中医临床丛书

中医外科

主编 王永炎 王沛

人民卫生出版社

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中医临床丛书

今日中医外科

王永炎 主编
王 沛 主编
鲁兆麟 副主编
张耀圣 副主编
曾兆山 副主编
任继学 主审

人民卫生出版社

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

图书在版编目（CIP）数据

今日中医外科/王永炎，王沛主编．－北京：
人民卫生出版社，1999
（中医临床丛书）
ISBN 7-117-03462-9

Ⅰ．今… Ⅱ．①王… ②王… Ⅲ．中医外科
Ⅳ．R26

中国版本图书馆 CIP 数据核字（1999）第 33653 号

中医临床丛书

今日中医外科

主　　编：王永炎　王　沛
出版发行：人民卫生出版社
地　　址：（100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼）
网　　址：http://www.pmph.com
E - mail：pmph @ pmph.com
印　　刷：三河市潮河印刷厂
经　　销：新华书店
开　　本：787 × 1092　1/16
印　　张：73
字　　数：1715 千字
版　　次：2000 年 1 月第 1 版　2000 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
印　　数：00 001—4 000
标准书号：ISBN 7-117-03462-9/R·3463
定　　价：108.50 元
（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中医临床丛书

《今日中医外科》编写人员名单

顾　问　（按姓氏笔画为序）

十祖望　王子瑜　王玉川　王玉章　王绵之　方和谦　邓铁涛
石晶华　朱仁康　刘渡舟　刘弼臣　关幼波　江育仁　巫君玉
李克光　李振华　陈可冀　张镜人　欧阳锜　杨甲三　尚天裕
周仲瑛　赵绍琴　施汉章　施奠邦　祝谌予　高辉远　郭霭春
唐由之　黄星垣　韩百灵　董建华　程莘农　焦树德　路志正
裘沛然　颜正华　颜德馨

主　审　任继学　长春中医学院附属医院　教授　主任医师

主　编　王永炎　中国中医研究院　中国工程院院士　教授　主任医师
王　沛　北京中医药大学东直门医院　教授　主任医师

副主编　鲁兆麟　北京中医药大学　教授　主任医师
张耀圣　北京中医药大学东直门医院　副主任医师　医学博士
曾兆山　吉林力源药业股份有限公司　经济师

编写者　（按书中出现顺序为序）

张耀圣　北京中医药大学东直门医院　副主任医师　医学博士
张　健　中国中医研究院　医学博士后
艾儒棣　成都中医药大学临床医学院　教授
陈明岭　成都中医药大学临床医学院　讲师　主治医师　医学硕士
李占玲　辽宁中医学院附属医院　副教授　副主任医师
杨吉相　辽宁中医学院附属医院　教授　主任医师
吴春芳　辽宁中医学院附属医院　主治医师
吕延伟　辽宁中医学院附属医院　副教授　副主任医师
刘爱民　湖北省武汉市中医医院　教授　主任医师
郑则敏　福建中医学院附属人民医院　教授　主任医师
杨　旭　福建中医学院附属人民医院　主治医师
江　山　福建中医学院附属人民医院　主治医师

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

顾乃强	上海天山中医医院		主任医师
唐　新	上海天山中医医院		主治医师
伍锐敏	中日友好医院		主任医师
庞　洁	中日友好医院		医学硕士
唐汉钧	上海中医药大学龙华医院	教授	主任医师
韩会学	中日友好医院		医学博士
李　斌	上海中医药大学岳阳医院	主治医师	医学博士
赵尚华	山西中医学院		教授
薛晓红	山西中医学院附属医院		主治医师
施　慧	云南中医学院		主任医师
张晓红	中国中医研究院广安门医院		医学硕士
瞿　幸	北京中医药大学东直门医院	副教授	副主任医师
张晓苏	北京中国民用航空总医院		副主任医师
钟以泽	成都中医药大学附属医院	教授	主任医师
马绍尧	上海中医药大学龙华医院	教授	主任医师
吴胜利	上海市崇明县中心医院		主治医师
李咏梅	上海中医药大学龙华医院		副主任医师
黄仁功	厦门市中医院		副主任医师
吕海鹏	厦门市中医院		主治医师
林月斌	厦门市医药研究所		中医师
刘仍海	北京中医药大学东方医院	主治医师	医学硕士
张燕生	北京中医药大学东方医院	副教授	副主任医师
陈淑萍	辽宁省朝阳市中心医院		主治医师
张书信	北京中医药大学东方医院	主治医师	医学硕士
贾玉森	北京中医药大学东方医院	副教授	副主任医师
张春和	泸州医学院	主治医师	医学博士研究生
李　彪	湖南中医学院第一附属医院	教授	主任医师
秦国政	南京中医药大学	副主任医师	医学博士后
刘信江	福建省福州市中医院		副主任医师
喻文球	江西中医学院附属医院	副教授	副主任医师
谌莉媚	江西中医学院	副教授	副主任医师
王万春	江西中医学院	讲师	主治医师
伊智雄	河北医科大学第五医院	副教授	副主任医师
杨富国	陕西中医学院附属医院	副教授	副主任医师
程英武	河北医科大学中医学院	讲师	医学硕士
李永方	中国人民解放军白求恩和平医院		主治医师
戚国庆	河北医科大学第五医院		主治医师
赵　龙	张家口医学院		副教授

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

李玉丁　河北医科大学　　编辑

统　审　王永炎　王　沛　白永波　鲁兆麟
张春和　张晓红　张　健　张耀圣　苏淑茵　李　岩
张　虹　吴武兰　呼素华　董亚红　柳彩环　徐　毅　葛纫华

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 前　言 ❋

《中医临床丛书》具有时代特征，反映了20世纪90年代中医主要临床学科的现状和发展。本丛书包括《今日中医内科》上、中、下3卷，《今日中医外科》、《今日中医妇科》、《今日中医儿科》、《今日中医眼科》各1卷，每卷选择若干常见病证逐一撰著，均可独立成“篇”，每一病证均按【今日临床】、【近代研究】与【古训今释】3个要目编写。【今日临床】以反映当前中医临床的实际水平和疗效。【近代研究】以反映近年来理论研究、临床研究、实验研究的成果与水平。【古训今释】以反映历代医籍与前贤们有关的理论观点与学术见解。本丛书的作者群体汇集了一大批中青年各临床二级、三级学科的学术带头人、学术骨干与近20年来培养的博士后、博士和硕士。大家都有一个共同的心愿，希望本丛书青春常驻，成为一套学术价值较高的赋有时代特征的长版书，每隔5～10年修订一次，不断加以充实、完善、创新、传承，创出“今日”品牌，以展示中医特色、临床优势与时代特征。

中医学源远流长，绵延数千载，是世界科学史上具有独特理论体系和卓越临床疗效的一门自然科学，它曾为中华民族的繁衍昌盛和人类的文明做出了巨大的贡献。然而，今日的中医学，面对新世纪的到来，将面临着怎样的机遇和挑战?! 这就需要我们在新形势下认真思考中医学的学科定位与学术特征，进而明确学科的发展目标，培植学科的新生长点，稳定具有优势的研究方向。时至今日，中医界同道还需要强化“继承不离古，发扬不离宗”的精神，要以大学科的观念，主动团结行业内外的多学科愿意从事中医研究的有识之士，开拓奋进，重振中医，使中医学永远屹立于世界医学之林，为人类的健康事业，为充实生命科学的内涵，做一份有意义、有力度的工作。

世纪之交的中医学是医学门类的一级学科，它的定位应是具有中国特色的生命科学，中医学研究的对象是人；研究的领域是健康与疾病，包括着如何维护和促进健康，如何预防和治疗疾病并使患者康复。从这一角度看，中医学与西医学同在生命科学的范畴之中。然而中医学还有其自身的学术特征，它是以生物学为基础，与理化数学交融，与人文哲学渗透的学科。中医学与西医学的区别，主要是其独特的理论体系和临床辨证思维模式具有丰厚的中国文化的底蕴，是中国古代哲学指导下的医学。作者们认为提出对中医学学科属性的认识，对探寻中医学术的发展途径有两方面的启示：首先是以大学科的观念，注重多学科的交叉，开展中医学术研究；另一方面是重视基础理论研究，进一步挖掘哲学原理对医学的影响和指导作用，两个方面相辅相成结合得好，必将推动中医学术的进步。有鉴于此，近年来我们学习古代哲学，落脚到中医学研究，并结合中医教学与医疗的实践，逐渐“悟”出宇宙观与中医学术研究有着至关重要的关系。譬如先秦诸子中，老子是中国宇宙论的开创者，着眼于万物的研究；惠施则注重于宇宙中一般事物的观察，他不以神秘的“道”解释宇宙，而以总包一

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

切之“大-”与极微无内之“小一”来解释，还讲：遍为万物，说而不休，大而无外，小而无内，“大-”中寓有“小一”，“小-”中又涵有“大一”，两者相容兼而为用。联系当今中医研究，从方法学角度看，主要是实体本体论与关系本体论的不同，但两者是可以结合的。

有人提出，中医学术研究应遵循“继承、验证、质疑、创新”的思路展开。应当承认继承是源头，是基础，尤其在明确了研究方向，立项立题之后，重视文献研究，占有扎实的本底资料十分重要，故本丛书的【古训今释】，即强调了学习前贤理论与经验，指导今日临床工作；验证的方法包括人体实验与动物实验两种。人体实验即临床研究，既往强调随机、盲法、对照、重复原则的实施。然而更为重要的，应当是质疑与创新，二者是紧密连接的。当今生物医学专家提出个体化的具体治疗是临床试验的最高层次，因此辨证论治诊疗体系的研究与推广，将是新世纪医学研究瞩目的大课题。中医学与任何一门学科一样都不是至善至美的，因此要求我们强化创新意识，培养创新能力(创新包括理论创新与技术创新)，提倡求真求异的精神，鼓励提出新问题，发表新见解，破中有立。值得注意的是，中医理论中的藏象、经络、证候、复方的基础研究与应用基础研究，可能成为21世纪前叶中医学研究的主题，不仅应当引起中医理论研究工作者的重视，也应当引起临床工作者的关注。中医学、中药学的应用基础研究亦多采用综合集成法，重视“大-”即重视宏观理论的指导，人们看到了从整体出发，遵循中医理论，在整体、器官、组织、细胞、分子等水平去探讨证候与复方的生物学机理与药效物质基础所展示出的前景。在研究中，还要重视“小-”。“小一”是微观的，中医研究也需要引进多学科的微观的检测方法和手段。今日的中医医院里已使用CT、MRI影像检查技术，作为中医望诊的延伸。我们有理由相信人类基因组学的科研成果引进到中医药学里来，将会推动中医学术的发展。本丛书的【近代研究】栏目，即反映了中西医学的沟通与多学科的交叉渗透，以广泛兼容为我们取用的方法，充实中医学研究的思路、方法和手段，力求展现时代特征。此外，还有循证医学、人体状态医学与人体发展医学命题的提出，也需要各级各类医师们认真地思考。时至今日，技术高速发展和理论相对滞后的矛盾日益突出，人们渴望中医诊治疾病的科学原理逐步被认识，中医的混沌理论、整体观念以及临床辨证思维模式得到深入研究与逐渐推广。总之，强化理论研究对临床实践的指导作用是十分重要的，也是时代对我们提出的要求。

21世纪的医学朝向着健康，医院将朝向社会人群，医生由治疗人的病转而重视治疗病的人，提高生活质量将成为医学的重要任务。维护健康，促进健康，发挥智力潜力，提高生活质量将成为医学的重要任务。因此“健康”概念的拓宽将为中医学科生长点的培植与学术内涵建设营造一种宽广而又良好的氛围。尤其是对现代难治病的防治，中医药的卓越疗效将为人类健康事业做出更大的贡献。

本书从酝酿筹备、制订大纲、写出样稿、完成初稿、统审定稿，历时4个春秋，充满艰辛与欣慰。作者群体以高度的事业心、责任感以及团结、学习、求实、创新的精神编成此书。我们希望本丛书的出版，能对振兴中医事业、繁荣中医学术起到积极的作用。恳切希望广大中医同道对本丛书提出宝贵意见，我们将不断对其进行修订完善，使之真正成为辐射中医成果的园地。

王永炎　鲁兆麟

1999年6月

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 绪　言 ❋

《今日中医外科》选择了外科临床中常见的、具有中医治疗特色的23种病证。每种病证都是从全国范围内进行组稿的，每位作者可以说是专门从事该病证临床、教学及科研的有所成就的专家，因此该书代表了我国中医外科学术水平和临床水平。不难看出，通过本书既是总结过去、展示现在，更重要的是提出：中医外科学如何面向未来？

中医外科学是具有鲜明特色的临床学科，区别于其他学科的主要特点是：强调邪气的存在；每一种病证都具有局部的症状和/或体征；丰富多彩的外治法。客观存在的局部症状、体征是临床疗效的有力的客观评判标准。客观的疗效也验证了理论的正确与否。众所周知，外科理论是薄弱的，也是亟待丰富发展、特别是需要创新的，本书中的理论阐述既是深化也是思路，更重要的是提出创新中医外科理论的课题。一门学科如果没有卓越和前沿的理论指导，很难有创新和迅速发展。

在过去外科的发展中，既有强调内治的，也有注重外治的，内外结合是当今临床中常用的方法。如何利用现代科技提高外治法的疗效，是外科工作者必须思考和解决的问题。新世纪的到来，要求临床医师给病人提供的是疗效卓著、使用便捷、价格合理的疗法。因此发展学术必须立足社会需要或预测将来的社会需要，中医外科的发展必须首先立足于临床和社会需要。现代科学的发展为医学提供了越来越多的技术和手段，使人们的认识从宏观至微观日益清晰和统一，掌握时代的工具，兼收并蓄，突出特色，是中医外科临床不断创新的方法，那种保守和排斥的偏见是学术发展的最大障碍。

不可否认，中医外科的现代研究是薄弱的，造成这种局面的原因，既有历史、客观的，也有现实、主观的，更多的是后者：即不知如何利用现代科技进行研究！积极充分地利用现代科技阐明中医外科学理、法、方、药的内涵，揭示其科学、合理、规律性的东西，更好地指导临床、保健、预防和康复。实验研究中应把握中医外科学中最基本的、最合理的思想，应建立动态的、整体的、多层次、多水平的研究思路和模式。可以说，现代中医实验研究的发展，将使本学科在去伪存真、去粗取精、由表及里和攻克疑难重症等方面，与临床研究相得益彰，从而促使中医学全面走向现代化。

由于历史客观的原因，智慧的古人从哲学的高度，运用思辨的方法，建立了中医学。今天我们所继承和应用的并不是其全部而是部分，如何对待其余的部分呢？我们认为，不要轻易的肯定或否定，有些看似荒诞的，或许其中蕴藏着合理的内涵，有的甚至需要应用现代科技才能证明。临床的验证将是最有力的说明，因此，我们要本着实事求是的态度和方法，去继承和挖掘古人给我们留下的观点、方法和经验。有一个例子：1996年在中欧创伤修复会上，一位英国学者提出采用无菌蝇蛹去除创面的腐肉，引起人们的兴趣。其实

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

在中国的古代早已采用此法，不同的是古代不能做到无菌而已。

本书的完成得出了这样一个结论：精诚团结，积极合作，承前启后，是中医外科事业兴旺发达的最重要的、最有力的基础。希望此后有更多的同道，以此为起点，共同加盟，繁荣发展中医外科学。

北京中医药大学东直门医院　王　沛

1999 年 6 月

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 目　录 ❋

痈 …… 张耀圣　张　健（1）
【今日临床】…… （1）
【近代研究】…… （21）
【古训今释】…… （33）
乳痈 …… 艾儒棣　陈明岭（39）
【今日临床】…… （39）
【近代研究】…… （51）
【古训今释】…… （55）
疔疮 …… （63）
【今日临床】…… （63）
颜面疔疮 …… 李占玲　杨吉相（63）
手足疔疮 …… 杨吉相　吴春芳（74）
红丝疔 …… 吕延伟　李占玲（80）
烂疔 …… 李占玲　杨吉相（82）
疫疔 …… 杨吉相　吴春芳（87）
【近代研究】…… （90）
【古训今释】…… （107）
丹毒 …… 刘爱民（123）
【今日临床】…… （123）
【近代研究】…… （133）
【古训今释】…… （141）
瘰疬 …… 郑则敏　杨　旭　江　山（153）
【今日临床】…… （153）
【近代研究】…… （165）
【古训今释】…… （170）
乳腺增生病 …… 顾乃强　唐　新　张春和（180）
【今日临床】…… （180）
【近代研究】…… （189）
【古训今释】…… （204）
桥本甲状腺炎 …… 伍锐敏　庞　洁（212）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【今日临床】……（212）
【近代研究】……（227）
【古训今释】……（238）
下肢慢性溃疡 …… 唐汉钧 韩会学 李 斌（244）
【今日临床】……（244）
【近代研究】……（256）
【古训今释】……（270）
脱疽 …… 赵尚华 薛晓红（275）
【今日临床】……（275）
【近代研究】……（301）
【古训今释】……（329）
癥疹 …… 施 慧 张晓红（340）
【今日临床】……（340）
【近代研究】……（347）
【古训今释】……（349）
白疕 …… 翟 幸 张晓苏（354）
【今日临床】……（354）
【近代研究】……（375）
【古训今释】……（404）
白驳风 …… 钟以泽（414）
【今日临床】……（414）
【近代研究】……（419）
【古训今释】……（424）
黧黑斑 …… 钟以泽（428）
【今日临床】……（428）
【近代研究】……（433）
【古训今释】……（436）
红斑狼疮 …… 马绍尧 吴胜利 李咏梅（440）
【今日临床】……（440）
【近代研究】……（456）
【古训今释】……（478）
癣病 …… 黄仁功 吕海鹏 林月斌（485）
【今日临床】……（485）
【近代研究】……（497）
【古训今释】……（505）
痔 …… 刘仍海 张燕生 陈淑萍（516）
【今日临床】……（516）
【近代研究】……（549）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【古训今释】……（564）
肛痈 …… 张书信（577）
【今日临床】……（577）
【近代研究】……（593）
【古训今释】……（614）
良性前列腺增生症 …… 贾玉森　张春和（636）
【今日临床】……（636）
【近代研究】……（664）
【古训今释】……（686）
男性不育 …… 李　彪（703）
【今日临床】……（703）
【近代研究】……（749）
【古训今释】……（762）
阳痿 …… 秦国政　刘信江（777）
【今日临床】……（777）
【近代研究】……（793）
【古训今释】……（819）
毒蛇咬伤 …… 喻文球　谌莉媚　王万春（845）
【今日临床】……（845）
【近代研究】……（885）
【古训今释】……（921）
颈椎病 …… 伊智雄　杨富国　李永方　程英武　戚国庆　李玉丁（926）
【今日临床】……（926）
【近代研究】……（977）
【古训今释】……（1006）
腰椎间盘突出症 …… 伊智雄　程英武　戚国庆　赵　龙　李永方　李玉丁（1022）
【今日临床】……（1022）
【近代研究】……（1085）
【古训今释】……（1106）

附录 ……（1129）
方剂汇编 ……（1129）
古代主要参考书目 ……（1147）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 痈 ❋

痈是气血被毒邪凝滞，壅塞不通而发生的化脓性疾病。它既可发于体表，亦可生于内脏，所以分为“外痈”和“内痈”。本篇之痈仅指外痈。痈属于阳性疮疡，具有发病迅速，初起燃肿，色红疼痛，溃后脓液稠厚，范围多在 9～12cm 左右，易肿、易脓、易溃、易敛等特点，可发生于体表的任何部位，是外科临床中最常见的疾病。相当于西医的由各种化脓性致病菌引起的急性体表软组织感染，如急性化脓性淋巴结周围炎、急性化脓性蜂窝组织炎、热性脓肿等。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

痈的诊断标准，在国家颁布的行业标准、疮疡专业学术委员会等均未制定统一的标准。故本病的诊断标准以全国高等院校统编教材中的诊断为依据。

1.1 病名诊断标准

部位：发生于体表任何部位的皮里膜外之肉理。

发病：多数突然发病。

局部症状：初时病处突然肿胀不适，皮胀光软无头，肉理迅速结块，病位深者皮色不变，浅者皮色燃红，中心较暗，边界欠清，灼热剧痛，继则肿势扩大高起，痛如鸡啄，中心坏死按之有波动感，破溃后脓出稠厚，肿痛随减。

全身症状：常伴不同程度的全身症状。如恶寒发热，头痛泛恶，口渴口苦，尿黄便干，舌苔黄腻，脉弦洪滑数等。

1.2 分 期 标 准

初期(部聚)：7 天之内，患部肿胀不适，皮肤光软无头，肉理迅速结块，病位深者皮色不变，浅者皮色燃红，中心较暗，边界欠清，灼热剧痛，可伴恶寒发热，头痛泛恶，口渴口苦，尿黄便干，舌苔黄腻，脉弦洪滑数。

中期(成脓)：7～14 天之间，肿势逐渐扩大高起，出现痛如鸡啄，中心坏死，按之有波动感，发热持续不退，舌红苔厚，脉象弦数。

后期(溃破)：14～30 天之间，破溃后脓出稠厚，脓色黄白，或夹有赤紫血块，局部肿痛减轻，脓出之后，肌生皮长，全身症状逐渐减退。

1.3 证类诊断标准

风温化火：病发于头颈、上肢，发病迅速，局部肿势宣浮，色红燃热，皮薄光亮，灼

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛剧烈，伴恶寒发热，头痛不适，口鼻干热，咽痛声哑，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。

肝胆火郁：病在胸胁，发病稍缓，初起结块如梅李，逐渐扩大高起，或漫肿如鼓，界限不清，皮色不变或微红，胀痛或灼痛，伴偏头痛或颠顶痛，胸胁胀满，口苦咽干，急躁易怒，舌红苔黄，脉弦滑数。

脾胃湿热：病起于腹部，初起隐痛，渐肿坚硬，根盘肿势扩大，疼痛加重，皮色微红，触之有波动感，伴憎寒发热，食少纳呆，口干口渴不欲饮，恶心泛呕，身重乏力，舌苔厚腻或黄或白，脉滑数。

湿热下注：病生下肢、会阴。肿势散漫，界限不清，皮色暗红，灼热疼痛，化脓迟缓，脓出不畅，小便黄赤，大便粘滞，肢体沉重，舌苔黄或白腻，脉滑数。

2 中心证候特征

邪热之毒阻滞于局部肉理，壅遏气血不遏是痈的中心证候学特征。其主症是：局部红、肿、热、痛和溃疡、流脓。次症是不同程度的全身热毒症状。

红：指局部皮色发红。病位深者、热毒轻者初起时皮色不变，或微红。病位浅者，发于上部多皮色鲜红而光泽，中部者多皮色深红而郁滞，下部多暗红而不泽。

肿：指局部肿胀或结块。病在上部其肿多宣浮，中部多结块，下部其肿多散漫不收。肿块边界清楚，皮色不变者多夹痰湿；皮色紫暗者多夹瘀血。漫肿无边者多为气郁或湿阻。

热：初起时、热邪甚、病位浅者局部热重；化脓时、热邪轻、部位深者病处热轻。

痛：邪毒重、瘀滞甚者其痛明显；化脓之时疼痛剧。脓出之后疼痛多减轻。

脓液：脓液稠厚者气血尚足，脓液稀薄者气血不足；脓液洁净略有腥臭者毒轻而正不虚，脓液秽浊而恶臭者毒甚而正不足。脓液由稠变薄者正气渐虚，由多减少者邪毒渐退。

溃疡：痈成脓溃破之后即形成溃疡，根据溃疡脓腐、护场、大小以及肉芽等可以判断溃疡邪毒之盛衰、脉络之瘀滞、气血之强弱。

3 病　因

3.1 原发病因

素体阴虚、阳盛：素体阳盛之人，其气有余，无论内因、外因，一遇郁滞，即生火热，阻于肉理，气血被壅滞，而发痈肿。阴虚之体，内火偏旺，逆于肉理，易生痈肿。

外感六淫：阳邪外袭，壅滞于肉理之间，气血不通，经络阻滞，痈肿乃生。阴邪外袭，阻滞经络，郁闭阳气，日久化热生火，逆于肉理，乃生痈肿。

外来伤害：跌仆损伤、虫兽咬伤，或皮肉破裂，复染邪毒，阻滞经络，壅塞气血；或内留瘀血，脉络不通，日久化生火热，即成痈肿。

饮食不节：素嗜辛辣之品，易致火热内生，流滞于体表肌肤之间，阻滞经络，凝滞气血；饥饱失常，喜食肥甘厚腻，损伤脾胃，运化失常，致使痰湿内生，流注于体表肉理之间，阻滞经络，凝滞气血，日久化生火热，即成痈肿。

七情内伤：情志内郁，气机不畅，气血瘀滞，经络不通，逆于肉理，化生火热，而生痈肿；肝气不舒，横克脾土，脾伤则运化失常，湿邪内生，湿邪内停，流于肌肤，阻滞经

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

络，壅滞气血，即成痈肿。

3.2 继发病因

痰：痰是由津液产生、运行、输布、排出失常产生的粘稠的病理产物。各种邪毒只要影响津液的任何环节，都会产生痰。痰随气行，流滞于肉理之间，则阻滞经络，凝滞气血，郁久化生火热，而生痈肿。

湿：脾主运化水湿，脾胃受损，运化失常，则水湿内生，上蒙清阳，外郁肌肤，下流肢节，阻塞经络，壅滞气血，化生火热，致成痈肿。

瘀：气为血帅，血为气母。气行则血行，气停则血凝。无论气虚、气滞，还是邪毒阻滞脉络，使血停脉中、溢于脉外，都能产生瘀血，瘀血停于肉理，阻滞阳气，日久化热，瘀热搏结，痈肿乃生。

4 病　机

4.1 发　病

痈属阳证，必有火热，故其发病迅速。除外来伤害所致痈肿外，多数病起于不知不觉之中，至其发觉，痈已渐成。

4.2 病　位

痈生于皮里膜外之肉理中，可发病于体表上、中、下任何部位。

4.3 病　性

痈为阳证，初起之际，多为实证；脓出之后则虚实夹杂，生肌收口之时，乃属虚证。

4.4 病势与病机转化

痈由火热邪毒引起，故其发病迅速，邪毒盛者症状重；脓未成时，疏散及时，外症消于无形；若脓成不能外泄，则循脉络流注；邪毒盛者也可出现内攻脏腑，而生变证如火陷；正气大伤者亦可形成正不托邪之虚陷证；如脓毒及时外泄，则气血生长，生肌收口而愈。

4.5 证类病机

风温化火：风为阳邪，风性上行，易袭阳位，故病发于头颈、上肢；风邪善行而数变，故其发病迅速；风邪外袭，气血壅滞，其肿势宣浮；风温上受，郁而化火，患部色红燃热；风温侵袭肌腠之浅部，则皮薄光亮；火热盛者灼痛剧烈；风温外袭，营卫失和，故恶寒发热；风温火热之邪，上袭清窍，损伤津液，阻滞经络，故有头痛不适，口鼻干热，咽痛声哑；舌尖红，苔薄黄，脉浮数，为风温火热之邪外袭肌表之征。

肝胆火郁：肝胆经络循行于胸胁，故邪郁肝胆，病发胸胁；气郁在前，化火于后，故发病稍缓，初起结块如梅李，逐渐扩大高起，或漫肿如鼓，界限不清，皮色不变或微红；

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气滞火郁，则胀痛或灼痛；火邪循经上窜，故有偏头痛或巅顶痛，胸胁胀满，口苦咽干，急躁易怒等症；舌红苔黄，脉弦滑数，为火毒内郁之象。

脾胃湿热：脾主大腹，脾胃蕴邪，故病起于腹部；湿邪阻滞气血，经络不通，郁久渐生火热，故初起隐痛，渐肿坚硬，根盘肿势扩大，疼痛加重；湿热相搏，化腐成脓，则皮色微红，触之有波动感。湿热内蕴于脾胃，运化失常，脾不升清，胃不降浊，津液不上承，故有憎寒发热，食少纳呆，口干口渴不欲饮，恶心泛呕，身重乏力，舌苔厚腻或黄或白，脉滑数等症。

湿热下注：湿为阴邪，故病生下肢、会阴。湿邪粘腻、着而难去，壅滞气血则肿势散漫，界限不清；郁久化热，肉腐成脓，故皮色暗红，灼热疼痛，化脓迟缓，脓出不畅。湿热下注，滞于六腑，传导不利，故小便黄赤，大便粘滞；湿热搏结，气血不利，而有肢体沉重。舌苔黄或白腻，脉滑数，乃湿热滞留之象。

5 临证思路

5.1 抓住主症

抓主症的目的是辨病是否属痈。局部红肿热痛和溃破、流脓是痈典型的症状，但是要仔细分辨红、肿、热、痛的不同含义：病位浅、热毒重、成脓之际者皮色深红，皮肤温度较高；病位深、热毒轻、寒邪尚未化热者，皮色不变或微红，皮肤温度正常或微热；不同部位的痈皮色亦不同；肿胀或肿块的范围一般应在 9～12cm 间，表皮光软无头；病位浅、热毒重者其痛剧；病位深、热毒轻者其痛轻或钝痛。成脓之时多为鸡啄样疼痛。溃破、流脓时应注意脓腐、护场、肉芽的变化。

5.2 分析次症

分析次症——伴随的全身症状，目的是辨别邪毒之轻重、病位之浅深、正气的强弱、何脏何腑功能失调。

5.3 明确病位

病变所在部位，既提示邪气的性质(在上多风温风热，在中多气郁火郁，在下多湿热湿火)，有可判断是何脏腑、何经络为病。

5.4 辨清病期

痈的一般病程为邪聚、成脓、溃破、收口四期，反映邪正相争的变化过程。仔细分辨痈之病期，判断邪正盛衰，才能准确施治。

5.5 确定病性

痈属阳证，一般为实证，即邪气盛为主，但是随着病程的演变，邪正力量会发生变化，而且对于不同的年龄、体质、部位等其邪正的强弱亦不同。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6 鉴　　别

疖：是指肌肤浅表部位感受火毒，致局部红肿热痛为主要表现的急性化脓性疾病。特点是色红、灼热、疼痛，突起根浅，肿势限局，范围多在3cm左右，易脓、易溃、易敛。与痈的最主要的区别是范围小、病位浅。

疔：是指发病迅速而且危险性较大的急性感染性疾病。多发生在颜面、手足。特点是范围小，约3～6cm，但根深坚硬，或疼痛剧烈，而且发病之初即有明显的全身症状。处理不当会出现严重的并发症如走黄，或损伤筋骨。痈与疔的最主要区别是疔毒重而痈毒轻。

有头疽：亦属阳证，表现为局部初起皮肤上即有粟粒样脓头，或焮热红肿胀痛，易向深部及周围扩散，脓头相继增多，溃烂之后，状如蜂窝。多见于中老年患者，常伴消渴病，且易出现内陷。

丹毒：是皮肤突然发红，色如涂丹的急性感染疾病。红肿边界清楚，中心色淡，周边色深，压之皮肤红色减退，一般不化脓。多生于小腿、头面、新生儿臀部。

恶脉：小腿恶脉，可波及周围组织及皮肤，红肿热痛，可触及索条状肿物，无明显全身症状。

臀核：与颈痈鉴别。多由头面、口腔等部疾病、皮肤粘膜破损引起，但结核肿形较小，压痛明显，推之活动，很少化脓，一般无全身症状。

痄腮：与发颐、颈痈鉴别。多发于腮部，常双侧发生，色白漫肿，酸胀少痛，都不化脓，1周左右消退，并有传染性。高热憎寒，局部化脓者，中医称发颐。

胁疽：与胁痈鉴别。本病初起不痛，或隐隐作痛，渐渐漫肿，出脓稀薄，不易愈合，形成窦道。

腋疽：初起结块推之可动，疼痛不甚，化脓时间约需3个月，溃后脓水稀薄，并夹有败絮样物质，收口缓慢。一般无明显全身症状。

流注：与臀痈鉴别。发生于肌肉深部的转移性多发性脓肿。特征是漫肿疼痛、皮色如常，好发于四肢、躯干肌肉丰厚的深处；并有此处未愈，他处又起的现象。

瘰疬：与颈痈鉴别。是多数发生于颈部两侧的慢性感染疾患。特点为多见于儿童或青年，好发于颈部及耳后，起病缓慢，初起时结核如豆，皮色不变，不觉疼痛，以后逐渐增大窜生，成脓时皮色转为暗红，溃后脓水清稀夹有败絮状物质，往往此愈彼溃，形成窦道。

附骨疽：与肘痈、臂痈、大腿痈、鱼肚痈鉴别。是一种病邪深沉，附着于骨的化脓性疾病。特点是好发于儿童，多发于四肢长骨，局部胖肿，附筋着骨，推之不移，疼痛彻骨，溃后脓水淋漓，不易收口，可成窦道，损伤筋骨。

脐风：与脐痈鉴别。指脐中不痛不肿，潮红湿润，或湿烂流水，瘙痒。

缓疽：与少腹痈鉴别。病发于少腹之旁，或坚硬如石，不红不热，痛引腰腿，数月不溃；或食少乏力，不红不溃，终致不救。

狐疝：与囊痈鉴别。阴囊内肿物，可由体位变化，自行纳入腹中，突出时扪之光滑，无红肿、身寒热之症。

水疝：与囊痈鉴别。阴囊一侧逐渐胀大，不红不热，亦无疼痛，透光试验阳性，平卧不能消失。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘟睾：与囊痈鉴别。为疟腮遗毒于睾丸的疾患，常有腮肿的症状或病史。表现为睾丸肿大，但不化脓。

子痰：与子痈鉴别。由肝肾阴亏，痰湿之邪侵袭而发，起病隐渐，初于附睾处可触及结节，偶感酸胀，阴囊无红热。经数年数月后，破溃流出，稀薄脓液，或夹有败絮样物质，形成窦道后，经年不愈。

痹证：与膝痈鉴别。膝关节肿痛，皮色不红，可伴有身热，环形红斑，关节游走疼痛，以不溃脓、愈后无关节畸形为主要鉴别点。

鹤膝痰：与膝痈鉴别。病势缓慢隐渐，关节肿大，上下纤细，溃后流脓清稀如痰，形成窦道或瘘管。

胶瘤：与委中痈鉴别。发生于腘中，肿块如核桃大小，呈圆形，表面光滑，质硬，局部稍感微痛，或无感觉，不发热，亦不化脓。

7 临床治疗

7.1 分型论治

7.1.1 风温化火

临床表现：病发于头颈、上肢，发病迅速，局部肿势宣浮，色红燉热，皮薄光亮，灼痛剧烈，伴恶寒发热，头痛不适，口鼻干热，咽痛声哑，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。

病机分析：风为阳邪，风性上行，易袭阳位，故病发于头颈、上肢；风邪善行而数变，故其发病迅速；风邪外袭，气血壅滞，其肿势宣浮；风温上受，郁而化火，患部色红燉热；风温侵袭肌腠之浅部，则皮薄光亮；火热盛者灼痛剧烈；风温外袭，营卫失和，故恶寒发热；风温火热之邪，上袭清窍，损伤津液，阻滞经络，故有头痛不适，口鼻干热，咽痛声哑；舌尖红，苔薄黄，脉浮数，为风温火热之邪外袭肌表之征。

转归：本证由外感邪毒而成，起病急，变化快，若内有郁火、积热，则症状重而成脓速。痈发于头而部，火毒炽盛、毒不外泻时可转为内陷。

治法：疏风清热，泄火解毒。

方药：仙方活命饮加减。

金银花　赤芍　穿山甲　乳香　没药　当归　天花粉　贝母　防风　白芷　玄参　黄芩　大青叶　皂角刺　生甘草

加减：高热不退者可用普济消毒饮加减。便秘者加生大黄、芒硝、瓜蒌仁；发于头而加连翘、野菊花、蒲公英；发于上肢加桑枝、木瓜。

临证参考：本证临床多见于痈发头面、颈项、上肢，属于外科所谓的类“上焦”，痈之初起为风温、风热外袭，故治疗时应酌加疏泄风热之品，有散邪于外、引邪居浅、疏通肌表脉络之数。“上焦”阳盛，易助热毒，故成脓较快，临证时应细辨脓之有无，不可强消，成脓及时切开。

7.1.2 肝胆火郁

临床表现：病在胸胁，发病稍缓。初起结块如梅李，逐渐扩大高起，或漫肿如肢，界限不清，皮色不变或微红，胀痛或灼痛，伴偏头痛或巅顶痛，胸胁胀满，口苦咽干，急躁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

易怒，舌红苔黄，脉弦滑数。

病机分析：肝胆经络循行于胸胁，故邪郁肝胆，病发胸胁。气郁在前，化火于后，故发病稍缓，初起结块如梅李，逐渐扩大高起，或漫肿如鼓，界限不清，皮色不变或微红；气滞火郁，则胀痛或灼痛；火邪循经上窜，故有偏头痛或巅顶痛，胸胁胀满，口苦咽干，急躁易怒等症；舌红苔黄，脉弦滑数，为火毒内郁之象。

转归：本证由肝胆气机郁滞，津液与血运行不畅，壅滞于经络、肉理之中则成痈肿，气郁化火，腐肉成脓。过用苦寒，火毒去而气滞不解，痈肿由阳转阴，则成僵肿，日久不除。解郁滞，其药多温燥，过用可助火热，成脓速而腐肉巨。

治法：清肝解郁，散坚消肿。

方药：柴胡清肝汤加味。

柴胡　生地　当归　赤芍　连翘　黄芩　栀子　天花粉　牛蒡子　防风　甘草　金银花　蚤休

加减：酿脓时改用托里消毒散或透脓散；溃后脓去正虚用益胃汤加减；阴亏者用六味地黄汤加减。溃后脓水稀薄者用滋阴除湿汤加减；或以当归、赤芍、丹参、丹皮、金银花、连翘、陈皮、谷芽等煎汤。

临证参考：本证初起以肝气郁滞为主，属实，宜疏理肝气，则火毒易平；若酿脓之际，肝经气少，难于起发，宜托补之；溃后阴血亏虚，育阴固本，助其气血，使疮敛而愈。

7.1.3　脾胃湿热

临床表现：初起隐痛，渐肿坚硬，根盘肿势扩大，疼痛加重，皮色微红，触之有波动感。伴憎寒发热，食少纳呆，口干口渴不欲饮，恶心泛呕，身重乏力，舌苔厚腻或黄或白，脉滑数。

病机分析：湿邪阻滞气血，经络不通，郁久渐生火热，故初起隐痛，渐肿坚硬，根盘肿势扩大，疼痛加重；湿热相搏，化腐成脓，则皮色微红，触之有波动感。湿热内蕴于脾胃，运化失常，脾不升清，胃不降浊，津液不上承，故有憎寒发热，食少纳呆，口干口渴不欲饮，恶心泛呕，身重乏力，舌苔厚腻或黄或白，脉滑数等症。

转归：除湿易助火，泄火多生湿，湿热相搏，腐肉成脓，气血大伤易成内陷。所以本证的变化随着湿热之邪的盛衰、脾胃气血之强弱而向不同的预后转化，局部表现随着而变。

治法：清热除湿，行气和营。

方药：四苓散和黄连解毒汤加减。

黄连　栀子　金银花　生薏苡仁　茯苓　泽泻　白术　蒲公英　陈皮　乳香　没药　赤芍

加减：热重者加天花粉；湿重者加苍术；肿甚可加白芷。

临证参考：本证的形成多见两种途径：饮食不节，邪毒内生者多实证，治以祛邪为主，兼顾正气。素体虚弱，脾胃不足，湿热渐生，以正虚为主，治宜补脾除湿、清热和胃。

7.1.4　湿热下注

临床表现：肿势散漫，界限不清，皮色暗红，灼热疼痛，化脓迟缓，脓出不畅。小便黄赤，大便粘滞，肢体沉重。舌苔黄或白腻，脉滑数。

病机分析：湿邪粘腻、着而难去，壅滞气血则肿势散漫，界限不清；郁久化热，肉腐

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

成脓，故皮色暗红，灼热疼痛，化脓迟缓，脓出不畅。湿热下注，滞于六腑，传导不利，故小便黄赤，大便粘滞；湿热搏结，气血不利，而有肢体沉重。舌苔黄或白腻，脉滑数，乃湿热滞留之象。

转归：湿热下注之证若尽用寒凉则气血愈滞，不得宣通，使痈肿由阳转阴，热虽除而湿留滞，终致日久不消；脓成缓慢；溃脓稀薄，难于收口。

治法：清热利湿，解毒消肿。

方药：龙胆泻肝汤加减或选用萆薢化毒汤加减。

金银花　龙胆草　栀子　黄芩　柴胡　车前子　泽泻　当归　生地　甘草　赤芍

加减：成脓时加穿山甲、皂角刺；阴亏者用滋阴除湿汤；脾胃虚者，用六君子汤。

临证参考：本证多由肝郁脾虚发展而来，肝郁化热，脾虚生湿，湿热相搏流注肝经而成。故临证用药既要清热除湿，又当注重解郁健脾。未成脓时以和营通络为主，酿脓之时以消热除湿为主；溃脓之后注意疏肝健脾。

7.2 按主症辨证论治

7.2.1 肿

临床表现：痈之肿指局部肿胀或结块。病在上部其肿多宣浮，中部肿多郁暗，下部其肿多散漫不收。

病机分析：肿是痈病必有的主症之一。肿是邪毒壅滞气血形成的，寒邪、痰核或瘀血导致的肿多表现为肿块；风、温、热、气、火、湿引起的肿则是漫肿。肿在上夹有风湿、风热；肿在中多为气郁、火郁；肿发于下伴寒湿或湿热。

转归：总而言之，肿分阴肿、阳肿和半阴半阳；由阴转阳者正胜邪为顺证，由阳转阴邪胜正为逆证，痈属阳证，但过用苦寒可转为阴证。

治法：解毒消肿，行气活血。

方药：仙方活命饮加减。

金银花　天花粉　防风　白芷　当归　陈皮　生甘草　乳香　没药　僵蚕　赤芍　贝母

加减：成脓时加穿山甲、皂角刺；风肿时重用防风、白芷；热肿者重用金银花，加蒲公英；郁肿者加郁金、红花、柴胡、香附；湿肿加薏苡仁、苍术、猪苓、茯苓；痰肿加半夏、地龙、瓜蒌。

临证参考：痈肿由邪毒壅滞气血而成；因此治肿必须驱除邪毒、疏通气血；邪毒有风、热、湿、痰、瘀血等的不同，用药要有针对性。一旦化火酿脓形成脓肿，必须切开。

7.2.2 溃疡

临床表现：疮周红肿或僵肿，脓液黄稠或稀薄，肉芽红活或苍白。

病机分析：溃疡的形成是余毒未尽、气血瘀滞、正气不足。火热未除与气血搏结则疮周红肿，热除而痰瘀尚存，则僵肿不消；气血足则脓出黄稠，气血虚则脓液稀薄；气血荣养疮面则肉芽红活；气血不荣，则创面肉芽苍白。

转归：邪毒尽、气血荣则肌生皮长，溃疡向愈；邪毒不除，气血阻滞，溃疡迁延日久不愈；邪毒炽盛，气血不足，毒邪内攻，则成内陷。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：除余邪、消瘀滞、补气血。

方药：托里消毒散加减。

黄芪　茯苓　川芎　当归　白芍　金银花　白术　丹参　地龙　白芷　桔梗　何首乌

加减：气虚者加党参或人参；阴虚者加生地、女贞子、旱莲草；僵肿不消者加半夏、僵蚕、肉桂；阳虚者加鹿角胶等。

临证参考：一般地讲痈肿溃破后脓尽都可以尽快愈合。但对于年老体弱、伴有其他慢性疾病的患者往往愈合缓慢。因此，要细致辨证，准确施药，对于长期不愈合的溃疡要大补气血，重用黄芪、当归、人参。

7.3　按病期辨证

7.3.1　初期(邪聚)

临床表现：7天之内，患部肿胀不适，皮肤光软无头，肉理迅速结块，病位深者皮色不变，浅者皮色燉红，中心较暗，边界欠清，灼热剧痛，可伴恶寒发热，头痛泛恶，口渴口苦，尿黄便干，舌苔黄腻，脉浮而滑数。

病机分析：邪毒初结，气血与邪毒壅滞肉理，则患部肿胀不适，肉理迅速结块；邪郁化热皮色燉红，灼热剧痛，邪毒居表，营卫不和则恶寒发热，热毒内生则头痛泛恶，口渴口苦，尿黄便干，舌苔黄腻，脉浮而滑数。

转归：邪毒初结，气血壅滞，驱除毒邪，疏通气血则痈肿消于无形。邪毒不除，郁久化火，则腐肉成脓。过用寒凉，冰凝气血，则僵肿不消。

治法：疏散邪毒，行气活血。

方药：仙方活命饮加减。

金银花　防风　白芷　当归　陈皮　赤芍　天花粉　乳香　没药　贝母　蒲公英

加减：热毒较盛者宜清热解毒选用加减消毒散；发于上部宜散风清热用牛蒡解肌汤或银翘散；中部宜清肝解郁，用柴胡清肝汤；下部宜清热利湿用五神汤或萆薢化毒汤。

临证参考：初期邪毒结聚，故以散邪为主，针对不同性质的邪气，施以清热、疏风、化痰、温通、行气、活血、除湿等解毒之法，务使邪毒尽散，则痈除肿消；但必须辨清是否成脓，以免养痈为患。

7.3.2　中期(成脓)

临床表现：7～14天之间，肿势逐渐扩大高起，出现痛如鸡啄，中心坏死，按之有波动感，发热持续不退。舌红苔厚，脉象弦数。

病机分析：邪毒壅滞气血渐甚，则肿势逐渐扩大高起，热盛腐肉则痛如鸡啄，肉腐成脓则见中心坏死，按之有波动感，邪热壅盛则发热持续不退。舌红苔厚，脉象弦数乃热毒炽盛壅滞气血之象。

转归：气血尚足，托毒外出，则皮破脓出，邪毒外泄；气血不足，托毒无力，邪毒炽盛，毒邪内攻。

治法：托毒透脓。

方药：透脓散加味。

黄芪　当归　穿山甲　川芎　皂角刺　白芷　天花粉　生甘草　红藤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：热毒盛者加金银花、蒲公英、连翘；气血偏虚者加重黄芪、当归；脓出不畅，加牛膝、桔梗，加重穿山甲、皂角刺。

临证参考：脓成之时，或切开或透脓，及时使脓毒外泄，防止脓人里内攻，加深扩大脓腔。

7.3.3 后期(溃破)

临床表现：14～30天之间，破溃后脓出稠厚，脓色黄白，或夹有赤紫血块，局部肿痛减轻，脓出之后，肌生皮长，全身症状逐渐减退。

病机分析：热毒炽盛，腐肉成脓，则破溃后脓出稠厚，脓色黄白；瘀热搏结则脓中有赤紫血块；脓毒外泄则肿痛减轻；脓出之后，气血荣养则肌生皮长；毒邪外泄则全身症状逐渐减退。

转归：脓出之后，气血荣养，肌生皮长，溃疡愈合。脓毒未尽，气血衰败，疮口不合，慢性迁延。

治法：清余邪，化瘀滞，益气血。

方药：托里消毒散加减。

黄芪　茯苓　川芎　当归　白芍　金银花　白术　丹参　地龙　白芷　桔梗　何首乌

加减：气虚者加党参或人参；阴虚者加生地、女贞子、旱莲草；僵肿不消者加半夏、僵蚕、肉桂；阳虚者加鹿角胶等。

临证参考：一般地讲痈肿溃破后脓尽都可以尽快愈合。但对于年老体弱、伴有其他慢性疾病的患者往往愈合缓慢。因此，要细致辨证，准确施药，对于长期不愈合的溃疡要大补气血，重用黄芪、当归、人参。

7.4 中医辨病论治

7.4.1 颈痈

颈痈是发于颈部的痈肿；相当于西医所称之急性颈淋巴结周围炎和急性化脓性颈部蜂窝组织炎。

临床表现：颈部结块或肿胀，皮色不变，继则色红，胀痛灼热，肿势高突，痛如鸡啄，肿块中软，破溃脓出黄白稠厚，肿痛渐消。伴恶寒发热，头痛口干，咽喉疼痛，咳嗽龈肿，便秘尿赤等全身症状，化脓时加剧，脓出后减轻。

病机分析：风热痰邪阻子颈项，则颈部结块或肿胀，皮色不变；化火则色红，胀痛灼热；邪毒结聚则肿势高突；火热腐肉则痛如鸡啄，肿块中软；肉腐成脓破溃，气血充足则脓出黄白稠厚，肿痛渐消。风热痰火上攻头面则恶寒发热，头痛口干，邪毒弥漫三焦则咽喉疼痛，咳嗽龈肿，便秘尿赤。脓出毒泄诸症减轻。

治法：散风清热，化痰消肿。

方药：牛蒡解肌汤加减。

牛蒡子　薄荷　荆芥　连翘　栀子　丹皮　玄参　夏枯草　川芎　野菊花　生甘草

加减：热盛加生石膏；便秘加大黄、瓜蒌；成脓加穿山甲、皂角刺。

临证参考：颈痈之治，以先其所因，随势利导。火热者清泄之，夹风者表散之，痰湿者化之，邪毒除则肿自消。病发阳明经者当用化痰之品，发于少阳经者宜选疏肝之品。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.2 发颐

发颐是发于颌面颐部的痈肿。相当于西医的急性化脓性腮腺炎。

临床表现：病发于大病或腮腺导管急性阻塞之后。发病急，多见于一侧。疼痛以颊车、大迎穴为中心，肿胀剧烈，以耳垂下部尤甚。开口困难，腮腺管口红肿，压迫腮腺脓液溢出。

病机分析：风热火毒上攻少阳、阳明，阻滞气血运行，则疼痛以颊车、大迎穴为中心，肿胀剧烈，以耳垂下部尤甚。热盛腐肉，开合不利则开口困难，腮腺管口红肿，压迫腮腺脓液溢出。

治法：宣郁泄火解毒。

方药：普济消毒饮加减。

黄芩　黄连　甘草　玄参　连翘　板蓝根　马勃　牛蒡子　薄荷　僵蚕　柴胡　陈皮　赤芍

加减：口渴加瓜蒌根、石膏；漫肿不消加海藻、昆布；酿脓加穿山甲、皂角刺。

临证参考：发颐为火毒而发，邪毒有在表在经、在里在脏腑之分；初期宜消，在表在经者治以辛凉，佐以苦寒，使邪透毒清；在里在腑，予以寒凉通利，使邪有出路，热毒得泄；虚火者，清补并用。

7.4.3 臂痈

臂痈是指发生于臑臂部位的痈肿。相当于西医的急性化脓性蜂窝组织炎。

临床表现：患臂之内或外侧，初起肿形较小，继则增大，肿高色红，燃痛而胀，垂臂痛剧，溃破则脓出稠厚。或初起漫肿色暗，坚硬木痛，彻夜不休，溃破则脓血紫暗，臭秽难闻。伴发热恶寒，口渴引饮，舌红苔黄，脉数。

病机分析：风热外袭经络，阻滞气血运行则臂之内或外侧肿高色红，燃痛而胀，垂臂痛剧；热盛腐肉成脓溃破则脓出稠厚。虚火上攻，气血不足，无力攻邪，毒邪扩散，则初起漫肿色暗，坚硬木痛，彻夜不休；毒盛而气血不足，溃破则脓血紫暗，臭秽难闻。发热恶寒，口渴引饮，舌红苔黄，脉数，乃风热邪毒外袭，营卫不和，津液不能上承之象。

治法：疏风泄热解毒。

方药：仙方活命饮加减。

金银花　防风　白芷　当归　陈皮　甘草　赤芍　天花粉　桑枝　木瓜　贝母

加减：虚火者宜用托里消毒散；寒热重而无汗者以荆防败毒散汗之；脓成者以透脓散透之；溃后肌肉迟生者以十全大补汤长之。

临证参考：臂痈多由外感风热引起，其表现以红肿热痛为特点，临证时易于辨识；而虚火引起者，初期表现并不典型，容易误诊为阴证而用热药，临证时要仔细识别；一般生于臂之外侧者，多属阳热实证；生于臂之内侧者，多属虚证。成脓之时，及时透脓，溃破之后当托毒补虚，谨防筋骨受损。

7.4.4 肘痈

肘痈是发生于肘部的痈肿。

临床表现：病发肘部，燃肿热痛，关节屈伸不利，脓成易溃，疮口易敛。或伴身热憎寒，口渴引饮、小便短赤，舌红苔黄，脉数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：热毒外袭肘部，则病发肘部，燃肿热痛；气血壅滞，运行不利，则关节屈伸不利；热盛腐肉则成脓溃破。热毒盛者，营卫不和，邪热弥漫三焦，则身热憎寒，口渴引饮，小便短赤；舌红，苔黄，脉数乃热盛之象。

治法：疏风清热解毒，行气和营消肿。

方药：仙方活命饮加减。

金银花　防风　白芷　当归　陈皮　赤芍　天花粉　桑枝　木瓜　贝母　姜黄　乳香　没药

加减：酿脓时用透脓散；溃后脓出用托里消毒散。

临证参考：本病形势小者为疖；大者为痈，治疗不及时有内袭筋骨致残之险；或毒邪内陷，走入营血，危及生命之虞。

7.4.5　手腕痈

临床表现：初起结肿疼痛，形或大或小，腕不能屈伸，若肿势渐聚，脓出易愈，伴身发寒热，口渴，舌质红，苔薄黄，脉浮数；或疮肿平塌紫暗，迁延不溃，溃后烂露筋骨，久不收口。

病机分析：风热火毒结于腕部，则初起结肿疼痛，形或大或小；经络阻滞，气血运行不利，则腕不能屈伸；火毒炽盛，腐肉成脓，则肿势渐聚，破溃脓出，风热火毒侵袭，气血相争则身发寒热，口渴，舌质红，苔薄黄，脉浮数；脾虚而湿邪内生，与火毒相加，正气不足，气血亏乏，托毒无力则疮肿平塌紫暗，迁延不溃，溃后烂露筋骨，久不收口。

治法：清火解毒，行气活血。

方药：仙方活命饮加减。

金银花　防风　白芷　当归　赤芍　天花粉　桑枝　木瓜　贝母　姜黄　乳香　没药　黄芩

加减：虚者加黄芪、何首乌，加重当归用量。成脓者加穿山甲、皂角刺。

临证参考：本证发于手腕部关节，有烂筋损骨之虞，故成脓前宜重在解毒；成脓后要及时透脓外出，防止发生内陷。

7.4.6　胁痈

临床表现：初起形如梅李，继则逐渐增大，或高肿如碗，或漫肿如鼓，色红作痛，引及肩背，憎寒发热，稽留不退，口苦咽干，舌质红苔黄，脉弦数。

病机分析：肝胆经络循行于胸胁，故邪郁肝胆，病发胸胁。气郁在前，化火于后，故发病稍缓，初起结块如梅李，逐渐扩大高起，或漫肿如鼓，界限不清，皮色不变或微红；气滞火郁，则胀痛或灼痛；火邪循经上窜，故有偏头痛或巅顶痛，胸胁胀满，口苦咽干，急躁易怒等症；舌红苔黄，脉弦滑数，火毒内郁之象。

治法：清肝解郁，散坚消肿。

方药：柴胡清肝汤加减。

柴胡　生地　当归　赤芍　连翘　黄芩　栀子　天花粉　牛蒡子　防风　金银花　蒲公英　野菊花

加减：酿脓时改用托里消毒散或透脓散；溃后脓去虚用益胃汤；阴亏者用六味地黄汤。溃后脓水稀薄者用滋阴除湿汤；或以当归、赤芍、丹参、丹皮、金银花、连翘、陈

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

皮、谷芽等煎汤。

临证参考：本证初起以肝气郁滞为主，属实，宜疏理肝气，则火毒易平；若酿脓之际，肝经气少，难于起发，宜托补之；溃后阴血亏虚，育阴固本，助其气血，使疮敛而愈。

7.4.7 中脘痈

临床表现：病发上腹中脘附近，初起隐痛，渐漫肿坚硬，触如板状，身寒热疼痛，四肢酸楚，口干便秘，舌红苔黄，脉数。毒势外攻，皮色透红，痛如鸡啄，溃后脓出稠厚。

病机分析：中脘部为脾胃所主，湿热蕴阻脾胃则病发于上腹中脘；邪阻气血、经脉不通，则初起隐痛，渐漫肿坚硬，触如板状，湿热郁久，热毒炽盛，则皮色透红；热盛腐肉化脓，则溃后脓出；气血不虚则脓液稠厚。湿热阻于体表则营卫不和，故身有寒热而疼痛；脾主四肢，湿热困脾，气血运行不畅则四肢酸楚；湿热内蕴则口干便秘。舌红苔黄，脉数乃湿热之象。

治法：清热利湿，行气和营。

方药：黄连解毒汤合四苓散加减。

黄连　金银花　茯苓　泽泻　白术　陈皮　大黄　蒲公英　赤芍　乳香　没药　白芷

加减：湿热重者加赤小豆、生薏苡仁；成脓时加皂角刺，穿山甲，或改用托里消毒散；溃后脓尽肌肉生迟者，可改用六君子汤。

临证参考：中脘痈的发病总由湿热火毒引发，而湿热火毒的产生，或由饮食不节、或因脾胃不健，亦有余毒流注者，其初成时，以邪阻气血，壅塞不通为主，一旦邪毒结聚，势必成脓。临证时既要抑其火毒，更要化湿、利湿，健运脾土，否则过用寒凉而伤中气，则湿邪愈重；化湿、利湿药多香燥，有助热化火之弊，故治疗中脘痈的重点，应在于运化中气，疏通阻滞。除邪时不忘顾脾胃，和脾胃时防敛邪。

7.4.8 脐痈

脐痈是发生于脐部的痈肿。相当于西医的脐部感染。

临床表现：初起脐部微痛微肿，渐渐肿大如瓜，或高突如铃，皮色或红或白，触之疼痛，身发寒热，头痛身痛，小便短赤，四肢酸楚，舌红苔黄，脉数。

病机分析：火热邪毒蕴积于脐部，则初起脐部微痛微肿；气血壅滞则肿势扩大；正邪相搏，邪毒结聚则肿势高突如铃；热毒盛则皮色泛红；邪毒深在则皮色不变。火热之毒内结，营卫不和，气血不利，则身发寒热，头痛身痛，四肢酸楚；舌红苔黄，脉数乃火毒内蕴之象。

治法：清热利湿，散坚消肿。

方药：黄连解毒汤合五苓散加减。

黄连　黄柏　大黄　栀子　茯苓　猪苓　泽泻　生地　赤芍　丹皮　白芷　丹参

加减：酿脓时加皂角刺、穿山甲、当归尾；湿盛者加生薏苡仁、苍术；溃后可以托里消毒散善后。

临证参考：脐痈的发生常继发于脐部先天性畸形。中医认为脐痈由心经积热流于大小肠二经所致。因此临床时，首先要明确是否有先天性畸形。凡有粪、尿流出者，即是明证，在控制脐痈后可考虑手术治疗。脐痈一旦形成，多属火毒炽盛，故其变化较快，应先折其火

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

势，兼除湿邪，凡阴虚不足，虚火内炽者，多数病程缠绵，要注意清除余邪，而后滋补。

7.4.9 腹皮痈

腹皮痈指发生于腹部脐两侧的痈肿。相当于西医腹壁的化脓性感染。

临床表现：初起腹皮高肿，或漫肿无头，按之板硬疼痛，成脓后脓出稠厚。伴寒热不爽，小便短赤，大便不畅，舌红苔黄脉数。

病机分析：脾主大腹，脾气虚弱、火毒内结，气血壅滞则腹皮高肿，按之板硬疼痛；热甚腐肉，肉腐成脓。热毒阻滞、营卫不和则身发寒热，热毒蕴于大小肠经则二便不爽。舌红，苔黄，脉数乃火热蕴结之征。

治法：清热解毒，行气和营。

方药：内疏黄连汤加减。

栀子　连翘　黄连　黄柏　桔梗　大黄　当归　赤芍　槟榔　生薏苡仁　猪苓

加减：初起肿甚者加乳香、没药；红热燉赤者加金银花、蒲公英；漫肿不红者去栀子、黄连，加苍术、茯苓；乏力、身倦、纳呆者，加陈皮、白术、黄芪；脓成者加穿山甲、皂角刺；溃后脓出者用托里消毒散。

7.4.10 少腹痈

少腹痈系指患发于少腹部的痈肿。相当于西医之下腹部腹壁的化脓性感染。

临床表现：病发于脐下气海、丹田、关元三穴，或一穴肿发或三穴俱肿。浅者高肿红活，燉热疼痛，肿势易聚溃后脓出稠厚；深者初起漫肿坚硬，皮色不变，继则皮色发红，跳痛成脓。伴身发寒热，四肢酸楚，溲黄便秘，舌红苔黄脉数。

病机分析：脾虚气滞，寒湿邪袭，流滞于少腹，阻塞经滞，壅滞气血，则初起漫肿坚硬，皮色不变；郁久化热，则皮色发红；热甚腐肉，肉腐成脓，则跳痛成脓。外感湿热，结于少腹，气血搏之，邪毒结聚，则高肿红活，燉热疼痛，溃后脓出稠厚。邪毒阻于肉理，营卫不和则身发寒热，四肢酸楚。热邪弥漫下焦则便秘尿赤，舌红苔黄脉数乃火热内结之征。

治法：行气和营、清热除湿。

方药：大柴胡汤加减。

柴胡　金银花　栀子　赤芍　枳壳　茯苓　猪苓　炒白术　香附　丹皮　陈皮　蒲公英

加减：热毒甚者，加黄柏、苦参；湿热重者，加草薢、茵陈；湿阻肿甚者加苍术、杏仁、炒薏苡仁；郁肿坚硬者加郁金、橘核；酿脓者，加穿山甲、皂角刺；溃后用托里消毒散，或八珍汤。

7.4.11 臀痈

臀痈指发生于**臀**部的痈肿。相当于西医的臀部急性化脓性蜂窝组织炎。

临床表现：**臀**部肿便疼痛，形大如盘，边缘不清，步履艰难，成脓时肿势结聚，疼痛加剧，伴身发寒热，口干渴，四肢酸楚，尿赤便秘，舌红苔黄，脉弦数。

病机分析：湿热之邪，或自外侵，或从内生，流于膀胱经脉，阻滞于臀部，气血不行，则臀部肿硬疼痛；肿毒结聚，化腐成脓，则肿势高突，疼痛加剧。膀胱经湿热留滞，则身发寒热，口渴肢酸，尿赤；舌红苔黄，脉弦数，乃邪毒内盛之象征。

治法：清热利湿，行气活血。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：内消沃血汤加减。

黄芪　当归　甘草　射干　天花粉　贝母　青皮　陈皮　连翘　金银花　白芍　乳香　没药　蕈蘑　大黄

加减：外邪侵袭，寒热交作，肿痛不红者，可选荆防败毒散汗之；红肿热痛明显者可选仙方活命饮；酿脓者改用托里消毒散；溃后腐肉不脱者，加穿山甲、皂角刺。阴虚口渴者加六味地黄丸。肌肉不生者，用八珍汤。

临证参考：臀痈部位深者，初起极似阴证，但不可温补，温通，可予透托，当与附骨疽相鉴别。一旦成脓，宜切开。辨别是否成脓，可用B超检查之。

7.4.12　囊痈

囊痈是指发生于阴囊的痈肿。相当于西医的阴囊脓肿或峰窝组织炎。

临床表现：阴囊皮肤暗红肿痛，寒热交作，继则皮紧光亮，肿大如瓜，发热恶寒，小便黄赤，舌红苔黄，脉数。

病机分析：肝肾不足，膀胱湿热，流注于阴囊，阻滞气血则阴囊暗红肿痛；火毒炽盛则皮肤紫黑溃烂，毒邪阻滞，水液不利，脉络不畅，则阴囊肿大光亮；湿热阻于肌肤，营卫不和则发热恶寒；舌红苔黄、脉数乃湿热聚结之征。

治法：清肝利湿，滋阴活血。

方药：清肝渗湿汤加减。

川芎　当归　赤芍　生地　栀子　黄连　龙胆草　银柴胡　泽泻　滑石　防风　生甘草　茯苓　猪苓　益母草

加减：酿脓加穿山甲、皂角刺；脓水清稀者用滋阴除湿汤；湿阻坚肿不消者加蕈蘑、木瓜、生牡蛎。

临证参考：囊痈虽由湿热下注引发，然其病本在于肝肾阴亏，故其治疗宜清补结合。初期以除邪为主，后期当滋补气阴、兼除余邪。

7.4.13　子痈

子痈指发生于附睾、睾丸的痈肿。相当于西医的急性附睾、睾丸炎。

临床表现：一侧或两侧附睾、睾丸肿大坠痛，痛引少腹及腰背，身寒热，溺短赤，舌红苔黄，脉数。

病机分析：湿邪流注，瘀血结聚，气血不行则附睾、睾丸肿大坠痛；经脉不利，则痛引少腹及腰背；邪郁化热则肿痛加剧，身发寒热，热盛腐肉则破溃流脓；舌红苔黄，脉数乃湿热内结之象。

治法：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草　栀子　柴胡　黄芩　连翘　泽泻　生地　当归　赤芍　虎杖　橘核　白茅根

加减：初起热微者可选用荆防败毒散加金银花、连翘；气郁甚者以橘核丸加郁金。酿脓加穿山甲、皂角刺。瘀血阻滞者加乳香、没药。

7.4.14　股痈

股痈是指发生于股部的痈肿。相当于股部急性化脓性蜂窝组织炎。

临床表现：股部内外侧结块，或红肿热痛，肿势聚集，溃破脓出稠黄，身发寒热，烦躁饮冷，舌红苔黄，脉数；或漫肿不红，隐痛彻骨，成脓溃破，脓出或稀或稠，身重不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

爽，步履艰难，舌暗红，苔厚，脉沉。

病机分析：湿热之邪阻滞于股部内外侧，则股部结块，红肿热痛；邪毒与气血搏结则肿势结聚；热盛腐肉则成脓外溃；湿热弥漫，则身发寒热，烦躁饮冷；舌红，苔黄，脉数乃湿热蕴结之象。若寒湿相搏，郁久化热，热甚腐肉，则漫肿不红，隐痛彻骨，成脓外溃，脓出稀薄，气虚不适则身重不爽，步履艰难。舌暗红、苔厚脉沉乃寒湿内郁化热之征。

治法：清利湿热，和营消肿。

方药：萆薢化毒汤合五神汤加减。

萆薢　丹皮　当归　牛膝　防己　木瓜　秦艽　车前子　茯苓　紫草　金银花　地龙

加减：便秘者，内疏黄连汤；初起恶寒无汗者可用荆防败毒散汗之；漫肿隐痛者，阳和汤主之；酿脓者，加穿山甲、皂角刺、白芷；溃后体倦者用补中益气汤或托里消毒散。

7.4.15 膝痈

膝痈指发生于膝关节部位的痈肿。相当于西医的急性化脓性膝部蜂窝组织炎或膝关节炎。

临床表现：膝前或周围焮红肿痛，屈伸不利，或膝关节肿胀，坚硬如石，不能屈伸，伴恶寒发热，四肢酸楚，口渴饮冷，溲黄，舌红苔黄，脉数。

病机分析：膝痈缘于三阴亏损，湿热下注，毒邪外袭而发；邪阻经脉，气血壅滞，与邪毒相搏则膝关节及周围红肿，屈伸不利，甚则坚硬如石；湿热阻于营卫，则恶寒发热，四肢酸楚，热毒弥漫，损伤阴津，则口渴饮冷，溲黄；舌红，苔黄，脉数乃阴亏湿热阻结之象。

治法：清热利湿，养阴消肿。

方药：萆薢渗湿汤合五神汤加减。

草薢　牛膝　白芍　当归　车前子　独活　茯苓　金银花　木瓜　丝瓜络　酒地龙　丹参

加减：热甚者加蒲公英、忍冬藤；痛甚者加玄胡、白芷；酿脓加穿山甲、皂角刺；脓尽，肌肉不生者，可选托里消毒散，或知柏地黄丸；后期脓体无力者，可用补中益气汤。

7.4.16 委中痈

委中痈指发生于委中穴的痈肿。相当于腘窝急性化脓性淋巴结炎。

临床表现：初起木硬不痛，皮色微红，逐渐坚硬如石，膝关节屈伸不利，肿痛日剧，脓成外溃，发热恶寒，口干引饮，舌红苔黄，脉数。

病机分析：湿邪流注委中，则初起木硬；气血壅滞，经脉不利，则逐渐坚硬如石，屈伸不利，肿痛日剧。郁久化热，则皮色微红；热盛腐肉，则脓成外溃；发热恶寒、口干引饮，乃化热之象。舌红苔黄，脉数见于成脓之时。

治法：清热利湿，和营消肿。

方药：仙方活命饮加减。

草薢　牛膝　丝瓜络　金银花　红藤　土茯苓　当归　陈皮　赤芍　天花粉　木瓜　贝母　姜黄　乳香　没药

加减：脾虚不运者，加茯苓、白术；肝胆郁滞者加柴胡、龙胆草；肾虚不足者，加何首乌、独活、杜仲；热毒甚者，加蒲公英、连翘；脓成用透脓散或托里消毒散；溃后肌肉不长者用八珍汤或十全大补汤。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5 临床用药经验与体会

清热解毒：痈属于阳证，在其病程发展变化过程中，绝大多数经过火热阶段或表现为火热症状，因此这一治法是痈病治疗中常用的方法，临床中根据火热症状的轻重选用不同的方药。但是绝不能认为痈属阳证而不加辨证地一味或单纯应用大苦大寒之剂以求速效，或在西医抗菌学说的影响下只选用苦寒之品，妄取捷径，实践证明是错误的！中医外科治疗痈病的特点就在于辨证和辨病相结合的论治。所以清热解毒法的应用，关键在于辨证准确，用药适当，中病即止。同时一定要以中医基础理论为指导，选择恰当的引经药，才能更好地体现中医的优势和特色。

临床中应用成药治疗痈病，大多属于清热解毒类药物。这些药物在应用时，既可配合汤药服用，亦可单独使用，或作为善后或预防应用，其用法可内服，也可以外用，关键在于辨证准确，灵活施治。常规用法如下：

蟾酥丸：每次 3～5 粒，每日 2 次，温开水或温酒送服；外用时调成糊状，敷于患处。

醒消丸：每次 3～6g，每日 2 次。温开水或温酒送服。

西黄丸：每次 3g，每日 2 次，温开水或温酒送服。

六神丸：每次 10 粒，每日 3 次，温开水送服，或调为糊状外敷患处。

五味消毒饮是治疗火毒炽盛的良方，但服用时，要求加酒煎，同时命曰“饮”，既有助药外达之意，又有防苦寒伤中之功。“饮”者，是指频饮的意思，故在应用此类方药时应深思古人用药的深意。金银花性味甘寒，临证时可加大用量，当有良效。应用清热解毒法时要进一步辨清属气分、血分；属虚热、实热；热毒所属在何脏、何腑，别而用之，才能取效卓著。

行气活血：痈是由于外邪侵袭，或内生邪毒，阻滞于肉理之间，使气血不行，壅阻局部而成。因此对于痈之初起，尚未化脓时，行气活血为必用之法，结合不同的邪气，选用审因治疗；同时根据邪毒所在脏腑经络的不同，而选用不同的行气活血，使局部气血疏通，痈消散于无形。痈溃之后，余邪未尽，与气血搏结于溃疡四周，故临证时，溃后要补，亦当兼顾行滞和营，使气血得以营养疮面而愈合。行气活血之品可应用于痈之各期及各种不同的痈，关键在于如何配伍：初起伍去邪之品，成脓加补托之药，溃后伍补益之剂，则痈易愈也。

化痰祛湿：痰湿阻滞，形成的痈肿，多有结块明确、或漫肿不聚，溃后则疮色晦暗，脓水稀薄。久郁才化生邪热。所以化痰祛湿法是痈之初起，常用的消法。临证时应根据部位之上下；病程之长短；邪正之盛衰，而选用不同的化痰祛湿之品。如瓜蒌、半夏、苍术、酒地龙、白芥子、鹿角胶、南星、牛蒡子等可择而用之。痈属阳证，化痰祛湿多湿燥，故临证时要注意搭配。

通经活络：痈之成必有经络阻塞，故通经活络为必用之法，然而大多数痈为火热邪毒，用之不当，可使火毒扩散，故一般通经活络法用于痈之初起，热毒尚轻，邪毒结聚之初用之，方有良效。而对大剂苦寒，冰凝气血的痈肿，多为由阳转阴，则通经活络为必用大则。临证时当选用：白芷、羌活、穿山甲、当归尾、忍冬藤、首乌藤、酒地龙、桔梗、路路通、木瓜等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

补法：痈之补法多用于溃后生肌之时，然初起，肿势散漫者，应用补法，其效更妙。补中寓通是治痈之妙法，临证当细辨而施之。治痈补，有助消散、托邪透毒，敛毒生肌等功效。

7.6 变证的治疗

7.6.1 损骨：痈病导致损骨，多由于邪毒不泄，毒而内逼流注，正气虚弱不能敛邪聚毒形成，临床较少见，但凡生损骨者，治疗不易。

临床表现：四肢多见，肿势为胖肿，皮肤局部可见有细小红丝或青筋暴露，摸之骨骼可能增粗。溃疡见疮口腐肉外翻，经久不愈，脓出带臭，以纸捻探之有锯齿感。

治疗：确诊损骨要拍摄病灶的X线片，以证实是否损骨。肿疡之损骨要注意切开，取出死骨，加强内服补药，特别要注意补益肝肾。透托之法，应贯彻始终，死骨不除，疮口难愈或愈后复溃。

7.6.2 伤筋：痈致筋伤，多见于手足部，脓毒不泄，流窜筋间，损伤筋腱则活动不利，功能受限。

临床表现：肿疡时活动受限，溃疡时筋腱坏死、断裂等，均表现为伤筋。

治疗：筋伤之治疗，较慢，根据伤筋的程度，可使部分筋腱功能恢复。凡伤筋，愈后功能多受限，临证时更重要的是防止筋伤。

7.6.3 内陷

痈肿由于正气不足，火毒炽盛，加之治疗失时或不当，以致正不胜邪，反陷入里，客于营血，内犯脏腑，形成本证。分火陷、干陷、虚陷。

临床表现：火陷者局部疮顶不高，根盘散漫，疮色干枯无脓，灼热剧痛；干陷者局部脓腐不透，疮口中央糜烂，脓少而薄，疮色晦黯，肿势平塌，散漫不聚，闷胀疼痛或微痛；虚陷者局部肿势已退，疮口腐肉亦尽，而脓水灰薄，或偶带绿色，新肉不生，状如镜面，光白板亮，不知疼痛。

病机分析：火陷者乃由肾水不足，水不济火，火毒内炽而成；干陷者乃缘患者素体虚弱，气血两亏，正不胜邪，不能托毒外出引起；虚陷者系正气已虚，肾阳亦衰，加之脾气不复，生化乏源，阴阳两竭。

转归：三陷证甚为险恶，相当于西医的全身性化脓性感染。治疗及时、得当则正气渐复，邪毒外泄。如果治不及时则脏腑衰散，阴阳离决。

治法：火陷者宜清营解毒，滋阴泄热；干陷者补益气血，托毒透邪；虚陷者温补脾肾。

方药：①火陷者，清营化毒汤加减。

生地　丹皮　赤芍　紫花地丁　连翘　金银花　蒲公英　玄参　何首乌　石斛　生甘草　皂角刺

② 干陷者，托里消毒散送服安宫牛黄丸。

黄芪　茯苓　川芎　当归　白芍　金银花　人参　白术　甘草　白芷　桔梗　皂角刺

③ 虚陷者，附子理中汤加味。

炮附子　党参　白术　干姜　甘草　肉桂　人参　龙骨　牡蛎

临证参考：痈肿引起的内陷变证，一般见于年老体弱、产后、伴有严重的慢性消耗性疾病的患者，一旦发生必须采取中西医结合的方法，积极救治，而且临床实践证明，中西

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

医结合的方法是最好的治疗措施。特别是及时根据细菌培养和药敏试验的结果应用抗生素，纠正水、电解质、酸碱失衡，补充维生素、抗休克等的治疗。

7.7 外治法

痈在发生、发展过程要经过肿疡和溃疡两个阶段。肿疡又分无脓之初肿和酿脓之脓肿，溃疡分脓腐和生肌长肉两个时期。因此采用外治法疗痈，必须准确进行辨证，正确施治，方能达到预期的目的。局部辨证是外科临床中，十分重要的基本功，只有在充分理解理论知识的基础上，认真观察、分析、反复实践验证，才能做到辨证准确、施治无误。

7.7.1 药物消肿

初起尚未化脓时，痈肿较硬，疼痛不著，皮色不变或微红，边界不清，病灶浅者，肿势高突；病灶深者，微微隆起，隐隐胀痛，或沉重感。由于所受邪毒的不同，表现各异。施治时应有针对地进行用药。未成脓时，力求消散，外敷药物应覆盖痈肿之全部，并超出其范围，这样不但有消散之功，也有防止邪毒扩散。总的治法是清其邪而消肿形，可选择以下药物：

（1）鲜草药：具有清热解毒消肿作用的新鲜草药如：仙人掌、蒲公英、紫花地丁、野菊花叶、马齿苋、芙蓉花叶、苍耳草、七叶一枝花、柳叶等，使用方法为：洗净，加食盐少许，捣为泥状，敷于患处，每日 1～2 次。

（2）箍围药：阳证，用金黄散、玉露散；阴证，用回阳玉龙散；半阴半阳证用冲和散。一般采用凉开水、凉茶水、菊花汁、丝瓜叶汁、金银花露调制成糊状，直接涂敷患处。

（3）油膏：偏阳证用金黄膏、玉露膏；偏阴证者，用回阳玉龙膏；半阴半阳证用冲和膏。将油膏摊于纱布上，涂药宜厚，一般 2 天换药一次。

（4）膏药：偏阳证用太乙膏、千捶膏，使用时随证可加用掺药；偏阴证，用阳和解凝膏。一般 5～7 天换一次。

（5）掺药：掺药主要用于配伍膏药治疗，达到准确用药。偏阳证者掺阳毒内消散、红灵丹每日一换；偏阴证用黑退消、桂麝散、丁桂散。将掺药粉掺在膏药或油膏上敷贴患部，一般数天一换。

7.7.2 切开排脓

痈肿不能消散，酿成脓液，应当即时切开。切开前首先要准确判断脓液是否形成，临床中常用的方法有：

（1）按触辨脓：用两手食指端轻放患部两侧，然后一指用力按一下，则另一指端即有一种波动的感觉，即已成脓，这种检查方法是应指法。经上下左右四方垂直柱查，均有感觉者为有脓。

（2）引指辨脓：即在痈肿中心，以一指头垂直按压，手指没入痈肿中心，即有脓，这种方法为引指辨脓。

（3）点压辨脓：用大头针尾或火柴头等圆钝物，在痈肿区轻轻点压，如测得有局限性剧痛点，提示脓已形成。

（4）穿刺法：无菌消毒后用注射器穿刺抽得脓液，证实有脓。要注意穿刺部位进针的深度。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(5) 超声波探查、CT 探查：用简单方法不能辨明是否成脓时，可采用 B 超、CT 等检查证实。

一旦证实有脓，应切开引流或行“洞式”引流。切开时应注意有利时机、切口位置、方向、深浅、大小、方向。总之以脓出通畅为准不同部位切开时有不同的要求。如：

颈痈，刀口宜顺皮肤纹理，勿损及血管，注意解剖层次；发颐，刀口位置在下颌角后部 1.5cm 之处；胁痈，切口沿肋骨走行方向；囊痈，消毒，两手指推开睾丸，直切，避免损及睾丸及内膜。委中痈切口应在腘中央折纹偏下方。

7.7.3 祛腐生肌收口

痈肿切开或自行溃破后，宜采用提脓祛腐、生肌收口等治法。主要有

(1) 洗涤：疮口脓水较多时，采用洗涤的方法，清净疮口。可用鲜草药洗净后煎汁，冷却后洗涤。如野菊花、蒲公英、金银花等。

(2) 提脓去腐：脓腐多而不能自脱者，可采用提脓去腐之法。偏阳证者，可用含升丹浓度较低的九一丹、八二丹；偏阴证者可用含升丹浓度较高者，如七三丹、五五升。浅者溃疡直接掺布于疮面；疮口深在可用药捻插入，然后外用红油膏、太乙膏等盖贴，脓水多者每日可换药 2～3 次，脓少时每日换药 1 次。使用含升丹等腐蚀类药时应量少、均匀、避开大血管、神经、肌腱等。头面、会阴、四肢末梢等近骨等处不宜使用。腐肉难脱、腐肉外突者可用八降丹、千金散、平腐丹。对汞过敏时，改用黑虎丹。

(3) 生肌收口：脓腐已脱，肉芽生长缓慢时可选用生肌收口药。如生肌散(或膏)、八宝丹、太乙膏、白玉膏、玉红膏。应均匀而薄地敷于疮面。

(4) 垫棉法：如果脓腔偏下，疮口偏上而有袋脓现象，或新肉与皮肤不粘时，可用垫棉法，则有利于排脓和疮腔愈合。

7.8 其 他 疗 法

少腹痈、臀痈、股痈初起不红不热、肿硬隐痛者，可用隔蒜、姜等艾灸，每日 1 次，痛者灸至不痛，不痛者灸至已痛。

凡痈肿破溃，腔大而深，腐肉脱而肌肉不长者，可于疮周灸之，每日 1 次，或隔日 1 次，可促进肌生皮长。

骑竹马：位于背部正中线，左右旁开各一寸，与第九、十胸椎棘突之间点平高。左右计二穴。灸 3～7 壮。治痈等恶疮。

7.9 针 刺 疗 法

治疮穴：位于肩部背侧，直对上臂伸侧正中线，肩峰下二寸。左右计二穴。针五分至一寸，针感酸麻至肘。治疗全身痈肿等。

7.10 西医治疗撮要

痈属于急性外科感染性疾病。西医主要采用以下方法进行治疗。

(1) 给予富有营养和易消化食物，维持水、电解质平衡，必要时，少量多次输新鲜血。

(2) 全身应用磺胺药、抗生素，至体温恢复正常 3～5 日后停止。严重者给广谱抗生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

素，再据细菌培养药物敏感度测定结果选用有效药物。

(3) 局部一般治疗：固定患处；湿热敷，同时可辅以理疗，如超声、紫外线等；X线放射治疗；封闭疗法。

(4) 切开引流，成脓时行切开引流术，切开应避开大血管、神经，对唇、面部脓肿切开时应慎重，对局部感染灶可行脓液培养药敏试验，根据结果外用适量的敏感药物。

8 疗效标准

痈之疗效标准，目前尚无统一标准，根据教材及新药临床研究指导原则相关内容，制定如下标准

痊愈：全身症状消失，局部肿疡消失，或溃疡完全愈合。

显效：局部肿胀范围或溃疡面积缩小至1/3以下。

有效：局部肿胀范围或溃疡面积缩小至1/3～1/2之间；全身症状减轻。

无效：局部肿胀范围或溃疡面积缩小不及1/3、或无变化、或扩大；全身症状无改善或加剧

9 预防与护理

痈肿发生后，要尽量固定患处，使局部得到休息，饮食宜清淡，易消化、吸收，避免辛辣刺激之品，高热患者宜多饮开水。不同部位痈肿应有不同的预防与护理，简述如下：

颈痈：早期不用寒凉之剂外敷；及时治疗口腔溃疡、龋齿，少说话，进流食。

发颐：多漱口，少咀嚼，流质饮食。

臂痈：三角巾悬吊患肢，及时治疗外伤破损、勿持重。痈肿愈合后，适当活动。

肘痈：固定患肢，愈后加强锻炼。

手腕痈：忌灸，忌针刺局部。

胁痈：畅情志，静养，勿食辛辣。

中脘、腹壁、少腹部痈肿：应饮食有节，勿过劳。

脐痈：保持脐部洁净干爽，勿抓弄，手术治疗畸形。

臀痈：卧床休息，注射时严格消毒，勿久坐湿地。

囊痈、子痈：即时治疗会阴部感染，患处固定、休息。房室有节。

膝痈、委中痈：愈后加强活动，患病时固定休息；及时治疗外伤。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病　名

痈是外科常见多发疾患，其病名首见于《灵枢·痈疽》，以后历代文献多有记载，其含义较广，名称甚多　痈者壅也，多指因气血为毒邪所阻，壅遏不通而发生的急性化脓性疾患　痈既可外发于体表，亦可内生于脏腑，有内痈与外痈的区分，二者在病因证治等方面

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

颇有不同。本书所讨论者仅限于外痈，相当于西医所称之急性蜂窝组织炎等。

由于中医病证名常常由发病部位、病因、病机、主症等诸多因素来确定，关于痈的病名称谓较为混乱复杂，不易掌握。本病发无定处，随处可生，因发病部位的不同而有许多名称，如生于头部者称顶门痈，颏下部者叫颏痈，胸部为幽痈，胁部为胁痈，生于背部者称背痈，生于腰部者叫腰痈，上腹部为中脘痈，下腹部为腹皮痈、少腹痈，生于上肢者有肩痈、臑痈、臂痈、手腕痈，生于下肢者有臀痈、大腿痈、膝痈、胫阴痈、小腿痈等；而根据发病特点的不同，许多病尚有不同的称谓，例如大腿痈又名箕门痈、阴包毒等，小腿痈又名鱼肚痈等等。此外，发于耳后的耳根痈、颈后的鱼尾毒、颈部的颈痈、腋下的腋痈、肘部的肘痈、跨腹部的跨腹痈、腘窝部的委中毒等均属于急性淋巴结炎。[1]

1994 年颁布的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》对痈的病名及病证诊断未作规定。高等中医院校教材《中医外科学》为痈所下的定义为："一种发于皮肉之间的急性化脓性疾患"。[2]顾伯华所著的《实用中医外科学》中痈病的定义为："一种发生于皮肉之间的急性化脓性疾患，其特点是局部光软无头，红肿疼痛(少数初期皮色不变),结块范围多在 3～4 寸左右，发病迅速，易肿、易脓、易溃、易敛，或伴有恶寒、发热、口渴等全身症状，一般不会损伤筋骨，也不会造成陷证，"[3]其描述较为全面。王沛提出："痈是气血被毒邪壅滞于皮肉之间而发生的急性化脓性疾患，"[4]言简而意赅。其他如朱仁康描述痈"是气血为毒邪所阻滞，壅遏不通而发生的化脓性疾患，"[5]等等。

1.2 病因病机研究

痈病位在体表，但其发病既责之于外，又责之于内。朱仁康认为痈之病因不外乎外感六淫、内伤七情、饮食不节及房劳、金刃所伤，其病源于火毒，由气滞血瘀，经络阻隔所生。[5]谭德福以"火郁"立论，认为火郁是指阳气郁遏不达所导致的一类特殊火热病理现象。外邪郁热、五志郁热、饮食及劳倦郁热、瘀血郁热、痰饮郁热、郁火化毒等均可郁遏阳气而变生火郁证。无论外感、内伤所生之郁火，若失治误治，均可化生为毒而成痈疖疮疡。[6]顾伯华秉承《内经》的观点而有所发挥，认为痈多由于外感六淫及过食膏粱厚味，内郁湿热火毒，或外来伤害感染毒气等，致使营卫不和，邪热壅聚，经络壅遏不通，气血凝滞而成。[3]王沛亦认为本病的病因源于火毒者多，但更强调气血在痈发病中的作用。同时，中医外科十分注意部位辨证，身体上部生痈，以风湿风热居多；中部以内蕴火毒为主，"气火俱发于中"；发于下部者，则亦湿热湿火多见。[4]

总结当前对痈的总病机的认识，基本上已经统一，即由于外染邪毒或内郁湿热火毒，或外来伤害导致机体营卫失和，经络阻塞，气血凝滞，脏腑功能失调，邪毒结聚而成痈肿。

1.3 治则治法研究

关于痈的治则治法，历代医家多是内外并重。内治法与内科基本相同，即从整体观念出发，辨证论治。根据痈之初起、成脓和溃后三个不同发展阶段的病理特点，立消、托、补三个总则，其中的透脓、托毒以及辨病用药等方法，与内科有显著的不同，也是外科的特色之所在。关于这一点，以顾伯康《中医外科学》[7]所述最详。近代以来对痈的治法研究较多，在很大程度上丰富和发展了中医外科学的理论体系，使之更加切合临床实际。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

王沛鉴于痈的病名概念上的混乱，根据异病同治的原理，从临床实际出发，采取综合性的方法，将常见的几种痈作为痈的几个证型来对待，因繁就简，而又不失痈之含义。具体的分型为：火毒蕴结型，风热夹痰型，主要包括上部痈；肝脾火郁型，主要包括中部痈；心脾湿火型，多见于脐痈；湿热下注型，多见于人体下部痈。[4]王沛还指出：外科施治，最忌大寒。虽然痈所共有的症状是红、肿、热、痛，具有易起发、易成脓、易破溃、易收敛的特点，大多表现为阳证、实证、热证的证型，但是并不意味着治疗便可以一概清热解毒，否则就会走入“中药抗菌素”的误区。[1]针对痈的总病机，在清热解毒的同时，行气活血法的运用具有重要的意义，临床治疗痈肿，清热解毒的代表方剂黄连解毒汤和五味消毒饮疗效不如仙方活命饮，便是一个很好的例证。李向晨注重采用理气活血法治疗痈等疡科疾病，取得了较好的临床疗效。[8]

谭德福认为痈的辨治凡汗、下、清、透、泄诸法亦可因证选用。如外感火郁可辛散表热，或清透气热，或清透营热，或凉血泻火，或养阴透热；内伤郁火可疏肝泻火，或清心泻火，或宣肺泻火，或升散“阴火”，或化瘀逐热，或涤痰泻火，治宜疏风散热、凉血解毒，方用普济消毒饮、五味消毒饮、仙方活命饮等，亦可配合外治法。[5]

卢业轩进行了泻火解毒理气和营法治疗中部痈的临床研究，将 98 例中部痈患者，随机平分为两组。治疗组用泻火解毒、理气和营法，予自拟的理气泻火消毒饮加减内服，局部敷金黄膏；对照组用青霉素 G 钠(硫酸庆大霉素)、复方新诺明及 10%鱼石脂软膏。治疗 7 天，分别治愈 47 例、36 例，好转 2 例、13 例。两组疗效有非常显著性差异($P<0.01$)，治疗组疗效优于对照组。[9]

对于痈肿中期热盛，肉腐成脓的治疗，李建安认为治脓当分表里、详审虚实，提出治脓八法：①辛凉透脓：适于邪毒初感而有成脓之势，药用金银花、连翘、牛蒡子、白芷、桔梗、鱼腥草、甘草等。②清热解毒排脓：适于热毒深入，腐恶血气酿脓，药用黄芩、黄连、黄柏、板蓝根、大叶青、蒲公英、大黄、甘草等。③导滞行瘀排脓：适于外邪留滞经脉、肌肤，酿脓不畅，用当归赤小豆散加味。④攻坚破积排脓：邪毒久留，成脓不溃者，用代刀散加味。⑤清热利湿排脓：湿热之邪久蕴成脓，用千金苇茎汤加味。⑥益气托脓：适于热毒已尽，脓已成而无力排脓者，用参芪炙甘草汤、黄芪当归汤。⑦温阳祛脓：适于阴毒凝滞，或素体阳衰，无力酿脓，用薏苡附子败酱散、阳和汤。⑧健脾排脓：脾胃已伤或不健而无力作脓，用四君子汤加味。[10]

痈肿中、后期，腐肉难脱，新肉不长，疮口难敛之症，阎贵旺等采用祛腐托里生肌法治疗，取得了良好疗效。[11]其他如马建国采用通腑泻热解毒法，[12]王建湘对痈病中后期采用调理脾胃法[13]等等，临床医家进行了大量探索性实践，取得了满意的效果。

近年来随着糖尿病发病率的升高，临床糖尿病合并痈的病例越来越常见。糖尿病属于中医学消渴病的范畴，患者免疫功能低下，抗病能力较弱，因而易于并发体表感染，发生痈证。其治疗与普通痈病的治疗有所不同，一方面需要对症治疗，另一方面需要辨病，注意针对糖尿病来用药。孙文进采用消渴汤治疗糖尿病 126 例，方用生地、黄芪各 15～30g，生山药 20～60g，山茱萸、麦冬各 10～20g，枸杞子、黄精、北沙参、天花粉各 12～30g，太子参 20～30g。合并痈疽者加蒲公英、紫花地丁。结果：显效(症状消失，尿糖阴性，空腹血糖 <6.5mmol/L)88 例，有效 30 例，无效 8 例，总有效率 93.6%。[14]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2 临床研究

2.1 辨证加减用药

陈华元等采用七星剑汤加减治疗痈等急性疮疡100例，药含野菊花、草河车、苍耳头，各10g，豨莶草12g，地丁草20g，半枝莲15g，生麻黄3g。壮热渴甚加生石膏、生山栀；肿、毒甚加黄连、黄芩；湿热甚合三妙汤；血热加赤芍、生地、丹皮；便秘加生军；坚肿不溃脓加土贝母、皂角刺；汗多减麻黄；日1剂，水煎服。局部未溃时外敷金黄散或安庆膏，溃后敷九一丹。结果：显效72例，有效22例，无效6例，总有效率94%。[15]郑则敏报道应用四妙汤加味治疗项、背痈31例，结果全部治愈。[16]

门玉华观察仙方活命饮治疗45例软组织炎症的临床疗效。用本方(金银花30g,防风、白芷、陈皮、甘草各10g,土贝母、天花粉各15g,乳香、没药各5g)随症加减，日1剂，水煎服。对照组15例，用长效青霉素肌注。1周为1疗程。结果：用2个疗程，两组分别为治愈39、8例，好转7、5例，无效0、2例，本组优于对照组($P<0.05$)。结论：中西医结合治疗本病，可缩短疗程，有较好的疗效。[17]

万春发分部论治103例淋巴结炎：上部(头面颈部)从风论治，证多属风邪夹痰，蕴结少阳阳明之络，治以疏风清热化痰，方用桑菊饮加减；中部从火论治，常因肝胆气火上炎，加痰凝结于局部。治以清热解毒理气化痰，方用柴胡清肝饮加减；下部从湿论治，证属湿热下注，气滞血瘀，治以活血化瘀，清热利湿。方用五神汤加味。结果治愈96例，显效7例，总有效率为100%。[18]

李丽馨等对痈病的进行辨证论治，认为痈在临床中可分为实证和虚中夹实证两大类型，但以实证较为多见。实证宜分初期、成脓期、溃后期及收口期四期，采用消托补三大法分证论治；虚中夹实证则需辨明属于气血虚毒热盛或阴虚毒火炽盛的不同病机，注意扶正托毒方法的应用。李氏等采用上述思路，辨证加减治疗多种痈证，取得了较好的临床疗效。[19]

历代医家治疗痈创制了不少的专方专药，这类方药的组成或运用，基本上能够反映出治痈用药和治疗的发展概况。近代以来临床医家在痈的治疗用药方面既有继承，也发掘出民间不少行之有效的单验方。张秋才等报道了柴胡二丁汤在急性感染性疾病中的应用。本方含柴胡9~30g，蒲公英(黄花地丁)、紫花地丁各15~60g，甘草6g，有清热解毒、抗菌消炎之效。可用于治疗多种急性感染性疾病，特别是急性化脓性炎症。对急性扁桃体炎、咽喉炎、化脓性或卡他性中耳炎、颌下腺炎，腮腺炎、淋巴结炎等有显著疗效；治疗胆系感染、急性菌痢及痈肿疔疖等亦有一定疗效。临床可以应用根据病种不同进行加味使用。[20]此外，文献中报道应用烟叶、桑木、木芙蓉、鹅不食草、蜂房、麻杆灰、白糖、野菊花、厚朴、鲜百合、天仙子等治疗痈毒疖肿[21~30]，均有比较好的效果。

2.2 中药外治法研究

中药外治在痈的治疗中占有极为重要的地位，无论是疾病的初期中期还是后期，均可用采用外治法。病情轻浅者，单用外治即可取效；病情较重者，或后期溃疡久不收口，采

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用外治法可以辅助内服药迅速控制病情，或加速创面的愈合。近代以来中医外科在这方面的研究甚多

朱荣华通过临床和药理研究的结合，提出了红升丹的消散功能。认为红升丹除了具有提脓拔毒、祛腐生肌的功能以外，还有活血散瘀、消肿散结、祛屑散斑二方面消散作用，扩大了红升丹的应用范围。[31]

李留记等报道采用胎盘蛋黄油纱条治疗难疡久不收口 87 例，药物制法：①取新鲜胎盘（不洗）焙干，研细末，过 150 目筛。②鸡蛋若干枚煮熟，取蛋黄置铜锅内文火加热，待水分蒸发后改武火，熬出油后去渣取油。③取胎盘粉 30g，蛋油 100ml，三仙丹 5g（研细），混合，将纱布剪成 3cm × 2cm 纱条，入上药浸泡，高压灭菌备用。以本品外敷于疮口，深部溃疡或瘘管需将纱条送至疮口基底部，每 2 日换药 1 次。治疗期间忌房事及辛辣刺激性食物。对过敏者禁用。结果均获愈。一般换药 10～20 次，最短 6 次，最长 30 次。除 8 例因合并结核病同时应用抗结核药外，均单用此药治愈。[32]

姚锐等进行了跌打消炎膏的制备及临床疗效观察的研究。药用生草乌 25g，生南星 20g，生半夏 45g，生栀子、大黄、黄药子、樟脑（研末备用）、白芷各 50g，丹参 75g，白蚤休、荔枝草各 100g。除前 4 药外，余药均经炮制加工成饮片，各药一同粉碎，过 120 目筛，混匀备用。取凡士林 300g 置锅内，文火加热至沸，然后移出火面，投入药粉并搅拌均匀，待温度降至 60℃左右时，加入樟脑粉，搅拌均匀，趁热分装备用。将药膏均匀涂布在消毒敷料上再贴患处，日 1 次。共治疖痈肿毒、跌打损伤、麦粒肿、颌面炎症 267 例，治愈 256 例，有效 8 例，无效 3 例，总有效率为 97.6%～100%。[33]

班孝敬等运用白拟疮疡神膏治疗外伤出血、局部组织红肿未破溃的化脓性感染；病种包括外伤及伤后感染、急性颌下淋巴结炎、疖痈、下肢溃疡等，共 348 例。疮疡神膏含防风、白芷、乳香、没药、金银花。出血或组织红肿未破溃的，疮面破溃有脓清创后，外敷本品，纱布包扎，日 1 次。结果：痊愈 281 例，显效 56 例，无效 11 例，总有效率为 91.3%。疖痈、丹毒、外伤及足癣感染 4 种疾病，用本品 78 例，西药组 75 例，4 日痊愈率分别为 74.4%、20%（$P<0.001$）。[34]

李征等报道对散发及不溃破之皮肤感染性炎症采用全蝎膏（全蝎、蜈蚣、冰片等）敷贴病灶；小面积溃破及手术创面用本品制成油纱条敷贴。共 293 例，结果治愈 180 例，显效 101 例，无效 12 例。[35]

程廿露等介绍家传验方消肿灵（药用鲜南瓜、鲜地瓜藤等量，捣烂装瓶）外敷治疗多种类型的附骨疽、疔、痈等化脓性疾患，临床效果显著。[36]

五虎丹出自《串雅内编》，药用水银、牙硝、明矾、青矾各 90g，食盐 45g，炼成丹剂。有腐蚀、提脓、拔毒、化腐之功。何柏生用之治疗化脓性疾患，均取得了良好疗效。[37]

潘金文介绍了家传炉火药捻在外科疾病中的运用：①祛腐类药捻：白降丹 75g，普鲁卡因粉、炉甘石粉各 10g，干姜末 5g。研细末与糯米糊调软面，搓成长 3、5、10cm 比火柴杆略细的药捻，阴干，贮瓶备用。用于疔疮、瘰疬、漏管、流痰、背痈、臂痈、锁骨疽、背疽或骨髓炎、化脓性乳腺炎及恶性深部脓肿等。②提脓类药捻：红升丹 70g，炉甘石 10g，巴豆霜 5g，冰片 15g。研细末，掺入桑皮纸，捻成长 5、10、15cm 的药捻，在药捻外涂一层糯米糊，均匀撒上一层药粉。用于痈疽排脓不畅，腐肉难脱、瘰疬、痰核、漏管、骨髓炎、破

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

溃性淋巴结核等中晚期疾病。③生肌类药捻：三仙丹 57g，鹿角霜、海螵蛸各 20g，麝香 3g。制法同提脓类药捻。用于脓血将尽的一切疮疡、痈疽及久难收敛的深部窦道等病。[38]

丰素娟介绍了清凉膏的配制及临床应用。方用当归 20g，紫草 5g，加麻油 500ml，浸泡 5～7 日，用文火煎至当归片呈棕褐色，油面微冒青烟时迅速离火出锅，过 80 目筛去药渣，药油再倾入锅内文火加热，加黄蜡(冬季 20g，夏季 35g)，溶化后，再过 80 目筛后，装入容器内自然凝固，加大黄粉(每 100g 原膏加大黄粉 15g)，搅拌均匀。本组 377 例(其中痈 85 例，疖 18 例，水火烫伤 31 例，切口感染 35 例，带状疱疹 33 例，无名肿毒 13 例，丹毒 9 例)，用本品局部外敷，日 1 次。结果：痊愈 99 例，显效 108 例，有效 137 例，无效 33 例。[39]

传统中药外治使用重金属制剂如红升丹白降丹等较多，临床疗效也比较确切，但是中药雄黄、升丹中所含的汞、砷等重金属矿物类物质可以在体内蓄积，引起中毒，近年来国内国际上已普遍不再提倡继续使用此类药物。研究的趋势是从植物药中发现既有促进创面愈合作用，同时毒副作用又比较低的成分或制剂。外用药剂型的改革也为人们所重视，开始引进先进的现代科技工艺，如涂膜剂、巴布剂、脂质体包封等技术与剂型，大大提高了临床疗效，也使中药外用药更易于为患者所接受。

周永慧等进行了枳酮膏的制备及对疮疡病的临床疗效观察工作，采用乙酸乙酯提取枳实有效部位——总黄酮，并制备成枳酮膏，临床治疗疔疮、痈、疖、丹毒等 156 例，总有效率达 96.15%，同时与如意金黄膏进行对比 $P<0.01$，表明枳酮膏疗效非常显著地优于如意金黄膏。[40]

姚泽林进行了外用中药“腐毒灵”的研制与临床应用研究。方剂组成：土槿皮 40g，土黄连、土大黄各 30g，烟叶 50g，枯矾 10g。除枯矾外加水 300ml，用文火煎汁 100ml，过滤，再加水 200ml，煎汁 50ml，再过滤去渣，二次药液浓缩至 15ml 即成。用浓缩液加枯矾调匀，置烤箱中令干而成。取药研极细末，或做成药条，或配成 1%溶液浸泡纱条备用。功能解毒化腐、消肿止痛、去腐生肌。主治痈、疽、疔、疖、慢性溃疡、窦道及外伤感染、毒蛇蚊虫咬伤。本品系植物药取代汞制剂，且疗效优于红升丹、白降丹。避免了长期使用汞制剂导致慢性中毒。[41]

赵洪武等进行了如意金黄散黑膏药的制备及临床疗效观察工作，如意金黄散为外科常用抗菌抗炎古方，赵氏等将其制备成黑膏药，通过内在质量检查和透皮吸收示踪研究、临床观察疖、痈等 138 例，总有效率达 92%。此后赵氏等又进行了如意金黄散黑膏药制备工艺改进，采用低温醇渗漉法提取药料，引入复方高分子基质和渗透剂氮酮，对传统如意金黄散黑膏药制备工艺进行了系统改进，并通过膏药性能、定性定量、透皮吸收和临床疗效的对比研究，表明改进制备工艺后的如意金黄散黑膏药各方面均比传统黑膏药为优。[42,43]

2.3 其他外治疗法

中医外科治疗痈肿类疾病尚有许多其它的外治方法，如刺络法，拔罐法，火针疗法，针灸疗法等。

刘蕴介绍了应用中医刺脓法治疗痈肿的体会，认为中医对痈肿的治疗，除有消、托、补等内治法外，还常配合使用刺脓的外治法，以便引脓外出，使毒随脓泄。在临床应用刺脓疗法时，正确辨别脓成与否及其部位深浅，是准确把握刺脓时机与进刀深度的二个重要

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

环节。[44]

左子平采用电火针对60例外科疮疡进行引流，方法：局部常规消毒并用2%利多卡因局麻后，将DF_2-B型狐臭仪高频电针之针尖直刺疮全顶端，使疮体表皮组织在高温电灼下气化、碳化，并迅速崩开溢脓。一般颈痈、暑疖、腑痈、乳痈作一字形穿刺口，臂痈、有头疽作“+”字形。对照组40例常规消毒局麻后，用手术刀切开排脓，切口形同上。均于引流术后将0.5%甲硝唑纱条放入创口内、隔日换药1次，直至痊愈。同时视全身情况不同分别口服或肌注抗生素等，结果：两组痊愈时间分别为最短4、5日，最长均10日。平均治愈天数无显著差异$P>0.05$。引流术后创口出血者为5例占8.3%、36例占90.0%，两组比较有显著差异$P<0.05$。[45]

李松林等应用拔罐法治疗疮痈143例，与以药物或切开治疗63例相对照，统计学显示治疗组在疗程和瘢痕形成方面都优于对照组($P<0.01$)。[46]

郑策等报道采用刺血疗法治疗痈疖肿50例，方法：取穴：颈、背、腰、臀部疖肿者取委中穴或阴谷穴及病灶局部，胸腹壁取阳交、局部。选取穴位处明显暴涨的血络，用三棱针直刺出血，血止拔罐2~3分钟。再刺红肿局部，待脓血溢出，加拔火罐。结果：经治疗5天，50例全部治愈，疗效100%。[47]

邓朝纲应用艾灸蒜片治痈疖，用独头大蒜切成薄片，置于痈疖的中心部，再将点燃的条形艾炷置于蒜片上，以患者能忍为度，反复数次，每次换1蒜片。共治初起暴红肿热痛之痈疖500余例，均愈。[48]叶成鹊等介绍了灸法的临床应用。艾炷隔蒜灸最早见于《肘后备急方》。操作：大蒜捣成泥，放在穴位或部位上、再放艾炷施灸。适应症：乳痈、瘰疬、脱骨疽、风疹、带状疱疹、疖肿等。[49]王广等采用火罐加隔姜灸治疗背部痈，[50]姚春采用壮医药线点灸痈肿，[51]疗效均满意。

中医外科外治法的内容非常丰富，特别是近年来有了迅猛的发展，并且出现了专门的文献刊物《中医外治杂志》，中国中医药学会中医外科疮疡分会在这方面也做了大量的工作，可以预见的是，中医外科外治法必将在中医外科疾病(包括痈肿)的治疗中发挥越来越大的作用。

3 实验研究

3.1 外用中药抗感染的细胞免疫和组织化学研究

中药换药抗感染力强已为大量临床病例及动物实验所证实。中药换药的特点之一，即在创面肉芽生长旺盛时，类似脓性的分泌物随之增多，感染基本得到控制，伤口愈合快；反之则伤口不易愈合。这与中医“拔毒生肌”、“假脓长肉”、“脓少清稀，疮口不敛”之说相符。

实验研究发现，中药换药所渗出的脓液中，溶菌酶含量高，巨噬细胞数量多而且吞噬功能活跃，说明外用中药调动了机体的防御系统，从而增强了抗感染能力。外用中药促进创面的渗出，不仅能稀释毒素，促进循环，而且含有各种抗体补体纤维素及杀菌物质，这些都是局部消炎，组织重建的重要因素。[52]

李应全等进行了生肌愈皮膏治疗溃疡的实验与临床研究，采用中药生肌愈皮膏(由当

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

归、白芷、杏仁、乳香、没药、甘草组成），动物实验外用涂药每日1次，直至溃疡愈合。观察外伤愈合时间，腹腔巨噬细胞的吞噬能力，淋巴细胞转化率，小鼠耳廓动静脉微循环的影响，体外抑菌试验及疼痛，肿胀的影响。临证治疗389例皮肤溃疡患者，外涂厚约2mm，隔日换药，2周为1疗程。结果表明：生肌愈皮膏(SG)可使感染性和外伤性病灶愈合加快，增加小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬率和吞噬指数，提高豚鼠淋巴细胞转化百分率。在体外，SG可抑制多种细菌的生长繁殖。同时，动物实验表明，本品具有较强的镇痛和抗炎作用。临床上SG对褥疮、臁疮、皮肤和肢体溃疡等具有明显疗效。治疗389例，治愈率为89%，总有效率94.3%。[53]

3.2 外用中药促进创面愈合的机理研究

3.2.1 关于中药促进表皮细胞增生分化的实验研究

徐尔贞综合关于中药促进表皮细胞增生分化的实验研究报道，中药换药后，创面表皮细胞再生能力增强，组织学观察，镜下可见表皮细胞体积增大，数量增多，细胞间隙扩大，表皮细胞层数多，基底部细胞分裂增生能力强。当创缘的上皮迅速生长时，创面中央常见有皮岛出现，从而加快了创面的愈合速度。光镜和电镜观察显示皮岛系由幼稚细胞分化成表皮的基底细胞，并逐渐增生、分化而形成的。徐氏认为皮岛的形成可能是创面愈合中表皮再生的另一种方式。[52]

3.2.2 促进肉芽组织增生、分化

李竞等应用5号祛腐生肌散进行创面愈和的实验研究，结果显示创面干、湿重量均增加，组织学观察其肉芽组织成纤维细胞数量多，排列致密，分裂旺盛，肉芽层增厚，创面细平，表明中药可以促进肉芽组织增生、分化。[54]

3.2.3 促进创面再生血管的形成

徐尔贞综述关于中药促进创面再生血管的形成的实验研究报道，认为中药换药后的创面均可见血运良好，因为外用中药可以促进创面再生血管的形成，故创面皮肤覆盖早，创面收缩快。愈合后的新生表皮其表皮层较厚，表皮细胞体积较大，细胞间隙宽，毛囊及皮脂腺发达，皮下组织的胶原纤维较松散，不聚集成较大的纤维束，故中药换药后的瘢痕组织松软、弹性好，与临床上应用中药后的瘢痕较平整，很少发生挛缩的疗效相符。[52]

3.3 关于创面pH值的研究

张集圣等的研究显示：使用生肌玉红膏或生肌象皮膏换药，可使伤口pH值变化进程加快，认为这可能是临床应用此类药物促进伤口愈合的机理之一。[55]有坏死组织的伤口，在愈合过程中，是由碱(pH8±)变酸(pH5±)，再变为中性或弱碱性。伤口呈酸性时，酸性蛋白酶的水解作用增强，加速了坏死组织液化和脱落；伤口变为中性或弱碱性，则有利于肉芽组织的生长。

3.4 常用中药药理研究

3.4.1 清热解毒药的作用机理

清热解毒药的作用直接或间接与炎症过程的发生和发展相关，其药理作用也和抗炎相

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

关。

3.4.1.1 抗感染作用

(1) 抗菌和解毒作用：抗菌谱较广、作用较强的清热解毒药有黄芩、黄连、黄柏、金银花、连翘、蒲公英、大青叶、穿心莲、千里光、鱼腥草、白头翁、虎杖、地锦草、蛎蜞菊等，可以看出具有抗菌活性的中草药很多是属于清热解毒药。

清热解毒药单味药的抑菌作用很少有象抗生素那样具有很强的抗菌活性，但在联合用药时可提高清热解毒药的抗菌效价(最低抑菌浓度(MIC))。有报道指出，黄连、黄芩、大黄、夏枯草伍用可增强抗菌作用16倍。有些清热解毒药具抗细菌毒素的作用，能使细菌毒素直接灭活或对抗毒素所致的病理损害，如金银花、连翘、穿心莲、牡丹皮、金荞麦、地锦草、马鞭草等。[56]

(2) 抗病毒作用：实验证明，黄柏、虎杖、贯众、大黄、败酱草等可抑制乙型肝炎表面抗原，临床观察证明板蓝根、蛎蜞菊也有效。鱼腥草对流感病毒、牛黄对乙脑病毒有效。组织培养法证实金银花、紫花地丁、蒲公英、紫草、射干、虎杖、鱼腥草、穿心莲、野菊花等对上呼吸道感染有关病毒有抑制作用。杨显荣报道，牛蒡子、紫花地丁、夏枯草、一见喜、黄连、穿心莲、千里光、紫草、金银花等清热解毒中药有抑制艾滋病病毒生长的作用。[56]

(3) 抗其他病原微生物：300多种抗真菌活性的中草药中有40种为清热解毒药。作用较强的有黄连、黄芩、黄柏、大黄、紫草、茵陈、半边莲、白头翁、鸦胆子、黄连可抗阿米巴；鸦胆子、马鞭草具抗疟作用；抗滴虫的有苦参、白头翁、黄柏、大黄、鸡冠花、白鲜皮可杀灭阴道毛滴虫；栀子、黄芩、金银花、连翘、穿心莲、鱼腥草、马鞭草、土茯苓可抗钩端螺旋体。[56]

3.4.1.2 改善炎症的病理过程

(1) 抗炎作用：许多清热解毒药能抑制实验性炎症过程，如穿心莲、连翘、黄连、黄柏、金银花、大青叶、牛黄、蚤休、鱼腥草、山豆根、秦皮、四季青、虎杖，对包括巴豆油囊肿、蛋清性足肢胀肿等炎症有抑制作用。

(2) 抗变态反应：某些感染性疾病的炎症病变与变态反应密切相关，黄芩能抑制变态反应中肥大细胞脱颗粒及介质释放所需的巯基蛋白酶的活化，山豆根能抑制大鼠皮肤过敏反应。黄连、龙胆草、穿心莲、白花蛇舌草、苦参可影响过敏介质的释放或免疫复合物的形成。

(3) 解热作用：对感染性发热有效的清热解毒药有栀子、黄芩、黄连、金银花、连翘、穿心莲、大青叶、野菊花、牛黄、乌蔹莓等。

(4) 镇静、抗惊厥作用：牛黄可减少实验动物自主活动，栀子可减少小鼠自发活动、延长巴比妥钠的睡眠时间，秦皮、败酱草有类似作用，黄芩、龙胆草、穿心莲、牡丹皮、鱼腥草也具有镇静抗惊厥作用。

(5) 促进肾上腺皮质功能：垂体、肾上腺皮质系统对维持机体抗病能力具有特殊作用，穿心莲能促进幼年小鼠胸腺萎缩、降低大鼠肾上腺中维生素C含量。白花蛇舌草及秦皮也有类似作用。[56]

3.4.1.3 增强机体免疫功能

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有些清热解毒药能增强机体的抗感染免疫功能，如白花蛇舌草、金荞麦、水杨梅等并无抑菌作用，但能增强免疫功能。

（1）促进非特异性免疫反应：如穿心莲能增强中性粒细胞对金黄色葡萄球菌的吞噬作用，黄连、龙胆草、穿心莲、白花蛇舌草、山豆根、牛黄、金荞麦等能促进吞噬细胞的吞噬机能。

（2）促进特异性免疫：金银花、蒲公英、地丁、穿心莲等可促进淋巴母细胞转化，增加T细胞数量，对机体抗病毒及抗细胞内细菌感染有重要作用。增强体液免疫作用的药物有黄柏、牡丹皮、金银花、白花蛇舌草。它们还能促进抗体形成。

3.4.2 活血化瘀药的作用机理

活血化瘀法则在疮疡治疗中具有重要意义，活血化瘀专业委员会于1986年制定了传统活血化瘀药的范围，认为：凡以疏通血脉、祛瘀通滞而令血流畅达为主要功能的药物称活血化瘀药；凡传统认为能和血、活血、散血、行血、破血、逐瘀血、去恶血的药物，均属此类药范围。共有36种，按其药理作用程度分为和血、活血、破血三类，以免滥称和滥用。

3.4.2.1 对循环系统的作用

（1）对心脏的影响：活血化瘀药可改善全身各部位血液循环，首先是增进心脏机能。实验证明活血化瘀药能改善心肌功能、调节心肌代谢、降低心肌氧耗、扩张冠脉、抗心律失常等。川芎、丹参、牡丹皮、三七、延胡索等有此作用。赵连根等证实活血化瘀注射液能增加家兔心排出量。[56]

（2）对血管的影响：活血化瘀药能扩张冠脉，增加冠脉和脑、肾等主要脏器血流量，扩张外周血管，降低血压等。这些药物包括川芎、红花、益母草、蒲黄、赤芍。赵连根等证明，活血化瘀注射液能增加犬小肠血流量，并增加肠组织耗氧量，还能降低血管阻力。[56]

活血化瘀药对微循环有重要影响。金惠铭等用高分子葡聚糖复制家兔外周微循环障碍，从球结膜微循环观察到丹参注射液可使原来缓慢、瘀滞的血细胞流速加快，毛细血管网开放明显增多，并在不同程度上使聚集的红细胞发生解聚。史荫绵等用相同的动物模型观察了丹参对家兔软脑膜微循环障碍的作用，也证明丹参可使血流速增快、流态改善，使红细胞解聚。[56]

川芎是常用活血化瘀药，史荫绵用高分子右旋糖酐造成家兔微循环障碍，观察到川芎能使球结膜及软脑膜血流速度加快。薛全福用微血管血流速度自动测量仪研究表明，川芎嗪、丹参对去甲肾上腺素形成的微微环障碍，无论在口径、流速、流量、流态及毛细血管数等方面均有明显改善作用。[56]

翁维良观察了20种活血化瘀药改善微循环障碍的作用，结果表明，红花、莪术、刘寄奴、延胡索、五灵脂作用最好。从药物分类的角度比较发现，养血活血、祛瘀生新、攻瘀散血、破癥祛疼四类中以祛瘀生新类效果最佳。王洪复等观察到芪甲丹注射液（黄芪、穿山甲、丹参、红藤、川芎组成）通过改善微循环可促进放射性损伤（^{60}钴照射）的修复。[56]

（3）对血液成分的影响：活血化瘀药可抑制血小板聚集，预防血栓形成，降低血脂，如当归、赤芍、红花、蒲黄、郁金等。活血化瘀药对血液流变学从实验和临床角度都证实

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有一定程度的改善作用。赵连根等证明活血化瘀注射液能降低低切变率条件下的全血粘度。廖福龙还证实，破血药抗凝血能力最强，在血液粘度及红细胞聚集指数等指标上还表现出随活血化瘀药物之药性增强(和血-活血-破血)而下降的趋势。

3.4.2.2 抗炎及增强免疫作用

三棱、莪术、赤芍、桃仁、丹参还有调节机体免疫功能的作用。吕世静等证明当归注射液可提高正常小鼠巨噬细胞的吞噬机能，拮抗环磷酰胺对巨噬细胞的免疫抑制作用，能激活淋巴细胞的功能和增加血清溶菌酶的活性，从而提高体液免疫和非特异性免疫功能。研究还证明活血化瘀药物对多种炎症动物模型有良好作用，马小丽等证明活血化瘀汤对大鼠棉球肉芽肿、巴豆油囊肿，松节油囊肿及甲醛性关节炎肿胀等均有满意的治疗作用，应用皮丘兰染法还证明能降低家兔毛细血管通透性。[56]

3.4.2.3 其他

丹参、赤芍、乳香、没药、桃仁、三棱、莪术等有抑制胶原合成，促进增生性病变转化和吸收作用。三七、蒲黄、益母草、红花等可促进损伤组织的修复与再生，增强吞噬细胞的吞噬功能。[56]

3.4.3 补益药的作用机理

3.4.3.1 对机体免疫系统的影响

大多数补益药具有增强或调节机体免疫功能的作用，如黄芪、党参、刺五加、人参、灵芝、淫羊藿等都有较强的增加吞噬功能，促进特异性抗体生成，升高外周白细胞数等作用。刺五加、黄芪还有提高细胞诱生干扰素的能力；淫羊藿可使“阳虚”小鼠的抗体形成细胞及抗体滴度等指标趋于正常，以补气、益血等药物组成的方剂，如四君子汤、四物汤、参附汤、六味地黄汤等对细胞免疫和抗体形成功能也有促进作用。党参能增加巨噬细胞吞噬功能已有不少报道，且多种制剂、多种给药途径均有此作用。党参提取液还能明显地增强淋巴细胞转化、增加抗体形成细胞的功能，提高血清抗体滴度。

赵连根等最近应用三项免疫指标(基本能代表体液免疫和细胞免疫功能)，对 27 味补益药进行了比较研究，并依据他们作用的大小进行了先后顺序排列。结果表明综合作用最强的药味是黄芪，其次为仙灵脾、黄精、女贞子、白芍，其余依次为何首乌、狗脊、鹿茸、人参、菟丝子、枸杞子、旱莲草、补骨脂、熟地黄、麦冬、百合、仙茅、杜仲、白术、白扁豆、山药、续断、当归、阿胶、山茱萸、沙参、石斛。对环磷酰胺造成的小鼠白细胞总数降低的恢复作用最强者为黄芪，其次为熟地黄、麦冬、白术、白扁豆、仙灵脾、白芍、鹿茸、续断和黄精等；对促进大鼠中性粒细胞吞噬作用最强者为人参，其次是白芍、补骨脂、仙灵脾、百合、狗脊、首乌、黄精、黄芪、女贞子等；对溶血性空斑形成作用最强的是旱莲草，其次为女贞子、菟丝子、杜仲、鹿茸、狗脊、何首乌、黄精、枸杞子和仙茅。[56]

樊建开等从免疫功能角度对疖病的发病与中药疗效的机理进行了初探，结果发现疖病病人多有免疫功能紊乱，认为此系发病的内在因素。作者以益气养阴、清热解毒为治疗原则，同时选用经药理实验证实确有加强和提高机体免疫功能的中药组成复方，包括生黄芪、金银花、生甘草、当归、赤芍、生地黄、玄参、蒲公英、白花蛇舌草。全部患者服用本方，连续 1～3 个月。结果临床治愈 28 例，有效 18 例，无效 4 例。治疗后病人补体 C_3 和活性 E 花环形成率有不同程度提高。[56]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.4.3.2 对神经-内分泌系统的影响

大多数助阳药具有促进肾上腺功能的作用。人参能加强大脑皮质兴奋过程，同时亦可加强抑制过程，具有双相调节作用。人参还能刺激分离的大鼠胰岛释放胰岛素等。黄芪也具有双相性调节血糖的作用，并能明显对抗肾上腺素引起的小鼠血糖升高反应；对苯乙双胍所致小鼠实验性低血糖有明显对抗作用。党参水煎剂可使血浆皮质酮明显升高，其作用部位可能是垂体或垂体以上水平。

3.4.3.3 对代谢的影响

大多数补益药有调节物质代谢的作用，能促进细胞 DNA、RNA 和蛋白质的合成，增加肝糖原含量。张文彭等研究表明，人参、枸杞子、杜仲、山茱萸等能明显降低血浆过氧化脂质水平，明显升高高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平及 HDL-C/TC 比值(TC = 总胆固醇)。结果提示这些药物能调节代谢、清除自由基与增加机体抗感染能力，促进非特异性免疫反应、加强吞噬功能和对已吞噬的微生物有杀灭作用，防止自由基对组织产生的损伤、促进组织修复和伤口愈合，这是疡科应用补益药的最终目的。

3.4.3.4 提供或补充微量元素

微量元素在人体内含量甚微，但对多种生理功能有重要影响。据报道，补益药含有丰富的微量元素。如龟板含锶很高，其次是锌、铜；何首乌含铁、锌、锰均很高；云南冬虫夏草中含有磷；党参中含有丰富的铁和锰。

微量元素与疡科用药关系密切，其在疡科中的作用可能通过：①增加机体免疫过程从而参与伤口区的生物性清创，如锌缺乏可使动物胸腺、脾、淋巴结和肠道内淋巴组织机能不全，当补锌后几周内即可得到纠正；缺铁可使动物抗体产生减少，缺锌可使小鼠产生 IgG 抗体的能力下降，缺铜可致小鼠脾细胞产生抗体的应答能力降低；缺铁、锌、硒能使机体吞噬机能明显降低，并削弱吞噬细胞杀灭细菌的能力；②参与伤口区胶原的合成及聚合。已经证实铁、锰、铜及锌是氨基酸羟化酶、赖氨酸氧化酶及胶原酶活动的重要因子，锌缺乏能明显降低伤口上皮增生及伤口的张力强度，铁是成熟的成纤维细胞合成胶原纤维的重要辅助因子，胶原的分泌也受铁的影响。铜和锰都参与胶原的聚合过程。对胶原强度的增加有重要影响。微量元素的缺乏，尤其是铁、铜的缺乏，会使病人的伤口愈合不良，甚至使已经愈合的伤口重又发生断裂。

3.4.3.5 抗休克作用

补益药有抗休克作用。丛月珠等给狗引发出血性休克(放出全身血量的 50% ~ 70%)，于休克状态下滴入参芪注射液(120 ~ 140 滴/分，总量为 300 ~ 500ml)，可见动物心肌收缩力加强，振幅加大，脉搏稳定；而对照组补予相当全部失血量的库存血，血压仍不稳定。人参附子青皮注射液对内毒素性休克具有对抗作用，卫洪昌等给大鼠静脉内注射内毒素引起休克，立即滴注参附青液可使血压基本稳定在原水平，生理盐水组则血压逐渐降低并形成休克。进一步研究提示，作用机理可能是药物保护了内皮细胞免受内毒素损害，使前列环素不断生成以抗衡内毒素引起的微血管收缩和血小板聚集。吴大正等证实，参附青注射液可减轻大鼠因注射内毒素(大肠杆菌 8mg/kg)而引起的休克状态，血压与对照组比较显著提高。[56]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【古训今释】

1 病名溯源

痈，古字有“癰”、“臃”等。颜师古注：“痈之言壅也，气壅否结，聚肿而溃也。”

痈作为病名，最早出现于《五十二病方》中，但并未作进一步的解释，且与疽分别而述。痈与疽并称，见于《灵枢·痈疽》，该篇列举了发于体表的痈与疽，而且对痈与疽的不同作了必要的鉴别：“营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓。然不能陷于骨髓，骨髓不为焦枯，五脏不为伤，故命曰痈。”又指出“痈者，其皮上薄以泽。”认为痈是由于邪留经脉，气血不通，阻于肉理而形成的一类疾病，这种疾病的共同特点是，痈肿局部皮薄而有光泽。而巢元方在《诸病源候论·痈疽病诸候·痈候》中说：“痈者，由六腑不和所生也。……腑气浮行，主表，故痈浮浅，皮薄以泽。……又，肿一寸至二寸，疖也；二寸至五寸，痈也。”提出痈属阳症，范围在二寸至五寸。清代·王维德在《外科证治全生集·阳症门》中指出：“凡患色红肿疼痛，根盘寸余者是痈。”确定痈肿的特征是红肿疼痛。清·张山雷《疡科纲要》中说：“痈者壅也，疽者沮也，阻也，皆为气血壅闭，遏止不行之意。本是外疡笼统之名词，王所轩轾于其间，何尝有一阴一阳之辨别。”又说：“凡古书之外疡名词，或称某痈，或称某疽，皆当认为笼统之辞，断不可误信王氏(注：王维德)之说，而执痈疽二字妄为分别。”

综上所述，古代医家对痈的认识并不一致，痈疽并称，代表了外科的各种病证，分而言之，痈属于邪居浅表，初起具有红肿热痛的特点，范围在二寸至五寸之间，而且易肿、易成、易脓、易溃、易敛，不伤骨髓、五脏的一类病证。目前所说的痈即是后一种狭义的痈，其发于表为外痈，发于内脏称内痈，根据其发病部位的不同，又有喉痈、肩痈、肘痈、腋痈、胁痈、腹皮痈、肚痈、臀痈等。

2 证候与病象

痈的证候特点历代医家均有论述。《灵枢·痈疽》指出：“痈者，其皮上薄以泽。此其候也。”同时也指出痈具有常苦寒热、肿痛、皮色赤黑、发热、汗出、化脓、破溃等症状。张仲景《金匮要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治》中说：“诸浮数脉，应当发热，而反洒淅恶寒，若有痛处，当发其痈。”在论述肠痈时指出身无热而脉数，为肠内有痈脓；脉迟紧者，脓未成；脉洪数者，脓已成。说明辨脉可诊断痈以及是否成脓。至隋·巢元方《诸病源候论·痈疽病诸候》中详列“痈候”、“痈有脓候”、“痈溃后候”、“石痈候”、“附骨痈肿候”、“痈虚热候”、“痈烦渴候”、“发痈咳嗽、大小便不通、内虚心惊等候”全面论述了痈病的不同阶段出现的不同证候以及形成的原因，特别是指出痈溃后的不同预后：“凡痈破溃之后，有逆有顺。其眼白睛青黑，而眼小者，一逆也；内药而呕者，二逆也；腹痛、渴甚者，三逆也；嗢项中不便者，四逆也；音嘶色脱者，五逆也。除此者并为顺也。此五种皆死候。”孙思邈在《备急千金要方·疔肿痈疽》中说：“凡痈高而光大者，不大热，其肉正平无尖而紫者，不须攻之。”指出痈肿局部高突而光亮无脓头。宋·陈无择《三因极一病证方论·痈疽证治》中曰：“病者脉数，身无热，而反洒淅恶寒，若有痛处，当发其痈肿，欲知其有脓无

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脓，以手掩肿上，热者为有脓，不热为无脓，此亦大略说也。自有脉不数，不热而疼者。”概括了前人辨痈肿的方法。元代齐德之《外科精义·辨疮疽疖肿证候法》中说：“六腑积热，腾出于外，肌肉之间，其发暴甚，肿皮光软，侵展广大者，痈也”，形象地指出了痈之证候特点。清·高秉钧在《疡科心得集·疡证总论》中认为：“发于腑者，其色红而形高肿，脓水稠粘，神清气朗，阳也。”又说：“如热发于皮肤之间，肿高根阔者为痈。”王维德在《外科证治全生集·论证·痈疽总论》中说：“患盘逾径寸者，红肿称痈，痈发六腑。”

综上可见，痈的共同证候特点是以局部肿痛，皮色发红，燃热，光软无头，肿形高突，以脓时其肿变软，破溃后脓出稠粘，伴全身发热恶寒，汗出，脉沉紧或浮数。痈溃之后出现五脏不和，则预后多不良。而不同部位的痈肿，又具有不同的特征表现，在古医籍中均有描述，在此不再赘述。

3 病因病机学说

3.1 病　　因

痈之病因从《内经》以后，历代医家均有论述，摘其代表者，辨析源流。《灵枢·玉版》、《灵枢·痈疽》、《灵枢·刺节真邪论》、《素问·气穴论》等中，分别提出寒邪、喜怒不测、饮食不节、六腑不和、虚邪人身等原因引起痈肿。《中藏经·论痈疽疮肿第四十一》中认为：“夫痈疽疮肿之所作也，皆五脏六腑、畜毒不流则生矣，非独因荣卫壅塞而发者也。”提出内脏腑畜毒引发体表之痈肿。宋代陈无择在《三因极一病证方论·痈疽叙论》中说：“发背痈疽者，该三因而有之。论云：痈疽瘰病，不问虚实寒热，皆由气郁而成。……不言热之所作而后成痈者，此乃因喜怒忧思有所郁而成也。……身有热，被风冷搏之，……亦有阴虚阳气凑袭，……此乃外因寒热风湿所伤而成也。又服丹石及炙煿酒面，……又尽力房室，精虚气节所致者，此乃因不内外所伤而成也，故知三因备矣。”指出三因致痈。而金代刘完素提出“六气皆从火化”，并以《素问·至真要大论》中：“诸痛痒疮，皆属于心火”为理论依据，在其《黄帝素问宣明论方·杂摘》中说：“疮疡皆为火热，而仅腐出脓水者，犹谷肉果菜，热极则腐烂而溃为污水也。……痈浅而大，疽恶而深，热胜血则为痈脓也。”提出“火热邪毒”是痈肿的发病原因。明代李梴在《医学入门·痈疽总论》中指出：病疽“虽病该三因，总皆湿热。”指出湿邪为痈必有原因。唐·蔺道人在《理伤续断方·治伤损方论》中明确指出：“打扑损伤，皮肉破碎、筋骨寸断，瘀血壅滞，结肿不散，或作痈疽，疼痛至甚。”提出瘀血致痈。朱震亨在《丹溪心法·痈疽八十五》中指出：“肠痈，大肠有痰积死血流注。”明确痰阻形成痈肿。由上述可知，痈之病因包括外感六淫，内伤七情，饮食劳倦，跌仆损伤，脏腑不和、内生五邪，均可导致痈之发生，其中以火热邪毒为最多，而且各种邪毒导致的痈肿，多经化生火热的过程。

3.2 病　　机

痈病由肿疡到溃疡，形成两个不同的发展阶段，古代医家全面而详尽地论述了其病机过程。各种邪毒，或由外袭，或自内生，均需留滞于机体的某处，使“营气不从，逆于肉理，乃生痈肿。”（《素问·阴阳应象大论》）。所以气血壅滞是痈病的共同病机。《灵枢·痈

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疽篇》详细论述了邪气阻滞，气血凝滞，营卫稽留导致痈肿，以及化生火热腐肉成脓的过程，着重于“气血”在痈之病机转化中的重要意义。至金之刘完素以“火热”立论以后，历代医家多遵火毒论，特别是《医宗金鉴·外科心法要诀》中提出：“痈疽原是火毒生，经络阻塞气血凝。”使后世医家见痈即以火毒论治。《外科证治全生集·论证·痈疽总论》中，虽然认为：“痈有腠理火毒之滞，”但不宜“清火以解毒”，因“清火而毒愈凝。”以上论述多指肿疡阶段，痈肿一旦破溃出脓，则病机表现发生变化。《诸病源候论·痈疽病候》中指出“余寒”、“恶肉”、“毒热”、“脓腐”、“破骨”、“断筋”、“伏血”等邪气未尽，阻滞经络，是痈之溃疡主要病机。而齐德之、薛己、朱震亨、陈实功等均认为溃疡有气血不足，余邪不除之机制。可见痈肿和痈溃的不同阶段，其病理机制又各不相同，为临床施治，提供了有力的理论依据

4 治则治法

4.1 治　　则

对痈的治疗治则，早在《黄帝内经》中已有论述，而在《金匮要略》对肠痈的治疗，则体现了辨证论治的法则。南晋时的《刘涓子鬼遗方》，宗《内经》古训，根据痈的不同表现采用清热解毒、凉血活血、行气散、托里透毒、补益气血等法，为后世根据痈之病程立消托补三大法则，开启了源头。后经齐德之、王肯堂、陈实功等的进一步完善，确立了“初起宜消、已成宜托、溃后宜补”的消、托、补三大治则。金代刘完素在《素问病机气宜保命集·疮疡论》中指出治疮大要，须明托里、疏通、和荣卫三法，由外之内，恐邪气极而内行，故先托里，由内之外，其邪气深于内，故疏通以绝其原，内外之中的，其病在经，当和荣卫，“用此三法之后，虽未差，必无变证，亦可使邪气顿减而易痊愈。”这种从各种不同病因着眼，以制其亢胜，衰其病势，保持机体的平衡，兼顾正气的治则，被后世称为“病因疗法”。这一病因疗法的法则，和“消、托、补”三大法则相结合，使痈的治疗法则更加完备。

4.2 治　　法

早在《五十二病方·痈》中，即有内服、外用治疗痈病。《灵枢·痈疽》中提到内服药、外敷、熏蒸以及手术切除等疗法。《伤寒杂病论·疮痈肠痈浸淫病》中提出辨证施治的治疗方法，肠痈未成脓时采用攻下和营法，脓已成而里虚者采用排脓补虚法。《中藏经》中提出“其痈疽皆五脏六腑蓄毒不流”论，并据此创用攻下清热的原则。到《刘涓子鬼遗方》中，痈的内治法得到更加丰富的发展，外治方法也丰富多彩。如根据痈疽发病中的不同表现，分别采用清热解毒、凉血活血、行气散结、托里透脓、补益气血等内治法，在外治方面，有薄贴法、围药法、洗漱法、熏法、灸法、针烙排脓、去腐生肌等法。为后世治痈提供丰富的方法和思路，《肘后备急方》中首载骑竹马灸法治疗痈肿。《三因极一病证方论》中指出痈疽三因致病，并据此认为宣热治内因、攻泻治外因、清解治不内外因的治疗方法。李迅在《集验背疽方》中提出治痈以补托为主、而主张清解与补益共同，刘完素根据痈形成的原因，提出托里、疏通、和营卫治疗邪在里、在表、在半表半里的方法。张子和以“攻下”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

著称，主张治疗痈病，重用寒凉，早期辛凉，已成凉膈、攻下疏表。李东垣认为痈的发生是由于胃气不足，治疗时主张升发胃气，反对芳香止痛以及古人之生肉膏、食肉膏，强调健脾以生肌。元代齐德之在《外科精义》中灵活应用灸、针、烙、砭镰、溻浴，进行温通、排脓、拔毒、止痛。《疡科心得集》受温病学派的影响，引入“三焦”辨证，采用辛凉，甘凉等法治疗痈病及其变证。《理瀹骈文》以外治为中心，创制膏药、散药等外治痈病。而《外科正宗》、《疡医大全》等书中，已全而地论述了肿疡时内服外用、溃疡时内治外治的方法，使痈病治疗得到了系统和完善的施治，体现了中医外科治疗痈病的显著特色。王肯堂在《证治准绳·疡科》中引入根据痈病的不同部位，采用引经的方法进行施治。

5 方药归类

古代治疗痈病的内服外用方药极其丰富，几乎囊括了半数外科方剂。在此仅略加分类、而不列方药，临床中可参考方剂汇编。

（1）内服方：

清热解毒类方：五味消毒饮、黄连解毒汤、仙方活命饮、清肝汤、清营汤、知柏地黄汤、普济消毒饮等。

解表方：银翘散、牛蒡解肌汤、荆防败毒散、万灵丹、防风通风散等。

通腑方：大承气汤、内疏黄连汤、润肠汤、大黄牡丹皮汤、大柴胡汤、麻仁润肠丸等。

除湿类方：二妙丸、萆薢渗湿汤、萆薢化毒汤、羌活胜湿汤、三仁汤、滋阴除湿汤等。

化痰类方：二陈汤、开郁散、瓜蒌牛蒡汤、香贝养营汤。

化瘀类方：四妙勇安汤、大黄牡丹皮汤、桃红四物汤、少腹逐瘀汤，化斑解毒汤等。

托毒排脓类方：透脓散、托里消毒散、托里透脓散、神功内托散、薏苡附子败酱散、竹叶黄芪汤等。

（2）外用方：

肿疡类：太乙膏、金黄散、玉露散、千捶膏、铁箍散、雄黄散等。

溃疡类：生肌散、拔毒散、排脓散、生肉膏、食肉膏、玉红膏、九一丹、五五丹、升丹白玉膏、降丹、搜脓锭子等。

6 预防与康复

李迅在《集验背疽方》中提出金银花或藤，浓煎加酒服，能够预防痈病发生。陈实功在《外科正宗·杂忌须知》中对痈病患者的护理、饮食宜忌、生活起居等进行了全面论述。如：“疮愈之后，劳役太早，乃为瘫症；入房太早，后必损寿；不避风寒，复生流毒；不减口味，后必疮痒无度。大疮须忌半年，小疮当禁百日，此诚为知命君子也。”明代楼英在《医学纲目·不可患痈疽者七处》中指出：“眼后虚处，颐接骨处，阴器根上毛间，胯与尻骨接处，耳门前后车骨接处，诸因小腹风水所成痈疽，及颌骨下近耳后虚处，鼻骨中并能害人，但以诸法疗之，或有得瘥，惟眼后虚处最险。”古人这种认识在临床中的意义是，凡在该处患痈，要积极重视，防止转为坏证。

（张耀圣　张　健）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近现代参考文献

[1] 王沛．中医外科学(中医刊授教材)．中医古籍出版社，1988

[2] 顾伯康．中医外科学(高等中医院校教材第五版)．上海科学技术出版社，1986

[3] 顾伯华．实用中医外科学．上海科学技术出版社，1985

[4] 王沛．中医外科学(高等中医院校协编教材)．中医古籍出版社，1994

[5] 朱仁康．中医外科学．人民卫生出版社，1987

[6] 谭德福．"火郁"论．新中医，1990，22 (2)：2～5

[7] 顾伯康．中医外科学(高等中医院校教材参考丛书)．上海科学技术出版社，1987

[8] 李向晨．理气活血法治疗疡科疾病验案三则．黑龙江中医药，1991，5：26

[9] 卢业轩．泻火解毒理气和营法治疗中部痈49例．辽宁中医杂志，1994，21 (11)：514

[10] 李建安．治脓八法．新中医，1988，20 (2)：31

[11] 阎贵旺，徐林茂．祛腐托里生肌法治疗外科感染性疾病．中国农村医学，1994，22 (7)：437～438

[12] 马建国．通腑泻热解毒治验外科病举隅．四川中医，1990，8 (4)：42

[13] 王建湘．调理脾胃法在疮疡科的临床应用．吉林中医药，1991，(2)：20

[14] 孙文进．消渴汤治疗糖尿病126例临床观察，河南中医药学刊，1995，10 (4)：46～47

[15] 陈华元，王寿康．七星剑汤治疗急性疮疡100例．南京中医学院学报，1992，8 (4)：250～251

[16] 郑则敏．四妙汤加味治愈项、背痈31例体会．福建中医药，1981，12 (2)：33～34

[17] 门玉华，胡静．仙方活命饮治疗软组织炎症45例．中国中西医结合外科杂志，1998，4 (3)：157

[18] 万春发．急性淋巴结炎103例分部证治．见：疮疡荟萃．辽宁大学出版社，1995．121～123

[19] 李丽馨，黄金玉．痈证的辨证论治．见：疮疡荟萃．辽宁大学出版社，1995．114～117

[20] 张秋才，萧俊平．柴胡二丁汤在急性感染性疾病中的应用．北京中医学院学报，1989，12 (1)：32～33

[21] 杨富强．烟叶治疗肿痈．赤脚医生，1978，(2)：52

[22] 陈兆芬．桑木灸治痈毒．赤脚医生，1978，(10)：53～54

[23] 郭 忠．木芙蓉治疗痈疽疖肿效果好．福建医药卫生，1975，(2)：47～48

[24] 蒋成佐．鹅不食草治疗痈毒疮疖效果．广东中医，1961，6 (2)：87

[25] 廖鸿矾．蜂房散治痈．河南赤脚医生，1975，(2)：36～37

[26] 王锦云．麻杆灰白糖散治疗痈．河南赤脚医生，1981，(4)：40

[27] 毕振东．草药野菊花治疗痈毒疖肿．江西医药，1966，6 (5)：222

[28] 芦金清．中药厚朴的化学成分及临床研究进展．中医药学报，1989，(5)：39～42

[29] 赵云丰．鲜百合外用能疗疮痈．中成药研究，1985，(1)：45

[30] 王太发．天仙子外用治疗痈肿疔毒．浙江中医杂志，1988，23 (2)：56

[31] 朱荣华，金伯恭．红升丹的消散功能．中医外治杂志，1996，5 (3)：35

[32] 李留记，王保民，杨根山．胎盘蛋油纱条治疗疮疡久不收口87例．浙江中医杂志，1989，24 (11)：513

[33] 姚锐，余祥三．跌打消炎膏的制备及临床疗效观察．中国中药杂志，1991，16 (12)：734～735

[34] 班孝敬，李澍田．白拟疮疡神膏临床疗效分析．河北中医，1995，17 (1)：28～29

[35] 李征，吴晶萍．全蝎膏的临床新用．中医药信息，1996，13 (6)：20

[36] 程甘露，程新露．家传消肿灵验方介绍．国医论坛，1990，5 (3)：17～22

[37] 何柏生．五虎丹在外科疾病中的运用．新中医，1988，20 (9)：25～26

[38] 潘金文．家传炉火药捻在外科疾病中的运用．新中医，1992，24 (8)：27～28

[39] 丰素娟．清凉膏的配制及临床应用．中国中药杂志，1996，21 (3)：184～185

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[40] 周永慧，彭金玉．枳酮膏的制备及对疮疡病的临床疗效观察．中成药，1993，15（4）：24～25
[41] 姚泽林．"腐毒灵"研制与临床应用．中医杂志，1990，31（6）：49
[42] 赵洪武，金枝，陈树和．如意金黄散黑膏药的制备及临床疗效观察．中国医院药学杂志，1993，13（9）：406～408
[43] 赵洪武、金枝，沈子龙．如意金黄散黑膏药制备工艺改进及临床疗效观察．中成药，1995，17（8）：4～6
[44] 刘蕴．浅谈中医刺脓法．辽宁中医杂志，1988，12（1）：36
[45] 左子平．电火针施外科疮疡引流60例临床观察．中国针灸，1992，12（3）：121～122
[46] 李松林，王相奇，刘艳红．拔罐法治疗疮痈143例．中医外治杂志，1996，5（4）：28
[47] 郑策，郑佩．刺血治疗痈疖肿50例．中国针灸，1996，16（12）：40～41
[48] 邓朝纲．艾灸蒜片治痈疖．国医论坛，1990，5（4）：封3
[49] 叶成鹄，韩碧英．灸法的临床应用．中级医刊，1989，24（8）：501～505
[50] 王广，史晓光，杜桂玲．火罐加隔姜灸治疗背部痈疗效观察．中医杂志，1996，37（1）：52
[51] 姚春．壮医药线点灸治验2则．中国民族医药杂志，1996，2（2）：11
[52] 徐尔贞．外用中药治疗皮肤溃疡的机理．见：中国疡科大全，天津科学技术出版社，1992．32～34
[53] 李应全，张萍，马剑峰，等．生肌愈皮膏的实验与临床研究．中国现代应用药学，1998．15（2）：3～5
[54] 李竞．中国疡科大全．天津科学技术出版社，1992．33
[55] 张集圣，等．生肌玉红膏、生肌象皮膏和麻油对伤口影响的实验研究．天津医药，1989，4：238～239
[56] 赵连根．疡科内治法常用中药药理概述．见：中国疡科大全，天津科学技术出版社，1992．36～46

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 乳　痈 ❋

乳痈是乳房部最常见的外科急性化脓性感染疾病，是发生于乳房部的阳证疮疡之一。临床以乳房局部结块，红、肿、热、痛，并有发热为特征。绝大多数发生于产后哺乳期，以初产妇多见，好发于产后3～4周，是乳房疾病中的常见病。因发病原因和发病时期不同，而有多种名称：在哺乳期发生的，名外吹乳痈；在妊娠期发生的，名内吹乳痈；在非哺乳期和非妊娠期发生的，名不乳儿乳痈。临床上以外吹乳痈最为常见，约占95%，内吹乳痈较少，不乳儿乳痈更少。本病相当于西医学的急性乳腺炎，包括急性细菌性乳腺炎和急性病毒性乳腺炎，临床上以急性细菌性乳腺炎多见。

由于对外吹乳痈的防治，不但关系到产妇的康复，而且关系到哺乳及婴儿的生长发育，因此颇受医家重视。现代中医对本病的研究已有30多年的历史，积累了丰富的临床经验，中医药治疗乳痈，既有科学性，又有先进性，其疗效目前也处于领先水平。

【今日临床】

1 诊断标准

关于乳痈病的诊断标准，西医目前多参考于德春等主编的《临床疾病诊断标准与国家体检标准》。中医诊断标准有国家中医药管理局制定的行业标准。现采录如下：

1.1 中医诊断标准

1.1.1 病名诊断标准

患者多数是哺乳期妇女，尤以未满月的初产妇为多见。

初起乳房内有疼痛性肿块，皮肤不红或微红，排乳不畅，可有乳头破裂糜烂。化脓时乳房肿痛加重，肿块变软，有应指感，溃破或切开引流后，肿痛减轻。如脓液流出不畅，肿痛不消，可有“传囊”之变。溃后久不收口，渗流乳汁或脓液，即形成乳漏。

患侧腋下可有胥核肿大疼痛，全身多有恶寒，发热头痛，周身不适等症。

1.1.2 证类诊断标准

气滞热壅证：乳汁瘀积结块，皮色不变，皮肤燠热，肿胀疼痛。伴有恶寒发热，头痛，周身酸楚，口渴，便秘。苔黄，脉数。

热毒酿脓证：壮热，乳房肿痛，皮肤燠红灼热，肿块变软，有应指感。或切开排脓后引流不畅，红肿热痛不消，或有“传囊”现象。舌质红，苔黄腻，脉洪数。

正虚毒恋证：溃脓后乳房肿痛虽轻，但疮口脓水不断，脓汁清稀，愈合缓慢或形成乳漏。全身乏力，面色少华，或低热不退，饮食减少。苔薄质淡，脉弱无力。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 西医诊断标准

多发生在初产妇的哺乳期，发病前常有乳头、乳晕皲裂或乳汁淤积等。

乳房肿胀、疼痛或畏寒发热。

局部红、肿、热、痛，触及浸润性硬块，有压痛。脓肿形成后有波动感。同侧腋下淋巴结肿大，触痛。

白细胞及中性粒细胞计数增多，核分叶计数左移。

超声波检查有液平段。穿刺抽出脓液。

判定：具备前3项可诊断，兼有第4或第5项可确诊。

2 中心证候特征

热毒侵入，乳汁郁积，气滞血壅所致乳房局部红肿热痛是乳痈病的证候学特征。其主症为乳房肿胀疼痛，乳房局部结块，皮肤燉红灼热，并伴畏寒发热。次症有头痛、胸闷、口渴、纳呆、乏力、便秘、尿赤、腋核肿大等。舌质有淡、红、瘀点或瘀斑；舌苔薄白、薄黄腻、黄腻；脉象多数，或浮数，或洪数，或弦数，或细数。

肿胀：初起乳房局部或整个乳房即感肿胀；成脓时肿胀尤甚；溃后肿胀渐消。若溃后脓出不畅，肿势不消，可能形成袋脓或传囊乳痈。

疼痛：初起疼痛较轻；成脓时局部疼痛加重，伴有明显压痛和触痛，若疼痛持续如鸡啄，此为化脓征象；溃后疼痛逐渐减轻。

燉红灼热：初起皮色不红或微红，皮肤不热或微热；成脓时皮色燉红；皮肤灼热；溃后皮色转为暗红，灼热感减轻。

结块：初起结块或有或无；成脓期结块增大，若结块周硬中软，按之应指者，为内脓已成；溃后结块渐消。

腋核肿大：初起腋核一般不大；成脓期同侧腋核肿大，压痛感明显；溃后腋核渐消。

畏寒发热：初起寒热往来；成脓期壮热不退；溃后寒热渐退。

3 病 因

3.1 原发病因

正气虚衰：妇女产后失血耗气，正气不足，腠理不密，卫外无权，外邪乘虚而入，引发本病。

情志内伤：乳头属厥阴肝经，肝主疏泄，调节乳汁分泌。妇人新产，气血暴伤，肝失所养，疏泄失畅，乳汁为气血所化，气血又为心神所属，乳母心情不畅，不知调养，暴怒忧郁，导致肝郁气滞，使乳汁发生壅滞而结块，郁而化热，热胜肉腐而成乳痈。

饮食不节：乳房属阳明胃经，乳汁为气血所化。妇人产后饮食不节，妄用膏粱厚味进补，而致脾胃运化失职，阳明积热，胃热壅盛，导致气血凝滞，乳络阻塞，湿热浊气壅结而发本病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胎气上冲：妊娠期间，胎气旺盛，胸满气上，气机失于疏泄，邪热蕴蒸阳明，以致结肿而发内吹乳痈。

3.2 继发病因

乳汁郁积：新产妇乳头娇嫩容易破损，或乳头先天内缩畸形，影响充分哺乳，或哺乳方法不当，或乳汁多而少饮，或断乳不当，均可导致乳汁郁积，乳络阻塞成块，郁久化热酿脓而成痈肿。

外邪侵袭：初产体虚，热食汗出，授乳露胸，风邪外袭；或乳儿口气燥热，含乳而睡，口中热毒之气侵入乳孔；或乳头畸形、凹陷或乳头破碎，毒邪外侵，均可使乳络郁滞不通，化热成痈。

3.3 诱发因素

情志郁怒、乳头皲裂、破碎、乳头内陷、过小、乳多积滞、挤奶用力不当等均可诱发或加重本病。

4 病　机

4.1 发　病

本病起病多急。以产后外吹乳痈为最多，内吹乳痈、不乳儿乳痈发病率低，症状较轻。外吹乳痈初期，产妇乳房肿胀疼痛，乳汁分泌不畅，伴畏寒发热、头痛纳呆等；成脓期乳房肿块燠红灼热，周硬中软，持续疼痛如鸡啄，伴壮热不退、便秘尿赤；溃后脓出通畅，则肿消痛减，寒热渐退，疮口逐渐愈合。

4.2 病　位

在乳房。大多为乳房外上方。

4.3 病　性

为发生于乳房部的阳证热证疮疡。初起、成脓阶段气滞热壅、热毒炽盛，乳房局部红肿热痛明显，伴有全身发热。溃后肿消痛减，身热渐退，疮口逐渐愈合，或正虚毒恋，久治不愈，形成乳漏。

4.4 病　势

一般来说，乳痈的预后较好。在初起阶段，治疗后如得排乳通畅，肿痛减弱，发热渐退，就有消散的希望；否则便易化脓，在成脓期若失治、误治，局部皮色暗红，肿胀迅速向周围蔓延，边界不清，伴寒战高热，头痛烦躁，甚则神昏谵语，发痉发厥，为毒邪走散，形成内陷之证；溃后脓出通畅，则局部肿消痛减，寒热渐退，其愈不难。若溃后脓出不畅，肿势不消，疼痛不减，身热不退，则可能形成袋脓或传囊乳痈。亦有溃后乳汁从疮口溢出，久治不愈，形成乳漏。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.5 病机转化

乳痈之成，既与产后正气不足有关，又与情志内伤，肝郁气滞，饮食失调，胃热壅盛有关，还与乳头破碎，毒邪外侵有关，最后导致乳汁郁积，乳络阻塞，气血壅滞化热，化腐成脓。若热壅炽盛，肝郁化火，则出现恶寒发热、口渴便燥、局部红肿胀痛等症；若热邪持续不解，热胜肉腐，积乳化脓，则出现剧痛、高热症象；若溃后气机畅通，正胜邪却，则肿消痛止，转入痊愈；若毒邪炽盛，扩散流走，则可形成严重的危候。

4.6 证类病机

气滞热壅：肝主疏泄，肝气条达，乳泌通畅，肝气郁结，气机不畅，乳泌不行，壅聚停滞，化生邪热，阻于乳房，结成肿块，热盛则肉腐成脓。

热毒炽盛：热壅乳络，乳汁郁积，日久化生火毒、腐败积乳成脓。

正虚毒恋：乳痈溃破脓出，气血两亏，余邪不除，气血不足无以成脓，肌肉不生，溃口不长。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

乳房局部结块，红肿热痛，伴有畏寒发热，腋核肿大。

5.2 分析病位

乳痈病位在乳房，左右两侧均可发生。多以乳腺胀痛开始，接着在乳腺的外上象限、外下象限、乳晕下或乳房后等处出现有明显压痛的肿块。

5.3 确定病性

乳痈病的病性为阳证热证疮疡。初期患乳排乳不畅，肿胀热痛，皮肤微红或不红，肿块或有或无，伴畏寒发热，舌苔微黄，脉弦数；炎症继续发展，则肿痛加剧，压痛明显，同侧腋窝淋巴结肿大，中医称腋核；全身症状加重，即形成急性乳房脓肿。浅部脓肿，皮肤燃赤光亮，有波动感(应指)。深部脓肿，皮肤不红或微红，波动感(应指)不明显。脓肿多为单房，也有多房的(传囊乳痈)，少数病例可形成乳房后位脓肿。白细胞总数及中性粒细胞增高；乳房脓肿自行溃破或切开引流后，全身症状逐渐消失，疮口可顺利愈合。若创口处理不当，引流不畅，可形成乳漏。

热毒、乳积、气滞是乳痈辨证的关键。局部红热程度，是辨别热毒轻重的主要依据。热毒重的，局部红热显著，疼痛亦较明显，有的出现患侧淋巴结肿大、触痛，全身发热较高，病势发展快，化脓亦快。热毒轻的，局部红、热程度较轻，疼痛轻缓和，发热不高，或不发热，病势发展较慢，化脓亦较缓；乳汁蓄积者，表现为乳汁排出不畅或不通，乳房胀痛或胀硬而痛。其中郁积较久或热毒重的，乳汁浓稠变黄色，已变黄色的乳汁，婴儿不宜饮用；肝郁气滞者，表现为郁闷易怒，胸满胁胀，皮色多不红。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

乳痈治疗，贵在早治，注重通法，这是十分重要的治疗准则。争取早治，才能达到“以消为贵”，达到早期消散吸收。注重通法，亦即以通为顺，疏表邪以通卫气，通乳络以去积乳，和营血以散瘀滞，行气滞以消气结，通腑实以泄胃热，均属于通。

6 鉴　　别

6.1 炎性乳癌

一般多发生在妊娠期或哺乳期。患乳呈广泛浸润的韧性肿胀，病灶表面皮肤发热，紫红或暗红，呈橘皮样变。同侧腋窝淋巴结常早有转移性肿大。患者全身炎症反应轻微或无，局部多无明显疼痛和压痛。诊断困难时，哺乳期患者先行停乳，再行活体组织病理检查或穿刺针吸细胞学检查即可明确诊断。

6.2 乳房结核

多发生于中青年已婚妇女。患乳有进展缓慢微痛的结节、肿块，肿块时大时小，无急性炎症表现。以后肿块液化溃破，排出豆渣样稀薄脓液，形成不易愈合的溃疡或窦道。脓液涂片可发现结核杆菌。化验血沉可加快。多伴有其他结核病变。

6.3 浆细胞性乳腺炎

多发生于非哺乳期。患侧乳头内陷，有粉刺样或油脂样带臭味的分泌物。肿块位于乳晕部，表面呈结节样。继发感染时，则红肿热痛或破溃流脓，创口久不愈合或反复发作，形成乳晕部创口通向乳头孔的瘘管。

7 临 床 治 疗

7.1 中医分证论治

7.1.1 气滞热壅

临床表现：乳汁瘀积结块，皮色不变或微红，肿胀疼痛。伴有恶寒发热，头痛，周身酸楚，口渴，便秘。苔薄或薄黄，脉数。

病机分析：乳头为肝经所属，肝主疏泄，能调节乳汁分泌。产后气血暴伤，若因情志不畅，肝气郁结，气机不舒，肝木失于条达，则导致肝郁气滞，壅结积聚而成痈肿，表现为胸闷、烦躁、乳汁瘀积结块、乳房作肿等症状，脉见弦滑或弦数，舌苔薄白。乳房为阳明经所属，若产后失于调养，恣食肥甘厚味，阳明积热，胃热壅盛，导致气血凝滞，乳络阻塞，热胜肉腐成痈，则表现为恶寒发热、头痛、周身酸楚，便秘尿赤、乳汁不通等症状，脉见弦数，舌苔薄黄或黄厚。

转归：本证常见于乳痈的初起阶段。若早期发现，早期治疗，以消为贵，以通为顺，每多消散吸收，不致化脓；若延误时机，或失治、误治，或毒邪炽盛，到中期则热胜肉腐，化腐成脓。

治法：疏肝清胃，通乳消肿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：瓜蒌牛蒡汤加减。

全瓜蒌 牛蒡子 柴胡 青皮 陈皮 鹿角霜 蒲公英 黄芩 山栀 丝瓜络 路路通

方中柴胡、青皮、陈皮疏肝理气，鹿角霜推陈除积功效最强，故能止痛消肿，且以甘温之性以正瓜、蒲之微寒。山栀、黄芩清肝胃之热。牛蒡子疏散风热。瓜蒌消肿散结。蒲公英活血之功寓于清热之中，清中有通，为治乳痈之良药。丝瓜络、路路通疏散通络。

加减：乳汁壅滞者，加穿山甲、王不留行、漏芦、木通等；肿块明显者，加当归、赤芍、桃仁等；肝郁重者，加夏枯草、郁金、香附等；胃热重者，加生石膏、知母、黄连；将化脓者，加穿山甲、皂角刺；回乳者，加生山楂、生麦芽；产妇恶露未尽者，加益母草、川芎、当归。

临证参考：本证治疗，应以疏肝清热通络为主要治法。重用疏肝但不宜伐之太过，清热不宜过用寒凉，托毒不宜用之过早。大凡乳痈初起三日之内者，以疏肝理气、通乳为主，清胃为次。新产之后乳汁初积，尚未化热，过用凉药恐冰伏其邪，乳汁反不易通，可用鹿角霜入药以助温通，投之乳痈初起，多可消散于无形。

7.1.2 热毒炽盛

临床表现：壮热，乳房肿痛，皮肤燔红灼热，肿块变软，有应指感。或切开排脓后引流不畅，红肿热痛不消，有“传囊”现象。舌质红，苔黄腻，脉洪数。

病机分析：热邪持续不解，火毒炽盛，积乳化脓，则出现壮热，乳房肿痛，皮肤燔红灼热。若脓已成熟，则表现为肿块变软，按之应指。舌红，苔黄腻，脉洪数，皆为热毒炽盛征象。若失治、误治未能及时控制毒势，以致毒邪扩散，则成“传囊”之变。

转归：本证常见于乳痈的成脓阶段。若脓出不畅，红肿热痛不消，身热不退，则可能形成袋脓或传囊乳痈，或脓毒败血症；若大量使用抗生素或过用寒凉中药，则易转化为亚急性或慢性迁延性乳腺炎，表现为既不化脓，也不易消散，疼痛不重，皮色微红的质中偏硬的僵块。

治法：清热解毒，托里透脓。

方药：透脓散加味。

生黄芪 当归 川芎 炙山甲 皂角刺 蒲公英 瓜蒌 银花藤 连翘 赤芍

加减：热甚者，加生石膏、知母、黄芩；口渴甚者，加天花粉、鲜芦根；呕恶者，加姜竹茹、制半夏；便秘者，加枳实、制大黄。

临证参考：本证治疗应以清托为主，促使内蕴之脓毒腐肉及时排出，防止毒邪扩散，促进肌肉生长，使病情早愈。皂角刺散结、消痈、排脓，小剂量消散，大剂量透脓，为透脓托毒之要药，在临床上常与穿山甲合并使用，其消散穿透透脓溃坚之力更强。若成传囊乳痈，宜回乳为好，若不回乳，肿势必然迅速扩大，回乳常重用生山楂、生麦芽；若成脓毒败血症，宜中西医结合抢救治疗；若成慢性迁延性乳腺炎，治宜疏肝理气，温阳活血，可用四逆散加鹿角霜、当归、穿山甲等，温通则血得行，络脉畅通，肿硬自然消散。

7.1.3 正虚毒恋

临床表现：溃脓后乳房肿痛虽轻，但疮口脓水不断，脓汁清稀，愈合缓慢或形成乳漏，全身乏力，面色少华，或低热不退，饮食减少。舌质淡，苔薄，脉弱无力。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：溃脓后气血两亏，局部表现为疮口脓水不断，脓汁清稀，愈合缓慢。全身症状表现为乏力，面色少华，饮食减少，舌淡，苔薄，脉弱无力。阴虚内热或余毒未尽，则出现低热不退。若溃后毒邪久恋，乳汁从疮口溢出，则形成乳漏。

转归：本证常见于乳痈的溃后阶段。若溃后脓出通畅，则局部肿消痛减，寒热渐退，疮口逐渐愈合；若溃后乳汁从疮口溢出，久治不愈，则形成乳漏。

治法：益气和营托毒。

方药：托里消毒散加减。

生黄芪　党参　白术　茯苓　当归　川芎　皂角刺　白芷　银花藤

加减：毒邪盛者，加连翘、蒲公英；阴虚内热者，加青蒿、地骨皮；头晕目眩者，加旱莲草、枸杞；腰部酸软者，加续断、菟丝子；便溏者加怀山药、炒扁豆。

临证参考：本证治疗应以补气养血、健脾养胃，透脓托毒，清解余毒为主，以达根治目的。

7.2 中医分期论治

7.2.1 初期

临床表现：常有乳头皲裂，哺乳时感觉乳头刺痛，乳汁分泌不畅。继而乳房局部肿胀疼痛，结块或有或无，皮色不红或微红，皮肤不热或微热。全身症状可见寒热往来，头痛胁楚，胸闷，口渴，烦躁易怒，食欲不振，便干。

治法：疏肝理气，解表清热，通乳消肿。

方药：瓜蒌牛蒡汤加减。

全瓜蒌　牛蒡子　柴胡　荆芥　防风　蒲公英　银花藤　连翘　黄芩　鹿角霜　王不留行　丝瓜络　橘叶

7.2.2 成脓期

临床表现：乳房肿块不消或逐渐增大，皮色燉红，皮肤灼热，局部疼痛加重，化脓时痛如鸡啄，肿块周硬中软，按之应指，穿刺抽吸有脓液，同侧腋窝淋巴结肿大压痛。全身伴有壮热不退，口渴思饮，口苦咽干，恶心厌食，头痛，全身关节酸痛，大便秘结，小便短赤。

治法：清热解毒，托里透脓。

方药：透脓散合五味消毒饮加减

蒲公英　金银花　连翘　紫花地丁　野菊花　川芎　当归　炙山甲　生黄芪　皂角刺　陈皮　白芷

7.2.3 溃后期

临床表现：破溃出脓后，一般肿消痛减，寒热渐退，疮口逐渐愈合。若溃后脓出不畅，红肿热痛不消，则可能形成袋脓或传囊乳痈。亦有溃后乳汁从疮口溢出，形成乳漏，愈合较慢。

治法：补益气血，清解余毒。

方药：四妙汤合八珍汤加减。

生黄芪　当归　金银花　蒲公英　党参　茯苓　白术　陈皮　赤芍　白芍　川芎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3 辨病专方治疗

各地乳房专科医院或医生在临床实践中，总结出了治疗乳痈相对固定的自拟经验方，形成了辨病论治及一方加减，取得了显著疗效。兹择其要简介如下。

7.3.1 瓜蒌通络汤

药物组成：全瓜蒌、丝瓜络、鹿角霜、浙贝母、夏枯草各 15g，柴胡、青皮、制香附、青木香、大木通各 12g，乳香、没药、炒甲珠各 10g，蒲公英 30g。

本方系四川著名中医外科学家文琢之教授治疗外吹乳痈经验方，全方共奏疏通乳络、调和营卫、软坚消散、解毒利尿之功。

7.3.2 乳痈消散方

药物组成：柴胡、苏梗、荆芥、防风、牛蒡子、王不留行、鹿角霜、丝瓜络、路路通各 9g，全瓜蒌、蒲公英各 12g，青皮、陈皮各 4.5g。

本方系上海地区著名中医外科专家顾筱岩治乳痈经验方，全方贯穿于“通”，适用于早期乳痈，服后多可消散。

7.3.3 消痈汤

药物组成：瓜蒌、漏芦各 15g，皂角刺、炮山甲、制乳香、制没药、香附各 10g，金银花、鹿角霜各 20g。

本方系安徽省宿县地区医院张庆玲等治疗急性乳腺炎经验方。张氏提出本病是由热毒与瘀滞互结而成，故治疗应以清热解毒、活血化瘀为法。本方寒温并用，共奏清热消肿散结，理气止痛之功。

7.3.4 乳炎逐瘀解毒汤

药物组成：瓜蒌皮、鲜蒲公英各 30g，鲜橘叶 50g，当归、红花、川芎、穿山甲、青皮各 10g，赤芍、金银花各 15g，生甘草 6g。

加减：恶寒重加麻黄 10g；便秘加生军 5g；纳呆加鸡内金 10g；气虚加生黄芪 15g。

本方系甘肃省文县第一人民医院刘永寿治疗急性乳腺炎经验方。刘氏根据“痈者壅也”的观点，认为其由营气不从而成，因此处方立法以大量活血化瘀药为主。和营活血法用于乳痈早期，可以加快乳痈的消散吸收，而免除气血壅滞化腐成脓之弊。

7.3.5 奶刺汤

药物组成：奶汁草，漏芦，全瓜蒌，紫花地丁，六月雪，露蜂房，皂角刺，郁金，赤芍，归尾，王不留行，丝瓜络，鹿角霜。

本方系绍兴市中医院郑杰治疗外吹乳痈经验方。郑氏认为乳痈发生乃瘀热所致，故治以清热解毒、消肿散结、活血通络。

7.3.6 鹿角地丁汤

药物组成：煨鹿角 10g，紫花地丁 20g，银花藤、连翘、当归、赤芍、山栀、香附、漏芦各 9g，黄芩、郁金、王不留行、生甘草各 8g，穿山甲 6g。

加减：寒热交作加防风 6g，荆芥 6g；局部红肿明显加黄连 3g；肿块坚硬较剧加柴胡 6g，牛蒡子 6g；皂角刺 8g；乳汁过多过稠者加木通 5g，橘叶 10g。

本方系安徽省歙县中医院曹恩溥祖传治疗早期乳痈秘方。该方用药配伍既消通并用，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

又寒温合用，以期达到相反相成的效果。鹿角煨用可温而不燥，通而不补，专以通络、消肿、下乳为功，且在大量清热消通药中掺入鹿角温性药，可使寒而不凝。诸药共奏清热消肿，宣络通乳之功。

7.3.7 温通方

药物组成：炙麻黄、炙甘草各 6g，炮姜炭 4g，姜半夏 9g，熟地、白芥子、昆布各 12g，路路通、王不留行、煅瓦楞子、炙穿山甲各 15g，鹿角片 18g，皂角刺 30g。

本方系浙江中医学院附院陈英等治疗早期急性乳腺炎经验方。陈氏根据产妇正虚，毒邪易侵的发病观点，遵循“产前宜凉、产后宜温”的用药特点，提出了温通法治疗早期乳腺炎，并指出不论患者体温和血象多高，在未化脓的前提下，均采用温通法治疗。

7.3.8 通腑康乳汤

药物组成：大黄 10g ~ 25g，蒲公英 20g，枳实、连翘、青皮、王不留行各 10g，丹皮 6g，芒硝 5g（冲服），荆芥 4g。

加减：乳房红肿痛甚加丹参、赤芍各 12g，炙穿山甲 10g；乳汁分泌过多加生山楂、生麦芽各 30g，神曲 15g。

本方系山东省莘县城关医院庞保珍治疗乳痈的经验方。庞氏用大承气汤治疗乳痈意在利下热毒，泄阳明腑热，釜底抽薪。方中大黄为主药，药后需利下八九次，达到真正腑通，病情才会好转，用药一天后即可酌情减量。

7.4 临床用药经验与体会

乳痈是中医外科的常见病、多发病，近代、现代医家对本病的辨证用药各有特色，经验不一，大大丰富了乳痈病的辨证体系。兹就有关乳腺病专家治疗乳痈病的临床用药心得简述如下。

7.4.1 疏散发表药

外邪（风寒或风热）乘虚入滞于经络，是导致乳痈发病的因素之一，在初起可出现恶寒、发热、头痛、脉浮数等表证，故治疗宜疏散发表，疏通乳络。关于疮肿的治疗，《素问·五常政大论》说：“汗之则疮已”，《医宗金鉴·外科心法要诀·痈疽总论治法歌》（卷六十一）说：“内消表散有奇功”，都说明解表法在乳痈初起阶段治疗的重要性。常用药物有牛蒡子、白芷、荆芥、防风、苏梗等。其中牛蒡子疏散风热、散结消肿。白芷祛风解表、消肿排脓，未溃者能消散，已溃者能排脓。荆芥、防风疏散表邪以通卫气。苏梗为和营、通络、解表之良药，于乳痈早期应用，常收消散之功。

7.4.2 疏肝散结药

肝气郁结是发生乳痈的重要内因，故治疗上应以疏肝理气、散结通络为法。常用药物有柴胡、香附、青皮、陈皮、瓜蒌、橘叶、橘核、郁金等。其中柴胡、香附疏肝解郁，调理气机，具有行气止痛之功。青皮、陈皮、橘叶、橘核疏肝行气，消肿散结。郁金行气解郁，活血止痛。瓜蒌行气通络散结。疏肝散结药在乳痈早期配合他药用之，多能使结块消散于无形，但须注意勿克伐太过。如有医家用大剂量陈皮（60 ~ 120g）、瓜蒌（30g），配合清热解毒法同用，应验效捷。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.3 清热通腑药

胃热壅滞是形成乳痈的主要原因，故治疗上应以清热通下为主。清阳明经热，泄阳明腑实，腑通热清，釜底抽薪，可免除阳明气血壅滞、化腐成脓之弊。常用主药有金银花、连翘、蒲公英、黄芩、山栀、大黄、丹皮、赤芍等。其中金银花、连翘清热解毒、消痈散结、蒲公英解毒消肿，清中有通，为治乳痈之要药。黄芩、山栀清肝胃之热。大黄泻下攻积、通腑泄热，兼能沽血化瘀，实为治痈良药，但内吹乳痈患者慎用，以免伤却胎气。丹皮、赤芍清热凉血、活血散瘀。

7.4.4 透脓托毒药

透脓托毒法是乳痈脓成的主要治法。常用药物有生黄芪、穿山甲、皂角刺、白芷等。其中生黄芪益气托毒，穿山甲、皂角刺、白芷活血消痈，托毒排脓。皂角刺用于透脓排脓，剂量宜大，常用至30～90g。

7.4.5 化瘀软坚药

慢性迁延性乳腺炎形成的僵块，主要是乳汁和痰瘀阻于乳络而成，故治疗以活血化瘀、软坚散结为主。常用药物有益母草、当归、王不留行、丹参、桃仁、三棱、莪术、炙山甲、浙贝母、牡蛎等。其中益母草兼蓄攻补之效，破瘀血而不伤新血，补新血而不滞瘀血，同其他活血化瘀药配伍，更能体现攻中有补，祛邪而不伤正，用于外吹乳痈最为相宜。

7.4.6 通络药与回乳药

乳汁壅滞是外吹乳痈的主要病机之一，通络药与回乳药在本病发病过程中使用各有侧重：乳痈初起，以疏通乳络为主，导其壅塞，引乳速下，有利于痈肿消散；形成传囊乳痈的患者或体康明显、乳汁转淡需终止哺乳的乳母，以回乳为主，通络为辅，以减少乳汁郁结胀满。通络药常用穿山甲、王不留行、木通、漏芦、路路通、丝瓜络等；回乳药常用生山楂、生麦芽等。其中山楂、麦芽多用可耗伐胃气，胃气受伐，则血来源减少，血乳同源，血少乳也少，此乃回乳之机理。山楂、麦芽用于回乳，剂量宜大，常用至60～120g。

7.4.7 温通药

温通药主要适用于乳痈初起未化脓阶段，或用于治疗慢性迁延性乳腺炎所形成之僵块。常用药物有鹿角霜、当归、熟地、麻黄、白芥子等。其中鹿角霜温通散结，温而不腻，可减鹿角助邪生火之弊，且价格低廉，货源充足，代替鹿角用于外吹乳痈最为相宜。但须注意，对皮色燥红，灼热疼痛，邪热炽盛者，温通药不宜使用，否则助邪生火，促其成脓。

7.4.8 益气养血药

益气养血药主要用于乳痈溃后气血亏虚，脓汁清稀，愈合缓慢者。常用药物有生黄芪、党参、白术、茯苓、当归、白芍、川芎、熟地等。生黄芪为外科常用补气药物，疗效较好，适应范围可以扩大，特别邪有出路者可大剂量使用。生首乌一药意同，非虚证者方用，因其有“疮打”之美称，既使是阳证急性化脓性疮疡，亦可使用。

7.5 外 治 法

7.5.1 初起

未成脓之前，应及早采用有效措施，促使肿痛消退，有以下几种方法。

吸奶：用吸奶器吸出乳汁，勿使乳汁郁结，同时用乳罩或宽布托起乳房。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

乳房按摩：局部肿痛，乳汁不通，瘀乳明显，可行乳房按摩，疏通乳络。先轻揉乳头数次，在患侧乳房涂上少许液体石蜡或凡士林，然后患者自己或术者，用五指由乳房四周轻轻向乳头方向按摩，但不宜用力挤压或旋转按压，而是沿着乳络方向施以正压，把瘀滞的乳汁，逐步推出。按摩前先用蒲公英、薄荷各30g，橘叶20g，煮水热敷20分钟，再作按摩，效果更好。

外敷药物：可用金黄膏或玉露膏外敷；或用鲜菊花叶、鲜蒲公英、仙人掌去刺捣烂外敷；或用六神丸30粒研细末，适量凡士林调敷；或用50%芒硝溶液湿敷；或金黄散加芒硝调敷患处，保持湿润，每日3～4次，宜温敷。

7.5.2 成脓

脓肿成熟时，应在波动感及压痛最明显处及时切开排脓。切口应循乳络方向作放射状切开，刀头向下，但不可切到乳晕内，避免手术损伤乳络形成乳漏；切口不宜过大，以小切口为宜，切口长度与脓腔基底大小一致；切口位置应选择在脓肿稍低的部位，以使脓液畅流，防止袋脓。乳晕部脓肿应沿乳晕边缘作弧形切口。乳房后或深部脓肿，应沿乳房下缘作弧形切口。必要时可于脓腔最低处加作切口，即对口引流。两切口分离后脓腔应相交通，深部切口与皮肤切口大小近似。对炎症明显而未见波动者，应于压痛最明显处进行穿刺，抽吸有脓后即可切开引流。若脓肿小而浅者，可用针管穿刺抽脓后，外敷金黄膏，或以火针放脓。一般用三棱针烧红，在波动感明显、距乳晕较远低垂部位刺入脓腔，稍加转动，将针拔出排脓。

7.5.3 溃后

切开或针刺排脓后，用八二丹或九一丹提脓拔毒，并用药线引流，外敷金黄膏。待脓净仅有黄稠滋水时，改用生肌散收口，并可用红油膏或生肌玉红膏盖贴。若有袋脓现象，可在脓腔下方用垫棉法加压，使脓液不致潴留。若有乳汁从疮口溢出，可在患侧用垫棉法束紧，促进愈合。若成传囊乳痈，也可在疮口一侧用垫棉法加压，橡皮膏固定，常可避免再次手术；当脓毒不能顺利排泄时，则需在传囊乳痈部位按之应指处，另作一协作切口形成乳房部窦道时，可先用五五丹药捻插入窦道以腐蚀管壁，至脓净改用生肌散、红油膏盖贴直至愈合。

7.6 针灸疗法

7.6.1 针刺

取肩井、膻中、足三里强刺激，留针15～30分钟，每日1次；或取患侧肝俞，捻转进针5～7分，得气后留针30～60分钟；或取患侧曲池穴，使针感达同侧肩部，出针后以左手托起患者肘关节，右手拇指有规律按摩曲池穴；或用三棱针点刺肩胛区的数个或数十个淡红色反应点，深1.5mm，随即挤出少量血液，每日1～2次。

7.6.2 灸法

令患者仰卧，取膻中穴隔蒜灸5～7壮，灸至皮肤潮红，再取坐位，取患侧天宗穴，医者以左手固定肩部，右手拇指指尖作分筋样的推压拨动，使局部酸痛，每日2次。

7.6.3 针灸治疗仪治疗

取膻中、乳根、肩井、少泽、阿是穴、足三里及膻中、乳根、梁丘、合谷、阿是穴、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

足三里两组穴位交替使用，采用741型氦-氖激光器每次每穴照射5分钟，每日2次，适用于急性乳腺炎各阶段；或于体表有关部位用镊针仪探寻阳性反应点，然后在反应点上进行点按刺激1~2分钟，每日1~2次。

7.7 其他疗法

7.7.1 塞鼻法

中药塞鼻治疗乳痈，独辟蹊径。可用细辛、白芷各30g，生半夏24g，穿山甲、陈皮各30g，丁香18g，研细末，纱布包2~3g塞患乳对侧鼻孔中，6小时更换1次；或用100%芫花根浸出液棉球塞鼻，每次15~30分钟，每日2次；或用砂仁末适量与少许糯米饭拌匀，搓成花生米大小，外裹消毒青皮塞鼻，12小时换1次。

7.7.2 吹鼻法

牙皂20g，白芷5g，生南星1g，共研细末，0.1g吹健侧鼻孔，每日1次，连用3次。

7.7.3 掐挤法

在患侧第3胸椎棘突下缘至第7胸椎棘突下缘旁开1.5寸的连线进行掐挤。患者端坐并暴露背部，医者用食指、中指中节于治疗部位将皮肤掐起再放松，由下而上反复进行4~5次(以皮肤充血为度)，每日1次。本法有促进局部血液循环，调节新陈代谢的作用，对早期未形成硬结者最为适宜。

7.7.4 穴位注射法

郄门穴常规消毒，用5ml针筒6号针头抽取丹参注射液4ml垂直刺入此穴，深约2cm，强刺激，使针感向上臂传导后快速推药完毕，隔天1次。

7.8 西医治疗撮要

急性乳腺炎的治疗可分为脓肿形成前和形成后两种治疗方式。

7.8.1 脓肿形成前的治疗

排乳。为了使乳汁不致积存在乳腺内，应尽可能将其排空，如用吸奶器吸出乳汁，或用手挤压按摩排出乳汁。如果感染不重不必停止哺乳，可让婴儿吸吮乳汁。

局部热敷(每日3~4次)有利于早期炎症的消散。水肿明显者可用25%硫酸镁热敷。

消炎。可选用青霉素、头孢氨苄、红霉素、洁霉素等抗生素治疗。亦可采用局部封闭疗法，如用青霉素100万U加入等渗盐水20ml内，注射在炎性肿块周围，必要时4~6小时重复一次或与甲硝唑联用。

7.8.2 腺肿形成后的治疗

脓肿形成后，应切开引流，放置引流物，或脓腔冲洗。为了不损伤乳管，形成乳瘘，切口应按以乳头为中心呈放射状切开到乳晕处止。深部脓肿或乳房后位脓肿形成时，可沿乳房下缘作弧形切口。如果乳晕部脓肿，位置表浅，可沿乳晕的边缘作弧形切口。脓腔冲洗是在局麻下选择脓腔壁较薄部位穿刺，抽尽脓液，向腔内注入生理盐水或青霉素或庆大霉素等抗生素类药物冲洗，如此反复向脓腔内注入及抽吸，使脓液及坏死组织被冲洗抽出，促进脓腔内肉芽生长，减少毒素吸收，促使脓腔早日愈合。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

8 疗效评定标准

痊愈：全身症状消失，肿块消散，或疮口愈合。

好转：全身症状消失，局部肿痛减轻或疮口尚未愈合。

9 预防与护理

9.1 预　　防

妊娠5个月后，经常用温开水或75%乙醇擦乳头。

女婴出生后1周内，应将其凹陷乳头挤出，可防止成人后乳头内陷。若乳头内陷者，应经常挤捏提拉矫正。

乳母宜性情舒畅，避免情绪过于激动。哺乳期要定时哺乳，保持乳头清洁，避免当风露胸喂乳。不使婴儿含乳而睡，注意乳儿口腔清洁，每次哺乳应将乳汁吸空，如有积滞，可用热敷或吸奶器帮助排出乳汁。

若有乳头擦伤、皲裂，可外涂麻油或蛋黄油。身体其他部位有化脓性感染时，应及时治疗。

断乳时应先逐步减少哺乳时间和次数，再行断乳。断乳前可用生麦芽60g，生山楂60g，煎汤代茶，并用皮硝60g装入纱布袋中外敷。

9.2 护　　理

在未成脓或溃破后，均宜用吸奶器充分吸出乳汁或令人吮吸去，或自行挤去。

以三角巾或胸罩托起患乳，脓未成可减少行动牵痛，破溃后可使脓液畅流，防止袋脓，又有助加速创口愈合。

若在急性乳腺炎感染严重或脓肿切开引流后形成乳漏，此时乳汁色黄已变质，因乳汁中含有细菌或脓液，对婴儿健康不利，宜停止哺乳，但乳汁必须用吸奶器吸尽。而炎症消退，乳汁色白无腥味时，一般可不必中断哺乳，这样可防止乳汁潴留，有助乳管通畅，减轻炎症的发展。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病名与定义

乳痈之名，最早见于晋皇甫谧《针灸甲乙经》，在历代文献中，又称为“妒乳”、“吹乳”、“乳毒”等。近代医家对乳痈病名已无异议，皆以乳痈称之。在临床上根据发病时期的不同，将之分为外吹乳痈、内吹乳痈、不乳儿乳痈三种，以外吹乳痈最为常见。

关于乳痈的定义，近代医家的认识也比较一致。顾伯康主编的《中医外科学》认为乳痈是发生于乳房部的一种急性化脓性疾病。[1]陆德铭主编的《中医外科学》认为乳痈是由热毒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

侵入乳房所引起的一种急性化脓性疾病。[2]本病相当于西医的急性乳腺炎。

1.2 病因病机研究

1.2.1 外吹乳痈

近代医家对外吹乳痈病因病机的研究较为全面与深入。北京市中医医院外科认为本病乃正虚邪实之证。妇女产后失血耗气，正气不足，腠理不密，外邪易于入侵。外邪之中，又以“风热”、“火毒”为主要因素。该科在1963年1月至1964年10月治疗的500例乳痈病人中，外吹乳痈498例，占99.6%，内吹乳痈仅有2例，占0.4%，外吹乳痈中，又以初产妇发病率最高，占49.8%。[3]赵永昌等认为外吹乳痈的发病机理为：先有气机不畅，进而导致气滞血瘀乳积，再加上外邪感染，则发生痈肿。[4]顾伯华主编的《实用中医外科学》认为外吹乳痈的主要发病原因是乳汁蓄积，蓄积的乳汁可使气血乖违，乳络失宣，郁久化热酿毒，进而肉腐成脓。并将引起乳汁蓄积的原因归纳为四种：情志内伤，乳头破碎，外邪侵袭，断乳不当。[5]顾伯康主编的《中医外科学》及陆德铭主编的《中医外科学》均认为外来邪毒、乳汁郁积、肝郁胃热是发生乳痈的主要原因，这三种原因不是孤立存在的，面是相互影响，最终导致经络阻塞，气血瘀滞而发病。并认为乳头破碎、乳头畸形、乳汁多而少饮、断乳不当是导致乳汁郁积的常见原因。[2,6]

多数医家认为，外吹乳痈的发生是几种因素综合作用的结果。既与产后正气不足，气血亏损有关，又与乳汁郁积，情志内伤，肝郁气滞，肝脾内伤，饮食失调有关，还与乳头破碎，毒邪外侵有关，最后导致气血壅滞，化腐成脓。

1.2.2 内吹乳痈

关于内吹乳痈的发病机理，近代医家大都仍推崇历代医家的理论观点，认为是由妊娠期间，胎气旺盛，胸满气上，胎气上冲，气机失于疏泄，与邪热结于阳明之络而成。色红者，多热；色白者，气郁面兼胎旺。[5]

1.2.3 不乳儿乳痈

不乳儿乳痈是指发生在非妊娠期非哺乳期的乳痈，在临床上少见。女子患此病多由乳房被儿女假吸而发生；男子则由胃火炽盛，壅于乳房而生，或肝虚血燥，肾虚精怯，虚火上炎，蕴蒸阳明而成；初生小儿患此，多由挤伤染毒，蕴结而成。[7]

2 临床研究

2.1 辨证规律研究

2.1.1 分期辨证

乳痈的分期辨证，近代医家多参考前人对本病的辨证施治，一般将之分为初起(期)、成脓、溃后三期，内服采用疏肝清热、通乳消肿、托里透脓、补益气血为主的方药，外敷消肿、止痛、散结的药物。[1,5,6]也有医家分为四期辨证，如姜兆俊将之分为郁滞期、化热期、脓成期、溃后期。其中郁滞期的主症为：患乳胀痛，排乳不畅，多有肿块，压痛，微热，皮色正常或微红，全身症状不明显，舌苔白，脉弦或弦而微数。治以疏肝解郁，通乳和营，解毒消肿。化热期的主症为：患乳红肿热痛，排乳不畅，同侧腋窝淋巴结多肿大触

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛，伴发热恶寒，口渴，纳呆，舌苔黄，脉弦数。治以清热解毒，通乳消肿，疏肝清胃。[8]还有医家将之分为炎症期、脓肿期、收口期，在炎症期治以清热解毒，理气消肿，方用解毒内消汤；在脓肿期治以清热解毒，理气透脓，方用仙方活命饮加减；在收口期治以补气益阴，清解余毒，方用八珍汤加减。[9]

2.1.2 分型辨证

近代医家对乳痈的辨证分型作了积极的探索。如北京市中医医院外科将乳痈分为肝郁型、胃热型，在治疗的500例病人中，肝郁型占85例，胃热型占382例。[3]杨吉相按王品三老大夫祖传经验，将之分为乳头破糜型、乳房肿块型、乳房疖肿型，在治疗的61例病人中，这三型各占30例、29例、2例。[10]戴若碧等介绍戴丽三老中医经验，将乳痈分为五型，即风寒型、肺胃热毒型、肝郁气滞型、正虚毒炽型、正虚溃脓型，其中风寒型又分为太阳中风证、太阳少阴两感证。[11]尚德俊主编的《新编中医外科学》将之分为四型：郁滞型、热毒壅盛型、正虚余毒未尽型、气血两虚型。[12]王沛主编的《中医外科学》分为四个证型，即肝郁胃热，营卫不和证；邪毒壅盛，热极肉腐证；邪毒凝结，气血郁滞证；气血亏虚，余毒未清证。[19]

国家中医药管理局制订和发布的《中医病证诊断疗效标准》将乳痈分为三个证型，即气滞热壅证、热毒酿脓证、正虚毒恋证。普通高等教育中医药类规划教材《中医外科学》也基本沿用这种分法，将之分为气滞热壅、热毒炽盛、正虚毒恋三型。[2]辨证分型的逐步规范与统一，为临床疗效评定、学术交流活动以及科研观察病例奠定了良好的基础。

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则概述

乳痈一病，在初起、成脓阶段，邪气亢盛，表现为气滞热壅、热毒炽盛的实热证候，故治疗应以祛邪为先，以通为顺，可用疏肝清胃、通乳消肿、清热解毒、通腑泄热等治法；在溃后阶段，证候多由实转虚，表现为正虚毒恋，虚实兼夹的证候，故治疗宜扶正祛邪，以扶正为主，可用益气养血、健脾养胃、清解余毒等治法。

2.2.2 治法研究

为了提高中医药治疗乳痈的临床疗效，近代医家在研究前人论治乳痈经验的基础上，积极探索和寻求最佳的治法与方药，取得了满意的疗效。如文琢之提出治疗乳痈须从“气”字着手，无论新久虚实，消托攻补，方中总以理气疏络之品为主，使其乳络疏通，自然壅者易通，郁者易达，结者易散，坚者易软。具体言之，内吹乳痈以疏肝郁，清胎热，通乳络为法，以验方疏肝通络饮治疗；外吹乳痈以疏通乳络，调和营卫，消肿散结为法，以验方瓜蒲通络汤治疗。[13]顾筱岩认为外吹乳痈治法有三：疏肝气，清胃火，通乳汁。[14]现将近代医家治疗乳痈的主要治法简分于下：

（1）疏肝清胃法：多数医家认为，乳痈的发生由肝气郁结，胃热壅滞，以致乳汁积聚，壅塞不通，热胜肉腐而成，故疏肝清胃法成为治疗乳痈的主要治法。如陆德铭主编的《实用中医乳房病学》在乳痈郁滞期、化热期治以疏肝理气，清热解毒，通乳散结，方选橘叶散、瓜蒌牛蒡汤加减。[7]北京市中医医院外科将乳痈分为肝郁型、胃热型，治以理气和胃、清热解毒，方选复元通气散、瓜蒌牛蒡汤加减。[3]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（2）通腑泄热法：庞保珍认为阳明气血壅滞是导致乳痈发生的重要原因，故治疗主张泄阳明腑热，釜底抽薪，用大承气汤加减而成的通腑康乳汤有截断病机发展的作用。[15]

（3）活血化瘀法：有医家根据“痈者壅也”的观点，认为乳痈的发生是由营气不从而成，故在治疗上以活血化瘀为主，辅以清热解毒，疏肝通络。如冉瑞金用加味五物汤治疗乳痈40例，全部有效。[16]现代药理研究证明，活血化瘀药能改善局部的血液循环，提高局部血供的含氧量，从而改善局部的营养状况，增强抗病能力，促使炎性肿块消散吸收，因此从中西医两方面的学术观点，证实了活血化瘀药对早期乳腺炎的治疗作用。

（4）温通法：陈英等遵循产后宜温的用药特点，对早期乳腺炎的治疗不论体温多高或血象多高，在未化脓的前提下都主张用温通药扶正祛邪，从而使早期乳腺炎肿块消散。[17]现代药理研究证实，中药温通之品，既可改善局部血液循环，又能增强机体免疫功能，提高机体网状内皮系统的吞噬功能，从而使早期炎症肿消结散。

（5）疏通乳络法与回乳法：外吹乳痈多见于产妇乳房丰满，乳汁分泌旺盛者，初生儿食量不多或吮乳乏力，每易造成乳汁壅滞，乳汁滞久极易发生乳痈。乳汁郁积既由乳汁分泌过剩，又由乳络失宣，两者互为因果。故在治疗上顾伯华形象地提出开源节流，即是通乳法与回乳法合并应用。使用疏通乳络的药物，意在开源，同时用回乳的药物，减少乳汁生成，意在节流，两类药物各尽其长，异途同归，起到相得益彰之功。[18]

2.3 辨证用药研究

近代医家治疗乳痈病创制了不少的专门方剂，这些方药的组成和运用，基本上能够反映出治疗用药的大概情况。通过对近代医家的用药情况分析发现，使用率最高的是疏肝行气通络药，如柴胡、郁金、青皮、陈皮、瓜蒌、路路通、丝瓜络、漏芦等。奚九一治疗外吹乳痈初起，习用大剂量陈皮、瓜蒌，疏利为主，配合清热解毒法同用，应验较捷。[20]王五寿用陈皮甘草汤加味治疗急性乳腺炎初期取得良效，其中陈皮用量为60～120g，大剂量陈皮行理气开瘀之功，气为血帅，气行则血瘀开，防止了病情进一步发展。现代药理研究表明，陈皮所含的甲基陈皮甙有良好的抗炎作用；[21]其次是清热解毒、通腑泄热药，如蒲公英、金银花、连翘、大黄、丹皮、赤芍、黄芩、山栀等。大黄用治乳痈，能起到釜底抽薪，荡涤胃肠积热的作用，现代药理研究其有效成分主要是蒽醌类衍生物，对多数革兰阳性细菌和某些革兰阴性杆菌有良好的抗菌消炎作用；再其次是活血通络药，如穿山甲、王不留行、丹参、当归、乳香、没药、川芎、赤芍、红花等。大量活血化瘀药，佐以清热解毒药，能使早期乳痈的肿块加快消散吸收，从而截断气血进一步壅滞而化腐成脓。现代药理研究表明，活血化瘀药有增强机体免疫功能，促进组织修复的作用，配合清热解毒药能有效地消除炎性病灶；另外，亦有少数医家用温通药治疗乳痈取得了显著疗效，常用药物有：鹿角霜、熟地、麻黄、白芥子、炮姜、肉桂等。[17]其中鹿角霜虽为温通药，但使用率却很高，常常配伍在疏肝清胃、活血通络的方剂中使用。

总之，从用药分析的大体情况来看，近代医家对乳痈的立法用药，在继承古人的理论基础上，又有开拓和发扬，已形成了诸多的流派和学说，形成了许多颇有特色的治法方药。比较集中的有：乳汁壅滞论、阳明胃热论、肝郁气滞论、瘀血凝滞论、邪毒侵袭论，正气虚损论，各自立论后，分别采用疏通法、清热法、疏肝理气法、活血化瘀法、逐瘀解

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

毒法、温通法等进行辨病论治，配合手法排乳及外敷药物，内外合治，使其消散于无形。同时，通乳药与回乳药的适当合并使用，可起到相得益彰的效果。相信通过中西医双方的共同努力，必将使中医药防治急性乳腺炎有更大的发展和提高。

3 实验研究

3.1 回乳药作用机制研究

中药山楂、生麦芽是传统的回乳药，能减少乳汁分泌，主要适用于初产妇乳汁分泌过旺引起的乳汁壅滞及终止哺乳。关于山楂、生麦芽用于回乳的作用机制，近代医家作了一些实验研究，如邝安堃等对8例健康人(男5例,女3例)均口服生麦芽煎剂(生麦芽200g,文火煎汤,每日分4次服)，服药前及服药日分别测血中催乳素(PRL)浓度。男性测上午8时清醒状态及午夜3时睡眠状态血PRL浓度；女性用口服灭吐灵法作PRL动态试验，比较服生麦芽汤前后PRL反应峰值变化。结果表明，正常人服生麦芽汤一天后血PRL基础浓度下降，睡眠状态和灭吐灵激发试验PRL释放反应显著抑制。[22]生麦芽中含麦角类化合物，主要包括麦角胺和麦角毒，后者有拟多巴胺抑制PRL分泌的作用。据研究山楂有收缩子宫等拟麦角毒药理作用，推测可能也含麦角类等降PRL有效成分。[23]以上研究表明，山楂、生麦芽能降低PRL浓度。

3.2 患者脓汁细菌培养

急性乳腺炎的发病与乳头破碎，风邪入络，即西医认为的细菌感染有关。北京市中医医院外科曾对95例乳痈的脓汁进行细菌培养，结果74例为金黄色葡萄球菌生长，占77.8%。[3]说明乳痈的发病主要由细菌感染所致。当然，乳汁壅滞及正气虚弱亦是发病的主要因素，在治疗上并非都以清热解毒为主，而要疏散、清热、通络、温通等诸法合用，才能取得显著的效果。

【古训今释】

对乳痈中医文献早有记载，历代论述很多，以下从七个方面加以阐述。

1 病名溯源

考乳痈之名，最早见于晋代皇甫谧《针灸甲乙经·妇人杂病第十》(卷之十二)，其中有“乳痈，凄索寒热，痛不可按，乳根主之”，“乳痈有热，三里主之”的记载。

乳痈病名，在历代文献中又称“妒乳”、“妬乳”、“吹奶”、“吹乳”、“乳毒”等。如晋代葛洪《肘后备急方》将之称为“妒乳”、“妬乳”、“乳痈”、“吹奶”。我国现存最早的第一部外科学专著南齐·龚庆宣《刘涓子鬼遗方·卷第三》，有“乳痈”、“妒乳”病名的记载：“治发背、乳痈，已服生地黄汤，取利后服此淡竹叶汤方”，“治妇人妒乳，辛夷汤方”，“治妇人妒乳生疮，雌黄膏方”。隋代巢元方《诸病源候论·卷之四十·乳痈候》引《养生方》云：“热食汗出，露乳伤风，喜发乳肿，名吹乳，因喜作痈”。金代张从正《儒门事亲·卷五·乳痈七十四》认为吹乳是乳痈的俗称：“夫乳痈发痛者，亦生于心也，俗呼曰吹乳是

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

也。”北宋王怀隐等编《太平圣惠方·治妇人乳痈诸方》(卷七十一)将之称为“乳毒”：“妇人乳汁不下，内结成肿，名为乳毒”。清代祁坤《外科大成·卷二·乳吹乳毒》也说：“有儿食乳为外吹，又名乳毒，由肝气滞也。”认为乳毒发生于哺乳期妇女，亦即外吹乳痈。南宋陈自明《妇人大全良方·卷之二十三·产后妒乳方论第十四》认为：“吹奶、妒乳、乳痈，其实则一，只分轻重而已。轻则为吹奶、妒乳，重则为痈”，说明了吹奶、妒乳、乳痈是发病过程中的不同时期。

由于发病原因和发病时期不同，乳痈常被分为外吹乳痈、内吹乳痈、不乳儿乳痈三种。如明代赵宜真《秘传外科方·妇人乳发》最早将本病分为“有儿者名为外吹，有孕者名为内吹”，明代窦梦麟辑《疮疡经验全书·卷二·乳痈》亦认为：“外吹乳者，小儿吮乳，吹风在内故也；内吹者，女人胎有孕，其胎儿转动，吹风在外故也”，认为乳痈的发病与妊娠、哺乳有关，将哺乳期发生的称为外吹乳痈，怀孕期发生的称为内吹乳痈。在非哺乳期和非怀孕期发生的，则称为不乳儿乳痈，又称“干奶子”。如清代顾世澄《疡医大全·卷二十·乳痈门主论》引胡公弼语：“不乳儿妇人，患乳名曰害干奶子”。明代汪机《外科理例》尚有“男子乳痈”之称。这些分类，至今仍被沿用。

2 病因病机

成书于战国、秦汉之间的《黄帝内经》，对痈疽的病因病理已有明确认识，如《素问·生气通天论》云：“营气不从，逆于肉理，乃生痈肿。”《灵枢·痈疽》亦云：“夫血脉营卫，周流不休……寒邪客于经络之中则血泣，血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反，故痈肿。寒气化为热，热胜则腐肉，肉腐则为脓。”说明气血凝滞、经络阻塞、热胜肉腐是痈疽发病的基本病理特点。

晋代葛洪《肘后备急方·卷五·治痈疽妒乳诸毒肿方第三十六》最早提出乳痈形成的病因是乳汁蓄积：“乳汁不得泄，内结名妒乳”，“产后不自乳，蓄积乳汁作痈”。

隋唐时代，总结了乳痈的病因和发病机理，使其在理论上有了新的发展，指出妇人产后乳汁蓄积、中寒、气血瘀滞、热结于乳均可发生乳痈。如隋代巢元方《诸病源候论·卷之四十·乳痈候》提出了乳房属阳明胃经的论点，并精辟地论述了乳痈的病因病机：“足阳明之经脉，有从缺盆下于乳者，劳伤血气，其脉虚，腠理虚，寒客于经络，寒搏于血，则血涩不通，其气又归之，气积不散，故结聚成痈者。痈气不宣，与血相搏，则生热，热盛乘于血，血化成脓”，亦可由“因乳汁蓄结，与血相搏，蕴积生热，结聚而成乳痈”。在论及乳汁蓄结的原因时，其“妒乳候”又说：“此由新产后，儿未能饮之，及饮不泄；或断儿乳，捻其乳汁不尽，皆令乳汁蓄结”。唐代孙思邈《备急千金要方》、王焘《外台秘要》亦强调乳汁“蓄积不去”、“恶汁于内”是乳痈发病的主要原因。

宋金元时期，诸家对乳痈的认识较为全面。如宋代官方所编《圣济总录·卷一百二十八·乳痈》对冲任与乳房的关系及乳痈的病因病机作出了重要论述：“盖妇人以冲任为本，若失于将理，冲任不和，阳明经热，或为风邪所客，则气壅不散，结聚乳间，……谓之乳痈。……然此病产后多有者，以冲任之经，上为乳汁，下为月水，新产之人，乳脉正行，若不自乳儿，乳汁蓄结，气血蕴积，即为乳痈。”指出乳痈发病与“冲任不和，阳明经热”等有关。金代张从正的《儒门事亲》，元代朱丹溪的《格致余论》、《丹溪心法》都肯定了乳房

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

与经络及所属脏腑的关系，强调乳痈发病与肝、胃二经有密切关系，认为“厥阴之气不行”，“阳明蕴热”为乳痈的主要发病机理，此论点对后人辨治乳痈起到了重要的指导作用。如《丹溪心法·卷五·痈疽》在前人基础上，提出了“乳房阳明所经，乳头厥阴所属”的著名论断，对后世有着深远的影响，至今仍被人们所遵崇，并认为乳痈除由乳子吮吸未尽，乳汁蓄结、乳窍不通而成外，还可由“乳子之母，不知调养，怒忿所逆，郁闷所遏，厚味所酿，以致厥阴之气不行”而成，进一步发展了乳痈的病因病机。

明清时代，我国出现了许多外科学家和外科学专著，对乳痈病因病机认识有很大发展、较过去全面而深刻。明代陈实功是中医外科学趋于成熟时期的代表人物，也是中医乳房病学理论趋于完善的代表人物，其代表作《外科正宗》素以“列证最详，论治最精”见称。该书在卷七“乳痈论第二十六”中对乳房的经络脏腑归属及乳痈的病因病机有较详尽的阐述：“夫乳病者，乳房阳明经所司，乳头厥阴肝经所属。乳子之母，不能调养，以致胃汁浊而壅滞为脓。又有忧郁伤肝，肝气滞而结肿，……厚味饮食，暴怒肝火妄动结肿”。同时还谈到内吹乳痈的病因：“怀孕之妇乳疾曰内吹。因胎气旺而上冲，致阳明乳房作肿”。清代吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀·乳疽乳痈》将乳痈病机概括为“肝气郁结胃火成”。清代顾世澄《疡医大全·胸膺胁腹部·乳痈门主论》引陈远公语：“有乳上生痈，先疼后肿，寻常发热，变成疡痈，此证男妇皆有之，而女人居多”，认为乳痈男女均可发生，而以女人居多，这与临床相符。在论及男子发病的原因时，又说“唯男子则不然，乃胃火炽盛，不上升于口舌，而中壅子乳房，乃生此证”。该书对乳房的解剖生理亦有深刻的认识，如引胡公弼语：“妇人乳有十二穰”，“穰”即“乳络”、“乳管”，这与现代所说乳腺小叶乳腺管有 15～20 个相近似。并认为：“男子乳头属肝，乳房属肾。女子乳头属肝，乳房属胃。”清代冯楚瞻《冯氏锦囊秘录·外科》对乳痈病因病机的认识亦较详细：“乳子之母，不知调养，怒忿所逆，郁闷所遏，厚味炙煿所酿，以致厥阴之气不行，故窍不得通，而汁不得出，阳明之血热沸腾，故热胜而化脓；亦有所乳之子，膈有滞痰，口气燃热，含乳而睡，热气所吹，遂生结核”。清代高锦庭《疡科心得集·辨乳痈乳疽论》对乳痈的病因病机从四个方面作了详尽而全面的总结：“夫乳痈之生也，有因乳儿之时，偶而贪睡，儿以口气吹之，使乳内之气闭塞不遏，以致作痛(此即外吹证)，因循失治而成者。有因所乳之子，膈有滞痰，口气燃热，贪乳而睡，热气吹入乳房，凝滞不散，乳汁不通，以致结核化脓而成者。亦有忧郁暴怒伤肝，肝气结滞而成者。又有肝胃湿热凝聚，或风邪客热壅滞而成者。”此外，明代申斗垣的《外科启玄》、周文采的《外科集验方》、张介宾的《景岳全书》、汪机的《外科理例》及清代邹岳的《外科真诠》、祁坤的《外科大成》、许克昌的《外科证治全书》、傅山的《傅青主女科》、时世瑞的《疡科捷径》等著作对乳痈的病因病机均有相似的论述，就不一一列举。

3 病性病势

关于乳痈的病性，清代顾世澄《疡医大全·乳痈门主论》引陈远公语明确指出：“乳痈乃阳证也，不比他痈，有阴有阳”。

隋代巢元方《诸病源候论·卷之四十·乳痈候》在论及乳痈的预后时说：“年四十已还，治之多愈；年五十已上，慎，不当治之，多死。不治，自当终年。”清代顾世澄《疡医大全·乳痈门主论》进一步解释道：“年四十已下者，治之多痊，以气血旺故也。五十以上，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

慎勿治之，多死，以天癸绝也。不治自能终其天年。若欲加治，惟调气血为主。”宋代东轩居士《卫济宝书·卷下·乳痈》也说：“四十以下，治之多愈，四十以上，十愈四五。”

关于内吹乳痈，《诸病源候论·乳痈候》认为：“怀娠发乳痈肿及体结痈，此无害也，盖怀胎之痈，病起阳明，阳明胃之脉也，主肌肉，不伤脏，故无害。”明代陈实功《外科正宗·卷之七·乳痈论第二十六》则强调了早期治疗的重要性：“迟则迁延日久，将产出脓，乳汁亦从乳窍流出，其口难完。”

关于乳痈的后遗症，《诸病源候论·乳痈候》明确提出为：“乳漏”：“乳痈久不瘥，因变为瘘。”《外科正宗·乳痈论第二十六》也指出乳痈“一囊结肿，不侵别囊者轻”。可想而知，若成传囊乳痈，病情就较重了。清代高秉钧《疡科心得集·卷中·辨乳痈乳疽论》对传囊乳痈有较详尽的论述：“妇人乳头有数孔，一孔又有一络，络于乳房。其始生痈也，只患一络，迨其脓血出尽，又患一络，逐络递及，遂至满乳，则危而不救者多矣”。

4 证候特征

隋代巢元方《诸病源候论》精辟地提出了乳痈的辨证，其“乳痈候”说：“肿结皮薄以泽，是痈也。”“妒乳候”亦说：“壮热大渴引饮，牢强掣痛，手不得近是也。”唐代王焘《外台秘要·卷三十四·乳痈肿方》在论及乳痈的体征时与《诸病源候论》基本相同：“乳痈大坚硬，赤紫色，衣不得近，痛不可忍。”明代陈实功《外科正宗·乳痈论第二十六》提到了乳痈肝气郁结型的临床表现：“初起必烦渴呕吐，寒热交作，肿痛疼甚”。清代祁坤《外科大成·乳痈乳疽》简明扼要提出了乳痈的诊断要点：“生于乳房，红肿热痛者为痈”。

唐代孙思邈《备急千金要方》对乳痈辨脓及切开时机有详尽的论述：“宜令极熟，候手按之，随手即起者，疮热也，须针之，针法要得著脓，以意消息”。孙氏提出乳痈切开宜熟不宜生的观点，至今仍为医家所沿用。清代余景和《外证医案汇编·乳胁腋肋部·乳痈》观察到乳痈作脓时的脉象为：“右乳红肿作痛，脉数有力，此乳痈欲作脓也。”清代高秉钧《疡科心得集·卷中·辨乳痈乳疽论》在论及乳痈初始及脓成时的临床表现时也说：“始时疼痛坚硬，乳汁不出，渐至皮肤焮肿，寒热往来，则痈成而内脓作矣。”

《诸病源候论·卷之四十·疽发乳候》提出了乳痈与乳疽的鉴别：“肿而皮强，上如牛颈之皮，谓之疽也。”清代时世瑞《疡科捷径·乳部·乳痈乳疽》在谈到乳痈乳疽的鉴别诊断时则更为详细：“乳痈疽发乳房生，肝郁瘀凝胃火成。痈发焮红兼赤痛，疽形漫硬觉疼行。痈成二七肿蒸就，疽症还须一月盈。”时氏观察到乳痈脓成约需两周，乳疽脓成约需一月，是与临床相符合的。明代申斗垣《外科启玄·卷之五·乳痈》对乳痈、乳发作了初步鉴别，认为“乳痈最大者名曰乳发，次曰乳痈”。清代吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀·乳发乳漏》指出乳发较乳痈病证严重，“此证发于乳房，焮赤肿痛，其势更大如痈，皮肉尽腐，由胃腑湿火凝结而成。”清代邹岳《外科真诠·胸乳部·乳发乳痈乳疽》在谈到乳痈、乳发、乳疽的鉴别时亦说：“乳肿最大者，名曰乳发；肿而差小者，名曰乳痈；初发之时即有疮头，名曰乳疽。”清代王洪绪《外科全生集·有阴有阳症门·乳痈》提到了乳痈与乳疖的鉴别：“妇人被儿鼻风吹入乳孔，以致闭结。内生一块，红肿作痛，大谓痈，小谓疖。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 治则治法

晋代皇甫谧《针灸甲乙经·妇人杂病第十》首次应用针灸疗法治疗乳痈，指出："乳痈有热，三里主之"，"乳痈，凄索寒热，痛不可按，乳根主之。"

隋代巢元方《诸病源候论·卷之四十·妒乳候》最早提出了手法排乳治疗乳痈："初觉，便以手助捻去其汁，并令傍人助嘣引之"，至今仍具有临床指导意义。

元代杨清叟《仙传外科集验方》对乳痈初起忌用凉药颇有心得："初发之时，切不宜用凉药冰之。盖乳者血化所成，不能漏泄，遂结实肿核，其性清凉，若为冷药一冰，凝结不散"；结果造成"欲消不消，欲脓不脓"，转化成慢性或亚急性迁延性乳腺炎，至今临床仍以温热敷为宜。

明代周文采《外科集验方·乳痈论》对乳痈切开引流持谨慎态度，告诫"慎勿妄用针刀，引惹拙病，则难治矣"。而张介宾《景岳全书·乳痈》则主张"脓成针之而愈"，强调早期治疗的重要性。

明代陈实功《外科正宗·卷之七·乳痈论第二十六》对乳痈初起、已成、溃后不同阶段的治则治法有精辟的论述："初起发热恶寒，头眩体倦，六脉浮数，邪在表，宜散之。发热无寒，恶心呕吐，口干作渴，胸膈不利者，宜清之。忧郁伤肝，思虑伤脾，结肿坚硬微痛者，宜疏肝行气。已成脓肿发热，疼痛有时，已欲作脓者，宜托里消毒。脓已成而胀痛者，宜急开之。又脾胃虚弱，更兼补托。溃而不敛，脓水清稀，肿痛不消，疼痛不止，大补气血。"

清代祁坤《外科大成·乳痈乳疽乳发乳漏》针对乳痈的不同阶段明确提出了消、托、补三大治疗法则："未成形者消之，已成形者托之，内有脓者针之"、"虚者补之"。高秉钧《疡科心得集·辨乳痈乳疽论》对消、托、补三大治则的论述则更为详细："凡初起当发表散邪，疏肝清胃，速下乳汁，导其壅塞，则自当消散。若不散成脓，宜用托里。若溃后肌肉不生，脓水清稀，宜补脾胃。若脓出反痛，恶寒发热，宜调营卫。若晡热脓肿作痛，宜补阴血。若食少作呕，宜补胃气，切戒清凉解毒，反伤脾胃也。"顾世澄《疡医大全·乳痈门主论》引陈远公语对乳痈的治则则提出了不同的看法："盖乳痈初起为实邪，久经溃烂为正虚，然邪之有余，仍是正之不足，于补中散邪，乃万全之道，不必先攻而后补也"。

清代余景和《外证医案汇编·乳胁腋肋部》认为治疗乳房疾病关键在于疏通气机："若治乳从一'气'字着笔，无论虚实新久，温凉攻补，各方之中，夹理气疏络之品，使其乳络疏通。气为血之帅，气行则血行，阴生阳长，气旺流通，血亦随之而生，自然壅者易通，郁者易达，结者易散，坚者易软。"余氏的学术观点，至今仍对临床实践具有重要的指导意义。

6 方剂用药归类

我国现存最早的第一部外科学专著南齐龚庆宣《刘涓子鬼遗方》已经有治疗乳痈药方的详细记载，内服方有"生地黄汤"、"淡竹叶汤方"、"辛夷汤方"；外用方有"雌黄膏方"。

唐代孙思邈《千金要方》和王焘《外台秘要》均有治疗乳痈的内服药物疗法、外洗法、外治法和热熨疗法等详细记载。《千金要方·乳痈第二》载有"治妒乳乳痈连翘汤"、"排脓散

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治乳痈”等治疗方剂23首，并指出：“内服连翘汤，外以小豆薄涂之”。这是内治法与外治法相结合应用。又说：“产后……乳蓄喜结痈……乳上肿者，以鸡子白和小豆散敷乳房，令消结也”，应用局部外敷药使乳房炎性包块内消的经验是很宝贵的。现在临床用外敷药膏治疗乳痈已成为很有效的外治法之一。《外台秘要》载有“乳痈肿方”18首，“妒乳疮痛方”14首。提出治疗妇女乳痈用“丹参膏”（丹参、赤芍、白芷各二两，酒淹，入猪脂半斤，煎令白芷焦黄，去滓，入黄蜡一两，搅匀，候凝成膏）外涂患处。现代有用丹参提取物丹参酮内服和局部外用治疗外科急性化脓性感染有较好效果。

北宋王怀隐等编《太平圣惠方》载有内服方剂、外敷方药56首，妇人乳痈熏洗方剂4首。宋医官合编《圣济总录》，该书突出的治疗经验是，所载治疗“乳痈”内服方剂，强调用酒调服，酒能引诸经，通百脉，少饮则和血行气，更能发挥药效，增强活血通络功用。如“以温酒调下”，“空心用葱酒调下”，“空心温酒调服”，“热酒调服”等。所列治疗方剂35首，其中以温酒调服13首，外敷药膏10首，熏洗4首。陈自明《妇人大全良方·产后妒乳方论第十四》及《乳痈方论第十五》治疗吹奶、妒乳、乳痈根据病机选载包括单验方在内共42首方药，如“赤龙皮汤方”、“天麻草汤方”、“飞乌膏散方”、“连翘汤”、“丹参膏”、“神效瓜蒌散”（瓜蒌一个，生粉草半两，当归半两，乳香一钱，通明没药一分）等。在谈到“神效瓜蒌散”时，陈氏认为“妇人乳痈方甚多，独此一方神效无比，万不失一。”剂型有散剂、水煎剂、酒煎剂、外洗、外贴、外敷、外涂等，并介绍了按摩、吸乳等疗法，对各个时期均采用内外综合治疗方法，这对控制病情发展、尽早治愈、缩短病程具有重要意义。

元代齐德之《外科精义》载有“白丁香散”治疗外吹乳痈，认为该药“治妇人吹奶，初觉身热头痛寒热及胸乳肿硬，是其候也。服之能令下其乳汁，通其血脉，立能自消矣”，在此提出乳痈初期治疗应以“通”为法，以“消”为贵。朱震亨《丹溪心法·痈疽八十五》（卷五）对乳痈的药物选用作过精彩的论述：“疏厥阴之滞，以青皮；清阳明之热，细研石膏；行污浊之血，以生甘草之节；消肿导毒，以瓜蒌子，或加没药、青橘叶、皂角刺、金银花、当归。或汤或散，或加减，随意消息，然须以少酒佐之。”并介绍了“乳痈方”（青皮、瓜蒌、橘叶、连翘、桃仁、皂角刺、甘草节，破多加参、芪。上以水煎。入酒服）等方药。朱氏的用药经验，至今仍指导着临床实践。

明代周文采《外科集验方·乳痈论》收载了治疗乳痈的内服方剂10首，外敷方药1首。内服方如“内托升麻汤”（升麻、葛根、连翘、当归身、黄柏各二钱，黄芪三钱，肉桂五分，牛蒡子、炙甘草各一钱），“连翘饮子”（连翘、川芎、瓜蒌仁、皂角刺、橘叶、青皮、甘草节、桃仁各二钱），“兵部手集方”（鹿角，剉为极细末，酒调二三钱服），“究原五物汤”，“复元通气散”等。李时珍《本草纲目》记载了不少治疗乳房疾病的药物，如王不留行“能走血分，乃阳明冲任之药，俗有‘穿山甲、王不留，妇人服了乳长流’之语，可见其性行而下住也”；青皮能“消乳肿，疏肝胆”；穿山甲有“通经脉，下乳汁，消痈肿”之功；僵蚕能治疗“痰疟症结，妇人乳汁不通”；蒲公英“主治妇人乳痈”，能“化热毒，消肿核，有奇功”。陈实功《外科正宗·乳痈论第二十六》对不同原因引起的乳痈进行辨证施治，如“忧郁伤肝，肝气滞而结肿，初起必烦渴呕吐，寒热交作，肿痈疼甚，宜牛蒡子汤主之。厚味饮食，暴怒肝火妄动结肿者，宜橘叶散散之”，“怀孕之妇乳疾曰内吹，因胎气旺而上冲，致阳明乳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

房作肿，宜石膏散清之，亦可消散”。陈氏在该书中还介绍了十余首治疗乳痈的方药，如“牛蒡子汤”（陈皮、牛蒡子、山栀、金银花、甘草、瓜蒌、黄芩、天花粉、连翘、角针各一钱，柴胡、青皮各五分），“橘叶散”（柴胡、陈皮、川芎、山栀、青皮、石膏、黄芩、连翘各一钱，甘草五分，橘叶二十片），“鹿角散”（鹿角尖三寸，碾末，每服三钱，酒调下），“治乳便用方”（蒲公英二两，酒煎，乘热服）等。这些方剂至今仍被临床医师所选用，且疗效显著。

清代祁坤《外科大成·卷二》指出“乳痛发热”，“热入血室”者，用小柴胡汤加当归、芍药、龙胆草、栀子。治“乳痈”用神效栝楼散加土贝母、金银花、蒲公英，有脓加白芷，无脓加白术。强调“脓出未尽者，慎勿生肌”，可煎楮叶橘皮汤洗之。又指出：乳房溃脓“久不收口，时流清水者，为漏，外用药线去腐生肌，内当大补”。说明祁坤对乳痈的辨证论治和局部处理很有见解，具有丰富的临床经验。程国彭《外科十法·乳痈》对乳痈外治药物有精辟的论述：“其初起宜服瓜蒌散，敷以香附饼，即时消散。若已成脓，则用太乙膏贴之。若溃烂，则用海浮散掺之，外贴膏药，吸尽脓而愈”。“太乙膏”药物组成为：“肉桂一钱五分，白芷、当归、玄参、赤芍、生地、大黄、土木鳖各五钱，乳香末二钱，没药末二钱，阿魏一钱，轻粉一钱五分，血余一团，黄丹六两五钱”，程氏认为“治一切痈疽肿毒，用之提脓极效”，并详细介绍了制作方法。王洪绪《外科全生集·乳痈》对乳痈治疗亦提出了具体方药：“以紫河车草、浙贝各三钱为末，黄糖拌陈酒服，醉盖取汗。或用白芷散五钱，酒送一服全消。如溃，以醒消丸，酒送一服，以止其痛，外贴洞天膏自愈。倘内吹忌服醒消。……倘溃烂不堪，以洞天救苦丹服七日后，接以大枣丸服至收功。”吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀·乳疽乳痈》对初起、成脓、溃后不同阶段提出了不同的治疗方药：“初起寒热往来，宜服瓜蒌牛蒡汤；寒热悉退，肿硬不消，宜用复元通气散消之。若不应，复时时跳动者，势将溃脓，宜用托里透脓汤；脓胀痛者针之，宜服托里排脓汤；虚者补之，如人参养荣、十全大补等汤，俱可选用。”该书收载的“瓜蒌牛蒡汤”已成为目前临床上治疗乳痈初起的主方。顾世澄《疡医大全·胸膺胁腹部·乳痈门主方》也介绍了60余首治疗乳痈的内服、外用方药。

此外，宋代东轩居士的《卫济宝书》、陈自明的《外科精要》，明代张介宾的《景岳全书》、申斗垣的《外科启玄》、王肯堂的《证治准绳》、朱棣等的《普济方》、陈文治的《疡科选粹》、汪机的《外科理例》，清代汪若谷的《外科秘集》、高秉钧的《疡科心得集》、邹岳的《外科真诠》、余景和的《外证医案汇编》、时世瑞的《疡科捷径》、马培之的《外科传薪集》、高思敬的《外科医镜》、傅山的《傅青主女科》等医著均收载有治疗乳痈的方药，就不一一列举。可见，中医学对乳痈的治疗积累了丰富的宝贵的经验，对目前防治乳痈仍有很大价值，如“连翘汤”、“漏芦汤”、“仙方活命饮”、“神效瓜蒌散”、“连翘饮子”、“牛蒡子汤”、“橘叶散”、“托里消毒散”、“荆防牛蒡汤”、“橘叶瓜蒌散”、“瓜蒌牛蒡汤”、“透脓散”等方剂目前仍在临床上广泛应用，并证实确有良好效果。

7 预防保健

元代朱震亨《丹溪心法·痈疽八十五》认为用手按摩乳房及吸尽多余的乳汁对预防乳痈的发生非常重要：“揉令稍软，吮令汁透，自可消散。失此不治，必成痈疖”。

明代陈实功《外科正宗·卷之七·乳痈论第二十六》对乳房的保健颇有研究，创制了“回

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

乳四物汤”及“下乳天浆散”。乳汁瘀积是乳痈发生的主要原因，以上两方为预防哺乳期妇女乳痈的发生发挥了重要作用。“回乳四物汤”药物组成为：“川芎、当归、白芍、熟地各二钱，麦芽(炒为粗末)二两”，服药后再配合“用脚布束紧两乳，以手按揉其肿，自然消散，甚者再用一服”，其效更著。该方重用炒麦芽二两，此法现仍为临床医师所遵崇。“下乳天浆散”药物组成为：“川芎、当归、白芍、熟地、茯苓、天花粉、甘草、王不留行(炒)、麦门冬、漏芦、川山甲(炒)、通草各一钱”，煎服法为：“用健猪前蹄一只，煮蹄烂，取汁两碗，同药煎至碗半，二次顿热，食远服之”，同时“以热木梳梳其乳房”，结果“其汁如泉涌而来”。

(艾儒棣　陈明岭)

近现代参考文献

[1] 顾伯康．中医外科学．上海：上海科学技术出版社，1986.87～89

[2] 陆德铭．中医外科学．上海：上海科学技术出版社，1997.85～87

[3] 北京市中医医院外科．乳痈500例　治疗分析．中医杂志，1965，(3)：17～19

[4] 赵永昌，等．乳痈110例的治疗体会．中医杂志，1980，(7)：39～40

[5] 顾伯华．实用中医外科学．上海科学技术出版社，1985.129～132

[6] 顾伯康．中医外科学．北京：人民卫生出版社，1987.154～161

[7] 陆德铭．实用中医乳房病学．上海中医药大学出版社，1993.157

[8] 姜兆俊．哺乳期急性乳腺炎80例临床总结．山东中医学院学报，1986，10(4)：21～24

[9] 北京中医医院，等．中医外科学．北京：人民卫生出版社，1982.77～80

[10] 杨吉相．治疗乳痈61例疗效分析．新中医，1980，(3)：41～43

[11] 戴若碧，等．乳痈辨证论治．云南中医杂志，1980，(3)：28～30

[12] 尚德俊．新编中医外科学．济南出版社，1995.95～97

[13] 艾儒棣．文琢之中医外科经验论集．重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1982，50～62

[14] 顾乃强，等．外科名家顾筱岩学术经验集．上海中医学院出版社，1987，53～54

[15] 庞保珍，等．自拟通腑康乳汤治疗乳痈61例临床观察．贵阳中医学院学报，1994，16(1)：26

[16] 冉瑞金．加味五物汤治疗乳痈．云南中医杂志，1982，3(3)：13

[17] 陈英，等．温通法治疗早期急性乳腺炎．浙江中医学院学报，1991，15(3)：27

[18] 顾乃强，等．顾伯华治疗外吹乳痈的经验．上海中医药杂志，1992，(10)：28～30

[19] 王沛．中医外科学．北京：中医古籍出版社，1994.187～190

[20] 顾乃强．急性乳腺炎防治的专题讨论．上海中医药杂志，1983，(6)：14～16

[21] 王五寿．陈皮甘草汤加味治疗急性乳腺炎初期(未化脓)50例疗效观察．新中医，1997，29(10)：14～15

[22] 邝安堃，等．麦芽对催乳素的影响及在乳溢症治疗上的尝试．中西医结合杂志，1984，4(3)：134～136

[23] 全国中草药汇编编写组．全国中草药汇编．北京：人民卫生出版社，1978.115

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 疔　疮 ❋

【今日临床】

颜面疔疮

颜面疔疮是感受火热之毒，或因昆虫咬伤，皮肤破损染毒，蕴蒸肌肤，气血凝滞而发生的危险性较大的急性化脓性疾患，相当于西医学的颜面部疖和痈。其特点是疮形如粟，坚硬根深，如钉丁之状，全身热毒症状明显，病情变化迅速，治疗护理不当，易成走黄之变。

由于发病部位不同，名称亦各异。如生在眉中心的叫眉中疔、鱼腰疔；生在两眉棱的叫眉棱疔，生在印堂穴的叫印堂疔、眉心疔；生在眼胞的叫眼胞疔；生在颧部的叫颧疔、颧骨疔；生在颊车穴的叫颊车疔；在鼻部的叫鼻疔、火珠疔；生在迎香穴的叫迎香疔；生在人中穴的叫人中疔、龙泉疔；生在人中两旁的叫虎须疔、髭疔；生于左右口角的称锁口疔、地仓疔；生于颏部承浆穴的称承浆疔；生于两唇内里的称反唇疔；生于牙部的叫牙疔、穿牙疔等。总之病名虽异，但其病因、辨证施治基本相同，故统称为颜面疔疮。

1 诊 断 标 准

关于颜面疔疮的诊断标准，目前国家中医药管理局颁发的中华人民共和国中医药行业标准、中医病证诊断疗效标准已公布实施，现采录如下：

1.1 病名诊断标准

多发于唇、鼻、眉、颧、颊等处。

局部开始为一个脓头，肿块坚硬，根深如钉丁之状，或麻或痒。继之红肿高突，可发展为数个脓头，燃热疼痛。

有恶寒发热，头痛等症状。如有神昏谵语，皮肤瘀点应考虑疔疮走黄。

颈颌部多有臀核肿大疼痛。

血白细胞总数及中性粒细胞分数增高，症状严重疑有走黄者应作血细菌培养。

1.2 证类诊断标准

热毒凝结：红肿高突，根脚收束，发热头痛。舌红，苔黄，脉数。

火毒炽盛：疮形平塌，肿势散漫，皮色紫暗，燃热疼痛。有高热，头痛，烦渴，呕恶，溲赤，便秘。舌红，苔黄腻，脉洪数。

1.3 分 期 标 准

初期：开始在颜面部的某处皮肤上忽起一粟米样脓头，或痒或麻，以后逐渐红肿热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛，肿势范围虽只3～6cm左右，但坚硬根深，状如钉丁，重者有恶寒发热等全身症状。

中期：约经5～7日，肿势逐渐增大，四周浸润明显，疼痛加剧，脓头溃破，内有脓栓。伴有发热、口渴、便秘、溲赤，苔薄黄或黄腻，脉象弦滑数等症。

后期：约7～10天，肿势局限，顶高根软溃脓，脓栓(疔根)随脓外出，肿消痛止，身热渐退，病程一般10～14天即可痊愈。

2 中心证候特征

火热之毒蕴结于颜面肌肤引起局部经络阻塞、气血不通是颜面疔疮的证候学特征。其主症为：局部疮形如粟，坚硬根深，如钉丁之状，或麻或痒。继之红肿扩大，形成粟粒状脓头，疼痛加剧，脓头松动，随脓排出，肿势消退。次症为伴有头痛、恶寒发热、便干尿黄，舌红苔黄，脉弦数。

疔疮初起，疮形坚硬根深，头重不适，局部麻痒，随着病情的发展，肿势扩大，出现阳证特征红肿热痛俱备，且疮之中心形成粟粒样脓头，全身症状明显。成脓之时症状达到最剧烈的表现，一旦溃破脓出，肿势随减，全身症状也渐次消退。如果成脓前后，疮形顶陷，肿势扩散，全身与局部症状加重，则为疔毒走散内攻脏腑，深入营血，出现危险之变证。

3 病 因

3.1 外感火热之毒

暑夏火热酷烈，春天温热夹毒，避之不当，感受淫邪，蕴阻肌肤而发病。

3.2 外伤染毒

或因昆虫叮咬，或由抓破染毒，均可使火热之毒阻于颜面肌肤而致病。

3.3 火毒内发

七情失常，气郁化火，上攻头面；或恣食膏粱厚味、醇酒炙煿，蕴生火热，发越于上而成本病。

4 病 机

4.1 发 病

颜面疔疮主要由火热之毒引发，火热之毒其性烈而速，加之上居诸阳交会之颜面部，故其发病迅速，来势猛烈，非浅轻小疮可比。由于其毒之烈，或于局部毒聚之先，已出现全身症状，如头重如裹，或寒战发热，或全身不适。

4.2 病 位

疔疮的病位在于颜面的肌肤之间，由于所处之部位不同，涉及的脏腑、经络各异。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.3 病　　性

颜面疔疮为典型的阳证、实证。无论外感邪毒，内生火毒，结聚颜面肌肤之间，即成疔疮。待脓成毒泄之破溃期，仍以余邪未尽为实证，对于年老体弱、小儿、产妇等素体不足者，初、中期仍以火毒邪实为主，后期脓出毒泄，损伤气血，则形成虚实夹杂之证。若火毒内攻，深入营血，则成危势，当属邪盛实证。

4.4 病　　势

颜面疔疮的病势发展从局部表现即可反应。初起邪毒结聚，肿势根深坚硬，邪阻气血，正气抗邪；继则火热甚而化腐成脓，局部红肿热痛，粟粒样脓头，根脚松动变软，随脓外泄，邪毒即减，病势由邪甚转为余邪未尽。若疮顶突然变黑、下陷；红肿范围扩散，边界不清，则为火毒扩散，内入营血，形成走黄之变证。

4.5 病机转化

颜面疔疮由于火毒炽盛所致，病机变化过程表现为邪正相争的过程，邪毒阻于肌肤之际，气血结聚抗邪于外，热毒炽盛，腐肉成脓，破溃后，脓毒外泄，脓尽则肉芽生长，收口而愈。若火毒炽盛，或治疔护理不当，火毒之邪突破护场，内攻脏腑，深入营血则成走黄之变。而素体偏虚之人，脓成外泄之际，则虚实夹杂之证。因此颜面疔疮以邪毒外泄为病机演变的关键。

4.6 证类病机

热毒凝结：无论外感邪热，还是内生热邪，外达于肌肤之间，均会引起局部气滞血瘀，经络阻塞，表现为局部红肿高突；正气攻邪，热毒凝结形成根脚收束。热毒上攻头目则发热头痛。舌红，苔黄，脉数即是热毒阻滞之征。

火毒炽盛：火邪性烈势猛，其毒剧烈，致邪居于肌肤之间，腐肉成脓，损伤气血，正气难于敌邪，邪毒有扩散之势。火毒上居阳位，故有高热头痛，火毒充炽于气分，即有烦渴、呕恶、溲赤、便秘等症。

5 临证思路

5.1 抓住主症

疮形如粟，坚硬根深，如钉丁之状是颜面疔疮的主症，其特点是肿形高耸，根深坚硬，反映了邪毒较深、较重、较烈。肿势范围约3～6cm，但护场较小根脚较大。

5.2 分析病位

颜面疔疮为火热邪毒阻于肌肤之间而生。虽都发于颜面部，但根据中医脏腑经络学说，面部分属不同的经络。疔疮发病部位的不同，说明邪毒涉及的经络、脏腑各异，临床施治，辨证多细辨之。例如：眉心疔：由于眉心为督脉所过，上连前额为心肺所主，故眉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

心疔多责之为风热壅结阻滞督脉或心肺二经火毒上攻而成。唇为脾胃所主，多气多血，经脉交错，脾胃积热，上攻口唇可发唇疔；外感邪热，留滞于脾胃之经脉，亦可引发唇疔。

5.3 确定病性

颜面疔疮之病性属实热火毒证。疔疮之初中期均属实证，年老体弱者，伴有慢性劳损性疾病的患者，当疔疮破溃脓出之时，气血亏损，证属虚实夹杂。

5.4 明确病期

疔疮一般的病期为初起、成脓、破溃、收口四期。临证时必须明确病期，从而准确地进行施治。特别是外治法的应用，初起宜束毒，成脓时宜拔毒，破溃后提脓去腐，脓尽后要生肌收口。

6 鉴 别

6.1 疖

病位表浅，红肿范围小而无根脚，一般无全身症状。

6.2 有头疽

初起即有粟粒样疮头，肿块渐大，脓头相继增多，溃后状如蜂窝，红肿范围常超过9cm，多发生于项背部，发展缓慢，病程较长。

6.3 疫 疔

初起在皮肤上有一小红色丘疹，迅即周围肿胀，作痒不痛，中央呈暗红色或黑色坏死，坏死周围有成群的灰绿色小水疱，疮形如脐凹，很像牛痘，并有严重的全身症状。有疫畜接触史。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 热毒蕴结

临床表现：发病迅速，红肿热痛，肿势高突，根脚收束，发热头痛。舌红，苔黄，脉数。

病机分析：疔为火毒阳证，头面为诸阳之首，两阳相合，故发病急骤；热毒蕴于肌肤，以致营卫不和，经络阻隔，气血凝滞，气不通则肿，血不通则痛；火为阳邪，性热面色赤，故皮色红而灼热；局部肿势高突，根脚收束为正盛聚毒、疔毒外发之象；正邪相争，营卫不和故见寒热头痛；舌红、苔黄、脉数皆为热毒蕴结之征。

治法：清热解毒。

方药：①雄黄解毒丸1丸或犀黄丸1丸，日2~3次，口服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

② 五味消毒饮、黄连解毒汤加减。

黄芩　黄连　黄柏　栀子　蒲公英　天葵子　金银花　野菊花　紫花地丁

加减：若壮热口渴可加生石膏、知母清热生津；大便秘结可加生大黄、玄明粉泻热通腑。

7.1.2　火毒炽盛

临床表现：局部肿势严重，脓栓外露，深部有脓，甚或疮形平塌，肿势散漫。皮色紫暗，燔热疼痛。伴高热，头痛，烦渴，呕恶，溲赤，便秘。舌红，苔黄腻，脉洪数。

病机分析：火毒炽盛，邪毒鸱张。故燔热肿痛剧增、伴高热溲赤；火毒炽盛、热盛肉腐，故见有脓；正气相对不足，不能束邪聚毒，故见疮形平塌，肿势散漫，邪毒有循经走窜、入于营血之兆；热毒内结，耗伤津液，故见便秘、烦渴；热邪壅遏气机，清气不升，浊气不降故见呕恶；舌红，苔黄腻，脉洪数皆为火毒炽盛之象。

治法：凉血清热解毒。

方药：①双黄连注射剂 4.8g（儿童酌减）加入 5% 葡萄糖注射液 250ml 中静脉点滴，每日 1 次。

② 麝香解毒丸 1 丸，日 2～3 次口服。病情严重者每 2～3 小时 1 丸，白开水送服。

③ 犀角地黄汤、黄连解毒汤、五味消毒饮加减。

加减：水牛角　生地黄(捣烂)　牡丹皮　芍药　黄芩　黄连　黄柏　栀子　薄公英　天葵子　金银花　野菊花　紫花地丁

加减：若壮热口渴，可加石膏、知母清热生津，大便秘结可加生大黄、玄明粉泻热通腑；高热烦躁可加服安宫牛黄丸。

7.2　按部位辨证论治

7.2.1　眉心疔

临床表现：初起眉心处多有粟粒大黄色脓头或有一黑色粉刺，麻痒相兼，继则红肿坚硬有根。一般 3～5 日即可成脓，脓液稠厚；全身多伴恶寒发热，烦渴目赤，便秘尿赤，舌红，苔黄，脉象弦数等症。

病机分析：眉心为督脉所过，上连前额而为心肺所主。风热火毒壅结阻滞督脉，或心肺二经火毒上攻，结于眉心，则见眉心处有粟粒样脓头，风毒相杂则麻痒相兼，邪毒郁结则红肿坚硬有根。热盛腐肉成脓，气血足则脓液稠厚。恶寒发热为邪阻肌表。烦渴目赤，便秘尿赤，舌红苔黄，脉弦数为火邪内蕴之征。

治法：清热解毒。

方药：五味消毒饮加味。

金银花　野菊花　紫花地丁　天葵子　蒲公英　黄连　黄芩

加减：初起上焦风热重者，可选用桑菊饮；脾胃积滞者加山楂、枳实；火毒盛者，加用黄连解毒汤；成脓时加归尾、赤芍、皂刺、僵蚕。脓尽后可用枇杷清肺饮。

7.2.2　颧疔

临床表现：初起患部见黄色粟粒样脓头，周围红肿如赤豆，疮形虽小而坚硬根深，如钉丁之状，麻痒疼痛，疮肿红活，毒聚而肿形高突，数日化脓，疔根易脱，火毒随之外泄。

病机分析：两颧为足阳明胃经之主部。过食炙煿，胃经积火上攻，结聚于颧部，致气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血凝滞，故见患部粟粒脓头，周围红肿如豆，疮小而根深如钉。火毒炽盛则痒麻疼痛。腐肉成脓，溃破外泄，火毒随减。

治法：清热解毒。

方药：五味消毒饮加味。

金银花　野菊花　紫花地丁　天葵子　蒲公英　黄连　黄芩　石膏　炒栀子　赤芍

加减：胃腑积热重者，用清胃汤。麻痒者发汗驱毒，宜蟾酥丸，次服五味消毒饮。赤肿燠热疼痛者用清胃黄连饮，大便秘结者，用内疏黄连汤。脓成加穿山甲、皂角刺；脓尽者，加石斛、天花粉。

7.2.3 鼻疔

临床表现：鼻孔内初起如粟粒状，红肿而硬，四周浮肿迅速，重者鼻孔闭塞，妨碍呼吸，疼痛较甚，痛引脑门，随之出现黄白色脓头，可伴有全身发热，食欲不振，口渴，鼻出火气，舌红苔黄，脉滑数等。

病机分析：肺经火热蕴结于鼻，不得宣泄则疮高肿疼痛坚硬。鼻为肺窍，疔生气道，则呼吸不利。督脉过鼻，以通于脑，故痛引脑门。肺合皮毛，风火内郁则全身发热、肺胃热甚则食欲不振，口渴，鼻出火气，舌红苔黄，脉滑数。

治法：宣肺清火解毒。

方药：五味消毒饮加味。

金银花　菊花　蒲公英　紫花地丁　天葵子　黄芩　栀子

加减：欲走黄者用疔毒复生汤加石斛。脓尽后选用养阴清肺汤合银花甘草汤。

7.2.4 唇疔

临床表现：唇部出现黄白色粟粒脓头，继而红肿热痛明显，扪之坚硬而根深，疼痛应心。发于上下唇者，嘴唇肥厚，肿胀，甚则令唇外翻，是谓反唇；发于口角则张口、咀嚼困难，是谓锁口。约3～5日局部根盘渐收，顶突根软而化脓，轻者仅有一个脓头，重者可有多个脓头簇集；发于唇里者，肿胀在外，而脓头在内。脓液黄白质稠，或为紫赤，须待脓栓脱出，脓毒外泄后，肿势渐消，逐渐收口而愈。伴全身发热、口苦咽干、便秘溲赤等。

病机分析：外感火热、脾胃积热、毒虫叮咬，毒入肌肤，均可致火热之毒结聚口唇，故见局部红肿热痛，坚硬根深。火热甚则腐肉成脓；唇为脾胃所主，多气多血，经脉交错，故脓出多为稠厚。脓毒外泄，肿势随减。发热、口苦咽干、便秘溲赤为火热内蕴之象。

治法：泻火解毒。

方药：黄连解毒汤加味。

黄连　黄芩　黄柏　栀子　金银花　连翘　石膏　竹茹

加减：大便秘结者加大黄、芒硝；小便短赤者车前子、滑石；燠热暴肿加赤芍、丹皮、蚤休、花粉。脓成加穿山甲、皂刺；脓尽后选五味消毒饮去天葵子、紫花地丁、加沙参、麦冬、石斛、甘草。

7.3 变证的治疗

7.3.1 疔疮走黄

走黄是疔疮火毒炽盛，走散入血，内攻脏腑的一种危急疾病，相当于西医学的全身化

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脓性感染，即脓毒败血症。其特点是疮顶忽然陷黑无脓，肿势迅速扩散，神昏谵语，七恶证叠见。疔疮走黄的发生主要在于火毒炽盛，正盛邪实。生疔之后，因早期失治，未能及时控制毒势，或因挤压碰伤，或因过早切开，造成毒邪扩散，或误食辛热之药及酒肉鱼腥等物，或加艾灸，更增火毒，促使火毒鸱张，以致机体防御功能被破坏，疔毒走散，毒入血分，内攻脏腑而走黄。

7.3.1.1 诊断

(1) 局部症状：原发灶处忽然疮顶陷黑无脓，肿势散漫，迅速向周围扩散，皮色暗红不鲜。

(2) 全身症状：寒战高热，头痛，烦躁不安。或伴恶心呕吐，口渴喜饮，便秘腹胀，或腹泻；或伴肢体拘急，骨节肌肉疼痛；或并发附骨疽、流注等；或伴身发瘀斑、风疹块、黄疸等。甚至伴神志昏迷、呓语谵妄，咳嗽气喘，胁痛痰红，发痉发厥等。以上各症每每相兼出现，因疔毒走散并不只限于心包一经，而其它脏腑也可累及。

(3) 辅助检查：血 WBC 总分数均增高，尿中可出现蛋白。经常作脓液和血液细菌培养及药敏试验，血培养可发现致病菌。还需根据情况行肝、肾功能和电解质测定，以及心电图、胸部 X 线摄片，B 超等检查，以协助诊断治疗。

7.3.1.2 内治

(1) 气营两燔

临床表现：寒战、高热不退或寒热往来，口大渴，大汗出，头痛，小便短赤，舌质红绛，舌苔黄，脉弦数而大。

病机分析：火毒鸱张，邪热入于气分，故见高热、口渴、大汗、脉弦数而大；邪热入于营血则见舌质红绛；火毒虽盛，正气亦不虚弱，正邪交争故见寒战高热。

治法：解毒泻火，气营两清。

方药：黄连解毒汤合白虎汤加减。

黄连　黄柏　黄芩　栀子　生石膏　知母　花粉　金银花　连翘　生地　玄参

加减：若高热不退，热盛动风拘急抽搐者，加羚羊角粉 0.5～1.0g 冲服，以清热、熄风、止痉；若大便秘结，加生大黄、芒硝，以泻下热滞，急下存阴。

(2) 毒入营血

临床表现：壮热不退，躁扰不安，神志昏蒙，或见发斑、衄血，严重时可见神昏谵语，舌质红绛，苔少而干，脉细数。

病机分析：火毒鸱张，热入营血，较在气营更为深重，故壮热不退；热扰心神故躁动不安，蒙闭心包则神昏谵语；血热主妄行故发斑衄血；热毒伤阴则口干；舌质红降或深绛，脉细数为毒入营血之征。

治法：清热解毒，凉血清营。

方药：犀角地黄汤合五味消毒饮加减。

水牛角、丹皮、赤芍、生地炭、玄参炭、金银花、蒲公英、紫花地丁、生石膏

加减：若合并咳吐脓血者，加鱼腥草、沙参；出现黄疸者，加车前草、竹叶、滑石；若痉厥抽搐者加钩藤、白芍、龙骨；若神昏谵语者，加服安宫丸或紫雪丹。

7.3.1.3 外治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

颜面疔疮陷黑疮顶处，用八二丹点疮头，金黄油膏或黄连膏盖贴，四周用金黄散、或玉露散冷开水调敷箍围。或用药制苍耳虫 10～15 条捣烂敷于患部，黄连膏盖贴。

7.3.1.4 西医治疗撮要

(1) 根据细菌培养及药敏试验结果选择有效抗生素，应早期、大量、联合应用。

(2) 支持疗法：补液，维持水、电解质及酸碱平衡，补充维生素，必要时给少量多次输全血或血浆。有感染性休克时，加用升压药物，或应用肾上腺皮质激素。

7.3.2 流注

疔毒循经走窜入络，可形成流注(肌肉深部多发性、转移性脓肿)。特点是好发于四肢、躯干肌肉丰厚的部位，突然漫肿疼痛，皮色如常，扪之微热，约 2～3 天后肿胀、掀热、疼痛明显，可触及肿块，约 2 周左右成脓、出脓黄稠，易于收敛，常此处未愈，它处又起。

(1) 内治：宜清热解毒，凉血通络，方用黄连解毒汤合犀角地黄汤加减。脓成者加当归、皂刺、炙山甲，去鲜生地；神昏谵语者加安宫牛黄丸 1 丸化服，或紫雪丹 3g 分 2 次吞服。

(2) 外治：初起无块者用金黄散、或水调散、或玉露散水调外敷。肿而有块者用太乙膏掺红灵丹外敷。脓成宜切开排脓。先用八二丹药线引流，脓尽改用生肌散，均以红油膏盖贴，后期脓尽可加垫棉法促进愈合。

7.3.3 附骨疽

疔毒深窜入里，留着筋骨，可并发附骨疽(骨髓炎)。特点是多发于四肢长管骨，尤以下肢胫骨常见。初起患肢疼痛彻骨，继之活动受限。局部胖肿，病变的骨端有深压痛和叩击痛，为诊断本病早期的重要依据。约经 3～4 周化肢，伴全身持续高热。溃后脓汁初稠后薄，淋漓不尽，易形成窦道，不易收口。疮口周围有色紫沉着，窦道口凹陷，患部可摸到骨骼粗大，高低不平。X 线在发病后 2 周左右才能显示病变，四周左右可发现死骨形成。此时即转为慢性，必待死骨取出后，疮口才能愈合。

7.3.3.1 内治

(1) 湿热瘀阻：发病初期，除寒战高热等症状外，患肢疼痛彻骨，不能活动。继则局部胖肿，皮色不变，按之灼热，有明显的骨压痛和叩击痛。苔黄、脉敷。治宜清热化湿，行瘀通络。方用仙方活命饮合五神汤加减。

(2) 热毒炽盛：起病约 1～2 周后，高热持续不退，患肢胖肿，疼痛剧烈，皮肤掀红，灼热，内已酿脓，苔黄腻，脉洪数。治宜清热化湿，和营托毒，方用黄连解毒汤合仙方活命饮加减。

(3) 肢毒蚀骨：溃后急性症状缓解，脓水淋漓，久则形成窦道。患肢肌肉萎缩，可摸到粗大的骨骼，以探针检查常可触到粗糙死骨，可伴乏力、神疲、头昏、心悸、低热，苔薄，脉濡细。治宜调补气血，清化余毒，方用八珍汤加减。

此证局部治疗可用：

① 初期：用水调散、独角莲膏、金黄膏或玉露膏外敷，患肢用夹板固定，以减少疼痛和防止病理性骨折。

② 成脓：早期切开引流，用七三丹或八二丹药线引流，红油膏或冲和膏盖贴。

③ 后期：肢尽改用生肌散，白玉膏外敷。

④ 形成窦道者，用千金散或五五丹药线腐蚀，疮口扩大后改用八二丹药线、太乙膏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或红油膏盖贴，也可作手术清创。若触及死骨松动者，可用镊子钳出。此外，慢性期如无死骨存在，脓液转为粘稠液体时，则应及时停用药线，即使疮口仍较深，也不必再用药线，否则不易收口。若有空腔或疮口较深时，可用垫棉法压迫，促进疮口愈合。

7.3.3.2 外治

(1) 初期：宜箍毒消肿。用玉露散、或水调散、或金黄散，以银花露或凉开水调外敷，或千捶膏盖贴。鼻疔用蟾酥丸研成细末，吹入鼻孔患处，或用药制苍耳虫 1～2 条捣烂与黄连膏少许混匀涂于患处。

(2) 成脓期：宜提脓祛腐，用八二丹或九一丹掺于疮顶部，再用金黄油膏或油调膏或玉露油膏或千捶膏盖贴。若脓出不畅，用药线引流；若脓已成熟，中央已软有波动感时，也可切开排脓。反唇疔不宜在唇内侧使用丹药与膏药，可用蟾酥丸研细末掺于疮口，或用金银花、甘草煎汤湿敷。

(3) 溃后：脓尽宜生肌收口，太乙膏或红油膏掺生肌散盖贴。

7.4 临床用药经验与体会

疔疮发病总由火毒凝结所致，所以清热解毒为治疗原则；故选用五味消毒饮、黄连解毒汤以及七星剑以大剂苦寒直折火毒之势。临床用药时也要考虑到不同患者的体质强弱各异，达到中病即止，不宜过用苦寒而损伤中气。火毒以外泄为目的，所以古人提出“疔无消法”外用药物治疗，当束毒、箍毒，中心留头以泄脓排毒。由于疔疮火毒炽盛，全身症状较重，应卧床休息，忌内服发散药，特别是行气活血药。外用药时忌用消散，宜箍围。

凌云鹏自创七味治疔汤治疗颜面疔疮，手足疔疮，每获良效。方药组成：夏枯草、蚤休、金银花、蒲公英、野菊花、地丁草、生甘草。凌氏认为夏枯草治疗效果远优于紫背天葵。

前贤有“疔毒宜汗泄”的经验，而凌氏认为疔疮用汗法必须谨慎。在毒热结聚，尚未蒸脓之际，运用汗法，可使营卫和畅、经络疏通，确有实效，若成脓腐时运用汗法，因此时气血受伤；汗之反使营卫失固而毒邪走窜，引起变证。

疔为脏腑积热，出现便秘者则热毒愈盛。通常给予通里攻下，每获捷效。凌氏认为用下法必以清热解毒为主，适当酌以硝、黄，但以一二剂为度，病衰及半则止，若持苦寒清解为正治之法而过用，必戕害正气而致阴阳衰脱。故在其所著《临诊一得录》中所载疔毒诸案，均未用硝、黄大下，遇有便秘者，多以蒲公英、山栀子等代替。

另外，在疔疮外治方面，凌氏认为当疔疮尚未成脓时，外敷药不宜勤换，以防病家挤压擦拭过重而引起毒散之变。一般局部根盘硬结的以红升丹、一气丹、拔疔散选用一药点敷脓头，加盖千捶膏，固定三天后揭去，一般脓头即脱，改用九一丹去其余毒而助生肌。

一气丹：斑蝥 15g，制乳香 9g，制没药 9g，血竭 3g，炒玄参 9g，元胡 6g，明矾末 15g，珠砂 2g，黄升丹 15g。

千捶膏：蓖麻肉 60g，松香 60g，制乳香 9g，制没药 9g，银珠 15g，轻粉 12g，麝香 0.3g。

(凌云鹏．临诊一得录．北京：人民卫生出版社．1982)

杨吉相在疔疮的内治方面，多用其经验方雄黄解毒丸、麝香解毒丸，疗效甚佳，外用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药多以水调散、油调膏、一效膏外敷。实验证明：水调散对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、肺炎链球菌、甲型链球菌均有明显抑制作用。

顾伯康在疔疮内治方面，常用自制经验方芩连消毒饮取效。方药组成：川黄连、黄芩、地丁、野菊花、半枝莲、金银花、连翘、赤芍、蚤休、生草。方中用大剂清热解毒之品为主，兼用赤芍凉血活血，用治各种疔疮，效果满意。

在外治方面，初起善用玉露膏或金黄膏、千捶膏加八将散：将溃时加制苍耳子虫咬头，再盖以上膏；已溃脓出不多者，用九黄丹或九一丹、八二丹蘸纸线插入疮口引流，外盖金黄膏或玉露膏；脓出通畅，肿势消退者，用九一丹外掺，盖以红油膏。四周浮肿不局限者，用玉露散水调或野菊花汁调厚涂。

八将散：腰黄(飞)四钱，冰片四分，蝉衣二钱，蜈蚣十条，全蝎四个，五倍子八钱，穿山甲三钱，麝香三分，研细末。

(上海中医学院．外科名家顾筱岩学术经验集．上海中医学院出版社．1987:242)

陆振华诊治疔疮经验丰富，尤擅治颜面疔疮，他用自制内服及外用药治疗颜面疔疮疗效显著。

内治基本方：丹皮、赤芍、当归、山栀、连翘、生地、甘草、牛角粉、紫花地丁、蚤休。

外治基本方：陆氏硇砂消炎膏(硇砂、川军、川柏、黄芩、车丹、雄黄、熟石膏)。

陆氏硇砂消炎膏具有清热、解毒、散结、拔脓的功能。经实验室观察，其对金黄色葡萄球菌及大肠杆菌有中度以上的抑制作用。

(金立诚．陆振华诊治面部疔疮的经验，上海中医杂志．1989,(2):23)

文湘舫、方汉章应用方疔疮膏，治疗疔疮有特效。

疔疮膏组成及制法：芝麻油 200g，制松香 500g，黄蜡 250g，制乳香 120g，制没药 125g，百草霜 125g，铜绿 125g。将芝麻油入锅中煎沸至 140℃～160℃，入松香。溶化后，下白蜡、黄蜡，溶后过滤去渣，再倒入锅内，下乳香，候涨潮落潮后再入没药，又经涨潮落潮后放铜绿，最后放入石草霜，再待涨潮落潮后，倒入盛器内，稍冷却即成。再将制好的疮疮膏用文火溶化后，冷却到 50～60℃，用汤匙舀到冷开水盆内，经 2～3 分钟后，用手揉捏搓成直径为 2 厘米，长约 10 厘米的圆药膏条，外涂少许麻油或凡士林备用。

用法：疔疮膏以乌黑细腻，粘之能起，贴之不能掉为佳品。每次用 2～5g，或视疔疮部位大小加减用量，将其捻成圆型薄饼，中厚边薄，贴敷患处，外用纱布包好，胶口固定。

(黄河．疔疮膏治疗疔疮 458 例．湖南中医杂志,1988 (4):42)

王兆鹏经验方“红宝白象膏”(简称红膏药)经后世长期实践于治疗疔疮，疗效显著。

红宝白象膏组成：松香 60g，白蜡 30g，潮脑 30g，蜂蜜 60g，银珠 10g。

制法：先用小葱半斤煎水制松香，去掉松香杂质，待松香冷却凝固后备用。将白蜡置于小铁锅或铝锅内，用微火将白蜡熬化后加松香。待松香熬化后加蜂蜜、潮脑。火候：微火，并不断搅拌和匀，使之熔化，最后加银珠，并继续搅拌和匀，使之成为一种红色糊状膏汁，冷却后即为红膏药。

用法：局部清洁后，用红药膏外敷，隔一天换药 1 次，一般配合菊花 60g，生甘草 10g，熬水频服。

(何德湘．红宝白象膏治疗疔疮的经验介绍．成都中医学院学报，1986，(3):24)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

单苍桂治疔疔疮具有丰富的经验。他根据《医宗金鉴》五味消毒饮，演变制订了野菊败毒汤，用该方配合冲和消炎膏外敷治疗疔疮疗效显著。

野菊败毒汤：野菊花、金银花各四钱，蒲公英、连翘、玄参、紫花地丁、浙贝母各三钱，生甘草一钱。

冲和消炎膏：如意金黄散 80%，冲和散 20%，蜂蜜或凡士林调成膏。

（徐澍，王宫慧．单苍桂老大夫治疗疔疮经验方——野菊败毒汤，浙江中医杂志，1964，7（9）:6）

方霖魁善用自制之“疔疮膏”治疗疔疮，往往外贴数日便可使疔疮消散。

疔疮膏组成：葱蓖制松香 60g，黄蜡 30g，乳香、没药各 9g，铜绿、百草霜各 15g，白蜡 6g，麻油 18g。

制法：先将麻油煎滚，再下黄蜡后下各药，滚后为膏。

（方炜煌．方霖魁先生外科经验简介．新中医，1986，18（12）:5）

方行维自制疔疮百效膏，主治一切疔疮。此方取自民间秘方，每年都在家中制成大批药膏免费治疗疔疮患者，取得良好效果。

疔疮百效膏组成：母丁香 6g，轻粉 10g，蚕砂 6g，草乌 10g，猪胆 7 个（取汁）。

制法：将方中前四味，共研细末，然后以猪胆汁拌和，在太阳下晒 21 天，制成药膏，摊于布上，敷贴疔疮。

功效：清热解毒，消除疔疮，化瘀生肌。

（方厚贤．名医方行维临床方按点滴．光明中医杂志，1996，（4）:31～32）

7.5 西医治疗撮要

西医治疗主要以口服或静脉滴注抗生素为主，对 WBC 总数、分数增高者均可酌情早期、足量应用。局部可外敷鱼石脂软膏。由于西医缺少有效的外敷药物，故局部红、肿、热、痛症状改善较慢。

8 疗效评定标准

治愈：全身症状消失，肿块消散，疮口愈合。

好转：全身症状减轻或消失，局部硬结未完全消散。

未愈：局部和全身症状未见改善或发展为疔疮走黄。

9 预防与调摄

有全身症状者宜卧床休息，因动则助阳。

忌服发散药，因其药性辛香走窜，免助毒势。

忌过早切开，刺破，严禁灸法，误治可使疔毒入血走黄，火益毒势，逼毒内攻。

忌挤压碰撞，免助毒邪走散。

忌烟、酒、辛辣、发物，因其皆有走窜之性。

忌房事忿怒，免助长火毒。

（李占玲　杨吉相）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

手足疔疮

手足部疔疮大都是因手足部外伤后感染毒邪，火毒阻于皮肉，症见患处红肿，剧烈疼痛，容易损骨的急性化脓性疾病。包括西医学的甲沟炎、化脓性指头炎、手指化脓性腱鞘炎、掌中间隙感染、足底皮下脓肿等。其特点是手部多于足部，局部初起红肿热痛无头，若治疗护理不当容易损伤筋骨而影响手的功能。

因发病部位、形态、预后不同名称亦各异。如生在指头顶端的叫蛇头疔，又称天蛇疔；生在指甲周围的叫沿爪疔；生在指甲旁的叫蛇眼疔；生在甲下的叫蛇背疔；生在指螺纹的叫螺疔；生在手指骨节间的叫蛀节疔；指头有黄疱明亮者，挑破去其恶水即愈，叫水蛇头；一指通肿的叫泥鳅疔；生在指中节前，肿如鱼肚的叫鱼肚疔或蛇腹疔；生在五指(趾)丫处的叫手(足)丫疔；生在合谷穴处的称合谷疔；生在手掌中心的叫托盘疔；生在足掌中心的叫足底疔；生在涌泉穴的叫涌泉疔等。但因其病因病机、症状及治疗大致相同，故可统称为手足疔疮。

1 诊断标准

根据中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，手足疔疮的诊断标准如下。

1.1 病名诊断标准

蛇眼疔：初起时多局限于手指甲一侧边缘，有轻微的红肿热痛，一般2~3日即化脓；若脓液侵入指甲下，则在指甲背面出现黄色或灰白色的脓液积聚阴影，甲床溃空或有蕈肉突出，甚或指甲脱落。

蛇头疔：生于指头，初起或痒或麻灼热疼痛，化脓时肿大如蛇头，红肿灼热显著，疼痛剧烈，伴有恶寒发热，若不及时切开，溃后则脓液不断，肿痛不消，多是烂筋伤骨的征象。

蛇腹疔：生于指腹，患指整个红肿，不能屈伸，疼痛逐渐加重，伴有畏寒发热等。化脓时胀痛剧烈，溃后脓出，症状逐渐减轻。如损伤筋骨，则愈合缓慢，并影响手指功能。

托盘疔、足底疔：生于手掌或足底，成脓时掌部凹陷消失，手足背肿胀反而明显，肿胀可波及前臂及小腿，伴有恶寒发热。因患处皮肤韧厚，虽已化脓，不易向外穿透，亦有损伤筋骨可能。

本病常有手足部创伤史。

血白细胞总数及中性粒细胞增高，溃后不愈合者，作X线摄片检查确定有无损骨。

1.2 证类诊断标准

火毒凝结：局部红肿疼痛，全身有畏寒发热。舌红、苔黄、脉数。

热盛肉腐：红肿明显，疼痛剧烈，肉腐为脓，溃后脓出肿痛消退；如溃后肿痛不退，脓液不断，可能是筋骨腐蚀。舌红、苔黄、脉数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3 分期标准

1.3.1 蛇眼疔

初起：局限于指趾甲一侧边缘的近端处，有轻微的红、肿、热、痛。

成脓：约2~3天即成脓，此时若及时切开排脓，则很快痊愈；若治疗不当，脓汁可蔓延至指趾甲对侧形成沿爪疔(指趾甲周围炎)；若脓液侵入指趾甲下，可形成蛇背疔(指趾甲下脓肿)，致使甲床溃空、指甲脱落。

后期：脓尽或甲脱而愈，或有赘肉增生，突出疮面而延长疗程。

1.3.2 蛇头疔

初起：指端麻痒疼痛，继而刺痛，燃热肿胀，皮色红或微红。

成脓：肿热逐渐扩大，手指末节呈蛇头状肿胀，疼痛剧烈，出现跳痛，患肢下垂时疼痛更甚，局部扪之灼热，触痛明显，约经1~2周左右成脓，常因剧痛影响食欲和睡眠。伴发热、头痛、全身不适等症状。

后期：及时切开，脓出黄稠，逐渐肿消痛减而愈。成脓时若未及时切开，则因手足指趾皮肤及纤维组织致密，不能自行溃破，局部肿胀，压力增高，压迫末梢神经、血管，使末节指骨缺血、坏死，而引起损骨(末节指趾骨髓炎)。证见溃脓迟缓，脓水稀薄、臭秽，经久不尽，余肿不消，必待死骨取出后，方能愈合。

1.3.3 蛇腹疔

初期：整个患指通肿，呈圆柱状，皮肤色红光亮，疼痛扪之灼热，关节轻度屈曲，不能伸展，动则痛剧。伴恶热头痛，食欲不振等症。

中期：红肿热痛逐渐加重，约7~10天成脓，因指腹部皮肤坚韧致密，虽已成脓，很难自溃，不易外透，需经切开。伴发热、口渴、便秘、溲赤等症。

后期：经透光或穿刺辨脓后切开引流，脓出黄稠，症状逐渐减轻，约2周左右愈合，若损伤筋脉，则愈合缓慢，并常影响手指的活动功能。

1.3.4 托盘疔

初期：整个手掌肿胀高突，失去正常凹陷，形如托盘之状，手背肿势通常更为明显，甚至延及手臂，疼痛剧烈。伴寒热头痛、纳呆等症状。

成脓：约2周左右成脓，不易外透，可向周围蔓延，损伤筋骨。伴发热，大便秘结，小便黄赤，或并发走黄。

后期：溃出黄稠脓汁，肿消痛减，热退身凉，逐渐愈合。若治疗护理不当，可引起掌骨骨髓炎，或造成肌腱粘连而影响手的屈伸功能。

1.3.5 足底疔

初期：足底部疼痛，不能着地，按之坚硬，渐皮肤色红、肿胀、灼热、疼痛加重。

成脓：3~5天后有搏动性疼痛，修去老皮后，可见到脓点。重者肿势蔓延至足背、痛连小腿，不能活动。伴发热、纳呆等症，可并发红丝疔。

溃后：脓出黄稠，肿消痛止，全身症状也随之消失。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2 中心证候特征

手足疔疮总由湿火蕴结手足皮肉之间，引起局部气血凝滞、经络阻塞而成为手足疔疮的中心证候学特征。其主症为：手足部肿胀，无头或有头，如感麻木作痒，继则肿势逐渐扩展，燃热疼痛、成脓后不易溃破。脓成后未即时引出，往往造成脓毒流窜、扩散，损伤筋骨。手部疔疮伴有恶寒发热、全身不适；足部疔疮伴恶寒发热、食少纳呆等。手足疔疮发病急骤，病邪炽盛，病情演变迅速，抓住局部表现，即能把握证候的特征。

3 病 因

手足疔疮的病因主要分两方面。其一为外伤后染毒。如针尖、竹木、鱼刺扎伤、修甲或昆虫咬伤等，使皮肤破损，护理不当面感染邪毒。其二为脏腑蕴热蓄积，外达四末而成。如嗜食肥甘厚味、辛辣炙煿、醇酒丹石等使脏腑内生火毒。

4 病 机

4.1 发 病

外伤染毒与脏腑积热，两邪相搏，阻滞于手足部肌肤之间，使经络阻塞、气血凝滞不通，则疔疮发病。

4.2 病 位

手足疔疮之病位在于手足局部之肌肤间。随着病情演变，可及筋骨。根据经络循行的分属，可涉及不同的脏腑。如：手心部疔疮多与心经、心包经火热相关；足部疔疮多与肝胆或脾胃之湿热下注有关。

4.3 病 性

手足疔疮属邪盛之实证，病至中期，邪毒与气血相搏，腐败成脓时，损伤气血；脓出则邪毒外泄；筋骨受损时多为余毒未尽。

4.4 病 势

手足疔疮以火毒炽盛为特点，邪盛则发病迅速，症状较重，势必化脓，成脓之时，应尽早切开排脓，使邪外泄，否则脓毒流窜，损伤筋骨。从疔疮的病势可以看出，手足疔疮的演变过程，关键在于邪毒炽盛所决定，临床中只要控制或解除邪毒则病势必能得到控制，趋于好转。

4.5 证类病机

火毒凝结：外伤染毒，或者脏腑蕴毒，外达四末，均可致火毒之邪，阻滞于肌肤之间，凝滞气血，阻塞经络，从而形成火毒凝结证。

热盛肉腐：火毒之邪阻塞经络、凝滞气血，使阳气部闭，助长火毒之邪，结果使火毒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之邪更盛，腐败肌肉，化生脓液，形成热盛腐肉之证。

5 临证思路

5.1 抓住主症

手足疔疮主症为手足指(趾)或手掌、脚掌肿胀无头，麻痒相兼，胀痛不适，继则红肿热痛，成脓时痛如雀啄。发于手(脚)掌之疔疮，初起之时，往往手(脚)背肿胀比手(脚)掌明显，临证不可误认为病灶在手(脚)背；手足疔疮，由于火热之毒为患，发病迅速。不同于脱疽等病，起病缓慢。

5.2 分析病位

手足疔疮之病位，初起、成脓之时，邪毒阻于肌肤之间，如果脓毒不泄，则流窜于筋骨。因此临证之时应明确病邪侵犯的部位，是否已伤及筋骨。对于疔疮溃破出脓，胖肿不消，或脓出收口而又复破溃，或经久不能收口者，多数已病损及筋骨，死骨形成，应拍X线法以证实，必须将死骨引出，才能彻底治愈。

5.3 确定病性

手足疔疮由火热之毒致病，故属邪盛实证，化脓破溃，脓出毒泄，属余邪未尽，一旦损及筋骨则属邪毒走窜引起变证，脓腐尽时，具有正气受损之象，特别是久不收口者，应考虑余邪留恋、正气不足之虚实夹杂之证。因此临证时应务求除邪于尽，给邪以通畅之出路。

5.4 明确病期

手足疔疮初起与成脓之时，都具备局部红肿热痛，外观不易判断是否成脓，如果脓未成切开过早会使邪毒扩散，损伤气血；若脓已成而未即时切开，则脓毒流窜损筋伤骨，引起变证。溃破后脓未尽时，不宜用生肌收口之药，否则会使余邪留恋，日久不愈，或虽一时收口，日后复溃。因此明确病期，对施治关系极重。

6 鉴　别

类丹毒：多见于渔业、家禽、屠宰兽医职业。发病前多有猪骨、鱼虾骨刺等刺伤皮肤，或皮肤破损后接触猪肉鱼虾史，红肿不如疔疮明显，常表现为游走性的红紫色斑片，一般不会化脓，致病菌为猪丹毒杆菌。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 火毒凝结证

临床表现：局部红肿疼痛，全身有畏寒发热。舌红，苔黄，脉数。

病机分析：内有脏腑火毒蕴结，外伤染毒为诱因，两邪相搏，阻于皮肉之间，经络阻

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

隔，气血凝滞，不通则痛，故局部红肿热痛；正邪交争故见恶寒发热；舌红，苔黄，脉数皆为火毒凝结之象。

治法：清热解毒。

方药：

① 雄黄解毒丸，每次1丸，每日2~3次，口服。

② 五味消毒饮合黄连解毒汤加减。

金银花　紫花地丁　蒲公英　天葵子　野菊花　黄连　黄芩　黄柏　栀子

加减：恶寒发热重者，加蟾酥丸3粒，口服；毒盛肿甚，加大青叶；壮热口渴，加竹叶，生石膏；大便秘结，加生大黄、元明粉。

7.1.2 热盛肉腐

临床表现：红肿明显，疼痛剧烈，肉腐为脓，伴持续高热等全身症状，溃后脓出肿痛消减，热退身凉，若溃后肿痛不退，脓液不断，可能是筋骨腐蚀。舌红、苔黄、脉数。

病机分析：火毒凝结日久，邪毒炽盛，故见局部红、肿、热、痛剧烈，热盛肉腐，酿化成脓故见脓汁；正邪交争故见发热，溃后毒随脓出则见肿消痛减，热退身凉。溃后肿痛不减，脓液不断，为遗毒在内、烂筋伤骨之象；舌红，苔黄，脉数皆为热盛肉腐成脓之征。

治法：清热、透脓、托毒。

方药：五味消毒饮合黄连解毒汤加减。

金银花　紫花地丁　野菊花　天葵子　蒲公英　黄连　黄柏　黄芩　栀子　皂角刺　炙山甲

7.1.3 湿热下注

临床表现：足底红肿热痛，肿势可蔓延足背，痛连小腿，伴恶寒、发热、头痛、纳呆。舌红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：湿热、火毒之邪蕴结，下注于足，故见足底肿痛、坚硬；因足底皮肤坚厚，邪毒难于外发而旁窜，故肿势蔓延；邪正交争，故恶寒发热；湿邪中阻故纳呆；舌苔黄腻、脉滑数为湿热之邪蕴结之象。

治疗原则：清热解毒利湿。

方药运用：五神汤合萆薢渗湿汤加减。

金银花　紫花地丁　川牛膝　赤茯苓　车前子　黄柏　萆薢　丹皮　滑石　泽泻　薏米　木通　甘草

加减：若发热、口渴、便秘、溲赤可酌减利湿药而酌加黄芩、生地、生石膏、知母等清热生津之品；若大便秘结可酌加生大黄，以通腑泻热。

临证参考：国家行业标准中手足疔疮的证类标准只有前二证，临床中发于足部的疔疮，多有湿热下注。因湿邪趋下，故下肢为患，多因湿邪侵袭，泻火解毒之时，应使用利湿之品。

7.2 外 治 法

(1) 初期

宜箍毒消肿，用金黄散或水调散以金银花露或凉开水调外敷(参见颜面疔疮)，蛇眼疔也可用10%黄柏溶液湿数。蛇头疔也可用鲜猪胆1枚套入患指，每天1次。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

10%黄柏液(经验方)：黄柏片 50g，硼酸 7.5g。将黄柏片浸于 500ml 蒸馏水中，经 48 小时后过滤，入 500ml 盐水瓶中，隔汤煮沸 30 分钟，再加无菌蒸馏水补足 500ml，趁热加入硼酸，使彻底溶解，待冷应用。

(2) 溃脓期

宜切开排脓，一般应循经切开，用药线醮丸一丹或八二丹插入疮口，引流或用橡皮条引流，外敷金黄油膏、油调膏或红油膏(参见颜面疔疮)。

① 蛇眼疔

宜沿甲旁 0.2cm 处挑开引流；甲下积脓者(甲背透现黄色或灰白色阴影)，应切除部分指趾甲，指趾甲溃空者则应拔除整个指趾甲。

② 蛇头疔、蛇腹疔

均应在手指侧面作纵形切口，避免在掌面切开，愈合后疤痕可影响触觉功能，务必使引流通畅，必要时可贯穿指端直至对侧。蛇腹疔切口长度不得超越上下指关节部位，以免愈合后疤痕影响手指活动。

③ 托盘疔、足底疔

应依掌横纹走行切开，切口足够大，保持引流通畅。注意手、足背部因皮肤松弛，肿胀往往比手足掌部为甚，不要因此而误认为脓腔在手足背部而妄行切开。

(3) 收口期

宜生肌收口，脓腐未尽用一效膏，脓尽用生肌白玉膏掺生肌散外敷。有胬肉增生者修剪胬肉后，可用平胬丹，或 10%高渗盐水外敷。若已损骨，溃烂肿胀，脓液污秽不尽，久不收口者，可用 10%黄柏溶液，或 0.1%新洁尔灭浸泡患部 20 分钟后，用过氧化氢溶液及生理盐水冲洗，外敷红油膏。有死骨形成者，用七三丹提脓祛腐，待死骨松动时用血管钳或镊子钳出死骨。筋脉受损肌腱粘连导致掌指屈伸功能障碍者，应加强掌指屈伸功能锻炼，待疮口愈合后，用桂枝、桑枝、红花、丝瓜络、伸筋草等煎汤熏洗。

一效膏(经验方)：朱砂 50g，炉甘石 150g，滑石粉 250g，片粟粉(淀粉)50g，冰片 50g，先将朱砂、冰片研极细末，过 100 目筛，然后将炉甘石粉徐徐兑入研磨均匀。用套色混合法将滑石粉徐徐兑入，使其色泽一致，含量均匀，麻油调成膏外敷。

平胬丹(《外科诊疗学》)：乌梅肉(煅存性)、月石各 4.5g，轻粉 1.5g，冰片 0.9g，研极细末，用时掺于疮口，外盖油膏。

7.3 西医治疗撮要

西医主要以抗生素为主进行治疗。对于严重的局部感染，如托盘疔(掌中间隙感染)，蛇腹疔(化脓性腱鞘炎)等合并走黄(全身化脓性感染)，红丝疔(管状淋巴管炎)的患者，应给予口服或静脉滴注抗生素。可首选青霉素族抗生素，或根据脓汁细菌培养选择用药。对于一些较轻症感染，如蛇眼疔(甲沟炎)等应以局部治疗为主，一般不需应用抗生素。局部成脓时，行切开引流术，外敷鱼石脂软膏。

8 疗效评定标准

治愈：全身症状消退，肿痛消失，疮口愈合。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

好转：全身症状消退，肿痛减轻，疮口未全愈合。

未愈：局部和全身症状加重，有朽骨形成，或手部有严重功能障碍。

9 预防与调摄

注意劳动保护，防止手足皮肤损伤。

手部疔疮忌持重物，应以三角巾悬吊固定。足部疔疮宜抬高患肢，避免多走路。

生于手掌部者，敷药重点宜在掌部，切开后宜手掌向下，使脓汁易于流出。

患蛇腹疔、托盘疔、足底疔者，疮口将愈之时，应行掌指屈伸功能锻炼。

其它参照颜面疔疮。

（杨吉相　吴春芳）

红 丝 疔

红丝疔多发于四肢，因有红丝一条迅速向上走窜，其势如疔之迅速故名，俗称起红线。相当于西医学的急性淋巴管炎。其特点是：多因手足皮肤损伤，感染邪热火毒，走注经络引起，多有原发病灶，可见红丝显露，迅速上攻手膊或小腿的急性感染，邪毒重者可内攻脏腑发生走黄。

1 诊 断 标 准

国家中医药管理局颁发的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》已公布实施。现采录红丝疔标准如下。

1.1 病名诊断标准

红丝显露先从手、前臂或足、小腿开始，可延伸至肘、腋或膝、股缝处，同时有臂核肿痛，患部肿胀、疼痛。病变深者，皮肤微红或不见红丝，但可触及条索状肿胀和压痛。

一般有恶寒、发热、头痛、脉数等症状。

四肢远端有化脓性病灶或创伤史。

血白细胞总数及中性粒细胞增高。

1.2 证 类 标 准

火毒入络：患肢红丝较细，全身症状较轻。

火毒入营：患肢红线粗肿明显，迅速向近端蔓延。全身寒战高热、烦躁、头痛、口渴。苔黄腻，脉洪数。

2 中心证候学特征

红丝疔是火毒之邪，走于经络，流向躯干而形成的毒流经络、气血凝滞为中心证候学特征。主症表现为：四肢内侧，渐生红丝，一条或数条，粗细不一，按之坚硬，走向躯干，肘肢部、腘窝、腹股沟处臂核肿大。次症为：不同程度的全身症状。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

火毒轻者，红丝细、走窜慢、线条少、臀核小；火毒盛者，红丝粗、走窜快、线条多、臀核大；而毒攻脏腑，则形成走黄变证。

3 病　因

红丝疔的病因主要由手足部疔毒走窜；脚湿气糜烂或外伤使手足部皮肤破损后复染毒邪，流窜于经络引起。

4 病　机

红丝疔大多先患痈疽疔疮等阳毒之证，毒气走散，流注经络；或因皮肤破伤，感染邪热毒气；或因情志抑郁，心火内盛，气血逆行而生。火毒循经走散，则见红丝贯穿如线，迢递直上，如箭之速。证虽在表，而源本在里。简而言之，火毒之邪，走于经络，气血凝滞而成。

5 临证思路

5.1 抓住主症

红丝疔的主症为四肢内侧出现一条或数条红丝，向躯干发展，触之坚硬，肿痛明显，伴肘腋、腘窝、腹股沟臀核肿大。抓住这些特征即可明确诊断。

5.2 明确病性

红丝疔总由火毒流注经络引起，故其病性属实证，施治以祛邪为主。邪滞经脉，使营气不从，发于肌肤，其色发红，故属血热火炽证。治疗以凉血活血解毒为大法。

5.3 分析病势

红丝疔多由手足部痈疽疮疖之阳证引起，火毒之源在于原发病，所以清除原发病之邪毒，可以折其邪势，阻止病势加重；另外红丝疔为毒流经脉，红丝向躯干方向延伸，说明病势在加重，一旦出现高热寒战，烦渴头痛等症状，预示着火毒已内攻形成走黄之证。

6 临床治疗

6.1 分证论治

6.1.1 火毒入络证

临床表现：患肢红丝较细，全身症状较轻。苔薄黄，脉洪数。

病机分析：火热毒邪凝聚肢端，火毒炽盛，入于络脉，循经走窜，故见患肢有红丝；尚未入血、内攻脏腑，故全身症状不重；苔薄黄，脉洪数为火毒炽盛之象。

治法：清热解毒。

方药：五味消毒饮加减。（见颜面疔疮）

6.1.2 火毒入营证

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：患肢红丝粗肿明显，迅速向近端蔓延。全身寒战高热、烦躁、头痛、口渴。舌红或红绛，苔黄腻，脉洪数。

病机分析：内由脏腑蕴毒，外由手足疔疮溃破，或外伤染毒，两邪相搏，火毒鸱张，毒流经脉故见患肢红丝粗肿明显；循经走窜入营，故见脉洪数、舌质红或绛；正邪交争故见寒战高热；热伤阴津则见口渴，热扰神明故见烦躁、头痛。

治法：清营凉血解毒。

方药：犀角地黄汤、黄连解毒汤、五味消毒饮加减。（参见颜面疔疮）

6.2 外 治 法

先处理原发灶。（参见手足疔疮）

红丝可用砭镰法治疗。局部皮肤消毒后，以刀针先在红丝尽头挑断，再沿红丝走行寸寸挑断，并用拇指和食指轻捏针孔周围皮肤，令微出血，以放血泄毒。挑断处以太乙膏或金黄油膏盖贴。

臂核肿大处用金黄膏等箍围药外敷多能消散。若中软应指成脓者宜切开排脓，用八二丹或九一丹药线引流，外敷红油膏，脓尽后用白玉膏掺生肌散收口，并加垫棉压迫，以加速疮口愈合。

6.3 西医治疗撮要

本病轻者无全身症状，可口服抗生素；有恶寒发热，局部红肿热痛较重者可静脉滴注抗生素。

7 疗效评定标准

治愈：红丝退净，全身症状消失。

好转：红丝消退，全身症状消失，留有索条和压痛。

未愈：患肢红丝不消，甚至结块化脓，或合并走黄。

8 预防与调摄

参照手足疔疮。

（吕延伟 李占玲）

烂 疔

烂疔是发生在皮肉间容易腐烂，病势暴急的急性感染性疾病。又称水疔、卸肉疔、脱靴疔。多由皮肉破损、接触污泥脏物、感染毒邪，以致毒聚肌肤，皮肉迅速腐烂，流出臭秽污血的急危重症。相当于西医学气性坏疽，是由梭状芽胞杆菌引起的一种严重的急性特异性感染性肌坏死。随着劳动保护意识增强及劳动条件改善，本病临床并不多见。

