0.10	1.93±0.15 ^{△△}	1.86±0.16 ^{△△}	
红细胞压积(%)	45.07±15.15	43.54±16.23	44.56±7.55	
红细胞沉降率(mm/h)	31.67±12.26	37.15±14.84	39.21±11.89	
纤维蛋白原(g/L)	6.10±1.81	7.20±2.33	7.09±1.89 [△]	

与 1 级比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$

表中, 三期闭塞性动脉硬化症病人的血液流变学值高于二期。其中, 全血还原粘度、血浆粘度、红细胞沉降率及纤维蛋白元值均明显地高于二期者($P < 0.05 \sim 0.001$)。

坏疽期的闭塞性动脉硬化症病人中,2、3级的全血还原粘度、血浆粘度、纤维蛋白元值均明显地高于1级($P<0.05\sim0.001$)。

中医辨证分型与血液流变学各值的关系(见表2-2-3)。

坏疽期的闭塞性动脉硬化症病人中,2、3级的全血还原粘度、血浆粘度、纤维蛋白元值均明显地高于1级($P<0.05\sim0.001$)。

中医辨证分型与血液流变学各值的关系(见表2-2-4)。

表2-2-3 中医辨证分型与血液流变学指标(t检验, $\bar{X}\pm S^{\bar{x}}$)

血液流变学指标		阴寒型 (n=26)	血瘀型 (n=60)	湿热下注型 (n=33)	热毒炽盛型 (n=37)
全血粘度 (mPa.s)	高切	6.15±0.76	6.79±1.21 ^{△△}	6.78±1.31 [△]	6.86±1.60
	低切	8.01±1.06	10.17±2.61 ^{△△△}	9.76±2.28 ^{△△}	9.19±2.88 ^{△△}
全血还原粘度 (mPa.s)	高切	11.14±1.73	11.94±1.89 [△]	12.88±2.21 ^{△△*}	12.27±2.78 [△]
	低切	14.94±3.43	19.26±4.22 ^{△△}	19.16±4.55 ^{△△}	19.43±4.64 ^{△△△}
血浆粘度 (mPa.s)		1.67±0.13	1.77±0.13 ^{△△△}	1.83±0.15 ^{*^△△}	1.86±0.16 ^{**^△△△}
红细胞压积 (%)		44.77±8.64	48.16±9.96	44.91±6.35	45.68±7.27
红细胞沉降率 (mm/h)		14.91±11.08	20.92±11.63 [△]	36.44±15.80 ^{**△△}	39.47±15.59 ^{***△△△}
纤维蛋白原 (g/L)		3.53±1.69	5.35±2.17 ^{△△}	6.26±1.80 ^{*△△}	6.89±1.90

与阴寒型比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$, $\Delta\Delta\Delta P<0.001$ 。

与血瘀型比较, $*P<0.05$, $**P<0.01$, $***P<0.001$ 。

表中,血瘀、湿热、热毒型的闭塞性动脉硬化症病人血液流变学值高于阴寒型($P<0.05\sim0.001$);湿热型的全血还原粘度、血浆粘度、红细胞沉降率、纤维蛋白元值均明显地高于血瘀型($P<0.05\sim0.001$);热毒型的全血还原粘度、血浆粘度、红细胞沉降率、纤维蛋白元值均明显地高于血瘀型($P<0.05\sim0.001$)。

2. 治疗结果对比

156例闭塞性动脉硬化症病人中,91例进行了中西医结合治疗前后的血液流变学值对比检测,结果如(表2-2-4)。

表2-2-4 91例ASO患者中西医结合治疗前后血液流变学指标(t检验, $\bar{X}\pm S^{\bar{x}}$)

血液流变学指标	治疗前		治疗后	
	男(n=72)	女(n=19)	男(n=72)	女(n=19)
全血粘度 高切	6.72±1.26	7.06±1.73	6.12±0.96 ^{△△△}	6.02±0.89
(mPa.s) 低切	10.09±2.37	8.88±2.73	9.12±1.47 ^{△△}	8.00±3.65
全血还原粘度高切	12.46±2.86	12.35±2.31	11.43±1.89 [△]	12.06±5.79
(mPa.s) 低切	19.27±4.52	18.64±8.95	15.54±3.64 ^{△△△}	16.68±8.01
血浆粘度(mPa.s)	1.79±0.15	1.82±0.87	1.72±0.12 ^{△△}	1.73±0.12 [△]
红细胞压积(%)	46.99±11.02	44.06±21.16	44.51±6.30	40.84±19.61
红细胞沉降率(mm/h)	24.96±5.82	31.12±14.21	19.20±4.50 ^{△△△}	31.58±15.16
纤维蛋白原(g/L)	5.78±1.35	5.64±2.57	3.05±0.71 ^{△△△}	3.91±1.88

与治疗前比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$, $\Delta\Delta\Delta P<0.001$ 。

③结论

首先,血液流变学异常与闭塞性动脉硬化症有密切的关系。已成为众多学者的共识。本组

严格诊断 156 例闭塞性动脉硬化症病人,均属于二期以上,存在不同部位的动脉闭塞。经仔细检测其血液流变学值发现,全血高切粘度、血浆粘度、红细胞沉降率、纤维蛋白元等均显著地高于健康人组($P < 0.05 \sim 0.001$),而红细胞压积无明显差异($P > 0.05$)。此结果与其它动脉闭塞性疾病病人的血液流变学值大致相同。全血高切粘度的升高反映了红细胞变形能力的下降。血浆粘度作为血液流变学的重要指标,在于它直接影响全血细胞的聚集和变形能力,而血浆粘度的高低重要取决于其中所含大分子蛋白的数量。据报道,血浆纤维蛋白元稍有超常(如 0.005g/L),即可使红细胞发生聚集、缟状物—“微凝物”形成。很显然,闭塞性动脉硬化症病人这种血液的高粘、高聚、高凝状态,可加重患肢缺血、缺氧,极易促发血栓形成,造成血管闭塞、肢体溃疡或坏疽。据此作者认为,闭塞性动脉硬化症病人血液流变性异常是以血浆粘度、纤维蛋白元、红细胞沉降率、全血高切粘度超常值,红细胞压积无明显改变血液处于高粘、高聚、高凝状态为其主要特征。

其次,闭塞性动脉硬化症病情变化与血液流变性异常有密切关系。闭塞性动脉硬化症病人临床分期、分级及中医辨证分型不同,其血液流变学各值之间存在一定的差异如(表 2-2-3)。目前,血液流变学检查已经被作为临床上诊断心脑血管疾病和判定病情的重要依据,同样的亦可作为闭塞性动脉硬化症临床诊断和判定病情及预测疗效的重要依据。本组 156 例闭塞性动脉硬化症病人中,坏疽期的血浆粘度、纤维蛋白元等明显地高于营养障碍期。三期 2、3 级的病人血液流变学各值显著地高于 1 级者($P < 0.05 \sim 0.001$)。表明血液流变学指标的改变与闭塞性动脉硬化症临床病情变化呈正相观。

闭塞性动脉硬化症属于中医学“血瘀”证范畴,其血瘀特征在血液流变性质的改变方面主要是血液的“粘、聚、凝、滞”。本组中,湿热、热毒、血瘀型病人的血液流变学各值显著地高于阴寒型($P < 0.05 \sim 0.001$),而热毒、湿热型的血液流变学各值又明显高于血瘀型($P < 0.005$)。作者认为,此结果与闭塞性动脉硬化症病情轻重及中医分型方法有关。一般而言,热毒、湿热型的闭塞性动脉硬化症病人多存在肢体红肿、或溃疡、坏疽,绝大多数属于三期。由于病情重、变化快,肢体动脉功能不全、失代偿,肢体坏疽、剧痛,或继发感染呈毒血症,甚至败血症,机体应激、疼痛刺激、感染、炎症等均可使血液流变性异常、血粘度增高。所以,血液流变学指标亦可作为临床上中医辨证分型的客观依据。

再次,中西医结合疗法是改善闭塞性动脉硬化症血液流变性异常的有效方法。近年来,通过对中医血瘀实质的多学科研究认为,血液高凝状态、血栓形成与中医血瘀证有密切关系。中药活血化瘀、清热解毒、利湿剂等,具有明显的促纤溶、抗凝作用。如赤芍总甙、红花黄色素、当归等,对大白鼠纤溶活性有明显促进作用,可使血浆纤维蛋白元含量下降;川芎嗪在体外具有尿激酶样作用。丹参酮 I-A 磺酸钠可改善血液流变性质。中药复方中,补阳还五汤、枝茯苓丸等可使全血粘度、全血还原粘度、红细胞沉降率降至正常。本组 156 例闭塞性动脉硬化症病人中,91 例作了中西医结合治疗前后的血液流变学检测对照,结果发现治疗后血液流变学各值明显地得到改善。可以认为,中西医结合治疗,除具有扩张血管、改善患肢血液循环外,还具有改善血液流变性质的作用。

(五)体外血栓形成检测与应用

血栓形成与闭塞性动脉硬化症等有密切关系,而且越来越受到临床和实验研究的重视。由于血栓形成是在体内血液流动状态下发生的,与血流动力学、血液流变学等有直接关系。但是,

体内血栓形成的过程尚无法观察,因此,人工模拟装置显然有助于研究体内血栓形成过程。

1. 体外血栓形成的原理

1958年,Chandler发现了一种人工体外血栓形成装置,他用电唱机改装成体外血栓仪,用塑料管两端连接成一个圆环,在管内注入近半环的血液,然后以17转/分钟的均匀转速旋转,几分钟后,在血柱的下弯月面附近形成一个血栓。经关细的组织学分析后证明,同活体中产生的血栓有相同的组织结构。血栓可分为头、体、尾三部分,血栓头部主要是血小板和白细胞的聚集体,间有纤维蛋白和红细胞,故称谓“白血栓”和部分“混合血栓”;血栓体部主要是纤维蛋白与红细胞聚集体,称谓“红血栓”及少部分“混合血栓”;血栓尾部为“红血栓”。

关于Chandler环装置的血液流动较复杂,对此Chandler和吴望一等作过血流动力学等方面的分析,指出当圆环以 ω 的角速度在铅平面做顺时针方向旋转时,上月面上升,下月面下降,从而造成液面的高低位差 h ,由此产生的重力压差是推动圆环内液体流动的动力。由于血液的粘附作用,将有很薄的一层血液膜继续留在管壁上被带向圆环的上半面,当下弯月面处产生血栓后,由于血栓对血液流动的进一步滞止作用和血栓体本身的重量,使下弯月面进一步下降,上弯月面进一步上升,这种液体的“场流”为血栓形成提供了十分有利的条件。

圆环内的血液流动是一个具有自由面的复杂三维流动。一方面被管壁内面带着旋转的血液在上弯月面处受到阻止,被迫折回形成回流,此流动沿着轴向流至下弯月面时,又被下弯月面阻挡,反向沿管壁内面折回形成和上弯月面相反的回流。另一方面,由于圆环的曲率产生二次流。

关于圆环内的血栓形成过程,Siler对此作过较详细的描述。开始是血小板质点的出现,数秒钟后血小板发生聚集,成为约30 μm 的团块并集中。此过程称为“血暴”(Snow Storm)现象,再经数秒,血小板团块形成血小板血栓,很快形成纤维蛋白丝,即纤维蛋白血栓形成。血栓形成和增长过程中,不断破坏原来的平衡。血栓移位,角度随之加大,角度刚开始变化的时间为特异性血栓形成时间(Characterislic thrombos foratlon time, CTFT),表示血小板血栓形成后,纤维蛋白血栓形成开始。当血栓增长到最大时,角度至极限值,为纤维蛋白血栓形成时间(TFT),即血栓形成完毕的时间。从旋转环开始转动到转动到血栓形成完毕约需要10分钟。

2. 闭塞性动脉硬化症患者体外血形成检测方法及其应用

① 检测方法

目前临床上常用的是改良Chandler法,可用国产XSN—R I型体外血栓形成仪、JN—A型精密天平等。

② 临床应用:作者曾采用上述方法,对107例闭塞性动脉硬化症患者进行了系统体外血栓形成检测,结果如下。

健康组与闭塞性动脉硬化症患者组的体外血栓结果:体外血栓长度(mm)、血栓湿重(mg)、干重(mg),健康组依次为 16.96 ± 2.88 ($\bar{X} \pm S$,下同)、 51.74 ± 9.13 、 15.19 ± 2.15 ;患者组依次为 33.78 ± 3.54 、 96.74 ± 8.79 、 29.14 ± 3.05 。经 t 检验证实,患者组的体外血栓各值均非常显著地高于健康组($P < 0.001$)。健康组各值与文献报道大致相同。

闭塞性动脉硬化症患者临床分期、分级与体外血栓各值的关系:见表(2—2—5)。

表 2-2-5 各期各级 ASO 患者体外血栓各值检测结果($\bar{X} \pm S$)

分期、分级	例数	血栓长度 (mm)	血栓湿重 (mg)	血栓干重 (mg)
缺血期	13	18.15 $\pm$ 3.13	65.23 $\pm$ 11.83	16.85 $\pm$ 3.44
营养障碍期	47	28.06 $\pm$ 3.17	80.04 $\pm$ 8.91	27.02 $\pm$ 3.66
坏死期	47	62.62 $\pm$ 9.08	172.00 $\pm$ 32.81	48.47 $\pm$ 8.71
坏死 1 级	24	46.71 $\pm$ 8.92	129.42 $\pm$ 20.11	35.71 $\pm$ 6.94
2 级	9	64.22 $\pm$ 19.65	185.89 $\pm$ 46.14	56.67 $\pm$ 21.36
3 级	14	88.86 $\pm$ 17.87	236.07 $\pm$ 50.22	65.07 $\pm$ 22.25

结果表明:体外血栓各值坏死期>营养障碍期>缺血期($P<0.05\sim0.001$)。三期 3 级的值>2 级>1 级($P<0.05\sim0.001$)。

中医辨证分型与体外血栓形成各值的关系:见表(2-2-6)。

表 2-2-6 中医辨证分型与体外血栓各检测结果($\bar{X} \pm S$)

中医分型	例数	血栓长度 (mm)	血栓湿重 (mg)	血栓干重 (mg)
湿热瘀阻	34	70.24 $\pm$ 34.16	183.21 $\pm$ 82.98	48.39 $\pm$ 21.70
单纯血瘀	65	26.66 $\pm$ 13.10	83.71 $\pm$ 39.91	24.72 $\pm$ 19.14
其 他	8	21.36 $\pm$ 10.18	77.14 $\pm$ 21.54	19.17 $\pm$ 7.44

表中,湿热型的体外血栓各值>血瘀型的各值($P<0.001$)。

3. 结果分析

①体外血栓各值与闭塞性动脉硬化症血液高凝:血液高凝与闭塞性动脉硬化症有密切的关系,可使动脉血管内膜损伤,极易促使血栓形成,管腔闭塞,造成肢体缺血,组织坏死。107 例闭塞性动脉硬化症患者的体外血栓各值均明显地高于健康组($P<0.001$),表明血液高凝是闭塞性动脉硬化化的重要病理变化之一。统计 107 例患者体外血栓长度、湿重、干重 3 项指标共 321 个数据中,仅 6 个数据在正常范围,占 0.09%。可以认为,体外血栓检测结果能准确地反映出闭塞性动脉硬化症患者血液高凝这一事实,且由于操作简便、迅速、重复性强等,可为闭塞性动脉硬化症的临床研究、诊治等提供客观依据。

②闭塞性动脉硬化症患者临床病情变化与体外血栓各值的关系:临床不同分期、不同分级的患者,体外血栓各值之间存在显著的差异($P<0.005\sim0.001$),提示病情与血液凝固性改变有密切关系。动脉硬化可影响血液,加重血液粘度;而血液高凝又可反过来加重动脉硬化症,特别是闭塞性动脉硬化症坏死期的患者其血液高凝程度与明显加重,极易形成新的血栓症,血液高凝的程度与临床病情的变化呈正比。本组 107 例闭塞性动脉硬化症患者中,坏死期患者的体外血栓各值明显地高于缺血、营养障碍期。表明闭塞性动脉硬化症患者的病情变化,临床分期、分级与体外血栓各值有密切的关系。由于闭塞性动脉硬化症坏死期动脉高位闭塞,肢端血运严

重障碍,组织坏死,并发感染,多呈湿热瘀阻的表现,其血液高凝表现亦较突出,故本组病例湿热瘀阻型患者体外血栓各值明显地高于血瘀型。所以,临床上可根据体外血栓各值的变化诊断、推测病情,且可作为临床分期、分级及中医辨证分型的依据。

另外,包括无创伤检查如皮肤测温、多普勒超声波、节段动脉压等等,可反复进行,操作简单易行,通过检查可以明确病变的部位,目前已较广泛的被应用于临床。

六、诊断要点

1. 诊断依据

临床上根据病史和临床表现,诊断闭塞性动脉硬化并不困难。肢体有缺血症状与体征,同时注意以下各点,则有助于确诊。

- ①发病年龄在 40 岁以上,常伴有高血压病、心脑血管疾病、糖尿病等。
- ②四肢动脉和颞浅动脉多有弦硬、变曲现象。扪诊时发现肢体动脉搏动明显减弱、震颤或消失。病变部位动脉可闻及血管杂音。
- ③X 线检查可发现主动脉扩张、纡曲,左心室扩大,主动脉、腹主动脉、髂动脉内有钙化阴影。
- ④心电图检查可存在冠状动脉供血不足、心律失常或陈旧性心肌梗塞。
- ⑤化验血胆固醇、甘油三酯、 β -脂蛋白增高。血液流变学、体外血栓检测提示血液呈高凝状态。

2. 鉴别诊断

- ①血栓闭塞性脉管炎:如下表示(表 2-2-7)。

表 2-2-7 闭塞性动脉硬化症与血栓闭塞性脉管炎的临床鉴别

	动脉硬化性闭塞症	血栓闭塞性脉管炎
年 龄	45 岁以上	20~40 岁
性 别	女性占 20% 以上,停经后发病率明显增高	女性罕见,男性占 97.9%
病变部位	多累及大、中动脉	多侵犯中、小动脉
浅静脉炎	无	占 40%,常发作
动脉搏动	可有股、髂动脉消失	多为足背、胫后动脉减弱、消失
血管杂音	可较明显	无
坏 疽	病程短、进展快,位置较高	病程长、发展慢、多局限于足部
眼 底	常见视网膜动脉硬化	正 常
血 脂	常增高	正 常
X 线平片	主动脉、腹主动脉、髂动脉股动脉有钙化阻影。骨质破坏。	仅有骨质稀疏
动脉造影	动脉壁有虫蚀样变、管腔狭窄、或闭塞,血管扭曲、侧支较少	中、小动脉呈节段性闭塞,无扭曲,侧支较丰富

- ②雷诺氏病:多发于青壮年女性,肢体血液循环大致正常,常在寒冷或情绪刺激时发作,好

发于上肢或四肢呈对称性发作。肢体无营养障碍表现,更不会发生坏疽。

③急性动脉栓塞或血栓形成:患者多有较严重的心脏病史,如风湿性心脏病、心房纤颤,动脉粥样硬化等。动脉栓塞可发于上肢或下肢,发病急骤,有肢体的突然剧烈疼痛、苍白、厥冷、感觉或运动障碍,皮肤迅速出现瘀斑呈持续紫绀状态。栓塞以下的动脉搏动消失。肢体坏疽发生较快、范围大,可累及小腿,甚至大腿,有生命危险。心脏检查存在明显异常。

二、辨证·中医诊断

(一)虚寒证

【临床表现】患肢发凉怕冷,麻木胀痛,遇寒症状加重,间歇性跛行,足部皮色苍白或潮红。或伴有腰膝酸软、神疲乏力、纳呆便溏等。舌质淡、苔薄白、脉沉细迟。

【辨证分析】由于阳气虚,不能温煦四末,故患肢发凉怕冷、遇寒加重。气血亏虚则筋脉失养,故见麻木酸胀、间歇性跛行。气虚则肌肤苍白、血瘀不得行则肤色潮红。肾阳虚则腰膝酸软无力,脾阳不振则神疲、纳呆便溏。舌质淡、苔薄白、脉沉细迟均为虚寒之证。

(二)血瘀证

【临床表现】患肢发凉,局部固定性疼痛,夜间明显。足色暗红或青紫,趾端有瘀点瘀斑。或肢端严重营养障碍表现,如患肢皮肤干燥、脱屑、光薄无泽呈蜡状,趾甲生长不良等。舌质红绛、或绛紫,边有瘀点瘀斑,舌下静脉瘀血青紫,寸口脉细弦或弦涩,趺阳、太溪脉弦硬、扭曲或沉细涩或迟涩,甚至无脉。

【辨证分析】气滞血瘀、经脉阻塞不通故见肢冷、疼痛固定,血瘀于肌肤则见足色暗红、青紫、有瘀斑,瘀血阻滞于经络,气血不达四末,筋脉失养,则见肢体营养障碍。舌绛、紫,有瘀点,舌下静脉瘀血青紫,寸口脉细、弦、涩、趺阳、太溪脉无等均为血瘀阻隔所致。

(三)湿热证

【临床表现】肢体溃疡、坏疽局限,局部红肿热痛,可伴有低热。舌质红绛、苔白腻或黄腻,寸口脉滑数或弦数。

【辨证分析】血瘀化热,湿性趋下,湿热瘀结,故见肢端红肿热痛,局部溃疡或坏疽,湿热郁闭气机则全身低热。舌红绛、苔白腻或黄腻,脉滑数均为湿热内盛之象。

(四)热毒证

【临床表现】肢体严重坏疽感染,红肿热痛明显,伴全身高热,烦躁、或神昏谵语、口渴引饮、便秘溲赤。舌红绛紫、苔黄腻或见灰黑,脉弦细数或洪数。

【辨证分析】瘀热内蕴,瘀久化火,火毒炽盛,热盛则肉腐,故见肢体坏疽感染,红肿热痛,全身高热不退。热扰神明,则烦躁、神昏谵语。热胜伤津,故见口渴引饮、便秘溲赤。舌质红绛紫,苔黄腻或灰黑,脉弦细数或洪数均为热毒内盛之象。

第四节 治 疗

一、西医治疗

(一) 药物治疗

1. 降血脂药物

动脉硬化的病理基础是高血脂,在用饮食治疗无效时,可采用药物控制血脂。常用的药物有:

(1) 安托明(氯本丁酯、降脂乙酯, Cioeibratum, atromid-s): 口服,每日 3~4 次,每次 0.5g,以后维持。主要降低甘油三脂。

(2) 烟酸(nicotinic acid): 口服,每日 3 次,每次 0.1~1.0g,具有降低甘油三脂、胆固醇和扩血管作用。

(3) 亚油酸(acidum linoleicum): 口服,每次 1~2 丸(每丸 0.2g),每日 3 次。主要降低胆固醇。

(4) 非诺贝特(Fenofibrate): 口服,每次 100mg,每日 3 次。是一种新型高降脂药,具有降低血脂和抗动脉粥样硬化作用。

2. 抗血小板聚集药物

(1) 阿斯匹林疗法: 口服,每日 1~3 次,每次 25mg。小剂量的阿斯匹林具有较强的抑制血小板中 PGE₂ 及 fed 形成、释放作用。

(2) 己酮可可碱(Pentoxifyline): 口服,每日 3 次,每次 100~200μg。是一种抗血小板聚集和扩张血管药物。

3. 血管扩张药物

(1) 妥拉苏林(Tolazoline): 口服,每日 3~4 次,每次 25~50mg,或 10~50mg 血管内注射,每日 1 次。具有 β-受体阻滞作用,能改善皮肤血流,促使血管扩张。

(2) 前列腺素 E₁: 100~200μg,加入生理盐水或葡萄糖溶液 250~500ml,静脉滴注,每日 1 次,15 次为 1 疗程。具有明显扩张末梢血管,增加血流量,抑制血小板聚集,改善血液高凝状态,改善微循环作用等。

(3) 654-2 注射液 10mg、妥拉苏林 25mg、0.5%普鲁卡因溶液 20ml(或罂粟碱 30~60mg),混合后作患肢股动脉注射,每日一次,30 次为一个疗程。

(二) 创口换药

闭塞性动脉硬化症的病人由于肢体血液循环障碍,组织缺血、缺氧,创面不易愈合,因此,不同于一般的非缺血性外科感染创面。换药应尽量简单,减少次数,操作轻柔,切忌使用刺激性较大的药物,以免增加病人的痛苦和加重感染。

1. 干性坏疽

干性坏疽的创面可应用酒精棉球消毒后,以无菌纱布包扎保护,切不可乱用药粉、药膏,应

维持干燥,待血运改善,坏死组织与健康组织形成明显分界线时,再施行坏死组织切除或趾(指)部分切除缝合术。

2. 湿性坏疽

创面脓液较多或有坏死组织时,可根据脓液的细菌培养及药物敏感试验结果,选用有效抗生素湿敷换药。如葡萄球菌、链球菌或大肠杆菌感染,可选用0.5%氯霉素混合溶液湿敷。绿脓杆菌感染,可用0.1%庆大霉素、0.5%多粘菌素溶液湿敷。因抗生素易产生耐药性,故应反复作药物敏感试验和交替应用不同种类的抗生素。

创面脓不多时,以大黄油纱布换药。

创面肉芽新鲜时,用生肌玉红膏油纱布换药。

(三) 手术处理

1. 单纯坏死组织切除术

适用于病情稳定,坏死组织与健康组织分界明显,但不能作创口缝合的病人。手术时可自分界线处将坏死组织全部切除,切除后的骨残端须深入软组织内约0.5~1.0cm,以便创口顺利愈合。

2. 趾(指)部分切除缝合术

适用于趾(指)末端局限性坏疽或慢性溃疡的病人,局部感染控制,炎症消退者。手术时用消毒干纱布将坏疽趾包绕,在距创口边缘1~2cm之健康皮肤处,作横形或矢状切口,连同软组织、肌腱完全切断,直达骨骼,然后用趾锯断骨,用咬骨钳修平骨残端,冲洗后,细丝线疏松缝合、包扎。如无异常,术后1~2周拆线。

3. 截肢术

适用于严重坏疽并全感染,坏疽超过足背及踝关节者。小腿截肢可取后长前短的皮瓣,大腿截肢则取前长后短的皮瓣,在皮瓣回缩处切断肌肉,主要血管应双重结扎切断,神经应用2%普鲁卡因溶液封闭后,稍向外牵拉用利刀切断,细线结扎。在肌肉回缩的平面,环形切开骨膜,稍向远端推开,以骨锯垂直断骨,小腿截肢时腓骨应比胫骨短2~3cm。用骨锉修整骨断面,冲洗后,缝合肌肉、筋膜、皮肤。皮下置橡皮引流条,稍加压包扎。术后24~48小时拔出引流条。若经过顺利,则于第12~16天拆线。

(四) 支持疗法和抗生素的应用

对合并感染者,应根据病情需要配合抗生素治疗。病情严重,一般情况较差者,应采用支持疗法。

(五) 合并症的治疗

对合并高血压、冠心病、脑血管意外及糖尿病等疾病的病人,应同时进行治疗。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 虚寒证

【治法】益气活血、温经散寒。

【方药】益气活血汤(经验方)。

黄芪 30g, 党参 30g, 丹参 30g, 鸡血藤 30g, 制附子 15g, 胡芦巴 10g, 川牛膝 10g, 郁金 15g, 白芥子 10g, 地龙 10g, 水蛭 10g。

【加减】如有血虚, 面黄无华者, 可加当归、生地、鹿角胶、阿胶等养血补血。心气虚为主者, 酌加人参、麦冬等。肾阴虚甚者, 可加用枸杞子、菟丝子、熟地等, 以滋阴补肾。

【分析】方中黄芪、党参益气, 丹参、鸡血藤、牛膝、郁金活血行血, 制附子、胡芦巴温阳散寒, 白芥子祛除痰瘀以通经脉, 地龙、水蛭攻逐瘀结。

2. 血瘀证

【治法】活血化瘀、气行通络。

【方药】活血通脉饮加减(山东中医学院附属医院)。

丹参 30g, 金银花 30g, 赤芍 60g, 当归 15g, 川芎 15g, 土茯苓 6g, 牛膝 15g, 地龙 10g, 元胡 10g。

【加减】疼痛剧烈难忍者, 可加土元、全蝎、蜈蚣等虫类药, 以攻逐破瘀解痉止痛。

【分析】方中用活血化瘀兼行气之丹参、赤芍、川芎、牛膝、地龙, 配以元胡以助行气止痛之功效, 金银花、土茯苓以解瘀毒。

3. 湿热证

【治法】清热利湿、佐以通络。

【方药】三妙丸加味(经验方)。

苍术 15g, 黄柏 15g, 牛膝 15g, 汉防己 10g, 木通 10g, 板蓝根 30g, 赤芍 15g, 丹皮 10g。

【加减】如湿重, 肢体肿胀、疮口渗液较多者, 可加泽泻、云苓、车前子等, 以利湿消肿。低热不退者, 可加青蒿、柴胡。

【分析】方中用三妙加汉防己、木通以清利下肢之湿热, 赤芍、丹皮清热凉血、活血, 板蓝根解毒清热。

(4) 热毒证

【治法】解毒清热、养阴生津。

【方药】四妙勇安汤加减(《中藏经》)。

金银花 60g, 元参 30g, 当归 30g, 甘草 15g, 黄连 9g, 黄柏 9g, 栀子 10g, 蒲公英 30g, 紫花地丁 30g。

【加减】如心烦舌赤者, 可加紫雪散 0.3g 或西(犀)黄丸 3g 以清热宁心除烦。口渴甚者, 加用生石膏知母、麦冬以生津降火止渴, 便秘者加大黄、栝蒌以通腑泻热。溲赤短者, 加猪苓、泽泻以利水。

【分析】方中用金银花、蒲公英、紫花地丁清热解毒, 黄连、黄柏、栀子泻清解腑泻热, 配以当归活血养血、元参养阴解毒, 甘草调和诸药。

(二) 常用中药制剂静脉滴注

(1) 丹参注射液: 20~40ml, 加入 5% 葡萄糖溶液(低分子右旋糖酐) 500ml 内, 静脉滴注, 每日一次, 15 次为一个疗程。

(2) 脉络宁注射液:应用脉络宁注射液 20~30ml,加入 5%或 10%的葡萄糖溶液 300ml 中,静脉滴注,每日一次,15 日为一个疗程,可以连续用 3~5 个疗程。

(3) 蝮蛇抗栓酶:应用蝮蛇抗栓酶 0.5~0.75 单位,加入 0.5%的生理盐水或 5%的葡萄糖溶液 300ml 中,静脉滴注,每日一次,15 日为一个疗程,可以连续用 3~5 个疗程。蝮蛇抗栓酶应用时需要先做皮肤过敏试验。

(三) 外治疗法(与血栓闭塞性脉管炎的外治方法基本相同)

熏洗法:对本病早期肢体未破溃者,可用活血止痛散煎汤熏洗患足,每日 1~2 次,30 日为一疗程。应用中药熏洗,能够改善血液循环,促进侧支循环建立,提高疗效。

第五节 预防与调护

一、食物调养

长期大量地食入含脂肪和胆固醇过高的食物,是促使动脉硬化的重要因素,因此,应坚持饮食清淡的原则。特别是中、老年人即使血脂大致正常,也应避免经常食入过多的动物性脂肪,如动物的内脏、鸡蛋黄等,应多食新鲜的蔬菜、水果。最好不饮酒。

二、加强体质锻炼

中、老年人适当地参加一些体育运动或体力劳动,不仅能调节生活、消除精神疲劳,还有助于促进体内的脂肪代谢,是防治动脉硬化症的积极有效的好方法。对肢体已经出现闭塞性动脉硬化症的病人,也应鼓励其适度地活动,以利于肢体血液循环,但应以活动后不加重肢体的症状,如活动后的肢体疼痛减轻、皮肤颜色、温度等得到改善,应视为最佳。

三、彻底戒烟

吸烟能促使动脉硬化症的发生和加剧,有以下原因。

(1) 烟草燃烧时产生的一氧化碳气体,可与人体血液内的血红蛋白结合,使血红蛋白含氧量减少,低氧血症可使动脉内膜损伤,为脂质渗入和血小板聚集提供条件。

(2) 烟草中含有芦丁蛋白,能促使血液高凝,有利于在动脉硬化的基础上发生血栓症。

(3) 吸烟可使血液中的甘油三脂和极低密度脂蛋白浓度增高,使具有抗动脉硬化作用的高密度脂蛋白浓度明显减少。

四、肢体防护

(1) 避免寒冻、注意保暖。患者应防止寒冻,注意保暖,冬季应避寒,穿戴的手套及鞋袜不宜太紧,以免影响肢体血液循环。

(2) 保持肢体卫生。每晚应用温水洗脚,切忌用热水烫脚或热敷。

(3)防止外伤。应注意保护患肢,防止受各种外伤。修剪趾甲时,应先用温水将趾甲泡软后再仔细修剪,以免造成损伤,使病情加重。

(4)防止误治。闭塞性动脉硬化病人,出现足癣、甲沟炎等时,切忌滥用有刺激性、腐蚀性的药或拔甲术,应待肢体血运改善后进行治疗。

第三章 深静脉血栓形成

第一节 概 述

深静脉血栓形成(Deepvein thrombosis)是指在某些条件下,血液在深静脉血管内发生异常凝固,使静脉阻塞、血液回流障碍,而引起早期以肢体突发性广泛性肿胀、疼痛为主;后期遗留深静脉功能不全的深静脉血管疾病。随着人类寿命的延长、各种手术和血管内导管术的大量应用,以及生活水平的提高深静脉血栓形成的发病率日益增多。由于下肢深静脉血栓形成发病突然、病情重、变化迅速,并可以并发肺栓塞和股青肿,而危及生命。或遗留肢本静脉功能不全,而造成病人肢体不同程度的废用等,严重地影响病人的生活、工作和生命安全。因而,一直在临床上受到重视。

近十几年来,从事血管外科、中西医结合周围血管疾病研究的专业队伍的壮大,无论在深静脉血栓形成的病因、病理等理论研究和临床各种检测手段以及防治方法等方面都取得了较大的进展,特别是中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成的临床研究取得了引人注目的成就。

第二节 下肢静脉的解剖

一、浅静脉系统

1. 大隐静脉

起于足背的浅静脉网,沿内踝前侧上行,经膝内侧、股内侧至卵圆窝处,汇入股静脉。大隐静脉在汇入卵圆窝处常有五大分支,即旋髂浅静脉、腹壁浅静脉、阴部外静脉、股内侧静脉和股外侧静脉。在下肢深静脉血栓形成时,大隐静脉的分支和阴部外静脉常是重要的侧支循环静脉。大隐静脉在小腿部,有两个分支静脉,一支是来自内踝下面的后弓支静脉,另一支是来自足背中间和外侧的前弓支静脉。两支静脉分别在胫骨髌附近汇入大隐静脉。其中,前弓支在小腿部外侧中上段和膝关节下有一较大的分支。

2. 小隐静脉

起自足外侧部,沿外踝浅后侧上行,在腓窝处汇入腓静脉。根据 Kosinski 报道,小隐静脉在腓窝处汇入腓静脉者约占 59%;直接汇入大隐静脉的占 12%;在深筋膜下潜行于腓窝下方汇入小腿步深静脉者约占 10%。

二、深静脉系统

小腿部的深静脉一般为双支,与伴行的动脉名称相同。双股浅、双腘静脉较多见。左髂总静脉的前面有右髂总动脉跨越,因而可受到一定程度的压迫,而此处左髂总静脉的后面,恰是骶骨岬部最前凸的位置。所以,也就成为下肢深静脉血栓形成多发于左侧的主要原因之一。

三、交通支静脉

1. 浅静脉交通支

是指浅静脉之间的连接静脉。大、小隐静脉之间存在两个主要的交通支,分别位于小隐静脉的中、上段。小隐静脉与后弓支静脉间也存在交通支,多在跟腱外侧横过,与后弓支的穿通支静脉相连。大隐静脉的前、后弓支之间也存在交通支。

2. 穿通支静脉

是指深、浅静脉之间的交通支静脉。此静脉具有重要的病理生理意义。在膝和股中部大隐静脉与股浅静脉之间有1~2条穿通支静脉,特别是股中部的穿通支静脉较粗大。膝关节附近有1~2条穿通支静脉;在小腿部大隐静脉的后弓支有4个分支,与深部的胫后、腓静脉相连。内踝上大隐静脉有2~3个穿通支静脉。大隐静脉前弓支的穿通支静脉较固定,与深部的胫前静脉相连通。据孙建民、王嘉桔等报道,穿通支静脉不与或不全与大、小隐静脉相通者大于90%;Lajos等报道,穿通支静脉直接与大隐静脉相连者仅占25%。

四、静脉瓣膜

下肢深静脉瓣膜的数目和位置,常因人和不同的静脉面异。但瓣膜的位置几乎固定在静脉中等分支的远侧。大隐静脉汇入股浅静脉的远侧存在1对固定的瓣膜。据国内外学者报道:下腔静脉无瓣膜;髂总静脉约有1对瓣膜;髂外静脉约有1~2对瓣膜;股静脉约有1~2对瓣膜;股浅静脉约有1~4对瓣膜;股深静脉约有1~4对瓣膜;腘静脉约有2~3对瓣膜;胫腓干静脉约有0~2对瓣膜;胫前、后和腓静脉各有4~12对瓣膜。大隐静脉主干有4~16对瓣膜。有极少的人深静脉无瓣膜。

静脉瓣膜绝大多数呈双瓣形,由静脉内膜皱褶而成。静脉瓣膜在保证静脉血液正常回流起着必不可少的重要作用。

第三节 病因病理

一、中医病因病机

(一) 病因

1846年,魏尔啸(Virchow)提出血流状态改变、静脉血管壁损伤和血液高凝状态是静脉血栓形成的三大因素。150年以来,此理论受到了普遍的公认,而且得到了不断的证实和发展,并赋予了更新内容。

1. 血液高凝状态

血液成分改变而使血液处于高凝状态,是促发下肢深静脉血栓形成的基本原因之一。造成血液高凝的因素很多,而临床上最常见的与下肢深静脉血栓形成关系有密切关系的因素有各种较大的手术、高龄、外伤、肿瘤及分娩等。

首先,Sharnoff等报道,手术期间周围血象中的Lee-White凝血时间缩短,肺内多核细胞破溃可形成血小板,血小板计数增多,可引发血液高凝。并指出这种现象在手术后发生深静脉血栓形成的病人中改变最大。Ininis Dhall等发现手术的第3天前后血小板粘附性最大,并认为它在静脉血栓形成中起着重要作用。据O'Brien报道,手术时血小板受到许多因素的刺激而发生聚合、凝集。Stamatakis等报道,术后数天体内的抗凝血酶Ⅲ(AT-Ⅲ)含量及活力均明显减退,是造成术后高凝的原因。用连续 I^{125} 纤维蛋白原扫描发现,80%的腓肠静脉血栓发生在术后的72小时左右。对此,Nhall等指出,手术时组织损伤可增加血液中血小板粘附性和聚集性,而促发静脉血栓形成。同时,血小板可激活一系列的凝血机制,从而对血栓的滋长起到关键作用。

作者曾采用体外血栓形成方法,对69例腹部外科病人进行手术前后的体外血栓检测发现,较大的腹部手术病人术后3天体外血栓各值后才逐渐下降。认为术后的第3天至3周是血栓形成的高危期。

其次,高龄者血液常处于高凝状态。王嘉桔等报道,40岁以上的病人血液处于易凝状态,其血小板的聚集性增强,而纤维蛋白的溶解性却降低。笔者对208例下肢深静脉血栓形成患者进行体外血栓检测发现,体外血栓各值呈随年龄增高而增大的趋势。其中,51岁以上病人组的体外血栓湿重、干重显著地高于30岁以下的病人组($P<0.01$)。提示老年的下肢深静脉血栓形成患者血液高凝程度比年轻病人严重。Flane和Tsapogas等指出,老年期深静脉血栓形成在临床上,一是发病率高,二是病情重、疗效较低。Hirsh和Kierkegaard认为,年龄与深静脉血栓形成的关系密切,老年人是发病的高危人群,儿童几乎不可能发生本病,并指出老年人的血液高凝可能是生理性的。据松田保、前川正、Withelmsen和徐洁等先后报道,中老年人体内的多种凝血因子(V:c、ⅧR:Ag、纤维蛋白原等)含量明显各项高;而生理性抗凝物质(抗凝血酶-Ⅱ、 α -巨球蛋白)在老年期即开始下降。

再次,恶性肿瘤的病人常伴有血液高凝状态。Coon和Gorn认为恶性肿瘤组织细胞可释放高凝物质进入血液循环,使血液凝固性增加,易促发静脉血栓形成;而且有些恶性肿瘤的早

期可表现为静脉血栓形成。孙建民指出,各种部位的恶性肿瘤,如肺、胰腺、卵巢、前列腺、胃或结肠癌,可以刺激或激活凝血因子X,使凝血酶的活性增高,而促发静脉血栓形成。李国贤等报道,癌症病人的体外血栓各值比健康人明显增高($P < 0.06 \sim 0.01$);癌症转移组病人的体上血栓各值较非转移组明显增高($P < 0.05 \sim 0.001$)。笔者检测的69例腹部外科病人中,27例恶性肿瘤的体外血栓各值均明显地高于非恶性肿瘤者($P < 0.01$)。王嘉桔曾指出,恶性肿瘤的病人,术后的深静脉血栓形成发病率竟高达40%以上。

另外,许多因素均可不同程度地促成血液高凝。如应激反应时,纤维蛋白溶解功能呈一时性增强,随之转为减弱,由静脉内膜合成并释放的纤维蛋白溶解酶活化剂和纤维蛋白溶解酶抑制物质的浓度均增加。有心血管疾病、血栓病史者,其血小板聚集功能增强,纤维蛋白溶解性降低。严重感染、严重脱水的病人,血液中白细胞数量增多、血液浓缩以及毒血症反应,可酿成局部或全身性施瓦茨反应及休克,使血液处于高凝状态。王书桂报道,妊娠妇女血液中,血小板和凝血因子增高,以及来自胎盘中的纤维蛋白溶解抑制物质增加,而促成血液高凝。各种血液病患者,如血小板增多症、真性红细胞增多症、阵发性血红蛋白尿、嗜酸性细胞增多症、淋巴细胞白血病等血液多处于高凝状态。有人报道,长期口服避孕药物或化疗药物,可使血液中凝血因子增多和抗凝血酶的活性降低,深静脉血栓形成发生比正常人高5倍。

2. 静脉损伤

已知,血小板聚集在静脉血栓形成中起着重要的决定性作用,而完整的血管内膜是阻止血小板凝聚的生理屏障,血管的内皮细胞可合成具有强烈扩张血管和抗血小板聚集的前列环素(PGI_2),同时还可以减少具有强烈促进血小板聚集作用的血小板凝集素(TXA_2)的合成。当血管壁受到损伤时,静脉血管内膜下的基底膜和结缔组织中的胶原纤维裸露,血小板粘附并可以进一步发生聚集和释放多种促血凝物质,如血栓素等。同时,可激活血小板凝血酶、凝血因子VI等,使血小板进一步发生聚集和启动内源性凝血系统,而发生一系列凝血过程,使血栓形成发生。

造成静脉损伤的因素较多,临床上常见的大致可分为以下三类。

(1)机械性损伤:左侧髂静脉受到腹主动脉、右侧髂动脉和骶骨的前后挤压,不仅会影响左侧髂静脉血液回流,长期的机械性压迫会损伤静脉壁,是目前公认的左侧髂股静脉血栓形成发生率远大于右侧(大约为2.6倍)的最主要的原因。

由于各种原因造成静脉壁的局部挫伤、过度牵拉、撕裂及骨折创伤等,均可诱发静脉血栓形成。静脉的反复穿刺、静脉内导管应用等,可使血管壁损伤和并发血栓性静脉炎,也是引起静脉血栓形成的常见诱因。

妊娠后期子宫体逐渐增大,对髂静脉压迫和分娩前后的骨盆充血等,可引起髂静脉炎。临床上股骨颈和骨盆的手术、剖腹产手术以及静脉血管壁的各种手术等,均可造成静脉损伤而诱发血栓形成。

(2)化学性损伤:静脉内注射各种高渗、高浓度液体和化疗药物、血管造影剂以及血液高凝等,对静脉壁产生损伤或引起静脉炎。使大量的白细胞聚集并释放一种化学物质,弥散于静脉壁之中,白细胞聚集于静脉内皮细胞和基底膜之间,可使血管内膜脱落,而诱发血栓形成。

(3)其他损伤:细菌血行感染、血管痉挛、休克状态等,也可造成静脉血管不同程度的损伤,而促发静脉血栓形成。

3. 血流状态改变

由血流动力学研究发现,正常的血液在血管内血流状态是中轴性的流动—轴流。轴流血液在血管壁形成一层血浆流带—边流。血液中的有形成分如红细胞、白细胞及血小板等,均在血流的轴流中流动。当血液流动速度减慢或血液流经静脉血管分叉处、静脉瓣窦处时,血流的轴流则改变为涡流或湍流状态,血小板等可离开轴流而进入边流,增加了与血管壁的磨擦机会,进而可发生血小板粘附、聚集等一系列的促凝血过程。同时,血流滞缓可激活凝血酶和其他凝血因子,最终发生血栓形成。

临床上造成静脉血流状态改变的因素很多,常见的有下肢制动如麻醉、石膏固定、长期卧床等,都可造成下肢静脉血流滞缓,为静脉血栓形成提供条件。如1964年,Daran报道,应用²⁴氯化钠进行小腿血液流速测定,发现血流滞缓是从手术的即刻就发生了。1970年,Nicolaides在正常人进行卧位静脉造影时发现,造影剂主要通过胫静脉回流,但比目鱼肌静脉丛中却有造影剂长时间的滞留,平均约10分钟。另外,Russel和Clark应用手术台上血管造影术、Kakkar应用¹²⁵I标记人体纤维蛋白原摄取试验等均得到相同的结论。

(二) 病理

正常生理情况下,血液在血管内呈液体流动状态,血液不会发生自动凝固。由于各种原因造成体内凝血和抗凝机制之间的相对平衡被打破,血液可在血管内凝固,造成血栓。关于生理状态时,人体内凝血的机制的理论,目前公认的是,早在本世纪初由Morawiry所提出,在60年代被Parie和Macfartane发展为“瀑布学说”。凝血的过程可分为内源性凝血系统、外源性凝血系统和共同性凝血途径,凝血的过程可视为一系列的酶促反应。大体上可分为三个主要步骤,第一是凝血酶原激活物的形成;第二是凝血酶原激活物的催化凝血酶原转化为凝血酶;第三是凝血酶催化纤维蛋白原转化为纤维蛋白,形成胶冻状血凝块。

关于深静脉血栓形成的病理生理变化的认识,历史上存在着不同的争议,主要是对于血栓性静脉与静脉血栓形成的关系。实验性的深静脉血栓形成的制作与人体病理变化之间仍存在一定的差异,所以对深静脉血栓形成的病理生理的认识,目前是从临床上获得,而理论上的探讨还在进行之中。一般对本病的病理生理的特点认识有以下几点。

1. 关于血栓的起源

深静脉血栓形成大多数发生于下肢,一般认为静脉瓣膜的瓣窦部是血栓的好发部位,但对于血栓的起源的认识,却存在不同的观点,综合起来可有以下几种。

(1)起源于小静脉丛:Nicolaides(1972)和Kakkar(1976)等许多学者认为,血栓主要起源于没有瓣膜的小腿比目鱼肌和腓肠肌静脉丛内,其发病率约占46~90%。

(2)起源于主干大静脉:Fontaine和McLachlin等提出,静脉血栓形成大都起源于髂、股静脉。

(3)多发性起源:Sevitt和Birstingl等认为从静脉丛到下腔静脉的任何位置均可发生血栓形成。

2. 血栓形成的过程

无论是何部位的静脉血栓形成后,病变的静脉血管内血液淤滞,近心端静脉压力降低,使血流滞缓,血栓所释放的血清素中含有大量的凝血酶原等,促发继发性血栓形成的原因。血栓形成的过程是血液中纤维蛋白溶解系统和抗纤维蛋白溶解系统平衡失调的结果。如果血液的

凝固因素占优势,则血栓通过繁衍、扩展而累及整个下肢或下腔静脉;血栓形成的同时,又可激活抗凝机制,随着血液和静脉壁内纤维蛋白溶解酶的作用,可使一部分血栓溶解,栓子脱落,会引起肺栓塞。

在静脉血栓形成的最初是血小板在血管内膜的局部,往往是位于静脉瓣窦部位粘附或聚集,随之发生血小板释放反应。此过程连续不断地进行,血小板聚集成簇状,形成类似许多珊瑚状的血小板小梁,构成了血栓头部;由于血小板之间的血流缓慢,局部被激活的凝血因子浓度较高,血液中大量的纤维蛋白和红细胞沉积或被网罗,最终形成血栓体部;在血管中,开始时血栓是顺着血液流动的方向发展延伸,向血栓的周围迅速扩展,表现为大量血凝块的堆积,血栓体逐渐增大。此时,静脉内的血栓已经形成。在血栓形成的早期只是栓子的起源部分附着于血管壁上,血栓栓子的大部分几乎是在血管中处于漂浮状态,及易脱落,而造成肺部栓塞。随后血栓血块发生收缩,血清水分析出,血栓结构变得为坚实,最终使静脉血管完全阻塞。此时,血栓可逆血流方向蔓延。如果不能得到及时的控制,可造成深静脉主干及其分支全部阻塞。

3. 静脉血栓的病理学分类

静脉血栓在病理学上可分为以下三类。

(1)红色血栓或凝结血栓:组成以红血细胞为主,结构较均匀。血小板和白细胞散在分布于红细胞和纤维素的网状胶块内。

(2)白色血栓或粘着栓子:多以白血细胞、纤维素和成层的血小板构成,红细胞极少。

(3)混合血栓:此类血栓比较多见,包括由白色血栓组成的血栓头部,结构为板层状的红血栓和白血栓组成的血栓体部,以及由红血栓和板层状的的血栓构成的血栓尾部三大部分组成。

4. 静脉血栓的演变

静脉血栓形成后,新生结缔组织从血管壁向血管内生长,逐步将血栓栓子溶解、吸收,最后使血管管腔再通的过程被称为血栓机化再通。一般而言,血栓的机化再通是在血栓形成后的48小时内即发生,较大的栓子在第3天后可比较牢固地与血管壁粘连,不再发生脱落危险。血栓的机化过程,首先是血栓发生收缩或血栓本身发生自溶,使栓子血管壁之间出现空隙,并由血管的内皮细胞向血管内长,原闭塞的血管两端构成许多小管腔,最后小血管融合成一个较大的管腔,使血管部分再通,血流重新恢复。但是在静脉血栓机化再通后,静脉血管中原有的静脉瓣膜已被完全破坏,机化再通的静脉血管内不再有瓣膜,血液可因自身重力的作用而产生血液逆流,从而造成深静脉机能不全,血液回流不畅。

综上所述,深静脉血栓形成后的主要病理改变是:

- (1)漂浮的血栓尾部可能脱落,而造成肺栓塞;
- (2)因血栓激发的炎性反应;
- (3)发病初期的深静脉血液回流障碍表现;
- (4)疾病后期的深静脉血液回流不畅等表现。

二、中医病因病机

本病多由于湿热蕴结、寒湿凝滞,脾失健运、外伤血脉等因素而致气血运行不畅,滞留与脉中。

(一) 病因病机

1. 寒湿凝滞

患者外居寒湿之地,或外受寒湿之邪侵袭,寒邪受引,凝滞气机,气血运行不畅。湿邪重着,湿之邪为患,下现受之,淤闭气机,使阳气不能鼓动气血运行,气血阻于脉中而致病。

2. 湿热下注

由于饮食不节,恣食膏粱厚味及辛辣之品,使脾胃气机不利,运化水湿的功能失调,湿邪淤滞气机,淤久化热,而湿热内生,湿热积毒滞于脉中,下注于肢体而发本病。

3. 气滞血瘀

由于跌扑损伤,外伤血脉,恶血留于脉中,积聚不散,使气滞血瘀;加之外伤后,久卧伤及气机,气血运行不畅,而促发肢体发病。

4. 脾肾阳虚

病人脾气不足、肾阳虚衰,则脾阳不能运化水湿、肾阳不能温化水饮,则体内水湿积聚,水湿下注于肢体经脉而致病。

(二) 中医学对下肢深静脉血栓形成的认识

下肢深静脉血栓形成属于中医学“血瘀证”、“肿胀”、“瘀血流注”、“恶脉”等范围。

1. 病因病机方面

1846年Virchow提出血流滞缓静脉管壁结构改变和血液成分变化是静脉血栓形成的三大因素。而外伤、手术、分娩、肿瘤等可直接诱发本病。中医学认为本病是由于湿热下注、气血运行不畅,血液瘀结于血脉之中而致。如《黄帝内经》曰:“血泣则不通,不通则荣卫归之,不得复反,故痈肿。”“脉涩曰痹”、“血凝于肤者为痹,凝于脉者为泣”。清·吴谦的《医宗金鉴》曰:“产后闪挫,瘀血作肿者,瘀血久滞于经络,忽发则木硬不红微热。”上述诸说均较明确地指出了本病的临床发病特点和病因等,与现代医学对本病的认识基本一致。

2. 临床表现方面

(1) 肢体肿胀:由于静脉血栓形成,血栓远端的静脉压力骤然升高,毛细血管滤过压因静脉压力改变而升高;血管内皮细胞因缺氧通透性增加,以致于血管内液体成分外渗于组织间隙而致肢体肿胀。同时,伴有淋巴液回流障碍。清代·唐容川在《血证论》中指出:“瘀血流注,亦发肿胀,乃血变成水之证。”清代·张璐的《张氏医通》中记载:“着痹者,则肢体重着不移”,与《医宗金鉴》之:“忽发”、“木硬不红微热,”均较确切地描述了下肢深静脉血栓形成的临床发病特点。

(2) 肢体疼痛:下肢深静脉血栓形成临床上肢体疼痛、局部压痛较明显,与中医学的瘀血疼痛的性质大致相同。元代·朱丹溪的《金匱钩玄》中有:“血肿者,每痛有定处不移行者是也”。明代·张介宾在《景岳全书》中记载:“盖血积有形而不移,或坚硬而拒按。”此外,临床多见先出现肢体局部疼痛,随后出现全下肢肿胀。明代·李梴的《医学入门》中指出:“先痛后肿伤乎血,先肿后痛伤乎气,肿痛并欲,气血俱伤。”对本病肢体疼痛及其中医学辨证要点均作了较明确的阐述。

(3) 浅静脉怒张、曲张:本病发生后多出现肢体浅静脉代偿性的扩张、曲张。对此,中医学关于血瘀证的描述中有“身上有血丝缕”、“有蟹爪螺纹”等表现。唐代·孙思邈在《千金方》中记载

有：“身上忽有脉络隆耸，如死蚯蚓之状。看之如在脉中，长短皆逐脉所处……其血内瘀所作也。”

(4)皮肤营养不良性改变：下肢深静脉血栓形成后期常出现肢体局部营养不良性改变，如皮肤色素沉着、皮下硬结、湿疹样皮炎及慢性溃疡等。对此，《黄帝内经》曰：“血不流则髦毛不泽，脉不营则肌肉软”。清代·唐容川在其所著的《血证论》中指出：“瘀血在经络脏腑之间……肌肤甲错，皮起面屑”。上述均认为血瘀和血虚是造成肢体皮肤营养不良性改变的原因。

(5)全身反应及舌苔脉象：下肢深静脉血栓形成可有低热等全身反应。大致符合中医学瘀血发热的特征。《黄帝内经》中曰：“营卫稽留于经脉之中，则血液而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不通，故热”。

本病的舌苔、脉象变化不一，轻者可如常人；重者舌质多为青紫或暗绛，边有瘀斑、瘀点。脉象多为沉、涩、迟等。汉代·张仲景的《金匱要略》中记载：“舌青……脉微大来迟……为瘀血”。隋代·巢元方的《诸病源候论》中有：“夫瘀血者，唇痿、舌青。”明代·李时珍的《濒湖脉诀》中记载：“瘀血内蓄，(其脉)沉、小、涩、微。”

总之，中医学对下肢深静脉血栓的认识是几千年各代医家大量临床实践经验的总结，不断发展，不断提高，大致认为属于瘀血证的范畴。当然也不可能与现代医学的认识完全相同，据其对本病记载之详细、精确程度以及提出的诊治方法具有很大的理论和实践价值，值得进一步整理、发掘和提高。

第四节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

深静脉血栓形成的主要临床表现是血栓形成早期由于血液回流障碍而发生的肢体广泛性肿胀、疼痛、浅静脉扩张或曲张等，一系列静脉高压、淤血表现，同时伴有肢体功能障碍、局部压痛和低热等。后期由于深静脉血液回流不畅、深静脉瓣膜机能不全，而发生肢体持续肿胀、立位时明显，平卧或抬高患肢体肿胀减轻；肢时皮肤营养不良、色素沉着、湿疹样皮炎、溃疡形成等，静脉机能不全、长期肢体淤血而发生的临床表现。临床上一般将后者常称为深静脉血栓形成后遗症。

由于不同部位的深静脉血栓形成，其临床表现不同。根据深静脉血栓形成、髂股静脉血栓形成、上肢深静脉血栓形成及深静脉血栓形成后综合征等几类，分述如下。

(一)小腿部深静脉血栓形成

小腿部肌肉静脉丛是深静脉血栓形成的最好发部位。常发生于手术后，由于应用麻醉时，下肢深静脉血液淤滞，肌肉处于松弛状态，极易发生血栓。加之手术后病人卧床、肢体制动等，小腿部静脉丛淤血、血液高凝等，都是深静脉血栓形成的促发原因。据报道，在麻醉之初，小腿部深静脉内即可产生血栓的前体—“缢状物”，约有30%可在72小时内自行溶解，20~40%可向肢体近端蔓延，而发病，产生临床表现，并有机会脱落造成肺栓塞。

1. 症状

小腿深静脉血栓形成发生后的主要临床表现有以下几点。

(1) 肢体疼痛: 以小腿部的腓肠肌和比目鱼肌内的静脉丛血栓为主, 只有极少数是由腘静脉丛发展而来。在未累及腘静脉时, 一般不影响下肢深静脉血液回流, 所以肢体疼痛是其最主要的临床症状之一。疼痛的原因是由于血栓刺激深静脉而激发的静脉炎反应。病人以小腿部疼痛、足背及小腿部麻木或抽痛感为主, 在行走时加重或行走困难, 经常被认为是小腿部肌纤维炎、软组织损伤等。

(2) 肿胀: 小腿深静脉血栓形成的肢体肿胀一般较局限, 以踝及小腿部为主, 行走时加重、休息或平卧后明显减轻。由于常发生于手术—特别是肢体骨、关节手术、外伤后, 肢体被固定或敷料包扎难以被及时发现, 常常被忽视。待血栓蔓延至深静脉主干时, 小腿部可出现广泛性的粗肿。

(3) 低热: 小腿深静脉血栓形成早期即可发生全身低热, 体温一般在 37°C 左右。由于深静脉血栓激发深静脉炎反应, 肢体血液淤滞, 可刺激机体发热。

2. 体征

小腿深静脉血栓形成的体征是腓肠肌压痛。Homan's 和 Neuhof's 征阳性。

(1) Homan's sign (霍曼氏征): 病人平卧, 下肢伸直并略抬高, 检查者用手握住病人的足背部用力使踝关节背屈, 使跟腱拉紧腓肠肌紧张, 如果病人感到小腿部后方出现似绳索样拉性疼痛, 即为阳性。

(2) Neuhof's sign (尼霍夫氏征): 病人仰卧位, 自然屈膝, 下肢放松检查者用手指压迫病人小腿部腓肠肌, 如有较明显的饱满紧韧感和压痛时, 为阳性。

总之, 由于小腿深静脉血栓形成, 多不造成下肢深静脉血液回流严重障碍, 所以, 其临床特点是:

- ① 肢体疼痛;
- ② 踝及小腿部肿胀;
- ③ 小腿部压痛、Homan's sign (+);
- ④ 浅静脉大致正常;
- ⑤ 可因血栓脱落发生肺栓塞等。

(二) 髂股静脉血栓形成

髂股静脉血栓形成是指发生于髂总静脉、髂外静脉至股静脉范围内的血栓形成。由于上述静脉是下肢的回流途径, 除非得到及时的治疗, 几乎均遗留深静脉机能不全表现。临床上将髂股静脉血栓形成分为两型, 即原发性髂股静脉血栓形成和继发性髂股静脉血栓形成, 若是在静脉血栓形成发生的同时, 伴有股动脉的剧烈痉挛者为股青肿。

1. 原发性髂股静脉血栓形成

是指血栓起源于髂肌静脉者, 临床上亦被称为中央型。造成原发性深静脉血栓形成的特殊原因较多, 综合归纳有以下几种。

① 左侧髂动脉受压: 左侧髂总静脉的行径较长, 右侧髂动脉跨越其前方, 后壁为骶骨岬生理前凸, 使左侧髂静脉受到一定程度的前后挤压;

② 髂总、髂股静脉受外来病变的压迫: 如前列腺癌、淋巴结转移癌、结肠癌、子宫癌及其它

盆腔和腹膜后占位性病变、临近部位的动脉瘤等；

③髂股静脉通地腹股沟处，特别是在髋关节屈曲较长时间时，可被腹股沟韧带挤压；

④医源性因素：如股静脉反复穿刺和长时间的置管、大隐静脉插管、输卵管或输管结扎不当等。

上述情况均可以促发深静脉血栓形成，而且以左侧髂股静脉血栓形成多见。

(1) 症状

原发性髂股静脉血栓形成以左侧多见，大约为右侧的2~3倍。其主要临床表现有以下几种。

①肿胀：突然性、广泛性、单侧下肢粗肿是本病的临床特征。由于髂股静脉是下肢血液回流的主干，一旦被阻塞，将会很迅速地引起全下肢明显肿胀、充血。临床上，应精确的记录患肢的周径变化，常用皮尺测量的部位是：双侧（患侧与健侧比较）的髌骨上缘15cm处、髌骨下缘10cm处及踝关节周径。在发病初期，一般患肢的周径可较健侧增粗5~8cm。

②疼痛：疼痛的原因有二，一是血栓激发的静脉炎反应，使肢体产生持续性疼痛。二是由于静脉血液回流障碍，筋膜张力增大，刺激神经而致。疼痛性质是胀痛为主。部位可为全下肢，以患肢的髂窝、股三角区疼痛明显，甚至可连及同侧腰背部或会阴部。平卧时减轻，站立时加重。

③全身反应：深静脉血栓形成的全身反应并不十分严重，体温升高可在37~38℃左右。其它反应也不明显。

(2) 体征

①浅静脉扩张或曲张：浅静脉属于代偿性扩张，以分流深部静脉的血液回流，随着病情的减轻，浅静脉的扩张可表现为曲张。疾病初期主要是表浅静脉的网状扩张，后期可见到曲张的静脉，在患肢侧的下腹部、髂部、会阴部都可见到曲张的静脉。

②患肢压痛：一般在沿静脉循行部位均可有不同程度的压痛，以股三角处为最明显，常可以在此处扣及到股静脉被血栓充满而形成的硬索状物，压痛较重。

2. 继发性髂股静脉血栓形成

是指血栓起源于小腿肌肉内的腓肠静脉丛，顺行性生长、蔓延扩展至整个下肢静脉主干，或由原发性髂股静脉血栓形成逆行扩展到整个下肢静脉者。临床上此型亦被称为混合型。但以前者较为多见，常见于手术后，左下肢为主。继发性髂股静脉血栓形成的临床表现特点如下。

(1)发病较缓慢、隐匿：发病初期与小腿深静脉血栓形成的临床表现大致相同，开始为小腿疼痛，然后逐渐地整个下肢广泛性肿胀、疼痛。由小腿疼痛到全下肢肿胀约需要2~7天。

(2)具有小腿深静脉血栓形成和髂股静脉血栓形成的共同临床表现。如全下肢粗肿、胀痛，股三角、腓肠肌均可有压痛，Homan's sign(+)等。

(3)病情较重、治疗效果较差、易遗留深静脉机能不全的后遗症。如病人后期出现足靴区色素沉着、溃疡形成等。

3. 股蓝肿

1938年，Gregoire报道了本类型，临床上并不多见，是深静脉血栓形成的最严重的一种。由于下肢整个静脉系统，包括潜在的侧支静脉几乎全部被阻塞，静脉压力极高，淋巴回流受阻，浅静脉失代偿，造成动脉痉挛，其临床特征有以下几点。

(1)起病急骤、肢体剧痛，可伴有发凉、麻木等，不能行走；

- (2) 肢体广泛性肿胀、皮肤发亮或青紫、紫绀状或起水疱、皮温降低;
- (3) 肢体动脉搏动减弱或消失;
- (4) 全身反应严重, 高热(体温可达 39°C 以上), 由于大量体液迅速流入肢体, 可出现休克表现。
- (5) 常造成静脉性坏疽。

(三) 上肢深静脉血栓形成

上肢深静脉血栓形成主要是指发生于腋静脉、锁静脉的血栓形成及由此产生的一系列临床表现。其主要临床特点如下。

1. 上肢外伤史

据报道约有 70% 以上的患者有上肢外伤或上肢不习惯活动史, 特别是体格健壮的男性, 在发病的前 24 小时可有患肢直接外伤。有一部分女性患者可有患肢不习惯活动史, 如上肢强劲用力、过度外展、牵拉等。

2. 发病突然

绝大多数病人在外伤后 24 小时内发病。

3. 上肢肿胀、疼痛, 皮肤青紫, 压痛。

4. 可自行缓解

大多数上肢深静脉血栓形成的患者, 经一定的临床治疗后, 病情可较快的好转或治愈, 临床疗效普遍高于下肢深静脉血栓形成。并且, 一部分病人在未经任何治疗的情况下, 可自行缓解。

5. 极少发生肺栓塞。

(四) 深静脉血栓形成后综合征

是指深静脉血栓形成后期, 由于深静脉血液回流障碍或深静脉血栓形成再通后, 静脉瓣膜被破坏, 血液倒流, 回流不畅, 引起的肢体远端静脉高压、淤血而产生的肢体肿胀、浅静脉曲张、色素沉着、溃疡形成等临床表现。

(五) 特殊检查

1. 体外血栓形成检测与应用

由于血栓形成是在体内血液流状态下发生的, 与血流动力学、血液流变学等有直接关系。但是, 体内血栓形成的过程尚无法观察, 因此, 人工模拟装置显然有助于研究体内血栓形成过程。

(1) 体外血栓形成的原理(略)

(2) 深静脉血栓形成患者体外血形成检测应用

笔者于 1992~1995 年曾对 206 例深静脉血栓形成患者进行体外血栓形成检查, 结果如下。

206 例中, 门诊治疗 38 例, 其余全部住院治疗。

①检测方法

应用改良 Chandler 方法, 用国产 XSN-R II 型体外血栓形成仪、JN-A 型精密天平等, 检

测各组体外血栓各值。

②结果

1. 健康组与患者组体外血栓各值比较($X \pm s$)；体外血栓的长度(mm)；湿重、干重(mg)，健康组依次为 11.96 ± 1.03 、 46.82 ± 34.59 、 10.38 ± 1.41 。患者组依次为 28.16 ± 3.04 、 84.96 ± 7.92 、 24.47 ± 2.90 。经 T 检验提示患者组的体外血栓各值均非常明显地高于健康组($P < 0.001$)。

2. 中医辨证分型与体外血栓各值的关系；见表 2—3—1。

表 2—3—1 206 例 DVT 患者中西医结合治疗前后
体外血栓各值比较($X \pm s$)

分型	例数		长度(mm)	湿重(mg)	干重(mg)
湿热	86	治疗前	38.07 ± 9.86	98.42 ± 9.74	36.86 ± 2.93
下注	*	治疗后	20.77 ± 6.31	65.56 ± 7.10	18.83 ± 2.06
气滞	77	治疗前	32.44 ± 6.98	88.60 ± 10.63	30.94 ± 4.02
血瘀	△	治疗后	28.99 ± 7.17	83.13 ± 8.90	26.32 ± 3.33
脾肾	43	治疗前	23.64 ± 8.14	65.89 ± 12.16	21.74 ± 6.80
阳虚	☆	治疗后	14.34 ± 6.09	54.18 ± 10.87	13.95 ± 5.45

注：治疗前后比较：* $P < 0.001$ ；△ $P < 0.01$ ；☆ $P > 0.05$ 。

③结论

a. 体外血栓形成与 DVT 血液高凝

血液处于高凝状态，是促发下肢深静脉血栓形成的基本原因之一。造成血液高凝的因素很多，而临床上最常见的与下肢深静脉血栓形成关系有密切关系的因素有各种较大的手术、高龄、外伤、肿瘤及分娩等。

总之，体外血栓形成检测结果可较准确地反映 DVT 患者因各种原因而引起的血液高凝状态的变化，且由于操作简便、准确、费用低和重复性良好等，为 DVT 临床的研究、诊断和治疗等提供客观依据。

b. 体外血栓形成与 DVT 中医辨证分型的关系

本病属于中医学“肿胀”、“恶脉”、“瘀血流注”范围。中医辨证分型不同，其体外血栓各值之间存在明显的差异，笔者认为结果与中医辨证分型有关。下肢深静脉血栓形成早期(发病 15 天内)临床上出现肢体广泛性肿胀、疼痛，伴有低热等，呈深静脉炎表现，均符合中医学湿热下注型特征。由于应激、疼痛刺激、深静脉血管炎等，均可加重血液高凝的程度，如应激反应时，纤维蛋白溶解功能呈一时性增强，随之转为减弱，由静脉内膜合成并释放的纤维蛋白溶解酶活化剂和纤维蛋白溶解酶抑止物质的浓度均增加，可使湿热下注型的体外血栓各值明显地高于其它型。所以，体外血栓形成检测可作为 DVT 中医辨证分型的客观依据。

2. 超声多普勒频谱检查

连续性多普勒听诊法(Doppler ultrasound)在检查下肢深静脉血栓形成方面被广泛应用，但学术界公认此法较难掌握，需要较多的经验。我科在多年应用连续性多普勒检查的基础上，又应用多普勒超声频谱仪诊断下肢静脉性疾病取得了好的效果，使多普勒超声在检查静脉疾

病方面有了新的进展。

(1)原理

由于血流为一大群红细胞沿着一定方向在血管内流动,多普勒超声的本身性能可以通过血流仪输出的声束来截取血管内全部红细胞散射的信号,所以频谱分析仪呈现的是由多普勒探头信号所引起的每一个连续的时间内血流速度及信号强度的一帧帧连续图像,它能直接反映容积的血流速度、流量、流向等情况。

(2)检测指标

频谱显示屏上可观察以下几个指标。

①时间

底线上数条短竖线标记,两条短竖线之间代表0.2秒。

②频移值大小

纵坐标数值代表血流速度的大小,单位:①KHZ②cm/s。

③频移方向

以零位基线加以区分,基线上方的信号为正值,代表出心血流(动脉);基线下方的信号为负值代表回心血流(静脉)。

④信号振幅

以频谱的灰度表示,具有相同的流速的血细胞越多,反射信号的强度越大,频谱灰度就越深,反之灰度就淡。

⑤频率范围

以频谱在纵坐标的宽度表示,代表某一瞬间取样容积中红细胞分布情况,速度分布范围大频谱增宽,速度分布范围小,频谱缩窄。

(3)检测方法

检查部位操作步骤方法同连续性多普勒超声检查。

(4)检查结果

①正常下肢静脉图像

正常下肢静脉频谱图像随呼吸变化而变化。如果设定零基线上方为正向(出心)的动脉血流波形,基线下方为负向(回心)的静脉血流波形,那么,静脉血流波形与动脉相反,在基线下方。如果静脉通畅,管壁光滑无阻挡,血流大部分集中在血管中央部分为层流,所以频谱靠近基线的一边信号增大,密度、光亮度高,外缘为少量的散在的不规则的信号。波幅随呼吸起伏而增加和减少,吸气末血流减少后,有一个小的间隔,短暂中断大约0.2秒后,再出现一个周期。在探头远端挤压肢体,深部静脉血流加速,正常的波形突然增高;解除压力时,正常静脉血流会减少或消失,出现一段间隔,再逐渐恢复正常血流周期。当对探头近端肢体挤压时,血流会突然中断,随压力解除血流立刻增加,波形增宽,没有正向血流出现。以上情况说明受检查段静脉血兴高采烈通畅,瓣膜功能正常。

②异常下肢静脉图像

当下肢深静脉血栓形成后,因血管阻塞血流减少,血流受阻变紊乱,层流减少,密度降低,灰度淡,散在的不规则的弥散状的信号增多,则表明静脉有阻塞。如出现连续不间断波形,不随呼吸变化,表明波形为非主干血流,多为上段有阻塞而下段浅静脉扩张血流增强所致。此时如阻断浅静脉,血流信号会迅速减弱。挤压探头远端部位无频率增强的波形,说明探头和被挤压

部位有阻塞。

多普勒超声频谱分析仪诊断静脉疾病较连续性多普勒超声有许多优点。最突出的优点是可以从屏幕上直接观察图像。从图像上同时观察正向和反向血流,就可清晰地分辨动脉和静脉血流;对间断和连续的血流在听声音较为模糊的情况下也能分辨清楚,并可以从图像上观察判断血流的多少来分析静脉的阻塞程度。此方法的诊断率较高。作者统计过70例用本法诊断下肢静脉疾病与造影对比,诊断符合率为92.9%,总准确率为90%。

3. 彩色多普勒检查方法

彩色多普勒是80年代发展起来的超声诊断新技术,在外周血管检查方面的应用才开始不久。其诊断下肢静脉血栓具有很高的敏感性和特异性是超声论断技术的重要发展。在某些方面优于频谱多普勒检查。如能直接显示血流,间接显示血管管腔,通过彩色血流确定病变的位置和范围。但应用不当也可出现误诊和漏诊。彩色多普勒和频谱多普勒各有所长又各有不足,在实际工作中互为补充结合运用,能取得更好的效果。

(1) 原理

运用多普勒效应的原理将采集的流动的红细胞信号经过复杂的信号技术处理,使其在屏幕上显示彩色血流。为了达到实时显示彩色血流,它要求仪器在30毫秒内必须分析15000个以上的取样点的多普勒信号。

(2) 显像分析

① 确定血流

彩色多普勒它能实时、动态显示血流,除了能显示大的血管中的血流之外,还显示组织内细小血流(声像图不能示血管结构),有的彩色多普勒机型能显示最低血流速度达2~3mm/s,这样,提高了血管的分辨率,方便了频谱多普勒检查,大大节省了多普勒检查的时间。

② 判定血流方向

根据彩色多普勒显示的筹办流可以判定血流方向,即朝向探头的血流为红色,背向探头的血流为蓝色。通过血流方向的确定,有利于异常血流的鉴别。

③ 鉴别血流类型

动脉血流为搏动性、流速较高的血流,静脉血流为连续性流速较低的血流。因此,彩色多普勒显示动脉血流颜色比静脉血流亮,而亮度随动脉周期变化,静脉血流亮度变化不明显。

④ 测定血流速度

彩色多普勒显示的血流速度是取样区域所有红细胞的平均流速,通过颜色亮度表示。这种血流速度的测定有一定的局限性。

(3) 检查方法

① 部位

同彩色多普勒静脉检查是从腹股沟开始延静脉走行检查,所以,必须了解下肢静脉解剖。下肢静脉分三组:一组为浅静脉,有大隐静脉、小隐静脉;一组为深静脉,其走行和名称与下肢相伴动脉一致,即股总静脉、股浅静脉、腘静脉、胫前、后静脉、腓静脉等;在浅深静脉之间,还有一组交通支静脉。下肢静脉均有数对静脉瓣,其功能是阻止下肢静脉返流,从而使血液从远心端流向近心端,由浅静脉经交通支静脉流入深静脉。小腿深静脉特点:①胫前、后静脉,腓静脉干分成成对静脉;②成对静脉分支位于伴行动脉的两侧。因此小腿动脉是检查小腿静脉的“向导”。

②方法

从股总静脉开始,沿下肢静脉体表投影逐次向远端进行,直至足背。从腹股沟开始,先横切以确定股总静脉和动脉的关系,纵扫时,在腹股韧带下方约 2.0cm 外,可看到大隐静脉汇入股静脉。

(4)检查结果

①正常下肢静脉

下肢静脉内径稍宽于伴行动脉,显示清晰,内壁光滑、薄、连续性好,管腔无回声。探头加压后,管腔被压瘪或消失,吸气或 Valsalva maneuver(堵住鼻和口,做深吸气)后,管径增宽,血流减慢或停顿,远心端加压时近心端血流加速,尤以股总静脉明显。这种变化说明,被检查的远侧静脉是开放的。高分辨率仪器可见静脉窦、静脉瓣及其运动,部分受试者的静脉内可见流动血流呈云雾状。

②异常下肢静脉

静脉内径明显增宽,一般认为内径明显宽于伴行动脉 2 倍以上则提示有血栓的可能,特别是急性血栓。探头加压后,静脉管腔不能被压瘪;管腔内有实性回声。

所查静脉完全栓塞时,不能探及自发性血流信号,挤压远端肢体后血流速不增加;所查静脉部分阻塞时,病变区血流变细,部分病例仅在挤压远端肢体后才可见细小血流流过。深吸气或 Valsalva 试验后静脉变化不明显(直径增加 $<10\%$);在高频探头检查时,可显示远心段静脉血流流向浅静脉。如股总静脉血栓时,可见血流经大隐静脉流入其属支。

(5)下肢静脉血栓形成的多普勒特点

①急性血栓

指 1~2 月内的血栓:a. 静脉管腔内可见实性回声,但几小时或几天以内的血栓可以无回声,彩色多普勒检查显示血流“充盈缺损”或无血流信号。b. 有血栓的静脉段管腔明显增粗。c. 探头加压管腔不能压瘪。

在急性血栓中,有的新鲜血栓可能不吸附于静脉管壁,其近心端可以在管腔内自由浮动,如果栓子脱落,有引起肺梗塞的可能性,因此,操作时应倍加小心,不能挤压。一经确诊,患者平卧,保持安静,等待治疗。血栓在数天或 1 周后左右便附着于静脉壁上,在这以后检查便相对安全。

②亚急性血栓

指数周以后的血栓:a. 血栓回声增强。b. 血栓收缩和溶解,使其缩小,静脉管腔也随之变小。c. 血栓再通的位置可血流信号。

③陈旧性血栓

指数月到数年的血栓:a. 管腔内为强回声,静脉壁部分或弥漫性增厚。如果静脉管腔没有再沟通,仍有阻塞,在声像上则表现为条状强回声。b. 静脉内径比正常小,在部分病例中,可能由于静脉被疤痕组织代替而无法显示。c. 显示静脉壁呈不规则状。d. 血栓性静脉瓣膜功能不全。

4. 应变容积描记法(SPG)

(1)原理

两根充满导电合金的硅胶管作为张力量具,这种合金是镓和铟的混合体,它在 16℃ 以上呈液态。张力量具围绕在被检查的肢体上,其导线联接到应变容积描记放大控制器上一个输入

轨道上,放大器上的输出电线再联接到图记仪上。任何肢体体积的增加都会拉长张力量具,使得量具内的导电合金的电路变长而薄,从而使量具的电阻增加。从数学公式中得出,电阻增长的百分率等于张力量具所放大的容积增加的百分率。将量具放在肢体上,放大控制器定在零位,然后将肢体容积变化百分比所产生的电阻变化过程记录下来。

(2) 检查方法

应变容积描记仪定在静脉功能键上(DC),在张力量具连接到病人肢体之前完成校准。病人取仰卧位,将张力量具缠绕在小腿最粗部位,大腿部缠绕一宽大的可充气的气囊袖带,下肢高20~30cm,膝关节轻度屈曲外放旋。袖带充气至50~55mmHg,从而在不阻断动脉血流的情况下阻断静脉血流,以防止静脉回流,引起小腿肚周径增大,结果在记录上有上升的斜坡,阻断2分钟后,迅速排掉袖带中的气体,以使静脉排空,结果使记录仪上出现下降的斜坡。

(3) 结果

正常肢体阻断静脉回流后小腿体积可增加2~3%,如有急性静脉血栓形成则增加不到2%,其原因是由于部分静脉已被血栓占据,另外由于静脉近端被血栓阻塞后,远端压力升高已使静脉扩张,再进一步扩张则受到限制。因为小腿静脉容量(VC)变化可受较多因素的影响,故单纯使用VC作为诊断标准往往是不可靠的。静脉回流量(VO)直接与小腿静脉和下腔静脉之间的压差成正比,与静脉本身的阻力成反比。当小腿的静脉压力为压脉带的压力~6.7kpa(50mmHg)而近端压力又很低的情况下,静脉回流率在有深静脉血栓形成时可减低,如回流率以20ml/100ml(小腿)/分钟为正常与异常的分界线,急性深静脉血栓形成的敏感率为91%,如以2秒钟的回流率计算,膝以上的静脉血栓形成的敏感率为90%;膝以下的静脉血栓形成敏感率为60%。

但最大静脉回流量(MVO)的诊断标准与每个血管实验室使用的压脉带的尺寸、连接管的直径和患者的体位等等因素不同而略有差异。新型的应变容积描记仪SPG₁₆(MEDASONITC)可以自动地很快算出3秒静脉回流量(VO)和静脉容量(VC)并可在已知的图上找到结果属于正常或异常。

5. 阻抗体积描记法(impedance plethysmography, IPG)

(1) 原理

阻抗体积描记法是通过测量肢体电阻抗的变化来反映肢体内血流量的变化。理论基础是根据欧姆定律:电阻=电压/电流,人体静脉血流速度较动脉慢,用一般血流仪测试有一定的困难。如果用压力高于静脉压、低于动脉压,压力为60mmHg的压脉带把静脉回流暂时阻断,这时循环的血液可仍然流入静脉而不能回流到心脏,致使静脉端体积扩大,这时肢体容积增大与动脉血流速度成正比。在肢体容积增大到一定的程度,如果突然将压脉带压力降至零,静脉血流就立即回流,这样可以测出静脉回流量及静脉容量等。其方法是由IPG仪供给1mA的恒定电流到小腿上外侧的一对电流电极上,该电流的频率为22KHZ。在被测肢体局部产生随阻抗而变化的电压($V=IR$),根据欧姆定律,电压的变化直接与肢体电阻(阻抗)的变化相关(因电流恒定),而电阻变化是由肢体内血管变化决定的,血流量越多阻抗越低,这种血量的变化可由IPG仪记录下来并换算出血容积的变化。

(2) 检查方法

室温 $20^{\circ}\sim 25^{\circ}\text{C}$, 受检查仰卧, 休息 15~20 分钟, 穿短裤盖夹层被单, 全身放松, 身体的重量应放在受检测的臀部, 下肢抬高于心脏水平以利静脉回流, 下肢要外旋和膝屈 15 度, 因膝关节伸直时可造成对腘静脉的压迫。将压脉带缠绕在受检下肢的股上部, 不宜缠绕过紧, 否则会阻碍静脉回流造成假阳性。首先在电极带的电极上涂以少量导电胶, 后将另一个电极置膝下 3cm 处, 第二电极带置距第一电极带下 10~15cm 处。如患肢肿胀可将下方的电极带酌情下移。准备完毕后, 将压脉带充气至 6.7~8.0kpa (50~60mmHg) 压力, 阻断远端静脉回流, 并开始记录小腿阻抗变化曲线。一般大约 45 秒曲线可达到最高点, 然后迅速排空压脉带内的空气, 而曲线随之迅速下降。如果阻断 45 秒时曲线未达到最高点而继续上升, 可延长阻断时间在 2 分钟以上。如果试验结果正常, 则不必重复即可做结论; 如果试验结果异常时, 则观察者必须排除方法因素引起的异常结果的可能性。当有异常的试验结果出现时, 应常规阻断 2 分钟以确保静脉有最大的充盈度, 并重复 2~3 次。正常的肢体有时由于肌肉紧张、疼痛、寒冷等或肢体动脉阻塞而使血量减少也可出现异常结果, 这些情况可通过重复试验和延长阻断时间来克服痉挛而扩大血流量, 可增加阻断静脉排出量。也应注意由于患者体位不当、压脉带、电极等缠绕过紧也会造成假阳性结果。

如果患者有深静脉血栓形成病史, 用 IPG 检查结果有异常时, 常难判断异常结果是由于陈旧性的深静脉血栓后遗症或是新形成的血栓所致, 此情况可以另作呼吸波试验, 方法如下。

解除腹部压脉带, 保留小腿部位电极带, 在描记小腿部位容积时让患者作深吸气或 Valsalva 试验, 以观察呼吸波的变化。陈旧性深静脉血栓形成后, 由于再通和侧支循环的建立, 呼吸波虽不能恢复正常, 但有一定的周期变化, 而新的血栓形成则由于缺少侧支循环, 呼吸波消失或明显减低。

(3) 结果

本试验有两项客观指标:

① 静脉容量 (VC): 压脉带充气阻断静脉回流后描记上升的波最高值毫米数, 是反映阻断以远肢体静脉血容量的增加。

② 静脉回流量 (VO): 当压脉带放气解除阻断静脉回流后描记在 3 秒内下降的毫米数, 此数值直接与静脉阻塞的程度有关。

将以上两个数值在已知的垂直轴代表 VO, 水平轴代表 VC 的图中标定位置, 其结果可解释为正常、异常和可疑。

6. 放射核素检查

放射核素检查是利用核素在血液或血流中的浓度关系, 通过扫描、显像用于临床诊断的方法。目前常用的对深静脉血栓形成有临床诊断价值的方法有两种。

(1) 核素静脉造影检查

又称核素静脉显像, 由 Henkin 等首先应用于临床。

① 方法: 在踝关节上扎止血带, 同时在两侧足背浅静脉注射 $^{99\text{m}}$ 人体白蛋白微球 ($^{99\text{m}}\text{TcHAM}$) 作静脉显像后, 分别于两侧小腿、股部、骨盆、腹部及肺部作扫描。

② 结果: 正常显像是核素应快速地流过肢体深静脉, 并无侧支显像, 髂静脉和下腔静脉均可清晰的显像。深静脉血栓形成患者可表现为一侧肢体的核素流过时间延长, 深静脉不规则显像, 甚至静脉中有缺如、侧支显像。

Dean 认为核素静脉造影的主要优点是, 可以同时完成周围静脉和肺检查。其诊断符合率

与 X 线静脉血管造影对照,可达到约 90%。

(2) 放射性纤维蛋白原摄取试验检查

由 Atkin 等首先应用于临床。

①原理:应用放射性核素碘¹²⁵的人体纤维蛋白原能被正在形成的血栓摄取,每克血栓中的 I¹²⁵的含量是血液的 5 倍以上,在体外进行放射性检测、扫描,可诊断肢体中的血栓形成。

②方法:首先阻断甲状腺吸碘功能后(24 小时前服碘化 50mg,随后每日服,连服 3 天),静脉注射¹²⁵I 纤维蛋白原,每日对肢体的固定部位进行扫描,观察放射量的变化有无骤然增加。

③结果:本项检查的优点是操作简单、灵敏,而且准确率高。特别是其他检查不能发现的小腿肌肉丛的静脉血栓形成,本项检查可较准确地发现,并可检测其血栓的演变过程。

该项检查的缺点有以下几点。

- a. 不能发现陈旧性血栓;
- b. 由于首先需要阻断甲状腺吸碘功能后才能应用,所以不适合急症病人;
- c. 不适合检查骨盆及腹部的血栓;
- d. 有以下疾病者不易进行本项检查,如肢体存在炎症纤维渗出液、血栓性浅静脉炎、新近手术切口、创伤、血肿及感染等;
- e. 可能传播传染性肝炎。

7. 静脉血管造影术

静脉血管造影是于 1938 年 Dos Santos 和 1940 年 Bauer 首先应用于临床,几十年来几经改进已成为临床上常用的检查方法。

(1) 方法

静脉血管造影属于损伤性的检查方法。顺行静脉造影术不仅可以有效的判断有无血栓形成的发生、血栓的位置、范围、形态和侧支循环,而且也常被用来鉴定其他检测方法的临床诊断价值。下肢逆行静脉造影在诊断深静脉血栓形成中已很少应用。本文介绍的是孙建民教授推荐的方法步骤,也是目前临床上最常用的方法。

- ①病人仰卧于 X 线机平台上,取头高足低位,倾斜 30~45 度。
- ②踝部环扎一橡皮止血带,以阻断浅静脉血流为度。
- ③用 12 号或 14 号血管穿刺针,直接穿刺入足背浅静脉,针头指向足趾或近侧(不易穿刺者,可行静脉切开)。
- ④病人用健肢踏于 X 线机的踏板上,以防下滑,患肢出于悬垂状态,稍向外旋。
- ⑤在 30~45 秒钟内注完一半造影剂时,拍摄第一张包括小腿和膝关节在内的 X 线片,再以同样的速度注完另一半造影剂后,拍摄大腿部 X 线片。
- ⑥拆除踝部环扎橡皮止血带,做踝关节屈伸活动的同时,让病人捏住鼻子,尽力屏报(做 Valsalva 试验),拍摄骨盆部 X 线片。
- ⑦放平 X 线机平台,病人平卧通过三路开关,缓慢地注射生理盐水。
- ⑧如果骨盆部显影不满意,可在大腿根部,用 Seldinger 套针,直接行股静脉穿刺后,向近心端插入导管,将 X 线平台的倾斜度增至 60 度,在作 Valsalva 试验时,注射造影剂 20~40ml,拍摄骨盆部 X 线片,可获得较倾斜较清楚的髂静脉影像。

(2) 结果

深静脉血栓形成的主要 X 线特征有以下几点。

①深静脉阻塞影像:深静脉主干被血栓阻塞不显影。局限性深静脉血栓阻塞时,可见到造影剂有静脉某一平面突然中断。

②静脉充盈缺损征像:表现为深静脉主干内存在恒定的充盈缺损,该充盈缺损多为圆柱形、长短不一。在深静脉血栓形成早期,由于血栓体比较疏松,在深静脉充盈缺损的周围可出现连续或不连续的点线状造影剂通过充盈缺损,形成所谓的“轨道征”。

③侧支转流影像:即深静脉主干不显影,造影剂主要通过侧支转流。深静脉血栓形成后,静脉血液主要是通过侧支转流途径回流。如当髂股静脉阻塞时,可见盆腔静脉、阴部静脉及大隐静脉的属支为主要侧支转流。当股浅静脉血栓形成时,可出现股深静脉的扩张。深静脉血栓形成的同时,下肢的大、小隐静脉可出现明显的扩张,并伴有皮肤的浅静脉呈网状扩张。

④静脉再通影像:表现为静脉壁的边缘呈不规则的“虫蚀样”充盈缺损,管壁毛糙、无瓣膜窦影像等,伴有较多的侧支血管。一般应在血栓形成后的1~2年才能出现以上影像学改变。

(3)深静脉血栓形成的静脉造影分型

根据张柏根教授的分型方法有以下三种类型。

①I型(闭塞性):为深静脉完全阻塞者。多见于发病6个月以内的患者,静脉血管再通影造影主要表现为深静脉主干或在某一平面完全闭塞,深静脉内有持久性的充盈缺损存在,甚至全部深静脉均不显影。造影剂经浅静脉(注意:踝上压脉带!)或侧支血管回流。

②II型(部分再通型):指深静脉部分再通者。多见于发病在6个月以上的病人。可见深静脉部分仍处在闭塞状态,而部分深静脉血管管壁毛糙、呈“虫蚀样”充盈缺损,管腔狭窄,并有不规则的扩张等,常可发现浅静脉及阴部静脉和盆腔静脉的侧支血管扩张或纡曲。

③III型(再通型):指深静脉已完全再通。多见于发病病程较长、5年以上者。深静脉血管造影可发现整个肢体深静脉完全再通,形成连续性的管道状,深静脉的管壁毛糙、有不规则扩张,甚至纡曲,静脉瓣窦完全消失,有较丰富的侧支血管。

(六)临床诊断

1. 论断依据

(1)小腿部深静脉血栓形成

发病隐匿,临床症状、体征均不明显是小腿部深静脉血栓形成的发病特点,但如果疾病进展,可造成较严重的后果,虽然早期确诊较困难,却十分重要。其诊断要点如下。

- ①有新近的小腿部外伤或较大的手术、卧床等;
- ②平素有浅静脉曲张、原发性下肢深静脉瓣膜机能不全或有下肢深静脉血栓形成病史;
- ③突发性单侧小腿部疼痛、肿胀;
- ④腓肠肌紧韧感、压痛明显,Homan's sign(+);
- ⑤ I^{125} 纤维蛋白原摄取试验呈阳性结果;
- ⑥易发生肺部栓塞。

(2)髂股静脉血栓形成

- ①有肢体外伤、静脉疾病史,手术、卧床等;
- ②突发性、广泛性、单侧肢体粗肿、严重胀痛、不能行走;
- ③“股三角”或腓肠肌明显压痛,甚至可在股三角处触及硬索状物,浅静脉呈网状扩张;
- ④Homan's sign(+);

⑤各种特殊检查发现深静脉主干或在某一平面阻塞等。

临床上单纯依靠一般检查区分原发性髂股静脉血栓形成和继发性深静脉血栓形成比较困难,但对于临床诊断、疾病的治疗、预后等均具有较重要的价值。一般而言,可根据以下几点进行区别(表 2-3-2)。

表 2-3-2 原发性和继发性髂一股静脉血栓形成的区别

髂股静脉 血栓形成	原 发 性	继 发 性
起病方式	急骤	隐匿
症状期和病期	符合一致	症状期比病期短
发病	起于大腿	起于小腿
疼痛	明显,位于股三角区,局部有压痛	轻微,位于腓肠肌部,Homans 征±
肿胀	整肢	起于小腿和足踝,然后累及整肢
浅静脉曲张	位于前腹壁耻骨上部和髂部	小腿比大腿明显
足靴区营养性变化	演变迟慢,程度较轻	进展较快,程度较重
超声检查	股静脉仍有减弱的血流流动讯号	股—腘静脉均堵塞
深静脉造影	髂一股静脉不显影,远段借扩大的侧支向心回流	整个下肢深静脉均不显影,各处都可出现扩张的侧支静脉

2. 鉴别诊断

(1)原发性下肢深静脉瓣膜机能不全:由于下肢深静脉瓣膜机能不全,如前膜游离缘松弛、无力下垂等,瓣叶不能紧闭对合,使深静脉血液可向肢体远端倒流,造成下肢深静脉压力过高,肢体静脉中血液淤滞,并可继续破坏穿通支血管中的瓣膜,引起浅静脉曲张和下肢肿胀等一系列病变。本病多发于成年人,多有从事较长期的站立性工作和重体力劳动者。发病隐匿、进展较缓慢,以双下肢同时发病为特征,患者双小腿浮肿、沉重感为主,站立位肿胀明显,抬高患肢后则肿胀明显减轻或消失。下肢无明显的压痛站位,可见较明显的浅静脉曲张及其并发症,如色素沉着、血栓性浅静脉炎、小腿溃疡等。应用肢体多普勒超声血流检测和深静脉血管造影,可明确诊断。

(2)单纯性下肢静脉曲张:多见于中年人,以下肢大隐静脉、小隐静脉曲张为主。下肢一般无明显不适感,肢体无肿胀等临床表现,病情进展十分缓慢,后期有一定的并发症。目前随着对原发性下肢深静脉瓣膜机能不全的新认识,许多学者对本病的存在提出质疑。临床上可通过静脉血管造影和其他特殊检查进行进一步鉴别。

(3)下肢急性动脉血栓形成和急性动脉血栓栓塞:此类疾病多发于老年人,有较严重的风湿性心脏病、冠心病、心房纤颤等病史。临床上突然发生肢体剧烈疼痛、患肢冰凉、苍白、感觉丧失、肢端动脉搏动消失。肢体可迅速发生坏疽。本病应与股蓝肿鉴别。

(4)小腿丹毒:常有足癣、下肢感染等病史。发病较急,首先表现为全身寒战、高热,小腿部位出现大片的红斑、肢体灼热疼痛、红肿,边缘清楚,严重者可出现水泡。病程较短,感染控制后,

肢体红肿可迅速消退,并有色素沉着。本病可反复发作。(表 2-3-3)

表 2-3-3 下肢深静脉血栓形成鉴别诊断

病名 鉴别点	下肢深静脉 血栓形成	下肢急性动脉栓塞	下肢急性丹毒
病史	外伤、手术后、妇女分娩后长期卧床,下肢感染史等	有严重心脏病史,如风心病、冠心病、心房纤颤、动脉粥样硬化等	有足癣、下肢感染史,常反复发作
病变部位	两下肢均可发病,以左下肢多见(髂股静脉,小腿静脉)	单侧下肢发病,以髂股动脉多见	多局限于足部、小腿,严重者蔓延至大腿
肢体疼痛	多为胀痛(股三角区,或为小腿)	突然剧痛	局部轻度热痛
肢体肿胀	下肢广泛性肿胀	无	局部红肿,迅速向周围扩散,后期肢体增厚粗肿
肢体温度	正常	发凉、厥冷	患处发红、灼热
浅静脉曲张	明显怒张、曲张	无	无
动脉搏动	正常	栓塞平面以下的动脉搏动消失	正常
溃疡坏疽	发生小腿慢性溃疡,伴有色素沉着和湿疹样皮炎	发生肢体坏疽	无
全身情况	一般低热	坏疽感染重,高热,全身情况严重	常有高热、寒战

(5)小腿肌纤维炎:发病与风湿病有关,小腿部疼痛、疲累感,腓肠肌局限性压痛,无肢体肿胀。必要时可行深静脉血管造影鉴别。

本病还应注意与小腿部软组织肿瘤、下肢血管瘤等疾病鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一)湿热证

1. 主证

肢体肿胀明显,持续性疼痛,皮肤微红、肢体热感,可伴有全身潮热,纳呆食少,口渴而不能

饮水,小便短赤。舌红、苔白腻或黄腻,脉象弦滑数。

2. 分析

患者因感受寒湿之邪,湿邪淤久化热,湿热蕴结,滞流于脉中,而致气血瘀于肢体经脉,故肢体红肿,皮肤色红而热;经脉闭塞不通,故肢体疼痛不止;湿热蕴结,郁闭气机,全身发热;湿热郁阻,则中渎气津不能上承,故见口渴而不能饮水;气津不能下达,则见小便短赤。舌红、苔白腻或黄腻,脉弦滑数均为湿热蕴结之象。该证多见于深静脉血栓形成的急性期。

(二)血瘀证

1. 主证

患肢疼痛不止,肿胀,皮肤暗红或潮红,青筋怒或有瘀点、瘀斑,肢体触痛、紧韧感。舌质暗红或有瘀斑,脉沉细或沉涩。

2. 分析

由于瘀血阻于脉中,脉络闭塞,血行不畅,水湿留聚于肢体之中,则见肢体肿胀,疼痛不止。瘀血阻于脉中,皮肤暗红或潮红,青筋怒张或有瘀斑。舌质暗红或有瘀斑,脉沉细或沉涩弹为血瘀之证。该证多见于深静脉血栓形成深静脉炎消退期。

(三)脾虚证

1. 主证

肢体肿胀,按之凹陷,沉重无力,朝轻暮重。伴有面色萎黄,神疲倦怠,纳呆食少或便溏。舌质淡胖,苔白厚或腻,脉象沉缓或濡缓。

2. 分析

因患者脾阳虚失于运化,水湿内停,下注于肢体,故见肢体肿胀,按之凹陷,朝轻暮重;湿邪重着,则见肢体沉重无力。脾虚失于运化,肌肤失养,则面色萎黄,神疲倦怠;湿困中焦,则纳呆食少、便溏。舌质淡胖、苔白厚或腻,脉象沉缓均为脾虚失于运化而致。该证多见于深静脉血栓形成的后期。

第五节 治疗

建国以来,随着中西医结合事业的发展,中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成也取得了满意的效果。现代医学的发展,使得对此病的认识更加深入,并为中医治疗提供了许多有价值的参考,扩大了中医治疗的领域。两种治疗方法的有机结合,互相弥补不足,在治疗上取长补短,提高了疗效,并减少了并发症的发生和发展,临床观察表明中西医结合疗法明显优于单纯中医疗法或西医疗法。如何更好地把中医理法方药与现代医学相结合,是今后仍需研究的课题,尚有许多问题没有解决,需要进一步探讨。下肢深静脉血栓形成的发病率逐年在增加,早期诊断、早期治疗是取得良好治疗效果的先决条件。

一、西医治疗

(一) 一般治疗

急性深静脉血栓形成,发病一个月之内,应卧床休息,患肢抬高,以利静脉血回流,减少患肢静脉淤血,从而减轻患肢的肿胀程度及缓解疼痛。更重要的一点是卧床休息制动,防止行走时小腿肌肉收缩时,静脉血回流压力高,冲击血栓脱落,导致肺栓塞的发生。对于髂股静脉血栓形成,血栓位置高,血凝块较大,血栓更易脱落。小腿肌肉静脉丛血栓脱落血栓块小,因此不会导致大片肺栓塞的发生。在发病的早期,血栓松软更应严格卧床制动,并严禁对患肢挤压和按摩。

发病一个月之后,病人可适当下床活动,但下床活动时,应当穿弹力医疗袜,或应用弹力绷带,用于压迫浅静脉,及弹性挤压促使深静脉血液回流,减轻下肢静脉郁血;卧床休息后可松开弹性绷带或弹力医疗袜,将患肢抬高以利静脉血回流,当再次下床走时,仍需穿用弹力医疗袜或弹性绷带。弹力医疗袜应坚持穿用,对防止下肢深静脉血栓形成后遗症的出现,及减轻下肢粗肿、胀痛均有较好的效果,是深静脉血栓形成后期主要的治疗措施之一,临床上不应忽视,尤其对仍从事站立性工作的病人更应严格使用弹性绷带或弹力袜。

下肢静脉血栓形成急性发病期,应保持病人大便通畅,防止大便干结,排便时腹压增大,影响静脉血回流及有可能导致静脉内血栓脱落,发生肺动脉栓塞。便秘者应给予缓泻剂,必要时给予灌肠排便。

长期卧床或术后病人容易发生下肢深静脉血栓形成,为了促进肢体静脉血液的回流,应嘱病人进行足背屈运动,使小腿肌肉收缩,减轻下肢静脉血的瘀滞。或使小腿肌肉被动运动(机械踏板或气囊,电刺激的方法),以促进下肢静脉血回流,对预防下肢深静脉血栓形成有积极可靠的作用。

(二) 药物治疗

下肢深静脉血栓形成是静脉内血液凝固,血凝块阻碍了下肢深静脉血的回流而引起的疾病。治疗上应针对血凝块,促使血凝固体物的消除,使静脉复通,归纳目前临床上药物治疗有以下作用。

1. 抗凝疗法

抗凝疗法是防止凝血的发生,起预防血栓形成防止血液凝固的作用,临床上常用的药物有肝素及华法令。

(1) 肝素(Heparin)

肝素是1916年Jay Mclean从肝组织中提取的一种物质,肝素本身无直接抗凝作用,肝素的抗凝效应是通过强化抗凝血酶Ⅲ(ATⅢ)形成1:1复合物,和对凝血活性因子灭活而发挥作用的,使凝血酶发生构象变化来抑制凝血酶及凝血因子X(X_a)、XI(XI_a)和Ⅶ(Ⅶ_a)的活性,从而抑制凝血活素来产生抗凝血作用的。肝素的半衰期一般为60~90分钟,静点后3~4小时就失去效应,血凝恢复正常。肝素容易被血管内皮细胞吸附,增强具负电荷和抗细胞聚集效应,并可促使内皮细胞释放组织纤维溶酶原致活物,并干扰凝血酶对因子XⅡ的激活而影响纤维蛋白单体聚合成不溶性纤维蛋白,促进纤溶性,降低血液粘度,产生抗栓作用。此外肝素能阻止血小板的粘附和聚集。肝素有钠制剂及钙制剂,最终是以钙盐形式在体内发挥药理作用,肝素钙不仅具有抗凝作用,此外还有抗炎、抗过敏、抗动脉硬化作用,出血的副作用比钠盐制剂大大减

少。肝素的用量近年来趋向于小量化,优点是吸收均匀,维持时间长,抗凝效果好,不容易出现出血副作用,不需要实验室监测。临床上可以延长用药时间。用量:肝素钠 50mg(6250^u)或肝素钙 7500^u 皮下注射(最佳注射部位是下腹壁两侧及大腿前内侧),每 12 小时一次,吸收效果好,局部血肿少,注射 0.5~1 小时后,肝素逐渐吸收,2 小时后左右可达峰值浓度,可维持 8~12 小时,临床应用方便。肝素静脉滴注主要用于血管手术及并发肺栓塞的病人,用量:肝素 50mg(6250^u)加入生理盐水 500ml 中静滴,每日一次,缓慢滴入,应用 3~4 天后,改用其他抗凝药物。肝素的超声雾化吸入法是近年来发现的新的给药途径,吸入的肝素被肺的巨噬细胞吸收后,缓慢释放,进入血液,抗凝有效率达 90%以上,而且一次给药后作用时间较长,一般可每周给药一次。用量:肝素 100mg(12500^u)溶于 5~10ml 生理盐水中吸入,使用就更安全有效,在血栓病的治疗中,肝素现已不单独应用,多配合其他抗栓药物应用,但仍然有开发前途,已有多种肝素制剂在研制中。

(2) 华法令(Warfarin)

华法令化学结构与维生素 K 极相似,可抑制肝脏内依赖维生素 K 凝血因子 II, III, IX, X 的合成,抑制维生素 K 环氧化物还原酶,使凝血酶原时间延长,从而产生抗凝效应。其半衰期为 44 小时。由于华法令达效时间在 12~18 小时之间,维持 2~5 天,所以应用时应注意,使用时第一天用量为 20~30mg,第二天为 10mg,维持量为 3~5mg,应用华法令期间应常规测定凝血酶原时间,每 2~3 周一次,使凝血酶原时间维持在 25~30 秒,保持在正常对照组 1~2 倍,既保持抗凝效果,又可防止出血并发症。一般用于静脉血管手术及肺栓塞的病人,预防血栓形成。

(3) 注意事项

活动性出血、消化道溃疡出血、活动性肺结核肺出血、严重肝、肾功能障碍、血液病、严重高血压、新近手术禁忌应用抗凝药物,防止出现大的出血。

应用抗凝药物后,出血是主要并发症,因此,使用抗凝药物时,应注意监测凝血酶原时间,使凝血酶原时间达到正常对照组的 1~2 倍,如果达不到,说明抗凝药物未达到防止血栓形成的作用。一旦在使用抗凝药物时发生出血,应立即停用抗凝药物,应用肝素者可给予鱼精蛋白,按 1~1.5mg,中和 1mg 肝素,静滴,应用华法令者,可静点维生素 K₁ 25~50mg,或维生素 K₃ 4~8mg,肌注,严重出血患者应输注新鲜血液。

凝血酶原时间测定,可反映血浆凝血因子 II、VI、X 的活性,应用抗凝剂出血一般只表现镜下血尿、皮肤或粘膜出血、胃肠道出血,球结膜出血多见,偶可发生颅内出血、脊髓出血,虽然少见,但较严重。

应用肝素偶有过敏,出现荨麻疹、结合膜炎、发热等,因此应用肝素时可先给予 6~8mg 进行观察,半小时内无反应者,再给予治疗全量。

2. 溶栓疗法

溶栓疗法是指应用溶栓药物,使血管内已经形成的血凝物溶解,恢复血液循环的方法。溶栓疗法用于治疗静脉血栓形成始于 1957 年,目前溶栓疗法在血栓病的治疗中占重要地位,日益受到广泛重视。溶栓药物目前已开发研制第三代溶栓药物。第一代溶栓药物是以链激酶(SK)、尿激酶(UK)为代表,可以直接或间接激活纤溶酶原(Plasmin, PL),纤溶酶可以溶解纤维蛋白,达到溶栓的目的。

第二代溶栓药物是以组织型纤溶酶原激活剂(Tissue-type plasminogen activator, a—

pA)和单链尿激酶型纤溶酶原激活剂(Single-chain urokinase type plasminogen activator, scu-pA)为代表,可选择性与血栓中的纤维蛋白结合,发挥溶栓作用,因而不增加全身纤溶亢进,发生出血的副作用小。

第三代溶栓剂是利用基因工程和单克隆抗体等先进技术研制的导向血栓剂,目前尚处于实验阶段。

(1)尿激酶(Urokinase, UK)

尿激酶为我国目前最常用、最主要的溶栓药物,它可直接激活纤溶原,使之转变为纤溶酶,进而水解纤维蛋白、纤维蛋白原、凝血因子V、Ⅷ和酪蛋白等,UK对血栓中的纤维蛋白有亲和力,UK渗入到血栓中后激活血栓内的纤溶酶原,从而导致血栓溶解,同样尿激酶也可激活循环血液中的纤溶酶原,从而导致血栓从表面开始溶解。UK的半衰期为14~16分钟,没有抗原性是优点,但价格贵,限制了尿激酶的广泛应用。由于疗效显著,不仅在静脉血栓形成的治疗中占重要地位,同样在其它血栓病的治疗中也占重要地位。UK对下肢深静脉血栓形成的治疗,在剂量上还没有统一,剂量小者2~4万^u/日,剂量大者80~100万^u/日,作者认为早期急性深静脉血栓形成的病人应给予大剂量UK,通过临床观察每日总量不应低于70万^u。遵循短程、大量、突击、持续给药的方法,可先静脉推注UK30万^u,然后静脉滴入50万^u,也可经患肢足背静脉推入UK10~30万^u,可更好地发挥溶栓效果,优于静脉全身给药途径,并可减少UK的用量。尿激酶应用总疗程一般为7~9天,再延长用药时间似乎并不会提高疗效。

(2)链激酶(Streptokinase, SK)

SK间接激活纤溶酶原,以1:1比例结合成链激酶纤溶酶原酰化复合物,纤溶酶原在此复合物催化下,转变为纤溶酶,使血栓溶解。SK可渗透到血栓内部激活纤溶酶原,这样其内部溶解作用比表面溶解作用强。SK半衰期约为80分钟,SK的优点是有效、价廉,缺点是有抗原性。临床应用时应注意在静滴SK半小时前,先静注地塞米松5mg,首次剂量为25~50万^u,加入200ml生理盐水中,30分钟滴完。这种剂量可使病人的90%SK抗体得到中和,并可使SK在血中达到有效的溶栓浓度。此是因为人体常受链球菌感染,故机体内可有链激酶抗体的存在,使用时必须先给以足够的链激酶以中和链激酶抗体。维持量为SK60万^u加入5%葡萄糖注射液250~500ml中,再放入地塞米松2.5mg,静滴6小时,然后6小时1次,连续用药不宜超过7天。由于SK具有抗原剂,有些病人会出现发热、寒战、头痛、出汗、腰背和四肢疼痛,一般可酌情应用皮质激素或抗过敏药物,对于出血并发症如血尿,牙龈、针孔出血等,如较严重,可使用6-氨基己酸、抗血纤溶芳酸,必要时输新鲜血浆。

(3)组织型纤溶酶原激活剂(Tissue-type plasminogen activator, t-PA)

此种新型溶栓剂存在于各不同组织中,故称组织型纤溶酶原激活剂,能选择性地激活血块上的纤溶酶原,而不容易与血循环中的纤溶酶原结合,因而在血凝块表面可形成大量纤溶酶而溶解血栓,可被血中 α_2 -抗纤溶酶迅速灭活,因而t-PA不易与循环血中的纤溶酶原结合,不引起全身纤溶亢进。t-PA半衰期为6~8分钟,因此应用时应连续滴入,剂量为90~100mg,在6~7小时内滴入。

(4)乙酰化纤溶酶原链激酶活物复合物(Anysoylated plasminogen streptokinase activator complex, APSAC)

APSAC为第二代纤溶剂,是甲氧苯甲酰化的纤维蛋白溶解原与SK的复合物,可选择性渗入血块纤维蛋白表面,产生纤溶酶,发挥局部溶栓作用,其半衰期约为90分钟,作用时间远

远长于SK、UK 等其它溶栓效果的药物。由于APSAC不需要先与纤溶酶原(PLg)形成复合物,而保护了PLg在体内的利用率,同时对纤维蛋白的亲合力也有增多,溶栓作用也比较强。用量为30^u,4~5分钟内静脉推注,只注射1次即可,持续时间为4—6小时,以后继续应用抗凝治疗。

(5)单链尿激酶型纤溶酶原激活剂(Singlechain urinary-type plasminogen activator, scu-PA)

scu-PA是人尿和血中天然存在的一种蛋白质,它是不活跃的单链UK前体,可以转化为完全有活性的UK,无抗原性,半衰期约为3~6分钟,有效剂量为60~80mg,溶栓效果好,优于UK。

3. 抗凝血小板疗法

近年来发现血栓素A₂(TXA₂)具有强烈的促使血小板聚集和促进血小板的释放效应;前列环素(PGI₂)的作用则相反,具有抑制血小板的聚集作用。在血管损伤时,会发生血小板聚集、血栓块形成和血管收缩等反应。合成血栓素A₂(TXA₂)的酶主要存在于血小板微粒体中,而血管内皮细胞微粒体中含有前列环素(PGI₂)合成酶,这两种物质对血凝起着正常调节作用,在正常情况下,血小板与血管内皮接触时就释放PGI₂,来抑制血小板的聚集,并扩张血管,如果血管内皮损伤时,合成PGI₂的酶就缺乏,血凝就会发生,血栓块就会得以形成。

血小板粘附在异常或损伤的血管内皮,并互相聚集,释放二磷酸腺苷(ADP),ADP促使更多的血小板发生更致密的聚集,形成牢固而不能解聚的团块(血栓),血小板还能释放5-羟色胺(5-HT)、肾上腺素、组织胺等,这些物质对血小板的聚集也起同样重要的作用,血小板聚集在血栓形成过程中起触发作用,对血栓形成有重要意义。

血小板的聚集及释放受前列腺素(PG)的调节,血小板内含有大量(PG)前体花生四烯酸(AA),许多刺激物(ADP、胶原、凝血酶)激活血小板的磷脂酶使AA游离出来,然后AA在PG合成酶(环氧酶)的作用下生成许多不稳定的PG内过氧化物,其中与血小板功能关系密切的有前列腺素G₂(PGG₂)和前列腺素H₂(PGH₂),二者具有强烈的血小板聚集作用。而在血管内皮细胞合成丰富的前列环素(PGI₂)合成酶,可使PGG₂和PGH₂转变为前列环素(PGI₂),PGI₂是一种强有力的血小板聚集抑制剂,并能解除已形成的血小板聚集。当血小板与胶原接触之后,生成TXA₂诱发血小板聚集,同时粘附在血管内壁上的血小板释放的PGG₂和PGH₂通过PGI₂合成酶转变成PGI₂以限制或抵消TXA₂的作用。

抗血小板药物又称血小板功能抑制剂,具有抑制血小板粘附、聚集功能,及抑制血小板促凝物质产生和释放功能。血小板对血栓形成所起的作用是近处来研究发现的,血管内皮细胞损伤后,血小板粘附于受损血管壁上与诱导物表面,释放5-羟色胺(5-HT)、组织胺使血管通透性增加,释放二磷酸腺苷(ADP)、TXA₂等易激起一系列连锁反应血小板聚集形成白色栓塞,前列腺内过氧化物PGG₂、PGH₂经血小板内的血栓素合成酶作用产生TXA₂,TXA₂诱导血小板聚集,收缩血管和降低血小板内的环腺苷酸(CAMP)含量,从而发生血栓形成,因此血小板在血栓形成中起始动机制,临床上常用抗血小板药物有以下几种:

(1)阿斯匹林(Aspirin, ASA)

它具有抑制前列腺素合成作用。使花生四烯酸(AA)代谢过程中的环加氧酶(PO)活力中心乙酰化,PO是前列腺素生物合成中一个关键酶,乙酰化后酶活性被抑制、从而减少血小板内前列腺素内过氧化物和血栓素A₂(TXA₂)的生成,抑制血小板的聚集和释放。研究表明,

在血管壁中环氧化酶对 ASA 的敏感性要比对血小板的环加氧酶为低,因此小剂量 ASA 抑制 TXA₂ 的合成,而对前列环素(PGI₂)的合成影响小,每日口服 ASA 120mg 即可使血小板合成 TXA₂ 的酶 90% 受到抑制,对血小板 PCO 的抑制时间短,只有 36 小时。因此高剂量给药对 TXA₂ 和 PGI₂ 均有抑制作用,反而有增加血栓形成的可能性。临床用量一般为 150mg~300mg,每日 1 次口服或分次口服。

(2) 苯磺唑酮(Sulfinpyrazone, SPE)

可竞争性抑制环加氧酶(PCO),而且作用是可逆的,对血小板释放反应具有轻度的抑制但不延长出血时间,抑制血小板粘附于胶原,也可抑制由胶原、二磷酸腺苷(ADP)、肾上腺素等诱发的血小板聚集。半衰期为 3~5 小时,用量:每日 0.2~0.4g,口服。服药期间应定期作白细胞和血小板计数检查。

(3) 消炎痛(吲哚美辛, Indomethacin)

消炎痛有抑制血小板环加氧酶(PCO)的作用,使环内过氧化物减少,而抑制二磷酸腺苷(ADP)、凝血酶等诱发的血小板聚集反应。每日 150mg,分 3 次口服,服药 1~4 小时血中浓度达到高峰。半衰期为 7~12 小时,常见副作用为胃肠道反应,及中枢神经系统症状,可引起肝功能损害。

(4) 苯酸咪唑(Dazoxiben, VK-37248)

可选择性抑制血栓素 A₂ 合成酶,抑制血小板粘附,并可抑制花生四烯酸(AA),促进血管内皮细胞合成更多的前列环素(PGI₂)。

(5) 潘生丁(双嘧达莫, Persantin)

潘生丁为磷酸二酯酶抑制剂,使环腺苷酸(CAMP)不能降解为腺苷酸(AMP)而提高血小板中 CAMP 的浓度,而抑制血小板聚集,增强内源性前列环素(PGI₂)的活性,抑制血小板合成 TXA₂,此外可抑制腺苷酸脱氢酶对腺苷酸的破坏分解,并抑制血小板对腺苷的摄取,增加血浆中腺苷的浓度,而腺苷具有抑制血小板聚集作用。半衰期为 2~3 小时,每日口服 200~400mg,有明显的抑制作用。

(6) 噻氯匹定(Ticlopidine)

具有强烈而持久的抑制血小板聚集作用,对磷酸腺苷(ADP)诱导的血小板聚集以及抑制胶原、凝血酶、花生四烯酸(AA)等诱导的血小板聚集,可防止实验性血栓形成,激活前列腺素 E₂(PGE₂)刺激腺苷酸环化酶的活化,还可与红细胞膜结合,降低红细胞在低渗溶液中产生溶血倾向,可以改变红细胞变形性及可滤性,降低全血的粘滞度。半衰期为 24~33 小时,服药后 24~48 小时,作用就有抗血小板聚集,3~5 天后作用达到高峰,停药后仍可维持 72 小时,每日用量为 500mg,分 2 次口服,血小板抑聚率可达 80%。

(7) 前列腺素 E₁(Prostaglandin E₁, PGE₁)

PGE₁ 具有抗动脉硬化,保护血管内皮屏障,扩张血管、调整 TXA₂/PGI₂ 比值和通过增值环腺苷酸(CAMP)来抑制血小板聚集作用。用量为 100~200ug 加入生理盐水或 5% 葡萄糖液 500ml 中静脉点滴,每日 1 次。

4. 降低血液粘度疗法

降低血液粘稠度是防治和预防血栓形成的一个重要方面,此外降低血粘度还有助于纤溶、抗凝、抗血小板药物共同发挥作用,提高抗栓治疗效果。常用药物有以下几种。

(1) 维脑路通(羟乙基芦丁, Venoruton)

维脑路通能抑制血小板的聚集,有防止血栓形成的作用,同时可对抗 5-羟色胺(5-HT)、激肽引起的血管损伤,使毛细血管抵抗力增加,降低毛细血管通透性,防止血管通透性升高引起的水肿,抑制红细胞聚集和增加红细胞的柔变性,而降低血液的粘滞度。用量用法:每次 300mg,每日 2~3 次,口服;1~2g 加入生理盐水或 5%葡萄糖注射液中静滴,每日 1 次,也可加在低分子旋糖酐中静滴。

(2) 蝮蛇毒酶制剂

我国目前有多种蝮蛇毒酶制剂用于临床。

精制蝮蛇抗栓酶:复合酶制剂,主要成分有类凝血酶、激肽释放酶和神经生长因子。其药理作用主要是通过凝血酶选择性作用于血纤维蛋白原 A₂ 的精氨酸、甘氨酸之间,而裂解为血纤维蛋白肽 A,形成血纤维单体,此可溶性单体及多聚体,易被网状内皮系统吞噬及血纤维蛋白降解产物(FDP),易分解排泄,从而降低血纤维蛋白含量,抑制血栓形成。类凝血酶可激活纤溶系统,使组织型纤溶酶原激活剂(t-PA)活性增强,PAI 活性降低。发挥溶栓作用。精制蝮蛇抗栓酶中的激肽释放酶,不仅激活激肽原使激肽释放、血管扩张、改善微循环,同时间接激活纤溶系统,发挥溶栓作用。常规用量,缓慢静滴不能溶栓,用药后在 30~120 分钟后才可出现纤溶活性,首次大剂量冲击给药,再继续给药维持纤溶活性,才能发挥溶栓作用。应用蝮蛇抗栓酶前作药物皮内试验。溶栓时,首次 2.0~4.0° 加入 0.9%生理盐水 20ml 中,10 分钟内静脉推注完,继用 2.0° 溶于 0.9%生理盐水 250ml 缓慢静滴;第 2 日 2.0~4.0° 加入 0.9%生理盐水 250ml 中静滴,1~2 次;第 3 日以后 1.0~2.0° 加入 0.9%生理盐水 250ml 中静滴,每日 1 次;15~20 天为一疗程。一般用量为每日 1.0~2.0° 加入生理盐水 200~300ml 中静滴。

消栓灵:主要成分有蛋白水解酶、类凝血酶、纤溶酶和激肽释放酶,同样为复合酶制剂。其药理作用主要是通过类凝血酶降解血纤维肽 A,蛋白水解酶除在体内直接溶解纤维蛋白外,还能增强纤溶系统,纤溶酶可使纤维蛋白裂解,形成抗凝血酶Ⅲ,这些碎片具有一定的抗凝、溶纤活力,抑制纤维蛋白的形成和单体的聚合,减弱血小板的聚集。消栓灵还具有抑制 TXA₂,增强 PGI₂ 的功能,从而减少了血小板的聚集作用,激肽酶可使毛细血管扩张,有助于侧支循环的建立。用量用法:冲击疗法(限于精制消栓灵),首次消栓灵 4 支溶于生理盐水 10~20ml 中,缓慢静推,然后再将消栓灵 4 支溶于 250~500ml 生理盐水中静脉滴注,10 天为 1 疗程。常规治疗,消栓灵 2~3 支加入生理盐水 250~500ml 中,静脉点滴,10~15 天为 1 疗程。

蛇毒制剂使用时偶尔有过敏反应及出血反应,在治疗前和治疗过程中,应注意监测血小板和纤维蛋白原的变化,纤维蛋白原应控制在 1.2g/L,血小板不应低于 $800 \times 10^9/L$ 。

(3) 胰激肽释放酶(T·P·K)

胰激肽释放酶是以猪胰腺为原料提取的生物制品,胰激肽释放酶经肠道吸收进入血液循环,激活血浆激肽原,生成激肽,直接作用于小动脉和毛细血管,使其扩张,并增强毛细血管的通透性,促使血管内皮细胞产生前列环素(PGI₂),使血管扩张。通过缓激肽和组氨多肽对 X₁ 的负反馈,抑制钙离子的凝血时间,使血管内皮细胞产生 PGI₂,抑制血小板聚集效应,以防止凝血。同时也可激活纤溶酶原转变成纤溶酶,使纤维蛋白原含量下降,防止血栓形成。每日 3~6 片,饭前半小时服,分 3 次口服。6~8 周为一疗程。

(4) 脉络宁注射液

脉络宁为中药复方针剂,主要成分由玄参、牛膝等制成,具有补益肝肾、养阴清热、活血化瘀等功效。通过研究,证明脉络宁有抗血小板聚集,延长凝血酶原时间,提高纤溶活性,降低纤

维蛋白原含量,降低血液粘度,可使血细胞在损伤的内膜上粘附减少。并可使血栓中的纤维蛋白明显减少、血小板减少。用量用法:脉络宁 20~30ml 加入生理盐水或 5% 葡萄糖注射液 300~500ml 中静脉点滴,每日 1 次,15~20 天为一疗程。

(5) 丹参注射液(复方丹参注射液)

中药制剂,主要成份是丹参具有活血化瘀作用。药理研究发现丹参可改善微循环,并可抑制血小板聚集,其机制是通过调节 $\text{TXA}_2/\text{PGI}_2$ 平衡调节系统来实现的。丹参可增加纤维蛋白溶解,丹参还具有抗凝血酶的作用,总之丹参注射液具有抗凝、降低血粘度及促纤溶作用。用量及用法:丹参注射液 20~30ml 加入生理盐水或 5% 葡萄糖注射液 250~500ml 中静脉点滴,也可加入低分子右旋糖酐中静脉点滴,每日 1 次,15~20 天为一疗程。临床应用未明显副作用,使用安全,偶有过敏反应者,初次应用时需注意。

(6) 川芎嗪注射液

药理研究发现川芎嗪具有改善微循环,并可提高红细胞变形能力,降低血小板粘附性及改善血液流变性作用,并有抑制血栓形成作用。综合来看川芎嗪具有扩张血管、抗凝、抗血栓、促纤溶作用。用量用法:川芎嗪注射液 400~800mg 加入生理盐水或 5% 葡萄糖注射液 250~500ml 中静脉点滴,每日 1 次,15~20 天为一疗程,使用安全。

(7) 低分子右旋糖酐(Dextran, D-40)

低分子右旋糖酐是一种高分子葡萄糖聚合物,除了具有显著的扩充血容量作用外,还可通过增加红细胞和血小板表面的负电荷,来抑制其聚集作用,同时 D-40 也有一定的解聚作用,从而降低血液粘度,D-40 还具有保护血管内皮细胞作用,从而减少血液流动的摩擦力,防止血小板粘附于受损伤的血管内膜上,并可激活纤溶酶原活化物质(t-PA)和降低纤溶抑制物,来产生抗栓作用。用量及用法:每日静滴 500ml,15~20 天为一疗程,通常配合丹参注射液、维脑路通等静脉点滴,偶有过敏反应者,使用时需注意。

(8) 山莨菪碱(654-2)

654-2 为 M-胆碱受体阻滞剂,能明显改变血液流变性质和降低血液粘度。用量及用法:654-2 10~30mg 加入生理盐水或 5% 葡萄糖注射液 250~500ml 中静脉点滴,每日 1 次,15~20 天为一疗程;口服,每日 30~60mg,分 3~4 次口服。

(三) 手术治疗

下肢深静脉血栓形成的手术治疗多侧重于下肢深静脉血栓形成后综合征的治疗,其原因主要是由于就诊的病人大都为发病后一段时间方来就诊,或虽然就诊尚早,但未得到血管专科的系统治疗,用药不当,不合理,使这些病人往往遗留程度不同的后遗症。

急性期下肢深静脉血栓形成的手术治疗为取栓术,有传统的切开取栓术及 Forgarty 导管取栓术;而其它的手术方式则是针对下肢深静脉血栓形成后遗症出现不同的并发症有所侧重,现介绍如下:

1. 取栓术

(1) 适应症

从理论上讲取栓术是最直接最有效的治疗方法,取出血栓后,静脉复通,血液回流障碍解除。但在临床上适合取栓术的病人却很少,其主要原因是静脉内血栓形成后,血栓与静脉内膜粘连,2~3 天后血栓内水分吸收,血栓开始变硬与内膜粘连更紧密,取栓困难,附在瓣膜上的

血栓将瓣膜破坏,而使瓣膜失去功能。即使取栓成功,但静脉瓣膜失去定向作用,出现深静脉血液的倒流,随之带来一系列的问题,临床上出现由于深静脉血液倒流而产生的并发症。另一方面,静脉壁薄,静脉血自身的血流速度慢,取栓后可以再次发生血栓形成,使手术失败,因此文献报道,取栓术效果良好和显著的约为40~75%,仍有相当一部分效果不佳,对于静脉血栓形成是否取栓,现尚有争论,有不同的看法。

主张手术者认为,手术可迅速解除静脉阻塞,患肢粗肿胀痛缓解快;血栓取出后,可以保护静脉瓣膜,防止血栓对瓣膜的破坏作用,减少静脉血栓后遗症的发生;取栓能有效地防止肺动脉栓塞,而药物治疗并不能有效防止肺动脉栓塞,并且仍较多遗留静脉血栓后出现的后遗症。因此主张取栓。

不积极支持手术取栓者认为,取栓术很难把静脉内血栓完全取尽,特别是分支静脉内的血栓,不可能完全取尽,取栓之后再发血栓率仍很高;此外在临床上有时很难确定血栓形成的确切时间,取栓能否成功无一定把握;血栓与静脉粘连不易取栓,同样手术也会使静脉瓣膜破坏,最后也会导致深静脉血液倒流,术后发生静脉血栓后遗症;而新一代溶栓剂为主的综合治疗,就可获得良好的治疗效果,因此可以不取栓不手术治疗。

虽然在治疗上有分歧,但是严格掌握好手术指征,取栓之后,继续应用抗栓疗法,手术加上抗栓治疗的效果仍优于单纯药物治疗,笔者同意此种观点,但需严格掌握手术的指征是非常重要的。

取栓术的适应症为,血栓的位置在髂静脉、股静脉,血栓局限,由小腿静脉血栓蔓延至髂股静脉者取栓效果不佳;突然发病,患肢疼痛不重,以血栓为主者效果佳;患肢疼痛显著,以静脉炎症为主者效果差;发病在48小时之内,患肢高度广泛粗肿,如果超过72小时,取栓效果差;严重股青肿应尽快取栓,单纯抗栓药物治疗效果不佳,尽管取栓可能不一定取尽,但只有手术才有可能挽救肢本,减少肺动脉栓塞的并发症,术后配合抗栓治疗。因此取栓术适合于突然发病,不超过48小时,血栓局限于髂股静脉的患者。而严重股青肿虽然取栓效果不一定理想,也要考虑取栓。

(2) 麻醉方法

连续硬膜外麻醉。

(3) 术前准备

因系急症手术,检查不一定完善,查血常规、血型、出凝血时间、血生化、心电图检查术前备全血400~600ml,术前插尿管。准备血管手术器械,如5-0无创伤性血管缝合线、血管夹、显微持针器、镊子、血管外膜剥离钳、冲洗针头等。

(4) 手术步骤

平卧位,切口起自腹股沟部股动脉搏动处斜向内下纵形切口,长约15cm,依次切开,注意保护大隐静脉及大隐静脉属支,不能损伤这些静脉回流的通道,切开深筋膜后,向远、近端延长,显露血管鞘,用手触摸股动脉搏动的确切位置后,打开血管鞘,游离出股动脉,分离时,需小心勿要损伤深面的股静脉,用胶皮膜将股动脉向外牵开,即可见到深层股静脉前壁。被血栓充满的静脉呈紫黑色,较正常增粗,触之饱满硬韧感,沿静脉外膜游离显露出股总静脉、股浅静脉、股深静脉后,用胶皮膜阻断带或血管夹分别阻断以控制血流,备好吸引器,以利刀沿股总静脉前壁纵形切开一段长度为1.5~2.5cm,切开后即可见到血栓,先将切口处血栓块取出,然后用吸引器持续吸引出切口近端血栓,直到血栓取出,近端出血涌,说明近端静脉血栓已取出。阻

断近端股静脉,然后取远段静脉内的血栓,患肢抬高,术者用双手自小腿远端向近端挤压小腿,通过挤压排出远端静脉内的血栓,伴随着血栓块的排出,如果有大量的血流涌出,说明远端血栓已取出。重新阻断血流,肝素钠 50mg(6250^u)加入生理盐水 500ml 中静脉点滴,检查大隐静脉及股深静脉有无血栓,如有也应尽量取尽,检查完毕后,准备缝合关闭静脉切口,用肝素盐水(肝素钠 50mg 加入生理盐水 500ml)冲洗静脉切口内的血凝块,将切开处的静脉外膜剥除少许,防止缝合时带入血管腔内,导致血栓形成。用 5-0 无创伤血管缝合线连续缝合关闭切口,为防止吻合口血栓形成及促进细小静脉内的血栓溶解,可用细针穿刺患肢股动脉,注入肝素盐水 3050ml 及尿激酶 10 万^u,清点器械,检查静脉缝合口无渗血,缝合血管鞘,静脉缝合口如果有少量渗血,可用热盐水纱块按压片刻即可止血。切口内放置引流管,缝合切口,引流管术后接负压引流。

Forgarty 导管取栓是在切开静脉壁后,将 Forgarty 水囊导管自切口先后向近远端插入,近端插入至下腔静脉与髂静脉交界处,注入肝素生理盐水,使球囊充盈后,反向抽出,此时血栓块随充盈的球囊被拖出,并伴有大量静脉出血,将近端股静脉阻断。然后将 Forgarty 导管插入远端股静脉至腘窝部,注入肝素盐水使球囊充盈后抽出导管,取出远端静脉内的血栓。为防止血栓脱落,也可从健侧作切口从健侧大隐静脉插入 Forgarty 导管至下腔静脉,一般在第 2 腰椎水平,注入肝素盐水使球囊扩张充盈阻断下腔静脉,防止破碎的血栓脱落引起肺动脉栓塞,然后再从患侧插入 Forgarty 导管抽拖出血栓。

(5) 术后处理

术后处理同等重要,是防止再血栓形成的重要环节,继续抗栓治疗。术后即进行小腿挤压,使小腿肌肉被动运动,可采用机械踏板或气囊、电刺激的方法,持续 24~48 小时,有节律挤压,促使下肢静脉血回流,防止血流滞缓,而发生血栓形成。保持患肢抬高,也是为了下肢静脉血回流,减少血流的滞缓。使小腿肌肉被动活动,是行之有效的措施,临床上不应忽视。

抗栓治疗,应用尿激酶 10~20 万^u 加入生理盐水 300ml 中静脉点滴,每日 1 次,或尿激酶 10 万^u 加入生理盐水 20ml 中,自患肢足背浅静脉推注每日 1 次,术后连续应用 3~5 天。术后即用维脑路通 1500~2000mg 加入低分子右旋糖酐中静脉注射,每日 1 次,连续应用 10~15 天。肝素钠 50mg(6250^u),自术后第 1 天起,皮下注射,第 12 小时 1 次,连续应用 3~5 天。防止血管痉挛,扩张血管,应用罂粟碱 60mg,肌注,每日 3~4 次,术后即用,连续应用 5~7 天。配合口服抗血小板药物,肠溶阿斯匹林 50mg、潘生丁 50mg,每日 3 次,术后应用 3 个月以上,预防血栓形成。在术后还可选用其它的药物如,丹参注射液 20~30ml,川嗉注射液 400~800mg,蝮蛇抗栓酶 0.75~1^u 等加入生理盐水或 5% 葡萄糖注射液静脉点滴。

控制预防感染。切口处的感染一是可引起静脉切口处的出血,二是感染会导致静脉周围炎症反应,诱发静脉血栓形成,因此术后应用抗生素仍有必要。可应用青霉素 800 万^u 加入生理盐水 500ml 中静脉点滴,青霉素过敏可应用头孢唑啉钠 5~6g,静脉点滴,或分 2 次静脉推注。配合应用抗厌氧菌药物,0.2% 甲硝唑 250ml 静脉点滴,每日 1 次。如无感染迹象,抗生素应用 5~6 天后可停用。

切口内引流管手术后 36~48 小时拔出。术后观察患肢粗肿变化,小腿腓肠肌饱满硬韧变化,腿围周径的变化,从而判定手术的疗效。如能用超声 Doppler 检查静脉血流情况,可更准确判定静脉复通情况,如在股静脉腹股沟处听到随呼吸变化的静脉血流音,表明静脉通畅,如仅能听到加强音(挤压小腿肚后,可听到静脉血流音,出现静脉波形),说明股静脉部分通畅。当然

术后行下肢静脉顺行造影检查,是最准确可靠的方法,可直接显示静脉复通情况,判定取栓效果。

术后病人应早期下床活动,活动时穿弹力医疗袜,预防下肢深静脉血栓形成,并有助于下肢静脉血的回流。

停用静脉抗栓药物,病人仍需口服抗栓药物 3~6 个月,常用药物有阿斯匹林、潘生丁,以预防血栓形成。

2. 大隐静脉—股静脉旁路转流术

(1) 适应症

适用于下肢静脉血栓局限于髂静脉及股总静脉,而股浅静脉通畅,虽然药物治疗已施行,但患肢粗肿未有明显减轻,小腿仍有饱满硬韧感,静脉回流障碍明显,下肢静脉顺行造影检查系髂股静脉仍没有通畅,而股浅静脉通畅,远端没有血栓。

手术原理是利用健侧大隐静脉游离后,经耻骨上皮下隧道,与通畅的股浅静脉吻合,使患肢静脉血经吻合口,流向健侧大隐静脉,回流至健侧深静脉,以减轻患肢静脉郁血,即增加静脉回流的通路。健侧大隐静脉必须通畅无病变,手术的效果受自身大隐静脉的制约,大隐静脉管径粗,管壁厚,转流之后的回血量就多,反之大隐静脉管径细、管壁薄,有分支多,经扩张后大隐静脉管径仍细,转流之后的血流量必然受到限制,将影响手术的效果,不能完全代偿深静脉回流量。

(2) 术前准备

术前化验血、尿常规,血型、出凝血时间,肝功能、血糖,心电图、血液流变学检查。

术前常规行患肢静脉顺行造影术,明确手术适应症。

准备好器械,5-0 无创伤性血管缝合线、血管夹、显微持针器、镊子、剪刀、血管外膜剥离钳,蚊式血管钳、长卵圆钳、吸引器、冲洗针头、1-0 丝线等。

术前插尿管,一般不用备血。

(3) 麻醉方法

连续硬膜外麻醉或全身麻醉。

(4) 手术步骤

平卧位,首先暴露患肢的股静脉和隐股静脉结合部;切口起自腹股沟部股动脉搏动内侧,斜向内下沿动脉走行纵形切开,切口长约 15cm。依次切开后,注意保护大隐静脉与大隐静脉根部属支,由于静脉血栓之后,细小静脉扩张,因此应仔细止血,腹股沟部淋巴结、淋巴管注意结扎,防止术后并发淋巴瘘,切开深筋膜后向远、近端延长,近端可见到卵圆窝,触摸动脉一段长约 6cm,用胶皮膜将其牵向外侧,股动脉下方深面即为股静脉,自股静脉两侧沿静脉外膜,游离出股静脉,检查股静脉,注意有病变的股静脉外形不规整与周围血管鞘有粘连,分离时要小心,勿要撕裂损伤静脉,避开韧硬与周围有粘连的股静脉,选择股浅静脉充盈、柔软、光滑的位置为吻合点,用血管外膜剥离钳将吻合口处的静脉外膜剥除,在吻合口的远、近端用胶皮膜环绕,以备阻断静脉血流,注意选取的吻合点,不能太靠近有血栓的部位,应稍离开一段,以确保吻合顺利。