其特点是：好发于下肢，起病急骤，局部燃热、肿胀、疼痛、皮色暗红至紫黑色，皮肉迅速腐烂，范围大，疮形略带凹形、溃流脓水稀薄、臭秽，易并发走黄，危及生命。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1 诊断标准

国家中医药管理局颁发的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》已公布实施。现采录烂疔标准如下。

1.1 病名诊断标准

多发于足及小腿，偶见于手背、臂部。

初起皮肤破伤部位感觉胀痛，创口周围皮肤红、热不明显。数日后肿胀，疼痛剧烈，皮肤出现水疱，破后流出淡棕色浆水，气味臭秽，疮口周围呈紫黑色，轻按患处可有捻发音，重按可有污脓溢出，混以气泡。

伴有寒战、高热，头痛，神识时昏时清，烦渴引饮，小便短赤。

若肿热蔓延，腐烂不止，持续高热，神识昏迷，为合并走黄。

发病前多有肢体创伤和泥土污物接触史。

局部脓汁涂片检查和细菌培养，可发现革兰阳性梭状芽胞杆菌和大量红、白细胞。血白细胞总数增高，红细胞总数显著下降，血红蛋白下降。X线检查见有气泡阴影。

1.2 证类诊断标准

湿火炽盛：初起患肢有沉重和紧束感，以后逐渐出现胀裂样疼痛，创口周围皮肤呈红色，肿胀发亮，按之陷下，迅速蔓延成片。1～2日后肿胀剧烈，可出现水疱，皮肉腐烂，持续高热，舌质红，苔薄白或黄，脉弦数。

毒入营血：壮热头痛，神昏谵语，气促，烦躁不安，呃逆呕吐。局部胀痛，伤口周围高度水肿发亮，迅速成暗紫色，有血疱，肌肉腐烂，脓液稀薄，混有气泡溢出，恶臭。舌质红绛，苔薄黄，脉洪滑数。

1.3 分期标准

初期：患肢有沉重和包扎过紧感，继则创口出现胀裂样剧痛，与创伤程度不相符，创口周围迅速高度肿胀，皮肤紧张光亮，按之凹陷，皮色暗红，向四周蔓延。

全身症状：初起即有高热(40℃～41℃)，烦躁，头痛，呕吐，面色苍白。多数病例在高热一昼夜后，虽身热略减，但仍有烦渴引饮，食欲不振。

坏死期：1～2天后肿胀疼痛剧烈，皮肤上出现许多含暗红色液体的小水疱，积聚融合成数个大水疱。破后流出淡棕色浆液，气味臭秽。疮口四周皮色转为紫黑色，中央有浅黄色死肌，疮面略带凹形，轻按患处有捻发音，重按则有污脓溢出，稀薄如水，混以气泡。

腐脱期：腐肉大片脱落，疮口日渐展大。若患处四周水肿消失，腐肉与正常皮肉分界明显，并在分界处流出脓液转稠，身热渐退是为转机，以后腐脱新生，即使疮面甚大，也能渐渐收口而愈。若肿势蔓延，腐烂不止，持续高热，神昏谵语，黄疸，是谓走黄，可危及生命。

辅助检查：血白细胞总数可明显增高。血红蛋白及红细胞数明显低于正常，并可呈进行性下降。局部脓汁涂片检查和细菌培养可发现革兰氏阳性梭状芽胞杆菌和大量红、白细

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胞。X线检查见气泡阴影。肌纤维间有“羽毛”征。

2 中心证候学特征

烂疔是由于外伤后感染特殊毒气，加之湿热火毒内蕴，导致毒聚肌肤，气血凝滞，热胜肉腐为其中心证候特征。其主症为：局部燃热肿胀疼痛，皮色暗红，迅速腐烂，溃流脓液，稀薄如水。次症为：高热、烦躁、头痛、呕吐、面色苍白。

烂疔的证候特征在于自外伤处出现迅速地大面积的腐烂坏死，由于特殊毒气和湿热火毒相合，其邪毒之盛，十分剧烈，故其在极短时间内可引发变证。局部迅速腐烂，反映邪毒之甚。

3 病 因

3.1 外 伤

烂疔的发生，必有局部外伤史，包括各种大小不同的创伤，如不当注射等。外伤至发病约2~3天，或更长。

3.2 感染特殊邪毒

感染特殊之毒是烂疔形成的必有原因。特殊之毒邪，其性剧烈，其毒炽盛，故其腐肉迅速。

3.3 湿热火毒

烂疔患者，多内蕴湿热火毒之邪，与特殊邪毒相搏，其势迅猛。

4 病 机

4.1 发 病

烂疔由于邪毒炽盛，故其起病急骤，病势暴急。不但有严重的局部坏死，而伴有明显的全身症状。发病时患处多沉重感，继发胀裂样痛。

4.2 病 位

烂疔病位在于患处的皮肉之间。

4.3 病 性

烂疔属于邪毒炽盛之实证，早期腐烂明显时为湿火炽盛；一旦发生走黄，则属毒人营血。

4.4 病机转化

烂疔为湿毒、火毒相合为病，其势急，其痛剧，其肿甚，其毒易陷，是本病变化的基

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本特征。邪毒得到控制，则症状可明显减轻，一旦正不胜邪，其毒势弥漫，易毒散走黄。

4.5 证类病机

湿火炽盛：湿邪感受则害人皮肉筋脉，湿邪重浊，留滞于肌肤之间，毒流经脉，闭塞不通。

毒人营血：湿火之毒，腐败肌肤，正不敌邪，毒人营血，内攻脏腑，扰动心神，上干肺气，中伤脾胃，下损肝肾。

5 临证思路

5.1 抓住主症

明显的外伤史、长短不一的潜伏期，局部“胀裂样”剧痛，疮面发紫，迅速腐烂，流脓混浊稀薄。

5.2 明确诊断

烂疔与一般疔疮的处理方法不一样，故必须先明确诊断，根据病史主诉及主症，怀疑为烂疔时，首先要做脓液涂片检查以及细菌培养。

5.3 施治及时

烂疔是一种严重的坏死性感染性疾病，其病情变化迅速，一旦明确诊断，应中医西医配合治疗，内治与外治紧密配合，祛邪之时要积极扶正。

6 鉴　别

下肢丹毒：常有反复发作史。皮色鲜红，界线清楚，扪之退色，一般无水泡，无坏死。

发：红肿成片，呈暗红色，以中心明显，无捻发音，无指压痕；全身症状轻。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 湿火炽盛证

临床表现：患肢肿胀，灼痛剧烈，疮口周围皮色暗红，其上可有数个大水疱，疮面皮肉腐烂，有稀薄污脓溢出；伴高热寒战，舌质红，苔薄白或黄，脉弦数。

病机分析：内有湿热蕴结，外有创口染毒，以致湿热火毒聚于肌肤；经络阻塞，气血凝滞，故患肢肿胀，疼痛；湿毒壅滞故有大水疱；热毒炽盛，邪正剧争故寒战高热，皮肤暗红而灼热；热盛肉腐成脓，故疮面腐烂，有稀薄污脓溢出；舌质红、脉弦数均为湿火炽盛之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：清热解毒利湿。

方药：黄连解毒汤合三妙丸加减。

苍术 黄柏(酒炒) 牛膝 黄连 栀子 蚤休 红藤 生甘草

7.1.2 毒入营血证

临床表现：壮热头痛，神昏谵语，气促，烦躁不安，呃逆呕吐。伤口周围肿胀，紫暗，间有血疱，肌肉腐烂，脓液稀薄，混有气泡，气味臭秽。舌红绛，苔薄黄，脉洪滑数。

病机分析：湿热火毒炽盛，正邪交争故见壮热头痛；湿热火毒传肺，故见呼吸气促；内传脾胃，故见呃逆呕吐；湿热火毒扩入营血，动血发斑故见皮色紫暗，间有血疱；心神被扰，热毒蒙闭心包故见烦躁不安，神昏谵语；舌红绛，苔薄黄，脉洪滑数皆为毒入营血之征。

治法：凉血解毒，清热利湿。

方药：犀角地黄汤、黄连解毒汤合三妙丸加减。

羚羊角粉 赤芍 玄参 生地黄 红藤 黄柏 山栀子 苍术 黄连 紫花地丁 生甘草

加减：神昏谵语者加安宫丸1粒,分2次化服,或紫雪丹4.5g,分3次吞服。(参见走黄)

7.2 外 治 法

7.2.1 手术治疗：确诊后立即手术，作广泛多处纵深切开，直达健康组织，并切除一切坏死、濒于坏死和已变性的组织，清除异物，碎骨片。用大量双氧水冲洗创口，创口完全敞开，用双氧水或高锰酸钾溶液纱布松填或掺用蟾酥合剂。腐肉与正常皮肉分界明显，改掺5%～10%蟾酥合剂或五五丹。腐肉脱落，掺生肌散，红油膏盖贴。

如感染发展迅速，范围广，全身中毒症状严重，或肢体坏死范围大，应及时行截肢手术以保存生命。

7.2.2 其他疗法：早期应用大剂量广谱抗生素。应用多价气性坏疽抗毒血清。并给予支传疗法，维持水、电解质平衡，少量多次输血，增强全身抵抗力。

7.3 西医治疗撮要

手术治疗：一经诊断，应立即手术治疗，行广泛多处的纵深切开，直达颜色正常能够出血的健康组织，清除坏死肌群，用大量氧化剂冲洗伤口，对感染发展迅速，肢体损伤严重，为了抢救生命，可行截肢手术。

抗生素治疗：首选大剂量青霉素、头孢类、甲硝唑静脉滴注。

全身支持疗法：少量多次输血，纠正水电紊乱。

高压氧舱治疗：气压用2.5～3ATA，吸入100%氧共90分钟。初24～48小时内重复3～4次，2日后每3kPa。

8 疗效评定标准

治愈：局部和全身症状消失，伤口愈合。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

好转：局部和全身症状好转，伤口未愈合。

未愈：局部及全身症状与体征不能控制，合并走黄。

9 预防与调摄

隔离患者，用过的敷料应焚毁，换药用具应彻底灭菌。

对污染创口或战伤创口，应及时彻底清创，创口敞开，不予缝合，避免包扎过紧。

有严重污染的创口或战伤口，注射多价气性坏疽抗毒血清，预防本病发生。伤后 6 小时内，肌注 1 万单位；超过 24 小时，剂量可增加 2～3 倍，注射前必须做血清皮内过敏性验。

（李占玲　杨吉相）

疫　疔

疫疔是接触疫畜染毒所致的急性传染性疾病，相当于西医学的皮肤炭疽。其特点是初起如虫叮起水泡，很快干枯坏死如脐凹，全身症状明显，有职业性、传染性，可并发走黄。本病因其疮形凹陷、状如鱼脐，古又称鱼脐疔。随着医学事业的不断发展及劳动条件的不断改善，本病已不多见。

1 诊 断 标 准

1.1 病名诊断标准

多见于畜牧业、屠宰或皮毛制革等工作者。

好发于头面、颈项、手臂等暴露部位。

有潜伏期，常在接触疫畜或其皮毛后 1～3 天发病，有传染性。

初起皮肤上有一红斑丘疹，痒而不痛，翌日斑顶出现水疱，经 1～2 天后干燥，皮肉坏死深陷，周围有成群绿色小水疱，局部燃热、肿胀。

可伴全身发热、头痛。

血培养或疱液涂片培养，可发现革兰阳性炭疽杆菌。

1.2 证类诊断标准

疫毒阻络：患部发痒，继起红疹，形如蚊迹，伴有微热，周身不适，脉浮而数。

湿热炽盛：继发水泡，其色暗紫，破溃结痂，色黑似炭，疮形凹陷，形似鱼脐；疮周肿胀，四畔水疱，破流黄水，发热呕吐，头痛身痛，舌红苔黄，脉数。

1.3 分 期 标 准

初期：皮肤有一小红色斑丘疹，奇痒不痛，形如蚊迹蚤斑，伴轻微身热。第 2 天顶部变成水疱，内有淡黄色液体，周围肿胀燃热。

中期：第 2 天斑丘疹顶部变成水疱。内有淡内色液体，周围肿胀、燃热，第 3～4 日

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

水疱很快干燥，形成暗红色或黑色坏死，并在坏死的组织周围有成群的灰绿色小水疱，疮形如脐凹，很象牛痘，同时局部肿势散漫，软绵无根，并有臂核肿大，伴有明显发热，全身不适，头痛，苔黄，脉数等。

后期：10～14天后，若中央腐肉与正常皮肉开始分离，或流出少量脓水，四周肿势日趋限局，身热渐退者是为顺证。但腐肉脱落较缓慢，一般3～4周疮口可以愈合。

2 中心证候特征

疫毒侵袭肌肤引起的毒滞肌肤，气血凝滞是疫疔的中心证候学特征。其主症表现为：局部如虫叮水疱，很快干枯坏死如脐窝，肿势散漫。次症为：发热、头痛、呕吐、身痛等。

疫疔的特征体现在局部疮形色黑似炭，凹陷似鱼脐，疮周痒而无痛，皮色微红，扪之坚硬。表现不同与火毒阳证，但其毒性多胜于一般火毒。如果局部腐肉分离，渐至脱落，疮面色转红，肿胀渐退，为邪毒已解向愈。若局部腐烂加深，则有毒邪内攻之征。

3 病 因

3.1 诱 因

局部皮肤、粘膜的轻微损伤是感染疫毒之诱因。

3.2 疫 毒

接触疫畜，感受疫毒，从皮肤、粘膜破损处侵入，疫毒留滞肌肤而发病。

4 病 机

4.1 发 病

局部的轻微损伤，接触疫畜后，疫毒从损伤处侵入，留居肌肤之间，邪正相争，正不胜邪则疫疔发生。

4.2 病 位

局部肌肤之间，后期邪毒内攻时，可涉及脏腑、营血之中。

4.3 病 性

疫毒为特殊邪毒，其致病之初为邪实之证，但其伤正甚速，病至中期虚实夹杂，后期治疗得当，邪去正虚，治疗失宜或误治则致疔毒走散，内攻脏腑营血形成变证。

4.4 病 势

疫毒之甚，不同于一般火毒，故其发病急而变化快，特别是局部处理得当，邪毒锐减，病势得到控制，否则极易形成走黄之势。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.5 证类病机

疫毒阻络：疫毒侵犯肌肤，阻滞于脉络之中，引起气血凝滞，经络不通。

湿热炽盛：疫毒夹湿邪，郁滞于肌肤之间，腐败肌肤，化为脓血，损伤气血，毒滞经络，气血不运。

5 鉴　　别

颜面疔疮：疮形如粟，高突，坚硬根深，红肿热痛。

丹毒：皮色鲜红，色如丹涂脂染，边缘清楚，燃热疼痛，若有水疱也无脐凹，常有反复发作史。

6 临床治疗

6.1 分证论治

6.1.1 疫毒阻络

临床表现：患部发痒，继起红疹，形如蚊迹，伴有微热，周身不适，脉浮而数。

病机分析：接触疫畜之毒，由皮肤侵入机体。疫毒属火热之邪，而较之为重，阻于经络，气血凝滞故见患部发痒，继起红疹；全身微热，周身不适，脉浮而数，皆为疫毒外侵，束于肌表营卫不和之象。

治法：清解疫毒，行气和营。

方药：黄连解毒汤加减，佐服蟾酥丸。

黄连　黄柏　黄芩　生山栀　炙山甲　皂刺　红藤　赤芍　炒牛蒡子

6.1.2 湿热炽盛

临床表现：继发水疱，其色暗紫，破溃结痂，色黑似炭，疮形凹陷，形似鱼脐，疮周肿胀，四畔水疱，破流黄水，发热呕吐，头痛身痛，舌红苔黄，脉滑数。

病机分析：疫毒阻络，兼感湿邪，湿热火毒炽盛，则见患部有水疱，肿胀，溃流黄水，热盛肉腐故见疮色紫暗，色黑似炭，皮肉坏死凹陷，形似鱼脐；脾胃运化失司故见呕吐纳呆，头痛身痛；舌红苔黄，脉滑数皆为湿热炽盛之象。

治法：解毒清热，利湿消肿。

方药：五味消毒饮加减，佐服西黄丸。

金银花　野菊花　蒲公英　地丁　紫背天葵　赤芍　花粉　蚤休

加减：热重者合黄连解毒汤；呕吐口渴者，加竹茹、黄连、法半夏；大便泄泻者加地榆、马齿苋，金银花改银花炭。走黄者，参照疔疮走黄论治。

6.2 外 治 法

初期：宜解毒消肿。用玉露膏掺蟾酥合剂外敷。

中期：宜解毒祛腐。腐肉未脱，用玉露膏掺 10%蟾酥合剂或五五丹外数。

后期：宜生肌收口，腐脱新生，用玉露膏或黄连膏掺生肌散。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.3 西医治疗撮要

大剂量青霉素、头孢类及甲硝唑静脉滴注，局部抗菌素溶液湿敷。严禁挤压，禁止手术，以防造成败血症。

全身支持疗法：休息，谵妄或烦躁不安时酌用镇静剂，循环衰竭时应补液输血，并使用强心剂。

7 疗效评定标准

治愈：全身症状消退，肿胀消失，疮口愈合。

好转：全身和局部症状改善，疮口未全愈合。

未愈：局部和全身症状加重，或合并走黄。

8 预防与调摄

控制传染源，及早发现疫畜，予以隔离，杀死后焚毁或深埋。

对易感牲畜进行免疫接种。加强肉食卫生检验。

对牧民、屠宰牲畜人员、兽医、畜制品加工厂工人等用减毒活疫苗进行预防接种。

加强劳动保护，对可疑受污染的皮毛必须消毒后再加工。

隔离患者，患者所用敷料应予焚毁，所用器械必须严格消毒。

（杨吉相　吴春芳）

【近代研究】

1 理论研究

颜面疔疮是感受火热之毒，或因昆虫咬伤，皮肤破损染毒，蕴蒸肌肤，气血凝滞而发生的危险性较大的急性化脓性疾患，相当于西医学的颜面部疖和痈。其特点是疮形如粟，坚硬根深，如钉丁之状，全身热毒症状明显，病情变化迅速，治疗护理不当，易成走黄之变。由于发病部位不同，名称亦各异。如生在眉中心的叫眉中疔、鱼腰疔；生在两眉棱的叫眉棱疔；生在印堂穴的叫印堂疔、眉心疔；生在眼胞的叫眼胞疔；生在颧部的叫颧疔、颧骨疔；生在颊车穴的叫颊车疔；在鼻部的叫鼻疔、火珠疔；生在迎香穴的叫迎香疔；生在人中穴的叫人中疔、龙泉疔；生在人中两旁的叫虎须疔、髭疔；生于左右口角的称锁口疔、地仓疔；生于颏部承浆穴的称承浆疔；生于两唇内里的称反唇疔；生于牙部的叫牙疔、穿牙疔等。总之病名虽异，但其病因、辨证施治基本相同，故统称为颧面疔疮。

手足部疔疮大都是因手足部外伤后感染毒邪，火毒阻于皮肉，症见患处红肿，剧烈疼痛，容易损骨的急性化脓性疾病。包括西医学的甲沟炎、化脓性指头炎、手指化脓性腱鞘炎、掌中间隙感染、足底皮下脓肿等。其特点是手部多于足部，局部初起红肿热痛无头，若治疗护理不当容易损伤筋骨而影响手的功能。因发病部位、形态、预后不同名称亦各异。如生在指头顶端的叫蛇头疔，又称天蛇疔；生在指甲周围的叫沿爪疔；生在指甲旁的叫蛇眼疔；生在甲下的叫蛇背疔；生在指螺纹的叫螺疔；生在手指骨节间的叫蛀节疔；指

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

头有黄疱明亮者，挑破去其恶水即愈，叫水蛇头；一指通肿的叫泥鳅疔；生在指中节前，肿如鱼肚的叫鱼肚疔或蛇腹疔；生在五指(趾)丫处的叫手(足)丫疔；生在合谷穴处的称合谷疔；生在手掌中心的叫托盘疔；生在足掌中心的叫足底疔；生在涌泉穴的叫涌泉疔等。但因其病因病机、症状及治疗大致相同，故可统称为手足疔疮。

红丝疔多发于四肢，因有红丝一条迅速向上走窜，其势如疔之迅速故名，俗称起红线。相当于西医学的急性淋巴管炎。其特点是：多因手足皮肤损伤，感染邪热火毒，走注经络引起，多有原发病灶，可见红丝显露，迅速上攻手腕或小腿的急性感染，邪毒重者可内攻脏腑发生走黄。

烂疔是发生在皮肉间容易腐烂，病势暴急的急性感染性疾病。又称水疔、卸肉疔、脱靴疔。多由皮肉破损、接触污泥脏物、感染毒邪，以致毒聚肌肤，皮肉迅速腐烂，流出臭秽污血的急危重症。相当于西医学气性坏疽，是由梭状芽胞杆菌引起的一种严重的急性特异性感染性肌坏死。随着劳动保护意识增强及劳动条件改善，本病临床并不多见。其特点是：好发于下肢，起病急骤，局部燠热、肿胀、疼痛、皮色暗红至紫黑色，皮肉迅速腐烂，范围大，疮形略带凹形、溃流脓水稀薄、臭秽，易并发走黄，危及生命。

疫疔是接触疫畜染毒所致的急性传染性疾病，相当于西医学的皮肤炭疽。其特点是初起如虫叮起水疱，很快干枯坏死如脐凹，全身症状明显，有职业性、传染性，可并发走黄。本病因其疮形凹陷、状如鱼脐，古又称鱼脐疔。随着医学事业的不断发展及劳动条件的不断改善，本病已不多见。

疔疮走黄是疔疮火毒炽盛，走散入血，内攻脏腑的一种危急疾病，相当于西医学的全身化脓性感染，即脓毒败血症。其特点是疮顶忽然陷黑无脓，肿势迅速扩散，神昏谵语，七恶证叠见。

疔疮走黄为各类疔疮的共同特点，也是其发展变化之重症，如治疗不当或抢救不及时可危及生命。

疔疮走黄的发病机制为火毒炽盛，超越人体的抗邪能力，迫毒横行走散，毒入营血，内攻脏腑而成。由于毒邪走窜的途径及侵害的部位不同，发生的症状各不相同，正如《疡科心得集》说："……毒入于心则昏迷，入于肝则痉厥，入于腹则腹疼胀，入于肺则喘嗽，入于肾则目暗、手足冷，入于六腑亦皆各有变象。兼证多端，七恶叠见"。夏少农运用五行学说来解释疔疮走黄传变的病机，对临床实践具有极大的指导意义。夏氏认为疔疮为火毒之症，由于心主血属火，同气相求，故火毒炽盛，而直入心营；而见烦躁谵语，神志昏糊，身发斑疹等。火过盛则乘金，邪由心传肺；火性上炎，而肺为华盖，喜润恶燥，故首当其冲而独受其害，而表现为咳嗽咯血，胸闷气急，声嘶咽干等。火为土之母，火旺太过则土燥、过燥则化热而脾病；心胃脉络相通，脾胃表里相关，故母病及子，邪由心而传脾，临床表现为脘闷呕恶，便秘或腹泻，甚至遍体发黄。火为木之子，火炽犯木，邪由心传肝；火盛灼水或金不生水致水不涵木，病邪由肾而传肝，临床表现为两目上视，项向后仰，四肢抽搐等。火盛而反侮水，病邪由心传肾；更由于火旺乘金，致金不生水，邪由肺传肾，肺肾同病；倘阳明实热伤阴，此为水不涵木，木旺水涸，由肝、脾、胃传肾，临床表现为目暗睛露，四肢厥冷，小便不禁等。以上传变的发生与否，以及传变的方向，均取决于正邪交争的结果，而一般的传变规律不外乎相乘、相侮、母病及子，子病犯母，本经

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

自病五个方面。由于疔疮是火症，系实邪，故以传本经(传心)、相乘(传肺)、母病及子(传脾)三者多见，其病机是正实邪实，预后较好，而子病犯母(传肝)，与反侮(传肾)则少见，因后者的出现，表明正气内伤，阳极转阴，正虚邪实，逆证之兆，预后凶险。将此理论用之于临床，则正实邪实者只需清热解毒，正虚邪盛者则须扶正祛邪。[1]

疔疮走黄顾名思义，其原发病为疔疮，即可以是颜面疔疮、手足疔疮，又可发生于烂疔、疫疔、红丝疔。笔者查阅近代有关疔疮走黄的文献32篇，所载走黄病例146例，其中颜面部疔疮129例，手足疔疮13例，红丝疔3例，烂疔1例。颜面部疔疮中锁口疔20例，唇疔39例，鼻颧疔16例，面部其它疔疮26例，另有28例未论明生于面部何处。由此可见，疔疮走黄以发生于颜面部疔疮者为多见，颜面疔疮尤以唇、鼻周围面部三角区处者危险性较大。

2 临床研究

总观近代医家对颜面疔疮的探索，多集中在临床研究方面，有关该病的理论研究及实验研究的文献报道极为少见。在临床研究方面，学者们大多以提高临床疗效为宗旨，致力于对该病内外治法的挖掘和验证。现将近代关于颜面疔疮治疗方面的研究成果，从内治法、外治法、针刺疗法、名老中医经验、单方验方、其它疗法六个方面综述，供医者临证参考。由于颜面疔疮的病因为“火毒上攻”，故在治法上多以清热解毒为主，并根据临床分期或兼证的不同，酌以加减用药。

2.1 内 治 法

2.1.1 颜面疔疮内治法

(1) 疏风清热解毒法。主要方剂有七星剑汤。七星剑汤为明·陈实功《外科正宗》治疔名方，用治疔疮初起憎寒发热者，有斩断疔根，清除疔源之功，用于疔疮初起兼有表证者。林光武应用七星剑汤治疗339例颜面疔疮，除2例合并应用抗生素外，均获痊愈。治疗天数最短5天，平均7～10天。[2]

(2) 清热解毒，消肿散结法。主要方剂有五味消毒饮、九味消疔汤、金石斛合剂，适用于疔疮的初期、中期。有作者认为，疔疮的治疗离不开清热、解毒，而五味消毒饮制方严谨，配伍巧妙，五味药性味多寒凉，分别归入肺、胃、心、肝、小肠经。近年药理研究证实，其药物的提取物和浸出液都具有抗菌消炎作用，尤其是金银花、蒲公英、野菊花具有广谱抗菌作用，临床上只要辨证明确，多能得心应手。金石斛合剂退热迅速，对全身症状的泛恶，寒战，神昏，烦躁等症，口服3剂均可消失。陶子迷应用五味消毒饮加减(金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁各30g，紫背天葵15g)治疗疔疮42例，疗效满意。[3]刘富之应用五味消毒饮加减(金银花15g，蒲公英、野菊花、紫花地丁各9g，紫背天葵、生甘草各6g)治疗颜面疔疮，疗效卓著。[4]刘晓光应用五味消毒饮加减(金银花15g，野菊花25g，蒲公英15g，地丁15g，紫背天葵15g，连翘10g，草河车10g，甘草5g)用治鼻疔，疗效满意。[5]温觉文应用五味消毒饮加减(金银花15g，杭菊9g，蒲公英9g，天葵子3g，紫花地丁3g，金石斛3g)用治疔疮，疗效可靠，不会有“走黄”的现象出现。[6]程爵堂应用九味消疔汤(金银花、紫花地丁各30～50g，生地9～30g，夏枯草15g，川黄连、知母、生甘

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

草各9g，桔梗6g）治疗疔疮85例，除5例因严重走黄，除与西医结合治疗外，其余均用上述方药获愈。[7]凌云鹏应用金石斛合剂（金石斛、地丁、银花、菊花各三钱，生甘草一钱。按症状酌加蒲公英、蚤休、夏枯草、天花粉、山栀子）治疗疔疮23例，痊愈21例，未曾追询者2例。[8]

（3）清热泻火解毒法。适用于中期毒热深重、阳明腑实证。颜面疔疮其病因为火毒，而火毒之发，大多出于脏腑，故治疗上每以泻其脏腑火毒为主。主要方剂有清热泻火汤、大黄扫毒汤。陈毅进应用清热泻火汤重用黄芩清肺火，重用黄连泻心胃之火；大黄扫毒汤以大黄为主药，通结以降脏腑热毒，取其釜底抽薪之意，治疗疔疮120例，其中颜面疔疮29例，手部55例，足部36例，治愈率为100%。收效满意。[9]王柏松用大黄扫毒汤（大黄、花粉、薄荷、乳香、没药、穿山甲）治疗颜面疔疮，疗效满意。[10]

（4）清热解毒，凉血消肿法。适用于疔疮初期、中期，主要方剂有凉血汤、犀角地黄汤。陆振华应用陆氏凉血汤（丹皮、赤芍、当归、山栀、连翘、生地、甘草、牛角粉、紫地丁、草河车）治疗颜面疔疮87例，均获痊愈，无1例走黄。[11]唐成德应用犀角地黄汤加减（牛角5g另包为末兑服，生地30g，白芍20g，丹皮15g，小蓟10g，白茅根30g，荷叶30g，甘草3g）治愈舌疔1例。[12]

（5）清热解毒，佐以透脓法。适用于中期脓成不溃者，一般多在清热解毒的原方基础上加穿山甲或皂角刺，或两者合用，但赵炳南则不用穿山甲，谓其为辈药，有腥气，对疔不宜。[13]张昭艾应用透托方（生黄芪60g，鸡血藤30g，泽兰10g，炮山甲10g，金银花15g，菊花10g，皂刺10g，络石藤15g，当归15g，桂枝6g）治疗疮、疡、痈、疔均收到满意效果。[14]姚玉应用通托方（生黄芪40g，生地、蒲公英、金银花各30g，当归尾20g，炙山甲、皂角刺、赤芍各15g，陈皮、生甘草各6g，随症酌加清热、通里，滋阴之品）经几十年临床探索，疗效可靠。[15]

2.1.2 对于手足疔疮，证属邪热炽盛，损筋蚀骨，治以清热解毒，提脓祛腐，方选五味消毒饮合黄连解毒汤。余毒瘀滞型：手指疔疮溃脓日久，脓液灰稠，疮口或有窦道，脓液排出不畅。患指胖肿，屈伸功能限，舌苔薄腻，舌质红，脉细数。证属湿热邪毒瘀滞筋骨，治以清热排毒、行瘀通络。方选仙方活命饮合五神汤加减。久病正虚型：手指疔疮溃破已久，脓液清稀，疮口形成慢性窦道或死腔，可有小骨片自疮口排出，患指皮色紫暗，功能失常，指肌萎缩变形，舌质淡，舌苔薄，脉濡细。证属病久体虚，气血两亏，脾肾不足。治以十全大补汤合独活寄生汤加减。

2.1.3 关于烂疔，近代研究报道较少，有学者报道烂疔多因破伤染毒，复因湿热蕴结在里，毒邪留阻皮肤之间，热盛毒炽，则皮肉迅速黑腐。其来势暴急，腐烂迅速，一旦热道腐止，治之得当，收口亦速。故宜内服清热解毒之品，外治着重制止腐烂。采用茅花烧灼法，葱腐合剂贴敷确能杀菌止烂，控制蔓延，取效较其它药物为佳。

康泰通等采用分期治疗。初期：皮肤破损处肿胀、灼痛，四周暗红，迅速成片蔓延，状如丹毒，局部发一大污水疮，伴恶寒高热，烦渴，头身疼痛，食欲不振，溲赤便秘，舌红苔黄，脉洪滑数。证属火毒炽盛，湿热内蕴；治宜清热解毒，兼祛湿邪；方选五味消毒饮、黄连解毒汤、四妙散加减。中期：局部疮破，疮呈紫黑色或浅黄色死肌，溃烂迅速扩大成片，流出棕污色浆水，味臭，甚至皮肉成块脱落，筋骨暴露，身热不退，甚至神昏谵

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

语，舌质红绛，脉沉细。证属邪热伤津、耗液；治宜清热解毒，凉血护阴；方选黄连解毒汤、银花甘草汤、犀角地黄汤加石斛、沙参等。后期：腐脱肿消，新肉渐生，全身症状消失。证属气血两虚，治宜补益气血，方选八珍汤、十全大补汤、人参养荣汤等。[16]

2.1.4 疫疔因其发病率低，有关该病的文献报道较少。张文冲报道用飞龙夺命丹内服、外敷治疗疫疔，疗效可靠。药物组成：蟾酥 6g，轻粉 1.5g，寒水石 6g，血竭 3g，胆矾 2g，明雄黄 6g，麝香 0.9g，朱砂 0.6g，炙蜈蚣 1 条，蜗牛 10 枚，乳香 6g。上药 11 味，除蟾酥、朱砂外，共研极细，蟾酥切片用烧酒化开，和前药打匀为丸，如梧子大，朱砂为衣。用法及疗效：内服：成人用量每日 1 次，每次6～9 丸，黄酒送服，一脱连服 2 日；并另用内服汤剂，互相配合，随证治疗。[17]

2.1.5 文献报道的关于走黄的内治方法可归纳为以下两类，一类是清热解毒凉血法，一类是汗法。

（1）清热解毒凉血法。疔疮走黄为火毒炽盛，传入营血、内攻脏腑之证，故治疗原则以清热解毒、凉血为主，常用犀角地黄汤，黄连解毒汤及五味消毒饮合方加减。崔云以内服清热凉血解毒中药为主治疗疔疮走黄 35 例，治愈 34 例，无效 1 例，治愈率为 97.14%。其常用药物为：鲜生地 30g，水牛角(先煎)40g，赤芍 10g，牡丹皮 10g，生石膏(先煎)30g，生大黄(后入)10g，野菊花 30g，金银花 30g，黄连 5g，黄芩 10g。[18]在清热凉血解毒之基本原则指导下，因疔毒传入各个脏器的不同，治疗上也有所差异。夏少农认为：火毒传心者，须加宁心安神之品，如：安宫牛黄丸、紫雪丹等；火毒传肺者，须加清宣肺金之品，如鲜沙参、炙紫菀、鲜茅根等；火毒传脾，倘便溏则加黄芩炭、银花炭清肠，大便秘则加大黄清热，呕吐则加姜汁炒川连止呕；火毒传肾者，须加补养气阴之品，如人参、大生地等；火毒传肝者，须加平息肝木之品，如石决明、天麻等。[1]尹志远认为：疔毒攻心，治宜清热解毒，护心安神，可用五味消毒饮合犀角地黄汤加减；疔毒攻肺，治宜清热解毒、泻肺平喘，可用五味消毒饮合清金降火汤加减；疔毒攻脾，治宜通里泻毒，荡涤肠胃，可用五味消毒饮合大承气汤加减；疔毒攻肾，治宜清热解毒、凉血利尿，可用五味消毒饮合导赤散加减；疔毒攻肝，治宜清热解毒、凉血熄风，可用羚角钩藤汤加减。[19]

（2）汗法。汗法是通过运用具有解表作用的方药，使机体适当出汗，以达到疏散外邪，解除表证从而治愈疾病的一种方法。外邪侵袭人体由表入里先现表证，此时病邪轻浅，汗法可祛邪外出，使疾病早愈。如汗法运用不当，则会加重病情使其恶化。疔疮本是火毒生，因此古今医家多以清泄火毒为治疗大法，然自《外科正宗》提出以七星剑治疗疔疮走黄以来，及至当今仍有少部分医家主张以汗法治疗疔疮走黄，其代表方剂，仍多为七星剑加减。尹济苍治疗疔疮走黄多用七星剑加减治疗。他认为七星剑具有清热解毒，凉血消肿之功，对于走黄初期，伴恶寒发热表里俱盛者，加用豆豉助麻黄透邪外达，参酒少许使药力上行，且温覆取汗，共收清内攘外、表里双解之效。[20]戈登勋对于疔疮走黄表证未罢者，用蟾蜍丸发汗驱毒而取效。[21]孔昭林力主“寒温并用……治疗要首发其汗，汗出疔回，毒从汗解”之古训，临床疔疮多寒温并用，自创“回疔散”熏药方，配合内服方及外散方，验之临床，每有良效。回疔散组成、用法及适应证：麝香 0.05g（或冰片 0.1g）、巴豆 0.5g，信石 0.5g，紫皮蒜一瓣。将上药捣乱如泥状，以白纸卷药，纸卷粗细如鼻孔大小为宜，剪齐一头，吸人鼻孔内，可达鼻孔顶端，男左女右，时间以一小时为宜，可盖被取微

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

汗，此方具有开窍醒神、发汗解毒之功。适用于疔疮初起恶寒发热或疔毒“走黄”神昏抽搐，牙关紧闭，高热等症，孕妇忌用，用此方禁服小米饭3天。[22]李古松于疔毒出现走黄先兆时，每予七星剑随证加减，确能化险为夷。一般麻黄用小量，加大剂量生石膏、生牡蛎；便结者加熟大黄釜底抽薪；再用金银花、连翘清热解毒消肿；佐以生地、玄参凉血分之热，斟酌出入，每收佳效。他认为麻黄应用于疔疮走黄，只要配伍得当并无不良反应，不必以其辛温发汗而弃之不用。[23]汪渭忠等救治疔疮将欲走黄多投以七星剑，每挽狂澜于将倾，他认为用大剂清热解毒、泄里实、凉血和营药中掺以少量麻黄旨在借麻黄通宣肺气，轻清外达之性，使肌腠郁结之邪热外达肌表而出，得使将陷之毒于深出浅，拱头而出。[24]谭新华在疔疮走黄的治疗上，遵循“疔疮走黄之证宜聚不宜散”之古训，不主张用辛温散风药，强调时时注意腑气的通畅，使邪有出路，一见腑闭便结，即投以大黄，枳实荡涤实邪，急下存阴。[25]黄耀燊认为，疔疮走黄为里证、实证，患者初期之恶寒为阳胜夺阴之寒，是正邪斗争的反映，而非外感风寒之恶寒，不宜用解表发汗药物取效，此时虽亦用防风、荆芥、白芷等发散风寒之品，其目的不在于发汗，而在于疏通经络以达到消肿散结。如只用解表发汗剂，每每汗出而热不解，如过汗伤津，则热越炽。[26]笔者认为：汗法在疔疮走黄的治疗中并非不可用，关键在于用之适时，用之适度，用之得法。首先汗法宜用于走黄初期伴有恶寒发热表证者，其次用汗法之同时必配伍大剂清热解毒凉血消肿之品，再次不可过汗伤津。

（3）中西医结合疗法：疔疮走黄为中医外科重危症之一，相当于西医学的败血症，中西医综合治疗，能够大大提高本病的疗效。杨得昌报道，运用五味消毒饮内服，普鲁卡因、青霉素局封，结合中医外治疗疔疮走黄10例，其中9例治愈，1例中断治疗。[27]顾伯华报道中药内服、外用，配合应用金霉素、四环素等抗菌素治疗疔疮走黄患者20例，结果全部治愈。[28]

2.2 外治法

疔疮为生于体表的化脓性疾患，外用药物可直达病所，收效迅速，因此在一定程度上讲疔疮之外治重于内治，正如凌云鹏所说：“疔疮外治直接关系预后。”近代关于颜面疔疮外治法的文献报道十分丰富。有的分初、中、后三期论治，有的用一方贯彻始终，剂型上有药膏、膏药、散剂、酊剂、涂膜剂多种类型，均取得满意疗效，现择其要者摘录于下。

分期论治，姚玉初期用余氏消肿膏（市售）厚敷；中期用鱼石脂软膏厚敷，外加五五丹于疮头；后期脓栓已脱出，用九一丹外敷以收口敛疮。[15]夏志仲于疔疮初起，红肿热痛时，用野菊花或紫花地丁捣烂加红糖或白糖或甘油调敷患处，每日换药2次。成脓后主张使用中药拔疔散（醋煅灵磁石15g，银珠3g，腰黄5g，朱砂3g，白芷末3g，金大生5g，煅蛤蜊壳6g，冰片1g。其研极细末，备用）掺入创内或用纸捻蘸拔疔散插入疮腔内，能促使排脓通畅，消肿迅速。如疮面肉芽不良有腐肉，可掺平安散（熟地3g，烘脆存性研末、乌梅肉10g，烘脆存性研末，冰片0.5g。共研细末，备用）使腐肉很快除去，直至收口愈合。[29]

陈实功云：“凡治疔疮，贵在乎早，初起即治，十全十活；迟者，十全五六；失治者，十全一二。”因此可见，如在疔疮初起时即给予正确治疗，则可迅速获愈，避免走黄危险。现将文献报道的仅适用于疔疮初期之外用药分列于下，主要有立马回疔丹、蟾酥涂膜剂、神验疔毒丸、神效疔疮膏、白降丹。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

立马回疔丹：适用于疔疮初期，未化脓之前。用法：凡遇疔疮或肿疡初起之时，用已消毒的小刀或粗针尖轻轻在疮头刺开一小口，(不可挤压)插入此丹一粒于孔内，用膏药封固，勿另泄气，隔两到三天，揭去膏药，可全部把脓提出小疮口，通过换药可很快愈合。张新医应用治疗疔疮 50 例，均获痊愈，疗程6～14 天。[30]

蟾酥涂膜剂　组成：蟾酥酊 70ml，聚乙烯醇 3g，蒸馏水 30ml。制法：取聚乙烯醇加蒸馏水 30ml 溶胀后加热溶解。取蟾酥 5g，研碎成末，置有盖容器中，加 60%乙醇 100ml，浸泡，间歇搅拌 3 天，浸渍 10 天，过滤，备用。将蟾酥疔在不断搅拌下缓缓加入上液中，混匀，用双层纱布过滤，即得。分装于密闭的容器内，每瓶 10ml 或 30ml。用法：将患部用布擦净，净后用小棉或软毛刷将药液涂于患部，每天 3 次，根据病情也可酌情增加或减少用药次数。适用于疔疮初期。吴晓放以蟾酥涂膜剂单用治疗初期痈疽疔疮 83 例，治愈率为 69.88%，有效率为 96.31%。[31]

神验疔毒丸：药物制备：大黄、雄黄、巴豆仁(去壳皮)各等份。将上述中药碾制成细粉，然后混合拌匀，装瓶备用。用法：选择略大于病灶的松香膏一张(其他膏药亦可)，视病灶大小用药匙将 0.5g 至 2.5g 药粉撒于膏药正中，令患面朝下，小心贴于患处，2～4 天内不要揭动，令患处皮肤起小水泡，泡干脱皮，病愈痛解。适用于疔、痈、疽早期尚未成脓，局部皮肤无溃损者。疗效：治疗各部位疖、疔 83 例，随访 69 例，治愈 59 例，显效 8 例，无效 2 例。[32]

神效疔疮膏：药物制备及使用：鲜苍耳草、野菊花、薄荷连茎、叶、根洗净，晒干各 500g，羌活、独活、生锦文、南星、白芷、生地、赤芍、山栀子、黄芩、川郁金、百草霜、升麻、川芎、紫荆皮、生甘草各 90g，用香油文火煎熬，至药枯黑浮起为度，住火片时，用布袋滤去药渣，将油熬老，入太乙丹 250g 搅匀，再入松香、白蜡各 250g，熬至滴水中成珠，将锅取起，再入下列各药：胆矾、铜绿、麝香各五分，朱砂、白及、轻粉各 9g，血竭、儿茶、明矾、五倍子各 30g，雄黄 60g，上药研极细末，倾入药油内，乘热搅和，磁罐收藏。用法：不宜见火，敷涂患处，或涂纱布上外贴，初起即消，若毒甚漫肿，敷于疮根，自能渐收渐紧，其毒不致走窜散大。适用于疔疮初起未溃者。疗效：历用三世，效验居多。[33]

白降丹：用法：先取手术刀直刺疮头中心，按症势深浅大小，酌取白降丹药条插入疮头中心，剪取一小块薄贴膏盖好，再以较大的薄贴膏固定之。炎症重而四周红肿者，于红肿部位敷如意金黄散。插药 24 小时后将膏药揭去，疮头中心呈现黑色坏死组织，周围有小泡，将小泡剪破，清洁疮口后，再用手术刀直刺疮头中心坏死组织，并作"十"字形切口，然后敷以黑虎丹或五虎丹。疔疮脱落后，如疮口较深大者，外敷九一丹，每日 2 次。疮口愈合后，再贴膏药5～7 天，以免疮口经风后潮红不退。疗效：用治颜面疔疮，疗效满意。[34]

拔疔丹：药物组成及制法：蟾酥、硇砂、轻粉、白丁香、炙蜈蚣各 6g，雄黄、朱砂各 12g，元寸 0.6g，白砒 3g，制乳香 4g，牛黄 3g。上药共研极细末，加糯米粉适量，蒸熟拌捣，制成约麦粒大呈尖头钉状之药锭或如绿豆大小之药丸，晒干后瓷罐密贮备用。功能：解毒消肿，拔疔泄毒，提脓祛腐。用法：凡疔疮初起无明显疮口时，在疮顶放置一粒拔疔丸，膏药外贴即可促使消退，有脓血可使之易溃。疔疮有疮口时，取拔疔丹一粒徐徐攒入疮口，疔疮多头者可插入数粒拔疔丹，疮口有结者，应去除结痂后插入，然后加贴膏药封盖，勿令泄气，隔36～48 小时更换敷料。如若局部红肿明显，范围较大者，除采用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上法敷贴外，疮周可敷金黄膏或消炎止痛膏托毒消肿，收束根脚，而助拔疔之力。插拔疔丹后，一般局部有轻度疼痛和肿胀的感觉，此系药物与疔疮本身的正常反应，24 小时后，诸症可减。如局部有脓汁外溢，提示疔毒局限，脓栓液化或分离，再过 12 小时方可揭开换药，脓栓可随脓液外出，脓栓未脱者，可用尖头镊徐徐取出。脓栓取出后，视疮口脓腐多少，选用五五丹或九一丹药线换药，以去腐排脓，待脓尽肿消无硬肿时，方可生肌收口。疗效：126 例颜面疔疮全部治愈。疗程最短者 2 天，最长者 20 天。[35]

苍耳子虫：药物制备及使用方法：用苍耳子虫 100 条，放入 40ml 麻油内浸泡，加冰片 1g，密封备用。换药时先用碘酊、酒精作局部消毒，将苍耳子虫捣烂如泥敷于疮头，外用纱布覆盖，一般每天换药一次。功效：解毒排脓、消肿止痛、生肌长肉。动物实验证明苍耳子虫外敷后，能促使局部中性白细胞、吞噬细胞渗出，增生，具有增强局部免疫力的作用。疗效：治疗颜面部疔疮 40 例，均获痊愈。疗程最短者 4 天，最长者 6 天。[36]

香蓉散：药物制备：香蓉散由木芙蓉花叶、天仙子、连钱草组成。将采摘的木芙蓉花叶、连钱草清水洗净凉干。以上三味药低温烘干，研末。按 8:3:1 比例分别称取各味药，调匀混合经灭菌处理，符合散剂项下标准，备用。功效：清热解毒，消肿止痛。使用方法：取适量香蓉散，用温开水调匀成糊状，均匀抹在纱布上，贴于患处，敷满整个部位，每日换药 1 次。疗效：治疗颜面疔疮 36 例，痊愈 32 例，有效 3 例，无效 1 例。[37]

五虎丹：药物制备：水银 60g，火硝、皂矾、白矾各 180g，食盐 90g，共研末，入罐，置炭炉上溶化复胎，待冷，将罐口倒置一磁盘内，用五寸宽桑皮纸搓条涂上浆糊围合盘罐口，外用煅石膏粉稠糊围住不让泄气。将盘罐置装满沙土之大缸钵中，留罐底于沙外 2cm。先置1～2 块燃板碳于罐底上文火烧 1 小时，继用5～6块燃板碳文武火烧 1.5 小时，再上足燃炭武火烧 1 小时。灭火，取盘罐，见盘内如雪花银针白霜即为“五虎丹”，装瓶备用。引条制备：将“五虎丹”研极细，取熟面少许置玻璃板上，用竹片将丹面拌匀，轻搓成缝衣针粗细，长约寸许之引条，放白纸上阴干，装瓶备用，忌受潮。用法：常规消毒患处，用手术刀直刺疔疮中心，使之流出恶血，纳入“五虎丹”引条，外敷盖以黑膏药。三日后取膏药，一般可见疔头部有小螺丝肉样毒物脱落。不脱落时，可用手术刀或镊子除去毒物。伤口点撒以提毒散，一日 1 换，外盖以红油膏。待腐去毒尽后，改掺生肌散。促使早期愈合。外治期间，同时配合内服清热解毒之五味消毒饮合黄连解毒汤。疗效：治疗疔疮 30 例，面疔 18 例，手足疔 12 例，全部获愈，治愈时间，最短为 15 天，最长为 45 天。[38]

去毒膏：药物组成：大黄 150g，黄柏 150g，姜黄 150g，白芷 30g，生南星 150g，陈皮 30g，苍术 30g，厚朴 30g，甘草 30g，花粉 150g，生二乌各 150g，生半夏 150g，生白附子 150g，黄连 250g，共碾细末，过筛，用凡士林一调匀成膏，装瓶备用。功效：去毒膏对于疔疮未破溃者能提毒外出，消肿止痛，已破溃者，能提毒透脓，使伤口早日愈合。用法：根据疔疮大小范围，将膏敷于疔疮之上，外盖纱布，用胶布固定，每天将患处用凉开水洗净换药 1 次。疗效：共治疔疮 45 例，一般初敷即效。[39]

去炎酊：组成及制法：大黄、蚤休各 200g，天南星、苦参各 100g，黄柏、赤芍各 50g，红花 30g，白芷、紫草各 50g，70% 乙醇 5000ml。制成每瓶 100ml 的酊剂。功效：清热解毒，散结消肿，活血止痛、祛腐生肌。用法：视局部病灶大小，取敷料块或纱布折至 4～5 层，面积稍大于病灶范围，浸透药液贴敷局部，无需包扎，或将伤口处包扎，敷料

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

浸透，每次敷药1小时左右，日3~4次。肿胀范围较大或肿势发展快者，同时煎服仙方活命饮或透脓散加减。疗效：该方治疗阳证痈、疽、疔、疖疗效满意，作者观察186例，总有敷率为97.85%，其中疔疮31例。[40]

芙蓉膏：组成及制法：芙蓉花、猪苦胆、玄明粉、凡士林。先将芙蓉花(或叶)洗净晒干，研磨成细末，过120目筛，装瓶备用，猪苦胆数只，用刀将它割破，取其胆汁，放在锅内用文火慢慢煎熬，待水分蒸发⅓左右(每100g胆汁浓缩到70g左右)时，即可离火，玄明粉研磨成粉末，然后将以上药物按25:12:60的比例混合，充分搅拌均匀，调制成膏，即可装瓶，放阴凉干燥处备用。功效：清热解毒，消肿排脓。用法：患部以75%酒精作清洁清毒，然后敷上芙蓉膏，外用消毒纱布包扎，每天换药1次，直至治愈。疗效：治疗面疔敷百例，均获良效。[41]

近代对手足部疔疮的研究主要体现在外用药物方面，另有部分学者通过临床实践证实用灸法治疗疔疮，效果亦较满意。其次，因手足疔疮常因感染严重或疔毒积脓日久，引流不畅而侵染蚀骨，引起化脓性骨髓炎，迁延难愈，近代医家有致力于手部疔疮并发指骨化脓性骨髓炎的治疗者，已取得成效。现分别介绍如下：

蝌蚪拔毒敷：药物制备：初夏之时，捞取成群蝌蚪，洗净，放入有盖瓷罐中。黄泥封口，密闭，埋于地下0.6m处，至立秋后取出，蝌蚪此时已液化为水。按每100ml蝌蚪水加大黄、芒硝、寒水石各50g，调匀阴干即配成蝌蚪拔毒散。使用方法：对疔疮未溃者，取蝌蚪拔毒散适量与清水调水成糊状，外敷患处。已溃者，伤口内纳优琐尔纱条引流，外敷蝌蚪拔毒散。每日1~2次。全身热毒症状较重者，内服五味消毒饮加减。疗效：治疗手足疔疮48例，全部获愈。单用蝌蚪拔毒散治愈者46例。其中未溃者平均治愈时间4.2天，已溃者平均治愈时间13.9天。[42]

大黄黄连白矾汤外洗方：组成：黄连20g，生大黄30g，桑枝30g，当归20g，白矾15g。加减法：肿胀明显者加苍术、苦参各30g；瘙痒明显者加川椒30g；化脓者加漏芦、白芷各20g。用法：将上药放在脸盆中，加水1500~2000ml，置旺火煮沸，煎5~10分钟，下火待温(以不烫手为度)，用毛巾或纱布包药渣熏蒸患处，或把患肢放透药液中浸泡。每日3~4次，每次20~30分钟。疗效：共治手足疔疮32例，红肿消退，脓液吸收，患肢活动正常，无异常感觉者为痊愈，共30例；脓液局限，范围缩小，行切开引流术，术后继用本方外洗而愈者为有效，共2例。[43]

红连膏：组成：红花、黄透各50g，黄柏、生大黄各100g，栀子60g，冰片30g，医用凡士林1200g。制备及使用：上药除冰片外，按要求烘干粉碎过100目筛，加入凡士林和匀，冰片捣碎密闭瓶内。用时根据疔疮红肿面积，将红连膏厚薄均匀地涂于消毒敷料上，然后用无菌棉签蘸少许冰片(约0.1~0.5g)掺布于油膏上贴于患处，每天换药1次，直至痊愈。疗效：共治疗手足疔疮221例，颜面疔疮93例，红丝疔42例，疔疮走黄4例，其中1~2天痊愈82例，有效41例；3~4天痊愈139例，有效98例。有效率100%。[44]

千振膏：千振金丝万应膏是王世禄在《医宗金鉴》"绀珠膏"的基础上组成的验方，它由膏料和多种掺药组成。(1)膏料：生麻黄、生半夏、生南星、生川乌、生草乌、桂较、吴茱萸各30g，僵蚕、白芥子、白蔹、白及、川断、白芷各45g，生大黄、赤芍、当归、川芎、地龙、黄柏各60g，忍冬藤100g，陈皮、木鳖子各40g；加东丹(每1000g料油

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

30g），铜绿（每1000g料油10g），松香适量，新鲜榆、槐、柳、桑、桃树枝各250g，麻油5000g。（2）制备方法：先将22味中药拣去杂质，浸泡在麻油内（春季5天、夏季3天、秋季7天、冬季10天），后连药倾入洁净大锅内，文火熬至药枯浮起，熄火，滤净药渣，拭净油锅，再用细旧绢将油重滤入锅，愈清愈好，并加火熬开，然后将上述5种新鲜树枝截成3cm长，劈成4瓣，放入油锅中，炸至焦黄即捞弃，重新将油过滤，即得料油。将料油置洁净锅内熬开，根据四季气温的不同，投入适量松香末（冬季料油与松香的比例为1∶1.5，约每气温升高5℃，松香末增加1%）。用柳树棒不时地搅动，待松香完全熔化后，徐徐加入东丹，加大火力，不停搅动，熬至锅内先冒青烟，后发白烟，迭迭旋起时，熄火，加入铜绿粉末，充分搅匀，则膏料已熬成。将膏滴入水中，试看软硬，根据季节务使老嫩适当。膏硬加料油，软加松香粉末。待稍凉后，将膏倾入洁净凉水盆中，旋即用手扯膏百余次，使膏呈金黄明亮，如条条金丝缠绕状，截为丸（以膏丸浮于水面者为佳），换洁净凉水浸贮待用。（3）掺药：①四消散（家传方）：生大黄、煅人中白、钟乳石各1.5份，蒲黄、硼砂、轻粉、枯矾、冰片各1份。分研极细粉末，过细箩，充分拌和，瓶贮备用。功用：清热、解毒、消肿。②三七血散（家传方）：三七2份，血竭、儿茶各3份，红花1.5份，珍珠粉0.5份。制法同上。功用：活血化瘀，消肿解毒。③红灵散（家传方）：雄黄、煅月石各2份，乳香、没药各1.5份，朱砂、火硝、银珠各1份。制法同上。功用：活血止痛，消坚化瘀。（4）阴毒内消散：枝《药蛰启秘》方制。适用于阴性疮疽。（5）阳毒内消散：按《药蛰启秘》方制。适用于阳性疮疡。（6）拔疔散（家传方）：红升、白降丹各2.5份，轻粉0.5份，蟾酥1.5份，朱砂、乳香、熟石膏各1份。制法同前。功用：提毒拔疔，祛腐生新。（7）外涂麻药：按《医宗金鉴》"外敷麻药"方制。（8）拔毒散（家传方）：珍珠粉、黄升、雄黄各1份，朱砂、冰片各0.5份，钟乳石、煅人中白各1.5份，熟石膏3份。制法同前。功用：消热解毒，提脓祛腐，消肿生肌。（9）生肌玉红膏：按《医宗金鉴》方制。（10）生肌散（家传方）：珍珠粉、轻粉各10g，龙骨、熟石膏、炉甘石、海螵蛸各50g，冰片3g。制法同前。功用：生肌敛疮。其中①、②、③号掺药为通用，余则根据疮面性质随选一种。使用方法：膏面上撒樟脑粉，点燃，膏面稍熔后吹灭，使掺药对准疮顶贴于患处，2日1次。疗效：治疗疔疮58例，头面部16例，上肢38例，下肢4例，全部获愈。[45]

地牯牛雄松散：制各：地牯牛（焙干），雄黄、松香各30g，将诸药研极细末和匀，装瓶放阴凉干燥处备用。用法：局部常规消毒，将金黄膏（《医宗金鉴》金黄散2/10合凡士林8/10）涂于敷料上，再将地牯牛雄松散调匀撒布于金黄膏上敷贴患处。若疮顶破溃可将地牯牛雄松散掺布于疮口，2天换药1次。疗效：治疗疔疮189例，其中手足疔疮122例，颜面部疔疮46例，红丝疔21例，结果全部治愈。[46]

疔疮丸合疔疮闻药：组成及用法：疔疮丸取大黄、黄柏、巴豆各等分，共碾细粉，以面糊泛丸如绿豆大；疔疮闻药取丁香、乳香、大黄、川椒各等分，碾成极细粉，装瓶备用。用时先以纱布包住疔疮闻药，置于鼻前反深吸，俟觉微汗，疼痛减轻，再服疔疮丸7～9粒，12小时后加服1次，药丸的用量可酌情增加，但总剂量不超过30粒，次数不超过3次。疗效：治疗疔疮多例，获效良好。[47]

辣椒桐油：药物及用法：取食用的红色干辣椒及生桐油各适量（视患处大小而定）备用。如疔疮生在手足指（趾）末端，取完整的辣椒一个，除去蒂、仁，倒入适量桐油，将指

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(趾)套入，松紧合适地固定辣椒皮囊口，使油不外溢。如疔不在指(趾)末端，可将辣椒皮去蒂，纵剪成整片，置入桐油内，浸泡10～20分钟后，敷在疔疮面上，亦可覆盖两层，1～2小时更换一次。如辣椒皮干燥，可涂抹少量桐油，以保持油润。疗效：共治手足疔疮15例，治愈12例，3例虽然出脓，但消肿、排脓、愈合均较快。经本法治疗后，多数患者感觉凉爽舒适，无疼痛及其它不适感。如无发烧等全身症状者，可不配合其它药物治疗。[48]

猪胆汁白胡椒：治疗方法：白胡椒7粒，研细末放入猪苦胆内，然后将初患疔疮的手指或足趾放入猪苦胆中，用放布固定猪苦胆，隔日换1次，一般2～3次即愈。疗效：本方是刘氏4代家传秘方，30多年来，刘庆长用此方法治疗手足疔疮患者70余例，均获良效，疗程最短4天，最长6天痊愈。[49]

手指胖肿者外敷金黄膏或玉露膏，1～2日换药1次，亦可于中药熏洗后敷药。疮口窦道深且长者，可用七三丹药线提脓祛腐蚀管，待脓水粘稠清明时，改用生肌散、白玉膏，外加垫棉压迫法，若疮口窦道浅而短者亦可用手术切开。疮口近指关节，骨片脱落后，关节部有滑动或有半脱位者，须用硬纸平板固定，时间不超过3周。疮口有死骨片已松动者用千金散药线3～5日，常可在换药时排出骨片，亦可用镊子钳出。若死骨过大，不能自疮口排出者，可作死骨摘除术。疮口脓液由污浊转清明，由清稀转粘稠时，或有死骨排出，均属生肌收口的征兆，即使疮口尚深，亦可停用药线。疮口愈合后，须注意手指关节锻炼，以早日恢复功能。亦可用红灵酒外擦。疮口愈合后，仍需内服中药或中成药1～2周，以巩固疗效。成药可选当归丸合四季青片、丹参片合抗炎灵片等。[50]

关于烂疔，近代研究报道较少，有学者报道烂疔多因破伤染毒，复因湿热蕴结在里，毒邪留阻皮肤之间，热盛毒炽，则皮肉迅速黑腐。其来势暴急，腐烂迅速，一旦热退腐止，治之得当，收口亦速。外治着重制止腐烂。采用茅花烧灼法，葱腐合剂贴敷确能杀菌止烂，控制蔓延，取效较其它药物为使。初期：外治采用茅花烧灼法(用茅花围在疮缘一圈，宽约0.5～1cm，高约0.5～1cm，然后用火柴点燃烧之，边烧边用口轻轻吹气，把燃烧过的茅花灰吹掉并帮助茅花迅速燃烧，而且可免使局部过分烧灼伤)制止其腐烂。另以葱腐合剂(葱头1/3份，豆腐2/3份，粘香适量混合捣烂均匀)外敷，以退黄解毒、理气消肿。中期：外治剪除死肌，泄毒外出；伤口腐肉掺九一丹以提脓去腐。后期：外治采用生肌散掺疮口，八宝膏外贴以助生肌收口。疗效：1979～1994年共收治烂疔病人56例，全部治愈，疗程最长88天，最短10天，平均19.5天。[16]

疫疔因其发病率低，有关该病的文献报道较少。张文冲报道用飞龙夺命丹内服、外敷治疗疫疔，疗效可靠。药物组成：蟾酥6g，轻粉1.5g，寒水石6g，血竭3g，胆矾6g，明雄黄6g，麝香0.9g，朱砂0.6g，炙蜈蚣1条，蜗牛10枚，乳香6g。上药11味，除蟾酥、朱砂外，共研极细，蟾酥切片用烧酒化开，和前药打匀为丸，如梧子大，朱砂为衣。研末后，用烧酒调如糊，涂布创面，中心坏死部分，略放白降丹少许，再贴万应膏固定，3～4日一易，疗效确切。[17]

疔疮走黄之外治法与颜面疔疮之外治法基本相同。不同之处是疔疮发展至走黄阶段则护场破坏，毒邪扩散，因此外治更注重箍毒消肿、提疔拔毒。

许履和常用五虎丹或黄升丹掺于疮头，将疔脚拔出，以通畅引流，也利于全身症状消退。周围红肿热痛明显者则用如意金黄膏或马氏青敷药围箍消肿，堵截毒气继续蔓延。五

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虎丹：黄升7.5g、轻粉3g，川连3g，煅石膏18g，冰片1.5g，共研细末。马氏青敷药：大黄、姜黄、黄柏各24g，白及1g，白芷、赤芍、天花粉、青黛、甘草各1g，共研细末，用饴糖调成糊状。[51]戈登勋老中医常于疮顶三棱针刺，插入蟾蜍片，外掺麝香化腐丹，再以黄连软膏敷盖，余肿胀处，用食醋调如意金黄散成脓汁状时时涂抹，不使干涸。蟾蜍片：于端午节前后，捕捉蟾蜍，用特制铜夹将其眉间白色分泌液压出，拌以少量雄黄粉，轧成薄片，待干行用。麝香化毒丹：麝香3g，红升9g，轻粉9g，冰片4.5g，共研极细末。[23]顾伯华、陆德铭以清热消肿为主，用金黄散、玉露散，以冷开水调成糊状，涂布肿处，并在疮头中央留1小孔，不时糊润，疮头上掺二宝丹、五五丹，用金黄膏或玉露膏盖贴。二宝丹：煅石膏8两，升丹2两。五五丹：煅石膏5两、升丹5两。[28]汪渭忠每以立马回疔丹敷于疔头以拔脓解毒，再以蚤休膏清热退肿。待疮头破溃后，改用八将散、黑龙膏拔毒、提脓。立马回疔丹：轻粉3g，蟾酥酒化3g，白丁香3g，乳香3g，雄黄1g，珠砂1g，蜈蚣1条，麝香1g，硇砂3g，白砒霜2g，共研细末。蚤休膏：蚤休50g，野菊花50g，共研细末，用凡士林调膏。八将散：五倍子30g，全蝎20只，蛇蜕20只，蜈蚣7条，甲珠30g，雄黄15g，麝香1g，梅片3g，共研细末。黑龙丹：巴豆40g，乌梅50g，炒炭共研细末。[24]

针刺疗法在颜面疔疮治疗上的应用古已有之，是一个有效的辅助疗法，近代有学者报道，单用针刺疗法或配合内服、外用药物治疗疔疮收到满意效果，明显缩短疗程。具体方法主要有针刺督脉法，针刺督脓反应点，锋钩针加拔罐法，火针法等。针刺督脉法：主穴为神道透至阳。病程短、身体强者，配大椎穴；疗程久、身体弱者，配命门穴。病人取坐位，双手握拳，屈肘交叉，平放在两臂上，头尽量下低。选用不锈合金钢丝加工的直径1.2mm，长125mm的粗针。医者以左手固定棘突上缘皮肤，针以30°角快速刺入皮下，继而将针压低紧贴皮肤，针尖在皮下棘突中线缓慢进入，进针100mm，针的方向和脊椎中线平行。病久者留针3小时；病程短者留针6小时，每日1次。急性病例出针时最好从起针处挤血数滴。疗效：治疗面疔519例，手疔517例，红丝疔223例，治愈率为98%，足疔92例，疫疔20例，烂疔55例，治愈率分别为84%、95%、91%，与抗生素治疗组对照，病程明显缩短。李复峰认为，以上疔疮发病部位多位于头、面、颈、背、臂及四肢阳面，头面者诸阳之会，颈、背、臂及四肢阳面是阳经循行之路，督脉者，乃至足六阳经之大会，是阳脉之海，总督一身之阳气。因而在督脉取穴治疗疔疮是提挈所有阳经，从而抓住了主要关键。[54]针刺身柱穴法：身柱穴属督脉，在第三、四胸椎棘突之间。令患者正坐，头颈向下垂，常规消毒后，用28号针刺入0.6～1寸深，敏感放射至脊中及命门处。留针5～10分钟，提插一、二次即可起针。重症到复针一次。以疔疮初起未化脓最为适宜。疗效：临床应用十余年，均效果满意。[55]针刺督脉反应点法：首先寻找督脉反应点，左手食、中、无名三指并拢如切脉状，沿第二胸椎至第六胸椎从上向下慢慢移动，至有搏动应指处即为反应点。然后以28号1寸毫针，在反应点直刺5分左右，用泻法，得气后即可出针。出针后挤压反应点周围，使针孔出血。恶寒发热者配曲池；唇部疔疮配双侧合谷；颧部疔疮配阳陵泉。配穴亦均用泻法，不留针。疗效：治疗初期颜面疔疮十例，均获满意疗效。[56]锋钩针拔罐法：锋钩针1只，不同型号的火罐3～4个。主穴为疔疮局部；配穴是身柱、腰俞。用锋钩针把疔疮端部波动感明显处钩开，暴露坏死组织使脓外流。然后连续重度拔罐，每次留罐10～20分钟，拔至疮口周围组织呈现紫黑色，或毛囊深陷无脓血排

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出为度。然后覆盖消毒纱布固定。然后取1～2个配穴(脐以上者选身柱穴，脐以下者选腰俞)。用锋钩针刺后重度拔罐。隔日治疗1次，6次为1疗程。功效：开窍泄热，通经活络，祛污排脓。疗效：共治疔疮230例，一次治愈者162例，治疗2次以上者67例，有1例治1次痊愈，一年后复发。[55]火针疗法：常规消毒后，先用火针排脓，然后将醋胆膏放入针孔中，用敷料包扎，2～3天换药一次，直至痊愈。疗效：共治疗面疔90例，治愈率为100%。特点：不需切开排脓，创伤小，痛苦少，方便易行，尤其对头面部疾患，不遗留瘢疤。[56]灸法：疔疮为典型的火热之证，受“热证忌灸”的观点影响，过去多禁用灸法治疗。但近年来灸法治疗已取得相当不错的效果。颜面疔疮本为火热之证，多禁用灸法，但张登部报道钟岳桥用灸法治疗疔疮疗效满意。锁口疔灸法：用小艾柱先当疔头灸5壮，然后灸手三里穴20壮，连续灸3天。额角疔灸法：用细绳一根，当肚脐绕一周，量出腹围长度，依此长度为标准，将绳对折之中心，按在结喉的下缘，再将绳两端沿颈项左右分向后指下垂，使绳两端在背部脊柱部相结合，此结合处即为所灸穴。艾柱灸5壮，每日灸1次。[57]三棱针点刺加艾熏：先以三棱针点刺局部出脓血，嵌甲者剪去部分指(趾)甲，肉芽增生者破坏肉芽组织，感染者在清创后涂抹极度敏感的药物，然后用艾烟熏灸30分钟，每日1次。疗效：治疗指(趾)头炎300例，痊愈297例，3例无效，经结合全身抗炎治疗而愈。吕荣等发现艾熏后创面上覆盖一层薄黄油状物，并通过体外抑菌实验证实，艾烟对致病菌有抑制作用，作者认为熏灸对外科感染性疾患之所以有较好疗效，主要是艾烟所携带的挥发油作用于患部起到抑菌作用有关。[58]针刺熏灸：手部感染取灵台穴为主，合谷、阿是穴为辅。足部感染取行间穴为主，太冲、三阴交、阿是穴为辅。针刺灵台穴时，针感放射至病变处为佳，强刺激，不留针，病灶部红肿化脓，点阿是穴，放血点滴及脓液。余穴留针，不留针均可，均强刺激。针刺后用艾绒20g置于熏灸器中燃烧，以烟熏病灶20分钟后包扎即可。每日1次，3次为一疗程。疗效：治疗甲沟炎123例，117例治愈，6例无效，治愈率为95%。[59]王振琴用艾熏法治疗甲沟炎17例，治愈17例，治疗脓性指头炎20例，治愈17例，好转1例，无效2例。[60]叶春枚用艾熏加针刺治疗手指骨髓炎70例，治疗前均经X线检查，确诊为1型手指骨髓炎，治疗后经X线复查证实，全部治愈。[61]

红丝疔治疗上多用抗菌素消炎及中药清热解毒兼挑刺之法。部分学者报道单用针刺疗法或加用针刺疗法效果满意，且费用低廉，疗程缩短。针刺阿是穴：在发于上肢或下肢的红丝疔尽头剧痛处，常规消毒。用2寸毫针1枚，以套管进针法在其剧痛处快速进针。施提插捻转。用平补平泻、或单用泻法，常以中等或强刺激，针1.5寸，得气后，视红丝消退的快慢，酌情留针5～15分钟，其间每三分钟运针1次。每日针刺1次，一次不愈者，可连续针刺2～3天。疗效：共治疗50例，针一次治愈者26例，二次治愈者19例，三次治愈者5例。[62]针刺治疗：针刺极泉、青灵、少海三穴，得气以酸、麻、胀、困为感，留针30～40分钟，每10～15分钟行针1次。疗效：共治16例，在没有使用任何药物配合的情况下，均获痊愈。[63]常规治疗加用针刺：皮肤常规消毒，手持1寸毫针，从感染灶始沿“红线”走向轻轻点刺至“红线”顶端止，范围为“红线”两侧约1cm左右，点刺部微微见血为好，然后用酒精棉球消毒1次。作者认为此法的作用机理是通过针刺淋巴组织，刺激了机体的防卫系统，加速了淋巴液的循环或通过神经体液的调节，调动增强了机体的免疫力，激活和提高了淋巴结中的网状细胞、巨噬细胞的吞噬功能，从而加快了抗炎消肿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗效：仅针刺一次红线即可消失，原发病灶亦明显减轻，缩短了病程。[64]火针治疗：将直径0.5～1mm不锈钢针1枚，在酒精灯上烧红，对准疔疮顶端，快速刺入，深约0.3～0.5mm，待患者感到疼痛时，针已拔出。一般原发灶处，一次刺3～5针，使病人感觉病者不病，痒者不痒为度。肿势范围较大者，可在肿块周转圈刺，每处只刺1针，针数视肿块大小而定，一般不超过5针，对于“红线”粗硬、压痛的可在“红线”上截刺，每处只刺1针，最多不超过3针。针刺结束后，局部用酒精棉球消毒，敷黄连素较膏，外盖无菌敷料，胶布固定即可。疗效：多数患者在针刺半日内，肿势开始消退，痛痒渐定，全身症状亦随之减轻。全部患者在接受火针治疗后，无一例使用消炎药。治愈时间最短为2天，最长5天，一般在3天内痊愈，针刺伤痕在一周内消失。[65]

2.3 其他疗法

捏疙瘩法：用五指端在红肿周围捏拿，由轻到重，使其周围组织变松软，针肿块从基部捏提抬高少许，并连续扭转三次即可。适应证：对疔疽等红肿初起尚未成脓的肿块有效，已化脓者无效。疗效：一般捏一次第二天即可消肿。[66]

2.4 名老中医经验

凌云鹏：自创七味治疔汤治疗颜面疔疮、手足疔疮，每获良效。方药组成：夏枯草、蚤休、金银花、蒲公英、野菊花、地丁草、生甘草。凌氏认为夏枯草治疗效果远优于紫背天葵。前贤有“疔毒宜汗泄”的经验，而凌氏认为疔疮用汗法必须谨慎。在毒热结聚，尚未蒸脓之际，运用汗法，可使营卫和畅、经络疏通，确有实效，若成脓腐时运用汗法，因此时气血受伤，汗之反使营卫失固而毒邪走窜，引起变证。疔为脏腑积热，出现便秘者则热毒愈盛。通常给予通里攻下，每获捷效。凌氏认为用下法必以清热解毒为主，适当酌以硝、黄，但以一二剂为度，病衰及半则止，若持苦寒清解为正治之法面过用，必戕害正气而致阴阳衰脱。故在其所著《临诊一得录》中所载疔毒诸案，均未用硝、黄大下，遇有便秘者，多以蒲公英、山栀子等代替。另外，在疔疮外治方面，凌氏认为当疔疮尚未成脓时，外敷药不宜勤换，以防病家挤压擦拭过重面引起毒散之变。一般局部根、盘便结的以红升丹、一气丹、拔疔散选用一药点敷脓头，加盖千槌膏，固定三天后揭去，一般脓头即脱，改用九一丹去其余毒而助生肌。一气丹：斑蝥15g，制乳香9g，制没药9g，血竭3g，炒玄参9g，元胡6g，明矾末15g，珠砂2g，黄升丹15g。千捶膏：蓖麻肉60g，松香60g，制乳香9g，制没药9g，银珠15g，轻粉12g，麝香0.3g。[67]

顾伯棠：在疔疮内治方面，顾氏常用自制经验方芩连消毒饮取效。方药组成：川黄连、黄芩、地丁、野菊花、半较莲、金银花、连翘、赤芍、草河车、生草。方中用大剂清热解毒之品为主，兼用赤芍凉血活血，用治各种疔疮，效果满意。在外治方面，顾氏初起善用玉露膏或金黄膏、千捶膏加八将散；将溃时加制苍耳子虫咬头，再盖以上膏；已溃脓出不多者，用九黄丹或九一丹、八二丹蘸纸线插入疮口引流，外盖金黄膏或玉露膏；脓出通畅，肿势消退者，用九一丹外掺，盖以红油膏。四周浮肿不局限者，用玉露散水调或野菊花汁调厚涂。八将散：西黄(飞)12g，冰片1.2g，蝉衣6g，蜈蚣10条，全蝎4个，五倍子24g，穿山甲9g，麝香0.9g，研细末。[68]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

陆振华：治疔疮经验丰富，尤擅治颜面疔疮，他用自制内服及外用药治疗颜面疔疮87例，均获痊愈。内治基本方：丹皮、赤芍、当归、山栀、连翘、生地、甘草、牛角粉、紫地丁、草河车。外治基本方：陆氏硇砂消炎膏(硇砂、川军、川柏、黄芩、东丹、雄黄、熟石膏)。陆氏硇砂消炎膏具有清热、解毒、散结、拔脓的功能。经实验室观察，其对金黄色葡萄球菌及大肠杆菌有中度以上的抑制作用。[9]

文湘舫、方汉章：其家传验方疔疮膏，治疗疔疮有特效，有人用其治疗疔疮458例，结果痊愈408例，有效3例，无效7例，总有效率为98.5%。疔疮膏组成及制法：芝麻油200g，制松香500g，黄蜡250g，制乳香120g，制没药125g，百草霜125g，铜绿125g。将芝麻油入锅中煎沸至140℃～160℃，入松香。溶化后，下白蜡、黄蜡，溶后过滤去渣，再倒入锅内，下乳香，候涨潮落潮后再入没药，又经涨潮落潮后放铜绿，最后放入石草霜，再待涨潮落潮后，倒入盛器内，稍冷却即成。再将制好的疔疮膏用文火溶化后，冷却到50℃～60℃，用汤匙舀到冷开水盆内，经2～3分钟后，用手揉捏搓成直径为2cm，长约10cm的圆药膏条，外涂少许麻油或凡士林备用。用法：疔疮膏以乌黑细腻，粘之能起，贴之不能掉为佳品。每次用2～5g，或视疔疮部位大小加减用量，将其捻成圆形薄饼，中厚边薄，贴敷患处，外用纱布包好，胶布固定。[69]

王兆鹏：其经验方“红宝白象膏”(简称红膏药)经后世长期实践于治疗疔疮，疗效显著。红宝白象膏组成：松香60g，白蜡30g，朝脑30g，蜂蜜60g，银珠10g。制法：先用小葱半斤煎水制松香，去掉松香杂质，待松香冷却凝固后备用。将白蜡置于小铁锅或锑锅内，用微火将白蜡熬化后加松香。待松香熬化后加蜂蜜、朝脑。火候：微火，并不断搅拌和匀，使之熔化，最后加银珠，并继续搅拌和匀，使之成为一种红色糊状膏汁，冷却后即为红膏药。用法：局部清洁后，用红药膏外敷，隔一天换药1次，一般配合菊花60g，生甘草10g，熬水频服。[70]

单苍桂：他根据《医宗金鉴》五味消毒饮方，演变制订了野菊败毒汤，用该方配合冲和消炎膏外敷治疗疔疮24例(其中21例系面部疔疮)，治后除六例因未复诊后果不明，余18例经服2～6剂后治愈。其消肿天数和全身症状消失日数均为2～5天，平均3.5天。野菊败毒汤：野菊花、金银花各四钱，蒲公英、连翘、玄参、紫花地丁、浙贝母各9g，生甘草3g。冲和消炎膏：如意金黄散80%，冲和散20%，蜂蜜或凡士林调成膏。[71]

方霖魁：善用自制之“疔疮膏”治疗疔疮，往往外贴数日便可使疔疮消散。疔疮膏组成：葱蘸制松香60g，黄蜡30g，乳香、没药各9g，铜绿、百草霜各15g，白蜡6g，麻油18g。制法：先将麻油煎滚，再下黄蜡后下各药，滚后为膏。[72]

方行维：自制疔疮百效膏，主治一切疔疮。此方取自民间秘方，他在北京行医时，每年都在家中制成大批药膏赠予疔疮患者，一时传为美谈。疔疮百效膏组成：母丁香6g，轻粉10g，蚕砂6g，草乌10g，猪胆七个(取汁)。将方中前四味，共研细末，然后以猪胆汁拌和，在太阳下晒21天，制成药膏，摊于布上，敷贴疔疮。功效：清热解毒，消除疔疮，化瘀生肌。[73]

2.5 单方、验方

2.5.1 家传秘方

隔皮化疔膏(外治法)：组成：杏仁50粒，蓖麻子60粒，生龙骨2.4g，雄黄1.8g，蜈

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

蚣 15g，铜绿 2.1g，蟾酥 1.5g，制乳没各 3g，煅轻粉 1.8g，东丹 3g，松香 2.4g，血竭 2.4g，樟脑 4.5g，梅片 6g，麝香 0.9g，琥珀 8g。制备及使用：先将杏仁、蓖麻子分别捣烂，再将其他各药研成极细末，混匀后捣烂如泥，最后加入梅片、樟脑、麝香共捣千余下即成。放入密封瓶内保存，用时将适量膏药贴于患处即可，一般2～4 日换药 1 次。

家传验方(内治法)：组成：蒲公英18g，紫花地丁 15g，卓河车 12g，金银花 18g，连翘 10g，黄芩 8g，白芍 12g，防风 6g，马齿苋 30g。应用：内、外治法合用，治疗一切疔疮。[74]

疔疮膏：组成：麻油 1000g，铅丹 300g，黄蜡 100g，黄连 30g，大黄 30g，黄柏 30g，黄芩 30g，赤芍 20g，公丁香 20g，乳香 20g，没药 20g，白芷 30g，冰片 20g，血竭 20g，天花粉 30g。制备：先用黄连，大黄、黄芩、赤芍、公丁香、天花粉浸于麻油中(以春 5 天，冬 6 天为度)。以文火熬煎至药焦枯，但勿化炭。稍冷，纱布二层滤净药渣，再将油放于锅中，火热逐渐加猛。用柳枝不住搅动。煎至“滴水成珠”，然后宜用文火徐徐投下铅丹，不住手搅拌。候锅内先发青烟后转白烟开腾，炼至膏黑如漆明亮如镜，滴于水中凝冷成膏，用指取之搓转，硬软适中为止，候烟尽乃下黄蜡，溶解后继下乳香、没药、血竭、冰片(均宜研细末)加入搅匀，待冷成膏，再浸入冷水中 3 天，备用。用法：先用 75%酒精棉球将手指消毒，按所需要大小，将膏药捻成圆形敷贴于患处。适用于痈疽疔疖等化脓性皮肤病。[75]

神效治疔散：组成：苍耳虫 180g，白矾、地丁根、黄升丹各 18g，血竭、朱砂、黄连等各 3g，冰片 1g。制法：后七味研为末，与苍耳虫研匀阴干，点敷患处，外盖千捶膏二日 1 换。适用于各种疔毒。[76]

疔疮拔毒膏：药物制备及用法：巴豆仁和蓖麻仁各等量，用比较长的铁针将两仁一颗颗的穿刺在针上，放于菜油灯上烧(存性)，再在消毒乳钵内细碾二百至三百转，用青菜叶包好，放在水缸边地下以退火性，瓶装备用。对未溃的疔疮，先局部消毒后，用消毒针轻刺患处顶部二三下见血为度(注意不可挤压)，拭去血，即用上药如豌豆大小一块，敷于患处，外贴普通膏药或胶布保护。对已溃者，可勿针刺，直接如上敷药。如对红肿甚者，在药内加入少量蟾酥，尤效。[77]

消肿灵药物制备：将等量的南瓜、地瓜藤两种鲜品共同捣烂装瓶，俟用时外敷。适用于多种类型的附骨疽、疔、痈等化脓性疾患，疗效甚佳。[78]

2.5.2 单方、验方疗法

菊蒲饮：方药：鲜白菊花 500g(连根叶)，鲜蒲公英 60g，白酒 50g。用法：将上药洗去泥土，入臼捣烂，挤自然汁半碗，热酒冲服。药渣敷患处，疔头不敷，再盖被睡卧出汗。(无鲜叶时用根，无根叶时用干白菊花 150g，干蒲公英 30g，入水加酒煮服亦效。)疗效：治愈疔疮 19 例。[79]

天藤散：药物制备及用法：天仙子 300g，藤黄 200g，冰片 30g。将藤黄及冰片分别研极细末，加天仙子混匀，密封。用时取药适量，用开水调成糊状外敷患处。应用：配合内服五味消饮，治疗颜面疔疮。[80]

蜂房散：组成：野蜂房一个，三黄(黄连、黄芩、黄柏各等量)末 5g。制法：野蜂房烧存性(以烧至外面黑褐色，里面黄褐色为度，切不可烧成灰烬)，研末，与三黄末混匀即成。用法：调茶油敷患处，若敷上之药能持续保存，则不必换药。一般在敷药后二天内出脓，至第三天就可结痂痊愈。疗效：治疗颜面疔疮 60 例，未用任何药物配合治疗，有效

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

率 100%。[81]

建粉散：组成及制法：建乌梅 2 份，轻粉 1 份。将建乌梅肉火煅存性，研为细末。轻粉放在研钵内，研至极细末(以不见光亮为度)，入乌梅粉同研至极细末备用。用时以水调为糊状，敷于疮面，用膏药(市集黑膏药即可)或消毒纱布敷料盖之。每日换药 1 次，俟其逐渐变小干枯脱落，疮面痊愈为止。功效：杀菌攻毒，平腐去腐，消肿止痛，收敛止血，生肌收口。疗效：治疗翻花疔疮 5 例，面部疔毒 6 例，蛇头疔 4 例，无名毒根 3 例，腐肉突出 7 例。治愈时间最短 8 天，最长 14 天。[82]

大黄冰硝散组成：大黄 100g，冰片 20g，芒硝 100g，食醋适量。用法：将三药各研细末，加食醋适量混合搅拌，摊于纱布块上敷在病灶部位，每日换药2～3 次，连用2～4 天。适应于一切疔疮，痈肿疮毒，及跌打损伤引起的瘀血肿胀。[83]

马青合剂：组成：鲜马齿苋 5 份洗净，放入石臼中捣成糊状，加入青黛 1 份研匀即成。功效：清热解毒，凉血散血消肿。用法：将药物外敷患处，厚度 1cm 左右，用纱布包扎，1～2 小时换药一次。适用于暑令疮毒、乳痈、外科感染疔疮痈疖等症。[84]

“疔疮”验方：组成：五谷虫三钱，田七一钱，冰片三分，蜒蚰2～3 条。制法及用法：将五谷虫(焙燥)、冰片、田七共研细末，再将蜒蚰及药末共捣匀如薄糊状。用鸭羽蘸搽疔上及周围，随干随搽，至消散为止。[85]

鱼腥草：取鲜鱼腥草适量捣烂如泥敷于疔疮上，每日换 1 次。初起能消，成脓能溃，疗效颇佳。[86]

抱石莲：性凉无毒，味淡，有清热、凉血、解毒、祛风、化痰等功效。内服外敷可治疔疮。内服取鲜草30～60g，或干草15～24g，水煎，日 1 剂，连服 3 日为 1 疗程。

外敷取鲜草适量，捣烂如泥，加白酒少许(已溃者改用砂糖)调敷患处，每日换药 2 次。一般约需1～2 个疗程。[87]

冬青膏：制备及用法：取落霜红叶晒干，研细粉状，过 120 目筛，然后在药粉内加入凡士林，按 2:3 的比例配方，拌匀，装瓶备用。用时将患部酒精消毒，再敷冬青膏，以消毒纱布包扎，每日换药 1 次，直至痊愈。功效：凉血止血，清热解毒，消肿散瘀。[88]

芭蕉叶：芭蕉叶晒干，烧存性，装瓶备用。使用时常规消毒，用蜂蜜(或麻油、米醋)拌匀，敷于患处，外覆消毒纱布，一日 1 换。[89]

椿胶：将鲜椿胶适量，置于敷料或干净布上，贴于患处。功效：用于初起能解毒消肿，脓成能消肿排脓，溃后能去腐生肌。疗效：治疗疔疮 21 例，均获痊愈。一般轻者 1 帖，重者2～3 贴即愈。[90]

野菊散：取野菊花根，煅存性研末，加少量冰片混匀即成。用时将粉末调菜油敷患处，若敷上的药能保存则不必换药，也不必配合内服其它药物。[91]

茅青菜：取新鲜茅膏菜球根，去其外衣。根据疔疮大小，取本品 1～2 粒，放于 1 寸见方胶布中央，用镊于压扁球根。疮面行常规消毒，用干棉球揩干，外贴疔疮顶部，4～6 小时取下即可。使用时应注意根据病情长短，形体而定。一般只用 1 粒，最多不超过 2 粒。敷后以呈现黑色水泡为佳。取下时，先用凉开水浸润胶布片刻，慢慢扯下，防止皮肤溃破。本品刺激性较强，贴用时间不宜超过 6 小时，免致灼伤皮肤。若溃破，可用 1%龙胆紫溶液外搽。只供外用，忌内服。疗效：作者用本品治疗疔疮百余例，均有良效。[92]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

止痛验方：把土豆接触水泥地面，摩擦成沫，收起放在器皿中即为豆泥。应用：治疗疔毒，及一切红肿热痛等证有效验。[93]

【古训今释】

1 病名溯源

“丁”字首见于《素问·生气通天论》，其中记载：“高粱之变，足生大丁”，这里是用丁来泛指一切外疡。丁作为一个病名，出现在题名为汉·华佗《中藏经·论五丁状候第四十》，书中始将面部的疮疡定名为丁，并根据发于鼻、舌根、口唇、耳前、耳下部位之不同，分为白丁、赤丁、黄丁、黑丁、青丁五种，将丁隶属于五脏、五色、五窍，并较详细地记述了丁的病机及证候。隋朝《诸病源候论·丁疮病诸候》在丁疮中叙述了丁的定义及特点：即“初作时突起如丁盖，故谓之丁疮”、把丁疮的证候按颜色及形态概括为10种：疮头发黑，坚硬而凹陷；疮头苍白色，肿起而坚实；疮头如豆渣色，白而枯；疮头华丽色红；疮头内有黑色脉络；疮头赤红而凉肿；疮头色黄而有光采；疮头色如金箔，黄而光膏；疮头的形色象茱萸形；疮头的形色象石榴子等，并指出发生于颜面部的疔疮具有很大的危险性。此外，另列有“雄丁疮候”、“雌丁疮候”、“紫色火赤丁疮候”、“牛丁疮候”、“鱼脐丁疮候”、“赤根丁疮候”，其中的“雄丁疮候”、“雌丁疮候”、“牛丁疮候”、“鱼脐丁疮候”从其症状描述上看，与现代之“疫疔”相似。唐·孙思邈《千金方·丁肿》把丁分为13种：一曰麻子丁，其状肉上起头，大如黍米，色稍黑，四边微赤，多痒。忌食麻子，及衣麻布并入麻田中行；二曰石丁，其状皮肉相连，色乌黑如黑豆，甚硬，刺之不入。肉内隐隐微疼，忌瓦砾砖石之属；三曰雄丁，其状顶头黑压，四畔仰，疮皰浆起，有水出色黄，大如钱孔形高，忌房事；四曰雌丁，其状疮头稍黄，向里压，亦如灸疮，四畔边浆起，心凹色赤，大如钱孔，忌房事；五曰火丁，其状如汤火烧灼，疮头黑压，四边有皰浆起，又如赤粟米，忌火炙烁；六曰烂丁，其状色稍黑，有白斑，疮中溃溃有脓水流出，疮形大小如匙面，忌沸热食烂臭物；七曰三十六丁，其状头黑，浮起，形如黑豆，四畔起大赤色斑。今日生一，明日生二，至三日生三，乃至十，若满三十六，药所不能治，如未满三十六者可治，俗名黑皰，忌嗔怒蓄积愁恨；八曰蛇眼丁，其状疮头黑，皮上浮，生形如小豆，状似蛇眼大，体硬，忌恶眼人看，并嫉妒人见之及毒药；九曰盐肤丁，其状大如匙面，四面皆赤，有黑粟粒起，忌食咸物；十曰水洗丁，其状大如线形，或如线孔大，疮头白，里黑点，汁出，中硬，忌饮浆水水洗渡河；十一曰刀镰丁，其状疮阔狭如薤叶大，长一寸，左侧肉黑如烧烁，忌刺及刀镰切割铁刀所伤，可以药治；十二曰浮沤丁，其状疮体曲圆，少许不合，长而狭，如薤叶大，内黄外黑，黑处刺不痛，内黄处刺之则痛；十三曰牛拘丁，其状肉包起，掐不破。书中首次提出了疔疮的禁忌，有的尚有参考价值，并首次对烂丁、蛇眼丁做了较为详细的描述。宋·《普济方》将丁分为麻子丁、衮子丁、子丁、雄丁、雌丁、火丁、烂丁、三十六丁、瞎眼丁、盐肤丁、洗丁、刀镰丁、涂沤丁、牛拘丁、红丝丁等十四种，首次对红丝疔作了描述。宋·窦汉卿《疮疡经验全书·疔疮总论》首次启用“疔”字，书中载：“初生时突起如钉，故名疔疮”，后世医家沿用至今，并提出了疔疮走黄之并发症，载：“疔疮初生时红软温和，忽然顶陷黑，谓之‘攒走’此症危矣。”元·齐德

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之《外科精义》总结了历代名家之说，指出本病“青、黄、赤、黑、无复定色”，但以初起疮形如丁盖，兼见憎寒壮热，烦躁闷乱等全身症状者，“即其候也”，体现了执简驭繁的辨证观。

明清时代是中医外科发展的鼎盛时期，名医著作颇多，对本病的论述尤多发挥，如明·申斗垣《外科启玄》载疔疮34种，王肯堂《证治准绳》广收前贤对本病的论述，详列各种疔疮的名称及其症候达45种，可谓集疔疮之大成。除前述13种疔疮外又列出了脾疔生于唇四白；龙泉疔生于唇上，虎须疔生于唇下，鱼尾疔生于眼角外，颧骨疔生于颧骨上亦名赤面疔，耳疔生于耳中亦名黑疔连腮赤肿，鼻疔生于鼻内……，颊疔生于面颊骨尖高处，气疔形如气泡感怒而生。猪疔形圆而小疮口内有油，羊疔形长而白色，牛疔形阔，狗疔色赤而长或带尖，与牛疔同无忌不杀人，驴马疔其状三角顶上有黑点根脚有赤色或突起，胁疔生于胁，桃疔状如樱桃，蛇头疔生于指头两旁，状如蛇头……足面疔状如粟米痒极入骨急隔蒜灸之，寸疔生手指骨节间，虎口疔生合谷穴，芝麻疔走注不定，偏身疼痛不能转侧。除以颜色命名疔疮外，又以部位、形态等来命名。而明·陈实功《外科正宗》则似嫌名目繁多，故将《中藏经》之五疔推衍为刃疔、火陷疔、黄鼓疔、黑疔，紫燕疔之外，再加上红丝疔共六种，并指出“外又有疔名数种，形状纷纷，故有旧说未及重录也”。同时指出：“夫疔疮者，乃外科迅速之病也。有朝发夕死，随发随死……”，故民间有“走马看疔疮”之说，以喻治疗疔疮须速不可误。清·《医宗金鉴·外科心法要诀》在陈实功六疔基础之上，又增加了全身性的“暗疔、内疔、羊毛疔”又将发于头面部的疔疮分为颧疔、鼻疔、黑疔、反唇疔、锁口疔、舌疔；发于四肢部位的则分为蛇头疔、天蛇疔、蛇眼疔、蛇背疔、蛀节疔、蛇腹疔、合谷疔、代指、掌心毒。以上这些疔疮虽同属急性化脓性感染，但由于面部和手足部位不同，组织结构和功能亦不同，在治疗上也有所差异，故按发病部位不同而分别论述疔疮，是符合医学发展规律的。此外，清代还出现了一些疔疮的专著，如应其南《疔疮要诀》所载病名更加繁多；张镜《刺疔捷法》所载疔疮病名多达99种，而过玉书《治疔大全》则把一切外疡都冠以疔，把本病的范围无限扩大，滥而不符实用。

中医文献早在隋、唐时代对手足疔疮记载。如隋《诸病源候论·代指候》中记载：“代指者，其指先肿，燃热痛，其色不黯，然后方缘爪甲结脓。极者爪甲脱也。亦名代甲。”形象地描述了由指甲周围感染致甲下积脓的临床所见。唐代《备急千金要方》、《千金翼方》除代指外，在卷二十二瘭疽第六中并有“瘭疽”记载，谓“瘭疽喜著十指”，并列举了治法和方药。

唐代以后，在外科著作中有关本病的记载逐渐增多，在命名、病因病机、辨证治疗等方面的认识也较为深入。如明·《外科启玄》论述蛀节疔之预后所指出的：“凡手指生蛀节疔，重则腐去本节，轻则挛挛”，不失为临床经验之总结。而托盘疔之名则见于清·《疔疮要诀》、《疡科心得集》等书，与合谷疔同属手部疔疮重症。明·《外科正宗》把蛇头疔称为“天蛇毒”，载“患指大肿若蛇头，赤肿燃痛，疼及连心，甚者寒热交作，肿痛延上”，并提出各期的内外治法。后至清代《外科大成》、《疡医大全》、《医宗金鉴·外科心法要诀》中对本病的辨证尤为精详，并各立病名，分为蛇头疔、蛇眼疔、蛇背疔、蛀节疔、蛇腹疔及代指、掌心毒等，使本病的命名、论断及治疗方法更趋完善。

关于红丝疔，唐代以前未见有记载，宋《疮疡经验全书》及严用和《济生方·丁肿论治》

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

均称本病为红丝疮，明《证治准绳·疡医·疔疮》中又称本病为血箭疔、赤疔、红线疔；《冯氏锦囊秘录》则称为血丝疔。《疮疡经验全书·红丝疮》中记载："大红丝者……发于肌肤之上，红丝贯穿如一红线，或痛或痒……如箭之速。"对本病发生机理则提出"毒灌经络"的观点，有所发展；严用和《济生方·丁肿论治》明确指出本病应属疔疮范畴，且出刺血疗法。谓"有红丝疮证，乃丁疮之类……其疮生手足间，有黄泡，其中或紫黑色，即有一条红丝，逦逦向上而生，若至心腹，则使昏乱不救；其红丝或生二两条者，治法以针横断红丝所至之处，刺之，止使出血，以膏药敷之，更不复发动即愈矣"。其后诸家所论，大多源于此说。明《外科正宗》在治疗上主张"用针于红丝尽处挑断出血，寻至初起疱上挑破，俱用蟾酥条插入，膏盖，内服汗药散之自愈。凡治此症，贵在乎早。"现在临床上仍具有指导意义及临床价值。

隋《诸病源候论·丁疮候》载："亦有肉突起，如鱼眼之状，赤黑，惨痛彻骨，久结皆变至烂成疮，疮下深孔如大针穿之状……一二日疮变焦黑色，肿大光起，根脚强，仓不得近……。"所述症状与本病颇为相似，唐《备急千金要方·丁肿痈疽》首载："烂疔，其状色稍黑，有白斑，疮溃，则有脓水流出，疮形大小如匙面。"对本病的局部症状描写的较为详尽。尔后方书，多沿袭此说。至清《外科真诠·疔疮》别出"水疔"，谓"又有水疔，四周红赤，中间一点漆乌，坚硬如石，痛不可忍，破后惟流血水。所论又前进一步。

疫疔古称鱼脐疔，始见于隋·《诸病源候论·丁疮病诸候》："此疮头色黑，破之黄水出，四畔浮浆起，狭长似鱼脐，故谓之鱼脐丁疮。"明《外科启玄》又称鱼脐疮。

走黄之名始见于宋·《疮疡经验全书·暑疔》："凡疔疮初生时，红软温和，忽然顶陷黑谓之癀走，此症危矣"，癀走，即走黄。尔后有关文献多有记载，但对走黄二字的解释诸说不一。清代马培之注《外科证治全生集·走黄治法》载："黄即毒也"；又载"疔毒发肿、神昏、谓之走黄"。亦有说"黄即横，散也"之意。综上所述，不论诸家对走黄字义作何解释，均阐明疔毒散而内走者，谓之走黄。

关于疮毒内走的观点，早在《内经》就已萌芽，《灵枢·痈疽》篇载，痈毒由浅至深，伤脏则死。隋《诸病源候论·丁疮肿》发展了《内经》的思想，直接联系疔疮，提出了"毒入腹，则烦闷恍惚不佳，或如醉，患此三、二日便死"的观点，应视为疔毒内走说之雏形。唐·《备急千金要方·丁肿第一》谓患生于颊边等颜面部疔疮，可因"不慎口味、房室"而发生"眼中见火，心神昏，口干心烦即死"的内走表现，对疔毒横散作了初步阐述。元·《外科精义·论丁疮肿》在唐·《千金方》的基础上，明确提出了"此邪毒之气，入脏腑"的论断。至明清时代，疔疮走黄逐渐形成了比较系统的理论。

2 病因病机论

疔疮的病因病机，早在《内经》中即指出恣食膏粱厚味可发生疔疮，《中藏经》载："五丁者，皆由喜怒忧思，冲寒冒热，恣饮醇酒，多食甘肥，毒鱼酢酱，色欲过度之所为也，蓄其毒邪，浸渍脏腑，久不摅散，始变为丁，"明确指出了本病由外感六淫、寒温不适，内伤七情，饮食不节、房劳过度及中毒等因素引起毒邪蓄积脏腑，久不摅散所致。清《医宗金鉴·外科心法要诀》总结了前贤诸论，认为本病的发生多恣食厚味，或中蛇蛊之毒，或中疫死牛马猪羊之毒，或受四时不正疫气。明确指出了疫疔的病因病机，并将本病病机概

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

括为“火毒”蕴结。外因，外感风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪均能引发疔疮。人体感受六淫之邪，在体内蕴而化热，热极生火，则变为“热毒、火毒”，即所谓“五气过极，均可化热生火”。故疔疮的发生以热毒、火毒最为常见。被虫兽螫咬、感染邪毒皆可发为疔疮。感受疫死之猪、马、牛、羊之毒，或疫疠之毒可发生疫疔，有发病急、病情重、有传染性的特点。竹木、鱼刺、针尖等扎刺伤皮肤肢体意外损伤等，均可感染邪毒而诱发本病。

内因，情志内伤，郁怒伤肝，肝郁化火，凝聚经络，气血运行不畅；饮食不节，恣食膏粱厚味，醇酒辛辣，炙煿之品，致脾失健运，湿热火毒内生，均可引发疔疮。疔疮根据发病部位不同，病因亦各异，头面上肢多火毒炽盛；下肢足部多湿热火毒，治疗原则亦不尽相同。

发病机理，《灵枢·百病始生》云：“风雨寒暑不得虚，邪不能独伤人。”这是外科疾病的发病条件，而疔疮发病的先决条件则是由于邪毒炽盛而造成相对的正虚。即机体正气虽然不虚，但由于致病因素侵及人体、湿热火毒鸱张，超过了人体正常的抵御能力，正邪交争，破坏了人体的阴阳平衡，邪毒凝聚肌表，使局部经络阻塞，气血凝滞，营气不从，脏腑失和，阴阳失调而发疔疮。如治疗护理不当，毒邪可循经走窜，内攻脏腑，热毒传心，蒙闭心包，则可引起恶逆之证而危及生命。从古至今，历代医家对颜面疔疮的病因病机均有较详细的描述。早在《内经》中就有“高粱之变，足生大丁”之记载。《中藏经·论五丁状候第四十》将面疔应五色、五脏、五窍之属，云：“白丁起于右鼻下……其根肺；赤丁在舌下……其根心，黄丁起于唇、齿龈边……其根脾；黑丁起于耳前……其根肾；青丁起于目下……其根肝”。后世医家根据病发部位之不同，论述更为详尽。

眉心疔　清《医宗金鉴》指出本病为“督脉风热壅结气滞而成。”清《增订治疔汇要》认为“俱系心肺二经火毒”所致。由于眉心上连前额，而为心肺所主，故外感风温、风热，或心肺二经蕴热，上壅于督脉，化生火毒而成。

颧疔　清《医宗金鉴·外科心法要诀·颧疔》云：本病“多因过食炙煿药酒，以致胃经积火成毒而生”。颧部为足阳明胃经所主，而与手太阳、足少阳、手阳明经脉相连，故本病的发生与胃腑积热关系密切。阳明为多气多血之经，颧部生疔、毒火结聚、气血凝滞；若毒火燔灼，邪毒走散，则毒邪循经入络而上走空窍，入脑巅，与气血并，故本病易致头面俱肿，神昏痉厥而走黄。

鼻疔　清《医宗金鉴·外科心法要诀·鼻疔》云：本病“由肺经火毒凝结而成”。鼻为肺之窍，肺经火毒上攻，蕴结于鼻，经络阻隔而发为疔；鼻部亦为足阳明经所主，阳明之脉左右相交于鼻，故阳明湿热上壅亦可致本病发生。

唇疔　清《疡医大全·唇口部》(卷十四)载：“有唇上生疔者，或口角旁或上下唇，不论大小，大约皆脾胃火毒也”。唇为脾胃所主，若饮食不节，恣食肥甘、辛辣炙煿，醇酒厚味，致脾失健运，化湿生热，火热之气上蒸于唇而发。脾胃为多气多血之经，唇部经脉交错，故火毒极易弛张，复因治疗护理不当，则气血为之燔灼，失去护场，毒循经脉，内攻脏腑，而发生走黄、流注之变证。

清《医宗金鉴·外科心法要诀·唇疔》指出，本病“总不外火毒凝结面成，至于属何经、何脏，临床看生何指以辨之”。故本病的发生多由脏腑积热，外伤染毒，其总的病机为火毒凝结为患。但依其所发部位不同，而又各具特点。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

托盘疔　清《疡科心得集·托盘疔》载："托盘疔……系手厥阴、少阴二经之所司也，由心火炽甚，逼血妄行，肝风鼓舞，毒散四肢，加以忧思过度，酒色不节，遂至毒流骨髓，侵于劳宫、劳宫系心经之脉络，故毒生焉"。指出托盘疔的发生主要是由于手少阴心经、手厥阴心包经内蕴之火毒阻于掌心，以致气血凝滞，经络阻隔，酝酿化脓而成。

虎口为手阳明经脉所过，合谷为十二原穴之一，《灵枢·九针十二原》谓："五脏有疾也，应出十二原"，说明脏腑积热可外应于体表的原穴。隋《诸病源候论·时气毒攻手足候》载："热毒气从脏腑出，攻于手足，手足则燋热赤肿疼痛也。人五脏六腑并荥俞，皆出于手足指，故此毒从内而出也"。故合谷疔多由手阳明大肠、足阳明胃经湿热火毒内蕴，凝聚于肌肤而发。

蛇头疔　明《证治准绳·疡医·疔疮》载："手中指头结毒，燋赤肿痛，或不拘何指，名曰天蛇头，属手厥阴心包络积热所致"。又清《疡医大全·腋臂指掌部》(卷十九)："天蛇毒在手指头，闷肿无头十指同，……大手指虽各有专经，然俱兼脾经火毒而发"。心与心包经络俱为火脏而主血脉，十指通过诸经脉而内连于心；手指属四末，由脾所主，故指端生疔多责之于心、脾二经积热。沿爪疔的病因病机，隋《诸病源候论·代指》谓："由筋骨热盛，气涩不通，故肿结生脓。"爪甲者，筋之余而赖气血之濡养，若血分热盛注于指端，则手指沿爪甲而赤肿热痛，此属内因之所生，可见于阴虚消渴，肝肾有热之患者。此外因修剪指甲不当而皮肉受伤，或因甲沿好生逆肷(皮肤气血失和而致剥裂倒卷)，毒邪乘隙而入，并凝聚肌肤而成。

红丝疮　宋《疮疡经验全书·红丝疮》记载红丝疮由"心肠积毒，气血相凝，灌于经络之间，发于肌肤之上"。本病多先患痈疖疔疮等阳毒之证，毒气走散，流注经络；或在皮肤破伤，感染邪热毒气，或因情志抑郁，心火内盛，血气逆行而生。火毒循经走散，则见红丝贯穿如线，迢递直上，如箭之速。证虽在表，而源本于里。病轻者，唯在经络；病重者，则可影响脏腑，故亦可发生走黄。

本病为阳发大毒，多由皮肤外伤，破损成疮，感染潮湿泥土毒气；或因伤后，调治不当，伤口遂合，瘀血郁闭，血脉壅滞，与湿毒火邪相合，蕴结于皮肉之间而发。《疡科纲要·论溃疡之水》云："别有足部之疡积湿蕴热，忽发红肿，形势最巨，按之随指陷下，一时不能即起，此证湿火若盛，化腐最易即是阳发大毒，俗名水疔。"毒火炽盛。势如燎原，发病急暴，湿毒浸淫四窜，则肿剧而蔓延迅速；湿盛火盛，腐坏肌肉，而化腐甚巨；毒灌经络，闭塞不通，而疼痛异常；腐肉不去，毒势弥漫，故易毒散走黄。总之，湿毒、火毒相合为病，其势急，其痛剧，其肿甚，其腐巨，其毒易散，是本病病理变化特征。

明朝《医学入门》认为本病由皮肤破损、感染疫畜之毒而发。明《证治准绳·疡医·疔疮》对本病的病因病机及症状论述较为详尽："若因开割瘴死牛马猪羊之毒，或食其肉致发疔毒，或在手足，或在颈面，或在胸腹，或在胁肋，或在背脊，或在阴胯；或起紫泡，或起堆核，肿痛创人，发热烦闷，颈痛，身痛，骨节痛"。说明接触或食用疫畜，感染其毒，致经络阻隔、气血凝滞，疫毒湿热蕴结，则皮肉腐坏而有传染性。

疔疮乃疮疡重症，来势迅急，其毒重笃，易散难聚，非一般外疡所比。诊治过程中，一有所误，毒气易于内走，而变生走黄之证。明代《外科正宗·疔疮论》载："凡见是疮，便加艾灸……火益其势，逼毒内攻，反攻倒陷，走黄之证作矣。"清·《医门补要·疔疮食辛味

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

散黄》(卷中)载："误食荤腥，即动火助痰，闭毒不出……是为走黄"。所论均为前贤之经验。大体而言，走黄的原因有早期失治，而未能及时控制其毒势；有因挤压，或者碰伤，或过早切开，或误治等，造成疔毒走散；有因误食辛热之药，或荤腥辛辣之品，辛热而助其火势，荤腥致湿热内蕴；亦有因施艾灸，火益其势；又有初起者，因房事或梦遗致阴虚火旺，耗伤肾气等，皆可致疔毒走散，四畔红赤，渐散开阔，失去护场，而入于营血、内攻脏腑，发生走黄之证。

疔系火毒为患，火为阳邪，其毒入于营血，耗伤营阴，扰动血分，与温病热入营血的机理基本相同。疔毒内攻脏腑，最先受累者是心肝二脏。心为阳脏，火毒攻心，扰乱神明；肝主宗筋，通于风气，火毒传肝，引动肝风，故走黄者常见神昏或痉厥。其余各脏亦皆有变证。故清《疡科心得集·疡证总论》说："毒入心则昏迷，入于肝则痉厥，入于脾则腹疼胀，入于肺则喘嗽，入于肾则目暗，手足冷，入于六腑亦皆各有变象，兼证多端，七恶叠见"。

综上所述，祖国医学多为父子相传，师徒相授，各执己见，由于历史条件所限，加之我国幅员辽阔，历代医家对疮疡的命名与分类繁杂而不统一，其中有些命名毫无临床意义。新中国成立后，中医外科有了更长足的发展，疔疮有了明确的分类。上海中医学院主编《中医外科讲义》(1964)，按发病部位、形态、特性、传染性等，将疔疮分为颜面疔疮、手足疔疮、红丝疔、烂疔、疫疔、疔疮走黄六大类，沿用自今，使繁杂的疔疮命名及分类一目了然，更趋实用。

3 辨 证

关于本病的辨证，《中藏经》以疔之五色配属五脏而开疔疮脏腑辨证之先河，隋《诸病源候论》列 10 种疔疮，及唐《备急千金要方》将本病分为 13 疔，进一步丰富了本病局部形色辨证的内容。明代《外科启玄》、《证治准绳》、《外科正宗》及清代《医宗金鉴》，集前贤诸论，对本病的基本特征，脏腑经络辨证，局部辨证，全身症状辨证，善恶顺逆的观察等均作了较明确的记载，基本形成了本病的辨证论治体系。宋《疮疡经验全书》首次提出了走黄的症状特点：疔疮忽然顶陷黑，无脓，谓之走黄。明《外科启玄》、《证治准绳》提出了"护场"、"应候"、"满天星"等局部辨证内容，如：疔疮头高肿，周围赤肿而不散漫者，谓之"护场"，有护场是正盛束毒的表现，证情多顺，无护场而疮肿平塌散漫者，毒邪容易走散，证情多险。若一疔之外，别生小疮，谓之"应候"，在周围出现多个小疮者谓之"满天星"。应候与满天星的出现，是为邪毒向外发越之征，多属顺证。关于疔疮的诊断及鉴别诊断，有疔疮初起，若不能辨认时，可用生黄豆令患者嚼之，如无豆腥味即是疔疮的经验之谈。这些均反映了古人对本病辨证、诊断积累了丰富经验，其中不少理论临床沿用至今。当然，有些内容由于受历史条件所限，不可避免存在局限性或片面性。面部疔疮包括眉心疔、鼻疔、唇疔、颧疔等，因均发生于颜面部，故现统称为颜面疔疮。

眉心疔亦称印堂疔，南齐《刘涓子鬼遗方》一书有发眉的记载，与本病大致相同。明《证治准绳·疡医》中始有眉疔之名，载："眉疔发于眉"，"若黑色痛甚，或麻或痒，寒热并作者，疔也"。清代《医宗金鉴》、《增订治疔汇要》、《疔疮要诀》等均载有眉心疔，对其病因病机、辨证论治方面也有诸多论述。

鼻疔系疔生于鼻孔内，汉《中藏经·论五丁》载："白丁起于鼻下……其根在肺。"说明

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本病最早当属白疔范畴。明《证治准绳·疡医·鼻疔》指出："鼻疔生于鼻内，痛引脑门，不能运气，鼻如大瓶，黑色不治。"对鼻疔有具体的描述，其后外科文献多载有本病。

颧疔亦称颧骨疔，较早见于明《证治准绳疡医·疔疮》，载："颧骨疔生于颧骨上，亦名赤面疔"，只有简略描述而无治疗方药。至清《医宗金鉴》、《增订治疔汇要》、《疡科心得集》等对本病病因、证候及治疗有了较全面的论述。

唇疔为发于唇部的疔疮，汉《中藏经·论五厶状候第四十》载"黄丁起于唇、齿、龈边，其色黄，中有黄水"，为本病最早描述。明《证治准绳》则有脾疔、龙泉疔、虎须疔、髭疔之分；清《医宗金鉴》又增加反唇疔、锁口疔之病名。

4 方剂用药归类

4.1 内服方药

蟾酥丸(《外科正宗》)

组成：蟾酥二钱(酒化) 轻粉五分 枯矾 寒水石(煅) 铜绿 乳香 没药 胆矾 麝香各一钱 雄黄二钱 蜗牛二十一个 朱砂三钱

用法：上药各为末，先将蜗牛研烂，再同蟾酥和研稠粘，后入各药共捣极匀，丸如绿豆大，每服三丸，用葱白五寸，患者自嚼烂，包药在内，用无灰热酒一茶盅送下。

疗效：治疔疮、发背、脑疽、乳痈、附骨疽，一切恶症歹疮，不痛或麻木，或呕吐，病重者必多昏愦。此药服之不起发者即发，不痛者即痛，痛甚者即止，昏愦者即苏，呕吐者即解，未成者即消，已成者即溃，真有回生之功，乃恶症中至宝丹也。

七星剑(《外科正宗》)

组成：野菊(嫩头) 苍耳头 豨莶草 半枝莲 地丁草各三钱 麻黄一钱 草河车二钱

用法：用好酒一斤，煎至一碗，滤清热服，被盖出汗为度。

适应证：疔疮初起、恶寒发热、恶心呕吐、肢体麻木、痒痛非常、心烦作躁、甚者昏愦，急宜服之。

化疔内消散(《外科正宗》)

组成：皂角针 金银花 知母 贝母 天花粉 穿山甲 白及 乳香 赤芍 半夏 甘草 草河车各一钱

用法：水、酒各一茶盅，煎一半，量病上下，食后服之。

适应证：疔疮初起，服之能令内消。

消疔简便方(《外科正宗》)

组成：石矾末三钱 葱白七茎

用法：上药同捣极烂，分作七块，每块用热酒一杯送下，服毕用厚被盖之，再吃葱白汤一盅。

太乙紫金锭(《外科正宗》)

组成：山慈姑(洗去毛皮净焙)二两 川文蛤(一名五倍子，槌破净焙)二两 麝香(拣净毛皮，干者研净)三钱 千金子(一名续随子，仁白者去油)一两 红芽大戟(杭州紫大戟

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为上，江南土大戟次之，北方绵大戟色白者性烈峻刺，反伤元气，弱人服之有致吐血，慎之勿用，取上品者，去芦、根洗净，焙干为末） 两五钱整 朱砂(有神气者，研极细末)三钱 雄黄(鲜红大块者，研细末)三钱

用法：将上药置于大乳钵内，再研数百转方入细石臼中，渐加糯米浓饮调和，软硬得中，方用杵捣千余下，极至光润为度。每锭一钱，每服一锭，用无灰淡酒磨服；病热重者，连服二锭，以取通利，后用温粥补之；外用水磨涂搽疮上，日夜数次，觉痒而消。

适应证：颜面、手足疔疮、红丝疔、疫疔、痈疽发背等。

夺命汤(《外科全生集》)

组成：金银花 金线重楼(即蚤休) 黄连 赤芍 泽兰 细辛 僵蚕 蝉蜕 青皮 甘草 羌活 独活 防风

用法：分量随时斟酌、煎服。

适应证：一切疔毒、痈肿。

飞龙夺命丹(《外科正宗》)

组成：蟾酥(酒化) 雄黄各三钱 乳香(去油) 没药(去油) 铜绿各二钱 胆矾 朱砂 血竭 寒水石各一钱 当门子 冰片 轻粉各五分 蜗牛二十一个 蜈蚣一条(酒浸泡、炙，去头足)

用法：上药为极细末，用蜗牛连壳研如泥，少加飞罗面，和丸如绿豆大，每用三丸，用葱白(三个令病人嚼烂)、热酒送下，出汗为效，重者再进一服。病在上食后服，病在下食前服。

禁忌：冷水、瓜茄、油腻、猪、鸡、鱼、面及一切发物，孕妇忌服。

追疔夺命散(《赤水玄珠》)

组成：羌活 甘草节 蝉蜕 川黄连 独活 北细辛 青皮 金银花 防风 泽兰叶 僵蚕 金线重楼 赤芍各等分

加减法：有脓加何首乌、白芷，要通利加大黄、牵牛、青木香、山栀；毒在下加木瓜各等分。

用法：每服五钱，先将一贴加泽兰叶、金银花各一两，姜十片煎热服，汗出为度；病退再加大黄两钱，煎，热服，取利一二次，去余毒为妙。

疗效：此方取效如神，百发百中。若心烦呕吐，用甘草节、绿豆粉各等分，酸浆汤调下二钱；如呕逆恶心，用乳香、绿豆粉各等分，甘草汤调下二钱。

小夺命散(《疡医大全》)

组成：槐花子 地丁 千头子(即扫帚子，又名地肤子)各等分

用法：通口温服，加真蟾酥少许尤妙。

适应证：治疔疮及脑疽、恶毒，其效如神。

疔疮丸(《疡医大全》)

组成：巴豆仁(去皮、膜) 明雄黄 生大黄各三钱

用法：共研细末，加飞面醋打糊为丸，如金凤花子大，每服 23 丸，热汤送下，泻三四次无妨，弱人只服 19 丸自消，得嚏即愈。

适应证：专消一切疔疮，兼治湿痰流注，梅疮初起。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

万灵夺命丹(《疡医大全》)

组成：朱砂(水飞) 蟾酥(人乳泡) 轻粉 胆矾各五钱 铜绿 血竭各一两 雄黄 枯矾各二两

用法：共为细末，面糊丸，芡实大，每服一丸，葱白三寸令病人嚼烂裹药，热汤吞服。

适应证：治一切疔毒人腹，烦闷恶心。

夺命丹(《证治准绳》)

组成：蟾酥(干者)半钱(酒化) 朱砂(水飞)三钱 轻粉五分 枯矾 寒水石(水飞)各一钱 铜绿壹字 麝香壹字 蜗牛 20 个(研)不用亦效

用法：上药为细末，将蜗牛另研为泥和药一处，丸如绿豆大。如丸不就加好酒成之。病轻者一丸二丸，重者三丸。未效再服时葱白一大口嚼烂裹药，热酒送下，卧床取汗。

返魂丹(《证治准绳》)

组成：朱砂 胆矾各一两半 血竭 铜绿 蜗牛(生用) 雄黄 枯白矾各一两 轻粉 没药 蟾酥各半两 麝香少许

用法：将蜗牛、蟾酥研烂，余药为细末同研和丸如鸡头大每服一丸。令病人先嚼葱白二寸如不能嚼研烂亦可，热酒一盏吞下。

适应证：治十二种疔，极效。

走马赴筵丹(《证治准绳》)

组成：没药 乳香 硼砂 硇砂 雄黄 轻粉各三钱 片脑一分 麝香少许

用法：上为细末，蟾酥汁和丸如黄米大，每服一丸，温酒送下。

适应证：主治疔疮。

夺命丹(《证治准绳》)

组成：巴豆(去壳) 大黄各一钱 郁金 雄黄 乳香各五分 朱砂 黄丹各三分 轻粉二分 麝香少许 蟾酥不拘多少

用法：上为末面糊为丸如绿豆大，随虚实服之，茶清送下五、七丸至九丸止，以利为度。如无此丸，以雄黄丸代之。

适应证：治疔疮大便秘实不通者，或心服痛者。

雄黄丸(《证治准绳》)

组成：巴豆十四粒 麝香少许 全蝎 牙皂 雄黄 大黄 郁金各一钱

用法：上末米糊丸如绿豆大，朱砂为衣，每服五至七丸，茶清送下以利为度。

适应证：同夺命丹。

追毒丸(《证治准绳》)

组成：海浮石(烧赤醋淬七次)半两 没药 乳香各一钱 巴豆四十九粒 川乌一两

用法：上为末醋糊丸如桐子大，若患二三日服十丸，五六日服十四丸，随病上下服之。先吃冷酒半盏或一盏，又用冷酒吞下，如呕吞之不妨，出药依上服之。病人大便不动再用三丸，如疔看得端的，爪破用头垢留患处后服药。

五圣散(《证治准绳》)

组成：皂角针一两 瓜蒌一个 大黄 金银花 生姜 甘草各一两

用法：用好酒二升同煎至八分去渣，不拘时温服。适用于疔疮。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

立马回疔夺命散(《证治准绳》)

组成：牡蛎 当归 牛蒡子 白僵蚕各半两 大黄一两

用法：捣碎后每服半两，用青石磨刀水、酒各一盏煎去渣进两服，疔疮服后汗出者生，无汗者死。

雄麝汤(《证治准绳》)

组成：雄黄 朱砂 麝香(各另研) 乳香(另研)各1钱 白芷 茜草根 真绿豆粉 地丁草各二钱 牡蛎 僵蚕 牛蒡子(炒) 大黄 金银花 青木香 栀子 荆芥穗 朴硝 甘草各一钱 胡桃二个(去壳膜)

用法：以上白芷以后十四味细切用无灰酒一碗浸少时，擂细又加水一碗同煎至一碗。去担及浊脚入前雄黄等五味调匀作一服。更审患处经络分野依东垣引经泻火药加之尤妙。欲利倍加大黄、朴硝二味临后下。

适应证：解疔如神。

救唇汤(《疡医大全》)

组成：金银花一两 紫花地丁一两 白果二十个 桔梗三钱 生甘草三钱 知母一钱

用法：水煎服一剂痛止，二剂疔消，三剂痊愈。已烂者又二剂。

羌活散(《医宗金鉴》)

组成：羌活 当归各二钱 独活 乌药 威灵仙各一钱五分 升麻 前胡 荆芥 桔梗各一钱 生甘草五分 肉桂三分

用法：上药用酒水各一碗，煎至一碗，食后服。

适应证：手足疔疮。

浮萍酒(《疡医大全》)

组成及制法：浮萍不拘多少捣烂，用好酒一斤或半斤煎滚，冲浮萍内半时许。通口服，随嚼浮萍草敷疔上。

适应证：红丝疔，一服即愈。

治水疔方(《疡医大全》)

方药及用法：五月五日午时将豨莶草捣细末，酒调服三钱取汗。

治水疔方(《疡医大全》)

方药及用法：荔枝肉一个，贴在疔上，以生白酒饮醉取汗为度。

治水疔方(《医学入门》)

方药及用法：黄荆叶14片，独头蒜3个，百草霜2钱，擂酒服，取汗大效。

鱼脐疔方(《太平圣惠方》)

组成：蛇蜕皮一两炙微黄 鸡子一枚取清

用法：上药以水一大盏，煎蛇皮至六分，去滓，入鸡子清，搅令匀，更煎三两沸，顿服立愈。

疔毒复生汤(《医宗金鉴》)

组成：牡蛎 山栀 金银花 木通 连翘 牛蒡子 乳香 没药 皂刺 花粉 大黄 地骨皮各八分

用法：水、酒各一茶盅，煎一半，食送服。不能饮者水煎，临服入酒一杯和服亦效。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脉实便秘者加朴硝。

适应证：疔毒走黄、头面发肿、毒气内攻、烦闷欲死者。

解毒大青汤(《医宗金鉴》)

组成：玄参　桔梗　知母　大青叶　升麻　石膏　山栀　人中黄　麦门冬　木通各一钱　大黄(便秘加)　烧人粪(闷乱加)

用法：水二茶盅，淡竹叶、灯心各二十件，食远服。

适应证：治疔疮误灸，逼毒入里，致生烦躁，谵语不定者。

蟾酥走黄丸(《证治准绳》)

组成：朱砂(研)　黄丹(飞)　白面各等分

用法：上末取蟾酥搜作剂丸和麦粒大，先刺疮口，次安一粒在疮口内仍以水沉膏贴之。又以五、七丸葱汤吞下，发汗即愈。

4.2 外用方药

立马回疔丹(《外科正宗》)

组成：蟾酥(酒化)　硇砂　轻粉　白丁香各一钱　蜈蚣一条(炙)　雄黄　朱砂各二钱　乳香六分　麝香一字　金顶砒五分(用铅一斤，小罐内炭火煨化，投白砒二两于化烊铅上炼，烟尽为度，取起冷定打开，金顶砒结在铅面上，取下听用)。

用法：共为细末，糊成麦子大，凡遇疔疮，针破用此一粒插入孔内，膏盖之，次后追出脓血疔根为效。

束毒金箍散(《外科正宗》)

组成：郁金(蝉肚者)　白及　白蔹　白芷　大黄各四两　黄柏二两　轻粉二钱　绿豆粉一两

用法：共为细末，酸米浆调箍四边，夏热甚者，蜜水调。

适应证：疔疮针刺之后，余毒走散作肿，宜此药箍之。

蟾酥条(即内治方药之蟾蜍丸作条捏饼用之)

拔疔线(《外科全生集》)

组成：番砂　白丁香　轻粉　乳香　蜈蚣各一钱　血竭　麝香各二钱　金顶砒六分

用法：均研细末，以蟾酥一钱酒化和打为丸，作短线形，刺疔出血，插入疔孔。

适应证：一切疔毒。

反唇疔方(《疡医大全》)

组成及用法：经霜南瓜蒂煅灰，加冰片少许研细，麻油调搽。

拔疔法(《疡医大全》)

组成及用法：巴豆去壳半粒，磁石研末。用葱涎和蜜为膏，敷疔上。

保生梃子(《疡医大全》)

组成：巴豆四十九粒(文武火炒、研)　朱砂三钱　轻粉半大匣　金脚信　雄黄各三钱　麝香一钱

用法：为细末，用黄蜡五钱熔开，将药合成梃子，冷水浸少时取出，旋丸捏作饼子，如钱眼大，将疮头拔开，安一饼于顶上，次用膏贴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

蟾酥丹(《疡医大全》)

组成及用法：蟾酥不拘多少，黄丹、白面等分，为丸如麦粒大，针破疔疮，以一粒纳之，膏盖。

散疔膏(《疡医大全》)

组成及用法：磁石乳细，以葱头14根取汁，入蜜少许调匀，敷留一孔。一敷即散，妙不可言，内服托里药。

拔疔丹(《疡医大全》)

组成：巴豆霜　乳香(去油)　没药(去油)　真蟾酥(酒化开)　乳成膏　明雄各二钱　樟冰　露蜂房(阴阳瓦焙存性)　劈朱砂一钱　真轻粉　当门子各五分

制剂：上各药极细、和匀，以蟾酥膏和杵为丸如药珠大，晒干磁瓶密贮任用。

适应证：一切疔疮，无名肿毒。

用法：初起磨敷，已成已溃，用一粒放疮上，脓血即拔出，如遇阴疽对口大证可用十数粒铺疮上如神。

拔疔第一方(《疡医大全》)

组成：蓖麻仁四十九粒　杏仁去皮十七粒半　松香二两一钱五分　荔枝肉三个半　银朱少许

用法：共捣成膏贴之。

秘方(《疡医大全》)

制剂：用铁钉放屋上受风露之气，日久上锈，以刀刮下，乳极细，加麝香少许，磁瓶密贮。

用法：如遇疔疮已破者，掺少许即流黑水，不过三次，疔根自出，如未破者，以水调点疔上，即可拔疔如神。

验方(《疡医大全》)

组成：胡椒二十五粒　大独蒜一个　葱白三根

用法：共捣烂，油纸上作膏贴之神验。

滴滴金(《证治准绳》)

组成：硇砂　轻粉　人言(信石)　雄黄　朱砂各一钱　麝香少许

用法：为细末，先以针刺开疮头贴药黄水出效。

疔疮锭子(《证治准绳》)

组成：硇砂一钱　白芷　雄黄　苍耳子　甘草各半钱

用法：上为细末，用蟾酥汁和作锭子如前法。用须五月五日合。

主治：疔疮

回疮锭子(《证治准绳》)

组成：草乌头一两　蟾酥七粒　巴豆七个(去皮)　麝香一字

用法：为细末，面糊和就捻作锭子。如有恶疮透丁不痛无血者用针深刺至痛处有血出，以此锭子之上用膏药贴之疔疮四畔之。其疔2～3日自然拔出，此药最宜。

主治：疔疮大效

疔疮夺命散(《素问病机气宜保命集》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组成：乌头尖　附子底　蝎梢　雌黄　雄黄各一钱　蜈蚣一两　硇砂　粉霜　轻粉各五分　砒二钱半　脑子　麝香各少许

用法：为细末，先破疮出恶血，以草杖头用纸带药末插入于内，以深为度。

郭氏提丁锭子(《证治准绳》)

组成：雄黄　朱砂各二钱　青盐　砒精生　白丁香　斑蝥(去翅足)　轻粉各一钱五分　蟾酥　麝香各一钱　黄蜡　蓖麻子三至七粒

用法：为细末于银器或磁器内，先将蜡溶开，和成药丸如桐子大，捻作饼子，用针刺破疔疮放一饼子于疮头上，又刺四边五、七下，恶血出为妙，却用软膏药贴之立验，内服首功玄黑散或蟾酥丸。

适应证：疔疮危笃发昏兼治瘰疬。

海马拔毒散(《证治准绳》)

组成：海马二个(炙)　穿山甲(黄土炒，去土)　朱砂　水银各一钱　麝香　片脑各少许　雄黄三分

用法：上末。针破疮口，点药入内，一日一点，有大效。

麝香蟾酥丸(《证治准绳》)

组成：蟾酥　轻粉　乳香　人言(砒石)　雄黄各一钱　巴豆十个去皮油　麝香少许　寒水石三钱

用法：为细末，滴水为丸作锭子如小麦粒大，量疮大小用之，寒食面糊为丸。

适应证：一切痈疽发背疔疮内毒。如未溃用针刺破，用内膏药贴之，其疮即溃。

走马回疔丹(《疡医大全》)

组成：朱砂　雄黄各二钱　蟾酥(酒化)　硇砂　白丁香　轻粉各一钱　蜈蚣(炙)一条　金顶砒　麝香各五分　乳香六分

制法：上为细末，糊和成如麦粒大，插疮内，以膏盖之。

铅粉散(《医宗金鉴》)

组成：黑铅(四刃、铁杓化开倾入水中，取起再化如此百遍，以铅尽为度，去水澄下者)三钱　松脂一钱　黄丹(飞炒)五分　轻粉五分　麝香一分

用法：共研，先用葱汤洗净，麻油调涂疮口，油纸盖外。

适应证：冷疔生于脚上，初起紫白疱，疼痛彻骨，渐至腐烂，深孔紫黑，血水气秽，经久不瘥，用此大效。

雄黄牡蛎散(《医宗金鉴》)

组成：牡蛎煅四钱　明雄黄二钱

用法：分研细末，拌和在一起，再研至均匀，用蜜水浓调，隔水蒸热，涂在手指患部，能够止痛，每日换5～6次。

蛇头疔方(《疡医大全》)

组成：轻粉　银粉　铜绿各等分

用法：研细，灌入猪胆内调匀，将指套入胆内，用线轻轻扎定，三日一换，重者二次。

又方：生栗壳去衣，捣烂敷之。

蜈蚣散(《疡医大全》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组成：大蜈蚣一条　全蝎七个　雄黄三钱

用法：共为末，用鸡子清调敷患处，外以猪胆皮套上即愈(一方无全蝎)。

四圣旋疔散(《证治准绳》)

组成：巴豆仁五分　白僵蚕　轻粉　硇砂各二钱半

用法：为细末，好醋调敷。

适应证：疔疮生于四肢，其热微者。

雄黄散(《医宗金鉴》)

组成：明雄黄二钱　轻粉五分　蟾酥二分　冰片一分

用法：共研细末，用清水浓调，隔水蒸热，然后敷贴在手指患部，外用薄纸覆盖住，一日换敷3～4次。

治水疔方(《疡医大全》)

方药及用法：土牛膝不拘多少，捣烂入盐少许和匀，敷疔上半日即愈。

治水疔方(《疡医大全》)

方药：陈壁土　食盐各一钱　雄黄三分

用法：共研细末，津液调敷疔上，其疔自落。

治鱼脐疔疼痛不可忍方(《太平圣惠方》)

组成：淘河舌一枚　天南星一分　肉桂一分(去粗皮)　砒黄半钱　朱砂一分　巴豆五枚(去皮)　麝香半钱　硇砂一分

用法：上药为极细末，用黄蜡并猪胆汁相和，消溶为圆，如绿豆大。一圆于疮上，取穴为度，其药用后收取，每一圆可医5～6人。

芫花根膏方(《太平圣惠方》)

组成：芫花根二两　猪牙皂荚五梃　白矾三两(烧令汁尽细研)　黑豆三合

用法：上药用醋一斗，先浸芫花根及皂荚黑豆三日于釜中，以火煎至二升，去滓后却入铛中，煎至一升，入白矾末搅令匀，去火成膏，摊于帛上贴之，日二次换药。

近现代参考文献

[1] 夏少农．略论疔疮走黄．上海中医药杂志，1963，(3)：16～18

[2] 林光武．七星剑治疗颜面疔疮339例临床小结．江苏中医杂志，1987，(8)：24～25

[3] 陶子迷．五味消毒饮治疔痈、疔疮、疖肿103例．广西中医药，1985，(4)：45

[4] 刘富之．五味消毒散治愈严重疔疮三例．广东医学，1965，(1)：12

[5] 刘晓光．五味消毒饮在耳鼻喉科的应用．四川中医，1996，14(1)：49～50

[6] 温觉文．五味消毒饮对疔疮的疗效．广东中医，1958，(6)：24～25

[7] 程鹏堂．九味消疔汤治疗疗疮85例．四川中医，1985，3(5)：42～43

[8] 凌云鹏．金石斛合剂治疔颜面疔疮23例初步小结．浙江中医杂志，1957，2(6)：257

[9] 陈毅进．清热泻火法治疔疗疮的体会．光明中医杂志，1997，(2)：27～29

[10] 王柏松．大黄扫毒汤治疔颜面疔疮．浙江中医杂志，1982，17(2)：85

[11] 金立诚．陆振华治面部疔疮的经验．上海中医药杂志，1989，(2)：32

[12] 李中华．唐成德老中医治愈舌疔验案1则．中国农村医学，1996，24(1)：58～59

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[13] 北京中医医院编．赵炳南临床经验集．北京：人民卫生出版社，1975.19
[14] 张昭艾．透托法治疗疔肿1例．内蒙古中医药，1996，(4)：29
[15] 姚玉．疔疮证治心得．江苏中医，1995，16(3)：21
[16] 康泰通、林伟民，等．烂疔56例治验．福建中医药，1994，25(1)：35
[17] 张文冲．治疗炭疽型疔疮的经验介绍．浙江中医杂志，1959，4(3)：30
[18] 崔云．凉血清热解毒治疗疔疮走黄35例．浙江中医学院学报，1996，20(4)：21
[19] 尹志远．“走黄”与“内陷”辨析．中医函授通讯，1988，(3)：26～27
[20] 张长顺．尹济苍治疗疔疮走黄验案．江苏中医杂志，1984，(4)：11～12
[21] 戈学渊．疔毒走黄验案二则．中医杂志，1987，(2)：22～23
[22] 孔宪华．孔昭林老中医治疗疔疮的经验．黑龙江中医药，1988，(6)：4～5
[23] 李古松．谈治外疡用麻黄．浙江中医杂志，1989，24(2)：80
[24] 汪渭忠，罗裕民．麻黄在外科临床中的应用．黑龙江中医药，1985，(1)：4～5
[25] 贺菊乔，谭新华教授外科疑难急症治验举隅．湖南中医药导报，1995，1(2)：17～18
[26] 黄耀燊．疔毒走黄．新中医，1975，(5)：21
[27] 杨得昌．中西医结合治疗疔疮“走黄”10例效果观察．安徽中医学院学报，1985，(2)：44～45
[28] 顾伯华，陆德铭．中西医结合治疗疔疮“走黄”20例报导．上海中医药杂志 1965，(9)：23～25
[29] 夏志仲．治疗疔疮的经验．辽宁中医杂志，1980，(5)：32
[30] 张新医．立马回疔丹治疗疔疮疗效报导．哈尔滨中医，1963，(6)：30～31
[31] 吴晓放．蜻酥涂膜剂用于治疗痈疽疔疮．中药材，1991，(2)：48
[32] 江德乐，江巨安．“神验疔毒丸”。外敷发泡法治疗早期化脓性感染．中国农村医学，1990，(5)：42～43
[33] 李济舫．疔疮治疗述要．江苏中医，1957，(2)：36
[34] 吴仲磐．以“白降丹”为主治疗疔疮的经验．上海中医药杂志，1964，(9)：16
[35] 董德明．应用拔疔丹治疗颜面部疔疮的体会．中医药研究，1997，(5)：39
[36] 贺菊乔．苍耳子虫外敷治疗颜面疔疮40例临床观察．江西中医药，1988，19(1)：20
[37] 周聪和．香蓉散外敷治疗颜面疔疮36例．湖北中医杂志，1989，(5)：4
[38] 赵满祥．五虎丹治疗疔疮三十例．湖北中医杂志，1984，(4)：53～54
[39] 王良佐．去毒膏治疗疔疮．湖北中医杂志，1984，(5)：12
[40] 王吉候．去炎酊治疗痈疽疔疮的临床观察．新中医，1994，(1)：52
[41] 胡金曼．芙蓉膏治疗疔疮．四川中医，1997，15(6)：19
[42] 李学祥，汪芳记．蝌蚪拔毒散治疗手足疔疮48例．湖北中医杂志，1991，13(4)：9
[43] 高志银．大黄黄连白矾汤熏洗治疗手足部疔疮32例．湖北中医杂志，1992，14(4)：35
[44] 张志强．红连膏治疗疔疮360例．辽宁中医杂志，1992，(8)：26
[45] 王永韬．千振膏治疗疔疮58例临床小结．安徽中医学院学报，1998，7(2)：32～33
[46] 符彦成，等．地牯牛雄松散治疗疔疮189例．四川中医，1995，(1)：41～42
[47] 许鸣珂．疔疮丸合疔疮围药治疗疔疮．浙江中医杂志，1995，(2)：67
[48] 胡天时．辣椒桐油外治指(趾)疔疮．中医杂志，1982，(7)：63
[49] 刘庆长，刘兆广．猪胆汁白胡椒治疗手足疔疮．山东中医杂志，1996，15(2)：87
[50] 唐汉钧、汝丽娟．手部疔疮并发指骨化脓性骨髓炎．中医杂志，1992，33(12)：40～41
[51] 徐福松．许履和老师诊疗疔疮走黄的经验．辽宁中医杂志，1981，(1)：21～23
[52] 李复峰等．粗针刺督脉治疗疔疮1426例临床总结．针灸学报，1990，(4)：1～2
[53] 曹济南．针刺“身柱”治愈疔疮的介绍．江苏中医，1963，(1)：40

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[54] 杜志昌．针刺身柱反应点治疗颜面疔疮．江苏中医杂志 1986，7(6)：29
[55] 王继元．锋钩针加拔罐治疗疔疮230例．中国针灸，1990，(5)：20
[56] 王翠兰．火针加醋胆膏治软组织急性化脓性感染．中国针灸，1989，(1)：50
[57] 张登部．钟岳桥灸法经验介绍．山东中医杂志，1989，(6)：34
[58] 吕荣等．艾熏治疗指(趾)头炎300例临床观察与实验研究．中国针灸，1987，(4)：18
[59] 周德宜，等．针刺熏灸治疗甲沟炎123例临床观察．云南中医杂志，1982，(1)：32
[60] 王振琴等．艾熏法治疗手足指、嵌甲94例．云南中医杂志 1986，(3)：36
[61] 叶春枝，等．艾熏加针刺治疗手指骨髓炎．浙江中医杂志，1985，(9)：402
[62] 刘贵仁．针刺阿是穴治疗红丝疔50例．四川中医，1987，(7)：44
[63] 陶月芬．针刺治验蚊虫叮伤引发红丝疔1例．甘肃中医，1996，(2)：36
[64] 孙振峰．针刺治疗红丝疔．中国针灸，1996，(10)：44
[65] 吴农荣．火针治疗急性淋巴管炎18例．新中医，1998，(3)：34～38
[66] 马宏欣．捏疙瘩治疗痈．陕西中医函授，1995，(1)：32～33
[67] 凌云鹏．临诊一得录．北京：人民卫生出版社．1982
[68] 上海中医学院．外科名家顾筱岩学术经验集．上海中医学院出版社，1987.242
[69] 黄河．疔疮膏治疗疔疮458例．湖南中医杂志，1988，(4)：42
[70] 何德湘．红宝白象膏治疗疔疮的经验介绍．成都中医学院学报，1986，(3)：24
[71] 徐澍，王官慧．单苍桂老大夫治疗疔疮经验方—野菊败毒汤．浙江中医杂志，1964，7(9)：6
[72] 方炜煌．方霖魁先生外科经验简介．新中医，1986，18(12)：5
[73] 方厚贤．名医方行维临床方按点滴．光明中医杂志，1996，(4)：31～32
[74] 姚弭乱．疔疮治验．中医杂志，1986，(2)：35
[75] 何惠珠．疔疮膏的制法及其临床应用．福建中医药，1991，22(2)：65
[76] 李庆．治疔疮验方—神效治疔散．四川中医，1988．(11)：11
[77] 陈康．疔疮拔毒膏．浙江中医杂志，1996，9(7)：40
[78] 程甘露，程新露．家传消肿灵验方介绍．国医论坛，1990，(3)：17
[79] 杨绍鑫．“菊蒲饮”治疗疔疮．四川中医，1984，2(3)：29
[80] 刘红．天藤散为主治疗颜面疔疮．河南中医，1990，(6)：43
[81] 广东省潮安县凤塘中学红医班科研组．蜂房散治疗疔疮．新中医，1975，(3)：25
[82] 杨天知．建粉散外敷治疔疔疮、蜈肉．新医药杂志，1978，(4)：29
[83] 余江平．大黄冰硝散治疗疔疮痈肿．四川中医，1984，2：162
[84] 杨贯中．“马青合剂”治疗疔疮痈疖．中医杂志，1985，26(4)：63
[85] 谭启文．介绍一个“疔疮”验方．江西医药杂志，1964，4(9)：440
[86] 傅火保．鲜鱼腥草外用治疔疮．江西中医药，1985，(5)：54
[87] 潘石信．草药抱石莲疔疔疮介绍．浙江中医药，1976，2(1)：36
[88] 胡金曼．疔疮良药落霜红．浙江中医杂志，1991，(2)：90
[89] 赵广玲．芭蕉叶外敷治疔疔疮．浙江中医杂志，1980，(5)：202
[90] 朱群福．樗胶治疔疔疮．河南中医，1984，(3)：17
[91] 广东省潮安县凤塘中学红医班科研组．野菊散、野蜂房治疔疔疮．新中医，1975，(3)：25
[92] 陈广昆．外敷茅膏菜治愈疔疮．新中医，1987，(5)：30
[93] 姜宏，陈桂英．止痛验方1则．江西中医药，1996，(2)：61

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 丹　毒 ❋

丹毒是一种皮肤突然成片红肿，色如丹涂脂染，游走极快，伴有恶寒发烧为特征的急性传染性皮肤病。由于发病部位不同而有不同的命名。发于下肢者称流火；发于头面者称抱头火丹；发于躯干者称内发丹毒；新生儿丹毒多生于臀腿部，且多流走性，称赤游丹。相当于急性网状淋巴管炎。丹毒命名虽多，但其发病多先由皮肤、粘膜破损，外受风、湿、热毒与血热搏结，蕴阻肌肤，不得外泄所致。

丹毒为一常见多发性皮肤病，不分性别、年龄、季节均可发病。中医治疗丹毒，疗效迅速可靠，但也有少数病例因全身及局部症状未能及时控制，可出现“陷证”。同时，反复发作的下肢丹毒可形成大腿风(象皮腿)，均当引起重视。总之，对本病亦应早防、早治，并要根治病因，避免复发。

丹毒是以病变部皮损色泽为特征命名的皮肤病。其临床表现与西医所称丹毒一致，若红斑上见水疱、大疱名之水丹，相当于西医水疱性或大疱性丹毒。水丹严重时可出现皮肉坏死腐烂，西医称之为坏疽性丹毒。

【今日临床】

1　诊 断 标 准

关于丹毒的诊断标准，西医目前多参考王坤山等主编的《中西医临床皮肤病学》。中医现行的法定诊断标准为中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，现仅作部分文字上修改与排序上的调整。现录如下：

1.1　中医诊断标准

1.1.1　病名诊断标准

多数发于下肢，其次为面部，新生儿丹毒，常为游走性。

局部红赤灼热，如涂丹之状，肿胀疼痛，红斑边缘撬起，与正常皮肤有明显分界，红斑有时可出现水疱、紫斑，偶有化脓或皮肤坏死。病变附近有臀核肿痛。

开始即有恶寒、发热、头痛、周身不适等症状。

可有皮肤、粘膜破损或脚癣等病史。

血白细胞总数及中性粒细胞明显增高。

1.1.2　证类诊断标准

风热毒蕴：发于头面部，恶寒发热，皮肤燉红灼热，肿胀疼痛，甚则发生水疱，眼胞肿胀难睁。舌淡红，苔薄黄，脉浮数。

湿热毒蕴：发于下肢，除发热等症状外，局部以红赤肿胀，灼热疼痛为主，亦可发生水疱、紫斑，甚至结毒化脓或皮肤坏死。苔黄腻，脉洪数。反复发作，可形成大腿风(象

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

皮腿)。

胎火蕴毒：发于新生儿，多见于臀部。局部红肿灼热，可呈游走性，并有壮热烦躁。

1.2 西医诊断标准

(1) 病理诊断

真皮高度水肿；

血管淋巴管扩张；

真皮中有广泛中性多形核白细胞浸润；

可深达皮下组织。

(2) 临床诊断

① 起病突然，发展迅速。

② 皮损初起有境界明显水肿性鲜红斑片。

③ 多发于颜面及小腿部，呈局限性。

④ 白细胞计数增高。

2 中心证候特征

由病原菌通过皮肤或粘膜细胞破伤侵入皮肤，或通过血行感染而引发的皮肤损害及全身感染，是丹毒病的证候学特征。其主症为红斑，次症为恶寒发烧、头痛、周身不适等。病变附近臀核肿痛。舌红、苔薄黄或黄腻。脉浮数、弦数或弦滑数。

红斑：呈鲜红色，似丹涂脂染，稍突出皮肤表面，状如堆云，与周围皮肤界限清楚。局部胀痛，扪之灼热，轻压之，红色即可消退，放手又复如前，红肿斑块向四周蔓延，呈游走状，常在原红斑附近出现新的红斑，再与之相连。红斑发生于颜面的，可从一侧颊部扩展到另一侧。红斑在蔓延扩展的同时，中央红斑逐渐消退、脱屑、呈棕黄色改变。病情严重者，红斑色深，在红斑中间出现水疱、大疱或血疱，甚或坏死腐烂。红斑发生部位以小腿最多见，其次为头面。新生儿则多见于腹、臀、腿部。红斑的水肿程度视发病部位而不同，如发生在眼眶部，则肿胀尤为明显，可致睁眼困难。皮损消失后，部分患者可遗留色素沉着。在其一处多次反复发生的复发性丹毒，其皮色较淡，局部症状较轻。

恶寒发烧：在恶寒发烧前数小时内，病人往往周身不适、头痛，或伴有口渴、恶心、四肢关节酸痛等全身症状，继而以但热无寒、持续不退。恶寒发烧常与红斑同时出现。少数患者亦有先感恶寒发烧，继而出现红斑。发烧可因感染程度与患者体质强弱面有所差异。严重时体温可高达 39℃～41℃。

臀核：多出现在红斑附近的皮下。发于下肢的流火，臀核见于胯腹沟处；发于头面的抱头火丹，臀核多见于颈项两侧、颌下、颏下。伴有局部肿痛，严重的局部灼热痛疼。多数于发病 2～3 天后可逐渐缩小，消失。

舌苔脉象：舌红、苔薄黄，湿热盛则见黄腻苔。脉象初期多浮数或弦数。湿热盛者，脉象多弦滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3 病　因

3.1 原发病因

丹毒的原发病因为内蕴血热。有心火、肝火、脾经湿热，以及胎火、胎毒之分。心主血，亦主火。心绪烦忧，情志化火，心火内积；肝喜条达，主疏泄。性情急躁，暴怒郁怛，气郁生火，肝经火旺；脾主健运，喜燥恶湿。饮食不节，嗜食辛辣、香燥、炙煿、醇酒、肥腻之物，脾运失常，湿热内蕴，化为湿热；胎火胎毒，多因孕母过食五辛，炙煿之物，或父母不节其欲，淫火猖炽，遗于胎儿。

3.2 继发病因

继发病因为复感风热湿邪。丹毒发病部位与所感外邪种类密切相关。风为阳邪，其性上行，多伤人之上部。头为诸阳之会，外感风温风热之邪，与内蕴血热相合，化为火毒，风火相煽，风助火势，火借风威，暴发于头面，形成抱头火丹；外感火毒之气与肝经郁火、脾经湿热相感，气火发于中，暴发于肋下、腰胯之间，形成内发丹毒；水性下趋，外感湿邪与内蕴湿热相合，湿热下注，流走于下肢腿、足，形成流火；外感风热毒邪，客于腠理，与内蕴之胎火、胎毒相合，搏于气血，蒸发于外，见于脐周臀腿之间，游走不定，形成赤游丹。

3.3 诱发原因

丹毒是 A 组 B 型溶血链球菌引起的急性化脓性感染性真皮炎症，致病菌通过皮肤粘膜的破损处侵入体内，经血行感染，即所谓染毒而致生本病。发于下肢腿足的流火，多由脚湿气，或外伤感毒诱发；发于头面部的抱头火丹，多由鼻、咽、耳、口齿的病灶，及头面部的病灶而引发，挖鼻、掏耳、头面的外伤，常被认为是造成局部感染病灶的原因；内发丹毒，多因于胁肋腰胯部痒疹，及脐周湿疹，搔抓染毒而发；赤游丹多由新生儿断脐，或养护不当，臀腿等处皮肤破损染毒而引发。酗酒、全身营养状况低下，正气亏虚，卫外乏力，均与本病发生有关。

4 病　机

4.1 发　病

丹毒的发生由于血热内蕴，郁于肌肤，复感风热湿邪，内外合邪，热毒之气暴发于皮肤之间，不得外泄，蓄热为病。丹毒的发病虽有潜伏期，一般为数小时至 3～5 天，但病起突然。患者继短暂的周身不适后，即出现寒战高烧等全身症状。高烧的同时或稍后，即出现有灼热感的细小红斑，迅速向四周蔓延，形成大片状，稍高出于皮肤表面、境界清楚、色如涂丹的红色斑块。慢性复发性丹毒，其发病相对较缓，变化亦慢。

4.2 病　位

局部损害在皮肤，红斑发无定处；以下肢腿、足为最多见，次其是颜面部、肋下、腰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胯间。初生儿的赤游丹多见于脐腹部及臀部。发病初起即恶寒发热，病在卫分，继而壮热、口渴，病在气分、营分。若出现热毒内陷变证，甚或神昏谵语，为热毒入营血，逆传心包。

4.3 病 性

为阳热实证。突起恶寒发热，口渴、尿黄、便结，以及局部灼热红斑，是标本俱实，阳热为患。

4.4 病 势

病起突发，虽初起即恶寒发热，头痛身楚、胃纳不香、尿赤便秘，呈血热内蕴、表里俱实之势。局部红斑亦从初起小片，很快蔓延成大片，此正盛邪实之象。数日之后，红斑不再扩展，而开始消退，身热开始下降，终于皮肤颜色及体温皆恢复正常，皮损处仅残留小量的鳞屑而告愈。预后多良。若火毒炽盛，尤以新生儿或老年体弱者，易致热毒内陷，证见壮热烦躁、神昏谵语、恶心呕吐、预后不良。另外，游走性红斑由头面、四肢游向腹胸者，多逆。

4.5 病机转化

丹毒的病机转化决定于引起该病的内蕴血热、外感风热湿邪与人体正气相争，及其消长变化。病发初起，内外合邪，热毒之气暴发于皮腠之间，不得外泄，蓄热为病。如果正气不衰，经过辨证论治，风得以散、热得以清、湿得以利、毒得以解，正胜邪退，则热退身凉，红斑渐以消散。新生小儿稚阴稚阳之体，脏腑未实，或平素体弱，气阴不足，或年老体虚，气阴两亏，正不胜邪，倘若火毒炽盛，极易毒邪内攻，进入营血，出现热毒内陷之证。热毒之气暴发于皮腠，皮肤间斑块呈色红光亮，若湿重，热从湿化，湿热毒邪稽留肌肤，水湿外透，则于红斑上出现水疱、大疱；湿热壅盛，蕴蒸于肌腠，则可见血疱，甚至热盛腐肉，皮肉为之坏死腐烂，均为逆证，使治愈难度加重。流火由外感温热与脾经湿热相合，湿热下注，游走于下肢腿足部，湿多粘腻，每多缠绵不断，故流火多易复发，形成慢性丹毒。严重者湿热互结，久滞经络，气滞血瘀，导致下肢粗肿，形成象皮腠。

4.6 证类病机

风热毒蕴：风为阳邪，风热合邪挟内蕴血热，形成风热毒蕴证，依风之性上犯，发于头面。病在卫分、气分，正盛邪实，正邪相争，故恶寒发烧，常伴周身不适等全身症状。风热阳邪宣浮向外、风邪善行数变，因此，红斑表现为燉红灼热，且扩展迅速。气血为热毒阻滞，故肿胀疼痛。毒邪蕴于肤腠，气机不利，当水湿不得气化，甚则斑块上见水疱。眼胞属脾，其组织疏松，为风热毒邪所感，脾运失常，宣浮之肿导致眼睑难睁。舌质红、苔薄黄、脉浮而数，血热在卫气分之征。

肝火毒蕴：火从内发，红斑见于胁肋、胸腹、腰背、脐周肝经循行之处。此肝经郁火所发，或挟有脾经湿热。症见红斑肿胀，灼热疼痛，向四周蔓延，病在少阳，开阖不利，寒热往来，口苦咽干，胁肋胀痛。舌红，苔薄黄，脉弦数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿热毒蕴：湿性趋下，故湿热毒蕴证见发于下肢。证属阳热，证见发热。湿热毒蕴结于肌腠，从而局部斑片红赤肿胀，灼热疼痛。湿重，水湿渍滞不得泄，故红斑上见或小或大的水疱，同时红肿处按之如泥凹陷不起。湿热毒壅，气血瘀阻，因而出现紫斑。气滞血瘀，湿从热化，热盛则肉腐，皮肉坏死。湿邪腻滞，缠绵难愈，症见反复发作。湿邪留连难去，阻滞经脉，瘀塞不通，久之形成象皮腿样改变之大脚风。苔黄腻，脉洪数，均属湿热之象。

胎火毒蕴：证由胎火胎毒内蕴。加之断脐及新生儿养护不当，复感风热毒气搏于气血，客于腠理而发，红斑见于臀腿之间，热毒之气极，因而红肿而灼热；血热相搏，风气乘之，红斑因之多呈游走性。小儿为稚阴稚阳之体，抗病力弱，内蕴之胎火、胎毒与外邪交合，热毒若内攻，必耗伤阴液，上扰神明，见壮热、口渴、烦躁、神昏之症。

5 临床思路

5.1 抓住主诉

皮肤突发红色斑块，局部灼热疼痛，伴有恶寒发热等全身症状。

5.2 分析病位

丹毒病位在皮肤，发无定处。但发病部位与病因病机密切相关，应作重点考虑的内容。辨证应紧密联系发病部位与风、热、湿、毒致病特性进行分析。

5.3 确定病性

丹毒病属阳热实证，其本为内蕴热毒，其标为外感风、热、湿邪，急性期以实(湿)热为主，反复发作的慢性丹毒，以血瘀、湿滞为主，热毒内陷证表现为本虚标实。临床中要注意红斑的发展与体温的变化。红斑多流走不定，一般说来，从心腹向四肢行走为顺证；从四肢走向心腹为逆；红斑虽向四周蔓延扩展，中央红色逐渐消退，体温亦随之下降为病退；红斑迅速扩散，中间出现水疱、大疱，甚至坏死腐烂，体温持继增高，呈壮热、口渴之势为病进。新生儿赤游丹，若红斑迅速向外行走，流行遍体、身发壮热、烦躁神昏、啼哭惊呼，甚见脐腹板硬，舌质红绛、指纹穿关透甲，则为危候。

6 鉴　别

面游风毒：发病亦突然，头面部出现红斑，两眼合缝，红斑界线不清。虽燃热红肿，但无恶寒发烧全身症状，局部不痛，仅有体感或感作胀。多见于中药毒、红花草疮、泥螺日光性皮炎、植物日光性皮炎，有服药史或食野菜或其它食物史可与抱头火丹相鉴别。

漆疮：有油漆接触史，皮损界线不清，以肿胀、水疱、丘疹为主，燃热瘙痒，无疼痛，亦无恶寒发烧全身症状，可资鉴别。

伤水疮(类丹毒)：初起为小范围的紫红斑片，以后向四周缓慢扩散，中心渐退为特征。常发于手部，与职业有关，多见于肉类加工、渔业工人、有被肉骨、鱼刺划伤皮肤，或皮肤破伤后接触猪肉、鱼类史。斑片范围小、来势慢，无全身症状是其鉴别点。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

猢狲疳：病发于新生儿，臀肿烦烂，红赤无皮，重者烦赤遍体，以七窍为甚。由胎中感受遗毒所致。即胎传梅毒，应与皮损见于臀腿为主的赤游丹相鉴别。

痈：皮色紫红，中央隆起，稍发硬而坚实，红肿显著而边缘炎症较轻，境界不清。而丹毒则边缘翘起，边界清楚，是其初期鉴别要点。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 风热毒蕴

临床表现：发病前或有挖鼻，掏耳，头面部创伤史。起病即有恶寒发烧，头痛身楚等全身症状。红斑发于头面部，初为鲜红斑片，红肿灼手，继而蔓延扩散，重者游走迅速，甚则头大如斗，目肿如蟠桃，不能睁开，口唇外翻，肿胀疼痛，甚可发生水疱。耳后，颈侧或颏下可见胥核。舌尖红，苔薄黄或黄厚，脉浮数。内热重者，口干，大便秘结，小便短赤，甚则壮热不退，恶心呕吐，咽喉闭塞，牙关紧闭，汤水难入，症属危笃。

病机分析：风为阳邪，头为诸阳之会，风热之邪外感，化火化毒，袭于肌肤，发为抱头火丹。红斑见于头面，风助火势，火助风威，因此，红斑灼手，呈迅速蔓延扩散之势。外感风热，正盛邪实，病邪在表，病发即有恶寒发热，头痛身楚。阳热之病在上，舌见尖红，苔薄黄，热盛则黄厚。脉浮主上，数主热，脉见浮数。如患者素有血分热甚，风热外邪与血热相合，热结于腑，则口干，大便秘结，小便短赤。甚则壮热不退，腑气不通，胃气上逆，故恶心呕吐。毒热上壅，气机不利，故咽喉闭塞，牙关紧闭，乃致汤水难入。

转归：本证一般预后良好，常在 2～3 天后红斑停止扩展，中央红色逐渐消退。若调治得当，风热得清，热退身凉。风热毒盛者，则热毒入腑，毒热上壅，出现腑实证，乃至咽喉闭塞。

治法：散风清热解毒。内热盛者，当配以清热通腑。若火毒炽盛，又当泻火清营。

方药：(1) 初起恶寒未除，可用通圣消毒散加减。

荆芥　防风　芍药　连翘　川芎　当归　薄荷　黄芩　栀子　桔梗　甘草　牛蒡于

(2) 恶寒已除，但发热不恶寒者，以普济消毒饮方加减。

黄芩　黄连　甘草　玄参　连翘　板蓝根　马勃　牛蒡子　薄荷　僵蚕　金银花　菊花　桔梗

临证参考：本证治疗重在散风清热解毒，虽初起恶寒未退者用通圣消毒散方加减，意在取荆、防类辛而微温之品发散在表之寒，但寒去即可，不宜久用，以免助热生风。病在头面，普济消毒饮乃正治之方。内热重，腑实大便秘结者，加大黄，芒硝；小便短赤者，加滑石，木通；口渴引饮者，加天花粉；咽痛喉闭者，加玄参，麦冬，生地，木蝴蝶。

7.1.2 肝火毒蕴

临床表现：红斑发于胁肋，延及胸腹、腰背、脐周、胯间。色红如霞，游走如云，痛如火燎。初起即恶寒发烧，次后潮热往来。常伴口苦咽干，胁肋胀痛，便秘尿赤。舌红，苔薄黄，脉弦数。

病机分析：此证又名内发丹毒，多因暴怒、郁悒伤肝，气郁生火，肝经火郁或挟脾经

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿热，循肝经循行而发于胸胁腰胯，而见少阳开阖不利之症。

转归：本证一般预后良好。如得到及时合理治疗，红斑亦常在2～3天后逐渐停止发展，进而消散，热退身凉。老年体弱患者若热毒炽盛，当预防热毒内陷。

治法：清肝利湿解毒。

方药：方用栀子清肝汤或化斑解毒汤加减。

柴胡　山栀子　龙胆草　黄连　黄芩　玄参　连翘　赤芍　车前子　甘草

加减：若壮热不退，加石膏以清解气分之实热，除烦渴引饮；腑实大便秘结，加大黄，芒硝以通而泄之

7.1.3　湿热毒蕴

临床表现：病发暴急，恶寒战栗，壮热，体温可高达40℃以上。红斑见于下肢胫足，红肿坚硬，燃热灼手，痛如火燎，表面光亮。湿重者按之凹陷。胯间臀核肿痛。舌红苔黄腻，脉滑数。后期易于复发。

病机分析：脾失健运，湿热内生，复由素有脚湿气或足部外伤染毒引发，湿热下注于腿足部，蕴结而成。由于湿热火炽，所以病发暴急，初即恶寒战栗，继而壮热。湿热下注，红斑见于胫足，燃肿灼热光亮。湿热壅于脉络，肌肤为之肿，初为硬肿，继而湿聚不化，按之陷而不起，湿邪腻滞，缠绵难解，故湿热毒蕴证每易反复发作。

转归：本证湿重者由于水湿停渍，可于红斑上出现水疱，大疱，称之为水丹，甚或湿热瘀久化腐成脓，出现肌肤腐烂。本病后期容易复发，开始一年发作一二次，以后逐渐发作频繁，可见隔几月，几周，乃至数天一发。复发性丹毒一般局部或全身症状较轻，屡次复发日久腿胫肿胀不消，渐见粗大，形如象皮腿，谓之大腿风。

治法：急性发作期治以利湿清热解毒为主，反复发作者，则宜配合健脾化湿之膏、丸方从缓图之。

方药：方用萆薢渗湿汤合五神汤加减。

萆薢　赤伏苓　薏苡仁　泽泻　黄柏　丹皮　金银花　紫花地丁　车前子　牛膝

加减：若热盛腐肉，肌肤腐烂未脱，加当归尾、甲珠之类托毒去腐。反复发作者，配以苍术膏或二妙丸长时间服用。

7.1.4　胎火毒蕴

临床表现：突发于新生儿脐周，腰腹之间。欲发之时，先发身热，啼叫，惊呼不安，手足冰凉，次生红肿斑块，光亮发热，迅速向外行走，重者可延及遍体。舌质红绛，指纹透关穿甲。

病机分析：此证为胎火胎毒内蕴，复因脐腹臀部创伤或养护不当染毒而发。热毒之气客于腠理，搏于血气，故身热啼叫，惊呼不安，手足冰凉；蒸发于外，见红肿斑片发于腰腹之间。小儿气血未定，肌肤柔脆，无力胜其慓悍之毒，因此红斑迅速向外行走，乃至延及遍体，且多变证发生。舌质红绛，指纹透关穿甲，乃热毒搏于血气之征。

转归：如即早治疗，一二日间身轻腹软，热退身凉，乳吮正常者，可望治愈。红斑起于背腹，流散四肢者顺；起于四肢，流入胸腹者逆。热毒甚者，红斑上可出现水疱，甚至发生坏疽。若失治，热毒入里，可出现腹胀坚硬的腹膜炎征，或出现烦躁、神昏、哭闹不止的内陷证，病多难痊。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：凉血清热解毒。

方药：方用犀角地黄汤合黄连解毒汤加减。

水牛角 鲜生地 丹皮 赤芍 黄连 黄柏 栀子 紫花地丁 金银花 生甘草

加减：食滞者加保和丸以消食导滞。大便秘结者加一捻金，每次服 2 分，蜜水调服。毒邪内攻者，宜服紫雪丹，每日 2 克，3 次分服。

7.1.5 毒邪内攻

临床表现：红斑迅速蔓延，如燎原之势扩散，壮热神昏，烦躁谵语，呼吸急促，头痛剧烈，恶心呕吐，便结溲赤。舌红绛苔黄，脉洪数。

病机分析：此为丹毒危笃重证，正不胜邪，反陷入里，客于营血，内传脏腑而引起的全身症状。多发于老年体弱及新生儿，以抱头火丹及小儿赤游丹多见。老年、体弱者，气阴两亏，新生儿气血未定，皆不胜慓悍之热毒侵犯，故红斑发展势如燎原；热邪上扰神明，故壮热神昏、烦躁谵语(在小儿为啼哭惊呼不止)。热毒内陷，阳气郁而不伸，故呼吸急促。头为诸阳之会，热毒上攻，故头痛剧烈。热毒内陷，犯胃则恶心呕吐；内结阴耗，则便结而溲赤。热入血分，舌绛苔黄，脉洪数。

转归：毒邪内攻，热毒内入营血，来势迅猛，其症重笃，若能及早救治，急进重剂清热、解毒、凉血之品，以折其火势，“犹可透热转气”，获一线之生机。否则热深毒深，必致厥而不起。

治法：凉血解毒、清营开窍。

方药：方用清瘟败毒饮或清营汤加减。

水牛角 生地 丹皮 玄参 赤芍 黄连 黄芩 栀子 知母 生石膏 金银花 连翘 丹参 淡竹叶

临证参考：病来急促，病势重笃，应根据病情加重方中药物用量。病重者可每天 2～3 剂顿服。若症见神昏谵语，任选安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹、牛黄清心丸中之一种，配合汤药服用。

7.2 临床用药经验与体会

丹毒为常见多发皮肤病之一。对其病因、病机以及分型论治的认识日臻一致。近代医家积累了不少用药经验、大大丰富了丹毒病的辨证用药。

7.2.1 清热药

清热解毒是治疗丹毒的一大法则。清热药类品种繁多，常用于丹毒的清热药有清热降火药、清热解毒药及清营凉血药。龙胆草、栀子、黄连、黄芩、黄柏为味苦性寒类清热降火药，因其苦寒泻火，常用于丹毒壮热口干、斑块红肿，燔热灼手之实热蕴结者。因其归经不同，临床使用有所侧重。临床上丹毒发于头面者，多选用黄芩、黄连；发于胸胁背胯者，多用栀子、黄连；发于下肢者多选用黄柏、龙胆草。苦寒降火药能导致中阳衰微，故丹毒脾胃虚弱、食少便溏者应予慎用。苦寒药性燥伤阴，丹毒体伤者，当与养阴药如生地、玄参、天花粉同用，以免伤津化燥。清热解毒药，清热之中重在解毒。常用金银花、连翘、紫花地丁、大青叶、板蓝根。银花、连翘、紫花地丁均属质轻略带芳香之品，轻扬向上，具散热邪、开郁结之功，为治丹毒热邪蕴结的常品。大青叶、板蓝根是治疗热病及

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘟疫的要药，用于丹毒热盛斑块红肿、燃热灼痛者，能清热解毒消斑。热毒若在气分而火热炽盛者，清热解毒药常配合清热泻火药同用。热毒在血分者，又当配伍清营凉血药同用。清营凉血药常用药物为水牛角、玄参、生地、丹皮。水牛角苦咸寒，清热解毒、凉血止血消斑，常与石膏、知母、玄参组成化斑汤，或与黄连、玄参、麦冬、连翘、丹参等组成清营汤。前者用于热毒炽盛之壮热发斑，后者用于热入营血的壮热神昏谵语，均见于丹毒之热毒重证。但水牛角效力较弱，用量宜大，一般用量为 30～100g，近年有水牛角浓缩片应市，可供使用。

7.2.2 活血化瘀药

丹毒发病，火毒入营阻络是重要的病机之一，常与风热上乘、气火内发、湿热下注互为因果。因此，在治疗中和营活血药与清热疏风、清热解毒及清热利湿药常配合运用，不能偏执一方。尤其是反复发作的慢性丹毒，多与血热瘀滞、血流缓慢、毒邪停滞有关。因此活血化瘀药应贯穿于本病治疗的始终。初起红肿之际，以生地、丹皮、赤芍之类凉血活血。热退身凉，瘀肿胀痛时，以当归尾、泽兰、丹参、桃仁之类以活血化瘀。虎杖具清热解毒、活血通经、通络止痛之功，越来越为医家重视，可重用于本病的始末。

7.2.3 利湿燥湿药

丹毒发于下肢，蕴热夹湿，显而易见。其次，红斑上见水疱、大疱以及下肢复发性丹毒的缠绵难愈，均与湿邪滞留相关。因之，利湿、燥湿在丹毒的治疗中也占有相当重要的地位。有清热利湿、健脾利湿与化湿燥湿之分。凡身热、红斑燃浮，按之凹陷或有水疱、大疱者，当以清热解毒与淡渗利湿药同用。利湿选茯苓、萆薢、车前子、木通之类。反复发作的下肢丹毒，则配用健脾利湿药，如白术、生苡仁、扁豆、赤小豆之属，脾健则湿去。至于形成象皮腿，则应配以化湿燥湿之品，如黄柏、苍术之类。利湿药又常与行气药与活血药同用，取其行气化湿、活血利水，可收事半功倍之效。

7.2.4 引经药

丹毒发无定处，临床用药时应根据所发部位选用相应的引经药，引导其它药力直达病所，以提高用药的效果。若红肿斑片先发于鼻额，随后延及眼目，红斑呈蝴蝶状、重者致两目胞肿而不开、病在阳明经，加知母、石膏；若先发于耳周、并头角红肿，日晡潮热往来，口苦咽干，目痛咽干，目痛胁胀者，病在少阳经，加升麻、柴胡以行少阳之郁。若发于头上脑后因头皮致密，常有剧痛，证虽属太阳经，但太阳经之引经药藁本、羌活均为辛温之品，有助火生风之嫌，不宜加用，根据临床经验，可加大青叶或加倍板蓝根用量。病在下肢胫足、可选用牛膝以引药下行直达病所。

7.3 外 治 法

丹毒的外治法主要有药物外治及针刺疗法两部分，作为内治法的辅助疗法，单独或综合运用，对于提高本病的治疗效果、缩短病程、减少甚至避免复发有重要的意义。

7.3.1 药物外治

涂擦法：活蚯蚓剖开洗净，加入白糖适量，半日后取糖浸蚯蚓汁涂搽红斑处。适用于丹毒初起燃红肿胀期。方便、快捷，尤适用于发于头面部的丹毒。

鲜草药外敷：将选用的新鲜草药洗净，加食盐少许捣烂，敷于红斑处。常用药有蒲公英、紫花地丁、仙人掌(去刺)、芭蕉根、马齿苋、丝瓜叶、大青叶、乌敛莓、芙蓉花叶、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

野菊花叶、白菜帮、绿豆芽等。可任选一种。适用于丹毒早期红斑灼热肿痛时。在使用鲜草药外敷时，一般有溃疡者不宜用。敷后应防止干燥。干后可用捣出的原药汁或冷开水淋上湿润或另换之，以不致患部干绷不适为佳。每日 1 换。现捣现用。

油膏及蜜水调膏外敷：将药物与油脂类煎熬去渣、或将药粉与油脂类捣匀制成的膏称软膏。将药粉与一定比例的蜂蜜与冷开水调匀制成的膏称蜜水调膏。常用方有玉露散、四黄散、如意金黄散、冲和膏。玉露散、四黄散适用于丹毒中期红肿消退时；如意金黄散、冲和膏则运用于后期，燃红虽退而肿胀不消时。外敷于红斑处，每日 1 换。蜜水调膏较软膏具有透皮吸收效果好，局部刺激性少等优点。

熏洗法：将药物煎取汁倒入木桶中，乘热先熏，后温洗。熏时应以棉被等物覆盖以免热气过快散失。每次 20～30 分钟，每日 1～2 次。常用药：①大蒜一大把；②乌梅梅叶、鲜樟树叶、松针各 60g、生姜 30g；③紫苏、葱白、鲜凤仙花茎叶各 100g。任选一方，加水煎取药汁约 5000ml。适用于反复发作的下肢丹毒。

7.3.2 针刺疗法

砭镰法：是局部浅刺放血以泻热毒的外治法。先行在红斑处常规消毒，取三棱针砭刺，手法宜轻，砭刺宜浅，见血即可。一日 1 次，或隔日 1 次。头面部及新生儿丹毒不宜使用本法。多用于下肢复发性丹毒，亦可用于丹毒急性发作早期。

委中放血疗法：于委中穴处针刺放血，隔日 1 次。运用于下肢复发性丹毒的治疗。

毫针刺法：取穴：阴陵泉、足三里、血海、行间、侠溪、三阴交。均用泻法。每日或隔日 1 次。主治下肢丹毒。

芒针疗法：用芒针在患处作沿皮针刺。隔日 1 次。适用于复发性丹毒。起到延长复发间隔期，从而达到治愈的目的。

7.4 调 摄 护 理

丹毒发病突然，起病即有恶寒发热，局部皮肤出现红斑，严重时可出现热毒内陷。下肢丹毒每易反复发作。加强护理工作是提高临床治愈率、缩短治疗时间、避免病情恶化、减少复发率的重要环节。

一般调护：要根据证候、病机特点进行辨证施护。急性高热期应卧床休息，病变在下肢者，应抬高下肢。多饮温开水，并与健康人隔离，用过的敷料要烧毁，避免接触传染他人。有皮肤破损及湿脚气的，应及时治疗，以免再度感染。头部剧烈疼痛时，可针刺合谷、外关、曲池等穴。

重症调护：有热毒内陷倾向者，应密切观察病情变化。出现昏迷者，应建立特护记录。及时准确的观察、记录神识变化，了解昏迷的深浅、进退、瞳孔的变化，呼吸的形式、频率、节律的改变，以及舌象、脉象和血压的变化。呕吐、二便的情况。体温超过 39℃ 以上者药物治疗外，应配合物理降温。应警惕痉厥、抽搐的发生。发现变证发生，应及时采取中西医结合方式进行抢救。

饮食调摄：多食蔬菜、水果，忌食助热生火食品，如辛辣、油腻、炙煿发物。

复发性丹毒调护：对于反复发作的下肢丹毒，应彻底治愈湿脚气及其它溃疡感染源。出现象皮腿改变的，可用绷带缠缚，或用医用弹力护套绷缚。宽紧应适度，均需在患者未

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

下床前缠缚或穿好。

7.5 西医治疗撮要

内治选用抗生素。首选青霉素，其次为红霉素，四环素，亦可选用磺胺类药物。加强支持疗法。如因中耳炎继发的耳部丹毒，及鼻炎继发的颜面部丹毒，则应给予相应的治疗。外治局部外贴 20%～50%的鱼石脂软膏。患处(除颜面外)周围皮肤可涂 2.5%的碘酊；下肢丹毒可用硼酸水或 0.1%雷夫诺尔液冷湿敷。如局部有水疱，大疱，可用消毒注射器抽吸出疱液后再冷湿敷。慢性复发性丹毒，可选用紫外线照射，或用小剂量 X 线照射，每次50～100γ，每两周 1 次，共 3～4 次。

8 疗效评定标准

治愈：全身及局部症状消退，血象正常。

好转：全身症状消失，局部症状未全消。

未愈：全身与局部症状未能控制，出现“陷证”。

国家中医药管理局行业标准的颁布、实施，使丹毒的中医诊断，疗效标准的评定，有了法律依据。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病名及定义

丹毒一病，渊于《内经》，称之谓“丹熛疮疡”。历代医家在此基础上多有论述。自古病变局部的颜色常被作为中医外科疾病命名的依据之一。凡皮肤损害发如丹涂之状，燃红成片，均可称作“丹”。它包括了诸如缠腰火丹(带状疱疹)、石火丹(固定性药疹)、梅核丹(结节性红斑)等在内的，以皮肤发赤为主症的一类皮肤病。[1]可见古之医家对“丹”的认识不一定专指“丹毒”。又如赤游丹，它是发生于新生儿的一种以红斑为主症的皮肤病，即可指为新生儿丹毒，也可能是新生儿尿布皮炎。[2]即便是丹毒，因发病部位及表现的不同，又有抱头火丹、内发丹毒、流火、赤游丹、火丹、水丹等名称的不同。这种一病数名，一名数病的现象，造成诊断与病名的混乱显而易见。如是，从中西医结合的角度，采用衷中参西的方式，广州中医学院在其主编的全国高等医药院校试用教材《外科学》(中医专业用)中，在述叙本病因其皮肤突然发红、色如丹涂脂染，故名丹毒的同时，引进西医病因学的概念，指出本病是由溶血性链球菌(丹毒链球菌)侵入皮肤或粘膜内的网状淋巴管所引起的急性感染。[2]从而使丹毒的中医病名有了客观的指标。这一观点被专家们在制订中华人民共和国中医药行业标准时所采用。《中医病证诊断疗效标准》中丹毒的定义是：丹毒多由皮肤、粘膜破损、外受火毒与血热搏结，蕴阻肌肤，不得外泄，致患部鲜红灼热，有如涂丹为特征的急性感染疾病。生于下肢者称“流火”；生于头面的称“抱头火丹”；新生儿多生于臀部，称“赤游丹”。相当于急性网状淋巴管炎。至此，丹毒一病的命名，有了法定的依据。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因学的现代研究

1.2.1.1 季节、气候、与发病 丹毒一年四季均可发生，但其发病与季节、气候因素仍有着密切关系。郑彬彬通过对 104 例下肢丹毒发病季节的分析发现，发于春季者 15 例、夏季者 44 例、秋季者 35 例、冬季者 9 例。以夏秋季为好发季节，共 80 例。[3]因夏、秋间气候多湿热，外感湿热流注下焦，血分热盛，热毒结于肌肤而发为下肢丹毒。根据报告分析，季节、气候因素可能与引发丹毒的诱因有关。

1.2.1.2 感染途径及诱因 丹毒是由 A 组 B 型溶血链球菌引起的急性化脓感染性真皮炎症，其病因是致病菌通过皮肤、粘膜的细胞破伤处侵入皮肤引起真皮组织发炎。朱仁康、李博鉴等均认为发于面部的抱头火丹的感染途径是通过抠鼻孔、耳孔，沾染毒邪，内侵肌肤，或体肤破伤，外邪入内。[4~5]边天羽指出，鼻窦、外耳道、牙齿的感染病灶均可成为面部丹毒病的因素。[6]纵观现代医家论述，均认为发于下肢的丹毒，多为足癣与下肢外伤所诱发，尤其是足癣更为最常见的诱因。郑彬彬统计 104 例下肢丹毒，除 7 例原因不明外，由足癣引发的 53 例，外伤引发的 44 例。足癣引发病例超过了全部病例半数以上。[3]邹桃生以四妙丸治疗丹毒 178 例，分析发病原因，足癣 110 例、外伤 38 例、毒虫咬伤 12 例、原因不明 18 例。[7]均足以说明这一结论。朱仁康认为，赤游丹的发生或因断脐时，或臀、腿等处破伤，外受毒邪所致。并认为本病昔时患儿甚众，因产婆接生，不讲卫生之故，由于现代新法接生，此病已不多见。[4]

1.2.1.3 其他菌类所致丹毒 近来文献报道，除 A 组 B 型溶血性链球菌外，还有其它病菌类所致丹毒。①葡萄球菌性丹毒：由葡萄球菌引起。大都由毛囊炎、疖子或虫咬后继发感染引发。因葡萄球菌缺少溶纤维素和透明质酸酶，所以其发病特点为皮肤红肿、中间发白，皮肤境界有时不清楚，炎性浸润重，疼痛较重，局部蔓延速度较慢。②坏疽性丹毒：为化脓性细菌及绿脓杆菌或变形杆菌、大肠杆菌等混合感染。也可由链球菌或葡萄球菌引起。其皮损特点为红肿、中间为黑褐色痂，疼痛剧烈，痂皮脱落后有脓液流出，出现坏死组织。并指出此型丹毒预后差。[8]此类丹毒及致病菌的提出，为临床工作者对丹毒的认识和研究提出了新的课题。

1.2.2 病机的研究 有关中医外科病机，历来无系统专著，大多散见于外科书籍中。主要以脏腑、气血、经络、阴阳等学说来阐明之。有关丹毒的发病机理的论述，同样如此，尚不能与西医之病理改变结合起来加以说明。一般认为丹毒的发病机理在于素体血分有热，外受火毒搏结，热毒蕴于皮肤不得外泄而发。赵炳南提出，丹毒的发生血分有伏火(血热)是其内因根据，而火毒温热为其外因条件。皮肤粘膜破损、邪毒乘隙侵入是其诱因。“根据”，“条件”，“诱因”三者是丹毒病形成的三要素。由于内有血热，外受毒热，内外合邪，两热相搏，故发病较急，突然发冷发烧，皮肤红肿。同时由于湿、热孰重孰轻的不同，病机变化也各异。湿热较重者，熏蒸肌肤，故见水疱、渗液；热毒重者则见高烧不退，或毒热入里而神昏、谵语等症。发于头面者多兼有风热或热毒较盛；发于胁下腰胯者多兼挟肝火；发于下肢者多挟有湿热。急性发病者以毒热盛为特点；慢性者往往是因为湿热兼挟而致，因为湿性粘腻而且又为重浊有质之邪，故缠绵不愈；反复发作者，主要是

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿毒热邪阻遏经络。[9]顾筱岩论述下肢丹毒发病机理时亦认为一是湿热下注，一是火毒入营阻络。同时强调，二者常互为因果。[10]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状的观察研究

症状的观察是临床研究的基础，从丹毒病症状学的研究中既能探索丹毒的证候及变化规律、了解善恶顺逆，又对指导临床治疗有着重要的意义。丹毒的临床症状分为皮肤损害与全身症状两大类。而皮损的表现不但在诊断上，而且在判断其病因、病机上尤其占有重要地位。房芝萱根据临床所见及医书中记载，依据临床症状的观察，将丹毒分为水丹(风丹)、湿丹、火丹三类不同的证候。水丹其临床表现为急性发作，病位多发于头面及下肢，皮色燃红，局部漫肿，边缘不太清，红斑上多见水疱，疱破则津液渗溢、痛而痒，全身症状表现为发热。多因脾胃积热与热而挟湿所致，或兼风热形成，故又名风丹。湿丹，为慢性，病位多发生于腰胯及下肢，皮色不变，兼有光泽、呈漫肿高起之势，按之有凹陷，边缘不太清，少见水疱发生、痒轻，胀痛发沉，全身症状表现为一般不发热、燃发时伴有发热。为湿寒凝滞而成，又能转化为热而燃发。火丹亦为急性发作，发无定处，局部皮色红赤如火灼，呈漫肿势、边缘清楚，无水疱，痛而灼热。全身症状明显，畏寒高热、口干思饮、便秘尿赤，重者呕吐、神昏谵语，为诸经火毒暴发所致。[11]红斑游走是丹毒皮损的特征之一。朱仁康等依据面部丹毒的走向来确定丹毒病犯何经，为分经辨证提出了依据。并认为由头面流向胸腹多逆。[4]作为判断丹毒病变顺逆的标准，与古人观点一致。

2.1.2 舌象观察

《辨舌指南》谓："辨舌质，可辨五脏之虚实；视舌苔，可察六淫之浅深"。因为脏腑气血之虚实、病邪深浅出入、津液润枯盈亏，均可在舌质和舌苔上表现出来。舌诊的临床研究越来越为临床家所重视。方大定通过对360例皮肤病舌诊的观察，发现属湿热或毒热证者，多见红舌，有血瘀见证者，多见紫舌及舌下静脉异常。属湿热者多黄腻苔，属风热或毒热证者，多黄厚燥苔或白厚干苔。以试纸法测定，结果属湿热证者，其湿度较大。通过微观望舌和舌刮片观察了黄苔，属细菌感染之皮肤病患者，其片中以中性粒细胞较多；属病毒感染者，淋巴细胞稍多；属热毒证者，其片中中性粒细胞较多；属风热证者，较少。[12]此项观察虽非独指丹毒一病而言，亦有一定的参考价值。

2.2 证候学研究

判明丹毒证候属性对其辨证论治有着重要的意义。近代医家多从丹毒发病部位、内蕴热毒以及六淫之邪的致病特点，结合临床症状进行探讨、分类。使今人对丹毒在证候学上较古代文献有了更为系统、完善的认识。如郑则敏通过64例丹毒的治疗，按发病部位分为风热上扰证(多发于头面部)、火郁气滞证(多见于腰胁部)、火毒挟湿证(多发于下肢)。[13]朱仁康、庄国康在顾伯华主编的《实用中医外科学》中，将丹毒分为风热化火型、肝脾湿火型、湿热化火型、胎火胎毒型及毒邪内攻型五个证型。分别概括了发于头面部、腰胯肋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

下、下肢胫足、初生儿以及毒邪内走危重证的不同证候表现。[14]其后朱仁康又在其主编的《中医外科学》中将丹毒分为风热火炽证、肝经郁火证、湿热火盛证、毒热入营证。复于赤游丹章中，将赤游丹依据《外科大成》及《医宗金鉴·外科心法要诀》分为胎热丹毒、胎惊丹毒、滞热丹毒三个证型。对发于头面部的抱头火丹，按发病部位及症状进行分经辨证。先发于鼻额，延及眼目，盛肿不开，属阳明经；先发于耳之上下前后，并头角红肿者，口啃潮热往来、口苦咽干、目痛胁胀者，属少阳经；若发于头上并脑后及目肿者，属太阳经。这些证候分型法对辨证选方用药都具有指导意义。[4]对于发于下肢的丹毒，郑彬彬依据局部灼热与肿胀程度的不同分为湿毒壅盛型(局部红斑灼热明显、肿胀较轻)和湿热下注型(红斑灼热较轻,局部肿胀明显)，从而在治法及选方上各有不同。前者治拟清热解毒、利湿化瘀，以神妙汤加减；后者拟清热利湿消肿，以茵陈赤小豆汤化裁。[3]也有不少学者将丹毒以其发病特点分为急性丹毒、慢性丹毒，或称之为复发性丹毒。[6,10,15,16~17]所谓复发性丹毒，是指治疗不彻底，反复发作的一类丹毒病例。虽为反复发作，其表现亦有不同。周庆符依据其发病和局部症状又将复发性丹毒的急性发作期归为湿热型，治以清热利湿、泻火凉血，方用四妙勇安汤加味；而将复发性丹毒急性期已过，进入慢性期表现，或已形成橡皮腿者，归入血瘀型，治以活血化瘀、利湿消肿，方选活血通脉饮。[17]以上这些证候分类法均从不同的侧面探讨了丹毒的证候属型，推动了临床辨证论治、遣方用药的进一步发展。在大量证候学研究成果的基础上，担任制订国家中医药行业标准的专家们，将丹毒的证候分类最后定为风热毒蕴、湿热毒蕴、胎火蕴毒三个类型，分别规范了临床最常见的发于头面、下肢及新生儿丹毒的三类不同表现。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

丹毒病属阳热实证，其本为内蕴热毒，其标为外感风热湿邪。急性期以实(湿)热为主，反复发作的慢性丹毒，以血瘀、湿滞为主，热毒内陷证表现为本虚标实。按照中医的治疗原则，急性期以清热解毒或清热利湿为大法，反复发作的慢性丹毒，则应在清热解毒的基础上配合活血化瘀或健脾化湿法。热毒内陷证，病势危笃者，当以大剂凉血解毒、清营开窍，急则治其标。总之应“谨守病机、各司其属”随证治之。

2.3.2 治法研究

丹毒为常见多发性皮肤病之一。多年来，临床医家在前人论述的基础上，从临床观察和总结有效病例入手，积极探索和寻求最佳的治疗方案和方药。或分型辨证、一方化裁，或单方验方、内外合治，取得了较为满意的临床效果。

2.3.2.1 辨证分型论治 中医的分型论治源远流长，是千百年来贯穿于中医学辨证论治之中的传统方法，是从属于辨证论治之中的重要内容，对每一个病证的辨证论治过程，分型是其中最基本、最重要的一环。[18]纵观近代文献，丹毒的辨证分型主要是依据其发病部位结合临床表现分析病因、病机的结果。郑则敏以丹毒发于头面辨为风热上扰证，治以散风凉血，清热解毒，用普济消毒饮加减；发于腰胁部，为火郁气滞证，治以泻肝火、清湿热，用龙胆泻肝汤加减；发于下肢的，为火毒挟湿证，治以和营利湿、清热解毒，方用萆薢化毒汤合五神汤加减。[13]朱仁康、庄国康氏将丹毒按发于头面、腰胯胁下、下

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

股胫足、新生儿丹毒，以及丹毒毒邪内走的重笃变证归纳为风热化火型、肝脾湿火型、湿热化火型、胎火胎毒型、毒邪内攻型，分别以散风清热解毒法(普济消毒饮加减)、清肝泄热利湿法(柴胡清肝汤或化斑解毒汤加减)、利湿清热解毒法(五神汤合萆薢渗湿汤加减)、凉营清热解毒法(犀角地黄汤合黄连解毒汤加减)，以及凉营解毒法(清瘟败毒饮加减)治疗。[14]

丹毒虽全身可发，但临床以发于下肢胫足者为最多见。张曼华认为，成年人发于小腿者约占50%。下肢丹毒虽属火毒夹湿或湿热化火证，亦有在此基础上再根据其临床表现进行分型的。[16]如郑彬彬，依据局部红斑灼热明显、肿胀较轻的，定为湿毒壅盛型，治以清热解毒，利湿化瘀，内服神妙汤(金银花、丹皮、地丁、生薏米各30g，云苓、车前子、牛膝、苍术、黄柏、赤芍各10g)为主。而将红斑灼热较轻，而局部肿胀明显者，定为湿热下注型，治以清热利湿消肿，内服茵陈赤小豆汤(茵陈、赤小豆、滑石各15g、生薏米30g、苍术、黄柏、苦参、木通、泽泻、防己各10g、佩兰6g、甘草3g)加减。[17]岳美中认为分型论治的目的在于寻找对某一疾病过程中的某一阶段有效的专方专药，这对中医初学者的入门和临床中遣方用药有一定的帮助，但毕竟比较简单化，有它的局限性，不能代替全面的辨证论治。[19]有赞成此观点的[20]，但也有学者认为在分型论治上产生“弊病”或“局限性”，其真正根源，关键不在于分型，而在于医者本身没有真正理解和掌握中医理论的精神实质，不善于用整套中医理论贯串并指导辨证治疗的理论研究和实践的始终过程。[21]

2.3.2.2 一方为主、辨证加减 丹毒因发病部位不同有抱头火丹、内发丹毒、流火、赤游丹之分。但其病因、症状基本相同，因此在治疗上又有共同之处。所以，不少学者采取以一方为主，辨证加减的方法进行治疗。赵炳南、张志礼以解毒清热汤(地丁、野菊花、蒲公英、大青叶、益休各15g，丹皮、赤芍、板蓝根各10g)为主方。发于颜面者加牛蒡子、薄荷、菊花，取其辛凉清上；发于下肢者加黄柏、猪苓、萆薢、牛膝，以清利湿热，引药下行；若伴有高烧者，加生石膏、知母、花粉，以养阴清热；缠绵不愈，反复发作者，加路路通、鸡血藤、防己、黄柏以利湿解毒，活血通络。肿胀明显者，加泽泻、猪苓、木瓜、乳香、没药，以利湿消肿止痛。[15]龚景林以四妙勇安汤为基本方，其加减法与赵、张氏基本相同，治疗丹毒31例，结果2～3天痊愈19例，4～6天痊愈10例，1周痊愈2例。[21]

2.3.2.3 单方验方治疗 岳美中指出：“流传在民间的单方、秘方和验方，是我国劳动人民长期与疾病作斗争的产物，是宝贵的医学遗产的一个组成部分”[22]。中医研究院历来重视对散藏于民间的单方、验方的搜集整理工作。1970年5月出版发行的《常见病验方研究参考资料》书中载有多个治疗丹毒的单方、验方。如内服方有：冬青树叶适量煎服；佛耳草15～30g水煎服；金银花30g、丹皮15g、生山栀12g水煎，分2次服；玄参12g，连翘、银花、升麻、柴胡各10g，甘草3g，水煎服；银花、菊花、地肤子各30g，荆芥、生地各15g，水煎服等。[23]华康谟氏以一味香附焙干研末，每日1次，以温黄酒送服6g，微醉为度(不善饮者，用温开水送服)，服后盖被取汗更佳，用以治疗流火，谓轻度1次即愈，重者1～3次而愈。若愈后隔日复发，仍以上方治疗，反复数次，可不复发。[24]

2.4 辨证用药研究

辨证论治，是中医诊断治疗疾病的重要原则和方法，也是中医学术的特点和精华所在。临床上通过辨病因、辨病位、辨病态、辨病机、辨证候、辨病等环节，针对疾病的癥

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

结所在，审察病人的虚实强弱，采用积极主动的，恰如其分的治疗，不但临床效果好，而且也是中医研究工作中的一个重大的理论问题。丹毒的辨证治疗除了上述分型辨证等法则和治法外，在具体用药上近代医家有不少经验值得学习与借鉴。顾筱岩指出下肢丹毒的病因有二：一为湿热下注，一为火毒入营阻络。并认为二者常互为因果，因此在辨证用药时认为和营活血与清热利湿不能偏执一方，而需权衡兼顾。如仅以清热之剂，强清其热，湿遏热伏，则极易复发。下肢丹毒每多反复发作，以及患肢瘀滞，血流缓慢，毒邪易于停滞。因此强调活血化瘀、和营通络法应贯穿于本病治疗的始终，比如渠道疏通，污垢不留。在具体用药中，初起红肿之际，以生地、丹皮、赤芍之类凉血活血；热退瘀肿胀痛时，以归尾、泽兰、丹参、桃仁之类活血化瘀。患肢浮肿，凹陷如泥，以防己、茯苓皮、车前子、薏苡仁、冬瓜皮等利水除湿退肿，以此遣方用药，多有效验。[10]北京地区中医外科专家房芝萱根据水丹的发病特点，认为该病是脾胃积热夹湿，以致湿毒凝滞，而且水胜子湿，故在治疗时主张除清热解毒外，重用利水药物。水疱较多而且不消者，在水丹经验方(金银花 20g、公英 25g、连翘 15g、黄芩 10g、猪苓 15g、川军 3g、生地 15g、当归 10g、赤芍 10g、红花 10g、牛膝 10g、生苡米 30g、车前子 10g)的基础上选加泽泻、木瓜、土茯苓、六一散。认为配合活血药的目的，不但能提高清热解毒药的效能，同时还能增强利水药物的作用。湿丹临床多见浮肿、发沉、胀痛，朝轻暮重。其特点是寒湿凝滞，逆于腠理，兼见气血两虚。针对寒为阴邪，其性收引，湿性粘腻重浊，缠绵不愈而选用湿丹经验方(麻黄 3g、桂心 10g、杏仁 10g、黄芪 15g、当归 10g、云苓皮 20g、赤芍 10g、红花 10g、冬瓜仁 30g、猪苓 10g、泽泻 10g、苍白术各 25g、龙胆草 10g、甘草 3g、车前子 10g)，以麻黄、桂心温化寒湿，寒盛者加用肉桂。气为血帅，活血必须助气，以生芪助当归、红花活血之功。肿不消者，选加生苡米、土茯苓、木瓜、防己、黄柏。至于以发病迅速，易子出现全身毒热证候为特点的火丹，房氏恰疗的重点是清解诸经火毒，选用火丹经验方(金银花 25g、蒲公英 30g、连翘 20g、地丁 15g、川军 3g、野菊花 15g、当归、赤芍、红花、猪苓各 10g、陈皮 6g、车前子、甘草各 10g)。房氏认为，火丹诸经皆有火，而心火独炽，清热必须泻火，泻火必须泻心火，若出现神志昏迷、谵语、呕吐热毒攻心证候时，要注意护心。若出现恶心呕吐，表示为火毒攻心之先兆，应加梅花点舌丹驱毒外出。每日服梅花点舌丹三至四次，每次一粒，以牙咬开，置于舌下，少时感觉舌尖发麻，即以白开水送下。含药后舌尖麻者，为火毒未入心包，不发麻者为火毒已入心包，症情危重。或入汤药中加灯心炭、绿豆衣、益元散、伏龙肝等，护心止呕。[11]房氏与顾氏均为近代中医外科名家，在用方之中均强调配合活血药，虽地处南北，却有共识。普济消毒饮方出《东垣试效方》，作为抱头火丹的首选方，已为历代及近世医家所公认。关于方中升麻、柴胡的运用，张若帆根据治疗经验提出，抱头火丹类似温病之中的大头瘟，认为方中升、柴之品有劫阴之弊，因此在治疗抱头火丹选用普济消毒饮方时，一见有伤阴预兆即应去之，改用养阴药以善其后。[25]朱仁康亦认为抱头火丹证属风温，已化为火毒，恰疗应着重清热败毒，勿用风药，免风助火势，方用普济消毒饮加减，其中以板蓝根为主药，可用10～30g，升麻、柴胡不可用，而加丹皮、赤芍等凉血药。[4]顾伯华发现一种既不属于红斑性丹毒，又不属于大疱性、坏疽性丹毒的特殊病例，即在红斑上发生出血性紫癜。紫癜的发生有其特殊性：紫癜分布不超过红斑范围；均在丹毒发生后1～2日内出现，此阶段正是患者全身及局部症状最严重的时候；经治疗后，在丹毒痊愈

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

过程中，紫癜亦随之消失。同时依据化验资料，所有病例血小板计数均属正常范围。顾氏认为，伴发紫癜是由于热毒炽盛，热甚迫血妄行，血郁于皮肤则发为瘀点或瘀斑。在治疗上用凉血清热、解毒利湿之剂的同时，可加重凉血之品，如鲜生地用 30～60g，并加入丹皮、紫草等凉血清热药物，能有助于很快痊愈。[27]

2.5 慢性复发性下肢丹毒治疗的研究

丹毒一病临床以发于下肢者多见。朱仁康谓：丹毒来势暴，游行迅速，速投大剂清解，可得控制，惟发于下肢的丹毒，中医称为流火，一旦罹患，如治疗不彻底，易反复发作，又称屡发性丹毒。其严重者甚至可出现象皮腿样改变。[28]因此对下肢复发性丹毒治疗的研究颇为现代医家所重视。针对下肢复发性丹毒主要是湿毒热邪阻遏经络这一病机认识，大多强调在治疗上应配以活血化瘀与健脾利湿(或化湿)法。周庆符以活血化瘀、利湿消肿法，采用活血通脉饮(赤芍、土茯苓各 60g,丹参、金银花各 30g,当归、川芎各 15g)，同时配以丹参注射液 10～20ml (1ml 相当生药 2g)，加入 5% 葡萄糖注射 50ml 中，静滴。每日 1 次，15 天为 1 疗程。疗程间间隔 5 天。治疗复发性慢性丹毒或已形成象皮腿者，取得满意效果。[17]房芝萱认为丹毒复发的主要原因是治疗不彻底。内热重者，在恢复期可间断服用清热解毒之剂，如牛黄解毒丸、牛黄上清丸、牛黄清心丸。同时要彻底根除病灶，特别是脚癣。丹毒反复发作，已形成大腿风(象皮腿)者，房氏的治则是温经通络、益气活血、健脾利湿。其经验方为：肉桂 10g，桂枝 12g，牛膝，桃仁，红花各 10g，鸡血藤 18g，归尾 15g，赤芍 12g，黄芪 25g，党参 18g，茯苓 15g，白术 12g，甘草 6g。后期也可配制丸药长期内服。丸方为：黄芪 60g，党参、当归、赤芍各 90g，川芎、红花各 60g，桃仁 30g，苏木 120g，鸡血藤、地龙、牛膝、穿山甲各 90g，肉桂 30g，桂枝 90g，桑寄生 150g，木瓜、茯苓、白芷各 60g，麝香 2g。上药研细末，再兑入麝香面，炼蜜为丸，每丸重 10 克，早晚各服 1 丸。[11]赵炳南在治疗反复发作的下肢丹毒时亦强调，急性发作期内服药还要重用清热解毒的药物。急性期过后则应加用一些活血透托的药物，如穿山甲炭、皂角刺炭、没药、乳香、紫草根、贝母、白芷、天花粉、当归等。湿重的加生薏米、猪苓。[15]朱仁康治疗下肢慢性丹毒的主要经验是在急性发作控制后继续常服苍术膏(苍术 1000g,煎取汁浓成稠膏,另加蜂蜜 250g,调匀)。每日服 2 次，每次 1 匙，开水冲服，认为苍术健脾燥湿，增强患者抗病能力，防制其复作有一定的效果。[8]此外服二妙丸亦有相似的疗效。[4,28]对于因下肢丹毒反复发作形成大腿风，许履和认为此为湿热未净，留于经络所致，拟化湿热、通经络，用自制革薢消肿汤(革薢、刘寄奴、马鞭草、穿山甲、牛膝)加减，缓缓图治。并以三妙丸(二妙加牛膝)四妙丸(三妙加薏仁)长期内服。单苍桂认为慢性丹毒，湿痰郁滞经络是其主要原因，用小金丸缓缓图之，并指出此方对预防下肢慢性丹毒复发殊多卓效。岳美中氏在其论文集中指出，“慢性病的治疗，不但有方，还需有守”，认为“一些慢性病，都是由渐而来，非一朝一夕之故，其形成往往是由微查的不显露的量变而达到质变，则其消失也需要经过量变才能达到质变。”[22]综观近代医家对复发性下肢丹毒的治疗，均与岳氏观点不谋而合。强调在急性期后以膏、丸方为主长期服用、缓图治之，既“有方”，又“有守”这是治疗慢性病所应具备的胆识。王纪龙氏亦报告一反复发作下肢丹毒，病史数十年，急性发作期以二妙丸方加味，服药 4 剂后好转，7 剂治愈，改用二妙丸方，每日 2 次，每次 6g，共服

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药 500g，二年随访未发的典型病例，[31]这些，都是各位医家在长期临床实践中经验的总结。

2.6 外治法研究

外治法在外科病的治疗中历来为医家所重视。近代中医学家、中医教育家张山雷先生在论述外治法的重要性时说："疮疡为病，发见于外，外治药物，尤为重要。凡轻浅之证，专恃外治，固可以收全功，而危险大疡，尤必赖外治得宜，交互为用，此疡医之学。"[32]

2.6.1 药物外治

丹毒生于人之体表，其病症较轻者，仅外治即可获愈，尤为基层卫生单位所推崇。如江苏高邮县甘垛人民公社卫生院报道，用鸭跖草置人食醋内浸泡 1 小时，用其叶片外敷，共治疗丹毒 86 例，均在 1～5 天内治愈。[33]关于外治法，近代以药物外治的报道较多，包括湿敷、熏洗、涂擦、外敷等。孙迅用红黄液(红花、大黄、黄柏、牡丹皮各 100g,水煎 2 次，分别浓缩至 250ml,混合、过滤)，以六层纱布浸湿敷贴患处，干后再浸敷，每天保持 5 小时，并以 0.25%呋喃西林液作对照组(均配合抗菌素作全身治疗)。前者治疗丹毒 160 例，均获全愈。对照组治疗 120 例，仅 77 例获愈。[34]对于下肢慢性丹毒梁诚以慢丹丸(苍术 9g,当归、赤芍、丹参、桃仁、红花、牛膝、木瓜、防己各 45g,黄柏、丝瓜络、泽泻、槟榔各 30g,水泛为丸)每日 2 次，每次服 6～9g。配合熏洗汤(海桐皮、姜黄、汉防己、当归、红花、苍术、黄柏、晚蚕砂各 15g)煎水趁热熏洗。一般服丸药 2 料、熏洗 14 剂。治疗下肢慢性丹毒 17 例。痊愈 12 例，显效 4 例，仅 1 例无效。[35]郭仲柯认为中药外洗不同于一般的热疗和水疗。而是药物经过煎煮后，其有效成分溶于水中，通过温和药力的化学渗透作用，改善局部血液循环，有利于浸润吸收，使皮肤对外界刺激的敏感性降低、耐受性增加、免疫力提高，是一种方法简便、效果显著的疗法。[36]药物外治法中，运用最广泛的是外敷法。张春莲、张兴礼用冰片芒硝外敷治疗丹毒，其方法是将冰片、芒硝按 1:10 的比例混合研末，按病变范围大小，取适当纱布一块展平，将药末适量，均匀撒在纱布中央约 0.5cm 厚，然后将纱布四边折褶包好，贴敷患处，用胶布固定或用绷带包扎，以防药末洒出。每 2～3 天换 1 次。不宜勤换，以免药物溶解不全而影响疗效。用药后局部凉爽、舒适。共治疗一般外科感染 230 例，其中丹毒 25 例，均于换药 3 次获愈。[37]这是一种以药末外敷依赖皮肤的温、湿度促使药末缓慢溶解，从而达到透皮吸收的外治法。外敷药更多的是借助一定的溶媒将药物调制成软膏剂使用。李萱、王珉从金黄膏治疗体表感染 105 例(其中丹毒 22 例)临床观察中得出结论，认为金黄膏(金黄散 250g、过 80 目筛、凡士林基质 750g)采用软膏型对皮肤的渗透性较强，有利于透皮吸收。[38]刘爱民认为金黄膏选用蜜调更好。一者蜂蜜本身具有"止痛解毒、除众病和百药"(《神农本草经》)之功，二者，蜂蜜性润质柔，具良好的渗透作用，有利于药物发挥效应。同时贴敷后不易干燥，不象用鲜药汁、醋、酒等调配者常需不断湿润，故不易干脱，亦无干板不舒之弊。[39]关于赋形剂的选择，吴震西、吴自强的研究认为：药物水调可增强药物和皮肤的水合作用；用醋或酒调敷，可增强脂溶性成分的溶解和吸收；蜜有"天然吸收剂"之称，因其食有蛋白质、树酸样芳香性物质等，可被皮肤很好吸收。[40]史萍以中药消炎膏(生南星、大黄、芙蓉叶、升麻、青黛、甘草、蜂蜡适量,熬膏)外敷治疗丹毒，并选用西药雷夫奴尔作对照组观察，7 天为一疗程。中药组 34 例，痊愈 22 例、显效 7 例、好转 4 例、无效 1 例；对照组 28 例，痊愈 6 例、显效 8 例、好转 9

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

例、无效 5 例。中药组总有效率为 97%，对照组为 82.1%。统计学处理，有显著差异(X^2 = 3.9　　P≥0.05)。[41]药物外治常与内治法相结合。葛勉、蒋建设通过内外合治丹毒 50 例观察，发现以三黄五味饮(黄柏 10g、黄连 6g、黄芩 10g、金银花、连翘、蒲公英各 30g、地丁 15g、白茅根 18g、茯苓 20g、白术 30g、牛膝 6g、红花 10g、赤芍 15g、三棱 10g、甘草 6g)加减，外敷如意金黄膏治疗。发现只给内服药，局部灼热疼痛 5 天后才明显减轻；单纯外治，局部灼热疼痛减轻也不明显。二者合用当天即可明显减轻。认为两者的治疗作用是相辅相成的，只有结合应用疗效才能显著，只靠单一的治疗显效轻慢。[41]

2.6.2　三棱针放血疗法

三棱针点刺放血疗法适用于下肢丹毒尤其是反复发作的慢性下肢丹毒。顾伯华提出若下肢丹毒红斑上出现紫癜者应禁用，因针刺放血后易形成局部坏死。[27]

2.6.3　赤医针疗法

是在针刺疗法的基础上发展和创造出来的一种新疗法。对复发性丹毒的疗效较好。运用于丹毒急性症状解除，但仍有暗紫红色大片皮疹、肿胀疼痛、长期不愈者。针具为直径 0.9～1.0mm、体长 5～7cm 的不锈钢粗针。病人端坐、屈肘、两手交叉放在对侧前臂上、两肩自然下垂、头尽量前低，使背部皮肤绷紧、充分暴露椎体之棘突。于胸椎 6 脊突上缘主穴进针。先垂直刺入，继之以 30 度角向下斜行刺入皮肤组织，再将针柄略压低，使针尖紧贴皮下沿突向下慢慢捻针进 1.5～2 寸，用橡皮膏固定针柄。同法另一针刺入赤医辅 1 穴(在主穴上一个棘突的上缘)。留针 20～40 分钟。每日 1 次(或隔日 1 次)。几次后即有明显效果，疼痛肿胀减轻、暗紫红皮肤干枯而脱皮。针 5～6 次，病情可缓解。[42,43]

【古训今释】

1　病证命名源流

《素问·至真要大论》："少阳司天，客胜则为丹胗外发，乃为丹熛疮疡。"其中所谓丹熛，据清·张志聪《黄帝内经素问集注》注释"即赤游发于外而欲逆于内者也。"赤游，后世丹毒之别称。这便是本病最早的中医文献记载。至隋·巢元方等《诸病源候论·丹毒病候》明确提出了"丹毒"这一病名，指出"丹者，人身体忽然燋赤，如丹涂之状故谓之丹。"从此对丹毒的局部证候、命名根据，可谓有了较为明确的表述。并指出其发病部位，"或发于手足，或发于腹上；如掌大。"论中将丹分为十二种。该书卷四十九小儿杂病诸候中也记载了小儿丹候，并列出了五色丹等 29 种。全书共载丹的证候名，除重复者外，计有 33 种之多。其中"赤丹"的描述与丹毒相近似。其它各丹候，从表述文字看，一部分可能是以局部出现红斑为主的其它皮肤病，大部分则是以其特有发病部位及局部特征而异称其名。这其中可能是同一病的不同发病部位或不同阶段的特有症状的"定格"。如"室火丹，初发时在脏腧，如指大，长三寸瘦，色赤而热是也。""蛊火丹者，发于膊至胁，皮赤是也"。同时必须指出的，其中三十一卷与四十九卷虽同一名称者，亦有不同的描述。如熛火丹候，前者谓："发于背，亦在于臂，皮色赤是也。"后者又说："丹发于臂背、谷道者，谓之熛火丹也。"二者同名，而发病部位则有差异。值得指出的是，巢氏的这类命名原则广为后世医家袭用。如宋·窦汉卿《疮疡经验全书》、以及明·申斗垣《外科启玄》、清·陈士铎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《洞天奥旨》等书，都载有类似的多种名目之丹，即可见一斑。皆因古文字简朴，它们间的有机联系，尚待近一步发掘、整理。总之，在《诸病源候论》成书时，丹毒与其它具有局部红斑特征的皮肤病尚混淆在同一“丹”的概念中。其后唐·孙思邈《备急千金要方·丹毒》有了“天火”之名，指出“丹毒一名‘天火’。内中忽有赤如涂丹之色。”书中尚有“水丹”一名，“其状如有水在皮中，喜著股及阴处”。明·王肯堂《证治准绳·疡医》将发于腿间股部的丹毒称作“腿游风”。明．陈实功《外科正宗》有“火丹”、“小儿赤游丹”之称。然又谓火丹“有干湿不同、红白之异。”显然与缠腰丹及隐疹相混淆，这种混淆不清的现象尚影响到清代医家，如祁坤《外科大成》、吴谦《医宗金鉴》均有类似的论点。《医宗金鉴·外科心法要诀》中已有了由肝、脾二经热极生风所致，发于肋骨及腰胯、色赤如霞、游走如云、痛如火燎的“内发丹毒”之称。书中所谓，遍体起燃、遇水湿搏之，透露黄色，恍如有水，是继《备急千金要方》又一次提及的“水丹”。“水丹”可能是指起有水泡、大泡的丹毒。同时，该书依据因孕母受惊、传袭子胎；婴儿乳食过多，不能运化，发生于婴幼儿的丹毒分别名为“胎惊丹毒”、“滞热丹毒”。在此之前，清·陈士铎《洞大奥旨》将得于胎热，火邪内攻，胎受其毒，而传气于小儿，生赤色于皮毛之内，而外不十分显出的丹毒，称为“内丹”。正如《医宗金鉴·外科心法要诀》所说：“丹名虽多，其理则一也。”然而，从历代医家对丹毒的论述不难看出，众多命名均表明：丹毒是以皮肤上突发赤红，如丹涂之状为特征的外科疾病。同时亦表明其病因、发病部位、皮损特点，是中医外科病命名的重要依据。

2 病因病机论说

2.1 运 气 说

见于《素问．至真要大论》：“少阳司天，客胜……乃为丹熛。”根据《内经》运气学说的理论，当少阳司天时，初气、三气为君相二火，二之气乃太阴湿土。客胜时，天运当火热亢盛，人处天地之交，感受此亢盛之火热，因火热为阳，致病发于外而生丹。

2.2 风热恶毒说

首见于《诸病源候论》，认为丹毒“皆风热恶毒所为”。此因风热毒气外客于腠理，内搏于气血，蒸发于外表，因而在皮肤上显现出热而赤的斑块。宋·陈自明《外科精要》、明·王肯堂《证治准绳·疡医》等均宗其说。此说突破了“运气说”的年分界线，凡人感六淫风热毒邪，只要是外客于腠理，内搏于气血，即有可能引发本病。

2.3 天行热毒说

清·高秉钧《疡科心得集·卷上·辨大头瘟抱头火丹毒论》谓抱头火丹毒，中于天行热毒而发。所谓“天行”即流行之意。此因抱头火丹毒症与大头瘟时疫症相似，故有此说。

2.4 内外合邪说

《外科正宗·卷之四·火丹第七十九》称“火丹者，心火妄动，三焦风热乘之，故发于肌肤之表。”《疡科心得集·卷上·辨小儿赤游丹游火论》对赤游丹的发病亦衷其说，谓之“心

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

火内郁、三焦风热乘之。”心者君火，心火妄动或内郁，导致心经火亢，三焦风火因而乘袭侵入，发于肌肤之表而为病。《医宗金鉴·外科心法要诀》虽说“赤游丹属血分有火而受风也”亦属内外合邪之类。此说与“风热恶毒”说的不同处在于六淫之邪侵袭人体之前，已有火郁在先。因脏腑之火妄动、内郁，或血分有火，进而引来外邪的乘袭，内火与外热“同气相求”，内外合邪，搏结于内，发见于外，发为丹毒。《医宗金鉴》记载的遍身起泡，透露黄水，恍如有水在皮中的“水丹”，则是外来水湿与内热相搏而成，亦应属“内外合邪”范畴。

2.5 风热内发说

《医宗金鉴·外科心法要诀》有“内发丹毒”一证，谓“此证由肝、脾二经热极生风所致。”肝脾二经火热内蕴，致极而生风，热郁于内，燃发于外，风热之邪循肝脾二经行于胸胁腰胯，发为丹毒。因其脏腑蕴热从内发于外，非外来风热所致，故称之“内发丹毒”。

2.6 胎火胎毒说

宋·窦汉卿《疮疡经验全书》指出：“小儿患赤游火丹，皆从母胎中受蕴热。”并认为此蕴热即“胎毒”。《洞天奥旨》亦认为小儿丹毒，都由“胎毒”而发。其胎热胎毒的产生，由其母受胎之后不忌热物，信口贪食，或感受夏天风热，或好色浪战，皆能助火，以至火邪内攻，使胎受其毒而传于小儿，发为丹毒。《外科正宗》更为明确地指出，胞胎赖父精母血供以养生，若父母不能节其欲，多致淫火猖炽，胎必侵受其害。同时不能戒诸厚味，以及炭火烘熏、重衾、叠褥，往往受热，致使胎受其毒，乃至生后，又失养护，以致热汤洗浴，烘熏衣物，外热触动内毒而发。《医宗金鉴·外科心法要诀》、《疡科心得集》等均有类似论述。

3 证候与鉴别

最早记述丹毒证候的文献要首推《诸病源候论·丹毒病诸候》：“丹者，人身体忽然燃赤，如丹涂之状。”其病：“或发于手足，或发于腹上，如掌大。”“重者亦有疽之类”，所谓“疽”一样的表现即该书《小儿杂病诸候·丹候》所说：“若久不瘥，即肌肉烂伤”。《圣济总录·诸丹毒》进一步指出，引发丹毒者为膘悍热毒之气，故其发无常处，甚则周流四体。对其预后的记述更详，“不急治，或至坏烂出脓血，若发于骨节之间，则支断如截，毒气入腹，则能杀人。”自此乃至后世，各家著述都多详于局部症状，而忽略了对全身症状的描述。以致从古文献中要想明确地将本病与其它以红斑为特征的皮肤病相鉴别，实非易事。查阅古文献发现，有关丹毒的证候多按发病部位、外症特征以及病因病机来分类。现将主要的、对近代影响较大的证候及鉴别如下：

3.1 抱头火丹毒

发于头面部的丹毒，古文献多与大头瘟混称。自《疡科心得集·辨大头瘟抱头火丹毒论》后，才有了抱头火丹毒一名，抱头火丹毒初起身发寒热，口渴舌干，脉洪数。头面，燃赤有晕。与大头瘟的鉴别在于病因中同中有异，虽共感于天行之气，但确有性质的不同。抱头火丹毒是“中于天行热毒而发”，而大头瘟则系“天行邪热疫毒之气而感”。两者

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症状亦有差异。大头瘟初起即状如伤寒，令人憎寒发热、头痛、肢体甚痛，恍惚不宁，咽喉闭塞，乃至五七日能杀人。局部症候发于鼻面、耳项、咽喉，毒肿无头，或结核有根。其全身和局部症状均明显重于抱头火丹。大头瘟具有极大的传染性，以至“亲戚不相访问，染多不救”而言抱头火丹毒则谓“此证不传染”。关于两者的鉴别，在明·汪机《外科理例》中已见端倪，谓此“世俗称为丹瘤”，倘无抱头火丹毒之名。此后王旭高《外科证治秘要》宗于高氏之说，又有先发于鼻额属阳明；先发于耳前后属少阳；先发于项属太阳之论。并指出抱头火丹毒具有一处渐消，一处渐肿，红肿游走不定的特点。对于预后则指出，热退乃愈。若热甚神昏属险证。

3.2 游火与腿游风

《疡科心得集》根据丹毒具有红赤肿热，其色光亮，其热如火，流走不定的皮损特征称其为“游火”其发病部位或发于头面，或发于腿上。其实“游火”可认为是丹毒病的一别称。同时该书提出了以碱水扫于红肿上，“旋起白霜者是也”作为与其它病证的一种鉴别方法，清·许克昌《外科证治全书卷三·胫部证治》则认为游火“多在小腿肚之下”，红肿放亮，热痛如烧，不溃不烂。同时还指出此证易复发“总无全愈之日，时常发作。”说明此时对发于下肢的丹毒病具有易复发的特点已有认识。《证治准绳·疡医》把发于腿股间，忽然赤肿的丹毒病称“腿游风”。《医宗金鉴·外科心法要诀》亦谓此证两腿里外忽生红肿，形如堆云，燃热疼痛。“游火多在小腿肚上”及腿游风证候名的出现，均说明当时已认识到下肢为丹毒病的好发部位。

3.3 丹毒与缠腰丹

《外科正宗》将丹毒称为“火丹”，缠腰火丹称为“缠腰丹”，虽同列于火丹条下，却明确指出了他们间区别有干湿不同、红白之异。干者色红，形如云片，上起风粟，作痒发热，是火丹，属心肝二经之火；湿者色多黄白，大小不等，流水作烂，又且多疼，生于腰胁，由肝火妄动引起，名曰缠腰丹。显见陈氏已认识到这是两个不同性质的疾病。

3.4 内 发 丹 毒

宋·窦汉卿《疮疡全书第二卷·内丹图说》称之为“内丹”。其症为“从肋下至腰下肿发赤色”。《医宗金鉴·外科心法要诀》称“内发丹毒”生于肋骨，延及腰胯，色赤如霞，游走如云，痛如火燎。与其它丹毒的鉴别在于发病原因。此证非外来风热毒邪所发，而是由于肝脾二经热极生风而生。肝脾二经循于胁肋、腰胯，故症见于经络循行之处。内热外发，必有肝脾经热证，如口苦咽干、胁肋胀痛等全身症状表现。所憾书中未明言。

3.5 小儿赤游丹

小儿丹毒在《诸病源候论·小儿杂病诸候》中分为 29 候。宋元时代尚沿袭着这类分证法。如宋《疮疡经验全书》、元《仙传外科秘方》等将其分为飞灶丹等 10 种之多。主要以小儿丹毒的发病部位来命名，乃至清·陈士铎《洞天奥旨》尚未脱离此说。对小儿赤游丹证候描述较详、对后世影响较大的要数明·陈实功《外科正宗·杂疮毒门》，指出了小儿赤游丹发

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病前的前驱症状、局部表现及其特点："欲发之时，先发身热，啼叫惊搐。次生红肿，光亮发热，瞬息游走，发无定处。"同时还指出红肿起于腹背、流入四肢者轻，起于四肢，流入胸腹者重，以及毒入里的"陷证"。其后《医宗金鉴》、《外科证治秘要》等都宗其说。《医宗金鉴·外科心法要诀》还提出了小儿丹毒的两个特殊证候。一为发于头面因其严重时可出现惊风变证的"胎惊丹毒"，其症为"忽两眼胞红晕，面色青黯，烦热夜啼，或如燕(胭)脂。"若此患延及胸乳，痰喘抽搐，将会出现火毒攻心惊风变证。另一证为由婴儿乳食过多，不能运化，蕴热于内，达于肌表而生的"滞热丹毒"，其证形如赤游丹，但游走缓慢。症见发热、面赤、口酸，舌上黄苔，热重时可出现唇焦、便秘。《疡科心得集》在"辨胎火胎毒及猴狲疳论"中，将因于胎火胎毒的小儿丹毒与猴狲疳的临床症状及发病原因进行了鉴别，指出猴狲疳皮损特征是臀肿溃烂，红赤无皮，或全身溃赤无皮。其病因缘于其父患下疳、杨梅恶疾，或服轻粉丹药，遏抑毒气在内，遗毒于胎元，致婴儿出生后而发病。

4 预后与变证

《外科证治秘要》谓"抱头火丹，一处渐退，一处渐肿，热退乃愈，若热甚则神昏属险证。"这是对抱头火丹毒发展顺逆的描述，亦可作为一切丹毒发展变化的一般规律来认识。丹毒病发骤急，流行甚速，历代医家均强调若不能及早治疗，则会出现险证、恶候。在判断丹毒发病的轻重、顺逆、治疗的难易上，古代医家已观察到与病发部位的先后、红斑发展的走向有着密切关系。如《外科正宗》称小儿赤游丹起于腹背，流入四肢者轻，起于四肢，流入胸腹者重。《医宗金鉴·外科心法要诀》则以此走向变化判断丹毒病证的顺逆："自胸腹起于四肢者顺，从四肢攻入胸腹者逆"《疡科心得集》言小儿赤游丹"自腹而流于四肢者易治，自四肢而归于腹者难疗。"病轻者顺，重者逆。轻症、顺证易治；重证、逆证难疗。说明了一个共同的道理。对于丹毒病的吉凶，《洞天奥旨》则认为与发病部位所处的经络、脏腑相关。指出小儿丹毒，倘发于腰脐而作痛，或大小便不通，皆死症。而生于渊腋、章门等穴，或左或右尚非死症。因后者热在胆经而不在肾经。同时《洞天奥旨·火丹疮》还观察到小儿百日内发病，与百日外发病，预后的不同。称小儿百日内发者，"三日内治之，皆可救，迟则无及矣。倘百日之外生丹者，迟倘不至于死亡。"这是百日后小儿气血渐充、抗病力相应提高了的原故。

关于丹毒的变证，较早的文献记载外证变化的有宋·赵佶《圣济总录》。认为丹毒如果不急治，或至坏烂出脓血。若发于骨关节之间，则肢断如截。毒气入腹，则能杀人。《证治准绳·疡医》宗其说。记有，重者亦有疽之类也，若不急治，则痛不可忍，久则坏烂出脓血数升，若发于节间令人四肢毒肿，入肠则杀人。《医宗金鉴·外科心法要诀》记述了内发丹毒毒气内攻的逆证，表现为呕哕昏愦，胸腹膜胀、遍身青紫。明、清时代，对小儿赤游丹的变证记述较详。《外科正宗》指出毒气入里的症状为腹胀坚硬、不乳。若经治疗三日后身渐彻凉，疙血之处肉便软活，声音清亮腹部柔软，乳哺如常者顺，反此为逆。根据针砭时血色的红、紫、黑亦能决断病情。红色轻、紫色重、黑色死。此后《医宗金鉴·外科心法要诀》也有失治毒气入里的记载，除上述症状外，尚有声音嘶哑一说。胎惊丹毒，如由头面延及胸乳，将会出现痰喘抽搐，火毒攻里的惊风败症。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 论治与治法

古代医家对丹毒的治疗，经历了一个以外治法为主，到内外合治、辨证论治的漫长过程。在现存第一部外科专著《刘涓子鬼遗方》中，仅有一被称为王练甘林所秘而不传的治丹、痈疽始发，燋热浸淫长成的搦汤方。《备急千金要方》是作者本人医疗实践经验及唐前医药文献的总结。丹毒候载方 38 首。仅一内服方，用猪屎水和绞汁，服少许，虽称其效“良”。恐今日已无人会问津。另有 4 方取其外敷药捣出的汁饮用，其余均为单一的外治方。可见，在这个时期对丹毒的治疗尚处于以单方为主，外治为主的原始阶段。至明清以后，丹毒的治疗才迈入以辨证用药、内外合治的时期。

5.1 外 治 法

《备急千金要方》中记载的外治法有膏、敷、涂、摩、搦、浴等多方。其药多采用清热解毒之品，以民间单验方为主。如用藻菜，谓“凡天下极冷无过于藻菜最冷。但有患热毒肿并丹等，取渠中藻菜，细切熟捣傅丹上。”体现了《内经》“治热以寒”的正治法则。以后历代医家在沿用其法的基础上，随着实践经验的总结，逐渐形成并出现了诸多疗效好的成方。《外科正宗》如意金黄散便是其中最具代表性的外敷药方。陈氏称其：“凡外科一切诸般肿毒，随手用之，无不应效，诚为疮家良便方也。”并指出火丹、赤游丹用大蓝根叶捣汁调敷，加蜜亦可。

最为医家推崇的丹毒外治法还有砭镰法。据元·齐德之《外科精义·砭镰法》记载：“今时用镰者从《圣济总录·丹毒论》，曰：法用镰割出血，明不可缓”。自此后，宋《疮疡经验全书》、明·《证治准绳·疡医》、《外科正宗》、清·《外科大成》、《医宗金鉴·外科心法要诀》、《疡医大全》、《疡科会粹》、《疡科心得集》等均有砭镰法治疗丹毒的记载。综观各家论述，砭镰法的作用在于“砭出恶血，泄其毒热”。由此可见，砭法在丹毒治疗中的重要性。对于砭镰法的操作也多有论述。元·齐德之《外科精义·砭镰法》谓：“但见肿起，色赤游走不定，宜急镰之。先以生油涂亦上，以镰镰之。要在决泄其毒。然而此法不可轻用，忌其太深。”《证治准绳·疡医》、《外科证治全书·通用法》等亦均指出砭镰不可深，要求做到“刺皮无伤肉”。

《外科正宗·杂疮毒门》介绍针砭法治疗小儿赤游丹“用披针锋尖向患上，以乌木重筋，在针上面击之，密砭去血多者为妙。”“砭毕温汤洗净，用干精猪肉缝大片贴砭处一时许，方换如意金黄散，水芭蕉根捣汁调敷。”是砭法与外敷药的综合功用的典型。也有认为有不宜用砭法治疗者。如《医宗金鉴·外科心法要诀》指出：“百日内患赤游风者，忌砭血，以其肌肉难任也。”同时在砭血法中还提到患者头部不用砭法。只宜卧针挑患处，出毒血。这些在今天的治疗中都还应引为注意。

5.2 辨 证 治 疗

5.2.1 抱头火丹毒

《疡科心得集》主张初起治以犀角地黄汤或羚羊、地丁、金银花、黄芩、山栀、石斛、元参、丹皮、知母、连翘之属。若舌腻有白苔者，宜黄连解毒汤。外以如意金黄散，蜜水

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

调涂。《外科证治秘要》则主张内服羚羊角、玄参、山栀各一钱五分、牛蒡子、连翘、银花各三钱、薄荷、丹皮各一钱、大贝母(去心、研)三钱、芦根一两。重者加犀角，鲜生地。

5.2.2 内发丹毒

《医宗金鉴·外科心法要诀》"初服双解贵金丸汗之，次服化斑解毒汤。外治急向赤肿周围砭出紫黑色，次以瘦牛肉片(羊肉片亦可)贴之。

5.2.3 流火、腿游风

《证治准绳·疡医》主张在外治砭出恶血的同时，内服防风通圣散，去白术加黄柏、牛膝、防己。《医宗金鉴·外科心法要诀》主张先砭出恶血，外贴牛肉片，随后服双解通圣散。其后以当归拈痛汤清解治之。《疡科心得集》认为内治可参考抱头火丹毒用药，以疏风清热，凉血解毒。外治主张以白海蜇皮洗净拭干，包扎患处，蜇皮黄枯另换。并说如此三、四张即消散。对于复发性游火，《外科证治全书》提出了二个外治方法，一是以矿石灰化于缸内，次日取水面上结一层如薄冰者，以桐油调腻厚状，每日拂上二、三次，数日全愈不复发。忌食猪肉。另一熏洗方，取鲜凤仙花、鲜紫苏洗净、连根叶捣烂，放木盆内，以滚开水冲入，脚架于盆上，熏至可洗，以软帛洗之。十余年者洗三四次可不再发。

5.2.4 小儿赤游风

《外科正宗》提出从头额起者称作天夺丹，以升麻葛根汤母子同服。其余发于腹背四肢的，均先砭恶血，砭后以精肉片贴之，一时许，换如意金黄散，用水芭蕉根捣汁调敷，甚者日换二次。内治以大连翘饮、消毒犀角散、五福化毒丹等。毒气入里出现腹胀坚硬、不乳内陷症的，选紫雪散下之。《医宗金鉴·外科心法要诀》内外治法与前基本相同。《外科证治秘要》在用药上选金银花、甘草、连翘、黑山栀、犀角、大黄之类，亦不外清热解毒凉血之法。

5.2.5 胎惊丹毒、滞热丹毒

胎惊丹毒为小儿赤游丹中的一种变证。所以《医宗金鉴·外科心法要诀》认为在初起治法上与一般小儿赤游同，但当红肿由头面延及胸乳时，应防止出现惊风变证。宜服百解散、五和汤急救之。滞热丹毒由婴儿食滞蕴热外发所生，发病较赤游丹缓慢。出现发热面赤、口酸、舌上黄苔。针对病因病机，"缓者治其本"，服保和丸，先消食滞。若唇焦、便秘者，宜一捻金通下。食滞经治得以缓解，丹毒症状依然存在时，宜犀角散服之。其余治法俱按赤游丹。《疡科心得集》认为小儿赤游丹是由心火内郁，三焦风热乘之而发，因此在治疗上提出宜凉心泻肝，方用龙胆泻肝汤、犀角地黄汤之类。并认为当顺天时，若暑热，以通圣辛凉之剂；严寒时以升麻葛根辛温之剂。外治法除砭法、精肉片贴之外，还提出用鸡子清调乳香末涂之。

5.2.6 内丹

《洞天奥旨》将胎毒而发的小儿丹毒称为内丹，并根据发病部位特点分为十种，各有治法不同：

飞灶丹：从头顶上红肿起，火毒在泥丸。急用葱白捣自然汁，调白及、炒黄柏末，涂之。未出内服方药。

吉灶丹：从头向脑后红肿而作疼、浑身作热，足太阳膀胱经风热为患。内服防风通圣散加减，外用紫荆散调搽。

鬼火丹：先面上赤肿，后渐渐由头而下，至身亦赤肿。属手足阳明经内风热，宜用白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虎汤以泻胃热，加防风、荆芥、薄荷、桑白皮、葛根，以散其风，引其从皮毛而外散。外用伏龙散末以鸡子清调搽。

天火丹：从脊背先起赤点，后则渐渐赤肿起一片，是肾督脉中热毒，兼足太阳经风热。宜治肾并治膀胱，用解苦散内服，外用桑榆散外敷。

天灶丹：从两臂起，赤肿少黄色，或止一臂见之。皆手阳明经风热。内服轻解散，外用柳枝烧灰为末，水调涂之。并指出此丹乃丹毒之最轻者，故亦可轻治之。

水激丹：初生于两胁，虚肿红热。乃足少阳胆经风火也，治胆经之火而去其风，可计日而愈。方用加味小柴胡汤治之。外用铁屑散涂搽。此丹亦热之轻者。

胡次丹：先从脐上起，黄肿，是任经湿热，去其湿热，丹毒自散。用化湿饮方内服。槟榔末醋调搽。

野火丹：从两腿上起，赤肿痛甚，如火之烧，乃足阳明胃经风热。内服凉膈散加减。外以羊脂调消肿散外涂。

烟火丹：从两足跗起，赤色肿痛，乃足三阳经风热也，亦有从足底心起，乃足少阴肾经火热也。内服滋阴抑火之剂，抑火制阳丹，使水旺足以制火。外用柏土散蜜调敷。

胡漏丹：从阴上起黄肿，皆厥阴经虚火发于外，服补阴、清火、散风之药，方用清散汤。外用屋土散，蜜与醋同调涂。

以上十种丹之名目可溯源于《诸病源候论》，但各有其特点，在辨证中以病变部位依其经络循行、内外脏腑阴阳。施治之方，半数以上为师传，外治之药又多为家传秘方。故以抄摘，以备参考。

5.3 方剂用药归类

5.3.1 外用方药

升麻汤(《圣济总录》)

组成：升麻　漏芦　黄芩(去黑心)　栀子

功效：泻火解毒。

如冰散(《杨氏家藏方》)

组成：朴硝(别研)　蛤粉　寒水石　白芷　冰片(别研)

用法：上药为细末，和匀，用新汲水调，稀稠适度，鸡翎涂扫，不令药干。

功效：清热解毒，消肿止痛。

巴蕉散(《惠眼观证》)(见《幼幼新书》)

组成：寒水石(煅)　蚌粉　巴蕉汁

用法：前2味药等份，研末，用巴蕉汁调涂，鹅翎蘸涂抹患处。

功效：清热，凉血，解毒。

郭氏金黄散(《玉机微义》)

组成：寒水石　郁金　蓝靛　大黄　黄柏　黄连　景天

用法：上药为细末，用鸡子清调敷，水亦可。

功效：清热解毒，消肿止痛。

竹叶散(《普济方》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组成：青竹叶(烧灰)　灶中黄土

用法：上二味研细为散，每用少许，以鸡蛋清调敷患处。

功效：清热解毒，消肿。

牛黄消毒膏：(《鲁府禁方》)

组成：雄黄　蜗牛　大黄末

用法：上药共研一处，用铁锈水调搽患处。

功效：清热解毒，泻火消肿。

白玉散(《痘疹金镜录》)

组成：寒水石(煅存性,水飞)　朴硝　姜黄　当归　青黛　甘草　黄柏末

用法：上为末，巴蕉根汁加蜜调，以鹅翎扫上，干则再敷。

功效：清热解毒，凉血消肿。

金花散(《三因极一病证方论》)

组成：郁金　黄芩　甘草　山栀　大黄　黄连　糯米

用法：上药为末，蜜和冷水调，以鹅毛上患处。

功效：泻火，凉营，解毒。

土朱散(《医学入门》)

组成：代赭石　青黛　滑石　荆芥

用法：上药为末，蜜水调搽，服之亦可。

功效：清热凉血，散风解毒。

5.3.2　**内服方药**

蓝青散(《太平圣惠方》)

组成：甘草(微炙)　蓝青(青黛)　知母　栀子仁　杏仁　寒水石　石膏　犀角屑　柴胡　黄芩　赤芍　羚羊角屑

功效：清热凉血，解毒消肿。

二妙散(《丹溪心法》)

组成：炒黄柏　苍术(米泔浸、炒)各等份

用法：上二味为末，沸汤入姜汁调服，日服 2～3 次；或制成丸剂，内服；或研末外用，麻油调搽。

功效：清热燥湿。

当归散(《普济方》)

组成：赤芍　当归　地黄　紫草　麻黄　羌活　桂皮　甘草

用法：水煎服。

功效：清热凉血，疏风解毒。

黄芩四物汤(《活幼心书》)

组成：黄芩　当归　生干地黄　赤芍　川芎　何首乌　草乌(炮去皮)　玄参　甘草　薄荷叶

用法：水煎服。

功效：滋阴凉血，活血解毒。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

内府仙方(《万病回春》)
组成：青黛 烧酒 150 毫升 鸡蛋清 1 个
用法：和匀服下，不时消肿
功效：清热，凉血，解毒。
牛蒡芩连汤(《增补万病回春》)
组成：黄芩 黄连 石膏 桔梗 连翘 牛蒡子 玄参 大黄 荆芥 防风 羌活 甘草
用法：上药为粗末，加生姜一片，水煎，饭后分次细细呷服。
功效：疏风清热，解毒消肿。
升麻葛根汤(《外科正宗》)
组成：升麻 干葛 白芍 柴胡 黄芩 山栀 木通 甘草
用法：水煎服。
功效：泻火，解毒，凉营。
归连汤(《诚书》)
组成：升麻 黄连 大黄 川芎 羚羊角 红花 归尾 甘草 黄芩 金银花
用法：水煎服。余者可纳芒硝再煎涂肿处。
功效：清热凉血，解毒消肿。
散丹汤(《洞天奥旨》)
组成：当归 赤芍 生甘草 大黄 黄芩 丹皮 柴胡
功效：凉血解毒。
荆防饮(《冯氏锦囊秘录》)
组成：荆芥 丹皮 防风 金银花 炒牛蒡子 橘红 生甘草 羌活 连翘 天花粉 玄参 赤芍各等份
功效：凉血解毒，祛风活血。
丹毒饮(《仙拈集》)
组成：白芍 陈皮 黄芩 藿香 木通 甘草 麦冬
功效：凉营解毒，祛湿清热。
沈氏头瘟汤(《杂病源流犀烛》)
组成：川芎 桔梗 防风 芥穗 柴胡 黄芩 归尾
功效：疏风，清热，解毒。
主治：大头瘟初起一二日者。
清热凉血饮(《医级》)
组成：归身 川芎 生地 白芍 大黄 金银花 丹皮 栀子各等份
用法：水煎，入白蜜二、三匙服。
功效：滋阴养血，清热凉血。
解毒化斑汤(《吴氏医方汇稿》)
组成：玄参 知母 石膏 人中黄 黄连 升麻 连翘 牛蒡子 甘草 淡竹叶 20 片
功效：清热解毒，凉血化斑。
双解通圣散(《外科证治全书》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组成：防风　荆芥　连翘(去心)　当归　赤芍　白术　栀子　黄芩　桔梗　滑石　生甘草　石膏

功效：清热凉血，解毒祛风。

败毒流气饮(《外科图说》)

组成：紫苏　桔梗　枳壳　槟榔　陈皮　羌活　防风　荆芥　木瓜　桂枝　独活　乌药　甘草　香附　山栀仁　黄柏

功效：散风解毒，行气消肿。

防己饮(《经验广集》)

组成：汉防己　当归　苍术　黄柏　茵陈　泽泻　牛膝

用法：用生姜五片，黄酒 350ml，水 700ml 煎服。

功效：清热利湿，消肿止痛。

加味凉血利湿汤(《赵炳南临床经验集》)

组成：金银花　蒲公英　地丁　大青叶　黄柏　牛膝　生石膏

功效：凉血解毒，利湿清热。

展　望

丹毒为一常见多发性皮肤病，严重者倘若未能及时治疗，有可能出现："毒邪内陷"，危及生命。中医在对本病的病因、辨证、治疗以及防止复发，有着传统的理论认识，尤其在治疗方法上具有其优势和特色。随着人民生活水平的提高、卫生条件的改善、医疗事业的发展，其发病，尤其小儿丹毒重笃证的发生明显地减少。但尚有不少问题，有待进一步研究。

① 当今对丹毒病的认识与治疗，在古文献的基础上虽然有了进一步的发展与提高，但还看不出在那方面出现了重大的突破。现代研究工作的开展仅局限于临床经验的总结。在资料的搜集、对比上尚缺乏统一的量化指标。各临床经验报道的优劣，缺乏让人信服的对比标准。针对这些问题，倘若能依靠全国专业学会的力量，组织专家通过临床与科研工作的开展，将会得以解决。

② 反复发作的下肢丹毒，特别是已形成大腿风(象皮腿)者，在临床治疗上仍有一定的难度。然而也不乏个案报导治愈者。如组织力量对其进行深入的研究，不断完善治疗方法，形成一种具有中医特色的治疗常规，将能攻克这一难关。

③ 现行治疗丹毒病的处方虽然体现了辨证用药的特点，但尚无中成药系列作为法定用药进入医院。组织临床及中、西药学工作者，共同在效、验方的基础上进行研究、开发，当会使理想成为现实。

(刘爱民)

近现代参考文献

[1] 李林．朱仁康经验初探．中医杂志，1981，(10)：18

[2] 广东中医学院，等．全国高等医药院校试用教材外科学(中医专业用)．上海科技出版社，1980.83

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[3] 郑彬彬．中医治疗下肢丹毒 104 例临床报告．中医杂志，1988，7:57～58
[4] 朱仁康，等．中医外科学．北京：人民卫生出版社，1987.689～695
[5] 李博鉴．皮科易览．北京：人民卫生出版社，1989.23～24
[6] 边天羽，等．中西医结合皮肤病学．天津：科学技术出版社，1987.144～146
[7] 邹桃生．四妙丸治疗丹毒 178 例．辽宁中医杂志，1989，2:20～23
[8] 王坤山，等．中西医临床．皮肤病学．北京中国中医药出版社，1996.100～104
[9] 北京中医医院．赵炳南临床经验集．北京：人民卫生出版社，1975.51～56
[10] 上海中医学院中医文献研究所．外科名家顾筱岩学术经验集．上海：上海中医学院出版社，1987.81～83
[11] 北京中医医院．房芝萱外科经验．北京：北京出版社，1980.30～45
[12] 方大定 .360 例皮肤病患者舌诊观察探讨．辽宁中医杂志，1986，4:12～24
[13] 郑则敏．辨证论治丹毒 64 例小结．福建中医药 .1985，5:25
[14] 顾伯华．实用中医外科学．上海：科技出版社，1985.426～428
[15] 赵炳南，等．简明中医皮肤病学．北京：中国展望出版社，1983.115～116
[16] 张曼华．中医皮肤病诊疗．广西：人民出版社，1985.49～51
[17] 周庆符．中药治疗复发性丹毒 30 例．陕西中医，1988，9 (10):449
[18] 高迪旭．分型论治褒贬我见．上海中医杂志，1981，12:4～6
[19] 岳美中．试谈分型论治的局限性．上海中医杂志，1981，1:6～7
[20] 王志斌．也谈分型论治与辨证施治．上海中医杂志，1981，12:7
[21] 龚景林．四妙勇安汤治疗丹毒 31 例小结．黑龙江中医药，1986，4:41
[22] 中医研究院．岳美中论医集．北京：人民卫生出版社，1978.36～37；11～14
[23] 中医研究院革命委员会．常见病验方研究参考资料．北京：人民卫生出版社，1970.401
[24] 华康谟，香附治流火．上海中医杂志，1983，6:31
[25] 张若帆．丹毒治验二例．中医杂志，1966，6:42～43
[26] 中医研究院广安门医院．朱仁康临床经验集(皮肤外科)．北京：人民卫生出版社，1979.35
[27] 顾伯华．外科经验选．上海：人民出版社 .1977.14～17
[28] 朱仁康．防治慢性丹毒效方．中医杂志，1988.8:26
[29] 徐福松．许履和外科医案医话集．江苏：科学技术出版社，1980.331～332
[30] 徐宜厚．单苍桂外科经验集．湖北：科学技术出版社，1984.52
[31] 王纪龙．二妙丸加味治疗下肢流火．中西医结合杂志，1984，4 (6):384
[32] 张山雷．疡科纲要．上海：科学技术出版社，1959.54
[33] 江苏高邮县甘垛人民公社卫生院．外敷鸭跖草治疗丹毒．赤脚医生杂志，1975，5:37
[34] 孙迅．红黄液湿敷为主治疗丹毒及接触性皮炎 300 例．中西医结合杂志，1989，9 (6):359
[35] 梁诚．治疗下肢慢性丹毒 17 例．浙江中医杂志，1985，20 (5):213
[36] 史宇广，等．当代名医临证精华．皮肤病专辑．北京：中医古籍出版社，1992.10～11
[37] 张春莲，等．冰片芒硝治疗一般外科感染 203 例．中医杂志，1984，4 (5):272
[38] 李萱，等．金黄膏治疗体表感染 105 例的临床观察．中医杂志，1985，7:54
[39] 刘爱民．脑疽外治．湖北中医杂志 .1990，6:2
[40] 吴震西，等．药物外治的吸收机理．中医杂志，1991，5:7～9
[41] 杨吉相，等，疮疡荟萃(第二)．沈阳：辽宁大学出版社，1997.88～89；85～87
[42] 李兢．中国疡科大全．天津：科学技术出版社，1992.214；622～623
[43] 天津市南开医院皮肤科．中西医结合治疗常见皮肤病．天津：人民出版社，1976.166

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 瘰　疬 ❊

瘰疬现指西医的颈部淋巴结结核。临床上以其结核累累，有如串珠之状而得名，俗称“疬子颈、“老鼠疮”，是发生于颈部淋巴结的慢性感染性疾患。由结核杆菌感染所致的慢性特异性感染性疾病，感染途径多由口腔咽部病灶或来自胸内上腹部结核病变，亦可通过血行感染致病。颈部淋巴结结核最为常见，其特点是初起时结核如豆，皮色不变，不觉疼痛，继而逐渐增大窜生，成脓时皮色转为暗红，融合成团，溃后脓水清稀，每夹败絮状物质，往往此愈彼溃，形成窦道，经久不愈，严重者全身出现虚劳证候。流行病学调查资料表明，肺外结核、颈部淋巴结结核及锁骨上淋巴结结核较常见，常因肿块而引起注意，可发生溃破。成人中肉芽肿性淋巴结炎几乎皆由结核引起，而儿童尤其5岁以下者，属结核分支杆菌则更为常见(我国几乎皆由结核引起——作者注)。结核性体表淋巴结肿大主要累及颈部、腋窝或腹股沟淋巴结，而以颈部为多见。日本1982年登记的肺外淋巴结结核2420例，占登记结核病人的3.8%，为总人口的20/10万，其中颈部淋巴结结核占90%。辽宁省1984年在34个国家级结核病流行病学抽样点内，发现肺外结核44例，肺外结核患病率84.7/10万，其中骨关节结核和体表淋巴结结核占29.51%。我国1989年第一次向WHO报告我国1989年结核病死亡情况，中国肺外结核死亡率在1988～1989年约1/10万，占所有结核病标化死亡率的5%～10%，比发达国家肺外结核占所有结核死亡的百分比(14%～15%)低得多。

古之瘰疬，称小者为瘰，大者为疬，结核连续者为瘰疬，连及胸胁者为马刀侠瘰。至于瘰疬、鼠瘘、马刀挟瘿，早在《灵枢·寒热》，《灵枢·痈疽》中就有记载。对瘰病的成因、诊断、针刺疗法，以及预后等均有所描述。建国以来，中医外科工作者在瘰疬的防治研究方面，取得了新的进展，在续承古籍基础上，对病因病机，临床分型论治，对治法及方药等诸方面，都有了长足的进步，不少名老中医关于本病的治疗经验，相继整理成册，问诸于世，已自成体系，疗效甚高。

【今日临床】

1 诊断标准

淋巴结疾病包括两大部分：

淋巴结良性病变：纤维及脂肪性变、反应性增生、梗阻性改变、结菌性感染及脓肿、丝虫病、弓形体病、淋巴结结核、肉样瘤病、淋巴结医源病变。

淋巴结恶性病变：恶性淋巴瘤、Burkitt氏病、霍奇金病、滤性淋巴瘤。现仅述颈淋巴结结核病。淋巴结结核可发生于人体各个部位，以颈为最多，腋下次之，腹股沟及腹腔内的淋巴结结核较为少见，淋巴结结核可发生于各个年龄阶段，以儿童及青少年为多，李世忠等报道356例中20～30岁者占42.6%，在性别方面，据国内千余例统计，男女发病率大致相当，而在脓肿型及破溃型患者中，女性明显多于男性，女与男之比为2.5:1。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

关于瘰疬病的诊断标准，西医诊断参考1987年人民军医出版社出版的中国人民解放军总后勤部卫生部编写的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》，中医诊断标准有国家中医药管理局制定的行业标准《中医病证诊断疗效标准》。现采录如下。

1.1 中医病名诊断标准

颈侧部结节、无痛、多见于儿童及青少年。初起颈部一侧或两侧有单个或多个核状肿块，推之可移，皮色不变，亦不疼痛。病情发展、核块与皮肤粘连，有轻度压痛，活动度差。后期如形成寒性肿疡具有波动感，溃后成窦道，皮下潜行，经久不愈。

分泌物稀薄，常含有干酪样物质。

常有低烧、盗汗、纳差、乏力、消瘦等全身症状。

可有肺痨病史或肺痨病接触史。

结核菌试验强阳性，血沉降率增快，病理活检可助诊断。

1.2 西医病名诊断标准

慢性淋巴结炎（中医称瘿核）多继发于头、面、颈部的炎症病灶，散见于颈侧区颏下、颌下区。肿块如黄豆、蚕豆大小，单个发生，多数不相互融合，较扁平，质中等，表面光滑，能推动，无压痛或轻度压痛，一般不化脓。应仔细检查头皮、舌、口腔粘膜、牙龈、扁桃体、耳道等。并注意淋巴接纳区域，如下颌角的淋巴结肿大时，多为扁桃体有炎症。颏下淋巴结肿大时常因舌尖和下门齿慢性炎症引起，随原发病治愈，可减少。再若诊断有困难，可切除肿块淋巴结作病理检查。

1.3 证类诊断标准

气郁痰凝：多见于瘰疬初期，结核多发于颈两侧，单发或累累如串珠状，肿块坚实，光滑活动，无压痛。伴胸胁胀满不适、口苦、纳食不香。舌苔薄白、脉弦滑。

风热毒结：结核表浅，肿势宣浮，边界欠清，皮色不变，发病较急，或有疼痛。伴有发热或恶寒，烦躁，口苦咽干。舌质红，苔黄或白腻，脉浮滑或滑数。

肝郁化火：肿块增大，疼痛，皮色渐转红，或中心变软，融合成团，伴心烦喜呕，面颊灼热，或目赤，头胀痛。舌质红，苔黄或无苔，脉弦数。

肺肾阴虚：结核累累，成团块，移动性差，久则皮色转暗红，成脓溃破，脓稀薄，形成窦道，伴身体羸瘦，咳嗽痰红，潮红盗汗，口干颧红，遗精、经闭。舌质红，光亮少津，脉细数。寒痰凝聚，肿块化脓，稍有疼痛或不痛，皮色不变，伴面色黄白，畏寒，脘闷纳呆。舌质淡苔白，脉弦滑。

气血俱虚：溃后久不愈合，脓水清稀，面色无华，神疲乏力，头晕眼花，舌淡苔白，脉沉细无力等。

肝肾阴虚：疮口久溃不愈，局部皮色紫暗。午后潮热，夜间盗汗，五心烦热，视物模糊，腰膝酸软，舌红苔少，脉细数。

脾胃虚弱：久病不愈，核质变软，次后破溃，脓水淋漓，肉芽不鲜。纳谷不香，大便溏稀，面色萎黄，形体消瘦，体倦乏力。舌质淡，苔薄白微腻，脉濡细。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.4 分期标准

（1）结节型：瘰疬初起，肿块呈结节状。

单纯性：颈部淋巴结肿大，单发或多发，呈结节状，无粘连，或大或少能移动。

周围炎性：病变可波及到耳下、胸锁乳突肌处、两锁骨上窝，胸部或腋下呈弥漫性，浸润粘成块状，移动性差，局部有压痛。

（2）脓肿型：肿大淋巴结液化成脓。

软化期：部分液化，结核日久，软化成脓，难消、难溃，溃后呈干酪样坏死，液化形成寒性脓疡。

成脓期：完全液化，由继发感染而引起脓肿，局部发红或紫色光亮，触及波动感，有穿溃之势。

（3）破溃型：脓肿破溃，组织坏死，形成溃疡，或形成窦道，疮口久不愈合。

（4）混合型：同时兼有两种以上不同病变者并见，有时不能断然分开。

2 中心证候特征

肝气郁结，脾失健运，痰热内生，或肺肾阴亏，痰火凝结等，以致结聚成核是瘰疬病的证候学特征。其主症为颈侧部结节，无痛，多见于儿童及青少年。其次症有形体消瘦，午后低烧、盗汗乏力、胃纳较差等全身症状。舌象有舌质淡、红，苔白、薄白微腻、黄、少苔、光亮少津；脉象多弦或弦细、或弦数、或弦滑，其次滑数、濡细。颈部单侧或双侧结核肿块，皮色不变，质中活动，亦不疼痛，随着病情发展，其核与皮肤相粘，轻度压痛，推之活动较差。后期如形成寒性脓疡，按之波动应指，溃后形成窦道，脓液稀薄，含有干酪样物质，经久不愈。

3 病 因

3.1 原发病因

毒邪内侵：感受风毒、热毒、四时不正杀厉之气。

痰气结聚：外邪侵袭，肝郁气滞，脾气失运，肺肾阴虚，均可化火，灼津为痰。

肝气郁结：情志不畅，肝失条达，气郁气滞，郁久化火，灼津为痰。

正气内虚：肺肾阴虚，阴亏火旺，肺津不能输布，炼液为痰。

3.2 继发病因

郁：郁怒伤肝，肝气郁结，郁久化火；肝郁伤脾、脾失健运，痰湿内生以致气郁、火郁、痰湿阻于经络，气血凝滞结聚成块形成瘰疬。

痰：肝郁气结，横逆伤脾，脾失健运，痰热内生；肝郁化火，下灼肾阴，阴火燔灼，炼液成痰；素体肺肾阴虚，阴亏火旺，肺津不能输布，灼津为痰。

瘀：各种致病因素的作用，均可导致经络阻塞，气血凝滞，营气不从，逆于肉理，而生本病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚：肾虚、风寒湿浊乘隙入侵，肾阴不足，虚火上炎，灼津为痰，痰火凝结而生瘰疬。

总之，瘰疬之生，或由外邪侵袭，或因脏腑失和所致，但不论内因或外因，其根在于脏。风热之毒，四时不正之气外受，与痰气搏结，循少阳之经上升，互阻于颈项，结块作肿，均可致发瘰疬。

3.3 诱 发 因 素

饮食不当，过于劳累，情志气郁，性欲过度等均可诱发或加重本病。

4 病 机

4.1 发 病

瘰疬起病较慢。本病可有肺痨病史或与肺痨病人接触史，常因体质虚弱，过食辛辣，郁怒、劳累、性欲过度而发病或加重病情，多颈侧单发或多发，由于失治、误治往往加重病情，日后溃破，流干酪样坏死组织。部分病人，在未溃之前有低烧、颧赤、五心烦热、食欲减退、月经不调等症状。

4.2 病 位

病位在颈项两侧，并伴有全身脏腑功能紊乱。

4.3 病 性

为本虚标实。但初期多以标实为主，风热邪毒、痰、郁、瘀等标实症状较为突出。脓肿期多为虚多、实少。

4.4 病 势

其病初起时仅见颈项侧结核累累，病情尚轻；若病情进一步发展，肿块增大，有疼痛，肤色转暗红，则病情加重；溃后形成窦道，见体弱，多汗，潮热，流脓清稀似米泔水，则疮口难愈，预后较差。

4.5 病 机 转 化

瘰疬的发病和发展是个动的过程，病理过程也是不断地发展与变化的，当致病因素促成了局部结核之后，通过治疗，祛除致病因素、扶正、祛瘀、解郁、祛痰等使气血运行正常，则可痊愈。若瘰疬在局部气血痰郁进一步发展，则郁而化热，热盛肉腐，破溃流脓，治疗得当，局部证候辨证处理，加以扶正，使脓液畅泄，毒从外出，气血畅运，腐肉逐渐脱落，新肉渐生，窦道闭锁，创面愈合。

4.6 证 类 病 机

风热结毒：本证发作较急，属瘰疬之表证、实证。热与痰火搏结，故其核浅，肿势宣浮，有压痛，伴发热或恶寒，烦躁，咽红，口干，舌红苔黄或腻，脉浮滑或滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气郁痰凝：肝主疏泄、喜条达，肝的功能正常，能输旋一身之气血，气血行而津液布，若肝失疏泄，进而犯脾，使脾运失司，聚湿生痰，痰郁结核。

肝郁化火：肝气郁而化火，气火逆于肺，即作阵咳、咽干、面红、金虚不能制木，则舌红、苔黄，脉弦数。

肺肾阴虚：金生水，肺虚及肾，阴液不能上承，故音哑喉燥；肺气不清则干咳少痰；阴虚生内热，心火内动，心神不宁，故见五心烦热，夜寐不安；肾开窍于耳，肾水不足，则耳鸣头晕；腰为肾之府，精血不足，故腰膝酸软。舌淡红，脉细数，乃阴亏火旺之征。

脾胃虚弱：饮食衰少，不能化生精微，阴液来源渐竭，或虚火扰动，灼伤脾胃之阴，故见口干唇燥、不思饮食，大便燥结，脉细数等症。虚痨后期且能出现舌干少津，干呕呃逆，乃是阴液枯涸，胃气衰竭的危候。

脾胃阳虚：脾胃司职运化，能升清降浊。如脾胃虚弱，胃气上逆，气不相承，见呃逆，食少困倦。甚至脾阳不振，生化之源不足，见面色不华，手足不温。

寒痰凝结：痰者滋生于脾胃，上责于肺，肺胃虚弱，寒痰则生，故咳嗽多痰，咯痰色白，胸脘作闷，舌苔白腻，脉象濡滑。

气血两虚：心主血脉，其华在面，脾司运化，生化气血，心脾亏损，气血不足，则面色不泽，唇甲不华，心悸少寐，体倦懒言，神疲纳减；血虚不能滋养头目，故头目昏眩，神疲短气；舌质淡，脉细弱，均为气血两虚之征象。

5 鉴　　别

失荣(颈部转移性肿瘤)：初起为孤立肿块，无痛，可被推动，以后很快出现多个淋巴结相互融合成块团，坚硬如石，高低不平，并侵入周围组织而固定不移，多见于中老年人，可找到原发病灶。头、面、颈部的恶性肿瘤常转移到颈侧区。锁骨上窝的转移肿瘤多来自胸、腹部，如肺、纵隔、乳房等处的恶性肿瘤。左侧锁骨上窝的转移肿瘤，多数来自消化道恶性肿瘤。

石疽(恶性淋巴瘤)：多见于男性青年，往往多个淋巴结肿大，堆聚而不成串，质中等硬，活动性大。多伴有肝脾肿大，严重贫血，时有不规则发热，颈部以外的淋巴结常同时肿大。必要时可做穿刺或活组织病理检查以确诊。

嗜酸性淋巴肉芽肿(亦可称石疽)：颈部肿大之淋巴结初起与瘰疬相似，有时不易鉴别。需仔细询问病史，局部常微痒，结块皮肤微显褐色，查白细胞嗜酸粒细胞明显增高，比例失常。嗜酸性细胞计数报告在600个以上。腋下、腹股沟及肘部淋巴结可肿大。

腮腺混合瘤：多见于青壮年。初发于耳垂下方，随着肿瘤增大而伸向颈部。肿块呈结节状，质较硬，有时由于部分囊样变而间有较软的结节，肿瘤与皮肤以及基底部组织无粘连而可被推动。生长缓慢，可数年无变化。如发生恶变，则增大迅速，且与周围组织粘连固定，晚期可破溃形成癌性溃疡，并可出现面神经麻痹。淋巴转移常在颈侧区。

甲状腺舌管囊肿：多见于15岁以下儿童，在颈前区舌骨下出现直径1～2cm的圆形肿块，边缘清楚，表面光滑，呈囊样感，无压痛，随吞咽或伸舌、缩舌运行而活动。囊肿破溃可分泌黄色粘液样液体，经久不愈，终成瘘管。

甲状腺腺瘤：部位在颈前，多见于40岁以下妇女。常为单发，呈圆形或椭圆形，表

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

面光滑，无压痛，随吞咽运动而上下移动。可因囊内出血，肿块增大肿痛。

甲状腺癌：多见于40岁以上妇女。肿块质硬而高低不平，吞咽时上下移动度减低，或固定不动。晚期由于压迫喉管神经、气管、食道，而产生音哑，呼吸困难，吞咽困难等；如压迫颈交感神经则产生同侧瞳孔缩小、上睑下垂、眼球内陷，同侧头面部无汗等颈交感神经节麻痹综合征。局部转移常在颈部出现硬而固定的淋巴结；远处转移则多见于颅骨、椎骨、盆骨等扁骨及肺部。如以上部位疑有转移癌时，应仔细检查甲状腺。

6 临证思路

6.1 抓住主症

颈项部结核单发或多发，质中等，推之活动，无压痛。

6.2 分析病位

瘰疬多生于颈项部及耳之前后，亦有延及颌下、缺盆、胸腋等处。生于颈项二侧的责之于少阳经；生于颈前的责之于阳明经；生于颈后的责之于太阳经。初起属病浅易治，中期液化，溃后难愈，多属气血不足，脾胃虚弱。

6.3 确定病性

瘰疬的病性为本虚标实，但按临床发展快慢分有急性、慢性两类。慢性的多因虚劳气郁而生，即现在所称的瘰疬。急性的，多因外感风热邪毒而发。实为风热痰毒之类。

急性者，初起寒热之作，颈项强痛，结核形如鱼丸，根盘散漫，色白坚肿。治疗后，热退肿消的，其核则易消散；若其间发热不退，肿痛增剧，皮色渐转红色，便欲成脓，破溃后脓泄邪退，易收口而愈。治则一般宜散风清热化痰为主。

慢性者，初起结核如豆，一枚或三五枚不等，渐渐窜生，累累如串珠，皮色不变，按之坚硬，推之能动，不作寒热，亦不觉痛，日久则微觉疼痛，其核推之不动。将溃时，皮肤渐发绀色，溃破之后，脓汁清稀，每多夹有败絮物质，很少能在短期内排尽收口，如处理得当，可以预期收口，部分也有经久不愈，或此愈彼溃而成窦道，可延至数载，且有在收口之后，每因体虚又会复发。如日久不愈则肝肾亏损，气血不足，可有潮热，自汗、盗汗，精神倦怠，胃口不佳，形体消瘦等等；男子可见颈部青筋暴露，女子可有闭经。如初起即累累数枚坚肿不移，逐渐肿大粘连在一起的，较重；另有结核可延至数年既不破溃也不长大的，较轻。治则初起当疏肝养血，解郁化痰，标本兼施；不论已溃未溃，精血俱伤者宜先扶正气，次治标病，因肺虚、肾阳不足者，用补肺滋肾健脾之剂。

瘰疬发病与六淫、七情、气血、脏腑、经络以及痰、虚劳等密切相关。六淫致病，主要是“风毒”与“热毒”，其邪乘虚从皮毛或口鼻侵入机体，沿经络扩散与宿邪相结，窜注颈上、锁骨上，而结成核；若郁滞不散，久则溃破，甚则成漏。论内伤七情，主要是忧思郁怒，伤于肝脾；肝郁化火，火盛灼液为痰；忧思伤脾，脾失健运，痰湿内生，致气郁、火郁；痰湿阻于经络，气血凝滞，结于颈项。《外科准绳·瘰疬》曰：“瘰疬者有风毒、热毒、气毒之异，瘰疬结核寒热之殊，其症皆忿怒气逆，忧思过甚，风热邪气内搏于肝。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

盖怒伤肝，肝主筋，故令筋缩结蓄肿也。”此外，六淫、七情以外的诸因，如恣食厚味炙煿辛辣，可致湿热火毒内生，壅遏腠理发为瘰疬。至于因起居、劳逸的无常、失度，每每导致脾运失权或肾气亏损而滋生瘰疬者，更屡见不鲜。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 风热结毒

临床表现：结核表浅，肿势宣浮，边界欠清，皮色不变，发病较急，或有疼痛。伴有发热或恶寒，烦躁，口苦咽干。舌质红，苔黄或白腻，脉浮滑或滑数。

病机分析：初起结核表浅染毒，致使肿势宣浮，边界欠清有疼痛，其发病较急。邪客肌表，故有发热或恶寒；烦躁、口苦咽干为肺热耗津。舌质红、苔黄或白腻，脉浮滑或滑数为风热在肺在表之象。

治法：辛凉解表，散结消肿。

方药：牛蒡解肌汤加减。

牛蒡子　薄荷　荆芥　连翘　金银花　夏枯草　山栀　石斛　玄参　丹皮　天葵子

7.1.2 寒痰凝聚

临床表现：肿块成脓，少有疼痛或不痛，皮色不变。伴面色黄白，畏寒，脘闷，纳呆。舌质淡苔白，脉迟细或沉细。

病机分析：脾虚不能化生水谷精微，聚湿成痰，窜流颈部淤阻，而成结核。郁久化火，肉腐成脓，少有压痛。中阳不振，运化失职，症见面色黄白，畏冷，脘闷，纳呆。舌质淡，苔白，脉迟细或沉细均为虚寒之象。

治法：温经散寒，祛痰补虚。

方药：阳和汤加减。

熟地　鹿角胶　白芥子　肉桂　炮姜　麻黄　香附　山慈菇　夏枯草　远志

7.1.3 气郁痰凝

临床表现：多见瘰疬初期，结核多发于颈两侧，单发或累累如串珠状，肿块坚实光滑活动，无压痛。伴胸胁胀满不适，口苦，纳食不香。舌苔薄白，脉弦滑。

病机分析：气郁化火，火热上炎，灼伤津液，亦为生痰，窜流颈侧为瘰疬；气郁犯胃，症见胸胁胀满不适；郁久化火犯肺，则见口苦；夹痰湿者，症见舌苔薄白，脉弦滑之候。

治法：疏肝解郁，养血健脾，宣化痰湿。

方药：逍遥散合二陈汤加减。

柴胡　半夏　当归　白芍　盐陈皮　白术　茯苓　夏枯草　百部　猫爪草

7.1.4 肝郁化火

临床表现：肿块增大，且有疼痛，皮色渐转红，或中心变软，融合成团。伴心烦喜呕，面颊灼热、或目赤，头胀痛。舌质红，苔黄或无苔，脉弦数。

病机分析：日久郁火，肿块增大，皮色转红，中心变软，融合成团，此系病情发展、加重；肝胆相为表里，疏泄无权，气郁化火，气火上扰，故面颊灼热，或目赤、头胀痛；

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肝胆火逆致使心烦善呕；舌质红、苔黄或无苔，脉弦数均为肝火旺盛之征。

治法：疏肝泻火，和营解毒，消肿散结。

方药：柴胡清肝汤加减。

柴胡 山慈菇 夏枯草 黄芩 山栀 生地 连翘 当归 赤芍 贝母 知母 生甘草 浙贝母

7.1.5 肺肾阴虚

临床表现：结核累累，成团块，移动性差，久则皮色转暗红，成脓溃破，脓稀薄，形成窦道。伴身体羸瘦，咳嗽痰红，潮热盗汗，口干颧赤，遗精或闭经，舌质红，光亮无津，脉细数。

病机分析：结核累累，日久不愈，形成团块，移动性差，久则皮色转暗红，热盛则肉腐成脓破溃。阴虚水谷精微不能营养全身，故身体羸瘦；肾水不足，肺阴虚弱，阴虚生内热，热盛伤津，津液暗耗，故见口干，咳嗽痰红；虚热迫液外泄，故盗汗；阴虚生热，则颧赤潮红；肾阴虚则相火盛，干扰精室，致精藏失职而遗精；或肺肾阴虚，血流不畅，故经闭。舌红、光亮无津、脉细数为阴虚之象。

治法：滋阴清热，润肺化痰。

方药：百合固金汤合知柏地黄汤加减。

百合 麦冬 白芍 当归 贝母 玄参 甘草 桔梗 生熟地 知母 黄柏 丹皮 茯苓 泽泻 石枣 怀山药

7.1.6 脾胃虚弱

临床表现：久病不愈，核质变软，次第溃破，脓水淋漓，肉芽不鲜。纳谷不香，大便溏稀，面色萎黄，形体消瘦，体倦乏力。舌质淡，苔薄白或微腻，脉濡细。

病机分析：脾胃虚弱，中阳不振，水谷不能运化，故病久不愈，脓水淋漓，肉芽不鲜。脾虚则运化失常是以胃纳欠香，大便溏稀。阳虚不能温布，则面色萎黄，形体消瘦，体倦乏力，舌质淡，苔薄白或微腻，脉濡细，乃脾阳不足之候。

治法：健脾益胃，固摄中川。

方药：选用参苓白术散加减。

党参 白术 茯苓 甘草 白扁豆 炒薏苡仁 怀山药 石莲子 砂仁 生芪

加减：气滞不畅或咳嗽多痰者，加盐陈皮。

7.1.7 肝肾阴虚

临床表现：疮口久溃不愈，局部皮色紫暗，午后潮热，夜间盗汗，五心烦热，视物模糊，腰膝酸软，舌红少苔，脉细数。

病机分析：体弱病久，正气亏损，或房劳过度等伤及肝肾，故疮口久溃不愈，局部皮色暗紫；阴不恋阳，故午后潮热，五心烦热；水亏不能上济，心火扰动，逼津液外泄而盗汗；肾水不足，则腰膝酸软；水不涵木，见视物模糊；肺阴虚，津液不能上承，则舌红少苔，脉细数为阴虚内热之象。

治法：滋补肝肾。

方药：选用六味地黄汤加减。

熟地 山萸肉 山药 泽泻 茯苓 丹皮 枸杞子 炙鳖甲 地骨皮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.1.8 气血俱虚

临床表现：溃后久不愈合，脓水清稀，面色无华，头晕眼花，舌淡苔白，脉沉细无力。

病机分析：气血两虚，不能营养肌肤，故溃后久不收口，脓水清稀；血少则面色无华；血虚不能上奉于头，故头晕眼花；血少气虚，脾失健运，故神疲乏力；舌淡苔白，脉细无力为气血亏虚之征。

治法：气血双补。

方药：香贝养荣汤或四妙汤加减。

川贝　党参　白术　茯苓　白芍　熟地　当归　甘草　生芪　夏枯草　地骨皮

临证参考：瘰疬的施治，因其发病本源于内在脏腑功能的失调，虽有外因侵袭，但均非直接受邪搏结于局部，故从整体进行调治是其关键，而不宜只重局部表现，尤其在发病初期更是如此。证有标本虚实之异，治法亦应有别。初起能否达到消散于无形，有赖于辨证准确，绝非单用软坚化痰散结之药达此目的。从其发病看与肝关系最为密切。

7.2 临床用药经验与体会

中医外科治病，辨病与辨证相结合，辨证论治与局部辨证结合，讲究理、法、方、药的统一完整性，配方用药当识病机，识证候，在立法的指导下，医家加以辨证灵活运用，其目的在于提高疗效，近代治瘰疬医家，经验各有所长，选方用药各有特点，丰富了治疗瘰疬的方药辨证体系，以下所述，乃作者有关治疗瘰疬的临床用药心得体会。

7.2.1 化痰止咳药

消除痰涎，减轻或制止咳嗽的药物，化痰药主要用于痰所引起瘰疬的病证。药用浙贝、海藻、昆布、桔梗、竹茹、瓜蒌、海浮石、半夏、白芥子之类，而浙贝、海浮石、昆布、桔梗、竹茹、瓜蒌是清化热痰药，适用于痰热证，即由痰热而发瘰疬，常与清热药配伍应用；浙贝长于清热散结，运用于瘰疬证之未溃者，如消瘰丸《医学心悟》(玄参、贝母、牡蛎)；海浮石多用于痰热咳嗽瘰疬，有清痰散结作用；海藻、昆布有消痰软坚散结，虽多用于治疗瘰疬，脾胃虚寒及阴寒凝聚之结核瘰疬勿用；半夏、白芥子、白前是温化寒痰，适用于寒凝证，即由寒痰而致瘰疬，但必要时与其他药配伍使用；如半夏用寒痰，半夏厚朴汤《金匮要略》，苏梗、川朴、茯苓、姜治气郁结聚之证，用于瘰疬，取其消痰散结的作用；若虚劳瘰疬需配合补养药物。咳痰而有咯血者，不宜用强烈的化痰药，否则有促进出血之虞。

7.2.2 理气药

气分病包括气虚和气滞，气虚宜补气，气滞宜行气。气滞的原因多由情志抑郁，忧思过度所致，痰、瘀、湿浊都能影响气机的通行，情志不遂，肝气郁滞，致生瘰疬。妇女月经不调，药用青皮、郁金、盐陈皮、香附、木香、枳壳等，其中郁金入心经散瘀，用于肝郁气结或气血瘀滞之瘰疬，能顺其逆气，解郁结，散瘀滞，顺气化痰。青皮乃肝胆二经气分药，人多怒者有气滞，能“破坚癖，散滞气”，故患瘰疬系肝胆二经气滞可用。香附开郁散滞，理气舒肝，调经止痛。盐陈皮化痰消食而健脾，木香芳香健胃止痛，但理气药易于耗伤阴液，对于瘰疬证属病久阴虚，应注意配伍益气养阴之品，或少用。

7.2.3 祛瘀止痛药

祛瘀止痛药，不论内服或外用均有行血祛瘀止痛的作用，适用瘀病、痈肿、经闭等

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症，药用三棱、莪术、丹参、炮山甲、皂角刺、三七、赤芍等。症见初起于气血淤滞的瘰疬，可用三棱、莪术、三七、赤芍、丹参；营气不和，逆于肉里，乃生痈肿瘰疬，能行血凉血则瘰疬自散，以丹参合赤芍，其效更捷。皂角刺锐利，破坚积，通经络，可引诸药直达病所，其力效速。山甲通十二经，祛瘀通络，且能消肿，瘰疬之初起，可望消散，但用量少宜；皂角刺、炮山甲用量大者，治瘰疬脓已成或溃后脓水尚多，三棱与莪术能化瘀活血，消散肿核，在临床上配丹参、生芪不会破削而伤正，且能加强祛瘀血的作用。

7.2.4 清热药

即清解里热药。经云："热者寒之"，用于瘰疬急性发作及溃后合并感染者，药用夏枯草、玄参、蒲公英、金银花、连翘、蚤休、山慈菇等。夏枯草味苦、辛、性寒，入肝胆经，可清肝热，散郁结，现代药理研究认为对人型结核杆菌有抑制作用，有抗肿瘤、消炎、解热作用。连翘为外科圣药，合山慈菇除清热解毒外，又有散结消肿作用。山慈菇合蚤休能化痰散结。玄参清热凉血，养阴解毒，用治结核，如《医学心悟》消瘰丸，即用玄参、牡蛎、浙贝母治小儿瘰核尤宜。此外，蒲公英、金银花清热解毒，亦为临床常用清热药。

7.2.5 补益药

补益药为能补益人体气血、阴阳的不足，达到扶正的一类药物。如肺肾阴虚，脾胃虚弱，肝肾阴虚，气血两虚的瘰疬证，多属病久、体虚。药用黄芪、党参、白术、大枣、熟地、甘草、白芍、沙参、麦冬、鹿角胶之类。黄芪性味甘微温，归脾肺经，托毒生肌，为疮家之要药，生可托毒排脓，炙用补中益气，瘰疬溃后脓水清稀或脓流不畅，或疮口久不愈合者，此系瘰疬邪毒逗留肌肉，正气虚弱所致，故生芪配党参、当归、川芎、白芍、炮山甲托毒扶正，瘰疬迁延可愈。气血两虚或气阴两亏者，可配麦冬、玄参、石斛以养阴益气。据现代药理研究，黄芪增强毛细血管抵抗力及毛细血管通透性，有消炎作用，适用于肺脾气血虚弱之证。脾虚可倦怠，大便溏泻，食欲不振，胸腹胀满，多用白术，黄芪，党参，甘草。补气药又常用于血虚之证，因为气为血帅，气旺则血生，即阴阳互根，阳生阴长之义。当归、熟地、白芍补血可多选用，鹿角胶为补阳药，补阳药性多温燥，阴虚火旺者忌用，以免助火动阴之弊。

7.3 单 验 方

① 小金丹：每次服3粒，每日服2次。

② 芋艿丸：每次服6g，每日服2次。

③ 夏枯草膏：，每次服1匙，每日服2次。

④ 消瘰丸：每次服6~9g，每日服2次。

⑤ 内消瘰疬丸：每次服6~9g，每日服2次。

7.4 外 治 法

7.4.1 药物疗法

① 初起：外敷消核膏，阳和解凝膏，或回阳玉龙膏。

② 成脓期：外敷冲和膏、藤黄膏。已成脓宜切开排脓。

③ 溃后：可用红升丹、八二丹、七三丹、五五丹等具有祛腐作用的药捻插入，以祛腐生肌。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.2 火针疗法

① 适应症：瘰疬未溃。

② 用具：酒精灯，粗针，消毒用物。

③ 施术方法：选准施术的肿大淋巴结，消毒皮肤，左手固定好肿核，右手持针，将烧红之粗针，按间隔0.5～1cm间距，深达肿块2/3处为准，迅速斜刺入内，进针时应有捻转，可留针，亦可不留针，术后纱布包扎固定。病人一般能够耐受。

④ 疗程：隔2日或每周2次施术。一个月为1疗程，中间休息1周。

7.4.3 截根疗法Ⅰ

① 适应症：瘰疬未溃。

② 用具：钢制粗针或三棱针，消毒用物。

③ 取穴：结核穴：即大椎穴与肩髃穴连接的内、外1/3交界与中、外1/3交界处。肺俞穴：第三胸椎棘突下，旁开各1、5寸。

④ 施术法：取坐位，于瘰疬同侧之结核穴或肺俞穴，消毒皮肤，左手拇食指捏起施穴之皮肤，右手持针，快速而准确地挑断穴位皮内之纤维，宽度约2～3mm。术后用消毒棉球或纱布包扎固定。

⑤ 疗程：隔日或每周2次施术，直至治愈。再次施术后，在原穴之旁取穴。

7.4.4 截根疗法Ⅱ

① 适应症：瘰疬未溃。

② 用具：医用三棱针，消毒用物。

③ 取穴：肺俞、膈俞、肝俞、胆俞、肾俞，均用双穴。

④ 施术法：取向椅背的反坐位，双手臂交叉放于椅背上，头枕于双臂上，暴露好后背，定好所施一对俞穴后，做好标记，消毒皮肤，右手持针，直刺，缓慢推进，至骶棘肌表层肌膜时有明显抵触感，即达施术之处，上下滑动三棱针数次，患者有强烈酸麻胀痛反应，拔针后，于对侧穴处如法施术，术后用消毒纱布包扎固定。

⑤ 疗程：隔日或每周2次施术，每次一对穴位。上述各穴交替使用，直至全愈。

7.4.5 拔核疗法

① 用药：白降丹或红砒，硬膏药。

② 适应证：瘰疬经多种方法治疗不效，肿大之淋巴结表浅，未溃者。

③ 方法：首先确定好要拔出之淋巴结部位及范围，皮肤上做好敷药标记，然后在标定之位置，用白降丹或红砒少量，点状围绕排列成数小堆(圆圈形)，外用硬膏贴封，1周左右取下膏药，即可使腐蚀的皮肤溃烂，与健康组织隔开，到一定时间后，坏死的皮肉与肿核一起脱落。

本疗法虽比较治疗彻底有效，但痛苦较大，损伤较重，且易损伤颈部的血管和神经，用时宜慎重。

7.5 西医治疗撮要

7.5.1 一般治疗

重视全身营养状况和增强修复能力，注意适当休息，给高热量、高维生素和高蛋白饮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

食，适当补充鱼肝油、钙片等辅助性药物。

7.5.2 抗结核病药的应用原则

（1）早期用药：由于淋巴结结核早期病灶血液供应尚好，药物容易渗入而发挥作用，故早期用药疗效较好，而对于酪化、纤维化及脓肿形成后的疗效较差。

（2）联合用药：由于结核菌对各种抗结核病药物均能产生抗药性，故联合用药有延缓耐药产生，提高疗效，降低毒性作用，一般都是在异烟肼的基础上，再联用1～2种其它抗结核药。临床常用的配伍有：

① 异烟肼0.1g，一日3次，或0.3g1日1次，链霉素0.5g，肌内注射，一日2次。

② 利福平0.45～0.6g，每晨顿服或分2次饭前服，乙胺丁醇15～20mg/kg，1日1次，或分2次服。

其他抗结核药还有环丝氨酸，卡那霉素，等亦可选用。

持续用药：抗结核药物应用需1.5～2年时间，应不间断用药。采用手术治疗者，手术前后均应使用抗结核药，手术后用药不应少于6个月。

8 疗效评定标准

关于瘰疬病的中医诊断标准，既往运用比较广泛的是1988年国家中医药管理局医政司制定的《瘰疬病中医诊断、疗效判定标准》，其后为了中医病证的规范化，国家中医药管理局颁布了行业标准，临床、科研均可采用。

治愈：肿块消失或窦道愈合，无并发症。

好转：肿块缩小或窦道脓水减少，全身症状消失或减轻。

未愈：肿块不消，窦道不愈合，全身症状未改善。

9 调 摄 护 理

9.1 预防与护理

注意精神护理，保持心情舒畅，避免喜怒忧思，劳神过度，以免扰动肝火，有利自我调护。本病属慢性病过程，应做好思想工作，坚持治疗；调摄饮食，增加营养，忌一切辛辣之品和生痰助火食物，以增强抗病能力；节制性欲，以免耗损肾精，更宜舒畅情志和适当休息；鼓励病人坚持锻炼，做气功，增强体质；如在结核活动期间，应予隔离，以免传染。

9.2 辨 证 施 护

（1）瘰疬病气郁、痰凝、热毒应：

① 饮食宜忌辛辣刺激及鱼腥发物，以免助火生病。

② 用芋艿佐餐，或切片晒干研粉，每日服用。

③ 因肿块消散缓慢，经常贴膏药容易引起皮疹可间歇使用。间歇期可用隔蒜灸法，有利消散。

（2）瘰疬病体质弱，阴虚者宜：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

① 限制活动，宜卧床休息。

② 病人需增加营养，多食甲鱼、银耳等滋阴之品。

③ 局部酿脓初期宜敷冲和膏，有利脓肿顺收。

④ 局部如已酿脓，触及波动时，应汇报医师，如需切开，应备好切开排脓。

⑤ 每天用夏枯草煎汤代茶。

（3）气血虚弱之瘰疬应：

① 卧床休息。

② 饮食宜富有营养，易于消化，如牛奶、鸡蛋、鸭肉、瘦肉汤等。

③ 换药过程中切忌搔挖，因颈部血管丰富，以免损伤血管，造成不良后果。换药所用敷料应集中堆放焚烧。

④ 如换药过程中发现空腔、窦道、应予扩创、搔刮、通畅引流。

10 康　　复

瘰疬病属慢性疾病，多因痰气结聚，肝气郁结，肺肾阴虚，脾胃虚弱，气血亏损，如合并肺痨病者，常有先天禀赋不足，后天营养失调，体质薄弱，或失治，病久失养，或积劳内伤，脏腑机能衰退，气血生化不足。瘰疬病虽外邪为患，病久虚损；肝肾虚损之人，妇女常因月经不调或闭经，男子常以遗精、滑泄、阳痿，性情急躁为最初症状；脾胃虚弱的人，常以饮食欠佳，消化不良，大便不实，倦怠无力为常见症状。康复方案重在五脏，气血不足等，以调摄肺肾、脾胃、气血虚弱等。

精神调养对于瘰疬病康复十分重要。因情志忧郁，易使气阴暗耗，既是致病之因，又是病情恶化之由，所以成年患瘰疬病病人，必须保持情绪舒畅稳定，则气血通利，脏腑生机活泼，有益于巩固瘰疬的康复效果，防止复发。

慎起居，远房事。起居有规律，做到动静结合。睡眠和休息不足，每影响体力，但多睡也能伤气。总要根据需要，顺其自然，适可而止，如进行户外散步，呼吸新鲜空气，适当晒日光等，还可以气功锻炼、打太极拳及体育锻炼等。至于房事应当节制，以免暗耗真精。

调饮食、戒烟酒。人体气血全赖水谷以资生，故调理饮食对瘰疬的康复至关重要，坚持饮食调理原则，凡辛辣厚味，过分滋腻，生冷不洁之物，都应禁食，尤其不能过饱过饥，偏食偏饮。至于烟酒，大损正气，应予戒绝。

总之，瘰疬的预后，一般说来，瘰疬初起体质素盛，元气未衰，肺脾肾未虚，病属顺证，可期康复；病久，体质素薄，肺脾肾虚，其疗程久，并宜调理，促使康复。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

辨病就是根据各种疾病的临床特点，对疾病作出相应的诊断，治病有无错误，首先决定于诊断是否正确，而诊断的正确与否又取决于检查是否认真详细。前卫生部部长傅连璋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

指出："没有诊断，就没有治疗权"，可见辨病的重要性。辨证则是综合患者有关的各种临床表现，以分析并判断其性质，当前，辨病与辨证相结合是密不可分的。

瘰疬--病，首见于《灵枢·寒热》，以后历代文献多有记载，名称甚多。因为中医病证名由病因、病机、主症等诸多因素来确定，关于病名称谓多各自确定，至今仍有争议。1960 年五院校审订中医学院试用教材《中医外科学讲义》将瘰疬病分为急性、慢性两大类。1995 年实施的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，规定瘰疬因肝气郁结、气郁化火、灼津为痰，结于颈项而发病。以结核累累、成串，溃后脓出清稀，疮口经久不愈为特征。相当于颈部淋巴结结核。

1.2 病因病机研究

瘰疬病浅在体表，但责之于内。李孔定认为本痰的病因为：一是素体正气不足，气血阴阳亏损；二是痨虫瘵毒为患。[1]何炳元认为瘰疬病因虽有外感淫邪，内伤情志秉赋不足并有痰火或痰湿结于颈项而发，但其根源在于脏腑，故痰为标，脏腑之虚实为本。初病气血不虚，其病在表在经，属实；久病气血亏耗，其病在脏在里，属虚。[2]此外何氏还强调瘰疬病与痨瘵关系密切，在瘰疬的病因中，痨虫是一个不可忽视的因素。王沛等认为，风热之毒或四时不正疫疠之气外受，与痰气相搏，循少阳经上升，互阻于颈项，结块作肿；肝郁气结，横逆伤脾，痰热内生，循经上注于颈项，亦发瘰疬；肝郁化火，灼伤肾阴，炼液为痰，痰火互阻于颈项而作肿；或由于素体肺肾阴虚，阴亏火旺，灼津为痰，上结于颈项而发病。[3]以上种种原因均可引发瘰疬。瘰疬之生，或由外邪侵袭，或因脏腑失调，其根在脏。

1.3 证候学研究

瘰疬病在临床治疗过程中涉及到预防、诊断、辨证论治、调摄护理、康复等多个方面，但首先的工作是明确诊断，判明证候属性。所以证候学是研究瘰疬病的重要内容之一。按照"辨病"与"辨证"属性，据证立法，依法组方，理法方药完整统一的原则，进行分型、辨证、属性、论治这仍是多数学者治疗瘰疬病的常用法则。顾伯华分瘰疬为初期、中期、后期三个阶段，后期又分为肺肾阴亏、气血两亏。[4]王沛等将瘰疬辨证分为六型，即气郁痰凝证、风热毒结证、肝郁化火证、寒痰凝聚证、肺肾阴虚证及气血俱虚证等。[3]其他大多数医家均是以瘰疬局部病状分为结节期、脓肿期和破溃期三期，具体的辨证与以上大同小异，重视外来邪毒及脏腑内虚两方面的因素。

1.4 治则治法研究

瘰疬病多为本虚标实，证候上表现为痰、虚、郁、瘀。治疗上，急性期宜散风清热化痰为主。慢性期当疏肝养血，解郁化痰，标本兼顾。何炳元提出治疗瘰疬，结节期：或祛风胜湿，或清热解毒，或清肝泻火，或舒肝解郁，或清热化痰，或健脾化湿，均辅以化痰软坚，攻坚消肿法；脓肿期：属寒痰证者治以散寒通滞，行气回阳；属痰热证者治以滋补肝肾，托里排脓；破溃期：气血不足证治以补虚益气，调理脾胃；气血两虚者治以益气养血，调和营卫；阴虚火旺者，采用滋阴降火法，益气养阴法或滋阴补阳法[2]。王沛亦根据

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

辨证，分别采用清肝解郁，消肿散结法；清泻肝火透脓法；滋肾补肺，清热化痰法；气血双补法等。[5]外治法运用药物外敷、火罐吸脓、药捻拔核等，或用手术器械施行手术等。

2 临床研究

2.1 辨证加减用药

鲍正飞等采用中医药为主治疗瘰疬220例，其中包块型96例，合并溃疡者48例，溃疡型28例，寒性脓肿型96例，有窦道者90例。内服药以玄参、夏枯草、海藻、当归、煅牡蛎、蚤休、青皮、地龙、蒲公英、天花粉为主。每日煎服1剂。局部包块外敷七味内消膏、加味金黄膏或手术摘除，溃疡或寒性脓肿杀菌祛腐与清创扩创相结合；局部选用拔瘰丹Ⅰ号(轻粉、血竭、尿浸煅石膏、红黄升丹、冰片)或Ⅱ号(黄升丹、血竭、樟丹、九一丹)，同时用雷米封，少数危重症加链霉素、利福平。经治全部获愈。认为拔瘰丹治疗本病的疗效确切，功能杀菌、提脓、祛腐、生新。[6]

王兆海等采用中医药治疗瘰疬54例，基本方为白头翁、猫爪草各25g，煅牡蛎、煅龙骨、连翘、夏枯草、浙贝母各20g。阴虚加麦冬、旱莲草；阳虚加补骨脂、肉苁蓉；质软加蒲公英、金银花；质硬加三棱、莪术；盗汗加黄芪、党参。儿童减量。日1剂水煎服，15日为1疗程。外敷金黄散，日2次。结果：痊愈42例占77.8%，显效10例占18.5%，有效2例占3.7%。[7]

李孔定根据本病的病因，一是素体正气不足，气血阴阳亏损；二是痨虫瘰毒为患。采用泽漆消瘰汤：鲜泽漆40克，土茯苓、黄精、夏枯草各30g，连翘、山楂、枳壳各15g，甘草3g。重症加蜈蚣、马桑根；便溏纳呆加怀山药、鸡屎藤、山当归；五心烦热，失眠盗汗加牡蛎、五味子、麦冬、沙参；咳嗽甚加百部、浙贝母、杏仁；瘰疬已破溃加黄芪、女贞子、制首乌。2日1剂，水煎，饭前服，亦可炼蜜为丸，瘰疬未溃者外治可用川乌、草乌等量研末，蜂蜜调敷患处，纱布固定，1日1换。另外可配合食疗。[1]

香贝养荣汤是治疗上石疽，瘰疬的良方，赵新安报道，临床根据辨证加减，治疗瘰疬溃疡、窦道久不愈合，具有较好的生肌收口，促进愈合的作用，取得满意的疗效。[8]

任燕运用中西医结合方法治疗淋巴结结核431例，通过口服内消瘰疬汤(玄参、浙贝母、煅牡蛎、海藻、夏枯草、白芥子、三棱、莪术、地龙、羊乳、天花粉、黄芪、当归等)，每日1剂；西药口服异烟肼、链霉素、利福平等。同时外敷七味内消膏，每日1次。结果本组431例中治愈422例，好转9例。平均疗程53.5天。显示本法能缩短疗程，提高疗效。[9]

2.2 专方专药

历代医家治疗瘰疬创制了不少的专方专药，这类方药的组成或运用，基本上能够反映出治病用药的大概状况，也能反映出治疗瘰疬的发展状况。我国60年代初对中草药的抗结核菌作用进行了研究。但中草药有效成分复杂，有时呈现抑菌的动物试验与临床疗效不符合，此可能与药物成分提取方法有关，有待进一步研究。实验室结核菌对中草药的敏感度：高度敏感的有红矾、侧柏叶醇浸液、白芷、黄精、夏枯草、柳芽、藜芦、乌梅、诃子、狼毒；中度敏感有柳皮、板蓝根、枣树皮、松塔、升麻、石榴皮、茵陈、百部；低度

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有猫爪草、黄柏、百合、苦参、黄芩、黄连等。中草药的免疫增强与调控作用：补气药有人参、黄芪、白术、甘草；补血药当归、熟地、何首乌；补阴药麦冬、枸杞、山萸肉、冬虫夏草；补阳药淫羊藿、附子、刺五加、补骨脂等。这些补益药性味多甘温，是扶正固本的要药，具有双向调节功能。现代方法证明，这些中药含有多种复合微量元素，它们是体内生化反应不可缺少的关键物质，参与各种酶的合成，增强 T 和 B 细胞的免疫功能，诱导白细胞分泌白细胞介素Ⅱ和干扰素 γ，增加超氧化物歧化酶的分泌对抗有害的自由基，从而重建或增强人体的免疫系统的功能。所以，抑菌中草药与增强免疫功能中草药的合用，辨证施治，定能发挥治疗瘰疬的作用。临床上约有 5%的病人，尤其是难治病人对多种抗结核病药物均有毒副反应，是中药治疗的最好的适应证，加之多数结核病人免疫功能低下，所以，对难治性瘰疬中药治疗具有优势。

陆洁等总结陆孝夫用猫爪草治疗瘰疬的经验特色：猫爪草 1 方：单味猫爪草 60g 煎服，2 周为 1 疗程；未溃者用本品浓煎熬膏外敷，已溃者视病情用 10%～30%膏剂外敷，有窦道者用本品凡士林纱条配合外用掺药插入窦道引流。猫爪草 2 方：猫爪草 50～60g，猫人参、泽漆各 20～30g，用于 1 方不效或痰多或素有咳喘痰饮者。猫爪草 3 方：猫爪草 50g，猫人参、泽漆各 20g，生牡蛎 30g，天葵子、玄参、象贝母、夏枯草各 15g，僵蚕、当归各 9g，用于 2 方不效或病久缠绵不愈者。出现局部红、肿、痛、热或继发口腔炎症等阳证症状时，可加蒲公英、连翘等；有急性炎症再加蚤休，慢性炎症再加露蜂房；寒痰加白芥子、制半夏；热痰加贝母、黄药子、海藻；血瘀加五灵脂、王不留行、莪术；气郁加制香附、橘叶、橘核、八月札；闭经加逍遥丸。[10]

高志海等报道，采用自制淋巴结核丸以每日子、午、卯、酉时各服 1 丸，配合中医外治局部处理的方法，治疗瘰疬患者 1600 余例，将资料完整的 161 例进行小结，结果为临床治愈 158 例，好转 3 例，疗效满意。这种结合中医时间医学进行辨证加减用药的方法值得进一步研究。[11]

张更生应用民间验方治疗颈淋巴结核 36 例，方用猫爪草、黄酒、蜈蚣、绿皮鸭蛋、西瓜翠衣、壁虎油、瘰疬散。壁虎油：活壁虎 5 条放入烧热的香油炸焦，滤油，加少许冰片，瓶装备用。瘰疬散的配制：壁虎、蜈蚣、全蝎各 5 条；僵蚕 10 条、苍术、黄柏、白芷、猫爪草各 10g，珍珠 3g，冰片 1g，将 9 味药焙干粉碎，拌入冰片。采用内外合治的方法，结果 36 例均治愈。张氏认为本药能直达病所，迅速取效。[12]

饶忠然采用蝎桃膏治疗颈淋巴结结核 96 例，用本品(全蝎 15g,核桃仁 120g,共为细末，分 10 份)1 份/日，1 次口服。久病破溃不愈加夏枯草 20g，黄药子 15g，白芍 10g，浙贝、炙僵蚕各 12g，煅牡蛎 25g。日 1 剂，水煎服，10 日为 1 疗程。治疗 2～4 个疗程，结果：治愈 89 例，好转 6 例，无效 1 例，总有效率 98.96%。[13]

邓春荣应用自拟方白猫消瘰汤治疗瘰疬 40 例，方中应用了“反药”海藻和甘草，结果：临床治愈 30 例，显效 8 例，有效 2 例。认为甘草配海藻并无不良反应，反增软坚之作用[14]。

胡桃壳性平，味苦、涩，有化痰消瘀、软坚散结之功用，孟丹石运用胡桃壳治疗瘰疬取得了较好的效果。[15]其他如孔凡涵等重用露蜂房，[16]任淑芳应用单味蒲公英治疗瘰疬，[17]徐爱龙外用全蝎治疗瘰疬，[18]均是单方单药治疗本病较为成功的案例。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.3 中药外治法研究

潘金文采用家传炉火药捻治疗本病取得较好的效果。方法：①祛腐类药捻：白降丹75g，普鲁卡因粉、炉甘石粉各10g，干姜末5g。研细末与糯米糊调软面，搓成长3、5、10cm比火柴杆略细的药捻，阴干，贮瓶备用。用于疔疮、瘰疬、漏管、流痰、背痈、臂痈、锁骨疽、背疽或骨髓炎、化脓性乳腺炎及恶性深部脓肿等。②提脓类药捻：红升丹70g，炉甘石10g，巴豆霜5g，冰片15g。研细末，掺入桑皮纸，捻成长5、10、15cm的药捻，在药捻外涂1层糯米糊，均匀撒上一层药粉。用于痈疽排脓不畅，腐肉难脱，瘰疬，痰核，漏管，骨髓炎，破溃性淋巴结核等中晚期疾病。③生肌类药捻：三仙丹57g，鹿角霜、海螵蛸各20g，麝香3g。制法同提脓类药捻。用于脓血将尽的一切疮疡、痈疽及久难收敛的深部窦口等病。[19]

五虎丹出自《串雅内编》，药用水银、牙硝、明矾、青矾各90g，食盐45g，炼成丹剂。有腐蚀、提脓、拔毒、化腐之功。何柏生采用五虎丹治疗瘰疬1例获良效[20]。谢正平应用溃疡灵液治疗瘰疬36例，方用连翘700g，黄柏、金银花各500g，蒲公英300g，川贝母100g，蜈蚣6条，洗净浸泡3~5日，然后水煎40分钟，滤取药液，再水煎30分钟，将2次药液加95%酒精沉淀，去蛋白，水浴回收酒精，加蒸馏水，消毒备用。用时将无菌干纱条置于药液中浸泡3分钟，根据窦道大小塞入窦道。若窦道较细，用四六丹祛腐扩创，或用刮匙搔刮，或切开盲端。结果：治愈35例，有效1例。[21]

祝庆华外用白芥子治疗瘰疬，方法：用炒白芥子20g，研末以香油调涂患部，每日1次。结果治疗20例均获痊愈。[22]其他尚有报道如董国良外用石蒜，[23]李凤台采用巴豆散塞鼻治疗瘰疬，均取得了良好疗效。[24]

2.4 针灸疗法

王根君等采用火针配合毫针围刺法、透穴法治疗瘰疬20例，疗效满意。[25]叶成鹊等介绍艾炷隔蒜灸治疗瘰疬。[26]本法最早见于《肘后备急方》。操作：大蒜捣成泥，放在穴位或部位上、再放艾炷施灸。临床具有较好的效果。火针疗法自古以来就被用于治疗瘰疬，黎祖琼及高希言等综述了近年来火针疗法临床应用概况。本法临床应用于瘰疬等疾病，具有良好的疗效。黎氏认为本法应用不如其他针刺疗法广泛，其原因是与火针疗法所产生的恐惧感和针刺时所产生的烧灼痛，以及使用习惯有关。[27,28]

中医外科临床治疗瘰疬的方法很多，常见的还有石氏瘰疬截根术、[29]挑割疗法[30]等，每一种疗法均有其各自的特色和优势，也需要严格注意选择适应症，方能取得满意的疗效。

3 实验研究

关于瘰疬病的实验研究资料不多，已有的文献报道显示，中药对于结核杆菌具有较好的抑制作用。钮晓红等进行了中药瘰疬宁胶囊剂对豚鼠结核病的治疗作用的实验研究：采用人型结核杆菌标准株皮下感染豚鼠，造成豚鼠结核病模型。研究发现：瘰疬宁胶囊剂能使结核病豚鼠体重降低百分率明显减小；高、中两个剂量组豚鼠颈部肿大的淋巴结数目明显少于阴性对照组；该药还可减轻其脾、肺、肝的病变程度(肉眼观察)和脾、肺、肝、淋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

巴结的重量指数；病理检查发现，该药可使脾、肺、肝、淋巴结的干酪性坏死发生率显著降低；并能减少脾、肺、肝及淋巴结结核杆菌培养的活菌单位数目。[31]

【古训今释】

1 病名溯源

瘰疬病名，古代文献记载颇多，其名最早见于《灵枢·寒热篇》。“此皆鼠瘘，寒热之毒气留于脉而不去者也。”因为中医病证名由病因、病机、主症等诸多因素来确定，关于病名称谓多各自确定，《外科大成·瘰疬》中记载：“瘰疬结核于颈前项侧之间，小者为瘰，大者为疬，连续如贯球者为瘰疬。”“以形而言之，生左耳根名蜂窠疬，生右耳名惠袋疬，遇怒即肿名气疬，核痛红肿名血疬，筋缩如贯珠者名筋疬，小而多痒名风疬，绕项生者名蛇盘疬，颔红肿痛名燕窝疬，延及胸腋者名瓜藤疬，延及遍身红活易溃者名痰疬，生乳旁两胯软肉等处名疡疬，灌注四肢遍身自溃相穿者名流注疬。……独生一个在额门者名单窝疬，一包十数个者名莲子疬，核上堆核者名重台疬，坚硬如砖者名门闩疬，形为荔枝者名石疬，如鼠形者名鼠疬，如柱木者名木疬，如黄豆结篓者名锁项疬。”清代还出现了瘰疬的专病专著的是《疬科全书》和《痰疬法门》。纵观其名，其中有以形状命名者，有以经络命名者，有以病因命名者，有以部位命名者。又如先天性瘰疬，俗称胎内生，《疬科全书》称此病为“童子疬”。从其病种上看，它包括了西医的颈淋巴结结核，颈淋巴结炎，也囊括了颈、腋、锁骨上下窝等部位的淋巴结结核、炎症及良恶性肿瘤等多种疾病在内。故中医外科瘰疬一病，有广义和狭义之分，广义者泛指该部位淋巴结肿大一类疾患，狭义者专限定为颈淋巴结结核，本文仅指后者。因其常能致虚，局部病变成瘘久不愈合，又有“疮痨”之称。

2 证候与病象

有关瘰疬证候的论述，从《内经》至清代诸家所著，极为丰富，但综合分析，均从病名、病因病机、治疗等方而进行阐述为主。

2.1 病因病机论

从古至今，历代医家对瘰疬症候的描述因其病因病机认识的不同各有所异。唐宋以前，多以感受外邪立论。《灵枢·寒热》：“……此皆鼠瘘寒热之毒气也，留于脉而不去者也。”此为寒热之毒气侵及人体，留于脉中，故又有“而未内著于肌肉，而外为腋血者”之论述。强调病因为寒热之毒气，侵及人体，而生瘰疬。及至元代，有《外科精义·论瘰疬治法》认为：“夫瘰疬之病，其名甚多，……有风毒、热毒、气毒之异。瘰疬结核，寒热之殊，其本皆由忿怒气逆，忧思过甚，风热邪气，内传于肝，”把外邪分为风毒、热毒、气毒三种，并指出发病与肝郁密切相关，认为发病责之于肝郁。及至明清时代，对瘰疬病病机阐述更深一层。如明·张介宾《景岳全书·外科钤·瘰疬》认为：“瘰疬之病，属三焦肝胆等风热血燥，或肝肾二经精血亏损，虚火内动，或恚怒忧思，气逆于肝胆二经。二经常多气少血，故怒伤肝，则木火动而血燥，肾阴虚则水不生木而血燥。血燥则筋病，肝主筋也，故累累然结若贯珠”。其发展了唐代《外台秘要·寒热瘰疬方》“肝肾虚热则生疬”之说，阐

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

明了肝胆风热血燥或肝肾阴亏致病之机理。又如明·龚居中《外科活人定本·瘰疬》提出“……多起于少阳一经及阳明经有之，以多气少血故也。”以及明·申拱宸《外科启玄》的“是足少阳胆经，多气少血。延及阳明胃经，多气多血。”都是在前人肝胆论的基础上，进一步提出本病的转归“延及阳明胃经”。至清代，对瘰疬的认识，大多与明代雷同。如清·祁坤《外科大成·瘰疬》中提出：“始起于少阳经，次延及于阳明经颊车等处……此由三焦肝胆二经怒火风热血燥而生，或肝肾二经风热亏损所致。”同年代的邹岳也在《外科真诠·瘰疬》中提出：“受病之原，虽不外痰湿风热气毒结聚所致，然未有不兼恚怒忿郁，谋虑不遂而成者也。故瘰病者肝病也。肝主筋，肝经血燥有火，则筋急而生瘰疬”，都把肝郁归于内因，痰湿风热气毒结聚为外因。

瘰疬一病，浅在体表，但责之于内。《内经》云：“邪之所凑，其气必虚”。因而认为与六淫、七情、气血、脏腑、经络以及痰、虚劳等密切相关。六淫致疬，主要是“风毒”与“热毒”，其邪乘虚从皮毛或口鼻侵入机体，沿经络扩散与宿邪相结，窜注颈上、锁骨上，而结成核，若郁滞不散，久则溃破，甚则成漏。内伤七情，主要是忧思郁怒，伤于肝脾；肝郁化火，火盛灼液为痰；忧思伤脾，脾失健运，痰湿内生，致气郁、火郁；痰湿阻于经络，气血凝滞，结于颈项。《外科证治准绳·瘰疬马刀》曰：“瘰疬者有风毒、热毒、气毒之异，瘰疬结核寒热之殊，其症皆忿怒气逆，忧思过甚，风热邪气内搏于肝，盖怒伤肝，肝主筋，故令筋缩结蓄肿也。”此外，六淫、七情以外的诸因，如恣食厚味炙煿辛辣，可致湿热火毒内生，壅遏腠理发为瘰疬。至于因起居、劳逸的无常、失度，每每导致脾运失权或肾气亏损而滋生瘰疬者，更屡见不鲜。

总之，古人强调风热毒气与忧思恚怒为瘰疬发生的总病因，气血壅结，痰火凝滞，局部经络阻塞，以及肝郁化火，脾伤失运，肺肾阴虚等是瘰疬发生的总病机。病之后期，肝火愈旺，下烁肾阴，或脓水淋漓，耗伤气血，每易转入损途。只有明了瘰疬的病因病机，辨证施治过程中才能正确地分析局部和整体的关系，采取不同的治疗方法，达到治愈的目的。

2.2 瘰疬与气血、经络、脏腑关系

（1）瘰疬与气血：人身的气血，相辅而行，循环不息。一旦这种关系被破坏，则气血运行失常，凝滞痰阻于肌腠筋骨而发病。瘰疬正是由于局部气血凝滞而引起的，气血的盛衰关系着整个病程的长短与预后。

（2）瘰疬与脏腑：人体是一个统一的整体，瘰疬虽发于体表，实根于脏腑，所谓：“有诸内必形诸外”，“鼠瘘之本，皆在于脏”，及“瘰疬之病……根在脏腑”。说明瘰疬与脏腑的关系至为密切，尤其与肝、胆、脾、肺、肾等脏的关系最密切。盖郁怒伤肝，肝气郁结，久而化火，灼液为痰，痰火上升，结于颈项；思虑伤脾，脾伤不能输布津液，水谷不化精微反成痰涎，痰火凝滞，结聚成核，则瘰疬生矣；而肝肾阴虚，水亏火旺，气不布津，凝聚为痰，痰窜经络而作瘰疬。可见脏腑内在的病变，可以反映于体表；反之，体表的病变，也可影响脏腑而发病。瘰疬的后期，由于脓水淋漓，每多耗伤气血，致使肾阴益亏，肝火益旺而难愈。

（3）瘰疬与经络：经络是人体气血运行的通道，内联脏腑，外通体表的皮、肉、筋、骨、脉，因此瘰疬的发生、传变，也与经络有着密切的关系。瘰疬和经络的关系，主要是

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

与肝经、胆经、三焦经及肾经等关系较大。这是因为①肝和胆，在五行中同属木，肝属乙木，胆属甲木，肝合胆，少阳相火，木火同气，风气通于肝，“风气大采，木之盛也”，木从火化，故风与肝胆二经有着同类相从、同气相求的关系。风为六淫之一，乃“百病之始”、“百病之长”。倘木燥风淫，肝胆气郁不达，一则可使气血内耗，一则相火乘机干犯，致少阳经清阳之气受到阻滞，而变生诸病，瘰疬即其病变之一。故瘰疬表里虚寒皆始于少阳经脉。②肝主筋，“胆者筋其应。”肝经血燥有火，则筋急而生瘰疬。《儒门事亲·铜人》云：“瘰疬结核，马刀挟瘿为少阳经多气少血之病也”；《外科枢要·瘰疬》曰“瘰疬之病，属于三焦、肝经、胆经、肾经……怒火风热血燥，或肝肾二经精血亏损，虚火内动，或患气逆，忧思过甚，风寒邪气内搏于肝”也。

（4）瘰疬与“痰”的关系：因痰导致的外科疾病不少。痰有实痰、虚痰两种：实痰者如风痰、痰核；虚痰者如瘰疬、流痰、附骨疽等。此类疾病大多发于皮里膜外，其特点为：皮色不变，肿硬似馒，按之有囊性感；若溃脓为粘液，或脓中夹有败絮样物质。陈远公云：“瘰疬多起于痰，痰块之生，多起于郁，未有不郁而生痰，无痰而生瘰疬”。

（5）瘰疬与“虚劳”的关系：中医学认为本病并非单纯“外症”，“鼠瘘之本，皆在于脏，其末上出于颈腋之间”，明确地指出了本病和内脏有着本末的重要关系。后世医家更观察到本病和“虚痨”与“痨瘵”之间的有机联系。虚劳与痨瘵的共同证候是：咳嗽、咯血、消瘦、倦怠、潮热、骨蒸、盗汗等，这与瘰疬的后期症状有许多相似之处。肺痨与瘰疬同为结核杆菌所引起，《疬科全书·病源》云：“疬之成症原与痨瘵相表里也，同一阴火也、痰也。其痰其火，行之肺腑，初期咳嗽吐血，随成痨瘵，行之经络，则为瘰疬”。总之，瘰疬的发生、发展、变化与六淫、七情、脏腑、经络以及痰、虚劳的关系极为密切。风热毒气与忧思恚怒是瘰疬发生的总病因，气血壅结，痰火凝滞，局部络经阻塞，以及肝郁化火，脾伤失运，肺肾阴虚等是瘰疬发生的总病机。病之后期，肝火愈旺，下烁肾阴，或脓水淋漓，耗伤气血，每易转入损途。只有明了瘰疬的病因病机，辨证施治过程中才能正确地分析局部和整体的关系，采取不同的治疗方法，达到治愈的目的。

3 治 疗 法 则

3.1 治 则

瘰疬是一种全身性疾病，从《灵枢·寒热》提出发病皆在于脏的观点，至唐代《外台秘要》进一步认识到肝肾虚损在发病学的重要性，到元代朱震亨完善了按虚实论治的法则。朱氏在《丹溪心法·瘰疬》中指出：“夏枯草大能散结气，而有补养血脉之功，能退寒热，虚者尽可倚仗。若实者以行散之药佐之。外施艾灸，亦渐取效。”而元代《外科精义》认为发病责之于肝郁，到明代《疮疡经验全书·神效灸治瘰疬穴法》又告诫治疗瘰疬，因其主要由虚劳气郁所致，治宜补虚，不宜攻伐的观点。陈实功在所著的《外科正宗·瘰疬论第十九》亦强调“先养正气，次治标病”的基本治则。清代，总结和继承了前人的经验，对该病从病因证治，又进行了细微的阐发，如陈士铎在《洞天奥旨·瘰疬疮》中制定了从调理脏腑入手，解郁为先，补虚为主的“治法三要”。提出“病虽有九，而治法止有三也：其一治在肝胆，其二治在脾胃，其三治在心肾。”清代其他医家也各有发挥，治疗方法也更加

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

考究，已形成了完整的辨证论治体系。古人对此病给后世留下了宝贵而丰富的经验。

至于治疗方法，大体分为两种：一为外治法，一为内治法。外治法又分为针灸，包括针刺、火针、灸法、挑刺等；外治法，包括局部用药、腐蚀、拔火罐等；内治法则按辨证的结果进行施治，二者常相互配合运用。

3.2 治　　法

中医学论治瘰疬的历史，源远流长，从公元前221年《淮南子·修务训》云："猫头已镭，鸡头已瘘"。这里鼠瘘乃指瘰疬溃烂后，经久不愈的病变，而"猫头"与"鸡头"则是对症治疗的药物。在现存最早的外科《刘涓子鬼遗方》中载有治瘰疬的白芷膏和白蔹膏方。《诸病源候论》对肿核、溃破的不同见症，分别从内服、外敷、针灸等治疗。王焘在《外台秘要·寒热瘰疬方》中指出："状如梅李大小，两三相连在皮间"的肿核，是肝肾虚热，风邪毒气客于肌肉，还明确了"时发寒热，久则脓溃成瘘"的病变发展规律。治疗则用海藻、昆布等软坚化核药，辅之以汤熨针砭的理疗热敷藉以促进疗效。对于结核(含痨病)，《圣济总录》有8卷记载虚劳，足见为当时医家研究中心，对瘰疬记有多种方药，占2卷之多，可见当时很重视这个病。陈自明认为瘰疬乃肝经病，治宜清肝火，养肝血，健脾土，培肝木，治疗方剂有神效瓜蒌散、立效散、内消丸、紫金膏等，从而确立了瘰疬病变在肝，从肝经求治的原则。

金元四大家在瘰疬证治方面各有所主，刘完素《黄帝素问宣明论方·疮痈杂论》认为：结核者乃火气热盛，则郁呈坚硬如果中核也，不须溃发，但热气散自清；张从正《治病百法·瘰疬四十七》指出瘰疬、结核、马刀、挟瘿，因"少阳胆经多气少血"，治宜四物汤之类，和血通经之药化痰软坚散核；李东垣《兰室秘藏·疮疡门》本于"脾为后天之本"理论，治马刀挟瘿用救苦化坚汤；朱震亨持"阳常有余，阴常不足"之说，制用大补阴丸治疗瘰疬肾阴不足，虚火偏旺之症。齐德之以据证析症从内而治的思想则贯穿于临证始终。其《外科精义·瘰疬》论治强调"结核瘰疬，初觉有之，即用内消之法"，经久不除，外治不明者，并宜托里，认为用腐蚀肿核及瘘管形成等症，可以"使毒外泄，而不内攻，恶肉易去，好肉易生"。所以后世瘰疬病临证每以内面消托，外而腐蚀作为治疗原则。薛己《外科发挥·瘰疬》按瘰疬肿痛、坚硬不溃或溃后难敛并其脉证，立有发散，理气，清热，补益，泄毒，腐蚀等治则，内治强调必效散与神效瓜蒌散兼服，外治用三品锭子，琥珀膏等。危亦林《世医得效方·瘰疬》治瘰疬的经验有二：其一，认为"初觉脊聚，结毒疼痛肿赤痕瘢润硬或见或不见，治之如拯溺救焚不可缓；其二，认为瘰疬与抑郁有关，故所列二十三个药方，如五香连翘汤等，大都有舒肝理气散结之方药以直扣病机。这里不仅提示了瘰疬病变的发展转归，还提示了该症的治法与方药。汪机、陈实功各有所擅长对瘰疬内治和外治都作了进一步的充实与完善。汪机《外科理例·瘰疬》本于治疗外证"必本诸内"之旨，主张以调补气血为主，主治肿硬不溃，溃而不敛，或因虚劳所致瘰疬，认为惟有元气充，其肿散，促溃，消腐，收敛之效方才可期，此正前之扶正固本之说，具体运用于瘰疬之病例。

明代陈实功《外科正宗·瘰疬论第十九》不仅消、托、补、针刺、腐蚀、引流内外诸法悉备，而且还以瘰疬、痰核外无六经形症，内无便溺阻隔，其病多生于膜外内里肌肤之间为据，提出内治最善之法，只当养气血，调经脉，健脾和中，行痰开郁，不必发表攻里的见解，当外治引流吸收以泄毒外出为第一要义，应用火针"破核消核"。所以对初起坚硬

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或如梅李结聚不散的瘰疬痰核，直至火针刺治，以药线襄其功。但也告诫肿核渐大，渐痛，渐腐者，不可针刀掘破，这不仅为后人提供了临证可采之法，也提出了诸法之所宜所忌。朱棣等编《普济方·诸疮肿门》收录治疗瘰疬药方 600 余个，而方中人选的诸如全蝎、斑蝥、守宫、蜈蚣、地龙等虫类药约有 100 多种，今日蜈蚣、地龙、僵蚕等仍是临床治疗瘰疬之常用的药物。祁坤在《外科大成·瘰疬》中以三焦、肝胆、肝肾病变治瘰疬之说，主张以补气血，滋化源为始终之治，慎用追蚀悍霸药，故治疗瘰疬初起“寒热止而核不消”，以及“将溃、已溃或溃之脓清”诸见症，治疗宜用加味小柴胡汤、家传消疬丸等清肝、滋肾、补益之剂，内消或补托。兼外治者，则有针灸、敷贴、蚀腐、吸脓等法，并认为其肿核“推之不动，不宜针砭追蚀，用则难以收口。吴谦等在《医宗金鉴·外科心法要诀·瘰疬》按瘰疬各症分类，分别用舒肝溃坚汤，香贝养荣汤，夏枯草膏等内服二十三方，外用全倍散，蛇蜕膏等外治十方。王维德《外科证治全生集·瘰疬》主张以“以消为贵，以托为畏”，“凡瘰疬大忌开刀”，宜用小金丹，化核膏，犀黄丸疗效显著。陈士铎在《洞天奥旨·瘰疬疮》中述：“痰凝病生”，作者认为瘰疬溃破脓血窜注为证，此症“多起于痰，痰之生多起于郁”，“未有不郁而生痰，无痰而生瘰疬”的论点，主张治宜开郁为主，因“郁久血必耗，况流脓血，则气血更亏”，所以说“消痰而不解郁，而不化痰，皆虚其虚也”。从前人“脏腑气逆郁结生痰”发致瘰疬的阐明，而开郁化痰则是病症治疗之要领。高秉钧在《疡科心得集·辨瘰疬瘿瘤论》亦有痰核、挟瘿、瘰疬、马刀，其症先于痰，治宜清化热痰，降火之剂，宣痰解毒之说。总之至明清时代，随着各家学说对瘰疬病因病机的充实完善，其治则疗法方药亦至臻完善。

4 方剂用药归类

4.1 外用方药

麝香膏(《太平圣惠方》)

组成：麝香(细研) 雄黄(细研) 连翘 常山 附子 昆布 狼毒 黄芪 败酱草 斑蝥 虾蟆灰(细研)

用法：除麝香、雄黄、虾蟆灰外，余药细锉。将腊月猪脂 300 克，于净锅中炼 10 余沸去滓后下诸药，用慢火煎搅，候黄芪黑色时，绵滤去滓，收入瓷盒，后下麝香、雄黄、蛤蟆灰，调令匀。每次摊匀于故帛上，贴于患处，每日换药 2～3 次。

功效：解毒祛腐，软坚消核，敛疮生肌。

主治：瘰疬经久不瘥，成瘘疮者(淋巴腺结核溃后不愈)。

二香散(《活幼心书》)

组成：白胶香 降香(用心，无土气者) 海螵蛸 五倍子

用法：上药为末，先用槲皮散煮水，洗净患处，后以此药干涂上，外将水纸封掩。三五次即效。

功效：解毒消瘀，收湿敛疮。

主治：瘰疬脓汁不干(结核性溃疡)。

下品锭子(《外科发挥》)

组成：白矾 白砒 乳香 没药 牛黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用法：先将砒末入紫泥罐内，再用矾末盖之，以炭火煅，令烟尽，取出研成极细末，以糯米和匀搓条，状如线香，阴干。纳入疮内三四次，年久者五六次，其根自溃。如疮露外者，用蜜水调药涂搽，干末上亦可。

功效：拔毒排脓，散瘀止痛。

主治：瘰疬。

神圣换肌散(《证治准绳》)

组成：白僵蚕　贝母　降香　白及　海螵蛸　五倍子(炒黑)　白胶香　轻粉

用法：上药为末，先用药水洗，次擦此末，外贴膏药。

功效：蚀死肌，拔瘰核。

主治：瘰疬。

紫霞锭子(《证治准绳》)

组成：砒石(煅)　白矾(煅)　硇砂　胆矾　雄黄　朱砂　乳香　没药　麝香　冰片

用法：上药研末，稠糊为锭子，如豆大带扁些，另作药线，随疮大小、深浅、长短，临时裁度，先以拔毒膏点破，次以药锭放在疮口，膏药贴上，直候腐肉去尽为度。

功效：蚀腐，解毒。

主治：瘰疬。

万金丹(《外科启玄》)

组成：赤矾　牛黄　砒石　乳香　没药　朱砂　铅丹

用法：上药为末，新铁勺内先下牛黄、次下矾、砒，煅至无烟，冷定，同它药研细末，用蒸饼和成线香状，截段，0.9～1.2克重，量疮大小敷之。如疮未破，以艾灸之1～2壮，待破，入此锭子在内，外以膏药贴之，勿露风。三四日开视之，周围渐渐蚀开者，只用一锭；如其甚者，再用一锭换之，待去净核，须用生肌药上之，愈。

功效：拔核去腐

主治：多年瘰疬。

千槌绿云膏(《寿世保元》)

组成：松香(溶七次，滤去渣)　乳香　没药　血竭　铜绿　杏仁　儿茶　蓖麻子(去壳)　麻油　乳汁

用法：上为细末，同乳汁，麻油拌匀，捶搦千下成膏，摊在绢上，贴患处，一日一换。

功效：拔毒散结，敛疮生肌。

主治：瘰疬初起或年久鼠疬。

大红膏(《外科正宗》)

组成：天南星　银朱　血竭　硝石　樟脑　轻粉　乳香　猫头骨一具(煅)　石灰(用大黄切片同炒至石灰红色，去大黄)

用法：以上药研为细末，陈米醋熬稠，调药敷患处，三日一换。敷后皮嫩微损者，另换紫霞膏贴之，其核自消。

功效：活血消痰，软坚散结。

主治：瘰疬。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

紫霞膏(《外科正宗》)

组成：明净松香(研细) 铜绿(研细)

用法：用麻油入铜铫内先熬数滚，滴水不散，方下松香熬化；次下铜绿，熬至白烟将尽，其膏已成，候片时，倾入瓷罐，用时于开水内炖化，旋摊旋贴。

功效：解毒消肿，敛疮止痛。

主治：瘰疬疼痛不已者。

千捶膏(《证治宝鉴》)

组成：松香 杏仁(去皮尖) 乳香 没药 轻粉 麝香 珍珠 血竭 铜绿 黄蜡 蓖麻子

用法：各研极细，搅和，用瓷钵杵捣成膏。不见火，不犯铁器，随病位大小，用缎子捏软贴之。

功效：消瘀散结，敛疮生肌。

主治：瘰疬。已溃能敛，未溃能消。

五伯散(《医钞类编》)

组成：五倍子数个

用法：将五倍子每个打一小孔，共入干蜈蚣末二条许，用纸封固。取荞壳拌炒，烟尽为度。候冷去荞壳，研五倍子为极细末，临用时将真麻油抹瘰疬，旋以末药掺上，如干，仍如此掺之，以核消为度。

功效：化痰散结。

主治：治瘰疬及诸结核。

五龙散(《外科传薪集》)

组成：生南星 生半夏 全当归 生大黄 陈小粉(炒黑)

用法：上药共为细末，调涂。如火盛者，以芙蓉叶汁调；寒重者，以姜汁调。

功效：化痰消肿，解毒祛瘀。

主治：瘰疬初起。

4.2 内服方药

木通丸(《太平圣惠方》)

组成：木通(剉) 玄参 连翘 升麻 火麻仁 黑豆(炒熟,去皮) 昆布(洗去咸味) 败酱草 赤芍 犀角屑 川大黄(锉碎,微炒)

用法：上药捣罗为末。炼蜜和捣三二百杵，丸如梧桐子大。每于食后，以酸浆水下30丸。

功效：清热解毒，化痰消结。

主治：瘰疬结肿，身体寒热，心胸壅滞。

不二散(《圣济总录》)

组成：牡蛎(煅赤) 刺猬皮(生锉,焙干)

用法：上二味，捣罗为散，每次服2克，温酒调下。

功效：化痰软坚，消肿止痛。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：瘰疬肿痛。

木香消毒汤(《圣济总录》)

组成：木香　大黄(生)　独活(去芦头)　竹叶(干)　栀子仁　连翘

用法：上药粗捣筛，每剂用水、酒、童子小便共100毫升，煎至70毫升，去滓温服。

功效：疏风清热，解毒散结。

主治：瘰疬大小连连，寒热烦闷。

三圣丸(《济生方》)

组成：丁香　斑蝥　麝香(别研)

用法：上为细末。用盐豉汤浸，研如泥，与前药和匀，丸如绿豆大，每次服5～7丸，饭前温酒送下，每日3次，如至五七日后，自觉小便淋沥，此是药效。

功效：通络活血，杀虫解毒。

主治：瘰疬。

木鳖膏(《仁斋直指方》)

组成：木鳖子2枚

用法：上药以厚纸拭去油，研碎。用乌鸡子调和，瓷盏盛之，甑内蒸熟。每日食后服1次，服半月自消。

功效：散结消肿。

主治：瘰疬屡发不已，及脓血淋漓。

无比丸(《丹溪心法附余》)

组成：白术　槟榔　防风　牵牛(半生半熟)　密陀僧　郁李仁(炮,去皮)　斑蝥(糯米炒)

用法：上药共为末，面糊丸，如梧桐子大。每次服20丸，每日早晚各一次，用甘草、槟榔煎汤送下。

功效：攻毒破结，逐痰疏风。

主治：瘰疬。

天花散(《古今医鉴》)

组成：金银花　赤芍　天花粉　穿山甲(炒黄色)　白芷　归尾　没药　乳香

用法：用好酒150ml煎服。

功效：祛瘀通络，解毒排脓。

主治：瘰疬溃烂疼痛。

天葵丸(《古今医鉴》)

组成：紫背天葵　海藻　海带　昆布　贝母　桔梗　海螵蛸

用法：上为细末，酒糊为丸，如梧桐子大。每服70丸，食后温酒下。

功效：活血祛瘀，解郁化痰，软坚散结。

主治：治瘰疬。

内消瘰疬方（《遵生八笺》)

组成：鼠粪　大风子　巴豆

用法：上药捣细入大鲫鱼肚内，用纸包缚住，再用黄泥封固，以火煅炼，候烟净取出，冷定，研末，米糊为丸，如绿豆大，每次服6克。空腹，黄酒送下。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

功效：攻毒祛风，消痰开郁。

主治：瘰疬。

开郁清痰丸(《外科活人定本》)

组成：法半夏　陈皮　香附(醋浸)　川芎　苍术　白芷　白术　羌活　当归　桔梗　黄芩　玄参　黄连　石膏　连翘　贝母　枳壳　蠲蛸(酒制)　海浮石　青黛　昆布(酒制)　甘草　天花粉

用法：上药共为末，炼蜜为丸如梧桐子大，每次服 50～60 丸，空心用姜汤或茴香汤送下。

功效：清热散结，开郁化痰。

主治：瘰疬。

鲫鱼丸(《仙拈集》)

组成：大鲫鱼 1 尾(去肠肚)　牡鼠粪　大风子　巴豆

用法：上药为末，共入鱼肚内，用纸包缚，黄泥封固，煅至烟尽为度，取出冷定后研为细末，米糊为丸如绿豆大。每次服 6 克，空腹黄酒送下。

功效：攻毒散结。

主治：瘰疬。

二贝丸(《疡医大全》)

组成：朱砂　大贝母　紫背天葵　海藻　海蛤粉　明矾

用法：共研细末，用夏枯草 1000 克，熬膏为丸，如梧桐子大。每次服 9 克，临卧时茶清送下。

功效：消痰散结。

主治：瘰疬。

人牙散(《疡医大全》)

组成：人牙　麝香　羌活(酒洗)

用法：上药研细，炼蜜为丸，如龙眼大，白汤或酒磨服 1 丸。

功效：消肿散结。

主治：瘰疬及各种肿毒。

鼠疬土瓜丸(《疡医大全》)

组成：土瓜根　白及　泽兰叶　漏芦　胡桃肉　射干　夏枯草　沙参　草连翘(去心)

用法：研细，酒糊为丸，桐子大，每服 30 丸，小儿减半，空腹盐酒下。

功效：解毒清肝，消肿散结。

主治：瘰疬，已溃未溃并效。

消肿汤(《疡科全书》)

组成：夏枯草　玄参　天花粉　山慈菇　煅牡蛎　海藻　昆布　桔梗　生甘草　白芥子

用法：水煎，食后服。

功效：滋阴清热，软坚散结，化痰消肿。

主治：无名瘰疬，骤然红肿者。

(郑则敏　杨　旭　江　山)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近现代参考文献

[1] 沈其森，李正荣，李孔定．治疗瘰疬经验，中医杂志，1992，33（12）：23

[2] 朱仁康．中医外科学．北京：人民卫生出版社，1987

[3] 王沛，李曰庆，张燕生．中医外科治疗大成．石家庄：河北科学技术出版社，1997

[4] 顾伯华．中医外科学(高等医药院校五版教材)．上海科学技术出版社，1984

[5] 王沛．中医外科学(中医刊授教材)．北京：中医古籍出版社，1988

[6] 鲍正飞，等．中医药为主治疗瘰疬220例．南京中医学院学报，1988，(1)：20～21

[7] 王兆海．中医药治疗瘰疬54例疗效观察．光明中医，1995，(5)：47～48

[8] 赵新安．香贝养荣汤用于生肌收口举隅．陕西中医函授，1991，(6)：29～30

[9] 任燕．中西医结合治疗淋巴结结核431例．江苏中医，1998，19(3)：26

[10] 陆洁，陆清，毛惟绮．陆孝夫用猫爪草治疗瘰疬的特色．浙江中医杂志，1989，24(4)：152

[11] 高志海，李守静，李步成．淋巴结核丸治疗瘰疬161例临床报道．山西中医，1992，8(4)：14～15

[12] 张更生．应用民间验方治疗颈淋巴结核36例．中国民族民间医药杂志，1998，(6)：13～14

[13] 饶忠然．蝎桃膏治疗颈淋巴结结核96例．江苏中医，1996，17(9)：14

[14] 邓春荣．自拟白猫消瘰汤治疗瘰疬40例小结．新中医，1994，26(10)：24～25

[15] 孟丹石．胡桃壳的临床应用．中医药研究，1988，(2)：21～22

[16] 孔凡涵，王信海．重用露蜂房治顽疾举隅．陕西中医，1995，16(6)：281～282

[17] 任淑芳．单味蒲公英治疗瘰疬一例．实用中医药杂志，1996，12(5)：31

[18] 徐爱龙，徐爱民．全蝎外用擅治粉刺、瘰疬．四川中医，1995，13(11)：16

[19] 潘金文．家传炉火药捻在外科疾病中的运用．新中医，1992，24(8)：27～28

[20] 何柏生．五虎丹在外科疾病中的运用．新中医，1988，20(9)：25～26

[21] 谢正平．溃疡灵液治疗瘰疬36例．江苏中医，1992，13(4)：158

[22] 祝庆华．白芥子外用治疗瘰疬．四川中医，1998，16(11)：46

[23] 董国良．石蒜外治妙用．中医外治杂志，1995，4(6)：31～32

[24] 李凤台．巴豆散塞鼻治疗瘰疬经验．安徽中医学院学报，1996，15(5)：39

[25] 王根君，倪方利．火针配合毫针围刺法、透穴法治疗瘰疬20例．新中医，1995，27(2)：31～32

[26] 叶成鹄，韩碧英．灸法的临床应用．中级医刊，1989，24(8)：501～505

[27] 黎祖琼．火针疗法临床应用概况．江苏中医，1990，11(2)：39～41

[28] 高希言，李华．火针的临床应用概况．国医论坛，1989，4(6)：40～42

[29] 石东明，等．石氏瘰疬截根术的治疗经验总结(附658例疗效观察)．上海中医杂志，1957，(11)：23

[30] 倪振华．挑割疗法治疗104例颈淋巴结结核疗效观察．新医学，1972，(5)：233

[31] 钮晓红，刘长云，李运曼，等．瘰疬宁胶囊剂对豚鼠结核病的治疗作用．中国药科大学学报，1998，29(2)：142～144

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 乳腺增生病 ❋

乳腺增生是最常见的乳腺疾病，约占全部乳腺疾病的75%。乳腺增生病是以乳房部肿块和疼痛为二大主症，并每随月经周期的变化而有轻重变化，多在月经来临前加重。它是一种既非炎症，亦非肿瘤的增生性病变。乳腺增生病属于中医乳癖的范畴，多由情志内伤、冲任失调、痰瘀凝结而成。VORHERR研究发现乳腺增生病变，30%的患者有上皮增生，这些患者罹癌危险是正常妇女的5倍，其中约5%的患者3年可能癌变，10%的患者10年内可能癌变，15%的患者15~20年内可能癌变。因此，研究和治疗乳腺增生病将有助于乳腺癌癌前期病变的研究，同时也有助于早期预防乳腺癌。

【今日临床】

1 诊断标准

根据1995年国家中医药管理局发布的中医病证诊断疗效标准和1989年中国中医药学会外科学会乳腺病专业委员会制定的《乳腺增生病诊断与疗效判定标准》，在历次全国中医乳腺病学术会议上有关专家一起对乳腺增生病的诊断标准进行了深入的研究，现采录如下。

1.1 乳癖的诊断依据

① 多数在乳房外上象限有一扁平肿块，扪之有豆粒大小质韧硬结节，可有触痛，肿块边界欠清，与周围组织不粘连。

② 乳房可有胀痛，每随喜怒而消涨，常在月经前加重，月经后缓解。

③ 本病多见于20~40岁妇女。

④ 钼靶X线摄片，冷光源强光照射，液晶热象图像等检查有助于诊断。必要时作组织病理学检查。

1.2 乳癖的证候分类

① 肝郁痰凝：多见于青壮年妇女，乳房肿块随喜怒消涨，伴有胸闷胁胀，善郁易怒，失眠多梦，心烦口苦，舌苔薄黄，脉弦滑。

② 冲任失调：多见于中年妇女，乳房肿块月经前加重，经后缓减，伴有腰酸乏力，神疲倦怠，月经先后失调，量少色淡，或经闭，舌淡，苔白，脉沉细。

1.3 乳腺增生病诊断标准

另有全国中医第二次乳腺病学术会议制定的乳腺增生病的标准如下。

① 乳房肿块伴有疼痛，多与月经周期及情志有关。

② 乳房肿块无疼痛，经辅助检查排除其它乳腺疾病者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.4 乳腺增生病的病理分型

① 乳痛症型：管泡及小叶间质轻度或中度增生，小叶大小及形态不整，小导管轻度扩张。

② 小叶增生型：小叶数目增多、增大，境界清楚，间质为疏松结缔组织，小叶外为致密结缔组织，小叶内外可有淋巴细胞浸润。

③ 纤维腺病型：主质及间质均增生，但有主次之分，小叶分散，融合或形状不整，小叶内导管轻度扩张，变形或萎缩，有的伴纤维腺瘤样结节。

④ 纤维化型：间质纤维化，小叶萎缩或消失，腺管扭曲，变形，上皮细胞变小深染。

⑤ 囊肿病型：导管或腺泡扩张，形成大小不等的囊腔，囊壁上皮不同程度增生，也可正常或脱落，有的伴大汗腺样化生。

2 中心证候特征

乳腺增生病所引起的主要临床表现是以乳房疼痛和乳房肿块为本病的主要临床特征。

① 乳房疼痛：常为胀痛，亦有刺痛或灼痛，可累及一侧或双侧乳房，双侧乳房疼痛多以一侧为重。疼痛可向患侧腋窝或肩背放射。疼痛常于月经前数天出现或加重，经潮一行，疼痛锐减或消失，这种与月经有关的周期性疼痛，对本病的诊断和鉴别本病的类型都有重要意义。大多患者乳房疼痛出现在月经来潮前，但有的患者乳房持续疼痛，在排卵中期就开始疼痛，直至经潮之前，仅有几天的缓解期。有的患者乳房疼痛变为无规律性。尚有10%的本病患者可以无明显疼痛，此类乳腺增生病患者多属本病囊性增生或硬化性腺病类型。

② 乳房肿块：本病乳房肿块其特点是，肿块常随月经周期而变化，月经前肿块增大和肿块变硬，月经来潮后肿块减小和变软，肿块位一侧或双侧乳房，肿块可呈单个或多个，乳房各象限均可发病，但乳房外上象限最为好发，约占肿块发病部位的70%，肿块形状呈片块、结节、条索状或呈颗粒状不同。但以片块状为多见，肿块大小不等，一般直径多在2厘米以内，边界不甚清楚，质地稍硬韧，推之活动，皮核不相亲，与深部组织也无粘连，肿块常有触痛，除肉眼可见的大囊肿之外，肿块的立体感差，这是本病肿块与乳房良恶性肿瘤的肿块或炎性肿块的区别。

③ 乳头溢液：本病属囊性乳腺增生病的类型中，约有5%～15%的患者可出现乳头溢液，一般为单侧，自溢性，溢液的颜色常为草黄色，棕色浆液性，偶尔可见血性浆液性溢液主要是由于病变与大导管相通，或导管内有多发乳头状增生及乳头状瘤病。本病乳头溢液多见草黄色浆液，少数也可见浆液血性或血性，但乳房及乳晕部一般无坚实肿块扪及，这是本病与恶性肿瘤之间的区别。

④ 月经变化：月经经期紊乱，大多经期提前，月经量偏少，经潮期迁延淋漓不尽，经色淡或经色紫褐常伴痛经。

⑤ 情志变化：患者常感胸闷不舒，精神抑郁或心烦易怒，脾气急躁，每遇呕气或劳累后，症状可加重，情绪稳定或心情舒畅时，症状可减轻，本病主症乳房肿块和疼痛可随

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

喜怒而消涨。

3 病　因

3.1 原发病因

情志内伤：情志者，喜、怒、忧、思、悲、恐、惊也，人皆有七情之变。如果在正常的生理耐受限度内，则不会致病，也不称为情志内伤。若长期承受精神刺激，或突然受到剧烈的精神刺激，超过了个体生理所能调节的范围，便可致病。情志内伤多先伤气，最易伤肝，因肝禀将军之性，体阴用阳，稍有情志不遂则肝气自郁于本经，导致疏泄失常，轻则双乳胀痛，重则无形之气滞化为有形之结而发本病。

劳倦内伤：劳力过度，耗损元气，肾为藏精之脏，赖后天脾胃所养，劳伤日久，脾胃乃伤，阴精不养，阳精无奉，肾气疲惫，无以灌养冲任，冲任失调而生乳癖。

饮食内伤：饮食为后天之本，脾胃受盛水谷，化生精微，以溉五脏六腑是为气；变化而赤是为血。食子乳房属胃，乳头属肝，皆以气血所养。乳房为足阳明胃经所属，足阳明胃经为多气多血之地，若饮食内伤、气血虚弱，阳明经的气血搏结不畅而成瘀，人体之水谷精微，流则为津为液，停则成痰成瘀，阳明经的痰瘀停滞于乳房，即可成乳癖。

3.2 继发病因

痰浊：若素禀中虚，或恣食生冷、肥甘，损伤脾胃，脾失健运，则清阳不升，浊阴不降，留于中焦，滞于膈间，生湿聚痰。肝主疏泄，肝气条达则气行津液亦转，肝失疏泄，气滞则津停，肝郁化火，炼液成痰，痰气结于乳而成乳癖。

气滞：气滞者，气机运行不畅，郁而不得发也，或因于外邪，或因于内伤，或因于痰瘀。肝主疏泄，通调气机，又于于冲任两经的通畅，肝郁气滞则津液布敷失司而形成乳癖。气滞则血瘀，痰瘀同源，二者交结不散更易形成包块。

3.3 诱发因素

烦劳过度，情志过激皆可诱发或加重本病。

4 病　机

4.1 发　病

本病起病较缓，可发生子青春期开始以后的任何年龄妇女，但以中年妇女最常见。多在情志内伤，肝郁气滞基础上发病。

4.2 病　位

本病的病位在乳房，与肝、脾胃、肾及冲任二脉有关。

4.3 病　性

乳癖之病虽发于外，实根于内，本由肝肾亏损，冲任失调。七情内伤，肝郁气滞，脾

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

失健运，肝脾不和，痰瘀互结，痰瘀阻于乳络为病之标。标本之间可以互为因果，本病既有虚损的表现，又有属实的方面，标本并存，虚实夹杂是本病的属性。

4.4 证类病机

情志内伤、肝郁气滞：肝主疏泄，宜条达，肝经气郁，气血周流失度，气血凝滞，结聚成块。肝为刚脏，体阴而用阳，宜升发而疏散。肝气既恶抑郁，也忌过亢。因情志不遂忧郁不解，久郁伤肝，或受到精神刺激，急躁恼怒，均可导致肝气郁结，气机郁滞，蕴结于乳房胃络，乳络经脉阻塞不通，不通则痛而引起乳房疼痛。肝气郁久化热，热灼阴液，气滞血凝即可形成乳房结块。

肝肾不足、冲任失调：肾为五脏之本，元气之根。肾气、天癸、冲任三者构成的性轴，既作用于胞宫，又作用于乳房。肾气化生天癸，天癸激发，冲任通盛，冲任下起胞宫，上连乳房，因此肾气不足和冲任失调，既可出现经期紊乱，经量减少，经色淡红等胞宫不充的症候，又可发生乳房结块经前胀痛的乳癖症候。因此，肾和冲任在乳癖发病学上占有重要的地位。

痰瘀凝结、乳络受阻：乳房结块和乳房疼癖均因肝脾不和，肝郁气滞，气滞而致血瘀，思虑伤脾，脾运失司，痰浊内生，痰浊和血瘀互结，阻于乳络而结成乳癖。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

乳房肿块和乳房疼痛二大主证，随月经周期而有轻重变化。

5.2 分析病位

乳癖病位在乳房，临证时，一般根据伴有月经失调和肝肾亏损的症候群面分为肝郁痰凝、冲任失调。病初乳痛明显者且常伴有痛经，乳房肿块和疼痛随月经周期而有明显改变者，病情轻，与肝失条达关系密切。如病久肝肾两亏，伴见头晕腰酸，月经淋漓，经期提前，经来量少色淡者与冲任失调相关。由上可知，乳癖虽病位在乳房，但涉及脾、胃、肝、肾、冲、任诸脏腑经络，病变机理复杂，临证时要注意辨别。

5.3 重视辨病

当发现乳房肿块时，要详细了解其伴随症状，并注意检查肿块的位置、大小、形态、硬度、与皮肤有无粘连，边界是否清楚，以便与乳核(乳腺纤维瘤)、乳岩(乳腺癌)等其他乳腺疾病相鉴别。乳癖的诊断是一个检查、鉴别诊断的过程。当临床出现乳房肿物、疼痛时，经各种检查除外乳核、乳岩等其他一切乳房疾病后，方可诊断。如果临床鉴别有困难时，可行手术切除活检以明确诊断。

5.4 确定病性

乳癖的病性为本虚标实，以肝肾两虚、冲任失调为本，以痰浊、瘀血、邪热为标。病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

初乳痛为重点症候者，多以标实为主。若伴见头晕、耳鸣、腰膝酸软、月经淋漓不
以本虚症候为主。若伴面白少华，气短自汗者，多属气血两虚；若有心烦少寐，
痛，低热盗汗，舌红少苔，乳头溢液色黄或红者，多属肝肾阴亏；若见大便秘结，小便黄赤则属阳明胃热，气滞火郁。

如何防治冲任失调和重视肝的疏泄条达是治疗乳癖患者的关键，对乳癖的主要症状乳痛和乳房结块应与舌脉等综合分析，及时予以辨证论治，乳房肿块与疼痛消失，肝失疏泄得以调达，乳房肿块和疼痛自会消减，但对于肝肾亏损、冲任失调者，当以补益肝肾、调摄冲任为主，凡是乳癖患者伴见便秘者，当使腑气得通，痰瘀祛除，邪去正安，治标可以固本。

6 鉴　　别

乳腺纤维腺瘤：本病中医称乳中结核，形如丸卵，随喜怒而消涨，本病多见于15～25岁青年女性，一般多为单发，亦有两侧乳房多发者，多发者切除后易再发，有家族史，临床主要表现为乳房内无痛性肿块，体检时乳房内可触及单个或多个圆形或椭圆形肿块，边界清楚，质地硬而不坚，表面光滑，活动度好，肿块约在2～5cm，无触痛或有轻度触痛，腋淋巴结不肿大，乳房钼靶X线摄片可见乳房内有一致密阴影，边界清楚，与临床触诊的大小一致，肿块阴影的边缘可见细窄的透明晕。本病的肿块质硬光滑，无痛和活动度好，易于和乳腺增生病相鉴别。

乳腺分叶囊肉瘤：本病又名分叶型腺纤维瘤，肿块多为单侧发病，瘤体呈圆形或分叶结节状，质硬韧，边界清楚，瘤体巨大，可达20cm，推之可移动，极少数有压痛，少数病人可见腋下肿大淋巴结，有一小部分可恶变，但恶变率不超出10%，钼靶X线表现为巨大密度均匀肿块，周边可见细窄透明晕，瘤体四周血管扩张，恶变者可表现为肿瘤向周围组织浸润，边缘模糊。

乳汁潴留囊肿：本病多见于哺乳期妇女，尤其好发于断乳后，乳房肿块一般为1～2cm，大者可达3～4cm，多属患者有轻微胀痛或沉重感，肿块边界清楚，表面光滑，质柔韧而有囊性感，肿块活动度好。钼靶X线摄片见圆形或椭圆形的透亮区，轮廓锐利光滑，呈脂肪样密度。常见于较深的乳腺部分。细针穿刺可抽得乳汁或粘稠乳酪样物。

乳腺癌：本病乳房肿块质地坚硬，表面高低不平，不痛不痒，不红不热，肿块直径约在1～5cm，边界清楚，推之略能活动，如肿块位置较浅者，常侵及皮肤，与皮肤粘连，临床检查肿块表面皮肤凹陷呈“桔皮样改变”，或有乳头抬高或内陷。乳房疼痛占本病患者的少数，疼痛多为刺痛、隐痛。不规则发作痛，尚有部分可有后背、胸胁腋窝窜痛等症状。乳头有血性或黄色浆液性渗溢，伴有乳房内肿块者，也要考虑乳癌的存在，晚期乳癌尚可见皮肤溃疡，乳房及胸壁皮肤出现卫星结节，胸壁皮肤呈硬结状增厚，同侧腋淋巴结肿大。钼靶X线摄片可见肿块阴影，肿块阴影密度较高，肿块中央可见钙化点，肿块四周多有长短不一的毛刺状凸起，X线片上所见到的肿块阴影较临床触及的肿块小，这是乳腺癌与乳腺增生病摄片鉴别的重要征象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 肝郁气滞

临床表现：多见于青年女性，病程较短，性情抑郁或烦躁易怒，乳房结块疼痛月经前加重，月经后明显减轻，乳房可触及片块肥厚乳腺小叶，乳房肿块表面结节呈颗粒感，触痛明显，月经经期紊乱，痛经，兼有胸闷胁胀，失眠多梦，舌质淡红或紫，舌胖边有齿痕，苔薄白，脉弦细。

病机分析：乳癖之症乳房结块疼痛系由肝郁气滞，疏泄失司所致，乳癖发于胸胁，乃肝经所辖，足厥阴肝经之脉，循于乳房，布于胸胁，肝气结于乳络则乳房结块胀痛，肝气横逆则胸闷胁痛，肝气逆下则少腹胀满伴有痛经，肝气失于调达，任脉通畅不利，任主胞胎，胞宫受累则不孕，上述见证均与肝木密切关连，乳癖多见于性格内向多思抑郁者，女子乳头属肝，乳房属胃，乳中结核，何以不责阳明而责肝，以阳明胃土，最畏肝木，肝气有所不舒，胃见木之郁，惟恐来克，伏而不扬，肝气不舒，而肿硬之形成。

治则：疏肝理气，化痰通络。

方药：逍遥散合四物汤加减。

软柴胡　制香附　八月札　青皮　陈皮　炒白术　茯苓　当归　白芍　川芎　生甘草　橘叶络

临证参考：中医治病强调审因论治，本病的根本原因是肝气郁结，而痰凝、血瘀以及脾、肾、冲任受损所表现出来的证候群均是在肝郁基础上发生的，故无论分为多少个证型，其治法应该是一致的，即以舒肝理气为基本治则，在舒肝理气的基础上，再根据兼证的不同，分别辅以活血、扶正、散结等法。强调治疗乳癖离不开“气”字，常用香附、青皮、柴胡、炒川楝等疏肝理气之品。

7.1.2 冲任失调

临床表现：多见于中年妇女，乳腺肿块为本型特征，乳痛症状相对较轻，乳腺肿块和疼痛与月经周期的变化也无气滞型明显，本型患者多伴月经不调，表现月经经期紊乱，月经提前，月经量少，月经淋漓不尽，同时尚见面色少华，腰腺酸软，耳鸣目糊，精神倦怠，失眠多梦，舌苔薄白，脉濡细。

病机分析：本型乳癖出现之乳房肿块和疼痛是由于先天肾气不足或后天肾气亏损，肾气不能滋养乳络而现乳房结块胀痛，冲任之脉隶属肝肾，冲为血海，任主胞胎，肾气不足，下不能充实胞宫，则表现经期紊乱，经量减少，月经淋漓不尽，腰为肾府，膝为肾络，肝主筋，肾主骨，肝肾俱虚可见腰膝酸软，耳鸣目糊，因此乳癖之症虽发于外，实根于内，肾气不足，冲任失调是本病发病之本。

治则：补益肝肾，调摄冲任。

方药：二仙汤加减。

软柴胡　炒白芍　仙茅　仙灵脾　肉苁蓉　巴戟天　青皮　熟地　当归　制香附　鹿角片

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：中医强调治病必求于本，冲任失调是本病的关键。因冲为血海，任主胞胎，上主乳汁，下司胞宫，冲任之血凝滞，在上表现为乳房结块、疼痛，在下则为月经紊乱。所以认为乳癖和月经紊乱都是冲任失调的表现，因而两者常相伴发生。肝郁气滞可以是冲任失调的加重因素，所以调理冲任才是治本之法。具体用药多以二仙汤加味而成。临床多用仙茅、仙灵脾、肉苁蓉等调理冲任之品。

7.1.3 痰瘀凝结

临床表现：多见于未婚青年妇女，也可见于中年妇女。乳房肿块可以单发，也可多发，肿块形如丸卵，大小不一，小者如弹丸，大者如桂圆，鸡卵，肿块皮色不变，质地坚实，表面光滑，边界清楚，活动度大，肿块与皮肤不相粘连，肿块也可包埋在增生的乳腺组织之中，肿块按之不痛，少数有轻度胀痛，肿块大小不随月经周期或情绪的变化而改变，也可在月经后肿块略有缩小，部分患者可见痛经或月经延期，一般无全身虚损症状，舌苔薄白，舌质淡紫，脉弦滑。

病机分析：乳癖之症出现的乳房有形肿块及乳房疼痛二大主症均系痰瘀凝滞，阻于乳络而成，肝郁气滞和冲任失调其转归均会导致痰瘀凝结，经前腹痛和月经延期是由气滞血瘀，任脉失畅所致经前腹痛，痰郁凝结是本病成因之标，肝郁气滞，冲任失调是乳癖之本，标本可以互为因果，因此必须辨证地对待乳癖病因的标本关系。

治则：活血化瘀，软坚散结

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡　香附　当归　赤芍　白芍　桃仁　益母草　三棱　莪术　海藻　牡蛎　生甘草

临证参考：乳癖之临床表现均系痰瘀凝结所致，因此治疗本病必须重视化瘀散结法的应用，常用药物如桃仁、红花、赤芍、丹参、三棱、莪术、当归尾、泽兰、王不留行、乳香、没药、石见穿、血竭、皂刺、夏枯草、海藻、白芥子等。临证之时要考虑本病之本为肝郁气滞、冲任失调，应时时在疏肝理气、调理冲任的基础上再加上活血、扶正、散结等法，这是治疗乳癖的根本思路。

7.2 外 治 法

（1）木香 15g，砂仁 10g，生地 30g，前二味共研细末，贮瓶中密封，以防走散药性，用时同生地捣烂，以好醋适量调匀如糊状，局部外敷，用量按癖块大小而定，外以纱布覆盖全部乳房，胶布固定后，用热水袋在敷药局部热敷，通过局部加温，增强药物渗透力，以提高疗效。间隔 3 日可将敷药取下，再调以适量醋拌匀，如法再敷，每次散药可连用 6 天再作更换，但注意勿烫伤皮肤，本方可适用于各型乳腺增生症。

（2）王不留行、穿山甲、丝瓜络、赤芍、木鳖子、乳香、没药、大贝母、昆布、莪术、蝎尾、血竭、白花蛇舌草等制成乳癖宁膏药。制作中除乳香、没药、血竭外，余药入麻油内煎熬至药枯，去渣滤净，加入黄丹，充分搅匀，熬至滴水成珠，不粘手为度，再加入乳香，没药，血竭搅匀为膏，然后倒入凉水中浸泡，半月后取出，隔火烊化，摊于布上备用，此膏药贴于肿块或疼痛部位，每 7 天换药一次，3 次为一个疗程。

（3）川乌、草乌、白芷、川芎、苏木、泽兰、三棱、莪术、乌梅、冰片等中药组成，以二甲基亚砜为溶剂，制成消癖散结酊。消癖散结酊置于乳房肿块表面皮肤上点揉，有软

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

坚散结，行气止痛的功效。

（4）瓜蒌皮 30g，青皮 10g，柳树皮 10g 三味加入山慈菇 30g，乳香 10g，没药 10g，皂角刺 10g，地龙 10g，檀香 10g，上药共研细末，以凡士林将上药细末调成糊状制成三皮膏，将该药膏涂在 4cm×4cm 大小的敷料上，直接贴在肿块部位，每 2～3 日换药 1 次，可消散乳癖之肿块。

（5）柴胡、桂枝、当归、赤芍、川芎、乳香、没药、陈皮、川楝、玄胡、海藻、草乌、附子、麝香等中药制成止痛消结膏。其制法是上药除乳香、没药、麝香外，余药依次入麻油中武火煎熬，去渣滤净，再以文火熬至滴水成珠，加入适量铅丹成膏，最后入乳香、没药、麝香，药成后须入水中置半年以上才可取用，用时将膏药摊于棉布上，每周更换 1 次。对乳癖有止痛消结作用。

（6）蟾蜍、海藻、乳香、没药、红花、冰片等药味制成蟾蜍膏，将该药敷于乳癖肿块上，隔日更换一次，对乳癖肿块有消肿止痛功效。

7.3 羊肠线穴位埋藏法

羊肠线穴位埋藏于肩井穴，本穴为手足少阳，足阳明阳维之会。井可将羊肠线埋藏于足三里，本穴为足阳明胃经合穴，故可调节阳明经气，而达到健脾化痰，化瘀散结之功。选择适当长度的羊肠线插入腰穿针尖孔内，腰穿针尖对准穴位刺入一定深度后，用针芯使羊肠线埋入穴位组织内，创面敷盖 1 周，每周 1 次。

7.4 电激发离子渗透胸罩

用化瘀、散结、止痛及能抑制雌激素受体活性的中药直接作用于乳房表皮，通过微电脉冲的刺激，使中药在电场的作用下，经过释放、穿透、吸收进入血循环，达到局部止痛，消肿功效。

7.5 针 灸 疗 法

针灸疗法包括耳针和体针两部分，它们都是通过对经络、腧穴的刺激，以调节人体气血阴阳，达到扶正祛邪，治愈疾病的目的。

常用组方：

耳针主穴：乳腺，内分泌，胃，脑点。

配穴：枕，皮质下，交感，肾上腺，肝。

体穴主穴：膻中，期门，翳风，幽门，乳根。

配穴：鱼际，天池，少泽，天溪。

临床应用：

取穴以足阳明胃经，足厥阴肝经，任脉等经穴为主。穴位确定后以适当的主辅经穴配伍及补泻手法的交换，起到疏肝理气，通利乳络，化痰软坚，调补气血的功效，从而达到治疗作用。

一组配方：膻中、乳根、增生部位中央。用平补平泻法。留针 20 分钟，每日 1 次。或用 LR1-3 型电子冷冻增热针灸治疗仪，平补平泻，留针 15～20 分钟，针柄温度为 10°C

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

~20℃,每日 1 次。

二组配方：乳根或膺窗、膻中、期门。气滞痰凝加丰隆、足三里；气滞血瘀加隔俞；肝郁化热，加太冲。针法除丰隆，足三里用平补平泻法外，余均用泻法。留针 20～30 分钟，行针 1～2 次，每日或隔日 1 次，14 次为 1 疗程，经期停针 7～10 天。

三组配方：胸部穴位：屋翳、膻中、足三里；背部穴位：肩井、天宗、肝俞。肝火旺去足三里，加泻太冲。肝肾阴亏，加肾俞。月经不调，加三阴交。气血虚，加气海。针法：选取胸部，背部穴，交替使用。每日 1 次，留针 20～30 分钟，10 次为 1 疗程，疗程间隔5～7 天。

7.6 西医治疗撮要

本病的病因与激素代谢紊乱有关，因此在治疗上强调肝脏对激素的代谢作用，主张采用 B 族维生素和高蛋白饮食以及益肝制剂，进行 1～3 个月的保肝治疗以纠正高雌性激素综合征，对止痛、散结效果良好。口服 5%碘化钾溶液 5ml，每日 3 次，亦有软坚散结和缓解疼痛的作用。维生素 E 和 B_6 合并使用，每日 3 次，每次各 10mg，2 周为一疗程。为了防止复发，在症情好转后，仍需巩固治疗 1～2 个月。至于雄性激素抑制雌性激素的治疗方法，因其有可能进一步扰乱人体激素间的细微平衡，不宜作为常规使用，但是对乳痛或乳块明显的病例，用其他疗法无效时亦可考虑采用。具体用法是在月经前 14 天开始口服甲基睾丸素 5mg，每日 3 次，或肌内注射丙激睾丸酮 25mg 和维生素 B_1 100mg 每日 1 次，直至月经来潮时停止使用，必要时下次月经前 14 天再用，三个周期为一疗程，效果良好。DANOZOL 是一种合成雄性素，主要抑制促性激素分泌，男性激素活性较弱，据报导用于症状体征明显的病例，有较好的缓解乳痛的作用，具体用法是：每次 100mg，每日 3～4 次。3 个月内有 60%～100%的患者症状改善，持续用药半年乳房内结节可基本消散。目前对本病中的乳腺腺病和囊性乳腺增生病患者症状体征明显的中年妇女，可采用雌激素受体拮抗剂即 TAMOXIFAN 三苯氧胺，每次 10mg，每日 2 次，可持续服用 3～6 个月，也有显著的散块和止痛效果。本病中的囊性乳腺增生病有 2%左右的癌变率，须嘱患者做定期复查，必要时应考虑做病灶局部切除，并作病理检查。

8 疗效评定标准

（1）乳癖的疗效标准

治愈：乳房肿块及疼痛消失。

好转：乳房肿块缩小，疼痛减轻或消失。

未愈：乳房肿块及疼痛无变化。

(2）乳腺增生病疗效标准(《全国中医第二次乳腺病学术会议制定》)：

痊愈：乳房肿块和疼痛消失，经随访三个月未见反复。

显效：乳房肿块缩小 1/2 以上，疼痛明显减轻。

有效：乳房肿块缩小不到 1/2，疼痛减轻或消失，或结节减少或软化。

无效：经治疗肿块不缩小或增大，疼痛不减或加重。

9 预 防 调 护

(1）重视饮食调养：合理安排膳食有助于防治乳腺增生病，每天摄取的营养应当平

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

衡，膳食调配不要偏食，饭菜宜多样化，少食油炸食品，常食豆制品、紫菜等食物。

（2）注意心理调摄：清心涤虑，保持精神愉快，忌恼怒忧郁。尤其在月经期前，要保持情绪稳定，心情舒畅，消除一些不必要的精神刺激。

（3）积极预防，治疗妇科疾病和内分泌系统疾病。

（4）适时婚育，积极哺乳。

（5）宜定期检查。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 病名

乳癖一病，最早见于《中藏经》，名为“乳癖”。在明清的许多外科专著中对本病的证候有详细的记载。从其乳房肿块和疼痛随月经周期和情绪的变化而改变的规律来看，与现代乳腺增生病相符，但其中一类肿块形如丸卵不痛的证候又包括部分乳腺纤维腺瘤。对于乳癖名称及含义的统一，自 1987 年全国中医外科学会第一次乳腺病学术会议在南通召开即开展了广泛的讨论，以后在上海、成都等地的全国中医乳腺病学术会议上又对本病病名及含义开展了讨论，为了便于中西医之间对本病在病名含义上的统一，1995 年国家中医药管理局制订了《中医病证诊断疗效标准》，规范了本病的病名及含义，西医乳腺增生病与中医乳癖的病名相统一，而将西医诊断乳腺纤维腺瘤的病名与中医乳核的病名相对应。

1.1.2 乳癖病名的诊断标准如下：

主症：乳房可扪及扁平肿块，如豆粒大小，质硬韧有触痛，肿块边界欠清，与周围组织不粘连，乳房肿块有胀痛，随喜怒而消长，常在月经前加重，月经后减轻。

本病的发病年龄，多见于 20～40 岁育龄妇女，结合现代辅助检查，乳房钼靶摄片，近红外线，B 超等可确诊，必要时需作病理学检查才能明确诊断。

1.2 病因病机研究

1.2.1 中医认识

关于乳癖的病因病机，由于本病多发于女子，女子以肝为先天，肝主疏泄，肝宜调达，因此过去一贯将本病之病因责之于肝，肝郁气滞，疏泄失司是本病之主因，但历代医家也注意到冲任失调，肾气不充也是本病发病的重要因素，目前对本病之成因尚在探讨之中，对本病之成因主要有以下几种观点：①天癸的量与质发生变化，或天癸之调节失衡，是乳癖的重要病机。从天癸的水平去分析，可以丰富本病病理生理的认识。②肝郁气滞是乳腺增生病的主要病理环节。③瘀血凝结是乳腺增生病的发病机制。④阳明胃热是本病主要病因，由于阳明胃热，气滞火郁，煎熬津液成痰，气滞则血瘀，痰瘀交结不散。⑤肝郁气滞，脾失健运，肝脾两伤，痰瘀互结，凝滞于乳络是乳癖的病机。⑥情志内伤，肝郁气滞，肝肾亏损，冲任失调是病之本，痰瘀互结阻于乳络是病之标，标本之间又可互为因

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

果，本病既有肝肾不足虚损的表现，又有痰瘀互结属实的症候，所以本病的病因病机表现为虚实夹杂，标本并存。

随着中医学学术上的百家争鸣，百花齐放得到了蓬勃的发展，对乳癖的病因病机认识也在不断发展。顾伯华为代表的学术流派对乳癖的病因提出冲任失调为本，在治疗上调摄冲任为主则。[1]陈桂苍等根据中医传统理论，乳癖从肝论治，扼要提出：治乳癖要诀，不外“气”字，辨病辨证，皆属于肝，治当首推逍遥散。并从乳癖的症候特点审察肝气郁滞的病理传变规律，分析其病理产物痰、瘀、毒互结，凝阻蕴结程度，从辨证论治角度出发，又在从肝论治的基础上将本病分为气滞型、痰郁型、痰瘀型和结毒型四型。以上辨证分型揭开了乳癖由气、痰、瘀、毒的病理层次，指出把好“气”关，可以截断传变，从肝论治，疏肝理气，不仅是乳癖治疗要诀，而且是癌变的防治重要措施。[2]刘炳炎等主张，乳癖是瘀为主因，治疗应以活血化瘀为主，他指出无论从中医学瘀血机理认识，还是从现代医学血液理化特性的研究，都认为活血化瘀应贯穿于乳腺增生病治疗的始终。[2]大多学者认为本病多属肝肾不足，虚为病之本，而孙良佐等提出本病的基本病因病机是因阳明胃热而致气滞痰瘀相搏结，本病多为实证，在胃热致病观点的基础上，又可分为气滞化热型和气结成瘀型，治当以清热解毒理气活血为主。[2]刘中柱等认为肝郁痰凝和冲任失调两种，最终均导致肝经乳络的壅闭而致乳房结块疼痛，乳房结块又可导致气滞血瘀，如此病理上的恶性循环而使病症逐渐加重，所以在疏肝理气，调摄冲任的同时，必须化痰散瘀，标本同治。[2]

1.2.1.1 肝郁气滞论：认为本病的临床见证，与肝郁气滞有着密切的关系，根据肝郁气滞的辨证分型方法，分为：①气滞型：主症为忧思恼怒，胸闷胁胀，乳房结块胀痛不适，月经来潮前结块增大，胀痛加重，月经来潮后结块缩小或消散。②痰郁型：主症为乳房单侧或双侧结块，肿块多位于外上象限，结块小者如樱桃，大者如梅李、鸡卵，色白漫肿，质韧有弹性，推之可移动。③痰瘀型：主症为结块呈结节形，状如串珠，大小不等，质韧稍硬，伴有刺痛，经前结块胀痛加重，有时胀痛、刺痛涉及腋下，或见胸背窜痛。④结毒型：主症为乳房结块质地较硬，肿块不规则，呈小颗粒状散在肥厚组织中，乳头有黄棕色溢液或有溢血。本病肝郁气滞为发病基础，以逍遥散为主方加减。气滞型可选青皮、橘叶、香附、莪术、乌药以消乳房结块；痰郁型以主方加瓜蒌仁、半夏、陈皮、人参；痰瘀型以主方加三棱、莪术、水蛭、桃仁；结毒型以痰瘀型方加山慈姑、白花蛇舌草、蒲公英。

1.2.1.2 冲任失调论：本论认为乳癖之症与冲任两脉关系密切，乳癖虽发于外，实根于内，肾为五脏之本，元气之根。肾气不足，冲任失调是乳癖发病之本。乳癖病者发于年青女子，多见月经提前，月经量少，经色淡红等症候，这与先天肾气不足，天癸未充，胞宫、乳房同时受累之散。乳癖之症见于中年妇女者，每多出现经期紊乱，月经量少而淋漓不尽，腰膝酸软，这些见症是由于先天肾气虚衰，下不能充实胞宫，上不能滋养乳络，肾气冲任俱衰。根据乳癖见症有肾气虚衰、冲任失调，常用鹿角、肉苁蓉、仙茅、仙灵脾等温补肝肾、调摄冲任之品论治。根据检测乳腺增生病患者黄体期血中雌二醇、孕酮、卵泡刺激素、黄体生成素、催乳素、睾酮等六项激素水平，发现本病患者 PRL 水平过高($P<0.001$)，T 水平低下($P<0.02$)，FSH 及 LH 水平低下($P<0.001$)，E_2 及 P 分泌紊乱。认为黄体期血中 PRL 升高，T 降低以及多种激素紊乱可能是导致乳腺增生病的重要原因。据有关药理研究证实：仙灵脾、肉苁蓉、鹿角片等温补肝肾之品具有类似性激素作用，提高

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

下丘脑多巴胺含量而抑制 PRL 的分泌，李炳如等发现上述温补肝肾、调摄冲任中药并不是使某一环节的激素水平提高，而是使下丘脑—垂体—卵巢轴的调节功能得到改善而起治疗作用。

1.2.1.3 瘀血凝结论：近年来综合分析乳腺增生病的症情无论是通过乳房结块、乳房疼痛的观察，还是通过透光辅助检查所见有乳房血管迂曲扩张，在血管末端尚可见小点片阴影，都为乳腺增生病提供了瘀血存在的客观依据，同时也为乳腺增生病治疗采取活血化瘀提供了科学依据。现代药理研究证明，活血化瘀药能扩张小动脉，改善微循环对血液粘度、血浆纤维蛋白原具有明显降低的作用，所以运用活血化瘀法治疗乳腺增生病，无论从中医学还是西医学来看，均有它的理论基础，活血化瘀为主的组方治疗乳腺增生病，不仅对乳房肿块、乳房胀痛等临床症状的改善已取得满意的疗效，同时在近红外乳腺检查仪检查乳房有血管扩张、迂曲等表现可见于乳腺增生病，有此客观变化，活血化瘀药物治疗后有所改变，并在实验室检查中可见泌乳素、雌激素的下降。随着有关血液流变学异常与瘀血的关系日益受到重视，血瘀与乳腺增生病的相互关系也得到重视，活血化瘀法在乳腺增生病的治疗上，越来越为广大医家所采纳，并在不断研究和探索。

1.2.1.4 阳明胃热论：部分学者认为乳腺增生病不全属虚损之症，乳房属胃是足阳明胃经循行之地，阳明经为多气多血，妇女每多气郁，气郁日久则可化热化火，阳明内热可致气血搏结不畅，而致痰瘀互结，痰瘀停滞于乳房，即成乳癖。阳明胃热初期以胃热熏蒸为主，所以临床上多见乳房胀痛而无包块扪及，后期则为胃热逐渐转化为瘀结，临床上多可在乳房扪及大小不等的包块，在本症初期患者多见口干舌燥，以后逐渐兼有大便干结等腑气不畅症候。从国外学者报导材料中可以看出，大便正常的妇女其乳腺增生的发病率仅占 5%，而有便秘妇女的发病率可高达 23%，两者存在明显的差异。国内学者统计乳腺小叶增生症同时存在便秘者占近 40%，印证了便秘是乳腺增生病重要的致病因素之一。便秘者大便在结肠或直肠内滞留过长，大便中某些物质在肠内微生物作用下可产生大量 SP-G_3 即是一种含苯酚成分的一种杂环化合物，此类化合物可便下丘脑—垂体与卵巢之间的联系和调节功能受到阻断和障碍，便卵巢雌激素和孕激素的分泌失控，动态平衡遭到破坏，血中雌激素含量大增，直接刺激乳腺组织，使之出现病理性的乳腺增生症。因此防治乳腺增生症可从治疗便秘入手，乳癖的成因，不外气滞、痰瘀、胃热等，最终形成痰瘀搏结的病理变化。初病气结在经，故临床上以胀痛为主，久则血伤入络，以有形包块为主，但二者均属气火痰瘀有余之实证，治以清泄阳明腑热为主，取金银花、蒲公英、黄芩、夏枯草、黄连等药物论治。

1.2.2 现代医学病因研究

乳腺增生病的发病主要是由于内分泌激素失调的观点已为大多数研究者公认。早在 1883 年就有人提出本病与性激素的失衡有关，以后又有作者认为卵巢激素的变化是本病发生的重要因素。至 1947 年 GESHICKTER 首次提出雌激素与孕激素平衡失调是本病发病的重要原因。以后，许多作者研究了本病内分泌失调的规律。STTTRUKWARER 等研究了 184 名本病患者黄体期激素的变化，与 50 名正常妇女对照的结果提示，本病患者黄体期雌二醇(E_2)水平显著高于正常妇女的比率，因此认为雌孕激素平衡失调，便雌激素长期刺激乳腺组织，而无孕激素的节制和保护作用是导致乳腺增生的重要原因。确定 PEL 比率

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

值是一个反映黄体期 P 与 E_2 水平平衡的较好的客观分析指标。MARTIN PM 等的研究也得出了相同的结论，且体外实验也表明患者的乳腺组织中雌激素受体(ER)浓度也相对增高。也有作者观察到本病患者有黄体期 P 分泌偏低的黄体功能不足的特征。因为正常情况下，孕激素可以通过加速雌激素的代谢而降低雌激素的水平，另外孕激素也可减少雄激素向雌激素的转化。因此，孕激素的正常水平能起到对抗雌激素对乳腺过度刺激的保护作用。而黄体功能不足或孕激素分泌的低下导致不能对抗雌激素的活动，就可引起乳腺组织的增生。[3]克氏外科学中所说囊性乳腺增生是乳腺随着经期的正常周期变化的变异。当体内激素平衡失常达到一定程度，可能雌激素产生过多和黄体激素活性不足，致成乳腺增生。

本病患者的催乳素(PRL)升高已被许多作者注意。WALSH 等的研究表明，本病患者黄体期不但 E_2 水平升高，而且 PRL 也升高。PRL 升高不仅直接刺激乳腺组织，而且进一步抑制黄体期 P 的分泌，还能刺激 E_2 的合成，有助于 E_2/P 比例失调，导致雌激素持续对乳腺组织的刺激，从而引起乳腺增生。PRL 也可增加黄体细胞黄体生成素(LH)受体含量，通过 LH 的作用使黄体分泌更多的雌激素，相反，雌激素也能刺激 PRL 的合成和释放，临床资料也证实，无论内源性或外源性雌激素都能使妇女血中 PRL 水平增高。因此，WALSH 等认为已观察到的本病病人中 PRL 的分泌反应因雌激素的刺激而提高，本病的 PRL 浓度升高可能只是在雌激素活性增加基础上的一个指标，而雌激素的代谢异常是形成本病的主要原因。[3]国内有人研究认为，周期性的激素分泌失调是本病发病的主要原因，而排卵前期黄体生成素(LH)和雌二醇(E_2)分泌不足是导致本病的关键，由于此期 E_2 分泌水平低下，不能引起垂体的反馈作用，使乳腺组织不断地处于 E_2 的刺激之中，不能由增殖转入复旧，日久引起乳腺组织的增生。[3]

本病的发病原因除内分泌紊乱的因素外，乳汁分泌障碍引起乳汁分泌物淤积所造成的物理影响，以及分泌物内脂类的分解产物的化学性刺激可导致乳腺上皮的增生，其他本病的发病与遗传因素和饮食营养因素也有一定的关系。

1.2.3 乳腺增生病与乳 的关系

乳腺囊性增生病可因导管上皮由典型增生发展为非典型增生，继而演变为乳癌，在病理形态学上已有充分的证据。国外学者最早注意到乳腺癌标本中最常伴有囊性病。SEMB (1928)报道 122 例乳腺癌标本做了连续切片检查之后，发现 77%有显微镜下的小囊肿病，27%有肉眼可见的大囊肿病。FOOTE 和 STEWART (1945)对 300 例乳腺癌标本做了仔细检查，也发现 27%有肉眼可见的大囊肿，LOGIE (1942)报道 118 例乳腺癌标本中发现 56.7%有显微镜下的小囊肿。HAAGTUSEN (1956)报道 713 例乳腺癌标本中 24.7%有肉眼可见的大囊肿，在另外的 1000 例乳腺癌标本中，80%有各种囊性病的显微镜表现。如小囊肿，导管内上皮增生，汗腺样化生，硬化性腺病等。DAVIS 报道 50%有囊性增生病变。年龄愈高，囊性增生病变越多。KRAMER 及 RUSH 报道一组年龄在 70 岁以上的非癌女尸 70 例的乳腺中 89%有囊肿，80%有大汗腺样化生，57%有腺病，69%有导管上皮增生。有人从女尸解剖中发现，乳腺有囊性病表现者平均为 58.8%，有的高达 80% ~ 93%，认为乳腺癌并发囊性病的发病率并不高于非癌乳腺，即使是肉眼可见的大囊肿病也并不比无癌肿乳腺发现率高。[4]

乳腺增生病与乳腺癌的相邻并存还不能直接证明是乳腺增生病的癌变。必须看到由增

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生到癌的移行演变过程才能令人信服。北京中医学院病理教研组分析了519例乳腺标本，分析乳腺癌标本中83%与乳腺小叶增生并存(我国妇女囊性病比腺性病少得多)。在癌旁病变中可找到向癌移行过渡的形态学证据者占53.7%。从这点上看，增生病与乳腺癌是有移行演变的关系。但应当知道，这是在有癌乳腺中发现的，并不能代表增生病的癌变率。[4]

在手术中，我们注意到，有些诊断为癌的肿块切面观察并非全是乳腺癌组织，癌灶仅是其中一部分，有时最大直径仅几厘米，肿块的大部分是由增生病构成，我们称之为肿块内癌，这是研究乳腺增生病与乳腺癌关系最好的例子。但总的来说，从乳癌并存乳腺增生病变，与非癌乳腺的增生病变比较，未能证明乳腺增生病于乳腺癌有密切关系。

随访病理证实的乳腺增生病，观察发生乳腺癌的危险性，其观察研究方法，要注意资料的可信性，首先必须有明确的病理学诊断，足够长的随访时间，足够多的例数，比较高的随访比例。还要观察增生病活检到乳腺癌发生的间隔时间，如果间隔不到一年则很难排除乳腺癌当时即已存在的可能性。ASTLEY指出，囊性增生病与乳腺癌的发病有密切关系，以后被BRODE所证实。CHEATLE认为她们的乳腺癌20%来自囊性增生病，WORREN对604例囊性增生病进行了随访，9年后有30例发生了乳腺癌。SCHENKEN对45例囊性病进行了20~25年的随访，有4例发生了乳腺癌。HAAGANSEN等人把囊性病按其囊肿小于或大于3毫米直径分为镜下囊肿及肉眼可见的大囊肿病。镜下囊肿病相当普遍，可以认为是正常生理现象，而大囊肿病才算是病态，发生乳腺癌的危险性随囊肿数目增加而增加。[4]

HAAGANSEN(1956)年报道200例囊性病，其中163例(81.5%)随访了5年以上，147例(73.5%)随访10年以上，共发现8例(4%)乳腺癌，其中4例发生在患侧乳房，另4例在对侧乳房，最快的是在发现囊性病后7.5年发生乳腺癌，最迟的是发生在16年以后，认为囊性病患者乳腺癌发生率比正常人高4倍。多数学者认为有囊性乳腺病的妇女发生乳腺癌的危险性是一般妇女的2~4倍。囊性病经过10年的随访，乳腺癌的累积发生率为1.7%~4.9%，由囊性活检到发现乳腺癌的平均间隔时间是10年，这恰与乳腺增生病发病年龄高峰比乳腺癌早10岁的结论相符合。[4]

发生乳腺癌的危险也与发生囊性病时的年龄有关。WARREN发现30~49岁发现的囊肿病，发生乳腺癌的危险性是正常妇女的11.7倍，而50岁以后发现的囊性病其危险性仅有2.5倍。很多学者都特别注意观察导管上皮非典型增生发生乳腺癌的危险性，所谓非典型增生是在上皮细胞高度增生的基础上，有一定的异形性，即细胞极性有不同程度的紊乱或消失。排列紊乱、细胞增大、染色加深，即所谓间变。非典型增生的程度可分为轻度、中度、重度。在1974年国际肿瘤研究会上报道，乳腺小叶与原位癌之间，有一个非典型小叶的过渡阶段，在有癌的乳腺中，这种非典型小叶发生率高。在乳腺癌的危险人群中，发生率也高，而且在绝经后亦存在，所以认为是癌前病变。据PAGE的统计，45岁以后诊断为非典型增生者罹患乳腺癌的机会是正常妇女的6倍。DUGART认为非典型增生的妇女，若再有乳腺癌家属史则罹患乳腺癌的危险性是一般妇女的11倍。BLACK把非典型增生分为五级。他发现4级、5级非典型增生病发生乳腺癌的危险性是无非典型增生妇女的5倍。MCLAUGHLIM对499例囊性病进行了观察，其中109例(21.9%)伴有非典型增生。ASHIKER对196例非典型增生患者，每四个月随访一次，有53例进行了第二次活检，20

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

例发生了乳腺癌。发生乳腺癌的累积危险性 30 个月时为 4%～5%，48 个月时为 9%，可见与随访时间长短有密切关系。[4]

HAAGANSEN 认为肉眼可见的囊肿病发生乳腺癌的危险性是一般妇女的 2～4 倍。但如果以前活检有导管上皮的汗腺化生者，发生乳腺癌的危险性是没有汗腺化生者的 10 倍。他发现如果汗腺化生的上皮细胞核染色体为非整倍体时，都在良性活检二年半后发生乳腺癌。故他认为汗腺化生与乳腺癌关系密切。HAAGANSEN（1986）报道乳腺大囊肿病合并有小叶瘤者发生乳腺癌的相对危险性是一般妇女的 6.1 倍。有人认为导管上皮乳头状增生、筛状、实团状增生发生乳癌的危险性高。有些学者对经手术证实的乳腺囊性增生病患者，随访10～25 年，乳癌的发生率为 0.7%～4%，平均为 2%左右，为一般人群乳癌发生率的 2 倍。天津市人民医院对 82 例手术确诊的乳腺囊性增生病患者，观察 10～20 年，仅一例术后 9 年发生乳癌，占 1.2%。CAMBELL 等报告乳癌发生率为 1%以下，BLOODGOOD 则认为与一般人群的乳癌发生率相等。总的来看，囊性增生病患者发生乳癌的倾向性比一般人群要高一些。[4]

乳腺增生病发生癌变与类型、年龄和病程长短等有关。一般认为乳腺增生病的囊性增生病，特别是肉眼可见的大囊肿，发生乳癌的危险性较大，而腺病、单纯性增生症极少发生癌变。CHEATLE 及 CUTLER 认为：乳腺囊性增生病多在 30 岁左右发病，40 岁左右瘤化，50 岁左右可演变成癌。虽然是临床印象，但也有人观察到 40～50 岁的乳腺囊性增生病患者，癌变的危险性为一般同龄妇女的 10 倍。对病程长、年龄大、临床疑有癌变可能者，其癌变率是相当高的。王德元报告 32 例囊性增生病，手术证实有癌变 6 例，占 19%。王仲富 31 例中有 4 例癌变占 12.8%。因有大量未作手术治疗的病例尚未统计在内，因此证明年龄大、病程长的囊性增生病患者，其癌变率是较高的。[4]

乳癌都是来自于不断发展的非典型的上皮增生，因此大多数学者都认为非典型增生是癌前病变。囊性增生病在导管上皮增生活检的基础上，发生细胞形态学上的变化，如细胞体积增大，细胞核变大，核仁明显，染色质深染，有少数细胞处于核分裂阶段，细胞排列及生长方向紊乱，即进入非典型增生阶段。如果在程度上进一步加剧，就发展成癌。一般认为非典型增生的过程是漫长的，需要经过几年乃至十几年的时间，非典型增生虽然是癌前期病变，但毕竟还不是癌，也不是非典型增生就一定都会发展为癌，还要受到体内外某些乳癌的易感因素的影响，才发展为癌。

从癌或癌变的发生机理进行分析，癌是不可控制的恶性增生，是细胞良性增生量变基础上的质变。这种演变过程已经从子宫颈、食道、胃等的上皮细胞增生恶变过程中证实。这个过程同样适合于乳腺。有人分析几乎所有乳腺癌均有多发性原位癌与交界性不典型增生。因此，从理论上说，任何癌均是细胞增生的最终恶果，癌性增生与良性增生有着本质的不同，但可能有共同的病因学因素。而增生变化本身就象二层楼之间逐级的楼梯一样，呈普带氏变化，程度不等，形态各异。但在每个阶都上均可停步不前或升降不足。因此，有相当多的病变始终停滞在一定程度的增生水平上，亦可自动缓解、恢复。沿着阶梯一直向癌的方向走去的病变仅是极少数。在乳腺癌的组织中，做几张病理切片，是不容易发现癌变的阶都性的。因此，从病理上能明确诊断是乳腺增生恶变的仅占 2%。[4]

用特殊方法研究增生病与乳腺癌的关系：有人利用 X 线检查研究乳腺增生病与乳腺

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

癌的关系，发现发生乳腺癌的危险性随着导管相的范围及程度而增加。主张用X线检查来筛选乳腺癌的高危人群。还有人用激素水平，生化指标，组织化学等方法研究。有人发现大多数乳腺癌病人尿中雌三醇，即雌三醇比雌二醇及雌酮的比值低于正常人。囊性增生病患者，特别是患乳癌机遇的高危妇女有55%～62%的雌三醇商值也低于正常，并建议用此商值来检测高危人群。[4]

HAAGANSEN等人(1986)对囊肿针吸所得之液体进行生化分析，发现正常人、囊肿病、乳腺癌患者之间的大囊肿液体内蛋白质成分(GCOFP-15)有量上的递增关系，并与血浆中GCOFP-15，癌胚抗原(CEA)进行对照，其结论是乳腺癌来自化学化生的导管上皮。[4]

我们利用组织化学技术，对乳腺增生症、纤维腺瘤、乳腺癌的六种酶活性进行了比较，观察到乳腺增生呈实性、乳头状、筛状时，HE染色观察到仍属良性变化，但此处的葡萄糖—6磷酸脱氢酸(G-6-POH)，酸性磷酸酶(ACP)活性明显增加，个别细胞酶活性与癌细胞的酶活性反应颇为相似。有2例增生病，终末导管周围出现碱性磷酸酶(AKP)反应层，这些变化均会使人们想到，某些严重的增生细胞有癌变的可能。[4]

从以上分析可以看出增生病中，肉眼可见的大囊肿病重度非典型增生或小叶瘤。导管上皮的汗腺化生，多发性导管内乳头状瘤等确可增加乳癌的危险性，或称之为癌前病变。那些导管或腺泡上皮没有明显增生表现的一般性增生病，可以认为与乳癌的关系不大，即并不增加乳癌的危险性。这种一般性增生多可自愈或治愈或停滞在某一发展阶段，长期不变。绝大多数的增生病在绝经后自行消退，在各种类型的增生病中属癌前性增生约占19%，而严重的非典型增生仅占2%～3%。正因为如此，临床能肯定由增生病恶变而来的乳腺癌仅占全部乳癌的1%～2%。[4]

我们认为除少数癌前性增生病发生乳腺癌的危险性较大外，绝大多数的一般性增生病与乳腺癌似无明显关系。所以对大多数增生病人来说，不应当有恐癌心理。我们认为增生病的癌变并不象有些文章中讲得那么可怕，而可怕的倒是乳腺癌误诊为乳腺增生病。

经验不足或检查不仔细就可能把乳癌误诊为增生病或其他囊性乳腺疾病。尤其是肿块小、活动好、肿块质地不硬，肿块边界不清楚或肿块由多发的小癌灶包裹在增生乳腺组织中，皮肤红肿等不典型乳腺癌(约20%)更容易误诊。临床上常见许多乳腺癌患者辗转几家医院，总误诊率为12%～16%。国内有单位报道：251例乳腺癌中曾被误诊为增生病者104例，占41.4%，264例乳腺增生病中误诊为乳腺癌者58例，占21.9%。有人曾对98例乳腺局限性肥厚做预防性切除活检，发现乳腺癌8例，占8.2%。说明乳腺增生病与乳腺癌在临床上有时极容易误诊，而漏诊或误诊就意味着坐失早期治疗的良机，机不可失，时不再来，误诊和漏诊对病人来说是残酷的，对医生来说是遗憾的。所以，我们在探讨乳腺增生病与乳腺癌的关系不得不警惕乳腺癌很容易误诊为乳腺增生病。[4]

虽然我国囊性增生病占全部乳腺增生病的比例远比西方国家少，非典型增生患者，据国内统计仅占全部乳腺增生患者的19%，高度非典型增生壁挂患者更少，但毕竟乳腺增生病少部分存在由细胞良性增生向恶性增生的移行转化或突变，因此必须引起高度的重视，但也应该承认对于大多数乳腺增生病患者来说，仅是一般性增生疾病与乳癌之间的关系并不密切。[4]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2 临床研究

2.1 治则治法研究

2.1.1 治则概述

纵观乳腺增生病，既有肝肾不足，冲任失调属于虚损的一面，又有肝郁气滞，痰瘀凝结，阳明胃热属实的一面，虚实二者可以互为因果，相互转化，面从二者的主从关系，作者认为本病属于本虚标实，肝肾不足，冲任失调属本，肝郁气滞，痰瘀凝结属标，肝肾不足，冲任失调可致乳络失养，痰瘀凝结阻于乳络结核成癖而出现乳房结块胀痛，而肝郁气滞，痰瘀凝结又可加重冲任失调，因实致虚，因此本症的治疗最宜标本兼顾，补益肝肾，调摄冲任，舒肝理气，活血化瘀，软坚散结，清泄胃热等均是本病的常用治法。

2.1.2 治法研究

中医药治疗乳腺增生病的报道甚多，其疗效确切，副作用小，因此具有较大的优势和特色。多年来临床医家从临床观察和总结有效病例入手，从辨证分型，一方加减，单方验方等各个不同侧面积极探索和寻求最佳的治疗方案与方药，尤其是在中医辨证论治的原则指导下，取得了满意的临床疗效。

当代医家依据本病的临床表现提出乳腺增生病的治疗大法有：疏肝理气法，活血化瘀法，调摄冲任法，化痰散结法等，但在治疗中虽有主次之分而实际应用又常互相参合应用。

(1) 疏肝理气法：乳癖之病因多由情志不畅，肝郁气结而成，肝足厥阴之脉，主疏泄，喜条达。陈桂苍提出从肝论治乳癖，治乳要诀，强调气字，从经络辨证，从脏腑病机，从临床症状均得出乳癖符合肝郁气滞的病理传变规律，他在从肝论治的基础上又再分气滞型，痰郁型，结毒型。揭开乳癖由气、痰、瘀、毒的病理层次。临床可以根据其传变规律，针对肝郁气滞这个主要病理环节，把好“气”关。[2]气滞常伴有血瘀，因气为血之帅，气行则血行，所以理气之法，常常与活血之药配合使用，以取得较佳的临床疗效。现代医学证实舒肝理气药物，具有调节内分泌功能，恢复卵巢功能正常，恢复黄体素和雌激素的平衡。

(2) 调摄冲任法：乳癖的发病冲任失调是重要的内因，根据脏腑经络学说，冲为血海，任主胞胎，胞脉系于肾，冲脉与肾脉相并而行，得肾阴滋养，冲任之本在肾，肾气化生天癸，天癸激发冲任通盛，冲任下起胞宫，上连乳房，故冲任二脉之血气外循经络，内荣脏腑，又可上行乳房，下行胞中，冲脉不盛，任脉不通，乳房可以受累发病。调摄冲任所选的药物，常选仙灵脾、肉苁蓉、鹿角片、巴戟天等温补肝肾，调摄冲任药物对乳腺增生的康复具有十分重要的作用。调摄冲任药物有明显提高下丘脑多巴胺含量而抑制泌乳素的分泌。研究提示补肾助阳中药具有类似性激素作用，并且其作用不是使某一环节的激素水平提高，而是使下丘脑—垂体—卵巢轴的调节功能得以改善，从而起到积极的治疗作用。同时补肾药自身的激素样作用使睾酮升高，通过抑制下丘脑—垂体，抑制了泌乳素而起治疗作用。

(3) 活血化瘀法：根据乳腺增生病的临床体征可见乳房肿块和疼痛，此证皆与血瘀密切相关，其致瘀之因，多由情志不畅，忧思恼怒，抑郁寡欢，则先致肝气不舒，脾气郁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

结，气机阻滞，继则由气及血，血行不畅，经隧不利，气滞血瘀，乳络闭阻而生乳房结块疼痛，现代研究，乳腺增生病者可见乳腺导管增生水肿，小叶周围基质液体和血浆渗出，加之细胞内的分泌活动增多，致使乳房增大胀痛，近红外线乳腺增生病者可见乳房血管有蚓状曲张，血管末端可见小点片状阴影，这些征象均与血瘀相吻合。中医中药活血化瘀药物可使郁者达，瘀者通，结者散，瘀散而络通，可达到肿消痛止。近代研究活血化瘀是通过改善微循环，增加外周血流量，扫清病变部位的瘀血凝滞及代谢障碍，通过改善血液流变性，解除血液浓粘聚的现象，从而调理了血液的理化特性，抑制细胞增生作用而达到治疗作用，常选当归、赤芍、川芎、红花、桃仁、泽兰、三棱、莪术，可达到肿消痛止。

（4）化痰散结法：乳腺增生病为乳腺上皮和纤维组织增生，伴有囊肿形成和上皮化生为本病组织形态学特点。乳癖多由郁怒伤肝，思虑伤脾，肝脾两伤，痰气互结瘀积成块。其病变的成因与七情、痰浊、瘀滞有关。肝气犯脾，脾失健运，聚湿成痰或因肾气不足，阳虚痰湿内结。郁、痰、瘀互结日久而形成乳癖。因此痰浊阻络也是乳癖的常见病机。常用瓜蒌、象贝、牡蛎、夏枯草、昆布、海藻、山慈菇等化痰软坚散结药物，消痰软坚散结通络。现代药理研究昆布和海藻都含丰富的碘质，吸收入血液及组织后，能促进病理产物和炎性渗出物吸收，并能使病理代谢产物溶解，昆布、海藻含碘药物软坚化痰散结作用与现代研究具有抑制单胺氧化酶的活性，抑制细胞增生分裂有关，同时尚有降低雌激素的作用，山慈姑中的提取物秋水仙碱具有抗乳腺癌的作用。因此化痰类药物均为乳癖治疗的要药，尤其对囊性乳腺增生病更有防治结合的含义。

2.2 辨证用药研究

2.2.1 辨证分型治疗

乳腺增生病的辨证用药均根据本病的病因病机而定，循从辨证求因、审因论治的原则，本病属于乳癖范畴，它由肝郁气滞、冲任失调、痰瘀凝结而成。作者将它分为肝郁气滞型、冲任失调型和痰瘀凝结型。肝郁气滞型多见于青年妇女，以一侧或两侧乳腺肿块随月经周期变化而疼痛改变，多在月经行经前疼痛最为明显，行经后乳腺肿块及疼痛均有缓解。本型一般病程较短，婚孕后症状明显减轻或消失，病者常可伴有情绪郁闷或心烦易怒，乳痛常涉及胸胁肩背，兼有胸闷嗳气，方取逍遥散合四物汤加减，药用柴胡、当归、白芍、香附、青皮、茯苓；冲任失调型以中年妇女为多，以乳腺肿块为特征，乳痛较轻，乳腺肿块和疼痛程度与月经周期的关系均不如气滞型密切，伴有经期紊乱，月经量少，月经延期或提前，腰酸乏力，精神倦怠，心烦易怒，方取四物汤合二仙汤加减，用药以柴胡、白芍、仙茅、仙灵脾、鹿角、巴戟肉、当归、熟地等；痰瘀凝结型本型多见于未婚青年也可见于中年妇女，一侧或两侧乳房出现表面光滑，边界清楚，按之坚实，推之活动的肿块，肿块的大小与月经周期变化无关或关系较小，肿块无疼痛或按之轻度胀痛，月经有痛经或月经延期，方取桃红四物汤合棱莪汤加减，药用柴胡、当归、桃仁、三棱、莪术、海藻、牡蛎等，经期停服。共治疗213例，临床治愈59例，显效69例，有效50例，无效30例，总有效率86%。[5]宋爱莉等将本病分为二型。肝郁气滞型，用乳宁汤Ⅰ号(柴胡、当归、香附、白芍、郁金、白术、陈皮、茯苓等)；冲任失调型，用乳宁汤Ⅱ号(仙茅、鹿角霜、夏枯草、天冬、当归、丹参、黄芪、柴胡、郁金、淫羊藿、海藻、昆布、生牡蛎、橘核、橘叶)。制成浓缩

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

口服液，每次20ml（含生药12.5g），每日3次口服，经期停服。共治30例，治愈108例，显效86例，有效84例，无效22例，总有效率92.7%。[6]方剑萍将本病分为四型。肝郁气滞型，予逍遥散加减；肝郁脾虚型，予四物汤加减；气郁痰凝型，药用露蜂房、山慈姑、炙山甲片、柴胡、郁金、青皮、浙贝母、橘叶、制香附、夏枯草；气滞血瘀型，药用当归、赤芍、白蒺藜、昆布、海藻、鹿角霜、丹参、山楂、制香附、炙山甲片、郁金、川芎、柴胡、青皮、山慈姑、蒲公英。水煎服，日1剂。共治100例，痊愈72例，显效19例，有效6例，无效3例，总有效率97%。[7]龙家浚等将本病分为三型：肝郁夹痰型、肾阳虚型、肾虚肝郁型，均予乳癖消汤治疗，方含天冬、生牡蛎、生麦芽、大贝母、荔枝核、橘核、鹿角片、白芥子、僵蚕、露蜂房、三棱、莪术、昆布、海藻。水煎服，日1剂，经期停服。共治114例，痊愈71例，好转41例，无效2例，总有效率98.2%。[8]张良佐将本病分为二型，以忍冬藤、蒲公英、夏枯草、黄芩、黄连为基本药物，气滞化热型加金橘叶、瓜蒌、青皮、川厚朴、柴胡；气结成瘀型加橘核、泽兰、昆布、丹皮、制大黄。结果两组分别近期治愈56例、13例，好转38例、49例，无效9例、19例，总有效率91.2%、74.8%。[9]陈婉兰以郁金、穿山甲、鹿角霜、橘核、茯苓、柴胡、薄荷为基本方，肝郁气滞型加青皮、香附、川楝子；肝郁气滞兼热型加丹皮、山栀、瓜蒌；肝郁气滞痰结型加白芥子、白术、浙贝、皂刺；肝郁气滞血瘀型加王不留行、三棱、京丹参。共治疗1039例，结果：痊愈626例占60%，有效372例占36%。[10]

2.2.2 辨病分型治疗

陈尔东等根据冷光透照下乳腺小叶增生图像分为四型：Ⅰ型为扩张增生型，Ⅱ型为云片花絮型，Ⅲ型为混合型，Ⅳ型为光亮匀质型。共200例，均取逍遥散中当归、白芍、柴胡，Ⅰ型加昆布、海藻、青皮、陈皮、茯苓、丹参、川芎、红花；Ⅱ型加昆布、海藻、青皮、陈皮、制香附、夏枯草、莪术、山慈姑；Ⅲ型加昆布、海藻、青皮、陈皮、金铃子、延胡索、五味子。均水煎服，日1剂，并设对照组160例，口服逍遥丸6g，每日2次。结果两组分别治愈56例、26例，显效79例、36例，有效37例、25例，无效28例、73例，总有效率86%、54.4%（$P<0.001$）。[11]

2.2.3 一方为主随症加减治疗

黄筑艺以补肾调冲方（淫羊藿、菟丝子、仙茅、巴戟天、炙首乌、王不留行、柴胡、香附、炮山甲、甘草）为基本方，水煎服。于每次月经来潮第5天起服用基本方，连服10日，月经来潮第15天起服用基本方加山楂、丹参、麦芽，连服2周。共治34例，临床治愈8例，显效13例，有效10例，无效3例，总有效率91.18%。[12]弭阳以神效瓜蒌散（全瓜蒌、制乳香、制没药、当归、甘草）水煎服，日1剂。伴情志不畅，经前乳房胀痛，肿块疼痛加重，触之痛甚者加柴胡、赤芍、王不留行、炒枳壳；乳房肿块呈条索状，或散在于乳房内，质韧，月经量多，色淡者加黄芪、党参、路路通；乳房局部肿痛灼热，舌红苔薄黄，脉弦数者加金银花、蒲公英；肿块质硬而不坚，触之疼痛，推之可移者加炮山甲、皂角刺、三棱、莪术。以此治疗本病128例，痊愈80例，好转12例，无效6例，总有效率95.31%。[13]林子峰等以四逆散加味治疗本病350例，显效68例，有效249例，无效33例。[14]董振龙以阳和汤加味治疗本病62例，痊愈38例，有效17例，无效7例，总有效率88.7%。[15]杜素美以逍遥散加减治疗本病66例，有效率为89.4%。[16]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2.4 专方专药治疗

乳核灵：蜈蚣、延胡索、穿山甲、夏枯草、全蝎、郁金等，烘干，温度40℃～60℃，共研细末，过10目筛，装胶囊，每粒含生药0.25g。每次口服2粒，日3次；效果不显时，每次3～4粒，每日4次，均饭后服，10日为一疗程，一般3～4个疗程。尹可华以此治疗本病460例，痊愈108例，显效222例，有效96例，无效34例，总有效率为92.6%。[17]

化癖冲剂：黄芪、穿山龙、山药、白术、苦荞麦、当归、牛筋草、荜草、乳香、没药、白芥子、昆布、海藻、夏枯草、桔梗、柴胡等药组成。每次口服10g，每日3次。黄朝富等以此治疗本病210例，并设乳癖消(吉林四平松辽厂生产)对照组30例，结果两组分别治愈149例、17例，显效46例、5例，好转10例、3例，无效各5例，总有效率95.61%、83.34%($P<0.01$)。[18]

复方乳块消胶囊：郁金、夏枯草、川楝子、橘核，水煎取浓缩液炙7味药(丹参、三棱、莪术、青皮、穿山甲、王不留行、土元)，共研细末，装胶囊，每粒0.3g。每次口服4～6粒，每日3次，经期停服。龚时霞以此治疗本病1500例，痊愈830例，显效600例，无效70例，总有效率95.3%。[19]

乳康丸：鹿角霜、天冬、淫羊藿、三七、三棱、莪术、延胡索、海藻、白花蛇舌草、王不留行、蒲公英、牡蛎、浙贝母。每次口服10g，每日3次。庞桂珍等以此治疗本病130例，显效66例，有效52例，好转6例，无效6例，总有效率95.38%。[20]

散乳口服液：全瓜蒌、橘叶、青皮、陈皮、半枝莲、野菊花、天南星、香附。每支10ml(含生药19.5g)，每次口服2支，每日2次。游凯涛等以此治疗本病100例，治愈25例，显效41例，有效26例，无效8例，总有效率92%。[21]

2.2.5 中成药的开发及治疗

陕西安康制药厂生产的乳康片(生牡蛎、夏枯草、生黄芪、丹参、玄参、没药、乳香、天冬、瓜蒌、鸡内金、白术、海藻、浙贝、三棱、莪术)，每日2次，每次5～10片，20天为一个疗程，间隔5～7天，继续第二疗程。四川中药制药厂消核片(玄参、牡蛎、郁金、昆布、夏枯草)每日3次，每次5片。无锡第四制药厂生产的天冬素片(每片含天冬素0.25克)，每日2次，每次1片。乳癖消由吉林制药厂生产(鹿角、昆布、鸡血藤、玄参、夏枯草、红花、三七、天花粉、海藻、蒲公英等)每日3次，每次5片。深圳长白山制药厂生产的“乳增宁”由艾叶、淫羊藿、柴胡、川楝子、天门冬等组成，功能益肾温经，疏肝解郁，养血益胃，调理冲任，消核散结。临床观察总有效率为93.3%。总之乳腺增生病开发的新药在不断研制不断扩大，其临床疗效也在不断提高。

2.3 预防与康复

乳腺增生病的发病率据统计占育龄妇女的40%左右，它与现代社会生活节奏的加快，饮食结构的变化，精神活动的过度紧张均有一定的关系，在少数囊性乳腺增生病中尚有发生乳癌的危险性，因此乳腺增生病的预防与康复，对提高妇女的生活质量和降低乳癌的发生均有直接的关系。为此防治乳腺增生病的工作已日益引起社会的重视。首先，心理因素和社会因素均是影响人体健康，发生乳腺增生病的重要因素，妇女特有的内分泌系统及生理病理现象，心理特点，社会特点等特殊因素均会给妇女带来一些激惹而发生异常反应，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

导致乳腺增生病的发生。乳腺组织是性激素的靶器官，而内分泌的活动与情志及精神状态休戚相关。随着现代医学模式的转变，大量临床实践证明，不良情绪已成为疾病的易患因素。对于大多数的乳腺增生病患者来说，情绪因素可诱发或加重本病，这是一个不容忽视的因素。心理健康，情志顺畅可以御病，通过医务人员用心理学方法去改善患者的情绪调整病者的精神状态，即可通过精神支持疗法、暗示治疗、音乐疗法、自我控制法等消除焦虑和抑郁，调整机体，达到康复。气功是一种动静结合，身心合一的特定功法锻炼，患者取坐位或卧位，平心静气，调匀呼吸，然后进行意念性的三性放松，重点放松到胸部乳房处，加入意念想象，气滞血瘀、症结肿块尽除，身心松泰的感觉，收功时对乳房进行正反按摩 18 次，每次练功半小时，早晚一次促进经脉气血流通，起到疏通经脉，调和气血的作用，气功疗法也是通过乳腺病者情志调治，心身医学发挥中医特色起到乳腺病的康复。

乳腺增生病的病因与体内雌激素分泌相对增高刺激乳房上皮的增生和脱落，腺管和腺泡纤维组织增生，乳房出现肿块和疼痛，实验证实脂肪食物影响肠内细菌丛，然后在胆汁酸协同下生成类似雌激素样物而致乳腺增生病的发生。因此合理安排膳食是预防和促使乳腺增生病的康复有很大的意义。首先摄取营养应当平衡，不反复食用同一食品，其次油炸食品不能经常食用，油炸食物脂肪含量高可使血液中雌激素水平升高，导致乳腺病加重和发展，适量食用素食替代动物脂肪食物，大豆含大量与抗雌激素受体相似的植物雌激素，经常食用豆腐、百叶等豆制品有助于乳腺病康复，饮酒和吸烟既会影响肝脏的代射，又可促进脂肪吸收，脂肪肝的形成更会减低雌激素在体内的灭活，鸡、海鲜、动物内脏均含胆固醇量高，因此也宜少食，饮食既不宜过甜也不要过咸。山楂、山慈菇、芋艿、紫菜等食物是乳腺病康复的食疗食品，山楂可消肉食有助消化，更具降低血中泌乳素的功效，因此长期食用有助于乳腺病的预防和康复。紫菜中含大量的碘，它对抑制胶原纤维的合成，抑制乳腺导管及腺泡的增生是十分有益的，在食物中应有足量的纤维素，保持大便通畅，使体内含苯环的化学物质排出也可起预防作用，总之充分发挥食物调养对乳腺增生病有预防康复作用。

3 实验研究

3.1 中医常用治法疗效机理的研究

调摄冲任法和疏肝活血法是乳腺增生病常用治法，肝气不舒，冲任失和，乳络凝滞闭阻，气血壅滞结聚成核，气血经脉壅阻又可加重影响肝气的疏泄条达，最终形成“乳癖”之病。经本组 75 例临床诊断乳腺增生病的患者服用调摄冲任疏肝活血药的临床疗效观察结果发现止痛痊愈率达 61.33%，消块痊愈率达 34.67%，综合痊愈率为 32%，总有效率 93.33%。调摄冲任疏肝活血法进行动物实验研究，对 32 只去卵巢的新西兰兔肌注苯甲酸雌二醇和黄体酮，复制成功兔乳腺增生病理模型，各组分别处理后，观察形态学改变。实验发现治疗组兔乳腺增生程度明显轻于模型对照组、三苯氧胺组和天冬素片组。实验证明，调摄冲任疏肝活血法对异常激素刺激引起的兔乳腺组织增生有明显的改善作用。调摄冲任疏肝活血法对激素大环境失病的纠正是其疗效作用的基础。本实验对治疗前检测过血中六项激素水平的 161 例患者中的 51 例进行了治疗后复查，其中治疗组 31 例，天冬素片对照组 28 例。治疗后治疗组 PRL 值较治疗前显著降低（$P < 0.01$），T 值显著升高（$P <$

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

0.05)，E_2、FSH、T值进入正常值范围的例数显著增加($P<0.05$)，因此实验检查结果证实乳腺增生病取用调摄冲任疏肝活血的药物治疗，其作用是调节患者多项内分泌激素的失调而起到治疗作用的。动物实验中观察到，调摄冲任疏肝活血法对实验性兔乳腺增生病理模型有明显的改善作用，实验除了观察形态学改变，也检测了兔血中 E_2、P 值的变化及乳腺组织中 ER，治疗组治疗后乳腺组织 ER、PGR 的含量均有明显降低，乳腺组织局部对 E_2、P 的敏感性下降，从而使兔乳腺组织增生程度得以明显改善。国内也有文献报道用调摄冲任，活血化瘀药物外敷可使兔乳腺组织 ER 含量显著下降，乳腺增生程度显著减轻。现有的研究证实：甾体激素在细胞中是通过与特异性受体蛋白质分子结合来实现其生物学效应的。不管是 JENSEN 的“两部机制”学说，还是“KING”的“一步机制”学说，其关键均在于激素与受体结合形成激素—受体复合物后，作用于细胞核内的染色质，影响 DNA 的转录，导致 MRNA 及新的蛋白质合成，进而影响细胞的生理功能。因此激素受体可以被看作是激素对靶器官发挥生物学效应的媒介。而乳腺细胞对激素的敏感性，也不同程度地影响着乳腺上皮细胞的增生状况。本实验表明，当血中 E_2、P 异常升高时，乳腺组织 ER、PGR 含量也同步增加，与此同时乳腺组织也发生增生性改变，用调摄冲任疏肝活血法治疗后，乳腺组织 ER、PGR 含量显著下降，此时尽管血中 E_2、P 仍保持较高水平，但由于乳腺组织对其敏感性降低，故增生程度明显减轻。总之本实验结果提示，激素大小环境的失衡在乳腺增生病的发病机制中起着重要的作用，激素大环境的某些变化与激素小环境的变化存在着密切的联系。调摄冲任、疏肝活血法正是通过纠正激素大小环境的失衡而起到治疗乳腺增生病的作用的。

调摄冲任法治疗乳腺增生病其作用机制与单胺类神经递质有关。本实验是通过临床观察和动物实验进行研究，临床治疗组 20 例全部有效，临床痊愈率为 20%，动物实验组是取清洁级雌性大鼠，成年未孕共 50 只，经造模乳腺增生后，随机分成五组即空白组、模型组、调摄冲任组、补肾温阳组、疏肝活血组。血催乳素采用放射免疫法测定，血浆儿茶酚胺，采用高效相电化学检测法，下丘脑单胺类神经递质，采用高效液相电化学检测法，下丘脑单胺氧化酶取冰溶下提取下丘脑组织。临床组调摄冲任法其检查结果疗效最明显，均高于单一补肾温阳组和疏肝活血组。本研究表明，在乳腺增生病的发病中，下丘脑—垂体—卵巢轴存在着多个环节的功能失调，其中下丘胞多巴胺等单胺类神经递质的浓度及其代谢状况的改变和催乳素水平的异常均起着重要的作用，催乳素的分泌和释放直接受到多巴胺等神经递质的调控。调摄冲任法可能通过增加下丘脑多巴胺浓度，抑制单胺氧化酶的活性，从而增强多巴胺效应，降低催乳素水平，达到治疗作用。

调摄冲任法治疗乳腺增生病其作用机理是通过内分泌免疫及 DNA 修复功能调节作用的临床与实验，以往研究多从内分泌激素失调或乳腺组织局部激素受体量和质的异同导致乳腺组织对激素的反应异常之说。近年来从整体到细胞分子水平的研究表明，神经、内分泌、免疫三大系统是相互作用，相互制约的，构成一个神经内分泌免疫调节网络系统共同调节着生命活动，以维持机体内环境的稳定，任何环节的紊乱和失调均会影响其他系统的功能，提示了将神经、内分泌、免疫三大系统结合起来研究乳腺增生病的新途径，本临床观察组 36 例，检测患者血清 E_2、P、T、PRL、FAH、LH 放射免疫检测，外周血 T 细胞亚群检测，外周血淋巴细胞 UDS 检测，乳腺增生病患者 E_2、P、T、E_2/P 与 OKT_3^+、OKT_4^+/

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

OKT_8^+相关分析，阐明乳腺增生病中激素与免疫的相关性。观察结果 OKT_3^+、OKT_4^+/OKT_8^+比值治疗后较治疗前明显升高($P<0.05$)，提示乳腺增生病患者呈现一定程度的免疫抑制状态及免疫调节紊乱状态，而调摄冲任法对此有一定的调节作用而发挥治疗效果。乳腺增生病的发生是以神经内分泌免疫调节网络功能失调为中心的多因素共同作用的结果：①下丘脑—垂体—卵巢轴的调节作用，②神经内分泌免疫调节网络系统的调节作用，③DNA 损伤修复作用，④抑制 DNA 合成及细胞增殖。中医中药调摄冲任法的作用机理主要是通过上述的作用结果而实现的。

3.2 影像学与乳腺增生病诊断相关性的研究

3.2.1 近红外影像在乳腺增生病中的研究

近红外摄像仪通过摄像头经光源透照可以在监视屏显示乳头、乳房、乳晕三部的不同灰度，以及乳房浅静脉的血管图像。谢氏等观察乳癖血瘀证候的近红外影像学表现，血瘀是引起乳癖病乳房疼痛和肿块的主要原因，根据乳癖血瘀证的辨证从月经性状、乳房肿块和疼痛的症象以及舌质脉象的各个特点可分为气虚血瘀、气滞血瘀、痰浊血瘀三类。气虚血瘀静脉象为：乳房浅静脉平行扩张，分支少，管径模糊不清，血管影与管周渗出影灰度相近，血管里均匀淡灰色，相近于乳晕灰度，灰度值在 80～140GS 左右，用手指压近血管，所压处即刻发白。气滞血瘀静脉象：乳房浅静脉分支多，或局部血管增多，可见扭曲或迂曲的分支血管，管径清晰，血管呈暗紫色，灰度值在 110～180GS 左右，在血管分支处或扭曲处灰度值略高，或血管节段性灰度值偏高。痰浊血瘀静脉象：乳房浅静脉管径增粗，呈蛇形增粗或怒张。血管分支多，管径模糊，血管影与管周渗出影灰度呈阶梯状，血管暗黑色，灰度值在 180～250GS 左右，手指压近血管，血管发白时间长。乳癖血瘀证分型与近红外扫描静脉象的符合率：气虚血瘀静脉象 46 例，证象符合率为 86.73%，气滞血瘀证 44 例中符合 31 例，符合率为 70.45%，痰浊血瘀证 49 例中近红外扫描符合 45 例，证象符合率为 94.81%。[2]

顾氏等观察乳腺增生病在不同临床分型有不同的红外光图像特征表现。乳痛型近红外影像可见增生部位有散在、雾状灰影，或呈浅灰色云絮状，或现浅灰色斑片状阴影，和乳晕颜色相比色淡。血管改变表现为增粗。成网状、血管边界模糊不清，血管呈分支状的增多，血管行程清晰，血管线条柔和，无中断、扭曲、僵直等表现，凡是乳腺增生病变重的一侧，同侧血管网络明显增多，增粗但没有血管分布异常的变化。腺病型可见到增生的部位有虫蚀样或雾状的灰色阴影，双乳浅层静脉边界“发毛”不清楚。血管无中断、扭曲、僵直等异样表现。瘤变型大多数不显影，若显影则表现为仅有淡淡孤立的移动性阴影，和周围浅表静脉无特异性变化。囊肿型含清液的囊肿表现为孤立的中心透亮团，形态较规则，边缘锐利，局限性的血管丛增多。硬化型肿块阴影灰度增高，边缘不规则边界不清，血管粗大，局限性的血管丛增多。[4]总的来说，近红外线乳房检查有优势和特色，但该检查仪在图像的表现上，尚缺乏特征性，在诊断上要密切结合临床判断，诊断符合率的高低在一定程度上与使用该仪器的专业技能有很大影响。

3.2.2 钼靶摄片影像在乳腺增生病中的研究

顾氏在探讨乳腺增生病辨病分型与辨证分型相关性 360 例临床分析中寻求乳腺增生病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

乳腺钼靶摄片的影像学特征，乳痛症型 65 例，钼靶摄片可见乳腺内大多腺体结缔组织，脂肪含量少，表现为一片均匀致密影。乳腺腺病型 146 例钼靶摄片乳腺内边界不整齐的致密影，双侧乳腺 X 线片呈对称性乳腺增生瘤样变型 74 例，钼靶摄片可见圆形，卵圆形分叶状块影，边缘光正，周围有一团脂肪形成的透明晕。硬化性乳腺病型 18 例，钼靶摄片乳腺密度增高，钙化点常为不规则的粗点状，囊性乳腺增生病型 57 例，钼靶摄片乳腺导管扩张或呈大小囊腔，囊腔内可见小的充盈缺损。[4]

宗氏等钼靶摄片诊断乳腺增生病 324 例认为钼靶 X 线摄片是一种安全、无损的检查方法，能够全面地反映出乳腺内部大体结构。宗氏认为乳腺钼靶 X 线摄片是所有乳腺检查仪器较成熟的影像学检查，是目前乳房辅助检查准确率较高的一种。[2]

乳腺高频 X 线摄影的应用能减少乳腺癌误诊率，有助于较早期的微小乳腺癌从乳腺增生病中检测分辨，钱氏报道乳腺高频 X 线摄影机检查 1139 例乳腺病人，其中 560 例发现乳腺肿块，另 579 例为良性乳腺病变，发现乳腺肿块 560 例中，乳腺癌 72 例，导管乳头状瘤 15 例，纤维瘤 105 例，炎症、导管扩张症 21 例，良性钙化 33 例，另 314 例为乳腺小叶增生症，乳腺癌的诊断符合率为 94%，乳腺良性肿块的诊断符合率为 91%。肿块的边界、形态、密度、钙化、淋巴结及血管分布等其形象的表现对乳房肿块良恶性的判断有较高的参考价值。[2]

3.2.3 乳腺超声波检查在乳腺病中的研究

乳腺超声波检查，是运用无线电雷达技术与声学原理相结合的一种诊断方法，它能显示乳房内肿块的细微结构，并能比较精确地测量肿物的大小。它能检测到由 X 线检查在致密型乳腺中所不能排除的肿物，尤其在区分实质性肿块和囊性肿块方面更有特性。超声成像在声像图上可间接反映肿块的性质。对肿块的性质在声像图上可从形态是否规则，欠规则或是不规则，境界即肿块与边缘是光滑，欠光滑或不光滑。内部回声是均匀，欠均匀或是不均匀。后方回声是增强，不变和衰退。纵横比即是指肿块横径与厚度的比。从肿块的形态来说大多恶性的是不规整或欠规整，恶性的多边界不光滑或有毛刺，内部回声以不均匀多，后方回声多衰退者为恶性，纵横比 > 1 即厚度大于宽度的为恶性。但以上五项判断指标必须综合来判断，并应结合病史和体征，有时还需参考其他检查结果，才能进一步提高超声诊断符合率。张氏等认为超声对乳腺肿块的检出和诊断有很高价值，对恶性肿瘤的定性诊断也有很大价值，因此对指导临床治疗及判断其预后有重要意义。[2]陈氏对乳腺肿瘤的超声波诊断价值指出，超声波检查和钼靶相比有以下特点：1. 片子不会曝光，设备简单，可反复检查，病灶能很好地在荧屏上描写出来，病灶的内部结构可以被确定。尤其是年轻女性因乳腺组织丰富，在钼靶片上较难发现病变所在，但超声波可以对乳房肿块的内部性质确定。[11]作者认为乳腺增生病各型的超声波图像特征为：①乳腺单纯性增生病：声像图特征为部分乳腺组织回声较周围更强，分布较不均匀，有时可显示二条短小平行光条构成的短管状结构，或像小的圆形回声暗区。②乳腺囊性增生病：声像图特征是病变区乳腺回声厚度增加，密度不均匀，部分区域回声较强，可见有多个散在小暗区或回声减弱区，其边界较为清晰。③硬化性乳腺病：病变区有纤维组织及玻璃样变性，声像图特征是肿块区呈中等回声，分布不均匀，边界不清，常易与乳癌相混淆。④乳腺纤维腺瘤：呈圆形或卵圆形，边缘清晰光整。内部为均质的弱光点，后壁线完整，有侧方声影。肿物

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后方回声增强，有的有蝌蚪尾征，少数纤维腺瘤的后壁线消失，后方有声影。⑤乳腺囊肿：呈圆形或卵圆形液性暗区。边缘清晰光整。后壁线完整，回声增强。有侧方声影，囊肿后方回声增强，有蝌蚪尾征。[4]

崔氏等从50例乳腺肿瘤进行B超与近红外线检查作比较，该组病例在上述二项检查后均作手术病理证实，B超检查50例中有44例符合，其符合率达88%，而近红外线检查50例中有9例不符，符合率为82%。崔氏等认为B超检查乳腺肿瘤从视屏上可以清楚地观察到肿瘤的声像图。肿瘤边界包膜清楚，形态声像明显，测量肿块大小准确，通过彩色血流图像，能了解肿瘤周围血管分布情况，良性肿瘤周围血管不丰富，恶性肿瘤周围血管丰富甚至进入肿瘤。乳腺小叶增生在B超视屏上可出现大片或小片状声影，无包膜，无血管在其周围，通过以上观察易于作出乳房肿瘤的性质，诊断较为明确。[2]

3.2.4 针吸细胞学检查在乳腺增生病中研究

细针穿刺细胞学检查已被国内外列为乳房疾病常规的辅助检查，它已被肯定是一种准确、安全、简单、易行的病理诊断技术。根据针吸细胞的数量、细胞间聚合力、细胞体积、细胞形态等同鉴别良恶性。近年来张氏等从细胞学征象的不同特征与中医乳癖的分型探索二者的相关性，从而研究和寻找乳癖中医辨证分型的客观的量化指标，提高乳癖中医辨证分型的正确性、可靠性和可重复性。[2]经唐氏报告100例乳腺增生病细胞穿刺对照辨证分型结果，肝郁气滞型细胞学诊断特征是：穿刺时针吸感较韧且紧，吸出物肉眼观仅为微量清水样液体或浆液样或呈金黄色油滴状，镜下观察除背景为脂性蛋白液外，主要特点是腺上皮细胞稀少，有3~5个细胞聚集一团，多数为单个散在之裸核腺上皮细胞，其大小一致，呈圆形、椭圆形，个别呈纤维样，核染色质分布均匀，分化良好。本型占该组的52%。冲任失调型的细胞学特征是：穿刺时进针和抽吸阻力小，比较松，多能抽出约1.1~2ml左右呈清水样或淡绿色泡沫状液体。涂片镜下观察主要可见大量泡沫细胞和大汗腺样细胞(APOCRINE)为其特征。另外尚可见到呈腺样排列或单个散在之腺上皮细胞，部分呈异形性改变，有时涂片中尚有一些炎性细胞存在，本型占该组的26%。痰瘀凝结型细胞学诊断特征是：穿刺时针吸感比较硬且韧，肿瘤界限清楚，活动度大，吸出物较粘稠，多数呈粘液样或浆液状。涂片在显微镜下可见大量成片的增生密集之腺上皮细胞，排列整齐，其间夹杂有双报裸核细胞(BIPOLAR NUCLEI)和纤维间质细胞为其特征。涂片背景清亮，偶见粘液样物质。有些癖细胞核大，染色质粗糙，异型性明显，易被误认为癌细胞，应注意鉴别。另纤维腺瘤样增生除腺上皮细胞数量较少和异型性轻微外，余均和纤维腺瘤相同。本型占该组的22%。[2]

【古训今释】

1 病名溯源

乳腺增生病归属于中医乳癖的范畴，乳癖之名，始见于《中藏经》，但乳癖的属性归属于中医文献“癖”的广义范畴。癖同义于痞。《素问·五常政大论》：“备化之纪……其病痞。”又云“卑监之纪……其病留满痞塞。”痞者癖也。痞是形容气机不畅，在人体任何部位出现的胀满疼痛。表现肿块和疼痛时轻时剧，时现时隐的特点，它与相对应的症结有绝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

然不同的性状和预后。仲景《伤寒论》中也有关于痞的病因记载。《伤寒论》第131条："病发于阳而反下之，热入因作结胸，病发于阴，而反下之，因作痞……。"《类症治裁》："为痞，伤寒之痞，从外至内，杂病之痞，从内之外。"林氏高度概括了痞的成因，既可由六淫外侵，表证误下，邪热内陷，结于心下之伤寒痞，亦可由于脾胃气虚，中气不足，脾不能行气于肺胃而形成的杂病痞。内症和外疡其病机是一致的，只是痞症发病部位不同。发于内者即成杂病之痞。发于外者则成疡科外症之痞。明·龚居中《外科活人定本》有云："何谓之癖，若硬而不痛，如顽核之类，过久则成毒。"明·陈实功《外科正宗》："乳癖乃乳中结核，形如丸卵，或坠重作痛或不痛，皮色不变，其核随喜怒消长……。"清楚地描述了本病肿块大小形如丸卵，表面光滑，边界清楚，活动度大，肿块痛或不痛，可随情志喜怒而变化。清·高锦庭《疡科心得集·辨乳癖、乳痰、乳岩论》："乳中结核，形如丸卵，不疼痛，不发寒热，皮色不变，其核随喜怒而消长，此名乳癖"。

乳癖之命名最早出现是在汉·华陀《中藏经》，而其命名之由来，渊源于内经及伤寒论等经典著作中的内伤杂病之痞。在以后列代文献中根据其症候统属于乳中结核和乳癖之中。

2 乳癖的证候与病象

有关乳癖症候的论述，从《内经》开始至明清均有丰富的记载，而以明代《外科正宗》："乳癖乃乳中结核，形如丸卵，或坠重作痛，皮色不变，其核随喜怒消长……。"它清楚地描述了本病的症状和体征，并阐述了本病的主证是乳房的肿块和疼痛，它与情志有周期性变化的相关性。这些临床体征与现今乳腺增生病的症候颇为一致，除了包括单纯性乳腺增生症乳痛型，尚包括乳腺腺病型、乳腺增生瘤变型，囊性乳腺增生病型和硬化性乳腺增生病。其中尚包括部分乳腺纤维腺瘤。

3 病因病机论

从古至今，历代医家在对乳房的生理、病理的基础上，对乳癖的病因病机的认识也有所异。《内经》："脾之大络，名曰大包，……布胸胁，胃之大络，名曰虚里，……出左乳下……，脾胃之大络，皆布于胸中。足太阴脾脉络胃上膈，足阳明胃脉贯乳中下膈，属胃络脾，脾胃二经血脉皆过其间。足厥阴肝脉，上贯膈布胸胁，足少阳胆脉，合缺盆，下胸中络肝循胁里。手厥阴心包之脉，起胸中，循胸出胁下腋。手太阴肺脉，循胃口，上膈横出腋下。冲脉、任脉皆起于胞中，任脉循腹里关元、至胸中。冲脉夹脐上行。至胸中而散。"乳房之部位属脾胃、乳房之经络属肝胆，胸中尽旷之地、而行气血。清代余听鸿："乳头属肝、乳房属胃、男子乳房属肾"。又云："冲任为气血之海。上行则为乳，下行则为经，妇人哺乳则经止。"乳房与脏腑经络气血之间有着密切联系，若内伤七情、外感六淫、饮食不节或因冲任失调、肝肾不足、气血两伤等因素均可导致脏腑气血功能和经络传导紊乱发生乳房疾病包括乳癖。乳癖之成因虽因素较多，但历代医家均将气机失调放在首位。《素问·至真要大论》："疏其血气，令其调达，而至和平。"元·朱震亨《丹溪心法·郁》："气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。人身万病皆生于郁。"因此外科病包括乳癖也多由气机郁滞而生。从脏腑发病机理来看，《灵枢·五音五味》："妇人之生有余于气，不足于血，以其数脱血也。"肝体阴用阳，称为刚脏，其性易动难静。故气偏有余则情绪不稳，易于激怒，稍有不随，情

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

怀不畅，不能自释，皆触导致肝郁气滞，故有乳癖多发于七情怫郁的妇女。

同时乳癖之症其病因又于肝肾二虚、冲任失和关系甚密。《素问·上古天真论》："女子二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子，……七七任脉虚，太冲脉血少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。"明·窦汉卿《疮疡经验全书》："乳癖此疾，因女子十五六岁，经脉将行或一月二次或过月不行致成此疾，多生寡薄气体虚弱。又说：乳癖乃至五六十岁老人多生此疾。"窦氏在他的论著中已认识到乳癖的发病与先天肾气不足，天癸未充有关，又与肾气虚弱，冲任两亏可以发病相关系。清《马培之医案》："乳头为肝肾二经之冲。"《外证医案汇编》："乳中结核，虽云肝病，其病在肾。"说古代前贤已认识到乳癖与肝肾亏虚冲任失调是密切相关的。

乳癖是由血瘀而生，古代医家将乳腺增生病归属于乳癖、乳核、乳积与血瘀的关系。《难经》曰："积者，五脏所生……其始发有常处，其痛不离其部，上下有所终始，左右有所穷处。"王清任《医林改错》："无论何处，皆有气血，气无形不能结块，结块者必有形之血也，血受寒则凝结成块，血受热则煎熬成块。"根据冲任为气血之海，上行为乳，下行为经，符合冲任血海先充盈后疏泄的生理变化，故乳腺增生病患者每于月经前乳房的肿痛加重，月经后减轻，若忧思恼怒，抑郁寡欢，肝气不舒，脾气郁结，气机阻滞，继则由气及血，使血行不畅，经隧不利，冲任二脉失于调达，下不能充胞宫，上不能滋乳房，乳络闭阻，气滞血瘀，日积月累凝结成块，不通则痛。由此可见，乳腺增生病与血瘀的因果关系之密切。

关于乳癖的预后转归问题及乳癖与乳癌二者的关系上，历代医家也有论述，《外科真诠》："乳癖……年少气盛，患经二载者……可消散。若老年气衰，患经数载者不治，宜节饮食、息恼怒，庶免乳岩之变。"它阐明了乳癖存在岩变的可能性。明·龚居中《外科活人定本》："何谓乳癖，若硬而不痛，如顽核之类，过久则成毒。"可见龚氏对乳癖认识之深，所谓"成毒"者，即指有恶变的倾向。因此重视乳癖的诊治和定期随访，加强辅助检查，早期发现乳腺增生的癌变，防止乳癌的漏诊和误诊。

4 乳腺增生病的治则治法

清·余听鸿《外证医案汇编·乳证》："治乳症，不出一气字，定之矣！脾胃土气，壅则为痈，肝胆木气，郁则为疽，正气虚则为岩，气虚不摄为漏，气散不收为悬，痰气凝结为癖、为核、为瘕，气阻络脉，乳汁不行，或气滞血少，涩而不行，若治乳从一气耳……无论虚实新久，温凉攻补，各方之中，夹理气疏络之品，使其乳络疏通，气为血之帅，气行则血行，阴生阳长，气旺流通，血亦随之而生，自然壅者易通，郁者易达，结者易散，坚者易软。"余氏总结了前人的医疗经验，阐明了气病则乳病，强调了疏泄气机在乳症尤其是乳癖治疗中的重要意义。肝主疏泄，治肝必须疏肝，从而使郁者伸、结者开、气者行、痰者消、瘀者化，疏泄气机不但是治疗乳癖重要治则而对乳癌也是一个重要的防治措施，经络气血疏通，乳癖之结块，自然消散于无形之中。《太平惠民和剂局方》之逍遥散，方用柴胡疏肝解郁，使肝木条达，当归、白芍补血和营以养肝血，薄荷助柴胡疏泄之性，体现"木郁达之"的治则，白术、茯苓、炙草、煨姜健脾和中，体现"见肝之病，知肝传脾，当先实脾"的治未癖精神。综观全方，在养肝柔肝的基础上疏肝，在健脾的前提下调肝，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

使疏肝理气不伤肝体，乳癖论治首推逍遥散是与乳癖的气滞病理相吻合。清·高锦庭《疡科心得集》："乳癖……良由肝气不舒郁积而成"主张用逍遥疏肝解郁来治疗。"乳属阳明，乳中结核何以不责阳明而责肝，以阳明胃土，最畏肝木，肝气有所不舒，胃见木之郁，惟恐来克。伏而不畅，肝气不舒，而肿硬之形成……不必治胃，但治肝而肿消。"

元·朱震亨《丹溪心法》中指出了"乳房，阳明所经，乳头厥阴所属"的著名论断。这对认识妇女乳房疾病，尤其是乳癖的病理机制确立，辨证施治取用疏肝理气、养血柔肝的方药，起到重要作用。

宋代《圣济总录》："冲脉者，起于气冲，并足阳明之经，夹脐上行，至胸中而散。妇人以冲任为本，若失于将理，冲任不和，阳明经热，或风邪所客，则气壅不散，结聚乳间，或硬或肿，疼痛有核。"指出了乳中结核之乳癖其发病冲任不调是基础。明·张介宾《景岳全书·乳病篇》："妇人乳汁乃冲任气血所化，故下则为经，上则为乳。"强调了冲任之脉与乳房生理的密切关系。

宋·陈自明所著《外科精要》和《妇人大全良方》："盖妇人之乳，资于冲脉，与胃经通故也。"他认为乳汁的化生与运行是冲任之气血所化生，通过胃经输送的。阐明了乳病与冲任的关系，宋代《圣济总录》："冲脉者，起于气冲，……妇人以冲任为本，若失于将理，冲任不和，阳明经热……结聚乳间，或硬或肿，疼痛有核。"指出冲任不调是乳房结核疼痛的基本病因，审因论治当以调摄冲任为治则之本。《马培之医案》："乳头为肝肾二经之冲。"《外证医案汇编》："乳中结核，虽云肝病，其病在肾。"马、余二氏重视先天之本肾在本病发病学上的重要地位，这些立论也为后世治疗乳癖取用温补肝肾，调摄冲任的治则起了重要作用。宋·陈自明《妇人大全良方》治疗乳痈为主的单验方达 42 首方药，剂型有散剂、水煎剂、酒煎剂、外洗、外贴、外敷、外涂等，并介绍按摩、吸乳等外治法，采用综合外治法，对促进各类乳病的及早治愈，对乳癖同样具有借鉴和举一反三的重要意义。

活血化瘀是治疗乳腺增生病的重要治则之一。乳腺增生病是以乳房结块和胀痛为特征，此临床表现均与血瘀有关。《内经》中早已有所论述："坚者削之，结者散之，留者攻之"等治则均包含活血化瘀之意在内。《证治准绳·积聚》："其块之坚者削之，咸以软之，因病邪久踞，正气尤虚，必以补泻迭相为用……补益其气，兼导达经脉，使营卫疏通，则块自消矣。"在治疗积证的方剂中常把三棱、莪术、当归、黄芪等散瘀破积，养血益气药物互为配伍。活血化瘀又常与疏肝解郁药如柴胡、青皮、香附、川楝子等相伍，和化痰散结药多选用昆布、海藻、牡蛎相合。元代朱震亨在乳房病的用药论述："疏厥阴之滞以青皮，清阳明之热细研石膏，行污浊之血以生甘草之节，消肿导毒以瓜蒌，或加没药、桔叶、余银花、当归，或散、或汤、或加减随意消息。……"由此可见古人对乳房疾病的诊治用药已认识得十分全面。

5 方药归类

乳癖中医治疗主要以行气散结为主，佐以解毒化痰。

橘叶散(《医学正传》)

组成：青皮　石膏　甘草节　瓜蒌仁　当归　金银花　没药　蒲公英　皂角刺　青橘叶

功效：行气通络，清热软坚。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：乳癖、乳疬。

围药(《先醒斋医学广笔记》)

组成及用法：白及研末，水调，敷患处，干则用水润之。

功效：消肿散结。

主治：乳癖(乳房慢性肿块如乳房纤维腺瘤、慢性乳腺增生病等。)

军门立效散(《疡医大全》)

组成：甘草节　川椒　天花粉　皂角刺

用法：酒水同煎，服用前人去油乳香末冲服。

功效：解毒散瘀，消肿散结。

主治：乳癖。

肉桂膏(《疡科心得集》)

组成：川乌　草乌　海藻　当归　甘草　白及　甘遂　白芷　细辛　芫花　半夏　肉桂　红花　大戟　虎骨　麻黄　五倍子

用法：用麻油、清油入药煎枯，去渣，下净铅丹收成膏，再下乳香(去油,研)，没药(去油,研)，麝香，百草霜，搅匀，用红布摊贴。

功效：温阳行痹，化湿散结。

主治：一切寒湿痹痛、乳癖、乳痰。

化坚丸(《疡科心得集》)

组成：生地　川芎　白芍　川楝子　当归　丹参　天花粉　香附　半夏　郁金　青皮　茯苓　刺蒺藜　土贝母　延胡索　煅牡蛎　夏枯草　石决明　橘核　牡鼠粪　全虫　沉香　柴胡　苏梗粉

用法：上药为末，炼蜜丸，陈酒送下。

功效：疏肝祛痰，行气和血，软坚散结。

主治：乳癖、乳痰。

二角散(《外科集腋》)

组成：鹿角(炒黄色)　黄牛角(取角内嫩者,煅)　枯白矾

用法：共研末，以热酒送下。

功效：通络散瘀，解毒消肿。

主治：乳癖、乳痈、乳岩。

三甲消瘰汤(《中医外科临证集要》)

组成：牡蛎　鳖甲　山甲珠　玄参　郁金　山药　莪术　夏枯草　淡海藻　淡昆布　皂角刺　陈皮　浙贝母　木香

功效：活血止痛，软坚消痞。

主治：乳癖日久，疼痛剧烈，包块质硬，月经失常，纳差者。

香附散(《中医外科临证集要》)

组成：香附　当归　川芎　佛手片　赤芍　郁金　夏枯草　牡蛎　益母草　陈皮　甘草

功效：行气活血，疏肝散结。

主治：乳癖已成，气滞血瘀，疼痛较剧伴有月经失调者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瓜蒌逍遥散(《中医外科临证集要》)

组成：瓜蒌壳　炒青皮　柴胡　当归　白芍　茯苓　白术　夏枯草　甘草

功效：疏肝行气，化痰散结。

主治：肝郁气滞之乳癖初起者；肝气郁结之乳部疾患。

乳房肿块化化汤(《医方妙用》)

组成：柴胡　皂角刺　当归尾　贝母　连翘　山甲珠　栀子　甘草

功效：清热解毒，行气消痰，软坚散结。

主治：乳癖、乳痈。

乳癖内消丸(《张赞臣临床经验选编》)

组成：醋煅牡蛎　蒲公英　橘核　橘叶　大小茴香

用法：共研细末，水泛为丸，如绿豆大。

主治：乳癖、乳部结块皮色不变，或大或小，按之疼痛，推之可动者。

乳癖化坚汤(《肘后积余集》)

组成：草河车　夏枯草　半枝莲　海藻　昆布　瓜蒌　乳香　没药　橘叶　青皮　浙贝母　三棱　莪术　蜈蚣　山慈菇　茜草

功效：解毒祛瘀，软坚散结。

主治：乳癖。

6　预防和康复

清代医家沈氏："妇人之疾，关系最巨者则莫如乳。"《妇科玉尺》："乳房属足阳明胃经，乳头乳晕属足厥阴肝经，七情、六淫均可致肝胃二经失调，肝为刚脏，性喜条达，一有怫郁，易横逆犯胃。"又"肝为五脏之贼"，胃脉失调所致之乳病，大多由肝引起，由此可见调肝治乳的重要性。孔氏通过 138 例乳腺病心理人格气质分析，可以初步证明，心理治疗是古今中外治疗乳病的手段之一。《内经》："大毒治病十去其六……无毒治病十去其九，谷肉果菜，食养静之。"强调康复不能全赖药物，食物调养和心理调护是必不可少的。古医云："是以善医者，先医其心，而后医其身"。"医其心"从女性心理特点来看多善悲爱恋、憎恶、嫉妒、忧愁、喜愤等复杂的情志交织在一起，常难以自拔，故多情志病，乳腺增生病心理因素不可忽视。《外科心法》："乳中结核梅李形，按之不移色不红，时时隐痛劳岩渐，证由肝脾郁结成"。忧思伤脾，郁怒伤肝、肝脾两伤，痰瘀凝结而成乳癖，因此心理调护是本病预防和康复的重要方面。从 138 例乳腺病人心理人格气质分析，其中情绪活动调查项目中情绪压抑有 52 人，七情活动有易怒、易思、易悲者达 94 人，不难看出本病患者需心理调护的重要，心理治疗可用暗示诱导，解惑释疑、开导鼓励、顺情调治在临床上常常可以收到较好效果。

其他在预防康复方面是在饮食上应适当控制脂肪的摄人，低脂饮食对本病乃至乳癌的预防均是十分有益的。宜多食食有复合维生素 B 的食物，因为一般认为循环雌激素过多是引起本病的主要因素，而复合维生素 B 有利于雌激素在肝脏的分解，从而使病者康复。及时治疗子宫和附件的慢性炎症及月经失调等妇科疾患，因为本病患者常常伴有各种不同程度的妇科神经内分泌功能紊乱，因此在治疗本病的同时治疗伴杂的妇科病，调节神经内分泌功能的失调，将也有助于本病的康复。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本病常和乳腺癌可合并存在，部分囊性乳腺增生病尚有发展转化为乳腺癌的可能，尤其有乳癌家属史者更应引起重视，注意加强随访、定期检查、防止乳腺癌的漏诊。

展　望

乳腺增生病是妇女最常见的乳房病，其发病率占全部乳房疾病的75%，据报导该病的发病率约占育龄妇女的40%，因此乳腺增生病严重地影响妇女的健康，更在于该病具有发展为乳腺癌的危险性。中医乳腺增生病的研究中具有优势和特色，因为西医在此病的治疗方面大多集力于激素制剂的运用，但其不仅副作用较大，疗效也不确切不巩固，病变的局部手术切除复发率高，因此不易为患者所接受，鉴于上述原因，中医药在乳腺增生病的防治研究上，越来越得到中西医众多专家的重视，确实通过辨证论治，采用单方、验方，运用外敷、针灸等多种治疗手段，也取得了令人鼓舞的疗效，有关本病采用中医药治疗的报道数不胜数。最近的研究中，不少作者还设立对照组，并使用统计学方法处理临床观察结果，同时还采用了钼靶X线摄片、红外热像图、超声波检查、细针穿刺细胞学检查等诊断手段。还有作者将临床研究与实验研究相结合，使研究更具有科学性和可靠性。虽然中医药治疗副作用小，但其确切疗效还值得深入研究。

（1）继承和发展古代医家和名老中医的宝贵经验

我国历代医家在乳房病学的辨证和诊治上具有丰富的经验，近代各地名中医也积累了取得卓著疗效的有效方药。因此努力发掘文献中有效治法和方药，开拓我们的研究思路，同时积极认真地继承名老中医治疗乳房病的宝贵经验，从而发掘有效方药和治法，更好地发挥中医中药诊治乳腺增生病的特色。

（2）加强乳腺增生病的临床研究和实验研究

临床疗效的高低是检验辨证用药的基础，为了科学地系统地进行临床观察，制订统一的疗效标准和诊断标准是十分必要的，同时还必须建立乳腺专科的诊疗卡，以便系统地进行观察和总结，使其更具有科学性，并严格按统计学规则设立研究组别，观察项目尽可能系统化，以提高临床研究的效益，观察结果应量化，客观化，要有可比性，可以运用多种乳房病的辅助检查，如：乳房高频X线钼靶摄片、近红外乳腺检查仪、超声检查、细胞学检查等多种辅助检查既研究疗效的可量化，又观察探索乳腺增生病各辨证分型与辅助检查结果的二者相关性，对药物疗效的评定更应注重其科学性。

（3）积极开展乳腺增生病的实验研究工作

实验研究工作是开展和提高乳腺增生病运用中医中药诊治的学术水准和必要途径，与乳腺增生病相关的实验研究已开展的有性激素水平对乳腺组织影响的研究，中医中药对乳腺增生病内分泌、免疫及DNA修复功能调节作用的临床研究，神经、内分泌与免疫的研究，总之要充分采用高科技的先进科学工具，对乳腺增生病的发病机理和疗效机制作深入的研究。不但要研究乳房病与中医学脏腑气血经络的关系，还要从细胞水平，乃至分子水平探讨乳腺增生病的实质，并研究本病与乳腺癌的相关性，进一步研究中医药防治乳腺癌的作用，这样必将使中医乳房病学的学术理论和研究成果得到更大的发展。

（顾乃强　唐　新　张春和）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近现代参考文献

[1] 顾伯华．实用中医外科学．上海：上海科学技术出版社，1985

[2] 顾乃强．乳病荟萃．陕西：世界图书出版西安公司，1995

[3] 钱礼．乳房病学．杭州：浙江科学技术出版社，1982

[4] 顾乃强．实用中医乳房病学．上海：上海科学技术出版社，1993.199～207

[5] 顾乃强．乳癖灵治疗乳腺增生症213例临床观察．上海中医药杂志，1991，(5)：16

[6] 宋爱莉，等．乳宁流膏治疗乳腺增生症300例．山东中医学院学报，1992，16(6)：16

[7] 方剑萍．辨证分型治疗乳腺增生100例．江苏中医，1993，14(2)：14

[8] 龙家俊，等．乳癖消治疗乳腺增生114例疗效观察．中医杂志，1992，33(8)：22

[9] 张良佐．清泄胃热法治疗184例乳癖症疗效观察．新疆中医药，1992，(2)：24

[10] 陈婉兰．中药治疗乳腺增生病1039例．福建中医药，1994，25(1)：17～19

[11] 陈尔东，等．乳腺小叶增生症的冷光透照图像分型和施治．中国中西医结合杂志，1992，12(5)：313

[12] 黄筑艺．补肾调冲法治疗乳腺增生症34例．云南中医杂志，1992，13(2)：20

[13] 强阳．神效瓜蒌散治疗乳腺增生症128例．湖南中医杂志，1993，9(1)：47

[14] 林子峰，等．四逆散为主方治疗乳癖350例．实用中医药杂志，1995，11(6)：13

[15] 董振龙．阳和汤治疗乳腺囊性增生病62例疗效观察．新中医，1997，29(2)：18

[16] 杜素芙．逍遥散加减治疗乳腺小叶增生66例．实用中医药杂志，1997，(2)：8

[17] 尹可华．乳核灵治疗乳腺增生病460例疗效观察．甘肃中医，1995，8(1)：30－31

[18] 黄朝富，等．化癖冲剂治疗乳腺增生病临床研究．中医杂志，1996，37(7)：424

[19] 龚时霞．复方乳块消治疗乳腺增生1500例．陕西中医，1995，16(12)：538

[20] 庞桂珍，等．自制乳康丸治疗乳腺增生130例．中医研究，1997，16(2)：49

[21] 游凯涛，等．散乳口服液治疗乳腺增生症的疗效观察．中国中药杂志，1996，21(9)：566

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❀ 桥本甲状腺炎 ❀

瘿是祖国传统中医学对甲状腺疾病的统称，瘿因在颈绕喉而生，状如缨络或樱核而得名。根据古代文献所描述的症状分析，与西医学中的地方性甲状腺肿、甲状腺腺瘤、甲状腺功能亢进症、亚急性甲状腺炎、桥本甲状腺炎等病的临床表现极其相似。本篇瘿仅述桥本甲状腺炎。桥本甲状腺炎又称为慢性淋巴细胞性甲状腺炎、自身免疫性甲状腺炎，是一种器官特异性自身免疫性疾病，随着临床检查技术的提高，本病的发病率呈逐渐上升趋势，目前已经成为甲状腺炎中最常见的一种类型，其临床表现最突出的特点为甲状腺的弥漫性肿大，质地硬韧。桥本甲状腺炎，多发于30～50岁女性，男女比例为1:10～20，也是儿童及青少年散发性甲状腺肿的常见原因。

【今日临床】

1 诊断标准

1.1 西医诊断标准

目前尚无中医行业诊断标准，西医诊断标准一般采用1975年Fisher的桥本病诊断标准及日本厚生省特定疾患桥本病调查研究班1976年修订的诊断标准。现采录如下：

1.1.1 Fisher诊断标准

(1) 甲状腺弥漫性肿大，质韧或有结节而表面不平(约占80%～90%)。

(2) 甲状腺球蛋白抗体(TGAb)和甲状腺微粒体抗体(TMAb)阳性(约占60%～70%)。

(3) 血清促甲状腺激素(TSH)升高(约占20%～30%)。

(4) 过氯酸钾排泌试验阳性(约占70%)。

(5) 甲状腺放射性核素显像有不规则浓集或稀疏区(约占50%～60%)。

具有以上两项符合者即可拟诊，具备4～5项者可确诊。

1.1.2 日本厚生省特定疾患桥本病调查研究班诊断标准

1.1.2.1 确定为桥本病

具备下列标准一项或一项以上：

(1) 病理组织可见桥本病的特征性变化，即间质有(大量)淋巴细胞浸润及结缔组织增生，甲状腺腺泡上皮细胞变性，衰变。

(2) 以甲状腺球蛋白或甲状腺浸出液作抗原的凝集试验阳性或甲状腺球蛋白的抗体TA试验血清原液为阴性，而10倍稀释液为阳性。

1.1.2.2 可能为桥本病

(1) 有弥漫性，坚韧的甲状腺肿，而未能证明引起甲状腺肿的其他原因(如毒性弥漫性甲状腺肿)，证实对甲状腺组织构成成分有体液性(或细胞性)抗体。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 原发性甲状腺机能减退症(有或无甲状腺肿)而未发现其他引起甲状腺机能减退的原因，并证实有体液性(或细胞性)抗体。

1.1.2.3 怀疑为桥本病

(1) 有弥漫性，坚韧的甲状腺肿，未见其他引起甲状腺肿的原因。未发现其他引起血沉增快，胶体反应增高，高γ球蛋白血症等原因。

(2) 原发性甲状腺机能减退症而未发现其他引起机能减退的原因，亦未发现其他引起血沉增快，胶体反应增高，高γ球蛋血症的原因。

1.1.2.4 除外诊断

以上均须除外毒性弥漫性甲状腺肿。尤其是甲状腺机能亢进而可见眼球突出，胫前粘液水肿时，必须通过甲状腺摄^{131}I率，血清三碘甲状原氨酸钠T_3抑制试验，促甲状腺释放激素TRH兴奋试验，长效甲状腺刺激素LATS测定等进行鉴别，此外，桥本病与毒性弥漫性甲状腺肿两病合并的诊断，必须完全具备组织学特征及凝集试验阳性，否则不能确定诊断。

上述诊断标准均具一定参考标准价值，但目前临床中普遍认为，凡中老年妇女呈现较硬韧、弥漫性甲状腺肿大，特别是有锥体叶的肿大，不论其甲状腺功能状态如何，都应拟诊本病；免疫学检查对本病诊断有较高价值，血中抗甲状腺自身抗体测定，尤其TGAb和TMAb高滴度阳性可基本确诊，对抗体检查不能确诊者，可作甲状腺细针穿刺，或局部切开活检进行病理学检查。

1.2 证类诊断标准

肝郁气滞：颈前瘿肿，质中或硬，自觉咽中如梗，吞之不下，吐之不出，情志抑郁，胸闷善太息，多疑多虑，胁肋胀满，月经不调，舌红苔薄，脉弦滑。

气阴两虚：颈前瘿肿，质较硬，心悸烦躁，畏热多汗，焦急易怒，口干喜饮，食欲亢进，体重减轻，气短乏力，失眠多梦，舌质红，少苔，脉沉细数或细弱无力或脉结代。

血瘀痰凝：颈前瘿肿，质地硬韧，或坚硬如石，表面光滑或有结节感，可伴隐痛，局部堵闷不适或有不同程度的呼吸困难，吞咽阻塞感，身倦神疲，面色少华，皮肤干燥脱屑，纳差，便秘，舌淡红或紫暗有瘀斑，苔薄白，脉沉细或弦滑。

脾肾阳虚：颈前瘿肿，质地硬韧，或坚硬如石，面色㿠白，畏寒肢冷，精神萎靡，倦怠嗜睡，表情淡漠，反应迟钝，声音嘶哑，面目周身浮肿，腰膝酸软，性欲减退，女子月经不调，大便秘结，舌体胖大，舌边齿痕，质淡苔薄白，脉沉细或沉迟。

1.3 分型标准

本病起病隐匿，发展缓慢，最突出的临床表现为甲状腺肿大，多数为弥漫性，包括峡部和锥体叶，少数可为局限性，质地较硬，且有弹性感，边界清楚，无触痛，表面光滑或呈细颗粒状，往往无明显的结节，颈部淋巴结不肿大。患者偶诉局部疼痛，但程度较轻，部分患者可有压迫症状。如颈部压迫感，呼吸困难，吞咽困难，声音嘶哑等。发病初期常无特殊感觉，甲状腺功能正常，少数患者可有甲亢表现，最终则发展成甲状腺机能减退。并可伴发甲状腺腺瘤或甲状腺癌，也可伴发其它自身免疫性疾病，如阿迪森病、糖尿病、甲状旁腺功能减退、恶性贫血、重症肌无力等。由于本病病程较长，临床症状不典型，大

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

致可分为以下几种临床类型：

桥本氏甲亢：患者有典型的甲亢症状：如怕热，心悸，消瘦，多食，易饥，大便次数增多等及相应的实验室检查，血清游离三碘甲状腺原氨酸钠 FT3/T3、游离甲状腺激素 FT4/T4 升高，TSH 降低，甲亢症状可持续几个月至数年，但随着甲状腺滤泡上皮细胞的不断破坏，最终可表现为甲状腺功能减退。一般认为桥本甲亢的诊断，主要根据持续的高滴度的 TGAb 和 TMAb 与甲亢症状，病理上可表现为桥本病的组织学改变，或合并甲亢的组织学变化。

功能正常型(隐匿型)：除甲状腺肿大外常无特殊感觉，甲状腺功能检查正常，TGAb 和 TMAb 阳性。

桥本甲减：患者有甲减的症状，如怕冷，浮肿，乏力，便秘，皮肤干燥等，及相应的实验室检查：血清 FT3/T3、FT4/T4 降低，TSH 升高，且 TGAb 和 TMAb 阳性。

突眼型：患者有甲亢的眼症或有浸润性突眼，甲状腺功能可正常、亢进或减退，TGAb 和 TMAb 阳性。

类亚急性甲状腺类型：患者发病较急，伴发热，甲状腺迅速增大，伴局部疼痛和压痛，血沉加快，但摄 ^{131}I 率正常或增高，血清 FT3/T3、FT4/T4 一般正常，甲状腺抗体高滴度阳性。

青少年型：儿童及青少年甲状腺肿中，桥本病约占 40%，甲状腺抗体出现稍晚，滴度值又较低，诊断较困难。部分出现甲减，而影响儿童的生长发育。

纤维化型：病程较长的患者，可出现甲状腺广泛纤维化。表现为甲状腺萎缩，甲状腺功能减退，部分患者纤维化不均匀，出现一部分或一叶致密纤维化病变，其余部分仍为典型的淋巴细胞浸润。局部质地坚硬如石，并可伴有压迫症状，此型常易误诊为甲状腺肿瘤。

2 中心证候特征

脾肾阳虚，痰瘀交凝，壅结于颈前而成瘿肿，是为本病的证候学特征。颈前瘿肿，多质地硬韧而有弹性或坚硬如石，随吞咽上下活动，为本病最突出的表现，部分患者可有颈部堵闷感，也可伴不同程度的呼吸、吞咽困难，或有轻度疼痛。

本病由于长期精神抑郁，情志不畅，肝失调和导致肝气郁结，气滞血瘀。肝气郁结，气郁化火，灼伤阴液，气阴两虚，则出现阴虚内热或肝阳上亢诸证，见怕热，心悸，口渴，多食易饥，消瘦等，舌红少苔，脉弦细。此为疾病早期表现，一般持续时间较短，也有长达数年者；若病情迁延日久，阴虚而渐损及阳，后期可出现脾肾阳虚证候，见形寒数冷，乏力懒言，倦怠嗜睡，表情淡漠，反应迟钝，面目周身浮肿，便秘，腰腺酸软等，舌淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉迟或沉细。

3 病　　因

3.1 内　　因

本病内因主要与情志不畅，先天禀赋不足，正气虚衰，劳倦内伤有关。长期精神抑郁，情志不畅，肝失条达致肝气郁结，气不帅血，血运迟缓，致气滞血瘀；气机阻滞，津

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

液积聚为痰，气、痰、瘀三者凝滞日久，蕴结于颈部而发为瘿肿。先天禀赋不足，或年老体衰或烦劳过度，房室不节，伤及脾肾而导致脾肾阳虚。

3.2 外　　因

本病之外因主要是外邪入侵与居处环境有关。寒湿困脾，脾肾阳虚则痰湿不化，痰湿凝结，经络阻塞则气血瘀滞，痰瘀互结客于颈部久积成形。此外居处环境中之高碘因素也是本病的发病因素之一。

总之，本病主要因情志内伤或正气不足等因素导致肝、脾、肾虚损，全身脏腑功能失调，气血失和，阴阳失衡，加之外邪入侵，及居处环境因素作用，以致气滞、血瘀、痰凝，痼结于颈前，而成瘿。

4 病　　机

4.1 发　　病

本病一般起病缓慢，病程较长，甲状腺多呈弥漫性肿大，或有结节，初起时常无特殊感觉，少数病人早期可有怕热、多汗、心悸等甲亢症状，可持续数月至数年，最终将出现怕冷、浮肿、便秘等甲状腺机能减退表现。

4.2 病　　位

在颈部甲状腺腺体(瘿囊)，并可引起肝、脾、肾等多个脏腑功能紊乱。

4.3 病　　性

为本虚标实。瘿肿主要由气、痰、瘀壅结颈前而致，故为标实之证，但多虚实夹杂。早期可有气虚、阴虚的病变，病久阴损及阳，可见阳气虚衰之证，以脾肾阳虚之证多见。故本病主要表现为局部邪实之证，而以脾肾阳虚为本。

4.4 病　　势

初起时可见颈前瘿肿，质地硬韧，随吞咽上下活动，或伴有怕热、多汗、心悸、口渴、多食易饥等症，病情进一步发展，颈前瘿肿可坚硬如石，日久难消，并见畏寒肢冷，神疲嗜睡，面目周身浮肿，腹胀便秘等症。

4.5 病 机 转 化

本病最突出的临床表现为颈前瘿肿，质地硬韧，随吞咽上下活动。由于情志内伤，机体气机不畅而形成气滞。气机郁滞，津液输布不利，凝聚成痰；气滞日久，血行亦受到障碍而发生血瘀。故气、痰、瘀三者壅结颈前是瘿肿形成的基本病理变化。部分患者由于痰气郁结化火，火热耗伤阴液，而导致气阴两虚、阴虚火旺，但一般持续时间较短；病症日久，阳气受损，尤脾肾阳虚为主。西医学认为桥本甲状腺炎是一种器官特异性自身免疫性疾病，但其病因不明，发病机制复杂，可能是在遗传易感性的基础上，出现先天性免疫监

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

视缺陷，造成免疫功能紊乱，产生针对甲状腺的体液免疫和细胞免疫反应，致使甲状腺滤泡破坏而致病，而细菌、病毒、环境、药物、激素等因素是遗传易感人群的主要诱因。本病患者血清中存在高滴度的抗甲状腺自身抗体，甲状腺组织内大量淋巴细胞、浆细胞浸润，形成淋巴滤泡，正常甲状腺滤泡萎缩或纤维化是其甲状腺组织学改变。

4.6 证类病机

肝郁气滞证：忧思郁虑，恼怒太过，情志内伤，肝失条达，致肝气郁滞，气机不畅，脾失健运，痰湿凝聚，痰气郁结，壅于颈前，即成瘿肿，质地坚韧，多无疼痛，可随吞咽活动，亦有自觉颈部憋闷不适；肝失疏泄条达，故见精神抑郁；气机郁滞不畅，故胸胁脘闷善太息；肝气上逆，与痰搏结于咽，则咽中如梗，吞之不下，吐之不出。

气阴两虚证：部分病例，由于肝郁化火，火热耗伤阴液，瘿肿日久，气血耗伤，而见而色少华，身倦乏力；肝火旺盛而见怕热，喜凉，汗出；心阴虚而见心烦，心悸；脾胃阴伤而见口渴喜冷饮，多食易饥；脾胃相表里，脾主身之肌肉，现热盛阳明，消谷灼津，脾不能为胃运送水谷之精微，故能食反见形体消瘦。此型不多见，一般持续时间不长。

血瘀痰凝证：气机不畅，肝郁气滞，脾失健运，痰湿凝聚，气滞日久，血行受阻，瘀血与痰气壅结于颈前形成癥结肿块，致使瘿肿较硬或有结节，不痛或轻度疼痛，或有不同程度的呼吸困难，吞咽阻塞感。

脾肾阳虚证：本病瘿肿日久，正气虚衰，损及阳气或禀赋不足或劳伤脾肾，以致脾肾阳虚。此型最多见，表现为颈下瘿肿，坚硬如石，日久难消，面色㿠白，形寒肢冷，腰腺酸软，面目肢肿等一派虚寒之象。

5 临证思路

5.1 明确疾病诊断

主要根据本病颈前瘿肿，质地硬韧的突出表现，并要结合血清抗甲状腺自身抗体的检查，多可明确诊断，抗体检查阴性者，必要时作甲状腺穿刺细胞学检查或甲状腺活检病理学检查。

5.2 辨明证候，辨证施治

本病早期可无特殊感觉，少数病例早期可表现为气阴两虚、阴虚阳亢证候，宜益气养阴，滋阴潜阳；多数病例发病之初即见畏寒，浮肿，腰腺酸软等脾肾阳虚之证候，或因病程日久，发展成正气虚衰，脾肾阳虚之证，治宜温补脾肾。

5.3 标本兼顾

本病属本虚标实，其病位在颈部，由于气、痰、瘀三者壅结颈前成瘿，故局部表现为邪实之证候，但病久常由实转虚，尤以脾肾阳虚的病变多见，少数病例早期亦可见气阴两虚表现，故多虚实夹杂，宜消瘿与扶正并进，标本兼顾，才能取得良好的治疗效果。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6 鉴　别

甲状腺肿瘤：本病甲状腺肿块质地硬韧，甚坚硬如石，肿块较大时可有局部压迫症状，出现不同程度的呼吸困难、吞咽阻塞感，部分患者压迫严重时可有声音嘶哑，故很难与甲状腺肿瘤鉴别。但本病甲状腺肿增大缓慢，多无局部淋巴结肿大，与周围组织无粘连，可随吞咽上下活动，并且血清中存在高滴度的抗甲状腺自身抗体，甲状腺同位素扫描有弥漫性摄^{131}I功能降低。但桥本氏甲状腺炎并发甲状腺癌的发生率为3%～23%，有人认为桥本氏甲状腺炎为甲状腺癌的癌前病变，其机制可能是TSH升高，导致甲状腺上皮细胞增生；也有人认为桥本氏甲状腺炎与甲状腺癌有共同病因，主要是免疫缺陷和内分泌功能失调因素；另外甲状腺癌引起甲状腺实质淋巴细胞浸润及浆细胞的反应性增生，有报道在甲状腺微小乳头状癌中，20%合并淋巴细胞浸润或甲状腺炎。

结节性甲状腺肿：本病甲状腺肿大多呈弥漫性，包括峡部和锥体叶，也可有结节，但血清中有高滴度的抗甲状腺自身抗体存在，而结节性甲状腺肿患者的甲状腺自身抗体滴度较低或正常，甲状腺功能通常正常，且临床上很少有甲状腺机能减退。

甲状腺机能亢进症：少数病例有疾病早期可有甲亢表现，但一般持续时间不长，而后出现甲状腺机能减退，且血清中持续存在高效价的抗甲状腺自身抗体。

甲状腺机能减退症：主要根据血清中高效价的抗甲状腺自身抗体。

亚急性甲状腺炎：本病部分病例可为急性发作，出现发热，甲状腺肿块疼痛，血沉升高，但T_3、T_4多正常，甲状腺吸^{131}I碘率正常或升高，与亚急性甲状腺炎表现出的T_3、T_4升高，而甲状腺吸^{131}I碘率降低呈“分离现象”的实验室检查特征不同。

硬化性甲状腺炎：硬化性甲状腺炎临床罕见，起病隐匿，无全身症状。由于纤维组织将甲状腺和邻近器官牢固粘连产生邻近器官受压迫症状，所以甲状腺肿大程度与压迫症状的严重性极不相称，局部淋巴结不肿大，可伴发特发性纵隔及腹膜后纤维化，泪腺纤维化、硬化性胆管炎等。甲状腺质地坚硬如岩石，边界不清，固定而不随吞咽上下活动，但与皮肤无粘连，也无甲状腺触痛。甲状腺功能在正常范围内，甲状腺自身抗体在正常范围，病理变化为甲状腺的纤维化，并常超越甲状腺包膜侵入颈部邻近组织。组织学特征为丰富的纤维化病变伴大量淋巴细胞和浆细胞浸润，免疫学研究证实为大量T淋巴细胞，而B淋巴细胞极少。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 肝郁气滞证

临床表现：颈部瘿肿，质中或硬，随吞咽上下活动，自觉喉中有堵塞感，忧郁忡忡，胸闷不舒，喜太息，倦怠乏力，或伴恶心痰多，大便溏薄或便后不爽，女子月经不调，舌红苔薄，脉弦滑。

病机分析：本病初起，情志抑郁不遂，肝气失畅，疏泄失职，水液停聚，气不帅血，血运迟缓，进而痰凝血瘀，壅结颈前而成瘿；肝郁不舒，气机不畅可见忧郁忡忡，多疑多

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虑，喉中堵塞感，胸胁脘闷，善太息；肝气犯脾，脾失健运，痰湿内停，肝气夹痰循厥阴之脉上逆，可伴恶心痰多，肝郁与脾虚并见，脘腹作胀，肠中汁沫难以成聚，大便溏薄，日行数次。

转归：本症常见于疾病初期，甲状腺功能尚在正常范围之内，全身症状表现常不显著，但颈前有形之瘿肿已成，自身免疫反应的机制已经存在，故宜及时抓住治疗时机，力求延缓病情的进一步发展。

治法：疏肝理气，软坚散结。

方药：柴胡疏肝散和逍遥散加减。

当归　白芍　柴胡　郁金　陈皮　香附　川楝子　薄荷　姜半夏　　甘草

加减：瘿肿较大者加全瓜蒌、夏枯草、生牡蛎；瘿肿硬韧者加桃仁、红花、丹参、莪术；精神抑郁、烦躁失眠者加远志、酸枣仁、柏子仁；心悸不安者加龙齿、紫石英；痰多而粘者加竹茹、玄参。

临证参考：中医认为桥本氏甲状腺炎的发病与七情内伤，精神抑郁，气机郁滞不畅有密切关系。常言道，凡病“三分治，七分养”，说明本病在服药治疗的同时，应特别重视精神情绪的调养，只有保持情神舒畅，情绪愉快，再加上药物的治疗，才能取得良好的疗效。这一点应向患者进行必要的说明。

7.1.2　气阴两虚证

临床表现：颈前瘿肿质中或硬韧，面色无华，可见眼突，神疲乏力，心悸气短，怕热，多汗，焦急易怒，口渴喜饮，食多便溏，腹胀泄泻，失眠多梦，形体消瘦，舌质红，少苔，脉沉细散或细弱无力。

病机分析：肝脏性喜条达，不喜抑郁，肝气郁滞，不得宣通，则经气阻滞，气郁日久则化火，伤阴，或病久耗气伤阴，或年老体衰，气阴亏虚，气虚则卫表不固，头面、手心汗出濈濈，动则喘息汗出。气阴不荣肢体，则全身疲倦乏力。汗为心之液，血汗同源，汗出过多则心悸，气短，面色少华。气阴两伤，则口干而渴，形体消瘦。肝火内炽，则急躁易怒，肝火挟痰挟瘀，循肝脉面上聚于目窠，故可见目赤肿胀，形成突眼。

转归：本证并不多见，常于疾病早期，实验室检查血清 T3/FT3、T4/FT4 升高，甲状腺功能亢进，表现为桥本氏甲亢，一般持续时间不长，由于甲状腺遭受自身免疫反应的破坏，病情终将继续发展成甲状腺机能减退。

治法：益气养阴、化痰散结。

方药：生脉散合补中益气汤加减。

黄芪　党参　沙参　生地　知母　玄参　生石膏　龙眼肉　生牡蛎　甘草

加减：若口干较甚者加沙参，天花粉；腹泻便溏者，加薏苡仁、莲子肉；失眠较重者，加炒枣仁、柏子仁；心悸不安者加龙齿，远志；眼突明显者加青葙子、密蒙花、瓦楞子；瘿肿硬韧者加桃仁、红花、丹参、莪术；偏阴虚火旺者加知母、黄柏。

临证参考：本型虽有阴虚证象，因本病内脏机能多虚弱，其中包括消化机能虚弱，故一般不宜用滋腻之熟地黄类药物。另外，对本型之口渴喜凉饮者，可用生石膏成寒水石，当服药后口渴喜饮减轻，生石膏成寒水石可逐渐减量甚至停用。以免长期大量服用后寒凉伤胃。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.1.3 血瘀痰凝证

临床表现：主要表现为颈前瘿肿，质地硬韧或坚硬如石，表面光滑或有结节感，随吞咽上下活动，局部堵闷不舒，或有程度不同的呼吸困难，吞咽阻塞感，可伴轻度疼痛，神疲乏力，面色少华或晦暗，皮肤干燥脱屑，或有颜面，四肢浮肿，纳差，便秘，舌淡红或紫暗有瘀斑，苔薄白，脉沉细或弦滑。

病机分析：因情志内伤，肝气郁结，疏泄失司，则气滞痰凝，痰气郁结，上逆，凝聚于颈部而成肿块，气机不畅，血行受阻，涩而成瘀，酿生毒邪，瘀毒痼结，则肿块坚硬如石，气血阻隔不通，则局部堵闷不适，咽中如梗或伴有轻度疼痛；痰瘀毒邪痼结，颈前瘿肿难消，日久耗气伤血，阴血暗耗，正气虚变，则身倦疲乏，面色无华，或晦暗，皮肤干燥脱屑，纳差、便秘。舌色暗红，边有瘀斑、瘀点，苔薄白，脉弦涩。

转归：此证多见于疾病后期，每多瘿肿，坚硬如石，日久难消，若瘀血，痰浊，痼结日盛，阻隔气血，损及脏腑，则诸脏失养，功能失司。

治法：活血化瘀，祛痰消瘿。

方药：桃红四物汤加减。

丹参　当归尾　川芎　桃仁　红花　延胡索　柴胡　莪术　香附　甘草

加减：阴虚症状明显者加沙参、玄参；瘿肿疼痛者加乳香、没药；坚硬难消者加穿山甲、三棱、莪术；纳差者加山楂、神曲。

临证参考：桥本氏甲状腺炎气滞血瘀型女性患者，若月经量少，月经期短者，宜服用上述方药加减进行治疗。但若遇有月经量多，月经期较长之女性患者，则宜减少活血化瘀药物，酌加黄芪、葛根等益气升提药物。

7.1.4 脾肾阳虚证

临床表现：颈前瘿肿，质地硬韧，形寒肢冷，面色㿠白，神疲懒言，倦怠嗜睡，少腹冷痛，面浮肢肿，食少腹胀，便秘，腰膝酸软，性欲减退，女子月经不调，舌质淡胖，边有齿痕，脉沉迟而弱。

病机分析：病情迁延日久，久病及肾，阴损及阳，致肾中元阳衰微，阳气不运，气化失司，开阖不利，以致水湿、痰浊、瘀血等阴邪留滞，出现面色晦暗，精神萎顿，甚则神志昏蒙，眩晕，尿少或尿闭，全身浮肿；形寒肢冷，表情淡漠，嗜睡，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉迟弱，多为肾阳虚弱，命门火衰，全身机能衰退；舌质淡胖，苔白乃肾阳衰微，水湿内盛之象；脉沉迟弱，为阳虚鼓动无力之象。阳气不能温煦于上，故面色㿠白；肾阳先虚，命门火衰，火不生土，不能温煦脾阳或肾虚水泛，土不制水而反为所侮，脾阳受伤，最终出现脾肾阳气俱伤，纳差，食后腹胀，均为脾虚之证；阳气虚弱，寒湿内生，故见舌质淡胖、苔白润而厚。

转归：此证最为多见，因疾病晚期，当甲状腺受自身免疫反应破坏到一定程度，终将出现甲状腺机能减退。中医学认为甲减的主要病机是肾阳虚。肾阳是肾功能活动的动力，也是人体生命活动的源泉。人体生命活动与激素的调节是分不开的。由于甲状腺素的合成障碍，进而导致垂体前叶、性腺、胸腺、心、肝和脾等脏器组织的一系列病变，临床上产生相应的症状和体征，与肾阳虚产生的虚寒证候相似。随着病情的发展，继而出现脾肾阳虚。

治法：温补脾肾。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：肾阳偏虚者可选金匮肾气丸，脾肾两虚者可选右归丸。

当归　菟丝子　女贞子　肉苁蓉　白术　茯苓　黄芪　猪苓　狗脊　甘草

加减：若少气懒言，精神萎靡者加黄芪、党参益气补脾；若畏寒怕冷，腰膝酸冷者加桑寄生、淫羊藿补肾壮阳；若面浮肢肿者加泽泻、茯苓泄浊利水消肿；若脾虚化源匮乏，气血皆虚者，可选十全大补汤。

临证参考：脾肾阳虚型为桥本氏甲状腺炎的常见多发类型，由于该病患者机体抵抗力弱，特别容易感受外邪，而出现脾肾阳虚兼有表证证候。若兼风寒表证，可酌加炙麻黄、川芎、桂枝等；若兼风热表证，可酌加野菊花、薄荷、金银花、紫花地丁、蒲公英等。

7.2 外 治 法

7.2.1 针刺疗法

7.2.1.1 体针疗法

常用穴位：合谷、曲池、夹脊穴(颈3～颈5)、气瘿穴、天突等

(1) 肝郁气滞证：

主穴：合谷、气舍、天突、太冲、肝俞，以疏肝理气，祛痰散结。

配穴：急躁易怒、失眠多梦者加期门、三阴交以疏肝解郁安神；心悸不宁者加内关、心俞以协调心经之气机，宁心安神；胸闷不舒或有胸胁胀痛者，加内关、阳陵泉，以开胸理气，疏肝解郁止痛。

操作：采用泻法，留针不宜过长，以5～15分钟为宜。

(2) 气阴两虚证：

主穴：内关、合谷、曲池、三阴交。分为内关与合谷、曲池与三阴交两组，每日或隔日1次，两组交替使用。每次留针15～30分钟。

配穴：心悸不宁，心动过速者，可用内关配心俞，有协调心经之气机，宁心安神之效，如甲亢之心动过速(或甲减之心动过缓)留针不宜过长，5～15分钟为宜，且有调节作用。

加减：胸闷不舒，或兼有胸胁痛者，可用内关配肝俞，也可用内关配阳陵泉。《杂病穴法歌》有“胁痛只须阳陵泉”之说，肝俞、阳陵泉均有疏肝解郁止痛之功，内关开胸理气，配合应用疗效更佳。女性患者伴有月经不调，男性患者有遗精阳痿及乳房发育者，可以三阴交配肾俞，三阴交为足三阴(肝、脾、肾经)的交会穴，善调冲任，并有疏肝益肾之功。肾俞有调肾气之功。若患者多食易饥，形体消瘦或少数老年患者厌食、食欲减退者，加脾俞、胃俞。脾俞、胃俞有调脾气、理胃气、助运化、和营血之功。

操作：宜采用中等强度刺激，患者针刺郁位有中等度酸、麻、胀感，不宜用弱刺激(感应弱)。也不宜用强刺激，尤其不宜进行持续强刺激。如果针感过弱或持续地过强或得气后即出针，则疗效较兼，另外持续强刺激，甚至使患者不能耐受而中止治疗。留针时间一般以15～30分钟为好，其间行针2～3次，针刺之作用随疗程的延长面有所增强。

(3) 血瘀痰凝证：

主穴：人迎、天突、水突、合谷、肝俞、膈俞、夹脊穴(颈3～颈5)，以祛痰散结，祛瘀消瘿。

配穴：胸闷不舒者加膈俞、阳陵泉以疏肝解郁；食欲减退者加脾俞、胃俞，以调理脾

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胃之气，助运化，和营血。

操作：采用泻法，留针 5～15 分钟为宜。

(4) 脾肾阳虚证：

主穴：内关、合谷、关元、气海、足三里、三阴交。可分为内关、关元、三阴交与合谷、气海、足三里两组，交替使用，每日或隔日 1 次。

配穴：面浮肢肿者加阴陵泉以健脾利湿消肿，肾阳虚甚者加肾俞、命门以温肾壮阳，瘿肿局部取穴以甲状腺邻近穴位如人迎、天突、水突为主。

操作：采用补法，留针 15～30 分钟为宜。

临证参考：针刺疗法既可治疗桥本甲亢，又可治疗桥本甲减，提示针刺具有促使甲状腺功能恢复正常的作用，并且这种作用可见于甲状腺激素水平完全恢复之前，其疗效可能是通过调节全身脏腑功能而取得的。另外，甲状腺腺体邻近穴位的取穴对本病的治疗亦十分有效，但操作时应十分小心，必须精力集中。由于颈部血管丰富，又因水突穴(又名扶突)等靠胸腔很近，为避免针刺失误引起气胸、血胸、血管损伤等严重并发症，针刺上述穴位时，必须注意针刺部位的组织结构，针刺时应避开能触知搏动的部位，根据病人胖瘦程度掌握进针深度，提插手法的幅度不宜过大。针刺后要轻轻按压，注意观察片刻，如发现针刺后有呼吸急促，针刺部位出现肿块，并有增大趋势，肿痛剧烈等，应即时进行急救处理，不得延误，以免发生生命危险。

桥本甲状腺炎突眼的针刺治疗：桥本甲状腺炎突眼以良性突眼多见，一般为双侧对称性。

取穴：主穴：上天柱、风池、合谷、内关。

配穴：丝竹空、瞳子髎、攒竹、鱼腰、球后、睛明、太阳、三阴交。

7.2.1.2 耳针疗法

常用穴位：神门、交感、皮质下、甲状腺、内分泌、肾上腺、肾。

配穴：心、肝、胃、直肠下段。

操作方法：选准穴位后用针柄用力按压，使留有痕迹，然后用 75%酒精棉球消毒2～3 遍，等干燥后进行针刺。一般选用半寸长的消毒不锈钢针，以顺时针方向捻转，快速刺入 1 分多，进针至软骨组织，但以不穿透对侧皮肤为度。可根据病情捻转数秒钟后留针 30～60 分钟，留针过程中可每隔 10 分钟捻转一次，以加强刺激。

也可选用浸泡于 75%酒精中消毒备用的揿针式皮针，刺入消毒后的耳穴内(埋针)，用胶布固定，埋置1～3 天或3～5 天左右。夏季埋针时间不宜过长，以防感染。埋针期间应每天早、午、晚按压皮内针数次，以加强刺激，按压时以有轻度疼胀感为度。

注意事项：耳壳有炎症或冻伤，应忌针刺。针刺或留针期间，针处有酸、胀、疼、热感者，疗效较好，反之，疗效常不佳。必须注意针具和针刺部位的消毒，若消毒不严，可致耳壳皮肤感染，严重时可波及软骨，不易治疗。如已发生感染，应及时抗炎治疗，控制炎症的发展。如果针眼出血，可用消毒棉球局部加压止血。

7.2.1.3 梅花针疗法：用梅花针叩打浅表皮肤，治疗疾病的方法，叫梅花针疗法。该法由于刺激部位限于皮肤，所以又叫“皮刺疗法”。经药物或针刺治疗后，肿大之甲状腺缩小后，皮肤松弛者，也可用梅花针叩打局部皮肤。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

操作法：针具及颈前甲状腺肿部位用酒精消毒后，以右手拇指、中指、无名指、小指握住针柄，食指伸直压在针柄上，针头对准甲状腺肿皮肤叩击，运用腕部的弹力使针尖刺入皮肤后立即弹出，这样沿甲状腺肿范围内皮肤反复叩击后，使其局部皮肤略现潮红为度。每日或隔日1次。

注意事项：要经常检查针具，注意针尖是否钩毛，针面是否平整，叩击梅花针时，针尖要垂直，以免使病人疼痛。叩击一般以不出血为度，叩击顺序多从上到下，由内向外。局部皮肤如有溃疡、感染或损伤者不宜使用本法。

7.2.1.4 挑治疗法：挑治疗法又名“截根法”，是在一定部位用消毒之三棱针或普通大号缝衣针挑断一些皮下白色纤维组织，或挑破皮肤挤压出血，而达到治疗疾病目的的一种方法。它具有疏通经络，调节脏腑功用的作用。挑治治疗甲亢，近期疗效较好，症状可有不同程度的好转。

① 挑治部位：取甲状腺肿大最高处或双侧锁骨上凹之皮肤疹点。疹点的特征为形似丘疹，稍突于皮肤，似针帽大小或粟粒样大小，颜色多为灰白、暗红、棕褐或淡红色，压之不退色。如在同一部位，出现两个以上的反应点，应选其明显者，每次只挑1～2个，反应点应与痣色素斑相鉴别。如找不到疹点时，也可选取有关的穴位，如天突、肝俞、胃俞等，交替挑治。

② 挑治方法：挑治部位确定后，局部皮肤用碘酒、酒精消毒，术者右手持消毒后的三棱针或钢质缝衣针(注意不要沾污针尖)，左手捏起挑治点，将针横刺刺入穴点的皮肤，即针体与皮肤平行，针尖刺入皮肤后，然后抬高针尖并慢慢摇摆之，挑出皮下白色纤维组织，逐渐挑断十几根或至挑尽为止，针挑时，病人略感疼痛，也可先用0.5%普鲁卡因1～2ml进行局麻后挑治，一般不出血或略有出血。挑后用龙胆紫消毒，盖以消毒纱布，胶布固定即可。

③ 注意事项：病人取卧位，以防止晕针。注意无菌操作，挑治后注意局部清洁，5天内局部不用水洗，以防止伤口感染。挑治后局部有热痛感，不需处理，可自行消失。忌食辛辣刺激性食物，孕妇、患严重心脏病、有出血倾向性疾病及身体过度虚弱者不宜用挑治疗法。

7.2.1.5 耳穴贴压疗法：耳穴贴压疗法是利用一些圆形质地坚硬的中药种子贴压于耳穴，对耳穴形成一个良性刺激，通过末梢神经传达至大脑皮层的相应区，从而减弱或抑制原有的病理兴奋性灶，而治疗失眠的一种方法。此法操作更为简便，又不会发生感染，故为患者愿意接受。

常用穴位：神门、皮质下、脑点、内分泌。

配穴：心、肝、肾、甲状腺1、2、3。

① 方法：将胶布剪成直径1cm的圆形小块，或菱形小块，再将质地坚硬的中药种子(如鸦胆子、绿豆、酸枣仁或菜籽等)置于胶布中心，将敷好胶布的中药种子，对准所取之穴位贴紧，贴压时应以患者耳穴部位有酸、麻、胀、痛感为宜。继之按揉1～2分钟。一次贴穴2～3个，各穴位可交替选用。夏季出汗较多，可3～5天更换1次，冬季可5～7天更换。患者每晚睡前可自行按揉贴压穴位3～5分钟。

② 注意事项：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

对胶布过敏者，可请家属每晚睡前用手指将中药种子置于以上所选穴位，按揉3～5分钟。

7.2.2 灸疗法

艾灸疗法是用艾绒放置在体表的穴位部位上烧灼，温熨，借灸火的热力透入肌肤，以温通气血，治疗疾病。

本病桥本氏甲减见脾肾阳虚证候者属中医“阴证”，“寒证”、“虚证”范畴，宜采用灸法。

施灸时所燃烧的圆锥形艾团，称为艾炷，大者高约 1cm，炷底直径约 0.8cm，中者如半个枣核大小，小者如麦粒大小。每燃尽一个艾炷，称为一壮。灸治时，以艾炷的大小和壮数的多少来表示刺激的强弱。一般直接灸时，艾炷宜小，间接灸时，艾炷可大些。

7.2.2.1 温针法：是在毫针针刺后，于针尾燃点艾绒的一种治疗方法。这是在针刺的基础上，借艾火热力，进行针、灸并用的疗法，以加强温经通脉，运行气血的作用。这种疗法对寒滞经络，气血痹阻的虚寒类疾病，尤为适宜。

穴位：肾俞、脾俞、关元、气海、三阴交、足三里、中脘、阴陵泉、曲池、合谷。每次可取其中穴位3～5个，交替使用，每日 1 次。

操作方法：用 1.5 寸毫针，进针得气后，留针不动，随后将艾条剪成 1.5cm 一段，插在针柄上(距皮肤约 2cm)，或用红枣核大小的艾绒捏捻在针柄上，点燃施灸。一段(或一撮)为一壮，每次1～2 壮，灸2～3 穴。使针下有温热感即可。

7.2.2.2 直接灸与间接灸：

直接灸可分为瘢痕灸和无瘢痕灸两种，瘢痕灸是将制成的小艾炷直接放在穴位上点燃，等艾炷烧完后再换新艾炷，每穴可灸3～7 壮。灸到最后时，可使艾火烫伤皮肤，使其化脓溃烂，或灸后造成烫伤而不化脓，愈后留有瘢痕。一般每次选1～2 穴，隔1～2 天灸 1 次。此法不适用于甲减症。以免感染诱发粘液性水肿昏迷。无瘢痕灸是将艾炷置穴位上点燃，觉得发烫微红时取下，换炷再灸，至皮肤发生红晕时为止，一般1～2 壮即可，隔日灸 1 次，适用于桥本氏甲减。

隔姜灸：取 2～3 分厚的鲜姜一片，用针穿成数孔，放在穴位上，上置中或大艾炷点燃施灸。当病人觉得发烫时，换炷再灸。至皮肤轻度潮红湿润为止。每次可灸1～2 片，隔日 1 次。

附子灸：用附子片作间隔，上置艾炷灸之。由附子辛温大热，有温补肾阳的作用。

艾条灸：用纸包裹艾绒卷成圆筒形的艾条，将其一端点燃，对准所要灸的穴位，与皮肤相距的高度固定在使病人觉得稍有热感，而又恰能耐受的位置(一般距皮肤半寸～1 寸处)，此为温和灸。连续灸5～10 分钟，至局部皮肤轻度发红为止。另一种方法，就是将艾条燃着的一端，对准皮肤穴位一上一下如麻雀啄食似地上下移动，艾火与皮肤的距离保持在 1 寸左右，此为雀啄术。

艾灸注意事项：施灸穴位的选择，可参照针刺疗法的体针穴位。施灸时，要先安排好体位(坐位或卧位)，以免灸时发生移动，并要防止艾火掉下，烧伤皮肤或衣物。如烫伤起水疱，可用消毒针轻刺一小孔，使水流出，再外擦些烫伤油或龙胆紫或复方新霉素软膏，用无菌纱布覆盖，并注意观察病情变化。面部、五官部位，大血管及粘膜附近不宜施灸。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.3 按摩疗法：按摩疗法，即按摩患者体表的一定部位、或穴位，通过手法的作用，以调整人体阴阳平衡，调和营卫，疏通经络，而达到治疗目的的一种方法。按摩疗法有头颈腰背腹部按摩法和足反射按摩疗法等。轻手法有镇静、抑制作用，中、重手法有兴奋作用。桥本氏病合并甲状腺癌，合并有急性传染病，病灶范围广泛的皮肤病，精神病，按摩后可能引起出血的疾病，肺结核病的发展期，脊椎结核，患甲状腺疾病的孕妇，以及极度疲乏或酒醉后，亦应禁用。

头颈、腰背腹部按摩法：

① 以拇指轻压颞部催眠穴(取穴时，将耳廓前折，当耳尖对折处，即为穴位处)，按压觉有轻微的酸痛感时即为得气。一般按摩 10 多分钟后即有睡意。

② 用双手食指指屈成弓状，以第二指节的内侧缘，紧贴印堂，由眉间向前额两侧推抹前额 30 次。

③ 用拇指罗纹面或中指指端旋转、按揉太阳穴 30 次。

④ 用拇指罗纹面或拇指指端逐渐用力，沿颞部两侧由前向后推抹 30 次。

⑤ 五指自然并拢，掌指关节微屈成虚掌，有节律地拍击头顶 10 次。

⑥ 用拇指指端按揉两侧风池穴。

⑦ 用手掌大鱼际按揉胃脘部的中脘穴，作顺时针方向按揉 5 分钟。

⑧ 两手掌叠放于腹部，左上、右下用手掌心按顺时针方向揉摩腹部，每次 5 分钟。

⑨ 用双手拇指关节突出处，沿脊椎两旁一寸半处(足太阳膀胱经)循行路线，自上而下按揉 5 遍。按揉穴位时，局部应有酸胀感为好，手法宜轻柔缓和而有节律。

7.2.4 膏药贴敷疗法：甲状腺肿块局部可采用消瘿膏贴敷疗法。

消瘿膏(自拟方)

药物组成：川乌 60g、草乌 50g、乳香面 60g、没药面 60g、急性子 160g、三七 30g、麻黄 30g、肉桂面 30g、廛虫 30g、白芷 60g、川芎 30g、生马钱子 30g、丁香面 30g、紫草 30g。

制法：将上药置于 3600g 芝麻油中煎熬，熬至药枯，去渣滤净，再将其油加热至 240℃左右，撤火，再兑入加热之 1200g 樟丹，充分搅匀，凝结后的制剂，俗称药肉。将药肉入凉本中浸泡15～20 日(每日换水 1 次)以去火毒后方可备用。用时隔火炖烊，摊在纸或布上，折叠对齐。大张约5～6g，小张约2～3g，直径约3～6cm，亦可随肿物之大小做成或大或小的膏药。

功用：温遍活血，软坚散结。

用法：贴于颈前患处，5～7 日换药 1 次。以冬、春、秋季用之为宜。

对慢性甲状腺炎、甲状腺腺瘤、甲状腺囊肿、囊内出血等，笔者常配合局部应用消瘿膏。这种方法无痛苦、安全，又能保持较长时间的药物效能，使用方便。天暖时可3～5 天一换，天寒时可5～7 天换药 1 次。该药贴着性好，不会脱落。

注意事项：

① 此为外用药，切勿入口。

② 颈前皮肤有破损、感染者禁用。

③ 本药经临床使用以来，未见明显副作用，但体胖者贴敷后，局部较易发生皮肤过敏反应(局部皮肤起红疹、瘙痒)，停药后即可消失。取下膏药后，如尚粘留有部分药物

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者，可用汽油棉签擦拭。

7.3 饮食疗法

7.3.1 植物性食物的饮食疗法

(1) 海带：又名昆布。海带性寒味咸、甘、无毒。有软坚、散结、化痰、消瘿瘤之功用。海带中含有大量的碘，是治疗地方性甲状腺肿的最佳食品。因其有软坚散结作用，故也可用于桥本甲状腺炎甲状腺肿大而尤甲亢表现者。海带又是一种良好的防治癌症的食品。地方性甲状腺肿和青春期甲状腺肿(均为缺碘性甲状腺肿，而没有甲亢症状)者，可经常将海带制干研末，日服3次，每次6g，即可起到预防和治疗的作用。

(2) 紫菜：又名索菜。紫菜性甘、咸、平，含有丰富的碘质，是一种营养丰富的海菜。紫菜20g水煎，一日服2次；或用紫菜15g泡汤，每日当菜佐食；或将紫菜研末，每次服6g，一日3次，开水送服。其适应症、用法及注意事项同海带。

(3) 发菜：又名江蓠，性味甘、咸、寒，有软坚、化痰、清热利尿之功。适应症、用法与注意事项同海带。

(4) 海藻：性咸、寒，有软坚散结、清热、利尿之功。其适应症、用法与注意事项同海带。

(5) 桂圆肉：又名龙眼肉，性味甘、平，无毒。有安神补血之功。既不滋腻，又不壅气，为营养滋补佳品。对甲状腺机能亢进症引起之心悸、失眠、烦躁以及甲状腺机能低下症引起之健忘、神疲乏力、月经过多等，可单用本品15～30g，开水冲泡代茶频频饮用。

(6) 桑椹：性味甘、寒，有滋阴、补血、生津、润肠之功，可用于桥本甲亢有阴虚阳亢表现者，如心悸、烦躁、多汗、失眠等。洗净生吃或服桑椹膏。桑椹膏之制法：取黑桑椹4800g，用清水洗净，置锅内注入适量清水，加热至沸，4小时出汤1次。反复出汤3次，去渣，澄清滤净。将滤净的药液置锅中继续用武火加热，使水分迅速蒸发，待药液由稀转浓时，用文火浓缩，至温度90℃，比重1.30～1.35时，每500g清膏兑入蜂蜜500g，加热混合，搅拌均匀。待冷却后，除去上层泡沫，装入洁净的玻璃瓶内，盖严，备用。每次服10g，日服3次热开水冲服。桑椹膏亦可用于甲状腺机能低下症之便秘、或以桑椹15g配伍黑芝麻9g、当归9g、肉苁蓉15g，水煎服，日1剂。脾胃虚寒作泻者忌服。

(7) 肉苁蓉：性味甘、咸、温。有补肾阳、益精血、润燥通便之功。用于甲状腺机能低下症、慢性甲状腺炎之腰膝酸痛、畏寒肢冷、筋骨无力、阳痿便秘等症。本品补阳而不燥，药力平和，故用量宜大。可单用肉苁蓉30－60g，水煎服。亦可以开水冲泡代茶饮用。

7.3.2 动物性食物的饮食疗法

(1) 牡蛎：又名蛎蛤蛎壳即药用之牡蛎。性味咸、平、微寒，无毒。鲜蚝肉适用于儿童期的甲状腺机能低下症，牡蛎有镇静、敛汗之功，心悸、多梦者可用生牡蛎、龙骨各30g，水煎服，日2次。

(2) 蛤蜊：又名海蛤、文蛤或花蛤。其肉可食，味鲜美而富于营养。并可入药，壳也可入药。性味咸、平、无毒。有软坚散结之功。蛤蜊肉不拘量，经常煮食，作菜食用。亦可将蛤壳用水飞法(将蛤壳置研钵内合水研磨，细粉悬浮于水中，倾出沉淀即得极细粉末)研极细粉末，称为海壳粉，每服3g，一日3次。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4 手术疗法

适应症：桥本甲状腺炎甲状腺肿，经以上治疗无效，而有以下指征者，应考虑活检，必要时手术。

(1) 气管、食管或颈部大血管受压症状明显。

(2) 结节型疑有癌变者。

7.5 西医治疗撮要

本病的病因及发病机制尚未完全阐明，但目前已被公认为是一种器官特异性自身免疫性疾病。以甲状腺组织内淋巴细胞的广泛浸润以及血循环中自身抗体的出现为基本特征。临床表现为甲状腺肿大，大多数患者呈现甲减表现，部分患者早期甲状腺功能可正常或有甲亢表现，但随着病程的进展，甲状腺组织受自身免疫反应的破坏，最终将出现甲状腺机能减退，所以手术及放射性碘治疗都将促进甲减的发生、发展，故应以内科保守治疗为主。

(1) 甲状腺激素替代治疗：

长期以来，甲状腺激素终生替代治疗，一直是处理桥本甲状腺炎合并甲减的主要措施，即使患者仅仅存在亚临床甲减也宜早期给予甲状腺激素制剂，投药应以小剂量开始，一般开始甲状腺片20～40mg/d或左旋甲状腺素钠($L\text{-}T_4$)50μg/d，逐渐增加到120～240mg/d或左旋甲状腺素钠($L\text{-}T_4$)200～300μg/d；年龄大、特别是伴有心血管病变者，宜予以三碘甲状腺原氨酸钠(T_3)，也应从小剂量开始。有人主张，对甲状腺功能正常而甲状腺肿大的患者，可以及早应用甲状腺激素，以防止甲减的发生，并预防或阻断桥本甲状腺炎的恶性变。目前，也有学者认为桥本氏病引起的甲减并非均是永久性，大约有11.4%的缓解率，尤其对于甲状腺肿大明显，有甲状腺疾病家族史的患者。

甲状腺激素替代治疗可以较好地纠正HT患者的甲状腺功能状态，但长期临床证明其对HT患者的免疫异常无作用，而且部分患者用药后甲状腺肿大无明显减小。过量的外源性甲状腺素可致骨质疏松，特别是股骨颈。怀孕期间甲状腺机能减退病人甲状腺激素剂量需增加，但过量的甲状腺素对胎儿的脑发育有副作用，因而应谨慎。老年及心血管疾病患者常因长期大剂量的甲状腺激素而诱发或加重心脏病症状而不能坚持替代治疗。

(2) 抗甲状腺药物：对于早期有甲亢者可用抗甲状腺药物治疗，可用甲基硫氧嘧啶、丙基硫氧嘧啶、他巴唑或甲亢平。但症状控制后宜尽早减量，总的维持时间酌情缩短，以防止甲减发生。

(3) 肾上腺皮质激素：一般不用，对于一些急性发作伴有疼痛的病例可以使用，剂量及疗程不宜过大过长。有人发现肾上腺皮质激素可显著改善临床症状，降低抗体滴度，但其疗效多为暂时性，一旦停药，所有指标又恢复到治疗前水平，而且药物有很多严重的副作用：有导致并发高血压、骨质疏松、严重感染的可能。

(4) 免疫疗法：免疫疗法是近年研究的热点，其主要原理是采用免疫抑制剂，单克隆抗体或细胞因子等多种调节剂，通过干扰自身免疫反应的某些关键环节，阻断自身免疫过程，由此从病因学上逆转桥本病。免疫抑制剂以环孢霉素A最具代表性，可有效抑制实

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

验性自身免疫性甲状腺炎(EAT)的发生，但该制剂具有严重的副作用，其临床应用受到限制，有人运用 CD_4^+ T 细胞单克隆抗体、运用 Tg 抗体的抗独特型抗体均成功地阻断了 EAT 的发生。细胞因子如白细胞介素-10(IL-10)、γ-干扰素(IFN-γ)单克隆抗体治疗桥本病也取得了令人鼓舞的结果。

目前免疫疗法的研究成果虽然为 HT 的免疫治疗带来了希望，但都仅停留动物试验阶段，离临床运用尚有很大的距离。

(5) 手术疗法：

一般认为，本病不宜手术治疗，因为手术可促使甲减的发生。手术治疗的错误缘于诊断的错误，往往是漏检甲状腺自身抗体及对本病缺乏认识的结果。若甲状腺肿大引起压迫症状严重，或疑有癌变时可考虑进行甲状腺肿物活检，必要时手术治疗，但手术后需长期应用甲状腺激素制剂继续治疗。

8 疗效判断标准

临床治愈：临床症状消失，B 超复查提示甲状腺肿大及结节基本消退，甲状腺功能恢复正常，抗甲状腺自身抗体恢复正常。

显效：临床症状明显减轻或消失，B 超复查提示甲状腺体积和(或)甲状腺结节直径缩小大于1/2，甲状腺功能恢复或基本恢复正常，抗甲状腺自身抗体值降低大于 50%。

有效：临床症状有所减轻，B 超复查提示甲状腺体积和或甲状腺结节直径缩小，但小于1/2，甲状腺功能有改善，抗甲状腺自身抗体值降低，但小于 50%。

无效：临床症状无改善，甲状腺肿大及结节无变化，甲状腺功能无改善，抗甲状腺自身抗体值无降低或反升高。

9 调摄护理

调整饮食结构，增加营养，忌食生冷、寒凉之品及油腻厚味生痰之品，以利消化，保护胃气。避免精神刺激，保持心境平和。预防感冒及外伤感染。节欲保精，谨护肾气。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

瘿作为病名，首见于《山海经》。瘿因在颈绕喉而生，状如缨络或樱核而得名，是颈前结喉两侧肿大的一类疾病的总称。瘿是发生在颈部属甲状腺的疾病，历代与近代的注释和分析已为肯定。桥本氏甲状腺炎于 1912 年由日本国立九州大学桥本策博士首先发现，又称为慢性淋巴细胞性甲状腺炎、自身免疫性甲状腺炎。我国古代文献中虽无此病名记载，但近年来许多中医学者根据本病以甲状腺肿大、质地硬韧为临床表现的突出特点，认为应将其归于中医“瘿”之范畴。有学者主张归于“瘿痈”，有学者主张应归于“肉瘿”范畴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因学的研究

近年来，随着临床诊断技术的提高，本病的发病率逐渐上升。一些中医药学者对本病进行了研究，取得了一定的进展，并在总结古人经验的基础上，结合西医学观点，对本病的致病原因提出了不同看法，归纳起来有内因、外因两大类。程如林等认为本病的发病多因忧思郁怒，肝失条达，导致气滞血瘀，痰湿凝聚于颈前所致。[1]陈志才等指出本病的发生与情志内伤密切相关，并认为正气不足贯穿了整个疾病的始终，是其发生的内在依据。[2]卞卫和等提出正气不足是本病发生的内在因素。谌剑飞主编《现代中医内分泌学》谓本病多由长期精神抑郁，情志失畅而致。[3]尚德俊主编《新编中医外科学》指出病人多因肝郁气滞或正气不足，营卫失和，寒湿之邪乘虚而人，导致脾肾阳虚。[4]总之，本病主要缘于情志内伤，致肝气郁滞，津聚为痰，气滞血瘀，气、痰、瘀三者合而为患，壅结颈前而成瘿，其病位在颈部，并与脏腑功能失调有关，尤肝、脾、肾亏虚为本病发病的内在因素。

1.2.2 病机学说的研究

胡国盛认为本病病机与气血凝滞有关，其发生是由于五脏瘀血、浊气和痰凝所致，并认为本病初起属实证，病久则表现为虚证。[5]尚德俊认为肝郁气滞或正气不足，营卫不和，寒湿之邪乘虚而人，导致脾肾阳虚。寒湿困脾，脾阳虚则痰湿不化，痰湿凝结，经络阻塞则气血瘀滞，痰瘀互结客于颈部久积成形。久病及肾，肾阳虚衰，则肾不摄纳，膀胱气化不利，则水湿内停或溢于肌肤。[4]伍锐敏主编《甲状腺疾病的中医治疗》指出本病病机为脾肾阳虚，痰气交凝于颈前。[6]卞卫和认为本病责之于气血不足，气虚及阳，阳虚寒凝，气血瘀滞，痰瘀互结日久成病。[7]陈志才认为本病的发生离不开痰，并且与情志内伤密切相关，长期忿郁恼怒，或忧思太过，既可影响到肝之疏泄功能致气滞痰凝，更易损伤脾之运化机能，使水湿聚而为痰。[2]总之，本病病机如谌剑飞在《现代中医内分泌学》中谓：长期精神抑郁，情志失畅，肝失和调导致肝气郁结，气滞血瘀。若肝气郁结日久，气郁化火，灼伤阴液，则见阴虚内热或肝阳上亢诸证；若病情迁延日久，阴虚而渐损及阳，而见脾肾阳虚诸证。[3]

1.3 西医病因病理

1.3.1 病因

桥本甲状腺炎目前已被公认为是一种自身免疫性疾病，并具有严格的器官特异性，但其确切的病因尚未完全阐明，可能因为细菌、病毒或其它理化因素作用使正常甲状腺组织成分发生变异而具有抗原性；另一方面，可能是遗传性免疫监视功能缺陷，自身稳定机制失调，禁忌细胞株“解禁”，产生对自身成分起反应的细胞株，把正常甲状腺组织作为抗原，产生相应抗体，发生自身免疫反应。

1.3.2 病理

甲状腺腺体呈弥漫性肿大，大体标本组织呈粉红色，棕色至深黄色，质地硬而有弹性，表面稍有分叶与周围甲状腺组织无粘连。显微镜下见广泛的淋巴细胞、浆细胞和巨噬细胞浸润，常常形成淋巴滤泡和生长中心，随着病情进展，滤泡萎缩，胶质减少，上皮细胞肿胀，出现本病特征性的体积大，胞浆多的嗜酸性细胞，称 Hurthle 或 Askanary 细胞，进

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

步发展，上皮细胞失去正常结构，边缘不清，胞浆微嗜酸性，内含空泡，核深染，滤泡结构破坏，纤维结缔组织增生，甲状腺萎缩。根据滤泡结构破坏的多少，病变程度可分为轻、中、重三度。轻度主要为滤泡间浆细胞及淋巴细胞浸润，轻度纤维组织增生，滤泡结构有轻度破坏；约半数滤泡结构破坏者为中度；约四分之三以上滤泡结构破坏者为重度。

根据病理组织学特点，1959年 Woolner 将桥本甲状腺炎分为三型，即淋巴型(lymphoid type；L型)，嗜酸性上皮型(oxyphyilic epithelium type；O型)和明显上皮破坏型(pronounced epithelium destruction；P型)[8]

分型	甲状腺滤泡	淋巴滤泡		间质中弥漫浸润的淋巴、浆细胞	嗜酸性变的上皮细胞(%)	退变的上皮细胞(%)	间质纤维组织增生
		生发中心(个/cm^2)	界限				
L	大小不等	20~30	不清	较多	15±	10±	±
O	中等大小	31~40	不清	较大量	55±	15±	+
P	残存小滤泡	20~30	极不清	大量	20±	45±	+ + - + + +

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状

主要表现为甲状腺肿大，多为弥漫性，往往峡部变形明显，呈马蹄形，常可触及锥体叶，质地硬韧如橡皮样，表面光滑或有结节，一般不与周围组织粘连，周围淋巴结不肿大。也有些患者甲状腺呈无痛性结节性肿大；有些类似亚急性甲状腺炎，发病较急，可伴有发热，颈部有压迫感，甲状腺肿块有自觉痛、触痛、放射痛。在疾病的早期患者常可无特殊感觉，甲状腺功能正常；少数患者可表现为甲亢，即桥本甲亢，约占桥本甲状腺炎的0.3%~7.6%，临床见怕热、多汗、心悸、多食易饥等高代谢症候群，也可以有突眼和胫前粘液水肿。约1/3的患者开始即表现为轻度或亚临床甲状腺功能减退。本病最终将发展为甲状腺功能减退，临床可见怕冷、浮肿、乏力、腹胀便秘、皮肤干燥、贫血、月经紊乱等症状，约15%的患者会有粘液性水肿。

2.1.2 辨证分型研究

辨证论治是中医认识疾病和治疗疾病的基本原则，由于研究者分析角度的不同，对本病的辨证分型各不相同，目前尚无统一的分型标准。有学者认为本病的发展过程有虚实两端，分为八型，实证有：①气郁痰阻证，②肝郁脾虚证，③心肝火旺证，④痰瘀互结证；虚证分为：①气阴两虚证，②气血不足证，③肝肾阴虚证，④脾肾阳虚证。伍锐敏认为本病以脾肾阳虚型为主，中医辨证为脾肾阳虚，痰气交凝。早期表现为桥本甲亢者分为：①气阴两虚型，②阴虚胃热型，③肝郁气滞型。[9]卞卫和等认为本病颈前有形之肿已经形成，痰瘀互结之病理确实存在，但还需结合本病的伴有症状，辨别气血阴阳虚实。[10]根据本病的不同阶段所表现的临床症状，分为三型：①气虚血瘀证，相当于本病的初期，②气阴两

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚证，相当于本病的中期，③阳虚痰凝证，相当于本病的后期。尚德俊主编《新编中医外科学》中将本病分为，即血瘀痰凝型、脾肾阳虚型和气阴两虚型。[4]谌剑飞主编《现代中医内分泌学》将本病分为三型，即肝郁气滞型、阴虚内热型和脾肾阳虚型。[3]

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则概述

本病以颈前瘿肿，质地硬韧为突出表现，在疾病发展过程中虚实之证兼见。卞卫和等根据中医辨证论治原则，认为本病颈前有形之肿已经形成，痰瘀互结之病理确实存在，但应根据中医治病求本的理论，结合本病的伴有症状，辨别气血阴阳虚实而予扶正治疗。[7]

2.2.2 治法研究

近年来，国内许多中医药学者遵循西医辨病与中医辨证，宏观辨证与微观辨证相结合的方法对桥本甲状腺炎进行研究，并在临床上获得了比较好的疗效。其治疗方法主要有单纯中药治疗、中西医结合治疗及外治法。

2.2.2.1 辨证治疗

伍锐敏采用中医辨证论治治疗桥本甲状腺炎 56 例，其中女 53 例，男 3 例，年龄为 5～62 岁，病程为 3 个月～24 年，属桥本甲状腺功能亢进者 24 例，桥本甲状腺功能减退者 29 例，甲状腺功能正常者 3 例。治疗方法：①桥本甲状腺功能亢进以气阴两虚为表现者，服用益气养阴中药(党参、麦冬、五味子等)；以阴虚胃热为表现者，服用养阴清热中药(生石膏、知母、玉竹等)；以肝郁气滞为表现者，服用疏肝理气中药(柴胡、川楝子、夏枯草等)。②桥本甲状腺功能减退以面色萎黄、善太息为表现者，服用理气活血中药(郁金、香附、当归等)；以畏寒喜暖、嗜睡、浮肿为表现者，服用温补脾肾中药(黄芪、肉苁蓉、菟丝子等)。③甲状腺肿大明显者服用化痰、软坚散结中药(姜半夏、生牡蛎、茯苓等),以三个月为 1 个疗程。治疗结果：痊愈(症状、体征消失或基本消失，T_3、T_4、TSH、TGA、TMA 值恢复正常)13 例(23.2%)，显效(症状、体征明显改善，T_3、T_4、TSH、TGA、TMA 值接近正常)17 例(30.4%)，有效(症状、体征有所改善，T_3、T_4、TSH、TGA、TMA 值不同程度下降)24 例(42.8%)，无效 2 例(3.6%)，总有效率达 96.4%。[9]

卞卫和等观察到，有些患者在本病初、中期并发甲状腺机能亢进，表现为气阴两虚为主，故宜以益气养阴，扶正消瘿法治疗，方选生脉饮加味，常用药物有：太子参、党参、麦冬、五味子、酸枣仁、黄芪、玄参、土贝母等，本病日久可转成甲状腺机能减退，出现气、阳两虚症状，如乏力、浮肿、畏寒等，此时宜以益气温阳法治疗，方选保元汤加减，常用药物有黄芪、肉桂、茯苓、仙茅、仙灵脾等。[7]卞卫和等以补气活血、益气养阴、温阳化痰等方法治疗自身免疫性甲状腺炎 65 例，其中女性 59 例，男性 6 例，20 岁以内 5 例，21～30 岁 9 例，31～40 岁 21 例，41～50 岁 17 例，51～60 岁 11 例，61 岁以上 2 例，病程1～10 年。根据不同阶段所表现的临床症状，分为三型辨证治疗：①气虚血瘀证，相当于本病初期，治法：补气活血。方药：六君子汤合桃红四物汤化裁。常用药物有：黄芪、党参、白术、茯苓、川芎、当归、丹参、桃仁、红花、甘草、陈皮、法半夏等；②气阴两虚证，相当于本病中期。治法：益气养阴。方药：生脉饮加味。常用药物有：党参、太子参、天冬、麦冬、五味子、玄参、生地、夏枯草、川芎、丹参等；③阳虚痰凝证，相

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

当于本病后期。治法：温阳化痰。方药：阳和汤化裁。常用药物有：熟地、麻黄、肉桂、鹿角胶、炮姜、白芥子、当归、陈皮、桔梗、红花等。三个月为1个疗程，共观察3个疗程。治疗结果：治愈(甲状腺肿大及结节基本消退，自觉症状消失，TGA、TMA复查正常，随访半年不复发)17例，显效(甲状腺肿大及结节消退一度以上，自觉症状明显好转，TGA、TMA复查滴度下降大于1/2)31例，好转(甲状腺肿大消退小于一度，自觉症状有所改善，TGA、TMA复查滴度下降不明显)14例，无效3例，有效率95.4%。认为对自身免疫性甲状腺炎的不同时期进行辨证施治符合中医辨证论治、同病异治的理论，但通过对治疗结果的分析发现，辨证施治治疗自身免疫性甲状腺炎，对症状的治愈率高，有效率达91.78%，而抗体改变速度较慢，治愈率远比症状治愈率低。[10]尚得俊主编《新编中医外科学》将本病分三型辨证治疗：①血瘀痰凝型：宜健脾利湿、活血化瘀，内服活血散瘿汤合桃红四物汤加减：党参、白术、茯苓、青皮、半夏、桃仁、红花、当归、川芎各10g，海藻、昆布、贝母、赤芍、郁金各15g，夏枯草30g；②脾肾阳虚型：宜温肾助阳，健脾利湿，内服真武汤加减：附子、肉桂、干姜、白术、茯苓、半夏、仙灵脾、泽泻各10g，生黄芪、丹参、赤芍各15g。[4]谌剑飞主编《现代中医内分泌学》中分为肝郁气滞、阴虚内热和脾肾阳虚三型辨证论治。①肝郁气滞，治以疏肝理气、祛瘀散结，选用柴胡疏肝散加减。若颈瘿肿大明显者，加川楝子、夏枯草以行气散结；若伴精神抑郁，烦躁失眠者，加远志、酸枣仁以养心安神；②阴虚内热：治以滋阴退热、软坚散结，可选杞菊地黄丸加减。若颈瘿肿大甚者加龟板、夏枯草、牡蛎软坚散结；若遗精频频者，加金樱子涩精固摄；③脾肾阳虚，治以温补脾肾，肾阳偏虚者可选金匮肾气丸，脾肾两虚者可选右归丸。若少气懒言，精神萎靡者加黄芪、党参益气补脾；若畏寒怕冷、腰膝酸软者加泽泻、茯苓泄浊利水消肿；若脾虚化源匮乏，气血皆虚者，可选十全大补汤。[3]

2.2.2.2 辨病论治

除传统的辨证施治外，探索专病专方是近年来治疗学上的显著特点，许多研究者根据本病的证候特点，拟定相应的治疗法则，以主方临证化裁治疗本病，也取得了较好的疗效。王玫优等以理气滋肾法治疗慢性淋巴细胞性甲状腺炎133例，其中女119例，男14例，年龄为15～56岁，病程15～20年，平均2.3年。治疗方法，基本方：香附、木香、川芎各10g，郁金15g，柴胡10g，共为细末，每日3次，每次3g内服，最小用量315g，最大用量1800g，辨证属阴虚证者119例加服新六味地黄丸(黄精40，生山药30g，泽泻、丹皮各15g，茯苓、枸杞各25g，按常规炮制成蜜丸，每丸10g)，每日3次，每次2丸内服；属阳虚证14例，加服金匮肾气丸，用量同阴虚证者，连服35～50日为一个疗程，治疗最长时间为4个疗程，服药2周后症状明显改善，经长期用药未发现任何副作用，但TGAb.TMAb下降较慢，治疗4个月以上可见明显改善。治疗结果：治愈(症状消失或基本消失，TGAb.TMAb值均恢复至正常限值内，肿大甲状腺基本恢复正常或明显缩小)38例(占28.57%)；好转(症状明显改善，TGAb.TMAb值均有不同程度下降)86例(占64.66%)，无效9例(占6.77%)，认为中药可能是通过对机体自身免疫机能的调节与控制而产生治疗作用的。[11]

陈志才等采用扶正消瘿法治疗自身免疫性甲状腺炎38例，均为女性患者，年龄17～54岁，平均42岁，病程1个月～21年，平均3个月，治疗方法：给予扶正消瘿剂(基本方：党参15g或人参5g另炖服，茯苓、丹参、赤芍各10g，青皮、陈皮、法半夏、炙甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

各 6g），临床表现为甲亢者(11 例)加天冬、麦冬各 12g，五味子 10g，生地 15g；临床表现为甲减者(14 例)加桂枝 6g，鹿角(霜)片、仙灵脾各 10g，病程长，甲状腺肿硬、有血瘀征象者加三棱、莪术各 10g，水煎服，每日 1 剂，服中药煎剂期间均不加用西药，治疗 6 个月，结果：32 例(占 84.2%)患者肿大的甲状腺有不同程度软化、缩小及至消失，11 例伴甲状腺功能亢进者经治疗功能恢复正常 6 例(占 54.55%)；14 例伴甲状腺功能减退者恢复正常 13 例(占 92.86%)，38 例患者治疗前后的 TMAb 和 TGAb 值均显著下降($P<0.01$)。[2]

吕月蝉等运用中药甲状腺免疫合剂治疗甲状腺功能正常的自身免疫性甲状腺炎 30 例，其中女 28 例，男 2 例，年龄24～29 岁，平均 33.45±5.21 岁，病程为 3 个月～10 年，平均 1.5±2.4 年，治疗方法为中药甲状腺免疫合剂(由黄芪 20g、当归 20g、生地 20g、白芍 20g、丹参 15g、夏枯草 15g、柴胡 15g、生牡蛎 10g 组成，由本院药剂科制备成 90ml)每日 3 次，每次 30ml，2 个月为 1 个疗程。结果显示，患者经甲状腺免疫合剂治疗后，患者血清 FT3、FT4、TSH 水平与治疗前比较无明显差异，而甲状腺微粒体抗体和甲状腺球蛋白抗体均显著下降。[12]

肖秋生等以理气滋肾、活血化瘀、行气破结法治疗慢性淋巴细胞性甲状腺炎 265 例，其中女 238 例，男 27 例，年龄15～56 岁，平均 34.5 岁，病程 25 天～20 年。用自拟复方香附散，基本方为：香附 22.5g、厚朴 15g、枳实 22.5g、柴胡 15g、白芍 25g、川芎 22.5g、共为细末，每日 3 次，每次 2g 内服，根据脉证，属阴虚者 197 例，加服新六味地黄丸：黄精 40g、生山药 30g、泽泻 15g、丹皮 15g、茯苓 25g、枸杞子 25g，按常规炮制成蜜丸，每丸 10g，每日 3 次，每次 1 丸内服；阳虚者 68 例，加服金匮肾气丸，用量同上，不计疗程，连续服药 4 个月以上统计疗效，最长治疗 3 年。治疗结果：治愈(症状消失，TG、TM、ESR 恢复正常，甲状腺肿块基本消失)102 例(38.49%)，好转(症状基本消失，甲状腺明显缩小，TG、TM、ESR 明显下降)155 例(58.49%)，无效(症状有改善，有关检查阳性指数改善不明显)8 例(3.02%)。并对治疗前后资料完整者 134 例检测免疫球蛋白，结果表明：免疫球蛋白 IgG、IgA 治疗前明显高于正常，于治疗后下降明显($P<0.05$)，据此认为其治疗作用机制对体液免疫功能有调整作用，可提高机体的免疫功能，增强抗病能力，达到扶正培元的作用。[13]

2.2.2.3 中西医结合治疗

近年来，对中西医结合治疗本病的报道逐渐增多，其中大多以中药复方或单味中药制剂加甲状腺片治疗。林益川等治疗 106 例桥本甲状腺炎患者，男性 2 例，女性 104 例，年龄最小 14 岁，最大 75 岁，平均年龄 36.01±11.99 岁。病程 1 个月～24 年，平均 4.42±5.87 年。随机分成 2 组，甲组 58 例单用甲状腺片，从小剂量开始，渐增至90～180mg/d 不等，其中 11 例有心悸，烦躁及失眠等副作用，4 例需停药。乙组 48 例用中西医结合治疗，服小剂量甲状腺片，60～90mg/d，加中医辨证施治，分为三型：①肝热痰湿型，占 23 例(47.9%)，治法：平肝清热，化痰软坚散结，方药以钩藤、丹皮、黄药子等平肝软坚散结；②肾阴虚型，占 6 例(12.5%)，治法滋补肾阴，方药以六味地黄丸化裁；③脾肾阳虚型，占 19 例(39.6%)，治法温中健脾，扶阳补肾，方药以桂附八味丸化裁。治疗结果表明，无论甲组或乙组，治疗后均可使肿大的甲状腺变小，甲乙两组的甲状腺肿缩小疗效，无统计学差异，认为因两组均服甲状腺片，它可减轻垂体促甲状腺激素(TSH)对甲状

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腺的刺激所导致的增生肥大；而加服中药的乙组，其结节缩小或消失的疗效明显优于甲组，且可使甲状腺质地变软，这些是单用西药无可比拟的；乙组用甲状腺片剂量小于甲组，还可大大减少服用较大剂量甲状腺片带来的心悸、烦躁、失眠等副作用，还可改善头晕、疲乏、腰腺酸软等一系列的症状，并观察到4例在治疗后1～2年甲状腺核素显像也有所改善，从双侧甲状腺不显影恢复到隐约可见甲状腺图像。对于中药是否能改变病理变化及如何改变其变化尚待今后继续观察与研讨。[14]

程如林等用雷公藤多甙片和甲状腺片治疗本病12例，其中女性11例，男性1例，年龄29～72岁，平均54岁，病程1个月～4年，平均13个月。治疗方法：雷公藤多甙片(江苏省泰州市制药厂生产，每片10mg)，每日3次，每次1片，饭后口服，疗程3～4个月，同时服甲状腺片，每日2～3次，每次20～40mg，治疗结果：所有病例服药后8～56天见效，平均31.9天，表现为肿胀的甲状腺及结节缩小、变软或消失，有10例于服药2～3个月后复查抗TG及抗TM，其中抗TG5例患者下降，1例恢复正常，4例不变；抗TM7例无变化，1例下降，2例升高。认为雷公藤治疗慢性淋巴细胞性甲状腺炎的作用机理，主要是通过抗炎及调节免疫功能实现的。[1]

方德龄等采用雷公藤和甲状腺片联合治疗36例桥本甲状腺炎患者，男1例，女35例，年龄28～60岁，平均42岁，病程1.5～6年，平均2.5年，甲状腺结节性肿大2例，弥漫性肿大30例，未见明显肿大4例，治疗方法为在服甲状腺片每天20～40mg的基础上同时服雷公藤，每次一片，每日2次，疗程1.5个月，治疗后血清T_3、T_4水平升高，TGA、MCA下降，均与治疗前有明显统计学差异，在甲低病情缓解的同时可使肿大的甲状腺回缩，认为雷公藤作为一种免疫抑制剂，被报道能影响T细胞亚群及B细胞的分布，维持CD_4^+/CD_8^+的动态平衡，起到免疫抑制作用，本组患者经治疗后血清TGA、MCA明显下降，支持该治疗措施具有免疫抑制和调节作用，抑制甲状腺抗体的产生，雷公藤和甲状腺片伍用，还可提高T_3、T_4，促使肿大的甲状腺回缩和甲低病情缓解。[15]

孟凡江等治疗95例桥本甲状腺炎患者，随机分为两组：甲状腺片＋昆明山海棠治疗组(A组)58例，其中男7例，女51例，年龄37.1±13.5岁，病程3.5±3.1年；单纯甲状腺片替代治疗组(B组)37例，男3例，女34例，年龄38.4±13.0岁，病程4.3±3.6年。昆明山海棠2.25～3.75g/天，分3次口服，根据T_3、T_4、TSH水平和临床症状决定甲状腺片用量，结果：治疗前后平均血清T_3、T_4、TSH水平两组间无明显差异(P值均＞0.05)，平均血清TMAb和TGAb水平，A组在治疗4.44±2.56月后较治疗前显著降低(P值均＜0.001)；B组在治疗8.27±4.99月后与治疗前比较无明显差异(P值均＞0.05)，表明昆明山海棠对桥本甲状腺炎患者自身抗体产生有抑制作用，且无糖皮质激素样副作用，但其机理有待进一步研究。[16]

2.2.2.4 外治法

除上述内治方法外，有学者根据艾灸调节机体免疫功能的原理，运用艾灸这一中医独特的治疗方法治疗本病，并进行了大量临床及实验研究，取得了较好的疗效。胡国胜等采用两种不同的隔药灸配方治疗了103例桥本甲状腺炎患者，年龄19～66岁，平均41.5岁，从发病到就诊时间为1～21年，平均10.4年。随机分为艾灸Ⅰ组、艾灸Ⅱ组、对照组，其中艾灸Ⅰ组35例，男2例，女33例，属严重甲减9例，轻度甲减4例，亚临床甲减5例，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

甲功正常15例；艾灸Ⅱ组36例，男2例，女34例，属严重甲减9例，轻度甲减4例，亚临床甲减5例，甲功正常17例；对照组32例，男2例，女30例，属严重甲减8例，轻度甲减4例，亚临床甲减5例，甲功正常15例。治疗方法：艾灸组均采用隔附子饼灸，其中艾灸Ⅰ组在附子饼下加益气温阳中药粉末，艾灸Ⅱ组在附子饼下加益气温阳和活血化瘀中药粉末(具体药物未标出)，艾灸Ⅰ组和Ⅱ组选穴相同，穴位为两组：一组为膻中、中脘、关元；另一组为大椎、肾俞、命门，两组穴位交替，每次每穴灸5壮，每壮含纯艾绒2g，住院患者每日1次，门诊患者隔日1次，50次为1个疗程，对照组以常规甲状腺片(每日40～120mg口服)治疗，结果：艾灸Ⅰ组显效(症状、体征明显改善，血清TGA、TMA结合率降至正常水平，甲状腺功能减退患者的甲状腺功能恢复正常)7例，有效(症状、体征有所改善，血清TGA、TMA结合率降低幅度＞30%，甲状腺功能减退患者的甲状腺功能改善一级以上)8例，无效20例，总有效率42.9%，艾灸Ⅱ组显效19例，有效9例，无效8例，总有效率77.8%，艾灸Ⅱ组疗效明显优于艾灸Ⅰ组($P<0.01$)，对甲状腺局部情况的改善亦明显优于艾灸1组，艾灸组治疗后甲状腺抗体结合率均明显降低，而对照组无明显变化。提示：活血化瘀中药能明显促进艾灸改善甲状腺局部症状和降低血清抗甲状腺自身抗体的作用。认为甲状腺激素虽能替代性地纠正患者的甲状腺功能减退，但对患者血清甲状腺抗体结合率没有明显影响，而艾灸治疗纠正患者甲减的机理在于促进患者受损的甲状腺功能恢复正常。[17]尚德俊在《新编中医外科学》中提出本病的针刺疗法，可取翳风、大椎、百会、天井、心俞、足三里、曲池、合谷、定喘等穴，每次选用4～5穴，交替轮流选用，每日1次。[4]谌剑飞主编《现代中医内分泌学》中提出本病的针灸疗法，辨证为①肝郁气滞证：治以疏肝理气，祛痰散结，取穴：气舍、水突、太冲、肝俞、膈俞、合谷为主穴。加减：若急躁易怒、失眠多梦者加期门、三阴交穴以疏肝解郁安神；若心悸胸闷者加内关以养心安神。②阴虚内热：治以滋阴退热，行气散结，取穴：气舍、肾俞、太溪、太冲、三阴交为主穴。加减：虚烦失眠者加神门、心俞穴以养心安神除烦；烦躁易怒、遗精盗汗者加肝俞、阴郄穴以疏肝敛汗。③脾肾阳虚：治以温补脾肾。取穴：肾俞、脾俞、足三里、太溪、关元为主穴。加减：肾阳虚者加命门穴温肾壮阳；面浮肢肿者加阴陵泉以健脾利湿消肿。亦可于施针时加艾条温和灸，或取腹背部穴位施隔附子饼灸，以患者耐受为度。[3]另张闯珍等报道，对于4例经中西医结合治疗无效的AT患者，改用川乌、草乌等中药外敷甲状腺结节处，有3例疗效明显。[18]肖秋生等也曾治疗1例病人，中西医结合治疗1个月，甲状腺结节未缩小，用相同中药外敷，每日2次，17天后甲状腺明显缩小。[13]

3 实验研究

3.1 发病机理的研究

近年来大量研究资料表明桥本氏甲状腺炎患者体内存在一系列体液免疫和细胞免疫的异常，包括细胞因子的变化，这些免疫紊乱在其发病机理及疾病转归中起着十分重要的作用。

3.1.1 体液免疫：1953年Fromm等发现血浆γ球蛋白族在桥本氏甲状腺炎病人中高，血清凝絮试验呈阳性反应，从而首先提出本病可能与体液免疫有关。Roitt等观察到将正

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

常人甲状腺浸膏放至桥本氏甲状腺炎病人的血清中会产生沉淀，表明血清中存在人甲状腺某种成分的抗体并与本病的发生有关。[49]目前研究发现绝大多数 HT 患者的血清和甲状腺组织中含有针对甲状腺内滤泡上皮细胞膜、细胞浆和腺体内胶质等多种成分的抗体，主要有抗甲状腺球蛋白抗体(TGAb)、抗甲状腺微粒体抗体(TMAb)、抗 TSH 受体抗体(TRAb)、抗甲状腺细胞膜抗体(FCA)、第二胶质抗体(CA_2)、T_3 抗体(T_3A)、T_4 抗体(T_4A)，其中以抗甲状腺微粒体抗体(TMAb)和抗甲状腺球蛋白抗体(TGAb)最为主要，特别是高阳性的 TGAb 和 TMAb 有助于 HT 的确诊。[20]大多数研究报道中 HT 患者 TMAb 阳性率为91.6%～95%。而 TGAb 阳性率为88%～90.3%，[8]二者同测互补，经病理证实为本病的患者，阳性率可达 95%以上。[21～25]TMAb 和 TGAb 是补体结合性抗体和细胞毒性抗体，可使甲状腺产生细胞浸润性炎症和上皮细胞损伤，引起 HT 病理变化。随着单克隆抗体技术，免疫转印，重组 DNA 等技术的应用，有关甲状腺微粒体抗原(TM)的研究进展很快，并得出 TM 或其主要抗原组份就是甲状腺过氧化物酶(TPO)[26,27]，由于 TPO 在甲状腺激素合成的关键步骤酪氨酸残基碘化过程中起重要作用，故 A-TM/A-TPO 抗体能间接抑制甲状腺素的合成，引起甲状腺素合成不足，这是引起甲状腺功能减退的主要原因之一。TSH 受体抗体(TRAb)在 HT 患者血清中的检出率约有 15%左右，TRAb 包括具有甲状腺刺激作用的甲状腺刺激抗体(TSAb)和阻断 TSH 刺激甲状腺细胞内腺苷酸环化酶(CAMP)生成作用的 TSH 结合抑制免疫球蛋白(TBII)。[28]TRAb 属封闭型抗体，单纯封闭甲状腺细胞膜促甲状腺激素受体的作用位点，使促甲状腺激素不能充分发挥刺激作用，为 HT 临床上表现为甲状腺机能减退的机制之一。

甲状腺自身抗体与甲状腺自身免疫损伤有密切关系，但有些作者认为血中甲状腺自身抗体可能并非是引起 HT 的原始因素[29]，Roitt 曾将含有高浓度抗体的血浆输给实验动物(猴)，但并未引起淋巴性甲状腺炎；另外，孕妇血液中含高浓度抗体，其抗体虽可透过胎盘，但其婴儿大多无甲状腺炎或呆小症发生；有些 HT 患者血清中测不出甲状腺自身抗体，而有时在正常人却可发现其存在，故认为甲状腺自身抗体的产生是甲状腺炎发生后的结果，是机体免疫功能紊乱的标志，并非原始致病因素。一旦自身免疫过程形成后，能使病变维持和发展，导致甲状腺组织进一步破坏。

3.1.2 细胞免疫：有实验证实 B 淋巴细胞分泌抗甲状腺抗体必须有 T 淋巴细胞的参与，而抑制性 T 淋巴细胞能够抑制 B 淋巴细胞分泌抗甲状腺抗体，[30,31]在 HT 的病理过程中，T 淋巴细胞起着关键作用。[32]除 T 和 B 细胞外，对 K 细胞变化的研究显示 HT 患者的细胞膜抗体能激活 K 杀伤细胞，而发挥其细胞毒性作用，这种毒性作用是由于 K 细胞的抗体依赖细胞毒作用(antibody-dependent cytotoxic，ADCC)造成自身甲状腺细胞的破坏。细胞免疫异常是本病免疫病理学的一个重要方面，[30,32]近年来有关细胞免疫反应参与本病的自身免疫损伤的研究进展主要体现在以下几个方面：

3.1.2.1 T 抑制细胞(Ts 细胞)缺陷或功能受到抑制：

Ts 细胞是维持免疫耐受的重要因素之一，无论是抗原特异性或非特异性 Ts 细胞，还是独特型特异性 Ts 细胞的缺陷，均可导致耐受终止，引起自身免疫。已有大量研究表明 HT 患者存在 Ts 细胞数量减少及功能缺陷，[33～44]Ts 细胞缺陷的原因尚未完全了解，但其结果使体内免疫稳定性破坏，禁株细胞失去控制，T 细胞异常活化，B 细胞增多，T 辅助细

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胞(TH 细胞)辅助 B 细胞向浆细胞分化，产生过量的甲状腺自身抗体。[37,38,42,45]

3.1.2.2 细胞因子的作用：

细胞因子(cytokin，CK)为小分子蛋白质，HT 患者甲状腺内浸润的淋巴细胞是产生 CK 的重要来源，近年来报道甲状腺上皮细胞也可分泌 CK，故 CK 在 HT 发病率中的地位已逐渐受到重视。目前研究重要集中在肿瘤坏死因子(TNFs)、干扰素(IFNs)、白细胞介素(ILs)等方面。[46~50]CK 在 HT 中的作用比较复杂，且具多样性，研究表明，HT 发病可能是在遗传背景下，环境因素触发体内甲状腺滤泡、淋巴细胞等免疫细胞的活性，激活与 CK 有关的 DNA 合成蛋白，导致 CK 基因表达，通过 CK 与免疫细胞共同作用导致 HT 的发生。[51]

3.1.2.3 MHC-Ⅱ类抗原异常表达：

主要组织相容性抗原复合物-Ⅱ(MHC-Ⅱ)类抗原分子尤其是甲状腺上皮 MHC-Ⅱ的异常表达，递呈抗原与 T 淋巴细胞，可能触发甲状腺自体免疫反应。[50~56]

3.1.3 遗传因素

HT 自身免疫反应的始动因素至今尚未明确，有些资料提示本病的发生有遗传背景：家族调查发现病人近亲中常有患同样疾病者，本病患者 $HLA\text{-}DR_4$ 与 $HLA\text{-}DR_5$ 的出现频率高，[51,54,57]有此抗原者患本病的相对危险性高，说明自身免疫反应的发生有遗传因素在起作用，很可能是因有遗传性的免疫监护功能缺陷，不能把突变的免疫细胞及时清除的缘故。[56]

3.1.4 环境因素

感染及膳食中的碘化物是疾病发生的两个环境因素[58]，对 HT 具有遗传基因的患者，一旦感染病毒，可以间接诱发甲状腺细胞出现 HLA-DR，从而引发一系列的抗原产生、抗体形成和细胞破坏，另外某些格兰氏阴性球菌感染也会伴有甲状腺自身抗体产生，由于煤的有机物污染(包括酚、硫氰酸盐、间苯二酚)及接触这些污染物的人群常出现甲状腺自体抗体明显升高[59]，高碘地区 HT 发生率增加，动物实验证明，碘摄入量增加，甲状腺内淋巴细胞浸润程度也增加，碘通过增强甲状腺球蛋白(Tg)的免疫源性、促使自身抗体产生增多，诱使 MHC-Ⅱ类抗原异常表达，加强吞噬细胞的功能，增加免疫细胞的攻击性，及促使细胞因子产生增多等多种途径影响机体的免疫系统和甲状腺组织[60~62]，是诱发遗传易感性个体发生 HT 的重要因素。

3.1.5 性激素的作用

HT 在人群中女性患者发病高于男性，有人认为性激素可以影响甲状腺抗体的产生及甲状腺炎的外显率，妊娠期间由于性激素及催乳素的改变，有免疫抑制印象，在产后可发生反跳或加重。

总之，HT 为一种器官特异性自身免疫性疾病，其发病机制复杂，尚未完全明释，目前大致存在两种学说：一种学说认为由于细菌、病毒、环境、药物、激素等激发因子导致抗原激活，T 细胞的自身反应，产生淋巴细胞，激活 B 细胞产生抗体，从而引起甲状腺靶细胞的淋巴细胞、浆细胞浸病，腺体毁损等一系列反应；[63]另一种学说认为 T 抑制细胞功能本身的缺陷，免疫调节失控，导致针对甲状腺抗原的 B 细胞和自身抗体的增高，这种患者往往有人类组织相容性抗原的基因缺陷，而病毒等其它因素是一类高危病人的诱因。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2 中药作用机理的研究

伍锐敏等采用中药辨证治疗桥本甲状腺炎56例，总有效率达96.4%，经药理实验证明，所选用的中药有调节免疫功能和抗炎作用，能够抑制甲状腺局部结缔组织增生、改善甲状腺局部营养作用，从而达到使甲状腺肿物缩小，以至消失的目的；认为中药治疗桥本氏甲减，可能是通过调节免疫功能，以及对机体各脏腑功能的调节而起作用，并有可能使残存的甲状腺功能得到某种程度的恢复，从而使患者症状、体征得以消除或减轻。[9]

吕月蝉等运用自拟的中药甲状腺免疫合剂治疗30例甲状腺功能正常的自身免疫性甲状炎(AT)患者，并观察了其对红细胞免疫功能和甲状腺微粒体抗体(TMAb)、甲状腺球蛋白抗体(TGAb)的影响，结果显示AT患者治疗前红细胞免疫复合物花环(RBC-ICR)，红细胞免疫粘附抑制因子(RIIF)较正常对照组明显升高，红细胞C_3b受体花环率(RBC-C_3bRR)红细胞免疫粘附促进因子(RIEF)明显降低，提示AT患者红细胞免疫粘附调节系统失调，而治疗后RBC-C_3bRR明显升高，RBC-ICR明显降低，即促进因子升高，抑制因子降低，说明中药甲状腺免疫合剂有改善红细胞免疫粘附调节因子活性的作用，此外，患者治疗后血清TMAb和TGAb均明显下降，因此抗原一抗体复合物也随之减小，从而减轻或阻止自然杀伤细胞的毒性作用，使甲状腺上皮细胞免疫损害。提示中药甲状腺免疫合剂对于AT患者体液免疫和细胞免疫异常有明显调节作用，从免疫调节的角度探讨了中药治疗AT的作用机制。[12]

胡国胜等通过临床观察发现艾灸治疗桥本氏甲状腺炎其有较好的临床效果，其作用优于目前常规应用的甲状腺激素疗法，为进一步探讨艾灸治疗桥本氏甲状腺炎的免疫学机理，采用隔附子饼灸，治疗了36例桥本甲状腺炎患者，其中男性3例，女性33例，甲状腺机能减退19例，甲状腺功能正常17例，最大年龄61岁，最小19岁，平均37.6岁，从发现到就诊时间为10个月到21年，平均10.1年，治疗方法，采用隔附子饼灸，取穴及疗程同前报道，[5]治疗最后分别测定外周血T淋巴细胞亚群及外周血淋巴细胞TGA、MCA分泌水平的变化，结果显示艾灸治疗前，桥本氏甲状腺炎患者外周血T淋巴细胞亚群比例失调，OKT^+细胞百分率升高，OKT_8^+细胞百分率降低，OKT_4^+/OKT_8^+细胞比值高于正常值，而淋巴细胞分泌TGA、MCA的水平与OKT_4^+/OKT_8^+细胞比值呈显著的相关性($P<0.05$、0.01)，经艾灸治疗后OKT_3^+细胞百分率没有显著变化，而OKT_4^+细胞百分率和OKT_4^+/OKT_8^+细胞比值都显著降低，OKT_8^+细胞百分率明显升高；外周血T淋巴细胞分泌TGA、MCA的水平显著降低，并与OKT_4^+/OKT_8^+仍保持显著的相关性(P均<0.01)，结果提示在桥本甲状腺炎的病理过程中，T淋巴细胞起着关键性的作用，而桥本氏甲状腺炎的治疗关键在于纠正患者异常的自身免疫状态，而艾灸可能是通过调整T淋巴细胞亚群的比例关系来抑制B淋巴细胞产生抗甲状腺抗体的水平，而纠正桥本氏甲状腺炎患者的自身免疫异常来治疗本病。[17]随后作者又探讨了艾灸对桥本氏甲状腺炎患者外周血ADCC活性的作用，采用隔附子饼灸治疗了35例桥本甲状腺炎患者，其中男2例，女33例；年龄19～61岁，平均37.6岁，甲状腺机能减退者18例，甲状腺功能正常者17例；病程10个月～21年，平均10.1年，治疗方法如前，对治疗前后患者外周血淋巴细胞ADCC活性的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

变化与血清甲状腺微粒体抗体(MCA)结合率的关系作了观察，结果显示艾灸治疗后外周血淋巴细胞 ADCC 活性和血清 MCA 结合平均有显著下降($P<0.001$)，且治疗前后两者均呈显著相关性(P 均 <0.05)，认为艾灸治疗本病可能与其降低甲状腺微粒体抗体和 K 细胞活性的作用有关。[64]

朱云华等采用中药益气养阴汤(党参、太子参、天冬、麦冬组成)及麻黄汤(单味麻黄组成)分组治疗小鼠实验性自身免疫性甲状腺炎，并用免疫酶标技术定位观察甲状腺球蛋白(TG)在甲状腺中的分布，以探讨甲状腺滤泡细胞的功能状态。结果显示中药治疗后实验性小鼠甲状腺内分化性细胞和功能旺盛细胞增多，TG 阳性滤泡数增加，光镜和电镜下 Askenazy 细胞数量减少，淋巴细胞浸润灶较少，切片中有时见新生小滤泡中 TG 呈阳性反应。其中益气养阴汤稍优于麻黄汤组，提示中药可能有促进 TG 合成的功能。[65]。

魏友松等研究中药麻黄、雷公藤、黄蜀葵花制剂对小鼠实验性自身免疫性甲状腺炎模型的影响，结果发现中药组 TGAb 水平、B 淋巴细胞值明显低于模型组，T 淋巴细胞值明显高于模型组，但各药物组间差异无统计学意义；在甲状腺组织学变化方面，中药组淋巴细胞浸润明显好于模型组，中药组 Askenazy 细胞数明显低于模型组。提示：麻黄制剂可能有免疫调节作用；雷公藤对体液免疫所表现的抑制作用，可能是通过抑制 TH 细胞的功能而间接表现的；黄蜀葵花可明显提高小鼠外周血 T 细胞数量，抑制 B 细胞增长，其作用可能与通过调整 T 细胞亚群之间的平衡有关。[66]

杨峰等经实验证明：温阳药(附子、肉桂、仙灵脾、肉苁蓉)不但可以提高“阳虚”小鼠模型的 T 淋巴细胞转化功能，而且可提高 B 淋巴细胞转化功能，表明温阳药可促进“阳虚”小鼠 B 淋巴细胞区别抗原的能力和转化为母细胞的能力。[67]

【古训今释】

我国古代医学文献中虽无桥本甲状腺炎的同义病名记载，但根据本病最突出的临床表现为甲状腺肿大，质地硬韧的特点，应归于中医“瘿”的范畴。古代文献对于“瘿”的描述，内容丰富，这些记载对我们研究本病仍然有一定的参考价值。

1 病名溯源

颈部结喉两侧肿大的一类疾病，统称为瘿。《说文解字》记载：“瘿：颈瘤也，从病婴音。”刘熙释名曰：“瘿，婴也，在颈婴喉也。”瘿作为病名，首见于《山海经》，谓“天目之山，有草如菜，名曰杜衡(土细辛)，食之令人作瘿。”《尔雅》称其为大脖子病，《庄子·德充符》有“瓮，大瘿”之说。《诸病源候论·瘿候》谓：“瘿者……初作与樱核相似，而当颈下也，皮宽部急，垂捶捶然是也。”晋代《小品方》也谓：“瘿病者，始作与瘿核相似。其瘿病喜当颈下，当中央不偏两边也，乃不急槌然，则是瘿也。”

2 证候与病象

关于瘿病的证候表现，历代医籍中的论述也甚丰。

《诸病源候论·瘿候》谓：“瘿者……初作与樱核相似，而当颈下也，皮宽部急，垂捶捶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

然是也。恚气结成瘿者，但垂核捶捶无脉也；饮沙水成瘿者，有核瘤瘤无根，浮动在皮中。”《外台秘要》曾引晋代《小品方》也谓：“瘿病者，始作与瘿核相似。其瘿病喜当颈下，当中央不偏两边也，乃不急槌然，则是瘿也”。宋朝《圣济总录》描述“瘿之初结，胸膈满闷，七筑咽喉，噎塞不通，颈项渐粗，囊结不解，若此之类，皆瘿之初结之证也。”其后的《三因极一病证方论》则将瘿瘤分为五瘿加以论述：“坚硬不可移者，名曰石瘿；皮色不变，即名肉瘿；筋脉络结者，名筋瘿；赤脉交结者，名血瘿；随忧愁消长者，名气瘿。”。此后医家多宗此类方法，纵观古籍，尚有息肉瘿、劳瘿、土瘿、忧瘿、瘿气、瘿痈等病证。

3 病因病机

隋代，《诸病源候论·瘿候》中指出瘿病的病因主要与情志内伤及水土因素有关，谓：“瘿者，由忧恚气结所生，亦由饮沙水，沙随气入于脉，搏颈下而成之。”又谓“诸山水黑上中，出泉流者，不可久居，常食令人作瘿病，动气增患。”《济生方·瘿瘤论治》曰：“夫瘿瘤者，多由喜怒不节，忧思过度，而成斯疾焉。大抵人之气血，循环一身，常欲无滞留之患，调摄失宜，气凝血滞，为瘿为瘤。”《圣济总录·瘿瘤门》首次提出“妇人多有之，缘忧恚有甚于男子也。”并从病因的角度将瘿病作了归类和论述：“石瘿、泥瘿、劳瘿、忧瘿、气瘿，是为五瘿。石与泥则因山水饮食而得之；忧、劳、气则本于七情，情之所至，气则随之，或上而不下，或结而不散是也。”金元至明清，在瘿病的病因病机上，突出了气滞、血瘀、痰浊在发病中的重要作用。明代，李梴《医学入门·脑颈门·瘿瘤》在病因及病机方面，强调了情志因素：“原因忧恚所致。”陈实功在《外科正宗·瘿瘤论》中指出：“夫人生瘿瘤之症，并非阴阳正气结肿，乃五脏瘀血、浊气、痰滞而成。”清代，沈金鳌《杂病源流犀烛·瘿瘤》则谓：“瘿瘤者，气血凝滞，年数深远，渐长渐大之症。”

4 治则治法

对于瘿的治疗，早在晋唐时期，祖国医学文献中就提出了以含碘植物和动物甲状腺口服治疗本病。如晋代《肘后备急方》首先应用海藻酒，南北朝的《僧深集方》载有“五瘿丸”方，“用鹿靥以酒渍，炙干，再纳酒中更浸，炙令香，咽汁，味尽更易。”靥，即动物甲状腺，这是以含甲状腺素的动物器官治疗瘿的最早记载。唐代孙思邈的《千金方》系统地总结了唐代以前的医学成就，对瘿病提出了多种治疗方法，其中列有用软坚散结法，治疗瘿瘤的方剂，另外还有活血化瘀、温中化痰的陷胸散，有化痰软坚的五瘿散，有用动物甲状腺浸酒内服的鹿靥方等。《外台秘要》收载了治疗瘿病的方药达35首，以应用海藻、昆布或羊靥、鹿靥的处方为多。《太平圣惠方》中设立了治瘿方剂29个，其中动物药使用了羊靥或鹿靥。金代张从正的《儒门事亲》首倡将海带、海藻、昆布等海生植物“投之于水瓮中常食，以令瘿消之法”，至明清，随着各医家对瘿病病机认识的深入，治疗方法上也日渐增多，除继承前人消瘿散结的治法外，在理气、活血、化痰的具体应用上有新的进展，并增加了许多行之有效的治疗方药。明代李时珍在《本草纲目》里指出黄药子有“凉血降火，消瘿解毒”的功效，载有黄药子酒治瘿的方法；《证治准绳·疡医·瘿瘤》用藻药散(海藻、黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药子)治气瘿；明代陈实功《外科正宗》对瘿证论述精要，选方切于实用，他将瘿分为初起之实证与病久之虚证，“初起自无表里之症相兼，但结成形者，宜行散气血。已成无痛无痒，或软或硬色白者，补肾气、活血消坚。”并按此治则拟定了海藻玉壶汤、活血消瘿汤、十全流气饮等效方；清代沈金鳌则宗“结者散之”的治则。瘿瘤在总结前人经验的基础上，对本病的病因病机和分类作了全面论述，并首次按五瘿辨证论治，使本病的治疗方法日臻完善，更切于临床实用。

祖国古代医籍中所描述的瘿瘤，包括了西医学的多种甲状腺疾病，对瘿瘿的病因病机及治疗方法的论述对我们研究桥本氏甲状腺炎仍然有一定的参考价值。

（伍锐敏　庞　洁）

近现代参考文献

[1] 程如林，高银香，叶正宝，等．雷公藤多甙片和甲状腺片治疗慢性淋巴细胞性甲状腺炎疗效观察．中国中西医结合杂志，1988，8(11)：676

[2] 陈志才，许芝银．扶正消瘿法治疗自身免疫性甲状腺炎38例临床观察．中国中西医结合杂志，1992，12(10)：611～613

[3] 谌剑飞主编．现代中医内分泌学．上海医科大学出版社，1995.117

[4] 尚德俊主编．新编中医外科学．济南出版社，1995.89

[5] 胡国胜，陈汉平，侯永健，等．隔药灸治疗桥本氏甲状腺炎临床观察．中医杂志，1992，5：30～32

[6] 伍锐敏．甲状腺疾病的中医治疗．北京：人民卫生出版社，1983.128

[7] 卞卫和，许芝银．扶正法在治疗甲状腺疾病中的应用．山西中医，1997，13(3)：54

[8] 王庆兆，魏韬哲主编．现代甲状腺外科学．郑州：河南医科大学出版社，1997.187

[9] 伍锐敏，郎琳娜，焦明铭，等．桥本氏病56例临床治疗报告．中医杂志，1992，(5)：33

[10] 卞卫和，许芝银．治疗自身免疫性甲状腺炎65例临床小结．河南中医，1997，17(2)：100～101

[11] 王玫优，张海发．理气滋肾法治疗慢性淋巴细胞性甲状腺炎133例．辽宁中医杂志，1989，(11)：17

[12] 吕月婵，王浩然．甲状腺免疫合剂对自身免疫性甲状腺炎红细胞免疫功能的调节作用．中国中西医结合杂志，1995，15(7)：414～415

[13] 肖秋生，王玫优．复方香附散治疗慢性淋巴细胞性甲状腺炎265例．吉林中医药，1994，1：18

[14] 林益川，张珍，方志平，等．48例桥本氏甲状腺炎的中西医结合诊治．福建中医药，1996，27(4)：1

[15] 方德龄，傅冬芹．雷公藤和甲状腺片治疗桥本氏甲状腺炎．实用中西医结合杂志，1998，11(3)：281

[16] 孟凡江，冯莉．昆明山海棠降低桥本氏甲状腺炎患者血清TMAB和TGAB水平研究．陕西医学杂志，1992，5：261

[17] 胡国胜，陈汉平，侯永健，等．艾灸治疗桥本氏甲状腺炎的免疫学观察．上海针灸杂志，1990，4：47

[18] 张圆珍．80例甲状腺结节的中西医结合治疗．福建中医药．1998，1：19

[19] Leslie J，et al．Hashimoto's thyroiditis：A disease of autoimmunity．The thyroid and its disease 5th edition 1984，497～546

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[20] 刘超，张忠邦．甲状腺特异性抗体．中华内分泌代谢杂志，1994，10(1):28~29

[21] Yoshida H，et al Association of serum antithyroid-Ab with lymphocytic infiltration of the thyroid gland. J Clin Endocrinlo Metab，1978，46:859

[22] Doniach D，Gofrous. Autoimmune thyroiditis. Clin Endocrinol Metab，1979，8(1):63

[23] Weetman AP，McGregor A M. Autoimmune thyroid disease. Endocr Rev，1984，5:318

[24] 戴蔼善．甲状腺微粒体抗体的血凝检测．上海医学，1981，4:698

[25] 张光正．甲状腺微粒体抗体的放射免疫测定．上海免疫学杂志，1984，4:275

[26] Okamoto Y，Hamada N，Saito H，et al. Thyroid Peroxidase activity-inhibiting immunoglobulins in patients with autoimmune thyroid disease J Clin Endocrinol Metab 1989，68:730

[27] Portmann L，Hamada N，Heinrich G，et al. Antithyroid peroxidase antibody in patients with autoimmune thyroid disease: possible indentity with antimicrosomal antibody. J Clin Endocrinol Metab. 1985，61:1001~1003

[28] Ikeda M，Ohmori M，Endo T，et al. Immunodetection of TSH receptor antibodies in sera of patients with autoimmune thyroid disease by ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay). Acta Endocrinol，1993，128:126~130

[29] 钱礼．甲状腺炎．实用外科杂志．1990，10(10):539~541

[30] Beall GN，Kruger SR. Production of human antithyroglobulin invitro. Clin Immunol Immunopathology，1980，16:485

[31] Mclachlan SM，Proud G，Pegg CAS，et al. Functional analysis of T and B cells from blood and thyroid tissue in Hashimoto's disease. Clin Exp Immunol. 1985，59:585

[32] Canonica GW，Bagnasco M，Corte G，et al. Circulating T Lymphocytes in Hashimoto's disease: Imbalance of Subsets and presence of activated cells. Clin Immunol Immunopathology，1982，23:616

[33] 边杰主编．甲状腺疾病的诊断与治疗．北京：人民卫生出版社，1984.308

[34] 张志远，郑武飞．Graves病和桥本氏甲状腺炎患者的T淋巴细胞亚群异常．国外医学内分泌分册，1984，9(3):134

[35] Sridama V，Pacini F，Degroot LT. Decreased suppressor T lymphocytes in autoimmune thyroid disease detected by monoclonal antibodies. J Clin Endocrinol Metab，1982，54(2):316

[36] Wall JR，Baur R，Schleusener H，et al. Peripheral blood and intrathyroidal Mononuclear cell populations in patients with autoimmune thyroid disorders enumerated using monoclonal antibodies. J Clin Endocrinol Metab，1983，56(1):164

[37] Misaki T，Konishi J，Iida Y，et al. Altered balance of immunoregulatory T lymphocyte subsets in autoimmune thyroid disease Acte Endor，1984，105(2):200

[38] Ishikawa N，Eguchi K，Otsubo T，et al. Relation in the suppressor-inducer T cell subset and increase in the helpar T cell subset in thyroid tissue form patients with Graves' disease. J Clin Endorinol Metab，1987，65(1):17

[39] Okita N，Row VV，Volpe R. Suppressor T-lymphocyte deficiency in Graves' disease and Hashimoto's disease. J Clin Endocrinol Metab. 1981，52:528~533

[40] Thielemans C，Vanhaelst L，DeWaele M，et al. Autoimmune thyroiditis: a condition related to a decrease in T-suppressor cell，Clin Endorinol. 1981，15:259~263

[41] Iitaka M，Aguayo J，Iwatani Y，et al. Studies of the effect of suppressor T lymphocutes on the induction of antithyroid microsomal antibody-secreting cells in autoimmune thyroid disease. J Clin Endocrinol Mateb，1988，66:708~714

[42] Volpe R. Suppressor T-cell dysfunction is important in the pathogensis of autoimmune thyroid disease. Thyroid. 1994，3:345~352

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[43] Mukuta T, Yoshikawa N, Arreaza C, et al. Activation of T lymphocyte subsets by synthetic TSH receptor peptides and recombinant glutamate decarboxylase in autoimmune thyroid disease and insulin-dependent disease. J Clin Endorinol Metab. 1995, 80: 1264 ~ 1272

[44] 钟述猷，张宝泉，王淑芬，等．自身免疫性甲状腺疾病患者甲状腺自身抗体和淋巴细胞亚群临床免疫相关性比较．中国免疫学杂志，1993，9 (6): 345 ~ 347

[45] 刘国良，姜涛．自身免疫性甲状腺疾病，中国实用内科杂志，1993，13 (11): 652 ~ 653

[46] Volpe R. The role of cytokines in the development of autoimmune thyroid disease. Thyroid, 1993, 3: 177

[47] Weetman AP. Autoimmune thyroid disease: further development in our understanding. Endocrinol Rev, 1994, 15: 788

[48] 刘超，蒋须勤，覃又文，等．自身免疫性甲状腺疾病患者血清肿瘤坏死因子的研究．江苏医药，1996，22 (9): 595

[49] 滕卫平，陈蕾，单忠艳，等．α-干扰素致甲状腺自身免疫机制的研究．中华内科杂志，1996，35 (5): 299

[50] Jansson R, Karlsson A, Forsson A. Intrathyroidal HLA-DR expression and T lymphocyte phenotypes in Graves' thyrotoxicosis, Hashimoto's thyroiditis and nodular colloid goitre. Clin Exp Immunol, 1984, 58: 264

[51] 王颜刚，于宏伟．自体免疫性甲状腺炎甲状腺细胞因子基因的表达．国外医学内分泌学分册，1996，16 (1): 21 ~ 23

[52] Stromnger JL. Biology of the human histocompatibility leukocyte antigen (HLA) system and a hypothesis regarding the generation of autoimmune disease. J Clin Invest, 1986, 77: 1411

[53] Gregersen PK. HLA class Ⅱ polymorphism: Implication for genetic susceptibility to autoimmune disease. I.B Invest, 1989, 61 (1): 5 ~ 19

[54] Tanclon N, Zhang L, Weetman AP. HLA associations with Hashimoto's thyroiditis published erratum appears. Clin Endocrinol Oxf, 1991, 34: 383

[55] 王坚，胡绍文，王伯云，等．自身免疫性甲状腺疾病浸润 T 细胞活动于滤泡细胞 DR 抗原表达．中华医学杂志，1992，72 (2): 77

[56] 王会娟，李道明，欧阳安．桥本甲状腺炎和 Graves 病人类白细胞抗原-DR 的免疫组化研究．中华内科杂志，1996，35 (5): 303

[57] Jansson R, Safwanberg J, Dahlberg PA. Influence of HLA-DR4 antigen and iodine status on the development of autoimmune postpartum thyroiditis. J Clin Endocrinol Metab, 1985, 60: 168

[58] 白耀．妊娠与自身免疫性甲状腺炎．中华实用内科杂志，1996，13 (11): 650

[59] Peter AS. Thyroiditis. Med Clin North Am, 1991, 75 (1): 61

[60] Raspe E, Costagliola S, Ruf J, et al. Indentification of the thyroid Na^{+-} contransporter as a potential autoantigen in thyroid autoimmune disease. Eur J Endocrinol, 1995, 132: 398 ~ 405

[61] Allen EM, Braverman LE. The Effect of Indine on Lymphocytic Thyroiditis in the Thymectomized Buffalo Rat. Endocrinology, 1990, 127: 1613 ~ 1616

[62] Many MC, Maniratunga S, Varis I, et al. Two-step development of Hashimoto-like thyroiditis in genetically autoimmune prone non-obese diabetic mice: effects of iodine-ieduced cell necrosis. J Endocrinol, 1995, 147: 311

[63] Eguchi K, Matsuoka N, Nagataki S. Cellimmunity in autoimmune thyroid disease. Beillieres Clin Endocrinol Metab, 1995, 9 (1): 71

[64] 胡国胜，陈汉平，侯永健，等．艾灸对桥本氏甲状腺炎患者外周血 ADCC 活性的作用．中国中西医结合杂志，1991，11 (7): 403 ~ 404

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[65] 朱云华，许芝银，孙景军，等．中药治疗实验性自身免疫性甲状腺炎中甲状腺球蛋白的免疫组化观察．南京中医药大学学报．1996，12(3)：31～32

[66] 魏友松，许芝银．麻黄、雷公藤、黄蜀葵花对自身免疫性甲状腺炎小鼠模型的影响．南京中医药大学学报．1996，12(4)：25～26

[67] 杨峰，胡成均，李唯佳，等．温阳药及滋阴药对“阳虚”小鼠模型T、B淋巴细胞转化功能的影响．中国中西医结合杂志．1991，11(9)：553

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 下肢慢性溃疡 ❋

下肢慢性溃疡是发生在小腿下部内外臁的慢性溃疡。又称裙边疮、裤口毒，俗称“老烂脚”。又称“小腿顽固性溃疡”，多由下肢静脉功能不全或因下肢外伤后感染未能及时控制，迁延日久而形成的慢性非特异性溃疡，属于中医学的“臁疮”范畴，为临床常见病、多发病之一，具有缠绵不愈，或愈后极易复发等特点。

【今日临床】

1 诊断标准

关于臁疮的诊断标准，中医诊断标准有国家中医药管理局制定的行业标准，已经发布试行，现采录如下：

1.1 病名诊断标准

以小腿内臁(内侧)较为多见。

局部初起常先痒后痛，色红，糜烂，迅速转为溃疡。溃疡大小不等，呈灰白或暗红色，表面或附有黄色脓苔，脓水秽臭难闻。病久溃疡边缘变厚高起，四周皮色黯黑，漫肿或伴有湿疹，收口后易反复发作。

多见于下肢患有筋脉横解(静脉曲张)的患者。

1.2 证类诊断标准

湿热下注：疮面色暗，或上附脓苔，脓水浸淫，秽臭难闻，四周漫肿灼热。伴有湿疹，痛痒时作，甚有恶寒发热。舌苔黄腻，脉数。

脾虚湿盛：病程日久，疮固色暗，黄水浸淫，患肢浮肿，纳食腹胀，便溏，面色萎黄。舌淡，苔白腻，脉沉无力。

气虚血瘀：溃烂经年，腐肉已脱，起白色厚边，疮面肉色苍白，四周肤色黯黑，板滞木硬。舌质淡紫，苔白腻，脉细涩。

2 中心证候特征

下肢静脉曲张，血流回流受阻，局部营养障碍所引起的小腿内外侧慢性溃疡形成是臁疮的证候学特征。其主症为：小腿内外臁痒痛、糜烂、溃疡。次症有脓水浸淫秽臭难闻、足胫浮肿、便溏、食少、足跟疼痛等。舌象有舌质淡或淡紫，苔黄腻，白腻。脉象多细涩无力或细数。

痒痛：多见于疾病初起之时，局部先痒后痛，或痛痒相兼、或肿痛色红。

糜烂：由于局部皮肤出现脱屑、粗糙、近苔藓样变的皮肤出现裂隙，可有渗出，若遇

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

损伤则发生溃破、糜烂，渗出部分脓水或滋水淋漓。

溃疡：溃疡面初期坏死组织及脓液不断增多，有恶臭味，伴有疼痛，待坏死组织脱落，脓性分泌物可减少，出现浆液性分泌物，溃疡面可呈灰白色、淡红色、鲜红色不等。溃疡深度可在皮下组织或深至胫骨骨膜外层。溃疡可经久不愈，多发生于小腿下 1/3、内侧多于外侧。溃疡愈合后可形成瘢痕，皮肤仍干燥、脱屑、色素沉着，如遇损伤仍会复发。

3 病　因

3.1 原发病因

脉气虚损：多由经久站立、远行或长期负重，或因妊娠之后，皆能导致筋脉络道失于通畅，局部气血运行失常，瘀阻络道，积久成形，以致筋脉盘曲，甚则状若蚯蚓(筋瘤)，局部气滞血瘀，久而肌肤失养，复加湿热之邪下迫，蕴酿成疮。

中气不足：脾虚不健，气血生化乏源，脉气失荣，温煦失职，血行则缓易滞，加之下肢臁骨处皮肉浅薄，久而肌肤失养，稍有不慎致局部破损则溃烂。

3.2 继发病因

湿热：多因脾失健运，或瘀血阻络，脉闭不通，水津失其输布，聚面为湿，湿性下趋，与瘀血郁久之热搏结，蒸酿成脓破溃。

瘀血：多为年老体弱或过度劳累，正气虚衰，气虚运血无力，血脉瘀滞，影响局部气血的运行，瘀血稽留于络脉之中，肌肤遂失所养。

3.3 诱发因素

局部皮肤搔抓、碰伤、虫咬、烫伤、湿疹等均可成为本病的诱发因素。

4 病　机

4.1 发　病

臁疮是一种慢性疾病，其本在于气虚，多因局部皮肤搔抓、碰伤、虫咬等外伤而诱发本病。溃疡发生前患部有长期皮肤瘀斑、粗糙表现，溃疡发生后疮面经久不能愈合，或溃疡愈合后易因损伤而复发。

4.2 病　位

在小腿下 1/3 处臁骨(胫骨)内外侧，内侧多于外伤，并涉及筋脉、脾胃、肝肾。

4.3 病　性

多为本虚标实之证，致病之本在于气虚，起病之初以标实为主，湿热、气滞、瘀血等标实症状较为突出，后期多虚实夹杂，气虚、阴虚、阳虚等虚象逐渐显现。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.4 病　　势