切取健侧移植大隐静脉:在健侧腹股沟部股动脉搏动内侧,行斜向内下纵形切口,共作 3~4 个切口,一般要达膝关节内侧上方,充分游离出大腿段大隐静脉,大隐静脉根部属支应保护,不应切断结扎。其余分支切断后用 1-0 丝线双重结扎,注意结扎线结不能太靠静脉壁,防

止结扎时造成静脉的狭窄。在膝内上方切断大隐静脉,切断大隐静脉的远端结扎。游离段自皮下隧道由腹股沟切口处引出。在大隐静脉入股静脉处以血管夹阻断,将冲洗针头插入远端大隐静脉的游离端,注入肝素盐水并加压使静脉扩张,并用血管外膜剥离钳剥除松解狭窄处的静脉外膜束带,并检查大隐静脉有无裂口漏水处,未被结扎的分支用1-0丝线双重结扎,静脉壁上的裂口只能用5-0无创伤性血管缝合线8字缝合修补,宜结扎防止结扎导致静脉管腔的狭窄,注入肝素盐水后,退出冲洗针头,游离端暂时结扎。

建立耻骨上皮下隧道:在健侧腹股沟切口的近端用卵圆钳及长弯止血钳在皮下脂肪层中分离,通过耻骨联合的上方,至患侧腹股沟切口近端皮下脂肪层中穿出,形成一皮下隧道。分离时操作需轻柔,防止操作时过于粗暴撕裂静脉分支,出现皮下隧道的出血及渗血,一旦出血较多,很难准确止血,有时需切开皮下隧道止血,如没有止血,耻骨上易形成皮下血肿,局部肿胀高起。皮下隧道穿线带以便通过时顺利,将游离端大隐静脉上的牵引线,通过线带的导引从健侧自耻骨上皮下隧道引至患侧腹股沟切口。注意大隐静脉不能扭曲,在穿过大隐静脉前要仔细检查,确认大隐静脉的方向位置,可利用大隐静脉的分支或结扎的线结,也可在大隐静脉穿过皮下隧道,至对侧腹股沟切口后,为防止扭曲,开放大隐静脉根部血管夹,使大隐静脉充血自然伸展,如有扭曲,自行即可矫正,此点甚为重要,否则吻合之后,出现扭曲还要拆开二次吻合。

完成大隐静脉与股静脉的吻合:在股静脉上所选取吻合口的远、近端以阻断带阻断后,在股静脉壁上作一椭圆形口,肝素盐水冲洗后检查其内膜有无病变,如无明显异常,剪取大隐静脉至股静脉吻合口适宜长度,略有一定的张力,大隐静脉不过于松弛,也不能过紧,大隐静脉游离端修剪成斜形,口径与股静脉相一致,使大隐静脉与股静脉的夹角不应大于 45° ,大隐静脉吻合处的外膜剥除0.5cm,肝素盐水冲洗后,行大隐静脉与股静脉的端侧吻合,首先检查大隐脉有无扭曲,以两点法固定吻合口的上、下端,以5-0无创伤性缝合线U字形缝合固定,遵循先难后易的原则,连续缝合完成两侧的吻合。完成转流:先开放大隐静脉阻断带,然后再开放股静脉阻断带,吻合口少量渗血可用热盐水纱布压迫3~5分钟,即可止血,如有漏血处,需再用5-0无创伤性管缝合线缝补止血。观察大隐静脉充盈通畅情况,确认转流是否成功。

检查无出血点,患侧腹股沟切口处放置引流管一根,接负压引流,必要时皮下再放置橡皮膜引流。

(5) 术后处理

术后患肢应抬高,并行患肢小腿的挤压,使小腿肌肉收缩,使静脉血回流加快,并减少下肢静脉的郁滞,持续24~48小时,是防止吻合口血栓形成的重要措施。

应用抗栓药物,尿激酶、低分子右旋糖酐、维脑路通、肝素、罂粟碱、阿斯匹林等均需应用,防止移植大隐静脉的阻塞。

应用抗生素,防止吻合口感染,导致血管手术的失败。

术后观察病人下肢肿胀情况,可用超声 Doppler 检测大隐静脉通畅情况,耻骨上为理想的检查位置,可以听到静脉血流音说明大隐静脉畅通,转流成功,如果听不到静脉血流音或挤压患肢小腿后仍然听不到静脉血回流加强音,说明转流术未成功,需进一步查找原因,及早发现及早处理

术后处理可参考取栓术术后处理,病人在术后半年每年复查一次。

术后病人应坚持穿用弹力医疗袜,少站立、少行走,以防止后遗症的发生,耻骨上方应防止挤压或外伤。

3. 原位大隐静脉—腓静脉旁路转流术

(1) 适应症

原位大隐静脉—腓静脉旁路转流术,适用于下肢深静脉血栓形成,血栓局限于股浅静脉,股浅静脉闭塞不通,而大隐静脉汇入股静脉近端以上通畅,腓静脉通畅。

手术原理是利用患侧大隐静脉与闭塞段远侧的腓静脉吻合,使小腿的静脉血,经腓静脉、大隐静脉与腓静脉之间的吻合口,进入大隐静脉回流入深静脉。即闭塞静脉远侧的静脉血流改从大隐静脉而回流入深静脉,从而减轻下肢静脉郁血。

(2) 麻醉方法

连续硬膜外麻醉或腰麻。

(3) 术前准备

术前化验血、尿常规,血型、出凝血时间,肝功能,血生化,血糖,心电图,血液流变学检查。

术前常规行下肢静脉顺行造影术,明确手术适应症,尤其注意大隐静脉是否通畅,腓静脉的长度是否可行吻合,周围有无粗大的静脉支等。

准备血管器械,5—0 无创伤性血管缝合线、血管夹、显微血管器械、吸引器、神经拉钩等。参照前节器械准备。

术前插尿管,一般不用备血。

(4) 手术步骤

平卧位,患肢外展外旋位,取小腿前内侧上 1/3 处切口,依次切开,注意保护大隐静脉勿要损伤。游离出大隐静脉一段,长度能与腓静脉相吻合,切断的大隐静脉分支用 1—0 丝线双重结扎,以防线结脱落,发生漏血。在切口上段内侧切开腓窝筋膜,保护好胫神经,以胫神经为标志,游离显露出腓静脉一段长约 4~5cm,选择好吻合口的位置,检查静脉壁是否光滑、柔软。剥除吻合口处的静脉外膜,由于静脉壁薄,以血管外膜剥离钳分离时勿要损伤静脉壁,吻合口的选择应避开静脉瓣窦部,吻合口的远、近端以胶皮膜阻断以控制血流。量取大隐静脉取合适长度,大隐静脉断端修剪成斜面,并将静脉外膜剥除 0.5cm 一段,使大隐静脉与腓静脉的夹角越小越好,腓静脉壁上修剪成一椭圆形口,长轴不小于 1.5cm,以保证吻合口通血顺利,口径应与大隐静脉斜面口径相一致,肝素盐水冲洗后,清除血凝块,两点法,以 5—0 无创伤性血管缝合线,U 字形缝合固定吻合口的上、下端,遵循先难后易及血管缝合原则,连续缝合两侧完成大隐静脉与腓静脉的端侧吻合,开放阻断带后,如有漏血处以 5—0 无创伤性血管缝合线 8 字缝补止血,少量渗血以热盐水纱布压迫 3~5 分钟即可止血,此时静脉血液经吻合口进入大隐静脉回流入深静脉,切口内放置引流管一根接负压,缝合切口时注意勿使大隐静脉受压。

(5) 术后处理

术后患肢抬高,并行患肢小腿的挤压,或嘱病人作足背屈运动,以防肢体静脉血流滞缓血栓形成。

术后应用抗栓药物,及抗生素,也是为了防止吻合口的血栓形成。

术后要用超声 Doppler 检查大隐静脉血流情况,挤压小腿后如能在大隐静脉走行位置上,听到静脉血流加强音,说明吻合口通畅,转流成功,必要时行下肢静脉顺行造影术,更准确显示转流情况。

术后处理具体抗栓治疗,见前取栓术的治疗章节。

附:动静脉瘘手术

用于大隐静脉—股静脉转流术,在健侧大隐静脉与患侧股静脉端侧吻合口的远端,股动脉与股静脉之间作暂时性动静脉瘘;或用于原位大隐静脉—腘静脉旁路转流术中,在患侧远端胫后动脉与大隐静脉之间作暂时性动静脉瘘,动脉血经大隐静脉与小腿深静脉之间的交通支回流入深静脉,再通过大隐静脉与腘静脉吻合口。

在血栓取净和恢复血流之后,在股浅动脉与股浅静脉之间,作暂时性动静脉瘘,是为了提高静脉通畅率,降低术后再发血栓形成的并发率。利用动静脉瘘高压动脉血的冲击,血流速度加快,可有效地防止静脉的血栓形成,保证手术成功。

a. 手术步骤

以大隐静脉—股静脉转流术为例,在完成大隐静脉—股总静脉吻合后,取健侧一段大隐静脉长约3cm,倒置之后,远端与股浅动脉吻合,近端与股浅静脉吻合,分别在股浅动脉和股浅静脉壁上作小口,与移植的大隐静脉口径一致,外膜修剪后,先吻合大隐静脉与股浅动脉,端侧吻合,两点法固定吻合的上、下端,再连续缝合吻合口的两侧,然后再吻合大隐静脉与股浅静脉。注意移植的静脉不能过长,防止吻合之后移植静脉扭曲,移植静脉下方穿7号丝线,并放置皮下,以备二期手术时结扎移植静脉,以关闭瘘口。结扎的时间一般在术后3~6个月之间。

b. 术后处理

如暂时性动静脉瘘成功,则在瘘口的位置可用听诊器闻及连续性血管杂音。

高位动静脉瘘,动脉血流的作用,也会使下肢瘘口远侧的静脉血回流受影响,因此术后患肢肿胀很可能会加重,给病人带来一些不便,有时病人不宜接受。

根据情况,在3~6个月之间,二次手术,找到放置的丝线,结扎移植的大隐静脉关闭瘘口,关闭后下肢肿胀可明显减轻。

4. 半腱肌—股二头肌肌腱腘静脉代瓣术

(1) 适应症

腘静脉代瓣术适应于髂股静脉血栓形成后静脉复通型。下肢深静脉血栓形成根据其病理及病程发展分3种类型:Ⅰ型:下肢深静脉主干完全闭塞,见于血栓形成6个月以内的患者;Ⅱ型:下肢深静脉部分再通型,按其再通程度又分为Ⅱa型,即闭塞大于再通,Ⅱb型,即再通大于闭塞;Ⅲ型:下肢深静脉完全再通,多见于发病超过5~10年的患者,静脉造影显示主干深静脉成为连续性管道,瓣膜影消失,静脉血液有倒流。因而腘静脉代瓣术适用于下肢深静脉血栓形成Ⅲ型和部分Ⅱb型的病人,不适合于完全闭塞的病人。

腘静脉代瓣术又称腘静脉外袢成形术,其作用机理是利用肌袢的阻挡来防止深静脉血倒流。下肢深静脉血栓形成后,静脉血栓机化后再通,瓣膜功能破坏,出现深静脉血液由于失去瓣膜的阻挡作用,除向近心端回流外,还会向远端逆流,出现下肢远端静脉高压。当半腱肌—股二头肌肌袢形成后,在小腿腓肠肌收缩时,下肢静脉血回流,此时肌袢松弛,不影响静脉血回流;而当小腿腓肠肌松弛时,由于半腱肌—股二头肌收缩,而使肌袢也收紧,从而对腘静脉产生压迫,而使腘静脉暂时关闭,此时深静脉血流(腘静脉近段)将不能通过腘静脉关闭处,阻止了深静脉血液向小腿深静脉的逆流,也就减轻了小腿下肢静脉郁血。需要指出的是,肌袢只有在患者行走时,才能发挥作用,而当病人静止不活动时,肌袢不能真正起作用,静脉血倒流仍然存在。

腘静脉代瓣术适用于下肢深静脉血栓形成后全下肢深静脉主干(髂静脉、股静脉、腘静脉)完全再通,深静脉造影呈连续性管道,多见于病程为10~20年的患者,有明显的交通支瓣膜功

能不全和浅静脉扩张,小腿往往有色素沉着及溃疡形成。

(2) 麻醉方法

连续硬膜外麻醉

(3) 术前准备

术前化验血、尿常规,血型,出凝血时间,肝功能、血糖,胸透、心电图。

术前常规行患肢静脉顺行造影术,明确手术适应征。

准备自动拉钩,1-0 细丝线、3-0 无创性缝合线,神经拉钩等。

(4) 手术步骤

俯卧位或侧卧位。在腘窝部行“S”形切口,起自腘窝横纹上方外侧纵切口至腘窝呈横形切口,至内侧向下方延长。依次切开,打开腘筋膜,首先显露出胫神经及腓总神经游离后牵开保护,以胫神经为标志,显露出深面的腘静脉,游离腘静脉时勿要损伤静脉分支及腘窝部淋巴结、淋巴管。在腘静脉与腘动脉之间分开长约 3cm 的一段间隙。在腘窝内侧找到半腱肌,在其止点胫骨嵴处切断,在外侧股二头肌剖开宽约 1cm,长约 12cm 的腱片,游离缘对扰以 1-0 丝线间断缝合,呈一索条状,股二头肌渗血面予缝合止血。将半腱肌穿过腘静脉与腘动脉之间,且肌袢穿行于腓总神经的深面,以防牵拉压迫神经。将半腱肌与股二头肌肌腱游离端重叠缝合 1cm,重叠时两肌腱重叠部分必须修剪成薄片状,重叠缝合处不能形成突起硬结,且缝合处不能恰在腘动脉与腘静脉之间,以免股袢收缩时损伤静脉,与腘静脉接触的肌腱应是光滑的,重叠缝合时可用 3-0 无创性血管缝合线,或用 1-0 细丝线。所形成的“U”字形肌袢不能太长或太短,太长不能产生压迫阻挡腘静脉的作用,太短则会导致持续压迫而影响深静脉血液回流,一般以提起股袢,高出皮肤表面 4~5cm 为宜。缝合切口后为减少粘连可经预留的导管注入强的松龙 25mg,并注意缝合时不要缝扎神经。

(5) 术后处理

术后应早期下床活动及活动患肢,防止肌袢粘连,应嘱病人作膝关节的屈伸运动,下床活动时穿弹力医疗袜,否则也可能术后影响患肢膝关节的功能。

抗栓治疗,术后即用维脑路通 1000~1500mg 加入低分子右旋糖酐中静滴,每日 1 次,连续应用 7~10 天,或术后应用尿激酶 5~10 万^u 加入生理盐水中静滴,每日一次,术后应用 5~7 天。配合口服抗血小板药物,肠溶阿斯匹林 50mg、潘生丁 50mg,每日 3 次,应用 15~20 天。以预防术后并发深静脉血栓形成。

预防切口感染,往往在止血不彻底,局部有渗血渗液时,容易合并细菌感染。术后常规应用抗生素,如青霉素、庆大霉素或先锋霉素等。

6. 大网膜移植术

(1) 适应症

大网膜移植术适用于下肢深静脉血栓形成而不适合作其它血管重建术的患者,患者有较明显的症状和体征,下肢静脉血回流障碍,没有腹部手术史。

大网膜移植术的作用机理是利用大网膜丰富的血管与患肢建立侧支血管,而使下肢静脉血回流障碍得到减轻,使下肢静脉血及组织液能够经大网膜血管回流一部分,或是取大网膜静脉与下肢扩张的侧支静脉吻合,使下肢静脉血通过大网膜静脉,直接回流入门静脉,可更好改善下肢静脉郁血。

(2) 麻醉方法

连续硬膜外麻醉或全麻。

(3) 术前准备

术前化验血、尿常规,血型,出凝血时间,肝功能、血糖,胸透,心电图,血液流变学检查等。

准备显微血管器械。

术前1~2天开始预防性应用抗生素。

术前需插胃管、尿管。

(4) 手术步骤

平卧位,上腹部正中切口,大网膜打开腹腔,沿横结肠将大网膜组织切断并结扎小血管分支。再沿胃大弯分离网膜血管与胃分支血管,血管应结扎牢固,按照大网膜血管走行,作大网膜充分切割延长,以能伸展至最长为原则。延长后的大网膜可在腹腔内引出,或经腹壁皮下隧道由腹股沟部切口引出,腹股沟部作纵形切口,平铺于股内侧深筋膜下,尽量向下延长。为进一步提高效果,可选择大网膜静脉与腹股沟部属支静脉行对端吻合,以增加下肢静脉血回流的通路。

(5) 术后处理

防止术后粘连性肠梗阻的发生,术中仔细操作,止血要彻底。

术后继用抗生素以预防切口的感染,可选用青霉素或先锋霉素。

术后系腰带不可过紧,以防压迫影响网膜血流的回流。

7. 静脉瓣膜移植术

(1) 适应症

静脉瓣膜移植术适用于下肢深静脉血栓形成后完全再通,瓣膜功能破坏,深静脉血倒流。下肢静脉郁血高压。

手术原理是利用移植一段正常静脉中的瓣膜来起到阻挡深静脉血倒流的作用,将移植的静脉植入血栓形成后的静脉中,依靠移植的瓣膜再重建深静脉瓣膜。

(2) 术前准备

术前化验血、尿常规,血型,出凝血时间,血生化、血糖,心电图等。

准备血管器械同前。

术前必须行上下肢静脉顺行造影术,以观察所取上肢肱静脉或腋静脉有无异常,瓣膜是否清晰显影,确定所取静脉的位置。确定下肢深静脉是否完全再通。

(3) 麻醉方法

采用全身麻醉比较适合。

(4) 手术步骤

暴露患肢股总静脉、股浅静脉和股深静脉:平卧位,切口在腹股沟部股动脉搏动内侧斜向内下纵形切口,长约15cm,依次切开,注意保护大隐静脉及其根部属支,尽量不切断。切开深筋膜后,再向远近端延长深筋膜切口,触摸股动脉搏动位置后,暴露股动脉血管鞘,打开血管鞘,游离股动脉并用胶皮膜向外牵开,即可解剖暴露股总静脉、股浅静脉和股深静脉。移植的静脉段在股深静脉的远侧,将股浅静脉游离一段,用胶皮膜环绕后备用以准备在吻合时阻断血流。

切取移植的肱静脉或腋静脉:上臂内侧纵形切口长约10cm,依次切开,切开深筋膜,游离显露出肱静脉或腋静脉,注意保护尺神经及正中神经,根据术前造影定位,切取一段带有瓣膜的静脉,长约2cm,结扎断端,切取的静脉放入肝素盐水中,注意标记好移植静脉的远近端。

重建瓣膜功能:在股深静脉远侧切断股浅静脉,先吻合股浅静脉远端,移植静脉的远端与股浅静脉远端吻合,将吻合口处的静脉外膜剥除少许,两点法固定吻合口后,用5-0无创性血管缝合线连续缝合完成吻合。然后再吻合移植静脉的近端与股浅静脉的近端,注意移植静脉不能扭曲。

(5) 术后处理

术后处理同前,主要是抗栓治疗,防止移植静脉血栓形成,预防切口感染,防止切口感染裂口导致手术失败,下床活动后穿弹力医疗袜,减轻下肢静脉郁血。

(四) 其它疗法

正负压对四肢血管疾病的治疗主要是通过对四肢中小动脉和毛细血管的作用来改善动脉微环和微循环,同时在正压周期时对静脉起收缩作用可使静脉血回流增多,使下肢水肿减轻,另一方面压力变化作用于淋巴管,而促进淋巴流动,加速淋巴回流,而使淋巴水肿减轻。

采用坐位进行,正压压力>负压压力,正压周期时脚趾皮肤颜色变化就能确定所给压力是否疗效满意。

以zfj-型正负四肢血管病治疗机(天津市医器械厂)为例,治疗从5分钟开始,并逐渐增加时间,最长不超过15分钟,一般每天治疗一次,每天每次增加1分钟,经过4—5次后,病人能耐受时,则可增加到15分钟。开始时下正压为0.008mpa,以后可增加至0.009mpa,负压为0.005—0.006mpa。正压持续时间为9秒,负压持续时间也为9秒。使用时注意充气密封橡胶圈要按照病人肢体的粗细选用,充气密封橡胶圈的压力只要能保证治疗仓不漏气就可以,一定不能过高,以免阻碍血液循环。

第四章 大动脉炎

第一节 概述

大动脉炎(Aortitis, Takayasu's disease),又称无脉症、主动脉弓综合征、高安氏动脉炎、Takayasu's 动脉炎等,是一种原因未明,主要侵犯主动脉弓及其主要分支的慢性非特异性炎症性动脉疾病,病变的动脉呈局限性狭窄或闭塞,引起动脉供血不足使病变部位的器官组织产生缺血的一种疾病。

近年来研究发现表明,大动脉炎属于一种自身免疫性动脉闭塞性疾病,其临床表现也较为复杂。

在我国大动脉炎的发病率也比较高,是常见的慢性动脉闭塞性疾病,本病好发于女性患者,男女之比为1:8,发病年龄1~60岁,以20~30岁最多,30岁以下发病者占89%。

由于病因未明,故在治疗、预防上目前仍有许多问题未有解决。中医认为此病属“脉痹”范畴,属气血瘀阻,脉络不通。近几十年来中医治疗大动脉炎取得了较满意的疗效。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一)病因

目前本病发生的病因尚未明确,但是与下列因素有密切关系。

1. 感染因素

据报道大动脉患者中,48%的患者有结核杆菌感染的历史,86%的患者结核菌素试验阳性。除此以外,部分患者在动脉周围及主动脉旁可以发现结核灶。另外,还有报道大动脉炎在发病中常伴有呼吸道感染,表明与链球菌感染也有关。由于大动脉炎常有关节疼痛、肌肉酸痛、低热等风湿症状,病人血沉快,抗“O”增高,一些学者认为大动脉炎的发病与风湿有关。

2. 雌激素分泌过多

大动脉炎患者中女性居多,研究发现大动脉炎患者中雌激素水平维持在高水平,而雌激素过多,可导致主动脉肌层萎缩、坏死或钙化。

3. 自身免疫反应

近年来许多研究发现,认为大动脉炎是一种自身免疫性疾病。其机理是细菌感染诱发主动脉壁具有抗原性,而机体内的免疫活性细胞对它不能识别,与自身抗原接触后,产生大量抗大

动脉抗体,抗原抗体反应导致大动脉炎的发生。

(二)病理

大动脉炎病变主要累及弹性动脉,主要发生于升主动脉、主动脉弓、主动脉弓大分支(即无名动脉、锁骨下动脉、颈总动脉)。其次是胸腹主动脉、肾动脉。其它大动脉如髂动脉、肠系膜动脉、腋动脉也可累及。病变动脉呈节段性分布,动脉壁呈弥漫性或不规则增厚及缩窄,管腔狭窄或闭塞,可伴有血栓及囊状动脉瘤扩张。在病变的早期动脉有淋巴细胞、浆细胞和巨噬细胞浸润,动脉外膜广泛粘连和增厚,动脉中层弹力纤维断裂肿胀,可见肉芽肿性炎症。随后动脉中层弹力纤维碎裂、坏死而增厚或变薄,内膜也增生纤维化。晚期细胞浸润消失、血管壁的肌性组织和弹性纤维广泛纤维化,管壁增厚、硬化、缩窄,动脉管腔呈现狭窄或闭塞。偶尔在管壁薄弱之处,动脉管腔扩张而形成动脉瘤。

根据病变特点,大动脉炎一般分为四种类型。

I型(头臂动脉型):病变局限于主动脉弓及其分支,可累及一个主要分支也可同时累及多个分支。

II型(胸腹主动脉型):病变在胸腹主动脉,包括肾动脉、腹腔动脉或其主要分支、肠系膜动脉、髂动脉狭窄或闭塞。

III型(混合型):病变范围包括I型合II型。

IV(肺动脉型):病变在肺动脉,此型单独存在者少,多与上述各型并存。

二、中医病因病机

(一)病因

祖国医学文献中,尚没有对此病完整确切的记载。根据大动脉炎的临床表现,结合中医的有关论述,把大动脉炎可归“脉痹”、“眩暈”等范畴。其发生多与感受外邪、情志内伤、先天禀赋不足,导致气虚血瘀、气血瘀阻、经脉闭塞、气血运行不畅。与心、脾、肾三脏有密切关系。

1. 寒邪内侵

脉为血之府,是气血运行的通路,血脉通畅,气血运行才能正常,寒邪侵袭,寒凝则血瘀,瘀血内停,影响脉道通利,故气血运行不畅。

2. 情志内伤

忧思恼怒,影响脏腑功能。肝的主要生理功能是主疏泄、藏血。肝主疏泄才能保证气机的疏通畅达,才能维持血的流畅。若肝气郁结,肝失疏泄,则气机不畅,气滞则血瘀。或肝血暗耗则肝血不足,则肝之所养失于濡养。忧思伤脾,影响脾的运化,导致水谷精微无以化生,可导致气血不足;或脾失健运痰浊内阻,导致气机不畅,血瘀气滞;或思虑耗伤心神,可致心血不足,心失所养。

3. 先天禀赋不足

素体气血虚弱,或阳虚内寒,肾阳不足则失于温煦或推动,可致脉中血运不畅。

(二)病机

1. 阴虚内热

情志不畅,忧思伤脾,脾胃虚弱,则脾阳不振,气血化源不足。或久病耗伤阴血,阴血不足。肝气郁结,气郁化火,耗伤肝阴,阴不制阳,虚阳外越,阴虚生内热,则潮热、盗汗、低热。或津血耗伤,虚热入血,煎熬血液,血稠难流,加之寒邪内侵,寒凝血滞,故成血瘀,瘀血阻络,气血运行不畅、肢体失养则皮肤干燥、粗糙。肝血不足,筋失所养则肢体痿软乏力,不能上荣于目,则目失濡养。肝阳不足,肝阳上亢,则头晕、头胀、目眩。

2. 脾肾阳虚

先天禀赋不足,或思虑过度,劳倦内伤,均可损伤脾气。脾气虚弱,则脾阳不振,导致中焦虚寒,则形寒肢冷。中气下陷,升清无力,水谷精微不能上荣,则头目失养,证见目眩、耳鸣、视物模糊,肌肉失养则肢体酸软易疲劳。脾阳不振,复感外邪,水湿内停,痰浊内生、阻滞气机,加之寒凝血瘀,气血流通不畅,痰浊阻络,气血不能达于肢末,肢体失养。阳虚推动无力,会引起脉道所循行部位的脏腑、形体、诸窍的气滞血瘀,因而得不到气血滋养,则生病变。

3. 气血虚弱

思虑伤脾,脾胃虚弱,则气血化生不足。劳倦内伤,心脾两虚,劳神过度,心血暗耗,则心血不足则见心悸、失眠、健忘、多梦。脾虚无力运化水谷则肌肉失养证见肌肉瘦削,动则乏力。病久导致阴血暗耗,气血不足,肝血不足不能濡养,肝开窍于目,肝血虚,目失濡养,则两目干涩,视物模糊。筋失于肝血滋养则运动无力,肝其华在爪,肝血虚则爪色淡白,质地枯而薄。气血不足不能上荣头面,可见面色无华、头晕、眼花、毛发干枯。《素问·五脏生成篇》曰:“肝受血而能视,足受血而能步,掌受血而能握,指受血而能摄,”是说血虚使机体感觉和运动功能障碍。《素问·八正神明论》曰:“血气者,人之神,不可不谨养”,是说血虚使人的精神意识思维活动衰退。气血虚弱往往导致瘀血的产生,《灵枢·经脉篇》曰:“手少阴气绝则脉不通,脉不通则血不流,血不流……血先死”。王清任《医林改错》曰:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”因而大动脉炎后期往往有血瘀证的表现。

总之大动脉炎的病因病机是素体气血虚弱,复感外邪,导致气血瘀阻,脉络不通,气血运行不畅,肢体失养所致,与心、肝、脾、肾关系密切。《内经》曰:“脉涩曰痹”。《医学心悟》谓:“伏脉不出者,寒气闭塞也。”

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

大动脉炎主要见于青年女性,以16~30岁多见,占60~70%。本病的早期症状包括发热、乏力、食欲不振、肌肉酸痛、头晕、厌食等,缺乏特异性,因而很难根据临床症状来作出诊断,误治为其它疾病是容易发生的,有时病人是在无意中发现“无脉”而来就诊的。大动脉炎的临床表现由于病变动脉的部位不一样,因此其症状及体征也不一样。在病变进一步发展出现动脉狭窄或闭塞而出现相应的组织器官供血不足出现缺血症状时,临床上表现出典型大动脉炎表现。

(一) 临床表现

根据动脉病变的程度及部位临床上一般分为以下几种类型:

1. I 型(头臂动脉型)

临床上以颈动脉、锁骨下动脉和椎动脉狭窄或闭塞引起的脑供血不足及上肢缺血为主,即病变主要在主动脉弓及其主要分支动脉。如果椎动脉狭窄或阻塞,会出现椎动脉供血不足的表现如头晕、站立不稳等。如果颈总动脉或无名动脉狭窄或闭塞时就会出现短暂脑缺血发作或慢性脑缺血症状,表现为头昏、晕厥、一时性黑蒙、一过性偏盲,有的病人则表现为视力下降、甚至失明。其它症状有耳鸣、记忆力减退、头痛等,严重患者可出现偏瘫。检查:可在颈动脉区和锁骨上区触及震颤并可闻及收缩期血管杂音,而颈动脉、颌下动脉和颞浅动脉搏动消失或减弱。

当锁骨下动脉狭窄或闭塞时,可出现上肢缺血的表现,患手发凉、怕冷,上肢酸软乏力,患肢活动后出现明显酸痛无力疲乏,不能持久运动,但患肢休息静止时症状可消失,以后肌肉萎缩。检查:桡动脉搏动减弱或消失,上肢测不到血压或血压明显降低,故大动脉炎又称无脉症,但由于侧支循环好,一般不会出现缺血性坏死。

当锁骨下动脉近端阻塞时,可发生锁骨下动脉窃血综合征,即当锁骨下动脉或无名动脉的近心端严重狭窄或闭塞时,导致供应脑部的部分血流经基底部 Willis 动脉环,逆流入患侧锁骨下动脉闭塞端的远端,从而使脑部出现缺血症状称锁骨下动脉窃血综合征。其窃血的途径有①对侧椎动脉→基底动脉→患侧椎动脉→患侧锁骨下动脉闭塞的远侧。②健侧颈内动脉→后交通动脉→基底动脉→患侧椎动脉→患侧锁骨下动脉闭塞端的远端。因而当患肢活动时,上肢就会需要较多的动脉血,这样就会从椎动脉窃取动脉血来补充到缺血的患侧锁骨下动脉,此时就会导致供应脑组织的动脉血减少,就会产生脑暂时性缺血,这种活动患肢后出现脑缺血的情况临床上称为锁骨下动脉窃血综合征。

2. II 型(胸腹主动脉型)

病变动脉主要在胸、腹主动脉及其主干分支。

当胸、腹主动脉狭窄或闭塞时,闭塞者少见,表现为上半身高血压,出现头痛、头胀、晕眩,严重时可出现心力衰竭,而下肢则出现低血压。

如果肾动脉狭窄时,则出现顽固性高血压、脉压差小,表现为头痛、头晕,后期出现高血压性心脏病、肾功能衰竭等表现,在脐旁和背部脊柱两侧可闻及血管杂音。

当髂动脉闭塞或狭窄时,下肢出现缺血症状,表现为间歇跛行、下肢酸软乏力、肢端发凉、麻木、疼痛,下肢血压低,股动脉区可闻及血管杂音,下肢动脉搏动减弱或消失,但是极少出现肢端坏死。

3. III 型(混合型)

病变在主动脉弓及其分支和胸、腹主动脉及其分支。

临床上兼有 I、II 型的临床表现,同时有脑缺血,四肢缺血或肾动脉狭窄的表现。

4. IV 型(肺动脉型)

单独出现者少,多与其它各型并存,肺动脉或分支狭窄或闭塞,可有呼吸困难、咯血等表现,重者可有肺动脉高压的表现。

(二) 实验室及其它检查

1. 血液检查

血常规可有白细胞增高、贫血,血沉快,C-反应蛋白阳性,免疫学检查 IgA、IgM 增高,抗动脉抗体阳性等。

2. 尿液检查

尿常规可有尿蛋白。

3. 肾功能检查

当有肾功能损害时可有尿素氮、肌酐增高。

4. 眼底检查

可见大动脉眼底改变,以及视力障碍、偏盲、白内障等。

5. 血管超声显像以及血管多普勒超声波检查

可准确显示动脉管径、血流量、狭窄程度,有无动脉瘤、病变部位等,有较高的应用价值。

6. 磁共振成像(MRI)检查

可显示管腔的改变及血管壁的增厚。

7. 动脉造影

采用 Seldinger 技术由股动脉插管,可选择颈动脉、锁骨下动脉、椎动脉、无名动脉、肾动脉、髂动脉等动脉造影,可明确动脉病变的部位、程度、范围、有无动脉瘤等,是最准确判定血管有无病变的方法。可以进行普通血管造影及 D. S. A 血管造影,与脑血管有关的造影应选择 D. S. A 造影,以减少造影剂的浓度及用量,防止造影剂对脑组织的损害,造影剂一般也应选择刺激性小的造影剂。

(三)并发症

1. 脑缺血

可有失明、偏瘫等。

2. 高血压

以肾动脉狭窄引起者为重,药物不易控制。

3. 动脉瘤

动脉病变可形成动脉瘤。

(四)诊断要点

1. 诊断

根据大动脉炎的临床特点,诊断上主要依据病史、年龄、性别、临床表现。以女性患者多见,男女之比为 1:8,以 16~30 岁为最多见。如果年轻女性,出现上肢或下肢缺血以及有脑缺血的症状,伴有低热、乏力、关节肌肉疼痛,血沉增快,C-反应蛋白阳性,上肢低血压或是高血压,有血管杂音,动脉搏动减弱或消失,再结合辅助检查,基本可作出诊断。

2. 鉴别诊断

(1)血栓闭塞性脉管炎:几乎都是青壮年男性,病变在中小动脉,一般不累及大动脉,肢端缺血明显,溃疡坏疽多见,疼痛重,无血管杂音。

(2)闭塞性动脉硬化症:见于老年患者,年龄多数超过 65 岁,有全身动脉硬化的表现,血脂增高,有时血糖增高,可伴有高血压病、糖尿病、脑血栓形成、冠心病等。

(3)胸廓出口综合征:多伴有臂丛神经受压症状,手指麻木、疼痛、或有感觉异常,动脉搏动不消失,血压正常,无血管杂音,Adson 氏征阳性,肌电图多有异常,无脑缺血的症状,血沉正常。

(4)先天性主动脉缩窄症:多见于儿童及少年,表现为双上肢高血压和下肢低血压,胸部X光片可见第3~7肋骨下缘有扩张的肋动脉压迹。

二、辨证·中医诊断

大动脉炎归属“脉痹”范畴,主要临床表现有头晕、眼花、低热、头痛、心悸、气短、肢体酸软乏力、发凉、怕冷、无脉等,在临床应辨别主次,既要注重整体辨证,又要注意局部辨证,两者不能分开。

(一)辨证要点

1. 辨缓急

大动脉炎的发病一般起病隐匿,病程进展缓慢,缺血症状不会在短期内突然加重,多属本虚标实,以气血虚弱为本,瘀浊瘀血阻络为本,治疗应标本兼顾;也有病情发展快,低热、关节疼痛,血沉快,或突然失明或突然出现肢体缺血,动脉搏动消失,此时多属标实之征,以湿热蕴结,瘀血痹阻为主,治疗上应以祛邪为主,活血化瘀,清热利湿。

2. 辨寒热

大动脉炎发病过程中,有两种主要的转归。发病之初多见阴虚内热,肝肾阴亏之象,证见潮热、关节疼痛、颧红、心烦、心悸、口干等表现。此为情志不畅、肝阴亏虚,阴虚火旺,复感外邪所致,治疗上应以养阴清热为主。随着病程的进展则见脾肾阳虚或气血虚弱之象,此为阴损及阳,久病耗伤气血所致,脾肾阳虚者形寒肢冷、少气懒言、面色㿔白,舌淡胖苔白等,气血两虚者证见心悸气短、四肢酸软乏力、面色不华、头晕、爪甲色淡等,用药上应有所侧重。

3. 辨虚实

大动脉炎以气血阴阳两虚为本,瘀血瘀浊阻络为标,气血虚弱多见于大动脉炎病情稳定期,面瘀血阻络多出现于大动脉炎炎症活动期。如果症状加重出现低热、肌肉酸痛、血沉快则说明有邪毒内侵,因而在治疗上应辨别虚实、标本兼顾。

(二)辨证分型

大动脉炎临床上一般可分为三型:

1. 阴虚内热

〔临床表现〕肢体关节疼痛、低热、或午后潮热、心悸、头晕、四肢乏力酸软,口干,舌质红苔薄白,脉细数。

〔辨证分析〕病人素体阴亏或久病耗伤阴血,或情志内伤,气郁化火,伤津耗气,可导致虚热内生则有低热或午后潮热。心阴不足,虚热上扰心神,则心悸、头晕。复感外邪,寒凝血瘀,瘀血阻络,不通则痛,故肢体关节疼痛,瘀血内停,阳气不能达于肢末则肢体乏力酸软。口干,舌质红苔薄白,脉细数均是阴虚内热之象。

此型多见于大动脉炎急性阶段炎症活动期。

2. 脾肾阳虚型

〔临床表现〕肢体发凉、乏力,全身怕冷、腰膝酸软、食少便溏,舌质暗淡有瘀斑,脉沉细。

〔辨证分析〕先天禀赋不足或思虑过度,劳倦内伤,均可导致脾胃虚弱,肾阳不足,命门火

衰。中焦虚寒证见全身乏力、胃寒、食少便溏,下元虚冷不能温煦肢体则见肢体发凉、腰膝酸软。舌质暗淡有瘀斑,脉沉细均为脾肾阳虚,瘀血阻络之象。

此型多见于大动脉炎血管炎症稳定期。

3. 气血两虚型

〔临床表现〕肢体酸软无力,肌肉瘦削,头晕、心悸气短、两目干涩、视物模糊、面色萎黄、舌质淡苔白,脉细数或无脉。

〔辨证分析〕久病耗伤气血或思虑过度,劳伤心脾,脾胃运化失司,水谷精微不能化生,导致气血不足,血脉不充,肢体失养,则肢体酸软、无力、肌肉瘦削,肝血不足不能上荣,肝开窍于目,则两目干涩,视物模糊。心脾两虚则心悸气短、头晕。舌质淡苔白,脉细数或无脉均为气血两虚,瘀血阻络之征。

此型多见于大动脉炎后期严重缺血期。

第四节 治疗

一、西医治疗

由于大动脉炎发病的病因不十分清楚,到目前为止仍没有特别有效的根治方法,对大动脉炎的治疗原则就是控制血管的炎症活动,采取药物治疗促进病变周围侧支循环的建立或采用手术方法重建血流,以改善组织的缺血状态,以及治疗大动脉炎的并发症。

(一) 常规治疗

1. 控制血管炎症

大动脉是一种非特异性血管炎症,属自身免疫性疾病,因此控制动脉炎症的进一步发展是治疗大动脉炎的关键,常用的药物有以下几种。

(1) 肾上腺皮质激素:肾上腺皮质激素是控制炎症反应的有效药物,并能抑制自身免疫反应,从而防止血管炎症进一步发展。临床上常用的肾上腺皮质激素有强的松、地塞米松。用量及用法:强的松 5~10mg 或地塞米松 0.75~1.5mg,口服,每日 3~4 次,用药后应观察体温、血沉及其它化验指标变化,在体温下降、血沉正常后应逐渐减少激素用量。长期服用激素副作用大,一般不应服用过长时间,应及时减量停药。如果配合服用解热镇痛药可减少肾上腺皮质激素的用量和服用时间。

(2) 消炎痛(Indomethacin):解热镇痛药,抗风湿并能减轻炎症反应,通过抑制体内前列腺素(PG)合成而产生解热、镇痛及消炎作用。作用强,半衰期为 7~12 小时。用量用法:消炎痛 25~50mg,口服,每日 3~4 次,饭后立即服以减少胃肠道副作用。

(3) 乙酰水杨酸(阿斯匹林,Aspirin):解热镇痛药,其机理是抑制 PG 合成,减弱 PG 对缓激肽等致炎介质的增敏作用,同时乙酰水杨酸可抑制环氧化酶,从而使环氧化酶催化而产生的血栓素 A₂(TXA₂)生成减少,因而又有抗血小板聚集作用。服药后 2~3 小时血浆浓度达高峰。用量用法:乙酰水杨酸 0.5~1g,口服,每日 3~4 次;预防血栓,每日口服 0.3~0.6g。

(4) 双氯芬酸(双氯灭痛,Diclofenac):双氯芬酸为一种新型的强效消炎镇痛药,其消炎作

用比吲哚美辛强 2~2.5 倍,比乙酰水杨酸强 26~50 倍,服药后 1~2 小时内血浓度达峰值。用量用法:双氯芬酸 25~50mg,口服,每日 3 次。

(5)其它:如萘普生(Naproxen)、布洛芬(Ibuprofen)等抗炎镇痛药也可选用。

(6)免疫抑制剂,由于大动脉炎属自身免疫性疾病,因此可用免疫抑制剂来治疗大动脉炎抑制其免疫病理反应。常用的药物有环磷酰胺(Cyclophosphamide)、甲氨蝶呤(Methotrexate)、泼尼松(强的松,Prednisone)。在一般情况下宜选用皮质激素,如果疗效不好或不能耐受时,则考虑合用或改用其它免疫抑制剂。

2. 改善组织缺血状态

由于大动脉炎患者病变动脉狭窄或闭塞导致组织缺血,因此应积极改善组织缺血状态,促进侧支循环建立,以增加缺血组织的血流量,改善血液循环,可选用以下抗栓药物,进行针对性治疗。

(1)扩张血管药物:常用的有妥拉苏林 25~30mg,口服,每日 3 次;烟酸 100~200mg,口服,每日 3 次;己酮可可碱(Pentoxifylline)100~200mg,口服,每日 3 次。

(2)抗血小板药物:常用的药物有乙酰水杨酸(Acetylsalicylic)、双嘧达莫(Dipyridamole)、噻氯匹定(Ticlopidine)等。

(3)降低血液粘度药物:低分子右旋糖酐(Dextran 40)500ml,静滴,每日 1 次;蝮蛇抗栓酶(Ahylysantinfarctase)0.75~1.0^u 加入生理盐水 500ml 中静滴,每日 1 次;羟乙基芦丁(Troxerutin)1000~1500mg 加入 5%葡萄糖注射液 500ml 中静滴,每日 1 次;丹参注射液或复方丹参注射液 10~20ml 加入 5%葡萄糖注射液中静滴,每日 1 次;川芎嗪注射液 10~20ml 加入 5%葡萄糖注射液中静滴,每日 1 次;前列腺素 E₁(PGE₁)100~200 μ g 加入生理盐水 500ml 中静滴,每日 1 次。

(4)溶栓药物:如果临床上判断有急性动脉血栓形成,可给予溶栓药物如尿激酶 50~80 万^u 加入生理盐水 250~300ml 中静滴。

3. 抗感染

如有结核杆菌感染的表现,应给予抗结核药物如异烟肼、利福平等。

如有口腔、咽喉等部位的细菌感染,应给予抗生素治疗。

由病毒引起的感冒也应重视,给予具有抗病毒作用的中西药物。

4. 手术治疗

(1)经皮动脉腔内血管成形术(PTA):应用 PTA 治疗大动脉炎所致的动脉狭窄具有方法简便、创伤小、并发症少、可重复使用的优点。大动脉炎的病变动脉管径粗,采用 PTA 是适宜的,可作为一种首选的治疗方法,如果效果不佳时,可采用手术治疗的其它方法。PTA 对大动脉所致的腹主动脉狭窄、肾动脉狭窄、头臂动脉狭窄更为适宜。操作时采用 Seldinger 技术选择股动脉插管,首先行造影以确定动脉狭窄的部位及程度,然后选择适宜的球囊导管,插至狭窄部位,用注射器将造影剂注入球囊内,使球囊在 X 线影屏上显影,观察球囊充盈情况,每次扩张 30~50 秒,连续扩张 3~5 次,然后再行造影,观察扩张的效果。PTA 后应采取抗栓疗法,以防动脉痉挛或扩张后的狭窄部位血栓形成。

(2)血管重建术:动脉重建术的目的是改善缺血组织供血以及治疗大动脉炎动脉瘤。常用的手术方式有①升主动脉与颈总动脉或锁骨下动脉旁路移植术:由于颈总动脉狭窄所致的脑缺血可采用升主动脉与颈总动脉之间搭桥的术式;如果颈总动脉及锁骨下动脉均狭窄闭塞时,

可采用升主动脉与双侧锁骨下动脉搭桥,然后再与颈动脉搭桥以同时解决病人上肢缺血及脑组织缺血。②腹主动脉肾动脉旁路移植术:适用于肾动脉狭窄的患者,主要是治疗由肾动脉狭窄所致的肾性高血压病。③肾脏自体移植术:适用于肾动脉阻塞无法行血管转流术或行PTA失败的患者,将自体肾脏游离后与髂内动静脉吻合,将肾脏置于髂窝内。

(3)肾脏切除术:适用于肾动脉严重狭窄且肾脏萎缩无功能者,而对侧肾功能正常,可行肾脏切除术以治疗肾性高血压。

(二)并发症的治疗

积极治疗大动脉炎并发的心力衰竭、肾功能衰竭以及脑溢血等,对于动脉瘤可行动脉瘤切除术。

二、中医治疗

(一)辨证论治

运用中医中药治疗大动脉炎,仍然要遵循辨证论治的原则,大动脉炎一般分为以下三型:

1. 阴虚内热型

〔治法〕养阴清热、活血通络。

〔方药〕养阴活血汤

生地 20g,元参 30g,石斛 30g,赤芍 30g,鸡血藤 20g,当归 15g,青蒿 15g,白薇 15g,丹皮 15g,川牛膝 15g,川芎 10g,黄芩 10g,甘草 6g。水煎服。

〔加减〕若肢体关节游走性疼痛,低热不退,血沉快,舌红苔黄,证属湿热蕴结,脉络瘀阻,当治以清热利湿,活血通络。方用青蒿 15g,地骨皮 15g,地龙 10g,防己 10g,黄柏 10g,泽泻 10g,川牛膝 15g,当归 15g,鸡血藤 30g,甘草 6g。水煎服。

若眩晕、心烦、头痛、面红、口苦、血压偏高,证属阴虚阳亢,当治以滋阴平肝潜阳,方用天麻钩藤饮合杞菊地黄丸加减。天麻 10g,钩藤 10g,黄芩 10g,桑寄生 15g,菊花 10g,枸杞子 15g,熟地 30g,丹皮 15g,云苓 15g,丹参 30g,甘草 6g。水煎服。

〔分析〕方中青蒿、石斛、白薇、元参养阴清退虚热,丹皮、赤芍清血热、活血化瘀,鸡血藤、川牛膝活血化瘀通络,川芎血中气药,增加活血化瘀之功,黄芩清热解毒,甘草调和诸药,共奏清热养阴、活血通络之功。

2. 脾肾阳虚型

〔治法〕温肾健脾、活血散寒

〔方药〕补肾活血汤

熟地 30g,桑寄生 30g,当归 15g,鸡血藤 15g,川芎 15g,川牛膝 15g,红花 10g,补骨脂 15g,云苓 15g,白术 10g,仙灵脾 15g,狗脊 15g,陈皮 10g,甘草 6g。水煎服。

〔加减〕若肢体出现苍白、发凉,动脉搏动变弱者,证属瘀血阻络,当治以活血化瘀通络,方用丹参 30g,赤芍 30g,当归 15g,川芎 15g,双花 30g,土茯苓 30g,土元 10g,桃仁 10g,红花 10g,甘草 6g。水煎服。

〔分析〕方中熟地、当归滋阴养血益肾,川断、补骨脂、仙灵脾、狗脊温肾壮阳散寒通络,丹

参、鸡血藤、川牛膝、红花活血化瘀，云苓、白术、陈皮健脾益气，甘草调和诸药，共奏温肾健脾、散寒祛瘀之功。

3. 气血两虚型

〔治法〕益气养血

〔方药〕顾步汤加减

黄芪 30g，党参 30g，石斛 30g，当归 15g，鸡血藤 30g，赤芍 15g，川牛膝 10g，白术 10g，地龙 10g，甘草 6g。水煎服。

〔加减〕若眩晕动则加剧，心悸少寐，神疲懒言，纳差证属心脾两虚，当治以补养气血、健运脾胃，方用归脾汤加减，黄芪 15g，当归 15g，白术 10g，云苓 15g，酸枣仁 30g，远志 10g，木香 10g，党参 15g，菊花 10g，熟地 15g，山药 10g，桂枝 10g，甘草 6g。水煎服。

〔分析〕方中黄芪、党参、白术益气健脾，当归、鸡血藤养血活血，赤芍、川牛膝、地龙活血化瘀通络，石斛养阴益胃，甘草调和诸药，共奏益气养血，健运脾胃之功。

(二) 验方治疗

1. 益气活血方

生黄芪 60g，党参、丹参各 30g，桂枝 15~20g，牛膝 20g，银杏叶 9g，仙灵脾、麦冬各 24g。气虚甚者党参易红参；血瘀甚者加苏木、刘寄奴；肾阳亏损加附子、肉苁蓉、鹿角胶；气滞加陈皮、佛手等。并服大黄蛰虫丸 3g，每日 2 次。病情较重、病变广泛的患者，配用川芎嗪 100~150mg 加 5% 葡萄糖液 500ml 静滴，每日 1 次，20 次为 1 疗程，疗程间隔 5 日，用 1~3 个疗程。共治疗 70 例。结果：显效 48 例，有效 21 例，无效 1 例，总有效率 98.57% (王进勇，益气活血法治疗非活动性多发性大动脉炎 70 例，《陕西中医》，13(10)，433~434，1992)

2. 温阳益气通脉汤

本方由干姜、附子、肉桂、细辛、黄芪、丹参、当归、川芎、水蛭(研末冲服)、桂枝、牛膝组成。辨证加减，每日 1 剂，服 80~120 剂。共治疗 8 例。结果：均获临床症状缓解，阳性体征转阴。(王乾等，温阳益气通脉汤治疗多发性大动脉炎八例，《陕西中医学院学报》，14(4)，22，1991)

3. 黄芪桂枝五物汤

辨证为气血双虚、瘀血阻络型。偏气虚瘀血阻络型加党参、白术、当归、丹参、桃仁、红花；偏阳虚寒凝血瘀型加附子、鹿角霜、土元、丹参、川芎。配合低分子右旋糖酐和丹参注射液静滴，14 天为 1 疗程，共治疗 34 例。结果：显效(缺血症状和体征明显改善，动脉搏动由无到有，由弱变强，血管杂音减弱或消失，实验室检查有明显改善)12 例，有效(缺血症状明显改善)17 例，无效 5 例，总有效率 85.3%。(王春荣等，黄芪桂枝五物汤加减治疗多发性大动脉炎 34 例，《甘肃中医》，5(1)，20~21，1992)

4. 用脉炎消注射液(含丹参、白花蛇舌草、黄芩、莪术等)

40ml 加入 5% 葡萄糖液 500ml 静滴，每日 1 次，2 周为 1 疗程，并予非类固醇抗炎剂治疗，共治疗 28 例。结果：临床治愈 13 例，显效 12 例，缓解 2 例，无效 1 例，显效率 89.2%。(初洁秋等，解毒活血法治疗多发性大动脉炎的临床研究，《中医药学报》，(4)，25~28，1992)

5. 活血化瘀方

银花藤 45~60g，元参 20~25g，当归 20~30g，丹参、薏苡仁各 30g，川芎 10~15g，赤芍、海风藤(或络石藤)各 15g，桃仁、甘草各 12g，红花、桂枝 9~12g。每日 1 剂，水煎服，下肢无脉

者加川牛膝(或再加地鳖虫);胸闷气短者加川厚朴、土茯苓;脾肾两虚者加仙灵脾、生黄芪、桑寄生,偏阳虚者加附子、偏阴虚加生地、熟地、何首乌;心虚寐差者加柏子仁、酸枣仁;肾虚肝旺者加桑寄生、仙灵脾、天麻、石决明。治疗头臂型4例,胸腹主动脉兼肾动脉狭窄性高血压2例,结果:临床缓解3例,好转2例,无效1例。(吕奎杰;活血化瘀为主治疗大动脉炎6例,《北京中医》,(5),27~28,1987)

6. 证属阳虚内寒、气滞(虚)血瘀、脉络痹阻

用参附注射液(每支2ml,每毫升含人参0.1g,附子、丹参各0.16g)每次4~14ml加入10%葡萄糖500ml中静滴,每日1次,10天为1疗程;内服温阳通脉(附子、麻黄、桂枝、细辛、黄芪、当归、川芎、丹参、炙甘草)每日1剂。倦怠懒言、头昏头痛、舌质淡胖为主,重用黄芪;面色无华、头昏头痛为主,重用当归,加鸡血藤;畏寒喜暖,四末逆冷为主,重用附子、麻黄;气短倦怠,心烦不寐,舌红少津,加麦冬、五味子;肢麻疼痛重用丹参;肢冷重用细辛、桂枝。共治疗32例。结果:治愈18例,显效7例,无效1例,中断治疗3例。(王仰通等,中医药治疗多发性大动脉炎32例临床分析,《陕西中医》,5(3),1984)

7. 温阳通脉汤

本方由附子、当归各10g,麻黄、川芎、桂枝、细辛、炙甘草各6g,黄芪20g,丹参15g。随症加减。每日1剂,水煎服。12剂为1疗程。同时用参附注射液(每毫升相当于人参0.1g,附子、丹参各0.16g)10~20ml,加10%葡萄糖液500ml,静滴,每日1次。结果:临床治愈41例,显效14例,有效、无效各6例;有效率为91%。(严复圭等,中西医结合治疗多发性大动脉炎疗效分析,《中西医结合杂志》,7(8),488~489,1987)

8. 补益气血、养阴通络方

方用生黄芪、党参、鸡血藤、元参、石斛各18g,沙参15g,归尾12g,黑附子、肉桂、菖蒲、赤芍、红花、牛膝、甘草各10g;证属阴虚阳亢治以平肝潜阳、活血通络。方用紫贝齿、紫石英、生磁石、珍珠母各30g,鸡血藤、元参各25g,枸杞子18g,菊花、白芍、生地、牛膝各15g,赤芍、归尾、泽泻各10g,并随证加减。结果:治愈(症状消失、寸脉恢复、血压可测出,血流图改善,血沉正常)6例。显效(主症明显减轻或消失,无发热,血沉正常,寸脉或太溪脉仍不能扪及)24例,好转(症状好转,血压仍偏高或肌萎缩、血沉接近正常,脉仍不能扪及)22例;无效及中断治疗2例。(房芝萱等,大动脉炎的中医治疗(附55例报告),《中医杂志》,21(2),31,1980)

(三) 单味药治疗

1. 脉络宁注射液20~30ml加入5%葡萄糖注射液500ml中静滴,每日1次。
2. 清开灵注射液60~80ml加入5%葡萄糖注射液500ml中静滴,每日1次。
3. 雷公藤制剂,常用的有雷公藤片及雷公藤多甙片。雷公藤具有抗炎及免疫抑制作用,故可用于治疗大动脉炎。

(四) 其它疗法

1. 针灸疗法

- (1)取穴:上肢取内关、曲池、合谷;下肢取足三里、三阴交、阳陵泉。
- (2)手法:强刺激,留针15~30分钟,每日1次,15~20次为一疗程。

2. 穴位注射疗法

(1)取穴:上肢取曲池、外关;下肢取足三里、三阴交。

(2)用法:每次取患肢1~2个穴位,双侧交替注射,进针后待得气后再推注射液,常用的药物有维生素B₁100mg、复方丹参注射液2~4ml,川芎嗪40mg、654-2 10~20mg。

3. 熏洗疗法

适用于肢体关节屈伸不利、疼痛、发凉者,可用活血止痛散外洗,每次洗30~50分钟,每日1~2次,熏洗时注意水温不可过高。

三、中西医结合治疗

中西医结合治疗大动脉炎已经取得了较成熟的经验,在治疗中应注意以下问题。

(一)急性血管炎症阶段

在急性血管炎症阶段,配合应用激素以便在短时间有效控制血管的炎症,中药以清热解毒,配合养阴清热活血,更好地控制血管炎症,并减轻激素的副作用。

(二)大动脉炎稳定阶段

采取抗栓药物以改善组织缺血,中药以活血化瘀为主,阳虚者配合温阳散寒之品,气虚者以益气行血为主,血虚者配合养血活血之品,重视辨证施治。

(三)药物治疗与手术治疗相结合

有手术指征的病人,采用血管重建术可大大提高治疗效果,血管重建术成功后,其疗效是药物不能比拟的。

(四)巩固疗效、防止复发

在大动脉炎病情稳定后,可服用中药以巩固疗效,防止复发。

第五节 预防

一、未病先防

平时应积极锻炼身体,保持心静舒畅,生活有规律,避免接触结核感染源,因为大动脉炎的发生与结核杆菌感染有一定的联系。《素问·遗篇刺法论》曰:“正气存在,邪不可干。”《素问·上古天真论》曰:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来。”

二、已病防变

早期诊治,防止病情恶化,一旦怀疑患有大动脉炎就应当到血管病专科就诊,早期治疗,防

止病情进一步发展。日常生活中应注意预防病毒及细菌的感染,防止寒冻及外伤,以及过劳所致机体抵抗力下降,积极治疗并发症,如脑缺血、高血压、心肾功能不全。树立战胜疾病的信心,保持良好的精神状态。《灵枢·本神篇》曰:“忧愁者,气闭塞而不行。”《素问·举痛论》曰:“百病生于气也,怒则气上,悲则气消,恐则气下,惊则气乱,思则气结。”说明保持良好的情绪,有利于疾病的康复。《素问·骨论》曰:“风者,百病之始也”,是说日常起居也要注意防寒保暖。

第五章 雷诺氏综合征

第一节 概述

雷诺氏综合征(Raynaud's 综合征),又称肢端动脉痉挛症,是一种原因不明,末梢小动脉阵发性痉挛,动脉变细动脉供血不足而致的一种疾病。主要发生于手指或手,其次是脚趾及面颊和耳部,表现为发病部位先苍白,以后变成青紫色,再转变或潮红色,然后逐渐恢复正常皮色。

以往把由小动脉痉挛引起这种疾病作为一个独立的疾病,命名为雷诺氏病。而把继发于其它系统疾病的这种皮肤颜色变化命名为雷诺氏征或雷诺氏现象。近年来根据众多的研究成果发现,大多数雷诺氏病患者在发作后不同的时间内会出现相关的疾病的临床表现,也就是说单纯雷诺氏病占少数。因此现在一般统称为雷诺氏综合征,而这些相关的疾病以结缔组织疾病及动脉闭塞性疾病占多数。

雷诺氏综合征在临床上并非少见,多发生于20~40岁青年女性,女性发病率占60~90%,男性病人以使用振动工具的工人多见(如电锯工、气锤工、电钻工等),其发病率可达40~90%,其次是老年男性伴有动脉粥样硬化时可出现雷诺氏现象。

雷诺氏综合征在寒冷刺激、情绪波动时发作会更加频繁。

1862年,法国人Mauric Raynaud首先报道了一组阵发性皮肤颜色变化的病例,并发现了动脉痉挛是造成这种疾病的原因。1901年,Hutchineson发现雷诺氏现象并非一种疾病所致,指出雷诺氏现象可伴发于多种疾病。1932年,Lilen和Brown把由血管痉挛引起的称为雷诺氏病,而把血管痉挛伴有其它系统疾病的称为雷诺氏征或雷诺氏现象。自此之后30年,又相继报道雷诺氏病患者发作后,又出现了其它相关的疾病,因而近年来不再对雷诺氏病及雷诺氏征进行细分。其发病原因认为有几种可能性,一是血管神经功能失调,二是末梢神经损害,三是内分泌功能紊乱等。在治疗上以往多采用交感神经节切除术,近年来多趋向于药物治疗。从临床治疗观察中发现中医中药对雷诺氏综合征的治疗有较满意的疗效,取得了不少经验。

祖国医学文献中尚无对此病的明确记载,根据雷诺氏综合征皮肤颜色变化:苍白→青紫→潮红→复原(正常),可将其归于“痹证”范畴,也属于中医所说的“手足逆冷”等。是由于情志不畅,寒邪内侵,体虚营卫失调,血瘀脉痹,经络不畅,阳气不能达于肢末所致。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

雷诺氏综合征确切的发病原因,至今尚未完全清楚,但目前对寒冷刺激,情绪紧张焦虑,内分泌功能紊乱是发病主要因素的看法是一致的,这些被认为是主要的诱发因素。

寒冷刺激几乎都可诱发患者皮肤出现颜色变化,患者对寒冷及冷风极为敏感,而在气候转暖后雷诺氏现象发作的频率可减少或发作的程度减轻,如青紫的范围缩小,持续的时间缩短,伴有发凉、麻木感减轻等。一些遇冷发作的患者,如果给予适当的保暖措施后,可缓解发作。

雷诺氏综合征的患者大多数情绪紧张焦虑,属交感神经兴奋类型,患者血中肾上腺素与去甲肾上腺素的含量增高,血管神经运动中枢敏感性高,是小动脉容易发生痉挛的一个因素,而在临床上使用交感神经阻滞药物后,雷诺氏现象可缓解。

本病多见于女性患者,而且往往在月经期加重,而在妊娠期间可减轻,因此本病可能与性腺功能有关,有人曾用丙酸睾丸酮,或甲基乙烯二醇治疗本病,可使症状缓解。

此外还有人提出此病与遗传有关,因为患者常常有家族史。

近年来也发现病人的血清免疫学检查中有异常,提示血清中可能有抗原-抗体复合物,它们作用于交感神经终板后而引起小动脉痉挛,从而出现雷诺氏现象。

近年来由其它疾病并发的雷诺氏综合征的报告显著增多,在临床上逐渐占到多数,其中最常见的原发病有以下几种。

1. 免疫与结缔组织疾病

此类疾病引起的雷诺氏综合征最多,常见的疾病有硬皮病、系统性红斑性狼疮、风湿样关节炎、皮炎等。硬皮病并发雷诺氏综合征者可高达80~90%,系统性红斑性狼疮可达20~30%,风湿样关节炎可达25%。这些结缔组织疾病并发雷诺氏综合征约占雷诺氏总病例数的一半。

2. 动脉阻塞性疾病

这类疾病包括闭塞性动脉粥样硬化症、血栓闭塞性脉管炎、大动脉炎、胸廓出口综合征等。

3. 振动病

使用振动工具的工人可出现手指末梢小动脉痉挛现象。在振动频率和寒冷刺激下,末梢小动脉发生痉挛从而出现雷诺氏现象,后期由于长期动脉痉挛可使动脉出现器质性病变,从而使动脉狭窄或闭塞。

4. 其它疾病

血管损伤、冻伤、真性红细胞增多症、阵发性血红蛋白尿、中枢或周围神经系统疾病等,也可并发雷诺氏综合征。

(二) 病理

雷诺氏综合征病人手指的皮肤颜色是由细小动静脉和毛细血管内血液的多少和氧饱和度

的高低决定的。当小动脉痉挛时,远端动脉血流量减少,导致毛细血管灌注缓慢,此时皮肤变苍白。而当小动脉痉挛缓解时,细小静脉仍在痉挛,血流受阻,乳头下血管丛出现缺氧性麻痹,血液在此滞留,氧含量减少,此时皮肤颜色就呈紫绀颜色。在手指出现反应性充血,血管呈一时性扩张,血液大量进入时,皮肤颜色就会出现潮红色。在恢复正常动脉血流量时,雷诺氏综合征发作停止,皮肤颜色恢复正常。

二、中医病因病机

(一) 病因

中医认为此病属“痹证”范畴。多由风寒湿三邪内侵,情志不畅,冲任失调,素体气血虚弱所致。《五脏生成篇》曰:“卧出而风吹之,血凝于肤者为痹。”

1. 风寒湿三邪内侵

风邪为六淫之首,其它病邪,每多附于风邪而侵入人体。寒为阴邪,其性凝滞,易伤阳气。湿邪易阻气机,最易伤阳气,且湿邪可以化热而成湿热之邪。其中寒邪是雷诺氏综合征发病的重要致病因素。《灵枢·痛疽篇》曰:“寒邪客于经络之中,则血泣,血泣则不通”,是说血液受寒可致瘀滞,即外寒致瘀,寒凝血涩。《素问·举痛论》曰:“寒气客于脉外则脉寒,脉寒则……则脉绌急,绌急则外引小络,故卒然而痛。”又说:“人之五藏卒痛……经脉流行不止,环周不休。寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通”,是说寒邪侵袭卫表,血脉受寒,受寒之后血脉收引,故经脉之气血凝滞。因此,风寒湿三邪,侵袭人体,导致寒凝气血,血脉阻塞,阳气不能达于肢末,肢体失于温煦濡养,遂发本病。风寒湿三气杂至,阻碍皮肉、脉络、筋骨中气血的流通,合而成痹。

2. 情志内伤

情志不畅,郁怒伤肝,思虑伤脾,肝失疏泄,气机失调,导致五脏功能紊乱,经络失调,气血凝滞而为本病。《素问·玉机真脏论》曰:“忧、恐、悲、喜、怒,令不得以其次,故令人有大病矣。”而在《灵枢·本神篇》曰:“忧愁者,气闭塞而不行。”情志内伤,必然影响气的功能,由于血随气行,气病必然郁久及血,气机紊乱,血行亦乱,气滞日久则成血瘀。故而精神紧张可导致气机不畅,而影响气血运行,血行不畅,则脉络不通。

3. 素体气血虚弱

先天禀赋不足,后天失养,脾胃虚弱,气血化生不足,气血虚弱,则不能荣养肢体,或心血不足,鼓动无力,血行不畅,四肢失养,均可产生阴寒之象。

此外冲任失调,气血失和,血瘀阻络,或精血不能资助冲任,则冲任脉气不通,而出现气血功能紊乱。《圣济总录》曰:“妇人以冲任为本,若失于将理,冲任不和……”说明妇人在发病中有特殊性。

(二) 病机

1. 寒凝脉络

病人素体阳虚,复感风寒湿之邪,客于脉络,寒凝则血瘀,脉络闭阻,气血凝滞,阳气不能达于肢末而发病。故肢端苍白、发凉。如《素问·厥论篇》曰:“阳气衰于下,则为寒厥……寒凝之

为寒也,必从五指而上于膝……”是说若阳气不能温煦四肢,首先从肢端开始畏寒、发凉。而《五脏生成篇》曰:“卧出而风吹之,血凝于肤者为痹”,是说风邪侵入,导致机体气血运行不畅,血瘀则出现痹证,《素问·痹证篇》进一步说明:“所谓痹者,各以其时,重感于风寒湿之气。”因此外邪侵袭后,血脉运行不畅,血瘀阻络是其发病机理。

此外,如果感受外邪日久,外邪入里,邪留脉络筋骨,可郁久化热,热盛则肉腐,可出现肢端溃破、渗液、红肿,甚或成为脱疽,此为湿热内蕴,火毒炽盛所致,因而本病到后期也可发生肢端坏疽。

2. 血瘀阻络

瘀血属病理性产物,而瘀血一旦形成,又成为致病的一个因素,即继发性病因,血瘀证在雷诺氏综合征的发病及转归中占有重要地位,贯穿本病的始终,而在临床表现上雷诺氏综合征又以血瘀证的表现为主。瘀血一旦形成,不仅使机体失去了正常的血液濡养作用,而且反过来又会影响全身或局部气血的运行,产生诸多变证,经脉淤塞不通,肢体末端血脉瘀阻,则会产生手指青紫,甚或脱疽。雷诺氏综合征血瘀证的成因有以下几方面。

一是寒凝血瘀。《灵枢·痈疽篇》曰:“寒邪客于经络之中,则血泣(涩),血泣(涩)则不通,”《诸病源候论》曰:“有风冷乘之,邪搏于血……寒则血结。”而在《素问·离合真邪论》中说得更具体,“夫邪之入于脉也,寒邪血凝泣”,这也符合现代医学对雷诺氏综合征发病的认识。因此外邪可导致血瘀,一旦瘀血形成,又可成为致病因素,可表现为疼痛、麻木、皮肤青紫瘀点,浅表血管扩张等,而这些都能在雷诺氏综合征患者身上见到。

二是气滞血瘀。精神因素的影响,七情抑郁,导致气郁不畅,气机上逆,造成血液不行而凝结成瘀。气行则血行,气滞则血瘀,气血不和则生诸病。《素问·调经论》曰:“五脏之道,皆出于经隧,以行血气,血气不和,百病乃变化而生。”《丹溪心法》曰:“气血冲和,百病不生;一有怫郁,百病生焉,故人身诸病,多生于郁。”郁怒伤肝,忧思伤脾,肝气郁结,肝气不得疏泄,气机不利,遂成气不能运血以畅行,血不能行气而流通,故在情绪紧张抑郁之时,肢端变苍白、怕冷,此乃气滞血瘀,血流不畅。另外气滞郁久化热,可导致热盛肉腐,可出现肢端溃破、渗液、红肿等热象。

三是先天禀赋不足,气血虚弱,素体阳虚,温煦无力。气虚则失去推动和收摄功能,导致血液运行缓慢以致形成瘀积。《医林改错》曰:“元气既虚,必不能达于血管,血管无力,心停留而瘀。”

3. 湿热蕴结

如果病程日久,经久不愈,或失治误治之后,郁久化热,热盛则肉腐,证见溃破、渗液、局部红肿,或局部暗红肿胀。正如《灵枢·痈疽篇》曰:“大热不止,热胜则肉腐,肉腐则为脓,故名曰痈。”部分雷诺氏综合征患者偶而出现肢端坏疽。《灵枢·痈疽篇》曰:“发于足趾,名曰脱疽,其状赤黑,死不治。”湿热蕴结的产生与下列因素有关。

一是寒邪久郁化热,寒邪内侵日久,或由浅入里,入里化热。

二是瘀血形成之后,阻碍气机,郁而化热。雷诺氏综合征其血瘀阻络,位于肢端,因此瘀血日久化热,也发生于此。脉道不通利,会引起脉道所循环部位得不到气血营养,故而可出现麻木、疼痛、青紫或苍白,甚至萎缩或坏死,而成为脱疽。

总之,雷诺氏综合征的发病病因病机是素体气血虚弱,阳虚体质,复感寒邪,寒邪客于脉络,加之忧思抑郁,冲任失调,肝失疏泄,气机不畅,气滞血瘀,寒凝血瘀内停于脉络,导致气血

运行不畅,阳气不能达于肢末,失于温煦濡养,发为本病,如果郁久化热,湿热内生,可发为脱疽。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

雷诺氏综合征的发病方式不尽相同,一般起病隐匿,初起表现为双手畏寒明显。全部雷诺氏综合征的患者双手都有病变,进一步发展可出现手指遇冷变苍白或伴有足趾的病变,而青紫、潮红色可能不显著,发作频率也不是很高,随着病程的进展,发作的频率增高,程度也加重,出现典型皮肤三色变化:苍白→青紫→潮红,后期严重患者尔可有手指或足趾的坏疽。由其它疾病并发的雷诺氏现象者,其原发病随着病程的进展,日益显现或出现原发病的特殊表现。

(一) 症状

1. 肢端畏寒、疼痛、麻木

初期患者对寒冷刺激非常敏感,双手不耐寒,特别怕冷。而当皮肤颜色出现改变时,双手可伴有发凉、麻木、或有针刺样疼痛。随着病情的进展,双足也会有同样的症状。

2. 雷诺氏现象(肢端皮肤三色变化)

当寒冷刺激或情绪激动及精神紧张时,肢端皮肤出现典型的雷诺氏现象,手指变苍白呈白色手指,此时手指可有发凉、麻木、刺痛感。为小动脉(主要是指动脉)痉挛,动脉血流量减少所致。苍白过后逐渐变成青紫色。经过保暖之后,皮肤颜色再变成潮红色,即反应性充血,此时小动脉痉挛解除,动脉血流恢复正常,在这以后皮肤颜色逐渐恢复正常,呈现典型雷诺氏现象皮肤苍白→青紫→潮红→正常的间歇性皮肤颜色变化。

病情轻者是在发病的初期仅在寒冷的季节呈典型发作,而在温暖季节很少发作;严重患者则一年四季均可因着凉被冷风刺激引起发作,即使防护保暖也不能有效减少发作。

3. 中枢神经功能紊乱现象

雷诺氏综合征患者,大多有精神易紧张、多疑、容易郁闷、多愁善感、失眠多梦等表现,而女性患者多伴有月经不调等妇科疾病。

(二) 体征

1. 肢端皮色苍白或青紫色

雷诺氏综合征发病的特征是病变的双手呈对称性,双手同时受累;发病先自一个手指开始,逐渐累及其余的手指,但拇指极少发病。开始的时候都是从指尖部,开始范围小,逐渐向近端指节或整个手指发展,严重时可发展至全掌,但一般不会超过腕关节。

2. 局部表现

肢端皮温低、发凉;尺、桡动脉搏动可减弱,但一般不会消失;病程较长的患者肢端可有营养障碍的表现;手指变细、指腹萎缩、皮肤光薄、皮肤纹理消失等。也可出现肢端缺血性坏疽,但一般都是表浅性坏疽,当伴有感染时,肢端可出现红肿、有脓性渗出物。

(三) 实验室及其它检查

在临床上除根据病人的主诉和观察病人肢端皮肤颜色变化及确定病人动脉搏动情况作出临床诊断外,也有更进一步的检查以明确诊断。特别是当病人就诊时没有出现皮肤颜色变化时,很难根据病人的主诉作出诊断,此时可进行下列常用的辅助检查方法。

1. 冷水试验

冷水试验是一种诱发雷诺氏现象发作的试验,其原理是根据雷诺氏综合征患者对寒冷的敏感性而设立的。将患者的双手浸在 4℃ 左右的冷水中 1 分钟后,观察患者手颜色的变化,其诱发率可达 75%。

2. 握拳试验

握拳试验也是一种诱发试验,患者双手高举握拳一分钟,然后放平后松手,其时可诱发雷诺氏现象的出现。

3. 缚臂试验

缚臂试验也是一种诱发试验,以袖带血压计测定病人收缩压后,降低 1.33Kpa (10mmHg),并持续 5 分钟,以诱发雷诺氏现象的出现。

以上试验虽能对诊断雷诺氏综合征有很大帮助,但尚不够精确,对一些早期患者,其敏感性尚有缺陷,近年来在临床上常采用一些更客观的检查方法,现介绍如下:

1. 光电容积描记

测定指端的光电容积描记的动脉波形,观察其波幅,病变手指的波幅多呈低平波,而弹性波消失,也可进行对比检查,在寒冷(暴露于冷空气或浸于冷水中)情况下测定的指端光电容积描记的动脉波形,与在温暖情况下测定的描记的波形相对比,就会看到有较大的差异,可说明动脉在痉挛时及在动脉恢复血流情况下的血流量变化。此外还可以用此法来测定指动脉的压力,如果指动脉压力在寒冷情况下降低 $>20\%$,即为阳性。

2. 皮温测定

测定手指皮温的恢复时间。在手浸入冰水中 20 秒后,测定手指皮肤温度恢复到未浸入冰水时手指温度所需要的时间。正常情况下人手指皮温恢复时间为 5~10 分钟,而雷诺氏综合征患者的手指温度恢复时间要超过 20 分钟。手指温度恢复时间测定还用于判定治疗效果,如果恢复时间缩短,说明病情改善。

3. 红外线热像仪检查

人体发出的红外线,经计算机处理后拍摄成热像图,人体发出的红外线的强弱反映到热像图上,可以判定皮温的高低,应用方便。但周围的温度变化可影响到测定的结果。

4. 多普勒超声波检查

利用多普勒超声血管检查仪,可测定指动脉的血流变化。雷诺氏综合征病人的指动脉波幅在动脉痉挛时低平,而当动脉痉挛解除时,动脉波幅转变成正常。而当动脉处于阻塞时则没有动脉波幅的变化。

5. 动脉造影检查方法

采用 Seldinger 技术选择锁骨下动脉或肱动脉造影,在正常情况下及在冷水刺激手时先后进行动脉造影,并进行对照,以了解动脉病变的程度,是最直观的检查手段。动脉造影检查主要是用于确定是否具备动脉重建术的条件,不应列为常规检查方法。

(四) 并发症

雷诺氏综合征的病人如果病程日久或反复发作,手指呈持续性青紫,严重时肢端可出现缺血性坏疽;在坏疽的基础上或局部有外伤的情况下,可出现局部感染,可出现淋巴管炎的反应,一般不严重。其它有严重后果的并发症均是由原发疾病所致的。

(五) 诊断要点

诊断雷诺氏综合征临床上并不困难,主要是根据临床表现来作出诊断,目前尚无特异性的诊断方法。

- (1)多发生于 20~40 岁青年女性;
- (2)有典型的手指皮肤三色变化;
- (3)冷水试验可诱发雷诺氏现象的发生;
- (4)光电容积描记及多普勒检查有动脉痉挛变化;
- (5)在确定雷诺氏综合征之后,还应查找与雷诺氏综合征有关的原发疾病。

(六) 鉴别诊断

1. 手足发绀症

手足发绀症,又称肢端紫绀症,或手足紫绀症,是一种原因未明的末梢血管功能性疾病,多见于青春女性患者。特征是双手呈持续性青紫色,皮肤湿冷,手足发凉怕冷,青紫色在寒冷季节或肢体下垂时明显,而在天气转暖,肢体抬高后青紫色可明显消退或恢复正常,而动脉搏动正常。手足发绀症的病人,一般在 25 岁左右可自然缓解。

2. 网状青斑症

网状青斑症是一种皮肤血管舒缩功能紊乱性疾病。多见于女性患者,特征是皮肤上出现蓝紫色网状或点状条纹,多出现于肢体容易外露部分,如手、前臂或小腿。在寒冷或肢体下垂时更明显,在遇温热后青紫条纹减轻或消失,除此以外,病人常有畏寒、肢体发凉等表现。

3. 红斑性肢痛症

红斑性肢痛症又称红痛症或灼热足综合征,是血管神经功能异常引起的皮肤动脉血增多而致的一种疾病。特征是手足局部出现红肿热痛。以双足多见,常可突然发生皮肤烧灼样剧痛,因疼痛重,夜间常可影响睡眠,双足喜冷怕热,将双足伸于被外或双足接触凉物及抬高肢体后可缓解症状,发作时,双足皮温高,呈潮红色,动脉搏动可增强。有时红斑性肢痛症可继发于其它疾病如糖尿病、痛风、高血压病、真性红细胞增多症等。如果在某一地区呈流行性发作时,又称流行性肢端红痛症。

4. 动脉闭塞性疾病

这些疾病包括血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉硬化症等所致的动脉缺血,有时被误诊为雷诺氏综合征,尤其是指(趾)动脉突然闭塞,手指苍白、紫绀、发凉时,如不仔细检查,更容易误诊。动脉搏动消失是它的特点,并且临床症状呈持续性进行性加重,这是雷诺氏综合征所没有的。可参考血栓闭塞性脉管炎及闭塞性动脉硬化症章节。

二、辨证·中医诊断

雷诺氏综合征临床上主要表现为苍白、青紫、潮红三色变化,通常以苍白、青紫二色为主,其发病与寒冷、情志变化有密切关系,故在临床辨证中应紧紧抓住这些重点。

(一)辨证要点

1. 辨寒热

雷诺氏综合征在辨证上主要属阴寒证及血瘀证,但也可转化为热证,寒热错杂。如果病程日久,久瘀化热,就会出现湿热证的表现:肢端出现小的溃疡或坏疽,疼痛加重、局部暗红肿胀有渗液、舌暗红苔黄。阴寒证则表现:畏寒、遇冷更甚,肢端皮色苍白、伴有面色㿠白、舌淡苔白;血瘀证则表现:肢端皮色青紫、疼痛、有瘀斑,舌暗红苔薄。

2. 辨病因

在辨证过程中,应辨别致病因素,主要是区别寒邪致病为主,还是情志内伤致病为主。一般寒邪致病的常见证候有:畏寒肢冷,遇冷皮色变苍白,特别怕冷,遇温则诸证减轻,舌淡苔白,脉沉迟等;情志内伤致病的常见证候有:精神抑郁易激动,皮色变化与精神紧张焦虑烦躁有密切关系,伴有手足多汗、心悸、失眠、多梦、月经不调等。瘀血致病的常见证候有:皮色变化以青紫色为主,青紫色持续时间长,伴有肢端针刺样疼痛,女性病人常有闭经,舌暗红或青紫有瘀点。

3. 辨虚实

虽然雷诺氏综合征的表现以邪实为主,但也有正虚的表现。正虚主要是气血虚弱,肾阳不足,多因病程日久,耗伤人体正气所致。《素问·评热病论》曰:“邪之所凑,其气必虚。”气血虚弱常见证候有:面色少华、气短懒言、肢端萎缩、皮肤干燥、舌质淡嫩、脉微或沉迟无力。肾阳不足的常见证候有:腰膝酸软、形寒肢冷、面色灰暗、女子闭经、阴冷,舌淡苔白,脉细等。在雷诺氏综合征发病的后期,基本上都有正虚的表现,在辨证上应详加辨别,不可攻伐太过,以免损伤正气。

4. 辨病势

在治疗中应辨别疾病的发展趋势,是正胜邪退,还是正衰邪盛,这对正确辨证及判断预后都有重要意义。如果治疗之后症状减轻,说明病势趋向好转;如果治疗之后症状未缓解,或肢端出现溃疡或坏疽,说明病邪入里病势加重;如果在雷诺氏综合征的发病中,表现出原发系统疾病,则预后不良。

(二)辨证分型

雷诺氏综合征根据其发病特点,一般分为以下几型。

1. 阴寒型

〔临床表现〕肢体发凉、冰冷、呈苍白色,受寒之后即刻发作,冬季症状明显加重,舌质淡红苔薄白,脉沉迟。

〔辨证分析〕本证多因素体肾阳不足,复感风寒之邪。寒为阴邪,其性凝滞,寒凝血脉,则气血瘀滞,经脉闭阻,阳气不能达于肢末,失于温煦,故肢体发凉、凉冷。气血不能荣养则皮色苍白,寒为阴邪外侵后人腠理,客于血脉则为本病,冬季寒邪更甚,因而症状加重。舌质淡苔薄白,

脉涩均为寒凝血瘀之象。

此型主要见于雷诺氏综合征的早期。

2. 血瘀型

〔临床表现〕肢端皮色呈青紫色、发凉、疼痛。遇冷则症状加重，舌质暗红有瘀斑苔白，脉涩。

〔辨证分析〕瘀血内停，经脉阻塞，气血瘀滞，运行不畅，故皮色呈青紫色，瘀血停留于脉络，不能温养肢体故发凉，血脉不畅，不通则痛，故肢端疼痛。得寒则寒凝血瘀更甚，寒凝则气机不畅，阳气不能达于肢末，故遇冷症状加重。舌质暗红有瘀斑，脉涩均为瘀血内停之象。

此型多见于雷诺氏综合征的中后期。

3. 湿热型

〔临床表现〕肢端出现溃疡或坏疽，局部红肿、疼痛有渗液，或有全身发热，舌质红苔黄腻，脉滑数。

〔辨证分析〕寒邪侵袭久郁化热，或病程日久，瘀血内积，积久化热，热盛则肉腐，湿热流注于经脉，故肢端出现溃疡或坏疽，湿热内蕴故局部出现红肿疼痛，或全身发热。舌质红、苔黄腻，脉滑数均为湿热之象。

此型多见于雷诺氏综合征患者并发肢端缺血性坏疽或并发感染者。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一) 常规治疗

1. 防寒保暖

由于寒冷刺激是雷诺氏综合征发生的一个重要因素。因此积极采取御寒措施是十分重要的。天气转冷或在寒冷季节应注意穿着保暖，尤其是双手、双足更应注意防寒保暖，外出时在户外应戴手套，穿羊毛厚袜，及保暖性能好的鞋子，不要在寒冷的室外过多的停留；日常生活中避免过多地接触冷水，尽可能用温水洗手、洗脸等。

2. 防止外伤

平时应注意防止手指、脚趾的外伤，由于肢端血液循环差，即使轻微的外伤，也很容易引起局部的感染或发生局部坏疽。

3. 严格戒烟

防止烟草中的有害物质对血管的损害加重病情。

4. 保持心情平和

精神紧张焦虑是发生本病的另一重要因素，因此医生应劝导病人，并让病人了解本病发生与情绪的关系，让病人放松，解除精神因素对此病的影响，必要时可给予谷维素、安定等药物，来调整病人的紧张状态。

5. 脱离高危环境

使用振动工具或在湿冷环境工作的患者，应及早调换工种，以避免进一步加重病情。

(二) 对症治疗

雷诺氏现象是肢端小动脉痉挛所致,因此在治疗上,主要是要解除小动脉的痉挛,常用的方法有以下几种。

1. 药物治疗

药物治疗是目前常用的主要方法,疗效确实。

(1) 妥拉苏林(Tolaxoline):是 α -受体阻滞剂,具有阻断交感神经的作用,并可直接缓解血管平滑肌。妥拉苏林可阻滞肾上腺素和去甲肾上腺素的缩血管作用,因此可促进肢体皮肤的血循环。用量用法:妥拉苏林 25~50mg,口服,每日 3~4 次;或妥拉苏林 25~50mg,肌注,每日 1~2 次。在口服后 40~100 分钟,肌注后 30~60 分钟后,达到药效高峰,并可持续数小时。

(2) 利血平(Reserpine):通过耗竭交感神经传导介质(去甲肾上腺素和儿茶酚胺等)来扩张周围血管。用量用法:利血平 0.25mg,口服,每日 3~4 次;近年来报道用利血平 0.25~0.5mg 稀释后行肱动脉注射获得较好的疗效,药效可持续 10~14 天;另一方法是在肘上放置充气压力带维持压力 33.3Kpa(25mmHg),穿刺远端浅静脉后,注入稀释后的利血平 0.5mg,报道疗效与动脉注射的疗效本似,优点是操作简单易行。

(3) 硝苯吡啶(心痛定,Nifedipine):是钙通道阻滞剂,可降低肌细胞上钙离子贮存部位的贮钙能力使动作电位形成,从而使血管扩张,因此可用于治疗雷诺氏综合征缓解动脉痉挛。用量用法:硝苯吡啶 10mg,口服,每日 3 次。

(4) 烟酸(Nicotinic Acid):可直接扩张动脉血管,口服后作用快,但作用时间短。用量用法:烟酸 100~200mg,口服,每日 3~4 次。服药后可出现皮肤潮红。

(5) 胍乙啶(Guanethidine):是一种降压药物,类似利血平的作用。用量用法:胍乙啶 5~10mg,口服,每日 2~3 次。

(6) 甲基多巴(Methyldopa):甲基多巴是一种降压药物,可兴奋血管运动中枢的 α -受体,而抑制外周交感神经,而使血管扩张。用量用法:甲基多巴 0.25g,口服,每日 2~3 次。

(7) 康力龙(Stangolol):康力龙是同化类固醇激素,具有激活纤维蛋白溶解酶的作用,可溶解沉积于指动脉的纤维蛋白酶。用量用法:康力龙 5mg,口服,每日 2 次。

(8) 前列腺素 E_1 (PGE $_1$):前列腺素具有抑制血小板聚集及扩张血管的作用,是近年来常用的药物。用量用法:前列腺素 E_1 100~200 μ g,加入 5%葡萄糖注射液 250 毫升中静滴,每日 1 次。

(9) 山莨菪碱(654-2):此药具有扩张血管,改善微循环的作用,可解除雷诺氏综合征小动脉的痉挛。用量用法:山莨菪碱 5~10mg,口服,每日 3 次;或山莨菪碱 10~20mg 加入生理盐水 500ml 中静滴,每日 1 次。

(10) 降低血液粘度药物:由于血液粘度增高,微循环障碍,也是雷诺氏综合征患者所共有的,因此可应用降低血液粘度的方法,以改善雷诺氏综合征患者肢端的血液循环障碍,增加血液供应量,来减轻肢体的缺血症状。临床上常用的降低血液粘度的药物有:低分子右旋糖酐、蝮蛇抗栓酶、丹参注射液、川芎嗪注射液、脉络宁注射液等。

2. 血浆交换疗法

血浆交换疗法可降低血浆纤维蛋白,从而降低血液的粘度;同时可降低血小板的粘附性和聚集性,可防止血栓形成,因而可改善雷诺氏综合征的微循环障碍。用法:每周输入代血浆

2000~2500ml,连用5次。

3. 生物反馈疗法

生物反馈疗法就是让病人全身放松处于安静状态,调整情绪,排除杂念和进行专心呼吸训练。用连接灯光指示系统的温度仪,每隔15秒测定一次皮温,当皮温上升或稳定时,灯光指示系统便发光,皮温下降时不发光。患者通过指示系统,便能感受到这一反映皮温的发光与否对视觉的刺激,通过此训练可以调整血管神经功能。

4. 诱导血管扩张疗法

患者全身暴露于0℃的寒冷环境中,双手则浸泡于热水中,每次10分钟,经过反复训练后,使末梢血管不再对寒冷刺激而产生收缩反应。

5. 手术疗法

(1)手术指征:长期药物治疗效果不佳,病情呈进行性加重,肢端出现坏疽者。

(2)手术方法:①交感神经切除术:可采用胸交感神经切除术及腰交感神经切除术分别治疗上肢和下肢的病变。近年来多采用指动脉周围交感神经末梢切除术,暴露指动脉后,将动脉周围纤维组织和外膜切除一段,使末梢血管处于去交感状态而呈扩张,从而达到解除小动脉痉挛的目的。②动脉重建术:动脉重建术是恢复动脉通路的直接方法,但是由于末梢动脉口径细,因此应用的机会并不多。

(三)并发症的治疗

1. 合并感染

肢端外伤或小的溃疡容易继发感染,一般经换药后即可使炎症消退,出现全身反应时可适当应用抗生素。

2. 坏疽

肢端有坏疽或肢端指(趾)骨骨髓炎时,可考虑行清创术或指(趾)部分切除缝合术。可参阅有关部分。

二、中医治疗

中医治疗雷诺氏综合征,应贯彻辨证施治的原则,整体辨证与局部辨证相结合,灵活应用理、法、方、药进行辨证施治,这样才能取得好得临床疗效。

(一)辨证治疗

1. 阴寒型

〔治法〕温经散寒,活血通络。

〔方药〕阳和汤加味。

〔组成〕炙黄芪30g,鸡血藤30g,党参15g,当归15g,干姜15g,赤芍15g,怀牛膝15g,肉桂10g,白芥子10g,麻黄6g,熟附片10g,炙甘草10g,鹿角霜10g(冲),地龙6g。水煎服。

〔加减〕若肢体关节疼痛明显,证属风寒湿痹阻经络,宜散寒除痹,选羌活10g,防风10g,赤芍15g,姜黄15g,当归10g,黄芪10g,桂枝10g,威灵仙15g,甘草6g。水煎服。

若女性患者情绪紧张焦虑伴失眠、多梦、月经不调,证属肝郁不疏、冲任失调,宜疏肝解郁、

养心安神,方选柴胡疏肝散加减:柴胡 10g,香附 10g,川芎 10g,白芍 10g,枳壳 10g,党参 15g,鸡血藤 30g,川牛膝 10g,夜交藤 15g,炒枣仁 15g,枸杞子 10g,当归 10g,甘草 6g。水煎服。

〔分析〕方中附片、干姜、肉桂温经散寒,炙黄芪、党参、炙甘草补气助阳,熟地、鹿角霜、怀牛膝温肾助阳,鸡血藤、当归、赤芍、地龙活血化瘀通络,白芥子、麻黄开腠理与温补药共用,可使补而不腻,共奏温阳散寒、活血通络之功。

2. 血瘀型

〔治法〕活血化瘀,通络止痛。

〔方药〕丹参通脉汤。

〔组成〕丹参 30g,黄芪 15g,当归 30g,赤芍 30g,桑寄生 30g,川牛膝 15g,川芎 15g,郁金 15g,水煎服。

〔加减〕若病人形寒肢冷、腰膝酸软、面色灰暗、舌淡苔白,脉细,证属肾阳不足,宜温补肾阳,化瘀通络,方用熟地 30g,当归 15g,炙黄芪 15g,党参 15g,鸡血藤 15g,桑寄生 15g,补骨脂 10g,川断 10g,杜仲 10g,川牛膝 10g,仙灵脾 10g,丹参 30g,甘草 6g。水煎服。

〔分析〕方中以丹参、赤芍、郁金活血化瘀,黄芪、桑寄生、川牛膝行气活血,川芎行气通络活血共奏活血化瘀、通络止痛之功。

3. 湿热型

〔治法〕清热利湿,活血化瘀。

〔方药〕四妙勇安汤加味。

〔组成〕双花 30g,当归 15g,玄参 30g,赤芍 15g,牛膝 15g,黄芩 10g,黄柏 10g,山栀 10g,连翘 10g,苍术 10g,防己 10g,紫草 10g,甘草 10g,红花 6g,木通 6g。水煎服。

〔加减〕若病人高热、寒战、红肿、剧痛者,证属热毒炽盛,宜清热解毒凉血化瘀,方用五味消毒饮加减,双花 30g,公英 60g,野菊花 15g,地丁 15g,玄参 15g,丹皮 10g,赤芍 10g,黄柏 10g,泽泻 10g,车前草 10g,炙甘草 6g。水煎服。

〔分析〕主中双花、连翘、黄芩、黄柏、玄参清热解毒,苍术、防己、木通清热利湿,导热下行,当归、赤芍、紫草、红花、川牛膝活血化瘀,甘草缓急解毒,共奏清热利湿,活血化瘀之功。

(二) 验方治疗

1. 通脉冲剂

通脉冲剂含黄芪、桂枝、当归、赤芍、细辛、木通、炙甘草、生姜各等份,制成冲剂,每包 25g (含生药 44.5g),每次 1 包,每日 2 次冲服,30 天为 1 疗程,治疗 2 个疗程,共治疗 40 例,其中原发性雷诺氏综合征 22 例,继发于结缔组织病 18 例。结果:临床完全缓解 7 例,有效 31 例,无效 2 例,总有效率 95%。治疗后指(趾)雷诺氏现象发作情况显著改善,血沉、抗核抗体、免疫球蛋白、免疫复合物、肝功等指标有不同程度改善。(周芳军等:通脉冲剂治疗雷诺氏征 40 例临床观察,《北京中医》,(5),16~17,1994)

2. 益气温经活血汤

本方由黄芪 60g,丹参 20g,鹿角霜 15g,当归、赤芍各 12g,桂枝、淡附片、红花各 10g,川芎、炙甘草各 6g,细辛 3g 组成。气虚加党参、白术;血瘀加三七粉、鸡血藤;肾阳亏虚加仙茅、仙灵脾;舌质偏红加生地、熟地。每日 1 剂,水煎服,第 3 煎临睡前浸双手或双足 10~20 分钟,20~30 天为 1 疗程,治疗 1~2 个疗程,共治疗 12 例。结果:显效(症状和体征基本消失或明显减

轻,停药后1年内不复发)4例,好转6例,无效2例,总有效率83.3%。(柯兆昌,益气温经活血汤治疗雷诺氏病,《中医药学报》,(4),32~33,1994)

3. 寒凝络阻方

肝郁血虚型用桂枝、柴胡、归尾、赤芍、甘草各10g,细辛3g,白芥子、郁金各15g,鸡血藤、抗白芍、生黄芪各30g。病在双指端加川芎、升麻;病在双趾端加牛膝;夜寐多梦加首乌藤。脾肾阳虚、寒凝络滞型用生黄芪、鸡血藤各30g,党参、归尾、菟丝子、苏木、女贞子各15g,上肉桂、红花各10g,丹参20g。腰痛加川断、桑寄生;疼痛明显加元胡、川楝子;指(趾)端变细加云苓、白术;指(趾)端破溃去党参、肉桂,加金银花、蒲公英、白芷。每日1剂,水煎服,14天为1疗程。指(趾)凉、麻、痛明显用第3煎温洗;溃疡外用止疼生肌散及红纱条,共治疗33例。结果:治愈5例(15.2%),显效18例,有效10例。(刘秀茹,中医药治疗雷诺氏病33例,《北京中医》(2),29~30,1995)

4. 通脉解痉散

本方含麻黄、羌活各20g,当归、柴胡、桂枝各30g,白芍40g,细辛、木通各15g,丹参50g,土元10g,透骨草25g。共研细末,装0号胶囊,每粒含生药0.6g。每次5粒,口服,每日3次,温开水150ml加50%的高粱酒5ml送服,15日为1疗程,治疗3个疗程,共治疗42例。结果:治愈27例,好转14例,无效1例,有效率97.6%,随访38例,复发1例。(吴勇,自拟通脉解痉散治疗42例雷诺氏综合征,《新中医》27(3),25~26,1995)

5. 苏龙活血饮

本方含黄芪60g,苏木、广地龙、全当归各30g,桂枝20g,炮穿山甲、鸡血藤、乳香、没药、甘草各10g。指(趾)端苍白凉者加细辛、附子;紫暗严重有灼热感,或指(趾)溃烂加银花、蒲公英、丹皮、紫花地丁。每日1剂,水煎服,10天为1疗程,治疗3个疗程,共治疗36例。结果:治愈32例,显效2例,无效2例。甲皱微循环治疗前后比较有显著性差异。(金学仁,苏龙活血饮治疗雷诺氏征及微循环观察,《辽宁中医杂志》,22(4),165~166,1995)

6. 加味当归四逆汤

本方由全当归、炙黄芪、炙桂枝、制川乌、丹参、桃仁、红花、炙地龙各10g,细辛、炙甘草各5g,木通8g,大枣8枚。腰膝冷加仙灵脾、鹿角片,湿重肿甚加羌活、独活、厚朴;胸胁胀满,以情绪波动为主要诱因者,加柴胡、白芍;瘀重痛甚加三棱、莪术等。每日1剂,水煎服,治疗21~91天,共治疗20例。结果治愈11例,好转6例,无效3例。(徐玉健,加味当归四逆汤治疗雷诺氏病20例,《江苏中医》,13(10),16~17,1992)

7. 陈氏验方

脾肾阳虚型用黄芪50g,丹参30g,桂枝20g,地龙、炙附子、鹿角霜、赤芍各15g,肉桂、干姜、炙甘草各10g。血瘀明显加川芎;脾虚明显加党参。治疗20~30天。寒凝阳络型用丹参50g,赤芍、鸡血藤各30g,王不留行、当归、川芎各20g,地龙15g。气虚甚加党参、黄芪;血瘀甚加三棱、莪术;肾阳不足加仙灵脾、菟丝子。治疗30~40天。湿热型用金银花、连翘、玄参、薏仁各30g,当归、丹参、赤芍、黄柏、黄芩、苍术、红花各15g。下肢病重加牛膝、木瓜。每日1剂,水煎服,治疗约50天。共治疗18例。结果:治愈6例,显效11例,无效1例,总有效率94.4%(陈敏等,中西医结合治疗雷诺氏病18例疗效观察,《黑龙江中医药》,(5),14~16,1992)

8. 赵氏验方

药用炒当归、炙桂枝、炒白芍、北细辛、炙甘草、炒川芎、宣木瓜、苏木、红花、广地龙。寒甚加

附子、肉桂、干姜；瘀滞加乳香、没药、水蛭；气虚加黄芪、党参、白术；血虚加熟地、阿胶珠。每日1剂，水煎服，第3煎加入适量童便浸手，每次约30分钟，共治疗42例。结果：痊愈23例，显效12例，有效6例，无效1例（赵炎等，内外结合治疗雷诺氏病42例，《浙江中医杂志》，27(9)，395，1992）

9. 温经通络汤

本方由熟附子（先煎）、干姜、肉桂各15g，当归、丹参、黄芪各20g，桂枝、鸡血藤各25g，白芍10g，细辛5g（后下），威灵仙30g。针刺样痛者加王不留行20g，乳香、没药各15g，痒痛加川芎、防风各15g，肢端冷麻加红花10g，乌梢蛇20g。每日1剂，水煎服，服药15~30剂。共治疗20例（孟样全，温经通络汤治疗雷诺氏病20例疗效观察，《黑龙江中医药》，(2)，18~19，1992）

10. 山甲路通汤

本方含穿山甲、路路通各6~15g，黄芪、太子参各15~60g，仙茅、仙灵脾各15~30g，桂枝、干姜各6~20g，当归、枸杞子各10~20g，鸡血藤、丹参各10~30g，甘草6~12g。口干欲饮加麦冬、石斛、天花粉，减温热药剂量；手指麻木加地龙、全蝎；舌苔腻加佩兰、白蔻、薏苡仁；烦躁易怒加郁金、炒香附、柴胡。每日1剂，水煎服，药渣水煎后浸洗患手，每次5~15分钟，每日2~4次，15天为1疗程，共3个疗程，共治疗108例。结果：痊愈70例，好转28例，无效10例（孙明辉，山甲路通汤治肢端动脉痉挛症，《新中医》，22(10)，24，1990）

11. 程氏验方

桂枝、巴戟天、熟附片、生黄芪、山萸肉、白芥子、姜半夏、浙贝母、当归、丹参、白芍、台乌药各10g，制南星、白附子、制乳香、制没药各5g，细辛、生姜各3g，每日1剂，水煎服，纳差者加炒谷麦芽各10g，胁肋及胃脘发胀者加陈皮、制香附各10g，大便稀溏者加茯苓、炒苡仁各20g，芡实10g。结果：痊愈（症状及体征消失、随访2年无复发）37例，好转（症状及体征消失，随访1年以上偶见轻度发作者）2例，无效1例（程运文，运用温阳化痰祛瘀法治疗雷诺氏病40例，《河南中医》，10(5)，30，1990）

12. 防风合剂

取防风、艾叶各50g浸入装有清水4000ml搪瓷盆中，将重约2kg青石1块烧红后趁热投入水中使之沸腾，把盆盖严闷5分钟，然后用以洗泡患肢，早晚各1次。（贾景辉，防风合剂治疗雷诺氏病及脱疽，《浙江中医杂志》，25(12)，545，1990）

13. 当归四逆汤

本方用当归、桂枝、芍药各9g，细辛、通草、甘草各6g，大枣5枚。加毛冬青、黄芪。日1剂，水煎服，共治疗9例。结果：治愈8例，显效1例（渠敬文，当归四逆汤治疗雷诺氏病9例，《陕西中医函授》，(1)，6，1991）

本方用当归50g，桂枝20g，白芍30g，细辛、木通各5g，大枣3枚，附子、炙甘草各10g。气虚加黄芪、党参、白术；气滞加柴胡、香附、木香，去大枣和炙甘草；寒盛加肉桂，倍附子，血瘀加红花、丹参，去木通。另取独活、川椒、艾叶、桂枝、桑枝、红花、透骨草各等量，煮沸先熏后洗，每日2次，疗程60~150天，共治疗37例，结果：治愈10例，显效（双手青紫、苍白消失、遇冷或情绪激动稍有变色，血流图波幅痉挛明显好转）18例，好转9例。（王景春，当归四逆汤为主治疗雷诺氏病37例，《辽宁中医杂志》，18(3)，31~33，1991）

14. 补益温通方

本方药用党参、淮山药、巴戟天、肉苁蓉、菟丝子、淫羊藿、鸡血藤各15g，黄芪30g，白术、威

灵仙、红花、川芎各 10g, 乌附片、肉桂各 6g。每 2 日 1 剂, 水煎服, 15 天为 1 疗程, 1 疗程后改服本方丸剂。外用肉桂、红花各 15g, 干姜、白芥子各 10g, 煎水加白酒适量浸搽患处, 每日 2~3 次, 共治疗 19 例, 结果: 痊愈 13 例, 好转 5 例, 无效 1 例。(吴丕中, 补益温通法治雷诺氏病 19 例, 《湖南中医杂志》, 7(3), 42, 1991)

15. 活络祛寒汤

本方由黄芪、白芍各 15g, 当归 10g, 丹参 12g, 桂枝 9g, 乳香、没药各 6g, 生姜 3g 组成。寒甚加细辛、吴萸; 瘀重加红花、王不留行; 血热加生地、丹皮; 气滞加香附、乌药。每日 1 剂, 水煎服, 服 15 剂评定疗效。结果: 治愈(症状、体征消失随访 2 年无复发) 10 例, 好转(症状、体征基本消失, 随访 1 年以上偶见轻度发作) 2 例。(游开泓, 活络祛寒汤治疗雷诺氏病 12 例, 《辽宁中医杂志》, 11(10), 14, 1988)

16. 温通型

肢端发凉、喜暖凉、遇冷皮色苍白。治以温经散寒、活血通脉、解痉通络, 方用细辛、桂枝、葛根、白芍、甘草、当归、丹参、全蝎、蜈蚣、地龙、乌梢蛇、川芎。血瘀型: 遇冷肢端苍白、青紫、潮红、疼痛, 呈持续性, 患部轻度肿胀。治以疏肝解痉、活血通脉, 用上方去地龙、加柴胡、桃仁、红花。血热型: 患病日久, 肢端肿胀, 皮色呈青紫色, 患部有热感, 溃疡或坏疽, 疼痛剧烈。治以清热养阴、活血化瘀、解痉通络, 方用银花、玄参、当归、甘草、葛根、地龙、白芍、丹参、赤芍、川芎、全蝎、蜈蚣、乌梢蛇。结果: 临床治愈 22 例, 显著好转 19 例, 好转 28 例, 无效 2 例, 总有效率 97.2% (路立然等, 治疗雷诺氏病 71 例, 《河北中医》, 11(5), 27, 1989)

(三) 中西医结合治疗

中西医结合治疗本病, 两种治疗方法相互协同, 可以巩固治疗的效果。在运用上应注意以下问题。

1. 重视辨证施治的原则, 同时结合现代医学的研究成果, 本病发病机理尚未清楚, 但是小动脉痉挛是导致雷诺氏现象发生的直接原因, 都有肢端的血液循环障碍, 即有血瘀证的表现, 故在治疗中应贯彻活血化瘀的原则, 选用不同的活血化瘀药物。

2. 两者相互辅佐, 在疾病发展的某一阶段, 合理地选用中药或西药。如在治疗某一时期病人突然频繁发作雷诺氏征, 此时可应用扩血管药物, 及时缓解发作; 经治疗病情稳定者可服用中药以巩固疗效。

(四) 其它疗法

1. 针灸疗法

(1) 取穴: 上肢取曲池、内关、合谷; 下肢取足三里、三阴交、阳陵泉;

(2) 手法: 强刺激, 留针 15~30 分钟, 每日 1 次, 15~30 次为 1 疗程。

也可配合耳针疗法, 取心、肾、交感、内分泌穴, 手法强刺激, 留针 15~30 分钟, 每日 1 次, 15~30 次为 1 疗程。或是采用耳穴压豆的方法。

2. 穴位注射疗法

上肢取曲池、外关; 下肢取足三里、三阴交。每次取患肢 1~2 个穴位, 双侧交替注射, 进针得气后再推注药液, 常用的药物有维生素 B₁ 100mg, 丹参注射液 2ml, 川芎嗪注射液 40mg 等。

3. 外治疗法

(1) 中药熏洗疗法:适用于病情稳定,肢端无溃疡及坏疽的患者,可用活血止痛散外洗患肢,每次30~50分钟,每日1次。

(2) 肢端出现溃疡或坏疽时,可用大黄油纱布或生肌玉红膏油纱布换药,每日或隔日1次,直到创面愈合。

4. 气功疗法

气功能强身健体,对一些疾病的康复有积极作用。练功之后可产生显著的镇静止痛作用,因而能有效地减少全身紧张和血管痉挛,雷诺氏综合征患者,尤其是属于精神紧张类型的,可配合练功以达到心静神安的目的,从而有效地减少雷诺氏现象的发生次数。练功的种类有许多,患者应选择简单、易行、行之有效的气功进行锻炼。

5. 激光疗法

取患指(趾)井穴,如小指取少冲,无名指取关冲。用氩-氟激光直接照射穴位,功率8mW,波长6328Å。每穴10分钟,每日1次,1月为1疗程。治疗2个疗程,共治疗40例。结果:痊愈26例,显效(症状基本消失,甲皱微循环明显好转)10例,好转(症状减轻,甲皱微循环好转)4例(孙旗立等,氩-氟激光治疗雷诺氏症40例,《中国针灸》,12(1),25,1992)

第五节 预防

一、保持心情舒畅,锻炼身体,生活有规律

《素问遗篇·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干。”就是强调增强体质是预防疾病的关键。而《素问·玉机真脏论》曰:“忧、恐、悲、喜、怒,令不得以其次,故令人有大病矣。”指出突然强烈的精神刺激,或反复持续的精神刺激,可使人体气机逆乱,气血阴阳失调,正如雷诺氏现象的发生,与精神因素有密切关系。紧张、生气时易诱发雷诺氏现象的发生,故而应积极预防,调摄精神,加强锻炼。

二、早期诊治、防止病情恶化

《素问·阴阳应象大论》曰:“故邪风之至,疾如风雨,故善治者治皮毛,其次治肌肤,其次治筋脉,其次治六腑,其次治五脏,治五脏者,半死半生也。”说明病人一旦有不适,应及时到医院就诊,以免延误诊治,使病情恶化,另外作为医生也要医术精湛,为患者作出正确诊断及合理有效的治疗方案。雷诺氏综合征早期,小血管只是痉挛阶段,就比较容易控制病情发展;而到后期如果小血管长期痉挛而发生了闭塞则治疗就很困难。同时在治疗过程中还应观察病情变化,注意查找原发性疾病如硬皮病、风湿样关节炎等,以便能及时治疗,防止延误病情。

第六章 痔

第一节 概述

痔是一种常见的人类特有的疾病。因其性质未完全清楚,故尚无确切定义。一般认为,直肠末端粘膜下和肛管肛缘皮下静脉丛曲张扩大形成的柔软肿物称为痔。近来认为肛管支持组织变性使肛管粘膜下层内血管衬垫滑动下移而成为痔。痔在国外医学中称为“piles”,含有“球”或“柱”的意思。希腊称为“Hemorrhoids”,是根据痔核容易出血的特点命名的。中医称为痔疮、痔核、痔病、痔疾等,认为痔与峙同义,即高突的意思。在《说文解字》中说:痔“后病也”,即肛门疾病。《增韵》曰:“隐疮也”,可知凡疮疡生于隐蔽的地方都可名痔。《医学纲目》中说:“如大泽中有小山突出为痔,人于九窍中,凡有小肉突出皆曰痔,不独于肛门边生也。”《丹溪心法》中记载:“气血下坠,结聚肛门,宿滞不散,而冲突为痔也”。所以说痔是肛门之隐蔽处突出高起之疾病。

关于痔的分类,现代医学根据痔发生部位、症状和病理性质的不同,一般将痔分为外痔、内痔、混合痔三大类。外痔位于齿线以下,被覆皮肤,能看到。其形状大小不规则,不易出血,以坠胀、疼痛和异物感为主要表现。由于其表现不同又分为静脉曲张性外痔、结缔组织性外痔、血栓性外痔和炎性外痔四种。静脉曲张性外痔是齿线以下肛管肛缘皮下的痔外静脉丛扩大和曲张而成。表面呈暗紫色,形状呈椭圆形或环状不规则。一般无痛苦,排便、下蹲或腹压增加时痔核显露充分,隆起更为明显。结缔组织性外痔多由急慢性炎症反复刺激,使肛缘皮肤发生结缔组织增生、肥大而致,也即肛缘增生之皮垂,痔内无曲张的静脉丛。血栓性外痔是肛缘皮下静脉破裂、血块凝结而形成血栓,常因便秘、排使用力过大及剧烈活动而致。炎性外痔是肛缘皮肤皱襞发红、灼热、肿胀、疼痛而形成的急性水肿突起物。内痔位于齿线以上,被覆粘膜,以出血和脱出作为主要表现。对于发生在右前、右后和左侧(截石位3、7、11点处)的称为母痔,其余部位发生的则称为子痔。1975年全国肛肠病学术会议以1919年Miles提出的分类方法为依据,而制定了我国的内痔三期分类标准。一期内痔,排便时带血,无脱出,齿线上粘膜呈结节样隆起;二期内痔,排便时带血,滴血或射血,内痔脱出,可以自行回纳;三期内痔,排便时或咳嗽、劳累、负重引起腹压增加时,均发生内痔脱出,并需用手托方能回纳肛内。由于内痔病理变化和痔核的表现不同,又可分为三型。血管肿型内痔,形如杨梅,粘膜菲薄触之柔软,呈朱红或紫红色,易出血;静脉曲张型内痔,痔核表面呈丛状或屈曲状隆起,粘膜较厚带有光泽,触之软,呈青紫或暗红色,出血较少;纤维肿型内痔,痔核一般较大,因结缔组织增殖而质韧,痔粘膜糜烂、粗糙或覆以纤维膜,触之较硬,色淡红或表面一部分变白色,不易出血。内痔除以上分类方法外,其他的还有Goligher内痔四度分类法,日本宇井丰内痔五度分类法等。混合痔居齿线上下,被覆粘膜和皮肤,由痔内、痔外静脉丛迂曲扩张所形成,内外痔间无凹沟存在而连成一体。由于外痔部分不

同,混合痔常分为皮赘性混合痔和静脉曲张性混合痔两种。如肛门一周皆有痔核,呈环状隆起,则称为环形混合痔。

在祖国医学中,历代医家在对痔的辨证施治中,结合各自的临床实践经验,对痔进行了不同的分类论述。早在《五十二病方》中即有牡痔、牝痔、脉痔、血痔四痔之分。隋朝《诸病源候论》中提出了牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔、酒痔、气痔等七痔分类,并对每种痔的特点作了具体描述。后人将前五种痔常称为五痔。五痔、七痔的分类法在我国肛肠病学史上,对学术的发展曾起过重要作用。唐代《千金要方》在七痔的基础上增加了燥湿痔、外痔,成为九痔分类。在《外台秘要》中,提到了内痔、外痔病名,这比西方医学论述内痔、外痔早一千多年。此后病名逐渐繁多,《疮疡经验全书》提出二十五痔之分。明朝《秘传科方》、《古今医鉴》、《外科启玄》等提出了二十四痔。且在《外科启玄》中出现里外痔病名,也即是现代所说的混合痔。至清代,五痔、二十五痔、二十四痔分类法同时并用。在公元1873年,我国第一本痔瘕专著《马氏痔瘕科七十二种》提出七十二种痔分类。由此可见古代医学对痔的分类描述较为详细,积累了丰富的丰富而宝贵的经验,但因条件所限,其中尚包括其他肛门疾病,如锁肛痔(肛管直肠癌)、裂肛痔(肛裂)。

关于痔的发病甚多,在我国有“十人九痔”之说。无论国内外调查,其发病率均占肛门直肠疾病的60~70%左右。本病从儿童到老年任何年龄都可发生,以20~40岁多见。多数病人随着年龄增大,症状逐渐加重。临床上以便血、脱出、疼痛、下坠作为主要表现。关于痔的防治,中医有着无可争议的优势,它发展至今兼蓄了百家之长。中医药内治从改善症状向更深层次深入,以期达到根治目的。外治方法很多,从五、六十年代的枯痔及胶圈套扎治痔,到七八十年代注射法治疗痔疮,方法趋向简单、实效并减少病人痛苦。近年来各种痔疮治疗仪及激光等新技术在临床上日益广泛的应用,且有着良好的疗效。手术治疗痔疮是目前最常用且治疗较彻底的方法之一,在已有的基础上,大家都在探索疗效好,复发率低,并发症少,无痛或痛苦小的手术方法,使病人更乐于接受此治疗。另外在痔的预防保健中,饮食疗法、体育运动及气功疗法方兴未艾,逐渐受到人们的青睐。从有病及时处理到无病主动预防,这样减少了疾病的发生,延缓了痔疾的发展。至于如何从根本上防止痔的发生仍是今后的一个重大研究课题。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一)病因

痔的发生原因很复杂,现在尚不完全明了,可与以下因素有关。

1. 解剖学因素

肛门直肠位于躯体的最下部,人又常处于直立状态,再加上痔静脉无瓣膜,因此可能使直肠静脉压上升,痔静脉回流困难,从而导致痔的形成和发展。

2. 感染因素

有的学者认为痔是炎症的结果,静脉丛血管内膜炎和静脉周围炎可使痔静脉血管壁脆弱引起静脉曲张,最后形成痔。

3. 便秘与排便方式不良

国内外皆已公认便秘和不良的排便习惯与痔的形成有密切关系。干硬粪便对痔粘膜冲击挤压和擦伤及频繁排便、久蹲厕所不起,最后形成了痔区的隆起、痔粘膜出血等。

4. 饮食习惯

辛辣饮食对痔粘膜和肛管的刺激,饮酒后影响痔区血液循环,食物中粗纤维缺乏,粪便量少干硬等都容易产生痔疮。

5. 遗传因素

有学者报道约44%的痔患者有痔病家族史,很多学者都注意到了某些家族具有患痔的倾向,故认为可能与遗传因素有关。也有学者持否定意见,其认为成年人痔发病率高,在一个家族中很多人同时患痔不足为奇。

6. 妊娠与分娩

由于子宫增大压迫,骨盆腔变化,再加上激素变化,使痔区血液循环改变,痔静脉瘀血,从而使痔加重或形成新的痔核。

7. 其它

职业因素、年龄变化、血清锌及血清碱性磷酸酶低于正常以及一些易导致腹压增高的疾病等都容易发生或加重痔疾。

(二) 病理

关于痔核的发生现代医学尚无统一认识。多年来,许多学者都进行了广泛而深入的研究,学说众多,各抒己见。现将主要的几种学说概述于下。

1. 静脉曲张学说

此为痔核病因机理的经典学说。早在Galen和Hippocrates时期(公元前460~430年),有人注意到痔组织内有扩张的静脉,随提出痔的病因是静脉曲张。以后,痔核被看作是一种静脉性疾病。静脉曲张学说认为凡是能引起痔静脉回流障碍以及局部静脉压增高的因素均可形成痔。鉴于此,在国外七、八十年代一些医学词典和肛肠病学著作中仍以静脉曲张定义痔核。但是近年来一些研究工作表明:①内痔静脉丛与邻近的阴部丛、膀胱丛、子宫阴道丛一样,都是盆腔器官静脉正常的样式,具有一定的生理功能。从初生婴儿到健康成人,痔静脉丛的静脉扩张现象都是恒定的存在,此处的扩张静脉是正常结构。②痔与门静脉高压之间没有联系,也即因门静脉高压使痔静脉曲张而成为痔的说法不能成立。③内痔静脉丛是直肠静脉丛的一部分,假若痔静脉丛瘀血,则整个直肠静脉丛有吸收过度充血的作用,不致于静脉曲张;如果发生了静脉曲张,也将累及整个直肠静脉丛,并不会仅局限于直肠下段的痔内静脉丛。④抽取痔核血液作气血分析证明是动脉血,不是静脉血。故此学者们对静脉曲张学说提出质疑,因从这些研究结果来看并不支持静脉曲张学说。所以尽管静脉曲张学说流行很久,然而现在也逐渐不为人们所重视。

2. 衬垫下移学说

1975年Thomson在前人研究的基础上,通过自己的研究,发现肛管的右前、右后和左侧三个部位的肠壁增厚,他称这三个增厚区为“肛门衬垫”。通过直肠镜检查,可见肠腔呈“Y”形裂沟,肛门衬垫是借“Y”型裂沟分为三块,其与母痔区的部位一致。而且发现痔核与肛门衬垫组织学形态基本相同,都是由扩张的血管(包括动静脉吻合,也即窦状静脉)、平滑肌(Treitz

肌)、弹性纤维和结缔组织构成。直肠柱是肛门衬垫纵裂而成。由此提出了衬垫下移是痔核发生的原因。根据此学说,许多临床现象可以得到合理的解释:①母痔区的好发部位与肛门衬垫分右前、右后、左侧是一致的。②分叶状的肛门衬垫是使肛管粘膜适应肠腔大小变化的最理想装置,它对协助闭合肛门和维持肛门自制起重要作用。③临床上发现痔的产生与过度用力排便或不规则的排便习惯有关。排便时过度用力可将衬垫推出而成为痔,而且过度用力排便也会使痔静脉压增高造成衬垫充血下移。若经常用力排便,Treitz肌将被伸展和致断裂,引起间歇性甚至永久性衬垫脱出。由于排便时右前位衬垫受到的下推力较大,因而右前位痔较多见。④衬垫支持组织中的结缔组织成分较多,随着年龄增长而逐渐变性老化,因而痔的发生率也随之增加。儿童及青年人的结缔组织排列较致密规律,故痔的发病较少。但此学说尚有不足之处,如衬垫下移与直肠一度脱垂的区别问题。再如一期内痔出血无脱出又如何用衬垫下移解释等等。总之,衬垫下移学说目前已引起人们的广泛关注和重视。根据此学说设计的治疗痔疮的新术式已逐步在临床进行观察。

3. 其它

除以上两大学说外,尚有血管增生学说、痔疝形成学说、动脉分布学说、细菌感染学说、肛管狭窄学说、压力梯度学说等,这些学说都是从一个特定的角度对痔核作出解释,而不能圆满地阐明痔的本质。故对这些学说争议比较大,支持者不多,谈不上统一认识。

二、中医病因病机

(一) 病因

1. 饮食不节

《素问·生气通天论》说:“因而饱食,筋脉横解,肠癖为痔。”认为饱食致使肠胃筋脉发生病变,由此导致肠癖,最后发为痔疾。《疮疡经验全书》说:“饮食不节,醉饱无时,恣食肥腻、胡椒辛辣、炙煨酹酒、禽兽异物,任情醉饱……遂致阴阳不和,关格壅塞,风热下冲,乃生五痔。”所以过食辛辣、炙煨、肥腻、生冷,或饮酒过度,或饥饱不均等都可诱发痔疮。

2. 房室损伤

《诸病源候论》说:“诸痔皆由伤风,房室不慎,醉饱合阴阳,致劳扰血气,而经脉流溢,渗漏肠间,冲发下部”而形成。《丹溪心法》提到:“醉饱交接,多欲自戕,以致气血下坠,结聚肛门,宿滞不散,而冲突为痔也。”所以房室过度可以激惹痔核发生。

3. 外感六淫之邪

湿、热、风、燥为六淫之邪,可单独为病也可合而致病。《诸病源候论》认为“诸痔皆由伤风……”,《外台秘要》指出“此皆坐中寒湿……”,《东垣十书》说“善为病者,皆是湿热风燥四气所伤,而热为最多也”。所以说感受六淫之邪,入里搏结肛门而成痔。

4. 劳伤虚损

《外科正宗》说:“担轻负重,竭力远行,气血纵横,经络交错……俱能发痔。”《丹溪心法》说:“痔者皆因脏腑本虚……”,《疮疡经验全书》也说“痔者,脏虚故也”。所以久行久坐,劳伤过度以及脏腑虚损皆可成痔。

5. 遗传因素

《疮疡经验全书》说：“亦有父子相传者，母血父精而成。”《薛氏医案·保婴撮要》说：“痔疮之证，或因禀受胎毒”，《外科启玄》说“夫痔者……或母腹中受毒”。说明了遗传因素对痔疮的影响。

6. 其它

久泻、久痢、久咳可致气血亏虚，运行郁滞或肺损及大肠而成痔。长期便秘是发生痔疾的重要因素，如《诸病源候论》认为久忍大便不出，可引起痔。再如妊娠分娩也可发生痔。如《外科启玄》说：“妇女因产难久坐，或经行时因气怒伤冷受湿，余血渗入肛边而生。”

(二) 病机

祖国医学认为痔疮的发生除局部因素以外，尚与人体的脏腑、经络、气血、阴阳之病理变化密切相关。从中医古籍文献中可以看到，历代医家对痔疮病因机理都有较多和详尽的论述，但不外乎整体与内因和局部与外因两大方面的变化。总之，痔疮的发病是由于阴阳失调，脏腑气血虚损，又有湿、热、风、燥之邪的作用，以及情志内伤，饮食起居职业等方面因素影响，从而使气血失调，经络阻滞，瘀血浊气下注直肠肛门而成。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

1. 便血

这是内痔的主要表现。出血是间歇性，无痛性；出血性质是鲜血；出血方式有粪便带血，但主要是滴血或喷射状出血。早期内痔以经常性出血为主，到了三期内痔由于痔粘膜表面纤维化较重，出血可减少或不出血。内痔出血，虽然量少，但长期出血，可造成慢性失血性贫血；有时内痔大量喷血，也可导致急性贫血。

外痔出血的较少，有时血栓性外痔因摩擦破裂而有出血，血为暗紫色，量不多，可有破碎的血栓块。

2. 脱出

见于二、三期内痔，排便时脱出肛外。二期内痔排便时痔核脱出肛外，便后可自行回纳、无疼痛。三期内痔痔核体积增大，脱出频繁，排便时痔核脱出肛外，甚至行走或站立过久、咳嗽、喷嚏、腹压增加等情况下也会脱出，脱出后不能自行回纳，须用手推回，或者平卧、热敷后才能回纳。

3. 疼痛

血栓性外痔可有突发性疼痛，病情较急，痛苦较重，数日后血栓可自行吸收或成一硬结而疼痛消失仅有异物感。外痔水肿发炎可有急性胀痛，痛苦重，严重者饮食睡眠皆受影响。二、三期内痔病人，痔核脱出不能及时回纳可发生嵌顿，表现为剧烈疼痛，排便及肛门排气受影响，有

的病人可反射性地引起排尿困难,并可持续 7~10 天。

4. 肛门坠胀

由于内痔对直肠粘膜的刺激或痔粘膜表面炎症,可出现不同程度的肛门坠胀,以劳累、久站或午后为甚。静脉曲张性外痔或静脉曲张性混合痔,也可有肛门下坠不适感,平卧休息后,症状可减轻。

5. 分泌物流出及瘙痒

由于内痔经常脱出,反复刺激,可使肛腺分泌增多,尤其在疲劳时肛门松弛,分泌的粘液流出肛门外,刺激肛门及周围皮肤,故可出现潮湿瘙痒。结缔组织性外痔和混合痔病人,排便后肛门不易擦拭干净,污物刺激肛缘肛周皮肤也可以出现瘙痒。

6. 便秘

排便与痔核的发生发展有着密切关系。便秘可以诱发痔,患痔以后惧怕排便,而打乱了正常的排便规律,使便秘症状更加严重。

(二) 体征

1. 内痔体征

一般肛内指诊不易触及痔核。二、三期内痔因排便、脱出及慢性炎症刺激,痔粘膜表面纤维化,这时可触及痔区有粘膜增厚感;内痔如行硬化剂注射,可扪及注射区有柔韧的结节感。用肛门镜观察内痔可见齿线上痔区粘膜充血隆起,大小不等,色鲜红或紫红,有时痔粘膜表面纤维化而颜色略灰白。有时可见痔粘膜糜烂或渗血。

2. 外痔体征

结缔组织性外痔可见肛缘增生的皮垂,触之柔软,如因肛裂引起的外痔,常位于肛门前、后中位;发于右前、右后、左中位的外痔,多因二、三期内痔脱出而致;经产妇多表现为环状增殖的皮垂,凹凸不平。静脉曲张性外痔表现为肛缘椭圆形或环状不规则隆起,色青紫,排便、下蹲或腹压增加时痔核显露充分,隆起更为明显。血栓性外痔常发于肛门外的两侧皮下,即截石位 3、9 点处,呈圆形或卵圆形,与周围皮肤分界明显,表面呈青紫色,触痛明显,较硬。炎性外痔可发于肛门的一个部位、一侧甚至环形一周,痔核水肿,表面光亮,色红,柔软,触痛明显,有时表面可有少量分泌物,炎性外痔肿胀消失后,部分病人可形成肛缘突起的皮垂而长期存在。

3. 混合痔体征

兼有内痔、外痔的体征,可见内外痔之间的凹沟消失,相互沟通吻合,上下连成一体。

(三) 实验室及其它检查

1. 血常规

一般为正常。内痔出血继发贫血时,血红蛋白、红细胞低于正常值。内痔脱出嵌顿坏死并发感染时,白细胞高于 $10 \times 10^9/L$,中性粒细胞超过 80%。

2. 尿、粪检查

尿常规一般为正常。大便出血时,肉眼可见粪便粘染血迹或血与粪便混杂;无出血时,大便常规一般为正常。

3. 其它

为了鉴别诊断或进行手术治疗,可以行其它检查,如 X 线、心电图、超声波检查等等。

(四) 并发症

内痔反复多次出血或一次大量失血可以并发失血性贫血,出现相应的临床表现。内痔嵌顿绞窄后可发生不同程度的感染,一般为局部感染,如感染扩延,可以形成肛门直肠周围脓肿,甚至脱落的带菌栓子沿静脉上行,并发门静脉炎症或肝脏脓肿。国外即曾报道过绞窄嵌顿痔伴发致死性门静脉败血症的病例,应引起重视。

(五) 诊断要点

1. 诊断

根据病史、症状及体征结合检查情况即可作出诊断。

2. 鉴别诊断

痔疮的一个主要症状是便血。然而作为便血来说又是一个较为复杂的症状。一般来说,先出血后排出大便,多为大肠下段出血,先排出大便而后出血,为大肠上段或胃、小肠出血。内痔出血,血色鲜红,上消化道出血,便血呈柏油状。痔疮的主症除便血外,有脱出、疼痛等,临床上应与其它肛门直肠疾病相鉴别。

(1)便血性疾病的鉴别:除痔出血外,便血还可见于肛裂、直肠息肉、直肠癌、溃疡性结、直肠炎等肛肠疾病。肛裂出血多见于青壮年人,排便时和排便后肛门剧烈疼痛,粪便带鲜血或滴鲜血,但出血量较少,肛内无肿物脱出。检查时,肛管后位有纵形裂口。直肠息肉出血多见于儿童,为慢性无痛性大便带鲜血,常混有粘液。检查时可见直肠壁有圆形、柔软肿物,带蒂或无蒂。溃疡性结、直肠炎多见于20~40岁者,左下腹部阵发性疼痛,便次增多,粘液血便。内窥镜检查,可见结肠、直肠粘膜充血、溃疡或糜烂。直肠癌出血为脓血便,有时肿瘤破溃可有大量便鲜血,多见于40岁以上者,可有排便不畅、便次增多、里急后重等症状。

(2)脱出性疾病的鉴别:肛门有肿物脱出可见内痔、直肠息肉、肛乳头肥大、肛管直肠脱垂等疾病。直肠息肉如为单发带蒂的排便时可脱出肛外,表面呈肉红色,容易出血,可还纳。成年人肛乳头增殖肥大可脱出肛门外,多为单个,呈锥形或乳头状,表面为上皮覆盖,灰白色,质韧,有触痛,无出血,可还纳;有时增殖肥大成为肛乳头纤维瘤,脱出后则不易自行还纳。肛管直肠脱垂,在儿童常为直肠粘膜脱垂,脱出物有放射状皱襞,状如菊花。如为成人常表现为直肠全层脱垂,脱出物有环状皱襞,层层折叠,常伴有分泌粘液,很少出血,无触痛,可还纳。

(3)肛门肿物及疼痛性疾病的鉴别:外痔表现为肛门突起的肿物,炎性外痔及血栓性外痔有肛门疼痛,故应与肛周脓肿、肛管癌、肛门尖锐湿疣等疾病相鉴别。肛周脓肿在肛门周围有包块、红肿,皮肤灼热、触痛,有波动感,破溃后流出脓液;伴有发热、口干、便秘等全身症状。肛管癌早期肿块呈疣状,较大时可有溃疡形成,较硬。疼痛呈持续性,便后加重。有大便习惯改变、次数增多、排粪不尽感等。肛门尖锐湿疣单发,或群集成簇,位于肛缘、肛周或侵及肛管;肿物呈乳头状或菜花状,小如米粒,大如鸡蛋,表面易于糜烂;触之易出血,带有恶臭。可有瘙痒及压迫感,可因性接触传染。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

1. 辨主症

内痔主症为便血、脱垂。外痔主症为肛门坠胀、疼痛及异物感。辨证时应抓住主症,结合兼症,全面分析,从而揭示病变实质。

2. 辨虚实

内痔便血色泽鲜红、如射如滴。病程短,血量较少,质稠呈间断发作,多为实证;病程长,年老体弱,便血量多、质地清稀,呈持续性,多为虚证。外痔疼痛,痛处胀闷,拒按,疼痛较剧故属实证范畴。内痔脱出可虚可实,如伴有少气懒言,神倦乏力,舌淡脉弱则为虚证,如内痔脱出嵌顿,疼痛剧烈,伴便秘,尿赤,舌红苔黄或腻,脉弦滑则为实证。

3. 辨肠风和脏毒

痔便血鲜红,质清稀,其下如溅者,属肠风,为风热伤及肠络所致;肛门肿硬,疼痛流血,则为脏毒。另外脏毒也指内伤积久所致的便血、色黯,或者脏中积毒所致的痢疾,以及肛门痈等。故应对肠风和脏毒有所明确,以便更好的辨证施治。

(二)辨证分型

1. 血热肠燥证

〔临床表现〕内痔出血,血色鲜红,或滴或射,量或多或少;或血栓性外痔剧烈肿痛。伴见口渴、尿赤、大便秘结,苔黄、脉弦数等。

〔辨证分析〕血热肠燥,伤及肠络,迫血妄行,则便血;血热则出血鲜红,肠燥则大便秘结。热毒炽盛,则肛门肿痛。口渴、尿赤、苔黄、脉弦数为实热之征。

2. 湿热风燥证

〔临床表现〕痔疮肿痛,肛门下坠,便血鲜红,或肛门潮湿作痒。伴有大便燥结,舌红、苔黄或微腻,脉弦。

〔辨证分析〕风燥之邪,气逼大肠,化湿化热,四邪合而为病。湿盛,则肛门肿胀;风燥盛,则疼痛下坠;风邪挟热,逼血外出,则便血鲜红。肛门潮湿是湿热下注肛门所致;风邪扰动则作痒;肠燥,邪结不通,则大便燥结。舌红、苔黄或微腻、脉弦是风热或湿热之象。

3. 气血瘀结证

〔临床表现〕便时出血较多,或有肿物脱出,触之内有硬结、肛门坠痛或疼痛剧烈。伴见腹满胀痛,舌质紫暗,脉弦涩。

〔辨证分析〕气行则血行,气滞则血凝,大肠气机不利,经络阻滞,血离经外溢或凝于血脉,则便血多,有硬结即为血栓;气机不利,升降失司,则脱出或疼痛,腹满胀痛。舌质紫暗脉弦涩为血瘀之象。

4. 气血虚弱证

〔临床表现〕痔核脱出或不能自复,肛门下坠,便血色淡量多。伴有头晕、目眩、气短、懒言、面色失华、心悸无力等症。舌淡苔白、脉细弱无力。

〔辨证分析〕气血不足,中气下陷,则痔核脱出,肛门坠胀。脾虚失统,则便血,色淡量多。头晕目眩、面色失华、心悸气短,舌淡苔白脉细弱无力为气血不足之征。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)常规治疗

1. 强力痔根断

主要成分有五羟黄酮芸香甙、巴拉菲苯及番泻叶粉浸膏,可降低血管的弥散和脆性,对局部静脉郁滞和低氧饱和有效用,并且有缓泻作用,避免粪便干硬,防止痔受刺激。可用于以静脉曲张为主的各类痔疾。每次2粒,每日3次,饭后服。

2. 痔患疗

本药以欧洲特有的植物提炼精制而成。具有收敛止血、通便、利尿、消肿、止痛、镇痛止痒的功效。可用于各类痔疾。每次1~2片,每日3次口服。

(二)对症治疗

1. 内痔出血

口服维生素C,每次0.2g,每日3次,或者维生素K₄,每次4~8mg,每日3次;肌注止血敏,每次250~500mg,每日1~2次,或安络血,每次5mg,每日2~3次。

2. 痔核肿胀疼痛

应用止痛药物,如痛力克每次10~20mg口服,每日3次,或30mg肌注,每日2~3次。疼痛剧烈时,可以每次口服美施康定30mg,或者肌注强痛定0.1g,度冷丁50~100mg。

3. 慢性便秘或习惯性便秘所致痔疾发作

酌情给予泻剂,如睡前口服果导0.05~0.1g,或口服液体石蜡,每次5~15ml,每日1~3次。泻药不宜长期服用,只作为短期或临时性用药。

(三)并发症治疗

1. 痔脱出嵌顿坏死并发感染

酌情应用甲硝唑、青霉素及头孢类抗生素。

2. 内痔长期出血并发贫血

酌情给予铁制剂,如硫酸亚铁,每次0.3~0.6g,每日3次,饭后服用。

二、中医治疗

(一)辨证论治

1. 血热肠燥证

〔治法〕清热解毒,凉血润燥。

〔方药〕凉血地黄汤。

生地 15g,当归 12g,地榆 15g,黄连 6g,天花粉 12g,甘草 6g,升麻 10g,赤芍 15g,黄芩 12g,荆芥 10g,槐角 15g。水煎服。

〔加减〕便秘重加生大黄 9g,枳壳 12g。

〔分析〕方中生地、当归、赤芍凉血和血;黄芩、黄连、天花粉清热泻火消肿;地榆、槐角清大肠之火而凉血止血;荆芥、枳壳祛风行气。配以升麻、甘草等以清热解毒。加生大黄以泻火解毒,加强通便作用,诸药合用,共奏清热凉血之功。

2. 湿热风燥证

〔治法〕和血润燥,疏风止痛。

〔方药〕秦艽苍术汤。

秦艽 12g,苍术 12g,泽泻 9g,防风 12g,当归 12g,皂角仁 9g,黄柏 9g,桃仁 12g,槟榔 9g,生大黄 6g。水煎服。

〔加减〕便秘重可加重大黄用量;下坠甚加升麻 12g;肿痛重加枳壳 12g,元胡 15g,白芍 15g。

〔分析〕方中秦艽、防风、泽泻、苍术祛风胜湿;当归、桃仁和血润燥;皂角仁除风燥;黄柏清下焦湿热;大黄清热通便;槟榔理气导滞。总收和血润燥,疏风止痛之效。秦艽苍术汤亦称止痛如神汤,首载于《兰室秘藏》。《外科启玄》说:“止痛如神汤即秦艽苍术汤加减。”实际上两张药方药味全同,只是大黄用量上有所不同,李东垣方中大黄少许,《外科启玄》中大黄为一钱,《医宗金鉴·外科心法要诀》中大黄为一钱二分,现在临床应用中,大黄用量已较前增加。

3. 气血瘀结证

〔治法〕理气活血,散瘀消肿。

〔方药〕活血散瘀汤。

川芎 9g,当归 15g,赤芍 9g,苏木 9g,牡丹皮 9g,枳壳 12g,瓜蒌仁 12g,桃仁 9g,槟榔 9g,酒炒大黄 9g。水煎服。

〔加减〕肛门肿痛较甚加乳香、没药各 9g,红花 9g。

〔分析〕川芎、苏木、桃仁、红花活血祛瘀;赤芍、丹皮凉血清热;枳壳、乳香、没药行气活血止痛;当归、瓜蒌、槟榔活血止痛,清热润肠通便;酒炒大黄以祛瘀止痛,并减缓泻下作用。

4. 气血虚弱证

〔治法〕补气养血,升提固陷。

〔方药〕十全大补汤。

黄芪 30g,党参 20g,白术 15g,炙甘草 6g,茯苓 12g,当归 12g,熟地 12g,川芎 9g,白芍 12g,肉桂 3g。水煎服。

〔加减〕痔核脱出,肛门下坠明显可加升麻 12g,柴胡 15g;便血多可加陈皮 9g,槐花炭 15g,去川芎 9g。

〔分析〕方中以四君子汤补气健脾,使脾胃强健。黄芪补中益气升阳;当归、熟地补血养血;升麻、柴胡协同参、芪升提清阳,使下陷之气得以升提;佐以肉桂以振奋阳气,使补气血药更能发挥作用,陈皮、槐花炭理气健脾止血。诸药合用,补中益气、养血止血、升提固脱。

(二) 验方治疗

1. 麻杏石甘汤

〔组成〕麻黄 6g, 杏仁 9g, 甘草 6g, 石膏 24g。

〔用法〕水煎服, 日一剂。

〔功用〕清泄肺热, 通调腑气, 利水消肿。

〔疗效观察〕罗厚昌^[1]等以麻杏石甘汤加大黄 8g, 黄芩 10g 治疗痔疮 100 例, 随证加减用药。服药 5 天为一疗程, 症状消失, 血栓吸收, 外痔水肿消退共 60 例。服药两个疗程, 症状减轻, 基本恢复正常共 38 例; 总有效率 98%。牛治君^[2]以麻杏石甘汤治疗内痔脱垂嵌顿 40 例, 服药 6 小时内肿消痛止者 9 例, 24~48 小时内肿消痛止者 27 例, 48 小时后肿消痛止者 4 例。本方出自《伤寒论》, 日本学者山本岩以此作为经验方治疗痔核疼痛。应用本方治疗痔疮是基于祖国医学“肺与大肠相表里”、“异病同治”及“下病上治”的医理, 尤其对痔疮发作时作用较明显, 可以使痔核内淤滞得以疏散, 肿胀消退, 疼痛消失。

2. 泻心汤加味方

〔组成〕大黄 9g, 黄连 6g, 黄芩 12g, 槐角 9g, 升麻 12g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂分 2 次服, 以冷服为宜, 5 天为一疗程, 中病即止。

〔功用〕降逆泻火, 通腑逐瘀, 凉血止血。

〔疗效观察〕牛治君^[3]等对 131 例便血患者(其中内痔出血 99 例)随机分两组治疗, 以泻心汤加味治疗的观察组 61 例, 显效率 95.1%; 对照组 70 例常规服用西药、止血药、抗感染药等, 显效率为 28.6%。观察组优于对照组。泻心汤出自《金匱要略》, 为主治邪火内炽, 迫血妄行的方剂。方中大黄据现代药理研究可使凝血时间缩短, 降低毛细血管通透性, 改善脆性, 还可促使骨髓制造血小板并使毛细血管致密, 因此有促进血凝作用。本方见效快, 疗程短, 是治疗实证便血的较好方剂。

3. 乌倍大黄汤

〔组成〕乌梅 15g, 五倍子 5g, 大黄 5g, 槐花 12g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂, 10 剂为一疗程。

〔功用〕收敛止血, 消痔导滞。

〔疗效观察〕方明^[4]以乌倍大黄汤治疗二期内痔 68 例, 治疗期间不辅用其它方法, 服药 3~5 剂, 便血即止。并且能起到使痔核萎缩的显著疗效。

4. 消痔汤

〔组成〕当归 18g, 柴胡 15g, 黄芩 12g, 升麻 9g, 地榆炭 20g, 槐花 20g, 炙甘草 10g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂, 一般服 3~15 剂, 即可见效。

〔功用〕养血和营, 升提中气, 化瘀止血。

〔疗效观察〕王士孝^[5]等用消痔汤治疗一、二期内痔及静脉曲张性外痔 300 例, 效果较为满意。用药后可使出血停止, 下坠减轻或消失, 并可缩小痔核。血热加丹皮、赤芍、生地; 肠风下血加炒芥穗、防风、木香; 血虚加熟地、川芎、白芍、阿胶; 气虚加黄芪、党参。

5. 复方赤芍汤

〔组成〕赤芍 20g, 桃仁 10g, 丹皮 10g, 红花 10g, 大黄 18g, 穿山甲 12g, 王不留行 15g, 乳香 10g, 没药 10g。

〔用法〕水煎服,每日1剂;并用药渣熏洗肛门患部,每次15~30分钟。

〔功用〕活血化瘀,消肿止痛。

〔疗效观察〕姜玉修^[6]用本方治疗300余例痔疮患者,获得较好效果。如治疗1例内痔脱出不能回纳、肛门疼痛行走不便患者,服药两剂疼痛减轻,水肿渐消,继服8剂而愈,一年无复发。

6. 大黄牡丹汤加味方

〔组成〕大黄30g,牡丹皮15g,桃仁10g,冬瓜仁30g,芒硝9g,蒲公英30g,红花10g,地榆12g,枳实15g。

〔用法〕水煎服,每日1剂分2次口服;服药后6~8小时开始排便,便前部分病人可出现小腹痛,便后自行缓解,不予特殊处理。

〔功用〕通腑攻下,祛瘀止痛。

〔疗效观察〕牛治君^[7]等以大黄牡丹汤加味治疗30例嵌顿性内痔,72小时全部治愈,平均嵌顿内痔复位时间1.67天。其认为嵌顿性内痔主要症状是疼痛,因“不通则痛”,故以“六腑以通为用”的原则进行选方治疗。其体会发病后服用药物越早效果越好,且服药后排便次数越多,痔核复位越快。

7. 少腹逐瘀汤

〔组成〕当归12g,川芎10g,赤芍10g,蒲黄10g,元胡10g,炒五灵脂15g,官桂3g,小茴香10g,干姜6g,没药9g。

〔用法〕水煎服,每日1剂分2次服用;药渣再加入开水,坐浴熏洗患部,每次20分钟。

〔功用〕活血行气,散结消肿,祛瘀止痛。

〔疗效观察〕冯振龙^[8]等采用少腹逐瘀汤治疗血栓性外痔80例,治愈75例,好转5例,总有效率为100%。对于大便秘结者加肉苁蓉、火麻仁、郁李仁;痔核水肿明显者加木通、车前子、泽泻;气滞加香附、陈皮;气虚加党参、黄芪。

8. 槐榆方

〔组成〕槐角30g,地榆炭30g,蒲公英30g,生地15g,丹参15g,元参12g,丹皮10g,黄芩10g,防风10g,槟榔10g,泽泻10g,小蓟炭10g,甘草10g。

〔用法〕水煎服,每日1剂。

〔功用〕清热利湿,凉血止血,消肿止痛。

〔疗效观察〕赵栋秀^[9]采用此方治疗痔核肿痛、内痔脱出嵌顿、便血、便秘、痔瘻术后肿痛、下坠、排便不畅等,应用10余年收到满意效果。对内痔便血者一般服药3~5剂即可止血。

9. 消痔Ⅰ号方

〔组成〕朱砂莲15g,煅牡蛎15g,广豆根9g,马勃15g。

〔用法〕按配方比例取药,加工制成0.3g的片剂,相当于原生药2.5g。每次6片,一日3次,饭后温开水送服。

〔功用〕清热解毒,活血散瘀,收敛止血,消肿止痛,软坚散结。

〔疗效观察〕彭显光^[10]等以消痔Ⅰ号方治疗一二期内痔及三期血管肿型内痔,治疗观察342例,近期治愈218人,显效81人,好转33人;有效率不低于86.8%。随访124例,远期痊愈79例,占76%。

10. 痔速宁

〔组成〕白蔹、五倍子、槐花、猪胆膏、黑豆等。

〔用法〕已由药厂制成口服片剂。每次4片,每日3次,连用1个月。

〔功用〕解毒消炎,止血止痛,退肿通便,收缩痔核。

〔疗效观察〕痔速宁是在民间治疗痔疮验方的基础上研制而成,用于内痔、外痔、混合痔等。刘克基^[11]等以辽宁锦西制药二厂生产的痔速宁治疗56例病人,其中包括有5例肛裂病人,治疗1个月后,总有效率达96.3%。药理证实本药有收缩小血管、通便及抑菌作用,对痔疮便血、便秘并感染等效果较好。

(三)单味药治疗

1. 金钱草

〔药理〕金钱草为报春花科植物过路黄的全草。性味苦、酸,凉。入肝、胆、肾、膀胱经。本品含酚类、甾醇、黄酮类、挥发油等。有清热解毒,利水消肿作用^[12]。

〔用法〕药用全草,鲜品或晒干备用均可。鲜者100g,干品减半,水煎服,每日1剂。

〔疗效〕云南省中草药展览资料选编第二集中记载本药治疗痔疮数百例效果良好。颜赐坤^[13]用此治疗内痔嵌顿、血栓性外痔、炎性外痔等30余例,一般服药1~3剂后肿消痛止。

2. 地锦草

〔药理〕地锦草为大戟科植物地锦的全草。性味苦、辛、平。归肝、胃、大肠经。具有清热解毒,活血消肿,止血止痛,利湿等作用。本品含鞣质、没食子酸、槲皮素、内消旋肌醇等。煎剂和酊剂在体外对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、痢疾杆菌、大肠杆菌、变形杆菌等有较强的抗菌作用^[14]。

〔用法〕取全草干品30g,或鲜品60g,水煎服,每日1剂。也可用此药捣烂外敷或油调外敷患部。

〔疗效〕毛文先^[15]介绍用此药治疗血栓性外痔、炎性外痔、混合痔炎肿、内痔脱出嵌顿水肿、内痔出血等,具有作用迅速,疗效确切等特点。

3. 苦参

〔药理〕苦参为豆科植物苦参的根。性味苦,寒。入肺、大肠、小肠经。有清热燥湿,杀虫止痒的作用。本品含右旋苦参碱、异苦参碱、右旋氧化苦参碱及苦参醇等。煎剂在体外对葡萄球菌、痢疾杆菌有抑制作用。

〔用法〕先将苦参60g煎浓汁后,去渣取汁,再放入鸡蛋2个、红糖60g,待鸡蛋煮熟后去壳,连汤一次服,每日1剂,4日为一疗程。

〔疗效〕彭福德^[16]用此法治疗临床多例病人,轻者一个疗程,重者2~3疗程即可痊愈或明显好转。谭梦文^[17]以此治疗痔疮发炎及痔疮所致贫血收到较好效果。

4. 蜀葵花

〔药理〕紫色蜀葵花为锦葵科植物蜀葵的花。性味甘寒无毒。有清热凉血,解毒散结,和血润燥,通利二便之功效。实验证明该药具有镇痛、抗炎、减少血小板聚集、抑制动脉血栓形成及炎性渗出的作用。

〔用法〕称取干燥蜀葵花冠40g碾成碎末,加入60°白酒500ml浸泡12~24小时,过滤即得药酒。每次口服20ml,每日3次,以饭前10分钟服为宜。

〔疗效〕邓秀荣^[18]等报道用蜀葵花酒治疗各类外痔、内痔、混合痔共600例,治愈443例;其中血栓性外痔治疗150例,治愈率为100%。其认为用药后可润肠通便,驱除燥结,加之酒有

通络活血作用,从而促进了机体代谢及血液循环,改善了痔核充血状态,止痛快,有利于痔核消失。

(四)其它疗法

1. 针灸

针灸治疗痔疮在我国有着悠久的历史和丰富的经验。早在《内经》中就有针灸治痔的穴位和经验。针灸治痔可以分为3个方面,其为针刺疗法、灸法、挑治方法。

(1)针刺疗法:取穴有二白、长强、承山、大肠俞、孔最、痔疮穴(尺泽下3寸)等。以中强度刺激或电针刺激,留针20~30分钟,每日1次。主治痔疮便血、疼痛,血栓性外痔、炎性外痔等。刘宗岱^[19]报道针刺痔疮穴治疗痔疮,进针1.2~1.5寸,痔疮在左右和前后位置,选双侧痔疮穴;位于肛门左侧或后侧,选左侧痔疮穴;位于肛门右侧或前侧,选右侧痔疮穴。治疗105例,痊愈98例;有效6例,无效1例。

(2)灸法:取穴长强、梁丘、神门、孔最、承山、八髎等。用药线点燃,每穴灸一壮。也可以直接熏灸痔核。如杨成米^[20]以艾炷烟熏灸治混合痔100例,每天1次,3次为1疗程。结果痊愈96例,好转4例,有效率为100%。再如卢成世^[21]等用佻佬医药线直接点灸痔核治疗痔疮30例,治愈21例,好转9例。

(3)挑治方法:本法源于民间。挑治点有痔点、穴位及局部区域三类。痔点为背部脊柱两侧皮肤上米粒或针尖样突出处,形似丘疹,色灰白、棕褐或淡红色不等,压之不褪色。挑刺穴位有大肠俞、长强、八髎、肾俞等。挑治区域为第3腰椎至第2骶椎之间正中线旁于1~1.5寸的左右纵行线上,可任选一点挑刺^[22]。程绍勋^[23]用三棱针挑破大肠俞处表皮,向内挑出白色纤维样物,挑后以酒精消毒,贴盖胶布。1次挑一侧穴位,3~5天后再挑治另一侧穴位,以治疗内痔便血症,一般挑2次即可。沈志忠^[24]在痔出血患者的上唇系带上芝麻大结节处或龈交穴用三棱针点刺放血1滴,出血少者用手挤压,术后局部常规消毒,每日1次,一般1~3次便血即止。挑治法一般适用于内痔便血,炎肿,血栓性外痔等。具有消肿止痛,收敛止血作用。

2. 气功

气功是通过自我身心锻炼,起到保健强身,治病延年等作用。由于运用姿势、呼吸及意念侧重点不同,而达到的防治疾病的作用也不一样。防治痔疮的功法一般是通过锻炼,达到加强肛门括约肌功能,消除直肠下端及肛门部的血液瘀滞,从而减轻肛门局部的充血水肿及疼痛,增强了肛门直肠部的抗病能力,故起预防及治疗痔疮的目的。巢元方的《诸病源候论》中记载了治疗痔疮的气功导引法,其为:“一足踏地,一足屈膝,两手抱膝鼻下,急挽向身极势,左右换易四七,去痔……”近来日本学者研究证实,只脚独立的式子锻炼了臀大肌、肛周及盆底的肌肉,可明显改善下肢和直肠静脉丛的血液循环,故可有效地防治痔疮。治疗痔疮的功法有化痔功、五式梅花桩疗痔功法、小周天功等。化痔功由采阳排邪法,拍打贯气法、通便法、止血法四法组成。通便法为每次大便前入静故松,喝一杯开水,每喝一口徐徐吞下,意念开水的热气流经脊椎的内侧,过命门、腰阳关、长强到肛门。通便效果胜于吃药。止血法为大便时不要硬挣,稍微入静放松,要顺脊髓往大脑提,从而起到控制出血作用。五式梅花桩由提肛、揉丹田、通阴阳、和带脉四式组成疗痔功法,可起到补气升阳、行气和血、祛瘀止痛之功^[25]。防治痔疮也可以单行提肛运动。不拘时间、地点,站立行走坐卧皆可进行,每次30下,每日2~3次,或早、晚作两次,可起到防治痔疮作用。

3. 推拿按摩

采用肛门局部自我按摩治疗。每次坐浴熏洗时,用食、中指在肛门周围顺时针、逆时针方向各按摩5分钟。注意手法应轻柔缓慢,不可急速摩擦。也可以直接在痔核部位按摩。如急性炎症痔核充血水肿,为了避免挤破痔核并减少痛苦,可先涂少量石蜡油,由轻至重逐渐扩大按摩程度及范围。每日按摩2~3次。通过按摩可以改善肛门局部的血液循环,减轻局部充血水肿和疼痛,故可治疗及预防痔疾。任可忍^[26]报道自1981~1985年经病人自我按摩方法治疗外痔、混合痔共169例,治愈率为80.5%,有效率达92.5%。

4. 食疗

是祖国医学中具有鲜明特色的传统疗法之一。遵循中医学辨证施治规律,有针对性地选用食物及药膳,可以调整脏腑机能,增强机体的抗病能力,起到防病治病的目的。

(1)猪大肠配膳食用,可以润肠通便,利湿除燥止血,治疗痔疮便血、肿痛、便秘等症。如古方脏连丸可清肠化痔,治疗痔疮便血及脱出。

(2)鳝鱼治疗内痔出血及外痔发炎。方法:鳝鱼约250g,清除内脏及鱼骨,用油炒熟加食盐、酱油等即可食用。也可以将鳝鱼切成段,煮汤食之。

(3)参芪炖童鸡:选用炙黄芪30g、西洋参3g、童鸡1只(约1000g重)。将童鸡杀死脱毛,取出内脏,把参芪填入鸡腹中,加盐少许清炖,熟烂后连汤一起服用,每周2次,连食2周奏效。宜经常服用。主治痔疮便血延年不愈以及气血亏虚所致痔疮脱出不能自行回纳者。

(4)绿豆银耳羹:选用绿豆30g,银耳10g,白糖少许。将银耳洗净浸泡2小时,与绿豆同煮,熟烂后加入白糖服用。每日1~2次。宜经常服用,也可供夏季做冷饮服。主治大肠热结所致便秘、内痔便血鲜红等。

(5)草决明10g或肉苁蓉10g用开水冲泡代茶饮。可以防治便秘,预防痔疮发作。前者宜用于肝阳亢盛者,后者用于肾阳虚体质者。

(6)黑芝麻、生地、何首乌、草决明、肉苁蓉、槐角、地榆等各6g,水煎服,每日1剂,分2次服。功效:润肠通便,凉血止血。可以预防及治疗痔疮,老年体虚伴有肠道热结者宜长期服用。

(7)一杯鲜:陕西银矿职工医院介绍用鲜藕200g,鲜荸荠250g,鲜菱250g,鲜荠菜300g,鲜葡萄100g,鲜猕猴桃100g,洗净,菱去壳,榨汁,装瓶备用。饭后浓米汤溶化冰糖适量后送服鲜汁,每次服50ml,每日2~3次,连服2~3天。夏天随服随制。不宜存放过长时间。治疗血热妄行所致的内痔便血鲜红,出血较多。

5. 熏洗疗法

最早见于《五十二病方》,至今仍在临床广泛应用。为肛肠疾病的主要外治法之一。

(1)功效:清热解毒、活血消肿、止痛除坠、收敛止痒等。

(2)适应症:用于治疗血栓性外痔、炎性外痔、内痔脱出嵌顿、痔术后局部肿痛作痒等。

(3)方法:先熏肛门处或将纱布浸入药水,稍微拧挤后,敷于患处,待药汤温后,再坐浴浸泡患处。每日1~3次,每次15~30分钟。

(4)方药:荆芥方(荆芥、防风、透骨草、蛤蟆草、马齿苋、苏木各15g,生川乌、生草乌、生甘草各9g,金银花、连翘、苦参各12g)、解毒洗药(蒲公英30g,苦参、黄柏、连翘、木鳖子各12g,金银花、白芷、赤芍、牡丹皮、生甘草各10g)、却毒汤(瓦松、马齿苋、生甘草各15g,川文蛤、花椒、苍术、防风、葱白、枳壳、侧柏叶各9g,焰硝30g)、硝矾洗剂(朴硝25g,月石15g,明矾10g)、花椒艾叶汤(金银花、花椒、艾叶各30g)。

6. 敷药疗法

将药物涂敷于患处或肛内,因局部和肛内均可直接给药,故效果较好。多于熏洗后敷药。

(1)功效:清热解毒、消肿止痛、收敛止血、祛腐生肌等。

(2)适应症:多用于痔疮便血、肿痛或痔术后换药等。

(3)方法:如为药膏可直接涂布患处,或用棉球、纱布条蘸药膏后纳入肛内;也可用药膏制成大小不等的纱布块或纱布条敷贴患处或术后创面。如用散剂,可将药粉撒布患处或用水、油等调和后涂于患处。一般每日敷药1~2次。

(4)方药:所用方药较多,有药膏、散剂、油纱布等剂型。如九华膏、马应龙痔疮膏、生肌散、云南白药、生肌玉红膏油纱布、大黄油纱布等。

7. 塞药法

用药物制成栓剂,塞入肛内,药栓溶化后,药物即作用于局部病灶起到治疗目的,故也有认为其是涂药方法的一种类型。

(1)功效:清热消肿、止痛止血、收敛固脱。

(2)适应症:用于各期内痔及内痔脱出嵌顿。

(3)方法:用栓剂1枚于每日排便后熏洗肛门之后纳入肛内,注意药栓应在齿线以上位置,如偏下或齿线区则有不适感或欲排便感。

(4)药物:栓剂种类很多,刘克基^[27]统计了国内外各种痔疮栓剂达47种,分为非麻醉品止痛栓,如痔疮止痛栓、复方颠茄栓;收敛止血药栓,如痔疮止血栓、化痔栓、熊胆痔疮栓;抗感染药栓,如洗必泰痔疮栓、痔疮宁栓。

(5)疗效:栓剂对一、二期内痔的疗效比三期内痔为好。据报道^[28]由五倍子、田螺壳、橄榄核、冰片、大黄、半合成脂肪酸脂等制成的消痔锭具有收敛止血、润肠通便之功效,治疗各期内痔251例,总有效率达94.83%。由猬片、当归、冰片等制成的痔疮止血栓有凉血止血、和血止痛、化瘀消肿的功能,治疗痔疮、肛裂共378例,总有效率达94.44%。

8. 灌肠法

将药液灌入肛内的一种治疗方法。

(1)功效:清热消肿、活血止痛、收敛止血。

(2)适应症:用于各期内痔及痔术后继发性出血等。

(3)方法:常用散剂以水调和使成混悬液,用灌肠器将药物注入肛内,使其作用于直肠下端的痔区,以起到治疗目的。

④药物:云南白药、明矾液等。

9. 还纳法

以手法将脱出肛外的痔体予以复位的一种方法。

(1)适应症:适于内痔脱出不能自行回纳或脱出嵌顿者。

(2)方法:带医用手套,以2、3、4指蘸润滑剂或九华膏,轻柔痔核,推送时先抵压痔核一侧,持续施加均等压力,如所压处痔体缩小后,即将手指移至痔体中央,仍以均等压力继续抵压,如整个痔体都有缩小时,可增大压力将其全部推入肛内。还纳时注意抵压痔核的手指应持续加压,不可压压抬抬或频繁移位,以免影响痔核还纳。如内痔脱出嵌顿,病人疼痛剧烈,这时还纳应在麻醉后进行,以此减轻病人痛苦,且易于纳入痔体。但麻醉时应注意无菌操作。痔核还纳后,肛门处以塔形纱布垫加压包扎固定。嘱病人24~48小时内尽量避免排便。如排便后痔核

又脱出,应立即给予还纳复位。如内痔脱出嵌顿时间较长,已经糜烂、坏死,此时则不必强行还纳,可采用熏洗敷药治疗。

10. 枯痔法

为传统治痔的主要疗法,是用枯痔药物作用于内痔,使痔核干枯坏死,达到痔核脱落痊愈的目的。因剂型和用药方式不同,又分为枯痔散、枯痔钉及枯痔液疗法,枯痔液疗法现列为注射疗法范畴。所用枯痔药物有含砒与不含砒之区别。

(1) 枯痔散疗法:以枯痔散用水、油调和后,涂于内痔表面,使痔核逐渐坏死脱落而痊愈。枯痔散治痔在古代应用即较广泛。如明代陈实功的《外科正宗》中比较详细阐述了枯痔散的治疗过程,即先用唤痔散将内痔引出,痔出之后,再用护痔膏围护内痔四边好肉,然后用枯痔散涂痔,“年浅者五、七日,年深者八、九日,待痔干黑后,不用此药。”以后再用起痔汤洗痔,痔落之后,换搽生肌散。

适应症:二、三期内痔及内痔脱出嵌顿。

禁忌症:严重心血管疾病,肝、肾疾病,急性传染病,活动性肺结核,外痔等。

操作方法:涂枯痔散前,先用护痔药膏涂于内痔周围或用凡士林油纱条围于内痔周围,以防腐蚀正常组织,然后用骨签挑糊状枯痔散均匀地涂敷于痔核表面,无须太厚。根据枯痔散效能大小,涂药次数不尽相同,可每日涂药1~2次或几次,或者涂几日间隔1天,亦可隔日涂药1次,至痔核干枯变黑即可停药,待其自行脱落,以后创面用生肌收口药物换药。

(2) 枯痔钉疗法:枯痔钉是用具有一定作用的药物加赋形剂制成两端尖锐,并有一定硬度的钉状物,长约3cm,直径约0.15cm。其疗法是将枯痔药钉插入痔核,使痔核萎缩或枯死,又称插药疗法。早在宋代《太平圣惠方》中就记载以砒霜、黄蜡搅拌合匀,捻成条子治疗痔疾。《外科正宗》又说:“以三品一条枪。插至七日,痔变黑色,疮边渐渐裂缝,至十五日脱落。”由此说明枯痔钉具有腐蚀作用,能使痔核干枯坏死,达到痊愈的目的。关于枯痔钉的作用机制,有报道认为是药钉插入肛管粘膜下层的痔静脉丛及间质中,引起刺激炎症反应,继之血栓形成,静脉闭塞,间质纤维组织收缩,从而使痔核皱缩,达到治愈目的。也有认为枯痔钉中主要是砒和矾,砒是一种剧毒药,被组织吸收后,阻止细胞的氧化过程,导致细胞死亡。另外,砒还能使血管运动中枢麻痹,加上矾的收敛作用,促进了内痔组织变性萎缩和干性坏死而脱落。

适应症:各期内痔及混合痔的内痔部分。

禁忌症:外痔,肛门直肠感染,腹泻,严重肝、肾疾病及恶性肿瘤等。

操作方法:由于插钉的目的不同,操作方法也不同,有稀插法、密插法、折断插法三种。插药方式一般为手持插药,即用拇食二指捏取药钉,插入痔体内。也可用器械插药,即以插药枪或枯痔钉投药器将药钉打入痔体内。稀插法操作前嘱病人排空大便或灌肠1次,取骑伏位或侧卧位,常规消毒麻醉(肛门松弛者内痔自行脱出则不必麻醉),以手或组织钳将内痔牵出后,左手食、中指拉紧并固定痔核,用0.1%新洁尔灭棉球消毒痔核,右手拇、食指捏住枯痔钉的尾段,距齿线上0.3~0.5cm处,沿肠壁纵轴成25°~30°角度,旋转插入内痔中,其深度达粘膜下层,插入钉长的2/3或1/2长度,约0.8~1.2cm,但不能插入肌层,间距约0.6cm;一次插入枯痔钉的总量含砒枯痔钉不超过10支。插完药钉,要将露出痔核的药钉距痔核表面0.1~0.2cm处剪去,以保持固定和防止插口出血。药钉插毕后,即将痔核纳入肛内,同时塞入九华膏棉球或痔疮栓,约7天左右痔核萎缩脱落。密插法是将枯痔密集插入痔内。插钉方法同稀插法,枯痔钉与肠壁呈40°~60°角,深度约0.5~0.8cm,间距约0.3cm,距齿线上1cm处,一次总量约20

~30支。密插法痔核呈大块坏死,要预防感染和出血。此法多适用无砒枯痔钉,它不受药量限制,又可避免中毒。折断插法是药钉顺肠壁直接插入痔基底,使痔核从基底坏死脱落。操作时往内痔中注射少量麻醉药液,使痔核体积膨大,以左手固定痔核,右手持钉,沿肠壁呈平行方向围绕痔的基底呈环形插钉两圈。第1圈与第2圈的枯痔钉应交错插入,间距应保持0.3cm。用药数量、插入深度同密插法。

三、中西医结合治疗

痔的中西医结合治疗突出地表现在外治及手术方面,它是以中医传统的方法结合现代医学的技术或是在现代医学的医疗技术基础上应用中医药制剂进行治疗,所以兼有中医、西医两家之长,是痔疮治疗中的重要的具有发展优势的治法。

(一)结扎疗法

早在《五十二病方》中就有“牡痔居穹旁,大者如枣……剖以刀”的记载,这可能是我国结扎疗法治疗痔疮的最早文献记载。宋代《太平圣惠方》也提到“用蜘蛛丝,缠系痔鼠乳头,不觉自落”的“系”痔疗法。另外前人所用结扎线种类也比较多,常用的有蜘蛛丝、马尾、蚕丝、药线等。结扎疗法在国外医学史上,实际应用始于19世纪,1829年英国 Salmon 提出在内痔的基底部予以结扎使痔核枯死脱落。不管过去还是现在,结扎法的机理是一致的,它是通过丝线结扎痔核基底,以阻断痔核的血流,造成缺血性坏死,组织液化脱落,继后创面愈合,从而达到治疗痔核的目的。临床上常用的结扎法有单纯结扎法、器械结扎法、以及结扎配合其它措施等。

1. 单纯结扎法

可分贯穿结扎及非贯穿结扎,前者是用丝线在痔核基底部贯穿后结扎,后者是不贯穿直接在痔核基底部结扎。

适应症:二、三期内痔,对纤维肿型内痔更为适宜。

禁忌症:①肛门周围有急性脓肿或湿疮者。②内痔伴有痢疾或腹泻者。③因腹腔肿瘤引起的内痔。④内痔伴有严重肺结核、高血压、肝肾疾病以及血液病者。⑤妊娠期妇女。⑥外痔。

术前准备:术前排空大便,必要时用生理盐水或1%软皂水300ml清洁灌肠,肛门部剃毛,清洗。

操作方法:取臀高俯卧位或骑伏位,腰俞麻醉或局部麻醉,肛门术区常规消毒,铺无菌手术洞巾,再以0.1%新洁尔灭棉球清洁肛管及直肠下段。用肛门拉钩牵开肛门暴露内痔,以组织钳将痔核钳起,再用弯血管钳夹住痔核基底部,用圆针、10号丝线在血管钳下贯穿,用剪刀沿齿线处剪一浅表裂口,然后结扎痔核基底部。如用两根引线在痔核基底部中央稍偏上穿过,交叉放置,则行“8”字结扎。如用单根引线在痔核基底部上方穿过,则行套环结扎,环环相扣。如行非贯穿结扎时,则用血管钳将痔核基底部夹紧,以使痔基底部变形,便于扎牢,用10号丝线直接系于血管钳下,将钳渐渐放松随之勒紧丝线,打结结扎痔核。结扎后,也可用弯血管钳挤压被结扎的痔核(结扎压缩法)或于结扎线上痔体中注入坏死剂(结扎注射法),或者剪除结扎线之上的一少部分痔体(结扎切除法),从而加速痔核的坏死脱落。最后肛内填塞凡士林油纱条,外用无菌纱布加压包扎固定。

处理环形内痔时采取分段结扎方法。先将环形内痔划分为几个痔块,在所划分的痔块的一

侧,用两把血管钳夹起痔粘膜,于中间剪开,同法处理痔块的对侧,然后用血管钳将痔块基底夹住,同时去掉痔块两侧的止血钳,在齿线附近剪开一小切口,用圆针、10号丝线贯穿痔块基底部行“8”字或套环结扎。同法结扎其他痔块,但应使各痔块结扎的上下端均不在一个平面上,而且痔块之间保留的粘膜桥在0.2cm以上,这样创面愈合后,瘢痕挛缩则不会形成环状狭窄。

术后每日中药熏洗坐浴,九华膏换药,至结扎线脱落、创面愈合。

注意事项:

- ①结扎内痔时,宜先扎小的痔核,后扎大的痔核。
- ②行非贯穿结扎时,切记扎牢,勿使结扎线滑脱而引起大出血。
- ③贯穿痔核基底部时,不可穿入肌层,否则结扎后可引起肌肉层坏死或并发肛门周围脓肿。
- ④结扎术后当日禁止排便,以免出血、加重疼痛及增加感染机会。
- ⑤结扎术后7天左右为痔核脱落阶段,嘱病人减少活动,避免排使用力努挣,以防术后继发性大出血。

2. 器械结扎法

内痔器械结扎疗法是利用器械将乳胶环或乳胶圈套至内痔基底部,通过乳胶圈弹性紧缩绞勒之力,阻断痔核的血循环,使痔核缺血、坏死、脱落,从而达到治愈目的。又称套扎疗法。1954年Blaisdell制成了世界最早的结扎器,1963年Barron首用胶圈套扎法。我国的套扎疗法是从中医传统的结扎疗法发展而来,自六十年代至今,国内许多学者研制出了不同类型的内痔套扎器,大体可分为牵拉式和吸引式两大类。30余年来此疗法已遍及世界各地,操作技术及应用器械都在不断地提高。

适应症:二、三期内痔及混合痔的内痔部分。

禁忌症:同单纯结扎法。

应用器械:斜面肛镜。组织钳。特制乳胶圈,壁厚0.3cm,内径0.2cm,长0.3cm;也可用自行车气门芯胶管代用。套扎器械的主件包括套圈及杆两部分,用不锈钢制成。套圈,为一圆环,圆径1cm,内外两圈,内圈高0.5cm,外圈高0.3cm,内圈固定不活动,以圈套痔核;外圈能上下移动。内圈套装小胶圈,按压杆部时,外圈推动小胶圈滑出内圈到痔核基底部,套扎住痔核。杆部,为一长20cm带柄的金属杆,分上、下两杆。上杆与外套圈连接,下杆固定不活动,按压上杆时,外套圈移动推出小胶圈。扩胶圈器,是将小胶圈套装于内套圈上之用,该器具为一圆锥体,底部大小以适合嵌入内套圈,用时将小胶圈自尖端套入,逐渐扩大,滑入内套圈后即取去扩胶圈器。

操作方法:让病人排便后,取骑伏位或侧卧位。先作直肠指检,以排除其它病变。一般不用麻醉。用0.1%新洁尔灭棉球擦拭肛门,用斜面肛门镜蘸润滑剂缓缓插入肛内,抽出镜芯暴露内痔,检查痔核位置及数目,选定套扎部位。用0.1%新洁尔灭棉球消毒手术野,由助手固定肛门镜,术者左手持套扎器套住痔核,右手持组织钳经套扎圈在内痔上部将痔核钳夹牢固并牵拉入套扎器内,按压套扎器柄,使套圈的外套向痔核基底部移动,将胶圈推出扎到痔核基底部,然后松开组织钳,与套扎器一并取出,退出肛镜。套扎结束。同法套扎其它部位的痔核。最后肛内涂九华膏,外盖无菌敷料包扎固定。

注意事项:

- ①充分暴露内痔区。

- ②夹持内痔时,应钳夹痔核上部,便于整个痔块外牵。
- ③牵拉勿过猛,以免痔核撕裂出血。
- ④套扎一处痔核时应避开其它位置内痔。
- ⑤乳胶圈应扎于齿线以上,以减轻术后痛苦。
- ⑥乳胶圈应扎于痔核基底部,如未扎于基底部可重新套扎。
- ⑦术前排空大便,术后当日避免排便。
- ⑧脱环期间注意观察病情,预防出血。

套扎疗法治疗内痔操作简便,痛苦较小,并发症少。对年老、体弱及合并有全身慢性疾病不甚重者均可酌情实施。

(二)注射疗法

是将药液注射到内痔中,使痔核硬化萎缩或坏死脱落的一种方法。此种治疗方法的应用已有一百多年的历史。最早报导内痔注射疗法的是英国的学者,1869年Morgan用硫酸亚铁溶液注射使内痔坏死脱落,注射后因痔坏死出血而未能推广;后经Andrews于1879年的研究分析,确定用弱溶液分次小剂量注射治疗的原则后,于本世纪初才逐渐被广泛承认和应用。在我国五十年代,注射疗法已普遍应用于临床,随着注射药物和技术的改进,目前已成为治疗一、二期内痔的首选疗法,并也可用于三期内痔的治疗。由于注射药物有硬化剂与坏死剂不同,因此注射法又分为硬化萎缩注射法和坏死枯脱法两种。

适应症:一、二、三期内痔及混合痔的内痔部分。

禁忌症:①外痔。②内痔伴有肛门周围急慢性炎症或腹泻。③内痔伴有严重肺结核或高血压,肝、肾疾病及血液病者。④因腹腔肿瘤引起的内痔。⑤妊娠期妇女。

常用药物:①硬化剂:5%石炭酸甘油,5%鱼肝油酸钠,1~5%明矾注射液,60%葡萄糖溶液,消痔液,消痔灵等。②坏死剂:枯痔液,痔全息注射液。

操作方法:

(1)硬化萎缩注射法:注药后痔核发生硬化萎缩。病人侧卧,一般不用麻醉,在肛镜直视下用0.1%新洁尔灭棉球消毒内痔表面,以皮试针筒(5号针头)抽取5%石炭酸甘油或1~5%明矾液,于痔核上距齿线0.5cm处的粘膜下层,针头斜向15°刺入痔粘膜进行注射,每个痔核注射0.3~0.5ml,总量不超过1ml。一般每次注射不超过3个痔核。注射后当日卧床休息,避免排便。相隔7天后重复注射,一般需3~4次治疗。此法对内痔出血有明显止血效果;但要防止注射部位过浅,以免引起粘膜溃烂;过深则易引起肌层组织发生硬化。

近年来,根据祖国医学“酸可收敛”、“涩可固脱”的理论,以中药五倍子、明矾为主要成分,研制成消痔灵注射液治疗内痔可达到彻底硬化萎缩的目的,治愈率达96%,目前已广泛用于临床。

消痔灵四步注射方法:骑伏位或侧卧位,肛门部常规消毒,腰俞麻醉或局部麻醉,肛门直肠内以0.1%新洁尔灭消毒。注射前先行肛镜检查,明确内痔的部位、数目,并作直肠指检确定内痔区有无动脉搏动。查明内痔情况后,即用广口肛镜蘸无菌润滑剂,缓缓插入肛内,抽出镜心,暴露内痔。用10ml注射器,5号针头,抽取消痔灵液行四步注射。①痔上动脉区注射:将针头刺入痔上区粘膜下0.3~0.5cm深,用1:1浓度消痔灵溶液(即消痔灵注射液加等容量1%普鲁卡因稀释)注入痔上动脉区,使之胀满,用量1~3ml。②痔区粘膜下层注射:用2:1浓度消痔

灵液(消痔灵液加半量1%普鲁卡因稀释),在痔核中部进针,刺入粘膜下层血管丛中,注入药量多少的标志,以痔核弥漫肿胀为度,一般注药3~5ml。③痔区粘膜固有层注射:当第二步注射完毕,缓慢退针,多数病例有落空感,可作为针尖退到粘膜肌板上的标志,注药后粘膜呈水泡状,一般注药1~2ml。④洞状静脉区注射:用1:1浓度消痔灵液,在齿线上0.1cm处进针,刺入痔体的斜上方0.5~1cm,成扇形注射,一般注药1~3ml。四步注射用药总量15~30ml,痔体大者,可用至40ml。注射完毕,肛门内放入凡士林纱条或九华膏棉球,外盖纱布,胶布固定。

消痔灵注射用药量大,所用原液应予稀释。注药后痔核体积迅速增大,故可产生直肠刺激症状,病人当日有下坠不适及肛门灼热胀满感觉,一般第2天刺激症状即可消失。由于用药量增大,故疗效明显提高。为有别于一般硬化疗法,也有将此称为消痔注射法。

(2)坏死枯脱注射法:注药后痔核发生坏死脱落,故又称枯痔液疗法。病人取骑伏位或俯卧位,常规消毒,腰俞麻醉或局部麻醉,肛门直肠内以0.1%新洁尔灭消毒。用肛门拉钩充分暴露内痔,将痔核牵出予以固定,在齿线上0.3~0.5cm处,用细针头刺入痔核粘膜下层,缓慢将枯痔液由低到高呈柱状注入痔核内,使痔体略微膨大,痔粘膜变色为度。以此将所有的内痔逐个进行注射,注毕将痔核纳入肛内,塞入新洁尔灭棉球或九华膏棉球,外盖纱布包扎固定。

注意事项:注射疗法治疗内痔应注意以下事项。

- ①严格无菌操作,每次穿刺进针前都须用新洁尔灭棉球消毒进针处痔粘膜。
- ②穿刺不宜太深,亦不可过浅刺入粘膜内,更不可向痔核内各个方向乱刺,以免过多的损伤痔内血管引起出血。
- ③进针后回抽无血,方可缓慢注药。
- ④操作时应先注射小的痔核,再注射大的痔核,以免小痔核被大痔核挤压遮盖而增加操作的困难。
- ⑤禁止将药液注入外痔区,并注意避免注射位置过低使药液向肛管扩散,造成肛门皮肤水肿和疼痛。
- ⑥注药后当日避免排便。

(三)混合痔外剥内扎或外切内扎疗法

此是将内痔结扎疗法与现代医学的外痔手术方法相结合的一种治疗混合痔的中西医结合疗法,为目前应用广泛的能达到祛除痔核及保留肛门功能的治疗方法。

操作方法:臀高俯卧位,宽胶布粘于两侧臀部牵开暴露肛门,常规消毒,局部浸润麻醉或腰俞麻醉,铺手术洞巾,肛内以0.1%新洁尔灭消毒。先以肛门拉钩暴露内痔,探查内痔数目及部位,决定痔核手术顺序。用组织钳钳夹内痔下缘齿线区,再以另一把组织钳将内痔基底部夹住,用圆针、10号丝线于内痔上方0.5cm处行粘膜下贯穿,打一个结,然后用血管钳钳夹外痔,如为静脉曲张性外痔,则在外端做一切口剥离皮下曲张的静脉丛,并将切口延至齿线处,如为结缔组织性外痔,则在外痔基底部直接剪切。将外痔剥离剪切至齿线后,将钳夹内、外痔的钳子一并提起,钳之间稍微分开,在钳下行套环结扎,反复3遍,切除结扎线上的一部分痔组织,松开钳子。同法处理其他位置痔核。如为环形混合痔,应使结扎后各痔核的上下界均不在同一水平面上,并且保留粘膜桥及皮肤桥分别在0.2cm及0.5cm以上;必要时,可于后位行肛门括约肌松解,这样以防止术后并发肛门狭窄或创面迟缓愈合。

第五节 预防

一、未病先防

痔是人类特有的疾病,是由多种因素引起的。消除或控制这些致病因素,将起到防患于未然的作用。《疮疡经验全书》说:“少劳、戒怒、远色、忌口,斯能愈矣。”这对痔的预防具有一定的指导意义。预防痔疮应采取综合措施,控制发病并使愈后不再复发。

1. 调畅情志

情志内伤,气血瘀滞是痔疮发生的重要因素。如思伤脾,脾不统血,怒伤肝,迫血妄行,则出现痔疮便血。所以应保持精神愉快,避免焦虑及情绪不稳。如某一情志过极时,可以激发另一种情志来平息,即中医“五志过极”“以其胜治之”。

2. 起居有时

《内经》中说:“起居有常,不妄作劳”。人生活在天地之间,顺应四时,调摄起居,对痔疮的预防甚为重要。应常洗澡,勤换内裤,保持肛门局部清洁,减少刺激。不可在寒冷潮湿的居室长期居住,防止湿邪内侵。要节制房事,避免房劳伤肾以诱发痔疾。

3. 劳逸结合

劳伤过度可以使肛门部血管扩张、血液瘀滞、引起痔疮发作。应防止久站久坐久蹲,劳累后应及时平卧休息。

4. 饮食调理

饮食要适量,避免过饱过饥。少食或不食辛辣、油腻食物,多吃蔬菜和水果。注意饮食卫生,常喝开水。积极配合食疗保健。

5. 强壮身体

加强身体锻炼,积极参加一些体育活动,如健身操、太极拳、气功等,增强机体抗病能力,改善肛门直肠部位的血液循环,使气血流通,可以防止痔疮的发生。

6. 预防便秘

养成每日定时排便的习惯,排便时平心静气,集中注意力,不做与此无关的事情,如看书看报、闲谈等,避免排便时间过长。大便干时可从饮食上予以调节,并酌情服用一些通便药物,如通便灵、大黄片等。妇女怀孕及产后,由于生理原因,更应该调畅大便,预防痔疮。

二、既病防变

痔疮的早期或某一时期病人的自觉症状可能不明显,这时如不加注意,很容易加重症状,影响工作及健康。所以患痔以后应及时治疗;出现症状以后采取一定措施,可以有效地控制病情发展。内痔发展到二、三期时,大便时或劳累后痔核常脱出肛外,这时应及时给予回纳,以避免发生痔核脱出嵌顿。内痔出血时,排便后应及时起身,避免用手纸揉搓肛门,可用温水清洗肛门,这样可以减轻痔核出血。痔疮炎肿时除及时药物治疗外,避免骑车,可以穿松的衣裤,减少摩擦,防止并发感染。肛门下坠时勿频繁排便,可以坐浴热敷,以减轻坠胀。痔疮达到一定程度

时常行手术治疗,手术后有时常出现一些反应及并发症,对此应予重视。

1. 疼痛

为术后最主要的反应。有胀痛、灼痛、刺痛、坠痛及跳痛等,可表现为持续性疼痛。一般术后1~3天内较重,以后逐渐缓解。为减轻术后疼痛,术前给予病人心理安慰;手术操作完毕,创面可用布比卡因、亚甲蓝注射液配合作封闭注射,止痛效果可持续7天左右。手术当日如疼痛不能耐受,可酌情给予止痛剂,如痛力克、强痛定、度冷丁等。

2. 排尿障碍

多发生于痔疮手术当日,也有持续几天者,原因不一,但主要由于手术刺激、损伤和疼痛反射所致。此外肛内填塞压迫、精神因素、以及无卧床排尿习惯等也可引起。症状轻者,仅为小便费力、点滴不畅;重者数小时内不能解出小便,发生一时性尿潴留,其膀胱膨隆、下腹胀痛,痛苦甚重。处理方法:先给予安慰,使其精神放松;下腹部给予冷敷、热敷或交替进行刺激;或给予针刺三阴交、阴陵泉、关元、水道,强刺激或电针刺激;或肌注新斯的明0.5mg;如以上方法仍不能排尿,可考虑给予导尿,但要注意无菌操作。

3. 出血

手术当日出血为即时性出血,多因术中止血不良,动脉出血未予结扎或结扎线脱落,或创面广泛渗血压迫不好所致。如为创面渗血可用凡士林油纱布加云南白药重新压迫。如为动脉出血,应麻醉下显露出血点,缝扎止血。手术后7天左右,内痔结扎脱落时出血为继发性出血,此时粘膜脆弱,不易缝扎,多以填塞压迫止血为主,如取长8~10cm的中空硬橡皮管,外裹凡士林油纱布使直径达5cm,塞入直肠,肛外留有一小部分,以防取出时困难。也可试用明矾灌肛治疗。另外出血量多,应同时给予补液,输血,内服益气升血汤剂,如独参汤、十全大补汤等。

4. 发热

术后1~3天内发热,不超过38℃,多为组织坏死吸收而引起的术后吸收热。如术后3天以后高热,白细胞明显增高,则为局部感染所致,可内服清热解毒凉血汤剂,如凉血地黄汤、五味消毒饮等,或者应用抗生素等。

5. 局部肿胀

因感染、静脉及淋巴回流障碍所致。如术中不注意无菌操作、局部影响、手术损伤、创口处理不当、术后排便频繁、每次熏洗时间过长及药汤温度过高等均可引起。表现为创缘红肿或水肿,可影响邻近肛缘皮肤或使整个肛门肿胀高突。可用荆芥方熏洗,每日2~3次,或用朴硝30g,煎水熏洗,每日1~2次,每次30分钟。内服清热解毒、利水消肿、活血止痛汤剂,如止痛如神汤、八正散等加减。

参考文献

- [1]罗厚昌,等.麻杏石甘汤加味治疗痔疮100例临床观察.中国肛肠病杂志.1985;(2):5~25.
- [2]牛治君.麻杏石甘汤治疗内痔脱垂嵌顿40例.中国肛肠病杂志.1991;(1):11~23
- [3]牛治君,等.泻心汤加味治疗便血临床研究.中国肛肠病杂志.1994;(5):14~15
- [4]方明.乌倍大黄汤治疗一期内痔.中国肛肠病杂志.1990;(3):10~40
- [5]王士孝,等.消痔汤治疗内痔静脉曲张性外痔.中国肛肠病杂志.1987;(2):7~34
- [6]姜玉修.复方赤芍汤治疗痔疮.中国肛肠病杂志.1987;(2):7~20
- [7]牛治君,等.大黄牡丹汤加味治疗嵌顿性内痔.中国肛肠病杂志.1995;(5):15~7

- [8]冯振龙,等.少腹逐瘀汤治疗血栓性外痔.中国肛肠病杂志.1995;(5):15~43
- [9]赵栋秀.槐榆方临床应用.中国肛肠病杂志.1991;(1):11~39
- [10]黄乃健.中国肛肠病学.济南:山东科学技术出版社.1996:646,1639
- [11]刘克基,等.痔速宁治疗肛肠疾病56例临床报告.中国肛肠病杂志.1994;(5):14~36
- [12]中医研究院,等.简明中医辞典.北京:人民卫生出版社.1979:35
- [13]颜赐坤.金钱草治痔.中国肛肠病杂志.1986;(2):6~48
- [14]中医研究院,等.简明中医辞典.北京:人民卫生出版社.1979:290
- [15]毛文先.地锦草治疗痔疮便血肿痛.中国肛肠病杂志.1990;(3):10~39
- [16]李雨农.中华肛肠病学.济南:科学技术文献出版社重庆分社.1990:159
- [17]谭梦文.治疗痔疮便方.中国肛肠病杂志.1988;(1):8~17
- [18]邓秀荣,等.蜀葵酒治疗痔疮600例临床分析.中国肛肠病杂志.1995;(5):15~39
- [19]刘宗岱.针刺痔疮穴治疗痔疮.山东医药.1990;(6):30~45
- [20]杨成米.艾蝎烟熏治疗痔疮.福建中医药.1991;(1):22~16
- [21]卢成世,等.仝佬医药线直接点灸痔核治疗痔疮30例.中医杂志.1990;(10):31~30
- [22]黄乃健.中国肛肠病学.济南:山东科学技术出版社.1996:648
- [23]程绍勋.针挑大肠俞穴治疗内痔便血症.上海中医药杂志.1987;(5):20
- [24]沈志忠.上唇系带点刺治疗痔出血.江苏中医杂志.1987;(8):8~47
- [25]黄乃健.中国肛肠病学.济南:山东科学技术出版社.1996:595~596
- [26]任可忍.自我按摩防治痔.中国肛肠病杂志.1986;(1):6~40
- [27]刘克基.肛肠病药物治疗法荟萃.沈阳:辽宁科学技术出版社.1990:32~34
- [28]黄惠勇.栓剂的研制和临床应用.中国肛肠病杂志.1990;(1):10~33

第七章 肛裂

第一节 概述

肛裂是肛管皮肤的纵行裂损、居肛缘与齿线之间,表现为肛管皮肤全层破裂。其特点为肛门括约肌痉挛,呈周期性特殊性疼痛,裂口久不愈合,中医认为本病属于“痔”的范畴。如《诸病源候论》说:“肛边生疮,痒而复痛出血者,脉痔也”,《疮疡经验全书》载有“担肠痔”,是说“其痔横在肛门”,《外科大成》对“钩肠痔”的描述为“肛门内外有痔,折缝破烂,便如羊粪,粪后出血秽臭大痛……”清代马培之著《马氏痔瘡科七十二种》,其中有“裂肛痔”之名称。由此可见中医文献中所记载的钩肠痔、担肠痔、脉痔、裂肛痔等均属肛裂。

肛裂是临床上的象形诊断,病理变化实为肛管溃疡,随着病情的演变逐渐出现裂端赘皮痔、肛乳头增殖肥大、潜行瘻等。由于肛裂的特殊性,故其分类方法较多,目前国内外尚无统一认识,大致分类方法有以下几种:①二期分类法:国外有人将肛裂分为急性期和慢性期两类。1975年全国肛肠学术会议对肛裂进行了分类,分为急性肛裂和慢性肛裂。急性肛裂病程短,裂损新鲜、底浅,边缘整齐,无合并症;慢性肛裂病程长,有反复发作史,裂损底深,边缘变厚,不整齐,裂口上端伴有肛乳头肥大、肛窦炎,外端伴有结缔组织性裂痔,裂损下有潜行性肛瘻,故又称陈旧性肛裂。关于肛裂二期分类法有需讨论之处。有认为肛裂的急性期并不完全是初期阶段,而初期的裂损发展至慢性阶段,也有从无炎肿的过程。因而应将肛裂分为初发期和慢性期以及特有的急性发作情况。初发期即初期损伤,裂损新鲜,单纯,容易治愈;慢性期裂损反复发作,不新鲜,可有裂端皮垂、肛乳头肥大、皮下潜行瘻等合并症。至于急性发作,在肛裂初发期至慢性阶段期间都可发生,使裂损边缘充血肿胀,疼痛剧烈,疮口并可有黄白脓液,此时可称为肛裂炎症期,表明裂疮处于急性炎症损害。②三期分类法:1978年银川全国肛裂专题学术会议协商制定了三期分类标准。一期肛裂为单纯性肛裂,肛裂初发,裂口新鲜,病程短;二期肛裂为溃疡形成期,创缘隆起增厚变硬,有明显溃疡形成,但尚无其它病理改变,三期肛裂除已形成慢性溃疡外,尚并发裂痔、肛乳头肥大、肛窦炎、隐瘻等病理改变。1993年制定的《中医各科病证诊断疗效标准》中也将肛裂分为三期。一期肛裂肛管皮肤浅表纵裂,创缘整齐、鲜嫩,触痛明显,创面富于弹性;二期肛裂有反复发作史,创缘有不规则增厚,弹性差,溃疡基底紫红色或有脓性分泌物,周围粘膜充血明显;三期肛裂溃疡边缘发硬,基底紫红有脓性分泌物,并有肛乳头肥大、裂痔以及皮下瘻等形成。③四期分类法:胡伯虎将肛裂分为四期,一期为初发肛裂,二期为单纯肛裂,三期为陈旧性溃疡伴有裂痔、肛乳头肥大的三联肛裂,四期为五联肛裂即三联肛裂再加上皮下瘻、肛隐窝炎。史兆岐等著的《中国大肠肛门病学》一书中也将肛裂分为四期。第一期是肛管皮肤的浅表裂开,第二期是肛管皮肤全层的表浅性溃疡,第三期是肛管皮肤全层的深在性溃疡,第四期是肛管皮肤深性溃疡伴有合并症。④五型分类法:国外有学者将肛裂分为狭窄型、

脱出型、混合型、脆弱型、症候型等5型。⑤七种分类法:即急性单纯性肛门撕裂、亚急性肛裂、慢性肛裂、多发性肛裂、伴随型肛裂、特殊性肛裂、肛门皮肤皲裂等7种情况的肛门肛管裂损。

肛裂是一种较为常见而多发的肛门疾病,好发于20~40岁。男女发病比率受地域等影响报道不一。我国统计男多于女,而欧美等调查统计为女性多男性;老人与儿童少见。成人肛裂的发病率占4~6%,在就诊的肛肠疾病中占13.9%。肛裂裂损常位于肛门后正中位,也可见于前位,多为单发。由于痛苦重,发病率高故被列为肛门直肠疾病的三大主病之一。在国外,西医对肛裂的研究认识已有一百多年的历史,治疗方法也有多种多样。在1829年,法国Recamier医生首创肛管扩张疗法治疗肛裂。1930年Miles在自己1919年提出的栉膜带病理学说的基础上首创栉膜带切断术治疗肛裂,取得好的效果。1951年Eisenhammer认为内括约肌痉挛和收缩是导致慢性肛裂的主要原因,故否定了栉膜带的存在,将栉膜带切断术更正为内括约肌切断术,目前这一术式仍是肛裂治疗中的有效术式之一。

祖国医学治疗肛裂,主张治病必求其本,重视非手术治疗,这与国外的手术治疗有着明显不同。在内服中药的基础上结合外治疗法,如重洗、涂药、枯脱、挂线、切开等方法,从而收到较满意效果。所以将中医与现代医学相结合,对其进行深入的研究具有重大的意义。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

现代医学认为肛裂的病因有以下几种:

1. 解剖学因素

肛门外括约肌浅部起自尾骨,绕肛管两侧,向前至肛管前方会合,因此,在肛门前后均留有间隙;肛提肌的大部分肌纤维均附着于肛管两侧,前后位置较少,故肛门前后位置较薄弱,排便时容易损伤。肛管直肠呈直角连接,排便时,肛管后部承受的压力最大,肛管表层为复层扁平上皮,血液供应差,所以从解剖结构上讲,肛管后位及前位容易损伤,形成溃疡。

2. 炎性因素

肛隐窝炎、肛乳头炎,其炎症向肛管皮下扩散,使组织弹性减弱,脆性增加,故容易损伤形成肛裂。

3. 损伤

其为肛裂形成的直接原因。干硬粪便、直肠异物、肛门直肠检查、肛门手术、分娩等都可造成肛管皮肤撕裂损伤。

4. 括约肌痉挛

由于肛管部位受一些原因的慢性刺激,使肛门内括约肌处于痉挛状态,粘膜肌层和肛管皮肤弹性减弱,紧张力增强,易致肛管皮肤撕裂,受伤后,又因肛门括约肌痉挛,影响局部血运及伤口引流,所以裂损发生后不易愈合。

5. 力的失衡

1989年王秋霖提出了松紧力学原理,认为肛裂的形成是由于力的失衡所致。排便时当干硬粪便通过肛门产生的挤压扩张力明显大于肛管的约束力,同时粪块直径明显大于肛门及其粘膜下肌的伸展度,从而使肛管皮肤和粘膜下肌引起撕裂,这种情况得不到控制而反复发作,将形成恶性循环,即可形成肛裂。

6. 其它因素

如先天性肛管狭窄、梅毒、结核等都可发生肛管裂伤。但与一般肛管前后位裂损不同,属于特殊类型的肛管皮肤裂损。

(二) 病理

1. 肛管纵行溃疡

肛管撕裂伤后,没能治愈而继发感染,局部炎症反应,则形成皮肤缺损溃疡。

2. 肛乳头肥大

裂口上部邻近的肛乳头因肛管的炎症刺激而增殖、肥大,并引起肛乳头炎。

3. 潜行性瘻

由于裂口上端相同位置的肛隐窝发炎,炎症扩延,则形成裂损基底部的潜行性瘻道。

4. 裂痔

裂损外端创缘因炎症刺激、血液及淋巴回流障碍而导致结缔组织增殖即形成裂痔,也即是哨兵痔。

5. 瘢痕性狭窄

肛管溃疡基底下的粘膜下肌因炎症刺激而增生,引起齿线与肛白线之间区域的瘢痕性狭窄。

6. 肛门括约肌痉挛

因溃疡处的感觉神经末梢暴露,再加炎症等因素刺激,则引起肛门括约肌痉挛,使肛管处于紧缩状态。

肛裂组织在镜下的病理改变因病情发展而病变程度逐渐加重。可见皮下层胶原纤维排列紊乱,间质中平滑肌有胶原纤维增生,间质水肿、血管扩张、出血、瘀血,炎细胞浸润等。

二、中医病因病机

(一) 病因

1. 大便秘结

《医宗金鉴》说:“肛门围绕,折纹破裂,便秘者,火燥也。”指出便秘是肛裂发生的原因。

2. 邪毒侵入

肛门在身体下部,湿毒之邪易于侵入,阻遏气机,则溃破不愈合。

3. 外伤致病

干硬粪便撑裂肛门及妊娠分娩损伤肛门等,此为外来伤害致病。

(二)病机

阴虚津亏或热结肠燥,而致大便秘结,排便时用力努挣则损伤肛门致皮肤裂伤,湿邪入侵,则使局部气血运行不畅,营养失调,故裂后不易愈合。便秘是本病发生的重要因素,而本病发生后则更易加重便秘。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一)症状

1. 疼痛

周期性特殊性疼痛为肛裂的主要症状。常因排便时,肛管扩大刺激裂损疮面,引起阵发性灼痛或撕裂样疼痛,持续数分钟疼痛减轻或短暂消失,称为疼痛间歇期,其后又因括约肌持续性痉挛而出现剧烈疼痛,可持续数小时,病人坐卧不安,十分痛苦,直到括约肌疲劳松弛后,疼痛逐渐缓解。下一次排便又出现上述疼痛。所以典型肛裂疼痛是便时痛轻,便后痛重,先轻后重中有间歇,呈周期性特殊性疼痛。病情严重时,咳嗽、喷嚏都可引起肛门疼痛,并向骨盆及下肢方向放射。

2. 出血

大便时出血,时有时无,一般出血量不多,色鲜红,点滴而下,或附着于粪便表面,或仅为染红便纸。肛裂出血与排便有关,而出血量的多少与裂损大小、深浅及炎症等有关。

3. 便秘

肛裂病人多有便秘情况。排便时裂口剧烈疼痛,常产生惧怕排便心理,不愿大便,粪便在直肠内长时间停留,水分被吸收,粪便变干变硬,再次排便时,激起的疼痛更剧烈,久之而形成恶性循环。

4. 其它

由于肛管裂损和瘢痕,肛门闭合不良,肠液与肛腺的分泌自肛内溢出肛外,引起肛周皮肤潮湿不洁,刺激皮肤而出现瘙痒。再者,病人惧怕排便,可致胃肠功能紊乱,出现神经精神症状,如烦躁、失眠、腹胀、食欲不振及饮食减少等。

(二)体征

1. 初发肛裂

检查时可见肛管裂损基底浅,新鲜,边缘整齐,无结缔组织性外痔。

2. 慢性肛裂

肛裂时间较久,反复发作,裂损外端形成结缔组织性外痔,称为哨兵痔或裂痔,尤其居前、后中位者,常为慢性肛裂的典型标志。肛诊时可扪及裂损上端肥大增殖的肛乳头,并可扪及凹陷加深的发炎肛隐窝。如果用隐窝钩探查,有时可从隐窝及裂损基底处钩探进入一定深度,表

明裂损疮面下已有潜行性瘻管形成。

3. 肛裂急性发作

裂痔发红、肿胀,并有触痛。可见有新鲜裂损疮面,或者裂损疮面有脓性分泌物,裂缘周围皮肤发红、潮湿。

(三) 实验室及其它检查

1. 实验室检查

血常规一般为正常。肛裂合并感染时,白细胞计数总数上升超过 $10 \times 10^9/L$ 。中性粒细胞大于 80%。尿常规一般为正常。粪便检查可见有鲜血便,如取样为不沾染鲜血的粪便,则镜检结果正常。

2. 压力检测

肛裂病人的肛管静息压一般为 $127.5 \pm 42.2 \text{KPa}$,明显高于正常人的肛管静息压($86.3 \pm 33.3 \text{KPa}$);而且肛管收缩波明显增强,出现率达 80%(正常仅占 5%)。

3. 肛管直径测量

王秋霖对陈旧性肛裂患者在术前未麻醉下测量肛管直径,结果:最小直径为 1.5cm,最大直径 2.2cm,平均 1.95cm,标准差为 0.19cm。

(四) 并发症

1. 肛裂并发感染

肛裂疮面粘连,引流不畅,则可并发感染。表现肛门疼痛加重,不能排便,体温升高。检查:裂损周围红肿明显,并可形成脓肿。

2. 肛乳头纤维瘤

肛裂疮面上端的肛乳头肥大,时间较久可以增生呈纤维瘤,似带蒂息肉状,脱出肛门不能自行回纳。检查:纤维瘤大小不等,质韧软,色发白,触痛不甚明显。

(五) 诊断要点

1. 诊断

根据病史、症状,结合体征检查即可做出诊断。检查时两手牵开肛缘即可发现肛管裂损,如需要进一步了解肛内情况,可于麻醉下行肛内指诊或肛镜检查。

2. 鉴别诊断

肛裂表现为周期性特殊性疼痛及出血,应与内痔无痛性出血相鉴别。其皮肤裂损从病理改变上来说实为溃疡,故须与下列疾病相鉴别。

① 肛门结核性溃疡:多有结核病史,肛门溃疡不规则,边缘呈潜行性,肉芽组织呈暗红色,疼痛不明显,出血很少,无裂痔。病理切片可见郎罕氏细胞和干酪样的坏死组织。

② 肛管上皮癌:溃疡不规则,底部凹凸不平,为坏死组织所覆盖,有特殊臭味,持续性疼痛。病理切片可查见癌细胞,一般为鳞状上皮癌。

③ 肛门皲裂:由肛门湿疹、皮炎、肛门瘙痒症等继发而引起,肛门周围皮肤革化后即可发生皲裂。裂口多发,位置不定,表浅,疼痛轻,出血少,无裂痔。冬春季加重,夏季较轻。

④ 克隆氏病肛管溃疡:克隆氏病常有肛管溃疡,形状不规整;同时尚伴发肛瘻。另外有腹

痛、腹泻、贫血、体重减轻、间歇性低热等症状。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

1. 分清主次

肛裂的主症有疼痛、出血及便秘。其疼痛最具特点,只有明确疼痛的性质特点,才有可能正确的做出诊断。肛裂出血量少鲜红,较易辨证。

2. 审清便秘

便秘对肛裂形成起着主要作用,而在中医治疗中对便秘的调理甚为重要。所以应审清便秘虚实。

(二)辨证分型

1. 热结肠燥证

〔临床表现〕大便干结,便时疼痛剧烈,甚则面赤汗出,大便滴血、鲜红,或肛门部灼热作痒,小便短赤,舌红、苔黄燥、脉滑实。

〔辨证分析〕燥热结于肠道,灼津伤液,则大便干结,难于排出;努挣损伤肛门而造成裂损,则便时疼痛剧烈,滴鲜血;排便时努挣,肛门疼痛,则面赤汗出。小便短赤、舌红、苔黄燥、脉滑实为实热之象。

2. 湿热蕴结证

〔临床表现〕大便不畅,肛门疼痛,便中带血或滴血,伴有肛门潮湿,身体倦怠,口苦、苔黄腻,脉濡数。

〔辨证分析〕外感湿热邪气,内积醇酒肥甘,以致湿热蕴结大肠,大便粘滞不爽;湿热下注肛门,则疼痛出血,肛门潮湿。身体倦怠、口苦、苔黄腻,脉濡数为湿热之象。

3. 血虚肠燥证

〔临床表现〕大便干燥,排出无力,便时疼痛,出血。伴有头眩心悸,面色无华,舌淡、脉细数。

〔辨证分析〕老人、产后或贫血病人,血虚津少,不能下润大肠,故大便干燥;血虚肠燥,则生肛裂,疼痛出血;血虚不能上荣,故头眩、面色无华,心失所养则心悸。舌淡、脉细数为阴血亏乏之象。

4. 气滞血瘀证

〔临床表现〕肛外有裂痔,肛门胀痛,便时疼痛加剧,肛门紧缩。舌红略紫,脉弦或涩。

〔辨证分析〕肛门气机不利,瘀血凝聚,则肛门裂痔疼痛;气机不畅则肛门胀痛;气血凝滞,大便不能畅行,努挣则肛门疼痛加剧,肛门紧缩。舌红略紫,脉弦或涩为血瘀之征象。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)常规治疗

西医对肛裂的治疗有保守疗法和手术方法。除慢性肛裂长期不愈者外,一般都可采用非手术治疗。

1. 痔患口服,每次2片,每日3次饭后服,5天为一疗程。
2. 生理盐水或1:5000高锰酸钾溶液清洗患处,每日1次,每次15~30分钟。
3. 凡士林油纱布或红霉素软膏换药,每日1次。
4. 手术治疗:肛裂切除及肛门括约肌松解术。用于慢性肛裂或陈旧性肛裂合并有裂痔、肛乳头肥大、皮下潜行瘻者。

操作方法:病人俯卧位或骑伏位,常规消毒,局麻或骶管麻醉。先用剪刀将肛门后位或前位的裂痔切除,同时剪切肛裂基底部及肥大肛乳头,如有潜行瘻则用探针引导予以切除。在肛裂切除以后,再于后中位或稍偏左或右用血管钳分离出部分括约肌肌束,并且垂直切断;或者不做分离,直接在肛裂切除创口处垂直剪切,切口长约2cm,深约1cm。如增殖皮垂较大,裂损较深,可适当延长和加深切口。术后每日换药1次。

(二)对症治疗

1. 疼痛

口服痛力克或肌注强痛定、度冷丁。

2. 出血

口服维生素C、K或肌注止血敏、安络血。

3. 便秘

蓖麻油或液体石蜡口服,每次50~100ml,每日2~3次。也可用开塞露1~2支灌肛治疗。

(三)并发症治疗

1. 肛裂并发感染者可酌情应用抗生素,如青霉素、甲硝唑及头孢类抗生素等。如形成脓肿应切开引流。

2. 慢性肛裂肛乳头肥大形成为肛乳头纤维瘤者可予以手术切除。

3. 肛裂瘢痕收缩形成肛门狭窄者可予以扩肛治疗。

操作方法:病人侧卧位或骑伏位。局麻或腰俞麻醉。将带手套的食指涂以润滑剂,伸入肛内,两手腕部交叉,两食指各向对侧扩张肛管,待肛管扩大后,逐渐伸入两中指,再持续扩张肛管5分钟,使肛门内外括约肌松弛,故可解除或减轻括约肌痉挛,使肛管的伸展度扩大。扩肛时如将裂损撕大,则使引流通畅,创面很快愈合。手术中注意用力均匀,勿用暴力快速扩张肛管,以免造成粘膜和皮肤撕裂。术后每日温水坐浴、换药。保持大便通畅。

二、中医治疗

(一)辨证论治

1. 热结肠燥证

〔治法〕清热凉血,润肠通便。

〔方药〕凉血地黄汤。

生地 15g,当归 12g,地榆 15g,槐角 12g,黄连 6g,天花粉 15g,生甘草 6,升麻 9g,赤芍 15g,黄芩 12g,荆芥 9g。水煎服。

〔加减〕便秘重可加生大黄 9g,火麻仁 15g,川朴 9g,炒杏仁 9g。

〔分析〕方中生地、当归、赤芍凉血和血;黄连、黄芩清热泻火;地榆、槐角凉血止血;升麻、荆芥疏散热邪,升提止血;大黄、火麻仁、川朴、炒杏仁行气清肠润下。诸药合用共奏清热润燥通便止血之功。

2. 湿热蕴结证

〔治法〕清热利湿通便。

〔方药〕萆薢渗湿汤。

萆薢 15g,薏苡仁 20g,黄柏 12g,丹皮 12g,泽泻 9g,滑石 9g,赤茯苓 12g,通草 6g。水煎服。

〔加减〕肛门潮湿,身体倦怠加苍术 12g,防风 12g;大便不畅及便血重加当归 12g,生大黄 9g。

〔分析〕方中萆薢、通草分清化浊,渗利水湿;丹皮凉血泻火;黄柏、薏苡仁、泽泻、滑石、茯苓清热利湿;苍术、防风祛风胜湿,当归、大黄润燥通便止血。全方共奏清大肠湿热通便止血之功。

3. 血虚肠燥证

〔治法〕补血养阴,润肠通便。

〔方药〕润肠丸。

生地 12g,当归 12g,火麻仁 15g,桃仁 9g,杏仁 9g,枳壳 9g。水煎服。

〔加减〕老人便秘加生首乌 15g,便血疼痛重加白芍 18g,甘草 9g。

〔分析〕生地、当归、桃仁、生首乌补血润燥养阴;火麻仁润肠通便;枳壳引气下行有助于大便排出;芍药甘草汤缓急止痛。本方具有养血润燥作用。

4. 气滞血瘀证

〔治法〕活血祛瘀,行气止痛。

〔方药〕和血散瘀汤。

当归 15g,赤芍 12g,桃仁 9g,生大黄 9g,川芎 9g,苏木 9g,丹皮 9g,枳壳 9g,瓜蒌 12g,槟榔 9g。水煎服。

〔加减〕肛门疼痛重加延胡索 15g,白芍 18g,甘草 6g。

〔分析〕当归、赤芍、川芎、丹皮凉血活血;桃仁、苏木活血祛瘀,消肿止痛;枳壳、槟榔疏导气机,使气行则血行;延胡索、白芍、甘草行气解痉止痛;瓜蒌滑润通下消肿。全方共起活血祛瘀止痛作用。

(二) 验方治疗

1. 芍药甘草汤加味方

〔组方〕白芍 30g, 甘草 15g, 延胡索 10g, 汉防己 15g, 槐花 15g, 生地 30g, 大黄 10g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂。

〔功用〕滋阴养血, 濡润肌肤, 止痛止血, 润肠通便。

〔疗效观察〕赵亚松^[1]报道以芍药甘草汤加味治疗各期肛裂 607 例, 治愈 469 例, 好转 138 例, 总有效率为 100%。疗程 6~45 天, 平均 12 天。芍药甘草汤酸甘化阴, 缓急止痛, 配以延胡索、汉防己加强止痛作用, 再以槐花、生地、大黄清热养阴, 润肠通便。现代药理研究表明芍药甘草汤有解痉、镇静、镇痛作用, 对平滑肌有抑制作用; 延胡索内服可产生吗啡或可待因样效应, 抑制痛阈, 解痉镇痛; 汉防己所含生物碱有肌肉松弛作用。所以本方内服对肛裂有较好的疗效。严其达^[2]也报道以白芍 60 克, 甘草 12 克, 或加火麻仁 24 克, 水煎服治疗肛裂, 一般服药 2~3 剂, 大便即软化, 疼痛缓解, 裂口逐渐痊愈。

2. 葛根芩连汤

〔组成〕葛根 30g, 黄芩 10g, 黄连 10g, 甘草 6g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂, 5 天为一疗程。

〔功用〕清利湿热, 调畅气机。

〔疗效观察〕胡献国^[3]报道以葛根芩连汤内服治疗脾胃湿热所致的肛裂, 伴有便秘尿黄, 舌红苔黄燥, 脉数有力; 可以收到较好效果。而且其认为对湿热壅滞、气血逆乱、升降失常的各种肛肠疾病用本方治疗都可获得满意结果。

3. 玄麦甘桔茶加味方

〔组成〕玄参 15g, 当归 15g, 炒槐角 15g, 麦冬 10g, 炒地榆 10g, 桔梗 10g, 生甘草 10g, 大黄 6g。

〔用法〕共研粗末, 每次 9g 药末加开水 300ml 冲泡代茶饮用, 每日 1~2 次。服完 1 料药为一疗程。

〔功用〕宣肺润燥, 滋阴清热。

〔疗效观察〕玄麦甘桔茶为清·顾世澄《疡医大全》中的方剂, 以此加味制成中药复方茶剂治疗肛裂具有下病上治的效果, 通过调理肺之宣降功能达到改善肛肠功能的目的。熊德明^[4]报道以此治疗肛裂及内痔共 100 例, 有效率达 98%。

(三) 单味药治疗

1. 女贞叶

〔药理〕女贞为本柞科女贞属植物。性味苦, 平, 无毒。归肝肾经。女贞叶含有生物碱、总甙、黄酮甙、鞣酸、挥发油、酚性物、糖等。其中鞣酸能减少伤口分泌, 保护伤口, 又有促使血管收缩, 起到局部止血作用。黄酮甙、生物碱、挥发油等具有抗菌消炎的作用。所以女贞叶有消肿止血收口作用。

〔用法〕用女贞叶干粗粉 100g 浸泡于乙醚、乙醇加热提取, 加入明胶 100g 强化起泡, 烘干粉碎, 安瓿分装。用时以纱布蘸药末敷于肛裂创面。

〔疗效〕侍忠^[5]报道以单味女贞叶制成止血散用于肛肠术后创面出血的止血, 治疗 503 例

病人,其中肛裂103例,总有效率为99.61%。而且发现使用女贞叶散后术后创面分泌物减少,愈合加快。

2. 白及

〔药理〕白及为兰科多年生草本植物白及的地下块茎。性味苦、甘、涩微寒。入肺、胃经。具有消肿生肌止血的功效。本药含挥发油、粘液质、淀粉;能使血细胞凝集,形成人工血栓,有良好的局部止血作用;白及胶浆能促进家兔创面肉芽生长及愈合。

〔用法〕研粉,以麻油调和少许药末涂于肛裂创口处,每日1~2次。或制为药膏外敷。

〔疗效〕刘甫春^[6]以白及膏治疗肛裂初发者收到较好效果。李玉林^[7]等采用小切口切断内括约肌后外涂白及膏治疗86例肛裂病人,术后疼痛消失时间为4~72小时,平均8天痊愈。中医院校《中药学》教材^[8]记述有治疗肛裂用白及粉以麻油调涂。

(四)其它疗法

1. 针灸

具有疏通经络,调畅气血,止血止痛及促进愈合的作用。常用穴位有长强、白环俞、承山、八髎、大肠俞等。针刺方法:针刺长强穴时向尾骨方向斜刺进针2~3寸。针刺白环俞、八髎穴时宜用长针朝直肠肛门深刺,应使针感传至肛门为佳。6次为一疗程。王钢^[9]报道用鞍钢火针治疗肛裂60例,治愈57例,显效3例。徐明等^[10]报道用三棱针横行挑破大肠穴处皮肤2毫米,挑断皮下白色纤维3~4条,治疗肛裂30例,有效率为100%。大多数病人针挑1~2次肛裂疼痛消失,便血停止;3~4次肛裂即能愈合。

2. 气功

孙荣根^[11]采用运肛转腹功治疗肛裂收到满意疗效。第一步:转腹左右各100次。入静后双手叉腰,虎口朝下,头与下肢基本不动,配合均匀地呼吸腰部先右后左呈梭子状转动。每一呼或一吸需要转腹5次,意念集中于丹田,排除杂念。第二步:提沉肛门法。吸气时意念由肛门上升至百会并缓缓提肛,呼气时意念由百会下降至肛门并缓缓沉肛。随呼吸肛门一降一升为运肛一次,应不少于30次。另外李德应^[12]经多年应用五行土功证实对肛裂等疾病有一定疗效。

3. 推拿

金庆丰^[13]等以推拿治疗肛裂42例。方法为双拇指推拿和单手推拿。双拇指推拿时先按压长强穴数秒钟,再用双拇指分别沿肛周移动推压,至会阴穴会合,按压数秒钟,如此反复推拿5~10分钟再揉按肛周1分钟。单手推拿可由病人自行治疗,取左侧卧位,将右手2、3、4指并拢稍屈曲,先按压会阴数秒钟,再沿肛周移动推压,然后按压长强穴数秒钟,重复进行5~10分钟,最后揉摩肛周10分钟。结果全部病例均治愈,推拿时间为7~43天。推拿可使肛管直肠压力明显下降,故可有效地治疗肛裂。

4. 食疗

肛裂主要表现为疼痛、出血、便秘,通过饮食调理,使大便软化,排出通畅,故可缓解疼痛,控制出血。

①芥菜粥:用糯米100g炒黄,煮成粥,放入小芥菜30g,烫熟,加盐、味精及麻油适量,空腹食。具有止血和脾功效,治疗肛裂便血。

②菠菜250g开水烫后,以麻油调食,每日2次,连食3天。治疗肛裂便秘疼痛。

③地麻饮:生地、麻油各20g同煎,浮起油面后去生地,将油倒入碗内,加蜜两匙,调开水一

碗,同油顿饮。治疗肛裂出血及便秘。

5. 熏洗坐浴法

排便前用温水坐浴,使肛门括约肌松弛,减轻粪便对肛裂创面的冲击,排便后温水坐浴,可使裂损内粪便残渣清洗干净,减少异物刺激,以减轻肛门疼痛和痉挛。除温水外洗以外,常用中药坐浴熏洗,具有解毒消肿止痛作用。熏洗方药有荆芥方、花椒艾叶汤、硝矾洗药等。

6. 敷药法

其为肛裂外治中最常用的方法之一,通过敷药达到止血生肌收口及止痛作用。对新鲜肛裂创面,可用生肌散、九华膏或生肌玉红膏外敷,以消肿止血、生肌敛疮。慢性肛裂在其它方法治疗后,创面已新鲜,可用上述药物涂敷。另外,也可用5%利多卡因软膏或2%地卡因软膏或丁氧普鲁卡因胶浆液外涂裂损疮面,以减轻肛门疼痛,缓括约肌痉挛。郑向阳^[14]用蚕卵30g,黄连20g,冰片1g,麝香0.5g配制成裂愈散,涂抹于肛裂创面,治疗120例病人,治愈100例,有效率为100%。吴让廉^[15]以黄连60g,制草乌40g,寒水石90g,硼砂45g,炒茜草根15g,白芷18g,冰片6g,研极细末,调制成八宝膏涂抹于肛裂创口,治疗90例,治愈率达84.4%。

7. 腐蚀疗法

病程较久但尚无裂痔者可以采用本法。可用红升丹、红粉、硝酸银等腐蚀药物涂搽裂损疮面,腐脱裂疮表面的陈旧组织,使之成为新鲜创面,再用生肌药物外涂以达愈合。

8. 烧灼疗法

用高温高热烧焦裂疮,焦痂脱落逐渐形成新鲜创面,再经生肌药物换药而达到治愈裂损目的。方法:应先麻醉,用烙铁或金属丝加热后烙烫,或用电灼器电灼裂疮,使裂损处形成焦痂。术后每日温水坐浴,焦痂脱落后每日换药1次至痊愈。

9. 坐药疗法

其为中医外治法中治疗肛裂的常用方法之一。即用栓剂置于肛内或肛裂创口内,以起到活血化瘀、消肿止痛、止血生肌的作用。费经欧^[16]以麝香、冰片、朱砂、龙骨、月石、滑石、川贝母等制成麝香消痔栓,治疗362例肛肠病患者,其中早期肛裂62例,取得满意疗效。张广博^[17]用乌梅、干姜、冰片等制成火柴棒样平安散栓剂置入肛裂创口内,治疗70例病人,用药5~10次痊愈。

三、中西医结合治疗

应用药物于肛门及其周围穴位注射治疗肛裂是非手术疗法中有效的常用方法。肛裂注射药物后通过解除括约肌痉挛及创面生新,最后达到修复愈合。其中括约肌松弛后,使肛裂恶性循环阻断,为溃疡愈合后创造了条件。适用于各期肛裂,尤其对一、二期肛裂效果明显。常用方法有封闭疗法,中药制剂注射法,坏死枯脱疗法等。

(一) 封闭疗法

用麻醉药物和长效止痛剂混合注射至病灶及其周围组织,解除疼痛和括约肌痉挛,使裂损创面得到修复。常用麻醉药物有普鲁卡因、利多卡因、布比卡因及地卡因等,长效止痛剂一般用亚甲蓝注射液。近年来也有采用泮痛尔、复方高乌甲素等作为长效止痛剂。

1. 长效止痛剂封闭法

肛门局部常规消毒。距肛裂下端1cm处进针,达到肛门括约肌,沿肛裂基底及两侧作扇形注射,每次注射0.2%复方美蓝液5~10ml,每周1次,一般注射1~2次即可痊愈。本法注射后药液麻醉阻滞末梢神经可持续5~6天,能较长时间解除肛门括约肌痉挛,改善局部血循环,有利于创口创合。

2. 酒精封闭法

局部常规消毒,在肛裂外端0.5~0.7cm处穿刺进针,注入1~2%普鲁卡因10ml,浸润于肛门皮下组织和部分括约肌内,然后将70~95%酒精1ml注于裂损下0.8~1cm深处。此法对肛裂初发期效果显著。

3. 激素封闭法

用强的松龙注射液1ml加2%普鲁卡因4~8ml配成混悬液。采用侧卧位,取混悬液2ml呈扇形注射到肛裂两侧括约肌和肛裂底部。注毕揉按片刻以利于药液浸润均匀。强的松龙为肾上腺皮质激素,有较强的抗炎、抗过敏作用,可使肛裂炎症消退,疤痕软化吸收,从而使裂损愈合。

4. 消痔灵封闭法

以消痔灵注射液加等容量1%普鲁卡因配成1:1液,于裂损基底部注药4ml,再于肛门3、9点垂直注射复方美蓝液共8ml。消痔灵有消炎、止血作用,配合长效止痛剂可加速裂损愈合。

5. 穴位封闭法

以长效止痛剂在病人长强穴作扇形注射,隔日1次,5次为一疗程。薛勇宏^[18]采用川芎嗪长强穴封闭治疗肛裂101例,71例痊愈,24例好转,6例无效,总有效率为94.06%。此法起到持续刺激经络,抑制括约肌痉挛,改善局部血液循环,促进创面愈合的作用。

(二) 坏死疗法

应用痔全息注射液治疗肛裂,属于坏死枯脱法。操作时针头沿皮内平行刺入裂损基底部,深达齿线附近,边退针边注药,药到处颜色即黑。药量在0.5ml左右。伴有哨痔的陈旧性肛裂,等待肛裂注射完毕,退针至哨痔内,继续注药,至全部变黑色。痔全息注射液属于坏死剂,为阴离子药物为主的水醇性溶液,能使局部组织迅速发生干性坏死,并有局部麻醉、长期止痛作用。注于肛裂基底创面及哨痔,使病变组织坏死,再经过组织修复,而使裂损愈合。注射时应注意控制坏死范围,使病变完全坏死脱落,而不损伤周围健康组织。李庆铎^[19]报道应用痔全息注射液治疗肛裂320例,均一次注射治愈。方法为沿肛裂的溃疡基底部及边缘进针,呈线状注射,宜浅勿深,缓慢注入,如有哨痔一并注药。用药量以肛裂的溃疡基底部及边缘增生变硬的纤维组织变黑褐色为度,一般0.5~2ml。注射后溃疡组织全部脱落,创面愈合,无合并症;排便时不再出血疼痛,肛门直肠功能正常。

(三) 中药制剂注射法

近来学者们根据中医理论,选用不同的药物组方制成多种肛裂注射液,治疗各期肛裂收效显著。如陆传贤^[20]根据酸能收敛理论,以复方枸橼酸注射液注射治疗肛裂105例,治愈102例,好转3例。邢玉美^[21]等以红花、当归、细辛、川芎、莪术等活血化瘀药物制成注射液,治疗肛裂93例,治愈46例,总有效率为95.6%。活血化瘀药可改善血管通透性,加强血液循环和扩

张血管、增加纤维蛋白溶解,使肛管及内括约肌纤维软化。陈家轴^[22]等采用丹参祖师麻注射液治疗肛裂 101 例,治愈 71 例,好转 24 例。另外一些学者也报道以当归注射液或银黄注射液注射治疗肛裂均收到满意效果。中药制剂注射方法一般是在肛裂基底部分注药,再于裂损两侧行扇形注射,最后于肛门两侧注药至内括约肌内。注射后注意保持肛门局部清洁,可用温水或中药坐浴,酌情换药。

(四)注射配合其它方法

1. 封闭加扩肛法

用 1% 普鲁卡因 5ml 加强的松龙 25mg 于肛裂局部皮下作扇形浸润封闭。封闭后以双手食指伸入肛内按摩片刻,于 3、9 点处适当用力扩张肛管并持续 2 分钟,每 3 天 1 次,共治疗 2~4 次。操作中封闭以皮下浸润为妥,不可穿破肛管,扩肛时用力适中。本法适于一、二期肛裂。刘际虎^[23]以本法治疗肛裂 110 例,治愈 101 例,无效 9 例。

2. 消痔液加指扩法

以南京中医学院研制的消痔液行外肌 4 点注射,即以截石位 2、5、7、10 点作为 4 个注射点,每点注药 5ml,将药液注于齿状线上方、肛管直肠环下方、内外括约肌之间。然后以两手食指探入肛门内,分别向左右两侧分拉,受力点应在后部,指觉有组织撕裂感为度。消痔液具有松弛肠平滑肌,扩张血管,增加血液灌流量,抗凝血止痛等作用,可解除内括约肌痉挛,改善局部血液循环。崔如森^[24]报道以此治疗二、三期肛裂 78 例,痊愈 77 例,好转 1 例。

3. 注射加挂线法

用硬化剂或长效止痛剂行肛裂基底部分注射,再于基底部分以探针引导将丝线或橡皮筋栓系于内括约肌下缘的肌束,并将其慢性勒断以解除括约肌痉挛。治疗后每日中药坐浴、换药至痊愈。程孟雄^[25]报道以甘油、明矾、枸橼酸钠、亚甲蓝、地卡因配制成注射液注射治疗陈旧性肛裂并配合挂线方法,治疗 16 例,全部治愈。

第五节 预防

一、未病先防

消除或减轻肛门炎症,并且避免机械损伤是肛裂预防的原则。可从以下几个方面进行预防:

1. 饮食调摄

合理饮食,多食含纤维食物,不可饮酒过度及嗜食辛辣。

2. 起居卫生

生活规律,起居有时。应保持肛门部清洁,可于便后及睡前温水坐浴,清洗肛门,以减少对肛门的刺激。

3. 通畅大便

肛裂预防最主要的是保持大便通畅,应养成良好的排便习惯,定时排便。如大便干结应及时调理。

4. 强壮身体

避免久坐少动,积极锻炼身体,加强腹肌锻炼;另外可进行气功导引,按摩肛门,缩提谷道。

5. 调畅情志

保持心情舒畅,避免过度情志刺激。

6. 治疗它病

患有肛隐窝炎、肛门湿疹、皮炎者,应及时治疗,避免诱发肛裂。积极治疗各种原因所致的肛管上皮损伤,防止其继发感染,形成溃疡。

二、既病防变

肛裂已经形成,如不采取措施则易使病情迁延并长期不愈而变成慢性肛裂,或者变生它病。如果予以适当的保健措施,可使病情由重转轻,裂损逐渐愈合。防变措施以通畅大便,止痛止血,促进裂损愈合为主,酌情服用通便药物,如大黄片、通便灵。每次大便后温热水坐浴以缓解肛门疼痛,对于裂损处可涂以蛋黄油或九华膏予以保护,并促进愈合。经过积极防治,可使初发肛裂很快痊愈,避免各种合并症的出现。如果是陈旧性肛裂久不愈合而进行手术治疗,手术后创口愈合仍需注意预防保健,这样可以防止肛裂复发。

参考文献

- [1]赵亚松.芍药甘草汤加味治疗肛裂 607 例体会.中国肛肠病杂志.1994;(1):14~42
- [2]严其达.芍药甘草汤治疗肛裂.中国肛肠病杂志.1988;(3):8~24
- [3]胡献国.葛根芩连汤在痔科的应用.中国肛肠病杂志.1987;(3):7~36
- [4]熊德明.中药复方茶剂治疗肛门裂内痔 100 例报道.贵阳中医学院学报.1987;(4):41
- [5]待忠.女贞叶止血散在痔科的临床应用.中国肛肠病杂志.1984;(4):4~6
- [6]刘甫春.白及膏治疗肛裂.中国肛肠病杂志.1985;(4):5~10
- [7]李玉林,等.白及膏加内括约肌切断治疗肛裂.中国肛肠病杂志.1995;(5):15~52
- [8]成都中医学院.中药学(教材).上海:上海科技出版社.1978:230
- [9]王钢.火针治疗肛裂.中国肛肠病杂志.1989;(1):9~38
- [10]徐明,等.针挑大肠俞穴治疗肛裂.中国肛肠病杂志.1989;(1):9~39
- [11]孙荣根.运肛转腹法治好十三年之肛裂.气功.1986;(3):7~129
- [12]黄乃健.中国肛肠病学.济南:山东科学技术出版社.1996:600
- [13]金庆丰,等.推拿治疗肛裂 42 例.上海中医药杂志.1989;(4):21
- [14]郑向阳.裂愈散治疗肛裂.中国肛肠病杂志.1987;(1):7~22
- [15]吴让谦.八宝膏治疗肛裂 90 例临床观察.湖南中医杂志.1990;(6):6~23
- [16]费经欧.麝香消痔栓治疗肛肠疾病 362 例临床观察.中国肛肠病杂志.1990;(1):10~3
- [17]张广博.平安散栓剂治疗肛裂.四川中医.1986;(3):4~52
- [18]薛勇宏.川嚙长强穴封闭治疗肛裂 10 例.陕西中医.1990;(7):11~321
- [19]李庆铎.痔全息注射治疗肛裂 320 例.浙江中医杂志.1997;(10):22~454
- [20]陆传贤.肛裂注射液的临床应用.中国肛肠病杂志.1987(3):7~19
- [21]邢玉美,等.活血化瘀药局部注射治疗肛裂 93 例.中国肛肠病杂志.1988;(2):8~25
- [22]陈家轴,等.复方丹参注射液治疗肛裂.中国肛肠病杂志.1989(1):9~48
- [23]刘际虎.封闭加扩肛治疗肛裂 110 例.广西中医药.1990;(3):13~12
- [24]崔如森.消痔液注射加指扩法治疗肛裂 78 例.江苏中医.1991;(10):12~12

- [25]程孟雄. 肛裂注射和挂线治疗肛裂 35 例体会. 湖南医药杂志. 1982;(6):33

第八章 肛门直肠周围脓肿

第一节 概述

肛门直肠周围间隙发生急慢性化脓性感染而形成脓肿者,称为肛门直肠周围脓肿。本病可发生于任何年龄,多见于20~40岁青壮年,男性多于女性。多数发病急骤,疼痛剧烈,肛门局部肿胀,破溃后流出脓血而形成肛瘘。

本病中医学称“脏毒”、“肛痛”。如《疮疡经验全书》曰:“脏毒者,生于大肠尽处肛门是也。”《医门补要》则明确指出“肛门四周红肿作痛,若消不去,一处出脓者为肛痈,每易成漏,成数处溃开者,名盘肛痈。”本病在历代医著中还有不少名称,概因病变部位而命名,如生于会阴穴处的悬痈,生于会阴两旁的跨马痈,生于肛门后方的鹳口疽和坐马痈等。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

1. 感染因素

(1) 肛腺感染:此为肛周脓肿最为常见的发病原因。肛腺开口于肛隐窝,一般情况下肛隐窝呈闭合状态,当发生腹泻时稀便易进入并积存于肛隐窝中而致发肛隐窝炎,或因便秘,排便时干硬粪块损伤肛瓣也可致发肛隐窝炎。肛隐窝一旦发生感染,便扩张、松弛,肠腔污物更易进入肛隐窝内。炎症进一步发展,即可通过肛腺管,穿过内括约肌蔓延至肛腺引起肛腺炎。肛腺多位于内外括约肌之间,周围有丰富的淋巴组织和静脉,如肛腺炎经淋巴、血管向肛管直肠周围间隙扩散,即可形成相应间隙的脓肿。向上可达直肠周围形成高位肌间脓肿或骨盆直肠间隙脓肿;向下达肛周皮下,形成皮下间隙脓肿;向外可穿过外括约肌,形成坐骨直肠间隙脓肿;向后可形成肛管后间隙脓肿或直肠后间隙脓肿。

此外,由于组织发育异常或炎症刺激等因素引起内括约肌痉挛压迫肛腺管,均可导致肛腺管闭塞,造成肛腺分泌物排出困难,而使肛腺呈囊状膨大,一旦发生感染即可形成括约肌间原发性脓肿。脓肿进一步向四周扩散可引起其他间隙发生脓肿。

(2) 损伤感染:因直肠内异物或外伤,或干结粪便等造成肛管直肠损伤,感染向深部组织扩散,即可形成肛周脓肿。会阴部手术操作不当,或术后护理不慎也可引起肛管直肠周围间隙发生脓肿。

(3) 皮源性感染: 由于肛门周围皮肤的毛囊、汗腺等感染, 或皮脂腺囊肿合并感染均可引起肛周间隙发生非瘻管性脓肿。

(4) 骨源性感染: 由于骶尾骨结核或骨髓炎等化脓可继发肛周间隙脓肿。

2. 其他疾病因素

某些全身性疾病, 如糖尿病、白血病、再生障碍性贫血等, 由于严重的营养不良, 全身虚弱, 抗感染能力低下, 可并发肛周脓肿。

3. 性激素因素

肛腺的发育和功能主要受人体性激素调节, 随着年龄的变化, 性激素亦有变化, 可直接影响肛腺的增生与萎缩, 因肛周脓肿多与肛腺感染有关, 故发病率也有相应变化, 一般幼儿发病率高, 老年人发病率低, 男性在青春期多于女性。

4. 免疫学因素

婴幼儿肛周脓肿的发病还与肛管局部免疫机能不全有关。

(二) 肛周脓肿的病源菌

肛周脓肿的致病菌主要有两大类需氧菌和厌氧菌, 其中以大肠艾稀氏杆菌和克雷白杆菌最多见, 这些致病菌在发病学上具有内源性和多菌性特点, 即绝大多数为人体肠道内的正常菌群, 正常情况下, 这些菌群在体内处于动态平稳状态, 无毒力及致病性, 当局部或全身抵抗力下降, 如干硬粪便擦伤或外伤等情况下方可致病, 多为 2 种以上细菌混合感染, 而且多为需氧菌和厌氧菌混合感染。

(三) 病理

现代医学认为, 肛周脓肿多由肛窦炎发展而来, 这是由肛窦特殊的解剖结构所决定的。肛窦呈漏斗状且开口向上, 肠内容物易蓄积其中, 其外壁肛瓣易为干硬的粪便擦伤, 均可造成感染。如肛窦感染较重, 或未得到及时有效的治疗, 感染可通过肛腺导管扩散至肛腺而引起肛腺炎。由于肛窦、肛腺导管的炎症水肿, 使感染的肛腺引流不畅, 积聚于肛腺中的细菌不断繁殖, 并发生酵解, 使肛腺内压力增高, 致肛腺破裂, 感染则进一步通过肛周丰富的淋巴组织和血液循环向肛门、直肠下段周围组织间隙扩散, 从而形成不同部位的肛周脓肿。脓肿形成早期其内有大量中性粒细胞浸润, 随着局部感染的加重, 组织和白细胞发生坏死并液化, 病变部位便成为一充满脓液的脓腔, 脓腔壁由增生的肉芽组织构成。如脓肿较小, 且局部感染得到有效的控制, 则脓腔中的液体部分可渐被吸收, 固体部分的组织碎片被吞噬, 脓腔为新生的肉芽组织所填充, 变为瘢痕。但由于感染源依然存在, 脓腔常不能完全闭合而遗留管腔。如局部感染逐渐加重, 随着脓液的增多, 脓腔内压增高, 脓肿渐大, 并沿疏松结缔组织向外扩散, 在肛周皮肤溃破, 脓液流出后炎症局限, 或炎症波及邻近组织间隙或器官, 而使病变范围扩大, 病情加重。

二、中医病因病机

(一) 病因

中医认为本病的发生与下列因素有关。

1. 饮食不节

过食肥甘厚味、醇酒辛辣燥热之品,损伤脾胃,中焦运化失司,湿从内生,湿与热互结,下迫大肠,气血壅遏,蒸腐溃败而发。正如《外科正宗》所说:“夫脏毒者,醇酒厚味,勤劳辛苦,蕴毒流注肛门,结成肿块。”《疡科心得集》所说:“此处生痛,每由于酒色中伤,湿浊不化,气不流行者多。”

2. 体虚邪侵

脏腑虚损,气血虚弱,内蕴之湿热乘虚下注,迫于肛门;或肛门局部因脏腑虚损而失于濡养,御邪能力低下,邪毒易乘虚入于肌腠,均可致肛周气血壅遏,血肉溃腐而成痈疡;或虚劳久咳,痰火结聚肛门,致血肉溃腐而发。如《外科正宗·脏毒论》云:“又有虚劳久嗽,痰水结肿肛门,如粟者,破必成漏,……”。

(二) 病机

中医认为肛周脓肿发生的病理关键是肛周局部气血凝滞,经络阻塞。当湿热、热毒等致病邪气蕴结于肛周肌腠之间,可造成局部营气不调,进而气血凝滞,经络阻塞,瘀血与病邪互结,壅滞不散,热毒日盛,热盛则肉腐,肉腐则为脓。在发病、成脓、溃腐的过程中,本病常与脏腑气血阴阳盛衰密切相关,且易耗伤气血,影响脏腑气血的功能。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状体征

肛周脓肿的一般临床表现是,先感到肛门周围有一肿块,微感疼痛,或感肛内刺痛或坠胀作痛。继则疼痛加重,肛门周围肿块增大,红肿触痛,质较硬。重者有恶寒、发热,身体困倦,食欲不振,大便秘结等症状,如不作及时有效的治疗,往往1周左右局部即可形成脓肿。深部脓肿或粘膜下脓肿初起局部症状可不明显,而发热、恶寒等全身症状较重。

脓肿形成后局部可有波动感,如自行溃破或切开后流出黄白色脓液。此后疼痛可逐渐缓解或消失,体温下降,其他症状亦随之缓解消失。

结核性肛周脓肿常常是起病缓慢,肿痛较轻,脓成溃破或切开后流出的脓液清稀或伴干酪样物。常伴低热、盗汗、颧红、形体消瘦等症。

由于脓肿发生的部位不同,其症状体征也各有特点。现将各肛周间隙脓肿的症状体征分述如下:

1. 肛门皮下脓肿

位于肛管皮下或肛周皮下间隙,常常发生于肛门边缘,是最常见的一种。脓肿一般较小,全身感染症状不明显。局部疼痛较重,多呈持续性和搏动性疼痛,不敢端坐,呈半蹲坐姿势,步态跛。咳嗽或局部受压时,疼痛加剧。肛旁有明显红肿、硬结、触痛,如已化脓,则出现波动感。若不及时切开排脓,常有3种结局:①脓肿自行破溃,多由肛周皮肤穿破,形成低位肛瘘;②脓液向上穿过肛门周围筋膜,扩散到一侧或两侧坐骨直肠间隙,形成坐骨直肠间隙脓肿或低位马

蹄形脓肿;③脓液有时可向内由肛窦穿出,形成内盲瘻。

2. 低位肌间隙脓肿

位于齿线以下,内、外括约肌之间,脓肿一般不大,全身感染症状很轻,局部持续性和搏动性疼痛明显,受压或咳嗽时加重,肛缘红肿不明显,但指诊时肛管内有肿块隆起,压痛明显。如不及时切开引流,常有4种结局:①脓液向下沿外括约肌皮下部扩散,穿破皮肤,形成低位肛瘻;②脓液向上沿联合纵肌间隔穿入肛提肌上,形成骨盆直肠间隙脓肿;③脓液沿联合纵肌中间间隙与内侧间隙穿入直肠纵肌与环肌之间,形成高位肌间脓肿;④脓液向外沿联合纵肌外侧间隙,经外括约肌深部与浅部之间或深部与肛提肌之间,穿入坐骨直肠间隙,形成坐骨直肠间隙脓肿。

3. 坐骨直肠间隙脓肿

是临床常见的一种。位于坐骨直肠间隙内。由于此间隙内充满脂肪组织,血液运行不畅,常是由肌间脓肿的脓液经外括约肌浅部和深部之间向外扩散而形成的。有时也可由其他间隙脓肿扩散到此间隙而形成,脓肿范围广泛且深,初起患者自觉患侧肛管有持续性疼痛、酸胀感,但不甚剧烈。发热、畏寒、头痛、身倦乏力等症状明显。随着病情的迅速发展,继而局部症状逐渐加重,坐卧不宁,步行时疼痛更甚,有时影响排尿。患处皮肤肿胀,发红,双臀不对称。触诊局部有硬结和明显压痛,肛内指诊时患侧坐骨间隙所对应的肛管或直肠壁有压痛,压痛平面可达到肛管直肠环以上。若脓肿穿入肛周皮下间隙,则局部红肿明显出现波动感。如不及时手术引流,脓液扩散,常有4种结局:①脓液可由内外括约肌间穿出肛窦,形成内盲瘻;②脓液穿破皮肤,形成全瘻;③脓液经过肛管后深间隙扩散到对侧坐骨直肠间隙内,形成低位马蹄形脓肿;④脓液向上扩散到肛提肌以上,形成骨盆直肠间隙或直肠后间隙脓肿。

4. 肛管后间隙脓肿

位于肛管后间隙,大多数是由肛管后部肛窦或肛腺炎症扩散而形成的。肛管后间隙尚有深、浅两个间隙,当炎症沿内括约肌与联合纵肌纤维,沿外括约肌深部与浅部之间或深部与耻骨直肠肌之间进入肛管后深间隙时,则形成肛管后深间隙脓肿。如炎症沿外括约肌浅部与皮下部之间进入肛管后浅间隙时,则形成肛管后浅间隙脓肿。由于脓液范围小,很容易被忽视。局部红肿不明显,按压肛门与尾骨尖之间的皮肤时,则有明显压痛。肛内指诊时可在肛管后,肛管直肠环水平面以下触有局限性硬结或肿块,并有明显触痛。如未及时手术治疗,脓液向四周扩散,常有4种结局:①脓液从肛管后部肛窦穿破,形成内盲瘻;②脓液向后、向下扩散到肛周皮下间隙,形成肛周皮下脓肿,再穿破皮肤,最终形成低位肛瘻;③脓液由后部沿肛管两侧向前扩散到单侧或两侧坐骨直肠间隙,形成坐骨直肠间隙脓肿或马蹄形脓肿,如向外穿破皮肤后,则形成低位肛瘻或马蹄形肛瘻;④脓液向上扩散到肛提肌以上间隙,可形成直肠后间隙脓肿或骨盆直肠间隙脓肿。

5. 直肠粘膜下脓肿

位于直肠粘膜与内括约肌之间的粘膜下间隙内,此间隙内有痔静脉丛和粘膜肌层。常因为痔注射不当或插钉过深,内痔感染发炎或肛腺感染所引起。患者自觉直肠内有沉重坠胀感,排便和步行时疼痛明显。全身感染症状较明显,肛门外无任何病症可见,肛内指诊时可触到直肠壁有圆形、椭圆形或条索状隆起,有触痛及波动感,脓肿大时不易触到上缘。这类脓肿向下扩散,由肛窦或直肠粘膜穿入肠腔,偶尔也可穿入肛周皮下间隙形成皮下脓肿,还可进入肛管后间隙,形成肛管后间隙脓肿,但很少发现穿透肠壁进入骨盆直肠间隙内者。

6. 高位肌间脓肿

位于直肠下部、直肠环肌和纵肌之间的结缔组织内。常由肛窦炎、肛管炎、直肠炎、内痔发炎化脓、直肠狭窄和直肠损伤并发感染而形成。初起患者自觉肛内坠胀感,逐渐出现胀痛,排便和行走时疼痛加重。全身感染症状较明显。肛外常无任何病症可见。肛内指诊时可在直肠壁上触到圆形隆起,有压痛及波动感。窥镜下可见直肠壁有圆形隆起,表面光滑或充血、糜烂,边界整齐清楚,常覆有炎性粘液。

7. 骨盆直肠间隙脓肿

位于骨盆直肠间隙内。多因坐骨直肠间隙脓肿未及时手术引流,脓液向上穿透肛提肌而形成。也有直接由肛窦、肛腺炎症扩散而形成的。由于此间隙顶部为腹膜,容积很大,脓肿深藏在骨盆内,因此全身感染症状甚重,而肛门局部炎症则不明显。患者自觉直肠内有沉重坠胀感,时有便意而排便不畅,有时影响排尿。指诊时可在直肠壁上触有肿块隆起,有压痛及波动感。如早期未及时手术引流,常有3种结局:①脓液可进入直肠后间隙并通过直肠后间隙进入对侧骨盆直肠间隙,形成直肠后间隙脓肿或高位马蹄形脓肿;②脓液有时向下穿过肛提肌进入坐骨直肠间隙内形成脓肿,然后穿破皮肤,形成高位肛瘘;③脓液偶可沿腹膜后间隙向上扩散到下腹部形成盆腔脓肿。

8. 直肠后间隙脓肿

位于直肠后间隙内,即在直肠后、骶骨前、肛提肌以上,与两侧骨盆直肠间隙以直肠侧韧带相分隔。临床上较少见,大多数是因为坐骨直肠间隙脓肿和肛管后深间隙脓肿未能及时手术引流,脓液向上穿过肛提肌而形成的。也有直接由肛管后肛窦、肛腺炎症扩散到直肠后间隙而形成。临床症状与骨盆直肠间隙脓肿相似。患者常有直肠重坠感,骶尾部钝痛。指诊时按压尾骨与肛门之间可有深部压痛,肛内指诊可在直肠后壁触到肿块隆起,有压痛,或有波动感。

(二) 实验室及其它检查

1. 实验室检查

根据白细胞总数及分类计数,可判断感染程度。

2. 脓液细菌培养及药敏检查

了解脓液的病原菌的种类、性质、药敏并为临床诊断、治疗及判断预后等提供依据,可作脓液细菌培养及药敏检查。

3. 肛肠科专科检查

(1)视诊:病位较浅者,可见肛周局限性肿胀高突,成脓时局部发红。病位较深者,初期肛周可无异常,或漫肿皮色改变不明显,如发于一侧,可见双侧臀形不对称。患者常呈痛苦面容,被动体位,不能端坐。如脓肿破溃出脓,可根据脓液的色、质估计脓肿的性质。

(2)触诊:首先进行肛外触诊,检查肛门周围有无压痛、硬结及肿块,有无热感或波动感。肛内触诊应注意检查肛管、直肠有无压痛或肿块,特别要注意检查肛窦有无压痛、硬结或凹陷。有时还可采用双合指法进行触诊,即以食指插入肛内,另手指在肛外压迫脓肿波动明显处,食指感到冲击显著的部位多为脓肿的原发内口位置。肛内指诊对高位脓肿的诊断有重要意义,常能查清脓肿的位置、形态、范围等。如脓肿已溃,可由溃口探入食指以探查脓腔的大小及深度。

(3)窥镜检查:窥镜检查主要了解脓肿内口位置及粘膜下脓肿的情况。窥镜检查可见齿线处常有充血水肿的肛窦或溃口,肛管皮肤常因充血而发红。如为粘膜下脓肿可在镜下观察到粘

膜局限性肿胀高起,色鲜红,表面糜烂,或附着有黄白脓苔。

(4)隐窝钩检查:在二叶镜下,用隐窝钩钩探齿线处的病变区,以确定脓肿内口所在。

(5)穿刺:穿刺是对已成脓的深部脓肿较可靠的确诊方法,在前述检查的基础上,严密消毒局部,由肛外患处进针,当针尖到达病位时回抽,如有脓液,即可证实脓腔的存在。

(三)诊断要点

1. 诊断

肛周脓肿的诊断一般并不困难,诊断依据有以下3个方面:

(1)症状:患者肛门疼痛,甚至影响坐卧及活动,伴有发热恶寒。结核性肛周脓肿患者可有发热、盗汗、咳嗽等症。也有的患者疼痛不明显而表现为肛门坠胀、小便不利等。

(2)体征:检查可见肛门局部红肿,触压疼痛,或有溃口溢脓,肛内指诊也常于内口部位扪及压痛或凹陷硬结。探针检查可探知脓腔大小,或可由肛内内口部探出。肛镜检查可见内口部的肛窦充血、肿胀,有时稍加按压即有脓液溢出。

(3)实验室检查:血常规检查也是判断本病的重要依据。

2. 鉴别诊断

(1)肛周疖肿:病位表浅,肿胀范围局限,病变仅限于毛囊及皮脂腺,初起为高出皮肤的圆形炎性结节,发病与肛窦炎无关,脓成时出现黄白色脓头,溃破脓出后即可痊愈。

(2)化脓性汗腺炎:病位表浅而广泛,患处皮肤较硬,病变为表浅脓肿与瘘管并存,与肛窦无关,病程较长,溃脓呈白粉粥样。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

本病主要表现为肛门周围疼痛、肿胀,伴有不同程度的身热恶寒等全身症状,肛门局部脓肿不易消退,溃后每多形成肛瘘。

(二)辨证分型

1. 湿热证

〔临床表现〕初期肿胀结硬,焮红灼热,坠胀疼痛,常伴有畏寒发热,头痛身痛,口渴喜饮,大便秘结,小便黄赤,舌质红,苔黄腻,脉滑数或洪大有力;或肿胀漫硬,微红微热,坠胀微痛,伴有食欲不振,胸闷腹胀,体倦身重,大便溏,溲涩浊,苔腻微黄,脉濡数。

〔辨证分析〕湿热毒邪蕴阻肛门,经络阻塞,气滞血瘀,故肿而坠胀疼痛。热为阳邪,其性熏灼,热盛故焮红灼热,伴发热、口渴、便结、溲赤、舌红、苔黄、脉数等证;湿为阴邪,其性粘滞重着,湿盛故肿胀漫硬,红热不显,伴有食欲不振,胸闷腹胀,体倦身重,苔腻微黄,脉濡数等症。溃后脓水稠黄,带粪臭味,为正实邪盛。

2. 湿痰证

〔临床表现〕初期肿胀散漫绵软,不红不热,坠胀不适,常伴有咳嗽咯痰,苔白腻,脉濡缓。日久肛门处暗红微热成脓,溃后脓水稀薄或夹有败絮样物,伴有神疲纳呆,面色萎黄,舌质淡红,

脉濡弱,或午后潮热,盗汗,口燥咽干,咳痰带血,舌红少苔,脉细数。

〔辨证分析〕脾肺虚亏,运化失常,水湿停聚肛门肌腠,凝结成痰,以致经络阻塞,气血凝滞故肿胀。湿痰乃阴邪,其性粘滞重着,故肿胀色白绵软坠胀。日久化热腐败血肉而成脓,故暗红微热。正气虚不能托毒外出,故肿热散漫,溃后脓水稀薄,湿痰粘浊,故脓挟败絮样物质,伴有体虚形瘦,神疲纳呆,面色萎黄,舌淡,脉濡弱为气血两虚,伴有午后潮热、盗汗、口燥咽干、舌红少苔、脉细数为阴虚火旺,伴咳痰带血为肺虚。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)常规治疗

脓肿确诊后常规应用抗生素肌注或静脉滴注,以防感染扩散。常用药物有青霉素、庆大霉素、丁胺卡那霉素、先锋霉素以及抗厌氧菌的甲硝唑等药物。

(二)对症治疗

疼痛剧烈者可应用止痛剂,如口服痛力克,或肌注度冷丁。

二、中医治疗

(一)辨证论治

1. 湿热证

〔治法〕清热利湿,活血散瘀。

〔方药〕仙方活命饮。

金银花 20g,甘草 9g,花粉 9g,浙贝 12g,当归 12g,赤芍 12g,乳香 9g,没药 9g,防风 9g,白芷 9g,山甲 15g,皂角刺 9g,陈皮 9g。水煎服。

〔加减〕若热盛者合用黄连解毒汤,增强清热解毒燥湿之效;若湿盛者合用四苓散,健脾渗湿消肿;溃后宜托里排脓,合用托里消毒散,以透脓外出。

〔分析〕方中金银花、甘草、花粉、浙贝清热解毒散结;当归、赤芍活血通络;乳香、没药散瘀止痛;防风、白芷祛风消肿;山甲、皂刺消肿散结;陈皮行气化滞。

2. 湿痰证

〔治法〕健脾燥湿化痰。

〔方药〕二陈汤。

半夏 9g,茯苓 20g,陈皮 9g,甘草 9g。水煎服。

〔加减〕溃后若气血两虚者,合用八珍汤;阴虚火旺者,加麦冬、石斛、知母;兼肺虚咳痰带血者,加百部、阿胶、青蒿、牡蛎;肾虚者配服六味地黄丸。

〔分析〕方中半夏燥湿化痰;茯苓健脾益气,利水渗湿;陈皮、甘草理气化痰。诸药相配,共奏健脾燥湿化痰之效。

(二)外治法

1. 药物外敷法

根据脓肿发展的不同阶段和患者的病情选方用药。

(1)初期:以消法为主,可外敷清热解毒、软坚散结类药物,以促进炎症局限和消散。实证可用金黄膏、黄连膏,虚证用冲和膏。

(2)成脓期:可先用托法,外敷托毒拔脓散,促使早期破溃,也可用咬头膏蚀破脓头,使脓毒有外泄之路。同时继续用箍围药外敷,以防脓毒扩散。

(3)溃后期:溃脓后,应以提脓祛腐,生肌收口为主。开始须化腐提脓用九一丹或红升丹,待脓尽腐脱,疮面红活则改用生肌散或珍珠散,促进愈合。

2. 熏洗法

多用于脓肿初起及溃后,起到清热解毒、消肿止痛、收敛止血、祛湿止痒、祛腐生肌等作用,常用荆芥方、解毒洗药、硝矾洗药、苦参汤等,煎汤熏洗,每日2~3次,每次30分钟左右。

三、手术疗法

手术是治疗肛周脓肿的重要方法,因肛周脓肿发生于肛门直肠周围各间隙,而各间隙之间多有联系,一旦脓肿形成易向四周蔓延,使病变范围扩大,病情趋于复杂。所以肛周脓肿的治疗不应待其自溃,一旦成脓即应切开。

(一)切开引流术

目的在于排出脓液,通过充分引流使脓肿得以闭合。本术式具有操作简单、组织损伤小优点,但因未清除感染之内口,术后即形成瘘管,需再次手术方能治愈。因脓肿病位不同,本术式的操作要点也有不同。

1. 低位脓肿切开引流法

在脓肿波动最明显处将脓腔切开,肛周皮下脓肿和肛管后间隙脓肿切口呈放射状,坐骨直肠窝脓肿呈弧形。取血管钳由切口探入并扩大脓腔,使脓液排出。坐骨直肠窝脓肿切开引流时排出脓液超过50ml时应查看其他间隙是否同时受累,可用手指探入脓腔查看有无死腔遗留。再用生理盐水或双氧水反复冲洗脓腔,适当剪除创缘皮肤,使引流口扩大,引流通畅,在脓腔内放入凡士林油纱条以作引流,纱布块覆盖,胶布固定。

2. 高位脓肿切开引流法

在脓肿相应的皮肤处切开皮肤及皮下组织,左手指插入直肠内作引导,右手持血管钳从切口探入钝性分离并穿过肛提肌,用血管钳撑开切口,排出脓液。用右手食指探入脓腔,分开纤维间隔,使引流通畅,脓腔内放置乳胶管引流。纱布块覆盖,胶布固定。

注意事项:①切口应尽量选择波动最明显处;②分离时尽量以钝性分离为主,以免损伤深部血管。

术后处理:①术后应用抗生素等抗菌药;②术后第2天开始每天晨起排便后中药坐浴外洗,创面用生肌玉红膏油纱条换药至愈合。

(二)肛周脓肿一次切开术

适用于低位脓肿。该术式目的在于彻底清除感染源及其他病变组织,避免复发。本术式具

有治疗彻底,不易复发的优点。但因在急性感染状态下手术,组织损伤较多,愈合缓慢,对肛门括约功能常有不同程度的影响。

操作要点:切开脓肿,排出脓液,食指探入脓腔,分离腔内纤维间隔,一手持探针自切口探入,另一手指插入肛内引导,轻轻探查内口,并由内口处将探针头翻出肛门外,取手术刀由内口向外沿探针全部切开内口与切口之间的皮肤及肌肉,使脓腔完全敞开,取刮匙搔尽脓腔内腐败坏死组织,修剪创口呈“V”字形,创面敷以凡士林油纱条,纱布块包扎。

注意事项:①内口探查必须确切,如无把握应改用切开引流术;②切口应足够大,尤其应向肛外适当延长,以保证术后创面引流通畅。

术后处理:同上。

(三)肛周脓肿一次切开挂线术

该术式目的在于利用挂线的张力,一方面缓慢切开脓腔,另一方面使脓腔得到充分引流以利于感染物的排出和新生组织的修复,从而使腐去新生,脓腔得以闭合而愈。由于在扎线缓慢切开的过程中,线的紧缩刺激使被切开的括约肌及其周围组织发生粘连,边切开边修复不致使括约肌迅速断离,故无失禁的危险。该术式的优点在于操作简便,安全可靠,复发率低。

操作要点:在腰俞麻醉下,病人取侧卧位,局部消毒,于脓肿波动明显处或穿刺抽脓指示部位,作放射状或弧形切口及多处切口,充分排脓后,以食指分离脓腔间隔,用刮匙将腐败组织刮尽,修剪切口扩大成梭形。然后以球头探针,自脓肿切口探入并沿脓腔底部轻柔地探查内口,另一食指伸入肛内引导协助寻找内口;探通内口后,将球头探针翻出肛门外,用橡皮筋扎于探针内端,通过脓腔拉出切口,将橡皮筋两端收拢结扎,创口内填塞凡士林油纱条引流,无菌纱布包扎。

注意事项:①内口探查必须明确无误;②橡皮筋要拉紧扎牢。

术后处理:术后第2天起,排便后中药坐浴外洗,生肌玉红油纱条换药。挂线约10天自行脱落,10天后若不脱落,应及时紧线。

第五节 预防

肛周脓肿的产生往往有许多诱发因素,因此要在以下几点中做好预防工作。

1. 保持排便通畅,及时治疗便秘或腹泻对预防肛周脓肿有重要意义。
2. 及时治疗肛隐窝、肛乳头炎,避免使其发展成肛周脓肿。
3. 及时治疗可引起肛周脓肿的全身性疾病,如克隆氏病、溃疡性大肠炎、肠结核、糖尿病、白血病等。
4. 禁食刺激性食物,多食蔬菜、水果、保持排便通畅。
5. 养成良好的排便习惯,每日定时排便1次,便时不宜过于用力或久蹲。
6. 保持肛门清洁,每日便后外洗。

第九章 肛瘻

第一节 概述

肛瘻是指肛门直肠周围脓肿自行破溃或切开引流后,肛管直肠与肛门周围皮肤相连的瘻管。临床上以脓水淋漓,久不收口,时轻时重为特征。肛瘻一般由原发性内口、瘻管和继发性外口三部分组成,亦仅有具内口或外口者。内口为原发性,绝大多数在肛管齿线处的肛窦内;外口是继发的,在肛门周围皮肤上,常为一个或多个。肛瘻是肛门直肠疾患中的常见病、多发病;其发病率占肛肠疾患的8~25%,占外科疾患的3~5%,本病可发生于任何年龄,以青壮年多见,男性多于女性。

本病始见于《神农本草经》,如其说:“……痛肿恶疮,痔瘻瘰瘤。”《太平圣惠方》说:“夫痔瘻者,由诸痔毒气,结聚肛边……穿穴之后,疮口不合。时有脓血,肠头肿痛,经久不瘥故名痔瘻也。”《疮疡经验全书》又称本病为漏疮。后世医书多称之为痔漏。肛漏之名,则见于《外证医案汇编》。瘻证全身到处可发,生于肛门者现统称为肛瘻。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一)病因

肛瘻为肛周脓肿所后遗,也就是肛周脓肿的自然结局。肛周脓肿实为肛瘻的急性初发期,而肛瘻则为肛周脓肿的慢性阶段,即炎症及脓肿消退瘻管形成。因此肛周脓肿与肛瘻为一种疾病的两个不同阶段。肛周脓肿的病因即本病的病因。肛瘻形成后为何不易自愈,主要有以下因素:①脓肿自溃或切开后,脓液由外口引流,因内口继续感染,故瘻管不愈,内口的存在,是肛瘻不愈的关键。②肠道粪便及细菌继续污染。③瘻管外口较小或时封时溃,脓液排出不畅。④瘻管弯曲或有深在腔隙,脓液贮存,难以排出。

(二)病理

肛瘻的病理变化为,脓肿自溃或切开引流后,脓液排出,脓腔得以修复,由新生的肉芽组织和结缔组织所填充。但由于内口的存在,感染仍不断由内口进入瘻道,从而使管腔不能完全闭合,形成由致密结缔组织包绕的慢性病理管道,即瘻管。瘻管与外口相连,外口一般较小,有时可暂时闭合。如管道内感染物蓄积,外口可再度破溃,或继发新的脓腔,溃破后形成新的管道和外口。因此,肛瘻由原发内口、瘻管、外口所组成,有的还伴有支管和空腔。

二、中医病因病机

《医门补要》说：“湿热下注大肠，从肛门先发疮瘡，渐大溃脓，内通大肠，日久难敛，或愈月余又溃，每见由此成瘻者……若先咳嗽而成漏者，不治。”可见本病的发生为肛门直肠周围脓肿，溃后脓出不畅，余毒不尽和瘻管内口反复染毒，蕴结不散，或肺、脾、肾三阴亏损，气血虚弱，不能托毒外出，使创口迂曲深陷，久不收口，渐渐形成瘻管。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

肛瘻的主要症状可分为局部症状和全身症状，主要以局部流脓、疼痛、瘙痒症状为主，但在急性炎症期和慢性复杂性肛瘻，可伴有全身症状，如发热、贫血、消瘦、食欲不振等。

1. 流脓

流脓不绝、久不收口为肛瘻的特征。如过于疲劳，则脓水更多，有时可有粪便流出。一般肛瘻形成初起，流脓较多，粪臭味，色黄而稠；反之，则脓水渐少，或时有时无，呈间歇性流脓。如果脓液已少而突然又增多，兼有肛门部疼痛者，常表示有急性感染或支管形成。

2. 疼痛

肛瘻通畅时，一般不觉疼痛，而仅有局部坠胀感。若外口自行闭合，脓液积聚，仅有局部坠胀感。若外口自行闭合，脓液积聚，可出现局部疼痛，或有寒热；若溃破后脓水流出，症状可迅速减轻或消失。但也有因内口较大，粪便流入管道而引起疼痛，尤其是排便时疼痛加剧。

3. 瘙痒

因脓液不断刺激肛门周围皮肤而引起瘙痒，同时可伴发肛周湿疹。

(二) 体征

肛门局部瘻管形成是肛瘻的主要体征，局部可触及条索状肿物，可有一条或为多发，其内口位于肛隐窝，外口位于肛周皮肤表面或无外口。

(三) 检查

1. 问诊

肛瘻多有肛门直肠周围脓肿的病史。在询问中，应问清发病的时间，典型症状，如肿痛、自溃或切开，脓液从肛门流出或从外口流出，量多或少，色黄或白，脓稠或稀薄，臭味大小，持续性或间歇性，如脓液突然增多，病情多有加重。另外，有无气体及粪便等由瘻孔排出。肛旁有无硬结和硬管，如有多管应问清发生的先后。

2. 视诊

检查时注意肛门外形，病变范围，外口的数目、部位、形态及其周围组织的变化等。

(1) 肛门外形及病变范围：注意肛门有无移位，凹陷或缺损，病变范围大小，占居肛周几个

象限。

(2)外口的数目、部位及形态:如只有一个外口,一般多为单发性肛瘻。如二个外口左右分居肛门两侧而两口之间亦有条形隆起时,常为蹄铁形瘻。但有不少患者两口之间条形隆起并不明显,亦有管道贯通两口之间,有时即使隆起显著,却无管道存在。前位肛瘻外口距肛门较远者,常有向阴囊皮下侵及的可能,结核性肛瘻多有此特征。因此在视诊前位外口的同时,应注意阴囊与股根部皮肤的变化,观察有无与外口相关的条形隆起或结节肿块。

如较多外口居于肛门一侧或两侧,则管道复杂。复杂性肛瘻病变广泛者,皮肤表面可凹凸不平,外口数目不一,形貌各异。

外口距肛门的远近,对考察管道的深浅亦可提供参考。一般外口近肛门者,管道较浅;远肛门者,管道较深。但有不少患者,外口距肛门较近,管道却深;外口距肛门虽远,管道却浅,仅限于皮下蔓延不向深部穿凿。

外口形态的观察,对了解肛瘻的性质及病程可提供参考。新生之瘻管,外口处常无增殖结节;患病已久,外口处常形成肉芽组织的突起,或纤维化的结节或疤痕性凹陷,结节或凹陷的中央有瘻管存在。有时外口开于结节根部的一侧或闭锁,有时瘻管与结缔组织性外痔并存,无外口,如不细查常被忽略。

一般炎症性肛瘻的外口多有结节形成,结节的大小、外貌以及突起皮肤的高度不尽相同。结核性肛瘻外口不规则,常无突起小结,外口边缘向内凹陷卷曲,其肉芽组织可呈灰白色。

(3)肛瘻病变区的皮色变化:复杂性肛瘻尤为结核者,外口周围常有褐色圆晕。如管道区皮肤呈现弥漫的暗褐色,或变化的皮色间有正常皮色,或暗淡的褐色圆晕时,其皮下常有腔隙,腔隙可为单个或几个,呈蜂窝样。

3. 触诊

触诊十分重要,一般通过此法即可直接辨别肛瘻的不同体征。如瘻管的行径是笔直或弯曲、蹄形或钩形;单管孤存或分支蔓延;内口的位置、数目;直肠环的情况,以及管道与括约肌的关系和括约肌的功能等,均可通过触诊获得。触诊的方法大体可分以下几种:

(1)肛外触诊:慢性炎症性肛瘻常可触及硬韧的条索状物,由瘻的外口通向肛门。初发短小的结核性肛瘻,常无硬索触及。

如几个外口距肛缘较近时,并应触摸外口间的组织,以区别管道与纤维性变的括约肌束,后者不如管道硬韧。如数个外口居于肛门同侧或异侧,管道可有分支,应细细触摸分布状况。但复杂性肛瘻,因病变区常较硬,并凹凸不平,故不易确切触知管道的分支及行径。

低位肛瘻的硬索与周围组织界线较为明显,容易触摸。但高位肛瘻其主道多与肛管平行或近平行,因而行肛外触诊时,常不能触及明显硬索,而仅能触及外口区孤立硬结。

(2)肛内触诊:手指伸入肛管后,应由外而内先后触摸。粘膜下脓肿及瘻管可触及包块和硬索。内口应于齿线区寻找,可触及突起或凹陷小结,但内口闭锁且无明显结节时,不易触清。直肠环区的变化亦应重视,注意环区纤维化的程度和范围,纤维化与管道和内口的关系等。如触摸直肠环区上部应使指曲为钩形。高位肛瘻常有一明显体征,即行探针指诊复合检查时,肛内的手指可于主道顶端对应区的肠壁上,感触到探针的冲撞感。另外应同时检查括约肌的收缩力程度。

(3)复合触诊:即肛门内外的手指于病变区同施压力,加压移动互应触摸,这样更有助于诊查管道的情况。

4. 探针检查

检查时,将戴有指套的食指沾润滑剂伸入肛内,触于内口处,然后另手取适宜的探针由外口缓慢而轻柔地插入管道,肛内手指与探针呼应,检查行径至穿透瘘管为止。如内口闭锁或管道平行、近平行肛管时,探针与手指的呼应检查,亦可测知瘘管与肛管间的距离厚度,并与内口处及管道顶端感触探针之冲撞。在检查中不可用力过猛,只凭主观现象勉强硬插,此可造成假道,加重了患者的痛苦。对于复杂性肛瘘,可同时插入几根探针,探查各管道是否相通和内口部分是否在同处。如探针于管道某处碰触,则瘘管于此处分枝。探针由几处探入肛管时,内诊的手指即可发现通入的不同部位。

5. 肛肠镜及隐窝钩检查

这种检查可清楚地观察内口的位置和形状,并能探查内口是否闭锁及鉴别内口与隐窝。

(1)肛肠镜检查:检查前将肛肠镜前端涂足润滑剂,然后于后位肛沟内上下往返滑动,当发现患者的注意力已不太集中于肛肠镜检查时,即在某次的往返中用力压肛门后位,继之慢慢将肛肠镜插入肛内,抽出镜芯对好灯光即行检查。然后徐徐外退,随镜视野的外移注意观察肠粘膜变化。一般肛瘘患者,齿线区可充血肿胀,或见有红肿发炎之隐窝及突起的结节。由于扩张肛管,挤压瘘管壁,有时可见脓液自内口向肠腔溢出。如瘘管涂入染色剂,可看到内口着色区。

(2)隐窝钩内口定位:是检查内口是否存在并指导手术切开的重要方法。以二叶肛肠镜扩开肛门,取钩长不同的隐窝钩,予以先后钩探。钩长一般为0.5cm和1cm。先取钩小者,首先探查所窥见的明显病变处,再沿齿线缓慢检查。如遇内口则一钩即入,但内口闭锁时不易钩入。如肛隐窝发炎变深,必要时取钩长者予以鉴别。如为正常肛隐窝其深度为0.3~0.5cm,如为内口常可顺利吞没全钩,深度大于1cm,且钩得方向与肛外触得瘘管方向一致。低位瘘管再以探针自外口插入,二者相遇时有碰撞感。

6. 美蓝染色法

取肛肠镜涂润滑剂插入肛管,抽出镜芯,再把卷好的纱卷放入肛肠镜内,或用二叶镜扩开肛门将纱卷放入,然后缓慢取出肛肠镜,使纱卷留于肛管。亦可直接夹取纱卷放入肛内,如用此法,纱卷必须保持一定硬度并需涂足润滑剂,否则不易放入。取空针吸1%~5%美蓝溶液适量,由瘘管外口缓慢注入,所取针头以钝针头为宜,如外口较大可去掉针头直接注入。当患者感觉胀痛时,迅速将空针抽出,用手紧堵管口,按揉1~3分钟再将纱卷取出。内口着色区的观察可分直接观察和间接观察。于注射药液的同时,扩开肛门直接窥着色点的部位称直接观察,而纱卷着色区的辨识则为间接观察。当由肛管取纱卷后,首先观察有无着色。如发现蓝色图形或不规则的着色区时,则证明有内口存在。同时可借助着色区的部位及与纱卷外端的距离,测知内口的位置,但着色范围广泛时,辨清内口位置即有困难。如内口闭锁,管道迂曲或括约肌痉挛时,染色液常不易或不能通过内口及纱卷。故纱卷没有着色并不能否定内口的缺如。

7. X线拍片检查

欲进一步明确肛瘘管道的深浅、支管状况、空腔的大小及其与肛门直肠周围脏器的关系等,可行造影检查。常用的造影剂为碘油,因浓度高注射后可发生疼痛,故拍片后应予冲洗。也可用次硝酸铋或次碳酸铋糊剂(次硝酸铋或次碳酸铋1份,凡士林2份,加热溶化搅匀,待温后应用),或硫酸钡糊剂(用硫酸钡粉以水调成稠糊)均可获得密度较深的影像。

方法:先将一链状金属条(每节长1cm)放入直肠,再取适量造影剂由瘘管外口注入至管道内压力较大或由其他外口溢出时,即停止注药。此时造影剂已将管道或空腔充满,亦可在X线

下观察其充盈程度,至充盈满意时即可拍片,此法不必作为常规检查。

8. 了解内外口关系和管道曲直的有关规则

(1)索罗门氏定律:于肛门中央画一横线,如瘻管外口位于此线前方,且距肛门不超过5cm时,则管道较直,内口居同位齿线上,与外口相对;如外口位于此线后方,则管道多弯曲不直,内口多居肛门后中位齿线上,不与外口对应。

(2)哥德索氏规则:于肛门中央画一横线,如瘻管外口位于此线前方,或肛门横线上,且距肛缘5cm以内时,则管道较直,内口居同位齿线区;如外口位于此线后方,则主道弯曲,内口居后中位齿线区。如外口距肛缘超过5cm时,无论外口居此线前后,则主管均弯向后中位。

(3)巴克氏分类:巴克氏按自然解剖标记,以肛门为中心将肛门会阴部分为8个区,即前中线区、左前区、左区、左后区、后中线区、右后区、右区和右前区。肛门皱襞外3~5cm的范围内称内带,3~5cm以外与肛门有关的区域称外带。病变根据所在部位而定名,如“右外带瘻”,“左后内带瘻”等。如瘻管外口位于内带者,其管道方向呈放射状垂直肛缘,大多数内口位于相应的肛隐窝处,内带之肛瘻多局限于肛门前区。如瘻管外口位于外带者,其管道弯曲,内口大多数位于后中线区。

9. 病理切片检查

此项检查是确定肛瘻性质的最可靠方法。应注意如何取得正确的标本。所取标本应包括瘻管壁及与管壁相连之组织或特异变化的组织。

(四) 分类

1. 统一分类法

1975年全国肛肠外科会议拟定标准:以外括约肌深部划线为标志,瘻管经过此线以上为高位,在此线以下为低位,可归纳如下:

(1)低位单纯性肛瘻:只有一个瘻管,并通过外括约肌深层以下,内口在肛窦处。

(2)低位复杂性肛瘻:瘻管在外括约肌深层以下,有两个以上外口,或两条以上管道,内口在肛窦部位。

(3)高位单纯性肛瘻:仅有一条管道,瘻管穿过外括约肌深层以上,内口位于肛窦部位。

(4)高位复杂性肛瘻:有两个以上外口及管道,有分支窦道,其主管通过外括约肌深层以上,有一个或两个以上内口者。

2. 按内外口分类

(1)外瘻:只有外口,无内口(外盲瘻,少见,多为急性非隐窝性非瘻管性脓肿形成)。

(2)内瘻:只有内口,无外口(内盲瘻又称内口瘻,多见,多为原发性急性隐窝性肌间瘻管性脓肿形成)。

(3)全瘻:有原发性内口、继发性外口、瘻管三部分构成。

3. 按瘻道的形状分类

(1)直瘻:管道较直,内口与外口相对应,形成一条直线。

(2)弯曲瘻:管道行径弯曲,内、外口不对应。

(3)马蹄形瘻:①后马蹄形瘻:多见。内口多位于齿线后正中位肛窦内,外口位于肛门横线之前的两侧肛周皮肤上,左、右相对应,瘻管沿肛门后半周包绕,在后位与内口相连。②前马蹄形瘻:少见。内口多位于齿线前正中位肛窦内,外口位于肛周两侧皮肤上,或过或不过肛门横

线,左、右相对应,瘻管围绕肛门前半周与内口相连。

4. 按瘻管与肛门括约肌关系分类

(1)皮下瘻:瘻管在肛管及肛周皮下,较表浅,位置最低。

(2)粘膜下瘻:瘻管在直肠粘膜下,较表浅,但位置较高,在齿线以上。

(3)肌间瘻:内口位于肛窦,外口位于肛周皮肤,瘻管走行于肛门直肠周围肌群的间隙之间,位置有高有低。

5. 按肛瘻与附近脏器相贯通分类

(1)直肠阴道瘻。

(2)直肠尿道瘻。

(3)直肠膀胱瘻。

6. 按感染的致病菌分类

(1)化脓性肛瘻:致病菌多为大肠杆菌、葡萄球菌等非特异性细菌感染。

(2)结核性肛瘻:致病菌为结核杆菌感染。

(五)诊断

1. 诊断

肛瘻的诊断一般并不困难,通过病史的询问和局部检查,有外口、瘻管和内口即可得出诊断。但欲进一步分清肛瘻的类型、查明内口的位置、瘻管的行径、深浅、分支状况及与括约肌的关系和直肠环是否纤维化,以及肛瘻属于何种性质等,则须通过各项细致的检查,才能得出明确诊断。

2. 鉴别诊断

(1)化脓性汗腺炎:是最易被误诊为肛瘻的肛门皮肤病,这是因为化脓性汗腺炎的主要特征是脓肿形成和遗留窦道,窦道处常有隆起和脓液,有许多的开口,所以很易被误诊为复杂性肛瘻。区别要点是化脓性汗腺炎的病变在皮肤及皮下组织,病变范围广泛,可有多发窦道开口,呈结节状或弥漫性,但窦道均浅在,不与直肠相通,切开窦道后无脓腔和瘻管。