若溃疡形成后脓水渗出少、疮面鲜红、疮口表浅则易治愈。若疮面缠绵不愈，愈腐愈深，疮口腐肉外突，呈菜花状，可转为癌疮(癌变)，即难治愈。

4.5 病 机 转 化

臁疮的病机转化决定于湿热、瘀血等病邪与人体正气相争及其消长变化。病之初期若正气尚足，湿热下注致病后经清热利湿，和营消肿治疗可很快好转，若患者年龄较大，平素体弱，正气先衰，湿热、瘀血侵袭后病情加重，难以治愈，随后出现肝肾阴虚，脾肾虚寒的证候，给治疗带来困难。

4.6 证 类 病 机

湿热下注：多因过食辛燥肥甘之物，脾胃湿热内生，或因脾失健运，聚而为湿，脾主四肢，湿性趋下，与热搏结而发本病。

气虚血瘀：多因站立过久或过度劳累而致正气虚弱，气虚则血运无力，血脉瘀滞，影响局部气血的运行而发病。

肝肾阴虚：肝主筋、肾主骨，病程日久，湿热化火伤阴，损及肝肾导致肝肾阴虚。

脾虚夹湿：中气不足，脾虚不健，气血生化乏源，水运失职，聚面成湿，复感外来湿邪兼夹发病。

脾肾虚寒：病之后期，中气更为不足，后天难以养先天导致肾气虚弱，病程日久，脾肾阳虚而呈虚寒之象。

5 临 证 思 路

5.1 抓 住 主 诉

小腿内外腐痒痛、糜烂、溃疡。

5.2 分 析 病 位

臁疮病位在小腿内外臁，内侧多于外侧，从病证归属上看，与脾胃、肝肾密切相关。

5.3 重 视 辨 病

本病有经久站立工作史，患肢多有小臁青筋暴露(下肢静脉曲张)，初期局部多先痒后痛，燉红漫肿，继则破溃脓水淋漓，疮面腐暗，形成溃疡。后期溃疡因经久不愈，疮口下陷，边缘皮肤苍白增厚，形似缸口，疮面肉色秽暗，流溢灰黑或带绿色污水臭秽，疮口周围皮肤暗红或紫黑，或因毒水浸淫而并发湿疹，疮面愈腐愈深，甚至腐肉脱尽，显露臁骨。当下肢慢性溃疡近期内出现溃疡边缘或溃疡当中不规则隆起，出血或分泌物恶臭或局部剧痛者应警惕溃疡有癌变之可能，其特点列表如下：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

	癌变前	发生癌变时
溃疡边缘	边缘较整齐，中等度硬，平坦或微隆起	边缘不规则，明显隆起呈乳头状或外翻呈菜花状
溃疡创面	平坦可稍有隆起的较小结节状肉芽呈淡红或灰白色，质地软	溃疡底明显高低不平，有大小不等的坚硬结节，黑褐色
创面出血	多无出血情况	经常间断出血常为自发性出血
创面分泌物	少许脓性分泌物，一般无臭味	分泌物常为血性呈恶臭
疼痛	局部无痛或轻度疼痛	局部或患肢剧痛难忍，止痛药无效

5.4 确定病性

臁疮的病性为本虚标实，气虚为致病之本，气滞血瘀为基本病机，依据有三：一是该病患者年龄较大，多因久站久立，或担负重物，耗伤正气，易致气滞血瘀，陈血瘀积于下肢，阻碍气机，瘀不去新则难生，故而可见下肢青筋显露，疮周灰暗，脱屑，毛发稀少；二是年轻人若得此病，病机属气滞血瘀，气滞则正气难行，血瘀则气无所依，久必致气虚，气虚可使气滞血瘀加重，复感湿热毒邪；三是从现代医理分析，病因尚未确定，但该病患者下肢深静脉功能不全，为必有之病理，与中医本虚(气虚)理论不谋而合。

6 鉴　　别

臁部结核性溃疡：常有其他部位结核病史，皮损初起为红褐色丘疹，中央有坏死，溃疡较深，呈潜行性，边缘呈锯齿状，有败絮样脓水，疮周色紫，溃疡顽固，长期难。愈病程较长者，可见新旧重叠的疤痕，愈合后可留凹陷性色素疤痕。

臁部癌性溃疡：可为原发性皮肤癌，也可由臁疮经久不愈，恶变而来。溃疡状如火山，边缘卷起，不规则，触之觉硬，呈浅灰白色，基底表面易出血。

臁部放射性溃疡：往往有明显的放射线灼伤史，病变局限于放射部位，常由多个小溃疡融合成一片，周围皮肤变有色素沉着，或夹杂有小白点。损伤的皮肤或肌层明显僵硬，感觉减弱。

7 临 床 治 疗

7.1 中医分证论治

7.1.1 湿热下注

临床表现：局部先痒后痛，或痛痒相兼，掀红漫肿，继则破烂，脓水或滋水淋漓，形成溃疡。疮周皮肤红赤或红紫，伴灼热感。

治法：清热利湿，和营消肿。

方药：三妙丸合萆薢渗湿汤加减。

金银花　紫花地丁　萆薢　防己　茯苓皮　生薏仁　当归　赤芍　丹皮　生甘草　三

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

妙丸

临证参考：应用清热药切勿太过，必须兼顾胃气，若过用苦寒，势必损伤胃气，而致嗳酸、便溏、纳呆等症状。过投寒凉能影响疮口愈合。湿为粘腻之邪，易聚难化，常与热、风、寒、暑等邪相合而发病，又可化燥、化寒，故治疗时必须结合清热、祛风、散寒、清暑等法同时合并应用；理湿之药，过用每能伤阴，故阴虚、津液亏损者，宜慎用或一般不用。

7.1.2 气虚血瘀

临床表现：患处肿痛，四周皮肤紫黑发硬，患肢青筋怒张明显。

治法：补气和营，活血化瘀。

方药：桃红四物汤、补阳还五汤加减。

生黄芪 当归 丹参 川芎 赤芍 红花 地龙 丝瓜络

临证参考：和营法虽是常用，但很少单独应用，往往根据疾病的不同原因，需与其他治法合并应用，如有寒邪者，宜与祛寒同用；血虚者宜与养血同用。和营祛瘀的药品，一般性多温热，所以火毒炽盛的疾患，不宜使用，以防助火；对气血亏损者，破血药也不宜过用，以免伤血。

7.1.3 肝肾阴虚

临床表现：溃疡日久不愈，漫肿微痛，滋水不多，腰膝酸软，足跟疼痛，舌红少苔，脉细数者。

治法：滋养肝肾，佐以清热。

方药：知柏地黄丸加减。

知母 黄柏 生地黄 熟地黄 山萸肉 丹皮 猪苓 茯苓 泽泻

临证参考：孤阴不生，独阳不长，阴阳互根，故滋阴法中常用二味助阳药，除相互配合外，且能更增药效。

7.1.4 脾虚夹湿

临床表现：局部漫肿滋水，早宽暮肿，体倦食少，舌淡脉弱者。

治法：升发脾阳，佐以利湿。

方药：补中益气汤加减。

黄芪 党参 焦白术 当归 升麻 柴胡 草薢 生苡仁 茯苓 炙甘草

临证参考：用扶助脾胃药物，使纳谷旺盛，从而促进气血生化的来源。凡外疡溃后膝血大泄，必须靠水谷之营养，以助气血之恢复，加速疮口愈合，正如《疡科纲要》所说："外疡既溃，肢毒既泄，其势已衰，用药之法，清其余毒，化其余肿而已，其尤要者，则扶持胃气，清养胃阴，故纳谷旺而正气自充，虽有大疡，生新甚速"。若胃纳不振，则生化乏源，气血不充，溃后难敛。

7.1.5 脾肾虚寒

临床表现：患处肉色黯黑，脓水稀薄，倦怠畏寒，足胫浮肿，饮食少思者。

治法：扶元固本，温补脾肾。

方药：附桂八味丸加减。

熟地黄 山药 山萸肉 泽泻 茯苓 丹皮 肉桂 制附子 生苡仁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：补益法若用于毒邪炽盛，正气未衰之时，不仅无益，反有助邪之害。若火毒未清而见虚象者，当以清理为主，佐以补益之品，切忌大补　若元气虽虚，胃弱不振者，应先以健脾醒胃为主，而后才能进补。

7.2 中 成 药

① 三妙丸：由苍术、黄柏、牛膝组成。每日 2 次，每次 4.5g。功能清热利湿，和营消肿。

② 补中益气丸：由黄芪、人参、白术、当归、陈皮、升麻、柴胡、甘草组成。每日 2 次，每次 4.5g。功能补中益气。

③ 地龙片：地龙研粉加适量赋形剂轧片而成。每次 5 片，每日 2 次。功能祛风潜镇。

④ 当归片：当归研粉加适量赋形剂轧片而成。每日 2 次，每次 5 片。功能养血祛风润燥。

⑤ 黄芪片：黄芪研粉加适量赋形剂轧片而成。每日 2 次，每次 5 片。功能补气。

⑥ 附桂八味丸：由熟地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、肉桂、附子组成。每日 2 次，每次 6g。功能温补肾阳。

7.3 外 治 法

外用药是治疗臁疮的重要手段，外敷药能直接渗透肌肤，清热解毒，祛腐生肌，活络止疼、促进伤口愈合。应用散剂时药量要少，以能覆盖疮面即可，如过量，一是刺激伤口，二是影响脓汁的排出，对伤口愈合无益。

7.3.1 分期治疗

7.3.1.1 初期：①红肿热痛的，用金黄膏清热祛湿、散瘀止痛。②红肿作痒，周围伴发湿疹的，用青黛膏薄贴，或以青黛散扑之，收湿止痒、清热解毒。③破烂出水，溃脓、腐肉不脱的，用九一丹掺后，再以上述油膏盖贴，清热解毒、提脓祛腐。④疮面有污秽坏死的坚硬基底，或复以枯萎色泽的肉芽，并被以脓液性的秽凝，分泌物有恶臭的，改九一丹为八二丹或七三丹，祛除污秽或坏死组织，溶解坚硬的基底和基底的肉芽、脓性苔藓样附着物。对升丹过敏者，可改用黑虎丹或青八宝丹。每日换药 1 次。滋水淋漓者可每日换 2 次。

7.3.1.2 后期：①疮面清润呈颗粒状肉芽者，仅渗浆液性粘液者，掺生肌散后用白玉膏盖贴，生肌收口。②疮面尚有腐肉者，用九一丹、红油膏外敷，祛腐生肌。③疮口凹陷，时流污水，久不收口者，用夹纸膏祛腐止痛。④腐肉突出疮外者，先用平腐丹或枯矾粉腐蚀平腐，待腐平后再用生肌散，而且用油膏宜薄。每 3～5 日换药 1 次，动作宜轻，以免损伤新生上皮。

7.3.1.3 注意事项：凡皮肤湿烂，疮口腐化已尽，摊贴油膏，应薄而勤换，以免脓水浸淫皮肤，不易收口；目前调制油膏大多应用凡士林，凡士林系矿物油，也可刺激皮肤引起皮炎，如见此等现象应改用植物油或动物油。若对药物过敏者，则改用他药。油膏用于溃疡腐肉已脱、新肉生长之时，也应摊贴宜薄，若过于厚涂则使肉芽生长过剩而影响疮口愈合。

一切外疡在溃破之初，必须先用提脓祛腐药，若脓水不能外出，则攻蚀越深，腐肉不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

去，则新肉难生，这样不仅增加病人的痛苦，并且影响疮口的愈合，甚至造成病情变化而危及生命。因此，提脓祛腐是处理溃疡早期的一种基本方法。但升丹究属刺激药品，凡对升丹有过敏者，则应禁用。对大面积疮面，也宜慎用，以防过多的吸收而发生汞中毒，凡见不明原因的高热、乏力、口有金属味等汞中毒症状时，应立即停用。此外，升丹如能陈久使用，越陈越好，则可使药性缓和而减少疼痛。升丹为汞制剂，宜用黑瓶装置，以免氧化变质。

生肌收口药具有解毒、收涩、收敛，促进新肉生长的作用，掺布疮面能使疮口加速愈合。疮疡溃后，当脓水将尽，或腐脱新生的时候，若仅靠机体的再生能力来长肉收口，时间上较为缓慢，因此，生肌收口也是处理溃疡的一种基本疗法。脓毒未清、腐肉未尽时，若早用生肌收口药，则不仅无益，反增溃烂，延缓治愈，甚至引起迫毒内攻之变；若已成漏管之证，即使用之，勉强收口，仍可复溃，此需配以手术疗法，方能达到治疗效果；若溃疡肉色淡而少红活，新肉生长缓慢，则宜配合内服药补养法和食物营养，内外并施，以助新生；臁疮日久难敛，则宜改善局部的气血运行。

7.3.2 验方

7.3.2.1 膏剂(或糊剂)：即将药物研成细末后，加入一定比例的基质调制而成。包括膏药和油膏两类。

膏药古代称之谓薄贴，现称谓硬膏。膏药是按配方用若干药物，浸于植物油中煎熬去渣，存油加入黄丹再煎，利用黄丹在高温下经过物理变化，加工而成的制剂，俗称药肉；但亦有不用煎熬，经捣烂而成的膏药制剂，再用竹签将药肉摊在纸或布上而成。膏药总的作用，因其富有粘性，敷贴患处，能固定患部位置，从而得到充分的休息，保护溃疡疮面，可以避免外来刺激和细菌感染，在膏药使用前加温软化之热量敷贴患部，能得到较长时间之热疗。改善局部血液循环，面增加抵抗力；至于具体的功用，则依据所选药物功用不同，可使肿疡消肿定痛，溃疡提脓祛腐、生肌收口。

油膏是将药物和油类煎熬或捣匀成膏的制剂，现称谓软膏。目前油膏的调剂，有用猪脂、羊脂、松脂、麻油、黄蜡、白蜡以及凡士林等不同。在应用上的优点有柔软、滑润、无板硬粘着不舒的感觉，尤其对病灶凹陷折缝之处，或大面积的溃疡，使用油膏更为适宜，故医者常习用油膏来代替膏药。

① 苦参膏：苦参 30g，黄柏、当归、蛇床子、地肤子各 15g，川花椒 9g，黄蜡、白蜡、松香各 90g，太乙丹 30g，樟脑 9g，麻油 1000g。此膏善治湿热，拔毒灭菌，有镇痛止痒，消肿生肌之效。专贴新久臁疮，不论或痒或痛，溃烂臭秽者均效。

② 下肢溃疡硬膏：炉甘石 30g，密陀僧 9g，大梅冰 1.8g，凡士林适量。调成硬膏，摊布于油纸上敷贴，具有排脓收敛作用。

③ 肉芽合剂：乳香、没药各 6g，血竭 3g，轻粉 1.5g，煅石膏 18g，凡士林适量。适用于一般溃疡面较大，特别是疮面肉芽清润者。

④ 马钱子膏：马钱子 7 个(去外皮)，当归、红花、白芷各 9g，轻粉 3g，血竭花 6g，樟丹 120g，香油 240g，鲜槐枝 120 支。摊布上外贴。

⑤ 天胡荽膏：天胡荽全草 50g，土霉素粉 1g，鸡蛋清 1 只。

⑥ 去腐生新膏：当归、丹参各 30g，甘草 10g，白蔹、紫草各 15g，煅龙骨、煅石膏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

各 15g，轻粉、蜈蚣各 10g，枯矾 3g，冰片 1g，珍珠粉各 1.5g，麻油 500ml，白蜡 60g。

⑦ 顽疡膏：大将军(屎壳螂，新鲜为佳)12g，乳香、没药各 2g，紫草 15g，大枣肉 14 枚，当归 7g，猪油适量。

⑧ 溃疡灵：大青叶、芙蓉叶、当归等按一定比例提炼成软膏，浓度为 5%。

⑨ 复方紫草膏：紫草、猪蹄甲粉(焙至焦黄研末)、松香各 30g，植物油 250ml。2～5 天换药 1 次。

⑩ 溃疡宁膏：乳香、没药、煅牡蛎各 30g，血竭、五灵脂各 15g，儿茶 10g，煅珍珠 3g，麝香 1g，研面后混匀。粗如筷子般的桑、柳、桃、槐、榆树隔年枝条各 70cm，透骨草、当归、红花各 9g，川芎、川牛膝、五加皮、石菖蒲、苍术各 7.5g，广木香、秦艽、蛇床子、肉桂、附子、半夏、石斛、菟蘼、鹿茸各 3g，穿山甲 36g，黄丹 500g。猪下颌骨 1 具，加麻油 1500g 浸 7 天，熬调成膏状，掺入上述药粉混匀制成膏药。

⑪ 祛腐生肌灵：轻粉、冰片、血竭、没药、乳香各 6g，煅石膏、皮胶珠各 9g。蜈蚣 12g，门冬 18g，丹参 15g，研成细末，用蛋黄油调成糊状。

⑫ 创愈膏：官粉、樟脑、冰片各 6g，大黄 10g，黄芩、黄柏、干姜粉各 30g，加凡士林调成膏。敷药前创面先用温淡水冲洗。

⑬ 溃疡膏：制炉甘石 60g，黄柏 20g，冰片 15g，密陀僧 60g，猪板油 20g，食醋适量。7 天换药 1 次。

⑭ 化腐生肌丹：红升丹、轻粉、官粉、银珠、樟丹、乳香、没药、血竭、松香、冰片，研极细末，加食用香油调成 30%油膏。

⑮ 皮肤湿疹软膏：密陀僧 6g，炉甘石 9g，大梅冰 1.5g，麻油适量。适用于下肢溃疡并发周围皮肤渗出性湿疹。

7.3.2.2 粉剂(或散剂)：将各种不同的药物研成粉末，根据制方规律，并按其不同的作用，配伍成方，用时掺布于膏药或油膏上或直接掺布于病变部位，或粘附在纸捻上再插入疮口内，以达到消肿散毒、提脓祛腐、腐蚀平胬、生肌收口、定痛止血、收涩止痒、清热解毒止痛等目的，故谓之掺药，即古称之散剂，现称之粉剂。此外，掺药配制时，应研得极细，研至无声为度。其植物类药品，最好另研筛过，矿物类药品，最好水飞，麝香、樟脑、冰片、牛黄等香料药品，最好另研后下，再与其他药物和匀，成为散剂方可应用。否则用于肿疡，药性不易渗透；至于有香料的药粉最好用瓷瓶贮藏，塞紧瓶盖，以免香气走散。

① 杏花散：荸荠粉 30g，太乙丹 3g，轻粉 1.5g，大梅冰片 0.9g。适用于臁疮新起湿烂流水，痒疼交作，浸淫成糜烂面。外盖苦参膏，每日换药 2 次。

② 妙应丹：真琥珀、白蔹、密陀僧、铅粉、血竭、煅枯矾、百草霜、煅西月石、海螵蛸、老紫草各 9g，煅龙骨、煅石膏、赤石脂、轻粉(炒去油)、乳香、没药各 15g，炉甘石 90g，(水飞研极细)，用黄连 6g 煎汁，枯红时加入，大梅冰片 3g。适用于老年顽固臁疮，溃烂臭秽，血水淋漓，疼痒交作，久不收敛。外贴苦参膏。

③ 大黄甘草粉：锦文大黄 15～21g，粉甘草捶碎去其纤维取净粉约为大黄的 1/2。用新干层包扎。

④ 老烂脚粉：密陀僧 150g，血竭、白蔹、枯矾各 60g，黄连、白蔹、黄柏各 30g。研

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

细末。

⑤ 二黄粉：大黄、黄柏。等分研细末。

⑥ 血竭生肌散：石膏、轻粉、赤石脂各 30g，血竭 3g，龙骨、乳香、樟脑各 9g，黄丹、麝香各 6g。研末。

⑦ 祛腐生肌散：1 号：红升丹 50g，轻粉 15g，煅石膏 30g，冰片 5g。适用于伤口深或有窦道，坏死组织不易脱落者。2 号：红升丹 25g，乳香、没药各 15g，血竭 10g，煅炉甘石 30g，冰片 5g。3 号：红升丹 5g，儿茶 10g，没药、乳香各 15g，血竭 10g，煅炉甘石 40g，冰片 5g。2、3 号适用于疮面脓性分泌、减少坏死组织渐脱者。上述三药每次用量约 0.3～0.8 克，连续应用不超过 1 个月。汞过敏者忌用。

⑧ 珠矾散：三七 20g，枯矾、冰片、珍珠各 10g，按比例混匀过 200 目筛。每平方厘米疮面用药 2～4g，每日 1～2 次。

⑨ 猪蹄甲散：猪蹄甲 30g，乳香、没药各 9g，冰片 6g，接骨草 6g。研细末。

⑩ 地骨皮粉：地骨皮、马勃、地榆各适量。研粉。若溃疡有大量分泌物，可适当加马勃粉和地骨皮粉。

7.3.2.3 煎洗剂：古称溻渍法，是用药物煎汤淋洗患部或湿敷的方法。它能使疮口洁净，祛除毒邪等，从而达到治疗目的。在洗涤时，冬月应该保暖，夏令宜避风凉，以免感冒加重病变。

① 葱椒汤：花椒、葱适量。或再加大韭、白鲜皮、苦茶、盐等。煎汤外洗。

② 蒲公英、甘草、当归、薄荷等分，煎汤外洗。

③ 去腐灭菌液：黄连、黄柏、黄芩、连翘各 15g，金银花 9g。水煎过滤后湿敷。

④ 生肌收口液：归尾、血竭各 6g，紫草、白及各 12g，甘草 18g。水煎过滤后湿敷。

⑤ 黄连乌梅液：乌梅 100g，加水 5000ml，慢火煎成 100ml，过滤，加入黄连素片 100 片(50mg/片)搅匀，纱布湿敷。适用于溃疡创口肉芽增生过剩。

⑥ 鲜枸杞根液：鲜枸杞根 250g，加水 3000ml 煎熬成 2000ml，熏蒸、清洗半小时，晾干后宽胶布粘贴创面。

7.3.2.4 其他

① 鲜茄子外敷：常规清洁疮面后，取新鲜茄子切片贴于疮面，敷料包扎，每日或隔日换药 1 次。有清热凉血、收敛吸水作用。

② 老南瓜瓤外敷：常规清洁疮面后，取新鲜老南瓜瓤(去子)捣烂敷患处，外用敷料包扎，每日换药 1 次。有清热凉血、高渗和局部营养作用。

③ 桑白皮外敷：新鲜桑树根皮，呈叠瓦状包扎患处，3～4 日换药 1 次。

④ 鸡蛋黄油：煮熟鸡蛋黄，放入锅内文火煎熬，炸枯去渣存油。

⑤ 溃愈液：活蚯蚓 100g，置净水中 1 小时，吞吐泥土，加白糖 30g，浸溃 3 小时，过滤渗出液，加适量黄连素，高压消毒后湿敷。

⑥ 胎盘注射液：溃疡处依次用双氧水、0.1%新洁尔灭溶液清洁处理，拭净分泌物，依疮面大小取胎盘组织液适量浸透的纱布填塞或覆盖疮面，外盖一层凡士林纱条及敷料固定。2～3 天换药 1 次。

⑦ 胰岛素：双氧水清洁疮面，感染控制后，撒少许白糖或蜜糖及胰岛素 2～3 滴，然

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后用2%盐水湿敷(水肿不甚者用等渗盐水),隔日换药1次。

7.4 缠 缚 法

溃疡创面用药外敷后，再用绷绷带缠缚患处和整个小腿，隔1~2天换药1次。也可用绑腿带或医用弹力护腿绑缚整个小腿。

7.5 胶布包扎法

将胶布剪成1~2cm宽、长为小腿周径一圈半的胶布若干条，将布条包扎在小腿，自溃疡面上缘2~3cm处开始，呈叠瓦状封盖疮面，直到超过溃疡面下缘2~3cm处为止。分泌物少的，每周更换1次；如分泌物多，则3天左右换1次。本法不适用于伴有湿疹或对胶布过敏的患者。

7.6 锌 片 贴 敷

剥下废干电池或牙膏外壳，刮洗干净，取其锌皮，用75%酒精或1:1000新洁尔灭溶液浸泡30分钟备用。常规清洁疮口后，取消毒过的锌片，依溃疡的形状剪成大于疮面四周约0.2cm的样片，以锌片的内面(即干电池或牙膏壳的内面)对溃疡面，直接贴敷于疮面上，外用胶布固定。一般贴敷锌片的头几天分泌物较多，可每日或隔日更换敷料或锌片；当分泌物减少，可酌情灵活掌握换药时间，约5~8天换锌片1次，直至溃疡愈合。

7.7 温 灸 法

用艾叶或温灸药料放在姜片或蒜片上，置溃疡面上用线香点燃，或以陈艾叶作捻子，长约尺许，以桐油或麻油润透，点火，距疮面半寸以外，从周围自外而内照之，至疮口自觉温暖为度。每日或隔日1次，温通疮面局部经络，促使阴消阳回。适用于溃疡表面组织清冷，呈淡白色或灰白色纤维样而渗出稀脓水者。

7.8 热 烘 疗 法

疮面用药外敷后，加用电吹风吹烘患处，每日1次，每次约10~20分钟，视皮肤病变部位大小可适当增减时间，药物通过热烘，加强了渗透作用，而使局部气血流畅，腠理开疏，从而达到疏通经络、活血化瘀、加快疮面愈合的作用。

7.9 氦氖激光治疗

采用3~5mW氦氖激光束垂直照射于疮面上，光斑直径0.3厘米，照射距离5~10cm，每日照射2次，每次10分钟。气得热面散，血得热而行。激光具有产生压强效应、热效应、光化效应、电磁场和生物效应。而氦氖激光除了对皮肤、粘膜层组织有比较缓和的光热作用外，且有能量集中、穿透力强的特点，能使断裂的表皮神经再生和皮下毛细血管扩张，从而改善局部组织的血液循环和组织的营养状态；此外，氦氖激光还能激活体内多种酶的活性，增加人体免疫能力，并能调节神经系统，促进新陈代谢，使炎性肿胀消失，肉芽组织再生，加速皮肤、粘膜疡面的愈合。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.10 饮食疗法

饮食疗法可提高机体抗病能力，促进疮面愈合。

（1）食疗原则

① 饮食以清热利湿为主，脓未净，需托毒排脓，疮面可收敛生肌。

② 饮食宜清淡，以富有营养的食品为主。初期选择水果、蔬菜、米汤、藕粉、豆浆、豆制品、绿豆、荸荠汁、萝卜汁等清凉之品，以助药物清热解毒利湿之功，后期多食健脾胃、易消化的食物，并应注意饮食中蛋白质的含量，如山药、花粉、红枣、人参煎汤可使脾胃气血生化有源，气充血旺，濡养四肢，吃一些鸭、鱼、鸡蛋、瘦肉、牛奶等以加快恢复，疮面易敛。

③ 饮食忌食生冷，忌辛辣油腻，忌烟，忌酗酒，忌食有刺激性可引起过敏的食品，如海产品、莴苣、猪头肉等。

（2）食疗方法

① 艾叶方：艾叶适量，洗净后烤至焦黄，研细末备用，用时先用淡盐水洗净疮面，将艾叶粉薄薄一层撒在疮面上，用消毒纱布盖好，每日1次，病愈为度，此方具止血、消肿、生肌之效，适用于下肢溃疡日久病重者。

② 无花果方：无花果适量，取肉捣烂后敷于疮面上，用消毒纱布包扎好，此方适用于下肢溃疡，疮面溃破有臭味者。

③ 二黄方：黄鳝500g，黄芪50～100g，先将黄鳝活杀去内脏，洗净切段，放入黄芪，加水一同煎熟，吃鳝肉饮汤。此方适用于下肢溃疡，疮面久不收口者。

7.11 临床用药经验与体会

臁疮之病因，历代医家众说纷纭，有湿热、血热、风毒、瘀血、肾虚、脾虚不等。唐汉钧据多年临床所见，认为气滞血瘀为其基本病机，究其致病之根本，则在于气虚。唐汉钧抓住气虚是臁疮之根本原因，气滞血瘀为其病机，“虚”与“瘀”同时存在，湿热、血热、火毒等为其常见诱因，临证之时，标本并重，法用扶正与祛邪并施，方选补阳还五汤加减，药用：黄芪、太子参、丹参、川芎、桃仁、地龙、牛膝、苡仁、泽兰等，注重益气通络祛瘀，随证加入祛风、清热、利湿、解毒之品，使得标本兼顾，正气旺盛，从根本上进行治疗。

臁疮病在体表，外治甚为重要，清代吴师机《理瀹骈文》云：“外治之理即内治之理，外治之药即内治之药，所异者，法耳”。药物局部应用，直接抵达病所，更能发挥其作用。古之“祛腐生肌”的治疗观点，对于一般溃疡，确有良效；然臁疮病机为气滞血瘀，腐去之后，仅用生肌，疗效不显。唐汉钧独辟蹊径，创“祛瘀生肌”与“祛腐生肌”相辅相成，使得祛瘀有利生肌，祛瘀不致化腐，祛瘀不致成瘢。根据临床多年经验，以祛瘀生肌为组方法则，创制外用方，定名“复黄生肌愈疮油膏”，药由大黄、蛋黄油、珍珠粉、紫草、血竭、象皮等组成，以传统工艺炮制。该药可增加局部疮面的血供及氧合，使疮面渗液pH值改变，疮面组织中生长因子分泌性增加，愈合速度及愈合质量随之得以改善，愈后瘢痕较小。

臁疮，在西医多属下肢静脉性溃疡，多伴下肢静脉曲张。络脉失养，若患者稍有不慎，碰破表皮，则成溃疡，复因感染，迁延难愈，久则疮口凹陷，边缘如缸口，表面组织呈淡白色或腐烂不堪。唐汉钧诊病，中西合参，注重辨病辨证相结合。他先将疮面细菌培

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

养，辨明是何菌种，何药敏感，针对病情，将不同抑菌制剂与中药化腐之丹剂局部交替使用，利于祛腐、清热、消炎，同时辅以中药清热、利湿、活血、行气之剂内服，利于取效。疮面愈合后，为根治其病，将硬化剂注射于局部浅表静脉中，使之机化，使瘀血无藏身之地，新血得以充养，肌肤得以滋润，此种疗法，损伤较小，患者易于接受，效果明显。

臁疮病因虽明，病机亦清，但病情千变万化，有痛痒相兼、或燉红湿肿、或滋水淋漓，疮面有圆形、斜形、基底深凹或腐肉突出不等。唐汉钧主张具体用药应加区别，初期祛邪为主，控制感染为其要法，辅以祛瘀生新；后期扶正为主，祛瘀与生肌并用，促进疮面早日愈合。

唐汉钧诊病，注重调护。凡见患者来诊，常嘱用弹力绷带绑腿，一则利于肌肉收缩，加强血液回流，祛除瘀血；二则避免病邪再次侵入加重病情，并嘱卧床休息，患足抬高，使其血流畅通。饮食宜清淡，忌辛辣、易发之类，多食血肉有情之品，营养食品配合药物，能使机能旺盛，利于恢复。

7.12 西医治疗撮要

7.12.1 病因治疗

由静脉曲张引起者，大隐静脉，切除曲张的静脉，改善小腿的静脉回流及皮肤皮下组织的营养。严重的大面积溃疡需切除溃疡修复疮面。

① 处理深静脉病变。解决肢体静脉回流及阻止血液逆流，消除下肢深静脉高压，以保证良好的远期效果。对深静脉血栓后遗症采用静脉转流、大网膜移植等手术，对肢体原发性瓣膜功能不全，设计应用股浅静脉瓣膜代替材料，全瓣环缩手术方法；不仅缩小瓣膜段股静脉口径恢复瓣膜功能，阻止血液逆流，而且用自体大隐静脉片作代替材料，加固瓣膜段静脉壁以对抗血栓策略作用，临床取得满意疗效。

② 解决下肢静脉高压所带来的继发性病变(主要是皮肤营养性改变及慢性溃疡)。高位结扎、剥脱浅表主干曲张静脉及结扎交通支。对瘢痕少的溃疡，在溃疡内后侧正常皮肤处做小切口，剥脱曲张静脉及结扎交通支。对多年顽固性溃疡、瘢痕组织多、皮炎造成皮肤发硬，或触不到曲张静脉区域，做溃疡周围广泛、间断经皮肤缝扎，促使曲张静脉闭塞，溃疡周围瘀血消失。

7.12.2 局部治疗

7.12.2.1 非手术治疗

(1) 控制感染：溃疡病灶常合并有多种细菌感染，对这种病灶首先要控制感染。对表浅的溃疡，经控制感染可治愈。常用如下方法：

① 湿敷疗法：湿敷液包括：盐水，各种抗生素盐水、新洁尔灭、呋喃西林溶液、雷夫诺尔液，及各种抗菌的中药液。每天换约 1 次。具体方法是：内层为浸有湿敷液的纱布，加盖油纱布并纱布包扎。

② 浸泡疗法：每天浸泡 1～2 次，每次 5～10 分钟。常用的浸泡液是 1/5000 高锰酸钾，新洁尔灭等，经浸泡后可继续湿敷疗法。

③ 半暴露疗法：经湿敷或浸泡后的病灶敷用单层油纱布进行半暴露疗法。

(2) 卧床休息，患肢抬高，弹力绷带的应用，对静脉性溃疡是非常必要的，可促进静

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脉回流减轻水肿。有利溃疡的修复和防止溃疡的复发。

7.12.2.2 手术疗法

面积小、溃疡浅的病灶，经非手术疗法可痊愈。但对于反复发作、四周疤痕、严重血供贫乏的慢性溃疡必须采用手术疗法。切除溃疡及周围疤痕，创面可采用皮片或皮瓣修复。

8 疗效评定标准

关于臁疮的临床疗效评定标准，由国家中医药管理局制定的行业标准确定，其内容如下：

治愈：溃疡愈合。

好转：溃疡缩小。

未愈：溃疡疮面未见缩小或有扩大。

9 调摄护理与康复

患足宜抬高，减少走动，使充分得到休息和血流通畅，以加速疮口的愈合。特别是生于足踒关节周围者，卧床休息尤为必要。若见肉芽生长呆滞时，更应绝对卧床休息。即或轻症患者，亦要求午后有适当时间卧床休息。

常进营养食品、滋补剂，能使机能旺盛，促进愈合。

疮口愈合后，也应昼避免直立用力、肩头负重、赤足涉水、经久站立工作和远途跋涉。并常用绑腿缠缚或“医用弹力护腿”保护，以避免外来损伤，引起复发。

注意对病人的情志护理，增强康复信心。因本病病程久，易产生焦虑、烦躁的心理，情绪低落，要注意关心开导病人，向病人讲解疾病的发展过程和预后，对烦躁易怒的患者要热情接待，耐心解释病人提出的问题，尽量满足病人的要求，使之情绪稳定，心情舒畅，能与医护密切配合，增进早日康复的信心。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病 因 研 究

静脉瘀血是小腿皮肤营养性改变和溃疡产生的病理基础。下肢慢性溃疡病人大多伴有下肢静脉曲张，故以往曾一度沿用“静脉曲张性溃疡”这一术语，认为下肢静脉曲张是导致溃疡的主要原因。近年来不少学者应用静脉造影发现80%溃疡患者伴有深静脉损害，并指出：交通静脉及浅静脉功能不全虽然常见，但其中多伴有深静脉功能不全，因而深静脉系统功能不全方为导致溃疡发病的关键。可以说，这一观点已得到公认。

长期下肢静脉曲张和深静脉血栓形成是慢性溃疡主要原因，陈翠菊等诊治162例196条肢体静脉曲张性溃疡，发现属单纯大隐静脉曲张引起的只有3条占1.5%，98.5%为深静脉病变所引起，其中92%是原发性瓣膜功能不全引起。[1]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

196条肢体瓣膜功能

类型	瓣膜	瓣膜功能				
		0	1	2	3	4
单纯性大隐静脉曲张	3	3	0	0	0	0
先天性静脉畸形	1	1	0	0	0	0
深静脉栓塞或再通	12	6	2	2	2	0
原发性瓣膜功能不全	180	0	0	0	77	103
合计	196	10	2	2	79	103

下肢深静脉血栓形成后遗症显然是由于阻塞所引起的血液回流障碍以及再通后瓣膜破坏而造成血液逆流。原发性瓣膜功能不全因血柱策略作用造成静脉扩张，牵拉瓣叶不能闭合，使瓣膜相对关闭不全引起血液逆流。无论前者或后者都使下肢静脉处于高压瘀血状态，使小腿交通支瓣膜破坏，血液逆流入浅静脉，以致出现下肢肿胀，浅静脉曲张，肢体瘀血缺氧，皮肤再现营养性改变。而肢体肿胀缺氧，淋巴回流障碍渗出，皮肤抓痒增厚，湿疹样皮炎，致皮肤营养供应进一步恶化。

1.2 病机研究

1.2.1 纤维蛋白阻塞学说 Burnand提出本学说，皮肤真皮层毛细血管大多由单个血管内皮细胞组成。皮肤组织和血液交换中，血氧通过直接弥散，其他营养物质则依靠吞饮作用进入组织间隙。并认为环状沉积在毛细血管周围的纤维蛋白阻塞了氧分子及其他营养物质在组织间隙中的弥散，而纤溶的异常使清除沉积纤维蛋白能力下降，进一步加重这种沉着，最终造成组织缺氧和溃疡形成。以后众多研究者应用，免疫荧光法，确定溃疡区皮肤纤维蛋白沉着的存在，应用组织纤维蛋白自显影证实溃疡区皮肤纤溶能力明显下降，并经正电子发射断层摄影术证实静脉功能不全患者溃疡区氧弥散能力下降，组织利用氧减少，而只能借助效率较低的厌氧代谢。故纤维蛋白阻塞学说已渐趋公认。

钱虎声等以26例下肢静脉瓣膜关闭功能不全患者和15例正常者为对象，测定患肢足靴区静脉血组织型纤溶酶原激活物(tPA)和纤溶酶原激活物抑制剂(PAI)。结果表明，与对照组比较，静脉性溃疡和色素沉着者tPA明显降低，而PAI明显升高，且这种纤溶能力下降和程度与皮肤营养障碍的严重性呈明显的平等关系。由此可见，静脉血液纤溶活性异常是静脉性溃疡形成的另一重要因素。由于纤溶能力的下降，沉积在毛细血管周围的纤维蛋白难以清除，而且随着病程迁延，这种沉积不断增加，从而造成皮肤营养不断恶化，直至最终溃疡形成。对于血液纤溶能力下降的原因，早期曾疑为先天性的全身性因素，但近年Northeast等通过动物实验和临床观察，表明是下肢静脉高压造成的局部结果。[2]

1.2.2 腓肠肌“泵”功能不全 Christopoulos等认为原发性大隐静脉曲张患者发生溃疡是由静脉血逆流增加和腓肠肌“泵”射血分数减少两者共同所致；深静脉功能不全者静脉血逆流十分明显，故溃疡发病率取决于腓肠肌“泵”射血分数的高低；深静脉阻塞患者腓肠肌“泵”射血分数必然减少，溃疡发病率取决于静脉血逆流的程度。Browse等认为引

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

起腓肠肌“泵”功能不全最常见的原因是浅静脉逆流和深静脉阻塞。另外，Taheri 等用组化染色法观察腓肠肌活组织发现，下肢静脉功能不全患者腓肠肌有肌纤维萎缩和肌病样改变，应用 31P-磁共振技术证实腓肌内 ATP 含量减少，厌氧代谢产物增多，从而肯定了腓肠肌缺血的存在，这一事实无疑为腓肠肌“泵”在下肢静脉溃疡发病机制中的重要性提供了客观依据。

1.2.3 毛细血管内白细胞积聚 Thomas 等提出本假说，认为慢性下肢静脉功能不全患者在站立或行走时，下肢静脉压必然升高，使毛细血管的灌注压降低，流量减少，从而引起白细胞的积聚。积聚的白细胞可释放毒性代谢产物及蛋白水解酶，这些物质使得毛细血管壁遭受损害，造成毛细血管通透性增加及白细胞积聚加剧，前者使纤维蛋白原渗出形成纤维蛋白，沉着于组织间隙，后者则使毛细血管栓塞，造成以受累毛细血管为中心的区域组织缺血。上述两种因素共同促成了下肢静脉性溃疡的形成。该学说已得到一些实验和临床工作者的支持。

看来，下肢静脉性溃疡的形成是一个复杂的过程，恐难以单一因素予以解释。如临床所见，某些存在着严重的静脉逆流或腓肠肌“泵”功能不全患者可无溃疡形成。综合而言，当下肢静脉功能不全和腓肢肌“泵”的损害同时存在时，前者引起下肢静脉系统高压，加重腓肠肌“泵”的损害，后者则影响下肢静脉的排空，从而加重下肢静脉高压。其后果是毛细血管壁通透性增加，促成纤维蛋白在毛细血管周围的病理性沉着以及白细胞沉积的小栓子形成，最终形成溃疡。

1.2.4 邪毒阻络说 王沛等认为溃疡是邪毒与气血相争，腐败成脓，破溃脓出而形成的。它的根本机制是：邪毒未尽，脉络瘀滞，正气损伤所致。邪毒未尽是指脓腐未脱尽；正气损伤是指气血化为脓液而受损；而脉络瘀滞是指脓腐与正常组织(肉芽组织)之间的区域姑且称之为“溃疡瘀滞区”。这一区域决定溃疡的发展方向即痊愈、恶化、慢性迁延。毒邪盛、失治、误治，则瘀滞区腐坏并向里发展，溃疡加深；正胜邪衰、治疗得当，则瘀滞区气血流通，脉络通畅，托毒外出，脓腐化脱，新肉长出，疮面修复。[3]

2 临床研究

2.1 治则研究

2.1.1 去腐生肌

(1)腐者，坏、朽、陈、烂也。人体的细胞、组织，行将及已经变质、坏死，可称之谓腐。如死皮、腐肉、烂筋、蚀脉、死骨等均为腐象。疾病的产生和形成，即意味着腐的存在，人体的细胞、组织成腐，可产生脓液、瘀血、痂垢、窦道、死骨，清除这些病理产物，即“去腐”。

脓液为腐。《灵枢·痈疽》经已有阐述：“营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行，故热，大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓”。《外科全生集·痈疽总论》云：“脓之来，必由气血”。说明脓为热胜血肉腐败而液化的结果。

痂垢为腐。泛指溃疡面假愈合，虽然外已结痂，但内有余毒，这种痂垢可以称之为腐。痂垢不除，余毒留着为患，自然溃疡难以愈合也。

窦道为腐。感染性创口引流不畅，经久不愈形成窦道，窦道是藏污纳垢之所，作腐对

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

待是无可非议。临床上采用中药捻或手术扩创，目的均是“去腐”。即使窦道径变大，引流畅通，排除脓腐，改善血循环，使肉芽组织自窦道的基底向外填满创口而愈。

死骨为腐，慢性骨髓炎如有死骨存在，也是腐象。采用“碟形”手术取死骨，或以中药捻扩大伤口取出死骨，也寓“去腐”之意。

异物为腐。金创、异物伤可以使异物残留人体，手术中亦可因不慎有异物残留体内，或污染的线结未能及时取出，均可使创口不能愈合或愈后又溃，此均为“腐”象。“去腐”取出异物，能使创面很快愈合。

“腐有六象”散见于各种感染性疮疡疾病中，但不能统括各种溃疡性疾病，如放射性溃疡、神经营养性溃疡、激素药物应激性溃疡、药物过敏性溃疡、恶性肿瘤形成的溃疡等，故而“去腐”诸法是有一定的适应证。中药内用，如消、托、补三法，行气、活血、逐痰方药，可促成“去腐”。中药外用，泄毒排脓，手术扩创，取出异物等均为“去腐”。去腐方药之多不可胜数，然其治则只一“去腐”也。

（2）肌者，狭义称谓肌肉，广义包括骨、脉、筋、肉、神经、皮肤、粘膜。腐去新生，即脓液尽、瘀血行、痂垢脱、异物出，而后生出新的细胞，组织得以修复。

“生肌”，可运用益气、补血、滋阴、助阳等扶助正气药物，或内服，或外用，营养骨、筋、脉、筋、肉、神经，加速细胞再生、组织修复。

运用生肌治则时，尚需注意二个规律，一为肌平皮长，一为肌成膜生。体表创伤、溃疡必俟创口肉芽组织填塞，肌肉基本长满之后，上皮才从创口四周长出覆盖，缩小创面最后形成疤痕。空腔脏器内表面的溃疡，亦需待纵、环形肌肉新生成功，新的粘膜才开始覆盖创面。如果创口塌陷，上皮、粘膜覆盖创面，犹有成功反弃，假愈合之虑。

扶正生肌方药适用于腐去毒净有明显虚象者。如果仍有余毒，脓腐尚多，生肌方药不可孟浪，最好以清泄余毒为主，少佐补益之品。

“生肌”泛指生骨、生脉、生筋、生肉、生神经、生皮肤、生粘膜。用动物相类的组织服食，通过食疗促进“生肌”。如骨头汤可促进生骨，猪蹄汤可促进生筋生皮，猪肉、牛肉、鸡肉可促进生肉生脉生神经等，对于腐尽肌难生的创面，以阿胶外用可促进上皮新生，阿胶、白芷内服可促进粘膜新生。[4]

（3）王沛等认为前人采用丹类提脓去腐，脓腐尽则敷生肌长肉之品，同时服用补益之剂，此所谓“去腐生肌”法。临床及实验研究证明：使用丹类腐蚀之剂，能引起汞等中毒，甚至致畸与突变，也不利于普及与交流。而且临床使用不易掌握，少则腐脓不去，多则腐蚀好肉使原瘀滞区转化为腐肉与脓液，甚至腐蚀其下的正常组织，即出现祛邪而伤正。而生肌之药多收敛、燥湿或濡养，邪毒未尽，用之易敛邪毒。实验证明：目前常用的生肌散中许多药物可延缓创面愈合。因此，作者认为治疗溃疡应清余邪、行瘀滞、益气血。其关键在于疏通瘀滞区以行气活血。腐肉不脱是因为脓腐与瘀滞交接相错；新肉不长是因为瘀滞区阻滞气血不通。因此形成腐肉不去，新肉不长的局面致创面不愈合。前人从宏观的角度提示了这一客观现实，但并未认识到瘀滞区的存在和重要性。从而出现了临床中去腐易伤正，生肌每敛邪的现象。现代研究从微观角度证明了瘀滞区的病理实质：微循环障碍，炎性细胞浸润，部分病原微生物和坏死组织。[5]

运用行气活血之品，使瘀滞区气血流通，则腐脓自脱，新肉渐长，既无敛邪之弊又助气血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生长，从而开启了中医治疗溃疡的新思路、方法和着眼点。在诊治溃疡的临床中，经常会看到，腐肉和瘢痕组织，从中医学的角度认识，此即气血与邪毒搏结，阻滞不通所致，也是去腐与生肌之品应用不当所致，而行气活血又往往是治疗的正确有效方法。“去腐生肌”的关键并不在于单纯的腐蚀掉脓腐，或收敛湿养创面使之生肌，而是行气活血为主，改善瘀滞区的微循环，从而达到“去腐生肌”的目的。

2.1.2 “呼脓长肉”“偎脓长肉”

（1）王玉章等遵循中医学“化腐生肌，偎脓长肉”的理论用“化腐生肌丹”治疗本病取得一定疗效。通过对用药前后疮面的动态观察发现，用药之前，疮面腐肉较多、肉芽暗淡，疮缘较硬。印片中可见有大量坏死变形的中性白细胞，巨噬细胞吞噬力差。用药后，随着腐肉的脱落，溃疡周围轻度发红、充血，肉芽转健，渗液清净明润，细菌培养呈“无菌生长”；印片见大量纤维素及纤维母细胞、单核细胞增多，吞噬活跃。同时，新生上皮向创面移动，提示“化腐生肌丹”可能主要是通过化腐作用剔去坏死和缺乏生机的组织（腐肉）间接改善局部的微循环，增加局部的新陈代谢，刺激局部的肉芽增生，而加速了溃疡的愈合。[6]

本方中含有“化腐生肌”之圣药——红升丹，“低浓度汞化物”能刺激病烂肉芽组织，使结缔组织增生，而利于溃疡的愈合；方中之松香、乳没等乃木本之精脂，能生肌敛皮、活血通脉、消肿止痛，加速了上皮的形成。

（2）中医学认为：疮疡出脓是正气载毒外出的现象，也是腐肉变化而成的。出脓之多少，质之薄厚，味之轻重，色之明污皆与正气的盛衰、预后转归有密切关系。西医学也认为：脓液是化脓性炎症灶中的坏死组织被中性白细胞和坏死组织产生的蛋白酶液化过程中所形成的液体，内含大量变性坏死的细胞、溶解的坏死组织，活的和死的细菌和浆液，临床常根据创面脓液的特点判断化脓性致病菌的种类。一般认为创面有脓为感染加重，但同时也认识到伤口内有无有害的感染，主要应由临床判断，而不在于细菌学的证据，因而西医学称为“健全脓”或“无毒脓”。[7]

通过对下肢慢性溃疡的临床观察发现，本病治疗前大都表现为“疮口下陷，脓液稀少或脓液恶臭不秽，肉芽灰白或暗淡。此乃气血亏虚，属于阴证或半阴半阳证。治疗首先应温经回阳，即“呼脓去腐”“偎脓长肉”观察组用药后第2～7天，脓汁变稠，脓液增多，但作细菌培养，多呈无菌生长，当拭去脓苔，疮底之肉芽转健，红活明润。这种脓可能是疮面在药物作用下，局部组织代谢旺盛的表现，是“偎脓”的结果并非创面感染恶化所造成的，这是病症由阴转阳的一个标志与中医学的“呼脓去腐”、“偎脓长肉”相一致。

“化腐生肌丹”中有红升丹、轻粉、银珠、乳没等，皆为辛温或辛热之品，不但能提毒拔脓化腐生肌，而且可以活血消肿止痛，特别是红升丹与“敛脓”之铅丹相合，可以化阴回阳得稠脓而取效。

毛会亭用创面印片法对中药烧伤膜的作用进行观察，发现创面的愈合是在膜下积脓的情况下进行的，因此提出对作药前后的“脓”应区别认识。[8]

王氏通过对脓液细菌培养的观察，结合临床，指出外用中药后局部脓液增多，是疮面在药物作用下，局部组织代谢旺盛，气血充足的表现，是“偎脓”的结果，并非创面感染恶化所致，造成对脓液利弊的判断，不在于细菌学的证据而在于临床观察判断。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

天津医院骨科在治疗大面积软组织创伤的过程中发现，经外用中药“偎”出之脓，并不是坏死组织溶解而产生脓液，而是血浆内各种成分自血管内向外渗出的物质，其中包括大量的白细胞和蛋白质，这种渗出不但能稀释毒素，促进白细胞的吞噬作用，而且可以刺激创面四周上皮生长。[9]

上述认识，迥异于传统的西医外科良好的伤口处理原则：彻底地去除所有坏死的组织和防止液体积聚。可见，我们对“偎脓长肉”的“脓”的概念应有一个再认识的过程。脓之来必出气血，外用中药后局部创面脓汁增多是感染创面的正常代谢产物，是机体气血旺盛，托毒外出，促进创口愈合的好现象。但应注意，此“脓”稠不宜稀，色泽宜明净不宜污浊，气味宜清气不宜臭气。基于以上认识，“偎脓长肉”换药法被大量应用于开放性的感染创面的外治过程中。

2.2 治法研究

2.2.1 祛瘀生肌法

临床所见，用祛腐生肌法治疗慢性皮肤溃疡病人，在腐去之后，仅用生肌，创面不能愈合的病例屡见不鲜，究其原因，唐汉钧认为局部瘀滞未除，一则易于化腐，二则创面局部血供较差，故溃疡难以愈合，用“祛瘀生肌”作“祛腐生肌”的补充，不仅有助于祛腐，且利于生肌。腐在浅表，瘀在深里，浅表之腐易祛，而腐下之瘀难除，瘀日久可以化腐，广而言之，“腐”应当属于“瘀”的范畴，通过“祛瘀”断“化腐”之源，防致病之患，诸如中医外科临床多用“丹剂”祛腐，丹剂为剧毒之品，易于伤正，但因其功效独特，至今尚没有其他无毒之品能取而代之，使用祛瘀生肌可以将原本需用五五、七三丹者，改用八二、九一丹即足以取效，取其利而避其弊，“祛瘀”有利于“祛腐”为其临床意义之一。

传统中医外科理论认为，慢性皮肤溃疡是由于日久致虚，气血不能温运所致。我们在临床中发现，本病不仅与虚有关，而且同局部气血瘀阻关系密切，以“虚甚瘀重、瘀甚虚重”作为其病机，与西医学局部血供不足及全身营养不良是创面难愈的基本原因的观点不谋而合。在“虚”和“瘀”的关系上，概括言之“瘀为有形，虚为无影，由瘀可致虚。瘀需祛之，虚需补之。通补兼施，法宜祛瘀生肌”。已经证明改善局部血液循环和增加组织营养，能促进肉芽组织生长，且能使创缘上皮向创面中心爬行，故而“祛瘀”有利于“生肌”药物作用的发挥，是其临床意义之二。

创面愈合后疤痕大小与局部瘀血关系密切。瘢之形成，多由经络受阻，营卫失调，气滞血瘀，以瘀血为辨证关键。临证应予患者服用黄芪、太子参、丹参、水蛭、桃仁、川芎等益气活血祛瘀之剂，外用药在腐祛之后，及时改用祛瘀生肌之品，以改善局部血供，利于疤痕的吸收和软化，通过祛瘀以消瘢，我们将“祛瘀”与“生肌”合用，通过活血化瘀，不致气血阻滞，防止疤痕形成，且又具有生肌长皮之功效，使其祛瘀不碍生肌，生肌不致过度而形成增生性疤痕，是其临床意义之三。

2.2.2 祛瘀生肌法促进创面修复的临床作用

（1）改善局部创面组织的血液循环

临床研究中发现：祛瘀生肌法对局部创面颜色的改变（由紫暗——暗红——淡红——红润）有明显的影响，经四周的临床观察，复黄膏组创面的颜色转至红润的速度和病例数都

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

优于白玉膏($P<0.01$)，由于创面色泽的改变是局部血供外在表现，可以推论：祛瘀生肌法对局部创面血液循环有直接作用，良好的血供能为创面愈合提供氧和养料，促进细胞增殖和胶原形成并运走代谢产物，是成功愈合的基础。动物实验也证实祛瘀生肌法对创面修复过程中新生血管形成有直接影响，病理切片中祛瘀生肌组新生血管数目较多且管径较粗，免疫组化实验中 EGFR 在血管周围表达明显增强，由此作为祛瘀生肌法促进血管再生的形态学基础。局部血供的改善，加快了新陈代谢，组织中存在着一种原始的未分化细胞，在静止时固定在毛细血管外壁上作为血管外被细胞存在，随着毛细血管增长而增生，按不同需要分化成纤维细胞等。总之，祛瘀生肌药物通过改善局部血液循环，直接影响局部的血供，在创面修复中起重要作用。

（2）促进生肌长皮作用

以动态临床观察：祛瘀生肌法能够促进新生肉芽组织、新生上皮组织的再生，并优于传统生肌药物白玉膏($P<0.01$)。

实验研究证明，祛瘀生肌法通过对局部创面组织中部分生长因子、纤维联结蛋白、微量元素(Zn、Cu)的影响，从而参与创面愈合的调控过程，促进细胞增殖分化，调节基质形成、改善创面微环境，最终刺激肉芽组织上皮组织增生，利于创面修复，并从组织形成学角度加以印证。为祛瘀生肌法生肌长皮作用提供物质基础和理论依据，并说明临床和实验研究具有一致性。

生肌长皮是慢性皮肤溃疡创面愈合的基础所在，只有通过生肌长皮创面才能得到修复，因此祛瘀生肌法促进生肌长皮是其关键临床作用之一。

（3）对局部创面渗液的影响

临床观察中发现祛瘀生肌法对创面渗液有一定影响，使用复黄膏 1～2 周后渗液量没有明显改变，同生肌白玉膏相比也没有差异($P>0.05$)，但在用药三四周后复黄膏组创面渗液明显减少($P<0.01$)。文献报道创面修复过程中渗液所含生长因子、巨噬细胞、溶酶体等对促进组织修复至为重要，采用中医外用药物，直接敷于创面上，创面渗液很难具体检测其成分变化，但可以推测在用药初期局部创面渗液没有减少的原因，可能与提高局部免疫力，增加生长因子的分泌有一定关系。这与传统中医“假脓长肉”的学术观点相符合。在用药后期，复黄膏组和白玉膏组创面均有向中性(7.0～7.3)发展的趋势。经统计，同组间创面 pH 值用药前后有显著性差异($P<0.01$)，两组间比较没有区别($P>0.05$)。国内学者研究表明，创面渗液 pH 值变化与组织氧供有很大关系，并能影响细菌生长环境，具有一定抗炎作用，从临床生肌长皮作用来看，复黄膏对创面 pH 值影响有利于组织修复与上皮再生。

（4）对炎症的影响

临床研究中发现，复黄膏组在用药一周后，创面周围炎症带宽没有明显缩小，反面有扩大趋势，但在用药 2 周后，其创缘周围炎症带宽逐渐缩小，复黄膏在用药第四周同白玉膏相比炎症带宽明显缩小($P<0.05$)。动物实验中亦证实复黄膏组在病理切片中炎性细胞较白玉膏组少。

据文献报道，过去对外科抗炎药物的研究多着重于抑菌作用，现在从免疫学角度去研究外用中药抗感染作用，可能是通过调整机体免疫，增强机体抗病能力为主。局部创面血运和氧供的改善是祛瘀生肌法抗炎作用的关键机制，因为粒细胞消灭吞噬了的细菌有两种

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方法，是非氧依赖型，指胞浆颗粒与吞噬体融合后，使被吞噬的细胞与细胞内存在的抗菌酶类接触，如溶酶体、阳离蛋白等，组织氧供的局限可降低对许多致病菌的杀灭作用；二是氧依赖型，需消耗和还原大气中的氧，离开了足够的氧供，就无法转变成各种高能自由基，推动其抑菌和抗炎作用的发挥。

（5）减少疤痕的形成

大量临床观察中，发现祛瘀生肌法具有减少疤痕形成作用，临床通过测量创面愈合后疤痕面积和创面原始面积，并计算两者的比值作为指标。结果表明，祛瘀生肌法创面愈后所形成的疤痕较小，优于白玉膏。

动物实验已证明，祛瘀生肌法对胶原形成中起重要作用的微量元素 Cu 影响较小，不会引起胶原的过度沉积，复黄膏创面病理切片中胶原纤维排列整齐、平等，超微结构也提示：复黄膏组表皮修复同正常皮肤有相似的表现，从组织形态角度初步证明了祛瘀生肌有减少疤痕形成，呈皮肤修复的作用，同临床观察结果具有一致性。当然在创面修复中，在其重塑期疤痕形成机制相当复杂，祛瘀生肌法能阻碍疤痕形成的哪个具体环节产生影响，将是今后研究的重点。

3 实验研究

3.1 生长因子、纤维结合蛋白在伤口愈合中的作用

80 年代以来，已有大量体内外实验证明多种生长因子如神经生长因子（NGF）、血小板生长因子（PDGF）、表皮生长因子（EGF）、白细胞介素-1（IL-1）、白细胞介素-2（IL-2）、转化生长因子（TGF）、成纤维细胞生长因子（FGF）等对伤口愈合过程中炎症反应阶段的炎细胞趋化、组织增生阶段细胞和纤维增殖以及基质的形成、后期的组织改建均具有重要影响。最近的动物实验发现，EGF、FGF 的存在可以显著增加创面肉芽组织细胞或体外培养的成纤维细胞中的 RNA、DNA、羟脯氨酸、脯氨酸、蛋白质以及细胞外大分子的生物合成。TGFβ 在体外可以直接刺激人、大小鼠及鸡成纤维细胞合成胶原、纤维连接蛋白和多糖，同时也可刺激培养的成人静止性或增生性生长的动脉平滑肌细胞合成硫酸软骨素蛋白多糖。

纤维结合蛋白（FN）在伤口修复和愈合过程中的作用可概括为：①作为趋化因子诱导外周血中的单核细胞及其他吞噬细胞、上皮细胞、成纤维细胞向，伤口处运动；②作为一种非特异调理素调动吞噬系统清除病菌及组织碎片、净化伤口；③作为细胞运动的基质，促进细胞迁移；④作为基质形成的基础；⑤作为生长因子，具有强烈的促细胞生长活性。

3.2 外用中药制剂促进溃疡愈合的作用机制

近年来国内学者采用动物模拟实验的方法，探求中药制剂外用治疗溃疡的作用机制。研究证实中药有抗感染、抗炎、促进细胞生长使创面早日愈合的作用。

（1）魏振东等通过观察动物皮肤标本的光镜和电镜下病理变化，发现去腐生肌散等中药组的实验性皮肤溃疡与对照组相比其创面较洁净，毛细血管较丰富，血管较粗大，而炎性水肿程度较轻微，巨噬细胞较活跃，间质中胶原纤维含量较丰富。[10]

（2）李秀兰等以生肌象皮膏水煎液激活小鼠腹腔巨噬细胞，发现该药对巨噬细胞吞

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

噬、趋化、移动抑制均有增强作用。进一步观察活化的巨噬细胞膜 Fc 和 C 3b受体，发现该药对 EA 和 Y_6-花结形成率与厌棒苗相似，与对照组比较有显著性差异。提示生肌象皮膏对巨噬细胞受体有明显的增强作用，其抗感染作用在于提高机体的免疫功能。[11]

（3）张集圣等的动物实验发现，中药生肌玉红膏、生肌橡皮膏和麻油可使动物实验性伤口的 pH 值由 8 左右降低至 7.5 左右，而且肉芽组织内的羟脯氨酸含量明显增加，有利于伤口的生长与修复。

（4）何雁等应用组织化学观察骨炎膏治疗动物实验性溃疡肉芽组织中琥珀酸脱氢酶（SDH）含量变化，并且用 MPV2 型显微分光光度计进行检测。结果发现治疗组各期肉芽组织中 SDH 的含量明显高于对照组，而且治疗组表皮细胞再生能力强于对照组，说明中药骨炎膏有促进表皮基底部细胞分裂增生的能力。[12]

3.3 关于偎脓长肉的研究

3.3.1 关于促进细胞增生、分化的实验研究

3.3.1.1 促进表皮细胞的增生、分化

中药换药后，创面表皮细胞再生能力增强。组织学观察，镜下可见表皮细胞体积增大，数量增多，细胞间隙扩大，表皮细胞层数多，表皮基底部细胞分裂增生能力强。当创缘的上皮迅速生长时，伤口中央常见有“皮岛”出现，从而加速了创面的愈合速度。“皮岛”的光镜、电镜观察，以现“皮”岛系由幼稚细胞分化成表皮的基底细胞，并逐渐增生、分布而形成的。“皮”岛的形成可能是创面愈合中表皮再生的另一种方式。[13,14]

3.3.1.2 促进肉芽组织增生、分化

应用 5 号祛腐生肌散的实验研究表明，其创面肉芽干、湿重量均增加，组织学观察其肉芽组织成纤维细胞数量多，排列致密，分裂旺盛，肉芽层增厚，创面细平。以生肌象皮膏治疗感染性开放骨折的临床病例及动物实验，均可见在裸露的骨干表面长出“骨的肉芽”。“岛骨的肉芽”岛为新生的肉芽组织。中药换药不论是创面的肉芽组织或是“骨的肉芽岛”，镜下可见其中纤维母细胞数量多且分裂旺盛，新生毛细血管亦较多。[15,16]

3.3.1.3 促进创面再生血管的形成

中药换药的创面，均可见血运良好，外敷骨炎膏的创面，在手术后 14 天可见新生的毛细血管及小动脉、小静脉。毛文贤应用生肌象皮膏治疗感染性开放骨折，其创面毛细血管及毛细淋巴亦较多，管腔扩大。因为外用中药促进创面再生血管的形成，故创面皮肤覆盖早，创面收缩快。愈合后的新生表皮，其表皮层较厚，以细胞体积较大，细胞间隙宽，毛囊及皮脂腺发达，皮下组织的胶原纤维较松散，不聚集成粗大的纤维束。中药换药的瘢痕组织由于具有以上特点，故松软，弹性好。这些结构特点与临床上应用中药的瘢痕较平整，很少发生挛缩的疗效相符。[17]

3.3.2 关于细胞免疫、组织化学等方面的实验研究

中药换药抗感染力强是大量临床病例及动物实验所证实的，外用中药抗感染作用的机理值得深入探讨。中药换药特点之一，即在创面肉芽生长旺盛时，其黄稠无味之脓液分泌随之增强，感染也得到基本控制，伤口愈合快；反之，伤口不易愈合。这与中医“拔毒生肌”、“偎脓长肉”、“脓少清稀口不敛”之说相符。实验研究发现，中药换药所渗出的脓液

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中，溶菌酶含量高，巨噬细胞数量多，而且吞噬功能活跃，说明外用中药调动了机体的防御系统，从而加强了抗感染力。外用中药促进了创面的渗出，渗出是机体对发炎的一种病理反应，渗出的液体不仅能稀释毒素，促进循环，而且含有各种抗体、补体、纤维素及杀菌物质，这些都是局部消炎、组织重建的重要条件。[18,19]

为了深入研究外用药生肌象皮膏的抗感染作用机理，开展了生肌象皮膏对巨噬细胞的激活，加强趋化性，抑制移动及使其吞噬作用增强的研究。由于巨噬细胞聚集，停留在抗原入侵部位，并在此发挥强而有力的吞噬作用及局部免疫作用。大量资料证明，巨噬细胞吞噬作用，趋化性及移动抑制等作用的许多方面均与细胞表面受体功能有关。膜受体在调整巨噬细胞的免疫生物学功能中发挥重要作用。为此研究了生肌象皮膏对 EA 和 YC 花结形成率，实验结果表明，生肌象皮膏对巨噬细胞膜 Fc 及 C3b 受体有明显的增强作用。[20-22]

如意金黄膏、生肌玉红膏、黄连膏等外用中药同样具有活化巨噬细胞，提高巨噬细胞吞噬作用，活化的巨噬细胞还出现定向趋化移动。这些外用中药对巨噬细胞 Fc 受体亦有激活作用。

以上一系列的实验研究表明，外用中药均是良好的免疫增强剂。

丹参当归大黄合剂治疗火器伤，表明该药能防止伤口感染，促进伤口愈合。应用间接免疫荧光染色检查，见到有荧光反应阳性 B 细胞，认为是由于药物的作用，促使受到抗原刺激后的 B 细胞加速转变为能合成各种免疫球蛋白的浆细胞，增加局部抗体深度，增强吞噬细胞清除伤口坏死组织的能力。[23]

用组织化学实验方法观察骨炎膏在加速创面修复过程中，肉芽组织内琥珀脱氢酶含量显著增加，说明骨炎膏能促使肉芽组织的细胞机能旺盛。

3.3.3 关于创面 pH 的研究

有坏死组织的伤口，在愈合过程中，是由碱变酸再变为中性或弱碱性，伤口在酸性时，酸性蛋白酶的水解作用增强，加速了坏死组织液化和脱落；伤口变为中性或弱碱性利于肉芽组织生长。

研究证明：使用生肌玉红膏或生肌象皮膏换药，可使伤口 pH 变化进程加快，这可能是临床应用这类药物之所以能促进伤口愈合因素之一。

3.3.4 “偎脓长肉”的作用机理

为探讨“偎脓长肉”的作用机理，学者们开展了大量的实验基础研究。其作用机理大致概况如下几个方面。

3.3.4.1 增强创面的抗感染能力

通过对外用中药所产生作用的研究分析表明，脓液中含有大量的蛋白质、糖类及多种酶类，具有营养、增强局部免疫和抗感染的能力。

EA 和 YC 花结形成率的研究表明，生肌象皮膏对于巨噬细胞膜 Fc 及 C3b 受体有明显的增强作用，而这些膜受体的激活，加强了巨噬细胞定向趋化移动，并增加其吞噬作用。大量巨噬细胞在创口聚集，吞噬破坏细菌、细胞碎片及其他异物，起到“净化”伤口的作用。如意金黄膏、生肌玉红膏、黄连膏等其他外用中药也具有激活巨噬细胞膜表面 F_c 受体的作用。[24]

应用化学发光法测定外用中药对小鼠中性粒细胞氧化代谢功能的影响，表明中药生肌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

膏可增强中性粒细胞活性，使其氧化代谢功能旺盛，这样通过其吞噬作用及其内含的多种水解酶、溶菌酶的作用。可使炎症区中的坏死组织，纤维蛋白等溶解，创口脓液增加。对脓液的分析发现，换药后创口脓汁的溶菌酶含量明显增高，或刺激巨细胞的吞噬活性，使两者之间共同杀灭和吞噬细胞而达到抗感染的目的。[25]

丹参、当归、大黄合剂治疗火器伤，能防止伤口感染，促进伤口愈合，对其研究认为，外用中药能促进受到抗原刺激后的 B 细胞加速转化为能合成各种免疫球蛋白的浆细胞，增强局部抗体浓度，增强吞噬细胞清除伤口坏死组织的能力。

上述结果表明，外用中药具有良好的局部免疫增强作用，可以说，所谓“偎脓”的目的首先在于祛腐。

3.3.4.2 促进局部微循环及创面血管再生

应用生肌象皮膏治疗感染性开放性骨折，其软组织切片创面毛细血管及毛细淋巴管增多，管腔扩大。对微循环的观察发现，用药后肢体末梢甲皱循环明显改善，血脉管增多，管腔扩大。由于外用中药促进创面的再生血管的形成，再加上换药过程中主张只对脓液轻轻揩拭，不用刺激皮肤之消毒剂彻底清除，而使新生肉芽，上皮破坏少，从而使创面皮肤覆盖早，创面收缩快，愈合后的新生上皮表皮层较厚，上皮细胞体积较大，细胞间隙宽，毛囊及皮脂腺发达，皮下组织的胶原纤维较松散，故而应用中药“偎脓长肉”的换药后的疤痕组织松软，弹性好，很少发生挛缩的现象。[15]

3.3.4.3 促进细胞增生、分化

中药外敷换药后，创面表皮细胞再生能力增强。当创缘的上皮迅速生长时，创口中央常可见“皮岛”出现，这些“皮岛”是由幼稚细胞分化成的上皮基底细胞所逐渐增生，分化而形成，加速了创面的愈合，组织学镜下观察发现，上皮细胞体积增大，数量增多，细胞间隙扩大，层数增多，上皮基底细胞分裂增强。

在对开放性感染性骨折的治疗中发现，新生的肉芽组织可沿着骨组织的伏克曼氏管向骨皮质表面生长突出，形成所谓的“骨肉芽”岛，这些结构镜下可见，其中纤维细胞数量多且分裂旺盛，新生毛细血管亦较多。

上述现象的产生，与创面脓液成分的改变密切相关。

对创面脓液中氨基酸的含量分析发现，外用中药后脓液中 9 种中性氨基酸，6 种必需氨基酸的含量均高于对照组，其中胱氨酸和赖氨酸的含量最高。而赖氨酸对胶原合成特别重要，胱氨酸又是创口组织蛋白合成所必需。现代研究表明，巨噬细胞所释放的巨噬细胞源性生长因子，血管形成因子，对伤口愈合过程中的多种细胞具有促进生长分裂，趋化性迁移和分化的作用，从面促进肉芽组织的形成，加速组织修复。经外用中药而使局部脓汁中的巨噬细胞聚集，活性增加，为这一过程提供了有利条件。[25]

组织化学方法观察发现，创面肉芽组织中琥珀酸脱氢酶含量增高，PAS 染色阳性反应较强，这都显示外用中药能促进肉芽组织的细胞机能，并使局部组织中糖及糖结合物丰富。组织 DNA 的含量测定也表明，外用中药后局部组织 DNA 的含量明显高于对照组。所有这些都说明，外用中药后，血运良好，使局部获得较丰富的营养物质和氧的供应，新陈代谢旺盛，促进了组织的再生与修复。而在治疗过程中脓的增多、变稠厚，正是这一过程的外在表现。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.4 腐去肌生法疗效机理的研究

李竞等认识到皮肤溃疡的愈合规律之一是“腐去肌生”(腐即坏死组织，肌即肉芽组织)，其意是指任何皮肤溃疡在坏死组织未脱落以前就不会有可见的肉芽组织，一旦坏死组织脱落，肉芽组织将很快从创面上长出来并逐渐填满缺损。必须根据溃疡的具体情况，相应地采取“去腐”或“生肌”的治法，即“去腐生肌法”。在临床上辨清坏死组织的多少，腐脱之难易，辨明肉芽组织的有无，以便分别使用去腐力强或弱的去腐类药和生肌类药，而加速溃疡的愈合。[7]

3.4.1 肉眼对比观察皮肤溃疡的愈合过程：依据去腐生肌法辨证使用去腐生肌散组(中医药组)，其溃疡内的腐肉在液化及腐脱等方面均较对照组(西医药组)提前，而且伤口收缩快，肉芽组织出现早。伤口愈合较对照组平均提前 9 天。

3.4.2 溃疡创面印片观察结果：去腐生肌法组在溃疡形成第 13 天后，腐肉已脱净，印片中可见大量年轻的嗜中性白细胞，且吞噬活跃。同期对照组印片中嗜中性白细胞多呈衰老变性，且数目明显少于去腐生肌法组。在溃疡形成第 17 天，去腐生肌法组可见大量吞噬活跃的巨噬细胞，并有成纤维细胞和上皮细胞出现。在对照组出现成纤维细胞和上皮细胞的时间较去腐生肌法组约晚 7 天。

3.4.3 溃疡创面 pH 对比观察结果：换药治疗前，两组创面脓液稀薄，pH 均呈碱性。换药后第 2 天，去腐生肌法组脓液变稠，pH 转为酸性(pH6.81 ± 0.14)，对照组 pH 为 7.44 ± 0.14。至换药第 8 天，去腐生肌法组坏死组织基本脱净，第 10 天其 pH 开始趋向中性，至第 14 天创面被肉芽组织基本填满，pH 为 7.04 ± 0.04。此期对照组创面坏死组织仍未脱净，pH 为 6.40 ± 0.13。在酸性较明显的伤口渗出液中，含有大量中性白细胞、单核细胞、巨噬细胞，其吞噬功能活跃。另外，pH 降低可使创口内酸性蛋白酶的活性增强，从而加速了坏死组织的液化、腐脱，并加速了“去腐”的过程。当坏死组织脱净，pH 趋向中性又为肉芽组织的顺利生长提供了良好的条件。

3.4.4 溃疡创面脓液中溶菌酶含量对比显示换药第 12 天后，去腐生肌法组较西医药法组溶菌酶含量明显增高，可能对增强局部抗感染作用有益。

3.4.5 创面脓液中氨基酸的定量分析对比：去腐生肌法组水解氨基酸的总量(包括氨)及游离氨基酸的总量(不包括氨)均高于对照组。去腐生肌法组 9 种中性氨基酸，6 种必需氨基酸的含量均高于对照组。其中胱氨酸的含量和赖氨酸的含量最高。据文献报道：如果游离氨基酸不足，结缔组织的增生和胶原纤维的合成则减弱。必需氨基酸中，赖氨酸对胶原合成特别重要。胱氨酸是伤口组织蛋白合成所必需，在肉芽组织形成过程中，它的含量与胶原蛋白的形成及张力强度的增加是一致的，甘氨酸在胶原蛋白中占 1/3，是组成胶原蛋白的主要氨基酸，精氨酸能够提供生物能量。正是由于脓液中有利于组织修复的氨基酸增多，为创面“生肌”积累或提供了“基建”物质。便促使创面脓液中部分必需氨基酸含量增高的原因尚不清楚。

3.4.6 PAS 染色对比观察：去腐生肌法治疗组 PAS 染色阳性反应较强，显示着该区组织中糖及糖的结合物质丰富。可以说明血运良好，使局部获得较丰富的营养物质和氧的供应。其新陈代谢旺盛，促进了组织的再生与修复。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.4.7 对溃疡组织进行的 DNA 测定比较：去腐生肌法组于第 10 天有肉芽组织生长，而对照组(凡士林纱布组)因腐肉尚未脱净，所以无肉芽组织生长，因此去腐生肌法组的组织 DNA 含量明显高于对照组。

3.4.8 在光镜或电镜下见到溃疡表面虽然仍有少量坏死组织存在，但在其下方新生的肉芽组织已经开始生长，这证明对“腐去肌生”辨证理解是正确的。因此只理解为“腐尽肌生”是不妥的，而应是“腐去肌生”、“肌生腐去”。

3.4.9 不按辨证施治的原则使用去腐或生肌类药实验：第一组(去腐组)自始至终使用去腐类(去腐生肌散 1 号 + 生肌象皮膏)；第二组(生肌组)自始至终使用生肌类药(去腐生肌散 5 号 + 生肌象皮膏)；第三组(去腐生肌组)自始至终均以去腐生肌为法，辨证使用去腐或生肌类药，配合生肌玉红膏和生肌象皮膏。[26]结果如表：

三组愈合过程比较

	去 腐 组	生 肌 组	去腐生肌组
腐肉脱净	8 天	17 天	8 天
肉芽组织出现	12 天	10 天	5 天
上皮组织出现	17 天	14 天	8 天
伤口愈合	32 天	25 天	19 天

注：表中所列天数为换药治疗后平均天数。

从表中可以看出，去腐组与去腐生肌组中坏死组织腐脱较快，均为治疗后的第 8 天左右。肉芽组织在腐肉脱净后很快长出来，但在去腐组的创面上肉芽组织生长缓慢，创面分泌物较多，去腐生肌组的肉芽组织生长快。生肌组的腐肉在第 17 天始脱净，其肉芽生长也快。在去腐生肌组，上皮组织开始生长是第 8 天，生肌组是第 14 天，去腐组是第 17 天。伤口愈合天数以去腐生肌组最短，平均为 19 天，生肌组是 25 天，去腐组最长，平均是 32 天。这一实验表明，在治疗皮肤溃疡时必须遵循去腐生肌法。

3.5 祛瘀生肌法对创面(增殖期)修复作用机理的探讨

3.5.1 促进细胞增殖的机理在于多种生长因子的协同作用

创伤修复快慢的关键在于受损部位细胞生长的速度，70 年代以前，一般都认为生长的细胞群体遵循一定的自然规律，人为的作用往往只能延迟细胞生长，而无法加速细胞生长，细胞分子生物学的研究结果改变了这一看法，即创伤愈合受多种生长因子的调控。我们在实验中首先对创面局部组织中的 IGF-ImRNA 水平进行检测，从基因水平来探讨祛瘀生肌药物的作用机理。结果发现，复黄膏组创面局部组织 IGF-ImRNA 表达明显增强，明显优于模型组($P<0.01$)。生肌白玉膏组创面 IGF-ImRNA 水平虽有表达增强趋势，但同模型组比，无统计学意义($P>0.05$)，且复黄膏组 IGF-ImRNA 表达强于Ⅱ组，有显著性差别($P<0.01$)，两组间存在着一定量效关系。由于现代实验技术还很难将组织中 IGF-Ⅰ同其结合蛋白分离开来，故很难测定组织中 IGF-Ⅰ准确含量。国外有大量文献报道，通过测定创面渗液中 IGF-Ⅰ的含量同组织中 IGF-ImRNA 表达相配对比较，但由于中医外用药的特殊

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

性，创面渗液样品无法同药膏分离，故只能测定创面局部组织 IGF-ImRNA 水平。事实上，在蛋白质合成过程中，mRNA 以它分子中核苷酸排列顺序，携带从 RNA 传递来的遗传信息，作为蛋白质生物合成的直接模板，决定蛋白质分子中氨基酸的顺序，不同蛋白质有各自不同的 mRNA，因此一定程度上，组织 IGF-ImRNA 表达水平决定了 IGF-I 的水平。[27~29]

与此同时，我们利用免疫组化法，通过图像分析，检测创面组织中表皮生长因子受体(EGFR)含量和分布，结果发现：复黄膏Ⅰ组创面血管内皮细胞 EGFR 表达增强，优于模型组，亦同Ⅱ组存在着量效关系。我们已知，EGFR 的配基识别特异性，可以和表皮生长因子(EGF)和转化生长因子-a(TGF-a)结合并被激活，发挥其生物效应。已经证实，生长因子受体是多细胞生物中介导生长因子对细胞生长、分裂调节作用的关键成分。作为受体的一类，生长因子受体是细胞表面或亚细胞组分中的蛋白(通常是糖蛋白)，可以识别并特异性地与其配体——生长因子(又称第一信使)结合，从而激活或启动一系列生物化学反应，最终导致该细胞特写的生物效应。EGFR 作为酪氨酸激酶型受体，配体(EGF、TGF-a)与其结合后直接使其自身的酪氨酸磷酸化，从而产生生物效应，促进细胞的生长与分化。实验结果表明：祛瘀生肌法可使局部创面组织中某些生长因子或生长因子受体增加，因为生长因子具有局部自分泌性和旁分泌性特性，由此可以推断祛瘀生肌药物有促进局部创面组织细胞(巨噬细胞、成纤维细胞、内皮细胞等)分泌生长因子的作用。[30]

3.5.2 调节创面(增殖期)修复基质形成的机理是 FN 直接作用

我们在动物实验中利用免疫组织化学 ABC 法，对创面(增殖期)局部组织中 FN 进行检测。图像分析结果表明，复黄膏Ⅰ组 FN 含量同模型组相比明显增多，其中大多分布在基质中，并同成纤维细胞在胞浆中有连续性，白玉膏组基质中 FN 含量也明显高于模型组，复黄膏Ⅰ组同Ⅱ组存在着一定量效关系。Ⅱ组中成纤维细胞周围的 FN 较少，可以推断：在创面修复中，复黄膏法与 FN 有一定的影响，这一影响对基质的形成有直接作用。新生肉芽组织形成期，成纤维细胞被富含 FN 的基质所包绕，提示 FN 对基质的产生及组装方面起着十分重要作用，FN 作为基质的支架，有利于基质更加适应于组织的增殖。现已研究证明：FN 在细胞培养中沉积至少发生于两个阶段：首先是沉积在新鲜成纤维细胞与下层培养皿之间，此时的 FN 是促进成纤维细胞在培养皿上的附着和扩布，然后随着细胞的增生，逐渐包绕成纤维细胞，若抑制 FN 的形成，将会抑制细胞的增殖。[31]

本实验结果表明：祛瘀生肌药物促进 FN 在创面(增殖期)组织基质中含量增多，FN 的来源可能是局部组织细胞所分泌，对组织修复有重要意义。白玉膏组 FN 在基质中含量也高于空白模型组，由此对传统生肌药物作用机理作部分阐明。FN 作为细胞运动的基质和基质形成的基础中一种粘合剂，与细胞表面和细胞质相粘合，发挥其趋化调理作用，提供基质背景，促进肉芽组织的生长以及表皮移行。因此，祛瘀生肌法对创面修复过程中 FN 的作用，直接影响到的基质的形成。

3.5.3 通过对微量元素的影响改善创面修复的局部环境

创面微环境中多类细胞生长调控因子随着愈合进程的推移，发生着质和量的动态变化。从而对修复细胞生长行为产生不同的影响，其中微量元素 Zn、Cu 在创面修复过程中生物学作用逐渐受到重视。

我们通过动物实验，对大鼠背部溃疡创面 Zn、Cu 进行定量分析，结果发现：模型组

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

创面 Zn 含量较正常皮肤高，而 Cu 未见升高。祛瘀生肌Ⅰ组创面组织中 Zn 含量同模型组相比，明显升高($P<0.01$)，Ⅱ组 Zn 含量同模型组无明显差异($P>0.05$)，白玉膏组创面组织中 Zn 含量亦比模型组高($P<0.01$)。实验各组间创面组织中 Cu 含量无明显区别。组织中 Zn/Cu 比值，复黄膏Ⅰ组和白玉膏组有升高趋势。

基于以上实验结果：祛瘀生肌药物对局部创面组织中 Zn 有较强的趋化作用，使溃疡局部 Zn 含量显著升高，为创面修复提供必需的原料，对组织的修复和再生起着重要作用，同我们在既往的实验中已经证实祛瘀生肌药物能增加肉芽中 DNA 含量相吻合。Cu 在实验各组间没有明显变化，但维持在一定量，为胶原的形成提供必需的辅助因子。据文献报道，增生性疤痕是由胶原纤维沉积过多和胶原合成能力增强所致。由此可推论：祛瘀生肌法通过对局部创面微量元素的影响改善创面修复的局部环境，使得其既利于创面修复，又不致过度形成瘢痕，为祛瘀生肌祛提高创面愈合质量提供初步依据。

3.5.4 对组织形态学的影响是促进创面修复机理的印证

我们在实验研究中，从组织形态学角度动态观察祛瘀生肌法对创面修复的影响，分别在造模后 3、5、7、9、14、18 天对创面组织作病理切片、HE 染色，观察成纤维细胞、新生血管、胶原纤维等变化，同单纯生肌药物白玉膏相比较，复黄膏组创面组织显微结构有以下特点：①初期创面坏死组织较少，间质中炎性细胞浸润也较少，新生血管数量较多，与创面垂直生长，且管径较粗；②成纤维细胞胞体较大，胞浆突出明显，核仁染色较深；③胶原纤维出现较早，且排列整齐。在电镜观察其超微结构，我们发现复黄膏组创面表皮组织的基底细胞层、棘细胞层修复同正常皮肤为相似表现，细胞核形规则，核仁染色深，愈合速度和质量上明显优于白玉膏组，空白模型组则比白玉膏组为差。

凡能促进成纤维细胞增殖都利于创面愈合，新生血管和成纤维细胞形成肉芽组织，是创面修复的基础，祛瘀生肌法对创面修复中血管的再生，成纤维细胞增殖都有明显的影响，是其促进创面愈合的组织学基础，也证实祛瘀生肌法对创面组织修复的生物学变化，诸如生长因子、FN 等局部分泌有其物质基础。

在实验中发现复黄膏组创面胶原纤维出现较早，且排列整齐，超微结构中表皮组织修复同正常皮肤有相似的表现，给我们以启示：证明祛瘀生肌法对创面修复呈现皮肤修复，也是疤痕较少的形态学基础，从形态学角度初步阐明祛瘀生肌法同单纯生肌法对创面修复作用区别点之一。

【古训今释】

1 热盛肉腐为脓与祛腐生肌

早在《素问·生气通天论》中即已指出："营气不从，逆于肉里，乃生痈肿"。《外科启玄·明疮疡是阴阳相滞论》中说："阴阳者是气于血也，气者卫也，血者荣也，荣行脉中，卫行脉外，相并周流，循环无端，……是其常也；气为阳热，滞于气，固无寒滞也，血为阴寒，滞于血，固无热滞也，气得热则行速而太过，血得寒则凝滞而不及，人之居处，七情之偏，五味之过，六气之胜，感之则气血凝塞，隧道不通，升降有妨，运化失宣，如气为滞则津液稠粘，为饮为痰，渗入脉内，血为所乱，因而为泣，或为沸腾，此阴滞于阳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

也，正是血滞于气也，则为疽也”。疾病的发生和发展是个“动”的过程，因此，病理过程也是不断地发展和变化的。当致病因素造成了局部气血凝滞之后，通过治疗，去除致病因素，使气血运行正常，则使外科病变得以消散吸收而痊愈。假如在局部气血凝滞进一步发展，郁而化热，致使热胜肉腐，血肉腐败，则酝酿液化而为脓。正如《灵枢·痈疽篇》所说：“营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏不得行，故热，大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓”。又《外科全生集·痈疽总论》说：“脓之来，必由气血；气血之化，必有湿也”。这说明了脓的形成，主要由于热胜血肉腐败而液化的结果，也是局部气血凝滞进一步发展变化的病理过程。当脓肿形成后，若治疗得当，及时切开引流，或人体正气不衰，抗病能力尚强，脓肿自行溃破，脓液畅泄，毒从外解，气血凝滞得以通畅，形成溃疡后，腐肉逐渐脱落，新肉生长，最后疮口愈合。

“腐去肌生”是溃疡向愈的规律，“去腐生肌”又是治疗溃疡的法则。早在《备急千金要方·痈疽证治》中就载有“夫痈坏后，有恶肉者，宜猪蹄汤洗去，次敷蚀肉膏散，恶肉尽后，敷生肌膏散，摩四边，令好肉速生。”《医宗金鉴·外科心法要诀》指出：“腐者，坏肉也，诸书云，腐不去则新肉不生……盖去腐之药乃疡科之要药也。”

2 偎脓长肉

有关“偎脓长肉”的论述，最早见于申斗垣《外科启玄·明疮疡宜贴膏药论》中“凡疮毒已平，脓水来少，开烂已定，或少有疼痒，肌肉未生，若不贴其膏药，赤肉无其遮护，风冷难以抵挡，故将太乙膏等贴之则偎脓长肉，风邪不能侵，内当补托里，使其气血和畅，精神复旧，至此强壮诸疮，岂能致于败坏乎？”从上述文字中可以看出，“偎脓长肉”主要用于疮毒脓泻后，新肉不长，经外敷膏药，托脓拔毒外出，促进疮口生长愈合。而其重点在于“偎脓”、在“偎脓”的过程中，对“脓”的观察和识别尤其关键。

所谓“偎脓长肉”换药法，是指运用外敷中草药膏(散)，经皮肤和创面对药物的吸收作用，促进局部的气血通畅，增强其抗病防御能力，使创口脓液渗出增多，载毒外泄，从而达到促进创面生长目的的换药方法。其中包含二个内容，一是提脓祛腐拔毒，增加局部脓液的渗出，二是渗出的脓液有助于创面肉芽、表皮的生长。因此对脓液不刻意揩拭，以利创面生长。

中医外科认为，脓是由皮肉之间热胜肉腐蒸酿而成，也是由气血所化生。《外科全生集·痈疽总论》更进一步指出：“毒之化必由脓，脓之来必由气血。”疮疡的出脓，是正气载毒外出的正常现象，气血充足，则脓出色黄稠厚，量多，疮口易于愈合，预后良好；反之则预后不良。

许多临床实际表明，溃疡疮口经中药换药后，即在创面肉芽生长旺盛的同时，其黄稠无味的脓液分泌也随之增多，感染亦得到基本控制，伤口愈合快；反之，伤口不易愈合。这便是所谓“偎脓”的表现。

3 臁疮实从内出与外病内治

《内经》云：邪之所凑，其气必虚，阴虚者，邪必凑之。元·齐德之著《外科精义·疮肿辨识》重视整体观念，认为疮肿虽发于局部，而与全身密切相关，尝谓“疮肿之生，皆由

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴阳不和，气血凝滞”，并进而指出：“郁滞之本，则因气血不流，蒸气不能外达，留滞而成内热、疮疽生矣”。明·薛已《外科枢要·臁疮》云：“臁疮者，生于两臁，初起赤肿，久而腐溃，或浸淫搔痒，破溃而脓水淋漓。盖因饮食起居，亏损肝肾，或因阴火下流，外邪相搏而致”。清·高秉钧《疡科心得集·疡证总论》也指出：夫外疡之发也，不外乎阴阳、寒热、表里、虚实、气血、标本，与内证异流而同源也。其始或外由六淫之气所感，或内被七情受伤。明乎此义，则治证了然矣。“向使内无郁热蕴蓄于中，外无湿热侵袭于内，则肌肉流畅，气血和平，痈何从生，疽何从作乎？”。从而论述了外病内治之理，列举诸种内治原则，切中世俗忽视整体观念，只知以外治外的时弊。清·陈士铎《洞天奥旨·疮疡证治》罗列并举针灸、溻浴、熏灸、点照、追蚀、蒸、吸、烙诸法，最后评价诸法中“急先之法，莫妙用内治为良”，“内治必须急早治之，尽治之早，则必散之速。治之缓，则必散之迟”。

臁疮内治之法，薛已·《外科枢要》其论甚详，以“外臁属足三阳湿热，可治。内臁属足三阴虚热，难治”作为总则，其后具体的辨证施治至今仍对临床有很高的指导价值，“若初起恶寒壮热，肿脓作痛者，属湿热，用槟苏败毒散。若漫肿作痛，或不肿不痛者，属阴虚，用补阴八珍汤。若脓水淋漓，体倦食少，内热口干者，属脾虚，用补中益气加茯苓、酒炒白芍药。若午后热，或作痛，头目不清者，属阴火，前汤加酒炒黑黄柏及六味地黄丸。若午后发热，至子时分方止，是血虚，前汤加川芎、当归、熟地。若郁结伤脾而甚，用归脾汤加柴胡、山栀。若怒动肝火而甚，用补中益气汤加川芎、山栀、黄芩。内热口干，肢体倦怠，或痰涎上升，或口舌生疮，属脾肾虚热，用六味地黄丸、补中益气汤。若患处色黑黯，肢体畏寒，饮食少思，属脾肾虚败，用八味地黄丸。若误用攻伐，复损胃气，绝其化源，治亦难矣。”可见薛氏辨治臁疮，重在其肝、脾、肾之虚，其病理机制为内虚而生湿蕴热，外招淫邪，故其治法多以培补，随证佐清热利湿之品，有代表性的反映出臁疮溃疡重在内外两法双施。

4 培脾胃理气血

明·薛已《外科发挥·论疮疡用生肌之药篇》指出：“夫肌肉者，脾胃之所主。收敛者，气血之所使。但当纯补脾胃，不宜泛敷生肌之剂。”可见其重脾胃气血之要。历代医家详论疮疡与脾胃气血关系，当首推明·陈实功所著《外科正宗》。他在《外科正宗·痈疽门》中指出：“脾胃者，脾为仓廪之官，胃为水谷之海……周身气血，遍体脉络、四肢百骸、五脏六腑，皆借此以生养。”“盖脾胃盛者，气血亦壮；脾胃虚者，气血亦衰。”培补气血，尤赖脾胃一家。疮疡顺逆善恶预后有赖于脾胃补气血畅气机之职，故谓“得土者昌，失土者亡”。

陈实功认为“溃疡无实”，“凡疮溃脓之后，内亡津液，气血虚耗，五脏亏损，外形虽似有余，而内脏真实不足”。故主张“溃疡宜补”，以托里则气血壮而脾胃盛，使脓秽自排，毒气自解，死肉自溃，新肉自生，饮食自进，疮口自敛。倡“不论首尾，但见脉症虚弱，便与滋补。”托补之法，独衷于脾胃，脾胃健运，气血旺盛，正气充足，病赖以安，命得以活。理脾胃之法，随症变通，托里温中健脾、补中益气、醒脾助胃、行燥助脾、大温气血……，功以拒邪速脓、透脓泄毒、助养生肌、长皮敛疮，常用方如托里消毒散、十全大补汤、八珍汤、补中益气汤、人参养荣汤、圣愈汤为主选，如此治法，可使肿硬者渐

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腐，脓毒渐出，饮食渐进，腐肉自脱，疮口渐合。陈氏施用诸法总以顾护脾胃元气为前提。如凡疮毒既已成，忌用内消攻伐之药，以伤脾气，脓反难成，多致不能溃敛；疮七日以前，形势未成，元气未弱，此时当灸，虽可汗可攻，或消或托，标本参治，均以不损伤元气、脾胃为要；脓成不溃欲针，其元气虚者，必先补而后针其脓。陈氏也很重视疮疡患者的养生调护，以“养生之道，不损脾胃”为度，节饮食，适寒暑，戒喜怒，省劳役，如不然，则精神气血由此而日亏，脏腑脉络由此而日损，肌肉形体由此而日削，所谓“调理一失，百病生焉”。人之气血，喜暖而恶寒，遇寒则结，遇热则散，疮疡本为肌肉破绽之病，所以四季之中，冬寒宜近暖，夏凉宜避风，净几明窗，洁身气爽；饮食，人之所赖以生养，饮食须当香燥甘甜，“胃以喜为补”，粥饭随其喜恶，疮疡肿痛伤及胃气，诸味不喜，待脓毒一出，胃气方回，欲思食有所喜者，便可与之接补脾胃，如所思之物，不与，此为逆其胃气，而反致不能食；大疮溃后，气血两虚，脾胃并弱，更以八仙糕、八味丸、参术膏接补真元、培助根本，健脾胃、增饮食、生气血。脓溃之后，生冷硬物一概禁之，不然生冷伤脾，硬物难化，肥腻滑肠，伤脾损胃，脓必难成，致疮软陷，又难收敛。总之，陈氏以托补脾胃壮气血之法达调和营卫、通利血气、疏畅经络之功。

展　望

中医对治疗小腿慢性溃疡的治疗与研究进展较快，特别是随着中药药理研究的深入，对小腿慢性溃疡的药物提供了科学的理论，其外治法涉及药物广泛，疗效显著，充分展示了中医中药的优势。但是目前存在的问题是：①多数文献属于回顾性的临床疗效总结，缺乏严谨的中医临床实验设计，统一的诊断标准及疗效判定标准，观察指标不足，无可比性的对照组，药理研究较少，无疑给中药的疗效评价带来困难。②部分组方配伍药物里含代浓度汞化物和铅类中药，对人体确有一定损害，或者是其它副作用。③配方复杂，药品繁多，不易于临床推广运用。因此今后研究的重点就是通过中医临床实验设计，进一步严格筛选有效药物，为研制具有疗效好、安全可靠、镇痛效果佳、无毒副作用、使用方便的外中药提供科学的依据。

（唐汉钧　韩会学　李　斌）

近现代参考文献

[1] 陈翠菊，等．下肢静脉曲张性溃疡治疗方法研究．中华外科杂志，1993，31（4）：236
[2] 钱虎声，张柏根，邝耀麟．下肢静脉曲张的皮肤病理改变及溃疡形成机理．中华医学杂志，1993，73（6）：352
[3] 张耀圣，王沛，李竞，溃疡治疗规律浅探．见：疮疡荟萃，辽宁大学出版社，1995
[4] 贾美华．试论去腐生肌．辽宁中医杂志，1990，（7）：13
[5] 李竞，等．“去腐生肌法”的临床及实验研究．疡科通讯，1993，（6）
[6] 王玉章，等．化腐生肌丹治疗下肢慢性溃疡的临床研究．北京中医，1989，（5）：20
[7] 李竞主编．中国疡科大全．天津科学技术出版社，1992.33
[8] 毛会亭，等．中药烧伤膜治疗小面积深度烧伤43例．中西医结合杂志，1987，（9）：532

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[9] 天津医院骨科．临床骨科学·创伤．北京：人民卫生出版社，1973.116
[10] 魏振东，等．疮疡肌平皮长愈合规律机理的探讨—不同肉芽各种氨基酸含量的测定．天津中医，1992，(5)：27
[11] 李秀兰，等．活化的小鼠腹腔巨噬细胞膜 Fc 受体和 C3b 受体的观察．中国免疫学杂志，1987，(2)：125
[12] 何雁，等．骨炎膏修复创面作用的组织化学观察．中西医结合杂志，1988，(9)：548
[13] 曾宪九，等译．克氏外科学．上册．人民卫生出版社，1983.332
[14] 徐尔真，等．生肌象皮膏在开放损伤中的抗感染作用．中华骨科杂志，1981，(3)：173
[15] 王宝泉，等．生肌象皮药膏在感染性开放骨折中的应用及实验研究．中医杂志，1981，(1)：24
[16] 徐尔真，等．生肌象皮膏抗感染作用的机理探讨．中华骨科杂志，1983，(5)：304
[17] 毛文贤．中西医结合治疗 2000 例手指开放性损伤的疗效和体会．中西医结合杂志，1986，(7)：403
[18] 毛文贤．偎脓长肉的义征．上海中医药杂志，1985，(12)：28
[19] 王淑云，等．外用中药抗感染作用机理初探—琼脂糖下巨噬细胞的趋化性．天津医药，1986，(2)：102
[20] 王淑云．生肌膏对小鼠巨噬细胞的移动抑制作用．中国免疫学杂志，1986，(6)：239
[21] Martin DE etal: Tissue debria at the injury site it coated by plasma fibronectin and subsquently removed by tissue macrophages. Arch. Dermatal, 1988, 124:226
[22] 李秀兰，等．外用中药护感染作用的研究．小鼠腹腔巨噬细胞 F_c 受体的观察，中西医结合杂志，1997，(4)：229
[23] 黄迪炎，等．丹参、当归、大黄治疗软组织实验性火器伤的观察．创伤杂志，1986，(3)：152
[24] 徐尔真，等．巨噬细胞在琼脂糖下的趋化性及悬滴培养的移动发生抑制试验．中华骨科杂志，1987，(1)：65
[25] 南开大学生物系，天津医院骨科中创组，病理科．生肌象皮膏对开放损伤的作用．中华骨科杂志，1981，(2)：124
[26] 曹津晶，等．“祛腐生肌法”辨证治疗与不辨证治疗实验性皮肤溃疡对比观察．天津中医，1991，(1)：4
[27] 张东鸣．伤口愈合的现代概念．国外医学·创伤与外科基本问题分册，1989，(3)：129
[28] 赵连根．伤口愈合研究进展．中华实验外科杂志，1990，(4)：191
[29] Latto M etal: Acceleration tissue repair induced by microcusrasians. SGO, 1987, 164:140
[30] 付小兵．生长因子调控受创组织修复的机理．国外医学·外科基本问题分册，1992.150
[31] 林彭率，等．纤维结合蛋白在伤口愈合中的作用．国外医学·外科基本问题分册，1989，(3)：132

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 脱　　疽 ❋

脱疽是由于先天不足，正气虚弱，寒湿之邪侵袭导致肢体脉络闭塞、气血不畅甚或痹阻不通，发生以肢体末端紫黑溃烂甚至坏死，趾(指)关节脱落为主要特征的一类慢性疾病。文献中所述的脱疽包括血栓闭塞性脉管炎(简称脉管炎)、闭塞性动脉硬化症及糖尿病坏疽等疾病。本书所讨论者为脉管炎，又称 Burger's 病，是我国常见的周围血管病之一。本病绝大多数发生于男性，女性少见；年龄多在 20～40 岁之间；特发部位为四肢末端，尤以下肢更易罹患；本病与寒冷、吸烟有关，寒湿地区发病率较高，吸烟者发病率亦明显高于非吸烟者。早期症状为患趾(指)怕冷、发凉、麻木、苍白，间歇性跛行；逐渐皮色转为暗紫，疼痛剧烈，病情加重，或呈周期性反复发作，终至肢端坏疽、溃疡、骨节脱落。坏疽范围可以侵犯至其余趾(指)，乃至足胫部，顽固难愈。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

根据国家中医药管理局于 1995 年发布的中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，脱疽的诊断标准为：

1.1 病名诊断标准

多发于下肢一侧或两侧。患者可有受冷冻、潮湿、长期多量吸烟、外伤等病史。

初起趾、指冷痛，小腿酸麻胀痛，行走多时加重，休息时减轻，呈间歇性跛行，趺阳脉减弱，小腿可有游走性青蛇毒(静脉炎)。继之疼痛呈持续性，肢端皮肤发凉，下垂时则皮肤暗红、青紫，皮肤干燥，毫毛脱落，趾甲变形增厚，肌肉萎缩，趺阳脉消失。进而发生干性坏死，疼痛剧烈，彻夜不眠，抱膝而坐。溃烂染毒时，出现湿性坏死，肢端红肿热痛，全身发热。

患者大多为 20～40 岁男性。

超声多普勒、血流图、甲皱微循环、动脉造影、X 线胸部摄片、血脂血糖等检查，除帮助诊断外，尚可了解血管闭塞部位及程度。

1.2 证类诊断标准

寒湿阻络：患趾(指)喜暖怕冷，肤色苍白冰凉，麻木疼痛，遇冷痛剧。步履不利，多走则疼痛加剧，小腿酸胀，稍歇则痛缓(间歇性跛行)。舌苔白腻，脉沉细，趺阳脉减弱或消失。

血脉瘀阻：患趾(指)酸胀疼痛加重，步履沉重乏力，活动艰难。患趾(指)肤色由苍白转为暗红，下垂时更甚，抬高则见苍白。小腿可有游走性红斑、结节或硬索，疼痛持续加

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

重，彻夜不能入寐。舌质暗红或有瘀斑，苔白，脉弦或涩。趺阳脉消失。

热毒伤阴：皮肤干燥，毫毛脱落，趾(指)甲增厚变形，肌肉萎缩，趾(指)多呈干性坏疽。舌红，苔黄，脉弦细数。

湿热毒盛：患肢剧痛，日轻夜重，喜凉怕热。局部皮色紫暗，肿胀，渐变紫黑，浸润蔓延，溃破腐烂，气秽，创面肉色不鲜，甚则五趾相传，波及足背，或伴有发热等症。舌红，苔黄腻，脉弦数。

气血两虚：面容憔悴，萎黄消瘦，神情倦怠。坏死组织脱落后疮面久不愈合，肉芽暗红或淡红而不鲜。舌质淡胖，脉细无力。

1.3 分 期 标 准

临床上常将本病的发展过程分为三期。

初期(局部缺血期)：患肢麻木、发凉、怕冷、沉重，足趾有针刺痛，小腿肌肉抽掣痛，间歇性跛行，患肢动脉搏动微弱或消失，可有游走性血栓性浅静炎。全身症状不显著。

中期(营养障碍期)：患肢麻木，发凉、怕冷，间歇性跛行加重，并有静息痛。患肢皮肤常呈潮红色、紫红色或苍白色，足部皮肤干燥、脱皮，趾甲生长缓慢，增厚变形，汗毛脱落，小腿肌肉有萎缩现象。患肤动脉搏动消失。可有情绪不安，头晕腰痛，筋骨痿软。

后期(坏死期)：患肢由于严重的血液循环障碍，发生溃疡或坏死，大多数局限在足趾或足部，向上蔓延至踝关节或小腿者很少见，疼痛剧烈难忍，坏疽的足趾脱落后，常遗留溃疡而经久不愈合。全身常伴有发热、口干、食欲减退，便秘，尿黄赤。根据坏死的范围和程度又分为以下三级。

一级坏死：坏疽、溃疡局限于趾(指)部。

二级坏死：坏疽、溃疡扩展至跖趾(掌指)关节或跖(掌)部。

三级坏死：坏疽、溃疡延及全足背(掌背)或侵及跟踝(腕关节)、小腿部。

2 中心证候特征

气滞血瘀、脉道阻塞面致肤体失养是本病的病机特征。瘀久化热，则可见瘀热证候；热盛成毒又成热毒证候；病延日久，脓水淋漓，正气愈损又可出现气血两虚证候。

疼痛：疼痛是本病最显著的症状。病之初期，阴寒凝络为主，故疼痛遇寒加重，得热减轻。病之中期，瘀血化热，其疼病则是遇热病甚，得冷痛缓。疼痛的发作情况主要有下列两种：①间歇性跛行：其特点是在步行中突然感到小腿或足疼痛，迫使患者止步，休息片刻后疼痛可消失，若再步行一定距离，则疼痛发作如前。此为本病早期最常见的症状，是下肢经脉瘀滞的表现。②静息疡：其特点是患者处于休息状态时疼痛经久不息。其疼痛剧烈，夜间尤甚，且患肤抬高时加重，下垂时可减轻，故患者常日夜抱足而坐或将患肢悬于床边以减轻疼痛。此亦常是发生溃疡的前兆，若出现溃疡则疼痛更加剧烈。这既是患部脉管完全堵塞，持续不通的表现，又是热毒炽盛，灼腐筋肉，持续不断的表现。

发凉：患肢发凉、怕冷，患部肤温常明显低于健侧对应部肤温。此为本病早期常见的症状，是阳气不足，寒凝血瘀的表现。当见到皮肤由冰冷转为灼热，不耐温暖、喜凉、恶热，此属瘀久化热，病情发展之征。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

感觉异常：患肢在运动后或在夜间，趾、指或足部常有发痒、针刺、烧灼、酸胀、麻木等感觉，甚或在足部和小腿可有大小不等的感觉完全丧失区，这是气血虚少或气血瘀滞的表现。

肤色改变：初起患部多肤色苍白，抬高患肢时则更为明显，多为血虚寒凝；中期肤色呈紫绀色，多是气血瘀滞；接近坏疽时呈紫暗色，坏疽则呈黑色，多属热毒所致。

营养障碍：患肢皮肤干燥、脱屑、皲裂，出汗减少或停止；趾背、足背及小腿汗毛脱落、稀疏或完全停止生长；趾(指)皱缩、变细，小腿肌肉松弛、萎缩；趾(指)甲增厚或薄脆变形、生长缓慢或停止等。这是气血亏虚或瘀血不去，新血不生，肢体失养所致。

游走性血栓性浅静脉炎：约半数患在下肢病例早期或全病程中可在足部和小腿反复发作游走性血栓性浅静脉炎，偶可延及大腿。患在上肢则很少见到。表现为皮肤上可见到发红的硬结及条索状物，灼热、压痛，这是湿热瘀滞所致。当血栓性浅静脉炎消退后，皮肤上可暂时遗留色素沉着。

动脉搏动减弱或消失：患在下肢者，趺阳脉(足背动脉)或太溪脉(胫后动脉)搏动减弱甚至消失；患在上肢者，桡动脉搏动减弱甚至消失。这是瘀阻脉道或轻或重甚或完全阻塞的表现。

坏疽和溃疡：常见于疾病后期，也可因加温、药物、损伤等诱发。常见一个或数个趾(指)端或趾(指)甲旁首先出现，然后波及整个足趾(手指)，甚至整个足部(手部)。大多数是干性坏疽，待部分组织坏死脱落即形成溃疡，继发感染后即变为湿性坏疽。这多是瘀甚或热毒所致。

舌、脉(寸口)象：由于气滞血瘀是本病的总病机，所以舌质多为淡紫色，瘀重者舌紫暗，可见瘀斑；脉则以沉紧弦涩多见。但根据病程先是寒凝，再为瘀热，继而热毒，最后气血大伤，所以又可见到舌质淡、红、绛；苔白润、黄；脉弦紧、弦数、细弱等。

3 病　因

3.1 原发病因

3.1.1 内因

本病内因主要是情志太过，思虑伤脾。而脾在体合肌肉、主四肢，即脾主运化，升清不利则“清阳实四肢”失权，故四肢酸软，倦怠乏力。郁怒伤肝，而肝主疏泄，在体合筋，其华在爪，肝郁气滞则血脉瘀滞；肝血暗耗则不能养筋荣爪，故肢体麻木、屈伸不利，甚则筋损而断，爪甲增厚或薄脆变形。心主神志，为五脏六腑之大主，情志所伤，心气受损，而心主血脉，亦即心气推动血液在脉道中运行，心气所伤必致血流或缓或涩，滞而成瘀。房劳太过伤肾致亏，而肾中之阴阳乃人体阴阳之根本，肾之阴阳失衡，就本病而言，主要是肾之阳气亏虚，故四末失于温煦而致寒凝血瘀，且肾主骨，故病之后期常骨损而脱。

3.1.2 外因

本病之外因，主要是感受寒湿之邪及特殊之烟毒，亦与外伤有关。寒性收引、凝滞，寒邪袭络则经脉收缩牵引，气血凝滞而瘀阻不通，不通则痛；寒为阴邪，易伤阳气，性清

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

冷，故患肢发凉、怕冷。湿为阴邪，易阻气机，气为血帅，气行则血行，气滞则血瘀，气机既阻，血瘀乃成；湿性趋下，故患于下肢最为多见。特殊之烟毒有收引经脉、凝滞气血之害，临床绝大多数病例为嗜烟者，且戒烟后多病退，再度吸烟则病进。外伤肢体，经络受损，气血瘀滞也可致本病。

总之，情志、房劳等因素使脏腑功能失调，引起脾、肝、心、肾的虚损，而导致气血失和，阴阳失衡，人体这种内在的病理状态为寒湿等邪外袭提供了必要的前提，即所谓“邪之所凑，其气必虚”。如是内外合邪，导致气滞血瘀，脉道阻塞而生本病。

3.2 继发病因

瘀血：各种原发病因，导致气滞血瘀，脉道阻塞而发为脱疽。同时瘀血又是脱疽发展的继发病因。瘀血内停日久，郁而化热，而见瘀热症候；热盛成毒致肉腐，必形成脱疽的热毒证候。

3.3 诱发因素

寒冷是本病发生的重要诱发因素，多数病人均有明确的患部受冻史，本病亦多在冬季发作，受冷后加重，北方寒冷地区多发的情形。吸烟对本病非常不利，临床上常发现病人戒烟后症状可好转，病情易于稳定，但如再次吸烟，症状又可加重，这与吸烟可引起脉管收缩有关，有报道认为还与烟草过敏及其它因素作用下自身免疫性改变有关。外伤与本病的发生、发展有一定的关系，可能是外伤刺激后引起中枢神经系统功能失调，使其逐渐丧失对周围血管的调节作用引起血管痉挛，长期痉挛而导致血栓阻塞，一、二期的脉管炎的病人，往往因轻度外伤而发展为三期。本病发病人群 90% 以上是青壮年男性，因此认为本病的发病与男性激素有关，故房事过度可成为本病的诱因之一。

西医学对本病确切病因尚未明了，但认为血栓闭塞性脉管炎是一种全身性疾病。在寒冷、潮湿、毒素、外伤及精神因素等刺激作用下，而发本病。

4 病 机

4.1 发 病

本病一般具有起病缓，病程长，治疗不彻底又反复发作的特点。初起多在受冷后、劳累后发病，患肢末端发凉、怕冷、麻木、酸病，逐渐发展至疼痛加剧，肤色变紫暗，再发展可见坏疽、溃疡、疼痛剧烈。

4.2 病 位

本病病位多在四肢肌肤血脉，涉及心、肝、脾、肾多个脏腑功能紊乱。

4.3 病 性

为本虚标实。在一期以阳虚寒凝为主；二期及三期早期以标实为主，血瘀、瘀热等症状突出；三期后期，病程日久，阴虚、气虚、血虚等证候越来越明显，以本虚表现为突

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出，同时可兼热毒瘀滞的虚实夹杂之候。

4.4 病　　势

本病一期，患肢发凉、怕冷、麻木、疼痛、肤色苍白，间歇性跛行，趺阳脉、太溪脉减弱或消失，此时若治疗及时，收效较快，预后好。至二期上述症状加重，肢端肤色转为暗红，疼痛剧烈，彻夜难眠，则病程较长，病情易反复。发展到三期，患肢出现坏疽、溃疡，则病程更长，若不坚持正确治疗，必逐渐发展为正虚邪实，溃疡向上蔓延，终至不愈而受截肢之苦，甚则危及生命。总之本病病因以本虚为主，呈逐渐发展之势：由外寒致血瘀；由寒郁而化热，热盛肉腐，伤筋损骨，终至损及气血阴阳。但在各个阶段，只要辨证准确，治疗正确，均能使病势逆转，渐臻佳境。

4.5 病 机 转 化

脱疽病初起时，以寒凝经脉，气血瘀滞为主，寒邪郁久化热，热盛成毒，而见肉腐成脓，筋骨坏死的病机，病久脓水淋漓，气血愈损，又可见正气虚损的病机。因虚受邪，由寒转热是本病病机转化中值得重视的问题。

西医认为血栓闭塞性脉管炎是一种全身性疾病。在寒冷、潮湿、毒素、外伤及精神因素等刺激作用下，中枢神经系统的调节障碍，引起植物神经系统机能失调和内分泌活动异常，以致血管痉挛，长期血管痉挛引起血管壁营养障碍，血管内膜增厚，血栓形成，血管闭塞。这种病变发生在中小动脉，具有节段性、复发性，可有再通和侧枝循环的建立。局部营养不良可出现溃疡、干性坏疽和湿性坏疽。本病虽说是全身性疾病，但主要发生在下肢的中小动脉(如胫前动脉、胫后动脉)，上肢血管发生者较少，内脏血管(肠、脑、心等)发生者则更少。

4.6 证 类 病 机

脉络寒凝证：多由肾阳素虚，寒湿之邪外侵引发。寒为阴邪，最易伤人阳气，由于严寒涉水，寒湿下受，以致寒凝络脉，血行不畅，阳气更不能下达，气血凝滞，引发患肢发凉，怕冷、麻木、疼痛，趺阳脉、太溪脉搏动减弱或消失。

脉络血瘀证：血瘀证范围颇为广泛，有寒凝血瘀者，有热郁血瘀者，有气虚血瘀者，有气滞血瘀者，有阳虚血瘀者，有外伤血瘀者。而本病多由脉络寒凝之证迁延转化而来。寒主收引，易伤阳气，凝涩血脉，日久成瘀；或有郁怒伤肝，致肝气郁结，气滞则血行不畅而成瘀；亦有兼夹湿热者，湿性趋下，阻滞气机，进而形成瘀血，阻滞脉络而为患。

脉络瘀热证：本证由脉络血瘀证转化而来。血瘀日久，郁而生热，瘀热相结于局部脉络，故成本证。

脉络热毒证：本证乃由脉络瘀热证转化而来。瘀热阻于血脉，酝酿日久，热盛化火，火盛成毒，瘀毒互结，致局部肉腐、溃破，严重者可向上蔓延，或出现全身症状如发热、便秘等，甚则逆传心包，致神昏谵语。

气血两虚证：病久气血耗伤，正气不足，邪气亦衰；或素体虚弱，气血衰少，肌肤脉络失于荣养，故见身体瘦弱，肌肉萎缩，伤口肉芽生长缓慢，久不收口。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 明确疾病诊断

临证之首务在于明确辨病。临床可以引起趾(指)关节坏死脱落的疾病有数种，临床表现不同，病因、病机各异，治法亦有区别。面对患者，首先应该注意一般资料，如性别、年龄、生活方式及嗜好等，例如本病好发于青壮年男性；动脉硬化闭塞症好发于40岁以上中老年人，男性多见；而雷诺氏病多发于青年女性，多发性大动脉炎则多见于青少年女性。本病北方寒冷地区较南方多见，吸烟者发病率高于非吸烟者，都是初诊时应当考虑的因素。特别需要强调的是病史的询问，如有无糖尿病史或消瘦、多饮、多食、多尿等症状，有无动脉粥样硬化病史等，再结合体格及实验室检查等，即可对病情有一个初步的总体把握。诊断的确立要严格按照诊断标准，亦需要熟悉其相关疾病的特点，进而加以鉴别，关于这一点，可以参考本书有关鉴别诊断的内容。

5.2 抓住主症

如脉络寒凝证多在寒冷季节发病。症见患肢发凉、麻木、疼痛，皮肤苍白。但初期症状较轻，往往容易忽视，需检查肤温、肤色及皮肤营养状态，及动脉搏动情况。值得注意的是，脱疽发生于下肢较上肢易见，而在脉诊时，多诊上肢脉而易忽视趺阳脉及太溪脉。再如脉络血瘀证，以患趾、患部肤色紫赤为主。脉络热毒证，以患处腐溃坏死，疼痛剧烈，难以忍受为主。脉络气血两虚证以溃疡久不愈合为主等。

5.3 确定病性

本病的病机主要为血瘀。但临床要取得疗效，必须辨清寒热，因寒而瘀者必须温通经脉以止痛，因热瘀者只有解毒才能通脉。患肢发凉、怕冷麻木，肤色苍白或苍黄，舌淡紫，舌苔白润，脉弦紧为脉络寒凝；患肢烧灼疼痛，遇热痛甚，遇冷痛缓，皮肤破溃，疮口时流脓水，腐肉不鲜，夜间痛甚，舌红绛，苔黄燥，脉细数为脉络热毒，但此时常伴有邪热伤阴之口干不欲饮，苔燥，脉细数等阴虚之象，概之为阴虚毒热证。这样，才能正确的施治，及时控制病情发展，及时止痛。分不清寒热，其治疗必事与愿违。

5.4 分析病位

本病病变主要累及血脉，涉及心、肝、肾等多个脏腑。具体病变部位在足趾、足、胫等，呈节段性进展。

5.5 治分缓急

本病的治疗在病变进展期以祛邪为主，如散寒、祛瘀、清热解毒等；在病情的缓解稳定期以扶正、通脉为主，如补益气血、滋阴、壮阳以活血。这样治疗才能事半功倍。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6 鉴　别

动脉硬化闭塞性坏疽：该病与脉管炎均属慢性闭塞性动脉病，但其患者年龄多在40岁以上，男女均可发病；两下肢常同时发病，而上肢也可有发凉、麻木、疼痛感；所形成的坏疽范围大，发展快，可迅速波及全足、小腿或整个大腿；疼痛可较脉管炎为轻，酸、胀、麻、木更为明显。常伴有高血压、冠心病、糖尿病及脑血栓。四肢及颞浅动脉多有弦硬、扭曲现象，亦常见视网膜动脉硬化。化验检查血胆固醇、甘油三酯增高。心电图可显示冠状动脉缺血。X线检查显示动脉有钙化斑点。动脉造影可显示动脉呈扭曲、伸长、管腔不规则狭窄或节段性阻塞。本病累及大中动脉，若没有施以早期治疗则预后较差。

雷诺氏病：本病是肢体在寒冷环境中，其末端的动脉痉挛性收缩所产生的病变，多见于年轻女性的手指部位。在临床上典型的表现是双侧对称性阵发性的指端苍白，随后青紫、发红，伴有麻木、刺痛和烧灼感，患肢动脉搏动正常。大部分病人在发病后手指上不留任何改变，但少数病人由于病情反复发作，可出现指端皮肤的营养改变，或有小的坏死和溃疡形成，交感神经节切除可缓解症状。

糖尿病性坏疽：糖尿病是一种机体糖代谢障碍性疾病，临床上表现有“三多一少”的全身症状，即多饮、多食、多尿和体重减少。化验检查血糖增高，尿糖阳性。其并发坏疽时，坏疽发展迅速，可蔓延至足部和小腿，多呈湿性坏疽。

急性动脉栓塞：该病是严重心脏病如心内膜炎、心房纤颤等的并发症。表现为肢体骤然发生剧痛；皮肤呈死尸般苍白和冰凉，可有瘀斑；肢体丧失感觉和运动功能；栓塞平面以下的动脉搏动消失，栓塞远端形成坏疽，范围较广泛，发展很快，可累及足部、小腿和股部或手部、前臂。

结节性动脉周围炎：该病主要侵犯中小动脉，肢体可出现类似脉管炎的缺血症状，如皮肤发生紫斑、缺血、坏死，其病变广泛，常累及肾、心、肝、胃、肠道等动脉；出现皮下结节，沿表浅动脉排列。常伴乏力和发热。化验检查血清丙种球蛋白增高，红细胞沉降率增快。难于鉴别时可作活组织检查明确诊断。

红斑性肢痛症：本病多见于女性，足部或手部发作性血管扩张而表现皮肤发红，皮肤温度升高，严重灼痛。受热或行动或患肢下垂位可使症状加重；遇冷或抬高患肢可使症状减轻。发病与温度密切相关，当患肢温度超过34℃时，疼痛即可发作。动脉搏动不受影响或增强，也无肢体缺血现象。

多发性大动脉炎：多见于青少年女性，本病常同时累及多处大动脉。主要侵犯主动脉弓的分支动脉和主动脉及其内脏分支动脉(如肾、肠系膜、腹腔动脉等)，引起狭窄或阻塞，产生动脉供血不足的临床表现，如累及锁骨下动脉可出现上肢麻木、酸胀、无力，桡动脉搏动减弱或消失的上肢无脉症，上肢血压降低或测不出；如累及颈动脉可产生眩晕，头痛、视觉障碍，偏瘫或昏迷等症状；如累及胸、腹主动脉可产生上肢高血压和下肢缺血表现，如下肢发凉、酸麻无力、间歇性跛行等，但一般无坏疽发生，疼痛也不多见，皮色改变不明显，在胸背部和腹部可听到收缩期杂音，如累及肾动脉，则产生肾性高血压。X线造影显示：主动脉主要分支开口处狭窄或阻塞。活动期尚有明显低热、乏力、出汗或游走性关节痛等全身症状。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

冻伤：多在寒冷季节受冻而发病，轻度冻伤表现为局部灼热、发痒，产生红斑、青紫及水疱，严重者可发生肢端坏死，但坏死较表浅，多发生在手、足、耳等暴露部位，患肢动脉搏动正常。冬季过后症状消失，来年冬季又可复发。

痛风：患趾红肿及剧烈疼痛，但局部不发冷，无动脉供血不足表现。血尿酸增高(血清尿酸可大于7mg%)，X线平片在慢性期关节炎区除尿酸钠盐沉着阴影外，有骨软骨缘或骨骺部骨质圆形或不规则穿凿样透亮缺损影。

神经营养性溃疡：脊髓痨、脊髓空洞症等神经疾病的并发症，指、趾坏死或溃疡并不伴有皮色改变，亦无疼痛感，典型的溃疡特点是“穿掘形”，患肢动脉搏动良好，除溃疡外有原发疾病的神经系统表现。

下肢慢性溃疡：本病常为下肢静脉曲张的并发症，溃疡多发生于小腿内侧或踝部附近，溃疡多为单个，少数可为多个，溃疡周围组织色素沉着，水肿或硬结，溃疡多年不愈。但下肢动脉搏动良好。血栓闭塞性脉管炎发生溃疡或坏疽多从趾端开始，且多局限于踝关节以下，无下肢静脉曲张表现，有动脉搏动异常。

胸廓出口综合征：本病又名颈肋和前斜角肌症综合征。男女均可发生，青年人占多数。由于颈肋和痉挛的前斜角肌对臂丛神经、锁骨下动脉产生压迫，致使上肢发凉、麻木、疼痛，皮肤颜色呈苍白或青紫，桡动脉搏动减弱或消失。严重者可发生肢体营养障碍及坏疽。静脉受压时患肢肿胀、发紫。当神经同时受压，臂丛神经受刺激可出现同侧颈、肩、背部疼痛，臂和手放射性疼痛，手指麻木和刺痛等。一部分病人可有尺神经分布区肌肉萎缩。体检时常见锁骨上区饱满隆起，有压痛、并向颈部和上肢放射。X线摄片可发现颈肋存在。或提拉前斜角肌时前斜角肌过度紧张，症状加重。应用2%普鲁卡因4毫升注入前斜角肌内则病情缓解。

手足发绀症：多发于青壮年女性。四肢均可发生，常呈对称性。皮肤发凉，皮色发绀，受寒冷症状加重。春、夏季病情缓解。周围动脉搏动正常，肢体无营养障碍改变。

网状青斑：本病多发于青壮年女性。多发生于小腿及足部，也可累及上肢、躯干等处。皮肤呈网状斑点状青紫，或有类似大理石花纹。患肢常有发冷、麻木和感觉异常。遇冷病情加重，得暖症状缓解。本病无间歇性皮肤颜色改变，大动脉搏动不见减弱，罕见足趾溃疡与坏疽。

扁平足：此乃一种常见的足部畸形，偶可引起血管痉挛。多发生于青、壮年。足底变平，足弓消失，可伴有血管痉挛，皮温下降，青紫和出汗。走路时出现间歇跛行，久站及负重时加重，体息后减轻。周围动脉搏动良好，肢体无营养障碍改变。

下肢深静脉血栓形成：一般多发生于手术、外伤或妇女分娩后长期卧床，以及下肢感染或长期静脉输液等情况下，以髂股静脉血栓形成最为常见。患者常伴有发热，肢体肿胀、疼痛，浅表静脉怒张。若伴动脉血管痉挛，皮肤可发凉，皮温下降，皮色紫绀。周围动脉搏动正常，偶有减弱。

硬皮病：系统性硬皮病除皮肤病变外并累及内脏器官，多见于青壮年妇女，四肢损害一般始于指、趾，发生小血管内膜炎及血管周围浸润，致使血管腔的狭窄和闭塞。约有半数病人可出现雷诺氏现象，以及其它肢端缺血征象，甚至发生肢端坏死。但本病的主要特征是皮肤变硬如皮革样，大多数病人均有低热、乏力，消瘦，关节酸痛及内脏损害的症状。免疫系统检查有抗核抗体存在，免疫球蛋白IgM、IgG、IgA可增高。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 脉络寒凝证

临床表现：患肢发凉，麻木、酸胀或疼痛，间歇性跛行，患肢局部皮肤温度下降，皮肤颜色或苍白或苍黄，中、小动脉(趺阳脉、太溪脉、腘动脉)搏动减弱或消失；舌质淡紫，舌苔白润，脉弦紧。

病机分析：寒性收引、凝滞，寒邪袭络则经脉收缩牵引，气血凝滞而瘀阻不通，不通则痛，故见患肢疼痛；患肢失于濡养故见麻木、酸胀；寒为阴邪，易伤阳气，故其为肢体发凉、怕冷；肤色苍白或苍黄，舌淡，苔白，脉紧为寒邪凝滞的表现；脉弦主痛，舌质紫为气血瘀阻之象。

转归：本证见于脉管炎初期，若诊断及时，调治得当，病情可很快趋向平稳，预后较好。

治法：温经散寒，活血通络。

方药：阳和通脉汤加减。

炮附子　桂枝　麻黄　丹参　鸡血藤　川牛藤　红花　地龙　当归　赤芍　炮甲珠　甘草

加减：病在上肢者去川牛膝加片姜黄，活血通络，横行肢节，引药归经；夹湿者酌加苍术、茯苓化湿渗湿；气虚倦怠乏力者加生黄芪以益气且行血；痛甚者酌加玄胡活血止痛。

7.1.2 脉络血瘀证

临床表现：患肢发凉、麻木、酸胀加重，持续性疼痛，夜间加重，间歇性跛行严重，皮肤可见紫绀色或紫褐斑，趾甲增厚、变形、生长缓慢，汗毛稀少，或肌肉萎缩，中、小动脉搏动减弱或消失；苔白润，脉沉紧或沉涩。

病机分析：寒胜则血凝涩，由于脉络寒凝日久而脉道阻塞，瘀血形成后，瘀血不去新血不生，肢体失养而见皮毛、肌肉、爪甲等营养不良性改变愈著，故肢体发凉、怕冷、麻木、疼痛等症状加重，爪甲增厚、肌肉萎缩及汗毛稀少，瘀血阻塞脉络，气血运行不畅而见皮肤紫绀色或紫褐斑；气滞血瘀，脉道阻塞而见中、小动脉搏动减弱或消失。

转归：本病已发展至脉管炎营养障碍期，此期若坚持治疗，配合戒烟，避免外伤及受冻，尚可向愈，否则可反复发作或脉络蕴热、化毒而致病情逐渐加重，转化为坏疽，溃疡等。

治法：行气活血、化瘀止痛。

方药：逐瘀通脉汤加减。

当归　赤芍　白芍　川牛膝　红花　丹参　鸡血藤　炮甲珠　枳壳　木香　川芎　金银花　甘草

加减：痛甚者酌加玄胡、制乳没以增祛瘀止痛之力；气虚倦怠者酌加生黄芪益气行血。

7.1.3 脉络瘀热证

临床表现：患肢酸胀、麻木、灼热疼痛，遇热痛甚，遇冷痛缓，夜间痛剧，皮肤呈紫

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

绀色，干燥、脱屑、光薄或皲裂，趾(指)甲增厚、变形，生长缓慢，汗毛稀少或脱落，肌肉萎缩，中、小动脉搏动消失，舌质红或红绛，苔黄，脉沉涩或细涩。

病机分析：瘀血阻于脉道，一则瘀血不去，新血不生，肢体失养而见皮毛、肌肉、爪甲等营养不良改变愈著，脉道闭塞不通而中小动脉搏动消失；二则瘀久化热，瘀热阻于脉道而见患肢灼热疼痛，遇热加重，遇冷痛缓。舌红或红绛、苔黄均为寒已化热之象，脉沉涩或细涩为气滞血瘀之征。

转归：同脉络血瘀证。

治法：清热养阴，活血散瘀。

方药：逐瘀通脉汤加减。

当归　赤芍　白芍　牛膝　丹参　红花　鸡血藤　炮甲珠　川芎　金银花　甘草　蒲公英　紫花地丁

加减：热盛者酌加知母、黄柏；痛甚者酌加元胡。

7.1.4 脉络热毒证

临床表现：趾(指)紫暗或色黑，皮肤溃破，疮口时流脓水，腐肉不鲜，痛如火灼，夜间痛甚，常抱膝而坐；严重者腐烂蔓延，可五趾(指)相传，甚至上攻脚面，渐见肢节坏死，自行脱落，久不收口，皮肤、趾(指)甲、汗毛、肌肉等营养障碍，严重者可伴全身症状，如发热、口渴喜饮，大便燥结，小便短赤等，中小动脉搏动消失，舌质红绛，苔黄燥，脉细数。

病机分析：脉络瘀热，热邪郁久化热成毒，热毒蕴蒸，使肉腐成脓，而致趾(指)变黑，皮肤溃破，瘀血内停，脉络瘀阻，患部气血不充，故见溃破处流脓流水，腐肉不鲜，或腐烂蔓延，肢节坏死，久不收口；瘀热内停故痛如火灼；热毒壅盛则见发热；邪热伤津故见口渴喜饮，大便燥结，小便短赤等；舌红绛、苔黄燥，脉细数均为热毒内停，热伤津液之征。

转归：根据坏疽、溃疡的特点及范围不同预后有很大差异。坏死组织皱缩、发黑、干硬；与健康组织分界明显，分界处有炎性分泌物，健康组织可见渐生新鲜肉芽；局部无红肿，多无全身症状；此为干性坏疽，预后较好，但亦可复发。若局部组织腐烂发黑，有大量脓液且恶臭；创周暗红、灼热，与健康组织无明显分界；全身可伴高热、神昏等症，此为湿性坏疽，若积极治疗，控制感染，改善局部血运使湿性坏疽转化为干性坏疽则尚可向愈，否则预后不佳。另外，I级坏疽或溃疡，仅限于趾(指)；预后较好，坏疽或溃疡延及全足背(掌背)或侵及跟踝(腕关节)、小腿部的预后差。即使行截肢术治疗，血运不能改善，亦可致伤口久久不愈，使病程延长。

治法：清热解毒、化瘀通络。

方药：解毒通脉汤加减。

金银花　紫花地丁　蒲公英　连翘　熟地　当归　赤芍　川牛膝　丹参　红花　玄参　石斛　甘草

加减：干性坏疽者酌加太子参、怀山药、当归等益气和血之品；湿性坏疽者酌加车前子、生苡仁等利湿化浊之品；痛甚者酌加玄胡、徐长卿等祛瘀止痛；便秘者酌加生大黄通腑泄热。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.1.5 气血两虚证

临床表现：趾(指)及足部伤口不愈合，肉芽呈灰白色如镜面，脓液少而清稀，皮肤干燥、脱屑、光薄、皲裂，趾(指)甲增厚、变形、生长缓慢，汗毛脱落，肌肉萎缩，出现身体消瘦，面色苍白，头晕心悸，气短乏力；舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。

病机分析：脱疽病延日久，脓水淋漓，正气愈损，致气血两虚。脓由气血所化生，气血两虚必致伤口脓水稀薄，久不愈合；病至后期气血虚弱，生气不足故肉芽灰白，光如镜面；精华不能上荣于头面则见面色苍白，血虚失养则心悸、气短；气虚不足以温煦则乏力，头晕。舌淡，苔薄白，脉沉细无力均为气血两虚之征。

转归：本期以气血两虚之本虚证为主，但脉络蕴毒之标实证亦同时存在，病情复杂，预后差，但如果治疗后，气血两虚得以改善，脓液由稀薄转为稠厚，疮面由灰白转为新鲜肉芽，则尚有向愈的希望。

治法：补气养血，辅以活血通脉。

方药：人参养荣汤加减。

人参　白术　黄芪　陈皮　肉桂　当归　熟地　五味子　茯苓　远志　赤芍　甘草　大枣　生甘草

加减：若见余毒未清，可酌减黄芪，且酌加玄参清热养阴；若见阳虚有寒，可酌加桂枝、牛膝温阳通脉。

7.2 中药单方治疗

单味中药治疗血栓闭塞性脉管炎的临床疗效和药理作用的研究也取得了进展。如毛冬青、白花丹参、莪术油等均有良好疗效。

(1) 毛冬青(毛披树根)

毛冬青，性平味苦涩，活血止痛。有效成分有黄酮类，能直接作用于平滑肌使外周血管扩张，有抗菌作用。

方法：①毛冬青 250～500g，猪蹄 1 个，加水煎 1～4 小时，每日分 2～3 次服完。

② 毛冬青注射液(每 ml 含生药 4g)，每次 2～4ml。肌内注射，每日 2 次。

(2) 丹参

丹参，性苦微寒，活血祛瘀，安神止痛。含丹参酮，丹参醇等。具有扩张周围血管，抗凝和促进纤维蛋白元的溶解作用，能作用于多种血液凝固因子，提高细胞中 cAMP (腺嘌呤核苷酸)，有抗血液凝固作用，并能激活纤溶酶原，促进纤维蛋白原的溶解而达到防止和溶解血栓作用。

方法：①复方丹参注射液(丹参和降香，每 ml 含生药各 1g)。每次 2～4ml。每日 1～4 次，肌肉注射。或将复方丹参注射液 10～20ml，加入 5% 葡萄糖注射液 200ml 内，静脉推注，每日 1～2 次，或 5% 葡萄糖注射液 500ml 内，静脉滴注，每日 1 次。

② 白花丹参酒：将白花丹参根晒干切碎，轧为粗末，用白酒(55°～60°)浸泡半月，配成 5%～10% 的白花丹参酒备用。不会饮酒者，每日 3 次，每次 20～30ml。病情较重，疼痛剧烈，会饮酒者，每日 3 次，每次 50ml，可连续服用 2～3 月。有溃疡病、高血压病、心、肝、肾功能不好者忌用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（3）莪术油

莪术油，辛温，破血止痛，消积祛瘀。

方法：0.3%莪术油 50ml，加入 5%葡萄糖 500ml 内，静脉滴注，每日 1 次。

（4）蝮蛇抗栓酶注射液

用法：每次 4ml (0.5mg)，加入 10%葡萄糖注射液 500ml 中，静脉点滴，1 日 1 次，10 日为 1 疗程。使用期间应注意观察患者出凝血时间，一般 7 天检查 1 次，异常者，应停用。

（5）蕲蛇酶

蕲蛇酶是一种生物蛋白酶，有良好的防栓、抗栓作用。

用法：每次 2～3.5μg/kg，成人一般 75～150μg (1～2 支)加入生理盐水或 5%葡萄糖注射液 500ml，静脉滴注(2～2.5 小时滴完)，10 天为 1 疗程。停药 3～5 天，可行下一疗程。最多 5 疗程。

用药前、中、后查出凝血时间、血小板计数，用药前做皮肤过敏试验。结果阴性者方可使用。

禁忌证：活动性肝病、严重肝肾功能不全、重度高血压患者，有出血及出血倾向者慎用，孕妇禁用。

（6）当归注射液

当归，甘辛温，补血活血，行瘀止痛。当归注射液，适用于脉络寒凝证、脉络血瘀证和气血两虚证。

方法：用 10%当归注射液 80～120ml，静脉推注或滴注；亦可用 10%当归注射液 10～20ml 作患侧股动脉内注射。每日 1 次，每周 6 次，4 周为 1 疗程。

7.3 中药麻醉治疗

药品：中药麻醉 1 号(含洋金花总碱)或中药麻醉 2 号(含东莨菪碱)。有改善血液循环、止痛作用。可使皮温升高，创口出血、渗血较多，肉芽组织生长增快。东莨菪碱尚可使心率加快，心肌收缩加强，心排血量增加、血压升高。

适应证：血栓闭塞脉管炎恢复稳定阶段和三期Ⅰ、Ⅱ级坏死病例。肢体严重缺氧，使用一般镇痛无法控制者或因疼痛不能平卧、长期取坐位，患肢高度水肿者。

禁忌证：严重坏疽期及急性进展阶段的血栓闭塞性脉管炎。另外青光眼、严重高血压、心动过速、甲亢、高热患者等禁用。

方法：①静脉点滴法：用杜冷丁 50mg、氯丙嗪 50mg，洋金花总碱 2.5～5mg 或东莨菪碱 1～3mg，分别从 5%葡萄糖静点壶中间隔滴入。或前二药从小壶点入，中药麻醉药加入 250ml5%葡萄糖缓慢滴入。

② 肌内注射法：将杜冷丁 50mg、氯丙嗪 50mg，中药麻醉药 2.5mg 混合肌注。

③ 肌肉注射与静脉点滴相结合法：先将杜冷丁 50mg、氯丙嗪 50mg 肌肉注射，20 分钟后中药麻醉 1 号或 2 号从静脉滴入(法同①)。

注意事项：用药时间一般宜在晚餐后 4 小时，晚餐不宜过饱。使用前处理假牙、解空小便、并禁食。中药麻醉期间要严密观察，加强护理，以防一切事故发生。第一次作中药麻醉时，应作患肢皮温测定与肢体皮色观察，如用药后患肢皮温升高，皮色改善，宜继续

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

使用。如皮温下降，皮色不变，应立即停用。

7.4 外治法

由于脱疽病程长，证型多样，所以本病的局部治疗，也需要辨证处理，对于未溃者多采用药物熏洗，已溃者则以外用药物为主。

7.4.1 药物熏洗

（1）温经通络法

适应证：未溃者，患足表现怕冷、麻木、小腿酸痛。

方药：椒艾洗药：川椒、艾叶、桂枝、防风、透骨草、槐枝、蒜瓣、当归、苏木、红花、桑枝、生川乌。加水 3000ml 水煎后，趁热(能耐受为度)在皮肤或局部进行熏蒸和浸洗。每次 20～30 分钟，每日 2 次。每剂药可连用 2～3 天。

（2）清热解毒法

适应证：患肢红、肿、热、痛而未溃者。

方药：清热解毒汤：蒲公英 30g，金银花 15g，苦参、黄柏、连翘、红花、大黄、透骨草各 30g，硼砂 10g。加水 3000ml 水煎后趁热熏洗局部。每次 20 分钟，每日 2 次。

（3）活血化瘀法

适应证：局部潮红、紫暗、有瘀斑，局部未溃者。

方药：活血化瘀汤：透骨草 15g，当归、牛膝、红花、苏木、茜草、刘寄奴各 10g，桂枝、乳香、没药各 6g 加水 3000ml，水煎后，趁热先熏后洗患足。每次 20 分钟，每日 2～3 次。

禁忌证：凡脉管炎急性活动期，肢体坏疽呈进行性发展者；或肢体干性坏疽者，均不宜用熏洗法。

7.4.2 外用药

（1）温经通络法

适应证：患足表现怕冷、麻木、小腿酸痛，溃疡创面肉芽淡红，周边苍白有小瘀点。

方药：温经散：炮姜 1g，白花蛇 5g，研极细粉末，过筛后备用，少许撒于创面，外贴阳和解凝膏，隔日换药 1 次。

（2）清热解毒法

适应证：局部红肿热痛，已溃者。

方药：煅石膏 60g，白芷 15g，乳香、浙贝、冰片各 10g，轻粉 1g，薄荷冰 0.1g，共研细末，过筛备用，用时以少许撒于创面。再以黄连膏(黄连 18g，当归尾 15g，生地 30g，黄柏 18g，片姜黄 9g，黄蜡 150g，麻油 500ml。先将黄连、当归尾、生地、黄柏、片姜黄放入麻油浸泡 3 天，后用文火熬焦、滤去渣，加入黄蜡搅拌匀，冷却成膏)油纱布覆盖。等红肿消，创面坏死组织与健康组织分界清楚时，将腐烂组织采取蚕食方法，每次少许逐渐切深。

（3）活血化瘀法

适应证：局部潮红、暗紫，有瘀斑，溃疡创面暗红，肉芽生长缓慢，周边紫红或有游走性浅静脉炎。

方药：化腐生肌散：珍珠 1g，炉甘石 30g，红花 60g，生龙骨 30g，轻粉 3g，冰片 6g，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

共研极细末，过筛备用。用时以少许撒于创面，用血竭膏纱布块(血竭 30g,当归 60g,紫草 10g,轻粉 1g,三七粉 9g,黄蜡 60g,麻油 300ml。将当归、紫草入油内浸泡 3 天后,入锅内炸枯,滤去渣,再入血竭、轻粉,熬少时,滤净,入三七粉、黄蜡,冷却后收膏备用)覆盖创面。

(4) 生肌法

适应证：创缘皮肤爬行缓慢，肉芽水肿，或者慢性骨髓炎，创面平，光滑无脓，肉芽不见生长，久久不愈合。

方药：①生肌散：制乳香、制没药、煅象皮、煅珍珠、煅石膏各 6g，凤凰衣 3g，轻粉 1g，朱砂、冰片各 1.5g，共研极细粉末过筛备用。每次薄撒疮面，外以消毒敷料包扎，每日 1 换。

② 珍珠散：血竭、制乳香各 30g，轻粉 15g，冰片 3g，煅石膏 60g，珍珠 3g(煅)。共研极细末，勿泄气，备用。每次用此粉撒于创面，消毒纱布包扎，每日换药 1 次。

(5) 清热燥湿法

适应证：患处紫红、漫肿、灼热，或患肢伴有游走性红色的条索状结块者。

方药：大黄 30g，赤小豆 60g。研细末，醋调外敷肿块。

7.5 针 灸 疗 法

针刺治疗有疏通经络，调理气血及止痛作用。

7.5.1 体针疗法

常用穴位：下肢第一组以足三里、三阴交、阳陵泉为主；第二组以阳陵泉透阴陵泉。上肢第一组以合谷、内关、曲池为主。第二组以合谷向下斜刺透劳宫、后溪，曲池直刺透曲泽。寒凝者选阳关、太溪以温阳散寒，并用艾绒温针；湿盛肿胀者加选阴陵泉、复溜化湿消肿；热重者加选血海、委中清热凉血；小腿肌肉痛胀甚者，加选承山、飞扬解痉止痛。手法采用强刺激，留针10～15 分钟；亦可用电针刺激，频率要快，强度从弱到强，以患者能耐受为度，每次30～50 分钟，每日或隔日 1 次，10～15 次为一疗程。

7.5.2 耳针疗法

耳针术前应用双手按摩耳廓，待无血后，再探索压痛点和敏感点，选准穴位。用一般毫针直刺或斜刺入穴内，深度以不穿透耳壳为原则，病人宜有强烈反应，如无强烈反应，则将针稍上提，上下左右移动以寻找敏感点。病人有疼痛、酸胀感明显，耳廓有发热、充血反应者，敷果较好，反之则敷果不佳。在留针过程中，如果在原疾病无关的其他地方发生疼痛、酸胀等不适感，只要将针略向后退或拔出，反应常可消失。

选穴：第一组：主穴：热穴、交感、心、肾、皮质下、内分泌。配穴：肺、肝、脾。相应部位穴：如膝、踝、肘、腕等。第二组：主穴：热穴、交感、心、肾、皮质下、内分泌、肺穴。配穴：肝、脾、肾上腺、胃、脑干、枕。

手法：入针后强刺激，捻转连续 0.5～1 分钟，留针 1～2 小时或半天，留针较长的隔半小时捻针 1 次。

疗程：每 10～12 天为 1 疗程，休息 3～5 天后，可继续治疗。

注意事项：耳壳为软骨组织，容易感染，且感染后很难痊愈。因此必须严格消毒，严防感染。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5.3 电针疗法

电针是针刺得气后，在针上通以电流，利用电流对穴位的刺激而产生的治疗作用。对脉管炎来说，有疏通经络，调理气血，扩张血管，增加血流量，改善血循环作用。电针机种类很多，如蜂鸣式电针机、电子管电针机，半导体电针机等，其中半导体电针机优点较多。使用前必须熟悉电针机的性能，按说明要求使用。

取穴：以循经取穴与神经分布相结合的方法，根据病症表现的部位取穴。

手部：病症在拇指，取鱼际、孔最穴，病症在食指，取合谷、手三里穴；病症在中指，取内关、郄门穴；病症在小指，取后溪、少海穴。

足部：病症在大趾，取太冲、太白穴；病症在二、三趾，取解溪、陷谷穴；病症在四、五趾，取昆仑、地五会穴。

通常上肢常用穴是：曲池、内关、合谷穴为主穴。配穴是：中渚、间使、外关、后溪穴。下肢常用穴是：足三里、三阴交为主穴。配穴是：阴陵泉、委中、血海、飞扬、太溪、丘墟、太冲穴。

方法：每次治疗选取 3～4 穴。关键在于穴位正确，进针得气。采用 BT701 电麻仪，频率以快为准(约 5～10 次/秒)，强度从弱到强，以强为好(约 8mA)。每日或隔日 1 次，每次治疗时间20～30 分钟，10 次为 1 疗程。体息 1 周后再作第二疗程。

适应证：对稳定期与迁延期病例显效，对于急性发展期疗效较差。

注意点：①电针刺激量较大，应防止晕针；电针能引起肌肉强烈收缩，应防止弯针、断针。②电位器旋转越到后面，输出刺激越强，故应缓慢旋转，以免突然出现强刺激。③通电过程中肌肉出现有节律的收缩或微弱的痉挛现象，以及麻、胀、重的感觉，属正常现象。④颜面部及肘、膝以下的穴位对电流刺激比较敏感，电流不宜过大。⑤患有严重心脏病者应慎用。

7.5.4 水针疗法

水针疗法是一种针刺和药相结合的新疗法。它是根据经络学说原理，选用中西药物注入有关穴位、压痛点或体表触诊所得的阳性反应点。

维生素 B_1 法：维生素 B_1 能增强体质，缓解症状，促进创口愈合。常用穴位，下肢选足三里、三阴交、绝骨等，上肢选曲池、内关、外关等。

方法：用维生素 $B_1$100mg，取左右穴位交替注射。注射完毕，应让患者休息 15～30 分钟，感应稍退后再行走动。每日 1 次，30 次为 1 疗程，体息 1～2 周后再酌情考虑行第二疗程。

适应证：脉络寒凝证、气血两虚证。

当归注射液法：用 5% 当归注射液 0.5ml，注入心俞、膈俞、阳陵泉、三阴交、悬钟等穴位，每日 1 次，每次 2、3 穴，10 次为 1 疗程。

适应证：脉络血瘀证、气血两虚证。

水针注意事项：①治疗前对病人说明治疗的特点和治疗后所出现的正常反应，以消除病者的顾虑，配合治疗。如注射后局部可能有酸胀等不适感，甚至可能有发热，或暂时局部症状加重的现象，但经过数小时至 1 天后可逐渐消失。②无菌操作，防止感染。③注意药液是否变质，药物性能，药理作用，以及每次注射药物的总剂量，以免引起副作用和不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

良反应。④孕妇不作腰骶部注射。⑤药液不宜注入关节腔内，以免引起红肿、疼痛、发热等。

7.6 推拿疗法

推拿疗法具有疏通经脉，调和气血之功，通过手法的机械性作用，使患肢血管平滑肌处于松弛、扩张状态，从而消除血管痉挛，促进肢体血液循环，增强侧支循环，达到治疗目的。

方法：早期以被动活动为主，病之后期进行主动活动，以增强病人体质。采用揉、点、滚、拿、捏脊、叩打等手法。着力以病人能适应为度，逐步加重。部位以椎旁各脏腑俞穴为主，上肢从肩、肩胛推至指；下肢从腰、臀至趾。每次 20～30 分钟，每日 1 次，15 日为 1 疗程。

7.7 功能锻炼法

适用于脉络寒凝证、脉络血瘀证病人，以促进局部血流量增加。方法是病人平卧，抬高患肢 45°，维持 2 分钟，然后双足下垂 3 分钟。再平卧(患肢放置水平位置)3 分钟，再做踝关节屈伸、内外翻和足趾伸屈运动 4 次。而后休息 2 分钟。如此依法运动 5 次。根据病人的不同情况，每日锻炼 3～5 次。但对局部坏死溃烂的热毒证患者，禁用本法。

7.8 用药经验与体会

血栓闭塞性脉管炎的治疗用药颇有特点，一是用药药量大，二是多用活血化瘀药物，三是重用甘草。分别叙述如下：

(1) 量大力专：血栓闭塞性脉管炎病情重，痛苦大，疗程长。即使诊断正确，辨证准，药量轻也不足以控制病情，自古以来治疗脱疽的主方主药药量均大，如四妙勇安汤金银花用量高达60～120g。现在多数治疗本病的专家，用量仍较大，银花 30～60g，甘草15～30g，蒲公英 30～60g 等等，这是比较普通的。量大力专，力挽狂澜，始能迅速止痛，控制病情发展。

(2) 活血化瘀，贯穿始终：本病的基本病理是瘀血阻滞，可以活血化瘀是基本治则，从病之初期至病之痊愈，各个阶段都要使用。但须辨证用药，合理配伍，阳虚寒凝者宜温而通之，热毒证者宜清而通之，气滞血瘀者宜理气通脉，虚而致瘀者，宜补而通之。活血化瘀药品种类很多，在临床应用数十年以来，唯以为炮甲珠效果最佳，活血化瘀，通脉止病，之外尚善散结消赘的作用。

(3) 重用甘草，缓急解毒：甘草甘平，解毒，缓急，和药，补中，可升可降，应用广泛。一般用量 2～10g。在本病中用甘草量宜大，生用为好，每剂 15～30g，主要取其缓急止病，解毒作用。这与甘草有类肾上腺皮质激素样作用有关。

7.9 西医治疗撮要

本病的主要病理是肢体动脉阻塞，血供障碍，动脉重建性手术是直接有效的方法，但由于病变是累及肢体远端的主要动脉，动脉流出道差，动脉重建术常无法进行或遭致失

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

败。且由于病因尚不明确，单纯手术治疗并不能控制病情的发展。因此，可根据病情，选择中西医结合治疗。治疗原则主要是改进肢体血供，减轻或解除疼痛，促使溃疡愈合，保全肢体，恢复劳动力。

7.9.1 西医西药

7.9.1.1 扩张血管药物

有作用于肾上腺素能受体的药物如α受体阻滞剂(妥拉苏林，酚妥拉明、苯苄胺等)，β受体兴奋剂(苄丙酚胺，丁酚胺等)，以及直接作用于小动物平滑肌，扩张小动脉的药物(烟酸、罂粟碱、抗栓丸，己酮可可碱等)。

a. 妥拉苏林(苄唑啉，Tolazoline，Priscoline)25mg，口服，每日3～4次；25mg肌内注射或动脉内注射，每日1～2次。根据病情，剂量每次可增至50mg。

b. 酚妥拉明(苄胺唑啉，Phentolamine)25mg，口服，每日4～6次；5mg肌内注射或静脉注射，每日1～2次。

c. 苯苄胺(酚苄明，Phenoxybenzamine)，10mg口服，每日2～3次。

d. 苄丙酚胺(Nylidrin，Arlidin)3～6mg，口服，每日3次。

e. 丁酚胺(Vascult)25～50mg，口服，每日3～4次。

f. 烟酸(Nicotinic Acid，NA)50～100mg，口服，每日3～4次。

g. 罂粟碱(Papaverine)30～60mg，每日3～4次，口服或皮下注射。此药有成瘾性，不宜长期使用。

h. 抗栓丸(环扁桃酯，lyclandelate)100～200mg，口服，每日4次。

i. 己酮可可碱(Pentoxifylline)200～600mg，口服，每日3次。

7.9.1.2 低分子右旋糖酐(平均分子量2～4万)疗法

低分子右旋糖酐能减少血液粘稠度，增加红细胞表面负电荷，抗血小板粘聚，因而能改善微循环，防止血栓延伸和促进侧支循环的作用，对脉管炎有一定疗效。但对热毒型溃疡坏疽继发感染者以及伴有其他全身炎症病灶者不宜使用，否则可引起高热及炎症扩散。

用法：低分子右旋糖酐500ml，静脉滴注，每日1～2次，10～15天为一疗程，间隔7～10天可重复。

使用时注意其副作用：如发热、皮疹、头痛、头晕、胸闷等，少数出现出血、休克等，一旦发生，应立即停药处理。

7.9.1.3 抗生素

足、趾溃疡坏疽继发感染者，应使用抗生素治疗，如有条件应根据细菌培养和药敏的结果，选用有效抗生素，肌肉注射或静脉滴注。

7.9.1.4 支持疗法

对于病情重，体质差的病人应加强支持治疗，给予高营养，维生素，纠正水与电解质失衡，必要时补液，输血。

7.9.1.5 激素

一般不宜使用，但在病变急性发展期可短期使用。强的松10mg或地塞米松0.75mg，口服，每日3～4次，必要时静脉滴注氢化可的松，每日100～200mg。

7.9.1.6 高压氧治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

高压氧治疗的主要作用：①提高血氧分压，增加血氧张力；②增加血氧弥散，提高组织氧储备，从而改善组织缺氧。

方法：病人进入高压舱后，在 20 分钟左右，将舱内压力提高到 2.5～3 个绝对大气压(简称 ATA)。给病人呼吸氧浓度为 80%氧气 30 分钟，吸舱内空气 30 分钟，反复 2 次，然后用 20～30 分钟将舱内压力降至正常。每日 1 次，10 次为一疗程，休息数天后再进行第二疗程，一般可进行 2～3 个疗程。治疗后一般皮温可升高，疼痛缓解或消失，溃疡有时可缩小或愈合。少数第一期病人动脉搏动可能改善或恢复，有一定的近期疗效。

7.9.2 手术治疗

有腰交感神经节切除术、动脉血栓内膜剥除术，动脉旁路移植手术和大网膜移植术等。

7.9.2.1 腰交感神经节切除术

手术能缓解肢体血管收缩张力，促进侧支循环，改善血液供应，主要改善皮肤血液供应，而对肌肉的血液循环改善不明显。

适应于①病情早期；②动脉闭塞位置较低，远端流出道不佳，不适宜作动脉重建手术者；③作为动脉重建性手术的辅助手术。

手术效果：对肢体的冷、麻、酸、胀为主，趾端浅表坏疽并经腰交感神经节阻滞后症状能改善者，效果满意。对高位股动脉阻塞，病情属晚期者效果差。手术对间歇性跛行不能改善。手术后近期效果好转者，由于血管病变发展以及血管收缩体液调节因素等关系，远期效果较低。

手术切除腰交感神经节的范围取决于动脉阻塞的高低。皮肤出汗试验显示，切除第 2 和第 3 腰交感神经节后去神经的部位达股远端 1/3，加第一腰交感神经节切除，则达腹股沟。血栓闭塞性脉管炎大多累及小腿或胭动脉，因此切除的范围一般应包括患侧第 2，3，4 神经节。对男性病人，应避免切除双侧第 1 腰交感神经节，以免术后并发射精功能障碍。

7.9.2.2 动脉血栓内膜剥除术

手术适应证：①阻塞部位在股、胭动脉，动脉造影或多普勒超声提示胫前、胫后或腓动脉中至少有一支动脉通畅者。②肢体出现严重缺血表现，如明显间歇性跛行，静息痛，肢端溃疡或已坏疽。

7.9.2.3 动脉旁路移植术

手术适应证同动脉血栓内膜剥除术。

方法：运用自体大隐静脉或人造血管在股动脉阻塞的近远端作股胭动脉或股胫动脉旁路移植。移植材料：多数学者认为膝以下的动脉移植材料以自体大隐静脉为佳，股胭动脉移植的材料可选用人造血管；如进行股胫动脉或股腓动脉长段移植，则作连续性或称复合连续血管移植，即在远端股部用人造血管连接自体大隐静脉组成长段血管移植材料。三年通畅率：股胭动脉 60%～72%，小腿部 50%左右。

7.9.2.4 大网膜移植术

有大网膜移位移植术和游离血管蒂大网膜移植术两种。

(1) 大网膜移位移植术：美国 Casten 和 Alday 于 1971 年首次报道将大网膜裁剪延长移位到患肢膝下治疗 24 例动脉硬化性闭塞，病人大多已经行腰交感神经节切除，股胭大隐静脉转流或内膜剥除术失败而面临截肢的危险。术后 16 例(20%)显著好转，溃疡愈合。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1983年日本Hoshino等报道应用此法治疗21例血栓闭塞性脉管炎和5例动脉硬化性闭塞的远期疗效。病人经动脉造影均显示远端流出道不良，不宜作动脉重建性手术。随诊3个月~9年8个月，平均5年1个月，远期随诊19例20条脉管炎显示62%佳，19%良，19%差；5例5条动脉硬化性闭塞者20%良，80%差，显示本法对脉管炎有显著疗效。

（2）游离血管蒂大网膜移植术：日本Nishimura等于1977年介绍应用本法治疗20例脉管炎的远期疗效。随诊6个月~5.5年，症状解除19/20（95%），间歇性跛行消失13/16（68%），静息痛缓解15/16（94%），术后3个月内8/10溃疡愈合。手术方法是将右胃网膜动脉与股总动脉作对端吻合，大网膜延伸到小腿下端。术后14例动脉造影随诊显示有侧支循环，但动脉吻合口通畅者仅3例。Nishimura认为本手术的意义是大网膜的小动脉网的"生物性旁路再血管化"，以促进患肢肌肉血供。适用于小动脉阻塞而不适宜作直接动脉重建术的缺血性肢体。

7.9.2.5　肾上腺切除术

经交感神经节切除术后而又不能作动脉重建术的第三期脉管炎病人，有人主张作肾上腺次全切除术以减轻症状。报道认为对第一期病人作单纯交感神经节切除术，而对第二、三期病人可作交感神经节切除合并肾上腺切除术。

7.9.3　疼痛的处理

疼痛虽然不是治疗血栓闭塞性脉管炎的主要矛盾，但是造成病人痛苦和精神负担的一个突出症状，严重影响着患者治疗、休息和康复。控制疼痛是临床上的重要一环。脉管炎产生疼痛的原因是多方面的，最主要的是缺血。止痛方法也应该是多方面的，最主要的是活血。

7.9.3.1　针对疼痛原因的处理

（1）缺血性疼痛：由于血流障碍，肢体长期慢性缺血而引起持续性疼痛，常在夜间发生或加重。一般称为静止痛或休息痛。应以扩张血管、改善血液循环，促进侧支循环形成等综合措施，一、二期无创口的患者也可适当配合中药熏洗疗法，以促进血液循环。

（2）血管痉挛性疼痛：在受冷、吸烟、精神因素等作用下，因血管痉挛，肢体缺血，缺氧引起，使病人在持续性疼痛基础上阵发性加剧，坐卧不安，出冷汗，肢体皮肤苍白、冰冷，可持续达数小时。应运用针灸、电针、镇静解痉药穴位注射或硫酸镁静脉推注等，以解除血管痉挛。

（3）缺血性神经炎疼痛：由于神经长期缺血而引起，表现为持续性钝痛或剧烈的针刺样痛，并向肢体远端放射，轻则有感觉异常如蚁行感，烧灼感或麻木感。应配合维生素B_1穴位注射。

（4）感染性疼痛：由于组织坏死或溃疡，继发感染，炎症浸润和水肿，使局部呈持续性剧痛，出现尖锐的刺痛，感染越重，疼痛越剧烈，患者常伴不规则发热，不能入眠。应用抗生素，内服清热解毒活血中药。勤换药以避免分泌物刺激创口等。

（5）濒死性疼痛：这是由于严重缺血和高度感染互相作用所引起，组织濒于坏死，从而出现难以忍受之疼痛，是整个病程中最剧烈阶段，此后发生组织大块坏死，疼痛也就逐渐减轻。一般采用对症止痛法，必要时可用持续硬膜外麻醉。

（6）异物刺激性疼痛：创口内遗留死骨，局部刺激性药物，敷料分泌物干痂等均可引

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

起局部剧痛。应及时进行清创换药，外用0.5%～1%普鲁卡因滴润。

7.9.3.2 疼痛对症综合处理

(1) 选用有效的止痛药：如安乃近、去痛片、颅痛定、强痛定、消炎痛等，易成瘾的止痛药如吗啡、杜冷丁等尽量少用或不用。

(2) 1‰普鲁卡因静脉滴注：将普鲁卡因1g加入5%葡萄糖溶液1000ml中静脉滴注，每日1次。

(3) 连续硬膜外阻滞：硬膜外间隙置导管，间断注入神经阻滞药可起下肢止痛作用，并可使下肢血管扩张，促进侧支循环。导管由腰椎2～3或3～4间隙插入，可选用1%利多卡因，每日3～5ml，注药时痛人需平卧位，注药后密切观察血压等情况。安置硬膜外导管操作时需严格掌握无菌术，留置导管时用无菌敷料覆盖，每天更换敷料，以防继发感染。留置时间，一般为2～3天，太久易引起硬膜外腔感染并发症。

(4) 针灸、电针

7.9.4 足部坏疽、溃疡的处理

血栓闭塞性脉管炎病人趾(指)端坏疽、溃疡大多由于血液供应不良，组织营养障碍引起，因此它的创面与一般炎症创面不同，局部处理需注意以下几点：

(1) 对干性坏疽的创面采用酒精消毒后以无菌敷料保护，防止继发感染。不宜使用药膏腐烂干性坏疽。

(2) 对感染创面，用敏感的抗生素溶液湿敷或选用东方1号，全蝎膏，生肌玉红膏外敷。创面忌用刺激性强的外用药。

(3) 当创面坏疽界限清楚，继发感染局限时，宜进行清创术。

(4) 如肉芽创面较大，作游离植皮，促进创面早日愈合。经过上述处理创面而经久不愈，需局部X线摄片，证实有死骨或骨髓炎时，应作相应处理。

7.9.4.1 截趾(指)

趾(指)或蹠部坏疽区的感染基本被控制，坏死组织与健康组织间的界限明显，可考虑作截趾(指)术。下肢选用硬膜外阻滞或腰麻，上肢采用臂丛麻醉，一般不宜采用局部浸润麻醉，以免感染扩散。在无菌操作下切除全部坏死组织，包括肌腱、骨质。创面一般采用开放法。

7.9.4.2 截肢

自从我国采用中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎以来，临床治愈率已有显著提高，截肢率已明显下降，即使需截肢的，截肢平面也降低。近年来，国内中西医疗法的高位截肢率已降到4%以下。高位截肢的指征是：足部坏疽并发感染，扩散达足跟或踝关节以上，伴高热、剧痛，经各种治疗难以控制者。截肢术要注意以下几点：

(1) 不宜使用止血带。

(2) 截肢的平面如在肢体动脉阻塞的平面以上，残端愈合较安全；然而当腘动脉阻塞而小腿上端血供较好者，仍可考虑膝下截肢，以尽量保留膝关节，有利安装假肢。

(3) 小腿截肢残端的软组织与骨骼的长短比例要适当，皮瓣和肌肉要适当留得长些，避免缝合时张力过大，影响愈合。

(4) 术后如残端感染，应尽早拆开原创口引流。

(5) 截肢前后，应采用中西医结合治疗，改善肢体血供和消除炎症。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.10 饮食疗法

选用具有药物特性的食品，经过合理的加工，制成药膳以治疗疾病。我国有古老而丰富的经验。治疗脉管炎常用的有：

(1) 赤小豆粥

食法：以赤小豆 60g，适量水同煮如粥状，分 2 次服完，每日 1 剂。适用于脉络热毒证和气血两虚证。

功用：除热毒，散恶血，消胀满，利小便。

(2) 龙眼粥

食法：龙眼肉 5 枚，莲子 15g、糯米 30g，熬粥食。早晚各 1 次。适用于脉管炎各种证候。

功用：滋补强壮，补血益心。

(3) 山楂红糖水

食法：山楂 60g，鸡内金、红花各 9g，红糖 30g，每日 1 剂，分 2 次服。适用于脉络虚寒证，脉络血瘀证，脉络瘀热证。

功用：活血止痛，益气化瘀。

(4) 糯米酒

食法：糯米醣化后发酵制成，酒精含量低。每次 50g，1 日 2 次。适用于脉络寒凝证，脉络血瘀证。

功用：活血行经，散结消肿，滋补性强。

(5) 米壳酒

食法：米壳 60g，川乌、水蛭、地龙各 9g，红花 15g，黄酒 1250ml。将上药放入酒内浸泡 1 周后，过滤待用，痛时每次服 5～10ml。

功用：活血止痛。

(6) 大枣土鳖虫酒

食法：大枣 20 枚，土鳖虫、苏木各 30g，细辛 15g，白酒 1500ml。将上药浸泡于酒中，1 周后即可服用。每次 30ml。痛时服用。

功用：活血止痛。

(7) 乌骨鸡汤

食法：乌骨鸡 1 只，炖熟，食肉饮汤，每日早晚各食 1 次，2～3 日服完。连用数只。可用于气血虚损体弱之脉管炎病人。

功用：补益肝肾，益气养血。

(8) 党芪鸡

食法：母鸡 1 只，黄芪 60g，党参 30g，怀山药 30g，红枣 30g，加黄酒至药面，隔水蒸熟，分数次服，治气血两虚证。

功用：益气补血，活血止痛。

(9) 鸭血膏

食法：每次用 1 只鸭的血，加清水适量，盐少许，好酒 1～2 汤匙，隔水蒸熟。每日 1

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

次，连服4～5次为1疗程。适用于气血两虚证。

功用：补血、解毒、活血、止痛。

（10）木耳猪肉汤

食法：白木耳50g，瘦猪肉30g，大枣10枚，共入锅燉熟，1日1次，食肉喝汤。适用脉络寒凝证和气血两虚证。

功用：滋阴生津，益气活血。

8 疗效评定标准

8.1 计分方法

肢体皮肤发凉：正常为0分，有时发凉为1分，持续性发凉，比正常人穿得多可缓解为2分，持续性冰凉或穿得比正常人多仍觉发凉为3分，穿得比正常人多仍觉冰凉为4分。

肢体酸胀：本症状可为酸或胀。正常为0分；较平素活动增大时，肢体酸或胀各为1分；有时酸或胀各为2分；持续性或酸或胀各为3分；酸、胀难忍各为4分(酸或胀须分别记分,如酸为3分,胀为1分。疗后再以上述方法分别记分)。

肢体麻木：正常为0分，较平素活动量增大时麻或木各1分，有时麻或木各2分，持续性麻为3分，持续性木为4分(麻与木须分别记分)。

间歇性跛行：行走≥1500米无不适症状为正常，记0分，行走≥1000米出现局部不适症状为1分，行走≥500米出现不适症状为2分，行走＞100米出现不适症状为3分，行走≤100米即出现不适症状为4分，活动即出现不适症状者为5分。

静息痛：正常为0分，劳累后出现静息痛为1分，有时静息痛为2分，静息痛尚可忍受为3分，静息痛不能忍受或不能睡眠为4分。

烧灼感：正常为0分，有时烧灼感为1分，夜间或白天烧灼感为2分，持续性烧灼感为3分，持续性烧灼感不可忍受为4分。

肤温降低：正常为0分，有时凉为1分，持续性凉为2分，持续性冰凉为3分，冰冷不可忍受为4分。

肤色异常：正常为0分，有时苍白或苍黄为1分，持续性苍白或苍黄为2分，皮肤呈紫绀色为3分，紫黑或见紫褐斑为4分。以上均为平卧位观察。

溃疡：溃疡痊愈为0分，溃疡结痂未脱为1分，溃疡直径＜1cm为2分，直径1～2(不含2)cm为3分。直径2～3(不含3)cm为4分。依此类推(非圆形创口者,取其长短径之和除以2)。溃疡深浅：溃疡在皮层为1分，在皮下及肌肉为2分，在肌肉深层为3分，在肌肉及肌腱骨间为4分。

注：各项中，凡双侧发病者需以分值乘以2，分值不同时需单独记分；分数值计算取小数点后两位为准。

8.2 疗效评定标准

以疗后与疗前的分数比值大小评定疗效，即疗后计分之和与疗前计分之和相比：

临床痊愈：＜0.3。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

显效：0.3～0.6（不含0.6）。

有效：0.6～0.9（不含0.9）。

无效：0.9～1（不含1）。

恶化：>1。

根据中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，脉管炎的临床疗效评定标准为：

治愈：患肢疼痛消失，皮色、肤温恢复正常，疮口愈合，步履活动自如，或跌阳脉可触及。

好转：疼痛基本消失，但步履活动不能持久，疮口范围缩小。

未愈：疼痛不能控制，溃疡不能愈合，或继续向近端发展。

9 调摄护理

9.1 生活调摄

9.1.1 生活习惯的指导

① 脱疽病人饮食应清淡、易消化，富含营养与多种维生素。伴有糖尿病者，给予糖尿病饮食，伴有高热者，给予高蛋白饮食。忌食过冷、辛辣等刺激性食物。

② 严格禁止患者吸烟。临床观察到几乎所有患者都吸烟，如能坚持戒烟配合治疗，则有利于病情好转，反之则病情顽固，且易复发。

③ 加强肢体功能煅炼。病人常因间歇性跛行而不敢进行日常活动，久之可导致肢体废用性萎缩，故对轻病人应鼓励早下床活动，进行力所能及的体育锻炼，不能下床者应经常进行肢体屈伸活动，以促进肢体侧支循环，防止关节挛缩和肌肉萎缩。

④ 未溃破病人每天宜用温水洗脚，洗后须拭干。患肢皮肤应涂含有羊毛脂的护肤剂，防止发生皲裂，但趾间不要涂擦，以免皮肤浸渍，导致霉菌生长。

⑤ 保护患肢，谨防受伤。病人应穿着合适的鞋袜，以免生泡或磨破皮肤，并应尽量避免从事手脚容易受伤的工作。在修剪指、趾甲时，切勿伤及肢体。如皮肤有轻度挫伤、烧伤或形成水泡时，不宜用碘酊或红汞消毒，可用75%酒精或双氧水。胶布不要直接贴在皮肤上，以免揭去时使皮肤受损。更要预防外伤和医源性（手术）动脉血管损伤。

⑥ 温度对本病影响较大。寒冷是本病诱因之一，且可加重患肢症状。温度过高，新陈代谢旺盛，造成局部组织缺氧，症状加重。所以温度过高、过低均不利于本病。必须根据不同情况，适当调节。无创面的可用温水或洗剂浸洗。冬季要加强保暖、防冻伤。增加身体锻炼，提高身体的抗寒能力。

⑦ 防治手足癣，避免引起继发感染。

⑧ 节制房事，现代医学认为本病与前列腺素减少有关，中医认为房劳伤肾、有损筋骨，所以说明病人节制房事，有利康复。

9.1.2 心理护理

《内经》云："精神不进，志意不治，故病不愈"。这说明了精神状况与疾病的关系。脱疽病人往往存在焦虑、抑郁或悲伤的心情，尤其是脉络热毒证患者，在入院前多由于剧烈

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的疼痛或较长期的折磨，使其陷入极端痛苦的境地，造成精神上的极大负担，情绪低落、悲观失望。作为医护人员，应具有高尚的人道主义精神和丰富的同情心，对病人和善热情，耐心解释有关问题，帮助病人正确对待疾病与人生，解除思想顾虑，鼓励患者增强战胜疾病的信心，使之积极配合治疗。

9.2 辨证施护

9.2.1 寒凝血瘀型的护理

嘱患者严禁吸烟，同时注意患肢保暖，寒冷季节应穿较厚的棉袜或棉套御寒，以免受寒湿之邪。保暖同时不宜过热，不宜热敷及理疗，以免加重组织缺氧程度，可采用中药温经散寒，活血通络之剂，如羌活、艾叶、生川乌、生草乌、木瓜、红花、桂枝等各适量，水煎 2500～3000ml，每日洗患肢 2～3 次，每次 20～30 分钟。熏洗时，药液的温度要适宜，以患者感到温热、舒适、能耐受为宜，这样既可改善血液循环，防止局部皮肤破溃、损伤，又可保持局部皮肤清洁，减少代谢产物对局部皮肢的刺激。此外，嘱其抬高患肢，并做下垂运动，可促进侧支循环的建立。长久坚持，可改善下肢血运情况而减轻疼痛。同时注意休息，避免过劳。饮食宜暖，选用羊肉、鸡肉等，忌食生冷类及刺激性食物。经常巡视病房，观察患肢的血运情况，如皮肤颜色、温度，疼痛程度及下肢动脉搏动情况等。加强情志护理，多和患者交谈，向其讲明七情致病的道理，解除其思想负担，使病人处于最佳的心理状态接受治疗。

9.2.2 脉络瘀热证的护理

除应加强上述护理外，还应加强心理护理。因为此证的特点是夜间疼痛剧烈，轻则影响休息，重则彻夜难眠，呻吟不止，加之该病为慢性病，长期疼痛，顽固难治，易反复发作，故患者多忧郁、消极悲观，对治疗失去信心，甚则产生绝念，这便会加建病情的发展。针对这种情况，我们不但要密切注意病情的变化，还要常与患者谈心，给予精神上的鼓励和生活上的照顾，介绍同类患者与疾病作斗争得到治愈的生动事例，帮助患者树立战胜疾病的信心。同时告诫患者，心情忧郁可使气血运行失调，也是加重病情的原因之一。疼痛的根本解决有赖于病因治疗，但是良好的心情，愉快的精神，稳定的情绪，都可提高对疼痛的耐受力，从而减轻疼痛，更好地配合治疗。

9.2.3 脉络热毒证的护理

对病人多关心、安慰、给予生活上的帮助、照顾。防止患肢受压，帮助病人勤翻身，防止褥疮发生。解除思想负担，保持病室清洁、安静。因为良好的环境有利于休息和睡眠，有利于疾病的康复。保持溃疡面的清洁，防止继发感染，局部坏死组织未消，脓性分泌物较多，局部红肿疼痛者，可用清热凉血，解毒排脓之剂。或用黄连软膏覆盖，必要时进行清创处理，切除坏死组织。鼓励患者多进营养丰富的食物及水果蔬菜，以增强机体抵抗力，利于组织修复。

9.3 疼痛的护理

疼痛是脉管炎患者突出而最痛苦的症状。对这类病人我们应把减轻患者的痛苦放在护理工作的重要位置，在可能的情况下，努力创造条件，满足患者的合理要求，尽力将其痛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苦降到最低限度。同情体贴患者，向患者解释，疼痛时不要挤压患肢，以免血流受阻，加重疼痛。要保持患肢舒展，血流畅通，大量用解热镇痛剂有导致胃出血、穿孔的可能，应尽量少用或不用。白天用针灸、推拿等治疗改善血液循环，达到止痛目的，夜间交替使用镇痛药物和镇静药物使病人得到休息，并避免成瘾。应用安慰剂和放松训练对减轻疼痛有一定作用。应用安慰剂时必须使患者相信安慰剂就是镇痛药才能产生镇痛效果。安慰剂可以减轻镇痛药的用量，避免成瘾，但必须慎重，且应与镇痛药交替使用。如果草率行事，因而为患者所知，将招致严重的不信任，损害医患关系，影响疗效。放松训练是一种类似气功的自我控制疗法，患者通常取仰卧位，全身放松，用意念来感受四肢血液的顺利流通，从而转移注意力，对血管痉挛和缺血性神经炎引起的肢体疼痛有一定的改善作用。

9.4 中药麻醉的护理

使用中药麻醉治疗脉管炎有一定的价值，但中药麻醉是一种全身麻醉，易出现副作用，需严密观察，加强护理，防止出现意外。

① 专人护理，床头备有开口器，舌钳，口咽通气管及必要的急救药，如催醒药品等，防止发生意外。用药前测量体温和患肢皮肤温度，中药麻醉过程中每隔0.5～1小时测量1次。

② 测量血压、脉搏、呼吸，并做好护理记录，及时掌握患者的一般情况。

③ 麻醉前取下假牙，保持呼吸道畅通，多采用平仰卧位，头偏向一侧，及时清除呼吸道和口腔分泌物，防止舌根后坠。

④ 中药麻醉一般等待自然清醒，必要时于中药麻醉后5小时注射毒扁豆碱0.5mg催醒，部分病例在清醒前有不同程度的兴奋状态，要注意保护，防止坠床。

⑤ 中药麻醉后瞳孔多有不同程度散大，视力模糊，应避免强光刺激，必要时可使用0.5%～1%的匹罗卡品点眼。少数患者中药麻醉后可有小便不利，头昏，食欲减退，腹胀，腹泻等等副作用，可予对症处理。

10 预　　防

无病先防，有病早治，防病重于治病，这是中医学的一贯指导思想，对于脉管炎这种疑难重症更应重视预防。

10.1 防止脉管炎的发生

血栓闭塞性脉管炎的确切病因目前尚未明确，根据临床观察和防病实践中认识到某些因素可诱发本病发生，如果能采取以下预防措施，就可以避免发病。

（1）陶情怡性，避免精神刺激：中医学认为情志过激，伤心脉，损肝肾，诱发本病。西医认为在精神因素刺激下，发生中枢神经系统的调节障碍，从而引起植物神经系统机能失调和内分泌活动异常，使血管痉挛，成为本病诱发因素之一。因此陶冶性情，冶养身心，保持愉快的心境，不仅可以健身、增寿，同时亦可防病。应培养自己豁达的性格和多方面的兴趣和爱好，积极参加文体活动，加强自己的思想修养，克服狭隘、妒嫉、怨恨等不良思想意识和作风，以达到防止本病发生的目的。气功能通过改变自己的精神状态，促

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

进血液循环，增强机体抗病能力。也不失为一种好的防病的方法。

(2) 坚强毅力，严格戒烟：吸烟是诱发本病的重要因素。烟碱能使血管收缩、血液粘稠度增加，使血流缓慢，促进血栓形成。因此戒烟是预防治疗脉管炎的一项重要措施。凡有吸烟习惯的患者、必须以坚强的毅力，严格戒烟。

(3) 防止寒冻，避免潮湿：在寒冷地区冬季劳动、工作时，除管理部门应予以一定的保护性措施外，自己应穿戴宽松、温暖的套袜。搞冷藏工作的人应有特殊的保暖衣和保温鞋。做静止工作的人员，一定时间后，应做肢体屈伸运动，以改善血液循环，最好执行科学的工间操制度。湿冷比干冷影响更大，中医强调寒湿之邪是重要的致病原因，临床上观察到，脉管炎的发病常与湿冷有关，对此应当给予高度重视。

(4) 加强劳保，避免外伤：在工作和劳动中应加强安全教育和劳保措施，严格遵守劳动操作规程，避免各种外伤。在修剪趾(指)甲时，要注意勿损伤皮肤，因为在血运不良的肢体末端，即使轻微的外伤，也易引起溃疡和坏死。

(5) 起居有常，生活有节：养成良好的生活习惯，是保证健康的必要条件。早睡早起，起居有常、避免长时间的过度劳动。不过食生冷，不暴饮暴食，则脾胃健运；性生活有节制，不沉溺床第之乐，则肾精充盈，可以预防脉管炎的发病。

10.2 防止病情发展

(1) 要防止病情发展，既要使患者认识到这是一种危害大，痛苦重的病证，又要看到它是可以治愈，疗效越来越好的病。所以既不悲观失望，丧失信心，也不满不在乎，掉以轻心。首先要正确树立战胜病魔的信心，积极治疗。脉管炎便可保持长期稳定，逐步好转。

(2) 坚持正确的治疗，精心的护理，要就医于掌握本病发展规律的医生，做到早发现，早治疗，不仅能防止病情发展，多数能临床治愈。精心的护理也很重要。对脉络寒凝和脉络血瘀病人，坚持每日正确熏洗和进行按摩治疗，收效甚好。对于有创口的患者，要认真换药和清创，适当补充新鲜蔬菜、水果和营养丰富的食物，增强消化能力，促进愈合。对疼痛严重的患者，应采取积极止痛的方法，不可只顾一时。如不宜使小腿长时间下垂，因为长期下垂能引起患肢水肿，加重营养障碍，导致破溃。正确的体位是患肢水平放置于床上。剧烈疼痛时，可使用镇痛药物，配合镇静药物可增强止痛效果。

(3) 进行适当的锻炼既是防止疾病发展，又是治疗的重要方法之一。病人的锻炼方法可采用动静结合，以动为主。只有动，才能旺盛血行，有利于侧支循环的建立。只有动，才能加强肌肉运动，防止肌肉萎缩。但活动量要适宜，不能过劳，不能损伤。对于脉络寒凝证和血瘀证病人，可采用散步为主的体育活动，和坐式气功活动。如不适宜下床的患者和季节、天气，可采用功能锻炼法和适当的气功活动，如能长期坚持，收效颇佳。

10.3 防止脉管炎的复发

血栓闭塞性脉管炎是一种全身性血管疾病，容易复发，复发率在 15% ~ 60% 之间，因此巩固疗效，防止复发是治疗脉管炎急待解决的问题之一。除上述预防措施外，还应注意如下几个方面。

① 临床治愈后应继续服药巩固疗效，一般应坚持 1 ~ 3 个月。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

② 加强对愈后病人的定期复查和治疗。在易于反复发病的寒冷季节，更要注意定期的或间断的预防检查和预防治疗。检查应包括一般体检和血流图检查，及时了解肢体血循环情况。

③ 经常加强身体锻炼，增强机体的抗病能力，促进肢体血液循环，提高身体的抗寒能力。

④ 寒冷地区室外工作的人和经常和寒湿接触的人，宜另行安排适宜环境工作。避免寒冷、外伤，绝对戒烟。

⑤ 加强病人和医务人员之间的联系，互相密切配合，重视复查和随访工作，以便预防复发。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

病证名是中医临床研究的开端。脱疽的病名，基源于《内经》，称“脱痈”、晋代皇甫谧的《针灸甲乙经》，南北朝时代我国最早的外科专著《刘涓子鬼遗方》均有脱疽的记载，包括了西医的血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化闭塞症、糖尿病坏疽等。清代《外科全生集》所称之“脱骨疽”及《治疗汇要》所述之“脱骨疔”均属于本病之范畴。广州中医学院主编《外科学》四版教材脱疽一节，仅论述血栓闭塞性脉管炎，并与闭塞性动脉硬化、糖尿病坏疽相鉴别。[1]此后脱疽多指血栓闭塞性脉管炎。本病是一种进行性的且发展较为缓慢的、动脉和静脉同时受累的全身性血管疾病，主要累及四肢远端的中、小动脉，伴行静脉、浅表静脉也常受累。病理变化为血管壁的节段性、非化脓性炎症，以及腔内血栓形成，管腔阻塞，引起肢体缺血而产生疼痛、坏疽、溃烂。具有病程长、疗效差、复发率高，疼痛难忍的特点，因此有顽症之称。西医学于 1879 年才发现本病，Venmniwarter 有一例小腿“动脉内膜炎和静脉内膜炎、动脉腔闭塞”的病例报告。1908 年 Leo Buerger 对 11 例截肢肢体的动静脉进行了病理研究，发现在发炎的血管中有血栓形成和机化。血管腔虽然可以再通，但终因外层纤维化而变成条索状，Buerger 氏认为，这类病必须与其它血管闭塞病相区别，可称为血栓闭塞性脉管炎。以后其他许多学者纷纷进行了研究，同意 Buerger 的见解，目前在文献上统称为 Buerger 氏病。[2]

1.2 病因病机研究

1.2.1 近代医家病因病机认识撷粹

关于脱疽的致病原因，近代医家多方探求，论述颇为丰富。归纳起来有内因、外因两大类。黄耀燊等提出：脱疽主要由于脾运不健，肝肾不足，寒温侵袭，凝滞脉络所致。脾肾阳气不足，不能温养四肢，复感寒湿之邪，气血凝滞，经络阻隔，不通则痛；四肢气血不充，失于濡养，则皮肉枯槁不荣；肝肾不足，或寒邪郁久化热蕴毒，湿毒浸淫，脉络闭阻更甚，肢末无血供养，而致焦黑坏死，甚则脱落。肝血不足，或肝气郁结，或脾虚不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

运，生化乏源，都将使血的正常运行障碍，甚至气滞血瘀，脉络不通。肾精虚少，骨髓的化源不足，不能荣养骨骼，便会出现骨骼脆弱无力，甚至髓凋骨枯，坏死脱落。[3]崔公让等所著之《脱疽》认为："心主血脉，心阳鼓动无力，血脉不畅；经络闭塞，气滞血瘀，瘀久化热，肉腐骨脱，因此机体心、脾、肾的亏虚，导致脏腑经络功能紊乱，是此病发生之本。"[4]姜兆俊等《中医外科学》认为脱疽病主要是情志内伤。"情志不畅，郁怒伤肝，肝气郁结，则气血难达；忧思伤脾，脾阳不振，不能正常地输布精微于血脉，渐至气血亏损，血脉不得充盈，使'四肢不能禀水谷气，气日以衰，脉道不利，'遂发本病。"还有气血虚弱等原因，如"素体虚弱或久病体虚，气血亏损，运行无力，则肢体筋脉失养，加之寒湿之邪侵袭，更容易发生本病。"[5]褚振声说："脱疽病因内伤肾气为主，生化之源不足相辅。"又说："冬季天寒地冻，为大之虚，青年人房劳伤肾，为肾之虚。两虚相感，其气至骨，人则伤五脏。"[6]陈自权等认为"祖国医学认为本病是由于精神刺激，放纵色欲，耗伤精血及各种劳伤过度等造成元气失守，不能御邪，情志内伤，使心肾两亏，心肾肝脾不足，寒湿外受，以致寒湿凝集经络，痹塞不通，气血运行不畅，阳气不能下达所致。"[2]王沛等认为脱疽病因一是"房室不节，肾虚精亏"；二是"膏粱厚味，脾胃受伤，过食生冷，脾阳不振，不能温煦四肢"；三是"肝血不足或肝气郁结"。[7]陈淑长将中医对本病的内因作了细微的分析，认为"风雨寒热，不得虚，邪不能独伤人"，故有邪之所凑，其气必虚的说法。也就是各种病邪侵袭人体之所以导致发病是由于人体"虚"的结果。这种说法论述了致病时外因通过内因起作用的辨证关系。[8]"心主血脉"，它是指心有推动血液在血管内运行以营养全身的功能，而心主血脉的功能是靠"心气"的作用来实现的。只有心气旺盛，才能使血液在脉道内沿着一定的方向运行不息。心、血、脉三者相互关联，如心气旺盛则血脉充盈，脉搏和缓有力；心气不足，则血脉空虚，脉搏细弱和节律不齐。由此看来，气血关系极为密切，并与血液循环有密切的关系，在正常情况下，气血是相依相附的，气以生血，血以养气，"气为血之帅，气行则血行"，气血不调则引起血液运行不畅，而血瘀不通，则引起疼痛。又"脾主运化"，它包括运化食物的营养和运化水湿两方面，这两方面都是通过"脾气"来实现的。脾气足，脾的功能强健，则消化、吸收、运输功能旺盛，反之，脾气虚，脾失健运，则消化、吸收、运输功能失职，而出现腹胀、腹泻、倦怠、消瘦、营养不良等病症。另外，人体四肢的正常功能活动，也与脾气密切相关。当脾气健旺，清阳之气布流全身，输运营养充足，则肌肉丰满，四肢轻劲，灵活有力；反之，如果脾失健运，清阳不布，营养缺乏，必致肌肉痿软，四肢倦怠无力，行走间歇性跛行，甚至由于得不到气血供养而坏死。再如"肾主骨、藏精"。"先天之精藏于肾"，精能化气，肾精所化之气则为肾气。肾精属阴，肾阴对人体各脏腑起濡润滋养作用，而肾阳对人体各脏腑起温煦生化作用，周身各脏腑和器官无不由肾的这种"温煦和滋养"而发挥各自的作用。如先天不足，或房室不节，或房术、丹石、热药，或辛热炙煿之品消烁阴液，终致肾阳虚不足以温煦，肾阴虚而肢体得不到阴液濡养，故肢体发凉，麻木不仁。

脱疽致病的内因除与上述心、脾、肾三脏受损有关外，还与情志内伤有关。情志变化，即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，亦称"七情"。在一般情况下，七情是人对客观事物的反应，属正常的精神活动。但是，如果由于长期的精神刺激或突然受到剧烈的精神创伤，超过了人体生理活动所能调节的范围，就会引起体内阴阳、气血的失调，脏腑经络功能活动

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的紊乱，从而导致疾病的发生。《灵枢·口问》说："心者，五脏六腑之主也；……故悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇"，"心生血，主血脉，心痹者，脉不通。"说明情志内伤，可影响心的生理机能，心血耗伤可导致脉道闭阻，并可进而影响其它脏腑机能的正常发挥。

本病致病的外因很多，如感受寒邪，冒雨涉水，环境潮湿，机械损伤、烟毒刺激等。如黄耀燊等认为："寒为阴邪，易伤阳气。寒性凝滞，若患易致脉络凝闭不通。一旦阳虚而阴寒偏盛，则如《素问·举痛论》所说：'寒气入经而稽迟，泣而不成，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛'；寒气客于脉外则脉寒，脉寒则蹇缩，蹇缩则脉绌急，绌急则外引小络，故卒然而痛。"因此寒冷刺激是发生脱疽的一个重要因素。四肢为诸阳之末，得阳气而温，由于久处寒冷潮湿之地，寒邪外道，阳气不能达于四末，致寒邪深袭络脉，气血运行不畅，血遇寒凝则瘀滞不通，不通则痛；日久，肢体便失所养，而导致坏疽。"还说："湿为阴邪，留滞脏腑经络，易阻遏气机，损伤阳气，使气机升降失常，经络阻滞不畅。与寒邪相合，则更易导致凝滞闭塞。"[3]王果清认为本病主要原因是：受寒伤湿，寒毒凝滞，造成血脉不通。[9]姜兆俊等也认为"严寒涉水，步履冰雪，久居湿地，寒邪外受，致使脉络闭塞，血脉凝滞，阳气不复，肢体失于温煦濡养，遂成本病。"[5]崔公让等认为"机械损伤(修甲,扎伤)等均可诱发本病。"并说"造成缺血性肢体手足部坏疽，溃疡及感染的原因除血液循环不良这个根本原因外，还可因手足、指(趾)甲的外伤、轻度的刺伤、擦伤、挫伤、挤压伤、烧伤或医源性外伤引起。"[4]王沛认为"病之日久，寒邪郁而化热，缠久成毒"，热甚腐肉成脓，损骨。还说："本病的发生还与长期吸烟及外伤等因素有关。"[7]

随着现代医学的发展，人们对脱疽有了进一步的认识，除血栓闭塞性脉管炎外，动脉硬化闭塞症，糖尿病坏疽等均属脱疽范畴，然其病因病机则不同。袁淑琴认为血栓闭塞性脉管炎病因当首推寒冷刺激，其次为外伤，至于房劳虽可为内因之一，但本病多见于20～40岁青壮年，正值肾气平均，筋骨强健，肌肉壮满之际，而少见于肾气衰者。故不能视肾气虚为本病的主要致病因素。古人所讲的上述病因，实应为动脉硬化闭塞和糖尿病坏疽的主要致病因素。而与血栓闭塞性脉管炎的形成无太大的关系，亦是一家之言。[10]

总之，本病是由于精神刺激，放纵色欲，耗伤精血及各种劳伤过度等造成元气失守，不能御邪，情志内伤，使心肾两亏，心、肾、肝脾不足，寒湿外受，以致寒湿凝滞于经络，闭塞不通，气血运行不畅，阳气不能下达所致。也就是认为与心、肾、肝、脾亏虚有关。脏腑失调则经络功能紊乱是发病的内因，遇到寒湿，冷冻、饮食失节，机械损伤等不良刺激，致使气血凝滞，营卫不行，经络闭塞而成此病。

1.2.2 病因学的现代研究

1.2.2.1 外因说 大量临床资料表明，血栓闭塞性脉管炎病人在较冷的北方比较温暖的南方多见，许多患者都有受冻史或井下工作而受潮湿寒凉史，其反复发作亦多与寒冷刺激有关，温暖季节则病情缓解。寒湿客于血脉，使脉道不通，气滞血瘀。正如《素问·调经论》所说："气血者，喜温而恶寒，寒则泣而不能流，温则消而祛之。"国内30%～40%的患者发病前有下肢损伤史，如压伤，砸伤、剧烈运动，长途行走等。有些损伤甚为轻微，不足以引起肢体血管损伤，还有极个别病例为一侧肢端轻度外伤而引起其他肢体产生脉管炎病变发生。这可能是外伤后刺激神经感受器，引起中枢神经系统失调，使其丧失了对周围血管的调节作用，引起血管痉挛，形成血栓，进而引发本病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2.2.2 脾虚说 脾为后天之本，气血生化之源，主运化，又主四肢肌肉。《素问·太阴阳明论》说："四肢皆禀气于胃而不得致经，必固于脾乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉皆无气以开，故不用焉。"可见，脾之功能正常，则四肢肌肉营养正常，强健有力；反之，则得不到气血濡养，可发生脱疽而痿废不用。

1.2.2.3 肾虚说 张广利认为肾虚是脱疽发病的根本条件。他认为无论何种病因，必须在肾虚的基础上才可使人致病。比如寒邪，目前公认为它是脱疽的一大病因：因为寒为阴邪，易伤阳气，寒性凝滞，主收引，寒客脉中，气血凝滞、经脉瘀阻而致病。但如肾阳不亏，阳气可以制阴，纵有寒邪入侵，肾阳可以温煦四末，驱寒邪于脉外，肢体筋脉不为寒侵，故不发脱疽。再如七情之中，恐能致病，是因骤受惊恐，恐惧过度、伤及于肾、肾气不固，气泄于下，四末失温，筋脉拘挛，血脉瘀滞，发为脱疽。又如吸烟，已被公认对脱疽的发病起重要作用，其中的烟毒可引起脉管功能紊乱，舒缩失常，诱发脱疽或加重病情。而吸烟之所以能使脉管舒缩失常，是因烟毒入肺，日久损及肺之气及朝百脉的功能，使肺不能正常辅助心脏推动和调节血液的运行，更不能使通过肺交换的气体辅布到全身，尤其四末之处，即影响了肺"输精于皮毛"的功能，日久四肢失去温养而发为脱疽。而肺的主气、朝百脉、主治节的功能又令赖肾的蒸腾气化和纳气功能，因"肺为气之主，肾为气之根。"如果肾气不亏，蒸腾气化有权；即便烟毒侵及于肺，通过肺的宣发和肃降，也可拒毒于外，不致受害。总之，无论何种致病因素，只有在肾虚的基础上才导致脱疽。[1]

1.2.2.4 肺虚说 最近还有人提出，现在环境污染加重，吸烟率的上升，导致肺气损伤是致本病的原因之一，因肺为气之枢机，肺朝百脉。循行周身的血脉均要汇于肺，通过肺气的作用，血液才能布散全身。肺气虚，帅血无力，血行涩滞，瘀血内生，阻于脉道，发为本病。

1.2.3 脱疽发病危险因素的研究

近年来西医对血栓闭塞性脉管炎的病因探讨有了进一步的发展，认为其危险因素与下述有关。①有人认为本病与肾上腺皮质功能亢进有密切关系。肾上腺皮质功能亢进，可使血液由肾上腺素含量增加，引起经常性血管痉挛，血管壁因而出现营养障碍，最后导致血栓形成。②内分泌因素：本病患者绝大多数系男性，女性罕见，约占1%～5.5%左右。陈自权统计300例脱疽患者，其中男293例，女7例，女性占2.3%，且好发于20～45岁之间的青壮年，故有人认为男性激素使血管发生病变，或女性激素对血管有一定的保护作用；也有认为男性发病与前列腺素耗损有关。[2]目前认为前列腺素是具有强大的生理活性，特别是在肾内作用，认为是"肾内循环动态的调节器，"它对肾素的分泌有直接作用。③吸烟因素：近年来实验研究的结果，倾向于尼古丁过敏引起一系列免疫化学变化，最终导致血管炎症和血栓形成，本病患者尼古丁过敏试验阳性率达87%，而健康人群吸烟者阳性率仅16%。另有学者认为尼古丁吸入机体后可以诱发中、小动脉痉挛，使血管本身发生营养障碍致损伤；烟雾吸入肺内可以使血流速度减慢，血液粘稠度增大，血栓易于形成。实验证明，吸一支烟后平均使趾温降低2.5℃，指温降低3.2℃，[2]因此可充分肯定吸烟与本病的关系。④寒冷，潮湿，营养不良，外伤，细菌感染及毒素对本病发病的影响虽然不如吸烟的作用明显，但也可将其作为抗原，半抗原，或自身抗原，并引起免疫反应。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

另有人认为上述外界刺激长期通过感受器作用于中枢神经系统，结果使脑细胞发生衰竭，逐渐丧失对血管的调节作用，引起血管痉挛、长期痉挛而闭塞。⑤遗传因素：有关本病与遗传因素的关系，国内外均有一些报道，但还不足以肯定本病与遗传的内在关系。⑥免疫因素：国外学者早在60年代和70年代，就根据本病患者病变动脉及患者血清中动脉抗体均呈阳性结果等，提出血栓闭塞性脉管炎是一种自身免疫性疾病。近几年国内学者在这方面做了较多的工作，归纳起来有两种看法：一种看法认为本病与第Ⅲ型变态反应相符；另一种看法认为本病的发病机理除Ⅲ型变态反应外，尚有Ⅳ型迟发变态反应参与的可能。此外，张峻在综述中提到本病患者细胞免疫，体液免疫测定结果表明，本病患者较正常人T细胞总数降低。[12]另外，本病患者在血液流变学方面存在着高凝低纤溶状态，但这种高凝低纤溶状态是继发的还是原发的？近年来的实验研究结果普遍认为免疫反应所致的血管壁炎症可能是原发的，主导的，而高凝状态则是继发的。

1.2.4 病机学说的研究

中医认为，血栓闭塞性脉管炎的病机与脏腑、经络及营卫气血有密切关系。如张玉芳提出气虚血瘀是本病发病的主要病机，无论心、脾、肾、肺气亏虚，皆能影响血液环流不息的运行。气虚而致血瘀，气虚为本、血瘀为标。而不论何种原因，最终都归结于脉络瘀阻，血瘀成为脱疽的病机要点。[13]袁淑琴分析了血栓闭塞性脉管炎脉络寒凝证、脉络血瘀证、脉络瘀热证、脉络热毒证、气血两虚证五型的临床表现，结果认为每型均符合上海中医学院“血瘀证”的诊断标准，从而认为“血瘀”贯穿了血栓闭塞性脉管炎病程中各个阶段，是血栓闭塞性脉管炎的基本病理变化。[10]刘巧提出，血虚与瘀毒是血栓闭塞性脉管炎的主要病理。他认为，血栓闭塞性脉管炎的病因主要与外感寒湿、情志内伤、房室损伤有关。内伤情志而肝血不足；房事过度，耗伤精血而使肾亏精乏，终至肝肾血亏而使四末得不到血液濡养。而血虚的同时，四肢末端极易被寒湿所侵，寒湿凝滞经络，痹阻不通，气血运行不畅，久郁化热，瘀热内阻，热盛肉腐而成溃疡，坏疽，形成血栓闭塞性脉管炎。可见本病的形成。一者血虚，一者瘀毒，两者可同时并见。[14]谢济良等对本病后期病机作了进一步阐述。他认为本病整个过程中起因为寒，日久为热，既有肝肾不足、气血两虚的一面，又有寒湿入络、气血凝滞属实的一面。当寒邪郁久化热，热盛肉腐则形成溃疡、坏疽，因热盛，常出现伤阴的表现。后期虽趾(指)骨坏死脱落，疼痛缓解，但由于脓水淋漓不止，久不收口，又可出现气血两虚的症状。[15]李逢春提出血栓闭塞性脉管炎初为阳虚受寒，经脉凝滞，因失治或误治，终致阳虚日甚，气血津液运行失畅，津液留滞为痰，血脉停滞为瘀，痰瘀交阻，使血脉闭塞不通为患，属本虚标实，阳气虚为本，痰瘀交阻为标，从而说明本病病机中与痰有一定关系。[16]姜兆俊等认为：“其病位在血脉，主要病理机制为气血凝滞，脉道阻塞，不通则痛。寒气郁而化热，热盛则肉腐筋烂，趾节脱落，故名‘脱疽’。病久正气受损，可出现气血两亏的症状。”[5]总之，正如在《中医血管外科学》中陈淑长所说：“周围血管病病机特点是血瘀，……病机共性是邪气致瘀，瘀阻伤正，从而出现各类不同的病证。形成了邪、虚、瘀三者相互作用，互为因果的变化。其中邪既可以是外因，又可以是血瘀之后的病理产物(如瘀血、痰浊、水湿)；虚既是受邪的条件，也可能是血瘀伤正的结果；瘀往往是因邪而致，也有的由虚而成。所以在邪、瘀、虚的病理变化过程中，出现了多种多样的组合，导致血管病变的发生和变化，形成了临床上的各种证候。”[17]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3 西医病因病理

1.3.1 病因

西医学对血栓闭塞性脉管炎的确实病因尚未证实，一般认为与寒冷、感染、吸烟、激素等有关，现分述如下：

1.3.1.1 寒冷和感染

我国发病率，在较冷的北方比较温暖的南方多见。许多病人都有受到冷损害和霉菌感染的病史。寒冷可以促使血管痉挛。由于长期寒冷刺激血管痉挛，致使血管中滋养血管炎症变性，血管内膜增生变厚以及栓塞为主要特点；另外霉菌感染等与血栓闭塞性脉管炎有一定的关系，很可能是人体对抗霉菌的免疫反应，以致血液中纤维蛋白原值升高，并处于高凝状态有关。

1.3.1.2 吸烟

嗜烟与血栓闭塞性脉管炎有密切关系。这是烟碱能促使血管收缩，已得到实验证实。综合国内资料，血栓闭塞性脉管炎有吸烟史者占 60%～95%，而且戒烟后能使病情缓解，再度吸烟又能转剧。Erb 等曾用鼠作动物实验，应用烟草浸出液试验能引起血管病变，因而认为吸烟是主要病因。Harkary 等曾用烟草浸出液作皮内试验，发现血栓闭塞性脉管炎病人的阳性率为 78%～87%，而正常人仅为 16%～46%。这些现象都提供了吸烟与血栓闭塞性脉管炎有密切关系的依据。另一方面，妇女同样吸烟，发生本病的特别少；有些病人从无吸烟历史，可见吸烟很可能是引起血栓闭塞性脉管炎的一个重要因素，但并不是唯一病因。

1.3.1.3 激素影响

一个突出的现象是病人绝大多数是男子，妇女很少见，而且都在青壮年时期发病，这样必然导致人们联想到男性激素与血栓闭塞性脉管炎在病因上的关系。据最近报道，前列腺素 E(PGE)有舒张血管、抑制血小板凝集等作用。前列腺功能紊乱或在青壮年时期，频繁的性生活使前列腺素随精液而大量丢失，以致体内前列腺素量相应减少，就有可能促使周围血管舒缩失常，血栓形成，继发炎症。此外，Olason 曾对血栓闭塞性脉管炎并发溃疡的病例，使用 PGE 治疗后，获得愈合的报道。邓县中医院报告：1971 年他们收治了一例重病男患者，由于患者脉管炎已到晚期，一侧下肢已作过高位截肢，另一侧下肢坏死，上肢脉搏消失，手指溃破，身体极度衰弱。为了挽救病人生命，输女性 400ml 全血，当即疼痛减轻，四肢温度增加，伤口由紫渐红，四肢血液运行情况和整体症状均见好转。继以每 15 天输全血 300ml，合并中药内服，终治愈出院。以后他们又对 30 例重病患者采用输女性血合并中医辨证治疗本病，均取得满意效果。这是一个有趣的以治法推断病因的实例。

1.3.2 病理

病变主要发生在中小型动脉，如胫前、胫后、足背、跖、桡尺和手掌等动脉，其次股、肱动脉。病变的特点是血管全层非化脓性血管炎，而且呈节段性，节段之间有正常的内膜管壁，其病理变化分为三期：

1.3.2.1 急性活动期

呈血管全层炎症，有组织细胞、中性粒细胞和巨细胞广泛浸润。内膜层可见到内皮细胞增生，伴有少量淋巴细胞浸病，内弹力层完整；中层有纤维组织增生，毛细血管扩张，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肌肉层完整；外层有广泛性纤维细胞增生。在血管腔内血栓中，含有许多内皮细胞和成纤维细胞，有时可有中性粒细胞的浸润，在发病的同时，其伴行的静脉和浅表静脉也可累及。

1.3.2.2 消退期

急性状态消退时，炎症反应明显消散，炎性细胞几乎完全被淋巴细胞取代。动脉内弹力层增厚；中层满布新生的滋养血管，甚至延伸至血栓内，有少量成纤维细胞；外层纤维组织增生，含有大量成纤维细胞。

1.3.2.3 稳定期

炎症基本消失，机化血栓被纤维组织所替代，有新生的毛细血管形成，可使血管再通。中层完整，但有收缩现象。动脉周围有广泛的纤维组织形成，常常包埋静脉和神经。静脉受累时的病理变化与动脉相似，但内膜层和血栓周围有较多的巨细胞、白细胞和淋巴细胞，中层有更多的成纤维细胞、白细胞和淋巴细胞，外层则有广泛的成纤维细胞增生。

除上述血管方面的病理变化外，尚有神经、肌肉、骨骼等组织的缺血性病理改变，可出现神经周围炎和神经束周围的纤维化。偶尔神经干可与动脉、静脉一并为纤维鞘所包围，神经束可有退行性变化，呈斑点状，髓鞘有不同程度的损伤。血管壁的交感神经变性，肌肉一般无显著变化，严重病例可有退行性变化。趾、指皮下脂肪消失，大部分由纤维组织所替代。足部、小腿骨骼的X线片常显示骨质疏松；并发坏疽者，可有骨髓炎与骨质坏死。

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状

本病的症状主要由于血管病变，肢体动脉阻塞后血流减少，造成肢体缺血所致。临床表现的轻重，是根据血管闭塞的部位、范围、速度和侧支循环建立的情况而各有不同。黄耀燊等认为本病一般病程长，发展缓慢，常在数年后症状才趋显著，但亦有数月内症状即显著者。多在寒冷季节，常在受寒凉、涉冷水后发病，从下肢的趾端开始，以后逐渐累及其它肢体，但单独发生在上肢者比较少见。累及心、脑、肾部位和脏器者则更为罕见。如上述部位和脏器受累时，多属晚期病人，常同时存在四肢血栓闭塞性脉管炎病变。本病突出表现为两方面，即疼痛和肢体营养障碍。[3]

2.1.1.1 疼痛 疼痛是血栓闭塞性脉管炎的主要症状，其原因为肢体缺血、血管痉挛，神经炎和感染，随着病情进展，缺血程度不同出现以下情况。①间歇性跛行。早期患肢发凉，麻木或足底紧、发板感，当病人行走一段路程后小腿及足部肌肉发生胀痛或抽痛，继续行走时疼痛加重，最后被迫止步，休息1～5分钟后症状缓解。再行走症状又会出现，出现典型的间歇性肢行。随着病情的进展，行走距离逐渐缩短。②游走性血栓性浅静脉炎。约40%病人发病前或发病过程中，在小腿或足部反复出现游走性血栓性浅静脉炎，急性发作时局部呈红色条索状或结节状，伴轻度疼痛和触痛，可持续2～3周，红肿疼痛消退，遗留硬结和色素沉着，易反复发作。陈自权等把游走性血栓性浅静脉炎之急性发作视为诊断早期病人的一项重要指征或本病复发的预兆指征或作为本病急性活动阶段的一项指征。[2]③静止痛。病情发展，动脉缺血更加严重，肢体处于休息状态时，疼痛仍不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

止，称静止痛。这种疼痛非常剧烈，经久不息，夜间尤甚，病人屈膝抱足而坐，彻夜不眠，痛苦万状。除疼痛外还伴麻木、厥冷、烧灼、蚁行或电击感。静止痛常是溃疡的先兆，若并发溃疡或感染后，疼痛更加剧烈。

2.1.1.2 肢体营养障碍 由于长期慢性缺血，发生营养障碍，表现为趾(指)甲生长缓慢或不生长，增厚变形，变脆；皮肤干燥，不出汗，色苍白或潮红或紫红，汗毛脱落；小腿及足部肌肉萎缩。病情继续发展恶化，则可相继发生肢端溃疡或坏疽。多数自行发生，但也可因局部加热、化学药物刺激、外伤而诱发。坏疽多为干性，局部先瘀血，逐渐转为蓝色、棕色、黑色，常先在一个或数个趾(指)的末端或甲旁出现，然后累及全趾(指)，坏死组织脱落后形成经久不愈的溃疡，继发感染后，即变成湿性坏疽。坏疽溃疡期，肢端疼痛更加剧烈，胃纳减退，消瘦无力，面色苍黄。可出现严重贫血、发热及意识模糊，但发生败血症者少见。

2.1.1.3 其他症状

《中医血管外科学》对本病的症状描述较为全面，计有疼痛、发凉、感觉异常、肤色改变、营养障碍，游走性血栓性浅静脉炎，动脉搏动减弱或消失、坏疽和溃疡、舌、脉(寸口)象等9项。[17]比如“发凉：患肢发凉、怕冷、患部肤温常明显低于健侧对应部肤温。此为本病早期常见的症状。……当见到皮肤温度由冰凉转为灼热不耐温暖、喜凉、恶热，此属瘀久化热，病情发展证。”“感觉异常：患肢在运动后或在夜间，趾、指或足部常有发痒、针刺、烧灼、酸胀、麻木等感觉，甚或在足部或小腿可有大小不等的感觉完全丧失区。”“舌、脉(寸口)象：舌质多为淡紫色、瘀重者舌紫暗，可见瘀斑；脉则以沉、紧、弦、涩多见。……又可见到舌质淡、红、绛；苔白润黄；脉弦紧、弦数、细弱等。”

2.1.1.4 舌象脉象

舌象是中医望诊的重点，观察舌质舌苔的变化，可以了解疾病的轻重，病情的进退和预后，对指导临床具有较大的价值。一般患者舌质淡红，舌苔薄白或微黄。重者舌质红绛或紫暗，苔黄厚腻或黄燥。如舌质淡，苔薄白或无苔为气血两虚型；苔薄白、润滑为阴寒型；舌质暗紫、苔薄为气滞血瘀型；舌红绛，苔黄腻或黄燥为湿热型；舌苔黄燥干裂，出现黑苔者为热毒炽盛，津液耗伤，属热毒或热毒重型。

脉象：阴寒型以沉细或迟涩为多，气滞血瘀则以沉细涩为多；热毒型以脉弦数或弦细数为多，气血两虚以沉细无力或沉迟无力多见。

2.1.2 临床分期

据病程发展及病理变化临床上分为以下三期。①一期，局部缺血期。属本病早期。面色萎黄，肢冷恶寒、患肢皮色苍白、粗糙不泽，麻木、发凉、怕冷、酸冷疼痛、沉重发板感。间歇性跛行、趾(指)甲增厚、色暗。足背动脉、胫后动脉搏动减弱或消失。②二期，营养障碍期。病情继续发展。面黄色暗，患肢麻木、发凉、怕冷加重，并出现持续性静止痛，夜间更甚，常屈膝抱足而坐，不得入眠。患处赤紫肿胀，患肢肌肉萎缩，抬高患肢则苍白，下垂则潮红、青紫。皮肤干燥无汗，脱屑、脱毛，趾甲生长缓慢、增厚、变形、脆裂。足背动脉、胫后动脉消失。③三期，坏死期，属本病晚期。面色灰暗或苍白，食欲减退，患处剧痛，如汤泼火灼，昼轻夜重，夜不能眠。坏疽开始为干性，但可继发感染转为慢性溃烂。患肢溃烂后创面可久不愈合，疼痛加剧，患者日夜坐床抱膝抚足，或将肢体下

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

垂床边，以减轻疼痛。但因此使患肢肿胀、瘀紫。胃纳减退，体力日衰，消瘦无力，出现严重贫血，可伴高热、烦躁、甚至意识模糊，但发生败血症者少见。本期病人临床上根据坏死的轻重可分为三级：一级坏死局限于足趾；二级坏死为坏死扩展至趾跖关节以上；若坏死扩展至足背、踝关节或踝关节以上，则为三级坏死。

陈白权等为便于指导临床辨证施治，主张在以上分期分级基础上，据病情的活动、静止、恢复分为三个阶段：①急性活动阶段。此时病情变化大，来势凶猛，症状发展，疼痛突出，坏死迅速扩大，即为邪盛阶段，多见于30岁以下青年患者。临床常是反复伴游走性浅静脉炎。②迁延活动阶段。系“余邪稽留，正气未复。”病变迁延起伏，症状时轻时重，发展缓慢，侧支循环尚未很好建立，创口长期不愈。③稳定、恢复阶段。系邪去正复，症状逐渐消失，溃疡趋向愈合，全面恢复好转。[2]

2.1.3 辨证分型研究

按照据证立法，依法组方，理法方药完整统一的原则，进行辨证论治仍然是多数学者治疗血栓闭塞性脉管炎的常用方法。《中医外科心得集》等专著据病变的程度轻重，结合西医对本病的分期，将本病证候分为四型，即虚寒型或寒湿型，相当于局部缺血期；气滞血瘀型，相当于营养障碍期；热毒型，相当于坏死期；气血两虚型，相当于恢复期。阎领全等将本病分为六型：脉络寒凝证、脉络寒湿证、脉络瘀热证、脉络热毒证、脉络血瘀证、气血亏虚证。他经过临床观察发现，虚寒病人中，脉络寒湿者占相当比例。湿为阴邪，其性重浊，发病隐袭，病程缠绵，这与脉管炎的规律吻合，故分立一型。[18]郑桂兰则将本病分为三型：①阴虚寒凝型，相当于局部缺血期，证属脾肾阳虚，寒湿凝滞；②血瘀郁热型，相当于营养障碍期，证属血瘀阻络，阴虚郁热；③阴虚湿毒型，相当于坏死期，证属郁热伤阴，湿毒凝滞。这里提及了伤阴的病理变化。[19]顾伯康分为五证：虚寒证、血瘀证、热毒证、气血两虚证、肾虚证。而肾虚证中又分为肾阴虚和肾阳虚两种。[3]这种肾虚证多以全身症状为主要表现，对全身治疗也有一定的辅助意义。

据中国中医药学会脉管专业委员会所制订的《血栓闭塞性脉管炎的中医诊断及疗效评定标准》，脉管炎的临床辨证共分为五个证型。

脉络寒凝证：患肢发凉，麻木，酸胀或疼痛，间歇性跛行。患肢局部皮肤温度下降，皮肤颜色苍白或苍黄。中小动脉搏动减弱或消失。舌质淡紫，舌苔白润，脉弦紧。

脉络血瘀证：患肢发凉、麻木，酸胀较重，持续性疼痛，夜间加重，间歇性跛行较重，皮肤可呈紫绀色或紫褐斑，趾(指)甲增厚、变形、生长缓慢，汗毛稀少，或肌肉萎缩。中小动脉搏动减弱或消失。舌质青紫有瘀点，苔白润，脉沉紧或沉涩。

脉络瘀热证：患肢酸胀麻木，烧灼疼痛，遇热痛甚，遇冷痛缓，夜间痛剧。皮肤呈紫绀色、干燥、脱屑、光薄或皲裂，趾(指)甲增厚、变形、生长缓慢，汗毛稀少或脱落，肌肉萎缩。中小动脉搏动消失。舌质红或绛，苔黄，脉沉涩或细涩。

脉络热毒证：趾(指)紫黯或色黑，皮肤溃破，疮口时流脓水，腐肉不鲜，痛如火灼。夜间痛甚，常抱膝而坐。严重者腐烂蔓延，可五趾(指)相传，甚至上攻脚面，渐见肢节坏死，自行脱落，久不收口。皮肤、趾(指)甲、汗毛、肌肉等营养障碍。严重者可伴全身症状，如发热、口渴喜饮、大便燥结、小便短赤。中小动脉搏动消失。舌质红绛，苔黄燥，脉细数。

气血两虚证：趾(指)及足部伤口不愈合，肉芽呈灰白色如镜面，脓液少而清稀。皮肤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

干燥、脱屑、光薄、皲裂，趾(指)甲增厚、变形、生长缓慢，汗毛脱落，肌肉萎缩。身体消瘦虚弱，面色苍白，头晕心悸，气短乏力。舌淡，苔薄白，脉沉细无力。

以上分型对于本病的病位诊断、病性诊断、病期诊断更符合其自身规律，对治疗有更好的指导意义，因而为目前临床所广泛采用。

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则概述

顾伯康提出脱疽总的治疗原则为："温阳通脉，祛寒化湿、活血祛瘀，调补气血，清热解毒，祛腐生肌。"并特别强调要"严格戒烟，适当休息，注意下肢保暖，防治足部损伤。"[3]陈淑长根据"脉管炎初期常出现血管痉挛，晚期发生血栓闭塞和坏疽。由于血液循环障碍、血液供应不足面引起缺血，缺氧性疼痛。疼痛是脉管炎最突出的症状。……另外脉管炎发展到晚期，趾(指)常出现坏疽，此时极易合并继发感染，如果不及时处理，患者全身可出现脓毒血症，局部可出现大面积组织坏死和使炎症范围扩大。所以脉管炎的治疗原则可归结为改善肢体的血液循环，止痛和控制感染三个方面。而改善血液循环乃是脉管炎最主要的治疗原则。"并提出具体治疗原则如下：活血化瘀，温经散寒，清热解毒，补气养血。[8]门军章等提出"通过温阳以祛寒、从面促进活化、使阳气复而寒凝消、瘀血化面诸症除。"[20]陈自权等提出："中医治疗目的：祛邪、达到消除周围组织中影响建立侧支循环的各种阻力。活血化瘀、达到增强肢体血流动力、防止郁滞。扶正、调整全身机能，改善血管功能状态。"也颇有新意。[2]王良佐提出还应注意以下几点：①无论证属何型、应先通后补，以免留邪，在必要的情况下可以通补并用。②在补正药中宜补气，不宜补血，因气能生血、气足则血自足，气不足血亦虚，本病表现为血瘀，用补血药，则更增瘀阻。[21]李逢春提出"养、温、通、化"治疗血栓闭塞性脉管炎，他选用阳和汤(出自《外科全生集》)和活化汤(出自《名方广用》)交替使用，养气血，温经脉，通血络、化痰瘀、扶正祛邪、标本兼顾、恰中病机、取得良好疗效。[16]汪曾荫根据临床实践，在治疗上多按西医分期与中医辨证结合起来，早期、相当于西医缺血缺氧期、治法宜温经散寒、活血通络，若仅用活血药不用益气药、则药力不能通达。临床体会本病只能用活血益气药，不宜用补血药，气足则血自足，气不足血亦虚。Ⅱ期、相当于西医营养障碍期。治法宜疏通经络、活血祛瘀。若皮肤变青、紫或紫暗色、在用药上用温化寒湿药。以免热腐化脓。本期不宜饮酒和湿热泡洗。Ⅲ期、即坏死期。治法宜泄火解毒、活血通络、本病症状重，方剂宜大。[22]胡胜利提出对该病的治疗不能强求活血祛瘀一则，尤其在肢体坏死继发严重感染和阴虚的病人更应慎投，由于病变后期"血栓机化"，治疗上应以软坚为宜。疼痛是脉管炎最主要的症状之一。[23]郑学梅等提出临床处理疼痛，宜据其寒、温、瘀、热、虚的成因不同，辨证用药止痛。同时结合西医对症止痛。对于缺血性疼痛、血管痉挛性疼痛多采用中药辨证论治止痛。感染性疼痛，由于患肢溃烂、坏死继发感染、糜烂组织刺激创面引起，在中药辨证论治的基础上，全身或局部使用抗生素，必要时清创、清除坏死组织。对异物刺激性疼病，处理办法是及时查明创口、彻底清创，避免用腐蚀性或刺激性药物。[24]

2.2.2 治法研究

近年来，各地中医同道治疗血栓闭塞性脉管炎取得了良好的效果。其治疗方法归纳起

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

来为：辨证论治、中西医结合治疗、内治外治相结合以及其它疗法。

2.2.2.1 辨证论治

中医学强调整体观念、辨证论治，血栓闭塞性脉管炎虽发生在局部、但与环境、气候、机体的抗病能力有密切关系。情志太过、房室过度或寒湿外袭客于经络，致血脉痹阻、瘀血内停，气血不达四末均可发病。多数学者将本病分为五型：阴寒型(或寒湿型、虚寒型、寒瘀型)、血瘀型(或气滞血瘀型)、湿热型(或湿热下注型)、热毒型(或热毒炽盛型、火毒型)、气血两虚型。顾伯康针对以上证候，虚寒型治以温阳散寒通脉、用阳和汤、独活寄生汤加减；血瘀型治以活血通络止痛、用血府逐瘀汤、桃红四物汤加减；热毒证治以清热解毒止痛，用四妙勇安汤、顾步汤加减；气血两虚证治以补气养血为主，用十全大补汤、人参养荣汤加减；肾阳虚证治以温补肾阳，用桂附八味丸；肾阴虚证治以滋补肾阴，用六味地黄丸、知柏八味丸加减。[3]赵尚华等中医辨证论治血栓闭塞性脉管炎 222 例临床研究，对虚寒证用阳和通脉汤，气滞血瘀证用逐瘀通脉汤，热毒证用解毒通脉汤，气血两虚证用顾步复脉汤，配合外治等方法。近期疗效：总有效率 95.5%，临床治愈率 69.8%；无效率 2.7%。治疗前后肢体血流图检验结果分析：用单波波幅值(单位欧姆)作为定量标准，用自身对照法，作统计学处理，$P<0.0001$ (t 值分别为 14.96、16.36、13.76、9.88)，结果表示：患者经治疗后，血流图幅值明显增高，说明患者肢体血流量较治疗前明显增加，远期疗效，本治疗组对比例治疗后随访 2～6 年，优良例 55 例，优良率 91.6%。[25]

李卫利等针对阴寒型、血瘀型、湿热型、热毒型、气血两虚型等本病的 5 个证型，分别给予桂附汤加味、当归活血汤、四妙勇安汤加味、银花解毒汤及人参养荣汤，治疗本病 108 例，治愈 55 例，总有散率 95%。[26]

马新普则分阴寒型、血瘀型、湿热下注型、热毒炽盛型、气血两虚型五型，治疗 90 例，治愈 40 例，总有效率 97%。[26]赵昌兰等将本病分为虚寒型、气滞血瘀型、热毒型、气血双虚型 4 个类型。虚寒型治以温补和阳、散寒通滞，方用加味阳和汤；气滞血瘀型，治以通经活血、化瘀止痛，方用加味仙方活命饮；热毒型，治以清热解毒、化瘀活血、方用加味四妙勇安汤；气血双虚型分两种情况：①坏死组织已分离，治以温补托毒、佐以活血通络，方用加味托里消毒散。②腐肉朽骨已脱净，肉芽生长不良，创口久不愈合，治宜补益气血。方用加味十全大补汤，余毒不尽加金银花，阳虚加附子，肉芽灰暗加红花，病在下肢加川牛膝。另外，他提出不论属于哪一型脉管炎，在治疗过程中均可配服犀黄丸。如无溃疡和坏疽者可服白拟血红散，共治 372 例，治愈 222 例，总有效率 92.5%。[27]郑则敏将本病分为湿热型、热毒型及气血两虚型，分别给予防己饮加减、四妙汤合黄连解毒汤化裁及八珍汤合桃仁饮加减，治疗 57 例，治愈 44 例，总有效率 98%。[26]李治田将本病分为寒瘀型、热瘀型及血瘀型，分别给予益气通脉丸 2 号、益气通脉丸 4 号和益气通脉丸 1 号，治疗 82 例，治愈 69 例，总显效率 93.9%。[26]陈富礼等将本病分为寒瘀型、湿瘀型、热瘀型。[28]王景春将本病分为四型：虚寒凝滞型，血脉瘀滞型，热毒型，气血虚，治疗 180 例，治愈 90 例总有效率 96.7%。[26]

2.2.2.2 成方验方的应用

血栓闭塞性脉管炎的治疗源远流长，许多行之有效的方剂如四妙勇安汤、仙方活命饮、阳和汤、顾步汤等至今一直沿用，现代医家在继承前人经验的基础上，对传统方剂进

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一步发挥，并在临床实践中摸索出了不少疗效确切的验方。

2.2.2.2.1 成方应用

李玉中等报道，河南张八卦外科，以仙方活命饮治疗脉管炎上千例，疗效确切。脉络寒凝证，治拟活血通络，温经通脉，方用仙方活命饮去花粉、金银花，重用方中赤芍、归尾，选加肉桂、附子、杜仲、羌活；脉络血瘀证，以拟活血祛瘀、通经导滞，方用仙方活命饮去天花粉、川贝，重用方中归尾、赤芍，选加丹参、桃仁、水蛭、红花；脉络瘀热证，治拟活血祛瘀、透达经脉、解毒清热，方用仙方活命饮去防风、白芷，重用方中金银花、赤芍、归尾、乳香、没药，选加连翘、蒲公英、丹皮、丹参；若伴湿热下注而见小腿、足弥漫性肿胀；上方选加茵陈、黄柏、车前子、泽泻。[29]

白迎娥等以四妙勇安汤加减治疗92例血栓闭塞性脉管炎，治愈68例，有效率97.9%。认为此方不但适用于热毒型，而且对于虚寒型、血瘀型及气血两虚型均适用。[30]沈武孝等以四妙勇安汤加丹参、元胡成为四妙丹参汤，以此加减治疗各型脉管炎35例，治愈显效率占80%。[31]

赵润田等以血府逐瘀汤为主治疗脱疽223例，治愈209例，占93.7%，有效99.9%。依据血府逐瘀汤活血祛瘀的原则，根据不同病情，辨证施药：若补气养血、活血通脉加党参、三七；若益气活血、温经散寒加甲珠、肉桂；若活血化瘀、通络止痛加乳没；若清热解毒、软坚散结加蒲公英、昆布。[32]郑培青以血府逐瘀汤加味治疗血栓闭塞性脉管炎37例，治愈24例，总有效率97.29%。[33]

贾鸿魁认为本病病机气虚为本，瘀阻为标，以益气活血之补阳还五汤为主方，针对寒凝、瘀阻、热毒不同类型，分别佐以温经散寒、活血化瘀、养阴解毒等治法，治疗30例脉管炎，总有效率达96.7%。方法：脉络寒凝证，以补阳还五汤、四逆汤加减；脉络血瘀证，补阳还五汤加重活血化瘀之品，如三棱、莪术、山甲、威灵仙等；脉络热毒证，补阳还五汤、四妙勇安汤加减。[34]孙元勤用补阳还五汤加减治疗血栓闭塞性脉管炎19例，治愈14例，总有效率达89.5%。他将本病分为阴寒凝滞、热毒壅滞两型。阴寒凝滞以补阳还五汤合当归四逆汤加减；热毒壅滞型以补阳还五汤合四妙勇安汤加减。[35]

阳和汤出自《外科全生集》，多用于治疗阴疽，现代医学一直沿用治疗虚寒型脉管炎。赵克文等以加味阳和汤治疗血栓闭塞性脉管炎，取得良好疗效。[36]

门建章等将乌头桂枝汤用于寒凝型血栓闭塞性脉管炎，振奋阳气、调和营卫、通经活络取得良好疗效。[37]

2.2.2.2.2 单方验方

柯长庚用自拟“通闭活血酒”内服治疗血栓闭塞性脉管炎52例，总有效率92%。[38]魏成功用自拟“加味黄芪桂枝五物汤”治疗血栓闭塞性脉管炎，疗效显著。[39]陈定学等以脉炎灵(红参、黄芪、川芎、洋金花、七叶一枝花、白花蛇、麝香等)治疗各期，每次口服1.5～2.0g，共治疗154例，总有效率97.3%。[40]王景春等以自拟当归活血汤治疗血栓闭塞性脉管炎180例，临床治愈90例，总有效率96.7%。[41]张德颖以活血通脉汤为基本方，寒湿凝滞型加附子、炮姜、桂枝、黄芪；热毒蕴结型加蒲公英、连翘、地丁、花粉；气滞血瘀型加枳壳、陈皮、鸡血藤、玄参；气血双亏型加人参、白术、茯苓、黄芪。治疗36例，临床治愈27例，总有效率94.44%。[42]金仕荣等报道以五虫散(生水蛭、全蜈蚣、广地龙、全蝎、蜚虫各等份焙干研末)，每次3～5g，日2次，早晚饭后以酒吞服，每天同时用赤小豆

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

30～60g，大枣5～10枚，煎汤代茶饮，治疗本病24例，治愈13例，总有效率95.6%。[43]赵润田等以自拟活血化瘀汤内服加外用生肌止痛膏治疗本病123例，治愈率88.6%，有效率100%。[44]孙万才用血香膏治疗各期脉管炎共1265例，治愈1242例，总有效率99.7%。[45]吴志强等以自制克栓丸口服为主治疗血栓闭塞性脉管炎73例，治愈54例，总有效率98.6%。[46]蒋希林重视扶助人体正气，强调免疫功能对本病的作用，应用脉炎灵汤治疗30例本病，治愈25例，总有效率93.3%。[26]周聪和重视活血化瘀药物的抗血小板聚集，促进纤维蛋白溶解，改善血液粘稠度，减轻血液高凝状态的作用，应用活血汤治疗57例血栓闭塞性脉管炎，治愈21例，总有效率95%。[26]张帆亦重视活血化瘀药物的作用，并认为中医的破血药对血管壁的直接扩张作用要优于活血药，运用通脉消栓饮治疗45例，治愈20例，总有效率91.2%。[26]金国英研制的桃红马乳丸具有益气活血，通络定痛的作用，治疗60例，治愈54例，总有效率95.8%。[26]韩青科以五虫汤为主(䗪虫10～20g、地龙10～20g,全蝎10～20g,水蛭10～20g,毛冬青20～60g)，根据血栓闭塞性脉管炎五型辨证，分别配以阳和通脉汤、活血逐瘀汤、利湿化瘀汤、黄连解毒活血汤及人参养荣活血汤，治疗81例，治愈20例。药理证实五虫具有抗凝血、溶栓的作用。[26]王书桂以通脉灵治疗本病109例，显效69例，总有效率99%。并通过实验证实通脉灵胶囊能降低血小板粘附性和聚集性，减少纤维蛋白原，减低患者对寒冷的敏感性，扩张中小动脉，降低血管阻力。[26]赵忠信以通脉丸治疗75例血栓闭塞性脉管炎,总有效率97.7%。[26]王树德用脉灵Ⅰ号,每次内服2丸,每日3次;脉灵Ⅱ号患肢动脉快速注射;脉灵Ⅲ号外涂或熏洗,治疗本病155例,治愈146例,总有效率98.7%。[26]孙建军以活络效灵丹合四妙勇安汤,治疗17例,治愈11例,总有效率76.5%。[26]吴风仪应用活络效灵丹加味,并用药渣加水复煎外洗,治疗12例,治愈7例。[26]张玺英着重于对本病疼痛症状的研究,证实黄芪对血小板具有明显的解聚和抑制其粘附,能提高机体防御功能,具有良好的免疫增强作用和镇痛效果。重用黄芪100～250克,治疗32例脉管炎,治愈28例,总有效率96.9%。[26]冯立新提出丹参泡酒治疗血栓闭塞性脉管炎,效果颇佳。他认为丹参有良好的止痛作用,现代药理证实,丹参能抑制血小板聚集,明显延长血栓形成的时间,减少血栓的长度和重量。在体外的抗菌实验中,发现丹参的乙醚提取物丹参酮具有抗菌抗炎作用。丹参通过改善局部的血液循环,能促进组织的修复和再生。[47]杜俊宝以毛冬青汤内服,水煎外洗,治疗20例Ⅱ期血栓闭塞性脉管炎,总有效率80%,并经实验证实:毛冬青有强而持久的扩张血管的作用,能解除血管的痉挛。[26]同时,有抗菌作用,对绿脓杆菌、福氏痢疾杆菌、变形杆菌也有抑制作用。吉林中医药研究所与白求恩医科大学用长白瑞香治疗此病100例,有效率86%,效果优良者38%。长白瑞香是长白山区的一种瑞香科植物,其味辛温,食之发热,有防冻伤的作用。吉林中医药研究所从中提取白色结晶有效成分,经化学分析为7,8-二羟基香豆素,通过与本病有关部分药理实验,认为本品具有①抗寒冻作用:防止冻伤或减轻冻伤病变程度的作用。②扩血管作用:明显扩张末梢血管的作用,从而使周围血液循环得到改善。③抗炎作用:实验表明本药对大白鼠注射鸡蛋清、甲醛及右旋糖酐引起的关节炎均有明显的预防和治疗作用。④抗凝作用:实验证明有延长凝血时间的作用。[2]

2.2.2.3 新药的开发研制

为了进一步提高血栓闭塞性脉管炎的治疗效果，多年来，广大临床工作者和科研人员

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

做了不懈的努力，并取得了可喜的成就。一些适应症广、疗效好、使用安全的中成药在不断地研制成功，并逐渐推向临床。

治疗血栓闭塞性脉管炎的注射剂主要是七八十年代研制的一批制剂，如丹参注射液、川芎嗪注射液、脉络宁注射液、刺五加注射液等。据报道，丹参注射液静脉滴注可明显改善患者的血液流变学指标；肖旭东报道，脉络宁注射液静脉滴注治疗 22 例，2～3 月的显效率为 72.7%，总有效率 95%；[48]聂志伟报道，刺五加注射液静脉滴注治疗 87 例，治愈 38 例，总有效率 89.1%，并经实验证明除能明显改变血流变学指标外，还能显著增强细胞免疫功能，抑制体液免疫，具有良好的免疫调节作用。[26]其它复方制剂亦有临床报道，如常宝忠等自制的“抗栓注射液”（主要成分是：麝香、丹参、莪术、附子、当归、红参等）治疗 40 例，两周为 1 疗程，经 4 疗程后统计，治愈 21 例，好转 18 例，无效 1 例，总有效率 97.5%；[49]邓振鹏根据民间效用的中草药“蓬子来”，又名“斩龙草”，为主药，配合黄芪、土茯苓等研制成“复方血栓注射液”，经治 120 例，总有效率 96.7%，治愈率 46.6%，无效率 3.33%。[50]但这些制剂有待进一步研究，以期巩固疗效，便于临床推广应用。

随着近代对蛇与蛇剂的深入研究，从蛇岛蝮蛇毒中提取的蝮蛇抗栓酶亦广泛地用于临床各种血栓闭塞性疾病。李聚善综述了国外蝮蛇蛇毒Ⅰ的作用机制及目前国内的临床运用，认为其药理作用是降低纤维蛋白原、降低血小板数量、粘附率和聚集功能，使血液处于低凝状态。其治疗包括血栓闭塞性脉管炎在内的 1000 余例各类闭塞性血管疾病，效果显著。[51]金旭奎报道用蛇毒抗栓酶注射液治疗脉管炎 55 例，有效率为 94%；[52]陈振武采用蝮蛇抗栓酶合中药治愈 1 例脉管炎；[53]王志月用蝮蛇抗栓酶配合中医辨证治疗 26 例脉管炎，治愈 16 例，显效 9 例，有效 1 例，总有效率为 100%。[54]

2.2.2.4 外治法

近代医家对血栓闭塞性脉管炎多采用内治、外治相结合的治疗方法。外治法很多：以中药煎汤熏洗、外用膏、丹、散、酊剂等多种方法。同时强调辨证论治，分期治疗。

赵尚华对阳虚寒凝证治以温阳散寒、活血通络。外用椒艾洗药：川椒 10g，艾叶 30g，桂枝 15g，防风 15g，透骨草 30g，槐枝 10 节，蒜辫半卦，当归 30g，苏木 30g，红花 15g，桑枝 30g，生川乌 10g，加水 2500～3000ml，以大盆煎洗，先熏后洗，再浸泡、每次 30 分钟，每日 1～2 次，每剂药可连用 3 日。注意熏洗不宜只浸洗双足，应以小腿为主，目的在于温通血脉，帮助建立侧支循环。[55]

赵昌兰等对未溃者用温经散寒洗剂，药用附子、干姜、桂枝、当归、川椒、赤芍、细辛、麻黄、红花各 30g，毛披树根 120g，煎汤乘热熏洗患肢，每日 1 次，有促进肢体血运作用。已溃者常用五宝丹：血力花、滴乳香各 60g，轻粉 30g，冰片 6g，煅石膏 120g，共研细末，撒敷患处，太乙膏固定。[27]李丽嫣以自拟甘草当归汤外用治疗 30 例各型脉管炎，治愈率占 70%，有效率 93.4%，组成：甘草 10g，当归 50g、乳香 20g，没药 20g，细辛 10g，元胡 20g，红花 20g，透骨草 20g，水煎湿敷患处。[56]路立然等提出在辨证论治指导下进行中药煎剂外洗，同时必须与内服药物相结合。他针对不同证型分别采用以下方药：①阴寒型及恢复期，温经活血汤：麻黄、桂枝、红花、透骨草、桃仁、赤芍、乳香、没药、米壳。用法：将水煎药液倒入盆内或桶内，乘热熏洗患部，待温度将至 30℃左右时，将患部放入药液内浸泡或用毛巾蘸药液浸渍患部，一般治疗 30 分钟。②热毒型，清热解毒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

汤：黄柏、黄芩、大黄、黄连、土茯苓、金银花、甘草、红花、虎杖。用法：将水煎液倒入盆内或桶内，待温度降至20℃～25℃左右时，将患部浸入药液内，一般泡30分钟。[57]吴志强等用防风、荆芥、透骨草、红花、乳香等水煎熏洗患肢，熏洗后将创面清洗干净，生肌散(冰片、炉甘石、象皮、海螵蛸等)外敷，促进了创面的愈合。[46]张德颖对脉管炎初期用通脉酊：红花15g，五灵脂15g，赤芍15g，川椒15g，白酒500ml，将药捣碎，酒浸半月，擦于患处。溃疡期用脱毒膏：金银花40g、连翘20g，黄柏20g，乳香15g，没药10g、血竭5g、白芷5g、山栀5g，川军10g，天花粉10g，叶芙蓉7.5g，蒲公英50g，炮甲珠25g，共研细末，凡士林调匀，摊于纱布，贴于患处。每日换药1次，配合内服汤药治疗，明显缩短了病程[42]郑晔运用辨证论治方法对脱疽进行局部治疗，取得了较好的效果。方法如下：①温经通络法：未溃者，患足表现怕冷、足凉、麻木、小腿酸痛，可用温经通络汤：透骨草、艾叶各15g，独活、桂枝、红花、干姜各10g，花椒、附子各3g，水煎后，乘热(以能耐受为度)在皮肤和局部进行熏蒸和清洗。每次10～15分钟，每日2次。已溃者，创面肉芽淡红，周边苍白有小瘀点、用温经散(炮姜1g、白花蛇5g，研极细粉末过筛备用)少许撒于创面，外贴阳和解凝膏，每日换药1次，②清热解毒法：未溃者，红肿热痛者可用清热解毒汤：蒲公英30g，金银花15g，苦参、黄柏、连翘、赤芍、白芷各10g，紫草、硼砂各3g，水煎后乘热熏洗局部。或外用消炎膏(芙蓉叶5000g，大黄500g，生南星40g，升麻50g，共研细末，以蜂蜜调匀成膏)外敷。已溃者用白灵药面(煅石膏60g，白芷15g，乳香、大贝、冰片各10g，轻粉1g，薄荷冰0.1g，共研细末，过筛备用)撒少许于创面，再以黄连膏(黄连18g，归尾15g，生地30g，黄柏18g，片姜黄9g，黄蜡150g，麻油500ml。先将黄连、归尾、生地、黄柏、片姜黄放入麻油浸泡3天，后用文火熬焦，滤去渣，加入黄蜡搅拌匀，冷却成膏)油纱布覆盖，等红肿消，创面局限时，可将腐烂组织采取蚕食方法，每次少许逐渐切除，干性坏疽者用甘草面干包，对足趾烂如煮熟之大枣、有血水渗出的湿性坏疽，用白芷面干包，日换药1次，使湿性变为干性，可局限炎症。创口日久，有坏死组织，经常疼痛，入夜则甚，用全蝎膏(全蝎21个，蜈蚣3条，血竭30g，冰片6g；凡士林360g，将凡士林用文火溶化，入全蝎、蜈蚣煎熬至冒白烟，过滤去渣，加入血竭再熬，滤过，入冰片搅拌均匀，冷却成膏，纱布条覆盖。③活血化瘀法：未溃者，局部潮红，暗紫、有瘀斑、可用活血化瘀汤：透骨草15g，当归、牛膝、红花、苏木、茜草、刘寄奴各10g，桂枝、乳香、没药各6g，水煎后，乘热熏洗患处。已溃者，创面暗红，肉芽生长缓慢，周边紫红或有游走性浅静脉炎、用化腐生肌面(珍珠1g，炉甘石30g，红花30g，生龙骨30g，轻粉3g，冰片6g，共研极细末，过筛备用)少许撒于创面，用血竭膏纱布块(血竭30g，当归60g，紫草10g，轻粉1g，三七粉9g，黄蜡60g，麻油300ml。将当归、紫草入油内浸泡3天后，入锅内炸枯，滤去渣，再入血竭、轻粉、熬少时，滤净，入三七粉，黄蜡，冷却后收膏备用)覆盖创面，④假脓生肌法：创面肉芽生长缓慢，肉芽水肿或者慢性骨髓炎，创面平、光滑无脓，肉芽不见生长(久久不愈合)可用生肌散(制乳香、制没药、煅象皮、煅珍珠、煅石膏各6g，凤凰衣3g，轻粉1g，朱砂、冰片各1.5g。共研极细粉末，过筛备用)。用后，溃疡周围充血，细菌减少，肉芽生长，上皮爬行。当溃疡出现白色稠厚分泌物时，肉芽红活，愈长愈快。[58]

对坏死期创面的处理，多数学者都提出对创面感染控制，坏死与正常组织分界清楚，近端正常组织水肿消退后，行趾(指)部分切除术。配合祛腐生肌药物，以促进创面愈合。刘战胜提出在祛腐生肌阶段，外用药应选择刺激性小的如九一丹，生肌散之类，以免损害

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

创面，引起疼痛。[59]张肇域等对疼痛剧烈者配合止痛开颜酒(曼陀罗花、茎、果实或全株、浸泡入白酒内，外涂局部，或将药渣捣碎敷患处，取得了良好效果。[60]唐祖宣等对于湿性坏疽，选三黄酊湿敷创面，创面新鲜并有新鲜肉芽生长者，用九一丹或生肌玉红膏等药物促进创面愈合。[61]霍爱民用自制黄连膏，金银花100g，连翘50g，当归100g，大黄50g，黄连50g，栀子100g，香油2500g炼制软膏，外敷患处，清热燥湿，生肌收口。[62]唐文生等对干性坏疽用三黄酊清洗创面，用消毒干湿布包扎，若创面多脓者，用三黄酊或0.1%雷弗奴尔溶液湿敷创面；坏死组织多时外敷紫草膏或九一丹；肉芽组织比较新鲜脓液少时用生肌玉红膏外敷，待坏死组织与分界清楚后可作分离切除术。[63]吕景明用复方甘草膏外用，用于脱疽肢端干性坏死无分泌物者，共治46例，治愈31例，总有效率95.7%。组成及制法：甘草、血竭、乳香、没药、黄蜡、香油，上四药共为极细末，混匀，把香油烧开加入黄蜡溶开，再加上以上药末，装瓶备用。用法：患处常规消毒，先将复方甘草膏涂在消毒敷料上，再贴于溃疡面上，包扎固定，隔日换药一次。[64]邱天道用象皮四妙膏(象皮、血余、鳖甲、当归、鸡血藤、桃仁、红花、乳香、金银花、玄参、麝香等)掺七彩仙丹少许外敷创面，具有加速坏死组织脱落及促进肉芽生长的作用，通过“假脓长肉”而达到祛腐生肌的目的，促进了创面的愈合。[65]

2.2.2.5 其他疗法

孙群兰采用氦-氖激光针灸仪照射病变井穴及破溃处，每日每穴照射1次，每次10分钟，1月为一疗程，治疗130例，治愈99例，总有效率94.7%。[26]林玲运用割刺法(用手术刀将咽部两侧及咽后壁充血明显的粘膜刺破出血，并令患者吐出口中血液。隔2天割刺1次，12次为一疗程，治疗40例，治愈27例，总有效率87.5%。[26]宁莫凡等报道采用山西医疗器械厂和西北医疗器械厂共同研制的肢体负压治疗机和XBP-20A型肢体正负压四功能治疗机治疗血栓闭塞性脉管炎，舱内治疗压力下肢为 -10.7 ~ -17.3kPa，一般为 -13.3kPa，每日1 ~ 2次，每次10 ~ 15分钟，10 ~ 20次为一疗程，总有效率为98.53%。[66]吴月芝等在辨证论治内服中药的同时，辨证运用针灸治疗，明显提高了疗效，缩短了疗程。方法：脉络寒凝证，下肢取足三里、阴陵泉、解溪、行间、三阴交、上肢取曲池、外关、合谷、中诸。足三里、阴陵泉行提插补法，其余各穴均用平补平泻法，留针20 ~ 30分钟、反复行针，日1次。脉络血瘀证，取委中、昆仑、太溪、解溪、陷谷、八风，行平补平泻法，留针20 ~ 30分钟，日1次。脉络瘀热证，取委中、血海、阴陵泉、承山、飞扬、针刺平补平泻法、留针10 ~ 15分钟，日1次。脉络热毒证，取血海、阴陵泉、三阴交、昆仑、照海、陷谷、涌泉，针刺以泻法为主留针30分钟。气血两虚证，取膈俞、肝俞、关元、足三里、三阴交，用提插补法，缓慢行针。留针15 ~ 30分钟，隔日1次。[67]门建章等针对本病病程长，尤其对于慢性表现的，提出多方康复，综合疗法。从而通过促进局部血液循环来调节周身气血的流通、促进代谢产物的吸收及损害部位的修复，调动人体正气的积极性，以达到扶正祛邪的目的。①推拿按摩法，包括推拿法，揉捏法，穴位按摩法。推拿法：用手掌由大腿根部内侧股动脉搏动处，开始向下缓慢平稳地推压至膝内侧，再后下到小腿内侧及足背动脉搏动处，回手时则由足部向上顺原路线轻轻地顺时针行摩法至大腿根部。向下推一遍和向上摩一遍共为一回，反复8 ~ 10回，每日2次。揉捏法：对已明确血管阻塞的部位，除用上述推摩方法外还可在阻塞部加以揉捏法。操作时

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

手掌自然伸开，以拇指或掌根为着力点，拇指外展，其余四指并拢，紧贴于肌肤，作环形旋转的揉捏动作，即拇指和掌根揉，其余四指捏。患者有酸胀痛感，每日 10～15 分钟，一天 2～3 次。穴位按摩法，以拇指(或食指)按压某一穴位，并以顺时针逆时针方向交替按摩，由轻逐渐加重力度。患者有酸胀麻痛感。一般下肢选穴为足三里、三阴交、委中、承山、涌泉等。每穴按压摩揉顺逆时针各 30 转为 1 次，每次以 8～10 次为宜。②超短波疗法。运用超短波(CDB-1)治疗机，其透热力较好，可有利于组织肌肉的修复，并有扩张血管的作用，减轻血运障碍，缓解血栓闭塞性脉管炎的症状。操作方法：患者平卧，选用中号电极毡板，从下肢委中穴至承山穴处安放一极，膝前至胫前安放一极，并作固定。将输出细调调至 150 毫安、输出粗调调至 2 档，以患者自觉有温热感或轻微血管搏动感为宜，每次 20 分钟，一日 1 次。③红外线照射法。通过红外线照射局部加温，有利于血管的扩张，有利于肌肉的松弛，缓解对血管的压迫。改善血运，促进组织修复。操作方法：采用红外线灯光照射法，并加外罩防止热量外散。操作时，充分暴露患肢部位；并逐步调节适应的温度，一般不宜太热。④激光照射法，通光激光治疗，可明显促进血液循环，由于激光透射力较强，但因掌握在低电压低电流工作状态，故患者仅有发热感，无任何痛苦和不适。这样既可加快深部动脉血管壁的修复，又可促进血管的通畅。操作方法：采用激光治疗机，患者平卧，充分暴露患肢，选用大激光束头，以散射的激光束，循着动脉血管方向缓慢由上而下推动，再由下向上推动，病者感觉局部有热感(切不可盲目加大电流电压)，反复 3 遍，每日 1 次。[68]

赵尚华应用功能锻炼法辅助治疗血栓闭塞性脉管炎脉络血瘀证疗效较好。方法如下：病人取平卧位，抬高患肢 45°，维持 2 分钟，然后坐起，双足下垂 3 分钟，再平卧，患肢放置水平位置 3 分钟，再做踝关节屈伸，内外翻和足趾伸屈运动 4 次，然后休息 2 分钟。如此依次运动 5 次。极据病人体质的强弱，每日如此锻炼 3～5 次。[69]

2.3 康复疗法研究

血栓闭塞性脉管炎由于其病程长，痛苦大，患者往往因剧痛而失去治疗信心或因截肢造成的缺陷而焦虑和悲观，因此，现代医家特别重视本病的康复治疗及临床护理。

2.3.1 康复疗法

崔公让等对本病的康复治疗做了系统全面的描述，分述如下。①调整阴阳，平衡脏腑。脉管炎的发生是由于人体阴阳偏盛偏衰，感受外邪所致，早期通过中医中药治疗来调整阴阳气血，脏腑功能，提高人体抗病能力，增强免疫机制，从而达到“阴平阳秘”。在中后期，病人往往精神负担重，要以正确的人生观开导他们，帮助他们树立与疾病作斗争的信念和勇气，保持情绪的正常愉快，以达到“真气从之，精神内守、病安从来”的目的。②忌烟酒。从临床资料分析，吸烟后往往有患肢疼痛加重的现象，因香烟中的尼古丁可使血管痉挛，动脉血氧结合力减退，血液粘稠度增加，肢体血流缓慢，使周围血管收缩。最后发生肢体组织缺血缺氧，溃疡、坏死等病变。戒烟后，临床上可减少截肢致残的痛苦。所以诊治过程中要耐心加以解释，说明利害关系，使他们充分认识戒烟是本病康复的首要措施。经常饮酒可使脾胃失去健运机能，酒可助湿生热，又可刺激血管，影响中枢神经系统，间接使交感神经兴奋，引起神经介质分泌增多，使血管产生痉挛性病变，从而使炎症扩散。③节制房事。本病患者多系青壮年，此时为性功能活动旺盛期，频繁的性生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

活耗伤精血，使元气失守，无力御邪，因此在本病康复阶段，病人要节制房事，配合医生综合治疗。④创面处理。脉管炎的创面因血运欠佳，局部营养差，具有久不易愈的特点，换药时宜放平患肢，减少下垂，避免局部瘀血及浮肿。敷料宜每天更换一次，严格按照无菌操作规范处理，动作轻巧。随时注意观察创面渗液、脓液情况。若创面肉芽鲜红，上皮组织生长快者为气血尚充；肉芽暗淡，上皮组织不长，久不愈合为气血俱虚。⑤适当活动。根据病情，鼓励患者作适当活动，以恢复机体的生理功能。除有严重溃疡，剧烈疼痛外，均应作患肢的运动锻炼，或练气功、打太极拳或缓步行走，待恢复一段时间后，再适当加快速度，延长时间。对于一侧肢残废而另一肢又发病者，下床活动时应防止摔伤。适当的活动，可以改善和增进全身血液循环流通，使血管恢复弹性，改善患处的营养状态，防止出现肌肉萎缩，并增强机体的免疫功能。⑥保温。注意身体保暖。因温度的变化对本病影响很大，因此，给患者保温是康复工作的重要内容。平时宜穿宽大舒适的鞋袜，避免因局部磨擦挤压而引起外伤。晚上洗足应将双足浸泡在 40～50℃温水中，部位至踝部为止，时间宜 10 分钟左右。肢体病变部位不宜热敷，因温度过高可造成组织需氧量增加，从而使症状加重。⑦饮食护理。对脉管炎病人的饮食，视病情不同来掌握。一般脾胃功能好者，可予普通饮食。消化功能差者可给予流食。如恢复期，全身营养状况较差者，应嘱其多进高热量、高蛋白、营养丰富的食物。在患病期间，对生冷、辛辣等刺激性食物均应禁忌为宜。[70]

吴月兰等对本病截肢后的康复强调心理康复和残肢的基本训练。①心理康复。截肢造成的缺陷，生活的不便，对工作和经济的影响以及在家庭和社会中地位的改变等，都可使病人焦虑和悲观，甚至产生轻生念头，从而加重痛苦，妨碍康复。因此，应及时发现患者的异常心理活动，耐心做好患者的思想工作，介绍成功病例，消除病人的悲观情绪，使患者建立信心，积极配合治疗。②残肢的基本训练。术后 5～7 天主要是消除肿胀，促进伤口愈合，预防关节粘连和挛缩。术后 2～3 周，鼓励病人作患肢关节的伸屈运动，争取早日开始自己或他人做残端皮肤、肌肉按摩，并长期坚持，以促进患肢的血液循环，减轻软组织缺血和防止废用性萎缩，促情肌肉丰满，恢复肌力，使其更好地起到肢端保护和穿着假肢衬垫作用。[71]

2.3.2 临床护理

2.3.2.1 精神护理 血栓闭塞性脉管炎，病程长，尤其是Ⅲ期患者，入院前多由于剧烈疼痛或较长期的折磨，使其陷入极端痛苦的境地，造成精神上的极大负担，患者情绪低落，悲观失望。所以现代护理学者特别强调精神护理，通过心理护理以改变患者的情绪和心理环境。要对病员寄以同情，加强耐心的解释工作，使其振作精神，消除紧张和恐惧心理，保持良好的心理状态。护理中，护理人员要言语亲切，态度和蔼，解释合理，安慰耐心，有问必答，消除病人的心理障碍，使病人感到被尊重、受欢迎，产生安全感、信任感，从而增强战胜疾病的信心。

2.3.2.2 合理的生活指导 生活中，饮食应清淡、易消化、富含多种营养与维生素及高蛋白、低脂肪食物，不宜饮酒和食用有刺激性食物，说服病人戒烟。病人常因间歇性肢行而不敢活动，护理工作者应向病人解释，适当活动不但无害，而且可促进侧支循环的形成，防止发生废用性萎缩。病人宜每天用温水洗脚，不宜用过热的外敷，以免灼伤及局部缺氧。日常生活中要注意保护患肢，谨防受伤。勿穿过紧的鞋袜，修剪指甲时不要伤及皮肤，以免皮肤破溃后形成溃疡而坏死，同时要注意患肢保温。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.3.2.3 缓解疼痛 护理工作者们注意到疼痛是脱疽病人特别是坏死期最痛苦的症状，他们主张，在可能的情况下，努力创造条件，满足病人的合理要求，将其痛苦降低到最低程度。向病人解释，疼痛时不要挤压患肢，以免血流受阻加重疼痛。白天给予针灸、按摩等改善血液循环，达到止痛的目的，晚上用镇静、止痛及安慰剂交替使用，使病人得到充分休息，避免成瘾。还可让病人做放松训练转移注意力，以减轻疼痛。对因剧痛而影响睡眠的患者，应睡保护床，以防发生坠床。

2.3.2.4 创面换药护理 换药室要保持一定温度，使肢体不受寒。严格无菌操作，防止交义感染。换药时应仔细、耐心，操作轻柔、准确，及时剪除坏死组织，给创面愈合创造有利条件，当创面要愈合时，要保护肉芽组织和上皮组织，使疮口顺利愈合。

2.3.2.5 出院指导 病人出院时应作正确指导，嘱其坚持系统治疗 6 个月以上，严格戒烟，避免寒冻及外伤。

3 实验研究

近年来，医学工作者对血栓闭塞性脉管炎的发病机理、疗效机制做了大量的实验研究，基本证实：本病的发生与自身细胞免疫功能低下，体液免疫功能亢进有关，免疫功能的紊乱，破坏了血管内壁的完整性；另外，亦与血液学方面的改变有关，大多数血栓闭塞性脉管炎患者的血液中纤维蛋白原升高，血小板粘附性和聚集性增强，全血比粘度与血浆比粘度增加。由于以上的原因，使血管发生炎症、痉挛，最终导致血栓形成，血管闭塞。许多学者依据实验研究，研制了许多行之有效的治疗方案和方药。

3.1 发病机理的研究

3.1.1 免疫学研究

随着免疫学、遗传学等各学科的迅速发展和相互渗透及新技术、新方法的广泛应用，国内外很多学者在血栓闭塞性脉管炎与自身免疫、遗传因素的关系上作了大量更为深入广泛的研究、提出了许多新观点。

3.1.1.1 免疫学变化

1983 年兰金志等报道 14 例血栓闭塞性脉管炎病人淋巴细胞计数，所占比例为 45% ~ 75%，正常人为 65% ~ 81%，显著低于对照组，报道 15 例患者淋巴细胞总数为(10 ~ 30) $\times 10^8$/L，正常人为(10 ~ 25) $\times 10^8$/L，显著高于对照组($P < 0.001$)。1985 年郑萍报道 38 例血栓闭塞性脉管炎病人 T 细胞比例为 53.57% ± 15.63%，正常人 103 例 T 细胞比例为 62.2% ± 8%，显著降低，同时报告 30 例血栓闭塞性脉管炎病人 AS/TS 的比例为 4.09% ± 3.82%正常值为 12.10% ± 1.12%，明显下降($P < 0.01$)。1990 年孙大军等报告 60 例血栓闭塞性脉管炎病人 T_3%、T_4%、T_8%分别为 46.2% ± 7.92%、36.3% ± 7.3%、23.5% ± 7.5%，正常人 40 例所占比例分别为 64.1% ± 6.95%、48.2% ± 6.3%、36.4% ± 7.4%，发病组明显低于正常组，其中以活动组 T_8 百分率下降最明显。T_4/T_8 比值，观察组为1.63 ± 0.41，正常人为 1.36 ± 0.99，较正常人明显升高。可见，以上报道收到了一致的结果，均认为 T 细胞亚群比例失调，很可能是血栓闭塞性脉管炎产生自免反应的一个原因。[72]

Gulati1979 年报道血栓闭塞性脉管炎病人 IgG、IgA、IgM 均较正常人明显增高，补体

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

CH_{50}、C_3 均低于正常人。国内，1980 年广州卫生研究所报道 IgM 升高，1985 年郑萍等报道处于发展状态的血栓闭塞性脉管炎患者 α 球蛋白、IgG 值较正常明显增高（$P<0.01$），IgM、IgA 较正常组升高，但与正常组无显著性差异（$P>0.05$），认为 T 细胞及 T 抑制细胞数减少，B 细胞生成亢进，为形成免疫复合物形成条件，从而引起Ⅲ型变态反应，1983 年兰志全等报告 13 例患者 IgG 阳性率 100%，为对照均值的 2 倍。[72]

自身抗体的检出是自身免疫病的重要特征。1962 年 Pokorny 报道血栓闭塞性脉管炎患者发作浅静脉炎时，血液中检出抗动脉抗体。Gulati 等 1979 年报道 10 例病人查到特异性抗动脉抗体；1982 年又用间接免疫荧光技术检测 10 例病人血清抗体，均为阳性，而 ASO（动脉硬化闭塞症）和正常人则为阴性。三岛 1983 年用补体结合试验对 123 例患者检测，结果抗动脉抗体阳性率明显增高，特别是急性期和年轻人滴度增高明显。Pokorny1962 年报告血栓闭塞性脉管炎并发游走性静脉炎 32 例中，31 例抗动脉抗体阳性，而在 145 例未并发游走性浅静脉炎的脉管炎患者中只有 4 例阳性。日本学者报告血栓闭塞性脉管炎患者抗动脉抗体阳性率为 44.3%～25.3%，其中动脉各层的阳性率分别为：内膜 81%、中层 100%、外膜 0%。1990 年孙大军等报告 60 例患者阳性率为 48.3%，40 例正常人阳性率为 12.5%，两组对比差异显著（$P<0.01$）。他们认为抗动脉抗体与动脉壁抗原结合后生成免疫复合物（CIC），该复合物沉积于血管壁则可激活补体引起一系列免疫反应，最终导致血管壁的损伤，并在此基础上形成血栓。

免疫复合物在血栓闭塞性脉管炎患者中明显增高，沉积于血管壁后引起一系列类Ⅲ型变态反应性改变，导致血管壁受损而发病的机理，已被许多学者公认。Bollinyer1983 年报道 33 例血栓闭塞性脉管炎病人 23%免疫复合物明显增高。Guluti 等 1984 年报道患者免疫复合物明显高于对照组，并发现病人 PEG 沉淀物中多含复合抗体（76%），对照组则为单一抗体（60%），同时还发现病人解离的免疫复合物对动脉有强烈的亲和力，容易沉积在靶动脉上而引起脉管炎。国内 1983 年兰志全等报道 42 例患者免疫复合物阳性率 38.1%，与对照组有显著差异（$P<0.01$）1985 年郑萍等报道 31 例病人 CIC 值阳性率 6/31，与对照组 0%有显著性差异（$P<0.05$）。1990 年孙大军等报道 60 例病人中 CIC 阳性率为 25%，对照组 40 例阳性率为 7.5%，有显著差异（$P<0.05$）。由此可见，CIC 在血栓闭塞性脉管炎发病中起着重要作用。[72]

综上可见，病人血清中可检出高滴度的自身抗体或出现与自身抗原起反应的致敏淋巴细胞。国内外学者大量研究都表明该病抗动脉抗体阳性率明显高于正常人。

3.1.1.2 遗传学变化

自身免疫性疾病与遗传因素有着密不可分的关系。自血栓闭塞性脉管炎被许多人认为是自身免疫病以来，其与遗传和 HLA 关系的研究也日益深入。国外学者报告血栓闭塞性脉管炎病人中有家族史者可达 1%～5%，据田代报道，有家族史者占 1.5%。1965 年 Goodman 等报道以色列 80 例患者中 4 例有家族史；Hill 等报道印尼 106 例患者中有 4 例，其中一个妇女先后嫁两人，其子女中血栓闭塞性脉管炎者分别为 3/9 和 1/3，均为男性，1974 年三岛报道日本 689 例患者中 2 例有家族史。国内王嘉桔报道 1200 例中 7 例有家族史。李家忠报道 133 例中有 3 例。[72]

为研究血栓闭塞性脉管炎与遗传的关系，许多学者用各种方法检测患者中 HLA 某些

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

位点与本病的关系，目前已经证实血栓闭塞性脉管炎患者 HLA 某些位点检出率确实有增加或减少，大多都发现 HLA-J 在门种人中很少见，日本人中有 6.8%～8.7%，而血栓闭塞性脉管炎中阳性率高达 35%～42.2%，此抗原受遗传因子支配。池田等检测 31 例病人，结果 HLA-A_2 占 61.3%、HLA-B_{13}占 9.7%。Chtawa 等观察血栓闭塞性脉管炎并发游走性静脉炎 48 例，HLA-BW_{54}占 35.4%，对照组 113 例中占 9.7%。Mcloughlin 对只合并游走性静脉炎和雷诺氏现象的脉管炎检测结果是：HLA-A_9 占 5%，HLA-B_5 占 83.3%，对照组是：HLA-A_9 占 5%，HLA-B_5 占 83.3%，对照组为 A_9 占 13.5%，B_5 占 0.6%，而 B_{12}在健康人中占 30%，在患者中不出现。安田等检测 54 例患者，其中 BW_{52}出现率为 42.6%，对照组 18.3%。他们又对确认并发游走性静脉炎的 21 例脉管炎病例进行检测，BW_{52}占 52.4%，其增加与对照组比有意义，HLA-DR 抗原中 DR_2 占 84.2%，有显著意义，$DRW_2 \times 6 \times 1 \times 3$ 在患者中可见 100%。国内康熙雄等报道 70 例 A_3 抗原阳性率为 24%，对照组为 7.8%，B_{12}抗原在患者中为 0，正常组阳性率为 20%，其次 B_4。出现率也较高，A_2 与 B_{40}同时出现率也有增高倾向。[72]

可见，血栓闭塞性脉管炎患者中有家族史者发病率明显升高，目前已发现患者 HLA 某些位点检出阳性率确有增多或减少，有些位点如 HLA-J、HLA-BW_{54}受遗传因子支配，因而可以认为本病的发生确实存在遗传因素。

3.1.1.3 免疫病理学改变

血栓闭塞性脉管炎病变血管病理改变，有许多方面符合自身免疫的病理特点。

Gulati 等报道用直接免疫荧光方法检测 10 例患者病变血管，全层有抗人体免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM 和抗补体 C_3 抗体沉着，而 ASO 和正常人动脉无此变化。国内郑萍等报道在光镜下发现内膜不均匀性增生伴变性坏死，血管壁及其周围和结缔组织中见到大量淋巴细胞，少量大单核细胞和中性白细胞浸润，荧光镜下可见管壁全层均有不同程度病理改变，其中病变累及以内膜为主，7 例患者中有 5 例有荧光沉积物，此沉积物推测是免疫复合物。[72]

实验证明，血栓闭塞性脉管炎出现与免疫反应有关的病理变化，病变部位呈现以淋巴细胞、浆细胞浸润为主的慢性炎症。其病变血管以内膜增生、坏死为主，并有血管壁及周围的淋巴细胞浸润和抗人体免疫球蛋白的沉着。国内李德明等报道用免疫学方法复制成功 1 例血栓闭塞性脉管炎动脉模型，证明通过血清或淋巴细胞能使疾病被动转移，这为证明本病为自身免疫性疾病(AID)提供了又一证据。[72]

另外，有许多学者注意到免疫缺陷及恶性肿瘤患者易伴发自身免疫性疾病，1992 年 WatainsKV 报告 1 例脉管炎病人伴发 AIDS；AID 病程一般较长，除少数有自限性外，多为发作与缓解反复交替出现，而脉管炎患者慢性迁延，反复发作，可终生带病；AID 有性别特征，而脉管炎病人多为青壮年男性，女性病人极少。大多数 AID 是自发性或特发性的，外因可有一定影响，而脉管炎病人与吸烟、营养不良、寒温刺激、细菌感染、外伤因素有关。据崔炎、邬炎州等报告，他们发现脉管炎病人乙肝病毒感染率较高，而病毒因子在许多 AID 发病机制中有很重要的作用。[72]

综合看来，大量研究资料证明血栓闭塞性脉管炎基本具备自身免疫疾病的特性，极有可能为自身免疫性疾病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1.2 血液流变学及相关性研究

3.1.2.1 血液流变学改变

血栓闭塞性脉管炎是中小动脉阻塞性疾病，主要侵犯四肢。本病临床表现为肢体缺血、疼痛、行走困难，严重时肢端溃烂、坏疽。早年 Inada 对 206 例患者观察发现本病的血栓形成与血液粘滞性增高有关。国内李建明等对 100 例本病患者进行血液流变学研究，结果表明本病主要是全血粘度、血浆粘度、红细胞电泳时间及血小板聚集增加。他们认为红细胞和血小板聚集增加可能是病人血管中血栓形成的基础和原因。他们还发现脉管炎病人的血液粘度增加程度与病人的病期早晚，病情轻重以及疼痛程度之间有密切关系。营养障碍期和组织坏死期的血液粘度明显高于血管痉挛期，表明病人的病情愈重，疼痛愈剧烈，其血粘度增加也愈显著。近年周聪和对本病 58 例患者进行血液流变性测定，发现其全血粘度、血浆粘度、红细胞电泳时间、血球比积均明显高于对照组，而其增加程度也与病情增加程度相一致。[73]

3.1.2.2 肢体血流图改变

肢体血流图可以反映被检查部位的搏动性、血液供给状况、血管舒缩功能状况及血管弹性的变化，可以客观评定肢体血液循环的情况。葛萍等报道，对 63 例血栓闭塞性脉管炎患者采用肢体血流图描记，辅助其临床诊断及疗效观察，结果发现血流图上主要表现为波幅明显降低，波形为低平波，上升时间相应延长，血液速度减小，重搏波有时可见隐约或消失。而且，病情愈重，各项指标异常愈明显。[74]

3.1.2.3 前列环素等相关性改变

血栓闭塞性脉管炎作为一种血栓性疾病，中医血瘀机理在其发生发展中占有重要地位。如前所述，微循环障碍、肢体血流图改变、血液流变性异常、血小板功能亢进、聚集性增高等这些病理变化与其血瘀实质有关。而脉管炎患者前列环素水平降低，可表明其对抗血小板活化及血管舒张功能减弱，血液呈高凝血低溶的状态，这些变化可能与 VEC 的功能改变有关。

西医学通过免疫荧光、电镜、免疫生化等先进手段，证实了血栓闭塞性脉管炎患者血管壁存在免疫复合物和血清中有抗血管抗体，由此提示脉管炎血瘀的成因与血管内皮免疫性损伤有一定关系。而脂质过氧化反应是细胞损伤的重要机制，此反应的进行与细胞内代谢产生的超氧阴离子有密切关系。因此，有的学者认为，测定体内清除超氧离子(SOD)的活性和脂质过氧化的最终产物(MDA)水平可以用来反映脂质过氧化损伤的程度。

国内江一平报道，其对 47 例脉管炎患者的凝血象多项指标及 56 例患者的氧自由基与血管内皮细胞功能状态的前列环素进行了实验观察结果表明：脉管炎患者前列环素水平普遍降低，Ery-SODA 亦降低，而且浆血 MDA 含量升高，表明其对抗血小板活化及血管舒张功能减弱，同时氧自由基产生和消除失去平衡，体内存在严重的脂质过氧化损伤。该报道还进一步对 Ery-SODA、MDA、6-Keto-$PGF_{1\alpha}$水平在各证型间的变化进行了对比观察，表明任何证型的患者均存在 VEC 的脂质过氧化损伤，这种损伤在湿热型和热毒型表现尤为严重，但在阴寒型与血瘀型、湿热型与热毒型之间区别并不显著，其原因可能是寒与瘀、热与毒之间并无寒热本质的区别。如把脉管炎分为寒、热两大证型，则 Ery-SODA、MDA、6-keto-$PGF_{1\alpha}$变化在两型中差异十分显著。因此，通过辨证可以推测脉管炎患者体内脂质过氧

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化反应的严重程度。反之，测定这些物质又可以为脉管炎的辨证提供一定的客观依据。临床治疗上提示，血瘀型、阴寒型应加强抗凝能力为主，故以活血化瘀，改善高凝状态，保护内皮细胞为先；湿热型、热毒型则重在消除血管炎症，纠正 TXA_2-$PGF_{1\alpha}$失衡，可在清热活血基础上考虑前列腺素治疗。因高凝状态是共同特点，故每型均需使用活血化瘀法。[75]

3.2 治法疗效机制的研究

3.2.1 免疫学的研究

由于免疫损伤而使血栓闭塞性脉管炎发病这一致病机理日益受到人们的重视，故寻找有效抑制免疫损伤发生、调节机体免疫功能状态的药物逐渐成为研究与探索的重要课题。

国内学者杨博华等采用 OKT 系统抗人 T 细胞单克隆抗体对血栓闭塞性脉管炎病人外周血中的 T_3、T_4 及 T_8 进行了定量观察，并对中药“血管Ⅲ号”治疗的脉管炎病人进行了治疗前后的对比研究，结果显示：血栓闭塞性脉管炎病人外周血 OKT_3^+、OKT_4^+ 和 OKT_8^+ 细胞含量较正常组均明显降低，T_4/T_8 虽有增高但无显著性差异。经中药治疗后，OKT_3^+ 细胞含量明显增加，但未达到正常水平；T_4/T_8 比值明显下降，而治疗后 OKT_4^+ 和 OKT_8^+ 未见明显变化。[76]

一般认为，OKT_3^+ 反映外周血总 T 细胞水平，OKT_4^+ 代表 T 诱导(Ti)和 T_H 细胞亚群，OKT_8^+ 则代表 T 杀伤(T_C)和 T_S 细胞亚群。OKT_3^+ 细胞含量显著下降说明血栓闭塞性脉管炎病人总体细胞免疫功能显著低下，OKT_4^+ 和 OKT_8^+ 的显著降低表明病人的 T 细胞亚群发生了明显的改变。有关学者认为：在血栓闭塞性脉管炎病人 T 细胞亚群的变化中，T_S 的缺损可能起着关键的作用。T_S 减少而使 T_H 活性相对增强，从而促进了 B 细胞的活化，分泌 Ig 形成 IC，使体液免疫功能亢进，通过Ⅲ型变态反应参与血栓闭塞性脉管炎的致病过程。该报道中，T_4/T_8 比值在血栓闭塞性脉管炎组中虽有增高但未显示出差异，治疗前组中 T_4/T_8 显示了明显增高的趋势，说明病人 T 细胞减少，T_H 和 T_S 也相应地下降，故而造成了 T_4/T_8 比值在低水平下的失衡，T_S 降低与 T_H 的活性增强也始终存在，从而导致了病人的免疫功能紊乱。同时该报道还表明：通过中药治疗，对提高外周血 T 细胞数量，纠正 T_S 与 T_H 失衡状态有显著作用。T_S 和 T_H 的失衡得到改善，使 T_S 相对增强，抑制 B 细胞分泌 Ig，从而降低了体液免疫功能的亢进状态而使病人的症状得到缓解。虽然治疗后 OKT_4^+ 和 OKT_8^+ 未显示出明显改变，但也证实了该中药方对血栓闭塞性脉管炎病人免疫功能紊乱的治疗与调节作用。

李雪梅等对自拟中药方“舒脉宁”治疗血栓闭塞性脉管炎的药理机制做了动物腹腔巨噬细胞吞噬功能、抗疲劳及对循环 Ab 含量的影响等实验研究表明：该药可明显增强动物腹腔巨噬细胞的吞噬功能，有明显的抗疲劳作用，并能增强机体体液免疫功能，其与相应对照组均有显著性差异。[77]

3.2.2 血液流变学的研究

近十余年来，血液流变学疗法开始应用于周围血管病的治疗，并已取得良好的效果。Dormandy 曾对血液粘度与下肢血流量的关系进行过研究，发现血液粘度降低 20% 可引起肢体血流量增加 40%；Gotstein 等进一步证明同一幅度的血液粘度降低在健康人身上只能

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

引起肢体血流量增加 10%，而在周围血管病人身上却可以引起肢体血流量增加 100%。这表明降低血液粘度是治疗周围血管病的有力武器之一。Schirmid-Schonbein 等对包括血栓闭塞性脉管炎病人在内的 25 例手足进行性缺血性溃疡的周围动脉栓塞患者进行了放血 500ml，代以静脉滴注等量的低分子右旋糖酐溶液，并将放血的血液经过离心后得到的血浆输回给病人的“等血容量血液稀释疗法”，取得了显著疗效。多数患者经 6～8 周(每周进行这种疗法 1 次)后，溃疡逐渐愈合，经半年至一年治疗后溃疡基本痊愈。在治疗过程中，他们用热象图测定，发现患肢、特别是溃疡周围的皮肤温度逐渐升高，这表明患者的血流量有显著增加。[73]另外，还有血浆分离疗法、血浆滤过疗法及蛇毒制剂疗法。前二者的基本原理都是将血浆中过多的高分子蛋白质除去，从而降低血浆粘度，减少红细胞聚集、降低全血粘度，使血液流动性得到改善；蛇毒制剂疗法是用蛇毒制剂降低血浆纤维蛋白原及抗血小板凝聚作用。这些疗法国内外学者都做了大胆的偿试，并且有不少成功病例的报道，为治疗血栓闭塞性脉管炎探索出了新的途径。

国内大量的临床及实验研究证明，许多中草药具有不同程度的降低血液粘滞度、增加血流量的作用，所以近年来中草药已成为治疗周围血管病的主要手段。上海医大对 28 例血栓闭塞性脉管炎患者分别经静脉滴注复方丹参或莪术油治疗两周，并在治疗前后进行血液流变学指标测定，发现病人随着临床症状和体征的好转，其血液流变学指标也有不同程度的改善。郭永英用大量刺五加注射液(80ml 加入 5% 葡萄糖溶液静脉滴注)治疗 50 例，结果除临床症状明显改善外，血液流变学指标也有显著性改变。[73]袁鹤青、吕景明等对 183 例健康人与 71 例脉管炎患者血液流变学五项指标进行了观察，发现全血粘度、血浆粘度、血细胞比容、红细胞聚集 4 项指标，患者明显高于健康人($P<0.01$)，他们对 30 例患者用自拟“抗栓胶囊”为主治疗，并对用药前后血液流变学指标做了对比观察，全血粘度、血小板聚集强度等均明显下降。又对 31 例患者及健康人的血液体外试验，观察该药对血液流变学的影响，以生理盐水作对照组结果：药物组全血粘度在 20 秒$^{-1}$条件下平均降低 0.55 厘泊，($t=4.015, P<0.01$)，并且发现与药物的浓度呈正比，而对照组无变化；血小板聚集以肾上腺素作诱导剂，对照组最大凝聚强度为 75.6%，而药物组随着浓度的增加可降至 19%；以 ADP 为诱导剂，药物组由 23.5%降至 4.0%，而对照组为 30%。通过体内外试验证明该药有明显降低全血粘度和抑制血小板聚集作用，说明具有防止血栓形成的作用，在临床应用中有显著疗效，并与血液流变学变化呈正相关。[78]陈定学、张怀宁用自拟散剂脉炎灵(红参、黄芪、川芎、洋金花、七叶一枝花、白花蛇、麝香等)治疗血栓闭塞性脉管炎 386 例，并通过对照组对比观察，发现该药亦主要是能够有效地改善血液循环障碍，其对血液粘稠度有不同程度的降低，血液流变性发生不同程度的改变，全血粘度、血浆粘度、红细胞压积、血小板计数等指标均有不同程度的降低，出凝血时间延长。[40]

李雪梅对自拟中药方“舒脉宁”治疗血栓闭塞性脉管炎的药理机制做了大鼠血浆比粘度、体外血栓形成，以及抗炎、镇痛、脂代谢等相关性实验，结果表明：该药可明显降低血瘀引起的血栓湿重和干重，并有明显的抗炎、镇痛作用，还可显著降低高脂状态下动物的总胆固醇和甘油三酯。与该方温经散寒、活血止痛的功效相吻合。[77]

此外，刘伯顺等还报道了“舒脉宁”加体外反搏联合应用治疗血栓闭塞性脉管炎 23 例的疗效观察，病例选择了脉络寒凝证和脉络血瘀证两型，通过 45 例 30 天治疗观察，发

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

现舒脉宁治疗组(22例)效果出现较慢，而舒脉宁与体外反搏联合组(23例)效果出现较快。说明体外反搏对血栓闭塞性脉管炎治疗是有效的，且起效快。[79]体外反搏是机械性的血液循环辅助装置，其治疗机理是通过气袋的充放气，使肢体血管压陷或松张，增加了管内压力差，通过此管的血液的顺反向流速和流量均会增加。又由于气袋的机械挤压按摩作用，冲击闭塞部位血栓，有利于血管的扩张或开通；反搏时，虽然血液顺反向流量均增加，但其代数和仍为顺向，流量增加明显，同时肢体侧支和吻合支开通增加，使肢体远端血液供应增加；另外，反搏时，血液流速的增快，肢体血管内血液切变速度增加，导致血液粘度降低，而血液粘度的降低又促使血流速度增加。所以体外反搏促使肢体血流增加，远较单纯用药效果出现快，这也为血液流变学疗法提供了可靠的佐证。

3.2.3 中医药理研究

血栓闭塞性脉管炎是临床上常见的周围动脉慢性闭塞性疾病，按照中医辨证施治疗效是肯定的，但进一步探讨中医药的用药机理是客观需要的。近年来不少临床工作者为此做了大量的实验研究，而且取得了可喜的成就。

3.2.3.1 调节免疫功能

中医中药的治疗，通过对机体的调节作用，既可提高已被减弱的免疫稳定功能，又可消除有害的免疫反应。药理实验证明：

党参、黄芪、黄精、白术、山药、地黄、旱莲草、五味子、菟丝子等能增加T细胞的水平；

活血化瘀药物可作为免疫抑制剂，对体液免疫和细胞免疫均有一定抑制作用；

鸡血藤、红花、丹参对已沉积的抗原抗体复合物有促进吸收和清除作用；

滋阴凉血药如生地、丹皮、女贞子、麦冬、玄参、白芍、天冬以及蜈蚣、莪术、徐长卿、三黄汤可抑制免疫功能亢进；

益母草、穿山甲、水蛭可抑制抗原抗体免疫反应所致的病理损害；

丹参、三七、郁金等能清除血中过剩抗原、防止免疫复合物产生；

活血化瘀和清热解毒药多具抑制机体免疫功能作用，有人认为活血化瘀的祛瘀生新作用类似免疫反应的自身稳定作用，对自身免疫性疾病有普遍的治疗意义；

甘草有抑制抗体产生作用，机理是阻断巨嗜细胞免疫信息的传递；

祛风湿药豨莶草、五加皮、独活、雷公藤和青风藤对机体免疫功能有明显抑制作用；

生地、丹皮、赤芍、龙胆草能提高T细胞数或增强其功能；

中药甘露饮可能有提高细胞免疫功能，对细胞免疫起调节作用；

脾虚与红细胞免疫粘附作用改变密切相关，而红细胞也具有调节机体免疫功能的作用，健脾治疗可改善其功能。

3.2.3.2 提高肾上腺皮质受体水平

最近外国学者发现血栓闭塞性脉管炎病人肾上腺皮质受体明显减少。皮质激素对免疫反应作用是多方面的，既可抑制，又可消除或减轻变态反应所引起的病理损伤。肾上腺皮质激素对于血栓闭塞性脉管炎病情的恶化和发展有控制作用。

实验证明，多种中药具有激素样作用，能刺激垂体——肾上腺皮质系统而增强其作用。

三七可能具有肾上腺皮质激素样作用；

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

小檗碱(黄连、黄芩的成分)能兴奋肾上腺皮质功能；

附子、细辛及阳和汤中助阳药有兴奋垂体—肾上腺皮质系统的作用；

温里药使阳虚时副交神经-M 受体-cGMP 系统功能偏亢得以改善。

黄芪有类似肾上腺皮质激素样作用；

柴胡皂甙能使血浆中促肾上腺皮质激素(ACTH)增加，进而使皮质甾醇升高；

牛黄、穿心莲、金银花能兴奋垂体肾上腺皮质功能，还可抑制血小板聚集；

秦艽、五加皮、雷公藤等抗炎作用可能与兴奋垂体—肾上腺皮质功能有关；

补肾助阳药多能兴奋垂体肾上腺系统功能，可减轻激素的副作用，或协助撤激素、减少依赖性。

3.2.3.3 抑制血栓形成

血栓形成是许多因素相互作用的结果，如血管内皮损伤、血小板粘附聚集、血液凝血活性增高、血液粘度增加、血流缓慢等。近年发现某些介质，如血小板活化因子(PAF)、血栓素(TXA_2)、白三烯(LTB_4、LTD_4)、脂氧素(LXA_2)等使血管收缩，促进渗漏通透性增加。PAF 与 TXA_2 均为强有力的血小板激活剂，可使血小板聚集。血小板活化因子是一种内源性生物活性甘油磷脂。包括缺氧在内的多种因素均可刺激内皮细胞、白细胞产生和释放这种因子，而 PGI_2 则为抑制剂，可使已聚集的血小板分散。

内源性 ADP、ATP、5-羟色胺、腺嘌呤核苷酸钙、胶原、肾上腺素能诱导血小板凝集，助长凝集反应。而抗血小板药物除少数直接作用于血小板外，大都是有选择地干扰和抑制花生四烯酸(AA)代谢过程，从而使 TXA_2 生成减少，或是增加 PGI_2 的合成，此类药物多有不同程度的扩血管作用。实验研究表明：

海风藤酮为血小板激活因子竞争性拮抗剂；

蝮蛇抗栓酶等蛇毒制剂有降低血浆纤维蛋白质和血浆粘度，抗血小板聚集，溶解和预防血栓的作用。

川芎嗪、丹参素、原儿茶醛、野菊花能促进 PGI_2 产生；

川芎等许多活血化瘀药可抑制 TXA_2 合成酶；

丹参、蒲黄、莪术、当归、血竭、葛根、益母草、牛膝、没药、水蛭、乳香、王不留行等活血化瘀药有抑制血小板聚集作用；

血栓栓塞性疾病患者纤维蛋白溶解性较正常人低，而丹参、红花、当归、五灵脂、赤芍有增强纤维蛋白溶解作用。

赤芍有抗凝血作用，红花对内源性、外源性凝血系统均有抑制作用，益母草、当归、三棱煎剂可使血浆凝血酶原等时间延长；

赤芍、丹参、红花、川芎有明显的抑制血栓形成作用；

荷叶含枸橼酸，医疗上可用作抗凝剂；

独活对血小板聚集的抑制是其抗血栓形成的机能之一；

小檗碱可使 ADP、花生四烯酸(AA)、胶原等诱导的血小板聚集率下降，疗效可与潘生丁合并阿斯匹林相媲美，且副作用小；

紫草有抗菌抗炎、抗凝血因子等作用；

木香分别与黄芪或当归配伍后，其抑制血小板聚集和解聚功能增强，表明有协同作用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2.3.4 控制炎症发展

血栓闭塞性脉管炎当处于急性血管炎症期，表现患肢游走性血栓性浅静脉炎，缺血明显，坏疽处于发展中，分界不清楚，肢端瘀斑扩展加重。如过多使用活血化瘀药物，可激发血管炎变，加快毒素吸收，使血小板粘附聚集性增高。而促使血液凝固性增高，血流缓慢，可致血栓形成，加重肢体微循环障碍。

绝大多数体液介质，如 TNF_2、PAF、TXA_2、IL、C_{3a}、C_{5a}、氧自由基等均可致血管内皮细胞炎症及血管通透性增加，吸引吞噬细胞，来自巨噬细胞的前凝物质可激化凝血系统。

在炎症区，由于大量白细胞的堆积会明显干扰该区的毛细血管循环，粘附嵌塞的白细胞不仅导致患处的缺血缺氧，同时还释放自由基溶酶体、酶类及白三烯等有害物质，使组织微循环障碍而进一步坏死。

降低白细胞数量和功能，能缩小实验性缺血梗塞组织的损伤范围。实验表明：

应用清热解毒为主，佐以活血化瘀，服加味四妙勇安汤等，并可使用抗生素、激素等，可有效控制血栓闭塞性脉管炎炎症；

中药穿心莲、连翘、野菊花、鱼腥草、大青叶、板蓝根、牛黄、七叶一枝花、金银花、夏枯草、龙胆草、赤芍对实验性急性炎症有抗炎效应；

金银花、黄芩、黄连、黄柏、金荞麦、土茯苓、玄参对细菌毒素有解毒作用；

黄连、黄芩、北豆根、丹皮、紫草对急性渗出和慢性炎症增生有抑制作用；

女贞子、绿茶具有抗氧化和捕获自由基的作用；

连翘有明显抗炎作用和增强非特异性免疫，加强网状内皮系统吞噬功能。

牛黄可明显增强巨噬细胞的吞噬功能。

3.2.3.5 其它

① 注重钙离子阻滞剂 血管平滑肌收缩所需钙离子主要来自细胞外钙的内流，血栓闭塞性脉管炎缺血组织能量代谢的障碍将使钙离子转运功能障碍，大量细胞外钙离子内流致细胞内钙含量增加，由于细胞内钙离子的增加引起一系列有害作用。如直接损伤细胞，引起血管痉挛、麻痹、激活磷脂酶等。而高血钙易致血栓性动脉炎，实验表明：

中药粉防己碱有阻滞钙通道，解除血管痉挛，扩张血管，抑制血小板聚集作用；

川芎嗪、防己碱、延胡索均有钙拮抗剂作用；

藿香、乌梅、牛蒡子、前胡、蛇床子、厚朴、青皮具有钙离子拮抗活化；

丹皮酚可抑制心肌细胞 Ca^{++} 内流，初步认为该作用与阻滞增钙通道有关。

② 抑制弹力蛋白酶 血管内膜弹力蛋白是动脉壁承受负载的等级力量。吸烟等因素将使弹力蛋白酶活性升高 2～3 倍，该酶对弹力蛋白降解，从而影响动脉壁弹力纤维结缔组织的完整性，而血管内膜的缺损易诱发血栓形成。

实验证实，连翘对弹力蛋白酶活力有很强的抑制作用。

③ 抗血管紧张素 临床研究认为，局部组织释放的血管紧张素Ⅱ（AⅡ）可增强心肌、血管平滑肌的收缩，使肾上腺素能神经末梢释放去甲肾上腺素，从而增加交感神经对心血管系统的影响。针对血栓闭塞性脉管炎所施行的腰交感神经节切除术，以及临床治疗高血压所用的血管紧张素转换酶抑制剂的原理，盖在于减少神经分质的释放，使交感神经对血管的控制减弱，致使血压下降，还可以抑制激肽酶，使组织中的缓激肽水解减少，生成增

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加，加强血管扩张。实验研究证实：

独活寄生汤能对抗肾上腺素引起的毛细血管闭合；

温里药有明显扩张血管，改善循环，抗缺氧作用，如肉桂水煎剂及其有效成份桂皮油等可使体表血管、内脏血管扩张，循环畅通，使周身产生温热感，对血管栓塞性损害有保护作用；

黄芩有抗血管紧张素作用。

综上可见，在中医临床分型的基础上，区别选择中药药理实验所揭示的有效药物，有意识地针对性用药，不失为治疗血栓闭塞性脉管炎的可取思路。

4 中医电脑诊疗系统

赵尚华等通过大量的病案分析，总结出该病的辨证治疗经验，进行了长期的临床研究，取得了临床治愈率69.8%，属国内领先的优秀成果，为了使这一诊断与治疗经验能更科学广泛地推广，力求诊断更客观，治疗更规范，他们与山西大学计算机系潘政教授、太原五中赵振宏老师等合作，正确地构造了数学模型，研制了“血栓闭塞性脉管炎中医电脑诊疗系统”。[80]借助计算机进行计量诊断，赋予药方，取得了可喜的成功。

4.1 系 统 环 境

本系统可在IBM、PC、286～586及其兼容机上运行。打印机为2.13系列可驱动的所有打印机，如AR-3240，TH3070等等。全部由BASICA语言编制而成。

4.2 系 统 说 明

本系统具有两大功能①诊断定型，②治疗方案决策。

4.2.1 诊断 由赵尚华对血栓闭塞性脉管炎患者的病案进行分析归纳，结合中医理论提炼加工，总结出该病的临床资料和辨证分型，以及各型的治疗方案。

4.2.1.1 临床资料 症状、体征、脉象、舌苔、血流图、动脉造影血管闭塞等共50项。

4.2.1.2 证型 P_1——阳虚寒凝型；P_2——气滞血瘀型，其中$P_{2(1)}$——气滞血瘀型，$P_{2(2)}$——气滞血瘀兼湿热型；P_3——热毒型；P_4——气血双虚型。根据临床经验和中医理论，每一证型都有相应的标准症候群，由潘政教授构造了合理的数学模型，即血栓闭塞性脉管炎相应的各证型的隶属函数式(诊断函数式)。

对于一个具体的患者，将其具体的临床资料(有者取1,无者取0)，代入以上各隶属函数式，进行计算，然后根据模糊数学的最大隶属原则：当$P_K = MAX(P_i)$时，则诊断为P_K型脉管炎。因而可按P_K型的药方施治，此处K=1，2(1)，2(2)，3，4。特殊情况，当$P_{2(2)}$型的各个临床资料也都出现时，很明显，$P_{2(1)}$型的各个临床资料也都出现了，于是有：$P_{2(1)} = P_{2(2)} = MAX(Pi) = 1$，根据临床经验，则诊断为$P_{2(2)}$型。以上数字模型在计算机上实现后，经反复与临床大夫校核试验，进行了合理增删，经过对80例临床试验，符合率达到98.75%。

4.2.2 治疗方案决策系统 本治疗方案的特点是严将应用了辨证论治的基本原则，将本病辨析为四型五证，应用对本病长期临床研究的丰富经验，对五种证候给出了适当方

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

案。在此基础上又结合患者个体差异，针对出现的兼见症状不同、血流图检测结果区别，进行随证加减。具体治疗方法有内服汤药、成药、外治药及手术疗法等多种方法，共有数十种方案供选择。通过计算机运算，从而得出最佳方案。

【古训今释】

我国医学史发展中对中医外科血管病的认识，是一个从初级到高级，由肤浅到深刻，从片面到全面的过程。关于血栓闭塞性脉管炎的认识亦是源远流长，不仅历史悠久，而且内容丰富，至今对研究和防治该病仍有实际意义。

1 病名溯源

关于血栓闭塞性脉管炎的有关记载，最早见于春秋战国时期的《黄帝内经》。在该书《灵枢·痈疽》曰："发于足指，名曰脱痈。其状赤黑，死不治。不赤黑，不死。不衰，急斩之，不则死矣"。这里所说的"脱痈"即为后人所说的脱疽，或名脱骨疽，包括了现代医学所讲的血栓闭塞性脉管炎等。汉代张仲景虽对血痹有精辟的论治，华佗亦创立了至今一直是治疗"脱疽"的主方——四妙勇安汤，但对该病没有明确的命名。"脱疽"一名首载于我国第一部外科专著《刘涓子鬼遗方》，该书系晋·刘涓子撰，南齐·龚庆宣编。书中卷四曰："发于足指，名曰脱疽，其状赤黑，不死；治之不衰，急斩之；治不去，必死矣"。此后"脱疽"之名一直沿用。明·薛己《外科发挥·脱疽》"谓疔生于足趾，或足溃而自脱，故名脱疽。亦有发于手指者，名曰蛀节疔，重者腐去本节，轻者筋挛。"可见此处认为发于足趾为脱疽，发于手指则称蛀节疔。而明·王肯堂亦云："足趾生疔，重者溃而自脱，故名脱疽"。

清·陈士铎《洞天奥旨·手足指疮》："在手足之指上，名曰脱疽。"认为发于手足之指均为脱疽。

清·祁广生《外科大成·足部》曰："惟大指为脱疽，其余足指患之则为敦疽，一名足指发，肿痛赤色，自溃者由元气虚湿毒壅盛也。"而清《医宗金鉴·外科心法要诀》却云："此证多生于足趾之间，手指生者间或有之。"又说："诸方书论脱疽，单发于足大趾，而别趾生者俱是敦疽，此非确论，然脱疽偏生于足阴经之趾者居多。"

清·王洪绪《外科证治全生集·脱骨疽治法》云："凡手足之无名指，患色白而痛者，脱骨疽也。"因此，可以说"脱疽"又称"脱骨疽。"

可见，该病历代诸家有脱痈、脱疽、脱骨疽等称谓，然而新论及的几乎多为血栓闭塞性脉管炎的坏死期，对于没有发生肢端坏死的脉管炎，其名称或为"疔"，或为"发"。如前文《外科发挥·脱疽》"亦有发于手指者，名曰蛀节疔。"《外科大成·足部》："一名足指发"。

2 证候与病象

有关血栓闭塞性脉管炎病象的论述，《内经》至清代诸家著作，颇为详尽，主要从局部症状的感觉异常，形态改变，肤色变化，组织丧失等方面描述，以及全身症状和舌苔脉象的记载。有关证候的论述较少，但从以药推证来看，古人也分寒热、辨虚实、别善恶，有相当深入的认识。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.1 病 象

《内经》描述血栓闭塞性脉管炎为“脱痈”，“发于足指”，“其状赤黑”。《华佗神医秘传·华佗外科秘传》记载：“此症发于手指或足趾之端，先痒而后痛，甲现黑色，久则溃败，节节脱落……”。明·薛己在《外科发挥·脱疽》记载“疔生于足趾，或足溃而自脱，故名脱疽。亦有发于手指者，……重者腐去本节，轻者筋挛”。局部肤色也记载有具体病例，各不一样，有的煽痛色赤，有的色黑，有的色紫不痛等等。全身症状有兼“烦躁大渴、尺脉大而涩”者，有兼“饮食如常”者等等。汪机《外科理例·脱疽》在薛己的基础上又记载：“足指患一泡，麻木色赤，次日指黑，五日连足黑冷，不知疼痛。”还有妇女“修伤次指，成脓不溃，煽痛至手，误敷冷药，以致通溃。”首次记载女性病象。误治引发，也属可能。全身症状有兼“饮食少思”、“脉沉细”者。陈实功《外科正宗·脱疽》对脱疽症象立专节描述，较前更为系统全面：“脱疽看法，起疮不渴，口润舌和，性志寻常，无妄暴急，循礼为吉。初出形如麻子，煽热作痛，一指皆肿，根脚收束者吉。已成头便作腐，肉不紫黑，疼痛有时，脓出肿消者吉。已溃先脓后腐，肉色红活，毒不走散，气不腥秽者吉。未疮先渴，喜冷无度，昏睡舌干，小便频数，阳痿者逆。初起形如粟米，肉便紫色，不肿刺疼，黑气延散者逆。已成疮形枯瘪，肉黑皮焦，痛如刀剜，毒传好指者逆。已溃肉枯筋腐、血水臭汗，疼苦应心，零仃彻骨者逆。”须注意的是其中已包括有糖尿病坏疽等病症，非独血栓闭塞性脉管炎，当详细分别。至清代陈士铎《洞天奥旨·手足指疮》有新的发现，观察到趾甲变化，说“脚趾头忽先发痒，已而作痛，趾甲现黑，第二、三日连脚俱青黑者，黑至脚上，过胫即死。”王洪绪《外科证治全生·脱骨疽治法》记载不仅此症成人有，幼孩亦有，而且治法各异。马培之描述的症状更为准确“始则足趾木冷，继则红紫之色，足跗肿热，足趾仍冷，皮肉筋骨俱死，节缝渐久裂开，污水渗流，筋断肉离而脱，有落数趾而败者，有落至踝骨不败者，视其禀赋之强弱”。

由上可见，历代医家对本病的病象在长期的观察中逐步深入细微，有较准确的描述。其发病率，男性多于女性；好发部位：手指或足趾之端，且下肢较上肢更为多见；感觉异常有：发痒、发麻、作痛，及冷热之不同；形态有肿胀者，有焦枯者；有骨枯筋缩者；颜色有苍白者，有煽红者，有紫赤者，有变黑者；组织丧失主要为：溃疡、坏死(皮肉筋骨俱死)、脱落(筋断肉离而脱)。

2.2 证 候

《内经》分为死证与不死证：“其状赤黑者，死”，“不赤黑者，不死”。《刘涓子鬼遗方》也有“其色发黑，痛不堪(甚)、未过节者可治。”薛己《外科枢要·脱疽十三》“若色赤作痛自溃者，可治。色黑不溃者，不治。”薛己还有虚实辨证：《外科枢要》“色赤作痛者，元气虚而湿毒壅盛也。…色黯不痛者，肾气败而虚火盛也”。《外科正宗·脱疽》分阶段辨治：“初生”期、“毒势已成”期、“割取之后”期。“已成”期时如见“饮食减少，身体倦怠、便数口干”乃肾阴虚津损证；破后期“自汗盗汗、恶心干呕、睡卧不宁、日晡发热”，为气血大虚证。《疡医大全·脱疽》认为“脱疽乃肺经受热，发于两手五指头上。”《洞天奥旨·手足指疮》认为脱疽是“气血大亏，不能周到”邪毒聚结。清·许克昌《外科证治全书·膊臂手二

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

部证治》认为“脱疽多生手指节中，无名指上最多，不红不热，肿如蛤腹疼痛，乃少阴痰凝滞。”历代各家对脱疽的不同部位、不同阶段、不同表现的辨证，至今仍有很大的启示。

3 病因病机

3.1 病　　因

病因是指致病的因素，亦即发病的原因。关于“脱疽”的发生，原因很多。祖国医学有许多论述，如《外科正宗·脱疽》云：“夫脱疽者，外腐而内坏也。此因平素厚味膏粱，熏蒸脏腑，丹石补药消烁肾水，房劳过度，气竭精伤。”《洞天奥旨·手足指疮》(卷七)曰：“此症多得之膏粱之客，而又用丹石房术之药，或噙舌下，或纳脐中，或涂阴户，或搽阳器，淫火猖狂，烁干骨髓，日积月累，乃发此症，夫脚乃四余之末，宜毒之所不至，谁知毒所不到之处，而毒聚不散，出于指甲之间，其毒更凶，较寻常之处，尤甚十倍也。”《医宗金鉴·外科心法要诀》载：此证“由膏粱药酒，乃房术丹石热药，以及阳精煽惑，淫火猖狂，蕴于脏腑、消烁阴液。”《外科发挥·脱疽》(卷四)谓：“不慎房劳，肾水枯竭、或服丹石补药。”《外科理例·脱疽》(卷六)指出：“修伤次指，成脓不溃，”“冻伤两足，至春发溃，指俱坏”。清代马培之认为：“古书讲丹石温补，膏粱厚味太过，脏腑燥热，毒聚骨髓，则生脱疽，盖富贵之疾也。然农夫童穉间或有之，岂亦及于丹石温补，膏粱厚味乎？有温热为患者，有感瘟疫毒疠之气而成者……又感严寒涉水，气血冰凝，积久寒化为热，始则足趾木冷，继则红紫之色，跗肿热，足趾仍冷……”等。综上，古人谓脱疽之病因，不外一为膏粱厚味，房术丹石热药，辛热炙煿之品消烁阴液，肉失所养，大热致肉腐为脓，亦即《素问·生气通天论》所谓“膏粱厚味，足生大丁”；二为房室不节，肾阳虚则不足以温煦，肾阴虚则肢体得不到阴液濡养，故肢体发凉麻木不仁；三为寒凉刺激，冻伤致血脉“涩而不行”；四为外伤所致，跌仆损伤直接伤及筋肉血脉，而发生肉溃筋伤骨枯之证。

另外《冯氏锦囊秘录·外科》一书中提及：“郁思则伤肝伤脾，气血难达，易致筋溃骨脱。”可见情志内伤也为本病发生的一大主因。

3.2 病　　机

古人对血栓闭塞性脉管炎的病机认识，是以脏象学说、经络学说为依据，分析症状表现后推断所得。大致有火毒灼热，腐肉坏骨；肾虚骨空；郁虑伤肝，气血难达；寒则血凝，经脉闭阻；跌仆外伤，血脉受损而不通；少阴痰凝等。

明代许多外科医生深入细致的观察病例、积累病案。从一例一例病例中他们认识了这种病变的病机。如：《外科正宗·脱疽》记“一商客右足次指生一紫泡，痒痛异常，次日，指甲俱紫欲黑，视之乃肝、肾二经之毒。彼曰：何别也？予曰：甲乃肝之余气，甲紫则肝受毒也；骨乃肾之余，肾伤则骨黑，此理甚明。彼又曰：何以致之？予曰：凡人劳疲筋力伤于肝，误服热药伤于肾。傍者曰：情实有此，因彼久居客旅，交结私妓，情怀最密，极力承奉。日夜并服兴阳细丸……。此劳力，热药伤肾、伤筋之实也。又“一男仆，冬月严寒，主使赤脚，履地不敢移，随后血冰麻木，次日十指俱紫；又数日，全变黑色，麻木不痛。…用辛热散寒，活血益血等药。显然，此证为寒凝血凝之证。这是寒凝血脉之典型例

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

案。外伤血脉者亦有，“一侍女年十二岁，容貌颇通，新主嫌其脚大，用脚布任意缠紧，以线密缝其脚，胀痛不堪，诉主不听；至半月后流出臭水方解视之，其双足前半段尽皆黑腐，请视之，骨肉已死。”古代医家在认识到“血脉瘀滞”这一病机关键的同时，亦注意到“正虚”为病理基础。《洞天奥旨·手足指疮》曰：人身气血，周流于上下，则毒气断不聚结于一处，火毒聚于一处者，亦乘气血之亏也。脱疽之生，正四余之末气血不能周到也，非虚而何？大补气血，益之泻毒之品，往往奏功如响。《诸病源候论·四肢逆冷候》载“经脉所引，皆起于手足，虚劳则气血衰损，不能温其四肢，故四肢逆冷也”。充分说明素体气血虚，阳气不足，寒凝脉络，四末失于温养而成本病的机理。关于寒痰凝滞一说，始于王洪绪，力主用阳和汤、小金丹等治疗。诠解者为许克昌。《外科证治全书·膊臂手证治》(卷三)说：“脱疽多生手指节中，无名指上最多，不红不热，肿如蟾腹疼痛，乃少阴痰气凝滞”。也可能阻塞血脉，引发指趾冷疼麻木，甚而趾死骨坏，逐节脱落。关于郁怒伤肝而致者可见于《冯氏锦囊秘录·脱疽》：“脱疽多因房术，亏损肾水，郁怒有伤肝脾，地位偏僻，药力罕到，气血难达，易致筋溃骨脱。”此乃肝郁则气滞，气滞则血涩之理。

4 治 则 治 法

关于本病的治疗，从历代医家的记载看不外乎手术和非手术两类。远在2000多年前的《灵枢·痈疽》篇中即有记载：“发于足指，名曰脱痈，其状赤黑……，不赤黑不死，不衰，急斩之，不则死矣。”其不仅对脱疽后期的症状特点以及预后判断描述颇为准确，而且提出了手术切除(急斩)坏死指(趾)的治疗方法，这一行之有效的合理治法一直指导着后世的临床治疗。

汉代华佗最早总结治疗这一疾病的经验，提出以大剂量解毒活血的当归、玄参、金银花、甘草水煎服治疗，这四味药的组方后世誉谓“四妙勇安汤”，至今一直是治疗“脱疽”的主方。

南北朝时代的外科专著《刘涓子鬼遗方》沿用了《内经》的“急斩之”的治疗方法。隋唐时期的《外台秘要·脱疽》对“脱疽”的治疗又较《内经》、《刘涓子鬼遗方》有了进步，如：“发于足指者，名曰脱疽，其状赤黑，死不疗，不赤黑可疗，疗不衰，急斩去之得活，不去者死。”说明对脱疽“不赤黑者”有了治疗方法，只有在治疗不效的情况下才行截趾术，而且手术治疗后，可以治愈。遗憾的是此处未能明述治疗的具体方法。唐·孙思邈《千金翼方·黄父相痈疽论第一》提出了“毒在肉则割，毒在骨则切”的手术原则，目前，对血栓闭塞性脉管炎坏疽创面的蚕食式清创，也基本上采取了这个原则。

明清时期，随着中医外科学的蓬勃发展，对于“脱疽”病的治疗方法也愈加合理有效，达到比较成熟的阶段。

4.1 内 治 法

明清时期已有清热解毒法、理气活血法、托里消毒法、滋阴降火法、温阳散寒法、化痰散结法、化痰祛湿法、活血化瘀法、大补气血法等等。

4.1.1 清热解毒，理气活血法：《外科理例》对足趾色赤燃痛，饮食如故，动息自宁，为疮善证者以连翘败毒散，再以金银花、瓜蒌、甘草节，更以川芎、当归、生黄芪、连

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

翘、金银花、白芷等治而愈。

4.1.2 托里消毒法：《外科理例·脱疽》治足指患脱疽大痛，色赤而肿，隔蒜灸之痛止。以托里消毒法，方用人参败毒散去桔梗，加金银花、白芷、大黄而溃，更以仙方活命饮而痊。

4.1.3 滋阴降火法：《外科正宗》阴阳二气丹，治脱疽久服丹石补药，致亏肾水，多成口燥咽干，至饮冰雪不知其冷，此孤阳独旺，宜服此解。天门冬(捣膏)、麦门冬(捣膏)、五味子(炒研)、黄柏、人中白(生用研)玄参各一两，青黛、甘草、枯矾、辰砂(为衣)、泽泻各三钱，冰片一钱。各为细末，同玄参二冬膏子加炼蜜少许，再捣千余下，软硬得中，丸如桐子大，每服60丸，童便，乳汁各一盅，空心送下。

4.1.4 温阳散寒，化痰散结法：《外科证治全书·膊臂手三部证治》：脱疽多生手指节中，无名指上最多。不红不热，肿如蝟腹疼痛。乃少阴痰气凝滞。治宜阳和汤。熟地一两，鹿角胶三钱、白芥子二钱，肉桂一钱，甘草一钱，姜炭五分，麻黄五分。上酒、水各半煎去渣，入鹿角胶溶化和服。王洪绪用此方治疗骨槽风、脱疽、贴骨疽及漫肿无头，平塌白陷，一切阴凝等证。并说“麻黄得熟地不发表，熟地得麻黄不凝滞，神用在此。”

4.1.5 化痰祛湿，活血化瘀法：《外科证治全生集·脱骨疽治法》：幼孩患脱骨疽者以小金丹治之。小金丹以白膠香、草乌、五灵脂，地龙、木鳖各掣末一两五钱，没药、归身、乳香各净末八钱，麝香三钱，墨炭二钱，用糯米粉一两二钱，为厚糊和入诸末，捣千锤，为丸如芡实大。临用用酒浸软打碎热酒送服，睡盖取汗。幼孩不能服煎剂及丸子者，服之甚妙(墨炭系陈年锭子、墨略烧存性研用。)

4.1.6 大补气血法：《外科正宗·脱疽》：“破后气血受伤，脾胃虚弱……俱宜大补气血。”常用方有十全大补汤加山萸肉、五味子、麦冬等药，有参术膏、人参养荣汤、补中益气汤等。

4.1.7 补气养阴，活血解毒法：《洞天奥旨·手足指疮》顾步汤治脱疽，用牛膝一两，金钗石斛一两，金银花三两，人参三钱，黄芪一两，当归一两。水数碗，煎服。

当然还有除湿攻毒法、托里消毒法、犀黄丸法等等，总之在明清之际对脱疽内治大法针对各种证型、均已有具体治疗方法，对当今的治疗已奠定扎实基础。

4.2 手术疗法

明清时期，外科医家创造了诸多更具体、更科学的方法。汪机亲自手术数例，在《外科理例·脱疽》(卷六)中总结出：“微赤而痛，治之不愈者，急斩去之，庶可保，否则不治。色紫黑，或发于足背亦不治。或先渴而后发，或先发而后渴，色紫赤不痛，此精气已绝，决不可治。”这是对手术适应症选择的原则，无疑是实践经验的宝贵总结。薛已对具体手术方法有了更详细的记载。又过数十年，陈实功《外科正宗·脱疽论第十八》记录了更为合理的手术方法：“治之得早，乘其未及延散时，用头发十余根缠患指本节尽处，绕扎十余转，渐渐紧之，毋得毒气攻延良肉。随用蟾酥饼，放原起粟米头上，加艾灸之肉枯疮死为度。次日本指尽黑，方用利刀寻至本节缝中，将患指徐顺取下。血流不住，用金刀如圣散止之。余肿以妙贴散敷之。”这里将术前准备，术后护理、手术指征、手术方法一一指明，而手术方法达到当时最合理境地，亦基本代表了古代中医手术治疗脱疽的最佳方案。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.3 外 治 法

历代外科重视外治之法，到明清之际，更趋合理而有效。主要有：①灸法：汪机主张脱疽脓痛者用隔蒜灸、灸至不痛，不痛者宜明灸之。薛己用桑枝条法(《外科枢要》)；陈实功又创用“神灯照法”治疗脱疽术后色紫肿痛者。《医宗金鉴》更用“雌雄霹雳火”灸法治初起不痛者。显然灸法有温经散寒、活血止痛之功，对本病有确切的疗效。②针法：陈实功治脱疽初期，待大痛稍止时，则“肿上用披针击刺七、八处，发泄毒血，用蟾酥锭磨浓涂之”。③外敷药法：王肯堂对脱疽“初发结毒，脓赤肿痛者以五神散(即紫河车、金钱钓葫芦、金鸡舌、金脑香等)捣烂敷及以汁涂敷，又以万病解毒丹磨缓涂之”。陈实功治脱疽用真君妙贴散外敷，解毒消肿，保护患肢。《医宗金鉴·外科心法要诀》治脱疽初期“外用大麦米煮饭，拌芙蓉叶，菊花叶各五钱，贴之止痛”。赵学敏治脱疽发黑者，以“土蜂窝研细，用陈醋调搽”，往往有效。④熏洗疗法：陈实功常用猪蹄汤、葱汤或生甘草汤煎汤淋洗，取其温通血脉、解毒止痛之功。

5 方 药 归 类

(1) 寒湿证类方药

当归四逆汤(《伤寒论》)

组成：当归　桂枝　芍药　细辛　通草　炙甘草　大枣

功效：温经散寒，养血通脉。

驱毒保脱汤(《重订通俗伤寒论》)

组成：当归　煅羊胫骨　桂心　生甘草　黑炮姜　麻黄　明乳香　净没药

功效：活血和营，驱解阴毒。

大防风汤(《重订通俗伤寒论》)

组成：防风　当归　熟地　生黄芪　川杜仲　党参　白术　羌活　川芎　怀牛膝　生赤芍　淡附片　官桂　炙甘草

功效：养血祛风，益气通络。

桂附汤(《疮疡证治秘录》)

组成：当归　附子　肉桂　炮姜　牛膝　红花　桃仁　地龙　丹参　甘草

功效：温经散寒，活血化瘀。

阳和通脉汤(《中医入门指要》)

组成：炮附子　桂枝　麻黄　丹参　鸡血藤　川牛膝　红花　地龙　当归　赤芍　炮甲珠　甘草

功效：温阳散寒，活血通脉。

(2) 血瘀证类方药

当归活血汤(《疮疡证治秘录》)

组成：当归　丹参　桃仁　红花　鸡血藤　牛膝　地龙　米壳　甘草　川芎

功效：活血化瘀，通经活络。

活血丸(《疮疡证治秘录》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组成：当归　红花　桃仁　牛膝　金银花　乳香　没药　甘草

用法：共研细末，炼蜜为丸。

功效：舒筋活血，解毒止痛。

通脉饮(《疮疡证治秘录》)

组成：当归　丹参　赤芍　桃仁　牛膝　红花　鸡血藤　地龙　米壳　川芎　生牡蛎　甘草

功效：活血化瘀，通经活络。

散瘀丸(《疮疡证治秘录》)

组成：当归　地龙　大黄　红花　五加皮　续断　独活　香附　炙没药　炙乳香　鸡血藤　炙骨碎补

功效：舒筋活血，散瘀止痛。

活血通脉饮(《实用中医外科学》)

组成：丹参　金银花　赤芍　土茯苓　当归　川芎

功效：活血化瘀。

(3) 热毒证类方药

清神散(《外科正宗》)

组成：生甘草节　真豆粉　大朱砂　冰片　牛黄

用法：上为细面，淡竹叶，灯心汤调服。

功效：清热解毒，开窍护心。

解毒济生汤(《外科正宗》)

组成：川芎　当归　黄柏　知母　天花粉　金银花　麦门冬　远志　柴胡　黄芩　犀角　茯神　甘草　红花

用法：临服入童便，随病上下服。

功效：清热，解毒，活血。

解毒通脉汤(《中医入门指要》)

组成：金银花　连翘　熟地　当归　赤芍　川牛膝　丹参　红花　玄参　石斛　甘草

功效：清热解毒，养血通脉。

四妙勇安汤(《验方新编》)

组成：金银花　玄参　当归　甘草

功效：清热解毒，活血止痛。

(4) 气血两虚证类方药

阴阳二气丹(《外科正宗》)

组成：天门冬(捣膏)　麦门冬(捣膏)　五味子(炒研)　黄柏　人中白(小儿尿者，生用研)　玄参(汤泡去粗皮捣膏)　青黛(色娇嫩者)　甘草　枯矾　朱砂(为衣)　泽泻　冰片

用法：各为细末，同玄参二冬膏子加炼蜜少许，再捣千余下，软硬适中，丸如桐子大，每服六十丸，童便、乳汁，空腹送下。

功效：养阴清热，解毒祛瘀。

补气通脉汤(《肘后积余集》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组成：黄芪　当归　穿山甲　廑虫　水蛭　红藤　金银花　玄参　皂刺　乳香　没药　党参　虻虫　牛膝

功效：补气养血，流通血脉。

顾步汤(《医林纂要》)

组成：黄芪　当归(酒洗)　黄柏(盐、酒炒)　知母(酒炒)　熟地　肉桂　干姜　牛膝　虎骨(酥炙)　金银花

功效：温肾益气，活血解毒。

顾步复脉汤(《中医入门指要》)

组成：党参　生黄芪　焦白术　当归　熟地　赤芍　川芎　石斛　川牛膝　金银花

功效：补气养血，活血通络。

(赵尚华　薛晓红)

近现代参考文献

[1] 广州中医学院．外科学．上海科学技术出版社，1980

[2] 陈自权，等．血栓闭塞性脉管炎的诊断与治疗．西安：陕西科学技术出版社，1986.2～3

[3] 顾伯康．中医外科学．北京：人民卫生出版社，1987

[4] 崔公让，等．脱疽．郑州：河南科学技术出版社，1985.2

[5] 姜兆俊，等．中医外科学．北京：科学出版社，1994

[6] 褚振声．脱疽病机初探．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.33

[7] 王沛，等．中医外科学．北京：中医古籍出版社，1994.210

[8] 陈淑长．血栓闭塞性脉管炎．北京：人民卫生出版社，1984

[9] 王果清，等．运用辨证分型治疗脉管炎120例．新中医，1984，5:30

[10] 袁淑琴．血栓闭塞性脉管炎病因病机浅析．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.65

[11] 张广利．浅论肾虚在脱疽发病中的意义．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.83

[12] 张峻．血栓闭塞性脉管炎病因研究综述．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.70

[13] 张玉芳．论气虚血瘀是肢体血管病的主要病因病理．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.87

[14] 刘巧．试论血栓闭塞性脉管炎的血虚与瘀毒同治．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.93

[15] 谢济良，等．论血栓闭塞性脉管炎的辨证施治．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.276

[16] 李逢春．“养、温、通、化”治疗血栓闭塞性脉管炎15例．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社．239

[17] 陈淑长主编．中医血管外科学．北京：中国医药科技出版社，1993.20～32

[18] 阎领全，等．中医药为主治疗血栓闭塞性脉管炎130例临床观察．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，229

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[19] 郑桂兰. 中医对脉管炎的辨证论治. 见：中医外科康复疗法. 北京：人民卫生出版社. 176
[20] 门军章，等. “温通”、“活化”法运用于周围血管病. 见：中医外科康复疗法. 北京：人民卫生出版社，1996.88
[21] 王良佐. 浅述中医药治疗血栓闭塞性脉管炎. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.238
[22] 汪曾荫. 辨证治疗血栓闭塞性脉管炎的临床体会. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.93
[23] 胡胜利. 以脉复康为主治疗Ⅲ期血栓闭塞性脉管炎100例. 见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗. 北京：人民卫生出版社，1994.125
[24] 郑学梅，等. 血栓闭塞性脉管炎的疼痛原因及处理. 见：中医外科康复疗法. 北京：人民卫生出版社，1996.161
[25] 赵尚华. 中医辨证论治血栓闭塞性脉管炎222例的临床研究. 见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗. 北京：人民卫生出版社，1994.255
[26] 李卫利，等. 中医药治疗血栓闭塞性脉管炎的近况. 见：中医外科康复疗法. 北京：人民卫生出版社，1996.197
[27] 赵昌兰，等. 中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎372例临床疗效观察. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.209
[28] 陈富礼，等. 血栓闭塞性脉管炎辨治体会. 见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗. 北京：人民卫生出版社，1994.286
[29] 李玉中，等. 运用仙方活命饮治疗血栓闭塞性脉管炎. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.115
[30] 白迎娥，等. 四妙勇安汤加味治疗血栓闭塞性脉管炎. 见：中医外科康复疗法. 北京：人民卫生出版社，1996.229
[31] 沈武孝，等. 四妙丹参汤为主治疗血栓闭塞性脉管炎. 见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗. 北京：人民卫生出版社，1994.135
[32] 赵润田，等. 血府逐瘀汤为主治疗脱疽的体会. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.125
[33] 郑培青. 血府逐瘀汤治疗血栓闭塞性脉管炎37例. 见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗. 北京：人民卫生出版社，1994.131
[34] 贾鸿魁. 益气活血为主治疗血栓闭塞性脉管炎30例疗效观察. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.224
[35] 孙元勤. 补阳还五汤加减治疗血栓闭塞性脉管炎19例. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.235
[36] 赵克文，等. 加味阳和汤治疗下肢脉管炎. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.124
[37] 门建章，等. 乌头桂枝汤在脉管炎中的应用. 见：中医外科康复疗法. 北京：人民卫生出版社，1996.206
[38] 柯长庚. 通闭活血酒治疗血栓闭塞性脉管炎. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.114
[39] 魏成功. 加味黄芪桂枝五物汤治疗血栓闭塞性脉管炎. 见：周围血管病中医研究最新全书. 北京：中国医药科技出版社，1992.108
[40] 陈定学，等. 脉炎灵治疗血栓闭塞性脉管炎386例临床研究. 见：周围血管病中医研究最新全书.