(2)骶尾部畸胎瘤:为先天性疾病。畸胎瘤破溃后可形成尾骨前瘻或直肠内瘻。大型畸胎瘤可突出骶尾部,容易鉴别,小型无症状的畸胎瘤可在直肠后扪及平滑、有分叶的肿块。X线摄片,可见骶骨和直肠之间有肿块,内有不定形的散在钙化阴影,可见骨质或牙。

(3)肛管直肠癌:癌肿晚期溃烂后可形成肛瘻,或肛瘻溃口外观呈菜花样,分泌脓血恶臭,应怀疑恶变,取活组织进行病理检查可见癌细胞。

(4)坐骨结节滑囊炎感染溃后:溃孔居左右两侧坐骨结节附近,距肛缘较远,管道较深,无内口,直肠环无纤维化。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

肛瘻患者以肛门部流脓、肿胀疼痛、渗液瘙痒为主证,具有时轻时重、缠绵难愈、病情迁延的特点。

(二) 辨证分型

1. 湿热蕴积证

〔临床表现〕瘻口凸起, 肿胀焮热疼痛, 脓液稠黄, 甚则伴有身热、口渴、溲赤、苔黄腻, 脉滑数。

〔辨证分析〕余邪不尽, 湿热蕴积瘻道或瘻口闭塞脓积化热, 故瘻口凸起, 肿胀焮热疼痛; 正实邪盛, 故脓水稠厚; 身热、口渴、苔黄腻、脉滑数皆属湿热内盛。

2. 气血两虚证

〔临床表现〕瘻口凹陷, 管道呈硬索状, 不肿或微肿散漫, 皮色不变, 脓水稀薄, 伴有头晕、倦怠、面色萎黄或苍白, 舌淡, 脉细无力。

〔辨证分析〕素体虚弱或久病脓水淋漓以致气血亏损, 气虚不能托毒, 故瘻口凹陷, 漫肿平塌; 创口的生长需血来濡养, 故血虚瘻口难于愈合; 脓乃气血所化, 故气血虚脓水稀薄。头晕、倦怠、面色萎黄、舌淡、脉细无力皆气血虚之候。

3. 阴虚火旺证

〔临床表现〕瘻口凹陷, 皮色暗红或皮肤晦暗板硬呈空壳, 脓水稀薄或挟有败絮样物质, 伴有形体消瘦, 潮热盗汗, 心烦咽干, 舌红少苔, 脉细数, 或兼咳嗽痰血。

〔辨证分析〕脾肺亏虚, 运化失常, 湿痰蕴阻肛门, 郁积化热, 腐败血肉而成脓, 溃后日久不愈而成瘻。余热潜伏不出, 熏灼皮肤, 故皮色暗红或晦暗板硬而呈空壳; 邪热耗伤阴液, 阴血亏, 无血化脓, 故脓水稀薄; 湿痰粘浊, 故脓挟败絮样物质; 阴虚而生内热, 故伴有潮热盗汗、心烦咽干、舌红少苔、脉细数, 咳嗽痰血乃肺虚之候。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一) 常规治疗

化脓性肛瘻在急性炎症期可选择应用抗生素如青霉素、庆大霉素、丁胺卡那霉素、先锋霉素等以及抗厌氧菌的甲硝唑, 若为结核性肛瘻可选择应用抗结核杆菌药物, 如异烟肼、利福平、链霉素等。

(二) 对症治疗

急性炎症期疼痛剧烈者, 可给予止痛剂如痛力克、度冷丁等, 病程日久, 渗液致使肛周湿疹者, 可给予肤轻松软膏、皮炎平软膏等外涂。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 湿热蕴积证

〔治法〕托毒排脓,清热解毒。

〔方药〕托里消毒散。

党参 20g,川芎 12g,当归 12g,白芍 9g,白术 20g,金银花 20g,茯苓 12g,白芷 9g,皂角刺 9g,甘草 6g,桔梗 9g,黄芪 20g。水煎服。

〔加减〕若热毒炽盛,症见脓多疼甚,身热不消,加马齿苋 30g,公英 20g,地丁 15g,以加强清热解毒之效。

〔分析〕方中党参、白术、茯苓、甘草为四君子汤组成,以健脾益气,利水渗湿;川芎、当归、白芍养血滋阴,活血化瘀,金银花清热解毒,配以黄芪、白芷、皂角刺、桔梗以消肿排脓。

2. 气血两虚证

〔治法〕补益气血。

〔方药〕十全大补汤。

党参 24g,白术 20g,茯苓 15g,炙甘草 10g,当归 12g,川芎 9g,熟地黄 15g,白芍 9g,黄芪 20g,肉桂 9g,水煎服。

〔加减〕若脓出不畅,加白芷 12g,皂角刺 9g,穿山甲 12g,以透毒托脓。

〔分析〕方中党参、白术、茯苓、炙甘草、黄芪健脾益气,当归、白芍、熟地养血止血,川芎活血化瘀,肉桂温补阳气。诸药相伍,共奏补益气血之效。

3. 阴虚火旺证

〔治法〕养阴清热。

〔方药〕青蒿鳖甲汤。

青蒿 12g,鳖甲 12g,生地 12g,知母 12g,丹皮 15g。水煎服。

〔加减〕若阴亏明显,口渴多饮、盗汗较多,加玄参 12g,麦冬 12g,石斛 12g,以加强滋阴生津之效;若脓出不畅,加黄芪 30g,穿山甲 15g,当归尾 12g,皂角刺 9g,白芷 12g 以补托透脓。

〔分析〕方中青蒿、鳖甲、知母滋阴清热,善退虚热;生地、丹皮清营凉血解毒。

(二) 外治法

1. 熏洗法

在肛瘘手术前后,根据病情可选用具有清热解毒、行气活血、利湿杀虫、软坚散结、消肿止痛、收敛生肌、祛风止痒作用的药物水煎熏洗肛门以起相应的治疗作用。常用的熏洗剂有祛毒汤、苦参汤、五倍子汤、荆芥方等,常用的药物有黄柏、银花、野菊花、公英、艾叶、川椒、马齿苋、苦参、蛇床子、地肤子、红花、生草乌、生川乌等。

2. 药物外用法

根据肛瘘的辨证分型,选用适当的药物和剂型,敷于患处,达到消炎止痛,促进局部肿痛消散或穿破引流、去腐生肌的目的。常用方药有油膏、箍围药和掺药等。

(1) 油膏:适用于肛瘘闭合或引流不畅,局部红肿热痛者,常用方药如:九华膏、如意金黄膏、黄连膏、大青膏等。

(2) 箍围药:是将药粉调成糊状,外敷局部。可选用醋或酒、菜叶、蜂蜜、鸡蛋清、葱汁、姜汁、韭菜汁等调制。适用于肛瘘局部红肿热痛者。常用方药如活血散等。

(3) 掺药:将各种不同的药物研成粉末,根据制方规则配伍成方,直接撒布于患处,或撒布

于油膏上敷贴,或粘附于纸捻上,再插入瘻管口内。搽药种类很多,作用各不相同,肛瘻常用的有以下几种:①提脓化腐药:适用于脓肿溃后,脓水未净,腐肉未脱,或瘻管引流不畅者,常用方药如渴龙奔江丹。②生肌收口药:适用于肛瘻术后,腐肉已脱,脓水将尽时,能促进肉芽和上皮生长,常用药物如生肌散。

(三)脱管疗法

又称脱管锭疗法,通过药物的腐蚀使瘻管壁坏死脱落,新生肉芽组织逐渐生长,瘻管愈合。此法操作简便,不需手术,适用于低位直形瘻。弯管和管道较深或有较大空腔时,应用此法则感不便。

操作方法:用探针探查瘻管是否通畅,同时大体测量管道长短,如脓水较多,可冲洗管道。然后取红升条等腐蚀药条,缓慢插入瘻管内,药条插入适当长度,不能插过内口,以免腐蚀内口使其扩大。药条外端略露出外口,后贴敷料以胶布固定。可隔日将溶化的药条连同坏死组织取出,取出腐蚀物后冲洗管道,更换新药条插入。一般连插3~5次再换祛腐生肌药条,至腐去新生瘻管闭合。

三、手术疗法

(一)挂线疗法

远在明代就已采用。《古今医统》中说:“药线日下,肠肌随长,僻处既补,水逐线流,未穿疮孔,鹅管内消,”简要叙述了本疗法的简便、经济,不影响肛门功能,具有瘢痕小、引流畅通等优点,仍是目前治疗肛瘻较好方法。

1. 适应症

高位肛瘻。低位肛瘻也有效,但痛苦较大,疗程较长,应酌情采用。

2. 禁忌症

肛门周围有炎症及严重皮肤病;瘻管仍有酿脓现象存在;严重的肺结核;梅毒或极度虚弱者;癌症患者。

3. 操作方法

取侧卧位,屈曲两腿,病侧在下,局部消毒后,采用腰俞麻醉或局部浸润麻醉。先在球头银质探针尾端缚扎一橡皮筋,再将探针头从瘻管外口轻轻向内探入,在肛管齿线附近找到内口。然后将食指探入肛管,摸到探针球头,并将探针变曲,从肛门内拉出,但要注意在插入探针时不能用暴力,以免造成假道。将探针从瘻管内口完全拉出,使橡皮筋从外口进入瘻管。提起橡皮筋,切开瘻管内外口之间的皮肤及皮下组织,拉紧橡皮筋,紧贴皮下切口用止血钳夹住,在止血钳下方用粗丝线收紧橡皮筋,并以双重结结扎,然后在结扎线外1.5cm处剪去多余的橡皮筋,松开止血钳,用生肌玉红膏油纱条嵌入伤口压迫止血,无菌纱布包扎。

若以药线挂线,将药线收紧,打一、二扣活结,以备以后紧线,也可将药线的一端穿入另一段药线内,由肛门牵出,使线绕瘻管周围成为双股线,然后收紧,打一活结,每隔1~2日紧线1次,直至挂线脱落。

4. 术后处理

(1) 术后保持排便通畅,必要时可给予润下剂。

(2) 每日排便后坐浴熏洗,用生肌玉红膏油纱条换药。

(3) 一般挂线后橡皮筋在 7 天左右可以脱落,若 10 天以后仍不脱落,可以剪开,如结扎橡皮筋较松,需要再紧线 1 次。

(4) 创口必须从基底部开始生长,防止表皮过早粘连封口。

(5) 肛瘘在切开或挂线后,可有少量脓液流出,四周肿胀逐渐消散,如仍有较多脓液,肿硬不消者,应检查有无支管或残留的管道。

(6) 如有局部感染,给以清热解毒药物内服。

(二) 切开疗法

1. 适应症

低位单纯性肛瘘和低位复杂性肛瘘。对高位肛瘘切开时,必须配合挂线疗法,以免造成肛门失禁。

2. 禁忌症

同挂线疗法。

3. 操作方法

取截石位或侧卧位,在腰俞或局部浸润麻醉下,常规消毒,铺无菌手术巾。将探针由外口探入,沿管道自内口穿出,肛内手指可作引导,并将探针翻出肛外。沿探针切开瘘管。如系弯管,可边探查边切开,逐步找到内口后全部切开。如管道通畅,可用探针刀切开。取探针刀插入前端探针部分,通过内口插入肛内,肛内手指掀起探针刀前端并牵出肛外,另手推刀向内,两手呼应,随将管道切开,或往返推拉剖开管道。如无外口或外口闭锁,但可触及硬索通向肛内时,可于管道外端的触硬区或闭锁外口处作一切口,并将探针通过切口探入管道,然后再行瘘管切开。内盲瘘切开时可先用肛门拉钩显露齿线,用隐窝钩定准内口,在隐窝钩的引导下,切开内口,然后向外延长切开瘘管。瘘管切开后管壁无需完全剔除,仅做部分修剪,刮除腐败组织,修剪创口呈“V”字形,止血纱布覆盖创口,无菌纱布包扎。

4. 术后处理

(1) 术后每日中药外洗,生肌玉红膏油纱条换药至愈合。

(2) 换药时要使创面引流通畅,避免假愈合。

(3) 遇有过度增生的肉芽组织要及时修剪。

第五节 预防

(1) 禁食刺激性食物。

(2) 保持排便通畅。

(3) 保持肛门局部清洁。

第十章 肛管直肠脱垂

第一节 概述

直肠脱垂为直肠粘膜、直肠全层、或部分乙状结肠向下移位或脱出肛门外的疾病。有关直肠脱垂的论述中国当属世界上最早的国家。祖国医学多把直肠脱垂、息肉脱出、痔疮脱出等肿物自肛门脱出于外的病证统称为脱肛。

对于直肠脱垂的分类,最早 Tuttle(1903 年)提出二型三度分类法。他将仅有不完全直肠脱垂定为 A 型,将直肠全层全周的完全性直肠脱垂定为 B 型。在 B 型中又有三度之分:直肠脱出伴肛管外翻者为一度;肛管位置正常,仅有直肠脱出者为二度;仅在直肠内有隐蔽性套叠下垂者为三度。Bearhs(1972 年)又提出新的二型三度分类法。即不完全直肠脱垂型和完全直肠脱垂型。又按脱垂的程度把完全直肠脱垂型分为三度。Ⅰ度,为直肠壶腹内的肠套叠;Ⅱ度,为直肠全层脱垂但肛管位置正常;Ⅲ度,为直肠及部分乙状结肠及肛管脱出。同年,Ripstein 提出四期分类。第一期(隐性脱垂):直肠壶腹内的肠套叠;第二期:增加腹压时直肠脱出,但能自行复位;第三期:直肠粘膜脱垂后不能自行复位,需手托复回;第四期:劳累、咳嗽、努挣时能引起腹压加大的因素都能发生脱垂,且不能自行回纳者。1979 年,日本荒川太郎又把直肠脱垂分为不完全、完全、显性、复杂、其它五型。1975 年全国肛肠专业学术会议根据直肠脱垂的长度结合肛门括约肌功能制定三度分法。一度:排便或增加腹压时,直肠粘膜脱出肛门外,长度约 3cm,便后可自行回纳,肛门括约肌功能良好。二度:排便或增加腹压,直肠全层脱出肛门外,脱出长度约 8cm,需手助回纳,肛门括约肌功能减弱,有时可见直肠粘膜充血、出血、糜烂。三度:排便或增加腹压时,肛管、直肠合并部分乙状结肠脱出肛门外,脱出长度达 12cm 以上,手助回纳亦较困难,肛门括约肌功能无力,平时肛门松弛,不能闭合,直肠粘膜可广泛糜烂、溃疡、出血甚至纤维化。另有单纯性和非单纯性分法。总之,有关直肠脱垂的分类迄今尚无统一方法。中医对直肠脱垂的记载,首见于《五十二病方》。书中“人洲出不可入者……倒悬其人,以寒水澣其心腹,入矣”的描述,“人洲出”即指直肠脱垂。而后《神农本草经》把直肠脱垂称之为脱肛。并且首次记载了“蛭蟪味咸寒,主贼风喝僻,轹筋及脱肛”的药物治疗方法。而后《针灸甲乙经》、《诸病源候论》等均有“脱肛者,肛门脱出也”的记述。此外《疮疡经验全书》、《古今医鉴》等书中记载的“脱肛痔”、“肠痔”、“截肠”、“重叠痔”的病因病机、症状表现多与现代医学对直肠脱垂的认识相同。但在古代文献中所说的脱肛,有的是指痔疮脱出。

《难经》曰:“病之虚实,入者为实,出者为虚。”《千金要方》中论述:“若脏伤寒,则肛门开,大行洞泄,肛门凸出,良久乃入。”进而认为本病之因为“大肠虚冷新为”,并且以虚为主。《疮疡经验全书》说:“肺与大肠相为表里,故肺脏蕴热则肛闭结,肺脏虚寒则肛脱出,此至当之论。又有妇人产育过多,力尽血枯,气虚下陷,及小儿久痢,皆有使肛门突出。”《证治要诀》中“大肠头出寸余,痛苦,直候干,自退落。落去又出,名截肠病”的描述,颇与直肠脱垂病久未治愈的发病过

程相像,也近似直肠脱垂并有粘膜坏死、溃疡、脱落之表现。

直肠脱垂是肛肠疾病中疑难疾病之一。国内有学者对 17 个地区进行普查,结果表明本病约占肛肠疾病的 0.4%~2.1%。发病多见于小儿、老人、经产妇及身体虚弱的青壮年。其发病与年龄及性别方面有一定关系。直肠粘膜脱垂多见 2 岁以内的婴幼儿;直肠全层脱垂则多见于 40~70 岁的成年人。男性以 40~50 岁较多,女性发病高峰多在 50~70 岁期间,平均年龄为 43.4 岁,可见发病年龄以 2 岁以前和 40 岁以后居多。由此提示婴幼儿发病的患者到成年后可能再发。

直肠脱垂的治疗方法很多,尤其中医中药治法更占优势。祖国医学遵守“虚则补之”、“下者举之”、“酸主收”的治疗宗旨,历代采用内、外药物治疗以及针灸、注射等疗法。早在《五十二病方》中就有“倒悬其人,以寒水溅其心腹,入矣”的还纳法。又如《针灸甲乙经》中有“脱肛,气街主之”的针灸治疗脱肛法。《薛氏医案》中证有“血虚者,四物加白术、茯苓;久痢者,补中益气汤加酒炒芍药;中气虚陷者前汤加半夏、炮姜、茯苓、五味;肾虚者,六味丸;气寒者,八味丸。”历代采用石榴皮、五倍子、乌梅、苦参等煮汤熏洗;也有用诃子肉、明矾等研末外敷。另有烧灼、封闭、结扎、注射、手术疗法。现代医学治疗直肠脱垂,总的可分为保守治疗和手术治疗两大类。小儿直肠粘膜脱垂多采用非手术疗法治疗。如纠正腹泻、便秘,建立良好的排便习惯或结合肛门部的吊压固定方法。部分患者可以病愈。有的也可采用粘膜下注射治疗。成人直肠脱垂多采用在粘膜下注射或在直肠周围注射疗法治疗,本疗法当属目前诸多方法中最为理想的一种。具有操作简便、痛苦小,疗效可靠,易于推广的特点。目前国外治疗成人直肠全层脱垂主要采用手术方法。对于直肠脱垂的预防,应针对诱发等因素,防治其它慢性疾病,调节饮食,增强体质等均能避免或减少本病的发生。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一)病因

直肠脱垂的病因目前尚不明了。现代医学多认为整体机能状况特别是神经系统机能低下对发生脱垂的影响很大,不过局部因素例如解剖结构缺陷或机能不全、肠源性疾病、腹压增压等都是造成脱垂的主要条件。一般认为发病可有以下几种因素:

1. 发育因素

小儿直肠脱垂与骶骨弯曲度尚未长成有关。因骶骨曲未形成,影响直肠与肛管之间角度的形成,直肠呈垂直状态,并且活动度较大,直肠缺乏骶骨的有效支持,在腹压持续增加时,容易发生脱垂。从解剖因素分析,直肠前陷凹或两侧陷凹过低,如腹压增加时,直肠加大对直肠前壁的压迫,导致直肠向下移位而发生直肠脱垂。

2. 年老体衰因素

体质虚弱,年老久病,或营养不良,骨盆直肠间隙与坐骨直肠间隙内脂肪减少或者多次分娩,骨盆及肛门肌肉张力减退、松弛无力,致使直肠周围组织失去对直肠支持固定作用而造成

直肠脱垂。

3. 患有某些消化、呼吸、泌尿生殖等系统疾病

长期便秘、腹泻、慢性咳嗽、气喘,尿路结石、前列腺肥大等均可使腹压持续增加,逼压直肠下移造成脱垂。

4. 牵拉脱出性疾病诱发

由于二、三期内痔、直肠息肉等经常脱出,牵拉直肠粘膜下移,容易引起粘膜与肌肉层分离造成直肠粘膜脱垂。

5. 肛管直肠部神经、肌肉损伤

突然外伤或手术不慎,损伤了腰骶部神经或过重破坏了肛管直肠环组织,均能使肛门括约肌松弛无力,直肠肛管向下移位,造成直肠粘膜、直肠及肛管脱垂。

(二)病理

直肠脱垂的发病机理,目前主要有以下几种学说:

1. 滑动疝学说

1912年Moschcowitz提出。本学说认为直肠脱垂是直肠盆腔陷凹腹膜的滑动性疝。在腹膜内脏的压力下,盆腔陷凹的腹膜皱襞下垂,后将覆盖于腹膜部分的直肠前壁压于直肠壶腹内,形成肠套叠,并由肛门脱出。滑动疝学说是在Waldeyer(1899年)的解剖学研究基础上,后经Ludloff、Zuckerkindl、Napalkow、Dix等学者的临床研究所证实。

2. 肠套叠学说

1968年Broden和Senllman提出。本学说认为直肠脱垂并不是滑动性疝,而是乙状结肠与直肠套叠。并证实直肠套叠开始于乙状结肠和直肠的交界处,套叠后,乙状结肠及直肠的固定点将被向下牵拉,直肠逐渐被拉向远端,当肠套叠向下进行到两侧直肠侧韧带处,因此处有较强的筋膜附着,套叠通过较为困难,但由于腹内压反复增加以及排便时用力,致使侧韧带逐渐变弱,套叠通过此处,由肛门脱出。此学说由Theuerkauf(1970年)采用特殊X线活动摄影技术进一步证实。以上两种学说,近年来随着医学科学技术的不断进展,结合高新的检测手段,已被临床广泛重视,尤其按肠套叠学说理论,采用手术治疗直肠脱垂已获满意效果。

二、中医病因病机

(一)病因

1. 气血不足

《难经》有:“病之虚实,入者为实,出者为虚。”《诸病源候论》:“脱肛者,肛门脱出也。多因久痢后大肠虚冷所为。肛门为大肠之候,大肠虚而伤于寒痢,其气下冲……,则肛门脱出。”《小儿杂病诸候·脱肛候》曰:“小儿患肛门脱出,多因痢久肠虚冷……,故肛门脱出,谓之脱肛也。”《薛氏医案》说:“脱肛属大肠气血虚而兼湿热,有久病气血俱虚而脱者,有因肺虚而脱者,有因中气虚而脱者,有因肾虚而脱者。”《疡科心得集》说:“老人气血已衰,小儿气血未旺,皆易脱肛。”

2. 脏腑虚损

《疮疡经验全书》说：“肺与大肠相为表里，故肺脏蕴热则肛闭结，肺脏虚寒则肛脱出，此至当之论。又有妇人产育过多力尽血枯，气虚下陷，及小儿久痢，皆能使肛门突出。”《张氏医通》还说：“难经云，出者为虚，肛门脱出，非虚而何？”以上可以看出，祖国医学对直肠脱出之病因记述很多，总的认为气血不足加脏腑虚损是发病的主要因素。

(二) 病机

祖国医学认为直肠脱垂的发生，既有局部致病，又与全身因素密切相关。由于气血不足，脏腑虚损，致使气虚下陷，收摄不成，可致肛管、直肠粘膜或全层脱出肛外；小儿气血未壮、老人体质衰弱、产育耗气致气血双亏以及日久便秘、腹泻等，均易致使中气下陷，固摄失职，不能升提固涩，而导致本病发生。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

1. 脱出

脱出是直肠脱垂的主要临床症状。初期排便时直肠粘膜脱出，便终自行回纳；随着病情发展，机体抵抗力亦渐减弱，另因病久误治失治、直肠全层或部分乙状结肠突出，重者咳嗽、远行、负重及下蹲时都会脱出。并且难以自行复位。

2. 粘液血便

直肠粘膜脱出，可见有少量粘液分泌物，当全层脱出或大便干燥时可刺激肠壁糜烂、出血，导致粘液血便发生。

3. 坠胀不适

由于粘膜下移脱出，致使直肠或部分结肠套叠，压迫肛门部位产生坠胀感觉，部分患者股部及腰骶部亦感酸胀不适。

4. 排便失常

本病日久，肠道功能失调，排便紊乱，或便秘或腹泻，小儿可因肛门括约肌松弛，则不易控制排便，发生不同程度的失禁。少数患者可合并有尿频症状。

5. 肛门弛张

一般为病久患者。轻者仅在指诊时发现肛门收缩无力，但平时其肛门仍可自然闭合。重者在自然状态下既见肛门开张成一洞腔，此为发生稀便自溢的因素之一。

6. 肛周瘙痒

部分患者可因为肛门括约肌松弛，肛门闭合无力，常有粘液或稀便自肛内溢出而刺激肛周皮肤发生搔痒。

7. 嵌顿

排便时,脱出肠段不能及时复位,局部静脉回流受阻从而发生肿胀,导致嵌顿。轻者可见粘膜由红色逐渐变为暗红色,重者可出现浅表粘膜糜烂坏死。患者症状可随之由局部反应,发展到全身症状出现。如体温升高,纳呆,大便干结,小便困难,疼坠加剧,坐卧难宁,甚者可发生肠梗阻症状。

(二) 体征

1. 直肠粘膜脱出体征

脱出仅为粘膜部分,则见粘膜外翻肛门口,或某侧或全周长约2~4cm,有明显放射状皱襞。典型皱襞形态,早期粘膜可平滑,淡红光亮,呈翻花样,质软,不出血,便后能自行复回。肛门收缩尚好。

2. 直肠全层脱出体征

脱出肠管约5~8cm以上,前壁膨隆,向后弯曲,可见明显或不明显环状皱襞。形如弯牛角。质软,部分患者可见有散在出血小点,需手助方能缩回。

3. 肛门部体征

轻度松弛者,肛门自然闭合,肛周皮肤无改变或见潮湿。重度松弛者,肛门在自然状态下开张成一洞腔。肛周皮肤潮湿、粗糙或皲裂。

(三) 实验室及其它检查

1. 血常规

本病患者血常规检查一般为正常范围。病久出现局部刺激及发生精神、纳眠等全身情况变化时,可出现贫血,如并发感染时,中性粒细胞、白细胞总数均可超过正常范围。

2. 二便检查

少数患者合并尿频时,尿常规检查亦一般都属正常范围。大便常规多有潜血或肉眼粘液脓血便。对单纯直肠粘膜脱出者可属正常范围。

3. 其它检查

为了鉴别脱出程度以及为治疗方案的拟定,也可根据实际条件结合窥镜检查、X线检查、肛管直肠压力测定等仪器检查。

(四) 并发症

本病并发症一般取决于脱出肠段程度及缩回的难易程度。病久失治,可并发全身虚弱以及邻近组织器官如子宫脱垂。如脱出不能及时复回而嵌顿,由于肠管缺血刺激剧痛,进而引起肛门括约肌收缩可发生绞窄坏死,甚者并发肠梗阻,应高度重视。近年国外有学者报道,在直肠脱垂患者中,有50%的并发精神分裂症、神经衰弱等精神症状。

(五) 诊断要点

1. 诊断

根据患者主诉,结合具有腹泻或便秘或二者交替发作病史,掌握脱出发生的时间和相关因素、典型症状、临床所见以及必要的仪器检查等,明确作出诊断。

2. 鉴别诊断

①内痔脱出与直肠粘膜脱垂的鉴别:内痔脱出见各痔核之间一般有明显分界,痔粘膜常充血,色鲜红或紫暗。直肠粘膜脱出,表现光亮平滑,色红,可见粘膜呈放射状皱襞状态。

②肛周皮下静脉严重曲张与肛管脱垂的鉴别:肛周皮下静脉严重曲张,努挣时可见明显下移,肛管外端变长,但无外翻。肛管脱出,肛周皮下静脉无明显曲张,努挣后肛管外翻,可见齿线并且同时翻出。

③肛门直肠其它脱出物与直肠粘膜脱垂的鉴别:直肠脱垂中医称脱肛。但据古代文献记述属脱肛范畴中还包括有痔疮、直肠息肉、肛门乳头状纤维瘤脱出、肛管直肠部位晚期癌肿突出肛外等肛肠疾病,故需加以鉴别。直肠息肉为直肠粘膜壁上的赘生物,低位单发或蒂性息肉便时可脱出肛门外。圆形,呈肉红色,质脆易出血,易还纳。肛乳头增殖肥大或发展到纤维瘤样改变时亦脱出肛外,多为单发,表面因为上皮覆盖,故色灰白,质韧,不出血,有明显触疼,可还纳。低位肛管直肠部的癌肿,晚期较大时可突出肛外,表面呈菜花样,质坚硬或脆,肛门持续疼痛且进行性加重,组织坏死时可发生大出血。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

1. 辨主症

直肠脱垂的主症为脱出、粘液血便、坠胀疼痛及肛周湿疹、瘙痒等感觉。辨证中针对主症,要局部、整体具体分析,从而作出诊断结论。

2. 辨虚实

直肠脱垂虚证为多,实者较少。证见便时或咳喘时直肠脱出肛外,常不能自行回纳,食少,寐少梦多,面色㿔白或萎黄,目睛无彩,形体瘦弱,舌淡苔薄白,脉虚弱者为虚证。如直肠脱垂同时伴有肛门下坠肿痛,小便淋沥,心胸烦闷,腹满不欲饮食,口苦咽干,舌质红苔黄腻,脉滑数,证为湿热下注。虚寒实热辨清,方能达辨证施治之目的。

(二)辨证分型

1. 气虚下陷证

〔临床表现〕证见排便时直肠脱垂,纳少,睡眠欠佳,面色㿔白,目睛无神,便稀,舌淡苔少,脉虚弱。

〔辨证分析〕素体气虚,中气下陷,固摄无力,陷而不收而肛管直肠脱垂;中气不足,运化失权,纳食少,心脾双虚,则睡眠不佳,面色㿔白;舌淡苔少,脉虚弱符合气虚之征。

2. 气血亏损证

〔临床表现〕证见便时直肠脱垂,素有头晕目眩,寐少梦多,面色萎黄,唇甲不荣,舌质淡红,苔薄白,脉沉细。

〔辨证分析〕多为产后耗气失血,致气血亏损,固摄不牢,则脱肛。气血双亏,不能荣养,则头晕目眩,面色萎黄,唇甲不荣。心失所养,则寐少梦多。舌质淡红,苔薄白,脉沉细符合气血双亏之征。

3. 肾虚滑肠证

〔临床表现〕证见便时直肠脱垂,伴有腰膝酸软,四肢寒冷,尿频阳萎,舌质淡,苔薄白,脉沉细。

〔辨证分析〕禀赋素虚或劳伤过度,肾阳不充,火不生土,脾阳衰弱,阳虚下陷,致直肠脱垂。肾阳不振,下元亏损,致腰膝酸软,肢冷阳萎,舌淡,苔薄白,脉沉细符合肾阳虚之征。

4. 湿热下注证

〔临床表现〕直肠脱垂,伴有肛门坠胀肿痛,泄泻或便秘,舌质红,苔黄腻,脉弦数。

〔辨证分析〕便秘或泄泻,湿热蕴结大肠,便时努力,致直肠脱垂,湿热下注,致肛门坠胀肿痛,舌质红,苔黄腻,脉弦数符合湿热盛之征。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一) 常规治疗

1. 非手术治疗

调理大便,避免便秘和腹泻,以此减轻脱垂。排便后肠管脱出应及时予以复位。方法:患者侧卧,自己或医生用拇、食、中三指涂润滑剂,揪住脱出肠管顶端缓慢推复肛内。复位后平卧休息半小时或用丁字带勒紧。

2. 手术治疗

现代医学多以手术做为治疗直肠脱垂的主要方法,以方法简单、疗效高的手术方式为首选之法。直肠脱垂的手术方法很多,有人^{〔1〕}统计约80余种之多,大体可分为7类。有肛门或直肠紧缩术、直肠与骶骨粘连术、肠管切除术、腹膜陷凹封闭术、直肠悬吊固定术、骨盆底加固成形术、过长肠系膜缝缩固定或肠管逆套叠术等。手术入径有经腹部、经会阴部、经骶部、经腹会阴部等不同。但无论哪种方法,都存在一些问题:①复发率高。如Moore(1977年)报道欧美病例总复发率在3~70%之间,荒川统计日本(1968~1978年)692例的总复发率为15~20%。②并发症多。可出现感染、大出血、肠麻痹、肠梗阻、粪嵌顿,甚至死亡。③后遗症多。主要有排便困难、肛门失禁、腹痛和性功能减退等。所以国外学者们已认识到探索疗效好、无严重并发症和后遗症的非手术疗法已成为今后的努力方向。

(二) 对症治疗

1. 便血

给予维生素K口服,或安络血、止血敏肌注。

2. 肛门坠胀

脱垂粘膜糜烂、炎症则有肛门坠胀、里急后重感,可用25%鱼石脂水溶液30~90ml注入直肠内,每日1~2次。

3. 肛门潮湿

肠管反复脱出肛外及肛门闭合不良,肠液或稀便流出刺激引起肛门及其周围潮湿,可用氧化锌软膏外涂肛门局部,每日2~3次。

(三) 并发症治疗

- (1) 脱垂肠管嵌顿应麻醉后及时手法复位。
- (2) 并发感染时酌情应用抗生素,如青霉素、先锋霉素等。
- (3) 并发精神症状时酌情给予镇静剂,如安定、氯丙嗪等。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 气虚下陷证

〔治法〕补中益气,升阳举陷。

〔方药〕补中益气汤。

黄芪30g,太子参15g,当归12g,升麻9g,陈皮6g,炙甘草6g,炒白术9g,柴胡9g。水煎服。

〔加减〕纳差脱垂重可加枳壳15g,以加强固脱作用,加生姜3片以起温中和胃作用。

〔分析〕方中黄芪补中益气、升阳固表;太子参、白术、炙甘草益气健脾;陈皮理气和胃;当归养血;升麻、柴胡协助参芪以升提下陷之阳气。诸药合用使脾胃强健、中气充足、气陷得升。

2. 气血亏损证

〔治法〕益气养血,升举固脱。

〔方药〕八珍汤。

人参15g,炒白术15g,茯苓12g,当归12g,白芍9g,熟地9g,炙甘草6g,川芎9g。水煎服。

〔加减〕加黄芪30g以加强益气作用,加乌梅12g、肉豆蔻9g收敛固脱。

〔分析〕方中人参益气,白术、茯苓健脾;当归、熟地、川芎养血和血,白芍和营,甘草和中,再加黄芪、乌梅、肉豆蔻共起补气血固脱升提作用。

3. 肾虚滑肠证

〔治法〕补肾固摄。

〔方药〕金匱肾气丸。

熟地15g,山药12g,山茱萸12g,泽泻9g,茯苓9g,丹皮9g,桂枝6g,炙附子3g。水煎服。

〔加减〕加诃子9g、米壳9g、五味子9g以收敛固涩。

〔分析〕方中熟地滋阴补肾,山药、山茱萸补肝脾精血,附子、桂枝温阳暖肾,茯苓、丹皮、泽泻调协肝脾。加诃子、米壳、五味子共起补肾固脱作用。

4. 湿热下注证

〔治法〕清热利湿,升阳举陷。

〔方药〕升阳除湿汤。

升麻12g,泽泻9g,苍术12g,甘草6g,神曲6g,茯苓15g,白术15g,葛花12g,生姜3片。水煎服。

〔加减〕加柴胡 15g, 防风 12g, 木香 6g。

〔分析〕升麻、柴胡升阳举陷, 苍术、防风、葛花祛风除湿, 泽泻、茯苓渗湿泄热, 白术、神曲、生姜健胃, 甘草和中解毒, 木香行肠胃滞气。全方共奏升阳除湿之功。

(二) 验方治疗

1. 麻黄汤加味方

〔组成〕麻黄 9~15g, 桂枝 9g, 杏仁 9g, 甘草 9g, 党参 15g, 生黄芪 30g, 当归 15g, 熟地 15g。

〔用法〕水煎服, 日 1 剂, 早晚分服。

〔功用〕宣肺调气, 温通经脉, 升提举陷。

〔疗效观察〕牛明星^[2]等用麻黄汤加味治疗直肠脱垂 40 例, 显效 33 例, 有效 7 例。其认为脱肛是全身气血双虚的局部表现, 气虚为致病的主要因素, 取麻黄汤宣肺升提之作用, 配合补气养血之药物, 从而达到调畅气机、振奋阳气, 使升降出入各循其道, 则直肠脱垂也随之痊愈。

2. 枳壳复肛汤

〔组成〕生枳壳 30g, 生黄芪 30g, 党参 15g, 升麻 10g, 甘草 10g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂。

〔功用〕补益升提。

〔疗效观察〕此为山东中医药大学附属医院黄乃健教授的临床经验方, 多年来治疗直肠脱垂收到较好效果^[3]。

3. 枳术汤加味方

〔组成〕枳实 20g, 白术 15g, 升麻 3g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂; 或为散剂每服 6g, 日 3 次。

〔功用〕健脾化湿, 升提固脱。

〔疗效观察〕枳术汤源于《金匱要略》, 枳实大剂量可治内脏下垂。王吉善^[4]报道用本方治疗小儿脱肛收到较好疗效。

4. 参麦苓连归地汤

〔组成〕沙参 15g, 麦冬 12g, 黄芩 10g, 黄连 5g, 当归 9g, 生地 15g, 枳壳 6g, 厚朴 9g, 乌梅 9g, 白芍 10g, 地榆 15g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂。

〔功用〕养阴清热, 收敛固脱。

〔疗效观察〕萧正安^[5]介绍用本方治疗小儿大便时肛门肠头脱出不收之脱肛, 可收到满意效果。

(三) 单味药治疗

1. 蝉蜕

〔药理〕蝉蜕为蝉科昆虫黑蚱或同属蝉类羽化后的蜕壳。入肺、肝经, 甘寒, 性平无毒。实验证明具有神经节阻断作用, 可以镇静、解痉、使脱出的肠管回缩而愈。

〔用法〕取蝉蜕 20g 研为极细末, 以香油调和, 便后清洗脱出肠管后用本药涂抹, 再予以复位。每日或隔日 1 次。

〔疗效〕孙风华^[6]报道用蝉蜕外敷治疗小儿脱肛效果良好, 一般涂药 3~7 次即愈。

2. 乌龟头

〔药理〕龟性咸、甘、平，可滋阴潜阳，益肾健骨。头颈收敛力甚，烧存性研末外敷收敛滋补力强，故可用于气血不足不能收摄之脱肛。

〔用法〕将乌龟头剃下后，先用湿透干净纸包裹一层，再用胶泥包封约硬币厚度，文火烧存性，凉后除去泥和纸研细末备用。用时将药末撒布于脱出的直肠粘膜上，再将肠管纳回肛内。

〔疗效〕左吉照^[7]报道用此药治疗脱肛 284 例，一般上药 2~4 次，重者 5~6 次，最多用 3 个乌龟头，有效率达 100%。

3. 蓖麻子

〔药理〕为大戟科植物蓖麻的种子，甘、辛，平，有毒。入大肠、肺经。能消肿，拔毒，润肠通便。治疗脱肛可以捣敷百会穴。

〔用法〕将蓖麻子 49~70 粒捣烂，掺入蒸熟的热大米饭 30g，捣拌均匀使成粘泥团状，趁热紧贴在患者头顶百会穴，用纱布包扎好，固定药物两天。

〔疗效〕李辅明^[8]报道用蓖麻子药治愈 24 例直肠脱垂患者，用药 1~5 疗次。效果理想。

4. 无花果

〔药理〕为桑科植物无花果的聚花果。甘，平。入肺、脾、大肠经。含有生物碱、甙类、树脂类，具有收敛、消炎镇痛之功效。

〔用法〕取鲜无花果，洗净后生吃，每次 2 个，每日 2~3 次，5~7 日为一疗程，连服 2~3 个疗程。同时忌食辛辣食物。

〔疗效〕张复堂^[9]报道用鲜无花果治疗小儿直肠粘膜脱垂 56 例，51 例治愈。疗效满意。

（四）其它疗法

1. 针灸

对小儿直肠脱垂和部分成人直肠粘膜脱垂以针灸治疗能收到一定效果。针后艾灸或电针可增强肛门括约肌收缩功能，改善肛门局部症状。

针刺取穴：百会、足三里、长强、气海、承山、环门（肛门左右中位赤白肉际分界处）、提肛（肛门左右中位，旁开肛门五分）等。中等度刺激，留针 3~5 分钟，同时灸百会、足三里、中脘、长强等穴。隔日 1 次，一般 10~15 次为 1 疗程。也可以电针针刺腰俞、八髎，或以梅花针压肛门周围刺打。

胡伯虎^[10]等采用强刺激，不留针，针刺提肛、长强、百会、天枢、足三里治疗小儿直肠脱垂 12 例，10 例经 10 次后不再脱出。

2. 气功

可练习提肛功法，通过呼吸调整，意念由会阴部经肛门至长强穴，沿督脉上行至百会，同时缩提肛门，每次 20~30 遍。长期锻炼可收到较好疗效。

邓世发报道 1 例中气下陷性脱肛经练吸气提肛法 2 个月治愈。朱全栋报道对 5 例脱肛患者采用运气提肛法治疗，3 例痊愈，1 例好转。^[11]

3. 推拿按摩

清晨起床前在床上取仰卧位，两手轻柔抚按腹部，再用一手中指尖按压肛门周围，向上缩提肛门。^[11]此法能有效地消除腹内停滞积气，加强肛门括约功能，减轻及消除肠管脱垂。

4. 食疗

①用芡实 60g 洗净,冷水浸泡片刻滤干;乌龟 1 只活杀,剖开去除内脏,洗净。将二者同入大砂锅内,加水浸没、旺火烧开、加盐、黄酒,再改为小火炖 2~4 小时。每日 2 次饭前空腹服 1 小碗。可以补阴固脱,治疗直肠脱垂。

②将新鲜猪大肠头 1 只烫洗干净,同纱布包好的黄芪 30g 一起放入冷水中煮熟,加盐酒等佐料后服食。分 1~2 天吃完。此法对治疗小儿直肠脱垂者效果较好。

5. 外敷

《古今图书集成·医部全录》中记载的田螺水、涩肠散、蟠龙散、伏龙肝散、浮萍散、孩儿散等,都是治疗脱肛的外敷方剂。常用药物有赤石脂、五倍子、乌梅、诃子肉、煅龙骨、浮萍草、鳖头等,上药为细末,干撒或以水、油调敷,亦可用鳖血涂布。

6. 熏洗

应用熏洗法治疗直肠脱垂,在中医古文献中有较多记载。如《儒门事亲》中论述脱肛时说:“大肠热甚也,用酸浆水煎三五沸,稍热,漂洗三五度。”《直指方》中的独虎散,以五倍子煎汤,加入焰硝、荆芥,趁热熏洗,治疗脱肛;《世医得效方》中的文蛤散,用五倍子、白矾、蛇床子煎汤熏洗治疗脱肛不收。熏洗法治疗直肠脱垂多用收敛固涩之剂,常用药物有石榴皮、五倍子、枯矾、乌梅、枳壳、苦参、蛇床子、荆芥、朴硝等。一般是将药物煎汤熏洗肛门及脱垂肠管,每日 1~2 次,每次 30 分钟。

7. 熨敷

此法简便,多用于治疗小儿脱肛。方法为以砖块烧热后外包毛巾或布,趁热熨敷肛门局部,每次 20~30 分钟。

8. 烧灼法

用器械烧灼脱垂粘膜,因烧灼区焦痂脱落形成疤痕,产生固定作用。适用于直肠粘膜脱垂。

9. 结扎法

适用于成人直肠粘膜脱垂。可按母痔区位置结扎脱垂粘膜,方法同内痔结扎法。

三、中西医结合治疗

以祖国医学“下者举之”、“酸主收”、“涩固脱”的理论为基础,研制各种注射制剂行注射法治疗直肠脱垂是非手术治疗中的新途径。注射疗法操作简便,痛苦较小、安全。其疗效与注射所用药物及方法有关。常用注射药物有硬化剂、收敛剂、平滑肌兴奋剂,如明矾、消痔灵、酒精、石碳酸甘油、鱼肝油酸钠、盐酸、麦角、葡萄糖、中药复方制剂等。注射方法有粘膜下注射法和直肠周围注射法等。

(一) 粘膜下注射法

将药物注于直肠粘膜下层,使分离的直肠粘膜与肌层粘连固定。此法分为直肠粘膜下层点状注射法和柱状注射法两种。

适应证:Ⅰ、Ⅱ度直肠脱垂,以Ⅰ度效果最好。

禁忌症:直肠炎、腹泻、肛周炎及持续性腹压增加疾病。

药物:6~8%明矾溶液、5%鱼肝油酸钠等。

操作方法:取侧卧位或截石位,局部消毒后,将肠管脱出肛外,消毒粘膜,用细针头穿刺粘膜后,将药液直接注于粘膜下层。如行点状注射,则环形选择直肠粘膜2~3个平面,每个平面选择4~6个注射点,各点相互交错间距0.5~1cm,每点注药0.3~0.5ml,总量一般为5~10ml。如行柱状注射,则用长针头在齿线上1cm处进针,刺入直肠粘膜下层,从上向下边注药边退针,使药液注入粘膜下层后,直肠粘膜与肌层成条柱状粘连固定。注射完毕,将脱出的肠管送回肛内,注入九华膏,用塔形纱布压迫固定。另外,也可不使肠管脱出,而在肛门镜暴露下进行注射。

治疗当日适当休息,不宜剧烈运动;进食流质饮食,控制排便1~3天;酌情应用抗生素预防感染。一般注射1次后可收到满意疗效,如果效果欠佳,则7~10天后重复注射1次。

(二) 直肠周围注射法

经肛周皮肤穿刺进入,至直肠周围间隙及粘膜下层时进行注射。注药时肠管在复位状态,不需脱出肛外操作。

适应症:Ⅱ、Ⅲ度直肠脱垂。

禁忌症:肠炎、腹泻、肛门周围急性炎症。

药物:6~8%明矾溶液。

操作方法:注射前灌肠清洁肠道。注射时取臀高俯卧位,常规消毒,局部穿刺路经浸润麻醉。用8cm长封闭针头,于肛门左、右中位距肛缘1~2cm处刺入,另一手食指可同时插入肛内以作引导。穿刺针应先平行肛管,当穿过肛管直肠环后,使针斜向外侧,进针深度5~7cm,刺入部位适当时,肛内手指感到与穿刺针仅有薄膜相隔。如针头距直肠粘膜较远不易触及时,应重新穿刺进行调整。穿刺成功后,回抽无血,缓慢注入药液的2/5,再退针继续注药完毕。注意勿将药液注入括约肌内,否则可引起疼痛,并降低疗效。1次用药总量为20~60ml。注毕可按揉注射区片刻,使其平坦,然后用一硬橡皮管外裹凡士林油纱布,使之长8~10cm,直径3~4cm,放入直肠中,以起到压迫固定作用。一般注射1次即可成功,必要时可行2次注射。

注射后卧床休息1~2天,24~48小时后取出直肠填塞固定的纱卷。初次大便时可用50%甘油60~100ml灌肠后排便,并嘱病人不可下蹲和过分用力努挣,可采用站立躬身式排便,以免影响疗效。为预防感染,注射后酌情应用抗生素。

明矾液注射治疗直肠脱垂是我国肛肠学科取得的一项突出成就。此疗法已成为国内治疗直肠脱垂的主要手段之一,对成人完全性直肠脱垂尤为适宜,与开腹等较大手术相比,有许多优点。但对其疗效的评价有不同认识,可能与注射药物、用药剂量及注射方法等有关。一次多量注射较多次少量注射疗效大为提高。只要用量足够,方法得当,则疗效甚佳。

第五节 预防

一、未病先防

中医认为直肠脱垂的病因病机为虚,如中气不足,气虚下陷,所以增强脏腑功能在直肠脱垂的预防中尤为重要。可以从以下几方面注意:

- (1)锻炼身体,增强体质。
- (2)劳逸结合。过于劳累后应适当卧床休息。
- (3)调理大便,防止便秘及腹泻。
- (4)养成良好的排便习惯,尤其是儿童不要坐在便盆上时间过长及玩耍。
- (5)妇女产后应充分卧床休息,避免过早负重劳动。如有会阴撕裂要及时治疗。

二、既病防变

患有肛管直肠脱垂以后要注意保健及护理。排便后脱出的肠管应及时予以复位。调整饮食,防止便秘,便时不应时间过久,便后用温水坐浴。积极治疗易产生腹压增大的疾病,如咳嗽、气喘、腹胀等。从而可以防止脱垂肠管发生嵌顿、糜烂、出血、疼痛等。另外提肛和气功对直肠脱垂的康复有着较好的效果。

参考文献

- [1]胡伯虎,等.实用痔瘡学.北京:科学技术文献出版社.1988:369~382
- [2]牛明星,等.加味麻黄汤治疗直肠脱垂40例报告.中国肛肠病杂志.1996;(5):16~49
- [3]尚德俊.实用中医外科学.济南:山东科学技术出版社.1986:307、328
- [4]王吉善.枳术汤临床新用.陕西中医.1987;(3):10~123
- [5]萧正安.小儿脱肛效方—参麦苓连归地汤.吉林中医药.1991;(6):29
- [6]孙风华,等.蝉蜕外敷治疗小儿脱肛.中国肛肠病杂志.1996;(5):16~49
- [7]左吉照.乌龟头治疗脱肛.中国肛肠病杂志.1996;(5):16~51
- [8]李辅明.蓖麻子在直肠脱垂中的应用.中国肛肠病杂志.1991;(4):11~38
- [9]张复堂.无花果治疗小儿脱肛.中国肛肠病杂志.1995;(1):15~55
- [10]胡伯虎,等.实用痔瘡学.北京:科学技术文献出版社.1988:362
- [11]黄乃健.中国肛肠病学.济南:山东科技出版社.1996:601

第十一章 胃、十二指肠溃疡急性穿孔

第一节 概述

胃、十二指肠溃疡急性穿孔是溃疡病较常见的严重并发症之一,发病率约占溃疡病的10%,其中90%为男性。发病年龄在40~60岁,约有1/3病人在穿孔之前没有溃疡病症状。

祖国医学文献中虽无胃、十二指肠溃疡急性穿孔的病名,但对本病却早有认识,在历代医书中有关“厥心痛”、“厥逆”、“结胸”、“心痛”、“胃脘痛”等门类中均有记载,如《素问·至真要大论》记载:“厥心痛,汗出呕吐,饮食不下……”《灵枢·癫狂篇》:“厥逆为病也,足暴青,胸若将裂,肠若将以刀切之,烦而不能食,脉大小皆涩。”《医学心悟》载:“醉饱过度,或者恼怒,以致饮食填塞胸中,胃气不行,卒然昏倒……”这些记载说明病人发病突然,腹痛剧烈,呼吸不畅,面白唇青,四肢厥冷及汗出等,为中焦气机突然闭塞不通,与溃疡病急性穿孔所表现的一系列症状极为相似。

胃、十二指肠溃疡急性穿孔发病急、变化快,穿孔后,胃、十二指肠内容物如胃酸、胆汁、食物等流入腹腔,形成急性弥漫性腹膜炎,病情严重,如不及时治疗,可危及病人生命。据统计,溃疡病穿孔的死亡率很高,十二指肠溃疡穿孔的死亡率为5~13%,胃溃疡穿孔则为10~40%。年龄超过60岁,在穿孔12小时以后手术者,死亡率明显升高。

以往对溃疡病急性穿孔主要采取手术治疗,近20多年来,由于中西医结合治疗的开展,改变了过去以手术治疗为主的状况,约有70%的患者可用非手术疗法治愈。目前很多医院对凡是没有并发症的单纯性穿孔,腹腔渗液不多,一般情况好者,均首选非手术疗法,减轻了痛苦,提高了疗效,受到群众的普遍欢迎。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一)病因

形寒饮冷,激烈精神刺激,劳累过度、创伤刺激等常为引起穿孔的诱因。发生穿孔前多数病人有近期溃疡病症状加重的病史,溃疡逐渐穿透浆膜层而致急性穿孔。

(二)病理

急性穿孔的溃疡大多数位于胃或十二指肠前壁近幽门区。绝大多数为单发穿孔,同时发生

两个以上穿孔者十分罕见。一般统计,十二指肠溃疡穿孔多于胃溃疡穿孔。约70%以上穿孔直径小于0.5cm,大于1cm的大穿孔仅占5~10%。溃疡病穿孔病例中多数为单纯性穿孔,也有一部分为复杂性穿孔,即同时合并有幽门梗阻或出血。

溃疡病急性穿孔后,胃、十二指肠内容物漏溢腹腔,由于消化液呈高度碱性或酸性,对腹膜是很强烈的化学性刺激,可产生以剧烈腹痛、休克为主的一系列症状。穿孔后数小时,由于胃肠分泌的抑制,漏出液减少或停止,穿孔处粘连闭合以及腹膜渗出的稀释等作用,化学性腹膜炎的症状可逐渐缓解。另一方面,也可由于穿孔难以闭合,渗出液多或继发细菌感染,出现化脓性腹膜炎,而使病情逐渐加重。穿孔后病情的发展和转归取决于以下几个方面:①穿孔前胃内容物的质和量、穿孔的大小和部位、腹腔渗液的多少;②全身一般健康情况的好坏,穿孔粘连闭合的条件和能力,腹膜吸收能力的强弱;③人体抗病能力和病邪之间的消长;④治疗方法是否得当。总之,体质弱、穿孔大、渗液多则腹膜炎重,容易出现肠麻痹、中毒性休克;而体质好、穿孔小、渗液少则腹膜炎轻,经过积极治疗后,穿孔多能愈合,渗液易于吸收而痊愈。

二、中医病因病机

(一) 病因

本病由于脾胃素有宿疾,如胃脘痛、肝胃气痛、心痛、吞酸等症,这些病证如果累发不愈,复因饮食不节如饥饱失常、劳累过度如抬重物、情志不畅如生气、寒温不适等诱因,促使病情迅速发展,脾胃宿疾更趋严重,终于形成穿孔变证。

(二) 病机

穿孔后,胃肠有形之邪溢入腹腔,导致中焦气机骤闭,闭塞不通则痛,故突然腹部剧痛。中焦失运,气血郁闭,阳气不能输布运行,则见面白唇青,肢冷汗出,气促脉微等厥逆征象。气血郁滞,继则郁而化热,热结阳明,则现阳明腑实之候。如满腹疼痛拒按,腹硬如板,发热口干,大便秘结,小便黄赤,舌红苔黄,脉数有力。因病在胃肠,脾气不运,胃失和降,胃气上逆则恶心、呕吐,吐出物为食物、粘液,若伴络损血溢,可呕吐血液。在疾病发展过程中,如气血复通,则郁解热退而愈。若正虚邪实,正不胜邪则变证迭生。如热结肠腑则腹胀、便秘、呕吐加重,无矢气。热胜肉腐为脓则持续高热,腹痛拒按,可及肿块。如热与湿合邪下迫大肠则大便似痢,里急后重,湿热下注膀胱则尿频尿急尿痛似淋。若热郁于内,久不外达,热甚伤阴,阴损及阳,终成热深厥深,则发高热或体温低于正常,面色苍白,四肢厥冷、苔黄腻而燥,脉沉细而数。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

溃疡病穿孔的典型症状有腹痛、恶心呕吐,以及早期休克等。

1. 腹痛

患者常突然发生刀割样或撕裂样剧烈腹痛,多为持续性或有阵发性加重。腹痛多开始于上腹部,迅速波及全腹,但仍以上腹部为重。有些病人因膈肌受刺激,疼痛可放射至右肩或背部。由于剧痛使病人不敢转动体位,咳嗽、深呼吸皆可使腹痛加剧。少部分病例因穿孔小,溢出的胃肠内容物沿着右侧结肠旁沟向下流至右髂窝处,刺激右下腹部,而具有类似转移性右下腹痛的临床特点,须注意与急性阑尾炎相区别。

2. 休克

早期因腹痛剧烈难忍,常出现轻度休克症状,如面色苍白,肢冷汗出,呼吸短促,血压下降,脉搏快而弱等。一般在数小时后,随着腹痛减轻,休克症状也呈好转。但少数穿孔大,腹腔渗液多,感染重的病人,由于腹腔继发性细菌感染,还会出现血压下降,脉搏加速等感染性休克症状,并逐渐加重。

3. 恶心呕吐

约半数病人在腹痛的同时,伴有恶心、呕吐。早期呕吐一般不重,呕吐物为食物及胃液,有时可伴有血液。在腹膜炎晚期,常因并发麻痹性肠梗阻而使呕吐加重,同时出现腹胀、便秘等症状。

4. 发热

穿孔早期体温正常或略低,随着病情的进展,可有明显发热,体温逐渐升高,可高达 39℃ 以上。

(二) 体征

溃疡病急性穿孔的病人多采取蜷曲体位,腹式呼吸消失或减弱。全腹压痛、腹肌紧张,呈“板状腹”,但一般以上腹部或右上腹部为重,少数病例右下腹部明显。肝浊音界消失。肠鸣音多消失,以后逐渐恢复。腹腔渗液多时能叩出移动性浊音。

(三) 实验室及其它检查

1. 实验室检查

穿孔初期白细胞计数多正常,数小时后逐渐增多,中性细胞计数随之升高,若升高明显表示腹腔污染较重。严重病例出现中毒性休克时,血中二氧化碳结合力可下降。

2. X 线检查

一般采用立位下透视,约 70~80% 病人可见膈下游离气体,是诊断溃疡穿孔的有力证据。

3. 超声波检查

对判断腹腔渗液的多少及腹腔脓肿的定位,有很大帮助。

4. 腹腔穿刺

诊断可疑或有移动性浊音时则行腹腔穿刺,目的在于抽取腹腔液体,通过对腹腔液的性状观察,以推断腹腔渗液的多少及腹腔污染的轻重。穿刺部位可选右下或左下腹部,穿刺所获液体可进行肉眼及镜下观察,也可做化验检查。

(四) 并发症

溃疡病穿孔非手术疗法的并发症发生率约5~7%,常见并发症为腹腔脓肿和胃潴留。

1. 腹腔脓肿

溃疡病穿孔残留的腹腔脓肿以膈下脓肿最多,肠间脓肿和盆腔脓肿较少见。形成膈下脓肿和膈下积液的原因有:适应证选择不当,治疗过程中反复加重。腹腔脓肿的临床表现为感染症状,如腹痛、发烧等。盆腔脓肿常有直肠刺激症状。

2. 胃潴留

在非手术治疗一周左右时常可出现胃排空障碍,其原因为炎性水肿、粘连、胃蠕动不良及幽门开闭失调所致。

(五) 诊断要点

1. 诊断

病人有溃疡病或胃脘痛病史,近期多有发作或症状加重表现。突然发生持续性上腹部刀割样剧痛,迅速波及全腹,伴有早期轻度休克症状,腹部有明显的腹膜刺激征,X线检查发现膈下游离气体,作出溃疡病急性穿孔的诊断并不难。在诊断确立以后,尚应注意是空腹穿孔还是饱食穿孔,单纯穿孔还是复杂穿孔,腹腔渗液的多少,是否为胃癌穿孔,以便指导下一步的治疗。

2. 鉴别诊断

需要鉴别的疾病主要有以下几种:

①急性胰腺炎:腹痛多局限在左上腹,可向左侧腰背部放射,呕吐特别频繁剧烈。此外,血尿淀粉酶多升高,X线检查无气腹,有助于鉴别诊断。

②急性阑尾炎:腹痛开始多不重,多从脐周或上腹部转移到右下腹,阑尾炎穿孔后腹膜炎的体征以右下腹部为最明显。而溃疡病急性穿孔的腹痛多突然出现,开始时即很剧烈,迅速波及全腹,常伴有休克症状,腹膜炎体征以右上腹部及上腹部为最明显。

③急性胆囊炎:重症胆囊炎伴有腹膜炎时,其体征可能与溃疡病急性穿孔相似。但经过详细询问病史,再配合X线检查和超声波检查一般可以鉴别。

④胃癌穿孔:胃癌的胃病史一般较短,多在一年之内,胃痛症状常为持续性隐痛,反酸不明显,全身情况恶化较快,对年龄大的可疑病例可做内镜检查以资鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

溃疡病穿孔后,根据其临床特点可分为三期,各期辨证要点如下:

1. 第一期

病机特点是中焦气血郁闭,症见胃脘当心而痛,如刀割,牵引两胁,拒按,或伴恶心呕吐,甚则面白唇青,肢冷汗出,舌苔白腻或微黄,脉沉细或弦细面紧。此期为溃疡病穿孔的初期,是化学性腹膜炎的表现。

2. 第二期

病机特点是在气血郁闭的基础上开始化热。腹痛略减,仍觉胀满而拒按,发热,口干,便燥尿赤,舌红苔黄,脉洪数或弦滑而数。此期为穿孔已闭合,一般从发病24小时后开始,是腹腔继发感染的表现。若正不胜邪,则出现热深厥深,应手术治疗。

3. 第三期

经过治疗后,热象消退,进入到溃疡修复阶段。根据辨证可有肝气郁结、胃腑血瘀、脾胃虚寒等表现。

在非手术治疗过程中,如病例选择得当,治疗措施得力,可较快地按上述三期发展,不会出现变证,但少数治疗不顺利的病例中,在第一、二期可出现热结肠腑(肠麻痹)、热腐成脓(腹腔脓肿)、热深厥深(中毒性休克)、湿热下注(盆腔脓肿)等变证。

(二)辨证分型

1. 初期(闭孔期)

【临床表现】腹痛剧烈,宛如刀割,腹硬拒按,伴恶心呕吐,面白唇青,四肢厥冷,汗出气促,舌淡苔白,脉沉细。

【辨证分析】穿孔后胃肠内容物流入腹腔,导致中焦气机闭塞,不通则痛,故腹痛剧烈,腹硬拒按。中焦失运,气血郁滞,阳气不能输布运行,则见面白唇青,肢冷汗出,气促脉微等厥逆征象。脾气不运,胃失和降,胃气上逆,故恶心呕吐。

2. 中期(消炎期)

【临床表现】腹痛拒按,伴发热,口干而渴,大便燥结,小便短赤,舌质红,苔黄燥或黄腻,脉洪数或弦滑而数。

【辨证分析】气血郁滞,郁久化热,胃腑实热,故腹痛拒按,大便燥结。热盛伤阴,故口干而渴,小便短赤。舌红苔黄脉数均为化热表现。

3. 后期(溃疡修复期)

本期表现为原溃疡病症状,属中医“胃痛”范畴,一般分以下三型:

①脾胃虚寒型:

【临床表现】胃痛隐隐,喜温喜按,空腹痛甚,得食痛减,泛吐清水,纳差,神疲乏力,甚则畏寒肢冷,大便溏薄,舌淡苔白,脉虚弱或迟缓。

【辨证分析】脾胃虚寒,正气不足,故胃痛隐隐。寒得温则散,气得按而行,故喜温喜按。胃虚得食,则产热助正以抗邪,故进食痛止。脾胃虚寒,则受纳运化失常,水不运而上逆,所以纳差,泛吐清水。脾主肌肉,中阳不振,筋脉失养,故乏力肢冷,手足不温。脾虚生湿下渗肠间,故大便溏薄。舌淡脉虚均为脾胃虚寒,中气不足之象。

②肝气犯胃型:

【临床表现】胃脘胀痛,连及两胁,嗳气吞酸,每因情志不畅而发,苔薄白,脉弦。

【辨证分析】肝主疏泄而喜条达,若情志不舒,肝气郁结,横逆犯胃而作痛,连及两胁。谷浊

之气不得下行而上逆,故嗝气吞酸。肝气郁结,故苔白脉弦。

③瘀血停滞型:

【临床表现】脘痛如针刺,痛有定处而拒按,食后痛甚,或见吐血便黑,舌边有瘀斑或青紫色,脉涩。

【辨证分析】气为血帅,血随气行,气滞则血瘀,由于瘀血有形,故痛有定处而拒按。瘀血阻络,不通则痛,故痛如针刺。瘀停于胃或肠,则见吐血或便黑,舌见瘀斑或青紫,脉涩,均为血瘀之候。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)常规治疗

1. 治疗原则

目前溃疡病急性穿孔的治疗主要有非手术疗法和手术疗法两类。治疗方法的选择应根据每一病人的情况,遵循以下原则:凡用非手术疗法可以治愈者,优先选用非手术疗法;复杂性溃疡穿孔或病史长、症状重者,则需要做手术治疗,并优先考虑胃次全切除术;病人情况危重或腹腔渗液多,污染重,不宜采用非手术疗法,而又无行胃次全切除术的适应症和条件者,则采用穿孔缝合修补术。

2. 适应症的选择

适合于非手术治疗者:①单纯性溃疡穿孔、小穿孔、腹腔渗液少、全身情况良好者。②就诊时,腹膜炎已有局限趋势,无严重感染现象或休克者。③空腹穿孔。

手术指征:①有中毒性休克。②复杂性溃疡穿孔,伴有出血、幽门梗阻或有癌变的可能者。③腹腔渗液多,污染严重者。④病史较长,有顽固疼痛,且发作频繁者。⑤应用非手术疗法观察治疗10小时,经3次针刺治疗无效或病情加重者。

3. 非手术疗法

①胃肠减压:一定要保证减压通畅,将胃内容物尽量抽吸干净,以减少胃内容物继续外漏,有利于穿孔自行闭合。一般放置约1~2天,持续应用到肛门排气为止。

②静脉输液:在禁食期间,须充分补液和纠正水、电解质、酸碱平衡失调。必要时根据实验室检验结果,酌情输全血和血浆以改善病人的全身情况。

③抗菌素:一般不用,较严重的病例可应用广谱抗生素。

④体位:置病人于半卧位,以减少膈下积液和脓肿的发生。

4. 手术疗法

①单纯穿孔缝合术:适用于病人一般情况差,腹腔污染严重的病例。根据穿孔情况单纯缝合或大网膜填塞。充分吸净腹腔内渗液或生理盐水清洗。术后并发症少,较安全。但本手术对溃疡病本身未起治疗作用,在康复后3~6个月内,仍需进行溃疡病治愈性手术。

②治愈性手术:适用于穿孔时间短,腹腔污染不重,全身情况较好,既往有出血、穿孔、梗阻

等病史者。根据病情,国内多采用包括溃疡在内的胃次全切除术,以达根治溃疡之目的。

(二)并发症治疗

1. 膈下脓肿

除少数感染轻者选用非手术治疗,一般应以早期引流为佳。根据脓肿的部位和脓液清稀的特点,可采用穿刺抽脓或穿刺播管引流的方法。

2. 胃潴留

经非手术疗法大都可以缓解,仅少数须行手术治疗。中药治疗可根据辨证选用逍遥散、苓桂术甘汤、二陈汤等。

二、中医治疗

(一)辨证论治

1. 初期

【治法】“急则治其标”,应用针刺,胃肠减压、中药灌肠等疏通气血,缓急止痛,促进穿孔闭合。

【方药】大承气汤加味。

生大黄(后人)15g,芒硝(冲)10g,厚朴 30g,枳实 10g,木香 10g,白芍 10g,黄芩 15g,金银花 30g。

上方浓煎 500ml,用静脉输液管缓慢滴入结肠,保留灌肠。

【分析】大黄、芒硝通里攻下,荡涤肠胃积滞热结;厚朴、枳实、木香行气导滞;白芍缓急止痛,金银花、黄芩清热解毒。本方是通里攻下常用方剂。

由初期转入中期指标为:腹痛明显减轻,腹膜炎局限;肠鸣音恢复或有排便排气。

2. 中期

【治法】清热解毒,通里攻下。

【方药】复方大柴胡汤。

柴胡 10g,黄芩 10g,枳壳 6g,川楝子 10g,元胡 10g,白芍 10g,木香 6g,生大黄(后下)10g,蒲公英 30g,生甘草 6g。

【加减】腹腔感染较重者可加金银花 30g,连翘 15g,败酱草 30g;血瘀重加桃仁 10g,红花 10g,赤芍 30g;便秘者加芒硝(冲)10g,或将生大黄加至 15g;呕吐者加竹茹 10g,半夏 10g,或旋复花 10g,代赭石 10g。

上方浓煎,用胃管注入,拔除胃管后,每日服药一剂。

【分析】大柴胡汤可通里泻热,以治里实热证,加川楝子、木香、元胡行气止痛,蒲公英清热解毒。本方可恢复胃肠功能,促进腹腔渗液吸收。

中期转入后期指标为:腹膜炎消退;进半流质,大便正常;血象、体温正常;无脓肿等并发症。

3. 后期

①脾胃虚寒型:

【治法】温中健脾,益气和胃。

【方药】黄芪健中汤加减。

黄芪 30g,党参 20g,白芍 15g,桂枝 10g,半夏 10g,高良姜 10g,炙甘草 10g,生姜 3 片,大枣 3 枚。

水煎服,日 1 剂。

【加减】泛酸者,加吴茱萸 10g,瓦楞子 15g,泛吐清水较多者加半夏 10g,陈皮 10g,茯苓 10g;或再加椒目 10g,防己 10g。痛止之后,用香砂六君子汤调理。

【分析】方中黄芪、党参益气补中,小建中汤温脾散寒,缓急止痛。

②肝气犯胃型:

【治法】疏肝理气,和胃止痛。

【方药】柴胡疏肝散加味。

柴胡 10g,香附 10g,枳壳 10g,陈皮 10g,白芍 10g,川芎 10g,甘草 10g,木香 10g。

水煎服,日 1 剂。

【加减】疼痛较甚者加川楝子 10g,元胡 10g;暖气较频者加沉香,旋复花。

【分析】方中柴胡、白芍、川芎、香附疏肝解郁,陈皮、枳壳、甘草理气和中,木香加强理气解郁。

③瘀血停滞型:

【治法】活血化瘀,理气止痛。

【方药】失笑散合丹参饮加减。

生蒲黄 10g,五灵脂 10g,丹参 30g,砂仁 10g,桃仁 10g,元胡 10g,大黄 10g,甘草 5g。

水煎服,日 1 剂。

【分析】失笑散行血散瘀止痛;丹参饮理气和胃止痛,大黄逐瘀通腑,甘草缓急和中。

(二)其它疗法

(1)针刺:是穿孔初期的主要治疗方法,经研究证实,针刺能缓急止痛,疏通气血,促进穿孔闭合,消除腹腔炎症,可使溃疡愈合。

①取穴:足三里、中脘、梁门。恶心呕吐配内关,腹胀配天枢穴。

②手法:强刺激,留针 30~60 分钟,每隔 15 分钟行一次手法。临床观察电针比手法操作效果好,调至病人能够耐受的强度,通电 30~60 分钟。

(2)耳针:取穴:胃、交感、皮质下区、十二指肠、腹部。可用针刺或埋针,或电刺激。

(3)外敷:有腹腔脓肿形成者,可用金黄膏外敷。

三、中西医结合治疗

在中西医结合非手术疗法中,西医西药的应用,为中药的使用创造了条件,而中药的参与,又降低了并发症,提高了疗效,减轻了痛苦。目前,中西医结合治疗可使 70%左右的病例采用非手术疗法治愈,并发症可控制在 2%左右,死亡率在 2~4%之间。关于中药、西药的配用,可参考以上各节论述。

第五节 预防

一、未病先防：

溃疡病的预防,尚无十分有效的方法。但积极预防,措施得当,可大大减少它的发病。

- (1)避免过度精神紧张和防止不良的精神刺激。
- (2)生活要有规律,减少过度疲劳。
- (3)戒除各种不良嗜好,如吸烟、饮酒等。
- (4)养成合理的饮食习惯,如定时定量进食,寒热适宜,软硬得当,避免饥饱失常等。
- (5)发现胃病症状时,要及时检查,积极治疗,防止进一步发展。

二、既病防变

(1)无休克征象时取半卧位,使腹腔感染内容物流向盆腔,防止膈下感染和脓肿的发生。

(2)在第一期治疗中绝对禁食,要保持持续有效的胃肠减压,以免食物及胃肠分泌液继续流入腹腔,有利于穿孔的闭合。

(3)早期诊断,及时治疗胃、十二指肠溃疡是预防穿孔的主要方法。此外,避免暴饮暴食,对溃疡病患者行X线钡餐检查或洗胃时谨慎、轻柔操作,以防引发穿孔。

(4)有溃疡病史患者,平时心情宜舒畅,饮食要有规律,要少量多餐,避免刺激性食物。

第十二章 急性肠梗阻

第一节 概述

急性肠梗阻是指由多种原因所引起的肠道内容物通过障碍。在外科急腹症中,该病发病率仅次于阑尾炎和胆道疾病,居第三位。可因很多不同的病因引起,因而临床表现往往很不一致,处理方法除一些共同的原则外也相应地有所不同,处理不当可导致不良后果。重症肠梗阻病情进展快,可在短时间内产生休克并造成死亡。近年来对该病的认识和处理虽然有了提高,但绞窄性肠梗阻的死亡率仍在10%以上。由于本病常见且绞窄时有较高的死亡率,我们应对它不断提高认识,以便能进一步改善治疗效果。

急性肠梗阻在祖国医学文献中有很多类似的记载。我国最早的医学著作《内经》中就有类似肠梗阻症状的描写:“饮食不下,膈塞不通,邪在胃脘。”后汉张仲景著《伤寒杂病论》,将肠梗阻归类在阳明腑实证中,并对其病因、证治作了具体记载。后世医书对这方面的论述更多,包括在“关格”、“肠结”和“腹胀”等门类之中。明代《医贯》中称:“关者,不得出也,格者,不得入也。”“关格者,忽然而来,乃暴病也,渴饮水浆,少倾即吐,又饮又吐,唇燥,眼珠微红……”又如《医学入门》云:“关格死在旦夕,但治下焦可愈,大承气汤下之。”

总之,肠腔内容物不能顺利通过肠道,即称为肠梗阻。其临床特征为腹痛、腹胀、呕吐、停止排便、排气。本病是一种常见的急腹症,具有病因复杂,病情多变,发展迅速等特点。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一)病因

根据发病原因,可将急性肠梗阻分为以下三大类:

1. 机械性肠梗阻

这是由于肠道有器质性病变,压迫或堵塞肠腔而引起的肠梗阻。常见原因有:①肠腔堵塞如肠内蛔虫团或粪块、肠套叠等;②肠壁病变及肠炎症狭窄如局限性肠炎或肠结核、肠肿瘤、吻合口狭窄等;③肠管外病变压迫如术后肠粘连、肠扭转、腹外疝嵌顿、腹腔内肿瘤等。

2. 动力性肠梗阻

肠道本身无器质性病变,但受全身或局部影响致肠管麻痹或痉挛,使肠内容物通过受阻,常见原因有:①麻痹性肠梗阻,常见于急性腹膜炎或腹部手术后;②痉挛性肠梗阻,常见于铅中

毒;③混合型动力性肠梗阻,即同时在不同部位的肠管上存在痉挛和麻痹。

3. 血运性肠梗阻

当肠系膜动脉或静脉因栓塞或血栓形成时引起肠缺血,可迅速地抑制肠管活动,肠腔内虽无梗阻,但肠内容物不能正常运行。

在临床上,以机械性肠梗阻为多见,其次为麻痹性,其它类型的肠梗阻则为少见。解放初期我国急性肠梗阻的病因以腹外疝嵌顿占第一位,其次为粘连性肠梗阻和肠套叠。而近年来资料显示,粘连性肠梗阻已升至第一位,在山东地区肠套叠发病率最高。

(二) 病理

单纯性机械性小肠梗阻所引起的病理生理变化是各型肠梗阻基本共有的。在此基础上,各型肠梗阻尚有不同的病理生理改变。

1. 单纯性机械性小肠梗阻

主要的改变是梗阻近侧液体和气体的积聚和肠动力的紊乱。

①水和电解质的丢失。急性肠梗阻发生以后,会造成水和电解质的丢失,其最明显的原因是由于呕吐,尤其在高位梗阻时是最重要的原因。频繁的呕吐造成大量水、 Na^+ 、 K^+ 、 H^+ 和 Cl^- 的丢失。另一个造成水电解质丢失的重要原因是梗阻近侧肠管的扩张,这点在低位梗阻时更为明显。胃肠道分泌液每天可达7000~8000ml,正常时绝大部分通过小肠再吸收回到全身循环系统,仅约500ml通过回盲瓣到达结肠。当发生肠梗阻时,梗阻近侧的肠管扩张而不能吸收液体,使肠腔内充满了内含与血浆电解质成份相似的液体,与此同时肠壁水肿,部分液体尚可逸入腹腔,上述这些液体实际上等于丧失到体外。以上几方面水和电解质丢失的后果是脱水、血液浓缩、低钠、低血容量、休克,可引起肾功能衰竭和死亡。除此之外,尚有低钾、低氯化物、非蛋白氮升高和代谢性酸碱失调等。

②肠胀气。在低位梗阻时肠扩张是突出的症状,造成的原因除液体积聚外,肠胀气是个重要因素。梗阻近端的气体,70%是从吞咽而来,30%则是由血液中弥散入肠以及肠内容物分解所产生。所以如能持续胃肠减压,保持胃空虚,就可能使肠胀气不再加剧。

③肠动力紊乱。梗阻近侧肠管为克服肠内容物的通过受阻,蠕动逐步增强,于是产生腹痛,肠鸣音亢进。但随着病程延长和病情进展,肠扩张逐渐加剧,最后导致肠平滑肌收缩力从减弱到完全麻痹。而远侧肠管在梗阻初期仍保持正常的动力,所以在肠梗阻病程中排出少量气体或干粪便并不说明梗阻解除。只有当排出大量稀便并伴有临床症状的全面好转才是真正的梗阻缓解。远侧肠管在排尽残留的肠内容物后就因肠腔空虚而进入静止状态。

2. 绞窄性肠梗阻

仍是目前因肠梗阻死亡的主要原因。正常情况下由于小肠的蠕动不断把肠内容物向前推动,所以小肠内细菌较少。发生肠梗阻后肠内容物滞留,细菌就迅速繁殖。尤其在绞窄性肠梗阻时血运受阻,肠壁活力受到损害,肠腔内细菌及毒素可通过受损的肠壁进入腹腔和血流而导致死亡。动物实验也证明应用抗生素有保护作用。

绞窄肠壁静脉血流受阻对动脉反射性痉挛,毛细血管通透性增加,大量血浆和血液成分逸入肠腔、肠壁和腹腔内,可造成低血容量性休克。

闭袢性肠梗阻由于阻塞肠段的扩张,肠腔中压力很快可升高到干扰肠壁静脉回流而发展成为绞窄。

单纯性肠梗阻发展到晚期肠曲过度膨胀时,也同样可影响肠壁血供而引起同样的病理生理改变。

3. 结肠梗阻

结肠的功能主要为贮存粪便,分泌和吸收功能均较小肠为弱,梗阻时水和电解质的丢失也相应发展较慢,所以全身紊乱较小肠梗阻时程度轻而发展慢。若回盲瓣控制功能不全,肠内容物可返流入小肠而部分减压;若回盲瓣功能良好,就形成闭袢性肠梗阻,持续发展可引起结肠穿孔、弥漫性腹膜炎。穿破好发于盲肠,因盲肠肠腔直径大于其它部分结肠。根据物理学原理,施加于空腔脏器壁上的张力为肠内压力 $\times$ 肠管直径 $\times\pi$ 。因而结肠内压力升高时最先穿破的是直径最大的盲肠。

二、中医病因病机

(一) 病因

常见致病因素有:饮食不节、劳累过度、寒邪凝滞、热邪郁闭、湿邪中阻、瘀血留滞、燥屎内结或蛔虫聚团等。

(二) 病机

肠道包括小肠和大肠,位于腹中,司饮食之传化,取其精华,排其糟粕。其正常的生理功能可概括为传化物而不藏,实而不能满;肠腑之气以降为顺,动而不静,以通为用。由于各种致病因素导致肠腑气滞血瘀,通降功能失常,滞塞上逆而发本病。肠道气血瘀结,肠腔梗阻不通,不通则痛,故腹痛,初起腹痛为阵发性,并感有气体在腹内窜行为气痛,后期腹痛持续,腹部压痛固定不移为瘀血痛。肠腑闭阻,胃肠之气上逆故呕吐。气滞于中,清气不能上升,浊气不能下降,气体和液体聚于肠中故腹胀。肠腑传导失司,大便和肠气不能排出则闭。故临床上本病具有痛、吐、胀、闭四大症状。若病情发展,呕吐频繁,不能进食,加之肠道传化失司,不能分清泌浊,水液大量郁积于肠道,则严重耗津伤液,出现倦怠乏力,精神萎靡,双目凹陷,皮肤松弛,口干舌燥,舌苔厚腻,舌质红绛,脉弦细或沉细等伤阴损阳的症状。若梗阻不能解除,气滞血瘀,郁久化热,热胜肉腐,则肠腑血肉腐败,而出现发热,腹痛拒按等里实热证(肠坏死)。热毒炽盛,邪实正虚,正不胜邪,阴阳两伤,则发生烦躁、自汗、四肢厥冷、脉沉细等热深厥深征象(中毒性休克)。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

肠梗阻的主要症状为腹痛、呕吐、停止排便排气和腹胀。

1. 腹痛

机械性梗阻均以腹痛为首要症状,典型时呈阵发性绞痛,渐渐加剧达顶点又逐渐减轻而静止,静止一段时间后又再次阵痛发作。间歇静止期随梗阻部位而异,高位梗阻间歇约3~5分钟,低位梗阻间歇10~20分钟。腹痛部位常弥漫于全腹,但高位小肠梗阻时一般在上腹部,低位小肠梗阻常位于脐周,结肠梗阻位于下腹部。当病程较长超过48小时或数天以后,蠕动逐渐减弱,最后转为肠麻痹,此时腹痛由阵发性转化成持续性胀痛。若腹痛转为持续性,一般解痉药不能控制时,应考虑有肠绞窄的可能,这时腹痛往往很剧烈。

2. 呕吐

初起为反射性呕吐,呕出物为所进食物和胃液。高位小肠梗阻时,呕吐出现早,次数频,呕吐物量多,一般不臭。低位小肠梗阻则呕吐出现较迟,次数少,呕出物稠而色深,且常有粪臭。若吐出物或胃肠减压中发现有血性液时,则说明梗阻肠管已经发生血运障碍,有肠坏死可能。

3. 停止排便排气

在完全性的肠梗阻,肛门排便和排气完全停止。但在部分性梗阻或梗阻早期梗阻远侧肠内残留内容物仍可排出,但仅有少量气体和粪便,如在腹部绞痛后排出少量血性液状便,应考虑有肠套叠或肠系膜血管栓塞可能。总之,完全停止排便和排气应视为严重现象。

4. 腹胀

与梗阻部位有关。一般在较长时间低位梗阻后出现,高位梗阻可无腹胀。

(二) 体征

1. 全身情况

早期单纯性梗阻一般无显著全身症状。随着病情进展可出现脱水,病人口唇干燥,皮肤无弹性,心跳加快,血压在严重阶段逐渐降低,一般不发热或仅有低热。发热通常提示肠绞窄可能。绞窄性肠梗阻往往很快出现全身严重症状,病人烦躁不安,发热,脉率加快,血压下降,休克。

2. 腹部体征

要按视、触、叩、听顺序进行检查。

腹部视诊可见到腹部膨隆、肠型和肠蠕动波。肠型和肠蠕动波多见于低位小肠梗阻,尤其是腹壁薄的病人。低位小肠梗阻满腹特别是中腹部膨隆,低位结肠梗阻则腹两侧和上腹部膨隆,闭袢性肠梗阻可见腹部不对称膨隆。

腹部触诊时往往可扪及扩张的肠曲,并在按压时有胀痛感。如有较明显、局限的压痛和腹肌紧张,应考虑有狭窄的可能。在下列情况下,可及腹部肿块:①肠套叠。多为有触痛的平滑肿块;②蛔虫团块。多为柔软的,可变形的或可有蛔虫条索的肿块;③癌肿。多为无痛性,坚硬的肿块;④肠扭转。常为较大的、有囊性感的压痛性肿块;⑤腹外疝嵌顿。多为圆形的、突出腹壁的压痛性肿块。

腹部听诊主要是为了解肠音的改变。最好要在腹部的右上、左上、右下、左下和脐周五个部位进行听诊,这样可以了解梗阻的部位。机械性肠梗阻可听到肠蠕动音亢进,声音高亢。随着肠腔积液增加,可出现气过水声或金属叮当样声音,此时多伴有阵发性肠绞痛的出現。病程晚期或麻痹性肠梗阻仅偶可听到孤立的肠鸣音。出现肠坏死和腹膜炎后腹部完全寂静,即所谓“安静腹”。

(三) 实验室及其它检查

1. 实验室检查

实验室检查对作出肠梗阻的诊断并无帮助,但有助于估价病情和术前准备。

检查血常规和细胞压积:血浓缩时血红蛋白和细胞压积升高。单纯性肠梗阻白细胞仅轻度增高,一般不超过 $15 \times 10^9/L$;如白细胞达 $15 \sim 25 \times 10^9/L$,并有中性白细胞增加,提示有肠绞窄;肠系膜血管栓塞所致的肠梗阻则可高达 $40 \sim 60 \times 10^9/L$ 。

检查血清钾、钠、氯化物、尿素氮、肌酐和血气分析,了解电解质和酸碱紊乱等代谢改变和肾功能,有助于指导补充液体和电解质。

2. 直肠检查

直肠指诊有时可摸到直肠内或直肠外腹腔肿瘤。如指套染血,应考虑结肠肿瘤,肠绞窄或肠系膜血管栓塞等可能。

3. 腹腔穿刺术

一般用7号小针头,局麻下于两下腹或包块处穿刺,但对腹部膨隆的闭袢性肠梗阻应列为禁忌。在绞窄性肠梗阻时常可抽出血性渗液,镜检可见红白血细胞,由于感染的存在,还可有脓细胞。

4. X线检查

这是急性肠梗阻常用的检查方法。通过X线检查,常能对梗阻是否存在、梗阻的原因、位置、性质,以及治疗方法的选择、预后等提供可靠的依据。

①腹部平片检查:肠管的气液平面是机械性肠梗阻的典型表现。这是由于肠腔近端积存大量气体和液体扩张所形成,但小肠扩张必须在3cm以上,结肠扩张在6cm以上才有意义。绞窄性小肠梗阻的X线征象:腹膜外脂肪线的消失、局限性腹腔内密度减低(即“假肿瘤”样阴影)、立位与卧位照片肠段固定在同一位置,以及“咖啡豆”样气液平面等。

②钡灌肠检查:在考虑有结肠梗阻或病变时,可进行此项检查,如肠套叠、盲肠或乙状结肠扭转、结肠癌梗阻等。在回结肠或结肠套叠时,可见套入的结肠管头部呈新月形或杯口状阴影。乙状结肠扭转时,钡柱的前端呈圆锥形或鹰嘴状狭窄影像。结肠癌引起梗阻时,可见充盈缺损或肠腔狭窄。

(四) 诊断要点

1. 诊断

根据痛、吐、胀、闭四大症状以及腹痛发作时见到肠型和肠蠕动波并伴有肠鸣音亢进等,一般即可作出肠梗阻的诊断。但为了拟定正确的治疗方案,必须辨明以下情况:

①是完全性肠梗阻还是部分性肠梗阻。完全性肠梗阻,发病急,进展快,腹痛剧烈,呕吐频繁,肛门停止排气和排便。不完全性肠梗阻,发病缓,进展较慢,腹痛较轻,可有多次少量的排气和排便。

②是机械性肠梗阻还是动力性肠梗阻。机械性肠梗阻是因机械性因素和外来压迫以及肠管本身的病变所形成,具有典型的四大症状,明显的肠型和肠鸣音亢进体征。动力性肠梗阻系由于支配肠管的神经功能失调,使肠壁肌肉产生过度收缩或瘫痪,造成痉挛性或麻痹性肠梗阻,前者肠音增强,腹胀不明显,后者肠音消失,腹胀显著。

③是单纯性肠梗阻还是绞窄性肠梗阻。单纯性肠梗阻不存在血运障碍,腹痛呈阵发性,呕吐后可暂时缓解,有腹壁压痛而无腹肌紧张,病人一般情况较好。绞窄性肠梗阻是指伴有肠壁血运障碍的肠梗阻,腹痛呈持续性,呕吐后不能缓解,有腹部压痛和腹肌紧张,全身情况差,早期可出现休克。

④是高位肠梗阻还是低位肠梗阻。高位肠梗阻呕吐出现早而频繁,腹胀较轻;低位肠梗阻呕吐较迟或不明显,腹胀则重。

⑤判明梗阻原因。应结合病人年龄、病史、体格检查、X线诊断等进行综合分析,判明造成梗阻的原因,以便进行正确的处理。一般在3岁以下的小儿发生肠梗阻,多数系因肠套叠;较大一点的儿童以蛔虫性肠梗阻最为多见;如有腹部手术或腹内炎症病史者,应首先考虑粘连性肠梗阻;有心血管疾病的患者,突然发生绞窄性肠梗阻,应考虑到肠系膜血管病变的可能。青壮年人多发生肠扭转,老年人则以肿瘤或粪块性肠梗阻为多见。

2. 鉴别诊断

①胃十二指肠溃疡穿孔:有溃疡病史,腹痛骤发、持续而剧烈,早期即出现明显的腹膜炎体征。肠音消失,X线透视膈下见游离气体,即可确定诊断。

②急性胰腺炎:可有频繁的呕吐,但腹痛限于左上腹部,无肠型,肠鸣音多消失,血尿胰淀粉酶均增高。

③卵巢囊肿扭转:一侧下腹部突然发生剧烈绞痛,腹部无肠型,肠音不亢进,妇科检查可发现囊肿。

④急性胃肠炎:除呕吐、腹部绞痛外,有腹泻症状,可资鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

根据临床表现及病邪与正气相争的不同阶段,常分为以下三型:

1. 痞结型

由于肠腑痞塞不通,气机停滞,运化失职,属正盛邪轻阶段。临床表现腹胀轻,无腹膜刺激征,一般情况好。相当于无血运障碍的单纯性肠梗阻。

2. 瘀结型

由于肠腑血瘀,上下不通,属正盛邪实阶段。临床表现较痞结型为重,如腹痛腹胀加重,可有轻度腹膜刺激征,相当于有早期或轻度血运障碍的各种急性肠梗阻。

3. 疽结型

发展到晚期阶段,由于肠腑疽结,肠管有明显血运障碍,肠管坏死,可并发休克,属正衰邪陷阶段,临床特点为病人全身情况差,脉细数无力,体温升高,腹胀及腹膜刺激征均明显加重,甚至有中毒性休克。相当于晚期绞窄性肠梗阻。

(二)辨证分型

1. 痞结型

【临床表现】腹部阵发或持续胀痛,呕吐,腹胀,停止排气排便,苔薄白,脉弦。

【辨证分析】肠腑气机痞塞不通,故腹痛。胃肠之气上逆则呕吐。脾运失健,不能升清降浊,气体和液体积聚肠中故腹胀。肠道不利,传导失司,故停止排便排气。苔薄白脉弦表明病属早期,正盛邪轻。此型为中西医结合非手术疗法治疗的主要对象。

2. 瘀结型

【临床表现】腹痛剧烈,痛有定处而拒按,或可扪及痛性包块,腹胀加重,伴倦怠乏力,精神萎靡,口干舌燥,呕吐咖啡色液,大便可见血性液,舌质红,苔黄燥,脉弦细。

【辨证分析】肠腑气滞血瘀,瘀久化热,脾运失健,湿浊内生;湿热蕴结肠腑,不通则痛,故腹痛剧烈。瘀血为有形之邪,故痛有定处而拒按,或可扪及包块。湿邪阻滞,津不上承,故口干舌燥。脾虚气弱,故倦怠乏力,精神萎靡。若瘀血阻络,络破血溢,则呕吐咖啡色液或大便血性液。舌红苔黄脉弦细乃热盛伤阴之象。

3. 疽结型

【临床表现】腹痛拒按,腹胀显著,全身情况差,神志不清,烦躁不安,肢冷汗出,脉微欲绝。

【辨证分析】肠腑气滞血瘀,瘀久化热化火,热盛肉腐,肠管坏死,故腹痛拒按,腹胀显著。热毒炽盛,邪实正虚,正不胜邪,阴阳两伤,故有神志不清,烦躁不安,肢冷汗出,脉微欲绝等热深厥深的症状。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)常规治疗

首先应根据病史、体检,必要的实验室检查和放射学检查,对疾病的梗阻类型和病因、性质、部位、程度、全身情况作出精确的判断,以便依据正确的估价制订出治疗方案。

1. 治疗原则

机械性肠梗阻原则上应手术治疗,只是根据临床具体病情而分为需紧急手术,或经过一段时间准备后手术,或可先试用非手术治疗,如无效再手术。

①需紧急手术的肠梗阻:凡确诊或疑为绞窄性肠梗阻者,除乙状结肠扭转和小儿肠套叠可先试行非手术治疗外,应尽早手术治疗。闭袢性或急性结肠梗阻伴肠曲重度扩张者亦宜急症手术,以防止结肠过度膨胀后发生穿破、弥漫性腹膜炎。另一种宜急症手术的早期单纯性机械性小肠梗阻,发病后不足24小时者,此类病人一般情况好,在诊断确立后不需准备即可手术。

②当单纯性机械性肠梗阻发病已在24~48小时以上,脱水和/或腹胀明显,应作一段时间的准备后才手术。在此期间的准备包括补液、安放胃肠减压等。

③可先试行非手术治疗如无效再转手术的肠梗阻有:腔内堵塞,堵塞物为蛔虫或粪块;乙状结肠扭转可先试经乙状结肠镜插管减压;小儿肠套叠可先试用灌肠复位;炎性肠病如Crohn病和结核;手术后早期粘连性梗阻;腹腔内肿瘤复发或转移引起的肠梗阻等。

2. 非手术治疗和手术前准备

二者基本相似。

①禁食。

②胃肠减压:目的是改善梗阻近侧肠管的扩张或防止其进一步发展。放置胃管,连续负压吸引,小肠低位梗阻可用双腔减压管。必须保持胃肠减压的通畅和有效。

③液体疗法:无论采用非手术或手术治疗,纠正水和电解质紊乱都是治疗肠梗阻的一个重要环节,而且解决得越快越好。按“先盐后糖”(先补充足够的等渗盐水,然后再补充葡萄糖溶液)和“先快后慢”(输液速度应先快后慢)的原则,来补充细胞外液丢失,必要时用碱性液体来纠正代谢性酸中毒,待尿畅后补充钾盐。补液基本溶液为葡萄糖盐水,根据血清钾、钠、氯化物的测定结果决定补充量。如水和电解质紊乱严重,应在2~3天期间逐步纠正。绞窄性梗阻血浆成份丧失较多,重症病人应在上腔静脉内插管监测中心静脉压的条件下快速补液,并根据细胞压积的测定结果计划补充胶体和血浆或人体血清白蛋白的数量。宜保持中心静脉压在0.49~0.98kPa(5~10cmH₂O)间。同时放置保留导尿管,了解排尿量,要求每小时尿量达到30~40ml。

④抗生素:除早期单纯性肠梗阻外,多数病人扩张肠管的毛细血管通透性改变,有细菌和毒素渗入腹腔的可能,均宜应用抗生素治疗。可用一种广谱抗生素如氨苄青霉素加一种针对厌氧菌的药物如甲硝唑。

对非手术治疗的病人应严密观察病情改变,包括全身情况,腹部体征和有无排便排气等。每24小时可重复腹部X线检查。如有肠绞窄现象,必需转用手术治疗。另外,如非手术疗法无效者,亦应改作手术治疗。

(二)对症治疗

可经胃管注入石蜡油或黄油100ml,或通便泻下的中药煎剂如加减大承气汤,亦可用50%硫酸镁液。但有腹膜炎征象或疑有肠绞窄、完全性梗阻、闭袢性梗阻者不可用。绞痛剧烈,病人难以忍受时可给少量解痉药物。贫血严重患者可适当输血。

(三)手术治疗

手术的目的在于去除梗阻原因,减去肠内压力,恢复肠道功能。如病因无法解除则绕过梗阻部建立捷径或在梗阻近侧为受阻肠段建立出路。手术更是治疗急性肠梗阻的重要方法,对于并发有中毒性休克的急性肠梗阻,要采取“边抢救,边手术”的方针,即一方面纠正全身紊乱,补充血容量、升高血压,另一方面争取时间尽早进行手术以驱除病变。

手术宜采用全身麻醉并气管插管,以防止误吸。

嵌顿性腹外疝按疝的手术原则处理。

1. 手术方式

一般采用腹直肌或旁正中切口、术中根据发现的不同病因予以相应的手术处理。如为粘连索带压迫肠管就剪除此带;如为肠粘连成角或扭曲,作松解粘连将肠曲复位;如为肠扭转或肠套叠就予以整复;如为腹内疝也纳回原处;如为肠腔内胆石、蛔虫或异物等可切开肠壁取出。有时造成梗阻的病难以解除,如腹腔内广泛癌肿复发或腹腔结核,可施行捷径手术或肠造口术。

2. 肠活力的判断

解除梗阻后要检查绞窄肠段有无活力。有经验的外科医师通常根据肉眼检查来确定肠活

力。正常肠表面色淡红,有光泽,具弹性;如以无齿镊钳夹之可引起肠蠕动,肠管旁系膜上小血管有搏动,肠切缘出血等。无生机的肠管色暗黑,无光泽,无张力,刺激不能激发蠕动,系膜血管无搏动,切缘不出血。如果有疑问时,可以热盐水纱垫包裹肠管约10~20分钟再检查,有好转则可存活,否则应当切除。另外,还有很多方法测定肠活力,但至目前尚未成为常规,有些仅处于试验阶段。

3. 扩张肠的减压

可将扩张肠管戳口插管减压,以有利于改善血供。但注意勿污染手术野。

4. 手术后处理

胃肠蠕动较一般腹部手术恢复慢,一般约5~6天,因此胃肠减压时间相应较长。电解质的补充和抗生素的应用基本同术前。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 痞结型

【治法】通里攻下,行气开郁。

【方药】常用方剂主要有:

(1) 复方大承气汤(经验方)。

生大黄(后人)15g,芒硝(冲服)15~30g,川厚朴30g,炒莱菔子30g,枳实10g,木香10g。
此方具有通里攻下,行气消胀作用,适用于肠腔积液少而胀气明显的病例。

水煎服或经胃肠减压管注入,每日1~2剂。

(2) 甘遂通结汤(经验方)。

甘遂末(冲服)1.0g,桃仁10g,牛膝10g,赤芍15g,川厚朴15g,木香10g,生大黄(后人)10~20g。

此方具有通里攻下、行气逐水、活血化瘀作用,适用于肠腔积液较多的病例。

水煎服或经胃肠减压管注入,每日1~2剂。

(3) 肠粘连松解汤(经验方)。

川厚朴15g,炒莱菔子15g,木香10g,乌药10g,桃仁10g,赤芍10g,番泻叶10g。

此方具有活血化瘀、行气止痛、通里攻下作用,适用于粘连性肠梗阻或部分性肠梗阻。

水煎服,每日1剂。

(4) 温脾汤

制大黄(后人)10~15g,附子10g,党参15g,干姜6g,乌药15g,甘草6g。

此方具有温中行气、通里攻下作用,适用于偏寒型的肠梗阻。

水煎服,每日1剂。

(5) 理气宽肠汤(经验方)。

乌药15g,当归10g,桃仁10g,青皮10g,陈皮10g。

此方具有行气活血作用,适于老年体弱者。

水煎服,每日1剂。

(6) 驱蛔承气汤(经验方)。

乌梅 15g, 木香 15g, 槟榔 15g, 苦参 15g, 生大黄(后入) 15g, 芒硝(冲服) 15g, 川椒 5g。

此方具有通里攻下、驱蛔作用, 适用于因蛔虫团堵塞而致的急性肠梗阻。

水煎 200ml, 成人 1 次, 小儿分 3 次服。

2. 瘀结型

此型宜在做好手术准备的情况下, 试用中西医结合非手术疗法观察, 如经 4~6 小时积极治疗后, 腹痛症状不见减轻, 或者加重, 腹围增大, 脉搏加快, 肠音减弱或消失, 则应及时中转手术治疗。

【治法】通里攻下, 急下存阴。

【方药】同痞结型。并须配合其它疗法, 进行总攻治疗, 以达到急下以存阴的目的。

3. 疽结型

【治法】应及时进行手术治疗。

(二) 验方治疗

大黄莱菔子汤。

【组成】大黄 9g, 木香 9g, 炒莱菔子 12g。

【用法】加水 300ml, 先煎炒莱菔子 15 分钟, 再放入木香、大黄煎 10 分钟。取药液 150ml, 分 2 次服下(或从胃管注入)。2 次间隔 6~8 小时, 日 1 剂, 重者 1 日 2 剂, 一般服 3~5 剂即愈。

【功用】适用于单纯性肠梗阻、手术后肠麻痹、老年性粪便阻塞等。绞窄性肠梗阻, 或有绞窄趋势者禁用。

【疗效观察】常进一用本方治疗 124 例, 痊愈 98 例, 有效 9 例, 无效 17 例。有效以上者计 107 例, 占 86.3%。

(三) 单味药治疗

1. 巴豆霜

【制法】先将巴豆瓣去壳取仁, 然后放入数层绵纸内压碎, 巴豆油可被绵纸吸去, 剩下者即为巴豆霜, 装入胶囊备用。

【用法】成人每次 100~200mg(相当于生巴豆 1~2 个瓣), 小儿酌减, 必要时可 3~4 小时后再服 1 次。

【药理】巴豆为热下峻剂, 能荡涤脏腑沉寒痼冷、留伏坚积。对于早期无明显热象的单纯性肠梗阻, 均能应用。巴豆有“得热则助泻, 得冷则止泻”的特性, 若服后 2 小时梗阻不能除, 可服热粥或热水以助药力, 如果梗阻解除泄泻不止, 可速进冷粥或冷水, 再不止可用黄连 10g 煎汤冷服。

2. 食油

【用法】用生豆油或生芝麻油, 成人 200~300ml, 儿童 80~150ml, 加温至 20℃, 抽空胃液后由胃管注入, 夹管 1 小时。适用于体虚便结、粘连性肠梗阻、蛔虫性肠梗阻、小儿早期肠套叠等。

【药理】食油有润肠通便之功, 但泻下力缓, 故用于不宜峻下者。

3. 大麻叶注射液

【用法】200%大麻叶注射液 10ml 加入葡萄糖盐水或等渗盐水 20ml 内静脉缓注,每 3~4 小时重复 1 次,见效为止,每日量不超过 100ml,儿童减半。梗阻解除后再继续用药 1 天以巩固疗效。

【疗效】锦州医学院治疗单纯性肠梗阻 50 例,治愈率达 82%。

【药理】沈阳医学院用精制 200%大麻叶注射液实验证明,该液对豚鼠离体肠管,麻醉兔在体肠管均有促进其活动的作用,能使平滑肌舒张更完全,收缩更有力,可加速肠内容物移行,并有促进整体排气排便之功能。实验剂量 19.1g/kg 时,对兔血压及呼吸无明显影响,没有溶血作用,对豚鼠不产生过敏反应。

(四)其它疗法

1. 针刺

主穴:足三里、内庭、中脘、天枢。

配穴:呕吐加上脘、内关;上腹痛加内关、章门;小腹痛加气海、关元。

手法:强刺激,或用电针,每次留针 30~60 分钟。

耳针:交感、大肠、小肠。

2. 推拿按摩与颠簸疗法

(1)适应症:主要用于治疗早期肠扭转,病人一般情况良好,腹胀不明显,没有腹膜刺激症状。对病程较长,脱水严重,腹胀明显,有腹部压痛和腹肌紧张者禁忌应用本法。

(2)操作方法:

推拿疗法:患者取仰卧位,腹部涂以滑石粉,先以轻柔手法由剑突向右下腹方向抚摸 2~3 分钟,然后绕腹部周围推拿。注意一定要按扭转的反方向进行推拿,否则可能加重扭转。由于 2/3 的病例多为顺时针方向扭转,故多由腹部右下→左下→左上→右上顺序进行推拿,如推拿后腹痛加剧,立即改变方向。手法由轻逐渐加重,但用力不可过大。推拿 10~20 分钟,可间隔一段时间再推拿。

颠簸疗法:病人取膝肘卧位,加大膝肘间的距离,充分暴露腹部。术者立于病人一侧或虚骑于病人之上,两手合抱于病人腹下,抬起腹部后突然放松,颠簸的幅度由小而大,力量逐渐增加,重点在脐部和脐下部。如果腹胀明显,可先左右摇晃腹部,随后再进行上下颠簸。每次连续 3~5 分钟,休息 1~2 分钟,至少要进行 3~4 次。如扭转复位,通常在 1~2 次颠簸后即感到轻快,腹痛缓解。如果颠簸后没有便意,可给温盐水灌肠,或中药攻下,或针刺足三里、天枢穴。

3. 总攻疗法

为了更有效地发挥各种疗法之间的协同作用,提高非手术疗法的效果,可以把几种疗法组织在一起,在较短的时间内用于病人,称为总攻疗法。总攻方案可根据病人的不同情况进行设计,不同的疾病方案不尽相同,一般包括以下几方面内容:①病人住院后先进行胃肠减压,尽量将胃与十二指肠内容物吸空,与此同时,给予快速输液,部分地纠正脱水及酸中毒,此项治疗一般约需 2~3 小时。②经胃管灌入中药,根据临床观察,约 2~3 小时药效达到高峰。③在中药作用达到高峰时,给予新斯的明穴位注射,注射后立即用中药或肥皂水灌肠。如 1 次总攻失败,只要病人情况允许,可休息 2~3 小时后再进行第 2 次总攻。

第五节 预防

一、未病先防

(1) 饮食有节,饱餐后避免立即作剧烈的劳动或运动,对重体力劳动者,在安排三餐之间的劳动量时,应按“轻→强→轻”安排,以预防小肠扭转。

(2) 早期治疗各种腹外疝。

(3) 纠正便秘,预防和及时治疗肠蛔虫病,以防小肠扭转、肠套叠、蛔虫性肠套叠的发生。

(4) 根据婴幼儿生理特点,合理增添辅助食品,是预防婴幼儿发生肠套叠的重要措施。

(5) 腹部手术中操作轻巧,细致止血,消除腹腔内积血和积液,防止或减少术中胃肠道内容物对腹腔的污染,避免肠管过久暴露于腹膜外和肠壁浆膜损伤,术后尽早恢复胃肠道功能等都是预防肠粘连的重要措施。

(6) 对腹腔炎症及结核等疾病,应尽早治疗避免发展成粘连或狭窄。

(7) 早期发现和治疗肠道肿瘤。

二、既病防变

(1) 严密观察病人腹痛变化、体温、脉搏、呼吸、血压等。

(2) 梗阻解除前应绝对禁食。

(3) 病人宜取平卧位或头低脚高位。

(4) 若在治疗过程中出现下列情况时,要立即中转手术治疗:

① 全身情况恶化,神志恍惚、烦躁不安或昏迷,脉率增快,体温上升。

② 腹痛加剧,出现腹膜刺激症状。

③ 腹围增大,肠音消失,或腹腔穿刺抽出血性腹水。

④ 粘连性肠梗阻,经中西医结合非手术疗法治疗后虽症状未见加重,但1~2天后梗阻仍不能缓解,应及时中转手术治疗。

第十三章 急性阑尾炎

第一节 概述

急性阑尾炎是阑尾的急性化脓性感染,是最为常见的急腹症,据统计约占一般外科住院病人的10~15%。任何年龄均可发病,以10~40岁年龄组发病为多。至今尚无确切的发病率报告,有人估计每1000人群中每年有1人患急性阑尾炎。近30~40年来,随着对阑尾炎的治疗不断改进与提高,死亡率已降至0.1~0.5%。

祖国医学文献中虽然没有急性阑尾炎的病名,但是从阑尾炎的发病部位与临床症状来分析,本病可归属于中医肠痛的范畴之内。中医的肠痛有大肠痛和小肠痛之分,包括了多种腹腔内化脓性炎症,但大肠痛主要指的是急性阑尾炎。大肠痛的病名,始见于《内经》:“天枢穴隐隐痛者大肠疽,其上肉微起者大肠痛”。这指出了大肠痛的部位。汉朝张仲景总结了汉朝以前治疗肠痛的经验,制定了辨证论治的基本法则。《金匱要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治》说:“肠痛之为病,其身甲错,腹皮急,按之濡,如肿状,腹无积聚,身无热,此为肠内有痈脓,薏苡附子败酱散主之。”又说:“肠痛者,少腹肿胀,按之即痛如淋,小便自调,时时发热,自汗出,复恶寒,其脉迟紧者,脓未成,可下之,当有血;脉洪数者,脓已成,不可下也。大黄牡丹皮汤主之。”上述两方至今仍然作为治疗急性阑尾炎的有效方剂,被广泛地应用于临床。至隋朝,巢元方《诸病源候论》详细论述了肠痛的病因病机:“肠痛者,由寒温不适,喜怒无度,使邪气与营卫相干,在于肠内,遇热加之,血气蕴积,结聚成痈,热积不散,化而为脓”。宋代陈自明《妇人大全良方·卷二十四》对妇人肠痛作了专门讨论。以后历代医家对本病的认识又有发展。总之,这些记载,为我们开展中西医结合治疗急性阑尾炎提供了宝贵的资料。

自1958年以来,我国医务工作者对本病开展了中西医结合治疗,至今,在手术与非手术疗法的选择、中医辨证论治的规律、并发症的防治、作用原理的研究和中药剂型的改革等方面均取得了一定进展。据统计,约有70%的病人可经非手术疗法治愈,为阑尾炎的治疗又开拓了一条新的途径。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

阑尾腔梗阻后并发感染是急性阑尾炎的基本病因。引起梗阻的原因有：①粪石：正常情况下，阑尾内有盲肠内容物，阑尾有蠕动功能，一般可以排出进入的盲肠内容物。阑尾粘膜亦有吸收水份的功能，如经浓缩形成粪石，不能被排出，即产生梗阻。②寄生虫虫体：较少见，如蛲虫或蛔虫钻入阑尾后可引起痉挛和梗阻。③淋巴组织增生使阑尾腔明显狭窄，引起增生、肿大的原因不明，可能与感染有关。④肿瘤及其它病变。

胃肠道功能紊乱或机体抵抗力低下时，阑尾腔虽无明显阻塞，但细菌也可直接侵袭或经血行进入阑尾壁而致病。

(二) 病理

急性阑尾炎的病理根据其大体变化和显微镜检查可分为以下三种类型：

1. 单纯性阑尾炎

阑尾轻度肿胀，浆膜表面充血，失去正常光泽并有少量纤维素性渗出物。阑尾壁各层组织均有充血、水肿和中性白细胞浸润，以粘膜和粘膜下层为明显，粘膜上可有小的溃疡，腔内可有少量炎性渗出液。

2. 化脓性阑尾炎

又称蜂窝组织炎性阑尾炎，阑尾明显肿胀，浆膜面高度充血，并为脓性和纤维蛋白性渗出物覆盖，各层组织除充血、水肿和大量中性白细胞浸润外，常有壁间小脓肿，粘膜面可有溃疡和坏死，腔内常有积脓。腹腔内有少量混浊渗液。

3. 坏疽性阑尾炎

阑尾壁已全层坏死，呈暗紫或黑色，可局限在阑尾的远端或累及整个阑尾，并为大网膜包裹。其周围有大量脓性纤维蛋白性渗出物，阑尾腔内积脓，有时可见穿孔，细菌和脓液通过坏死或穿孔进入腹腔。

急性阑尾炎的病理过程和转归取决于机体的防御机制强弱以及治疗是否及时和正确，临床上常见以下三种转归：

(1) 炎症消散：单纯性阑尾炎在粘膜尚未形成溃疡前，及时药物治疗可使炎症消散而不遗留病理改变。轻型化脓性阑尾炎经治疗后即使炎症消散，也将是疤痕性愈合，导致阑尾腔狭窄、壁增厚，阑尾扭曲，易复发。

(2) 炎症局限：化脓或坏疽、穿孔后，阑尾为大网膜包裹形成阑尾周围脓肿，或粘连成炎性包块。这是炎症局限化的一种转归，如脓液不多可被完全吸收。

(3) 炎症扩散：如机体防御机制差，或未予及时治疗，炎症扩散而致弥漫性腹膜炎、化脓性

门静脉炎、肝脓肿、甚则毒血症、中毒性休克等。

二、中医的病因病机

(一) 病因

本病由于饮食不节如暴饮暴食、嗜食膏粱厚味、恣食生冷；或劳倦过度；或暴急奔走、跌扑损伤；或暴怒忧思；或寒温不适；或胎前产后致胎热内生、瘀血不尽；或肠道寄生虫等种种因素所致。

(二) 病机

各种诱因均能导致气滞血瘀，胃肠传化失职，糟粕积滞，生湿生热，湿热壅遏而成肠痈。其总的病机不外乎气滞、血瘀、湿阻、热壅。

气滞血瘀，不通则痛，故初起有走窜不定的气滞痛即转移性右下腹痛和后来固定于右下腹的瘀血痛。肠痈一病发于胃肠，胃肠传化失职，腑气不降，胃气上逆则恶心呕吐。瘀久化热，热结于里则便秘尿赤，苔黄脉数。热久则肉腐，肉腐而成脓，则肠痈化脓。若正气不虚，辅以调治，则肠痈向愈。如果邪盛正虚会出现很多变证。热毒炽盛可出现痞、满、燥、实的热结肠腑证（麻痹性肠梗阻）；瘀热相搏则右下腹出现肿块（阑尾包块或脓肿）；热邪内陷，则热深厥深，甚则亡阴亡阳（感染性休克）。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断：

(一) 症状

1. 腹痛

典型的腹痛多起始于上腹或脐周围，呈阵发性并逐渐加重，经数小时至24小时后腹痛转移并固定于右下腹。这种转移性右下腹痛是急性阑尾炎的特点，据统计有约70%~80%的病人有此典型症状，其余病例的腹痛可在发病之初即局限在右下腹部。

2. 胃肠道症状

早期即伴恶心呕吐，轻者只有恶心，一般多有1~3次呕吐，吐出物为胃内容物。晚期合并弥漫性腹膜炎时，则呕吐频繁而剧烈。除此之外尚有食欲减退、腹泻或便秘，注意与急性肠炎相鉴别。

3. 全身症状

发病初期有头晕、头痛、身倦和四肢无力等症状。腹痛发生后，即有发热，一般体温多在37~38℃之间，若起病即有高烧，超过39℃，则多半是内科疾病。另外，发热的高低与炎症发展后病变的轻重多有一致的关系。

(二) 体征

1. 压痛

右下腹局限性压痛是急性阑尾炎的重要体征。阑尾压痛点通常位于麦氏(Mc Burney)点,即右髂前上棘与脐连线的中外1/3交界处。也可位于兰氏(Lanz)点,即两侧髂前上棘连线中右1/3交界处。随阑尾解剖位置的变异,压痛点可相应改变,但关键是右下腹有一固定的压痛点,即使是在发病的早期,病人尚自诉上腹或脐周疼痛时,查体就能发现该部位有局限性压痛,凭此往往就能作出早期诊断。压痛的程度和范围往往与炎症的严重程度相平行。

以下特殊引发压痛的检查方法也可在临床上参考应用:

①腰大肌紧张试验:病人左侧卧位,右下肢向后过度伸展,引起右下腹痛者为阳性,表示发炎的阑尾接近腰大肌。

②闭孔内肌试验:仰卧位,右腿屈曲并内旋髋关节,引起右下腹痛为阳性,表示系盆腔位阑尾炎。

③结肠充气试验:也称 Rovsing 征,先以一手压住右下腹降结肠区,再用另手反复按压其上端,如出现右下腹痛为阳性,只有阳性结果才有诊断价值。

④直肠指检:在直肠右侧上方有压痛,表示阑尾发炎而位置较低,位于盆腔。

2. 腹肌紧张

是腹膜受刺激的表现,多见于化脓性阑尾炎或坏疽穿孔并发腹膜炎时,但老年或肥胖病人腹肌较弱,须同时检查对侧腹肌,仔细对比,才能判断有无腹肌紧张。

3. 经穴触诊

急性阑尾炎病人中60~80%在足三里穴附近有压痛,两侧均可出现,以右侧明显而多见,压痛部位多在足三里和上巨虚穴之间,称“阑尾穴”。

4. 皮肤感觉过敏

急性阑尾炎时,在早期,尤其在阑尾腔有梗阻时,可出现右下腹皮肤感觉过敏现象,范围相当于胸10~12脊神经分布区,即以髂嵴最高点、右耻骨嵴和脐三点构成的三角区,也称 Sherren 三角。它并不因阑尾位置不同而改变,如阑尾坏疽穿孔,这种现象即消失。

(三) 实验室检查

血常规中白细胞总数及中性白细胞的分类随炎症加剧而增高。尿、粪化验主要用于排除尿路或其它肠道疾病。

(四) 并发症

常见有肠梗阻、腹腔脓肿、门静脉炎、中毒性休克等。

(五) 诊断要点

1. 诊断

根据典型的转移性右下腹痛和右下腹局限性压痛,急性阑尾炎的诊断并不困难,但对疑似病人和非典型病人仍需提高警惕,以免漏诊和误诊。另外,对急性阑尾炎的诊断不能仅满足于是不是,还应根据症状、体征、实验室检查,来估计病理类型,以便制定治疗方案。

2. 鉴别诊断

需要与急性阑尾炎相鉴别的疾病很多,需要注意的是,首先要排除非外科急腹症;其次要与其它脏器病变引起的外科急腹症相鉴别。

①急性胃肠炎:腹痛、呕吐、腹部压痛,这三点和急性阑尾炎相似,但急性胃肠炎往往有饮食不洁史,呕吐和腹泻较剧烈,吐泻先于腹痛,腹部压痛范围较广,多在脐周围。大便化验检查可见脓细胞和未消化食物。

②急性肠系膜淋巴结炎:多见于儿童,可有发热、右下腹部压痛,白细数计数增高等,故常易误诊为急性阑尾炎。但本病在腹痛之前常有发烧、上感等症状,消化道症状轻或无,腹痛较轻,压痛范围广,有时可及肿大淋巴结,常沿肠系膜方向有压痛,这些特点都有助于诊断。

③节段性回肠炎:在急性发作期常有右下腹痛和压痛,发热,白细胞计数增高等,易与急性阑尾炎相混。但本病多有反复发作的过程,伴有低热、腹泻,腹部压痛广泛,有时可触及肿胀、痉挛或粘连的肠管。

④急性髂窝淋巴结炎:本病除右下腹有疼痛外,多有右下肢活动受限,压痛点常较低而深,如能找到会阴或下肢原发感染病灶,对诊断极有帮助。

⑤胃、十二指肠溃疡急性穿孔:位置较低的胃溃疡和十二指肠溃疡发生穿孔后,胃肠内容物和腹腔渗液可沿升结肠沟流至右下腹,出现右下腹痛与压痛,与急性阑尾炎类似。但溃疡穿孔患者多有溃疡病史,发病突然,腹痛剧烈,腹肌紧张明显,腹部透视多有气腹。

⑥美克耳(Meckel)憩室炎:由于回肠憩室也位于右下腹,在发生急性炎症时,其临床表现与急性阑尾炎极为相似,常难以鉴别。只是憩室炎的腹痛和压痛偏脐和中下腹部。有时憩室与脐之间有纤维束带,可并发小肠梗阻。或并发憩室出血而有黑粪或果酱样粪。

⑦输卵管妊娠破裂:本病起病急,右侧发病者,右下腹剧痛呈持续性,无转移性腹痛史,出血严重时出现低血容量性休克。病史特点是有阴道流血史,和停经史。最可靠的诊断方法是阴道检查,可见阴道积血、后穹窿饱满,穿刺有不凝血液。

⑧卵巢囊肿蒂扭转:右侧发病者,起病急,腹痛剧,但位置较低,呈阵发性,但该病一般不发热,容易出现轻度休克症状如脉快,冷汗,血压不稳定等。一般疼痛重而体征相对较轻,阴道检查(未婚者行直肠指诊),于盆腔右侧可及触痛性肿块。

⑨卵巢滤泡或黄体破裂和出血:本病多发生在行经不久的少女,卵巢滤泡破裂多发生在两次月经的中期;黄体破裂多在中期以后,下次月经前14天以内。腹痛多为突发性,开始较剧,逐渐有所缓解。出血较多时,为持续性腹痛,阵发性加剧,出血如存积在直肠窝内则可刺激直肠引起下坠感或欲便感,压痛往往在下腹部而麦氏点不重,必要时配合妇科检查或腹腔穿刺以帮助鉴别。

⑩子宫外孕破裂:出血量少的右侧子宫外孕破裂很像急性阑尾炎,但其腹痛多发生在下腹部,可伴有会阴部重坠感,腹痛较剧烈,为持续性疼痛,阵发性加剧,压痛以下腹耻骨上区最明显,消化系统症状和炎症反应均不明显。临床对已婚、月经过期或近期有不规则阴道出血的妇女,应当想到本病。妇科检查见阴道内有血液,阴道后穹窿穿刺吸出血液,即可确诊本病。

此外,需要与急性阑尾炎相鉴别的疾病还有泌尿系统的右侧输尿管结石、肾盂肾炎、急性前列腺炎或急性精索炎等。妇科疾病如急性附件炎等。急性阑尾炎穿孔合并腹膜炎还要与原发腹膜炎、肠伤寒穿孔、急性胆囊炎穿孔等鉴别。阑尾脓肿要与回盲部结核、盲肠癌、阑尾类癌、粘液囊肿等鉴别。总之,对急性阑尾炎的诊断既不要犹豫不决,以免延误治疗时机,也不能

盲目诊断,遗漏其它疾病而误诊误治。到目前为止,急性阑尾炎几乎是唯一一种仅靠症状和体征即可决定诊断和治疗的疾病,因此必须引起临床医师对本病的足够重视。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

我国对急性阑尾炎的中医证治的认识比较一致,根据病情的发展将其分为三期,每期辨证要点如下:

1. 瘀滞期

病机特点是气滞血瘀,故腹痛较轻,多伴脘闷纳呆,恶心呕吐等。气滞重则绕脐走窜;血瘀重则痛处固定不移。痛处拒按,或出现包块,舌淡苔薄白,脉弦或弦细。此期属急性单纯性阑尾炎,或其它各类阑尾炎及阑尾周围脓肿的消散期。

2. 湿热期

病机特点是气滞血瘀的基础上化热的阶段,因此气滞血瘀与湿热症状并见。症见腹痛较重而拒按,或有包块。湿重于热者多低热,口渴不欲饮,便溏尿少,舌质淡红,苔薄黄腻,脉弦滑稍数。热重于湿者症见发热,口渴欲饮,大便秘结,小便短赤,舌质红苔黄腻,脉弦滑数。此期属化脓性阑尾炎,急性阑尾炎合并局限性腹膜炎,或较轻的阑尾周围脓肿。

3. 毒热期

病机特点是毒热炽盛,治疗不当,容易出现变证。症见腹硬满而剧痛,拒按,壮热恶寒,口干渴,大便秘结或热结旁流,尿短赤,舌质干红或绛,舌苔黄燥或起芒刺,脉弦滑数或洪大。此期包括较重的化脓、坏疽性阑尾炎,阑尾炎穿孔合并弥漫性腹膜炎,或症状较重的阑尾周围脓肿。毒热期很容易出现变证,如阳明腑实(麻痹性肠梗阻)、阳明实热(腹腔严重感染)、湿热下注(盆腔脓肿)、热深厥深(中毒性休克)等。

(二)辨证分型

1. 瘀滞型

【临床表现】腹痛隐隐,走窜不定,或固定于右下腹部,痛处拒按,或出现包块,伴有脘闷纳呆,恶心呕吐,无发热或仅有微热,舌质正常或有瘀斑,苔白而腻,脉弦紧。

【辨证分析】气血瘀滞,不通则痛。气滞重,则腹痛隐隐,走窜不定;血瘀重,则痛处固定,压痛拒按,或出现包块。胃肠传化不利,腑气不降,胃气上逆,故恶心呕吐。胃纳不利,脾失健运,湿阻中焦,故脘闷纳呆。初步化热,热势不重,故无寒热,或仅有微热。舌、苔、脉均为气滞血瘀之象。

2. 湿热型

【临床表现】腹痛持续而拒按,或有肿块。发热,口渴,大便溏或秘结,小便短少或赤涩。舌质微红,苔黄腻,脉弦数或滑数。

【辨证分析】气滞血瘀,郁久化热,热盛肉腐而为脓,脾运失健,湿热内生,湿热蕴结肠腑,故腹痛持续而拒按,或有肿块。若湿重于热,则身热不扬,口渴不欲饮,大便溏而不爽,小便短少,舌质微红,苔薄黄腻,脉滑数。热重于湿,则高热,口干欲饮,大便秘结,小便赤涩,舌质红,苔黄

燥,脉弦数或洪数。

3. 毒热型

【临床表现】腹痛剧烈,满硬拒按,伴有壮热恶寒,口干欲饮,面红目赤,大便秘结,小便短赤,舌质红绛,苔黄燥,或出现黑苔,脉洪大或弦数。若发生变证,可见精神萎靡,肢冷汗出,气促脉微,血压下降;或全腹胀满,呕吐、便闭等。

【辨证分析】热毒炽盛,热胜肉腐,毒邪壅盛,故腹痛剧烈,腹满硬拒按。热邪炽盛,故壮热恶寒,面红目赤。热灼津液,故口干欲饮,便秘尿赤。舌红绛,苔黄燥或黑苔,脉洪大等均为热毒炽盛之象。由于病情严重,易生变证,若毒热炽盛,正不胜邪,伤阴损阳,则热深厥深,出现精神萎靡,肢冷汗出,气促脉微,血压下降等;热结阳明,阳明腑实,则腹胀,呕吐,便闭等。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)常规治疗

1. 治疗原则

中西医结合治疗根据病人的具体情况,结合当地的条件与经验,有选择地采用手术或非手术疗法,既反对一律手术,也不能一律废除手术。目前,经过我国医务工作者的努力,采用中西医结合方法治疗了大量急性阑尾炎,取得了丰富的临床经验。

2. 适应症的选择

优先选用非手术疗法治疗者:①急性单纯性阑尾炎。②轻型化脓性阑尾炎。③阑尾周围脓肿。④慢性阑尾炎急性发作及复发性单纯性轻型化脓性阑尾炎,发作间歇较久,只发作1~2次者。

手术疗法指征:①急性化脓性、坏疽性阑尾炎,临床表现严重者。②急性阑尾炎并发腹膜炎,一般情况较差,伴有休克现象。③小儿、妊娠、老年人化脓性、坏疽性阑尾炎。④慢性阑尾炎急性反复发作者。

3. 非手术疗法

①抗菌素:大部分病例不需应用,仅用中药即可。只有腹腔渗液多的腹膜炎、中药治疗不理想,以及手术病例中,可酌情应用,如青霉素、庆大霉素、甲硝唑等。

②输液:较重的阑尾炎或并发腹膜炎时,常需输液,以纠正水电解质平衡紊乱。

③饮食:一般根据病情给予流质或半流质饮食,腹膜炎时先禁食,再酌情进食。

④体位:一般应卧床休息,腹膜炎时半卧位,防止活动过早,以免病情反复。

4. 手术疗法

①阑尾切除术:因为阑尾切除并不困难,而且炎症消退后约3/4的病人将复发,因此西医主张应尽可能地切除阑尾,可防止复发和防止继发腹膜炎。常采用麦氏切口入腹,若难以确诊和病情较重时,应选择右中下腹直肌切口。准确而又快速地寻找阑尾的方法是:由于阑尾根部与盲肠顶端的解剖关系恒定,因此应沿结肠带追踪到盲肠顶端即为阑尾根部。缝合切口时,若

污染严重,应用生理盐水反复冲洗。

②阑尾周围脓肿切开引流术:阑尾周围脓肿形成时,不应强求作阑尾切除,否则势必招致感染扩散和损伤连于脓肿壁的肠管,故只引流脓肿,待伤口愈合后2~3月,再行阑尾切除术。

(二)并发症治疗

①肠梗阻:可出现在阑尾炎性腹膜炎的治疗过程中,多数为肠麻痹,少数因早期粘连导致肠梗阻,不仅治疗困难,而且也影响腹膜炎非手术疗法的预后。对本症首重预防,早期通里攻下,若形成梗阻,攻下不成功,非手术疗法无效时,可考虑手术治疗。

②腹腔脓肿:如阑尾脓肿、膈下脓肿、肠间脓肿、盆腔脓肿等。这些脓肿的治疗在于早期诊断,贵在预防,如有效的半卧位、合理应用中药、抗生素等。若脓肿不能消散吸收,则要切开引流。

③门静脉炎:可有高热、寒战,甚至出现黄疸、肝区压痛等。治疗应采用敏感抗生素抗感染治疗。

④中毒性休克:极为少见,一旦出现,极其危险,需要及时行腹腔引流术,积极抗休克治疗。

二、中医治疗

(一)辨证论治

1. 瘀滞型

【治法】行气活血为主,辅以通里攻下,清热解毒。

【方药】阑尾化瘀汤。

川楝子 15g,金银花 15g,延胡索 10g,牡丹皮 10g,桃仁 10g,木香 10g,生大黄(后入)10g。水煎服,日1剂。

【加减】气滞重者加青皮 10g,乌药 10g;血瘀重者加红藤 30g,丹参 30g;形成包块者加山甲 10g,皂刺 10g,或三棱 10g,莪术 10g。

【分析】方中川楝子、木香行气,延胡索、丹皮、桃仁活血,生大黄通里攻下以泄热,金银花清热解毒,共奏行气活血,通里泄热之效。

2. 湿热型

【治法】清热解毒为主,辅以行气活血,通里攻下。

【方药】阑尾清化汤。

金银花 30g,蒲公英 30g,丹皮 15g,赤芍 10g,川楝子 10g,生大黄(后下)15g。水煎服,日1剂。

【加减】湿重者加佩兰 10g,木通 10g,白蔻 6g,藿香梗 10g;热重者加黄芩 15g,黄连 10g。高热口渴者,加生石膏 30g,天花粉 15g;瘀血成块者,加红藤 30g,当归 10g,三棱 10g,莪术 10g。注意在热重于瘀时,要重用清热解毒药,待热象消退后再应用活血化瘀药,否则脓肿可能扩大。

【分析】方中金银花、蒲公英清热解毒,大黄、牡丹皮、桃仁通里泄热,川楝子、赤芍行气活血,生甘草调和诸药。

3. 毒热型

【治法】以通里攻下为主,辅以清热解毒,行气活血。

【方药】阑尾清解汤。

金银花 60g,蒲公英 30g,冬瓜仁 30g,生大黄(后入)25g,牡丹皮 15g,木香 10g,川楝子 10g,生甘草 10g。水煎服,日 1 剂。

【加减】大热大渴者,加生地、玄参、知母、生石膏;呕吐不能食者,加黄连,姜半夏;小便不利者,加车前子。有并发症者,见并发症的治疗。

【分析】方中大黄通里攻下、泄热,金银花、蒲公英清热解毒,冬瓜仁排脓,木香、川楝子行气止痛,牡丹皮凉血清热,生甘草调和诸药。

(二) 并发症的中医治疗

(1) 肠梗阻:用通里攻下法:生大黄(后入)15~30g,川楝子 30g,木香 10g,桃仁、赤芍、生牛膝各 10g,甘遂末(冲)1g。水煎 200ml,分次由胃管注入,2~3 小时后再配合灌肠。梗阻解除后,仍按辨证分型治疗。

(2) 盆腔脓肿:比较多见,主要症状为腹痛后期出现下腹疼痛,肛门重坠感,伴尿频尿痛等。一般经非手术疗法可治愈。应用清热解毒、行气活血、化湿排脓之剂,方用:金银花 60g,连翘、木香、赤芍各 15g,薏苡仁、冬瓜仁各 30g,生甘草 5g。水煎服。

(三) 验方治疗

(1) 疔痢丸(北京宣武医院):巴豆霜、生大黄各 1 份,明雄黄 2 份,共为细末调匀,分装胶囊内,每丸含生药 0.3 克。每天 1~2 丸。治疗急性阑尾炎。

(2) 锦红新片(上海中医学院附属龙华医院):每 14 片含红藤 60g,蒲公英 30g,生大黄 1.5g。每日 3~4 次,每次 5 片。适用于急性单纯性、轻型化脓性阑尾炎。

(3) 白莓合剂(湖南医学院附属一院):鲜白骨树根 15g(干品 10g),鲜蛇莓 60~120g(干品 30~60g),水煎服,每天 1~2 剂。

(4) 红藤 50g;或紫花地丁 30g;或鱼腥草 30g;或白花蛇舌草 60g,水煎服,1 日 2 次。

(四) 其它疗法

1. 针刺

主要适用于单纯性急性阑尾炎,其它类型阑尾炎可做为辅助疗法。

① 体针:主穴:阑尾穴,上巨虚,足三里。

配穴:发热者加曲池、合谷;恶心呕吐者加内关、上脘;腹胀加天枢。

手法:强刺激,每日 2~4 次,每次留针 30 分钟。加用电针可提高疗效。

② 耳针:

穴位:阑尾、阑尾点、神门、大肠、交感。

方法:选用有明显反应的上述穴位 2~3 个,强刺激后留针 30 分钟。

经研究,针刺治疗急性阑尾炎的机理是:①有显著的镇痛作用;②改善局部血液循环,增强抗病能力;③增加阑尾蠕动,促进阑尾腔排空,有利于炎症消散吸收。

2. 外治

局部外敷药物治疗能起到消炎镇痛、软坚散结、促进包块消散吸收的作用，与内服药物配合应用，可提高疗效，缩短疗程。

①大蒜芒硝糊剂：适用于各期阑尾炎。大蒜 30g，芒硝 30g，共捣成糊状，在右下腹衬一层凡士林油纱布后，敷上糊剂，2 小时后取下，改敷金黄膏，每日更换 1 次。要注意勿引起皮肤烧伤。

②金黄膏：适用于阑尾周围脓肿或包块。每日 1 次，过敏者停敷。

③芒硝：适用于阑尾周围脓肿。取皮硝 60g，外敷肿块，1 日 1 换。

④消炎散：适用于各类阑尾炎。芙蓉叶 300g，大黄 300g，黄芩、黄连、黄柏各 250g，泽兰叶 250g，冰片 10g。共研细末，同时加黄油或醋调成糊状敷在右下腹即可。药糊厚度 0.2~0.3cm，面积要超过压痛范围。一般每日或隔日更换一次。

（五）非手术疗法观察注意事项

1. 腹痛

一般在服药后，随大便的通下而腹痛减轻，这表明病情好转；若腹痛加剧或范围扩大，说明病情发展。

2. 右下腹体征

应定期检查，以作对比。若压痛和腹肌紧张减轻或消失，表示炎症消退，反之，说明病情恶化。阑尾周围脓肿形成的患者，应观察肿块或压痛范围是否扩散、局限或消退。

3. 体温

一般病例体温多在 38℃ 左右，无恶寒。若体温升高超过 39℃，并伴以恶寒时，多提示有阑尾坏疽或穿孔可能。

4. 舌苔和脉象

若病情好转，舌苔即由黄变薄白，脉象由数变缓；反之，当病情发展变重时，舌苔逐渐变厚而黄燥，脉洪大或弦滑而数等。

5. 血象

隔一定时间检查白细胞及其分类，可较准确地反映炎症的发展和消退情况。

（六）复发问题

目前复发率一般在 10~20% 之间，成为中西医结合治疗急性阑尾炎的难点，为降低复发率，一般在临床症状和体征消失后，仍要坚持服用中药，一般在 7~14 天为宜。关于复发的定义，一般认为 1~2 年内出现的为“复发”，2 年以上再出现的应认为“再发”。

三、中西医结合治疗

中药诊治参见上述有关各节，西药目前除应用青霉素、头孢类药物外，由于厌氧菌的感染普遍受到重视，因此均配合应用抗厌氧菌药物，如甲硝唑的应用，现在已成为常规。

第五节 预防

一、未病先防

急性阑尾炎属于中医“肠痈”范畴，《医灯续焰》说：“肠痈者，即肠内生痈也。不节饮食，不重寒温，或积垢瘀凝，或败血留滞，壅塞不行，久郁不化成熟，久热腐脓，而痈斯成矣”。由此可见，要想预防肠痈的发生，需注意以下几点：

1. 节饮食

不暴饮暴食，不嗜食膏粱厚味，不恣食生冷，避免损伤肠胃，可防湿热内生。

2. 适寒温

以免外感六淫损伤肺气，以致肺气不畅，阻滞大肠气机。

3. 勿过劳

防止外伤所致气滞血瘀，以免败血浊气壅遏肠中。

4. 调情志

避免损伤肝脾而致气血郁滞，防止阻碍气机，而生食积、痰凝。

5. 慎胎产

胎前产后注意调摄，以免积垢瘀凝阻滞肠道气机。

二、既病防变：

非手术疗法治疗急性阑尾炎的过程中，必须注意以下几点，以防产生各种并发症：

1. 重视西医诊断与辨证论治的结合

在急性阑尾炎的治疗过程中，随着病理过程的转化，必须随时调整治疗方法，例如腹膜炎的后期常常遗留阑尾脓肿或包块，此时就要加重活血化瘀药物的应用。在中医辨证时，如有介于两型之间者，如瘀滞型与湿热型之间，治疗时要采取“就重不就轻”的原则，以免病情恶化，以起到“治中有防”的作用。

2. 重型急性阑尾炎的治疗

要抓紧前三天的时间，加重用药，如中药除每日服药两剂外，还要增加通里攻下药的用量。以下情况要加重通里攻下：①大便欠通畅，或已数天未排便者；②中毒症状重，如体温高，白细胞计数高，脉快等；③有程度不同的肠麻痹或肠梗阻病象者；④腹膜炎体征有扩散趋势者。有人总结重型阑尾炎治疗口诀是：通里攻下为先导，清热解毒不可少，活血化瘀要辨证，穿刺抽脓要及早。

3. 重视穿刺抽脓的应用

穿刺抽脓或套管针引流对于阑尾脓肿有较好疗效，特别适用于张力较大的脓肿。通过穿刺抽脓可改善脓腔周围组织的血循环，有利于脓肿的吸收，防止脓毒扩散。

总之，既要重视重型阑尾炎，也不可忽视轻型者，必须采取积极措施，以防止并发症，对于避免阑尾炎的复发，也是很有临床意义的。

第十四章 胆道系统感染和胆石病

第一节 概述

胆道系统感染和胆石病包括急、慢性胆囊炎，急、慢性胆管炎，胆囊、胆总管及肝管结石，急性梗阻性化脓性胆管炎等。在我国为常见急腹症，其发病率仅次于阑尾炎，居第二位。可发生于任何年龄，但以30~50岁多见，女性多于男性。由于这类疾病常互为因果，感染与结石常同时存在，临床表现和治疗相似，故合并叙述。