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

北京：中国医药科技出版社，1992.205
[41] 王景春，等．当归活血汤治疗血栓闭塞性脉管炎180例疗效观察．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.220
[42] 张德颖．活血通脉汤为主治疗血栓闭塞性脉管炎36例临床观察．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.243
[43] 金仕荣，等．五虫散治疗血栓闭塞性脉管炎24例临床观察．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.245
[44] 赵润田，等．自拟活血化瘀汤治疗血栓闭塞性脉管炎123例的临床观察．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.247
[45] 孙万才．香血膏治疗血栓闭塞性脉管炎．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.226
[46] 吴志强，等．血栓闭塞性脉管炎73例治疗体会．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.278
[47] 冯立新．丹参治疗周围血管病．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.122
[48] 肖旭东．脉络宁治疗血栓闭塞性脉管炎22例临床观察．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.133
[49] 常宝忠，等．中药抗栓注射液治疗血栓闭塞性脉管炎40例．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.218
[50] 邓振鹏．复方血栓通治疗血栓闭塞性脉管炎临床研究．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.120
[51] 李聚善．蝮蛇抗栓酶作用机理研究．新药与临床，1985，4(5)：33
[52] 金旭奎．蛇毒抗栓酶注射液治疗脉管炎55例．医药研究通讯，1985，(5)：151
[53] 陈振武．蝮蛇抗栓酶配合中药治疗血栓闭塞性脉管炎．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.134
[54] 王志月．血栓闭塞性脉管炎的中西医结合治疗及护理．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.293
[55] 赵尚华．中医外科心得集．太原：山西人民出版社，1989
[56] 李丽嫣，等．自拟甘草当归汤外用治疗脉管炎．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.116
[57] 路立然，等．中药煎剂外洗在周围血管病中的应用．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.102
[58] 郑晔．血栓闭塞性脉管炎的外治法．中医外治集锦．济南出版社，1993.42
[59] 刘战胜．活血化瘀为主治疗血栓闭塞性脉管炎．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.280
[60] 张肇域，等．血栓闭塞性脉管炎的治疗心得．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.266
[61] 唐祖宣，等．益气瘀活汤治疗中风脱疽的临床观察及实验研究．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1994.101
[62] 霍爱民．清热利湿通络法治疗血栓闭塞性脉管炎．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1994.117
[63] 唐文生，等．中药辨证治疗阳虚型血栓闭塞性脉管炎．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出版社，1996.214
[64] 吕景明．复方甘草膏外用治疗脱疽46例．见：中医外治集锦．济南出版社，1993.49
[65] 邱天道．象皮四妙膏治疗脉管炎体会．见：中医外治集锦．济南出版社，1993.47
[66] 张延杰，等．下肢慢性缺血的中西医治疗近况．见：血管疾病的血瘀与化瘀治疗．北京：人民卫生出版社，1994.21
[67] 吴月芝，等．血栓闭塞性脉管炎的综合康复疗法．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.183
[68] 门建章，等．血栓闭塞性脉管炎的康复疗法．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.185
[69] 赵尚华．现代中医皮肤性病诊疗大全．太原：山西科技出版社，1998
[70] 王海冰，等．血栓闭塞性脉管炎的康复治疗要点．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.189
[71] 吴月兰，等．血栓闭塞性脉管炎截肢后下肢的康复．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.177
[72] 崔炎，等．血栓闭塞性脉管炎与免疫．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.163
[73] 钱自奋．周围血管病血液流变学研究进展．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.67
[74] 葛萍，等．63例血栓闭塞性脉管炎患者下肢血流图分析．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.178
[75] 江一平．TAO不同证型凝血象、氧自由基、前列环素实验观察．见：中医外科康复疗法．北京：人民卫生出版社，1996.169
[76] 杨博华，等．血栓闭塞性脉管炎患者外周血T细胞亚群的变化及中药治疗对它的影响．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.173
[77] 李雪梅，等．中药舒脉宁治疗血栓闭塞性脉管炎药理研究的初步报告．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.164
[78] 袁鹤青，等．抗栓胶囊为主治疗血栓闭塞性脉管炎84例疗效观察与机制探讨．见：周围血管病中医研究最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.242
[79] 刘伯顺，等．中药与体外反搏联合应用治疗血栓闭塞性脉管炎23例疗效观察．见：周围血管病中医治疗最新全书．北京：中国医药科技出版社，1992.231
[80] 赵尚华，等．血栓闭塞性脉管炎中医电脑诊疗系统．世界名医文献库．香港：香港医药出版社，1998.62

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 瘾　疹 ❋

瘾疹又称瘖瘟，是一种常见的过敏性皮肤病，是由多种病因引起的皮肤、粘膜小血管扩张及渗透性增强而出现的一种局限性水肿反应。

其特征为身体瘙痒，搔之出现红斑隆起，形如豆瓣，堆累成片，发无定处，忽隐忽现，退后不留痕迹。相当于荨麻疹。

本病为常见多发性皮肤病，俗称风疹块，为皮肤和粘膜因血管扩张、血浆外渗而引起的一种暂时性红斑和水肿反应，约有 15% ~ 20% 的人一生中至少发作过一次荨麻疹。本病可发生于任何年龄、任何季节，以青壮年为多，无明显性别差异。

【今日临床】

1　诊 断 标 准

国家中医药管理局 94 年颁布中华人民共和国中医药行业标准《中医病证证候诊断疗效标准》中有关荨麻疹的诊断标准如下：

1.1　病名诊断标准

突然发作，皮损为大小不等，形状不一的水肿性斑块，境界清楚。

皮疹时起时落，剧烈瘙痒，发无定处，退后不留痕迹。

部分病例可有腹痛腹泻，或有发热、关节痛等症。严重者可有呼吸困难，甚至引起窒息。

皮肤划痕试验阳性。

皮疹经过三个月以上不愈或反复间断发作者为慢性瘾疹。

1.2　证类诊断标准

风热犯表：风团鲜红，灼热剧痒。伴有发烧、恶寒、咽喉肿痛，遇热则皮疹加重。舌苔薄白或薄黄，脉浮数。

风寒束表：皮疹色白，遇风寒加重，得暖则减，口不渴。舌质淡，舌苔白，脉浮紧。

血虚风燥：反复发作，迁延日久，午后或夜间加剧。伴心烦易怒，口干，手足心热。舌红少津，脉沉细。

1.3　分类诊断标准

急性荨麻疹：起病突然，全身泛发大小不一的风团样扁平皮疹，稍高于皮面，呈红色和粉红色，搔抓后皮肤迅即潮红水肿或成块，或成片，此起彼消，奇痒。常伴发热、恶寒、腹疼、呕吐、烦躁等全身症状，重则局部浮肿。一般发热在 38°C ~ 39°C 以内，舌苔

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

薄白或薄黄，脉浮或滑数。

慢性荨麻疹：发病较缓，皮疹初为局限性之粉红色扁平皮疹，时轻时重，十分刺痒，持续1~2个月以上者，为慢性荨麻疹，有的可经年累月不愈，往往白天较轻，夜晚较重，患者可因长期瘙痒而失眠，常伴有神经衰弱、消瘦、易激动、消化不良等症状。

物理性荨麻疹：包括了由各种物理因素引起的荨麻疹，根据各自的特点有很多类型，如皮肤划痕症、迟发性皮肤划痕症、压力性荨麻疹、胆碱能性荨麻疹、寒冷性荨麻疹、日光性荨麻疹、接触性荨麻疹等。

荨麻疹性血管炎：临床经过为慢性荨麻疹，病理表现为血管炎，可能是由于免疫复合物沉积在血管壁的结果。许多患者可伴有程度不同的全身症状和体征，如关节痛、发热、腹痛、虹膜炎、肾病以及肺部病变等，严重者伴有血管性水肿、紫癜和多形性红斑样皮疹。

2 中心证候特征

瘾疹是由于禀赋不耐，或外邪侵袭，邪郁肌肤；或内生邪气，阻于肌表而导致以风邪为主，阻滞于肌表皮肤为主要证候特征。主症为皮肤上出现瘙痒性风团，发无定处，骤起骤退，消退后不留任何痕迹。本病的特点是发病迅速，消退亦快，局部皮损的消失，并不等于病愈，其根本在于正气不充，内脏或气血失于调和。

风团是邪郁肌表，营卫失和的表现，邪气不同，皮色不一，宣浮者外风所致；淡红或潮红多为邪热；白色为寒邪引起，紫红或暗红为营血瘀滞而成。

瘙痒是邪郁肌表，气血不和，欲通不通的表现。因邪气性质不同，瘙痒表现不一：风邪所为，其瘙痒剧烈，遇风加剧或复发；寒邪所致，其瘙痒得热则减，遇寒加剧。气郁者，随情志而瘙痒变化；血瘀者，每见于妇女冲任失调者；湿热者，脾胃失和则加剧。

3 病　因

瘾疹的发病原因分为内因和外因，内因是发病的基础，外因是发病的条件。

3.1 外　因

外邪入侵：六淫之邪以风邪为主，夹有寒、热、湿、火等邪气，侵袭肌表，郁闭络脉，留聚肌肤而发病。

饮食不当：鱼腥海味、辛辣炙煿等物多具湿热之性，食之则化热生风，引动伏邪，怫郁于皮毛腠理之间而发病。或饮食不洁，湿热生虫，虫毒内发，邪结肌表而发病。亦有服用某些药物，化生热毒，郁于肌肤而发病。

情志所伤：精神紧张，焦虑抑郁均可使气机不畅，脏腑机能失调，气血失和，火热内生，壅滞于肌肤络脉而发病。

3.2 内　因

禀赋不耐：多因先天禀受浊恶热毒之气，使人体五脏六腑失调，气血失和。一旦受致病因素的刺激，即发瘾疹。

素质虚弱：或平素体弱，或久病体虚，均可致气血不足，气不足则卫外失固，邪气易

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

入，血不足则肌肤失养。

4 病 机

4.1 发 病

癮疹是由于禀赋不耐，气血虚弱，卫气失固，复由虚邪贼风侵袭，或由鱼虾、辛辣、膏粱厚味化热动风，或因七情变化，或因虫积、异味等多种因素诱发。外邪为主时，发病快，来势急骤；正虚明显时，反复发作，缠绵难愈。

4.2 病 位

癮疹病位在于皮肤、肌表。根据发病部位所涉及的脏腑、经络各不相同。病机演变亦不尽一致。

4.3 病 性

癮疹初起以邪气盛为主，故属于实证；反复发作，缠绵不愈，以正气虚为主，故多是虚证，或虚中夹实。

4.4 病 势

癮疹的根本病因在于禀赋不耐，气血不和，五脏六腑不调。外来邪毒诱发而成。故反复感受外邪，势必反复发作；邪气侵居，必伤气血，缠绵不去，累及脏腑。病情由邪实为主向正虚突出转化。调和脏腑和气血是制止癮疹反复发作的关键之处。避免外来邪毒亦可减少癮疹的发生。

4.5 证类病机

风热犯表：风热邪气，搏于营血，充盈于肌肤络脉，往来于腠理之间，营卫失于调和，腠理开泄，邪热伤津。

风寒束表：风寒邪气，损伤卫阳，郁闭肌腠，络脉结聚不通，寒伤阳气，风伤津液，肌表失于和养。

血虚风燥：内邪引发癮疹以风邪为主，内风所生多由阴血不足、阳气浮动，化生风火，阻滞于肌肤络脉之中，引发癮疹。

风湿犯表：风湿相加，搏结于肤表络脉之间，气血、营卫失于调和；风盛则伤及营血，瘙痒剧烈；湿盛则郁闭阳气，津液停滞，络脉壅塞。

肠胃湿热：饮食不节，湿热内生。随经络外达于肌表络脉，阻塞络脉，气血失和，引发癮疹。其病发于肌表，而病原在于肠胃失和，湿热内生。

5 临 证 思 路

5.1 抓 住 主 症

风团和瘙痒是癮疹的主症，抓住主症的目的是，其一明确诊断，其二辨别病邪，其三

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

了解病性。

5.2 确定病位

瘾疹病位在于肌表络脉，但是十二经脉，奇经八脉均循行于体表而有其所属，瘾疹好发部位必然涉及相关经络之失于调和，对于施治用药亦不忽视。

5.3 确定病性

瘾疹之人禀赋不耐，其含义有二，其一说明有先天邪毒蕴结于体内；其二脏腑气血原本失于调和。外来邪气既可引动伏邪，又可加重脏腑气血的失和与损伤。故发病之初即有虚实夹杂之证，发病急骤者，其邪气盛为主，属实证。反复发作，邪正相争日久，正气渐虚，故后期多以虚为主，同时有余邪未尽之征。

6 鉴　别

丘疹性荨麻疹：多见于儿童，为散在丘疹水疱，风团样损害，瘙痒剧烈，2～3天后才消退。

色素性荨麻疹：风团消失后留有黄褐或棕色的色素斑，经搔抓后可再起。

多形性红斑：损害多在手足背、颜面、耳朵等处，为红斑或水疱，呈环形或虹膜样，一时不易消退。

7 临床治疗

7.1 分证治疗

7.1.1 风热犯表

临床表现：风团鲜红，灼热剧痒。伴发热，恶寒，咽喉肿痛，遇热则皮疹加重。舌苔薄白或薄黄，脉浮数。

病机分析：风热邪气侵犯肌表，搏于营血，充盈于肌肤络脉则风团鲜红，灼热，风热之邪，往来于腠理之间，气血失和则瘙痒剧烈。营卫失和则发热恶寒；风热壅于上焦则咽喉肿痛；遇热则脉络郁甚故皮疹加重。舌苔薄白或薄黄，脉浮数为外邪风热搏于营卫之征。

治则：疏风清热凉血。

方药：清热消风散加减。

荆芥　防风　升麻　大青叶　蒲公英　金银花　蒺藜　丹皮　生地　蝉衣　地肤子

加减：大便秘结者，加大黄；热甚加栀子、黄芩；咽喉肿痛重者加板蓝根、胖大海。

临证参考：本证起病急骤，瘙痒剧烈，临证时可选用蝉蜕或加刺蒺藜研细末泛丸而服之，亦可加服银翘解毒丸。内热盛者易复外受风热，故疏风热之时，可配合泄内热之品，其效更优。本证易在春季复发，可于入春之时，多饮服甘凉之品，以预防之。

7.1.2 风寒束表

临床表现：皮疹色白，遇风寒加重，得暖则减，口不渴。舌质淡，舌苔白，脉浮紧。

病机分析：风寒邪气，损伤卫阳，郁闭肌腠，络脉结聚不通则风团色白，遇风寒加

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

重，得暖则减；寒伤阳气，故口不渴；风伤津液，肌表失于和养，故瘙痒而干燥。舌质淡、苔白，脉浮紧为风寒束表之征。

治法：辛温透表，疏风止痒。

方药：羌防止痒汤加减。

防风　羌活　白鲜皮　淡豆豉　地丁　白芷　蔓藤　蝉衣　丝瓜络　刺蒺藜

加减：寒重加麻黄；湿重加茵陈、海桐皮；脾虚加薏苡仁、扁豆；反复发作加乌梅、五味子。

临证参考：卫出下焦是指肾阳不足，卫阳亦虚，故寒邪外袭，卫阳多虚，益卫阳当补肾之阳气。特别是反复发作时，应在上方中加一二味补肾阳之品，如山茱萸、肉苁蓉。寒邪盛者，可加炮附子、细辛。

7.1.3　血虚风燥

临床表现：反复发作、迁延日久，午后或夜间加剧。伴心烦易怒，口干，手足心热。舌红少津，脉沉细。

病机分析：瘾疹反复发作、邪正相争日久、正气渐伤，风胜则阴血损伤，阴血不足，虚风内生。午后或夜间，阴虚明显，则瘙痒加剧。阴血不足，心神失养，则心烦易怒、口干。阴虚生热则手足心热。舌红少津、脉沉细为阴血不足之征。

治法：养血疏风止痒。

方药：养血祛风汤加减。

当归　夜交藤　桑白皮　白鲜皮　赤芍　生地　防风　荆芥　火麻仁　白芍

加减：气虚者，加生黄芪、白术；痒甚者，加紫花地丁，地肤子；血分热者，加紫草、青黛，日久不愈者，加全蝎、乌梢蛇。

7.1.4　风湿犯表

临床表现：头重如裹，身重乏力，瘙痒剧烈，风团色白，泛恶口粘，渴不欲饮，舌苔白，脉滑。

病机分析：风湿犯表，阳气郁闭，清气不升，则头重如裹，身重乏力；风湿相搏，营卫不和，则瘙痒剧烈；风湿充盈络脉则风团色白；湿困中焦，脾胃不运，津液内停，则泛恶口粘，渴不欲饮，舌苔白，脉滑乃风湿犯表之象。

治法：祛风除湿止痒。

方药：除湿止痒汤加减。

威灵仙　茵陈　土茯苓　白鲜皮　白芷　防风　透骨草　金银花　赤芍　蝉衣

加减：痒甚者，加苦参、蛇床子；热象明显者，加焦黄柏、蒲公英；日久不愈者，加乌梢蛇、当归尾。

7.1.5　肠胃湿热

临床表现：风团瘙痒随饮食不当而发、伴腹痛腹胀、大便不爽、呕恶纳差、乏力倦怠，舌红苔白或黄，脉滑数。

病机分析：湿热蕴阻肠胃，传于体表，而发风团，饮食不当，温热加剧，风团复发。肠胃湿热阻滞，传导失常，则腹痛腹胀，大便不爽；湿热阻滞，升降失常，运化不行，中气不足，则呕恶纳差，乏力倦怠。舌红苔白或黄，脉滑数乃胃肠湿热之征。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：健脾清热除湿。

方药：健脾除湿汤加减。

荆芥　防风　生薏苡仁　蝉蜕　白芷　地肤子　乌药　黄芩　茵陈　扁豆　千里光

加减：大便秘结者，加大黄、槐花；热泻者，加黄连、白芍；寒泻者，加茯苓、白术；腹胀不解者，神曲、谷芽、山楂、莱菔子等。

7.2 变证的治疗

7.2.1 喉风

由于邪气侵袭，导致喉头肿胀，出现喉间呼吸不畅、痰涎壅盛、语言难出等症时，称为喉风，属于瘾疹的变证之一。

喉风主要由于外感风热之邪，壅塞于喉间所致，表现为：喉间呼吸不畅，肿痛不利，语言不清，如蛇缠颈，痰涎壅盛，吞咽困难，伴形寒怕冷，周身不适，舌苔薄黄，脉浮数。

治法：疏风祛邪，解毒消肿。

方药：清咽消肿饮加减。

薄荷　生甘草　玄参　前胡　牛蒡子　栀子　黄连　石膏　连翘　荆芥　防风　桔梗

加减：邪毒炽盛，神昏不清，可参合清瘟败毒饮加减使用；并配合紫雪丹、安宫牛黄丸冲服。痰涎壅盛，痰声漉漉，声如拽锯者，加竹沥水、天竺黄、瓜蒌仁、葶苈子等。

外治：初起用冰硼散，咽喉红肿明显用冰黛散；痰涎壅盛可用吸痰器或探吐。窒息者气管切开。

针灸：取少商、商阳，浅刺出血，以泄热毒。取合谷、尺泽，毫针浅刺，中强刺激；痰盛加丰隆；牙关紧急加颊车。

7.2.2 厥证

荨麻疹过敏反应严重时，可出现过敏性休克，表现为胸闷不适，面色苍白，心慌、呼吸短促，甚至血压下降等厥脱之象。临床中应紧急采取中西医结合的方法抢救。如采用0.1%肾上腺素皮下注射0.5～1.0ml，静滴氢化可的松、地塞米松，必要时予生脉注射滴滴注。

7.3 外治法

(1) 瘾疹外洗方(经验方)：防风10g，荆芥6g，千里光15g，川椒6g，白芷10g，羌活10g，金银花6g，苦参10g，地丁12g，透骨草15g，蒲公英12g，红花6g。煮汤外洗，每天1～2次。

(2) 百部洗方：取百部适量，煎汤后用毛巾蘸药溻洗，或溻洗后再加热水浸洗。痒甚时洗，以痒止为度，抓破处慎用。

(3) 单验方：茵陈、路路通各60g，煎汤熏洗。

7.4 针灸疗法

7.4.1 体针

① 邻近取穴：损害以头部为主，针刺丝竹空、迎香、风池等；以腹部为主，针刺中

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脘；以腰部为主，针刺肺俞、肾俞；以下肢为主，针刺伏兔、风市、足三里、委中。

② 循经取穴：风邪侵犯阳经，针刺大椎、血海、足三里；湿邪善犯脾经，针刺脾俞、曲泄、足三里；血燥生风，宜刺肝经，针灸三阴交、血海。

③ 病因取穴：风热所致者，取大椎、风池、百会、委中，肠胃不和所致者，取大肠俞，中脘、合谷、足三里。

手法：宜用泻法，留针 10～15 分钟，每日或隔日 1 次。

7.4.2 耳针

选神门、肺区、枕部、荨麻疹区、肾上腺、内分泌等穴，针刺后留针 1 小时，每次选 2～3 穴。

7.5 其他疗法

（1）耳背静脉放血疗法：在向阳的方向，视耳背静脉，用三棱针刺之放血，或用磁片消毒后砭刺出血 2～3 天 1 次。

（2）放血疗法：分别在耳尖、中指尖、足二趾尖，先常规消毒，用三棱针刺之，捏出少许血液，3 日 1 次。

7.6 临床用药经验与体会

7.6.1 名医用药经验

赵炳南采用多皮饮治疗慢性荨麻疹：地骨皮 10g，五加皮 10g，桑白皮 10g，干姜皮 6g，大肢皮 10g，白鲜皮 15g，粉丹皮 10g，赤苓皮 15g，冬瓜皮 15g，扁豆皮 15g，山楂皮 10g。

蝉蜕炒焦研末，炼蜜为丸，每丸重 10g；或蝉蜕 2 份，刺蒺藜 1 份，炒焦炼蜜为丸，每丸重 10g，每次 1 丸，日服 2～3 次。

朱良春采用四物汤为主方(重用生地至 30g)，伍入益母草、紫草、红花、白鲜皮、白蒺藜、徐长卿等。同时认为白花蛇“凡瘾疹瘙痒难除者，非此不除，故有截风要药之称。”

7.6.2 临床诊治体会

本病为过敏性疾病，过敏源比较复杂，故辨证时往往寒热并呈，寒热之中又兼虚实，临证时应详辨细审，互相辅佐，才能收到较为满意的效果。急性荨麻疹，首先应除去病因，尽量找到致病因素；慢性荨麻疹，久病伤阴伤气，故遇劳、遇寒、遇热即发，故应扶正祛邪以图缓治。

荨麻疹病位在气分还是血分？根据临床表现及预后转归，一般认为病在气分为主，治疗当重用气分药，视病情可酌佐一二味血分药，如丹皮、赤芍、王不留行等，以助风团之消散。

慢性荨麻疹经久未愈，若出现肝木风动之象，宜于祛风止痒药中加入生赭石、生龙骨、生牡蛎、白芍等镇肝熄风药，效果尤著。按现代药理分析，荆芥、防风、地肤子、蝉蜕、白鲜皮等均有较好的脱敏作用，肢在各型方剂中均可加入上述药物。

消化不良是诱发本病的重要原因之一，故治疗时，在祛风脱敏的同时，应注意消食导滞，特别是小儿常见的丘疹性荨麻疹。治疗期间对饮食方面的禁忌，也是重要的一环。饮食应清淡，忌鱼、虾、蟹、公鸡、猪头肉、芫荽、辣椒、酒等腥荤发物，并注意避免接触花粉，防止昆虫蜇咬。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.7 西医治疗撮要

7.7.1 急性荨麻疹

常用 H_1 受体拮抗剂，常用药物有扑尔敏、赛庚啶、苯海拉明、异丙嗪等，可单独使用，或交替使用，或联合使用；另外降低血管通透性的药物，如维生素 C、维生素 D、钙剂等，常与抗组织胺类药物配合使用，可提高疗效；严重急性荨麻疹者，可短期使用皮质激素；出现急性喉头水肿或过敏性休克时，可采用 0.1%肾上腺素皮下注射 0.5～1.0ml；外用药以安抚止痒为主，可用 1%薄荷醑，炉甘石洗剂等。

7.7.2 慢性荨麻疹

慢性荨麻疹比较顽固，治疗难以奏效，应认真找出病因，采取综合疗法。目前抗组织胺药物仍为主要药物，可加大药物用量或两种以上联合应用、交替应用，如多虑平，脑益嗪治疗慢性荨麻疹效果较好；另外还使用其他非特异性疗法，如自血疗法、普鲁卡因封闭疗法、胎盘组织液注射等。

8 疗效评定标准

治愈：风团消退，临床体征消失，不再发作者。

好转：风团消退 30%或消退后复发间隔时间延长，瘙痒等症状减轻者。

未愈：风团及瘙痒无明显改善者，或消退不足 30%。

9 调摄与护理

禁用或禁食某些对机体过敏的药物或食物，避免接触致敏物品。

防治肠胃疾病，包括肠道寄生虫，调整内分泌障碍，如月经异常等，清除治疗体内外慢性病灶。保持大便通畅。

忌食鱼腥虾蟹、海味、辛辣、葱、韭、酒等。

注意气温变化，自我调摄寒温，加强体育锻炼。

【近代研究】

1 理论研究

荨麻疹俗称风团，是一种过敏性皮肤病，主要皮损表现是水肿性片块炎症，奇痒，中医称为“瘖瘟”“瘾疹”。中医辨证论治，认为这是“风邪”所致，故起病迅速，消退也快，游走不定，奇痒。但风邪往往有兼证，急性的有风热、风寒之分，慢性的有虚实寒热，内风、外风之分。近代对荨麻疹的理论研究，多从病因病机方面给予分析，如任继学云“它的病机以正气内变为主，复因饮食不节，以及鱼蛋虾蟹馨香燥热之味，或外在风寒之邪侵袭机体，造成人体正气内变营卫损伤，则营卫二气失调，致使气血壅塞，不得宣泄于外，必郁滞于内而化热生风。”[1]任氏认为荨麻疹以正气内变为主，而何任认为：“荨麻疹，其因多为汗出当风，外邪入侵腠理，风气搏于肌肤，与热相结，则成瘖瘟。”[1]刘学勤则云：“此证与风、湿、食关系甚密。”[1]总之，不论正气内变也好，汗出当风也罢，或者

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

风、湿、食三因之说，都是荨麻疹的病因病机的一方面。故荨麻疹除内伤七情及饮食起居失常引起营卫失和，正气受损，卫外之气不固而发病外。六淫之邪均能引起本病，与风、寒、湿、热关系密切，尤以风邪为主，同时随气候及温度之改变，可以增剧或减轻其症状。

2 临床研究

近代对荨麻疹的临床研究，主要集中在荨麻疹的分型治疗方面和临床用药经验两方面。荨麻疹的分型治疗，以近代赵炳南和朱仁康为典型，赵炳南分为风热、风寒、湿热受风、血虚受风四型[2]，朱仁康则分为风热、风寒、风湿、脾胃、血热、血瘀六型[3]，而施慧分为五型[4]，不管怎样分型，风热、风寒、风湿、脾胃、血虚五型都应该在内。当然分型只是辨证论治的一部分，故朱仁康告诫云："更有寒热错杂之证，也当寒热兼治，总之病情比较复杂，应当详究，审证求因，庶能得治。"[3]除了分型论治外，有的学者还提出了急慢性荨麻疹的鉴别要点，如施慧云："急性荨麻疹急骤发病，首先局部瘙痒，抓后皮肤隆起疹块，大小各异，可伴有发热恶寒，胸闷气短，或局部浮肿等；慢性荨麻疹反复发作，多发于午后，前半夜较重，时发时消"。[4]这些都为荨麻疹的临床治疗提供了重要的基础。

在用药经验方面，近代医家总结积累了丰富的内容，可供临床参考。例如在观察赵炳南治疗了50例比较顽固的荨麻疹患者，作者认为风热型效果较好，风寒型及虚型疗效较差。[2]宋祚民在总结治疗本病的要点时指出："须掌握既要透表，而又不可单纯汗解，还需清里，以除其发病之基。总以透达清内，表里两和为治。"[1]除了透达清内的方法外，何任则言"若痞癖久发不愈，时作时瘥，疹见于局身，而舌降苔光者，为入血络。"[1]荨麻疹除了入气分外，也可以入血分，这样为荨麻疹的治疗又提供了更多的途径，故朱仁康云："血瘀之证，由于瘀血阻于经络肌腠之间，营卫不合，发为风疹块，应着重活血祛风。"[3]血瘀型当属活血祛风法，若属脾虚湿热型，又宜健脾利湿法，所以黄一峰曾言："若兼有脾虚湿热偏胜者，可加健脾利湿之扁豆衣、鸡内金、茯苓、泽泻、六一散等，平时常服资生丸、桑麻丸，应持续服药，甚至痊愈为止。"[5]当然，对于慢性荨麻疹或顽固性荨麻疹，张伯臾强调了加入虫类药的重要性，如云："此外，对于顽固性荨麻疹，不论虚实，张老先生每入虫类药，能助药力而获速效。"[6]

综上所述，近代对荨麻疹的临床研究，从中医辨证分型来看，大抵可分风热、风寒、风湿、脾胃、血虚，以及寄生虫引发等类型。急性荨麻疹易于治疗，特别是风热型疗效较好；慢性荨麻疹无论各型，治疗上都有一定难度，加入虫类药，可提高疗效，如全蝎、乌梢蛇等。

3 实验研究

在变态反应性皮肤病中，荨麻疹之主要病理表现为皮肤粘膜之毛细血管及小血管扩张充血，以及由于通透性增加所致之局限性真皮水肿。部分患者血清总补体和 C_3 降低；急性荨麻疹中，多数血清 LgE 水平升高。近代对荨麻疹的实验研究不多，有的学者研究了荨麻疹患者的血清补体的变化，有的分析了荨麻疹患者血清 LgE 水平。如曹素安通过检查了47例荨麻疹患者的血清总补体和 C_3 等，提示部分荨麻疹的发病机制为第Ⅲ型变态反应，即免疫复合物型。[7]又如董永慧选择门诊患者86例及正常对照25名，采用 ELISA 双抗体

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

夹心法测定了血清总 IgE 水平，结果较正常人明显升高（P < 0.01），表明多数荨麻疹与 IgE 的生成调节有关。[8]另外还有赖乃揆对慢性荨麻疹皮试及免疫治疗的报道[9]，以及俞锡纯等以“久病必虚”理论对慢性荨麻疹 223 例辨证的探讨[10]和王俊用通经破瘀法治疗荨麻疹 218 例的研究。[11]这些实验研究及探讨进一步证实了荨麻疹的病因病理，同时为荨麻疹的治疗提示了多种途径。

【古训今释】

1 病名溯源

荨麻疹历代医家有隐疹、风瘙隐疹、风瘖瘾等名，（俗称风疹块。隐疹之名），首见于《素问·四时刺逆从论》云：“少阴有余，病皮痹隐疹”。隋·巢元方《诸病源候论·风瘙身体隐疹候》则云：“邪气客于皮肤，复逢风寒相折，则起风瘙隐疹”。又“风瘖瘾候”亦云：“夫人阳气外虚则多汗，汗出当风，风气搏于肌肉，与热气并，则生瘖瘾，状如麻豆，甚者渐大。”清·《医宗金鉴·外科心法要诀》简称瘖瘾。但荨麻疹类的疾病，古代还有细皮风疹和赤白游风，它们属于荨麻疹的特型。如细皮风疹，为素体湿热，昆虫叮咬或外感风邪而致皮肤丘疹样风团样发疹的皮肤病，称为细皮风疹。常伴有水疱，故又名水疥。如隋·《诸病源候论》云：“水疥者，瘖瘾如小瘭浆，摘破有水出。”西医称丘疹性荨麻疹，多发生于儿童，常有季节性。又如赤白游风，肌肤突然燃肿如馒，缓慢消退，或红或白。隋·巢元方《诸病源候论》说：“风注之状，皮肤游易往来，痛痒感无常处是也。”清·祁坤《外科大成·下卷·游风》则云：“游风者，为肌肤倏然燃赤肿痛痒感，游走无定，由风热壅滞，营卫不宣，则喜行而数变矣。”它是风瘖瘾的一种特型，相当于西医血管性水肿，亦称作巨大性荨麻疹。

2 病因病机

荨麻疹的病因病机，古代文献均有论述，例如唐·孙思邈《备急千金要方·卷七·风毒脚气》云：“论曰，素问云：风邪客于肌中则肌虚，真气发散又被寒搏，皮肤外发凑理开毫毛。淫气妄行之，则为痒也，所以有风轸搔痒，皆由于此。”明·王肯堂《证治准绳·疡医》也云：“大风瘾疹者，由邪气客于皮肤，复遇风寒相搏，则为瘾疹。”而清·《医宗金鉴·外科心法要诀》则云：“由汗出受风或露卧乘凉，风邪多中表虚之人。”综上所述，古代对荨麻疹的病因病机，一般认为因禀性不耐，或饮食不慎，或昆虫叮咬，或因七情内伤，或因复感风寒等诱发。这与近现代对荨麻疹的分析大抵相同。

3 方药研究

古代对于荨麻疹的方剂药物提出的也不少，如唐·孙思邈《千金翼方》提出的石楠汤，地榆汤都具代表性，外洗药多用白芷根、防风、蛇床子、白蒺藜、白矾、吴茱萸等。而明·王肯堂《证治准绳》则用枫香汤、鬼箭羽散、桦皮散治之，还有明·陈实功《外科正宗》里的著名方剂消风散，方药由当归、生地、防风、蝉蜕、知母、苦参、胡麻、荆芥、苍术、石膏、甘草、牛蒡子、木通组成。消风散治“风热瘾疹，遍身云片斑点，乍有乍无”，类似现在之荨麻疹，本方是效方之一，特别是蝉蜕、苦参、知母、牛蒡子等，抗敏作用非常突

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出，有进一步研究的价值，若本方去胡麻，加王不留行，疗效可进一步提高，一般用药2~3剂，即能使症状显著缓解和消失。总之古代对荨麻疹的用药方面，仍然是以祛风止痒为主，视证型，有的尚加清热之品，或佐血分之药。但对风热、风寒、血虚型的荨麻疹方剂多一些，对于血瘀、脾虚湿滞型的荨麻疹方剂少一些。

4 方剂用药归类

4.1 内 服

苦参丸(《太平圣惠方》)

组成：苦参 川朴消 牛蒡子(微炒)

用法：上药为末，炼蜜为丸如梧桐子大，每于饭后以温酒下三十丸。

功效：疏风清热，除湿泻火。

羚羊角散(《太平圣惠方》)

组成：羚羊角屑 白鲜皮 黄芩 防风 (去芦头) 人参 杏仁(汤浸去皮尖双仁麸炒微黄) 麻黄(去根节) 羌活 白疾藜(微炒去刺) 甘草(炙微赤锉) 生干地黄 枳壳(麸炒微黄去瓤)

用法：捣粗罗为散，水煎，不计时候温服。

功效：疏风清热，燥湿止痒。

蒺藜丸(《太平圣惠方》)

组成：白蒺藜(微炒去刺) 秦艽(去苗) 羌活 苦参(锉) 黄芩 赤茯苓 细辛 枳壳(麸炒微黄去瓤) 乌蛇(酒浸去皮骨,炙微黄)。

用法：捣罗为末，炼蜜和捣，丸如梧桐子大。

功效：搜风清热，祛湿止痒。

枳壳丸(《太平圣惠方》)

组成：枳壳(麸炒微黄,去瓤) 天门冬(去心焙) 白蒺藜(微炒去刺) 独活 牛蒡子 薏苡仁

用法：上药为末，炼蜜为丸，如梧桐子大。

功效：疏风清热，利湿止痒。

消风散(《太平惠民和剂局方》)

组成：荆芥穗 防风 川芎 羌活 白僵蚕 蝉蜕 藿香叶 人参 茯苓 炙甘草 厚朴 陈皮

用法：上药共为细末，每次用茶清调下，如沐浴暴感风寒，用荆芥茶清调下，温酒调下亦可。

功效：疏风散寒。

川芎茶调散(《太平惠民和剂局方》)

组成：薄荷叶(不见火) 川芎 荆芥(去梗) 香附子(炒) 防风 白芷 羌活 甘草

用法：上为细末，食后茶清调下。

功效：疏风清热。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

麻黄汤(《圣济总录》)

组成：麻黄(去根节煎掠去沫焙) 肉桂(去粗皮) 黄连(去须) 当归(切焙) 羌活(去芦) 白芷 王不留行 炙甘草 防风 川芎 白蒺藜 天雄(炮裂去皮脐) 桑根白皮 石膏 红兰花(炒)

用法：上锉如麻豆，水煎，去滓，温服。

功效：疏风清热，通经活络。

鬼箭汤(《圣济总录》)

组成：鬼箭羽 白薇 白术 矾石(熬令汁枯) 炙甘草 防风

用法：上六味，粗捣筛，水煎，食后温服；兼用乌头粉方粉身。

功效：疏风活血，燥湿止痒。

蔓荆子散(《圣济总录》)

组成：蔓荆子 何首乌 羌活(去芦) 威灵仙(去土) 荆芥穗 防风 苦参

用法：上为散，温酒调下，不拘时。

功效：疏风止痒，祛湿通络。

紫葳散(《圣济总录》)

组成：凌霄花(去心瓦上焙) 附子(炮裂去皮脐)

用法：捣罗为散，蜜酒调下，日二次。

秦艽汤(《证治准绳·疡医》)

组成：秦艽(去芦) 防风 黄芩 麻黄(去节) 甘草(炙) 玄参(去芦) 犀角屑 牛蒡子(炒) 枳壳(去瓤麸炒) 川升麻

用法：上药研成粗粉，以水煎服后，去滓湿服，不拘时候。

功效：疏风散热，解毒止痒。

漏芦丸(《证治准绳·疡医》)

组成：漏芦 枳壳(麸炒去瓤) 苦参 防风(去芦) 川大黄(煅) 乌蛇

用法：上为细末，炼蜜和捣二三百下，丸如梧桐子大，每服三十丸，用温浆水送下，食后服。

功效：疏风泻热，燥湿止痒。

当归饮子(《严氏济生方》)

组成：当归(去芦) 白芍 川芎 生地黄 白蒺藜(炒去尖) 荆芥穗 防风(去芦) 何首乌 黄芪(去芦) 炙甘草

用法：上药锉碎，加生姜水煎，不拘时候，去滓温服。

功效：活血凉血，祛风止痒。

4.2 外 用

洗风散(《杨氏家藏方》)

组成：荆芥 苦参 防风(去芦头) 川芎 当归 白蒺藜 白芷 地榆 地骨皮 黄柏

用法：上药锉碎，煎三五沸，淋洗患处。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

功效：祛风清热，燥湿止痒。

浣肌散(《杨氏家藏方》)

组成：白胶香(别研) 荆芥穗 大黄 苦参 当归 升麻 白蒺藜 枳壳 射干

用法：上同焙干，碾为细末，入枫香和匀，水煎3~5沸，通手淋洗。

功效：疏风清热，燥湿止痒。

芎藭粉(《圣济总录》)

组成：川芎 白芷 麻黄 藿香 米粉

用法：上药共为细末，搽病处。

功效：解表祛风止痒。

乌头粉(《圣济总录》)

组成：乌头(炮裂,去皮脐) 桔梗(炒) 细辛(去苗叶) 白术 铅丹(研)

用法：上为极细末，和匀。每用少许，搽身体瘙痒处。

功效：祛风止痒。

地骨皮汤(《证治准绳·疡医》)

组成：地骨皮 当归 盐 白矾末

用法：上药共研碎，煎汁，收瓷器中用棉蘸拭患处。

功效：清热凉血，燥湿止痒。

涂擦雄黄膏(《御药院方》)

组成：猪脂肪 天麻 香白芷 巴豆 轻粉 黄蜡 雄黄 麝香

用法：以猪脂肪煮天麻、白芷、巴豆，黄色滤去巴豆等不用，澄清，入轻粉等四味和匀，放冷为度。每用少许，临卧涂掺患处以痒止为度。

功效：疏风清热，杀虫止痒。

浴鬼风方(《吴氏医方汇稿》)

组成：川大黄 归尾 防风 银花 艾叶 荆芥 槐柳枝

功效：祛风清热，活血止痒。

综观古今对于荨麻疹的论述，虽然众说纷云，但总以风邪为主因，瘙痒为其主要症状，就其中医分型来看，已日趋完善。虽然急性荨麻疹的诊治已经效果显著，但是慢性荨麻疹，特别是2年以上的荨麻疹，如何开发出有效的中成药，这一前瞻性的研究有待努力。当然，对于荨麻疹的临床实验研究，报道不多，应该加强这方面的研究，进一步弄清荨麻疹的发病机制，以便寻找有效的治疗途径和药物。

(施 慧 张晓红)

近现代参考文献

[1] 朱仁康，等．荨麻疹证治．中医杂志，1987，28(12)：888~890

[2] 赵炳南．赵炳南临床经验集．北京：人民卫生出版社，1975.185~188

[3] 朱仁康．朱仁康临床经验集．北京：人民卫生出版社，1979.117~118

[4] 施慧．施慧中医皮肤病临床经验集．北京：中国医药科技出版社，1994.1~5

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[5] 黄·峰．黄·峰医案医话集．南京：江苏科学技术出版社，1979.110
[6] 张伯臾．张伯臾医案．上海科学技术出版社，1979.146
[7] 曹耒安.47例荨麻疹患者的血清补体变化．临床皮肤科杂志，1985，14(1):48
[8] 薰永慧.86例荨麻疹患者血清LgE水平的分析．中华皮肤科杂志，1988，21(3):158～159
[9] 赖乃揆．慢性荨麻疹皮试及免疫治疗．中华皮肤科杂志，1987，20(4):207
[10] 俞锡纯，等．慢性荨麻疹223例辨证探讨．天津中医，1987，(5):15
[11] 王俊．通经破瘀法治疗荨麻疹218例．湖北中医杂志，1987，3:封四

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❀ 白　　疕 ❀

白疕(bi)是一种红斑鳞屑性皮肤病，因搔抓起白皮而得名。主要临床特征为皮肤起红疹或红斑，上覆层层白色皮屑，形如疹疥，状如松皮，刮去皮屑可见点状出血。白疕有遗传倾向，皮损发生后消退缓慢，易反复发作，难于根治，是一种顽固性皮肤病。相当于西医的银屑病。本病多发于青壮年人，发病率较高，并呈逐年上升趋势，严重影响患者身心健康，因此一直是国内外皮肤科领域重点研究和防治的疾病之一。解放后，特别是七八十年代以来，国内不少中医、中西医结合皮科专家、学者继承和发扬传统中医的宝贵经验，致力于本病的防治研究，取得了显著的成绩，为攻克这一顽症做出了贡献。

在论述白疕之前，我们应该首先明确本病的中、西医病名，及其别名、异名。在历代中医文献中，类似于白疕的病名还有“干癣”、“蛇虱”、“疕风”、“松皮癣”等，为规范统一中医病名，国家中医药管理局发布的行业标准，规定本病中医称“白疕”，相当于西医“银屑病”。

西医的银屑病原称“牛皮癣”。80 年代以后出版的西医教科书、专著、及正式出版物上病名统一为银屑病，已经不用牛皮癣这一病名。但是许多皮肤科医生、病人仍习惯于把银屑病称为牛皮癣；在民间提到牛皮癣，一般多指银屑病。

由此我们可以清楚地看出，中医的白疕相当于西医的银屑病(原称“牛皮癣”)。中医的牛皮癣相当于西医的神经性皮炎，是与白疕完全不同的两个病。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

白疕的诊断以皮损特征为主要临床依据，不典型皮损应结合皮损组织病理检查明确诊断。1994 年国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》，其中白疕的诊断依据如下：

1.1 病名诊断标准

皮损初为针尖至扁豆大的炎性红色丘疹，常呈点滴状分布，迅速增大，表面覆盖银白色多层性鳞屑，状如云母。鳞屑剥离后，可见薄膜现象及筛状出血，基底浸润，可有同形反应。陈旧皮损可呈钱币状、盘状、地图状等。好发于头皮、四肢伸侧，以肘关节面多见，常泛发全身。部分病人可见指甲病变，轻者呈点状凹陷，重者甲板增厚，光泽消失。或可见于口腔、阴部粘膜。发于头皮者可见束状毛发。

起病缓慢，易于复发。有明显季节性，一般冬重夏轻。可有家族史。

组织病理检查示表皮角化过度、角化不全。角层内有中性多形核白细胞堆积，棘层增厚。表皮突呈规则性向下延伸，真皮乳头水肿呈棒状，乳头内血管扩张，血管周围有炎性细胞浸润。

以上诊断标准主要指的是寻常型白疕，特殊类型白疕诊断参见“临床表现”。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 证类诊断标准

风热血燥证：起病急，发展快，常由感染诱发或加重，皮损为点滴状或小斑片状，基底鲜红，上覆层层白屑、瘙痒剧烈、伴口干、渴喜冷饮、咽红咽痛、烦热、溲黄便干、舌红苔薄黄、脉滑数。多见于疾病进行期。

温热蕴结证：皮损多见于腋窝、股内侧等，红斑表面湿润、鲜屑发粘、色污褐、堆积如蛎壳状、瘙痒、伴口苦、胸闷、纳呆、困倦、舌红苔黄腻、脉滑。多见于渗出性、蛎壳状皮损。

瘀滞肌肤证：皮损日久、发展缓慢、消退亦难、为紫红或暗红斑片，浸润肥厚，钱币或更大斑块，鳞屑较厚，干燥，痒不甚，舌质暗红边有瘀斑，苔白，脉弦涩。多见于疾病的静止期。

血虚风燥证：病程日久，皮损不退，色淡红发暗，常呈地图状、环状，表面干燥或皲裂出血，鳞屑薄细干燥，自觉干痒或干痛，伴口咽干燥，舌质淡红少津，苔薄白而干，脉弦细。多见于疾病静止期、消退期。

2 中心证候特点

热毒炽盛，阻滞经脉，热盛生风，热盛血燥导致肌肤发生红斑鳞屑、瘙痒是白疕的中心证候学特征。其主症为鲜红色或紫红色点滴状丘疹、斑丘疹或大块状皮损，上覆银白色厚鳞屑，鳞屑剥离后，可见半透明薄膜及筛状出血，基底浸润，皮肤瘙痒剧烈，好发于头面、四肢伸侧及躯干，指甲呈点状凹陷或甲板增厚，毛发呈束状。次症为口干苦、渴喜冷饮、咽红干痛、烦热、胸闷、纳呆、困倦、溲赤便干等。舌质淡红，鲜红或暗红，边有瘀斑；舌苔白、薄黄、黄腻，脉象多滑、滑长、弦细或涩。

皮损颜色：白疕的皮损初起为点滴状红色丘疹，渐渐扩大成大小不等的鲜红色、暗红色或淡红色斑块。细致分辨皮损颜色，才能够准确地进行辨证。若体内蕴热，热入营血，充斥络脉，则皮损色红。皮损颜色鲜红为血热；颜色紫红为热盛伤津或血热兼瘀；颜色红润潮湿为湿热蕴结。病程较长，热郁络脉，瘀热阻滞，血行不畅，皮损颜色暗红属血瘀。病程日久，邪热未尽，阴血耗伤，皮损颜色淡红属血燥。

鳞屑特点：白疕皮损表面覆有多层银白色鳞屑，此为风盛化燥，局部肌肤失养所致，血热、血瘀、血燥均可生风化燥。急性期红斑上层层鳞屑，片大色白干燥，轻刮即脱落为风热血燥；鳞屑较厚，附着于红斑较紧密为血瘀；鳞屑较薄细碎干燥为血燥。若鳞屑呈污褐色，发粘堆积，状如蛎壳，为皮损表面潮温，渗出物与鳞屑混合而成，辨证属湿热。

皮损部位、形态：白疕皮损可发生于身体任何部位。皮损泛发全身多为整个机体阳热偏盛；皮损以头部为重多属风盛；皮损以面部为重多属阳明胃经热盛；皮损以下肢或皱折部位为重，多属湿热。大斑块状、地图状皮损多兼血瘀。

舌象：舌质红为内热盛，舌红绛为血分郁热，舌红嫩有裂纹为血热阴伤，舌质暗红为血热夹瘀，舌紫黯有瘀斑为瘀血内阻，舌淡红而干为血燥津伤。舌体胖，边有齿痕，苔腻为湿盛。

伴随症状：伴咽红咽痛为风温或热毒之邪壅滞咽喉；伴身热、口渴、大便秘结为内热盛；伴纳差、脘腹胀满、大便溏软为脾虚；伴口咽干燥为阴津损伤；伴五心烦热为阴虚生内热；伴腰膝酸软为肝肾不足。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3 病 因

3.1 原发病因

体质遗传因素：白疕的发病年龄以20~30岁的青壮年人为多。青壮年患者多血气方刚，阳热气盛，临床可见皮损鲜红，口渴，烦躁，大便干燥，舌质红苔黄，脉象弦滑或滑数有力。这些证候反映出患者机体阳热偏盛，阴阳平衡失调，这是本病发生的内在体质因素。

相当一部分白疕患者，在其血缘关系的亲属中有患同样疾病者，这就叫阳性家族史。国外文献报道约有25%~36%的患者有阳性家族史，我国1984年全国银屑病流行调查结果，有阳性家族史患者约占23%。另据调查，本病患者的子女，其患病率明显高于健康者子女；双亲均为患者，其子女患病的比例又高于父母一方为患者的子女。这说明本病的发生与遗传因素有很重要的关系，中医认为此属禀于父母血毒。

3.2 继发病因

外邪侵袭：据临床观察白疕多在秋冬、冬春季节交替时发病，或复发加重。此时，气候变化较大，骤寒乍暖，衣着起居稍有不慎，则易遭外邪侵袭。很多患者经过治疗皮损已完全消退，或明显好转，但此时若不慎感冒、咽痛，皮损又会复发加重。特别是小儿患者，据统计，约10%~20%的病例有急性扁桃体炎或上呼吸道感染病史，皮疹多在感染后1~2周后出现。因此，外邪侵袭，特别是寒湿、风热、风毒等邪气侵袭，是白疕发病的重要外部因素。

情志因素：凡平常之人均有七情六欲，喜、怒、忧、思、悲、恐、惊是不可避免的情志活动。但这些情志变化不能过度，超过人体所能调节的限度，就会造成机体功能的紊乱，导致疾病的发生。白疕的发病与精神、情志因素密切相关。如有的患者经治疗皮损已完全消退，因家庭突然发生意外事故，精神受到创伤，不久皮损又复发全身；有些白疕患者，因患病造成思想负担，精神压力较大，虽同样治疗，但疗效较精神开朗者要差些。

过度紧张疲劳：现代人的生活节奏加快，来自学业、事业、社会各方面的竞争激烈。繁重的工作学习使得有些人经常加班、熬夜，不能保证正常的作息，身心过度紧张疲劳，致使机体阴阳气血平衡失调，抗邪能力减弱而导致疾病的发生。临床所见，因紧张劳累而诱发、加重白疕的病例很多。

饮食不节：中医认为辛辣、腥膻之品是发物。所谓发物就是能引起疾病发生、或能使宿疾复发或加重的食物。很多白疕患者饮酒，吸烟，进食辣椒、海鲜、羊肉等食物后皮损发红，瘙痒加剧；但也有少数患者病情与饮食似无明显关系；还有些患者一次进食大量发物则皮损加重，而少量进食无明显反应。凡发物均有气味较重、走窜之特性，食入体内可引诱体内之邪毒外发肌肤，而导致皮损加重。

4 病 机

4.1 发 病

禀于父母血毒(即有阳性家族史)或素体阳盛内热者，又外感六淫邪气，如风寒、风热、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

风湿、风毒、秋燥之邪，外邪入里化热、化毒；或情志内伤，气郁化火；或大量进食辛辣发物，生热上火；导致体内热毒炽盛，热盛生风，随气血流窜，外发肌肤而引起急性发病。

4.2 病　　位

白疕病损在于肌肤血脉。因肺主皮毛，心主血脉，脾主肌肉四肢，故发病多与心、脾、肺三脏有关。

4.3 病　　性

急性发病或病程较短者，病性为实证热证；病程日久，反复发作者，多为虚实夹杂之证。

4.4 病势、预后

白疕初起，皮损散在发生，呈点滴状且无迅速扩大趋势，此时邪热尚未深入，病情尚轻；若失治误治，如滥用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、含汞、砷等有毒之品的中药制剂，以及刺激性强的外用药；或急性期用热水烫洗；或暴饮暴食辛辣发物；或有剧烈的情志变化等，均可造成热毒内生，导致病情加重。表现为皮损迅速增多，点状皮损很快扩大成斑状，并相互融合，甚至演变为脓疱型、红皮病型白疕，给治疗造成困难。

白疕治愈后，易于复发。但若能坚持正确的治疗、治愈后注意生活调摄，在白疕易发季节到来之前预防用药，就能减少复发。

4.5 病 机 转 化

热毒之邪盛于体内，耗伤津液，使血液粘稠，流通失畅；或热毒阻滞经脉，血液运行不畅，以致血脉瘀滞，瘀血内阻，肌肤失于新血濡养，则皮损顽固，肥厚难消。

病程日久，热毒耗伤阴血；或热盛生风，风盛燥血，致使体内阴亏血燥，肌肤失于濡养。

5 临 证 思 路

白疕患者因体质不同，病程长短不一，皮损表现有很大差异，还可伴有不同的全身症状，舌苔、脉象亦不尽相同。掌握白疕证候变化规律，对于临床治疗有着指导意义。

以发病时间来辨证：皮肤损害在夏季减轻或消失，冬季加重或复发，多属风寒；与此相反的，多属风热；女性病人妊娠期间皮损减轻或消失，而在产后加剧的，多属冲任不调。

根据皮损的分布、颜色、性质、及舌脉辨证：辨别皮疹的寒、热、风、湿，对于立法是非常重要的。根据分布、颜色、性质的不同，而作为银屑病辨证的依据。皮损分布在四肢伸面的属阳，屈面的属阴；头面、上肢及躯干上部的皮损多属风，下肢的皮损多属湿。皮损基底潮红，多属热邪燔于营血。同时还应结合脉、舌的变化加以全面分析，舌苔黄燥为热在气分，黄腻为热在肝胆；舌质淡为虚寒，苔白腻为寒湿。脉弦滑为热证、痰证，脉沉细或濡细则为虚寒，前者病位在里，后者病位在表。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

白疕生于皮肤，看得见、摸得着，根据皮损来辨证直观而又准确。李林认为：白疕的红斑是血热充斥脉络的表现。《素问·皮部论》说："络脉盛色变。"初发病时，血热偏盛，脉络充斥时间较短，斑疹呈鲜红或深红色，辨为血热证；若日久血热壅滞不退，热久成瘀，脉络阻滞，斑疹则成暗红或紫红色，辨为血瘀证。有的患者体质虚弱，或病程日久，虽然体内有热，终因脉络充斥不足，斑疹呈浅红或淡白色，总体上应辨为血虚证。皮损颜色辨证对临床是有实际指导意义的。鳞屑是肌肤失养后形成的，血热、血瘀、血虚等均可使皮肤局部失去正常荣养而出现鳞屑，故辨鳞屑应与辨皮损结合起来，综合分析。（牛皮癣中医疗法．中国医药科技出版社，1987）

6 鉴　　别

头部白疕与白屑风、白秃疮鉴别：三者头部均有白色头皮屑。但头部白疕的白色皮屑较厚，其下方为较鲜红色的斑片，皮损呈点状、片状，或弥漫整个头皮，可超过前发际，皮损上的毛发呈束状。而白屑风(即脂溢性皮炎)头皮微红或无明显红斑，头屑细碎，以头顶及两侧为重，伴毛发干枯脱落；无束状发，且皮损不超过前发际。白秃疮(即头白癣)多见于儿童，常有明显的接触感染史，头皮出现圆形的灰白色鳞屑斑片，小如豆，大如钱，其上毛发失去光泽，多在距离发根 3～4mm 处折断，病发根部有灰白色菌鞘围绕。

躯干部白疕与风热疮鉴别：二者均为红斑鳞屑性损害。白疕皮损可呈点滴状、钱币状、或融合成大斑片呈地图状，红斑上鳞屑较厚，刮去鳞屑可见薄膜现象、点状出血现象。风热疮(即玫瑰糠疹)好发于躯干及四肢近端，皮损为多数椭圆形的小片红斑，其长轴与肋骨及皮纹方向一致，其上鳞屑细碎而薄，刮去鳞屑无薄膜现象和点状出血现象。

泛发性点滴状白疕与药疹鉴别：泛发性点滴状白疕大多急性发病，初起一般为炎性红色丘疹，约粟粒大小，逐渐扩大呈绿豆、黄豆、指甲盖大小的红斑，基底浸润明显，触之较正常皮肤为厚，表面有鳞屑，轻轻刮除鳞屑，渐露一层淡红色发亮的半透明薄膜(薄膜现象)，再刮除薄膜，则出现小出血点(点状出血现象)。因常发生在急性扁桃体炎或上呼吸道感染以后，患者多有用药史，故应与药疹鉴别。

药疹又称药物性皮炎，有明确的用药史，有一定的潜伏期，首次用药约在 5～20 天左右发病，重复用药，则在数分钟或数小时发病，药疹形态多种多样，其中麻疹猩红热样型药疹易与点滴状白疕混淆。此型药疹为针尖到粟粒大小红色丘疹、斑丘疹，密集对称分布，瘙痒剧烈，初起无鳞屑，消退时可有脱屑，但无薄膜现象和点状出血现象。

静止期斑状白疕与紫癜风鉴别：静止期斑状白疕多为暗红色浸润性斑片，而紫癜风(即扁平苔癣)亦可出现紫红色斑片。但前者皮损表面覆有白色鳞屑，易于刮落，有薄膜现象和点状出血现象。而后者皮损表面有蜡样光泽，可见网状纹理，鳞屑薄且紧贴皮面，不易剥脱，此可鉴别。

面部白疕与面游风、盘状红蝴蝶疮鉴别：白疕皮损一般不发生在面部，但在急性进行期面部可出现皮损，多呈点滴状或小斑片状，鳞屑较薄，类似面游风；偶尔分布呈蝶形，类似红蝴蝶疮。但面游风(即面部脂溢性皮炎)炎症较轻，为淡红色或微红色斑片，边缘不清，鳞屑细少，无点状出血。盘状红蝴蝶疮(即盘状红斑狼疮)的红斑边缘清楚，稍隆起，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

伴毛细血管扩张，表面覆有附着紧密的鳞屑，剥下鳞屑其下有扩张的毛囊口，鳞屑底面有刺状角质栓(角钉)，故可鉴别。而且面部白疕多不单独发生，仔细检查全身皮肤，可发现典型的白疕皮损。

肘部白疕与牛皮癣鉴别：肘尖部为白疕较早发生的部位，若全身尚未出现典型的白疕皮损，应注意与牛皮癣鉴别。牛皮癣(即神经性皮炎)好发于颈项、肘尖等易于摩擦部位，为皮色或淡红色扁平丘疹融合成的斑片，肥厚且硬，皮纹粗糙，剧烈瘙痒，很少鳞屑。鉴别的方法仍是轻刮皮损表面，检查有无薄膜现象和点状出血现象。

小腿顽固肥厚性白疕与慢性湿疮鉴别：发生于小腿胫前的顽固性白疕皮损，多为暗红色肥厚性斑片，鳞屑干燥。而小腿慢性湿疮（即慢性湿疹）亦表现为暗红色肥厚性斑片，所不同的是表面鳞屑细少，瘙痒剧烈，搔抓后可有结痂，伴色素沉着，苔藓样变，详细询问病史，皮损曾有流滋渗出。

掌跖白疕与掌跖角化型湿疮鉴别：二者均于掌跖部位发生角化性斑片。掌跖白疕的角化性斑片境界清楚，斑上有白色鳞屑或点状凹陷，无明显瘙痒，可因皮损较厚而引起皲裂、疼痛。掌跖角化型湿疮的皮损边缘不甚鲜明，硬厚粗糙，无明显脱屑，瘙痒剧烈，亦可发生皲裂疼痛。若身体其他部位出现典型白疕皮损，则更易诊断。

掌跖脓疱型白疕与痈疮鉴别：掌跖脓疱型白疕的皮损为对称性红斑，红斑上出现许多针头至粟粒大小脓疱，疱壁不易破裂，疱液干涸后呈点状的黄褐色痂，剥去痂皮有点状小凹陷。脓疱往往成批出现，在同一片红斑上可同时见到脓疱、结痂、脱皮。而痈疮(即手部湿疹)急性期为红色丘疱疹、小水疱，瘙痒剧烈，搔破渗出结痂，日久干燥脱屑，肥厚皲裂。二者的主要鉴别点在于，前者有小脓疱，而后者为小水疱。

脓疱型白疕与疱疹样脓疱病鉴别：二者均可在红斑上出现小脓疱，并常伴发烧等全身症状。脓疱型白疕除脓疱外尚可见到典型的白疕皮损，或病情减轻后出现寻常型白疕皮损。而疱疹样脓疱病多见于孕妇，脓疱表浅，很快脓疱吸收结成污灰色薄痂，周围又出现新的脓疱，皮损消退后留有棕红色色素沉着，而无寻常型白疕皮损。

关节型白疕与痹证鉴别：关节型白疕常伴有痹证(即类风湿性关节炎)症状。但前者关节损害多发生于小关节，尤以指(趾)末端的关节为多见，血清类风湿因子阴性，同时伴有寻常型白疕皮损，及白疕指甲改变。而后者受累关节以近端指间关节、掌指关节、腕关节和足部关节为最常见，四肢大关节也常受累，血清类风湿因子阳性，且无白疕的典型皮损，故可鉴别。

红皮病型白疕与剥脱性皮炎鉴别：红皮病型白疕的临床表现亦为剥脱性皮炎，因此需与药疹及其他皮肤病引起的剥脱性皮炎相鉴别。红皮病型白疕多有寻常型白疕病史，常因进行期用药不当刺激皮损诱发，仔细检查，有时能发现个别残存的典型皮损，这对确诊很有意义。

白疕甲损害与灰指(趾)甲鉴别：约 50%的白疕患者具有甲损害。表现为甲板上有点状凹陷，似顶针样，严重者甲板不平，出现纵嵴横沟，混浊增厚，似灰指甲，二者鉴别点在于，灰指甲(甲癣)先自甲游离缘或侧缘病变，逐渐发展到全甲，无顶针样凹陷，刮取甲下碎屑可查到真菌，同时伴有鹅掌风、脚湿气(即手足癣)。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7 临床治疗

7.1 分证论治

白疕为多因素致病，病机复杂而不单一，临床表现有寻常型、关节型、脓疱型、红皮病型四型，又分为进行期、静止期、消退期三期，临床证候多样。因此，中医治疗以辨证分证论治最为适合，能根据患者的不同情况，辨证用药，并根据病情的变化随时随证加减。临床实践证明辨证分证治疗的疗效较辨病论治专病专方及单方验方为佳。

7.1.1 寻常型白疕

7.1.1.1 风热血燥证

临床表现：起病急，发展快，常由感冒、咽炎、扁桃体炎诱发或加重，皮损为点滴状或小斑片状，基底颜色鲜红，上覆层层银白色鳞屑，瘙痒剧烈，抓之有点点血露，伴口干，渴喜冷饮，咽红咽痛，心中烦热，尿黄便秘，舌质红，苔薄黄，脉滑数。多见于疾病的进行期。

病机分析：患者素有内热，复感风热、风寒、或热毒之邪，外邪入侵后很快化热化毒，热毒随气血流窜周身，外发肌肤，则皮肤上出现鲜红色的丘疹、小斑片；热盛迫血妄行，则轻刮皮损有点点血露；热盛生风，风盛则燥，肌肤失养，则丘疹红斑上起层层白色干燥的鳞屑；风主动，风盛走窜则皮损瘙痒不止。热盛伤津则口干渴、喜冷饮；热毒壅滞咽部则咽红咽痛；热扰心神则心中烦热；热邪下移大小肠则尿黄便秘。舌脉均为实热之象。

转归：本证常见于白疕之初发急性进行期，若以清热凉血，解毒祛风之法，施治得当，则皮损很快消退，完全向愈。若失治或误治，致热邪内盛，火毒充斥血脉则疾病向红皮病型转归。

治法：凉血清热，解毒祛风。

方药：水牛角汤加减。

水牛角片(或水牛角粉)　生地　紫草　赤芍　丹皮　大青叶　蚤休　生槐花　金银花　苦参　白鲜皮　生甘草

加减：方中以水牛角代犀角。咽喉肿痛者，加板蓝根、北豆根、玄参以解毒利咽；感冒诱发者，加连翘配合银花以辛凉清解；大便秘结，用上方仍不通畅者加大黄以通腑泻热，导热下行。

临证参考：本病治疗，应以清热凉血，解毒祛风为主要治法。固本证型多见于银屑病初发急性期，往往伴咽喉红肿疼痛等上感症状，故在前方基础上多加清热解毒利咽之品，如金银花、连翘、板蓝根、射干、北豆根等。上感症状的缓解，有利于皮损的改善。

7.1.1.2 湿热蕴结证

临床表现：皮损发生于腋窝、股内侧等皱折、阴潮部位，或红斑表面湿润，鳞屑发粘，颜色污褐，重叠堆积如蛎壳状，瘙痒，可伴口苦、胸闷、纳呆、困倦，舌质红，苔黄腻，脉滑。多见于渗出性、蛎壳状皮损。

病机分析：平素饮食不节，湿浊内生，蕴而化热，又因感受外邪、情志失调或过食发物而化热，血热湿热交搏，蕴阻肌肤，故皮损红斑湿病，鳞屑粘而不干；湿为阴邪故皮损

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

多发生于阴面；湿淫肌肤故瘙痒；湿热熏蒸于上则见口苦、舌苔黄腻；湿热阻滞气机，则胸闷，湿热蕴阻胃脘则纳呆；湿邪重浊故困倦。舌红、脉滑为实热之象。

治法：清热凉血，利湿化浊。

方药：紫苓汤加减。

水牛角片(或水牛角粉冲服)　紫草　赤芍　栀子　苦参　藿香　苍术　黄柏　土茯苓　猪苓　白鲜皮　车前草

加减：若胃脘胀满，舌苔厚腻，可加炒莱菔子、大腹皮以消食导滞，行气宽中；暑热潮湿季节发病，可加佩兰、荷叶、青蒿、六一散等清暑利湿之品。

临证参考：本证临床虽可见胸闷、纳呆、困倦等湿浊内阻的症状，但究其病机之根本，仍不离血热蕴阻、湿热交搏，故治疗应在清热凉血之上，再予利湿化浊为法，而不可单用温燥化湿之品，也不可过用苦寒燥湿，克伐脾胃之气。

7.1.1.3　瘀滞肌肤证

临床表现：皮损持续数月，发展缓慢，亦难消退，表现为紫红色或暗红色斑片，浸润肥厚，状如钱币、手掌、或为更大的斑块，表面鳞屑较厚，干燥，瘙痒不甚，舌质暗红可见瘀斑，苔白，脉弦涩。多见于疾病的静止期。

病机分析：热毒之邪壅盛于体内，或耗伤津液，使血液浓稠，流通失畅，或阻滞经脉，使气血运行障碍。从而导致机体血脉瘀滞，瘀血内阻，肌肤失于新血滋养，则皮损颜色由鲜红而变为紫红色、暗红色，斑块硬厚难消，鳞屑较厚干燥。舌质暗红有瘀斑，脉象艰涩不畅为瘀血内阻之征象。

治法：凉血活血消斑。

方药：紫藤化瘀汤加减。

紫草　大青叶　赤芍　丹参　当归　鸡血藤　莪术　鬼箭羽　虎杖　白花蛇舌草

加减：伴性情急躁易怒，夜寐不安，失眠多梦者，可加生龙骨、生牡蛎、珍珠母、灵磁石以平肝潜阳，镇静安神；女性患者月经颜色暗红，夹有血块，或经期皮损加重，可加红花、益母草、泽兰以活血通经；皮损瘙痒剧烈，可加全蝎、乌蛇祛风止痒。

临证参考：本型病程日久，瘀血阻于脉络，故治疗多以活血通络，凉血祛瘀为法，临床多用鸡血藤、桃仁、红花、地龙、莪术等。

7.1.1.4　血虚风燥证

临床表现：病程日久，皮损持续数月甚至数年不退，颜色淡红发暗，常呈地图状、环状，表面干燥甚或皲裂出血，鳞屑较薄细碎干燥，自觉干痒或干痛，伴口咽干燥，舌质淡红少津，苔薄白而干，脉弦细。多见于疾病的静止期、消退期。

病机分析：病程日久，血热毒邪耗伤阴血，或风盛燥血伤津，致使机体阴亏血燥，肌肤失于濡润滋养，故皮损颜色淡红发暗，干燥皲裂；血燥局部肌肤失养，故生细碎鳞屑，自觉干痒或干痛；阴血不足，阴津不能上承则口咽干燥；舌脉亦为血燥津伤之象。

治法：滋阴养血，润燥熄风。

方药：加味四物汤加减。

生熟地　当归　赤白芍　川芎　丹参　玄参　天花粉　白蒺藜　乌梢蛇　露蜂房

加减：若夜寐不安，可加夜交藤、炒枣仁以养血安神；伴大便干燥，可加麻仁、郁李

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

仁以润肠通便。

临证参考：本型病程日久，皮损较干，自觉痒轻或不痒，故临床遇到本型患者应以养血滋阴，润燥荣肤为主，血足则肌肤得以荣养，瘙痒全消，风自灭。而不可滥用熄风通络之全虫、蜈蚣等。

7.1.2 关节型白疕

7.1.2.1 湿热痹阻证

临床表现：白疕皮损发展加重，斑片颜色鲜红或潮红湿润，鳞屑较厚常呈蛎壳状，同时手足或肢体关节红肿疼痛，屈伸不利，阴雨季节加重，舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

病机分析：热毒与湿热之邪相搏，蕴阻肌肤，故白疕皮损加重，颜色红润，鳞屑厚如蛎壳；湿热毒邪流窜至关节，则关节红肿疼痛，屈伸不利；阴雨天外湿助内湿，故症状加重。舌脉均为湿热内盛之象。

治法：清热除湿，解毒通络。

方药：乌蛇通痹汤加减。

乌梢蛇(或乌蛇粉吞服) 土茯苓 川牛膝 嫩桑枝 忍冬藤 蚤休 威灵仙 羌独活 地龙 赤芍 王不留行

加减：若皮损鲜红，鳞屑较干燥，可加水牛角、生地、丹皮以清营凉血；关节受累以下肢为甚，加汉防己、木瓜；以上肢为甚，加姜黄。

临证参考：本型可依据皮损分布部位的不同分别加用一些引经药，如桑枝偏于上肢，白芷偏于头面，牛膝偏于下肢等。

7.1.2.2 肝肾不足证

临床表现：病久不愈，白疕皮损发展缓慢，持续难消，为淡红色或暗红色斑片，鳞屑不多颜色灰白，关节受累日久，肿胀疼痛较轻，僵硬变形功能障碍，爪甲增厚灰暗失去光泽，伴腰膝酸软，舌质淡，苔薄，脉沉细。

病机分析：素体肝肾不足，骨节空虚者，邪气易犯，留滞难去。风湿热毒之邪，蕴阻肌肤，流窜骨节、痹阻经络，故而除皮损外，还可见关节肿胀、疼痛、屈伸不利，甚至变形；腰膝酸软，脉沉细均为肝肾不足之象。

治法：调补肝肾，和营通络。

方药：独活寄生汤加减。

熟地 独活 桑寄生 秦艽 杜仲 牛膝 当归 川芎 赤芍 桂枝 土茯苓 全蝎 炙甘草

加减：若伴气虚表卫不固，易患感冒者，加生黄芪、白术、防风以益气固表；偏阴虚内热，五心烦热，舌红少苔者，加鳖甲、生地、知母以滋阴潜阳。

临证参考：白疕的病机总以邪实为主，但临床遇到本型患者，肝肾亏虚为本，故施治必须在扶正的基础上才能祛邪。

7.1.3 脓疱型白疕

7.1.3.1 热毒炽盛证

临床表现：急性发病，皮损泛发全身，为针头至粟粒大小脓疱，周围及基底潮红，或原有的白疕红斑上出现密集的小脓疱，可相互融合成脓湖，脓疱表浅，很快干涸形成污秽

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的痂皮，层层脱落，有腥臭气味，腋下、肘窝等皱折部位常因摩擦而湿烂浸渍，自觉灼热痒痛，伴身热口渴，关节肿痛，指趾甲灰厚混浊，甲周红肿，舌质嫩红可有裂纹，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：素体内热，又外受热毒、药毒、风毒之邪引发，内外之邪相搏，随气血流窜全身，外发肌肤，故病势急重，身热，皮损突发全身；热毒炽盛，化腐成脓，则红斑上出现密集小脓疱、脓湖，痂皮污秽腥臭，自觉灼热痒痛；皱褶部位原本潮湿，热毒与湿相搏，故湿烂浸渍；热毒壅滞于关节，则关节肿痛，壅滞于指趾甲，则甲增厚混浊，甲周红肿；热毒伤津故口渴、舌质嫩红有裂纹；苔黄腻、脉滑数均为热毒炽盛之象。

治法：清热解毒，清营凉血。

方药：清瘟败毒饮加减。

羚羊角粉　生石膏(先煎)　生地　知母　黄连　黄芩　连翘　银花　栀子　丹皮　紫花地丁　玄参　生甘草

加减：若皮损湿烂较重，可加马齿苋、黄柏以清热解毒，燥湿收敛；大便秘结，加大黄通腹泻热，釜底抽薪。

临证参考：若见脓疱大、湿烂渗出较多，可在清热解毒，凉营活血基础方中，酌加清热燥湿，健脾除湿之品，如生苡仁、萆薢、车前子等。

7.1.3.2　脾虚湿毒证

临床表现：掌跖对称性红斑，红斑上成批出现针头至粟粒大小黄白色脓疱，疱壁厚不易破裂，自行干涸形成黄褐色点状结痂、脱皮，痂皮下又可出新脓疱，指趾甲增厚混浊变形，甲周红肿，身体其他部位可见散在的红斑鳞屑损害；或脓疱型白疕急性期已过，全身皮损颜色变浅变暗，散发少量脓疱；伴食欲不振，口粘乏味，舌体胖边有齿痕，苔白腻，脉濡滑。

病机分析：素体脾虚，或过食生冷，暴饮暴食损伤脾胃，致使脾失健运，湿浊内生，蕴久化热化毒，外发肌肤而肤生红斑、脓疱；脓疱干涸则成结痂、脱皮；湿毒蕴阻指趾甲，则甲增厚混浊变形，甲周红肿；湿性粘腻故皮损反复发作；脾虚故食欲不振；湿盛故口粘乏味；舌脉均为脾虚湿蕴之象。

治法：健脾除湿，清热解毒。

方药：黄芪苍术汤加减。

生黄芪　苍术　茯苓　白术　厚朴　黄柏　萆薢　银花　野菊花　蒲公英　白花蛇舌草

加减：若皮损基底红斑明显，加紫草、板蓝根、丹皮、赤芍等凉血解毒之品；皮损反复发作，颜色暗红，加丹参、莪术、红花、鸡血藤等活血化瘀之品。

7.1.4　红皮病型白疕

7.1.4.1　火毒炽盛，气血两燔证

临床表现：病情进展快，原有白疕皮损迅速扩大、融合，遍及全身，全身皮肤潮红肿胀，触之灼热，其上大量鳞屑，成片脱落，掌跖皮肤硬厚，指趾甲增厚变形，伴壮热恶寒，面红目赤，心中烦热，口干喜饮，小使短赤，大便燥结，舌质红绛，苔薄，脉洪数，全身浅表淋巴结肿大。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：素体内热较盛，又外受热毒、药毒之邪引动，内热外邪相搏，化火化毒，火毒炽盛，燔灼营血，充斥全身，故全身红皮，肿胀灼热；热盛生风，风火相煽，故全身大量脱皮；火毒炽盛，气血两燔则壮热，面红目赤；阳盛格阴故恶寒，此为假寒真热之象；热盛伤津致口干喜饮；热扰心神致心中烦热；热邪下移大小肠致大便燥结，小便短赤；舌脉为火毒炽盛之象。

治法：清热泻火，凉血解毒。

方药：清瘟败毒饮加减。

羚羊角粉(冲服)　生石膏　黄连　竹叶　生地　玄参　金银花　连翘　丹参　赤芍　白茅根　大青叶　生甘草

加减：若伴烦躁不眠，加生珠瑁粉以清心凉肝镇静；见舌苔光剥为火毒伤阴之象，可加石斛、玉竹以滋液护阴；食欲不振，恶心欲吐者，易少量频频饮服汤药。

临证参考：本型是银屑病中病势最为危重的一型，火毒炽盛，充斥全身皮肤，血脉及脏腑，故临床用药时，非大剂量凉血，清热解毒之品无效。同时亦须密切观察病情，以免火毒伤阴，引起其他变证。

7.1.4.2　火毒伤阴证

临床表现：病情已停止发展，全身红皮颜色变淡发暗，肿胀消退，其上鳞屑变碎干燥，层层脱落，自觉干燥瘙痒，伴低热，神疲，口渴咽干，舌质红，苔薄或少苔，脉细数。

病机分析：急性期已过，病势减轻，余热余毒尚存，故仍有低热，全身皮损暗红或淡红；火毒伤阴，阴亏血燥，肌肤失养，故鳞屑碎而干燥，自觉干燥瘙痒；火毒耗气故神疲；火毒耗伤阴津，故口渴咽干；舌脉均为火毒伤阴之象。

治法：养阴润燥，兼清热毒。

方药：地黄沙参汤加减。

生熟地　南北沙参　石斛　玄参　丹皮　地骨皮　银花　连翘　当归　丹参

加减：食欲不振，可加陈皮、生山楂以和胃开胃；夜寐不安加炒枣仁、夜交藤以养血安神。

临证参考：本型阴液已亏，火毒之势已减，故临床用药时虽见皮损色红，但不可过用苦寒解毒之品，而应以养阴润燥为主，兼以清热解毒。

7.2　中药制剂(中成药)的辨证应用

7.2.1　清开灵注射液

主要成分：牛黄、水牛角、黄芩、金银花、栀子等。

功能主治：清热凉血解毒，化痰通络。适用于白疕血热证、热毒证、火毒证。

用法用量：每次40ml，加入5%葡萄糖注射液或生理盐水500ml中，静脉滴注，每日1次，10~15次为1疗程。

7.2.2　双黄连粉针剂

主要成分：连翘、金银花、黄芩。

功能主治：清热解毒，清宣透邪。适用于血热风盛证，尤其适用于感冒、咽炎、扁桃体炎诱发的白疕。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用法用量：每次每公斤体重 60mg，用生理盐水或 5% 葡萄糖注射液稀释，静脉滴注，每日 1 次，10～15 次为 1 个疗程。

7.2.3 丹参注射液

主要成分：丹参。

功能主治：活血化瘀，清心安神。适用于银屑病血瘀证、血燥证。

用法用量：每次 40ml，加入生理盐水或 5% 葡萄糖注射液 500ml 中，静脉滴注，每日 1 次，10～15 次为 1 疗程。

7.2.4 雷公藤多甙片

由传统中药雷公藤的生药经过反复提取，获得有效成分而制成的片剂。

功能主治：清热解毒，活血通络，消肿止痛。适用于关节型、脓疱型、红皮病型银屑病，及严重的、顽固的寻常型银屑病。

用法用量：每日每公斤体重 1～1.5mg，分 3 次口服。一般 50～60kg 体重的患者每次 20mg，每日 3 次。皮损好转后减量。

使用注意：用药过程中定期检查血、尿常规、肝肾功能，初用药时 1～2 周检查 1 次，若无异常，以后可酌情延长检查间隔时间。雷公藤对生殖系统有影响，小儿、未婚未育的青年人应慎用。

7.2.5 复方青黛胶囊

主要成分：青黛、土茯苓、紫草、白芷、丹参等。

功能主治：清热解毒，活血消斑，祛风止痒。用于寻常型银屑病进行期属血热夹瘀，血瘀风燥，或热毒炽盛证。

用法用量：口服，每次 4 粒，每日 3 次，1 个月为 1 个疗程。

使用注意：用药期间定期检查血、尿常规。

7.2.6 克银丸

主要成分：土茯苓、白鲜皮等。

功能主治：清热解毒，祛风止痒。适用于皮损基底红、舌质红、便秘、尿黄属血热风燥型的银屑病。

用法用量：口服，每次 2 丸(或 1 袋)，每日 2 次。

7.2.7 消银片

主要成分：生地、苦参、金银花、大青叶、赤芍等。

功能主治：清热解毒，凉血，养血润燥，祛风止痒。主治血热风燥型和血虚风燥型白疕。

用法用量：口服，每次 5～7 片，每日 3 次，连服 1 个月为 1 个疗程。

7.3 中医外治疗法

7.3.1 外用药

外用药对于白疕有其不可忽视的治疗作用。使用得当，可以有效缓解皮损干燥、脱屑、瘙痒等不适，加速皮损消退，提高疗效。特别是对于某些顽固难愈的肥厚性皮损，外用药有着不可替代的作用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.1.1 进行期皮损，颜色鲜红，大量脱屑，瘙痒，外涂黄连膏、黄连软膏、普连软膏。用法：用纱布蘸药膏在皮损处轻轻揉搓，尽量使药膏渗入皮损，每日早晚各1次。药浴或温水沐浴后搽药效果更好。

黄连膏(《医宗金鉴》)：功用清热解毒，润燥。黄连9g，当归15g，黄柏9g，生地30g，姜黄9g，麻油360g，黄蜡120g。上药除黄蜡外浸入麻油内，1天后，用文火煎至药枯，去渣滤清，再加入黄蜡，文火徐徐收膏。

黄连软膏(《赵炳南临床经验集》)：功用清热解毒，消肿止痛。黄连面30g，凡士林270g，混匀成膏。

普连软膏(同上)：清热除湿，消肿止痛。黄柏面30g，黄芩面30g，凡士林240g，混匀成膏。

7.3.1.2 静止期皮损，颜色暗红，浸润肥厚，干燥脱屑，外涂10%黑豆馏油软膏、黄连莪术膏、一抹散膏，每日2次。大斑块状浸润肥厚皮损，可用封包疗法，即搽药后用塑料保鲜膜包裹，以促进药物的吸收。头部皮损外涂皮癣水，以小毛刷蘸药涂搽，每日2~3次。

10%黑豆馏油软膏(市售)：功用软化厚皮，疗癣止痒。

黄连莪术膏：功用清热解毒，祛风活血。黄连膏加莪术、紫荆皮、大枫子常法制膏。

一抹散膏：祛风，疗癣，止痒。天南星5g，草乌5g，羊蹄根10g，凡士林80g，常法制膏。

皮癣水(《朱仁康临床经验集》)：功用祛风解毒，止痒。土槿皮620g，紫荆皮310g，苦参310g，苦楝根皮150g，生地榆150g，千金子50粒，斑蝥100只(布包)，蜈蚣30条，樟脑310g。将前五味药打碎成粗粒，装入大瓶内，加入75%酒精5000ml，并将斑蝥(布包)、千金子、蜈蚣加入，密封浸泡1~2周，滤去药渣，再入樟脑溶化，备用。

7.3.2 药浴

除热毒炽盛、火毒炽盛证外，其他证型均可应用。但在急性进行期，药浴水温不宜过高，以防激惹发展成为红皮病。药浴后，皮肤气血畅达，毛孔疏启，马上涂搽药膏，可促进药物吸收，药效发挥。

常用药浴方药：

蒲公英60g，侧柏叶60g，秦皮60g，加水3000ml，煮沸20分钟，放温后洗浴浸泡患处，每次20~30分钟，隔日1次。

消银浴液(北京中医药大学东直门医院方)：大皂角、金钱草、土槿皮等。用时取药液适量，轻轻揉搓皮损处，20~30分钟后冲净；或晨起直接涂搽于皮损处，晚上睡觉前沐浴，隔日1次。

北京市中医医院药浴方：褚桃叶250g，侧柏叶250g，加水5000ml，煮沸20分钟，适温洗浴，每周2~3次。

7.3.3 熏药疗法

熏药疗法是在灸法的基础上发展而来，是治疗皮肤外科疾病的一种有效的外治法。赵炳南老中医从民间用草纸点燃熏治顽癣而受到启发，研究并在临床应用熏药疗法治疗皮肤病，包括白疕。熏药疗法止痒和软化皮肤作用较好，适用于顽固性慢性皮损。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

子油熏药方：大枫子、地肤子、蓖麻子、蛇床子、祁艾各30g，苏子、苦杏仁各15g，银杏、苦参子各12g。共碾粗末，用较厚草纸卷药末成纸卷，燃烟熏皮损处。每日1～2次，每次15～30分钟，温度以患者能忍受为度。面积较大且粗糙肥厚的皮损，治疗时浓烟温度以50℃～70℃为宜。应经常用手试温或测温，以免引起烫伤。

熏药疗法结束后，皮损表面有一层烟油，不要立即擦掉，保持时间越久，疗效越好。

7.4 针灸穴位疗法

针灸穴位疗法是中医传统医学领域中的一朵奇葩。经几千年医疗实践的经验积累，成为中医防病治病的重要方法之一。《针灸集成·疥癣》(卷二)记载："治疮疥顽癣取绝骨、三里、间使、解溪、委中，或针或灸。手癣取劳宫灸大陵。浑身疮疥取曲池、合谷、三里、绝骨、行间、委中。"针灸穴位疗法通过调治机体阴阳平衡、促进气血运行，补虚扶正，攻邪祛邪来治疗疾病，治疗白疕同样有肯定的疗效。

针刺治疗白疕急性进行期患者时，可出现同形反应，即在针孔处发生新的皮疹。因此急性进行期不适宜用针刺、刺络疗法，可选用不损伤皮肤的点穴及耳穴压豆疗法。

7.4.1 毫针法

主穴：大椎、肺俞、膈俞、曲池、合谷、血海、三阴交。

配穴：头部皮损配四神聪；面部皮损加风池、迎香、颧髎、合谷；上肢皮损加支沟、四渎；下肢皮损加足三里、丰隆。

操作：背俞穴及头面颈部穴位，以平补平泻法行针，得气为度；其余穴位可行强刺激手法。均留针半小时，每日1次，10次为1个疗程，症状好转后改为隔日1次。急性进行期同形反应阳性者禁针刺，可改用点穴疗法。

7.4.2 耳穴疗法

取穴：肺、神门、皮质下、肾上腺、内分泌、心、大肠，及皮损相应部位。

操作：耳穴埋针或压豆。每日自行按压3～4次，3～5天更换1次。

7.4.3 刺络拔罐

取穴：大椎、陶道、心俞、肝俞、脾俞，每次选1～2个穴。

操作：用三棱针点刺，然后在穴位上拔罐，留罐5～10分钟。隔日1次，10次为1个疗程。急性进行期同形反应阳性者禁用。

7.4.4 灸法

取穴：阿是穴即顽固肥厚的皮损部位。

操作：先在皮损表面涂以新鲜大蒜汁，然后置艾炷于皮损上，每艾炷间隔1.5cm，点燃艾炷，艾灸时间以患者对局部灼热能忍耐为度。隔日1次，10次为1个疗程。

7.4.5 穴位埋线疗法

穴位埋线疗法是以中医针灸学为基础发展而来的。羊肠线在体内一般15～20天基本吸收，对穴位局部有温和而持久的刺激作用，可调节自身机能，使人体阴阳、气血、脏腑平衡，以此来达到治病祛邪的目的。

取穴：脊椎旁开2寸，自第七颈椎(或第二胸椎)至第二骶椎处，分为5等分(即5个埋线点)，两侧共10个埋线点。配合曲池、足三里穴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方法：备无菌上颌窦穿刺针，将针芯的尖端磨平，医用羊肠线(0～2号)剪成1.5～2cm。患者反向坐在椅子上，埋线点处皮肤常规消毒并局麻，将穿刺针的针芯抽出1.5～2cm，取羊肠线塞入套管针的前端与针芯接触。左手拇指、食指绷紧皮肤协助右手将针自局麻处顺脊椎方向平行斜刺入肌层2.5cm左右，然后边退针管边推针芯将针拔出，羊肠线即埋入肌层。最后针口处消毒，无菌纱布覆盖压迫止血。一般15～20天1次，3次为1个疗程。第二次埋线加用配穴，曲池、足三里穴作直刺埋线。

注意：① 严格无菌操作。② 针刺入后先观察针口有无溢血，如有溢血则拔出针另选针刺点，以免线埋入血管内。③ 退针时切勿将埋入的线头带至皮内，更不能露出皮外。④ 埋线后应忌食辛辣刺激性食物。⑤ 个别患者埋线后有疲倦无力，周身不适，畏寒。

7.5 临床用药经验及体会

7.5.1 当代名老中医辨证论治经验

7.5.1.1 赵炳南老中医经验

赵炳南将本病分为血热和血燥两种证型，认为也可以说是本病互为因果和相互关连的两个阶段，血热型相当于进行期，血燥型相当于静止期。

① 血热型：皮疹发生及发展比较迅速，泛发潮红，新生皮疹不断出现，鳞屑较多，表层易于剥脱，底层附着较紧，剥离后有筛状出血点，底层浸润较浅，自觉瘙痒明显，常伴有口干舌燥、大便秘结、心烦易怒、小溲短赤等全身症状，舌质红绛，舌苔薄白或微黄，脉弦滑或数。

法宜清热凉血活血。白疕1号方：生槐花30g，紫草根15g，赤芍15g，白茅根30g，大生地30g，丹参15g，鸡血藤30g。

方中生槐花、白茅根、生地清热凉血，其中槐花苦微寒，入肝、大肠经，《药品化义》中说："此凉血之功皆在大肠也。大肠与肺为表里，能疏皮肤风热，是泄肺金之气也"；赤芍、紫草根、丹参、鸡血藤凉血活血。若风盛者，可加白鲜皮、刺蒺藜、防风、秦艽、乌梢蛇；若夹杂湿邪者，可加薏仁米、土茯苓、茵陈、防己、泽泻；若热盛者，可加胆草、大黄、栀子、黄芩、丹皮；血瘀者可加红花。

② 血燥型：病程日久，皮疹呈硬币状或大片融合，有明显浸润，表面鳞屑少附着较紧，强行剥离后基底部出血点不明显，很少有新鲜皮疹出现，全身症状多不明显，舌质淡，舌苔薄白，脉沉缓或沉细。

法宜养血润肤，活血散风。白疕2号方：鸡血藤30g，土茯苓30g，当归15g，干生地15g，威灵仙15g，山药15g，蜂房15g。

方中当归、鸡血藤养血活血润肤；生地、山药养阴清热；土茯苓、蜂房清解深入营血之毒热；威灵仙性急善走，通十二经，宣通五脏，搜逐诸风。若兼脾虚内湿者，加白术、茯苓、生薏米、猪苓、扁豆皮；阴虚血热者，加知母、黄柏、天冬、麦冬、槐花；痒感明显者，加白鲜皮、地肤子；血虚明显者，加熟地、白芍、丹参。

7.5.1.2 朱仁康老中医经验

① 血热型：多见于银屑病进行期，由于血热内盛，外受风邪，伤营化燥。症见：皮损发展较快，呈鲜红色，不断有新的皮疹出现，心烦，口渴，大便干。脉弦滑，舌质红

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

紫，苔黄。

治宜凉血、清热、解毒为主，以土茯苓汤。药用生地 30g，紫草 15g，生槐花 30g，土茯苓 30g，蚤休 15g，白鲜皮 15g，大青叶 15g，山豆根 9g，忍冬藤 15g，生甘草 6g。水煎服。

② 血燥型：多见于银屑病静止期。证属风燥日久，伤阴耗血。症见：病久不退，皮肤干燥，呈淡红色斑块，鳞屑层层，新的皮疹已出现不多。脉弦细，舌淡，苔净。

治宜养血活血，滋阴润燥。药用：生熟地各 15g，当归 12g，丹参 12g，桃仁 9g，红花 9g，玄参 9g，天麦冬各 9g，麻仁 9g，甘草 6g，水煎服。

③ 风湿型：由于风湿阻络，伤营化燥。症见：周身泛发皮损，并见关节疼痛，尤以两手指关节呈畸型弯曲，不能伸直。脉弦滑，苔薄白腻。

治宜通络活血，祛风除湿。药用：桂枝 9g，当归 12g，赤芍 12g，知母 9g，桑寄生 9g，防风 9g，桑枝 15g，怀牛膝 9g，忍冬藤 15g，络石藤 9g，鸡血藤 30g，甘草 6g，水煎服。

④ 毒热型：证属风湿热之邪，郁久化毒。症见：身发皮损，两手掌皮肤深层起脓疱，脉弦滑数，舌红，苔薄黄。

治宜理湿清热，搜风解毒。药用：乌蛇 9g，秦艽 9g，漏芦 9g，大黄 6g，黄连 9g，防风 6g，生槐花 9g，土茯苓 30g，苦参 9g，苍白术各 9g，白鲜皮 9g。

7.5.1.3 顾伯华经验

① 风寒型：多见于小儿和初发病例，皮损红斑不鲜，鳞屑色白较厚，抓之易脱，多冬季加重或复发，每于夏季减轻或消失。伴有怕冷、关节酸楚或疼痛，瘙痒不甚，苔薄白，脉濡滑等脉症。

治宜祛风散寒，养血润燥。药用：净麻黄 6g，川桂枝 9g，制川乌 6g，苍耳子 9g，白芷 9g，白鲜皮 9g，地肤子 9g，当归 9g，鸡血藤 30g，乌梢蛇 3g（研粉分吞）。

② 风热血热型：皮损不断增多，颜色燉红，筛状出血点明显，鳞屑增多，瘙痒，或夏季加重，伴有怕热，大便干结，小溲黄赤，苔薄黄，舌质红，脉滑数等脉症。

治宜散风清热，凉血润燥。药用：桑叶 6g，野菊 9g，赤芍 9g，丹皮 9g，蛇舌草 30g，草河车 15g，大青叶 15g，白鲜皮 9g，苦参片 12g，蒲公英 30g，泽漆 30g。

③ 湿热蕴积型：多发在腋窝、腹股沟等屈侧部位，红斑糜烂，浸渍流滋，瘙痒；或掌跖部有脓疱，多阴雨季节加重，伴有胸闷纳呆，神疲乏力，下肢沉重，或带下增多色黄，苔薄黄腻，脉濡滑等。

治宜清热利湿，和营通络。药用：苍术 9g，黄柏 9g，萆薢 15g，蒲公英 30g，生苡仁 9g，土茯苓 30g，猪苓 9g，泽漆 30g，忍冬藤 30g，泽兰 9g，丹参 12g，路路通 9g。

④ 血虚风燥型：病情稳定，皮损不扩大，或有少数新发皮疹，但皮肤干燥，小腿前侧肥厚，或有苔藓样变，在关节伸侧可有皲裂、疼痛，可伴有头晕眼花，面色㿠白，苔薄舌淡，脉濡细等。

治宜养血祛风润燥。药用：生熟地各 12g，当归 9g，赤白芍各 9g，红花 9g，鸡血藤 30g，小胡麻 9g，肥玉竹 9g，白鲜皮 9g，豨莶草 9g，炙僵蚕 6g，乌梢蛇 3g（研粉分吞）。

⑤ 血瘀型：一般病期较长，反复发作，多年不愈，皮损紫暗或有色素沉着，鳞屑较厚，有的呈蛎壳状，或伴有关节活动不利，苔薄舌有瘀斑，脉细涩等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治宜活血化瘀，祛风润燥。药用：丹参 12g，当归 9g，三棱 9g，莪术 9g，益母草 30g，桃仁泥 9g，留行子 12g，槐花 9g，牡蛎 30g（先煎），蝉衣粉 3g（分吞）。

⑥ 肝肾不足型：皮损红斑色淡，鳞屑不多，颜色灰白，伴有腰酸肢软，头晕耳鸣，或阳痿遗精，苔薄舌胖边有齿印，脉濡细等；若妇女怀孕时皮疹消失或减轻，产后皮疹出现或加重，伴有月经不调等，此属冲任不调。

治宜补益肝肾，调摄冲任。药用：熟地 12g，当归 9g，白芍 12g，制首乌 12g，仙茅 9g，仙灵脾 15g，制黄精 15g，菟丝子 12g（包），苍耳草 12g，地龙片（每片含生药 0.3g）10 片（分吞）。

⑦ 火毒炽盛证：全身皮肤发红，或呈暗红色，甚则稍有肿胀，鳞屑不多，皮肤灼热，往往伴有壮热口渴、便干溲赤、苔薄舌质红绛、脉弦滑数等。

治宜凉血清热解毒。药用：鲜生地 30g，赤芍 9g，丹皮 9g，银花 15g，连翘 9g，生山栀 12g，黄芩 9g，紫草 9g，地丁 30g，土大黄 9g，生甘草 3g。

7.5.1.4 周鸣岐经验

① 银屑顽疾，其证百端，可根据病变的标本、虚实、新旧、缓急概括为血热、血燥两大类。

血热或风盛血热证：皮疹泛发，发展迅速，呈点滴状、斑块状或混合状。治宜凉血解毒，清热祛风。方用银屑汤 1 号，药用：白鲜皮 20g，忍冬藤 30g，白茅根 60g，金银花 20g，生地 20g，丹皮 15g，苦参 15g，重楼 15g，地肤子 20g，丹参 15g，防风 10g。

血燥或风热血燥证：皮损经久不愈，多呈斑块、蛎壳之状。治宜养血润燥，活血疏风。方用银屑汤 2 号，药用：当归 15g，生地 30g，熟地 20g，鸡血藤 50g，玄参 20g，丹参 20g，威灵仙 15g，刺蒺藜 20g，蜂房 15g，白鲜皮 20g，甘草 10g。

② 顽重银屑病，从瘀论治。临床更有一小部分顽固性银屑病患者，曾用过多种药物不效，病久不愈，皮损常年而发，逐年加重，皮疹紫黯，鳞屑坚硬，形如蛎壳，呈斑块或地图状，或兼痒痛，每伴关节僵痛不利，或指趾甲混浊、肥厚、变形，临床调治极难。此属银屑病之特殊、顽重者，必有脏腑受损，血气失和，营卫不畅。久病入络，终致邪毒遏伏肌表腠理，新血无充养，瘀毒难以宣泄，药力不达病所，唯以活血化瘀为正治。盖瘀化新生，并使营卫之气畅达肌表，内外之邪得以疏泄宣散，皮肤腠理得以充养润荣，积年顽病可望得愈。故临床逢此病患，每在整体辨治的基础上，着重从“瘀”论治，并自拟银屑化瘀汤。药用：莪术 20g，三棱 10g，鸡血藤 40g，赤芍 15g，红花 10g，威灵仙 15g，大蜈蚣 3 条（研末服），白鲜皮 20g，蝉蜕 10g，生黄芪 40g，生地 30g，生甘草 10g。

7.5.2 辨证分证（型）治疗白疕（银屑病）的临床疗效

周鸣岐等分为风盛血热型和风热血燥型治疗 302 例，痊愈率 58.6%，总有效率 96.69%。治愈患者 1～2 年以上复发 4/60 例。

曲志申等分为风热型、风僵热型、湿热型（多发于皮肤皱褶部位）、血热型、血燥型、毒热型（红皮症）、脓毒型（脓疱型）七型，治疗观察 300 例，痊愈率 34%，总有效率 96.67%。痊愈 102 例中，半年～5 年复发 10 例。

赵威甫分为血热风燥型、血虚风燥型、血瘀风燥型三型，治疗 206 例，临床痊愈率 55.3%，总有效率 86.8%，平均治疗时间为 59.5 天。同时以西药乙双吗啉作为对照，治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗 52 例，痊愈率 63.5%，总有效率 84.6%，平均治疗时间为 73 天。两组疗效接近，无显著性差异。远期疗效：对治愈病例随访 1～3 年，治疗组复发率为 26.6%，对照组复发率为 90.3%。说明中医辨证治疗复发率低，远期疗效好，而且无乙双吗啉降低血白细胞的副作用。

张佩芳分为血热型、湿热型、血瘀型、血虚型、血燥型五型，治疗 115 例，治愈率为 61.8%，总有效率 94%。对治愈的 71 例患者每年进行一次随访，经过 6 年随访，复发 11 例(15.5%)。

7.5.3 特殊类型白疕的辨证论治经验

7.5.3.1 关节型白疕的辨证论治经验

田学文应用桂枝芍药知母汤治疗关节型银屑病 46 例。基本方：桂枝 6g，白芍 12g，知母 10g，白术 12g，防风 10g，桑寄生 15g，秦艽 10g，青风藤 30g，甘草 10g。加减：病在上肢加桑枝 20g；病在下肢加牛膝 10g；关节疼痛较剧者加乳香、没药各 10g；肿胀明显者加防己 12g，苍术 12g；关节屈伸不利者加伸筋草，络石藤各 20g；热盛加生石膏 30g，黄柏 10g；伴腰膝疼痛者加杜仲、川断各 10g 等。根据国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中旭痹、白疕病疗效标准综合判定，治疗结果：临床治愈 5 例，好转 34 例，未愈 7 例。

7.5.3.2 脓疱型白疕的辨证论治经验

孙庆贵等认为脓疱型中医辨证属热毒壅盛，治宜清热解毒，活血化瘀。方用温清饮、桂枝茯苓丸加减，合称为温清汤。茯苓 15g，桂枝 15g，丹皮 15g，桃仁 15g，白芍 15g，黄连 10g，黄芩 15g，黄柏 15g，生地 15g，熟地 15g，当归 15g，川芎 15g，黄芪 30g。发烧者加蒲公英 15g，地丁 15g；高烧者加安宫牛黄丸。治疗脓疱型银屑病 9 例，其中限局型 6 例，泛发性 3 例伴发烧 38℃～39℃。结果：治愈 7 例，好转 2 例。疗程 20 天～2 个月。远期疗效：随访 13 个月，复发 2 例。

周春英等认为掌跖脓疱病(即脓疱型白疕)中医辨证属湿热蕴于肌肤，热腐化脓所致。治宜清热解毒，利湿消肿，祛风止痒。用英苋汤：蒲公英 30g，马齿苋 30g，土茯苓 30g，苦参 30g，白鲜皮 10g，草河车 10g，生甘草 6g，生槐花 20g。每剂 3 煎，第一、二煎早晚分服，第三煎浸泡温洗手足半小时，每日 2 次。治疗 16 例，痊愈和基本痊愈率为 81.2%，治疗时间 12.3 周；对照组内服氨苯砜，外用硅霜，痊愈和基本痊愈率为 50%，治疗时间 17.8 周。远期疗效：随访 4 个月～2 年，治疗组复发率为 14.2%，对照组为 60%。因此认为英苋汤治疗本病见效快，无副作用，治愈率高，复发率低。

7.5.3.3 红皮病型白疕的辨证论治经验

赵炳南老中医治验牛皮癣(即银屑病)性红皮病合并带状疱疹。患者女，28 岁。原有牛皮癣病史，经外用刺激性较强的斑蝥酊，继发牛皮癣性红皮症。在外院经激素治疗半个月，皮肤损害基本消退，停药两天后又复发作，请赵老医生会诊。躯干、四肢弥漫潮红，胸背部有很多红色丘疹，剧烈瘙痒。脉弦滑，苔薄白。

辨证：蕴湿日久化热入于营血，外受风毒。

治法：清热凉血，行气活血，疏风利湿。

方药：鲜生地 31g，鲜茅根 31g，紫草根 9g，茜草根 9g，赤芍 15g，丹参 15g，红花 9g，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

丹皮 9g，凌霄花 15g，白鲜皮 31g，防己 15g，鸡血藤 31g。配合用强的松每日 3 次，每次 10mg，逐渐递减。

治疗期间又诱发带状疱疹，系毒热入于营血，热灼阴血，肝阴被劫，阴虚血热，以致肝胆火盛，加之余热未清而复炽。拟以养阴凉血，清肝胆热。

方药：生玳瑁 6g，龙胆草 12g，白茅根 31g，板蓝根 12g，紫草根 12g，山豆根 12g，苎麻根 12g，生槐花 31g，干地黄 31g，白鲜皮 31g，丹参 15g。重用大剂生玳瑁、胆草、白茅根、紫草根、板蓝根、山豆根、苎麻根以清肝胆热，解毒；生槐花、干地黄养阴凉血解毒；丹参活血养血；白鲜皮清热解毒祛风湿。因为抓住了肝胆毒热炽盛的主要矛盾，而且用药力专，因此 1 剂药后，病有转机。继按原法治疗（共服药 2 月余），停用强的松，皮疹全部消退。

7.6 西医治疗撮要

7.6.1 内治疗法

7.6.1.1 细胞毒类免疫抑制剂可阻止 DNA 合成，抑制银屑病（白疕）表皮细胞增生。对银屑病虽有一定疗效，但毒副作用较大，在用药前及用药期间应定期检查血常规、肝、肾功能。此类药物停药后复发率高，且复发后皮损较重，因毒副作用较大又不能长期使用，因此，不是治疗银屑病的常规用药。

氨甲蝶呤（MTX）：严重的泛发性银屑病，应用其他疗法无效时可选用。常用的服药方法是每 12 小时服 2.5mg，连服 3 次，停药休息，下周的同一时间重复用药。表皮细胞动力学研究认为，此种用药方法对银屑病表皮细胞抑制作用好、而对正常生长细胞影响最小。

有肝肾功能障碍、贫血、白细胞减少、消化道溃疡、感染性疾病者，及妊娠妇女禁用此药。用药期间定期检查血象、肝肾功能。长期服药可造成肝脏广泛纤维化，必要时可行肝穿刺活检。此药不能与磺胺类、水杨酸类、四环素族、氯霉素等并用。

乙亚胺（双酮嗪）：剂量一般为 300～400mg（kg./d），或按体重 6～7mg/（kg·d），分 2～3 次口服，每周服药 5 天，停药 2 天，以减少副作用。3～4 周为 1 个疗程。主要用于长期不愈，病情顽固者。

主要副作用为骨髓抑制，白细胞、血小板下降，偶有使用乙亚胺后发生白血病的报道。用药期间应每周检查血常规。此药对肝肾功能影响较小。

7.6.1.2 环孢菌素 A 是一个高效的免疫抑制剂。可抑制淋巴细胞介导的免疫反应，也能抑制淋巴因子，在体内对人角朊细胞有抗增殖作用。可用于严重的银屑病。但由于价格昂贵及毒副作用限制了临床的广泛应用。

7.6.1.3 维甲酸类 常用于治疗银屑病的依曲替酯是一种芳香维甲酸，商品名“银屑灵”，现改名为“体卡松”，依曲替酯能改善皮肤分化，使表皮细胞恢复正常角化，抑制早期增强的嗜中性白细胞趋化活性并减少其吞噬作用。适用于对其他疗法有耐药性的严重银屑病，如红皮病型银屑病、脓疱型银屑病。因个人对休卡松的吸收及代谢有所不同，用药剂量应根据个体情况调整。成人剂量可用 0.75～1mg/（kg.d），用药 2～3 周或 1 个月疗效较好时可逐渐减量，至维持量 0.2mg/（kg.d）即 10mg/d。在皮损消退获满意疗效后可停药，复发时依上述剂量再进行治疗。

女性患者服用依曲替酯有致畸的可能，因此在服药期间及停药后 2 年内不能怀孕。服

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药期间可能出现维生素 A 过量的表现，如唇干、口干、鼻干、脱屑。大约 40% 的人暂时性血脂升高，停药后可恢复正常。对肝脏亦有影响，轻者仅转氨酶升高，重者可引起致命的肝坏死，但后者极少发生。长期用药可造成广泛的骨肥大及韧带钙化。

7.6.1.4 皮质类固醇激素 目前西医不主张内用激素治疗银屑病。因为有效剂量较大，可引起严重的激素副作用；而且减量、停药后皮损很快复发加重，可引起严重的脓疱型和红皮病型银屑病。一般仅在严重的脓疱型或红皮病型银屑病，高烧不退，其他疗法不能控制病情时短期使用。

7.6.2 外治疗法

7.6.2.1 焦油类 常用煤焦油、松馏油、糠馏油等，制成 5% ~ 10% 的乳剂或软膏，外涂患处，每日 1 ~ 2 次。焦油制成洗剂洗头、洗澡也有很好疗效，如煤焦油洗剂、泽它洗剂。焦油类制剂对皮肤有一定刺激，可引起接触性皮炎；还有光敏感、并发毛囊炎及痤疮样疹等副作用。

7.6.2.2 蒽林 对斑块状银屑病有较好疗效。用药方法：浓度为 0.1% ~ 1% 乳剂、软膏，先从低浓度开始，每日或隔日局部外用 1 次，逐渐加大浓度。或外用高浓度蒽林制剂，15 ~ 45 分钟后擦去，并用酸性肥皂清洗局部，然后外涂护肤霜，每周治疗 3 次。蒽林的主要副作用是对皮肤刺激性较大，用后可使皮肤变黑。

7.6.2.3 皮质类固醇激素 外用激素有乳剂、软膏、硬膏、溶液等，无色无味，应用方便。可根据皮损的不同情况选择剂型。副作用：长期外用使局部皮肤萎缩、毛细血管扩张、色素沉着，并可出现痤疮样疹及毛囊炎等。

7.6.2.4 5% ~ 10% 水杨酸软膏及白降汞软膏、0.025% ~ 0.1% 维甲酸软膏、以及 10% ~ 20% 尿素软膏等，有软化、剥脱角质层的作用，适用于干燥、肥厚性的皮损。

7.6.2.5 钙铂三醇 商品名“大力士”，是外用治疗银屑病的一种新药。据研究报告治疗慢性中等度银屑病的疗效高，耐受性良好。外用大力士治愈银屑病后如停止用药，可逐渐复发，故皮损消退后仍需间歇性用药，维持治疗。

7.6.3 光化学疗法(pUVA)

即口服或外用 8-甲氧补骨脂素(商品名“敏白灵”)后接受长波紫外线 UVA 照射的治疗方法。适用于 16 岁以上的斑块型银屑病，皮损面积广泛，常规疗法不能控制病情者；以及红皮病型银屑病、掌跖脓疱病。

pUVA 治疗时要注意保护眼睛。照射时必需佩带特制的防护眼罩，治疗后 24 小时内要戴墨镜，以预防白内障形成。

16 岁以下儿童和老年体弱者、妊娠及哺乳期妇女、有严重内脏疾患、活动性肺结核、有皮肤癌病史及家族史、以往服用过砷剂或皮肤接受过放射治疗者、患有光敏性皮肤病者禁用此疗法。

8 疗效评定标准

根据 1994 年国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》，现列于下：

治愈：皮损完全消退、或消退 95% 以上。

好转：皮损消退 50% 以上。

未愈：皮损消退不足 50%。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9 调摄护理

俗话说凡病三分治疗七分调养。对于白疙(银屑病)患者更是如此。白疙病程长，诱发因素多，易反复发作。患者若对于自己所患的这种皮肤病有充分的了解，针对诸多的诱发因素采取相对应的预防措施，就可以减少复发，延长缓解时间，像健康人一样生活工作。

9.1 了解白疙战胜白疙

患者要学习了解白疙(银屑病)的医学知识，消除悲观情绪和自卑心理，树立战胜疾病的信心。患者的亲属以及周围的同事、朋友应该热情地关心他们、帮助他们，要认识到这种病不传染，能治愈，而不要疏远他们。

目前治疗白疙的方法很多，患者对这些疗法应有正确的认识，心中有数，切不可急功近利，重视近期疗效而忽视远期疗效。一般来说中医药治疗白疙疗程较长，需要2~3个月，优点是毒副作用小，治愈后疗效较巩固，即使复发病情亦较轻，远期疗效较好。某些西药如强的松、地塞米松等肾上腺皮质激素，乙亚胺、乙双吗啉、氨甲蝶呤等免疫抑制剂，以及含汞、砷等有毒成分的中药外用药，治疗白疙近期疗效较好，皮损消退较快，但是停药后病情会反复加重、皮损变得顽固难治，长期应用毒副作用大，远期疗效差，因而不要随便使用。

9.2 有病切忌乱投医

患病后应积极治疗，一定要到正规医院的皮肤科就医，切不可轻信广告而乱投医。正规医院的皮肤专科医师本着对患者负责的态度，会根据患者的不同病情选择相适应的疗法。一般病程短、皮损散在发生者，先选用外用药治疗；寻常型白疙和较轻的特殊类型白疙，可内服中药，配合外治疗法；特殊类型白疙的重症患者必要时才适当选用免疫抑制剂或激素。而有些非法行医者，将激素、免疫抑制剂、含汞、砷等有毒的药物与中药混合，打出“祖传秘方”、“纯中药制剂”的幌子，欺骗患者，从中牟取暴利。患者要提高自我保护意识，防止误治加重病情。

目前对于白疙(银屑病)复发这一难题，医学界尚未攻克。因此如若哪个广告上说能根治，保证不复发，是不能相信的。有些广告宣传“一针灵”，实际上用的是一种长效激素，近期疗效好，长远看会使病情加重，并对其他疗法抵抗。

9.3 预防感染及皮肤外伤

感染和外伤可以诱使白疙复发。特别是秋冬及冬春季节交替之时，易患感冒、咽炎、扁桃腺炎等上呼吸道感染疾病，也是白疙的发病高峰季节。这期间有白疙病史者要特别注意预防感冒，要防寒保暖，多喝白开水，少去人多拥挤的公共场所，也可服用中药预防。如果患了感染性疾病，一定要及时有效地治疗。

有些患者皮损复发的季节性很明显，可在发病季节到来前服中药预防。

急性进行期患者不要用热水烫洗皮损，避免因刺激激惹使病情急剧发展而成为红皮病型白疙。还要注意不要搔抓，避免皮肤外伤，以防同形反应的发生。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9.4 饮食宜忌

白疕患者要多食富含维生素 A、维生素 C、维生素 E 的食物，如西红柿、黄瓜、苦瓜、丝瓜、茄子、萝卜、胡萝卜、红枣、新鲜绿叶蔬菜、新鲜水果。皮损广泛，大量脱屑的患者应多食瘦肉、鸡蛋、豆制品，以补充蛋白质的丢失。

原则上应忌食辛辣腥膻发物，戒烟酒。中医认为这些食品气味走窜，能诱发体内热毒、湿浊之邪走窜肌肤，加重皮肤损害。特别是吸烟的危害已有科学实验证实，吸烟的白疕患者，其中性白细胞的趋化性高于不吸烟的患者及正常人，中性白细胞趋化性增高可加重皮肤炎症。因此患者一定要戒烟。

有些患者长期养成的饮食习惯一时难以改变，可采取以下的原则，即食入某种食物后皮损无加重迹象，则不必忌食；但对于辣椒、白酒、海鲜、牛羊肉等辛辣腥膻发物，即使不忌口，也不能一次大量进食。若食入某种食物后，皮损较前发红、发痒、脱屑增多，说明病情有所加重，以后一定要忌食。

9.5 避免过度紧张，保持良好心态

过度的精神紧张、身体劳累、情绪变化，超过了人体的调节能力，会引起机体的内分泌、代谢功能、免疫功能紊乱，从而诱发白疕，或使白疕病情加重。因此患者或有白疕病史已经治愈者，要注意生活规律，按时作息，不要熬夜，特别不要通宵打麻将牌；要保持情绪稳定，心态平和，不发怒，不生闷气，宽以待人，与人为善，这样于自己的皮肤病也是有利的。

9.6 锻炼身体，增强自身抗病能力

白疕(银屑病)病程长，又容易复发，很多患者长期服药、搽药，给生活工作带来极大不便。患病后一方面应积极治疗，更重要的是调动自身抗病能力，减少复发，巩固疗效。有一位患者自幼患白疕，曾就医于北京各大医院，但治愈后仍多次复发，所幸其酷爱游泳，后坚持长年游泳，20 多年来基本没有发作(偶有个别点状皮损)。还有一位患者全身泛发大斑块状肥厚的皮损，在积极治疗的同时，还参加了足球比赛，病情缓解得很快。

白疕患者要克服自卑心理，积极参加体育活动，如跑步、跳绳、体操、打球、踢足球、爬山，皮损消退后可游泳。长期保持身体良好的健康状况，机体各项功能正常，就可以减少或减轻白疕的复发。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 规范疾病名称

白疕的主要临床特征是皮肤起红疹、红斑，上覆银白色鳞屑，搔之起白皮。在中医文献中发病特点与之相似的病名有“松皮癣”、“干癣”、“风癣”、“蛇虱”、“疕风”、“白壳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疮”、“银钱风”等。

赵炳南认为：本病(银屑病)相当于祖国医学中所说的“白疕”。按“疕”字，早在公元前14世纪，殷墟甲骨文中就有“疕”字的记载，当时泛指一般皮肤病，从其字形结构上看，是病字头加上一个匕首的匕，如同匕首刺入皮肤一样以形容其病情的顽固性。[1]

朱仁康认为：“银屑病，中医列入风门或癣门。统称白疕风。由于皮损压廓清晰，脱屑层层，又有“松皮癣”“白壳疮”之称。”[2]

石春荣认为：白疕即银屑病，是以红斑、鳞屑为主的慢性顽重皮肤疾患，临床极难调治。中医亦称之为疕风、松皮癣、干癣、蛇虱等。[3]

1994年国家中医药管理局发布的中医药行业标准中定义：白疕是以皮肤上起红色斑片，上覆多层白色皮屑，抓去皮屑可见点状出血为特征的皮肤病，相当于银屑病。

1.2 流行病学情况

白疕(银屑病)是一种皮肤科常见多发病，1984年全国银屑病流行病学调查组，对我国银屑病流行病学情况进行调查。结果显示：

① 我国银屑病总患病率为1.23‰，总患者人数至少123万。1984年银屑病年发病率为0.1‰。

② 男性患病率显著高于女性。而初发年龄女性较男性提前5年左右。

③ 北方地区银屑病的发病率非常显著地高于南方。可能是由于北方的气候寒冷、干燥、日照时间较短，以及劳动、生活习惯的不同造成的。

④ 城市银屑病的年发病率显著高于农村。提示工业化因素可促进银屑病的发展。首钢、太钢、焦作等处患病率比较高，说明钢铁工人处于高温、污染的工作环境，煤矿工人处于井下，潮湿、粉尘、无光照，皆为不利的环境因素。

⑤ 银屑病的类型，寻常型占97.98%，为患者中的绝大部分；红皮病型占0.58%；脓疱型占0.69%；关节型占0.69%；渗出型0.04%。其中关节型银屑病80%为北方患者。病情程度以轻度患者为多(62.81%)，重度患者仅占7.71%。

⑥ 影响银屑病的发病因素主要有遗传因素、季节因素。23%的患者有阳性家族史。在自然因素中，季节、气候与银屑病的关系最为密切，病情加重以冬季、春季为高。

其他诱发因素依次为受潮(32.9%)、感染(22.4%)、精神因素(12.2%)、外伤(11.5%)、饮酒食物(7.0%)、药物(3.2%)。[4,5]

上海皮肤病防治所(1984年)调查研究了银屑病的遗传规律，有阳性家族史的患者占23.8%，与全国调查结果一致。认为遗传因素在银屑病的发病中起重要作用，家系中父母与子女同时发病者占10.96%，先证者同胞中异性与同性发病之比为18:14，这些均符合于多基因遗传病的遗传规律，因此认为银屑病属于多基因遗传病。[6]

1.3 病因病机的研究

五六十年代中医对白疕病因病机的认识多禀承古代中医的观点，以风邪血燥致病学说为主。七八十年代以后随着人们生活环境、饮食结构、以及气候条件的变化，疾病的病因病机也随之发生了变化，中医对白疕病因病机的认识出现了新的学说。如血热学说、毒盛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

学说、血瘀学说、阴虚瘀热学说等。

1.3.1 血热学说

赵炳南认为：本病的发生，血热是机体和体质的内在因素，是发病的主要根据。血热的形成，是与多种因素有关。可以因为七情内伤，气机壅滞，郁久化火，以致心火亢盛；因为心主血脉，心火亢盛则热伏营血。或因饮食失节，过食腥荤动风的食物，以致脾胃失和，气机不畅，郁久化热；因为脾为水谷之海，气血之源，功能统血而濡养四肢百骸，若其枢机不利则壅滞而生内热。外因方面主要是由于外受风邪，或火杂燥热之邪客于肌肤，内外合邪而发病。

热壅血络则发红斑；风热燥盛，肌肤失养则皮肤发疹，搔之屑起，色白而痒。若风邪燥热之邪久羁，阴血内耗，夺津灼液则血枯燥而难荣于外。所以根据其病理特点，将本病分为血热和血燥两种类型，也可以说是本病互为因果和相互关联的两个阶段。若血热炽盛或外受毒热刺激，蒸灼皮肤，则可出现全身潮红，形寒身热，肌肤燥竭，郁火流窜，积滞肌肤，即可形成红皮症。[1]

朱仁康认为：血分有热是银屑病的主要原因，若复因外感六淫，或过食辛辣炙博、鱼虾酒酪，或心绪烦扰、七情内伤，以及其他因素侵扰，均能使血热内蕴，郁久化毒，以致血热毒邪外壅肌肤而发病。[2]

初发者常因血热毒邪外壅肌肤而发病，热盛生风，风盛化燥，朱氏称之为“血热风燥”；若患病多年，风燥日久，虽毒热未尽，而阴血却已耗伤，以致血虚生风，风盛则燥，肌肤失养，朱老称之为“血虚风燥”。李林等认为“血分有热”实际是由气分有热，郁久化毒，毒热波及营血而言。根据中医审证求因的原则和温病学说中“卫气营血”理论，分析银屑病的主要临床表现。首先，患者常有咽痛、口渴、心烦、便干、溲黄、舌红、苔黄、脉数，总属阳、热、实证，尤以阳明气分有热为主。其次，银屑病的皮损主要是红斑、丘疹、和鳞屑。《素问·皮部论》说：“络脉盛色变。”营血运行于脉中，因受体内气分久蕴热毒的影响，充斥脉络，故起红斑、丘疹，且压之退色；由于热盛生风，肤失所养，故鳞屑叠出而干燥。再次，银屑病多发生于青壮年。青年人生机旺盛，血气方刚，阳热偏盛者居多。以上三点支持银屑病主要发病机理是血分有热。[7]

1.3.2 毒盛学说

金起凤教授强调因血热而导致毒盛，血热毒盛是本病的发病机理。血热的形成与多种因素有关，青壮年阳盛之体，多素体禀有血热，若又外受六淫之邪所侵，郁久则化火化毒；或过食辛辣厚味、鱼腥酒类，或因急躁、心绪烦扰等情志内伤，以及其他因素干扰，均能使气火偏旺，郁久化毒，热毒浸淫营血，使血热毒邪外壅肌肤发为本病。

临床观察发现，大多数病人郁有血热征象。在进行期，症见红斑泛布，斑色鲜红，续出不已，银屑纷起，渴喜冷饮，溲赤便干，舌红或绛，苔黄脉数。同时本病皮疹布于阳经部位居多，皮损基底部多呈鲜红或暗红，常多年反复发作而不愈。根据患者多为阳盛体质，斑色鲜红，舌质红绛，苔黄脉数等症，乃属邪热侵淫营血之征象。这给本病的发病机理为血热毒盛提供了临床客观依据。发病诱因由感染引起者居首位，证明患有感染病灶的病人，平时就蓄有热毒，当病邪侵犯人体后，大多经过邪热郁搏而发为本病。这里所指的“毒盛”，是因血热偏盛，再通过化火化毒的过程而形成的，所谓热愈盛则毒愈重。因此说

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本病病机的核心是“血热毒盛”。[3]

石春荣认为，白疕的病因病机，总由血热风盛，或营血亏虚，生风生燥，肌肤失养所致。银屑病之皮肤损害，远较一般皮肤疾患为重，且缠延反复，顽固难愈。根据其发病过程及局部皮损特点详论之，应着重从“毒”立论，方能切中病机，验于临床。其病因病机多由素体血热蕴毒，或复感外邪，袭人肌表，内外合邪，搏结肌肤，久蕴成毒，瘀而发为白疕顽疾。[3]

1.3.3 营血亏损或营卫失和，外邪侵袭学说

顾伯华认为，本病总由营血亏损，生风生燥，肌肤失养而成。初起多夹有风寒或风热之邪侵袭肌肤，以致营卫失和，气血不畅，阻于肌表而生；也有兼因湿热蕴积，外不能宣泄，内不能利导，阻于肌肤而发；病久风寒、风热、风湿之邪已化，而气血耗伤，则血虚风燥，肌肤失养更为显露。或因营血不足，气血循环受阻，以致瘀阻肌表而成；或因肝肾不足，冲任失调，更使营血亏损；少数可因调治不当，风寒化热，湿邪化燥，以致燥热成毒，内侵脏腑，造成气血两燔的证候。[8]

赵锡武认为：皮肤病的病因多为外因通过内因而发病。虽然外因大多与风湿燥热有关，但是内因之七情变异及人体营卫失常等，为致病的主因。气血通畅、营卫协调，身体就健康安和。若血脉流传壅塞不通，失于协调，就出现病态。表现在皮肤方面，遂为皮肤诸疾。[9]

1.3.4 血瘀学说

部分白疕患者皮损为暗红色斑块，其上层层鳞屑，干燥粗糙，状如钱币，或如地图，似中医所说“肌肤甲错”。故有人提出血瘀致病学说。

秦万章结合中医西医学检查，认为银屑病患者存在着七项血瘀指征：① 肌肤甲错，关节不利；② 损害处鳞屑刮除可见点状出血；③ 30%患者舌质偏紫，或有瘀斑；④ 微循环检查可见皮肤毛细血管扭曲；⑤ 血液物化特性测定常有全血粘度增高；⑥ 血管通透性明显升高；⑦ 皮肤病理检查显示真皮乳头毛细血管扩张、僵直。[10]

1.3.5 阴虚瘀热学说

王晖认为阴虚瘀热是银屑病的主要病机，风热、情郁、酒毒、跌仆、季节是银屑病的重要诱因。从银屑病患者的皮损状态、舌苔、脉象发现，无论起病诱因如何，其结果均呈热化成瘀的病理现象，因此认为银屑病患者具有阴虚瘀热的特异体质。它的形成与秉体肾阴不足、脾气虚弱致肺津失润有关。

肾阴为肾精所化，是人体阴液的根本。肾阴足，上济于肺而肺阴充足。若秉赋肾阴不足，加上外感或内伤，肾阴克伐过甚，不能上济于肺，肺肾阴虚，阴虚火炎，灼津生燥，肺津倍虚。脾胃为营卫之源，生化薄弱则卫气营阴不足，不随脾气升运而上输于肺，以致肺中阴津失充。故肾阴不足，脾气虚弱而致肺津于燥，卫气虚弱。终成津不载卫，卫失布津于皮肤腠理，致皮肤腠理阴津不足，失于濡泽而燥热内生。皮腠燥热则孙络皮部营壅卫滞，血行瘀阻不畅。人体这一特定的内环境即银屑病特异体质——阴虚瘀热体质。

素有阴虚，风热外袭，失于解散，化为风毒。风为阳邪，风助热盛，热迫血行，溢于孙络而为发斑。风毒郁火，化燥伤阴，肌肤失养。风毒内留可进一步酿成滞血耗血的病理。故风热的主要影响是助热和伤阴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

忧则气郁，思则气结，怒则气逆，忧思恼怒均可造成肝气郁结逆乱，影响肝之疏泄作用。如肝气郁滞，则气滞血瘀，郁而化火，内伤阴血。而肝肾同源，故可累及肾阴。情郁的主要影响为加重瘀及伤阴。

朱丹溪云："醇酒之性，大热大毒。"饮酒过多或恣食辛辣，均可使热毒壅蒸，化火伤阴。酒毒的主要影响为助热及伤阴。

银屑病发病以秋冬季节为主，秋多燥，冬多寒，燥邪在阴虚者可导致燥气化热伤阴的转归；寒主收引，寒邪可致血泣而不行，更加重瘀血。[1]

2 临床研究

2.1 辨证论治的研究

白疕病程长，在病程发展的不同阶段，各有不同的临床证候特征；而白疕与银屑病相对应后，内涵扩大了，皮损不再是单一的红斑、白皮，临床证候多种多样，因而辨证分型论治成为治疗发展的必然趋势。

五六十年代开始尝试辨证分型治疗白疕，但当时的报道很少。《中华皮肤科学杂志》1965年第5期报道中医对银屑病辨证治疗取得一定的临床疗效：①湿热型：类似于进行期，多由脾肺湿热蕴积肌肤所致，治宜健脾利湿佐以清热之药，方用《医宗金鉴·外科心法要诀》的除湿胃苓汤加减，或以土槐饮(土茯苓一两，槐花五钱)煎汤代茶常饮。外搽5%～10%化毒散膏，或5%～10%雄黄解毒膏，每日1次。另外可选用马齿苋、蒲公英煎水外洗，每周2～3次。②风燥证：类似于静止期，多由风邪客于皮肤，血燥不能荣外所致，治宜养血润燥疏风固表，方用《医宗金鉴·外科心法要诀》当归饮子加减，或用搜风顺气丸。外搽5%～10%京红粉膏，每日1次，外盖油纸包扎。另外可选用楮桃叶、苍耳秧煮水外洗，每周2～3次。

70年代以后，辨证分型论治白疕的临床经验及疗效观察的报道日益增多。以赵炳南、朱仁康为代表，依据白疕病因病机和病程不同阶段，将寻常型主要分为血热、血燥两个证型。以后随着活血化瘀疗法的被重视和研究，以张志礼为代表，又提出血热、血燥、血瘀三型论治。这三型辨证论治，基本覆盖了寻常型白疕的整个病变过程，简便而易于掌握。

顾伯华重视营血不足与外邪致病，将寻常型白疕辨证分为风寒、风热血热、血虚风燥、血瘀、及肝肾不足五型。李林系统总结归纳了文献资料，亦详尽地分为风热、血热、血瘀、血虚、血燥、冲任不调六个证型。

对于特殊类型白疕的辨证分型，一般认识较为统一。渗出性白疕辨证属湿热证(型)；关节型白疕属风湿证、寒湿证或肝肾不足证(型)；脓疱型白疕急性期属脓毒证、湿热蕴毒证或毒热证(型)，恢复期属脾虚毒恋证；红皮病型白疕属毒热证、毒热伤营证、火毒炽盛证(型)。

2.2 辨病论治专病专方的研究

在研究辨证分型论治白疕(银屑病)的同时，还有不少临床医生致力于辨病论治的研究。即明确疾病的诊断以后，以一个固定的方药治疗，或以一个基础方为主，随证加减治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗。很多辨病论治的方药，是在辨证分型论治的基础上，选择适合于最多见证型、疗效高、适用范围广的方药发展而来的。辨病论治有利于观察疗效，进一步研究疗效机理，为开发治疗白疕的新药打下基础。

2.2.1 清热凉血解毒类方药

此类方药适用于白疕进行期，皮损颜色鲜红，大量脱屑，点状出血显著者。患者常因感冒、咽炎、扁桃体炎等病毒、细菌感染性疾病而诱发。这些中医辨证均属血热、热毒之征象。因此，临床常以清热解毒、凉血解毒为主的方药治疗进行期白疕。

另外，根据西医对银屑病(白疕)的认识，皮损处表皮增生过快，类似于肿瘤细胞的过度增殖，西医用抗肿瘤药物治疗本病有效。因此有些临床医生在组方时常选用具有抗肿瘤作用的中草药治疗白疕。抗肿瘤中草药大多属于清热解毒、软坚散结类药。

克银方(朱仁康等)：

① 克银一方：土茯苓 30g，忍冬藤 15g，山豆根 10g，板蓝根 15g，草河车 15g，白鲜皮 15g，威灵仙 10g，生甘草 6g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。功效清热解毒，用于治疗血热风燥型银屑病。临床观察 54 例，治愈率为 72.2%，总有效率为 94.4%。[12]

② 克银三方：从克银一方精简药味，主药增加用量而来。土茯苓 30g，北豆根 10g，草河车 30g，白鲜皮 30g。功效主治同上。临床观察 162 例，痊愈率为 70.4%，总有效率为 92.6%。[13]

中国中医研究院广安门医院在克银方汤剂的基础上，筛选药味，改制成丸剂“克银丸”。功效清热凉血、解毒、祛风止痒。治疗 501 例，有效率 92%，痊愈率 38%。

复方青黛丸(谢作哲等)：

青黛、贯众、紫草、蒲公英、马齿苋、丹参、白芷、焦山楂、建曲、五味子、白鲜皮、乌梅、土茯苓、草薢等组成。按药典规范制成水丸，每 100g 含生药 6～7g，每次服 100 丸，每日 2 次，小儿酌减。30 日为 1 个疗程。本方具有清热解毒、消斑化瘀、祛风止痒之功效，适用于血热风燥型银屑病进行期的治疗，对静止期泛发性皮损亦有一定的疗效。临床治疗观察寻常型进行期 61 例，痊愈率为 68.9%、总有效率为 95.1%；静止期 38 例，痊愈率 26.3%，总有效率 81.6%。[14]复方青黛丸原方剂不变，改进生产工艺，改为复方青黛胶囊。肖永泽等用复方青黛丸胶囊治疗寻常型银屑病 154 例，痊愈率为 32.5%，总有效率为 89.6%。[15]

消银解毒一汤(金起凤)：

水牛角片 30g，银花 15～30g，地丁 30g，生地 25g，赤芍 20g，板蓝根 25g，蚤休 30g，白鲜皮 30g，苦参 10～15g，土茯苓 30g，全蝎 6g，海桐皮 15g。每日 1 剂，水煎 2 次，早晚饭后各服 1 次。功效凉血化斑，清热解毒，佐以泄湿清风。适用于血热毒盛，兼夹湿热，壅搏肌肤而致之证。[3]

复方鲜马齿苋方(倪宝成)：

鲜马齿苋 120g，紫草 20g，苦参 15g，土茯苓 15g，刺蒺藜 12g，丹皮 12g，地肤子 15g，白鲜皮 15g，防风 15g，板蓝根 15g。水煎服，每日 1 剂。偏于血虚风燥加玄参、紫河车、生地；偏于血热风盛加忍冬藤，白鲜皮加量；偏于湿盛者加泽泻、茵陈；皮肤感染者加紫花地丁、黄柏；皮肤肥厚瘙痒者加山甲、姜黄；病程日久加苏木、三棱。另用鲜马齿苋熬水洗患处。观察 119 例，治愈率 63%，总有效率 86%。[16]

凉血解毒汤(刘文景)：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生地黄 30g，赤芍 12g，丹皮 12g，白茅根 15g，土茯苓 30g，白鲜皮 15g，威灵仙 10g，蚤休 30g，半枝莲 15g，虎杖 15g，白花蛇舌草 15g，甘草 10g。每日 1 剂，水煎早晚 2 次分服。进行期红斑明显者加生石膏、知母；静止期皮疹肥厚者加丹参、三棱、莪术；消退期红斑色淡者加当归、何首乌；咽痛者加玄参、板蓝根；瘙痒明显者加苦参、白蒺藜；便秘者加大青叶。治疗寻常型银屑病 106 例，临床痊愈 60 例，总有效率 92.5%。平均服药 62 剂。[17]

大黄合剂（刘玉梅）：

大黄（后下）9～12g，乌蛇肉、鸡血藤、白茅根、茜草根、生槐花、白鲜皮、土茯苓各 30g，丹参、生苡仁、地肤子各 15g，泽泻 9g、木通、川连各 6g。水煎服，每日 1 剂。功效清热凉血，解毒利湿，活血祛瘀。用于治疗湿热型银屑病。头部皮损多者，加全蝎、蜈蚣祛风解毒止痒；皮损色鲜红者，加生石膏、龙胆草、黄芩、栀子清热泻火。临床观察 200 例，痊愈率为 84%，总有效率为 99.5%。另设对照组，所服中药去大黄，加黄芩，治愈率为 50%。大黄合剂组的治愈率高于对照组，说明大黄对湿热型银屑病有明显的治疗作用。银屑病不仅是一种表皮增殖性皮肤病，还有外周微循环障碍的表现。外周微循环障碍与祖国医学认为的血瘀有关，因大黄有活血化瘀作用，大黄与鸡血藤、丹参配伍具有协同作用，故能取得较好疗效。[18]

2.2.2 祛风解毒类虫类药方药

白疕皮损干燥脱屑瘙痒，中医辨证属风盛。虫类药为祛风搜风的要药，作用部位深入，善治深入肌肤、骨节之风邪。因此，常见临床研究报道，应用祛风解毒药虫类药治疗白疕。特别是对于病情顽固，皮损持续不退的病例，正确选用虫类药可加速皮损消退。

乌蛇消疮饮（石春荣）：

乌蛇 20～30g，全蝎 5～10g，露蜂房 10g，蝉蜕 10g，苦参 15g，白鲜皮 15g，银花 15g，丹皮 15g，赤芍 15g，生首乌 15～30g，生甘草 10g。

临床运用之时，如风毒偏盛者，多见皮损速发周身，此起彼伏，头部多发，瘙痒无度，加疏风止痒解毒之品，如白蒺藜、蛇蜕、荆防，并配鸡血藤、红花等活血药物，所谓“治风先治血，血行风自灭”。热毒偏盛者，多见皮损红赤泛发，痛痒相兼，便秘尿赤，口渴喜凉，苔黄脉数，加清热凉血解毒之品，如重楼、玄参、槐花、连翘。血燥偏盛者，多见肌肤粗糙，大量皮屑，皮损肥厚、瘙痒，咽干便燥，加养血润燥解毒之品，如生地、当归、鸡血藤、胡麻仁。湿毒偏盛者，多见皮损红斑糜烂，或有脓痂，多发于腋窝或腹股沟等处，迁延难愈，加利湿化浊解毒之品，如黄柏、苍术、土茯苓、蜈蚣等。尚有寒滞血瘀夹毒者，皮损紫黯，久治不愈，皮屑较厚，或关节不利，冬寒加重或复发等，加温散化瘀剔毒之品，如白芷、威灵仙、莪术、丹参、鸡血藤、蜈蚣、僵蚕等。[3]

天地虫方（孙步云）：

白僵蚕 15g，地鳖虫 10g，乌梢蛇 10g，鸡血藤 15g，枸杞子 15g，凌霄花 10g，细生地 15g，狼毒 1.5g，生乌梅 20g，黄精 15g。每日 1 剂，水煎分 3 次服完，15 日为 1 个疗程。血热风燥者，加紫草、白鲜皮、玄参等；血虚风燥者，加当归、制首乌、丹参等；血瘀风燥者，加红花、莪术、苏木等。外用天地龙膏（见后）。临床治疗观察 226 例，其中进行期 208 例，静止期 103 例，痊愈率 41.6%，总有效率 88.9%。方中僵蚕辛寒，疏泄风热，活血散瘀；细生地、凌霄花凉血祛风，养阴生津；枸杞子补肾益精，平补阴阳；狼毒辛平，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

消肿破积；乌梢蛇甘平，祛风通络，为治诸风顽痹、风瘙瘾疹、疥癣生癞之佳品。本方具有祛风化瘀，清热凉血，补肾益精，活血润肤之功效。[19]

牛黄乌蛇散(马闽明等)：

牛黄 40g，乌蛇 300g，白花蛇、川贝母、白鲜皮、白扁豆、光慈姑各 100g。每次 8g，每日 3 次，饭后 15 分钟开水冲服，30 天为 1 个疗程。功效清热解毒，祛风，散结。临床治疗观察 1005 例，主要为血热、血燥型，治愈率为 21.79%，总有效率为 99.4%。[20]

消银散胶囊(姬瑜)：

全蝎、蜈蚣、斑蝥、金钱蛇、牛黄、山甲、槐米等。经加工、炮制、精选，按一定比例研制成末，装入胶囊。每个胶囊重 0.4g。每日 3 次，每次 2 粒，饭后温开水送服，连服 1 个月为 1 个疗程。治疗 1865 例，皮疹完全或基本消退 86%，总有效率 96.4%，平均疗程 65 天。消银散胶囊具有祛风散结破瘀，清热解毒，凉血利湿的作用。[21]

赵锡武牛皮癣方：

白蒺藜 30g，苦参 12g，皂刺 12g，蝉蜕 12g，生石膏 18g，麻黄 6g，甘草 9g，薏苡仁 18g，杏仁 9g，桂枝 9g，白芍 9g，葛根 18g，归尾 12g，大黄 3g，生姜 9g，大枣 7 枚，海桐皮 18g，白鲜皮 18g。

赵锡武教授通过调营卫，排毒邪的途径，治愈牛皮癣(即银屑病)等皮肤病。他认为：每当身体营卫失调，经过药物使之转化协调，就能使正气由弱转化为强。临床治疗就应该在调营卫的同时，排邪达表。因此治皮肤病当散，当表，当由内向外排逐，不留遗患。[9]

2.2.3 活血化瘀类方药

白疕(银屑病)患者存在着血瘀的征象。临床医生采用活血化瘀类方药治疗白疕，取得了一定的疗效。

郁金银屑片(陕西省郁金银屑片研制组)：

莪术、三棱、土鳖虫、乳香、郁金、木鳖子仁、皂角刺、石菖蒲等。每日口服 2～3 次，每次 3～6 片(含原生药 1.56～3.12g)，30 天为 1 个疗程，连服 3 个疗程。治疗 313 例，治愈率 33.9%，总有效率 90.4%。[22]

化瘀汤(周珏平)：

当归、赤芍、桃仁、丹参各 12g，三棱、莪术各 10g，红花 6g。风盛血瘀证常合桑菊饮或银翘散；肝旺血瘀证加生牡蛎、珍珠母、灵磁石、乌梅；风热血燥证加生熟地、天麦冬、黄芪、花粉等；气滞血瘀明显者合柴胡疏肝饮；有肠道寄生虫的本病患者加贯众、苦楝根皮、槟榔、羊蹄根等；湿热蕴积证合黄连解毒汤及五神汤；风湿阻络，气血瘀滞不通证合独活寄生汤加减；冲任失调，肝肾两亏的本病患者合二仙汤；气虚的本病患者合四君子汤；血热毒盛，营阴内伤证合清营汤。[23]

平肝活血方(刘承煌)：

三棱 6～9g，莪术 6～9g，乌梅 30g，菝葜 6～9g，生牡蛎 30～60g，磁石 30g，珍珠母 15～30g，生草 3g。近期疗效据 172 例分析，痊愈和基本痊愈 26.1%，总有效率 87.9%。与乙亚胺比较，近期疗效乙亚胺见效快，显效率高。随访 10 年远期疗效平肝活血方好，缓解期长。[24]

2.2.4 补益类方药

补益疗法在白疕(银屑病)的治疗中应用较少，大致有滋阴养血润燥法、益气温阳法。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以前者相对应用多些。

2.2.4.1 滋阴养血润燥类 适用于白疕病程较长，反复发作，皮损干燥皲裂者，中医辨证属阴血亏损，血燥生风，肌肤失养之证。

克银方(朱仁康等)：

① 克银二方：生地30g，丹参15g，玄参15g，麻仁10g，大青叶15g，山豆根10g，白鲜皮15g，草河车15g，连翘10g。功效养血润燥，清热解毒。用于治疗血虚风燥型银屑病。临床观察54例，治愈率为59.2%，总有效率为94.4%。[12]

② 克银四方：从克银二方精简药味，主药增加用量而来。生地30g，玄参30g，丹参30g，麻仁10g，北豆根10g，苦参10g。功效主治同上。临床观察74例，痊愈率为62.3%，总有效率为97.3%。[13]

2.2.4.2 益气温阳类 益气养血、温阳散寒法不是治疗白疕的常规疗法，适用于特殊体质的患者。临床应用时一定要准确辨证。

黄芪桂枝汤(薛永文)：

黄芪50g，桂枝15g，当归15g，防风15g，连翘15g，甘草10g。进行期加生地30g，金银花20g，花粉15g；瘙痒重者加白鲜皮30g；静止期加丹参25g，赤芍25g，薏仁米20g，花粉15g。本方以补气固表，滋阴养血为主，兼以祛风清热。邪之所凑，其气必虚。银屑病初为阴血亏虚，久则气血具虚，黄芪具备补气养血固表托疮作用，配合桂枝调和营卫更助固表托疮之力。黄芪桂枝为主治疗银屑病临床疗效比较满意，是标本兼顾而重在治本之法。临床治疗观察212例，治愈率82%，总有效率97%。疗效优于其他中药对照组，及西药维生素B_1、B_6、鱼肝油、地塞米松对照组。远期疗效：治疗组复发率为6%，中药对照组为21%，西药组为82.3%。[25]

加味当归四逆汤(洪世德)：

黄芪20g，当归、杭芍、桂枝、木通、防风、大枣、炙甘草各10g，细辛6g。功效：养血通脉，温经散寒祛风。主治风寒型银屑病，多发于冬春寒冷季节，发病或加重之前多感受风寒之邪。风寒之邪结聚于皮肤，滞于经络，使皮肤局部气血不畅，无以濡养肌肤而成本病。取当归四逆汤养血通脉，温经散寒；加黄芪补气行血，与当归、白芍相伍，使气旺血生，加强养血通脉之功；防风、荆芥祛风止痒，兼助散寒。加减：恶寒甚加附子、干姜各10g；关节酸楚或疼痛加独活、川芎各10g，桑寄生15g；痒甚加露蜂房3g，乌梢蛇10g；皮损呈地图状加鸡血藤、制首乌各15g；病程长，鳞屑厚加桃仁、三棱各10g。临床治疗风寒型银屑病79例，痊愈率43%，总有效率86.1%，57例随访2年，复发率为10.5%。[26]

2.2.5 组方配伍规律的研究

周静提出治疗银屑病的方剂应该是清热解毒、祛风止痒与活血化瘀药的有机结合。

清热解毒药：热毒内蕴是银屑病发病的主要原因之一。血热内蕴，郁久化毒，以致血热毒邪外壅肌肤而发病。初起常呈鲜红色斑点，瘙痒较甚，扩散迅速，伴咽痛烦躁，便干口渴，舌红，脉数等热象。结合现代医学观点看：银屑病的基本病理改变是表皮增长过快和多形核白细胞游入表皮，反应了组织或细胞的机能亢进，因而属于阳证、实热证，表皮增生越快，血热毒邪程度越重，临床症状越突出。另外，很多银屑病患者发病前有感冒、扁桃体炎、咽炎等感染因素。清热解毒药经药理研究证实，有较强的抑制表皮细胞增长过

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

快和抗炎、抑制体液免疫的作用。常用药：板蓝根、大青叶、银花、山豆根、蚤休、土茯苓、白花蛇舌草等。

祛风止痒药：银屑病的病因病机中也有外风、内风因素存在。根据发病急、侵及体表和头面，瘙痒较剧的特点，可以看出风邪伤人的表现；热毒风燥日久，阴血耗伤，血虚生风为内风，风盛则燥，肌肤失养。从银屑病的斑块鳞屑较多，甚至重迭成蛎壳状可以看出内风伤人的表现。另外，本病的初发及加重季节均以冬、春季节为明显，冬春季节风沙大，气候干燥。北方较南方发病率高也有这个因素存在。所以组方时应考虑风邪致病的因素，在清热解毒的同时，加用祛风止痒药，协同增效。临床常用的祛风药有：乌梢蛇、荆芥、防风、秦艽、全蝎、蜈蚣等；止痒药有：白鲜皮、地肤子、苦参等。祛风药中除乌梢蛇散而不燥，用量可大些外，一般不宜过大，以免造成风去阴伤。血虚生风常用养血润燥之品：生地、熟地、何首乌、当归等。

活血化瘀药：银屑病的发生，无论是外感六淫，还是七情内伤，均可使皮肤局部气血运行失调。经脉阻滞，气血凝滞则皮损肥厚，颜色暗红，有的呈盘状或地图状。气血不畅则濡养不足，所以不断产生鳞屑。尤其在本病的静止期及顽固难愈者血瘀现象尤为明显。临床常用的活血化瘀药物有：丹参、桃仁、红花、赤芍、郁金、三棱、莪术、鸡血藤等。活血化瘀药对控制疾病发展，消散斑块有重要作用，是治疗银屑病方剂中必不可少的组成部分，可根据病程长短、斑块颜色及厚薄，以及舌象来决定活血化瘀药物的多少。治疗静止期及顽固难愈者，活血化瘀药物常用至全方的一半左右。

在银屑病的发病过程中，热毒、风邪、瘀血三者互为因果，影响着病情的发展、变化及转归。因此治疗方药应以清热解毒药、祛风止痒药、活血祛瘀药作为其基本构成，根据临床的不同情况，决定各类药物的孰多孰少；并根据病情适当配伍情热凉血、祛风胜湿、软坚散结及泻下药。[27]

我国地域辽阔，南方与北方、沿海与高原气候条件相差很大，各地居民的体质因素、饮食习惯、居住环境亦不大相同。在治疗白疕(银屑病)众多方药中可以看出，这些气候、体质、生活等因素对处方用药是有影响的。大体说来，南方用药多轻巧，多加化湿、益阴之品；北方用药多峻猛，多重用解毒之品。因此在研究治疗银屑病的方药时，应该从中医的整体观念出发，根据当时、当地情况及患者的病证共性，确定治疗的基本方药，以求取得最佳疗效。

2.3 单味成药的研究

这类报道以20世纪七八十年代为最多。其常用剂型有片剂、针剂、丸剂、冲剂等。还有用中成药治疗白疕的临床研究。单方成药治疗白疕大大方便了患者使用，免除了每日煎药的烦劳；同时也方便了医生的应用。通过大量临床实践，疗效好的药物应用不断扩大，并通过研究其有效成分，从中开发出新药。

2.3.1 雷公藤

中医传统用其治疗风湿痹证，筋骨疼痛。现代药理研究雷公藤能显著抑制细胞免疫反应，抑制体液免疫应答，具有抗炎、抗肿瘤作用。

60年代福建省麻风病院根据民间用药经验，发现雷公藤可减轻麻风反应的神经痛和

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

关节疼痛，改善皮肤损害。此后，雷公藤被广泛地用于类风湿性关节炎、慢性肾炎、红斑狼疮等结缔组织疾病、以及皮肤血管炎，治疗白疕(银屑病)亦有肯定疗效。

张家敬用雷公藤糖浆治疗进行期寻常型银屑病 148 例，取雷公藤之木质部分制成糖浆，每 ml 含生药 1g，每次口服 10ml，每日 3 次。少数患者配合外用药。服药 1 个月，皮损全部消退 83 例，消退 80%以上且无新疹发生者 45 例，总有效率 86.84%。对 128 例有效患者进行了半年～2 年以上的随访，其中复发 117 例(91.4%)。另 11 例于皮疹消退后仍每日服药 10ml 维持并坚持 2 年，症状控制未见新疹发生。雷公藤毒性较大，患者服药后，出现粒细胞减少、女性患者出现停经，面部发生黄褐斑，少数患者胃部有不适感。[28]

雷公藤治疗特殊类型的白疕(银屑病)——关节型、脓疱型、红皮病型疗效亦佳。龙振华观察雷公藤治疗关节炎型银屑病 12 例，患者躯干或头部有典型银屑病皮损，同时出现多发的关节肿痛，其中一例发展为红皮病。口服雷公藤片剂(每片含生药 1.8g)，每次 2～3 片，每日 3 次，饭后服用。用药时间，除一例不足 3 个月，其余最短 9 个月，最长 3 年。治疗结果痊愈 5 例，基本痊愈(偶有轻度关节痛)6 例，进步 1 例。[29]

葛逸平等报道雷公藤治疗 52 例银屑病的疗效分析。其中红皮病型 19 例，寻常型 18 例，脓疱型 8 例，关节病型 7 例，口服雷公藤多甙，每次 20mg，每日 3 次，连用 4 周判断疗效。结果：治愈率 48.1%，总有效率 75%，其中红皮病型与脓疱型疗效最好，治愈率分别为 73.7%、62.5%，总有效率为 89.5%、87.5%。对照组红皮病型用复方丹参注射液 20ml 加入 5%葡萄糖溶液 500ml 中静脉滴注，每日 1 次；寻常型口服氨肽素每次 1.0，每日 3 次，疗效显著低于治疗组。雷公藤的主要副作用有：恶心、胃部不适、口干；有 3 例白血球下降，2 例丙氨酸转氨酶升高，经对证治疗恢复正常；有 1 例闭经，停药后 3 个月余恢复。雷公藤对特殊类型的银屑病疗效较佳，可避免长期使用皮质类固醇激素所产生的副作用。为提高疗效，防止复发，在临床治愈或好转后要逐步减量，继续巩固治疗 2～3 个月，巩固治疗的剂量可采用每日 20mg 雷公藤多甙。[30]

雷公藤的根、茎、皮、叶均有毒，经过科学工作者多年的研究，已从雷公藤中分离出多种有效成分，明确了其主要毒性成分，运用现代制药技术生产出新药雷公藤多甙片。雷公藤多甙片较生药服用方便，剂量易于掌握，副作用小。常用量成人 1～1.5mg/(kg·d)，一般成人每次 20mg，每日 2～3 次。主要用于治疗泛发性的寻常型白疕及特殊类型白疕，一般需用药 1～2 个月。服药期间注意定时检查血、尿常规和肝功能。若无明显副作用，应服药至皮损消退，减量再维持治疗一段时间，以巩固疗效。

据我们临床观察，雷公藤多甙片的主要副作用为转氨酶升高，可加服联苯双酯或肝泰乐；少数患者有胃肠道不适反应，可加服中药调理；有个别女性患者出现闭经，男性患者出现乳房肿块，停药后可恢复。雷公藤可损伤睾丸生精细胞，禁用于男性儿童，有报道男性在儿童期服用此药，成年后易患不育症。

2.3.2 青黛、靛玉红、异靛甲

青黛由中药大青叶加工制成，靛玉红是青黛中的有效成分，已化学合成成功。异靛甲是靛玉红的结构类似物。大青叶、青黛味苦，性寒。功能清热解毒，凉血，止血。现代药理研究大青叶有广谱抗菌、抗病毒、抗炎、解热、降低毛细血管通透性等功效。在很多治疗白疕的中药复方中都选用了大青叶或青黛。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

袁兆庄等应用青黛治疗银屑病，取得一定疗效。每片 0.5g，每次 4～6 片，饭后服，每日 2 次，治疗 46 例，近期治愈率为 39.2%，平均治疗 36 天，总有效率为 69.6%。副作用有胃肠道刺激反应，如腹痛、腹泻等。[31]

谢晶晖试用靛玉红治疗寻常型、关节型、脓疱型银屑病取得较好疗效。靛玉红片每片 25mg，每次 2 片，每日 4 次，共观察 31 例，有 4 例反应较重中断治疗，其余 27 例中，痊愈或基本痊愈 17 例(63%)，总有效率 88.9%。副作用主要有消化道反应，腹痛、腹泻、白细胞降低、谷丙转氨酶升高等。[32]

王梦祥等用靛玉红治疗银屑病共 62 例，以乙亚胺作为对照组治疗 24 例。治疗结果：靛玉红组基本痊愈 26 例，显效(皮疹消退 60%以上)25 例，显效率 82.26%；乙亚胺组基本痊愈 4 例，显效 8 例，显效率 50%，两组比较有显著差异，说明靛玉红治疗银屑病的近期疗效是比较满意的。其副作用可见到不同程度的消化道反应。[33]

异靛甲是中药青黛有效成分靛玉红的结构类似物，功效同青黛，林熙然等试用异靛甲治疗寻常型银屑病 40 例，基本治愈 12 例(30%)，总有效率 80%。[34]

2.3.3 狼毒

上海第一医学院华山医院、天津医药工业研究所等医疗、科研生产单位密切协作，将狼毒制成片剂、丸剂、溶液、针剂试用于银屑病的治疗。共治疗 266 例，有效率 46.1%～77.3%。临床试用初期，使用狼毒片剂，有明显的胃肠道反应，如纳差、恶心、肠鸣、腹痛、腹泻，以及头痛、头晕、乏力，并有一定程度的白细胞、血小板降低。第二阶段，参照古人应用十枣汤的理论，采用较大量的枣泥与较小量的狼毒制成片剂，胃肠道反应明显减少，说明大枣确有减少狼毒副作用的功能，第三阶段，用蒸馏法将狼毒制成口服溶液及注射液，副作用发生率降至 4.5%，而且提示狼毒的有效成分可能在于挥发部分。[35]

黄吉时采用狼毒枣治疗寻常型银屑病。共治疗 53 例，临床治愈 42 例(79.2%)，总有效率 90.6%，进行期患者的疗效优于静止期患者。副作用主要为消化道反应，一般不影响治疗，对临床治愈的 16 例随访 4 年，仅一例复发。[36]

黄氏的治疗方法近期疗效及远期疗效均较为理想，可能与狼毒枣的制法有关。狼毒为峻烈有毒之剂，峻攻之下脾胃必受损伤，脾胃一伤则药物不能吸收，疗效必受影响。加入大枣，大枣有补益脾胃，养血安神，缓和药性之功效，与狼毒同用，既能缓和其峻烈之药性，使其不致损伤脾胃，又能补脾和胃，扶助正气，二者攻补兼施，祛邪而不伤正。

狼毒治疗银屑病的作用机理可能有抑制过度的细胞增生的作用，使患者的细胞代谢恢复正常。

2.3.4 山豆根

现代药理研究广豆根可抑制迟发性变态反应，抗肿瘤，特别对乏氧细胞的毒性增强，还有升高白细胞等作用。

遵义医学院附属医院皮肤科应用广豆根单味药及复方内服治疗银屑病。用法：单味药：广豆根 25～50g，每日 1 剂，用沸水泡胞当茶饮。复方：广豆根 30～50g，紫草 40g，丹参 40g，牡蛎 50g，甘草 10g。文火煎 1.5～2 小时，每剂服 1～2 天，儿童酌减。广豆根的剂量应从小量开始，逐步增加，以不出现副作用为原则，一般成人用量在 30g 以下时疗效较差，超过 45g 较易出现副作用，多数以 40g 为宜。共治疗 58 例，单味药治疗总有效率

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

82.4%，复方总有效率90.2%，出现显著疗效需服药20剂左右。副作用主要有恶心、呕吐、头晕、醉酒感及白细胞下降，单味药组出现率为70%以上，复方组为14.6%。

银屑病表皮细胞分裂增殖过快，从中西医结合的观点看，细胞分裂增殖的功能属阳，所需的物质基础属阴。阳盛则热，热盛生毒，而为热毒。广豆根清热解毒，对某些动物移植性肿瘤的生长有抑制作用，可能由于降低表皮细胞的分裂增殖而对银屑病起到治疗作用。银屑病的另一个特点是真皮血管的生成和扩张，这为表皮细胞的分裂增殖提供了条件。从中医辨证，真皮血管的生成和扩张属血热和血瘀，以凉血活血，化瘀软坚的药物与广豆根配伍应用，提高了疗效。另外，复方中使用了甘草解毒，明显地减少了副作用。[37]

应用山豆根复方治疗银屑病的报道很多，如中医研究院广安门医院的克银方中就含有北豆根。

复方青龙衣注射液：由青龙衣、山豆根制成无菌注射液。权志杰等用复方青龙衣注射液治疗寻常型银屑病100例。加用复方青龙衣擦剂外涂。结果：治愈29例，基本治愈(残留个别顽固皮损)34例，总有效率为83%，治愈时间平均48天。远期疗效：对52例患者进行9年随访，复发48例，4例坚持间断治疗，9年未见明显复发。[38]

2.3.5 紫草

现代药理研究紫草具有抑菌、抗病毒、抗炎、抗癌等作用。

王景山等采用精制紫草注射液治疗银屑病。用法：0.1%紫草注射液肌内注射，每次2ml，每日1次。共治疗50例，痊愈及基本痊愈21例(42%)，总有效率96%，多数病例见效开始于用药后7~10天，其中用药20次以内痊愈或皮损大部分消退13例，21~40次痊愈或皮损大部分消退15例，进行期及病程短者疗效好。[39]

紫草有清热凉血解毒透疹之功，用于血热毒盛证，皮损颜色鲜红或紫红色，舌质红绛者。临床上治疗银屑病的复方中应用紫草非常普遍，常用量为汤剂15~30g。北京中医药大学东直门医院著名老中医金起凤应用紫草经验丰富，最多可用至90~120g，只要辨证准确，常能力起沉疴。紫草性寒，大量使用时为防止损伤脾胃，常配伍生甘草15g。

朱树宽等亦重用紫草治疗银屑病。认为紫草的用量是治疗取效的关键，9~15g偏于清热透疹；15~30g偏于凉血活血；30g以上偏于解毒化斑；用治银屑病唯有用至90~120g，其解毒化斑之力最捷，进行期需用120g，静止期需用90g。报告治疗1例寻常型银屑病，用紫草四妙勇安汤：紫草120g，银花90g，玄参60g，当归30g，生甘草30g，水煎服。服药3剂，瘙痒大减，皮损明显减轻；继服10剂，皮损尽消，随访2年，未见复发。[40]

2.3.6 虎杖

现代药理研究虎杖具有抗菌、抗病毒、保肝利胆、抗肿瘤抑制DNA、RNA合成、以及降血糖、降血脂等作用。

上海第一医学院华山医院皮肤科采用虎杖甙片治疗银屑病。用法：口服每次100~120mg，每日3次，30天为1个疗程。治疗27例，基本痊愈2例，总有效率70.3%，特别对病程短的点滴状皮损疗效较好。副作用少而轻微，主要是缓下作用，使大便变溏，或次数增加，伴腹部隐痛。这是由于虎杖甙对大肠局部刺激作用，增加大肠张力而促进其运动，并抑制钠离子转运，使水分滞留在肠腔而促进排便，但对小肠无甚影响，不妨碍小肠

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的营养吸收。[41]

2.3.7 肿节风(草珊瑚)

现代药理研究具有抑菌、抗肿瘤作用。

谢晶晖试用江西贵溪制药厂生产的肿节风注射液治疗银屑病 30 例。用法：每支 2ml，含肿节风 2g，每日肌注 1～2 支，连用 30 天为 1 个疗程。结果：痊愈及基本痊愈 10 例(33.3%)，总有效率 66.7%。副作用甚少，个别病例每日肌注 2～3 支时有白细胞总数下降。其作用机理可能主要是抑制了银屑病表皮细胞的过度分裂增殖。[42]

焦敬荣等用单味草珊瑚片和针剂治疗银屑病 58 例。治疗方法：草珊瑚片每片含干浸膏 0.25g，每次 6 片，每日 3 次。针剂每支 2ml，含干浸膏 1.0g，每次 2～4ml 肌肉注射，每日 1～2 次。结果：治愈 38 例(65.6%)，总有效率 89.7%。对治愈的 38 例随访 1～3 年，28 例有不同程度的复发，其中临床治愈时留有残点损害者全部复发。[43]

2.3.8 菠薐、土茯苓

孙佑勤等从 60 年代开始用菠薐、土茯苓煎剂治疗银屑病，取得满意疗效。此后将两药制成冲剂取名银屑灵治疗银屑病 164 例。用法：每袋含生药各 15g，每日 2～4 袋，分两次温开水冲服，60 天为 1 个疗程。疗效：皮损完全消退或消退 90%以上 79 例(48.2%)，总有效率 77.4%。对寻常型急性期点滴状疗效最好，有效率 83.7%。随访两年，79 例基本痊愈病例中复发 19 例。副作用 10 例发生轻微胃肠道反应。[44]

2.3.9 黄芩甙

现代药理研究黄芩具有抗菌、解热、利尿等作用，其主要成分黄芩甙有抗炎、抗过敏作用及明显的解毒作用。

郑茂荣等试用黄芩甙治疗寻常型银屑病 38 例。治疗方法：口服黄芩甙片或黄芩总甙胶囊，每次 200～400mg，每日 3 次。连服 4～12 周，平均用药 7.47 周。结果：治愈及基本治愈率 23.39%，总有效率 89.47%。治愈及基本治愈的 9 例患者都是在病情进行期、应用多种内外用药无效后，改用黄芩甙治愈的。但黄芩甙不能阻止银屑病复发。[45]

黄芩能泻上焦肺火，清胆及肠中湿热。而肺主皮毛，故皮肤红肿、灼热、痒痛、渗出等症均可选用黄芩治疗。研究发现银屑病患者血清和皮肤中白三烯 B4 值较正常者为高，患者多形核白细胞的随机移行对低浓度白三烯 B_4 的趋化反应显著增强。黄芩甙元可选择性地抑制血小板中的脂氧合酶，使白三烯 B_4 的形成减少。由此推测黄芩甙可能通过减少银屑病患者的白三烯 B_4，而使病情缓解。

2.3.10 洋金花

现代药理研究洋金花具有麻醉、止痛、中枢抑制、改善微循环等作用。

黑龙江中医学院银屑病科研组运用洋金花治疗银屑病。所用药物系从欧曼陀罗中提取分离而制成的 0.25%洋金花总生物碱注射剂。用法：按 0.15～0.4mg/kg 的剂量给洋金花总碱注射液，加乙酰丙嗪 20mg，共同加入生理盐水 40ml 中，缓慢(约 5～6 分钟)静脉推注。患者进入麻醉状态后，持续 6～8 小时，自然苏醒。重复治疗需间隔 1 个月。共治疗 242 例，皮损完全消退及消退 90%以上 163 例(67.4%)，总有效率 86.8%。多数患者 2～3 个月治愈。治愈者经 2.5 年随访，复发 33 例(20.3%)，其中一年以后复发者 19 例。主要副作用有心率增快、血压增高、体温升高，几小时内即可自然恢复；另外有瞳孔散大，2

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

~3天后可自然恢复。[46]

疗效分析显示：进行期与静止期疗效无显著差异；皮损面积超过60%者疗效较优。而其他大多数治疗银屑病的药物疗法，对于进行期、小面积皮损的疗效较好，对静止期、大面积皮损则疗效欠佳。在这一点上，此疗法具有其独特的优势。

洋金花作为中医传统的麻醉药，具有镇静、安定作用。银屑病可因精神因素而诱发、加重。中医认为，情志内伤或精神紧张，可使体内气机紊乱，气郁而生内热，热盛生风，肌肤失养而导致红斑、白色鳞屑损害。洋金花治疗银屑病的作用机制可能是通过对中枢神经系统保护性抑制，阻断了有害的神经、精神因素对大脑的不良影响，恢复中枢神经系统对组织末梢的营养调节机能，使皮肤的异常代谢趋于正常。同时还可扩张外周血管，改善皮肤组织末梢的微循环，进一步促进皮损的消退。

2.3.11 黄芪

现代药理研究黄芪具有提高细胞免疫功能、延长体细胞的寿命，抗衰老、利尿、降压、改善肝功能、改善血液流变性等作用。

倪晓等观察了黄芪锗口服液治疗银屑病的疗效。黄芪锗口服液每支10ml，含羧乙基锗倍半氧化物(Ge132)300mg，黄芪含量相当于生药10g。每日2次，连服1个月为1个疗程。治疗寻常型银屑病49例，痊愈率10%，总有效率80%，其中静止期患者总有效率为90%，疗效优于氨肽素片对照组。此外，治疗期间患者睡眠、食欲、便秘及精神状态等方面均有不同程度的改善。[47]

黄懿应用主要成分为黄芪、黑蚂蚁的免疫Ⅱ号口服液治疗银屑病23例。选择病程5年以上，经多种治疗未能有效和较长期控制皮损，部分有家族遗传史的患者。每次口服10ml，每日2~3次，用至皮损消退再巩固服药1个月。对有家族史者在进行期加用雷公藤片；皮损鲜红，鳞屑多，口干，便秘者加用复方青黛丸。结果：痊愈3例，总有效率87%。[48]

银屑病静止期，及病程较长、皮损顽固难消的患者，多因邪气蕴久，气血耗伤，而出现虚实夹杂之象，治疗时一味攻邪往往难以取效。黄芪补虚扶正自古为疮家圣药，与清热解毒、凉血活血等攻邪之品同用，可强壮机体，增强免疫，扶正祛邪，促进皮损消退。

2.3.12 地黄

王槐三等应用50%熟地黄注射液治疗银屑病41例。用法：每支2ml，内含熟地黄1g，每次2~4ml，每日或隔日1次，肌注。结果：临床痊愈13例，无效10例。[49]

安家丰等观察六味地黄丸类方治疗银屑病57例，并设对照组49例。治疗方法：两组均使用中药凉血活血汤，及相同外用药。治疗组加用地黄丸类药物，辨证为肾阴不足证者，口服六味地黄丸，每日2次，每次6g；阴虚劳热证者，服知柏地黄丸；肺肾两虚证者，服麦味地黄丸；肝肾阴虚证者，服杞菊地黄丸。3个月为1疗程。治疗结果：治疗组总有效率64.1%，对照组27.2%，有非常显著差异。同时对患者进行免疫指标检查，106例中一项以上免疫指标异常者达97.2%，两项以上异常者达55.7%，经辨证应用地黄丸类方治疗后，免疫指标改善率明显优于对照组。说明银屑病存在免疫功能紊乱，地黄类方具有免疫调节作用而发挥治疗作用，可提高疗效。[50]

2.3.13 大枣、丹参

大枣含有皂甙、生物碱、人体必需的多种维生素、氨基酸、糖类、微量元素，此外还

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

含有高量的环磷酸腺苷(cAMP)。丹参活血祛瘀作用甚佳，且古人有“一味丹参，功同四物，能补血活血。”之说。

王自彬等应用大枣加丹参片治疗银屑病 107 例。用药方法：选用成熟晒干的大枣，忌蒸熟，每次空腹服 10 枚，加丹参片 3 片，每日 3 次，1 个月为 1 个疗程。结果：治愈率 77%，总有效率 91%，平均用药 43.2 天。

银屑病不仅是一种表皮增殖性疾病，又有外周微循环障碍即血瘀的表现。口服大枣可以提高患者体内 cAMP 含量，调整 cAMP/cGMP 的比值，抑制过度的细胞增殖，促进细胞分化；丹参活血化瘀改善外周微循环；两药同用疗效显著。而且药源丰富，服用方便，不失为治疗银屑病的一条新途径。[51]

2.3.14 蛇毒

解放军蛇毒临床应用研究中心研制的青龙肠溶胶丸，以东北腹蛇毒及眼镜蛇毒为主要成分。王刚等试用青龙肠溶胶丸治疗银屑病 52 例，每次口服 4 丸，每日 3 次；对照组 50 例，口服克银汤(以北豆根、土茯苓、白鲜皮、威灵仙为主)，日 1 剂煎服。结果：治疗组基本治愈 22 例(42.3%)，总有效率 88.46%，平均用药 51 天；对照组基本治愈率 16%，总有效率 70%。随访 1 年半，治疗组基本治愈的 22 例，无 1 例复发。[52]

腹蛇抗栓酶是我国利用蛇毒研制成功的一种新药，具有溶解血栓，扩张血管，改善微循环，降低血液中纤维蛋白浓度，降低血液粘度和血小板聚集功能等作用。吴小平用腹蛇抗栓酶静脉滴注治疗银屑病 228 例。用法：成人 0.5～0.75g，加入 5%或 10%葡萄糖液 250～500ml 中静滴，小儿酌减，每日 1 次，1 个月为 1 个疗程。结果：治愈 119 例(52.19%)；总有效率 96.49%。[53]

2.4 外治疗法的研究

外治法是与内治法(用药于体内)相对而言，直接施于体表皮损部位的治疗方法。外治法对于白疕(银屑病)主要有外用药涂搽、熏洗浸泡等方法。50 年代即有民间验方外用治疗的经验报道。近年来各地广泛开展了中医药治疗白疕的临床研究，除研究传统的外治疗法、外用药剂型，还研制出新型的外用药制剂。这些新型的外用制剂克服了传统制剂有色、油腻、易污染衣物等缺点，更方便了患者使用。

尚有一些文献报道的外治验方，其中含有汞、砷等毒性药物。因白疕皮损泛发全身，疗程较长，且易于复发，长时间大面积使用这些有毒的外用药也会引起吸收中毒，因此不提倡应用。

2.4.1 外用药

2.4.1.1 民间偏方及经验方

醋泡鸡蛋方

组成：鸡蛋 2 个，醋半斤，或醋量以淹没鸡蛋为度。

制法：把鸡蛋表皮用酒精消毒，完整地放在一个口径能容下鸡蛋的瓶子里，以醋浸泡，淹没鸡蛋，用盖紧密封严，放于阴暗处，泡 7 天 7 夜后取出鸡蛋，剥去已软化的蛋壳，将全部蛋清、蛋黄装瓶备用。

用法：用消毒镊子夹脱脂棉蘸此药涂于患处，并涂擦 1～2 分钟，每日数次。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗效：治疗5人，2人痊愈，3人好转。本方药源广泛，制法简便，无刺激性。同时治疗12例神经性皮炎，9例痊愈，3例好转。[54]

杨树叶软膏

组成：白杨树叶浸膏30g，凡士林100g。

制法：白杨树叶加等量冷水煮沸2~3小时，弃叶滤过，再煮熬1~2小时，冷却后即为纯杨树叶膏，取30g，加凡士林到100g。

用法：局部涂擦，每日1次，同时内服三溴合剂及维生素甲、丁。

疗效及副作用：治疗48例，痊愈26例(54.1%)，总有效率93.7%。无任何毒副反应。

中医早就用杨树治疗皮肤病。杨树在我国各地生长甚多，药源广泛，制作方法简便，价格低廉，值得进一步研究开发。[55]

杨柳克银膏

组成：杨树叶，柳树叶，蟾酥等。

制法：按照《中华人民共和国药典》膏剂的炼制方法炮制成膏。

用法：先用脱脂棉蘸取生理盐水在鳞屑病位处涂擦，使鳞屑剥脱，然后涂抹杨柳克银膏，并反复搓擦至皮肤发热。每日3次，半个月为1个疗程。用药期间应避免饮酒、浓茶、腥荤、辛辣等刺激食物。

疗效及副作用：治疗162例，痊愈113例(69.7%)，总有效率91.3%。对照组80例，敷用蒽林软膏，痊愈率37.5%，总有效率66.4%。两组有显著性差异。复发率：治疗组为23.5%，对照组为42%。

杨柳克银膏取杨树叶为君，据《本草纲目》记载，其苦平无毒，主治痈肿疮毒，皮肤瘙痒；柳树叶苦寒无毒，主治疥癣金疮；蟾酥甘温、有毒，功能解毒消肿。本方具有清热解毒止痒的作用。临床验证对银屑病静止期有特效，且病程越短，疗效越高。无任何毒副作用。[56]

喜树酊

组成及制法：取喜树干燥果实100g，加二甲基亚砜250ml及75%乙醇750ml，浸泡3天后，药液显出淡蓝色荧光，滤去药渣即为喜树酊。

用法：外涂患处，每日2~3次，粘膜及阴囊部禁用。

疗效及副作用：观察101例，皮损完全消失或接近消失42例(41.58%)，用药2周以上，皮损消失不到1/2，或未见消退者27例(26.74%)。随访28例，3年之内全部复发。101例中有10例在用药期间局部出现皮炎。

喜树为抗癌中草药，喜树碱具有显著的抗癌活性。喜树碱内用治疗银屑病亦有较好的近期疗效，但全身性副作用明显。外用喜树酊治疗银屑病近期疗效较好，无明显的全身性副作用，但不能防止复发。[57]

施春泉在喜树碱二甲基亚砜溶液中加入维生素C，治疗银屑病，可减轻皮损处灼痛、水肿及炎症反应，减少治疗后色素沉着。配方为：二甲基亚砜70ml，蒸溜水30ml，苯海拉明10g，维生素C5g配成溶剂，于120ml溶剂中加喜树碱乙醇提取物3g。[58]

镇银膏

组成：牛黄、麝香、知母、黄连、白鲜皮、鲜花椒、青黛、山楂、川芎、甘草等。

制法：除牛黄、麝香外，余药均用植物油炸至焦黑，滤去药渣，再加入牛黄、麝香

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

粉，然后取油浓缩调成膏状。

用法：先清洗皮肤，头部皮损者剪去头发，然后将药均匀涂抹在病灶上，厚约 1～2mm，以不见皮损为度，再用无毒聚乙烯薄膜封包。每隔 5 天换药 1 次，2 个月为 1 个疗程。

疗效：治疗 703 例，痊愈 669 例，总有效率 99.7%。疗程平均 40 天。对 97 例患者随访 1～5 年，复发率 53.6%。

镇银膏针对银屑病血中有热，热盛血燥，以黄连、知母、白鲜皮、青黛、牛黄清热解毒凉血，以山楂、川芎、鲜花椒、麝香活血、祛风、止痒。不含铅、砷、汞等有毒成分。[59]

消银油

组成：蜈蚣 5 条，乌梢蛇、乌梅、石榴皮、红花、三棱、莪术、木香各 20g，紫草、黄柏、银花藤各 30g，菜油 500g。

制法：上药放入砂锅中，以菜油 500g 浸泡 2 小时，然后以文火煎熬，当药草熬至发黄微黑时，用纱布滤去药渣，取药汁贮于玻璃瓶中备用。

用法：每日于皮损处搽 1～2 次，然后用手摩擦 5～10 分钟，使局部微微发热为宜。1 个月为 1 个疗程。

疗效：治疗 65 例，临床痊愈 41 例(63.1%)，总有效率 90.8%。痊愈者平均治疗时间为 66.5 天，5 例于停药后 60～25 天复发，复发率为 12.2%。

银屑油具有祛风活血，清热敛阴之功效。其中乌梢蛇、蜈蚣搜风通络，红花、三棱、莪术、木香行气活血消瘀滞，乌梅、石榴皮敛阴生津止痒，配以紫草、黄柏、银花藤清热凉血。以菜油煎熬取汁，渗透力强，作用持久，患者用后有舒适感。[60]

2.4.1.2 新型中药外用制剂的研究 新型中药外用制剂利用现代制药技术，提取出中药有效成分，并采用现代化妆品生产工艺而配制。克服了传统中药外用制剂颜色重、气味大、污染衣物等缺点，是今后中药外用药研究发展的方向。

蛇酶液

组成及制法：腹蛇抗栓酶 0.25IU 溶于生理盐水 60ml 中。

用法：外涂于皮损局部，每日 3 次。

疗效及副作用：治疗寻常型银屑病 20 例，用药 30～60 天，基本治愈 10 例，无效 2 例，基本治愈时间平均 41 天。无不良反应。同时每一患者均选 2 处皮损外涂生理盐水作为对照，皮损无变化。[61]

银屑病浴液、霜剂

组成：浴液主要成分：生地榆 10g，川连 10g，黄芩 10g，黄柏 10g，蛇床子 10g，栀子 10g，槐花 30g，五倍子 15g，地肤子 30g，生地 30g，赤芍 30g，苦参 20g。霜剂除上述成分外，加紫草 30g，乳香 15g，没药 15g，杏仁 20g，明矾 10g。

制法：用现代医学的提取工艺和化妆品的生产工艺配制而成。

用法：先用清水清洗皮损，再用银屑病浴液轻轻擦在皮损部位，并揉擦 3～5 分钟，然后再用清水冲洗干净，擦干后再薄薄擦上一层银屑病霜剂，每日 2 次。

疗效：单纯外用药治疗 100 例，痊愈 26 例，总有效率 81%。大部分患者用药 2～7 天痒感明显减轻，鳞屑脱落；1～2 周后，基本不痒，皮损变薄，色变暗红，鳞屑减少；4～

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6周后，皮损明显消退。随访1年，复发率为23.7%。[62]

中药浴液、霜剂是传统的中医药与现代科学技术相结合的产物，既保持了较好疗效，又具有使用方便、清洁而不污染衣物的优点。这是今后中药外用药的发展方向。

2.4.2 填脐疗法

方药及制法：加味升麻葛根汤方：升麻9g，葛根30g，赤芍10g，生地30g，大枫子9g，丹参9g，甘草9g，水牛角粉9g，冰片6g。上药研末过120目筛，装瓶密封备用。

用法：平卧，将药粉填满充实脐眼，外贴肤疾宁膏胶布固定，每24小时更换1次，7次为1疗程。

疗效及副作用：杨恒裕治疗总结106例，皮损消退95%以上42例(39.62%)，总有效率92.44%。少数患者引起脐周接触性皮炎。以前曾用加味升麻葛根汤内服治疗银屑病162例，痊愈率47.53%，总有效率94.44%。

中药填脐疗法可以激发经络功能，泻其有余，补其不足，使阴阳平复，疾病消除。此法简单易行，为银屑病的治疗增添了新的方法。[63]

2.4.3 发疱疗法治疗冬季型白疕(银屑病)

药物组成：黄芪25g，防风、白术、丹参各20g，乌梅、大枣各75g，斑蝥20只。

制法：初伏前1周，将乌梅、大枣浸入陈酒中，酒量以浸没药物为度，每日搅拌1次。其余药物研末过80目筛，充分和匀，装瓶备用。

用法：夏季三伏天治疗。不论发病部位，统一选择两侧肺俞、心俞、足三里、血海及大椎等穴，取药面适量，用药酒调和，做成5分硬币大小的药饼，敷贴于上述穴位，外用胶布固定。胶布过敏者用肤疾宁贴膏敷贴，一般3小时后去掉药饼。如感觉局部疼痛或瘙痒，可提前去掉药饼(不得少于1小时)。24小时内敷贴部位出现红斑、水疱。水疱在1cm以上者，在其下部剪三角形小口，使疱液流出，外涂红汞，消毒纱布覆盖。初伏、中伏、大伏各治疗1次，第二年继续治疗。

疗效及副作用：张建如总结连续治疗两个夏三伏以上的38例，皮损消退90%以上5例(13.16%)，总有效率66.78%。部分患者贴药饼后全身或局部有反应，可速去药饼，肌注地塞米松5mg，口服赛庚啶2mg。

银屑病的发生和发作与气候有较密切关系。中医学很早就有冬病夏治疗法。本法在三伏天进行，应用黄芪、丹参、斑蝥等具有调节气血、祛风润燥的中药外敷，并通过穴位发疱作用，顺应病情缓解之势，祛邪扶正，使其气血和调，阴阳平秘，预防或减轻病情的复发。[64]

发疱疗法及冬病夏治是中医众多的传统疗法之一。治疗银屑病的疗效及机理尚待进一步研究。临床若发现患者治疗后皮损加重，应立即停止发疱，并及时采取措施，防止病情继续加重。

2.5 针灸穴位疗法的研究

中医认为人体是一个有机的整体。通过经络纵横网络，贯穿周身上下表里，使体内的脏器和体表密切联系在一起。针灸穴位疗法通过针刺、艾灸、刺络拔罐、穴位埋线等方法，刺激体表的俞穴和经络，以调整脏腑功能，改善神经——体液调节，促进气血运行，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

恢复阴阳平衡，从而使白疕患者病变的皮肤恢复正常。各地应用针灸穴位疗法治疗白疕有着丰富的经验，临床研究报导很多。这些疗法的主要特点是经济、有效、实用。

针刺穴位疗法治疗急性进行期白疕，可发生同形反应，使得此疗法的应用受到很大限制。对此，亦有人进行了研究，提出了解决方法。

2.5.1 针刺疗法

2.5.1.1 针刺以心俞为主的背俞穴 夏玉卿报道以心俞为主的背俞穴治愈 1 例泛发性牛皮癣(银屑病)。第一疗程取穴曲池、足三里、阳陵泉等皮肤病常用穴位，收益不大，仅周身瘙痒略减。第二疗程取穴以心俞为主，背俞穴轮翻配用，皮损由大变小，鳞屑由少到消失，全身皮肤迅速恢复常态，随访 2 年未复发。[65]

2.5.1.2 针刺神道、灵台穴 王秀玲等用针刺“神道”、“灵台”治疗牛皮癣 1000 例。

方法：选用不锈合金钢丝制成直径 1.0mm、长 6cm 之赤医针。患者取端坐姿势，两前臂交叉放于胸前，头下低，两肩下垂，使背部皮肤拉紧。穴位常规消毒，医者一手指固定进针点，一手持针针尖向下成 28°~30°，由神道穴快速进入皮下，针尖沿皮下平刺达灵台穴，进针 3~4.5cm 寸时，患者有局部或双臂沉、酸、麻、胀感为度。针体不捻转，留针 30~40 分钟。每周针刺 3 次，两个月为 1 个疗程。

疗效：治愈 600 例(60%)，总有效率 95%。大部分患者治疗 2~6 个月，在一个疗程后才取得疗效。

此二穴属督脉，分别位于第五、第六胸椎突下，为脊髓上段，感传带直接作用于心肺感应区，心主血，肺主气，气血周流，无节不达，调节内外，经络流通，以提高人体免疫机能，达到扶正祛邪的作用，这可能是治疗牛皮癣的机理。在治疗观察中还发现神道、灵台穴对神经性皮炎、湿疹、荨麻疹等皮肤疾病也都有较好疗效。[66]

2.5.1.3 按皮损部位取穴

郭再唐等总结报道了针刺疗法治疗牛皮癣(银屑病)60 例。

取穴：以足三里、曲池、合谷为主穴，根据皮损分布部位不同而选穴。头面部多选合谷；臀部、阴部、躯干有皮损加三阴交；下肢皮损配阳陵泉。

方法：一般多采用强刺激。隔日或隔两日 1 次。

疗效：痊愈 6 例(10%)，总有效率 60%。[67]

廖继发用针刺按皮指部位取穴，治疗银屑病 41 例。

取穴：皮损在上肢及头面部取穴：曲池、支沟、风池、合谷，配穴：血海、三阴交。面部多者加迎香、素髎。在下肢取穴：血海、三阴交、足三里，配穴：支沟、曲池。在全身取穴：大椎、曲池、合谷、血海、三阴交。

方法：针刺得气后，均用强刺激，留针半小时，留针期间加强刺激捻转 2~3 次。每日针刺 1 次，10 次为 1 疗程，体息 10 天再继续治疗。

疗效：41 例中治愈 25 例，无效者为 0，治愈者平均治疗 22 天。随访 1 年仅 2 例复发。[68]

2.5.1.4 针刺治疗出现同形反应的处理方法 银屑病进行期皮肤敏感性高，如皮肤受外伤，或在正常皮肤上注射、针刺、手术，常可于该处引发银屑病新皮损，这种现象称“同形反应”。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

王选章等认为：同形反应属病进之征，是内热发越于外的表现。根据“诸痛痒疮皆属于心”的病机，治疗必以泻热为主。用针刺破皮肤，得气后，气至穴下，热积针孔，所以必发皮疹。因此银屑病进行期患者不宜针刺。先用点穴辨证治疗，后用拍打补虚润燥。

方法：先点穴以调虚实，后拍打使局部疼痛充血，血至即可养皮润燥。拍打部位为皮损处，上背部、臀部、四肢可重拍，胸腰段不可重拍，四肢内侧较外侧要轻，头部要轻，面部、外生殖器不拍。拍打强度以患者感觉疼痛能忍耐为度，拍打要有节律，两轻一重，或三轻一重，拍打至病损皮肤由白转红即可。可用手拍，也可用特制拍子拍。

疗效：有效率90%以上。[69]

2.5.2 刺络拔罐疗法

2.5.2.1 点刺拔罐 哈尔滨医科大学第一医院皮肤科教研组应用针罐治疗观察银屑病320例。

取穴：主穴：大椎、身柱、灵台。配穴：肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞等。主穴必取，配穴根据患者体质强弱和病情取数穴。

方法：患者一般坐位，选穴后，用三棱针点刺3下，间距1～1.5cm，深度0.4～0.6cm，呈三角形，随即扣上火罐。每次4～6罐，留罐20分钟，隔日1次。

疗效：痊愈92例(28.8%)，总有效率80.3%。进行期疗效较静止期为佳。在治疗过程中17.8%患者有反复，有的原损害加重，有的出现新损害以针罐处最多，凡坚持治疗者多数有效。

针罐疗法对穴位进行针刺和拔罐为一种温和的良性刺激。采取本疗法的患者，睡眠良好，食欲增加，全身轻快有力。可能是通过经络和神经系统的反射作用，促进了组织新陈代谢，调节机体功能，增加免疫力，促进银屑病损害消退，达到治疗目的。[70]

2.5.2.2 刺络拔罐加电针疗法

刺络拔罐：取穴大椎、陶道、双侧肝俞、脾俞。用三棱针点刺后，在其穴位上拔罐，留罐5～10分钟，每穴约出血0.3～0.5ml。

电针：取穴胸5、6及腰1、2夹脊穴，配曲池、三阴交针刺，得气后，连接DG-1型电针治疗仪，疏密波，强度以患者能耐受为宜，通电20分钟，隔日1次，15次为1个疗程。疗程间休息1周。

疗效：赵福蕴等以此法治疗银屑病600例，痊愈370例(61.7%)，有效率100%。需治疗2～4个疗程或更长一些时间。随访95例，复发率20%。[71]梁华梓以类似方法治疗158例，经3～5个疗程，痊愈80例(50.63%)，总有效率90.51%。[72]

2.5.3 穴位埋线法

隋宝俭等用此疗法治疗579例，痊愈及基本痊愈340例(58.72%)，总有效率95.1%。进行期疗效优于静止期，显著疗效出现在第3次埋线后。随访10年，复发率为68%。[73]郭治国等治疗300例，痊愈及基本痊愈58%，总有效率95.7%。最大治疗效果出现在第2～3次埋线后。[74]

周民等用穴位埋线治疗银屑病200例，选穴如下，主穴：双侧曲池、血海、足三里。配穴：大椎、肺俞、三阴交等。每次选4～6穴。一般30～40天埋线1次，3次为1个疗程，1～2个疗程观察疗效。结果：痊愈170例(85%)，总有效率100%。[75]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.5.4 耳尖针疗法

方法：先将耳尖部点刺出血，再从耳尖部沿皮下进针至耳根部(进针 1.5～2.5cm)，然后反复捻转 20～30 分钟，每日 1 次，以后可改为隔日 1 次，直至痊愈。

周择良等用此法治疗牛皮癣(银屑病)50 例，痊愈 32 例，无效 2 例。[76]

2.5.5 火针疗法

取穴：华佗夹脊穴、委中、曲池。

方法：选用直径为 0.5mm 的不锈钢针，针前常规消毒，用紫药水做穴位标记，用酒精灯将针烧通红后刺入穴位约 1mm 深，迅即出针。10 天针 1 次，第 1 次针时先针 6 穴，10 天后未出现同形反应者，再针全部穴位。

疗效：静止期疗效优于进行期。李永海用火针疗法加内服中药银屑丸，外用银屑液治疗静止期银屑病 28 例，痊愈 15 例，未愈 2 例。与单纯用中药组比较有非常显著性差异。[77]

2.5.6 梅花针加药 熏灸疗法

药艾条处方及制法：干五月艾叶适量 硫黄粉 3g 白芷、木香、独活各 10g 冰片末 1g。将上药研细末与艾绒混匀，卷成拇指大，长 15cm 的艾条备用。

治疗方法：用温肥皂水将患者鳞屑尽量洗去，抹干，用 75%酒精消毒，用梅花针轻轻扣打患处，见有细小点状出血即可。点燃药艾条，患处朝下熏灸(药艾烟尽量熏到患处)约 15～20 分钟，然后将药艾灰涂抹患处即可。每天晚上洗澡后 1 次，7 天 1 疗程，一般 2～3 个疗程即愈。

疗效：宋福荣治疗银屑病 6 例，获效满意，均未见有复发者。[78]

2.6 中药光化学疗法的研究

光化学疗法即患者在接受可见光或紫外线照射的同时，内服或外用光敏药物，通过光化学反应而起到治疗作用的一种疗法。目前在皮肤科最常用的光化学疗法是 PUVA 即补骨脂素加长波紫外线照射，主要用于治疗银屑病(白疕)，以及蕈样肉芽肿等。PUVA 的作用机理：补骨脂素是一种强的光敏物质，在吸收长波紫外线的光能后，可与表皮细胞的 DNA 的胸腺嘧啶基发生光化学反应，形成新的光化合物，从而使细胞的 DNA 合成受到抑制，核分裂活动减少，表皮细胞的更新周期减慢。而银屑病的病理基础恰恰是表皮过快增生。PUVA的远期副作用可能有皮肤癌发生率增高，白内障，以及皮肤过早老化等。

我国中西医结合医务工作者研究用中药加长波紫外线(黑光)治疗银屑病(白疕)，以期提高疗效，减少副作用。经动物实验证明，中药补骨脂、白芷、苍术、虎杖、茜草根、决明子、沙参、麦冬、独活等均有强烈的光敏作用，药理分析表明其中含有补骨脂素或蒽醌类光敏活性物质。[79]

2.6.1 中药混合异构补骨脂素内服加黑光疗法

张永圣等用中药补骨脂提取的混合异构补骨脂内服加黑光照射治疗银屑病。

治疗方法：口服混合异构补骨脂素 30～50mg (0.5mg/kg)，2 小时后照黑光，每部位 30 分钟，每日 1 次。按常规于服药前测光毒反应最小红斑量，每次治疗根据皮肤反应适当调整时间，对个别浸润增厚皮损，加涂外用液(补骨脂素 50mg 溶于 75%酒精 100ml)后照光。

疗效：近期疗效较好，治愈率高。治疗 200 例，痊愈 185 例(92.5%)，仅 1 例斑块状

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者无效。临床痊愈1年半以上的62例，复发49例(79%)，但皮损较轻，为原皮损的1/5～1/3。副作用有头昏、恶心、皮疹，较8-甲氧补骨脂的副作用少。[80]

2.6.2 中药白芷加黑光疗法

重庆市银屑病防治研究协作组鉴于8-甲氧补骨脂素药源供应不足，不能广泛使用的现实情况，对19种中草药进行了动物外用光毒性试验，发现白芷反应最强，因此试用口服白芷制剂加黑光照射治疗银屑病，共159例，痊愈75例(47.2%)，皮疹消退90%以上35例(22%)，总有效率94.4%。副作用较小，部分患者有头晕、恶心、上腹不适，一般不影响继续治疗。

白芷药源丰富，成本低，加黑光治疗银屑病近期疗效显著，副作用较小，为光化学疗法治疗银屑病提供了一个新的药源。[81]

2.6.3 中药独活加长波紫外线疗法

李凤仪等试用中药牛尾独活总香豆素加长波紫外线照射治疗寻常型银屑病。

治疗方法：牛尾独活片剂每片30mg(相当生药3.75g)，每次服3～6mg/kg，于照射前1.5～2小时饭后服用。部分患者于照射前30分钟在皮损局部外用1%牛尾独活软膏、0.5%牛尾独活酊剂。光源采用立式黑光治疗仪，内装普通UVA灯管或反射层UVA灯管。照距为15～20cm，开始每次照射15～20分钟，3～5次后如无不良反应，可增至30～40分钟。

疗效及副作用：治疗92例，痊愈或皮损消退90%以上61例(66.3%)，总有效率93.5%。平均治疗34.1次。副作用主要为消化道反应以及头昏、心悸、皮肤瘙痒红斑等。远期疗效：随访治愈的58例1～4年，复发率为89.7%，接受巩固治疗的32例，复发31例。远期副作用：有2例患者发生老年性白内障。

从牛尾独活根中分离出三种呋喃香豆素结晶，均为光敏活性物质。其光敏活性总香豆素高于抗白芷3～4倍，加UVA照射后可发生光毒反应。其治疗作用机理可能是通过抑制细胞内DNA合成，而抑制银屑病表皮细胞的分裂与增殖，使皮损消退。[82,83]

光化学疗法虽然有较好的近期疗效，但只是治标即抑制表皮细胞的过快增殖，而不是治本即不能消除引起表皮细胞过快增殖的内在因素，因而疗效巩固时间较短，复发率高，即使治愈后继续巩固治疗也不能防止复发，并有远期副作用，因而不宜作为治疗银屑病的首选疗法。

2.7 临床研究获奖成果

2.7.1 克银方治疗银屑病的研究

由中医研究院广安门医院完成。获1983年度卫生部科学技术进步甲级奖。

中医研究院广安门医院1972年开展银屑病的治疗研究。1980年总结出用克银一方及克银二方内服治疗本病血热风燥型和血虚风燥型共108例，痊愈率65.7%，总有效率为94.4%，对其中94例随访2～5年，复发率和轻度复发率为5.4%和11.6%。为便于推广使用，1981年又经筛选并精简用药，加重主药剂量，制定出克银三方和四方，共治疗有典型皮损、多数为全身性分布的寻常型银屑病236例，均系曾用过多种药物疗效不显或愈后复发的门诊病例。血热风燥型用克银三方，含土茯苓、草河车、白鲜皮各30g，北豆根10g；血虚风燥型用克银四方，含生地、元参、丹参各30g，麻仁、北豆根、苦参各10g。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

均不配合外用药及其他疗法。结果痊愈率为 67.8%，总有效率为 94%，两型分别平均治疗 7 周和 10 周，对 81 例痊愈病例随访 13～21 个月，复发率 13.6%，轻度复发率 9.8%。电镜观察发现，克银三方有抑制细胞活性和抑制膜蛋白合成的增多作用，细胞表面外壳的糖蛋白可能得到恢复，使表皮细胞裂隙联接数量减少，有利于控制细胞生长和分化。

2.7.2 银屑汤治疗银屑病的临床观察研究

由大连市第三人民医院周鸣岐等完成。获 1990 年度国家中医药管理局中医药科技进步三等奖。

中医认为银屑病系外感风邪，结聚肌肤，郁而化热；兼素体血热蕴毒、燔灼营血；久则阴虚血燥，肌肤失养，内因外患，搏结肌肤，不得宣泄，而成银屑顽疾。分为风盛血热和风热血燥两证，风盛血热型以银屑汤Ⅰ号论治，方剂由白鲜皮、白茅根、金银花、生地、丹参、防风等组成。具有凉血解毒，活血祛风之功。风热血燥型以银屑汤Ⅱ号论治，方剂由当归、生地、熟地、威灵仙、鸡血藤、刺蒺藜等药物组成，具有养血润燥、活血疏风之功。通过临床运用银屑汤Ⅰ号、Ⅱ号治疗银屑病 1113 例，痊愈 637 例，占 57.23%，总有效率 97.48%。还进行了部分银屑病病理改变的光镜和扫描电镜研究，从细胞水平和亚细胞水平证明了银屑汤治疗银屑病有很好的疗效。

3 实 验 研 究

中医药治疗白疕(银屑病)的优势——疗效较高，副作用小，远期疗效较好等，越来越引起人们的重视。为探讨中医药治疗白疕的作用机理，医疗科研工作者开展了多方面的实验研究。

3.1 中医辨证分型的实验研究

林美蒲等将 60 例银屑病(白疕)患者辨证分为血热、血燥、血瘀三型，分别对其血液流变学、免疫学、白细胞、血沉等进行了实验检查。结果：血液流变学中血球压积、全血粘度、血浆粘度各型无显著差异，红细胞电泳时间各型均数间有显著差异(血燥型最长,其次为血瘀、血热型)，与正常值比较各型时间均延长。免疫球蛋白、白细胞总数及分类、血沉各型均数间无显著差异。[85]以上研究说明寻常型银屑病中医辨证分型各型间，上述实验检测无规律性变化。

刘华昌等测定了银屑病辨证分型与红细胞 4 项指标的关系。分为血热、血燥、血瘀三型，并设对照组。结果：平均红细胞体积(MCV)值各型均明显高于对照组，而各型间无显著性差别。平均红细胞血红蛋白量(MCH)血瘀型与对照组有显著性差异。平均红细胞血红蛋白浓度(MCHC)各型明显低于对照组，以血瘀型最低，其次为血燥、血热型。红细胞体积分布宽度(RDW)，血热型明显大于血瘀型及对照组。

银屑病血热、血燥、血瘀三型之间存在着内在联系，血热伤阴导致血燥，阴伤血燥则血液粘稠导致血瘀。近年来认为红细胞的变形性与中医的血瘀证有关。以上检测结果表明：患者平均红细胞体积明显增大，说明红细胞的几何形状存在异常。细胞内血红蛋白浓度明显异常，也会引起红细胞形态改变，进而影响红细胞的变形性。三型之间平均红细胞血红蛋白浓度有规律的低下，血瘀型较血燥型明显，血燥型又较血热型明显，这与三型之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

间的内在联系是相符的。[86]

3.2 中医药对患者免疫功能的影响

近年来许多研究证实银屑病患者存在多种免疫学方面的紊乱，如细胞免疫功能低下，循环T淋巴细胞缺陷，45%患者血清中存在抗免疫球蛋白G抗体，可检出抗角质层自身抗体，皮损中血管壁及真皮表皮交界处有补体C3及免疫球蛋白沉积等。中医药治疗银屑病在取得临床疗效的同时，患者的免疫指标也有所改善。

3.2.1 黄芪制剂

刘铭锐认为，银屑病是一种慢性疾病，多有气血损耗，故试用黄芪制剂治疗观察寻常型银屑病并测定免疫指标。发现黄芪制剂治疗银屑病有良好疗效，并有增强患者细胞免疫和体液免疫的作用。检测结果：(1)细胞免疫方面：植物血凝素(PHA)皮内试验：测定19例，治疗前后反应不变10例，增强5例，减弱4例。旧结核菌素(OT)皮内试验：测定18例，治疗前后反应不变12例，增强6例。活性玫瑰花结试验(EaRFT)：测定5例，治疗后反应增强4例，减弱1例。总玫瑰花结试验(EuRFT)：测定6例，治疗后反应增强5例，减弱1例。(2)体液免疫方面：均测定19例，治疗后免疫球蛋白G(IgG)增强8例，减弱11例；免疫球蛋白A(IgA)增强13例，减弱6例；免疫球蛋白M(IgM)增强12例，减弱7例。[87]

3.2.2 地黄丸类方药

安家丰等观察六味地黄丸类方药加凉血活血汤治疗银屑病的疗效(见前)，并于治疗前后测定患者的免疫指标，包括免疫球蛋白、补体、免疫复合物、循环T淋巴细胞总数、T辅助细胞、T抑制细胞。结果：共106例，治疗前一项以上免疫指标异常者达97.2%，两项以上异常者达55.7%。说明银屑病患者确有免疫功能紊乱。治疗后患者免疫指标改善率明显优于未用地黄丸类方药的对照组，有极显著差异。说明地黄丸类方药具有免疫调节作用而提高治疗银屑病的疗效。[50]

3.2.3 黄芩甙

有研究表明银屑病患者血清及皮肤中白三烯B_4值升高，黄芩甙元可选择性抑制血小板中的脂氧合酶从而减少白三烯B_4形成。据此，郑茂荣等试用黄芩甙治疗银屑病取得较好疗效。为进一步探讨其作用机理，进行了黄芩甙对银屑病中性粒细胞(PMN)与白三烯B_4(LTB_4)材料趋化反应的试验观察。结果说明：银屑病中性粒细胞在加黄芩甙的情况下，其对白三烯B_4的趋化反应低于不加黄芩甙的对照2组。证实黄芩甙有降低银屑病中性粒细胞对白三烯B_4的趋化反应作用。面黄芩甙对正常人中性粒细胞对白三烯B_4的趋化反应影响不大。由此可以认为，黄芩甙对银屑病的疗效，除可能是通过减少银屑病白三烯B_4合成外，还可能是通过减少银屑病中性粒细胞对白三烯B_4的趋化性达到的。[88]

3.3 中医药对微循环和血液液变学的影响

实验研究表明银屑病患者有明显的微循环障碍和血液流变学变化，其异常程度与银屑病的病情有关。微循环障碍表现为甲皱毛细血管弯曲变形，血管壁通透性增加，有渗出和出血，血流呈粒状，速度缓慢，管襻顶部可有瘀血。血液流变学变化为全血粘度、血浆粘

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

度和纤维蛋白原含量增加。

叶建州等以消银解毒汤为基础方随证加减治疗银屑病，总有效率87.5%，基本痊愈率37.5%。同时治疗前后检测血液流变学指标。结果：治疗后全血表观粘度及细胞压积均较治疗前降低，其中在中切变率及低切变率下，全血表观粘度差别有显著意义。说明本治法能降低红细胞聚积性，降低血流阻力，从而改善血液粘稠度，促进血液循环。[89]

青龙肠溶胶丸主要成分为东北腹蛇毒和眼镜蛇毒。治疗寻常型银屑病总有效率88.46%。王刚等观察了42例患者治疗前后甲皱微循环的变化。治疗前甲皱微循环检查均有轻度或中度异常。治疗后甲皱微循环的清晰度由模糊变为清晰者38例，管袢形态由异常变为正常者12例，红细胞聚集由有变无者33例，袢顶瘀血消失者17例。观察了36例患者治疗前后血液流变学改变。治疗后血沉、红细胞压积、全血比粘度、全血还原粘度、纤维蛋白原均较治疗前降低，差异有显著性或非常显著性意义。说明了青龙丸治疗银屑病的作用机理之一为降低血液粘度，改善微循环。[52]

冯泽海等实验观察了复方青黛胶囊对大鼠血液流变学参数的影响。实验结果表明：复方青黛胶囊能够明显降低血液粘度，减慢血沉，改善红细胞变形能力，降低红细胞聚集性，抑制体内血栓形成，从而起到活血化瘀作用。血瘀是银屑病重要的病因病机之一，本实验为临床治疗提供了理论依据。[90]

李炎夏等应用黄芪注射液治疗银屑病，痊愈率84%，总有效率96%。治疗前后观察甲襞微循环。结果：有46.1%患者聚集红细胞完全解聚，血液流速加快，微血管畸形改变，其中76.6%畸形消失，18.6%畸形减轻。与维胺脂胶囊对照组差异有非常性意义。提示黄芪有助于微循环的改善，促进皮损修复和功能恢复。[91]

3.4 中医药对表皮细胞增生的影响

3.4.1 应用实验动物模型研究中草药内用治疗白疕(银屑病)的作用机理

银屑病表皮的病理生理主要特点为增生过快和角化不全两方面。雌激素周期的小鼠阴道上皮增生活跃，有丝分裂增多，细胞转换加快，模拟了银屑病表皮增生过快的特点。鼠尾鳞片表皮的角化缺少颗粒层形成的过程，模拟了银屑病表皮角化不全的特点。

药物如能抑制小鼠阴道上皮的有丝分裂，说明其亦可能抑制银屑病表皮的增生，因此可能具有治疗作用。但是对细胞有丝分裂的抑制，也可能成为对细胞的毒性作用，因而也可能说明药物的毒性作用。药物如能促进鼠尾鳞片表皮生成颗粒层，说明其可胞改变表皮的角化过程，从角化不全恢复到正常角化，因此可能对银屑病具有治疗作用，而与毒性作用无关。将小鼠阴道和鼠尾鳞片两种实验动物模型结合起来应用，可以在一定程度上说明药物对银屑病的治疗作用、作用机理和毒性反应。可以作为研究治疗银屑病中草药的一种方法。

实验方法：①小鼠阴道模型实验：选择雌性小鼠，先于腹腔注射己烯雌酚，每次0.2mg，每日1次，连续注射3天，使小鼠处于雌激素期。第4天起腹腔注射观察药物，每日1次，连续3天。为了避免细胞有丝分裂的日夜节律对数据的影响，最后1次药物注射统一规定在上午8时，上午9时腹腔注射秋水仙碱2mg/kg，秋水仙碱使纺锤体无法形成，使有丝分裂停止于M期的中期而便于计数。下午2时杀死小鼠，取阴道标本以10%

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

福尔马林固定，石蜡包埋，HE 染色，做成组织病理切片。在光学显微镜下观察，先确定其为雌激素期阴道上皮，然后观察有丝分裂，计数 300 个基底细胞的有丝分裂数，折算出每 100 个基底细胞的有丝分裂数，称为有丝分裂指数。将实验组和对照组的有丝分裂指数作分析比较，进行统计学处理，得出结论。②鼠尾鳞片模型实验：小鼠性别不限。按规定剂量给小鼠腹腔注射实验药物，隔日 1 次，连续 8 次。然后杀死小鼠，取鼠尾距尾根约 2cm 处背面皮肤一条，用 10%福尔马林固定，HE 染色，做成组织病理切片。在光学显微镜下对每个标本逐个观察鳞片的表皮有无颗粒层形成。凡是一个鳞片有连续成行的颗粒层细胞者，称为有颗粒层的鳞片。计数每 100 个鳞片中有颗粒层的鳞片数，将实验组与对照组进行分析比较，并作统计学处理，得出结论。

黄畋等应用实验动物模型观察了喜树碱、苦参素、肿节风浸膏腹腔注射对银屑病表皮增生过快、表皮角化不全的影响。从实验结果看，喜树碱、苦参素、肿节风浸膏都有显著的抑制细胞分裂的作用，其中喜树碱的抑制作用最强，苦参素次之，肿节风浸膏最弱。因此，喜树碱可能对银屑病表皮的增生有较强的抑制作用，但亦有可能有较大的毒性。从这些药物对鼠尾鳞片的颗粒层形成作用来看，喜树碱和肿节风仅有可疑的作用，而苦参素则无颗粒层形成作用。[92]

王槐三等在临床应用熟地黄治疗银屑病的同时，还进行了动物实验研究。采用小鼠阴道模型实验，以蒸溜水为对照。结果：熟地黄组小鼠阴道上皮有丝分裂指数为 6.80%，对照组为 8.24%，两组差异有显著意义。说明熟地黄有明显抑制上皮细胞增生的作用，其治疗银屑病的机理与此有关。[49]

三尖杉酯碱具有抑制肿瘤细胞和诱导肿瘤细胞分化的双重特性，临床试用于治疗银屑病，获得较好疗效。李晶等观察了三尖杉酯碱对小鼠阴道上皮细胞有丝分裂的抑制作用。小鼠阴道模型实验方法同上。结果：三尖杉酯碱具有显著地抑制细胞有丝分裂的作用，这种作用随药物浓度的提高而增强。已知 AgNORs 染色阳性颗粒数可以反应细胞的增殖活性。李晶等对三尖杉酯碱作用后的小鼠阴道上皮进行 AgNORs 染色，结果三尖杉酯碱能显著减少小鼠阴道上皮细胞内 AgNORs 阳性颗粒数，说明该药具有显著抑制上皮细胞增殖的作用，而且这种作用随着药物浓度的提高而增强。[93]

3.4.2 中草药外用对白疕(银屑病)实验动物模型的作用

正常健康小鼠尾部鳞片的表皮没有颗粒层，其角质层厚而硬，从组织学所见来看，鼠尾鳞片的表皮与人类银屑病表皮相类似。

林熙然等观察喜树酊外用对鼠尾鳞片表皮颗粒层形成的影响并设基质对照组。方法：每日涂药 2 次，20 天后取鼠尾距根部 1.5cm 的背面皮肤一长条，制成组织切片，HE 染色，在光学显微镜下观察，凡鳞片表皮有连续成行的颗粒层细胞者为有颗粒细胞形成之鳞片。结果：喜树酊组每 100 个鼠尾鳞片中有颗粒细胞形成的鳞片数，非常显著地多于基质对照组。在临床观察中喜树酊外用对银屑病有较好的近期疗效，本动物实验亦证实喜树酊可使类似银屑病的鼠尾鳞片表皮出现颗粒层，即出现类似人类表皮的正常角化过程。[57]

伊和姿等应用同一实验研究中草药外用对银屑病的治疗作用，选择白花蛇舌草、龙葵、雷公藤、狼毒、土大黄、蜂胶。除蜂胶制成酊剂外，其他药物均制成霜剂，并以单纯霜剂作为对照。每天于鼠尾涂药 1 次，共 18 天。结果：中草药外用可促使鼠尾鳞片出现颗粒层、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其中土大黄组、龙葵组与对照组比较有非常显著差别，蜂胶组、白花蛇舌草组、狼毒组、雷公藤组与对照组比较有显著差别。证实了这些中草药外用治疗银屑病均有一定作用。[94]

李晶等通过观察三尖杉酯碱对鼠尾鳞片表皮的颗粒层形成作用，探讨三尖杉酯碱治疗银屑病的机理。方法：采用不同浓度的药物溶液涂搽鼠尾，每日 2 次，21 天后取鼠尾表皮做成组织切片观察。实验结果表明，三尖杉酯碱具有显著的诱导鼠尾鳞片颗粒层形成的作用，以 0.005% 浓度的三尖杉酯碱诱导颗粒层形成作用最强，若药物浓度过高（>0.025%），这种诱导作用反而消失。[93]

3.4.3 中草药对环磷酸腺苷的影响

环磷酸腺苷(cAMP)是调节细胞分裂的一个重要环节，表皮中 cAMP 浓度与细胞分裂速度呈反比，cAMP 可加强肾上腺素和表皮抑素对细胞有丝分裂的抑制作用。银屑病患者 cAMP 含量降低，环磷酸鸟苷(cGMP)含量升高，cAMP/cGMP 比值降低。

骆丹等测定了银屑病患者口服青黛丸前后血中 cAMP、cGMP 含量及比值变化。取静脉血，用放射免疫法测定。结果：青黛丸组治疗后 cAMP 水平明显升高，但 cGMP 无明显降低。临床上应用青黛丸治疗银屑病，所需疗程较长，疗效显著者少于好转者例数，这可能与 cGMP 值难以降至正常有关。[95]

王梦祥等用青黛的有效成分靛玉红口服治疗银屑病。治疗前后作了病变部位表皮内 cAMP 和 cGMP 测定。结果治疗前 cAMP/cGMP 比率为 4.03（正常 11.63）明显低于正常，治疗后治愈区表皮细胞 cGMP 明显降低，cAMP/cGMP 比率为 9.0，明显恢复，但尚未正常。[96]

林熙然用靛玉红的结构类似物异靛甲治疗银屑病，并在治疗前后测定 cAMP/cGMP，取得与上述类似的结果。林氏认为：cAMP、cGMP 是人体内普遍存在的一对作用相反的调节因子，符合中医“阴”、“阳”的概念。cAMP 抑制表皮增殖，cGMP 则具相反的作用。故就“阴”、“阳”的一般属性(抑制、兴奋)而论，cAMP 应属“阴”，而 cGMP 则属“阳”。银屑病患者两者比值显著低于正常人，符合中医“阳盛则热”的理论。青黛及靛玉红、异靛甲清热凉血治疗银屑病，可能与纠正患者 cAMP/cGMP 比值异常有关，使患者阴阳恢复正常的平衡。[34]

但实际检测表明，治疗后虽银屑病皮损消退，但 cGMP 及 cAMP/cGMP 比值均未恢复正常，说明患者的阴阳尚未完全恢复平衡，这就可以解释为什么银屑病患者临床治愈后易于复发。以此启发我们预防银屑病复发，应在皮损完全消退后继续调理治疗，使患者体内阴阳完全恢复平衡。

3.4.4 中草药对角朊细胞增殖分化的影响

路又璐等为了探讨中药治疗银屑病的作用机理，选择了 17 味临床治疗银屑病常用的中药，分别制成提取液，观察它们对体外培养的人表皮细胞增殖的影响。镜下观察发现，培养液中加入中药提取液后，细胞逐渐出现不同程度的形态收缩、生长停滞、分布稀疏现象，提示中药提取液含有抑制表皮细胞生长和增殖的化学成分。而氨甲蝶呤(MTX)处理的细胞出现较多裂解现象，有些细胞破碎成碎片，形成灶性区域，提示 MTX 对表皮细胞有细胞毒作用。MTX 为治疗银屑病的西药，毒副作用大，而本实验选用的中药一般无毒副作用。实验结果：生地、当归、川芎和赤芍有极显著的抑制表皮细胞增殖效应；白花蛇舌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

草、丹皮、莪术和红花抑制作用也很突出；丹皮和赤芍在不同浓度下显示双向调节表皮细胞增殖作用。[97]

3.4.5 中药对角朊细胞中原 基因表达的影响

最新研究资料表明与细胞凋亡有密切关系的原癌基因(c-myc)是调控细胞增殖的主要基因。它与银屑病的病理改变密切相关。高水平的 c-myc 引起细胞增殖和分化不良，低水平的 c-myc 可诱导细胞的终末分化和增生抑制。

冯捷等对 30 例寻常型银屑病患者用复方青黛胶囊治疗，分别在治疗前和临床治愈后应用免疫组化法测定银屑病皮损中 c-myc 的表达水平，并设正常对照组。结果：治疗前皮损处 c-myc 水平明显升高，经用复方青黛丸达到临床治愈，原皮损消失恢复正常的皮肤，再测 c-myc 在角朊细胞中的表达水平则明显下降，与正常组相比无显著性差异，与治疗前相比有显著性差异。说明银屑病角朊细胞中 c-myc 的水平与病变严重程度呈正相关。复方青黛丸有明显的降低角朊细胞中 c-myc 表达水平的功能，可能是因此而产生治疗效果。[98]

3.5 中医药对表皮超微结构的影响

表皮的超微结构即在电子显微镜下观察到的表皮细胞内、细胞表面和细胞间的微细变化。

3.5.1 克银方

邹铭西等应用电子显微镜对 9 例患者用克银方治疗前后的表皮超微结构变化进行了观察。

所有病例的表皮棘细胞在治疗前表现为：细胞核明显增大；核仁明显增大；核仁明显地出现核仁丝网，并伴有多个纤维中心；染色质小团块常见；可见到核体。而治愈后所有病例的棘细胞与治疗前相比有显著变化，表现为：细胞核明显缩小；核仁明显缩小；核仁丝网以及多个纤维中心消失；染色质小团块大多不见；核体也很少见。治疗后表皮棘细胞恢复成正常的角朊细胞。在核膜及染色质方面，中药治疗前后并未观察到有意义的变化。

克银方治疗银屑病前后，表皮棘细胞的超微结构有如此明显的变化，说明什么问题呢？众所周知，细胞核特别是核仁是一种高度的动态结构，细胞核与核仁的变化，与细胞的活性和蛋白质的合成有密切关系。细胞核与核仁小则蛋白质合成少，反之，则蛋白质合成多。银屑病表皮棘细胞核及核仁的增大，反应了细胞的活性及蛋白质合成增多，核糖体需要量增加。经克银方治疗后，细胞核及核仁有意义的缩小，可能是抑制了细胞的活性，抑制了蛋白质合成的增多。

核仁是细胞合成核糖体核糖核酸(rRNA)的场所，核仁内新合成的 rRNA (可能是核仁的纤维物质)与蛋白质结合，通过转输形成核糖体前驱物质(核仁的颗粒部分)。而银屑病棘细胞核仁的显著增大、核仁丝网以及多个纤维中心的出现，可能与不全角化有关，也很可能由于 rRNA 与蛋白质的异常所致，或与核糖体前驱物质的转输有关。经克银方治疗后，由不全角化变成正常角化，很可能使 rRNA 与蛋白质合成及核糖体前驱物质的转输恢复正常。[99]

庄国康等应用扫描电子显微镜对克银方治疗前后患者表皮角质细胞表面超微结构变化进行观察。结果治疗前银屑病患者角质细胞内面上微绒毛较正常人有非常显著性增加，而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

日皮损处与非皮损处相比，无显著性差异。治疗后微绒毛数量非常显著性地减少。银屑病出现密集的微绒毛可能是由于表皮细胞增殖加快，角质层细胞粘着性减少引起的一种代偿性机制。经克银方治疗后，可能表皮细胞分裂受到抑制，因而角质细胞上代偿性微绒毛明显减少。观察微绒毛数目变化可作为判断临床疗效的指标之一。同时还观察到，克银方治疗后，微绒毛形态从带蒂蘑菇状变为短小棒状；角质细胞的排列由紊乱变为整齐，细胞间隙变狭。[100]

3.5.2 银屑福星

银屑福星是一种专治银屑病的中药片剂，主要成分有黄柏、郁金、香附、土鳖虫、木别子仁、马前子、桃仁、红花等19种。经治疗100例寻常型银屑病疗效达90%。冯捷等治疗前后用扫描电镜观察角质细胞形态和排列变化。结果发现：治疗前角质细胞排列紊乱，细胞间隙变宽，细胞出现增厚、皱折及碎裂，提示角质细胞发育不良且不成熟，细胞粘着性降低。治疗前患者角质细胞表面可见到圆形或椭圆形陷窝，角质细胞内表面被密集微绒毛覆盖。这是表皮细胞增殖加快、角质细胞粘着性降低所产生的代偿性机制。经“银屑福星”治愈后，原皮损处皮疹消退，角质细胞排列整齐而规则，细胞间隙变小，其表面的陷窝和近体的微绒毛绝大部分或完全消失。提示“银屑福星”有恢复细胞表面膜糖蛋白的作用。因为该糖蛋白有利于控制细胞增殖密度和表皮的生长分化。[101]

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 白疕定义、沿革

白疕的“疕”字，早在公元前14世纪殷墟甲骨文中就有记载。《周礼·大宫·医师》云：“凡邦之有疾病者，疕疡者，造焉。”郑玄注：“疕，头疡，亦谓之秃也。”说明当时“疕”是指头部的皮肤疾患。我国现存最早的医方《五十二病方》中有身疕的记载。身疕即身体上的皮肤疾患。可见古代“疕”泛指一般皮肤病。

白疕一词最早见于明代王肯堂《证治准绳》，是作为蛇虱病的一个症状出现。《证治准绳·疡医·诸肿》曰：“遍身起风疹疥丹之状，其色白，不痛，但痒，搔抓之，起白疕，名曰蛇虱。”这里所说的起白疕即起白皮，说明当时“疕”字通“皮”。

至清代，白疕才成为疾病的名称。祁坤《外科大成·白疕》记载：“白疕，肤如疹疥，色白而痒，搔起白疕，俗呼蛇風。”首先明确提出白疕这一病名，并描述了其皮肤症状。吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀·白疕》中所论述的与《外科大成》基本相同。“此症俗名蛇虱。生于皮肤，形如疹疥，色白而痒，搔起白皮”。许克昌《外科证治全书·发无定处证》中对白疕的症状，特别是慢性期表现有更详细的描述，“白疕(一名疕风)皮肤燥痒，起如疹疥而色白，搔之屑起，渐至肢体，枯燥坼裂，血出痛楚，十指间皮厚而莫能瘙痒。”以上这些论述说明了白疕的主要症状是皮肤起疹，色白，瘙痒，搔抓后起白色的皮屑，皮损干燥，日久干裂出血，与西医银屑病的皮损特点相当。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 历代中医文献中其他类似于白疕的病名

中医皮肤病的命名，多以疾病的症状、皮损的形态来命名，一病多名是中医古代文献中存在的普遍现象。白疕这一病名清代以后才出现，清代以前的中医文献中与白疕症状特征类似的病名有干癣、风癣、蛇风、蛇虱、白壳疮；清代与白疕类似的病名还有疕风、松皮癣、银钱疯。

1.2.1 干癣：中医言癣，不仅仅包括西医的皮肤浅部真菌病，其含义更多，范围更广。《说文解字》解释："癣，干疡也。"意思就是癣是干燥的皮肤病。《释名病疏》解释："癣，徒也。浸淫移徙，处日广也。"说明癣有向外蔓延扩大的特点，在中医文献中"癣"泛指皮损干燥脱屑，可向外扩大的皮肤病。癣有六种，干癣是其中之一。

隋·巢元方《诸病源候论·疮病诸候·干癣候》记载："干癣但有匡郭，皮枯索痒，搔之白屑出是也。"唐代《外台秘要》、宋代《圣济总录》亦有干癣的记载，均承《诸病源候论》之说。干癣的特征是皮损边界清楚、干燥瘙痒、搔之起白色鳞屑，与白疕的症状相类似。我国西医曾称银屑病为寻常性干癣，而在日文中，干癣的病名即专指 Psoriasis（银屑病）。

1.2.2 风癣：明·陈文治《疡科选粹》认为："风癣即干癣，搔之则有白屑。"明·陈实功《外科正宗·顽癣》曰："风癣如云朵，皮肤娇嫩，抓之则起白屑。"因风癣和干癣的主要特征均为搔抓起白色皮屑，故认为二者为同一疾病。风癣的皮损状如云朵，类似斑片状白疕。皮肤娇嫩是否指的是搔抓之易出血。

1.2.3 蛇风、蛇虱：明·王肯堂《证治准绳·疡医·诸肿》首先提出蛇虱这个病名，"遍身起风疹、疥丹之状，其色白不痛，但痒，搔抓之，起白疕。名曰蛇虱。"指出蛇虱的皮损泛发全身，呈点滴状形如疹疥，颜色鲜红似丹，表面色白，搔抓则起白皮，自觉瘙痒而不疼痛。清代以后的外科著作明确指出，蛇风、蛇虱与白疕为同一种疾病。如清·祁坤《外科大成》云："白疕，……俗呼蛇風。"吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀·白疕》云："此证俗名蛇虱。"繁体字的風与虱字仅一撇之差，因此笔者认为蛇风即蛇虱，是白疕的一个别名。以读作蛇风更为确切。

1.2.4 疕风：仅见《外科证治全书·白疕》记载："白疕（一名疕风）"。

1.2.5 松皮癣：清·吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀·癣》中记载了六种癣，其中："五曰松皮癣，状如苍松之皮，红白斑点相连，时时作痒。"指出松皮癣的特点是皮损粗糙、肥厚、脱屑，状如苍松之皮，颜色或红或白，斑状或点状，可相连融合，常感瘙痒。其症状描述类似白疕，而且更具体，更形象。

1.2.6 银钱疯：清代《疯门全书·银钱疯》记载："块如钱大，内红外白，刺之无血，白色如银，先发于身，后上面部。"指出银钱疯的皮损为钱币大小的斑块，基底色红，表面色白如银，可发于全身。类似斑块状白疕。

1.2.7 白壳疮：白壳疮之名首见于明·申斗垣《外科启玄》。清·陈士铎《洞天奥旨·卷九·白殼疮》的记载更为详细，"白壳疮，生于两手臂居多，或有生于身上者，亦顽癣之类也"。"惟疮皆白壳，无他异耳，故皆以白壳名之。"疮上皆白壳这一特点与钱币状白疕的特点极其相似。

中医古籍中的一病多名现象是历史原因造成的，了解和掌握这些同一疾病的不同病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

名，有助于我们继承和研究历代中医的宝贵经验。

2 病因病机论

古代中医对于癣、白疕病因病机的认识，主要可分为两个阶段。明代以前，多认为是外因致病，明代以后则多认为是内因加外因致病。

2.1 外因——风毒邪气致病论

隋《诸病源候论·干癣候》首先提出了干癣的病因病机："皆是风湿邪气客于腠理，复值寒湿，与血气相搏所生。若其风毒气多，湿气少，则风沈入深，故无汁，为干癣也。"认为干癣是因外界风毒邪气侵入人体，留滞于皮肤与肌肉之间，与该处之血气相搏而致病。风能胜湿，风胜则燥，风毒气多，湿气少，故皮损干枯瘙痒，搔之出白屑，而无脂水渗出。"复值寒湿"说明感寒受湿易发干癣，这与现今所见白疕的皮损冬重夏轻，及可受潮湿而诱发的特点是一致的。

此后，唐《太平圣惠方》、宋《圣济总录》对于癣的病因病机的认识，基本上都禀承风毒邪气致病说。

明·《疡科选粹·诸癣》认为："风癣即干癣，搔之则有白屑。风毒多，湿气少，故为干癣。""风癣由恶风冷湿气客于肌肤，搏于血气所生。"明·周文采《外科集验方·疥癣论》在论述疥癣的病因病机时，将外邪致病与脏腑经络联系在一起，认为："夫疥癣者，皆由脾经湿热及肺气风毒客于肌肤所故也。风毒之浮浅者为疥，风毒之深沉者为癣，尽癣则发于肺之风毒，而疥则兼乎脾之湿热而成也。"明确提出癣病的发生，是因风毒之邪侵犯于肺，外发于皮肤所致。从而为外病内治提供了理论依据。

2.2 内因与外因相合致病

2.2.1 血燥风毒致病论

明《外科正宗·顽癣第七十六》提出风癣、湿癣、顽癣、牛皮癣等"此等总皆血燥风毒克于脾肺二经。"说明血燥是发病内因，风毒为外因。血燥是血液中津液亏提所导致的一种病理现象，多因热盛伤津化燥、或津血不足，津亏血燥所致。血燥则失于滋润，复感风毒之邪，风毒留滞于脾肺二经，因肺主皮毛、脾主肌肉，风毒之邪的留滞使手太阴肺经、足太阴脾经之气血运行障碍，故肌肤发生病证。

清《外科大成》、《医宗金鉴》、《外科真诠》对白疕病因病机的认识与此说相似，认为是"风邪客于皮肤，血燥不能荣养"所致。

清《洞天奥旨·白壳疮》曰："皆因毛窍受风湿之邪，而皮肤无气血之润，毒乃附之而生癣矣。"即风湿之邪侵袭毛窍皮肤，而皮肤失于气血之濡润滋养，不能祛邪外出，郁而化毒则皮肤生白秃疮等癣症。

2.2.2 血虚秋燥致病论

清《外科证治全书·白疕》(卷四)指出：白疕"因岁金太过，至秋深燥金用事，乃得此证。多患于血虚体瘦之人。"强调血虚是发病的内因。血虚之人，时值深秋气候干燥时节，燥邪伤津，血虚更甚，生风化燥，故而皮肤燥痒，起疹，搔之屑起。病久肌肤失于濡养，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

则枯燥、开裂、出血。可见血虚较之血燥，病变程度更甚。

3 病证特点

中医古籍中对疾病症状的描述多简明扼要，归纳历代医书中记载的干癣、蛇风、白疕、松皮癣等的病证特点，有以下几点：

皮损可泛发全身，如风疹疥丹之状，表面色白。

或皮损块如钱大，内红外白，白色如银；或状如苍松之皮，红白斑点相连。或疮上皆有白壳。

皮损有匡郭，边界清楚。

干燥瘙痒，搔之起白色皮屑。

病久皮损枯燥坼裂，血出痛楚。

4 治法方药

隋《诸病源候论》虽然对干癣的症状和病因病机进行了论述，但是并无治疗方药。宋代以前的中医文献中，治疗干癣的专病专方均为外治方药。这些方药中常用药物有：胡粉、苦酒、松节、沉香、巴豆、谷树叶、桃白皮、雄鸡冠血、水银、苟杞根、马齿汁。

宋代《太平圣惠方》、《圣济总录》等书记载了大量的治疗癣病的方药，多笼统地称主治一切癣、诸癣、干湿癣，治疗干癣的方药亦包括在内。内服药的治法多以祛风散寒，燥湿清热为主。

明清时代的中医文献中，特别是中医外科专著中有了治疗蛇虱、白疕的专方。《证治准绳·疡医·诸肿》治疗蛇虱主要用外洗疗法，但又强调“更速也要服苦参丸、蜡矾丸、金银皂角丸。”《外科正宗·顽癣第七十六》主张用汗法治疗顽癣“初起用消风散加浮萍一两，葱、豉作引，取汗发散。”《外科大成·白疕》(卷四)认为治疗白疕：“宜搜风顺气丸、神应养真丹加白蛇之类。”《医宗金鉴·外科心法要诀》进一步提出分阶段治疗：“初服防风通圣散，次服搜风顺气丸，以猪脂、苦杏仁等分共捣，绢包擦之俱效。”初期以防风通圣散清热祛风，以后用搜风顺气丸，除清热祛风除湿外，还兼补益润燥。《外科证治全书·白疕》(卷四)基于对白疕病因病机的认识，“多患于血虚体瘦之人”，提出以“生血润肤饮主之，用生猪脂搽之。”清代治疗白疕的水平较前有了很大发展，对以后的影响也很大。

明清以后外治疗法也更为丰富。有各种外洗方、中药或鲜药捣汁或捣烂涂敷方、以及各种复方药粉以酒调、油调、醋调等用之。

4.1 内治方药

苦参丸(《证治准绳》)　治遍身瘙痒癣疥疮疡。苦参四两　玄参　黄连(去须)　大黄(锉碎炒香)　独活(去芦)　枳壳(去穰炒)　防风(去叉)各二两　黄芩(去黑心)　栀子　菊花各一两　为细末，炼蜜和捣千余下，丸如梧桐子大。每服30丸，食后浆水下，日进三服，茶酒任下亦得。本方重用苦参，苦参具有清热燥湿，祛风杀虫止痒之功效；合黄连、大黄、黄芩、栀子清热泻火，燥湿解毒；防风、独活、菊花祛散风邪；配以玄参润燥，枳壳理气。针对“脾经湿热及肺气风毒客于肌肤所致”之癣疥疮疡，功效专强，作用全面。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苦参丸(《证治准绳》)· 治一切癣皮肤瘙痒。苦参(去芦)一斤半(锉) 菖蒲四两 乌蛇八两(酒浸取肉) 为细末，炼蜜和捣三五百下，丸如梧桐子大。每服 30 丸，热水送下，不拘时候。本方祛风止痒效果好，可用于蛇虱(白疕)风盛皮损瘙痒剧烈者。

消风散(《外科正宗》) 当归 川芎 白芍 生地 防风 白蒺藜 荆芥 何首乌各一钱 黄芪 甘草各五分。水二钟，煎八分，食远服。《外科正宗》认为顽癣“皆血燥风毒客于脾、肺二经。”故选用归芎芍地四物，加首乌、黄芪养血润燥；荆防白蒺藜甘草祛风解毒。

搜风顺气丸(《外科大成》) 大黄(酒浸九蒸晒)五两 火麻仁(微火焙去壳) 独活 郁李仁(滚水浸去皮) 枳壳(麸炒) 槟榔 车前子(酒炒) 菟丝子(酒煮) 山药 牛膝(酒浸)山茱萸(去核酒浸)各二两 加羌活 1 两 为末，炼蜜为丸梧子大。每服 30 丸，茶酒任下，早晚各一服。本方攻补兼施，方中酒大黄清热泻火，破血行瘀；羌独活祛风胜湿；枳壳、槟榔行气消积；车前子利水渗湿；火麻仁、郁李仁润肠通便；以去除体内风、湿、热、瘀、积滞等诸般有形无形之邪气。山药、菟丝子、牛膝、山茱萸补益肝肾，平补脾胃，扶正以祛邪。本方可治疗多种疾病，用于白疕是取其祛风润燥之功效。

神应养真丹(《外科大成》) 当归 川芎 白芍 熟地(酒蒸捣膏) 羌活 天麻 木瓜 菟丝子 等分为末，入前地黄膏，加蜜，丸桐子大。每服百丸，空心，温酒盐汤任下。本方以四物汤加味而成，养血润燥，祛风通络之功效专一而又明确。用于白疕的治疗与“风邪客于皮肤，血燥不能荣养”的病机完全吻合。

防风通圣丸(《医宗金鉴》) 防风 当归 白芍(酒炒) 芒硝 大黄 连翘 桔梗 川芎石膏(煅) 黄芩 薄荷 麻黄 滑石各一两 荆芥 白术(土炒) 山栀子各二钱五分 甘草(生)二两 醇酒浸焙为细末，每服一钱或二钱，量其壮弱用之。食后白滚汤调下，服至头上多汗为验。本方功能祛风邪，清内热，兼以养血和血。用于内有实热，外受风邪之证。白疕初起，符合此证候者可用。

生血润肤丸(《外科证治全书》) 当归三钱 熟地 生地 黄芪各四钱 天冬(去心) 麦冬各二钱(去心) 升麻 片芩各一钱 桃仁泥 红花各六分 天花粉一钱五分 水煎，温服。如大便燥结，加火麻仁、郁李仁各五钱。如风盛痒甚，加明天麻一钱五分。本方的功能如同其方名，养血滋阴润肤，兼以祛风清热，活血化瘀。用于白疕血虚、血燥之证，一般多病程日久，白屑干燥，甚至皮损坼裂出血。或用于深秋气候干燥之时发病及症状加重者。

4.2 外 治 法

4.2.1 洗药方

《证治准绳·疡医·诸肿》：蛇虱“用油秽田肥株山樟子叶、樟树叶、柏叶煎水，入些醋，洗之。又方，只用柏叶一味，煎水洗。”

《疡医选粹·诸癣》：“一方治风癣，用苦楝根皮、小麦、川椒各等分，水煎三五沸，熏洗”。

崔氏疗干湿癣方(《外台秘要》) 取楮叶面著癣，用匙背打叶，叶碎即换，可三四度换，即差。亦可只用一叶，唯熟打使极碎，即裹之，勿令碎叶落，即差。

4.2.2 捣汁研脂药方

《外台秘要》：“疗干癣积年痂厚，搔之黄水出，每逢阴雨即痒方 取巴豆肥者一枚，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

炭火上烧之令脂出。即于斧上以指研之如杏吃法、以涂癣上，薄敷之。”

《洞天奥旨·白壳疮》：“顽癣方　治白壳疮，即顽癣。羊蹄根、枯白矾，捣汁，入米醋少许调，搽之。”

《医宗金鉴·白疕》：“以猪脂、苦杏仁等分共捣，绢包擦之俱效。”苦杏仁质润多油，外用具有行滞祛风、润燥杀虫之效，与猪脂合用润燥的作用更强。《外科证治全书》只用生猪脂搽之，起到滋润皮损，润燥止痒的作用。

4.2.3　复方粉剂药方

《孙真人海上方》：“头面若生干湿癣，半生黄丹半明矾，酒调涂上登时愈，管取皮肤日下痊。”

《外台秘要》：“深师疗干湿癣神方　取狼毒末，以苦酒研之如墨法。先洗刮令伤，以敷之，不用大涂，恐坏人肉。”　《千金要方》亦有狼毒醋磨涂之，疗干癣的记载。

《疡医选粹·诸癣》：“一方治风癣，用大枫子仁一两，杏仁去皮尖，川槿皮各五钱，雄黄、水银、轻粉、黄丹各二钱、川椒、细茶　樟脑、罐口泥、蛇床子各三钱为细末，以桐油调和，捣无水银星为度，擦患处。”

《疡医选粹·诸癣》：“一方治风癣，即干癣，用狼毒、草乌各二钱五分，斑蝥七个，研为末，津唾调涂。”

《疡医选粹·诸癣》：“一方大麻散浸油可搽风癣。”

《外科集验方·疥癣论》：“八宝散　治风癞松皮顽癣，久不瘥者，神效。予一乡人患此疾，数年不愈，后忽有旧亲传此方，试用有效。　藿香　破故纸　槟榔　大腹皮　雄黄　轻粉　硫黄　白矾(枯)各一两　为细末，小油调擦，日上三五次，痒则擦之。”

古方治疗干癣、风癣、松皮癣等干燥脱屑性、瘙痒性皮肤病常用雄黄、水银、轻粉、黄丹、斑蝥等有毒的矿物、动物药，这些药均有解毒、杀虫、止痒的作用。

雄黄苦辛温有毒，功能解毒、燥湿、去腐、杀虫、止痒，其主要成分为二硫化砷，经烧炼后即分解为三氧化二砷，似砒石有剧毒。现一般不轻易使用。

水银、轻粉为汞剂，辛寒有毒，功能除热杀虫止痒，化腐提毒。用时务须审慎，不可长期、大面积使用，以防汞中毒。

黄丹即铅丹，辛微寒有毒，治疗癣疮有拔毒杀虫之功。其主要成分为四氧化三铅，大面积、长期外用，有经皮吸收引起铅中毒的可能，应慎用。

斑蝥辛寒有大毒，外用能引起皮肤发红、起疱，有攻毒、拔毒、蚀肉、杀虫之功效。适当炮制，即去其头足翅，用糯米拌炒，至米色变黄，去米再用，可以减轻毒性。治疗疥癣一般与其他药物配伍使用，若剂量适当，有剥脱表皮的作用，可用于慢性肥厚浸润性皮损。

4.3　针灸疗法

中医古籍中对于针灸治疗干癣、癣疮的记载不多，未见到治疗蛇虱、白疕的记载。

《外台秘要》：“疗干癣诸治不差者方　但看癣头有痱雷子处，即以小艾炷灸之差。”

《圣济总录》：“治癣灸法，灸病处影上，三壮灸之。”

《针灸大成》：“疥癣疮：曲池、支沟、阳溪、阳合、大陵、合谷、后溪、委中、三里、阳辅、昆仑、行间、三阴交、白虫窠。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

展 望

白疕(银屑病)既常见多发，又顽固难治，严重影响患者的身心健康，是我国中西医共同研究攻关的重点疾病这一。中医药治疗白疕所显示出的优势和特色，已经引起国内外的广泛关注。为探讨中医药治疗白疕的机理，除临床研究外，各地中西医皮肤科医务工作者和科研人员从基础理论、实验室研究等方面进行了大量的工作，取得了很大进展。但是要攻克这一顽症还要做更深入的研究。

(1) 防止复发问题

白疕(银屑病)之所以顽固，就是因为复发率高。虽然中医药治疗白疕治愈后的缓解期较长，复发率较低，远期疗效较好，但是仍不能根本解决复发问题。据研究，患者皮损表面看完全消退并不等于疾病的痊愈，在皮肤微观结构、机体免疫功能等方面还存在异常，一旦遇到诱发因素，又会卷土重来。研究解决白疕的复发，一方面要加强基础实验研究，弄清患者皮损完全消退后哪些方面还存在异常，并研究相应的对策；另一方面临床医生应重视皮损消退后的巩固治疗，研究巩固治疗的必要性、巩固治疗的时间、用药剂量等。对患者应做耐心细致的宣传工作，使患者了解白疕的诸多诱发因素，如何自我调护减少复发的知识；同时还要争取患者对巩固治疗的理解。医患共同努力才能彻底战胜这一皮肤顽疾。

(2) 加强临床和实验研究，研制验、廉、便、安的中成药

白疕病程长，长期坚持中医药治疗，特别是煎煮汤药，给患者生活带来极大的不便。若药价较高，则患者难以坚持治疗，特别是难以坚持巩固治疗。目前市场上已有一些治疗白疕的中成药，有的疗效不尽理想，有的长期服用有一定的毒副作用。今后需要加强临床研究，制定科学严密的临床研究计划，与实验研究相结合，明确中医药疗效机理，筛选开发出确有实效、价格低廉、使用方便、安全无毒副作用的中成药，以满足众多白疕患者的需要。

(3) 普及全民医学知识，消除大众对白疕(银屑病)的无知和恐惧

由于我国医学卫生知识尚不够普及，大众对白疕(银屑病)知之甚少，甚至有一种恐惧心理，怕接触患者，怕传染，一旦患病则精神压力很大，易偏听偏信，导致失治误治。今后应大力加强医学科普工作，让大众了解白疕的发病及诱发因素、目前中西医治疗效果、病程及愈后等等。使健康人对患者不歧视、不嫌弃，为患者营造一个宽松的生活工作环境；健康人自身也要养成良好的生活习惯，注意合理的饮食，调畅情志，锻炼身体，减少发病机会；若一旦患病，则懂得如何就医、合理用药，如何调养，减少复发。

总之，中医药治疗白疕(银屑病)前景广阔。现代中医应充分利用现代医学科学技术，发扬中医药的优势，为攻克白疕这一顽症作出不懈的努力。

(翟 幸 张晓苏)