在祖国医学文献中虽无胆道系统感染和胆石病的病名，但历代中医文献中类似本病的记载十分丰富。远在二千多年前的《灵枢·胀论》中就有“胆胀者，胁下胀满口中苦，善太息”、“肝胀者，胁下满而痛引少腹”的记载。《灵枢·经脉篇》载：“胆足少阳之脉，……是动则病口苦，心胁痛，不能转侧。”《灵枢·邪气脏腑病形篇》说：“胆病者，……呕宿汁……其寒热者。”均是有关本病主要症状的记载。《伤寒论》和《金匱要略》对本病有进一步的论述，《伤寒论·太阳病篇》描述“结胸症”的主要症状是：膈内疼痛、拒按、气短、心下部坚硬胀满、身发黄等，与本病颇为相似，并论述了“胁下硬满，干呕不能食，往来寒热”的小柴胡汤证，“结胸实热，脉沉而紧，心下痛，按之石硬”的大陷胸汤证，“热结在里，往来寒热”和“呕吐不止，心下急”的大柴胡汤证。《金匱要略》中指出“诸黄腹痛而呕宜柴胡汤。”以上不仅描述了有关本病的主要症状、体征，而且拟订了辨证论治的方药。明代《医学入门》记：“有结胸发黄者，心胸满硬，按之痛不可近，大陷胸汤加茵陈。”《诸病源候论》中记载的“癖黄”也与本病近似，如“气水饮停滞结聚成癖，因热气相搏，则郁蒸不散，故胁下满痛，而身发黄，名为癖黄”。此外，在历代各家论述中有关“胁痛、诸腹痛、黄疸”等病证内，均有与本病相类似的描述。众医家采用的茵陈汤调五苓散、茵陈合承气汤、大陷胸汤加茵陈、大柴胡汤加茵陈等治疗本病的方药，至今仍有其实用价值。总之，祖国医学对本病的认识蕴藏着许多宝贵的经验，为现代中西医结合治疗本病做出了贡献。

自1958年以来，我国各地对胆道系统感染和胆石病开展了中西医结合治疗，经过大量临床实践，积累了丰富的经验，提高了治愈率，降低了手术率，在控制炎症和排石方面取得了不少成绩。但对本病的治疗仍有很多问题未能解决，结石排净率有待进一步提高，碎石和溶石的中医疗法仍在探索，重症胆道系统的治疗效果有待提高，死亡率仍较高，这些均是今后的努力方向。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

1. 胆道感染的病因

不外是胆道梗阻和细菌感染两大类。

胆道梗阻的原因有胆道结石、胆管狭窄、寄生虫等。胆道功能紊乱虽为功能性疾病，但如反复发作也可引起器质性梗阻和并发感染。胆道感染的致病菌主要为大肠杆菌，克雷白菌，粪链球菌和某些厌氧菌。致病菌几乎都来自肠道，经乏特壶腹或经胆肠吻合口的通道逆行进入胆道。细菌亦可通过血行或淋巴通道进入胆道。

此外，在部分病例中可能有化学性因素，或血管因素的存在。前者指胆汁成份的改变或胰液的逆流，刺激胆道内膜引起炎症，后者是指因血管痉挛或血栓形成所引起的胆囊壁坏死、穿孔。

2. 胆石病的病因

现已查明的有以下几个因素：

①胆汁潴留：由于胆汁潴留在胆道，流通不畅，胆汁浓缩或因某种胆汁成份改变而析出沉淀，形成结石。引起胆汁潴留的原因有胆道的先天性畸形，中枢或植物神经系统功能紊乱，Oddi括约肌功能失调，胆道狭窄，梗阻或炎症等。

②细菌感染：胆管胆色素结石的形成与胆道感染关系密切。在胆道感染时，胆道中的细菌（主要是大肠杆菌）在胆汁中大量繁殖，它所产生的 β -葡萄糖醛酸酶可使结合胆红素双葡萄糖醛酸脂分解出非结合性胆红素，后者的羟基与钙离子结合即形成水溶性胆红素钙，并以蛔虫卵、细菌和脱落上皮等为核心，逐渐沉积成胆色素钙结石。

③理化和代谢因素：胆固醇、胆盐和卵磷脂的代谢与胆固醇结石的形成有密切关系。在胆汁中的胆固醇与胆盐及卵磷脂分子的比值为 $1:11 \pm 2.5$ 时，胆汁中的胆固醇才能以可溶性的胶粒状态存在。任何因素使胆汁中的这三种物质的比值关系发生改变，均可使胆固醇析出沉着形成结石。如肝脏病变时的胆盐合成减少；末端回肠疾病或切除了末端回肠时，胆汁酸从粪便中丢失过多，回吸收减少，影响了胆汁酸的肠肝循环，使胆汁中胆盐减少。另外，肥胖、过多进食高胆固醇食物和妊娠因素，均可使胆汁中胆固醇浓度增高。此外，细菌感染后脱落上皮细胞、菌落和粘液也能成为胆固醇结石结晶的核心。

总之，胆汁潴留，胆汁理化成份的改变，以及胆道感染是形成胆石的3个主要因素，并且多数是三者综合作用的结果。此外，神经内分泌因素也对结石的形成有一定的影响。

(二) 病理

胆道系统感染和胆石症的主要病理变化是胆道充血、水肿、炎性浸润等，由于感染部位和轻重程度不同，可有不同的病理类型：

1. 急性胆囊炎

仅在粘膜层充血和水肿，称为急性单纯性胆囊炎。胆囊内充满脓液，浆膜面亦有脓性纤维素性渗出，则称为急性化脓性胆囊炎。胆囊因积脓极度膨胀，引起胆囊壁缺血和坏疽，甚至穿孔，即为急性坏疽性胆囊炎。

2. 慢性胆囊炎

囊壁增厚和纤维组织增生，囊腔缩小。当胆囊管完全阻塞时，可造成胆囊积水或积脓。

3. 急性化脓性胆管炎

在原有结石等阻塞性疾病的基础上发生胆管感染，胆管粘膜充血水肿，加重胆管的梗阻，胆汁逐渐变成脓性，使胆管内压增高，梗阻近侧胆管扩张，导致炎症向肝内蔓延。

4. 慢性胆管炎

由于慢性炎症过程，使胆管壁增厚、纤维疤痕组织增生和狭窄。

严重的胆道感染如未得到有效控制而向上蔓延，可形成肝内多发性小脓肿，若脓性胆汁进入血循环，会造成菌血症和败血症，甚至感染性休克、DIC 等。

二、中医的病因病机

中医认为，胆的生理特点是“中清不浊”，以“通降下行”为顺。任何原因影响胆的“通降下行”时即能发病。

（一）病因

本病常见的病因有以下几种：

1. 饮食不节

由于饮食不节，恣食油腻，克伤脾胃，以致运化失职，湿浊内生，郁而化热，熏蒸肝胆，而发本病。

2. 情志不畅

情志抑郁，或暴怒伤肝，肝失条达，疏泄不利，胆汁不循常道，郁而化热而发本病。

3. 蛔虫上窜

蛔虫性喜钻孔，若向上逆动，钻入胆道，肝胆气机阻滞，而发本病。

（二）病机

本病总的病机是肝胆气机不畅。由于各种因素，致使肝胆气郁，郁久化火；脾胃运化失司，湿浊内生；湿热蕴结，致肝失疏泄，胆失通降，胆气不通，故腹痛。湿热熏蒸肝胆，胆汁不循常道，浸淫肌肤面目黄、身黄，黄色鲜明。肝气犯胃，胃气上逆故恶心呕吐。气滞血瘀，郁久化热，热胜肉腐则成脓。热毒化火则寒战、高热。火毒炽盛，毒入营血则神昏谵语、皮肤瘀斑、鼻衄、齿衄、舌绛苔燥，甚至出现舌光如镜、四肢厥冷、脉微欲绝等“亡阴”“亡阳”之厥症。胆为中清之腑，以通降下行为顺，若湿热久蕴不散，日积月累，胆汁久经煎熬则结成砂石。胆石阻塞，胆汁流行受阻，则结石不断结聚增大。胆汁郁积更重，导致气血瘀滞不散，内蕴湿热不清，则反复发作。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

典型症状有腹痛、发热、黄疸等，三者同时存在时，被称为夏柯氏（Charcot）三联征。

1. 腹痛

急性胆囊炎病人在发病初期有中上腹和右上腹阵发性绞痛，并有右肩胛下区放射痛，如伴有结石，则疼痛更重。急性化脓性胆管炎起病常急骤，突然发生剑突下或右上腹剧烈疼痛，一般呈持续性。胆道结石导致阻塞和炎症时，常感右肋缘下疼痛，并向胸部和右背部放射，否则，可无临床症状。

2. 发热

急性胆囊炎发热较轻，一般在 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ ，无寒战。急性化脓性胆管炎常发生寒战和弛张型高热，体温可超过 40°C 。

3. 黄疸

眼巩膜或全身皮肤发黄，呈桔黄色，有光泽。急性胆囊炎、胆结石一般无黄疸，但在感染严重或结石排出过程中，约 $10\sim 15\%$ 的病人因胆总管阻塞而出现轻度黄疸。胆管炎、胆总管结石患者，约 75% 的病人在发病后 $12\sim 24$ 小时开始出现黄疸。急性梗阻性化脓性胆管炎患者常出现夏柯氏三联征，提示病情危重，近半数病人会出现烦躁不安、神志障碍、昏迷、感染性休克等。

4. 胃肠道症状

腹痛后不久，即可出现恶心呕吐，呕吐物为胃内容物，吐后腹痛并不缓解。少数病人可吐蛔虫。并可伴有纳呆、厌食油腻、腹胀、嗝气、便秘等。

(二) 体征

急性胆囊炎见右上腹压痛和腹肌紧张，墨菲（Murphy）征阳性。若伴结石梗阻，炎症剧烈时，右上腹可扪及肿大和触痛的胆囊。病变在胆管时，剑突下和右上腹可有压痛和肌紧张。肝内胆管结石时，肝区常有叩击痛，并可摸及触痛和肿大的肝脏。

(三) 实验室及其它检查

1. 实验室检查

胆道系统感染时，血白细胞计数及中性白细胞比率显著升高。有胆道梗阻时，血清胆红素、黄疸指数升高，胆红素定性试验直接反应阳性，尿胆红素阳性。胆道急性感染时，常伴有谷丙转氨酶升高。

2. X线检查

①腹部平片：约 $10\sim 15\%$ 的混合型胆囊结石可显影。

②胆道造影：常用口服法、静脉法，或术中及术后胆道逆行造影、逆行性内窥镜胆胰管造影（ERCP）、经皮肝穿刺胆道造影（PTC）等，可了解胆囊的大小、功能，胆管的粗细、通畅情况，以及结石阴影的部位、大小、形态等，有助于诊断及治疗。

3. 十二指肠引流

通过置入十二指肠的导管，抽取胆汁，观察其浓度、颜色，以及有无脓细胞、结晶体和虫卵等，以判断胆道是否存在结石、炎症、梗阻等。

4. 超声波检查

临床常用B超检查，方法简便且无损伤，对胆道感染及胆石症的诊断准确性都很高。

（四）诊断要点

1. 诊断

根据腹痛、发热、黄疸等典型症状及体征和各项辅助检查，结合病人以往有类似发病的历史或有胆道手术史，对本病的诊断多不困难。

2. 鉴别诊断

应注意与下列疾病相鉴别：

①胆道蛔虫病：剑突下剧烈钻顶痛而腹部体征轻微是其特点。腹痛发作时，病人辗转不安，呼痛不已，大汗淋漓或四肢厥冷，缓解时如常人，一般无黄疸及发热，病人常有肠蛔虫病史。

②急性胰腺炎：上腹或左上腹持续性剧痛，有时可放射至腰部，疼痛程度较胆道疾病为重，常伴有不同程度休克表现。血、尿淀粉酶升高。有时这两种疾病同时存在，需要注意。

③胃、十二指肠溃疡穿孔：有溃疡病史，上腹部突然发生持续性刀割样疼痛，较胆道感染剧烈。上腹部明显压痛，腹壁呈板样强直，肠音消失或减弱，肝浊音界消失，X线检查可见膈下游离气体。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

临床常分为三型证治：

1. 气郁型

病机特点为肝胆气郁，疏泄失常，症见右胁绞痛或窜痛，脘腹胀闷，牵扯肩背。相当于胆绞痛，无明显感染的肝胆管结石、胆囊结石，以及慢性胆囊炎等。

2. 湿热型

由于气滞血瘀，郁久化热，脾虚湿盛，湿热熏蒸肝胆，症见右上腹持续性胀痛，多向右肩背部放射，局部压痛拒按。相当于急性胆囊炎、胆管炎、以及有明显梗阻、感染的肝胆管结石。

3. 脓毒型

以湿热化火，热毒内陷为主要表现：腹痛剧烈，范围扩大，满硬拒按，有包块，伴寒战高热，甚则热深厥深。相当于急性化脓性胆囊炎、胆囊穿孔合并腹膜炎、急性梗阻性化脓性

胆管炎等。

（二）辨证分型

1. 气郁型

【临床表现】右胁胀痛或窜痛，脘腹胀闷，食少恶心，口苦咽干。一般无发热或黄疸，或有轻微黄疸。舌质淡红，苔薄白或薄黄，脉弦或平。

【辨证分析】因饮食不节、情志刺激等导致肝胆气机不畅，或因结石盘踞，阻滞气机，肝失疏泄，不通则痛，故见右胁胀痛或窜痛；肝气横逆犯胃，胃失和降，故脘腹胀闷，恶心食少；肝气郁结，化火上炎，则口苦咽干。脉平苔薄白乃气郁之象。本型以气郁为主，故多无发热和黄疸，有黄疸亦轻微。

2. 湿热型

【临床表现】胁脘疼痛，如绞如掣，持续不止，压痛拒按，或能扪及包块。全身壮热，或身热不扬。往来寒热，伴胸胁苦满，恶心呕吐，不欲饮食。肌肤面目发黄，大便干结或不爽，小便黄浊或短少。舌质红，苔黄腻，脉象弦滑或弦数。

【辨证分析】气行则血行，气滞则血瘀，瘀滞不散，故疼痛呈绞痛或掣痛，持续不解，压痛拒按，或扪及包块。瘀久化热，脾虚湿生，湿热熏蒸，则成肝胆湿热。若热偏重则全身壮热，大便干结，小便黄浊；湿偏重则身热不扬，大便不爽，小便短少。邪热与正气相争于少阳经，则往来寒热，伴胸胁苦满，恶心呕吐，不思饮食等。湿热蕴结，胆汁外溢，故肌肤面目发黄。舌质红，苔黄腻，脉滑数或弦数均为肝胆湿热之象。

3. 脓毒型

【临床表现】腹痛剧烈，范围扩大，腹部满硬而拒按，有包块。高热寒战，口干唇燥，全身深黄，大便秘结，小便少而色深如茶。甚者表情淡漠或神昏谵语，皮肤瘀斑，鼻衄齿衄。舌质红绛或有瘀点，舌苔黄燥或起芒刺，脉滑数或细数。严重者四肢厥冷，脉微欲绝。

【辨证分析】湿热蕴久化火化毒，毒热炽盛，血肉腐败而成脓，故证见腹痛剧烈，范围扩大，满腹压痛拒按，可及包块，并伴高热寒战。热盛伤津则口干唇燥，大便秘结，小便短赤。热毒炽盛，正气渐衰，则热入营血，而见高热不退，神昏谵语，皮肤瘀斑，鼻衄齿衄，甚至出现四肢厥冷，脉微欲绝等热深厥深的症状。舌红绛，苔黄燥，脉数等皆属热毒炽盛之象。

第四节 治疗

一、西医治疗

（一）非手术疗法

1. 适应症

①急性单纯性胆囊炎，较小的（直径在1cm内）或泥沙样肝胆管结石，无严重梗阻（结石嵌顿或胆管狭窄）或感染，以及术后残留结石。

②急性胆囊胰腺炎、胆道蛔虫引起的胆囊炎及胆管炎等，可在严密观察下进行非手术治

疗,如病情继续恶化应及时改为手术治疗。

2. 治疗方法

①解痉镇痛:一般应用中药及针刺即可止痛,如胆绞痛剧烈,经以上治疗不缓解时,可选用下列解痉止痛剂:氨茶碱 0.25~0.5g,加入 10%葡萄糖液 20ml,缓慢静脉注射;或硝酸甘油片 0.3~0.6mg,置于舌下含化;或杜冷丁 100mg 与阿托品 0.5mg 同时肌肉注射。必要时应用冬眠合剂。

②抗生素:一般可不用抗生素。但对于感染严重者,全身抗生素的应用仍属必要。一般选用广谱抗生素,如庆大霉素、氯霉素、先锋霉素或氨苄青霉素等,并常联合应用。

③支持疗法:静脉输液,纠正水和电解质平衡失调,大量维生素,必要时少量多次输血。

④胃肠减压:主要应用于以下几种情况:腹胀显著;诊断不清,不能排除溃疡病穿孔者;需要手术治疗的病例。

(二) 手术疗法

1. 适应症

①肝胆管结石有严重梗阻感染,并发感染性休克和其它并发症者。

②胆道系统梗阻和感染长期反复发作,经积极的中西医结合非手术治疗无效者。

③X线造影或临床疑有胆道机械性梗阻者(如疤痕狭窄、结石嵌顿等)。

④胆石症状发作频繁,或胆囊积水积脓,或急性坏死性胆囊炎,胆囊穿孔等。

2. 手术种类

①胆囊造瘘术:应用于一些老年病人,一般情况较差或伴有严重的心肺疾病,估计不能耐受胆囊切除手术者,有时在急性炎症期,胆囊周围解剖不清而致手术操作困难者,也先做本手术,以作为一种临时性抢救措施。一般在术后 3 个月,病人情况稳定者,再作胆囊切除以根治病灶。

②胆囊切除术:适用于急性、慢性胆囊炎,胆囊结石及胆囊有积水、积脓者。

③胆管切开探查和引流术:适用于总胆管结石、蛔虫及总胆管下端括约肌有狭窄者;有黄疸者;有胰腺炎者;总胆管变粗变硬者;化脓性胆管炎。

④胆总管十二指肠吻合术或胆总管空肠 Roux-Y 式吻合术:适用于胆总管下端狭窄者;胆总管或肝管泥沙样结石。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 气郁型

【治法】疏肝理气,缓急止痛。

【方药】清胆行气汤(经验方)。

柴胡 10g,黄芩 10g,半夏 10g,枳壳 10g,香附 10g,郁金 10g,延胡索 10g,木香 15g,生大黄(后人)10g。水煎服,日 1 剂。

【分析】方中柴胡、郁金、香附、枳壳舒肝理气,延胡索、木香行气止痛,大黄、枳壳又

能利胆，合之有缓急止痛之功。

2. 湿热型

【治法】舒肝利胆，清热化湿。

【方药】清胆利湿汤（经验方）。

柴胡 15g，茵陈 15g，黄芩 10g，半夏 10g，木香 10g，郁金 10g，车前子 10g，木通 10g，生山栀 10g，生大黄（后入）10g。水煎服，日 1 剂。

【分析】方中柴胡、郁金、大黄、木香舒肝利胆，茵陈利胆退黄，黄芩、山栀清热，半夏、车前子、木通化湿，故本方能舒肝利胆，清热化湿。

3. 脓毒型

【治法】舒肝利胆，清热泻火。

【方药】清胆泻火汤（经验方）。

柴胡 15g，黄芩 15g，茵陈 30g，半夏 10g，龙胆草 10g，木通 10g，郁金 10g，山栀 10g，生大黄（后入）10g，芒硝（冲服）10g。水煎服，日 1 剂。

【分析】方中柴胡、郁金舒肝理气，茵陈、半夏、山栀、胆草清利肝胆湿热，大黄、芒硝通里泻热，合之舒肝利胆，清热泻火，是治肝胆实热要方。

【加减】热重者加双花、连翘、板蓝根、黄连、紫花地丁等；热胜伤津者加石膏、知母、天花粉；大便秘结者重用生大黄、芒硝，或加番泻叶泡水代茶饮；痛重者加川楝子、延胡索；呕吐加旋复花、代赭石；食欲不振加藿香、佩兰、焦三仙、鸡内金；瘀血重加桃仁、红花、当归、赤芍等。

（二）验方治疗

（1）消石散：郁金粉 10g，白矾粉 5g，甘草粉 5g，火硝粉 15g，滑石粉 25g。共研细混匀。每次服 5g。每日 2~3 次。适用于气滞型胆道结石病。

（2）利胆丸：茵陈 150g，龙胆草 100g，郁金 100g，木香 100g，枳壳 100g，共研细末，以鲜猪胆汁或牛羊胆汁 500g，浓缩至 1/2，拌入药粉内，再加适量蜂蜜，做成药丸。每次服 10g，每日 2 次。适用于气郁型胆石病。

（3）胆道排石汤 I 号（青岛市立医院）：

金银草 30g，大黄（后入）30g，木香 18g，柴胡 12g，郁金 12g，枳壳 12g。水煎服。适用于气郁型病人。

（4）胆道排石汤 II 号（青岛市立医院）：

金钱草 30g，茵陈 30g，金银花 30g，连翘 30g，大黄（后入）30g，郁金 30g，木香 18g，枳壳 12g，芒硝（冲服）6g。水煎服。适用于湿热型和脓毒型病例。

（5）柴胡郁金排石汤（山东中医药大学附院）：

柴胡 15g，姜黄 15g，郁金 15g，茵陈 15g，白芍 10g，黄芩 10g，木香 10g，枳壳 10g，大黄（后入）10g，芒硝（冲服）10g。水煎服。适用于胆石病。

（三）单味药治疗

1. 四川金钱草 125~250g，煎汤代茶饮用。本品有利胆作用，并能促使胆管炎的炎症消退，郁积胆汁畅流，故可防止结石再形成。适用于胆囊结石和肝内胆管、胆总管结石病人。北

京中医学院利用十二指肠引流观察发现,四川金钱草具有利胆作用,不是通过反射性引起胆囊收缩,可能是促进肝细胞的胆汁分泌,肝胆管内胆汁增多,内压增高,俄狄氏括约肌松弛利于胆汁排出。

2. 核桃 5~6 个,去皮取仁,加冰糖和麻油适量,放锅内蒸熟食用,每日 1 次,具有溶化结石作用,适用于气滞型及湿热型病人。

(四) 其它疗法

1. 针刺

应用体针、电针和耳针等治疗,能解痉止痛,降逆止呕,并具有利胆排石的作用,可单独应用,亦可与其它疗法配合应用,以提高排石率。实验研究证实,针刺之所以能促进胆石排出,很可能与其增加胆汁流量,促进胆囊收缩和降低俄狄氏括约肌紧张性的综合作用有关,从而加强排石之功。

①体针:主穴:胆囊穴(阳陵泉下 1~2 寸)、阳陵泉、胆俞、太冲。配穴:呕吐者,加内关;疼痛重者,加上脘、中脘;黄疸者,加至阴;绞痛加合谷;高热加曲池、内庭;出现休克者,加涌泉、足三里、人中、十宣。

手法:以上穴位选取 2~4 个,强刺激,每日 2 次,每次留针 20~30 分钟。

②电针:取穴:右胆俞(接阴极)、胆囊穴、日月、中脘、梁门、太冲(接阳极)。

方法:进针得气后接电麻仪,用可调波,强度由弱渐强,以病人能够耐受为度。每次 20~30 分钟,每日 2~3 次。

③耳针:穴位:神门、交感、肝、胆、十二指肠。

方法:选上述压痛明显 2~3 穴,强刺激,留针 30 分钟,每日 2 次。出现休克者,加取皮质下、内分泌、肾上腺。

④水针:把七叶莲做成每支 2ml 含生药 10g 的注射液,取穴为右侧阳陵泉及支沟各注射 1ml,有显著止痛效果。

2. 总攻排石疗法

总攻排石疗法是以中药排石汤为主,配合其它对胆道有肯定影响的疗法或药物,希望能在一个较短的时间内促使胆结石排出的方法。总攻疗法可加快排石,缩短疗程,提高疗效。如遵义医学院总结 103 例胆石症患者,排石率为 64.4%,而全组临床症状消失者为 70%,症状好转者 21.4%,两组相加好转以上者达 90.4%,结石排净率为 26.6%。

①总攻方案:

时间	措 施
8:30	中药排石汤 200ml, 口服
9:30	吗啡 5mg, 皮下注射
10:10	阿托品 0.5mg, 皮下注射
10:15	33%硫酸镁 40ml, 口服
10:20	5%稀盐酸 30ml, 口服
10:25	脂肪餐 (油煎鸡蛋 2~3 个)
10:30	电针: 右胆俞 (阴极) 日月、梁门或太冲 (阳极) 30 分钟

附: 缓解期用排石汤 5 号 (遵义医学院): 金钱草 30g, 木香 10g, 枳壳 10g, 黄芩 10g, 川楝子 10g, 大黄 6g。

发作期用排石汤 6 号 (同上): 虎杖 30g, 金钱草 30g, 栀子 12g, 大黄 15g, 枳壳 15g, 木香 15g, 延胡索 15g。

②疗程: 每次总攻约需 $2\frac{1}{2}$ 小时。总攻次数及间隔时间应根据病人体质及攻后反应来定。一般体质强, 反应轻者可隔日 1 次, 每周 2~3 次; 体质弱, 反应重者, 每周总攻 1 次。总攻 4~6 次为 1 疗程。休息 1 周后再进行下 1 个疗程。在体整期间给服益气养血, 健脾和胃中药。

③总攻排石规律: 泥沙样结石在排出时可没有任何反应, 而大块结石排出时可发生胆绞痛, 并伴有高热、脉数, 甚至黄疸, 过后突然腹痛消失, 热度下降, 黄疸消退。

④总攻排石原理: 先服中药是使胆汁分泌增加; 然后注射吗啡以收缩胆总管下端的括约肌, 使胆汁潴留, 胆囊肿大, 胆压升高; 最后利用药物、脂肪餐、电针等促进括约肌突然舒张, 胆囊收缩, 造成有力的排胆活动, 以使胆管内的结石、蛔虫、炎性产物等排出。

⑤总攻疗法适应症: 适用于气郁型、湿热型胆石病, 肝内胆管结石、残余结合和复发结石等。

⑥注意事项: 在适应症范围内, 症状发作期和缓解期均可应用本法。发作时可因势利导, 促使排石; 缓解期总攻能使结石由静而动, 便利下行排出。但若出现以下现象时, 则必须及时中转手术治疗: 上腹持续性闷胀痛或阵发加剧而不缓解; 出现寒热, 而以寒战为主; 黄疸重新出现, 并且持续加深; 脉率加快, 血压下降, 有中毒性休克症状者。

⑦简化总攻疗法: 总攻疗法的实施, 花费时间较长, 因此有些单位加以简化。成都市龙泉驿区人民医院修改的方案如下:

第一, 总攻方案中去吗啡: 适用于胆道已有明显梗阻者;

第二, 总攻方案中去硫酸镁、脂餐: 适用于已作过胆囊切除者;

第三, 中药排石汤加硫酸镁、电针: 适用于全身情况较差、不能耐受总攻者。

3. 电针排石疗法

山东威海市医院以电针治疗胆结石 60 例, 治疗结果有 54 例排石, 最多一例排石 122 块。

取穴：右耳神门、交感、胰、胆、胆囊下（在胰、胆下约0.2cm）；左耳胰、胆透十二指肠。同时体针双侧阳陵泉及胆囊穴或于胆经上寻找压痛点，加减选穴。用针麻仪通电20~45分钟，每日2次，或连续3~5次为一疗程，并配合一般治疗。山东省烟台地区文登中心医院采用电针加口服硫酸镁治疗胆管结石病人522例，排石409例，排石率78.4%；未见排石但症状消失者97例，占18.2%；无效中转手术16例，占3.1%；死亡6例，占1.2%。取穴：主穴：日月（右）、期门（右），用3寸毫针与体表呈30°角斜刺入。配穴：上腹剧痛和胆囊肿大者，加胆俞（右）及巨厥——腹哀（右）的连线之间，用6寸毫针向胆囊肿大中心斜刺至腹外斜肌下。进针后G6805治疗仪，采用疏密波，通电60分钟，电流量调节到患者最大耐受量为度。急诊病人入院后针刺一次，以后每日上午针刺一次。起针后即给口服50%硫酸镁40ml。

三、中西医结合治疗

一般的胆道系统感染和胆石症仅用中医疗法即可治愈，而有手术指征时，则应立即手术治疗，特别是一般情况较差者。对急性梗阻性化脓性胆管炎要强调综合治疗，中西药物要各有分工，针对性要强。在急性期全身中毒症状较重时，液体疗法十分重要，抗菌素、激素的应用也不可少。中药清热解毒、通里攻下之剂对控制感染及改善胃肠道功能有着重要作用。

第五节 预防

一、未病先防

- （1）大力开展爱国卫生运动，作好卫生宣传，讲究卫生，避免寄生虫感染。
- （2）患胆道蛔虫病或中华分枝睾吸虫病的病人，应力求彻底排虫，排虫后应继续服用清热利胆的中药1~2周，以冲洗胆道、清除感染，防止结石发生。

二、已病防变

- （1）胆石病人已排石者，虽然体征消失，应继续服用一个时期的舒肝利胆中药，以巩固疗效，防止结石再发。
- （2）采用手术治疗的胆石病人，取石务必彻底，对于多发性结石、肝内胆管结石应行内引流手术，以利于残余结石排出。
- （3）注意腹痛症状的变化，如经治疗后腹痛一度加剧，随后又突然消失，并伴以体温下降，自觉轻松，则为“排石现象”，应注意收集大便，淘筛结石。反之，若腹痛加剧持续不能缓解，并有寒战，黄疸加深，这表明结石嵌顿，造成胆道梗阻，应及时进行手术治疗。
- （4）饮食宜清淡，避免油腻，忌食生冷及不消化食物，一般以进低脂流汁、半流汁、软食为宜，视病情决定。

第十五章 急性乳房炎

第一节 概述

急性乳房炎是乳房的急性化脓性感染。绝大多数病人为产后哺乳的妇女，尤以初产妇多见，好发于产后3~4周。临床以乳房肿块，局部红、肿、热、痛伴发热为特征。

急性乳房炎相当于祖国医学的“乳痈”。因发病时期和病因不同，又有不同名称。发生在哺乳期者，称之为外吹乳痈；发生在妊娠期者，称之为内吹乳痈；发生在非妊娠、非哺乳期者，称之为“不乳儿乳痈”。

历代医家在大量临床实践中，对乳痈的病因病机、诊治及预防总结了丰富的理论和宝贵经验。乳痈病名最早见于晋·《针灸甲乙经》：“乳痈有热，三里主之。”晋·《肘后备急方》首先提出乳汁郁滞导致乳痈发生：“凡是乳汁不得泄，内结名妒乳，乃急于痈。”关于病因病理的论述，隋·《诸病源候论》中谓：“是阳明之经脉，有从缺盆下于乳者，劳伤血气，其脉虚，腠理虚，寒客于经络，寒搏于血，则血涩不通，其血又归之，气积不散，故结聚成痈。痈气不宣，与血相搏，则生热，热盛乘于血，血化成脓；亦有因乳汁蓄积，与血相搏，蕴积生热，结聚而生乳痈者。”宋·《圣济总录·乳痈》则提出了冲任两脉与乳痈发生的关系：“然此病产后而有者，以冲任之经，上为乳汁，下为月水，新产之人，乳脉正行，若不自乳儿，乳汁蓄结，气血蓄积，即为乳痈”，“冲任不和，阳明经热，或为风邪所客，则气壅不散，结聚乳间……疼痛有核，皮肤焮赤，寒热往来，谓之乳痈。”元·《丹溪心法·痈疽》则强调了乳痈发生与厥阴、阳明两经的关系，并指出预防措施及治法：“乳房阳明所经，乳头厥阴所属。乳子之母，不知调养，怒忿所逆，郁闷所遏，厚味所酿，以致厥阴之气不行，故窍不得通而汁不得出，阳明之血沸腾，故热盛而化脓。亦有所乳之子，膈有滞痰，口气焮热，含乳而睡，热气所吹，遂生结核，于初起时，便须忍痛，揉令稍软，吮令汁透，自可消散，失此不治，必成痈结。治法，疏厥阴之滞，……清阳明之热”。明·《外科发挥》则科学地提出乳痈成脓宜早期切开，否则有“传囊”之变：“夫乳之物，各有囊橐，若有一脓，即针之，否则遍溃诸囊矣。”

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

1. 细菌入侵

乳头破损是细菌从淋巴管入侵的主要途径；乳儿患有口腔炎或含乳头而睡导致细菌直接侵入乳管而发生炎症；身体其它部位的感染灶的细菌经血液循环至乳房而引起炎症。

2. 乳汁淤积

淤乳有利于细菌的生长和繁殖。引起淤乳的原因有：排乳不畅，如乳头过小、内陷或乳管不通等；乳汁生成过多而乳儿吸吮少，不能及时排出。

3. 产妇身体虚弱，抗感染能力下降。

(二) 病理

1. 肉眼所见

早期皮肤潮红，乳腺房局部肿大，中后期切开后有脓腔形成。

2. 镜下所见

乳腺及导管内有乳汁淤积，乳腺组织有大量中性粒细胞浸润，并可见吞噬活动，上皮细胞、粒细胞坏死液化及脓肿形成等。

二、中医病因病机

(一) 病因

祖国医学认为肝气郁结、胃热壅盛、乳汁郁滞、外感邪毒是发病的主要原因。正如《外科冯氏锦囊秘录精义》中所述：“乳子之母，不知调养，怒忿所逆，郁闷所遇，厚味炙煇所酿，以致厥阴之气不行，故窍不得通，而汁不得出，阳明之血热沸腾，故热胜而化脓；亦有所乳之子，膈有滞痰，口气焮热，含乳而睡，热气所吹，遂生结核……失此不治，必成痈疔。”

(二) 病机

1. 肝气郁结，胃热壅盛

乳头属足厥阴肝经，肝主疏泄，调节乳汁的分泌。乳房属足阳明胃经，乳汁为气血所化，源出于胃。若情志不畅，肝气不舒，疏泄失职，则乳汁郁滞阻塞乳络而结块，郁久化热，热盛肉腐而为脓；肝气横逆或产后恣食肥甘厚味，致阳明积热，胃热壅盛循经结于乳房，导致气血凝滞，经络阻塞而结块，热盛肉腐而为脓。

2. 乳汁郁滞

乳汁郁滞，乳络阻塞，郁久化热，热盛肉腐而为脓。

3. 外感毒邪

外感风热毒邪，与积乳相搏，导致气血凝滞，经络阻塞，郁久化热，热盛肉腐而为脓。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

初起乳房肿胀疼痛，伴发热，全身不适感。病情继续发展，肿胀加重，疼痛加重且呈搏动性，伴高热、寒战。

(二) 体征

初起局部皮肤潮红、发热，可扪及肿块、压痛。肿块数天内变软，表浅者自行溃破溢脓或乳头流出脓液；深部脓肿需穿刺确诊。患侧腋窝淋巴结肿大、压痛。

(三) 实验室及其它检查

(1) 血常规：白细胞总数及中性粒细胞均增高。并发败血症时，白细胞总数增高，中性粒细胞达80%以上。

(2) B超检查：对于诊断炎性肿块和脓肿形成很有价值，并且具有定位作用。

(3) 局部穿刺抽脓：有波动感的炎性肿块，穿刺获得脓性液体，可明确诊断；对于炎症明显而未有波动感的深部脓肿，穿刺抽脓可明确诊断及确定脓肿的位置。

(4) 脓液细菌培养及药敏试验：可确定致病菌种类，指导选用抗生素。

(四) 并发症

严重感染，治疗未及时者可并发败血症。

(五) 诊断要点

1. 诊断

多发生于产后哺乳的妇女，出现乳房胀痛，局部红、肿、热、痛并扪及乳房结块，伴有发热等不同程度的全身炎性毒性表现，结合辅助检查，即可确诊。

2. 鉴别诊断

①炎性乳癌：多发生于妊娠期、哺乳期的青年妇女，乳房明显增大，无明显的局限性肿块，皮肤发红、充血、水肿尤如急性炎症，抗炎治疗无效，结合行乳房钼靶X线摄片、针刺吸取细胞学检查可鉴别。

②哺乳期外伤性乳房血肿：本病早期可见局郁红、肿、热、痛，或扪及边界不清的肿块，

穿刺液为血液且有乳房外伤史，故可鉴别。

③乳房部蜂窝积炎：发病急骤，病变范围大，皮肤焮红漫肿，疼痛剧烈，毛孔深陷，迅速发黑溃烂，全身中毒症状明显。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

初起：乳房肿胀疼痛，排乳不畅，苔黄，脉弦数。伴皮肤发红或不红，肿块或有或无，恶寒、发热，烦躁易怒，尿黄，便干等。

成脓期：肿块增大，疼痛剧烈，如鸡啄样，皮肤焮热红肿，按之有波动感或局部漫肿，压痛明显，穿刺抽吸有脓，苔黄，脉洪数或滑数。伴憎寒壮热，口渴喜饮，小便短赤，大便秘结等。

溃脓期：破溃脓出，肿消、痛减、热退，逐渐愈合。若脓出不畅，肿痛、身热不减，可形成“传囊”之变。或溃后乳汁从疮口溢出，形成乳漏，愈合较慢。伴神疲，体倦，纳差，舌淡苔薄黄，脉细。

（二）辨证分型

1. 肝郁胃热证

〔临床表现〕乳房肿胀疼痛，排乳不畅，皮肤发红或不红，肿块或有或无，伴恶寒发热，烦躁易怒，尿黄便干，舌质红苔薄黄或黄，脉弦数。

〔辨证分析〕肝气郁结，胃热内蕴，气血凝滞，乳络阻塞，结于乳房，故见乳房肿胀疼痛，或见肿块。肝失疏泄，加之乳络受阻，故见排乳不畅。外邪侵袭，营卫不和，故见恶寒发热。肝气郁结故见烦躁易怒。阳明胃热壅盛故见尿黄便干。舌红苔黄，脉弦数皆为肝胃热之征。

2. 热毒壅盛证

〔临床表现〕乳房肿块增大，疼痛剧烈，如鸡啄样，皮肤焮热红肿，按之有波动感，或局部漫肿，压痛明显，穿刺抽吸有脓。伴憎寒壮热，口渴喜饮，小便短赤，大便秘结，舌质红苔黄腻或黄燥，脉洪数或滑数。

〔辨证分析〕阳明积热不散，热毒炽盛，热盛肉腐化脓，故见肿块增大，疼痛剧烈，皮肤焮热红肿，抽吸有脓。热毒壅盛，灼伤津液，故口渴喜饮，尿赤便秘。正邪交争剧烈，故见憎寒壮热。舌质红苔黄腻或黄燥，脉洪数或滑数皆为热毒壅盛之征。

3. 正虚余毒未尽证

〔临床表现〕破溃后，脓出不畅，局部肿块难消，疼痛不减，身热不退，疮口难愈，形成“传囊”乳痈。或乳汁自疮口溢出形成乳漏。伴神疲，体倦，纳差，舌淡苔薄黄，脉细。

〔辨证分析〕疾病日久，耗伤气血，正气虚弱，不能托毒外出，余毒留恋，故脓出不畅，肿块难消，疼痛不减，身热不退。脓液波及其它乳囊，故可形成“传囊”乳痈。乳漏形成亦为正气虚弱，不能托毒外出，余毒留恋。神疲，体倦，纳差，舌淡苔薄黄，脉细皆为正虚余毒未尽之征。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一) 常规治疗

1. 药物治疗

病情轻者，可口服或肌注给药，头孢氨苄 0.25g，每日 4 次，口服；林可霉素 0.25g，每日 3 次，口服；青霉素 80 万^U，每日 2 次，肌注。病情较重者，青霉素 800 万^U 兑入生理盐水静滴每日 1 次；头孢唑啉 3~5g 兑入葡萄糖水静滴每日 1 次。如青霉素或头孢唑啉过敏者，可用红霉素、林可霉素等。

2. 外治法

初起：①局部热水袋热敷。②水肿明显者可用 25% 硫酸镁湿热敷。③微波仪、频谱治疗仪、神灯仪等理疗，有利于促进炎症的吸收。④局部封闭疗法：可用含 100 万^U 青霉素的等渗盐水 20ml 注射于炎块四周，必要时 4~6 小时重复一次，有利于早期炎症的消退。

成脓期后，切开引流及时排脓。浅部脓肿且范围局限者，可采用穿刺抽脓法。局部皮肤常规消毒，选取压痛最明显处，用空针穿刺抽脓，尽量抽尽，完毕后用无菌纱布覆盖针眼，隔日一次。深部脓肿、多房脓肿及范围较大者，可行切开引流术。注意避免手术损伤乳管而形成乳漏。乳房部脓肿，应以乳头为中心作放射状切口；乳晕部脓肿，应以乳晕周围作弧形切口；深部脓肿或乳房后脓肿，可沿乳房下缘作弧形切口；多房脓肿必要时可作切口对流引流。

(二) 对症治疗

高热疼痛者给予止痛、镇静剂。

(三) 并发症的治疗

败血症的治疗：①脓肿及时切开。②大量应用抗生素如头孢氧哌唑 4~8g 加入 5% 葡萄糖水中静脉推注，每日 2 次。③提高全身免疫力，补充水电解质、维生素等。④对症治疗，如抗休克治疗。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 肝郁胃热证

〔治法〕疏肝清热，解表和营，通乳消肿。

〔方药〕瓜蒌牛蒡汤加减：

瓜蒌 30g，蒲公英 15g，牛蒡子 10g，柴胡 10g，青皮 10g，山栀 10g，黄芩 10g，金银花

30g, 连翘 10g, 皂角刺 6g, 花粉 10g, 生甘草 6g。水煎服。

〔加减〕口不渴者去花粉, 若有肿块者加浙贝母、山甲珠以散结, 肿痛者加赤芍、乳香、没药以消肿止痛, 乳汁郁滞者加木通、王不留行、路路通以通乳, 热甚者加石膏、知母以清热生津, 便秘者加生大黄以通腑泄热。

〔分析〕瓜蒌消肿散结疗痈, 蒲公英清热解毒、利湿为治疗乳痈之良药, 牛蒡子疏散风热, 柴胡、青皮疏肝解郁, 山梔、黄芩清泄肝胃之热, 银花、连翘清热解毒散结, 花粉清热生津, 皂角刺为消肿溃疮之良药, 生甘草调和诸药并有解毒之功。

2. 热毒壅盛证

〔治法〕清热解毒, 托里透脓。

〔方药〕五味消毒饮合透脓散加减

蒲公英 15g, 金银花 15g, 连翘 10g, 地丁 15g, 生黄芪 15g, 当归 10g, 川芎 6g, 皂角刺 6g, 山甲珠 6g。水煎服。

〔加减〕疼痛难忍者加制乳香、没药以消肿止痛, 高热、口渴者加石膏、知母、花粉以清热生津, 便秘者加生大黄以通腑泄热。

〔分析〕蒲公英、金银花、地丁、地丁清热解毒疗痈, 黄芪、当归补气活血, 川芎理气活血止痛, 山甲、皂角刺散结通络透脓。

3. 正虚余毒未尽证

〔治法〕益气 and 营, 托毒排脓。

〔方药〕四妙散加减

生黄芪 15g, 党参 12g, 白术 10g, 当归 12g, 川芎 6g, 金银花 15g, 蒲公英 15g, 连翘 10g, 炙甘草 6g。水煎服。

〔加减〕纳差者加陈皮、焦山楂以理气和中, 消食化积。

〔分析〕生黄芪益气托毒排脓, 党参、白术健脾益气, 当归、川芎养血活血, 金银花、蒲公英、连翘清热解毒, 炙甘草调和诸药。

(二) 验方治疗

1. 乳腺炎汤 1 号

〔组成〕公英、栝蒌、赤芍各 30g, 银花 15g, 柴胡、陈皮、漏芦、郁金、夏枯草各 9g, 丝瓜络、生甘草各 6g。

〔用法〕水煎服, 日一剂。

〔功用〕疏肝解郁, 通乳和营, 解毒消肿。

2. 乳腺炎汤 2 号

〔组成〕公英、银花、栝蒌各 30g, 柴胡、黄芩各 30g, 连翘、天花粉、大青叶、生梔子、漏芦各 9g, 苦参、青皮、陈皮各 15g, 甘草 6g。

〔用法〕水煎服, 日一剂。

〔功用〕清热解毒, 通乳消肿, 疏肝清胃。

3. 乳腺炎汤 3 号

〔组成〕银花、公英各 30g, 连翘、天花粉、败酱草、栝蒌各 15g, 柴胡、黄芩各 12g, 白芷、陈皮、赤芍各 9g, 甘草 6g。

〔用法〕水煎服，日一剂。

〔功用〕清热解毒，排脓消肿。

4. 乳腺炎汤 4 号

〔组成〕公英、银花各 30g，生黄芪、天花粉各 15g，当归、连翘各 12g，柴胡、黄芩、白芷、赤芍各 9g，甘草 6g。

〔用法〕水煎服，日一剂。

〔功用〕扶正清热解毒。

〔疗效观察〕姜氏针对哺乳期急性乳腺炎之郁滞、化热、脓成、溃后四期特点，分别给予乳腺炎汤 1、2、3、4 号方内服，并辅以外治法。治疗 80 例，痊愈率 90%，有效率 96%^[1]。

（三）单味药治疗

蒲公英：

〔药理〕蒲公英全草含蒲公英甾醇、胆碱、葡萄糖和果胶等。蒲公英对葡萄球菌、金黄色葡萄球菌和多种皮肤真菌均有不同程度的抑制作用。蒲公英叶有疏通阻塞之乳腺管的作用。

〔用法〕本品与干酒按 1：5 比例混合浸泡 5～7 日，每服此酒浸剂 15ml，每日 3 次。

〔疗效〕治疗 42 例急性乳腺炎，对 36 例发病 4 日以下者有一定疗效，发病 5 日以上者效果较差^[2]。

（四）其它疗法

1. 针灸

①主穴：足三里、梁丘、期门、内关、肩井。

配穴：乳胀者加膻中、少泽；胃热者加丰隆、温留；肝郁者加行间；头痛发热者加合谷、风池。

②用艾条隔葱白或大蒜熏灸患处 10～20 分钟，每日 1～2 次。适用乳痈尚未成脓。

2. 按摩

适用于局部肿痛，乳汁淤积不通，无明显炎症者。按摩时在患乳涂上少量润滑油，用五指由乳房四周轻轻向乳头方向按摩，同时轻揪乳头数次，以扩张乳头部的乳络，使淤积的乳汁逐步排出。注意不宜用力挤压或旋转按压，应沿着乳络的方向施以正压。若在按摩前用蒲公英 60g 煎水热敷，效果更好。或用食、中指中节掐挤法治疗，沿第 3 胸椎棘突下缘至第 7 胸椎棘突下缘，旁开 1.5 寸为治疗线，予以陷挤，每次至皮肤发红为止。

3. 外治法

（1）初起：①金黄膏外敷，适用于皮肤焮红灼热者；冲和膏外敷，适用于皮色不红者；太乙膏掺红丹膏外敷，适用于有肿块者。

②仙人掌去刺捣泥外敷患处。

③鲜蒲公英、鱼腥草、芙蓉花叶各等量，捣烂外敷患处。

④芒硝 20g 溶解于 100 毫升开水中，用厚纱布热敷患处，适用于局部红、肿明显，乳汁分泌旺盛者。

⑤五倍子 15g，研细末，醋调敷患处。

⑥六神丸 30 粒研细末，凡士林适量调敷患处。

(2) 成脓期：治疗如前，切开引流或针刺抽吸脓液。

(3) 溃后期：切开排脓后，用八二丹或九一丹药捻引流，外敷金黄膏。待脓尽，改用生肌玉红膏。若手术切开后，出血不止者，排出脓后，用紫草油膏纱布填塞脓腔以止血。1~2天后，出血已止，可用紫草油膏纱布引流，换药日1次。若乳汁从疮口流出，可用垫棉法束紧，避免乳汁流入脓腔，促使收口；若有袋脓现象，可在脓腔下方垫棉加压，防止脓液滞留；形成乳房窦道者，可先用五五丹药捻插入窦道内，待腐肉脱落，改用生肌玉红膏药捻插入换药至愈合。

4. 鼻塞疗法

用10%芫花根浸出液，浸湿棉球后塞于鼻腔，约20分钟左右，待鼻腔内有热辣感时取出，交替使用，每日2次。

5. 中成药

- ①龙胆泻肝丸，每次9g，每日2次，口服。
- ②犀黄丸，每次1丸，每日2次，口服。
- ③醒消丸，每次9g，每日2次，口服。
- ④梅花点舌丹，每次6g，每日3次，口服。

第五节 预防

一、未病先防

急性乳房炎的预防关键在于避免乳汁淤积，防止乳头损伤，并保持其清洁，应注意以下几点：

(1) 清洁乳头：妊娠期应常用温水、肥皂水或75%酒精擦洗乳头，哺乳前后也应清洗乳头。

(2) 矫正乳头畸形：乳头内陷者，可牵拉、挤捏乳头，使其矫正；手法难以矫正者，可行手术矫正。

(3) 保护乳头：乳头皲裂、擦伤应及时治疗，同时暂停哺乳，可用麻油或鸡蛋黄油外涂，加速愈合。注意婴儿口腔清洁，及时治疗婴儿口腔疾患，不可让婴儿含乳而睡。

(4) 定时哺乳，适时断乳：养成哺乳习惯，每次哺乳时乳汁要吸尽，未能吸尽时，可用吸乳器或按压挤出，以防止乳汁淤积。断乳时应先减少哺乳次数，再行断乳。断乳前可用生麦芽、生山楂各60g水煎服；或乙烯雌酚5mg，每日3次，口服；或用苯甲酸雌二醇2mg，每日2次，肌肉注射，均至回乳为止。同时可用皮硝50g装入纱布袋中，外敷，湿时更换。

(5) 产后可用橘核30g，水煎服，一般2~3剂，可预防乳汁淤积而致乳痈。

(6) 保持精神舒畅：产后情志不畅，可影响肝的正常疏泄功能，导致乳汁淤积而发生乳痈。

(7) 积极预防和治疗其它部位的感染。

(8) 增强体质，提高免疫力。

二、既病防变

- (1) 急性乳房炎要及时治疗，在成脓阶段要及时切开引流，避免形成败血症。
- (2) 手术切开时，要避免损伤乳腺管，以免形成乳漏，难以愈合。

第十六章 乳房增生病

第一节 概述

乳房增生病是指乳腺间质的良性增生以及小叶实质的增生，也称慢性良性乳腺病（简称乳腺病）。乳腺间质的良性增生，可发生于腺管内而表现为上皮的乳头样增生伴乳管囊性扩张，也可发生于腺管周围并伴有大小不等的囊肿形成。本病临床特征主要为乳房胀痛和乳房肿块，且与月经周期和情绪抑郁有密切关系，最常见于25~40岁的妇女，是妇女多发病之一。临床上本病又有许多名称，根据其病变的阶段、程度及病理变化等的不同，又可称为单纯性乳腺增生、乳腺腺病、囊性乳腺增生、乳腺纤维增生病和硬化性乳腺病等。

本病为现代医学病名，属于祖国医学“乳癖”的范围。历代文献对本病进行了不同的描述、命名和认识，“乳癖”最早见于《中藏经》。隋·巢元方所著的《诸病源候论》称之为“乳中结核”。宋·《圣济总录》对其发病有了详细的描述：“妇人冲任为本，若失于将理，冲任不和，阳明经热，或为风邪所客，则气壅不散，结聚乳间，或硬或肿，疼痛有核。”认为本病的发生与冲任不和有关。明·陈实功认为本病“多由思虑伤脾，恼怒伤肝，郁结而成也”，认为本病的发生与肝气郁结有关。清·高秉钧在《疡科心得集》中对乳癖进行了形象的描述“有乳中结核，形如丸卵，不疼痛，不发寒热，皮色不变，其核随喜怒消长，名为乳癖。”综合历史文献，为临床上以调和冲任，疏肝解郁治疗本病提供了理论依据。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

对乳房囊性增生病发病原因的研究，一般认为内分泌激素的紊乱是其主要发病原因。乳腺是雌激素、孕激素和催乳激素等激素的靶器官，但是本病的病因、发病机理十分复杂，究竟是何种激素在何种条件下发生失调，才会导致乳腺组织的增生病变，目前认识不一。

（二）病理

一般认为本病先由腺上皮增生开始，逐渐出现纤维组织增生、纤维囊性增生和纤维瘤形成等一系列病理改变。疾病可以逐步发展，也可在某一阶段自愈。

肉眼观察：病变为局限性或弥漫性，质韧而不均匀的灰白色组织，内有半透明颗粒；如

为囊性小叶增生，则见到小囊肿，囊内为淡黄色或棕色液体。当腺体明显增生时，切面见到隆起的粉红色的半透明颗粒。

镜下观察：可见到发生于导管和小叶结构的上皮增生以及乳腺腺叶的分枝、变多、增大，且均有小叶和末梢腺泡的分支。

二、中医病因病机

（一）病因

（1）由于郁怒伤肝，肝失疏泄，肝气郁结，气机不畅，气血凝滞，壅结于乳房胃络，经脉阻塞，故形成乳房肿块。肝郁气滞，不通则痛，故乳房胀痛。

（2）因肝气郁久化热、化火侮土或思虑过度伤脾，脾失健运，痰湿内生，导致痰气互结，气滞痰凝血瘀结聚于乳房，经脉阻塞；故可形成乳房肿块。肝郁气滞，不通则痛，故乳房胀痛。

（3）因肝肾不足，冲任失调，气血失和，气滞血瘀，阻于乳络或胞宫，故乳房胀痛，月事紊乱；脾肾亏虚，阳虚痰湿内生，气滞血瘀痰凝而致乳房肿块。

（二）病机

多种致病因素导致肝郁气滞血瘀痰凝结于乳房所致。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

乳房胀痛，少数为刺痛或牵掣痛，疼痛常发生或加重于月经前期，多具有周期性，亦随情绪变化而变化，或伴有乳头痛、痒或溢液。

（二）体征

可扪及乳房肿块，呈块状或结节状，质中或硬而不坚，多有压痛，推之活动，但与周围组织分界不清楚。腋窝淋巴结不肿大。

（三）实验室及其它检查

1. 乳房钼靶 X 线摄片

可见棉絮状或毛玻璃状密度增高的阴影，边界不清，但无毛刺现象。

2. 超声波检查

可见增多、增强、增高的反射波形。

3. 针吸细胞学检查

在X线或B超引导下进行穿刺吸取细胞作检查,可以早期发现不典型增生或癌变的存在,准确率较高。

4. 红外线热象图

可见增生的乳腺组织温度略高或血管数量略多,但诊断的特异性较差。

5. 活组织病理切片检查

可以明确诊断、病期及分型。

(四) 诊断要点

1. 诊断

①本病最常见于20~40岁的妇女。

②乳房胀痛、少数为刺痛或牵掣痛,疼痛常发生或加重于月经前期,多具有周期性,亦随情绪变化而变化,或伴有乳头痛、痒或溢液。

③可扪及呈片块状或结节状的乳房肿起。腋窝淋巴结不肿大。

④乳房钼靶X线摄片、超声波检查等可辅助诊断,但明确诊断及分型需病理切片检查。

2. 鉴别诊断

①乳房纤维腺瘤:多发生于18~25岁的青年女性,一般无自觉症状,乳房肿块呈圆形或卵圆形,质韧,表面光滑,边界清楚,易推动。

②乳腺癌:多发生于40~60岁的妇女,肿块多为单个,质硬,表面高低不平,边界不清,移动度受限,可有乳头内陷或抬高,局部皮肤凹陷或呈“橘皮样”改变。腋窝淋巴结肿大。对于乳房囊性增生病变者,早期诊断需结合活组织病理切片检查。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

乳房肿块,胀痛或刺痛,伴情志郁闷,心烦易怒,肿块与胀痛随喜怒而消长;或伴月经不调,量少色淡或色紫有血块,或痛经,或腹痛闭经,腰膝酸冷,面色少华,神疲乏力等。

(二) 辨证分型

1. 肝郁气滞证

【临床表现】乳房肿块,质韧不坚,胀痛或刺痛,伴情志郁闷,心烦易怒,肿块与胀痛随喜怒而消长,舌质红苔薄白或薄黄,脉弦滑。

【辨证分析】因郁怒伤肝,肝失疏泄,肝气郁结,气机不畅,加之脾失健运,痰湿内生,气滞血瘀痰凝,经脉阻塞,结聚于乳房,故形成乳房肿块;肝气郁结,故胀痛;气滞血瘀,不通则痛,故刺痛;肝失条达,故情志郁闷;肝郁化火,故心烦易怒;脉弦见于肝脉,滑脉见于痰证。

2. 冲任失调证

【临床表现】乳房肿块明显,疼痛较轻,伴有月经不调,量少色淡或色紫有血块,或痛经,

或腹痛闭经，兼有腰膝酸冷，面色少华，神疲乏力，舌淡胖，苔白，脉濡细。

【辨证分析】因肝肾不足，冲任失调，气血失和，气滞血瘀，胞宫失养，故月经不调，量少色淡；阻于胞宫，则见月经色紫有血块，或痛经，或腹痛闭经；脾肾亏虚，阳虚痰湿内生，故见腰膝酸冷；气血亏虚，故有面色少华，神疲乏力；气滞血瘀痰凝阻于乳络，故见乳房肿块；不通则痛，故有疼痛；舌淡胖，苔白，脉濡细皆为冲任失调之征。

第四节 治疗

一、西医治疗

（一）常规治疗

5%碘化钾 5ml，每日 3 次，口服。

（二）对症治疗

1. 激素

适用于严重疼痛影响生活、工作者，如：

甲基睾丸素 5mg，每日 3 次，口服，于月经前 1 周内服用。

丙酸睾丸素 25mg，每日 1 次，肌注，于月经前 1 周内，用 3~4 次。

2. 镇静药与利尿药

适用于疼痛较甚者，如安定、速尿等。

3. 维生素类药物

如维生素 B₆，20mg，每日 3 次，口服。

4. 手术疗法

适用于不能排除癌变者。

二、中医治疗

（一）辨证论治

1. 肝郁气滞证

【治法】疏肝理气，活血止痛。

【方药】逍遥散加减

柴胡 9g，当归 12g，赤芍 10g，橘叶 9g，青皮 9g，香附 9g，元胡 12g，郁金 9g，三棱 9g，莪术 9g，夏枯草 12g，牡蛎 30g，山慈菇 6g，生甘草 6g。

【加减】乳房肿痛明显者加制乳、没药各 6g，肿块较硬者，重用三棱 15~30g、莪术 15~30g。

【分析】柴胡、橘叶、青皮、香附疏肝解郁，理气止痛；当归、赤芍、元胡、郁金活血化

瘀；理气止痛；三棱、莪术、山慈菇破血祛瘀，消肿止痛；夏枯草、牡蛎、山慈菇化痰软坚散结；生甘草调和诸药。

2. 冲任失调证

【治法】调和冲任，温阳化痰。

【方药】二仙汤加减。

仙茅 12g，仙灵脾 12g，巴戟天 12g，鹿角霜 9g，当归 12g，白芍 10g，丹参 12g，瓜蒌 15g，夏枯草 9g，山慈菇 6g，牡蛎 30g，柴胡 9g，香附 9g。

【加减】乳房肿痛较甚者加元胡、青皮、橘叶等；肿块坚硬者，加三棱、莪术等；月经量少色淡者，加菟丝子、益母草等；腹痛闭经者加桃仁、红花；肿块较软不散者，酌加半夏、海藻、昆布、白芥子。

【分析】仙茅、仙灵脾、巴戟天、鹿角霜温补肾阳；当归、白芍、丹参养血活血化痰；瓜蒌、夏枯草、山慈菇、牡蛎化痰软坚散结；柴胡、香附疏肝解郁，理气止痛。

(二) 验方治疗

1. 乳一方

【组成】柴胡（或青皮）、当归各 6g，郁金（亦可用三棱代）、橘核、山慈菇、香附、漏芦各 9g，夏枯草、茜草各 12g，赤芍 15g，丝瓜络 5g，甘草 3g。

乳一方制成片剂，定名为“乳核内消片”。

【用法】乳一方，水煎服，日一剂；乳核内消片，6 片，每日 3 次，口服。若肿块、乳痛均明显，则连续使用煎剂，经期亦不间断；若肿块明显，仅经期胀痛，则连续使用片剂，只在经前服煎剂 5~10 剂；若肿块不明显，仅经期乳房胀痛，则连续使用片剂。

【疗效观察】治疗乳腺增生病 74 例，治愈 35 例，占 47.3%；好转 29 例，占 39.2%；无效 10 例，占 13.5%。

2. 乳块消方

【组成】丹参、橘核各 15g，王不留行、川楝子、土鳖虫（广地龙代）、皂角刺各 10g。此为一剂汤药量，可制成糖衣片 47 片，每片重 0.3g，含生药 1.5g。

【用法】每次 6 片，每日 2 次，口服。三个月一个疗程，一个疗程后效果不显著者，每日可增至 24 片，经期不必停药。

【功用】疏肝理气，活血化痰。

【疗效】治疗乳腺增生病，近期临床治愈及显效各 50 例，各占 40%；好转 16 例，占 12.8%；无效 9 例，占 7.2%，其中 2 例加重。

3. 乳腺方

【组成】当归、白芍、柴胡、白术、薄荷、生姜、王不留行、路路通各 15g，丹参、茯苓各 20g，鹿角霜 25g，甘草 10g。伴有乳腺纤维瘤者加夏枯草 20g；伴发乳癌者加冰球子（或山慈菇）15g，半枝莲 15g。男性患者加补骨脂、巴戟天各 15g。

【用法】女性患者于月经 1 周后开始服药，月经期停药；男性患者持续服药。每日 1 剂，水煎分 2 次服，15 剂为 1 疗程。

【功用】疏肝理气，开郁散结。

【疗效】治疗乳腺增生病 119 例，治愈 61 例，显效 42 例，好转 6 例，无效 10 例，显效

以上占 86.5%，总有效率 91.6%。

(三) 单味治疗

1. 商陆

【药理】商陆主要成分为商陆皂甙，经药理证明有扶正固本，增强免疫功能，促进新陈代谢，调节内分泌等作用。

【用法】鲜商陆加工制成片剂，每片重 0.4g，相当于生药 0.5g。始服 6 片，每日三次，如无不良反应，可逐渐增加剂量，至每次 20 片时不再增加。最大剂量可根据病人的体质及对药物的耐受情况而定，一般剂量越大，疗效越好。极少数患者有轻微胃肠不适，但无需停药，坚持服药一段时间后可自行消失。可不间断服药至痊愈。

【疗效】本组 253 例，治愈 94 例 (37.15%)，显效 72 例 (28.46%)，好转 74 例 (29.25%)，无效 13 例 (5.14%)，总有效率 94.86%。

2. 老鹳草

【药理】老鹳草味苦、微辛，有祛风湿，活血通经，清热止泻的作用。老鹳草治疗乳腺增生病，使增生的乳腺变软缩小，甚至消失，可能是老鹳草有活血通经、疏肝理气、止痛消肿、软坚化结功能，有消除乳腺肿块的功效，对治疗乳腺增生病确有良好的疗效。

【用法】30~60 克/日泡茶或煎服，每日 2~3 次，30~60 天一疗程，月经期照常服药。

【疗效】共治 58 例，治愈 30 例，显效 24 例，总有效 93.2%。

(四) 其他疗法

1. 针灸

郭氏针刺治疗，取穴屋翳、膻中、足三里、肩井、天宗、肝俞，每日 1 次，留针 20~30 分钟。近期治愈率 37.2%，有效率为 94.9%^[8]。颜氏单用耳针，取穴：乳腺、神门、内分泌，效果亦佳^[9]。袁氏等针刺治疗，取穴乳根或膻窗、膻中、期门，气滞痰凝者加丰隆、足三里；气滞血瘀者加膈俞；肝郁化热者加太冲，每日或隔日 1 次，留针 20~30 分钟，经期停针。治疗 110 例，治愈率 30.9%，有效率 90%。

2. 外治

①阳和解凝膏外敷 5~7 天，日 1 次。

②消结止痛膏外敷乳房肿块或疼痛处皮肤，7~10 天换药 1 次。

③乳没冰黄膏外敷患处，然后用热水袋热敷半小时，24 小时后换药。

3. 中药塞鼻法：

法半夏、白芥子共研细末，以药棉浸酒蘸药末卷成长条塞鼻。

4. 磁疗

取钕钴永磁片及旋磁机局部贴敷；中药乳罩或磁疗乳罩。

5. 穴位注射：

20% 川芎注射液注射期门、气海、三阴交和肝俞穴等。

6. 中成药

①小金片，每次 4 片，每日 2 次，口服。

②散结冲剂，每次 1 包，每日 3 次，冲服。

③全蝎瓜蒌散，每次 3g，每日 3 次，冲服。

④天门冬素片，每次 1 片，每日 3 次，口服。

三、中西医结合治疗

近年来，不少作者都在运用中西医结合治疗本病。如龚氏将 383 例乳腺增生症患者分为中药组（柴胡、白芍、丹皮、王不留行、白芥子、海藻、当归、白花蛇舌草加减），以渗透力强的复方雄激素软膏外敷为雄激素透皮治疗组和中药加透皮组。结果三组总有效率无统计学差别，但近期治愈率以中药加透皮组为高，并有显著性差别。张氏则以逍遥散加减于月经来潮前 13 天服药，共 10 剂，加服西药甲基睾丸素 5mg，每日一次，月经来潮前 10 天用药，共服 7 天；谷维素 20mg，每日三次，治疗 42 例，痊愈 66.7%，好转 28.6%。吴氏将本病分为二型，肝郁痰凝型用柴胡、橘叶、橘核、当归、赤芍、昆布、海藻、制香附、丹参施治，冲任不调型用柴胡、当归、白芍、鹿角片、仙茅、仙灵脾、巴戟天、菟丝子、蒲公英治疗，同时加服西药 VitE、复方碘液，对照组以 VitE 和复方碘液治疗。结果治愈率分别为 66% 和 33%，统计学处理有显著差异，并随访 6 个月，复发率分别为 21.8% 和 75%。

第五节 预防

(1) 保持心情舒畅，情绪稳定。避免情志抑郁，烦躁忿怒，可预防或减少本病的发生。

(2) 饮食清淡，多食富含维生素 B 族的食物。一般认为本病的发生与雌激素的相对增多密切相关，而维生素 B 有利于肝脏对雌激素的灭活，故有利于病情的缓解。

(3) 减少脂肪的摄入。许多流行病学专家认为过多的脂肪，对于本病的发病有影响，而低脂饮食有益于控制本病的发展。

(4) 保持性生活和谐。选用合适的乳罩及节育方法，避免人工流产，积极治疗月经不调、子宫及卵巢的炎症，可避免或减少本病的发生。

(5) 对于不能排除癌变的患者，应需多次复查，耐心作解释工作，排除患者精神负担，必要时做活组织病理切片检查。

(6) 本病病程长，易反复，需坚持治疗。

第十七章 乳房纤维腺瘤

第一节 概述

乳房纤维瘤是常见的良性肿瘤，约占乳房良性肿瘤的75%，好发于18~25岁的青年女性，月经初潮前或绝经后患病者少见。本病虽属良性，但少数可发生恶变。

本病名为现代医学名称，属祖国医学“乳癖”的范围。“乳癖”一名最早见于汉《中藏经》。隋《诸病源候论》谓：“癖者，癖侧在于两胁之间，有时而痛也。”明《医宗必读》曰：“癖者，僻也，内结于隐癖，外不可见也。”清《疡医大全·乳癖门主论》曰：“乳癖……多由思虑伤脾，怒恼伤肝，郁结而成。”清《外证医案汇编》曰：“乳症，皆云肝脾郁结，则为癖核……痰气凝结为癖，为核，为痞……乳核、乳癖等，坚硬，属气郁者多。”

第二节 病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

一般认为乳房纤维腺瘤的发生与雌激素的作用有密切关系。雌激素可诱发动植物发生纤维腺瘤，并可加速妊娠女性肿瘤的生长，并且本病多发生于女性性功能旺盛时期（18~25岁），以上都提示雌激素在乳房纤维腺瘤发病中的重要作用。

（二）病理

1. 肉眼所见

肿块呈圆形或结节状，周围大多有完整的纤维包膜，早期包膜不完整或不清楚。切面呈灰白色，质地较硬或呈粘液状。当上皮成份丰富时，切而呈粉红色，质地较软，边缘清楚并向外翻。病久者，可有钙化、骨化。

2. 镜下所见

根据增生的上皮和纤维间相互关系可分为以下三类：

①管内型：特点是腺管周围纤维母细胞增生，使腺管伸长、扭曲而呈裂隙状。腺管上皮受挤压而萎缩成扁平形。肿瘤内纤维组织较为疏松，可呈粘液样。

②管周型：特点是腺体增生为主，腺管呈圆形或不规则形，不受增生的纤维组织的挤压，

腺管明显由两层细胞组成，内层为单层、立方或柱状上皮；外层为胞浆透亮的肌上皮。纤维组织疏松或致密，甚至有胶原变性。

③混合型：即管内型和管周型的病理现象同时存在，且两者的量相仿。

二、中医病因病机

（一）病因

- （1）情志内伤，肝气郁结，导致气滞血淤，壅结于乳房而成肿块。
- （2）思虑伤脾，运化失职，痰浊内生，阻碍气机，导致气滞痰浊血瘀凝聚乳房而成肿块。
- （3）肝郁日久化火耗伤肾阴，导致冲任失调，气血失和，瘀血瘀阻乳络而成肿块。

（二）病机

祖国医学认为本病多由致病因素导致肝郁气滞、痰瘀互结而致。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

除出现肿块外，通常无明显的自觉症状。

（二）体征

肿块好发于乳房外上限，多为单发（约占75%），少数属多发（同时或不同时发生）。肿块多呈圆形或卵圆形，表面光滑，边界清楚，质地坚韧，推之移动，生长缓慢，可数月或数年无变化，但妊娠期可迅速增大。肿块与皮肤及深部组织无粘连，腋窝淋巴结无肿大。

（三）实验室及其它检查

1. 乳房钼靶X线摄片

乳房纤维腺瘤密度均匀，边界清楚，偶有钙化、骨化，无血管增多现象。

2. 乳房B超检查

肿瘤边界清晰和完整，有一层光滑的包膜，内部回声分布均匀，呈弱光点；后部回声多数增强，若有钙化时，钙化点后方可出现声影。

（四）诊断要点

1. 诊断

根据乳房纤维腺瘤好发于青年女性，肿块多单发，表面光滑，边界清楚，质地坚韧，推

之移动等，临床上不难诊断，但仍需注意排除乳癌。

2. 鉴别诊断

①乳癌：多发于40~60岁的女性，肿块生长快，质地坚硬，边界不清，与皮肤粘连，皮肤呈凹陷或橘皮样改变，腋窝淋巴结肿大。

②乳房囊性增生病：多发生于25~40岁的妇女，乳房胀痛，多发生或加重于月经前期，具有周期性。肿块多呈片块状或结节状。伴有精神症状或月经不调等。

③乳房结核：多见于素体虚弱者，初期肿块无疼痛，活动好，边界不清；数月后肿块增大，与皮肤粘连，形成寒性脓肿。溃后有豆渣样分泌物，易形成窦道，愈合较慢。

二、辨证·中医诊断

肝郁痰凝证

【临床表现】乳中结核，形如丸卵，不红不热，质地坚实，推之活动，舌质暗或有瘀斑，苔薄白，脉弦滑。

【辨证分析】郁怒伤肝，肝气郁结，导致气滞血瘀；思虑伤脾，脾失健运，痰湿内生，气血痰瘀结于乳房，故肿块坚实。舌暗或有瘀斑，脉弦滑为肝气郁滞，痰瘀互结之征。

第四节 治疗

一、西医治疗

乳房纤维腺瘤的治疗应以手术治疗为宜。切除时应将肿瘤连同包膜整块切除，术后立即作病理检查。

二、中医治疗

（一）辨证论治

肝郁痰凝证

【治法】疏肝解郁，化痰散结。

【方药】逍遥散加减。

柴胡9g，香附9g，陈皮9g，当归12g，白芍9g，川芎9g，郁金9g，瓜蒌30g，制半夏9g，贝母12g，牡蛎30g。

【加减】肿块坚硬者加制乳香、制没药、山甲、三棱、莪术以活血破瘀散结；肿块多发者，加山慈菇、黄芪、党参以补气活血散结；肝郁化火者，加山栀、夏枯草以泄肝火；月经不调者加仙茅、仙灵脾以助肾阳调和冲任。

（二）验方治疗

全蝎瓜蒌散

【组成】全蝎 1600g，瓜蒌 25 个。

【用法】瓜蒌开孔，将蝎子分装于瓜蒌内，放瓦上焙干存性，研细末。日服 3 次，每次 3g，温开水调服，连服一月。

【功用】理气化痰，散结消肿。

【疗效】治疗乳房纤维腺瘤 11 例，痊愈 10 例^[21]。

（三）其它疗法

1. 外敷

阳和解凝膏外贴患处，7 天一换。

2. 中成药

①逍遥丸：每次 4.5g，每日 2 次。

②小金丹：每次 1 粒，每日 2 次。

③小金片：每次 4 片，每日 2 次。

④内消瘰癧丸：每次 6g，每日 2 次。

三、中西医结合治疗

对于本病的治疗以手术切除为宜。但对于多发性纤维腺瘤或婚前女青年体积较小的纤维腺瘤，可用中药治疗，以控制肿块的生长，促使其缩小，甚至消除。效不佳，再行手术治疗。

第五节 预防

（1）保持心情舒畅，情绪稳定，避免情志抑郁，烦躁忿怒，可能预防或减少本病的发生。

（2）饮食清淡，多食富含维生素 B 族的食物。一般认为雌激素在本病的发病中有重要作用，而维生素 B 有利于雌激素在肝脏内的灭活，故有利于减少本病的发生。

（3）本病一旦发生，须立即行手术切除，对于不适宜手术治疗者，可用中药治疗；对于不能排除癌变者，需耐心作解释工作，排除患者的精神负担，必要时做活组织病理切片检查。

第十八章 乳管内乳头状瘤

第一节 概述

乳管内乳头状瘤是发生于乳管上皮的良性肿瘤,可分为单发性和多发性乳头状瘤两类。本病约占乳房良性肿瘤的20%,可见于任何年龄的成年女性,以40~50岁者多见,约6%~8%的病人有发生恶变的可能。

乳管内乳头状瘤属于祖国医学“乳衄”的范围。历代文献对此病记载较少。清《疡医大全·乳衄门主论》对本病症状、病史、病因、病机及治疗作了较全面的论述:“妇女乳房并不坚肿结核,惟乳房常流鲜血,此名乳衄。乃属忧思过度,肝脾受损,肝不藏血,脾不统血,肝火亢盛,血失统藏,所以成衄也。治当平肝散邪,养血扶脾为主。”

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

本病病因尚不确定,有学者认为本病的发生与雌激素刺激有关。

(二) 病理

1. 肉眼所见

导管扩张,腔内有淡黄色或淡褐色的分泌物,导管内壁表面有带蒂的乳头状新生物凸入腔内,乳头的大小形态不一。

2. 镜下所见

基本病变为导管上皮和间质增生形成乳头状结构,纤维血管组织表面覆盖单层上皮细胞,或含有肌上皮的双层细胞。若乳头的上皮细胞高度增生,排列紧密、紊乱,细胞体积增大或大小不一,核染色较深,分裂相增多,则应考虑癌变。

二、中医病因病机

（一）病因

（1）忧思郁怒，肝失条达，肝气郁结，郁久化火，灼伤血络，迫血妄行而致乳窍流血。

（2）思虑伤脾或肝郁伤脾，脾不统血，血失统藏，溢于乳窍。

（3）肝郁化火，迫血妄行，离经之血结于乳络或肝火亢盛，炼液成痰，痰瘀交并，络脉痹阻而成结核。

（二）病机

肝脾受伤，血失统藏，痰瘀交并，脉络痹阻。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

乳头溢液，液体为血性或浆血性。较大肿瘤堵塞乳管时，可出现疼痛、肿块，一旦积血排出，则疼痛消失，肿块变小，这种现象可反复出现。

（二）体征

肿块多不易扪及，或在乳头附近扪及豆粒大小肿块，质软，无压痛，轻压肿块，可有血性或浆血性液体自乳头溢出。腋窝淋巴结无肿大。

（三）实验室及其它检查

1. 乳晕部透光试验

积血的导管为暗区，而其他区域呈橘红色。

2. X线检查

乳腺管造影可显示肿瘤的部位、大小。

3. 乳头溢液涂片

可见红细胞和上皮细胞，偶见癌细胞。

（四）诊断要点

1. 诊断

①乳头溢液。

②乳头附近扪及肿块，轻压时有血液或浆血性液从乳头溢出。或未扪及肿块，用食指围绕乳头按顺序按压乳晕区，可见乳头溢液。

③辅以透光试验、X线检查、溢液涂片等检查即可诊断。

2. 鉴别诊断

①乳腺癌：乳房肿块明显，质地坚硬，边界不清，与皮肤粘连，腋窝淋巴结肿大，患侧乳头溢液为血性或棕褐色液。行乳房钼靶X线摄片，溢液脱落组织细胞学检查、活组织病理切片检查可协助诊断。

②乳房囊性增生病：乳房胀痛，乳房肿块呈片块状或结节状，肿块和疼痛随月经周期而发生变化。伴有乳头溢液者，液体多为淡血性、淡黄色、棕黄色液。病理活检可协助诊断。

③乳腺导管扩张症：多有乳头凹陷，溢液以透明或淡黄色多见。部分病例在乳晕下可扪及多个小结节，其与乳腺导管走向一致，常发生红肿疼痛或溃破流脓。乳腺导管造影和乳头溢液涂片有助鉴别。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

乳头溢血，乳晕处或触及肿块，伴情绪急躁，心烦易怒，胸胁胀痛，口苦咽干，或伴四肢倦怠，食欲不振，心悸少寐等。

（二）辨证分析

1. 肝郁化火证

【临床表现】乳头溢血，色鲜红，乳晕处或触及肿块，压痛；伴情绪急躁，心烦易怒，胸胁胀痛，口苦咽干，舌边尖红，苔薄黄，脉弦数。

【辨证分析】肝郁化火，灼伤乳络，迫血妄行，则乳头溢血。肝火亢盛，炼液成痰与离经之血互结，络脉痹阻而成结块。肝郁火旺，故见心烦易怒，胸胁疼痛，口苦咽干，舌红苔黄，脉弦数等。

2. 脾不统血证

【临床表现】乳头溢液，色淡红或棕黄，乳晕部或触及肿块；伴四肢倦怠，食欲不振，心悸少寐，舌质淡苔薄白，脉沉细。

【辨证分析】忧思过度，肝脾受伤，肝不藏血，脾不统血，则乳头溢血；脾虚失健，则四肢倦怠，食欲不振；气血亏虚，心失所养，故致心悸少寐；舌质淡苔薄白，脉沉细皆为脾虚血亏之征。

第四节 治疗

一、西医治疗

本病虽为良性肿瘤，但约有6%~8%恶变的可能，故一旦确诊，应尽早行手术治疗；已

有恶变者，宜行乳房根治术。

二、中医治疗

（一）辨证论治

1. 肝郁化火证

【治法】疏肝解郁、清热凉血。

【方药】丹栀逍遥散加减。

丹皮 9g，栀子 9g，柴胡 9g，当归 12g，白芍 12g，白术 12g，云苓 12g，薄荷 9g，生地 9g，小蓟 9g，生甘草 3g。

【加减】胸胁胀痛者加香附、橘叶、川楝子以疏肝解郁；肿块刺痛加三七、丹参以活血化瘀止痛；心烦不寐加酸枣仁、柏子仁以养心安神。

【分析】丹皮、栀子以清泻肝火；柴胡疏肝解郁；当归、白芍柔肝养血；云苓、白术健脾益气；薄荷条达肝气，散郁热；生地、小蓟凉血止血；生甘草调和诸药。

2. 脾不统血证

【治法】健脾益气，养血摄血。

【方药】归脾汤加减。

黄芪 18g，党参 30g，云苓 12g，白术 12g，当归 12g，白芍 12g，木香 9g，龙眼肉 9g，仙鹤草 30g，藕节 10g，炙甘草 6g。

【加减】乳房胀痛者加元胡、川楝子以疏肝解郁；若肿块不消者加王不留行、生牡蛎以软坚散结；心烦少寐者加茯神、远志、酸枣仁以养心安神；纳呆者加神曲、陈皮以健脾和胃，消食化积。

（二）验方治疗

自拟方

【组成】

女贞子 10g，旱莲草 15g，青、陈皮各 10g，川楝子 10g，荷叶灰 10g，侧柏叶 10g，血余炭 10g，全当归 10g，柴胡 10g，夏枯草 15g，香附 6g。

【用法】水煎服。

【功用】疏肝健脾，滋补肝肾，调理冲任。

【疗效观察】治愈乳头溢血病人 1 例^[22]。

（三）其它疗法

1. 外敷

①阳和解凝膏或阳毒内消散外敷。

②生大黄、蜂蜜调成糊状敷肿块处，以消肿止血。

2. 中成药

①丹栀逍遥丸：每次 9g，每日 3 次，口服。

②龙胆泻肝丸：每次 9g，每日 3 次，口服。

第五节 预防

- (1) 保持心情舒畅，避免精神刺激，注意劳逸结合。
- (2) 多食清淡蔬菜，忌食肥甘厚味辛辣之品。
- (3) 注意病情变化，在药物治疗的同时，重视精神治疗，定期医院复查。治疗无效需及时手术治疗。

第十九章 乳腺癌

第一节 概述

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤，约占乳房恶性肿瘤的98%，男性极少发病。本病多发于40~60岁的妇女。近年来，乳腺癌的发病率呈增高趋势，现已超过子宫颈癌，成为女性发病率最高的恶性肿瘤。

祖国医学根据本病肿块坚硬如石，高低不平，推之不移，溃后或深如岩穴，或凸若泛莲等特点，称之为“乳岩”。又有“石痈”、“乳痞”、“妒乳”等名称。

祖国医学对本病很早就有认识，历代医家在临床实践中认识不断深入。东晋·《时后备急方》谓：“痈结肿坚如石，或如大核，色不变，或作石痈不消。”隋·《诸病源候论》中谓：“石痈之状，微强不甚大，不赤，微痛热……但结核如石。”以上颇似乳腺癌的早期症状。而南宋·《妇人大全良方》称之为“乳岩”：“若初起内结小核，或如博棋子，不赤不痛，积之岁月渐大……岩溃破，如石榴或内溃深洞，血水滴沥，此属肝脾郁怒，气血亏损，名曰乳岩，为难疗。”明·《外科正宗》对乳岩的病因、病机、病变过程、治疗及预后进行了详细的论述：“忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所愿不得者，致经络痞涩，聚结成核”。“初起如豆大，渐若棋子，半年一年，二载三载，不痛不痒，渐渐而大，如生疼痛，痛则无解。日后肿如堆粟，或如覆碗，紫色生秽，渐渐溃烂，深者如岩穴，凸者若泛莲，疼痛连心，出血则臭。”“凡犯此者，百人百必死。如此症知觉若早，只可清肝解郁汤或益气养荣汤，患者再加清心静养……，服药调理只可苟延岁月。”清·《医宗金鉴·外科心法要诀》则描述了本病晚期向胸腋转移的现象：“乳岩初结核隐痛，肝脾两损郁凝……延续发如堆粟，坚硬岩形引腋胸。顶透紫光先腐烂，时流污水日增疼。溃后翻花怒出血，即成败证药不灵。”并且认为本病晚期，不宜过用攻伐，当以补虚为主。指出，经药物内服、外敷“若反复不应者，疮势已成，不可过用克伐峻剂，致损胃气，即用香贝养荣汤”。

由此可见，祖国医学已对本病的证治有了一定的认识。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

一般认为乳癌的发生与卵巢内分泌功能失调、遗传、高脂饮食、生育哺乳、既往有良性乳腺疾病史等可能有关。卵巢内分泌功能失调在乳癌的发病机理中占重要地位。

(二) 病理

乳癌种类很多，各家分型各异，按肿瘤分化程度可分为以下两大类。

1. 分化低的乳癌

- ①硬癌：切片见癌细胞较少，在索状和片状排列的癌细胞间有很多纤维组织。
- ②髓样癌：切片见癌细胞较多，细胞索片间的纤维间质较少。
- ③弥漫型癌（也称炎性癌）：切片见癌细胞弥漫增长，纤维间质极少。
- ④胶样癌：肿块切面呈胶样半透明状，为数不多的癌细胞周围尽是粘液。

2. 分化高的乳癌

- ①腺癌：起源于胞泡或小乳管。癌细胞排列成腺样结构。
- ②导管癌：起源于中、小乳管。切面上可从切断的管腔挤出如从面部粉刺内挤出的油腻物。切片上可见很多极度增生的乳管样组织，管腔充满癌细胞，中心部分癌细胞可发生坏死。
- ③乳头状癌：起源于靠近乳头的大乳管。肿块较大，有时有囊性变。
- ④湿疹样癌（paget 乳头病）：起源于乳头内的大乳管。癌细胞呈空泡状，在乳头、乳晕的表皮深层浸润发展^[23]。

二、中医病因病机

(一) 病因

1. 肝脾郁结

忧思郁怒，情志不畅，肝脾两伤，肝失条达，气机郁滞，气滞则血瘀；脾失健运，痰浊内生，痰瘀互结，经络阻塞，结于乳房而发病。

2. 肝肾不足，冲任失调

冲为血海，任主胞胎。冲脉属肝，肝藏血；任脉属肾，肾藏精。肝肾不足，则气血虚弱，冲任空虚，气血运行不畅，则气滞血瘀，经络阻塞，聚结乳房而发病。

本病结块蕴结日久，化火溃破，血水淋漓，臭秽不堪，气血耗伤而成败证。

（二）病机

气滞、痰浊、血瘀导致经络阻塞，结于乳房而发病。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

早期为乳房无痛性肿块。晚期可出现疼痛、放射痛，乳房溢液，局部皮肤溃破及消瘦、乏力、贫血等恶病质表现，严重衰竭以至死亡。

（二）体征

癌肿侵及不同组织可出现不同体征。乳房肿块多为单个，质硬，表面不光滑，与周围组织界限不清楚。乳头溢乳，量较多，为血性或浆液性，可自行溢出，亦可挤压而出。患乳体积增大，乳头可抬高，回缩或内陷。局部皮肤可呈“酒窝征”，“橘皮样变”以及浅表静脉怒张。皮肤破溃形成溃疡，呈“菜花状”，恶臭、易出血，病灶周围可出现卫星结节，甚至彼此融合弥漫成片，呈“铠甲样变”。腋窝、锁骨上、下淋巴结可触及肿大等。

（三）实验室及其它检查

1. 乳房钼靶 X 线摄片

摄片多数为边界不规则、密度较高的肿块阴影，当中心坏死、液化时，块影中可见低密度影。另一个特点是病灶内存在钙化点。有时还可看到局部皮肤增厚，导管扩张增生，血管钙化等。

2. CT 检查

可以显示乳腺癌边界不规则的实质性块影，也能见到已浸润到周围组织的肿瘤，还能检查腋下及其它淋巴结肿大情况。

3. 乳房 B 超检查

B 超表现多为形态不规则，边缘不光滑的实质性块影，内部回声粗糙不均匀，当癌肿浸润，可见外周组织延伸的强回声带等。

4. 细胞学检查

有乳头创面脱落细胞学检查、乳头溢乳涂片细胞学检查，及在 X 线摄影、B 超引导下细针穿刺吸取细胞学检查，有助明确诊断。

5. 活组织检查

最为可靠的方法，可以明确诊断、分期等。

6. 液晶及远红外热象图

可用于普查及临床初筛。患侧皮肤温度比正常部位高出 1.5℃ 以上。

(四) 并发症

- (1) 癌细胞堵塞淋巴管或转移淋巴结压迫腋静脉, 出现患侧上肢水肿。
- (2) 肺、胸膜转移引起咳嗽、胸痛、气急等。
- (3) 骨转移引起患处疼痛及病理性骨折。
- (4) 肝转移引起肝肿大, 甚至黄疸。
- (5) 脑转移引起头痛、精神症状等。

(五) 诊断要点

1. 诊断

乳癌在乳房肿块中占有相当大的比例, 根据病史、体格检查, 多数可以得出较明确的诊断。临床表现不典型者, 需辅以特殊检查方法, 尤其活组织病理切片检查, 有助于鉴别诊断。某些特殊形式的乳癌与一般乳癌的发展规律及临床表现有所不同。

①乳头湿疹样乳癌 (Paget 病): 单侧乳头乳晕部湿疹样改变, 皮肤发红, 糜烂, 潮湿, 有时结痂, 揭开痂皮出现糜烂面。甚至乳头凹陷或糜烂、腐蚀, 或于乳晕深部扪到肿块。行脱落细胞学检查及活组织检查可明确诊断。

②炎性乳癌: 多发生于妊娠期或哺乳期的年轻妇女, 乳房迅速增大, 皮肤充血、水肿, 皮温升高、疼痛, 类似急性炎症。整个乳房肿大发硬, 无明显局限性肿块, 病程进展快。行活组织检查有助诊断。

2. 鉴别诊断

①乳房囊性增生病: 多发生于 25~40 岁的妇女, 双乳胀痛, 多发生或加重于月经前期, 经后减轻, 具有周期性, 与情绪变化有关。肿块呈片状或结节状, 表面光滑, 推之能动。腋窝淋巴结无肿大。

②乳房纤维腺瘤: 多发生于 18~25 岁的年青妇女, 一般无自觉症状, 乳房肿块呈圆形或卵圆形, 表面光滑, 边界清楚, 易推动, 腋窝淋巴结无肿大。

③外伤性脂肪坏死: 好发于乳房肥大的中老年妇女, 多在外伤后数月发生, 乳房局限性肿块, 质硬而固定, 与皮肤粘连, 淋巴结无肿大, 可疑时行活组织检查以鉴别。

④乳房结核: 多见于素体虚弱者, 初期无疼痛, 活动好, 边界不清; 数月后肿块增大, 与皮肤粘连, 形成寒性脓肿, 溃后有豆渣样分泌物, 易形成窦道, 愈合较慢。必要时行活组织检查以助鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

乳房肿大, 坚硬如石, 皮色如常或皮肤紫红热痛, 破溃后, 血水淋漓, 肿块延及胸腋。伴精神忧郁, 胸闷不舒, 两胁胀痛, 胃纳不佳, 或伴月经不调, 发热面赤, 口渴喜饮, 便秘尿赤, 或伴形体消瘦, 神疲乏力, 心悸气短, 面色苍白, 不思饮食等。

（二）辨证分型

1. 肝郁痰凝证

【临床表现】乳房肿块，坚硬如石，皮色如常，伴精神忧郁，胸闷不舒，两胁胀痛，胃纳不佳，舌苔薄白，脉沉弦。

【辨证分析】忧思郁怒，肝脾两伤，肝失条达，气机郁滞，气滞血瘀；脾伤则健运失职，痰浊内生，气滞、血瘀，痰浊交阻乳络，故乳房肿块坚硬，皮色不变。肝失疏泄，故精神忧郁；肝郁气滞，故胸闷胁胀；肝气犯胃，故胃纳不佳；脉沉弦为肝郁痰凝之征。

2. 冲任失调证

【临床表现】乳房肿块，坚硬如石，皮色如常，伴月经不调，量少，或夹瘀块，腰膝酸软，舌淡红，苔薄白，脉沉细。

【辨证分析】肝肾不足，冲任失调，故月经不调，量少，腰膝酸软；肝肾不足，气血虚弱，冲任空虚，气血运行不畅，导致气滞血瘀，经络阻塞，结聚于乳房而成肿块，皮色如常；月经夹有瘀块，为血瘀之象。舌淡红，苔薄白，脉沉细乃为肝肾不足，冲任空虚之征。

3. 瘀毒化火证

【临床表现】乳房肿块增大，皮肤紫红热痛，伴心烦易怒，发热面赤，口渴喜饮，便秘溲赤，舌红苔黄，脉弦数。

【辨证分析】瘀毒蕴结，日久化火，故乳房肿块增大，皮肤紫红热痛；热扰心神故心烦易怒；热毒内盛，灼伤阴津故发热面赤，口渴喜饮，便秘溲赤。舌红苔黄，脉弦数为瘀毒化火之征。

4. 气血两虚证

【临床表现】本病晚期，肿块延及胸腋并有远处脏器转移，肿块破溃，血水淋漓，形体消瘦，神疲乏力，心悸气短，面色苍白，不思饮食，舌淡苔白，脉沉细。

【辨证分析】久病正虚，正不胜邪，邪盛病进，故有肿块延及胸腋及远处脏器转移，肿块破溃，血水淋漓；气血亏损，筋肉失营，故形体消瘦，神疲乏力；心气虚故心悸气短；脾胃气虚，故不思饮食；面色苍白，舌淡苔白，脉沉细，皆为气血两虚之征。

第四节 治疗

一、西医治疗

一般采取的治疗方针是以早期手术为主，辅以化学抗癌药物、放射、内分泌、免疫等措施的综合治疗。

（一）手术治疗

根据肿瘤的部位、大小、分期及患者要求可选择根治术、扩大根治术、改良根治术及乳房单纯切除术。

（二）化学药物治疗

多用于手术后辅助治疗及晚期乳癌的治疗。常用药物有：环磷酰胺、氨甲喋呤、5-氟脲嘧啶、阿霉素等。

（三）放射治疗

通常用于术后，以防局部复发。对于Ⅳ期乳癌，炎症性乳腺癌等不能实施手术者，以放射治疗为主。对于骨转移，放射治疗有较好的疗效。

（四）内分泌治疗

与病人的年龄有很大关系。主要有切除卵巢、添加性激素（雌激素、黄体酮、雄激素）和糖皮质激素，使用抗雌激素制剂（二苯氧胺）等方法。

（五）免疫疗法

常用的药物有：白介素、干扰素等。

二、中医治疗

（一）辨证论治

1. 肝郁痰凝证

【治法】疏肝理气，软坚散结。

【方药】逍遥散加减。

柴胡 9g，香附 9g，青皮 9g，当归 12g，白芍 12g，郁金 9g，海藻 12g，昆布 12g，三棱 9g，莪术 9g，山慈菇 6g，瓜蒌 30g。

【分析】柴胡、香附、青皮疏肝解郁理气；当归、白芍养血活血；海藻、昆布、瓜蒌化痰软坚散结；郁金行气舒肝活血；三棱、莪术、山慈菇破血软坚。

2. 冲任失调证

【治法】调和冲任，行气活血。

【方药】二仙汤加减。

仙茅 9g，仙灵脾 30g，巴戟天 12g，肉苁蓉 12g，当归 12g，白芍 12g，柴胡 9g，郁金 9g，全蝎 9g，瓜蒌 9g，土贝母 9g，山甲珠 9g。

【加减】气滞血瘀明显者加桃仁、三棱、川芎活血化瘀；肝肾亏虚明显者加菟丝子、龟板以滋补肝肾。

【分析】仙茅、仙灵脾、巴戟天、肉苁蓉壮阳补肾；当归、白芍养血柔肝，共奏补肝肾、调冲任之功；柴胡、郁金疏肝理气；全蝎、瓜蒌、土贝母、山甲珠以化痰软坚散结。

3. 瘀毒化火证

【治法】清肝解郁，泻火解毒。

【方药】丹栀逍遥散加减。

丹皮 9g, 山梔 9g, 柴胡 12g, 香附 9g, 郁金 12g, 当归 15g, 白芍 15g, 半枝莲 30g, 土茯苓 30g, 山慈菇 6g, 生甘草 3g, 云苓 12g。

【加减】疼痛剧烈者加乳香、没药以活血止痛；渗流血水臭秽者，加生苡仁、紫草以解毒排脓。

【分析】丹皮、山梔清肝泻火；柴胡、香附、郁金疏肝解郁；当归、白芍养血柔肝；云苓健脾；半枝莲、土茯苓、山慈菇清热解毒化浊，甘草调和诸药。

4. 气血两虚证

【治法】益气养血，解毒散瘀。

【方药】香贝养荣汤加减。

香附 9g, 贝母 9g, 党参 12g, 生黄芪 15g, 太子参 12g, 云苓 12g, 白术 12g, 陈皮 9g, 熟地 15g, 当归 12g, 白芍 12g, 白花蛇舌草 30g, 远志 9g, 炒枣仁 9g。

【加减】疼痛较甚，加乳香、没药以活血化瘀止痛；肿块坚硬不消加三棱、莪术，三七粉以破血祛瘀消肿；皮肤溃破渗血，加仙鹤草、生苡仁以凉血止血排脓。

【分析】党参、黄芪、太子参、云苓、白术健脾益气；熟地、当归、白芍滋补肝肾，养血活血；香附、陈皮疏肝理气；贝母、远志化痰软坚散结；白花蛇舌草清热解毒；远志、枣仁安神。

(二) 验方治疗

四妙汤加味

【组成】生黄芪、金银花、全当归各 30g, 全瓜蒌 50g, 柴胡 20g, 炮山甲、青皮、粉甘草各 9g。

【用法】每日一剂，煎 3 次，空腹下。

【功用】扶正解毒，消肿散结。

【疗效观察】患者 1972 年 7 月 26 日初诊，内服中药，局部用大蟾蜍 1 只，捣泥敷贴患处肿块上，用纱布包扎 1 天，因易变臭，注意及时更换，隔 1~2 天，继用此法外贴。五诊（9 月 14 日），乳腺肿块消失，乳房基本复原，未见新生病灶，挤压乳头不见紫黑色血性分泌物溢出。拟五味异功散三剂，以善其后。追踪观察至 1979 年，未见复发及转移，仍健在。

(三) 其它疗法

1. 针灸

主穴：肩井（双）、膻中（双）、乳根（双）、膻中、消块（两手下垂，位于腋前缝尖端，双）、上脘、大椎、心俞（双）、脾俞（双）、肺俞（双）、膈俞（双）、肩贞（双）、少泽（双）、三阴交（双）。配穴：肩外俞、秉风、附分、魄户、神堂、胆俞、意舍，均取双侧。配服中药：海藻、海带、决明子各 30g, 蜜炙女贞子、金银花、丹参、陈皮、熟地各 15g, 茯苓、枸杞子、石斛各 12g, 太子参 9g。效果：以针刺配合中草药为主，其中针刺满三个月，乳腺癌有效者 6 例，均经病理证实。治后肿块消失或缩小，均已存活三年以上，除 1 例因肺转移死亡外，余均在治疗中^[25]。

2. 外治法

①初期：阿魏膏外贴患处。

②溃后：用化腐生肌散撒于疮面，外敷生肌玉红膏。

3. 成药验方

①犀黄丸：每次3g，日2次，口服。

②小金丹：每次1~2丸，日2次，口服。

③醒消丸，每次1丸，日2次，口服。

三、中西医结合疗法

据报道，中医研究院广安门医院肿瘤科（1985）用中西医结合疗法治疗乳腺癌134例，其中Ⅰ期患者64例，Ⅱ期63例，Ⅲ期6例，Ⅳ期1例。单纯用中药者3例，手术加中药16例，手术加放疗加中药22例，手术加化疗和中药37例，放疗加化疗加中药1例，大综合65例。中药用人工牛黄散（人工牛黄10g，制乳、没药、海龙各15g，黄芪、山慈菇、香橡、炒三仙各30g，夏枯草、三七粉、何首乌、薏苡仁、地丁、莪术、仙灵脾各60g，并随证加减，共为水丸）3g，日服2次。放疗、化疗期间予升血1号（太子参、何首乌、鸡血藤、生黄芪各15g，当归、知母、枸杞、三仙各10g，白术12g，石苇3g，大枣7枚，三七粉3g冲服）。5年生存率为88%（其中Ⅰ期为93%；Ⅱ期为84.1%；Ⅲ期为66.7%）。本法优于单纯用西医综合疗法；按治疗方法则以手术加中药较高。

第五节 预防

（1）保持心情舒畅。中医认为忧思郁怒，肝脾郁结是乳癌发病的重要病因，所以保持心情愉快，避免长期过度的精神刺激可以减少乳癌的发生、复发和加重。

（2）饮食调节，忌过食肥甘厚味之品；加强体育锻炼，提高身体素质，增强机体抗病能力。

（3）积极开展防癌教育，普及防癌知识，正确进行乳房自我检查，对乳房肿块或乳头溢液及时就医，忌挤压；提倡母乳喂养；患病后避免怀孕和哺乳，否则加重病情。

（4）积极治疗可能癌变的良性疾患，如乳房囊性增生病、乳房导管内乳头状瘤及乳房纤维腺瘤。

（5）有乳腺癌家族史及手术后患者应进行定期检查。

第二十章 男性乳房肥大症

第一节 概述

男性乳房肥大症是指单侧或双侧乳房肥大，乳晕中央可触及扁圆形肿块，也称男性乳房增生，是临床常见的男性乳房病。患者以中、老年居多，青春期也可以发病。男性青少年在性成熟期也可出现生理性乳房肥大。其常在短期内自行消退。

男性乳房肥大症属于祖国医学“乳房”病的范围。亦有称为“乳节”者。关于本病的症状，清·陈士铎《外科秘录》引歧天师语进行了详细的描述：“男子乳房忽然壅肿如妇人之状。扣之疼痛欲死，经年累月不愈者，乃阳明之毒气结于乳房之间也。然此毒非疮毒，乃痰毒也。”对于本病的病因病机，明·陈实功《外科正宗·乳痈论》认为：“男子乳节与妇女微异，女损肝胃，男损肝肾，盖怒火房欲过度，以此肝虚血燥，肾虚精怯，血脉不得上行，肝经无以养荣，遂结肿毒。”清陈士铎则认识到痰与本病的关系。清·余听鸿《外证医案汇编·乳痈》认为本病以肾为本：“男子之乳房属肾，何也？……是少阴肾之脉络膀胱，其直者从肾上贯肝膈入肺中，水中一点真阳，直透三阴之上。水不涵木，木气不郁，真阳不能上达，乳中结核。气郁无血液化脓，此女子更甚，虽与肝病，其本在肾。”

第二节 病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

发病原因目前难以确定。一般认为与激素失调有关。雌激素浓度相对增高，从而引起乳腺组织的增生。①雄激素减少，如睾丸发育不全、外伤、肿瘤、炎症所致的睾丸功能不全。②雌激素增多，如肝功能损伤，B族维生素的缺乏，长期服用异烟肼等影响雌激素的灭活；长期服用雌激素，用于治疗前列腺癌者等。

（二）病理

1. 肉眼观察

增大的组织呈圆盘状，质地坚硬无包膜，切面可见孔状导管断面，呈灰白色。

2. 镜下观察

常见腺管及腺管间的纤维组织增生，而无腺泡增生。

二、中医病因病机

(一) 病因

1. 肝郁化火

多因情志不畅，忿怒伤肝，导致肝失疏泄，气滞血瘀，郁久化火，炼液成痰，痰气血瘀互结于乳房而成肿块；肝气郁滞，不通则痛，故见胀痛。

2. 肝肾不足

年老体衰，久病伤肾或房劳伤肾，肾阴亏虚不能涵养肝木，致虚火上炎，灼津成痰；肝木失养，疏泄失职，导致气滞血瘀，痰瘀互结于乳房而成肿块，不通则痛，故见疼痛。

3. 先天不足

先天禀赋不足，肾精不充，精血不足，导致肝失涵养，痰瘀结于乳房而成本病。

4. 外邪伤肝

外感热毒或长期服用伤肝之品，导致肝失濡养，痰气血瘀互结于乳房而为本病。

(二) 病机

本病以肝肾损伤为本，以气滞、痰凝、血瘀结于乳房为标。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

乳房增大或乳房肿块，胀痛、乳头溢液。

(二) 体征

青春期男性乳房增大者，一般双侧对称，乳晕区隆起，乳晕中央可触及一扁圆形肿块，质软，边界清，轻度压痛，可在短期内自行消退。老年男性乳房肥大症者，双侧对称，如同成年女性，乳晕色素加深，乳晕下无明显肿块触及，按压乳头偶有乳汁样分泌物。或单侧、偶为双侧乳晕中央可触及肿块，压痛，质韧，边界清楚，与皮肤无粘连，直径约2~5cm左右。

(三) 实验室及其它检查

1. X线钼靶摄片：

可见边界清楚，密度增高且均匀的阴影。

2. B超检查:

可见强回声细网状结构,其间有低回声暗区,也可见中等回声结节。

3. 内分泌激素水平测定:

如睾酮下降,雌三醇含量上升等。

4. 细针穿刺吸取细胞学检查:

有助于肿瘤性质的鉴别。

(四) 诊断要点

1. 诊断:

乳房肥大或乳晕下触及压痛的坚实肿块,伴乳房胀痛。

2. 鉴别诊断:

①假性男性乳房发育症:肥胖男性,因脂肪堆积,双乳呈对称性肥大、隆起。扪诊时,手指按压乳头有一种捺入孔中的空虚感,无压痛。

②乳房脂肪瘤:位于皮下,多为单发,触之柔软,呈分叶状,边界清楚,与周围组织不粘连。

③男性乳房癌:肿块多发生于单侧,与周围组织及皮肤粘连,活动受限。可伴腋窝淋巴结肿大。细针穿刺吸取细胞学检查及活组织病理切片检查有助于确诊。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

乳房肥大,内有结块。伴心烦易怒,胸胁胀痛,口苦咽干。或伴腰膝酸软,遗精早泄,头晕目眩,失眠健忘。或伴反应迟钝,发育迟缓等。

(二) 辨证分型

1. 肝郁痰凝证

【临床表现】乳房结块肿痛,轻度压痛,伴心烦易怒,胸胁胀痛,口苦咽干,舌质红苔薄白或薄黄,脉弦。

【辨证分析】肝郁化火,炼液成痰,痰气瘀血互结,致乳房结块,轻度压痛;肝气郁结,故胁胀痛;肝郁化火,上扰心神,故心烦易怒;肝郁化火,灼伤津液,故口苦咽干,舌质红苔薄黄,脉弦,皆为肝郁化火之征。

2. 肝肾不足

【临床表现】乳房肥大,疼痛不甚,伴腰膝酸软,遗精早泄,头晕目眩,失眠健忘,舌红少津,脉弦细无力。

【辨证分析】肝肾阴虚,则腰膝酸软,遗精早泄,头晕目眩,失眠健忘;肾阴不足,虚火上炎,灼津成痰;肝木失养,疏泄失职,气滞血瘀,痰瘀互结致乳房肿块,不通则痛,故见疼痛。舌红少津,脉弦细无力皆为肝肾阴亏之征。

3. 先天不足证

【临床表现】乳房肥大，睾丸小或隐睾，阴茎短小，反应迟钝，发育迟缓等。

【辨证分析】肾为先天之本，主藏精，主二阴。若先天禀赋不足，则肾精不充，故反应迟钝，发育迟缓，睾丸发育不全。精血不足，导致肝火涵养，痰气血瘀互结于乳房，故见乳房肥大。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一) 常规治疗

由于引起男子乳房肥大症的病因复杂，需采用不同的治疗。生理性乳房肥大症者，一般不需治疗，可自行消退；病理性乳房肥大症者，则针对病因治疗，如睾丸、肿瘤、炎症，肝脏严重损害，长期服用雌激素者等。

(二) 对症治疗

三苯氧胺、克罗米芬等可使部分病人疼痛缓解，肿块消退。若乳房过大影响美容者，可行保留乳头的乳腺组织单纯切除术。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 肝郁痰凝证

【治法】疏肝解郁，化痰散结。

【方药】丹栀逍遥散加减。

柴胡 9g，青皮 9g，川楝子 9g，当归 12g，牡丹皮 9g，栀子 9g，赤芍 15g，夏枯草 15g，瓜蒌 30g，生牡蛎 30g，山慈菇 6g，甘草 6g。

【加减】胁痛较甚加元胡、郁金以理气止痛；夜寐不安者加酸枣仁、合欢皮、夜交藤以安神；咽干少津者，加花粉、麦冬以生津止渴。

【分析】柴胡、青皮、川楝子疏肝解郁；当归、赤芍、丹皮活血化瘀；栀子、夏枯草泄肝火；瓜蒌、牡蛎、山慈菇化痰散结；甘草调和诸药。

2. 肝肾不足证

【治法】滋补肝肾，化痰散结。

【方药】六味地黄丸加减。

熟地 24g，山茱萸 12g，山药 12g，茯苓 9g，牡丹皮 9g，泽泻 9g，枸杞子 10g，浙贝 10g，生牡蛎 30g，昆布 10g，海藻 10g。

【加减】伴阳萎，形寒肢冷者加仙茅、仙灵脾、鹿角霜等以温补肾阳。

【分析】熟地、山茱萸、枸杞子滋补肝肾；山药健脾涩精；茯苓、泽泻、丹皮健脾、泻肾浊、清虚热；浙贝、牡蛎、昆布、海藻化痰散结。

3. 先天不足证

【治法】补肾填精，佐以化瘀。

【方药】左归丸或右归丸加减。

熟地 30g，山茱萸 15g，枸杞子 10g，菟丝子 10g，首乌 10g，龟板胶 10g，鹿角霜 10g，当归 15g，丹参 15g，仙茅 10g，仙灵脾 10g，陈皮 10g。

【加减】气虚者加黄芪、云苓、党参等以大补元气；血虚者加阿胶、白芍等以补血。

【分析】熟地、山茱萸、枸杞、菟丝子、龟板胶、首乌补肾填精；当归、丹参以活血化瘀消肿；鹿角霜、仙茅、仙灵脾以温阳散结；陈皮理气和中。

（二）验方治疗

抑乳汤

【组成】海马 10g，淫羊藿 12g，何首乌 15g，郁金 10g，土鳖虫 6g。

【用法】水煎服，日一剂，40 天为一疗程。

【功用】补肾疏肝、化瘀通窍。

【疗效观察】治疗 15 例，其中 13 例经治 2~3 疗程临床症状消失，血清激素复查测定达到正常范围。1 例垂体微腺瘤经 CT 复查已消失。进步，无效各 1 例^[26]。

（三）单味药治疗

商陆

【药理】商陆的主要化学成份为商陆皂甙。目前已分离出甲、乙、丙、丁、戊、己六个皂甙单位。商陆总皂甙和皂甙甲能显著地促进小鼠白血球的吞噬功能，提高 DNA 的合成率，对抗由羟基脲引起的 DNA 转化率的下降；总皂甙能诱生 γ 干扰素。又据临床观察证明，商陆能扶正固本，增强免疫功能，促进新陈代谢，调节内分泌等作用。

【用法】采用中药材商陆制成片剂。每片含生药 0.5 克，开始服 6 片，每日 2 次，无反应可逐渐加量至每次 20 片时，不再加量。

【功用】解毒消肿。

【疗效】治疗 6 例，痊愈 4 例，显效 2 例。

（四）其它疗法

1. 针灸

主穴：乳中（患侧），足三里（双侧）。

配穴：肝火者去足三里，加太冲（双侧），气血亏虚者，加气海；肝肾亏虚者，去足三里，加太溪（双侧）。

方法：日灸一次，十次为一疗程，休息三日，进行下一疗程，肝郁化火者用泻法，每次灸 20 分钟，气血亏虚者、肝肾亏虚者用补法，每次灸 40 分钟，注意火力要足，灸后以胸内发热以及下肢有热、酸、困感为佳。

2. 外敷

①阳和解凝膏敷贴患处，每5~7天换1次。

②麝香回阳膏（乳香、没药、红花、全蝎、大黄、三七、公英、血余炭、白鲜皮、白芷、地丁草、山梔、天花粉、黄柏、甘草、白芨、马钱子、地鳖虫、川乌、草乌、雄黄、松香、川断、轻粉、蜈蚣、冰片、麝香等）外敷患处，每6天换1次。

3. 中成药

逍遥丸：每次6g，每日2次，口服。

小金片：每次3片，每日2次，口服。

六味地黄丸：每次1丸，每日2次，口服。

金匱肾气丸：每次1丸，每日2次，口服。

4. 内服外敷结合治疗

秦氏以神效瓜蒌散加味（柴胡、元胡、瓜蒌、贝母、当归、玄参、连翘、海藻、昆布、乳香、没药）水煎服，同时用石膏、芒硝、黄柏共为细末，水调外敷局部，每日1次，治疗28例皆愈。程氏以柴胡、制香附、枳壳、姜半夏、贝母、白芥子、川芎、三棱、莪术、丹参、海藻、生甘草、生麦芽为基本方加减，水煎服。并以山慈菇、黄药子、细辛、生川乌、芒硝、生南星各10g共为细末，黄酒调敷患处，每日换药1次，治愈46例，无效4例。罗氏以血府逐瘀汤加减（赤芍、川芎、桃仁、当归、桔梗、瓜蒌实、夏枯草、贝母、柴胡、甘草、枳壳、牛膝）水煎服，7天为一疗程，以天仙子、橘叶、桃仁共为细末，醋调外敷患处，每日换药1次，经治25例，痊愈12例，好转8例，无效5例。

三、中西医结合治疗

王氏以柴胡、白芍、白术、茯苓、香附、丹参、王不留行、鸡血藤为主方加减水煎服，同时服乙烯雌酚1mg，每日3次，治疗118例，痊愈99例，好转13例，无效6例。张氏以乳宁片（当归、青皮、山甲、仙灵脾、土贝母、郁金）加入甲基睾丸素片，制成乳宁片2号，每日3次，每次5片（每片含生药0.5g）疗效较满意。孟氏自拟化痰汤（核桃壳、海藻、菝葜、丝瓜络、莪术、香附、天葵子、鸡内金、山楂、葛根、夏枯草、山甲珠、鲜柚子叶）合维生素E、谷维素片，治疗本病34例疗效满意。

第五节 预防

（1）本病的发病与情绪有一定关系。调节情绪，保持心情舒畅，避免忧思恼怒，尤其患病期间注意调畅情志，对预防和治疗本病十分重要。

（2）饮食不宜过食肥甘厚味辛辣之品，忌食含有激素的食物，戒烟酒。

（3）保护肝脏，积极治疗肝病（肝炎、肝硬化等），勿服对肝脏有损害的药物如异烟肼，利血平等。

（4）本病发生后，忌挤压，按摩患部，注意局部的清洁卫生，防止合并感染。

第二十一章 单纯性甲状腺肿

第一节 概述

单纯性甲状腺肿,又称“地方性甲状腺肿”、“简单性甲状腺肿”,俗称“大脖子病”。它是由于身体吸取的碘减少,血中甲状腺素的浓度降低,通过神经——体液调节途径,使垂体分泌多量的促甲状腺素,而致甲状腺肿大。本病好多发于青年,女多于男,尤以怀孕期及哺乳期妇女更多见,流行于离海较远的高原山区。因其以患部肿块柔软,并随喜怒而消长为特点,故祖国医学称之为“气瘰”,为瘰中肿块最大者之一。可见于《诸病源候论》谓:“气瘰之状,颈下皮宽,内结突起,髓髓亦渐大,气结所致也”。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一)病因

现代医学认为,单纯性甲状腺肿的病因可分为三类:

- ①碘缺乏。主要由于高原、山区土壤中碘盐被水冲流失,而致饮水、食物中含碘不足。
- ②甲状腺素需要量增加。主要见于青春发育期、妊娠期或绝经期妇女,此时人体对甲状腺素的需要量暂时性增高,属于一种生理现象。
- ③甲状腺素代谢障碍。主要由于甲状腺素合成和分泌的过程中某一环节的障碍,而引起血中甲状腺素的减少,如久食含有硫脲的萝卜、白菜等,可阻止甲状腺素的合成。

(二)病理

单纯性甲状腺肿实际上是甲状腺的代偿性肿大,是甲状腺功能不足的现象。初期,扩张的滤泡较为均匀地散布在腺体各部,形成弥漫性甲状腺肿。若未经及时治疗,病变继续发展,扩张的滤泡集成数个大小不等的结节,逐渐形成结节性甲状腺肿。有些结节因血液供应不足,可发生退行性变,而引起囊肿的形成或纤维化、钙化等改变。

二、中医病因病机

祖国医学认为“气瘰”的发病原因主要有二方面:

(一)为水土

《诸病源候论》说“瘰者……亦曰饮沙水,沙随气入于脉,搏颈下而成之。”又说“诸山水黑土中出泉流者,不可久居,常食令人作瘰,动气增患。”说明本病与人的生活地区、饮食因素有关,还主要因碘缺乏所致。

(二)为忧恚

祖国医学认为,此为本病主要因素。由于忧恚而情志内伤,以致肝脾气逆,脏腑失和而生。《诸病源候论》说:“瘰者,由忧恚气结所致”,“每因动气而增患”。指出本病常因喜怒而消长,与情志有关。

此外,若产后肾气亏虚,外邪乘虚侵人,亦能引起本病。

本病病机主要由于饮食过偏或忧恚气结的情志抑郁,而影响气的正常运行,造成气的功能失调,形成气滞、气郁。气滞则脾失健运而痰湿内停,痰气血凝,循经上行结于喉部,发为气瘰。

第三节 临床诊断

一、辨证·西医诊断

(一)临床表现

- ①本病起病缓慢,常见于青春期发病,女性多于男性。
- ②早期常无自觉症状,或觉颈前增粗。甲状腺多两侧弥漫性肿大,或以一侧为主,质软,平滑或有结节,无压痛,偶有震颤或血管性杂音。
- ③晚期时可出现压迫症状。可压迫气管、食道、喉返神经等而出现相应症状。
- ④甲状腺囊肿出血时,可突然发生局部疼痛及压痛。

(二)辅助检查

- ①基础代谢率与血浆蛋白结合碘均正常。
- ②甲状腺吸¹³¹碘率,散发性可正常,地方性可增高。
- ③尿碘低于50微克/克肌酐时,可参考。
- ④B超探测可显示:对称、均匀性甲状腺增大,规则。有时有囊肿或胶性变。

(三)诊断要点

- ①居住于地方性甲状腺肿病区。
- ②甲状腺肿大超过本人拇指末节,或有小于拇指末节的结节。
- ③尿碘低于50微克/克肌酐,可参考。
- ④B超显示:对称、均匀性甲状腺肿大。

(四) 鉴别诊断

- ①伴神经衰弱者要与甲亢相鉴别。
- ②伴有结节者要与甲状腺瘤相鉴别。
- ③伴有囊肿出血而有疼痛者要与甲状腺炎相鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

①好发于青年女性,尤以孕妇、哺乳期的妇女,流行于高原山区。

②主症:临床表现初起一般全身症状不显著,颈部呈弥漫性肿大,渐以肿势增加,边缘不清,皮色如常,不痛,按之皮宽而软,有时肿胀过大而下垂,局部沉重。

③并发症:气道受阻时,轻则在剧烈活动时而感呼吸困难,重则静卧亦可喘鸣;如脉络受压迫颈深大静脉时,则颈胸部表浅静脉明显扩张(即赤脉高结之血瘰);若喉间气机阻塞(喉返神经受压),则有音嘶声哑;亦可见伴有痰核结节。

本病见有主症即可诊断。

(二) 辨证分型

本病主要见于肝郁痰凝型。

【临床表现】症见颈部漫肿,边缘不清,皮色如常,按之如绵束之状,不疼痛,随喜怒而消长。或伴情志不舒,胁痛乳胀,或伴神疲肢困,乏力少气。苔白腻,脉弦滑。

【辨证分析】本病多为地方性疾病,但与情志有关。情志不畅,忧喜郁怒,则伤肝,肝郁气滞,气滞则脾失健运,而痰湿内停,故肿块弥漫,按之如绵,此乃痰之特征;肝气郁滞,阻于胁间则胁痛乳胀;脾失健运,不能化津输布,则神疲困倦;苔白腻,乃痰湿之征;脉弦滑为肝郁痰凝之象。

第四节 治疗

一、西医治疗

(1)青春发育期或妊娠期的生理性甲状腺肿可以不给药物治疗,应多服含碘丰富的海带、紫菜等。

(2)碘剂法:可口服碘化钾、碘化钠,每日10—15毫克;或复方碘液日服2—3滴。均2—3周为1疗程,后可隔2—3日重复1疗程。治疗1年。

(3)甲状腺干制剂法:常用剂量为30—60毫克,每日2次,3—6日一疗程。停药复发可重复应用。

(4)以下情况,应及时采用手术治疗,施甲状腺大部切除术:

- ①压迫气管,食道,或喉返神经而引起临床症状者。

- ②胸骨后甲状腺肿。
- ③巨大甲状腺肿影响生活和工作。
- ④结节性甲状腺肿继发有功能亢进者。
- ⑤结节性甲状腺肿疑有恶变者。

二、中医治疗

(一)辨证论治

肝郁痰凝证

【治法】理气解郁,消瘿散结。

【方药】四海舒郁丸加减。

木香 10 克、陈皮 6 克、海蛤粉 6 克、海带 10 克、海藻 10 克、昆布 10 克、海螵蛸 10 克、黄药子 15 克、夏枯草 15 克、桔梗 10 克、赤芍 10 克。

【分析及加减】四海解郁丸是含碘丰富的药物,可起到软坚化痰散结之功效。

方中木香、陈皮理气解郁;海蛤粉、海带、昆布、海螵蛸咸寒能软坚散结,黄药子有降肝火,消痰瘰之效,夏枯草可清火化结,赤芍能活血散结,桔梗能化痰,又能引诸药归经。

若有声嘶者,加射干、青果;有胸胁闷胀不适者,加炒枳壳、瓜蒌;伴面部肿硬者,加三棱、莪术;伴心烦失眠者,加夜交藤、远志;若孕期或哺乳期可加菟丝子、何首乌、补骨脂以补养肝肾。

(二)验方治疗

方一:生牡蛎 30 克(先煎)、海藻 12 克、甘松 45 克、夏枯草 15 克、广郁金 10 克、浙贝母 10 克、黄药子 10 克。

方二:〔组成〕:海藻、昆布各 20 克、夏枯草 20 克、木香(研末冲服)5 克、桔梗 6—10 克,玄参、三棱各 15 克、浙贝、莪术各 10 克、生牡蛎 30 克、炮山甲 9 克。

【疗效】吕氏报道用方二治疗单纯性甲状腺肿 97 例,总有效率 90.7%。

(三)其他疗法

1. 单味药治疗

因本病主要因摄碘不足而引起,故常服含碘的食物即可预防本病,又可治疗。如海带,取 50 克,水煎服,并吃下;黄药子,取 15 克,炖服等。

现代药理研究,海带富含碘,故能提供大量的碘,以补充身体所需;而黄药子能增加甲状腺聚碘迅速合成甲状腺激素,故均可治疗本病。

2. 针刺疗法

取主穴曲池、阿是,备穴天突。肿大的甲状腺两侧选出对称点,即阿是穴,针刺 1~1.5 寸,有针感后退针,再刺曲池,隔日 1 次。

可用耳针,取肾上腺、内分泌区,每日 1—2 次,15 次为 1 疗程。

3. 局部注射碘剂溶液法

用 2% 碘化钾溶液(碘化钾 2 克,水 100 毫升,苯甲醇 3 毫升,混合后过滤分装,灭菌备

用),于甲状腺局部或天突穴注射,每次1—2毫升,每周2次,3周为1个疗程。

第五节 预防

因本病主要在流行地区因饮食、水源等缺碘而致,故应从预防为主,针对病因,未病先防。

(1)人群预防。在流行地区内,除改善水源、饮食外,应以用碘盐(每千克食盐中加入5—10毫克碘化钾)为主,服至青春期后。

(2)经常食用海带、海藻等海产品佐餐,尤其在怀孕、哺乳期,并可口服适量碘剂。

(3)近来推荐肌肉注射碘油预防本病,较为有效、可靠。

(4)保持心情舒畅、勿郁怒动气。

文献参考:

[1]李惠德.实用中医临床学.北京:世界图书出版公司.1992:349

[2]茹十眉.袖珍中医处方.上海:上海中医学院出版社.1987:379

[3]吕志刚.内蒙古中医药.1994.13(4)9~10

第二十二章 甲状腺腺瘤

第一节 概述

甲状腺腺瘤是最常见的甲状腺良性肿瘤,是一种单纯性、局限性、具有完整包膜的甲状腺囊实性肿块。可分为滤泡状瘤和乳头状囊性瘤两种,前者多见。本病好发于青年及中年,女多于男,多数为孤立结节,多发性少见,一般无明显临床症状。本病发病率高,约10—15%,其中引发功能亢进症的发生率为20%,癌变率约10%。本病相当于祖国医学中“肉瘰”,见于《三因极一病证方论》“皮色不变,即名肉瘰”。其特征为颈前结喉一侧或双侧结块,柔韧而圆,如肉之团,按之能随吞咽动作上下移动,发展缓慢,经久不消。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

本病与持久性促甲状腺激素(TSH)刺激有关。有人用甲状腺激素抑制剂治疗甲状腺腺瘤,结果TSH值下降,肿瘤也停止生长、缩小,甚至消失,从而进一步证明甲状腺腺瘤的发生与TSH刺激有关。此外,碘缺乏,硫脲类药物和放射性刺激、遗传因素也是甲状腺肿瘤的发病因素。在这些因素的作用下,甲状腺细胞逐渐向异型发展,最终异型细胞形成集群而成为肿块。病理上,常将甲状腺腺瘤分为滤泡状和乳头状囊性腺瘤两种,前者较常见。腺瘤周围有完整的包膜。乳头状囊腺瘤有时可因囊壁血管破裂而发生囊内出血,此时,肿瘤体积可在短期内迅速增大,局部出现疼痛。

二、中医病因病机

祖国医学认为,肉瘰乃肝郁气结,湿痰凝聚而成。肝为刚脏,主宰谋虑,性喜条达,由于情志抑郁,肝失调达,致肝郁气结,肝旺则可导致脾虚,脾失健运,痰湿内蕴。颈前又为任脉所主,亦属督脉之分支;任督之脉皆系于肝肾,湿痰内生,随气而行,留注于结喉,气血为之壅滞,聚而成形乃为肉瘰。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一)临床表现:

(1)甲状腺腺瘤好发于甲状腺功能活动时期,多数病人为局限性单发结节。

(2)初期无明显症状,其颈部肿物常被他人发现。少数有微痛或压迫感。

(3)初发时一般如指头或桂圆大小,呈橡胶样硬或稍软而具有囊性。肿物表面光滑,边界清楚,随吞咽可以上下活动。

(4)生长比较缓慢,体积大小不一,大者可达颈中线或到对侧。仰头时,颈部有压迫感或呼吸不畅。

(5)肿瘤突然增大、变硬、胀痛和压痛时,可能为腺瘤出血所致。这个症状经过几天,肿瘤可因血液被吸收而自行缩小。

(6)有癌变可能。癌变率约为10%。若肿瘤呈持续性加速增长,则应提防其恶变。

此外,还有一部分甲状腺腺瘤患者,合并甲状腺功能亢进时,出现消瘦、性情急躁、心慌、出汗等症状。

(二)辅助检查:

(1)实验室检查。单纯甲状腺腺瘤而不伴有甲亢时,各种甲状腺功能检查都正常。

(2)同位素¹³¹碘检查:常用的有吸碘率测定和扫描两种方法。甲状腺腺瘤吸碘率一般和正常一样。甲状腺扫描时,腺瘤多为“温结节”,少数为“热结节”,个别为“冷结节”。

(3)B超探测可显示:甲状腺切面局限性增大,可见圆形、扁圆形、椭圆形实质性团块,边缘光滑完整,分界清,内回声多均质。伴有退行性变时,多可探及单个结节的圆形或椭圆形液性暗区,规则,边缘光滑。伴有出血,可显示团块内回声强弱不均,或暗区内有强光点漂浮。

(4)X线摄片检查。颈部正侧位片,可观察气管位置及受压情况。

(三)诊断要点:

(1)位于甲状腺区的局限性肿块,单个或多个结节。

(2)B超检查可帮助诊断。

(四)鉴别诊断

甲状腺腺瘤须与甲状腺炎、结节性甲状腺肿以及甲状腺癌等相鉴别。

(1)亚急性甲状腺炎:主要表现也是甲状腺部位出现肿块,但起病较急,常伴有咽疼,初起血沉较快,蛋白电泳 γ 球蛋白上升,蛋白结合碘和基础代谢均高于正常。

(2)结节性甲状腺肿:甲状腺普遍肿大,均匀,并呈结节性。

(3)甲状腺癌:甲状腺癌早期可仅为坚硬之肿块,与良性腺瘤很相似,但其肿块比腺瘤硬,

且生长迅速。当癌瘤进一步发展,肿块增大更快,质地益发坚硬,触诊时肿瘤表面多呈凹凸不平,边界不清,且肿块固定面不易推动。喉部常可受压而致声嘶,呼吸困难或吞咽受阻。同位素扫描常为“冷结节”或“凉结节”。

二、辨证·中医诊断

(一)诊断要点:

(1)主症:本病颈前肿物多呈圆形或半圆形,可活动,无压痛,中等硬度,质地柔韧,随吞咽动作而上下移动为特征,一般无明显其它症状。

(2)次症:当伴有肝经火热灼络,即腺瘤液化并伴囊内出血时,肿块迅速增大,变硬,胀痛,当伴有阴虚肝旺,即甲亢时,可症见有消瘦、心烦易怒、周身乏力等。

本病见有主症即可诊断。

(二)辨证分型

肉瘰初起除颈前肿物外,一般无明显临床表现,结合现代医学及并发症,临床可辨为痰结血瘀、肝热灼络、阴虚肝旺三型。

1. 痰结血瘀型

临床表现:多见于40岁以下女性,在颈前正中一侧或双侧有肿块,呈半圆型或卵圆型,表面光滑,随吞咽可上下移动,按之不痛,较硬,经久不消。一般无明显全身症状或伴有胸闷、纳差,肿物较大者可有呼吸困难、声嘶等压迫症状。苔多白,脉弦滑或涩。

辨证分析:气机郁滞,津凝成痰,痰气交阻,日久而致血脉瘀滞。痰瘀结于颈前,面致瘰肿,按之硬,经久不消。气郁痰阻而使脾失健运,故有胸闷、纳差。苔白,脉弦滑或涩乃痰湿及瘀滞之象。

2. 肝热灼络型

临床表现:症见瘰肿突然增大,变硬,胀痛伴有烦躁易怒。口苦咽干,舌红,脉弦。

辨证分析:本型主要见于瘰肿内出血。因肝郁日久化火生热,火热灼伤脉络,而致血溢脉外,故瘰肿迅速增大,变硬并伴胀痛。肝火旺而致烦躁,口苦、舌红乃火热之象,脉弦当属肝经。

3. 阴虚肝旺型

临床表现:颈前肿块同前,全身伴有头晕目眩,情绪激动,心烦易怒,面赤形瘦,畏热多汗,心悸易惊,夜寐不安,善饥乏力,舌红少苔,脉细数。

症候分析:肉瘰临床一般无明显症状,但有20%患者可引起“甲亢”、即发为本证型。多由于病人素体阴虚,而肝火又旺,而致头晕目眩,心烦易怒,易激动;阴虚可使病人有心悸易惊,夜寐不安等。舌红少苔,脉细数,乃阴虚肝火之象。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一) 常规治疗

甲状腺瘤有引起甲亢(发生率为20%)和恶变(10%)的可能,原则上应早期切除。一般应行患侧甲状腺大部切除(包括腺瘤在内);如果腺瘤小,可行单纯腺瘤切除。切除标本必须病理切片检查,以判别良恶性。

(二) 并发症的治疗

(1) 腺瘤并发囊肿:可行手术切除。有人用穿刺抽液注射碘剂的方法治疗本病,疗效不确切。

(2) 腺瘤并发甲亢时,可配合使用抗甲状腺药物或放射性碘治疗。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 痰结血瘀型

【治法】理气活血,化痰消瘿。

【方药】海藻玉壳汤加减。

海藻12克、昆布12克、陈皮12克、半夏12克、贝母12克、青皮12克、连翘12克、独活12克、川芎12克、当归12克、甘草6克、海带12克。

【分析及加减】方中海藻、昆布、海带软坚散结,化痰消瘿;青皮、陈皮、半夏、贝母、连翘、甘草能理气化痰;当归、川芎养血活血;独活能祛湿消痰。

结块较硬及有结节者,可酌加黄药子、三棱、莪术、生牡蛎等增强活血、软坚、消瘿散结;胸闷不舒者可酌加郁金、香附理气解郁;纳差、便溏者可加白术、茯苓、山药等健脾益气。

2. 肝热灼络型

【治法】清肝泻热,豁痰散结。

【方药】龙胆泻肝汤加减。

龙胆草12克、栀子12克、赤芍20克、夏枯草30克、丹皮12克、连翘12克、玄参12克、贝母15克、陈皮12克、牡蛎30克、海藻12克、柴胡12克、黄药子12克。

【分析及加减】方中龙胆草、夏枯草、栀子、丹皮清泄肝火;柴胡、赤芍能疏肝解郁清热;连翘、玄参能散热解毒;黄药子能凉血降火;海藻、贝母、陈皮等豁痰散结消瘿。

瘿瘤出血较快者酌加三七粉或白药以止血;较硬者加三棱、莪术、丹参等以活血软坚。

3. 阴虚肝旺型

【治法】育阴平肝,养心宁神。

【方药】经验方。

生地 15 克、元参 15 克、当归 10 克、白芍 10 克、生龙骨 30 克、远志 10 克、黄药子 15 克、生牡蛎 30 克、茯神 10 克。

【分析及加减】方中生地、元参养阴清热;当归、白芍养血柔肝;生龙骨、生牡蛎、茯神、远志镇惊,养心安神;黄药子清热散结。若有自汗加生黄芪、浮小麦;手颤明显加勾藤、生石决以平肝熄风。

(二) 验方治疗:

本病病机关键在于气滞、痰凝、血瘀,历代临床对本病验方颇丰,但无外乎疏肝理气、化痰软坚、活血化瘀等法。多数医家常拟定基本方,并随症加减,往往效显,但瘤体较大,久治不消者,当先考虑手术治疗。

方一:消瘿软坚汤^[1]

组成:

海藻 30 克、白芥子 6 克、丹皮 9 克、猪苓 12 克、艾叶 9 克、椒目 9 克、王不留行 12 克、七叶一枝花 15 克、苍术 12 克、白术 12 克、夏枯草 15 克、泽泻 15 克、射干 15 克。

疗效观察:

治疗甲状腺腺瘤 30 例,治愈 12 例,显效 3 例,有效 11 例,无效 4 例,总有效率 86.7%。

方二:消瘿汤

组成:

柴胡 10 克、夏枯草 15 克、陈皮 10 克、制南星 10 克、昆布 30 克、半夏 10 克、土贝母 10 克、海藻 15—30 克、黄子 10 克、云苓 10 克、三棱 10 克、生牡蛎 30 克、莪术 10 克、山甲珠 10 克。

疗效观察:

治疗甲状腺腺瘤 23 例,治愈 11 例(47.8%),显效 5 例(21.7%),无效 2 例(8.7%),总有效率 91.3%。

方三:经验方^[2]

组成:

猫爪草 30 克、丹参 20 克、三棱 15 克、石上柏 20 克、莪术 15 克、浙贝 15 克、风栗壳 20 克、牡蛎 15 克、甘草 10 克、夏枯草 20 克。

疗效观察:

治疗甲状腺囊肿 102 例,治愈 62 例(60.7%),有效 36 例(35.3%),无效 4 例(4%),总有效率 96%。

(三) 其它疗法

1. 针刺法

本法应配合内服药同时治疗,更有效。

方法:

针刺以瘤体局部为主,即沿肿块边缘斜向中心呈 30 度角进针深 5 分至 1 寸,刺 4—6 针呈

梅花状。肿块直径>2厘米者于正中垂直加刺1针,不深透肿块,中等度刺激捻转数次,对病程长者加刺合谷,用泻法。每周3次,10次为一疗程。

疗效:

陈氏^[3]曾报道用上法配合中药治疗甲状腺腺瘤30例,总有效率100%,其中治愈11例(36.7%),有效19例(63.3%)。

2. 消痔灵注射法治^[4]疗甲状腺囊肿

方法:

患者仰卧位,囊肿皮肤消毒,2%利多卡因局麻,用8号针头作甲状腺囊肿穿刺,抽尽囊液,固定针头,再用另一注射器吸取消痔灵(北京第四制药厂)4毫升和2%利多卡因2毫升混匀,根据囊肿大小,缓慢向囊腔内注药物3—5毫升,再用消痔灵纱布覆盖,胶布固定。

3. 外敷法^[5]

①云南白药适量,用白酒或75%酒精调成糊状,涂布于纱布上,外敷于肿瘤结节局部,以绷带包扎,每日换药1次。

②华南胡椒全植株2份,野菊花叶1份,捣碎如泥,加少许食盐,隔水蒸热,敷于瘤体处,每日换药1次。

三、中西医结合疗法

(1)甲状腺腺瘤可行手术治疗同时辨证服用中药,巩固疗效,预防甲亢及恶变。

(2)甲状腺囊肿治疗。

①抽液注射碘酊法

方法:常规消毒后,用6号针头抽净囊内液体,再注入0.66%碘酊注射液;腺体肿大Ⅰ°~Ⅱ°用0.5—1毫升,Ⅲ°~Ⅳ°用1.50—2毫升,10天治疗1次,同时服用中药,直到囊内无液体为止。

②中药方

海藻、夏枯草各15克,贝母、昆布、山甲、郁金各12克,柴胡、炒白芥子、白芍、桔梗各6克,日1剂,水煎服。

第五节 预防

(1)常食含碘食物,保证碘的供应。

(2)心情舒畅,起居有节。

(3)既病防变。因腺瘤有引起甲亢及癌变可能,应积极治疗,瘤体大者应先考虑手术,同时配合服药,以防传变。

参考文献

(1)王利琳. 上海中医药杂志, 1987; (2): 16

(2)梅广源. 新中医, 1990; (14): 22~30

-
- 〔3〕陈磊. 江西中医药. 1983; (4): 57
- 〔4〕吴长富. 实用中西医结合杂志. 1995. 8(2): 117~118
- 〔5〕曹正柳. 江西中医药. 1993; (1): 20~24

第二十三章 尿石症

第一节 概述

泌尿系结石是一种较为常见的疾病,是肾、输尿管、膀胱、尿道结石的总称。尿石可分为肾和输尿管的上尿路结石和膀胱及尿道的下尿路结石。这种区分不仅在于结石发生部位不同,而且还因它们在病因、年龄、性别和预后等方面都有很大差别。因此可以看做是尿石症的两种类型。

尿石症的发病率有一定的地区差异。结石在热带和亚热带地区比较多发。我国 1977 年和 1983 年两次全国性调查发现尿石症在省、市、自治区级以上医院平均占泌尿外科住院病人的 26%。但南北差别较大,南部诸省结石病人占 30% 以上,北部诸省则在 11% 以下,中部各省在二者之间,结石发病多在 30~40 岁,大多数病人在 20~50 岁之间,男女之比为 3:1。

尿石症的防治原则有如下几点:

1. 去除结石

除个别无症状、无梗阻的小结石外,对较大结石去除掉,可以防止结石对肾继续损害。

2. 病因治疗

如摘除甲状旁腺瘤,解除梗阻,停服致石因素等。

3. 饮食治疗

是个人防石最可行的方法。首先养成多饮水的习惯,日尿量保持在 2000ml 以上,肉眼无色或淡黄色,饮水量要分布在全日,注意餐后 2~3 小时及夜间的饮水。其次根据结石和尿分析的结果调整饮食。营养过剩者降至能维持正常热量和生长发育的水平,尿酸高者禁食动物内脏、禁酒等等。