近现代参考文献

[1] 北京中医医院．赵炳南临床经验集．北京：人民卫生出版社，1979.211～229

[2] 中医研究院广安门医院．朱仁康临床经验集．北京：人民卫生出版社，1979.152～157

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[3] 史宇广，等．当代名医临证精华皮肤病专辑．北京：中医古籍出版社，1992
[4] 全国银屑病流行调查组．全国1984年银屑病流行调查报告．中华医学杂志，1986，19(5)：253～261
[5] 张国威，等．我国银屑病的发病率及年龄易患率．中华皮肤科杂志，1987，20(3)：129～134
[6] 刘禧义，等．寻常型银屑病遗传规律的研究．中华皮肤科杂志，1982，15(1)：11～13
[7] 李林，等．朱仁康老中医治疗银屑病的经验．中医杂志，1985，(1)：12～14
[8] 倾伯华．中医外科临床手册．第二版．上海：上海科学技术出版社，1986.364～367
[9] 中医研究院西苑医院．赵锡武医疗经验．第一版．北京：人民卫生出版社，1980.90～92
[10] 秦万章．皮肤病研究．第一版．上海：上海科学技术出版社，1990.326
[11] 王晖，等．论银屑病的主要病机为阴虚瘀热．中医杂志，1993，34(3)：136～138
[12] 朱仁康，等．克银方治疗银屑病(牛皮癣)的临床研究．中医杂志，1981，(4)：22～24
[13] 朱仁康，等．克银方治疗银屑病的临床研究进展．中医杂志，1983，(9)：31～33
[14] 谢作哲，等．复方青黛丸治疗银屑病的初步观察．中医杂志，1984，(11)：39～40
[15] 肖永泽，等．复方青黛胶囊治疗银屑病疗效观察．临床皮肤科杂志，1995，(6)：367～368
[16] 倪宝成．以鲜马齿苋为主治疗银屑病．实用中西医结合杂志，1995，8(2)：89～90
[17] 刘文景．凉血解毒汤治疗寻常型银屑病106例．山东中医杂志，1997，16(1)：16～17
[18] 刘玉梅．大黄合剂治疗湿热型银屑病200例．上海中医药杂志，1991，(6)：33
[19] 孙步云．中医药治疗银屑病226例临床观察．中医杂志，1995，36(2)：99～100
[20] 马国明，等．牛黄乌蛇散治疗银屑病1005例．中华皮肤科杂志，1994，27(3)：171
[21] 姬瑜，等．消银散胶囊治牛皮癣2168例．辽宁中医杂志，1997，24(4)：166
[22] 陕西省郁金银屑片研制组．郁金银屑片治疗银屑病313例临床观察．中医杂志，1987，(10)：41
[23] 周珏平．银屑病辨治十法．江苏中医杂志，1985，(5)：4～6
[24] 刘承煌，等．平肝活血方和乙亚胺治疗银屑病远期疗效的比较．临床皮肤科杂志，1988，(3)：125
[25] 薛永文．黄芪桂枝汤治疗银屑病212例临床观察．黑龙江中医药，1990，(2)：18～19
[26] 洪世德．加味当归四逆汤治疗风寒型银屑病．云南中医学院学报，1993，16(4)：47～52
[27] 周静．银屑病辨治组方配伍规律探讨．新中医，1994，(1)：11～12
[28] 张家敬．雷公藤治疗寻常型银屑病148例临床报道．临床皮肤科杂志，1982，11(3)：118
[29] 龙振华，等．雷公藤治疗银屑病关节炎疗效观察报告．北京中医，1983，(1)：27～28
[30] 葛逸平，等．雷公藤治疗52例银屑病的疗效分析．南京医科大学学报，1994，14(3)：451～453
[31] 袁兆庄，等．青黛治疗银屑病46例疗效观察．中医杂志，1982，23(8)：43
[32] 谢晶晖，等．靛玉红片治疗银屑病31例初步报告．中华皮肤科杂志，1980，13(2)：73～74
[33] 王梦祥，等．靛玉红治疗银屑病的疗效观察及原理探讨．中华皮肤科杂志，1982，15(3)：157～160
[34] 林熙然，等．异靛甲治疗银屑病．中华皮肤科杂志，1989，22(1)：29～30
[35] 上海第一医学院华山医院．等，狼毒治疗银屑病的探讨．中华医学杂志，1977，(4)：231～233
[36] 黄吉时．狼毒枣治疗寻常型银屑病53例报告．中医杂志，1985，26(10)：64
[37] 遵义医学院附属医院皮肤科中草药室．广豆根治疗银屑病58例观察报告．皮肤病防治研究通讯，1979，(1)：31～32
[38] 权志杰，等．复方青龙衣注射液治疗银屑病疗效观察．中华皮肤科杂志，1985，18(4)：219～220
[39] 王景山，等．紫草注射液治疗银屑病的疗效观察．中华皮肤科杂志，1981，(1)：4
[40] 朱树宽，等．紫草重用善治银屑病．中医杂志，1996，37(8)：454～455
[41] 上海第一医学院华山医院皮肤科，等．虎杖甙治疗银屑病45例报告．皮肤病防治研究通讯，1976，(1)：88～89
[42] 谢晶晖．“肿节风”治疗银屑病30例初步小结．皮肤病防治研究通讯，1977，(3)：196～197

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[43] 焦敬荣，等．单味草珊瑚治疗银屑病 58 例．中西医结合杂志，1988，(11)：693
[44] 孙佑勤．银屑灵治疗银屑病 164 例临床观察．中华皮肤科杂志，1986，19 (1)：30～31
[45] 郑茂荣，等．黄芩甙治疗寻常型银屑病近期疗效初探．中国皮肤性病学杂志，1990，4 (4)：217～218
[46] 黑龙江中医学院银屑病科研组．中药洋金花为主治疗银屑病 242 例报告．中医杂志，1985，(2)：32～33
[47] 倪晓、等．黄芪锗治疗银屑病疗效观察．中华皮肤科杂志，1994，27 (6)：377～378
[48] 黄懿．自拟免疫Ⅱ号治疗银屑病 23 例．上海中医药杂志，1995，(2)：32
[49] 王槐三，等．熟地黄治疗银屑病的临床及实验研究．临床皮肤科杂志，1989，(1)：42
[50] 安家丰，等．地黄丸类方对银屑病免疫异常的治疗研究．北京中医杂志，1993，(1)：29～31
[51] 王自彬，等．大枣、丹参片治疗银屑病 107 例初步报告．临床皮肤科杂志，1988，(3)：159
[52] 王刚、等．青龙肠溶胶丸治疗银屑病 52 例疗效观察．中国皮肤性病学杂志，1993，7 (4)：227～228
[53] 吴小平．腹蛇抗栓酶静滴治疗银屑病 228 例临床报告．临床皮肤科杂志，1995，(1)：29
[54] 董征，等．醋泡鸡蛋对牛皮癣和神经性皮炎的治疗．中医杂志，1956，(11)：592～593
[55] 云沛霖，等．用杨树叶软膏治疗牛皮癣 48 例．中华皮肤科杂志，1959，(1)：83～84
[56] 韩仲成、等．杨柳克银膏治疗银屑病 162 例．北京中医药大学学报，1994，17 (2)：55
[57] 林熙然，等．喜树酊治疗银屑病的临床观察及实验研究．中华皮肤科杂志，1982，15 (4)：210～211
[58] 施春泉．喜树碱、维生素 C 二甲基亚砜溶液治疗银屑病的疗效观察．中华皮肤科杂志，1987，20 (4)：223～224
[59] 刘春江，等．镇银膏外用治疗寻常型银屑病 703 例．人民军医，1994，(11)：56
[60] 纪钧，等．消银油治疗银屑病 65 例．辽宁中医杂志，1989，(5)：27～30
[61] 马兴武．蛇酶液治疗寻常型银屑病 20 例．中国皮肤性病学杂志，1995，9 (2)：113
[62] 施曼绮，等．银屑病浴液及霜剂治疗银屑病临床观察．中西医结合杂志，1991，(2)：755
[63] 杨恒裕．中药填脐疗法治疗银屑病 106 例疗效观察．北京中医学院学报，1991，14 (1)：35
[64] 张建如．发疱疗法治疗冬季型银屑病 38 例．辽宁中医杂志，1995，22 (6)：271
[65] 夏玉卿．针刺治愈泛发性牛皮癣 1 例报告．哈尔滨中医，1965，8 (8)：28～29
[66] 王秀玲，等．针刺“神道”“灵台”治疗牛皮癣 1000 例临床观察．天津中医，1993，(4)：38～39
[67] 郭再唐，等．针灸疗法治疗 60 例牛皮癣的初步总结．中华皮肤科杂志，1959，(1)：9～10
[68] 廖继发．针刺治疗银屑病 41 例报道．浙江中医学院学报，1981，I (6)：47
[69] 王选章，等．银屑病针刺治疗出现同形反应的处理方法．针灸学报，1991，(1)：46～47
[70] 哈尔滨医科大学第一医院皮肤科教研组．针罐治疗银屑病 320 例临床疗效观察．皮肤病防治研究通讯，1979，8 (1)：33～34
[71] 赵福蕴，等．拔罐加电针治疗银屑病 600 例疗效观察．中国针灸，1991，(2)：3～4
[72] 梁华梓．放血加电针治疗银屑病 158 例临床观察．中国针灸，1994，(2)：23～25
[73] 隋宝俭，等．埋线治疗银屑病 579 例疗效观察．中国针灸，1988，(2)：4～5
[74] 郭治国，等．羊肠线埋藏治疗银屑病 300 例疗效观察．国医论坛，1990，24 (6)：32～33
[75] 周民，等．穴位埋线治疗银屑病 200 例．辽宁中医杂志，1995，22 (4)：179～180
[76] 周择良，等．耳尖针治疗牛皮癣 50 例．中国针灸，1989，(5)：23
[77] 李永海，等．火针与中药治疗银屑病 109 例疗效观察．北京中医，1996，(2)：44
[78] 宋福荣．梅花针加药艾熏灸治疗银屑病．新中医，1988，(1)：39
[79] 秦万章．皮肤病研究．第一版．上海：上海科学技术出版社，1990.332
[80] 张永羊，等．中药混合异构补骨脂素内服加黑光照射治疗银屑病的研究．中华皮肤科杂志，1982，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

15(2):106~107
[81] 周永华．中药白芷加黑光照射治疗银屑病评议会在重庆召开．皮肤病防治研究通讯，1980，9(1):48
[82] 李凤仪，等．中药独活加长波紫外线照射治疗银屑病92例近期疗效观察．中华理疗杂志，1983，(3):144~145
[83] 李凤仪，等．中药独活加长波紫外线照射治疗银屑病58例远期疗效观察．中华理疗杂志，1984，(3):154~155
[84] 周鸣岐，等．辨证分型治疗银屑病302例．中医杂志，1989，(5):42~43
[85] 林美蒲，等．60例银屑病中医分型的实验检测分析报告．临床皮肤科杂志，1995，14(6):334
[86] 刘华昌，等．银屑病辨证分型与红细胞4项指标的关系．中国中西医结合杂志，1995，15(3):176
[87] 刘铭锐．黄芪制剂治疗寻常型银屑病的临床观察．中医杂志，1985，(7):52~53
[88] 郑茂荣，等．黄芩甙对银屑病患者中性粒细胞与白三烯B_4趋化反应的影响．临床皮肤科杂志，1996，(3):149~150
[89] 叶建州，等．清热解毒法治疗寻常型银屑病的疗效观察．云南中医药杂志，1997，18(1):59~61
[90] 冯泽海，等．复方青黛胶囊对大白鼠血液流变学的影响．中国皮肤性病学杂志，1997，11(1):22~24
[91] 李炎夏，等．黄芪对银屑病甲襞微循环的影响．岭南皮肤性病科杂志，1997，4(2):11~12
[92] 黄畋，等．利用实验动物模型研究中草药内用治疗银屑病的作用．中西医结合杂志，1984，4(7):428~429
[93] 李晶，等．三尖杉酯碱对表皮角化及细胞有丝分裂的影响．中国皮肤性病学杂志，1997，11(2):77~78
[94] 伊和姿，等．中草药在银屑病动物模型中的作用、机理探讨．皮肤病与性病，1993，15(3):16~18
[95] 骆丹，等．PUVA照射与青黛丸口服对银屑病患者血cAMP、cGMP、SOD及LPO含量的影响．中华皮肤科杂志，1997，30(2):105~107
[96] 王梦祥，等．靛玉红治疗银屑病的疗效观察及原理探讨．中华皮肤科杂志，1982，15(3):157~160
[97] 路又璐，等．17味中药对培养的表皮细胞增殖的影响．临床皮肤科杂志，1996，(4):202~204
[98] 冯捷，等．复方青黛胶囊对银屑病表皮角朊细胞中c-myc表达的影响．中国中西医结合杂志，1996，16(3):146~148
[99] 邹铭西，等．“克银方”治疗银屑病表皮超微结构的观察．中医杂志，1981，(4):25~27
[100] 庄国康，等．“克银方”治疗银屑病的扫描电镜观察．中医杂志，1983，(1):45~47
[101] 冯捷，等．“银屑福星”治疗银屑病前后的扫描电镜观察．中华皮肤科杂志，1986，19(5):279~281

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 白 驳 风 ❋

白驳(b6)风是指皮肤因色素脱失发生的白色或乳白色斑的一种皮肤病。相当于西医学的白癜风。本病常始于夏季，多见于青年，可单发或泛发。本病虽发病率不高，我国发病率为0.5%～1%。但罹病后影响患者美观，给病人带来很大精神压力，所以本病亦是皮科常见的亟待攻克的疑难病之一。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

关于白驳风的诊断标准，西医目前多参照1993年中国中西医结合皮肤性病学会色素性皮肤病学组第一届全国学术研讨会拟定的白癜风临床分型及疗效标准。中医诊断标准有国家中医药管理局制定的行业标准《中医病证诊断疗效标准》，和中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》所定的标准。现归纳如下。

1.1 病名诊断标准

白驳风是以皮肤变白，形状不一，并不痒痛为特征的皮肤病。相当于白癜风。

皮损颜色变白，或斑或点，形状不一，无痛痒。可发生在身体各处，以四肢、头面多见，多见于青年。

组织病理检查显示表皮明显缺少黑素细胞及黑素颗粒，基底层往往完全缺乏多巴染色阳性的黑素细胞。

1.2 证类诊断标准

气滞血瘀：皮肤白斑，有气郁不舒及心烦不安。舌淡或有瘀斑，苔薄白，脉缓。

肝肾阴虚：皮肤白斑，伴倦怠无力，腰膝酸软，或五心烦热。舌质红，苔少，脉细沉。

2 中心证候特征

白驳风是以皮肤出现形状各异，多少不等而无任何痛痒的白色斑片为其证候特征。

3 病 因

本病病因较为复杂。有跌扑损伤、情志内伤、肝肾不足等。

3.1 原 发 病 因

情志不遂：凡七情内伤，五志不遂，皆可导致气机壅滞，气血失和，失其濡煦之职，风邪易于外侵，络脉不畅，郁而成斑。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肝肾不足：凡久病失养，劳倦过度，均可损及肝肾，亡血失精，皮毛腠理失其所养而发病。

3.2 继发病因

瘀血阻滞：因跌扑损伤，积血为瘀，或恚怒伤肝，气滞血瘀，络脉阻塞，体肤失养酿成白斑。

4 病　机

4.1 发　病

本病起病多缓慢，可长期无变化，亦可间歇性发展。

4.2 病　位

在皮肤体表，常发于颜面、指背、腕、前臂、会阴及周围皮肤。

4.3 病　性

为本虚标实，尤以病程日久者肝肾不足之虚象较为明显。在疾病发展过程中有时血瘀之标实证突出，有时又表现出虚实夹杂。

4.4 病　势

该病一般都以皮损表现为主，病情较轻，不出现危笃之象，不会危及生命，但影响美观。

4.5 病机转化

白驳风的病机转化决定于人体正气的盛衰，所谓“正气存内，邪不可干”是也。然而调达情志也至为关键，因为该病病机是以气滞血瘀，或精血亏虚等不能濡养肌肤。若不重视自身情志的调理，必然会出现气滞血瘀，进一步损伤肝肾，冲任失调，形成恶性循环而难于治愈，从而使病情加重。所以该病实属一全身心疾病，调整心理状态也是极其主要的。

5 临证思路

5.1 抓住主症

仅皮肤上出现大小不等，形状不一的白色或瓷白色斑片，而无任何症状的特征。

5.2 掌握病因病机特点

白驳风病的发生，一般还是有一定规律可循。因情志不遂所致者，多导致气滞血瘀；因劳倦所伤者多精血不足；因外伤所致多经络阻塞，最终均致血不能濡养肌肤而发病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.3 确定病性

该病以肝肾不足，亡血失精为本，气血不和，气滞血瘀为标。若素体虚弱，头晕耳鸣，腰膝酸软，失眠多梦，舌质红，苔少，脉沉细或细数为肝肾不足之证；若见心烦易怒，胸胁胀痛，口干心悸，舌质红，苔薄白，脉弦为肝气郁结，气血失和之证；若皮肤干燥，皮色黧黑，白斑周围皮色加深，舌质暗红或有瘀点、瘀斑而脉弦涩为血瘀阻络之证。

6 鉴 别

花斑癣：多发于颈、躯干、上肢，为淡白色圆形或椭圆形斑，表被细鳞屑，真菌检查阳性。

贫血痣：摩擦皮损，浅色白斑更明显，且不发红，而周围皮肤发红。

单纯糠疹：儿童多见，初为淡红斑片，以后色素减退呈灰白色，表面有细薄糠状鳞屑，边界不甚清。

麻风白斑：白斑为灰白色，边界不甚清，有感觉异常，出汗障碍，浅表神经粗大等症状。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 肝郁气滞

临床表现：白斑无固定部位，且发展较快，伴胸满嗳气，乳胀有结块，舌质淡红，苔白薄，脉细弦。

病机分析：七情内伤，则气机紊乱，气机不畅则胸满嗳气；气机阻滞则乳胀结块；气血违和，经脉循行阻滞，再由风邪袭腠，体肤失养而成白斑；风为阳邪，善动不居，故皮损发无定处，并可逐渐发展。

治法：疏肝理气，活血祛风。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡　郁金　香附　当归　芍药　川芎　白蒺藜

加减：若见口苦、心烦、急躁者酌加栀子、胆草、黄芩等；若见乳胀甚、月经不调、经色暗有血块，可酌加红花、益母草等。

临证参考：本型多见女性患者，故临床在调气的同时往往加用一些养血滋阴柔肝之品，如女贞子、枸杞子、旱莲草、益母草、当归、白芍等，使气血同调，效果更佳。

7.1.2 肝肾不足

临床表现：发病时间较长，可伴有家族史。白斑限局或泛发，斑色纯白，境界清楚，毛发多受累变白，常有头昏耳鸣，腰膝酸软，舌质红，苔白薄或少，脉沉细。

病机分析：劳累过度或病久伤及肝肾，阴血不足，清窍失养故头昏耳鸣，腰为肾之府，肾阴亏虚则腰膝酸软，脉沉细。

治法：滋补肝肾，养血祛风。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：首乌地黄汤加减。

何首乌　熟地黄　山茱萸　菟丝子　枸杞子　女贞子　当归　白芍　防风

加减：若见虚烦难眠或者失眠加合欢皮、夜交藤、酸枣仁；若腰膝无力、空痛甚者酌加炒杜仲、川续断、狗脊等。

临证参考：本型病程较长，久病多瘀，病性往往虚实夹杂，故临床施治时常常在滋补肝肾、益阴养血的同时，加用一些祛瘀活血之品，如川芎、赤芍、丹参、红花。

7.1.3　气血瘀滞

临床表现：病程长久，白斑或可继发于外伤的部位，边缘多整齐，呈深褐或紫褐色，压之不退色，白斑中心可有色素岛，局部可有刺痛感，舌质暗，有瘀点或瘀斑，脉涩。

病机分析：由于病程日久，或因前述诸证因循失治，风邪郁于肌腠，则气血凝滞，毛窍闭塞，经年累月，阻滞经络，瘀血不去，新血不生，肌肤失养而成斑；气血凝滞，白斑周围皮肤呈褐色至深褐色，中心有色素岛；瘀血阻络，不通则痛，故局部可有刺痛感，或可发于外伤部位上。

治法：活血化瘀，疏通经络。

方药：通窍活血汤加减。

赤芍　川芎　桃仁　红花　当归　丹参　白芷　鲜姜　老葱

加减：若女性患者症见月经不调，经行腹痛或经色暗红、有血块，尚可酌加生地、益母草、泽兰、香附等。

临证参考：临床遇到气血瘀滞型白驳风患者，施治时在活血化瘀、疏通经络基本治法的基础上，依据皮损发生的部位不同，分别采用不同的行气引经药物。如见于头面用葱白、白芷；发于上肢加片姜黄、桑枝；发于胸背加枳壳、柴胡；发于下肢加牛膝、虎杖；全身泛发加地龙、威灵仙、川芎等，以行气活血，使气行血行，药效直达病所。

7.2　临床用药经验与体会

中医治病讲究理法方药的完整统一。组方遣药当识病机，据证候，在治法指导下加以灵活运用，方能取得满意的疗效。近代医家用药特点各异，现综合其用药心得体会如下。

7.2.1　滋补肝肾药

运用滋补肝肾药物，使之精血充足，濡养肌肤而御其外邪侵袭，是治疗白癜风的大法之一。药用熟地、山茱萸、枸杞子、女贞子、菟丝子、紫河车。其中山茱萸微温、酸、涩。入肝、肾经。该药既可补阳，又可滋阴，为补益肝肾之要药；紫河车甘、咸温，入心、肺、肾经，且性温不燥，为大补气血而益肾精之品，因精血同源，故选用熟地、枸杞子、女贞子、菟丝子等养血补肝肾之药，更增其滋补肝肾之力。在经验用药上，何首乌亦是一主要药物，该药性质温和，不寒不燥，长于入肝养血，入肾益精，补而不腻，补肾精，益肝血，乌须发。据药理研究本品有类似肾上腺皮质激素样作用。还常选用当归，配合熟地、何首乌、枸杞子等以增强其补血之功。

7.2.2　活血化瘀药

瘀血阻络，肌肤失养也是白癜风发病的一要素，瘀去新生，所以活血化瘀也是治疗白癜风的大法之一。药用当归、川芎、红花、桃仁、丹参、鸡血藤、郁金、三棱等。其中当

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

归甘、辛、微苦、入心、肝、脾经。心主血、肝藏血、脾统血，故能主治一切血证，为血病之要药。既能补血，又能活血，酒炒用能加强活血作用。丹参、红花、桃仁、三棱等为活血祛瘀之要药，血瘀常因气郁、气滞而致，故用川芎以活血行气，郁金以活血祛瘀，行气解郁。川芎为血中之气药，郁金为气中之血药，针对气滞血瘀这一病理机制，配合以上活血祛瘀药相得益彰，能有效达其行气活血化瘀之功。鸡血藤活血补血、舒筋通络，既能补血，又能行血，但行血之力较强，且行血不伤血，补血而不滞血，无论虚实皆可应用。尤有舒筋活络之功，对瘀阻经络之证尤为适宜。

7.2.3 疏肝解郁药

白癜风的发生常与精神因素有关。七情内伤，导致气机紊乱，气郁气滞，进而可导致血瘀。因而疏肝理气，解郁通滞也是一种不可忽视的治疗方法。药用柴胡、香附、郁金、川芎等药，以调达肝气，行气通滞，改变其气滞血瘀病理转归，使气血运行正常，而达到煦濡肌肤之效。

另外，古今以来均认为白癜风与外风侵袭有一定关系，因此在治疗中常在辨证施治的基础上，在各种治疗中都选加白蒺藜、防风、白芷等祛风、散风之药，以达标本兼顾之意。

7.3 外治疗法

① 补骨脂酊：补骨脂 60g，骨碎补 30g，菟丝子 60g，白蒺藜 15g。将药捣碎，加 60% 的酒精浸泡 2 周后外用，每日搽 1 次，然后晒太阳或照紫外线灯，以皮损充血为度。

② 菟丝酊：菟丝子 60g，补骨脂 30g，白芷 15g，红花 15g，紫草 15g。将药粉碎，加 60%酒精浸泡 1 周。每日用酊涂擦患处 1 次，涂药后再晒太阳或照紫外线灯，以皮损充血为度。

③ 密陀僧散：密陀僧 12g，白芷 10g，硫黄 6g，白附子 6g。将药共碎成细末，用新鲜茄片蘸药末涂擦患处，每日 1 次。

7.4 针灸疗法

白癜风用针灸疗法治疗，多采用针刺疗法，常用毫针疗法、梅花针刺法、耳针疗法、穴位注射疗法等。在治疗中既可单独应用，又可配合应用，对治疗白癜风提高疗效能起到一定作用。

7.4.1 体针疗法

基本穴位：血海、三阴交、足三里、风市。配穴：偏于情志不遂者，配太冲、期门；偏肝肾不足者，配肝俞、肾俞、命门；偏气血瘀滞者，配大敦、行间、膈俞。每次可选用 2～4 穴，留针 10～15 分钟，每日 1 次或隔日 1 次，10～15 日为 1 疗程。

7.4.2 耳针疗法

选取与皮损相应的区域，配合内分泌、肾上腺、交感、枕部等区域，每次选用 2～3 穴，单耳埋针，双耳交替，每周轮换 1 次。

7.4.3 梅花针疗法

在皮损周围围刺，用强刺激手法，皮损中心用弱刺激，每周 2～3 次。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以上各种针刺疗法，它们都是通过对经络、腧穴的刺激，以达调和气血，疏通经络之作用，并能调节机体气血阴阳以达扶正祛邪，治疗疾病之目的。

7.5 西医治疗撮要

由于该病的病因尚不清楚，西医治疗多从免疫及铜、锌离子减少着手。常用补骨脂素加长波紫外线照射、硫酸铜制剂、皮质类固醇激素；外用氮芥酒精、皮质类固醇激素以及自体表皮移植术等。

8 疗效评定标准

痊愈：白斑完全消失，皮肤组织病理学检查正常。

显效：白斑50%以上消失，白斑消失部分组织病理学检查正常。

有效：白斑消失20%～50%，或在白斑内见有较多色素岛。

无效：治疗前后无变化或白斑扩大。

9 调摄护理

由于本病与情志有密切关系，对患者进行心理咨询及开导。

避免滥用外涂药物，以防损伤肌肤，尤其颜面部，更需慎重。

适当进行日光浴及理疗，有助于本病的恢复。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称

关于本病名称各家称谓不一，从各种论著及多数报道资料，以白驳风、白癜风称谓较多，因其在病因、病机、主症等诸多因素方面不受其病症名称的影响，故未予统一其名称。国家中医药管理局发布的中华人民共和国《中医药行业标准》中拟用白驳风一名，故按此命名为据。

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因学的现代研究

1.2.1.1 情志因素

在该病病因学研究中，多数学者认为与情志因素有密切关系。冯惠明等对418例白癜风患者的分析中，有18.66%患者的发病与神经精神障碍有关；[1]朱铁君对650例白癜风患者的研究中，有20%的患者与精神因素有关；[2]崔建对450例白癜风患者调查研究中，有精神创伤41人(24.55%)；[3]周若愚研究发现，在中医辨证分型中气血不和型与精神刺激有明显关系；[4]而朱光斗则观察到肝郁气滞型常有精神创伤或思虑过度等诱发因素。这进一步丰富了中医辨证论治的内涵。[5]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2.1.2 局部因素

在多数学者的研究中，发现局部因素(包括外伤、机械刺激、烧伤、冻伤及接触化学制品等)，是白驳风发病的一主要诱因。冯惠明研究发现有 2.63% 的患者有化学制品接触史；[1]朱铁君研究分析中，有 18.46% 的患者为局部因素所致；[2]崔建对 450 例白癜风患者发病诱因分析中，皮肤外伤 113 例(67.67%)。[3]说明局部因素在白癜风发病因素中占有重要地位，为白癜风的防治提供了一条新的思路。

1.2.1.3 遗传因素

白驳风的发生与遗传因素有关已取得同行共识。崔建报道有家族史者 13.78%，认为遗传因素在发病中起着重要作用；[3]倪晓对 1 例白癜风患者家系调查，调查该家族四代共 19 人，有相同临床表现者 10 人。[6]类似这些调查报道较多，都证明白癜风的发病与遗传因素有关。又如朱铁君观察 650 例中有家族史者占 17.23%，李长海报道有家族史者占 11.96%，均证实遗传因素与白驳风的发病有关。[7]

1.2.2 病机研究

白驳风病的病机研究，多数学者仍遵其古训，从病因学探寻其病机，因此在白驳风发生机理方面不外乎风邪袭肤，致气血失和；素体虚亏或亡血失精，肌肤失养；或局部因素，致瘀血阻络，肤腠失荣；或情志不遂，致气滞血凝等。有的学者如石得仁，观察到不少病例的病损发生在受压的部位，如束腰带及束袜带处，长期受压导致局部循环障碍，营养不良，提出当用活血化瘀的治则。当然在近代研究中，也有不少学者从实验研究进一步探讨其发病机理，这也是今后的研究方向。[8]

2 临 床 研 究

2.1 临床诊断的研究

皮肤疾病大多有外形可诊，因此长期以来在对疾病的诊断大多从皮损着手，一个有经验的皮肤科医生，仅从皮损的形态，发病部位，发病特点，自觉症状等诸方面诊查，即能作出疾病的诊断。随着西医学的进入，采用了一些西医现代化技术，从而在诊断依据方面进一步客观化、科学化。正如国家中医药管理局发布的《中医药行业标准》中对白驳风的诊断依据项，加上了病理组织检测指标，为疾病的确切诊断增添了实质性内容。

2.2 证 候 研 究

按照据证立法，依法组方，理法方药完整统一的原则，进行辨证论治仍然是多数学者治疗白驳风的常用方法。从报道资料来看，证候分型极不统一。如裘凝才将该病分为肺气虚、脾气虚、肾阳虚三型；[9]舒友艺分为风燥、湿热、寒湿凝滞三型；[10]崔效如分为湿热、肝郁气滞、肝肾阴虚、络脉阻滞四型；[11]魏仙富分为风湿热、脾肺气虚、气血两虚三型。[12]在以后的多本论著中如《中医外科学》、《现代中医治疗学》分为肝肾不足、瘀血阻络、气血不和或肝郁气滞等证型。从临床观察以肝郁气滞、肝肾不足、瘀血阻络三型最为多见。

中医对疾病证候的研究，由于缺乏客观化、定量化和具有特异的辨证方法，辨证因人而异，同一个病人，在不同单位，不同个人处理时，由于受到医者水平、学术流派的影

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

响，可能随个人主观倾向而偏倚，当然也还会有地域、气候、环境因素关系，因此在证候研究方面很难取得突破性进展，难于统一其标准，这有待今后进一步探讨。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

白驳风一病，是属本虚标实的证候。中医治则是根据辨证而拟定，因此临床辨证论治中常用治则为疏肝解郁、滋补肝肾、调和气血、活血化瘀。由于有学者辨证分型有湿热证型，所以又有清热利湿治则。从报道资料来看，多数学者遵该病由风邪所致之古训，因而在各治则中均加以祛风、散风的治疗原则，诸如活血散风、疏散风邪、养血祛风、活血祛风、祛风通络。从近年研究所得，认为该病以肝肾不足为主，因而填精补血的治疗原则更为重要，无论是采用辨证论治，或专方治疗，都充分体现补益肝肾、养血滋肾的法则，个人在治疗该病时也宗此法则组以基本处方化裁，临床取得较满意的效果。

2.3.2 治法研究

有关治法问题可谓丰富多彩。多数医家仍宗前人之说，依据临床表现辨证论治。如崔效如报道①湿热型：治宜清热解毒，祛风除湿。②肝郁气滞型：治宜疏肝理气，活血祛风。③肝肾阴虚型：治宜滋补肝肾，养血祛风。④经络阻滞型：治宜通经活络，活血祛风。[11]聂印报道中医治疗白癜风八法：①养血润燥法：药用首乌、白芍、生地、旱莲草、丹参、桑椹子、白蒺藜、僵蚕、荆芥、防风。②活血化瘀法：药用当归、赤芍、泽兰、川芎、桃仁、红花、益母草、土鳖虫、丹皮。③清热利湿法：药用苦参、黄芩、薏苡仁、土茯苓、栀子、黄柏、滑石、通草、萆薢。④温经通络法：药用桂枝、当归、鸡血藤、威灵仙、细辛、白芍、葱白。⑤疏肝理气法：药用郁金、香附、柴胡、白蒺藜、薄荷、橘叶、香橼、佛手。⑥补益气血法：药用黄芪、白术、党参、鸡血藤、当归、白芍、熟地、肉桂、阿胶、甘草、大枣。⑦补肾滋阴法：药用生地、鳖甲、枸杞、首乌、女贞子、旱莲草、天冬、桑椹、黑芝麻。⑧温补脾肾法：药用菟丝子、仙灵脾、肉苁蓉、首乌、补骨脂、制附子、吴茱萸、艾叶、干姜。[13]魏仙富报道①风湿热型：旱莲草、白芷、何首乌、白蒺藜、紫草、丹参、苦参、苍术、防风、红花、党参、白附子、蚕休、黑豆、麝香、补骨脂、乌梢蛇。②脾肺气虚型：生黄芪、当归尾、红花、桃仁、何首乌、旱莲草、鸡血藤、白蒺藜、真降香、紫草、党参、枸杞子、菖蒲。③气血两虚型：当归、川芎、黄芪、白术、茯苓、人参、白芍、熟地、丹参、刺蒺藜、女贞子、旱莲草、黑芝麻、何首乌、补骨脂、麝香、甘草、紫河车。[12]总之；按辨证论治的治疗方法仍然为多数学者所采用，且取得较好的治疗效果。从临床经验而言，辨证治疗一般二种方法较常用。如李博鉴的调和气血，驱风通络法，滋补肝肾，养血祛风法；活血化瘀，疏经通络法。[14]钟以泽的疏肝解郁，活血祛风法；滋肝补肾，养血活血法；活血化瘀，温通经络法。[15]

另外，有的学者拟用一个法进行治疗，从其组方来看，仍同于上面所述三个法则中之一法，其它还有内服外用结合治疗法；还有单纯采用外治法，在外治药物疗法中，用补骨脂酊加减者居多，还有乌梅酊外治报道，还有用密陀僧散外搽等。除此而外，还有用中西医结合治疗方法，针刺疗法，耳针疗法，耳压疗法，划痕法，刮法，梅花针疗法等。这些疗法各有千秋，为治疗该病提供了多种手段。近些年来较多报道表皮移植疗法，使之在治法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上更深入一步，这也反映了由于对该病的病因病机的认识仍不够清楚，因此学者们仍在治法上进行各种探索，方出现如此之多的治疗方法，所以很难形成一个较好的标准化的方案。

2.4 辨证分型论治

在上面治法中基本介绍了有关辨证分型论治的概况。这里具体介绍临床上常见的辨证分型论治的详细内容。舒友艺分三型论治：①风燥型：白斑光亮，起病快，漫延快，常扩散呈大片，斑多对称。舌苔薄白而干。治宜祛风润燥。药用：白蒺藜、桑椹子、旱莲草、丹参、白附子、甘草。②湿热型：斑呈粉红色，夏秋季发展快，冬季静止，斑小，有痒感，日晒后痒加剧。舌苔薄黄或微腻。治宜：清热祛湿。药用：白蒺藜、桑椹子、旱莲草、女贞子、苦参、甘草。③寒湿凝滞型：白斑晦暗不光亮，片少而小，扩展慢、常多见保持原状，多为中年及老年人。舌苔薄白而润。治宜补肝肾、祛寒温经。药用：白蒺藜、何首乌、旱莲草、丹参、白附子、甘草。[10]裘凝才分三型论治：①肺气虚型：症见气短，皮肤瘙痒，易感冒，多为发病时间短，舌质淡，苔薄白，脉虚弱。皮损多为斑点或斑片，大小不等，皮损内色素脱失明显，边缘清楚。治宜益气生血，疏散风邪。药用：丹参、桑寄生、白蒺藜、破故纸、豨莶草、何首乌、党参、陈皮、紫苏、当归。②脾气虚型：症见食欲差，倦怠无力，形寒肢冷，发病时间长短不一，舌质淡，苔白，脉细濡弱。皮损圆形或椭圆型白斑，呈云片状散在或重叠分布，皮损内色素脱失明显，边缘模糊不清，常对称分布，有发展趋势。治宜补脾健胃，疏通经络。药用：丹参、桑寄生、白蒺藜、破故纸、豨莶草、何首乌、茯苓、白术、山药、当归。③肾阳虚型：症见头昏，眼花，耳鸣，气短，无力，腰酸腿软，形寒肢冷，早泄或阳痿。舌淡白，脉沉弱。皮损发病时间长，白斑局限或泛发，患部皮肤纯白色而边缘色素反而加深，白斑内毛发变白，皮肤发凉，皮损多见于头面部及会阴部或下半身。治宜温肾散寒，调和气血。药用：丹参、桑寄生、白蒺藜、破故纸、豨莶草、何首乌、制附子、肉桂、干姜、黑芝麻、当归。[9]魏仙富分三型论治：①风湿热型：治宜疏风清热，祛湿止痒，活血通络。药用旱莲草、白芷、何首乌、刺蒺藜、紫草、丹参、玄参、苍术、防风、红花、党参、白附子、蚤休、黑豆、麝香、补骨脂、乌梢蛇。②脾虚气虚型：治宜益气活血，健脾利湿，疏通经络。药用生黄芪、川芎、当归尾、赤芍、红花、桃仁、何首乌、旱莲草、鸡血藤、白蒺藜、真降香、紫草、党参、枸杞子、菖蒲。③气血两虚型：治宜益气养血、调补阴阳，调和营卫。药用当归、川芎、黄芪、白术、茯苓、人参、白芍、熟地、丹参、刺蒺藜、女贞子、旱莲草、黑芝麻、何首乌、补骨脂、麝香、紫河车、甘草。[12]李博鉴分三型论治。①气血不和证：治宜调和气血，驱风通络，方用七〇八方化裁。②肝肾不足证：治宜滋补肝肾，养血祛风法，方用一贯煎化裁。③瘀血阻滞证：治宜活血化瘀，疏通经络法，方用通窍活血汤加减化裁。钟以泽分三型论治。①肝郁气滞证：治宜疏肝解郁，活血祛风。方用逍遥散加减；②肝肾阴亏证：治宜滋补肝肾，佐以化瘀，方用首乌地黄汤加减；③气血瘀滞证：治宜活血化瘀，温通经络，方用通窍活血汤加减。[14]

3 实 验 研 究

白驳风的实验研究，多数是探索病因病机作为重点。更多的是从微量元素、免疫、血液流变学等方面进行研究，也有少数对中医治法疗效机理的研究。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1 铜锌元素测定研究

在现代研究中，对白驳风患者血清及皮肤铜、锌及多种元素检查或自由基清除系统水平检测的研究较多。朱光斗对 114 例白癜风患者的血清铜氧化酶活性测定提示明显低于正常对照组。而白癜风临床形态各异，其中寻常型的血清铜氧化酶活性降低明显（P < 0.001）。而其他型与正常人比较（P > 0.05）。提示铜元素的不足或缺乏，使酪氨酸酶活性降低，影响黑色素的合成代谢，可能是寻常型白斑发病机理之一。[16]李长海对 622 例白癜风患者血清铜值测定，结果患者与对照组经统计学处理 P < 0.01。仍证实铜元素的不足或缺乏与白癜风的发病有关。[7]而梁存让等对 52 例白癜风患者血清锌、铜、镁、铁值的测定结果患者血清锌、钙、镁值与正常对照组有非常显著性差异（P < 0.001）血清铁值与对照组有差异（P < 0.05），血清铜值正常（P > 0.05）。提示白癜风的发生与锌、钙离子的减少或缺乏有关，而与铜离子值无关。[17]黄惠明又对 60 例白癜风患者头发中钴含量测定，结果患者组发钴含量较正常对照组为低，说明钴缺乏与白癜风患病关系密切，是白癜风患病因素之一。[18]总之，通过各种对患者血清、皮肤组织液、毛发多种微量元素测定其含量的研究，发现某些微量元素的减少或缺乏在白癜风的患病中起重要作用。但铜元素与白癜风发病的关系存在一定的分歧，有待进一步研究。但从多数的实验来看认为铜元素减少或缺乏与白癜风发病有关。

3.2 免疫方面研究

不少学者从不同角度研究白癜风与免疫的关系，从而探讨白癜风是属于何种疾病。屠菁庆等对 85 例白癜风患者进行了免疫功能测定，结果：E 玫瑰花形成试验和淋转平均值较正常对照组降低。IgA 降低，CH_{50}值增高，C_3 值较正常对照组低。由此推测白癜风患者体内存在部分细胞免疫功能缺陷。从 IgA 与 C_3 降低表明白癜风患者存在某些体液免疫功能紊乱，但是否为其发病原因，需进一步探讨。[19]冯惠明等在 418 例白癜风患者中，T 淋巴细胞计数 143 例，均值 46.8 ± 8.2% 与正常值（50 ± 5%）比较，P < 0.01。眼底镜及裂隙灯检查 160 例；眼底呈豹纹样改变有 55 例；视网膜色素分布不均 14 例；视网膜色素沉着 5 例；视网膜色素减退 3 例；陈旧性脉络膜视网膜炎 3 例。从 T 淋巴细胞计数明显低于正常值，半数病例有眼的色素系统受累，这些资料说明白癜风的发病与自身免疫因素确有密切关系。[1]夏应魁检测 20 例白癜风患者 8 项免疫指标，初步看出患者细胞免疫功能低下，血清免疫球蛋白增高，总补体、C_3 下降，溶菌酶升高，基本符合免疫病一般规律。[20]岳晓玉测定了 196 例白癜风患者血清中的抗甲状球蛋白抗体（TGA），抗甲状腺微粒体抗体（MCA） 结果表明：泛发型、局限型白癜风患者的 TGA、MCA 明显高于正常组，而皮节型白癜风患者的 TGA、MCA 与正常组无差异。说明前二型可能与自身免疫机制有关。[21]朱铁君测定 55 例白癜风病人血清中抗核抗体、抗线粒体抗体、抗平滑肌抗体、抗胃壁细胞抗体、抗甲状腺球蛋白抗体和抗甲状腺微粒体抗体。发现有 8 例病人血清中查到 1 种以上抗体，阳性率为 14.5%，（正常对照组 55 例中仅 2 例阳性，阳性率为 3.6%），两组间有显著性差异（P < 0.05）。检出的自身抗体中，抗胃壁细胞抗体和抗甲状腺成分抗体最多。说明部分白癜风病人的发病机制与自身免疫有关。[22]毕志刚测定了 22 例白癜风患者和 16 例健康对照血清中的抗黑素细胞自身抗体（Me1Ab），结果 27.3% 患者为阳性（均为均一型），

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

对照组无阳性发现，两组有显著性差异($P<0.05$)。但用 CFC(激光细胞流式计数仪)方法未能发现患者组与对照组的显著差异。提示白癜风的发生除自身免疫外，尚有其他发病机制参与。从以上各种检测结果均说明白癜风的发病与自身免疫有一定关系。[23]

3.3 白癜风与微循环研究

为了从多方面探讨白癜风的发病机理，石得仁观察研究了白癜风与微循环的相关性。对 85 名白癜风患者和 226 名对照者进行了甲皱循环的观察。包括管袢长度、畸形管袢数、管袢入端出端、袢顶中心部直径、管袢周水肿渗出、管袢数以及管袢宽度等 8 个指标。患者组与对照组检测结果比较，上述的 8 项指标中前 6 项指标，二组有显著性差异($P<0.01$)，提示白癜风与微循环有相关性。当然有关这方面的研究还不很多，对今后的研究提供一种新的思路。[8]

3.4 脑血流图及脑电图研究

有人报道对白癜风患者大脑皮层功能状态及大脑血流供血状态与白癜风相关性研究。对 20 例患者做了胞电图，40 例患者做了脑血流图检查，与相同数目的正常人做了比较，发现白癜风患者脑血流图发生明显变化，脑动脉搏动性血流量下降，脑电图则未见明显变化。

以上从不同方面对白癜风病因病机的研究，虽然还未能达到某项检测可作为疾病判断的可靠指标，但对今后的进一步研究作了一些有意义的工作，是有参考价值的。

3.5 中医治法疗效机理研究

王金海应用复方补骨脂丸治疗白癜风患者 280 例，(药物组成:补骨脂、白芷、白蒺藜、紫草、苍术、何首乌)，局部配合外用复方补骨脂酊。连续使用 3～6 个月，对其中 20 例于治疗前后作血清铜锌含量测定，并与正常人进行对照。结果：疾病组比健康人组血清中铜锌明显降低，差异非常显著($P<0.01$)。应用中药治疗后血清中铜锌则明显增高，与治疗前相比差异显著($P<0.01$)。这项研究一方面证实部分白癜风患者确实与铜锌减少或缺乏有关；另一方面也为今后中医治疗对不同方法选择不同的病例从而提高其疗效给予了较好的启示。[24]

【古训今释】

1 病名溯源

白癜之名，始见于公元 610 年，隋·巢元方所著《诸病源候论·白癜候》谓："面及颈项身体皮肉色变白，与肉色不同，亦不痒痛，谓之白癜"。唐代《千金要方》及《外台秘要》对该病均有记载，且《外台秘要》又称之为"白驳"。宋代《圣济总录》又有"驳白"、"斑白"、"斑驳"之称。至清代《外科大成》、《医钞类编》称之为"白驳风"。至民国时《中西合纂外科大全》亦称"白驳风"。虽然明代《解围之薮》及清代《疡科会粹》有"白癜风"之名，但从其病因病机及症状，以及所用方药来看，似指麻风白斑。如《解围之薮》所述白癜风："此

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症初无痛处，但皮肤麻木，生灰白斑点。”《疡科会粹·白癜风》对“白癜风”谓：“夫肺有壅热，又风气外伤于肌肉，热与风交并，邪毒之气，伏留于腠理，与卫气相搏，不能消散，令皮肤皴起，生白斑点，故名曰白癜风也。”而所用方乌蛇散，治身体顽麻及生白癜风，从而不难看出：书所记载之“白癜风”皆指麻风白斑，与白驳风病完全是不同的两个病。故中医病名仍用“白驳风”。

2 证候与病象

白驳风一病，其临床表现多数仅有皮肤色素改变，而全身症状并不明显。如《诸病源候论·白癜候》谓“面及颈项身体皮肉色变白，与肉色不同，亦不痒痛。”宋代《圣济总录·白驳》指出久之“毛发亦变白，终身不瘥”，清代《医宗金鉴·外科心法要诀》指出“因循日久，其者延及遍身”。从而对该病的病象及证候记载更臻全面。

3 病因病机

隋唐时期，都认为该病的病因病机为风邪搏于肌肤所致。如隋《诸病源候论·白癜候》谓“……此亦是风邪搏于皮肤，气血不和所生也”。唐代《外台秘要·白驳方》谓“体苦白驳，经年不差，此风虚”。至清代《医宗金鉴》仍认为是风邪相搏所致，惟清代《医林改错》提出该病是由“血瘀皮里”而发的新观点，使之在病因病机的认识上进了一步。近年来对病机的研究，除在古代医家认识的基础上，仍以气血不和及血瘀阻络为主要病机外，又提出了肝肾不足，血虚不荣的病机，致使对病因病机的认识更臻完善。

4 治则治法

4.1 治　　则

由于古代医家在病因病机的认识上以风邪、血瘀立论，因而在治则上多用消风及化瘀法。如清代《医宗金鉴》明确提出“治宜消风”；《医林改错》虽未明确提出其治则，但用通窍活血汤治疗，已明确采用活血化瘀的治疗原则。从近年研究来看，认为其发病与情志不遂，气血失和；肝肾不足，精亏血少有关，所以相应提出疏肝理气，和血通络；或调和气血，疏风通络；滋补肝肾，养血祛风的治疗原则。

4.2 治　　法

对该病的治法上，多数都采用内外结合的治疗法，如《外台秘要》载有治白驳方7首，内服附子膏方及生菖蒲酒等，外用矾石、硫黄及干鳗鲡鱼油涂搽等。宋代《圣济总录》也记载不少内服、外用方药。清代《外科大成》也主张内服外治并用。《医宗金鉴》记载用浮萍丸、苍耳膏内外治疗方；惟《医林改错》仅选用通窍活血汤内服治疗法。而《外台秘要》在外治法中提出先用穿山甲刮局部至痛后再涂药物之法，此法在近年报道中仍被采用。当然在近年研究中，仍以内服外用并用的治法较多，也有不少单用外治法的报道；还有用梅花针叩刺、耳穴压丸、中西医结合等治疗方法，从而丰富了对该病的治疗，增加了更多的治疗手段

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 方剂用药归类

5.1 肝郁气滞

柴胡疏肝散　柴胡、陈皮、芍药、川芎、香附、枳壳、甘草。
逍遥散　柴胡、白芍、当归、茯苓、白术、炙甘草、生姜、薄荷。

5.2 滋补肝肾

六味地黄丸　熟地、山萸肉、淮山药、茯苓、泽泻、丹皮。
一贯煎　沙参、麦冬、当归、生地、枸杞子、川楝。
在以上方中，常加入何首乌、女贞子、旱莲草、桑椹、阿胶等补肾益精养血之品增其补肝肾之效。

5.3 活血化瘀

通窍活血汤　桃仁、赤芍、川芎、红花、老葱、生姜、大枣、麝香、黄酒。
桃红四物汤　地黄、当归、芍药、川芎、桃仁、红花。

6 预　　防

适当进行日光浴。
避免滥用外用药物。
多食含维生素食物，如新鲜蔬菜、水果。

（钟以泽）

近现代参考文献

[1] 冯惠明，等．白癜风418例临床分析(摘要)．临床皮肤科杂志，1986，15(2)：67
[2] 朱铁君，等．白癜风病人的自身抗体检查．中华皮肤科杂志，1987，20(3)：163～165
[3] 崔健，等．450例白癜风临床分析．临床皮肤科杂志，1989，18(3)：123～125
[4] 周若愚．中医辨证分型治疗白癜风84例．皮肤病防治研究通讯，1979，(1)：34
[5] 朱光斗．疏肝解郁、活血祛风法治疗白癜风探讨——附100例疗效观察．中医杂志，1981，(2)：30
[6] 倪晓．斑驳病1例及家系调查．临床皮肤科杂志，1995，24(1)：50
[7] 李长海，等．白癜风的临床和实验研究．武汉医学杂志，1984，8(2)：108
[8] 石得仁，等．白癜风患者微循环观察研究(摘要)．临床皮肤科杂志，1987，16(3)：127
[9] 裘凝才．中医分型治疗白癜风58例观察．辽宁中医杂志，1989，13(8)：15～16
[10] 舒友艺．白癜风102例临床小结．湖北中医杂志，1983，5(总12)：29
[11] 崔效如．中医辨证分型治疗白癜风——附26例疗效观察．山西中医．1986，(2)：20～21
[12] 魏仙富．中医治疗白癜风2016例．中国中西医结合杂志，1993，13(10)：633
[13] 聂印．中医治疗白癜风八法．辽宁中医杂志，1986，(4)：25
[14] 李博鉴．中医外科学．北京：人民卫生出版社，1987.11

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[15] 钟以泽．现代中医治疗学．成都：四川科技出版社，1995.9
[16] 朱光斗．血清铜氧化酶与白癜风．临床皮肤科杂志，1984，13(5):7～8
[17] 梁存让，等．白癜风患者血清中某些元素与氨基酸值的测定及其意义．中华皮肤科杂志，1984，17(1):24～26
[18] 黄惠明　易诚于．人头发钴含量与白癜风．江西医药，1995，30(1):6
[19] 屠善庆，等．85例白癜风患者免疫功能测定．中华皮肤科杂志，1984，17(2):124
[20] 夏应魁．银屑病患者的红细胞免疫功能(附100例分析)．中国医科大学学报，1986，15(3):238
[21] 岳晓玉，等．白癜风与甲状腺自身抗体、甲状腺功能关系的初步探讨．中华皮肤科杂志，1988，21(5):293～295
[22] 朱铁君．白癜风650例临床研究．临床皮肤科杂志，1995，24(5):279～282
[23] 毕志刚，等．白癜风患者血清抗黑素细胞自身抗体的研究．中华皮肤科杂志，1991，24(3):154～156
[24] 王金海，等．复方补骨脂丸治疗白癜风临床疗效观察及其对血清铜锌含量的影响．临床皮肤科杂志，1993，22(2):102

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 黧黑斑 ❋

黧黑斑是发生在面部的黄褐色或灰黑色斑片，不高出皮肤，常见于鼻背两侧。中医学又称“肝斑”，其临床表现类似于西医的黄褐斑，是皮肤科临床常见的色素性疾病之一。本病多发于女性患者、孕妇、口服避孕药及月经失调的女性多见，也可见于某些内分泌失调的内科病患者，如甲亢、慢性酒精中毒、内脏肿瘤等患者。日晒后皮疹加重。本病男性患者少见。

【今日临床】

1 诊断标准

关于黧黑斑的诊断标准，中医诊断标准现有国家中医药管理局制定的行业标准，《中医病证诊断疗效标准》现归纳如下。

1.1 病名诊断标准

面部皮损为黑斑，平于皮肤，色如尘垢，淡褐或淡黑，无痒痛。

常发生于额、眉、鼻背、唇等颜面部。

多见于女子，起病有慢性过程。

组织病理检查：示表皮中色素过皮沉着，真皮中嗜黑素细胞也有较多的色素。可在血管和毛囊周围有少数淋巴细胞浸润。

1.2 证类诊断标准

气滞血瘀：颜面出现黄褐色斑片，腰膝酸软，或急躁易怒，胸胁胀满，舌质暗，苔薄白，脉沉细。

肝肾阴虚：黄斑褐黑，伴腰膝酸软，倦怠无力，身体羸瘦。舌红，苔少，脉沉细。

2 中心证候特征

黧黑斑是以颜面部出现黄褐或淡黑色，抚之不碍手的斑片，界清边缘不整，多对称分布于颧、颊、鼻两侧，表面平滑无屑无痛痒为其特征。病程较久，发展缓慢，日晒后加剧，女性多见。

3 病　　因

黧黑斑的病因较为复杂，有七情内伤、饮食劳倦、肾精亏损等。

3.1 原发病因

情志不遂：如肝郁气滞，暴怒伤肝，思虑伤脾，惊恐伤肾等，皆可使气机紊乱。气血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

悖逆，气滞血瘀，不能上荣于面，则生褐斑。

劳伤脾土：凡饮食不节，劳伤过度，使中土转输失职，脾主湿而恶湿，水气上泛，阻于经脉，无以华面，则变生褐斑。

肾精受损：凡房室过度，久伤阴精，水不制火，血弱无以华肉，燥结成斑。

3.2 诱发因素

因日光久晒、妊娠、口服避孕药物及某些接触焦油类职业等皆可促使本病发生和加重。

4 病　机

4.1 发　病

本病起病多缓慢。除上各种因素可引起发病外，某些慢性疾病如结核、肝病、肿瘤、妇科病等可伴发。

4.2 病　位

本病主要发于颜面部，常见于额部、颧部、鼻背及唇周皮肤。

4.3 病　性

该病多为本虚标实，以本虚为主。若因继发因素诱发者，又常以标实为主。所以在疾病的发展过程中可表现为标实，也可表现为虚实夹杂。

4.4 病　势

本病常以皮损表现为主，病情多呈慢性，且较轻，仅影响其美观。不出现危笃之象，不会危及生命。

4.5 病机转归

黧黑斑的发生是在多种因素下，造成血不能荣面华肉，究其发病机理多为气血瘀滞所致，而肝气郁结至关重要。该病多发于女性，女子多情志变化，七情所伤则气机逆乱，气郁气滞必导致血瘀；肝藏血，肝血不足，血滞不华；肝肾同源必至肾精不足，精血俱虚无以荣肤华肉；肝旺侮土，脾失健运，痰浊内生，阻滞经脉，血涩不运肌肤失养均致斑成，所以必须重视自身情志的调理，否则顽固难愈。

5 临证思路

5.1 抓住主症

该病是以颜面部出现不痛不痒，且不碍手的淡黄色或淡褐色斑片为其特点，且多发于女性，一般无明显全身症状。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.2 掌握病因病机特点

任何一个疾病的产生，其病因、病机都有一定规律可循。黧黑斑病若因七情所伤，多为气滞血瘀；若因脾伤不运，多为气郁痰凝阻络；若因肾精亏损，多为精虚血少不荣于面。然水亏不能制火，虚火上炎、燥结为患。故而气血瘀滞成为该病的主要病理改变。

5.3 确定病性

该病病性有虚、实两端。肝郁气滞者多为实证；脾虚不运或肝脾不和者，可表现为虚证或虚实夹杂；肾水不足则表现为虚证。如肝郁气滞者，多伴有两胁胀满，烦躁易怒，女子月事不调，乳房胀痛等证；脾虚不运多伴有气短乏力，腹胀纳差；肝脾不和则伴有胸胁痞满，腹胀等证；肾水不足多伴头晕耳鸣，腰膝酸软，五心烦热等证。

6 鉴　别

阿狄森病：黑褐色斑片，广泛发生于全身皮肤，好发于面、颈、肩、两臂，四肢伸侧，乳头、牙龈、腋部、阴部、手指关节伸侧色素明显加深。胃肠机能障碍，体重减轻，全身症状明显。

瑞耳氏黑变病：面、颈、前额、胸、腋、脐、腹股沟等处肤色加深。初起时皮肤潮红及发痒，以后发生成片的淡褐色至深褐色斑片，对称发生。

焦油黑变病：面、颈等暴露部位好发。呈弥漫性色素沉着，呈淡褐色或深褐色，同时伴有痤疮样损害。有明显长期接触沥青、石油等病史。

7 临床治疗

7.1 中医分证论治

7.1.1 肝郁气滞证

临床表现：皮损为浅褐至深褐斑片，境界清楚，伴胸胁胀满，烦躁易怒，纳谷不香，失眠多梦，女子月事不调，两乳作胀。舌质淡红，苔薄黄，脉弦滑。

病机分析：本证因情志不遂，肝气郁结，气机不畅，则出现胸胁胀满，月事不调，两乳作胀；肝木侮土，则纳谷不香；气郁化火，扰乱心神，则失眠多梦；肝火旺则烦躁易怒。

治法：疏肝解郁。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡　香附　郁金　芍药　栀子　白术　陈皮　炒麦芽　炒谷芽

加减：若见口苦，心烦，舌质鲜红则加胆草、黄芩、黄连；若胸闷腹胀甚者加枳壳、川楝子。

临证参考：本证以肝气郁结不疏为主。肝体阴用阳，故临证时若加用滋阴养血柔肝之品，如生地、当归、女贞子、枸杞子等药物，与疏肝解郁理气之品同用，效果更佳。

7.1.2 脾虚不化证

临床表现：皮损为灰褐色斑片，境界模糊不清，伴气短乏力，纳差腹胀，舌质淡，苔

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

薄白，脉沉濡。

病机分析：本证因劳伤脾土，脾失健运则纳差腹胀；脾虚气血生化乏源，气血不足则见气短乏力

治法：健脾益气。

方药：香砂六君子汤加减。

党参　白术　茯苓　陈皮　砂仁　枳壳　广木香

加减：若腹胀满甚者可酌加川厚朴、枳壳、香附等；若纳差、腹泻、便稀者可酌加炒苡仁、山药、炒扁豆。

临证参考：遇到此类病人，施治时在健脾益气方基础上，可酌加行气活血养血之品，如当归、川芎、益母草等，此即气行则血行，血上荣面则斑乃去之理。

7.1.3　肾水不足证

临床表现：皮损为黑褐色斑片，境界清楚，伴头晕耳鸣，腰膝酸软，五心烦热，舌红少苔，脉细数。

病机分析：本证多因房劳过度，肾精亏损，精不上荣则头晕耳鸣；肾主骨，腰为肾之外府，肾精不足则腰膝酸软；阴虚生内热则五心烦热。

治法：滋阴补肾。

方药：六味地黄丸加减。

熟地　山萸肉　制首乌　枸杞　菟丝子　女贞子　怀山药　丹皮

加减：若见心烦易急、口干等阴虚火旺症者可酌加知母、黄柏、栀子等。

临证参考：本证表现为肝肾阴虚之象，若于滋阴补肾之品中佐以养血祛瘀的药物，如赤芍、当归、旱莲草等临床会收到更佳效果。

7.2　临床用药经验与体会

黧黑斑的产生与肝、肾关系最为密切，肝郁气滞，致气血逆乱；肾精亏损，精血不足，且肝肾同源，肝郁久而损肾，故而肾精不足又为该病发生之本。因此临床用药方面，当视其证，灵活变通，方能提高其疗效。

7.2.1　滋补肝肾药

由于该病以肾精不足为其根本，因此临床选用滋补肾阴之药较多。如熟地、制首乌、枸杞均为滋补肝肾之要药，熟地滋腻，制首乌、枸杞乃平补肝肾之药，三者均有养阴益肾之功效；由于阴虚易生内热，故常配伍女贞子、旱莲草等寒、凉滋肾阴之药其方药更为完善，且滋阴益肾之力更强。在用药经验上，由于阴阳互根，阴阳消长，阴阳转化等，在使用滋补肾阴药同时，常需配伍微温之药如山萸肉、菟丝子，一方面此二药均有补肾之功效，共用可增其效，又可避免治疗中出现阴阳过偏，顾此失彼之象。

7.2.2　疏肝理气药

情志不遂，致肝郁气滞，气血失调产生黧黑斑也是重要因素之一。临床用药方面常选用疏肝理气之药。如柴胡，香附调达肝气以解郁常为主选药物。由于气滞易致血滞，因此在用理气药时常配伍川芎血中之气药，郁金气中之血药，以增其疏肝理气之力，同时以通其血滞使之达到气血调和起消斑之效。但在临床中，如果病机转归导致血瘀滞明显者，当

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

增其活血通络之药如红花、桃仁、当归尾以活血化瘀。总之在肝郁气滞证的用药上，必须加用一些活血之药，只不过应在辨证基础上，做到选药适当，用量适当，方能有利无弊。

7.3 外治疗法

7.3.1 外用药物疗法

① 祛斑霜：白芷、白附子、白僵蚕、珍珠粉用单纯霜配制成霜，涂擦患处，日 2 次至愈。

② 紫草洗方：紫草、茜草、白芷、赤芍、苏木、红花、厚朴、木通，加水煎，温后湿敷《赵炳南临床经验集》。

7.3.2 药物加倒膜

用祛斑霜或黄芪霜面部涂擦稍加按摩，用石膏倒膜，每周 1 次，六周为 1 疗程。

7.4 针灸疗法

该病针灸疗法多采用针刺疗法，能起到一定治疗作用。

7.4.1 肝郁气滞证

常用穴：三阴交、足三里、太冲。配穴：阴陵泉、行间、肝俞、脾俞。每次选取 2～5 穴，用平补平泻法，或用泻法，留针 10～20 分钟，每日 1 次，连续 10 日为 1 疗程。

7.4.2 脾虚不化证

常用穴：中脘、足三里、三阴交。配穴：脾俞、上脘、下脘。每次选取 2～4 穴，用补法，留针 20 分钟，必要时加用艾灸，连续 1 周为 1 疗程。

7.4.3 肾水不足证

常用穴：太溪、三阴交。配穴：肾俞、阴陵泉。每次选取 2～3 穴，用补法，每日 1 次，连续 1 周 1 疗程。

7.5 西医治疗撮要

西医治疗多采用对症处理，常用内服维生素及外用脱色剂，激素类霜以及防晒霜等。

8 疗效评定标准

治愈：颜面皮肤呈正常肤色。

好转：皮损消退 30%以上。

未愈：皮损无明显变化，或消退不足 30%。

9 预防与护理

保持乐观情绪，避免忧思恼怒。

饮食适宜，多用富含维生素饮食，避免油腻辛辣及酒酪。

避免日光曝晒，局部不宜滥涂外用药物。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病名与定义

该病病名各家称谓不一，有黄褐斑、蝴蝶斑、黧黑斑之称，以黄褐斑之称谓较多。国家中医药管理局发布的行业标准中拟用黧黑斑一名，故按此命名为据。系指面部出现大小不等形状各一、不碍手的黄褐色斑片为特征的一种皮肤病。

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因学研究

在该病病因学研究方面不是很多，多数学者认为该病与妊娠、避孕药物有关。如沈大为等在流行病学调查906名黄褐斑病人中，因妇科病、避孕措施、孕期发病为高。春夏季加重尤为突出，认为日光是一种促发因素。其它因结核史、肝病史、饮酒等也可引起黄褐斑的发生。[1] 杨慧兰认为长期服用避孕药、夏季日晒与黄褐斑发生有关外，还认为精神因素与黄褐斑发生也有密切关系，从而在病因学认识上更臻完善、全面。[2]

1.2.2 病机研究

中医学在病机研究上，仍多遵古训，从病因学探寻其病机。多数学者认为该病多责之于肝、脾、肾。朱鸿铭认为黄褐斑以肾阴亏，阴血虚者为最多；[3]又有不少学者认为是气滞血瘀为主，如宴国祥[4]，赵洪斌等。[5]王保和则认为黄褐斑属血滞。[6]秦子丁又认为黄褐斑为血枯征兆，多由气血不足，血虚不能上荣。[7]许曼理认为由邪犯肌肤，血络不畅。[8]李博鉴则认为黄褐斑发病机理多端，或由肝郁气滞，热灼阴血；或肾气不足，肾水不能上承，虚火上炎；或脾虚不能化生精微、气血失于润泽等。[9]息红则认为是肝、脾、肾机能失调，情志不遂，暴怒伤肝，思虑伤脾，惊恐伤肾，皆可使气机紊乱，气血悖逆，不能上荣于面发为褐斑。[10]

2 临床研究

2.1 临床诊断的研究

黧黑斑的诊断，长期以来仍然根据其发病特点，如发病年龄、性别、部位、皮损特点等即可进行临床诊断。随着西医学的进入，采用了一些西医现代化的检测技术，如病理组织学检查，从而在诊断依据方面进一步客观化、科学化，对疾病的诊断更为明确。

2.2 证候研究

在证候研究方面，多数学者仍然在辨证基础上进行分证。然而在中医证候的分型上，由于受到地域、环境，以及师承，个人水平等诸方面影响，从而难于达到统一标准。李寿安等分为肝气郁结、脾胃虚寒、肝脾湿热三个证型。[11]李博鉴又分为肝郁气滞、痰湿内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

停、肝脾不和、肾水不足四个证型。[9]徐宜厚分为肝郁血滞不华、脾虚痰湿凝聚、肾虚精血不足三个证型。[12]李秀敏分为肝郁型、脾虚型、肾虚型。[13]窦国祥则分为血瘀内阻、气滞血瘀、肝肾阴虚、寒滞血瘀、气虚血瘀、湿热血瘀六个证型。[4]哈欧分为肝郁脾虚、气滞血瘀、血虚肝旺、肝肾阴虚、湿热下注五个证型。[14]王建湘又分为肝郁脾虚、肝肾阴虚两个证型。[15]虽然各家在证候分型上有所不同，但多以肝、脾、肾三脏的证候为突出，因此肝郁气滞、脾虚痰凝、肾气不足三种证型最为常见，这也切合临床实际。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

黄褐斑一病，是属本虚标实的病证，中医治则是根据辨证而拟定。由于临床各家在证候的分型中差异性，故其治则也就不同。因临床以肝郁气滞、脾虚痰凝、肾气不足三证型最为常见，所以常用治则为疏肝理气(疏肝解郁)、温阳健脾、滋阴补肾。其它还有清热利湿化瘀、调和肝脾、理气活血、理气健脾活血等治则。还有不少学者认为黄褐斑与血瘀有关，主张以活血化瘀为主的治疗原则，从临床而言，确有血瘀证型出现，用此治疗原则的选择必须根据临床辨证而定，是虚则补，是实则泻，灵活变通，不可拘泥。

2.3.2 治法研究

在黄褐斑的治疗方法方面，可说是百家争鸣。有以辨证论治的内治法为主、有内治和外治结合的方法、有专方治疗法、有单用外治疗法、还有针灸疗法、耳穴疗法(包括耳穴放血及耳穴压丸法)以及外用药物涂摸法、药物加倒膜法、脐疗法、穴位封闭疗法、梅花针叩治法、针药并用法，中西医结合疗法等，从临床报道均有一定效果，但从该病以血为本，因此内治疗法更为重用，配合其它方法综合治疗可提高其疗效。

2.4 辨证分型论治

辨证分型论治是中医治疗疾病的基本方法。由于中医尚无客观化辨证标准，因而出现分型上的差异。如李博鉴分四型论治。肝郁气滞：褐色斑对称分布于目周、颜面、大小不等，框廓易辨、边缘不整，伴胁肋胀痛，烦躁易怒，善太息，月经不调，脉弦滑等。治以郁肝解郁法，方选柴胡疏肝散加减。肝脾不和：栗皮色地图状斑片，对称，范围大，伴胸胁胀痛，脘闷纳少，便溏，脉弦滑，苔白腻等。治宜疏肝健脾法，方选逍遥散加减。痰湿内停：灰黑色斑片，境界模糊，范围广泛，伴胸胁支病，头晕目眩，呕吐清水痰涎，脉弦滑、舌淡水滑苔白腻。治宜温阳健脾，利湿祛痰，方选苓桂术甘汤加减。肾水不足：黑褐色斑片，以鼻为中心，对称如云片，甚可呈假面具状。伴耳鸣盗汗，健忘失眠，腰酸腿软，舌红少苔，脉细散。治宜滋阴补肾，方选六味地黄汤加味。[9]徐宜厚分三型论治。肝郁血滞不华：以调和气血，补肝悦色法。方用补肝丸加味，当归、苍术、制香附、羌活、白附子、细辛。脾虚痰湿凝聚：治以甘辛益脾，温阳化浊法，方用二陈汤、益黄散化裁。肾亏本色外露：治以温阳补肾、润肤悦色，方用温肾散加减。[12]李秀敏分三型论治。肝郁型：口苦、咽干、头晕、头痛、易怒、易惊、胁胀、纳差、太息、食后腹胀、失眠、多梦、善忘、月经不调、前后错期、经行块多，舌质红、苔薄白、脉滑。治以清肝解郁、理

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气活血，药用清肝丸：柴胡、当归、白芍、生地、丹参、香附、白芷。肾虚型：腰痛、腰酸、乏力、喜寐、多梦、易惊、口干、头晕、头痛、肢冷、白带多、月经衍期、经色淡，舌质红、少苔、脉细。治以滋水涵木，养血润肤，予补阴丸：菟丝子、女贞子、生熟地、丹皮、桑寄生、当归、旱莲草、鸡血藤、花粉、云苓。脾虚型：面肿、肢冷、肢浮肿、肢沉重、气短、心悸、纳差、白带多而质稀、月经衍期色淡、腹胀、喜寐、舌质淡润，脉缓弱。予实脾丸：党参、白术、茯苓、冬瓜皮、木香、茯苓、生地、当归、鸡血藤、鸡内金。[13]刘丽芳分四型论治：肝郁气滞型：斑色呈浅褐色至棕褐色，胸胁胀痛，治宜疏肝理气，方用逍遥散加减。肝肾阴虚型：面色灰暗，头眩耳鸣，五心烦热，治宜滋补肝肾，方用六味地黄丸加减。瘀血内阻型：伴经期腹痛，月经色暗，夹有瘀块，舌质紫暗或舌有瘀点，治宜行气活血，方用桃红四物汤加减。脾虚气弱型：面色萎黄少华，神疲纳少，带下清稀，治宜健脾益气，方用补中益气汤加减。[16]遇幼平分三型论治。肝郁脾虚型，治以疏肝健脾用逍遥散加减。肝肾阴虚型，治以滋补肝肾用六味地黄汤加减。气滞血瘀型，治以活血祛瘀行气，用桃红四物汤加减。[17]综观该病的辨证论治方面，一般都大同小异，在近年来不少学者用活血化瘀方药治疗该病报道较多，这在辨证论治上有所发展，且符合临床实际。个人认为血瘀是该病的主要病机，因此在辨证论治基础上适当加入活血化瘀药，能增强其消斑效果。

3 实验研究

该病在实验研究方面总的来说进展不大。仅从90年代开始，对该病的发病因素方面进行了实验探讨。如熊德鑫应用定位、定量和定性方法对51例黄褐斑病人皮损区菌群进行微生态学的研究，并将104例健康人面部菌群及经治疗后10例病人菌群进行比较，结果发现面部常驻菌痤疮丙酸杆菌和表皮葡萄球菌治疗前后与正常人相比，活菌数无明显改变($P>0.05$)，尤其是产生褐色素、桔黄色的微球菌增加显著，提示皮肤菌群的改变。细菌产生色素的吸收和沉积参与了黄褐斑的形成。[18]任波采用电感耦合等离子体发射光谱法对6例患者和31例正常对照的头发标本中7种微量元素进行测定。结果表明：患者发中Zn和Cu的含量显著低于正常对照组($P<0.01$)；发Cr、Cd、Pb、Se含量差异无显著性。[19]作者认为患者体内Zn、Cu和Fe含量的异常是黄褐斑发生的一个诱因。万苗坚应用定量、定位和定性的方法检测了106例黄褐斑患者皮损区菌群改变，并与正常对照组进行比较分析；选用不同温度培养其它色素微球菌。结果：黄褐斑皮损区菌群与正常对照组比较，微球菌，其它产色素微球菌、棒杆菌差异显著($P<0.001$)。黄褐斑病人与正常对照组皮肤菌群分离率比较，微球菌、其它产色素微球菌、需氧革兰阴性杆菌分离率高(79.25%～92.45%)，与健康人相比差异显著($P<0.05$)。不同温度(35℃、20℃)培养产色素的微球菌，并在不同时间观察其活菌数和产色素情况，其活菌数有显著性差异，产生的色素也明显深于20℃培养。提示黄褐斑皮损处微生态改变与本病的发生有明显相关性。[20]林新瑜检测发现48例黄褐斑患者血清雌二醇、促卵泡素、促黄体素水平显著高于40例对照组($P<0.01$)，雌激素水平显著低于对照组($P<0.05$)，孕激素、泌乳素水平与对照组无显著性差异($P>0.05$)；妊娠及口服避孕药对雌二醇水平有影响($P<0.05$)。[21]万苗坚检测50例黄褐斑患者血清卵泡刺激素(FSH)、孕酮(P)、雌三醇(E_3)、黄体生成激素(LH)及催乳激素(PRL)的水平，以探讨内分泌改变与黄褐斑发病之间的关系。对照组50例。结果发现，25

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

例男性患者血清 FSH、PRL、E_3、P、LH 水平与男性健康人对照组比较无显著性差异。25 例女性患者血清 FSH、PRL、E_3、P 水平与 25 例女性正常人对照组相比，除 E_3 值有显著性差异外，余无显著性差异。[22]林新瑜对 48 例女性黄褐斑患者和 40 例正常对照组血清过氧化脂质(LPO)水平、红细胞超氧化物歧化酶(SOD)活性、全血谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-PX)、过氧化氢酶(CAT)活性及血液流变学进行了检测。发现病例组全血 CAT 活性低于对照组($P<0.01$)，血清 LPO 水平、红细胞 SOD 活性、全血 CSH-PX 活性与对照组无显著性差异，日晒对血清学指标无显著影响，对血液流变学有一定影响，病例组血液流变学各指标除 HCT 外，均显著高于对照组。[23]

【古训今释】

1 病名溯源

“黧黑斑”一名，首见于明代陈实功所著《外科正宗·女人面生黧黑斑》。对本病记述较早者为晋·葛洪《肘后备急方》称“皯黯”；南北朝《刘涓子鬼遗方》称“面黑皯皰”；隋《诸病源候论》称“面黑皯”；唐《备急千金要方》称“面皯”、“黑皯黯”；《外台秘要》称“面皯黯”；明《外科正宗》称“黧黑斑”；清《外科证治全书》认为本病与“面尘”、“黧黑皯黯”是同病异名；清《医宗金鉴》称为“黧黑黑皯黯”。后世亦有因其颜色、形状特点而称为“褐斑”、“黄褐斑”、“蝴蝶斑”；因多发于孕妇而名为“妊娠斑”；又因本病常由肝郁气滞而发，故俗称“肝斑”。

2 证候与病象

黧黑斑一病的证候与病象，历代医家都仅就皮损特点进行描述。如清代祁坤《外科大成·黧黑斑》：“黧黑斑多生女子之面”；清代许克昌《外科证治全书·面尘》：“面尘(又名黧黑斑,又名黧黑黑皯黯)，面色如尘垢，日久煤黑，形枯不泽。或起大小黑斑，与面肤相平”。清代吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀》：“黧黑皯黯，此证一名黧黑斑。初起色如尘垢。日久黑似煤形，枯暗不泽，大小不一，小者如粟粒赤豆，大者如莲子、芡实，或长、或斜、或圆，与皮肤相平”。从以上记载，首先明确指出该病多发于女性，以面部为主的色素沉着斑，初起色浅，久之色深，其形状各一。这与当今“黄褐斑”一病的皮损特点极相似。

3 病因病机

早在《黄帝内经》已认识到该病与足少阴肾、足厥阴肝、足少阳胆、足阳明胃诸经脉的异常变动有关。如《素问·至真要大论》：“岁阳明在泉，燥之所胜，则……心胁痛不能反侧，甚则咽干面尘”。《灵枢·经脉篇》：“足少阳之脉，是动则病口苦，……心胁病不能转侧，甚则面微有尘……；肝足厥阴之脉，是动则病……甚则嗌干，面尘脱色；肾足少阴之脉，是动则病饥不欲食，面如漆柴……；胃足阳明之脉，是动则病洒洒振寒……颜黑。”隋代巢元方则认为该病因风邪、痰饮致气血不调有关。《诸病源候论·面黑皯候》指出：“面黑皯者，或脏腑有痰饮，或皮肤受风邪，皆令气血不调，致生黑皯。”其后更进一步指出：“五脏六腑十二经脉皆上于面，夫血之行俱荣表里，人或痰饮渍脏，或腠理受风，致血气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不和，或涩或浊，不能荣于皮肤，故变生黑斑。”唐代孙思邈在《备急千金要方》中认为该病与风邪有关。至明代陈实功《外科正宗》指出：“黧黑斑者，水亏不能制火，血弱不能华肉，以致火燥结成斑黑，色枯不泽……”。这在该病的病因病机的认识上有新的见解。清代许克昌《外科证治全书·面尘》指出：“面尘……由忧思抑郁，血弱不华……。”从而对该病的病因病机认识更臻完善。从而明确提出该病多因肝气郁结，脾湿痰渍，肾阴不足等，致气血不和，血弱不华发为褐斑，以及风邪侵及腠理，经络受阻，血不能荣于皮肤皆可发为本病。

4 治则治法

4.1 治　　则

在古代医籍中对该病虽然未提出明确的治疗原则，但从其文字描述中也有一定的治疗原则可见。如明代陈实功《外科正宗》：“黧黑斑者……，朝服肾气丸以滋化源……”。提出当从滋养阴液化生之本源，即滋阴补肾的治疗原则；而清代许克昌认为本病由忧思抑郁所致，故在《外科证治全书·面尘》中提出“内宜疏胆气兼清肺”的治疗原则。然从其对病因病机的认识来看，似乎应以疏肝解郁，滋阴补肾，健脾化痰为主要治疗原则，实际上临床上现也多从这几个治疗原则进行论治。但诸多论述之气血不调，或称气血不和，或涩或浊，可见该病因多种因素使颜面经络气血运行不畅，或因于痰浊阻络，或因于气血瘀涩难行，此乃黧黑斑的病机关键。因此活血通络治疗原则不可忽视，在诸多报道资料中，有多数学者用活血化瘀法，应用桃红四物汤或通窍活血汤治疗该病的论文。个人认为，从临床实践经验来看，在该病治疗拟用以上治疗原则基础上，加用活血通络，化瘀消斑之药，确能提高疗效。

4.2 治　　法

对该病的治疗方法，前贤多采用内外结合的治疗方法。如明·陈实功《外科正宗·女人面生黧黑斑第九十五》“黧黑斑……，朝服肾气丸以滋化源，早晚以玉容丸洗面斑上，日久渐退”。清·许克昌《外科证治全书·面尘》：“面尘……，外用玉容散，每早晚蘸以洗面，内宜疏胆气兼清肺，加味归脾汤送六味地黄丸主之。”而多数医家更多采用外治法，为清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀》：“此证一名黧黑斑……，宜以玉容散早晚洗之，常用美玉磨之，久久渐退而愈。”从晋、唐、宋、明、清10部有代表性的方书及外科专著中，共得黧黑斑外治方剂177首，依据成书年代先后，除去重复记载者，得外治方112首。其中晋《肘后备急方》载方13首；唐《备急千金要方》载方30首；《千金翼方》载方4首；《外台秘要》载方38首；宋《太平圣惠方》载方40首；《圣济总录》载方8首；明《本草纲目》载方37首；《外科正宗》载方1首；清《外科证治全书》载方1首；《外科大成》载方2首；《医宗金鉴》载方1首。可见古代医家对该病的治疗采用外治法是有其较深研究。且取得较好的治疗效果，至今临床也常使用部分古代外用方药。此外还有按摩治疗的记载。如唐代孙思邈《千金翼方·妇人面药》：“摩掌令热以摩面，从上向下二七过，去皯气，令人面有光，又令人胜风寒”这是按摩用于本病治疗的最早记载，现代面部美容广泛采用，只不过其按摩手法以及选择不同面部穴位，及循经等方法，比原来更进了一步，再结合外用药物进行倒膜，更增其治疗效果。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 方剂用药归类

5.1 疏肝解郁

柴胡疏肝散　陈皮、柴胡、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草。临床还可选用郁金、青皮、陈皮以增疏肝理气之效。由于气滞可致血瘀，因而在应用疏肝理气方中常加用当归，丹参等活血之药。肝气郁结常可导致肝脾不和，因而也常选用逍遥散：柴胡、白芍、当归、茯苓、白术、炙甘草、生姜、薄荷。

5.2 滋阴补肾

六味地黄汤　熟地、山萸肉、怀山药、茯苓、泽泻、丹皮。在临床中常配以二至丸：女贞子、旱莲草以增其滋阴补肾之功效。临床常加用制首乌、枸杞、菟丝子等补肝肾药物，同时还常配补阴血的当归、白芍、鸡血藤。由于阴虚常夹气虚，因而在方剂中又常加用北沙参、黄精、黄芪等益气之药。

5.3 健脾除湿化痰

四君子汤　党参、白术、茯苓、甘草。

二陈汤　法夏、茯苓、陈皮、甘草。

苓桂术甘汤　茯苓、桂枝、白术、甘草。

参苓白术散　党参、茯苓、白术、山药、炙甘草、扁豆、莲子、苡仁、桔梗、砂仁。

以上各方视病状可单独使用，或二方合用随证化裁。

5.4 活血化瘀

桃红四物汤　地黄、当归、芍药、川芎、桃仁、红花。

通窍活血汤　桃仁、赤芍、川芎、红花、老葱、生姜、大枣、麝香、黄酒。在使用活血化瘀方时，如血瘀甚者，还可加三棱、莪术、地龙以增化瘀之效。由于血瘀常夹气滞，因而常配伍郁金、枳壳、柴胡等行气理气之药，气行则血行之意。

6 预　防

忌忧思恼怒，正如明·陈实功《外科正宗·女人面生黧黑斑第九十五》言："黧黑斑者……，兼戒忧思、动火、劳伤等件"。清·祁坤《外科大成》也载有"兼戒忧思方可"的告戒。

饮食宜清淡，忌油腻酒酪。

避免日光暴晒。

（钟以泽）

近现代参考文献

[1] 沈大为，等．906例黄褐斑临床和病因．临床皮肤科杂志，1986，15(2)：64

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[2] 杨慧兰，等．广州地区黄褐斑有关发病因素的流行病学调查．临床皮肤科杂志，1996，25(2):89～90
[3] 朱鸿铭．菟丝祛斑汤治疗面部黄褐斑53例．山东医药杂志，1980，(1):42
[4] 窦国祥，等．血府逐瘀汤治疗黄褐斑119例分析．铁道医学，1984，(1):66
[5] 赵洪斌．疏肝活血汤为主治疗黄褐斑45例初步观察．山东中医杂志，1982，(3):153
[6] 王保和．中药治疗黄褐斑．中华皮肤科杂志，1987，20(1):42
[7] 秦子丁．和营补血法治疗黄褐斑．浙江中医杂志，1985，20(11):510
[8] 许曼理．加味三豆饮治疗面部黄褐斑454例．上海中医药杂志，1988，(4):28
[9] 李博鉴．面部黄褐斑证治．中西医结合杂志，1984，(7):435
[10] 息红．中西医结合治疗面部黄褐斑42例．山东中医杂志，1992，(3):34
[11] 李寿安，傅建华．中西医结合治疗黄褐斑20例．陕西中医，1981，2(4):22
[12] 徐宜厚．黄褐斑23例临床资料分析，湖北中医杂志，1985，(5):9
[13] 李秀敏．70例黄褐斑的辨证论治，中医杂志，1986，27(3):38
[14] 哈欧．黄褐斑50例临床小结．北京中医杂志，1988，(2):30
[15] 王建湘．中医辨证加药物倒模治疗黄褐斑52例．湖南中医学院学报．1991，14(1):19～20
[16] 刘丽芳．辨证治疗黄褐斑200例疗效观察．湖南中医学院学报，1997，17(3):35
[17] 遇幼平，杨秀强．中医药治疗黄褐斑34例，新中医．1997，29(11):39
[18] 熊德鑫，等．黄褐斑生态治疗和菌群改变的研究．中国皮肤性病学杂志，1995，9(2):70～71
[19] 任波，等．斑驳病患者头发7种微量元素的测定．湖北医科大学学报，1995，16(4):311～313
[20] 万苗坚，等．黄褐斑患者皮损区微生态改变的探讨．临床皮肤科杂志，1997，26(2):84～87
[21] 林新瑜，等．女性黄褐斑患者血清性激素水平的测定．临床皮肤科杂志，1997，26(5):285～287
[22] 万苗坚，等．黄褐斑患者血清性激素水平的研究．中华皮肤科杂志，1997，30(6):403～404
[23] 林新瑜，等．女性黄褐斑患者的血清酶学及血液流变学初步分析，临床皮肤科杂志，1997，26(6):359～361

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 红斑狼疮 ❋

红斑狼疮是一种累及全身多脏器、多系统的自身免疫性疾病，属结缔组织疾病范围。在中医文献中尚未查到相似的病名，但根据其症状一般认为属于“发斑”、“痹症”、“水肿”、“心悸”、“黄疸”、“红蝴蝶疮”等范畴。皮肤损害以面部蝶形红斑为特征。本病男女皆可患病，而以女性为多见，男女之比约为 1:7～9，发病年龄以中青年为最多，亦可见于儿童及老人。其发病率约为 1～10/万，近年来有增加趋势。目前，本病每年发病在中国约有 60 万例，全世界约有 400 万例，每年累计约有 20%的病人因各种因素使病情恶化而死亡，且年龄结构越小死亡率越高。因此，这种严重威胁人类健康的疾病已经成为当今世界医学领域研究的重要课题。近半个世纪来，在我国各地专家学者的密切配合下，以中医基础理论指导临床，运用现代科学技术确定病情，积累了丰富的经验，其研究达到了国际先进水平，引起了世界医林的重视和兴趣。

【今日临床】

1 诊断标准

关于红斑狼疮的诊断标准，中医诊断有国家中医药管理局制定的中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，西医诊断目前多参考中华医学会风湿病学会 1982 年在北京制定的“系统性红斑狼疮诊断(参考)标准”，和上海医科大学皮肤病学研究所制定的“系统性红斑狼疮诊断标准”，及美国风湿病学会 1982 年诊断标准。

1.1 病名诊断标准

1.1.1 系统性红蝴蝶疮

相继或同时出现下述 4 项以上，即可诊断。

蝶形红斑：颧部隆起的或平的固定红斑，鼻唇沟部位无皮损。

盘状红斑：红色隆起斑片，表面附有粘着性、角化性鳞屑及毛囊栓，陈旧损害可见萎缩性瘢痕。

有光敏史或检查发现对光异常反应所致皮疹。

口腔或鼻咽部有溃疡，常无痛感。

可有累及两个或更多的周围关节触痛、肿胀或积液。

有确切胸痛史或体检发现胸膜摩擦音或胸腔积液。或心脏听诊有心包摩擦音，实验室检查有心包积液。

持续性蛋白尿、24 小时尿蛋白大于 0.5 克并可见有尿红细胞、白细胞、颗粒、管型等。

排除药物或代谢紊乱如尿毒症、酮血症、电解质紊乱等出现抽搐或精神症状者。

血液检查：溶血性贫血或白细胞少于 4000/mm^3 (4×10^9/L)；或淋巴细胞少于 15%

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(1.5×10^9/L)；或血小板少于 10 万/mm^3 (100×10^9/L)。

免疫学检查：红斑狼疮细胞阳性或抗 dsDNA 抗体滴度异常或有 SM 抗体或梅毒血清学反应假阳性。

荧光抗核抗体阳性。

1.1.2 盘状红蝴蝶疮

皮损好发于面颊、眉弓、耳廓、口唇、手背等暴光部位，呈暗紫红色浸润性斑片，表面复有菲薄鳞屑，部分可见萎缩。皮肤病理检查有基底细胞液化变性，真皮血管和附件周围灶性淋巴细胞浸润，狼疮带试验阳性确诊。

1.1.3 亚急性皮肤型红斑狼疮

皮损多为环状红斑或呈多形性。病理表现同 2.1。系统损害轻微，抗核抗体多为阳性。

1.2 证类诊断标准

热毒炽盛：相当于系统性红蝴蝶疮急性活动期。面部蝶形红斑鲜艳，皮肤紫斑。伴有高热，烦躁口渴，神昏谵语，抽搐，关节肌肉疼痛，大便干结，小便短赤。舌质红绛，苔黄腻，脉洪数或细数。

气阴两伤：斑疹暗红。伴有不规则发热或持续低热，手足心热，心烦无力，自汗盗汗，面浮红，关节痛，足跟痛，月经量少或闭经。舌红，苔薄，脉细数。

脾肾阳虚：面色无华，眼睑、下肢浮肿，胸胁胀满，腰膝酸软，面热肢冷，口干不渴，尿少或尿闭。舌质淡胖，苔少，脉沉细。

脾虚肝旺：皮肤紫斑，胸胁胀满，腹胀纳呆，头昏头痛，耳鸣失眠，月经不调或闭经。舌紫暗或有瘀斑，脉细弦。

气滞血瘀：多见于盘状局限型及亚急性皮肤型红蝴蝶疮。红斑暗滞，角栓形成及皮肤萎缩。伴倦怠乏力。舌暗红，苔白或光面舌，脉沉细。

2 中心证候特征

本病的发生是由于先天禀赋不足，劳倦内伤，加之毒热、瘀血、风湿等外邪阻于经络、肌肤，伤于脏腑所致。

全身多脏器、多系统受损是红斑狼疮的证候学特征。其主症为蝶形红斑、盘状红斑、发热、疲乏、关节酸痛、肾损害、心血管损害、呼吸系统损害、贫血等引起的相关症状。次症有脱发、雷诺氏现象、甲周红斑和指(趾)甲远端弧形红斑、网状青斑、紫癜、皮肤坏死性血管炎、口腔粘膜溃疡、消化系统损害、神经系统损害、淋巴系统损害、眼部病变、高血压、月经紊乱等引起的相关症状。

2.1 主 症

蝶形红斑：以鼻梁为中心，在两侧面颊对称性分布，边缘不太清楚，四周隆起，中心略凹，有的浸润明显，红斑数日后变成暗红色；部分病人可出现瘀点、瘀斑，甚至水疱、血疱、糜烂、结痂。红斑在缓解期逐渐消退，遗留色素沉着，皮肤轻度萎缩。鼻唇沟无皮损。

盘状红斑：大多局限于面部，以两颊、鼻部为主。为黄豆至蚕豆大小的红斑，边缘稍

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

隆起，中央略凹陷，呈圆形、不规则形，典型者形成蝴蝶样形态，一般逐渐向外扩大、蔓延，红斑表面附有粘着性鳞屑，剥去鳞屑在皮肤上可见到开大的毛囊口哆开，状如筛孔，鳞屑下面有角质栓，状如钉板，嵌在开大的毛囊孔内。有时毛细血管扩张。多年的皮损中央萎缩或形成疤痕，周围色素沉着，间有色素减退。

发热：本病绝大多数有发热，长期低热为多见。发热与继发感染有关。

疲乏：疲乏是本病常见的症状。一般早期只有轻微乏力，疲乏程度较轻，发热之后疲乏症状更明显。在疾病的过程中，不论治疗与否，疲乏都是病人主要症状之一。

关节酸痛：是本病最常见的症状之一。有的多个关节燉红、肿胀、灼热、疼痛，类似风湿性关节炎；有的指骨关节、手、肘、肩、膝等多个关节发生变形，似类风湿性关节炎，但大关节较少累及；有的可发生无菌性缺血性骨坏死，股骨头最常累及。

肾损害：约有 3/4 的病人可有肾脏损害，主要表现为肾炎或肾病综合征。病初多为肾炎，尿内有红细胞、白细胞、蛋白质、管型等，或为肾病综合征，全身水肿明显，有胸水或腹水，甚至心包积液，低蛋白血症和血胆固醇增高。后期往往出现高血压、尿毒症、肾功能衰竭，预后较差。

心血管损害：约有一半以上病人可有心血管损害，其中以心包炎最为多见，表现为少量积液，心前区不适、气急、疼痛，并可听到心包摩擦音；心肌炎亦常见，表现为气短、疼痛、心动过速、心脏扩大，以致心力衰竭。还有动静脉炎等。

呼吸系统损害：主要为胸膜炎和间质性肺炎，表现为咳嗽，痰多有白沫，严重者呼吸困难、口唇紫绀、胸痛，甚至呼吸衰竭。

贫血：几乎所有病人在病程中均可出现血液系统损害，其中以贫血最为常见。

白细胞减少：白细胞减少较明显，一般中性粒细胞和淋巴细胞均减少。

狼疮细胞阳性：约 40%～70%活动性 SLE 患者狼疮细胞检查阳性，有诊断价值。

抗核抗体(ANA)阳性：约有 80%～95%以上病例，ANA 试验阳性，尤以活动期为高。

抗 ds-DNA 抗体阳性：抗 ds-DNA 抗体具有一定特征性，活动期患者阳性率高达93%～100%，在缓解稳定期病例，阳性率下降。

2.2 次　　症

脱发：病情进展时，在红斑基础上或没有红斑部位，头发逐渐稀疏、细软、易断，长短参差不齐，以前额明显，边界清楚，称“狼疮发”。病情静止后，毛发一般可再生，若红斑波及头皮，可引起皮肤附属器官持久性丧失，造成不可逆性脱发。

雷诺氏现象：表现为遇冷后有手指、足趾皮肤苍白、青紫、潮红。

甲周红斑和指(趾)甲远端弧形红斑：常出现较早，是诊断本病早期的“主要症状”。

网状青斑：大多发生在下肢，手足背、肘膝周围，呈网状、树枝状红斑或青紫斑。

紫癜：红斑狼疮患者皮肤出现紫癜约有 10%，大多为 SLE 所致血小板减少性紫癜，可伴有齿龈出血、鼻腔出血、月经过多等。

皮肤坏死性血管炎：少数红斑狼疮患者可发生，好发于四肢伸侧压迫部位。表现为红肿块或紫癜，继则坏死变黑，日久痂脱形成溃疡。

口腔粘膜溃疡：有的患者病情活动期可出现无痛性口腔粘膜溃疡。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

消化系统损害：系统性红斑狼疮（SLE）患者常有胃肠道症状，主要表现为食欲不振，恶心呕吐，腹痛腹泻，腹水，便血，少数病例可伴发腹膜炎和急性胰腺炎；肝脏病变也较常见，主要表现为肝肿大，球蛋白增高，白蛋白降低，转氨酶增高等。

精神神经系统损害：表现为神昏谵语，烦躁不安，或头痛，恶心呕吐，颈项强直，昏迷，抽搐，偏瘫，截瘫等。

淋巴系统损害：有局部或全身淋巴结肿大，以颈、腋部肿大为多见，肿大的淋巴结质地软，无压痛。

眼部病变：SLE 患者出现眼部病变的约占 20%，主要有眼结膜炎、角膜溃疡、视网膜出血、视神经乳头水肿等。

高血压：多见于 SLE 的中晚期病人。

月经紊乱：约 20%的 SLE 患者可出现月经紊乱，表现为经期延长或缩短、经量过多或过少、甚至闭经。多见于病变活动期及应用大剂量皮质类固醇激素时，当病情缓解稳定后可恢复。

血小板减少：约有 1/3 的患者可有血小板减少而出现出血倾向。

血沉加快：主要表现为活动期。

抗 Sm 抗体阳性：具有高度特异性，常和抗 ds-DNA 抗体伴随出现，与疾病活动性无关。

血清补体 C_3 降低：大多 SLE 患者血清总补体减少，特别在活动期，以 C_3 降低显著。

狼疮带试验阳性：此法是一项较敏感而特异的检查方法。采用直接免疫荧光技术检测红斑狼疮病人皮肤，在真皮与表皮连接处具有免疫球蛋白(主要为 IgG)的带状沉积。皮损处阳性率 SLE92%、盘状红斑狼疮（DLE），90%，正常皮肤处阳性率在 SLE 暴光处 70%、非暴光处 50%。此法对 SLE 的诊断和预后有一定意义，特别是对无皮损的 SLE 有诊断价值。

3 病　因

3.1 原发病因

先天禀赋不足：先天禀赋不足，真阴本亏，肝肾阴虚，阴阳失调，虚热内生。若阴虚内热复染邪毒，正邪抗争，耗气伤精，则气阴两虚；真阴本亏日久，相火妄动，津液暗耗，外则肌肤失养，内则脏腑受损，而致阴虚火旺；病久则阴损及阳，而致脾肾阳虚。

劳倦内伤：红斑狼疮之人，多为先天真阴本亏之体，阴虚内热者居多。若劳累过度，津液暗耗，阴虚明显，虚火内生；若房劳过度，命门相火妄动，消烁阴精，真阴更亏；若产后百脉空虚，精血耗损，外则肌肤失养，内则脏腑损伤，而致阴虚火旺，甚或壮热骤起，狼疮突然暴发。

3.2 继发病因

瘀血：先天禀赋不足，真阴本亏，阴阳气血失于平衡，气血运行不畅，气滞血瘀，瘀阻经脉而成；或因七情内伤，肝气郁结，肝郁血瘀，阻于经络，伤于脏腑而发病。

湿浊：红斑狼疮之人，肝肾不足，风湿外侵，湿性粘滞，重浊缠绵，湿浊入于肌肤、经络，流注关节、脏腑，久则湿浊化热，甚则酿成热毒所致。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.3 诱发因素

日光曝晒外受热毒是诱发本病的重要因素。本病多数患者与强烈的日光照射有关，而且病后若被日光照射则会促使病情的加重，如有些盘状红斑狼疮经日光曝晒后，可演变为系统性红斑狼疮。另外，感染、外伤、寒冷、精神创伤及药物等也是诱发或加重本病的因素，而且这些因素还影响着整个疾病的发展过程，甚至决定着疾病的预后。

4 病　　机

4.1 发　　病

本病大多起病缓慢，呈急性和慢性经过，少数急性暴发性起病，急性发作与慢性缓解交替出现。本病最常累及的器官系统为皮肤、肾；最常见的症状是皮疹、发热、疲乏、关节痛；最先出现的表现是面部红斑、肾炎，少数患者以胸膜炎、心包炎、雷诺氏征开始，个别患者以精神神经症状开始。但总的规律是由一个系统病变向多个系统病变发展，偶有始终表现为单个系统。

本病的发病大致有三种表现：①急性：起病急骤，进展迅速，全身皮疹广泛，发热为弛张高热，可侵犯肾、心、肺、脑等多个器官，合并症较多，若不及时治疗或治疗不当可导致死亡。②亚急性：以发热和2~3个系统的损害开始，大多系统损害较轻，迁延日久，时轻时重，发展至多系统损害，全身情况也日益衰弱。③慢性：低热或无热，全身症状不明显，有的无系统损害，有的系统损害轻微，有的系统损害呈慢性进行性发展。

4.2 病　　位

本病的病位在经络血脉，可累及全身多脏器、多系统。

4.3 病　　性

为本虚标实。在急性活动期，虽毒热、瘀血、湿浊等标实症状较为突出，但其本质还是本虚标实、虚中夹实；至于病情稳定期，是以虚为核心，肝肾阴虚、气阴两虚、脾肾阳虚等虚象逐渐显现。

4.4 病　　势

4.4.1 盘状红斑狼疮

盘状红斑狼疮主要为皮肤红斑，少数兼有轻微的全身症状。病程慢性，夏季或日晒后加重，日久皮损可趋于静止状态，周围色素沉着，间有色素减退。极少数可演变成鳞状细胞癌或基底细胞癌；个别患者可因日晒或过度劳累等原因，损害加重，累及内脏，则转变为系统性红斑狼疮。

4.4.2 亚急性皮肤型红斑狼疮

亚急性皮肤型红斑狼疮是介于盘状和系统性之间的中间类型。初起为红色或水肿性丘疹，逐渐向周围扩大，形成丘疹鳞屑性斑片或环形、多环形的水肿性红斑，有的可同时出

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

现盘状红斑狼疮皮损。内脏损害轻微，很少发展成系统性红斑狼疮，预后良好。

4.4.3 深部红斑狼疮

深部红斑狼疮也是介于盘状和系统性之间的中间类型。基本损害为结节和/或斑块，病程经过缓慢。有的结节持续不变，而在其他部位发生新损害；有的结节逐渐扩大，或与邻近结节融合形成斑块；有的结节可吸收而其上皮面塌陷，或坏死而后成萎缩性疤痕。本类型既见于SLE，又可见于DLE，亦可以结节形式独立存在而无典型LE皮损，可先或后于LE损害发出或与之同时出现。本类型不稳定，可向DLE或SLE转变。

4.4.4 系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮症状复杂，有的急性发作，也有缓慢起病，病程慢性，可持续数年或更长，但也有发展迅速的。急性型起病急骤，出现高热、乏力、颜面红斑显著、多个脏器受累，伴有严重的中毒症状，进展迅速，出现肾、心、肺、神经系统等功能衰竭，病情危笃，预后差，若不及时治疗或治疗不当可导致死亡；亚急性或慢性型起病缓慢，有发热、关节痛等中等度全身症状，多个脏器受损，一般缓解与加剧交替出现，病程迁延。

4.5 病机转化

红斑狼疮的病机转化取决于毒热、瘀血、湿浊等病邪与人体正气相争及其消长变化。急性发作者毒热炽盛、瘀血阻络、湿浊凝聚，若中西医结合治疗及时，措施适当，则患者正气渐复，毒热得清，瘀血得祛，湿浊得化，诸症逐渐消失，可参加正常工作；若麻痹大意，治疗不及时或治疗不当，则正气更虚，毒热内炽、瘀血阻络、湿浊凝聚更盛，内脏功能衰竭，形成阴竭阳微之证而有生命危险。慢性稳定期虽病邪不盛或病邪大减，但虚是本病的病机核心，故仍需继续服药，经过辨证论治，临床随访观察，多可健康生活20年以上；若疏于治疗，或日晒劳累过度，而引起急性发作者也不少见。

红斑狼疮一病，临床征象虽然复杂，但虚是本病之本，是贯彻整个疾病过程的指导思想，即使在急性活动期，也应想到本虚的一面，这是一个在红斑狼疮病机转化中值得重视的问题。

4.6 证类病机

热毒炽盛：先天禀赋不足，真阴本亏，虚热内生，或日光曝晒外受热毒，或情志不舒、劳倦过度，以致热毒积聚，入于肌肤、经络、关节，燔灼营血、内攻脏腑而成。

阴虚内热：肝肾不足，精血亏损，毒邪留恋，耗伤津液则阴虚，阴虚则内热自生。

阴虚火旺：阴虚体质，热毒不盛，若日晒或劳累过度，津液耗伤，虚火内生，或房劳过度，命门相火妄动，消烁阴精，而致阴虚火旺之证。

气阴两虚：先天禀赋不足，阴虚内热，复染邪毒，正邪抗争，耗气伤精，则气阴两虚，外则肌肤失养，内则脏腑受损。

肝肾阴虚：先天红斑狼疮体质，多为肝肾阴虚之体，日晒、过劳、邪毒等多为后天诱因。若毒热、瘀血、湿浊等邪盛而发病，通过治疗则邪去，肝肾阴虚之证显现。

脾肾阳虚：真阴本亏，肝肾不足，阴虚内热，病久则阴损及阳，而致脾肾阳虚。

气滞血瘀：真阴本亏，阴阳气血失于平衡，气血运行不畅，气滞血瘀，瘀阻经脉而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

成；或七情内伤，肝气郁结，气血凝滞，阻于经络，伤于脏腑而发病。

风湿热痹：红斑狼疮之人，肝肾不足，风湿外侵，痹阻经络、流注关节、脏腑，气血运行不畅，营卫不和而成；日久化热，伤津耗液，而致肌肤失养，脏腑受损。

心阳不足：毒邪已退，正气受伤，而致心阳不足，阳气不足则鼓动无力，气血运行失常。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

发热(长期低热多见)，蝶形红斑或盘状红斑，关节痛，疲乏。

5.2 分析病位

红斑狼疮病位在经络血脉，可累及全身多脏器、多系统。临证时，一般先根据有无内脏系统损害、内脏系统损害的轻重以及皮损的特征，将红斑狼疮分为盘状红斑狼疮、亚急性皮肤型红斑狼疮、深部红斑狼疮和系统性红斑狼疮。无内脏系统损害，以皮肤症状为主要特征，很少出现全身症状，皮损为盘状或蝶形红斑，表面附有粘着性鳞屑，刺去鳞屑，下面有角质栓，状如钉板，嵌在开大的毛囊孔内，属盘状红斑狼疮，病位浅。内脏系统损害轻微，皮损以丘疹鳞屑性斑片和/或环形、多环形水肿性红斑为特征，属亚急性皮肤型红斑狼疮，病位较浅。很少有内脏系统损害，损害以结节和/或斑块为特征，属深部红斑狼疮，病位在皮下。以面部蝶形红斑及广泛的内脏系统受累为特征，属系统性红斑狼疮，病位深。

系统性红斑狼疮则根据临床症状及体征，来分析病位所在。表现为腰酸、全身浮肿、胸水、腹水、蛋白尿、管型尿，甚至出现高血压、尿毒症者，是累及肾；表现为心前区不适、心前期疼痛、气短、心动过速、心脏扩大、心包摩擦音、低电压、ST 段抬高、T 波倒置、P-R 间期延长，甚至发生心绞痛、心肌梗塞者，是累及心；表现为咳嗽、痰多有白沫，甚至发生呼吸困难、口唇紫绀、胸痛者，是累及呼吸系统；表现为食欲不振、恶心呕吐、腹痛、腹泻、黑便，是累及消化系统；表现为肝肿大、球蛋白增高、白蛋白降低、转氨酶增高，是累及肝；表现为贫血、白细胞减少、血小板减少，是累及血液系统；表现为神昏谵语、烦躁不安、头痛、恶心呕吐、颈项强直、昏迷、抽搐、偏瘫、截瘫等，是累及神经系统；表现为淋巴结肿大、脾肿大，是累及淋巴系统；表现为眼结膜炎、角膜溃疡、视网膜出血、视神经乳头水肿，是累及眼。

5.3 确定病性

红斑狼疮的病性为本虚标实。以气虚、阴虚、阳虚为本，以热毒、瘀血、湿浊为标。若红斑变淡，面色不华，自觉畏冷，手指发白明显，浮肿，神疲乏力，便溏，苔薄白，舌偏淡，脉濡，属气虚。若红斑鲜红，低热，或午后烦热，咽干口燥，苔少，舌红，脉细数，属阴虚；兼见脱发，腰膝酸软，头昏耳鸣，则偏肾阴虚；兼见双目干涩，或视物不明，胁肋隐痛不快，则偏肝阴虚；兼见虚烦心悸，夜难入寐，梦多或惊惕不安，健忘，则偏心阴虚；兼见干咳少痰，或带血丝，胸胁隐痛，则偏肺阴虚。若红斑转紫暗，面色淡白，乏力，气短懒言，形寒肢冷，苔薄白，舌淡，脉沉细，属阳虚；兼见腰膝酸软，周身浮肿，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

下肢尤甚，则偏肾阳虚；兼见周身乏力，四肢不温，食后腹胀或食少，大便稀溏，则偏脾阳虚；兼见心悸、气短，或自汗，夜寐时常惊醒，则偏心阳虚。若面部红斑鲜艳，甲周红斑和指(趾)甲远端弧形红斑明显，高热，头痛，口渴唇干，或有便干溲赤，重者神昏谵语，狂躁乱动，苔黄糙而干，舌红绛，脉弦滑或洪数，属热毒炽盛。红斑转暗，或有瘀点，瘀斑，肢体刺痛，月经衍期，苔薄，舌偏暗带紫，脉弦细，属血瘀。皮损不明显，而以关节红肿疼痛、屈伸不利、麻木、重着为主，伴有低热、烦躁不安，苔腻，舌红，脉滑，属湿浊。当然，临床见症纷乱复杂，本虚标实相互参杂，临床治疗尚需明察秋毫，灵活变通。

6 鉴　　别

混合结缔组织病：混合结缔组织病本身兼有系统性红斑狼疮的症状，应注意鉴别：混合结缔组织病是系统性红斑狼疮、硬皮病与多发性肌炎症状的混合，很少出现肾脏损害，ENA 抗体阳性，抗 Sm 抗体缺乏，血清补体正常或升高等都有助于两者鉴别。

系统性硬皮病：系统性硬皮病虽也多发于女性，常有雷诺氏征、关节痛或关节炎，可有内脏受累，抗核抗体阳性。但皮损以弥漫性肿胀、发硬为主，有蜡样光泽，以后萎缩，有色素沉着或色素减退；发热不常有；内脏损害多先累及食管，肾及心脏病变少见；白细胞计数正常。

皮肌炎：皮肌炎可有与 SLE 类似的紫红色斑疹，抗核抗体阳性，且可合并各系统的损害，故常易误诊。但皮肌炎皮损以眼眶周围实质性肿胀为主，呈暗红色斑片，没有典型的蝶形分布；四肢无力，近端肌肉酸痛明显；内脏病变较少较轻，偶而累及心脏；24 小时尿肌酸显著增高；部分患者伴有恶性肿瘤。

结节性多动脉炎：结节性多动脉炎是一种以中、小动脉炎症为主的皮肤、内脏器官系统均被受累的全身性疾患，内脏损害以肾脏为主，常有发热和关节酸痛等与 SLE 相类似的症状，但本病多见于中年男性，皮损呈多形性，且以沿血管分布的结节为多见，缺乏蝶形红斑。白细胞计数增高。

慢性肾炎：SLE 患者大部分有肾损害，少数没有皮肤损害的患者，易与慢性肾炎相混，应注意鉴别。SLE 患者除肾损害外，往往具有多系统的损害，且 LE 细胞、ANA、抗 ds-DNA 抗体、抗 Sm 抗体呈阳性结果，这些是慢性肾炎所没有的。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 热毒炽盛

相当于系统性红斑狼疮的急性期。

临床表现：面部红斑鲜艳，伴有瘀点、瘀斑、血疱，甲周围紫红色斑片和指(趾)甲远端弧形红斑明显，高热，头痛，关节酸痛，烦躁不安，口渴唇干，或有恶心呕吐，大便干结，小便短赤；重者神昏谵语，狂躁乱动，苔黄糙而干，舌质红绛或紫暗，脉弦滑或洪数；严重者癫狂、抽搐、偏瘫，大小便失禁或潴留，苔少舌红，脉细数。

病机分析：红斑狼疮之人，多为先天肝肾不足之体，阴虚内热者居多。或因外染毒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

邪，或因情志不舒，劳倦过度，六淫和七情化火，复受日晒之毒，以致热毒积聚，入于肌肤、经络、关节，燔灼营血，内伤脏腑，形成热毒炽盛之证。热毒伤络，迫血外行，溢于皮下，而有瘀点、瘀斑、血疱；热邪留于气分，可见高热、头痛、关节酸痛；损耗阴液，而唇干口渴；犯胃则恶心呕吐；累及肠道膀胱则便干、溲赤；甚则扰乱神明则神昏谵语、躁动不安；苔黄糙、舌红绛，脉弦滑洪数，皆由热毒炽盛所致。

转归：本证若经中西医结合治疗，一般在一周左右，高热渐退，皮疹转暗，内脏功能逐渐恢复，全身症状逐步减轻，常在三四周内转为恢复期，病情缓解转成阴虚内热或气阴两虚者，预后比较好。若治疗不当，抢救措施不及时，或是患者为短时期内反复急性发作者，或为急性暴发者，则高热不退，昏迷加重，毒邪内炽，迫血妄行，有鼻衄、吐血、便血、尿血，内脏功能衰竭，形成阴竭阳微之证，则有生命危险。

治法：凉血生津、滋阴，清热解毒。

方药：犀角地黄汤加减。

鲜生地　赤芍　丹皮　玄参　水牛角(先煎)　生石膏　金银花　连翘　黄芩　紫草　白茅根

加减：大便干结者，加生大黄、元明粉；小便短赤者，加猪苓、车前子；瘀点紫癜者，加侧柏叶、仙鹤草；神昏谵语者，加安宫牛黄丸，或紫雪丹；癫狂抽搐者，加天竺黄、钩藤、生石决明。

7.1.2　阴虚内热

相当于系统性红斑狼疮缓解稳定期，或症状轻的病例，亚急性皮肤型红斑狼疮，盘状红斑狼疮。

临床表现：皮疹红斑转紫暗，低热不退，口干唇燥，神疲乏力，耳鸣目眩，关节酸痛，自汗盗汗，头发稀疏，月经失调，大便不畅，小便色黄；或胸闷心悸，夜难安眠，面色灰白；或胁肋胀痛，胃纳不香，泛恶嗳气，肝脾肿大。苔薄舌红，脉弦细数。

病机分析：热邪渐退，毒邪留恋未尽，耗伤津液则阴虚，阴亏正气亦伤，肝肾不足，精血不能濡养肌肤、筋脉、关节，则见口干皮肤干燥，头昏耳鸣，夜难安眠等证。阴损及阳，以致阳虚自汗、阴虚盗汗的症状显现。阴虚则内热自生，则低热起伏，二便不调，月经失常，舌红脉细数诸症皆生。

转归：多数坚持正规治疗，调护适当，则正气恢复，阴虚渐除，则内热自退，诸症消失，可参加正常工作，仍需继续服药，临床随访观察，多可健康生活 20 年以上；若麻痹大意，或不认真治疗，或日晒劳累过度，引起急性发作也不少见。有的可由盘状红斑狼疮、亚急性皮肤型红斑狼疮转变为系统型红斑狼疮，甚至损伤内脏，而发生暴发性发作，而成热毒炽盛，阴损及阳，导致生命危险。

治法：养阴清热、补益肝肾。

方药：知柏地黄汤加减。

生地　知母　黄柏　青蒿　地骨皮　山药　山萸肉　泽泻　枸杞　黄精

加减：关节疼痛者，加秦艽、威灵仙；关节红肿者，加忍冬藤、络石藤、茅莓根；自汗盗汗者，加生黄芪、生牡蛎；夜眠不安者，加夜交藤、酸枣仁；月经不调者，加当归、益母草；腹胀泛恶者，加姜半夏、陈皮；肝脾肿大者，加大黄䗪虫丸。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：实验研究证实：六味地黄丸能促进肾脏对体内代谢产物尿素的排泄，以保护肾脏排泄功能

7.1.3 阴虚火旺

相当于系统性红斑狼疮亚急性发作。

临床表现：皮疹表现为面部红斑呈蝶形，色红略带水肿，指甲或隐约可见的充血；发热不高，常在38.5℃左右，或日晡潮热，起伏不定，伴有口渴、喜冷饮、或烦躁，偶有鼻衄，大便干结，小便黄赤，苔薄，舌质红尖有刺，脉细数或弦细。

病机分析：阴虚体质、热毒不盛，或病程已长，治疗及时，病情已被控制，偶有日晒或劳累，津液暗耗、阴虚明显，虚火内生。口渴、烦躁等皆阴虚火旺、津液亏损所致。也有轻型病例，逐渐加重而成。就病情程度而言，本证是阴虚内热的进一步发展，中医有"热者火之轻，火者热之重"之说。

转归：病轻者治疗及时，津液恢复，则火势渐弱，而成阴虚内热之证；体质较差或反复发作的患者，病程迁延，日久耗气，或纳差，脾失健运，而成气阴两虚之证；少数病情难以控制，火邪愈旺，可向"热毒炽盛"证发展。

治法：养阴清热，滋阴降火。

方药：白虎汤、增液汤、银花甘草汤加减。

生石膏　生地　玄参　麦冬　金银花　白茅根　白花蛇舌草　生甘草　粳米　知母

7.1.4 气阴两虚

相当于系统性红斑狼疮急性发作后，病情缓解的初期阶段。

临床表现：皮疹红斑变淡或紫暗，面色灰白，没有光泽，或有低热不尽，或是潮热起伏，全身倦怠、神疲乏力，腰酸肢软，苔薄舌淡，脉濡细带数。

病机分析：患者处于邪退正虚之时，火毒之势渐退，气阴损伤未复，正气虚弱故有神疲倦怠、腰酸肢软；阴液耗伤而故可见现口干唇燥，舌淡脉细。皮疹变淡，面色灰暗均是气阴两虚的证候。气阴两虚，亦可内生虚热，临床可见低热、潮热、烦热等症状。

转归：多数调治适当，气阴逐渐恢复；也可因阴损及阳，正气渐虚，内脏衰竭而生危象，而成重症，有生命之虑。

治法：益气养阴。

方药：补中益气汤、增液汤加减。

黄芪　党参　白术　茯苓　生地　玄参　麦冬

加减：潮热起伏者，加青蒿、地骨皮；头昏目眩者，加枸杞子、女贞子、旱莲草。

临证参考：现代药理证实：黄芪有加强心脏收缩力作用，能增强免疫功能，促进抗体合成，对干扰素系统有促进作用。

7.1.5 肝肾阴虚

相当于系统性红斑狼疮缓解期的病情稳定阶段。多见于中老年患者。

临床表现：面部皮疹呈暗红色，常有色素沉着或色素减退，伴有脱发，头昏目眩，腰酸肢软，月经不调，或阳痿早泄，苔剥舌红，脉象细数。

病机分析：先天红斑狼疮体质，多为肝肾阴虚之体，日晒、过劳、毒邪、药物等多为后天诱发因素。发病时热毒、火旺、气滞血瘀等均邪盛所致，通过治疗则邪被祛除，则肝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肾阴虚之证显现，肾虚则腰酸肢软，肾精不足则调节乏力以致月经不调、阳痿早泄，精血亏损，肝失所养，则头昏目眩，舌红脉细均阴虚之象也。

转归：多数正规治疗，护理妥当，预防措施正确，一般能正常工作，生活质量逐步提高；也有因突发事件的发生，而致急性发作，往往病情严重，伤及脏腑，痰迷心窍，或毒邪造成脑损伤，而有生命危险。

治法：滋补肝肾。

方药：杞菊地黄丸加减。

生地　熟地　山萸肉　怀山药　枸杞　白菊　旱莲草　知母

加减：腰酸加炙狗脊、炒川断、杜仲；头昏加白菊花、白蒺藜、明天麻；纳呆加鸡内金、焦山楂、焦六曲；眠差加夜交藤、酸枣仁；自汗加糯米根、煅牡蛎(先煎)；月经不调加丹参、益母草；早泄加金锁固精丸(包煎)。

临证参考：枸杞子补精血、益肝肾，现代药理证实：能增强网状内皮系统的吞噬能力，促进免疫功能，增强抗病能力，加强造血功能，使白细胞增多。

7.1.6　脾肾阳虚

相当于系统型红斑狼疮出现肾炎、肾病综合征、尿毒症的表现，但也有一开始即出现肾炎症状的。

临床表现：红斑转紫暗，或而色灰白，神萎倦怠，形寒肢冷，浑身浮肿，严重者可伴有胸水、腹水、尿少、腹胀、纳呆、恶心，甚者咳逆上气不能平卧，苔薄白或白腻，舌质淡、嫩胖，脉沉细，小便中多有红白细胞、管型、蛋白尿、部分肾功能也不正常、贫血等。此时仍可有关节酸痛、四肢乏力、疲倦少寐、头昏耳鸣、膝膝酸软、胃纳不香等。

病机分析：多属病之后期肾脏损害之表现，也有开始即有肾脏损害；或因长期服用激素所引起脾肾阳虚，水湿泛滥，乃脾肾功能衰退所致。《诸病源候论·水通身肿候》中说："水病者，由肾脾俱虚故也，肾虚不能宣通水气，脾虚又不能制水，故水气盈溢，渗液皮肤，流遍四肢，所以通身肿也，令人上气体重，小便黄涩，肿处按之，随手而起是也。"《景岳全书·水肿论治》中说："凡水肿等证，乃肺脾肾相干之病，盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。今肺虚者气不化精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行。水不归经则逆而上泛，故传入脾而肌肉浮肿，传入肺则气息喘急。"脾为中土，脾阳不足，则本色上泛，故而色萎黄；脾主四肢，阳气不足，则神萎倦怠，形寒肢冷；肾阳衰微，气化失常，排泄障碍，故尿量减少；水液泛滥于肌肤，则周身浮肿，肿甚则按之凹陷没指；水停于腹腔则腹满；水泛为痰，则喘咳痰鸣；痰阻气机，肺失肃降，则呼吸气促；苔白、舌质淡胖，脉象沉细，均属脾肾阳虚、阳虚水泛之象。

转归：本证为危重之候，若中西医结合抢救及时，治疗措施适当，则患者可阳气复原，正气渐充，肾气渐足，可由脾肾阳虚，转入肝肾不足、气阴两虚之证。则预后转好，否则生命危矣！

治法：健脾益肾，温阳利水。

方药：四君子汤合真武汤加减。

党参　白术　茯苓　附子　芍药　萆薢　车前子

加减：咳嗽者，加五味子、细辛、干姜；小便不利者，加车前子、陈葫芦；呕吐者，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

去附子，加姜半夏、陈皮；腹胀者，加大腹皮、枳壳。

临证参考：现代研究：本药有抗休克作用，人参皂甙能通过兴奋下丘脑或垂体使血浆中 ACTH 和皮质酮含量增加。全方合用可补气健脾，能促进骨髓造血功能加速红细胞的生长；增强免疫功能，提高人体抗病能力，主要增加了巨噬细胞的吞噬功能，尤以单味党参的作用最显著。

7.1.7 气滞血瘀

相当于系统性红斑狼疮以肝脏损害为主的患者。

临床表现：皮肤暗红或呈黄褐色，有的伴有瘀斑或有黄疸、紫癜，全身症状有胸胁胀痛或刺痛，腹胀纳呆，泛恶吞酸，头昏目眩，夜眠不安，月经不调，或鼻衄，肝脾肿大，苔薄舌红，脉象弦细。

病机分析：证属毒邪传肝，肝郁不达，而气血凝滞，胁为肝之分野，足厥阴肝经经过胃之两旁，属肝络胆，过膈，分布于胁肋，肝病气滞血瘀则痛；热毒夹湿熏蒸脏腑，胆汁外溢则发黄疸；肝胃不和，胃失和降，则腹胀纳呆，嗳气泛恶；肝血不足则头晕失眠；气滞血瘀而致冲任失调则月经不调；气血失和，不循经而行，溢于脉外，则发瘀斑、紫癜，迫血上溢则鼻衄；郁于内脏则肝脾肿大。

转归：多数经过正确调治，身体恢复，可正常工作，则预后良好。

治法：舒肝理气，活血化瘀。

方药：逍遥散合四物汤加减。

柴胡　当归　赤芍　白芍　丹参　莪术　平地木　白术　茯苓

加减：黄疸者，加茵陈、制大黄；腹胀泛恶者，加姜半夏、陈皮、厚朴；瘀斑、鼻衄者、加仙鹤草、白茅根；恶心呕吐者，加姜半夏、陈皮、炒竹茹；腹胀不舒者，加木香、佛手、沉香曲；大便溏薄者，加焦扁豆、炒苡仁、焦山楂；大便干结者，加生首乌、黑芝麻；关节酸痛者，加秦艽、威灵仙、茅莓根；日晡潮热者，加青蒿、地骨皮；口干唇燥者，加石斛、黄精、白茅根；夜不安眠者，加牡蛎、酸枣仁；肝脾肿大者，加大黄䗪虫丸；肝功能不好者，加连翘、平地木、半枝莲。

7.1.8 风湿热痹

相当于系统性红斑狼疮患者以关节症状为主的患者。

临床表现：皮肤症状不显著，以多个关节红肿疼痛为主，发作时，屈伸不利，妨碍行走，局部灼热，痛不可触，伴有发热，咽干口渴，烦躁不安，大便干结，小便黄赤，苔黄糙舌质红，脉滑数等症状。

病机分析：痹是气血为外邪阻闭而引起的病，如风寒湿三邪侵袭人体肌表经络，气血运行不畅引起肢体、肌肉、关节等疼痛、酸楚、麻木、重着、屈伸不利、关节肿胀等。红斑狼疮患者，在急性发作时，多属热痹，表现为发热，多个关节红肿疼痛，此是风寒湿郁久化热，营卫不和，经络瘀阻，气血运行不畅所致。

转归：一般及时治疗，关节红肿消退，恢复功能，可参加正常活动；有的外邪入里、伤及脏腑者，则转为热毒炽盛诸证。

治法：祛风清热化湿，活血通络。

方药：独活寄生汤加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

独活　桑寄生　牛膝　桂枝　秦艽　熟地　杜仲　防风　当归　赤芍　川芎

7.1.9　心阳不足

相当于系统型红斑狼疮稳定期以心脏损害为主的患者。

临床表现：面部斑片呈淡黄色，或灰白色暗，有明显胸闷、心悸、或有自汗、盗汗，夜眠时常惊醒，神疲乏力，四肢酸软，头昏站立不稳，苔薄白、舌淡红而胖，脉结代，心电图有缺血征象。

病机分析：此为毒邪已退，正气受伤，而致心阳不足。心主血脉，气为血帅，心气不足，鼓动无力，气血不能正常运行，因而心悸、气短、怔忡；阳气虚弱，不敛心液故自汗；心气虚弱，神不守舍，则夜难安眠；心气无力推动气血循环，阳气不充于肌表则形寒怕冷；心华于面，虚则面色皖白；舌为心之苗，阳气不足故舌淡胖嫩而苔白；心合于脉，虚则脉虚，心脉阻滞，脉见结代或细弱(若心阳暴脱，宗气大泄，则大汗淋漓，四肢厥冷，脉微欲绝)。

转归：本证轻者，经过调治，可逐渐恢复，稍有不慎，或因过分劳累，或由治疗不当，可转成心脏损害的重证，有生命之危。

治法：益气温阳，养心安神。

方药：炙甘草汤加减。

炙甘草　人参　大枣　生地　麦冬　桂枝

加减：胸闷绞痛者，加麝香保心丸或冠心苏合香丸。

临证参考：现代药理证实，炙甘草具有皮质类固醇激素样作用，可提高机体工作能力。

7.2　单方成药

7.2.1　雷公藤、昆明山海棠

功效：清热解毒，活血化瘀，消肿散结。

用法：①雷公藤浸膏片(上海产)，每次2~3片，每日3次口服。②雷公藤片(湖北产)，每次1~2片，每日3次口服。③雷公藤多甙片，每次1~2片，每日3次口服。④昆明山海棠片，每次1~2片，每日3次口服。⑤生药饮片，多作水煎剂，去皮根每日用量15~30g，带皮根每日用量6~9g。

药理：具有抗炎镇痛，增加外周血流量，抑制血小板凝集，降低毛细血管通透性，改善微循环及血液理化特性，促进结缔组织代谢，调节机体免疫功能，与类固醇的免疫抑制作用相似。

注意点：①不可用药过量，在内服雷公藤制剂时，应遵循“三小、一慢”的用药原则，即初服剂量要小，女性、儿童、老年人、体弱者剂量要小，增加剂量幅度要小；增加剂量速度要慢。②用药过程中，应注意经常检查血尿常规、肝肾功能、心电图，初用药1~2个月过程中，检查间隔要短，约1周~半个月1次，以后可酌情延长。

7.2.2　青蒿

功效：清热，除蒸，抗疟。

用法：①青蒿蜜丸，每丸10g，每次1~2丸，每日3次口服。②青蒿浸膏片，每片含原生药0.1g，每次10~15片，每日2~3次口服。

药理：对疟原虫红细胞内期有杀灭作用，其疗效与氯喹相仿。还可减慢心率，抑制心

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肌收缩力，降低冠脉流量，有一定抗心律失常作用

7.3 外　　治

用白玉膏、生肌玉红膏、黄柏霜外涂皮损处，每日3～4次。

7.4 针灸疗法

7.4.1 常用组方

主方选穴：风池、合谷、外关、曲池、足三里、内庭。

主方方义：以上所选穴位，合谷、曲池属手阳明大肠经，外关属手少阳三焦经，足三里、内庭属足阳明胃经，风池属足少阳胆经。这些腧穴用于治疗红斑狼疮，不仅能起到局部治疗作用，疏通经络、调和阴阳气血，更重要的是腧穴配合后使用，具有相互协同作用，以及某些腧穴的整体治疗作用。例如：风池是足少阳胆经在头部的要穴，系手少阳三焦经、足少阳胆经与阳维脉之交会穴，具有调气和血的功效。合谷、曲池均属手阳明大肠经，分别位于手、肘部，其中曲池系大肠经合穴，合谷是大肠经原穴，也是人身四总穴之一，两穴共用，不仅能疏经通络，更有调和阴阳气血，从而起到调节机体免疫功能的作用。足三里、内庭均属足阳明胃经，分别位于膝、足部，其中足三里是胃经合穴，人身四总穴之一，能调整胃肠机能，加强机体的营养和吸收，促进白细胞吞噬指数的上升，从而对全身起强壮作用，同手阳明经穴合用，则进一步加强了对阴阳气血的调节作用，使阳明多气多血之经阴阳调和、气血通畅；而内庭是胃经荥穴，能调节本经之经气。再配以手少阳三焦经之外关，以达调和气血、疏通经络之功，以复真阴本亏之效。

临床应用：风池针刺针头微下，向鼻尖斜刺0.8～1.2寸，或平刺透风府穴；合谷穴以直刺0.5～1寸为宜，此穴针感强烈，除麻、胀、酸痛感觉外，还可向五指、或肩肘部放射；外关穴可直刺0.5～1寸，或透刺内关，要注意针在尺桡骨间，针感以麻胀者居多，并可沿上肢向上放射至肘、肩部，向下放射至手五指；曲池穴可直刺1～1.5寸，亦可深刺、透刺，可有麻、胀、酸的感觉，并可向上放射至肩，向下放射至腕、手及五指；足三里直刺1～2寸，针后有酸、麻、胀、走串感；内庭穴直刺或斜刺0.5～0.8寸。

以上各穴在取得针感后以捻转结合提插，施平补平泻法，每次留针20～30分钟，急性者每日1次，慢性稳定者隔日1次，30次为1疗程。另外，在应用主方时，还应注意结合下面介绍的随症配穴与辨证配穴，以达到全面治疗的目的。

7.4.2 随症配穴

发热配大椎。

关节痛配阳陵泉、悬钟。

皮损配肺俞、解溪、三阴交。

肾损害配飞扬、中极。

心损害配飞扬、中都。

7.4.3 辨证配穴

7.4.3.1 热毒炽盛

配穴：大椎、委中、阳陵泉。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方义：大椎穴系手足三阳经与督脉之交会穴，可宣通诸阳之气而祛邪，与主方中外关相配，以疏泄热邪，使邪从外泄而热自解；与曲池相配，共泻阳热之亢盛；与合谷、足三里相配，对白细胞减少有显著的效果。委中系足太阳膀胱经之合穴，阳陵泉为足少阳胆经之合穴，又为八会穴中之筋会，与主方相配，既能沟通三阳、调和气血、益精补髓，又能调益肝肾、坚强筋骨。

7.4.3.2 阴虚

配穴：迎香、劳宫、三阴交、涌泉。

方义：迎香穴系手足阳明经之交会穴，与主方中合谷相配，可疏调手阳明经气。劳宫为手厥阴心包之荥穴，泻之以清心泄热。三阴交是足三条阴经之会穴，既能协调脾胃气机，调补脾胃，又能疏通经脉，与主方中足三里相配，更能扶助脾胃，运化水谷，生精化血，以资生化之源。涌泉穴为足少阴肾经之井穴，能滋肾水而制火。

7.4.3.3 阳虚

配穴：百会、命门、商丘。

方义：百会穴系手足三阳经与督脉之会穴，足厥阴肝经的循行又上出额，与督脉会于巅，既能补气以运血，使髓海得以充养，又能升清阳，温煦四末，与主方中合谷、足三里相配，以调阳明经气，乃舍标从本的治疗方法。命门属督脉经，总督一身之阳经，能培补肾气以振奋肾经功能。商丘穴为足太阴脾经之经穴，具有健脾之功。

7.4.3.4 血瘀

配穴：膈俞、血海、内关、太冲。

方义：膈俞穴属足太阳膀胱经，为八会穴之血会，具有活血养血作用。血海为足太阴脾经之穴，具有疏肝解郁、化瘀开决生新之功，与主方中合谷相配，可使气血下行而达通经的目的。内关为手厥阴经之络，又为阴维交会穴，手厥阴经脉下膈络三焦，阴维主一身之里，有宣通上中二焦气机、疏肝解郁的作用。太冲为肝之原穴，能调补肝肾。

7.4.4 耳针

取穴：面颊区、外鼻、肺、肾、内分泌、相应敏感点。每次选取 3～4 穴，双侧交替使用，每次留针 30 分钟，每隔 10 分钟行针 1 次，每日或隔日 1 次，30 次为 1 疗程。病情稳定后，可用耳穴压豆法，每周 1～2 次。

7.4.5 穴位注射

取穴：上述针刺穴位。

临床应用：热毒炽盛用板蓝根注射液，阴虚用丹参注射液，阳虚用黄芪注射液，血瘀用当归注射液或红花注射液。每次选取 3～4 穴，用 5 号齿科针头，得气后施雀啄法提插使感应强烈后推药液每穴 0.5ml，隔日 1 次，15 次为 1 疗程。可与针刺交替使用。

7.5 西医治疗撮要

7.5.1 盘状红斑狼疮：氯喹开始为 0.25～0.5g/d，病情好转后减量；外用皮质激素皮内注射，1～2 周注射 1 次，可注射 6～8 次。

7.5.2 亚急性皮肤型红斑狼疮和深部红斑狼疮：呋咪哌啶酮和氯喹。或前者参照轻型病例。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5.3 系统型红斑狼疮

7.5.3.1 轻型病例：仅有皮疹、低热、关节炎，小剂量皮质激素，如泼尼松 15～20mg/d；或氯喹 0.25～0.5g/d；或消炎痛。

7.5.3.2 重型病例：主要指一般治疗无效的病例；急性或亚急性发作，有高热和内脏损伤；慢性病例，伴有明确的进行性内脏损害 泼尼松每日每公斤体重 0.5～1.5mg，轻者每日 40～60mg，重者 60～80mg，甚至 120mg。病情稳定 1～2 周减量。严重病例，如弥漫性增殖性肾小球肾炎、明显神经精神症状、重症溶血性贫血、血小板显著低下等。用甲基强的松龙 1g，静脉内滴注，连续 3 天，减至每日 100mg，3～4 周递减到维持量，可同时加用免疫抑制剂，如环磷酰胺、硫唑嘌呤，每日每公斤体重 1～4mg，治疗狼疮性肾炎，可作冲击疗法，如用环磷酰胺，每平方米体表面积 0.5～0.75g，加入到 5% 葡萄糖溶液中静脉滴注，1～3 月 1 次，共 6 次。但副作用大，出现白细胞减少、骨髓抑制、肝脏损伤、出血等，应慎重使用。

8 疗效评定标准

8.1 系统性红蝴蝶疮

显效：症状及体征消失，实验室检查抗核抗体滴度明显下降，抗 ds-DNA 抗体转阴或低滴度，连续服药可保持病情缓解。

好转：症状及体征大部消失或减轻，实验室指标改善，连续服药可保持病情稳定。

未愈：症状及体征及实验室检查无改善。

8.2 盘状红蝴蝶疮

治愈：皮损消失，组织病理检查真皮炎症消退，无基底细胞液化，狼疮带试验阴性。

好转：皮损大部消失，实验室检查改善。

未愈：皮损无改善或有新疹发生，体征及实验室检查无变化。

9 调摄护理

由于红斑狼疮顽固难治，易于反复和加剧，对患者的身体健康和精神影响甚大。因此，中西医都在寻找各种途径，来探索其防治方法。根据我们的实践经验和临床资料，提出下列调摄护理措施，希望对患者有所帮助，对临床医生有一定参考价值。

9.1 调摄适宜，严防感冒

在临床中发现因感冒发烧而引起疾病反复或使病情加剧者较多，因此，在防治本病中要十分重视控制感染因素，避免感冒发烧。秋冬季节气候渐至寒凉，若将息失宜，调摄不当，容易发生感冒等病，所以红斑狼疮患者在秋冬二季特别注意调摄，适应气候变化，加强防护。另外，红斑狼疮患者久病体虚，卫外阳气虚弱，易感风寒之邪，因而尽量少去人群集中的公共场所，以预防或减少感冒发生，并及时有效地得以控制，阻断引起不正常的免疫反应。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9.2 劳逸适度、节制房事

红斑狼疮的发病受各种因素的影响，据临床观察，因过度劳累而引起疾病反复或使病情加剧者，时有发生，因此红斑狼疮患者应避免劳累，注意休息，节制房事，特别是急性活动期更应卧床休息；病情恢复稳定后，患者应尽量进行有计划的适当锻炼，如散步、骑自行车、打太极拳等，以保持和增强体力，使运动与休息有机地结合起来。

9.3 忌口适当、勿食烟酒

经临床观察，有一部分患者因饮食不当而引起疾病的反复或加剧。如①动物类：羊肉、狗肉、牛肉等，性温热，食之不但加重内热，而且个别患者食后会诱发或加重病情；②有辛辣刺激性食物辣椒、大蒜、韭菜等过于热性的食物不宜多吃、常吃；③菠菜能增加尿蛋白和管型而不宜食用；④香菇、芹菜、草头能引起光敏感而不宜食用；⑤不宜饮酒、吸烟。就饮食忌口而言，把大多数的食物都列为忌口是没有依据的，且会影响病人的营养状况；同时，把病情的发展和恶化均归咎于没有忌口也是不妥当的。这就需要区别对待，不能一概而论，总的原则是对什么食物过敏就忌什么，要尽量缩小忌食的范围。

9.4 避晒日光

经过长期观察发现日光曝晒是引起本病复发或加剧的重要原因之一，故有光敏感者夏季晴天尽量少出门，在外出时应戴宽边草帽或撑伞，穿长袖上衣或长裤，必要时还可酌情外涂无刺激的遮光剂。

9.5 慎用药物

慎用某些诱发本病的药物，以避免本病的反复或加剧，如口服避孕药。另外，SLE是体液免疫亢进，那些增强免疫的保健品，不宜多服。

9.6 谨慎妊娠

患者以育龄期的妇女占多数，因此，晚婚和计划生育显得非常重要。一般来讲，病情未稳定者不能怀孕，更不要多次妊娠或人工流产。若病情稳定，肾功能健全，其他系统损害轻微，可以在有经验医师的指导下生儿育女。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 病证名的规范

病名是进行中医临床研究的开端，在过去几千年的历史长河里，中医学不仅积累了丰富的临床经验，而且对疾病的认识也不断深化，但由于主客观方面的种种原因，造成病名

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

繁多而不统一，有的一病多名，有的一名多病，给初学者带来了许多困难，同时，也不利于中西医之间的相互学习和国内外的交流。为此，早在20世纪30年代，著名中医临床学家施今墨先生曾提出过《统一中医病名建议书》。之后，近代许多中医学家就如何统一中医病名也提出了真知卓见，如程门雪认为："中医最难整理者莫如病名，一病数名，一名数称，初学之士，其不蹙额疾首者几希！皆缘著书漫不经意，随意定名。如循名以求病，必多错误。欲救其弊，惟有以病求名，以证定法，最为适当。"这些为我们开展中医病名的规范化研究启发颇多。

红斑狼疮是西医病名，在中医文献中尚未查到与之相雷同的病名，但根据其症状，可散见于血风疮、面游风、日晒疮、蝴蝶斑、水肿、虚损、胸痹、痹证、心悸等各类证候中，但是，今人从临床经验出发，各自确定病名，亦有一些启发性，如：赵炳南根据皮损特征，将本病称之为"红蝴蝶"；顾伯华根据主要症状关节疼痛贯穿始终，而认为本病隶属于"痹"；朱仁康根据病情的危重，认为本病近于"温毒发斑"。另外有人则以脏腑损伤为基础，将本病按脏腑损伤的不同划属不同的病证范畴，如：有肾炎、肾功能损害属水肿；有肝损害属黄疸、胁痛；有心损害属心悸；有胸水属悬饮等。由此可见，本病证候纷杂，变化多端，很难明确地划属某一证候。1994年国家中医药管理局发布了中华人民共和国中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》，提出了统一病名为红蝴蝶疮，其定义：红蝴蝶疮是一种面部常发生状似蝴蝶形之红斑，并可伴有关节疼痛、脏腑损伤等全身病变的系统性疾病。同时，明确提出红蝴蝶疮相当于红斑狼疮。

1.1.2 概念分化

红斑狼疮的概念和诊断是随着科学技术的发展和对病因病机认识的不断深入，而逐渐完善。从临床实践中发现，盘状红斑狼疮(DLE)、亚急性皮肤型红斑狼疮(SCLE)、系统性红斑狼疮(SLE)在病因病机、临床表现、治疗、转归和预后等方面有明显的不同之处，因此，国家中医药管理局发布的行业标准就是结合了西医对本病的认识，把红斑狼疮分为盘状红蝴蝶疮、亚急性皮肤型红蝴蝶疮和系统性红蝴蝶疮三个类型。盘状和系统性是本病的两个极端，而亚急性皮肤型则是一个特殊的中间类型。

1.2 病因病机

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

关于红斑狼疮的致病原因争议较多，所论丰富多彩。赵炳南认为本病的发生多由于先天禀赋不足，或因七情内伤，劳累过度，或房事失节，以致阴阳气血失于平衡，气血运行不畅，气滞血瘀，经络阻隔为本病的内因；……外受热毒是本病的条件；热毒入里燔灼阴血，瘀阻经脉，伤于脏腑，蚀于筋骨则可以发病。[1]朱仁康认为系统性红斑狼疮病因为心经有火，脾经积热或肾阴不足，水亏火旺，热胜成毒，毒热走于营血所致；盘状红斑狼疮由于肝郁气滞，血瘀凝康成斑。[2]顾伯华认为红斑性狼疮总由先天康赋不足，肝肾亏损而发病。[3]张镜人认为系风湿内舍，酿热成毒，故易累及脏腑，耗阴动血。[3]秦万章将其病因病机概括为二种学说：一是肾虚发病学说，二是血瘀发病学说。[4]

1.2.2 病因学的现代研究

1.2.2.1 先天禀赋不足 先天禀赋不足对LE的发病具有重要的作用，目前认为先天

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

禀赋不足是本病发生的基础。先天禀赋不足，后天失其濡养，七情内伤，致使阴阳气血失去平衡，一旦遇到环境中的诱发因素，就可引起本病的发生。沈丕安认为本病多属先天素体禀赋不足、阴阳失调、肾阴本亏。[5]陈湘君等介绍吴圣农的观点，认为本病是由先天肝肾不足而致。[6]

本病具有明显的家族倾向，一般人口调查中，其发病率为 10～100/10 万，而家族发病率则高达 3%～5%。张卫华等通过对 20 个 SLE 多发家系的观察，发现有 2 例发病者为 18 个，有 3 例发病者为 2 个，22 例发病亲属中男 2 例，女 20 例。发病亲属关系类型有同卵双生姊妹(1 例)、姊妹(7 例)、兄妹(2 例)、母女(4 例)、父女(1 例)、姨-外甥女(3 例)、堂表妹(1 例)、远系堂表妹(2 例)、曾外祖母-曾孙女(1 例)等。有一级亲属发病者 15 例(占 75%)，二级亲属发病者 3 例(占 15%)，三级亲属发病者 1 例(占 5%)。[7]童秋生报道一家族中 3 人患 LE，兄妹为 SLE，弟为 DLE，均为同一父母所生。[8]顾健等报道父母为姨表亲婚配其子女 4 人(3 女 1 男)先后发生 SLE。[9]孙建方报道父母为姑表兄妹近亲婚配其子女有 4 女 2 男中姐妹两人同患 SLE。[10]姚军英等报道姐弟 2 人中同患神经系统 SLE。[11]综上可见，血缘关系越近，患病率越高，为先天禀赋不足的病因学说提供了客观依据。这与目前已知与 SLE 有关的人类白细胞抗原(HLA)多态基因的遗传规律、补体缺乏、原癌基因 C-myc 表达及姊妹染色单体互换频率的相关性相符。

1.2.2.2 外受热毒 本病多数患者与强烈的日光曝晒有关，而且病后若被日光照射则会促使病情的加重。如有些盘状红斑狼疮经日光曝晒后，可演变为系统性红斑狼疮。刘宏伟介绍了时振声的观点，认为外因与感受邪毒有关，本病许多患者每因日光曝晒后发病或病情恶化，发病后又常以热毒炽盛最为突出，从而提示本病与热毒密切有关。[12]冒长峙等对 250 例 DLE 进行调查分析，结果发现：日光诱发者 61 例(24.4%)。[13]沈大为等对 145 例慢性皮肤型红斑狼疮进行了加重或诱发因素分析，结果日晒 77 例，占 53.1%；还有电焊后加重的病例。[14]陈集舟等从 160 例系统性红斑狼疮临床资料中分析，日晒后发病或加重者 8 例。[15]张卫华等通过对 220 例 SLE 家族系资料统计，日晒占 17%。[16]苏尚焙对 474 例 SLE 临床分析，诱发因素中以日晒为多占 24.1%。[17]

1.2.2.3 其他 目前红斑狼疮的发病以先天禀赋不足为基础，而日光曝晒外受热毒是诱发本病的重要条件。另外，妊娠、感染、外伤、劳累、寒冷、精神创伤及药物等因素也是诱发本病的因素，而且这些因素还影响着整个疾病的发展过程，甚至决定着疾病的预后。冒长峙等对 250 例 DLE 进行调查分析，结果发现：外伤诱发者 12 例(4.8%)，感染者及药物诱发者 20 例(8%)，妊娠诱发者 6 例(2.4%)，寒冷诱发者 20 例(8%)。[13]沈大为等对 145 例慢性皮肤型红斑狼疮进行了加重或诱发因素分析：劳累 11 例，7.6%，其他有药物过敏及外伤、虫蛟处发疹等。[14]陈集舟等从 160 例系统性红斑狼疮临床资料中分析，妊娠及日晒为主要的诱发因素或加重因素，于分娩、流产或人工流产后发病或恶化者 15 例，过度劳累后加重者 4 例，精神创伤后加重 1 例。[15]张卫华等对 220 例资料进行分析，劳累占 41%，病毒感染占 22%，妊娠占 22%，精神情绪不良 11%，寒冷刺激 10%。[16]

1.2.3 红斑狼疮危险因素的研究

叶冬青等对 60 例 SLE 患者及 60 例对照者采用 Egret 软件包在 AST-386 机上进行单因素及条件 Logrstic 回归分析。结果表明，与 SLE 有关的危险因素的单因素是初婚年龄、经量

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

异常、扁桃体炎、喜欢食糖、居住环境潮湿；多因素提示居住环境潮湿、经量异常、喜欢食糖为SLE危险因素，居住楼房可视为预防因素，各因素间无交叉作用。[18]谢尚葵等通过对32例SLE病人的生存率研究，单因素分析表明：男性、神经精神症状、浆膜炎、高血压、贫血、淋巴细胞减少、血小板减少、血尿、蛋白尿、管型尿、血肌酐增高、血尿素氮增高、内生肌酐清除率降低、胆固醇增高、补体(C_3)降低、狼疮细胞阳性、心电图异常和长期大剂量皮质激素治疗均是明显影响生存率的恶性因素。多因素分析表明：男性、血肌酐增高、C_3降低和长期大剂量皮质激素治疗是独立影响因素。这对评估SLE发展趋势及SLE患者预后有重要指导作用，血肌酐和C_3水平可作为最佳参考指标。[19]陶铁铮等通过对82例SLE死亡病例分析：发现诱发SLE病情加重的第一位诱因是感染，尤其是呼吸道感染(73.81%)。激素的应用是增加感染的因素，由于激素减量过快，可诱发SLE活动，病情加重。在妊娠期病情加剧的可能性比非妊娠高1～2倍，而产后则高6～7倍。[20]

1.2.4 病机学说的研究

1.2.4.1 肾虚发病学说 肾虚发病学说就是以“肾”为主的阴阳不平衡及其调节机能的障碍。本病除皮损外，尚可累及肾、心、肺、肝等内脏器官系统，五脏损伤，穷必及肾，加之本病大多数病例都有一个反复发热的过程，故肾阴多易亏损，肾阴亏极，阳无所附，终至阴阳两虚，甚则肾阳衰微。刘宏伟介绍时振声治疗狼疮性肾炎经验时论述狼疮性肾炎常因邪热伤阴而致阴虚火旺；又因邪热既可伤阴，复可耗气，故气阴两虚之证是本病临床最为常见的证型；本病后期则常因久病不愈，阴损及阳，致阳气衰微或阴阳两虚。[12]赵进喜在介绍吕仁和治疗狼疮性肾炎用药经验时总结了本病在激素应用过程中中医证候的变化规律，一般激素初用时为阴虚，激素撤减则表现为阳虚。[21]朱毅等通过对56例SLE临床资料分析，认为本病多属“虚劳”证，以“热炽”、“阴伤”为最重要的病机。[22]苏晓在介绍沈丕安治疗SLE经验时认为SLE属真阴不足，阴虚血虚为本，该病慢性活动期以阴虚内热最为常见；病程中阴虚内热常与血热、瘀热相互胶结且较易为外邪所诱发，而急性发作；狼疮性肾炎中晚期常由阴虚内热转为气阴两虚、脾肾两虚、阴阳两虚。[23]褚国维等认为DLE是先天禀赋不足、肾阴亏损、虚火内生、不能耐受日光热毒、内火外热相搏、壅阻肌肤而发病；SLE的产生与先天禀赋不足和肾阴亏虚有密切关系，禀赋不足则不能耐受阳光之毒，肾阴亏虚则虚火上炎，虚火复加日毒，两热相搏，外阻肌肤，内蕴脏腑。[24]从上述朴素的发病机理来说，肾虚是本病极为重要的病机。当然，上述理论也有客观依据，在临床表现方面有全身乏力、腰酸肢软、关节酸痛等肾虚的特征，并与目前通过现代科学手段研究发现贫血、白蛋白降低、球蛋白增高、免疫指标较多异常等表现，经补肾治疗后病情缓解、相关指标有所改善，这些在一定程度上均说明了红斑狼疮与肾虚有关。

1.2.4.2 血瘀发病学说 血瘀发病学说是近30年在研究红斑狼疮过程中出现的一种新理论，这种理论源于实践而又有效地指导着临床医疗。先天禀赋不足，不耐日光曝晒外受热毒，而致阴阳失调，气血运行不畅，血瘀凝聚经脉。秦万章等认为红斑狼疮有许多血瘀见症，如肢端紫绀(雷诺氏现象)、舌质青紫、体表紫癜或瘀斑、月经紊乱、肝脾肿大或淋巴结肿大、毛细血管扩张及脱发等，凡外感、内伤诸病，均可导致血瘀。具体地讲如热邪致瘀，各种热病之邪未能从表而解，传入经络脏腑，与血相结而成血瘀，故《医林改错·

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方叙》上卷血府逐瘀汤所治之症目有“血受寒则凝结成块，血受热则煎熬成块”之说，如本病之发热、五心烦热、红斑等一系列热象都和血瘀相关；妇女病以瘀血为多，本病多见于妇女，日常见月事紊乱，认为经血闭阻、月经失调，都和血瘀相关。[3]管汾认为慢性者大多因肝郁气滞、血瘀凝聚而成。[25]安家丰等介绍张志礼的看法，认为该病的发生是由于先天禀赋不足，后天失其濡养，七情内伤，致使阴阳气血失去平衡，阴阳不调，气血失和，则气滞血瘀，经络阻隔，此为本病内因。而日光曝晒，外感毒邪，邪热入里，是本病的重要诱因。热毒入里，燔灼营血，瘀阻经脉，伤及脏腑，正不胜邪，毒邪犯脏，蚀于筋骨则可发病。[26]徐宜厚等认为盘状红斑狼疮内因禀赋不足，不耐寒热；外因复照强烈阳光，致使热毒燔灼营血，瘀阻经络，伤及肌肤而发病。[27]潘肇荣通过对 100 例 SLE 中医分型和实验室有关检查的关系探讨，认为长期情志抑郁，阴阳失调，气血运行失常，而又毒邪内蕴，气滞血瘀，郁结壅塞，是本病病机的转化过程。[28]综上所述，血瘀在本病的发病转归中有着重要的作用。根据本病的临床表现有月经紊乱、出血后瘀血、紫癜、毛细血管扩张、雷诺氏现象、结节红斑、甲周红斑、盘状红斑、肝脾肿大、舌质青紫和瘀斑等，实验室检查有血沉增快、血流减慢、血液粘度增高、纤维蛋白原增加等，这些均表明红斑狼疮存在血瘀征象，从而为活血化瘀治则提供了理论依据。

2 临床研究

2.1 症状学研究

2.1.1 临床症状的观察与总结

红斑狼疮的临床症状极为复杂，累及脏腑较多，首发症状不尽相同，且不典型，往往导致误诊。为了便于掌握，提高诊断水平，国内较多学者对此进行了统计分析。苏尚焙通过对 474 例 SLE 临床资料分析，发现临床表现中以发热、关节肿痛、光敏感、脱发、面部蝶形红斑、指(趾)端皮疹、水肿的发生率为多。首发症状以关节肿病、蝶形红斑、面部斑及丘疹、水肿、发热为多。[17]丘祯禧等通过对 88 例 SLE 进行分析，认为临床表现前十项依次为：关节痛/肿、蝶形红斑、心悸、尿频尿少、食欲不振、发热、小腿浮肿、心率 > 100 次/分、心尖部Ⅱ°SM、日光过敏。[29]李舒帆等对 329 例 SLE 进行了临床分析，其临床表现为发热(82.7%)、关节痛(71.4%)、浮肿(40.1%)、光过敏(31.9%)、皮疹(79%)、脱发(45.6%)、口腔溃疡(21.9%)、雷诺征(25.8%)、浆膜腔积液(30.1%)。[30]张志礼等统计了 472 例 SLE，其主要症状：以疲乏(94.1%)、关节痛(92.2%)、发热(87.1%)和皮疹(80.1%)为最多见，其余依次为纳差、脱发、光敏感、雷诺氏现象、腰痛、心悸、月经失调、肝区病、口腔溃疡、神经精神症状和浆膜炎等。皮损表现最多见为蝶形红斑(70.9%)，其次为肢体红斑(19.7%)，瘀斑(18.4%)、盘状红斑(15.3%)，荨麻疹(6.1%)、结节性红斑(4.7%)、多形红斑(1.7%)少见。[31]余碧娥等通过对 22 例迟发性 SLE 进行分析，提示迟发 SLE 因初发症状表现不典型和较隐匿，加之医师对迟发的警惕性不高，误诊率很高(23%)，初发症状以关节炎(95.5%)为多，其次为皮疹(72.7%)。与一般的以发热为最常见的初发症状不同，提示了迟发 SLE 起病较温和，临床表现上除关节炎、皮疹外，表现突出的是有明显的肺部症状。[32]顾元对儿童期 SLE19 例临床分析，其主

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

要临床症状发生率依次为：肾病变(89.5%)、发热(84.2%)、皮疹(78.9%)、心血管损害(63%)、中枢神经损害(47.7%)、淋巴结及脾肿大(42.1%)、体重下降(42.1%)、高血压(31.5%)、关节炎(26.3%)。此外小儿 SLE 尚观察到几种少见症状：以腹痛为主的急性化脓性腹膜炎体征，四肢瘫痪，视物不清——→失明——→视力恢复的一过性现象。[33] 王晓明分析 13 例儿童 SLE，结果：皮损 11 例，发热 12 例，关节痛 8 例，肾损害 13 例，肝肿大 11 例，贫血 11 例，脾肿大 5 例，心损害 6 例，胸腔积液 2 例，肺部罗音、X 线胸片见粟粒状改变 1 例，舞蹈病 1 例，惊厥 1 例。本组初发症状以发热(61.5%)、皮疹(46%)、关节痛(38.5%)最为多见。[34] 吴良章等对 54 例儿童 SLE 与 45 例成人 SLE 的临床特征作了对比研究，儿童组初发症状为发热、皮疹、关节痛，以发热最为常见。成人组初发症状则多系皮肤和关节受累　主要症状：两组均以发热、皮疹、关节痛、肾损害为主要症状。但儿童组肺部病变、消化系及神经系受累较成人组为高，脾、淋巴结肿大显著增高，无皮疹者亦较成人组为多。[35] 沈大为等对慢性皮肤型红斑狼疮 145 例进行了分析，皮疹多见于面部、唇红部、耳及头皮，形态主要为萎缩性盘状红斑及鳞屑性红斑。[14]

郑义通通过对 82 例 SLE 临床分析，发现心脏受累 65 例，占 79.3%，表现为心悸、胸闷、气促、心尖部收缩期杂音、第一心音减弱等。心电图检查有 60 例(73.2%)表现一项或二项以上异常，包括窦速、窦缓、窦律不齐、窦室结内游走节律、室早、房早、阵发性房颤、阵发性室上速、非阵发性交界速、右束支阻滞等。心脏 X 线检查 12 例心脏增大，3 例示肺动脉段突出。超声多普勒检查发现 18 例少量至中等心包积液，左室扩大 6 例，右室扩大 3 例，左房扩大 3 例，左室壁增厚 5 例，室间隔增厚 2 例。[36] 崔阳等对 120 例 SLE 心脏改变进行分析，其中心包炎 50 例，心肌炎 37 例，心内膜炎 1 例，心肌梗塞 1 例。临床表现有心悸、气促、胸闷者 112 例，奔马律 12 例，心前区Ⅲ级以上收缩期杂音 38 例，心力衰竭 8 例。[37] 于明忠等对 104 例 SLE 心脏异常的 67 例进行分析，发现心包炎 38 例；心脏瓣膜改变 54 例，以返流最多见。[38]

徐慧云等对 112 例 SLE 中有肾脏病临床表现的 75 例进行了分析，SLE 发病 1 年以内有 60%的病例出现肾脏损害的临床表现。从首发症状和临床表现分析：肾炎组与无肾炎组均以发热、关节痛、蝶形红斑和/或皮疹为最常见，浮肿仅出现于肾炎组。肾炎组有关节红肿者占 47.5%，无肾炎组往往只有关节痛，有红肿者仅 11.1%。肾炎组累及脏器较无肾炎组高。[39] 王彩丽等对 50 例男性狼疮性肾炎分析，临床表现主要为发热、皮疹、关节痛。皮疹、肝大、神经、精神障碍男性多于女性，肾脏病变发生率高且重($P<0.01$)，大量蛋白尿、血肌酐升高较女性常见($P<0.01$)。[40]

周其林等探讨 SLE 肺胸损害特点，对 50 例 SLE 肺胸损害者进行了分析，认为：①SLE 肺胸损害多发于疾病活动期，部分病例可成为首发症状或病程中的突出表现。②肺胸损害是 SLE 病情严重恶化的表现。③渗出性胸膜炎发生情况和预后的关系。④肺胸损害表现类型：肺炎型、弥漫性肺间质纤维化型、膈肌麻痹型、肺不张型、心血管病变型。[41] 肖耀来等通过对 42 例 SLE 肺胸损害观察，SLE 肺损害包括间质性肺炎、肺间质纤维化、狼疮肺炎、肺不张等；胸膜损害多为少量、双侧胸水，胸液均呈草黄色；临床以咳嗽、胸痛、憋喘为主要症状。[42] 吴锐惺对 65 例 SLE 的肺与胸膜病变作了分析，其表现特点有五个类型：间质性肺炎 41 例、胸膜改变 23 例为胸水和胸膜增厚、肺不张、肺部合并感染 20 例、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肺内空洞 2 例。[43]井本义等根据临床表现及胸片改变将 SLE 肺部损害分 8 型：①肺出血型：有的反复小量咯血，有的则表现为大咯血；②狼疮肺炎型：主要表现为发热、咳嗽、气促、胸痛、双侧肺部浸润、常伴胸水、呼吸困难、肺基底部湿罗音；③膈肌抬高或膈肌无力型：表现为膈肌升高和运动迟缓；④胸膜炎型：有胸痛、胸腔积液、胸膜增厚；⑤肺高压型：主要表现呼吸困难、P_2 亢进、右室肥大；⑥继发感染型：咳嗽、气促加重、常伴脓痰，体温升高合并畏寒，白细胞增高；⑦自发性气胸或纵膈气肿型；⑧淋巴间质性肺炎及栓塞型。[44]值得注意的是 SLE 肺部表现无特异性，且多种多样，诊断的伸缩性较大，因此，一定要结合临床表现，全面分析，综合判断。

张奉春等对 72 例 SLE 中枢神经系统病变进行了分析，66 例为 SLE 的活动期，并多在 SLE 发病后 2 年内出现，临床症状以幻听、幻视、迫害妄想和思维破裂等精神症状为主要表现者 20 例，以嗜睡、表情淡漠、昏迷等意识障碍为主要表现者 19 例，癫痫 17 例，以头痛、呕吐和脑膜刺激征为表现的无菌性脑膜炎 9 例，脑血栓 4 例，脑出血 2 例，脊髓受累高位截瘫 1 例。[45]吴风齐等对 39 例儿童 SLE 中枢神经系统受累进行了分析，累及症状出现于发病时者 7 例，1 年后出现者 32 例。常见症状为癫痫、头痛及昏迷。[46]李向培等对 30 例狼疮性脑病分析，临床症状以抽搐(53.3%)、昏迷(46.6%)、头痛(40.4%)最为常见，依次为偏瘫(23.3%)、失语(20.0%)、意识障碍(16.6%)、脑膜刺激征(13.3%)、视神经受累(6.6%)。[47]

钟纪茵等对 29 例小儿 SLE 的消化系统表现分析，发现消化道症状既是 SLE 早期表现，亦可在病程中晚期出现，主要症状及体征：肝损害 20 例，食欲减退 14 例，恶心呕吐 14 例，腹痛 13 例，腹泻 8 例，口腔溃疡 7 例，消化道出血 7 例，腹胀 6 例。[48]

张玉麟等对 60 例 SLE 中 44 例有皮肤及皮肤血管表现的着重描述了四种皮肤血管改变：①坏死性血管炎：出现红斑、紫癜或结节，局部疼痛，进而破溃或干性坏疽，愈合慢，留疤痕，病理改变符合坏死性血管炎；②肢端点状出血及角化过程：指趾甲周、甲上下小皮有小出血点，病情活动时更明显，此改变有助于对 SLE 的诊断及病情判断；③雷诺氏现象；④网状青斑[49]

严桂珠等报道了表现为血小板减少性紫癜的 SLE，所有病人均有鼻衄、牙龈出血，14 例女病人经量增多，1 例肉眼血尿，关节病 10 例，四肢瘀点 10 例，瘀斑 4 例，肝肿大 4 例，脾肿大 12 例，轻度皮损 4 例，雷诺现象 1 例。[50]

陈辉等对 23 例 SLE 的眼部改变作了分析研究，认为 SLE 有多种眼部改变，其中眼底改变最为常见，23 例中有 10 例发生眼底改变，其中静脉扩张弯曲 8 例、棉絮状白斑 2 例、硬性斑点 3 例、出血 1 例、血管有白鞘者 1 例、视盘苍白 1 例。眼底荧光血管造影最突出的表现为视网膜小动脉阻塞。[51]

蔡正华等对 SLE 位听系损伤作了分析，34 例患者中有 20 例出现听力下降；音衰试验 17 例出现刺激期疲劳现象；前庭功能检查 18 例有发作性眩晕史，有 13 例两耳显示前庭功能减弱，ENG 显示为外局性前庭功能减弱。[52]

2.1.2 危绝症的观察

红斑狼疮是结缔组织病中较为凶险的一种严重威胁人类健康的疾病，其临床表现复杂多样，病程迁延反复，死亡率高，初发病例和不典型病例更易误诊和漏诊，常因不能及时

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗而影响预后。如刁金山等认为狼疮危象的主要特征为突然出现持续性高热，伴多脏器损害如心包炎、胸膜炎、心肌炎、肾炎及弥漫性血管炎，并可有全血细胞下降及低补体血症。这种来势凶猛病情重笃的 SLE 称之为狼疮危象，如不及时控制，很容易发展为中枢神经系统狼疮或因心肾功能衰竭而死亡。同时指出狼疮性肾炎是 SLE 的主要死亡原因，其中急性弥漫性增殖型为最重。患者常突然出现血尿、管型尿及大量蛋白尿；严重者可有少尿、浮肿、高血压、氮质血症及急性肾功能衰竭，有时尚伴左心衰竭，血清 DNA 抗体升高及补体水平下降。而中枢神经系统狼疮是 SLE 凶险的临床表现，严重时可导致死亡，刁金山等认为主要有三种表现形式：①器质性脑综合征：其临床特征为识别、记忆定向障碍和记忆能力减退。早期表现为记忆缺陷，继之出现精神异常兴奋或抑制，严重者发展为木僵或昏迷。②癫痫：可以表现为大发作、小发作、颞叶癫痫或灶性癫痫。③脑血管意外：主要表现为血栓形成或出血。当 SLE 病人出现非感染性持续高热，全身血管炎表现，血清 DNA 抗体增高，补体水平下降，一旦出现精神意识改变应想到中枢神经系统狼疮的可能。[53] 李向培等通过对 30 例狼疮性脑病临床分析，发现低补体血症对评价 SLE 疾病活动较 dsDNA 抗体价值更大，而低补体血症与低蛋白血症同时存在应视为可能发生狼疮性脑病的高危状态。[47] 丘祯禧等通过对 88 例 SLE 病人进行分析，发现死亡前临床表现有下列共同点：不规则弛张高热；广泛性活动性皮疹；有 3 个以上重要脏器损害；出现神经精神症状；尿毒症，心力衰竭，脑损害；对激素及环磷酰胺治疗不敏感。[29] 苏尚焙等通过对 SLE 死亡原因的分析，均发现尿毒症为首位死因，其次为感染。[54-57] 而陈琳洁等报道首位死因是狼疮脑，其次是肺感染、心衰、肾衰等。[58]

红斑狼疮危绝症的观察和研究，对深入探讨本病的演变规律、指导危重症的抢救、降低病死率具有重要意义。

2.2 证候学研究

证候学是红斑狼疮研究的重点内容之一。按照据证立法、依法组方、理法方药的原则，进行辨证论治是多数学者治疗红斑狼疮的常用方法，这里将部分文献有关辨证分型加以归纳整理如下。

证型 / 作者	毒热炽盛型	气阴两虚型	脾肾阳虚型	脾虚肝郁型	风湿热痹型	阴虚火旺型	热盛型	肝肾阴虚型	阳虚型	阴虚型	阴阳两虚型	肝郁气滞型	心脾两虚型	瘀血痹阻型	肝郁血瘀型	热毒伤阴型	气滞血瘀型	气血两燔型	肝郁血热型
张志礼等[31]	+	+	+	+															
顾伯华[59]	+		+		+	+													
潘肇荣[29]			+				+	+											
徐宜厚[60]									+	+	+								
朱毅等[22]	+		+		+	+		+				+	+						
王松珍等[61]	+		+					+						+					

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

续表

证型 / 作者	毒热炽盛型	气阴两虚型	脾肾阳虚型	脾虚肝郁型	风湿热痹型	阴虚火旺型	热盛型	肝肾阴虚型	阳虚型	阴虚型	阴阳两虚型	肝郁气滞型	心脾两虚型	瘀血痹阻型	肝郁血瘀型	热毒伤阴型	气滞血瘀型	气血两燔型	肝郁血热型
段书云等[62]	+		+			+													
蒋成章[63]	+	+	+			+									+				
王桂珍[64]			+	+				+											
周聪和[65]		+	+					+					+			+	+		
李志铭[66]	+					+					+								
梁健等[67]		+	+								+							+	+
惠乃玲等[68]	+	+							+								+		
张曼华等[69]		+	+				+			+									+
李晓宇[70]	+		+					+											+
陈湘尹[71]	+	+	+					+									+		
合计	10	7	13	2	2	5	2	7	2	2	3	1	2	1	1	1	3	1	3

从上表中可以看出，辨证分型最少为 3 型，最多为 7 型。其中毒热炽盛、气阴两虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚等证型最为常见。当然，表中所列证型有些是大同小异或重复，如阴虚型与阴虚火旺型、肝郁气滞型与肝郁血瘀型很近似，但就证型而言，其内容也或多或少有所区别，这些都有进一步研究的必要。

还有不少学者在临床上采用分期论治或按脏腑损害辨证论治，来探讨证候演变规律。如范国荣等将 SLE 按活动期、缓解期分证，活动期为虚实扶杂证，缓解期为虚证。[72]吴淞将皮肤型红斑狼疮分为阴虚内热型、肾阴亏损型、湿热阻遇气血凝滞型。[73]刘宏伟介绍时振声治疗狼疮性肾炎的经验分四型：热毒炽盛型(多见于急性活动期)、肝肾阴虚型(多见于亚急性期或慢性期)、脾肾两虚型(多见于慢性期)、气阴两虚型(多见于亚急性期或慢性期)。[12]马绍尧介绍了以肝损害为主的红斑狼疮分三型辨治：脾虚湿热型、气滞血瘀型、肝肾阴虚型。[74]曾真等则论述了著名老中医丁济南从痹论治的经验：风痹损及肌肤脉络、风痹损肾、风痹损心、风痹损肝、风痹损脾、风痹损肺。[75]

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

本病临床征象虽然复杂，但虚是病之本，是属本虚标实、虚中夹实的证候。临床表现全身疲乏、精神萎靡、五心烦热、腰膝关节酸痛、心悸、食欲不振、月经不调、全血血象偏低、脉沉细软等征象是贯穿整个病程的基本表现，在病程发展过程中，虽有高热、谵妄、出血倾向等毒热标象，但其本质还是本虚标实、虚中夹实。因此在治疗本病时，应切

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

记虚是本病之本、始终贯彻扶正重于祛邪的指导思想，以调和阴阳、补益气血治其本，以清热解毒、活血化瘀通络治其标。即使在急性活动期按中医“急则治其标”的原则采用清热解毒凉血治法为主，也应想到本虚的一面，不要忘记“护阴”。至于病情稳定期、证候是以虚为核心，以气阴两虚、脾肾阳虚为多见，按“缓则治其本”的原则以扶正固本为主。

2.3.2 治法研究

勿庸置疑，临床科研无不以提高疗效为最终目标，故临床医家从临床观察和总结有效病例入手，积极探索和寻找最佳的治疗方案与方药，尤其是在中医辨证论治、中西医结合辨病论治的原则指导下，结合症、舌、脉灵活运用治法和方药，取得了较好的临床疗效。

2.3.2.1 清热解毒法 从中医理论分析本病为日光曝晒、外受热毒，入于肌肤经络，燔灼营血，内侵脏腑，热毒炽盛所致。有人受西医有关病毒学说及细菌致敏理论的启发，采用以清热解毒法为主的方药来治疗本病。代表方剂有：犀角地黄汤、化斑汤、清瘟败毒饮、黄连解毒汤、清营汤、安宫牛黄丸等。常用药物：银花、连翘、板蓝根、黄芩、紫草、生石膏、水牛角、白花蛇舌草、白茅根等。

清热解毒法用药多偏寒凉，对系统性红斑狼疮的急性活动期较为适宜。由于该病急性活动期热象明显，而热盛恐致血瘀、热盛消灼阴液，再加虚是本病之本，故除用清热解毒药物之外，常加用活血化瘀、凉血护阴药。1986 年顾伯康主编的高等医药院校教材《中医外科学》将红斑狼疮分五型辨证施治，其中热毒炽盛证宜凉血清热解毒，用犀角地黄汤加减，并提出热毒内陷神昏者，加安宫牛黄丸或紫雪丹；热盛动风痉厥者，加羚羊角、钩藤等。如张志礼等用清热解毒法治疗毒热炽盛型 SLE，效果满意。[31,62]

2.3.2.2 活血化瘀法 活血化瘀是中医学治疗血瘀证的一个重要法则，根据红斑狼疮的临床表现及实验室检查有月经紊乱、出血后瘀血、紫癜、毛细血管扩张、雷诺氏现象、结节红斑、甲周红斑、盘状红斑、肝脾肿大、舌质青紫和瘀斑、血沉增快、血流减慢、血液粘度增高、纤维蛋白原增加等血瘀征象，从而确立了活血化瘀法治疗红斑狼疮。代表方剂有：膈下逐瘀汤、桃红四物汤、疏肝活血汤等。常用药物：丹参、赤芍、大黄、三棱、莪术、桃仁、红花、当归、川芎等。

有些学者在辨证施治中除了血瘀证型直接采用活血化瘀法外在治疗其他证型中也加用了活血化瘀药；在辨病论治中，活血化瘀法占有重要地位。但虚是本病之本，所以上述列举的代表方剂均以活血化瘀为主，适当配以益气养阴、温补脾肾等药物，通过临床观察，疗效满意。如秦万章宗活血化瘀大法，在临床上辨证为：①阴虚血瘀型：根据病情轻重，有阴虚内热和阴虚火旺的不同，前者养阴清热、活血化瘀药合六味地黄丸或大补阴丸加减；后者用养阴泻火、活血化瘀药合犀角地黄汤或石膏生地煎加味。②阳虚血瘀型：常用药有红花、丹参、三棱、莪术等，壮阳活血则以二仙汤加减；温阳活血则以桂附八味丸加减。③气滞血瘀型：主要采用理气活血和疏肝活血的治则，以柴胡疏肝汤加味。④气虚血瘀型：多见于红斑狼疮急性发作后，治宜益气活血。⑤血虚血瘀型：多见于红斑狼疮病情处于缓解阶段，采取养血活血法。临床上采用辨证论治同时，还可选用具有活血化瘀、清热解毒、消炎消肿的中草药如雷公藤片、大黄、昆明山海棠等，往往可提高疗效。[3]

2.3.2.3 补益法 红斑狼疮临床征象虽然极为复杂，但虚是本病之本。根据本病的临床表现及实验室检查有全身疲乏，精神萎靡，五心烦热，腰膝关节酸痛，心悸，食欲不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

振，月经不调，脉沉细软，全血血象偏低，许多免疫异常等虚证表现常贯穿疾病的全过程，因此，为补益法治疗本病提供了客观依据。代表方剂有：四君子汤、金匮肾气丸、六味地黄丸、补中益气丸、百合固金汤等。常用药物：黄芪、党参、白术、仙灵脾、锁阳、附子、生地、玄参、麦冬、太子参、女贞子、枸杞子、百合、怀山药等。

补益法可分为益气、养血、滋阴、助阳几个方面。近年来，现代药理学研究对此有了进一步发展，有报道补益气血药多有免疫增强作用，调和阴阳药多有免疫调节作用，这从一定程度上揭示“虚者补之”、“损者益之”的机理，也为补益法治疗红斑狼疮提供了理论依据。如徐宜厚对存活 10 年以上 SLE32 例的主要证候分析，认为虚证乃是本病论治之本，从始至终应贯串扶正重于祛邪的指导思想。临床辨证：①阳虚证：偏肾阳虚治宜温补肾阳，选用右归丸加减；偏脾阳虚治宜温阳健脾，选用实脾饮加减。②阴虚证：偏心阴虚治宜滋养心血，选用三子养阴汤加减；偏肝阴虚治宜养阴柔肝，选用杞菊地黄丸加减；偏肺阴虚治宜滋阴润肺，选用百合固金汤加减。③阴阳两虚证：偏脾肾阴阳两虚治宜培元固本，选用六君子汤加减；偏心肾阴阳两虚治宜滋补心肾，选用填海川神丸加减。32 例中阳虚占 59.3%，阴虚占 28.1%，阴阳两虚占 12.6%。并根据治疗经验，提出了补益三法：①温阳济阴：鉴于本病肺肾阳气虚怯最为多见，因此，培补元气为根本。在具体用药中，应当掌握好病情的进退和脏腑间的传受关系，在温阳益气的前提下，将护阴、养阴、补阴之品，寓寄其中。②滋阴扶阳：阳病损阴，阴虚诸证迭见。③阴阳平补：久病多致阴阳俱损，然其治法，不是补阴碍阳，就是温阳灼阴，常感棘手，在临床中以“平”字为要点。综合上述，阳虚是其病机的核心，在治疗中应当重视护阳，特别是应该保护好脾胃的阳气、元气和生发之气。[60]

2.4 辨证用药研究

2.4.1 辨证研究

2.4.1.1 系统性红斑狼疮辨证研究

2.4.1.1.1 辨证分型论治 由于本病的临床表现纷乱复杂，累及脏腑较多，各地学者分型尚不一致，多数分为毒热炽盛、气阴两虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚等证型。

张志礼等中西医结合治疗 732 例 SLE，其中医辨证：①毒热炽盛、气血两燔型：治宜清热解毒、凉血护阴，生玳瑁或羚羊角粉、生地炭、银花炭、板蓝根、白茅根、花粉、丹皮、赤芍、元参、石斛、蚤体、白花蛇舌草等。②气阴两伤、血脉瘀滞型：治宜养阴益气、活血通络，南北沙参(各)、石斛、党参、黄芪、黄精、玉竹、丹参、鸡血藤、秦艽、蚤休、白花蛇舌草等。③脾肾不足、气血瘀滞型：治宜健脾益肾、活血通络，黄芪、太子参、白术、茯苓、山药、女贞子、菟丝子、枸杞子、车前子、丹参、鸡血藤、秦艽、蚤休、白花蛇舌草等。④脾虚肝郁、经络阻隔型：治宜健脾舒肝、活血通络，黄芪、党参、白术、茯苓、柴胡、厚朴、丹参、鸡血藤、首乌藤、益母草、钩藤、蚤休、白花蛇舌草等。皮质激素治疗前后平均激素用量折算为泼尼松分别为 36.1mg/d 和 14.6mg/d，平均减量 21.5mg/d。结果近期疗效：显效 297 例，好转 362 例，无效 73 例，死亡 28 例；远期疗效(随访 479 例)：缓解 167 例，稳定 260 例，活动 5 例，死亡 47 例。并与单纯中药组、单纯西药组对比：其总有效率、显效率均明显高于其他两组，死亡率明显低于其他两组，差

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

异显著($X^2=4.98\sim19.35$, $P<0.05$)；远期疗效缓解率显著高于其他两组，死亡率显著低于其他两组($X^2=22.04\sim46.77$, $P<0.01$)。[76] 朱楚汉等分五型论治：①热毒两盛型(15 例)：治宜祛风凉热、清心平肝，基本方：羚羊粉、麦冬、菖蒲、郁金、大黄炭、丹皮、枳实、滑石、竹叶、莲心，抽搐加硃砂、全蝎、胆南星，呕吐加代赭石、竹茹，鼻血加藕节、侧柏叶；②风湿热互结型(32 例)：治宜疏风泻热、健脾养肝，基本方：桑枝、威灵仙、雷公藤、山药、枳实、柴胡、大黄炭、白花蛇、脾虚加白术、茯苓，风寒加麻黄、天仙藤，血虚加当归、鹿含草；③肾毒久缠型(51 例)：多见于有肾损害或用激素病程较长者，治宜宣肺泻肾、利湿解毒，基本方：麻黄、杏仁、厚朴、雷公藤、茯苓皮、乌蛇、鱼腥草、车前子，腹胀加沉香、法夏，咳喘甚者加葶苈子、大枣、苏子；④邪毒攻心、邪蒙清窍型(9 例)：多见于治疗不及时，尤见于中晚期患者，治宜平肝熄风、利湿降压护阴，基本方：麦冬、生地、犀角、白芍、代赭石、莲心、竹叶、全蝎、夏枯草、罗布麻叶，热盛加天然牛黄、生石膏，呕吐加竹茹、陈皮，便秘加制大黄、枳实；⑤瘀毒伤络型(11 例)：治宜宣肺疏风、解毒清热，基本方：枇杷叶、杏仁、大黄炭、山药、雷公藤、土贝母、白薇、当归、大青叶，痒甚加苦参、地肤子，脱发甚加侧柏叶、首乌。每日 1 剂，30 天为 1 疗程，疗效不明显时，继续第二、第三疗程。本组病例最短 1 个疗程，最长 6 个疗程，计 1 个疗程 38 例，2 个疗程 36 例，3 个疗程 25 例，4～6 个疗程 19 例。其中 21 例单用中药辨证治疗，97 例逐步减少肾上腺皮质激素用量，同时采用中医辨证分型治疗。结果：治愈 36 例，显效 42 例，有效 34 例，无效 6 例。[77] 惠乃玲等分四型论治：①毒热炽盛型：犀角、生地、紫草、白花蛇舌草、生石膏、白茅根、黄连、沙参、金银花、连翘、丹皮、赤芍；②气阴两虚型：北沙参、石斛、党参、黄芪、丹参、生地、当归、白花蛇舌草、草河车、旱莲草、女贞子；③气滞血瘀型：木香、柴胡、当归、赤芍、丹皮、三棱、莪术、鸡血藤、槟榔；④阳虚水泛型：党参、白术、黄芪、茯苓、防己、泽泻、白茅根、熟附片。均随证加减，口 1 剂水煎服。根据病情配用泼尼松 60～100mg，逐渐减量。共治疗 30 例，显效 13 例，好转 12 例，无效 5 例。[63] 段书云等分三型辨治：①热毒炽盛型：治宜清热解毒，药用犀角 1.5g(已禁用，现用水牛角 20g)，生地、丹皮、赤芍各 20g，金银花、白花蛇舌草各 30g，白茅根、连翘、秦艽各 20g，大青叶 30g，甘草 15g；②阴虚火旺型：治宜滋阴降火，药用生地、山药、茯苓各 20g，山萸肉、丹皮、甘草各 15g，泽泻 10g，枸杞子、女贞子、秦艽、漏芦、白花蛇舌草各 30g；③脾肾阳虚型：治宜温肾壮阳、健脾利水，药用熟地、山茱萸、茯苓各 20g，山药、白花蛇舌草各 30g，泽泻、甘草各 15g，肉桂 10g。西药治疗：全部病例配合低剂量皮质类固醇激素，相当于泼尼松 20～40mg/d。共治疗 73 例，结果：以 3 个月为期，缓解 51 例，有效 13 例，无效 9 例。[62] 李崭林采用中药加激素来治疗。①病变活动期：生地、玄参、赤芍、丹皮、车前子、知母、白茅根、红花。②稳定期：熟地、鸡血藤、山药、丹参、茯苓、陈皮、当归、甘草基础上化裁。激素主要为泼尼松，始量每日 0.5mg/kg，病情控制后逐渐减至维持量长期口服或停药；环磷酰胺每日 50～100mg 口服。对照组除未用中药外，其余同观察组。两组疗程均 3 个月。结果：中西医结合能提高多项实验指标的阴转率，病情稳定，但不缩短病程；观察组有 72.4%病人测 Ea 由降低恢复正常，但 ANA 阴转率仅 28.9%。由此推测，中药对本病的治疗作用，首先是提高机体的免疫功能，从而抑制了亢进的体液免疫功能。[78]

2.4.1.1.2 以虚证为主辨证论治 根据基础理论和实验研究，结合本病的临床见证，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

发现本病的发生与虚有着密切的关系，从而确立了补益法在治疗红斑狼疮中的作用。近十多年来，各地医家进行了有意义的探索、积累了一定的经验，为红斑狼疮的研究提供了丰富的内容。

徐宜厚对存活10年以上的32例系统性红斑狼疮进行分析，认为虚证乃是本病论治之本，在治疗上：①阳虚证(19例)：宜甘温益气，忌凉润、辛散。偏肾阳虚治宜温补肾阳，选用右归丸加减：干地黄、山茱萸、枸杞子各12g，怀山药30g，鹿角胶(烊化)、当归、黄芪、制附片、炙甘草、茯苓皮各10g，胡芦巴、楮实子各15g；偏脾阳虚治宜温阳健脾，选用实脾饮加减：白术、广木香、制附片、茯苓皮各10g，沉香、大腹皮、炮姜各6g，党参、陈皮、生黄芪各12g。②阴虚证(9例)：治宜甘润壮水，忌辛燥、苦寒。偏心阴虚治宜滋养心血，选用三子养阴汤加减：女贞子、沙苑子、枸杞子各15g，人参(或党参)、酸枣仁、炙甘草、柏子仁各10g，熟地黄、炒白芍、朱砂拌茯神、生地各12g，炒黄连1.5g；偏肝阴虚治宜养阴柔肝，选用杞菊地黄丸加减：枸杞子、熟地黄、山茱萸各12g，麦冬、炒丹皮、茯苓、川楝子、杭菊花各10g，山药、菟丝子各15g，玫瑰花、五味子各6g；偏肺阴虚治宜滋阴润肺，选用百合固金汤加减：百合、玄参、川贝母各10g，生地、熟地、麦冬、炒白芍各12g，当归、五味子、桔梗各6g。③阴阳两虚证(4例)：宜阴阳平补。偏脾肾阴阳两虚治宜培元固本，选用六君子汤加减：党参、茯苓、白术、炒白芍各12g，炙甘草、陈粳米各10g，山药、白扁豆、莲子各15g，黑芝麻、砂仁(后下)各6g；偏心肾阴阳两虚治宜滋补心肾，选用填海川神丸加减：党参、茯苓、破故纸、益智仁、菟蔚子各10g，杭菊花、怀山药、干地黄、山茱萸　酸枣仁各12g，五味子、川芎各6g。[60]陈湘君等介绍了吴圣农用滋阴泻火法治疗红斑狼疮的经验，认为本病是由先天肝肾不足，而致内生阳毒邪火，气血阴阳之机失常，故肾阴亏虚当为病之本，邪毒亢盛则为病之标，治当以滋养先天调补肝肾为主，清营解毒凉血以泻邪毒为辅。临床分三型辨治：①热毒炽盛型(急性型或暴发型)：治宜养阴清营解毒，以免阴竭阳亡之变。玄参15g，紫草20g，丹皮10g，蚤休30g，生地30～60g，广犀角3g(现用水牛角30～40g代用)，鲜菖蒲12g，鲜芦根30g，赤芍15g，人工合成牛黄粉1.5g(吞)，清黛0.3g拌黑山栀12g。若神识昏迷加服神犀丹或紫雪丹；便闭加鲜首乌或生川军。并配合激素、针刺共同抢救。②痹痛型(亚急性型中表现以关节酸痛为主)：治宜养阴清热，凉营通络。生地30g，玄参12g，赤芍15g，紫草根15g，地龙9g，知柏各10g，当归12g，蚤休30g，牛膝9g，防风、防己各9g，鸡血藤30g，人工合成牛黄粉1.5g(分吞)。③肝肾不足型(慢性缓解期)：治以滋养肝肾为主，清热解毒为辅。生熟地各15g，当归10g，白芍15g，黄芪15g，枸杞12g，牛膝10g，首乌12g，丹皮9g，青黛0.3g拌黑山栀9g，雄黄0.5g拌茯苓12g，草河车15g。[6]李秀英等用生地、熟地、山药、首乌、女贞子、旱莲草各30g，白芍、鳖甲、龟甲、寄生、秦艽、麦冬、薏苡、银花各15g，甘草10g。日1剂水煎服，并随证加减。手足皮肤皲裂较甚者配合用外洗药：生地、熟地、首乌、黄精、地肤子、蛇床子各30g，玉竹、葛根、白芍各20g，地骨皮、白鲜皮、狼毒、川椒各15g，雄黄10g。共治疗50例SLE，痊愈(临床症状消失，各种理化检查基本正常，能坚持正常工作或从事一般家务劳动)7例，好转(临床症状减轻，理化检查大部分正常)39例，无效、死亡各2例。[79]陈湘君等用滋补肝肾、清热解毒法为主治疗：生地、生首乌、玄参、牛膝、丹皮、益母草、草河车、水牛角、白花蛇舌草等。关节

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

酸痛加虎杖、寻骨风、茅莓根；低热加青蒿、地骨皮；气短乏力、便溏去玄参、水牛角，加生黄芪、太子参、白术。每日1剂，原已用激素者逐渐减少用量直至只用维持量或完全停用。共治疗55例SLE，经用药3~6月，显效(皮损消退，无其他活动性症状，活动性实验指标好转者占2项以上，激素减至5毫克/日以下或停服)22例，有效28例，无效5例。[80]

2.4.1.1.3 以血瘀为主辨证论治 根据本病的临床表现和实验室检查，近30年来，大多学者认为本病是血瘀所致，采用活血化瘀为主的方法治疗红斑狼疮，取得了较好的疗效。

魏江磊等从血瘀分三型论治：①热毒挟瘀型：基本方用半枝莲、白花蛇舌草、丹参各30g，炙首乌、生地、地龙各15g，生大黄8g，甘草、全蝎各6g；②瘀血内阻，余毒未清型：基本方半枝莲、白花蛇舌草均减至15g，大黄减至6g，地龙增至20g，加川芎12g；③肾阴亏虚挟瘀热型：基本方半枝莲、白花蛇舌草均减至12g，生大黄减至4g，炙首乌、生地增至20g，加天冬12g。共治疗30例，显效9例，有效13例，无效8例。与知柏地黄汤合二至丸加银花、红花等对照，结果有显著差异($P<0.05$)。[81]秦万章宗活血化瘀大法，在临床上辨证为：①阴虚血瘀型：根据病情轻重，有阴虚内热和阴虚火旺的不同，前者养阴清热、活血化瘀药合六味地黄丸或大补阴丸加减，常用药有大黄、红藤、赤芍、生地、玄参、麦冬、黄柏、知母等；后者用养阴泻火、活血化瘀药合犀角地黄汤或石膏生地煎加味，常用药有犀角、丹皮、玳瑁、生地、黄藤、生石膏、鲜茅芦根等。此型用药主要加重生地、玄参的剂量。②阳虚血瘀型：常用药有红花、丹参、三棱、莪术等，壮阳活血则以二仙汤加减；温阳活血则以桂附八味丸加减。③气滞血瘀型：主要采用理气活血和疏肝活血的治则，以柴胡疏肝汤加味，常用药有鸡血藤、血竭、柴胡、苏木、郁金、香附等；④气虚血瘀型：多见于红斑狼疮急性发作后，高烧过后，体现了中医“壮火食气”、“壮火之气衰”的理论特点，治疗上主张益气活血，常用药有党参、黄芪、桂枝、丹参、鸡血藤等，此型用药主要加重党参、黄芪的剂量。⑤血虚血瘀型：多见于病情处于缓解阶段，采用养血活血法，常用药有丹参、当归、川芎、泽兰、鸡血藤、益母草加味。临床上采用辨证论治同时，还可选用具有活血化瘀、清热解毒、消炎消肿的中草药如雷公藤片、大黄、昆明山海棠等，往往可提高疗效。[3]刁金山等用燥湿祛瘀法治疗SLE，将120例SLE分作热毒炽盛、阴虚内热、肝肾阴虚或肾阴亏损、邪热伤肝、脾肾阳虚等证型，药用狼疮康复汤：苍术、白鲜皮、大黄炭、玫瑰花、凌霄花、丹参、水蛭、黄芪、青蒿等随症加减。结果治愈37例，显效43例，有效34例，无效6例。[82]

2.4.1.1.4 以肾虚—血瘀为主辨证论治 现代中医、中西医结合治疗红斑狼疮已有30多年的历史，其临床研究大多根据“肾虚发病学说”、“血瘀发病学说”而采用补肾疗法和活血化瘀疗法，虽取得较好的疗效，但由于本病的临床见证纷乱复杂，在治疗上除宗肾虚、血瘀外，近年来各地学者将补肾与活血化瘀有机地结合起来，并取得了较好的疗效。

冯栋年等用补肾活血法分二型论治：①肾阴虚夹瘀证(20例)：治以滋阴补肾、活血化瘀，药用：生地12g，山萸肉、丹皮、茯苓、枸杞子、旱莲草、赤芍各10g，丹参、鸡血藤各30g，益母草15g。②气阴虚夹瘀证(12例)：治以益气养阴活血，药用：生黄芪、丹参、鸡血藤各30g，党参20g，山萸肉、枸杞子、生地、旱莲草、当归各10g，益母草15g。每日1剂，4个月为一疗程。共治疗32例，总有效率93.7%。与小剂量皮质激素泼尼松作对照，总有效率为70%[83]马永桢等用养肝肾化瘀热法：水牛角30g，鲜生地15g，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

枸杞子、首乌、丹参、赤芍、当归、地骨皮、墨旱莲各 10g，丹皮、知母各 8g，紫草 12g 关节痛酌加秦艽、凌霄花、虎杖、乌梢蛇、威灵仙、忍冬藤、海桐皮、露蜂房、雷公藤；雷诺氏症酌加桂枝、黄芪、牛膝、桃仁、红花、制南星、枳实、乌药；肝损者加浦公英、垂盆草、虎杖；肺损者加天冬、麦冬、桑白皮、白花蛇舌草。配用泼尼松、环磷酰胺、布洛芬、左旋米唑。共治疗 32 例，结果：显效 8 例，好转 18 例，无效 6 例。[84]

2.4.1.1.5 以痹证为主辨证论治 丁济南从痹论治，用中药、西药、中西药共治疗该病患者 90 例。中药组：治宜祛风温阳，散寒除湿，调补阴阳。基本方：川桂枝 3g，制川乌、炒荆芥、炒防风、仙灵脾、伸筋草各 9g，玄参 9～12g，甘草 3～4.5g。分型论治：①风痹损及肌肤脉络：治宜祛风温阳通络。雷诺氏征明显者，基本方去玄参，选加熟附子 3～9g，羌活、独活、秦艽、晚蚕砂(包)、丹参、漏芦各 9g；皮损顽厚、麻木不仁者，加生黄芪9～12g，当归9g，郁金 9～24g，威灵仙 9～12g；关节红肿热痛者，加桑枝、贯众各 9g，石膏 9～15g(先煎)等。②风痹损肾：治宜祛风温阳，佐以益肾。基本方加黄芪 9～12g，白术 12g，玉米须、米仁根、黑料豆各 18g，龙骨、牡蛎各 15g，汉防己 9～12g，以益气补肾利尿，消除蛋白尿；加宣木瓜、牛膝各 9g，降低尿素氮。损及肾阳而见腰膝酸软、浮肿、怯冷、舌淡、脉沉迟者，基本方去玄参，加牛藤、杜仲、熟附子各 9g；损及肾阴而见耳鸣、健忘、脉细数、舌红者，加生地 9g。③风痹损心：治宜祛风温阳，养心开窍。损及心阴而见心中烦热、夜寐不酣、脉细数、舌红者，基本方加党参、麦冬各 9g，五味子 3g，夜交藤 15g；损及心阳而见心悸气促、唇绀、面色苍白、心绞痛、脉细结代、舌紫暗者，基本方去玄参，加熟附子、丹参、泽兰各 9g，地鳖虫 6～9g；邪蒙清窍，癫痫抽搐，神识昏糊者加蜣螂虫(去头足)4.5g，水炙远志 3g，石菖蒲 9g。④风痹损肝：治宜祛风温阳、柔肝理气。右胁疼痛，脘腹作胀者，基本方选加黄芩、丹皮、制香附各 9g，大腹皮 12g；肝功能异常或有肝脾大、肝硬化者，加党参、白术、生麦芽、炙鳖甲各 9g，桃仁 4.5～9g；肝阳上扰而致头晕目花、头胀痛者，加白芍、钩藤各 9g，菊花 4.5g，石决明 30g(先煎)，女贞子 12g，旱莲草 9g。⑤风痹损脾：治宜祛风温阳，健脾助运。纳呆、泄泻，舌淡苔润滑、脉细濡者，基本方去玄参，加党参、白术各 9g，炮姜炭 4.5g，煨木香、条芩炭、焦六曲各 9g，怀山药9～12g；苔厚腻加薏苡 9～15g，苍术 4.5～9g。⑥风痹损肺：治宜祛风温阳开肺。复感外邪而见恶寒、身热、骨楚、舌淡苔薄、脉数者，基本方加黄芪、紫苏、贯众各 9g；咳嗽咽痒胸闷者，加麻黄 3～6g，前胡 9g，桔梗 4.5g；痰多加水炙远志 3g，葶苈子(包)9g；肺热炽盛、发热、胸膺闷塞、痰黄粘稠者，选加桑叶、桑皮各 9g，冬瓜子、冬瓜皮各 15g，丝瓜子、丝瓜络各 15g，江剪刀草 12g。西药组：以皮质类固醇激素为主，分别选用泼尼松、地塞米松、氢化考的松；免疫抑制剂选用环磷酰胺；对症治疗用消炎痛、阿司匹林、炎痛喜康、奈普生、氯喹；辅助药用转移因子。中西医药组：在按中药组辨证分型论治的同时，加西药组相同用药。以上三组均以半年为 1 个疗程。结果：中药组 30 例中显效 19 例，有效 9 例，无效 2 例；西药组 30 例中显效 18 例，有效 9 例，无效 3 例；中西药组 30 例中显效 21 例，有效 8 例，无效 1 例。三组疗效比较差异无显著性($P<0.05$)。作者认为本病的病因病机是风寒湿三邪入侵机体所致，治疗中强调用辛温药。据现代药理研究报道：祛风药(荆、防、桂)有抗病毒作用；川草乌、仙灵脾、甘草等有激素样作用，配合玄参等都有抗炎、抗过敏、抑制变态反应、改善机体应激能力；仙灵脾还能促进蛋白质合成，有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

利于抵抗力的提高和损伤组织的愈合。总体疗效以中西药组最好。SLE 的三大症状中的关节痛、皮肤红斑的疗效以中药组最好，对发热的疗效以中西药组最好。所以主张 SLE 在急性活动期宜中西药同用，以西药激素为主控制炎症和变态反应，同时用中药施以祛风温阳通络之法，辨证分型治之。待病情好转后，可逐步递减或停用激素。对轻型病例或病情稳定阶段，应以中药治疗为主，适当配合激素，以提高和巩固疗效，防止复发。[85]

2.4.1.1.6 以脏器损害辨证论治

心损害为主辨证论治 沈丕安等用清热养阴、蠲饮利水法治疗狼疮性心包炎，基本方用红 3 方：生地、玄参、生薏苡、虎杖、羊蹄根、忍冬藤、苦参、黄芩各 30g，知母 9g，麦冬 12g。或用红 1 方：生石膏(先煎)、寒水石、滑石、生地、生薏苡各 30g，知母 9g。均加用利水方：葶苈子、桑白皮各 30～60g，猪苓、茯苓、泽泻各 15g，车前子(包)30g。热甚重用石膏 60g，生地 30g；蛋白尿加六月雪、接骨木、猫爪草各 30g；瘀血经闭加益母草、丹参各 30g。重症每日 2 剂，疗程 3 周～5 个月，共治疗 22 例，显效 15 例，进步 3 例，无效 3 例，死亡 1 例。[86]尤林森等用养阴清热、蠲饮利水、养心安神治疗 SLE 心脏损害(24 例)，药用：生地、玄参、生薏苡、虎杖、羊蹄根、忍冬藤、苦参、黄芩、车前子各 30g，知母 9g，麦冬 12g。加利水方：葶苈子、桑白皮各 30～60g，猪苓、茯苓、泽泻各 15g。心悸加茯神、枣仁、柏子仁各 12g，青龙齿(先煎)30g，琥珀屑(冲服)3g；血瘀胸痛加丹参 30g，赤芍 15g，桃仁 12g；热甚加生石膏(先煎)60g。病重日 2 剂 4 煎服。本组单纯中药或减服激素 12 例，激素维持原量 8 例，加大激素量 4 例。心包积液 21 例，显效(超声心动图证实液性暗区消失或≤2 毫米)13 例，好转 5 例，无效 3 例，总有效率 85.7%。心肌损害 15 例，显效(T 波改变转为正常心电图)10 例，好转 3 例，无效 2 例，总有效率 86.7%。[87]

肺损害为主辨治 马绍尧介绍了顾伯华治疗 LE 内脏损害的经验，其中以肺部炎症为主者 3 例，多为气虚肺热，治以益气润肺清热，药用黄芪、黄精、茯苓、炙紫菀、炙冬花、桑白皮、地骨皮、黄芩、石膏、鱼腥草、白花蛇舌草、野蔷薇等。[88]

肝损害为主辨治 马绍尧将肝损害为主的 LE 分三型辨治：①脾虚湿热型用胃苓汤合茵陈蒿汤加减，药用苍术、白术、茯苓、猪苓、淮山药、泽泻、茵陈、山栀、黄柏、蒲公英、车前草、厚朴、生甘草等；②气滞血瘀型用逍遥散合桃红四物汤加减，药用柴胡、当归、赤芍、白芍、香附、郁金、金铃子、延胡索、桃仁泥、三棱、莪术、生地、益母草、生甘草等；③肝肾阴虚型用增液汤合知柏地黄丸加减，药用生地、熟地、玄参、麦冬、知母、黄柏、枸杞子、石斛、白花蛇舌草、鹿衔草、女贞子、旱莲草、茯苓、丹皮、沙参等。伴有轻度肾损害者 12 例加服泼尼松 10～15mg/d，并逐渐递减。共治疗 35 例，6 个月后显效(症状大部分消失，实验室检查正常，能正常工作)15 例，有效(症状及实验室检查部分好转，能参加半日工作)17 例，无效 3 例。[74]徐宜厚等对狼疮性肝炎分二型论治：①湿热内结证治宜清热利湿、活血解毒，方选茵陈蒿汤加味：茵陈、赤小豆各 15～30g，炒山栀、大黄、大青叶各 6～10g，茯苓、败酱草各 10～15g，猪苓 10g，黄柏 6g。②肝肾阴虚证治宜疏肝理气 养阴滋肾，方选一贯煎加减：北沙参 15g，麦门冬、沙苑子、炒白芍各 12g，生地、枸杞子各 10～24g，川楝子、合欢花各 10g，玫瑰花、生大黄(后下)各 6g，焦山栀 6～10g。[27]

肾损害为主辨治 赵进喜介绍了吕仁和治疗狼疮性肾炎用药经验：①肝肾阴虚，夹热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

毒、夹血瘀：治宜养阴增液、清热解毒、活血化瘀，方可用增液汤、杞菊地黄汤、银翘散、桃红四物汤等，常用生地、玄参、麦冬、枸杞子、银花、连翘、黄芩、丹参、川芎、桃仁、红花、猪苓、茯苓、泽泻、泽兰、茜草、紫草等。血瘀症状突出，或血液流变学检查、凝血功能检查提示患者存在高血粘、高血凝状态者，加用三棱、莪术、地鳖虫、血竭等；镜下血尿久不去者，可更加白茅根、大小蓟，或用三七粉、血竭粉，装胶囊服。②脾肾阳气不足，蛋白尿持续存在，治宜补肾固精、益气健脾，方可用吕氏益气固肾汤，常用黄芪、当归、川芎、金樱子、芡实、补骨脂、猪苓、石韦、薏苡仁等。阳虚症状突出者，可加仙灵脾、肉苁蓉等，一般不用桂皮、附子等温燥之品。③情志郁结、气血郁滞，治宜疏肝和中，调理气血，方可用四逆散加味，常用柴胡、枳壳、枳实、赤芍、白芍、当归、川芎、丹参、石韦、川朴、乌药、甘草等。气郁化热，可加黄芩、丹皮、山栀；心烦多梦失眠者，加郁金、龙齿、黄连，或配合西药安定 5mg、谷维素 20mg、维生素 B_1 50～100mg，临睡前顿服。④湿热壅郁，治宜清热除湿，方可用四妙散加味，常用苍术、白术、黄柏、薏苡仁、牛膝、石韦、黄芩、猪苓、泽泻、泽兰、川芎、茵陈等。下肢浮肿者，加茯苓皮、桑白皮、木瓜；腹胀满闷，口粘食少者，加用陈皮、厚朴、砂仁等，⑤外冒风寒，内蕴热毒，治宜疏风散热，方可用荆防败毒散、银翘散、桑菊饮化裁，常用羌活、独活、荆芥、防风、银花、连翘、桑叶、菊花、蝉衣、桔梗、甘草、玄参、紫草、白茅根等。咳嗽者，加枇杷叶、前胡、冬花等。特殊症状的处理：有皮损认为血分瘀热，治宜凉血活血，祛风消瘀，用丹参、紫草、茜草、赤芍、蝉衣、芥穗等；关节症状认为风湿阻痹血脉，治宜祛风除湿，活血通脉，必要时加用虫类搜剔之品，常用羌活、独活、荆芥、防风、赤芍、白芍、茜草、透骨草、鸡血藤、三七粉、血竭粉、僵蚕、地龙、全蝎、蜈蚣、地鳖虫等；合并肺系症状，治宜清宣肺气，常用蝉衣、前胡、枇杷叶、款冬花、黄芩、桑白皮、桃仁、杏仁、陈皮、桔梗、甘草、荆芥、防风等；合并心系症状，治宜益气养阴，活血化瘀，常用太子参、麦冬、五味子、丹参、赤芍、当归、川芎、苏梗、茜草等；合并肝系症状，或有肝功能不正常者，治宜疏肝理气，活血解毒，常用柴胡、郁金、丹参、川芎、当归、枳壳、枳实、黄芩、山栀、赤芍、白芍、太子参等；合并脾胃失调，治宜调理脾胃、顺气化滞，常用苏梗、佛手、香橼、陈皮、半夏、枳壳、枳实、木香、厚朴、丹参、砂仁等。激素用法：主张选中效的泼尼松 50mg，每日晨起顿服，待临床症状和化验结果显著好转后，开始减量，方法要求隔日缓减，一般每周减 5mg，当减至隔日 20mg 时，撤减速度更应放慢，一般 2～3 周减 5mg，直减至最低维持剂量。[21]刘宏伟介绍了时振声治疗狼疮性肾炎的经验：①热毒炽盛型：多见于急性活动期，治宜清热解毒凉血，方用犀角(水牛角代)地黄汤合五味消毒饮加减。如神昏谵妄，加用安宫牛黄丸、紫雪丹；如抽搐，加羚羊角粉、钩藤、全蝎等；夹瘀血明显者，加桃仁、红花、茜草、益母草、泽兰等。②肝肾阴虚型：多见于亚急性期或慢性期，治宜滋补肝肾、活血清利，方用归芍地黄汤加减。兼有尿血者，加生侧柏、马鞭草、生地榆、大小蓟；夹有水湿而见下肢浮肿者，可加牛膝、车前子、汉防己；夹有瘀血者，加丹参、泽兰；若阴虚阳亢而有头晕、耳鸣者，加僵蚕、菊花、灵磁石等。③脾肾两虚型：多见于本病的慢性期，偏于脾肾气虚者，治宜健脾益肾，方用补中益气汤或异功散加菟丝子、金樱子、补骨脂等，或用五子衍宗丸加参、芪；若偏于脾肾阳虚者，治宜温补脾肾，方用实脾饮或真武汤加减；若脾虚水肿，治宜健脾利水，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方用防己黄芪汤合防己茯苓汤或春泽汤加减；若脾虚水肿夹瘀血者，治宜健脾活血利水，方用当归芍药散加减。④气阴两虚型：多见于本病的亚急性期或慢性期，治宜益气养阴，方用参芪地黄汤或大补元煎加减。兼轻度下肢水肿者，可加牛膝、车前子；如夹瘀血者，加丹参、泽兰、益母草等；若兼有心悸、气短者，可合用生脉散；如兼头晕、耳鸣、口粘、痰多、苔腻者，加半夏、白术、天麻、泽泻等；如兼头晕、耳鸣、口不粘、苔不腻、无痰者，宜加枸杞子、菊花、僵蚕、钩藤等；如阴阳两虚者，则宜阴阳双补，用参芪桂附地黄汤或地黄饮子加减；有水肿者，可用济生肾气汤加减。合并症治疗：关节症状为风湿热邪痹阻经络血脉所致，治宜清热祛风、通络利湿，方用宣痹汤或四妙勇安汤加减，药用银花、连翘、防己、滑石、薏仁、姜黄、海桐皮、丹参、鸡血藤、牛膝等；皮肤损害，为风热邪毒、深伏入血、灼伤血络、迫血妄行、外溢肌肤所致，治宜祛风清热、活血消瘀，方用银翘汤加丹参、茜草、荆芥穗等；合并高血压，在辨证基础上，加用活血利水之剂，如当归芍药散加益母草、白茅根、牛膝、车前子等；合并肝系症状，治宜疏肝理气、活血解毒，方用柴胡疏肝散加半枝莲、白花蛇舌草、虎杖、郁金、泽兰等；合并心系症状，如心肌炎、心包炎等，治宜益气养阴、清热活血，方用生脉散加丹参、赤芍、丹皮、生地、金银花、连翘、苦参等；合并肺系症状，治宜清热宣肺化痰，方用杏仁滑石汤加减；脱发系血热生风所致，治宜养血清热祛风，方用四物汤加蝉衣、防风等。[12]杜秀兰等用金银花、蒲公英、生地各 24g，半枝莲、黄精、丹参、白茅根各 30g，茯苓、泽泻各 20g，丹皮、枸杞子、益母草各 15g，红花 12g。高热者加生石膏、柴胡、黄芩、或水牛角粉(冲)、或羚羊角粉(冲)；关节肿痛者加川牛膝、防己、鸡血藤；蛋白尿长期不消者加芡实、金樱子；阳虚水肿、尿少者加附子、肉桂、车前子、水蛭等。活动期多配合泼尼松 40～60mg/d，病情稳定后减为 10～15mg/d，个别患者配合环磷酰胺。共治疗 33 例，缓解 6 例，显效 10 例，有效 12 例，无效 5 例。[89]孙年样用清热化瘀法论治：银花、野菊花、紫花地丁、蒲公英、丹参、益母草、土茯苓各 15g，小春花 6g，白茅根、金荞麦各 30g，赤芍、茜草各 10g。发热加水牛角、生石膏各 30g(先煎)；腹胀、腿肿加商陆 6g；腰酸、小便清长加金樱子根 30g，菟丝子 10g；纳差、脘痞加川朴花 3g，佛手 5g；关节疼痛加秦艽、徐长卿各 10g；倦怠乏力加黄芪 15g，炒白术 10g；口干、舌红加生地、北沙参各 15g。共治疗 100 例狼疮性肾炎，临床治愈 34 例，好转 51 例，无效 15 例。[90]

脑损害为主辨治　徐宜厚等对狼疮性脑病分四型论治：①火扰心包证(相当于初期阶段)，治宜清心降火、醒脑护神，方选清心汤加减：防风、连翘(带心)、炒山栀、桔梗、生白芍各 10g，大黄(另煎)6～12g，芒硝 6g(冲下)，炒黄连、川芎各 4.5g，生地 10～15g，琥珀 9g(冲下)，朱砂伴灯心 3 扎。②痰蒙心窍证(相当于中期、终末期阶段)，治宜涤痰开窍、清心醒脑，方选清心温胆汤加减：姜半夏、陈皮、白术、生白芍、胆南星、姜汁炒竹茹各 10g，麸炒枳实、姜制黄连各 6～10g，当归、川芎、远志、石菖蒲各 6g，茯苓 12g，麦冬10～15g。③虚风内动证(相当于终末期阶段)，治宜滋阴固脱、潜阳熄风，方选大定风珠加减：生白芍、干地黄、麦冬(连心)各 18g，阿胶 10g，生龟甲、生牡蛎、炙甘草、生鳖甲各 12g，麻仁、五味子各 6g，鸡子黄 2 枚。④肝郁气滞证(相当于缓解期，处于调理阶段)，治宜舒肝解郁、清心泻火，方选逍遥散加减：醋柴胡、郁金、远志、川芎、琥珀(冲下)各 6g，当归、生白芍、白术、陈皮、甘草各 10g，茯神 12g，生谷芽 15g。[27]安家丰等介绍张志礼治疗狼疮脑病经验(1 例)：辨证为气阴两伤、毒邪攻心、痰迷心窍，治宜养

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴益气、化痰开窍、凉血解毒，处方：沙参 15g，元参 15g，花粉 15g，西洋参 6g（另煎），白茅根 30g，板蓝根 30g，大青叶 30g，鱼腥草 15g，败酱草 30g，蚤休 15g，白花蛇舌草 30g，蛇胆陈皮末 0.5g（冲服），水煎鼻饲。同时给甲基强的松龙 1g 静滴，日 1 次，共 3 天，服上方 3 天后意识恢复、抽搐停止。转方为养阴益气、活血解毒通络，处方：南北沙参各 15g，麦冬 10g，五味子 10g，黄芪 15g，白术 10g，茯苓 10g，丹参 15g，鸡血藤 15g，钩藤 10g，首乌藤 30g，板蓝根 30g，茅根 30g，天花粉 15g，蚤休 15g，白花蛇舌草 30g。泼尼松日量 60mg 并逐渐减量，1 个月后可下地活动，仅感轻度头昏乏力，神经系统检查无异常，ANA1：80、ds-DNA（－），继续门诊治疗 4 年后随访，服中药及泼尼松（日量 12.5mg），病情稳定。[91]

2.4.1.2 盘状红斑狼疮辨证研究

吴淞分二型辨治：①阴虚内热型：治宜养阴清热，生地 15g，青蒿、地骨皮、知母、麦冬、石斛、南北沙参、玄参各 10g，川连 2g，枸杞子 12g，炙甘草 5g；②肾阴亏损型：治宜滋阴补肾，女贞子、旱莲草各 15g，生熟地各 12g，菟丝子、五味子、知母、泽泻、山萸肉、首乌、鳖甲、山药各 10g；③湿热阻遏、气血凝滞型：治宜清热利湿、活血化瘀，忍冬藤、鸡血藤各 15g，黄柏、生地、赤芍、秦艽、苍术、独活、桑寄生、牛膝、当归、丹参各 10g。三型均配合氯喹 0.125g/次，2 次/日，连服 1 周，改为 0.125g/次，1 次/日，服 1 周。[73]司在和分三型论治：①风热郁阻型：防风、大青叶各 12g，白鲜皮、白花蛇舌草各 30g，蝉衣 6g，金银花、薄荷（后下）、丹皮、紫草、赤芍、旱莲草各 10g，生甘草 15g，川连 3g；②热毒聚结型：水牛角粉、蒲公英、银花各 30g，生地、丹皮、生槐花、紫草各 15g，地丁草 24g，川连 3g，连翘、野菊花、天花粉各 10g，生甘草 5g，生石膏（先煎）30～60g；③瘀血阻络型：桃仁、红花、当归尾、丹参、银花、丹皮、三棱、莪术、陈皮、香附各 10g，炮甲片 3g，参三七 6g，川芎 12g，黄芪、鸡血藤各 30g，生地、熟地各 15g。[92]黄正吉用清上防风汤：荆芥、防风、白术、桔梗、山栀、连翘、黄芩、黄连、当归、红藤、枳壳、甘草。每日煎服 1 剂。共治疗 25 例，服药剂数为 20～200 剂，其中 30 剂以下者 5 例，31～40 剂 3 例，41～50 剂 7 例，51～60 剂 4 例，61～70 剂 3 例，84、128、200 剂各 1 例。治疗后损害全部消退 10 例，大部或基本消退 13 例，无改变 2 例。见效最快 7 剂，最长 34 剂，一般在 14 剂左右。[93]

2.4.1.3 亚急性皮肤型红斑狼疮辨证研究

马绍尧等认为亚急性皮肤型红斑狼疮是一种介于盘状和系统性之间的中间类型，属阴虚内热、耗伤精气、血虚生风生燥、不能营养肌肤所致。治宜养阴清热、补血润燥。药用：生地、玄参、黄精、银花、蒲公英、野菊花、当归、小胡麻、肥玉竹、白鲜皮、土茯苓。[94]魏跃钢等用中药治愈 1 例 SCLE，辨证属阴虚内热、水亏火旺。治宜滋肾养阴、凉血清热，以知柏地黄丸加减，药用：生地 15g，丹皮、知母、黄柏、泽泻、茯苓各 10g，青蒿、地骨皮、旱莲草、白花蛇舌草各 15g，生甘草 6g。服 10 剂皮疹全部消退。后改六味地黄丸，连服半月，随访两月，皮疹未复发。[95]

2.4.1.4 狼疮性脂膜炎辨证研究

徐宜厚等将狼疮性脂膜炎分二型论治：①气滞血瘀证治宜理气活血、通络散结，方选桃红四物汤加减：桃仁、红花、炙地龙、青皮、川牛膝、酒大黄各 6g，苏木、制香附各 6～10g，当归、赤芍各 10g，泽兰 10～15g，丹参 12～15g，生地 10～12g。②气虚痰凝证治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

宜健脾益气、化痰散结，方选健脾温中丸加减：党参、僵蚕、土贝母、茯苓各 12g，土炒白术、姜半夏、当归身、制附片、橘红各 10g，炮姜 6g。[27]

2.4.2 用药研究

2.4.2.1 治疗用药规律浅析

在红斑狼疮的临床研究中，各地医家创制了不少专门方剂，这些方药的组成和运用，基本上能够反映出治疗用药的大概情况，作为中医辨证论治的最终载体，确能反映出红斑狼疮中医辨证论治的发展趋向。笔者对近 30 年来各地医家的用药情况作了统计分析，发现主要有三类药物比较多用：一是清热药，目前大多学者认为本病的发生与日光曝晒外受热毒有关，且病后若被日光照射则会促使病情的加重，故清热药在治疗红斑狼疮过程中较多使用，主要用于治疗红斑狼疮之毒热炽盛。常用药物：白花蛇舌草、金银花、连翘、黄芩、黄连、黄柏、生石膏、水牛角、大青叶、板蓝根、白茅根、知母、青蒿、蚤休、丹皮、紫草、柴胡等。二是活血化瘀药，随着“血瘀发病学说”的形成和血瘀在红斑狼疮发病转归中的重要作用，活血化瘀药的大量使用，已经构成了红斑狼疮的一个用药特点。常用药物：丹参、当归、赤芍、红花、桃仁、红藤、鸡血藤、虎杖、威灵仙等。三是补益药，大部分红斑狼疮患者为虚证，“虚者补之”，补益为治疗红斑狼疮之第一大法，补益药的主要作用在于调整体内的阴阳、气血、脏腑的生理功能，增强机体免疫功能，加强抗病能力，故补益药在治疗红斑狼疮过程中具有十分重要的作用，且影响着整个疾病的发展过程，甚至决定着疾病的预后。常用药物：人参、黄芪、党参、白术、甘草、生地、玄参、麦冬、沙参、石斛、黄精、山茱萸、女贞子、枸杞子、菟丝子、仙灵脾、仙茅、熟地、白芍、补骨脂、山药等。

2.4.2.2 中成药的开发

为了提高红斑狼疮的疗效，扩大中药的给药途径，各地学者开展了对中成药的开发研制，且逐渐成为红斑狼疮研究的热点问题之一。

雷公藤制剂　雷公藤及其同属植物昆明山海棠具有活血化瘀、清热凉血、消炎消肿等作用，是治疗红斑狼疮较有前途的中草药，对盘状和系统性均有良好的效果。如秦万章氏等用相当于生药 30～60g/d 的雷公藤糖浆或片剂治疗 DLE26 例，结果皮损基本消退者 8 例；皮损消退 >50%，色泽变淡，显效者 10 例；皮损缩小 <50%，色泽变淡，好转者 6 例；无效 2 例。一般于用药后 1～4 周开始见效。[96]王宝玺等用雷公藤流浸膏片治疗 SLE15 例、DLE8 例，均用 2 片(每片 0.5g,相当于生药 5g)/日 3 次口服。部分患者维持原口服泼尼松每日 10～40mg；皮损处外用氢化可的松霜或硅霜。对照 SLE19 例用泼尼松。结果：SLE15 例症状得到控制 9 例，对照组 6 例；消除关节痛：本组 7 例/10 例，对照组 7 例/15 例；消除盘状红斑：本组 6 例/8 例，对照组 5 例/12 例。DLE8 例单用本品，病情控制好转 4 例。并提出本品副作用有外周血白细胞数下降，个别病例出现蛋白尿。本品毒性作用与治疗有效量很接近，应用时应慎重，尤其对有肾脏损害的患者应注意。目前用本品的适应症以 DLE 及无肾脏损害的 SLE 为宜。[97]秦万章等用昆明山海棠片治疗 25 例 SLE，2～4 片/日 3 次，1 个月为 1 疗程，有效 19 例，其中显效 11 例，无效 6 例。本药对减少激素用量及减少激素副作用均有一定作用。[98]

青蒿制剂　青蒿具有抗疟、免疫调节作用。关于其作用机理，可能加速网状结构退化

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或抑制溶酶体酶的释放，也可能与皮肤细胞内 DNA 结合，使其不至于变质或转化。余其斌等用青蒿琥酯(广西桂林第二制药厂生产)治疗红斑狼疮 56 例，DLE 与 SCLE 均单独应用青蒿琥酯，外用硫酸铜锌霜，SLE 除继用原剂量激素外加用青蒿琥酯。剂量：成人 60mg/d，小儿 1.2mg/(kg·d)，先用 5%碳酸氢钠溶液溶解后加生理盐水 6ml 静脉注射，每日 1 次，首量加倍，15 天为 1 疗程。结果：16 例 DLE，痊愈 12 例，显效 2 例，有效 1 例，无效 1 例。10 例 SCLE，痊愈 6 例，显效 2 例，有效 1 例，无效 1 例。30 例 SLE，显效 16 例，有效 8 例，无效 6 例。多数患者用药 10～15 天见效。DLE、SCLE 痊愈者，平均需用药 2～3 个疗程。SLE 中显效 16 例，平均需治疗 3～4 个疗程。其机理可能有三方面：①抑制光敏感；②提高 T_s 细胞的活力；③抑制 DIC 的形成。[99]庄国康等应用三种青蒿制剂(蜜丸、浸膏片和青蒿素)治疗 DLE50 例，缓解或基本缓解 30 例，有效 15 例。30 例缓解或基本缓解者经 1/2～3 年随访，复发 3 例。[100]

丹参制剂　丹参具有活血化瘀、抗菌消炎作用，采用丹参静脉滴注及肌肉注射治疗 LE，疗效较好。王茂容等用复方丹参注射液加皮质激素联合治疗 55 例 SLE 中雷诺氏现象等症状，均用激素治疗未能得到满意的缓解，用量按相当于生药 1g/(kg·d)的剂量计算，加入 5%葡萄糖 500ml 内，以每分 25～30 滴静滴，每日 1 次，10 次为 1 疗程。结果第一疗程显效 7 例，有效 10 例，无效 38 例；第二疗程为 25 例、18 例、12 例；第三疗程 38 例、12 例、5 例。作者指出，在治疗 SLE 过程中用复方丹参注射液不仅症状得到迅速改善，而且有效的减少激素用量，有利于 SLE 的缓解。[101]

南通蛇药片　南通蛇药片系根据蛇医专家季德胜的秘方制成，专治毒蛇咬伤，近年来有人用于治疗红斑狼疮，取得一定的疗效。如黄德善等用南通蛇药片治疗 DLE，用法：成人开始 2 天，每日口服 1～2 次，每次 3～5 片，以后每日 2 次，每次 10 片。儿童酌减量。30 天为 1 疗程，间隔停药 1 周。3～6 疗程后减量维持。3 个疗程病情无改善者停药。结果：红斑、轻度浸润斑块或毛细血管扩张，约需 3～6 月消散。色素沉着或角化性鳞屑的减轻或消退，约需 6 个月或更长时间。并认为本药片治疗 DLE 效果较好，除少数有血、尿轻度异常及胃肠道不适外，未见其他副作用。[102]

3　实验研究

3.1　辨证分型的实验研究

3.1.1　辨证分型与外周血红细胞膜 C_3b 受体活性的关系

李俊彪等观察了系统性红斑狼疮肾炎(SLE—GN)患者中医辨证分型与外周血红细胞 C_3b 受体花环率(E—C_3 bR)的关系。结果表明，4 个证型的 E—C_3bR 较正常人组均下降($P<0.01$)，其下降顺序为正常人组 > 气阴两虚组 > 脾肾阳虚组 > 肝肾阴虚组 > 热盛湿蕴组；热盛湿蕴、肝肾阴虚多见于活动期，分别占各自例数的 78.57%和 66.67%，而脾肾阳虚、气阴两虚多见于稳定期，分别占各自例数的 63.64%和 71.43%；疾病活动期、稳定期病人的 E—C_3bR 均较正常人低，尤以活动期病人更明显($P<0.01$)。但 E—C_3bR 虽与中医证型呈现一定的相关关系，但这种相关性至今仍未有证据提示是特异的。即此指标的改变不是某一证型所特有，因此，证型与 E—C_3bR 的关系应该放在特定的病种中讨论才有意义。[103]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1.2 辨证分型与免疫的关系

姜泉对50例SLE进行临床与实验研究，证实了本病中医辨证分型各证型病情轻重程度与免疫指标的改变相吻合，其中热毒炽盛型与脾肾阴虚型的改变明显高于瘀热痹阻型及气阴两虚型。而四型之间，其ANA、ds—DNA、CH_{50}、C_3亦有较明显的差异($P<0.01$)，从而为临床辨治本病提供了客观指标。[104]范国荣等对免疫指标与中医虚实辨证的关系进行探讨，其20例，活动期SLE12例为虚实挟实证，缓解8例为虚证。对各组SLE患者的细胞免疫指标与体液免疫指标之间相关性分析结果显示，虚实挟杂证的活动期的OKT_8显著低于对照组；虚证缓解期的OKT_8与对照组无显著差异，但总体水平是低的。虚实夹杂证的活动期患者，其T_4/T_8比值与C_3呈高度负相关($P<0.025$)，而与CIC之间存在着高度正相关($P<0.01$)，缓解期SLE则无此相关性，其余免疫指标之间也不存在任何相关意义。[72]

3.2 中药治疗前后的实验研究

3.2.1 中药对SLE性激素水平的影响

冯树芳等对单独服用雷公藤糖浆的31例女性SLE测定了6种卵泡期血清性激素：雌二醇(E_2)、睾酮(T)、孕酮(P)、黄体生成素(LH)、卵泡刺激素(FSH)、催乳素(PRL)。结果显示治疗前SLE的E_2和E_2/T值较健康对照组显著增高，治疗后明显降低。而且病情活动者的E_2和E_2/T值的增高率显著高于病情缓解或稳定者。故认为雷公藤抑制E_2和调整E_2/T值的作用可能是其药物作用机制中的重要一环。[105]

3.2.2 中药对SLE补体水平的影响

吴京海等将81例系统性红斑狼疮(SLE)患者分为3组，Ⅰ组稳定期20例，Ⅱ组活动期但无肾脏损害30例，Ⅲ组活动期伴肾脏损害31例。用单相免疫扩散法检测雷公藤治疗前后血清中C_{1q}、C_1INH、C_4、B因子的含量变化。结果：治疗前SLE各组C_{1q}、C_4均低于正常，活动期比稳定期更低，说明C_1q和C_4作为补体经典激活途径的两种重要成分，可作为判断SLE活动性的实验室指标。且C_4在Ⅲ组比Ⅱ组更低，并与尿蛋白呈负相关，说明C_4也可以作为反映SLE肾脏损害严重程度及预后的一个重要指标。三组中C_1INH均比正常人高，不仅活动期比稳定期高，且肾脏损害组也比非肾脏损害组高，并与尿蛋白呈正相关，提示C_1INH较C_{1q}更能反映SLE的活动性与严重程度。雷公藤治疗后三组中C_{1q}、C_1INH和B(C_3PA)均基本恢复正常，C_4低值也有明显改善，说明雷公藤可通过抑制抗体产生，减少抗原抗体复合物的沉积，从而使补体激活减少，降低补体消耗，而且从实验结果中可以看出雷公藤不仅能抑制补体经典途径的激活，也能抑制补体旁路的激活。[106]

3.3 中药与实验模型的研究

高春芳等将亲代B/C鼠的淋巴细胞经静脉途径输入到非照射性(CBL/6 × BALB/C)F_1鼠体内，结果诱导出了抗dsDNA抗体和抗组蛋白抗体的持续升高，尿蛋白异常，并发生了免疫复合物介导的肾小球肾炎等系统性红斑狼疮样病变。输入淋巴细胞28天后，每天腹腔注射青蒿琥酯于F_1鼠体内，结果显示用此药后能明显降低自身抗体的水平，抑制了DIC的形成，尿蛋白的发生率很低，表明青蒿琥酯可明显抑制疾病的发展。[107]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.4 中药疗效机理的研究

张国强等用丹参对狼疮性肾炎成纤维细胞增殖、凋亡及 C—myc 蛋白表达的影响进行了研究。肾间质纤维化是尿毒症的重要原因。狼疮性肾炎(LN)肾间质病变突出，肾脏瘢痕(纤维化的结果)是决定其预后的重要因素。成纤维细胞是参与肾间质纤维化形态发生、重建和组织损伤重建修复的一种间质细胞，其异常生长和凋亡在肾间质纤维化及瘢痕形成过程中起重要作用。如某个药物能抑制成纤维细胞的增殖和(或)促进其凋亡，则有可能对纤维化病变起到防治作用，丹参是临床治疗 LN 的有效药物。为观察丹参对人肾间质成纤维细胞生物学行为的影响，用狼疮性肾炎患者肾活检组织培养分离成纤维细胞，观察丹参对人肾成纤维细胞^{3}H-TdR 掺入率的影响，用流式细胞仪检测了细胞凋亡及其调控蛋白 C-myc 蛋白的表达的情况。结果提示丹参对肾成纤维细胞增殖有明显抑制作用，且呈剂量依从性。丹参可促进人肾成纤维细胞的凋亡，但在一定范围内亦呈现剂量依从性。[108]

【古训今释】

1 病名溯源

红斑狼疮，是西医病名。在中医文献中尚未查到与之相雷同的病名，但根据其症状，可散见于痹症、温毒发斑、日晒疮、风湿、葡萄疫、心悸、水肿、历节病、阴阳毒等。如《素问·痹论》有“痹热”的名称，云：“其热者，阳气多，阴气少，病气胜，阳遭阴，故为痹热”。《灵枢·周痹》则称“周痹”，云：“周痹者，在于血脉之中，随脉以上，随脉以下，不能左右，各当其所”。东汉张仲景《金匮要略》则有“风温”、“历节”、“阴阳毒”之称，并在《金匮要略·痉湿暍病脉证治》云：“病者一身尽疼、发热，日晡所剧者，名风湿。”并在《金匮要略·中风历节病脉证治》载：“四属断绝，身体羸瘦，独足肿大，黄汗出，胫冷，假令发热，便为历节也。”另外尚有“阳毒之为病，面赤斑斑如锦纹，咽候痛，唾脓血，五日可治，七日不可治，……阴毒之为病，面目青，身痛如被杖，咽候痛，五日可治，七日不可治”的描述。隋代《诸病源候论》(卷十)温病发斑候上记载了“温病发斑”一证，云“温毒始发，出于肌肤，斑烂隐疹，如锦纹也”。另称“赤丹”：“赤丹者，初发疹起，大者如连钱，小者如麻豆，肉上粟如鸡冠，肌里由风毒之重，故使赤也，亦名茱萸丹。”与狼疮的丘疹、红斑而不痒很相似。明代陈实功《外科正宗·葡萄疫》有“皮下青紫斑”的记载，并依其形态取名“葡萄疫”。对此，明代戴元礼《证治要诀》中有“肌衄”的名称。明代申拱良《外科启玄》有“日晒疮”的病名，包括了光敏感在内的各种日光性皮肤病。至于“蝴蝶斑”之名在清末以前的文献中尚未查到，是近代医家根据红斑狼疮的临床特征而提出的病名。

2 证候与病象

皮损：有关红斑狼疮的皮损描述，早在东汉张仲景《金匮要略》中就有阴阳毒的记载，主要表现为面部有红斑或彩色的花纹斑，以及全身疼痛，即所谓“面赤斑斑如锦纹”、“面目青”、“身痛如被杖”。隋代《诸病源候论》、元代《丹溪心法》记载阴阳毒还有手足指冷的症状。《诸病源候论》还有赤丹的描述，其表现为丘疹、红斑，大小不一，如粟米、芝麻、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

绿豆、钱币形状，有的象鸡冠形态，这与SLE的红斑有相似之处，如云："赤丹者，初发疹起，大者如边钱，小者如麻豆、肉上粟，如鸡冠"。而记载的温毒发斑一证目前认为是SLE急性发作期红斑皮损的特征，如云："温毒始发，出于肌肤，斑烂隐疹，如锦纹也"。明代陈实功《外科正宗·葡萄疫》有皮下青紫斑的记载，并依其形态取名葡萄疫，"葡萄疫其患……郁于皮下不散，结成大小青紫斑点，色若葡萄，发在遍体头面"，并可有"牙根出血"的症状，而清代吴谦在《医宗金鉴》中又作了补充，言其"发于遍身，唯腿胫居多"，用葡萄的紫色和形状来描述腿上紫斑是很形象的，这可能与红斑狼疮的血小板减少或血管炎有关。

关节、内脏损害：红斑狼疮的关节和内脏损害的表现，在中医文献中有较多相关的论述，如东汉张仲景《金匮要略》痉湿暍篇论述的："病者一身尽疼、发热，日晡所剧者，名风湿。"在历节病篇则曰："病历节，不可屈伸，疼痛"，以及《素问》、《灵枢》、《诸病源候论》、《临证指南医案》中论述的"风湿病"、"风湿痛"、"痹病"、"痹证"、"周痹"等主要描述了多发性关节炎、关节肌肉疼痛、肿胀，可伴有发热，这可能与红斑狼疮的关节痛相关。而《金匮要略》记载的"水流在胁下"的悬饮证、"饮积心下"的心水证，应该指的是胸腔积液、心包积液。《金匮要略》、《诸病源候论》记载的腰痛腰冷、小便自利的肾着证，以及面目肿大、跗肿的水肿证，应为肾炎和低蛋白血症的表现。显然这些症状不完全与狼疮性肾炎相符，但慢性狼疮性肾炎在病变过程中，患者是有身重、腰酸、腰以下冷痛、口不渴、小便自利等症状。

发热：古人也认识到痹病有发热的症状，有周痹发热、行痹发热、风湿发热，这些发热可统称为"痹热"，狼疮发热为痹热的一种，如《灵枢》在周痹篇中云："痛则神归之，神归之则热，热则病解"。

3 病因病机

从古至今，历代医家对红斑狼疮病因病机的论述较多。①以风湿立论：认为痹是风寒湿三气客于肌肤所致，如《灵枢》在周痹篇中云："风寒湿气客于外分肉之间"，《素问痹论·》在此基础上将风寒湿分而论之，如云："风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为著痹也。"而《景岳全书》则提出风痹因虚者多的观点，似与红斑狼疮虚实夹杂、本虚标实的病性更贴近，所谓"风痹之证，大抵因虚者多，因寒者多，惟血气不充，故风寒得以入之，惟阴邪留滞，故经脉为之不利"。②以虚立论：有关因虚发病的观点，在古代文献中论述颇多，有的认为阴虚，如《内经》云："阴虚则内热"，"五脏主藏精也，不可伤，伤则失守而阴虚"。《医家四要·病机约论》则在此基础上提出了与房劳有关，如云："曲运神机则劳心，尽心谋虑则劳肝，意外过思则劳脾，预事而忧则劳肺，色欲过度则劳肾。"而《格致余论》则从阴阳二方面加于论述："阴虚则发热，太阳在外为阴之卫，阴在内为阳之守。精神外弛，嗜欲无节，阴气耗散，阳无所附"。

4 治则治法

历代医家有关红斑狼疮的治则治法较为丰富，可概括为：①从痹论治：如《医宗必读·痹》："治外者，散邪为急，治藏者养正为先。治行痹者，散风为主，御寒利湿仍不可废，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大抵参以补血之剂，盖治风先治血，血行风自灭也。治痛痹者，散寒为主，疏风燥湿仍不可缺，大抵参以补火之剂，非大辛大温，不能释其凝寒之害也。治着痹者，利湿为主，祛风解寒亦不可缺，大抵参以补脾补气之剂，盖土强可以胜湿，而气足自无顽麻也。”《类证治裁》：“治行痹散风为主，兼去寒利湿，参以补血，血行风自灭也。治痛痹温寒为主，兼疏风渗湿，参以益火，辛温解凝寒也。治著痹利湿为主，兼去风逐寒，参以补脾补气，土强可胜湿也。……治法总以补助真元，宣通脉络，使气血流畅，则痹自已。”上述均对痹证的治疗原则作了很好的概括，提出除分清主次，适当采用祛风、除湿、散寒外，行痹应参以补血，痛痹应参以补火，着痹应参以补脾补气。对后世影响较大。②从虚论治：如《景岳全书》云：“凡气虚者，宜补其上，人参黄芪之属是也。精虚者，宜补其下，熟地、枸杞之属是也。阳虚者，宜补而兼暖，桂、附、干姜之属是也。阴虚者，宜补而兼清，门冬、芍药、生地之属是也。此固阴阳之治辨也。其有气因精而虚者，自当补精以化气；精因气而虚者，自当补气以生精。又有阳失阴而离者，不补阴，何以收散亡之气？水失火而败者，不补火，何以苏垂寂之阴？此又阴阳相济之妙用也。故善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”在寒热篇则说：“阴虚之热者，宜壮水以平之，无根之热者，宜益火以培之。”而《理虚元鉴》在治虚三本中指出：“治虚有三本，肺、脾、肾是也。肺为五脏之天，脾为百骸之母，肾为性命之根，治肺、治脾、治肾、治虚之道毕矣。”《医学心悟》则把外感之火称为贼火，内伤之火称为子火。并提治疗内火主要有四法：达：“所谓木郁而达之，如逍遥散之类是也；”滋：“所谓壮水之主，以镇阳光，如六味汤之类是也”；“经曰劳者温之，又曰甘温能除热，如补中益气之类是也”；引：“以辛热杂于壮水药中，导之下行。所谓导龙入海，引火归元，如八味汤之类是也”。李杲《脾胃论》重视脾胃，长于甘温补中。朱丹溪《丹溪心法》重视肝肾，善用滋阴降火。

红斑狼疮是一种严重影响着人类健康的重大疾病。中医和中西医结合研究红斑狼疮，国内外颇为关注，从其传统概念而言它属“不治之症”或“难治之症”，但是近年来我国学者采用中医、中西医结合方法治疗和研究本病，获得可喜成绩，可以说达到或处于世界先进水平。

应用中医基础理论进行辨证论治来指导本病的治疗，主要有三大法则：一是清热解毒疗法，二是补益疗法，三是活血化瘀疗法，其中补益疗法贯彻于整个疾病过程的始终。西医治疗本病，疗效较好的首推皮质类固醇激素和免疫抑制剂，但这些药物长期应用会导致不可逆的副作用。对此病的研究，中西医都有很多结合点和共同之处，就中西医结合而言，特别是一些单味药的应用，为本病研究开创了新的道路。就拿雷公藤来说，国内研究空前活跃，具有奏效快、作用明显、疗效确切、经得起重复、能随时停药、增减药物方便、停药后无反跳症状、再用仍有效等特点，用于治疗本病，对西医提供了新的视野，已经引起了世界医林的关注、重视和兴趣。

展望未来，中医、中西医结合关于红斑狼疮的研究逐渐增多，但由于缺乏统--的标准，给研究和比较带来了一定困难。客观而言，目前所发表的诸多证候分类和疗效标准，尚缺乏标准化、规范化。所发表的不少论文，从整体水平而言，几乎都是辨证论治的研究，或大宗病例报告，虽也有部分研究采用了对照，但与严谨的科研设计、随机分组、盲

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

法的前瞻性研究相去甚远，无疑影响了人们对其结果的可信性及可比性的评价。当然，随着中医、中西医结合基础研究的深入，免疫学及其它相关学科的迅猛发展，从不同的角度去探索、研究，除提高诊断水平外，更好地提高治疗水平，可望在不远的将来，红斑狼疮不再成为“难治之症”或“不治之症”。

（马绍尧　吴胜利　李咏梅）

近现代参考文献

[1] 北京中医医院．赵炳南临床经验集．北京：人民卫生出版社，1975.260

[2] 中医研究院广安门医院．朱仁康临床经验集．北京：人民卫生出版社，1979.168～171

[3] 顾伯华，等．红斑狼疮证治．中医杂志，1985，26(11)：10～12

[4] 秦万章，等．皮肤病研究．上海科学技术出版社，1990，148

[5] 沈丕安．红斑狼疮中医临床研究．北京：人民卫生出版社，1997，17

[6] 陈湘君，等．吴圣农用滋阴泻火法治疗红斑狼疮的经验．中医杂志，1985，26(10)：17～18

[7] 张卫华，等．家族性系统性红斑狼疮发病年龄分析．中华皮肤科杂志，1997，30(1)：28～29

[8] 童秋生．一家红斑狼疮3例报告．中华皮肤科杂志，1986，19(1)：47

[9] 顾健，等．家族性系统性红斑狼疮四例．中华皮肤科杂志，1993，26(4)：246～247

[10] 孙建方．近亲婚配家族中姐妹同患SLE1例．中国皮肤性病学杂志，1995，9(4)：227

[11] 姚军英，等．姐弟同患神经系统SLE2例．中国皮肤性病学杂志，1995，9(4)：227

[12] 刘宏伟．时振声治疗狼疮性肾炎的经验．中医杂志，1994，35(10)：600

[13] 曾长峙，等．250例DLE的临床表现及检验结果分析．中华皮肤科杂志，1985，18(2)：85

[14] 沈大为，等．慢性皮肤型红斑狼疮145例临床分析．临床皮肤科杂志，1987，16(1)：9

[15] 陈集舟，等．系统性红斑狼疮160例临床资料分析．中华皮肤科杂志，1982，15(3)：135～136

[16] 张卫华，等．系统性红斑狼疮遗传方式的分析．中华医学遗传学杂志，1997，14(4)：239

[17] 苏尚焰．系统性红斑狼疮474例临床分析．临床皮肤科杂志，1996，25(2)：80～81

[18] 叶冬青，等．合肥市系统性红斑狼疮危险因素的研究．中国公关卫生，1997，13(6)：338～339

[19] 谢尚葵，等．系统性红斑狼疮病人生存率的研究．中华医学杂志，1995，75(10)：617～620

[20] 陶铁铮，等．系统性红斑狼疮死亡病例分析．哈尔滨医科大学学报，1995，29(3)：244

[21] 赵进喜．吕仁和治疗狼疮性肾炎用药经验．中医杂志，1994，35(3)：140

[22] 朱毅，等．中医药为主治疗系统性红斑狼疮探讨．中医杂志，1987，28(8)：44～47

[23] 苏晓．沈丕安教授治疗系统性红斑狼疮的经验．新中医，1998，30(8)：10～11

[24] 梁国维，等．皮肤病性病中医治疗全书．广州：广东科技出版社，1996.176～182

[25] 管汾．实用中医皮肤病学．兰州：甘肃人民出版社，1981.231

[26] 安家丰，等．张志礼皮肤病医案选萃．北京：人民卫生出版社，1994.61

[27] 徐宜厚，等．皮肤病中医诊疗学．北京：人民卫生出版社，1997.150～151，386～400

[28] 潘肇荣．100例系统性红斑狼疮中医分型和实验室有关检查的关系．江苏中医，1992，13(11)：14～15

[29] 丘祯禧，等．系统性红斑狼疮88例临床分析．临床皮肤科杂志，1986，15(1)：40～41

[30] 李舒帆，等．系统性红斑狼疮329例临床分析．中国皮肤性病学杂志，1996，10(6)：347～348

[31] 张志礼，等．472例系统性红斑狼疮临床分析及治疗观察．中医杂志．1989，30(9)：35

[32] 余碧娥，等．迟发性系统性红斑狼疮——附22例分析报告(摘要)．临床皮肤科杂志，1986，15(5)：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

234
[33] 顾元．儿童期 SLE19 例临床分析．临床皮肤科杂志，1986，15 (2)：96～97
[34] 王晓明．儿童系统性红斑狼疮 13 例临床分析．临床儿科杂志，1995，13 (5)：323
[35] 吴良章，等．儿童系统性红斑狼疮的临床及实验室观察，临床皮肤科杂志，1987，16 (3)：292～293
[36] 郑义通．系统性红斑狼疮的心脏表现(附 82 例报告)．江苏医药，1997，23 (4)：292～293
[37] 崔阳，等．系统性红斑狼疮的心肺改变．广东医学，1997，18 (4)：270
[38] 于明忠，等．系统性红斑狼疮的心脏损害．综合临床医学，1997，13 (3)：220～221
[39] 徐慧云，等．狼疮性肾炎 75 例临床分析．浙江医学，1987，9 (2)：21～25
[40] 王彩丽，等．男性狼疮性肾炎 50 例临床与病理分析．中华内科杂志，1995，34 (12)：827～830
[41] 周其林，等．系统性红斑狼疮的肺胸病变 50 例分析．福建医药杂志，1986，8 (6)：46
[42] 肖耀来，等．系统性红斑狼疮的肺、胸膜损害(附 42 例分析)．实用医学杂志，1995，11 (2)：73～74
[43] 吴锐惺．系统性红斑狼疮的肺与胸膜病变—附 65 例报告．吉林医学，1987，8 (1)：36～37
[44] 尹本义，等．系统性红斑狼疮肺部损害的分型探讨．中华内科杂志，1988，27 (1)：42～43
[45] 张奉春，等．系统性红斑狼疮中枢神经系统病变的诊断及治疗．北京医学，1994，16 (5)：277
[46] 吴风齐，等．儿童系统性红斑狼疮中枢神经系统累及 39 例报告．中华医学杂志(英文版)，1997，11 (2)：159
[47] 李向培，等．30 例狼疮性脑病临床分析．安徽医学，1996，17 (6)：33
[48] 钟纪茵，等．小儿系统性红斑狼疮的消化系统表现．广东医学，1996，17 (2)：82
[49] 张玉麟，等．系统性红斑狼疮皮肤及皮肤血管表现．解放军医学杂志，1986，11 (4)：383～384
[50] 严桂珠，等．表现为血小板减少性紫癜的系统性红斑狼疮．南京医科大学学报，1995，15 (4)：945
[51] 陈辉，等．系统性红斑狼疮的眼部改变．中华眼科杂志，1986，22 (6)：243～245
[52] 蔡正华，等．系统性红斑狼疮的位听系损伤．北京医学，1995，17 (4)：253
[53] 刁金山，等．红斑狼疮的最新治疗．北京：中国中医药出版社，1997．114～117
[54] 苏尚焙．64 例系统性红斑狼疮死亡病例分析．中国皮肤性病学杂志，1997，11 (1)：27～28
[55] 王增顺，等．系统性红斑狼疮心脏瓣膜损害 20 例临床病理分析．中华内科杂志，1987，26 (11)：653
[56] 田惠柔，等．狼疮性肾炎 65 例临床分析．陕西医学杂志，1987，(12)：13～16
[57] 杨秀强，等．全身性红斑狼疮 67 例死亡分析报告．临床皮肤科杂志，1986，15 (1)：9
[58] 陈琳洁，等．系统性红斑狼疮 25 例死亡分析．蚌埠医学院学报，1997，22 (2)：97
[59] 顾伯华．外科经验选．上海人民出版社，1977．196～199
[60] 徐宜厚．中医治疗系统性红斑狼疮存活 10 年以上 32 例报道．新中医，1985，17 (9)：37～39
[61] 王松珍，等．补肾消斑汤加减治疗系统性红斑狼疮．河南中医，1996，16 (4)：225～227
[62] 段书云，等．中西医结合治疗系统性红斑狼疮 73 例．辽宁中医杂志，1997，24 (4)：177
[63] 蒋成章．中西医结合治疗系统性红斑狼疮 29 例疗效分析．北京中医，1993，(6)：23
[64] 王桂珍．系统性红斑狼疮的中医辨证施治，江苏中医，1988，9 (10)：13～15
[65] 周聪和．51 例红斑狼疮辨证治疗分析．湖南中医学院学报，1990，10 (1)：12～13
[66] 李志铭．红斑狼疮临证心得．辽宁中医杂志，1987，11 (3)：22～23
[67] 梁健，等．中西医结合治疗全身性红斑狼疮 346 例临床观察，天津中医，1987，4 (4)：4～7
[68] 惠乃玲，等．中西医结合治疗系统性红斑狼疮 30 例，实用中西医结合杂志，1992，5 (2)：100～102
[69] 张曼华，等．中西医结合治疗 SLE．中华皮肤科杂志，1988，21 (1)：35～38
[70] 李晓宇．中医药治疗红斑性狼疮．陕西中医学院学报，1988，11 (3)：28～29
[71] 陈湘君．系统性红斑狼疮的辨证施治．辽宁中医杂志，1987，11 (4)：15～17
[72] 范国荣，等．系统性红斑狼疮患者的免疫指标观察与中医虚实辨证的关系探讨．实用中西医结合杂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

志，1995，8(9)：532～533
[73] 吴淞．中西医结合治疗皮肤型红斑狼疮．实用中西医结合杂志，1995，8(9)：550
[74] 马绍尧．35例红斑狼疮以肝损害为主的辨证论治．上海中医药杂志，1989，(10)：10～11
[75] 曾真，等．著名老中医丁济南从痹论治红斑狼疮的经验．上海中医药杂志，1983，(12)：8～9
[76] 张志礼，等．中西医结合治疗系统性红斑狼疮．中华皮肤科杂志，1996，29(1)：64～65
[77] 朱楚汉，等．中医辨证分型治疗系统性红斑狼疮118例疗效分析．中西医结合杂志，1990，10(2)：108～109
[78] 李蔚林．中药加激素等治疗系统性红斑狼疮观察．中国中西医结合杂志，1994，14(11)：681
[79] 李秀英，等．系统性红斑狼疮50例临床观察．河南中医，1990，10(6)：20～21
[80] 陈湘君，等．以滋补肝肾、清热解毒为主治疗系统性红斑狼疮55例．江西中医药，1991，22(3)：33～34
[81] 魏江磊，等．解毒活血通络法治疗狼疮性肾炎临床研究：附30例疗效分析．上海中医药杂志，1992(5)：5～8
[82] 刁金山，等．燥湿祛瘀法治疗系统性红斑狼疮的临床研究．河南中医，1995，15(2)：88～91
[83] 冯栋年，等．补肾活血法治疗红斑狼疮32例疗效观察．四川中医，1996，(3)：45
[84] 马永桢，等．养肝肾化瘀热法治疗红斑性狼疮32例．南京中医学院学报，1990，6(2)：40～42
[85] 丁济南，等．中西医结合治疗系统性红斑狼疮疗效观察．中国中西医结合杂志，1992，12(1)：40～41
[86] 沈丕安，等．狼疮性心包炎的中医治疗．北京中医，1990，(1)：18～19
[87] 尤林森，等．中医治疗系统性红斑狼疮心脏损害24例临床观察．安徽中医学院学报，1990，9(4)：37～38
[88] 马绍尧．顾伯华教授治疗红斑狼疮内脏损害的经验．黑龙江中医药，1982，(2)：40
[89] 杜秀兰，等．中西医结合治疗狼疮肾炎33例．山东中医学院学报，1992，16(4)：39～40
[90] 孙年样．清热化瘀治疗狼疮性肾炎100例．江苏中医，1996，17(12)：16
[91] 安家丰，等．张志礼治疗重症红斑狼疮及皮肌炎的经验．中医杂志，1993，34(6)：339
[92] 司在和．慢性盘状红斑狼疮证治心得．浙江中医杂志，1994，29(8)：371～372
[93] 黄正吉．清上防风汤治疗盘状红斑狼疮疗效分析．中医杂志，1990，31(9)：43
[94] 马绍尧，等．实用中医皮肤病学．上海中医药大学出版社，1995.315～316
[95] 魏跃钢，等．亚急性皮肤型红斑狼疮治愈一例．江苏中医，1986，7(5)：27
[96] 秦万章，等．雷公藤治疗盘状红斑狼疮26例临床观察．中医杂志，1982，23(3)：19
[97] 王宝玺，等．雷公藤流浸膏片治疗红斑狼疮的疗效观察．中西医结合杂志，1989，9(7)：407～408
[98] 秦万章，等．昆明山海棠治疗25例系统性红斑狼疮的临床观察．中草药，1982，13(2)：12
[99] 余其斌，等．青蒿琥酯治疗红斑狼疮56例．中华皮肤科杂志，1997，30(1)：51～52
[100] 庄国康，等．青蒿治疗盘形红斑狼疮临床研究．中华医学杂志，1982，62(6)：365
[101] 王茂容，等．丹参注射液加皮质激素联合治疗24例SLE中雷诺氏现象等症状的临床观察．岭南皮肤性病科杂志，1996，3(3)：12～13
[102] 黄德善，等．南通蛇药片治疗DLE的研究．临床皮肤科杂志，1987，16(3)：167
[103] 李俊彪，等．系统性红斑狼疮肾炎患者外周血红细胞膜C_3b受体活性与辨证分型的关系．中医杂志，1995，36(6)：356～357
[104] 姜泉．系统性红斑狼疮中医辨证分型与血清免疫指标的关系．中国中医药信息杂志，1995，2(10)：17
[105] 冯树芳，等．雷公藤对女性SLE性激素水平的影响．中华皮肤科杂志，1989，22(1)：3

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[106] 吴京海，等．雷公藤对系统性红斑狼疮补体水平的影响．上海医科大学学报，1996，23(6)：472～473

[107] 高春芳，等．青蒿琥酯对系统性红斑狼疮样小鼠模型的影响．中华皮肤科杂志，1995，28(1)：17～19

[108] 张国强，等．丹参对狼疮性肾炎成纤维细胞增殖、凋亡及 C-myc 蛋白表达的影响．中国中西医结合杂志，1997，17(8)：473

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 癣　病 ❋

癣是常见的皮肤病之一，中医文献很早就有记载。我国现存的最早的中医外科专著《刘涓子鬼遗方》中已有用雄黄、矾石、水银、黄柏等治疗癣的记载。隋代《诸病源候论·癣候》癣分为干癣、湿癣、风癣、白癣、牛癣、圆癣、狗癣、雀眼癣、刀癣等九种，其后多宗之。到明、清两代分为六种，其病名各不相同。此外，以癣命名者尚有吹花、奶癣、杨梅癣等。本文所论述之病种，相当于西医学所论述由于皮肤浅层霉菌感染所引起的皮肤病　根据其所发生的部位和临床表现，中医可分为白秃疮、肥疮、圆癣（又称钱癣）、阴癣、鹅掌风、脚湿气、灰指(趾)甲（又称鹅爪风）、紫白癜风（又称花斑癣）。其病状即相当于西医的头癣、体癣、股癣、手足癣、甲癣、汗斑，其发病范围相当普遍。全国乃至全球各地发病率都很高，尤以温热带发病率更高。

【今日临床】

1 诊断标准

关于癣病的诊断标准，目前以1994年我国卫生部国家中医药管理局发布，并于1995年开始实施的《中医病证诊断疗效标准》为标准。由于癣病的病种较多，所以各种病的诊断标准亦有所不同，兹分述如下。

1.1 病名诊断标准

1.1.1 白秃疮(相当于白癣)

为发生于头颈部呈圆形白色鳞屑斑，如硬币或豆大，境界清楚，病灶中毛发无光泽，距头皮2～5mm处折断，病后不留瘢痕，自觉瘙痒。好发于学龄儿童，男多于女，常在集体单位流行，有同患者、或猫、狗密切接触史。

真菌检查：滤过紫外线灯下见亮绿色荧光，真菌培养有小孢子菌属，毛发癣菌等致病菌。

1.1.2 肥疮(相当于黄癣)

头皮见蝶形污黄厚痂，有鼠尿臭味，中心粘着且有毛发穿过，发变枯黄弯曲，易拔出但无折断。初期分布较小，久可泛及广大头皮，最后形成萎缩性瘢痕，遗留永久性秃发，仅沿发际有1cm左右的一圈毛发残留。自觉瘙痒，常继发感染，可形成脓肿。病程缓慢，可迁延数十年，多在儿童期发病，有与同患者密切接触史。

真菌检查：滤过紫外线灯下呈暗绿色荧光，直接镜检可见发内有菌丝，痂内亦有菌丝和孢子。

1.1.3 圆癣(又称钱癣,相当于体癣)

钱癣初起为丘疹或小疱，逐渐形成圆形或不整形，边缘有炎性丘疹，逐渐向外扩展，亦可呈同心环形或多环形，相邻皮损亦可相互融合呈花环状，表面附有细碎鳞屑，常有中

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

心自愈倾向，瘙痒明显。

好发于颜面、颈、腋等多汗潮湿部位，多见于肥胖体型，常发生在夏天多雨季节。

真菌培养或镜检：常见小孢子菌属，毛癣菌属及表皮癣菌属等病菌。

1.1.4 阴癣(相当于股癣)

好发于双胯间、臀部、阴囊、阴茎等皱褶处。初起为丘疹或丘疱疹，逐渐向外扩展，常呈大片状或不规则状，常呈棕红色、褐色等。由于不断的抓搔和反复发作，皮损常呈肥厚和粗糙。

真菌培养或镜检：常见小孢子菌属、毛癣菌属及表面癣菌属等致病菌。

1.1.5 鹅掌风(相当于手癣)

手掌部有境界明显的红斑脱屑，皮肤干裂，或整个手掌皮肤肥厚、粗糙、皲裂、脱屑，亦可出现水泡或糜烂。自觉瘙痒或瘙痒不明显。多始于一侧手指尖或鱼际部，常继发于脚湿气。

真菌培养或镜检：多为阳性，常以表皮癣菌属及毛癣菌属为致病菌。

1.1.6 脚湿气(相当于足癣)

趾间浸渍，皮肤红白或糜烂，常伴恶臭。或足缘群集水泡，干燥脱屑。足跟或足缘甚至整个足跖皮肤肥厚、干燥、皲裂。自觉剧痒，夏季尤甚。足部多汗者、潮湿环境工作人员易患此病。

真菌培养和镜检：多为阳性，常为红色毛癣菌、絮状表皮癣菌及须毛癣菌。

1.1.7 灰指(趾)甲又称“鹅爪风”，(相当于甲癣)

甲端或两侧见黄白斑点，渐扩大至全甲及全甲下。甲板增厚、变脆、凹凸不平，色泽不荣，呈灰白或棕褐色；或甲板变薄、翘起，其下蛀空；或甲板部分增厚，而甲缘蛀蚀呈蜂窝状。成人多见。始于一侧1～2个甲板，渐及邻甲，及全部甲。多继发于鹅掌风及脚湿气。

真菌镜检及培养：常阳性，以红色毛癣菌多见。

1.1.8 紫白癜风(又称“汗斑”、“花斑癣”)

初起皮肤上出现豌豆至蚕豆大的斑疹，色淡红或赤紫，或棕黄，或淡褐。继则游走成片，上有糠秕样鳞屑，微微发亮，将愈时呈灰白色斑片。皮损好发于躯干及上肢、面部、股内侧等汗腺丰富的部位。

真菌检查：常呈阳性，可找到糠秕马拉色菌。皮损在武德灯下呈黄色荧光。

1.2 证类诊断标准

1.2.1 白秃疮

血虚风燥：皮损呈灰白色斑片，瘙痒，毛发干枯，易于折断，面色晦黄。舌质淡红，苔薄白，脉濡细。

湿热毒聚：皮损呈红斑肿胀，丘疹脓疱结黄色痂，多有发热，身疼。舌质红，苔薄黄，脉滑数。

1.2.2 肥疮

风湿毒聚：黄痂污秽，毛发枯黄易落，瘙痒无休，走窜漫延。舌红，苔薄，脉浮或

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

滑。

湿热毒聚：黄痂粘着，头皮潮红，按之疼痛，糜烂溢脓，伴寒热头痛，口渴咽干，舌红，苔黄或腻，脉滑数。

1.2.3 钱癣

风湿蕴肤：皮疹如钱币，渐次扩展，瘙痒无休。舌质淡红，舌苔白腻，脉滑。

湿热毒聚：皮损呈花环状红斑，伴有脓疱，轻微疼痛，糜烂结痂，或有低热不适。舌质红，舌苔薄，脉数。

1.2.4 阴癣

风湿蕴肤：皮疹成片，渐次扩展，周边高起，中间凹陷，瘙痒无度，舌质红，舌苔黄滑腻，脉数。

1.2.5 鹅掌风

风湿蕴肤：手掌或指间水疱如晶，涸干脱屑，境界明显，渐次扩大。或指间潮红，湿烂。舌红，苔白或腻，脉滑。

血虚风燥：手掌皮肤肥厚粗糙、干燥、龟裂。或水疱不明显，干涸脱屑。舌质淡红，苔薄，脉细。

1.2.6 脚湿气

湿热下注：密集水疱，或趾间糜烂滋水，浸淫成片，瘙痒疼痛或有发热。舌苔薄黄，脉滑数。

血虚风燥：皮肤增厚，粗糙干裂，瘙痒不流水。舌红、苔薄、脉细。

1.2.7 灰指(趾)甲

血燥失养：甲板色泽不荣，增厚或翘起，或蛀蚀呈蜂窝状。舌淡，少苔，脉细。

湿热蕴结：甲板色红，甲沟红肿或有脓疱，瘙痒刺痛，舌红，苔薄腻，脉滑数。

1.2.8 紫白癜风

风湿搏结：皮疹呈浅白色，色素减退斑。舌红、苔白或腻、脉滑。

湿热蕴肤：皮疹淡褐色或深褐色，舌红、苔黄腻、脉滑数。

2 中心证候特点

风湿热邪外袭，郁于腠理，浮发于肤导致风湿热郁腠理为癣病的中心证候特征。各病如下：

2.1 白 秃 疮

因理发感染，风热凝滞所致。以头部脱皮状白屑，久则发失光泽，折断，自觉瘙痒为主要表现的皮肤病。

2.2 肥 疮

因理发感染，风热湿邪蕴滞所致。以头部初起红丘疹，继而流水结痂，中有毛发穿过，脱发以后头皮光亮为主要表现的皮肤病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.3 圆 癣

因湿热内蕴，外感邪毒所致。以皮肤平滑处起红疹，水疱、结痂、瘙痒为主要表现的皮肤病。

2.4 阴 癣

因阴部湿热，染受邪毒所致。始发于沟股尾端及臀部、大腿内侧，以皮肤丘疹、水疱、结痂、瘙痒为主要表现的皮肤病。

2.5 鹅 掌 风

因风湿蕴肤，或血虚风燥所致，以手掌水疱脱屑、粗糙变厚、干燥皲裂，自觉痒痛为主要表现的疾病。

2.6 脚 湿 气

因湿热下注，或血虚风燥，兼感邪毒所致。以足丫水疱、浸渍糜烂，自觉剧痒痛为主要表现的皮肤病。

2.7 灰指(趾)甲

因肝血不足，爪失所养，外感邪毒，多由鹅掌风(或脚湿气)日久延及爪甲所致。以指(趾)甲增厚色灰，或出现黄白斑点，失去光泽为主要表现的疾病。

2.8 紫 白 癜 风

因热天汗多，邪毒染肤所致。以颈、肩、胸、背等处皮肤出现紫白相兼斑片，表面脱屑为主要表现的皮肤病。

3 病 因

3.1 原 发 病 因

白秃疮：脾胃湿热内蕴，或外染风邪，风、湿、热搏结于肌肤，肌肤失养而成。

肥疮：脾胃湿热蕴蒸，上攻头皮所致。

圆癣：风湿热之邪蕴积皮肤所致。

阴癣：同钱癣，亦常因脚湿气传染而发。

鹅掌风：外感湿热之毒，蕴积皮肤，或接触传染而成。

脚湿气：脾胃湿热下注，或久居湿地，浸渍肌肤，或染湿毒面发。

灰指甲：常由脚湿气、鹅掌风邪毒侵袭，感染而发。

紫白癜风：多由热体被风湿所侵郁于皮肤腠理、或因汗衣著体，汗滞受风，暑湿浸渍毛窍而成。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2 继发病因

白秃疮：直接或间接接触患者或患病的动物，外风带入，结聚不散，致气血不调。皮肉干枯，发为白秃。

肥疮：污手摸头，枕头不洁，理发工具传染所致。

圆癣：接触不洁之物所致。如接触有癣病的人或动物，或自身有脚湿气等癣病染毒而引发。

阴癣：同钱癣。夏日汗多，湿热重，更易引发或加重病情。

鹅掌风：常因接触带癣病的物体，或抓搔自身其他患病部位染毒而发。

脚湿气：公用足盆等清洁用具或胶鞋、拖鞋等相互传染而发。

灰指(趾)甲：初起一指(趾)或三指(趾)。若未及时诊治，可渐蔓延到邻指(趾)。

紫白癜风：暑日汗多，汗衣经日晒著体。或带汗行于日中，可加重病情，日久可蔓延遍身。

3.3 诱发因素

白秃疮：理发或搔抓头皮破损，腠理洞开，外邪易乘虚而入。嗜食辛辣之品易引发本病。

肥疮：同白秃疮。

圆癣：皮肤抓搔，或发病后用肥皂等碱性洗涤剂或热水外洗，易诱发或加重病情。

阴癣：同圆癣。

鹅掌风：可由于脚湿气而诱发，发病后使用碱性洗涤剂及热水可加重或蔓延。

脚湿气：阴湿的环境有利于癣菌生长，易诱发脚湿气，使用碱性洗涤剂，同样可诱发或加重病情。

灰指(趾)甲：常接触水及碱性物质者易诱发。

紫白癜风：汗出过度、生活工作环境不卫生者易发。

4 病　　机

4.1 发　　病

癣病是指皮损比较干燥，形态不一，或圆或斜，境界清晰的瘙痒性、浸润性的皮肤病。其临床发病多以瘙痒为主症。随着病变部位的不同及外界因素的影响，可出现不同的临床病变。白秃疮、肥疮可导致大量脱发，甚至遗留疤痕；圆癣、阴癣抓搔易引发湿疹、浸渍、痈肿；鹅掌风、脚湿气易引发丹毒、红丝疔等。

4.2 病　　位

主要侵犯毛发、表皮和甲板。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.3 病 性

肌肤毛发、指(趾)甲病位浅表，其临床症状以皮肤瘙痒，皮下小疱疹，脱屑，头屑或甲板疏松、蛀空为主。其病邪以风、湿为多见。

4.4 病机转化

癣病的病机转化与病邪的盛衰有关。若能针对病因、祛除病邪(风、湿、热等)，则易痊愈；若饮食起居不慎，致湿热内生；或抓搔染毒；或用药不当可加重病情。热则红肿疼痛；湿则滋水淋漓，皮肤浸渍泛白，溃破糜烂；风重则痒甚，或指(趾)甲蛀空剥脱；传染邪毒则伴发丹毒、流火等。

4.5 证类病机

湿热毒聚，则皮损红斑肿胀，丘疹脓疱，或结黄痂，伴发热、疼痛；风湿毒聚，则瘙痒无度，走窜蔓延，或发枯黄易脱；风湿蕴肤则皮疹成片，瘙痒无休；血虚风燥，则皮肤呈灰白斑状，瘙痒，毛发干枯，易于折断，或皮肤不荣，增厚或翘起，或蛀蚀呈蜂窝状；湿热下注，则见密集小疱 糜烂滋水，浸淫瘙痒、疼痛。

5 临证思路

5.1 抓住主症

皮肤瘙痒，境界清晰，形态不一，呈浸润性发展，常具传染性。

5.2 分析病位

癣病可发于全身任何部位，不同位置，其临床症状及病名各异，其病位在皮肤及指(趾)甲。

5.3 确定病性

癣病是因风、湿、热之邪客于腠理，浸淫肌肤而成。其皮损表现为或红斑瘙痒，或瘙痒干燥，或滋水浸淫；或黄白痂、或糠秕样脱屑；或甲质疏松、蛀空等。而结合全身舌脉症辨证，又有湿热内生，湿热毒聚，湿热下注，血虚风燥等不同证型，故临证时需把局部皮损特征与全身症状有机结合起来，内治与外用双管齐下，方能收到更好的疗效。

6 鉴 别

6.1 白 秃 疮

肥疮：有典型的黄癣痂和特殊的鼠臭味，愈后有疤痕，毛发永久脱落。

黑点癣：头皮散发黄豆至杏子大的鳞屑斑，细薄的鳞屑不多，病发刚出头皮即折断，毛囊口的断发呈黑点状。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

油风：常为起病突然，呈斑片状脱落，病变处光泽而无鳞屑。

6.2 肥　　疮

白秃疮：病发容易折断，到青春期可自愈。不发生成片的萎缩性疤痕。

白疕：在红色的斑片上，有较厚云母状的银白色鳞屑，头发不脱落，不发生秃疤。

6.3 圆　　癣

钱币状湿疹：常于冬季与皮肤干燥同时发生。常由红色小丘疹或丘疱疹密集而成，有很多渗液。慢性者皮肤肥厚，表面有结痂及鳞屑，多发于手足背、四肢伸侧、肩、臀、乳房等处，自觉剧痒。

神经性皮炎：皮疹粗糙、肥厚、苔癣样变，好发于颈部及四肢关节伸侧，常呈对称分布。真菌检查呈阴性者。

6.4 阴　　癣

烂疮：多发于夏季多汗时。初起皮肤潮红、丘疹、水疱、浸淫湿润、糜烂、瘙痒不止，重则疼痛，步履受限。

神经性皮炎：粗糙、肥厚、苔藓样变，常对称而发，多发于臀部、阴囊等部位。

真菌检查阴性者。

6.5 鹅 掌 风

手部湿疹：损害呈多形性、境界不明显，常对称而发，瘙痒剧烈，可反复发作。

汗疱疹：对称性发于手指侧缘，主要为皮下密集小水疱。

6.6 脚 湿 气

脚部湿疹：同手部湿疹。

皲裂性湿疹：皮下水疱，表皮增厚、硬化、皲裂、无压廓，对称而发。

6.7 灰指(趾)甲

银屑病甲病：指(趾)甲变形、萎缩、碎裂、常可见沟纹舌，真菌检查阴性。

硬皮病：由于硬皮病所致的指(趾)甲硬化，常同时有雷诺氏现象，而灰指(趾)甲无这一现象。

湿疹：指(趾)甲的湿疹常发于指(趾)皮肤的湿疹后，常对称而发，真菌检查阴性。

6.8 紫 白 癜 风

白驳风(西医称白癜风)：皮损为纯白色斑片，白斑中毛发亦白，境界清楚，与周围正常皮肤界限分明，脱屑、传染性，真菌检查阴性。

风热疮：皮疹呈淡红色，皮损长轴沿肋骨方向排列，自觉瘙痒剧烈，经1～2个月后自然消失。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 湿热内蕴

临床表现：皮肤出现红色丘疹或丘疱疹，或有疮发于头部则见头皮黄痂，痂皮下见潮红湿润面，舌质红，苔黄腻，脉数或滑数。

病机分析：过食辛辣肥甘厚腻化生湿热，或体胖之人，素体湿热盛，湿热生虫浸淫于肌肤体表则体生疱疹或疮，湿热熏蒸头部则头皮生黄痂，痂下潮红湿润；舌质红，苔黄腻，脉滑数为湿热内蕴之象。

治法：清热化湿，疏风解毒。

方药：苦参散加减。

苦参　黄连　黄柏　茵陈　白鲜皮　栀子　甘草

加减：若见皮损水疱较多、渗出明显，则加重清热利湿之品如生苡仁、泽泻、茯苓等；若见口苦咽干，心烦易急则加胆草、车前子、黄芩等。

7.1.2 湿热毒聚

临床表现：胯间、阴囊皮肤潮湿、糜烂，趾间皮肤糜烂，渗液，味臭秽，自觉瘙痒，女子见带下黄粘味臭，舌质红，苔根部黄腻，脉滑数。

病机分析：炎夏患者感受暑湿之邪；或经常坐卧温暖之地如司机等；或肥胖之人素体蕴湿，湿热生虫化火成毒，流于下焦，浸淫肌肤，腐灼血脉则见趾间糜烂，渗液臭秽；若女子湿热之邪下注则带下黄粘，舌质红，苔黄腻或根部厚腻，脉滑数正是湿热下注之征象。

治法：清热解毒，除湿止痒。

方药：黄连解毒汤加减。

黄连　黄柏　牛膝　泽泻　车前子　苦参　金银花　萆薢　栀子

加减：若见纳呆、痞满、不欲食可酌加藿香、佩兰、陈皮、厚朴、生苡仁等；若见脚湿气趾间糜烂甚、臭秽味重加公英、地丁、马齿苋等；口渴、烦热可加淡竹叶、西瓜翠衣等。

7.1.3 血虚风燥

临床表现：掌跖皮肤肥厚粗糙、干燥、皲裂，指(趾)甲增厚、粗糙水疱干瘪脱屑，舌质淡红，苔薄，脉细。

病机分析：患鹅掌风或脚湿气久病不愈，湿热化燥伤血；或年老体弱气血不足，均可导致肝血亏虚，肝经血燥，爪甲失养而见指(趾)甲粗糙、增厚，血虚肤失荣养则皮肤干燥、脱屑、皲裂；舌质淡红苔薄，脉细正是血虚火燥之征。

治法：养血润肤、杀虫。

方药：地黄饮子加减。

生地　熟地　当归　元参　红花　白蒺藜　白鲜皮　丹参　地肤子

加减：若见头晕、目涩、月经经期延长，经血量少色淡红，则加枸杞子、女贞子、益母草等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2 外治法

7.2.1 白秃疮

① 雄黄膏

组成：雄黄 10g 氧化锌 10g 羊毛脂 30g 凡士林 50g

用法：先在头部患病区域剃光头发以便用药。以明矾水洗发，然后外擦雄黄膏，并用油纸盖上，每日换药 1 次。用药 1 周，头发较松动后，即可用镊子拔出病发，争取在 3 天内拔完，若发未松动，可继续上药不可间断，直到病发拔光为止。病发拔光后，继用原药外涂，每日 1 次，连用 2～4 周，直至痊愈。若还有发现病发，应随时拔除。

② 5%川楝子膏

组成：川楝子

用法：川楝子去核，焙存性研细末，调等量凡士林即成，或以猪脂、鲜川楝子肉捣如泥状外敷，日 1 次。

③ 硫黄膏

组成：硫黄 5g，95%酒精 50ml，凡士林加至 100g

用法：同雄黄膏。

7.2.2 肥疮：外治同白秃疮。

7.2.3 圆癣

（1）风湿蕴肤型：

① 一号癣药水

组成：土槿皮 300g 大枫子肉 300g 地肤子 300g 蛇床子 300g 硫磺 150g 白鲜皮 300g 枯矾 150g 苦参 300g 樟脑 150g 50%酒精 20000ml

用法：搽擦患处，每日 3～4 次；有糜烂者禁用。

② 二号癣药水

组成：米醋 10000ml 百部 蛇床子 硫磺各 240g 土槿皮 300g 斑蝥 60g

用法：外搽，每日 1，2 次。

（2）湿热毒聚型：

① 生地榆 30g 黄柏 15g 柿蒂 7 个 马齿苋 30g 水煎液，凉湿敷，日 3～4 次。至皮肤收敛、干燥为止。

② 皮疹收干后，可改用二号癣药水外搽。

③ 千里光 120g 羊蹄 60g 水煎 2 次，混合后分 2 次湿敷患处。

7.2.4 阴癣

（1）风湿蕴肤型：同圆癣。

（2）湿热毒聚型：同圆癣。

胯间浸渍，溃烂时，用湿敷疗法后，可用“青黛散”干扑，以收敛止痒。

7.2.5 鹅掌风

（1）风湿蕴肤型(又称水疱型)：

① 一号癣药水、二号癣药水、普癣水。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

普癣水组成：生地榆 50g　苦楝子 50g　川槿皮 95g　斑蝥 1.5g（布包）

用法：外搽，日 3～4 次。

② 鹅掌风浸泡法(经验方)

组成：荆芥 10g　防风 10g　红花 10g　枫子仁 10g　皂荚 10g　地骨皮 15g　明矾 10g　川楝子 30g

用法：日 1 剂，水煎 2 次，混合，分 2 次浸泡患处，每次 15 分钟。

(2) 湿毒蕴肤型(指间糜烂或湿疹化)：

① 用湿敷方，同体癣“湿热毒聚型”方。

② 湿敷后，外搽雄黄膏(方见“白秃疮”)。

(3) 血虚风燥型(角化型)：

① 疯油膏外涂，加热烘疗法。

疯油膏方：轻粉 4.5g　漳丹 3g　辰砂 3g　共研细末。先以麻油 120g 煎微滚，入黄蜡 30g，煎，以黄沫为变，取起离火，再将药末渐渐投入，调匀成膏。

② 软角洗方(经验方)

组成：苦参 30g　王不留行 30g　百部 15g　淫羊藿 15g　川楝子 30g　皂荚 15g

用法：日 1 剂，水煎 2 次，每次浸泡 15 分钟，泡后搽后，外搽雄黄膏或皮脂膏。

皮脂膏方：青黛 6g　黄柏 6g　煅石膏 60g　烟膏 60g　共研细末，加凡士林调成 30% 的软膏。

7.2.6 脚湿气

(1) 湿热下注型

① 足癣洗方(经验方)

组成：荆芥 10g　防风 10g　公丁香 6g　枫子仁 10g　皂荚 15g　地骨皮 15g　明矾 10g　大黄 30g

用法：日 1 剂，水煎 2 次，凉后浸泡患处，每次 15 分钟。

(2) 水疱型　浸泡后可外搽雄黄膏、皮脂膏；趾间糜烂型可外扑青黛散或三石散。

① 三石散方：炉甘石、赤石脂、煅石膏各等份为细末，研细即成。

② 牡荆浸泡方(经验方)

牡荆鲜叶 250g（干品减半），水煎，加食盐少许，凉后浸泡患处，每日 2 次，每次 15 分钟。

7.2.7 鹅掌风

① 白凤仙花，食盐少许，捣烂敷病甲上，每日 1 换，至痊愈为止。

② 鹅掌风浸泡方(经验方)：

组成：荆芥 10g　防风 10g　红花 10g　枫子仁 10g　皂荚 15g　地骨皮 15g　明矾 10g　川楝子 30g

用法：食醋 1000g，浸泡一周以后用，每日 2 次，每次浸泡患甲 15 分钟以上，搽干后外敷水红膏。

水红膏方：樟脑 6g　水杨酸 10g　漳丹 4g　研极细末，凡士林 80g，调匀即成。

7.2.8 紫白癜风

① 二号癣药水或普癣水外搽，日 2 次。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

② 颠倒散，黄瓜汁调成稀糊状，外搽，日1次。

颠倒散方：硫黄、密陀僧等份为极细末。

7.3 西医治疗撮要

7.3.1 白秃疮

① 内服药有灰黄霉素、酮康唑等。

② 外用药物有5%～10%硫磺软膏，复方苯甲酸软膏，10%水杨酸软膏，1%～3%克霉唑软膏，2%达克宁霜等。

③ 拔法疗法，适用于小面积皮疹的患者。

7.3.2 肥疮： 同白秃疮。

7.3.3 圆癣： 以局部治疗为主。

① 内服药有克霉唑、制霉菌素、酮康唑、伊曲康唑等。

② 外用药有十一稀酸酊剂，软膏剂，复方水杨酸酊剂，益康唑溶液或霜剂，达克宁，白呋唑、酮康唑、多菌灵等霜剂，酊剂或软膏剂.

7.3.4 阴癣： 同钱癣。

7.3.5 鹅掌风： 以局部治疗为主。

① 内服药有酮康唑、伊曲康唑等。

② 外用药治疗根据皮疹类型不同而对症治疗。

水疱型先用3%硼酸溶液或1/1000醋酸铅浸泡，每日1次，每次15分钟。后用2%酮康唑乳剂，1%白呋唑乳剂或溶剂，1%～3%克霉唑软膏、乳剂，1%益康唑软膏，达克宁霜等。

鳞屑角化型用苯甲酸软膏，10%水杨酸软膏，6%乳酸软膏等。

浸渍型可用1%利凡诺溶液或3%的硼酸溶液湿敷，后用足癣粉(如1%白呋唑粉)等。

7.3.6 脚湿气： 同鹅掌风。

7.3.7 灰指(趾)甲

① 内服药有超微粒灰黄霉素、酮康唑、伊曲康唑(斯皮仁诺)等。

② 局部治疗有40%尿素软膏封泡脱甲，再加用抗真菌药，剥甲净，30%冰醋酸，乳酸碘酊液，复方水杨酸软膏等。

7.3.8 紫白癜风： 以局部用药为主。

① 内服药有伊曲康唑、酮康唑等。

② 外用药有2.5%硫化硒，25%硫代硫酸钠配合3%稀盐酸，以及咪唑类霜剂，丙二醇溶液等

8 疗效评定标准

8.1 白 秃 疮

痊愈：症状及体征消失，毛发生长正常，复查真菌连续三次阴性，或滤过紫外线灯检查阴性

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

好转：症状明显减轻，鳞屑斑减少 50%以上，复查真菌仍有阳性，或滤过紫外线灯下仍可见亮绿色荧光。

未愈：症状及体征无缓解或鳞屑斑减少不足 30%。

8.2 肥 疮

同“白秃疮”

8.3 圆 癣

治愈：症状、体征消失。复查真菌连续两次阴性。

好转：瘙痒明显减轻，皮疹消退 30%以上，复查真菌结果仍有阳性。

未愈：症状、体征无缓解或皮疹消退不足 30%。

8.4 阴 癣

同圆癣。

8.5 鹅 掌 风

痊愈：临床症状、体征消失，皮肤恢复正常。复查真菌连续两次阴性。

好转：症状明显减轻，皮损消退在 50%以上。复查真菌阴性或阳性。

未愈：临床症状、体征无改变。

8.6 脚 湿 气

痊愈：症状及体征全部消失，皮肤恢复正常。复查真菌仍有阳性。

好转：症状明显减退，皮疹消失 50%以上。复查真菌仍有阳性。

未愈：症状无明显改善。

8.7 灰指(趾)甲

治愈：病甲全部脱落，新生甲色泽正常，真菌镜检阴性。

好转：病甲脱落 30%以上。

未愈：病甲未脱落或脱落不足 30%。复查真菌阳性。

8.8 紫白癜风

痊愈：症状全部消失，皮肤恢复正常。

好转：皮损消退 50%以上，复查真菌仍有阳性。

未愈：症状无明显改善。

9 预 防

(1) 早期发现，早期治疗，以减少感染源。

(2) 患者的梳子、帽子、枕巾等生活用品要单独使用，煮沸消毒。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（3）加强理发店理发用具的管理，每日应个别用水煮沸 15 分钟，或 75%酒精、5%碳酸、10%福尔马林溶液浸泡，后用清水冲洗干净再用。

（4）患儿需隔离，未治愈前不得入托、入学，以防传染他人。

10 调　护

癣病发生多因于湿热，故体胖之人应少食滋腻肥甘，因素体痰湿偏盛，过食肥甘更易助湿化热。久居潮湿长热之地易致湿热之邪侵袭，故应调摄起居。鱼虾辛辣易生热助火，故癣病之人应少食上述食物，而宜清淡之品，远烟酒醇热之物。

【近代研究】

1 理论研究

现代以来，随着西方医学的逐步传入，新文化运动的开展，我国许多中医学者开始接受西方医学理论，逐步走上“洋为中用”、“中西结合”的治学道路。许多著作中开始出现了中西医结合的内容，对于癣病的病名、分型、病因病机、诊断标准逐步规范。特别是诊断与鉴别诊断，从而发展到今天，确定了皮肤浅层真菌病的诊断疗效标准。

1.1 病证名称的规范

近代著名中西医结合皮科专家朱仁康指出：“癣可发生于身体各种部位，又能发生不同的症状。”指出有“体癣、圆癣、股癣、手癣、脚癣、发癣、须癣”等名称。分别论述了“肥疮”、“白秃疮”、“鹅掌风”、“油灰指甲”、“阴癣”等，并且分别冠于现代病名“黄癣”、“白癣”、“手癣”、“甲癣”、“股癣”等，还论述了“汗斑”，又称其为“夏日斑”、“花斑癣”。[1]朱氏较完整地论述了癣病（即表皮真菌病）的所有病名，不仅延用了古代病名，其所注的现代病名至今仍在应用。1960 年中医研究院主编《中医外科简编》论述“紫白癜风”曰：“此证俗称汗斑，有紫白二种，故名之。”此外还有“鹅掌风”、“癣”等的描述，则与古代论著相似。[2]

1964 年，由上海中医学院主编的《中医外科学》中有：“白秃疮”又名“白癞痢”，“肥疮”又名“堆沙癞痢”，以及“鹅掌风”、“脚湿气”、“灰指甲”等病名。[3]

1966 年，由上海中医学院外科教研组及附属龙华医院外科编写的《中医外科临床手册》及 1970 年重新编写的《中医外科临床手册》中都分别讲述了“白秃疮”、“肥疮”、“鹅掌风”、“脚湿气”、“灰指（趾）甲”、“圆癣”、“紫白癜风”等病名。[4,5]

1985 年，由中国医学百科全书编辑委员会编辑，上海科学技术出版社出版的《中国医学百科全书·中医外科学》中则详细地论述了从古至今对癣病的病名的演变过程，并且指出该书综合近代医家之见，把以癣命名的钱癣、阴癣和以疮、风等命名的秃疮、鹅掌风、紫白癜风、油灰指甲等归入皮肤浅部霉菌感染范畴，合并在一起论述。而将具有“癣”字病名的非霉菌引起的皮肤病如“牛皮癣”、“干癣”、“杨梅癣”等根据其病因划归其他章节来论述，大大地有利于教学、临床、科研的进行。

该书中指出：头癣，古称秃疮、腊梨疮……有黄癣、白癣、黑点癣三种，以前两种为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

多见，并附有古今病名的对照。此外，对于手癣、足癣、体癣、股癣、花斑癣都有古今病名的对照。该书将皮肤浅层霉菌病独立分类，还有利于中西结合工作的开展，并为今后开展科研工作提供了科学依据。[6]

此外，近代学者及中医皮、外科专家赵炳南、张志礼、管汾、禤国维、陆德铭、唐汉钧、黄耀燊、王袭祚、李种玉、李博镒等的专著中都分别对皮肤浅层霉菌病有比较详尽的论述，或中西病名的对照，使广大中、西医、中西结合的医学工作者学习、临床、教学、科研更方便，更规范化。

1986年由顾伯康、黄耀燊等主编的高等医学院校教材《中医外科学》一书中指出，现代中医外科的“癣”病，主要指发生在表皮、毛发、指趾甲的浅部真菌病，常见的有头癣、手足癣、体癣、花斑癣等。其中医病名分别为白秃疮、肥疮(头癣)，鹅掌风、脚湿气(手足癣)，灰指(趾)甲(甲癣)，圆癣(体癣)，阴癣(股癣)，紫白癜风(汗斑)等。[7]

国家中医药管理局1994年发布，1995年起实施的《中医病证诊断疗效标准》则更进一步地规范了癣病(即各种皮肤表层霉菌病)的病名、诊断依据和疗效标准。各种病的病名也随之统一。

1.2 病因病机研究

随着医学的发展，中西医理论的融汇，近代对于癣病的病因病机的探讨较之古代有明显的进展。如朱仁康所著的《实用外科中药治疗学》(1955)第九章中提到体癣，包括圆癣、股癣、手癣、脚癣、发癣、须癣，其发病原因为“小芽胞菌”、“表皮癣菌”。表明近代中医已能从现代科学的角度来分析、认识疾病的发病原因。管汾所著的《实用中医外科学》，禤国维、范瑞强所著《皮肤性病中医治疗全书》，《中国医学百科全书·中医外科学》等著作，皆提到了癣病由霉菌引起。而《中医病证诊断疗效标准》则更具体地指出了各种癣病的致病菌属。

在论述现代医学的病因的同时，所有论著中皆提出了中医的病因病机。概括起来为：

白秃疮　因剃发腠理洞开，外风袭人，结聚不散，致气血不调，皮肉干枯，发为白秃。久则发落，根无荣养，如秃斑。表明了本病的病因和传染途径。

肥疮　由于脾胃湿热蕴蒸，上攻头皮所致。或由污手摸头、枕头不洁、理发工具等传染毒邪所致。

圆癣　湿热外邪蕴积肌肤，或由传染所得，特别是由脚湿气传染者更为多见。足癣的患病率最高……约占癣病的50%～60%。

阴癣　由湿热化虫侵袭皮肤而致。患处闷热多汗，或经、带湿污，湿热生虫，虫淫肌肤，并可互相传染。

鹅掌风　外感风湿热之毒，蕴积肌肤或传染而得。病久湿热化燥伤血，气血亏虚，肌肤失养，致燥裂而成。

脚湿气　由脾胃两经湿热下注而成。或久居湿地，或染湿毒而成。或亦可由传染而得。

灰指(趾)甲　湿热生虫，虫淫侵甲，爪甲失去荣养所致。亦可由于鹅掌风、脚湿气之毒邪蔓延传染，湿毒内蕴，爪甲失去荣养而成。

紫白癜风　热体为风湿所侵，郁于肌肤腠理；或由汗衣著体，复经日晒，暑湿浸滞毛窍而成。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3 传染病学的研究

近代以来，许多学者已在专著上明确地指出了癣病具有传染性。如朱仁康在《实用外科中药治疗学·汗斑》中指出本病“由于糠秕小芽孢菌传染”，在“白秃疮”一节中指出本病“大抵由剃发时的不洁传染。”“或由患者戴过的帽子或梳子传染到别人。”“多发于学龄儿童，原因是一种癣菌。”在“鹅掌风”一节中指出“由于表皮霉菌及发癣菌的传染，炊事员与洗衣妇易被念珠状菌传染；手癣、甲癣多由脚癣传染而来。很多人临睡前捏脚，有脚癣的人，就会传染到手部”。此外，在许多医家的著作中皆提到了癣病具有较强的传染性，并明确地提出了霉菌感染及传染途径。

1.4 诊断与鉴别诊断

近代以来，众多学者对于癣病的诊断，特别是鉴别诊断，有着较详尽的论述。

（1）朱仁康于《实用外科中药治疗学·金钱癣》中论述体癣时指出：“发于平滑皮肤上，起圆形局限性、微红色、干燥鳞屑性的斑，或稍高于皮面，在边缘部现隆起，并向边缘进行，中央现治(自)愈状态，所以现圆环状，小的如笔管(故称笔管癣)，大者如钱形(故称金钱癣)，多发生在面部、颈部及手部等处。”而在鉴别诊断方面，首先提出与牛皮癣的鉴别：“牛皮癣鳞屑较厚，大片银白色，刮去后基底出血，主要发生与四肢的伸侧面，查不到霉菌。”

可见作者对体癣症状的描述十分的精确，对其与牛皮癣的鉴别诊断也很清楚，特别是指出“查不到霉菌”，表明当时已能应用现代科学技术来诊断和鉴别诊断。

在“脚癣”一节中，依脚癣的临床症状，提出了脚癣的三个分型：

① 急性型：如湿疹样，有水疱、脓疱，或如丹毒红肿，侵犯整个足跖。常引起续发性化脓性传染，引起蜂窝织炎、淋巴管炎、淋巴结炎，发热，疼痛。

② 慢性湿疹型：足跖部发生皲裂，特别在第四、五趾间，足趾间表皮现白色，剥离，湿润出水，表皮擦去后，现湿润面，瘙痒。

③ 慢性干性型：特点是不发生水泡及脓疱，在足部发生过度角化，足跟部尤明显，在红色肥厚的斑上，有薄而细脆的鳞屑。

其所述足癣临床分型与今日临床中足癣之水泡型、糜烂型、角化型基本相吻合。而且，其中所述急性型易引起的伴发症状，现代临床亦常见到。如足癣引发急性丹毒、流火(淋巴管炎)、臀核(淋巴结炎)、足发背(化脓性腱鞘炎)等皆为今日常见之疾。[1]

（2）上海中医学院编的《中医外科学》等著作指出：

白秃疮：开始时头皮发生大小不一的白色痂片，小的如豆，大的如钱，时有瘙痒。日久蔓延扩大，形成大小灰白色鳞屑结痂性损害，其损害中的头发可失去光泽，折断脱落，参差不齐，一般不红肿疼痛，无渗液糜烂。至青春期往往自愈。并提出与白牝(松皮癣)的鉴别：①鳞屑厚；②基底红；③不脱发；④可发于全身；⑤无年龄限制；⑥不传染。[2]

在“脚湿气”一节中，将本病分为“慢性”和“急性”两种类型：

① 慢性：一种只有或多或少的鳞屑，发生于足部周围，皮肤微红或正常，鳞屑薄，易于脱落，一般不发生自觉症状，另一种是丫部潮湿糜烂，复以白皮或滋水(脓性或浆性)，表皮除去后，皮肤呈鲜红色，瘙痒异常，往往搓至皮烂疼痛，伴流血水方止，但逾时

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其痒又起，并有特殊臭味。此外，又有在足底部皮下起小水疱，有瘙痒感，日久水疱隐没，叠起白皮；如再感染毒气，可化浓糜烂，转为急性发作。

② 急性：一般由慢性转变而来，如脚丫潮痒搓破，继而红肿腐烂疼痛，甚至化脓，肿连足背，胯间结块，或发丹毒，此时可伴有寒热，头痛等全身症状。[3]

（3）上海中医学院附属龙华医院外科编写的《中医外科临床手册》除了在症状述说上与上面大约相同外，在症状与鉴别诊断上尚有许多记述。

如“白秃疮”鉴别诊断方面，提出应与松皮癣、油风、白屑风相鉴别。

① 松皮癣：儿童少见，其银白鳞屑甚厚，呈云母片状，有红色基底而无断发，同时四肢伸侧有同样病损。②油风：骤然发生，呈片状整根头发脱落，病变部位光泽无皮屑。③白屑风：多见于青春期，头皮白屑堆叠飞起，虽可脱发，但无断发现象。在“鹅掌风”一节中，指出应与“手部湿疹”相鉴别：手部湿疹：常对称发生，损害多形性，境界不明显，瘙痒剧烈，可反复发作。

在“圆癣”一节中指出：①本病有传染性，多发于面部、颈部、身躯、股部内侧(股癣)等处。②损害为钱币形红斑，边缘清楚，病灶中央常自愈，其边缘周围有豆疹、水疱、脓疱、结痂、鳞屑等。生于股部者，因患处温度较高，潮湿多汗，且易受摩擦，常见糜烂，并可漫延至外阴、臀部、会阴、肛门周围等部，阴囊皮肤一般不易侵犯。③自觉瘙痒不堪。④多在夏季发作，入冬痊愈或减轻。

并提出鉴别诊断为：①玫瑰糠疹：皮疹数目多，生鲜红色斑疹，边缘明显，但不整齐，无中央自愈倾向，急性经过，病程只有数周，不易复发。②松皮癣：为银白色鳞屑斑片，剥脱时可落出潮红湿润面及点状出血无水疱或结痂，亦无中心自愈倾向，病程缠绵。

在“紫白癜风”一节中，提出应与“白驳风”、风热疮相鉴别：

① 白驳风：皮损为纯白色斑片，白斑中毛发亦白，境界明显，周围皮肤色深，始终无痛痒感觉，并无传染性。②风热疮：皮疹呈淡红色，损害长轴沿肋骨方向排列，自觉瘙痒剧烈，经过1～2月后就自然消失。[4,5]

（4）高等医学院校教材《中医外科学》在“肥疮”一节中，强调“黄癣痂不易剥去刮去后可见潮红的润湿面此痂逐渐扩大，增多或相互融合，往往散发出似鼠尿的臭味，亦是本病的特征之一。“头发干燥，失去光泽，散在脱落，日久痊愈，留有萎缩性疤痕。其上残存少数毛发，虽不折断，但易于拔除。”并指出“病变多从头顶部开始，逐渐向四周扩大，可侵及整个头皮，但头皮四周约1cm宽左右区域不易受累，所以该处毛发仍可健存。”“病程缠绵，多由儿童期开始，持续到成人。少数糜烂化脓，伴有附近霄核的肿胀疼痛，有的侵犯面、颈部，仅有丘疹和少数鳞屑；亦可累及指(趾)甲，使甲板混浊、变形，甲板游离缘下，可有黄癣痂。”

鉴别诊断：①白秃疮：病发存易折断，到青春期可自愈，不发生成片的萎缩性疤痕。②白疕：在棕红色的斑片上，有较厚云母状的银白色鳞屑，头发不脱落，不发生脱疤。

在“灰指(趾)甲”一节中指出：“初起甲旁发痒，继则指(趾)甲出现高低不平，逐渐增厚或蛀空面残缺不全，最后指(趾)甲变形，失去光泽而呈灰白色，可有三种不同表现：

① 增厚型：甲缘增厚渐至整个指(趾)甲肥厚，高低不平。

② 萎缩型：甲板萎缩色白，甲板翘起，其下蛀空。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

③ 破损型：甲板部份增厚，边缘破损，略带草绿色，少数甲沟红肿，甲板高低不平。

在“鹅掌风”一节中，则强调“皮损为皮下小水疱，散在或簇集，不久疱壁破裂，叠起白皮，中心已痊愈，四周续起疱疹，为本病的特点。”并指出“容易搔抓而化脓引起红丝疔及附近臀核肿痛。”在鉴别诊断方面，除应与“手部湿疹”鉴别外，还要与“汗疱疹”鉴别，“对称性发生于手指侧缘，主要为密集的小水疱。”[6]

综上所述，现代中医，对各种癣病的诊断和鉴别诊断，已较之古人有较明显的完整性和科学性。其中有一部分学者，已能应用现代医学科学设备，从真菌检查方面来诊断和鉴别诊断疾病，为临床、教学和科研提供了可靠的依据。

1.5 治　　疗

《中医外科学》(上海中医学院主编)在治疗“白秃疮”一节，主张内治、外治相结合。内治：“宜散风清热，可用消风散。”并指出：“本病外治重于内治。”外治：“关键在于杀虫，并将感染的头发连根拔去。先用明矾水洗去痂皮，再用一扫光，或青代油膏加铜绿散20%，或雄黄油膏外搽，敷药后宜包扎或戴帽子，数日后，可用镊子拔去已松动的头发，最好将损害的坏头发全部分批拔掉，继续敷药，直至痊愈为止。”在“鹅掌风”一节中，指出本病不需内治，其外治方有：①疯油膏或红油，加热烘疗法或烟熏法。②痛药水或鹅掌风浸泡法，在夏季浸之有效。③润肌膏外搽。在“脚湿气”一节中指出内治法：慢性的可服三妙丸，萆薢渗湿汤，有化脓感染时可加用“五神汤”。外治法：宜用痛药水外搽，干燥脱皮的可用润肌膏、疯油膏。急性的用青代散油膏外搽，化脓时宜加掺九一丹。[3]

在朱仁康著《实用外科中药治疗学》中，在“肥疮”一节中，有内服方：苦参钱半，何首乌三钱，当归头三钱，威灵仙三钱，生甘草一钱，金银花三钱，胡麻三钱，石菖蒲一钱，大连翘三钱，细生地一两，净蝉衣五分。外治方则有“乌云膏”和“青代散”。在“白秃疮”一节中，有“秃疮油”；“治秃疮发癣、头发脱落、鳞屑作痒。”在“鹅掌风”一节中，则介绍了“鹅掌风熏洗方”：生川、萆乌各钱半，土贝母二钱，青防风二钱，土槿皮三钱，羌、独活各钱半，豨莶草三钱，白鲜皮三钱，浮萍钱半，丹皮三钱，白僵蚕二钱，猪牙皂钱半，上药用醋二斤，清水二碗，先浸一夜，瓦缸内煎浓熏洗，每日早晚二次。最好在暑伏天连续熏洗。[1]

《中医外科临床手册》在“脚湿气”一节中提倡分型治疗：①脱屑型、水疱型：用一号癣药水或复方土槿皮酊外搽，每日2次；有皲裂者，用雄黄膏外搽，每日2次；有脓疱者，用青代散外搽，每日2次。②糜烂型：先用半边莲20钱煎汤待温，浸泡患足15分钟；次以皮脂膏或雄黄膏外搽，每日2次。③干燥、皲裂者，用雄黄膏外搽，每日2次。[4]

《皮肤性病中医治疗全书》介绍了各型足癣浸泡方：①香莲外洗液，醋泡方。②黄丁水洗剂：黄精30g、丁香15g、煎水外洗，浸泡或湿敷，每日1~2次。③苍肤水洗剂：苍耳子、地肤子、威灵仙、艾叶、吴茱萸各15g，煎水外洗，浸泡或湿敷，每日1~2次。④藿香30g、黄精15g、大黄30g、皂刺15g，煎水加白醋100ml，浸泡患处，每日1~2次。每次30~40分钟。⑤一枝黄花100g，煎水浸泡，早晚各一次。在“手痛”一节中，除以上介绍方剂外，还介绍了：①地榆粉30g、轻粉1.5g，共研细末，食醋调成糊状外搽。②皂矾6g、鲜柏叶一把，醋30ml，加水适量浸搽。③五倍子、枯矾等量，研末外扑。④凤仙花连根两大棵，明矾100g，加醋200ml，捣烂外数。⑤透骨草适量，捣烂敷贴，外用油皮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

纸紧密包裹，一周1换，2~3次愈，⑥针灸：取内关、合谷，强刺激可止痛，亦可用生附片于皮疹上用艾团灸之，然后外搽药。⑦浆泡法：豆浆2大碗，加川椒15g，透骨草15g熬5~6滚，待温外泡患处。⑧烟熏法：用油核桃擦手，炉内置常山500g，上用胡桃表皮盖好，燃烧熏之，7日不沾水，退去老皮愈。

在“甲癣”一节中，指出治疗以外治为主：①浸泡法：可选40度米酒，鹅掌风浸方、甲癣浸泡液、藿黄浸剂、鹅掌风熏洗方、鹅掌风药水、醋泡方、灰指甲浸泡剂、鹅掌风软化剂等。每日1次，每次浸泡30分钟。②甲癣水：土槿皮18g、斑蝥15g、雄黄12g、白醋500ml浸泡一周后，取汁外搽。③生半夏(剥去外根)5个，米醋1匙，同放在碗内磨，取汁外涂。④木兰叶(即蓝靛原植物叶子)，浸入石灰水中，使其发酵，3日后取汁外涂。⑤包甲：白凤仙花及明矾适量捣烂厚敷包扎，每日1换，直至痊愈。⑥外敷：外用黑色拔棍膏，加温外敷患甲，3~5天换1次。鲜苦楝子适量取肉，加凡士林适量调成膏药，外敷患甲，2日换1次。⑦拔甲：以中药拔甲膏加温至软，外贴病甲，3~5日换药1次，待病甲脱落清除后，再外涂灰指甲药水1号或2号，直至新甲长出为止。⑧熏热疗法：点着艾绒熏热患甲，每日15分钟，病后残甲者适合此疗法。⑨针灸治疗：大蒜捣成蒜茸，摊在垫着薄布的病甲上，其上置艾柱，灸至疼痛时可稍停片刻再灸，每次灸10分钟，3日一次。适用于甲癣初起者。⑩修脚术：用抡刀由右向左，由甲根向游离端削薄甲板，再用轻刀修除嵌入甲沟及甲根部皱襞内的残余病甲，同时仔细削除甲床上的污物，以不出血为度。修治后每日外涂灰指甲药水1号或2号直至爪甲正常为止。在“体癣”(股癣相同)一节治疗中亦采用外洗，外涂法：①香莲外洗液、消炎止痒洗剂、飞扬洗剂或灭癣灵，每日1次。②藿香30g、茵陈30g、丁香15g、地肤子30g、蛇床子30g、百部30g、白鲜皮30g、苦参30g，煎水外洗，每日一次。③皮疹无破损者以一号癣药水、二号癣药水、香莲酊外搽。或：丁香10g、75%酒精100ml，泡一周，过滤取液备用。土槿皮癣水：土槿皮30g、百部30g、蛇床子15g、50%酒精240ml，浸泡3日，过滤取液备用。羊蹄根60g、50%酒精250ml，浸泡一周，过滤取液备用。④皮损有破损者：1号、2号、3号癣药膏外搽。或香莲膏、雄黄膏、颠倒散洗剂、米糠油等。在“花斑癣”一节中则介绍了外洗、外搽药中的散剂和酊剂：①外洗药：选用香莲洗剂、飞扬洗剂或灭癣灵沐浴，每日1~2次。或：蛇床子30g、地肤子30g、茵陈30g、藿香20g、苦参30g、百部30g、黄连15g，煎水外洗，每日一次。②外搽药散剂：可选用汗斑散、密陀僧散、汗斑擦剂。③外搽酊剂：选用香莲酊、二号癣药水及一号、三号癣药水。或：土槿皮10g、丁香10g，浸入50%~75%酒精100ml中，一周后取液外搽。鲜山姜20g、洗净捣烂后放入100ml米醋浸泡22小时即可。每日外搽1次。[7]

近代以来，还有众多专家，学者及各级临床医务人员，对皮肤浅层霉菌病做了大量的临床和科研，积累了宝贵的经验，并有大量的民间单验方，不胜枚举。

2 临床研究

2.1 内服药物治疗

李承功等观察中医药治疗花斑癣的临床疗效。方法：内服祛风化斑汤：防风18g，川芎10g，菊花、牡丹皮、白鲜皮各15g；苍耳子、地肤子各12g。每日1剂分2次服。外治用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

复方水杨酸膏(雪花膏350g作基质,放入500ml容器中,将水杨酸粉120g,密陀僧20g,牡丹皮30g研末拌匀外涂,每日2次。两法同时进行。连用10天为1疗程。结果与结论:观察85例中治愈79例,占92.94%;显效4例,占4.71%;好转2例,占2.35%;总有效率100%。[8]

刘艳荣等用皮炎1号冲剂治疗包括足癣继发感染等229例病者。本品含荆芥、防风、黄芩、黄柏、连翘、生石膏、苦参、白鲜皮、升麻、甘草、生地等药,1~2袋/日,分2次服。个别患者配合外用药。治疗1周后收到显著疗效。[9]

孙若琳运用黄连解毒汤治疗皮肤病。药理研究表明,本方具有清热抗菌等作用。孙氏用本方(药用组成:黄连60g、黄柏、黄芩、山栀各30g共研细末)治疗鹅掌风12例均获良效。方法:1日2次,每次6g,一般服药20天左右显效。[10]

李浩然用麻黄连翘赤小豆汤治疗58例皮肤病,总有效率为93%,其中花斑癣10例。[11]

2.2 外用药物治疗

蔡秀珍等用硫水散治疗花斑癣,方法:用硫黄5000g,寒水石2500g,将其碾成粉末,用冷开水拌成糊状,均匀涂在皮疹上面,每晚1次,5天为1疗程。治疗期间不用其它抗真菌药。结果:本组210例经1~2疗程治疗,痊愈120例,显效43例,有效32例,无效15例总有效率达92.85%。结论:本品清利暑热,开泄腠理,见效快,无毒副作用。[12]

韩世荣等用中西医结合治疗小儿头癣124例,药用土槿皮、苦参、野菊花、生百部、蛇床子各30g,白矾、苍术各20g,雄黄10g。加水2kg,浸泡15分钟后,煮沸5~10分钟,待水温外洗患处,30分钟,日2次,每剂药可洗2~3次,洗后涂克霉唑癣药水,日3次。剃光头皮,定期消毒枕巾、毛巾、帽子等。10日为1疗程,治疗2~4疗程后,治愈89例,显效27例,有效5例,无效3例,总有效率97.4%。[13]

肖健、赵永魁用中药粉浸泡法治疗足癣及合并症238例。精选葛根、白矾、千里光等量,烘干研为细末,密封包装每袋40g。患者每晚取药粉1袋倒入盆中,加温水约3000ml混匀,浸泡患足20分钟,7日为1疗程。治疗期间停止使用皮肤病的其它一切治疗药物,每疗程结束时检查记录病变情况,痊愈者停药,第3疗程结束时评定疗效,总有效率为98.74%。[14]

王永彬用鸦蛋子百部浸剂治疗手足癣21例。本品取鸦蛋子仁15g(打碎),生百部60g(切碎),60度白酒(或60%乙醇)、食醋各500ml,密封,在15℃~30℃浸泡5~7天,每日振摇1次。使用时除去液面油滴,将手插入瓶(足癣可将药液装入双层塑料袋内)浸泡30~60分钟,每日2次,约12天药液用完。泡至第6~7天时,患手(足)皮肤变红嫩而薄,应继续浸泡。结果:痊愈19例,好转2例。[15]

李承韩用樟柳头外擦治疗花斑癣41例,取新鲜樟柳头根茎50g洗净,捣烂,浸入陈米醋100ml中,8小时后取药液涂擦患处,早晚各1次,连用7~12天。结果全部治愈。[16]

韩德宝、陈述德用二黄密醇擦剂治疗花斑癣96例,用硫黄50g,雄黄、密陀僧各100g,75%乙醇500ml,混匀。外擦患处日3次,1周为1疗程。治疗3个疗程后,治愈91例,显效5例。[17]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

刘远坝等用粉红酊治疗手足体癣 130 例。约物配制与用法：轻粉、黄丹各 100g，枯矾 500g，苦参、黄柏各 300g，用 60%乙醇 10000ml 密闭浸渍 7 日，过滤去渣备用。每日以本药涂搽皮损处 2～3 次。结果：痊愈 124 例，有效 6 例。治愈时间 2～22 日，平均 7.6 日。[18]

杜萍莉、刘秀芬观察猪胆汁明矾冰硼合剂治疗浅部真菌病的临床疗效。方法：猪胆置胆囊中，使胆囊浓缩成糊状，将皮肤洗净，再将药涂上揉搓 3～5 分钟，每晚 1 次，共 2 周。观察 10 例手脚癣，治愈率 98%，总有效率 100%。[19]

周淑华等用洁尔阴治疗皮肤真菌病 127 例，其中股癣 39 例，体癣 41 例，足癣 24 例，手癣 8 例，花斑癣 15 例。结果：治愈率股癣为 94.9%，体癣为 92.7%，足癣为 58.3%，手癣为 12.5%，花斑癣为 100%。[20]

2.3 单味药研究

目前研究认为对真菌有较明显抑制作用的中药主要有：大蒜、黄精、丁香、桂皮、青木香、肉桂、石花、藿香、土槿皮、黄连、木香、大黄、韭菜、烟草、羊蹄根、紫草、黄柏、艾叶、枯矾、苦楝子、茵陈蒿、土荆芥、麝香、半边莲、一桂黄花、孩儿茶、九里香、九节菖蒲、川乌、川断、川淑、川蔹白、川芎、川牛膝、山豆根、山柰、山慈姑、山茱萸、大飞扬、小飞扬、马齿苋、牡荆、泽漆、旱莲草等。

邹忠梅等研究藿香，从广藿香油分析出 11 种化合物，主要含单萜和倍半萜，也含黄酮成分。藿香挥发油能促进胃液分泌，对胃肠有麝痉防腐作用，对致病性皮肤癣菌有较强抑制作用。[21]秦增祥通过研究蛇床子药理作用及临床应用，发现蛇床子有抗微生物、寄生虫的作用，故临床用于治疗滴虫性阴道炎、手足癣等。[22]

程波等测定了川椒挥发油对某些致病真菌的杀菌作用。结果显示川椒挥发油对 11 种皮肤癣菌和 4 种深部真菌均有一定的抑菌和杀菌作用，其中以羊毛样小孢子菌和红色毛癣菌最敏感，最低抑菌浓度(MIC)低于 0.1HL/ml，最低杀菌浓度(MFC)为 0.1HL/ml。实验证实月桂氮䓬酮和二甲基亚砜能促进挥发油进入真菌细胞内，加速细胞死亡。[23]

武昌学等用地龙治阴癣，方法：地龙 10 条焙黑研末，调茶油抹患处。[24]

陶春祥等报道 30 种单味中药临床新用，其中白凤仙花治顽癣灰趾甲疗效显著。[25]陈绍堂综述报道麦饭石治疗足癣；生川乌治疗顽癣；[26]雷国莲用韭菜治疗脚气。[27]

杨柳等报道苦参具有清热、燥湿、杀虫等作用。临床可广泛应用治疗多种皮肤病。文章就苦参治疗癣病、扁平疣脓疱疮、疥疮、湿疹、接触性皮炎、脂溢性皮炎、神经性皮炎、白癜风、原发性皮肤淀粉样变等情况进行了综述。[28]

2.4 实 验 研 究

宋友文等研究发现脚癣狐臭宁酊剂对人的脚癣、铜钱癣、鱼鳞癣等皮肤病感染的真菌如：红色毛发癣菌、石膏样毛发癣菌、石膏样小孢子菌、羊毛状小孢子菌、絮状表皮癣菌均有较强的抑制作用；安全性实验结果，可见局部皮肤轻度充血(微发红)，未见皮肤及内脏瘤(癌)变。[29]

石丽霞等将蛇床子、苦参等 11 味中药按渗漉法制成酊剂治疗手足癣，经 62 例患者临

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

床观察，总有效率为91.94%，并用石膏样癣菌、玫瑰色癣菌、红色癣菌、絮状表皮癣菌、白色念珠菌五种常见致病真菌对该药做了体外抑菌试验，结果表明：该药对以上五种真菌均有抑制作用。其中对玫瑰色癣菌、红色癣菌最敏感。[30]

刘雪莉等概要综述近年来日本对海洋微生物、海参类、海绵、芋螺、微藻等海洋天然活性物质研究的进展。发现约27%种属的海洋微生物具有抗菌活性；同时从海参类分离到多种有抗真菌作用的海参皂甙，并已用于治疗白癣感染症。[31]

孙曾拯等应用14个批号不同浓度的洁尔阴对红色毛癣菌等9种真菌进行抑菌研究。5%以下的浓度对浅部致病真菌有良好的抑菌作用，而对白色念珠菌、孢子丝菌、着色真菌则需10%～20%或更高的浓度。电镜观察洁尔阴作用下的真菌，可见胞壁和胞膜被破坏，同时细胞内结构亦变性、坏死以至消失，显示洁尔阴治疗浅部真菌疗效满意。洁尔阴是一种中药制剂，其成分有蛇床子、黄柏、苦参、苍术等。[32]

【古训今释】

1 病名溯源

古籍中对癣病的分类及名称曾有过不断的变化。《诸病源候论》将癣病分为干癣、湿癣、风癣、白癣、牛癣、狗癣、雀眼癣、刀癣等九种。而《刘涓子鬼遗方》、《太平圣惠方》等书中将疥、癣混为一体而论述，其中虽有论及“白秃疮”、“干癣”、“湿癣”、“风癣”等，但其论述不甚完整和清楚。到了明清时代，又有“吹花癣”、“奶癣”、“杨梅癣”等名称。根据历代医家所著，归纳有：①风癣：“皮疹有匡廓，搔之顽痹不知痛楚”，年久不愈者，又称顽癣。②牛癣，又称“牛皮癣”，皮肤厚如牛颈之皮，伴有瘙痒。③刀癣：皮疹轮廓全无，纵横不定。④白癣：皮肤脱屑，白色空空然而痒。⑤干癣：皮疹有匡廓，皮枯索痒，搔之白屑出。⑥湿疹：皮疹有匡廓，如虫行浸淫，赤湿痒，搔之多汁。⑦松皮癣：皮肤状如苍松之皮，红白斑点相连，时时作痒。⑧雀眼癣：皮疹纹小如雀眼。⑨狗癣(或马癣)：皮疹白色点缀相连。⑩圆癣：又称钱癣，疹形如钱文，四畔赤而痒。⑪阴癣：癣发于阴腹部位，即股癣。⑫吹花癣：又名桃花癣，疹发于面部，春天易发。⑬奶癣：又名胎癣，即胎敝疮。此外尚有杨梅癣，属于霉疮范畴。可见，古籍所称的癣病，既有今之霉菌性浅层皮肤病，也有非霉菌引起的皮肤病。

1.1 白 秃 疮

《刘涓子鬼遗方·卷五》已有论及本病：“治头白秃疮，发落生……”；《诸病源候论·疮病诸候》亦记载：“……头发秃落，故为之白秃也。”此后，《外科精义》、《外科启玄》、《外科正宗》、《医宗金鉴》、《疡科心得集》等皆谓之“秃疮”或“白秃疮”。

1.2 肥 疮

《清病源候论·疮病诸候》卷之三十五曰：“此由头疮，虫食脱落……故谓之‘赤疮’”。这是类似肥疮的最早记载；《外科精义》有“天麻膏，治疥癣、赤秃……”的记载；《外科启玄》称之谓“肥粘疮”；《外科大成》称“瘙疮”；《疡科心得集》称肥疮；而《外科真诠》论

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肥疮并单列一节。

1.3 圆 癣

《刘涓子鬼遗方》中，提到癣病的治疗。然而首次提到圆癣，则见诸于《诸病源候论·疮病诸候》，其中曰："圆癣之状，作圆文抬起，四畔赤，亦痒痛是也，其里亦生虫。"对本病的临床表现及病因作了简略的阐述。此后之医书上亦多处提及癣病，如《备急千金要方》、《外科精义》、《医学入门》、《证治准绳》、《外科正宗》等，大部分将癣分成风癣、干癣、湿癣、顽癣、马癣、刀癣、雀眼癣等来论述。宗《太平圣惠方》对圆癣论曰："又有圆癣，作圆文抬起，四面赤。"有的医书将疥癣合并描述。

1.4 阴 癣

阴病生于阴部者，称阴癣，清朝《外科大成》称"阴湿疮"，清·邹存金《外科寿世方》中称之为："阴癣"，其后多宗之。

1.5 鹅 掌 风

鹅掌风一词，见于《外科正宗·鹅掌风》，谓："初起红斑点，久则皮肤枯厚破裂不已。"《医宗金鉴》又谓之为"掌心风"。鹅掌风实为发于掌、指的数种皮肤病的总称，手癣只是其中的一种病症而已。

1.6 脚 湿 气

脚湿气为发于足部、掌、趾部的癣病。《外科启玄》谓之为"脚丫烂疮"；《外科正宗》称之为"臭田螺"；而《医宗金鉴》则将之分为"田螺疮"和"臭田螺"两型。

1.7 灰指(趾)甲

清代《外科证治全生集·鹅掌风》、《外科证治全书》皆曰："鹅爪风，即灰指甲。"

1.8 紫白癜风

紫白癜风之名，见于明代《外科正宗·紫白癜风》："紫白癜风乃一体二种"。明《寿世保元》称"紫白癜风"。明《普济方》曰："夫紫白癜风之状"。清代《外科大成》曰："紫白癜风，俗名汗斑也。"《外科证治全生集》则曰："紫白癜风"。

2 证候与病象

2.1 白 秃 疮

《刘涓子鬼遗方·卷五》曰："治白秃疮，发落生白痂……"，《诸病源候论·白秃候》中说："言白秃者……白痂甚痒，其上发并脱落不生，故谓之白秃。"《外科正宗·白秃疮》曰："治秃疮头发脱落，白斑如癣，疮痂垒垒，叠起痒甚，尤若虫行。"《医宗金鉴·外科心法要诀》则曰："秃疮风热化生虫，瘙痒难堪却不疼，白痂如钱生发内……"。可见古人对白秃

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疮已有较详细的描述。

2.2 肥　疮

《诸病源候论·赤秃候》曰："此由头疮虫食，发脱落，无白痂，有汁，皮赤而痒，故谓之赤秃"。明朝《外科启玄·肥粘疮》则述之曰："小儿头上多生肥粘疮，黄脓显暴……"。《外科真诠·肥疮》则描述更为确切，如："肥疮多生小儿头上……初发小口，瘙痒难堪，上结黄痂"。

古之学者还对肥疮与白秃疮的鉴别有所论述，如《外科大成·秃疮》曰："秃疮生白痂，不相连，若蔹疮则生黄痂成片，有脓内异耳。"此间蔹疮即指肥疮。《疡科心得集·辨白秃疮肥疮论》对两者的区别亦有其列证虽不详，但已知两者有别。

2.3 圆　癣

《诸病源候论·疮病诸候》谓："圆钱之状，作圆文隐起，四畔赤，亦痒痛是也，其里亦生虫。"《医学入门》言其症曰："癣则肌肉隐疹，或圆或斜，或如苔走散"。《外科证治全书·癣》所述曰："初起如钱，渐渐增长，或圆或斜，有匡廓，痒痛不一"。

2.4 阴　癣

清代邹存金《外科寿世方》中，将发与阴部者，称为"阴癣"，其所述症状与圆癣相同，只是以发病部位命名而已。《外科大成·阴湿疮》则称："阴湿疮生于阴毛之际，如疥如癣，瘙痒难忍，由肾虚风热所致。"其所述症状近似于今之"股癣"。

2.5 鹅　掌　风

《外科正宗·鹅掌风》论述其证曰："初起紫斑白点，久则皮肤枯厚，破裂不已。"《外科大成》论述与其相近。《医宗金鉴·外科心法要诀》曰："无故掌心起皮，甚则枯裂，微痛者，名掌心风"。其论述中提到初起见红斑、小水疱，继则疱壁破裂，叠起将脱白皮，久则皮肤粗糙、鳞屑等。

2.6 脚　湿　气

《外科启玄·水溃脚丫烂疮》中言："足丫湿烂成疮，疼痛难行"；《外科正宗·臭田螺》则曰："妇人脚丫作痒……故先作痒而后湿烂，又或足底弯曲之处痒湿皆然。"在"臭田螺"一节中则论述："臭田螺……此患多生足指脚丫，随起白癍作烂，发痒后痛，破流臭水，形似螺厴；甚者脚面俱肿，恶寒发热……"。其所言症状与今之所述脚癣之糜烂型、水疱型极其相似。《医宗金鉴·田螺疱》中"田螺疱"和"臭田螺"则为脚湿气的两个类型。其在"田螺疱"中述曰："初起形如豆粒，黄疱闷胀，硬痛不能着地，连生数疱，皮厚难以自破，传变三五成片湿烂，甚则足跗俱肿，寒热往来。"而在"臭田螺"中则曰："脚丫破烂，其患甚小，其痒搓之不能解，必搓至皮烂，津腥臭水，觉疼时，其痒方止。次日仍痒，经年不愈，极其缠绵。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.7 灰指（趾）甲

2.8 紫白癜风

明·《普济方·紫白癜风》记载："夫紫白癜风之状，皮肤皱起生白点……"，并称"赤癜"、"白癜"两种。清·《外科证治全书·紫白癜风》曰："紫白癜风，初起斑点游走成片，久则可蔓延遍身，初无痒痛，久则微痒……"，《医宗金鉴·外科心法要诀》则指出："此证俗称汗斑，有紫白两种……多生面项，斑点游走，蔓延成片，初无痒痛，久之则痒。"

3 病因病机学说

3.1 白 秃 疮

古人认为秃疮之发生有内外两种原因。外因中"虫"是主要因素，有传染性，相当于现代医学的真菌。内因是脾胃湿热蕴蒸，上攻于头。湿热是导致生虫的条件。如《诸病源候论·白秃候》云："头疮有虫，痂白而发秃落，谓之白秃。"《外科启玄》则指出："秃疮是"太阳膀胱督脉二经湿热生虫作痒疮痂高堆是也"。《外科正宗·白秃疮》则进一步阐述其病因病机："白秃疮因剃发腠理洞开，外风袭人，结聚不散，致气血不调，皮肉干枯，发为白秃。久则发落，根无荣养。如秃斑干枯作痒者，内血已潮……秃斑干枯作痒者，内必有虫"，指出了本病的致病因素和传染途径。

3.2 肥 疮

《诸病源候论·赤秃候》中说："此由头疮、虫食，发脱落，无白痂……"。《外科启玄·肥粘疮》曰："小儿头上多为肥粘疮，黄脓显暴。多因油手抓头生之，亦是太阳风热所致。亦有剃刀所过而成。"《疡科心得集·辨白秃疮肥疮论》记载："肥疮生于头顶，乃脏腑不和之气上冲，血热之毒上浮。小儿阴气未足，阳火有余，故最多犯之。"《外科真诠·肥疮》亦云："肥疮多生于小儿头上，乃真阴未足，阳火上浮所致。"表明本病的发生乃风热火毒所致，或由于污手摸头，理发工具传染有关，多见于小儿。

3.3 圆 癣

《诸病源候论·癣候》曰："癣病之状……此由风湿邪气，客于腠理，复值寒湿，与血气相搏，则血气否(痞)涩，发此疾也。"《医学入门·痈疽总论》指出："疥癣皆血分燥热，以致风毒客于皮肤，浅者为疥，深沉者为癣，疥多夹热，癣多夹湿。"《证治准绳·疡医·疥癣》则指出："夫疥癣者，皆由脾经湿热及肺经风毒，客于肌肤所致也。……风毒之浮浅者为疥，风毒之深沉者为癣，盖癣则发于肺之风毒，而疥则因于脾之湿热而成也，……其状不一，二者皆有虫而能传染人。"而《医宗金鉴·外科心法要诀》亦曰："此证总由风热湿邪侵袭皮肤，郁久风盛，则化为虫……"。可见前人认识到癣具有较强的传染性。

3.4 阴 癣

《外科证治全书》指出阴癣的病因病机同圆癣，同时指出发于股阴部者为"阴癣"。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.5 鹅掌风

明代《外科正宗·鹅掌风第七十一》曰："鹅掌风由于阳明经火热血燥，外受寒凉所凝致皮肤枯槁；又或时疮余毒未尽，亦能致此。"《医宗金鉴·外科心法要诀》则曰："由脾胃有热、血燥生风，不能荣养皮肤而成。"此乃外受风热之毒，蕴于肌肤，病久则气血不能来潮，皮肤失去荣养，以致皮厚燥裂，形如鹅掌。

3.6 脚湿气

明代《外科启玄·水溃脚丫烂疮》曰："久雨水湿，劳苦之人跣行，致令足丫湿烂成疮，疼痛难行。"指出了本病的病因。《外科正宗·妇人脚丫作痒第九十八》则述曰："妇人脚丫作痒，乃三阳风湿下流凝结不散……"。又言："臭田螺"乃"足阳明胃经湿火攻注而成……"。《医宗金鉴·外科心法要诀·田螺疮》在"田螺疮"中则曰："此证多生足掌而手掌罕见。由脾经湿热下注，外寒闭塞，或因热体涉水，湿冷之气蒸郁而成……"。而在"臭田螺"中则说："此证由胃经湿热下注而生，脚丫破烂"。故而，古人认为本病乃脾胃二经湿热下注或脚居湿地，水浆浸渍，感染湿毒而发。

3.7 灰指（趾）甲

3.8 紫白癜风

明·《外科正宗·紫白癜风第五十四》曰："紫白癜风乃一体二种。紫因血滞，白因气滞，总由热体风湿所侵，凝滞至孔，气血不行所致。"《外科大成·紫白癜风》说："紫白癜风，俗名汗之疮也。紫因血滞，白因气滞，皆由热体被风湿所侵，留于腠理，搔之起皮而不痛。"《医宗金鉴·外科心法要诀》则说："此证俗称汗斑，有紫白二种，紫因血滞，白因气滞……"。《外科证治全书·紫白癜风》如是描述："紫白癜风……由汗衣经日晒著体，或带汗行日中，暑湿浸滞毛窍所致。"更为确切地阐明了本病的病因。

4 治则治法

4.1 白秃疮

明朝《外科正宗·白秃疮第一百四》曰："秃斑干枯作痒者，内必有虫，宜用麦饯散搽之，虫死，风散，发生可愈。"又云："治秃疮头毛脱落，白斑如癣，疮痂垒垒，叠起痒甚，状若虫行。葱汤洗净疮痂洁净，用麻油调搽，以毡帽戴之，随后作疼发肿，忍之三日，后其痂渐渐而脱。愈之后不复作，其发亦生，戒诸发物。"又载"用麻油四两，当归五钱，紫草一钱同煎，药枯滤清，将油再熬，加黄蜡五钱化尽倾入碗内，顿冷搽患上渐愈矣。"

《外科证治全生集·白秃疮》则谓："剃头后，煎滚灰汤温洗，洗后以药敷。"

《医宗金鉴·外科心法要诀》言："已成秃疮者……以杀虫散风，虫死则痒止，风散则发生，血潮则肌肤润，久搽甚效。"指出杀虫是治疗本病的关键。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

总之，古代医学家皆认为治疗本病杀虫是关键，而且指出治疗本病以外治为主，并以先剃头，继则药物外洗，然后敷药等治疗步骤循序进行，方能收到理想的疗效。

4.2 肥 疮

古著中有关“肥疮”的治疗，基本与“白秃疮”相同。

4.3 圆 癣

《医学入门·痈疽总论》指出：治法当以杀虫渗湿消毒之药敷之，内服和脾清肺除风散湿之剂，庶绝其根。”《医宗金鉴·外科心法要诀》也明确指出：“总以杀虫渗湿，消毒之药敷之。”

4.4 阴 癣

对于阴癣未作另述，应与圆癣类同。

《太平圣惠方·治阴下湿痒诸方》曰：“夫虚劳损肾。肾气不足。故阴冷汗液自泄。风邪乘之，则痉挛也。”其所述病因症状与“阴癣”相似。

4.5 鹅 掌 风

《医宗金鉴·外科心法要诀》指出：“宜服祛风地黄丸，外用润肌膏，久久搽之即愈。”故知内治以祛风除血热，外治以润肤祛毒为法。

4.6 癣 湿 气

《外科正宗·妇人脚丫作痒》曰：“妇人脚丫作痒，乃从三阳风湿下流凝聚不散，故先作痒而后湿烂，又或足底弯曲之处，痒湿皆然。”《外科正宗》“臭田螺”中云：“臭田螺，乃足阳明胃经湿火攻注而成……先宜甘草汤洗净，贴蟾酥饼，三日三夜，后用珍珠散、猪脊髓搽膏盖掀肿上，真君妙贴散敷之，其肿渐消。戒便步履。”又云：“田螺疮……此脾经风湿攻注……内服解毒泻脾汤可愈。”《医宗金鉴·外科心法要诀》中“臭田螺……治宜清热渗湿。”由此可见，古人对于本病的治疗，内治以健脾利湿，祛风止痒为主，外治则依症状分别以汤剂外洗，配合散剂或膏药等，随证选用。

4.7 灰 指（趾）甲

古籍中对本病的治则未见详述，但多认为系继发于鹅掌风及脚湿气，多用外法治之。

4.8 紫 白 癜 风

对于本病的治则，古籍中虽未明确论述，但载有许多外治方药。因古人认为本病的发生主要是由“热体风湿所侵，凝滞毛孔，气血不行所致。”故治疗多以外治以达清热除湿，祛风止痒的功效。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 方剂用药归类

5.1 通治方药

《刘涓子鬼遗方》中有关治疗疥癣的方剂，方如：

水银膏方：水银、矾石、蛇床、黄连各一两，为细末两度过筛，以腊月猪脂和合，并水银搅令调，打数万过，不见银膏成，傅疮。若膏少益取，并小儿头疮良。（龚庆宣加芦茹一两）

五黄膏方：雌黄、雄黄、黄连、黄柏、黄芩、青木香、白芷各二两，乱发一团，鸡子大，鸡舌香一两，狼跋子四十枚。

右十味咬咀，以苦酒半斤渍诸药一夜，以腊月猪脂三升先煎乱发一沸，内诸药，三五沸止，绞去渣成膏，傅疮上，日五易之。

《诸病源候论》、《千金方》、《外科精义》、《太平圣惠方》等隋、唐、宋元等朝代的方书中，皆记载了诸如水银、雄黄、硫黄、轻粉、藜芦等杀虫解毒药组成的外用药物。皆因古人认为癣为“虫”等所引起。

《外科精义》中还提到了配合内服药以清热祛风，方如：

槐角煎丸：天麻　川芎　甘草　黄药子　白菊花　人参　何首乌　苦参　荆芥穗　防风　槐角　皂角

黄芪祛风丸：黄芪　乌药　茴香　地龙　川椒　防风　川楝子　赤小豆　白蒺藜　海桐皮　威灵仙　陈皮

以及外洗方如八仙散：细辛　荆芥　白芷　川芎　黄芩　防风　甘草　地骨皮

《太平圣惠方》中有内服方药如：“白蒺藜散”、“苦参丸”、“独活丸”等内服方以及“丹参汤”方等外洗方剂；还有“硫黄散”、“五倍子散”、“黄连散”、“砒霜散”以及“水银膏”、“鲫鱼膏”、“雄黄膏”、“乳香膏”等膏剂。

5.2 分治方药

5.2.1 白秃疮

治疗本病以外治杀虫止痒为主。

五味子膏《刘涓子鬼遗方》

五味子二分　菟丝子五分　肉苁蓉二分　雄黄一分　松脂二分　蛇床子三分　远志（去心）三分　雌黄、白各一分　鸡屎半分

上十味，以猪膏一升二合煎，先内雌黄，此内鸡屎，次内密，次内松脂，次内诸药，并先各自末之，膏成，先以桑灰洗头，后傅之。

《外科精义》“论炮制诸药及单方主疗疮肿法”中指出：“羊蹄根，主癣疥头秃，取根嚼涂之效……。”

《外科正宗》中用“葱汤洗净疮痂洁净，用麻油调（麦饯散）搽，以毡帽戴之，随后作疼发肿，忍之三日，后其痂渐渐而脱。”

又方“诸疮一扫光”：“治秃疮发脱作痒，本药一钱加倒挂尘二分，加灯窝宿油调搽自

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

愈。”又方，润肌膏诗一首：润肌膏内用麻油，紫草当归一处投。能搽秃疮枯槁色，加之黄醋效应收。治秃疮干枯白斑，作痒发脱。

肥油膏(《医宗金鉴》)

苦参 杏仁 狼毒 白附子 番木别 当归 藜芦 黄柏 鲤鱼胆 又方：“蹶躇花根四两捣烂，用菜油一碗，揉拈去渣，加黄蜡少许，布滤候冷，青布蘸搽，日用三次，毡帽戴之，勿冷见风。

5.2.2 肥疮

元·《外科精义》用天麻膏治疗本病及其他癣病：“天麻膏，治疥癣、赤秃、手足癣皮剥起，痛疼，疳疮侵蚀痛，脓汁浸淫滋漫，经久不差者。”

草乌头 钩苓根 木鳖子 天麻 藜芦 川芎 狼毒 轻粉 粉霜(以上各二分另研) 腊猪油二两 黄蜡六两 油一斤

右前七味，细挫如麻豆大，于油内煎至焦紫色，令冷去渣，上火入黄蜡，猪脂溶开，再用重棉滤过，入轻粉粉霜搅凝，磁盆内收贮，用以涂摩之，大效。

明·《外科启玄·肥粘疮》曰：“肥粘疮……先用槐条煎水洗净。再以烟膏入轻粉、枯矾为细末熟油调搽如神效。”“用黄芪烧碳，入轻粉少许，轻涂上立效。

《医宗金鉴》将白秃疮与肥疮共用一方，治法相同，故其“肥油膏”、“蹶躇油方”亦可用于治疗本病。

5.2.3 圆癣

《外科启玄》顽癣方：羊蹄根、枯白矾捣汁。入米醋少许调搽之，一二次效。

《外科证治全书·癣》中有“槿皮酒”：白槿皮 南星 槟榔各一两 生木鳖樟脑各五钱 斑蝥三十个 蟾蜍三钱 上各为粗末，共浸入滴花烧酒一斤听用。遇癣先用穿山甲刮破，一日一次，至愈乃止。

本方与今之癣药水有相似之处。本方对圆癣、阴癣亦适用。

5.2.4 阴癣

治疗圆癣诸方同样也可用于阴癣。因为古人认为，阴癣即发于腹阴部之癣。《太平圣惠方》、《外科证治全书》等还记载有“文蛤散”等散剂，其方为：“文蛤四两，川椒二两，轻粉五钱。先将文蛤打碎，锅内炒黄，次下川椒同炒，黑色烟起为度，入罐头封，存性，次日入轻粉研为细末，香油调搽。一方有白矾五钱。

本方亦适用于阴癣皮肤潮湿者。

5.2.5 鹅掌风

《外科正宗》、《外科大成》、《医宗金鉴》中均载“二矾汤”治皮肤枯厚、破裂作痛。

白矾 皂矾各四两 孩儿茶五钱 柏叶半斤

用水十碗，同上药四味煎数滚候用。先用桐油搽抹患上，以桐油蘸纸上指点着，以烟焰向患上熏之，片时方将煎汤乘滚贮净桶内，手架上用布盖，以汤气熏之，勿令泄气，待微热倾入盆内，蘸洗良久，一次可愈。七日忌下汤水，永不再发。

《外科启玄》鹅掌风方：朴硝三钱末，桐油调均。涂入患处火烘之。不二次。妙。

《医宗金鉴》祛风地黄丸：生地、熟地各四两，白蒺藜、川牛膝(酒制)各二两，知母、黄柏、枸杞各二两，菟丝子(酒制)、独活各一两。共研末炼出和丸，如梧桐子大，每服三

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

钱，黄酒送下，夏日淡盐汤下。

“三油膏”外搽：牛油、柏油、香油、银朱、宫粉、麝香，上药搽患处，火烘之，以油干滋润为度。

此外，还有“润肌膏”：香油四两，酥油二两、当归五钱，紫草一钱。将当归、紫草入二油内，文火炸焦去渣，加黄蜡五钱熔化尽，用布滤倾碗内，不时用柳枝搅冷成膏，每日少许，日搽二次。

此方今仍常用，如用治手足皲裂疮、鱼鳞病等。

5.2.6 脚湿气

《外科正宗·妇人脚丫作痒》记载：“枯矾散”：枯矾五钱　煅石膏　轻粉黄丹各三钱。上为末，温汤洗净，搽药即愈。此方适用于今人之糜烂型或水疱型足癣。

《医宗金鉴》则将脚湿气分型治疗。对于“田螺疮”，治宜苦参、甘草、野艾熬汤熏洗；次用线针将疱挑破，放出臭水，“加味太乙膏贴之”。又将疱皮剪去，宜用石膏、轻粉等分研末撒之，仍以“加味太乙膏”盖贴，内服“解毒泻脾汤”。更有经年不愈者，下部湿寒，以“金匮肾气丸”常服其效。而对于“臭田螺”，则宜“甘草煮苡仁汤洗之。嚼细茶叶涂之。干则黄连膏润之。”破烂甚者，宜用鹅掌皮，存性研末，香油调敷，甚效。

解毒醒脾汤：煅石膏、牛蒡子(炒、研)、防风、黄芩、苍术(炒)、生甘草、木通、生山栀(研)各一钱　水二盅，灯心二十根，煎八分服之。

加味太乙膏：白芷、当归、赤芍、元参、柳枝、槐枝、肉桂、没药、大黄、木别子、轻粉、生地、阿魏、黄丹、乳香、血竭。

黄连膏：黄连三钱，当归尾五钱，生地一两，黄柏三钱，姜黄三钱。

香油十二两，将药炸枯，捞去渣，下黄蜡四两熔化尽，用布将油滤净，倾入磁碗内，以柳枝不时搅之，候凝为度。

5.2.7 鹅爪风

《外科证治全书》称：“鹅爪风，即油灰指甲，用白凤仙花捣烂涂甲上，日日易之，待至凤仙花过时，灰甲即好。

5.2.8 紫白癜风

《外科正宗》中有胡麻丸：大胡麻四两，防风、威灵仙、石菖蒲、苦参各二两，白附子、独活各一两，甘草五钱。

上为细末，新安酒调成丸子，每服二钱，形瘦者一钱五分。食后临卧白滚汤送下。忌动风发物、海腥、煎炒、鸡、鹅、羊肉、火酒等件，愈后戒百日。

治紫白癜风皮肤作痒，日渐开大，用雌雄四黄散：石黄、雄黄、硫黄、白附子、雌黄、川槿皮各等分。

上为细末，紫癜醋调，用竖槿木毛头蘸药搽患上；白癜用姜切开蘸药搽之，搽后三日，忌下汤水，戒食鸡鹅羊肉、煎炒、海腥、火酒等件，不复发。

肥皂方：皂角、甘松、山柰、白芷各二钱，密陀僧、白附子、朝脑各一钱，楮实子、绿豆粉各三钱。

上为细末，用去净皮弦肥皂壹斤，槌匀，洗搽患上，日久自效。

《外科启玄》汗斑方，“治汗斑如神”用密陀僧末三钱，白矾一钱，枯矾五分，硫黄二

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

分，羊蹄根汁对半调搽一次即黑，二次即愈。

《外科大成》八威灵散“治搽紫白癜风”大附子一钱，川乌、草乌各一钱，雄黄、朱砂各五分，红砒四分，

硫黄三分，麝香二分共为细末，用鸡子清调稀浆，小麻布手巾二条，阴干。用河水、姜汁、米醋三味，和一处，以药手巾蘸湿擦患处。待行动汗出时搽之。夏月治尤佳。

又方：灸夹白穴法

先以墨涂两乳头，次令两手直伸夹之，染黑处是穴，灸二七壮，或针刺出血，亦愈。

又方：浮萍茯苓丸治紫白癜风浮萍一，茯苓半。上为末，炼蜜为丸，梧子大，每服二三二钱，黄酒下。

《外科证治全书》中五神散方：雄黄、硫黄、黄丹、密陀僧、南星。

上为细末，先用葱搽患处，次用姜蘸药末搽之，搽后渐黑，搽至黑散则愈。

《普济方》中称：“赤癜、白癜两股风，附子、硫黄最有功，姜汁调匀茄蒂搽，一搽之后便无踪。”

《医宗金鉴》中密陀僧散：雄黄、硫黄、蛇床子各二钱，密陀僧、西黄各一钱，轻粉五分，共研细，醋调搽患上。

总之，前人认为癣病多由风湿热邪客于腠理，浸淫肌肤所致，或由“虫”所致，并已明确具有传染性。治疗上以外治为主，治则以祛风、清热、燥湿，佐以杀虫为主。据现代分析，其所用药物大部分具有抑制真菌生长的作用。故而能取得较好的疗效。

（黄仁功　吕海鹏　林月斌）

近现代参考文献

[1] 朱仁康主编．实用外科中药治疗学．1955 年上海千倾堂书局出版

[2] 中医研究院主编．中医外科学简编，1960 年

[3] 上海中医学院主编．中医外科学．1964 年

[4] 上海中医学院主编．中医外科临床手册．上海科学技术出版社．1966 年

[5] 上海中医学院主编．中医外科临床手册．上海科学技术出版社．1970 年(第二版)

[6] 顾伯康．黄耀燊等主编．中医外科学．人民卫生出版社，1986 年

[7] 褚国维．皮肤性病中医治疗全书．广东科技出版社，1996

[8] 李承功，闫西才，刘金献．中医药治疗花斑癣 85 例．广西中医药，1998，21 (1)：33

[9] 刘艳荣，边天羽．皮炎 1 号冲剂临床疗效分析．天津中医，1990，(3)：14～15

[10] 孙若琳．黄连解毒汤药理研究和临床应用近况．中成药，1989，11 (10)：35～36

[11] 李浩然．麻黄连翘赤小豆汤治疗皮肤病 58 例．陕西中医，1985，6 (6)：253～254

[12] 蔡秀珍，唐元卿．硫水散治疗花斑癣 210 例疗效观察．河北中西医结合杂志，1998，7 (2)：209

[13] 韩世荣，李祥平．中西医结合治疗小儿头癣 124 例．陕西中医，1993，14 (9)：398

[14] 肖健，赵永魁．中药粉浸泡法治疗足癣及合并症 238 例．江西中医药，1988，19 (5)：40

[15] 王永彬．用鸦蛋子百部浸剂治疗手足癣 21 例．中医药信息，1988，(6)：35

[16] 李承韩．樟柳头外擦治疗花斑癣 41 例．广西中医药，1989，12 (6)：283～284

[17] 韩德宝，陈述德．二黄密醇擦剂治疗花斑癣 96 例．天津中医，1990，(5)：16

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[18] 刘远坝，廖作淳，谌金元．粉红酊治疗手足体癣130例临床疗效观察．江西中医药，1990，21(3)：35
[19] 杜萍莉，刘季芬．猪胆汁明矾冰硼合剂治疗浅部真菌病．河北中西医结合杂志，1998，7(8)：1290
[20] 周淑华，杨磊．洁尔阴治疗皮肤真菌病127例疗效观察．临床皮肤科杂志，1992年，21(增刊)：38
[21] 邹忠梅，从浦珠．藿香的研究进展．湖北中医杂志，1990，(1)：44～48
[22] 余增祥．蛇床子药理作用及临床应用的研究概述．中医杂志，1990，25(10)：475～476
[23] 程波，朱润衡．川椒挥发油抗致病真菌作用的实验研究．贵阳医学院学报，1991，16(1)：26～27
[24] 武昌学，贺卡杰，王玉芹．地龙的妇科临床新用．陕西中医函授，1993，(2)：25
[25] 陶春祥，陶艳梅．1994年报道的30种单味中药临床新用．实用中医药杂志，1995，11(2)：37～39
[26] 陈绍堂．单味中药在临床皮肤病治疗中的应用．中医药信息，1993，10(3)：36～38
[27] 雷国莲．14味中药的临床新用．陕西中医函授，1992，(3)：11～12
[28] 杨柳，罗顺文．苦参及其复方治疗皮肤病概况．湖南中医药导报，1996，2(5)：28～29
[29] 宋友文，谢珍，胥洪灿．脚癣狐臭宁酊剂抗皮肤病真菌及安全性研究．中国实验方剂学杂志，1997 3(2)：13～15
[30] 石丽霞，范申云，常世家．中药足癣净的研制、应用及体外抑菌试验．实用中西医结合杂志，1994 7(4)：200～201
[31] 刘雪莉，钱伯初．日本海洋天然活性物质研究简况．中国海洋药物，1997，16(1)：45～49
[32] 孙曾拯，张长生，杨丽芳，等．洁尔阴抑制真菌的实验研究——附电镜观察．临床皮肤科杂志，199221(增刊)：8

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 痔 ❋

传统上认为痔是人体直肠末端粘膜下和肛管皮肤下静脉丛发生扩张和屈曲所形成的柔软静脉团。中医所说的痔有两种含义，广义的痔是泛指所有的肛门病及孔窍内有小肉突出者，狭义的痔是指西医所说的痔。痔分为内痔、外痔和混合痔，内痔是指发生在肛管齿线以上部分的粘膜隆起，这个隆起称为痔核或痔块。外痔是指发生于肛管齿线以下部分或肛门缘处的皮肤隆起，外痔又可分为静脉曲张性外痔、结缔组织外痔、血栓性外痔和炎性外痔。静脉曲张性外痔是指由于直肠下静脉丛屈曲扩张所形成的肛门皮肤隆起；结缔组织外痔是指由于结缔组织增生引起的肛管或肛门缘皮肤隆起；血栓性外痔是指肛门处皮下血栓形成而引起的皮肤隆起；炎性外痔是指肛门皱壁或其它类型的外痔的感染发炎。混合痔是指在同一方位上的具有内痔和静脉曲张性外痔，而且上下相连。

痔的发病率很高，据国内 1975～1977 年对全国 29 个省、市和自治区的 76692 人的普查资料表明，痔的发病率为 46.3%，男女皆可患病，男性的发病率为 67%，女性的发病率为 53.9%，以男性发病率稍高，任何年龄皆可发病，其中以 20～40 岁的人较为多见，并随年龄的增加而逐渐加重。

【今日临床】

1 诊断标准

中医诊断标准参考国家中医药管理局制定的行业标准《中医病证诊断疗效标准》，分期分型标准参考 1975 年全国肛肠学会制定的标准。

1.1 内　　痔

1.1.1 病名诊断标准

便血、色鲜红，或无症状。肛门镜检查：齿线上方粘膜隆起，表面色淡红。多见于一期内痔。

便血，色鲜红，伴有肿物脱出肛外，便后可自行复位。肛门镜检查：齿线上方粘膜隆起，表面色暗红。多见于二期内痔。

排便或增加腹压时，肛内肿物脱出，不能自行复位，需休息后或用手法复位，甚者可发生嵌顿，伴有剧烈疼痛，便血少见或无。肛门镜检查：齿线上方有粘膜隆起，表面多有纤维化。多见于三期内痔。

1.1.2 证类诊断标准

风伤肠络：大便带血、滴血或喷射状出血，血色鲜红，或有肛门瘙痒。舌红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

湿热下注：便血色鲜，量较多，肛内肿物外脱，可自行回缩，肛门灼热。舌红，苔黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腻，脉滑数。

气滞血瘀：肛内肿物脱出，甚或嵌顿，肛管紧缩，坠胀疼痛。甚则肛缘有血栓，水肿，触痛明显。舌质暗红，苔白或黄，脉弦细涩。

脾虚气陷：肛门坠胀，肛内肿物脱出，需用手复位。便血色淡，可出现贫血，面色少华、头昏神疲，少气懒言，纳少便溏。舌淡胖，边有齿痕，舌苔薄白，脉弱。

1.1.3 分期标准

一期：排便时带血，无脱出，齿线上粘膜呈结节状隆起。

二期：排便时带血，滴血或射血，内痔脱出，可以自行回纳。

三期：排便时或咳嗽、劳累、负重引起腹压增加时，均可发生内痔脱出，并需用手托方能回纳肛内。

1.1.4 分型标准

血管肿型：痔体表面粗糙不平，呈鲜红色，似草莓，常有小的出血点或表浅糜烂，质柔软，粘膜较薄而易出血。

静脉瘤型：痔核内可见有血栓和扩张成球状的静脉瘤，粘膜表面较厚而带光泽，呈紫红色，不易出血，痔体内为曲张的痔静脉和增生的结缔组织。

纤维瘤型：由于痔块长期受粪便擦伤或脱出后磨损，反复发炎，致使结缔组织大量增生，痔核纤维化而成，特征是痔体表面可见部分颜色变白，增厚，易脱出，多为晚期内痔，因痔体已纤维化，故不易出血。

1.2 外　　痔

1.2.1 病名诊断标准

肛缘皮肤损伤或感染，呈红肿或破溃成脓，疼痛明显。多见于炎性外痔。

肛缘皮下突然出现青紫色肿块，局部皮肤水肿，肿块初起尚软，疼痛剧烈，渐变硬，可活动，触痛明显。多见于血栓外痔。

排便或久蹲时，肛缘皮肤有柔软青紫色团块隆起(静脉曲张团)，可伴有坠胀感，团块按压后可消失。多见于静脉曲张性外痔。

1.2.2 证类诊断标准

气滞血瘀：肛缘肿物突起，排便时可增大，有异物感，可有胀痛或坠痛，局部可触及硬性结节。舌紫，苔淡黄，脉弦涩。

湿热下注：肛缘肿物隆起，灼热疼痛或有滋水，便干或溏。舌红，苔黄腻，脉滑数。

脾虚气陷：肛缘肿物隆起，肛门坠胀，似有便意，神疲乏力，纳少便溏。舌淡胖，苔薄白，脉细无力。多见于经产妇、老弱体虚者。

1.3 混　合　痔

1.3.1 病名诊断标准

便血及肛门肿物，可有肛门坠胀、异物感或疼痛。

可伴有局部分泌物或瘙痒。

肛管内齿线上下同一方位出现肿物(齿线下亦可为赘皮)。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3.2 证类诊断标准

参照内痔、外痔分类。

2 中心证候特征

2.1 内　　痔

内痔的中心证候特征是各种病因所致的直肠末端局部气滞血瘀，经脉横解所引起的局部隆起，进而出现便血和脱出为主要症状。

内痔初起时，一般无明显的症状，只有在体格检查是才能够发现，随着病情的逐渐加重，就会出现以下的症状。

便血：便血是内痔的主要症状，出血多为间断性，并非每次大便均有出血，出血的性质一般为鲜血，颜色鲜红；出血的方式多表现为大便时滴血，有时为大便带有少量血丝，甚则为喷射状出血，或无大便纯下鲜血，便血时一般不伴有疼痛，出血量多少不一，时多时少，重则可有大出血，出血的原因多为粪便擦伤痔核粘膜表面，或损伤粘膜下血管，或因排便时用力过度，血管内压过高，以致曲张的静脉血管破裂而出血。

脱出：所谓脱出是指排便时痔核脱出至肛门外，严重者在平素活动时、久站后、劳累时和咳嗽时即有脱出，是内痔发展到一定阶段而出现的主要症状，开始时脱出能自行回纳，慢慢地脱出后不能自行回纳，需用手托回或经温水坐浴后回纳，如果脱出后不能回纳，即成为嵌顿性内痔。

肛门坠胀：表现为肛门部下坠不适感，尤其是劳累后或久站后明显，是由于肿大的痔核或发炎的痔核对直肠粘膜的刺激和向下牵拉所致。

疼痛：单纯性内痔无痔痛，如内痔嵌顿或感染、血栓形成、溃疡时可引起较为剧烈的疼痛。

肛门潮湿：由于内痔核反复脱出，而使肛门括约肌松弛，因而有肠腔内粘液自肛门内流出、轻者排便时流出，重者平时就有粘液流出，由于肛门粘液的长期刺激，从而导致肛门部潮湿和瘙痒不适。

排便困难：排便与痔的发生、发展和变化有密切的关系，排便困难可以诱发痔的发生，而痔一旦形成，也可以导致便秘，一方面是由于排便时有所疼痛，引起惧便而产生便秘，一方面由于痔核较大时，可影响粪便的排出，而产生排便不尽的感觉。

就内痔而言，除上述症状外，其体征是非常重要的，如果没有如下体征，即使出现诸多症状，也不能成为痔。

内痔患者，肛门外观无异常表现，肛门指诊可以触到较为晚期的痔核，表现为肛管处纵形的柱状增厚隆起。肛门镜检查可见齿线上方肛管处粘膜隆起，状如草莓，大小不等，小者如蚕豆大小，大者可以充满整个镜腔，粘膜隆起区粘膜色鲜红或紫红，表面纤维化明显者变为灰白色，或有粘膜增厚，有明显上皮样改变，有时可以看到粘膜表面糜烂、溃疡或渗血、出血点。痔核位于肛管右前、右后和左侧 3 个部位，在此处的痔核称为母痔，其它部位的痔核称为子痔。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2 外　痔

2.2.1 结缔组织外痔

结缔组织外痔的症状一般不明显，仅有肛门处轻度的异物感，或由于外痔的存在导致大便后粪便擦不干净而污染内裤的表现。检查时可以看到肛门存在着散在的或环状的或鸡冠状或不规则状的皮肤突起，表皮皱折增多、变深，并常伴有色素沉着，触之柔软无疼痛。在女性患者多位于前后位。

2.2.2 静脉曲张外痔

静脉曲张性外痔无明显自觉症状，往往有轻度的肛门坠胀感，或肛门潮湿不适感。检查时可见肛门两侧或周围有柔软的半圆形隆起，且表皮常较松弛，而且这种隆起于下蹲时或排便时较为明显，而平卧休息时可以缩小，一般没有压痛。

2.2.3 血栓性外痔

往往在用力排便后，在肛门缘皮下突然出现一个圆形的肿块，伴有明显的疼痛，肿块越大，疼痛越重，排便或活动时更为严重，甚至影响行走，患者常常坐卧不宁。肿块表面颜色暗红，触之较硬，光滑可动，位置表浅，多在皮下，触痛明显。

2.2.4 炎性外痔

肛门部皮肤隆起，红肿、疼痛，灼热，排便时更为明显。检查发现肛门皱壁或皮赘充血水肿，甚至鲜红发亮，皮肤纹理变浅或消失，触痛明显，有时有少量分泌物。

2.3 混 合 痔

混合痔兼有内痔和静脉曲张性外痔的证候特征。

3 病　因

3.1 原 发 病 因

饮食不节：醉饱无时、饥饱无度、恣食肥甘、嗜食辛辣、炙煿醇酒等，而致湿热内生，下注肛门。

情志不调：情志不畅，心情不舒，肝郁气滞，郁久生热，化火生风，风热下冲肛门。

房劳过度：房室不慎，醉饱入房，精气脱泄，肾气不足，虚火内生，热毒乘虚下灼肛门。

外感六淫：外感六淫之邪，入里化热生风，风热下冲肛门。

脾胃受损：脾胃受损，水湿不运，湿热内生，下注肛门。同时脾胃受损，脾气不足中气下陷，气血下坠于肛门。

脏腑本虚：脏腑本虚，正气不足，中气下陷，血气下坠于肛门。

3.2 诱　因

久站、久坐、负重远行。

久泻、久痢、久咳不止。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

便秘。

妊娠、分娩、月经不调。

4 病　　机

4.1 发　　病

本病发病缓慢，逐渐加重，平时可无症状，发作时较为痛苦，多有诱发因素，如嗜食辛辣，便秘腹泻等，发作时出现便血，疼痛等症状。如病情较重者，每次排便皆有脱出，不适感明显。

4.2 病　　位

本病病位在肛门。

4.3 病　　性

本病多为本虚标实或实证，虚证者较为少见。本虚以气血不足或肺肾两虚为主，标实可见风热或湿热，继之出现瘀血阻络。发作期以实为主，平时以虚为主。

4.4 病　　势

本病初起时，症状较轻，大便时偶带鲜血，无其它不适感觉，出血时有时无，可自行缓解，如不及时治疗，病情逐渐发展，便血加重，发作频繁，甚至发生大出血或导致贫血，病情危急，不可忽视。病情进一步发展，则出现便后脱出，始能自行回纳肛内，继之出现便后脱出不能回纳，甚至出现嵌顿，病势较为峻烈。一般来说，本病病证较轻，后果并不严重，无生命危险，但患者自觉症状非常痛苦。

4.5 病机转化

本病初期多为风热下冲，灼伤血络，或湿热下注，灼伤血络而便鲜血，如日久不愈可至气血不足，转为虚证，气虚不能摄血，则会加重出血，不能固摄，可致脱出。如脱出不能回纳，局部气血瘀滞加重，继之感染湿热毒邪，成为嵌顿痔，表现为标实明显，出现疼痛，便秘，发热，烦躁等症。

4.6 证类病机

风热下冲：外感六淫、化热生风或肝郁化火生风等原因而至风热下冲肛门，致使局部气血郁滞，经脉不通，经络阻塞，形成痔。

湿热下注：湿热下注，蕴结肛门，宿滞不散，化浊生痰，凝积于肛门局部，而致局部血脉不通，气血纵横，经络阻塞，发为痔。

气血下坠：脏腑本虚、脾胃受损、精气不足等原因引起气血不足，中气下陷，气血下坠于肛门，而至局部气血运行不畅，经络不通，血气郁积不散，凝积成块，发为痔。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.7 西医病机概要

4.7.1 内痔

4.7.1.1 原因

西医认为内痔的发生与以下因素有关。

解剖因素：主要有二点，其一是由于肛门直肠位于人体的下部，而人类多处于直立的状态，而致肛门局部的血液回流不畅。其二是肛门直肠部的静脉没有静脉瓣膜，血液回流困难。

感染因素：肛门直肠部容易受到粪便或粪便中的异物的损伤，从而导致痔静脉丛的感染和血栓形成，引起血管内膜炎和血管周围炎而使血管壁脆化、薄弱，产生静脉曲张，形成内痔。

便秘和不良的排便习惯：便秘的患者排便时，干结的粪便容易损伤局部，以及对直肠壁的冲力较大，同时，排便时所用的力也较大，这样容易使局部血管受压较大，也推动粘膜向下移动。如排便习惯不良，如排便用时过长，排便时读书等也容易诱发内痔。

饮食习惯：饮食习惯与痔的形成有密切关系，包括饮食的种类，质量和数量等。

此外，遗传因素、职业因素、疾病因素、妊娠和分娩因素等均与痔的形成有关。

4.7.1.2 病理

内痔的发病机理，目前仍未彻底明了，但有较多学说，主要有以下几种。

静脉曲张学说：静脉曲张学说是传统的内痔形成的机理。早在公元前就有人提出，这种学说认为痔内静脉丛扩张是内痔形成的主要原因，其根据主要有以下几点：其一，肛门直肠血液循环的解剖特点，直肠上静脉行程长而无瓣膜，使静脉血回流困难，位于直肠下端粘膜下层的直肠静脉丛，以及位于齿线、肛管上皮、肛缘皮下的肛门静脉丛缺乏起支持作用的弹性纤维，易引起直肠静脉丛和肛门静脉丛的血管扩张。其二，由于人类处于直立的姿势，血管内的血液形成液柱，产生一种向下的静脉压，以及排便时向下用力可使肛腔内增高的压力传至肛门直肠静脉，久而久之，使直肠末端静脉丛扩张。其三，痔组织内可以观察到有扩张的静脉。

血管增生学说：17 世纪欧洲许多学者认为痔是一种勃起组织化生而成，痔的本质为血管瘤。其根据是痔组织与海绵体组织之间结构上有相似之处，肛管下粘膜组织非常厚，类似“勃起组织网”，内有动静脉吻合，称之为“窦状静脉”由于这些静脉的瘀血而形成了内痔。

衬垫下移学说：这种学说认为在人体的直肠末端，位于右前，右后和左侧有三块软垫样组织，称为衬垫，具有协助关闭肛门的作用，其由血管、平滑肌(Treitz 肌)、弹性纤维和结缔组织构成。如果各种原因导致衬垫下移，就形成了内痔。其主要依据有以下几点：其一，母痔区符合衬垫所在的部位。其二，痔切除术后，肛门自制功能会出现不同程度的损害。其三，Treitz 肌在粘膜下层中缠绕静脉丛中的静脉下行，形成静脉支架，具有支持作用。其四，应用注射疗法治疗痔获得成功，是使脱垂的衬垫产生纤维化而固定。

4.7.2 外痔

4.7.2.1 血栓性外痔常因排便时用力努挣、剧烈活动或用力咳嗽等，使肛门周围皮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

下小静脉破裂，血液外渗到皮下，凝结为血栓而成；或因肛周静脉丛发生炎症，局部充血，血液瘀滞局部，凝结为血栓而成。

4.7.2.2 炎性外痔：炎性外痔常因肛门局部外伤或大便擦伤肛缘皮肤和皮下组织或皮赘；排便努责或手术时过度牵拉肛门部皮肤，致使肛门部皮肤及皮下组织受伤；肛裂、内痔脱出、肛门部湿疹等病变的分泌物的反复刺激；直肠炎性症性病变的影响；或内痔嵌顿等使肛门缘皮肤受损或感染、局部充血、水肿而成。

4.7.2.3 静脉曲张外痔的发病机理基本上同内痔。

4.7.2.4 结缔组织外痔：其多由于炎性外痔的炎症及水肿消退，但其增生的皮肤及结缔组织不能消退或吸收；或血栓外痔机化过程中其内的结缔组织增生而成，因而可以说结缔组织外痔多是炎性外痔和血栓外痔的后果。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

内痔的主诉是便鲜血、便后脱出。外痔的主诉有肛门疼痛、肛门肿物、肛门不适等。

5.2 分析病位

关于痔的临证的病位分析，首先是要根据病情决定内痔、外痔和内外痔皆有或是混合痔，不能只根据症状，一定要结合局部检查，内痔发生在肛管内齿线以上，外痔发生在肛管内齿线以下，或肛门外。其次一定要分清内外痔与混合痔。如果单纯的内痔和单纯的外痔称为内外痔，如果内痔和外痔在同一方位，且互相连接，外痔多为外静脉曲张者则为混合痔。另外内痔发生于肛门脉络，外痔发生于肛门皮肤。

5.3 确定病性

内痔病性属实或本虚标实，虚以气血不足为主，实以风热、湿热多见。外痔则以实证为主，多见于湿热、瘀血。临证时一定要明辨虚实，决定治法。内痔初期，年轻体壮者多为实证，症状多见便血色鲜红，喷射状出血或滴血，伴肛门灼热，大便秘结等。内痔后期，或年老体弱者，多为本虚标实，表现为便后出血。量较多，色较暗红，伴有乏力倦怠，大便稀薄等。发作期多为实证，平时可表现为虚证。此外，就痔疮而言，临证时尚需决定内治、外治或内外同治，或是手术治疗。

6 鉴 别

肛裂：肛裂是指肛管皮肤全层裂开并形成慢性溃疡，其主要症状是便血和肛门的周期性疼痛。其和内痔均有便血，但肛裂的便血伴有明显的疼痛，且为周期性疼痛，检查时可发现肛管皮肤见有纵形的裂口或溃疡。

直肠脱垂：直肠脱垂和内痔均有脱出，但直肠脱垂多见于儿童，脱出物为直肠粘膜或直肠全层呈圆柱状或圆椎状，不能分颗，有环形沟，表面光滑，质地柔软，颜色正常，表面有时带有粘液，很少出血。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肛乳头肥大：肛乳头肥大也称作肛乳头纤维瘤，排便时也可以脱出于肛门外，但与内痔不同，其位于齿线处，呈乳头状或三角形，上覆盖上皮组织，色灰白或黄白，质较硬，有触痛，多无出血。

直肠息肉：直肠息肉和内痔的症状均可见到无痛性便鲜血和粘膜的局限性隆起，但直肠息肉多发于儿童，而发生部位和形状与痔不同，直肠息肉的部位多在直肠，及肛管直肠环以上，而痔仅发生在外科肛管的齿线以上部分也就是肛直线与齿线之间。息肉可以有蒂，常为圆形或椭圆形，痔常为局部的隆起，形状不规则。

直肠癌：直肠癌是最为常见的大肠恶性肿瘤，其发病率在逐渐增高，因此，对于便血的诊断，要有足够的重视，不能轻易地认为是痔疮，不进行认真地检查，那么将会产生严重的后果，实际上直肠癌与痔的区别并不难，重要的是加以重视，痔的出血多为鲜血，不与大便相混，直肠癌的出血多为暗红色或果酱色，也可为脓血便，有时与大便相混。肛门直肠指诊可以触到直肠肿物，表面不光滑，形状为菜花状，质硬，与周围组织粘连，推之不易活动，指套常常带有血液。通过病理可以确诊。

7 临床治疗

古往今来，关于痔的治疗，有各种各样的方法，每所医院，各位医家，其治疗方法不尽相同，各有所长，因此，对于痔的治疗应选用什么样的方法，不能一概而论，应根据每个具体的病人，具体的情况加以选择。要注意以下几个方面：其一，要注意局部与整体的关系。其二，要注意减轻症状与根治之间的关系。其三，要注意手术与非手术治疗的关系。其四，注意症状与体征的关系。其五，要注意门户之见与各家所长的关系。就其痔的治疗方法，大体上可分为两种，第一是保守治疗，第二是手术治疗。保守治疗包括内治法和外治法。手术治疗包括了枯痔法、注射法、结扎法、切除法、以及这几种方法的演化和相互结合运用。以下各个论述。

7.1 内治法

7.1.1 中医分证论治

7.1.1.1 风热下冲

临床表现：大便出血、滴血或射血、血色鲜红、时多时少、时作时止、伴有口渴喜饮、大便秘结、小便短赤、舌红苔黄脉洪数。

病机分析：外感六淫，入里化热生风，或内伤七情，肝郁化火生风，风热下冲，局部气血瘀滞，经络交错，冲突为痔。风热灼伤血络，血溢脉外而出血，且血色鲜红，风善行而数变，故血出如箭，时作时止。风热入血，血热肠燥，而故大便秘结，小便短赤，口渴喜饮，舌红苔黄、脉洪数。

转归：本证多见于内痔早期，痔核较小，症状以出血为主，出血量多，一般无疼痛，无脱出，用药物治疗多能见效，症状可以完全消失，但往往不能根治，容易反复发作。

治法：祛风清热，凉血润燥。

方药：①凉血地黄汤加减。

生地　当归　赤芍　地榆　槐角　黄连　黄芩　升麻　天花粉　荆芥　枳壳　生草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：热盛者，大便干结，咽干口臭，身热汗出，可加生大黄、黄柏、栀子等；风盛者，肛门瘙痒，恶寒自汗，可加防风、秦艽、苍术等；出血明显者，可加三七粉、白及等止血药。

② 地榆槐角丸。

临证参考：本证多见于内痔早期，及时治疗效果较好，本证症状以出血为主，病性以实证为主，治疗以祛风清热兼用止血药。如出血较多，病情危急者要及时处理，或注射或手术，或用其它的止血方法，紧急止血，以免造成不良后果。临床上偶可见到内痔患者大出血的病例，尽管为数不多，但要予以重视。

7.1.1.2 湿热下注

临床表现：肛门疼痛、大便带血、痔核脱出、肛门灼热，潮湿不适、大便粘滞不爽，肛门坠胀，舌质红，舌苔黄腻，脉滑数。

病机分析：饮食不节，湿热内生，或伤于暑湿，或素体脾虚，内生湿热，总之而致湿热下注肛门，宿积不散，化浊生痰，凝滞局部，气血瘀阻，经络交错，形成痔核。湿性重浊，其性类水，易于趋下，故痔核脱出，肛门潮湿，下坠不适。热伤血络，则大便出血，湿热蕴结肛门，气机不畅，故肛门灼热，疼痛。舌质红，舌苔黄腻，脉滑数均为湿热之象。

转归：本证为内痔的常见证型，多见于中、晚期内痔，是内痔发展的必然结果，本证经药物治疗症状可以明显减轻，但一般不能全部消失，多需手术方能根治。

治法：清热利湿，消肿止痛。

方药：止痛如神汤加减。

秦艽　防风　苍术　黄柏　泽泻　槟榔　桃仁　皂角　当归　熟大黄

加减：湿盛者，见肛门潮湿，分泌物多，下坠明显，加苦参、车前草、萆薢等，热盛者，见肛门灼热尤甚，局部肿痛明显，重者恶寒发热。可加龙胆草、栀子、黄芩、柴胡等；般出明显者，可加补气升提之药，如柴胡、升麻、黄芪、白术等。

成药：龙胆泻肝丸、三妙丸加减。

临证参考：本证为以湿热为主的病证，以实为主，故以祛邪为主，以急则治其标，缓解疼痛，祛湿消肿。如疼痛明显，可配合外用药膏，如九华膏等。

7.1.1.3 中气下陷

临床表现：大便出血，血色较淡，肛门松弛，便后内痔脱出，不能自行回纳，肛门坠胀明显，全身乏力，少气懒言，面色萎黄无华，舌质淡，舌苔薄白，脉沉细。

病机分析：年老体弱，或久病、产后、术后，或房劳过度等，致气血不足，脾气虚弱，中气下陷，升提失职，气血下坠肛门，而使局部气血纵横，经脉交错，形成内痔。脉虚，脾不统血，则大便出血，血色较淡；中气下陷，升提无力，故便后痔核脱出，不能自行加纳，肛门坠胀明显；气血不足，全身乏力，少气懒言，面色萎黄无华，舌质淡，舌苔薄白，脉沉细。

转归：本证多见于晚期内痔，或年老体弱者而患内痔者，药物治疗多可缓解症状，减轻病者的痛苦，一般不能完全治愈。

治法：补中益气，升提面脱。

方药：①补中益气汤加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄芪　人参　白术　陈皮　炙甘草　当归　升麻　柴胡

加减：血虚甚者，见心悸失眠，头晕便溏者，可加熟地、白芍、川芎、阿胶等；气虚甚者，见声低语怯，神疲倦怠者，可加山药、茯苓等；阳虚者，见畏寒肢冷、食少便溏者，可加附片、炮姜、灶心土等，如阴虚者，见咽干舌燥，潮热盗汗者加生地，知母，女贞子、旱莲草等。

② 补中益气丸、参苓白术丸等。

临证参考：本证多见于内痔后期，以气虚为主，兼可见血虚、阴血、阳虚。局部症状以脱出为主，如有脱出不能回纳，应先及时回纳，可按嵌顿痔处理。治疗的同时要配合适当的外治法，如坐浴，敷药等。如病情较重者，可考虑手术治疗。

7.1.2　按主症辨证论治

7.1.2.1　便血为主者

便血色鲜红、血出如箭，并伴有口渴，便秘，尿赤，舌红，脉数多为风热；治宜疏风清热，方用秦艽防风汤(《兰室秘藏》方)秦艽、防风、当归、白术、炙甘草、泽泻、黄柏、大黄、桂皮、柴胡、升麻、桃仁、红花。

便血色暗红、出血量少，并伴体倦身重、发热、纳呆，舌苔黄腻、脉濡数多为湿热；治当清热利湿，凉血止血。方用地榆散(经验方)加味：地榆、茜草根、黄连、山栀、茯苓、槐角、泽泻、苡仁。

便血色淡，并伴有面色无华，心悸，神疲乏力，舌淡，脉沉细多为气虚。治宜健脾益气，方用归脾汤加味：人参、黄芪、白术、茯神、酸枣仁、桂圆肉、木香、炙甘草、当归、远志、地榆、炒蒲黄。

7.1.2.2　脱出为主者

脱出不易自行回纳，伴有头晕眼花，心悸气短，神疲乏力，舌淡苔白者多为气虚血弱，中气下陷，无以摄纳而致。治宜补中益气，升提固脱，方用补中益气汤，黄芪、人参、白术、陈皮、炙甘草、当归、升麻、柴胡。

脱出不能回纳，局部肿痛，糜烂出血者，伴发热、身重、饮食不振，舌苔黄腻、脉濡数多为湿热蕴毒。治当清热利湿、解毒消肿，方用龙胆泻肝汤合黄连解毒汤，龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、生地、泽泻、当归、车前子、木通、甘草、黄连、黄柏。

7.1.2.3　肿痛为主者

肿胀高突，疼痛剧烈，伴体倦身重、发热、纳呆，舌苔黄腻、脉濡数多为湿热阻滞蕴毒不散，治当清热利湿、解毒消肿，方用龙胆泻肝汤合黄连解毒汤，龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、生地、泽泻、当归、车前子、木通、甘草、黄连、黄柏。

微肿隐痛，发热不高，伴有头晕眼花，自汗盗汗，心悸气短，神疲乏力，舌淡苔白者多为气阴两虚。治当益气滋阴养血，方用八珍汤加味，人参、茯苓、白术、甘草、当归、生地、白芍、川芎、黄柏、知母、泽泻、丹皮。

7.1.2.4　便秘为主者

大便干结，排出困难，便带鲜血，小便短赤，口渴喜饮，舌红苔黄，脉数，多属血热风燥，肠胃积热，治宜清热凉血，润肠通便，方用麻子仁丸，麻子仁、大黄、杏仁、白芍、炒枳实、厚朴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大便可以不干，但排出困难，排出无力，排便时间较长，排便时汗出，严重者用手抠出，伴有大便带血，少气乏力，心悸失眠，舌淡苔白，脉虚无力。证属脾肺气虚，治当补脾益肺，方用黄芪汤，黄芪、熟地黄、牡蛎、炒白术、麦冬、茯苓、防风、炙甘草、浮小麦。

便秘，数日一行，排出不畅，腹痛腹胀，肛门下坠，两胁胀痛，舌暗红，脉细涩，证属气机郁滞，气滞血瘀，治宜顺气导滞活血止痛，方用六磨汤加味。用药如下：槟榔、沉香、木香、乌药、大黄、枳壳。

大便干，便血色淡，舌干口燥，面色无华，食少纳呆，舌淡苔白，脉沉细，证属血虚肠燥，治宜养血润燥，方用润肠丸，当归、桃仁、赤芍、何首乌、大黄、麻仁。

7.1.3 中成药治疗

(1) 止红肠澼丸

主要成分：当归、地榆、白芍、槐花、荆芥穗、黄连、升麻、阿胶、乌梅等。

功能主治：清热、止血。用于肠风便血，痔疮下血。

用法用量：口服，一次 1 丸，一日 2 次。

(2) 痔漏丸

主要成分：大黄、槐花、桃仁、象牙屑、地榆、刺猬皮等。

功能主治：消肿解毒，通便，化痔散结。

用法用量：口服，一次 1 丸，一日 2 次。

(3) 脏连丸

主要成分：鲜猪大肠、槐角、地榆、当归、阿胶、黄连。

功能主治：清热止血。用于肠热便血，肛门灼热坠痛，痔疮肿胀。

用法用量：口服，一次 1 丸，一日 2 次。

(4) 地榆槐角丸

主要成分：地榆炭、槐角、生地、栀子、枳壳等。

功能主治：清热止血，消肿止痛，通便。

用法用量：口腹，一次 1 丸，一日 2 次。

(5) 消痔丸

主要成分：地榆、白及、三棵针、牡丹皮、大黄、黄芪、当归、防己、火麻仁、猪大肠等。

功能主治：消肿生肌，清热润便，止血，止痛。用于痔脱出，出血，肿痛。

用法用量：口服，一次 1 丸，一日 2 次。

(6) 痔疮丸

主要成分：地榆、紫草、槐花炭、陈皮、火麻仁等。

功能主治：清热止痛，散瘀通络，生肌止血。用于各种痔。

用法用量：口服，一次 2 丸，每日 2~3 次。

(7) 舒痔丸

主要成分：槐角、槐花、地榆、胡黄连、象牙屑、荆芥、生地、丹皮、当归、大黄、茯苓、刺猬皮、枳实、黄芩、乳香、甘草。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

功能主治：清热、活血，用于痔疮出血。
用法用量：口服，一次 15～20 粒，一日 2 次。
(8) 化痔丸
主要成分：盐霜柏、苋菜、白茅根、九里明。
功能主治：清热解毒，止血止痛。用于外痔，内痔出血，脱肛。
用法用量：口服，一次 3g，一日 2～3 次。
(9) 化痔灵
主要成分：琥珀、田七、熊胆、枯矾、石榴皮、黄连、槐花、文蛤。
功能主治：清热解毒，凉血止血，消炎止痛。用于内外痔。
用法用量：口服，一次 4～6 片，每日 3 次。
(10) 痔疮片
主要成分：大黄、白芷、蒺藜、功劳叶等。
功能主治：清热解毒，凉血止痛，破瘀消肿。用于各种痔疮。
用法用量：口服，一次 4～5 片，一日 3 次。
(11) 痔速宁
主要成分：白蔹、五倍子、槐花、猪胆膏、黑豆。
功能主治：解毒消炎，止血止痛，退肿通便，收缩痔核。用于内痔、外痔和混合痔。
用法用量：口服，一次 4 片，一日 3 次。
(12) 化痔片
主要成分：槐米、三七、茜草。
功能主治：清热凉血，止血，行气散瘀。
用法用量：口服，一次 6 片，一日 3 次。
(13) 消痔片
主要成分：马勃、山豆根、朱砂莲、牡蛎。
功能主治：清热解毒，止痛止血，活血化瘀，软坚散结。用于各种痔疮出血。
用法用量：饭后口服，一次 4～6 片，一日 2 次。

7.2 外治法

7.2.1 熏洗法

熏洗法最早见于《五十二病方》，从古至今一直应用于临床，在痔的治疗方面具有重要的作用。熏洗法又称坐浴法，是指将药物水煎或用开水浸泡后，趁热熏蒸，待温后，用药液直接洗涤患处的一种治疗方法，在熏洗过程中，药物可以直接作用于病变局部，也可以通过皮肤或创面的吸收而发挥药物的疗效，同时，由于温热蒸气的作用，可使局部气血经络得以温通，促进局部的血液循环，改善和恢复局部的功能，保持局部清洁，促进伤口愈合。可以根据全身或局部辨证确定所用方药，常用的熏洗方药有以下几类。

(1) 常用方剂

① 清热利湿类

祛毒汤：瓦松、甘草、五倍子、川椒、马齿苋、苍术、防风、枳壳、葱白、侧柏叶、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

朴硝等。

苦参汤：苦参、蛇床子、白芷、金银花、野菊花、黄柏、地肤子、石菖蒲。

洗痔汤：黄芩、黄柏、大黄、芒硝、艾叶、菖蒲、虎杖、苦参、五倍子、明矾、薄荷、枳壳。

② 清肿止痛类

如洗痔枳壳汤：枳壳、车前草。

③ 行气活血类

活血散瘀汤：当归尾、赤芍、桃仁、大黄、川芎、苏木、丹皮、枳壳、瓜蒌仁、槟榔。

④ 燥湿收敛类

五倍子汤：五倍子、朴硝、桑寄生、莲房、荆芥。

(2) 常用药物

清热解毒类：金银花、连翘、蒲公英、鱼腥草、白鲜皮。

清热燥湿类：黄芩、黄柏、苦参、龙胆草、秦艽。

清热升提类：柴胡、升麻。

清热软坚类：朴硝。

收敛类：五倍子、胆矾、赤石脂、罂粟壳、石榴皮。

杀虫类：使君子、川楝子、槟榔、雷丸、苦楝皮。

行气类：枳壳、佛手、乌药、沉香、青皮。

活血行气类：川芎、牛膝、丹参、红花、乳香、没药。

芳香化湿类：苍术、牛膝、佩兰、石菖蒲。

止血类：仙鹤草、白及、鸡冠花、地榆、槐花、茜草根、景天三七。

补益类：党参、甘草、黄芪、当归。

止痛类：延胡索、徐长卿、白芷。

7.2.2 敷药法

敷药法是直接将药物外敷于局部的一种常用的外治方法，临床上包括了围箍法、敷贴法、敷涂法和搓涂法。

(1) 围箍法：是一种临床上最为常用的一种敷药法，将某些油膏剂厚敷于患处，起到治疗作用，可用于各期内痔、外痔和混合痔，常用的药物有九华膏、马应龙麝香痔疮膏，黄连膏、玉露膏等。

(2) 敷贴法：将药膏摊于敷料上(现一般用纱布)，再敷子患处，又称摊贴。可用子治疗炎性外痔、内痔嵌顿等，常用的药榆有黄连膏、金黄膏等。

(3) 敷涂法：用混悬剂薄涂患处。如敷痔散水调敷涂治疗痔疮。

(4) 搓涂法：用药直接在患处摩擦。

7.2.3 塞药法

所谓塞药法一般是指栓剂的运用，中医使用栓剂，最早见于《五十二病方》。

现在的栓剂主要是由药物和赋形剂两部分组成，药物可以是中药也可以是西药，因而栓剂具有清热解毒、清热利湿、行气活血、消肿止痛、收敛止血，以及消炎、止痛、抗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

菌、止血的作用。

目前临床上使用的栓剂很多，常见的有洗必泰痔疮栓、化痔栓、痔疮宁栓、消炎痛栓、红霉素栓、普剂痔疮栓、麝香痔疮栓、消痔栓、痔疮栓等，有学者统计收集国内外栓剂有 40 多种用于治疗本病。

虽然栓剂的种类较多，但其对内痔的治疗作用主要是通过以下三个方面而发挥疗效的。第一，吸收作用。栓剂进入肠腔，由于体温的作用而逐渐溶化，并通过药物的弥散和浓度差的作用，被直肠粘膜缓慢吸收，其中 50% ~ 70% 的药物成分可不通过肝脏而直接进入血循环，这样不仅可以防止和减少药物在肝脏的灭活，增加药物的生物利用度，而且也减少了药物的毒副作用。第二，局部作用。栓剂置于肠内溶化后，直接覆盖于痔核表面，而起到药物的治疗作用。第三，基质作用。一般栓剂的基质为脂溶性的，除有缓和药物的刺激作用外，也可以起到润肠通便的作用。

栓剂的使用方法比较简单，用手或药物本身带有的推进装置将栓剂缓慢塞入肛门内即可，最好是先将肛门局部清洗干净或用药物坐浴后再用，更为有效。

栓剂可以用于内痔的每一期，均有确切的疗效，临床应用时，除了注意药物本身的作用外，尚需注意栓剂的可溶性，表面的光滑度，局部有无刺激作用等。

7.2.4 掺药法

所谓掺药法是指将药粉用轻轻掸撒的方法使之薄薄地附着于病损部位。一般有三种情况：①将药粉直接撒布于溃疡创面，在肛肠病中如用生肌散外用于痔手术后的伤口，促进伤口愈合；②将药末薄撒于膏药上，直接敷贴于患处，或将药揉合于膏中敷贴。③将足够量药粉直接掸敷于患处，并须加压，一般用于创伤止血，痔手术后常用此法，如将止血粉掸撒于伤口上，再用纱布加压面定，防止术后出血。

掺药的种类很多，作用不尽相同，可用于痔的治疗有以下几类。

(1) 腐蚀药：具有腐蚀组织的功效，直接撒布或外敷于患处，使病变组织腐蚀脱落，适用于内痔，如各种枯痔敷。

(2) 止血药：具有止血收敛的功效。掺布于出血的创面，外用纱布包扎面定，可以达到止血的目的。如痔术后所用的止血粉、白及散等。

(3) 生肌药：具有促进创面伤口的愈合，如常用的生肌散等。

7.2.5 针灸疗法

常用的穴位有攒竹、燕口、龈交、白环俞、长强、会阳、飞扬、委中、承山等。

常用的方法有补法、泻法、补泻结合法。

7.2.6 挑治疗法

挑治疗法源于民间，其所用的挑治点有痔点、穴位和局部区域三类，痔点在上起第七颈椎平面，下至第二骶椎平面，两侧至腋后线的范围内，其特点是形似丘疹，稍突出于皮肤，如针头大小，或米粒大小，圆形，略带光泽，颜色可为灰白、棕褐或淡红色不等，压之不褪色。选痔点时应与痣、毛囊炎相鉴别，有时背部可有 2、3 个痔点，应选用其明显的一个，痔点越靠脊柱以下越好，挑治的穴位有肾俞、大肠俞、上、次、中、下髎和长强等。挑治的区域在第三腰椎至第二骶椎之间左右旁开 1 ~ 2 寸的纵形线上，任选一点挑治。

挑治方法如下：取侧卧位，常规消毒，用三棱针或手术刀片，快速挑开皮肤表皮，伤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

口与脊柱平行，长约0.5cm，深度为0.2～0.3cm。然后从浅向深将纤维挑断，直至挑尽为止，敷料固定。

7.3 枯 痔 法

枯痔疗法治疗本病有悠久的历史，是中医治疗痔疮的传统疗法之一，临床上一般分为枯痔散疗法和枯痔钉疗法。

7.3.1 枯痔散疗法

是以枯痔散用水调或油调涂于内痔表面，使痔核逐渐坏死脱落而痊愈。

7.3.1.1 药物组成

关于枯痔散的药物组成，临床上有多种多样的成分，历代医家不尽相同，但一般可分为两种，一种是有砒枯痔散，一种是无砒枯痔散。有砒枯痔散的主要成份是砒和白矾，佐以雄黄、朱砂、硫黄、黄丹、乳香、冰片、乌梅肉等，无砒枯痔散常用的药物有花蕊石、明矾、胆矾、雄黄、雌黄、皮硝、鸡粪、麝香、冰片等。有砒枯痔散腐蚀性强、渗透力大，因而痔核干枯性好，疗散较好，但药物毒性较大，副作用也大。无砒枯痔散不良反应小，安全性好，但药物渗透性较差，对较大的痔核疗效稍差。

7.3.1.2 制作方法

关于枯痔散的制作方法，各家大致相同。如黄济川枯痔散制作法：先将白矾(60g)、白砒(6g)、雄黄(6g)、月石(6g)混合研细，放于瓦罐内，再将棉纸中央剪一个直径约为1厘米的圆孔，用它将罐口封闭，然后将瓦缸放于火上烧炼；待瓦罐中药物完全溶化时，将已研细的硫黄(6g)，从棉纸孔迅速倒入瓦罐内，同时稍减火力，直至将药物烘干为止，凉后，将瓦罐内药饼倒出，研成细末，即成枯痔散。

7.3.1.3 作用原理

用枯痔散治疗痔疮，主要是通过局部敷药后，使药物渗透到痔组织中，引起痔内血管血栓形成，痔核的血液供应被阻断，痔组织发生干性坏死，接着坏死组织与健康组织分离、脱落、创面修复而愈。

7.3.1.4 适应证与禁忌证

枯痔散的适应证是三期内痔，嵌顿性内痔。禁忌证是不能脱出肛门外的一、二期内痔以及伴有严重的内、外科疾病及妇女妊娠期。

7.3.1.5 敷药方法

传统的枯痔散敷药方法比较复杂，现在临床上枯痔散的用法有所简化，具体方法简述如下：病人排空大便，取左侧卧位，使内痔核脱出，局部清洗干净、将棉纸撕成散片，一边以水浸湿，嵌于内痔与皮肤之间，使痔核与皮肤隔开，以防药物腐蚀皮肤，然后用枯痔散适量，加水调成糊状，涂于痔核表面，厚皮为不见粘膜为宜，用反折棉纸将痔核包裹，防止药物腐蚀健康组织，外盖纱布固定。以后每次换药，将分泌物和药物洗去，再涂上枯痔散，每天换药一到二次，直到痔核变黑、变硬、枯干、脱落。一般上药6～10天，痔核脱落后，外敷生肌膏，至伤口愈合。在治疗的过程中，要注意以下问题，敷药要均匀，注意保护周围皮肤；便后用温水坐浴，并及时敷药；痔核枯脱阶段，如痔核未完全脱落，不可强行分离，以免出现大出血；注意观察，防止发生砒中毒。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.1.6 治疗效果

枯痔散治疗内痔疗效肯定，但目前临床上运用不多，主要是因为枯痔散疗法有一些缺点：有砒中毒的可能，用药期间病人痛苦较重，疗程也长，且运用不当时痔核脱落不完全。因此逐渐被其它疗法所取代。

7.3.2 枯痔钉疗法

本法又称插钉疗法，是指应用药钉插入痔核内，使痔发生坏死、脱落或萎缩，继而痊愈的一种治疗方法。

7.3.2.1 分类

和枯痔散一样，枯痔钉也分为有砒枯痔钉和无砒枯痔钉，在古代枯痔钉的配方均含有砒，代表方如《外科正宗》上的三品一条枪。而现代的枯痔钉多数不含有砒，无砒枯痔钉又可分为含矾枯痔钉和异物枯痔钉两类，含矾枯痔钉为枯矾和其它药物配合而成，如三黄枯痔钉、二黄枯痔钉、新枯痔钉等，异物枯痔钉有单用成形剂者，如米粉者，也有用成形剂与其它药物合制而成者，代表方如白米-果钉，如意金黄枯痔钉、二黄枯痔钉等。

7.3.2.2 作用原理

枯痔钉的治疗作用主要有两个方面，其一是钉本身的作用，即钉体的异物性反应和创道性引流作用，当钉体插入痔核并留存于痔静脉丛及其间质中一定时间，可引起一系列的异物性炎性反应，部分痔组织发生液化，并通过钉道引流继而血栓形成静脉闭塞，间质纤维组织收缩，从而使痔皱缩，达到治愈目的。其二是钉体中的药物作用，药物借钉体进入痔核内，随着钉体的崩解，钉内的药物逐渐释放出来，而起到消炎止痛止血的作用。

7.3.2.3 适应证

本法适应用内痔以及混合痔的内痔部分。

7.3.2.4 操作方法

一般取左侧卧位，充分暴露肛门，常规消毒铺巾。用肛门吸引器将内痔吸出肛门外，难以吸出者可用1%的普鲁卡因作肛周局部浸润麻醉，使肛门充分松弛，便于显露痔核，以左手食指、中指用力按压内痔核下方，以防内痔回缩。用右手拇指、食指捏住或用镊子夹住枯痔钉尾段，使之与直肠壁平行或不超过30°角度，在齿线上方0.1～0.2cm插入痔核内，直插或向一方捻转插入均可，但不宜左右旋转插入，以防扩大钉口出血，痔核如有出血点者，应先将枯痔钉插入出血点即可止血，插入长度以不穿过痔核为度。一般为药钉的1/3或1/2，即0.8～1.3cm。插钉时如遇阻力感，立即将药钉退出少许，以免插入肌层，若枯痔钉折断，应立即在原钉孔外补插一根枯痔钉。枯痔钉插入后，露出粘膜外的枯痔钉段，保留0.1～0.2cm，其余剪除。插钉的数目，内痔较小者(约1cm×1cm)，可插钉2～3条，中等大小(2cm×2cm)，可插4～7条，痔核较大者(约3cm×3cm)，可插8～10条，痔核小者可插1排，痔核大者可插2～3排，插钉2排以上者，上下排钉应呈三角形相互错开，使之不在一条直线上，第一根枯痔钉插在痔核的中心点，然后在左右两侧插入，然后再插入上下两边，一定不要插在齿线处。枯痔钉在痔核内要分布均匀，钉与钉的间隔为0.2cm，而且应深浅合适，如插入后较为固定，可能插入肌层，应再拔出少许。最后将痔核送回肛门内，并注入油膏敷料固定。

7.3.2.5 注意事项

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

使用含砒或含矾成分的枯痔钉时，应掌握其含量，及插钉数量，防止产生毒副作用。如患者为年老体弱者或有慢性病者，而内痔较大且多者，应分次治疗，插钉应严格按照操作要求进行，不可过密或过疏，过深或过浅，过密过深会造成严重坏死，继发大出血；过疏过浅，则疗效不好，容易复发，插钉部位不可在齿线或齿线以下，以免引起肛管发炎，疼痛。插钉时不要用暴力，或左右旋转。插钉完毕应及时将全部内痔回纳肛内，并嘱病人术后如有脱出应及时托回肛内。痔核表面上所留的枯痔钉长短要合适，太短容易缩进痔核内，引起痔核钉口出血。

7.3.2.6 术后处理

插钉后 24 小时内应卧床休息，并控制大便，以免造成药钉滑脱或内痔脱出嵌顿，插钉后 2～3 天内应避免剧烈活动，要多饮水，进食半流食物。插钉后可适当运用抗生素，便后用 1:5000 的高锰酸钾温水坐浴，并向肛内注入油膏。插钉 2 周后需复查，如发现痔核未完全萎缩或尚有残留痔核，可再次插钉治疗。

7.3.2.7 治疗效果

插钉疗法确有疗效，且简单易行，术后并发症也少，但远期疗效不好，目前临床上应用并不多，且逐渐被其它方法取代。

7.4 注 射 法

注射法是指直接将药物注射在痔核上的一种治疗方法，临床上根据所用药物的不同分为硬化萎缩法和坏死枯脱法。

7.4.1 硬化萎缩法

又称硬化剂注射法，是指将硬化剂注射于痔核，使组织产生无菌性炎症反应，然后逐渐纤维化。是目前国内外广泛运用的一种方法。注射的药物较多，国外主要有 5%酚甘油或 5%的酚植物油(杏仁油、橄榄油等)。国内主要有消痔灵注射液、矾黄消痔注射液、复方鱼子液等。

目前，由于对痔的发病机理的认识不断更新，提出了较多的痔本质学说，有较多的学者认为痔属正常的生理解剖组织结构，不能轻易切除，因而，促使硬化剂的注射治疗运用更为广泛，在痔的治疗中起着举足轻重的作用。现在虽说有较多的痔硬化注射以及较多的注射方法，但其基本原理及方法大同小异。

7.4.1.1 适应证、禁忌证

适应于各期内痔、混合痔的内痔部分。

禁忌症为外痔、有并发症的内痔(如血栓、感染和溃疡等)以及合并较为严重的内科疾病。

7.4.1.2 注射方法

由于所用的药物不尽相同，因此注射方法有所区别，但其注射的基本操作要点要注意以下几个方面。

(1) 选择适当的体位，一般以左侧卧位为好，病人较为舒适，面操作也较方便。常规的皮肤消毒，铺治疗巾。

(2) 选择适当的麻醉，有些方法可以不麻醉，但笔者认为还是麻醉较好，既可以减

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

轻病者的痛苦，也可以使痔核显露充分。一般运用局部麻醉即可。

（3） 麻醉后，应消毒肛管，首先以肛门镜检查清楚痔核的表现，如痔核的数量、大小、形状、部位等情况，以及痔核周围的表现，做到心中有数，然后再行注射。

（4） 注射时一般应用喇叭口肛门镜下，根据具体情况，适当调整肛门镜的方向或反复进镜，一定要显露清楚痔核。有的方法也可以将痔核脱出肛门外注射，但笔者认为以肛门镜下注射为好。

（5） 注射所用的针头要粗细适中，过粗容易引起出血，过细注射较为困难，一般用5号针头为好，注射器以5ml大小为好，过大易影响视野，也可以用特制的内痔注射工具。

（6） 注射的顺序是先注射较小痔核，然后注射较大痔核，按从小到大的顺序。

（7） 注射的部位应以痔核中心为主，根据痔核的大小适当选择进针的部位，同时有多数方法要注射少量的药物到痔核的上方，即所谓的痔动脉区，以起到阻断血流的作用。

（8） 注射的深浅要合适，一般以痔核的粘膜下层为主，以注射齿线上方为主。

（9） 药物的用量要根据所注射的药物来决定，但原则上应使痔核均匀肿胀，充满整个痔体，痔核表面色泽发生改变。

（10） 注意注射药物时要回抽血液，以防药液入血，引起毒性反应。

（11） 注射后肛门内放置痔疮栓或油纱条。外盖纱布固定。

（12） 注射时一定要注意无菌操作。

7.4.1.3 痔硬化剂注射的不良反应、并发症以及其处理方法

（1） 肛门下坠：肛门下坠是痔注射后的常见症状，多数患者属正常反应，乃由于痔核注药后，痔体肿胀，产生的直肠刺激反应，轻者可以不予处理，重者可中药外洗，运用药膏和栓剂，多能缓解。

（2） 出血：一般痔注射后无明显出血，如出血明显者，多由于注射药物过浅或药量过多引起粘膜表面溃疡或坏死，还应注意是否有血液系统疾病。要根据情况及时处理。可以局部或全身运用止血药物，严重者可以再次注射或手术处理。

（3） 发热：痔注射后引起发热的患者并不多见，一般有两个方面的原因，其一可能是痔注射后局部继发感染或坏死组织的吸收引起，其二也可能是药物本身的不良反应引起，应根据所用的药物来确定。

（4） 疼痛：痔注射术后的疼痛多由于注射时药物注射到齿线以下而引起，以及痔注射后的局部感染而致。

（5） 晕厥：有个别患者痔注射后可能出现突然的晕厥，可能是由于过度紧张，未进食，体力下降以及麻药及注射药物等因素引起。一般平卧休息后可缓解，也可以口服葡萄糖水，必要时可以静脉补液。

7.4.1.4 消痔灵注射法

（1） 适应证：内痔出血、各期内痔、三期内痔发展而形成的静脉曲张性混合痔。

（2） 禁忌证：外痔皮赘。

（3） 药物：消痔灵注射液。

药物配方：鞣酸(由五倍子提取)0.15g，硫酸钾铝4g，枸橼酸钠1.5g，低分子右旋糖

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

酐 10ml，甘油 10ml，三氯叔丁 0.5g，蒸馏水加至 100ml。经过特殊工艺制成的灭菌的水溶液，每支 10ml。

(4) 注射方法：根据内痔发生的原因及其发展的病理特点，采用四步注射法。

在腰俞麻醉或局部麻醉下，病人取左侧卧位或截石位，肛门部常规消毒，通过喇叭口肛门镜显示内痔核，检查内痔的部位和数目，并作直肠指诊，确定直肠动脉的搏动处，然后消毒粘膜，开始注射，第一步注射于内痔核上方的直肠上动脉区，用 1:1 的消痔灵液，(即用 1%的普鲁卡因液稀释一倍)，一般注射 1～2ml。第二步注射于痔核的粘膜下层，用 2:1 的消痔灵液(即用 2 份的消痔灵液加入 1 份的 1%的普鲁卡因溶液)，在痔核的中部进针，刺入粘膜下层作扇形注射，使药液尽量充满粘膜下层的血管丛中，注入药量的多少标志，以痔核弥漫肿胀为度，一般用药 3～5ml。第三步注射于痔核的粘膜固有层，当第二步注射完毕，缓慢退针，退至粘膜层注射药物，一般注射 1～2ml，第四步注射窦状静脉区，用 1:1 消痔灵液，在齿线上方 0.1cm 处进针，注入痔核最下方的粘膜下层，用药 2～3cm。注射完毕，肛门内放置痔疮栓或止血散油纱条，敷料固定。术后无需其它处理。

7.4.2 坏死枯脱法

运用具有坏死作用的注射剂直接注射于痔核局部组织，使痔组织产生坏死，然后逐渐脱落，创面重新修复而愈，目前应用不多，临床上可以见到多种注射药物，如痔全息等药物。

痔全息注射疗法

痔全息注射疗法是在传统的枯痔钉、枯痔散疗法和药线疗法的基础上发展而来的。

(1) 药理作用

快速枯痔和止血作用：枯痔药物所至的组织坏死，一方面是药物直接作用于组织引起蛋白质变性，另一方面是药物作用于血管和血液有形成分，使之形成血栓阻碍远端的组织血液供应，进而促进局部组织坏死，这是大多数枯痔药物的作用机理。痔全息注射后的坏死过程大体如此。但由于痔全息与传统的枯痔方法以及枯脱油、钙剂、奎乌液等多种坏死剂的渐进式坏死过程有所不同，其坏死作用较为迅速，临床上，应用本品浅刺注射后，药物作用迅速，数十秒内注药部位即变紫黑色，药液不向深层渗透，坏死线分明，出血停止，整个治疗过程有结痂形成快，痂皮脱落较慢，创面整齐等特点。

杀菌作用：实验表明，痔全息液具有较强的杀菌作用。

局部止痛作用：动物实验表明，痔全息液有良好的止痛效果。

(2) 适应证

内痔，外痔，混合痔。

(3) 注射方法

内痔的注射：局麻后，肛门松弛，让痔核脱出肛门外，选用 4 号或 4.5 号小针头，5ml 注射器，吸取适量痔全息液，从痔核最突出点进针，针头斜面向上，浅浅刺入粘膜下层，进针后将粘膜轻轻挑起缓缓推药，随着药液的进入，药浸部分即刻变为紫黑色，痔体亦变硬，待药浸面距基底部的正常粘膜约 3mm 时，停止推药，干棉球压进针点片刻，观察针刺处无出血，治疗完毕。用同法注射其它痔核，但一次注射不能超过 4 个，坏死痔核送入肛门内，较大痔核应以丁字带固定，防止脱出。用量：痔全息治疗内痔时，如痔核在 0.5mm 以内，注药量不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

超过0.3ml，直径在1cm左右，注药量在0.5～0.7ml，直径在2cm左右时，注药量在1.0～1.5ml，直径在4cm左右时，注药量在3.0～4.0ml。总量一般不宜超过4ml。

外痔的注射：肛周备皮，常规消毒后，用1%利多卡因作局部麻醉，然后用5ml注射器吸取适量的痔全息液，浅进针入皮下，轻轻挑起，缓慢推药，使外痔皮赘胀满即可。如血栓外痔，以痔体全部变黑色为足量。静脉曲张性外痔，因常常合并内痔，在内痔治愈后即可自行消退或减轻，故一般情况不必注药，也可先在外痔基底部夹一把止血钳，使痔体同正常皮肤分开，然后注药，仍以痔体胀满或变色为足量。注药后3～5分钟内痔核变为暗红色，药浸面距基底部2mm时，停止推药，若使用了止血钳，视痔体全部变色即可放开。

为了促使痔体早日干缩脱落，防止注药局部发生水肿，或药液渗出刺激皮肤，在注射痔全息后可行“快速结痂法”在距钳上平面3mm高处以镍铬针交替使用，一般数分钟内坏死痔体即可脱水、干燥、结痂，检查局部无异常，结痂完整，外敷软膏，敷料覆盖，包扎固定，治疗完毕。

混合痔的注射：局麻后，暴露整个痔体，用5ml注射器吸取痔全息液适量，从外痔部分进针至皮下，穿过齿线，上达内痔部分之粘膜下层，针头斜面向外，轻轻挑起。先注射内痔部分，使之变黑，退针至齿线下，继续推药，使外痔部分也变暗红色，药浸面距基底3mm。用药量同内痔治疗方法，一次注药的痔数目一般不超过3个，如为多个混合痔，可先注射母痔。若同时有炎性外痔，应先行注射。若有静脉曲张性外痔，只注射内痔部分，对外痔部分可用热铍针作星状轻轻切刺，处理至皮肤变白硬即可。注射完毕，为了防止水肿发生和药液因摩擦渗出，对外痔部分可用镍铬针疗法进行快速结痂，处理步骤如前所述。

(4) 治疗反应

注药后部分混合痔患者2天内因局部水肿可有轻微疼痛，不需特殊处理，老年男性患者在截石位12点作内痔治疗时，可能出现排尿困难，一般热敷下腹部可排出。7～12天内痔脱痂修复期，少数患者可见便后手纸带血。

(5) 药物特点

坏死速度极快；脱落速度较慢；一次注射即可；局部疼痛较轻；毒副作用较少。

(6) 注意事项

正确操作，防止出现以下不良现象：如坏死不全、留下残痔、注射过量、刺入太深、药液渗漏等。

7.5 枯切疗法

枯切疗法是指内痔用枯痔注射法同时外痔切除的一种疗法，由李雨农首创，它是治疗痔病的一种中西医结合新疗法，所用注射药物为“新六号注射液”，主要由氯化钙和氯化铵配制而成，其为一种坏死剂，主要作用原理是，注射该药物后，在真皮下和皮下层交界处的大小血管内即有血栓形成，从而阻断远端组织的供应，引起局部的坏死，这种坏死是渐进性坏死，至6、7天才达到彻底坏死程度，血栓形成愈多，坏死就愈彻底，脱落时就出血愈少。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5.1 适应证：内痔和混合痔。

7.5.2 操作要点

麻醉后患者取左侧卧位，常规消毒铺治疗巾，让痔核脱出肛外，用中号弯血管钳夹住齿线稍上部位，左手扶住血管钳，轻轻向外牵拉，另一手持盛有枯痔液的 10ml 的注射器，用 4～5 号针头，在齿线上 0.5cm 处刺入痔核粘膜下层，较浅为好，缓缓将药液注入痔区，使药液上一点扩散至整个痔核内，直至该痔核肿大面有小白点为度，称为低位注射或痔体注射。然后边注射边向外退针，在针头将全部退出之前再注入药液少量，拔针可避免针孔出血。如注射完毕，针眼有渗血、渗液者，推回内痔后即可好转，若出血明显者，可用细丝线结扎之。依同法处理其它痔核。

如果是混合痔患者，在完成上述内痔注射枯痔药物后，出现肛缘有局限性突起，或肛缘极度肥厚，并有明显的皮下静脉曲张，结缔组织增生，女性患者肛缘前后位多形成皮赘者，均属有外痔存在，则宜进行外痔切除。切除时，先酌情决定切口之大小及部位，用血管钳夹住外痔之内侧近齿线处，以剪刀将两侧面皮肤剪成桃形切口，使其尖部恰到肛门边缘稍外，其两侧脚则剪至已注射内痔接近齿线部，相当于桃形之柄，以血管钳夹住尖部皮肤上提，用刀或剪刀沿切口进行锐性剥离，使尖部和外痔体部成游离的皮瓣，明显分离至肛管齿线。然后钳夹游离皮瓣至未注射枯痔液之齿线基部，用 4 号线结扎，切除外痔，使术后肛缘伤口成一裂缝。伤口两侧如有静脉曲张，应用剪刀剪破扩张的静脉，检查有无出血，皮缘对合是否整齐，如有出血，可用细线结扎之，如皮缘对合不好，可进一步修剪整齐。

7.5.3 注意事项

注射时必须严格消毒，注射每个痔核进针前均应消毒进针区 1 次，注射枯痔液至 3 个母痔区在左手食指的控制下注射针尖应始终限于痔核的粘膜下层，宜浅不宜深，深易伤及肠壁肌层，引起不良的效果，注射时应由小及大，以免被注射胀大的内痔核将小的内痔压回肛内而遗漏。注射时，推药应缓慢，其速度以药液从针尖连续点滴而出为准。痔核大的，还可在已注射胀大内痔的最上端再消毒，同上法注射，称为高位注射。使注射呈柱状，禁止扇形注射。注射位置不可低于齿线上 0.5cm。注射位置过低，可使药液向肛缘扩散，造成肛缘皮肤坏死，延长治疗时间。术中如发生如此情况，可在肛缘局限性突起部位，作一放射状切口，剪除肉眼可见之变色组织。

7.5.4 术后处理

单纯内痔术后不需换药，可以正常活动，进食不受限制，手术当天应嘱患者不解大便，对以往有便秘习惯的患者，术后可适当口服润肠通便的药物。若同时作外痔切除的病人，肛门压迫物必须延至 24 小时以后方可取出，便后坐浴，换药。

7.6 痔核压缩疗法

痔核压缩疗法是将痔核压缩注射剂注入痔核内，然后进行痔核压缩的一种疗法。痔核压缩注射剂属于坏死剂范畴，在使用时，要求必须有相应的能控制其坏死剂渗透扩散的手术操作技术相配合，以避免坏死剂在使用过程中造成的不良后果。临床上有多种药物及压缩疗法。常见的有明矾压缩疗法、复方奎宁疗法、痔核压缩疗法、运用微型止血钳的方法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

等。每种疗法所用药物不同，在治疗方法上虽说是各有特点，但基本是大同小异。

其操作的要点是消毒麻醉后，用各种类型的钳夹痔核基底部，然后在痔核内注射坏死脱落药物，再用器械进行反复搓挤压缩，使其痔核脱水结痂，最终达到脱落的目的。注意的事项是钳夹的部位、深浅、多少要适度；注药的浓度和数量要适中；压缩的力量和程度要适合。术后的处置和护理要适当。

7.7 结 扎 法

结扎法是传统的治疗痔的方法，临床上有以下几种。

7.7.1 单纯结扎法

7.7.1.1 非贯穿结扎法

适用于二三期内痔，该法操作较为简单，常规消毒、铺巾、麻醉后，以组织钳将痔核牵出，用止血钳夹住痔核的基底部，7 号或 10 号线于止血钳下结扎痔核，缓慢松钳，逐渐紧线，最后将止血钳拿起，将痔核结扎牢靠，痔核铺入肛内，伤口可填止血粉油纱条或消炎止痛栓剂，敷料固定即可。

7.7.1.2 贯穿结扎法

病人取左侧卧位或截石位，常规消毒，铺巾，麻醉后，消毒肛管，扩肛，使内痔核脱出肛门外，或用组织钳将其牵出肛门外，再用止血钳将内痔核基底部夹紧，并在齿线处剪开一个小口，也可不剪，然后用圆针系 7 号线或 10 号线在止血钳下作贯穿“8”字缝扎，即先从止血钳下方中间一侧进针，从另一侧穿出，将线从痔核上方绕过，再从第一次进针处稍下方进针，另一侧穿出后，由止血钳下痔核下方将两线头拉紧，打第一结后，松止血钳后，再将第二结打紧，可以剪除部分痔核，也可以不剪，将痔核纳入肛内，伤口可填止血粉油纱条或消炎止痛栓剂，敷料固定，手术完成。

7.7.2 分段结扎法

适用于环状痔。

将环状内痔分为几个痔块，在所划分的痔与痔之间的分界线处，用两把止血钳夹起粘膜，于中间剪断，上至痔顶端，下至齿线。用同样方法处理其他几个痔核分界处。最后，用止血钳夹住被分离的痔基底，用丝线圆针在止血钳下方贯穿“8”字形结扎。用同样的方法处理其它痔块。因内痔结扎，肛门静脉和淋巴回流受阻，有时产生瘀血水肿，为了防止瘀血和水肿的发生，可在结扎线下方，向外作 0.5～1cm 的放射状减压切口，使受阻的静脉和淋巴液得以渗出，一般在截石位 3 点、7 点、11 点处原发内痔区各作一个切口，然后将痔核送回，肛门内可放置止血粉铺纱条或消炎止痛栓剂，敷料固定即可。

7.7.3 胶圈套扎法

胶圈套扎法是指通过一定的器械，将乳胶圈套入痔核根部，利用胶圈较强的弹性，阻断内痔的血液运行，使痔核缺血、坏死、脱落，创面组织修复愈合，而达到治愈目的的一种治疗方法。这种疗法是在结扎法的基础上发展而来的，具有操作简单，病人痛苦小，疗效确切可靠的特点，适用于各期内痔及混合痔的内痔部分。胶圈套扎所用的器械称为胶圈套扎器，国内外有多种多样，且不断改进，但大体上可分为两种，一种为牵拉套扎器，一种为吸引套扎器，也可以不用特殊的套扎器，而直接用血管钳进行套扎。因此，归纳起

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

来，临床上有三种套扎方法，简述如下。

7.7.3.1 牵拉套扎法：

所用器械为牵拉型套扎器，可以不必麻醉，常规消毒肛门部皮肤，用喇叭口肛门镜涂以润滑剂，缓慢插入肛内，抽出镜芯，暴露痔区，观察痔核部位及数目，消毒肛管及痔核。左手持套有乳胶圈的套扎器，套扎器的套管口径应与痔核的体积大小相适应，右手持组织钳经结扎器套管伸出，一并经肛镜伸入肛管内，张开组织钳于内痔上部将痔核夹牢，并拉入套扎器的套管内，此时亦可将套扎器上推(左手推，右手拉)，如套扎器内大管前缘已到达痔基底部时，即可收紧握柄，通过轴心起动外套管而将乳胶圈推出，套于痔基底部，张开组织钳与套扎器一起取出，套扎结束。所作痔核同法处理，套扎后肛内涂以油膏，如九华膏等，敷料固定。

7.7.3.2 吸引套扎法

所用器械为吸引型套扎器。准备阶段同上，显露痔核后，直接将套扎器的套管前端对准痔核，连续抠动扳手几次，痔核即被吸入套管内，如果吸入不全，可以再次抠动扳手几次，最后将胶圈推出套扎于痔核基底部，其它处理同牵拉套扎法。

7.7.3.3 血管钳套扎法

取截石位，肛门周围皮肤常规消毒铺巾，局部麻醉后，消毒肛管，先将备好的胶圈套在一把血管钳上，用另一把血管钳夹住胶圈的一侧壁，然后将套好胶圈的血管钳沿着直肠纵行垂直夹住痔的基底部，如为内痔，直接从齿线上 0.3cm 处开如夹住，如为混合痔，要从齿线下 0.2cm 处剪至齿线上 0.3cm 处再夹。然后用钳夹住胶圈的一侧壁拉长胶圈绕过痔的上端，套扎于痔的基底部。将痔核纳入肛内，放置痔疮栓，敷料固定。

7.7.3.4 胶圈套扎的注意事项

胶圈套扎的目的在于通过胶圈的弹性，使痔核局部缺血坏死，因而胶圈的张力尤其重要，所以临床上要选择质量优良的胶圈，才能保证胶圈不能自行滑脱和痔核的如期坏死脱落。

如果套扎混合痔的内痔部分，则要适当处理其外痔部分，也可以在内痔处齿线下方作一小的切口。

如果一次套扎三个以上的痔核一定要作减压切口，以防水肿。

也可以套扎后，在痔核处再注射一定的枯痔液，以促进痔核的坏死脱落。

胶圈一定要套扎在痔核的基底部，如未套在基底部，必须重新套扎。

7.8 临床治疗经验和体会

痔包括内痔、外痔和混合痔，外痔包括静脉曲张外痔、血栓外痔、结缔组织外痔和炎性外痔。但是每种的病因和病理有很大的不同，如血栓外痔和内痔，虽说是都属于痔疮，但病理特点相差甚远，因为古代痔的命名是以部位而言的。故几种痔的治疗不能一言以此蔽之，因此，在临床治疗上，首先是要辨别痔的类型，分清轻重缓急，明白标本先后，再决定治法治则。

内痔的主要症状为出血、脱出，次症有痔痛，肛门潮湿，兼证有许多，如便秘、便溏、肛门下坠、肛门灼热、乏力倦怠、食欲不振等，治疗上首先决定内治、外治或是手术治疗。如内治，则以缓解症状为主，治以止血、消肿、止痛和祛湿。临床上有多种治法，最常见的有清热散风凉血、清热利湿消肿，补中益气升提，笔者认为，外科病有其外科特

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

点，临床辨证不能只注意全身症状及舌苔脉象，局部表现更为重要，因此，出血为主者多见于风热，疼痛为主者多见于湿热，脱出明显者多见的气虚，因而在用药中一定考虑局部症状，同时也要结合局部辨证，如痔核鲜红、暗红、水肿、出血点有无等。临床用药以辨证分型为总则，根据局部表现决定加减，止血的药物常用的有地榆、槐花、仙鹤草、白及、鸡冠花、茜草根、景天三七等，止痛的药物常用的有延胡索、徐长卿、白芷等，补益的药物常用的有人参、黄芪、甘草、当归、茯苓等，升提的药物常用的有柴胡、升麻等，祛湿的药物有黄芩、黄柏、苦参、龙胆草、秦艽、苍术、牛膝、佩兰、石菖蒲，清热的药物常用的有金银花、连翘、蒲公英、鱼腥草、白鲜皮等。此外，在内治的同时，配合外治法疗效更好，一般来说，内治以治本为主，外治以治标为主，相互结合，标本同治。如果保守治疗后效果不好，或者反复发作，可考虑用其它方法，诸如注射法，结扎法等，一般来说，单纯内痔以内痔硬化剂注射方法为好，作者认为，内痔注射药物首选消痔灵，如注射后仍无效或再复发者，可用结扎疗法，或者手术。

关于外痔的治疗应以外治为主，首选熏洗法和外用软膏，如要根治可选用适当的手术方法治疗。如为混合痔，可以考虑先治疗内痔，外痔用外治法，严重者要采用手术治疗。

内痔的治疗方法较多，临证时，首先要考虑的是选用何种方法，保守治疗还是手术治疗。如采用保守疗法，再决定是内治还是外治，内治要根据病情辨证治法，外治以熏洗，栓剂和软膏较为常用。如决定手术时，要根据病情选用恰当的手术方法。不能无论什么情况，只用一种手术方法，目前，大多数情况是一个医院一种方法，不是一个病情一种方法，笔者认为手术方法也应辨证施用，根据痔的分类分期分型以及内痔外痔的分布情况来决定所采用的方法。

7.9 痔变证的治疗

痔的变证主要有痔嵌顿，即内痔脱出肛门外，不能回纳肛内，受到括约肌的夹持，静脉回流受阻，使脱出的痔核充血水肿，痔核体积增大，血栓形成，部分痔核坏死，继发感染。出现局部疼痛、肿起、糜烂、坏死、分泌物多、甚则全身发热恶寒、饮食不振等症。临床治疗以清热利湿解毒消肿为主，常用方药为黄连解毒汤合萆薢渗湿汤加减，药物有黄连、黄柏、黄芩、萆薢、茯苓、川芎、当归、赤芍、苦参、黄柏、牛膝、延胡索等，一定要配合熏洗和外涂软膏，必要时运用抗生素治疗，如情况允许，亦可手术治疗。

7.10 西医治疗撮要

西医治疗多以手术为主，如不能手术者，亦采用保守治疗，常用的西药有痔根断，痔脱消等。但是，目前由于中西医结合方法的广泛应用，有些方法很难区分中医还是西医，故把手术法列于西医，其它方法归于中医外治法。常见的手术方法有以下几种。

7.10.1 外痔的手术疗法

(1) 结缔组织外痔切除术：左侧卧位，常规消毒、铺巾、局部麻醉后，用止血钳将外痔提起后作梭形切除，如为环状外痔或外痔较大者，在切除的同时要注意保留足够的肛管皮肤，梭形切口要延长至肛缘外 1～2cm，以便于引流，修整创面、皮缘后，伤口放置引流油纱条，敷料固定。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 静脉曲张外痔剥离术：左侧卧位，常规消毒、铺巾、局部麻醉后，在痔核隆起最明显处，作一长 2cm 的放射状梭形切口，剥离切除切口下及两侧创缘皮下的曲张静脉丛。如为环状者，可采用多个放射状小切口力求将静脉曲张团块剥离切除干净，其余处理同上。

(3) 血栓外痔剥离切除术：左侧卧位，常规消毒、铺巾、局部麻醉后，在血栓外痔正中部作放射状切开皮肤后，常可立即见到呈青紫色的血栓，血栓有为单个者，也有为多个小血栓同时存在者。一般将血栓连同其包膜一同切除，也可在血栓顶部作一放射状切口，以手指将血栓块挤出，如不能将血栓完全摘除，仍遗留部分血栓者，术后疼痛肿胀往往不能缓解，故术中必须仔细检查，务求将血栓剥离干净。

7.10.2 内痔及混合痔手术疗法

(1) 外剥内扎术：麻醉后，肛门部常规消毒，铺治疗巾，消毒肛管直肠，充分扩肛，使内痔全部暴露，在外痔部分，先作“V”形切口，注意保留肛管皮瓣，用组织钳提起“V”字形皮瓣，将皮瓣下方的外痔静脉丛剥离至齿线处，然后用止血钳夹住内痔部分的基底部，注意保留适当的齿线部分，止血钳应向上多夹住一些粘膜，避免内痔因粘膜松弛而术后脱出，在止血钳的内痔部分的正中，用丝线圆钳作贯穿结扎，剪去外痔和被结扎的内痔部分，修剪皮缘整齐，使肛缘皮肤呈开放性放射状切口，检查无出血，创面及肛门内，放入油纱条，敷料固定。

(2) 外剥内注术：麻醉后，肛门部常规消毒，铺治疗巾，消毒肛管直肠，充分扩肛，使内痔全部暴露，同外剥内扎术，对于内痔核较小者可以不与结扎，而直接注射消痔灵注射液，注射方法如前所述。

(3) 环状混合痔分段结扎术：麻醉后，肛门部常规消毒，铺治疗巾，消毒肛管直肠，充分扩肛，使内痔全部暴露，首先根据痔核的多少、大小及与齿线、肛管、肛缘的关系，决定痔核分段以及保留肛管皮桥、粘膜桥的部位和数量。一般保留 3～4 条肛管皮桥、粘膜桥。每条肛管皮桥的宽度不小于 0.5cm，粘膜桥的宽度不小于 0.2cm。肛管皮桥与粘膜桥应尽可能保留在痔核自然凹陷处，并呈较均匀地分布。使痔核下端分离及结扎顶点的连线均呈齿形。由于保留了肛管皮桥、粘膜桥，进行了齿状分离结扎，这对避免肛门狭窄、肛门松弛、粘膜外翻后遗症有重要的作用。手术时，先将设计的一个痔核，在内痔部分根部痔动脉区，用圆针细线贯穿结扎内痔顶端的直肠上血管。再在相应的外痔部分作放射状的梭形切口（肛管内切口应平行于肛管）。若外痔部分为静脉曲张，可作潜行剥离，尽量减少对正常肛管皮肤的损伤。分离至齿线上 0.5cm，用一把弯钳将内痔基底部夹住，用已贯穿结扎痔动脉的丝线将内痔结扎，剪去结扎后的大部分痔组织。同法处理其它痔核。然后修剪创口皮缘，并可将切口适当向肛外延长，以利引流，术中如有血管出血，予以结扎。对于肛管较紧缩的病人可在后正中切开内括约肌下缘。术后用一小条凡士林纱条置入肛内，覆盖创面。

(4) 内扎悬吊与外剥内扎悬吊术：主要适用于老年内痔或混合痔伴有内痔粘膜松弛脱垂的患者，手术要点是先将痔动脉行高位结扎，内痔贯穿结扎切除，其结扎线与痔动脉结扎线打结，可使直肠粘膜向上悬吊与短缩。在结扎处作肛管皮肤减张切口，一次要同时切除 3 个痔核。如为混合痔则在高位结扎痔动脉后，再“V”形剪开外痔基底部皮肤，从内括约肌浅面剥离外痔静脉丛至齿线上方，尽量保留 Treitz 肌完整，连同内痔一起结扎切除和悬吊。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(5) 外切内扎悬吊缝合术：麻醉后，取截石位，先检查内痔，痔与痔之间有粘膜相连时，先进行内痔分颗。两个痔间用蚊式钳钳夹，中间剪开，切口顶端用4号丝线连续缝合。对较大的外痔，先使其明先突起部分处于自然状态，以痔与痔之间的自然界线为切口，进行“V”字形切开，切至皮下，进行分离，进入肛管处改为，“∧”字形至齿线，使齿线处切口构成“< >”形。用中弯或痔核钳纵行(与直肠纵轴平行)夹住内痔，用7号线作“8”字缝扎，先结扎外侧再结扎内侧，终结打在内痔顶端，结扎线不剪断，再分别穿上针，在用拉钩扩大肛门，用止血钳向外牵拉已结扎的痔核时，可见其上方相对的直肠粘膜隆起，在此隆起上向上作连续缝。根据粘膜松弛程度缝扎两至三针，针距在1cm内，然后与另一端结扎线结扎，此结必须打在粘膜的顶端，且有扎牢，否则不能自然脱落，该方法既能使结扎的部位上提，又能使松弛的粘膜紧缩。对于稍有突出的静脉曲张型混合痔可不作外切，直接内扎悬吊即可。接着缝合外痔部分的全部切口，缝合时注意组织对齐，肛管内的结扎线不必拆线，能自然脱落，肛缘外的组织全层缝合，缝合时根据伤口情况行间断缝合或外翻褥式缝合相结合。术后注意止血，指诊检查肛管或直肠粘膜是否狭窄或悬吊后粘膜与粘膜之间是否过紧和出现线样横行隆起，如有此种情况行扩肛法撕开过紧部分，用中食指伸入肛门6～7cm，能轻快地容纳2指，扩大展两指后又紧缩及抵抗感即妥。剪断结扎线与缝合线，结扎线应长于肛外，以作为日后判断脱落的标志。肛内放入油纱条，敷料固定。

(6) 外剥内扎保留齿线术：对于内、外痔均等大小的混合痔，先用止血钳夹于内痔部分的基底部，稍向外拉，在痔动脉区以肠线贯穿缝扎两针，继则以丝线在止血钳下作“8”字形贯穿，将同痔部分结扎，注意结扎线的下缘当在齿线上方0.5cm处，勿损及齿线，再以止血钳夹持肛缘外的外痔部分皮肤，用手术剪做一长约1.5cm的放射状切口。痔核较大者，切口可适当加长加宽。在切口上缘，作线状切口向肛管方向延伸，至齿线下约0.5cm处，牵开两侧皮肤，将外痔组织潜行剥离，并切除之。术中勿损伤齿线，且尽量保留肛管皮肤。若混合痔长期脱出，肛管皮肤冗长，术中在修整皮缘时，可切除多余的肛管皮肤，要求肛管皮肤既有足够的周长，又能在覆盖组织时显得平整。然后先在齿线下1cm肛管皮肤处以缝合所对准内括约肌下缘贯穿缝扎一针，务必使此处被游离的肛管皮肤固定于内括约肌下缘，其意在重建内括约肌间沟。最后间断缝合下方切口，缝合时不留死腔，进针出针尽量靠近皮缘，结要扎紧，线头留1cm左右。外痔创口的缝合线7～10天可自行脱落不必拆线，内痔部分的结扎线8～13天脱净。此法可一次施行3～4个内痔，若为环状混合痔可将其分为4个方位，分别依上法处理。

(7) 痔结扎切除术：患者取左侧卧位，局部常规消毒铺巾，七点直刺点状长效麻醉，消毒肛管，用组织钳分别将痔块牵出，一般分为3～4组，于后正中位切开皮肤3cm，上界距齿线0.5cm为起点向外延伸，切口呈斜坡状外浅内深，深度以切断栉膜带及部分内括约肌为度，然后在齿线处固定缝合一针，于切口外缘皮肤处缝合一针，以无出血为度。然后在牵出的痔块上方约0.5～1cm用10号丝线横向缝合1针，牵起痔块（包括外痔部分），将丝线从两侧环绕结扎，观察局部无出血后，依次结扎各组痔块。以食指检查肛门大小及粘膜、皮肤松紧情况，最后每组痔块注射枯痔液。油纱条敷料固定。

(8) 低位结扎法(Milligh-morgan, 1937)：麻醉后，充分显露痔核，用血管钳夹住母痔核末端部向外牵拉，使痔核间粘膜充分暴露，在外痔部分，先作“V”形切口，注意保留

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肛管皮肤，用组织钳提起“V”字形皮瓣，将“V”字形皮瓣下的外痔静脉丛剥离至齿线上方，然后用止血钳夹住内痔部分的基底部，由痔基底部进针，穿越内括约肌下端，由痔顶部中心出针，结扎半侧痔核。再用线同法结扎另半侧痔核。剪除已结扎痔核的线上部分，使肛管和皮肤部创面开放。外盖纱布加压固定。

(9) 高位结扎法(隅越正男,1970)：这个术式的特点是将痔核一直剥离到其根部，深达内括约肌，然后在其根部结扎。

(10) 内痔分段缝扎术(A·EL-Meguid Farag 1978)：麻醉后，充分暴露内痔核，消毒后，以痔核钳(或大弯血管钳)顺直肠纵轴方向于痔核基底部夹住，以小圆针用 1/0 或 2/0 肠线穿过血管钳顶端下的内痔核粘膜，以阻断痔上血管；第二针于钳下穿过内痔末端齿线部粘膜，以阻断内外痔血管丛之交通；第三针于前二针之中间部位穿过，去除血管钳，三针缝线分别打结，扎紧痔组织，这样阻断了内痔核上、中、下三部的血流。如有外痔一并切除之，外痔切口开放，以利引流。本法不仅 3 个母痔可一次缝扎，较大子痔亦可同时缝扎。本疗法之特点是既保留了部分痔组织的小血管侧支供应，从而防止了局部缺血坏死，同时又阻断了主要痔血流，从面使痔的血流减少，痔核萎缩，最后达到痔萎缩消失之目的，并减少了发生继发感染和大出血的危险。如痔核过大，可增加一针，但针间相距 1～1.5cm 为宜，过密易引起痔组织坏死。

(11) 切除缝合术

① 切除全缝合术(Ferguson clinic,1995)：先用血管钳夹住混合痔最突出处，向外牵拉，再在肛缘外将外痔放射状切开剥离，一直至内痔顶端，再用血管钳夹住其根部，“8”字形贯穿缝扎，切除被结扎之痔核，再用肠线纵行连续缝合全部创面。

② 粘膜下切除缝合术(Parks,1956)：特点是于粘膜下切除痔核，有利于早期愈合，防止肛管狭窄。方法是在痔核粘膜及皮下用含有肾上腺素的普鲁卡因溶液浸润麻醉。呈网球拍形切开痔粘膜及肛管皮肤，沿切口仔细剥离痔组织，由外向内使痔组织与内括约肌分离，在痔根部用细肠线结扎，剪除痔体后再将两侧粘膜及部分皮瓣复位遮盖创面，用肠线缝合。皮肤部创面开放，术中保留了 Parks 韧带，肛门功能损伤较少。

③ Stone 法(1916)：常规消毒麻醉后，用组织钳先在肛缘处将外痔部分夹位提起，向外牵拉，充分暴露内痔部分，用 2/0 号肠线在内痔基底部动脉搏动处贯穿结扎，再用弯血管钳夹住内痔基底，将止血钳上的内痔切除，然后用丝线将切除的内痔的粘膜创缘连续缝合至齿线，外痔部分作椭圆形切除，皮下组织缝合，肛管和肛缘外的创口开放。

④ Bacon 法：将内外痔用血管钳放射状纵行夹住，沿钳下将皮下组织及痔静脉与肛门括约肌分离至齿线，在止血钳上切除内痔部分，用 2/0 号肠线在止血钳下，连续褥式缝合齿线以上粘膜创口，切除外痔后的创面开放。

⑤ Turell 法(1952)：手术操作同 Bacon 法，不同处只是内痔部分切除后，围绕止血钳上下作连续贯穿缝合。

⑥ 高野正博法(1989)：首先将外痔用小血管钳夹住，用手术刀切开皮肤提起血管钳，一边保留皮下的 Treitz 韧带，一边向上方剥离。到达肛管内时，切除肛门上皮的幅度要小，也同样一边保留 Treitz 韧带，一边切除痔组织，至内痔部分时，再次扩大切除的幅度，因为在此处存在着伸展了的 Treitz 韧带及衬垫，也有一边保留 Treitz 韧带和衬垫，一

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

边挤压碎或剥除痔静脉丛。再向上方，切除幅度再次变小，最后残留直肠上动静脉及多少不等的周围组织与粘膜，将该部分用铬制肠线作三重缝扎。

（12） 痔环切术

① Whitehead 术：患者取截石位，麻醉后，肛门直肠常规消毒，肛门松弛后，在齿线上 5cm 外环形切开粘膜，然后逐步分离直肠下端粘膜使成一粘膜袖，在分离时要将静脉丛同时从粘膜下层分离下来并加以切除，切除较长的部分粘膜袖，再将粘膜袖均匀地拉下，使粘膜袖下缘与齿线上 5cm 外的切口上缘对合整齐，再用 0 号铬制肠线缝合。术中要注意彻底止血，术毕可在肛管内常规塞入一个包有硬质排气胶管的凡士林纱布卷，外盖敷料。

② 改良环切术：体位、麻醉、消毒同前，术时将合适的软木塞插入肛门后，并向外拉 2～3cm，使全部痔核脱出，并附于软木塞圆柱体上，接着用一排大头针将痔核环状固定于软木塞上，针距 1cm。持稳软木塞，于齿线上 0.5～1.0cm 的粘膜上做环形切口，切开分离粘膜下层，将痔静脉丛剥离，与肛门外括约肌分离，并将外括约肌向上推开，显露贴于软木塞上的直肠“粘膜袖”，各出血点分别缝扎之。稍稍拉紧软木塞，但勿使滑出肛门，然后在“粘膜袖”的最高点，内痔基底上方在环插第二排大头针（或用粗丝线加以环形缚扎），两排大头针之间相距 2.5～3.0cm。在第二排大头针的下方 0.5～1.0cm 切断“粘膜袖”。并边切边拔除上排大头针，边缝合上下两粘膜之切缘。为便于切断“粘膜袖”时的切口整齐，及防止软木塞因切断“粘膜袖”会滑脱而影响操作，可先于上、下、左、右“粘膜袖”上各切一小口，使分成 4 个象限，并用 1 号丝线将以上 4 个小切口之粘膜皮肤切端各间断缝合数针，以作支持牵拉，然后在相邻两支持线牵引下分别在 4 个象限上将“粘脱袖”切断，并用 3/0 或 2/0 肠线将痔的上下粘膜切断端作间断缝合，这样上下切端较易对齐，各缝针间隔 0.5～1.0cm 为宜，如有出血可以加缝 1 针。

8 疗效评定

8.1 内　　痔

治愈：症状消失，痔核消失或全部萎缩。

好转：症状改善，痔核缩小或萎缩不全。

未愈：症状和体征均无变化。

8.2 外　　痔

治愈：症状消失，痔消失。

好转：症状改善，痔缩小。

未愈：症状及体征均无变化。

8.3 混 合 痔

治愈：症状消失，痔消失。

好转：症状改善，痔缩小。

未愈：症状、体征均无变化。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9 调摄护理

9.1 加强体育锻炼

中医认为，疾病的发生，关系到邪正两个方面，邪气是导致疾病发生的重要条件，而正气不足是疾病发生的内在原因和主要根据，正如《内经》所述："正气存内，邪不可干"，因此，增强体质是人体提高正气抗邪能力的关键，经常参加锻炼身体，能增强体质，减少和防止疾病的发生。对于从事脑力劳动的人尤其重要，对于久站、久坐的病人，要尽量安排时间活动下肢和臀部肌肉，促使气血通畅，减少局部所滞血瘀。锻炼身体的方法很多，可根据个人的具体情况适当选择一些体育活动，如做操、跑步、打拳、球类、游泳等；也可以运用气功、导引等方法，如"五禽戏"、"八段锦"等。

9.2 保持心情舒畅

人们的精神情志活动，与人体的生理功能和病理变化有密切的关系。突然强烈的情志变化和长期、反复的精神刺激，可以使人体气机逆乱，气血阴阳失调而发病。同时，情志刺激也可以使人体的正气内虚，招致外邪致病。而且，在疾病的过程中，情志波动又能使疾病恶化。所以心情舒畅，气血和平有利于恢复健康。正如《素问·上古天真论》所说："恬惔虚无，真气从之，精神内守，病安从来。"因此，尽管人们处于复杂的人际关系中，各种各样的事情均可成为不良的情志刺激，引起疾病的发生，所以，必须十分重视心理修养和情志调节，保持心情舒畅对于预防各种疾病的发生具有重要的意义。

9.3 注意饮食调理

古人云："民以食为天"，饮食是人类生活和保持健康的必要条件，但是，饮食失去规律，也会导致各种疾病的发生。对于痔病的发生和发展，饮食因素具有重要的意义，正如《素问·生气通天论》所云："因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔"。因此，饮食调理对于痔病的预防至关重要。主要体现在以下几个方面：第一，少食刺激性食物，诸如胡椒、辣椒、芥末、葱蒜等；少饮酒。第二，多食水果、蔬菜、多喝开水。第三，饮食不宜过分精细，要食五谷杂粮，荤素搭配。第四，饮食要有规律，不可过饱过饥。第五，要注意饮食卫生，同时要注意防止饮食时吞人异物。

9.4 调整劳逸起居

劳逸，包括过度劳累和过度安逸两个方面，正常的劳动和体育锻炼有助于气血流通、增强体质。必要的体息，可以消除疲劳，恢复精力，不使疾病的发生。如果过劳和过逸皆可导致疾病的发生。正如《素问·上古天真论》所言："其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。"就痔疮的形成和发展而言，也与过度劳累有密切关系，包括劳力过度与房劳过度。因此，预防痔病的发生，要注意劳逸结合，起居有常，适当休息，合理工作，同时要尽量避免久站、久坐、久行，不要久居潮湿之地，不能房事过度，尤其是发病和治疗期间。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9.5 促进正常排便

因为痔是发生在肛管局部，所以排便功能的正常与否对于痔疮的形成和发展尤其重要，主要注意以下几点。

（1）了解排便动作

所谓排便动作是指大便时粪便从肛门排出的一系列动作，这些动作是一种复杂的反射过程。开始先吸气，然后闭气，暂停呼吸以增加胸腔内的压力，接着膈肌下降，腹肌收缩，腹内压增高，使直肠内粪便从肛门排出，这就完成了一个排便动作。稍事休息，上部位的肛管内的粪便再进入直肠又开始第二个排便动作。正常人每排便，多数经过2~3个的排便动作即可完成。部分人只经过1个排便动作也可完成，如无不适，亦为正常。

（2）掌握排便要点

第一，注意在排便感明显时立即如厕。第二，按照排便动作规律进行排便，即前一个排便动作完成后，稍事休息，等产生第2次排便感时，再作第2个排便动作，切不可在两次排便动作的间歇期强行排便。第三，不可蹲厕过久，实际上排便动作所需时间极短，2~3个排便动作约1分钟，如果超过3~5分钟后，仍无便意，应停止大便。第四，排便时不宜用力过猛，以免损伤肛门局部，应缓慢增加力量。第五，老年人由于肌肉松弛无力，常常感到排便困难，可用手在左下腹部按压，协助粪便向下运行。也可以在肛门左右两侧向上方按压，有利于粪便排出。

（3）防止大便秘结：第一，调整饮食结构，多食粗粮杂食，多食蔬菜水果，多饮水，少食精细食品。通过饮食调节来防治大便秘结是简单易行的方法。首先注意饮食量，只有足够的饮食量，才能刺激肠蠕动，使粪便正常排出体外；其次是注意饮食的质，主食不宜过于精细，注意经常吃粗粮杂粮，因为粗粮杂粮消化后残渣较多，可增加对肠管的刺激，利于排便。副食要注意多食含纤维素质多的蔬菜，因为纤维素不易消化吸收，可增加粪便的体积，提高肠管内压力，促进肠蠕动，有利于排便。同时，要注意多饮水，特别是重体力劳动者，水分消耗多，更应及时饮水。第二，建立良好的排便习惯，排便要定时，不要经常抑制排便感，不要排便时读书报。第三，适当体育活动。第四，及时治疗与便秘有关的其他疾病。

（4）便后肛门保护：便后的肛门保护，对于预防痔的发生很有必要。具体方法有：第一，收缩肛门，排便时肛门舒张，便后自然闭合，这是肛门的正常功能，因而可以利用这种生理现象有意识地做3~5次肛门收缩，可增强括约肌功能，消除其疲劳。第二，还纳肛内物，如已有一些肛门病，便后有肛内物脱出，应即时还纳，以防组织水肿，感染而加重病情。第三，按摩肛门，肛门按摩可改善局部血液循环，对预防痔的发生有积极的作用，可采用两种方法：每次大便后用软纸在肛门部按揉，可按顺时针或逆时针方向交替按摩10~20次，按摩后配合肛门收缩。也可以每晚清洗肛门后用湿毛巾在肛门部按摩数分钟。第四，坐浴，便后用热水坐浴，既可以洗净肛门皮肤皱折内的污物，也可以促进局部血液循环，对保持肛门部的清洁和生理功能有重要作用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

10 康　复

10.1 饮食康复

10.1.1 药茶

(1) 绿茶1g，菱角60g，薏仁30g，后两味加水600ml，煮沸30分钟，加入绿茶，分3次服，可复煎续服，每日2剂。

(2) 将红茶代替白开水饮用，同时炖服吉林红参9g，加猪瘦肉少许，每周2次，中午服用。

(3) 玄参15g，麦冬10g，甘草10g，桔梗10g，茶叶5g。将原药烘干，研末，分装成袋，每袋10g，每日3次，每次1袋，代茶饮。

10.1.2 药酒

(1) 蜀葵花酒：于夏秋季采花，置阴凉通风处阴干。取紫色蜀葵花4g放入白酒500ml中，密闭浸泡6小时后备用，每次空腹服20ml。

(2) 将白酒100ml，红糖100g，放入铁锅内熬成褐色糖稀状，分4次用开水冲服，每日早晚各1次。

(3) 丝瓜烧存性，研末，米酒送服。每次6g。

(4) 取泥鳅100g，黄花30g，将泥鳅洗净，合黄花加米酒1杯，加水炖服。

10.1.3 谷物果茶

(1) 猪大肠头2个，萝卜250g。水煎腹，每日2次。

(2) 用苋菜头煲猪大肠。

(3) 六角仙、鸡铃花、鹿衔草、川芎与猪大肠同煮食用。

(4) 苦参60g、鸡蛋2个、红糖60g。用法：先将苦参浓煎去渣取汁，再放入鸡蛋和红糖，待煮熟后去壳，连汤一次口服，每日1剂，4剂为1疗程。

(5) 炙黄芪30g、西洋参3g、童子鸡1只(约1000g,将童子鸡杀死脱皮去内脏,参、芪填入鸡腹,加盐少许清炖,熟烂后连汤一起服下,每周2次,连服2周。

(6) 将鳝鱼约250g左右，剖腹去内脏，剔去骨头后，用菜油炒熟加入食盐、酱油、味精即可食用。

10.2 功能锻炼

通过肛门功能锻炼，可以促进局部的血液循环，减轻痔静脉的瘀血扩张，增强肛门部的抗病能力，促进痔疮的恢复，阻止疾病的进一步发展，因此对于痔术后的康复有重要意义。

(1) 导引法：左下肢足部踏地，右下肢屈膝，两手抱住右膝关节下方犊鼻至足三里部位，然后两手及双上肢用力使右腿膝部尽量向身躯牵拉，稍停片刻，后进行调换，右下肢足部踏地，左下肢屈膝，连续操作28次。

(2) 肛门舒缩法：患者自行收缩肛门5秒钟，再舒张5秒钟，收缩肛门时深吸气，舒张肛门时深呼气，如此连续5分钟，每日2~3次。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(3) 提肛运动：连续有节奏地做下蹲—站立—下蹲动作，下蹲时呼气，肛门放松；站立时吸气，肛门收缩。每次半分钟到1分钟，每日2~3次。

(4) 体疗九法：

① 松身提肛法：仰卧，两腿交叉，全身各部高度松弛，不要紧张用力。接着臀部和大腿用力夹紧，同时肛门如忍大便状，缓缓用力上提，两腰亦作成向下与床相接触状弯腰，这样全身放松与提肛交替进行，根据健康状况可做10~30次，然后可配合呼吸运动，提肛时吸气，全身放松时呼气。

② 骨盆高举法：仰卧屈膝，使脚跟靠近臀部，两手放在头下，以脚掌和肩部做支点，使骨盆举起，同时收提肛门，放松时骨盆下放，熟练后亦可配合呼吸，提肛时吸气，放松时呼气。

③ 腹肌旋转法：仰卧，两腿自然伸展，以气海穴为中心腹肌做成旋转动作，顺时针旋转20~30次，再逆时针旋转20~30次。先顺后逆地旋转。此势练时臀、腰等处配合则较易进行。

④ 双臂上举法：仰卧两臂放躯干旁，全身放松，两臂上举，同时吸气，手掌举至头上时，要正好将气吸完，两臂在身前放下还原，同时配合呼气，此势可连续作6次。

⑤ 叉腿站坐法：两腿交叉坐于床边或椅子上，全身放松，两腿保持交叉站立，同时收臀、夹腿、提肛、坐下还原时全身放松，可连续做20~30次。

⑥ 站式交腿法：站式两腿交叉，收臂、夹腿、提肛、两腿仍保持交叉，全身尽可能放松，如此反复，一般20~50次。

⑦ 收臀击腹法：站立两腿交叉，收臂、夹腿、提肛，同时吸气，待气吸满后，两拳轻提轻击小腹部，同时呼气，如此击腹20~40次，注意击腹的力量一定由轻开始，慢慢加重，千万不要在开始几天时间用力叩击，叩击时如果腹部感到不适，说明用力过大，要减轻些，孕妇禁用此法。

⑧ 握拳鞠躬法：两腿并拢，两拳松握，自胸前两侧上提至乳部，同时抬头挺胸吸气，气吸满后，上体成鞠躬状前俯，同时两拳变紧握，沿两腋旁向身体后下方伸出，并随势作深呼吸，如此连续6次。

⑨ 举臂呼吸法：两腿并拢，两臂自左右侧上举至头上方，同时两脚跟提起作深呼吸，此势可连续作6次。

10.3 气功康复

10.3.1 化痔功 不论内痔外痔，皆因邪滞命门、腰阳关、长强，使气机失调而致，练化痔功可以化解，此功分为四法。

(1) 采阳排邪法：就是采太阳之精气，打开邪滞诸穴，排除邪气的方法。每天上午八九点钟，背对太阳，自然站立，周身放松，自然呼吸。吸气时，意念从邪滞诸穴吸进太阳精气，吐气时，意念将邪气呼出。这样吐纳10多分钟，感到邪滞之穴有热感，周身欲汗为度。

(2) 拍打贯气法：采阳排邪后，两手慢慢抬起于丹田前，掌心向上，腹式呼吸，徐徐吸气，并意念阳气从劳宫进入邪滞诸穴。下腹鼓起，邪滞诸穴有热与膨胀感时，两手慢慢伸到命门，由轻到重地拍打。当吸气到不能再吸入时，徐徐吐气，呼向下丹田，两手收

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

回，捧住命门稍守一会，再做第二次。一直拍打贯气使邪滞诸穴有微汗时为度。注意从劳宫吸气到命门要收阴提肛，不要追求内气运行路线。内气在体内运行，有它固有的路线。坚持这样练，症状就会减轻。

（3） 通便法：通便不用服药，每次大便前喝一杯开水，喝水前，稍入静放松，每喝一口徐徐吞下，意念开水的热气流经脊柱内侧，过命门，腰阳关，长强到肛门，对许多患者来说，通便效果胜于吃药。

（4） 止血法：大便时不要硬挣，稍微入静放松，要顺脊柱往大脑提。这样解大便又快，又不致出血。

10.3.2 小周天功 每天晚上坐在床上练功，取双盘腿，先调匀呼吸，然后意守丹田片刻。再将气慢慢引向会阴、尾闾、命门、大椎、百会、天目、承浆、中丹田至下丹田。练功时间以早、晚为最佳。

10.3.3 五式梅花桩疗痔功法 患者取仰卧位，头垫高，全身舒松自然，舌抵上腭，双目微启，一志凝神，意守丹田，自然呼吸。功法分四式：

（1） 提肛：吸气时用全力提肛，意念导引气上行，尽量使会阴和丹田相接；吸气时松肛，肛门与丹田一起松弛，一紧一松，反复做 27 次。

（2） 揉丹田：意念放在两手劳宫穴，将两手搓热，左手压住右手，按于丹田，作逆时针方向揉腹 8 次。

（3） 通阴阳：两手中指相叠。点按百会穴一分钟，意守丹田，呼气时提肛，吸气时松肛。

（4） 和带脉：取盘坐位，两手身前相握，两少商穴相接，上身自左向右转 9 次，复自右向左转 9 次，自然呼吸。

10.3.4 红砂手 练习时身体正直，目视前方，两脚分开同肩宽，两手自然贴于两腿外侧，十指朝前，排除杂念，思想集中于呼吸上，然后以腰为轴，双掌从两侧平举，再缓慢放下，交叉于体前，接着，取逆式呼吸，鼻吸鼻呼。吸气时唇轻闭，舌抵上腭，收腹扩胸，气沉丹田；同时上身向左转 90°，双臂向上，向外划弧，再架于头项上，掌心向上，十指相接，同时两膝微屈，十趾抓地，提肛。呼气时舌尖放下，凸腹收胸，以意使气流沿任督脉进行，并使丹田之气贯达两掌；同时两臂向下、向外划弧，再置体前交叉，松肛；如有矢气时，要像忍大便样忍去，不能漏气。向左转一呼一吸后，再上身向右转 90°，动作和向左转相同。提肛、松肛，以增大括约肌的运动量，反复进行，对治疗痔疮有直接作用。一般呼吸数次后，气贯小臂与两掌，小臂变硬，掌感酸麻，肛门四周有热感觉，大腿两侧有两股暖流直下涌泉，甚至腿臂颤抖，两臂向两侧平举时，手腕和肩关节发出响声，肠鸣和打嗝跟踪而来，尤以双掌托天时反应最为强烈。

10.3.5 柱中提肛功

（1） 提肛功：两脚分开，与肩同宽，脚尖微内扣，两膝微屈，并微内扣，使裆圆。两手自然下垂，身体中正，全身放松，调匀呼吸，舌尖抵上腭，目光由远及近，轻轻闭上，意守丹田，吸气时两膝慢慢伸直，两手用力握拳，两肩顺势上耸，牙关紧闭，同时腹部内收，肛门内缩上提，如忍大便状，稍停，呼气时两膝屈曲，下腹部充气，两手放松还原，如此反复练 36 次。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 下行吐纳功：仰卧位，头垫低枕，两下肢伸直，两手置于身体两侧。口眼微闭，思想集中，大脑入静，调匀呼吸。先吸一口气，然后呼气时，左下肢先屈曲，足稍抬高，再吸气，左下肢伸直还原，再换右下肢照上式做完为一次。以每分钟 5～8 次为好，练 5～7 分钟，再静息 30～60 秒，收功。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病名研究

有关痔病名的研究虽说很多，但是，无论是在西医还是中医方面，关于痔的病名目前尚无统一的定义。传统上对于痔的概念是“痔是直肠末端粘膜下和肛管皮肤下的直肠静脉丛发生扩大、曲张所形成的柔软的静脉团”。《中医外科学》六版教材，黄乃健主编的《中国肛肠病学》中皆如此说。国外，Bacon 认为，痔是痔静脉一根或多根曲张性扩张。Buie 认为，痔是直肠下端粘膜下或肛管下及肛门缘皮肤下，曲张性静脉聚积成的肿块。Huoocrates 认为痔是直肠粘膜的血管瘤。但是，以上概念尚存有一定的问题，第一，本定义从字面上的含义来讲只包括了内痔和静脉曲张性外痔，没有把结缔组织外痔、血栓外痔和炎性外痔包括在内。第二，新的痔病因学说认为痔是正常的衬垫组织下移而形成，并非是扩大曲张的柔软静脉团，与上述痔的概念有所不统一。因此，近年来，对痔的病名有以下看法。第一，1975 年 Thomason 首次提出“肛垫”的概念，并认为它是正常的人体结构，认为“正常肛垫的病理性肥大即谓痔”，国外出版的肛肠书籍中已广泛地收纳为痔的新定义。第二，有的学者认为血栓外痔不属于痔的范畴，由肛门周围皮下血栓形成。第三，无论是对于痔的传统的概念还是新的概念，都没有说明结缔组织外痔的定义，实际上结缔组织外痔是一种痔的继发改变。第四，炎性外痔实际上也是一种痔的继发改变，即外痔继发感染或者是肛门皱襞的炎症表现。

中医称痔为痔疮，实际上有二种含义，第一，是泛指所有的肛门病。第二是指的肛门病中的一种，即西医学所指的痔，过去中医对痔的概念，只是对其形状及外表的描述，没有从本质上加以定义。近年来中医学对痔的定义也统一于西医的概念。如国家中医药管理局制定的行业标准中，痔的病名基本上与西医相同。认为内痔系发生于齿线以上的静脉曲张团块，外痔系发生于齿线以下的静脉曲张团块或赘皮。

1.2 分类研究

关于痔的分期分类，国内外有多种分法，常见的有以下几种。

1.2.1 三期分类法

在 1919 年由 Miles 提出，1975 年全国肛肠病学术会议亦以此分类为依据，而制定了我国的痔分类标准，具体如下：

一期：排便时带血，无脱出，齿线上粘膜呈结节状隆起。

二期：排便时带血，滴血或射血，内痔脱出，可以自行回纳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

三期：排便时或咳嗽、劳累、负重引起腹压增加时，均可发生内痔脱出，并需用手托方能回纳肛内。

1.2.2 三型分类法

血管肿型：痔体表面粗糙不平，呈鲜红色，似草莓，常有小的出血点或表浅糜烂，质柔软，粘膜较薄而易出血。

静脉瘤型：痔核内可见有血栓和扩张成球状的静脉瘤，粘膜表面较厚而带光泽，呈紫红色，不易出血，痔体内为曲张的痔静脉和增生的结缔组织。

纤维瘤型：由于痔块长期受粪便擦伤或脱出后磨损，反复发炎，致使结缔组织大量增生，合痔核纤维化而成，特征是痔体表面可见部分颜色变白，增厚，易脱出，多为晚期内痔，因痔体已纤维化，故不易出血。

1.2.3 四度分类法(日本常用的分类法)

Ⅰ度：内痔较小，排便时无脱出。

Ⅱ度：排便时脱出，便后自然回纳。

Ⅲ度：排便时脱出，便后需用手托方以能回纳。

Ⅳ度：经常性脱出。

1.2.4 四期分类法：(Goligher 1961)

一期：排便时出血，齿线上有扩张的痔静脉丛，呈结节状。

二期：排便时易脱出，可以自然回纳。

三期：内痔易脱出肛门外，需用手还纳。

四期：合并外痔，不能完全回纳。

1.2.5 五度分类法(宇井丰 1974)

Ⅰ度：肛门静脉丛曲张，齿线上仅可见有半球状隆起(早期内痔)

Ⅱ度：肛门静脉丛曲张，齿线上有半球状内痔结节，但无脱出(初期内痔)。

Ⅲ度：内痔呈球状膨胀，大便时内痔脱出肛外，可以自然回纳(中期内痔)。

Ⅳ度：内痔扩张到齿线以下的肛管部分，大便时内痔脱出，需用手法复位(后期内痔)。

Ⅴ度：内痔发展成混合痔，内痔脱出，不能完全还纳肛内(末期内痔)。

1.2.6 Smith 分类法

Ⅰ度：肛管静脉增多增粗，排便时出血，无脱垂。

Ⅱ度：排便时脱出，不用力时自行回纳。

Ⅲ度：脱出于肛门外，需用手法复位。

Ⅳ度：脱出不能回复，常伴有血栓。

1.2.7 Salvtii 分类法

Ⅰ度：内痔伴出血。

Ⅱ度：内痔伴出血、脱垂，可自行回纳。

Ⅲ度：内痔伴出血、脱垂，需手法复位。

Ⅳ度：内痔脱垂，不能回复。

1.2.8 邓景隆分类法

齿线以上为内痔。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

齿线与括约肌间沟之间为间痔。

括约肌间沟以下为外痔。[1]

1.3 病因病理的研究

关于痔的病因病理，目前国内外进行了深入的研究，提出了诸多学说，但是仍然没有定论。传统上认同的学说是静脉曲张学说，目前多数学者倾向于肛管衬垫下移学说。此两种学说已在前作详细论述。此外还有以下多种学说。

1.3.1 肛管狭窄学说

肛管狭窄学说是由 Brnes、Miles、Slack 提出的。这个学说认为，肛管狭窄可以影响正常的排便功能及其过程，使腹压增加，间接地使直肠内压增高，引起静脉充血，因而随粪便被挤出肛外，形成痔核。

1969 年 Lord 提出，痔静脉扩张与肛管壁内纤维带的存在有关。此纤维带被 Finelews 称为粘膜下肌，被 Miles 称为栉膜带，被 Shafik 称为肛直带。尽管目前对该结构的性质尚有争论，而他们的共同论点是：由于纤维带的收缩造成肛管狭窄，致使粪便通过时括约肌不能完全松弛，粪块只能在压力下被挤出，因而痔静脉丛在纤维带与粪块之间受到挤压，引起充血扩张而成痔。因此他们主张用扩肛法破坏纤维带，解除影响肛管扩张的因素，促使痔静脉回流。据 Hancock 和 Arabi 等人的研究，痔核患者其肛内压较对照组显著增高，并认为这主要是由于内括约肌异常活动所致。故有人采用内括约肌切断术治疗痔，也获得满意效果。Lord 采用这个学说，创用扩肛法治疗痔核获得良好效果。以后 Hood、Turell、Alexander-Willian，以及我国的一些学者，采用扩肛法治疗痔核也取得良好的效果。但是这一学说难以解释内痔为何单独出现于右前位？虽然年轻人的肛门括约肌的张力明显高于老年人，但为何痔核的发病率在 30 岁以后才迅速上升呢？此外，也有人提出，并非所有痔核的患者的肛管压力都显著升高。只有具有疼痛、出血和刺激症状时，肛内压才明显升高。因而这一学说并未得到公认。

1.3.2 细菌感染学说

Nesselord 等认为痔的发生与肛门感染有关，因肛腺及其导管与血管丛关系密切。感染可通过肛隐窝的肛导管、肛腺和其周围的淋巴管进入肛门周围组织，在痔血管丛中引起静脉周围炎，从而使很薄的静脉管壁扩张。

Megivney 发现痔核中支持组织有变化，他把这些变化归因于感染过程。

但是这一学说也被一些学者反对。

Turell 切除痔组织或因癌症而切除的直肠标本，或尸体检查时取下来的痔组织，组织学检查都显示痔的病理改变只是静脉扩张。有些切片上虽可以看到某种程度上的炎症反应，但不能证实痔是感染的产物。

1.3.3 括约肌功能下降学说

1978 年刘爱华对 220 只家兔、54 只家犬和 4 只猴进行了动物实验，通过不同的方法，人为地损伤实验动物肛管括约肌，使其功能下降，结果形成与人体内痔相似的病变。同时对 1130 人进行的肛管压力测定，结果认为内痔患者的肛管收缩压和静息压与正常人对照组无显著差异。综合所得结论，提出内痔发病的新机理，即括约肌功能下降学说。认为内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痔的形成乃括约肌功能下降所致，由于括约肌功能的下降，使肛管管壁松弛，组织张力降低和间隙疏松，导致肛管腔压力同步下降。为了维持肛管腔压力常数，静脉丛代偿性扩张瘀血，久而久之形成内痔。

但是，本学说仍存在一些可以商榷的问题。第一，实验动物所形成的“内痔”与人体所患的内痔是否一致？第二，人体为什么要维持肛管腔压力常数？第三，本学说的最终结论仍然是静脉丛扩张瘀血，是不是可以说是痔静脉扩张的原因，而不是痔形成的原因。

1.3.4 痔静脉泵功能下降学说

1990 年丁义山等从微循环角度出发，运用树脂铸型扫描电镜法，三维空间立体分层系统观察，研究了 17 例急性死亡健康成人肛门直肠壁内微血管的分布，构型及特点，肯定了母痔区的存在，分析讨论了痔静脉泵功能下降在内痔形成中的作用，并将现有痔成因各种学说有机地溶于这一观点中。该学说认为肛管直肠部的微血管的口径有一定的特点，即肌层的微静脉的直径较细，在粘膜下层微静脉的直径较粗，因此，其静脉回流的特点是从小静脉流向大静脉再流向小静脉，与人体的静脉回流的规律即从小静脉到中静脉再到大静脉有的不同，这一局部血管的组成特点，形成泵样结构，称之为“痔静脉泵”。痔静脉泵不同于心脏血泵，它不能自主收缩泵血，其泵循环灌流血液主要靠动静脉压力差、其周围肌肉(肛门括约肌、肛提肌及盆底肌肉等)、结缔组织等的弹性张力，驱逼泵体排出血液，如果这种驱动力下降，就会导致泵内血流排出不畅，泵体内瘀血、扩张泵的其功能下降，将对于痔的形成有重要意义。[2]

1.3.5 直肠肛管压力失衡学说

1990 年刘汉章根据力学原理提出一种假说，认为正常人肛管直肠保持着一种平衡状态，使得直肠肛管能保持一个相对恒定的位置。先假设肛管直肠上的某一点 A 看作为一个质点，在正常的情况下，A 点的力矩代数和等于零，即 $\Sigma F = 0$。但作用于 A 的力的方向可分为向下向外的力和向上向内的力两组，向下向外的力包括重力(即地心引力 W)、腹压(Pa)和排便时粪便所产生的摩擦力(f)；向上向内的力包括直肠肛管及周围组织的弹性回缩力和 A 点下方组织的承托力，总称为弹性力(t)。正常的情况下，两个方向的力作用应互相抵消，等于零。即 $W + Pa + f = t$；或 $F_A = W + Pa + f - t = 0$，即保持平衡。若 A 点的力矩 F_A 代数和不等于零，也即力失衡，则 A 点即发生位移，这就是发生痔的力学基础。据作者研究，人的体位、盆底肌组织、肛门垫的支持组织，其病理生理状况以及排便时所产生的力，都是影响力平衡的因素。故认为，作用于直肠肛管的重力、腹压、大便的摩擦力和组织的弹性，它们的相互作用，使肛管直肠处于相对平衡的状态，痔的发生是在多种因素的影响下，破坏了直肠肛管力平衡的结果。主要病理改变是支持组织纤维不规则的断裂，窦状静脉失去支持而曲张，肛垫失去支持而移位等。[3]

本学说用力学的观点解释了肛管直肠正常的生理病理状态，但是，并没有提出新的内痔形成的机理，实际上仍然认为静脉曲张和肛垫下移是痔形成的病理机制，只是用力学的观点加以分析说明。

总之，痔的病因病理有许多种学说，传统的发病机理是静脉曲张学说，具有几百年的历史，其对痔的定义、诊断和治疗上有着最重要的影响。目前最公认的学说是衬垫下移学说，有逐渐取代静脉曲张学说之势，但是，仍然存有不同意见，不能成为唯一标准。其它

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的病因病理学说虽多，但从本质上是对此两种学说的说明、解释、综合和发展。

1.3.6 痔形成的其他因素

1.3.6.1 痔与锌元素的关系

余运昌等对120例痔病人进行了锌的测定，并设30例正常人作对照，得出结论认为痔的发生、发展与缺锌有明显关系。[4]

1.3.6.2 痔患者与血流变的关系

曹靖国等通过对170名痔患者和195名未患痔的对照组，将两组的全血黏度血流变学指标和胆固醇等3项生化指标对比分析，发现痔患者组的血粘度比对照组明显增高($P<0.01$)。结果表明，这种差异主要由于痔患者的血液处于高粘滞、高聚集状态所致，痔病的发生发展与其血粘度增高密切相关，高血粘度很可能是痔病因之一。[5]

1.3.6.3 痔与性行为的关系

性行为与痔的成因有密切关系，主要体现在以下几个方面：①性器官的高度充血肿胀的同时，肛门、直肠静脉丛必然相应的充血和肿胀，性行为过度易致肛门、直肠静脉丛慢性郁血，久之而成痔。②尿道及肛门周围的肌肉强烈地收缩，肛门、直肠静脉回流受阻、必然导致瘀血扩张。③性行为至高潮期时，全身性广泛肌紧张，呼吸心率加快，血压增高，从而增加了痔静脉丛的人血量及痔静脉压的升高。④性交过程中可以间接地损伤直肠前壁的肌纤维以及垂纤维，而引发痔。⑤性交时分泌物对肛门部的污染及刺激。⑥性和谐失调，长期不能达到高潮期，肌张力和局部充血长期不能消退，盆腔慢性瘀血而致肛门、直肠静脉曲张生痔。

1.4 关于痔本质问题

1985年夏祖宝和张东铭对痔组织和正常的痔区粘膜所作的病理研究表明痔和正常痔区组织在显微结构上无明显差异，主要包含三种成分，即粘膜和肛门上皮、大量的血管和平滑肌纤维、丰富的结缔组织。

上皮为单层柱状上皮成复层鳞状上皮，部分痔粘膜一部分覆有单层柱状上皮，一部分覆有复层鳞状上皮，复层鳞状上皮表面见有角化现象。个别痔组织局部为炎性息肉构成，但绝大部分痔组织未见炎性改变，有时颗粒及棘层内见大量空泡变性，空泡内细胞核消失，细胞轮廓不清，呈退化现象。

在痔与肛管粘膜中见有单层柱状上皮上结缔组织含有肠腺，为单管状，由杯状细胞组成，复层鳞状上皮下可见肛腺、环肛腺、汗腺、皮脂腺、毛囊等，腺体为管状，有的有分支，腔内含有分泌物，囊壁上皮为复层立方细胞，近上皮处较多。有的齿线下方可见肠腺和肛腺存在。痔组织见肛腺有高度增生现象。

痔及肛管粘膜中均见固有膜内充满大小不等、形状不规则之静脉腔隙，其管壁较薄，肌层不明显，有的腔隙扩张明显，腔内充满红细胞，部分有血栓机化，无血管增生现象。在肛管切片中见有齿线下区静脉腔隙较多，曲张程度明显，而在靠近肛缘部和直肠部则逐渐减少；在横断面切片中，见截石位右前、右后、左中及其部位，血管分布均无差异。其上下分从上皮至肌层，疏密程度亦明显差异。胎儿痔静脉丛较丰富，交织成网，也有扩张现象。痔组织和老人肛管扩张程度相似。

所有痔、肛管切片中均见有固有膜层中含有散在的平滑肌纤维；部分切片中见单层柱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

状上皮下肌纤维集中，形成粘膜肌层，而在近肛缘外则平滑肌消失；部分肛管切片中粘膜肌层呈内环外纵。

在痔和肛管的粘膜下层，结缔组织较发达，其分布方式有二：第一，呈网状缠绕于血管周围；第二，向外侧延伸，经内括约肌束之间连于联合纵肌。结缔组织成分主要为胶原纤维。在胎儿标本中，弹性纤维较多，排列致密，多互相平行。老人肛管和痔组织内的结缔组织排列疏松较扭曲，弹性纤维少，有退变和断裂现象。

1992 年陈云报道，采用家兔实验性内痔模型和患者痔的手术切除标本，通过组织化学、细胞化学的方法，应用光镜和电镜等手段，观察至痔组织中血管、结缔组织和肌组织都发生变化，其中以血管及弹性纤维的变化尤为重要。

血管方面的变化：长期以来，人们普遍认为，痔是直肠下段和肛管粘膜下痔静脉丛发生曲张的一种血管瘤样改变。本项研究认为，静脉扩张瘀血的现象的确存在。实验性家兔内痔和人体内痔的局部组织中毛细血管及静脉均扩张瘀血，同时内皮细胞质变薄，表面形成指状突起，质膜内陷及吞饮小泡增多，细胞间隙增宽等，使血管壁的通透性增高，导致组织疏松水肿，引起粘膜下层的增厚。

在痔组织中，还可见有一种高度扭曲分支成鹿角状的静脉，其管壁因胶原纤维增生而变厚。在电镜下，可见静脉壁的内皮细胞质薄，有窗型毛细血管，基膜不完整，附着一些萎缩的平滑肌细胞，紧贴基膜为大量的胶原纤维。与 1976 年宫崎发现的“窦状静脉”相似，该静脉在正常人组中不明显，可能是痔组织所具有的一种血管改变。

除了静脉、毛细血管变化外，尚见粘膜下层的小动脉充血、扩张、扭曲和管壁增厚，说明动脉也有病变。动脉血液供应增多在痔的形成中也起一定的作用。

结缔组织及肌组织变化：在痔组织中粘膜下层血管周围间质中可见丰富的胶原纤维和弹力纤维，粘膜下肌、括约肌纤维束分离、断裂。同时对病变组不同年龄阶段弹性纤维进行计数并比较，结果差异不明显，表明弹性纤维数量与患者年龄无关。

本研究中患者痔组织的弹性纤维呈增生状态其数量与求诊原因的多少呈正相关，与病程呈负相关，推测痔组织可能由于血液循环障碍等，引起成纤维细胞增生，弹性纤维合成分泌作用增强；随着病程的延长，病情的反复，增生的弹性纤维变性、崩解，使弹性纤维的质、量均出现变化。弹性纤维器官的弹性有关，是肛周结缔组织中的一种重要成分，因此其变化将影响肛管组织的弹性回缩，在痔的形成中有一定意义。[6]

2 临床研究

2.1 关于痔的药物治疗

对痔的治疗，目前存在着各种各样的方法，但是，药物治疗仍然是一种运用广泛，安全、简便、有效，患者容易接受的方法。临床上主要有内服、熏洗、外数和塞肛四种方法。此几种方法可以单独使用，也可以结合运用，而以联合运用疗效更好。在临床运用中，无论是哪一种方法，都要依据各类痔的不同症状，辨证论治，选方用药。

2.1.1 内治疗法

2.1.1.1 辨证治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

辨证施治，是中医治疗的根本法则，痔的治疗亦然，曹吉勋主编《中国痔瘘学》分为大肠实热、湿热下注、气滞血瘀、气虚下陷、阴虚肠燥五型。黄乃健主编《中国肛肠病学》分为血热风燥、肺热下迫、湿热下注、气血瘀滞、气不摄血、脾不统血、气血两虚、气虚下陷、阴虚肠燥等九型。徐元庚主张痔病从“瘀”论治，提出活血化瘀清热法、活血化瘀行气法、活血化瘀益气法、活血化瘀祛风法、活血化瘀渗利法、活血化瘀滋阴法等六法。[7]

2.1.1.2 单方治疗

治疗痔的方剂很多，单方治疗痔在临床上运用最为广泛。

以舒肝理气，活血化瘀为主：蔡树娇用“泽兰活血汤”（泽兰、当归、丹皮、青木香、赤芍、红花、桃仁等）治疗痔疮，以消痔散结，活血祛瘀。[8]王静以凉血活血，疏理气血为主的“肠红汤”（党参、白芍、炙黄芪、甘草、生地、麦冬、地榆、全当归、山萸肉、五味子、荆芥、柴胡、白芷、丹参、山楂等）治疗老年痔疮。[9]

以清热解毒，凉血止血为主，如吴冰等用泻心汤（黄连、生大黄、黄芩）治疗内痔出血。[10]黄建坤以凉血地黄汤（生地、归尾、地榆、槐角、天花粉、升麻、赤芍、枳壳、黄芩、荆芥、黄连、生甘草）治疗内痔出血。[11]牛治君等以大黄牡丹汤治疗嵌顿性内痔。[12]唐梅秀以乙字汤合槐角丸（大黄、黄芩、当归、柴胡、升麻、甘草、槐角、地榆炭、枳壳、防风等）治疗痔疮。[13]阮正华用痔宁汤（黄连、黄柏、红藤、败酱草、花粉、生地、丹皮、桃仁、桔梗、枳壳、酒军、党参、木香、茅根）内服治疗内外痔嵌顿。[14]

以清热利湿，消肿止痛为主，如周万祥以止痛如神汤加减治疗痔疮。[15]冷伟以止痛如神汤治疗嵌顿痔、炎性痔。[16]

以补中益气为主，如荀洪仙以补中益气汤化裁（生芪、白术、当归、枳壳、五味子、乌梅、破故纸、党参、升麻、五倍子）治疗内痔脱垂。[17]

以养阴凉血法为主，欧春以养阴凉血法治疗痔病便血。[18]

2.1.2 熏洗疗法

熏洗法是治疗本病的常用方法，就是以中草药煎汤，乘热在肛门部进行熏洗，由于药力和热力的作用，使患处血管扩张，促进局部血液循环，使经络疏通，气血流畅，水肿消退，炎症吸收，疼痛缓解或消失，最终达到治疗目的。临床上熏洗的中药较多，最常用的有以下几类。清热利湿药物，如黄柏、苦参、马齿苋、地榆等；清热解毒药物，如金银花、连翘、蒲公英、穿心莲、两面针、鱼腥草、生大黄；凉血消肿药物，如枯矾、皂矾、明矾、芒硝、朴硝、冰片等；活血化瘀药物，如乳香、没药、桃仁、红花、赤芍等；收敛药物，如五倍子、石榴皮、乌梅等；清热祛风的药物，如荆芥、防风等；滋阴清热的药物，如地骨皮、鳖甲等；散寒温中的药物，如川椒、海螵蛸、细辛、艾叶等。

熏洗法应用非常广泛，临床上有许多报道，如陈孟燊等以坐浴熏洗治疗痔疮，药用海螵蛸、枯矾、冰片。[19]程彩亮以消痔熏洗液治疗炎性外痔，方用金银花、连翘、蒲公英、黄柏、地榆、生大黄、芒硝、五倍子、枯矾、冰片等。[20]刘乃华用皂矾臭蒲根洗剂治疗痔疮，药物为皂矾、臭蒲根。[21]何惠珠等用黄梅洗剂熏洗治疗外痔40例，药用大黄、乌梅、马齿苋、鱼腥草、五倍子、红花。[22]周兆连等用芒硝湿敷治疗痔疮。[23]卫田江用中药熏洗治疗内外痔，方用五倍子、石榴皮、艾叶、甘草、金银花、地骨皮、花椒、朴硝、鳖甲。[24]李新等以痔舒息洗剂坐浴

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗痔疮，药物为榕树须、穿心莲、两面针、朴硝、大黄、五倍子、荆芥、防风。[25] 于国胜等用中药坐浴治疗血栓嵌顿痔，药用苦参、虎杖、生蒲黄、石榴皮、侧柏叶、秦艽、生大黄、黄柏、黄芩、乳香、没药、芒硝。[26] 柳东杨等用自拟痔术后外洗方治疗痔术后并发症，药用两面针、苦参、大黄、乳香、没药、枯矾。[27] 陈菊用坐浴1号治疗痔瘘术后并发症，所用药物有明矾、芒硝、冰片。[28] 贺静秋等以中药熏洗治疗痔疮，药用苦参、败酱草、蛇床子、蒲公英、五倍子、白鲜皮、黄柏、地丁、槐花[29] 耿一平用痔疮冲洗剂治疗痔疮，药用芒硝、大黄、地榆、五倍子、苦参、黄柏、冰片、细辛等。[30] 宋传玲用痔疮洗剂治疗混合痔合并肛门水肿，药用荆芥、赤芍、连翘、五倍子、黄柏、栀子、乳香、没药、苦参、白矾、芒硝。[31] 康志国用加减祛毒汤治疗外洗治疗痔疮，药物为马齿苋、朴硝、川椒、乳香、没药、枳壳、生草、明矾、槐花。[32] 王双印用中药肛疾清洗剂治疗痔疮术后并发症，药用紫荆皮、桃仁、芒硝、明矾、黄柏、苦参、苏合香。[33] 唐乾利用五倍子汤加味治疗嵌顿痔，药用五倍子、朴硝、桑寄生、泽兰、莲房、黄柏、荆芥、金银花、紫草、熟大黄、白芷、当归尾、升麻。[34] 刘清德等以消肿活血汤治疗炎性混合痔，药物为防风、秦艽、当归、桃仁、赤芍、黄柏、苦参、苍术、大黄、朴硝、明矾。[35]

2.1.3 外敷治疗

外敷治疗是直接将药物敷于局部的一种常用的外治方法，临床上包括了围箍法、敷贴法、敷涂法和搓涂法。

临床上有许多药物用于痔的外敷，常用的如九华膏、马应龙麝香痔疮膏等，也见于许多临床报道，如钱忠秀等以消炎止痛膏治疗炎性外痔，药物组成为黄柏、朱砂、黄芩、没药、血竭、仙鹤草、板蓝根、冰片，并加入氯霉素粉。[36] 李明章等以乌龙膏治疗痔。[37] 赵业杰等以消痔膏治疗炎性痔，药物组成为桃叶、冰片、蜈蚣等。[38] 李荣弟以紫黄膏外敷治疗炎性外痔，药物组成为紫草、乳香、没药、大黄、黄柏、元胡、冰片、黄蜡、麻油等。[39] 王洪建等以止血生肌定痛膏用于痔术后创面，药物组成为三七、黄连、槐花、白及、制乳香、制没药、刺猬皮、麝香、冰片、黄蜡、芝麻油等。[40]

外敷药多以中药清热解毒、消肿止痛药物为主，个别药物加入西药抗生素及消炎止痛药物。临床上以油膏剂为多。

2.1.4 塞肛治疗

塞肛疗法一般是指将药物栓剂纳入肛门内治疗痔疮。中医使用栓剂，最早见于《五十二病方》，目前临床上应用较为普遍。栓剂主要是由药物和赋形剂两部分组成，药物可以是中药也可以是西药，因而，栓剂具有清热解毒、清热利湿、行气活血、消肿止痛、收敛止血，以及消炎、止痛、抗菌、止血的作用。

目前临床上使用的栓剂很多，常见的有洗必泰痔疮栓、化痔栓、痔疮宁栓、消炎痛栓、红霉素栓、普剂痔疮栓、麝香痔疮栓、消痔栓、痔疮栓等，有学者统计收集国内外栓剂有40多种用于治疗本病。如金虎等用复方痔疮栓治疗内痔，药物组成为黄连、龙骨、乳香、没药、血竭、冰片、儿茶、赤石脂、三七等。[41]。倪宝成等用消痔栓治疗痔疮，药物组成为槐花、菊花、黄连、儿茶、地榆、甘草、明矾、五倍子、冰片、甘油、硬质酸、碳酸钠等。[42] 冯升瑞等用复方消痔栓治疗痔，药物组成为醋酸洗必泰、盐酸达克罗宁、非那根、冰片、三七粉、甘油、康氧乙烯单硬脂酸酶等。[43] 陈梅英等以消痔栓治疗痔疮，药

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

物组成为炉甘石、黄丹、血竭、朱砂、滑石粉、龙骨、乳香、没药、冰片、红升丹等。[44] 章正其痔疮止血栓治疗痔疮，药用海螵蛸、虞虫、刺猬皮、冰片。[45] 王秋霖等以痔得宁栓治疗痔，并进行了临床实验研究。[46]

2.1.5 综合治疗

综合治疗是指药物内服、熏洗、外敷和塞肛结合运用，选择其中的几种或全部应用于痔患者，能够取得更好的疗效。如丘贵旺运用中药熏洗和内服治疗痔疮。[47] 王维烈等运用中药内服、熏洗加外敷治疗痔疮。[48] 曾清泉用痔血服洗方内服、外洗并用治疗内痔出血。[49] 汤云龙用中药内服外洗治疗内痔。[50] 刘斌以龙胆泻肝汤加味内服外洗治疗炎性外痔。[51]

2.2 关于痔注射疗法的研究

痔注射疗法从100多年前开始于西方国家，大致经历了四个时期：初期、盛行期、低落期和复兴期。注射疗法的初期，只有少数医生运用。1869年，英国都柏林的Morgan医生首先应用注射疗法治疗痔，他所用的注射剂是过硫酸铁。但是，他的疗法没有被人们重视。1888年，Swinford Edwards首先用10%的石炭酸甘油水溶液注射治疗痔核，最初用的方法是将溶液直接注射于痔核本体内。1928年Blanchard描述了原先由Albright提出的操作方法，即将药液注射于痔核的上方，所用的药物是酚杏仁油。之后，痔注射疗法在各国广泛流传，并出现了有关专著，进入了盛行期。从20世纪30年代开始，由于对于注射疗法的适应症、禁忌症没有足够的认识而在临床上出现了许多问题，以致对痔注射疗法的兴趣逐渐降低，甚至许多著作里根本不提注射疗法，这时为注射疗法的低落期。从50年代末到60年代开始，痔注射疗法在国外又重新兴起，出现了许多专门的论述，并制定了注射疗法的明确标准，从而减少了注射疗法的并发症和后遗症，使注射疗法进一步发展。

我国从20世纪50年代开始，痔注射疗法特别是注射枯脱法是在中医核痔散疗法的基础上发展而来的。如重庆李雨农于1956年研制的新6号注射液。1957年黄德良、张省则用20%明矾液作注射压缩疗法，1958年陈济民用内痔枯脱油行注射疗法，均获较好疗效。70年代后，新的坏死注射液和硬化萎缩剂相继问世，为推动痔的注射疗法作出了积极的贡献，如史兆歧研制的消痔灵注射液，在全国各地广泛运用。

近年来，由于人们对于痔的病因病理的深入研究，大多数学者倾向于“衬垫下移学说”，因为衬垫乃人体的正常结构，手术切除并非良法，硬化萎缩剂的注射不破坏衬垫组织，因而被认为是治疗内痔的最佳方法。目前，国内外对于痔的硬化剂注射疗法的研究和运用日益广泛。

2.2.1 硬化注射治疗机理的研究

硬化剂注射治疗内痔的主要机理是各种硬化剂注射于内痔后，使痔组织产生无菌性炎症的反应，然后逐渐纤维化。纤维化的组织包绕痔内的静脉及小动脉，在其周围形成一层保护层，使薄弱的血管避免因排便等因素的损伤而出血。同时纤维化组织可使血管腔闭塞消除或减轻痔静脉的扩张或充血，使痔体发生萎缩。这是硬化注射疗法的主要作用。此外，由于纤维化的形成，可将已松弛的粘膜借助纤维组织重新固定于肛管的肌壁上，从而消除了痔脱出的症状。故纤维化组织形成的越多，硬化的作用越好。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2.2 硬化注射剂的研究

随着对注射疗法研究的逐渐深入，各种各样的硬化注射剂愈来愈多，大体上可分为以下几类，第一，明矾或含明矾的复方制剂，如目前临床上运用较多的消痔灵。复方诃子注射液（诃子、明矾、枸橼酸钠、甘油等）、矾黄消痔液（明矾、黄连、鞣酸等）。此外，临床上有许多报道，如刘声用痔定康注射液治疗内痔，其主要成份是明矾、黄连素、苯甲醇等。[52]苏宁芳等以痔特灵二号注射疗法治疗Ⅱ、Ⅲ期内痔，其药物组成为明矾、甘油、盐酸普鲁卡因等。[53]杨洲以枯黄萎缩液注射治疗内痔，药物的主要成份为大黄藤素、枯矾粉、赤石脂粉等。[54]魏风娥以痔全消五步注射法治疗痔核，药物组成为硫酸钾铝、石炭酸、乌梅、川芎、黄连等。[55]苏明亮以复方消痔液治疗内痔及混合痔，药物的组成有黄连、仙鹤草、血竭、枯矾、乌梅、苯甲醇等10余种。[56]第二，石炭酸或含石炭酸的制剂，如喻德洪用5%石炭酸麻油溶液注射痔核。[57]陈德明等用痔克星注射液治疗Ⅲ期内痔，药物的主要成分为乌梅、石炭酸、薄荷、龙脑、甘油、普鲁卡因等。[58]第三，其他复方制剂，陆乾乾等用内痔A注射液治疗，药物组成为冰片、硼砂、甘油、无水乙醇等。[59]周炳庚用复方柠檬酸注射液治疗各期内痔。[60]雷保余用消痔液治疗内痔及静脉曲张性混合痔，其药物组成为瓦楞子、乌梅、蟾酥新浆、普鲁卡因等。[61]第四，单一药物注射剂，如谢锦旗以95%乙醇注射治疗内痔和混合痔。[62]应文辉用高渗葡萄糖注射治疗内痔出血。[63]霍增聚以复方低分子右旋糖酐注射治疗内痔。[64]刘福善以枸橼酸钠注射治疗内痔。[65]李竞宏以鱼肝油酸钠注射内痔。[66]

2.2.3 硬化注射方法的研究

硬化剂的注射方法较多，但本质上区别不大，重点是注射痔核的粘膜下层，但根据不同药物的用量、浓度等而采用不同的方法，关键是注药的深浅、部位、范围、痔动脉区是否注药，痔核的充胀程度等。如消痔灵四步注射法，第一步注射痔动脉区、第二步注射痔核粘膜下层、第三步注射痔核粘膜层、第四步注射窦状静脉区。

2.2.4 硬化注射的并发症

硬化剂注射疗法是目前治疗内痔的一个较好的方法，但由于各种各样的原因，诸如医者操作技术的不熟练、消毒不严格、解剖部位不清楚、注药太深或太浅、注药范围太大、注药量太多或局部太集中、药物液度太高等，会出现一些并发症，如疼痛、肛门后重、急性尿潴留、肛管狭窄、直肠肛管缺损、感染、脓肿、瘘管，甚至出现大出血、严重性过敏反应、败血症、肝脓肿、前列腺炎、性功能障碍等严重的并发症。临床上均可见到，如赵自星报道痔疮注射致直肠阴道瘘1例。[67]张进报道注射治疗内痔并发休克1例。[68]王宝锁报道内痔注射合并菌血症1例。[69]谢宝慈报道内痔注射疗法术后并发症3例（肛周脓肿、肛瘘和大出血）。[70]张兵文报道内痔注射致直肠阴道瘘1例。[71]艾卫民等报道注射治疗内痔后致广泛性肠坏死及穿孔。[72]卢宜伟报道注射消痔灵引起出血性休克1例。[73]谢辉全报道注射治疗内痔后继发肠出血1例。[74]蒋泰珍报道痔核注射后肛管直肠坏死1例。[75]朱庄庄报道内痔注射致肛管直肠狭窄1例。[76]

2.3 关于痔的针灸疗法的研究

在《黄帝内经》中就已有了关于针灸治疗痔的穴位和经验的记载，其后的历代医家均有论述，近年来，关于针灸治疗痔的研究也愈来愈多，对于改善痔的症状，减轻病者的痛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苦，具有重要意义。

2.3.1 针刺治疗

针刺最常用的穴位有攒竹、燕口、龈交、白环俞、大肠俞、长强、会阳、飞扬、委中、承山、二白等。常用的刺法有补法、泻法及电针法等。如郭寿恒以二白穴治疗外痔肿痛、内痔出血。[77] 张成英针刺长强、承山，以中强度刺激，治疗痔疮。[78] 邢利松针刺大肠俞、孔最穴并配合电针。[79] 国万春选取大肠俞，治疗血栓性外痔、炎性外痔和内痔出血，用圆利针或细三棱针刺入5分左右，用大拇指、食指持针体，左右弹拨5~6次，以术者指下感觉拨动肌纤维为度。[80] 丁光荣主穴取承山、长强、百会、肾俞、大肠俞、气海、膀胱俞、三阴交，配穴取命门、委中、会阴，痛剧加郗门及温溜穴。[81] 韩义民等针刺治疗痔术后并发尿潴留，如脾虚气陷证选穴下巨虚、足三里、委中、肾俞等；如湿热下注证选穴三阴交、阴陵泉、膀胱俞、中极等。[82]

2.3.2 灸法

杨成米用艾蝎烟熏治疗混合痔，以艾绒30g，有尾全蝎1~2只，把艾绒放于直径约7cm的瓦片上，使全蝎尾向上埋藏于艾绒中，然后将瓦片置于一干净或大口的瓦罐中点燃艾绒。患者将肛门周围洗干净、揩干，坐于瓦罐上，待艾绒燃尽为1次。每天1次，3次为1疗程。[83] 周其荣用壮医药线点灸疗法治疗内痔出血，取痔顶、长强、梁丘、神门、孔最、承山、八髎，肛周四穴等。[84] 卢志世用仫佬医药线直接点灸痔核治疗痔疮。[85] 张时梅用丁桂散灸八髎穴治疗痔疮，先用七星针在八髎穴处缓慢叩打，使局部充血，放上丁桂散（丁香、肉桂研粉），布满八髎穴，再覆盖关节止痛膏，用点燃的艾条进行悬灸或啄灸，使病人感到温热为度。[86]

2.3.3 挑治疗法

程绍勋用针挑大肠俞治疗内痔出血，消毒后用三棱针挑破表皮，向内挑出白色纤维样物，挑后再以酒精消毒，敷料固定。[87] 沈志忠点刺上唇系带治疗痔疮出血，常规消毒上唇系带，有痔疮者此处一般可见芝麻大结节，以三棱针对准该结节或系带根部的龈交穴点刺放血1滴，刺后再消毒1次。[88] 张书林等先用针挑上唇系带白点，再配合外洗内服药治疗痔疮。[89] 曾玉珊用挑痔疗法治疗痔疮，挑治部位为背部腰三角区，尽量靠近督脉与带脉间，找1~2点如针帽大小的浅黄色或淡褐色略高于皮肤表面的部位为挑治点。[90] 李庆杭挑治大肠俞穴治疗痔疮。[91]

2.3.4 放血疗法

刘振声以刺血法治疗痔术后并发症，选择腰俞穴周围皮肤明显的静脉血管处刺破出血。[92]

2.4 关于环状痔治疗的研究

关于环状痔的治疗历来是一个棘手的问题，目前仍以手术治疗为主，但术后的并发症较多，诸如疼痛、狭窄、肛管皮肤缺损、粘膜外翻、粘液流出等，因此临床上在手术的方法改进上出现了越来越多的改进和研究。

2.4.1 环切术

痔环切术由 Whitehead 首创，之后国内医生进行了许多改进，本手术治疗环状痔较为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

彻底，但并发症和后遗症较多，临床运用受到一定限制，但是，仍在不断地改良应用，如申玉新等采用环形切口、内痔粘膜下剥离切除、外痔修剪、环状缝合术治疗环状混合痔。[93]刘清德采用注射加环切治疗环状混合痔。[94]徐定芳等运用环切术中缝扎直肠上动静脉分支治疗环状痔。[95]吴泽炎运用左右后半环切除术治疗环状静脉曲张外痔。[96]

2.4.2 分段结扎术

分段结扎术是目前治疗环状痔的常用方法，手术要点是根据痔核的情况，设计好痔核的分段及保留肛管皮桥和粘膜桥的数量和部位。然后根据分段在外痔部分作梭形切口，切除或剥离外痔至齿线上 0.5cm，钳夹贯穿缝扎内痔。有的术式加做内括约肌部分切断术，以防止肛管狭窄。有的术式做了部分的缝合。如王敏英等采用分段结扎皮瓣保留间断缝合术治疗环状混合痔。[97]潘维庆采用分段结扎术治疗环形混合痔。[98]王玉堤采用分段结扎加括约肌松解治疗环状痔。[99]李省吾等采用环状痔分段结扎改良术式治疗环状痔。[100]张有生采用分段结扎法治疗环形痔。[101]陈克金采用改良式分段外剥内扎术治疗重度环状混合痔。[102]邓正明等以改良环状混合痔术式治疗混合痔，结合外剥内扎术及齿状分段结扎术的特点而成，并间断缝合。[103]崔雅飞采用分段结扎保留皮桥术治疗环状痔。[104]吴步炳采用分区外切内注加部分缝合术治疗环状混合痔。[105]王正风等采用一次性分区外剥内扎加内括约肌部分切断术治疗环状混合痔。[106]王民基等采用保留齿线及皮瓣矫正术治疗环状痔。[107]牛天顺采用内括约肌切断保留齿线加外切内扎术治疗混合痔。[108]陈邑岐等采用内痔分段齿形结扎、外痔切除加内括约肌部分切断术治疗环状混合痔。[109]

2.4.3 其他术式

金虎等应用中西医结合新方法治疗环状混合痔，手术要点是结扎痔动脉、在肛缘两侧作切口剥离切除痔组织、内括约肌部分切断、修剪缝合皮瓣。[110]陈仲敬采用肛管松解术治疗环状痔静脉曲张外痔，作者根据情况采用肛管松解术、肛管松解加痔核下自体皮片植入术和肛管松解加直肠粘膜悬吊术。[111]张林新采用外剥内扎皮桥下剔除消痔灵注射治疗环状混合痔。[112]

2.5 关于嵌顿痔治疗的研究

对于嵌顿痔的治疗有两种不同的意见，传统的一种意见认为痔嵌顿状态时，痔体较大，手术易损伤肛管上皮和增加手术难度，术后易并发蜂窝组织炎，门静脉炎等，主张暂时保守治疗，其治疗方法主要有复位、扩肛、局部敷药、使用抗生素控制感染、卧床休息、调整饮食、控制排便和防止便秘等。也可以使用枯痔散疗法，一般认为痔嵌顿时使用枯痔散治疗最为适宜，疗效较好。复位时，对脱出时间短、痔体较小者可不用麻醉，而对脱出时间长、痔体较大、水肿明显者则多需麻醉后再复位，复位的方法有多种，一般是先在脱出的痔核表面涂以油膏，再将部分痔核用手指轻轻较揉慢慢将其纳入肛内，然后用同法将其他部分痔核分次按压入肛内。全部痔核均复位后，在肛内放置栓剂或注以油膏等，外用敷料加压固定，并控制大便 2～3 天。

目前一般认为，在痔嵌顿时作手术也是可以的，并且能早日消除病者的痛苦，术后的经过也与一般痔没有什么区别，主张立即手术。国内外均有人作了这种尝试，如 1979 年 Barrios 用手术治疗急性嵌顿痔 365 例，认为其术后并发症与其他痔手术相同，国内任全

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

保、张德辉等也对嵌顿痔采用手术治疗，均获满意疗效。一般嵌顿痔的手术方法与一般痔手术方法相同。王振义主张手术治疗嵌顿痔采用外剥内扎术，并同时在肛门后方切断内括约肌，解除其痉挛状态。他们认为抗生素和无菌技术的进一步发展，大大提高了手术治疗嵌顿痔的安全系数。1962 年 Elanrene 对切除的嵌顿痔作了组织学观察发现，当痔核表面粘膜完整时，虽有血栓、但炎症轻微，当痔核粘膜破溃糜烂时，虽有炎症，但深部组织、附近粘膜及外括约肌皮下部均无显著的炎症改变。因而嵌顿痔时，并不影响手术，不增加手术的困难及复杂程度。

任全保等对痔嵌顿急性期采用单纯注射、剥离结扎、外剥内扎、基底注射法共治疗 107 例。取得了较好效果。术后 2 小时内有轻度坠胀，行剥离注射术和外剥内扎术注射者，可在术后几小时内有不同程度的疼痛，尤尿潴留、感染和继发性大出血发生。全部患者均治愈。随访两年无复发。

据高野正博(1991)对 200 例嵌顿痔的立即手术治疗表明，嵌顿痔立即手术后，与 70 例一般痔核相比，创面治疗日数无延长，但术后疼痛较重、出血等合并症反而较少。认为以前所担心的术后创面感染、形成脓肿、静脉炎、败血症等，虽然理论上是可能的，但实际上这种可能性是极低的，而成为一种“假设”的合并症。

孙昱等早期手术治疗嵌顿性内痔，并与非手术治疗作对照，认为嵌顿性内痔早期施行手术，可及时解除嵌顿，恢复正常解剖位置，由于可根治内痔，故手术疗法比非手术疗法较好。[113] 李忠孝运用中西医结合的方法治疗嵌顿痔，疗效满意。[114] 此外，临床上报道采用多种手术方法对嵌顿痔进行手术治疗，均取得良好效果。如高晓光采用括约肌部分潜行纵切一次性根治术对急性嵌顿痔早期手术 67 例。[115] 吕建国等早期手术治疗嵌顿痔 100 例，取得良好的疗效，术后 67 例随访，均无复发。[116] 梁雄采用外剥内扎加侧切扩肛术治疗急性嵌顿环状混合痔。[117] 王秋玲对嵌顿性环状混合痔早期手术 142 例。[118] 陈宗云采用外剥内扎加外括约肌浅层部分切断术治疗脱出嵌顿痔 30 例。[119] 商怀斌采用快速松解硬化疗法治疗嵌顿痔 32 例。[120] 余伟伦采用外切内扎注射术治疗嵌顿痔 42 例。[121] 刘持连用外剥内扎法治疗内痔嵌顿坏死感染 5 例。[122]

同时，也有不少报道采用麻醉或不麻醉下复位治疗急性嵌顿痔，如冷斌有减张加长麻治疗急性嵌顿性内痔。[123] 庞培贤等用复位法治疗急性嵌顿痔。[124] 王敏锋用局部封闭加中药治疗急性嵌顿痔 35 例。[125] 苏振坤用肛周局部封闭加中药坐浴治疗嵌顿性混合痔 87 例。[126] 王继东用非麻醉下手法复位治疗急性嵌顿痔。[127]

2.6 关于痔的物理疗法的研究

随着现代科学技术的发展和运用，不少新的现代医学诊断治疗器械不断地开发和应用，一些新的治疗痔疮的仪器也相继问世，对于痔病的治疗具有一定的意义。有关痔的治疗仪器五花八门，不能一一枚举，但大体上可分为二类，一类是起到改善症状，缓解病情的仪器，类似理疗的作用，不能彻底根治疾病。另一类起到手术器械的作用，能够彻底根治疾病，类似手术治疗的效果。

2.6.1 磁疗疗法

磁疗是利用磁性材料作用于人体，产生一定的治疗作用。磁性材料产生的磁场一般分

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为两类，一种是静磁场，治疗时是用一种恒定不变的磁体贴于体表，称为贴敷法；一种是动磁场，其磁场的强度大小或方向可随时调节变化，如常用各种磁疗机，直接接触局部体表，使磁场透过体表而发挥作用。

磁疗的原理较为复杂，主要是通过磁场对体内生物电各生物高分子，磁矩导向作用等影响，使生物产生一系列理化反应，如对体内动作电荷作用力可以改变原生物电流大小和运动方向，影响细胞膜电位改变，影响神经兴奋和抑制，促使细胞膜通透性增强，促进细胞内外物质交换等，以及促进血液循环，改善组织营养，提高致痛物质分解酶的活性等，从而起到镇痛、消炎、镇静等作用。因此，磁疗常用于红肿热痛的炎性外痔、血栓外痔和痔脱出嵌顿、术后肛缘水肿、内痔出血等症。

2.6.2 微波疗法

微波疗法是利用高频高压电磁波或称超高频或特高频电磁波治疗疾病的一种高频电疗法，根据不同仪器的性能和功率的大小，用微波治疗痔病的有温热疗法以及凝固、烧灼、切割疗法等几种方式。临床上根据不同的病情选择不同的方法。

温热疗法多用子局部红肿热痛的炎性外痔、血栓痔、痔脱出嵌顿、肛缘水肿痔症以及创口愈合缓慢。主要通过微波的热效应作用，促进局部血液循环，改善局部组织营养，加速代谢产物及炎性产物的排泄，增强机体防卫能力，从而达到治疗作用。一般用法是将体腔电极直接插入肛内，或远距离照射。

烧灼、凝固和切割疗法，是通过不同的仪器，利用各种各样的探头、探针等直接作用于痔核局部，使其组织透热变性、凝固或汽化，达到治疗目的，能起到根治作用。一般只运用于内痔或混合痔的内痔部分。

2.6.3 红外线疗法

红外线是太阳光谱中的不可见光，可分为短波红外线和长波红外线，红外线作用于人体，可产生热能，而起到治疗作用。红外线对痔的治疗也分为两种，其一是温热疗法，其二是凝固疗法。前者一般是用红外线灯对准病变局部，直接照射，使局部产生温热舒适感，能增强局部血液循环，促进新陈代谢，加强组织营养，达到消炎、消肿、镇痛的作用。适用于各类痔炎性肿痛、脱出嵌顿、肛缘水肿、血栓形成等。后者是用各种类型的红外线凝固器直接作用于痔核，使其局部凝固坏死脱落，达到治疗目的。多适应于各期内痔，尤为二、三期内痔。临床上要根据不同的仪器采用不同的方法。

2.6.4 冷冻疗法

冷冻疗法起源于 1961 年 Copper 发明冷冻手术装置后。1969 年 Lewis 首先提出在痔疾等良性疾患中运用冷冻疗法。日本柳田在 1972 年最早报道了运用冷冻手术治疗痔的临床疗效。

冷冻装置一般有两种，一种是运用液态氮治疗，一种是运用液态二氧化碳治疗，临床上可根据具体情况来选择运用。冷冻时通过冷冻探头直接接触痔核局部或以冷针直接插入痔核，使痔核组织迅速降温，组织细胞变性坏死脱落，继而修复再生达到治疗目的。冷冻疗法主要适应于内痔和混合痔的内痔部分，也有治疗外痔的临床报道。

2.6.5 激光疗法

激光治疗是利用激光辐射到人体局部而产生的一系列的生物物理反应，主要有热、压

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

力(冲击波)、光化学和电磁场4种效应，其中起治疗作用最重要的是热效应。目前激光的应用较为广泛，激光治疗仪器的种类很多，一般可分为气体激光器(CO_2激光器、He-Ne激光器)；液体激光器(如有机染料激光器)；固体激光器(如红宝石激光器、Na-YAG-掺钕钇铝石榴石激光器)，由于各种激光器的功率大小不同，治疗的作用也不同，低功率的激光器可用于理疗，起到改善血液循环、促进新陈代谢、增加组织营养的作用，达到消炎止痛、收敛消肿的功效。高功率的激光可以使组织碳化，组织液气化，从而使组织成焦炭而与基底下常组织分离，达到治疗目的。更高功率的激光器具有一定的穿透力，能击穿照射部位的组织，起到直接的切割作用，达到类似手术治疗的效果。临床上根据不同的仪器有不同的适应证、使用方法和注意事项，治疗时要加以区别应用。

2.6.6 其它物理疗法

除上述的物理疗法外，临床上还有许多其它的仪器和理疗方法。如电子治疗仪，电离子治疗仪，射频治疗仪、频谱治疗仪以及各种各样的肛管疾病治疗仪和多功能治疗仪等，分别利用电解、电凝、电离、电磁波、内生热效应等治疗原理，以及多种方法相结合的仪器治疗痔疮，均有一定的临床疗效。

2.7 关于痔治疗方法的选择

痔的治疗方法很多，但大体上可分为以下几种：①保守治疗，包括中西药物的内服、熏洗、外敷、塞肛以及针灸、按摩、气功等。②第二，枯痔疗法，包括枯痔散、枯痔钉疗法等。③注射疗法包括硬化剂注射和坏死剂注射等。④结扎疗法包括结扎法和套扎法。⑤手术疗法包括各种各样的手术方法。⑥物理疗法包括理疗性的疗法和根治性的疗法。

在临床治疗中很难说是哪一种方法是最好的，首先要根据患者的具体情况加以选择：①体质因素：如身体状况、年龄、性别等；②疾病的性质：如病情轻重缓急，痔的分类分期，痔核的大小、形状、数目和分布以及病程的长短等；③病人的意愿。其次要根据医院的医疗条件、设备以及医生的技术水平因素等选择治疗的方法。

一般来讲，保守治疗不能根治疾病，适用于体质较差、年龄较大、合并症多以及患者不愿接受其他的治疗的病人，只能起到暂时缓解症状的作用。枯痔疗法由于并发症较多以及其他疗法的发明和发展，目前临床上运用较少。注射疗法尤其是硬化剂注射，具有操作简单、使用方便，患者痛苦小，副作用少的特点，目前在痔的治疗中占有较大的优势，但只对于内痔，尤其是早期内痔疗效最好，对于晚期内痔及混合痔注射不能起到根治作用，而且复发率较高。结扎法是一种较好的方法，但目前单纯结扎的疗法运用不多，多数与注射、手术方法相结合，运用较为广泛。手术疗法仍然是痔治疗的根本方法，只有手术才能起到完全的根治作用，但是手术的副作用较大，患者痛苦也较大。目前，治疗痔的手术方法很多，选择手术方法是一个重要的问题，不能小病大手术，也不应大病小手术，要权衡治疗效果与并发症及后遗症之间的轻重关系，做到术前设计好方法，有的放矢，权衡利弊。物理疗法实际包括了两种，一种是理疗性的，起到保守治疗的作用，一种是根治性的，起到手术的效果。如何评价这种疗法，目前尚有一些争论，一般来说，目前以激光和微波治疗运用较多，具有操作简单，使用方便、出血少和痛苦小的特点，但是也有一些缺点，如易复发、创面不齐，愈合慢等。因此，物理疗法不能代替手术治疗。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

笔者认为，病情较轻者(病程短、早期内痔)，首选保守疗法；病情中等者(中期内痔，外痔不明显)应选注射疗法；病情较重者(三期内痔、三期内痔混合痔、环状痔)，考虑手术疗法。一般选择外剥(切)内扎(注射)术。如为环状痔，痔结扎注射术是一个较好的方法。

3 实验研究

3.1 关于内痔的动物模型研究

1978年刘爱华等为了研究痔的发病机理，分别对220只家兔、54只家犬和4只猴子进行了动物内痔模型的实验研究。

内痔模型的标准：①肉眼观察：肛管局部粘膜隆起，呈紫红色瘀血状态。②组织学检查，肛管局部粘膜、粘膜下层、括约肌间隙和内括约肌等，均有不同程度的血管扩张瘀血。

内痔模型的建立：采用七种方法：①双侧肛门神经主干用2%碘酒涂抹；②双侧肛门神经主干切断。③双侧肛门神经主干挫伤；④单侧肛门神经主干挫伤；⑤单侧肛门神经主干切断；⑥单侧肛门神经主干1/2切断；⑦双侧肛门神经主干1/2切断。

3.2 临床治疗的实验研究

九华膏(粉)是治疗痔疮常用的外用药，黄惠勇等进行了动物实验，从药理学角度探讨了九华膏(粉)的作用。通过家兔背部皮肤刺激试验、体外抑菌试验、家兔背部皮肤创伤溃疡模型愈合试验，结果表明九华膏(粉)具有抗菌消炎、防止感染、生肌收敛、刺激肉芽生长、促进创面愈合的作用。[128]

王秋霖等对痔得宁栓治疗肛门病进行实验研究，通过粘膜刺激试验、急性毒性试验、镇病试验和止血试验，结果表明痔得宁栓具有止痛、止血、消炎的作用，且对肛门直肠粘膜无明显刺激性。[129]

【古训今释】

1 病名溯源

我国对痔病的认识最早可追溯到夏商时期(公元前21～11世纪)，当时的甲骨文中就有关于“痔病”的记载。而在西周时期(公元前11世纪)的《山海经》中，最早明确地提出了“痔”的病名，如《山海经·西山经》中记有：“合之山，有鸟焉，其状如鹑，黑文而赤翁，名曰栎，食之已痔。”《山海经·南山经》中说：“南流注于海，其中有虎蛟，其状鱼身而蛇尾，食之不肿，可以已痔。”在《庄子·例御寇》中也有记载：“秦王有病召医，破痈溃痤者，得车一乘，舐痔者，得车五乘。”

关于“痔”的含义，有两种解释，其一，“痔”，同“寺”而“寺”字在古代的涵义指的是具有移行、变迁的意思，这一世代和那一世代的交界点为“寺”，肛门部是人体内外交界的地方，故该处的病变为“寺”，或“痔”。《说文解字》中也说：“痔，后病也”，《增韵》中称为“隐疮”，皆指的是发病的部位。其二，“痔”，同“峙”，如《医学纲目·痔》中称：“肠澼为痔，如大泽之中有小山突出为峙，人于九窍中，凡有小肉突出皆于痔。”《

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

因极—病证方论》中称“如大泽中有小山突出为痔，于人九窍中凡有小肉突出者皆曰痔，不特于肛门边生。”

因此，关于痔的定义有两种，广义的痔是指所有的肛门病，狭义的痔即是西医学的痔。

2 痔的分类

关于痔的分类，历代医家不尽相同，但是，其共同点是痔指的是广义的痔。

2.1 四痔分类法

我国现存最早的医书《五十二病方》把痔分为四类，即牡痔、牝痔、脉痔、血痔。这是最早的痔分类方法，后世医家对痔的分类都是在此基础上发展而来。

2.2 五痔、七痔分类法

五痔分类是在《五十二病方》的四痔分类上发展而来，关于五痔的提法首见于《神农本草经》，但其中只有五痔的提法，并无具体病名，书中只提出到了疽痔、肠痔、疮痔、瘘痔，并未发现有第五种痔的记载。《诸病源候论·痔病诸候》中关于痔的分类，对后世的影响较大，书中指出：“诸痔者，谓牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔也”，并指出各种痔的症状表现，“牡痔候，肛边生鼠乳出在外者，时时出脓血者是也。牝痔候，肛边肿生疮而出血者，牝痔也。脉痔候，肛边生疮，痒而复痛出血者，脉痔也。肠痔候，肛边肿核痛，发寒热而出血者，肠痔也。血痔候，因便而清血随出者，血痔也。”从症状分析可知，牡痔可能指的是肛瘘，牝痔的表现类似外痔，脉痔的症状与肛裂相象，肠痔与脓肿和嵌顿痔的表现差不多，血痔与内痔雷同。因此可见，当时所谓的痔包括了所有的肛门病，不仅仅是痔，痔的分类实则为肛门病的分类。《诸病源候论·痔病诸候》中还提出了酒痔和气痔，曰：“竟又有酒痔，肛边生疮，亦有出血，又有气痔，大便难而出血，肛亦外出，良久不肯入。”然而《诸病源候论》一书中并未明确提出“五痔”，也没有提出“七痔”，实际上提出的痔有七种。《太平圣惠方·治五痔诸方》的说法基本上与《诸病源候论》相同，但明确地提出了五痔的说法，“夫五痔者。谓牡痔，牝痔，脉痔，肠痔，血痔。……又有酒痔……又有气痔”。但后世有众多的医家把前五种痔，即牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔称为五痔。如《备急千金要方·痔漏》“夫五痔者，一曰牡痔，二曰牝痔，三曰脉痔，四曰肠痔，五曰血痔；牡痔者，肛边生鼠乳，时时溃脓血出。牝痔者，肛肿痛生疮。脉痔者，肛边有疮痒痛。肠痔者，肛边核痛，发寒热。血痔者，大便清血随大便污衣。”从名称和症状上来说，基本上同《诸病源候论》中的前五种痔。《外台秘要·卷二十六》中也将痔分为五种，但与上述分法不同，五痔为牡痔、酒痔、肠痔、血痔、气痔。书中指出：“崔氏论曰，凡痔病有五。若肛边生肉如鼠乳出孔者外，时时脓血出者，名牡痔也。若大便辄清血出者，名血痔也。若大便难，肛良久肯入者，名气痔也。肘后，集验同出第四卷”。宋《太平惠民和剂局方·治杂病》中也将痔分为五类，即外痔、内痔、脱肛痔、举痔、瘘痔。书中指出：“槐角圆治五种肠风泻血，粪前有血名为外痔，粪后有血名为内痔，大肠不收名脱肛，谷道四周胬肉如奶，名举痔。头上有乳，名瘘，并皆治之。”此种分类法，提出了“内痔、外痔”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的分法，但是与现代所说的内痔、外痔有本质的不同，而且还明确地提出了瘘和脱肛。《外科精义·论痔论》也分为五痔，曰："夫痔瘘之候，其名有五，一曰牡痔，二曰牝痔，三曰气痔，四曰血痔，五曰酒痔。"又曰："肠风痔，脉痔，雌雄者，皆五痔之别名也。"《外科证治全生集·痔疮》中也指出："痔分为五种，状亦不一，曰牡、牝、脉、肠、气。"

上述医家都把痔分为五种，而大部分以《诸病源候论》的分法为基础，在其所述的七种痔，即牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔、酒痔和气痔，组合变化出五种，也就是说五痔是在这七种痔的范围之中，唯有《太平惠民和剂局方》中提出的五痔，即外痔、内痔、脱肛痔、举痔、瘘痔有所不同，而且从现在的观点来说，比较具有科学性。

《万氏秘传外科心法·痔漏》明确地提出了七痔的分类法，但与《诸病源候论》中的七种痔不同。书中曰："……其名有七，治法则一，曰牡、曰牝、曰鸡冠、曰羊奶、曰通肠、曰翻花、曰脉痔。"

2.3 九痔分类法

《备急千金要方》在七痔的基础上分为九痔，即牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔、酒痔、气痔、燥湿痔。《医学正传·痔漏》中也分痔为九类，曰："其为变名状种种不同、曰牛奶、曰鼠奶、曰鸡心、曰鸡冠、曰莲花、曰翻花、曰蜂窝、曰穿肠、曰外痔，虽曰为状不同一，而其因则同焉。"《疡科选粹·痔疮》提出如下九痔，有牛奶、鼠奶、鸡心、鸡肝、莲花、翻花、蜂窝、穿肠、外痔。

2.4 二十五痔

《疮疡经验全书·痔瘘症并图说篇》提出了二十五痔："莲子痔、通肠痔、气痔、漏痔、钩肠痔、莲花痔、鸡心痔、垂珠痔、贯炼痔、粟子痔、菱角痔、盘肠痔、子母痔、翻花痔、鼠尾痔、双头痔、泊肠痔、血攻痔、夫妻痔、珊瑚痔、脱肛痔、担肠痔、三迷痔、樱桃痔、雌雄痔。"

2.5 二十四痔

明清时期，大部医家均分痔为 24 种，且多数编为歌诀。《秘传外科方》将痔分 24 种，为了便于记忆，并编成歌诀。二十四痔为菱角痔、莲花痔、穿肠痔、鼠奶痔、酒色痔、翻花痔、蜂巢痔、雌雄痔、气痔、血痔、子母痔、盘肠痔、玄珠痔、钩肠痔、核桃痔、流气痔、粟子痔、鸡心痔、珊瑚痔、脱肛痔、内痔、搭肠痔、垂珠痔、鸡冠痔。《外科启玄》中也有二十四痔，也载有便于记忆的歌诀，但与上述分法并不相同。提出了里外痔的说法，就其病名而言，与现代的混合痔类似，有一定的意义。同时，该书还附有各种痔的图形。书中所述二十四痔为菱角痔、莲花痔、穿肠痔、鼠奶痔、蜂巢痔、雌雄痔、子母痔、悬珠痔、钩肠痔、核桃痔、粟子痔、鸡冠痔、珊瑚痔、内痔、担肠痔、垂珠痔、鸡心痔、气痔、血痔、牛奶痔、羊奶痔、串臀痔、里外痔。《医宗金鉴》中的二十四痔为翻花痔、蚬肉痔、悬珠痔、盘肠痔、粟子痔、核桃痔、莲子痔、脱肛痔、泊肠痔、鸡心痔、牛奶痔、鼠尾痔、血攻痔、担肠痔、内痔、樱桃痔、珊瑚痔、菱角痔、气痔、子母痔、雌雄痔、鸡冠痔、蜂窝痔、莲花痔。《外科大成》中记载的二十四痔为脏痈痔、锁肛痔、翻花痔、莲花痔、重

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

叠痔、钩肠痔、悬肛痔、内外痔、内痔、血箭痔、气壮痔、沿肛痔、杨梅痔、子母痔、雌雄痔、菱角痔、葡萄痔、核桃痔、牛奶痔、鸡冠痔、鸡心痔、鼠尾痔、石榴痔、樱桃痔。

以上痔的分类较多，也较为复杂，但基本上是大同小异，均是以病变的外形分类为主，个别的也结合病变性质加以分类，虽说都是二十四痔，并不完全相同。其共同的特点是牡痔、牝痔都不见了，可能是由于牡痔、牝痔的分法较为笼统，而以更详细的分法代替。

2.6 七十二痔

《马氏痔瘘科七十二种》是肛肠科的专著，其对痔的分类更为详尽，有 72 种，为女阴痔、阴内痔、阴外痔、阴挺痔、五毒痔、马蚁痔、随孕痔、月季痔、血攻痔、天然痔、胎毒痔、产后痔、肛内痔、肛外痔、脱肛痔、赘肛痔、裂肛痔、寒肛痔、垂肠痔、叠毒痔、结毒痔、毒瘀痔、脏毒痔、肠风痔、气瘀痔、气虚痔、气寒痔、气热痔、血瘀痔、血虚痔、血寒痔、通气痔、通血痔、通经痔、通络痔、通脏痔、通腑痔、酒色痔、色伤痔、食积痔、劳力痔、努伤痔、惊急痔、坐伤痔、烟毒痔、茶湿痔、失眠痔、饥饿痔、渴伤痔、哭伤痔、言伤痔、葡萄痔、核桃痔、鸡冠痔、木耳痔、鸡心痔、牛奶痔、鹤顶痔、莲花痔、蜂窝痔、翻花痔、子母痔、雌雄痔、蚬肉痔、豆瓣痔、粟子痔、石榴痔、葫芦痔、大蛤痔、菱角痔、莲子痔。

2.7 关于内外痔的提法

《外台秘要·卷二十六》中最早提出的内痔和外痔的说法，书中指出："许仁则曰，此病有内痔，有外痔，内但便即有血……下血甚者，下血击地成孔。出血过多，身体无复血色。有痛者，有不痛者。"

总而言之，历代医家对痔的分类论述颇多，从五痔、七痔到二十四痔、七十二痔，愈分愈细，对痔病的研究愈来愈深，对临床治疗具有重要的指导意义，但是由于时代的局限性，仍缺乏科学性分类方法。就上述众多的分类而言，具有以下几个特点：①痔为广义的痔，指代了所有的肛门病，囊括了内痔、外痔、肛裂、肛瘘、肛门脓肿、肛管直肠脱垂，直肠息肉，甚至肛管直肠癌。②早期的分类是以病症的表现为主，后期则是以病变的外形为主，部分结合病变的原因和性质。③分类多采用对立的两个方面，如牡痔和牝痔，脉痔和血痔，内痔和外痔等。④分类方法比较杂乱，没有一个统一的分类标准。⑤也有个别的分类较为科学，对后世的分类治疗具有较大的影响。例如，在有的分类中提出的内痔、外痔、里外痔(混合痔)。

3 病因病理

关于痔的病因病理，最早的论述见于《素问·生气通天论》，曰："因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔。"后世医家在对痔的病因病理的论述时大都提到了这一经典之语，并在此基础上，加以解释、发展和进一步的论述。如金·窦汉卿的《疮疡经验全书·痔瘘症图说篇》中云："凡痔有五，即牡痔、牝痔、肠痔、脉痔、血痔。《素问》曰：因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔。脏腑所发，多由饮食不节，醉饱无时，恣食肥腻，胡椒辛辣，炙煿酿酒，禽兽异物，任情醉饱，耽色不避，严寒酷暑，或久坐湿地，恣意耽看，久忍大便，遂致阴阳不和，关格壅塞，风热下冲，乃生五痔。"金·刘完素的《河间六书·痔疮》中有："《素问》云：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔。盖以风热不散，谷气流溢，传于下部，故令肛门肿满，结如梅李核，其者乃变成而为瘘也。五脏切宜保养，勿令受邪。”元·罗天益《卫生宝鉴·痔漏》中曰：“肠风，痔漏总辞也，分之则异。若破者谓之痔漏，大便秘涩，必作大痛，此由风热乘胃，食饱不通，气逼大肠而作也。故经曰：因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔也。”明·《医学入门·痔》中亦有：“经曰：因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔，盖饱食则脾不能运，食积停聚大肠，脾土一虚，肺金失养，则肝木寡畏，风邪乘虚下流，轻则肠风下血，重则变为痔漏。或醉饱入房，精气锐泄，热毒乘虚下注，或淫极入房，过其伤筋，忍则停毒，甚则以男交男，致伤膀胱与肾肝筋脉。盖膀胱筋脉，抵腰络肾，贯臀走肝，环前后二阴，故痔乃筋脉，病发则面表痛甚，肝苦急也。”

由此可见，“因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔”的主要意义有以下几点。第一，痔的形成与饮食有关，痔是与筋脉有关的疾病。第二，关于饱食的解释有两点，其一就是本身的意义即指的是饮食过多。其二则有引伸的含义即指的是饮食不节。包括过食生冷，醉饱无时，恣食肥腻，胡椒辛辣，炙煿醇酒，禽兽异物，任情醉饱等。第三，关于横解，横即纵横，解同懈，即松懈。筋脉横解即经络血管松弛，是否有血管曲张瘀血之意，尚待研究。第四，关于肠澼有三种说法，一是指的病名，一是指肠间的水湿。也有的解释为动词，有向下流注的意思。

因此，关于因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔的意义是指由于饮食不节，损伤脾胃，脾胃运化无力，升降失常，导致筋脉经络纵横松弛，肠间水湿下注，局部气血瘀阻，形成痔疮。这样的解释较为符合现代医学痔形成的原理。也有的人解释为由于上述原因，形成了肠澼和痔疮，把肠澼作为一个病名解释。

3.1 饮食不节

饮食不节是痔形成的重要因素，大多数古代医籍中都提到了饮食不节的病因。而且也是痔形成的最经典的原因。来自《素问·生气通天论》：“因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔。”关于饮食不节包括几个方面：

3.1.1 饮食过多

饮食过多，损伤脾胃。如《医学入门·痔》云：“盖饱食则脾不能运，食积于大肠，脾土一虚，肺金失养，则肝木寡畏，风邪乘虚下流，轻则肠风下血，重则变为痔……”《医学入门》云：“若夫饱食太过，则脾气倦甚，不能运化精微，朝伤暮损，清浊混淆，故食积下流于大肠之间，而为病也。”

3.1.2 嗜食炙煿

嗜食炙煿，湿热内生。如《杂病广要》云：“凡痔者，因酒面炙煿，蓄热伤血，恶血积聚于下焦，不得疏逼，于是下坠而为痔。”《外科正宗·痔疮论》言：“夫痔者，乃素积湿热，过食炙煿……”

3.1.3 过度饮酒

过度饮酒，瘀浊下注。如《太平圣惠方·治酒痔诸方》云：“夫酒痔者，由人饮酒过度，伤于脾胃之所成也，夫酒性酷热而有大毒，酒毒渍于脏腑，使血脉充溢，积热不散，攻壅大肠，故令下血。”《医学入门·痔》云：“痔瘘及五痔，皆由酒食过度，即成此疾。”《外科

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

正宗·痔疮论》云："酒色过度，肠胃受伤，以致浊气瘀血流注肛门，俱能发痔。"

3.2 房室不慎

尽管《内经》中没有提到痔与房室的关系，但以后的医家均提到了房室与痔的关系，主要体现在以下几个方面。

3.2.1 醉饱入房

醉饱入房，热毒下流。如《诸病源候论·痔病诸候》："诸痔皆由伤风，房室不慎，醉饱合阴阳，致劳扰血气，而经脉流溢，渗漏肠间，冲发下部。"《医宗金鉴·外科心法要诀》："总不外乎醉饱入房，筋脉横解，精气锐泄，热毒乘虚下注"《医学入门·痔》："或醉饱入房，精气锐泄，热毒乘虚下流……"《外科发挥》："大抵醉饱入房，则经脉横溃或精气锐泄、脉络空虚、酒食之毒乘虚下注。"

3.2.1 房室不节

房室不节、伤及肝肾。如《医学入门·痔》："或淫极入房，过甚伤筋……"《外台秘要·卷二十六》："此皆坐中寒湿或房室失节，醉饱过度所得"。《东医宝鉴·外形篇》："淫极入房、致伤膀胱与肝肾筋脉，痔乃筋脉病"《疡科心得集·辨脱肛痔漏论》："淫极强固其精，以致木乘火势反侮金，用力过甚血逆肛门亦能致此"。

3.2.3 所欲不遂

所欲不遂、肝郁血瘀。如《古今医鉴·痔漏》："亦因房欲忧思、蕴积热毒、愤郁之气所成也。"

3.3 六淫致病

外感六淫之气传里，搏结肛门，亦可成痔。如《医宗金鉴·外科心法要诀·痔疮》中说："痔疮形名亦多般，不外风湿燥热源，肛门内外俱可发，病久成漏最难痊。"六淫之中，风邪为首，因而伤风与痔的关系最为密切。如《奇效良方》中指出："经曰：风客淫气，精乃亡，邪伤肝也。因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔。盖缘风气通于肝，肝生风，风生热。风客则淫气伤精，精亡则邪热伤肝。因饱食行房，则筋脉横解，而肠澼痔漏生焉。"再如《诸病源候论·痔病诸候》："诸痔皆由伤风……致劳扰血气，而经脉流溢，渗漏肠间，冲发下部。"湿邪致病以湿热多见，如《洞天奥旨·痔漏》："痔疮生于谷道肛门之边，乃五脏七腑受湿热之毒而生者也。"亦见于寒湿，如《外台秘要·卷二十六》："此皆坐中寒湿或房室失节，或酒饱过度所得，当时不为患，久久不差，终能困人。"痔出血者，以热邪为主，如《东垣十书·痔瘘论》："善为病者，皆是湿热风燥四气所伤，而热为最多也。"燥邪致病，亦为常见。如《疡医大全·辨脱肛痔漏论》："痔瘘之源，受病者，燥气也，为病者，湿热也。"此外，六淫致痔，不仅仅是外感六淫，内生风热燥湿亦为重要，如《医学入门·痔》："痔非外邪，乃脏内湿热风燥，四气相合，蕴久流入大肠而成毒。"《河间六书·痔疮》："肠风痔病有五种，其证亦异，盖因阳气虚而元府疎，风邪乘而热自生，风湿邪热，攻于肠中，致使大便涩而燥热郁血，热散而流溢冲，浸淫肠里。故以先血后便为热在下，先便后血为热在上，久而不愈乃作痔。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.4 脏腑本虚

痔的发病不仅为与外界因素所致，而与脏腑本身的关系同样至关重要。如《丹溪心法·痔疮》中指出："痔者皆因脏腑本虚，外伤风湿，内缊热毒，醉饱交接，多欲自戕，以致气血下坠，结聚肛门，宿滞不散，而冲突为痔也。"《疮疡经验全书·痔瘘症并图说》也有如下记载："人生素不能饮酒亦患痔者，脏虚故也。"

3.5 其他原因

久站久坐，负重远行：《外科正宗·痔疮论》："夫痔者，乃素结湿热，过食炙煿，或因久坐而血脉不行，又因七情而过伤生冷，以及担轻负重，竭力远行，气血纵横，经络交错……俱能发痔。"

久泻久痢久咳：《医宗金鉴·外科心法要诀·痔疮》："有久泻久痢而生痔者"，"久病咳嗽而后生痔者。"

便秘、妊娠、分娩及月经不调：《外科理例·痔瘘》："妇人因经后伤冷，月事生风，余血在心经，血流于大肠"，"又有产后用力太过而痔者。"

禀受胎毒：《疮疡经验全书》："亦有父子相传者，母血父精而成。"《保婴撮要》："痔疮之证，或因禀受胎毒，或膏粱食积，或母食炙煿厚味所致。"《外科启玄·痔疮部》："夫痔者……或母腹中受毒"

4 治　疗

4.1 内治法

历代古籍中，对于痔治疗的论述颇多，而内治法占有相当大的比例，他们从不同的方面提出了不同的治疗方法，尚需注意的是由于古代痔的概念是泛指了所有的肛门病，因而对痔治疗论述亦包括了其它的肛门病。

4.1.1 从分类论治

金元以前的古籍对痔的治疗多从疾病的分类来决定治疗方法。如《备急千金要方·五痔论》："又五痔有气痔，寒温劳湿即发，蛇蜕皮主之。牡痔生肉如鼠乳，在孔中颇出见外，妨于更衣，龟甲主之。牝痔从孔中起外肿，五六日自溃出脓血，猬皮主之。肠痔更衣则挺出，外乃缩人，母猪左足悬蹄甲主之。脉痔更衣出清血，蜂房主之。"

4.1.2 从症状论治

根据痔的症状来决定痔的治则治法，有的是根据痔的主症，有的是根据痔的兼症。如《薛氏医案·痔漏》中指出："大便秘涩或作痛者，润燥除湿。肛门下坠或作痛者，泻火导湿。下坠肿痛或作痒者，祛风胜湿。肿痛小便涩滞者，清肝导湿。……初起燃痛便秘，或小便不利者，宜清热凉血，润燥疏风。若气血虚而寒凉伤损者，调养脾胃，滋补阴精。若破而久不愈，多成痔漏，有穿臀穿阴穿肠者。其肠头肿块者，湿热也。作痛者，风热也。便结者，火燥也。溃脓者，热胜血也。大便作痛者，润燥除湿。肛门坠痛者，泻火除湿。小便涩滞者，清肝导湿。其成漏者，养元气，补阴精为主。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.1.3 从病因论治

根据痔的病症审证求因，再决定治法方药。如《医学入门·痔》指出："痔非外邪，乃脏内湿热风燥，四气相合，蕴久流入大肠而成毒，有肠头肿块者，湿也。肛肿后坠，湿兼热也。出脓血水者，热胜血也。痛极者，火热也。痛痒者，风热也，大便秘者，燥热也。小便涩者，肝火湿热也。又疮头向上或硬者热多，向下者或软者湿多。

4.1.4 单一治法

部分古代文献提出了痔的单一的治法，如《东垣十书·痔瘘论》："其疾甚者，当以苦寒泻火，以辛温和血润燥，疏风止痛，是其治也。"《丹溪心法·痔疮》："痔疮专以凉血为主""治法总要，大抵以解热调血顺气先之。"《医学正传·痔漏》："治法以苦寒泻火，芩、连、栀子、槐花之类；以辛温和血，当归、川芎、桃仁之类。风邪在下，以秦艽、防风、升麻之类提之；燥热怫郁，以大黄、枳壳、麻仁之类调之。"《万氏秘传外科心法·痔漏》："治内痔之法，宜凉血、解毒、升提其坠气，可愈。"

4.2 疗痔方药

关于痔治疗的方药物众多，历代医家均有论述。《神农本草经》记载药物365种，其中治疗痔的药物有21种，药名及主治如下：黄芪治五痔鼠瘘；漏芦治恶疮疽痔；槐实治五痔火疮；五色石脂治肠澼、脓血、痈肿、疽痔、恶疮；龟甲治五痔阴蚀；文蛤治恶疮蚀五痔；檗木治肠胃中结热、黄疸、肠痔；雄黄治鼠瘘恶疮、疽痔死肌；石硫黄治阴蚀疽痔；败酱治疥搔疽痔；露蜂房治出毒肠痔；鳖甲治去痞息肉、阴蚀、痔、恶肉；悬蹄治五痔伏热在肠；石灰治痔虫；蛇合治疽痔鼠瘘；牙子治恶疡疮痔；萹蓄治疽痔；桐叶治五痔；蛇蜕治寒热肠痔、虫毒；孔公孽治恶疮疽、瘘痔；猬皮治五痔阴蚀。后世治疗痔的药物更多，不可枚数。

关于治疗痔的药方很多，如《太平圣惠方》记载治痔的药方有200多首。《医部全录》中记有治疗痔的药方有200多首，单方300多首。有许多方药至今仍有重要意义。如《外科启玄》的止痛如神汤、《外科正宗》的凉血地黄汤、《外科大成》的祛毒汤等。

4.3 外治法

对于痔的治疗，外治法占有相当重要的地位，现存最早的医书《五十二病方》中记有多种痔的外痔疗法，如敷药法、药浴法、熏法、熨法、砭法、灸法、按摩法、结扎法、切开法等。后世医家有了更进一步的发展。

4.3.1 枯痔法

枯痔疗法首见于《魏氏家藏方》。《外科正宗·痔疮论》中对枯痔法运用的论述更加详尽，不仅从药物组成和运用方面较为具体，而且还论述了枯痔疗法前后的注意事项及疾病的愈后发展变化。书中指出："凡疗内痔者，先用通利药荡涤脏腑，然后用唤痔散涂入肛门，片时内痔自然泛出，即用葱汤洗净，擦枯痔散，早午晚每日三次，每次温汤洗净擦药，轻者七日，重者十一日，其痔自然枯黑干硬。停止枯药，其时痔边裂缝流脓，换用起痔汤日洗一次，待痔落之后，换擦生肌散或风雏膏等药生肌敛口，虚者兼服补药，其口半月可完。"可见，书中对枯痔的论述与目前枯痔疗法的过程基本一致。《外科大成·痔疮》中的"内痔"条目下也有详尽的记载："在肛门之里，大解则出血发箭，便毕用手按良久方入。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

服翻肛散，塞换痔散。即翻出洗净，敷如圣散五七次，其痔紫黑色自落。换收口药收口，服收肛散即入。”

历代所用的枯痔散有所不同，但其共同点是大部分均有砒和矾。

4.3.2 熏洗疗法

熏洗疗法最早见于《五十二病方》，其中有烟熏、热熨的疗法，同时，还有蒸汽熏熨疗法、坐浴疗法等。后世医家运用熏洗疗法非常广泛，熏洗的方法和方药很多，如《太平圣惠方·治五痔诸方》中记有众多的熏洗方剂，如“治五痔有头。疼痛不可忍。宜用此药熏之。神效方。”药物有：槐胶、皂荚、麝香、鳗鲡鱼、雄黄、丁香、莨菪子。并有具体的用法：“右件药。捣罗为末。都研令匀。用槐角膏。分为五圆。到一净瓶纳。着炭火烧一圆。以物盖之。于盖之上钻一孔子。掘地埋瓶与地面平。于上正坐。当痔上熏之。日可二度。痔上汗出便差。”再如本书记载的“治五痔熨药方”药物为：桃叶、槐药、胡麻。用法如下：“右件药。合捣蒸之。以热熟为度。旋取一升。以绵裹熨痔上。冷及频换熨之。”本书还记有“又方。槐根五两细研、艾叶三两。右以水一斗。煎至五升。去滓。冷暖得所。淋下部。”可见，《太平圣惠方》中不仅载有较多的熏洗方药，还记有具体详尽的用法，包括了熏、洗、熨、淋等。《河间六书》亦记有外用熏洗药，如：淋洗药、治痔。方药天仙子、荆芥、小椒、蔓荆子各等分，右以水煎之。《儒门事亲》亦记有洗痔漏方，药用花椒、艾叶、葱头、五倍子、皮硝、马齿苋、茄根。右为散水煎，先熏后洗，当时痛止，指日可愈。《万氏秘传外科心法·痔漏》中有：“外洗蒸法，黎击子(即算盘子)十股，桑白皮一股。煎水蒸洗，不过三、四次而愈矣。”

总之，熏洗法历史悠久，从古至今，一直延用，方药众多，疗效确切，确实为一种治疗痔的较好方法。古代运用时，有熏、熨、蒸、淋、浴等具体不同的运法，现多熏洗、坐浴为主。

4.3.3 结扎疗法

结扎疗法最早亦见于《五十二病方》。《太平圣惠方·治痔肛边生鼠乳诸方》加以明确的论述。该书记有：“用蜘蛛丝缠系鼠乳头，不觉自落。”后世有更进一步的发展，应用日趋普遍，一直延用至今。如《万氏秘传外科心法·痔漏》中有：“……或用过天丝结断痔头，然后用敷药。”“二味结痔法：用过天丝与蚕丝合成，缠痔头上六、七转，上贴不厚不薄蒜一片，着艾灸于蒜上三壮，后上生肌散，可愈。”《外科大成》亦有：“……或翻出时用药线扎之亦佳”，但多仅限于治疗痔体头大根小易于脱出者。《疡科选粹·痔疮》提出采用结扎法治疗外痔，如：“治外痔者，以药线系之，俟痔焦黑药下，再用……药膏纳入窍中，永不复发。”古代常用的结扎料有蜘蛛丝、蚕丝、药线等。

总之，关于痔的治疗，历代的医学家提出了众多的治疗方法，并在前人的基础上逐步发展，有的方法颇具科学性，对今人的治疗尚有重要的指导作用，甚至至今仍然沿用。归纳起来，有如下特点。①治疗痔的方药很多，且以单方单药治疗为多，面辨证治疗较少。②外洗方法多样，有浴、熨、洗、熏、蒸、敷等，治疗效果确切。③枯痔法应用较为广泛，枯痔药物多种多样，是痔的根治方法。④结扎法有一定的发展，对后世有较大的影响。⑤有的治疗方法和论述仍有一定的局限性和不当的地方。

(刘仍海　张燕生　陈淑萍)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近现代参考文献

[1] 邓景隆．关于痔临床分类的新探讨．肛肠疾病研究新进展．北京：华夏出版社，1994

[2] 丁义山，等．内痔本质的探讨——痔静脉泵功能下降在痔形成中的作用．中国肛肠病杂志，1990，10(3)：3

[3] 刘汉章．直肠肛管力失衡浅淡——痔的病因探讨．中国肛肠病杂志，1990，10(1)：24

[4] 余运昌，等．痔与锌元素关系的探讨．中国肛肠病杂志，1992，12(1)：17

[5] 曹靖国，等．痔患者的血流病学观察．中国肛肠病杂志，1997，17(5)：3

[6] 陈云，等．痔的病理形态学及发病机理的研究．中国肛肠病杂志，1992，12(1)：3

[7] 徐元庚．痔病从瘀论治．见：肛肠疾病研究新进展．北京：华夏出版社，1994

[8] 蔡树娇．应用“泽兰活血汤”治疗痔疮100例临床观察．肛肠疾病研究新进展．北京：华夏出版社，1994

[9] 王静．“肠红汤”治疗老年痔疮．见：肛肠疾病研究新进展．北京：华夏出版社，1994

[10] 吴冰，等．泻心汤治疗内痔出血74例疗效观察．中国肛肠病杂志，1998，18(3)：35

[11] 黄建坤，等．凉血地黄汤治疗内痔出血35例．四川中医，1997，15(9)：45

[12] 牛治君，等．大黄牡丹汤治疗嵌顿性内痔．中国肛肠病杂志，1995，15(5)：7

[13] 唐梅秀，等．乙字汤合槐角丸治疗痔疮．肛肠疾病研究新进展．北京：华夏出版社，1994

[14] 阮正华．痔宁汤内服治疗内外痔嵌顿54例报道．见：肛肠疾病研究新进展．北京：华夏出版社，1994

[15] 周万祥．止痛如神汤加减治疗痔疮234例．湖北中医药杂志，1994，16(7)：23

[16] 冷伟．止痛如神汤治疗急性痔．安徽中医临床杂志，1997，9(1)：54

[17] 荀洪仙．补中益气汤化裁治疗内痔脱垂56例．湖南中医杂志，1997，13(3)：48

[18] 欧春．养阴凉血法治疗痔病便血56例．陕西中医，1996，17(5)：205

[19] 陈孟燊，等．坐浴熏洗治疗痔疮．中国肛肠病杂志，1992，12(1)：39

[20] 程彩亮．消痔熏洗液治疗炎性外痔164例．中国肛肠病杂志，1993，13(1)：32

[21] 刘乃华　皂矾臭蒲根洗剂治疗痔疮．中国肛肠病杂志1992，12(1)：39

[22] 何惠珠，等．黄梅洗剂熏洗治疗外痔40例疗效观察．中国肛肠病杂志，1997，17(5)：35

[23] 周兆连，等．芒硝湿敷治疗痔疮．中国肛肠病杂志，1997，17(5)：47

[24] 卫田江．中药熏洗治疗内外痔．中国肛肠病杂志，1997，17(5)：56

[25] 李新，等．痔舒息洗剂坐浴治疗痔疮．中国肛肠病杂志，1997，17(5)：55

[26] 于国胜，等．中药坐浴治疗血栓嵌顿痔186例．四川中医，1996，14(8)：6

[27] 柳东杨，等．自拟痔术后外洗方应用50例体会．新中医，1996，28(8)：34

[28] 陈菊．坐浴1号治疗痔瘘术后100例．浙江中医杂志，1996，(4)：163

[29] 贺静秋，等．中药熏洗治疗肛门疾病的临床体会．黑龙江中医药，1996，(4)：31

[30] 耿一平．痔疮冲洗剂的临床疗效分析．中药材，1995，18(10)：538

[31] 宋传玲．痔疮洗剂治疗混合痔合并肛门水肿278例．山西中医，1995，11(6)：18

[32] 康志国．加减祛毒汤治疗肛肠病318例临床观察．中级医刊，1996，31(1)：60

[33] 王双印．中药肛疾清洗剂治疗肛门病术后65例疗效观察．甘肃中医学院学报，1996，13(2)：28

[34] 唐乾利．五倍子汤加味在嵌顿痔术前的应用．广西中医药，1993，16(6)：1

[35] 刘清德，等．消肿活血汤治疗炎性混合痔．中国肛肠病杂志．1998，18(3)：45

[36] 钱忠秀，等．消炎止痛膏治疗痔病100例．中国肛肠病杂志，1998，18(3)：41

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[37] 李明章，等．乌龙化痔膏治疗肛肠疾病．中国肛肠病杂志，1997，17(5):35
[38] 赵亚杰，等．消痔膏治疗炎性痔．中国肛肠病杂志，1997，17(5):41
[39] 李荣弟．紫草膏外敷治疗炎性外痔临床研究．见：肛肠疾病研究新进展．北京：华夏出版社，1994
[40] 王洪建，等．止血生肌定痛膏用于痔瘘术后创面100例效果观察．中国肛肠病杂志，1998，(11):40
[41] 金虎，等．复方痔疮栓治疗痔疮1500例疗效观察．中国肛肠病杂志，1997，17(5):51
[42] 倪宝成，等．消痔栓治疗肛肠疾病临床体会．中国肛肠病杂志，1998，18(3):39
[43] 冯升瑞，等．复方痔疮栓治疗痔和肛裂疗效观察．中国肛肠病杂志，1997，17(5):41
[44] 陈梅英，等．消痔栓的制作及百病临床验证．肛肠疾病研究新进展，1994
[45] 章正其．痔疮止血栓临床疗效观察．中成药，1994，16(6):25
[46] 王秋霖，等．痔得宁栓治疗肛门病临床实验研究．见：肛肠疾病研究新进展．北京：华夏出版社，1994
[47] 丘营旺．中药熏洗和内服治疗痔疮．中国肛肠病杂志，1998，18(3):41
[48] 王维烈，等．中药内服、熏洗加外敷治疗痔疮150例体会．四川中医，1996，14(12):44
[49] 曾清泉．痔血服洗方治疗内痔出血72例临床观察．四川中医，1994，12(10):49
[50] 汤云龙．中药内服外洗治疗内痔374例．陕西中医，1994，15(4):158
[51] 刘斌．龙胆泻肝汤加味内服外洗治疗外痔炎症39例．1997，9(5):262
[52] 刘声，等．痔定康注射治疗内痔混合痔．中国肛肠杂志，1996，16(3):46
[53] 苏宁芳，等．痔特灵二号注射治疗Ⅱ Ⅲ期内痔．中国肛肠病杂志，1996，16(3):40
[54] 杨洲，等．枯黄萎缩液在肛肠外科疾病中的应用．1997，17(5):59
[55] 魏风娥．痔全消五步注射洗治疗痔核766例临床观察．中国农村医学，1994，(5):51
[56] 苏明亮．复方消痔液治疗内痔及混合痔．1992，(1):34
[57] 喻德洪．肛肠外科疾病问答．上海科学技术出版社，1983
[58] 陈德明，等．痔克星注射液治疗Ⅲ期内痔150例．1992，12(1):31
[59] 陆乾乾，等．内痔A注射液临床疗效分析．见：肛肠疾病新进展．北京：华夏出版社，1990，22
[60] 周炳庚．复方柠檬酸注射液治疗各期内痔．见：肛肠疾病新进展．北京：华夏出版社，1990，46
[61] 雷保余．消痔液治疗内痔静脉曲张性混合痔200例临床观察．湖南中医杂志，1998，(2):18
[62] 谢锦旗，等．95%乙醇注射治疗痔疮42例．中国肛肠病杂志，1998，18(3):36
[63] 应文辉．高渗葡萄糖注射治疗内痔出血28例．中国肛肠杂志，1997，17(5):54
[64] 霍增聚．复方低分子右旋糖酐注射治疗内痔．1992，12(1):33
[65] 刘福善．枸橼酸钠注射治疗内痔．1993，(1):40
[66] 李竞宏．鱼肝油酸钠注射治疗内痔51例．中国肛肠病杂志，1998，18(3):38
[67] 赵自星．痔疮注射致直肠阴道瘘1例．中国肛肠病杂志，1998，18(3):25
[68] 张进．注射治疗内痔实发休克1例．中国肛肠病杂志，1998，18(3):25
[69] 王宝锁．内痔注射合并菌血症1例．中国肛肠病杂志，1998，18(3):26
[70] 谢宝慈．内痔注射疗法术后并发症3例．中国肛肠病杂志，1993，13(1):27
[71] 张兵文．内痔注射致直肠阴道瘘1例．中国肛肠病杂志，1994，14(1):14
[72] 艾卫民，等．注射治疗内痔后便秘致广泛性肠坏死及穿孔．中国肛肠病杂志，1996，16(3):22
[73] 卢宣伟．注射消痔灵引起出血性休克1例．中国肛肠病杂志，1996，16(3):23
[74] 谢辉全．注射治疗内痔后继发肠出血1例．中国肛肠病杂志，1996，16(3):23
[75] 蒋泰珍．痔核注射后肛管直肠坏死1例．中国肛肠病杂志，1996，16(3):25
[76] 朱庄庄，等．内痔注射致肛管直肠狭窄1例．中国肛肠病杂志，1996，16(3):30
[77] 郭寿恒，等．针刺“二白”治疗痔疮出血．四川中医，1987，5(9):16

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[78] 张成英. 针刺长强、承山治疗痔疮. 四川中医，1986，4 (8):42
[79] 邢利松. 针刺治疗痔疮. 山东中医杂志，1984，5 (6):44
[80] 国万春. 弹拨大肠俞治疗痔疮. 四川中医，1991，9 (2):49
[81] 丁光荣. 针刺治疗内痔、脱肛. 福建中医药，1983，14 (4):62
[82] 韩义民，等. 针灸治疗痔瘘术后尿潴留 80 例临床观察. 针灸临床杂志，1997，13 (6):27
[83] 杨成米. 艾蝎烟熏治疗痔疮. 福建中医药，1991，22 (1):16
[84] 周其荣. 壮医药线点灸疗法治疗内痔出血 38 例. 云南中医杂志，1991，12 (1):33
[85] 卢志世，等. 仫佬医药线直接点灸痔核治疗痔疮 30 例. 中医杂志，1990，6 (8):50
[86] 张时梅. 贴灸八髎穴治疗痔疮 44 例. 上海中医药杂志，1986，(9):8
[87] 程绍勋. 针挑大肠俞穴治疗内痔便血症. 上海中医药杂志，1987，(5):20
[88] 沈志忠. 上唇系带点刺治疗痔出血. 江苏中医杂志，1987，8 (8):47
[89] 张书林. 等. 中药内服熏洗加针刺治疗痔疮 137 例. 山西中医，1991，7 (5):52
[90] 曾玉珊. 挑痔疗法治疗痔疮 200 例. 中国针灸，1997，17 (1):53
[91] 李庆杭. 挑治法治疗肛肠疾病. 中国针灸，1997，17 (3):141
[92] 刘振声. 刺血法治疗肛肠疾病术后并发症 17 例. 中国针灸，1997，17 (5):276
[93] 申玉新，等. 环状混合痔手术方式改进. 中国肛肠病杂志，1992，12 (1):36
[94] 刘清德. 注射加环切治疗环状混合痔. 中国肛肠病杂志，1997，17 (5):27
[95] 徐定芳，等. 环状痔环切术中缝扎直肠上动静脉分支疗效观察. 中国肛肠病杂志，1996，16 (3):43
[96] 吴泽炎. 左右后半环切除术治疗环状静脉曲张外痔 150 例. 中国肛肠病杂志，1997，17 (5):58
[97] 王敏英，等. 分段结扎皮瓣保留间断缝合术治疗环状混合痔疗效观察. 中国肛肠病杂志，1998，18 (3):5
[98] 潘维庆. 分段结扎术治疗环形混合痔 241 例. 中国肛肠病杂志，1994，14 (1):43
[99] 王玉堤. 分段结扎加括约肌松解治疗环状痔. 中国肛肠病杂志，1996，16 (3):39
[100] 李省吾，等. 环状痔分段结扎改良术式的临床应用. 中国肛肠病杂志，1994，14 (1):23
[101] 张有生. 环形痔分段结扎法 283 例疗效. 中国肛肠病杂志，1996，16 (3):42
[102] 陈克金. 重度环状混合痔改良式分段外剥内扎术. 中国肛肠病杂志，1997，17 (5):57
[103] 邓正明，等. 环状混合痔术式改良的探讨. 中国肛肠病杂志，1996，16 (3):10
[104] 崔雅飞. 分段结扎保留皮桥术治疗环状痔. 中国肛肠病杂志，1998，18 (3):39
[105] 吴步炳. 外切内注术治疗环状混合痔 85 例. 中国肛肠病杂志，1994，14 (1):34
[106] 王正风. 一次性分区外剥内扎加内括约肌部分切断术治疗环状混合痔 112 例疗效观察. 中国肛肠病杂志，1997，17 (5)
[107] 王民基，等. 保留齿线及皮瓣矫正术治疗环状痔. 中国肛肠病杂志，1998，18 (3):7
[108] 牛天顺. 内括约肌切断保齿线加外切内扎术治疗混合痔. 中国肛肠病杂志，1998，18 (3):9
[109] 陈巴岐，等. 内括约肌部分切断在环状混合痔术中的应用. 中国肛肠病杂志，1998，18 (3):18
[110] 金虎，等. 中西医结合治疗环状混合痔的新方法. 中国肛肠病杂志，1998，18 (3):10
[111] 陈仲敬. 肛管松解术治疗环状痔静脉曲张外痔. 中国肛肠病杂志，1994，14 (1):25
[112] 张林新. 外剥内皮桥下剔除消痔灵注射治疗环状混合痔. 中国肛肠病杂志，1996，16 (3):47
[113] 孙昱，等. 早期手术治疗嵌顿性内痔. 中国肛肠病杂志，1993，13 (1):39
[114] 李忠孝. 中西医结合治疗嵌顿痔. 中国肛肠病杂志，1993，13 (1):40
[115] 高晓光. 急性嵌顿痔早期手术 67 例临床观察. 中国肛肠病杂志，1993，13 (1):35
[116] 吕建闽，等. 早期手术治疗嵌顿痔 100 例. 中国肛肠病杂志，1993，13 (1):22
[117] 梁雄. 急性嵌顿环状混合痔外剥内扎加侧切扩肛术的临床观察. 中国肛肠病杂志，1997，17 (5):

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

24
[118] 王秋玲．嵌顿性环状混合痔早期手术 142 例临床观察．中国肛肠病杂志，1997，17 (5):42
[119] 陈宗云．外剥内扎加外括约肌浅层部分切断术治疗脱出嵌顿痔 30 例．中国肛肠病杂志，1997，17 (5):46
[120] 商怀斌．快速松解硬化疗法治疗嵌顿痔 32 例．中国肛肠病杂志，1998，18 (3):41
[121] 余伟伦．手术治疗嵌顿痔 42 例．中国肛肠病杂志，1998，18 (3):44
[122] 刘持连．内痔嵌顿坏死感染的治疗体会．中国肛肠病杂志，1996，16 (3):48
[123] 冷斌．减张加长麻治疗急性嵌顿性内痔．中国肛肠病杂志，1996，16 (3):48
[124] 庞培贤，等．复位法治疗急性嵌顿痔．中国肛肠病杂志，1996，16 (3):47
[125] 王敏锋．局部封闭加中药治疗急性嵌顿痔 35 例．中国肛肠病杂志，1998，18 (3):42
[126] 苏振坤．肛周局部封闭加中药坐浴治疗嵌顿性混合痔 87 例．中国肛肠病杂志，1998，18 (3):45
[127] 王继东．非麻醉下手法复位治疗急性嵌顿痔．中国肛肠病杂志，1993，13 (1):5
[128] 黄惠勇．九华膏(粉)的初步实验研究．中国肛肠病杂志，1994，14 (1):5
[129] 秋霖，等．痔得宁栓治疗肛门病临床实验研究．见：肛肠疾病研究新进展，1994

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 肛　痈 ❋

肛痈是发生在肛门部的痈疽，相当于西医的肛门直肠周围脓肿(简称肛周脓肿)，是肛门直肠周围间隙的化脓性疾病。一般是由于隐窝肛腺感染后，炎症向肛管直肠周围间隙组织蔓延而形成。由于发病部位的不同，可有不同的名称，如生于大肠尽处，有脏毒、肛门痈等；生于尾骨前长强穴者名涌泉疽、鹳口疽等等。西医根据其所在间隙的不同，也有许多名称，如坐骨直肠间隙脓肿、骨盆直肠间隙脓肿等等。本病可发于任何年龄，但青壮年居多，婴幼儿也时有发生，尤以男性为多见。其特点是多数发病急骤，疼痛剧烈，常伴有发热，溃后多能形成肛漏。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

1.1 病名诊断标准

根据中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·疾病部分》与肛痈有关的病名的诊断标准如下：

肛痈：因过食肥甘、辛辣，湿热下注，或湿痰凝结，邪毒留阻于肛管直肠周围，气血瘀滞，热毒化腐成脓，形成痈肿。以发热恶寒，肛门部红肿、灼热、疼痛，化脓溃后易形成肛瘘为主要表现的痈病类疾病。

脏毒：因燥屎、腹泻，粪便留滞肛窦，湿热下注所致。以肛门内疼痛、灼热、坠胀感，排便后向会阴、臀部放射，肛窦红肿、有脓样物等为主要表现的痈病类疾病。

肛瘘[漏]：肛痈成脓自溃或切开后所遗留的管腔。有内外两口，或数个外口，外口常有脓水或粪汁流出，其下有条索状物，内口位于肛门齿线部为主要表现的瘘病类疾病。

穿肠瘘：肛痈成脓自溃或切开后所形成的管腔，有内外口，外口位于肛周皮肤，内口位于直肠部。以常从外口流出粪水为主要表现的瘘病类疾病。

1.2 病类诊断标准

根据中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，肛痈系肛管直肠周围软组织间隙急性感染所形成的化脓性病变，又称肛门直肠周围脓肿。其诊断标准如下：

局部红肿疼痛，有波动感，一般无明显全身症状者，多位于肛提肌以下间隙，属低位肛痈。包括坐骨直肠间隙脓肿、肛周皮下脓肿、括约肌间隙脓肿。

出现寒战，高热，乏力，脉数等全身症状，血白细胞总数及中性粒细胞增高，局部穿刺可抽出脓液者，多位于肛提肌以上间隙，属高位肛痈。包括骨盆直肠间隙脓肿、直肠后间隙脓肿、直肠粘膜下脓肿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3 证类诊断标准

根据中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》肛痈证候分类标准如下：

火毒蕴结：肛门周围突然肿痛，持续加剧，伴有恶寒，发热，便秘，溲赤。肛周红肿，触痛明显，质硬，表面灼热。舌红，苔薄黄，脉数。

热毒炽盛：肛门肿痛剧烈，可产数日，痛如鸡啄，夜寐不安，伴有恶寒发热，口干便秘，小便困难。肛周红肿，按之有波动感或穿刺有脓。舌红，苔黄，脉弦滑。

阴虚毒恋：肛门肿痛，灼热，表皮色红，溃后难敛，伴有午后潮热，心烦口干，夜间盗汗。舌红，少苔，脉细数。

2 中心证候特征

肛痈的主要特征是肛门周围突然发生肿胀疼痛，一般发展迅速，肛周可触及肿胀包块，触痛明显，成脓后可伴有发热及鸡啄样疼痛，坐卧不宁，局部触痛尤为明显。肛痈发生后，患者多有便秘，尿赤或小便困难，排便时疼痛加重。经切开或自行破溃后，红肿热痛迅速减轻，常有后遗肛瘘形成。

3 病 因

饮食失调：过食醇酒厚味及辛辣炙煿之品，损伤脾胃，酿生湿热，湿热蕴结肛门是肛痈形成的重要原因。

房室失调：醉饱入房、忍精停毒、房劳过度、以男交男等房室失调可以导致肛痈的产生。

情志失调：喜怒不测、忧思愤郁与肛痈的形成有密切关系。

感受外邪：肛痈的产生，与感受外邪也有一定关系，主要是感受湿热毒邪。

勤劳辛苦：负重奔走，劳碌不停，妇女生产用力，气陷阻滞，湿热瘀毒下注，可导致肛痈产生。

虚劳久嗽：虚劳久嗽，痰火结聚肛门是虚证肛痈的原因之一。

西医认为，肛周脓肿的产生与以下因素有关：

（1）感染因素（肛腺感染、损伤感染、皮源性感染、骨源性感染）。

（2）全身性疾病影响：糖尿病、白血病、再障、营养不良，抗感染能力低下。

（3）性激素因素：肛腺的发育和功能主要受人体性激素调节，随着年龄的变化，性激素亦有相应变化，可直接影响肛腺的增生与萎缩。新生儿或婴幼儿体内，有一段时间雄激素的水平较高，其来源除母体获得外，与新生儿副肾性雄激素分泌旺盛亦有关系。由于雄激素的作用，使新生儿的脂腺特别发达，如有感染因素，新生儿则易患肛周脓肿。随着新生儿的发育成长，一过性旺盛的雄激素水平可发生生理性下降，一过性发达的肛腺与其他脂腺则随之萎缩，因此，由儿童至青春期以前，肛周脓肿发病率极低。到了青春期体内的性激素开始活跃，一部分脂腺特别是肛腺又开始发育、增生，分泌又趋旺盛。此时如肛腺液排泄不畅，则易造成肛腺感染而发生肛腺炎，所以成年以后，肛周脓肿的发病率又有所

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上升。进入老年期雄激素水平开始下降，肛腺也随之萎缩，所以肛腺不易感染，肛周脓肿也不多见。此外，在青春期男性肛腺的增长较女性快而明显，因此，男性发生肛周脓肿者多于女性。

（4）免疫学因素：婴幼儿肛周脓肿的发病还与肛管局部免疫功能不全有关。正常情况下，肛隐窝内贮留有肛腺分泌的粘液，其中含有大量的多糖体和 IgA，当粘膜绒毛机能不全或腹泻使局部粘液被冲刷，局部防御力降低，肛隐窝的易感性增强便导致发病。

（5）肛周脓肿的病原菌：主要有需氧菌和厌氧菌两大类。需氧菌以大肠埃希氏杆菌和克雷白杆菌属最多见，其次是肠球菌和粪链球菌属，还有变形杆菌、金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌。绿脓杆菌、产碱杆菌、无硝不动杆菌、弗氏柠檬酸菌及沙门菌等，其中 G^- 杆菌约为 G^+ 球菌的 3 倍多。厌氧菌主要是脆弱类杆菌和其他类杆菌，其次是消化球菌属、消化链球菌和梭状芽孢杆菌。其致病特点是绝大多数为内源性，另外为多菌性，厌氧菌感染率较高。

4 病　机

4.1 发　病

中医认为，外科疾病的发生与气血的关系极为密切。《素问·生气通天论》在总结外科疾病的发病机理时说“营气不从，逆于肉理，乃生痈肿。”气血壅滞不通是肛痈的基本病机，气血壅塞，不通则痛，故出现局部肿痛。气血壅滞的形成主要是湿热火毒之邪壅遏了气血的正常运行。壅滞日久，则热胜肉腐成脓，正如《灵枢·痈疽》篇中所言“营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓。”由于肛门居人体的下部，湿热之邪容易留恋不去，因此，肛痈溃后，容易形成肛漏。

4.2 病　位

肛痈的病位主要在大肠肛门。另外常与脾、肺、肾的功能失调有关。

4.3 病　性

大多数肛痈的病性属实证，少数为虚证，多见于结核性肛周脓肿。

4.4 病　势

肛痈的病势多呈现初期、成脓、破溃的发展规律。

4.5 病机转化

肛痈的初期，多由于湿热火毒蕴结于肛周，致使气血经络壅滞不通，出现局部肿胀疼痛。初期未经治疗或治疗不当则热毒炽盛，肉腐成脓。成脓后若治疗及时，则脓毒得泄。若未及时治疗或治疗不当，则脓毒旁窜，致使病情加重或变得复杂。溃后多因湿热之邪留恋而后遗肛瘘。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 辨 病

5.1.1 症状

肛痈的局部症状主要是肛门部的肿痛，一般最初先自觉肛门内隐痛、坠痛或刺痛，继而出现持续性胀痛和肛周肿块，排便时疼痛加重，病情发展迅速，症状日渐加重，一般一周左右开始出现局部跳痛，坐卧不宁。切开排脓或自行溃破后肿痛迅速减轻。结核性肛痈则肿痛较轻，发展缓慢。

肛痈的全身症状有恶寒发热、全身倦怠、食欲不振、大便秘结等，溃后体温较快恢复正常。结核性肛痈可伴低热、盗汗、形体消瘦等症状。

5.1.2 体征

肛痈初起在肛门周围可触及肿硬结块，质地较硬，边界不清，随病情发展肿块增大，皮色变为红色或暗红色，局部皮温增高，触痛明显。一般约一周左右肿块逐渐变软，按之有波动感，为已成脓。此时患者常呈痛苦面容，被动体位，不能端坐。自行溃破或切开后可见黄白色(有时夹有绿色)脓液流出，脓液质地稠厚，带有粪臭味，脓出后局部肿胀逐渐减轻。结核性肛痈则流出脓液稀薄，可夹有败絮样物。

5.1.3 检查方法

肛痈常用的临床检查方法有：

(1) 肛管直肠指诊：肛痈患者均应进行肛管直肠指诊检查，特别要注意肛窦有无压痛、硬结或凹陷，一般肛痈的原发灶在肛窦部位，故常可在病变的肛窦处有明显的压痛点，局部出现硬结或凹陷，必要时可在肛管直肠指诊的同时，另一手在肛外压迫肛痈被动明显处，食指感到冲击感最明显处多为肛痈的原发内口。高位脓肿由于部位深在，外部表现可不明显，此时进行肛管直肠指诊常可明确脓肿的部位和大小。另外，指诊对于肛痈与其他疾病如肛管直肠肿瘤等的鉴别诊断也具有重要意义。

(2) 肛门镜检查：肛门镜检查可发现肛痈的肛内原发感染灶，多在肛隐窝处，可见有充血、肿胀或有脓液溢出。肛门镜检查对于粘膜下脓肿的诊断也具有重要意义。

(3) 探针检查：用钩状探针可检查肛痈的原发内口，多位于肛隐窝处，可发现肛隐窝深度在 0.5cm 以上。(图 1)

如脓肿已溃，还可以将探针自外口探入以检查脓腔的深浅、大小。(图 2)

(4) 脓腔穿刺：对于脓肿部位较深，难以判断是否已成脓者，可进行脓腔穿刺抽吸，如有脓液抽出，即可确诊。将穿刺抽得的脓液作细菌培养和药敏实验更有助于诊断和治疗。另外，穿刺后进行病理检查还有助于鉴别肛周其他肿块，如淋巴瘤等。

(5) 实验室检查：根据白细胞总数及分类计数，可判断感染的程度。

(6) 脓液细菌培养和药敏实验：最好同时作普通培养和厌氧培养，通过细菌培养可了解病原菌的种类以帮助诊断，通过药敏实验可为治疗提供依据。

(7) 病理检查：取脓腔壁进行病理学检查可明确病变性质，如疑有特异性感染或恶性肿瘤，就更有必要进行病理学检查。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