4. 药物防治

在中国可以从古代医学书籍中看到对本病的记载。《黄帝内经》中把有膀胱刺激症状的病统称为淋,当包括尿石症,尤其膀胱结石内。华佗《中藏经》中“砂淋”即表明从尿道排砂石的疾病,该书还详细记述了排石的症状,结石的大小、颜色,对结石形成的机制认为如水煮盐,火大水少即可成石。隋代巢元方的《诸病源候论》按五行、脏腑学说将病因归纳为“肾虚膀胱热”。以后长时间沿用此看法,直到明代虞搏在《医学正传》中首先提出饮食与石淋的关系,指出“膏粱之味,湿热之物或烧酒炙搏之类,可致本病。张景岳在《景岳全书》中对尿石症的原因更全面地归纳为外因与内因共同作用的结果,而且指出内因更重要。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

尿石症的病因是比较复杂的,目前较普遍地认为本病不是单一原因的疾病,而是由多种因素促成,主要有以下几种:

1. 自然环境

包括地理位置、人对气候的适应能力和结石发病的季节性变化等。

2. 社会环境

在发达国家,随着营养水平的提高,上尿道结石有不断增加的趋势。发展中国家,在经济落后的贫困地区,下尿路结石仍占一定比重。

3. 个体因素

种族遗传因素

疾病:这些后天性疾病包括原发性甲状旁腺机能亢进、皮质醇症、痛风、肠大部切除及肠吻合短路、慢性消化性疾病等等。

代谢异常:如胱氨酸尿症、草酸代谢异常、钙、磷代谢异常等。另外,尿量、尿酸量和尿 PH 值也是尿酸结石成石的危险因素。

饮食习惯:摄入过多的食物或摄入液体太少都会增加结石形成的危险。

药物:维生素 D 中毒、乳碱综合征、长期应用皮质类固醇、磺胺类药物均可引起尿石症。

4. 泌尿系统成石因素

包括肾损害和肾钙化、感染、梗阻、异物均易导致结石产生。

(二) 病理

肾结石病人同时存在的肾钙化灶很早即为人们所注意。电镜下观察,在各种致石因素作用下可很快看到肾曲小管微绒毛的脱落,线粒体发生空泡样变甚至支离破碎,溶酶体活跃。肾小管内形成大量的基质颗粒。

结石存在后可继发多种病理改变。结石容易造成局部的机械性损害,导致粘膜损伤和溃疡并常诱发急性或慢性感染。结石还易造成尿路梗阻,产生不同程度的病理改变,严重时发生高度的肾积水,肾实质萎缩和纤维化。严重感染和梗阻可形成脓肾,长期存在的结石还可诱发鳞状上皮癌。

二、中医病因病机

(一) 湿热蕴结

外感湿热邪毒,脾胃运化失常,湿热蕴结而为石;或因过食膏粱厚味、久嗜烟酒,多卧少动

则湿热内生,蕴结日久而为石。

(二)气滞血瘀

结石内生后,经络阻滞,必然气滞血瘀,故时有肾绞痛等发作。或肝经气滞,或久病入络,均可气滞血瘀。结石本身可致气滞血瘀,同时结石形成中亦有气滞血瘀的因素。

(三)肾气亏虚

肾主水,若先天禀赋不足或后天失养,则水湿内停,气虚亦血瘀,内外合邪结石内生。或为阴虚生热,灼津而为石。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一)症状

可表现为结石本身引起的症状、尿路感染、肾功能受损三方面。

1. 结石引起的症状

(1)疼痛:因结石大小、外形、所在部位以及结石是否活动等有所差异。肾与输尿管结石除常见的腰部钝痛外,经常有发作性的绞痛,其特点是突然发生剧烈疼痛,从腰部开始,沿输尿管方向放射到下腹部、阴囊、大腿内侧等。一般持续数分钟至数小时不等,伴有面色苍白、大汗淋漓,脉细数等虚脱征象。膀胱结石和尿道结石则有下腹部和会阴部疼痛,多为终末排尿痛。

(2)血尿:尿路结石多先腹痛后血尿,可为镜下或肉眼血尿。

(3)排尿困难:当结石梗阻在下尿路时出现,或有排尿中断,重者可有尿潴留。结石排出或改变体位后减轻或消失。

2. 尿路感染症状

尿频、尿急、尿痛或有脓尿等,伴有发热、恶寒、头身疼等。

3. 肾功能障碍

一侧或双侧输尿管结石均可导致少尿无尿而出现肾功能衰竭表现。

(二)体征

1. 压痛与叩击痛

约70%的肾结石病人在患侧肾区可有压痛和叩击痛,肾绞痛发作时阳性率更高。输尿管结石可沿输尿管部位有压痛。

2. 包块

结石梗阻可引起巨大肾积水而触及包块。尿道结石可经直肠指诊或一般检查时扪及结石。

3. 排出结石

患者发病时尿中可排出结石。

(三) 实验室及其他检查

1. 血清检查

钙、磷、尿酸、血浆蛋白等检查。

2. 尿检查

①尿常规;②24 小时尿检查。

3. X 线检查

包括 KUB(尿路平片)、IVU(尿路造影)、RGP(输尿管逆行造影)等。

4. B 超

5. CT 检查

(四) 并发症

1. 尿路梗阻

结石可引起尿路梗阻,并损害肾脏功能。

2. 尿路感染。

3. 鳞状上皮癌。

(五) 诊断要点

1. 诊断

尿石症的诊断并不困难,一般通过病史、典型的肾绞痛、肉眼或镜下血尿,体检和 X 线平片大都可以确诊。

2. 鉴别诊断

当肾盂或输尿管肿瘤导致出血或肿瘤栓子脱落并发肾绞痛时易与尿石症混淆,从理论上讲,对可引起尿血、腹痛、泌尿系感染的任何疾病,都应认真检查,明确有否结石存在,还应明确是原发尿石或继发尿石。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

本病的辨证要点是要分清虚实,由气滞血瘀、湿热蕴结而致者多属实;肾气亏虚所致者属虚,其症状表现以腰腹胀痛或隐痛,或腰部绞痛牵引少腹、血尿、小便滴沥不爽为主征,湿热蕴结者尚见身热不畅、尿急、尿频、尿痛、小便黄赤、舌苔黄腻,脉滑数等表现。而肾虚者则伴头晕耳鸣,神疲怯弱,面色㿠白,舌质胖有齿痕,脉沉迟。

(二) 辨证分型

1. 瘀滞型

〔临床表现〕腰腹胀痛或隐痛,或腰部绞痛牵引少腹,伴血尿,小便滴沥不爽,舌质正常,或暗红有瘀斑,苔白腻,脉弦紧。

〔辨证分析〕气滞不能宣通,故腰腹胀痛或隐痛。结石移动,刺激输尿管产生痉挛,故腰部绞痛牵引少腹,结石损伤血络故见血尿。结石阻塞尿道或膀胱故见小便滴沥不爽、气滞为主则舌质正常;血瘀则舌质暗红或有瘀斑。苔白腻,脉弦紧是气血瘀滞之象。

2. 湿热型

〔临床表现〕除瘀结症表现外,尚有身热不扬,少腹胀满疼痛,尿频、尿急、尿痛、小便黄赤或混浊,伴血尿、脓尿或排出砂石。舌苔黄腻,脉滑数。

〔辨证分析〕湿热蕴结,湿性重浊粘滞故身热不扬,膀胱积热不化,故少腹胀满疼痛、尿频、尿急、尿痛,小便黄赤或混浊,热伤血络,迫血妄行,故见尿血。热盛则肉腐,肉腐则为脓,故见脓尿。舌苔黄腻,脉滑数为湿热蕴结之象。

3. 肾虚型

〔临床表现〕腰痛腿软、头晕、耳鸣、畏寒喜暖,神疲怯弱,面色㿠白,舌质淡胖,有齿痕,脉弦迟。

〔辨证分析〕肾虚则腰痛腿软、头晕、耳鸣。肾阳不足则温运失权,故病人畏寒喜暖,肾阳亏虚,元气衰惫,故神疲怯弱,阳虚不能鼓动气血荣面,故面色㿠白,舌质胖,脉弦迟,为肾气亏虚之象。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)常规治疗

1. 大量饮水

以增加尿量,降低尿中成石物质的浓度,减少晶体沉积,是预防结石生成和增大的有效方法。亦利于结石排除。维持每日尿量在2—3L。

2. 饮食调节

含钙结石应限制含钙、草酸丰富的食物、避免高动物蛋白、高糖和高动物脂肪饮食。尿酸结石不宜服用高嘌呤食物和动物内脏,食物含纤维素丰富之食物。

3. 控制感染。

4. 调节尿PH

口服枸橼酸合剂、重硫酸钠等以碱化尿液,对尿酸和胱氨酸结石的防治有一定意义。口服氯化铵使尿酸化,有利于防止感染性结石的生长。

5. 肾绞痛的治疗

可注射阿托品、杜冷丁等药物缓解疼痛。

6. 前尿道结石可经推挤、钩取或钳出结石,后尿道结石可在麻醉下用尿道探条将结石推入膀胱,再接膀胱结石处理。

(二)手术治疗

1. 非开放手术治疗

包括输尿管套石术、输尿管肾镜取石或碎石术、经皮肾镜取石或碎石术等。

2. 开放手术治疗

包括输尿管、肾盂或肾实质切开取石、肾部分切除术、肾全切除术、膀胱切开取石术等。

(三) 体外震波碎石(ESWL)

通过X线或超声对结石进行定位,将震波聚焦后进行碎石。上尿路结石包括下段输尿管结石均适用。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 瘀滞型

〔治法〕行气利水,通淋排石。

①〔方药〕疏肝排石汤。

炒柴胡、木香、台乌药各 12g,枳壳、地龙、郁金、莪术、牛膝各 15g,金钱草、海金沙(布包)各 30g,甘草 6g。

〔加减〕随症加减。

〔来源〕刘加礼. 四川中医. 1994. 12(9):34~35。

②〔方药〕二子化痰汤

王不留行、冬葵子、穿山甲、枳壳各 15g,川牛膝、鸡内金各 10g,制乳香、制没药各 9g,金钱草 50g,白茅根 30g,鳖甲 20g。

〔加减〕阴虚加麦冬、石斛;阳虚加金匮肾气丸 10g,日 2 次吞服;痰湿加法半夏,气虚加黄芪;血虚加当归;湿热明显合八正散。日 1 剂,水煎代茶饮,20 日为 1 疗程。

〔来源〕易继兰. 河北中医. 1994. 16(5):35。

③〔方药〕升陷除石汤。

黄芪、金钱草、威灵仙各 30g,冬葵子、留行子、石韦、郁金、山楂各 20g,升麻 5g,怀牛膝、鸡内金各 12g,乌梅、当归各 10g,琥珀末 3g(冲)。

〔加减〕痛甚加金铃子散;呕吐加法半夏,左金丸;腹胀便秘加郁李仁、枳壳;发热加柴胡、黄芩;气阴虚加太子参、白芍。

〔来源〕金美亚. 江苏中医. 1995. 16(2):15。

④〔方药〕排石汤

金钱草、车前子、赤芍、三棱、莪术各 30g,丹参、鸡血藤、牛膝、鸡内金、地丁各 10g,甘草 3g。

〔加减〕血尿重去丹参、赤芍,加白茅根、旱莲草、大蓟、小蓟;积水重去车前子,加桃仁、红花、郁金;痛甚加广木香、乳香、没药;呕吐加法夏、代赭石。

〔来源〕梁国林. 实用中西医结合杂志. 1993,6(9):528~529。

⑤〔方药〕金钱草 50g,海金沙、滑石、木通、鸡内金(吞服)、猪苓、泽泻、车前子各 20g,扁蓄、

瞿麦各 30g。

〔加减〕湿热蕴结,气逆冲上加沉香(冲服)、槟榔、大黄(后下)、半夏;湿热蕴结,热伤血络加琥珀(吞服)、白茅根、小蓟;肾气亏损,水湿不化合金匱肾气丸;肾气亏损,寒湿阻痹加附子(先煎),桂枝、薏苡仁;砂石阻塞、气化不行加猪鬃草、通草、益母草。

〔来源〕段从伟. 云南中医学院学报. 1993. 16(4):42~45。

⑥〔方药〕化瘀补肾下石汤

刘寄奴、当归、赤芍、王不留行、菟丝子、枸杞子、金樱子、车前子、石韦、金钱草、滑石、木通、甘草。

〔加减〕随症加减。

〔来源〕段光堂. 北京中医药大学学报. 1994. 17(1):51~52。

⑦〔方药〕香附、木香、枳实、枳壳、丹参、川芎、赤芍各 15g,牛膝 20g。

〔加减〕痛重加元胡、白芍;血尿加旱莲草、茜草、白茅根;排尿不畅或中断加木通、泽泻、瞿麦。

〔来源〕史维嘉. 实用中西医结合杂志. 1990. 3(6):359~360。

⑧〔方药〕硝黄三金汤

芒硝(冲服)3g,大黄 6g,金钱草、海金沙、石韦各 30g,鸡内金 10g,琥珀 15g。

〔加减〕湿热下注型加通草、瞿麦各 15g,土茯苓、冬瓜皮各 30g,气滞血瘀型加黄芪 15g,当归 12g,益母草 30g,三七粉(冲服)1.5g,肾阴虚加女贞子、旱莲草各 15g,黄柏 10g,肾阳虚加肉桂、炙附片各 6g,肉苁蓉 15g。

〔来源〕许公平. 四川中医. 1991. 9(1):33。

⑨〔方药〕理肝通淋活血汤

柴胡、延胡索、乌药、川楝、生地、麦冬各 10g,车前子、石韦、冬葵子各 30g,瞿麦、益母草各 20g,泽兰 15g。

〔加减〕血尿加炒小蓟、炒蒲黄各 10g,有感染加公英 15g,积水用瞿麦、益母草各 25g,恶心呕吐加法夏、生姜各 10g。

〔来源〕芦先树. 实用中医内科杂志. 1991. 5(1):39。

2. 瘀滞型

①〔方药〕溺石通土鳖虫 6g,金钱草、生黄芪各 15~30g,莪术 9g,川牛膝、生地各 12g,冬葵子、石韦、扁蓄各 10g。

〔加减〕结石梗阻引起剧痛加白芍、地龙;血尿重者加鲜白茅根、桃仁、蒲黄、五灵脂;肺气闭塞加杏仁、桔梗;并发尿路感染或脓尿加蒲公英、土茯苓、川草薢;气虚困倦重用黄芪至 30g,并加太子参、黄精;结石梗阻,肾盂积水加泽泻、茯苓;肾气失司者加肉桂、怀牛膝、巴戟天。

〔来源〕张惠和. 浙江中医杂志. 1990. 25(2):55。

②〔方药〕鸡内金、路路通、天台乌、丹参、泽泻、王不留行各 15g,石决明、滑石、石韦各 30g。

〔加减〕按湿热、气结、肾虚 3 型及症状加减。

〔来源〕潘国良. 新中医. 1989. 21(4):37~39。

③〔方药〕海马逐石汤

海金沙、马鞭草、牛膝各 20g,益母草 30g,石韦、冬葵子、茅根各 15g,乌药、生鸡内金各 10g,琥珀 6g,甘草 5g。

〔加减〕血尿重加小蓟、三七粉；少腹痛甚加元胡、乳香。

〔来源〕周克振. 湖北中医杂志. 1986. (5):32。

④〔方药〕二子化瘀排石汤

急性子、王不留行、川牛膝、枳壳各 15g, 生内金 90g。石韦、扁蓄各 30g。

〔加减〕腰酸加川断、狗脊；肾阴虚加生地、墨旱莲；肾阳虚加肉桂、制附子（或鹿角霜、仙灵脾）；气虚加黄芪、党参；尿血加琥珀末（分吞）。

〔来源〕张学能. 中医杂志. 1986. 27(11):36~37。

⑤〔方药〕八角金盘汤

八角金盘（又名山荷叶的干燥根研粉、冲服）、琥珀（冲）、甘草、陈皮各 5g, 益母草 15g, 冬葵子、滑石各 10g, 芦根、赤小豆各 30g。

〔加减〕随症加味。忌急用止痛止血之品，除便溏者外，均可加用大黄。

〔来源〕董汉良. 北京中医学院学报. 1984. (5):30。

⑥〔方药〕蜈蚣合剂

蜈蚣粉 12g, 六一散 2 包。

〔加减〕部位较高者加金钱草、海金沙各 30g, 生鸡内金 10g；小便热涩者加车前子、木通各 15g, 石苇 12g；血尿加白茅根 30g, 扁蓄 12g, 瞿麦 15g；肾绞痛严重者加琥珀、沉香各 6g, 白芍 10g, 伴脾肾阳虚证者加仙灵脾、淫羊藿各 12g, 鹿角霜 30g, 黄芪 15g, 砂仁 6g。

服法：蜈蚣粉日服一次，六一散泡水当茶饮。

〔来源〕罗星辉. 湖南医药杂志. 1984. (5):30~32。

⑦〔方药〕单味地锦草

取鲜地锦草 100—200g, 洗净捣烂，置大碗中，上盖一较小碗，倒进沸糯米酒约 250—300ml（焗 10 分钟以上），待其温热适当时服用。每日 1—2 次，7—10 天为一疗程。

〔来源〕肖金东. 新中医. 1984. (12):14。

⑧〔方药〕少腹逐瘀汤加减

小茴香、干姜、官桂各 3g, 赤芍、生蒲黄、炒五灵脂、川芎、玄胡、当归、制没药各 10g。

〔加减〕腰酸疼痛加白芍 30g, 甘草 10g；血尿加白茅根 30g, 琥珀末 10g（冲服）；气虚加黄芪 30g, 党参 15g；阴虚加生地 20g, 旱莲草 30g；小溲涩痛加金钱草 30g, 石苇 20g；湿热偏重去干姜、官桂。

〔来源〕傅昌梅, 等. 中西医结合杂志. 1985. 5(5):271~273。

⑨〔方药〕三棱、莪术、山甲、皂刺、生桃仁、川牛膝、赤芍、红花、乌药、木香、金钱草、生薏苡。

〔加减〕腰痛重时加乳香、没药、郁金兼用理气、行气药川楝子、枳壳、厚朴；素体虚者加补骨脂、川断、熟地、女贞子；梗阻缓解，结石下移时，加用利尿通淋药冬葵子、滑石、石苇、车前子；结石下移接近输尿管口时用大黄。

〔来源〕张钊, 等. 中西医结合杂志. 1983. 3(6):334。

⑩〔方药〕昆海排石汤

昆布、海藻各 18g, 红花、枳实、大黄各 9g, 桃仁、柴胡、海金沙、冬葵各 12g, 白芍 24g, 滑石 15g, 鸡内金、琥珀各 6g, 甘草 3g。

〔来源〕郑家木. 陕西中医. 1984. 5(1):19。

⑪〔方药〕化瘀尿石汤

三棱、莪术、赤芍、车前子、山甲、皂角刺、桃仁、牛膝、青皮、白芷、枳壳、厚朴、乳香、没药、生薏苡、金钱草。

〔来源〕韩英麟. 中医杂志. 1984. 25(2):34。

②〔方药〕加味疝气汤

吴茱萸 7g, 苦楝子、荔枝核、橘核、生山楂各 15g, 青皮、枳壳、牛膝、炒栀子各 10g, 白芍 30g, 甘草 5g。

〔加减〕小便频急灼热或有红、白细胞及脓细胞, 加山木通、泽泻、车前子; 血尿明显加茅根、小蓟; 腹胀加厚朴、槟榔; 呕吐加法夏; 绞痛持续且日轻夜重, 加延胡索、桃仁, 发热加生石膏、竹叶、六一散。

〔来源〕夏昌辉, 等. 广西中医药. 1984. 7(1):12。

3. 湿热型

〔治法〕清热利湿, 通淋排石。

①〔方药〕排石汤

金钱草 30g, 生地榆 20g, 生首乌、海金沙、滑石、红藤各 15g, 生大黄(后下)、制没药、杜仲各 10g。

〔加减〕随症加减。

〔来源〕戴玉. 陕西中医. 1995. 16(2):52。

②〔方药〕三金化石汤

金钱草 180g, 海金沙、鸡内金各 30g, 石苇 60g, 枳壳、车前子、滑石各 15g, 甘草 6g, 木通、地龙、丹参、广木香、穿山甲各 10g, 云茯苓 20g, 火硝 1~2g(冲服)。

〔加减〕疼痛加元胡、川楝子、白芍、蒲黄、五灵脂; 尿血加小蓟、大蓟、白茅根、地榆、三七; 发热加蒲公英、地丁、金银花、黄柏、知母。

〔来源〕魏延成. 实用中医内科杂志. 1995. 9(1):21。

③〔方药〕调中消石汤

生黄芪 10~40g, 芒硝 3~15g(后下), 石苇 10~30g, 元胡 6~12g, 鸡内金 6~15g, 沉香 3~8g(后下), 白术、枳壳各 6~20g, 生甘草 6g。

〔加减〕湿热加黄柏、扁蓄、车前子; 气滞血瘀加香附、丹参、莪术; 脾肾气虚加山药、狗脊、胡桃仁; 肾阴亏虚加龟板、知母、女贞子。

〔来源〕隗合坤. 北京中医. 1995. (3):6~7。

④〔方药〕加味石苇汤

石苇、金钱草、海金沙各 30g, 木通、牛膝、琥珀(冲服)、大黄各 10g, 瞿麦、冬葵子、车前子、鸡内金、滑石各 15g。

〔加减〕肾气虚加肾气丸; 肾阴虚加六味地黄丸。

〔来源〕王声明. 实用中医内科杂志. 1995. 9(2):13。

⑤〔方药〕通排汤

金钱草 100~150g, 滑石、车前子(布包)、海金沙、牛膝各 30g, 石苇、木通、鸡内金(研末冲服)各 20g, 鳖甲 15g, 威灵仙 50g, 地龙 12g, 甘草 10g, 硝石、硼砂各 3g(装胶囊另服)。

〔加减〕肾及输尿管上段结石加杜仲、桑寄生; 肾积水加干姜、熟附子; 输尿管下段, 膀胱、尿道结石加芒硝、大黄; 血尿加白茅根、三七; 泌尿系感染加金银花、连翘; 结石嵌顿加乳香、没药、

穿山甲;绞痛加川楝子、白芷;肾虚加核桃仁、熟地等。

〔来源〕许永顺. 山东中医杂志. 1994. 13(3):121~122。

⑥〔方药〕四金排石汤

金钱草、海金沙、鸡内金、郁金、威灵仙、车前子、白茅根、鳖甲、木通、瞿麦、茯苓、石苇、甘草。

〔加减〕随症加减。

〔来源〕江荣根. 浙江中医学院学报. 1994. 18(2):22。

⑦〔方药〕四金消石汤

金钱草 30~40g, 海金沙、瞿麦、石苇、车前子各 15g, 鸡内金、冬葵子各 12g, 金银花 20~30g, 川牛膝 10g。

〔加减〕血尿加白茅根、小蓟、藕节;腰腹绞痛加元胡、乌药;便秘加生大黄;恶心呕吐加竹茹、姜半夏;肾虚腰痛加川断;结石经久不移加黄芪、泽兰、桃仁。

〔来源〕朱洪毅. 北京中医. 1994. (3):25。

⑧〔方药〕威灵钩藤排石汤

威灵仙、金钱草、滑石各 30g, 钩藤 15g, 地龙、石苇、牛膝、车前子、白芍、郁金、枳壳各 10g, 甘草 5g。

〔加减〕瘀血加大黄、莪术、琥珀末(冲服);气虚加服补中益气丸或党参、黄芪;肾阴虚加服知柏地黄丸。

〔来源〕苏冬生. 基层中药杂志. 1994. 8(3):43~44。

⑨〔方药〕芦根排石汤

芦根 60g, 花粉、苍术、车前子、猪苓各 30g, 炙甘草 15g, 厚朴 20g。

〔加减〕口干多汗, 心烦失眠加知母、丹皮;腰钝痛, 舌苔黄或白干, 尿常规红, 白细胞增多加蒲公英、白茅根;腰腹绞痛加元胡、田七末;尿频、排尿困难加扁蓄, 海金沙;舌淡有齿痕加党参、黄芪。

〔来源〕邱火新. 新中医. 1994. 26(7):28~29。

⑩〔方药〕利尿通淋排石汤

金钱草 50g, 菟丝子 30g, 桑寄生、熟地、川断、黄芪、白花蛇舌草各 20g, 牛膝、桃仁、冬葵子、海金沙、旱莲草各 15g, 沉香 5g。

〔来源〕张国熙. 实用医学杂志. 1994. 10(3):299。

⑪〔方药〕排石汤

金钱草 75g, 石苇 50g, 海金沙 25g, 鸡内金、车前子、滑石、金樱子各 20g, 川楝子、扁蓄、瞿麦各 15g, 甘草 10g。

〔加减〕排尿涩痛伴血尿者加蒲黄、五灵脂、牛膝、桃仁;腰酸舌红者加生地、墨旱莲;倦怠乏力加黄芪、党参;伴肾盂积水加益气温肾药;肉眼血尿加三七粉或琥珀粉吞服。湿热下注型加桃仁、竹叶、川牛膝;气郁血瘀型加蒲黄、五灵脂、元胡、炮甲珠、琥珀粉(冲服);痰湿血瘀型加桃仁、法夏、王不留行、陈皮。

〔来源〕陈艳舫. 黑龙江中医药. 1992. (5):19~20。

⑫〔方药〕金钱草 30~90g, 滑石、石苇、白茅根各 30g, 海金沙、川牛膝、生鸡内金、虎杖各 15~30g, 益母草、海浮石各 30~50g, 沉香 3~5g, 乌药 15~20g。

〔加减〕随症加减。

〔来源〕孙书义. 河北中医. 1993. 15(1):29~30。

⑬〔方药〕芍药甘草汤合猪苓汤加味

白芍 30~100g, 甘草 10~30g, 猪苓、茯苓、泽泻各 15g, 海金砂、滑石各 15~30g, 阿胶 10~15g(烔化冲服), 金钱草 50~100g, 鸡内金、冬葵子各 10~20g。

〔加减〕随症加减。

〔来源〕罗碧贵. 国医论坛. 1993. (1):19。

⑭〔方药〕排石汤 1 号

急性子、王不留行、赤芍、滑石、泽泻、延胡索、元明粉、归尾、地龙、牛膝各 9g, 茯苓 15g, 沉香、甘草各 3g。

〔来源〕王万霞. 辽宁中医杂志. 1993. 20(2):36。

⑮〔方药〕通淋化瘀排石汤

金钱草 50g, 王不留行 35g, 海金砂、车前子(包)各 30g, 冬葵子、瞿麦、石韦各 20g, 甘草、川牛膝、鸡内金各 15g, 延胡索、枳实各 10g, 琥珀 5g(冲服)。

〔加减〕肉眼血尿加白茅根、大蓟、小蓟;小便频数涩痛加连翘、木通;腰及少腹部钝痛加白芍、续断;小腹胀痛加木香、橘核;肾阴虚加枸杞子、生地;肾阳虚加肉桂、杜仲;血虚加当归、鸡血藤;气虚加黄芪、山药;膀胱结石加大黄、玄明粉;结石日久加穿山甲、三棱、莪术、地龙。

〔来源〕孟祥金. 黑龙江中医药. 1993. (1):33~34。

⑯〔方药〕金钱草 60g, 海金砂、牛膝、杜仲、石韦各 20g, 鳖甲、王不留行各 30g, 车前子、木通、琥珀、砂牛(研末冲服)各 10g, 黄芪 25g。

〔加减〕血尿加小蓟、白茅根各 30g;肾结石见肾阳虚,或脾肾阳虚,或见肾盂积液加熟附子 10~20g;气滞血瘀或输尿管上段结石加三棱、莪术各 10g;肾绞痛或输尿管下段结石加台乌药、小茴香、冬葵子各 10g。

〔来源〕林美颜. 新中医. 1993. 25(6):21~23。

⑰〔方药〕通瘀汤

金钱草、蒲公英各 30g, 海浮石、车前草、滑石、石韦各 20g, 急性子、王不留行、牛膝、地龙各 12g, 枳实 10g, 生鸡内金、海金砂各 6g(冲服)。

〔加减〕下腹部及尿道剧痛加元胡、木香;血尿加白茅根、大蓟、小蓟、茜草;气虚加黄芪、太子参;脾虚大便溏加淮山药、茯苓;结石不移加穿山甲、三棱、莪术;大便干结加大黄。

〔来源〕王冬菊. 四川中医. 1993. 11(5):24。

⑱〔方药〕排石汤一号

金钱草、滑石各 20g, 夏枯草、石韦、牛膝、冬葵子各 15g, 白茅根、车前子各 30g, 海金沙 10g。肝肾阴虚加女贞子 20g, 旱莲草 15g;脾肾气虚加黄芪 30g, 白术、怀山药、薏苡仁、茯苓补骨脂各 15g;湿热瘀阻,肾虚血瘀加公英 30g, 梔子、猪苓各 10g, 蒲黄炭、木通、泽泻各 6g, 地榆炭 15g, 田七粉 3g(冲服)。

〔来源〕潘洪平. 中医药信息. 1993. 10(3):25~33。

⑲〔方药〕金菟排石汤

金钱草 60g, 海金砂、丹参各 15g, 菟丝子、车前子、伸筋草各 30g, 紫菀、石韦、冬葵子各 24g, 怀牛膝 12g, 乌药、六一散(分冲兑服)各 10g。

〔来源〕钟健. 湖北中医杂志. 1993. 15(4):19~20。

②〔方药〕金钱草 40g, 海金沙、瞿麦、石韦、车前草各 15g, 牛膝、石松各 10g, 砂牛(研末冲服) 2g, 枳壳 6g, 乌梅 10 枚。

〔加减〕湿热蕴结型加六一散、黄柏; 便秘加大黄、生栀子; 血尿加白茅根、大蓟、小蓟; 肝肾阴虚型加生地、麦冬、山萸肉、枸杞子; 血尿加白茅根、丹皮; 气虚血瘀加三棱、莪术、黄芪、乌药、香附; 血尿加三七末(冲服)、白茅根。脾肾阳虚型去车前草、牛膝加黄芪、肉桂、补骨脂、鹿角霜; 血尿加姜炭、血余炭。

〔来源〕梁锡卫. 新中医. 1993. 25(7):25~26。

②〔方药〕金钱草 50g, 海金沙、王不留行、丹参各 20g, 滑石粉 25g, 石苇、车前子、赤芍、牛膝各 15g。

〔加减〕腰痛甚者加杜仲、桑寄生、补骨脂、川断; 绞痛者加元胡、香附、川楝子; 血尿重加大蓟、小蓟、黑蒲黄、益母草; 久病气虚脾弱者加黄芪、党参、当归、地黄; 并发感染者加黄柏、金银花、蒲公英。

〔来源〕左守田. 中医药信息. 1991. 8(6):33~35。

②〔方药〕金钱草 6g, 海金沙 30g, 石苇、车前子各 15g, 鸡内金、木通、扁蓄、瞿麦各 12g, 革 10g。

〔加减〕剧痛加玄胡 12g, 白芍 15g; 血尿加白茅根 30g, 大蓟、小蓟各 15g, 尿道灼热加滑石 30g, 栀子、黄柏各 10g; 伴胃寒、腰膝酸软加党参、菟丝子各 15g, 巴戟肉 12g, 伴腰腹胀痛, 舌质黯红有瘀斑加当归尾、牛膝各 12g, 木香 10g。

〔来源〕高林川. 实用中西医结合杂志. 1992. 5(4):203~204。

③〔方药〕金钱草、海金沙各 50g, 车前子(包)、滑石、石苇各 20g, 牛膝、甘草、黄柏各 10g, 泽泻、扁蓄各 15g, 木香 5g。

〔加减〕血尿加白茅根、小蓟、大蓟; 尿痛加甘草梢、灯心草、腹胀加香附、乌药、厚朴、川楝子; 瘀血加桃仁、三棱、穿山甲; 湿热加双花、黄柏、连翘; 肾阴虚加生地、麦冬; 肾阳虚加附子、肉桂、巴戟天。

〔来源〕孙炳新. 黑龙江中医药. 1992. (4):39。

④〔方药〕半枝莲化瘀排石汤

半枝莲、金钱草、石苇、郁金、滑石、海金沙、茅根各 30g, 鸡内金 12g, 三棱 18g, 瞿麦、怀牛膝各 15g, 木通、甘草各 10g。

〔来源〕张志发. 山东中医杂志. 1991. 10(2):14~17。

⑤〔方药〕加味三金二石汤

金钱草 60g, 鸡内金(研末冲服)、海金沙、石苇各 15g, 滑石、王不留行、刘寄奴、甘草各 10g, 茯苓、赤芍各 30g, 瞿麦 20g, 琥珀 6g。

〔加减〕湿热明显者重用金钱草、瞿麦, 加车前子、扁蓄、连翘、蒲公英; 腹痛明显者加白芍、甘草; 血尿者加白茅根、小蓟、旱莲草; 气虚者加党参、黄芪; 大便干结者加大黄、知母、胖大海; 结石日久者加三棱、莪术、山甲; 肾阳虚者加补骨脂、菟丝子; 肾阴虚者加石斛、熟地。

〔来源〕张明庆. 国医论坛. 1991. 6(3):29~30。

⑥〔方药〕三金活血汤

金钱草 30~40g, 广郁金、鸡内金各 15g, 石苇、牛膝、三棱、皂角刺各 15~20g, 车前子、生

甘草各 10g。

〔加减〕湿热型加银花、冬葵子、滑石；气结型偏于气虚、气滞者加黄芪、台乌药，偏于血瘀者加益母草、王不留行，肾虚型加巴戟、小茴香、核桃；肾绞痛血尿加延胡、白茅根、田七末或琥珀末（吞服）。

〔来源〕徐家明. 新中医. 1991. 23(5):26~29。

湿热型

②〔方药〕通淋排石汤

石苇、扁蓄、生地、郁金、金钱草、车前草、川牛膝各 15g，泽泻、大黄各 10g，冬葵子、王不留行各 12g，滑石 20g。

〔加减〕血尿加茅根 30g 或小蓟 10g；发热加公英或黄柏 12g；腰腹绞痛加白芍 12g，甘草 5g；腹胀便秘加枳实 10g，重用大黄；少腹坠胀加川楝子 10g；偏肾阴虚加首乌、玉竹各 12g；偏肾阳虚加仙茅、仙灵脾各 15g。

〔来源〕李群林. 国医论坛. 1990. (1):29。

③〔方药〕通淋化瘀排石汤

金钱草 50g，海金沙、滑石各 30g，蒲公英 20g，车前子、泽兰、益母草、牛膝、鸡内金各 15g，硝石（冲服）10g，生甘草 5g。

〔加减〕血尿加大蓟、小蓟、白茅根；腰痛加续断、杜仲；腹痛加白芍；气滞加广木香、乌药；便秘加生大黄；肾阴受损加生地、枸杞；气虚加黄芪、党参。

〔来源〕陈治水. 四川中医. 1990. 8(5):33。

④〔方药〕固肾利湿化石汤

滑石、金钱草各 30g，穿破石、瞿麦、王不留行、乌药、怀牛膝各 10g，鸡内金、海金沙、冬葵子、白茯苓、桑椹各 12g，海浮石、生大黄、地龙、郁金、炮山甲、升麻、甘草梢各 6g，黄芪 15g，鱼脑石 4 个（研末冲服）。

〔来源〕邓光远. 陕西中医. 1990. 11(6):253。

⑤〔方药〕川楝子、炒橘核、黄柏、茯苓、牡丹皮、海金沙、白芍、鸡内金、海藻各 10g，车前子（包），滑石各 30g，金钱草 15g，莪术 6g。

〔加减〕剧烈肾绞痛加炙乳香、炙没药各 6g，延胡索 12g；尿血加三七粉 3g（冲服），益母草 12g；发热恶寒加连翘、金银花各 15g；肾阳虚去黄柏、车前子，加制附子、肉桂各 10g、川断 12g；脾虚去黄柏，加党参 12g，白术 15g；治 1 疗程结石未见移动者加丹参 20g、昆布 15g。

〔来源〕张宽智. 新疆中医药. 1988. (3):20~22。

⑥〔方药〕金钱草 30g，石苇 20g，巴戟天 15g，生川军、生甘草各 10g。

〔加减〕绞痛重者加元胡、琥珀；血尿重加白茅根、田三七；肾阳虚加枸杞子、肉苁蓉；肾阴虚将清利药物减量并加熟地、山萸肉、黄精；结石较大久不移动者加桃仁、三棱、莪术；尿道灼痛，尿化验见脓球、白细胞、蛋白者加蚤休、金银花；伴呕吐不能进食者适当输液。

〔来源〕阮国治. 河南中医. 1988. 8(5):18~19。

⑦〔方药〕鹿金饮

鹿角霜 30~60g，金钱草、冬葵子、海金沙各 30g，滑石 20g，琥珀 6g，车前子、石苇、扁蓄各 10g。

〔加减〕热重加白茅根、大黄；疼痛明显加白芍、元胡；瘀血明显加泽兰、丹参；气虚明显加党

参、黄芪；阳虚加附片、肉桂；阴虚加生地、鳖甲。

〔来源〕王知侠. 陕西中医. 1988. 9(12):548。

③〔方药〕化石汤、化石散

生地、冬葵子、滑石(包煎)、炒车前子(包煎)、川牛膝各 25g, 四川大叶金钱草、胡桃肉各 50g, 石韦 15g, 生甘草 10g, 瞿麦、净芒硝(分 3 次冲服, 发生腹泻减量)各 20g。

苏琥珀 30g, 净芒硝、海金砂各 100g, 南硼砂 20g。共为细末 5g, 日 3 次口服。

〔来源〕于福年. 中医药研究. 1989. (2):26。

④〔方药〕石韦芍药汤

石韦、金钱草、白芍各 30g, 冬葵子、车前子各 20g, 枳实、牛膝各 15g, 甘草 10g。

〔加减〕若痛甚重用白芍, 加元胡; 尿血者重用石韦, 加白茅根; 便燥加大黄; 肾阴虚加女贞子; 肾阳虚加附片、肉桂; 气虚加党参、黄芪; 结石久留不动者加炮山甲、鳖甲。

〔来源〕唐茂清. 黑龙江中医药. 1989. (3):44~45。

⑤〔方药〕黄芪 40g, 防己、带皮茯苓、车前子(包)、金钱草、海金砂各 30g, 白术、补骨脂、泽泻各 10g, 滑石、石韦各 15g, 附子(先煎)、肉桂各 6g。

〔来源〕张瑞霞. 陕西中医. 1989. 10(8):352。

⑥〔方药〕偏气虚——黄芪、金钱草各 30g, 党参、海金砂、石韦、车前子、滑石各 15g, 炒熟砂牛 5 只, 大黄 6g, 鸡内金、菟丝子、甘草各 10g, 白芍、牛膝各 20g。

偏阴虚——生地、金钱草各 30g, 旱莲草、首乌、黄精、海金砂、石韦、车前子、泽泻各 15g, 鸡内金、甘草各 10g, 炒熟砂牛 5 只, 芒硝 5g, 白芍 20g。

〔加减〕血尿加阿胶、茜草各 15g, 小蓟 10g, 腰腹痛甚加玄胡 10g。

〔来源〕林天东. 中西医结合杂志. 1987. 7(12):755。

⑦〔方药〕加减石韦散

金钱草、珍珠母各 60g, 石韦、冬葵子各 30g, 海金砂、海浮石、鸡内金各 15g, 瞿麦、木通、滑石各 9g。

〔加减〕气滞加桃仁、丹参、甲珠、皂角刺、川牛膝; 湿热盛加蒲公英、紫花地丁、白头翁、薏苡; 肝热盛加龙胆草、黑山栀; 肾绞痛加延胡索、川楝子、三七; 结石久不移动加桃仁、红花、三棱、莪术; 尿血加琥珀末、白茅根、小蓟炭; 大便秘结加大黄、芒硝; 壮热烦渴加石膏、知母; 气虚加党参、黄芪、白术; 血虚加当归、熟地、制首乌; 肾阳虚加制附子、肉桂、补骨脂、胡桃肉; 肾阴虚加女贞子、旱莲草或六味地黄丸。

〔来源〕王赤兵. 云南中医学院学报. 1988. 11(1):42~43。

⑧〔方药〕肾甲方

金钱草 30g, 石韦 15g, 海金砂、滑石各 12g, 虎杖 18g, 皂角刺、冬葵子、葶苈子各 9g, 通草 6g。

〔加减〕腰酸甚者加川断 15g; 尿血者加小蓟 15g; 乏力者加生黄芪 15g。

〔来源〕高云亭. 广西中医药. 1988. 11(2):12。

⑨〔方药〕连翘丹参汤

连翘 20g, 丹参、金钱草、滑石各 30g, 海金沙、赤芍、白茅根各 15g, 牛膝 12g, 猪苓 10g。

〔加减〕尿血加小蓟, 重用白茅根; 腰痛加川断、杜仲; 结石久不移动加桃仁、皂角刺、三棱、莪术。

〔来源〕王润生. 黑龙江中医药. 1988. (3):19~20。

④〔方药〕通淋涤石汤

芒硝、鸡内金、鱼脑石、海金沙、冬葵子各 12~15g, 金钱草 30~60g, 扁蓄、瞿麦各 20~30g, 生地 10~15g, 甘草 10~12g。

〔加减〕脐腹胀痛或绞痛加木香、元胡、郁金、炒川楝子或热敷局部;小便涩痛重或尿涩不通加琥珀并重用扁蓄、瞿麦、或加车前子、木通;尿血加白茅根,大小蓟或地榆炭、槐花炭,并重用生地;肾虚腰痛加寄生、川断、菟丝子;肝肾阴虚、心烦燥热加丹皮、地骨皮;气虚体弱加生芪、党参、白术、山药;血虚脉细加当归、白芍。

〔来源〕宗言顺. 吉林中医药. 1988. (4):9。

④〔方药〕党参、海金沙各 15g, 黄芪 25g, 鸡内金 5g, 金钱草、扁蓄各 30g, 瞿麦、王不留行、冬葵子各 12g, 石韦 10g。

〔加减〕肾阳虚加核桃肉 20g(用冰糖蒸后服);食滞重用鸡内金并酌加神曲、山楂、麦芽;呕吐有痰加法夏;血尿加大蓟、小蓟、茅根。

〔来源〕傅清成. 湖北中医杂志. 1986. (5):38。

④〔方药〕冬金汤

冬葵子、金钱草、海金沙、石菖蒲、三月泡、车前草、莪术、王不留行。

〔加减〕湿热加扁蓄、瞿麦;阴虚加沙参、麦冬;气虚加黄芪、党参。

〔来源〕李时朴. 福建中医药. 1986. 17(5):44。

④〔方药〕三金排石汤

金钱草 150g, 海金沙 50g, 鸡内金 10g。

〔加减〕体质良好,病情急重,以痛为主并伴有血尿者,加木香、石苇、王不留行、瞿麦、车前子,必要时用阿托品、杜冷丁,或补液;病情迁延,反复发作或素体较虚者,加补骨脂、枸杞、女贞子、旱莲、肉桂或配以八味地黄汤,出现血尿或脓尿,加黄柏、车前子、小蓟、鲜茅根,或酌用抗生素。

〔来源〕张扬越. 湖南中医杂志. 1980. 2(6):22~23。

④〔方药〕益气增液排石汤

黄芪、北沙参、玄参、生地、麦冬、白芍、金钱草、石苇、猪苓、泽泻、鸡内金、升麻、牛膝、冬葵子、甘草。

〔加减〕气虚较甚或有蛋白尿者加党参、茯苓、淮山药;尿路感染加扁蓄、瞿麦、海金沙、滑石、车前子;血尿加小蓟、白茅根、仙鹤草、旱莲草。

〔来源〕王春生. 江西中医药. 1986. (6):15,27。

④〔方药〕化石汤

芒硝、怀牛膝各 6g, 石见穿 15g, 海金沙、鸡内金、地龙、滑石、车前子、石苇各 10g, 沉香 3g, 冬葵子 30g。

〔加减〕腰腹绞痛加白芍 30g, 甘草 10g, 血尿加白茅根 30g, 琥珀 10g(冲服);小便涩痛加金钱草 30g。

〔来源〕余道光. 湖北中医杂志. 1987. (2):33。

④〔方药〕尿路排石 I 号方、尿路排石 II 号方、尿路排石 III 号方。

金钱草 50g, 车前子 24g, 木通 10g, 海金沙、滑石、川楝子、芍药、牛膝各 15g, 乌药、鸡内金

各 12g, 甘草 5g。

金钱草 50g, 石韦 30g, 车前子 24g, 木通、甘草梢各 10g, 瞿麦、滑石各 15g, 扁蓄、栀子、牛膝各 20g, 大黄、枳实各 12g。

黄芪、党参、牛膝、石韦各 20g, 金钱草 30g, 车前子、甘草梢各 12g, 泽泻、防风、滑石各 15g。

〔来源〕周俊元. 中医杂志. 1987. 28(8):38~41。

④⑦〔方药〕四金化瘀排石汤

半枝莲、金钱草、石苇、滑石、海金沙、茅根各 30g, 鸡内金 12g, 郁金 20g, 三棱 18g, 瞿麦、怀牛膝各 15g, 木通、甘草各 10g。

〔来源〕张志发. 山东中医杂志. 1985. (5):23~24。

④⑧〔方药〕通淋排石汤

金钱草 30~60g, 石苇、海金沙、鸡内金 9~15g, 瞿麦、茯苓、木香、枳壳、牛膝各 9g, 黄芪、生地、滑石各 15g, 生甘草 5g。

〔来源〕梁凤详. 湖北中医杂志. 1985. (5):19, 15。

④⑨〔方药〕化瘀排石汤, 化石丸

金钱草 30g, 石苇、冬葵子、白芍、黄芪、地龙各 15g, 生地 25g, 滑石、三棱、莪术、党参、枸杞、麦冬、牛膝、留行子、甘草梢各 10g, 皮硝、小茴、肉桂各 6g, 水煎服。

醋鳖甲、蝼蛄、鸡内金、海金沙各 30g, 山楂、灵仙、琥珀、前仁、地龙各 15g, 醋山甲、硼砂、乳香、没药各 10g, 共研细末, 炼蜜为丸, 早晚空腹各服 6~9g。

〔来源〕王敬璇. 湖南中医杂志. 1986. 2(3):16~18。

⑤⑩〔方药〕排石合剂

金钱草、海金沙(包煎)、扁蓄各 50g, 车前子(包)、地龙各 15g, 木通、穿山甲、枳实各 20g, 川牛膝、三棱、莪术、蒲黄(包)、五灵脂各 30g, 桂枝 10g。

〔加减〕初期湿热偏重去桂枝; 便秘加大黄; 中后期气虚加黄芪。

〔来源〕常宝贵《黑龙江中医药》. 1986. (3):16~17。

⑤⑪〔方药〕清热排石化石汤

金钱草、海金沙、鱼脑石各 30g, 生鸡内金、瞿麦、黄柏、泽泻、枳实各 10g, 木通、琥珀块各 6g, 扁蓄、赤芍各 12g。

〔加减〕血尿加生地炭、黑栀子、白茅根或大小蓟; 恶心加竹茹、枳壳去枳实; 尿痛加生甘草梢; 腹胀加香附、乌药、冬葵子。

〔来源〕韩树勤. 北京中医. 1986. (4):34。

⑤⑫〔方药〕金龙排石汤

鸡内金 6~9g, 金钱草 30g, 火硝、硼砂各 3~4g(冲服), 皮硝 4~6g(冲服), 白芍 10~30g, 怀牛膝、泽泻、地龙各 9~12g, 茯苓 9~18g, 车前子 10~18g(包煎), 滑石 10~24g(包煎), 生甘草梢 9g。

〔来源〕王承训. 中医杂志. 1984. 25(10):36~38。

⑤⑬〔方药〕排石七正散、消瘀排石汤、益肾排石汤

金钱草 30~60g, 海金沙、木通、车前子、枳壳、扁蓄、瞿麦、黑栀子各 10g, 鸡内金、甘草各 6g, 滑石 30g, 石苇、牛膝各 15g。

三棱、莪术、乌药、枳壳各 10g, 夏枯草 12g, 金钱草 30~60g, 牛膝 15g, 鸡内金、甘草各 6g。

核桃肉、金钱草 30~60g,牛膝 12g,鸡内金、甘草各 6g,女贞子、菟丝子各 10g,桑寄生 15g。

〔来源〕杨永澄. 陕西中医. 1985. 6(4):160~161。

⑤④〔方药〕通淋消石汤

金钱草 40g,海金砂、郁金各 20g,车前子、滑石各 30g,泽泻、扁蓄各 15g,木通、牛膝各 9g,甘草 6g。

〔加减〕气滞型加延胡索、川楝子;血瘀型加五灵脂、大、小蓟;湿热型加银花、蒲公英;肾阴虚型加生地、肉苁蓉;肾阳虚型加附子、肉桂。

〔来源〕李振中,等. 中级医刊. 1985. (5):48。

⑤⑤〔方药〕排石汤

金钱草、海金砂各 50g,滑石 20g,鸡内金、车前子、川楝子、木通、石苇各 15g,甘草 10g。

〔加减〕气郁血瘀型加蒲黄、五灵脂、木香各 15g;湿热型加扁蓄、桃仁、栀子各 15g,对于久滞,难排结石采用活血化瘀排石法,药用三棱、莪术、山甲、皂刺、桃仁、红花、乌药、金钱草;结石下移输尿管时重用大黄。

〔来源〕潘树和. 中医药学报. 1985. (4):41~43。

⑤⑥〔方药〕冬海金龙蜈蚣汤

冬葵子 20g,金钱草 15g(鲜品 30g),广地龙 15g,水煎 800~1000ml,日分 4~5 次服完。

海金砂 12g(兑服),蜈蚣末 5 只,日分二次冲服。

〔加减〕膀胱湿热型加茅根、生地、小蓟、车前草等;肾阳虚型加女贞子、旱莲草、生地、丹皮、枣皮等;肾阴虚型加干姜、附片、桂枝等;脾胃虚弱加白术、党参、黄芪、砂仁等。腰痛或肾绞痛剧烈者加玄胡、赤芍、白芍、炙甘草等。

〔来源〕江德胜. 四川中医. 1985. 3(7),-40。

⑤⑦〔方药〕加减八正散、消石散

海金砂、滑石、金钱草各 50g,牛膝 30g,大黄 20~30g,车前、扁蓄、瞿麦、石苇各 20g,木通 15g,甘草 10g。

地龙、内金、琥珀按 3:2:1 比例,共为细末。

〔加减〕脾虚加白术、山药;肾阳虚加菟丝子、补骨脂、肉苁蓉;肾阴虚加女贞子、知母、生地;气血虚加黄芪、党参、当归、熟地;腰痛加杜仲、枸杞子、寄生、川断;血尿加大小蓟、白茅根;血瘀加王不留行、三棱、莪术、桃仁、红花、赤芍。

〔来源〕孙连礼,等. 吉林中医药. 1983. (5):19。

⑤⑧〔方药〕复方赤豆琥珀汤

赤小豆 30g,金钱草 30~60g,当归、海金砂、郁金各 12g,炒蒲黄、制没药各 9g,川牛膝 15g,水煎分 2 次服;琥珀 3g,炙鸡内金 6g 均研细末分 2 次冲服;胡桃仁 6 枚(带壳略烤用仁),药前分 2 次嚼服。

〔加减〕如结石较大加山甲、莪术攻破,上尿路结石加王不留行、鱼脑石、下尿路结石,结石有下行之势加滑石、芒硝,肾阴虚加枸杞、女贞子,肾阳虚减用金钱草,加温阳之附子、补骨脂,脾虚加茯苓、白术,病延日久,加乌药、沉香,疼痛严重加芍药。伴尿路感染加蒲公英,伴肾积水加猪苓。

〔来源〕范天福,等. 山东中医杂志. 1983. (4):16。

⑤⑨〔方药〕石苇散加减

石苇、生地各 16g,冬葵子、木通、穿山甲、桃仁、薜荔各 10g,茯苓、牛膝各 20g,甘草 6g。

〔来源〕刘莲秀. 广西中医药. 1984. 7(1):20。

(3) 肾虚型

〔治法〕补益肾气,通淋排石。

⑥〔方药〕补肾调气汤。

川牛膝、肉苁蓉各 18g,枳壳、乌药各 8g,桂枝、鸡内金(研末冲服)各 12g,黄芪 30g,山萸肉 15g,砂仁 2g(研末冲服)。

〔加减〕合并尿路感染者去桂枝、黄芪,加金钱草、蒲公英、六一散;气郁血瘀或病程长加三棱、莪术、炮山甲;便秘加生大黄(后下)、芒硝(冲);血尿加大蓟、白茅根、琥珀末(冲);气虚加党参;阴虚去桂枝,加生地、白芍;腰痛加川断、杜仲;绞痛加延胡索、炒川楝子。

〔来源〕潘杰如. 实用医学杂志. 1994. 10(6):573~574。

⑦〔方药〕黄芪、五味子、枸杞子、菟丝子、淫羊藿、牛膝、乌梅、金钱草、海金沙、鸡内金、冬葵子、赤芍、滑石、桃仁、甘草、夏枯草。

〔加减〕疼痛重加元胡、白芍、续断;合并泌尿系感染加蒲公英、土茯苓、萹蓄;血尿明显加侧柏炭、大蓟、小蓟;肾积水重加当归、山茱萸、茯苓;腰膝酸软加蛇床子、杜仲、熟地;舌红苔薄黄,脉弦数加鳖甲,加大五味子、枸杞子用量。

〔来源〕韩万峰. 吉林中医药. 1992. (5):7~8。

⑧〔方药〕益肾通淋散

鹿角霜、川牛膝、海金沙、冬葵子、鸡内金、芒硝、王不留行各 30g,补骨脂 15g,金钱草 100g,鱼脑石 20g,血 10g,速尿 200mg,山萸萘碱 220mg,氟哌酸 2.4g。共研细末,装入胶囊。

〔来源〕龚树春. 甘肃中医. 1993. 6(2):16~17。

⑨〔方药〕巴戟天、熟地、白术、茯苓、怀牛膝、滑石、鸡内金、紫苏子、白芥子、莱菔子、车前子、石苇、王不留行、台乌、海金沙、金钱草、冬葵子、鳖甲。

〔来源〕李治方. 云南中医学院学报. 1988. 11(2):33~34。

⑩〔方药〕熟地 30g,菟丝子、山药、黄芪、续断各 15g,白术、鸡内金(研冲)、泽泻、车前子、茯苓各 9g,木香 6g。

〔来源〕林光启. 浙江中医杂志. 1984. 19(9):394。

⑪〔方药〕温肾利水方

附片、桂枝、补骨脂、仙灵脾、川椒、泽泻、车前子、海金沙、石苇。

〔来源〕张建国,等. 中医杂志. 1985. 26(5):70~72。

⑫〔方药〕附块、桂枝、川断、仙灵脾、黄精、川椒、牛膝、枳实、车前子。

〔加减〕单纯阴虚去附块、桂枝,加生地、白芍;血尿较重加三七粉。

〔来源〕孙品瑛,等. 中医杂志. 1985. 26(5):21~23。

(二) 验方治疗

(1)〔组成〕胡桃仁、冰糖、香油各 120g。

〔用法〕将胡桃仁放入香油内炸酥,与冰糖共捣烂,两天内吃完。

〔功用〕排石利尿。

(2)〔组成〕金钱草 30g,鸡内金 20g。

〔用法〕水煎服，日一剂。

〔功用〕利尿排石。

(3)〔组成〕火硝 6g，滑石 18g。

〔用法〕将火硝隔纸放锅内，文火炒黄，与滑石共加水 500ml，沸 10 分钟，待凉服用，每日 1 付，分 2 次服。

〔功用〕清热利尿排石。

(4)〔组成〕柏子仁 12g，白芥子 9g，滑石 12g，粳米 30g。

〔用法〕水煎温服，日一剂。

〔功用〕行气利水，清热利湿排石。

(5)〔组成〕茜草 30g，金钱草 12g，海金沙 9g，星星草 30g，炒盐 3g，白糖 10g。

〔用法〕海金沙包煎，除盐、糖外，余药放砂锅内加水 500~800ml，煎至 300ml，将糖、盐用药液溶化，成人 1 次服，儿童分次服，6 小时后再煎二渣，不加糖、盐。

〔功用〕清热利湿排石。

(6)〔组成〕瓦松 9g，瞿麦 15g，石苇 9g，寄生 9g，刘寄奴 5g，扁蓄 20g。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕清热利湿通淋。

(7)〔组成〕竹叶 1 把，鸡蛋 1 个。

〔用法〕竹叶熬水，放入鸡蛋，吃蛋喝汤。

(8)〔组成〕羊蹄草 100g，金沙藤 50g，车前草 50g，白花蛇舌草 50g。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕清热解毒，利尿排石。

(9)〔组成〕火硝 18g，滑石 15g，鸡内金 9g，生甘草 3g。

〔用法〕共研为面，每次 3g，每日 2 次，空腹温水送服。

〔功用〕清热利尿排石。

(10)〔组成〕车前草 25g，金钱草 25g，白茅根 25g，干地龙 1 条，冬瓜皮 25g。

〔用法〕上药加水 800ml，煎至 300ml，每日 1 剂。

〔功用〕清热利湿，利尿排石。

(三) 单味药治疗

金钱草

〔药理〕本品含黄酮甙、金丝桃甙、氯化钾、鞣质等，对大肠杆菌等多种微生物有抑制作用，能使尿量增加，利尿排石；能增加胆汁分泌、利胆排石，所含金丝桃甙有外周镇痛作用。

〔用法〕60~120g，水煎服，日 1 剂。

(四) 其它疗法

1. 针灸

(1) 取肾俞、膀胱俞、三阴交、关元为主穴，疼痛剧者配足三里、京门，用强刺激手法，留针 20~30 分钟，每日 2 次。

(2) 电针：肾和输尿管上段结石，肾俞接阴极，膀胱俞接阳极；输尿管下段结石，肾俞接阴

极,水道穴接阳极。通电强度由弱至强,以能耐受为度,持续 15~30 分钟,每日 1~2 次。

(3)耳针:取肾、输尿管区,或压痛点处,强刺激;留针 15~30 分钟。

2. 气功

外气治疗:随症选用佛家密宗念力法,拉气法、抓气法、佛光掌等。点穴、取肾俞、气海、关元、三阴交,手法多用强刺激,排尿疼痛者选用四金汤加味,气功日 1 次,10 日 1 疗程。

来源:徐骅,气功治疗结石症的初探,气功与科学,1993;(3):28。

3. 推拿

(1)处方:推腹摩运法,按腹压撑法,拿腹提抖法,运丹田,膊运腰背法,合掌剃腿法。

配穴:揉大肠俞、八髎、掐三阴交、足三里。

(2)点柔门、期门,掐委中、涌泉各 100 下,术毕使患者饮适量凉开水,稍候两腿轮换单腿跳跃 100 次,后复点掐上穴各 100 下。

4. 外敷

处方:莴苣一大把。

用法:上药捣烂敷脐部,日 1 次,用鲜品治疗更佳。

三、中西医结合治疗

总攻疗法:为遵义医学院急腹症研究组在 70 年代初提出的对尿路结石的一种综合治疗方法。适用于输尿管结石直径小于 1cm,无严重泌尿系感染,无明显狭窄梗阻,无或仅有轻度的肾盂积水,肾脏功能正常者。治疗方案见表 2-4-1。

时 间	措 施
8:30	饮水 500ml,口服双氢克尿塞 75mg
8:45	口服尿路排石汤 1 剂 200ml
9:00	饮水 500ml
9:30	饮水 500ml,阿托品 1mg、肌肉注射,速尿 20mg、肌肉注射或静脉注射
9:35	电针、强刺激、25 分钟
10:00	起床活动,并做跳跃运动数次。

注意事项:

(1)在整个过程中应注意观察病情变化,若总攻后腰部疼痛向下移动,则说明结石向下运动,若总攻后疼痛突然加剧并一度剧痛后又缓解,或同时出现膀胱刺激症状,则表示结石已排至膀胱,以后排尿时应注意收集。

(2)一般 5 次为 1 疗程,每周进行 2 次,总攻治疗后结石下移或排石不净时可于 1~2 周后进行第二个疗程。

(3)治疗后结石不见移动,若病者体健;可于尿路排石汤中加三棱、莪术、山甲、乳香、没药等,而体质虚弱者,则当先行补益调理,然后再行总攻治疗。

(4)连续多次应用双氢克尿噻进行总攻排石时,应注意补钾,以防发生低血钾症。

第二十四章 急性前列腺炎

第一节 概述

急性前列腺炎又称急性细菌性前列腺炎,好发于青壮年,儿童及老年人少见。据 Duke 医院统计的 244936 项病例中,急性前列腺炎与前列腺脓肿者占 226 例,可见本病发病率不高。

急性前列腺炎相当于中医的淋证。淋证之名最早见于《内经》。张仲景在《金匱要略》中有“淋之为病,小便如粟状,小腹弦急,痛引脐中”的描述。唐代的《千金要方》载治淋方剂 53 首。金元四大家之一的朱丹溪提出“执剂之法,并用流行滞气,疏利小便,清解邪热,其于调平心火,又三者之纲领焉。心清则小便利,心平则血不妄行,对本病的病机、治法已有了系统的论述。

第二节 病因病机

一、西医病因病理

(一) 病因

急性前列腺炎多继发于皮肤、口腔、扁桃体、呼吸道、尿道等的感染,以大肠杆菌、链球菌、金葡菌、类白喉杆菌为主要致病菌。感染途径有三:①血行播散,感染从体内某一病灶以小脓栓的形式经血流而传至前列腺。②淋巴感染,下尿路及结肠的炎症可经淋巴管扩散至前列腺。③直接蔓延,泌尿系的感染可通过前列腺小管的开口逆行至腺体,这是最常见的途径。任何引起前列腺充血、有利细菌繁殖的情况,如过度饮酒、嗜辛辣、会阴损伤,不正常的性生活等,都能诱发急性前列腺炎。

(二) 病理

该病常伴有后尿道炎及精囊炎,病理表现有部分或整个前列腺的炎症反应。特点是在腺泡内及其周围有多形核白细胞聚集,腺管内脱屑和细胞碎片凝结成块;伴有不同程度的淋巴细胞,浆细胞和巨噬细胞浸润,基质水肿充血。早期可形成微脓肿,重者后期微脓肿增大融合成前列腺脓肿。

二、中医病因病机

本病的病因病机主要有以下几种:

(一)热毒内盛

外感火热毒邪,或过食辛辣、火毒内生,蕴结下焦,火热为阳邪,伤津动血,前列腺受损,可见小便短赤,淋漓热痛等症。

(二)湿热蕴结

湿热之邪外侵,或过食肥甘厚味、饮酒过度,致脾胃受损,脾失健运生湿,湿热合邪,或因外阴不洁,湿热秽浊之邪上犯,蕴结下焦,致前列腺气化功能失调,可见小便不利等症。

(三)心火亢盛

多因情志郁极,火自内发,或六淫之邪入里化热,或温补过度,引起心火内盛,热移下焦,前列腺气化不利,则见小便淋漓热痛。

总之,本病病位在下焦,为湿、热、火等邪所犯,与心、三焦相关,以标实为主,以湿热毒邪致下焦前列腺气化不利为主要病机。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一)症状

发病突然,局部表现有尿急、尿频、尿痛、排尿困难,腰骶及会阴部疼痛,大便时加重,全身表现有寒战、发热、全身乏力,肌肉关节疼痛,严重者可休克及毒血症。

(二)体征

直肠指检可触及前列腺肿大,触痛明显,部分或整个前列腺发硬或有结节。

(三)实验室及其他检查

1. 尿液检查可见到血尿、脓尿和细菌,尿培养常能发现致病菌。
2. 前列腺液镜检可见大量脓细胞和卵磷脂小体减少,培养可发现致病菌,但须前列腺按摩,可能引起败血症,一般禁忌采用。
3. 血培养可见白细胞总数及中性明显升高。

(四)诊断要点

1. 诊断

根据病史及症状可做初步诊断,结合直肠指诊,尿液检查来综合判断,诊断一般不难。

2. 鉴别诊断

本病着重与泌尿系统其他部位的急性炎症相鉴别,急性膀胱炎常表现有尿急、尿频、尿痛、

排尿不畅等膀胱刺激症状,而全身症状不明显,尿液检查可出见脓、血尿,但直肠指检前列腺无触痛及肿胀,急性肾盂肾炎在临床上表现反复发作的寒战及高热,腰背部疼痛,尿频、尿急、尿痛等症,其尿路刺激症状与急性前列腺炎相似,但疼痛部位不同,另外,直肠指检亦有助于诊断。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

本病病机以标实为主,主要症见小便频急、淋沥、短赤涩痛、会阴部疼痛不适、发热恶寒。另根据病因不同,可见口干口苦,湿不欲饮,心烦面赤,口舌生疮等症状,凡具有小便频急、短赤淋沥涩痛,会阴部疼痛者,即可诊断本病。

(二)辨证分型

1. 热毒内盛证

〔临床表现〕小便频急,短赤热痛,发热,口干苦,心烦不宁,会阴部疼痛,舌红苔黄,脉数。

〔辨证分析〕热毒炽盛,聚于下焦,故见小便频急、短赤热痛,热毒正邪相争,则发热恶寒,身痛,热灼津液口干口苦,舌红苔黄,脉数均为热毒之象。

2. 湿热蕴结证

〔临床表现〕小便频急、淋沥涩痛,伴会阴部及少腹疼痛,潮湿,口苦粘腻,渴不欲饮,肢倦困重,舌红苔黄腻,脉濡数。

〔辨证分析〕湿热聚于下焦,气化不利,故小便频急、淋沥涩痛,湿热蕴结,中焦郁阻,脾不布津,故口苦粘腻,湿蕴于内故渴而不欲饮、肢倦困重,湿热下注故会阴部疼痛潮湿,舌红苔黄腻,脉濡数均为湿热蕴结之象。

3. 心火亢盛证

〔临床表现〕小便频数短赤涩痛,心烦,面赤,口苦多饮,口舌生疮,舌红以舌尖为甚,苔薄黄,脉数。

〔辨证分析〕心火内盛,移于下焦,致下焦火亢,故小便频数,短赤涩痛,心主神志,心火盛则心烦面赤,火盛伤津则口苦多饮,口舌生疮。舌脉均为心火亢盛之象。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)一般治疗

包括多饮水、止痛、退热,卧床休息,热水坐浴,禁食刺激性食物等。

(二) 抗感染治疗

抗生素中,TMP-SMZ 在前列腺液中能达到较高浓度,为首选药物。另外,可静滴氨苄青霉素加庆大霉素肌注或静滴,如治疗效果欠佳,可据药敏试验来选择抗菌药物,为防止转变为慢性炎症,一般疗程应控制在1个月左右。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 湿热蕴结型

〔治法〕清热利湿。

①〔方药〕龙胆消炎汤

龙胆草、蒲公英、土茯苓各 15~30g,黑山栀、败酱草各 15g,柴胡、黄柏、夏枯草、萆薢各 9g,茜草、丹皮、肿节风各 9~15g。

〔加减〕急性期重用龙胆草、公英、肿节风加金银花、连翘、薄荷;慢性期去黄柏、山栀加川楝子、赤芍,并减龙胆草、公英、肿节风用量;腰痛去黄柏、土茯苓、肿节风、山栀,加杜仲、狗脊、川楝子、川断、元胡;会阴部疼甚者去黄柏、土茯苓、肿节风、山栀,加川楝子、元胡、乳香、没药、青陈皮;尿血加槐花、白茅根、仙鹤草;头昏失眠多梦加菖蒲、远志、茯神,去黄柏、土茯苓,兼肾虚者合左归饮加减;兼脾虚者合参苓白术散加减;伴见前列腺肿硬合少腹逐瘀汤加减。

〔治法〕利尿通淋,清热解毒。

②〔方药〕通淋汤

土茯苓 200g,白花蛇舌草、十大功劳、虎杖各 100g,灯芯草 10g。

〔治法〕泻肝经湿热。

③〔方药〕硝黄龙胆汤

龙胆草 12g,黄芩、栀子、泽泻、车前子、柴胡、生地各 9g,木通、当归各 6g,甘草 4g,大黄、芒硝(后下)各 10g。

〔治法〕清利湿热,行气通淋。

④〔方药〕前列腺 I 号汤

柴胡、丹皮、黄柏、赤芍、甘草、川楝子、车前子各 10g,扁蓄、萆薢各 20g,滑石、败酱草、赤小豆各 30g。

2. 热毒内盛型

〔治法〕清热凉血,解毒利尿

〔方药〕清消汤

野菊花、双花、公英各 15g,生地、玄参各 24g,栀子、连翘各 12g,淡竹叶、生甘草各 6g,石苇、滑石、木通各 10g。

〔加减〕若小便痛甚,重用石苇、滑石、木通;若大便秘结加大黄、厚朴各 10g,若口燥咽干加石膏 15g,沙参、石斛 10g。

3. 心火亢盛型

〔治法〕清心泻火,凉血利尿。

〔方药〕黄连解毒汤合小蓟饮子

黄连 6g,黄芩、黄柏、栀子、小蓟、生蒲黄、滑石各 10g,生地 24g,当归 12g,生地榆 24g。

〔加减〕口燥咽干多饮者加石斛、花粉各 10g,石膏 15g;若小便带血加琥珀 2g(冲服);旱莲草、地榆炭各 15g;大便秘结者加生大黄、芒硝、厚朴各 6g,以泻热通便。

(二) 验方治疗

1.〔组成〕葡萄汁、生藕汁、生地汁。

〔用法〕上药各等分,白蜜适量,混合后每次口服 20ml,日 3 次。

〔功用〕清热利湿通淋。

2.〔组成〕海金沙、地锦草、苡米、车前草、扁蓄、白茅根、榆白皮、栀子、白花蛇舌草。

〔用法〕上药任选一、二种、每种 30~60g,每日 1 剂,水煎代茶频服。

〔功用〕清热利湿通淋。

3.〔组成〕土牛膝 60g,车前草 10g,制乳香、滑石各 6g。

〔用法〕水煎服,分 4 次服。

〔功用〕清热利湿,活血解毒。

4. 清源通淋汤

〔组成〕生地、苦参、土茯苓、虎杖、扁蓄、滑石、花粉、黄柏、蜂房、石菖蒲、甘草。

〔用法〕水煎服,日一剂。

〔功用〕清热利湿。

5. 加味黄芪甘草汤

〔组成〕生黄芪 50g,生甘草 12g,丹参 20g,赤小豆 20g。

〔用法〕水煎服,日 1 剂。

〔功用〕清热化浊,利水通淋。

〔疗效观察〕刘康平用治 12 例全部治愈。

(三) 单味药治疗

① 大黄

〔药理〕含蒽醌衍生物、鞣质、没食子酸等。有较强的抗菌、抑制肿瘤作用。

〔用法〕3~15g,生用,水煎服。

② 小蓟

〔药理〕含生物碱、皂甙、刺槐素等,药理研究有广谱抗菌消炎作用。

〔用法〕鲜品 30~60g,水煎服。

③ 薯蓣

〔药理〕含薯蓣皂甙等多种甾体皂甙,药理研究有抗微生物、抗炎作用,水煎剂有利尿作用。

〔用法〕10~20g,水煎服。

④ 金钱草

〔药理〕含黄酮甙、金丝桃甙等,对大肠杆菌等多种微生物有抑制作用,使尿量增加。

〔用法〕干品 30~60g, 样品 60~120g, 水煎服。

(四) 其它疗法

1. 针灸

(1) 涂晋文取足三里、中极、三阴交、阴陵泉, 反复捻转提插, 强刺激, 可治疗湿热下注引起的尿急、尿频、尿痛。

(2) 李鸿芬取阴陵泉、少府、膀胱俞、中极、次髎、行间。用泻法, 针腹部穴位时, 先排空小便, 再针刺, 使针感向会阴部放射为佳, 可治疗心火亢盛引起的小便赤涩疼痛。

2. 中药坐浴

解毒洗药(山东中医药大学附属医院协定处方: 公英 30g, 苦参、黄柏、连翘、木子各 12g, 双花、白芷、赤芍、丹皮、生甘草各 10g。)水煎乘热坐浴熏洗。

3. 外敷

① 益母草 30g, 车前子 9g, 小蓟 6g, 川牛膝 15g, 煎取浓汁, 冷却后抹小腹及会阴部, 可治小便短涩带血疼痛。

② 木通、黄柏各 30g, 生大黄 10g, 煎取浓汁, 冷却后抹小腹及会阴部, 可治小便频数热痛伴大便秘结者。

三、中西医结合治疗

林觉生采取每晨口服利福平 600mg, 共服 30 天, 后改为每晚服利福平 300mg, 共服 30 天, 同时每天取车前草鲜叶 40g, 黄皮树鲜叶 10g, 加水 1000ml 蒸煮, 代茶饮。并行穴位注射, 取会阴、三阴交、足三里, 第一天取会阴穴, 第二天取三阴交穴, 第三天取足三里穴, 每个穴位注射鱼腥草注射液 1ml, 3 个穴位交替注射各 20 天。此法对曾服多种抗生素效差者疗效显著。

第二十五章 慢性前列腺炎

第一节 概述

慢性前列腺炎包括慢性细菌性前列腺炎和慢性非细菌性前列腺炎,本病多发于青壮年、中年男性,青春期发病很少。据统计,35 岁以上的男子有 10%~20% 患有本病,可见其发病率甚高,国内一组统计表明,本病约占泌尿男科病人的 15~30%。

本病属于中医“精浊”、“淋浊”等范畴。《证治汇外·便浊》说:“精浊者,因败精流于溺窍,滞而难出,故茎中如刀割火烧而溺自清,惟窍端时有秽物,如疮脓目眵,淋漓不断,与便溺绝不相混。”另外,与中医之白淫,肾虚腰痛等病症有关。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一) 病因

慢性细菌性前列腺炎的致病菌多为大肠杆菌、金葡萄、链球菌、类白喉杆菌及厌氧菌,常有杆菌与球菌的混合感染,其发病途径主要是身体其他部位的感染灶经血行播散,如口腔、肠道感染等;尿路感染可直接蔓延,如急性膀胱炎、尿道炎等;前列腺结石易引发局部感染,另有少数病人因急性前列腺炎继发。经常性的过饮、过度性刺激和会阴部的损伤,使前列腺发生非细菌性充血反应,为细菌的侵入和繁殖创造良好环境,下尿路梗阻、尿流不畅也是本病诱因。

(二) 病理

本病较突出的组织学表现是腺泡内及其周围有不同程度的浆细胞和巨噬细胞浸润和区域性的淋巴细胞聚集,腺叶中纤维组织增生明显,脓性物及脱落的上皮细胞阻塞狭窄的腺管,引起腺泡扩张,肛诊腺体呈柔韧感,若前列腺纤维变性重,腺体萎缩延及后尿道,使膀胱颈硬化。

二、中医病因病机

本病的病因病机较为复杂,为虚实夹杂症,导致本病发生的病因很多,如湿、热、瘀、痰等。其病因病机主要有如下几种:

(一) 湿热

湿热之邪或由前阴而入,或因脾失运化,湿热内生,或为湿热之体,湿热下注致下焦气化不利而为病。

(二) 血瘀

痰湿之邪阻滞气机,气滞而致血瘀,或情志内伤,肝郁气滞而致下焦瘀血;或因久骑久坐;频繁性生活,或久病入络,血行不畅,或离经之血(如尿血)未能排出,留而成瘀,症见会阴部刺疼,小便滴沥涩滞。

(三) 肾虚

或先天禀赋不足,肾气亏虚,或年高肾气衰弱,或后天失养,或房劳过度伤肾而成本病。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

临床上部分病人可无症状,仅有菌尿。大多数病人有排尿刺激症状,尿痛、尿急、尿频、夜尿多,有的尿末流出白色粘液。会阴、肛周、耻骨上、下腹部、腰骶部、腹股沟、阴囊,大腿内侧及睾丸,尿道内不适感或疼痛,性功能异常,如阳痿、早泄、射精疼、血精等。神经衰弱,如失眠、多梦、头晕、乏力、自信心减弱等。

(二) 体征

直肠指检前列腺肿大、正常或缩小,表面可软硬不均,呈结节状或有压痛。

(三) 实验室及其它检查

1. 前列腺液检查

前列腺按摩取前列腺液镜检,每高倍镜视野白细胞 10 个以上或虽少于 10 个,但有成堆脓球,卵磷脂小体减少,据此一般可以诊断。一次检查结果阴性不能排除该病的可能,需间隔多次检查。

2. 细菌学检查

该检查可将前列腺炎与尿道炎区别开来,具体方法是:消毒尿道口,留初尿 10ml 做标本 VB₁,中段尿 10ml 作标本 VB₂ 然后按摩前列腺,取得前列腺液作标本 EPS,再排尿留 10ml 作标本 VB₃。所有标本均做细菌培养加计数,前列腺炎者 EPS 和 VB₃ 的细菌计数高于 VB₁ 和 VB₂。慢性前列腺炎有反复发作的菌尿,且细菌培养有较固定的菌种生长。

3. 前列腺穿刺活检

对本病的诊断有决定意义,由于一般方法即可诊断,故临床并不常用。

4. 免疫球蛋白检测

患有该病时,IgA 可升高。

5. 前列腺液的 PH 值

一般患有该病者,前列腺液的 PH 值可升高,依其严重程度可自正常的 6.35 升达 7~8 之间。

(四) 诊断要点

1. 诊断

根据病史,临床表现,直肠指检及实验室检查,一般即可作出诊断。

2. 鉴别诊断

1. 前列腺结核

由尿路结核而引起的前列腺结核,也有尿急、尿频、尿痛、尿混浊或终末血尿等泌尿系症状为主,但直肠指检腺体肿大呈不规则结节状,尿液及前列腺液直接涂片或培养可发现结核杆菌。前列腺活检及 X 线检查有助于诊断。

2. 淋病性前列腺炎

本病慢性病与慢性前列腺炎的症状相似,但前者做前列腺液或尿液的细菌学检查可发现淋病双球菌,但无其它细菌。

因前列腺增生与前列腺癌均发生于中老年病人,故不易混淆。但临床上 BPH 患者常合并前列腺炎,应提高警惕。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

本病病机变化多端,症状主次不一,但病初多属邪实,久病则由实转虚,以正气不足为主,或邪气未尽,正气已伤,形成虚实夹杂的病证。但不论虚实,一般均见小便频数涩滞,或尿浊、会阴、腰骶部疼痛或不适感。

(二) 辨证分型

1. 湿热型

〔临床表现〕以尿频、尿急、尿痛为主,腰骶及会阴部胀痛,或遗精阳痿,阴囊会阴部潮湿、臊臭,下肢困重,舌质红、苔黄腻,脉濡数。

〔辨证分析〕湿热聚于下焦,导致气化失调,则尿频、尿急、尿痛,邪阻气滞,郁而不通,则会阴部胀痛,潮湿,臊臭为湿热秽浊之邪壅积所致,舌质红、苔黄腻,脉濡数为湿热内蕴之象。

2. 血瘀型

〔临床表现〕会阴部、耻骨上、腰骶部疼痛不适,伴排尿不畅,尿滴沥,指诊前列腺较大、变硬,有时触及结节感。舌有瘀点瘀斑、脉涩。

〔辨证分析〕各种原因导致瘀血内停,则经络阻滞,不通则痛,故局部疼痛,瘀血阻滞尿道则排尿不畅、尿滴沥,瘀阻下焦则指诊可及前列腺增大、变硬。舌有瘀斑或瘀点,脉涩为瘀血之象。

3. 肾虚型

〔临床表现〕尿频、尿滴沥不尽,或夜尿多,腰膝酸软,腰骶部酸痛,伴畏寒乏力,精神疲惫,舌淡苔少,脉弱。

〔辨证分析〕肾主水,肾亏则尿频、滴沥不尽,肾虚则精亏,故腰膝酸软,腰骶酸痛,乏力疲惫等,舌淡、脉弱为肾虚之象。

第四节 治疗

一、西医治疗

临床实践表明,现有的抗生素很难在前列腺内达到有效的浓度,故难以根治,一般多采用综合治疗。

(一) 一般治疗

热水坐浴,前列腺按摩、理疗,适当运用解痉剂或镇静剂等。

(二) 抗生素治疗

TMP—SMZ 为首选。其它抗生素如红霉素、林可霉素均可选用。国外有学者认为对于用抗生素治疗有效,但经常在停药后复发者,可长期或终身服用抗生素。

(三) 手术治疗

若采用部分切除,因不能保证把感染的组织全部切掉,仍有复发可能,前列腺摘除术可以根治,但因术后性功能问题对较轻病人不适当,病人也难以接受。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 湿热蕴结型

〔治法〕清热利湿,活血化瘀。

①〔方药〕猪殃殃汤

猪殃殃 100g,半枝莲 15g,鱼腥草 30g,红花 10g,桃仁、泽兰、茯苓、车前子各 12g,滑石 18g,甘草 3g,桂枝 6g。

〔加减〕少腹、会阴或睾丸胀痛加青皮 10g,川楝子、橘核各 12g;尿道滞涩或有尿不尽感加木通、王不留行各 9g;有红细胞者加茅根,小蓟各 10g,尿末或大便时尿道白浊者加萆薢、败酱草各 1.5g,有阳痿、早泄、性功能减退者加仙灵脾 10g,鹿角胶 12g。

〔治法〕清热利湿,解毒活血。

②〔方药〕利湿解毒汤

败酱草 15g,虎杖 10g,赤芍 20g,王不留行 10g,生苡仁 30g,萆薢 15g,黄柏 10g,石菖蒲 10g,石韦 10g,木通 10g,公英 15g。

〔加减〕湿热盛而排尿疼痛加龙葵、白茅根、淡竹叶、滑石;湿重者去黄柏,加茯苓、泽泻;小便滴白者加益智仁、乌药;疼痛明显加乳香、没药、徐长卿;尿道发痒者加白藓皮。

③〔治法〕清利湿热。

〔方药〕龙胆草糖浆

龙胆草、败酱草、马齿苋、川萆薢、通草、川牛膝、飞滑石。

〔治法〕清热解毒,化湿通淋,活血化瘀。

④〔方药〕加味龙胆泻肝汤

龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、木通、生地、车前子、泽泻、当归、甘草、红花、山甲、丹参、王不留行。

〔治法〕清热利湿。

⑤〔方药〕前列腺炎汤

土茯苓、败酱草、炒谷芽各 30g,牛膝 12g,萆薢、元胡各 15g,丹皮、龙胆草、枳壳各 9g。

〔加减〕热甚者加黄柏、山栀、马齿苋、马鞭草;湿盛者加车前子、茯苓、泽泻、薏苡仁,痛甚者加制乳香、制没药、川楝子、乌药;挟瘀者加桃仁、红花、三棱、莪术;阴虚者加知母、黄柏、生地、玄参,气虚者加黄芪、党参、山药;尿道流白浊者加金樱子、芡实。

〔治法〕清热解毒,散结止痛,活血消肿。

⑥〔方药〕清热活血汤

败酱草 15g,公英 30g,地耳草 30g,山甲 15g,三棱 10g,莪术 10g,泽兰 9g,王不留行 10g,生黄芪 30g。

〔治法〕清热利湿。

⑦〔方药〕龙胆泻肝汤

龙胆草 10g,栀子 10g,黄芩 6g,柴胡 10g,生地 15g,车前子 10g,泽泻 10g,木通 6g,甘草 10g,当归 5g。

〔加减〕尿道口滴白加芡实 10g;口苦及湿热甚者加败酱草 10g,公英 10g,并重用龙胆草;前列腺质韧者加泽兰 10g,乳香 6g,桃仁 10g,赤芍 10g,性功能障碍者加淫羊藿 10g,萆薢 10g。

〔治法〕清热化湿解毒,兼以活血祛瘀。

⑧〔方药〕前列汤

知母、黄柏、水蛭、山甲、沙苑子各 10g,茅根、公英、败酱草各 15g,王不留行 20g。

〔加减〕尿频尿急尿痛加木通、灯芯草,腰酸痛加续断、杜仲;阴虚者加龟板、女贞子、枸杞子;前列腺体变硬加花粉、赤芍、虻虫等。

〔治法〕清热利湿,理气化瘀。

⑨〔方药〕清利理化汤

川楝子、川牛膝、刘寄奴、桃仁、甘草、黄柏、小茴香各 10g,苡仁、白芍各 20g,败酱 30g,熟附子 3g,瞿麦、玄胡各 15g。

〔加减〕小便灼痛甚者加滑石、去附子、小茴;小腹及睾丸坠痛,气短神疲者加党参、黄芪;阳

萎、早泄、脉沉细者，合五子衍宗丸温养肾气；射精疼痛及血精排出者去附子、小茴香加生地、知母、炒蒲黄、茅根；前列腺体有结节者加醋炒鳖甲、生内金。

〔治法〕清热利湿。

⑩〔方药〕败酱草合剂

败酱草、马齿苋、马鞭草各 30g，生黄芪、萆薢、元胡各 15g，川牛膝、丹皮、枳壳各 10g，蜂房 6g。

〔治法〕清热导湿。

⑪〔方药〕程氏萆薢分清饮

萆薢、黄柏、石菖蒲、茯苓、白术、碧玉散、丹参、车前子、苍术、苡仁。

〔治法〕清热利湿，解毒化浊。

⑫〔方药〕前列腺炎Ⅰ号方

生黄芪、公英、土茯苓各 20g，白花蛇舌草 30g，虎杖、败酱草、扁蓄各 15g，黄柏、生大黄、甘草各 10g。

〔加减〕尿道灼热刺痛较重加石苇、木通各 10g；尿道滴白较多者加萆薢、车前子各 15g，EPS 中有脓细胞满视野者，加双花、连翘各 20g；血精或 EPS 中有红细胞者加旱莲草 15g，白茅根 20g。

〔治法〕清热利湿，行气活血。

⑬〔方药〕前列腺炎Ⅱ号方

生黄芪、公英、土茯苓、赤芍、元胡各 20g，白花蛇舌草 30g，虎杖 15g，熟大黄、川楝子、乌药各 10g。

〔加减〕尿道灼热刺痛者加石苇、木通各 10g，会阴、睾丸、阴茎等处疼痛较重者，加炮山甲、乳香、没药各 10g，EPS 中脓细胞较多者加银花、连翘各 20g。

2. 气滞血瘀型

〔治法〕活血化瘀。

①〔方药〕瞿麦糖浆

瞿麦、三棱、红花、浙贝、益智仁、生麦芽。

〔治法〕活血化瘀。

②〔方药〕三棱糖浆

三棱、莪术、当归、桃仁、枳壳各 10g，丹参、赤芍各 12g，生黄芪、党参各 15g。

〔治法〕活血化瘀。

③〔方药〕王不留行汤

王不留行、赤芍、元胡、丹参、山甲、皂刺、桃仁、红花、莪术、苏木、川芎、牛膝、丹皮。

〔治法〕活血化瘀，兼以清热利湿。

④〔方药〕前列腺 2 号汤

丹参、王不留行、苡仁、牡蛎各 30g，柴胡、萆薢、车前子、乳香、没药、小茴香、甘草各 10g。

〔治法〕活血化瘀，佐以清利。

⑤〔方药〕丹王汤

丹参 20g，王不留行、当归、元胡、川楝子、香附各 10g，赤芍、败酱草各 15g，柴胡 5g。

〔加减〕痛甚加乳香、没药、徐长卿；睾丸痛加橘核、荔枝核、小茴香；小便滴白加益智仁、萆

薤、乌药；湿热甚加龙葵、虎杖、石苇；湿浊明显加苡仁、茯苓。

〔治法〕活血化瘀，清热解毒。

⑥〔方药〕活血解毒汤

王不留行 25g，赤芍、元胡、丹皮、山甲、皂刺各 15g，黄柏、公英、败酱草各 25g，木香 10g，甘草 5~10g。

3. 肾虚型

〔治法〕滋阴降火。

①〔方药〕加减知柏地黄汤

生地、萆薢各 15g，泽泻 12g，山萸肉、茯苓、丹皮、知母、黄柏、车前子各 10g。

〔治法〕补肾敛精。

②〔方药〕加减菟丝子丸

菟丝子、茯苓、山药、沙苑子、车前子、远志、石斛、牡蛎、生地、熟地、川断、益智仁。

〔治法〕益肾固精，分清泌浊。

③〔方药〕前列腺 3 号汤

肉苁蓉、山萸肉、仙灵脾、山药、萆薢、石苇、熟地各 20g，肉桂、杜仲、川断各 10g，桑寄生、车前子各 15g。

〔治法〕育阴扶阳。

④〔方药〕加减固阴煎

熟地、金樱子、芡实各 15g，覆盆子、仙灵脾、锁阳各 12g，五味子、山萸肉、刺猬皮各 10g，制首乌 30g。

〔治法〕养肝血，补肾阳。

⑤〔方药〕养肝温肾汤

柴胡 15g，当归、白芍、淫羊藿、巴戟天、枸杞子、甘草各 10g，蜈蚣 3 条，菟丝子 15g，紫梢花 6g，党参 20g。

〔加减〕若腰痛加杜仲、补骨脂、核桃肉；早泄加桑螵蛸、芡实、金樱子、石菖蒲，滴白加萆薢、益智仁。

〔治法〕补肾固精。

⑥〔方药〕前列腺炎糖浆

仙灵脾、枸杞子、急性子、黄芪、当归、熟地、陈皮、制首乌。

（二）验方治疗

①固精导浊汤

〔组成〕粉萆薢、菟丝子、牛膝、土茯苓、泽泻、车前子、乌药、石菖蒲、马鞭草、甘草、沙苑子、益智仁、淮山药。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕固精导浊。

〔疗效观察〕朱永康治 133 例，痊愈 50 例，临床治愈 42 例，好转 36 例，无效 5 例，总有效率 96.2%，疗程最短者 10 天，最长 1 年半。

②加味消肾汤

〔组成〕知母、黄柏各 12g, 龙骨、牡蛎、茜草各 15g, 白芍、山药各 10g, 海螵蛸、泽泻各 9g。

〔用法〕水煎服, 日 1 剂。服药期间每天大便后以热水坐浴一次。

〔功用〕补肾活血, 固肾祛腐。

〔疗效观察〕游开泓治疗 24 例中痊愈 15 例, 有效 6 例, 无效 3 例。

③玄地阿胶汤

〔组成〕玄参、生地各 15g, 阿胶、黄柏、车前子、乳香、没药各 10g, 公英、紫草各 20g。

〔用法〕水煎服, 日 1 剂。

〔功用〕滋补肾阳, 清热利湿, 活血化瘀。

〔疗效观察〕周端求治 86 例中显效 46 例, 好转 28 例, 无效 12 例, 总有效率 86%。

④清化益肾汤

〔组成〕黄柏、知母、赤芍、益母草各 10g, 败酱草、苡苡各 15g, 瞿麦、土茯苓、牛膝、黄精、肉苁蓉各 12g, 通草 4g。

〔用法〕水煎服, 日 1 剂。

〔功用〕清热化浊, 溶血化瘀, 益肾填精。

〔疗效观察〕王西周治 38 例中痊愈 19 例, 显效 12 例, 好转 5 例, 无效 2 例, 总有效率 94.74%。

(三) 单味药治疗

①虎杖

〔药理〕含黄酮类、大黄素、虎杖甙、多聚糖等, 其煎剂对大肠杆菌, 绿脓杆菌有不同程度抑制作用; 有抗病毒作用。

〔用法〕10~30g, 水煎服。

②车前子

〔药理〕含车前子碱、琥珀酸、胆碱等, 水煎剂对实验动物有利尿作用, 能增加尿素, 尿酸的排泄量; 黄芩甙对变态反应有调节作用, 有抗微生物作用, 对金葡萄、大肠杆菌等敏感, 有镇静、镇痛、解毒作用。

〔用法〕3~15g, 水煎服, 可长期服用。

(四) 其它疗法

1. 针灸

关元、次髎、三阴交、太溪、会阴穴为一组; 中极、白环俞、足三里、阴陵泉、肾俞为一组, 中强刺激、间歇行针 15 分钟, 每天 2 次, 两组上、下午交替使用, 7 天为 1 疗程。

2. 药物坐浴

醋灵脂、元胡、川牛膝、乌药、木香、川楝子、白芍、生蒲黄各 10g, 水煎坐浴, 每日 1 次, 约 20 分钟, 7 日为 1 疗程, 对本病以会阴或少腹疼痛为主症者效佳。

3. 外敷

麝香 1.5g, 敷脐: 约 20~30 分/次。

麝香 0.5g, 白胡椒 7 粒, 研成细末。先将患者肚脐用药液洗净, 将麝香放入肚脐内, 再将胡椒粉盖在上面, 后盖一张圆白纸(以盖住肚脐为度), 外用胶布固定, 四周贴紧, 每隔 7~10 日换

药一次,10次为一疗程。

4. 理疗

韩冰用直肠内中药电离子导入法治疗,方法,空针抽取前列腺1号(组成:赤芍、丹皮、穿山甲、皂刺、三棱、莪术、地丁、黄柏、败酱草、牛膝)50ml,温度约36~40℃,患者膝胸位,导尿管插入肛门3~5cm,缓慢注入直肠、灌注药液后起坐片刻取仰卧位。在体表腰骶部—耻骨联合通直流电,选用“DL-Z”型直流感应电疗机、主辅极极性交替,极板面积10×10cm²,电流强度以耐受为度,每次25分钟,每日或隔日1次,14次为1疗程,结果48例总有效率为97.5%。

三、中西医结合治疗

(1)姜开福治疗慢性前列腺炎20例,西药用红霉素0.5g,每日4次;或复方新诺明2片,每日2次,一般持续应用2~3周。中药协定处方:黄芪15g,黄柏1g,蜈蚣2条,地龙10g,土茯苓15g,当归10g,王不留行10g,桃仁10g,败酱草10g,甘草6g。水煎服,同时前列腺按摩每月1次,热水坐浴3天1次。结果治愈17例,好转3例。

(2)蔡桂坤采用中西合用,局部与整体相结合的方法治疗本病。方法:中药基本方:桃仁、红花各20g,王不留行、丹参、败酱草、鱼腥草各20g,赤芍15g,甘草6g。湿热重去红花、加山栀、木通、泽泻;瘀甚加元胡、郁金、丹皮、蒲黄;肾阳虚加仙茅、仙灵脾、巴戟天,脾虚者去桃仁,加党参、白术、黄芪。西药取先锋霉素V号1.0,地塞米松5mg,2%普鲁卡因4ml混合均匀,在双侧前列腺包膜内各注入1ml,其余药液注入前列腺周围,每5天治疗1次,5次为一疗程,配合内服氟哌酸0.2g,每日3次。

第二十六章 前列腺增生症

第一节 概述

前列腺增生症为老年男子的常见病。随着我国人口平均寿命的增长,本病已成为日益被重视的课题。据目前统计结果表明,本病始发于40岁,高发于50~70岁。其发病率主要以尸检资料为依据,发病率随年龄递增。国外一组206例40岁以上男性尸检中,80.1%有前列腺增生,80岁以上的67人中则占90.5%。根据国内统计,本病的发病率也在逐年增加,本病的发生可能与种族、地区有关,如欧美较亚洲高,好发于高加索、犹太民族和美洲黑种人。

前列腺增生症相当于中医的癃闭。癃闭之名,首见于《灵枢·本输》篇:“三焦……实则癃闭,虚则遗溺”。阐明了本病与三焦有关。巢元方《诸病源候论·小便病诸候》中指出:“热亢太盛”则令“小便不通”,“热势极微”则见“小便难也”。孙思邈《千金要方》则指出癃闭可引起死亡,不可轻视,并在《千金要方》中记载了葱管导尿术。张景岳则重补肾,用左归、右归、六味、八味等汤丸治疗本病。李用粹在《证治汇补·癃闭》篇中详述了癃闭的病因病机及治疗方法。总之随时间推移,对本病病因病机、治疗、预后的认识都有较全面的发展。

第二节 病因病理

BPH的病因学观点很多,如种族、社会因素、代谢营养因素、动脉硬化学说、炎症学说等,但大多数均未被普遍承认。现代较趋于以下三种学说。

(一)双氢睾酮学说

本病的发生必须具备条件之一是正常睾丸存在,因为在青春期前去势者,不会发生本病;患者去势术后增生腺体缩小。Wilson等于1970年提示,双氢睾酮(DHT)是前列腺主要的细胞内雄激素代谢产物,增生腺体的DHT含量比正常腺体高3~4倍。DHT在前列腺细胞内经 5α -还原酶作用从睾酮转变而来,其生理作用是睾酮的2~3倍。另有实验研究表明,前列腺增生组织中 5α -还原酶活性较正常高2~3倍,说明此酶的增高可能是DHT异常累积的主要原因,与BPH的发病密切相关。

(二)雌雄激素协同学说

据研究,当DHT和雌二醇配合应时,前列腺增生明显,表明雌雄激素协同作用不仅可诱发且可加速BPH的发生,还可证明雌雄激素协同作用机制系雌激素介导的雄激素受体增加。另外,研究证明老年人睾酮浓度随年老而缓慢下降,而血浆雌二醇浓度增高或保持不变,这种性激素平衡的改变可能是前列腺基质诱导活性的部分原因。

(三) 人类前列腺生长因子(PrGF)

PrGF 是一种激素或激素样物质, Jacob 等研究发现 PrGF 不是上皮生长因子, 而是增生前列腺组织内主要的生长刺激物质, 有促进纤维细胞生长和增殖的能力。Hierouski 发现, BPH 组织内 PrGF 活性显著高于正常前列腺组织, 而且其性质与正常组织内 PrGF 的性质有明显不同。还有人发现 PrGF 与类固醇协同作用有刺激细胞分裂、增殖的作用。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

1. 尿频

排尿次数增多, 为早期症状, 尤其是夜尿次数增多; 且逐渐加重, 昼夜均尿频, 其原因主要为膀胱逼尿肌功能减退, 残余尿量增加, 使膀胱有效容量减少而出现频繁排尿。

2. 排尿困难

表现为有尿意时, 不能及时排出, 一般须等候片刻后逐渐用力方可排出, 延缓的时间可达 15~30 秒甚至更长, 称为排尿踌躇, 继后出现尿线无力、射程不远、尿流变细等改变。再进一步发展可见间歇性排尿现象, 到后期尿流形不成尿线而呈点滴状。

3. 尿失禁

膀胱潴留尿液, 达到一定数量, 且膀胱内压增高到一定程度后, 超过尿道管腔的阻力时, 尿液可自行溢出, 称为充盈性尿失禁, 夜间熟睡时, 盆底骨骼肌松弛, 尿液更易自行流出而出现遗尿。

4. 血尿

为常见症状, 腺体增生后, 覆盖前列腺的粘膜毛细血管充血, 小血管曲张, 前列腺尿道及膀胱颈粘膜下血管受到体积增大腺体的牵扯, 当膀胱收缩时可以破裂, 引发一时性肉眼或镜下血尿。

5. 急性尿潴留

当上述症状发展到一定程度后, 如遇性交、疲劳、饮酒、上呼吸道感染等诱因, 引起腺体及膀胱颈部充血水肿, 形成急性梗阻而致尿潴留。

(二) 体征

直肠指检是前列腺增生最简单和必须进行的检查方法。正常前列腺大小似栗子, 表面光滑, 质地中等, 有坚韧弹性感, 两侧叶之间有中央沟存在, 通常以鸡蛋大小为 I 度增生, 鸭蛋大小为 II 度增生, 鹅蛋大小为 III 度增生。在增生时中央沟变浅或消失, 表明中叶增生, 虽增大不明显, 但排尿不畅。

(三) 并发症

1. 腹压增高引起的症状

因长期依靠增加腹压排尿,将会引起肛痔、脱肛、便血、疝的形成或加重。

2. 全身症状

下尿路梗阻伴双侧肾积水;上尿路继发感染;晚期因尿路梗阻造成肾功能损害,而出现一系列全身性尿毒症表现。

(四) 诊断要点

1. 诊断

凡50岁以上的男性有进行性排尿困难,须考虑有本病可能,典型的BPH通过排尿异常的病史,便可作出初步诊断,还应做些必要的检查。

(1) 直肠指检。

(2) 残余尿测定:排尿后立刻在无菌条件下导尿,放出的全部尿液即为残余尿量,正常人残余尿量为0~10ml。若在20~40ml为轻度增生,40~60ml为中度增生,60ml以上为重度增生。

(3) B型超声检查:此法能显示前列腺的大小、形态及性质,提供鉴别诊断的依据。

(4) 尿流动力学检查:用特制的尿流率计,通过尿流率曲线图形及各种参数的动态观察,可以判断下尿路梗阻是否存在及其程度,可以确定手术适应证及判断术后的疗效。

另外还有膀胱镜检查、泌尿道X线检查等。

2. 鉴别诊断

(1) 前列腺癌 直肠指检前列腺表现有高低不平坚硬如石的肿块,血清酸性磷酸酶升高,晚期X线检查还能见到骨转移灶,腺体活组织检查有癌肿的组织学变化。

(2) 膀胱癌 膀胱颈附近的膀胱癌,临床也表现为膀胱出口梗阻,病人往往以无痛性血尿为第一症状,其次有排尿困难或膀胱刺激症状。直肠指检前列腺正常,通过膀胱镜及CT检查可确诊。

(3) 尿道狭窄 患者多有外伤、炎症或尿道器械检查损伤史,用尿道扩张器探查尿道口径缩小,尿道造影可见狭窄段僵直变细,查前列腺腺体无增大。

(4) 膀胱颈纤维性挛缩 一般认为系继发于慢性炎症病变,膀胱颈部平滑肌为结缔组织代替,有下尿路梗阻症状,临床表现与BPH相似,但直肠指检前列腺不大,膀胱镜检可资鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

本病的辨证要点是要分清虚实。因湿热蕴结、浊阴阻塞,肝郁气滞,肺热壅盛所致者,多属实证;因脾气下陷,肾阳亏虚,肾阴亏耗者,多属虚证。实证多发病急骤,小腹胀或疼痛,小便短赤,灼热,舌苔黄腻或薄黄,脉象弦涩或数;虚证多发病缓慢,面色少华或㿖白,小便无力,气短,乏力,语声低细;舌质淡,脉沉细弱。凡有小便不利,点滴而出者称“癃”,小便闭塞,点滴不通者称“闭”。

(二) 辨证分型

1. 湿热蕴结型

〔临床表现〕小便点滴不通、或频数短涩，终末尿混浊，或大便时尿道滴白，小腹胀满，口苦、口粘，或口渴不欲饮，大便秘结，舌红，苔黄腻，脉滑数。

〔辨证分析〕湿热之邪蕴结于下焦，致膀胱积热，气化不利，故见小便点滴不通，或频数短涩，湿热之邪秽浊粘滞，致膀胱泌别清浊功能失司，故见终末尿浑浊或大便时尿道滴白，小便不得出，水湿蕴结少腹故见小腹胀满，浊热乘脾、运化失司，故见口苦、粘，口渴不欲饮，舌红苔黄腻，脉滑数为湿热蕴结之象。

2. 气血瘀阻型

〔临床表现〕小便阻塞不通，或滴沥不畅，或尿细如线，小腹胀满疼痛，前列腺肿大，质硬并有肿痛，舌紫暗或有瘀点，脉涩或细数。

〔辨证分析〕瘀血内停阻滞或压迫尿道，致小便排出不利，故见小便不通或滴沥不畅，或尿细如线，气血瘀阻下焦，脉络不通，不通则痛，故见小腹胀满疼痛，瘀血阻络，前列腺气血运行不畅，故见前列腺肿、酸、痛。舌暗有瘀斑或瘀点，脉涩或细数为气血瘀阻之象。

3. 脾肾阳虚型

〔临床表现〕尿意频频，滴沥不爽，夜间重，甚则点滴不通，面色苍白，神疲乏力，腰膝酸软，舌质有齿痕，苔薄白，脉沉细。

〔辨证分析〕脾主运化水湿，肾阳为一身阳气之根，主水液之蒸腾气化，脾肾阳虚则水湿不化，无力排尿、致小便滴沥甚至点滴不通、阳虚夜甚，故症状夜间加重。脾肾阳虚，不能鼓舞气血运行，故见面色苍白、神疲乏力，腰膝酸软。舌淡有齿痕，苔薄白，脉沉细为脾肾阳虚，水湿内停之象。

4. 肾阴亏虚型

〔临床表现〕小便不通或不爽，频排无力，腰膝酸软，五心烦热、便秘，舌红少苔，脉细数。

〔辨证分析〕肾阴不足，阴阳失调，影响气化功能故小便不通或淋沥；频排无力，肾阴不足，腰膝失养则是酸软，阳不敛阳，虚热内生故见五心烦热，阴津不足故便秘，舌红少苔，脉细数为阴虚内热之症。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一) 药物治疗

适用于轻度增生病人。

(1) 雌激素类：有己烯雌酚、乙炔雌二醇、己烷雌醇、雌酮等。其中己烯雌酚是最常用的药物。常用己烯雌酚 3~5mg，口服，日 3 次。

(2) 孕激素类：有甲地孕酮、环丙氯地孕酮等，其作用机理可能为降低促性腺激素的分泌，

使雄激素分泌减少;选择性抑制前列腺对睾酮的吸收以阻止睾酮转化为二氢睾酮。常用甲地孕酮 4mg,口服,日 3 次。或环丙氯地孕酮 50mg,口服,日 2 次。

(3)抗雄激素类:常用有氟硝丁酰胺、甲氟咪呱等。

(4)多烯大环内酯类:有制霉菌素,两性霉素 B 等其机制尚不清楚。

(5) α 受体阻滞剂:常用有酚苄明、酚妥拉明、哌唑嗪等。

(6)花粉制剂:有前列康、塞尿通、前列腺维他等,此类药物有雌激素样作用,且副作用很小。

(二)手术治疗

适于重度前列腺增生症,尤其是反复发作急性尿潴留者。手术指征如下:残余尿量经常超过 60ml 以上,有顽固尿路感染;夜尿超过 3 次;反复发作急性尿潴留;反复严重血尿;已引起肾积水及肾功能损害等。

常用手术方法有耻骨上经膀胱、耻骨后、经会阴及经尿道电切四种途径。

(三)前列腺热疗

可选用射频、微波等使前列腺加热而增生组织萎缩,进而改善排尿症状。

二、中医治疗

(一)辨证论治

1. 湿热蕴结型

① 清热通淋汤

〔功用〕清热利湿通淋。

〔组成〕银花 30g,黄柏、栀子各 15g,瞿麦、扁蓄、木通、牛膝各 10g,大黄 5g,甘草梢 10g。

② 加减八正散

〔功用〕清热利湿,通利小便。

〔组成〕滑石、甘草梢、车前子、瞿麦、扁蓄、栀子、大黄。

③ 加味赤小豆当归散

〔功用〕清热利湿,活血化瘀。

〔组成〕赤小豆、败酱草各 30g,当归 20g,大黄 15g。

④ 公英葫芦茶

〔功用〕清热利尿佐以活血开闭。

〔组成〕冬葵子、车前子、瞿麦、石苇、麝香、滑石、木通、牛膝、王不留行、公英、葫芦茶、三棱、莪术。

2. 气血瘀阻

① 加味桂枝茯苓汤

〔功用〕活血散瘀,消症散结。

〔组成〕桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、芍药、橘核、牛膝、海藻、黄芪、土鳖虫。

〔加减〕若年老体弱,尿细无力者加附子、党参;小便短赤灼热、口干口苦,苔黄脉数者去桂枝,加金钱草、生地、栀子、黄柏;血瘀重者加甲珠、小茴香、冬葵子、蜈蚣等。

②加味抵毒汤

〔功用〕活血化瘀,通腑散结。

〔组成〕桃仁、木通各 15g,水蛭 6g,虻虫 3g,大黄 12g,滑石 30g,琥珀 20g(冲)。

③当归黄牛汤

〔功用〕益气养血,逐瘀化结。

〔组成〕土牛膝根、生黄芪、丹参各 30g,当归、桃仁、山甲各 10g,失笑散 12g(包煎),琥珀粉 3g(吞服),生甘草 5g。

④丹参瓦楞子汤

〔功用〕活血化瘀,软坚散结,佐调畅气机。

〔组成〕丹参、坤草各 30g,瓦楞子 40g,三七 5g,山甲 10g,王不留行、生黄芪、荔枝核各 20g,当归、柴胡、川楝子各 10g,甘草 10g。

〔加减〕肾阳虚加小茴香、巴戟天、菟丝子;肾阴虚加知母、黄柏、沙苑子;湿热下注可加鱼腥草、败酱草、石韦、公英。

⑤代抵当丸

〔功用〕活血逐瘀,化气利水。

〔组成〕大黄、芒硝、炒桃仁、当归尾、生地、山甲、肉桂。

⑥桃仁承气汤加减

〔功用〕活血化瘀,通利尿道。

〔组成〕山甲、桃仁、红花、牛膝、大黄、赤芍、当归、冬葵子、首乌、鸡血藤。

⑦血府逐瘀汤

〔功用〕活血化瘀。

〔组成〕当归、川芎各 12g,赤芍、生地、牛膝各 15g,桃仁、红花、柴胡、枳壳、甘草各 10g。

〔加减〕小便点滴不畅加车前子、瞿麦各 15g;便秘加生大黄 10g,火麻仁 15g;气虚加黄芪 30g,党参 12g;阳虚加肉桂、附子各 10g;口苦口干去当归加鸡血藤 15g。

3. 脾肾阳虚型

①益阳化水汤

〔功用〕益脾温肾,助阳化水。

〔组成〕党参、黄芪各 15g,乌药、附子、巴戟天、橘核、茯苓、山甲、车前子、女贞子各 10g。

〔加减〕前列腺炎较硬者加三棱、莪术;血尿重者加三七、白茅根,尿浊甚者加萆薢、芡实;尿闭者酌加、蟋蟀;腰间重者加杜仲、桑寄生;性功能减退加淫羊藿,阳起石。

③加减济生肾气丸

〔功用〕温阳化水,佐以祛瘀利尿。

〔组成〕熟地、山药、土牛膝根各 30g,附子、茯苓各 15g,山萸肉、泽泻、车前子、山甲各 30g,肉桂 6g。

④加味济川煎

〔功用〕温肾益精,活血散结。

〔组成〕肉苁蓉 12g,当归、牛膝、泽泻、山甲、桃仁各 15g,升麻、枳壳各 6g,木通、车前子、滑

石各 20g。

〔加减〕湿热壅盛者加黄芩、黄柏；气滞血瘀明显者加三棱、莪术、王不留行。

⑤老人癃闭汤

〔功用〕温补脾肾，通利小便。

〔组成〕党参、黄芪、莲子、黄精、淫羊藿、肉桂、萆薢、车前子、王不留行、吴茱萸、甘草。

⑥温通汤

〔功用〕温补脾肾，利水通淋。

〔组成〕黄芪、党参、白术、茯苓、桂枝、补骨脂、仙茅、巴戟天、车前子、猪苓。

⑦温阳补气汤

〔功用〕温阳补气，活血化瘀，利水通淋。

〔组成〕肉苁蓉、锁阳、菟丝子、仙灵脾各 15g，党参、黄芪各 20g，枳实 10g，益母草 30~50g，山甲 10g，浙贝 20g，王不留行 15g。

〔加减〕湿热加黄柏、苡米、川朴、知母；阳虚加生地、天冬、麦冬；腰酸甚加杜仲、续断、狗脊。

⑧金匱肾气丸加减

〔功用〕温阳益气佐以利尿通淋。

〔组成〕熟附子、肉桂、泽泻、山药各 10g，丹参、赤芍、茯苓各 30g，熟地、巴戟天、枸杞子、淫羊藿、补骨脂、桑螵蛸、荔枝核各 15g，生黄芪 40g。

4. 肾阳亏虚型

①猪苓合知柏地黄汤加减

〔功用〕滋阴补肾，化气利水。

〔组成〕生地、山药、泽泻、云苓、知母、黄柏、阿胶、丹皮、山萸肉、党参、黄芪、夏枯草。

②知柏地黄汤加减

〔组成〕知母、黄柏、泽泻、丹皮、山药、山萸肉各 10g，茯苓 20g，丹参、赤芍、生地各 30g，昆布、海藻各 15g。

〔加减〕口干渴加石斛、麦冬、花粉各 30g，便秘加芒硝 6g，川军 4g。

③二海地黄汤

〔功用〕滋阴降火佐以软坚开闭。

〔组成〕生地、熟地、山萸、茯苓、牛膝、泽泻、海藻、昆布、丹皮、丹参、荔枝草、车前子、碧玉散、续断。

〔加减〕纳呆、懒言者加白术、升麻各 10g。

④补肾利尿汤

〔功用〕补脾益肾，利水通淋。

〔组成〕党参、山药、乌药、车前子各 15g，黄芪 20g，茯苓、泽泻、丹皮各 10g，桔梗 5g。

〔加减〕肾阳虚加肉桂 3g，血尿疼痛加琥珀或加服知柏地黄丸；肛检前列腺增生(++)，以上者加服丹参片。

(二) 验方治疗

(1) 小金片

〔组成〕白胶香、草乌、五灵脂、地龙、木鳖子各 45g，香墨炭 3.6g。

〔用法〕上药共为细末、糯米粉打糊丸，芡实大，每服1丸，陈酒送下。

〔功用〕化痰祛湿，散瘀止痛。

〔疗效观察〕胡劲信用此方治疗本病患者20例，结果11例治疗2月后，尿通畅，4例治疗4周后，能自动排尿，尿量200ml/次，2例无效。

(2) 马钱通关散

〔组成〕马钱子、蜈蚣、冰片，比例为3:5:17。

〔用法〕研末，每次0.45g，每日2次，10日为一疗程。

〔功用〕王志余用治BPH引起的尿潴留25例，显效21例，有效2例，无效2例。

(3) 益肾统关汤

〔组成〕黄芪、熟地、山药、刘寄奴各30g，王不留行、荔枝核、海藻、昆布各20g，山茱萸15g，牛膝25g，蜣螂4.5g，琥珀4.5g。

〔用法〕上药除后2味外，加水适量，煎3次合匀，再将后2味研末兑入，分3次空腹服。1日1剂，10天为一疗程。

〔功效〕益气健脾补肾，散结化瘀通淋。

〔疗效观察〕冯焕章等治疗76例，显效48例，有效25例，无效3例。

(4) 前列回缩汤

〔组成〕黄芪30~60g，肉桂、木通各10g，肉苁蓉、川牛膝、王不留行、鹿角片、海藻各15g，地龙、地鳖虫、炮山甲、莪术各12g，牡蛎、虎杖、紫茉莉根、穿破石、南瓜子各30g。

〔用法〕水煎服，日1剂，1月为一疗程。

〔功用〕补肾益气，温经通络，活血化瘀。

〔疗效观察〕李继贵用治BPH30例中，近期治愈9例，显效14例，有效5例，无效2例。总有效率93.3%。

(5) 升补化利汤

〔组成〕党参、黄芪各20g，桃仁、路路通、三棱、昆布、泽兰、马鞭草、车前子各10g，升麻、炙甘草各5g，肉桂3g。

〔用法〕水煎服，日一剂。

〔功用〕补中益气，活血通络，开清降浊。

〔疗效观察〕张宏俊治疗32例，治愈18例，好转12例，无效2例。

(6) 通淋汤

〔组成〕党参、鳖甲、海藻、昆布、牛膝、车前子、滑石、寒水石。

〔用法〕水煎服，日1剂，亦可做丸服。

〔功用〕益气涤痰，活血化瘀。

〔疗效观察〕陈耀素等治60例中愈51例，显效4例，有效3例，无效2例。

(三) 单味药治疗

牛膝

〔药理〕含皂甙、牛膝甾酮、钾盐、齐墩果酸等，齐墩果酸为广谱抗菌素，能促进蛋白质合成，能缓解平滑肌痉挛而有镇痛作用；所含钾盐有利尿作用。

〔用法〕6~15g，水煎服。

(四)其它疗法

1. 针灸

①针刺三阴交、阳陵泉、中极、会阴穴等,可反复捻转提插,强刺激,若属本虚者,加肾俞、足三里、委阳;若属湿热侵扰者加膀胱俞、太溪等穴。

②温灸疗法:本法只用于虚症,如肾气虚,取阴谷、肾俞、三焦俞、气海、委阳,若肾阳虚,取上述穴位隔姜或隔附片灸之。

③用梅花针中度刺激叩打腰骶部,中极、关元、三阴交,以局部红润出血为度,治疗 BPH 引起的急性尿潴留,当叩打完毕,小便即可排出,每天治疗 4 次,小便可正常自解。

2. 推拿疗法

杨永淑用循经推运松解疗法治疗 BPH 50 例,总有效率为 84%。辨证分虚实,膀胱湿热,推运白环俞、膀胱俞、关元俞以散热利湿;推运关元、气海、横骨以调气利尿;推运上、次、中、下髂以化瘀、软坚达消肿目的。肺热壅盛型可循经脉推运以松解组织。尿路梗阻型沿督脉循膀胱经推运。虚证亦有 3 型,中气不足及肾阴亏损型,治疗均沿督脉循膀胱经推运。肾阳不足型,沿督脉循经推运治疗。

3. 外敷

①独头蒜 1 个,栀子三枚,盐少许,捣烂,入麝香少许拌匀,分两包,先置脐上一包,热熨约 15 分钟,再换另一包,以冰水熨亦 15 分钟,交替使用,以通为度。

②黄芪、肉桂、山甲、海藻、三棱、王不留行、当归、桃仁、牛膝、赤芍、大黄各等分,共为粗末,用中药散剂 200g,白醋适量,拌匀,置铁锅内文火炒热(以不烫伤皮肤为宜),装入药袋后,将药袋紧贴小腹部热敷,冷却后重新炒热再敷,每日 6~8 次,1 周为 1 疗程。张峰等治疗 BPH 47 例,经 1~4 疗程治疗,痊愈 11 例,显效 17 例,有效 17 例,无效 1 例。总有效率达 97.8%。半年后随访,46 例有效病人均无复发。

4. 药浴

①瓜蒌 30~60g,煎汤坐浴 20 分钟。

②臭梧桐子、皂角各 120g,将上药加水煎煮 60 分钟,加麝香 1.5g,冲入瓷瓶中,将尿道口对准瓶口熏蒸,自觉有股热气入少腹,欲尿时,即尿入药液中。热度以能耐受为度,时间约 30~40 分钟。

三、中西医结合治疗

(1)刘宁采用癃闭通丸(熟地、山药、山茱萸各 12g,泽泻、茯苓各 24g,丹皮、肉桂各 9g,炮山甲 15g,共为细末,炼蜜为丸,每次 1 丸,日 3 次),配合体腔红外线仪(TQH-I 型)局部理疗治 BPH 143 例,有效率 93.7%。

(2)马自珍用自制前列腺栓剂治疗 BPH 47 例,总有效率 100%。药物组成:丹参 30g,赤芍 15g,夏枯草 30g,黄芩 15g,栀子 12g,公英、鱼腥草各 30g,己烯雌酚 6mg,将中药提取后加入成型材料,再入己烯雌酚,搅匀后制成栓剂(30 粒),每次 1 粒,塞入肛门深约 2cm,每日 2 次,30 天为 1 疗程。

(3)王华西用尿通灵(由五倍子注射液、庆大霉素及 2%普鲁卡因组成)局部注射,每日 1

次,共治疗 85 例,痊愈 32 例,好转 45 例,无效 8 例。

第二十七章 烧 伤

第一节 概 述

烧伤是外科常见的一种急性损伤,多由火焰、热水、热气、热油或其他高温液体,闪光、放射能,电能或化学物质(如强酸,强碱)等直接作用于肌体表面而引起。因日常生活中以热水和火焰所致者为多,故传统医学称之为“水火烫伤”。

依据烧伤的严重程度,烧伤一般分为三度。一度烧伤在 50°C 温度即已发生,损害发生在表皮角质层,主要表现为皮肤红斑,轻度浮肿和灼热感。可不治而愈。二度烧伤比较严重,烧伤可累及真皮层,甚至伤及真皮深层。据烧伤的深浅不同,二度烧伤,又可细分为浅二度烧伤和深二度烧伤。浅二度烧伤和深二度烧伤都有液体渗出而形成的水泡,可因烧伤面积大,体液丧失多而并发水、电解质平衡紊乱,甚至于休克。由于浅二度烧伤和深二度烧伤真皮受伤深浅不同,局部表现亦各有其特点。浅二度烧伤由于仅波及真皮层,故水泡基底呈均匀红色,附近皮下组织水肿,局部可有剧痛。如无感染,1~2周内愈合,不留疤痕。深二度由于真皮深层损伤,仅残留皮肤附件。若水泡穿破,表皮脱落,可见基底部苍白色,中央有不同密度小斑点。局部感觉迟钝,皮肤残片可再生成上皮岛。深二度烧伤,坏死组织较多,易使感染向深部发展,转为三度烧伤。若无感染,一般3~4周创面愈合,愈合后留有轻度疤痕。三度烧伤已伤及皮肤全层,甚至于皮下组织,肌肉,骨骼。创面干燥坚硬,无水疱形成,无痛感。皮肤,皮下组织坏死而呈蜡白色,焦黄色,皮革样,甚至炭化。本类烧伤病情严重,可由于创面潮湿而引起局部及全身感染。烧伤面积大时,也可由于组织内大量体液外渗而引起水电解质紊乱或发生休克。一般不能自行愈合,常须植皮,且愈合后留有明显疤痕。

此外,严重烧伤对病人体内重要器官有直接或间接的影响和不同程度的损害。除上述水、电解质平衡紊乱外,还可引起肾脏损害,胃肠道功能紊乱,内分泌紊乱等。

中医学对烧伤也有比较深刻的认识。早在晋·葛洪《肘后备急方》中就有“烫火灼伤用年久石灰敷之,或加油调”和“猪脂煎柳白皮成膏外敷”的记载。其后历代医家对烧伤的认识不断的深化,对其发展变化的规律和辨证治疗都积累了丰富的经验。明代李挺在《医学入门·烫火疮》中总结了烧伤感染外治的经验,指出:“烫泡火烧疮……后用寒水石七两,黄柏黄连黄芩山梔大黄赤石脂各一两,甚者加冰片少许为末,酒调成鸭子清调敷,或冻玉丹亦好。”后代医家外治药法,无不师从于此。中医学还首次提到了破伤风和烧伤的关系,注意到了“火毒内攻”可引发多种变证的问题,提出了调气血,健脾胃,清热解毒,排脓生肌的治疗原则,同时,强调二便通利对毒热排解的重要性。

近年来通过临床实践进一步探索了烧伤的病理变化规律和治病方法,有许多新的创造,提出了湿润疗法。对大面积烧伤,一般采用中西医结合,内治与外治并重的治疗方法,使本病的治疗效果不断提高。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

烧伤一般是由于火焰、热水、热气、热油或其他高温液体、闪光、放射能、电能或化学物质(如强酸强碱)直接作用于机体而引起。一度烧伤仅表现为真皮毛细血管充血和表皮角层的损伤。二三度烧伤则随着损伤程度的增加,损伤由真皮层直达皮下组织,甚至于肌肉及骨骼。大量组织坏死,甚或炭化。毛细血管通透性增加,使血浆从血管中大量渗出,组织水肿。烧伤面积越大,则体液丧失越多,从而产生水、电解质平衡紊乱。由于血液浓缩,有效循环血量减少,也可导致休克。渗液及水肿以伤后6—8小时形成最快,36—48小时达高峰。血容量的减少,使肾血流量减少,引起肾缺氧,又因较多红细胞破坏,大量血红蛋白随血流进入肾脏堵塞肾小管,以及毒素的影响,终可导致尿少或尿闭即所谓下肾单位肾病。损伤48小时后,血管通透性改善,组织间液开始回收,水肿消退。此时,血液稀释,尿量增加。

烧伤是对机体的一种强刺激,可引起一系列内分泌及器官的生理变化,如可致胃肠道功能紊乱,表现为腹胀,恶心,呕吐,产生应激性溃疡,甚至引起胃肠穿孔、出血,肝脏亦可发生脂肪变性、坏死,肝功损害。应激也使得垂体分泌大量促肾上腺皮质激素,使肾上腺皮质功能亢进,大量肾上腺皮质激素产生,则血及尿中肾上腺皮质激素的含量增高,血中嗜酸性粒细胞降到0,造成碳水化合物及蛋白质代谢紊乱,同时也使垂体后叶加速分泌抗利尿激素,这也是少尿的原因之一。肾上腺发生肿大、充血、出血或细胞坏死改变。肾上腺髓质的分泌增加,故早期血压可升高。

一度烧伤不经治疗2~3天表皮可自行脱落而愈。浅二度烧伤,如无感染1~2周也可愈合且不留疤痕。深二度烧伤如无感染也可自行愈合,一般在3~4周以内。但因感染破坏原剩下的皮肤残留附件,有时也可转化为三度。三度烧伤往往形成焦痂,一般2~4周内溶解脱落,若有感染,创面潮湿,则焦痂可提前并加速溶解,此时可致局部及全身感染,并发败血症。三度烧伤创面一般需植皮才能愈合,并留有明显疤痕。

二、中医病因病理

祖国医学认为,火、热均为阳邪,致病传变迅速,且易化毒内攻,伤阴耗液。放沸水、烈焰一旦伤及人体,轻则害在肌肤,重则害在肌肉,皮肉灼溃,甚至肌肉、筋骨焦枯坏死。热毒炽盛,伤阴耗液,或火毒内攻,引起脏腑功能失调,甚则损害脏腑,导致阴阳,气血失常,危及生命。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

烧伤之后即刻呈现局部反应。浅度烧伤局部疼痛较重,感觉过敏,灼灼感,无全身症状。烧伤面积大(一般指Ⅱ、Ⅲ度烧伤面积成人在15%,小儿在5%以上)的重度烧伤患者,可出现明显的全身症状。早期病人可有口干尿少,烦躁不安,严重者定向力障碍,谵妄,幻觉,幻视,肌肉抽搐,恶心,呕吐,甚则面色苍白神疲肢冷,血压下降,尿闭等休克症状。中期继发感染和毒素吸收而有寒战,高热,纳呆,腹胀,甚至皮肤发斑,吐血,便血等败血症表现。

(二) 体症

浅度烧伤,仅有皮肤发红,微有肿胀或形成水泡。表皮剥脱后露出鲜红创面,可渐干燥愈合,不留疤痕,或仅留下色素消失斑迹。深度烧伤多累及皮肤全层,乃至炭化形成棕黑色焦痂,干燥坚硬,无水疱,周围组织水肿。有时可见皮下静脉栓塞形成。焦痂一般于3~5周自溶脱落,形成肉芽创面,愈合后留有疤痕。

(三) 实验室及其他检查

化验检查血液有浓缩现象,白细胞增加,嗜酸性粒细胞为0。尿比重增加。

(四) 并发症

败血症:败血症是烧伤常见的并发症,在烧伤的早期、焦痂分离期、后期都可发生。病人往往表现为食欲突然减退,兴奋,烦躁,谵妄,呓语,幻视,摸空而后出现定向障碍,淡漠,恍惚,反应迟钝,以至昏迷。败血症早期可有寒战,呼吸急促,心率剧增,腹胀,舌质红绛,舌苔焦黄,甚至镜面舌。病人高热不退时,实验室检查可见白细胞剧增,核左移,有中毒颗粒。重者白细胞总数可低于正常。

(五) 诊断要点

1. 伤情估计

① 烧伤面积计算

中国九分法:头颈部9%,双上肢9%×2,躯干前后及会阴部为3×9%,臀部及双下肢5×9%+1%。小儿应按下列公式计算:头颈部面积%=9+(12-年龄),双下肢面积%=46-(12-年龄)。

手掌法:五指并拢,一掌面积等于体表面积的1%。

② 烧伤深度估计:一般采用三度四分法,即根据烧伤深度分为Ⅰ度,浅Ⅱ度,深Ⅱ度,Ⅲ度。其中Ⅰ度和浅Ⅱ度为浅度烧伤,深Ⅱ度和Ⅲ度为深度烧伤。

烧伤深度估计表

程度	损伤深度 (组织烧)	外观特点和临床体征	感觉	拔毛 试验	温度	创面愈合过程
I 度 (红斑性)	伤及角质层,透明层,颗粒层,棘状层等,生发层健在	局部似红斑,轻度红肿,无水疱,干燥,无感染	微过敏感,常称灼感	痛	微增	2~3 日内症状消退,3~5 日痊愈,脱屑无疤痕
II 度 水疱性	浅 I 度 可伤及生发层甚至真皮乳头层	水疱较大,去表皮后创面湿润,创底鲜红,水肿	剧痛,感觉过敏	痛	温度增高	由于仅生发层部分被毁,如无感染,2 周左右愈合,不留疤痕,短期内色素沉着
	深 I 度 伤及真皮层,仍残留有皮肤附件	表皮下积薄液,或水疱较小,去表皮后,创面微湿,浅红或白中透红有时可见红色小点,或细小血管支,水肿明显。	疼痛感觉迟钝	微痛	局部温度略低	因残留有皮肤附件,如无严重感染,一般 3~4 周痊愈。由于在疮面未被增殖的上皮小岛覆盖以前已形成一定量的肉芽组织,故愈合后可产生疤痕
III 度 (焦痂性)	伤及全皮层,皮下脂肪,肌肉骨骼	创面苍白或焦黄,炭化干燥,皮革样,多数部位可见粗枝样粗大静脉网	疼痛消失,感觉迟钝	不痛	局部发凉	3~4 周后焦痂脱落遗留肉芽面,因创面无上皮再生源,创面修复必须有赖于殖皮,或上皮从周围健康皮肤长入,愈合后遗留疤痕或畸形

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

局部组织损伤,肿胀或局部伤面灰白潮湿或形成棕黑色焦痂。口干,尿少,烦躁不安甚至寒战高热,神昏谵语,纳呆,腹胀,呼吸急促,血压下降,尿少或尿闭等。

(二)辨证分型

1. 火毒伤津证

〔临床表现〕口渴喜饮,烦躁不安,精神萎靡,呼吸急促,血压下降,手足不温,少尿或无尿,舌红而干,脉微细数。

〔辨证分析〕烧伤早期,火毒灼津,体液大量渗出,津液耗损,阴液不足,故见口渴、喜饮,尿少,烦躁不安。阴损及阳,阳虚不振,故精神萎靡,面色苍白,手足发凉,呼吸急促,血压下降,舌红而干,脉微细数,是津伤气脱,虚热内生之象。

2. 火毒炽盛证

〔临床表现〕壮热烦躁,神昏谵语,口干少津,便秘溲赤,舌质红绛,脉弦数。创面开始液化有臭味,不易干燥。

〔辨证分析〕火毒炽盛,正盛邪实,故壮热躁烦,热扰心神,故神昏谵语。热邪耗津伤液,阴津大伤,则见口干少津,便秘溲赤。热毒炽盛,肉腐血败,故创面液化,有臭味,不易干燥。

3. 火毒内攻证

〔临床表现〕壮热不退,烦渴欲饮,躁动不安,二便秘涩,呼吸急促,腹胀呕恶,肌肉抽动,谵妄,舌红少津,苔黄或起芒刺,脉数细。病人创面液化严重,遍身溃烂,腥臭异常,创面色泽转暗,创缘下陷,创面及以上正常皮肤上可出现紫黑色质硬的出血坏死斑。

〔辨证分析〕火毒炽盛,溃蚀肌肤,故见遍身溃烂,腥臭异常,正气耗伤,故见创面色泽转暗,创缘下陷。正气抗邪不利,致毒热内陷而内攻脏腑。热毒传心,则见躁扰不宁,热毒传肺,则见呼吸急促。热毒传肝,则见肌肉抽动。热毒传脾,故见腹胀便秘。舌质红,脉细数,为热毒炽盛,正气亏伤之象。

4. 阴涸亡阳证

〔临床表现〕昏迷不醒,额出冷汗,体温不升,四肢厥冷,脉微欲绝。

〔辨证分析〕火毒伤津,阴液涸竭,阳无所附,阴阳不能互相依存而有离决之势。

5. 气血不足

〔临床表现〕低热或不发热,形体消瘦,面色无华,神疲乏力,纳呆腹胀,夜卧不宁。舌质淡、胖,脉细无力。创面肉芽淡白,上皮生长缓慢或植皮不易成活。

〔辨证分析〕邪虽退而正气亦虚,气血不足,形神失养故见形体消瘦,神疲乏力,面色少华,脾胃虚弱,不能受纳腐熟,故见腹胀纳呆,食欲不振。脾虚,气血不足,不能充养,故创面肉芽淡白不坚实。上皮生长缓慢,或植皮不易成活,阴虚血虚,不能敛阳养心,故见夜卧不宁。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一) 常规治疗

1. 防治休克

休克防治是烧伤整个治疗中第一环节。烧伤休克期不平稳,易并发感染,处理不当可发生肺水肿、脑水肿。烧伤休克的主要原因是血液循环有效血容量不足,故其主要措施是补充血容量。

轻度烧伤可进食者,口服烧伤饮料(每100毫升开水加NaCl 0.3g,NaHCO₃ 0.15g,糖适量)或口服盐粥汤,少量多饮,逐渐增加,且应以含盐饮料为主。

重度烧伤患者,应以静脉补液为主。其补液量按下述方法计算:

补液总量=胶体液+电解质液+生理需水量

胶体液=烧伤面积×公斤体重×0.75ml

电解质 = 烧伤面积 × 公斤体重 × 0.75ml

即: 伤后 24 小时内每公斤体重, 烧伤面积每 1% 补给胶体液(血浆、全血右旋糖酐)0.75ml 及同等量等渗盐水或其他电解质液, 并加上正常人每日生理需水量 2000ml(可用 5~10% 葡萄糖溶液)。补液速度: 伤后第一个 24 小时补入总量的 1/2, 余下的 1/2 在以后 16 小时内补入。第 2 个 24 小时胶体和晶体量为第一个 24 小时的一半, 水分不变。

补液的临床观察指标:

尿量: 成人 30ml/h, 老人或合并呼吸道烧伤, 头部烧伤者, 20ml/h, 婴儿 10ml/h, 儿童 20ml/h。

脉搏: 成人 120 次以下。

血压: 收缩压 > 90mmHg(12kPa)

中心静脉压: 10~12cm 水柱

末梢血液循环, 可观察肢端温度和毛细血管充盈情况。

血液常规: RBC, Hb 及血细胞容积要接近正常范围

2. 合理使用抗生素

使用抗生素的原则是: 及时用, 用足量, 尽早停。伤后 2~3 天内可用青霉素常规预防感染。特重烧伤及休克期度过不够平稳者, 在 2~3 天后应调用较强抗生素如先锋霉素类等。几天后, 如无败血症征象, 立即停用。以后在病程中出现败血症征象时再据临床表现及创面细菌情况选用敏感抗生素, 或用广谱抗生素。

3. 预防败血症

烧伤后并发败血症是造成烧伤死亡的主要原因。败血症的处理是烧伤后治疗中极为重要的问题。对于败血症的处理必须强调早期诊断早期处理。防治烧伤后败血症的主要原则如下:

坚持严格消毒隔离制度, 防止交叉感染

采取各种措施, 提高肌体抵抗力

保持创面干燥, 积极控制感染。在发现痂下有积液时即刻去除焦痂。肉芽创面应尽早植皮。

4. 预防破伤风

常规肌注破伤风抗毒素。

(二) 中西医结合外治法

创面处理的原则是: ①保持创面清洁, 预防和控制感染。②促进痂下愈合, 减少瘢痕形成。③保持焦痂完整干燥, 争取早期切痂植皮。

清创术: 严格无菌操作, 重症者一般在冬眠下进行。方法是: 首先要暴露患者全身, 检查伤情, 记录烧伤面积及深度, 剃除毛发, 而后用 38℃ 左右的无菌等渗盐水冲洗创面, 去除污物。小水疱不必刺破, 大水疱则应予以剪开引流积液, 并剪除表皮。创面要用消毒纱布吸干, 周围正常皮肤用 0.1% 新洁尔灭溶液或 75% 酒精涂抹消毒。

包扎疗法: 适用于四肢及小面积烧伤, 冬天无保暖设备的地方, 小儿或准备上送的伤员。方法是于清创后用清凉膏或地榆粉, 大黄粉各等分, 麻油调敷, 盖 3~5 层纱布及外加厚棉垫, 用绷带作均匀压力包扎。对手指烧伤应分开包扎, 2 天后换外层敷料, 使创面保持干燥, 1 周后换药。

暴露疗法: 适用于头、面、会阴部烧伤大面积烧伤或有较多感染的创面, 以及在炎热季节的

伤员。其方法是清创后,将病人置于无菌床单的床上,使创面暴露于空气清洁,温度 25~28℃ 的隔离室内并在创面上用药,使创面迅速干燥结痂。常用药物有:

安医 3 号:黄芩 100g,儿茶 100g 共研细末,过 120 目筛,80% 酒精 100ml,浸泡 24 小时后取过滤液备用。用时每 2~4 小时喷洒创面一次,结痂后每日 3~4 次。

三黄油浸剂:黄连、黄柏、黄芩各等份共研细粉。取 20g 药粉,加枯矾 5g,放入麻油 1000ml 内,高温高压灭菌,然后再加入冰片 5g。用时涂布于创面上。

凤尾草散油剂:凤尾草,女贞叶,侧柏叶,老君茶各等份,炒炭存性,研细末过 120 目筛,加入少许冰片,麝香,用瓶装好备用。用时先用新洁尔灭消毒创面,剪破大小水疱并清创。而后用麻油将药末调成糊状涂于创面上,每日 3~4 次。创面暴露不予包扎。

浸浴法:将全身或局部浸泡在药液中,如等渗盐水等每日 1 次,隔日或更长时间 1 次,每次半小时到 2 小时不等,浴水温度以高于体温 2 度为宜,浴后须用无菌巾吸干身上余水。本法适用于痂下积脓或作为感染重的肉芽创面植皮前的准备。

湿润疗法:近年来市场上售有湿润烧伤膏,有人主张用湿润烧伤膏治疗严重烧伤。即所谓“湿润疗法”,据说能保持创面湿润,减少渗出和补液量,促进创面愈合。但多数病人出现严重感染,实用效果不理想,临床多有报道。

(三)处理焦痂

切痂植皮:适用于Ⅱ度及关节部位的深Ⅱ度烧伤。若焦痂范围过大,应分期进行。切痂应在麻醉后进行,彻底切除焦痂及坏死组织,并完善止血,四肢可上止血带。切后要立即植皮。

蚕食脱痂:适用于烧伤早期,无创面感染痂面完整而干燥的病人,可配合外用收敛、消炎的中草药制剂以减少和避免感染。待 2~3 周后,痂下将自溶,痂壳与肉芽创面分离。此时可逐步分批予以剪除。脱痂后的创面要经常换药或予以植皮,以促使愈合。

药物脱痂:

水火烫伤膏:乳香、没药各 30g,大黄、白芷、丹皮各 45g,当归、生地各 90g,黄柏、紫草各 21g。放入麻油 2500ml 内,文火煎枯,然后放入黄蜡 500g 熔化,搅匀即成。用法:直接涂于焦痂或坏死组织上,每日 1~2 次。

东方 1 号:茅术、黄柏、防己、木瓜、元胡、郁金、白芨各 30g,冰片、各 24g,放入麻油 1000ml 内,煎至褐色,过滤去渣后加入煅石膏粉 24g,煅炉甘石粉 24g,冰片,调匀即成。用法:直接涂布创面上,每日 1 次,外敷不吸水纸,凡士林油纱布或大黄油纱布以防蒸发。

愈创 10 号油膏(瑞金医院):煅炉甘石 1kg,煅石膏 800g,煅寒水石 800g,煅珍珠母 800g 分别研细。投入加热熔化且已加入羊毛脂和液体石蜡的凡士林 5kg 中,搅匀。待冷后再入冰片 20g,尼泊金乙酯 10g,充分混匀即成。用法:先将药膏涂于纱布上,厚 3mm 左右,范围超过创面边缘,直接贴于创面上,包扎固定。约 5~7 天焦痂即可溶解分离,在创面上包扎固定。

也可用磺胺米隆,磺胺嘧啶银,氟哌酸银等涂布创面,近来有报道前几种药物疗效欠佳,细菌已对其产生了耐受性,有人应用磺胺嘧啶锌类取得良效。如复方愈合灵(4%ZnSD₂+2%AgSD)等品,已在临床上推广应用。

二、中医中药治疗

(一)辨证论治

1. 火毒伤津证

治法:清热养阴

方药:增液汤、生脉散加味

玄参 30g,双花 30g,沙参 15g,麦冬 15g,人参 10g,五味子 10g,生草 6g,连翘 30g,生地 30g,附子 10g。

2. 火毒炽盛证

治法:清热解毒,清营凉血

方药:黄连解毒汤,犀角地黄汤加味

双花 30g,生地 30g,连翘 30g,黄芩、栀子、黄柏各 15g,麦冬、赤芍、丹皮各 12g,犀角粉 3g (冲),竹叶、生草各 6g。

3. 火毒内攻证

治法:清热解毒,扶正祛邪,醒脑开窍

方药:在内服上方基础上,冲服安宫牛黄丸,紫雪丹。呼吸困难者,加清肺之品:川贝母、沙参、桔梗等。少尿、无尿者加车前子,淡竹叶,猪苓,泽泻。肌肉抽动者加钩藤,石决明。腹胀便秘者加大黄,芒硝,莱菔子。正气不足,创面内陷者可加人参,黄芪,熟地等。

(4) 阴涸亡阳证

治法:先回其阳,后救其阴。

方药:四逆汤合参附汤加味或生脉散加味

红参 15g,熟附子 15g,龙骨 30g,牡蛎 30g,生姜 15g,炙草 6g,待汗止足温后,再予人参 15g,麦冬 30g,五味子 10g,沙参 15g,生地 18g 以救其阴。

(5) 气血不足证

治法:补气养血,益阴和胃

方药:八珍汤加味

当归 12g,熟地 18g,生地 15g,川芎 10g,白芍 12g,人参 15g,白术 12g,云苓 12g,炙草 6g,黄芪 30g,石斛 10g,山药 30g,谷、麦芽各 9g。腹胀者加厚朴、木香各 9g。食欲不振者加内金、陈皮,焦楂各 9g。

(二)其他疗法

林同福等(1993)复方烧伤油(黄柏、黄芩、丹参、川芎、当归、乳香等,以麻油和蜂蜡做基质),创面清创后涂约 1mm 厚,每 6~8 小时一次,行暴露疗法,配合其他方法,治愈率 99.3%。

丁宝财等报道(1994)中药烧伤贴(丹参,麦石脂,炉石,地榆炭,黄连,黄柏,黄芩,以香油,蜂蜡为基质)治愈率 98.3%。

第五节 护理和预防

一、护理

(1)四肢烧伤应适当抬高患肢,躯干和下肢烧伤须卧床休息。大面积烧伤要用翻身床,定时翻身,以减少创面受压。

(2)保持病室内环境安静、清洁与空气流通。

(3)注意观察病人病情变化,及时记录。

(4)做好头、面部及会阴部等特殊部位烧伤的护理。

(5)鼓励病人进食,可用银花甘草汤、西瓜汁、绿豆汤,水果汁等,少量频饮。多吃蔬菜、水果、蛋类、肉等。

(6)手、足部烧伤,一旦条件允许,应加强锻炼,防止瘢痕挛缩,以利功能恢复。

二、预防

(1)加强劳动保护和强酸、强碱等化学物品的管理,增强安全保护意识。

(2)健全防火、灭火宣传,普及灭火及烧伤抢救知识。

(3)严禁小孩玩火。

第二十八章 冻伤

第一节 概述

冻伤是由于低温寒冷侵袭所引起的局部性和全身性损伤。我国北方寒冷地区十分常见,全身冻伤,亦称冻僵,是特指由于低温作用,使人体中心体温降至低于 35°C 而言。一般情况下,冻僵极为罕见,仅在高山探险或暴风雪袭击等意外情况下才有可能发生。根据冻伤时的环境条件等,局部冻伤临床上通常可分为三种类型。战壕足:指在湿冷战壕中,战士下肢遭受冻伤。水浸足,水浸手:指手足长时间浸渍于冰点以下冷水中所引起的冻伤。冻疮:指人体的指、趾、耳鼻等暴露部分受低温和潮湿影响,发生皮肤轻度冻伤,主要表现为紫斑,水肿和炎症等反应。

祖国医学对本病也有较为深刻的认识,早在明朝对冻伤的原因、病机和症状已有较详细描述。清·《医宗金鉴·外科心法要诀·冻疮》载:“此证由触犯严寒之气,伤及皮肉著冻,以致气血凝结,肌肉硬肿,僵木不知痛痒。……若暴冻即著热,或进暖屋,或用火烘汤泡,以致肉死损形,轻则溃烂,重则骨脱筋连。”指出了冻伤的病因、病理和症状,并指出处理不当,可加重病情。

近年来,对冻伤的发病机理有了进一步的认识,对重症冻伤往往采用中西医结合疗法,提高了冻伤的治愈率,降低了致残率,使冻伤的治疗,大大地前进了一步。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

冻伤主要是由于低温引起。与低温、风速、潮湿、衣着欠缺,防寒设备不良,衣、帽、鞋、袜过于狭小,长时间不活动,过度疲劳、饥饿和营养不良,或耐寒性差等因素的综合作用,致使身体热量大量散失或局部血液循环不良有关。

二、中医病因病机

中医认为,严冬季节,由于静坐少动,或穿衣单薄,或因疲劳、饥饿、酗酒,失血,营养不良等,寒冷侵袭,耗伤阳气,致使肢体肌肤失于温煦,气血运行不畅,气血凝滞而成冻伤。全身性冻伤因“冷气入脏,阴气闭于内,阳气绝于外”,则可造成死亡。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

轻者局部先有寒冷感和针刺样疼痛,发冷麻木,或丧失知觉,复温解冻后,自觉灼热痒痛,甚则疼痛剧烈,但感觉迟钝,对刺激反应、冷、热感觉消失,若继发感染可出现寒战、高热。全身冻伤早期即有寒战,四肢发凉,体温逐渐下降,自觉麻木,疲乏,四肢无力,嗜睡,继则神志模糊,反应迟钝,幻视,幻觉或进入昏迷,严重者可血压下降,休克,以致死亡。

(二) 体征

轻者局部起紫斑,红肿,重者红肿严重,起水泡或血泡,如无感染,泡内液体吸收,形成痂皮,脱痂后一般不留疤痕。严重者,冻伤深达皮下、肌肉、骨骼,甚至发生整个肢体干性坏死,若继发感染则变成湿性坏疽,晚期形成疮口,日久难愈,或待天暖后,才渐愈合,多留有疤痕,影响功能活动。全身冻伤,早期四肢厥冷,皮肤苍白或紫绀,后期可出现反应迟钝,心律失常,血压下降等体征。

(三) 实验室及其它检查

轻度或局限性冻伤,一般身体不会出现大的改变,若感染严重,则会出现白细胞增高,核左移,甚至出现中毒颗粒。全身性冻伤晚期病情严重,会出现各种心律失常,周围微循环滞涩不畅,甲部毛细血管瘀滞。

(四) 诊断要点

局部冻伤先有寒冷感和针刺样疼痛,皮肤苍白、发凉,麻木或丧失知觉,复温解冻后,则依其损伤程度出现各种不同症状。

一度冻伤:损伤在表皮层者,仅皮肤红肿充血,自觉发热,瘙痒或灼痛,症状于数日后消失,愈合后不留疤痕。

二度冻伤:损伤深达真皮层,局部红肿显著,伴有水泡形成,疼痛较剧,但感觉迟钝。水泡内液体吸收,形成痂皮,痂皮脱落而愈,不留疤痕。

三度冻伤:损伤达全皮层,严重者可深至皮下组织、肌肉、骨骼,甚至整个肢体坏死,局部可出现血性水泡,继之皮肤变褐,变黑,形成坏疽,多为干性坏疽;如有血栓形成,水肿和感染时,可为湿性坏疽,坏死组织脱落后,创面露出肉芽组织,逐渐生长上皮而愈合,愈合后遗留疤痕,并有较长时间的局部温度低,轻度紫绀和感觉过敏症状。

全身性冻伤,随着体温的下降,患者出现疼痛性发冷,知觉迟钝,疲乏,肌张力减退,麻痹,步行蹒跚,视力或听力减退,意识模糊,幻觉、嗜睡、不省人事,瞳孔散大,对光反射减弱,脉搏细弱,呼吸变浅等,逐渐陷入僵硬和僵化状态,如不及时救治,易致死亡。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

局部皮肤红肿疼痛,自觉热痒,重者剧疼难忍,局部呈紫斑,或起血泡,继之出现干黑,坏死,而后疮面溃烂,流脓,周围肿起,后期形成疮口,久治不愈。

(二)辨证分型

1. 寒侵络脉型:

【临床表现】皮肤发凉,继而斑块暗紫或红肿,自觉热、痒和灼痛,或有水泡,甚则局部苍白紫绀或枯黑,运动失灵,四肢冰冷,或自感疲乏无力、或嗜睡、或神志模糊,反应迟钝或面色无华、舌淡、苔白、脉沉迟或沉细弱。

【证候分析】寒气侵袭,营卫不调,经脉不畅,阳气郁闭于内,不能外达,故见皮肤发凉,斑块紫暗或红肿,热痒及灼痛,或形成水泡,若寒凝经脉,气血凝滞,血脉痹阻,肌肤失于温养,则见苍白,紫绀或枯黑,运动失灵,四肢冰冷。头为诸阳之会,寒气入内,阳气大伤,心神失养,清阳不展,则见嗜睡,或神志模糊,反应迟钝。若病人素体血虚,阳气不足,则可见形寒肢冷,面色无华等症。舌淡,苔白,脉沉迟或细弱者为寒气入侵,阳气不足之象。

2. 寒郁化热型:

【临床表现】红肿热痛,腐烂溃破流脓或呈湿性坏死,发热,口渴,头身疼痛,尿赤便秘,舌红,苔黄,脉弦数。

【证候分析】寒邪郁久化热,腐肉败血而致疮面溃烂流脓,周围红肿疼痛,并伴有发热,口渴,尿赤,便秘,舌红,苔黄,脉弦数等一系列热毒症状。

第四节 治疗

一、现场急救

发现冻伤或冻僵患者,应迅速使之脱离寒冷环境,脱去冰冷潮湿的衣着和鞋袜,进行保温复温治疗。可将病人置于40—42℃温水中浸泡迅速复温,至肢体接近正常体温为止。此外可给予热饮料,必要时静脉输入温液体(不超过37℃),如葡萄糖、低分子右旋糖酐等,以纠正血液循环障碍和血糖不足,维持水与电解质平衡,并供给热量,受冻患者如仍处于寒冷环境中,则不宜饮酒,以免增加体内热量的丢失;如已进入温暖环境,则可饮少许酒,以促进周围血管扩张,但严禁伤部直接火烤,冷水浸及雪摩擦等。根据病情,可以人工呼吸,给氧,应用中枢神经兴奋药,强心剂或抗休克等,全身冻僵者复温,易发生休克及肾衰,故须观察尿量,补液时要注意防止引起心脏负担过重。

二、西医治疗

(一)一般治疗

冻伤伤员,复温后能饮食者,可给热姜糖茶、热咖啡和热浓茶。

(二)对症治疗

复温后剧痛者,可用止痛剂,并静脉输入加温的液体及能量合剂,必要时静点复方丹参注射液,低分子右旋糖酐,以改善血液循环,防止血栓形成。

溃破有继发感染,出现热象者,按外科感染处理,并应用有效抗生素治疗,创面较大者,应常规注射破伤风抗毒血清,必要时应用抗气性坏疽血清。

普鲁卡因封闭,可解除血管痉挛,改善局部血循环,并有止痛作用。一般用0.25g普鲁卡因溶液作患肢套式封闭,下肢冻伤者还可应用腰封。

二、中医治疗

(一)辨证论治

1. 寒侵络脉型

【治则】温经散寒,调和营卫。

【方药】当归四逆汤(伤寒论)。

当归、桂枝、附子、白芍、细辛、通草、甘草、大枣加红花以加强活血化瘀之性,以黄酒为饮。若寒凝络脉者,则宜温经通阳,驱寒导滞,方选阳和汤加黄芪、当归、血藤、肉桂、附子、川芎。

若病人素体虚弱,气血不足,脉细无力,常年复发者,宜补气养血,疏通血脉为主,可用十全大补汤化裁。

2. 寒郁化热型

【治则】清热中毒,活血化瘀。

【方药】五味消毒饮加味。

公英 30g,地丁 36g,天葵子 30g,连翘 25g,黄芩 12g,栀子 9g,玄参 30g,黄芪 45g,炒乳没各 12g,鸡血藤 30g。

(二)外治法

1. 局部发热,微有灼热,痒感或有紫红色斑块而未破溃者

(1)活血止痛散,煎汤熏洗患处,日2次。

(2)冬瓜皮、茄秸、辣椒秸各30g,艾叶、桂枝各10g,煎汤熏洗。

(3)大红干辣椒6个,放入白酒内泡7天,涂擦患处,日3次。

(4)辣椒、姜汁频擦患处,促使气血流通。

(5)红灵酒:当归、肉桂各 30g,红花、花椒、干姜各 15g,樟脑、细辛各 10g,上药放入 75%酒精 500ml 内,浸泡 7 天,以纱布蘸酒揉擦患处,每次 10 分钟,日 3 次。

(6)猪油 15g,蜂蜜 30g,樟脑 13g,混合成膏外涂患处。

(7)防己 150g,紫荆皮 75g,当归 75g,赤芍 50g,白敛 75g,虎杖 75g,煎煮 2—3 次,沸腾后文火煎煮半小时以上。合并煎煮液,用 6 层纱布过滤,浓液至 438ml。再将煎煮液 438ml,与甘油 1875ml,三乙醇胺 188ml,苯甲醇钠适量,混合(水相)。再将硬脂酶 93.8g,凡士林 37.5g 加热溶化(油相)。将水相,油相加热至同温(800℃),再混合,搅拌,待乳化完全,于 50℃左右加入适量香精,搅匀,即成防冻按摩霜。每日 2—4 次均匀涂抹于红肿处,适度按摩,1—2 度冻伤 3—6 天为 1 疗程。Ⅲ 度冻伤以 1—2 周为 1 疗程。前者要求每日给药数次,后者要求每晚清洗患处后搽药 1 次,不需包扎。(原挹华等,湖北中医杂志,1989.(6).26)

(8)有水泡者,可挑破,用注射器抽吸泡液,再以玉红膏油纱布外敷包扎。

2. 冻伤已溃者

(1)解毒洗药水煎,乘热熏洗患处,洗后用大黄油纱布搽药。适用于疮面脓多,疮周红肿者。

(2)如皮肤发黑坏死,可用碘酒、酒精消毒后,采用暴露疗法,保持创面干燥,减少继发感染,坏死组织应及时剪除,外涂以化腐散或七三丹、痂下有积脓者,应及时切开引流,待分界线清楚后再行坏死组织切除。

(3)较大疮面愈合困难,应及早植皮。

(三)坏疽的处理

1. 干性坏疽

可用碘酒、酒精外涂灭菌,尽量保持坏疽干性,待分界明显后,再将坏死部分切除。

2. 湿性坏疽

有坏死组织者,应及时修剪,无坏死组织者,应根据疮面,辨证换药,待炎症控制后,再将不能存活的坏疽行局限性切除,或行必要的截肢技术。

第五节 预防

(1)加强锻炼,增强体质,提高耐寒能力,对防治冻伤有重要意义。

(2)冬季应注意防寒保暖,衣着应宽松,不透风的鞋袜不要过紧,并注意保持干燥。

(3)在严寒环境中,不能坐下或站着不动时间过久,应经常活动肢体,增强血液循环,防止发生冻伤。

(4)用杏仁 30g,花粉 30g,红枣 10 个,猪胰一付共捣成泥状,以好酒 4 杯浸泡于瓷罐内,早晚搽涂手足及面部,可以预防冻疮的发生。

(5)经常发生冻疮的人,可于农历 6 月份,用独头蒜捣烂如泥状,在中午时间晒热涂于易发处,并在阳光下晒干,忌水洗 1 月,连用 3 次可防复发。

第二十九章 破伤风

第一节 概述

破伤风是破伤风杆菌由创口侵入人体,在体内大量繁殖,分泌毒素所引起的以全身和局部肌肉强直与阵发性痉挛为主要特征的一种急性特异性感染疾病。属中医“破伤风”的范畴。又名“伤痉”,“金疮痉”。早在隋唐时蔺道人所著《仙授理伤续断秘方》一书中就有“破伤风”的记载和描述。中医认为本病多是因伤而中风邪所致。《太平圣惠方》所谓:“……损伤之处,中于风邪,故名破伤风也。”中医学在几千年的医疗实践中,对破伤风的治疗积累了丰富的临床经验,创立了许多有效的方子,有一整套行之有效的治疗原则。初时多采用祛风定痉之法,后期则祛风、解热、镇痉诸法并用,配合针灸、扩创之外治法。

西医认为本病多有外伤史,发病急骤、变化快,病情危重。其主要危害性在于引起呼吸肌痉挛,不能有效地维持呼吸功能致重要器官、组织缺氧而发生一系列的严重合并症。在治疗上以预防为主,治疗为辅。未发之前,采用破伤风疫苗进行免疫;已发之时,则采用破伤风抗毒血清治疗。近几十年来,由于采用了中西医结合的治疗方法,使破伤风的发病率和病死率大大下降,取得了丰硕的成果。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

破伤风是在特定条件下,破伤风杆菌经伤口侵入体内,并且大量繁殖,分泌外毒素而引起的。破伤风都发生于开放性创伤后,常见于战伤、意外创伤、农业劳动伤,不论伤口大小深浅,特别易发生于带有泥土,碎屑的伤口,也可见于烧伤、冻伤、新生儿脐带残端,产后产道感染和不洁的人工流产,结肠手术所造成的伤口。伤口内有破伤风杆菌时,若伤口中有大块坏死组织、缺血、有异物,死腔底深而口小,引流不畅,以及合并其他需氧化脓菌感染的缺氧环境,则有利于破伤风杆菌的繁殖,易引起发病。

二、中医病因病机

中医学认为,本病的成因有二,一是要具备有或曾有过开放性伤口,包括创伤和溃疡,二要有感受特殊风邪或能引动内风的病邪两方面的因素。

(1)金疮创伤,开放性创伤,腠理不密,风邪乘虚而入,侵入肌腠络脉,营卫不得宣通,以致

筋脉拘急,发生痉挛、抽搐,甚则内犯脏腑而造成严重后果。

(2) 溃瘍失于调理,一方面使特殊病毒经疮面有内犯之机,另一方面,由于溃瘍失治,热郁闭于里,不得外透,内外合邪而发疹。若控制不利,则造成脏腑功能失和,筋脉拘急不止,甚至造成呼吸、循环衰竭。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

初期头晕、头痛、咀嚼乏力,局部疼痛,肌肉有牵拉感,烦躁不安。而后牙关紧闭,说话、吞咽、呼吸困难,甚则窒息、尿潴留等。

(二) 体征

颜面肌肉痉挛,呈苦笑面容,牙关紧闭,舌强,口噤不开,口角流涎,继则项背强直,抽搐,频频发作,由于不同肌群收缩面呈各种不同体态,如屈膝、弯肘、握拳等。

(三) 实验室及其它检查:

血中白细胞计数增加,中性粒细胞增多,后期酸中毒时,尿 pH 值降低,血气分析 $\text{CO}_2\text{-cp}$ 升高。

(四) 常见并发症

1. 肺部并发症

肺不张和肺炎较常见。多由于喉头痉挛,呼吸不畅,支气管内分泌物郁积和长期卧床所致。

2. 窒息

多是由于呼吸肌和喉头痉挛所致。

3. 酸中毒

开始是由于呼吸不畅所致呼吸性酸中毒。氧气吸入少而肌体代谢旺盛,从而使糖类和脂肪无氧代谢增加,产生并郁积了大量的乳酸和丙酮,造成代谢性酸中毒。

此外,还可能造成肌肉撕裂、出血、骨折、关节、脱位、便秘和尿潴溜。

(五) 诊断要点

1. 诊断

有外伤史,出现牙关紧闭,角弓反张,头项强直,轻微刺激即能引起肌肉痉挛的典型症状。即使伤口已愈合,亦可确诊为破伤风。

2. 鉴别诊断:

① 颅内感染:包括脑炎、脑膜脑炎、脑膜炎等。虽有抽搐,角弓反张等症,但非刺激性诱发,

亦无阵发性痉挛。并可有剧烈头痛,高热,喷射性呕吐等颅内高压表现。检查:脑膜刺激征阳性,脑脊液呈炎症改变。

②狂犬病:有犬猫抓、咬伤史,有恐水症,以吞咽肌抽搐为主,膈肌痉挛而产生大声呃逆,似狂犬吼叫声。

③癫痫:主要临床表现是意识丧失,抽搐,感觉障碍,植物神经功能紊乱,以及精神异常,且有多次反复发作史。查体可见:对光反射消失,巴彬斯基氏征阳性。

④子痫:多发生在妊娠24周后。子痫的抽搐发作时有意识模糊,面部及颈部肌肉强直,口角和面部的肌肉颤动或抽动,随之全身肌肉强直收缩,进而全身肌肉痉挛,呼吸暂停,历时1~2分钟缓解,呼吸恢复,转入昏睡状态,抽搐可反复发作。

⑤下颌关节炎、齿龈炎、扁桃体炎及咽喉炎,亦可有张口困难或牙关紧闭,但却无其他肌群的紧张性收缩。

⑥手足抽搐症:典型的抽搐症呈腕、踝下内收,指(趾)并拢,叩打咬肌及束臂可诱使发作。应用钙剂则症状消失。

⑦土的宁中毒:主要表现为:初期咀嚼肌与颈肌有抽搐感觉,咽下困难,烦躁,继而出现强直性惊厥,角弓反张,牙关紧闭,呈苦笑面容,心率快,瞳孔扩大,可因呼吸肌痉挛而致窒息死亡。在临床上有服用马钱子或应用番木木鳖等含有土的宁的药物史,且病情进展较破伤风快。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

初感乏力头痛,烦躁不安,肌肉强硬酸痛,咀嚼无力,张口不便,后有脸面、颈项、背腹、四肢肌痉挛,牙关紧闭,呈苦笑面容,进而角弓反张,呼吸困难,四肢抽搐,满身大汗,口唇紫绀等。

(二)辨证分型

1. 风毒侵袭,邪犯经络

【临床表现】仅有紧张性肌肉收缩,无阵发性痉挛。表现为恶寒、发热或痛,肌肉僵硬,牵拉感,酸痛,项背强急,张口困难。偶有轻度面部或全身肌肉痉挛,但持续时间短,舌淡红,苔薄白或薄黄,脉浮紧或数。

【证候分析】创伤之后,疮口感受风毒之邪。症之初起,病邪在肌表经脉,故可见牙关紧闭,或头痛,恶寒发热,侵袭肌腠,营卫不得宣泄,则见肌肉痉挛,呈苦笑面容,项背强硬,或角弓反张,四肢抽搐,苔薄白或薄黄,脉浮紧或数。

2. 邪毒闭阻经脉,内传脏腑

【临床表现】牙关紧闭,角弓反张,颈项强直,苦笑面容,抽搐频繁,间隔时间短,持续时间长,轻度刺激即可诱发抽搐,并伴有吞咽困难,口唇紫绀,汗出淋漓,高热便秘,舌绛红,苔黄腻,脉弦数。

【证候分析】邪毒内痹经脉、肌肉故见抽搐不止,邪气内传脏腑,上攻心肺则呼吸困难,神志模糊,吞咽困难。若邪毒内伏,损伤阳气则可见汗出肢冷等证。

3. 津液亏损,筋失濡养

【临床表现】痉挛抽搐次数少,尚感牙关不利,四肢活动不灵,口干少津,食欲不振,舌淡红,少苔,脉细数。

【证候分析】久病伤阴,阳液亏损,筋失濡养,故见肌肉酸痛、麻木,胃阴不足则见食欲不振,口干少津。风邪已退,余邪未尽,则见痉挛抽搐次数减少,尚感牙关不利,四肢活动不灵。口干少津,舌淡红,少苔,脉细弱,皆为津液亏耗之征。

三、破伤风的分度及预后

1. 轻度

仅有紧张性肌收缩。如苦笑,牙关紧闭,角弓反张等。无阵发性痉挛。

2. 中度

既有紧张性收缩,又有阵发性的全身肌痉挛。但呼吸肌未受累。

3. 重度

在中度的基础上,又有严重的支气管肌和膈肌痉挛而有窒息的危险。

4. 预后

预后与分度及受伤部位、潜伏期长短有密切的关系。轻、中度预后较好,重度较差。潜伏期愈短,受伤部位离脑愈近,病情愈重,预后越差。有下列几种情况者,往往预后不佳:①早期出现程度严重的阵发性痉挛。②有高热,并发肺炎、肺不张。③早期呼吸肌痉挛。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)常规治疗

破伤风是一种严重的全身性感染,应以熄风、解毒、镇痉、清除毒素来源,中和游离毒素,保持呼吸道通畅,积极防治并发症为原则。

1. 一般处理

患者隔离于安静而弱光的病室中。中度以上的病人,应专人护理,必要的治疗,应争取在安静下进行,尽量避免各种外界刺激。密切注意病情变化,要特别留心呼吸的变化。有气管切开者,要经常清洁导管,清除上呼吸道内分泌物。要保护患者,避免因体位变动而造成外伤。同时还要及时改变体位以防止褥疮。

2. 破伤风抗毒血清的应用

一旦确诊为破伤风,应尽早使用,从而有效地中和血中的游离毒素。其应用方法是:在皮试阴性后,先用5~10万单位破伤风抗毒血清加入葡萄糖或生理盐水中,缓慢静点,以后每天1~2万单位注射或静点,维持一周。亦可对危重患者,行椎管内注射。成人为1万国际单位,小儿为3000—6000国际单位配制成每毫升1500国际单位浓度,以减轻对脊膜刺激。

新生儿可用抗毒血清 0.5~1 万国际单位,青霉素 1~3 万单位加入 0.5%普鲁卡因溶液 10~20ml 中,作脐周封闭。

破伤风抗毒血清敏感试验阳性者,应行脱敏注射用药。

无抗毒血清时,可输入进行过破伤风抗毒血清预防免疫过的相同血型健康者的全血 200~300ml。

3. 伤口处理

应在抗毒血清治疗开始后,对所有创口进行清创,并力求彻底,包括切开死腔,切除全部坏死组织和血供不良组织。切开死腔,伤口敞开,不予缝合,充分引流,并用过氧化氢或 1:5000 高锰酸钾等氧化剂冲洗,然后用该溶液浸透的纱布敷于伤口上,并经常更换。

(二) 对症治疗:

控制痉挛是综合治疗的关键。对轻度患者可选用各种镇静剂,从而降低对外界刺激的敏感性。常用的镇静剂有:水合氯醛、鲁米纳、阿米妥、安定、冬眠 1 号,应根据情况用其中 2~3 种灌肠、口服、肌注或静脉注射。也可应用硫喷妥钠,但要预防呼吸抑制。对于严重病例,在镇静剂无法制止阵发性痉挛发作时,可应用肌肉松弛剂加 10~20%硫酸镁肌注,若已行气管切开,并用呼吸机来控制呼吸者,还可应用琥珀酰胆碱,氯化琥珀酰胆碱,右旋箭毒碱等。

早期应用抗生素。常用的为青霉素,预防感染。给予高能量饮食,补充大量维生素,纠正酸碱平衡紊乱,必要时输血。

(三) 并发症的治疗

1. 肺部并发症和窒息

破伤风时,肺部并发症以肺不张和肺炎为多见。喉头痉挛、支气管内分泌物郁积、长期卧床为肺部并发症的三大主要原因。喉头痉挛者应在抗痉挛药物控制下,行气管切开术。由于呼吸肌、膈肌痉挛而肺不张者,可予呼吸机辅助病人呼吸,必要时予以吸氧,同时注意无菌操作,经常吸痰,防止支气管内分泌物郁积和吸入性肺炎,保持呼吸道通畅,预防窒息。

2. 酸中毒

常规查血气分析和尿 Rt,及时给病人吸氧,一旦发生酸中毒时,据情况按酸碱平衡失调处理。

3. 尿潴留时,予以保留导尿。

4. 其他情况对症处理。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 风毒侵袭,邪犯经脉证

【治则】疏风镇惊。

【方药】玉真散为主方。

制南星 6g,制白附子 6g,防风 6g,白芷 6g,天麻 6g,羌活 6g,黄酒为引。

【加减】如痉挛抽搐频繁者,可配合五虎追风散(蝉蜕 30g、南星 6g、天麻 6g、全蝎 6g、僵蚕 6g 和朱砂 6g)增强祛风镇惊作用;若痰涎壅盛者,加天竺黄 9g、川贝母 9g、栝蒌 15g;发热者,加双花 15g、连翘 15g;伤阴口渴者,加沙参 15g、麦冬 12g、天花粉 30g;产后血亏者,加黄芪 30g、当归 12g;尿少者加车前子 15g、白茅根 30g。

2. 邪毒痹阻经脉,内传脏腑

【治则】镇痉息风,解毒泄热

【方药】存命汤为主方。

羌活 10g,川芎 10g,大黄 10g,清半夏 10g,防风 10g,制川乌 10g,制草乌 10g,全蝎 10g,僵蚕 10g,制南星 10g,白芷 10g,蝉衣 10g,天麻 10g,甘草 10g,白附子 12g,蜈蚣 3 条,琥珀 2g (冲),朱砂 2g (冲)。

【加减】若痉挛频发加地龙、红蓖麻根;高热不退加双花、连翘、生石膏、黄芩、黄连;喘嗽痰鸣者加杏仁、川贝母、竹沥汁;面青脸肿,血瘀者加琥珀、朱砂;若邪毒壅盛可用栝石汤(栝蒌、黄芩、黄连、黄柏、南星、赤芍、滑石、苍术、白芷、陈皮、生姜、甘草);若症见阳脱,宜用参附汤(人参、附子),待正气恢复,再治以攻邪。

3. 津液亏损,筋失濡养

【治则】益胃养津,疏通经络,佐以祛风。

【方药】沙参麦冬汤加减。

沙参 15g,玉竹 15g,麦冬 15g,生扁豆 10g,冬桑叶 10g,花粉 10g,生甘草 6g,葛根 15g,木瓜 9g,双花藤 15g,丝瓜络 12g,牛膝 15g,白芍 12g。

(二)其他疗法

(1)蝉蜕 30g,炒焦研末,黄酒冲服。

(2)鲜红蓖麻根 200g,水煎分次口服。

(3)桑木油 10ml,日三次。(取鲜嫩桑枝,直径 3cm,长 1 米,火烤至两端滴出液,即为桑木油)

(4)蝉衣、全蝎、蜈蚣、生草乌、两面针、葛根、穿心莲,水煎服。

(5)木萸散(广东省人民医院经验方):川木瓜、吴茱萸、防风、全蝎、僵蚕、白芷、天麻、荆芥、法夏、炙甘草,猪胆汁和药。

第五节 预防

(1)正确处理伤口、开放性伤口,应彻底清创,并应用双氧水常规冲洗,深而口小的伤口要特别注意,不宜在清创后,再外用油类药物外敷伤口。

(2)在受伤后 24 小时内,可皮下或肌肉注射破伤风抗毒血清 1500 国际单位。超过 24 小时或有糖尿病,及伤口大,污染重者要加大剂量至 1~2 倍。

(3)野外工作受伤者,可注射无毒的破伤风类毒素,如甲醛类毒素和明矾沉淀类毒素。

第三十章 颈淋巴结结核

第一节 概述

颈淋巴结结核是一种特异性感染,是由结核杆菌侵入颈部淋巴结而引起的,属中医“瘰疬”的范畴。

“瘰疬”之名,最早见于《灵枢·寒热》:“寒热瘰疬在于颈腋者,皆何气使然?此皆鼠痿寒热之毒气也,留于脉不去者也。”《医学入门》更明确指出:“生颈前项侧,结核如浆豆,如银杏,曰瘰疬。”本病因状态不同,而有“马刀疔”、“马挂铃”等名称,或以形成瘰疬的病因病理分为“痰核”、“气疔”、“筋疔”等。初生于颈侧耳后皮里膜外,累累如串珠状,俗称“疔子筋”,后期往往延及颈下,缺盆,腋下等处。寒性脓肿溃破后常此愈彼起,则称“鼠痿”或“鼠疮”。

本病约占体表淋巴结结核的70%左右,多见于儿童和青年,30岁以上者少见。女性发病率明显高于男性。现代医学认为,本病多因结核杆菌经口腔(龋齿或扁桃体)侵入,由淋巴管到达颌下或颈下淋巴结,也可因肺、肠病灶经血液扩散所致。中医则认为本病起于情志不畅,肝郁化火或肝肾阴虚,虚火内动,灼津为痰,痰火凝结留滞于颈部而成。

西医治疗本病,分全身治疗和局部治疗。全身治疗多用抗结核类药物,如异烟肼,利福平等,局部可考虑手术切除或刮除术,寒性脓肿者,可行潜行穿刺抽脓或切开引流等。祖国医学则采用辨证论治的方法,内服中药或采用火针,挑刺疗法治疗。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

(一)病因

由于人体抗病能力下降,结核杆菌乘虚而入,经扁桃体,或龋齿侵入,由淋巴管到达颌下或颈淋巴结。也有少数患者继发于肺或支气管的结核病变经血液扩散所致。

(二)病理

结核杆菌,首先引起淋巴结发炎肿大变硬,继则发生淋巴结周围炎,使淋巴结与皮肤和周围组织发生粘连,各个淋巴结也易相互粘连,融合成团,形成不易推动的结节样肿块,晚期淋巴结发生干酪样坏死,液化,形成寒性脓肿,而后形成经久不愈的窦道或慢性溃疡,可见肉芽组织增生,水肿。病人抗病能力增强和经过恰当治疗后,淋巴结的结核病变可停止发展而钙化。

二、中医病因病机

1. 痰凝气滞

情志不畅,肝气郁结,郁久化火,气滞伤脾,脾失健运,痰湿内生,痰火凝结,留滞于颈部而成结核。后期肝火下灼真阴或热盛肉瘤成脓,耗气伤血,致使阴虚发热或气血两虚。

2. 肺肾阴亏

肺肾阴亏,虚火内盛。肺虚而正津不布,以致水亏火旺灼津为痰,痰火凝结而成瘰癧。

第三节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

初期,无痛,无寒热,渐成脓肿,破溃流脓,久不封口。可有低热,骨蒸,盗汗,食欲不振,消瘦等症。

(二) 体征

初起,淋巴结较小而硬,界限明确,而后融合成团,成为不易推动之结节性肿块。晚期,淋巴结发生干酪样坏死,液化,溃后流出豆渣样或稀米汤样脓液,最后形成经久不愈的窦道或慢性溃疡,溃疡边缘皮肤暗红,潜行,肉芽组织苍白,水肿。

(三) 实验室及其它检查

- (1) 结核病毒试验:阳性。
- (2) 胸部透视:可在肺部发现原发结核病灶,相应的淋巴管增粗及肺门淋巴结肿大。
- (3) 活体组织检查或穿刺检查:对鉴别及确诊结核有重要价值。
- (4) 血沉:加快。
- (5) 血常规检查:一般无明显血液细胞的改变。

(四) 诊断要点

1. 诊断

根据结核病接触史及局部体征,即肿大淋巴结,特别是寒性脓肿,或已溃破形成的久不愈合的窦道或溃疡,结合血沉加快,胸透有肺结核病灶,小儿结核菌素试验阳性即可确诊。

2. 鉴别诊断

(1) 慢性淋巴结炎:多因口腔,头面部炎症引起,常散见于颈侧区或颌下颏下区,多如绿豆至蚕豆样大小,较扁平,硬度中等,表面光滑能推动,有轻度压痛或无压痛。常因原发感染病灶的轻重而增大或缩小,很少化脓,无结核中毒等全身症状。

(2)转移性肿瘤:多由头颈部癌灶转移而来,少部分由消化道及胸部的癌灶转移所致。病人多在40岁以上,肿块坚硬如石,不规则,继则肿大融合,推之不移,呈结节状,生长快。可有局部或放射性疼痛。坏死溃破后血水不尽,不愈合,外观呈菜花样,常有恶臭。

(3)恶性淋巴瘤:多见于慢性青壮年。早期淋巴结肿大,出现于一侧或两侧的颈侧区,散在稍硬,无压痛,尚活动,后相互粘连成团,生长迅速。常伴有全身浅表淋巴结或肝脾肿大,严重贫血,不规则高热等,必要时行淋巴结病理检查。

(4)甲状腺舌管囊肿:本病见于婴幼儿,很少有超过15岁的患者。于颈前区中线,舌骨下方可触及一圆性肿块,边界清楚,表面光滑,有囊样感,无压痛,随伸舌动作而上下移动,多年不发生变化和不引起症状。但感染后,即出现红肿热痛。溃破后,形成久不愈合的瘻管,有黄色粘液样液体流出,无干酪样坏死组织。

(5)腮腺混合瘤:多见于青壮年,肿瘤位于耳垂下方。呈硬结节状而间或有致软的结节,与周围组织无粘连,生长缓慢,若发生恶变,肿瘤常突然生长迅速,并与周围组织粘连。晚期恶性肿瘤可溃破,出现疼痛,并向颈侧区淋巴结转移。

二、辨证·中医诊断

(一)辨证要点

初起结块如豆,数目不等,无痛无热,后渐增大串生,久则微觉疼痛,或结块相互粘连推之不移。若溃破则脓汁稀薄,其中或夹有豆渣样物质,此愈彼起,久不收口,可形成窦道或瘻管。

(二)辨证分型

1. 气郁痰结证

【临床表现】颈部淋巴结肿大,活动,无疼痛,皮色正常。伴精神抑郁,胸胁胀痛,腹胀纳呆,神疲乏力等症,舌质红,苔薄白,脉弦细或小数。

【辨证分析】素体情志不畅,肝脾郁结,痰火互结,循经留注于颈部,久之而成块。因局部痰凝气结尚未化热,故皮色不变,不热,肿块坚实,胸胁胀满为肝气不舒,腹胀纳呆为木克脾土,脾失健运。脉弦细小数,为痰火内结,气郁久有化热之势。

2. 痰毒热结证

【临床表现】颈部淋巴结相互粘连,久而中央变软,有波动感,微热、盗汗,全身无力,食欲不振,纳呆,口渴,舌红少苔,脉数。

【辨证分析】痰毒凝结,郁久化热,肉腐血败而成脓,中央变软,有波动感,微热,皮色暗红。肝火,痰毒,下灼真阴,损气耗血,阴虚阳亢,虚热内生,故有潮热盗汗。肝木乘土,脾失健运,肌肉不充,则食欲减退,神疲乏力。脉数舌红,苔少,阴津不足,虚热内生之证。

3. 肺肾不足证

【临床表现】初期淋巴结肿大,溃后脓水清稀夹有豆渣样物,疮面肉芽灰白,疮口久不愈合,或此愈彼起,午后潮热,盗汗,腰膝软酸,眩晕失眠,多梦,干咳少痰,口干渴,心烦,耳鸣,形体消瘦,纳呆神疲,全身无力,舌红,苔少,脉细数。

【辨证分析】肺肾不足,阴虚内热,初期肿块为虚火灼津成痰,痰与虚火互结而成。日久气血

耗亏,脾虚,生化乏源,形体不充,肌肉失养,抗毒不利,则见溃后脓水清稀,疮面肉芽灰白,久不收口,四周皮肤紫暗。肺肾阴津亏乏,阴不制阳,虚热内生,迫津外泄,则潮热盗汗,虚火扰神,则心烦失眠,多梦。肾精不足,则头眩耳鸣。精血不足,气血两亏,脾虚不健,则纳呆神疲,全身乏力。舌红,苔少脉细数,此为虚热之征。

4. 气血两虚

【临床表现】溃破日久,脓水淋漓,清稀,疮口内陷,色泽暗淡,苍白,倦怠乏力,少气懒言,面色㿔白,身体日渐虚弱,舌淡,苔白脉沉细无力。

【辨证分析】溃破日久,气血亏耗,正气不足,托脓无力。故见脓水淋漓,清稀,创口内陷,色泽暗淡,苍白。气血不足,不能充养肌肉,故见少气懒言,倦怠乏力。气血不荣于面,故见面色㿔白。脉沉细无力,乃正气不足,气血两亏面致。

第四节 治疗

一、西医治疗

(一)全身治疗

注意营养休息,口服异烟肼1—2年,伴全身中毒性症状或身体他处有结核病变者,加服对氨基水杨酸钠或利福平或加用链霉素肌肉注射。甚则按结核病住院治疗。

(二)局部治疗

①少数局限的较大的能推动的淋巴结,可考虑手术切除。

②已形成寒性脓肿面尚未穿破者,可行潜行性穿刺抽脓,而后向脓腔内注入5%异烟肼溶液或10%链霉素溶液作冲洗,并适量留于脓腔内,每周2次。

③已破溃形成溃疡或窦道者,若继发感染不明显,可行刮除术,将结核病变组织全部刮除。伤口不加缝合,用链霉素溶液换药。

④寒性脓肿继发慢性化脓性感染者,需先行切开引流,待感染控制后,必要时再行刮除术。

二、中医治疗

(一)辨证论治:

1. 气郁痰结证

【治法】疏肝解郁,软坚化痰。

【方药】逍遥散合二陈汤加味或消瘰丸。

柴胡、当归、白芍、清半夏、香附、黄芩、浙贝母各10g,夏枯草、元参、昆布、海藻各15g,猫爪草、生牡蛎各30g。肿块致颈者加山甲珠、僵蚕。成脓者原方去夏枯草、元参、昆布、海藻、生牡

蛎,加黄芪、皂角刺、公英、双花等。

2. 病毒热结证

【治法】清热化痰,解毒排脓。

【方药】五味消毒饮合二陈汤加减。

双花、连翘各 30g,公英 30g,生黄芪 45g,野菊花 15g,半夏、陈皮、云苓、白芷各 10g,丹皮、桔梗各 12g,夏枯草 30g,肝火偏旺者可加龙胆草、山栀等。

3. 肺肾不足证

【治法】滋补肺肾兼清虚热。

【方药】六味地黄汤加味。

生地 24g,山药 18g,栀子 12g,泽泻 15g,云苓 15g,丹皮 15g,银柴胡 12g,川贝母 12g,夏枯草 30g,玉竹 15g,鳖甲 10g。

4. 气血两虚证

【治法】补气养血,托里排脓。

【方药】八珍汤加味。

熟地、当归、党参、白芍、白术各 15g,川芎、炙草各 9g,云苓 12g,浙虫母 9g,夏枯草 30g,生黄芪 15g。

(二) 外治法

(1) 早期可选用独角莲膏,消核膏或阳和解凝膏。

(2) 已溃者可选用丹药或生肌散等。方法是用凡士林油纱布蘸少许五五丹或追毒丹塞入疮口,外贴千捶膏。疮面表浅,肉芽暗红,迟迟不能愈合时,可撒布生肌散,盖敷玉红膏油纱,贴千捶膏。

(三) 其他疗法:

1. 针刺疗法

曲池穴透臂臑穴。取六寸针,针尖涂少许无菌甘油,沿皮下透刺臂臑穴,速进缓退。得气后使用行气手法。红肿化脓者,配以火针排脓。

2. 挑刺疗法

①取穴:自肺俞至肾俞,日 1 次,左右两点,亦可配以天井,肩井、气舍等穴。

②刺法:局部消毒后,以 20% 奴夫卡因穴位处浸润麻醉,用消毒三棱针直刺入 1—2cm,在感觉到达肌膜时,将三棱针上下划拨 3—5 次,划幅 0.5—1.0cm,病人感到麻木或轻微疼痛时起针,将针眼敷盖无菌纱布。

③疗程:每日挑刺 1 次。10 次为 1 疗程,休息 3—7 天后,隔日一次,挑刺 20—25 次为 1 总疗程。

第五节 预防

(1) 节制房事,调宜情志。

(2) 小儿注射卡介苗,积极预防结核,已患结核病者,一定要系统、彻底治疗。

- (3) 预防感冒,对口腔疾患如龋齿,扁桃体病要积极治疗,必要时可行扁桃体摘除术。
- (4) 增加营养,改善体质,提高机体免疫力。
- (5) 大力宣传,不随地吐痰,养成良好的卫生习惯。

下编 专题研究

一、血栓闭塞性脉管炎病因探讨—前列腺素学说

迄今为止,关于血栓闭塞性脉管炎 Thromboangiitis obliterans(简称 TAO·亦即 Buerger 氏病)的病因一直是本病研究中的一大难题。近十年来随着中西医结合应用活血化瘀等疗法的开展,使本病的临床疗效有了很大提高。实验研究的成果,使人们对 TAO 的病理改变有了较清楚、完整的认识,而在其病因理论研究上,仍然停留在以往传统的认识水平上,即认为 TAO 病与吸烟,寒冻,性刺激等有关。近几年有人提出了免疫学说,认为本病是一自身免疫反应性疾病,使得 TAO 的研究深入了一步。但是,如何才能从 TAO 的整体上、根本上把握其发病的原因,系统地揭示其各个疾病环节上存在的内部联系及相互关系,为临床研究提供可靠的理论依据,尚须我们更加深入地研究和探讨新的理论。近十几年来,对生物体内和探索新的理论。国内外对生物体内前列腺素 prostaglandin(简称 PG)系统功能的发现,PG 这一存在于生物体具有很多调节作用的生物活性物质研究成果,为人们揭示了疾病过程在分子水平上的变化,使人们的认识进入了分子生物学水平;也为现代医学研究和中医学研究开辟了一个新领域。本文就试图以分子生物学中 PG 系统功能为依据,探讨 TAO 的发病机制等方面的一些问题。

(一)前列腺素系统(简称 SPG)与 TAO 病理的关系

病理学已知:TAO 是一全身性血管系统疾病。主要是四肢,特别是下肢血管发病为主。其病理过程为:首先是中、小动脉血管全层非化脓性急性炎症改变。继而出现动脉血管内血栓形成过程,后期为血栓机化,血管内纤维化。病变血管呈阶段性分布,病情呈周期性变化。那么,PG 在此起到什么作用呢?

首先我们讨论一下,PG 系统与血管组织炎症的关系。

大量的动物实验和临床研究表明:PG 在组织炎症过程中呈双相调节作用,表现为促炎作用和抑炎作用两方面。PG 具有舒张小血管,增加血管通透性,促成组织水肿作用,其中 PGE_2 、 PGD_2 、 PGI_2 具有上述作用,而且,它们的作用大于组织胺、缓激肽。同时,PG 还具有较强的致痛作用,其中 PGE_2 、 PGI_2 在组织液高浓度时可直接致痛。另外,PG 还具有吸引白细胞和促发热效能,PG 介质作用于下丘脑体温调节中枢可产热。另一方面,PG 同时具备抑制炎症作用。 PGF_2 就有缩血管,降低血管透性,增加组织中 cGMP(Cyclic Guanosine 3,5-Monophosphate,环磷酸鸟苷)含量,而发挥抑炎作用。PG 对组织炎症过程中粒细胞浸润也存在调节作用。当组织炎症发生时,局部集落刺激因子(CSF)增加,则刺激粒 C 和单核细胞、巨噬细胞产生,而后者又可产生 CSF,如果不加限制则体内就会发生粒细胞过度增殖现象。但由于 PGE 的作用抑制了 CSF 的产生,使粒细胞维持在一定水平上。有人证实: PGE 和 PGF_2 的浓度比值,是上述调节复杂关系的要素之一。经研究证明: PGE_2 也是一种炎性反应介质,用 PGE_2 做局部组织注射能引起非特异性炎症改变,并伴有炎性组织内 PGE_2 释放。而且, PGE_2 在组织中的含量与炎症的发生、发展变化有直接联系。实验中发现:炎性渗出物中 PGE_2 的含量可控制炎性渗出物的多少,即使在没有其它炎性介质,如 5-羟胺、组织胺、缓激肽存在的情况下, PGE_2 同样产生促炎作用。同时, PGE 又是组织液性渗出物。与之相反,炎性反应时,组织内有 PGE_1 和 PGE_2 可使白细胞内腺苷酸环化酶激活,使细胞内三磷酸腺苷(ATP)催化产生环-磷酸腺苷(cAMP),发挥抑制作用。这样我们不妨把 $\text{PGE}-\text{PGE}_2$ 对炎性反应的相互作用及其浓度改变

对炎症反应的影响理解为一个组织炎症调节系统,即 PGE_1 — PGE_2 的平衡状态对组织炎症过程起着特有控制,调节作用。当然,这并不一定十分完善,但它反映了 PG 系统内部的“子系统”的活动关系。

第二,PG 系统与 TAO 的病理关键——动脉内血栓形成的关系。

自 1930 年,美国人 R·Kuryrok 和 C·C—lieb 发现 PGI_2 (前列环素)和 TXA_2 (凝血氧环,又称血小板凝集素)后,至今研究取得了很大进展,对其在动脉内血栓形成的作用探研越来越为人们重视起来了。现已知:PG 在组织内合成过程中所产生的中间体(PGG_2 和 PGH_2) 在动脉血管壁内皮细胞中和血小板内可进一步分别转化为 PGI_2 和 TXA_2 。 PGI_2 是一种强有力的血小板凝集阻止剂和血管扩张剂。 PGI_2 在体内半衰期为 2 分钟左右。 TXA_2 作用与 PGI_2 相反,具有强有力的血小板凝集作用和缩血管作用。在人体内半衰期为 30 秒钟左右。 PGI_2 — TXA_2 的相互作用结果控制、调节着动脉内血栓形成过程。在体内形成了一对特有的调节、控制系统。最近研究表明:动脉内的血栓形成过程,首先是血清中血小板粘附在动脉血管壁上,聚集而形成血栓块。血小板的粘附、聚集是动脉血栓形成的基本条件,可以认为动脉血栓形成的直接原因是由于体内 PGI_2 — TXA_2 调节作用失常而致。而临床上 TAO 患者反独具有的患肢动脉血管中呈现出的节段性血栓块和病情的周期性改变及突出的“复发率”是此系统平衡调节作用在不同时间过程上的反映。

体内 PG 种类不同对血小板功能的影响也不同,其中增强血小板聚集作用的除 TXA_2 还有 PGG_2 和 PGE_2 等;抑制血小板聚集的除 PGI_2 外,还有 PGE_1 和 PGD_2 等。

再之,动脉血管壁和血流改变也是血栓形成的两个重要因素。释放到血液中的 PG 随血液到达各个组织并调节该组织血管的收缩、舒张,维持着正常的组织血流状态。在血栓发生时,突出的血流紊乱亦十分重要,一个稳定的血流状态不会有血栓形成。血流紊乱可促成血栓。PGA 和 SPGF 就分别具有扩张血管和收缩血管作用,与前面提到的 PGI_2 — TXA_2 平衡调节系统可以通过影响血管舒、缩来调节组织血管内的血压,血流量和血流状态。有人指出 TXA_2 俱有很强的缩血管作用, TXA_2 对血管平滑肌原收缩作用强于血管紧张素 100 倍。实验证明 PG 可能影响支配舒缩血管活动的交感神经—肾上腺素系统的作用。当交感神经兴奋时,组织内有 PGE 的释放, PGE 可以反馈式地抑制去甲肾上腺素的过度释放。与此同时,组织内的 $\text{PGF}_{2\alpha}$ 产生相反作用, PGE — $\text{PGF}_{2\alpha}$ 的平衡维持和调节着血管舒缩活动的一部分,可以推测当其平衡关系失调时就有造成血管活动紊乱,血流不稳定的可能,随之可产生的交感效应亢进血管痉挛、血管壁损伤、血流紊乱等均可促成血栓形成的发生。据此可推论,临床上所采用的 TAO 患者行交感神经或肾上腺部分切除术,可防止此项过程的发生,对治疗产生一定效果。

另外,PG 对血液中的红血细胞也有影响。人体内的红血细胞的直径一般都大于体内组织内毛细血管的直径,在进行组织交换时,要使红血细胞通过毛细血管除毛细血管扩张外,还有红血细胞直径改变,即红血细胞变形和体积减小。 PGE_1 和 PGE_2 就分别具有使红血细胞体积减小和恢复的作用。 PGE_1 和 PGE_2 的共同作用使红血细胞顺利地通过毛细血管而又有恢复原状,从而保证了组织血流量及红血细胞运氧和二氧化碳的能力,这种作用的机制是 PGE_1 — PGE_2 影响了红血细胞内 K^+ 、 Na^+ 的浓度,使红血细胞膜内外渗透压发生变化,含水量改变使红血细胞体积改变。 PGE_1 — PGE_2 系统的平衡调节作用于 TAO 表现的组织严重缺血、缺氧状态存在着密切关系。如果能控制此过程,将有促于临床上改善 TAO 患肢缺血状态,为最终把握 TAO 找到新的途径。

(二)PG 系统与 TAO 临床表现

TAO 主要临床表现是由于动脉血栓形成后而造成的肢体缺血状态下的一系列症状、体征。其临床表现的轻重取决于动脉栓塞的位置和肢体动脉侧支循环代偿程度。PG 除了前面所叙述的改变红血细胞形态和扩张血管作用,还可以调节组织对氧的需要量。PGE 可以促进红血细胞内氧合血红蛋白的氧释放到组织中去,这是通过促使 2,3-二磷酸甘油酸(DPG)的生成增多而实现的。当血液流经组织时,红血细胞中的 DPG 浓度增加,可促进氧释放,以供组织需要。在组织缺血、缺氧状态下,此作用意义尤为重要。

临床上Ⅰ期以上的 TAO 患者静息痛较为剧烈,往往使临床医生感到棘手,这一点正是 TAO 患者病痛最甚之处,持续的静息痛,影响了患者全身情况。近年研究证明:PG 就是一种较强的致痛物质。PG 在组织炎性损伤的局部浓度高局部受损的组织也可生产和释放 PG,引起局部血管扩张,通透性增加,痛觉过敏。其中,PGE 可使炎症区血管进一步扩张、通透性增强,使组织产生活肿、红斑、痛觉。其作用程度比等量的其它致痛物质,如组织胺、缓激肽约大 10 倍。似乎 PG 就是人们提到的“P 物质”的一部分。这一点可用来解释 TAO 患者患肢剧痛的机制和处于急性期的 TAO 患者单独使用扩血管药物可使组织炎性反应加重、疼痛明显的原因。目前,临床上在此期多应用解热镇痛剂或吗啡类药物控制 TAO 患肢疼痛,其作用机理也是由于上类药物影响了中枢内 PG 的生物合成和释放,并能抑制 PG 对腺苷酸环化酶的活性,使痛觉减轻或消失。所以,TAO 患者在急性期中医一般采用清热解毒剂,西医多应用抗感染和解热镇痛剂治疗。而单用活血化瘀药物和扩张血管药物治疗,效果不良,甚至可能使病情加重,这一点在临床上是有教训的。

(三)前列腺素作用机制

前列腺素之所以在人体内各组织中发挥其生物活性,主要是通过影响了体内神经—内分泌功能活动的变化,从而直接参与第二信息传递这一生物体的重要生命活动。即:在细胞水平以下通过增加细胞腺苷酸环化酶的活性,使 CAMP(环—磷酸腺苷)在组织中含量的增加,直到了所谓“第二信使”的作用。

前列腺素主要是接受细胞膜上受体的信息并传递给 CAMP 进入细胞内,再激活细胞内的蛋白激酶,使相应的蛋白质磷酸,进而发生细胞内代谢变化,体现出生理效应。此种观点已为越来越多的人所承认和接受。

六十年代由于环核苷酸,即环—磷酸腺苷和环—磷酸鸟苷在体内细胞调节功能的发现,为人们充分理解中医阴阳学说提供了条件,认为测定血浆 CAMP 和 CGMP 的含量可作为反映机体阴阳变化活动的二项客观指示,进一步研究发现,血浆中 PG 含量也呈现出“阴阳变化”的规律,而且,与 CAMP 呈相似的关系。其中,PGF_{2α}与 CAMP 呈正身改变关系。中医所指肾虚血瘀的病人血浆中 PGF_{2α}和 CAMP 的含量均明显降低。这与以“本虚标实”为辨证的 TAO 病也会有一定的内在联系。当然,这方面只是推测,需要深入研究后才能作出结论。

(四)PG 系统与 TAO 等周围血管闭塞性疾病的治疗

在传统中医理论基础上,以中西医结合应用活血化瘀法为主,治疗 TAO 病,近十几年来,取得了令人满意的临床疗效。临床上所采用的对 TAO 疾患治疗取得肯定疗效的活血化瘀药

物作用机理进一步研究时,人们发现 SPG 系统也充当着十分重要的角色。由于 PG 系统中各种“调节对”(或称“子系统”)特别是 PGI_2 - TXA_2 平衡调节系统在动脉内血栓形成中的作用得以阐明,这就为研究活血化瘀药作用机制提供了新的途径。目前已证明大多数活血祛瘀药物对体内 PG 系统产生作用。实验发现:中药川芎提取物——川芎嗪能抑制内源性 TXA_2 样物质的活性,在人富血小板浆 (PRP) 中加入川芎嗪制剂后, TXA_2 样物质受到显著抑制。川芎嗪能使血小板释放的丙二醛 (MDA) 含量减少,增强动脉血管壁产生 PGI_2 样物质的能力,对家兔血小板聚集有抑制作用。体内实验观察到芎嗪对静脉注射花生四烯酸钠引起的动物死亡亦有保护作用。病理切片显示,预先注入川芎嗪的家兔病变程度轻,提示该药有减少 TXA_2 生成作用。中药毛冬青提取毛冬青甲素配成 2% 溶液,可抑制体内 TXA_2 的生成,增加 PGI_2 浓度。1983 年 Vanderhoek 在离体条件下,发现大蒜油有类似阿斯匹林样作用,可抑制组织内环加氧酶而减少 TXA_2 生成。1983 年 Apity-Castro 等发现:大蒜提取物 (EoG)-丙烯-15-己二乙某三硫化物 (F_3) 可抑制血小板对花生四烯酸 (AA) 摄入,抑制外源性 TXA_2 生成。中药赤芍提取物阿魏酸钠能抑制血小板聚集、对 PGI_2 样物质起增强作用。红花黄素 II D 能对 TXA_2 样物质诱导动脉收缩。丹参酮具有抗花生四烯酸诱导血小板 TXA_2 样物质产生,增强大白鼠动脉环产生 PGI_2 样物质,对血小板聚集有抑制作用。丹参酮能使大白鼠血液中 $\text{PGF}_{2\alpha}$ 水平降低,从而发挥抑炎作用。另外,非活血药物,黄芩,泽泻也有不同程度的抑制血小板聚集和调节血浆中 PG 水平的作用。由此看来,临床上常用的对 TAO 病有效的中药,对血浆 PG 水平可产生影响。在活血药研究中一般认为:单就活血祛瘀讲,属于中医“泻法”。在 TAO 患者中很多辨证为“本虚标实”,所以利用攻补兼施为上策。有人报道:用益母草、徐长卿、元参、杜仲、丹参、牛膝、白芍、桑寄生治效者测定血浆中 PGA_2 和 PGE_1 的合成,释放均有不同程度的改善。所以,中药对 TAO 显著疗效可以从对体内 PG 系统的影响去考虑、研究。临床上可以把血浆 PG 水平的变化为 TAO 病的诊断、治疗效果的一个客观标准。

现代医学方面,国外对 PG 制剂的开发和临床应用也十分引人注目。1973 年 Carlsson 氏对 4 名末稍血管闭塞症患者,应用 PGE_1 大腿股动脉内注射,结果使肢体疼痛和溃疡得以治愈,进一步在患肢以侧股静脉内注射 PGE_1 ,剂量为患侧动脉的 3~4 倍,结果发现患侧肢端皮温上升。土光氏报道:以 PGE_1 静脉或动脉注射,可使 Buerger 氏病 (TAO) 患者临床上较难控制的患肢静息痛和肢端坏疽、溃疡现象得以控制。田道氏在 TAO 施血管重建术后,应用 PGE_1 使手术成功率明显提高。Clifford 氏报道:用 PGE_1 治疗 20 例周围血管闭塞性疾患。用 PGE_1 /kg/min,中心静脉注射,每 72 小时次,未产生副作用。其中 8 例缺血性溃疡区有 5 例在 6 周内治愈,而且,末稍循环改善,认为 PGE_1 可以改善患肢自觉症状、提高肢体耐寒能力。谷本氏用新型的 PGE_1 制剂 oop-1206,每天 30~60 微克,口服治疗末稍循环闭塞症,发现对肢体的雷诺现象 (Raynaud's) 和皮肤溃疡有很高的疗效,并指出 PGE_1 的抑制血小板聚集作用,明显大于其扩张血管的作用。 PGI_2 有人认为它是一种内源性激素,除具有强力的扩血管、抗血小板聚集、抗凝固作用外,还有“细胞保护作用”。Syeyektik 氏用 PGI_2 动脉内注射治疗动脉硬化性闭塞症,使静息痛消失,顽固溃疡愈合,注射 6 周后,患肢肌肉血流量明显增加。另外,有人用 TXA_2 拮抗剂:ONb-11142,EP-045,BM-13,177,SQ-28668 等制剂。用于肢体闭塞性血管病,也取得一定疗效。但是,在总体上来看,PG 有用于治疗 TAO 及周围血管疾患方面,仍处于实验研究和临床观察阶段。要达到完全控制 TAO 病的目的,还有很大距离,有待于进一步研究和临床验证。

(五)PG 系统功能紊乱是造成 TAO 的重要内在原因

在 TAO 的研究中一个十分突出的现象,即:TAO 的发病有较严格的性别和发病年龄。大量的临床统计资料表明:男性、青壮年(年龄在 20~49 岁之间)TAO 患者占发病总数的 95% 以上。这两点也一直是临床上作为 TAO 的诊断和鉴别标准。TAO 的发病性,向人们提示本病发生具有内在的发病机制,也是研究 TAO 发病机制的突破点。与此年龄组青壮年男性体内生理代谢的特殊性,即:性激素分泌亢进,与此期不规律的性生活是否存在着内在的联系呢?在祖国医学中,TAO 属“脱疽”范围,从《黄帝内经》时代至近代,关于本病的著论甚多,不仅对“脱疽”的症状描述十分精当,而且,对其病机、病因的理解也颇为深刻。其中关于“脱疽”病记载最详细、最完全的著作当推明代陈实功的《外科正宗》一书(公元 1615 年)。他指出:脱疽的成因是由于“房劳过度,气竭精伤。……阳精煽惑,淫火猖狂”而致。兰锡纯在《心脏血管外科学·血管》和凌兆熙在《中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎》两书中均指出:性生活过于频繁,使体内前列腺液大量丢失与血栓闭塞性脉管炎发病有密切关系。我们临床观察结果,而往往也是本病复发的重要因素。生理学已知:正常男性体内 PG 含量高于女性。男性体内 PG 主要贮存于前列腺液中,也构成了精液一部分。人精液中有 19 种不同类型的 PG。人精液中 PG 含量最高,每毫升精液中平均含 PG225 微克。每次性生活如果排出精液 5 毫升,则损失 PG 约 1200 微克。而这些 PG 可部分地为女性吸收利用。所以,人体内 PG 在一定期间内频繁大量排出体外,体内 PG 系统代谢就有可能发生紊乱,各个成对的平衡调节关系失常,继而就可引起动脉血管壁炎性变,血管收缩紊乱,血流改变血小板粘附,凝聚等一系列病理改变。血管收缩紊乱,血流改变血小板粘附,凝聚等一系列病理改变,最终表现以中、小动脉为主的动脉内血栓形成,引起 TAO 发生。再之,雄性激素本身也是一种促血凝危险因子,而雄性激素还可作用于 PG 系统。据报道:睾丸酮对体内 PGI_2 的生成有明显抑制作用,其作用强弱于睾丸酮在体内含量有关。睾丸酮还能诱导血小板聚集,而求偶素、黄体酮和去氧皮质醇可减轻这种聚集。动物实验发现:雄性大白鼠的血小板聚集力远高于雌性。德国 Forster 氏发现:男性及闭经妇女血浆高密度脂蛋白(HDL)加入培养基中可抑制血浆 PGI_2 的合成。而有月经的女人血浆 HDL 无此作用,其 HDL 与男性 HDL 恰恰相反,能使动脉壁合成 PGI_2 的能力提高 50%。以上说明:体内的 PG 系统功能紊乱是造成 TAO 的内在原因机制,而雄性激素及男性青壮年体内特有的生理代谢过程失常是造成 PG 系统功能紊乱的直接原因。

总之:生物体内 PG 总系统和各个子系统在其全身和局部的功能活动,控制和调节着人体 TAO 的各个疾病环节,在 TAO 发病机制上俱有特殊位。其中, PGI_2 — TXA_2 平衡调节系统对血小板聚集性的调节功能失常时,可引起血液中血小板聚集,血管活动紊乱,血小板粘附动脉内血栓形成发生。 PGE_1 — PGE 系统对组织炎症和对红血细胞体积调节作用失常时,就可引起组织炎性反应或使组织出现缺血,缺氧状态。 PGE — PGF_2 系统调节失常时可引起血液中血小板聚集,血管活动紊乱,血小板粘附动脉内血栓形成发生。 PGE_1 — PGE 系统对组织炎症和对红血细胞体积调节作用失常时,就可引起组织炎性反应或使组织出现缺血,缺氧状态。 PGE — PGF_2 系统调节失常,则造成血管痉挛、血管壁损伤,血流紊乱有利于动脉内血栓形成和造成组织缺血等一系列病理改变。PGA 和 PGF 对动脉血管收缩和扩张作用的调节变化都可能成为造成 TAO 病的内在固有原因机制。青壮年男性生理特征和体内雄性激素作用,是造成体内 PG 系统功能紊乱的重要原因,而 PG 系统功能紊乱是构成 TAO 的发病机制。临床上,TAO 患

者特有的临床表现,中药对 TAO 病作用机制的发现及 PG 制剂直接应用于 TAO 患者后取得的肯定的疗效都可证明,PG 系统与 TAO 发病之间存在内在的必然的联系。所以,作者初步推断 PG 系统功能紊乱是 TAO 的发病原因。PSG 系统功能对 TAO 的整个病程起着不可忽视的调节、控制作用,开展对 PG 系统的研究,对最终证实 TAO 的病因将会产生推动作用。

二、对肛肠疾病某些问题的研究认识

(一) 肛门直肠部的麻醉

手术是治疗肛肠疾病的重要方法,手术的顺利进行需要良好的麻醉。肛门直肠疾病的手术麻醉方法应根据疾病种类和病人的不同情况而选用其中的一种。常用的麻醉方法有局部浸润麻醉、腰俞麻醉、骶管阻滞麻醉、硬脊膜外麻醉、蛛网膜下腔麻醉、静脉麻醉等。下面就具有肛肠科特色的腰俞麻醉、局部麻醉着重讲述一下。

1. 局部浸润麻醉

简称为局部麻醉。是指将局部麻醉药注射于肛门周围皮下、括约肌内及两侧坐骨直肠窝内,用以阻滞肛门神经,使其传导消失,达到肛门及周围皮肤麻醉,以及肛门括约肌松弛目的的一种麻醉方法。

(1) 麻醉用药:

①普鲁卡因:浓度为0.5~1.0%,1次用量10~30ml,每小时内用量最多不超过1g。该药毒性小,作用发挥迅速,持续时间约45~60分钟。

②利多卡因:浓度为0.25~1.0%,1次用量最多不超过400mg。该药弥散性较好,作用持续时间为1.5~2小时。其毒性相当于普鲁卡因的1.5倍。

③布比卡因:常用浓度为0.25%,1次用量最多不超过100mg。其局麻效能比利多卡因强4倍,一般可持续3~5小时,目前已普遍采用其作为长效镇痛使用。本药毒性约为普鲁卡因的10倍,且局麻显效较慢。故可酌情与利多卡因配合应用。

局部浸润麻醉药的用量和浓度需要恰当掌握。浓度大,用量应少;浓度小,用量可适当增大。为了使局部组织对麻醉药吸收缓慢,作用时间延长,毒性反应减轻,局麻药液中可适量加入肾上腺素。一般情况每50ml麻醉药液中可加入1%肾上腺素2~3滴。但对患有严重心脏病、甲状腺机能亢进、高血压、糖尿病、周围血管缺血性疾病者要慎用。

(2) 操作方法:

①肛周浸润麻醉:采用侧卧或俯卧位,肛门区域皮肤常规消毒。用10~20ml注射器,6~7号针头。于肛门两侧中点距肛缘1.5~2cm处刺入,先做皮内注射使形成一皮丘,再按肛门周围组织层次进针,逐层注药,注完后,退针至皮下,再改变方向,以进针处为中心,分别向上下两个方向作扇形浸润注药。然后再于肛门后位距肛缘2cm处垂直进针,逐层浸润注药。每处注药约为3~5ml,每侧用量为10~20ml,总药量为30~50ml。该麻醉方法适用于一般肛肠疾病手术。

②病变周围浸润麻醉:方法为在病灶周围,沿手术切口走行方向,逐层浸润注药。主要适用于单个外痔、肛裂、低位单纯性肛瘘、肛周脓肿切开引流等手术。

③穿刺路径浸润麻醉:一般是在肛门左右中位距肛缘约2cm处垂直进针,由浅入深浸润注药麻醉。此方法用于直肠脱垂直肠周围注射手术穿刺进针处的麻醉。

2. 腰俞麻醉

也称腰俞穴麻醉,是以中医穴位命名的一种麻醉方法。如从解剖学及麻醉学观点来看,则属于骶部麻醉方法之一。故有人称为简易骶管麻醉法,也有人认为是骶裂沟及其上端邻近部位

(骶管下端小部分)的区域阻滞麻醉。是将麻醉药注入腰俞穴(骶裂孔内),使骶神经根产生暂时阻滞,从而获得肛门局部及直肠下段的麻醉效果。1957年成都中医学院首创使用,因其操作简便、安全,麻醉效果好,得到了广泛推广应用,并且已由黄乃健等将此麻醉方法介绍到国外,产生很大影响。

(1)适应证:

肛门及直肠中下段的手术,如混合痔、环状痔、高位复杂性肛瘘、肛门直肠周围脓肿及肛门狭窄、骶尾部肿瘤等手术。

(2)禁忌症:

骶尾骨畸形、腰俞穴局部感染等。

(3)常用药物:

2%普鲁卡因 10~30ml 或 1.0~2.0%利多卡因 10~20ml。手术时间长,可酌情加入 1‰肾上腺素(每 100ml 麻醉药液中加 4~6 滴)。亦可用 0.5%布比卡因 15ml 进行麻醉。

(4)操作方法:

病人俯卧于手术台上,垫高臀部,暴露麻醉术野。以碘酒、酒精常规消毒,铺盖无菌洞巾。顺骶中嵴扪摸骶裂孔(腰俞穴),其解剖标志是第四骶骨棘突和左右两骶骨角三点构成一个三角形,即相当于骶裂孔的位置。骶裂孔表面覆盖骶尾韧带和皮肤,肥胖者标志不易摸清。摸清骶裂孔位置后,先在穿刺点注射一皮丘并浸润各层,继之垂直穿刺,针头通过骶尾韧带,进入骶裂孔即有落空感,应立即停止进针。穿刺成功后,抽吸无回血,推药无阻力,局部也无隆起时,即可缓慢注入麻醉药液 15~30ml,注药完毕,待 3~5 分钟,以针尖刺骶尾部及肛周皮肤,若痛觉消失即可手术。

(5)注意事项:

- ①先做普鲁卡因皮试,以免发生过敏反应。
- ②注药前应回抽无血后方可注药,防止麻醉药直接注入血管,引起药物毒性反应。
- ③注药应缓慢。此可避免吸收过速和骶裂孔内压力突然变化所致的中毒样反应。
- ④针尖斜面应向尾骨尖,使药液扩散范围小,增强麻醉效果。
- ⑤如遇有药物毒性反应,令病人平卧数分钟,症状即可消失,无需特殊处理。反应严重者可肌注苯巴比妥钠 0.1g,或静脉注射 50%葡萄糖溶液 40~60ml。

(二)肛肠术后止痛剂的应用

自从外科手术开展以来,术中疼痛因麻醉药物的应用面得到成功的解决,达到无痛状态下手术;而术后疼痛却一直是困扰着临床医生的一个关键问题,尤其是肛门部感觉敏锐,手术后可发生剧烈疼痛,所以术后止痛在肛肠科病人术后康复过程中甚为重要。肛肠手术后止痛剂的应用有全身用药及肛门局部用药等方法。

1. 一般止痛剂

肛肠术后疼痛程度不一,有的疼痛轻,有的疼痛剧烈。一般情况下通过口服或注射给药,作用于痛觉中枢,而达到止痛目的。常用的止痛药物有以下几种。

- (1)去疼片:每次口服 0.5~1.0g,一日 3 次,用于轻度疼痛。
- (2)消炎痛:每次口服 25mg,一日 3 次饭中服,用于轻、中度疼痛。
- (3)痛力克:口服每次 10~20mg,一日 3~4 次;肌注每次 30mg,一日 2~3 次。该药为非甾

体类药物,镇痛作用大于阿斯匹林 600 倍。目前已作为肛肠科常用的镇痛药物之一。据我院经验,一般病人手术后当日麻醉苏醒期可口服 20mg,6 小时后再口服 20mg,可以使手术当日疼痛轻微或不痛。以后每日在换药前、换药后及睡前酌情服药 20mg,可以达到较好的镇痛目的。

(4)美施康定:口服每次 30mg,12 小时后重复用药。也可采用肛塞法给药,即手术结束时,用 30mg 一片药物塞入直肠壶腹部,可达到术后当日基本不痛的效果。以后据情可采用口服及换药时肛塞给药方法,具有较好的止痛效果。本药为硫酸吗啡的释控药片剂型,作用时间持续 12 小时。另外用药期间应适当给予通便剂,以防止便秘。部分病人用药后可有恶心、呕吐、眩晕等反应,可给予对症处理或停用此药。

(5)盐酸哌替啶:即度冷丁。每次 50~100mg 肌注。4~6 小时后可重复用药。最大用量每次不超过 150mg,每日不超过 600mg。可用于术后中、重度疼痛病人。本药的不良反应可有头晕、恶心、呕吐及呼吸抑制等,用药过程中应有所注意。

2. 长效止痛剂

自从五十年代起,我国的学者就致力于肛肠术后止痛问题的研究。1973 年任全保研制出亚甲蓝长效止痛剂获得较好的术后止痛效果,得到了广泛的应用,并产生了以亚甲蓝注射液为主的各种不同的配方。以后又出现其它一些长效止痛剂,如泮痛尔、高乌甲素等,都具有较好的术后止痛作用。长效止痛剂以肛门局部或穴位注射用药为主,药效持续时间长,可替代口服或肌肉注射止痛药物。

(1)亚甲蓝长效止痛注射液:是以亚甲蓝为主药,配合其它药物制成长效止痛剂,以肛门局部注射而产生术后长效止痛作用。

处方组成:

①亚甲蓝 0.2g,5% 祖师麻注射液 8ml,的卡因 200mg,0.1% 肾上腺素 3~5 滴,蒸馏水加至 100ml。

②亚甲蓝 0.2g,普鲁卡因 2g,0.1% 肾上腺素 3~5 滴,蒸馏水加至 100ml。

③亚甲蓝 0.2g,利多卡因 2g,白屈菜 30g,防己 40g,吐温⁸⁰ 8ml,注射用水加至 100ml。

④1% 亚甲蓝 1ml,0.5% 布比卡因 15ml,混合即可使用。

⑤1% 亚甲蓝 2ml,0.25~0.75% 布比卡因 5ml,0.1% 肾上腺素 2 滴,混合使用。

⑥0.2% 亚甲蓝 2ml,10% 葡萄糖 4ml,2% 普鲁卡因 6ml,0.1% 肾上腺素 3~4 滴,混匀使用。

⑦亚甲蓝 0.2g,普鲁卡因 2g,两面针 10g,蒸馏水加至 100ml。

使用方法:在痔疮病等手术结束时,于肛周或创缘作皮内点状注射,或皮下浸润注射,也可注射于创面基底,每次用量 6~12ml。

亚甲蓝注射后止痛过程可分为潜伏期、止痛期、恢复期三个阶段。潜伏期时间长短不定,多数为 4 小时,故配方中加入局部麻醉药,以缩短或消除潜伏期,并可消除亚甲蓝注射后局部组织产生的烧灼样疼痛。潜伏期过后即进入止痛期。注射局部感觉消失或迟钝,病人无痛或基本无痛。约持续 15~20 天。以后局部麻木迟钝感消失,神经感觉逐步恢复正常,此为恢复期。这时手术创面已基本愈合。

疗效:王平等报导用于 597 例肛肠术后病人的止痛,结果完全止痛 473 例,基本止痛 121 例,无效 3 例,总有效率 99.5%;梁正恒、武宪州、鲁光林等分别报导了 112 例、150 例、276 例肛肠病术后亚甲蓝长效止痛,都取得了满意的效果。

(2) 泯痛尔注射液: 即复方薄荷脑注射液(由杨里颖于 1982 年研制成功, 1991 年获部颁新药证书), 是以唇形科植物薄荷提取物即薄荷脑为主药, 配以麻醉药物制成的长效麻醉止痛剂。具有术中麻醉和术后止痛的作用。

处方组成: 薄荷脑、利多卡因、丙三醇、乙醇等, 制成每支 10ml 及 20ml 的无色澄明注射液。

使用方法: 用注射液原液行肛周多点深层浸润注射, 一次用量不超过 20ml。

泯痛尔注射液可使末梢神经传导受阻, 肛周皮肤发生麻木触觉迟钝, 括约肌松弛, 镇痛作用强而持久, 从而达到速效长效止痛的目的。

疗效: 杨里颖等报道一组病例术后止痛的观察结果, 用复方薄荷脑组的 118 例中 98 例显效, 20 例有效。术后止痛可维持 2~10 天, 未发现全身毒性反应。王德成报道用泯痛尔注射液用于肛肠病手术及术后止痛, 观察 1500 例, 显效 1249 例, 有效 243 例, 无效 8 例。止痛效果长达 7~10 天, 多数病人用药后 6~24 小时内肛门功能恢复正常。

(3) 复方高乌甲素注射液: 是一种以氢溴酸高乌甲素为主药配制成的长效局部麻醉止痛剂。1989 年任毅等从高乌头中分离得到的高乌甲素氢溴酸盐与普鲁卡因或利多卡因相配合用于肛肠术后止痛收到良好效果。

处方组成: 氢溴酸高乌甲素 8mg(4ml)、1% 普鲁卡因或 2% 利多卡因 6ml、0.2% 亚甲蓝 2~3 滴, 形成浅蓝色混合液。其中亚甲蓝含量微小, 只作为着色使用, 便于注射局部范围的观察。

使用方法: 手术结束时, 于肛周及创缘点状或扇形注药于皮下, 以充分着药为宜, 药量一般不超过 10ml。

该注射液中高乌甲素具有镇痛、局麻、降温、解热及消肿作用, 术后止痛可持续 5~7 天。由于高乌甲素对神经肌接头传递的阻滞作用, 不但可减少创而疼痛, 而且阻断了病灶对大脑皮层恶性刺激的传递, 从而有利于创而愈合。

疗效: 任毅等报道 200 例肛肠术后病人注射高乌甲素, 可达到创面愈合期无痛或基本无痛, 具有满意的长效镇痛疗效。

(4) 其他长效止痛剂: 配方如下:

① 盐酸丁卡因 2g、氢氧化钠适量, 液体石蜡加至 100ml。术后直肠给药, 每次 3~5ml。(龚翔等处方)

② 普鲁卡因 2g, 利多卡因 1g, 罂粟壳 1.5g, 甘油 40ml, 加蒸馏水至 100ml, 经过滤制成 2ml、5ml 的安瓿, 高压消毒后使用。(杜文等处方)

③ 强痛定 2ml、0.2% 布比卡因 5ml、去甲肾上腺素 3~4 滴, 混匀。于切口皮下均匀注射。(殷建民等处方)

(三) 肛肠病的烟熏疗法

烟熏法属于祖国医学外治法中熏法的范畴, 在古代外治法中占有重要地位。早在秦汉时期即已运用, 马王堆一号汉墓出土的熏笼器具是目前能看到的最早熏笼实物。烟熏法是将药物燃烧, 取其火烟熏灸患处的一种治疗方法。现就其治疗肛肠疾病的情况概述一下。

1. 烟熏方法

在 1973 年马王堆汉墓出土的《五十二病方》中记载有熏痔方法。即先在地上挖一坑如小盆大小, 用火把坑土烧干; 放入艾, 艾上置放柳鞞, 然后将其点燃, 再用底部钻孔的分盖在坑上, 周

围用土围埋,烟即从孔中排出,患痔者蹲坐在盖上,烟排出即可熏患处。而且可根据患部温度变化调整烟熏高度,疲劳则休息。在其后医书所载的烟熏方法与其大同小异,而应用时却较其灵活。

2. 燃烧器皿

《五十二病方》中将药物置于坑中燃烧取烟,在其以后也将药物置于其它器皿中烧烟。《遵生八笺》中治血痔方:“用皂荚同本身头发。烧烟于坛内,坐上熏之。”在《古今图书集成·医部全录》(简称医部全录)中记载:“痔瘻肿痛,以马兜铃于瓶中烧烟熏,病中良。”又曰:“痔疮肿痛,隔年晒干橙子,桶内烧烟熏之,神效。”其所用坛、瓶因其口小,可直接坐上熏,木桶较深也可直接坐上熏。如在地上挖坑,则需要盖上有孔小盆或有孔木板,再烟熏患处。如在盆上熏,也要盖上有孔盆盖。《奇效良方》说:“……新盆子一个,盛药在内,用盖对盆口,上通一窍,以火烧药,候烟出窍上,坐熏之,烟尽即止。”由此看,烧烟器皿不拘一种,据情而定,但要掌握出烟口径,使烟排出如柱,直熏患处。

3. 熏烟药物

肛肠病的熏烟药物较多而杂。如:雄黄、艾叶、吴茱萸、刺猬皮、皂荚、毛发、莨菪子、韭子、驴蹄、白鲢鱼骨、马兜铃、干橙子、女萎子、胡荽子、粟糠、乳香、五倍子、全蝎等。以艾叶、雄黄、吴茱萸使用较多。药物可制为散末,也可制为弹丸。如:《奇效良方》中“白鲢鱼骨、熟艾各等份,……”,以此烧烟治漏痛。再如《太平圣惠方》说:“治痔瘻疼痛,肿硬不消宜用此熏方。莨菪子、韭子、雄黄、吴茱萸、猪牙皂荚,并生用,油头发炒烧焦,驴蹄炙黄各半两,右件药捣罗为末,黄蜡和圆,如弹子大。”不论何种药物,皆以燃烧取烟为度。如《医部全录》说:“诸痔发痒,用全蝎不拘多少,烧烟熏之即效,秘法也。”

4. 治疗病种

烟熏法可治疗多种肛肠疾病。

(1)痔疮:《备急千金要方》治五痔方:“猥皮见方三指大切,熏黄枣大末,熟艾鸡子大,右三味穿地作孔,调和取便熏之口中熏黄烟气出为佳,火气消尽即停,停三日将息,更熏之,凡三度,永差。”

(2)痔瘻肿痛:如《太平圣惠方》中治痔瘻疼痛的熏方及《奇效良方》中治瘻痛方,再如《医部全录》中说:“痔疮肿痛,先以皂角烟熏之,后以鹅胆汁调白芷末涂之,即消。”

(3)脱肛:《备急千金要方》治疗脱肛:“女萎一升,以器中烧,坐上熏之,即入。”在《医部全录》中有:“大肠脱肛,乌龙尾、鼠屎,烧烟于桶内,坐上熏之,数次即不脱。乌龙尾即梁上尘也。”“痔瘻脱肛,胡荽子一升,粟糠一升,乳香少许,以小口瓶烧烟熏之。”“肠头挺出,蟾蜍皮一片,瓶内烧烟熏之。”“脱肛痔疾,五倍子半斤烧烟熏之。”

(4)瘙痒:《医部全录》中治疗“肠痔下血,下部痒痛如虫咬者,掘地作坑,烧赤,以酒沃之,捣吴茱萸二升放入坑,乘热坐有孔板熏之,冷乃下,不过三四度愈。”

5. 烟熏疗效

烟熏治疗肛肠疾病可使肿痛消、脱出入、瘙痒止,具有燥湿杀虫,消肿止痛,疏通腠理,通调气血的功效,能祛除病邪,达到治疗疾病的目的。在前人肛肠疾病的治疗中应用较多。随着历史的发展及环境的影响,烟熏治疗肛肠病受到了一定限制。然而药物燃烧后其烟中含有酚、甲酚、愈创木油、焦性没食子酸、蚁醛、醋酸、鞣酸等多种成分,能对空气中及表面上的微生物和病毒有显著的杀灭作用,再加上局部温热物理作用,虽然应用有它的局限性,但对痔瘻炎性肿痛、

脱肛、肛门瘙痒症、肠道寄生虫病等的治疗仍不失为一较好的方法。

(四)《诸病源候论》中祛痔导引术

隋·巢元后所著的《诸病源候论》中有许多防治疾病、强身健体的导引方法。其中有一治疗痔疮的导引术,其说:“一足踏地,一足屈膝,两手抱犊鼻下,急挽向身极势,左右换易四七,去痔……”。此方法是一腿站立踏地,另一腿弯曲,两手抱在膝关节下方,抬腿屈髋,使大腿尽量靠近腹部,左右腿交替进行,做28下,可以除痔。此法简单易学,笔者经过锻炼后颇有体会。

中医认为痔是由于阴阳失调,脏腑气血虚损,经络阻滞,瘀血浊气下注而成。观察此功法从经络上加以分析,其中犊鼻,俗称外膝眼,属足阳明胃经。两手抱犊鼻穴下方按压加力,可对犊鼻穴及其下三寸的足三里穴起到刺激作用,故有强壮肌体的作用。踏地之足的太白穴,属足太阴脾经,可主治肠鸣、泄泻、便秘、痔漏。急挽向身极势过程,可使小腿绷紧,腹肌收缩,腰背受到牵拉,至使足太阴膀胱经、足阳明胃经、足太阴脾经以及任、督脉等皆受感应,而这些经脉中的气海俞、大肠俞、会阳、承扶、秩边、承筋、承山、飞扬、会阴、长强、腰俞、脊中等穴位均是治疗痔瘕之要穴。所以通过左右腿交替行动,调整了脾胃机能,升提中气,促进了肛门直肠部位的血液循环,从而能够解除痔疮下坠感觉,消除痔核肿痛及便血。

本功法尚具有医疗体育锻炼作用,练功中不刻意追求意念,形曲力直,通过肢体伸展弯曲,达到调和阴阳、疏通经络、顺气活血功效,其不仅治痔,亦可强身。另外练此功法可不受时间、地点之限制,并可变通体位,采取坐立或仰卧抱腿屈曲锻炼,这对年老体弱者尤为适宜。

(五)云南白药外用治疗肛肠疾病出血

出血是肛门直肠疾病的一个常见症状,常发生于排便过程中或手术后不同时期,表现为滴血、射血、擦试血或血便混杂,严重可发生大出血。以往的内外治法有许多,但有的较为繁杂。我们在临床中常以云南白药外用换药治疗一些出血病例,收到较好效果。本法主要用于内痔出血、肛裂出血、肛门直肠手术后出血的止血等。

1. 内痔出血

病人大便干燥擦伤痔粘膜,排便时努挣用力则出现逼血外出之象,表现为滴血、射血等,有时出血量较多。治疗时将云南白药1g掺于九华膏棉球上,塞入肛内痔区。一般用药1~3次即可控制出血,并且可使肿胀下坠感减轻。

2. 肛裂出血

病人肛管裂损,加之排便时干燥粪便的刺激,则表现疼痛,带血鲜红,但出血量较痔出血少。治疗时将云南白药0.5g撒于生肌玉红膏油纱布上,外敷于肛裂创面处。一般3~5次即可止血,而且能使疼痛减轻或消失,促进裂损愈合。

3. 痔瘕手术及术后出血

在痔瘕等手术结束时,如创面渗血较活跃,这时可将云南白药2~4g撒在凡士林油纱布上,填塞压迫创口,可使血止。并且在第2天换药取出填塞物时达到无出血或少出血。如术后还有少量出血可于换药时将九华膏或生肌玉红膏油纱布上撒上云南白药1~2g敷贴于创面上,经1~3次即可止血。

4. 溃疡性结肠炎出血

病人腹泻、便血带粘液。治疗时可于中药灌肠药中每次加入4g云南白药,每晚保留灌肠。

一般经 10~15 次治疗,便血带粘液消失,腹泻次数明显减少,自觉症状缓解。

云南白药为一散剂中成药,具有祛瘀活血、止血定痛的功效,可治疗内外出血,血瘀肿痛。将其用于肛肠疾病止血与不用云南白药治疗相比,具有止血快的效果,并能止痛及促进伤口愈合。而且本法简便易行,病人乐于接受。但应注意对于痔瘡术后大、中量出血还须采取外科应急措施,以免延误病情及产生其它不良后果。

(六)痔痛灵的实验研究

痔瘡病人最大痛苦为肛门疼痛。常见于外痔水肿、内痔嵌顿、血栓外痔、肛裂疼痛及肛周脓肿、肛瘘发作期、痔瘡术后肿痛。经长期临床观察痔痛灵外洗,能很快消除炎肿,缓解疼痛,对上述疾病有很好的消炎止痛作用。现将其实验研究报告如下:

1. 材料与方法

(1)镇痛实验

①材料:GJ-8402 型热板测痛仪、天平、注射器(1ml)、鼠笼、小白鼠(60 日龄、24~25g 重)、哌替啶注射液(2.5mg/ml)、生理盐水、苦味酸、痔痛灵(生大黄 10g,芒硝 12g,秦艽 15g,艾叶 15g,生川乌 10g,当归 12g,双花 15g,花椒 15g)水煎液(2g/ml)。

②方法:调节热板测痛仪温度在 $55 \pm 0.5^\circ\text{C}$,将计时表清零后,每次取雌性小鼠一只放入热板测痛仪,同时按动计时开关,记录自放入至出现舐后足所需时间(s),作为该鼠的痛阈值,凡 30s 内不出现舐后足者,弃之不用,依次测量各鼠痛阈值。取预选合格的小鼠 30 只,称重后随机分为 3 组,每组 10 只,编号重新测痛阈值 1 次,将两次痛阈值的均值作为该鼠给药前的痛阈值。第一组腹腔注射痔痛灵水煎液 0.1ml/10g;第二组腹腔注射哌替啶注射液 0.1ml/10g;第三组腹腔注射等容量生理盐水对照。给药后的 30、90min 分别测定各鼠痛阈值,若在热板 60s 仍无痛觉反应,即取出按 60s 计

$$\text{痛阈提高百分率} = \frac{\text{用药后平均痛阈值} - \text{用药前平均痛阈值}}{\text{用药前平均痛阈值}} \times 100\%$$

(2)白细胞游走实验

①材料:显微镜、白细胞计数板、血色素吸管、小试管、盖玻片、注射器(1ml)、鼠笼、天平、小白鼠、痔痛灵水煎液(2g/ml)、角叉菜胶(10mg/ml)、生理盐水、白细胞稀释液。

②方法:小鼠 20 只称重后随机分为 2 组,一组腹腔注射痔痛灵水煎液 0.1ml/10g,另一组注射同容量生理盐水,1h 后腹腔注射角叉菜胶 0.2ml/只,5h 后引颈处死,剖开腹腔(避免血液渗入腹腔),用吸管吸取腹腔渗出液,置于小度试管内。将腹腔液按白细胞计数法计数白细胞。

(3)毛细血管通透性实验

①材料:721 型分光光度计、离心机、小鼠固定板、吸管、注射器(1ml、2ml)、试管、离心试管、解剖剪、平镊、眼科镊、移液管(1ml、2ml、5ml)、痔痛灵水煎液、伊文思蓝 2g/dl、0.6%醋酸溶液、小白鼠。

②方法:将 20 只小鼠随机分为两组,一组为实验组、一组为对照组,实验组皮下注射痔痛灵水煎液 3.0mg/10g,对照组皮下注射等容量生理盐水。给药后 1h,尾静脉注射伊文思蓝 0.1ml/只,同时腹腔注射 0.6%醋酸 0.2ml/只,20min 后引颈处死,剪开腹腔,用 5ml 蒸馏水冲洗腹腔数次,用吸管吸取腹腔洗出液 16.7s(1000pm)离心 5min,在 721 分光光度计 590nm 处测定吸收度(OD 值)。

(4) 抑菌实验

①材料: 营养琼脂平板(15ml)、菌种(大肠杆菌 $O_{111}B_4$ 族、 O_{127} 族、 O_{26} 族、 O_{14} 族、金黄色葡萄球菌, 绿脓杆菌); 25%、50%、100% 的痔痛灵水煎液、生理盐水、牛津杯。

②方法: 将上述菌种分别接种于 15ml 营养琼脂平板上, 平板分为 4 个象限, 各置牛津杯分别滴入 25%、50%、100% 中药, 杯满为止, 另一牛津杯用生理盐水作对照, 放入 37℃ 培养箱 48h 后, 用千分尺测量抑菌环直径。实验重复 3 遍。

2. 结果

(1) 镇痛实验

见表 1、表 2。

表 1 给药后 30min 痛阈提高百分率

组 别	n	$\bar{X} \pm SD(\%)$	P
痔痛灵	10	200.5 ± 12.4	
哌替啶	10	235.0 ± 15.7	>0.05 ※
生理盐水	10	28.1 ± 2.6	$<0.01\Delta$

※与痔痛灵组比较 Δ 与以下两组比较

表 2 给药后 90min 痛阈提高百分率

组 别	n	$\bar{X} \pm SD(\%)$	P
痔痛灵	10	172.8 ± 9.7	<0.01 ※
哌替啶	10	47.1 ± 5.4	$>0.05\Delta$
生理盐水	10	10.5 ± 2.2	

※与以下两组比较 Δ 与痔痛灵组比较

结果表明: 在给药后 30min 痔痛灵与哌替啶一样能明显提高小鼠痛阈值, 在给药后 90min 痔痛灵仍能维持小鼠较高痛阈值。

(2) 白细胞游走实验

见表 3。

表 3 痔痛灵对小鼠白细胞游走的影响

组 别	n	$\bar{X} \pm SD(\text{个/L})$	P
痔痛灵	10	$(9.06 \pm 1.24) \times 10^9$	
对照组	10	$(24.71 \pm 6.15) \times 10^9$	<0.01

结果表明, 痔痛灵能明显抑制角叉菜胶致炎后白细胞的游走。

(3) 毛细血管通透性实验

见表 4。

表 4 痔痛灵对毛细血管通透性的影响

组 别	n	$\bar{X} \pm SD$ (OD 值)	P
痔痛灵	10	0.1425 ± 0.0159	
对照组	10	0.2864 ± 0.0233	<0.01

结果显示,痔痛灵能明显降低醋酸致炎后腹腔伊文思蓝的通透量即降低毛细血管通透性。

(4) 抑菌实验

见表 5。

表 5 痔痛灵对实验用菌的抑制作用(cm)

菌 种	25%	50%	100%
金葡菌	3.31	3.47	3.91
绿脓杆菌	0.72	0.84	0.63
大肠杆菌 O ₁₁₁ B ₄	2.33	2.37	2.42
大肠杆菌 O	2.45	2.60	2.65
大肠杆菌 O ₂₆	2.36	2.48	2.51
大肠杆菌 O ₁₂₇	2.17	2.35	2.47

结果表明,痔痛灵对绿脓杆菌无明显抑制作用,而对常见肛周致病菌,如金黄色葡萄球菌和大肠杆菌有明显抑制作用。

3. 讨论

痔瘕肿痛的主要原因是由于局部感染、充血、水肿、化脓即渗出性炎症所致。在金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等肛周致病菌所致渗出性炎症过程中,毛细血管通透性增加,液体渗出而水肿,并且各种白细胞游走到毛细血管外起吞噬作用,因水肿和炎性浸润压迫神经末梢及炎区释放化学物质而引起肛门疼痛。

炎症是肌体的防御反应,对肌体是有积极意义的,但当炎肿给病人带来痛苦时,应对其作适当控制。临床应用痔痛灵外洗肛门局部治疗痔瘕肿痛,经长期临床应用,取得良好疗效。角质层是皮肤的主要屏障结构,它能阻止药物透皮吸收,但在皮肤损伤发炎时,其屏障功能就明显减弱,药物透皮吸收速度大大增加,故痔痛灵直接外洗肛门能使肛周炎肿迅速消散,疼痛消失。

本实验研究表明,痔痛灵能降低毛细血管通透性,阻止液体外渗,解除神经受压而使疼痛缓解。实验研究还表明,本方有较强镇痛作用,本方能明显抑制白细胞的游走而表现出抗炎作用;本方能明显抑制肛周主要致病菌的生长而祛除了痔瘕肿痛。以上作用协同使肛痛迅速痊愈。

(七) 痔痛灵治疗肛门肿痛 219 例

痔痛灵是经长期临床应用的有效方剂,它对肛门肿痛有很好的消肿止痛作用,现总结如下:

1. 临床资料

本组 436 例中,分观察组 219 例,对照组 217 例,均为住院病人。临床表现以肛管炎性水

肿,血栓栓塞性水肿及痔术后或痔嵌顿性水肿所致肛门疼痛为主。水肿面积约 $6 \pm 1.5 \text{cm}^2$,均为发病后即日开始外洗治疗。

2. 治疗方法

观察组用痔痛灵(生大黄 10g,芒硝 12g,秦艽 15g,当归 12g,生川乌 10g,金银花、花椒、甘草各 15g)。水煎凉温至 40°C 外洗,每日 2 次,每次熏洗 20 分钟,4 天为 1 疗程。对照组用市售 PP 粉 1:5000 液外洗,方法同上。

3. 疗效观察

(1)判定标准:治疗后用一次性无菌纸尺逐日测量患者肛管水肿面积的纵横径,求出纵横径的乘积,2 个疗程后观察。痊愈:疼痛消失,局部水肿全部消退,局部无压痛。显效:疼痛消失,水肿大部消退,局部无压痛。好转:疼痛消失,水肿部分消退,局部无压痛。无效:疼痛及水肿未消或 2 个疗程后才消退。

(2)疗效分析:观察组 219 例,痊愈 141 例,显效 49 例,好转 27 例,无效 2 例,总有效率 99.1%。对照组 217 例,痊愈 105 例,显效 32 例,好转 67 例,无效 13 例,总有效率 94%。两组痊愈率,有效率经卡方检验 P 均 < 0.005 ,有非常显著性差异。

4. 讨论

中医认为,本病的产生是由于湿热下注肛门所致。湿热阻遏气机,经络阻滞,疼痛乃生,湿聚肛门而见肿胀。现代医学认为,肛门肿痛的主要原因是由于局部感染、充血水肿,即渗出性炎症所致。

现代药理研究表明,大黄、金银花、秦艽、花椒、当归、艾叶对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、溶血性链球菌等肛周致病菌有较强抑制作用;花椒、川乌有局部麻醉和止痛作用;秦艽能降低毛细血管通透性故有消除水肿作用;芒硝能增加药物渗透压而有消肿作用。

实验研究表明,痔痛灵能降低毛细血管通透性,阻止液体外渗,解除神经受压而使疼痛缓解,故有较强镇痛作用;能明显抑制白细胞的游走而表现出抗炎作用;能明显抑制肛周主要致病菌的生长而祛除了痔瘘肿痛的根本原因,故收良效。

(八)生肌愈肤汤治疗难愈性创面的机理研究

生肌愈肤汤在治疗痔瘘术后创面久不愈合取得明显疗效。现将其治疗同前肉芽组织的显微结构报告如下:

1. 材料与方法

(1)临床取材:将 20 例临床难愈创面患者分为 2 组,每组 10 例,每组水肿性及迟缓性肉芽各 5 例。观察组服生肌愈肤汤(忍冬藤 30 克,桔梗 10 克,杏仁 10 克,牛膝 10 克,党参 15 克,白术 10 克,茯苓 10 克,当归 10 克,生地 15 克,赤芍 10 克)水煎成 300 毫升分 2 次口服,日一剂,共服 15 天,创面每日清洁换药,对照组只需清洁换药。于服药前及 15 天后分别切取肉芽,肉眼观察:水肿性肉芽颜色淡红或暗红,呈水肿状,高出四周皮缘;迟缓性肉芽颜色灰白,质地较硬,较周围皮肤低凹;观察组用药后 15 天肉眼见颜色鲜红,呈颗粒状与四周皮缘齐平。

(2)标本制作:取以上肉芽组织按石蜡制片法常规制片,Bouin's 液固定,HE 及 Masson 染色,制成 6—7NM 石蜡片。

2. 结果

(1)肉眼观察:服药后 15 天,观察组创面明显缩小,肉芽鲜红,呈颗粒状,与四周皮缘齐平,

对照组清洁换药后 15 天,创面未见明显缩小,肉芽仍为水肿性或迟缓性。

(2) 光镜观察:

初次水肿性肉芽:严重水肿,表层有大量弥漫性炎细胞浸润,可见水肿液,成纤维细胞数量较少,其中有的细胞肿大或坏死,胶原纤维松散排列,呈细丝状;部分胶原纤维肿胀或变性,有的融合成均质状,新生毛细血管较少,大部分毛细血管管腔扩张,内皮细胞肿胀,管壁增厚,毛细血管基膜外围结缔组织也有增值现象。

初次弛缓性肉芽:部分区域水肿,其程度比水肿性肉芽轻,有弥散性的炎细胞浸润,成纤维细胞数量较少,纤维细胞较多,胶原纤维粗大密集成束,部分胶原纤维肿胀,有的呈透明样变,有的胶原纤维排列不规则或呈漩涡状新生毛细血管少,有的管腔严重扩张。

15 天后观察组肉芽:肉芽组织表层有少量出血、炎细胞浸润,炎细胞包括大量中性粒细胞、少量嗜酸粒细胞和巨噬细胞,浆细胞和淋巴细胞数量较多,胶原纤维排列松散,其间有较多散在的成纤维细胞,肉芽组织深层有大量排列整齐的胶原纤维,其间有大量成纤维细胞或纤维细胞。此外新生毛细血管很丰富,有些毛细血管管腔仍是封闭的,内皮细胞排列成平行索状,毛细血管多与肉芽组织表面垂直,少数毛细血管扩张。

15 天后对照组肉芽:与初次镜下观察无明显变化。

3. 讨论

创面的肉芽低于或高于创周皮肤时,表皮生长缓慢,在肉芽与创周皮肤齐平时细胞生长最快,肉芽过高过低表皮停止生长,成纤维细胞能合成和降解细胞外基质,还通过分泌一些弥漫性因子调控表皮形成,释放大量酶类及纤维结合蛋白,这些物质在创伤愈合过程中是表皮迁移所必需的。在不良肉芽中成纤维细胞不仅数量少而且形态结构异常,故妨碍表皮再生。新生毛细血管数量与形态是影响表皮再生因素之一,不良肉芽中新生毛细血管不仅数量少而且管腔扩张,管壁增厚,周围结缔组织增生妨碍细胞与血液间物质交换,致细胞营养不良或缺氧,创面难愈。

观察组在服药后 15 天,肉芽已恢复为健康肉芽,创面近愈合,肉芽中纤维细胞及胶原纤维无变性、坏死以及新生毛细血管发育不良,故上皮迅速再生。

(九) 中西医结合治疗内痔术后续发性大出血

自 1985 年 7 月至 1995 年 12 月,我们共收治院内外内痔术后续发性大出血 11 例,经中西医结合治疗,疗效满意,现报告如下:

1. 临床资料

(1) 一般资料:本组 11 例,男 4 例,女 7 例,最大年龄 56 岁,最小年龄 29 岁,平均 35.6 岁。

(2) 诱因:内痔结扎术后 3 例,内痔消痔灵注射后 8 例(其中 1:1 稀释液 3 例,原液注射 5 例)。

(3) 出血部位:出血均位于母痔区,其中左右位 2 例,右前位 3 例,右后位 1 例,5 例消痔灵原液注射者上述母痔区均有不同程度的出血。

(4) 病程与住院时间:病程长者内痔术后 15 天,短者为 8 天;住院时间最长 50 天,最短 21 天。平均 28.7 天。

2. 治疗方法

(1) 辨证施治:根据内痔术后续发性大出血的病程特点治疗分如下阶段。

阳气衰微:见面白肢冷汗出,舌淡,脉细微,肛门内大量出血不止,指诊于母痔区内扪及凹陷,肛镜检查可见上述部位的溃疡及出血,治宜回阳固脱,用参附汤。

气血双亏、热毒蕴结:出血停止但见面白气短、身热、舌淡苔黄、脉数,肛内有黄色脓样分泌物,溃疡较前无明显缩小,宜益气补血清热解毒,用八珍汤合仙方活命饮加减。

气血双虚、湿热留连:面黄乏力,低热,舌淡脉细,创面渐愈但大便表面仍有黄白色分泌物,治以益气养血清热利湿,以八珍汤合萆薢渗湿汤加减。

气血虚弱、创面不愈:病久可见乏力舌淡,擦拭有血性分泌物,创面或高或低久不愈合,治以养血益气,活络生肌,用经验方生肌汤加减。

(2)西药及支持疗法:应用青霉素、庆大霉素、甲硝唑或先锋霉素控制感染,并应用止血敏,立止血或凝血酶等止血,危重病人采用输血输液等支持疗法。

(3)局部外治:①压迫止血:取一中空橡皮管,长约8~10cm,外裹凡士林纱布块,直径约5cm,局麻后将纱卷缓慢放入肛内,为防止纱卷滑入直肠内,在其外端连同橡皮管穿一粗丝线扎于覆盖的敷料上。②明矾膏涂布:较多明矾粉放入九华膏内搅拌均匀即明矾膏。涂布渗血明显区。可用纱布块涂满此药,判定出血部位,以钳夹持放入肛内。③出血停止后用生肌玉红膏或九华膏每日换药。

3. 治疗结果

(1)痊愈标准:无乏力、下坠,肛内创面愈合,指诊或肛内棉球擦拭无血性物。

(2)治疗结果:愈合过程最短12天,最长33天,11例病人全部治愈出院。

4. 讨论

本病初起多因失血过多,夺血少气而见气血双亏、阳气衰微,虽有热毒积于大肠,但急则治标,先宜益气回阳固脱,急服参附汤。出血停止,纵观患者病史,脉证合参证属气血双亏,热毒,湿热留连,故以八珍汤合仙方活命饮或萆薢渗湿汤以益气血除热毒、湿热。疾病后期,热邪已去但因气血虚弱,脉络瘀阻创面生长缓慢,故用生肌汤以生肌。无论肠内或体表肉芽上皮生长缓慢者,用之屡效。继发性出血多发生于痔核脱落期,加之感染等因素,此时组织脆弱不易进行创面缝合及出血上部痔血管的结扎,所以多采用填塞压迫法。应用此法须控制饮食和排便。控制时间一般至压迫物取出2~3日,仍有渗血时更换明矾涂布法。本病发生的原因多为结扎痔组织过深、过大,或消痔灵注射时应用原液,浓度过高,使组织松脱坏死,应注意避免。同时应注意手术的无菌性。

(十)舒便汤治疗老年直肠内脱垂82例

直肠内脱垂为老年女性常见病,往往以便秘就诊,其治疗多补气升提用补中益气丸等,多年来,本文以宣肺升提的舒便汤取效。现将其系统临床观察报告如下。

1. 临床资料

(1)一般资料:共162例,均为女性,年龄最大73岁,最小46岁,病程1—15年,排便间隔1—5天。随机分为两组,治疗组82例,直肠前壁粘膜脱垂56例,直肠内套叠20例,肛管内直肠套叠6例;对照组80例,直肠前壁粘膜脱垂49例,直肠内套叠23例,肛管内直肠套叠8例。

(2)诊断依据:

①排便困难、费时费力、重复排便、肛门坠胀。

②肛诊无阳性发现,直肠镜检查见直肠内壅塞呈纵条状或环状。

③排便造影分3类:直肠前壁粘膜脱垂,增粗而松弛的直肠粘膜脱垂于肛管上部前方,使该部呈凹陷状,而直肠肛管结合部后缘光滑延续;直肠内套叠,增粗松弛的直肠壁脱垂,在直肠内形成环状;肛管内直肠套叠,套叠的头部进入肛管但尚未突出肛缘。

2. 治疗方法

治疗组以舒便汤(麻黄10克,杏仁10克,桔梗15克,党参15克,白术10克,黄芪15克,柴胡15克,升麻15克,陈皮10克,甘草6克)每日一剂,水煎成300毫升分早晚服;对照组以补中益气丸27克,分3次口服。两组均以10天为一疗程。

3. 疗效评价标准与治疗结果

(1)疗效评价标准—治愈:服药3疗程,排便每日1次,排出畅快无不适,直肠镜检查,直肠内壅塞物消失,排便造影恢复正常;临床治愈—服药3疗程,排便畅快无不适,直肠镜检查壅塞物减少,排便造影异常改变减轻;无效—服药3疗程三者均无好转。

(2)治疗结果:治疗组82例,治愈46例,治愈率57%;临床治愈35例,临床治愈率42%;无效1例。总有效率99%。对照组80例,治愈15例,治愈率19%;临床治愈50例,临床治愈率62%;无效15例。总有效率81%。

经统计学检验,两组治愈率及总有效率间存在非常显著差异。

4. 讨论

临床多因便秘而发现本病,便秘并非均为大便干燥,排软便时亦费时费力,重复排便,肛门坠胀。西医多对症处理应用容积性泻剂,包括高纤维饮食及含多糖或纤维素衍生物药物润滑性泻剂,易形成泻剂依赖性便秘,远期效果欠佳。中医认为直肠内脱垂为中气下陷所致,其便秘为气虚便秘,故以补气升提为治则,用补中益气丸治疗,临床取得一定疗效。

本文认为直肠脱垂并非仅因中气下陷所致,与肺亦有密切关系,《医经精义》“大肠之所以能传导者,以其为肺之腑,肺气下达故能传导”。肺与大肠相表里,故本文认为肺气闭塞不宣亦致直肠内脱垂,故舒便汤以麻黄、杏仁、桔梗开宣闭塞之肺气,是谓提壶揭盖,便秘自除。以黄芪、党参、白术、柴胡、升麻补益升提中气,陈皮调理中气,甘草调和诸药而取得良效。所以说,直肠内脱垂非皆补益。

(十一)有关肛周脓肿手术治疗的问题

肛周脓肿一旦形成即应手术,但是在选择一期手术还是二期手术上尚存在不同之处。以英国圣·马克医院为代表的主张二期手术者认为:肛周脓肿急性期炎症严重,脓腔的扩展方向及扩展范围难以全面明确,如此时手术对正常组织的损伤会更大,难以较好地保护肛门功能,特别是此时难于确定内口位置而不能准确地处理内口。日本学者守谷孝夫形象地把肛周脓肿比作沼泽地,把内口比作水源,把切开排脓比作挖排水沟,把瘻管比作小河,主张先挖排水沟——切开排脓,让沼泽地干涸固缩为小河,同时也可清楚地看清水源——内口所在。这样处理的难度和范围都更小,对肛门功能的损伤也小,更易获得根治。但以日本学者高野正博为主的一些专家认为,急性期手术能显著缩短患者的病痛、疗程及病休时间。如有必要能充分运用保存肛门括约肌术式,因为一期处理了内口。所以一期手术的根治性较高,又因为脓肿刚扩大,器质性变化较小,手术后其形态及其肛门功能都能得以显著恢复。同时他针对性指出,虽然做一期手术时查找内口特别困难,但仍能准确地找清内口,方法是术前在肛内齿线有脓肿的中心能触及

小硬结凹陷,有时能看到脓液流出,手术时多数情况内口部最靠近脓腔,特别要注意防止用隐窝钩和探针乱探造成人工内口。在肛周脓肿一期手术查找内口这一点上,国内也有许多学者认为,虽然查找困难,但依据视诊、指诊、探针等检查仍可准确地找到内口,并且肛瘘时所采用的索罗门氏定律和哥德索规则也可应用于指导查找内口,因而主张一期手术。

关于手术时的基本原则,无论一期手术还是二期手术一般都要注意切口要充分扩大,并且要分开脓腔间隔,以利引流。守谷孝夫对肛周脓肿切开排脓的方法提出了具体要求:①切口要选择在距离肛门口 2cm 的部位;②切口呈弧形;③脓肿大时,要作脓腔冲洗和放置引流条。河野一男根据肛瘘肌瓣充填术的要求则提出:①为了不损伤括约肌,切口要在括约肌外侧,稍离开括约肌;②切口要避开正中line,偏左或偏右;③为了排脓与引流通畅,可作二个以上的切口;④术后要留置引流条数天。而作一期根治手术时则要求:①准确查找内口并予切除,彻底清除内括约肌中的肛腺管及内外括约肌的原发脓肿;②注意尽量减少对肛门括约肌的损伤,尽量保护肛门的正常生理功能。

总之对于肛周脓肿的处理既要慎重又要果断。胡伯虎提出脓周脓肿的四个治疗原则,在临床上颇具指导意义。

1. 脓肿一旦形成,及时切开排脓,千万不要“包脓养疮”,致使脓肿向深部和周围组织蔓延扩散。

2. 切口要大,使引流通畅,脓液易于流出,脓腔要充分打开,不要留下死腔,致以后复发。

3. 对肛提肌以下的脓肿,要争取找到原发病灶,也就是内口,一次手术处理彻底,以免形成肛瘘再次手术。

4. 对肛提肌以上的脓肿,处理要慎重,不能轻易一次切开,如果切断了肛门括约肌深部或肛提肌,就会引起肛门失禁,造成严重问题。最好待炎症消退,病灶局部纤维化而位置固定后再行手术,一般间隔 3~6 个月。

(十二) 肛瘘挂线疗法的机制

肛瘘挂线疗法是祖国医学传统的经典术式,迄今仍为治疗高位肛瘘的最佳方法。北京广安门医院史兆峻教授对挂线疗法机制进行了细致阐述。

(1) 挂线疗法治疗高位肛瘘不易引起肛门失禁的原理:药线或橡皮筋的异物刺激作用,可引起括约肌周围组织轻度炎症反应,致局部纤维化,使肌肉断端与周围组织粘连固定。当肌肉 7~14 天被橡皮筋缓慢勒断时,组织一边分离,一边修复,剖开与生长的同时进行,可获得附着的固定支点,分离后肌肉断端距离就小,不会像一次切断那样,使肌肉从紧张状态突然分离,形成大豁口而发生肛门失禁。

(2) 切开与挂线的原则:对高位肛瘘的瘘管,位于外括约肌深层以下部分,即瘘管及其分支,死腔贯穿的外括约肌浅层、皮下层及内括约肌部分予以切开;同时瘘管在肛门后间隙、坐骨直肠窝、内外括约肌间隙内的支管和死腔予以切开、搔扒,清除污染组织;对于侵入骨盆直肠间隙的支管及形成的死腔,在不切断耻骨直肠肌的前提下,均可切开引流。这样就避免了单纯挂线剖开全部组织的痛苦,缩短了疗程。对瘘管贯穿外括约肌深层和耻骨直肠肌与内口相通的主管道,则必须采用挂线疗法,以防肛门失禁。

(3) 处理内口的原则:在挂线前必须切开原发感染的内口及下面的内括约肌,搔扒、扩创,

彻底清除肛门腺导管和肛门腺,这是保证手术成功和防止复发的关键。

(4)中医“化腐生肌”换药原则,加速了创口愈合:由于挂线术不切除瘻管管壁,尤其是结核性管壁给组织修复带来了不利影响,因此单纯使用凡士林纱条,创面愈合缓慢。中药红粉、生肌玉红膏等油纱条,具有抗菌消炎、化腐生肌的作用,可加速创面愈合。

三、秦艽椿皮汤治疗非特异性溃疡性结肠炎的临床观察与实验研究

非特异性溃疡性结肠炎(UC)是一种原因未明的慢性结肠炎症性疾病。1875年英国的 Wiks 及 Moxon 首先将其作为一种独立性疾病加以描述,从腹泻中分出。1903年定名为“溃疡性结肠炎”。后来人们为了区别于痢疾、肠结核等特异性肠道感染病,习惯上将其称为“非特异性溃疡性结肠炎”。1973年世界卫生组织(WHO)所属医学科学国际组织委员会定名为“特发性直肠结肠炎”^[1]。我国1978年杭州全国消化系统疾病学术会议定名为“慢性非特异性溃疡性结肠炎”。本病的结肠粘膜层炎性病变以糜烂溃疡为主,多累及远端结肠,亦可遍及全部结肠,以血性粘液便、腹痛、里急后重、腹泄为主要症状。国内发病率地无精确统计。可发生于各年龄组,以20~50岁为多。现代医学在治疗上尚无特效药物。UC属中医的“肠癖”“痢疾”“泄泻”等范畴。祖国医学治疗此病有丰富的经验,导师黄乃健以秦艽椿皮汤加减治疗UC,十几年来取得满意疗效。为阐明其某些机理和进一步推广应用,需行临床系统观察和实验研究。

现代医学认为UC是由感染、精神、遗传、大肠内酶的局部因素、过敏反应、防御机能障碍、自身免疫因素等引起的慢性结肠炎性病变。近年来由于免疫学的迅速发展,对本病免疫因素的研究取得一定进展,自身免疫因素日益受到重视。病人免疫球蛋白IgM明显增多,IgG与IgA在血清中以及肠粘膜间质和腺腔内皆见增多,在部分病人血清中检出抗结肠细胞抗体。某些肠道杆菌(如大肠杆菌O₁₄)与人体大肠上皮细胞有交叉反应抗原。组织培养病人淋巴细胞对胎儿结肠上皮细胞有细胞毒作用。这些都说明UC有体液免疫与细胞免疫学方面的改变。在治疗上采用抗菌、激素、免疫、手术、支持疗法等,但用药毒性大、副作用多且易复发。

我国近十几年中西医结合治疗UC工作有很大进展。有研究表明UC脾虚型在免疫上以IgG升高为主,IgM次之,IgA又次之;抗大肠抗体阳性湿热型高于脾虚型;虚证时细胞免疫功能减低,见T细胞百分数及淋巴细胞总数降低。还有研究表明中药能抑制免疫增加剂引起的免疫反应,但多数中医治疗UC研究多局限于临床观察,对有效方剂缺乏运用先进手段进行作用机理的研究,灌肠方剂缺乏辨证观点。

本项研究通过进一步系统临床观察和实验,从宏观与微观方面阐明了秦艽椿皮汤治疗发作期UC(湿热型)的机理。

(一)临床观察

1. 一般资料

本文30例,来源于附属医院住院或门诊病人。

(1)性别:男17例,女13例。

(2)年龄:10~20岁1例,21~30岁9例,31~40岁14例,41~50岁6例。

(3)病程:最短3个月,最长8年,3个月~1年者9例,1~3年者10例,3~5年者9例,5年以上2例。

(4)类型:初发型11例,复发型19例。

(5)发病原因:饮食所伤9例,情志失调4例,感受外邪5例,原因不明12例。

(6)临床表现:腹泻、腹痛,里急后重等见表1。

表 1 30 例 UC 临床表现

症 状	腹 疼								腹 泻				里急后重 腹疼—便意—便后缓解				
	部 位		性 质						次数/日			性 质					
状	左 脐 下 腹	右 下 腹	全 腹	坠 疼	胀 疼	隐 疼	绞 疼	1 3	4 7	7 以上	脓 血 便	粘 液 血 便	粘 液 便				
	24	3	2	1	20	5	4	1	15	12	3	27	2	1	30	30	

(7)纤维结肠镜检查:使用CF—LB₃R或CF—ITS₂型纤维结肠镜对患者进行检查。肠粘膜均有不同程度的充血、肿胀、粘膜出血,甚者可见糜烂、溃疡及粒状突出,轻度病变者(以粘膜充血、肿胀或出血为主)11例;中度病变者(以粘膜糜烂为特征)17例;重度病变者(以粘膜溃疡形成为特征)2例。病变仅限于直肠者18例;乙状结肠受累者2例;直肠、乙状结肠均被累及者7例;乙状结肠以上(包括直乙状结肠)受累者3例。

(8)大便培养:30例均行3次细菌培养,涂片找阿米巴,结果均为阴性。

2. 诊断标准

参照1978年杭州全国消化系疾病学术会议拟定标准^[1]。

本文30例均符合此标准。30例属活动期,病情轻度者11例,中度者17例,重度2例。

3. 治疗方法

以秦艽椿皮汤内服或灌肠,随症加减。

(1)组成:秦艽12g,苍术9g,泽泻9g,防风9g,当归9g,升麻9g,黄柏9g,槟榔6g,椿皮30g。

腹胀加厚朴、莱菔子;出血多者加槐角、地榆炭;时时腹疼,疼有定处,按之加剧者加郁金、元胡。

(2)用法:每日一剂煎成300ml内服或保留灌肠,15天为一疗程,疗程间隔期为4~5天。

4. 治疗结果

(1)疗效标准:参照1987年苏州全国中医药治疗UC学术研讨会议拟定的疗效判定标准^[4]。

临床症状消失,肠镜等检查肠粘膜恢复正常为痊愈;临床症状减轻,肠镜等检查肠粘膜病变较前明显改善为好转;治疗后临床症状和肠镜检查无改善或无明显改善为无效。

(2)治疗结果:本组治疗时间最短10天,最长60天,平均治疗36天。病程在3个月~1年的9例中,痊愈6例,好转3例;病程1~3年的10例中,痊愈6例,好转4例;病程3~5年的9例中痊愈5例,好转4例;5年以上病程的2例中,1例好转,1例无效。治愈率为56.7%,显效率90%,有效率96.7%。

(二)实验研究

1. 秦艽椿皮汤对大鼠淋巴细胞增殖的影响

(1)材料与方法:

①动物:威斯特种120~150g健康大鼠40只,雌雄各半,由本院动物室提供。

②弗氏不全佐剂(IFA):羊毛脂10g、石蜡油60ml,高压灭菌15磅15分钟,研钵内无菌研

磨 10 分钟,装入灭菌小瓶,冷藏备用。

③1640 液:美国产 RPMI 1640 粉 10.4g,碳酸氢钠 2g,用无菌双蒸水溶解至 1000ml,调整 PH 至 7.3,真空泵 G₆ 漏斗抽滤,加入双抗液(P/S)使浓度为 1%,分装,置 4℃ 冰箱备用。

④ConA 液:用 1640 液将 ConA(美国产)配成 25vg/ml 备用。

⑤闪烁液:PPO(2.5 二苯基恶唑)6g,POPOP(1.4-双-2-(5-苯基恶唑)-苯)0.6g,溶于 2000ml 二甲苯(分析纯)中,遮光,置 37℃ 培养箱内一周。

⑥³H-TdR:中国原子能研究院生产,规格 1mci/ml。

⑦双抗液(P/S):青霉素 80 万^u、链霉素 100 万^u,用 100ml 无菌双蒸水溶解,-20℃ 冷冻备用。

⑧药液:100%与 200%中药水煎液,130%硫唑啉(AZP)液,4℃ 冷藏备用。

⑨其他:4.9 型玻璃纤维空气过滤纸(上海羽光净化材料联合公司生产),国产 96 孔培养板,小牛血清(上海生物制品所生产)56℃ 水浴 30 分钟灭活,-20℃ 保存,细导尿管,开口钳、注射器等。

⑩方法:将动物随机分组每组 10 只雌雄各半。实验 1、2 组为中药组,给 200%与 100%中药水煎液,实验 3 组为 AZP 阳性对照组,4 组为阴性对照组给生理盐水。每只灌胃给药 3ml,日一次。给药 15 天在动物后足 分别注射免疫增加剂(IFA)0.2ml,第 21 天加强注射一次,第 28 天将动物处死,无菌取脾窝淋巴结,用组织研磨器研碎,以 1640 液 1500 转/分洗涤 3 次,制成 4×10^6 /ml 细胞悬液(培养液含 P/S1%、ConA 5vg/ml、小牛血清 23%),分别注入 96 孔板,放入 CO₂ 培养箱(37±0.5℃ 5%CO₂)培养 66 小时后取出,每孔加入 ³H-TdR0.67μci,轻轻摇匀,继续培养 6 小时。用多头细胞收集器将细胞收集于 4.9 型玻璃纤维空气过滤纸上,滤纸隔夜晾干,置以闪烁液中,用 FJ-2101G 双道液体闪烁计数系统测定 CPM 值(每分钟脉冲数)。

(2)结果:经统计学分析,各实验组与对照组(阴性)及各实验组间均有显著差异,不同浓度中药均能抑制免疫增加剂引起的免疫反应,结果见表 2。

表 2 对大鼠淋巴细胞增殖影响

组 别	n	X±SD(CPM)	P
对照	10	61242.4±449.6	
AZP	10	4223.8±41.21	<0.001
200%	10	10153.4±149.23	<0.001 <0.001
100%	10	21222.7±183.49	<0.001 <0.001

2. 秦艽椿皮汤对兔肠平滑肌的影响

(1)材料与方法:

①动物:2.5kg 左右健康雄性家兔 7 只,由本院动物室提供。

②Tyrod's 液:氯化钠 8g,氯化钾 0.2g,氯化钙 0.2g,碳酸氢钠 1g,加蒸馏水溶解至 100ml,用前加葡萄糖 1g。

③中药:制成 50%、40%、30%、20%、10%、5%各浓度水煎液备用。

④器材:麦氏浴槽、氧气发生器、电动传感器、电生理记录仪、手术剪、眼科镊、缝合针、线、平皿、换药碗等。

⑤方法:将动物禁食 24 小时,击头处死,立即常规剖腹取出全肠,置盛有台氏液的充气换药碗中,沿肠壁分离肠系膜,用台氏液将肠内容物冲洗干净,取 1.5cm 标本一段,两端穿线,一端系于通气钩上,然后轻轻放入 $37 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$ 的恒温麦氏浴槽内,另一端系于换能器上,通氧气调节气泡 1S 出现 2~3 个,调整麦氏浴槽内肠肌张力,待收缩平稳后描记一段收缩曲线,向浴槽内滴加药液,加药前冲洗肠肌 3 次,待收缩恢复到用药前水平后再加入下一药液,描记收缩曲线。

(2)结果:各浓度药液对各肠段均有兴奋作用,同一浓度药液对各肠段兴奋作用无显著差异。去掉槟榔后这种兴奋作用减弱。原方与去槟榔方对结肠影响及原方对各肠段影响的比较(波幅增加倍数比较)见表 3、4。

表 3 20%(0.18ml)对结肠影响

方 名	X $\pm$ SD	P
原 方	1.743 $\pm$ 0.753	
去槟榔方	0.54 $\pm$ 0.03	<0.01

表 4 20%(0.18ml)原方液对各肠段影响

肠 段	X $\pm$ SD	P
结肠	1.743 $\pm$ 0.753	
十二指肠	1.873 $\pm$ 0.628	>0.05
小肠	1.876 $\pm$ 0.304	>0.05

3. 秦艽椿皮汤的抑菌作用

(1)材料与方法:

①菌种:大肠杆菌 $O_{111}B_4$ 族、 O_{127} 族、 O_{26} 族、 O_{14} 族干燥菌种,北京生物制品检定所提供;大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、柠檬色葡萄球菌、绿脓杆菌,本院微生物研究室提供。

②肉汤培养基:牛肉膏 0.3g、蛋白胨 1g、氯化钠 0.5g,溶于 100ml 蒸馏水中,调整 PH 至 7.6,煮沸 3~5 分钟,滤纸过滤,15 磅 20 分钟高压灭菌,阴凉备用。

③琼脂:取 20.5g 琼脂溶于 500ml 双蒸水中,制成 4% 工作液,高压消毒,灌平板冷藏备用。

④中药:制成 250%、100%、50% 水煎液。

⑤方法:将大肠杆菌 $O_{111}B_4$ 族、 O_{127} 族、 O_{26} 族、 O_{14} 族干燥菌种接种到肉汤培养基中置 37°C 培养箱 24 小时。将琼脂灌成 15ml 平板,分别接种大肠杆菌 $O_{111}B_4$ 族、 O_{127} 族、 O_{26} 族、 O_{14} 族及绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、柠檬色葡萄球菌、大肠杆菌,平板分为 4 个象限,各置牛津杯,分别滴入 250%、100%、50% 中药。杯满为止,另一牛津杯用生理盐水作对照,放入 37°C 培养箱培养 48 小时后,用干分尺测量抑菌环直径,试验重复 3 次。

(2)结果:各浓度中药对大肠杆菌、绿脓杆菌、大肠杆菌 $O_{111}B_4$ 族、 O_{127} 族、 O_{26} 、 O_{14} 族均无抑制作用,对金黄色葡萄球菌及柠檬色葡萄球菌有轻度抑制作用。金黄色葡萄球菌和柠檬色葡萄球菌在各浓度抑菌环直径(cm)分别是:1.623、1.542(250%);1.45、1.1(100%);0.91、0.9

(50%)。

(三)讨论

1. 对 UC 的病因认识

(1) 中医对 UC 的病因认识:

UC 属中医的“肠癖”“痢疾”“泄泻”等范畴。肠癖出自《素问·通评虚实论》,“癖”指垢腻粘滑似涕似脓的液体,因自肠排出,故称肠癖。肠癖是古人对痢疾的总称,“痢疾一证,即内经之肠癖也”。《金匱要略》以下利称之,“下利便脓血者桃花汤主之”。“热利下重者白头翁汤主之”,朱丹溪在《局方发挥》中称之为滞下。《古今医鉴》认为肠癖亦指肠风脏毒大便下血。张景岳将痢疾与泄泻作了区别,丹波元坚认为两者又是互相联系的。UC 临床上常见腹痛、腹泄、里急后重、大便脓血、粘液便或便血多于脓等症状,可见 UC 属中医的“肠癖”“痢疾”“泄泻”等范畴。

中医认为本病的病变主要在脾肾大小肠,病因有感受外邪、饮食所伤、七情不和及脏腑虚弱等。脾主运化输布水谷精微,升清降浊,为气血生化之源,后天之本;肾藏元阴元阳,主五液以维持体内水液平衡;大肠专司传送糟粕以排出体外;小肠受盛胃中水谷,主转输清浊,清者输入全身各部,浊者渗入膀胱下注大肠,当致病因素作用于以上脏腑,使其功能失常,可发生本病。

①感受外邪:以湿热疫毒多见,由于脾喜燥恶湿,外来湿邪最易困阻脾阳,脾失健运,清浊不分混杂而下发为泄泻;湿热疫毒之气侵入脾胃,湿热郁蒸,气血阻滞,气血与湿热疫毒之气相结化为脓血。

②饮食所伤:饮食所伤,脾胃升降失调而发泄泻,若平素即好食肥甘,酿生湿热,湿热内蒸腑气阻滞,气血凝滞化为脓血。

③情志失调:忧思恼怒、精神紧张,致肝气郁结,横逆犯脾,运化失常而成泄泻,或湿热内生与气血相结,化腐为脓而便下脓血。

④脾胃虚弱:饮食不节、劳倦内伤,久病缠绵导致脾胃虚衰或素体脾胃虚弱,不能受纳水谷和运化精微,水谷停滞清浊不分遂成泄泻,水湿停滞,蕴而化热,与气血郁结成脓。

⑤肾阳虚衰:久病之后或素体阳虚,阳气不足脾失温煦运化失常而致泄泻。

总之,脾胃虚弱运化失常是本病发生的根本原因,“泄泻之本,无不由于脾胃”。外邪与饮食所伤是本病发生的主要诱因,寒湿暑热诸邪以湿邪为主,脾喜燥恶湿,湿邪最易困脾,湿能伤脾,脾虚生湿,湿盛与脾虚相互影响。饮食所伤,脾胃气机升降失常,清者不升浊者不降,食积内停蕴于肠内生成湿热败浊,与气血相搏腐而为脓,致肠道气机不利,滞塞而腹痛腹泻下脓血,局部形成溃疡糜烂。湿性粘滞不易速去,病常反复发作。精神因素也是本病诱因之一,情志所伤,肝气犯脾,脾气虚弱,肠道气机不利故腹痛而泻。泄泻日久,脾虚及肾,脾肾俱虚使本病久治不愈。

(2) 现代医学对 UC 病因认识:

UC 病因虽有多种学说一如感染因素、精神因素、遗传因素、大肠内酶的局部因素、过敏反应、防御机能障碍等,但近年来对本病免疫因素的研究取得一定进展,认为此病与自身免疫有关。UC 患者无论体液免疫还是细胞免疫均有异常改变,并随着疾病的治愈而趋于正常。推测 UC 的发病机制可能为与大肠具有共同成分的抗原,经过各种原因所致的微小溃疡侵入大肠,而使肠粘膜固有层及其下层的 T 淋巴细胞致敏,当此抗原再次侵入时,这些致敏的淋巴细胞则释放出淋巴因子与自身物质起交叉反应,从而导致大肠粘膜细胞的损害。侵入的抗原同时刺

激体液免疫产生抗体,形成抗原抗体复合物对肠粘膜上皮细胞起损伤作用,也可能由于激发K细胞的细胞毒作用,在抗体IgG的参与下,对肠粘膜上皮细胞有杀伤损害作用。所以UC的发病是复杂的,可同时包括体液免疫和细胞免疫之作用。

2. 秦艽椿皮汤应用

(1) 秦艽椿皮汤的功效:

李东垣之秦艽椿皮汤从金元至明清直至今日颇受推崇,由其而衍变出许多方剂。导师黄乃健通过多年实践所应用的秦艽椿皮汤亦来源于此方。其功效在于能祛湿热,调气血,方以秦艽、椿皮为君药,清热利湿。秦艽苦辛平,入胃大肠肝经,清湿热利二便为治肠风便血之要药,味苦降泻利二便导湿热外出,入肝经有和血之功;椿皮苦涩寒入胃大肠经,其苦能燥湿,寒能清热,用于湿热下迫最宜,其味涩有收敛作用,能固下止血,涩肠止泻。苍术健脾燥湿,泽泻利湿,防风祛风湿,黄柏清湿热共为辅药。苍术辛苦温,入脾胃经能祛风胜湿、健脾止泻,其辛苦芳香燥烈,辛则升散,芳香则燥湿,湿邪为病不论表里上下皆可应用,虽性温但与苦寒药椿皮、黄柏等同用,可制其温而存燥湿之功。防风辛甘微温,入膀胱肝肾经,能祛风胜湿。黄柏苦寒,入肾肝膀胱经,能清热燥湿,其苦寒沉降善清下焦湿热,故为湿热蕴结下利之要药。泽泻苦寒入肾膀胱经,能利水渗湿清热,其气寒而味淡,寒能清热,淡能渗湿通利小便,治湿热内蕴可利小便实大便。方中当归味甘微辛,气香液浓性温,为生血活血之主药而又能宣通气分,使气血各有所归,其力能升(因其气厚而温)能降(因其味厚而辛),内润脏腑(其液浓而甘),外达肌表……生新兼能化淤,活血兼能止血,故能治大便下血。其与秦艽皆能和血,使淤者散出者止。升麻甘辛微寒,入脾胃肺大肠经,能升举阳气,使清者升浊者降。槟榔苦辛温,入胃大肠经,其味苦能降,味辛能散,温可通行,活腹胀,腹疼大便不畅下利后重常用。方中当归、升麻、槟榔共能活血调气,即“行血则便脓自愈,调气则后重自除”。脾虚是本病的基础,本方以苍术健脾燥湿,使运化有力,则水谷不滞水不为湿,以升麻升举阳气,使清阳之气上升则浊阴下降,清阳走上窍浊阴出下窍而不生湿,共能健脾谓治本,治病求于本。本病发生的直接因素是湿热败浊滞留大肠,本方以椿皮、秦艽、黄柏清热祛湿为主,祛除肠道滞留之物治疗UC发作,谓治其标,急则治其标。泽泻轻利助湿从小便而去,肠道血淤气滞是本病的病理产物,当归活血兼能止血,与秦艽相伍能和血使淤者散溢者止,行血则便脓自愈,槟榔降气行滞,使肠内滞留之物从下而出以除里急后重,调气则后重自除。本病腹疼是因为肠道气机不利气滞血淤,气血得调故腹疼自止。本方以祛湿热调气血健脾而收效,是治标为主,标本兼治。脾肾阳虚是本病久治不愈的原因,因其短期内不能用药物调理正常,故宜在恢复期调理,是急则治其标,缓则治其本。

现代药理研究证实,秦艽含有生物碱秦艽碱甲、秦艽碱乙、秦艽碱丙、糖类及挥发油。秦艽有抗炎作用,秦艽碱甲能减轻大鼠因甲醛或蛋清而产生的关节肿胀,初步证实其作用原理是通过神经系统以激动垂体,使垂体分泌促肾上腺皮质激素增多,产生抑制免疫作用。秦艽能抗过敏,使毛细血管通透性显著降低,有镇痛及催眠作用。对金黄色葡萄球菌、变形杆菌及志贺氏痢疾杆菌,均有抑制作用。可以肯定秦艽的抑制免疫作用对发作期UC有治疗作用。还可以认为,其降低毛细血管的通透性可减轻UC病人肠壁的充血水肿,其镇痛及催眠作用对改善UC病人的精神状况起一定作用,其抑菌作用对治疗UC病人继发肠道感染起积极作用。总之,作为本方的主药,秦艽治疗UC是从多方而起作用的。泽泻含有泽泻醇有利尿作用,对金黄色葡萄球菌有一定抑制作用。黄柏主含小蘗碱,对痢疾杆菌、链球菌、金黄色葡萄球菌等有抑制作用,能增强白细胞的吞噬作用,使局部血管收缩减少炎症反应。可以认为黄柏的抑菌作用有益于改

善肠道继发感染,其增强吞噬作用有利于清除抗原抗体复合物,其减少炎症反应能改善肠道局部病理变化。当归含有维生素B₁₂和叶酸类物质,能抗贫血,其有效成分阿魏酸能抑制血小板凝聚。可以认为当归的活血作用能增加局部血液循环,有利于肠道病变修复愈合。方中防风能解热抗体克,对绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌及溶血性链球菌和痢疾杆菌有一定抑制作用。槟榔含有槟榔碱,能促进肠蠕动和唾液分泌。

(2) 秦艽椿皮汤的临床应用:

本文30例UC病人均为活动期,症见腹痛、里急后重、下痢脓血或粘液血便,或肛门灼热、小便短赤、舌红苔黄腻、脉滑数等。因湿热之邪壅滞肠中,使气机不利传导失司,故腹痛里急后重;湿热熏灼肠道脉络受伤,气血淤滞化为脓血,故下痢赤白;湿热下注肛门则肛门灼热,小便短黄,舌红苔黄脉滑是湿热蕴蒸之象。故辨证UC发作期属湿热型,治以祛湿热、调气血,用秦艽椿皮汤加减。腹胀甚时加厚朴、莱菔子,降气消食除满;出血多者加槐角、地榆炭,凉血止血;时时腹痛,疼有定处,按之加剧有淤血者加郁金、元胡,活血行气止痛。临床应用本方时既可口服又可灌肠,灌肠给药使本方药液直接作用于肠壁,有利于祛除湿热之邪,使粘膜病变修复愈合,取效优于口服,减少了上消化道酸碱度、酶及肝脏对中药的影响,同时药液通过肠壁迅速吸收而起到全身治疗作用,无不良反应和毒副作用,对脾胃呆滞者尤为适用。本方灌肠优点还在于辨证施治,药物与证型相统一。目前治疗UC常用锡类散、二白散等灌肠,但长期应用效果不够理想。由于本治法药证统一,故临床疗效满意,治愈率56.7%,有效率96.7%,且无毒副作用。激素和水杨酸偶氮磺胺吡啶是治疗UC常用药物,其疗效尚可,但复发率高,副作用颇多。本方疗效确切,不论年龄性别和体质强弱均可应用,可以制成各种剂型易于推广。

3. 秦艽椿皮汤的药理作用

(1) 秦艽椿皮汤的免疫抑制作用。

秦艽椿皮汤的免疫实验在于观察秦艽椿皮汤对免疫系统中淋巴结免疫活性细胞T细胞的影响,了解其对UC异常免疫反应所起的作用,实验选用作用于T细胞的免疫抑制药物硫唑嘌呤(AZP)作阳性对照,选用生理盐水作阴性对照。并将秦艽椿皮汤分为200%与100%不同浓度进行比较,实验用弗氏不全佐剂(IFA)动物足蹠注射后,使引流淋巴结的淋巴细胞增殖和分化。制成的细胞悬液中加入有丝分裂原(刀豆蛋白A)后,T淋巴细胞进一步被激活,进入细胞周期行有丝分裂,整个细胞周期分G₁、S、G₂和M四个期相。细胞在G₁相合成DNA和蛋白质,为DNA复制准备物质基础,在S相细胞合成DNA其量明显增加,在将细胞培养至66小时后,加入同位素标记的DNA前身(³H-TdR)根据掺入细胞内的同位素量推测细胞增殖的活动状态和程度,将细胞培养72小时后,测每组的CPM(每分钟脉冲数)值分别为:生理盐水阴性对照组61242.4±449.6(X±SD),AZP阳性对照组4223.8±41.21(X±SD),100%中药组21222.7±183.491(X±SD),200%中药组10153.4±149.23(X±SD)。经统计学处理,P值均小于0.001,各组间均有非常显著差异。说明秦艽椿皮汤与阳性对照药物AZP一样,有明显抑制T淋巴细胞增殖和分化的作用。在UC发作的免疫应答中,淋巴结内T细胞的转化是非常关键的环节。当成熟的TH细胞接受辅佐细胞递呈的抗原和辅佐细胞分泌的淋巴细胞生长因子(IL-1)刺激后,开始母细胞化,活化的细胞(母细胞)增殖分化,产生T效应细胞,效应性T细胞使整个免疫应答向纵深发展。T细胞活化后产生B细胞并分化为浆母细胞以至浆细胞,产生免疫球蛋白(抗体)形成抗原抗体复合物,沉积于肠壁对肠粘膜上皮细胞起损伤作用。受IL-1活化的TH细胞合成和分泌IL-2同时表达IL-2受体,分泌的IL-2与IL-2受

体发生结合使 TH 细胞达到完全活化阶段,此时 TH 细胞开始大量增殖,最终导致活化相应的 TH 细胞进入效应阶段。效应阶段包括 CD₄(T⁴⁺)亚群参与的炎症反应,被激活的 T⁴⁺细胞释放淋巴因子使巨噬细胞大量聚集。激活并不断吸引巨噬细胞和其他细胞(多形核细胞)移至局部构成炎症反应,即细胞免疫反应的典型病理改变,见炎症肠粘膜内淋巴细胞巨噬细胞浸润。CD⁸⁺亚群参与的细胞毒作用,激活的细胞毒性 T 细胞对肠粘膜上皮细胞有直接杀伤作用。可以认为,淋巴结内 T 细胞的增殖和分化是 UC 病人体液免疫和细胞免疫的前提条件,而本试验表明,秦艽椿皮汤在 100%与 200%浓度 CPM 值均明显低于生理盐水对照组(P<0.001)。可以肯定秦艽椿皮汤有明显抑制淋巴结内 T 淋巴细胞的增殖与分化作用,从而认为本方治疗 UC 是通过抑制免疫而起作用的。秦艽椿皮汤这种对淋巴结内 T 细胞的抑制作用,阻断了 UC 异常的体液与细胞免疫反应,使病理变化趋于正常。临床观察服药后肠道局部炎症逐渐消退,溃疡愈合。方中黄柏有明显的促进白细胞吞噬的作用,促进白细胞对已产生抗体的吞噬。由于中药作用的多环节性和双向调节性,更由于中药复方构成的复杂性,秦艽椿皮汤还可能作用于免疫的其他环节,或对免疫有双向调节作用,这些都有待于今后进一步研究。

(2) 提高肠道机能,改善局部环境。

临床所见 UC 病人多有里急后重,根据“调气则后重自除”,用槟榔行气导滞而取效,治痢名方芍药汤不但用槟榔行气导滞,还用大黄通便泻下,取“通因通用”之意,以泻下肠内积滞之物。实验表明,秦艽椿皮汤去掉槟榔之后,对肠平滑肌的兴奋作用明显降低,可以认为秦艽椿皮汤对肠平滑肌的兴奋作用,主要在于槟榔能行气导滞。槟榔含槟榔碱,有泻下及促进消化液分泌作用。槟榔的这种分泌性泻下作用能使肠内湿热败浊之物从大便而出。肠道活动增强,或增加局部血液循环与当归活血作用协同,提高溃疡局部的血流量。秦艽又能使肠壁血管通透性降低,减轻局部充血水肿,溃疡多继发感染而有脓性分泌物,黄柏能增强白细胞的吞噬作用,而本方又有直接抑菌作用,故可控制继发感染。这种提高肠道机能改善局部环境的作用,即是“行血则便脓自愈,调气则后重自除”之旨。这些都有益于 UC 病人肠壁病变的恢复。

由于平滑肌受多种因素影响,今后还可进一步做在体平滑肌试验,“调气则后重自除”的机理也有待研究。

总之在 UC 治疗中,中医辨证施治独占优势。十几年来,国内不断报道中医药治疗 UC 的疗效,其有效率一般为 90%左右。秦艽椿皮汤是导师黄乃健根据痔瘡常用方剂秦艽苍术汤而拟,临床应用多年,疗效可靠,有效率高于文献报告。本文通过实验研究,表明此方有抑制淋巴结内 T 细胞增殖分化的作用,从而抑制了 UC 发作期异常的体液免疫与细胞免疫反应。

本研究只是一个开端,有必要进行更深入的研究。

四、乳腺增生病的中医外治进展

中医外治法的内容非常丰富,随着现代科学的发展,现代中医医家把传统医学和现代科学相结合,广泛应用物理、化学中的声、光、电、磁于医疗事业,创用了电针、中药电离子导入、穴位封闭、红外线疗法、超声疗法、激光疗法、肌电生物反馈疗法、加热疗法、音频疗法等,这些都是我国古代外治法的延伸^[1]。

(一)临床应用

中医外治法大致可分为药物疗法和物理化学疗法。

1. 药物疗法

(1)膏药:用膏药外贴治疗本病比较常用,《张氏医通》中曾记载用鲫鱼膏外敷治乳癖。近年来,宋爱莉等^[2]用神威膏(青州杏林春制药厂生产,批号 940518,主要由当归、川芎、丹参、红花、赤芍、桃仁、青州药耳、高温侧耳 831、王不留行、刘寄奴等)贴乳房患部,治疗本病 100 例,痊愈 28 例,显效 37 例,有效 30 例,无效 5 例,总有效率达 95%;马少中^[3]以王不留行、赤芍、穿山甲、木鳖子、乳香、没药、丝瓜络、土贝母、昆布、莪术、血竭、白花蛇舌草制成乳癖宁膏治疗本病 70 例,愈 38 例,好转 28 例,4 例无效。贺伟峻^[4]用乳香、没药、黄柏、大黄、冰片制成乳没冰黄膏治疗乳核 38 例,痊愈 36 例,好转(乳核缩小 1/2 以上者)2 例,有效率达 100%。陈耀华等^[5]用当归、白芷、生川乌、细辛、山慈菇、马钱子、白芥子、麻油、樟脑、黄丹制成乳痛贴治疗乳腺增生病 214 例,近期临床治愈 126 例,占 58.9%,有效 74 例,占 34.6%,无效 14 例,总有效率 96.5%。刘成等^[6]以麝香回阳膏(乳香、没药、红花、全蝎、大黄、三七、公英、血余炭、白鲜皮、白芷、地丁草、山栀、天花粉、草乌、雄黄、松香、川断、轻粉、蜈蚣等)贴于患处,每 6 天换 1 次,治疗男性乳腺增生病 84 例,痊愈 7 例,好转 6 例;马栓全等^[7]用消结止痛膏(当归、桂枝、僵蚕、赤芍、乳香、没药、香椽、陈皮、元胡、川楝子、淫羊藿、菟丝子、昆布、海藻、三棱、麝香、黄丹)外贴治疗乳腺增生 149 例,痊愈 36 例,显效 60 例,好转 46 例,无效 7 例,总有效率为 95.3%。李宁等^[8]用柴胡、桂枝、赤芍、当归、川芎、乳香、没药、陈皮、川楝子、元胡、海藻、草乌、附子、麝香、麻油、铅丹制成止痛消结膏,治疗乳腺增生病 147 例,有效率达 90.3%。苗遂亮^[9]采用外敷蟾蜍膏(由蟾蜍、海藻、乳香、没药、红花、冰片等 10 余种中药制作)治疗本病 273 例,痊愈 104 例,显效 92 例,有效 49 例,无效 28 例,总有效率 89.74%。

(2)软膏:赵世荣^[10]设麦饭石软膏组,乳癖 I 号软膏组、两组混和组、安慰剂软膏组,各 50 人,其中麦饭石软膏组治疗乳核总有效率达 100%。姜北俊^[11]认为用补肾活血散结软膏(仙茅、淫羊藿、鹿角霜、香附、玫瑰花、浙贝、赤芍、凡士林)治疗冲任失调型乳腺增生病有较好疗效。马秀清^[12]选用柴胡、香附、郁金、全瓜蒌、白芥子、穿山甲、王不留行、丝瓜络、皂刺、草乌研末,以大葱一棵捣碎,用蜂蜜做成软膏,治 60 例,其中治愈 18 例,显效 30 例,好转 10 例,总有效率 97%。

(3)散剂敷脐疗法:任应波等^[13]根据神阙穴与诸经百脉相通,为治百病的良穴,而“上病下治”,以乳脐散(公英、木香、当归、白芷、薄荷、栀子、地丁、瓜蒌、黄芪、郁金、麝香研末)敷脐治疗本病 692 例,痊愈 39 例,显效 276 例,有效 17 例,无效 5 例,总有效率达 99.3%,但对早孕、功能性子宫出血与原因不明的月经过多忌用。葛勉等^[14]用敷脐(当归、郁金、橘核仁、柴胡、白芥

子、穿山甲、全瓜蒌、香附、蜈蚣)3克敷于神阙穴,盖贴麝香止痛膏治疗本病,一日一次,10次为一疗程,治疗50例,总有效率90%。

(4)药物乳罩:杜玉堂^[15]将全蝎、地龙、檀香、玫瑰花等碾末,置乳罩的各小袋中,对准肝俞、乳根及阿是穴,连戴一月后,413例患者中,治愈32例,显效79例,有效269例,总有效率达92%。郭长城等^[16]采用鲜瓜蒌、酒炒当归、酒炒白芷、酒炒香附、鲜蒲公英、白芥子、制乳香、冰片、红花、细辛、白酒,制成药泥,装入乳罩,治疗乳腺小叶增生50例,全部治愈,随访1年均未复发,疗效满意。李乃民^[17]用磁场强度为0.75T的超薄型磁片加中药(由桃仁、鹿角霜、乳香、青黛、黄柏等10余味药物组成)制成磁药无菌乳罩,对准乳根穴、神封穴、天池穴治疗乳腺增生病105例,治愈率占87.6%,有效率为98.1%,无效率占1.9%。

(5)佩带香囊或药袋法:杨海燕^[18]设置了内服中药组,外用中药组,外用加内服中药组,治疗本病75例,经统计学处理, $P>0.05$,认为各组疗效相当,差异无显著意义,其中外用中药组是采用沉香、降香、三棱、莪术、大黄、穿破石、佛手、海马,共研末制成香囊,放置于肿块处,每日佩戴15h左右,治疗25例,临床治愈4例,显效4例,有效13例,无效4例,总有效率为80.4%。剧恒^[19]认为用瓜蒌、连翘、川芎、香附、红花、泽兰、寄生、大黄、芒硝、丝瓜络、鸡血藤,装入白布袋内,蒸热热敷患处,对肿块发于多个象限的乳腺囊性增生病有较好的疗效。

2. 物理化学疗法

(1)激光疗法:刘永珍等^[20]用G-1型He-Ne激光缩合治疗机(波长6328Å,最大输出功率为26mw),每次照射10分钟,治疗本病12例,痊愈4例,明显有效7例,无效1例,总有效率为91.7%。庄悦祥等^[21]用He-Ne激光器(功率输出>20毫瓦,扩张后光斑直径一般2cm)和CO₂激光器(功率输出30瓦,密度1~2w/cm²),治疗本病94例,总有效率为87.2%,其中CO₂激光组最好,达91%。盖静玉^[22]采用He-Ne激光照射治疗乳腺增生50例,输出功率5~7mw,原光斑直径1.5~10mm,患者仰卧位,暴露患处,以龙胆紫标记后垂直照射患部,距离10~20cm,每次10分钟,10次为1疗程,结果痊愈44例,显效2例,好转3例,无效1例。

(2)超声疗法:李丽华等^[23]设置了超声波组、中药电导+磁疗组、口服中药组三组治疗乳腺囊性增生病88例,认为超声治疗组的疗效优于其他两组,其中超声波治疗组用上海产的ZY-2型超声治疗仪,频率800KH₂,连续式输出,治疗30例,痊愈6例,显效15例,好转9例,总有效率为100%。

(3)磁疗法:范维铭等^[24]设电磁组和敷磁组治疗乳腺增生病93例,经统计学处理,二组疗效无显著性差异。其中电磁法采用VDE-1型电磁治疗机,输出600GS,进行局部治疗,每日1次,20分钟,治疗本病40例,治愈3例,显效20例,减轻15例,无效2例,总有效率95%。敷磁法采用直径9mm、厚4mm,350~450GS的磁片4块,按正负极相接成方块,用两层纱布将其紧缝在乳罩内,治疗53例,治愈3例,显效25例,减轻18例,无效7例,有效率为81%。湖南医学院第二附院新医科^[25]用旋磁法、贴磁法及服中药治疗乳腺增生病,并对比观察,其结果是旋磁疗法治疗8例,有效7例,无效1例,总有效率为87.5%。贴磁法治疗本病35例,有效29例,无效6例,总有效率为82.8%;中药组总有效率为53.8%,说明磁疗效果比服中药效果要好。

(4)电针疗法:刘丽军等^[26]用DM701-II A型电麻仪,选取屋翳、膻中、合谷为主穴,配穴为肝火盛加太冲,肝肾阴虚及经后加太溪、肾俞,气血不足者加足三里、脾俞,月经不调及经前加三阴交,用连续波,治疗乳腺增生病30例,痊愈18例,显效8例,好转3例,无效1例,总有效率为96.67%。郭英民^[27]取胸组穴屋翳、膻中、合谷及背组穴肩井、天宗、肝俞,并随证加减,

肝火者去合谷加太冲,肝肾阴虚者加肾俞,气血双虚者加足三里、气海,月经不调者加三阴交,乳痛甚者加乳根。针刺得气后,接G6805型治疗机,选用连续波,以患者能耐受为度,通电20~30min,两组穴交替使用,每日1次,10次为1疗程,1疗程结束后休息3天,继续第2疗程(经期停针),治疗105例,共30天,痊愈55例,显效22例,有效25例,无效3例,总有效率97.1%。郭英民^[28]还采用电针治疗本病260例,方法同上,结果痊愈167例,占64.2%,显效47例,占18.1%,有效41例,占15.8%,无效5例,占1.9%,总有效率为98.1%。

(5)微波针灸疗法:袁硕等^[29]用DBJ-1型微波针灸仪,选取①乳根、阳陵泉;②膺窗、膻中为主穴并交替使用。配穴为气滞痰凝加丰隆或足三里。气滞血瘀加血海或膈俞。开始治疗每穴20分钟,症状减轻后每穴15分钟,每日或隔日一次,10次为1疗程,连续治疗2个疗程后休息5~7天,经期停针。治疗乳腺增生病32例,痊愈10例,显效11例,有效3例,无效3例,总有效率为90.6%。

(6)推拿疗法:刘佑华等^[30]用深压章门穴3~5次,擦两胁100次,振膻中穴3~5次,抹屋翳、乳根穴各100次,拿胸肌3~5次,按曲池穴、掐合谷、太冲穴各3~5次,揉3、5、7、9、11胸椎及夹脊穴各50次,点肝俞、肾俞、脾俞各3~5次,翻肩井穴3~5次,推拿治疗本病13例,共21只乳房,每次20~30分钟,每日1次。其中显效14只乳房,有效7只,总有效率100%。

3. 中药与物理疗法相接合

(1)中药电离子导入法:李国康等^[31]用自拟乳核消结汤(柴胡、当归、白芍、穿山甲、荔枝核、丹皮、香附)经口服、正负离子导入法由乳房导入病灶治疗本病126例,其中导入组采用LF-2型药物导入仪,有效率达95.8%,明显高于口服组(经统计学处理 $P<0.01$),认为由于药物直接导入病灶,局部药物浓度高,药效更佳。

(2)中药离子透入:音频加超声疗法:曹玉莲等^[32]设中药合剂“音频电”透入加超声及单纯“音频电”加超声两组治疗本病61例,其中前组中药合剂由橘核、瓜蒌、枳壳、丹参组成,先用洛阳产74型超声治疗仪,再用嘉兴产YD-2型音频电治疗仪,总有效率为84.6%,显著优于单纯“音频电”加超声组。

(二)外治机理研究

詹永康等^[33]认为中医外治法对机体产生作用大致可归纳为三点:①止痛作用,②增强肌体防御免疫功能的作用,③对器官组织功能活动的调整作用。郭万学^[34]认为应用超声和音频电治疗有软化瘢痕、消炎、消肿块、镇痛等作用。陈坚等^[35]认为外治可以使药物直接作用于乳腺局部,通过乳腺血管及经络刺激大脑皮层及脑垂体产生反馈调节作用,从而抑制雌激素对乳腺小叶的刺激作用,改善乳腺局部微循环从而达到治愈的目的。宋爱莉等^[36]认为杏林春神威膏直接敷于病变局部,使药物直达病所,通过局部皮肤的渗透和吸收作用及经络气血的调节作用,以改善局部血运,减轻腺体水肿和增生改变。郭英民^[27,28]认为电针治疗可降低增生病人血浆中的 E_2 ,调整失衡的女性激素,并可激活人体的免疫功能,从而加速了清除乳腺的增生组织,使其复常。袁硕等^[29]认为微波针灸除热效应外,还具有电磁场效应,因而具有温通经络,活血化瘀,消肿镇痛的作用。庄悦祥等^[21]认为激光治疗乳腺增生是因其具有增进血液循环,增加肌体免疫力,起热敷或按摩作用。李乃民^[17]认为磁场疗法可以改善提高人体免疫力,降低血液和肝脏胆固醇含量,对癌细胞活动有一定的抑制作用。李建国等^[36]通过动物实验证实“药味乳康罩”具有明显抑制小白鼠乳腺小叶增生的作用,其药物剂量与抑制作用呈正比关系。杨国

汉^[37]认为止痛消结膏通过降低血中雌激素含量,进而通过减弱雌激素对受体的正向调节作用而减少靶器官上雌激素受体的含量,从而减弱雌激素在靶细胞上的生物学效应,产生抑制和治疗乳腺增生的作用。李宁等^[38]通过药理、病理、毒性实验证明止痛消结膏透皮力强,可通过皮肤渗透而至病变局部,改变其组织的微循环,溶解或破坏局部纤维蛋白凝集,局部刺激性小,无毒副作用。李丽华等^[23]认为物理疗法治疗乳腺囊性增生症主要是通过直接作用和神经节段反射,使局部血液循环改善,加强营养和组织内废物的排出,同时通过节段反射,刺激乳腺区来改善盆腔器官的血液供应和营养状况,从而调节卵巢的功能。超声波除具有上述作用外,还有明显的机械效应和热效应,在传播过程中质点交替地压缩与伸张构成了压力变化,能使增生的组织延长、变软,从而促进包块的消散。

(三) 结语

中医用外治法来治疗乳腺增生病是近几年才发展起来的,古代文献鲜有报道。在今后的发展中,有以保持和发扬中医外治的传统性和现代高新技术、设备、工艺相结合的模式,采用多种外治法综合应用的趋势。外治法无论是单独应用,还是作为辅助治疗,其疗效比较肯定,又较方便。但笔者认为,进一步加强外治法治疗乳腺增生病的临床和实验研究,观察药物透皮治疗和中药离子导入的机理,改进剂型,选择适当的外治法和给药途径,仍是今后研究中值得探讨的课题。

参考文献

- [1] 薛涛,等. 内病外治精要. 西安: 陕西科学技术出版社. 1990; 9
- [2] 宋爱莉,等. 神威膏治疗乳腺小叶增生病 100 例. 山东中医学院学报. 1995; (6): 19~387
- [3] 马少中. 乳癖宁膏药治疗乳腺增生 70 例. 河南中医. 1988; (5): 26
- [4] 贺伟峻. 乳没冰黄膏治疗乳核. 陕西中医. 1982; (6): 3~41
- [5] 陈耀华,等. 乳痛贴治疗乳腺增生病 214 例. 陕西中医. 1993; (10): 14~438
- [6] 刘成,等. 麝香回阳膏外敷治疗乳房发育异常症 127 例. 浙江中医杂志. 1989; (1): 24~18
- [7] 马栓全,等. 消结止痛膏外贴治疗乳腺增生 149 例. 陕西中医. 1987; (10): 8~441
- [8] 李宁,等. 止痛消结膏临床应用近况(附 311 例). 陕西中医学院学报. 1992; 15(2): 23~24
- [9] 苗遂亮. 蟾蜍膏治疗乳腺增生病 273 例观察. 中国中西医结合杂志. 1993; (7): 435
- [10] 越世荣. 阜新麦饭石软膏治疗乳增病 200 例疗效观察. 辽宁中医杂志. 1990; (2): 20
- [11] 尚德俊. 新编中医外科学. 济南出版社. 1995. 5 月第 1 版, 100
- [12] 马秀清. 内服外敷治疗乳腺增生病 60 例. 中医药学报. 1991; (4): 41
- [13] 任应波,等. 乳脐散敷脐治疗乳腺增生病 692 例. 陕西中医. 1989; (11): 10~492
- [14] 王晓震. 乳腺增生病的研究与展望(第四次全国外科乳房病学术交流会论文综述). 新疆中医药. 1995; 2: 46, 47
- [15] 杜玉堂. 中医乳罩治疗乳腺增生病的疗效观察. 中医杂志. 1987; (7): 31
- [16] 郭长城,等. 药物乳罩治疗乳腺小叶增生 50 例. 河北中医. 1994; (1): 16~24, 25
- [17] 李乃民. 磁药无菌乳罩治疗乳痛症 105 例临床观察. 中医药信息. 1993; (1): 24
- [18] 杨海燕. 中药外用与内服治疗乳腺增生症 75 例临床观察. 新中医. 1995; (2): 27~25
- [19] 剧恒. 中药治疗乳腺囊性增生病 92 例. 福建中医药. 1982; (1): 30
- [20] 刘永珍,等. 氩-氟激光照射治疗乳房小叶增生. 应用激光. 1989; (2): 62
- [21] 庄悦祥,等. 激光治疗乳房囊性增生症 94 例疗效观察. 应用激光. 1987; (4): 8~191
- [22] 盖静玉. 氩-氟激光治疗乳腺增生 50 例疗效观察. 中华理疗杂志. 1984; (6): 3~161

- [23]李丽华,等.超声治疗乳腺囊性增生症疗效观察.中国超声医学杂志.1993;(2):9~130.131
- [24]范维铭,等.敷磁与电磁法治疗乳腺增生病93例观察.中华理疗杂志.1984;(6):3~161
- [25]湖南医学院第二附院新医科.磁疗对乳腺肿块的疗效小结.湖南医学杂志.1978;(6):29
- [26]刘丽军,等.电针治疗乳腺增生病30例.中国针灸.1994;(6):14~7.8
- [27]郭英民.电针治疗乳腺增生105例.陕西中医.1992;(5):220
- [28]郭英民.电针治疗乳腺增生260例疗效观察.中国针灸.1992;(6):13,14
- [29]袁 硕,等.微波针灸治疗乳腺增生22例.上海针灸杂志.1987;(2):7,8
- [30]刘佑华,等.推拿治疗乳腺增生病.河南中医.1995;(3):15~181
- [31]李国康,等.乳核消结汤病灶导入治疗乳腺增生病120例.中国中西医结合杂志.1993;(6):361
- [32]曹玉莲,等.等幅中频正弦电流中药透入加超声治疗乳腺增生症.中华理疗杂志.1992;(2):101,102
- [33]詹永康,等.中医外治法.湖南科学技术出版社.1984年2月第1版,5
- [34]郭万学.理疗学.北京:人民卫生出版社.1984:161,554
- [35]陈 坚,等.中药理疗治疗乳腺增生性疾病.云南中医中药杂志.1995;(4):16~24,25
- [36]李建国,等.“药味乳康罩”抑制小白鼠乳腺小叶增生病理组织学观察研究.河南中医.1993;(3):15~111,112
- [37]杨国汉.止痛消结膏对乳腺增生动物模型的作用.湖南中医学院学报.1991;(2):11~44,47

五、乳腺增生病的动物实验研究进展

由于乳腺增生病的高发病率及其癌变的危险性,对该病的动物实验研究显得越来越重要。目前,对本病动物实验研究方面,主要集中在乳腺增生病动物病理模型的制作和药物对动物病理模型作用的研究两方面。

(一)动物模型的制作研究

目前,用于乳腺增生病动物病理模型造模的动物有小白鼠、大白鼠、豚鼠和兔,所采用的药物主要是性激素类药物。

李氏等^[1]选用昆明种雌性小白鼠 60 只,隔日腹腔内注射苯甲酸雌二醇 0.5mg/kg,共 15 次,同时设立正常对照组。采取的乳腺标本作常规石蜡切片,HE 染色。乳腺的病理组织变化按程度不同分为四级:①“—”:乳腺小叶不增生、腺体数量极少,腺泡不扩张,处于静止期状态。②“+”:乳腺小叶完全受到抑制无明显增生,个别腺泡有轻度增生无扩张,腺泡及导管内有分泌物存在。③“++”:乳腺小叶大部分增生并受到抑制,腺泡及导管内分泌物明显减少,少部分腺泡仍处于明显的扩张状态。④“+++”:乳腺小叶明显增生,腺泡处于极度扩张状态,腺上皮细胞呈扁平状,腺泡内及导管内有大量的分泌物存在。在显微镜下观察乳腺组织的增生情况,实验空白对照组的 10 只标本有 9 只属“++”,1 只属“+++”,而对照组 10 只标本均为“—”。他们认为,给小白鼠腹腔注射苯甲酸雌二醇(E_2),能够引起乳腺增生。

鞠氏等^[2]选用 SD 系雌性未孕大白鼠 36 只,隔日肌注苯甲酸雌二醇 0.2ml/kg(含 E_2 0.4mg),共 15 次,同时设立生理盐水对照组,隔日肌注生理盐水 0.2ml/kg/次,共 15 次。采取的乳腺标本作常规石蜡切片,HE 染色。乳腺增生的判断标准主要依据《肿瘤病理学图谱》。在光镜下观察乳腺组织的增生情况, E_2 组的 24 只标本有 23 只显示增生,而对照组仅有 1 只增生。在 E_2 组的 23 只增生标本中,其中小叶性增生有 15 只,囊性增生有 6 只,导管上皮乳头状增生有 2 只。他们的有关结论是:给大白鼠注射 E_2 所造成的体内 E_2 增高,能够引起乳腺增生。

吴氏等^[3]采用 Sprague-Dawley 品系大白鼠,未孕雌性,4 月龄,体重 200 克左右,数量 112 只。所用药物是雌二醇(E_2)、雌酮(E_1)、雌三醇(E_3)和孕酮(P)。造模方法是:先将大白鼠作双侧卵巢摘除术,然后随机分成十一组,于手术后第三周开始分别给予各种不同剂量不同配方的雌性激素处理。在药物处理后的第二和第四周末各取一次乳腺标本作光镜及电镜的观察分析。具体的分组与用药如下:①NO 组,正常对照组,未去势,未用药;②NS 组,0.9%生理盐水 0.2ml;③ E_1 组, E_1 10ug;④ E_2 组, E_2 1ug;⑤ E_3 组, E_3 100ug;⑥P 组,P 1mg;⑦ E_2 P I 组, E_2 1ug + P 4mg;⑧ E_2 P II 组, E_2 1ug + P 1mg;⑨ E_2 P III 组, E_2 4ug + P 1mg;⑩ E_1 E_2 组, E_1 10ug + E_2 1ug;⑪ E_1 P 组, E_1 10ug + P 1mg。按上述分组药物剂量,每日予大白鼠后外肢皮下注射,连续四周。经雌性激素等药物处理后分别制作普通光镜乳腺组织标本和电子显微镜乳腺组织标本。动物造模的实验结果为:(1)大白鼠乳腺的组织形态变化:①正常对照组(NO),乳腺小叶和腺泡结构正常,数量较少,形态无增大,腺上皮细胞排列规则整齐,腺腔无扩大,腺腔内无分泌物,小叶旁可见正常的乳腺间质和小血管。②生理盐水对照组(NS 组),乳腺小叶结构正常,腺泡数量较少,形态较小,腺腔稍有扩大,无分泌物。③雌二醇加孕酮 III 组(E_2 P III 组),乳腺小叶数量明显增多,形态增大甚至充满整个视野,腺泡量明显增加,腺泡间相互融合连接成团,排列异常紧

密,腺腔扩大,内有分泌物,并可见导管上皮乳头状增。④其他各组:单独用激素组(E_1 、 E_2 、 E_3 和P组)均未出现乳腺组织的增生变化。其余不同激素组合的几组(E_1P Ⅰ、 E_2P Ⅱ、 E_1E_2 和 E_1P 组),虽亦有乳腺组织的增生变化,但均没有 E_2P Ⅱ组明显。(2)大白鼠乳腺的超微结构变化:①正常对照组(NO组),细胞表面可见正常排列的微绒毛,细胞核形态规整,核内染色质均匀,细胞内线粒体形态较一致,嵴清晰可见,并可见少量游离的核糖体及内质网。②动物模型组(E_2P Ⅱ组),细胞表面微绒毛减少、脱落、排列不整,细胞核异染色质轻度浓缩,核周间隙有增宽,线粒体数目增加且轻度变性肿胀,线粒体嵴短面少甚至缺如,细胞质变性面出现空泡,核糖体数目增加,并且溶酶体也有增多。吴氏等通过各种不同的雌性激素对去卵巢大白鼠的处理后,从各组大白鼠乳腺组织的形态学变化可以看出,其中的 E_2P Ⅱ组乳腺组织的增生最为明显,而且激素处理二周与四周的组织形态变化无明显差异。因而他们认为:对去卵巢大白鼠用雌二醇4 μ g加孕酮1mg处理二周后,即能造成大白鼠乳腺增生模型。

饶氏等^[4]选用Wistar系雌性大白鼠40只,体重180~200g,随机分为实验和对照二组,每组20只,实验组肌注苯甲酸雌二醇0.5mg/kg,每天1次,连续25天,继而改用肌注黄体酮4mg/kg,每天1次,连续5天。对照组肌注生理盐水0.2ml/只,每天1次,共30天。他们还选用雌性,重350~400g豚鼠20只,随机分为实验组和对照组各10只。实验组肌注雌二醇0.5mg/kg体重,每天1次连续50天,继而改用黄体酮3mg/kg,1次/日,连续10天。对照组肌注生理盐水0.2ml/只,1次/日,共60天。采取的乳腺标本先行肉眼观察,后再作常规石蜡切片,HE染色,光镜检查。肉眼观察,对照组豚鼠及大白鼠乳头细小,乳房平坦,质软。实验组豚鼠及大白鼠乳头普遍增大,乳房稍厚,质中,无局部包块,切面乳头附近皮下可见灰白色增生的乳腺区,以豚鼠更明显。在光镜下观察乳腺组织的增生情况:①大白鼠实验组的20只标本全部显示增生,而对照组的20只标本中无1只增生。在增生的20只标本中,腺泡型(乳腺小叶明显扩大、腺泡上皮增生密集、多层、充满腺腔)13只,导管型(乳腺导管扩张、上皮细胞增生呈假复层、乳头状)7只,囊性型(乳腺小叶增大,末梢导管和腺泡扩张呈囊状)14只,混合(乳腺导管上皮增生、腺泡上皮增生和囊性扩张共存)6只。②豚鼠实验组的20只标本亦全部显示增生,对照组的40只标本中无1只增生。在增生的20只标本中,腺泡型13只,导管型3只,囊性型1只,混合型3只。他们认为采用苯甲酸雌二醇和配合少量黄体酮肌肉注射复制豚鼠和大白鼠乳腺增生病模型,成功率100%,其组织相与人类乳腺增生病基本一致,可重复性强,稳定可靠,方法简便,是目前最理想的动物乳腺增生病模型。

孙氏等^[5]选用Wistar健康雌性未交配大白鼠9只,隔日皮下注射雌三醇0.1mg/只,总量为1.4mg,同时用四氯化碳0.005ml/只皮下注射,每周1次共4次,并设立对照组,逐日皮下注射生理盐水1次,共28天。他们还选用健康雌性未交配的小鼠51只,处理方法同上,四氯化碳每次的用量为大鼠的1/10,然后采取乳腺标本作病理切片。大鼠造模组3只均显示增生,且均有肝细胞受损;而对照组3只乳腺组织均正常,肝细胞未受损。光镜下小鼠乳腺组织结构的变化是:①对照组:10×8倍镜下观察,乳腺小叶分散于脂肪组织之中,无导管扩张和小导管上皮增生;②模型组:10×10倍镜下观察,乳腺导管明显扩张,导管上皮增生,有的呈复层或乳头状,周围小导管数目增多,小叶数目增多。他们认为该实验证实了乳腺增生病与雌激素——孕激素比值平衡失调有关。

韩氏等^[6]在用胃复安制作大白鼠高催乳素血症的动物模型时,发现胃复安也能使大白鼠的乳腺组织增生。她们选用SD系大白鼠30只,雌性未育,体重200克左右。对照组以蒸馏水

灌胃,模型组以胃复安(1ml(0.1%)/只)灌胃,均处理20天后切取乳腺组织标本,用10%福尔马林液固定,石蜡包埋,作经过乳头的矢状切片,HE染色。光镜下观察大白鼠乳腺结构变化:①对照组:大白鼠乳腺小叶结构排列整齐而规则,各小叶之间存在有疏松结缔组织及脂肪组织。乳腺导管无扩张。10×10倍镜下观察,乳腺管内无分泌物;②模型组:大白鼠乳腺小叶结构发生了明显的变化,乳腺小叶明显增多,小叶分散且形状不整,间质增生。乳腺导管明显扩张。10×10倍镜下观察,扩张的乳腺管及腺泡中存在HE染色呈粉红色的分泌物。由于胃复安具有抗多巴胺的作用,即干扰多巴胺-PIF的抑制作用,因而可能造成高催乳素血症。韩氏等的实验结果显示,动物模型组血清PRL虽较对照组高,但经统计学处理其差别无显著性意义。然而大白鼠的乳腺组织却表现出明显的增生状况。他们认为此项实验结果说明乳腺增生病与血清催乳素浓度确有密切关系。

韩氏等^[7]还用SD系大白鼠15只,隔日肌注乙烯雌酚0.1ml/只,对照组用注射用水0.1ml/只,实验天数为30天,然后采取乳腺标本作病理切片。光镜下乳腺组织结构的变化是:①对照组:乳腺小叶排列整齐、规则、间质无增生,乳腺导管无扩张,10×4倍镜下观察,乳腺管内无分泌物;②模型组:乳腺小叶增多,间质增生,腺泡及乳腺管内有HE染色呈粉红色的分泌物。在她们用人工合成的雌激素乙烯雌酚诱发大白鼠乳腺增生的动物模型中,所有乳腺都发生了不同程度的增生改变。因此,她们认为该实验证实了雌激素的过度刺激,是乳腺增生病的重要因素之一。

毛氏等^[8]选用雌性成年健康未孕大白鼠23只,体重190~230g,隔日肌注苯甲酸雌二醇0.13mg/次,共30天,总剂量为1.95mg/只,并设立空白对照组10只,不给予任何药物。根据下列标准来判断结果:正常大小,乳房直径小于0.3cm;Ⅰ度增大,乳房直径0.3~0.49cm;Ⅱ度增大,乳房直径0.5~0.69cm;Ⅲ度增大,乳房直径0.7cm以上。雌激素组中Ⅱ度增大者多达69.57%,空白对照组仅有20%大白鼠乳房Ⅰ度增大,未见Ⅱ度增大。病理组织变化观察,雌激素组见导管上皮轻度增生,导管腔内有大量脱落上皮细胞,乳腺腺泡数及小叶内腺泡增多。

郭氏等^[9]选用SD系雌性未孕未育健康大白鼠60只,体重150~200g,月龄四个月。雌二醇组隔日肌注苯甲酸雌二醇0.2ml/kg/次(含药0.4mg),共15次,同时设立生理盐水组和空白对照组,生理盐水组隔日肌注生理盐水0.2ml/kg/次,空白组不注射任何药物。采取的标本作常规石蜡切片,HE染色。乳腺增生的判断标准主要依据《肿瘤病理学图谱》。在光镜下观察乳腺组织的增生情况,E₂组40只乳房全部出现增生,生理盐水组及空白对照组全部未出现增生。他们的有关结论是:体内E₂含量升高是导致乳腺增生的主要因素。

上海中医学院附属龙华医院乳房病研究组^[10]采用新西兰大白兔65只,在手术切除大白兔的双侧卵巢后,每日给兔子注射雌二醇0.4mg加孕酮9mg,连续2周。兔子乳腺标本的观察结果可见:乳腺腺泡数量增多,腺泡间导管稍有扩张,小叶体积增大,甚者占满视野,扩张的导管内含较多分泌物。兔子乳腺标本的电镜观察结果可见:细胞数增多,细胞核有变形,细胞核核膜有不规则增厚,线粒体、粗面内质网、游离核糖体均增多,胞浆间有分泌泡。由光镜与电镜的分析可知,用雌二醇0.4mg加孕酮9mg处理去卵巢大白兔亦可制成乳腺增生模型。

马氏^[11]用雌性未孕青紫家兔24只,先手术切除双侧卵巢,术后一周开始肌肉注射雌二醇0.3mg/kg,隔日一次,共注射15次后作病理形态学观察。实验结果表明,去卵巢家兔经雌二醇处理后,无论是乳腺体积和腺泡直径的增大,还是乳腺小叶数和腺泡数的增多,都是很明显的。马氏还应用雌三醇乳剂肌注大白鼠制造了乳腺增生的动物模型。实验采用未孕雌性大白鼠73

只,模型组隔日肌注雌三醇0.1mg,共注射30天,每只鼠注射总量15mg。对照组隔日肌注生理盐水0.1ml。实验结果可以看出模型组乳腺增生I级者43.6%,II、III级者36%,IV级者17.1%;生理盐水对照组未见I、II级乳腺增生,主要为III~IV级。(乳腺增生I级最明显,II、III级次之,IV级仅手指有感觉,IV级无感觉)。

郭氏等^[12]选用日本种健康雌性大耳白兔39只,体重2~3kg/只,年龄8~10月,随机分为5组,每组8只。E₂组隔日肌注苯甲酸雌二醇0.15mg/kg,连续注射57天;E₃组隔日肌注雌三醇1.0mg/kg,连续注射57天;NS组隔日肌注生理盐水0.15ml/kg,连续注射57天;空白对照组不作任何处理。采取的乳腺标本作常规石蜡切片,HE染色。乳腺增生的判断标准主要依据《肿瘤病理学图谱》。在光镜下观察乳腺组织的增生情况:E₂组28只标本中7只无增生,21只显示增生,其中导管上皮增生2只,小叶增生7只,囊性增生10只,小叶增生合并囊性增生2只;E₃组27只标本中全部显示增生,其中导管上皮增生1只,小叶增生4只,囊性增生17只,导管上皮增生合并小叶增生1只,导管上皮增生合并囊性增生1只,小叶增生合并囊性增生3只;对照组NS组28只标本和空白组21只标本均无增生。他们认为,注射E₂、E₃均可造成家兔乳腺增生动物模型,提示乳腺增生病的研究中,在注重E₂变化时,不应忽视E₃的研究。

杨氏等^[13]选用健康雌性日本大耳兔60只,成年未生育,体重2~2.5kg/只,年龄8~10个月,乳腺增生模型组每天肌注雌二醇0.2mg/kg/只,连续30天,模型对照组每天肌注生理盐水0.2ml/kg/只,所取乳腺标本作常规石蜡切片,HE染色。光镜下观察可见乳腺增生的发生率模型组为100%,且可见小叶增生、导管上皮增生、囊性增生和非增生四种类型;而对照组乳腺增生发生率为0。他们认为在一定时间内持续维持实验兔血中雌二醇的较高浓度,造成血中雌、孕激素比例的失调,可以引起兔乳腺组织的不同程度的增生。

(二)中医药对本病动物模型作用的研究

近年来,国内许多研究者在制成乳腺增生动物病理模型的基础上,运用中医中药治疗方法,对动物模型进行了一系列的实验,取得了不少有价值的成果。

李氏等^[1]在用腹腔注射苯甲酸雌二醇制成小白鼠乳腺小叶增生模型的基础上,用“药味乳康罩”药粉外敷对该模型进行实验治疗,同时设立了乳癖消外敷组和口服组两个对照组,实验结果证明“药味乳康罩”药粉具有明显的抑制小白鼠乳腺小叶增生的作用,并优于乳癖消组,且药物剂量与抑制作用呈正比关系。

鞠氏等^[2]观察了雌二醇造成的大白鼠乳腺增生模型细胞免疫的变化以及针刺对其作用。针刺选穴分甲乙两组:甲组,膻中、屋翳(双)、合谷(双);乙组,肝俞、天宗均双侧。取穴方法主要参照《中国兽医针灸学》和人体穴位。针刺方法是两组穴交替使用,在用雌二醇处理期间,每日针刺一次,九次为一疗程,共刺三疗程,每疗程后休息一天。凡属双侧穴者左右同时针刺,用0.5寸毫针,中等刺激量,平补平泻,每次留针10~15分钟,每隔3分钟行针一次。实验结果表明,针刺不但能够对抗雌二醇所致大白鼠乳腺增生,而且能够对抗雌二醇引起的胸腺、脾脏的萎缩,以及外周血淋巴细胞,胸腺细胞,脾脏细胞中酸性酯酶阳性细胞的百分率和淋巴细胞转化率的下降。鞠氏等认为,其机理可能是针刺调整了紊乱的内分泌系统,使体内高含量的雌二醇下降,并趋于正常,解除了雌二醇对淋巴组织(尤其是胸腺)和淋巴细胞的抑制作用,从而提高了细胞免疫功能。

吴氏等^[3]在用一定比例的雌二醇加孕酮复制大白鼠乳腺增生模型的基础上,用自创中药

“乳块消”冲剂对该模型进行实验治疗,同时设立了传统中成药逍遥丸对照组和空白对照组。实验结果显示中药治疗组的乳腺小叶数目明显减少,腺泡量也大大减少,形态正常;电镜下观察细胞及细胞器形态接近正常。而中药逍遥丸和空白对照组,乳腺组织增生无改善,细胞及细胞器变化与模型组相同。他们认为该实验不但证实了“乳块消”临床疗效的确切性,而且也说明了该药的疗效作用在于拮抗异常雌性激素的刺激,抑制和改善乳腺组织的增生。在形态学上表现为保护和修复乳腺组织的增生性病理损害,从而恢复了乳腺组织的正常形态结构。

孙氏等^[5]应用雌三醇制造了雌性小鼠及大鼠的乳腺增生模型,用自创中药“消乳痛”对该模型进行了实验治疗。结果显示:大白鼠治疗组只有1只显示轻度的乳腺管上皮增生,2只有肝细胞损伤;小白鼠治疗组乳腺组织在 10×8 倍镜下观察,显示小叶数目减少,小导管萎缩,无扩张的导管。他们认为中药“消乳痛”对大鼠及小鼠乳腺增生病均有防治作用,其机理可能是通过调整卵巢内分泌而影响组织细胞行为,消除乳腺小叶和乳腺管的病理状态,使其正常化,从而对乳腺增生病产生治疗作用。

韩氏等^[6,7]对用胃复安和乙烯雌酚所制作的大白鼠乳腺增生模型,分别采用中药煎剂和自制中药乳结痛丸治疗,结果均发现中药组小叶虽有增生,但排列整齐,边界清楚,乳腺导管轻度扩张,间质亦为轻度增生, 10×10 倍镜下观察,乳腺管内未见分泌物。她们认为动物实验证实了中药对乳腺增生病的治疗作用,经用药后乳腺组织结构有一定程度的恢复,但还不能完全逆转恢复到正常组织水平。并且还以为这和药物的临床疗效是符合的。

毛氏等^[8]在用雌二醇复制大白鼠乳腺增生模型的基础上,用自创中药煎剂“乳腺1号”对该模型进行实验治疗。结果显示治疗组多数为Ⅰ度增大,Ⅱ度增大者仅占12%,明显低于模型组。光镜下观察亦证实,治疗组大白鼠乳腺腺泡数及小叶内腺泡数较模型明显减少。他们认为该实验证明中药“乳腺1号”对乳腺增生有一定的抑制作用。

郭氏等^[9]观察了针刺对雌二醇造成的大白鼠乳腺增生模型的作用。针刺选穴分胸背两组:胸组,屋翳(双)、合谷(双)、膻中;背组,天宗(双)、肝俞(双)。取穴方法主要参照《中国兽医针灸学》和人体穴位。针刺方法是两组穴交替使用,每日针刺一次,九次为一疗程,共刺三疗程,每疗程后休息一天。凡属双侧穴者左右同时针刺,用0.5寸毫针。同时设立药物组和自愈组作为对照。药物组喂服乳康片,15g/kg/日,每日一次,九天一疗程,每疗程后休息一天,共三个疗程。自愈对照组不进行处理,任其自愈。实验结果表明,针刺确有加速乳腺组织增生状态恢复正常的功效,针刺不仅对小叶性增生有疗效,并且也能促使囊性增生样改变恢复正常。郭氏等认为针刺对 E_2 的含量,可以起到调整作用,提示针刺对整个内分泌系统有良性调节作用。

上海中医学院附属龙华医院乳房病研究组^[10]采用一定比例的雌二醇加孕酮制成了大白兔的乳腺增生模型,用中药“乳块消”冲剂对该模型进行实验研究,并开展了多种药物的作用比较,同时观察多项实验指标的变化。所比较的药物组有中成药乳康片组,维生素E组和三苯氧胺组。观察的指标有血肾上腺皮质醇和单胺氧化酶(MAO),以及乳腺组织的MAO活性和DNA含量。实验结果发现光镜和电镜下的组织形态学变化,乳康片组、维生素E组和三苯氧胺组乳腺增生情况与模型组对照基本相仿,而“乳块消”组的增生程度明显轻于其他各组。因此他们认为,“乳块消”拮抗异常雌性激素的刺激和减轻乳腺组织病理变化的作用优于其他药物对照组。他们还发现该药物具有升高肾上腺皮质激素,降低血单胺氧化酶,抑制组织间单胺氧化酶的作用。从而在生物化学、组织化学、病理学及超微结构的研究上支持了该药在临床上的疗效。

马氏^[11]用中药冲剂“乳痛灵”对去卵巢家兔经雌二醇造模后和大白鼠经雌三醇造模后进行实验,结果表明用该药后,动物乳腺小叶和腺泡的数目明显减少,体积变小,与对照组相比有显著性差异。电镜下观察所见,服用“乳痛灵”后,腺泡内颗粒增多,肌丝和致密斑清晰,它是有力的收缩能源,使分泌物排出,而腺泡不呈囊性扩张,腺体呈收缩状态,这些都说明了“乳痛灵”对乳腺增生有一定的疗效。

郭氏等^[12]还观察了针刺对雌三醇所致的家兔乳腺增生模型的作用。取穴分胸组背组,胸组:膻中、合谷、屋翳;背组:肝俞、天宗。针刺方法是两组穴交替使用,在用雌三醇处理期间,每日针刺一次,8次为一疗程,共进行6个疗程,每2疗程间停针休息2天。实验结果表明,针刺能降低 E_3 升高所引起家兔乳腺增生病的发病率及其增生程度。他们认为其机理可能是促进了 E_3 的灭活及排泄作用,或降低 E_3 受体的敏感性。

杨氏等^[13]用止痛消结膏对雌二醇所致白兔乳腺增生病模型进行治疗,结果表明,使用止痛消结膏各组动物,血中雌二醇含量均有不同程度的降低,乳腺增生的发生率显著低于模型组,且其增生程度亦较轻,而且治疗实验组乳腺上皮细胞的雌激素受体数量显著低于模型组。提示止痛消结膏对雌二醇所致的乳腺增生病有一定的治疗作用,可部分地使其恢复正常或减轻其增生程度,其作用效果大致与丙酸睾酮相似。他们认为其机理可能是通过降低血中雌激素含量,进而通过减弱雌激素对受体的正向调节作用而减少靶器官上雌激素受体的含量,从而减弱雌激素在靶细胞上的生物学效应,产生抑制和治疗乳腺增生的作用。

总之,无论在乳腺增生病动物病理模型的造模方面的探索,还是在用中医中药对动物病理模型进行多层次的实验研究方面,都取得了较大的进展。但是,如何制作符合中医乳腺增生病“证”的动物病理模型及观察中医药对符合中医“证”的动物病理模型的作用是今后本病在实验研究中值得探讨的一个课题。

参考文献

- [1]李建国,等.“药味乳康罩”抑制小白鼠乳腺小叶增生病理组织学观察研究.河南中医.1993;(3):13~111
- [2]鞠大宏,等.针刺对 E_2 所致大白鼠乳腺增生模型细胞免疫的影响.陕西中医学院学报.1992;(2):15~39
- [3]吴建新,等.“乳块消”治疗乳腺增生病的临床与实验研究.上海中医学院上海市中医药研究院学报.1989;(1):17
- [4]饶金才,等.乳腺增生病动物模型的复制及病理类型.中国病理生理杂志.1992;(6):671
- [5]孙兆彦,等.中药消乳痛治疗乳腺增生病的远期疗效及实验观察.西安医科大学学报.1989;(4):10~375
- [6]韩玉洁,等.中医药治疗乳腺增生病及实验性高催乳素血症的观察.第三次全国中医乳房病学术会议论文汇编.1991
- [7]韩玉洁,等.乳结痛丸治疗乳腺增生病及实验性乳腺增生的观察.第三次全国中医乳房病学术会议论文汇编.1991
- [8]毛肖三,等.中药治疗乳腺增生病的临床观察及实验研究.北京医科大学学报.1988;(4):309
- [9]郭诚杰,等.针刺对 E_2 所致大白鼠乳腺增生病疗效的实验观察.中国针灸.1991;(1):33
- [10]陆德铭.实用中医乳房病学.1993年7月第1版.414
- [11]马禄均.“乳痛灵”冲剂治疗乳腺增生症及其疗效机制的探讨.第二次全国中医乳房病学术会议资料.

1989

[12]郭诚杰,等. 针刺对抗 E₂ 所致家兔乳腺增生病的观察. 陕西中医. 1987; (11): 8~517

[13]杨国汉,等. 止痛消结膏对乳腺增生动物模型的作用. 湖南中医学院学报. 1991; (2): 11~44

六、从肝论治男性乳腺病

男性乳腺病包括男性乳房异常发育症、男性乳腺纤维腺瘤、男性乳腺癌等病,属中医“乳疔”、“乳癖”、“乳岩”等范畴。其中以男性乳房异常发育症最为常见,约占男性乳腺病的95%以上。前人根据乳房与脏腑经络的关系,提出“男子乳头属肝,乳房属肾”的理论,故后世医家认为男性乳腺病多责之于肾,如《外证医案汇编》指出“乳中结核,虽云肝病,其本在肾。”因此治疗上多从补肾入手,选用大量的补肾药用之,但有些患者却疗效不佳。固然,肾虚是造成男性乳腺病的主要因素之一,然而导致男性乳腺病的原因很多,其中与肝病的影响密切相关。西医学认为男性乳腺病多由内分泌激素失调所致,大多为精神因素影响大脑皮层功能紊乱而出现内分泌激素失调,雌激素或催乳素升高,雄激素降低。患者常因精神紧张、关系不睦,工作受挫等因素诱发,患病后又产生恐惧、痛苦和不安等心理负担。外国专家曾指出:“沮丧、紧张、恐惧、暴怒等强烈的精神刺激,可使机体出现一系列的神经——内分泌反应,引起各种功能和代谢的改变从而导致疾病的发生。”中医认为诸如以上的心理、精神因素,大多与肝有密切的关系。另外,男子乳房异常发育症多继发于肝炎、肝硬化或肝癌等有肝功不正常的疾病。因此,现今临床治疗男性乳腺病多从肝辨治或肝肾同治,效果较明显。

中医药文献对男性乳腺病的论述内容较少,多散见于女子的乳痈、乳核、乳癖等论述中。结合临床分析,男性乳腺病从肝论治,古代医家也早有认识,如清·高锦庭在《疡科心得集》指出:“……但治肝而肿消”,虽指女子乳癖治则,亦适用于男子乳腺病。清·余听鸿在《外科医案汇编》中明确指出:“治乳症,不出一气字定之矣……若治乳从一气字入手,……无论虚实新久,温凉攻补,各方之中,挟理气疏络之品,使其乳络舒通,……自然壅者易通,郁者易达,结者易散,坚者易软”。实为后人从肝论治男性乳腺病开了先河,立了大法。

(一)生理上的影响

男子的乳房,在生理上始终处于不发育状态,只含少量乳腺导管,不含腺泡。经络是体表与脏腑联系的主要渠道。乳房是一个体表的器官,它通过在乳房皮面与肌肤的经络循行路线与脏腑联系。足厥阴肝经“挟胃、属肝、络胆”分布于胁肋。其支脉从肝分出,贯膈,上注于肺。其脉“挟胃”可藉胃脉通于乳房,而乳头为厥阴之气所贯,是以属肝。因此,男子的乳房与肝有密切关系。

肝主疏泄,调畅气机与情志,肝的生理功能正常,疏泄条达,则人之精神愉快,心情舒畅,达到“精神内守”的状态,则不易发生男子乳腺病,《素问·上古天真论》说:“精神内守,病安从来。”

肝藏血,具有贮藏、调节血液的功能。它能使流经男子乳房的血不致过多而发病(如男子乳房血管瘤)。又肝所藏之血,还与肾所藏之精有互资互化关系,精血同源,所以肝血旺则肾精充,肾精充则肾气充足,身体抗病力增强,男子亦不易患乳腺病。

(二)病理上的影响

导致男子乳腺病的原因很多,除与精神、心理因素有关外,还常见继发于肝脏疾病。而且,男子乳腺病患者都曾不同程度地处于紧张恐惧、抑郁、焦虑和苦恼等精神状态中。而上述因素

均与肝有密切关系。男子乳头属肝,肝藉“胃脉”与乳房相连;肝气郁结,气滞血瘀,气阻痰凝,痰瘀交阻,结聚成核;肝气郁结,气机不畅则情志抑郁,肝郁化火,则急躁易怒,善太息……《妇科玉尺》明确指出:“人不知调养,忿怒所逆,郁闷所遇,厚味所奉,以致厥阴阴血不行,遂令窍闭。肝郁化火,炼液为痰,痰火互结,结于乳络,也为发病之由。”清·马培之《马培之外科医案》亦指出:“乳岩、乳核,男子皆有之,惟妇人更多……核则硬处作痛,岩则硬处不痛,四周筋脉牵掣作痛,痰气凝滞则成核,气火郁结则成岩。”均认为情志不遂,肝郁气滞是导致男性乳腺病的一大成因。还有肝肾阴虚,亦是导致男性乳腺病的原因之一。明·李梴在《医学入门》中指出:“盖由怒火房欲过度,以致肝虚血燥,肾虚精怯,不得上行,痰湿凝滞亦能结核。”陈实功在《外科正宗·乳痈论第二十六》亦指出:“男子乳疾与妇人微异,女损肝胃,男损肝肾。盖由怒火房欲过度,以致肝虚血燥,肾虚精虚,血脉不得上行,肝经无以营养,遂结肿痛。”如郁怒伤肝,思则气结,肝肾同属下焦,厥少二阴乙癸同源,精血互化,房劳损伤肾精,肾阴不足,虚火自炎,或气郁化火,皆能炼液成痰。痰气互结,乳头属肝,故在乳头附近结块而成乳痈、乳癖或乳岩。清代《外科证治全生集·乳岩》指出乳岩“男女皆有此症。”又有肝硬化、肝癌等肝气郁滞、易怒的患者,每易发生乳痈。医家谓此乃郁怒伤肝,肝气不舒、郁久化火,克土犯脾、脾失健运,水湿不化,肝火炼液成痰,痰气湿热互结,结于肝络,乳晕下乃生结块,即是乳痈。此与现代医学所说肝功能损害,解毒功能低下,人体过多的雌激素不能在肝脏得以破坏,而作用于靶器官乳房是相一致的。从临床所见到的男性乳腺病患者中,确有肝郁气滞,湿热,瘀阻等肝经病变所致者。肝气郁结,疏泄不达,肝肾阴虚,肝郁化火,湿热蕴结,气血不和,痰气凝滞,结于乳络是其病机。临床常表现为本虚标实,错综复杂,但只要掌握了其病机与肝之间的密切关系,则治疗可获良效。

(三)临床应用

中医以辨证论治的方法治疗男性乳腺病,临床获得了较好的疗效,其中从肝论治的方法获效明显。许多学者对治肝的方法作了较广泛和深入的研究,其中肝郁气滞、气滞血瘀、气滞痰凝、肝脉瘀阻、肝经湿热、肝郁血虚,肝郁化火,肝肾阴虚较为多见。治疗常针对病因病机,采用相应的治疗法则。如肝郁气滞者,应疏肝理气解郁,常用方剂有逍遥散或开郁散加减。中药常用柴胡10克、当归15克、白芍15克、茯苓12克、夏枯草30克、郁金9克、香附、青皮各6克、牡蛎30克、丹参30克、王不留行15克、甘草6克,每日1剂,水煎分2次服。气滞血瘀者,多在疏肝剂中加活血化瘀之品,如瘀血明显,则用血府逐瘀汤加味:赤芍9克、川芎9克、桃仁12克、当归12克、桔梗9克、瓜蒌实12克、夏枯草12克、贝母9克、柴胡6克、甘草6克、枳壳12克、牛膝9克,每日1剂,水煎分2次服,7天为一个疗程。气滞痰凝者,多在疏肝剂中加化痰散结之品,常用方剂有神效栝蒌散加味或加味二皮汤,中药常用青皮、陈皮、柴胡、当归、赤芍、花粉、王不留行、瓜蒌、丹参、贝母、海藻、昆布、生牡蛎等。肝脉瘀阻者,常用血府逐瘀汤合鳖甲煎丸:柴胡6克、枳壳12克、桔梗9克、当归12克、川芎9克、赤芍9克、桃仁12克、红花9克、生地15克、生山楂30克、丹参30克、地鳖虫12克、大黑豆15克、泽兰12克、路路通12克、楮实子12克、鳖甲煎丸12克(分吞)。肝经湿热者,多采用消肝利湿解毒法治疗,常用药为:柴胡6克、茵陈15克、连翘60克、赤芍9克、炒川楝子12克、青陈皮各6克、山慈菇12克、山栀9克、鸡内金9克、生山楂30克、甘草3克;或用龙胆泻肝汤合五味消毒饮:龙胆草10克、黄芩10克、炒山栀10克、白花蛇舌草30克、半枝莲30克、蜀羊泉30克、土茯苓30克、蒲公英30克、生苡仁30克、炒车前10克、苦参片12克、山慈菇9克、佩兰10克、桃仁12克。肝郁血虚者,多

采用疏肝解郁、气血双调、肝脾同治,可用养血疏肝饮加减(丹参、何首乌、山楂、当归、白芍、郁金、赤芍、陈皮、橘核、香附、柴胡),或口服中成药逍遥丸合黑归脾丸。肝郁化火者宜疏肝清火,解郁化痰,常用丹栀逍遥散合二陈汤加减:柴胡 9 克、丹皮 9 克、栀子 6 克、青皮 9 克、陈皮 9 克、茯苓 12 克、姜半夏 9 克、瓜蒌皮 12 克、夏枯草 30 克、当归 12 克、赤芍 15 克、生牡蛎 30 克(先煎)。如男性乳腺病日久,出现肝肾不足者,不仅要补肾阳,还应注重肝肾之阴的调补,临床该类患者也较多见。因为肝藏血,肾藏精,精血是人体生命活动的物质基础,人之精血旺盛,则脏器功能正常;反之,人之精血不充,则脏器功用废用。男子乳头属肝,乳房属肾,肝体阴而用阳,肝的疏泄,条畅气机的功能,需肝所藏之阴血为基础。因此补肝肾之阴是十分必要的。常用方药有:①左归丸加贝母、瓜蒌;②六味地黄汤加当归、白芍、川贝、牡蛎,或服成药六味地黄丸;③加减地黄汤;④若偏于肝阴不足者,则用一贯煎加减或用滋水清肝饮加减。大多数医者认为,凡从肝论治男性乳腺病,都应嘱其避免紧张情绪,以免造成恶性循环。综上所述,男性乳腺病与肝关系密切,多与情志有关,故从肝论治“无论虚实新久,温凉攻补,各方之中,挟理气疏络之品,使其乳络疏通。……自然壅者易通,郁者易达,结者易散,坚者易软”,已为治疗男性乳腺病的一大法则。

男性乳腺病的研究据目前资料证实已取得了进展,特别是从肝论治取得了可观的疗效。中医治肝不仅包含了西医学的心理治疗,而且通过治肝,使人体的气血津液得以调达,厥阴经脉得养,从而使临床上辨治男性乳房异常发育也多获效验。西医学认为导致男性乳腺病的原因很多,如精神因素,疾病等,均可使内分泌功能紊乱。而从临床文献总结而论,中医治肝法不但可消除上述各种诱因,还能使大脑皮层功能紊乱状态消除或改善,内分泌功能紊乱得以调整,从而使男性乳腺病有显著的改善。男性乳腺病中有些难治病例,通过治肝或肝肾同治,往往能获得出人意料的效果。尽管如此,目前就中医治肝的机理和客观指标来说,虽然已经进行了研究,但还有待于进一步深入。同时对一些男性乳房异常发育症及男子乳癌疗效不明显,也有待进一步研究,以提高疗效,完善中医治男性乳腺病的理论,使治肝法成为治疗男性乳腺病最有效的方法之一。

七、瘰病的证治近况

瘰病一名,首见于《诸病源候论·瘰候》。在中医文献中又有瘰、瘰瘤、瘰囊、瘰袋等名称者。近年来对瘰病的认识日益明确,中医药的临床应用疗效肯定,证治方法也有新进展。本文试将近几年有关文献报道综述如下:

(一)瘰病概述

祖国医学对瘰病的命名有广义、狭义之分。广义者,指颈肩部肿块,狭义者指颈部肿块,而现代涵义则专指甲状腺肿大或肿块类疾病,基本相当于现代医学中甲状腺疾病。瘰病的特点是于颈前结喉两侧发病,或为结块,或为漫肿,多数皮色不变,能随吞咽而上下移动。亦可出现心悸、震颤、经量少,或伴汗多、突眼、心慌等症状。

临床上,常将瘰病分为气瘰、肉瘰、石瘰、瘰痛四种。历代文献中的筋瘰、血瘰多属颈部血管瘤以及气瘰、石瘰的合并症。至于瘰痛,相当于现代医学中的甲状腺炎,因文献中无确切的病名,结合发病部位及临床表现,当代医者为之定名瘰痛。

瘰病的病因无外乎情志内伤、饮食失宜和水土不合,但也与体质因素有密切的关系。其病理变化多为气滞、血瘀、痰凝。近年来又有人认为本病的发病也可由于肝郁、气虚、冲任失调所致。部分病例可因痰气郁结化火,火热耗伤阴精,而致阴虚火旺的病理变化,其中尤以肝、心两脏阴虚火旺的病变更为突出。瘰病初起多实,病久则由实致虚,尤以阴虚、气虚为主,以致虚实夹杂,证治亦多复杂。

瘰病大体相当于现代医学中单纯性甲状腺肿,甲状腺腺瘤(包括囊腺瘤)、甲状腺炎、甲状腺癌等病种,现代医学对此类疾病的治疗除手术及甲状腺素类药物外,内治法较为单纯,而中医药经历代医家临床实践及现代专题研讨,治疗瘰病有了系统的总结和广泛的思路。

(二)治则治法

对瘰病的治疗,祖国医学历代文献多有报道,积累了丰富的临床经验。针对本病病因病机,参考文献资料及近年来的论述,可将瘰病的治法归纳为五个方面:(1)理气解郁法。方以逍遥散主之,药用柴胡、郁金、制香附、陈皮、川楝子、枳壳等;(2)活血化瘀法。方以桃仁四物汤主之,药用桃仁、红花、赤芍、丹参、三棱、莪术、全当归、生牡蛎、王不留行等;(3)化痰软坚法。方以海藻玉壶汤主之,药用海藻、昆布、海带、夏枯草、海蛤壳、海浮石、黄药子、山慈菇等;(4)调和冲任法。方以右归饮主之,药用熟地、仙茅、仙灵脾、附子、肉桂、杜仲、杞子等;(5)清热化痰法。方以柴胡清肝饮主之,药用柴胡、夏枯草、栀子、浙贝、青皮、黄芩、海蛤粉、天花粉、连翘等。临床上,各方医家往往以其一法或二法、三法结合,根据临症用药,常有显效。如:毛氏^[1]对甲状腺囊腺瘤的治疗,以化痰软坚、破瘀散结法为主,随证辨法,佐以健脾益气、清化痰热、疏肝理气、清肝利湿等用法。对亚急性甲状腺炎的治疗,伍氏^[2]辨证分为三期三型,治以三法:①初期,属外感风热,肝胃郁热型,治以散风透邪,常用药物为苏梗、柴胡、藿梗、黄连、菊花等;②中期,属脾阳不振,气不化水型,治以温运脾阳,化气利水,常用药物为附子、干姜、大腹皮、茯苓等;③恢复期,属气郁痰凝型,治以理气化痰散结法,常用药物:夏枯草、陈皮、郁金、牡蛎、贝母等。如此种种,无外乎疏肝理气、化痰软坚、活血化瘀为其基本大纲。

(三)内治验方汇要

有关瘰病内治法报道颇丰,本文将近几年典型文献中理法方药和疗效观察分类概述如下:

1. 气瘰

本病相当于现代医学中单纯性甲状腺肿。因本病流行性与地域有关,近年来由于预防措施得当,碘盐的普及使本病发病率明显降低,临床报道较少。占氏^[3]曾用消瘰汤治疗本病 97 例,其中治愈 64 例,显效 17 例,有效 7 例,无效 9 例,总有效率 90.7%。药用海藻、昆布各 20~30g,夏枯草 20g,木香(研末冲服)5g,桔梗 6~10g,玄参、三棱各 15g,浙贝、莪术各 10g,生牡蛎 30g,炮山甲 6~9g。隔日 1 剂,分 2~3 次服,多服 5~25 剂。周氏^[4]用四海舒郁汤治疗 28 例,药用海带、海藻、海蛤粉、昆布、煅牡蛎各 30g,海螵蛸、香附、夏枯草各 15g,山慈菇 10g,郁金 12g,随症加减,日一剂,1 个月 1 疗程,经治 1~4 疗程。结果痊愈 17 例,显效 5 例,好转 3 例,无效 3 例,总有效率 89.3%。

2. 肉瘰

本病相当于现代医学中甲状腺腺瘤和甲状腺囊肿,临床最常见,并有诱发甲亢和癌变的危险,因此,应积极及早治疗。医家对本病治疗报道甚多,辨证分型、方药配伍各有其长。

(1)甲状腺腺瘤

山东姜^[5]教授曾拟以消瘰散,药用海藻 15~30g,昆布、生牡蛎各 30g,夏枯草、赤芍各 15g,黄药子 10~15g,柴胡、川芎、三棱、莪术、香附、贝母、半夏各 10g,山慈菇 6g,随症加减,日一剂。配合散结片(柴胡、生牡蛎、猫爪草、玄参、香附、白芍、郁金、红花、川芎、黄芩、当归、昆布、海藻各 2500g,丹参 3750g,夏枯草 500g,土贝母、山慈菇各 1250g,共研细末,压片,每片重 0.3g),口服 8~10 片/日 3 次;四虫片(蜈蚣、全虫、木鳖子、地龙各 30g,共研细末压片,重约 0.3g/片)口服 5~8 片/日,分 3 次。治 50 例,痊愈 26 例,显效 4 例,好转 17 例,无效 3 例,总有效率 94%。王氏^[6]运用消瘰软坚汤(海藻 30g,白芥子 6g,丹皮、艾叶、椒目各 9g,王不留行、苍术、白术、黄芩、猪苓、赤小豆各 12g,夏枯草、泽泻、射干、七叶一枝花各 15g),随症加减。气滞者加八月札、郁金、陈皮、枳壳;阴虚内热加玄参、天冬、生地、知母、花粉等。经治 30 例,治愈 12 例,显效 3 例,有效 11 例,无效 4 例,总有效率 86.7%。刘氏^[7]拟以消瘰散结方经治 17 例,痊愈 8 例,显效 6 例,3 例中断服药而改手术治疗。其组方以柴胡、三棱、莪术、红花各 10g,郁金、玄参、夏枯草、海藻、昆布各 15g,生牡蛎 30g,白花蛇舌草 30~45g,浙贝母、赤芍各 12g 为主,随症加减。江西曹氏^[8]报道其师用消瘰汤治疗门诊病人 21 例,药用海藻、黄药子、夏枯草、昆布、海浮石(布包先煎)、浙贝母、鳖甲(先煎)、片姜黄、山豆根各 15g,生牡蛎 20g(先煎),山慈菇、莪术各 10g 组方,随症加减,配以外用云南白药,30 天为一疗程。结果示治愈 9 例,好转 8 例。孟氏^[9]报道用猪胰子汤治疗甲状腺瘤 46 例。药用猪胰子 30g(焙干,加牡蛎粉,研末,分 2 次冲服),山慈菇、枣仁、天葵子、土茯苓、香附、山楂、鸡内金各 15g,合欢皮 12g,八角莲 5g,半夏 10g,薄荷 6g,水煎服。治愈 29 例,显效 9 例,有效 6 例,无效 2 例。姬氏^[10]用理气消瘰汤治疗甲状腺腺瘤 58 例,药用海藻、昆布、生牡蛎各 20g,海浮石、黄药子、夏枯草、当归各 15g,穿山甲、枳壳、厚朴、三棱、莪术各 10g,木香 6g,随症加减,治愈 45 例,好转 9 例,无效 4 例,总有效率 92%。唐氏^[11]报道用消瘰加减治疗 273 例,其中结节 177 例,囊肿 96 例。药用生牡蛎 30g,夏枯草、当归、炮山甲、山慈菇、生山楂各 15g,半夏、郁金、陈皮、海藻、昆布各 10g,连翘 12g,川芎 6g 组方。临床辨证,属痰凝型者加胆星、白芥子、海蛤壳、瓜蒌皮,加服消瘰散(山慈菇、贝母、天龙、白芥子);血

瘰型者加香附、枳壳、八月札等。后两型加服消瘰合剂(丹参、桃仁、红花、庶虫、五灵脂、蜈蚣、海蛤壳、天葵子、枳壳、青皮、陈皮、甘草等)。治愈142例,基本痊愈66例,好转43例,无效22例。邢氏^[12]拟赤芍、白菜根、白花蛇草各30g,桔梗6g,红糖10g为基础方,随症加减,治疗21例,痊愈14例,显效4例,有效1例,无效2例。

(2) 甲状腺囊肿

梅氏^[13]报道用清热化痰,逐瘀散结之法治疗甲状腺囊肿102例。选药猫爪草20g,三棱、莪术、浙贝、牡蛎各15g,甘草10g,随症加减。结果肿块消失者62例,缩小36例,无效4例,总有效率96%。梁氏^[14]用活血化痰汤治疗本病50例。药用当归、海藻、赤芍各15~30g,川贝、半夏、炒山甲、黄药子各9~12g,牡蛎、桃仁各9~15g,日一剂,30日1疗程。结果临床治愈18例,进步25例,无效7例。曹氏^[15]用理气清热软坚散结法治疗囊肿33例。用药柴胡10~12g,白芍、浙贝、黄芩各10~15g,全瓜蒌25~30g,玄参15~30g,昆布、海藻各20~25g,夏枯草、牡蛎、王不留行各15~20g,木鳖子1~2个(去壳),甘草6~8g,随症加减。胸闷、颈胀加青皮、香附;心烦、易怒、手足心潮热加生地、丹皮;咽干痛,口苦,加连翘、射干马勃;囊肿较硬、压痛者,加三棱、莪术、赤芍。水煎服,饭后1小时,忌食辣。结果治愈26例,好转6例,无效1例。郭氏^[16]用中药治疗家族性甲状腺囊肿38例,选方消瘰散,加减:党参、海藻、昆布、夏枯草各30g,白术、茯苓、海浮石、青皮、三棱、大蓟、小蓟各20g。阴虚加沙参、生地、石斛;气虚加黄芪。疗程1个月,治愈30例,显效6例,有效1例,无效1例,总有效率98%。罗氏^[17]曾用活血化瘀法治疗甲状腺腺瘤囊性变92例,选药当归、山甲、皂刺、桂枝、川芎、制半夏、泽泻各10g,玄参、生地各30g,银花、延胡索、茯苓各15g,红藤20g。治疗3~6周,痊愈58例,好转4例,无效30例,总有效率67.3%。治愈及好转者,随访9月~10年,均无复发。而王氏^[18]在固定方海香夏丑汤加减论治同时,(将本病)辨证分为五型:有肝郁痰凝证,肝热灼络证,脾虚痰凝证,阴虚化热证和痰瘀互结证等,分别施以方药,用于临床多有效果。

3. 瘰癧

本病相当于现代医学中甲状腺炎,临床较多见亚急性甲状腺炎和慢性淋巴细胞性甲状腺炎(桥本氏甲状腺炎)。本病的治疗主要以控制症状、消除甲状腺肿大和防止复发为目的。林氏^[19]报道用清热消肿,理气化痰法治疗亚急性甲状腺炎,选药用野菊花、双花、公英、地丁、海藻、玄参、牡蛎、陈皮、丹皮、连翘等,水煎服,并配以外用冷敷,临床有一定疗效。而倪氏^[20]将本病辨证为肝郁胃热和肝热痰湿两型,前者以逍遥散合玉女煎加减,药用柴胡、黄芩、知母、夏枯草、连翘、板兰根、黄连、丹皮、栀子、白芍各10g,玄参12g,生石膏20g;后者以柴胡疏肝散和海藻玉壶汤加减,药用柴胡、赤芍、白芍、连翘、枳壳、竹茹、浙贝母各10g,海浮石12g,制半夏6g,牡蛎、海藻各30g,昆布15g。均日一剂,水煎服。结果治疗36例,治愈33例,疗效欠佳2例,无效1例。贾氏^[21]治疗亚急性甲状腺炎,于病初有表证者,用荆芥10g,防风、牛蒡子、连翘、玄参各12g,金银花、板兰根各30g,甘草6g。无表证者,用柴胡、半夏、陈皮、浙贝母、玄参各10g,夏枯草15g,生牡蛎、海藻各30g。前两者各日一剂,治疗5例,结果痊愈,其中1例1日后复发,再用上方治愈。五例随访半年无复发。肖氏^[22]报道用复方香附散治疗慢性淋巴细胞性甲状腺炎265例,药用香附22.5g,厚朴15g,枳实22.5g,柴胡15g,白芍25g,川芎22.5g,共研细末,每日3次,每次2g。属阴虚者,加服六味地黄丸;阳虚者,加服金匱肾气丸,临床疗效较好。也有人^[23]将亚急性甲状腺炎辨证分早期、中期、恢复期,分别给以龙胆泻肝汤合温胆汤加减,保元汤合阳和汤加减,补中益气汤合四海舒郁丸加减等治疗;而将桥本氏甲状腺炎分为初期、后期,给予四

海舒郁丸合消瘰丸加减及活血消癭汤以治疗。

(四) 针药结合法

陆氏^[24]在治疗甲状腺腺瘤时,拟方以海藻、昆布、蛤壳、海螵蛸、牡蛎、陈皮、半夏、贝母、玄参、连翘、夏枯草、王不留行、青皮、当归、川芎、海浮石、甘草等中药内服。同时采用扬刺法,于瘤体顶部中心垂直刺入毫针一枚,瘤体周围 45° 角向心刺入毫针各一枚,留针15~20分钟,3日针1次,10次为1疗程。治疗51例,痊愈38例,显效(瘤体缩小 $>50\%$)8例,有效(瘤体缩小 $<50\%$)5例,总有效率100%。有人报道针刺治疗单发良性甲状腺结节56例。方法:选用28或30号毫针。若B超示结节小于 6cm^2 者,用1.5寸针; $6\sim 12\text{cm}^2$ 或虽小于 6cm^2 而部位较深者,用2寸针;大于 12cm^2 者用3寸针。①针尖斜向结节中心(针体与皮肤成 $45^\circ\sim 70^\circ$ 角),从结节周边缓缓捻转进针,视结节大小围刺4~8针,结节正中直刺1针,针深以穿透结节为度,然后轮流将两根邻近的针柄捏在一起,提插,捻转各3次,反复操作20分钟,后出针;②结节位于峡部针曲骨,位于侧叶针横骨,均取患侧;③针颈4、7夹脊穴和内关,均双侧。上方2、3组穴得气后捻转,上下刮柄各3次,反复3次出针,隔日1次,36次/疗程。结果痊愈17例(B超示结节消失),显效(缩小超过 $1/2$)24例,有效9例,无效6例,总有效率89.3%。对30例随访,进步和巩固者24例,退步者6例,无1例恶化。杨氏^[26]曾用中药配合囊内抽液法治疗甲状腺囊肿36例,药用柴胡、栀子、土贝母、玄参、白术、郁金各9g,昆布、海藻各12g,薄荷6g,川楝子、夏枯草各15g,甘草3g组方,同时用8—9号针头抽吸囊液,左手挤压囊体,尽量抽尽,拔针消毒,压迫片刻,服药7天1疗程,抽液1次。治疗36例,痊愈28例,有效5例,无效2例,1例改为手术,总有效率91.7%。

(五) 外治法

癭病的治疗,在内服药物同时,结合外治法,往往缩短疗程,收效更好。覃氏^[27]治疗甲状腺肿用五倍子适量,炒黄研细粉,每晚睡前用米醋调成膏状敷于患处,次晨洗去,7次/疗程。治疗23例,治愈20例,无效3例,治愈率86.95%。包氏^[28]自配金方九香膏(含乳香、没药、蜈蚣、文蛤、甲片、天虫、蝉衣、麝香、腰黄、辰砂、密陀僧、白薇、白芷、白及、山奈、肉桂、甘松等)外敷患处,3~5日换药一次,同时服用化痰软坚方,治疗45例,痊愈16例,好转20例,无效9例。王氏^[29]报道用消癭膏外敷治疗甲状腺肿32例,药含生半夏、黄药子、乳香等,外敷患处,2日换药1次,1月1疗程,痊愈4例,显效8例,有效15例,无效5例,总有效率84.4%。另外,有报道用云南白药适量,及白酒或75%酒精调糊,外敷于结节局部。也有人用华南胡椒全植株2份,野菊花1份,捣碎如泥,加少许食盐,隔水蒸热,敷瘤体处,均有一定疗效。关氏^[30]用消痔灵注射法治疗甲状腺囊肿42例观察,治愈37例,好转3例,方法是:病人仰卧位,囊肿皮肤消毒,20%利多卡因局麻,用8号针将囊液抽出后,用另一注射器吸取消痔灵4ml和2%利多卡因2ml混匀,缓推腔内3~5ml,再用纱布覆盖,胶布固定,治疗1~2次。

(六) 中西医结合疗法

癭病根据现代医学的分类,采用中西医结合疗法效果更佳,如治疗甲状腺腺瘤、甲状腺肿在服用中药同时,可佐以口服甲状腺素片。甲状腺囊肿的治疗,可佐以囊内注射法。甲状腺炎的治疗,可佐以抗生素、激素的应用等。如张氏^[31]在内服中药同时采用抽液注药法治疗甲状腺

囊肿 72 例,方法是:首先用针吸净囊液,然后注链霉素 0.5ml(含 0.25g)或地塞米松 0.5ml(含 1mg)或醋酸氢化泼尼松 0.5ml(含 12.5mg)。同时内服消瘰散或甲状腺素片。结果显效 69 例,无效 3 例,有效率 95.8%。赵氏^[32]治疗甲状腺囊肿用海藻、夏枯草各 15g,贝母、昆布、山甲、郁金各 12g,柴胡、炒白芥子、白芍、桔梗各 6g 组方,水煎服,日一剂,同时常规消毒后,用 6 号针头抽净囊液后,再注入 0.66%碘酊注射液,根据腺体肿大程度用量不等,10 天治疗 1 次,直至囊内无液体。治疗 32 例,结果全愈。林氏^[33]采用中西医结合法治亚急性甲状腺炎 30 例,选药生地 30g,麦冬、玄参、柴胡各 15g,黄芩、薄荷、桔梗、丹皮各 10g,赤芍、浙贝、鳖甲、海藻、昆布各 12g,甘草 3g,日一剂,9 日 1 疗程,并给予强的松 5mg/日,分 3 次口服,连服 3 日,后逐日减至 2.5mg,至 9 日停药。结果 2~3 日后热退,咽、颈痛消失,甲状腺正常,1 疗程后血沉正常,随访 3 月~2 年 11 例中无 2 例复发。

此外,部分医家报道利用中成药丸、片剂治疗瘰病,如用知柏地黄丸^[34]治单发性良性结节;雷公藤多甙片治疗亚急性甲状腺炎等。也有少数医家在经验方的基础上研制成丸剂或冲剂,病人服用方便,疗效满意,值得进一步探讨和推广。

(七)讨论

综上所述,采用中医内治、外治、针刺及中西医结合法治瘰病临床上有一定的效果。瘰病的治疗方药中,主药无外乎两大类,结合现代医学即植物中含碘药物如海藻、昆布、海带、黄药子等和动物类的含甲状腺素的药物如猪鬃、羊鬃等制剂。目前现代医学也同样利用碘剂或甲状腺素治疗某些甲状腺疾病。瘰病的预后大多较好。瘰肿小,质软,病程短者,治疗及时,得当,多可治愈。但瘰肿较大,病程较长者,不容易完全消散。若肿块坚硬,移动性差,而增大迅速者,则预后严重,部分病例若治疗 1 月无效,甚至加重者,应劝其手术,以防延误治疗。

参考文献

- [1]毛荣康. 甲状腺囊肿治疗四法. 江苏中医杂志. 1992. 13(3):13
- [2]伍锐敏. 中医辨证治疗亚急性甲状腺炎 75 例. 中国中西医结合杂志. 1994;(2):14~111
- [3]吕志刚. 消瘰汤治疗单纯性地方性甲状腺肿大与甲状腺腺瘤 129 例. 内蒙古中医药. 1994;(4):13~9
- [4]周容华. 回海鲜郁汤加减治疗甲状腺肿 28 例. 湖北中医杂志. 1988;(3):30
- [5]姜兆俊. 消瘰汤为主治疗甲状腺瘤 50 例. 山东中医学院学报. 1989(5):13~51
- [6]王利琳. 王羲明运用消瘰软坚汤治疗甲状腺腺瘤经验. 上海中医药杂志. 1987;(2):16
- [7]刘叔林. 消瘰散结方治疗甲状腺瘤. 四川中医. 1992;(5):10~47
- [8]曹正柳. 张志钧治疗甲状腺肿瘤经验. 江西中医药. 1993;24(1):6~7
- [9]孟丹石. 猪鬃子治疗甲状腺瘤 46 例. 湖北中医杂志. 1994;(2):16~22
- [10]姬云海. 理气消瘰汤加减治疗甲状腺腺瘤 58 例. 北京中医. 1994;(1):40
- [11]唐英. 消瘰汤加减治疗甲状腺良性结节 273 例. 广西中医药. 1994;(1):17~21
- [12]邢须林. 消瘰汤治疗良性甲状腺结节 90 例临床总结. 1992;(4):14
- [13]梅广源. 中药治疗甲状腺囊肿 102 例疗效观察. 新中医. 1990;(4):22~30
- [14]梁钦. 活血化瘀汤治疗甲状腺囊肿 50 例疗效观察. 中西医结合杂志. 1990;(2):10~7
- [15]曹牛. 理气清热药散结软坚法治甲状腺囊肿 33 例. 中医药研究. 1995;(1):29,36
- [16]郭奕鸿. 中药治疗家族性甲状腺囊肿 38 例观察. 实用中医药杂志. 1995;(3):11~16~17
- [17]罗慧燕. 活血化瘀治疗甲状腺腺瘤囊性变 92 例. 上海中医药杂志. 1995;(4):36,37

- [18]郭子光.《现代中医治疗学》.四川科技出版社.95年1版.第491页
- [19]林祖贤.中药内外合治亚急性非化脓性甲状腺炎.福建中医药.1994;(4):25~9
- [20]贾兴鲁.亚急性甲状腺炎治愈五例.山东中医杂志.1993;(1):12~31
- [21]倪孝儒.辨证治疗亚急性甲状腺炎36例.北京中医药大学学报.1995;(1):18~19
- [22]肖秋生.复方香附药治疗慢性淋巴细胞性甲状腺炎265例.吉林中医药.1994;(1):28
- [23]郭子光.《现代中医治疗学》.四川科技出版社.95年1版.第246页
- [24]陆元庆.扬刺法配合中药治疗甲状腺瘤51例临床小结.江苏中医杂志.1990;(6):11~26
- [25][26]杨玉梅.中药配合囊内抽液治疗甲状腺囊肿36例.山西中医.1987;(6):3~21
- [27]覃秋.五倍子外敷治疗甲状腺肿.四川中医.1989;(3):7~25
- [28]包素珍.内外兼治甲状腺腺瘤四十五例.浙江中医学院学报.1990;(6):14~21
- [29]王立琴.外敷消癭膏治疗甲状腺肿临床观察及实验初步研究.中医杂志.1993(3):34~53
- [30]吴长富.消痔灵注射治疗甲状腺囊肿42例临床观察.实用中西医结合杂志.1995;(2):8~17
- [31]张光丽.甲状腺囊肿的针吸治疗.山西中医药杂志.1988;(4):17~215
- [32]赵怀琮.中西医结合治疗甲状腺囊肿32例.陕西中医.1989;(12):10~538
- [33]林思慈.中西医结合治疗亚急性甲状腺炎30例.陕西中医.1993;(10):14~439
- [34]聂轩.知柏地黄丸治疗单发良性甲状腺结节26例.中国中西医结合杂志.1993;(2):13~117

八、阑尾周围脓肿的中西医结合治疗

阑尾周围脓肿是急性阑尾炎的常见并发症,多因阑尾急性炎症期未能及时治疗,引起化脓性坏疽或穿孔,被网膜或附近肠袢包裹而形成。其治疗方法很多,但以中西医结合非手术治疗(中药内服、外敷为主,辅以抗生素、穿刺抽脓等),疗效最佳。

1. 中药内服

(1) 辨证论治

①毒热型:即局限性脓肿型,腹痛明显,体温 38°C 以上,右下腹肿块,压痛较重,或有波动感,白细胞计数大于 $15\times 10^9/\text{L}$,舌质红,苔黄腻或黄燥,脉弦数。治宜清热解毒,活血化瘀,兼通里攻下。方选大黄牡丹皮汤合黄连解毒汤或阑尾清化汤加减。常用药物:生大黄、丹皮、生地、赤芍、冬瓜仁、桃仁、金银花、蒲公英、败酱草、山栀、黄连、甘草等。

②瘀肿型:即炎症性包块型,腹痛轻或无,体温正常或低于 38°C ,肿块边界清楚,压痛较轻,无波动感,白细胞计数小于 $15\times 10^9/\text{L}$,舌质暗红,苔薄白或薄黄,脉涩。治以活血破瘀,消肿散结。方用少腹逐瘀汤合三棱煎或阑尾化瘀汤加减。常选药物:当归、赤芍、桃仁、红花、生地、川芎、香附、延胡索、三棱、莪术、山甲珠、皂角刺、制大黄、金银花、蒲公英等。

(2) 专方验方

常用的成方有:仙方活命饮、大黄牡丹皮汤、薏苡仁汤、阑尾清化汤。自拟方有:清化承气汤(枳壳、桃仁、川厚朴、川楝子、炒莱菔子、赤芍、生大黄、鸡血藤、蒲公英、芒硝);尚有单味中药筋骨草获效者。

2. 中药外敷

中药外敷是本病重要的辅助疗法,也可单用本法,有活血化瘀、止痛消炎之效。临床应用时,将中药研成细末,白酒、食醋或凡士林调成糊状,敷于患处,每日2次,即可获效。常用效方有:①止痛消炎散:苏木、白芷、红花、防风、南星、大黄,白酒调。②清化承气汤去芒硝,加25%硫酸镁调。③大黄30g、没药10g、陈皮10g、冰片5g,凡士林调。④生大黄单味砸碎。⑤鲜筋骨草捣烂。⑥大黄120g、芒硝120g、大蒜捣烂,以食醋调。⑦芒硝、大蒜(比例为1:2)外敷。

其它外治法有超短波、激光针灸等。

3. 抗生素

通过对急性阑尾炎脓液需氧菌和厌氧菌的分析,发现细菌培养的阳性率为100%,其中需氧菌阳性率100%,主要为大肠杆菌,厌氧菌阳性率为78.2%,以脆弱群类杆菌为主。形成周围脓肿的化脓性、坏疽性、穿孔性阑尾炎中厌氧菌与需氧菌混合感染率分别为87.5%、88.9%、100%。因此在治疗本病时,目前仍首选最理想的抗厌氧菌药物甲硝唑,抗需氧菌药物则常选氨苄青霉素、青霉素、红霉素等,或选用其它敏感抗生素肌注或静滴。

4. 穿刺抽脓

在A超或B超引导下行脓腔穿刺,抽尽脓液后,注入抗生素;若无A超或B超,可在肿块压痛最明显处穿刺。最好选用9号腰穿针或粗针头,脓液多者,可用置管穿刺针,以便持续引流和冲洗。

5. 治疗效果

笔者曾总结1985~1994年治疗阑尾周围脓肿的文献24篇,共治疗1193例,其中中西医

结合治疗 1079 例,治愈 957 例,好转 75 例,无效而中转手术 47 例,总有效率 96.2%,平均住院 12.9 天。西医治疗 114 例,治愈 43 例,好转 27 例,无效 44 例,总有效率 55.6%,平均住院 16.9 天。两者各项指标均有显著差异($P < 0.05$)。

6. 讨论

阑尾周围脓肿是急性阑尾炎病变发展过程中,炎症与肌体抵抗力和防御反应处于相对平衡的表现,其治疗方法不外乎单纯抗生素治疗、手术切开引流加抗生素、中西医结合治疗。单纯用抗生素治疗虽然对小脓肿和脓肿早期有效,由于本病所感染的细菌属于条件致病菌,与病人抵抗力下降等许多因素有关,因此单纯西药治疗疗效不理想,有效率仅 55.6%。手术切开引流虽然能够排脓,但因炎症和粘连,阑尾切除率仅达 21.3%,且有损伤周围脏器和引起局限性感染扩散的危险,术后各种并发症可达 28~42.8%,本组资料为 31.9%。如果复发行二次手术,会使手术难度增加。中西医结合治疗中,如果毒热型腹痛剧烈,高热,伴脱水明显,白细胞计数升高者,除中药内服、外敷外,常配合抗生素静滴、输液以纠正水电解质平衡紊乱。脓液较多时,则穿刺抽脓。瘀肿型病情稳定,单以活血化瘀之法内服,外敷中药即可获效。通过本组资料分析亦发现,本疗法治愈率高,占 78.4%,有效率达 96.2%,与单纯西药治疗对比差异显著($P < 0.05$),减少了中转手术率。经中西医结合治疗后再手术时也较容易,阑尾可完全切除。因此,对本病的治疗应首选中西医结合非手术治疗。如果出现下列指征,再中转手术:①毒热型脓肿 $> 10\text{cm}$,经治疗有发展倾向;②治疗期间出现中毒症状或腹膜炎;③治疗期间多次出现反复;④出现肠梗阻征象;⑤症状消失,肿块经久不消。

总之,目前对本病的研究仍限于临床经验总结,今后应充分利用现代科学技术进行基础研究,进一步阐明中西医结合治疗本病的机理,整理总结出规范的辨证施治规律。

参考文献

- [1]高兆旺,叶林. 阑尾周围脓肿的中西医结合治疗概况. 山东中医学院学报. 1995;(4):19~278

九、腹部外科围手术期的中西医结合治疗

手术是治疗外科急腹症的重要手段,但也带来了不可避免的腹部损害。腹部手术后常因胃肠道受刺激、损伤,腹腔感染,电解质失衡等原因而出现腹胀、腹痛、发热等症状。为消除腹胀,减少术后并发症,加快胃肠功能恢复,就必须缩短排气排便时间。由于中医中药的参与,目前在这方面获得了满意的效果。

(一) 中医治疗

1. 腹部术后病机特点:外科急腹症多属里、实、热证,病机为实热蕴结脏腑,阻遏气机。手术病人手术创伤,伤则血瘀,更有创面所渗之血,亦为瘀血。瘀血阻络,腑气不通,不通则痛,故见诸症。通过手术前后血液流变学八项指标的观测^[1]发现,各项指标均有显著性差异,提示术后出现明显的血液循环障碍和血液高凝状态,从而在客观上证实了外科术后血瘀证的存在。根据术后患者均有胀、痛、吐、闭的特点,又属中医阳明腑实证,因此,阳明腑实与血瘀状态并存是腹部术后的病机特点。

2. 治疗原则:由腹部术后病机特点,决定了治则为活血化瘀,通里攻下,清热解毒,补气养血。

3. 治疗方法:水煎口服或保留灌肠或由胃管注入,一般术后6~8小时即可根据情况给予中药治疗,水煎200ml,一日2次。

4. 临床常用处方:

(1)单味生大黄^[2]:取生大黄粉6~9g,儿童酌减,开水冲服或鼻饲,鼻饲后夹闭胃管2h。对暂时不宜口服治疗者用本品30g加开水200ml,待温时搅匀保留灌肠。一般病人术后6h即可使用本法。

(2)莱菔汤^[3]:莱菔子30g,枳实12g,生大黄10g,厚朴10g,桃仁10g,木香10g,黄柏10g。日1剂,加水350ml武火煎开,再文火煎至150ml,过滤备用。于术后6h始,以60滴/分的速度将药液滴入肠内,一般连用3日。

(3)通腑汤^[4]:生大黄12g,芒硝9g(冲),枳实9g,厚朴9g,炒莱菔子12g,木香9g,丹参15g,赤芍9g,桃仁9g,公英15g,土茯苓15g,甘草6g。日1剂,水煎服或保留灌肠或胃管注入。

(4)协定方^[5]:炙生黄芪各30g,生大黄(后下)10g,枳实10g,川朴10g,桃仁10g,广木香10g,丹参20g,赤芍15g。日1剂,水煎口服或胃管注入。

(二) 西医治疗:

均常规应用抗生素、静脉输液、禁食、胃肠减压等。

(三) 治疗结果:

中西医结合较单纯西医治疗经大宗临床资料统计显示,其排气排便时间缩短,并发症减少,达到了预期目的。

总之,中药在急腹部围手术期的参与,能迅速改善胃肠功能,消除胀、痛、吐、闭,恢复正常饮食,减少并发症。但中药的药效学、毒理学的基础研究,药物剂型的改进,直肠给药途径的标

准化等问题,尚需进一步探讨和研究。

参考文献

- [1]马必生.手术前后血液流变学八项指标的观察与实验研究.北京中医,1992;(1):42
- [2]海志刚.单味生大黄在腹部手术后的应用.中医研究.1991;(4):4~31
- [3]刘春华.莱枳汤保留灌肠治疗剖腹术后症 89 例疗效观察.国医论坛.1992;(7):7~28
- [4]李 净,等.通腑汤在剖腹术围手术期中的应用(摘要).第六届全国中西医结合急腹症学术研讨会论文汇编,1996 年 10 月,125 页
- [5]汪晓明,等.化瘀行气通腑法对胸腹部手术胃肠功能恢复疗效观察.中国中西医结合外科杂志.1995;(6):1~351

十、中西医对前列腺增生病研究的进展

最近十多年,随着对前列腺增生(BPH)的发生发展的认识,以及诊断和治疗方面的进步,前列腺增生已成为国际关注的重大疾病。良性前列腺增生是人类男性最常见的良性肿瘤,过去曾称为良性前列腺肥大,现已归入良性肿瘤,是增生不是肥大^[1]。由于良性前列腺增生,造成下尿道梗阻,而以排尿困难为重要临床症状。属于中医癃闭证的范畴。1991年,在世界卫生组织的赞助下,成立了良性前列腺增生咨询委员会,1993年该委员会制订了有关BPH的诊断标准与治疗意见,可明确判断前列腺增生病的病情轻重与治疗效果的好坏。而多种治疗方面取得的进展,亦令人鼓舞,现综述如下。

(一)病因病理的新认识

中医学认为本病多因劳伤肾精、感受外邪或内外因素相兼为害,以致三焦水液运行及气化失常而发生。近年又把肾虚学说和瘀血学说结合起来,在治疗上采取固本补肾,调节全身机能与活血化瘀、化痰散结相结合,使局部增大的腺体缩小,从而解除下尿路梗阻症状,取得满意疗效^[2]。贾金铭^[3]等研究中药消癃通闭对小鼠前列腺上皮细胞DNA合成的影响,用H-TdR后腺管末梢上皮细胞核标记明显,而腺管根部则很少,这种DNA合成的不均匀性说明了前列腺在雄激素诱导下再生时的不均匀性。同时给予消癃通闭后可使前列腺DNA合成受到抑制,而这种抑制在再生初期更为明显,而用药15天时低高剂量组与睾酮组比较差异均有显著性。王波^[4]等认为增生的前列腺组织属祖国医学的癃瘕包块,与痰瘀有关。故近年人们更倾向于从血瘀、从痰浊论治BPH,较过去主要强调肾虚或脾虚引起癃闭,病因学上有了很大进步。不少医者从血液流变学、组织学、病理学等角度论证了血瘀或痰浊导致BPH的机制,并认为痰瘀互结,瘀阻膀胱为本病的根本病机。

现代医学对BPH发病的研究近年亦取得了长足的进步。内分泌激素学说已被大家广泛接受。而且生长因子,人前列腺上皮内的神经内分泌细胞^[4]都与BPH的出现密切相关。我们知道雄激素对前列腺的增生有重要作用,但其它内分泌因子与雄激素一起导致了BPH的出现。目前研究表明:生长因子对前列腺具有调节作用,这些生长因子包括:表皮生长因子、成纤维细胞生长因子、神经生长因子、胰岛素样生长因子,血小板源生长因子等。这些生长因子使前列腺细胞上的雄激素受体处于超敏状态,进而加强了雄激素诱导的前列腺上皮细胞的过度分裂。而嵌在前列腺上皮内的神经内分泌细胞对BPH的形成亦有重要作用。神经内分泌细胞可能是开放性的,有狭长的顶突伸到管腔面。其分泌物可能在上皮与基质的相互联系中起中间媒介作用,来自基质的信号可以通过神经内分泌树突样突起上的膜受体,传给神经内分泌细胞,后者通过旁分泌而影响邻近上皮。另一方面,来自上皮的信号也可以传给间质,BPH的产生是个渐进的过程。细胞的过度增生到底是从何处开始的?近来研究发现^[5],萎缩和增生均从分支末梢开始。去势引起的萎缩两周时间约减少35%,这显示了前列腺再生时的不均匀性。利用放射自显影技术发现小鼠前列腺内DNA合成,给予雄激素后72小时,其合成较去势后增加3.6倍。应用H-TdR后证实了上述结论。有人认为:前列腺增生是上皮和间质细胞相互作用的结果。在BPH的发病过程中,前列腺增大引起后尿道的梗阻与膀胱逼尿肌不稳定,同时逼尿肌受损三因素相互交错于一起。总之对前列腺增生的研究中,亟需应用医学系统论或中医系统论为指

导,分析人体各系统对 BPH 发生、发展变化的影响,势在必行。

(二) 临床治疗与实验研究的新进展

中医在辨证论治 BPH 方面进展很快。尤其运用活血化瘀等方法的报道日渐增多。如易希园等^[6]应用加味桂枝茯苓汤治疗 BPH。其组成为:桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、芍药、桔核、牛膝、海藻、黄芪、土元。用以活血散瘀,消症散结,31 例中治愈 7 例,好转 21 例。刘唐印等^[7]运用丹参瓦楞子汤,张延书等^[8]运用血府逐瘀汤等亦取得了满意效果。而贾金铭等^[9]运用中药消癥通闭治疗 BPH 临床亦效果显著,并运用免疫组化分析揭示中药治疗的机理为:抑制小鼠前列腺的生长、再生、DNA 合成,尤其是对 S 期的抑制作用,对腺管末梢抑制作用更为明显。山东通过对自己研制的前列通口服液和前列康宝片研究证实,中药具有抗炎、抗前列腺增生、改善血流变情况。临床研究与动物实验均证实了这一观点。目前研究中药抗前列腺增生的研究大多应用大鼠或小鼠为实验动物,而以小鼠为多。虽公认犬是研究人类前列腺增生的合适动物模型,但大动物难以用于药物筛选研究。因此运用去势小鼠再应用雄激素研制 BPH 模型,即成为常见方法。而钱伯初^[10]提出尿生殖窦植入法,引起了泌尿外科界的广泛兴趣。其方法为:取体重 25~30g 7~10 周龄的小鼠,在戊巴比妥钠 60mg/kg 腹腔注射麻醉下,剖开下腹部仔细分离腹前列腺,用针头或有锋利尖端的小镊子向腹前列腺内植入三个 16d 胎龄鼠的尿生殖窦组织;另取小鼠数对腹前列腺仅用针头探刺两次作为假手术空白对照。然后缝合腹壁,30d 后剖取前列腺重并测定 DNA 含量。其造模结果令人满意。西医对 BPH 的治疗亦进展迅速。令人鼓舞的是激光用于 BPH 的治疗,1980 年开始应用 Nd:YAG 切除前列腺开始,激光已成为最有前途的方法之一,因为其较常规的电切(TURP)方法,具有出血少,操作简单,并发症少,手术时间短等优点。国内苏泽轩^[11]报道应用 KTP/YAG 激光经尿道切除前列腺效果满意。先用 YAG 激光照射前列腺组织 30~60 秒,以凝固组织防止出血,再以精阜为界,用 KTP 激光汽化增生的前列腺组织,形成排尿通道,若有中时增生者丙从精阜上缘水平汽化前列腺尖部、中时组织,使膀胱颈变平。除激光外,目前已形成系列前列腺治疗方法,包括药物、热疗术、扩张(或扩裂)术、电切以及耻骨上或耻骨后前列腺摘除术等诸方法。

而如何将新兴高科技技术与传统中医疗法相结合,尤其达到理论上的结合,仍有相当长的路要走。随着我国老龄化社会的到来,迫切需要开展中西医结合防治 BPH 的研究,相信经过艰苦的努力会取得丰硕的成果。

参考文献

- [1] 顾方六. 良性前列腺增生的诊断和治疗. 中华泌尿外科杂志, 1995; (9): 16~569.
- [2] 周智恒. 《现代中医药应用与研究大系·男性科》. 上海中医药大学出版社, 1995 年 5 月第一版, 第 91 页
- [3] 贾金铭, 等. 消癥通闭对小鼠前列腺上皮细胞 DNA 合成的影响. 中华泌尿外科杂志, 1997; (1): 18~18
- [4] 朱继业, 黄平治. 前列腺研究的几项进展. 中华泌尿外科杂志, 1996; (2): 19~198
- [5] 同[3]
- [6] 易希园. 加味桂枝茯苓汤治疗前列腺增生 31 例. 辽宁中医杂志, 1993; (27): 35
- [7] 刘唐印, 等. 活血化瘀法治疗前列腺肥大 30 例. 辽宁中医杂志, 1992; (3): 29
- [8] 张延书. 活血化瘀为主治疗老年前列腺肥大症. 四川中医, 1990; (9): 36

[9]同[3]

[10]钱伯初. 一个新的前列腺增生模型—小鼠尿生殖窦植入法. 中国药理学通报. 1989;(1):5~57

[11]苏泽轩,等. KTP/YAG 激光经尿道前列腺切除术. 中华泌尿外科杂志. 1997;(3):18~140

十一、辨证论治尿石症

近年来,中医药在治疗尿石症方面取得了比较满意的疗效。根据中医理论,可将尿石症分为湿热蕴结型、瘀血搏结型,以及正虚瘀阻型等多种证型,现分别论述如下。

(一) 湿热蕴结型

中医认为,湿热蕴结是尿石症形成的主要因素。湿热下注,煎熬尿液,结为砂石。砂石不能随尿排出,则小便艰涩,尿时疼痛;如砂粒较大,阻塞尿路,则尿时突然中断,并因阻塞不通而致疼痛难忍;结石损伤脉络,则见尿中带血;初起阴血未亏,湿热偏盛,故可见舌质红,苔薄黄,脉弦数。湿热郁结,气机不畅,久则致气滞血瘀,又可出现少腹满痛,或有舌暗,脉弦涩等。证延日久,则虚实夹杂,又可见肾气亏虚,阴血耗伤者。本型治则宜清热利湿、通淋排石;出现兼夹证,又当临证或佐以行气活血,或益气养阴等等。

段从伟^[1]以泌尿排石方,朱洪毅^[2]以四金消石汤,孔连礼^[3]等以加减八正散,陈艳舫^[4]等以排石汤,潘洪平^[5]等以排石汤1号方治疗本型尿石症均取得满意疗效。上述方中均以石苇、滑石、木通、车前子等清热利湿通淋,金钱草、海金沙、鸡内金等以利湿排石消坚。伴血尿者加白茅根、小蓟等;若恶心呕吐者可加半夏、竹茹等;兼有发热,可加黄柏、大黄以清热泻火;腰腹部疼痛者加元胡、芍药;其余随证加减。

唐茂清^[6]用石苇芍药汤,范天福^[7]用复方赤豆琥珀汤,毛兆明^[8]用排石汤治疗湿热蕴结兼有气机郁滞者,也获良效。在上述基本利湿方中,酌加枳实、郁金、厚朴、王不留行等以行气活血,加白芍、甘草以缓急止痛;痛重者可重用白芍,加元胡;瘀象显者可加当归、炒蒲黄、牛膝等。

湿留日久易于化瘀,湿热又易与瘀血搏结,故湿热尿石症多兼有瘀血阻滞之症,可出现小腹胀满疼痛,舌质紫暗,或有瘀点,脉涩。此类尿石多坚硬难化,故须在清热利湿通淋之时,加以活血化瘀,软坚散结之品,如皂角刺、鳖甲、山甲、三棱、莪术等药。许永顺、张洪玲^[9]用通排汤,陈治水、杜心伟^[10]用通淋化瘀排石汤,高云亭^[11]等用肾甲方,王润生^[12]等用连翘丹参汤,刘莲秀^[13]用石苇散加减方,常宝忠^[14]用排石合剂,张志发^[15]用四金化瘀排石汤,获得满意疗效。上述方中均在清热利湿之时,或加硝石以化石,或加丹参、赤芍、益母草以活血化瘀,或加鳖甲、山甲、皂刺、地龙、三棱、莪术等以软坚散结,促进尿石溶解散化。伴肾积水者加干姜、熟附子,有泌尿系感染,出现发热者,加双花、连翘;腰痛者加川断、杜仲。王润生等在用连翘丹参汤治疗泌尿系结石中指出,据现代药理学试验证实,丹参、赤芍不但扩张血管,解热、抑菌以达到清除尿路感染,而且减少炎性分泌物对结石的包裹。金钱草等可增加尿量,增强输尿管蠕动作用。猪苓、白茅根有利尿、抑菌作用,可消除输尿管粘膜水肿,解除结石与组织粘连,利于结石裂解排出。从药理学及临床观察方面证实了清热通淋与活血化瘀法对尿石症的疗效。

宗言顺^[16]用通淋涤石汤,赵永昌^[17]用软坚脱化汤,治疗泌尿系结石。上述方中,除用清热利湿通淋的药物外,或加硝石、鹿金霜,或加蛇蛻、蝉蛻、代赭石、磁石。一取其成能软坚,一取其脱化下行,促使结石溶化、排出。赵永昌用软坚脱化汤指出,其方对尿石症患者有扩张肾及输尿管之功,能增加尿量,产生冲力,促进结石脱落并排出体外。此法不失为治疗尿石症的一种新思路。

尿石症迁延日久,致肾气亏虚,或素体肾气不足,又兼湿热瘀血阻结,形成本虚标实之证,

又当标本兼顾。治在清热通淋,软坚散结之时,辅以补肾益气之品。邓光远^[18]用固肾利湿化石汤,钟健^[19]用金菟排石汤,治疗本型尿石症,效果甚佳。方中酌加川断、杜仲、牛膝、菟丝子、黄芪、升麻等。

以上诸类均是以湿热蕴结作为尿石症的主要病机特点,或兼气滞、或血瘀,或肾虚。治在清热利湿通淋的同时,酌配行气、活血、软坚散结、补肾益气之品。

(二)瘀血搏结型

瘀血阻滞在上一类型中已经涉及,那是因湿热蕴结日久,化瘀生滞,致出现瘀象,湿热瘀血阻结,结石愈加难化难行。治则也是在以清热利湿基础上,佐以活血化瘀、软坚散结之品。而本型则是以瘀血阻滞为因,瘀血败精久留不去,化为砂石;或有湿热,或无湿热。以瘀象为明显,腹部或腰部痛楚难忍,结石久留,舌紫暗有瘀点,脉涩。缠绵不解,也可致肾气亏虚。治则宜软坚散结为主,或佐以清热利湿,或佐以补肾益气,临床据证加减。

张功安^[20]用三甲四全汤治疗本型结石,以穿山甲、鳖甲、炮猪蹄甲、金砂牛软坚散结,郁金、三棱、鸡内金行气活血,促进散石;配金钱草以清热利湿通淋,使结石有所出,川牛膝引药,引石下行;腰痛加白芍、甘草,瘀滞重者加桃仁、莪术。治56例,疗效约71.3%。

王晓君^[21]用穿山甲复方加味磁化治疗泌尿系结石36例,总有效率80.6%。药理试验证实,其方能防止草酸钙肾结石的形成,增强平滑肌兴奋性,促进输尿管蠕动,扩张输尿管,有利于结石排出,改善肾功能,使肾盂内压力增高。

(三)正虚瘀阻型

本型患者主要是由于素体肾气亏虚,不能温行水液,致湿瘀化热,或瘀血阻滞,湿热瘀血搏结形成尿石;或者尿石症日久迁延不愈,致脾肾气虚。患者主要表现一派虚象,如面色㿔白,气短乏力,腰膝酸痛,舌暗淡,脉缓或涩,同时有小便情况的改变。治则主要先温补肾气,健其推动水液之功,佐以清热通淋,或活血化瘀排石。

陈芳海^[22]等用益气化瘀排石汤治疗本型尿石症,以黄芪、党参、菟丝子等益气补肾,金钱草、车前子、鸡内金等利湿通淋,效果良好。兰茂璞^[23]用益气排石汤,除益气通淋外,又加桃仁、红花、三棱、莪术、路路通以活血软坚。傅昌格^[24]等以少腹逐瘀汤加减治疗本型尿结石,采用小茴香、干姜、官桂以温中益气,赤芍、生蒲黄、制乳没等逐瘀散结;气虚重者加黄芪、党参,有效率达88%。

尿石症者若以津液亏虚,脾胃运化失调之证为主要表现者,则宜生津润燥,健运脾胃。邱火新^[25]用芦根排石汤治疗肾结石,以芦根、花粉生津润燥,以苍术、车前子、猪苓利水通淋,厚朴行气以助运化;口干汗多、心烦失眠者加知母、丹皮以清虚热。总有效率达94%。

(四)小结

尿石症是一种多因素疾病,病因尚未完全清楚,给临床防治工作带来了很大困难。近年来临床治疗多采用“排、溶、碎、取”的方法,特别是随着体外震波碎石和腔内外科新技术的开展,使90%以上的上尿路结石患者不需传统的切开取石即可去除尿石,但残余结石的消除和防止结石复发等,仍是临床上尿石症治疗所面临的两大难题。期望中医中药能在这方面发挥很大的作用。

西医尿石症基本上属中医“石淋”、“砂淋”范畴。元代朱震亨《丹溪心法·淋》载:“诸淋所发,皆肾虚而膀胱生热也。”明确指出淋的发病机理和定位,就是肾虚而膀胱热。肾与膀胱互为表里,肾气虚膀胱气化不利,从而湿热蕴积下焦,日久则尿中杂质结为砂石,与现代医学提出的尿石成因过饱和结晶说颇为一致。中医药在尿石症治疗方面积累了丰富的经验,其中有许多行之有效的方药。如上所述,常见证型有湿热蕴结、瘀血搏结、正虚瘀阻等。治疗方法有清热利湿,活血化瘀、软坚散结、通淋排石,益气补肾等。其中中药现代药理作用大体有以下几方面:排石作用,如金钱草、海金沙、车前子、石韦、滑石等;利尿作用,如金钱草、瞿麦、黄芪等可增加尿量,尿流直接冲击结石,间接增加输尿管蠕动;溶石作用,如鸡内金、冬葵子、鳖甲、海金沙、鱼脑石等;干扰代谢作用,如山甲、皂刺、乳没、牛膝、三棱、莪术、厚朴等,起到降低尿草酸钙饱和度、防石的效果;抑制尿结石生长作用以及抗菌消炎作用。

在以后的研究中,期望在目前中医辨证施治的同时,结合现代医学研究方法,采用中西医结合的综合治疗,力求进一步扩大药物排石的适应证,提高其排石率;发现有效的溶石中药,并从中提取出低毒、无刺激、溶石速度快的新型药物;以及预防结石的复发,最终使病人达到终身预防的目的。

参考文献

- [1]段从伟. 69例泌尿系结石中药治疗小结. 云南中医学院学报. 1993;(4):16~42
- [2]朱洪毅. 四金消石汤治疗尿路结石 62例. 北京中医. 1994;(3):25
- [3]孔连礼,等. 加减八正散治疗泌尿系结石 34例. 吉林中医药. 1983;(5):19
- [4]陈艳舫,等. 排石汤加活血化瘀药为主治疗尿石病 100例观察. 黑龙江中医药. 1992;(5):19
- [5]潘洪平,等. 排石汤 1号治疗尿路结石 206例. 中医药信息. 1993;(3):25
- [6]唐茂清. 石苇芍药散治疗泌尿系结石. 黑龙江中医药. 1989;(3):44
- [7]范天福,等. 复方赤豆琥珀汤治疗泌尿系结石 23例. 山东中医杂志. 1983;(4):16
- [8]毛兆明. 中西医结合治疗泌尿系结石 120例. 湖北中医杂志. 1996;(17):21
- [9]许永顺,张洪玲. 中西医结合治疗泌尿系结石 82例. 山东中医杂志. 1994;(37):13~121
- [10]陈治水,杜心伟. 通淋化瘀排石汤治疗泌尿系结石. 四川中医. 1990;(5):8~33
- [11]高云亭,等. 肾甲方治疗尿路结石 39例. 广西中医药. 1988;(2):11~12
- [12]王润生,等. 连翘丹参汤治疗泌尿系结石 56例报告. 黑龙江中医药. 1988;(3):19
- [13]刘莲秀. 石苇散加减治疗石淋症 20例临床体会. 广西中医药. 1984;(1):7~20
- [14]常宝忠. “排石合剂”治疗泌尿系结石 40例临床观察. 黑龙江中医药. 1986;(3):16
- [15]张志发. 四金化瘀排石汤治疗尿石病 66例. 山东中医杂志. 1985;(5):23
- [16]宗言顺. 通淋涤石汤治疗泌尿系结石. 吉林中医药. 1988;(4):19
- [17]赵永昌. 软坚脱化汤治疗尿石症 237例. 河北中医. 1996;(2):18~17
- [18]邓光远. 固肾利湿化石汤治疗泌尿系结石 203例. 陕西中医. 1990;(6):11~253
- [19]钟 键. 自拟金菟排石汤治疗尿石 50例. 湖北中医杂志. 1993;(4):19
- [20]张功友. 三甲四金汤治疗泌尿系结石 56例疗效观察. 新中医. 1994(12):21
- [21]王晓君. 穿山甲复方加味磁化治疗泌尿系结石 36例. 山东中医学院学报. 1996;(2):20~100
- [22]陈芳海,等. 益气化瘀排石汤治疗泌尿系结石 128例临床观察. 山西中医. 1996;(2):11
- [23]兰茂璞. 益气排石汤治疗泌尿系结石 32例. 山东中医杂志. 1986;(6):29
- [24]傅昌梅,等. 少腹逐瘀汤加减治疗泌尿系结石 100例疗效观察. 1985;(5):127
- [25]邱火新. 芦根排石汤治疗肾结石 180例小结. 新中医. 1996;(1):100

十二、烧伤治疗的新进展

近年来,我国烧伤学科发展迅速,专业队伍不断扩大,烧伤治疗技术又有了新的提高。如早期行切痂、大张异体(种)皮开窗嵌入小皮片或微粒皮及皮浆移植修复创面,提高了治疗水平。许多基层医院也采用以上先进技术成功地救治了烧伤面积达90%以上的病人,且LA₅₀(半数烧伤面积治愈率)达90%以上,形成了比较完整的,有我国特色并适合我国国情的烧伤治疗方法,居国际领先水平。此外,颅骨大片坏死、肢体严重电烧伤,伴有血管及骨关节损坏包括周围及中枢神经损伤的治疗等,我国也处于世界前列。在烧伤局部用药方面,其中人工保护膜就不下十余种^[1]。对于湿润烧伤膏也取得了比较一致的看法。

(一)内治法

严重烧伤后,休克、感染和内脏功能不全是在病程中彼此密切关联并相互重叠的复杂的临床问题,早期复苏得力,对感染和内脏功能不全可以起到预防作用,如复苏不利,应考虑有感染因素介入^[2]。对于烧伤,休克是较严重的并发症,目前在治疗上,多采用中西医结合治疗,在补充血容量的同时,辨证用药。同时,应用足量的抗生素控制感染。既往认为,补液不仅有利于恢复血容量,还能稀释血液,降低血液中毒素的浓度,对组织器官有一定的保护作用,但从实验观察发现,烧伤后立即补液对心肌的保护作用是有限的,自由基起着重要的作用,故严重烧伤后的复苏中补入的液体应辅以新的内容^[3]。宋家科等在临床上应用VitE对严重烧伤病人早期中性粒细胞吞噬功能的损伤进行治疗,取得了一定的成果。并且指出,严重烧伤早期复苏补液治疗中,应用自由基清除剂和抗氧化剂可以防止严重烧伤后早期PMN功能损伤,提高机体防御能力^[4],从而为烧伤早期补液治疗,开辟了一条新的方式。

烧伤后,分解代谢加剧,同时血浆胰岛素相对不足和组织对胰岛素抵抗,从而使机体分解代谢激素分泌增多,导致组织糖利用障碍,蛋白质分泌增加。解伟光等通过实验观察发现,甲苯磺丁脲能在一定程度上改善烧伤后合成代谢激素与分解代谢激素相对不平衡状态,且无明显不良反应。其机理可能是(1)甲苯磺丁脲能够刺激胰腺对胰岛素的分泌,强化胰岛素的作用。(2)本药改善了组织的胰岛素抵抗,促进葡萄糖利用。(3)本药能抑制胰高糖素的分泌^[5]。

关于烧伤感染,李辛群对4547例病人分析后认为,病人的死亡率随烧伤面积的增加而增加,主要原因是创面的脓毒血症。近年来对于脓毒血症的治疗与十年前相比无明显进步。近年来临床观察发现,许多细菌对原有敏感药物产生了抗药性,致病菌谱也发生了一定的变化^[6]。有人曾对烧伤创面感染细菌1116株进行分析认为临床革兰氏阴性菌仍占优势。铜绿假单胞菌,金黄色葡萄球菌,乙酸钙不动杆菌占居前三位。同时还在创面及烧伤病房环境中分离出了蜡样芽胞杆菌、绿色气球菌、曲霉菌等。药敏试验显示G⁺菌对苯唑青霉素较为敏感,G⁻杆菌对丁胺卡那霉素,先锋铋,萘啶酸,氟哌酸,氧哌嗪青霉素,复达欣等较为敏感^[7]。专家学者们也注意到β内酰胺类抗生素和β内酰胺酶抑制剂的合剂对提高有关抗生素抗菌作用的意义。如头孢哌酮和青霉烷砜的合剂,使药敏恢复到60%以上。但对头孢哌酮的局部应用表示担心,提出必要时应全身和局部同时应用。尽管有报道MRSA对万古霉素耐药,但目前万古霉素对MRSA治疗的有效地位还是公认的^[8]。

在中药分型辨证论治方面,近年来报道不多。唐汉钧^[9]把中轻度烧伤分为3型,即:热邪炽

盛,湿热下注,阴虚内热等,并列出了相应的方药。热邪炽盛型的方药为生地,公英各 30g,赤芍、丹皮、双花、连翘、黄连、黄芩、山栀子、大黄各 9g,虎杖 15g,生甘草 3g。湿热下注型方药:苍术、生薏苡、赤茯苓各 12g,黄柏、牛膝、双花、连翘、防己、泽泻、大黄各 9g,生甘草 3g。阴虚内热型方药为大生地 18g,黄精 12g,天花粉 15g,元参、麦冬、双花、连翘、丹皮、黄芩各 9g,生甘草 3g,芦根 1 尺。唐氏用上述方剂配合应用中药外用药共治疗中轻度烧伤 132 例,全部治愈,无后遗症。

(二)外治法

烧伤局部用药包括人工保护膜及抗生素。如磺胺米隆、磺胺嘧啶银、氟哌酸银,以及吡哌酸锌,碘络醚,磺胺嘧啶锌软膏,复方愈合灵(4%ZnSD₂+2%AgSD)等,经实验研究和临床证实上述制剂抗菌力强,且能促进Ⅰ度创面愈合。韩风华等在临床上采用痂下给药的方法治疗和预防Ⅰ—Ⅱ°烧伤的痂下感染,取得了较好的治疗效果。窦天锡等^[9]对颗粒植皮、猪皮覆盖法治疗Ⅲ度烧伤进行了总结,指出其优点是:①此法解决了大面积深度烧伤植皮供区不足的问题,减少了供区创伤,又能为后期整形保留良好的皮肤。②疗程短,省工省时省力。③能良好地保护微粒皮生长,封闭疮面,易于基次单位采用。④头皮是微粒皮良好的供区,既易漂浮又能反复多次使用。⑤效果好,大大减少死亡率。但此法亦有其不足之处:①此法在感染肉芽创面应用时,微粒皮成活率低,覆盖创面差。②愈合创面皮肤很薄,抵抗力差,易感染,起水疮,瘢痕体质病人,创面皮下可出现瘢痕增生及挛缩,局部弹性差,关节活动受限。③头、颈、会阴等特殊部分包扎固定困难。

中药剂型向多样化发展,膏剂,散剂,浸膏,膜剂,水煎剂,酊剂等应有尽有,对轻中度烧伤及小面积Ⅲ度烧伤取得了很好的疗效,有些还经过了对照组及统计学处理, $P<0.01$,有显著统计学意义。刘善庭^[10]还对中药在烧伤中的应用进行了总结和评论。贺润明等^[11]以麻油,蜂蜡为基质加生地、丹皮、黄柏、大黄、当归、乳香、没药、地榆、白芷、寒水石、冰片制成膏剂,涂抹创面,行暴露疗法,治疗 308 例烧伤,结果全部治愈。史会林^[12]应用地榆糊剂(生地榆 500g,麻油 1000ml,熟石膏、地榆炭各 60g,大黄 80g,海螵蛸 30g,川黄柏 15g,冰片 6g)治疗 72 例中度烧伤,日换药一次,全部治愈,病程一般 4—8 天。陈洪应^[13]用虎杖 250g,儿茶 250g,地榆、大黄各 120g,冰片、五倍子各 90g,细辛 60g 研末,浸入 80%乙醇中制成复方烫伤酊,治疗烧伤 150 例全部治愈。其病程浅Ⅱ°为 6.2 天,深Ⅱ°13.3 天,Ⅲ°32.4 天。王有详^[14]用大黄紫草油(大黄、紫草各 50g,白芷、地榆、虎杖、忍冬藤各 30g,香油 1000g,冰片 50g)涂抹创面,暴露创面,共治疗 37 例,全部治愈。

用猪油 1000g,生地榆 80g,当归 60g,黄连 20g,白芷 30g,甘草 30g,生大黄 60g,三七参粉 10g 制成玉露烧伤膏。以 20%黄柏液淋洗创面而后涂抹该膏,暴露创面,共治疗 66 例,痊愈 62 例,好转 3 例,转院 1 例^[15]。李国强^[15]以麻油 30g,蜂蜜 30g,大黄、生地榆各 10g,饮片 5.15g,蛋清 3 枚制成烧烫伤浸膏,治疗烧烫伤 156 例,酌情配用抗生素、维生素、补液治疗,全都治愈,与 28 例京万红烫伤药膏治疗的病人作对照,统计学处理,有显著统计学意义。纪红霞^[16]采用中西医结合疗法,以白及 100g,呋喃西林粉 0.2g,盐酸丁卡因粉 1g,蜂蜜 200ml 制成烧伤涂膜剂外涂创面,暴露。其中Ⅰ°烧伤 2—3 日为一个疗程,结痂后不再涂药,自行愈合,Ⅱ°3—5 日为一个疗程,早期切痂植皮。结果浅Ⅱ°烧伤治愈率为 85.3%,深Ⅱ°烧伤治愈率达 87.5%,Ⅲ°烧伤为 83.8%,总有效率为 85.5%,与常规治疗组对照,统计学处理 $P<0.05$ 。张国元^[17]以烧

伤粉(榆树皮、生大黄、黑地榆、艾叶茎,白芨各 100g,黄连、黄柏各 120g),烧伤液(烧伤粉中兑入 65%500 至 1000ml,NS1000—1500ml,庆大霉素 320 万^[1]),烧伤膏(烧伤粉加入香油、凡士林、陈醋调成糊状)治疗烧烫伤。其中Ⅰ°及浅Ⅱ°烧伤用烧伤液喷洒创面,深Ⅱ°烧伤用烧伤粉涂抹创面,电击伤,小面积Ⅱ°烧伤和头面部,颈部,会阴部烧烫伤用烧伤膏治疗,共治疗 80 例,结果全部治愈,疗程 5—21 天。陈守信^[18]以香油 1000ml,黄连 50g,大黄、黄柏、紫草各 30g,冰片 5g,制成三黄紫冰油外涂创面治疗烧烫伤 487 例,结果全部治愈。本方止痛效果尤佳,一般无后遗症。池晏清等^[19]以虎杖粉 1800g,地塞米松粉 1.8g,茶液 2800ml 制成复方虎杖制剂治疗中小面积Ⅱ°烧伤 100 例,全部治愈。陈德才^[20]用黄连 250g,茯苓、生大黄、地榆、白芨各 500g,黄柏 150g 研末,用水 10000ml 煎煮过滤后,再煎至 500ml,加入煅石膏 250g,冰片 40g,生蜂蜜 800g 制成复方煎剂,喷撒治疗烧伤 41 例,全部治愈。刘谋升应用中药艾叶、灵仙、老松皮、红花、制成水煎剂外用治疗和防止伤疤痕 56 例,有效率达 94.7%。对烧伤后遗症的治疗作了可贵的探索。

(三)关于湿润烧伤膏及湿润疗法

近年来,由北京光明中医烧伤创病研究所研制生产的湿润烧伤膏广泛流传于一些基层医疗单位,对其疗效评价不一。总的说来,应用湿润烧伤膏后,创面加深,感染加重,败血症发生率和死亡率均增高。郭振荣等^[21]实验发现湿润烧伤膏的抗感染作用不及银锌霜,负离子照射作用强,甚至于应用该膏后,感染更重。阎汝蕴等^[22]也实验发现:(1)应用湿润烧伤膏加重创面感染,创面愈合时间延迟,愈合后瘢痕增生,造成功能障碍及外观受损。(2)应用此膏无改善烧伤后肌体免疫功能作用,亦无抗菌作用。胡嘉念^[23]观察到的结果,完全证实了阎、郭二人的观点。陈璧等^[24]则从生物学效应及免疫功能两方面对此膏进行实验研究,指出:(1)本膏无抑菌和杀菌作用。(2)本膏为油性,易腐化,使用此膏后创面坏死组织液化脱落,潮湿,成了细菌生长的良好环境,形成优势繁殖。(3)严重感染进一步抑制 PMN 功能,使得机体免疫功能低下。故认为本膏能加重创面感染,不宜用于大面积或深度烧伤,否则感染难以控制,甚至危及病人生命。目前已有应用本膏造成死亡报道多篇。

总之,近年来烧伤医学已取得了巨大的进步,但也有不尽人意之处。外用药的研制中,中药大有潜力可挖。

参考文献

- [1]第四届全国烧伤外科学术会议纪要. 中华整形烧伤外科杂志. 1995;(2):11~160
- [2]为提高我国创面用药的疗效和健康发展而努力. 中华整形烧伤外科杂志. 1994;(1):10~85
- [3]路卫,等. 烧伤休克延迟补液后氧自由基对心肌的损伤. 中华整形烧伤外科杂志. 1995;(2):111~112
- [4]柴家科. VitE 对严重烧伤病人早期中性粒细胞吞噬功能损伤的防治作用. 中华整形烧伤外科杂志. 1995;11(1):32~35
- [5]解伟光,等. 甲苯磺丁脲与烧伤后高代谢. 中华整形烧伤外科杂志. 1991;7~41
- [6]李辛群. 4547 例烧伤病人及不同时期死亡病例的统计分析. 中华烧伤外科杂志. 1995;(15):11~335
- [7]全国烧伤感染及并发症专题研讨会纪要. 中华整形烧伤外科杂志. 1995;11(5):399~400
- [8]唐汉钧. 中药治疗中轻度烧烫伤 132 例. 山东中医学院学报. 1991;15(3):37~38
- [9]窦天锡,等. 微粒植皮猪皮覆盖治疗三度烧伤体会. 中华整形烧伤外科杂志. 1989;5~66

- [10]刘善庭. 中药在烧伤中的应用及其评烧. 中医研究. 1993;6(3):41~45
- [11]贺润明. 润创烧伤膏临床应用 308 例. 湖南中医杂志. 1993;9(5):32~33
- [12]史会林. 地榆油糊剂治疗烧伤 72 例疗效观察. 天津中医学院学报. 1993;12(2):15~16
- [13]陈洪. 冷芷复方烫伤酊治疗 I° 烧伤创面 150 例临床观察. 新中医. 1992;24(2):28~30
- [14]王有详. 大黄紫草油治疗烫伤. 四川中医. 1992;10(7):27
- [15]李国强. 自制烧烫伤浸膏治疗烧烫伤 158 例报告. 甘肃中医. 1992;5(1):31~32
- [16]纪红霞. 复方后及烧伤涂膜剂治疗烧伤 62 例. 中国中西医结合杂志. 1992;12(1):49~50
- [17]张国元. 中西医结合治疗烧烫伤 80 例总结. 河南中医. 1991;(5):11~22
- [18]陈守信. 三黄紫冰油外涂治疗烧烫伤 487 例. 陕西中医函授. 1993;(1):20~21
- [19]池晏清. 复方虎杖制剂治疗中小面积 I° 烧伤 100 例. 河南中医药学刊. 1995;10(3):49~50
- [20]陈德才. 中药煎剂治疗烧伤 41 例观察. 实用中西医结合杂志. 1994;(7):4~414
- [21]郭振荣,等. 大面积烧伤休克期切痂植皮. 中华整形烧伤外科杂志. 1994;(1):9~5
- [22]阎汝蕴. 湿润烧伤膏对烧伤大鼠. 中华整形烧伤外科杂志. 1994;10(1):15~22
- [23]胡嘉念. 中华整形烧伤外科杂志. 1994;10(1):23~24
- [23]陈璧,等. 湿润烧伤膏治疗烧伤区微生物学效应与免疫功能影响. 中华整形烧伤外科杂志. 1994;(1):10~19

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]
书名=中西医结合专科病诊疗大系 外科病学
作者=
页数= 5 2 2
S S 号= 1 0 3 1 9 4 9 1
出版日期=

封面页
书名页
版权页
前言页
目录页
上编

基础理论

第一章 周围血管疾病
第一节 周围血管系统生理病理
第二节 周围血管疾病的诊断
第三节 周围血管疾病的中医疗方法
第二章 肛门直肠疾病
第一节 肛门直肠的生理病理
第二节 肛门直肠疾病的诊断
第三节 肛肠疾病的治疗
第三章 急腹症
第一节 与急腹症有关的生理
第二节 急腹症的病理
第三节 急腹症的诊断
第四章 其它疾病
第一节 乳房疾病
第二节 泌尿及男性生殖系统疾病
第三节 甲状腺疾病

中编 临床诊疗

第一章 血栓闭塞性脉管炎
第一节 概述
第二节 病因病理
第三节 临床诊断
第四节 治疗
第五节 预防
第二章 动脉硬化闭塞症
第一节 概述
第二节 病因病理
第三节 临床诊断
第四节 治疗
第五节 预防与调护
第三章 深静脉血栓形成
第一节 概述
第二节 下肢静脉解剖
第三节 病因病理
第四节 临床诊断
第五节 治疗
第四章 大动脉炎
第一节 概述
第二节 病因病理
第三节 临床诊断
第四节 治疗
第五节 预防
第五章 雷诺氏综合征
第一节 概述
第二节 病因病理
第三节 临床诊断
第四节 治疗
第五节 预防
第六章 痔
第一节 概述
第二节 病因病理
第三节 临床诊断
第四节 治疗
第五节 预防
第七章 肛裂
第一节 概述
第二节 病因病理

	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第八章	肛门直肠周围脓肿	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第九章	肛瘘	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第十章	肛管直肠脱垂	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第十一章	胃、十二指肠溃疡急性穿孔	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第十二章	急性肠梗阻	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第十三章	急性阑尾炎	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第十四章	胆道系统感染和胆石病	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第十五章	急性乳房炎	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第十六章	乳房增生病	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第十七章	乳房纤维瘤	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗

	第五节	预防
第十八章	乳管内乳头状瘤	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第十九章	乳腺癌	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第二十章	男子乳房肥大症	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第二十一章	单纯性甲状腺肿	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第二十二章	甲状腺腺瘤	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第二十三章	尿石症	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
第二十四章	急性前列腺炎	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
第二十五章	慢性前列腺炎	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
第二十六章	前列腺增生症	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第四节	治疗
第二十七章	烧伤	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	护理和预防
第二十八章	冻伤	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗

	第五节	预防
第二十九章	破伤风	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防
第三十章	颈淋巴结结核	
	第一节	概述
	第二节	病因病理
	第三节	临床诊断
	第四节	治疗
	第五节	预防

下编 专题研究

一、	血栓闭塞性脉管炎病因探讨——前列腺素学说
(一)	前列腺素系统与T A O的病理关系
(二)	P G系统与T A O临床表现
(三)	前列腺素作用机制
(四)	P G系统与T A O等周围血管闭塞性疾病的治疗
(五)	P G系统功能紊乱是造成T A O的重要内在原因
二、	对肛肠疾病某些问题的研究认识
(一)	肛门直肠部的麻醉
(二)	肛肠术后止痛剂的应用
(三)	肛肠病的烟熏疗法
(四)	《诸病源候论》中祛痔导引术
(五)	云南白药外用治疗肛肠疾病出血
(六)	痔痛灵的实验研究
(七)	痔疼灵治疗肛门肿痛2 1 9例
(八)	生肌愈肤汤治疗难愈性创面的机理研究
(九)	中西医结合治疗内痔术后续发性大出血
(十)	舒便汤治疗老年直肠内脱垂8 2例
(十一)	有关肛周脓肿手术治疗的问题
(十二)	肛瘘挂线疗法的机制
三、	秦艽椿皮汤治疗非特异性溃疡性结肠炎的临床观察与实验研究
(一)	临床观察
(二)	实验研究
(三)	讨论
四、	乳腺增生病的中医外治进展
(一)	临床应用
(二)	外治机理研究
(三)	结语
五、	乳腺增生病的动物实验研究进展
(一)	动物模型的制作研究
(二)	中医药对本病动物模型作用的研究
六、	从肝论治男性乳腺病
(一)	生理上的影响
(二)	病理上的影响
(三)	临床应用
七、	瘰病的证治近况
(一)	瘰病概况
(二)	治则治法
(三)	内治验方汇要
(四)	针药结合法
(五)	外治法
(六)	中西医结合疗法
(七)	讨论
八、	阑尾周围脓肿的中西医结合治疗
九、	腹部外科围手术期的中西医结合治疗
(一)	中医治疗
(二)	西医治疗
(三)	治疗结果
十、	中西医对前列腺增生病研究的进展

- (一) 病因病理的新认识
 - (二) 临床治疗与实验研究的新进展
- 十一、辨证论治尿石症
 - (一) 湿热蕴弗型
 - (二) 瘀血搏结型
 - (三) 正虚瘀阻型
 - (四) 小结
- 十二、烧伤治疗的新进展
 - (一) 内治法
 - (二) 外治法
 - (三) 关于湿润烧伤膏及湿润疗法