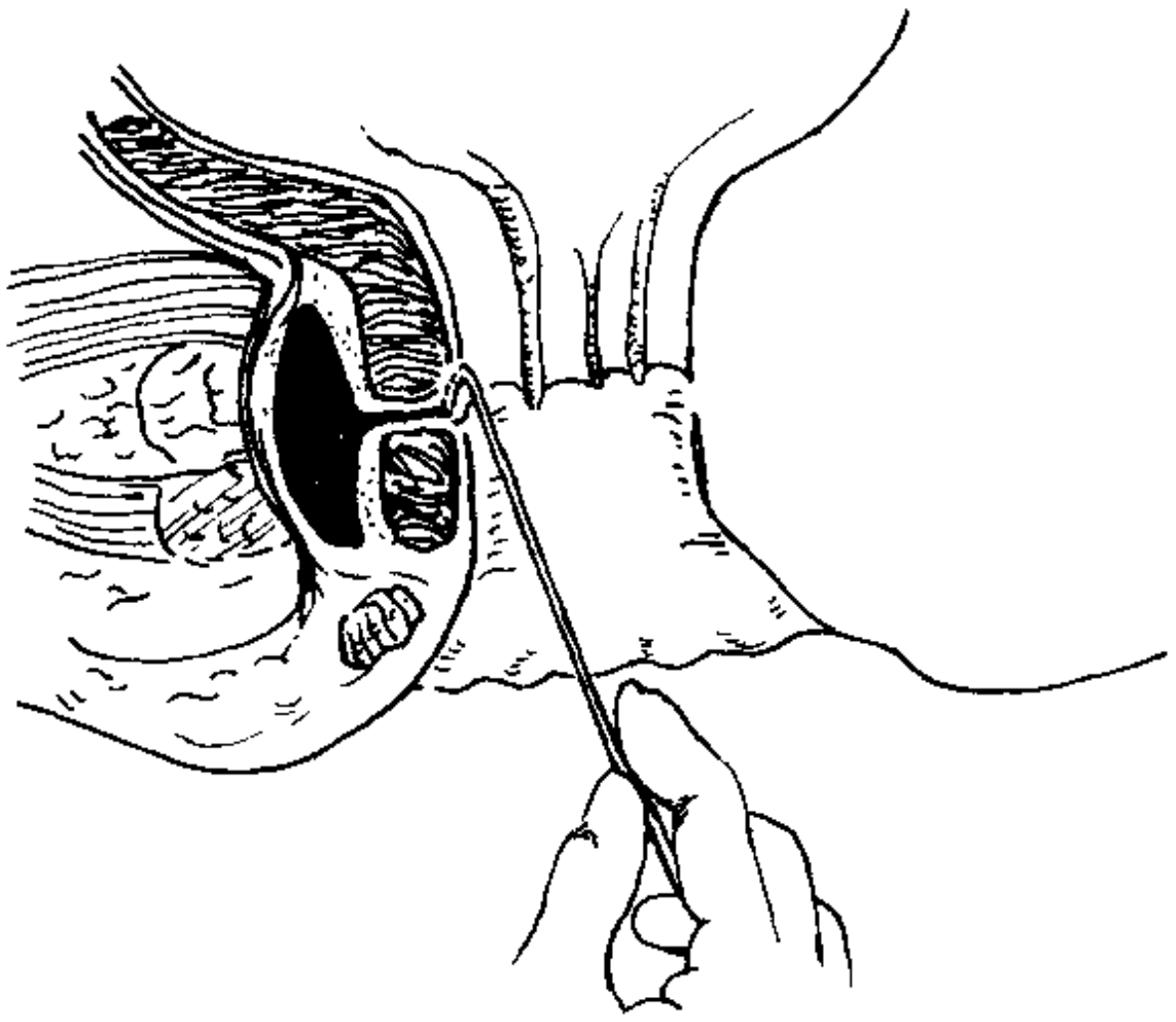


图1　探针探查肛隐窝

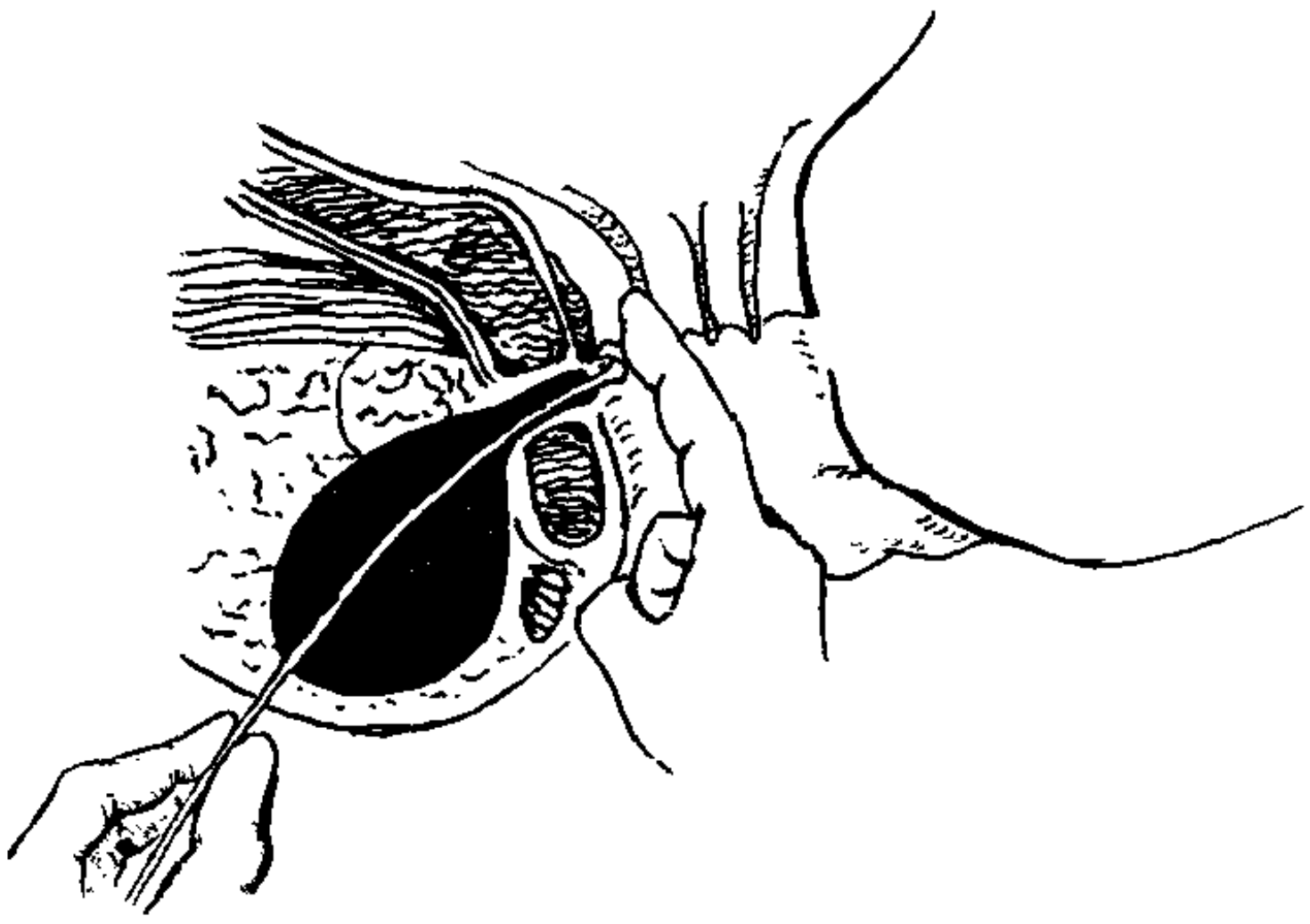


图2　探针探查脓腔与内口

（8）X线检查：如高位脓肿定位不准确，可先穿刺抽脓，然后向脓腔内注入人造影剂进行摄片，有助于确定脓肿的位置、深浅、大小、形状和扩散途径。

（9）超声波检查：有助于了解肛痈的大小、位置及与肛门括约肌和肛提肌的关系。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.2 辨 证

5.2.1 辨部位

肛痈是肛门直肠周围间隙发生的急慢性感染。肛管直肠周围存在许多间隙，故肛痈可发生在不同的部位，临床上根据发生部位的不同，可有不同的名称。同时，不同部位的肛痈，其临床表现和处理方法也各有差异，因此，辨别肛痈的部位对于肛痈的诊断和治疗都具有十分重要的意义。

5.2.1.1 高位肛痈

位于肛提肌以上的间隙称为高位间隙，高位间隙的脓肿称为高位脓肿。主要有以下几种：

(1) 骨盆直肠间隙脓肿：位于骨盆直肠间隙内，感染常由直肠炎、直肠溃疡和直肠外伤引起，也可由肌间脓肿或坐骨直肠间隙脓肿向上扩散而成。骨盆直肠间隙上界为腹膜，下界为肛提肌，后为侧韧带和直肠，前面男性为前列腺和精囊，女为子宫和阔韧带，其容积大，位置深，故患者局部症状常不明显，而全身感染症状重。患者自觉直肠内坠胀，有便意，排便时加重，有时有排尿困难。全身症状可有发热、恶寒、乏力等。检查一般肛门周围无异常，指诊时可在直肠前侧壁外发现有浸润、压痛、隆起，甚至波动感。诊断主要靠穿刺抽脓，以手指在直肠定位，由肛门周围皮肤进针进行穿刺抽吸，抽出脓液即可确诊。必要时做肛管超声检查以协助诊断。在临床上对于发热、恶寒、白细胞增高并有肛门部不适的患者，必须进行肛管直肠指诊，方能避免骨盆直肠进行脓肿的漏诊。临床上若骨盆直肠间隙脓肿未能及时诊断和处理，脓液可进入直肠后间隙并通过直肠后间隙进入对侧骨盆直肠间隙，形成直肠后间隙脓肿或高位马蹄形脓肿；有时脓液可向下方穿过肛提肌进入骨盆直肠间隙，然后穿破皮肤，形成高位肛瘘；偶尔脓液可沿腹膜后间隙向上扩散到下腹部形成盆腔脓肿。

(2) 直肠后间隙脓肿：位于直肠后间隙内，临床较为少见。其形成的原因较多，肛窦的感染是一个重要的因素，其他如粘膜下脓肿、坐骨直肠间隙脓肿、骨盆直肠间隙脓肿的直接扩散也是常见的原因，直肠溃疡、炎症、外伤、骶尾骨化脓性病变也可引起直肠后间隙脓肿。便时不适是较早期的症状，初起有恶寒、发热、直肠及肛门区沉重感，骶尾部出现钝性疼痛；病变继续发展，全身症状加重。诊断主要依靠指诊，手指压迫尾骨尖时可引起剧痛，直肠指诊于直肠后壁有压痛、隆起或波动感。

(3) 直肠粘膜下脓肿：位于直肠粘膜下间隙内，多由痔注射不当、内痔继发感染或肛腺感染引起。患者自觉直肠内有沉重坠胀感，排便时疼痛明显，伴有较明显的全身症状，但肛门外无异常发现，肛管直肠指诊时直肠壁可触及圆形、椭圆形或条索状隆起，有触痛或波动感。有时脓肿较大，上缘不能触及。粘膜下脓肿可直接破入直肠内，也可穿过肠壁向直肠后间隙、骨盆直肠间隙、坐骨直肠间隙蔓延。

(4) 高位肌间脓肿：位于直肠下部肛提肌上方的直肠环肌与纵肌之间的结缔组织内。常由肛窦炎、直肠炎、内痔或直肠损伤继发感染形成。发病较隐匿，患者常在内痔破溃后有分泌物自直肠内排出时才有感觉。之前有时仅自觉肛门内有坠胀感，逐渐出现胀痛，伴有全身症状。直肠指诊可在直肠壁上触及圆形或卵圆形隆起，有压痛或波动，若脓肿破裂，有时可扪及破溃口，肛门镜检查可见直肠壁有圆形隆起，表面光滑或充血糜烂，溃后

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

可看到开口，在直肠周围加压，可见脓液自开口处流出。

5.2.1.2 低位肛痈

（1）肛门皮下脓肿：位于肛周皮下间隙，是最常见的一类肛痈。多由肛腺感染后经外括约肌皮下部向外扩散而成。常发生于肛门边缘，脓肿一般较小，因其位置较表浅，故局部症状较重，但多无明显的全身症状。患者主要表现为肛旁肿痛、多呈持续性剧痛，成脓时可有跳痛。患者行走不便，不敢端坐，局部受压或咳嗽时疼痛加重。局部检查肛旁有明显红肿、硬结、触痛，或波动感。切开排脓或自然破溃后，多形成低位肛瘘。若脓液向上穿过肛门周围筋膜，咳嗽到一侧或两侧坐骨直肠间隙，可形成坐骨直肠间隙脓肿，有时脓液向内由肛窦穿出，形成内盲瘘。

（2）坐骨直肠间隙脓肿：位于坐骨直肠间隙内，临床较为常见。多由肛腺感染后经外括约肌向外扩散到坐骨直肠间隙而成。初起患者自觉患侧肛管有持续性酸胀疼痛，逐渐加重，出现发热、畏寒、头痛、倦怠乏力、食欲不振等全身症状。随着病情发展，局部肿胀头痛加剧，坐卧不宁，行走或排便时疼痛更甚，有时有反射性排尿困难。由于感染位置较深，初期局部体征不明显，以后出现患处皮肤肿胀、发红、灼热，肛门两侧不对称，一侧稍突起，可有较大范围的触痛区，未成脓前局部较硬，成脓后则局部可发现波动感。肛管直肠指诊时患侧肛管或直肠壁有压痛，压痛平面可高达肛管直肠环以上。坐骨直肠间隙脓肿向上可穿过肛提肌进入骨盆直肠间隙或直肠后间隙，也可向下穿入肛周间隙，还可潜行于肛门前后入对侧坐骨直肠间隙，形成马蹄形脓肿。

（3）低位肌间脓肿：位于齿线以下，内外括约肌之间。脓肿一般较小，全身感染症状很轻，局部持续性或搏动性疼痛明显，受压或咳嗽时加重，肛缘红肿不明显，但指诊时肛管内有肿块隆起、压痛明显。如不及时切开引流，脓液向下可沿外括约肌皮下部扩散，穿破皮肤，形成低位肛瘘；脓液向上可沿联合纵肌间隔穿入肛提肌上，形成骨盆直肠间隙脓肿；脓液也可沿联合纵肌中间间隔与内侧间隔穿入直肠纵肌与环肌之间，形成高位肌间脓肿；脓液向外可沿联合纵肌外侧间隔，经外括约肌深部与浅部之间或外括约肌深部与肛提肌之间，穿入坐骨直肠间隙，形成坐骨直肠间隙脓肿。

（4）肛管后深间隙脓肿：位于肛管后深间隙内，此间隙虽小，但临床上却很重要。成人肛腺多位于肛管后部，又多通入肛管直肠交界处后正中偏左或偏右侧的肛窦内。肛窦感染后沿通入其内的肛腺蔓延，初期形成低位肌间脓肿，继后脓肿可穿过直肠纵肌，沿肛门外括约肌深部与浅部之间侵入肛管后深间隙，形成肛管后深间隙脓肿。肛管后深间隙脓肿位置较深，初期局部症状不明显而体温升高，继后局部疼痛剧烈，肛门后方有一明显触痛区，挤压肛门后间隙处可引起剧痛。有时脓液将肛提肌上推，指诊时易误诊为肛提肌上脓肿，临床上应注意鉴别。肛管后深间隙脓肿成脓后，如不及时引流，感染可蔓延至坐骨直肠间隙，形成坐骨直肠间隙脓肿。

（5）肛管后浅间隙脓肿：位于肛管后浅间隙内，位置表浅，局部红肿热痛及触痛明显。脓液可向肛管后深间隙蔓延，形成肛管后深间隙脓肿。

（6）肛管前深间隙脓肿：位于肛管前深间隙内，早期局部症状不明显，可表现为体温升高，肛门前方可有压痛。如不及时引流有可能蔓延到坐骨直肠间隙。

（7）肛管前浅间隙脓肿：位置表浅，周部症状明显。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.2.2 辨分期

肛痈临床上可分为三期，即初期、成脓期和溃后期。初期主要表现为局部的肿胀疼痛，可伴有不同程度的全身症状。成脓期则症状加重，疼痛呈跳痛，坐卧不宁，出现发热、纳呆、便秘尿赤等明显全身症状。脓肿经引流或自行溃破后进入溃后期，局部肿痛及全身症状很快消失，但往往难以收口，时有脓水渗流，遗留肛漏。

5.2.3 辨虚实

实证：局部红、肿、热、痛，病情发展迅速。溃后脓液为黄白色，质稠厚，带有粪臭味。伴有全身不适，畏寒，发热，大便秘结，小便短赤。舌质红，舌苔黄腻，脉弦滑数。

虚证：局部红、肿、热、痛不明显，病情发展缓慢，成脓较慢，溃后脓液淡白稀薄或夹有败絮样物质，气味不臭或微带粪臭味，溃口凹陷。全身倦怠乏力，一般不发热或有虚热。舌质红或淡，舌苔薄腻，脉弦细或濡缓。如属肺虚者，可兼见咳嗽咯血，骨蒸潮热，颧红盗汗；属脾虚者，兼见神倦纳呆，大便溏薄。

5.2.4 辨病证

火毒蕴结：肛门周围突然肿痛，持续加剧，伴有恶寒，发热，便秘，溲赤。肛周红肿，触痛明显，质硬，表面灼热。舌红，苔薄黄，脉数。

热毒炽盛：肛门肿痛剧烈，可持续数日，痛如鸡啄，夜寐不安，伴有恶寒发热，口干便秘，小便困难。肛周红肿，按之有波动感或穿刺有脓。舌红，苔黄，脉弦滑。

阴虚毒恋：肛门肿痛，灼热，表皮色红，溃后难敛，伴有午后潮热，心烦口干，夜间盗汗。舌红，少苔，脉细数。

6 鉴 别

血栓外痔：血栓外痔于肛门旁也有一个包块，疼痛也较重，但其颜色紫暗，范围较小，触之较硬，不化脓，无波动感，亦无全身症状。

臀部疖肿：本病也是一个化脓性疾病，但病灶只在皮肤或皮下，且一般距肛门较远，破溃后不形成肛瘘。

化脓性汗腺炎：多在肛门与臀部皮下，脓肿较浅面病变范围较广，病变区皮肤变硬，急性炎症与慢性窦道并存，脓液粘稠，并有臭味，全身有慢性消耗症状。

平滑肌瘤：肿物呈圆形或椭圆形，肿物光滑，质地坚硬，无全身感染症状，确诊应作病理检查。

骶前畸胎瘤：较小的畸脓瘤，其症状与直肠后脓肿早期相似，但指诊直肠后有肿块，光滑，分叶，无明显压痛，有囊性感，X线检查可见骶骨与直肠之间的组织增厚和肿瘤，内有不定形的散布不均钙化阴影和尾骨移位。

肛旁皮脂腺囊肿感染：也可见肛旁红肿热痛，但追问病史一般在感染前局部即有肿物，呈圆形，表面光滑，肿块中央有阻塞的粗大毛孔形成的小黑点。本病肛门内无原发内口，故肛内无压痛点，溃后也不形成肛瘘。

肛门直肠肿瘤：直肠内可触及肿块，可有坠痛或便血，但病情变化较肛痈明显缓慢，且肛周无红肿热痛及溃脓。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

子宫内膜异位症：此病多发于经产妇女，在会阴、肛门外侧或直肠内可扪及境界不清的隆起肿物，质地较硬，月经期增大，但多无全身症状。通过病理检查可以确诊。

7 临床治疗

肛痈的治疗方法较多，应根据不同的情况选用合适的治疗方法。在未成脓阶段，可采用保守治疗，若脓肿已经形成，则多以手术疗法为首选。

7.1 分证论治

7.1.1 火毒蕴结

临床表现：肛门周围突然肿痛，持续加剧，伴有恶寒，发热，便秘，尿赤。肛周红肿，触痛明显，质硬，表面燃热。舌红，苔薄黄，脉数。

治法：清热解毒。

方药：仙方活命饮或黄连解毒汤加减。

穿山甲　甘草　防风　没药　赤芍药　白芷　当归梢　乳香　贝母　天花粉　皂角刺　金银花　陈皮

7.1.2 热毒炽盛

临床表现：肛门肿痛剧烈，持续数日，痛如鸡啄，难以入寐，伴有恶寒发热，口干便秘，小便困难。肛周红肿，按之有波动感或穿刺有脓。舌红，苔黄，脉弦滑。

治法：清热解毒透脓。

方药：透脓散加减。

黄芪　皂角刺　白芷　川芎　牛蒡子　穿山甲　金银花　当归

7.1.3 阴虚毒恋

临床表现：肛门肿痛，皮色暗红，成脓时间长，溃后脓出稀薄，疮口难敛，伴有午后潮热，心烦口干，夜间盗汗。舌红，苔少，脉细数。

治法：养阴清热解毒。

方药：青蒿鳖甲汤合三妙丸加减。

青蒿　鳖甲　生地黄　知母　丹皮　苍术　黄柏　牛膝

加减：肺虚者，加麦冬、沙参、马兜铃；脾虚者，加白术、山药、扁豆；肾虚者，加龟甲、玄参，生地改熟地。

7.2 分期论治

初发期：指脓肿还未形成，以肿胀疼痛为主要表现者。治宜内消，按坚者削之，实则泻之，结则散之的原则，力争使其消散。实证者，初起寒热交作，便秘尿赤。病在肛门外则肿突而硬，形如桃李，燃红疼痛。病在肛门内则重坠紧闭，下气不通，刺痛如锥，脉滑数有力，舌红苔黄腻。少数病人毒盛邪深，病居高位(骨盆直肠窝脓肿)则肛门周围无形可见，只觉尾骶胀痛，直肠重坠，肛门指诊于直肠后部或一侧有触痛。此类病人常有高热，喘急气粗，甚至谵语等热毒内攻之证。宜仙方活命饮合黄连解毒汤加减治疗。若热毒太盛，可重用银花，酌加蒲公英；有便秘，加大黄、全瓜蒌。虚证者，一种以阴虚为主，证

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

见形瘦色衰，盗汗，咳嗽生痰，发热不高，脉细而数，舌红。另一种以阳虚为主，证见形寒肢冷，神疲倦怠，脉细无力，舌淡苔白。这两种病人肛门局部肿势散漫，皮色如常。发于阴，以阴虚为主者，宜用滋阴除湿汤(当归、生地、杭芍、川芎、陈皮、柴胡、知母、贝母、黄芩、泽泻、地骨皮、甘草)养阴祛湿。以阳虚为主者，宜用阳和汤补阳散寒，宣通气血。

酿脓期：指脓肿逐渐形成，主要病理是热胜肉腐，肉腐成脓。临床上除有与初发期相同的全身症状外，局部主要表现为病势急迫，肿势扩大，按之中软，或触之应指(有波动感)。治宜促肿速溃，宜托不宜消，消则伤正，致毒邪散漫。该期见肿疡高起，脓根收束，色晕分明，脉证俱实，属正盛邪实，宜透脓散托毒透脓。若成脓难透，或坚肿不软，不红不肿，宜托里透脓汤补托透脓。

溃脓期：指脓肿由于手术切开或自然溃破。主要病理是脓毒得泻，为疡为瘘。一般该期患者全身症状减轻，脉静身凉，局部肿痛亦缓。主要是脓毒未清，正气已虚。当正气太虚，毒邪太盛者，则痈疡虽溃，但大热不休。一般溃脓期的治法宜补托排脓，生肌敷痂。脓黄肥厚是正气未虚，宜托里透脓汤补托透脓。当脓尽腐除，宜补中汤或十全大补汤、八珍汤之类补益气血，促进生肌敷痂。若属阴虚发热，宜知柏地黄汤滋肾养阴。

7.3 临床用药经验与体会

肛痈发病虽以热毒火毒为主，但在临床用药方面不可过用苦寒之品，更不可因为西医认为本病为肛周感染而在中药治疗中一味使用清热解毒。须知毒邪壅滞，气血不通是肛痈的一个基本病机。因此，治疗上在去除毒邪的同时，应始终不忘流通气血。这样，早期未成脓阶段的肛痈就有可能得以消散。成脓切开或溃后阶段也同样利于炎症的吸收消散。反之，过用寒凉之品或大量使用抗生素，常可致气血凝滞，局部形成硬结或硬块，久久不能消散，使病程延长。

肛痈成脓阶段的治疗应以切开引流或托毒透脓为主，内外治结合。此时若治疗不当则可致脓毒旁窜，病情加重或变复杂。

目前，虚证肛痈(结核性肛周脓肿)临床上已很少见。绝大部分为实证肛痈(化脓性肛周脓肿)，多发于男性，且绝大多数为青壮年。临床上发现，不少肛痈患者存在阴虚火旺的现象，用药方面适当加入滋阴降火之品，常可取得较好的效果。

7.4 变证的治疗

肛痈未经治疗或治疗不当，可形成后适肛瘘。肛瘘形成后，保守治疗经常无效，一般需手术治疗。手术方法有瘘管切开、切开挂线等多种方法。手术成败的关键在于正确的寻找并处理内口。手术应注意保留肛门功能。

7.5 外用药物疗法

7.5.1 药物外敷法

初起实证者用金黄膏、黄连膏外敷，位置深隐者，可用金黄散调糊灌肠；虚证者用冲和膏或阳和解凝膏。成脓期可外敷拔毒膏，使其早期溃破，或用咬头膏蚀破脓头，同时继

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

续用箍围药外敷，以防脓毒扩散。溃后期开始时以提脓祛腐为主，用提毒散或九一丹油纱条引流，也可用红粉纱条引流。后期脓尽时以生肌收口为主，应用生肌散或珍珠散纱条。

7.5.2 中药熏洗

脓肿溃后通过中药熏洗治疗，可起到清热解毒、消肿止痛的作用。常用方剂如祛毒汤、苦参汤等等。常用药物有朴硝、马齿苋、苍术、大黄、侧柏叶、枳壳等等。

7.6 手术疗法

肛痈的手术方法大致可分为两类，一类是二期手术方法，即先切开引流，过一段时间后再行二次手术处理后遗肛瘘；另一类是肛周脓肿一次根治术，在切开引流的同时处理内口，达到一次治愈。

7.6.1 切开排脓

对于病情重，发展快，又找不到可疑内口者，或在肛提肌以上的高位脓肿以及侵犯两个直肠周围间隙、原发内口不清的脓肿，可先行切开排脓术，待2～3个月后肛瘘形成，再按肛瘘治疗。不立即行一次性根治术的原因是手术排脓时找不到内口，可能损伤肛门功能。如行高位脓肿的一次性根治，损伤过多的外括约肌深层和耻骨直肠肌，容易引起术后大便失禁。如脓肿范围过大过深，一次性根治易损伤过多的正常组织，破坏肛门局部的解剖结构，对肛门功能影响较大。治疗原则是及时排脓，引流通畅。

手术方法：采用骶麻或局麻，对不同部位的脓肿，切口选择也稍有不同，一般可选择脓肿波动最明显处或距肛缘2.5cm处(应避开肛门外括约肌部位)。骨盆直肠间隙脓肿手术切口可稍偏向后方且略长些，取以肛门为中心的放射状切口为宜。切开脓肿皮肤，将脓排出后，再用食指沿切口插入空腔中，进一步探查脓肿部位、走行，破坏脓腔中间的纤维隔以扩大引流，并用刮匙清除坏死组织。若为骨盆直肠间隙脓肿，可用一手指在直肠内引导，另一手持弯血管钳经过切口，穿过肛提肌，进入脓腔，按前后方分开肛提肌，排出脓液，并放入胶管、外裹油纱条紧压深部创口，既防止术后出血，又扩大引流。对低位脓肿切开的伤口，可在管腔内塞入油纱条。

肛周脓肿切开的目的是使脓液充分通畅地引流，因此手术切口和术式选择应以此为原则，并注意保护肛门正常的括约功能。对肛周皮下脓肿，多采用以肛门为中心的发生状切口，切口长度应与脓肿直径等长较合适。对坐骨正常间隙脓肿，多主张用肛缘外弧形切口，此切口符合坐骨直肠间隙的解剖生理，必要时于术中延长切口不会肛门外括约肌的损伤程度，有利于脓液充分引流。但须注意，弧形切口应距肛缘1.5cm以上，若距肛缘太近易使肛门向内上移位。对肛管及直肠后间隙脓肿，宜采用后侧弧形切口，因此切口要达到引流通畅，必然切断肛尾韧带，深则破坏肛提肌的后半部，从而影响其对肛管的支持和固定作用，故可采用左后、右后侧放射状切口，以减少对组织的损伤。对脓肿侵犯多个肛周间隙，用一个切口难以达到充分引流目的，而过度延长切口影响肛门功能时，可施行多切口引流。总之，肛周脓肿的切开应根据肛周各间隙和括约肌的解剖关系，肛周间隙及括约肌功能的动态变化，选择既能保证引流通畅，又不影响肛门功能的理想切口。另外，肛痈行切开引流后，其引流途径能否持续通畅，还受以下因素的制约：①肛管及周围组织麻醉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后松弛、下移，改变了肛周间隙、肌肉组织间的形态及位置关系，术中虽引流通畅，但麻醉作用消失后，间隙及肌肉组织恢复到生理状态，使术中部分引流道的形态发生改变。②肛门周围肌肉在排便和肛门自制活动中，由于各部分肌肉之间协调力的作用，以及术后脓腔及引流道内各部分组织血液营养差异，可使肉芽组织的生长速度不同，也可使引流到受压、扭曲、"梗阻"，使引流道发生由通畅到较通畅到不通畅的动态变化。手术中应考虑到这些因素对引流的影响，采取积极措施，以保证引流持续通畅(用硝酸银溶液抑制肉芽组织的过度生长，对狭窄部分适当修剪)，对长而狭窄的引流道，可在其内置管引流，引流管应柔软、有侧孔，以利于引流及冲洗，随着基底肉芽的生长及管道变浅逐渐拔出。

7.6.2 脓肿切开根治术

目的是在切开排脓的同时正确处理内口、肛腺导管和感染的肛腺以及内外括约肌，达到一次根治，而又不损伤肛门功能。适用于皮下脓肿、与耻骨直肠肌无关的肛门后间隙脓肿、坐骨直肠间隙脓肿和直肠粘膜下脓肿。

手术方法：先行局麻或骶麻，在脓肿波动最明显处做一以脓肿为中心的放射状切口，深至脓腔，使脓液充分排净。扩大切口，以粗软的探针(最好为银探针)深入脓腔，寻找感染的肛隐窝，然后将探针探入感染的肛隐窝并穿出肠腔。沿探针将切口至感染的肛隐窝表面的皮肤和肛管皮肤、皮下组织、内外括约肌一次性切开。如果脓腔内不易寻找内口，千万不能粗暴地盲目探查，以免人为地造成内口、导致手术失败。可将肛门镜插入肛门内，将软探针顶端弯成钩形，仔细探查与脓肿部位最近的肛隐窝，观察有无脓液溢出或炎症存在，若钩形探针容易探入脓腔，并有少量脓液溢出，此处即为感染的内口。可沿钩形探针切开直至脓腔，使之与排脓切口合二为一。应正确处理内口和感染的肛腺，将切开内口上方的粘膜作1cm纵行切开，再切开剩余的内括约肌上缘(约0.5cm)，用刮匙清除内外括约肌中间感染的肛腺后，分别将切开的两侧粘膜和内括约肌结扎，可避免术后复发。然后以刮匙刮除脓腔壁的腐烂组织，修剪皮缘和部分皮下组织，使创口引流通畅，在脓腔内放置油纱条引流，外用纱布固定。

7.6.3 切开排脓挂线法

适用于肛腺感染化脓向上侵入肛管直肠环以上的高位骨盆直肠间隙脓肿或高位坐骨直肠间隙脓肿。如一次性切开，必然会切断肛管直肠环，损伤重要的肛门括约肌功能而导致大便失禁。如单纯排脓，不处理内口和感染的肛腺，有会形成高位肛瘘，需二次手术，增加病人痛苦。故宜采用切开排脓，同时将低位括约肌切开(指将肛管直肠环以下的外括约肌皮下部、外括约肌浅部和内括约肌切开)。对肛管直肠环以上与内口相通的腔道可用橡皮筋挂线法，术后2～3周缓慢地将肛管直肠环勒开，使勒开的肌肉达到边勒开边修复(组织增生)，从而避免发生组织大豁口，防止肛门失禁。这一复发是在中医"挂线法"的基础上发展起来的中西医结合治疗骨盆直肠间隙脓肿和高位坐骨直肠间隙脓肿的新方法。

手术方法：骶麻，常规消毒，切开排脓。排脓后，查清脓腔与内外括约肌毫克肛管直肠环的关系及内口的位置。正确寻找内口是手术成败的关键，而正确处理肛管直肠环，则是防止发生肛门失禁后遗症的关键。一般用探针顺切开的脓腔仔细查找内口，距肛缘位置较远(3cm以外)的深部脓腔，其内口常位于肛管后肛隐窝，即为肛后正中肛腺(截石位6点)。有些不宜从脓腔内寻找内口，需在肛门镜下，用探针查清内口位置。内口的标志是

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肛隐窝充血明显，局部常有炎症，压迫局部有脓液流出，探针探入1cm以上即可证实是原发内口。对切开的脓腔可用手指探查脓腔的深度和走行方向，分离其间的纤维隔(联合纵肌分支纤维)，用刮匙清除腐烂组织。应尽量垂直切开低位括约肌(外括约肌皮下部、外括约肌浅部和内括约肌)，以防造成括约肌的过大损伤。将探针从内口探出，探针后端结扎粗丝线，并在粗丝线上结扎一条橡皮筋，在肛门镜下纵行切开内口下方与上方的肛管皮肤和内口上方粘膜1cm，并切开内口上下方的内括约肌。将探针从内口抽出，使橡皮筋保留在肛管直肠环上方与内口相通的腔道中，用另一条粗丝线结扎橡皮筋的两端，但不要收紧橡皮筋(术后再分次结扎橡皮筋)，只将橡皮筋结扎固定即可。修剪创口皮缘，放置橡皮管引流，创口用油纱条填塞，外用纱布固定。

术后10天再拉紧橡皮筋，并结扎拉紧的橡皮筋。隔10天再拉紧橡皮筋结扎一次，最好结扎2～3次，要求在1个月左右时间内用橡皮筋将高位括约肌慢慢勒开。忌用橡皮筋一次拉紧就肛管直肠环勒开，以免发生肛门不全失禁后遗症。术后每日坐浴换药。

术后应配合药物治疗，除选用抗生素外，还可选用清热解毒，托里排脓，生肌止痛中药治疗。方用五味消毒饮和黄连解毒汤加减。常用药物：银花、蒲公英、野菊花、紫花地丁、栀子、黄芩、黄连、黄柏、穿山甲、皂角刺等。局部换药用红粉纱条或四黄膏纱条，有祛腐生肌、清热解毒作用。有利于创口引流，防止假愈合。

对于肛痈是一次根治还是分两期治疗的问题，目前还有不同看法。我们认为，应当具体问题具体分析。对于局限于一个间隙、脓肿位置较低、原发内口明确的肛痈，应当一次根治；对于涉及多个间隙的复杂脓肿、高位脓肿、原发内口不明显者，分二期手术治疗为宜；婴幼儿肛痈由于后遗肛瘘的可能性较小，一般仅需切开引流即可；年老体弱或伴有其他系统严重疾病者，也以分期手术为好。

8 疗效评定标准

根据中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，肛痈的疗效标准是：

治愈：症状及体征均消失，伤口愈合。

好转：症状改善、病灶或伤口缩小。

未愈：症状及体征均无变化。

9 预防与调摄

预防肛痈需要平时保持大便通畅，注意肛门清洁，积极治疗肛门病变，如肛隐窝炎、肛腺炎、肛乳头炎、直肠炎、内外痔等等。注意避免醇酒厚味及辛辣刺激之品。

患肛痈后应及早治疗，防止炎症范围扩大。如有全身症状，应卧床休息。另外，需保持心情舒畅，忌恼怒，饮食以清淡为主，忌食鱼腥发物，并应节制房事。

10 实用解剖

为更好地了解本病，在此需要简要介绍与此有关的应用解剖。因为肛门直肠部位的解剖知识是研究肛痈的基础，肛门直肠部位的解剖十分复杂，而且近年来这方面的研究较为活跃，并取得了较多的进展。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

10.1 解 剖 分 区

10.1.1 会阴部分区

会阴：广义指盆隔以下封闭骨盆出口的全部软组织结构。狭义指阴道前庭后端或阴茎根部至肛门之间的部位。

会阴部：前端为耻骨联合，后端为尾骨尖、两侧为坐骨结节，前外侧界为耻骨下支和坐骨下支，后外侧界为骶结节韧带。截石位时呈菱形，站立时呈一窄沟。

会阴部分区：于两侧坐骨结节之间作一联线，前方为尿生殖三角(UT)，后方为肛门三角(AT)。

10.1.2 直肠的分区

解剖学分区：上界在第三骶椎上缘水平，上连乙状结肠；下界为齿线，与肛管相连接。

外科学分区：上界定为骶骨岬水平。分为三部，骶骨岬至第三骶椎上缘水平为直肠乙状结肠部；第三骶椎上缘至腹膜返折水平为直肠中部；腹膜返折以下至肛管上缘为直肠下部。

10.1.3 肛管分区

解剖肛管：齿线——肛门外口。成人长约 2.5cm，又称固有肛管或皮肤肛管。

外科肛管：肛管直肠环上缘至肛门外口。成人长约 4cm，又称肌性肛管。

有时为避免概念混乱，外科肛管也称“肛门直肠”(Anorectum)。

1985 年世界解剖名词委员会将肛门直肠环上缘定为肛管上界，并以四线三带描述肛管。

四线：肛管直肠线、齿线、白线、肛皮线。

三带：柱状带、中间带(痔带或梳状带)、皮肤带。

白线：即内外括约肌间沟，距肛门口上方约 1cm。是内括约肌与外括约肌皮下部的交界处，肉眼不易辨认，触诊明显。麻醉后，此沟消失。

肛管直肠线：是直肠柱上端的连线，在齿线上约 1.5cm。此线与内括约肌上缘、联合纵肌上缘、肛提肌附着处及肛管直肠环上缘的位置基本一致。指诊触及狭小管腔的上缘即该线的位置。此线以上肠腔呈壶腹状扩大，以下肠腔呈管状狭小，易于辨认。

肛皮线：即肛管外口、肛门、肛缘。平时紧闭，男性呈椭圆形纵裂状，女性呈圆形星芒状。肛管外口皮肤有皱折，利于开合。

10.2 肛 隐 窝

肛隐窝又称肛窦、直肠窦，是肛瓣后方的小憩室。一般 6～8 个，呈漏斗状开口向上，深约0.3～0.5cm，内有肛腺的开口。硬粪便的擦伤和稀粪便的进入，均可导致隐窝炎，是继发肛腺炎、肛周脓肿、肛瘘的祸根。一般认为 90%以上的肛瘘内口位于肛隐窝处，能否正确找到感染内口是肛周脓肿和肛瘘手术成败的关键。

Shafik (1980)年提出肛隐窝是胚胎的遗迹，是后肠与原肛套叠形成的环状凹陷，由于直肠柱的出现，才将其分割成许多小室。在发育过程中，因前方有前列腺或阴道的影响，故肛管后壁的隐窝发育较前壁为好。据他统计，隐窝大而深的占 45%，小而浅的占 17%，无肛隐窝者占 7%。并推测肛隐窝随着年龄增长有逐渐消失的趋势。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

10.3 肛　腺

肛腺是连接在肛隐窝内下方的腺体。正常肛管内有 4～8 个肛腺，开口于肛隐窝，腺管可延伸入内括约肌和联合纵肌层，极少数可进入为括约肌，甚至到达坐骨直肠间隙。其功能是分泌粘液，润滑粪便。不是每个肛隐窝都有肛腺，一般约半数有，半数没有。其形态、数目和结构分布个体差异很大，成人多集中在后方。近年来发现其分泌与男性激素有关。肛腺常是肛周感染的入口。

10.4 肛门直肠的毗邻组织和脏器

直肠前面：男性由下而上是前列腺、精囊腺、输精管壶腹、输尿管和膀胱；女性有子宫和阴道、子宫直肠陷凹。

直肠两侧：直肠侧韧带，其中有直肠下血管和淋巴结，侧韧带上方有盆神经丛。

直肠外面包有结缔组织称为直肠固有筋膜，它与骶骨之间夹有一层坚韧的骶前筋膜，二者之间有疏松结缔组织。

10.5 肛门直肠的肌肉

10.5.1 肛门内括约肌

肛门内括约肌是直肠环肌延续到肛管部变厚变宽的部分，属平滑肌，受植物神经支配，上界平肛管直肠环平面，下达括约肌间沟，包绕肛管的上1/3。

10.5.2 外括约肌

传统观念认为分三层，都是随意肌，受 1～4 骶神经的肛门神经和会阴神经支配。

皮下部：位于肛门皮下，内括约肌的下方，围绕肛管下部的圆形肌束。其前后位肌纤维附于浅部，本身敏感度极高，其作用是协助排便，无控制排便功能。

浅部：在皮下部与深部之间，为椭圆形肌束，起于尾骨，分为两束，在肛门内括约肌之外环绕肛管，在肛管前方又合二为一，止于会阴体。

深部：在浅部上方，也是环形肌，为圆形肌束，与浅部无明显界限，不附于尾骨。

但真正能分为三层者占少数(28%)，多数人深浅两层不易分清。

1980 年 Shafik 根据肌束方向、附着点和神经支配的不同，将外括约肌分为三个“U”形肌袢，即尖顶袢、中间袢、基底袢。并认为单袢即可达到肛门自制。

尖顶袢：外括约肌深部与耻骨直肠肌融合而成，绕过肛管上部的后面，向前止于耻骨联合，由肛门神经(痔下神经)支配。

中间袢：外括约肌浅部，绕过肛管中部的前面，向后止于尾骨尖。由 S_4 会阴支支配。

基底袢：外括约肌皮下部，绕过肛管下部的后面，向前止于近正中线的肛周皮肤，由痔下神经支配。

外括约肌对排便自制的作用：外括约肌通过随意性抑制作用(收缩－压迫内括约肌－抑制直肠收缩－便意消失)和随意性机械作用(自身机械性收缩)来达到对排便的控制作用。

10.5.3 肛提肌

是封闭骨盆下口的主要肌肉，左右对称排列，中线联合成漏斗状。已往认为肛提肌可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

分为四部，即耻骨尾骨肌、耻骨直肠肌、髂骨尾骨肌、坐骨尾骨肌。目前研究认为耻骨直肠肌不是肛提肌的组成部分，而是独立的肌肉。耻骨尾骨肌是肛提肌的重要部分，起自耻骨弓后面和肛提肌腱弓的前部，向后下行，围成盆膈裂孔(提肌裂隙)，再绕直肠后方与对侧肌束在中线交义成肛尾缝，止于尾骨尖。其纤维可达前列腺、阴道、尿道、直肠、肛管，对妇产科、泌尿科、肛肠科都非常重要。髂骨尾骨肌起自坐骨棘和肛提肌腱弓的后部，向上行止于肛尾缝，形成坐骨直肠窝的顶，为一退化的肌肉，较薄弱，甚至缺如，无重要临床意义。坐骨尾骨肌是一薄弱的三角形肌，起于坐骨棘的盆面和骶棘韧带，呈扇形向后内侧放散，止于最下两个骶椎和最上三个尾椎的外侧缘，属退化的结构。有尾动物的尾骨肌很发达，特称尾展肌，有摆尾作用。

10.5.4 耻骨直肠肌

位于外括约肌深部上缘，联合纵肌的外侧，肌束呈袢状，起于耻骨联合下支的背面，向后下方行，绕直肠外侧，左右两肌联合成“U”形，象吊带一样将直肠肛管交界处向前上方牵引，维持并控制肛直角。由会阴神经和肛门神经支配。耻骨直肠肌是组成肛管直肠环的主要肌肉，对维持肛门自制起着关键作用，近来认为该肌中有排便感受器。

10.5.5 联合纵肌

直肠纵肌与肛提肌在直肠颈部汇合后，肌束混合在一起，走行于内外括约肌之间，形成平滑肌、横纹肌和筋膜纤维混合的筒状肌束，称联合纵肌。可分为三层，内层是平滑肌，为直肠纵行平滑肌的直接延续，中层与外层属横纹肌，分别来自提肌板和外括约肌尖顶袢向下的延续部分。联合纵肌的下端在内括约肌下缘水平移行于中央腱。由此分出三束纤维隔，向内止于肛管皮肤，向外进入坐骨直肠窝，向下穿外括约肌基底袢发散交叉成皱皮肌，止于肛周皮肤。

10.5.6 肛管直肠环

是位于肛管与直肠连接处的一组肌群，它包括耻骨直肠肌、肛门内括约肌、外括约肌深部、浅部、耻骨尾骨肌、联合纵肌。起主要作用的是耻骨直肠肌和外括约肌深部。成人上界约高于肛直线平面 1cm，下界在齿线上约 1cm，宽约 2cm，指诊时很明显。肛管直肠环对维持肛门括约功能起关键作用，必须切断时有两种方法：一是从后正中线，二是挂线法。

10.6 肛门直肠周围间隙

肛门直肠周围存在一些间隙，其特点是相互沟通，组织疏松，脂肪多，神经少，容积大，并由大量纤维肌性隔分成许多网络，一旦感染，则脂肪坏死成脓，蔓延快，蓄脓多，最终形成各种肛周脓肿和肛门直肠瘘。

10.6.1 肛提肌上间隙(高位间隙)

骨盆直肠间隙：左右各一，其上为腹膜，下为肛提肌，前方为膀胱、前列腺、阴道，后方为直肠侧韧带。

直肠后间隙(骶前间隙)：上面为腹膜反折面，下面为肛提肌。

粘膜下间隙：位于肛管粘膜与内括约肌之间，向上与直肠的粘膜下层相连。

直肠膀胱间隙：位于直肠与前列腺、精囊腺、膀胱或阴道之间，上为腹膜，下为肛提肌。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

10.6.2 肛提肌下间隙

坐骨直肠间隙：肛管两侧与坐骨结节之间，左右各一，上为耻骨直肠肌，下与肛门皮下间隙相遇，前为会阴浅横肌、后与肛管后深间隙相通。

肛管后浅间隙：位于肛尾韧带浅面，是肛裂引起皮下脓肿的所在位置。

肛管后深间隙：位于肛尾韧带的深面，与两侧坐骨直肠间隙相通。

肛管前浅间隙：位于会阴体的浅面

肛管前深间隙：位于会阴体的深面，也与两侧坐骨直肠间隙相通。

皮下间隙：位于外括约肌皮下部与肛周皮肤之间，内侧为肛缘内面，外侧为坐骨直肠窝。

中央间隙：位于联合纵肌下端与外括约肌皮下部之间，环绕肛管下部一周。

括约肌间间隙：有四个，位于联合纵肌三层之间，向下汇通于中央间隙，因此，括约肌肌间间隙是沟通肛提肌上下间隙的重要途径。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病因学的现代研究

1.1.1 病原菌

肛痈是一种化脓性感染性疾病，但对其致病菌的研究在我国只是近十余年的事。1987年，关运鼎等报道了27例肛痈的厌氧菌培养分析结果，18例(66.6%)厌氧菌阳性，其中脆弱类杆菌11例(61%)，厌氧链球菌5例(27.7%)，厌氧葡萄球菌2例(11.3%)。[1] 其后，孙昱(1993)报道对20例肛痈脓液进行的厌氧菌和需氧菌培养结果，需氧菌以大肠杆菌为主，其菌量占60%～100%(平均84.7%)，个别为产气杆菌、嗜血杆菌和克雷伯杆菌；13例(65%)有厌氧菌生长，其中厌氧球菌和厌氧梭状脆弱拟杆菌混合生长8例，只厌氧球菌生长5例。[2] 石焕芝等(1997)报道37例肛周脓肿细菌培养结果，其中大肠杆菌30株(81.1%)，葡萄球菌5株(13.5%)，阴沟杆菌2株(5.4%)。[3] 张淑敏(1993)的研究是较大宗的病例报告，99例肛痈细菌培养阳性率100%，感染类型为混合感染69例(69.7%)，单纯需氧菌感染18例(18.2%)，单纯厌氧菌感染12例(12%)。菌株分析显示：厌氧菌中厌氧性球菌30株，放线菌12株，优杆菌12株，类杆菌和丙酸杆菌各9株，梭形杆菌和梭形芽胞杆菌各6例；需氧菌中大肠埃氏菌57株，变形杆菌15株，链球菌12株，克雷伯菌和葡萄球菌各6株。[4]

在临床上，由于抗生素的应用，细菌也在不断发生变异，田珊红等(1997)在细菌培养和厌氧菌培养的同时，还进行了L型细菌培养。84例肛周脓肿中细菌、L型细菌和厌氧菌的检出率分别为78.5%、39.3%和64%。细菌(66株)中以大肠埃希菌最多(42株)，其次为粪产碱杆菌(9株)、D－群链球菌(6株)、金黄色葡萄球菌(3株)、表皮葡萄球菌(3株)、奇异变形杆菌(2株)、腐生葡萄球菌(1株)；L型细菌(33株)中L型金黄色葡萄球菌16株、L型大肠埃希氏菌12株、L型粪产碱杆菌3株、L型白色念珠菌2株；厌氧菌(54株)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中脆弱类杆菌 42 株、厌氧链球菌 6 株、未鉴定菌 6 株。[5]

关瑞剑等在进行细菌培养的同时，还对肛痈的转归与致病菌的关系进行了研究，其结果显示 90 例肛痈中脓肿位于肛提肌下者 86 例，其中皮下脓肿 28 例，肛管后间隙脓肿 12 例，括约肌间隙脓肿 22 例，坐骨直肠间隙脓肿 16 例，后马蹄形脓肿 8 例；肛提肌上下并存脓肿 3 例；骨盆直肠间隙脓肿 1 例。90 例中有 40 例未发现明显内口。90 例细菌培养阳性率 100%。感染类型：混合感染 63 例(70%)，单纯需氧菌感染 14 例(15.6%)，单纯厌氧菌感染 13 例(14.4%)。厌氧菌类中厌氧性球菌 30 株，放线菌 12 株，优杆菌 12 株，类杆菌和丙酸杆菌各 8 株，梭形杆菌和梭形芽胞杆菌各 9 株；需氧菌中单纯埃希氏菌 57 株，变形杆菌 15 株，链球菌 12 株，克雷伯菌和葡萄球菌各 6 株。在混合感染 63 例中有 35 例形成肛瘘(55.6%)；需氧菌类单纯埃希菌感染 6 例中 5 例形成肛瘘，单纯葡萄球菌感染 6 例中无一例形成肛瘘，链球菌感染 2 例中，2 例形成肛瘘，变形杆菌感染 1 例，在同一部位再次形成脓肿。单纯厌氧菌感染 13 例中，8 例形成肛瘘。[6,7]

从以上的报道可以看出，肛痈的致病菌多为内源性细菌，当局部或全身抵抗力下降时致病，另外以两种或多种细菌的混合感染为主，厌氧菌的检出率较高。需氧菌中最多见的是大肠埃希菌和克雷伯杆菌属，厌氧菌中主要为脆弱类杆菌和其他类杆菌，其次是消化球菌属。值得一提的是，上述报道均未分离出结核杆菌，而结核杆菌被认为是肛门直肠周围脓肿的主要原因[8]。肛周脓肿早期西医常用青霉素族抗生素治疗，而青霉素族抗生素多配合细胞壁，可引起细菌细胞壁受损变为缺细胞壁的细菌，即 L 型细菌，对抗生素不敏感。肛周脓肿治疗效果欠佳应考虑细菌变异为 L 型细菌，应加做 L 型细菌培养。

总之，导致肛痈的细菌可大致分为两类，一类是皮肤源性细菌，一类是肠源性细菌。皮肤源性者形成肛瘘的可能性小，肠源性者形成肛瘘可能性大。这些对于临床有一定的指导意义，肛痈若为皮肤源性细菌感染引起，单纯切开引流，扩创就可以了，但若为肠源性或混合性感染，则需要认真寻找内口，并加以处理，以防后遗肛瘘。

1.1.2 性激素

对于肛痈的发病原因，目前公认的是隐窝肛腺感染学说。临床上肛痈在性别分布上的差异极为显著，男女比例相差悬殊。在男性中又以青壮年和婴幼儿为多。对此日本学者高月晋等对肛周感染与性激素的关系进行了探讨，他根据肛门腺在发生学上起源于脂腺，认为脂腺与皮脂腺相同，推测肛门腺可能也象脂腺一样是性激素的靶器官，随着年龄的变化，性激素的盛衰直接影响肛腺的增生和萎缩，故肛痈的发病率也随之而升降。但目前尚无确切证据证明肛腺分泌活动受性激素的支配。

甄宜兰等(1995)对 22 例男性肛痈患者(年龄 20～56 岁，平均 34.4 岁)和 20 名男性健康献血者(年龄23～49，平均 34.4 岁)的血清睾酮进行了测定。结果发现肛痈患者与正常人的血清睾酮值无显著差异(分别为 569.25±140.39ng/dl 和 556.25±138.13ng/dl，$P>0.05$)，均在正常范围内。因此，肛痈与性激素关系尚有待进一步深入探讨。[9]

1.2 发病特点和规律

1.2.1 内口的分布

肛痈诊治中内口的寻找和处理是一个关健问题，对肛痈内口分布情况的研究不仅具有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

理论意义，而且具有实用价值。司永令(1983)对206例肛痈患者的210个内口的分布情况作了统计，[10] 结果如图3：

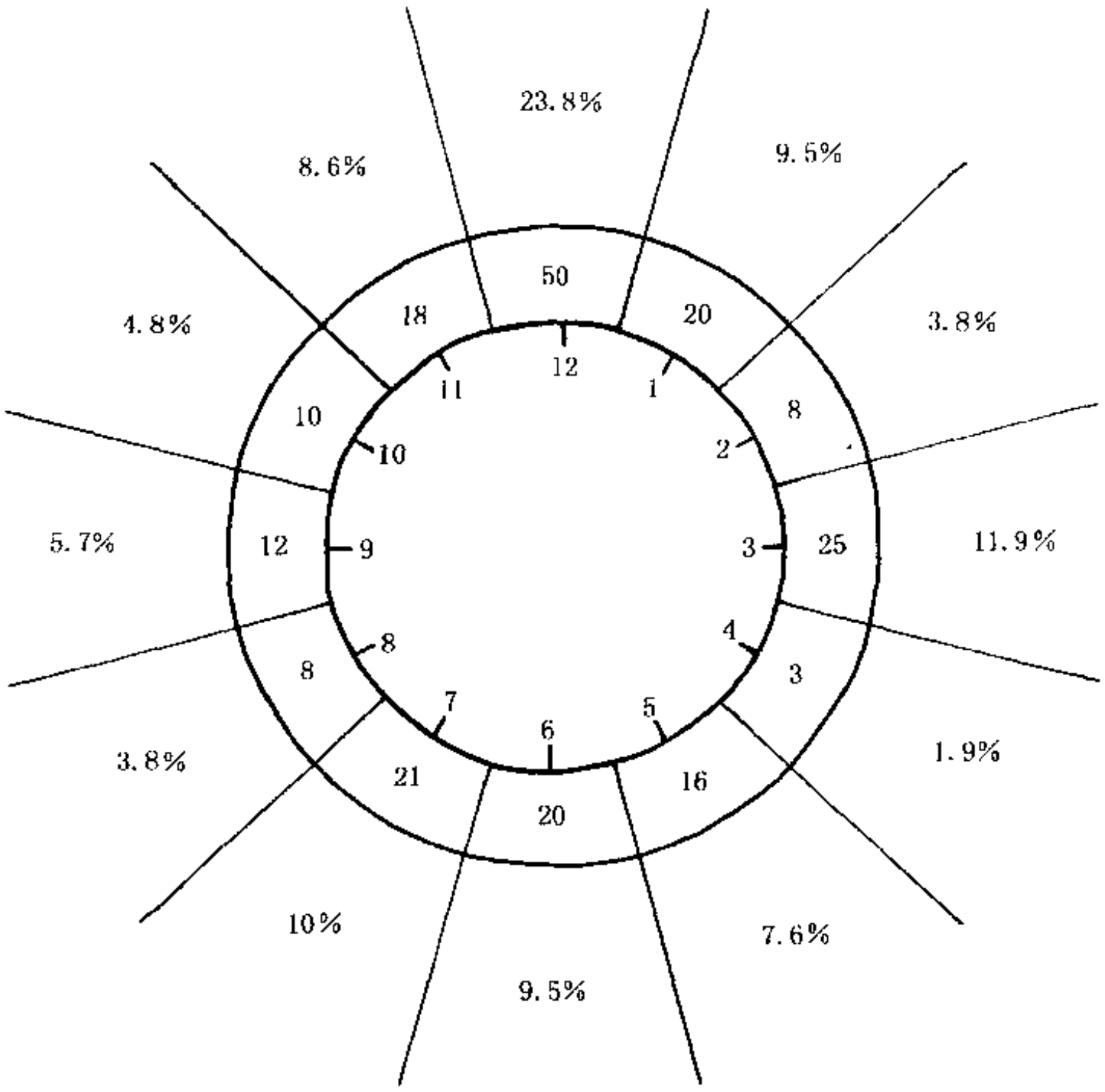


图3 内口分布情况(膝胸位)

他还对脓肿的范围及形状与内口的关系进行了探讨，206例中有107例脓肿范围在2个点以内(肛门一周按12个点计算)，有99例在2个点以上。范围在2个点以内者多为浅部脓肿，脓腔大多呈带把梨形或乒乓球拍形，其把向内指向肛门直肠侧，内口沿把进入肛门齿线附近的肛窦。范围在2个点以上者多为深部脓肿，脓腔多呈不规则形，有的呈葫芦形，多个脓腔被狭窄的脓道连接。或呈蟹足形，有一个膨大的脓腔如蟹体，有一个或多个较窄的窦道伸向四周如蟹足，内口大多在一支蟹足内的最高点处。范围较大的脓肿的内口位置大都不在脓腔的中部，而往往处于脓腔的一端。脓腔位置到达或骑跨在膝胸位12点的52例中，内口在12点者50例(96%)。在206例中，有12例内口在肛管直肠环以上，198例内口在齿线附近。[10]

1.2.2 发病规律与传变途径

赵自星(1995)总结了345例肛周脓肿的发病规律和传变途径。其中瘘管性脓肿327例(94.78%)，分布情况为后侧209例，右侧39例，左侧43例，前侧36例；非瘘管性脓肿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

18 例(5.22%)，分布情况为后侧 8 例，右侧 4 例，左侧 5 例，前侧 1 例。瘘管性脓肿的分类情况为：肛管后浅间隙脓肿 89 例，肛管后深间隙脓肿 62 例，直肠后间隙脓肿 38 例，粘膜下间隙脓肿 12 例，坐骨直肠间隙脓肿 46 例，骨盆直肠间隙脓肿 6 例，肛门皮下间隙脓肿 37 例，肛管前浅间隙脓肿 30 例，肛管前深间隙脓肿 7 例。[11]

瘘管性脓肿的引流及扩散有以下规律：

(1) 肛管后侧肛窦易受伤发炎，肛腺感染扩散，可波及肛管后深、浅间隙，直肠后间隙及粘膜下间隙，形成脓肿。肛管后浅间隙脓肿局部症状重，可早期诊断治疗，或经皮肤穿破引流。在本组 89 例中，仅有一例向骶尾部蔓延。相比之下，肛管后深间隙脓肿传变方式较复杂，在 62 例中，局限于该间隙者仅 7 例，脓液绕过肛尾韧带进入皮下间隙者 10 例；经肛窦引流者 8 例；脓液向一侧或两侧经括约肌深浅层之间进入坐骨直肠间隙形成低位蹄铁形脓肿 31 例，环绕肛管一周者 2 例；向上穿过肛提肌进入直肠后间隙，形成高低位复合性脓肿者 4 例。本组直肠后间隙脓肿中向一侧或两侧骨盆直肠间隙扩散为主要形式者 26 例；脓液局限于该间隙或经肛窦引流者各 6 例。另外，12 例粘膜下脓肿未发现向其他间隙蔓延，脓液局限或穿破粘膜引流者各 6 例。

(2) 坐骨直肠间隙脓肿、骨盆直肠间隙脓肿尖劈下间隙脓肿临床较常见。坐骨直肠间隙脓肿多局限于该间隙或经皮肤穿破引流，本组有 34 例，其中局限者 14 例，经皮肤引流者 20 例。脓液经肛窦排泄形成内瘘者 4 例。向其他间隙传变者 8 例，其中向上进入骨盆直肠间隙者 1 例，向前或向后经括约肌之间扩散到对侧共 7 例。坐骨直肠间隙脓肿较多来源于肛管后侧，少数来源于前侧肛腺感染。6 例骨盆直肠间隙脓肿中 2 例向下穿破肛提肌形成高低位复合脓肿，局限于该间隙和经肛窦引流者各一例，两侧向外穿过臀大肌进入大腿 2 例。在 37 例皮下间隙脓肿中，仅 21 例局限于皮下局间隙，16 例经皮肤引流。

(3) 肛管前浅间隙和前深间隙脓肿与后侧相似，前者多局限于该间隙或穿破皮肤引流。本组有 6 例经皮下蔓延到腹股沟，7 例向一侧或两侧经括约肌之间向后到坐骨直肠间隙，形成前蹄铁形脓肿。前深间隙脓肿还可经肌间向上蔓延形成高位肌间脓肿，本组 1 例脓液经阴道后壁穿破引流。

非瘘管性脓肿是除肛腺感染以外其他因素引起的肛管直肠间隙感染，根据病因不同可分为损伤、异物、特异性感染和邻近器官疾病以下等 3 大类。其病因复杂，多无规律性，诊治有一定困难。本组 18 例中由损伤(包括肛门直肠外伤、异物)所致者 4 例，肛门部手术合并感染 6 例，结核性脓肿 4 例，直肠多发性息肉、髂窝脓肿后遗肛周脓肿、骶前囊肿合并感染各 1 例。[11]

关于肛痈后遗肛瘘问题，王运来(1983)报道了其对 314 例患者的随访结果统计。在肛周脓肿切开的 172 例中，治愈 4 例，后遗肛瘘 168 例占 97.7%；自溃的 142 例中，治愈 2 例，后遗肛瘘 140 例，占 98.6%。总共 314 例中有 308 例后遗肛瘘，后遗肛瘘率为 98.1%。内口不能愈合的原因，主要是肛周炎症刺激引起括约肌痉挛，造成腺管分泌物引流不畅而感染灶继续存在，直肠内压力不断变化，与肛门括约肌舒缩相互影响，肛管直肠内的液气体不断由内口侵入脓腔，刺激管壁使之逐渐纤维化而不易粘着愈合，最终形成肛瘘。[12]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2 临床研究

2.1 诊断方法

2.1.1 超声诊断

肛痈的临床诊断比较容易，但对肛痈的分类及判断是否成脓有时较为困难，此时可借助超声诊断。孔祥军(1996)报道6例肛痈超声诊断的体会，认为肛痈的超声表现为肛周软组织内低回声区或液性暗区，肿块多为圆形或椭圆形，亦有不规则形，边界模糊，内有散在光点，后壁回声稍强。根据肿块位置可判断其所在的间隙。皮下脓肿多位于皮下软组织内，距皮肤约0.5cm，坐骨直肠间隙脓肿位于坐骨内侧及直肠周围，距皮肤约1.5～2.5cm，骨盆直肠间隙脓肿位于坐骨深部内侧，距皮肤约3～4cm。[13] 董林森等(1998)报道利用ATL－超四型扇形扫描仪检查肛痈，有助于判断是否成脓，未成脓期声像图表现为形态不规则，回声较均匀，边界模糊的低回声光团，内无液性暗区；成脓期表现为低回声光团内出现液性暗区。[14]

超声检查不仅可显示肛痈的位置、深度、范围及其与直肠的关系，而且可判断有无液化，判断肛痈所在间隙，还可以引导穿刺。由于超声检查是无创伤性检查，且操作方便，与中医望诊和触诊结合，可提高对肛痈的诊断水平。

2.1.2 特殊类型肛痈的诊断

直肠粘膜下脓肿较为少见，据报道约占肛痈的3%～5%，其病因多为机械损伤，如干硬粪块、异物，少数因急慢性直肠炎、溃疡性疾病混合感染所致。其部位多在相当于肛提肌平面或其上方的直肠后壁，侧壁者少见，应与直肠后间隙脓肿相鉴别。[15]

目前临床上结核性肛周脓肿比较罕见，杨利民等(1995)报道了对5例结核性肛周脓肿的诊治经验。认为其感染途径多数是病菌随痰液或食物进入肠道，由肛管破损处侵入肛周组织，另外也可由淋巴结经淋巴管感染，由血循环感染，或由邻近器官如骶骨、髋关节、精囊、前列腺等结核病变直接蔓延引起。结核性肛周脓肿多伴混合感染。其特点是初起缓慢，多无急性感染征象，疼痛较轻，有时只有触痛，脓液稀淡似乳汁，内口多位于齿线附近，且边缘不整齐，结核性脓肿可以无并发其他器官结核灶及结核中毒症状。其定性诊断依靠活检，对于脓肿术后长期不愈合并具有前述特点者应考虑结核性的可能性，应术后进行活检，送检组织应取不同部位多处病灶及病变交界处正常组织，以提高病理诊断率。[16]

2.2 内治法的研究

2.2.1 分期辨证治疗

肛痈的辨证多以其发生发展的不同分期为基础。钟传荣等(1983)介绍其应用内治法治疗肛痈的经验。认为肛痈由于正邪消长、发病长短、阴阳偏盛、老弱妇幼以及虚实顺逆的不同，有着一定的发生、发展和转归的规律，临床可按下述几期进行治疗。[17]

初发期：指脓肿还未形成，主要病理是经络阻隔，气血泣凝，结果不通则痛，壅遏则热，热胜则肿。治宜内消，散于无形，坚者削之，实则泻之，结则散之。发于阳者，初起寒热交作，便秘尿赤。病在肛门外则肿突而硬，形如桃李，脓红疼痛。病在肛门内则重坠

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

紧闭，下气不通，刺痛如锥，脉滑数有力，舌红苔黄腻。少数病人毒盛邪深，病居高位(骨盆直肠窝脓肿)则肛门周围无形可见，只觉尾骶胀痛，直肠重坠，肛门指诊于直肠后部或一侧有触痛。此类病人常有高热，喘急气粗，甚至谵语等热毒内攻之证。初发于阳，宜仙方活命饮去山甲珠、皂刺，加黄柏好酒煎服以清热解毒，燥湿泻火，活血消肿。若热毒太盛，可重用银花，酌加蒲公英；有便秘，肛门紧闭者用一煎散(归尾、桃仁、皂刺、黄连、枳壳、槟榔、山甲珠、花粉、台乌药、赤芍、生地、白芷、元明粉、大黄、红花、甘草)解毒泻火，散结消肿。若见热毒内攻，可参照内科，视邪人营血或病在阳明等随证施治。发于阴者，一种以阴虚为主，证见形瘦色衰，盗汗，咳嗽生痰，发热不高，脉细而数，舌红。另一种以阳虚为主，证见形寒肢冷，神疲倦怠，脉细无力，舌淡苔白。这两种病人肛门局部肿势散漫，皮色如常。发于阴，以阴虚为主者，宜用滋阴除湿汤(当归、生地、杭芍、川芎、陈皮、柴胡、知母、贝母、黄芩、泽泻、地骨皮、甘草)养阴祛湿。以阳虚为主者，宜用阳和汤补阳散寒，宣通气血。

酿脓期：指脓肿逐渐形成，主要病理是热胜肉腐，肉腐成脓。临床上除有与初发期相同的全身症状外，局部主要表现为病势急迫，肿势扩大，按之中软，或触之应指(有波动感)。治宜促肿速溃，宜托不宜消，消则伤正，致毒邪散漫。该期见肿疡高起，脓根收束，色晕分明，脉证俱实，属正盛邪实，宜透脓散托毒透脓。若成脓难透，或坚肿不软，不红不肿，宜托里透脓汤补托透脓。若证见阴寒太盛，脉细苔白舌质淡者，宜四逆内托散(附片、干姜、党参、黄芪、当归、白术、茯苓、陈皮、川芎、山甲珠、皂刺、甘草)补阳托毒。

溃脓期：指脓肿由于手术切开或自然溃破。主要病理是脓毒得泻，为疡为瘘。一般该期患者全身症状减轻，脉静身凉，局部肿痛亦缓。主要是脓毒未清，正气已虚。当正气太虚，毒邪太盛者，则痈痛虽溃，但大热不休。一般溃脓期的治法宜补托排脓，生肌敷痂。脓黄肥厚是正气未虚，宜托里透脓汤补托透脓。当脓尽腐除，宜补中汤或十全大补汤、八珍汤之类补益气血，促进生肌散痂。大热不休，余毒难尽，腐肉难除者，若脉实有力，宜透脓散加银花、黄柏清热泻火，托毒透脓。若脉细而数，宜托里透脓汤补托透脓。当肿溃脓稀、脉静身凉者，十全之类加皂刺、甲珠，大补元气、佐以透脓。若属阴虚发热，宜知柏地黄汤滋肾养阴。

肛痈由于发病部位多属足太阳膀胱经，该经为湿热所聚之腑，故发病与湿热下注有关，选方用药时应注意除湿清热。足太阳膀胱经少气多血，少气则痈肿难于起发，治应重在补托。为使药力直达病所，适当配以引经药，如羌活、黄柏。另外，在治疗中应注意勿伤胃气。因治痈疽多用寒凉药，但不等于剂量越大，用药越多，效果越好。相反，克伐太过，必损胃气，胃气败伤，则生化乏源，加之痈疽溃后，脓毒既泻，气血亦损，气血不足，则新肉难生，伤口难敛。所以应遵前人“衰其大半而止”之训，切勿药过其所。

钱正龙(1987)应用上述方法配合切开挂线治疗肛痈 50 例，痊愈 49 例，好转 2 例。[18]

曹吉勋等(1983)介绍中医内治法治疗肛肠疾病的体会，认为恣嗜辛热炙煿，内生积热，气血凝滞而致的肛门坠肿热痛，便秘尿赤，舌红苔黄，脉弦数，如肛痈初期，以红肿为甚者，可应用中医清法，清热解毒，活血消肿。方用仙方活命饮，热毒较重者，可与五味消毒饮加减。若诸症以疼痛为甚者，可用清法中的清热祛风，利湿活血法，方用止痛如

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

神汤。若为阴寒凝滞所致的肛痈，证见畏寒肢冷，肿块不红不热，坚硬而不痛，苔白滑，脉迟缓，可用温法以温经散寒，和阳散结。方用阳和汤。[19]

肖成福(1983)认为，肛痈虽多属湿热，治疗上亦因证而异。初起气血壅滞，正邪俱实，尚未蕴热成脓，应急以内消为主。在治疗法则上应遵循古训“早治易愈，失治溃脓，孔烂陷内寸许者难生。”否则，毒邪久羁，便成瘘管，缠绵不愈。若脓已成，则应遵循“脓成决以刀针之法”，此时若以内消非但不效，而有羁毒蔓延全身和发展为复杂肛瘘之弊，故以刀针为主，一次切开速排脓毒，辅以内服清热解毒，托里排脓扶正之品，而使邪去正复，伤口修复而愈。肛痈一症，只要及早治疗，选法得当，就能收到满意的效果，而不致形成瘘管再动刀针。[20]

安秀庄(1987)报道用资生汤合青蒿鳖甲汤加减治疗虚寒证肛痈获效，用小柴胡汤合内疏黄连汤加减治疗实热证肛痈均效。[21]

陈映标等(1998)报道用中医清热凉血，解毒利湿为主，五味消毒饮合凉血地黄汤加减治疗初起未成脓的肛痈取得很好效果，20 例中有 17 例肿痛消失，仅 3 例转为脓肿，一般 1 周左右治愈。[22]

伍秀卿(1997)报道用中西医结合治疗肛周脓肿 38 例，对于初起尚未化脓者，行气活血解毒，软坚散结，内服仙方活命饮，配合三黄芒硝煎剂灌肠或外洗；已形成脓肿，疾病红肿热痛者，宜清热解毒排脓，方用五味消毒饮或龙胆泻肝汤加减，配合切开排脓，中药煎剂外洗；脓液已清，创口干净者，宜健脾渗湿，益气生肌，方用参苓白术散加减，配合外敷象皮生肌膏。38 例中有 14 例非手术治愈，24 例配合切开排脓全部治愈。[23]

婴幼儿肛痈与成人肛痈相比，后遗肛瘘的机会要少得多。因此，婴幼儿肛痈更适合中药治疗。刘景和等(1995)报道用中药治疗小儿肛周脓肿的经验，肿疡期以清热解毒为主，用五味消毒饮和黄连解毒汤加减治疗，外敷三黄芒硝膏；脓疡期则托里透脓，用托里消毒散加减治疗，外用蝉蜕杏仁膏；溃脓期托里透毒，扶正祛邪，用托里消毒饮加减，外敷全鸡吸毒膏；有瘘管者用黄连闭管丸，外用羊蹄槐花药捻治之。21 例患者平均 7 天全部治愈，短者 5 天，长者 13 天。认为小儿肛痈可分为热毒蕴积(肿疡期)、热盛肉腐(脓疡期)、溃脓正邪两衰(溃疡期)、溃而愈合(愈合期)或溃而成瘘(瘘管期)五个阶段。治疗上应不失时机地给予清热解毒、托里透脓、扶正祛邪、化腐脱管治疗。[24]

临床上，中药配合手术治疗肛痈也有许多报道。祝明珠(1998)报道手术加中药治疗肛周脓肿 113 例，将肛痈分为实证与虚实夹杂证，实证用七味消毒饮合透脓散(金银花、野菊花、蒲公英、大蒌子、山栀、生芪、穿山甲、皂刺各 10g，黄连、川芎、当归各 6g)，虚实夹杂证用托里消毒散。[25]蔡文俊等(1995)主张对于肛痈应早期治疗，脓肿未形成时可用仙方活命饮合五味消毒饮合方，随证加减；脓肿已形成者，应切开引流，同时，和营清热，托脓解毒(黄芪 20g，皂刺 15g，金银花、连翘、黄芩、当归、赤芍、天花粉、山栀各 9g，生地、黄柏、苍术、地丁、蒲公英各 12g，甘草 3g)。[26]孙志元等(1988)报告在肛周脓肿围手术期应用中药，术后2～3 小时开始口服清脓解毒汤(赤芍 15g、丹皮 10g、黄柏 15g、白芷 15g、连翘 10g、生地 10g、蒲公英 15g、元胡 10g、党参 15g、白术 10g、茯苓 15g、甘草 6g)加减；1 周后于恢复期改用活血生肌汤(党参 15g、黄芪 30g、熟地 15g、当归 15g、丹参 30g、赤芍 15g、陈皮 10g、白术 15g、茯苓 15g、焦三仙各 15g)加减治疗，取得较好

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

效果。[27] 石荣等(1994)报告治疗深部肛门直肠周围脓肿 44 例，切开后采用托里排脓汤(金银花 15g、黄柏 9g、土茯苓 10g、蒲公英 15g、皂刺 9g、乳香 9g、党参 20g、生芪 20g、当归 6g、赤芍 9g)为基本方，肛门热毒证加川连、大黄、山栀；湿热下注加薏米、苍术、茵陈。连用2～3 周，治愈 43 例。[28]

2.2.2 专方专药治疗

翟煊(1996)报道重用槐花治疗肛痈 40 例，全部治愈。其药物组成为槐花20～30g、炮山甲 12g、皂刺 10g、当归 12g、赤芍 12g、银花 15g、白芷 10g、象贝母 10g、天花粉 10g、防风 6g、制乳没各 6g、陈皮 6g、生甘草 6g。每日 1 剂，水煎服。[29] 金定国(1987)报道应用大黄牡丹汤(大黄、牡丹皮、桃仁、冬瓜子、芒硝)治疗热毒型肛痈，认为凡肛门直肠周围急性化脓性炎症，无论脓已成或未成，均可应用此方治疗。[30] 陈民藩(1995)报道用龙胆泻肝汤治疗亚急性肛周脓肿 50 例，大便秘结加川大黄6～12g、芒硝 9g(冲)；发热伴病灶较硬加银花 30g、公英 30g、皂刺 10g；病灶脓红痛著加大青叶 15g、元胡 10g。认为肛痈是湿热下注为患，故用此方治疗较好，但此药苦寒，服后脾胃不适者，可饭后服用。50 例患者服用3～9 剂后，全身及局部症状消失，肛周红肿热痛消失。[31] 刘培允等(1995)报道用内疏黄连汤(由黄连、栀子、黄芩、桔梗、木香、槟榔、连翘、芍药、薄荷、当归、大黄、甘草组成)配合 CO_2 激光治疗肛周脓肿，效果良好。[32] 李国化(1995)报道用黄连解毒汤与甲硝唑合用治疗肛痈，方法是黄连 10g、黄柏 10g、黄芩 10g、大黄 10g、栀子 10g、连翘 15g、赤芍 15g、白芷 10g，每日 1 剂；甲硝唑 0.4g，每日 3 次。对照组用甲硝唑 0.4g，每日 3 次；麦迪霉素 0.2g，1 日 4 次。结果观察组 74 例，痊愈 70 例，显效 4 例；对照组 43 例，痊愈 30 例，显效 13 例，两组治愈率有明显差异。[33] 黄洪坤等(1988)[34]采用加味止痛如神汤加局灶药封治疗肛门直肠周围脓肿获效。[34] 李成禄(1995)应用清热解毒、行瘀活血法(银花 30g、白花蛇舌草 20g、乳没各 4g、赤芍 20g、黄柏 10g、防风 4g、川牛膝 10g、生甘草 10g)治疗肛痈早期未成脓者获效。[35]

肛病溃后绝大多数遗留肛瘘，应用中药可以明显减少后遗肛瘘率。王为(1995)观察了消瘘饮对肛周脓肿成瘘的影响，将 72 例患者随机分为观察组(34 例)和对照组(38 例)，治疗组应用消瘘饮(蒲公英 20g、败酱草 20g、金银花 20g、天花粉 20g、全当归 20g、生黄芪 20g、炙乳没各 10g、皂刺 10g、炮山甲 10g、杭白芍 20g、生甘草 10g、白芷 15g。脓透后去白芷。小儿剂量减半。)煎剂及外洗，每日 1 剂；对照组给予抗感染、消炎坐浴及排脓等处理。结果观察组有 12 例未成瘘，对照组仅有 4 例未形成肛瘘($P < 1.005$)。[36] 邓泽潭等(1995)应用化管丸(炒穿山甲 30g、炒刺猬皮 30g、皂刺 20g、榔米 20g、胡黄连 20g、僵蚕 6g、全蝎 6g，研末后，以 3g 分装入 10 粒空心胶丸，早晚各服 10 丸，米汤送服为宜，忌酒，30 天为 1 个疗程)治疗肛痈 50 例，治愈(症状消失，收口正常)23 例(46%)，好转(症状明显好转，未能收口，肿块缩小)27 例。另外，切开挂线加口服化管丸治疗肛痈 80 例，治愈 74 例(92.5%)，好转 6 例。[37]

2.3 外用药物治疗研究

2.3.1 中药熏洗疗法

中药熏洗坐浴是肛肠疾病的常用治疗方法之一。中药熏洗治疗肛痈的报道也较多，有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

单独使用者，更多的是配合其他疗法。翟静明报道单纯应用中药外洗法治疗肛周脓肿，取得良好效果。其药物组成及用法为：苦参 24g、地肤子 24g、黄芩 15g、荆芥 30g、艾叶 10g、枳壳 15g、蝉衣 10g、僵蚕 10g、蜈蚣 2 条，加水 600ml，煎取 500ml，反复煎煮 3 次，混合成 1500ml。每日坐浴1～2 次，每次5～10 分钟。15 例未化脓者治疗 6 天，全部消散，症状消失；8 例已化脓者，治疗 3 天全部破溃，2～3 天疼痛明显减轻。[38,39] 刘星等(1996)报道用消炎解毒方(马齿苋 15g、黄柏 9g、蒲公英 24g，地丁 24g、侧柏叶 9g、苦参 15g、苍术 9g、芒硝 30g、川椒 9g、瓦松 15g)坐浴治疗肛周炎 440 例，1～3 天即有效，平均 7 天痊愈，总有效率 99%。[40] 翟文伟(1995)报道应用痔炎冲洗灵(由朴硝、儿茶、冰片、明矾、大黄等组成)熏洗治疗肛痈 9 例，痊愈 2 例，显效 4 例，有效 2 例，无效 1 例。

中药坐浴应用于手术后的报道较多。[41] 李樟发(1998)在术后初期用生大黄、黄柏、黄芩、苦参、白芷等中药煎汁熏洗坐浴，后期用生黄芪、白及、荆芥等熏洗坐浴。[42] 田淇第(1996)在肛周脓肿一期切开挂线术后单纯应用中药坐浴(防风 15g、白芷 15g、红花 15g、蒲公英 20g、紫草 15g、甘草 12g)，每日 2～3 次，不再换药，效果满意。[43] 赵增虎等(1998)报道一期根治术加中药外洗治疗肛周脓肿 98 例，术后配合中药(黄芪 60g、苦参、黄柏、地榆各 10g、红花 10g、苏合香 10g)，98 例全部治愈。[44] 祝明珠用坐浴散(海螵蛸、枯矾各 100g，冰片断 20g，共研细末分装，每袋 30g 备用)，每次 1 袋，温开水冲泡，熏洗坐浴。[25] 杨培芳(1987)用桉叶 20g、蒲公英 20g、双花 20g、地丁 20g、大黄 15g、黄柏 15g、蚤休 15g、芒硝 15g、马齿苋 15g 术后坐浴，效果满意。[45] 杨重兴(1998)在一次切开内口后，应用中药(芒硝、黄柏、公英、侧柏炭、紫草、地丁、红花、皂刺)坐浴，效果满意。[46]

中药不仅可用于熏洗，而且可用于伤口冲洗。王有铭等(1998)报道手术扩创中药坐浴治疗肛周脓肿 79 例，扩创引流后放置引流管，术后用自制痔疮 1 号洗剂(芒硝 30g、大黄 15g、蒲公英 15g、黄柏 15g、红花 15g、桉叶 15g、槐花 8g，加水 2000ml，煎取 1000ml，过滤，装瓶，高压灭菌备用)冲洗，每日 2 次。3 天后改用痔疮 2 号洗剂(当归 10g、朱砂 1.5g、红粉 1.5g、生石膏 40g、明矾 1.5g，加水 1000ml，煎取 500ml，去渣取汁)冲洗。8 天后伤口基本愈合再改用自制痔疮坐浴剂(芒硝 60g、大黄 30g、公英 30g、黄柏 30g、桃仁 15g、红花 15g、桉叶 15g、连翘 15g、明矾 30g、槐花 15g，加水 2500ml，煎取 1500ml 过滤，装瓶，高压消毒备用)1500ml 坐浴，近期疗效 100%，远期疗效 96.2%。[47]

2.3.2 中药灌肠疗法

肛痈的形成多由于隐窝肛腺的感染，中药灌肠治疗一方面可使药物直达病所，另一方面，药物通过直肠吸收后可发挥全身作用。可以说灌肠治疗是肛痈的一种有效疗法。倪宝成(1995)报道用中药煎剂保留灌肠预防肛周脓肿后遗肛瘘，采用中药消肿解毒汤(金银花 20g、丹皮 10g、连翘 9g、黄芩 10g、乳香 9g、没药 9g、土大黄 30g、白花蛇舌草 20g)水煎，每次100～130ml 保留灌肠，每日 2 次，便后使用，7 天为 1 疗程。治疗 22 例，结果痊愈 13 例，好转 7 例，无效 2 例。认为消肿解毒汤具有清热燥湿、活血散瘀、生肌长肉、止痛收敛之作用，对未完全形成脓肿者，效果较好，如果已形成脓肿，则应及时采取手术治疗。[48]

2.3.3 中药外敷治疗

外敷药物治疗痈疽已有悠久的历史，利用外敷药物治疗肛痈的疗程报道也较多。其药

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

物种类各不相同，用药方法也各异，有散剂、有膏剂、有制作成纱条、也有做成药丁等等。

宋文瑜(1995)报道用太乙膏与溃消散外敷治疗婴幼儿肛周脓肿31例。其中太乙膏为《外科正宗》原方，消溃散由丁香、白芷、草乌、乳香、血竭、山奈、莪蒁、没药、片松、儿茶等组成。先用温水清洗局部，擦干，将太乙膏加温变软后，再将溃消散药末撒至药膏中央部位约1cm直径，摊成薄薄一层，后将药膏贴敷患处，2～3日更换1次，连敷3～4贴即可。经治疗后，肿块由硬变软，红肿渐消，已成脓者经贴敷之后，脓液引出，炎症局限，换药2～3次即可痊愈。随访无一例形成肛瘘。[49]

张国旗(1996)应用轻红散治疗肛痈120例，全部治愈，随访半年无复发，治愈时间5～11天。轻红散配制方法为：轻粉1g、红粉1g、龙骨(煅)2g、冰片0.3g。将轻粉与红粉分别研成细末，再与龙骨粉研匀，加入冰片，研合混匀即得。治疗方法是在脓肿波动最明显处作放射状切口，放出脓液后，取一宽0.2～0.4cm，长4～5cm油纱布粘合轻红散，用探针将其放入脓腔创面或基底部，保持引流通畅，用无菌敷料压迫固定，每日换药1次。认为轻红散可祛除脓腔坏死组织，促进新生肉芽生长，减少脓液分泌物渗出，加速创口愈合。[50]

杨佛心(1987)应用白降丹药丁治疗肛痈，认为可防因肛痈而成瘘管之患。药丁制法是：白降丹6g，糯米粉9g，白及33g。先将白及煎成浓胶，再将白降丹、糯米粉混合研细，拌入白及胶内，搓成药条，每条药丁含白降丹0.01～0.03g左右。治疗肛痈时在疮口插入药丁，使外口扩创，腔内腐肉脱去，再用生肌散收口。[51]

陈映标在挂线脱落之后应用化腐膏(红升丹、血竭、煅石膏等配制而成)外敷，以提脓化腐生肌治疗肛痈，效果良好。[22]

宋文珍(1995)报道在肛周脓肿一次切开根治术后应用凤雏膏治疗，疗程平均缩短10天。方法是取熟鸡蛋黄10个，拍碎于铁锅内翻炒，加入麻油100ml，搅拌均匀倒入容器内，浸入5cm×2cm无菌纱条备用。用时将凤雏膏纱条敷于创面上，每日1次。认为凤雏膏具有去腐生肌作用，可加强局部营养，促进肉芽组织及上皮细胞增生，故伤口愈合较快。[52]

孙克元在术后早期应用自制三黄(黄芩、黄连、黄柏)纱条引流，脓液和分泌物减少时，改用生肌玉红膏纱条换药；[27]李樟发在术后初期应用红油膏拔毒祛腐，后期应用生肌散、生肌膏换药；[42]黄洪坤等用新加双柏膏(由大黄、侧柏叶各60g，泽兰、黄柏、薄荷、鸡矢藤各30g，冰片15g组成)外敷病灶局部，均获效。[34]

曹吉熏等(1982)在肛痈术后用复方紫草油纱条(紫草248g、黄连155g、生地榆248g、地榆炭248g、鸡血藤248g、甘草64g、乳香31g、没药31g、象皮粉31g、清油500ml，除象皮粉外，余药加青油熬，至药渣发黄为度，滤去药渣，加象皮粉搅拌后浸入纱条，消毒备用。)换药，对于伤口愈合迟缓者，用白糖生肌散(白糖62g、白及31g、琥珀末15g、血竭15g，共为极细末)或皮粘散(炉甘石62g、朱砂6g、琥珀24g、硼砂4.5g、熊胆1.2g、冰片0.6g、珍珠1.2g、麝香0.9g)换药，治疗201例，全部顺利治愈。[53]

刘景和等对于小儿肛周脓肿，在内服中药的同时，肿疡期外敷三黄芒硝膏，脓疡期外用蝉蜕杏仁膏，溃疡期外敷全鸡吸毒膏，有瘘管者用羊蹄槐花药丁治疗，21例平均7天全部治愈。[24]

管甲生(1995)主张对血液病患者的肛周感染采用局部治疗，早期局部用“金黄散”醋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

凋外敷，可抑制肿块扩大。[54]

总之，由于肛痈多为混合感染，西药外用效果不佳，中药外敷及术后中药换药疗效好，这也是中医药治疗本病的优势之一。尤其对于一些因各种原因不宜手术的患者，中药外用常可使初起的肛痈得以消散，成脓者及早溃破，脓毒得泄而不致旁窜，促进肿消痛止。外用药物简便易行，且起效快，因此值得研究和推广。

2.4 手术治疗研究

2.4.1 切开挂线一次根治术

肛痈自溃或切开后，绝大部分会形成后遗肛瘘，需要二次手术处理。我国从六七十年代开始，探索应用一次根治术来治疗肛痈，到目前已经取得可喜的进展，并正在被越来越多的医生所认可和采用。

王振义等自 1964 年开展用“一期引流挂线疗法”治疗肛门直肠周围脓肿，至 1982 年底共治疗 100 例，全部治愈，随访无瘘管形成和并发肛门失禁。[55] 张有生等对切开挂线法治疗肛周脓肿和预防后遗肛瘘形成进行了更为系统的研究，使这一技术更加成熟。[56,57]

切开挂线一次根治术的适应证是：凡由肛窦感染所致的各型瘘管性肛周脓肿，不论位置高低，已成未溃或已溃脓出不畅者，均可应用。因外伤、粉瘤、皮肤毛囊和汗腺感染等所致的非瘘管性脓肿则不用本法。

手术方法：常规切开排脓后，当时寻找原发感染灶(内口)，进行挂线，一次完成手术，术前无需同时准备。具体操作是在麻醉、消毒后，于脓肿波动最明显处或穿刺针指示部位行放射状或弧形切开，充分排脓后，以食指分离脓腔间隔，先用双氧水、后用生理盐水彻底冲洗脓腔，修剪切口成梭形。再以球头软探针自切口插入，沿脓腔底部轻柔而仔细地探查，同时以另一手的食指伸入肛内，针指结合，寻找内口。若未探通，可在针指间距离最薄处的最高点(常为已闭塞的内口)穿出，挂以象皮线或 10 号丝线，通过脓腔牵出切口，再以两线端收拢、结扎。在被勒扎的组织内注射美兰长效止痛剂，外敷纱布而术终。

术后处理：酌情应用清热解毒利湿中药或抗生素，用润肠剂防止便秘，每次便后熏洗坐浴，然后换药或仅外敷消毒纱布。待底部生长肉芽组织充满脓腔后，挂线可自行脱落。若 10 天仍未脱落而挂线松弛时，可紧线 1～2 次，即可脱落。此时创面已长平，用生肌收口类中药换药至愈合。

切开挂线法实际上是一种慢性“切开”和牢固而紧张的对口引流法。临床上看到由于挂线的紧缩，逐渐扩大了内口和引流通道，内口虽然继续感染，但是由于能保证引流通畅，故不致导致炎症扩散，又有利于肉芽组织自底部顺利生长。由于挂线的紧缩刺激使括约肌与其周围组织发生粘连，边勒开，边修复，不致括约肌急剧离断，故无出血和肛门失禁的危险。最后勒开内口而脱线，此时疮面已长平，不易造成假愈合，从而消除了原发感染内口，失去了形成肛瘘的基础。本法不是切开内口，挂线本身就是一种牢固的对口引流物，故术后无需每次便后都换引流物。这一特点特别适于婴幼儿，婴幼儿便频，若每次便后都更换引流物，不但烦琐，还常被拒绝。即使放妥也常因哭闹挣扎而滑脱，从而失去引流作用。本法无此顾虑，便后冲洗，消毒外敷纱布即可。脱线后换生肌类药物时，应注意创面，防止上皮生长过速而致假愈合。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

切开挂线一次根治术的技术关键是正确寻找和处理内口。关于术中寻找内口的方法，司永令提出如下一些方法：

（1）利用内口位置的规律，有意识地去寻找。

（2）充分暴露脓腔后，直视下观察脓腔大小、形状、范围。其内口大多在脓腔靠肛门侧的最凹陷处。也可将肛门扩张，直视观察齿线附近，有发红、水肿处，内口大多在其附近。

（3）触诊：以食指伸入脓腔探查，内口往往在脓腔靠近肛门的凹陷的最高点。

（4）肛门指诊：以食指伸入齿线附近，如有高起、硬结，大多预示内口所在。如以同一手拇指同时伸入脓腔，进行双合诊，两指相距最薄处，大多为内口所在。

（5）挤压脓腔法：未切开排脓之前，扩肛直视齿线附近，用适当压力挤压脓腔，齿线附近有脓液溢出处，即为内口所在。当然，压力不能过大过猛，以免压破脓腔壁，引起感染扩散。

（6）探针探查法：直视或盲视下，于可能是内口处，用银质软探针轻轻插入试探，于无明显阻力处前进，直到进入直肠，或到达直肠粘膜下，同时结合肛诊，在肛内摸到探针头，即是内口。但由于炎症水肿，直肠粘膜处的内口往往闭塞，探针进入直肠粘膜下，往往滑入粘膜下的疏松组织间隙，不易进入肛门，此时不可再行推进探针，不然易在粘膜下间隙滑行而成假道。可在该处轻戳穿肠粘膜，从肛门用挂勾引出探针，即可挂线。探针探查法，切不可用硬质探针盲目乱戳，以免引起假道。[10]

对于在脓腔注入美蓝寻找内口法，司永令也提出自己的见解。认为脓肿内口往往呈闭塞性，其原因可能为：①坏死组织尚未液化，阻塞管道；②组织炎性肿胀，闭塞管口；③管道在括约肌间迂曲行走，肛周炎症引起括约肌痉挛，造成管道扭曲闭塞；④脓腔内脓液压力高，压迫管道或内口使其封闭。因此理论上肛周脓肿(瘘管性)都有一内口，但这一内口往往是闭塞性的，如不闭塞，脓液必将通过内口溢出。基于上述原因，脓腔内注射美蓝寻找内口时，美蓝往往不能从内口溢出，且美蓝注入脓腔，加大脓腔的压力，易使感染扩散，故不愿采用。

临床报道中，多数作者都提出良好的麻醉对于手术的成功是很重要的。多主张采用鞍麻、骶麻或腰俞麻醉，儿童可采用全麻。麻醉充分后，括约肌松弛良好，术野暴露清楚，容易发现和辨认内口，有利于探查内口和手术操作。不主张采用局部浸润麻醉，因为由于局部炎症明显，注射局麻药物浸润困难，麻醉效果差，另外注药后术野变形，寻找内口更加困难，且容易造成炎症扩散。

切开挂线一次根治术的原理虽然相同，但在临床上根据不同的情况，不同的术者之间还存在一些差异。例如，宋文瑜(1996)采用切开挂线延缓紧线法治疗肛周脓肿，方法是挂皮线后先不作紧线，待脓腔内肉芽组织填满后，再紧线。[58] 李效功(1993)则在一期切开挂线的基础上加置管引流治疗肛周脓肿，即挂线后在脓腔内置较硬的橡皮管(顶端剪1～2个侧孔)于其深底部，用皮针缝挂于臀部皮肤上，以防脱落，内外口置油纱条。[59] 对于肛周深部脓肿，嘎日迪等(1996)采用一次切开挂线，交替紧线，分开脱落的方法治疗。对两个以上内口者，采用同时挂线，紧线时两线须相隔1周，交替紧线，并相差1周脱落。[60] 石荣等(1994)对于马蹄形脓肿，采用切开留皮桥，高位挂线术，即先放射状切开与内口相应

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的脓肿腔至齿线，高位部分用橡皮筋挂线结扎，然后左右脓肿作弧形切口，中间保留 1cm 长的皮桥，坏死组织要彻底清除；而对于多发性深部脓肿，则采用多切口挂线术。[28]徐廷翰(1987)对于范围广泛的肛周脓肿，采用挂线多切口引流法，方法是指检确定脓肿范围和感染肛窦的位置，然后于脓肿波动明显处，作放射状小切口，切开皮肤、皮下，再用血管钳钝性分离脓腔，放尽脓液后，一手食指插入肛管内，指腹固定于可疑内口处，另一手持探针从切口插入脓腔瘘道轻轻探查，使探针从内口探出。然后顺探针作放射切口切开内口、皮肤、皮下及部分括约肌，而将肛管直肠环部用从内口经脓腔引出的橡皮筋挂线。再根据脓腔大小在该切口一侧或两侧作一放射状切口，并用食指伸入脓腔分离脓腔间隔，使引流通畅。先用双氧水及新洁而灭擦洗脓腔，后用生理盐水冲洗干净。若为蹄铁形脓肿内口位于肛管后(前)时，则经内口顺肛管作放射状切口，处理原则同前，并分别在肛门两侧距肛缘 2cm 处作1～3 个放射状切口，切开两侧坐骨直肠窝或肛周皮下脓肿，如前处理脓腔，最后于引流口分别放凡士林油纱条，切开间皮桥用小纱布垫加压，尽量让脓腔塌闭，使皮桥与下面组织粘连。必要时可于该处缝合以利粘连闭合，再用塔纱压迫包扎，宽胶布固定。术后 48 小时内进少渣饮食，术后控制大便2～3 天，使用抗生素、清热解毒药控制炎症，同时用活血化瘀，软坚散结中药以促进炎症消散和吸收，使后坐浴换药。多切口既保持了肛门正常结构及功能，又使引流通畅，切口间有皮桥牵连，组织不会因肌肉收缩而移位，故愈后瘢痕小，较弧形切口更具优越性。[61]

切开挂线一次根治术治疗肛痈疗效肯定，至今已有许多临床报道。

切开挂线一次根治术治疗肛痈的结果

作　　者	病例数	治愈例数	后遗肛瘘例数	平均疗程(天)
王振义，等(1983)[55]	100	100	0	15.8
张有生，等(1985)[57]	290	289	5	—
廖荫元(1983)[62]	140	137	3	24.17
钱正龙(1987)[18]	50	48	2	—
徐廷翰(1987)[61]	41	40	1	28.12
王中胜(1988)[63]	105	105	0	—
邹声金(1993)[64]	160	160	0	32.5
李效功(1993)[59]	42	38	2	—
杨杰(1994)[65]	30	30	0	—
何香英，等(1994)[66]	900	878	22	21.3
钱亚军(1994)[67,68,69]	118	115	3	9.2
杨吉水(1994)[70]	28	28	0	18
石荣，等(1994)[28]	44	43	1	—
郭玉明，等(1995)[71]	21	21	0	—
周清环(1995)[72]	74	74	0	—
王俊(1995)[73]	77	75	2	—
邓泽潭，等(1995)[37]	80	74	6	—

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

续表

作 者	病例数	治愈例数	后遗肛瘘例数	平均疗程(天)
田相(1996)[74]	180	—	—	—
孙蕙芳，等(1996)[75]	40	40	0	—
田淇第(1996)[43]	150	148	2	20
嘎日迪，等(1996)[60]	33	33	0	—
宋文瑜(1996)[58]	145	145	0	—
王秋玲(1998)[76]	176	176	0	27
池井泉(1998)[77]	110	108	2	—
陈岩，等(1998)[78]	212	212	0	—
王正风(1998)[79]	238	238	0	—
陈映标，等(1998)[22]	21	21	0	—

2.4.2 一次性切开根治术

肛周脓肿中绝大多数为瘘管性脓肿，而在瘘管性脓肿中，内口又绝大多数在肛管直肠环以下。因此，虽然切开挂线一次根治术适用于所有的瘘管性脓肿，但并非所有的瘘管性脓肿都需要挂线治疗。许多情况下，仅需要一次性切开即可达到根治目的。

王秋林(1983)报道其对肛周瘘管性脓肿不成瘘手术的研究结果，14 例患者全部治愈，无 1 例形成瘘管。其方法是在腰俞麻醉下探查内口，然后在脓肿波动最明显处，尽量靠近肛门部作放射状切口，切开脓腔排除脓液，搔扒坏死组织。之后左手食指伸入肛内作指引，右手握镰状刀，在脓腔底部，放射状方向，轻轻顺势朝左手食指方向探查，左手可触及镰状刀的探头，以感觉最近，组织最薄处通过穿出，再用拉钩扩肛检查，观察确属在开始确认的内口部穿出时，即可用镰状刀的内刃或另用手术刀，全部切开组织，使脓腔暴露开放。修剪切口两侧，靠肛隐窝处两侧分别结扎，使创面平整，引流通畅。结扎出血点，再用凡士林纱布引流。本方法第一解除了原发病灶，第二引流非常通畅，第三排除了病理产物，这样就消除了炎症扩散的病理基础。此方法主要适用于低位成瘘性脓肿。[80]

安阿月(1983)采用对口引流法治疗肛门周围脓肿 20 例，全部治愈。20 例均为肛提肌以下脓肿，方法是查明脓腔与内口的关系后，把原脓腔的切口沿探针向肛门延长，直到内口切开，同时将脓腔中的纤维隔钝性分离，并适当清除坏死组织，是引流通畅。对较大的脓腔，则在原内口一侧作一切口，并使两切口相遇，形成对口引流的形式，然后放入红粉纱条使之贯通两切口则引流通畅。[81]

一次性切开根治术虽然应用于低位肛周脓肿，但对于高位肛周脓肿并非绝对不能应用。吕建国等(1995)对于肛管直肠环以上的脓肿，采用直肠环部分切开以扩大环以上脓肿的引流方法，即把直肠环下缘做部分切开，术后给予抗生素和甲硝唑静脉输入。认为痛苦小，疗效快，疗程短，治愈率高。[82]赵义瑞(1997)采用保留肛管直肠环一次切开治疗高位肛周脓肿，治疗 45 例全部治愈，1 年内无复发，无肛门失禁。认为只要引流通畅，不必破坏肛管直肠环以消除脓腔顶盲端。其方法是：骶麻下在脓肿中心切开脓腔，放出脓液，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

指针配合寻找内口。从内口向外与肛门呈放射状切开肛缘皮肤及肛门外括约肌皮下层，扩大创口，使脓腔顶端与切口外缘呈较光滑之斜坡状，以利引流。脓腔中心与内口不在同一方位者，在与内口放射外延处切开，扩大该引流口，使该口与脓腔相通并保留皮桥，将内口处肛腺及周围粘膜组织一并结扎或切除，深达肛管直肠环下缘，保留肛管直肠环，刮净腐败组织，放油纱布引流1周，术后每日中药熏洗创口，然后换药。[83]

对于新生儿肛周脓肿，由于单纯切开引流后多数可以痊愈而不形成肛瘘，因此不一定将内口找到并切开。陈强等(1995)治疗23例，在靠近肛缘波动最明显处纵行切口，长度以保持引流通畅为度，术后应用抗生素，每日换药1次。愈合时间7～14天，观察半年无肛瘘形成。[84]

肛痈一次切开根治术总的原则是切除病变的肛隐窝，保持引流通畅，但因肛管直肠周围间隙很多，形成的脓肿各不相同。因此，不同的脓肿在切口的选择上也有区别。徐凌波等(1995)将其常用的切口作了归纳，[85]如图4所示。

坐骨直肠窝脓肿合并骨盆直肠间隙脓肿和直肠后间隙脓肿的处理较困难，此种脓肿的切口可选在截石位5点或7点(图4中的分图1，2)。当打开一侧坐骨直肠窝脓肿，探查脓腔合并直肠后间隙脓肿并与对侧坐骨直肠窝相通时，可同时选择两切口(图4中的分图3)。切口应起于肛隐窝，止于脓肿外缘。切口纵径与肛门皱襞走行一致，横径略小于脓腔内径或与脓腔内径相同。打开脓腔首先要切除病变的肛隐窝，然后搔刮腐败组织，寻找其他暗腔。一般坐骨直肠窝脓肿的暗腔走行有3条：①通过直肠后间隙与对侧坐骨直肠窝相通，值得提出的是即使对侧坐骨直肠窝尚未形成脓肿，如果合并直肠后间隙脓肿也应切开对侧坐骨直肠窝引流，这样处理一次治愈率高。打开双侧坐骨直肠窝时要注意保存肛尾韧带及其皮瓣。②如果5点位切口的坐骨直肠窝脓肿以暗腔，其走行是向1点方向延伸(图4中的分图4)；如果7点有暗腔，将伸向11点(图4中的分图5)。发现脓腔暗腔应打开清创搔刮，这类脓肿暗腔清创后基本都可全层间断缝合(图4中的分图6，7，8)，愈合良好。③暗腔向上通向骨盆直肠间隙。钝性分离打开此间隙引出脓液后，常用橡皮筋挂线。此类脓腔长平，皮肤愈合时，会有肉芽增殖影响粘膜愈合，应配合中药处理。另外，有些皮下脓腔或肌间脓肿也可选在5点和7点位切口。

选择1、11点位切口，多见于皮下脓肿和括约肌间脓肿，切口可以是单侧，也可以是双侧，根据脓肿的部位而决定(图4中的分图9，10，11)，这类切口女性多见。清创时应注意直肠肛管前壁即阴道后壁，壁较薄，不可损伤，更不可割裂挂线，以免引起阴道瘘和肛门不全失禁。图4中的分图12、13切口多见于男性，切开脓肿后往往有暗腔向阴茎根部延伸，清创时注意避免损伤尿道球部及其邻近组织。暗腔切开清创后能缝合尽量全层间断缝合，其愈合良好。个别脓肿同侧的腹股沟、阴囊会同时发生脓肿，如果这些情况出现，可在脓肿波动处分段开窗引流。只要引流通畅，换药得当，同样可以痊愈。3点、9点切口也多见于皮下和括约肌间脓肿，打开脓肿后多数融为一个脓腔，脓腔可大可小，都要切除病变的肛隐窝。有的脓腔中间有一隔，对此可将隔及其皮瓣切除，使之融为一个腔一个切口(图4中的分图14，15)，其预后良好。

直肠脓肿切口选择多见于3、5、7或9点位置，它们可以是皮下脓肿和括约肌间隙脓肿的切口，也可以是直肠粘膜下间隙脓肿的切口。探明直肠脓肿部位后，在直肠脓肿相对应的肛缘作一菱形皮瓣切除，切口直达齿线，并切除病变的肛隐窝，然后钝性分离达直肠

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

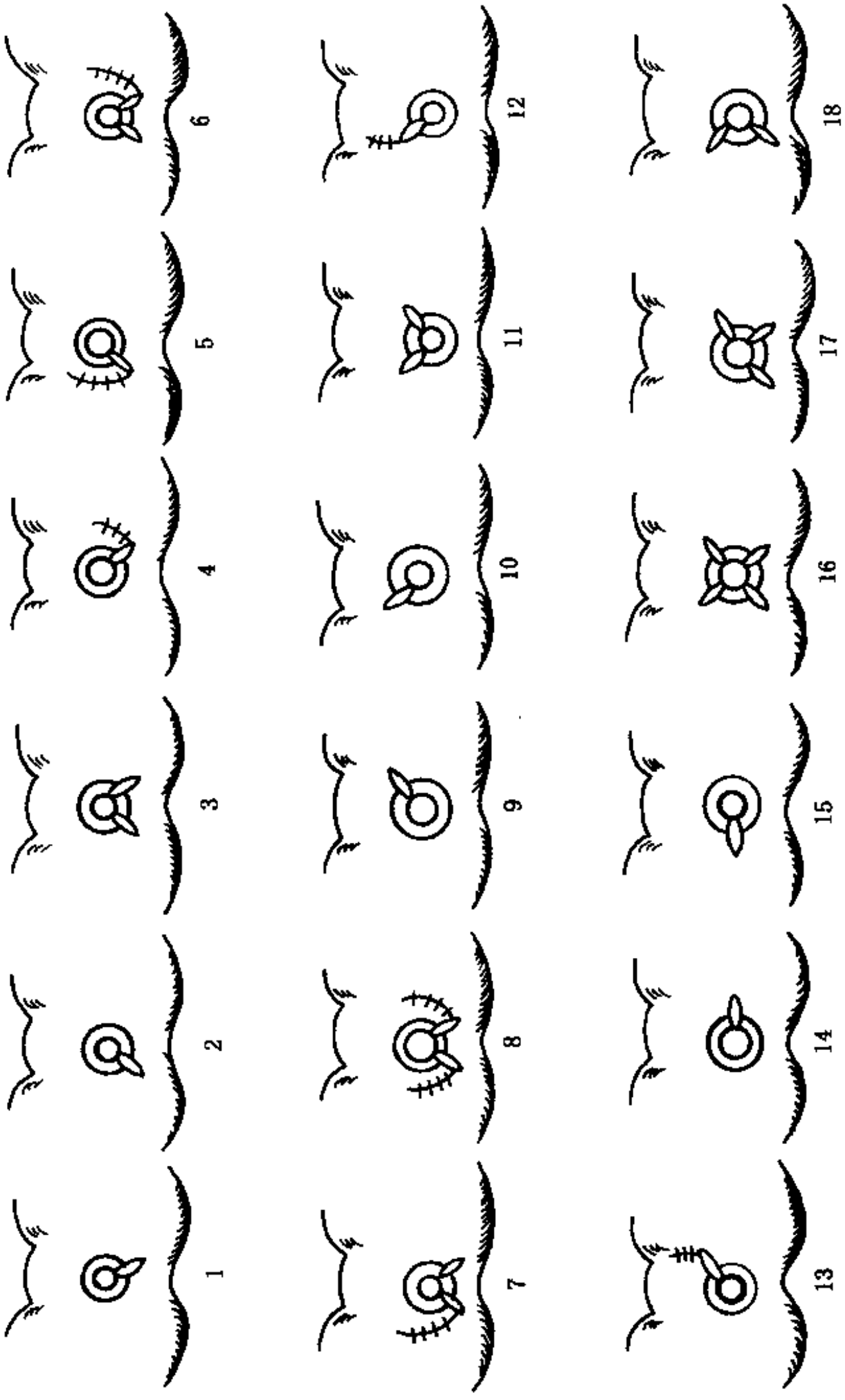


图 4 肛周脓肿手术切口选择

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

粘膜下间隙脓肿，再根据直肠脓腔的大小和引流口的通畅程度以及切开后是否出血决定是否挂线，这处理一次治愈并不困难。

肛门全周脓肿和次全周脓肿切口如分图 16、17、18，脓肿切开后可彼此相连，也有的并不相通，中间有隔，此类脓肿如合并其他间隙的脓肿，其处理方法同上。

应用一次性切开根治术治疗肛痈的情况见下表。

肛周脓肿的一次性切开治疗

作　　者	病　例　数	治愈例数	形成肛瘘例数
王秋林(1983)[80]	14	14	0
安阿月(1983)[81]	20	20	0
吕建国，等(1995)[82]	144	136	3
徐凌波，等(1995)[85]	253	231	3
孙其旺，等(1996)[86]	83	83	0
彭建娣，等(1996)[87]	134	134	0
杨向东，等(1997)[88]	13	13	0
董耀林，等(1997)[89]	86	86	0
赵义瑞(1997)[83]	45	45	0
安少雄(1998)[90]	50	48	2
冯辉(1998)[91]	115	115	0
陈强，等(1995)[84]	23	23	0

2.4.3　内引流术

肛痈的根源在于存在原发内口，内引流术是一种通过内口引流的方法。高晓光(1995)报道应用内引流法治疗肛周脓肿 150 例，全部治愈，平均治愈时间为 7 天。认为比外引流术创伤小，治愈时间短，痛苦小，且无皮肤疤痕。其方法是确定内口后，以圆头细探针由内口探入，缓慢指向脓肿中心部位。如为括约肌间脓肿则要穿过括约肌，再以蚊式钳扩张内口，并予适当纵切开，将改造的有槽探针顺切口探入，轻压及按摩脓肿部位，可见有脓液顺探针槽流出。待脓液大部分引出后，沿探针槽内插入 4 号硬膜外管，注入生理盐水反复冲洗，最后注入庆大霉素 24 万 U。术后让病人每日排大便，多食粗纤维饮食，并给予抗生素等辅助治疗。每日做直肠指诊，持续 3 日，以帮助排净脓液。[92] 刘宝生等(1995)在内引流后，以自制生肌橡皮膏纱条作为引流，放入腔内(切忌填塞过紧)，便后更换。治疗 48 例全部一次治愈，随访无一例形成瘘管，平均治愈时间 21.5 天。[93] 刘百羽等(1996)采用内口切除法治疗肛周脓肿，确定内口部位后，以内口为中心，作内径约 1cm 的圆形切口，深达括约肌表面。用探针探至脓腔，止血钳扩大创口与脓腔的通道，放出脓液，经创口插入硅胶管至脓腔并固定，分别用双氧水、生理盐水、灭滴灵液、庆大霉素冲洗，术后每日冲洗，无明显分泌物时可拔除引流管。用此方法治疗 71 例，均一期治愈，随访2～18 个月，无 1 例复发。[94] 杨永利(1998)报道用内引流术治疗肛周脓肿 30 例，内口闭合时间为 6～10 天，平均 8.2 天。随访1～4 年，无 1 例复发或形成肛瘘。陈文淑等(1996)经肛隐窝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

切开引流治疗中央脓肿 102 例，术后创面愈合时间平均 16 天。术后随访3～20 个月，治愈 97 例，无效 5 例。[95]

对于直肠周围脓肿，徐子鹏等(1990)采用直肠内壁挂线术治疗，方法是用两叶肛门镜扩肛，暴露并确定内口，取小弯止血钳从肛窦腺口平行刺入肌间沟下面的中央间隙，然后沿括约肌间隙上行入脓腔。进入脓腔后有落空感并有脓液流出，边退边扩撑创道至插入食指为度，指深脓腔比邻关系并剥离分隔，用刮匙刮除腐肉。确定脓肿位于腹膜反折部以下后，在脓腔顶部对着肠腔用止血钳凿洞，夹住递入直肠的橡皮筋拉入脓腔并经创道退出肛外，上下两端橡皮筋拉紧后结扎，弹性回缩后，橡皮筋余端留置肛缘，供再次紧线用。控制在 10 天左右脱线。便后经肛门填塞纱条。此方法符合中央间隙感染学说，具有早期一期根治的优点。挂线仅切割直肠壁，避开了肌束，因此，是比较理想的术式。[96]

内引流术损伤小，痛苦小，但寻找内口必须准确，方能取得根治的效果。

2.4.4 内口缝闭提腺化腐法

史仁杰等(1995)采用内口缝闭提脓化腐法治疗肛周脓肿 21 例，一次手术治愈 20 例。疗程平均 22.7 天(范围13～40 天)。方法是：首先在肛门外括约肌外作一至数个放射状梭形小切口，切开脓肿，分开脓腔间隔，排出脓液，并用刮匙刮除脓腐组织。脓肿范围较大时，可作2～5 个放射状梭形小切口。然后切除内口及其外侧的部分内括约肌，暴露肌间脓肿并用刮匙挂除脓腐，将内口切除后，将创缘上皮与上皮下组织稍作分离以消除缝合时张力，用3-0肠线依次缝合内括约肌及内口部创面。再自引流切口向脓腔内置入化腐生肌丹油纱条至创腔底，肛内置入复方紫草油纱条引流。术后肛外引流切口内用化腐生脱丹油纱条引流，至脓腐脱尽，分泌物减少，创面较为新鲜时再改用复方紫草油纱余换药。换药时注意将复方紫草油纱条置入创底后向外退出少许，以使创面由内向外生长并逐渐变浅。肛内换药用复方紫草油纱条至创面愈合。此方法缝闭内口，避免了粪便等对创面的刺激，减少了术后感染机会，加快了创面愈合。面采用肛门外多个小切口引流，避免了对外括约肌的损伤，又保持了通畅的引流。[97,98]

2.4.5 经括约脱间沟手术

宋学桐报道经肛门括约肌间沟切开治疗肛周中央间隙脓肿，即从括约肌间沟入路切开引流，使脓液顺流面下，既切除了原发病灶，又作了充分引流。24 例患者全部治愈。[99,100]

蒋云路等(1990)采用从括约肌间切开引流及挂线的手术方式治疗高位肛周脓肿，方法是于脓肿相对的下方，横行切开肌间沟处的肛管皮肤约 1.5cm，用血管钳潜行分离内外括约肌，穿过肛提肌内侧边缘至脓腔，扩创排脓后用生理盐水冲洗至脓液排尽，然后插入橡皮管留置引流。术后每日使后坐浴，然后先用生理盐水冲洗脓腔，再以 2%红升丹液10～20ml灌注，每日1～2 次。内服托里消毒的中药。炎症消退，脓腔缩小时，拔去引流管，给予挂线慢性切开窦道。此方法可避免对肛管直肠环的损伤。[101]

2.4.6 引流冲洗疗法

王学彩(1995)报道应用三腔管闭式冲洗引流治疗坐骨直肠窝脓肿 8 例，均一次治愈，随访无复发。方法是：切口为前后位，距肛门约 3cm，切开脓肿吸除脓液，对多房性脓肿将手指伸入脓腔钝性分离，清除坏死组织，用生理盐水反复冲洗脓腔。从切口旁另戳口或从原切口置三腔管至脓腔基底部，然后固定于皮肤上，切口一期缝合。三腔管的制作方法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

是外套管用硬橡胶管，内外各固定一细塑料管作为冲洗及引流管，根据脓腔深浅剪3～5个侧孔。术毕接持续负压吸引装置，同时接滴注冲洗液瓶。滴注冲洗液用生理盐水 500ml 加庆大霉素 8 万 U，缓慢滴入脓腔，需要量根据脓腔大小及脓液多少而定。适当应用广谱抗生素。术后第 10 天开始逐步退管，直至脓腔明显缩小无脓液时拔管。留下表浅创面经换药2～3 次即可痊愈。[102] 项海等(1996)报道用双管引流兼冲洗治疗肛周脓肿，即在切开引流后，置橡皮管和一次性输液管各一条，固定后进行冲洗。[103] 刘洪兴等(1996)用自制脓肿冲洗器治疗肛周脓肿 40 例，均5～9 天治愈，使用冲洗器时间24～48 小时，无肛瘘并发症。脓肿冲洗器由半自动吸引器、脓肿吸引栓及液体灌注器三部分组成。吸引器可使用各种型号的负压吸引器；吸引栓为内外两层双格状筛网，内层为不锈钢，外层用硅胶套，采用不同形状以适应脓肿深度；灌注装置用输液瓶替代。先将脓肿切开清除脓液，用新洁尔灭、双氧水、生理盐水反复冲洗，根据脓肿部位深浅放置不同形状的脓肿吸引栓固定于脓腔，取充分暴露的体位上下接通，配制敏感抗生素液于灌洗器内，1～2 小时放入一次(约40ml)于脓腔内，然后用负压吸引器缓慢吸净，如此反复冲洗，根据排出液的情况决定是否继续使用。一般不超过 48 小时即可拆除。[104] 阎振乾(1996)在肛周脓肿切开引流后用 0.2%甲硝唑 G 液冲洗脓腔，收到良好效果。[105] 李留记(1997)采用直肠内置双腔导尿管冲洗注药治疗骨盆直肠间隙及直肠后间隙脓肿，取得了较好的效果。其方法是：术前一日温水坐浴，术前 4 小时生理盐水或清水灌肠。消毒、麻醉后用三叶肛门镜将肛门扩开固定，肛内消毒后在直肠肿胀突出处切开，用弯形止血钳分离至脓腔，待脓液流出后，将消毒双腔导尿管经肛门插入脓腔内，将导尿管与直肠粘膜缝合固定，或在肛门外缘固定，用 50ml 注射器抽取生理盐水经导尿管反复冲洗脓腔后，注入庆大霉素或洁霉素，将导尿管外端折叠用丝线扎紧，消毒敷料覆盖肛门。每天便后换药，按上法冲洗脓腔注药。术后滴注抗生素，中药以益气凉血、清热解毒为主。治疗 8 例均治愈，随访无复发及瘘管形成。[106] 王有铭等(1998)用手术扩创引流后放置引流管，每日用中药冲洗治疗肛周脓肿 79 例，近期疗效 100%，远期疗效 96.2%[47]

2.4.7 激光疗法

刘培允等(1995)报道用 CO_2 激光治疗肛周脓肿，先应用中药内服及外用，在脓肿症状基本消失，脓液尽时，用 CO_2 激光清除感染的肛隐窝。方法是：在肛门镜直视下行 CO_2 激光汽化术，光斑直径 0.5cm，先将感染的肛隐窝完全汽化，深度约 0.2cm，再行 CO_2 激光凝固术，深约 0.1cm，使之形成一层保护膜。术后控制排便2～3 天，每次便后肛门内塞入 1 粒洗必泰痔疮栓。用此方法治疗 36 例全部治愈，术后随访 1 年，33 例未形成肛瘘，形成肛瘘 3 例。[32] 李成禄(1995)用激光与挂线疗法结合治疗肛周脓肿，用 CO_2 激光切开引流后，再用 CO_2 激光汽化脓腔，然后挂线治疗，安全有效，无后遗症。[35] 张强(1998)采用类似的方法，用电子手术治疗机治疗肛周脓肿，先用治疗机的接触头作放射状切开，然后将接触头对准内口进行碳化烧灼，之后沿瘘道走行切开，对脓腔进行碳化。50 例患者全部治愈。[107]

2.4.8 中西医结合综合疗法

肛周脓肿手术方法虽然很多，但各有其适应证和优缺点。目前临床上应用较多的还是

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中西医结合综合疗法，根据不同的情况，或切开引流，或一次切开，或切开挂线，并配合中药治疗。总的趋势是倾向于一次根治术，对于低位者可一次切开，肛管直肠环以上者采用挂线治疗。这方面的情况见下表。

肛周脓肿一次根治术的疗效

作　　者	病　例　数	治愈例数	形成肛瘘例数	疗程(天)
曹吉勋，等(1982)[53]	201	201	0	29.13
杨培芳(1987)[45]	15	15	0	21
孙克元，等(1988)[27]	426	421	5	23.2
黄伟(1988)[108]	50	50	0	—
段保国，等(1993)[109]	300	299	1	16
刘冬保，等(1993)[110]	61	61	0	18.5
张凤宏(1996)[111]	15	15	0	—
郑汝强，等(1996)[112]	120	120	0	—
伍秀卿(1997)[23]	38	38	0	—
杨重兴(1998)[46]	58	56	2	10～30
祝明珠(1998)[25]	113	81	32	—
许详富(1998)[113]	218	213	5	25
孙玉祥(1998)[114]	38	37	1	19.6
张廷栋(1998)[115]	145	145	0	14
李樟发(1998)[42]	89	87	2	22.5
赵增虎，等(1998)[44]	98	98	0	18.5

2.5 其他治疗

朱俊山(1987)报道采用阿是穴拔罐治疗肛周脓肿79例，治愈70例，好转9例。疗程最短3天，最长9天。[116]

刘翠玲等(1995)采用火针拔罐法治疗肛周脓肿，先用火针刺入脓腔，再以火罐将余脓拔出，隔日1次，可宣通气血，拔毒泄热，达到脓毒尽出的目的。[117]

杨里颖等(1998)报道采用锾铍针治疗高位肛周脓肿18例，均一次治愈。方法是：腰俞麻醉后，用改制的铍针加热至微红，左手伸入肛内作引导(如为高位粘膜下脓肿，可直接在肛镜下操作)，右手持铍针对准脓肿突出部位快速刺入，随即退出，可见大量脓液排出，一般刺入深度≤1cm，如有内口可探通。脓液排出后，再以热锾针(约100℃)从火铍针口进入，对脓腔内的纤维隔向不同方向烙探分高，直到脓液排净。慢性脓腔可维续以热锾针连续出入脓腔数次，直至腐物脱净和“粗糙感”消失。从铍针开口处视脓腔大小向已净脓腔内注入甘油3～5ml，并用京万红油纱条作创口引流。术闭局部注射复方薄荷脑注射液，术后清创换药，口服内托黄芪散、透脓散。[118]

黄洪坤等(1988)采用清热活血法加局灶药封治疗肛门直肠周围脓肿25例，痊愈24

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

例，1 例形成肛瘘。中药内服及外用，西药局部封闭(生理盐水 20ml，青霉素 40 万 U，2% 普鲁卡因 10ml，皮试阴性后，在肛周脓肿周围作药物封闭，3 天封闭 1 次，一般使用3～4 次，直到肿块消散为止。[34]

3 实验研究

3.1 解剖组织学研究

肛隐窝与肛腺在肛痈的发病中起着重要作用,但国内对于肛隐窝或肛腺的解剖组织学方面的研究极少。陈庆兰等(1989)报道了对国人 12 例肛管直肠标本进行解剖组织学观察的结果。12 例标本共有肛隐窝 121 个,最少 3 个,最多 13 个,平均 10 个。凡位于齿线上方肛柱间的隐窝,凹陷明显、肛瓣清晰者为典型肛隐窝,其最大横径约3～4mm,深约2～3mm;凡为于齿线上方肛柱间的隐窝,凹陷浮浅、肛瓣不清晰者为不典型肛隐窝,最大横径约1～2mm,深约1～2mm。12 例标本查出的典型肛隐窝 79 个作了连续切片,发现 46 个有肛腺存在(58%);42 个不典型的肛隐窝作连续切片,其中 19 个有肛腺(45%)。另在 12 例标本中取 5 例无明显肛隐窝的 18 个组织块作连续切片检查,发现有 9 个肛腺。全组共作组织切片 1099 张,观察到肛腺向上延伸到直肠粘膜下的只有 1 例;有 13 处肛腺伸入内括约肌层,8 处肛腺开口于肛隐窝。肛腺呈导管状、腺泡状或葡萄状,分散在齿线附近的粘膜下与内括约肌之间。从连续切片中反映出肛腺有如一串葡萄,由大小不等的腺泡与导管相连,导管与肛管纵轴成锐角或钝角开口于肛隐窝。肛腺为复层柱状上皮,无杯状细胞。[119]

3.2 免疫学研究

肛痈的病因学说很多,其中之一是认为隐窝肛腺的免疫机能不全,使得细菌易于侵人发病。婴幼儿阶段肛门直肠局部免疫结构尚未成熟,肛隐窝易感性较强。另外,肛管移行上皮及扁平上皮和肛腺上皮内有 IgA 分泌细胞,一旦被损害(如皮肤破损、炎症等),可导致肛隐窝区免疫力低下。同时,肛隐窝内粘液中含有来自肠道的 IgA、酶和活性物质,起着抵抗细菌人侵的作用,当腹泻时粘液被冲刷,破坏了粘膜屏障,病菌乘机侵入,导致肛痈。

张志波等(1996)测定了肛周脓肿和肛瘘患者的唾液、直肠粘液及血清中的免疫球蛋白，并与正常人进行比较。结果肛周脓肿和肛瘘患者组的血清、唾液、直肠粘液中 IgA 含量明显低于正常组，而两组的 IgG、IgM 值无明显差异。IgA 由浆细胞合成，有血清型和分泌型两类。血清型 IgA 主要由粘膜部位的淋巴组织中的浆细胞产生，分泌型 IgA 大多存在于各部位粘膜面上和分泌液中，由粘膜下的浆细胞产生，免疫作用较强，构成粘膜的主要防护屏障。肛管直肠局部粘膜感染，主要是 SIgA 参与局部的免疫反应，常表现在 IgA 的变化上，实验说明 IgA 降低可能是肛痈和肛瘘发病的一个重要因素。[120]

刘百羽等(1996)报道对 39 例肛周脓肿和 48 例肛瘘术前和术后 15 天血清、唾液、直肠分泌物 IgA 测定结果。将患者按术后用药方式分为 5 组：A 组口服抗生素，B 组中药坐浴(黄芪 100g、银花 30g、生石膏 30g、川椒 20g、草乌 9g、泽泻 12g)，C 组口服中药(黄芪 45g、银花 20g、生石膏 30g、黄柏 12g、柴胡 15g、当归 15g、木香 6g、牛膝 9g、白术 12g)，D 组肛管局部涂药(黄芪、黄柏、煅石膏按生药 5:3:1 水煎浓缩加适量凡士林配成软膏)，E 组局部

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

涂约 + 中约坐浴 + 口服中药。结果 C 组与 A 组、E 组与 A 组术后血清和唾液 IgA 含量有明显差异。术后服用中药的各组，其血清、唾液、直肠分泌物中 IgA 浓度均较术前有较大幅度的提高或接近正常，尤以综合用药组（E 组）最为明显，其临床疗效也最显著。说明提高正常局部免疫功能，健全直肠粘膜屏障，是治疗上不容忽视的重要问题。[121]

【古训今释】

1 病名沿革

“肛痈”作为病名，在中医古代文献中很少采用，只是到了清末，才逐渐有人使用。即使如此，当时的肛痈的含义与我们今天的“肛痈”（肛门直肠周围脓肿）也是有明显的区别的。但是，这并不等于说，古代没有肛痈这种疾病，更不等于说，中医古代对于肛痈这种疾病缺乏记载和认识。只是限于当时的条件和认识水平，对于病名的记载缺乏统一的规范。在此，对于历代与肛痈有关的病名进行简要概括。

1.1 以“疽”命名

在中医文献中，将化脓性疾病称为痈疽。虽然“痈”与“疽”之间有所区别，许多医家也试图将二者区分开来。然而，严格的区别是很困难的。如《灵枢·痈疽》“夫子言痈疽，何以别之？岐伯曰：营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓。然不能陷，骨髓不为焦枯，五藏不为伤，故命曰痈。黄帝曰：何谓疽？岐伯曰：热气淳盛，下陷肌肤，筋髓枯，内连五藏，血气竭，当其痈下，筋骨良肉皆无余，故命曰疽。疽者，上之皮夭以坚，上如牛领之皮；痈者，其皮上薄以泽，此其候也。”似乎已将二者区别开了，但是在同一篇中又说“痈发于嗌中，名曰猛疽。”汉代《说文解字》中说“痈者，肿也”，“疽者，痛也”。可见，痈与疽很难严格区分。因此，古代文献中，对于肛门直肠周围脓肿，有的以痈命名，有的以疽命名，还有其他名称，也就不奇怪了。其实，即使在今天，仍有许多人将肛痈称为“肛门直肠周围痈疽”。古代文献中将肛门直肠周围脓肿以“疽”命名者有“锐疽”、“徐疽”、“涌泉疽”、“兑疽”、“鹳口疽”、“股阴疽”、“挽疽”。

1.1.1 锐疽

锐疽一名，最早见于《灵枢·痈疽》“黄帝曰：愿尽闻痈疽之形，与忌曰名。岐伯曰：痈发于嗌中，名曰猛疽……。发于尻，名曰锐疽，其状赤坚大…”可见，在《内经》中，对于锐疽的发病部位和表现特点已有明确的记载。同时，也可看出，锐疽虽名曰疽，实为痈的一种。是发生在肛门周围的痈。但后世称为锐疽者很少，多称为“鹳口疽”。

1.1.2 兑疽

兑疽一词，见于我国现存的第一部外科学专著，晋代龚庆宣的《刘涓子鬼遗方·决生死法》：“发于尻，曰兑疽。其状赤坚急胀，不速治之，三日死。”从其描述来看，兑疽，其实就是《灵枢·痈疽》中的“锐疽”。

1.1.3 徐疽

徐疽，最早见于晋代龚庆宣的《刘涓子鬼遗方·决生死法》“徐疽发髀及阴股，始发腰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

强，数饮不能多，七日发坚，肿胀恶疼。心烦躁，死不治”（注：“徐”疑为“阴”之讹）。所谓徐疽，是发生在会阴部的一种痈疽。其中包括一部分肛门直肠周围脓肿。

1.1.4 涌泉疽

涌泉疽，最早见于南北朝龚庆宣的《刘涓子鬼遗方·决生死法》：“涌泉疽肿起发太阴，如伏鼠，不救二十日死。十日可刺。脓赤黑死；白者可治。人年十五岁、二十一岁、六十二岁、七十五岁，已上百神在尻尾间，不可见血，见血死。”（注：太阴，尻尾前足也）。可见，涌泉疽是一种发生在肛门后方的痈疽。后世的一些中医文献中仍有称为涌泉疽者，如清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·涌泉疽》：“涌泉疽生尻骨前，形如伏鼠肿痛坚，督脉湿热溃破险，少壮易愈老弱难。

[注]此证生尻骨之前长强穴，属督脉经首穴，由湿热凝结而成。初肿坚硬疼痛，状如伏鼠，十日可刺。得白脓者顺，溃迟清脓者险，紫黑水者逆。内治法同鹳口疽，外治溃后，按痈疽肿疡门。少壮者得此易愈，老年气衰弱者，多成冷漏难痊”。

然而，在中医外科疾病的命名中，有许多是以穴位来命名的。而作为穴位，涌泉穴是在足底，因此，在有的文献中，“涌泉疽”一名，指的是一种足部疔疮，而非肛痈的一种。如清·高锦庭《疡科心得集·辨涌泉疽足底疔论》中有“涌泉疽生于足心，又名井泉疽，俗名病穿板，又名穿窟天蛇。属足少阴肾经虚损，衰弱下注而成”

1.1.5 鹳口疽

鹳口疽的记载见于明·陈实功《外科正宗·鹳口疽第四十四》：“鹳口疽，乃三阴亏损，督脉之经浊气、湿痰流结而成。其患发在尾闾之穴，高骨头尖，初起形似鱼肫，久则形如鹳嘴，朝寒昏热，日轻夜重，溃后稀脓出而无禁，又或鲜血出而不停。凡发此者，壮年尤可，老年为虑。”认为鹳口疽是发生在尾闾部位的痈疽，相当于《灵枢·痈疽》中的“锐疽”。如清·高秉钧《疡科心得集·辨肾俞发鹳口疽论》中就说：“鹳口疽，发于尾闾穴之高骨尖上，亦名尾闾发，《灵枢》名锐疽。”在清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·鹳口疽》中也说“此证一名锐疽，生于尻尾骨尖处”。

1.1.6 股阴疽

《灵枢·痈疽》：“发于股阴，名曰赤施”。股阴，指大腿的内侧面，足三阴之部分也。明代王肯堂认为赤施即股阴疽。清·邹五峰《外科真诠》中也有股阴疽的记载，将其归在股部。其实肛痈如果波及大腿内侧时，即相当于股阴疽。

1.1.7 挽疽

清·沈金鳌《杂病源流犀烛·前后阴病源流》：“至臀痈之属，……有挽疽，俗名秤钩疮，生骶骨上，初发如小豆，后大亦不过如樱桃、酸疼之甚，身便弯折，不能直立，……臀痈所属五症，皆为要害吃紧，皆防成漏，……其治法总与臀痈相仿，是在医者神而明之也。”可见挽疽是臀痈的一类，且可以成漏。其特点与肛痈相似。

1.2 以痈命名

1.2.1 肛痈

在中医历代文献中，真正以“肛痈”命名者并不多见。清·赵濂在《医门补要·肛痈辨》中指出“肛门四周红肿作痛，速宜凉血利湿药消之，若消不去，一处出脓者，为肛痈，每

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

易成漏。”其对肛痈的描述，与今天的肛门直肠周围脓肿的特点十分相似。但此书中并非将所有的肛门直肠周围脓肿都称为肛痈。1926 年许半龙《中国外科学大纲·肛门部》有：“肛痈，即脏毒之类，其成患之由，大略相同。但肛痈生于肛侧，或在上或在下，结肿如栗，破必成漏。”

1.2.2 肛门痈

肛门痈即肛痈。明·王肯堂《证治准绳·疡医·股阴疽》中云：“或问大股之内，阴囊之侧，生毒何如？曰：在左为上马痈，在右为下马痈，在肚门傍为肚门痈……”此处“肚”字疑为“肛”字之误。若确实如此，则可能是肛门痈的最早记载。清·高秉钧《疡科心得集·辨肛门痈脏头毒偷粪鼠论》中明确提出肛门痈的病名。认为：“盖肛门为足太阳膀胱经所主，（足太阳会阳穴在肛门之旁）是经为湿热所聚之腑，此处生痈，……若便通后其肿痛仍然不减，绕肛成脓者为脏头毒；或左或右成脓者为偷粪鼠；在两边成脓者为肛门痈。”然而，清·许克昌、毕法《外科证治全书·股部证治》中称“肛门痈（生大腿肚）”，可能为肛痈波及大腿之证。

1.2.3 悬痈

宋·陈自明《外科精要》云：“谷道前后生痈，谓之悬痈。”明·薛己《外科枢要·论悬痈》“悬痈谓疮生于玉茎之后，谷道之前，属足三阴亏损之症，轻则为漏，沥尽气血而亡，重则内溃而即殒。”明·王肯堂《证治准绳·疡医·悬痈》中说：“悬痈生于篡间，谓前阴之后，后阴之前屏翳处也，即会阴穴。……痈生其间，人起立则若悬然，故名悬痈。”

1.2.4 盘肛痈

盘肛痈为肛痈的一种，清·赵濂《医门补要·肛痈辨》：“肛门四周红肿作痛，速宜凉血利湿药消之，若消不去，一处出脓者，为肛痈，每易成漏。有数处溃开者，名盘肛痈。”由此可见，盘肛痈是一种范围较大的有多个溃口的肛痈。

1.2.5 肛内痈

中医的痈有内痈与外痈之分，内痈多指脏腑的痈，其体表表现不明显。肛内痈相当于肛门直肠周围深部脓肿成粘膜下脓肿。清·沈金鳌《杂痛源流犀烛·治前后阴疮疡方八十九》有：“肛内痈方[肛内痈]蜈蚣、穿山甲、血余灰、血管鹅毛、新鹿角俱煅存性，每五钱酒下。”说明当时已认识到肛内痈的存在。

1.2.6 坐马痈

“坐马痈”一词，在金·窦梦麟《疮疡经验全书》中即有记载，其后的中医文献中多有描述。如清·时世瑞《疡科捷径·坐马痈》“坐马痈生督脉经，位居尻尾湿瘀成，高疼红肿脓稠顺，散漫脓清症不轻。”其部位在尻尾处。清·许克昌、毕法《外科证治全书·后阴证治》中也认为“坐马痈（生尾尻高骨尖处）”。

1.2.7 上马痛、下马痈

明·王肯堂《证治准绳·疡医·股阴疽》中说：“成问大股之内，阴囊之侧，生毒何如？曰：在左为上马痈，在右为下马痈。”可见上马痈与下马痈部位均在肛门旁，左侧为上马痈，右侧为下马痈。清·许克昌 毕法《外科证治全书·后阴证治》中也认为上马痈与下马痈“生臀肉之上，分左右，左为上马，右为下马”

1.2.8 跨马痈

清·时世瑞《疡科捷径·跨马痈》：“跨马痈生近肾囊，皆因湿火肾肝伤，脓疼红肿为轻

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症，禁用寒凉托里良。”可见其部位也是在肛门会阴部位。

1.2.9 臀痈

今天中医外科中所讲的臀痈属于发的范畴，相当于西医的臀部蜂窝组织炎。然而，在中医古代文献中的臀痈的范围要广得多，除现在意义上的臀痈之外，还包括部分肛门直肠周围脓肿。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·前后阴病源流》：“至于臀痈，臀居少腹之后，属膀胱分野，阴中之阴也。道则远，位则僻，虽膀胱经本属多血，然气运不到，血亦罕至，比之他处，尤为吃紧。”

1.2.10 坠痈

坠痈一词，最早见于南北朝龚庆宣的《刘涓子鬼遗方·论人身不可患痈疽七处》：“左右两腿发，为便毒。交裆左右两阴股近稜线上为偏马坠痈，并防污秽。”《刘涓子鬼遗方·痈疽有三等》：“腿胫两处起为便毒。胯下两臀夹下，大道前，小道后成坠痈。”大道，即谷道，也就是肛门；小道，即水道，也就是尿道。可见坠痈就是后世所谓“悬痈”。

1.2.11 痔痈

《刘涓子鬼遗方·痈疽有三等》中说：“近谷道左右者，名痔痈”，痔痈是发生在肛门左右的痈，也就是我们现在所说的“肛痈”。

1.3 以痔漏命名

古人所说的“痔”，其含义不同于我们今天所讲的“痔”。古人往往用痔来代表所有的肛门直肠疾病。因此，广义的痔，包括肛门部的一切病变。这也就是古人将痔分成少则五六种，多则20余种的原因。其中有些痔相当于肛门直肠周围脓肿，即肛痈。

1.3.1 牝痔

隋·巢元方等《诸病源候论·痔病诸候》中有：“肛边肿生疮而出血者，牝痔也。”唐·孙思邈《备急千金要方·五痔论》“牝痔者，肛肿痛生疮。……从孔中起外肿，五六日自溃出脓血，猬皮主之。”元·朱震亨《丹溪心法·痔疮》：“肛边生疮肿痛，突出一枚，数日脓溃即散，曰牝痔。……诸痔久不愈，必至穿穴为漏矣。”从这些描述可以看出，“牝痔”相当于肛门直肠周围脓肿及部分混合痔。

1.3.2 牡痔

宋·陈言《三因极一病证方论·五痔证治》：“方书分出五种，曰牡、曰牝、曰脉、曰肠、曰气。牡痔者，肛边肿痛。突出一枚，五六日后，溃出脓血，自愈。……”从其对牡痔的描述“肛边肿痛”、“五六日后，溃出脓血”的特点来看，相当于肛痈。

1.3.3 酒痔

隋·巢元方等《诸病源候论·痔病诸候》：“又有酒痔，肛边生疮，亦有血出。”相当于饮酒后诱发的肛周脓肿。

1.3.4 痔漏

古人将肛门直肠周围脓肿和肛瘘统成为痔漏，言其未溃之前为痔，破溃之后成漏也。元·罗天益《卫生宝鉴·痔漏》：“肠风，痔漏总辞也，分之则异。若破者谓之痔漏，大便秘涩，必作大痛，此由风热乘胃，食饱不通，气逼大肠而作也。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3.5 肠痔

隋·巢元方等《诸病源候论·痔病诸候·肠痔候》“肛边肿核痛，发寒热而血出者，肠痔也。”从其描述来看，相当于肛周脓肿伴有全身症状及伴有恶寒发热的炎性外痔。

1.3.6 单漏

金·窦汉卿《疮疡经验全书·痔分二十五》“又有肛门左右，别有一窍出脓血，名曰单漏。”明·李梴《医学入门·五痔》“痔则有穿肠、穿臀、穿阴者，又有无痔，肛门左右别生一窍，流出脓血，名曰单漏。”可见，单漏相当于肛周脓肿经皮肤破溃后，流出脓血的情况。

1.3.7 海底漏

清·高秉钧《疡科心得集·辨囊痈悬痈论》中有“囊痈生于肾囊之后，谷道之前，又名海底漏，最难收功。”清·程国彭《医学心悟·痔疮》中云“又肛门之前，肾囊之后，此间若有肿胀出脓，名曰悬痈，又名海底漏，最难收功。”可见，海底漏与悬痈是一种疾病。

1.4 以毒命名

古人在谈到肛门部感染性疾病时，使用较多的病名是“脏毒”。金·窦汉卿《疮疡经验全书·脏毒》“脏毒者，生于大肠尽处肛门是也。其势凶恶，皆喜怒不测，饮食不节，阴阳不调，脏腑不和，或房劳太过，或饮醑戾之酒，或食五辛炙煿等味。蓄毒在内，流积为痈，肛门肿痛，大便坚硬则胀痛。……早治易愈，失治溃脓。烂陷孔内寸许者，难生，脓血出而肿消痛减者，易生也。”明·陈实功《外科正宗·脏毒论第二十九》“夫脏毒者，醇酒厚味、勤劳辛苦，蕴毒流注肛门结成肿块。其病有内外之别，虚实之殊。”从这些论述可以看出，脏毒相当于肛周感染性疾病，包括肛窦炎、肛腺炎及肛周脓肿。然而，由于我国地域辽阔，历史悠久，对于病名难以达到完全统一。因此，在个别中医文献中，脏毒的含义与此有所不同，例如清·高秉钧《疡科心得集·辨肠风脏毒论》中说“夫大肠之下血也，一曰肠风，一曰脏毒。肠风者，邪气外人，随感随见，所以色清而鲜；脏毒者，蕴积毒久而始见，所以色浊而黯。

附：林氏谓：肠风者，本足阳明清气不能升发透达于四肢腠理之间，下陷于大肠，大肠之血脉亦随此气而虚陷，陷久则气血郁结而化为湿热，因此血随气滞，凡登圊气陷火迫之时，其血先粪而至，至则清散不多。初起谓之肠风，盖因方中多用荆芥、防风、升麻诸风药，升举清阳之气，遂疑为外感之风也；即使是风，亦血热所化之风，岂外风能人于大肠也哉。至于脏毒者，因肠风日久，气血两虚，虚陷之气日甚，而大肠之湿热蕴积日深，手阳明大肠为积血之处，其势必随气下陷，从粪之前后而来，来虽不痛，而其色多黑黯成块，故有毒之名，而实无痔漏、肠痈脓血疼痛之毒也。……是证应分为三：轻曰肠风，甚则脏毒，重则结阴也。（结阴者，阴气内结，不得外行，渗人肠间，乃寒湿成灾而阴邪之胜也。）”可见，此处的脏毒是以便血为主，但血色黯污的一种疾病，相当于直肠肿瘤或溃疡性直肠炎的便血。在清·高秉钧《疡科心得集·辨肛门痈脏头毒偷粪鼠论》中有“盖肛门为足太阳膀胱经所主，（足太阳会阳穴在肛门之旁）是经为湿热所聚之腑，此处生痈，每由于酒色中伤，湿浊不化，气不流行者多。其始发也，恶寒身热，绕肛而痛，燉红漫肿，大便坚结不通，小便亦艰。……若便通后其肿痛仍然不减，绕肛成脓者为脏头毒”。因此在

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《疡科心得集》中，脏毒与脏头毒是有区别的，“脏头毒”相当于其他文献中的“脏毒”，即指的是肛周感染性疾病。

1.5 以发命名

如今中医外科学中的“发”专用来指西医的蜂窝组织炎，然而在古代，许多疾病都以发来命名，其范围要广得多，其中有些相当于肛周脓肿。

1.5.1 尻发

清·陈士铎《洞天奥旨·尻发》云“尻发者，《灵枢》名曰锐疽。其状赤坚，发于尾闾之间也”。可见，尻发与《灵枢·痈疽》中的“锐疽”以及后来的“鹳口疽”其实是一种疾病。

1.5.2 穿裆发

金·窦汉卿《疮疡经验全书·穿裆发》“此毒因辛苦得之，生于穷骨穴上，若不速治，毒溃伤于谷道，内烂脏腑即死，急服蠲毒饮。”明·王肯堂《证治准绳·疡医·穿裆发、锐疽、涌泉疽》中说“或问：背之下极发疽何如？曰：此名穿裆发，属督脉及太阳经，由劳伤忧思积郁所致。……溃烂难收敛，成漏者多。”从其描述来看，当属肛痈。

1.6 以鼠命名

肛痈是肛门直肠周围间隙的化脓性感染，而肛周间隙又多而复杂，且彼此间常有沟通，因此，一个间隙发生脓肿，若处理不当，常可波及其他间隙，形成复杂性脓肿。脓液在其中流串，犹如老鼠钻洞。因此，古人根据此特点，常以鼠字命名。

1.6.1 偷粪鼠

清·高秉钧《疡科心得集·辨肛门痈脏头毒偷粪鼠论》中说“盖肛门为足太阳膀胱经所主，(足太阳会阳穴在肛门之旁)是经为湿热所聚之腑，此处生痈，每由于酒色中伤，湿浊不化，气不流行者多。其始发也，恶寒身热，绕肛而痛，燉红漫肿，大便坚结不通，小便亦艰。初宜清泄肺胃，如鲜地、杏仁、槐米、地榆、芩、连、枳壳、芦根、蔗汁等类。若大便再不通行，即用凉膈散通腑，得大便一行，其湿毒随便而泄，或亦有不成脓者。若便通后其肿痛仍然不减，绕肛成脓者为脏头毒；或左或右成脓者为偷粪鼠；在两边成脓者为肛门痈。……如延久不敛，每多成漏”。清·鲍相璈《验方新编·海底·悬痈》“又名骑马痈，生在海底。初起细粒，渐大如桃李，俗呼偷粪老鼠”。可见偷粪鼠指的是在肛门旁或左或右成脓的肛痈。

1.6.2 金鼠偷粪

清·邹五峰《外科真诠》中将“偷粪鼠”称为“金鼠偷粪”。

1.7 其他命名

《灵枢·痈疽》“发于股阴，名曰赤施，不急治，六十日死，在两股之内、不治，十日而当死。”所谓“股阴”，就是大腿内侧。明·王肯堂《证治准绳·疡医·股阴疽》中认为赤施即股阴疽。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2 证候表现

2.1 发病部位

肛痈的部位在肛门周围，但由于古人对本病的本质及其根本原因尚缺乏足够的认识，因此，根据发病部位的不同，有许多不同的名称。在肛门周围，靠近肛门者称为“肛痈”、“肛门痈”、“痔痈”、“脏毒”；发于肛门后方者称为“锐疽”、“兑疽”、“鹳口疽”、“尻发”、“涌泉疽”、“尾闾发”、“坐马痈”；发于肛门前方者称为“悬痈”、“坠痈”，前方近肾囊部位称“跨马痈”，发于前方溃后称“海底漏”；发于肛旁左侧者称为“上马痈”；发于肛旁右侧者称为“下马痈”；发于粘膜下及深部者称为“肛内痈”；范围较大，波及臀部者称为“臀痈”；在肛旁出现多处溃口者称为“盘肛痈”。其发病部位见图 5。

2.2 局部红肿热痛

肛痈以局部红肿热痛为主要表现，大便时疼痛加重，且一般病情发展迅速，成脓后疼痛尤甚。金·窦汉卿《疮疡经验全书·脏毒》说“脏毒者，生于大肠尽处肛门是也。其势凶恶，……蓄毒在内，流积为痈，肛门肿痛，大便坚硬则胀痛。”清·赵濂《医门补要·肛痈辨》也说“肛门四周红肿作痛，速宜凉血利湿药消之，若消不去，一处出脓者，为肛痈”。清·陈士铎《洞天奥旨·脏毒痔漏疮》“痔疮生于谷道肛门之边，乃五脏七腑受湿热之毒而生者也。故疮亦甚多，形亦不一。……总之，初生之时形小，久则形大矣。初有形之时痛尚可忍，久则痛不可忍矣。”清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·脏毒》中有“此证有内外阴阳之别。发于外者，……蕴注于肛门，两旁肿突，形如桃李，大便秘结，小水短赤，甚者肛门重坠紧闭，下气不通，刺痛如锥，……发于内者，兼阴虚湿热，下注肛门，内结痈肿，刺痛如锥，大便虚闭，小水淋漓，寒热往来，遇夜尤甚”。

2.3 脓溃多成漏

肛痈不同于一般的痈，其溃后大多成漏，治疗较困难。明·陈实功《外科正宗·悬痈论第三十四》“夫悬痈者，乃三阴亏损、湿热结聚而成。此穴在于谷道之前，阴器之后，又谓海底穴也。初生状如莲子，少痒多痛，日久渐如桃李，赤肿脓病，欲溃为脓，破后轻者成漏，重则沥尽气血变为痨瘵不起者多矣。”清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·鹳口疽》“鹳口疽……一名锐疽，生于尻尾骨尖处。……少壮可愈，老弱难敛，易于成漏。”清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·坐马痈》“坐马痈……生于尻尾骨略上，……虚人患此，易于成漏。”可见，古人已经注意到，此类疾病容易形成漏。对于疮口把易愈合的原因，清·傅山《青囊秘诀·痔漏论》认为“盖肛门之肉，不比他处之肉，非横生则纵生也。而肛门之肉有纵有横，最难生合。况大便不时经过，又易损伤，……安能遽长皮肉乎?”这种观点是很有见地的。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

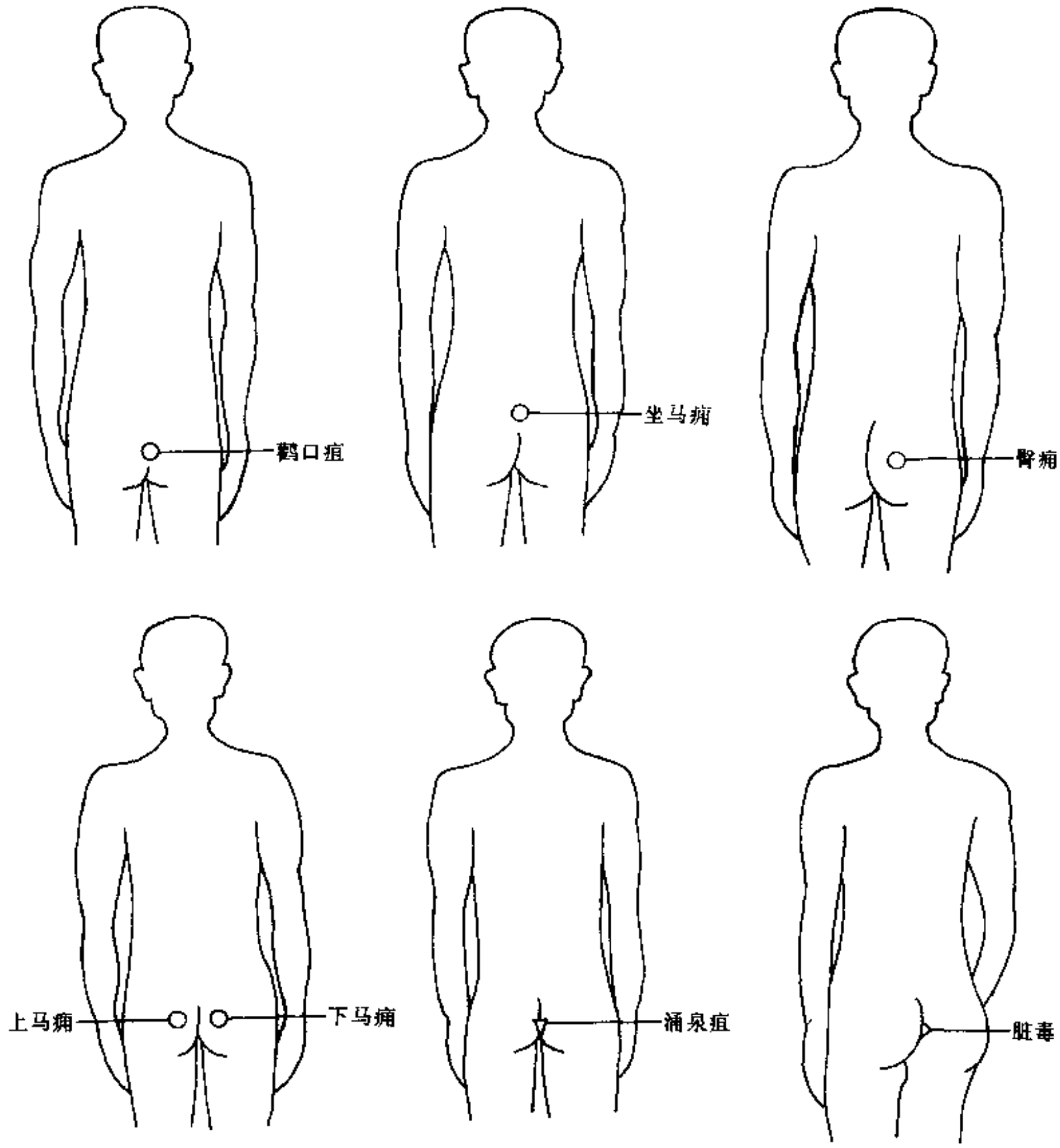


图 5　肛痈的不同部位

3　病因病机

3.1　病　　因

3.1.1　饮食失调

饮食失调在痈疽的发生中有着很重要作用，肛痈也不例外。正如《灵枢·玉版》"黄帝曰：病生之时，有喜怒不测，饮食不节，阴气不足，阳气有余，营气不行，乃发为痈疽"。在饮食不节中，常见的情况是醇酒厚味及辛辣炙煿之品。金·窦汉卿《疮疡经验全书·痔分二十五》"脏腑所发，多由饮食不节，醉饱无时，恣食肥腻，胡椒辛辣，炙煿醇酒，禽兽异

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

物、任情醉饱，……遂致阴阳不和，关格壅塞、风热下冲，乃生五痔”。明·陈实功《外科正宗·脏毒论第二十九》“夫脏毒者，醇酒厚味、勤劳辛苦，蕴毒流注肛门结成肿块”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·脏毒》中云“专由大肠血热，或平素喜食辛辣煎煿之物，而成病也。”另外，饮食过饱，伤及脾胃也与肛痈的发病有关。明·李梴《医学入门·五痔》中就有“盖饱食则脾不能运，食积停聚大肠，脾土一虚，肺金失养，则肝木寡畏，风邪乘虚下流，轻则肠风下血，重则变为痔漏”之说。

3.1.2 房室失调

在许多中医古代文献中，都将房室失调作为肛痈的一个原因。如隋·巢元方等《诸病源候论·痔病诸候》中说“诸痔皆由伤，房室不慎，醉饱合阴阳，致劳扰血气，而经脉流溢，渗漏肠间，冲发下部”。清·高秉钧《疡科心得集·辨肛门痈脏头毒偷粪鼠论》也说“盖肛门为足太阳膀胱经所主，（足太阳会阳穴在肛门之旁）是经为湿热所聚之腑，此处生痈，每由于酒色中伤，湿浊不化，气不流行者多”。清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·痔疮》云“此证系肛门生疮，有生于肛门内者，有生于肛门外者。总不外乎醉饱入房，筋膜横解，精气脱泄，热毒乘虚下注……”明·李梴《医学入门·五痔》中有“或醉饱入房，精气脱泄，热毒乘虚下注，或淫极入房，过甚伤筋，忍精停毒，甚则以男交男，致伤膀胱与肾肝筋脉”之说。可见，醉饱入房、房劳过度、以男交男等房室失调可以导致肛痈的产生。

3.1.3 情志失调

中医认为，五志皆能化火，而肛痈的产生又主要与湿热火毒有关，因此，情志失调可导致肛痈形成。《灵枢·玉版》中说“有喜怒不测，……营气不行，乃发为痈疽。”清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·痔疮》中说“此证系肛门生疮，有生于肛门内者，有生于肛门外者。……忧思太过，蕴积热毒，愤郁之气，致生风、湿、燥、热，四气相合而成”。金·窦汉卿《疮疡经验全书·脏毒》“脏毒者，生于大肠尽处肛门是也。其势凶恶，皆喜怒不测，……蓄毒在内，流积为痈。”可见，喜怒不测、忧思愤郁与肛痈的形成有密切关系。

3.1.4 感受外邪

痈肿的产生，与感受外邪也有一定关系。正如《素问·脉要精微论》所言“帝曰：诸痈肿筋挛骨病，此皆安生？岐伯曰：此寒气之肿，八风之变也。”肛痈的发病原因，主要与此风湿燥热之邪关系密切。因此，清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·痔疮》说“痔疮形名亦多般，不外风湿燥热源，肛门内外俱可发，溃久成漏最难痊。”

3.1.5 勤劳辛苦

中医认为，劳则伤气，气虚则外邪容易乘虚入侵，引起疾病。因此明·陈实功《外科正宗·脏毒论第二十九》曰：“夫脏毒者，醇酒厚味、勤劳辛苦，蕴毒流注肛门结成肿块。”

总之，肛痈的发病原因正如金·窦汉卿《疮疡经验全书·脏毒》中所说“脏毒者，生于大肠尽处肛门是也。其势凶恶，皆喜怒不测，饮食不节，阴阳不调，脏腑不和，或房劳太过，或饮醪戾之酒，或食五辛炙煿等味。蓄毒在内，流积为痈”。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2 病　机

3.2.1 营气不从

中医认为，外科疾病的发生与气血的关系极为密切。《素问·生气通天论》在总结外科疾病的发病机理时说“营气不从，逆于肉理，乃生痈肿。”《灵枢·玉版》“黄帝曰：病生之时，有喜怒不测，饮食不节，阴气不足，阳气有余，营气不行，乃发为痈疽。《灵枢·痈疽》“余已知血气之平与不平，未知痈疽之所从生，……夫血脉营卫，周流不休，上应星宿，下应经数　寒邪客于经脉之中则血泣，血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反，故痈肿。《灵枢·刺节真邪》“虚邪之中人也……搏于脉中，则为血闭不通，则为痈。”可见，营气不从，气血凝滞不通是肛痈的基本病机之一。

3.2.2 热胜肉腐

痈疽产生后，一般都要经过初起、成脓、溃后三个阶段。成脓是痈疽的一个很重要的特点，中医认为，痈疽成脓的基本病机是热胜肉腐。《灵枢·痈疽》“夫子言痈疽，何以别之？岐伯曰：营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓。”《灵枢·痈疽》“……寒气化为热，热胜则腐肉，肉腐则为脓，脓不泻则烂筋”。可见，热胜肉腐使用肛痈成脓期的基本病机。

3.2.3 火毒蕴结

中医认为，热毒火毒是痈疽形成的最常见原因，清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀》中说“痈疽原是火毒生，经络阻隔气血凝”。肛痈的形成也不例外，不论实证虚证，均由火毒蕴结的因素在起作用。究其火毒形成的原因，或由于过食膏粱厚味、醇酒辛辣，或由于情志不随、郁而化火，或由于肾阴亏损，阴虚火旺。对此，《外科正宗·脏毒论第二十九》云“夫脏毒者，醇酒厚味、勤劳辛苦，蕴毒流注肛门结成肿块。”金·窦汉卿《疮疡经验全书·坐马痈》中也说“此毒痈受在肾经虚，毒气热毒伤于内，大肠之经并聚成毒，发为漏疮，此乃毒症。”金·窦汉卿《疮疡经验全书·脏毒》中又说“脏毒者，生于大肠尽处肛门是也。其势凶恶，皆喜怒不测，饮食不节，阴阳不调，脏腑不和，或房劳太过，或饮醲戾之酒，或食五辛炙煿等味。蓄毒在内，流积为痈，肛门肿痛”。

3.2.4 湿热下注

肛痈发于人体的下部，中医认为，发于下部的疮疡，多是由于湿热和寒湿。清·高秉钧《疡科心得集·辨肛门痈脏头毒偷粪鼠论》“盖肛门为足太阳膀胱经所主，（足太阳会阳穴在肛门之旁）是经为湿热所聚之腑，此处生痈，每由于酒色中伤，湿浊不化，气不流行者多。”明·陈实功《外科正宗·脏毒论第二十九》“夫脏毒者，……发于内者，属阴虚湿热渗入肛门，内脏结肿”，《外科正宗·悬痈论第三十四》“夫悬痈者，乃三阴亏损、湿热结聚而成。”《外科正宗·臀痈论第三十五》“凡生此者，湿热凝滞结聚乃成。”清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·坐马痈》“坐马痈属督脉经，尻尾略上湿热凝”。《医宗金鉴·外科心法要诀·涌泉疽》“此证生尻骨之前长强穴，属督脉经首穴，由湿热凝结而成。”清·时世瑞《疡科捷径·上下马痈》“上马痈同下马痈，生于左右折纹宗，膀胱湿热凝于络，红肿为轻黑陷凶。”从这些论述可以看出，湿热下注也是肛痈的一个基本病机。湿热之邪粘滞难去是肛痈溃后难以收口的一个主要病机。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4 治则治法

4.1 内治法

4.1.1 及早治疗

未病先防，已病早治是中医治疗学的一个重要原则。治疗肛痈也不例外。《灵枢·玉版》"故圣人自治于未有形也，愚者遭其已成也。黄帝曰：其已形，不予遭，脓已成，不予见，为之奈何？岐伯曰：脓已成，十死一生，故圣人弗使脓成，而明为良方，著之竹帛，使能者踵而传之后世，无有终时者，为其不予遭也。黄帝曰：其已有脓血而后遭乎，不导之以小针治乎？岐伯曰：以小治小者其功小，以大治大者多害，故其已成脓血者，其唯砭石铍锋之所取也。"及早治疗疗效好，不治或失治，则可能导致不良后果。《灵枢·痈疽》"发于尻，名曰锐疽，其状赤坚大，急治之，不治，三十日死矣"。《刘涓子鬼遗方·痈疽有三等》"腿胫两处起为便毒。胯下两臀夹下，大道前，小遭后成坠痈。人患此痈，皆是虚极。近谷道左右者，名痔痈，急补脾脏，贴药用发穴散，破后即用抽脓膏，脓尽用合口散合之。慎勿过冬，即成冷漏，难治。"这些论述都说明，对于肛痈应当及早治疗，否则，易成漏疮。

4.1.2 初起以消为主

肛痈初起，最好的办法是使之消散于无形。王洪绪《外科全生集》中提出"以消为贵"的思想，认为疮疡初起可通过各种方法使其消散。至于消散的方法则有很多。如明·陈实功《外科正宗·脏毒论第二十九》中说"初起寒热交作，大便坠痛，脉浮数者，宜用轻剂解散。已成内热口干，大使秘结，脉沉实而有力者，当下之。肛门肿痛，常欲便而下坠作痛者，导湿热兼泻邪火。肛门煽肿疼痛，小便涩滞，小腹急胀者，清肝、利小水。"《外科正宗·悬痈论第三十四》说"夫悬痈者，乃三阴亏损、湿热结聚而成。此穴在于谷道之前，阴器之后，又谓海底穴也。初生状如莲子，少痒多痛，日久渐如桃李，赤肿煽痛，欲溃为脓，破后轻者成漏，重则沥尽气血变为痨瘵不起者多矣。初起时元气壮实，宜用九龙丹泻去病根；稍虚者内消沃雪汤利去湿热；亦有可消者，十中三四。"在谈到"悬痈治法"时说"初起寒热如疟，喜覆衣被，口干好饮热汤，宜当发散。已成煽热作痛，内热口干喜冷，大便秘涩者，微利之。"明·薛己《外科枢要·论悬痈》中也提到"若初起湿热壅滞，未成脓而作痛，或小便涩滞，用龙胆泻肝汤。肿煽痛甚，仙方活命饮，并以制甘草佐之。如此虽患亦轻，虽积亦浅"。清·高秉钧《疡科心得集·辨肾俞发鹳口疽论》中云"鹳口疽，发于尾闾穴之高骨尖上，亦名尾闾发，《灵疽》名锐疽。此由三阴亏损，督脉之经浊气湿痰流结而成。……初宜滋阴除湿汤和之"。在《疡科心得集·辨肛门痈脏头毒偷粪鼠论》中说"盖肛门为足太阳膀胱经所主，（足太阳会阳穴在肛门之旁）是经为湿热所聚之腑，此处生痈，每由于酒色中伤，湿浊不化，气不流行者多。其始发也，恶寒身热，绕肛而痛，煽红漫肿，大便坚结不通，小便亦艰。初宜清泄肺胃，如鲜地、杏仁、槐米、地榆、芩、连、枳壳、芦根、蔗汁等类。若大使再不通行，即用凉膈散通腑，得大便一行，其湿毒随便而泄，或亦有不成脓者。"《疡科心得集·辨囊痈悬痈论》说"悬痈生于肾囊之后，谷道之前，又名海底漏，最难收功。……治法：初起肿痛而小便赤涩者，肝经湿热也，龙胆泻肝汤主之；若煽肿发热者，清肝鲜毒，小柴胡去半夏、人参，加车前、黄柏、芎、归、甘草"。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

清·沈金鳌《杂病源流犀烛·前后阴病源流》中说“至于臀痈，臀居少腹之后，属膀胱分野，阴中之阴也。道则远，位则僻，虽膀胱经本属多血，然气运不到，血亦罕至，比之他处，尤为吃紧。中年以后，最忌此处生痈，若参之脉症，见有虚弱，便当大补气血，方可保全。……至臀痈之属，有骑马坠，生垂珠左右两处，此处微实，皮薄而纹紧，口亦难合，易成漏管。初起急宜消散，宜散毒饮子。有腭痈，……有锐疽，……有穿裆发，……有挽疽，……。以上臀痈所属五症，皆为要害吃紧，皆防成漏，甚则杀人，其治法于初起时，总当急为消散，俱宜仙方活命饮加羌活、黄柏或金线重楼”。清·赵濂《医门补要·肛痈辨》认为肛痈初起“肛门四周红肿作痛、速宜凉血利湿药消之”。

4.1.3 成脓以托为主

肛痈若初起未能消散，成脓后则应托毒外出，以防脓毒旁窜。在托法的具体应用时，又当根据正气情况决定选用透托还是补托。《外科正宗·悬痈论第三十四》在论述悬痈治法时说：“日久内脓已成，不破头而肿痛者，急针之，法当补托”。《外科正宗·臀痈论第三十五》臀痈治法“顶高色赤，燃痛发热，疼痛有时者，宜托里更兼解毒”。《外科正宗·鹳口疽第四十四》“鹳口疽，……已成未溃者，和气养荣汤托之”。清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·脏毒》“此证有内外阴阳之别。发于外者，由醇酒厚味，勤劳辛苦，蕴注于肛门，两旁肿突，形如桃李，大便秘结，小水短赤，甚者肛门重坠紧闭，下气不通，刺痛如锥，脉数有力，多实多热，属阳易治，宜服一煎散，通利二便，菩提露搽之；肿痛仍前，不全退者，脓将成也，宜服托里透脓汤”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·前后阴病源流》中说：“至于臀痈，……若欲作脓，则必溃矣，宜内托羌活汤，痛甚者宜仙方活命饮。若肿硬作痛，形气虚，邪气实也，宜托里消毒散、仙方活命饮。……臀痈所属五症，皆为要害吃紧，皆防成漏，甚则杀人，其治法于初起时，总当急为消散，俱宜仙方活命饮加羌活、黄柏或金线重楼。或肿痛甚，尺脉紧，按之无力，用内托法，宜内托羌活汤”。

4.1.4 溃后以补为主

肛痈溃后的治疗以补益为主。具体应用时，当根据具体情况选用益气、养血、滋阴、助阳等方法。《外科正宗·脏毒论第二十九》中言脏毒治法“出脓腥臭，疼痛不减、身热者，养血、健脾胃，更兼渗湿。脓水清稀，脾胃虚弱，不能收敛者，滋肾气、急补脾胃”。《外科正宗·悬痈论第三十四》“大悬痈者，乃三阴亏损、湿热结聚而成。此穴在于谷道之前，阴器之后，又谓海底穴也。初生状如莲子，少痒多痛，日久渐如桃李，赤肿燃痛，欲溃为脓，破后轻者成漏，重则沥尽气血变为痨瘵不起者多矣。……如脓出之后，朝以六味地黄丸，午以十全大补汤加牡丹皮、泽泻温补滋阴。又有厚味高粱气体壮实者，初服龙胆泻肝汤，溃服滋阴八物汤以清蕴热。体瘦房劳气血虚弱者，初服八珍汤加泽泻、制甘草，溃后十全大补汤加牡丹皮、熟附子。脾弱者，补中益气汤以滋化源”。谈到悬痈治法时说“溃后脓水清稀，虚热不退，肿痛不消者，宜滋阴健脾。疮口不敛，饮食减少，余肿不消，新肉不生，峻补脾胃”。《外科正宗·臀痈论第三十五》中说“溃后坚硬不消，脓水不止，饮食无味者，宜补虚健脾”。《外科正宗·鹳口疽第四十四》“鹳口疽，……溃而不敛者，滋肾保元汤补之；久而成漏者，琥珀蜡矾丸兼先天大造丸服之甚妙”。明·薛已《外科枢要·论悬痈》中说“若脓已成者，急针之。若其生肌收敛，肾虚，六味地黄丸。血虚者，四物加参、术。气虚者，四君加芎、归。脾虚者，补中益气汤。气血俱虚者，八珍汤，并十全大补

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

汤。若用寒凉消毒，则误矣”。清·高秉钧《疡科心得集·辨肾俞发鹳口疽论》“鹳口疽，……溃而不敛者，滋肾保元汤补之。”

4.1.5 忌过用寒凉药物

肛痈虽属痈疽，火毒热毒为其常见病因，然而，在治疗上不能一味使用寒凉清解之品，这是由于气血为毒邪壅塞不通，即所谓营气不从是本病的根本病机。过用寒凉则会加重气血的凝滞，使肛痈更加难以消散。西医认为，致病菌感染是肛周脓肿的原因，因此在治疗上主张使用抗生素。然而，据临床观察，大量使用抗生素后容易使局部形成较大硬结块，吸收和消散都很困难，经常导致病程延长。中医对过用寒凉的危害早有认识，如明·陈实功《外科正宗·悬痈论第三十四》“首尾误服寒凉，损胃伤脾，冰凝气血，以致患孔渐开，秽脓不止者，亦定变成虚羸痨瘵，终为难愈”。明·薛己《外科枢要·论悬痈》“若脓已成者，急针之。若其生肌收敛，肾虚，六味地黄丸。血虚者，四物加参、术。气虚者，四君加芎、归。脾虚者，补中益气汤。气血俱虚者，八珍汤，并十全大补汤。若用寒凉消毒，则误矣”。《外科正宗·臀痈论第三十五》“臀痈生于小腹之后，位远僻奥，气亦罕到，血亦少来，凡生此者，湿热凝滞结聚乃成。得此毒必外发，庶不内攻。初起毒从五脏蕴积者，患必有头红热，坠重如石，内必口干发热，宜内消沃雪汤通利积热，外以膏贴疮顶，四边以如意金黄散敷之，拔出瘀脓紫血，内兼托药自愈。常有不知，内服败毒寒剂，外敷凉药，气血冰凝，毒气不得外发，反致内攻，其疮头软陷无脓，根脚平散不痛，内热口干，烦躁谵语，痰喘气粗，恍惚不宁者，俱为不治。但此多从毒积于内，自里至表者十有八九，而从风寒暑湿自外至里者，百中一二，既出而复入者，终为死候。”清·时世瑞《疡科捷径·下部·跨马痈》“跨马痈生近肾囊，皆因湿火肾肝伤，燃疼红肿为轻症，禁用寒凉托里良”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·前后阴病源流》中说“至于臀痈，臀居少腹之后，属膀胱分野，阴中之阴也。道则远，位则僻，虽膀胱经本属多血，然气运不到，血亦罕至，比之他处，尤为吃紧。中年以后，最忌此处生痈，若参之脉症，见有虚弱，使当大补气血，方可保全。若用寻常疡科家驱热解毒之药，恐担延事势，虚虚之祸不免”。清·高秉钧《疡科心得集·辨囊痈悬痈论》“悬痈……已溃者用八珍汤加制甘草、柴胡梢、酒炒黄柏、知母，切不可过用寒凉，损伤胃气”。元·朱震亨《格致余论·臀痈》“若用寻常驱热拔毒舒气之药，虚虚之祸，如指诸掌。”

4.2 外 治 法

4.2.1 药物疗法

肛痈的外用药物疗法与一般痈疽相似，也应当在辨证的基础上应用。清·陈士铎《洞天奥旨·疮疡敷药论》“疮疡内散，第一善法也。至疮口已溃，内不能散，必须外治之矣。外治之法最多，大约敷法外佳。敷者，化也，散也。乃化散其毒，使不壅滞耳。然疮疡之缓急不同，火毒之冷热亦异，必须敷得其宜，而后效验始速。如赤肿燃痛，此阳火之毒也，宜用寒性化毒败火之药敷之；如不变色，而肿势深暗者，此阴火之毒也，宜用温性化毒败火之药敷之；如不热不凉，此半阴半阳之火毒也，宜用和解化毒败火之药敷之。自然肌肉不坏，而毒随药散，火随药消，脓易熟而肉不败也。……总之，疮疡贵内外兼治，而敷药亦不可猛浪轻忽，要贵用得宜耳。”同时，陈士铎还指出，“阳证以寒药贴之，期其必散

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

也，后用热药散之，不可竟用寒药也”。《医宗金鉴·外科心法要诀·肿疡敷贴类方》中也说：“凡肿疡初起时，肿高赤痛者，宜敷凉药，以寒胜热也。然亦不可太过，过则毒为寒凝，变为阴证。”具体用药时又有各种不同的剂型。《刘涓子鬼遗方·痈疽有三等》“近谷道左右者，名痔痈，急补脾脏，贴药用发穴散，破后即用抽脓膏，脓尽用合口散合之”。《外科正宗·脏毒论第二十九》“发于外者，多实多热，脉数有力，肛门突肿大便秘结，肚腹不宽，小水不利，甚者肛门肉泛如箍，孔头紧闭，此为外发，属阳易治。宜四顺清凉饮、内消沃雪汤通利大小便，痛甚者，珍珠散、人中白散搽之”。《外科正宗·臀痈论第三十五》“臀痈生于小腹之后，位远僻奥，气亦罕到，血亦少来，凡生此者，湿热凝滞结聚乃成。得此毒必外发，庶不内攻。初起毒从五脏蕴积者，患必有头红热，坠重如石，内必口干发热，宜内消沃雪汤通利积热，外以膏贴疮顶，四边以如意金黄散敷之，拔出瘀脓紫血，内兼托药自愈”。清·吴谦等《医宗金鉴·外科心法要诀·痔疮》“初俱服止痛如神汤消解之，三俱用菩提露或田螺水点之。若坚硬者，以五倍子散，唾津调涂之，兼用朴硝、葱头煎汤洗之。……如痔已通肠，污从漏孔出者，用胡连追毒丸酒服之；服后脓水反多者，药力到也，勿以为惧。如漏有管者，用黄连闭管丸服之，可代针刀药线之力。凡痔未破已破及成漏者，俱用却毒汤烫洗，或用喇叭花煎汤（喇叭花即土地黄苗），日洗二次”。对于日久不敛者，清·高秉钧《疡科心得集·辨肛门痈脏头毒偷粪鼠论》“如延久不敛，每多成漏，总以升药条提之”。

4.2.2 刀针疗法

中医外科刀针疗法是疮疡成脓期的主要治疗方法。早在内经中即有记载。《灵枢·玉版》“故圣人自治于未有形也，愚者遭其已成也。黄帝曰：其已形，不予遭，脓已成，不予见，为之奈何？岐伯曰：脓已成，十死一生，故圣人弗使脓成，而明为良方，著之竹帛，使能者踵而传之后世，无有终时者，为其不予遭也。黄帝曰：其已有脓血而后遭乎，不导之以小针治乎？岐伯曰：以小治小者其功小，以大治大者多害，故其已成脓血者，其唯砭石铍锋之所取也。”《灵枢·上膈》“黄帝曰：刺之奈何？岐伯曰：微按其痈，视气所行，先浅刺其傍，稍内益深，还而刺之，毋过三行，察其沉浮，以为深浅。已刺必熨，令热入中，日使热内，邪气益衰，大痈乃溃。伍以参禁，以除其内，恬憺无为，乃能行气，后以咸苦，化谷乃下矣。”《素问·长刺节论》“治腐肿者刺腐上，视痈大小深浅刺，刺大者多血，小者深之，必端内针为故止。”《素问·病能》“夫痈气之息者，宜以针开除之，夫气盛血聚者，宜石而泻之，此所谓同病异治也。”其后，历代外科学著作中对刀针疗法多有论述，主张脓成后切开引流。如《外科正宗·脏毒论第二十九》“脓胀痛者针之”。《外科正宗·悬痈论第三十四》“如肿高光亮，脓熟不破头者，用针急破之，秽脓一出，其患易安。”《外科正宗·臀痈论第三十五》“肿已高而作疼，脓已熟而不破，胀痛难忍，宜即针之”。明·薛己《外科枢要·论悬痈》“若脓已成者，急针之”。对于刀针的具体用法，清·顾世澄《疡医大全·论刀针砭石法》中说“凡毒有胀痛紧急，脓已成熟，无暇待灼艾火照者，即宜用刀法开之。但刀法须在的确脓熟之时，又须要深浅合度，以左手按肿处，先看脓之成否，……又须看脓之深浅……。若脓浅刀深，恐伤好肉；脓深刀浅，恐毒不出而肉败，最宜斟酌。”清·高秉钧《疡科心得集·疡科调治心法略义》中也说“凡刺痈肿，须认有脓无脓，用手按之，手起而即复者有脓，手起而不即复者无脓。重按乃痛，脓之深也；轻按即痛，脓之浅也；按之不甚痛者，未成脓也。至于用刀之法，刀口勿嫌阔大，取脓易尽而已。凡用刀之时，深

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

则深开，浅出浅开，慎勿忽略。”

4.2.3 挂线疗法

挂线疗法是中医传统治疗痔漏的方法之一，对此清·赵濂《医门补要·卷中 医法补要·痔漏挂线法》有详细的描述：“用细铜针穿药线，右手持针插入漏管内，左手执粗骨针（要圆秃头，镌深长槽一条，以便引针），插人肛门内，钩出针头与药线，打一抽箍结，逐渐抽紧，加钮扣系药线坠之，七日管豁开，掺生肌药，一月收口。如虚人不可挂线，易成痨不治。”

5 方剂用药归类

5.1 内服药物

5.1.1 初起用药

肛痈初起用药目的在于使其消散于无形。此类药物如：

（1）仙方活命饮：为疮痈之圣药，治一切痈疽，未成者即消，已成者即溃。

穿山甲 皂角刺 归尾 甘草节 金银花 赤芍 乳香 没药 花粉 防风 贝母 白芷 陈皮

（2）神授卫生汤：治一切痈疽，未成者即消，已成者即溃。

羌活 防风 白芷 穿山甲 沉香 红花 连翘 石决明 金银花 皂角刺 归尾 甘草节 花粉 乳香 大黄

（3）内消沃雪汤：治肛门脏毒，初起但未出脓，坚硬疼痛不可忍者。

青皮 陈皮 乳香 没药 连翘 黄芪 当归 甘草 射干 天花粉 穿山甲 贝母 白芍 金银花 皂角刺 木香 大黄

（4）内疏黄连汤：治痈疽肿硬，发热作呕，大便秘涩者。

木香 黄连 山栀 当归 黄芩 白芍 薄荷 槟榔 桔梗 连翘 甘草 大黄

（5）黄连除湿汤：治脏毒初起，湿热流注肛门，结肿疼痛，小水不利，大便秘结，身热口干，脉数有力，或里急后重。

黄连 黄芩 川芎 当归 防风 苍术 厚朴 枳壳 连翘 甘草 大黄 朴硝

（6）凉血地黄汤：治脏毒已成未成、或肿不肿，肛门疼痛，大便坠重，或泻或秘，常时便血，头晕眼花，腰膝无力者。

川芎 当归 白芍 生地 白术 茯苓 黄连 地榆 人参 山栀 天花粉 甘草

（7）黄连解毒汤：治平生好饮，纵食膏粱，积热流入大肠，致肛门结成肿痛，疼刺如锤，坚便如石宜服。

黄连 黄芩 黄柏 山栀 连翘 甘草 牛蒡子

（8）滋阴除湿汤：治鹳口疽初起，朝寒暮热，日轻夜重，如疟等症。

川芎 当归 白芍 熟地 柴胡 黄芩 陈皮 知母 贝母 泽泻 地骨皮 甘草

（9）四物清凉饮：治脏毒初起，属实热者。

连翘 赤芍 防风 当归 山栀仁 生甘草 槟榔 木香 大黄

（10）四顺清凉饮：治脏毒初起肛门肿突，大便秘结者。

连翘 赤芍 羌活 防风 当归 山栀 甘草 大黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(11) 荆防败毒散：治初起有发热恶寒症状者。

荆芥　防风　羌活　独活　前胡　柴胡　川芎　桔梗　茯苓　枳壳　甘草　人参

(12) 内托羌活汤：治上马痈、下马痈初起局部肿硬者。

羌活　黄柏　黄芪　当归尾　陈皮　藁本　连翘　苍术　甘草　防风　肉桂

(13) 一煎散：治脏毒初起，肛门重坠，刺痛如锥，下气不通者。

当归尾　穿山甲(炙、研)　甘草(生)　桃仁泥　皂角刺　川黄连　枳壳(麸炒)　槟榔　天花粉　乌药　赤芍　生地　白芷　元明粉　大黄　红花

(14) 止痛如神汤：治肛痈初起，局部肿痛者。

秦艽(去苗)　桃仁(去皮、尖，研)　皂角子(烧存性，研)　苍术(米泔水浸，炒)　防风　黄柏(酒炒)　当归尾(酒洗)　泽泻　槟榔　熟大黄

(15) 活血散瘀汤：治臀痈初起，红赤肿痛，坠重如石及大便秘涩。

川芎　当归　防风　赤芍　苏木　连翘　天花粉　皂角针　红花　黄芩　枳壳　大黄

(16) 滋阴八物汤：治悬痈初起，状如莲子，红赤渐肿，悠悠作痛者。

川芎　当归　赤芍　生地　牡丹皮　天花粉　甘草节　泽泻　大黄(便秘加，蜜炒)

(17) 滋阴九宝饮：治悬痈厚味膏粱，蕴而结肿，小水涩滞，大便秘结，内热口干，烦渴饮冷，及六脉沉实有力者服。

川芎　当归　白芍　生地　黄连　天花粉　知母　黄柏　大黄(蜜水拌炒)

(18) 消毒百应丸：治脏毒痔漏。

苍术　猪牙皂　槐花　金银花　黄柏　当归

(19) 炙粉草膏：治悬痈已成，服药不得内消者服之，未成者即消，已成者即溃，既溃者即敛，此治悬痈良药也。

大粉草四两，用长流水浸透，炭火上炙干，再浸再炙，如此三度，切片，甘草三两，当归身三两，水二碗，慢火煎至稠膏，去渣再煎，稠厚为度。每日三钱，无灰好热酒一大杯，化膏空心服之甚妙。

(20) 龙胆泻肝汤(《外科正宗》)：治悬痈初起。

龙胆草　连翘　生地　泽泻　车前子　木通　归尾　山栀　甘草　黄连　黄芩　大黄

5.1.2 成脓期用药

成脓期的治疗主要是托毒外出。常用方药如：

(1) 透脓散：治肛痈脓成不破者。

黄芪　穿山甲　川芎　当归　皂角刺

(2) 内托黄芪散：治脏毒已成，红色光亮，已欲作脓，不必内消，宜服此药溃脓。

川芎　当归　陈皮　白术　黄芪　白芍　穿山甲　皂角针　槟榔

(3) 和气养荣汤：治鹳口疽已成不得内消者，宜此药托之。

人参　陈皮　白术　黄芪　茯苓　当归　熟地　沉香　甘草

(4) 托里消毒散：痈疽已成不得内消者，宜服此药以托之。

人参　川芎　白芍　黄芪　当归　白术　茯苓　金银花　白芷　甘草　皂角针　桔梗

(5) 黄芪内托散：治肛痈已成，欲其溃脓宜服之。

黄芪　当归　川芎　金银花　皂角针　穿山甲　甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.1.3 溃后用药

肛痈溃后用药以补益为主。气虚者选四君子汤或六君子汤，血虚者选四物汤，气血俱虚者可用八珍汤或十全大补汤。肾阴不足可选六味地黄丸或知柏地黄丸，肾阳不足者可用肾气丸。另外，下列药物也可用于肛痈溃后的治疗。

(1) 滋肾保元汤：治鹳口疽元气虚弱，脓水淋漓，久而不敛者服之。

人参　黄芪　白术　茯苓　归身　杜仲　山萸肉　牡丹皮　熟地　附子　肉桂　甘草

(2) 先天大造丸：治痈疽溃后气血虚，脓水清稀难收敛者。

人参　白术　当归　茯苓　菟丝子　枸杞　黄精　牛膝　补骨脂　骨碎补　巴戟肉　远志　广木香　青盐　丁香　熟地　仙茅　何首乌　胶枣肉　肉苁蓉　紫河车

(3) 还元保真汤：治悬痈已溃，疮口开张，脓水淋漓，不能收敛者。

当归　川芎　白芍　熟地　白术　茯苓　人参　黄芪　牡丹皮　枸杞子各　甘草(炙)　熟附子　肉桂　泽泻

(4) 青龟丸(清·傅山《青囊秘诀·痔漏论》)

乌龟一个　茯苓五两　薏苡仁四两　羊蹄后爪四对　土炒山甲五钱　人参二两　黄芪八两　当归三两　白芷二两　槐米二两　瓦松二钱　干青苔一两　共研末，将乌龟用石臼捣死，同药拌匀，锅内蒸熟，焙干为末，炼蜜为丸，梧子大，每早开水送服三钱，服至半月漏自干连服两月而漏痂满，一料服完痊愈。必须严戒酒色三月，不然不能奏功。此方去湿而不散气，散毒而不损血，补漏于无形，填隙于有孔。

(5) 胡连追毒丸：治肛痈成漏。

胡黄连　刺猬皮　麝香

(6) 黄连闭管丸：治肛痈成漏。

胡黄连　穿山甲　石决明　槐花

(7) 痔漏丸：治肛痈形成瘘管者。

石莲蓬　冬青子　川黄连　真川芎　牛膝　赤芍　当归　黄芩　黄柏　熟大黄　槐角子　象牙末　蛇蜕　全蝎　金墨

5.2 外用药物

5.2.1 外敷药物

肛痈的外敷药物与一般痈疽相同。可用如意金黄散、千捶膏外敷，收口期应用生肌散或生肌玉红膏。另外，文献中还记载一些其他药物。

菩提露：菩提熊胆须为最，要好还将冰片弹，脏毒肿疼推此妙，搽于患处即时安。

熊胆三分　冰片一分　研末水调。

清·巢崇山《千金珍秘》中有“拔一切疮管痔漏方”

蛴螬虫(去泥。瓦上炙黄)一钱　推车虫(炙)三只　梅片二分　扫盆二厘

上药共研细末，而糊为条，如遇久远疮疳，以银丝针探知深浅，以条插入，轻者半月，重者一月。此药化管，无白降丹疼痛。

研末，糯米粽和研作条，拔管用之。

清·邹存淦《外治寿世方·后阴》中载有一些外治治疗肛痈类疾病的方法：“下部卒痛，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

如鸟啄之状　赤豆、大豆各一升，蒸热，作二囊，更互坐之即止。

肛门鼠漏　蜘蛛丝缠之即落。又，蜣螂烧末，醋和敷之。又，未成脓者，以柏叶捣涂，熬盐熨之即消。

脏毒　肛门突肿，大便秘结，肚腹不宽，小水不利　木鳖肉五个，研如泥，安盆内，以沸汤冲洗，另用木鳖研成泥，少许涂患处，效。又，象粪煎水，先熏后洗。并治痔疮肿痛。

痔痛难忍　虾蟆头阴干烧烟熏之，奇效。又，蜒蚰捣烂和陈墨敷之，极效。

痔漏肿痛　隔年风干橙子，于桶内烧烟熏之。又，先以木鳖子煎洗，旋以葱涎和蜜敷之，其冷如水，即愈。

悬痈　即骑马痈　纺车上弦线烧灰，麻油调敷；已溃者干掺，亦效。又，雄黄二钱、蜜陀僧一钱研细末，水调敷"。

5.2.2　熏洗药物

中医古代文献中有许多可用于肛痈的熏洗方药，多具有清利湿热、解毒消肿之功效。有代表性的如：

(1) 却毒汤(《医宗金鉴》)

瓦松　马齿苋　甘草　侧柏叶　川文蛤　川椒　苍术　防风　葱白　枳壳　焰硝

(2) 洗痔枳壳汤(《外科正宗》)

枳壳　癞蛤蟆草

(3) 洗痔肿痛方(《外科正宗》)

鱼腥草　苦楝根　朴硝　马齿苋　瓦楞子

清·邹存淦《外治寿世方·后阴》中有"肛门肿痛　马齿苋叶、酸浆草等分煎汤，熏洗，一日一次效。并治脏毒。"

6　饮食调摄

患肛痈之后，治疗固然重要，但饮食调摄同样不可忽视。这一点古人早有论述。综合历代文献所述，肛痈的饮食调摄主要应注意以下几个方面：

慎饮食：患肛痈之后，饮食当以清淡为主。忌食辛辣炙煿及醇酒肥甘之品。如《外科正宗·杂忌须知》中说"牛、犬、腥膻、腌腊、熏藏之物，俱能作渴；生干瓜、果、梨、柿、菱、枣生冷等类，又能损胃伤脾；鸡、鹅、羊肉、蚌、蛤、河豚、虾、蟹海腥之属，并能动风发痒；油腻、煎、炒、烹、炙、咸、酸厚味等件，最能助火生痰"。清·陈士铎《洞天奥旨·疮疡调护论》云："疮疡饮食之间，最宜细慎。如食驴马、驼骡、猪狗、鱼虾、蟹鳖自死之属，如鹅鸭、鸿雁、鹰雀、鸳鹭、鸠鸦、鸡雉能言之类，如獐鹿、狐兔、虎豹、熊豺毒死之辈，如黄瓜、茄子、胡荽、生姜、蓼芥、葱蒜、薤韭之物，如桃杏、枣栗、梨梅、樱柿未熟之品，如馒首、蒸饼、馄饨，及燔炙煎炙、油腻饱食，均宜忌之。"

忌恼怒：患肛痈后，应注意保持心情舒畅，避免忧思恼怒。否则，疮口有疼痛开裂之虞。

戒色欲：清·陈士铎《洞天奥旨·脏毒痔漏疮》中说"皆因不守禁忌，贪色欲而不止，饕食味而无穷，遂致痔变为漏矣。……况好色者多，断欲者少，欲奏异绩，实非易事。……人肯节欲，则漏犹未甚，而无如明知故犯者，又甚多乎。所以漏病之轻重，专分于欲事之多寡。"在《洞天奥旨·疮疡调护论》中又说"其间诸忌之中，尤宜慎者，恼怒与色欲耳，然

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

而犯恼怒者，不过疮口有疼痛开裂之虞，若一犯色欲，则瘀肉有冰冻之苦，新肉有流水之害，然此犹阳症之疮疡也。苟是阴症，一犯色欲，多至暴亡”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·前后阴病源流》说“若不慎房室，不节饮食，绵延成漏，则为终身之患”。清·傅山《青囊秘诀·痔漏论》说“人有肛门内先有痔疮，因不慎酒色，遂至腐烂，变成漏疮，不能收口，生长肉管，流脓淌血，甚以为苦。医人之法，多用刀针挂线，徒受苦楚，内毒未除，外口难长，经年累月，不能奏功。盖肛门之肉，不比他处之肉，非横生则纵生也。而肛门之肉有纵有横，最难生合。况大便不时经过，又易损伤，然经刀针挂线，是已伤而益伤，安能遽长皮肉乎？故刀线不可轻用，惟有消湿热之毒，内治为佳。然漏生既久，气血必虚，徒事止漏，反伤气血，亦难奏功也。方用青龟丸……必须严戒酒色三月，不然不能奏功。此方去湿而不散气，散毒而不损血，补漏于无形，填隙于有孔。愿人坚持三月酒色之戒，以去十年之病也”。明·李梴《医学入门·臀痈》“兼节酒色，戒躁暴，乃可万全。”清·鲍相璈《验方新编·海底·悬痈》云“溃烂之后，一经房事走漏，即成漏生管，体弱者患之更危”。可见，戒色欲是肛痈调护的一个重要环节。

另外，肛痈患者还应当避免劳倦，同时注意局部清洁。

（张书信）

近现代参考文献

[1] 关运嘉，李政铎 .27 例肛周脓肿的厌氧菌培养分析．中国肛肠病杂志，1987，7 (3)：25

[2] 孙昱．肛周脓肿与坏死性软组织炎致病菌的研究．中国肛肠病杂志，1993，13 (3)：9～10

[3] 石焕芝，王丽璞，李荣弟，等 .37 例肛周脓肿细菌培养与药敏试验分析．中国肛肠病杂志，1997，17 (5)：8～9

[4] 张淑敏．肛旁脓肿致病菌及药敏分析．中国肛肠病杂志，1993，13 (3)：38

[5] 田珊红，田斯顿，纪维义．肛周脓肿细菌菌群及药敏试验分析．中国肛肠病杂志，1997，17 (5)：6～7

[6] 关瑞剑，袁汉雄，任东林．肛管直肠周围脓肿菌群调查．中国肛肠病杂志，1998，18 (5)：9～10

[7] 关瑞剑，袁汉雄，任东林．肛管直肠周围脓肿的细菌性因素及脓肿与肛瘘的关系．中国中西医结合外科杂志，1996，2 (6)：437～438

[8] 史仁杰．肛门直肠周围脓肿的病原菌及药敏．中国肛肠病杂志，1993，13 (3)：26～27

[9] 甄宜兰，瞿丽霞，牛虹．肛周脓肿患者血清睾酮测定．中国肛肠病杂志，1995，15 (3)：13～14

[10] 司永令．肛周脓肿手术时内口的定位．肛肠杂志，1983，3 (4)：27～29

[11] 赵自星．肛周脓肿发病规律及传变途径初探．中国肛肠病杂志，1995，15 (3)：17～19

[12] 王运来．肛门直肠周围脓肿后遗肛瘘的统计观察(附 314 例随访结果及体会)．肛肠杂志，1983．3 (1)：21～22

[13] 孔祥军．肛周脓肿的超声诊断．中国肛肠病杂志，1996，16 (1)：39

[14] 董林森，宫泽光，刘克震 .B 超在判断肛周脓肿未形成期和形成期中的应用．中国肛肠病杂志，1998，18 (5)：35

[15] 蔡云英．直肠粘膜下脓肿诊治之我见．中国肛肠病杂志，1996，16 (1)：56

[16] 杨利民，敖桂震，李春雨．结核性肛周脓肿及肛瘘的诊断与治疗．中国肛肠病杂志，1995，15 (3)：53

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[17] 钟传荣，钟传华．内治法在肛管直肠周围痈疽和肛瘘中的运用．云南中医杂志，1983，4(6)：30～33
[18] 钱正龙．切开挂线法治疗肛周脓肿50例．云南中医杂志，1987，8(2)：32～33
[19] 曹吉勋，廖嘉发．中医内治法治疗肛肠疾病的体会．肛肠杂志，1983，3(4)：4～6
[20] 肖成福．肛痈二例．肛肠杂志，1983，3(2)：35～36
[21] 安秀庄．辨证治疗肛门直肠周围脓肿的体会．河北中医，1987，(1)：30
[22] 陈映标，陈镇奇．中西医结合治疗肛周脓肿38例．中国中西医结合外科杂志，1998，4(3)：187
[23] 伍秀卿．中西医结合治疗肛周脓肿38例的体会．中国中西医结合外科杂志，1997，3(3)：180
[24] 刘景和，邹玉娟，张莉．中药内服外敷治疗小儿肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1995，15(3)：44
[25] 祝明珠．手术加中药治疗肛周脓肿113例．中国肛肠病杂志，1998，18(5)：37
[26] 蔡文俊．中西医结合早期治疗肛门直肠周围脓肿的探讨．贵阳中医学院学报，1995，17(2)：30
[27] 孙志元，韩松，吕建环，等．中西医结合治疗肛门直肠周围脓肿426例．中国中西医结合外科杂志，1988，4(1)：26
[28] 石荣，陈爱霖，高南．中西医结合治疗深部肛门直肠周围脓肿44例．福建中医学院学报，1994，4(3)：14～15
[29] 翟煊．重用槐花治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1)：55
[30] 金定国．大黄牡丹皮汤治疗热毒型肛痈．浙江中医杂志，1987，22(4)：166
[31] 陈民藩．龙胆泻肝汤治疗亚急性肛周脓肿50例．中国肛肠病杂志，1995，15(3)：44
[32] 刘培允，陈敏慧，马厚芝．内疏黄连汤配合 CO_2 激光治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1995，15(3)：45
[33] 李国化．甲硝唑与黄连解毒汤治疗肛痈．中国肛肠病杂志，1995，15(3)：44
[34] 黄洪坤，蒋瑞峰．清热活血法加局灶药封治疗肛门直肠周围脓肿——附25例小结．云南中医学院学报，1988，11(2)：17
[35] 李成禄．激光与挂线法根治肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1995，15(3)：49
[36] 王为．消瘘饮对肛周脓肿成瘘的影响．中国肛肠病杂志，1995，15(3)：43
[37] 邓泽潭，王学莉．中西医结合治疗肛周脓肿180例观察．中国中西医结合外科杂志，1995，1(2)：107
[38] 翟静明．中药外洗法治疗肛周脓肿的经验介绍．肛肠疾病研究新进展．北京．华夏出版社，1994，73
[39] 翟静明．肛周脓肿的外洗治疗．中国肛肠病杂志，1996，16(1)：58
[40] 刘星，苗后清．消炎解毒方坐浴治疗肛周炎440例．中国肛肠病杂志，1996，16(1)：44
[41] 翟文伟．痔炎冲洗灵治疗肛肠炎性疾病250例疗效分析．中国肛肠病杂志，1995，15(5)：37
[42] 李樟发．手术加中药治疗肛周脓肿89例．中国肛肠病杂志，1998，18(5)：44
[43] 田淇第．一期切开挂线法治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1)：48
[44] 赵增虎，于正贤．I期根治术加中药外洗治疗肛周脓肿98例．中国肛肠病杂志，1998，18(5)：34
[45] 杨培芳．一次根治肛肠周围脓肿15例体会．内蒙古中医药，1978，6(3)：20～22
[46] 杨重兴．一次切开内口法治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1998，18(5)：39
[47] 王有铭，张淑敏．手术扩创中药坐浴治疗肛周脓肿79例．中国肛肠病杂志，1998，18(5)：35
[48] 倪宝成．中药煎剂保留灌肠预防肛周脓肿后遗肛瘘．中国肛肠病杂志，1995，15(3)：46
[49] 宋文瑜．太乙膏与溃消散外敷治疗婴幼儿肛周脓肿31例．中国肛肠病杂志，1995，15(3)：43
[50] 张国旗．轻红散治疗肛周脓肿120例．中国肛肠病杂志，1996，16(1)：37
[51] 杨佛心．白降丹在痔科临床中的应用．浙江中医杂志，1987，22(4)：164

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[52] 宋文珍．肛周脓肿切开根治术后应用风雏膏体会．中国肛肠病杂志，1995，15(3):48
[53] 曹吉勋，周世成，徐廷汉，等．中西医结合治疗肛门直肠周围脓肿201例．肛肠杂志，1982，2(2):34~35
[54] 管甲生．血液病患者肛周感染的局部治疗．中国肛肠病杂志，1995，15(3):51
[55] 王振义，樊文林，吴铭．一期引流挂线疗法治疗肛门直肠周围脓肿100例临床观察．肛肠杂志，1983，3(3):22~23
[56] 张有生，王运来，司永令，等．切开挂线法治疗肛周脓肿预防后遗肛瘘的研究．中国肛肠病杂志，1985，5(3):3~5
[57] 张有生，等．一期切开挂线治疗肛周脓肿的初步报告．中级医刊，1979，(1):26
[58] 宋文瑜．切开挂线延缓紧线治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):55
[59] 李效功．一期切开挂线加置管引流治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1993，13(3):35
[60] 嘎日迪，刘权，王根林，等．肛周深部脓肿的一期治疗体会．中国肛肠病杂志，1996，16(1):53
[61] 徐廷翰．挂线多切口引流法治疗肛周脓肿41例．四川中医，1987，5(8):38~39
[62] 廖荫元．切开挂线引流治疗肛周脓肿140例临床观察．肛肠杂志，1983，3(4):31~32
[63] 王中胜，张钦廉．切开挂线引流法治疗肛周脓肿105例临床观察．新中医，1988，20(5):28
[64] 邹声金．切开引流挂线治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1993，13(3):37
[65] 杨杰．一次切开挂线治疗肛门脓肿30例．辽宁中医杂志，1994，21(8):369
[66] 何香英，高铁男．中西医结合切开挂线引流治疗肛周脓肿900例疗程观察．肛肠疾病研究新进展．华夏出版社，1994，72
[67] 钱亚军．一次性切开挂线对口引流治疗肛周脓肿．肛肠疾病研究新进展．华夏出版社，1994，76
[68] 钱亚军．一次性切开挂线对口引流治疗肛周脓肿118例临床观察．中国肛肠病杂志，1996，16(1):38
[69] 钱亚军．一次性切开挂线对口引流治疗肛周脓肿118例临床观察．新中医，1995，27(4):23~24
[70] 杨吉水．一次性切开挂线根治术治疗肛周脓肿．肛肠疾病研究新进展．华夏出版社，1994，77
[71] 郭玉明，庞捷，朱敬民．肛周脓肿切开排脓并挂线治疗体会．中国肛肠病杂志，1995，15(3):46
[72] 周清环．一次性切开挂线法治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1995，15(3):41
[73] 王俊．切开挂线术治疗肛周脓肿77例．中国肛肠病杂志，1995，15(3):30
[74] 田相．一次性切开并挂线法治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):57
[75] 孙蕙芳，徐传银．中西医结合一次根治肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):49
[76] 王秋玲．切开挂线术治疗肛周脓肿176例．中国肛肠病杂志，1998，18(5):45
[77] 池井泉．一次切开挂线治疗肛周脓肿110例．中国肛肠病杂志，1998，18(5):37
[78] 陈岩，从健．切开挂线治疗肛管直肠周围脓肿212例．中国肛肠病杂志，1998，18(5):35
[79] 王正风．一次性切开挂线根治肛周脓肿238例．中国肛肠病杂志，1998，18(5):34
[80] 王秋林．肛周瘘管性脓肿不成瘘手术的研究．肛肠杂志，1983，3(3):30~31
[81] 安阿月．对口引流法治疗肛门周围脓肿20例小结．肛肠杂志，1983，3(2):19~20
[82] 吕建国，邵长岱，曹建，等．Ⅰ期根治术治疗肛周脓肿(附213例分析)．中国肛肠病杂志，1995，15(3):27~28
[83] 赵义瑞．保留肛直环一次切开治疗高位肛周脓肿45例．中国中西医结合外科杂志，1997，3(6):386
[84] 陈强，钱骝骧．手术治疗新生儿肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1995，15(3):56
[85] 徐凌波，巴哈提．一次性根治术治疗肛周脓肿的切口选择及其处理．中国肛肠病杂志，1995，15(3):22~24
[86] 孙其旺，赵宗民．一次切开治疗肛周脓肿体会．中国肛肠病杂志，1996，16(1):50

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[87] 彭建娣，申月霞．一次手术根治肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):54
[88] 杨向东，张海静．一期根治术治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1997，17(5):51
[89] 董耀林，刘克侠，刘英敏．一次性切开治愈肛门直肠脓肿86例．中国中西医结合外科杂志，1997，3(1):16
[90] 安少雄．一次手术根治肛管直肠周围脓肿50例．中国肛肠病杂志，1998，18(5):33
[91] 冯辉．一次性切开治疗肛周脓肿115例疗效观察．中国肛肠病杂志，1998，18(5):32
[92] 高晓光．肛周脓肿内引流术．中国肛肠病杂志，1995，15(3):56
[93] 刘宝生，刘学森，魏子冬．内引流术合用中药引流治疗肛门直肠周围脓肿48例．中国中西医结合外科杂志，1995，1(4):231～232
[94] 刘百羽，任玉海．内口切除治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):48
[95] 杨永利．内引流术治疗肛周脓肿30例．中国肛肠病杂志，1998，18(5):45
[96] 徐子鹏，王跃，王艳．直肠内壁挂线术的治疗机理．中国肛肠病杂志，1990，10(3):12
[97] 史仁杰．内口缝闭提脓化腐法治疗肛周脓肿21例临床研究．中国肛肠病杂志，1995，15(3):9～10
[98] 史仁杰，曹吉勋．中西医结合保存括约肌治疗肛门直肠周围脓肿的临床研究．中国中西医结合外科杂志，1996，2(1):10～11
[99] 宋学桐．经肛门括约肌间沟切开治疗肛周中央间隙脓肿．中国肛肠病杂志，1995，15(3):55
[100] 宋学桐．经肛门括约肌间沟切开治疗肛周中央间隙脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):38
[101] 蒋云鹏，万顺兰．采用不损伤括约肌手术治疗高位肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1990，10(3):11
[102] 王学彩．三腔管闭式冲洗治疗坐骨直肠窝脓肿．中国肛肠病杂志，1995，15(3):52
[103] 项海，温作增．双管引流兼冲洗治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):58
[104] 刘洪兴，赵吉明，李芳．自制脓肿冲洗器治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):41
[105] 闫振乾．肛周脓肿98例治疗体会．中国肛肠病杂志，1996，16(1):59
[106] 李留记．双腔导尿管直肠内冲洗注药治疗肛周深部脓肿．中国肛肠病杂志，1997，17(5):50
[107] 张强．电子手术治疗机一次性切开肛周脓肿50例临床观察．中国肛肠病杂志，1998，18(5):41
[108] 黄伟．肛门周围脓肿中西医结合一次手术的经验．天津中医，1988，(5):22
[109] 段保国，杨玉孝．中西医结合治疗肛门直肠周围脓肿300例．中国肛肠病杂志，1993，13(3):38
[110] 刘冬保，阳光．一期对口引流法治疗肛门直肠周围脓肿(附61例临床观察)．中国肛肠病杂志，1993，13(3):19～20
[111] 张凤宏．一次手术治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):56
[112] 郑汝强，路继儒，张国庆，等．一次性根治术治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1996，16(1):51
[113] 许祥富．218例肛周脓肿根治术临床分析．中国肛肠病杂志，1998，15(3):29～30
[114] 孙玉祥．肛周脓肿一期根治术38例临床分析．中国肛肠病杂志，1998，18(5):32
[115] 张廷栋．一期治愈肛周脓肿145例临床观察．中国肛肠病杂志，1998，18(5):34
[116] 朱俊山．阿是穴拔罐治疗肛周脓肿．中国肛肠病杂志，1987，7(3):41
[117] 刘翠玲，程长友．火针拔罐法治疗肛门脓肿．中国肛肠病杂志，1995，15(3):47
[118] 杨里颖，杨云．镍铍针治疗高位肛周脓肿18例．中国肛肠病杂志，1998，18(5):36
[119] 陈庆兰，金梅芳，屠岳，等．肛隐窝肛腺的解剖组织学观察．中国肛肠病杂志，1989，9(3):27～29
[120] 张志波，徐敬臻，韩玉清，等．肛瘘与肛周脓肿患者免疫球蛋白的实验研究．中国肛肠病杂志，1996，16(1):5
[121] 刘百羽，李富玉，任玉海，等．肛瘘与肛周脓肿的临床和免疫学研究．中国肛肠病杂志，1996，16(1):3～4

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 良性前列腺增生症 ❋

良性前列腺增生症是一种只发生在男子前列腺异常增生的疾病，是人类男性最常见的良性肿瘤，过去曾经称为“良性前列腺肥大”，而现在定名为良性前列腺增生症(BPH)，归入良性肿瘤范畴。因为前列腺的增大是腺体和间质成分异常增生的结果，而非肥大。因其以排尿困难和尿潴留为主要症状，故属中医的“癃闭”范畴。闭病，病势较急，多责之于肝与膀胱，气机阻滞，湿热蕴积，经脉瘀阻，为实证。特点是溺闭不通，用力努责，小腹急满。其相当于西医的急性尿潴留。癃病，病势较缓，多责之于脾肾，气虚下陷，气化失司，为虚证或虚中夹实(瘀、痰、浊、热)。特点是排尿不畅，淋漓细流或点滴而下，排尿无力，甚至遗尿不禁。其相当于西医之排尿困难、慢性尿潴留及充溢性尿失禁。中医学在长期的医疗实践中，在治疗 BPH 方面，形成了自己独特的理论认识，积累了丰富的临床经验，研究出许多行之有效的方剂。中医认为 BPH 的成因是三焦气化失司、膀胱气化不利，或湿热瘀血痰浊闭阻、膀胱气化受阻所致，因此治疗手段多采用清热祛湿通利、化痰软坚散结、活血通瘀消坚、理气开上通下、益气升清降浊、温阳滋阴补肾及通阳化气利水之法则。在临床研究的同时，积极开展了相关的实验研究，实验结果表明，中药具有抑制前列腺增生、调节神经及内分泌的作用。BPH 是老年男性最常见的泌尿外科疾病，而且随着人口老龄化而逐年增加，其发病率近年呈明显上升趋势。在中国，1936 年尸检报告 BPH 为 6.6%，至 1992 年已上升至 30.5%，为前者的 4 倍。因此，当今老年人中 BPH 的发病将是所有国家面临的最大的健康问题。

【今日临床】

1 诊断标准

关于良性前列腺增生症(英文缩写为 BPH,中医称为精癃或前列腺增生性癃闭)的诊断标准，由中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》有关精癃的诊疗标准和《中药新药临床研究指导原则》有关前列腺增生症临床研究指导原则中的诊疗标准拟定。

1.1 病名诊断标准

中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》制定的病名诊断标准如下：

本病见于 50 岁以上的老年男性。

最初是尿频，尤其夜尿次数增多；渐有排尿困难(包括排尿不畅和不通)，轻者尿细成线，中度为断续成线，重度为涓滴而下，严重者发展为慢性尿闭或小慢失禁。可伴有急性尿闭和尿血。

直肠指诊：触知前列腺增大，表面光滑而无结节，边缘清楚，中等硬度而富有弹性，中央沟变浅、消失甚或隆起。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

B超检查：前列腺大小测定较正常增大，同时测定膀胱残余尿量。

1.2 病类诊断标准

《中药新药临床研究指导原则》制定的病情评分如下。

病　情	0分	1分	2分	3分
I-PSS总分	0	1～7	8～19	20～35
生活质量L	0～1	2	3～4	5～6
夜尿次数	0～1	2	3～4	5～6
尿线状况	正常	细而成线	断续成线	涓滴不成线
小腹症状	无	满闷感	胀满	胀痛
最大尿流率	>15ml/s	11～15ml/s	6～10ml/s	<6ml/s
残余尿量	<10ml	11～50ml	51～150ml	>150ml

轻度：总分≤9分。

中度：总分10～13分。

重度：总分≥14分。

1.3 证类诊断标准

《中药新药临床研究指导原则》制定了以下5个证类诊断标准：

下焦湿热证：小便淋漓，短赤灼热，小腹发胀，口粘口渴不欲饮，大便滞而不畅，舌红苔黄腻，脉数。

痰热闭肺证：小便点滴不爽，呼吸短促，咳嗽咽干，烦渴引饮，舌红苔黄，脉数。

瘀血阻滞证：小便点滴难下，时滴时闭，小腹胀满疼痛，舌紫黯或有瘀点，脉涩或弦。

中气下陷证：小便欲解不出，神疲气短懒言，食欲不振，小腹坠胀，甚则脱肛，舌淡苔薄白，脉细弱。

肾阳虚衰证：小便点滴不通，面色萎黄，神气怯弱，畏寒肢冷，腰膝酸软，舌淡苔白，脉细弱。

1.4 临床分期标准

参照江鱼临床分期并结合《中药新药临床研究指导原则》制定：

第1期(排尿刺激症状期)：见于疾病初期，膀胱逼尿肌代偿性肥大，膀胱排尿力与尿道阻力处于相对平衡状态，无残余尿或残余尿<50～60ml，尿流率下降在50%以下。

第2期(残余尿发生期)：见于疾病中期，此时尿道阻力大于膀胱逼尿肌张力，膀胱开始失代偿，出现残余尿并超过50～60ml，尿流率下降50%以上。

第3期(膀胱无力期)：见于疾病后期，此时尿道阻力远大于膀胱逼尿肌张力，膀胱代偿不全，收缩乏力，残余尿进一步增多，>150～200ml。

以上只是人为的区分，前列腺增生症的病情进展是进行性的、连续的，分期之间并无

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

明确的分界。但可提示医者和患者，本病不但损害肾功能，亦可损害膀胱功能，应及时判断病期所属，预测病情走向，以便及时决定是否修改原治疗方案。

2 中心证候特征

三焦气化不利或湿热瘀血痰浊所引起的膀胱气化失司是造成精癃的证候学特征。其主症为尿频和排尿困难(包括排尿不畅和不通,后者即为慢性尿闭),次症有急性尿闭、血尿。

尿频：为本病最早之见证。初为夜尿次数增多，由不起夜排尿逐渐开始起夜排尿，由夜尿 0～1 次增加为 2～3 次，至 4 次→5 次→6 次→……，严重影响睡眠。随后白日排尿次数亦始增加，开始尚能间隔 2 小时以上，继而 2 小时内即要排尿，至 1.5 小时→1.0 小时→0.5 小时→……。尿频的发生有 2 种情况：一种是膀胱颈梗阻引起，此时排尿次数与梗阻程度呈正相关，以伴见排尿困难为主要表现；另一种是膀胱逼尿肌不稳定所数，以伴见尿急或急迫性尿失禁为主要表现。

排尿困难：随着尿频次数的增加，逐渐出现排尿困难。轻者仅表现为排尿等待，排尿不畅，排尿时间延长，射程变短，尿线分叉，尿线变细但有成泡尿，尿不尽感；中度表现为尿线断续而下，分次排尿；重度则见小便涓滴而下，尿不成线，需多次憋气增加腹压帮助排尿，小腹膨隆，严重者发展为慢性尿闭或遗溺不禁。

3 病　因

3.1 原发病因

三焦气化失司数膀胱气化不利：癃闭的病位在膀胱。膀胱主司小便，若膀胱气化功能正常，则开者小便畅快出于外，合者小便蓄积留于内。然而，膀胱的气化功能的正常发挥又有赖于三焦的气化功能。若三焦气化失司，则必然导致膀胱气化不利，开合失常，于是发生癃闭。上焦肺失清肃，不能输布津液和通调水道；中焦脾虚气陷，不能运化水湿和统摄水液；下焦肾虚气弱，不能温煦水液和固摄水精。均导数膀胱开合失常，水液既不能蓄，又癃而难出。另外，三焦水道之通畅尚有赖于肝之疏泄功能正常，若肝郁气滞，则水道难通，亦能形成癃闭。肺、肝所数者为气实而闭，脾、肾所数者为气虚而闭。引起上述四脏功能失调的常见原因有外感风寒、湿热，饮食不节，思虑过度，情志不遂，年老体弱，劳倦过度，久病失养等。

三焦气化失司所形成的癃闭，以脾、肾所致之气虚而闭最为多见。

湿热瘀血闭阻数膀胱气化受阻：膀胱为洁净之腑，其气化功能的正常发挥亦有赖于其自身的洁净、通畅。若被湿热或/和瘀血阻塞其窍，则气化受阻，亦可数小便闭而不通。湿热源于过食辛辣酒醇、酿积而生，或感受湿热而来；瘀血源于感受外寒、寒凝络脉，或湿热蕴久生滞生瘀，或房劳竭力憋尿过久、血痰膀胱所致。

3.2 继发病因

瘀血：瘀血既为原发病因(如上所述)，又可成为继发病因。可因实致瘀，即肝郁气滞日久、血络不畅，膀胱湿热蕴久不散、脉络受阻所致；可因虚数瘀，即脾肾气虚运血乏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

力、血脉瘀滞。瘀血阻滞膀胱，致其气化受阻，引起癃闭发生或加重。瘀血作为继发原因，多见于久病患者。

痰浊：三焦气化失司，如脾虚水湿内停，或肾虚水不化气，或肝郁肺闭水道受阻，日久水湿聚而成痰。

膀胱湿热壅结不散，热灼水湿浊液，日久则化生痰浊；膀胱瘀血结聚血脉，水津渗出脉外，停留日久则聚生痰浊。继而痰浊结聚一处，阻塞水道、溺窍，引起癃闭发生或加重。

3.3 诱发因素

受凉感冒、饮酒嗜辣、下焦染毒、房劳过度、久坐憋尿、过度紧张等均可诱发或加重本病。

4 病　　机

4.1 发　　病

本病起病缓慢，隐匿性发生，呈缓慢渐进性加重。患者常很难确定具体的发病时间，即是在不知不觉之中发生。闭有急闭和慢闭之分，急闭多是在癃的基础上遇到诱发因素后出现，即在癃的某一发展阶段中发生，经治疗后急闭可消失，重又恢复到癃的状态；癃进一步发展可演变为慢闭，常同时伴见遗溺失禁。无论急闭还是慢闭，很少表现为点滴不通，而是点滴难下。急闭和慢闭均为小腹膨隆，但急闭有明显的感觉，即小腹急满胀痛、小便欲解不得解，而慢闭虽小腹膨隆更为明显却无感觉。癃、急闭、慢闭三者以慢闭最为严重。亦有一部分患者病情进展到一定程度即不再发展。

4.2 病　　位

前列腺增生症作为癃闭中的一种常见病种，其病位虽在膀胱，但受三焦各脏腑的影响。有人将前列腺增生性癃闭称之为“精癃”，推测将本病定位于“精室”，因前列腺与精囊同归属精室，精室病变导致的癃闭，故称之为精癃。但从传统理论讲，人们习惯将病变定位于膀胱，因单纯精室病变不会有排尿症状。所以，作者认为最好理解为本病是膀胱、精室同病。三焦气化失常影响了膀胱功能，此为他脏移病于膀胱；湿热、瘀血、痰浊闭阻膀胱及精室，此为膀胱及精室本体受邪。更多的情况是，既有膀胱精室本体受邪，又有他脏移病于腑胱，因此本病为膀胱(外在的功能形式为溺窍)、精室(外在的功能形式为精窍)同病。这样理解的意义在于——有利于指导临床用药。前列腺增生性癃闭的用药特点有二：一是通过作用于三焦的药物以助膀胱气化，二是通过作用于湿热、瘀血、痰浊的药物以解除精室及膀胱的瘀结。

4.3 病　　性

本病虚证多为脾肾虚弱，膀胱气化无力，实证多为湿热痰瘀闭阻，膀胱气化受阻。少数情况下为肝肺气闭，膀胱气化受困。但相当一部分患者为虚实夹杂或寒热并见。既有脾虚或/和肾亏，又有痰凝或/和血瘀；既有肾阳虚寒或肾阴不足，又有膀胱湿热；既有脾虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或/和肾亏，又有肝郁或/和肺闭等。尤其是时至晚期，阴阳失调，气血亏耗，寒热虚实并见。

4.4 病势与病机转化

本病开始病情较轻，以后呈缓慢逐渐加重，这个过程可能是十几年或几十年。初中期，三焦气化失司和湿热痰瘀所致的膀胱气化失常并不严重，经过有效的治疗，病势得以控制或向愈。但若患者就诊太晚、治疗期间忽视病势的监控或缺乏有效的治疗，则由于病期太久，三焦各脏器的功能失调严重，必然累及肾阳，造成肾阳衰微，浊阴不化，上犯清阳，于是出现神疲乏力，纳呆食少，恶心呕吐，面唇色淡，进而出现时时欲寐、迟钝，甚至昏迷，终因肾阳衰败而危及生命。此即为溺毒和关格。由癃的阶段进展至溺毒，是呈隐匿性的。由于此进程太缓慢了，患者又因长期耐受而痛苦不大，早期溺毒症状又类似于中焦痰浊，故常常未能引起患者及医生的注意，待出现典型的溺毒表现时，为时已晚。因此对于癃闭患者，必须定期随诊，监测病势进展及病机转化。

4.5 证类病机

4.5.1 单一证类病机

肺热气闭：燥热或痰热闭阻肺气，肺失宣布及清肃之能，不能输布津液和通调水道，水湿内停，蓄于膀胱，发为癃闭。所谓上窍闭下窍亦塞之说。

肝郁气滞：三焦水道之通畅尚有赖于肝之疏泄功能正常，若情志不遂，肝郁气滞，则水道难通，亦能形成癃闭。

脾虚气陷：思虑过度，劳倦伤脾；或饮食不节，损伤脾胃；或久病失养，脾虚胃弱，均致脾胃气虚，中气下陷。若运化失职，水湿停留，下注膀胱，则小便癃而难出；若统摄失权，膀胱失于约束，以致水不能蓄，则小便遗溺不禁。

肾虚气弱：年老体弱，或房室过度，或久病体虚，或癃久不下，均致肾精不足，肾气虚弱，气化失司，开合失常。若温煦蒸腾功能下降，气不化水，水液停留，则小便癃而难出；若固摄失职，水不化气，水精下流，水不能蓄，则小便遗溺不禁。

膀胱湿热：过食辛辣酒醇，酿积湿热；或感受湿热之邪，蕴积膀胱，可阻塞其窍，便膀胱气化受阻，导致小便不畅或闭而不通。

膀胱瘀阻：感受外寒，寒凝络脉；或湿热蕴久，生滞生瘀；或房劳竭力，血瘀膀胱；或憋尿过久，脉络不通。均致瘀血阻塞其窍，便膀胱气化受阻，发生小便不畅或闭而不通。

4.5.2 复合证类病机

气虚瘀阻：中气不足，或脾肾气虚，运血乏力，血脉因而瘀滞。脾肾气虚则膀胱气化不足，瘀血阻滞则膀胱气化受阻，从而引起癃闭发生。治应益气祛瘀通窍。兼有痰结者，配以化痰软坚散结。

阴虚瘀阻：肾精亏损，阴液不足，遂生内热。阴虚津亏则水道艰涩不通，火旺津亏则血少脉道不畅，日久结聚成瘀，从而形成癃闭。治宜滋肾清利，活血通瘀。兼有痰结者，配以化瘀软坚散结。

阳虚瘀阻：脾肾阳虚，无力推动，血运不畅，终究结或瘀块。阳虚气弱则气化无力，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘀块阻涩则窍道不通、故而形成癃闭。治宜补肾益气，活血通窍。兼有痰结者，配以化痰软坚散结。

湿热瘀阻：膀胱湿热蕴久不散，脉络受阻，血行不畅，形成瘀块。湿热与瘀块结聚，阻滞膀胱，致其气化受阻，引起癃闭发生。治以清热利湿，活血通窍。兼有痰结者，配以化痰软坚散结。

阳虚痰凝：脾肾阳虚，气不化水，水湿停留，聚生痰浊，阳虚气弱则气化无力，痰凝阻涩则窍道不通、故而形成癃闭。治宜补肾益气，化痰散结。兼有瘀血者，配以活血通瘀。

阴虚痰凝：肾精亏损，阴液不足，遂生虚火。火旺则灼津成痰，炼液为浊，痰浊结聚，阻塞窍道，加之阴虚水道艰涩，从而形成癃闭。治以滋肾清利，化痰散结。兼有瘀血者，配以活血通瘀。

气滞痰结：足厥阴肝脉循少腹，络阴器，其经循行通过前窍。又肝主疏泄，维持三焦水道通畅。若肝郁气滞，则水道不通，水液不行，湿聚成痰，致使痰气胶结，阻塞窍道，发为癃闭。治应疏肝理气，化痰散结。兼有瘀血者，配以活血通瘀。

痰瘀互阻：膀胱瘀血结聚血脉，水津渗出脉外，停留日久则聚生痰浊；或水浊停留日久，结聚成痰，阻塞脉道，瘀血内停。继而瘀血、痰浊互结并阻塞于水道、溺窍，发为癃闭。治以破瘀化痰，散结通窍。

4.6 病理损害

（1）尿路自身病理损害：前列腺增生引起膀胱颈梗阻后，将导致尿路一系列病理改变。先是膀胱受累，逼尿肌发生代偿性肥厚，出现小梁、小室及憩室；如梗阻长期未能解除，逼尿肌即失去代偿能力，膀胱壁变薄，无张力而扩大。膀胱逼尿肌肥厚可使输尿管膀胱壁段延长、僵硬，导致输尿管的机械性梗阻；膀胱逼尿肌失代偿后，膀胱腔扩大，输尿管膀胱壁段又可缩短，加之膀胱内压升高，出现输尿管返流，终致肾积水及肾功能损害。

前列腺增生证候群和病理的发生，不仅与膀胱颈梗阻自身有关，还与膀胱颈梗阻继发的逼尿肌功能变化有关。逼尿肌功能变化包括逼尿肌不稳定、逼尿肌收缩功能受损和膀胱顺应性改变。

逼尿肌功能变化的尿流动力学特点和临床症状及病理

	尿流动力学特点	临床症状及病理
逼尿肌不稳定	在膀胱充盈时自发或被诱发出逼尿肌不自主收缩(不能被主动抑制)	尿频、尿急、急迫性尿失禁 术后尿频尿失禁、膀胱痉挛
逼尿肌收缩功能受损	压力-尿流率同步检查，P-Q 曲线落在“可疑梗阻区”时，即考虑收缩功能受损	排尿困难症状进一步加重 残余尿量增多
低顺应性膀胱(较少的膀胱容量增加产生较高的膀胱内压)	残余尿量大于 50～100ml，冷热感正常，充盈期压力大于 1.47kPa，尿意早、膀胱容量多小于 300ml，排尿期压力多大于 7kPa，尿流率曲线低平(最大尿流率小于 5ml/s)	长期的膀胱高压，加上逼尿肌本身退行性变，影响输尿管膀胱联接处的抗返流功能，引起膀胱输尿管返流，导致上尿路扩张积水，进而损害肾功能

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

续表

	尿流动力学特点	临床症状及病理
高顺应性膀胱(即使膀胱过度充盈,膀胱内压仍较低)	残余尿量多大于500ml，冷热感迟钝，充盈期压力小于1.0kPa，尿意极晚，膀胱容量大于1500ml，排尿期压力小于2.0kPa，尿流率曲线严重低平(最大尿流率小于3ml/s)	无症状性慢性尿潴留 如持续时间长，亦易发生上尿路扩张积水，肾功能受损

(2) 继发尿路感染：由于尿液滞留，易于继发泌尿系感染。多为下尿路感染，严重者可继发上尿路感染。

(3) 继发膀胱结石：因于尿液滞留及继发的感染。梗阻和感染均是结石形成的局部因素。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

老年男性，出现缓慢进行性加重的尿频、排尿困难。一部分患者病情进展到一定程度即不再发展。

5.2 分析病位

本病病位在膀胱、精室。但临证时要分清是三焦气化失司移病于膀胱所致，还是湿热、瘀血、痰浊造成的膀胱、精室本体受邪，抑或兼而有之。

5.3 确定病性

5.3.1 辨虚实

急性闭病，发病较急，特点是溺闭不通，用力努责，辗转不安，少腹胀痛拒按，小便短赤灼热，多为气机阻滞，热蕴瘀阻之实证；癃病和慢性闭病，病势较缓，特点是排尿不畅，点滴而下，排尿无力，甚至遗尿不禁，脱肛下血，多为气虚下陷，阳虚不化，阴虚水道艰涩之虚证，或以虚为本，兼夹标实。

5.3.2 辨脏腑

兼见烦渴引饮，咳声重浊，呼吸急促者为肺热气闭；兼见胸胁胀满，烦躁易怒者为肝郁气滞；兼见少腹急满胀痛，或伴尿血、血块，舌黯脉涩为膀胱瘀阻；兼见小便频数，尿黄而热，或少腹急满胀痛，口苦而粘，或大便秘结为膀胱湿热。兼见小腹坠胀，排尿无力，倦怠少气，面白食少，气坠肛脱，舌淡脉弱为脾虚气陷；兼见头晕目眩，腰酸腿软，咽干口燥，舌红少津，脉细为肾阴不足；兼见神疲怯弱，肢寒怕冷，腰背冷痛，舌淡脉沉细为肾阳不足。

5.3.3 辨轻重

本病起病隐匿，由癃缓慢逐渐进展为慢性闭病，多为虚证或虚中夹实；在进展过程

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中，部分病人可突然发生溺闭不通，即以标实之急为主，在标实得到缓解后，仍以本虚或虚实夹杂为主。其中以癃病和急性闭病为病轻，慢性闭病为病重。如迁延日久，晚期可发展至肾阳衰败，命火衰微，浊阴不化，上犯清阳而危及生命。

6 鉴　　别

6.1 中医病名鉴别

热淋、血淋：前列腺增生性癃闭的排尿症状有两类：一类是膀胱出口梗阻症状，一类是膀胱逼尿肌不稳定症状，后者表现为小便频急，淋漓不尽；而热淋除此外，还具有一个最大的特点是涩滞疼痛。两者不难鉴别。然而前列腺增生性癃闭可因水湿浊邪停留日久、郁而化热、湿热蕴阻而出现涩痛之症，此时为合并淋证，而非单纯癃闭，临床当细辨之。

前列腺增生性癃闭在淋漓不畅的同时可伴尿血，需与血淋鉴别，两者的主要区别也是有无尿痛。所谓痛者为淋，不痛为血尿。

石淋、砂淋：砂石淋的主症为淋而出石，即除小便淋漓不畅涩痛外，还伴见排石症状，或 KUB（腹平片）和 B 超发现有下尿路结石；而前列腺增生性癃闭虽有淋漓不畅，但无尿痛，更无排石。但值得注意的是，前列腺增生性癃闭可因水湿浊邪停留日久、郁而化热、湿热煎熬而结成砂石，故本病很易合并砂石淋。合并石淋后，前列腺增生性癃闭原有诸症加重。但其合并石淋时，常常不伴有排石，因其源于梗阻，不会自行排出。另外，尿痛症状可有可无，因此前列腺增生性癃闭合并石淋时，不可仅依据有无尿痛和排石来判断是否合并了石淋。定期的 KUB 或 B 超检查是确诊的主要依据。

遗尿：遗尿症是指于睡眠时无意识地发生自行排尿。根据美国精神心理学会《诊断与统计手册》所制定的标准，5～6 岁儿童如 1 个月内夜间遗尿 2 次以上或 6 岁以上儿童 1 个月内夜间遗尿 1 次或 1 次以上者即定为遗尿症。遗尿症多见于儿童，其中 99% 的患儿至 15 岁时遗尿消失，只有 1% 的患儿推延到成年而不消退。遗尿症绝大部分是功能性的，只有 1% 的人伴有器质性尿路病变。成年人出现遗尿症时应鉴定是否是由尿路器质性病变引起，包括神经肌肉尿路病变和下尿路梗阻病变，而老年前列腺增生性癃闭伴有的遗尿症便是其中的一种。除排尿困难和残余尿增加外，需结合体征（如小腹膨隆）并作一些特殊检查（如前所述，包括尿道探子、尿道造影等）才能鉴别。

不禁：小便不禁亦名尿失禁，是指间断和持续性不自主的经尿道漏尿现象。分为压力性尿失禁、急迫性尿失禁、反射性尿失禁和充溢性尿失禁。其因神经原性、梗阻性、创伤性、精神性和先天性等因素造成。男性以前列腺增生症中的急迫性尿失禁、充溢性尿失禁及前列腺术后尿失禁最为常见。除此之外，糖尿病（累及膀胱尿道周围的有关神经或神经丛时）、骨盆骨折、脊柱损伤等亦常见。其鉴别除详细准确的病史、体格检查外，尚需结合膀胱尿道镜检查、尿流动力学检查及放射学检查。

6.2 西医病名鉴别

本病可有尿频尿急、急迫性尿失禁、排尿困难、急性尿潴留、慢性尿潴留及充溢性尿失禁等表现。然而表现为此类症状的疾病很多，大的范围就有四类。①机械性梗阻：膀胱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

颈至尿道外口(包括包茎)之间任何部位的机械性梗阻都可能导致。包括膀胱病变如膀胱结石、肿瘤、异物、膀胱颈挛缩，前列腺病变如前列腺增生、急性炎症、结核、肿瘤，尿道病变如尿道狭窄、肿瘤、结石、异物、损伤、憩室、先天性尿道瓣膜、精阜肥大、包茎，下尿路外来压迫盆腔肿瘤等；②神经性梗阻：即神经原性膀胱功能障碍造成的梗阻，凡支配膀胱的神经发生病变，均可导致。脊髓病变如脊髓血管病、肿瘤、损伤、脊髓病、脊髓痨，周围神经病变如糖尿病、带状疱疹、根治性盆腔手术后、脊椎发育不全等；③药物性梗阻：因使用某些影响膀胱功能的药物导致。常见的有抗乙酰胆碱类药物和拟交感神经药物两类，其它如抗高血压药物、抗心律不齐药如双异丙吡胺、钙通道阻断剂、抗组织胺药物及某些抗抑郁剂等，都有引起尿潴留的报道；④精神性梗阻：少见，多有强烈的精神刺激病史。前列腺增生症虽是癃闭中最常见的疾病，但仅是其中之一。

因此前列腺增生症常是在鉴别诊断过程中得到确定的。并发血尿时，不可一味用前列腺增生症解释。这是因为前列腺增生症仅有15%的患者发生血尿，而其他泌尿系疾病如结石、肿瘤、感染等的发生率却很高。临床发现前列腺增生症发生血尿时，有些并不是前列腺出血，而是由其合并的炎症、肿瘤、结石等引起的。因此，医生在诊断过程中，必须进行相关的病史询问、体格检查、实验室检查及特殊检查，以排除其他原因引起的上述症状。

膀胱颈挛缩：患者有下尿路梗阻症状，直肠指诊未发现有前列腺明显增大，除可能系增大之腺叶突向膀胱外，应考虑本病的诊断。本病下尿路梗阻病史更长，由青壮年即开始。膀胱镜检查可明确诊断，表现为：膀胱颈部因被结缔组织所代替而失去粘膜正常形态，膀胱颈后唇抬高，后尿道与膀胱三角区收缩变短。而前列腺增生症之增生腺体突向膀胱颈部时，被柔软粘膜覆盖，膀胱三角区下陷，后尿道延长。

膀胱肿瘤：膀胱肿瘤患者常先有肉眼血尿，当癌肿接近尿道内口时也可出现梗阻症状，特点是排尿困难在血尿之后发生。膀胱镜检查即可确诊。但需注意的是，前列腺增生症常可合并膀胱肿瘤，此时排尿困难并不发生在血尿之后。故前列腺增生症患者发生血尿时，需先排除合并肿瘤、炎症、结石等，才考虑是前列腺出血。

前列腺癌：其膀胱出口阻塞症状与前列腺增生症几乎无差别。前列腺癌血尿并不常见，而前列腺增生症有15%的患者伴见；前列腺癌直肠指诊前列腺早期扪得不规则、无弹性的硬结；前列腺特异抗原(PSA)、PSA密度(PSAD)、fPSA/tPSA比值、PSA速度等出现异常；可同时有骨转移、淋巴转移及全身恶病质等症状。最后还须活体组织检查证实。

前列腺肉瘤：包括间质肉瘤和叶状囊肉瘤。血清PSA无明显异常，直肠指诊前列腺较软。影像学检查有助于与BPH相鉴别。两种肿瘤的临床进展都较快。

神经原性膀胱尿道功能障碍：同样有排尿困难、尿潴留或尿路感染等。但神经原性膀胱常有与神经系统有关的疾病，以及曾长期应用与排尿有关的药物的病史；除排尿功能障碍外，常有大便功能及性生活方面的异常；神经系统检查常有会阴部感觉减退，咳嗽时肛门括约肌无收缩，肛门括约肌张力减退或不能随意收缩，球海绵体肌反射消失。尿流动力学及膀胱尿道镜检查对鉴别很有帮助。

逼尿肌老年性变化：逼尿肌不稳定除了前列腺增生梗阻、神经原性膀胱引起者外，老龄本身也是其中原因之一，正常老年人随年龄增长，逼尿肌不稳定发生率也不断增加。光镜下，前列腺增生梗阻引起的逼尿肌形态学改变很难与逼尿肌老年性变化相区别，而膀胱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肌肉活检电镜观察可以区分前列腺增生梗阻和老龄的改变。前列腺增生梗阻电镜特征是：肌细胞外形肥大；肌细胞间隙明显增宽，内有大量胶原纤维成分；肌细胞间紧密联接明显减少，代之以胞突联接和桥粒联接。

异位前列腺：可发生于不同年龄，亦可在老年时出现症状。有排尿困难，但多以血尿为主诉，血尿为间歇性或仅为镜下血尿，亦可有血精。异位前列腺多位于精阜部或膀胱内，呈息肉状。亦可位于膀胱三角区与直肠之间。需经膀胱镜确诊。治疗可选择经尿道电切或手术切除。无恶变倾向但可复发。

前列腺囊囊肿(苗勒氏管囊肿)：前列腺囊囊肿是由苗勒氏导管的残存部分形成的，故又称苗勒氏管囊肿。亦可出现尿频，尿线细而无力，大的囊肿可将膀胱底部及尿道推向前方引起急性尿潴留。直肠指诊在前列腺底部正中扪及囊肿，应与位于一侧的精囊囊肿鉴别。超声波检查、CT及磁共振成像均能显示囊肿特征。

精阜增生：主要临床症状是排尿困难，可导致膀胱输尿管返流，引起肾积水和肾功能损害。其诊断主要靠尿道镜检查。排尿期膀胱尿道造影可显示后尿道充盈缺损。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 肺热气闭

临床表现：小便不畅或点滴不通。伴咽干口燥，烦渴引饮，胸中烦闷，或咳嗽时作，咳声重浊，甚至呼吸急促。舌红苔薄黄，脉滑数。

病机分析：燥热或痰热闭阻于肺，肺失宣发肃降，气机阻塞逆乱，清肃之能失司，故见胸中烦闷，咳嗽时作，咳声重浊，呼吸急促；邪热灼伤肺津，津亏失去濡润，故见咽干口燥，烦渴引饮。肺失宣降，不能输布津液和通调水道、下输膀胱，水津内停，蓄于膀胱，故见小便不畅或点滴不通。舌红苔薄黄，脉滑数为燥热或痰热在气分的征象。

治则治法：清泄肺热，降气利水。即开上通下。

方药：清肺饮加减。

黄芩　桑白皮　地骨皮　车前子　茯苓　杏仁　桔梗　王不留行　生甘草

加减：咳嗽痰多，胸闷纳呆，加全瓜蒌、枳壳；心烦溲赤，舌尖红赤，加黄连、竹叶；口干口渴，舌红少津，加麦冬、石斛；大便秘结加生大黄、枳实。

临证参考：前列腺增生性癃闭肺热气闭证较少见。更多的情况是，在其他某一见证的基础上，兼有肺热气闭。故本法(即提壶揭盖法)常为配用治法。即在下面要谈到的某一法、方的基础上，加用1～2味开肺之品。

7.1.2 脾虚气陷

临床表现：小便滴沥不爽，小腹坠胀，排尿无力，或尿溢不禁。伴倦怠少气，气短懒言，面色黄白，食欲不振，或气坠肛脱。舌淡苔白，脉沉细弱。

病机分析：脾胃气虚，脾失健运，气血乏源，故食欲不振，倦怠少气，气短懒言，面色黄白；清气不升，中气下陷，无以维系，故气坠肛脱。肺之运化失职，水湿停留，下注膀胱，则小便癃而难出；脾失统摄，膀胱失于约束，以致水不能蓄，则小便遗溺不禁。小

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

便滴沥不断，小腹坠胀，排尿无力均为脾虚中气下陷，气虚失于固摄之征。舌淡苔白，脉沉细弱示脾胃虚弱，气血不足。

治则治法：益气升清，通利降浊。

方药：补中益气汤加减。

黄芪　党参　当归　陈皮　炙升麻　柴胡　桂枝　茯苓　泽泻　牛膝

加减：面白唇淡，加白芍、鸡血藤；手足不温，少腹发凉，加乌药，桂枝易为肉桂；食少纳差，腹部胀满，加砂仁、半夏；小便不禁，加桑螵蛸、煅龙骨、煅牡蛎。

临证参考：益气升清、通利降浊两者应以健脾益气、升举清阳之气为主，淡渗通利、利湿降浊为辅，清升浊自降。

7.1.3 肾阴不足

临床表现：小便频数不爽，淋漓不尽。伴头晕目眩，腰酸腿软，失眠多梦，神疲倦怠，咽干口燥。舌红少苔，脉细数。阴虚有热者，伴有五心烦热，尿少赤热。

病机分析：年老体弱，或房室过度，或久病体虚，或癃久不下，均致肾精不足，肾阴亏损，虚火内生。肾精不足，肾阴亏损，故头晕目眩，腰酸腿软，失眠多梦，神疲倦怠，咽干口燥；五心烦热，尿少赤热，为虚火内生。阴虚则水道艰涩，火旺则热蕴气滞，膀胱水液不利，故小便频数不爽，淋漓不尽。舌红少苔，脉细数为肾阴亏损，阴虚火旺之征。

治则治法：滋阴渗利，消瘀散结。

方药：知柏地黄丸合滋肾通关丸加减。

知母　黄柏　生地　阿胶　茯苓　泽泻　车前子　肉桂　川牛膝　莪术

加减：小便艰涩，加石韦、海金沙；心烦尿赤，口舌生疮，加木通；腰部酸痛，加川断；唇干口渴，加天花粉；阴虚有热，加鳖甲、地骨皮；气阴两伤，合生脉饮。

临证参考：阴阳互根，互为依从。阴虚虽生虚火，但真阳亦损。肾阴不足，阳无以化，肾阳气化功能亦相对不足。故在补阴的基础上，应加助阳化气之品，如菟丝子、猪茯苓、女贞子、肉桂等。另外，肾阴不足，阴虚火旺证多兼有气滞血瘀，故临证中注意气血的畅通。

7.1.4 肾阳不足

临床表现：小便不通或滴沥不爽，排出无力，或尿溢失禁。伴神疲怯弱，腰酸腿软，肢寒怕冷，面色黄白，唇甲色淡。舌淡苔白，脉沉细弱。

病机分析：年老体弱，或房室过度，或久病体虚，或癃久不下，均致肾精不足，肾气虚弱，气化失司，开合失常。肾阳不足，肾精亏损，故见神疲怯弱，腰酸腿软，肢寒怕冷，面色㿠白，唇甲色淡。温煦蒸腾功能下降，气不化水，水液停留，则小便不通或滴沥不爽，排出无力；若固摄失职，水不化气，水精下流，水不能蓄，则小便遗溺不禁。舌淡苔白，脉沉细弱，为肾阳虚衰之征。

治则治法：温阳化气，行水通窍。

方药：济生肾气丸加减。

熟地　山萸肉　补骨脂　丹皮　泽泻　怀牛膝　仙灵脾　车前子　肉桂　生黄芪　生大黄

加减：精神萎顿，腰脊酸痛，加党参、鹿茸；畏寒肢冷，加制附片；面白唇淡，加白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

芍、当归；泛恶呕吐，加姜半夏、姜汁炒川连；小便不通，加沉香、菖蒲；尿溢不禁，加菟丝子、益智仁；便溏，生大黄改为酒制大黄。

临证参考：肾阳虚衰较甚者多有湿浊上泛，注意配合降浊法；肾阳不足亦多兼有气滞血瘀，故多兼以行气活血。

7.1.5 湿热下注

临床表现：小便频数不爽，尿黄而热或涩痛，或小便不通，少腹急满胀痛，口苦口粘，大便秘结。舌红苔腻或黄腻，脉数。

病机分析：过食辛辣酒醇，酿积湿热，或感受湿热之邪，均致湿热下注，蕴积膀胱，故见小便频数，尿黄而热或涩痛；湿热不解，在上则口苦口粘，在下则大便秘结。湿热可阻塞其窍，使膀胱气化受阻，导致小便不畅或闭而不通，后者伴有少腹急满胀痛。舌红苔腻或黄腻，脉数为湿热蕴积之征。

治则治法：清热化湿，通利膀胱。

方药：八正散加减。

瞿麦　车前子　木通　肉桂(少量,2～3g,后下)　柴胡　冬葵子　生蒲黄　琥珀粉　黄柏　生大黄

加减：湿热毒邪壅盛者，加蒲公英、半枝莲；口苦口粘，加柴胡、黄芩；心烦舌糜，加竹叶、甘草；口干少津，加麦冬；腰痛，加川断；尿痛，加石韦、海金沙；小便不通，加沉香、菖蒲；湿热留恋，肾阴已伤者，按肾阴不足证治疗。

临证参考：湿热蕴积，阻塞溺窍，不仅影响膀胱气化，且多影响气血流畅，故临证多配以助膀胱气化和行气活血之品。

7.1.6 膀胱瘀阻

临床表现：小便努责方出或小便不通，少腹急满胀痛，或伴尿血、血块。舌质紫黯，或有暗蓝斑点，脉涩或弦。

病机分析：感受外寒，寒凝络脉；或湿热蕴久，生滞生瘀；或房劳竭力，血瘀膀胱；或憋尿过久，脉络不通。均致瘀血阻塞其窍，使膀胱气化受阻，发生小便不畅或闭而不通，后者伴有少腹急满胀痛。舌质紫黯，或有暗蓝斑点，脉涩或弦为膀胱瘀阻之征。

治则治法：活血散瘀，通利膀胱。

方药：代抵挡丸加减。

当归　桃仁　生大黄　川牛膝　琥珀粉　肉桂　沉香　瞿麦　炒五灵脂　地鳖虫

加减：伴尿血、血块者，加生蒲黄、小蓟；舌黯有瘀斑加蛴螬；兼有湿热者，加黄柏、木通、柴胡等。

临证参考：瘀血阻滞溺窍，影响膀胱气化，故临证多配以助膀胱气化之品。

7.1.7 肝郁气滞

临床表现：小便不通或点滴而下。伴胸胁胀满，情志抑郁，急躁易怒，口苦咽干，少腹、会阴胀痛重坠，舌红苔薄或薄黄，脉弦。

病机分析：情志不遂，肝郁气滞，故见胸胁胀满，情志抑郁，急躁易怒，口苦咽干，少腹、会阴胀痛重坠。肝气郁滞则三焦水道难通，故小便点滴而下或小便不通。

治则治法：疏肝理气，通利水道。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：沉香散加减。

柴胡　沉香　当归　生牡蛎　石韦　冬葵子　滑石　王不留行　乌药　郁金　车前子

加减：肝经湿热明显，见有寒热往来、口苦咽干者，加黄芩、半枝莲。

临证参考：肝郁气滞证常兼湿热蕴结或瘀血阻滞，临证注意灵活配用。

急性闭病多属实证，但它是癃闭进展过程中的一时性变化，即暂时以标实为主，故攻逐法应中病即止，不可过用而伤正，使本虚更重。癃病和慢性尿闭以虚为本，且多为虚中夹实，临证中应辨明虚实多少与轻重，灵活应用攻补兼施之法。若虚多实少，可先补元气，后攻补同施，或补与攻补交替使用；若实多虚少，可先攻邪实，后攻补同施。攻时不可太峻，补时忌涩忌腻。

中医治疗前列腺增生症应掌握好适应证：用于 1 期、2 期病人，残余尿在 60～70ml 以内，无结石、肿瘤等合并症。

由于患者对排尿异常长期耐受，在发生肾功能损害时，早期多无察觉，故在应用中药治疗期间应定期(至少 1 年 1 次)给病人进行复查，包括直肠指诊、尿液检查、前列腺 B 超、残余尿测定、尿流率测定等。一方面看病情是否继续发展，是否有感染、结石合并存在；另一方面了解在此期间是否有前列腺癌发生。

7.2 辨病论治

7.2.1 健脾益气，祛瘀通窍法

适用于气虚瘀阻证。药用党参、黄芪、茯苓、车前子、桔梗、炙升麻、生蒲黄、王不留行、川牛膝、琥珀。兼有痰结者，配以化痰软坚散结，加鳖甲、昆布、海藻。

7.2.2 健脾益气，软坚散结法

适用于气虚痰结证。药用党参、黄芪、贝母、苦参、白术、茯苓、炙升麻、夏枯草、海藻、昆布、橘核。兼有瘀血者，配以活血通瘀，加益母草、丹参、王不留行。

7.2.3 滋肾清利，活血通瘀法

适用于阴虚瘀阻证。药用生地、阿胶、玄参、肉桂、知母、黄柏、琥珀、地鳖虫、泽泻、黄芪、桔梗。兼有痰结者，配以化痰软坚散结，加夏枯草、鳖甲、海藻。

7.2.4 补肾益气，活血通窍法

适用于阳虚瘀阻证。药用肉桂、黄芪、熟地、肉苁蓉、仙灵脾、丹参、地鳖虫、红花、琥珀、乌药、牛膝、瞿麦。兼有痰结看，配以化痰软坚散结，加橘核、鳖甲、海藻。

7.2.5 清热利湿，活血通窍法

适用于湿热瘀阻证。药用木通、冬葵子、大黄、肉桂、丹参、冬瓜仁、泽兰、薏苡仁、生蒲黄、全瓜蒌、黄柏。兼有痰结者，配以化痰软坚散结，加夏枯草、海藻、鳖甲。

7.2.6 补肾益气，化痰散结法

适用于阳虚痰凝证。药用鹿角胶、熟地、白芥子、麻黄、肉桂、干姜、黄芪、制附片、夏枯草、橘核、牡蛎。兼有瘀血者，配以活血通瘀如莪术、牛膝、丹参。

7.2.7 滋肾清利，化痰散结法

适用于阴虚痰凝证。药用生熟地、肉桂、知母、黄柏、泽泻、女贞子、旱莲草、夏枯草、鳖甲、橘核、荔枝核。兼有瘀血者，配以活血通瘀如莪术、牛膝、丹参。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.8 疏肝理气，化痰散结法

适用于气滞痰结证。药用柴胡、香附、丹参、赤芍、生牡蛎、玄参、浙贝母、夏枯草、海藻、昆布、海浮石。兼有瘀血者，配以活血通瘀，加牛膝、益母草、丹参。

7.2.9 破瘀化痰，散结通窍法

适用于痰瘀互阻证。药用海藻、昆布、丹参、川牛膝、山甲、皂刺、白芥子、鳖甲、桃仁、廑虫、肉苁蓉、荔枝核。根据兼夹湿热、肾虚、脾虚等病机而随证加减。

7.2.10 化气利水，活血通瘀法

适用于水蓄瘀阻证。药用桂枝、茯苓、桃仁、赤芍、牛膝、乌药、穿山甲、大黄、琥珀、生蒲黄、滑石、瞿麦。兼有痰结者，配以化痰软坚之品如菖蒲、橘核。

7.3 临床用药经验与体会

7.3.1 开上窍以通下窍

临床无论有无上窍闭塞，均可配用开上窍的药物，有利于下窍的开启。可在辨证的基础上，加1~2味开肺的药物如杏仁、桔梗、贝母 紫菀等。

7.3.2 升清以利浊降

癃闭为湿浊停留不降之证，清阳之气的上升有利于湿浊之气的下降。因此，临床常配伍升清之品如黄芪、升麻、柴胡、枳壳等，可促使湿浊下走阴窍。

7.3.3 通后窍以利前窍

前后二窍同由肾所主，前窍与后窍之间在解剖上互为邻近，在生理上相互配合，因此在病理上亦相互影响。生大黄活血行瘀，通下导滞，引瘀血浊热从大便而走，配合通利之品导瘀血湿热从小便而去，达到通后窍以利前窍的目的。临床上观察到，急性尿闭患者，大便一通，小便即自利。

7.3.4 直接开前窍法

本病分窍实而闭和窍虚而闭，无论何种，临床如配合直接开启前窍的药物，如琥珀、郁金、莪术、菖蒲、生黄芪、沉香、麝香、穿山甲等，可提高疗效。

7.3.5 消散气血痰湿的凝聚是提高疗效的重要途径

中医外科学认为，气血痰湿的凝聚是外科疾病形成的基本病理改变，由于这些致病因素或病理产物的聚积，才形成了外科疾病。对于前列腺增生性癃闭来说，无论是脏腑功能失调(即三焦气化失司)，还是感受病邪，均有滞、瘀、痰、湿的形成，这既是疾病形成的根源，又是疾病难以祛除的原因，因此，如果不消除这些病理改变，很难提高疗效。这些治则包括疏肝理气，活血散瘀，化湿利水，化痰软坚。理气药如柴胡、郁金、沉香、乌药、枳壳；祛瘀药如丹参、桃仁、生大黄、川牛膝、红花、琥珀粉、炒五灵脂、地鳖虫；利湿药如茯苓、泽泻、瞿麦、萹蓄、车前子、木通、冬葵子；化痰软坚药如夏枯草、昆布、海藻、生牡蛎、川贝母。

7.3.6 助膀胱气化药物的应用

如前所述，癃闭的病位在膀胱。膀胱主司小便，若膀胱气化功能正常，则开者小便畅快出于外，合者小便蓄积留于内。然而，膀胱的气化功能的正常发挥又有赖于三焦的气化功能。若三焦气化失司，则必然导致膀胱气化不利，开合失常，于是发生癃闭。膀胱为洁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

净之腑，其气化功能的正常发挥亦有赖于其自身的洁净、清畅。若被湿热或/和瘀血阻塞其窍，则气化受阻，亦可致小便闭而不通。无论是三焦气化失司所致的膀胱气化不利，还是湿热瘀血闭阻所致的膀胱气化受阻，均影响了膀胱的气化功能。因此，除针对原发病因治疗外，均应同时重视恢复膀胱的气化功能。这也是无论虚实，均需加用助膀胱气化药物的原因。助膀胱气化的药物有：桂枝、茯苓、肉桂、补骨脂、肉苁蓉、菟丝子、乌药等，可酌情选用。

7.3.7 注意用药剂量适度

本病形成需十几年甚至几十年，故去之亦非一日之功，需长期用药。中药绝大部分虽毒性极低，但并非绝对安全，是药就有几分毒，故遣方用药时不但要注意药味的选择，还应注意剂量要适度，应缓缓图之，不可攻伐太过。对于有小毒的药物，更应注意长期用药的不良反应。

7.3.8 老中医经验

前列腺增生性癃闭，甚为难治。如何提高疗效，发挥中医优势，既离不开加强现代研究，亦需重视总结前辈经验。今将近代一些名老中医治疗前列腺增生性癃闭的经验作一总结或许能抛砖引玉，为读者提供一些启示。

（1）秦伯未认为癃证的治疗，因肾阳虚而膀胱气化不及者，用熟地、肉苁蓉、附子、巴戟天、肉桂、山茱萸等温化下元；因热结膀胱而气痹不通者，用冬葵子、木通、车前子、通天草、猪苓、枳壳等疏导。

（2）印会河认为前列腺为肝经循行所过之处，前列腺增大压迫尿道所引起的癃闭，可视作肝经癃积所致。常由肾之精气亏损，阴阳失和，经脉不利，相火妄动，煎熬津血，致使痰凝瘀阻，滞结肝经而成。治以疏肝散结。基本方为：当归 15g，赤芍 15g，丹参 15g，柴胡 10g～15g，生牡蛎 30g（先煎），海藻 15g，昆布 15g，海浮石 15g（先煎），玄参 15g，川贝粉 3g（分冲），夏枯草 15g，肾精子 5 粒以桂圆肉包裹（于第 1 次服时吞服），牛膝 10g。其中当归、赤芍、丹参养血活血，调理肝经，疏通经脉；柴胡解郁，条达气机，引药入于肝经；牡蛎、海藻、昆布、海浮石、玄参、贝母、夏枯草、肾精子软坚消积；牛膝引药下行，使之直达病所。肾精子颗粒甚小，取胶囊装吞或以龙眼肉包裹，可防止肾精子粘附留着于牙缝中。

（3）施汉章认为本病起因于肾虚寒凝，导致瘀血、痰湿互结不化，为本虚标实之证。治宜助阳通窍，软坚化痰，标本兼顾。基本方为：黄芪、肉桂、大黄、桃仁、皂刺、夏枯草、橘核、海藻、生牡蛎。阳虚明显，加淫羊藿、肉苁蓉；寒重明显，加附子、鹿茸；夜尿多，加桑螵蛸、五味子；兼阴虚，黄芪、肉桂减量，加知母、黄柏、玄参、熟地；兼中气下陷，去大黄、桃仁，加柴胡、桔梗、升麻；兼湿热，黄芪、肉桂减量，加蒲公英、白花蛇舌草、滑石、木通、白茅根、知母、黄柏。

（4）沈楚翘指出本病多见于老年人，多表现为夜尿频数，排尿无力，余沥不尽，伴腰酸足冷，脉多沉细，尤以两尺为甚。故本病多为肾阳虚衰，气化无力所致，然肺气不足和中气下陷亦参与了小便不畅，欲解不出的形成。临床上可因虚致实而出现湿热、气滞、血瘀、痰凝等各种兼证。故应以治肾为主，兼顾肺脾。采用益肾健脾，补气开肺，化气利水之法。基本方为：炙黄芪 15g，党参 15g，桔梗 6g，升麻 6g，桑寄生 15g，川断、山药各

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

15g，益智仁、台乌药 10g，白术、茯苓各 10g，丹皮 10g，泽泻 10g，肉桂 6g。如小便不利明显，加车前子 10g、琥珀粉 1.5g（吞）。车前子甘淡通利而不伤阴，琥珀利水通淋而活血化瘀，小便不利伴尿血者更宜。指诊前列腺增大、质较硬，多由气虚推动无力，血脉瘀滞所致，此时常加活血化瘀之品，但以药性稍缓、性较偏温者为宜，如当归、红花、丹参、艾叶等。如有湿热、气滞、痰凝等兼证时，亦酌情处理。

（5）张锡君主张通瘀散结，清热利水以治标；辨证论治，因人而异以求本。老人正气渐衰，或因（脾肾）气虚，或因（肝郁）气滞，均致气血瘀阻，凝滞成块，阻塞尿道。因此均先服用“双虎通关丸”3～5 天以通瘀散结，清热利水治其标；然后再据临床所见而分型论治。双虎通关丸组成：琥珀粉、虎杖、当归尾、桃仁、石韦各 1g，大黄、海金沙各 1.5g，地鳖虫 2g（每丸剂量）。每服 1 丸，每日 3 次。用葎草、白花蛇舌草各 30g 煎汤送服。本病证型及方药：肝郁气滞用沉香散加减，药用沉香、橘皮、当归、王不留行、石韦、冬葵子、滑石、香附、郁金、乌药；气血瘀阻用代抵当丸，药用当归尾、山甲片、桃仁、大黄、芒硝，急性尿闭加麝香少许吞服；湿热蕴结用八正散加减，药用滑石、甘草梢、车前子、萹蓄、瞿麦、栀子、大黄。脾肾阳虚用老人癃闭汤加减，药用党参、黄芪、莲子、黄精、淫羊藿、肉桂、萆薢、车前子、王不留行、吴茱萸、甘草。肾阴亏损用六味地黄丸加味，药用丹皮、山茱萸、山药、茯苓、生地、泽泻、枸杞子、车前子、萹蓄、瞿麦、牛膝。

（6）叶朗清指出本病病程较长，久病不愈，加之年老体弱，气血阴阳必然有所偏损，继而影响膀胱气化功能，而致小便癃闭，水湿停留。故本病在正虚之外，尚有邪实。正虚为发病之本，水湿为致病之标，治疗应寓通于补，补中兼通，标本同治。在辨证的基础上配合升清之品如升麻、柴胡，软坚之品如夏枯草、海藻、昆布等可提高疗效。具体应用：中气不足、水湿停留证用补中益气汤加减，药用潞党参 9g，生黄芪 9g，生白术 9g，柴胡 4.5g，炙升麻 9g，川萆薢 12g，潼木通 4.5g，当归 9g，夏枯草 10g，萹蓄 12g，海藻 12g，昆布 12g，滋肾通关丸 12g；气阴两虚、水湿停留证用补中益气汤合增液汤加减，药用潞党参 9g，生黄芪 9g，大生地 12g，北沙参 12g，大麦冬 9g，炙升麻 9g，夏枯草 10g，川萆薢 12g，潼木通 4.5g，冬葵子 12g，生甘草 9g，柴胡 4.5g，海藻 12g，昆布 12g；阴虚水湿停留证用增液汤合八正散加减，药用大生地 12g，北沙参 12g，大麦冬 9g，川石斛 9g，川萆薢 12g，夏枯草 12g，炙升麻 9g，萹蓄 12g，瞿麦 12g，海藻 12g，昆布 12g，冬葵子 12g，制大黄 6g；湿热下注证用八正散加减，药用潼木通 4.5g，川萆薢 12g，萹蓄 12g，瞿麦 12g，金钱草 30g，夏枯草 10g，海藻 12g，滑石 12g，冬葵子 12g，川连 3g，川朴 3g，昆布 12g，炙升麻 9g，滋肾通关丸 12g。

（7）陈树森认为老年脏气渐衰，阳常不足。气虚则血运不畅，而致血瘀形成积块；阳虚则气化不利，终致癃闭。治宜补肾益气，活血化瘀，软坚散结。自拟方：丹参 15g，赤芍 15g，桃仁 10g，红花 10g（或炮甲片 9g），肉桂 5g，仙灵脾 15g，补骨脂 15g，海藻 15g，黄芪 20g。大便秘结，加生首乌 20g，肉苁蓉 15g，制大黄 6g。每日 1 剂，煎 2 遍和匀，3 次分服。尿镜检有 RBC 加紫草 10g；WBC 多者加黄柏 15g，连翘 15g。

（8）徐福松认为前列腺增生症伴急性尿潴留多属本虚标实之证，本虚责之脾肾，标实乃湿热、浊瘀。据“急则治其标”的原则，宜治标为主或标本同治。分为膀胱积热和阴虚火旺两证。膀胱积热证以清热利尿为主，活血开闭为辅。用公英葫芦茶（验方）加减：冬葵

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

子 10g，车前子 10g，瞿麦 10g，石韦 10g，藿香 10g，滑石 30g，木通 5g，怀牛膝 10g，王不留行 10g，蒲公英 18g，葫芦茶 30g，三棱 6g，莪术 6g。得效后增入“二海”即海藻、昆布。阴虚火旺证以滋阴降火为主，软坚开闭为辅。用二海地黄汤(验方)加减：生地 10g，熟地 10g，山萸肉 10g，茯苓 10g，怀牛膝 10g，泽泻 10g，海藻 10g，昆布 10g，丹皮 10g，丹参 10g，荔枝核 15g，车前子 10g(包)，碧玉散 15g(包)，川断 10g。二证均可加滋肾通关丸。兼脾虚加补中益气丸；兼肾虚加金匮肾气丸；兼瘀血加大黄䗪虫丸。

(9) 张泽生认为脾居中焦，中气不足，运化失常，不能升清降浊，故溲便为之变。脾虚气陷则时感气坠，大腹作胀。脾虚久而生湿，湿郁生热，湿热阻滞，壅遏下焦。肾属下焦，肾虚气化不及州郁，则小便不利。治疗当从脾肾为主，补脾培中用补中益气汤出入，使其下陷之脾气得以升提，俾升清降浊复其常度。用导赤散及滋肾通关丸清热坚阴化气，使湿热得去则小便自利。升麻与牛膝同用，一为升清举陷，一为引清利湿热之药下行，一升一降，有助于气化功能之正常。

(10) 谢昌仁治疗本病有三法：一为清热利湿，通腑逐瘀，药用桃仁承气汤加车前草、赤芍、土牛膝、蒲公英；二为清热利湿，通腑泄浊，药用二陈汤加薏苡仁、泽泻、车前草、枳壳、土牛膝、蒲公英、全瓜蒌、生制大黄；三为清热利湿，滋养肾阴，药用六味地黄汤加薏苡仁、车前草、土牛膝、蒲公英、制大黄。

(11) 池绳业治疗本病急性尿潴留一用清热利湿，通利水道法，药用六一散加冬葵子、车前子、石韦、瞿麦、泽泻、苦杏仁、枳壳；二用清金益阴，开上通下法，药用北沙参、麦冬、玄参、玉竹、生地、知母、车前子、石韦、冬葵子、通草、桔梗。

(12) 梁乃津治疗本病用补肾益气，活血通窍法，药用淫羊藿、怀牛膝、黄芪、王不留行、穿山甲、生大黄。注重一是补气，重用黄芪 60g；二是通窍，必用虫类活血药蜈蚣、水蛭、土鳖虫、穿山甲；三是通下，用大黄荡涤湿热痰瘀。

(13) 周汉臣治疗本病用益气补肾，滋阴清热法，药用六味地黄汤加党参、黄芪、肉桂。

(14) 任瑞文治疗本病一用滋补肝肾，清利湿热，药用知母、黄柏、生地、肉桂、木通、竹叶；二用健脾温肾，祛痰化瘀，药用白术、泽泻、猪苓、茯苓、陈皮、小茴香、荔枝核、川楝子、炮山甲、牵牛子、肉桂、大黄；三用清利湿热，祛痰化瘀，药用木通、泽泻、茯苓、萹蓄、山栀、穿山甲、川楝子、滑石、丹皮、黄柏、牵牛子、知母、肉桂、牡蛎。

(15) 柴浩然治疗本病尿潴留有五法：一是清热泻火，通窍利水，或清热滋阴，通窍利水，前者用鲜白茅根、丝瓜络、马尾连、鱼腹草、海金沙、瞿麦、滑石粉、萹蓄、淡竹叶、生栀子、甘草，或者用知柏地黄汤加女贞子、怀牛膝、车前子、海金沙、路路通、淡竹叶、甘草；二是清利湿热，通窍利水，渐发者用生大黄、滑石粉、黄柏、晚蚕砂，共为细末，每服 3g，日服 4 次，急发者用川牛膝、滑石、海金沙、茯苓、瞿麦、冬葵子、川大黄、甘草；三是泻热通便，行瘀散结，桃仁承气汤合五苓散，大便通后，用五苓散加桃仁、怀牛膝、海金沙、川大黄、滑石；四是行瘀散结，通窍利水，用代抵挡汤和六一散化裁，当归、大黄、炮山甲、生地、桃仁、怀牛膝、滑石、海金沙、甘草；五是温肾助阳，化气利水，用栝蒌瞿麦丸加味，熟附子、瞿麦、天花粉、茯苓、炒山药、血余炭、盘龙草(旧草帽贴近头部者)。

(16) 卢尚岭认为本病的主要病理机制是肾中阴阳俱虚，主水功能失司，则膀胱虚冷，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气化不利，开合失职，气虚血行郁滞，痰瘀互结，壅塞尿路，则变生诸症，属本虚标实。治疗应以补肾固摄，化痰消瘀，调节膀胱气化为大法，用药补消并举，行气活血共施，着眼于虚、痰、瘀三个主要环节，然而以行气为先导，使下焦气化得畅，而利于痰化瘀消；若日久化热者，加清热利湿之品。常用自拟方：乌药 60g，益智仁 45g，山茱萸 20g，五味子 15g，肉桂 6g，覆盆子 30g，穿山甲 12g，海藻 30g，浙贝母 30g，沉香粉 6g（冲服）。随症加减：体倦乏力、头晕气短者加黄芪 60g；舌暗紫瘀斑瘀点、脉弦涩者加莪术 12g、皂刺 6g；会阴下坠、尿灼热赤黄者加川楝子 12g、白花蛇舌草 30g、败酱草 30g；腰酸膝软、四肢不温者加鹿角霜 15g。卢老治本病善用益智仁，倡用乌药，以温肾调气，效果良好。

（17）郭维一认为治疗本病应从肺、脾、肾三脏及瘀阻尿路来辨证施治，切勿囿于通利一法，见不利就通，势必愈通愈闭。①以肺治：肺为五脏六腑之华盖，为水之上源，能通调水道，下输膀胱。若治节不行，肺气壅阻，不能通调水道，自然下输困难，癃闭由生。基于此，当治肺，调其治节，以助肃降，上源清，水道自通。②以脾治：脾为后天之本，主运化水谷，升清降浊。若升降失职，清气不升，浊气难降，势必小溲不通。此治在脾，宜调其枢机，益脾扶阳，复其升降之职，俾清升浊降，水溲自通。③以肾治：肾为水脏，真元寓内，居下焦，职司开合，主二便。若肾阳不足，命火衰微，无以化气，势必开合失常；若肾阴不足，阳热有余，也影响气化。此当治肾，或温阳化气，或坚阴助化。④从瘀阻尿路治：尿路无阻，小便始能通畅流行，若瘀血败精，或肿块结石阻塞尿路，小便势必淋漓不畅，艰涩难下，形成癃闭。此治当“通”，或行瘀散结，或通利水道。

（18）张继泽认为前列腺增生症所致的癃闭大体可分为 7 证，其中肺热壅盛、膀胱湿热、肝郁气滞、浊瘀阻塞为实证，治拟宣肺利水、清利湿热、行气渗利、化瘀逐水；中气虚陷、命门火衰、肾阴不足为虚证，治拟补中升提、温肾助阳、滋阴行水等。但虚实之间每有夹杂，当结合辨治。提出 7 种主要治法：①提壶揭盖，开上启下；②清利并举，兼助气化；③斡旋气机，疏肝利水；④行瘀散结，当分主次；⑤升清举陷，益气降浊；⑥益肾温阳，气化水道；⑦滋阴利水，阴中求阳。

（19）李聪甫认为本病为老年患者，下元亏虚，津血不足，加之肺气素虚，失于治节，气津两虚，故见二便不通。所拟方药，应和阴血寓于输津液之中，润肠通便；养肺气于治节之内，化气利尿。

（20）董汉良据《内经》“汁沫与血相搏，则合并凝聚不得散而积成矣”，以及脏腑学说“肺为水之上源”和“肺与大肠相表里”等理论，组成消积软坚，活血祛瘀，佐以开肺通腑，治疗前列腺增生症。方中桑皮、桔梗、前胡以宣降肺气，肺气宣降则水液得下，气降则水道通调，下输膀胱；琥珀、益母草、赤小豆以活血祛瘀，清利湿热；大黄、枳壳以通利大便；冬葵子渗利小便；瓦楞子、陈皮、甘草理气化浊，调胃和中。湿热下注加黄柏、淡竹叶、土茯苓；肾阳衰微加肉桂、附子、仙灵脾；脾虚湿滞加茯苓、苡仁、泽泻。临床应用，颇为良效。

7.4 外 治 法

7.4.1 中药直肠灌注或栓剂塞肛

直肠给药比口服给药吸收快，故对较轻的患者，直肠栓剂可取代注射剂静脉给药。直

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肠给药与肌肉注射，两者对药物成分吸收和发挥作用无明显差别，直肠给药生物利用度高，有50%～70%不经肝脏直接进入大循环，减少了有效成分在肝脏的破坏，提高了血药浓度。因此中药直肠灌注和栓剂塞肛是重要的外治方法，被广泛用于临床各科，尤其是外科。确立的治则以活血化瘀，软坚散结为主，可用下方灌肠或制成栓剂进行治疗：大黄、泽兰、王不留行、乳没、猪牙皂、细辛。

7.4.2 中药脐部外敷

药物脐部外敷比其他部位的皮肤外敷更容易被吸收，因此，脐疗也是重要的外治方法。从中医角度讲，脐部即为神阙穴，通中下焦，主治水肿臌胀、腹中结块，具有助阳理气、利水消胀、通经开闭之功能。在此脐疗主要用于急性尿闭，表现为小便闭而不通，少腹胀痛，辗转不安。可酌情选用以下方法。

(1) 商陆15g，麝香少许，装入纱布袋内，盖在脐上，外用绷带缚之，约1小时许，待药气入腹中。

(2) 葱白、花椒、食盐各适量。花椒和食盐先同炒后研细末，再与葱白捣烂敷脐部。

(3) 田螺数个捣烂，加食盐少许，敷脐部或脐下1寸3分处。或田螺捣烂后加麝香0.6g，涂于肚脐至关元处，用布包裹。

(4) 生姜30g，豆豉9g，食盐6g，连须大葱带泥500g，同捣作饼，烘热贴脐上。

(5) 白矾、生白盐各7.5g，共研细末并和匀，以纸圈围脐，填药在内，滴冷水于药上。

(6) 鲜青蒿200～300g捣细碎(注意不要让汁水流掉)，立即敷于脐部。

7.4.3 针灸疗法

(1) 脾肾不足者，取肾俞、三焦俞、三阴交、气海、中极、关元、委阳等穴，每次选用2～3穴，针用补法，留针20分钟，每日或隔日1次。亦可灸关元、石门、水道、命门穴。

(2) 膀胱湿热者，主穴三阴交、阴陵泉、中极、关元，配穴水道、膀胱俞、委阳、三焦俞，每次选主、配穴各2个，强刺激，每日2次，每次留针20分钟。

(3) 膀胱瘀阻者，取三阴交、中极、委阳、气海、三焦俞，每次选2～3穴，强刺激，每日1次，每次留针20分钟。

7.4.4 推拿疗法

肾气不足者，揉鱼际，补肾经，擦腰骶部等；湿热下注者，按揉丹田，清小肠，推箕门，按揉三阴交，揉鱼际等。

7.5 急性尿潴留的处理

急性尿潴留即中医之急性尿闭。前列腺增生症分为三期：初期为排尿刺激症状期，此时逼尿肌代偿性肥大，排尿力与尿道阻力处于相对平衡状态，无残余尿；中期为残余尿发生期，此时尿道阻力大于膀胱逼尿肌张力，残余尿出现；后期为代偿不全期，此时尿道阻力远大于膀胱逼尿肌张力，残余尿进一步增多。上述任何阶段均可发生急性尿潴留，但主要发生在初期末和中期初。患者先有一段时间的癃的症状，当受凉、劳累、饮酒、憋尿等

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

原因引起交感神经兴奋时，前列腺及膀胱颈平滑肌收缩，造成急性尿道梗阻而发生急性尿闭，此时患者小腹胀满疼痛，辗转不安，小便欲解不得解，痛苦异常，查体耻骨上膨隆，可摸到膨胀的膀胱。为常见的泌尿科急诊，处理如下。

（1）导尿：即在无菌操作下，将导尿管由尿道外口插入膀胱，使尿液得以引流。具体导尿方法：患者平卧，先用肥皂水和无菌水清洗尿道口及其周围，术者立于患者右侧，戴无菌手套后常规消毒，铺洞巾后，重新消毒尿道外口及舟状窝，导尿管外涂润滑剂，术者右手持镊子夹住导尿管前端 2～3cm 处，以左手中指和无名指夹住并提起阴茎体，拇指和食指分开尿道外口（如为女性患者，则用左手拇指、食指分开小阴唇显露尿道口），将导尿管缓慢由尿道送入，导尿管远端接弯盘，进入膀胱后可见尿液自导尿管流出。

导尿注意事项及护理：①如为留置导尿，应选择合适的导尿管，过粗过细过软过硬均不宜。以选择硅胶导尿管、聚乙烯导尿管为好。通常采用 16～18F 带气囊的 Foley's 导尿管。②放尿速度：遇有心脏病患者，或尿潴留时间较长膀胱极度膨胀的患者，膀胱壁之小血管因长期受压缺血缺氧而处于病理状态，若突然排空膀胱，膀胱压力骤然下降，可引起休克、膀胱大出血或反射性无尿。故应注意放尿速度不宜过快，采取以下方式：每次 150～200ml，反复多次放空；或先放 500ml，其余在几小时内渐渐放出；或连接输液的滴管，慢慢滴出。③严格注意无菌操作，留置尿管接无菌闭式引流，每天更换一次集尿袋，更换时各种接头要重新消毒灭菌。尽量缩短留置时间。部分脱出的尿管不能再插入应更换。每天进行尿道外口护理。④导尿管应固定好，长久留置者应注意将阴茎翻上贴腹壁固定，以防尿道固定段与悬垂段交界处发生压迫性坏死，形成尿瘘。⑤观察导尿管有无移动脱出、阻塞或扭曲；观察尿液的颜色，有无血块、脓块、脱落物及其他内容物；正确记录引流量。⑥尿道置管仅为短时处理措施，如需较长时间或永久性留置尿管，则应采用经皮耻骨上膀胱穿刺造瘘术，其优点是：避免尿道置管的不适感，减少并发下尿路和生殖器感染，可随时了解排尿功能恢复情况。

（2）针刺：选气海、中极、归来、三阴交、膀胱俞中之 2～3 个穴，交替使用，用强刺激法。

（3）脐部敷药。见前中药脐部外敷。

（4）内服中药，按湿热火郁膀胱和瘀血阻涩下焦辨之，分别用清泻肝火湿热法及和营破瘀通利法。辨治如前所述。

7.6 西医诊疗撮要

7.6.1 西医诊断方法

良性前列腺增生症（BPH）可以导致良性前列腺的增大（BPE）及尿动力学可显示的良性前列腺梗阻（BPO）。但是，老年男性的下尿路症状（LUTS）可以在无前列腺增大及前列腺梗阻时出现。因此，许多被认为是“前列腺病”而进一步检查的患者，其实更正确的分类应为有“下尿路症状”的患者。进一步的检查应确定“下尿路症状”的病因以及前列腺疾病与这些症状的关系。但是在治疗初期可能不是必须的。

标准患者是指由合格医师诊断的 50 岁以上的男性，有提示前列腺梗阻（BPO）的下尿路症状（LUTS）及无任何特殊的除外指标。这些除外指标包括：①年龄小于 50 岁。②有前

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

列腺癌。③有前列腺梗阻(BPO)侵袭性治疗失败病史。④难以控制的糖尿病和糖尿病性神经病变。⑤病史或体检提示有神经系统疾病。⑥有盆腔外科手术或外伤史。⑦有性传播疾病史。⑧使用影响膀胱功能的药物，如抗胆碱能药物、抗高血压药物及影响精神情绪的药物等。有以上任何除外指标之一的患者可能不是典型的前列腺增生症，这些患者有着比良性前列腺梗阻(BPO)危险的疾病，可能需要的诊疗手段超出该诊疗的范围。

国际良性前列腺增生咨询委员会推荐的诊断检查方法包括基本检查、建议性检查及可选择性检查三类。

7.6.1.1 初诊的基本检查

对于50岁以上男性，以下尿路症状(LUTS)为主诉，提示有前列腺梗阻(BPO)的初诊患者，必须实施该类检查。

(1) 病史:病史采集应集中包括以下内容：①泌尿生殖道症状的情况；②既往手术史(特别是涉及到泌尿生殖道的手术)；③一般身体状况，包括性功能状况；④服用药物史；⑤病人耐受手术的可能性。

泌尿生殖道症状的情况：BPH以缓慢进行性加重的尿频、排尿困难为主要表现(亦有一部分BPH患者病情进展到一定程度即不再发展)。尿频首先表现为夜尿次数增加，随之白天也出现尿频，夜尿次数的多少常与前列腺的增生程度平行。排尿困难轻者表现为排尿踌躇、排尿时间延长、尿线无力、射程变短、尿线变细或分叉、尿末滴沥、尿不尽感；严重者需用腹压帮助，呈间歇性排尿；发展至后期，尿流不能成线，而呈点滴状，甚至完全不能排尿。50%～80%的病人尚伴有尿急或急迫性尿失禁。部分病人可发生急性尿潴留、血尿；继发下尿路感染、膀胱结石时，尿频尿急和排尿困难等症状加重，且伴有尿痛；前列腺增生出现血尿者，更多的应考虑是继发病变所为，如感染、结石、肿瘤等。梗阻严重者还可出现慢性尿潴留、充溢性尿失禁，最终出现肾积水和肾功能衰竭症状及体征。

一般身体状况：本病最大的危害是引起肾功能衰竭，且这种危害呈隐匿性进展，故应注意病人有无慢性肾功能不全症状，如反应是否迟钝，有无嗜睡、乏力、纳少、呕恶、贫血、头痛、血压升高、浮肿等。这些症状常常被误诊为消化道疾病。本病见于老年人，常合并有其他慢性疾病，尤其是心肺疾患，如高血压、动脉硬化、肺气肿及糖尿病等。故诊断时应重视患者的全身情况。另外还应询问大便和性功能情况。

(2) 症状的评估：

国际前列腺症状评分(I-PSS)：根据回答有关排尿症状的7个问题得出。问卷按照由患者填写的方式设计。答案分为0～5的6个评分段，患者根据自己症状的发生频率和严重程度选出6个评分中的一个，总的评分范围是0～35(无症状～非常严重的症状)。总评分0～7=轻度症状；8～19=中度症状；20～35=重度症状。

生活质量(QoL)：调查患者在今后生活中对目前症状的耐受程度。答案范围从非常好～很痛苦，即0～6分。尽管单纯这一问题不能全面了解LUTS对生活质量的影响，但因此医师对患者疾病的严重程度有初步的印象。

有关I-PSS的7个问题和单一的生活质量评估的问题见下表。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

国际前列腺症状评分(I-PSS)

	无	少于1/5	少于1/2	约1/2	多于1/2	几乎总是	
1. 过去1个月排尿不尽感	0	1	2	3	4	5	
2. 过去1个月排尿后2小时内又要排尿	0	1	2	3	4	5	
3. 过去1个月排尿时中断和开始多次	0	1	2	3	4	5	
4. 过去1个月排尿不能等待	0	1	2	3	4	5	
5. 过去1个月感觉尿线变细	0	1	2	3	4	5	
6. 过去1个月感觉排尿费力	0	1	2	3	4	5	
	无	1次	2次	3次	4次	≥5次	
7. 过去1个月夜间睡觉时起床排尿次数	0	1	2	3	4	5	

排尿症状对生活质量的影响(QoL)

	非常好	好	多数满意	满意和不满意各半	多数不满意	不愉快	很痛苦
假如按现在排尿情况，你觉得今后生活质量如何	0	1	2	3	4	5	6

(3) 体格检查及直肠指诊：①双肾有无增大，肾区有无压痛和叩痛，耻骨上有无充盈的膀胱。②全面的运动及感觉功能。重点检查包括肛门括约肌的张力，肛门随意收缩，咳嗽时肛门反射，球海绵体肌反射，肛门收缩征以及下肢的运动和感觉功能。③直肠指诊检查前列腺的大小、质地、形状，表面是否光滑，有无弹性，有无结节和压痛，有否捻发感，中央沟情况，腺体是否固定，有无前列腺癌的征象。

前列腺增生症直肠指诊的特点是：前列腺增大，表面光滑，边缘清楚，中等硬度，有弹性，无压痛，中央沟变浅，消失甚至隆起。增生的前列腺硬度和大小因人面异，这是由增生的组织中间质(纤维平滑肌)和腺体的比例不同所致，纤维平滑肌增生者偏硬，腺体增生者偏软。但间质和腺体的混合性增生最多见，有2种类型：纤维肌腺型(又叫混合型)和纤维腺型(又叫硬化性腺病)。直肠指诊如发现前列腺硬结，应取活组织检查，以排除前列腺癌。

(4) 尿液分析：尿常规或加离心尿沉渣检查，以确定患者有无血尿、蛋白尿、脓尿或其他病理改变(如有无尿糖)。

7.6.1.2 建议性检查

建设性检查是已证实对多数患者有价值的检查，建议初诊时采用。

提示有前列腺梗阻(BPO)的下尿路症状(LUTS)并非特异。对有症状但无手术指征，而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

且基本检查支持 BPO 的患者，应行进一步的诊断性检查以确定患者的症状是否为 BPO 所致，以及预测疗效。

(1) 肾功能的评估：可通过测定血清肌酐或其他适当的方法来评估。

(2) 血清前列腺特异性抗原(PSA)：尽管 BPH 不会导致前列腺癌，但是处于患 BPH 年龄的男性也是前列腺癌的高危人群。血清 PSA 测定加直肠指诊的前列腺癌的检出率明显高于单独行直肠指诊。预期寿命超过 10 年以上及一旦发现前列腺癌会改变治疗方法的初诊患者必须行血清 PSA 测定。应告知患者血清 PSA 测定的意义及其预示的危险性，包括检查的假阳性及假阴性，经直肠 B 超穿刺活检合并症及活检假阴性的可能性。假如有关前列腺的检测结果不确定，医师必须根据临床经验判断其血清 PSA 值而是否行经直肠 B 超或前列腺穿刺活检。

血清 PSA 正常值为 0 ~ 4.0ng/ml。如在 4.0 ~ 10.0ng/ml 之间，可参照 PSA 密度(PSAD)、fPSA/tPSA 比值及 PSA 速度。

PSAD：即血清 PSA 值 ng/ml ÷ 前列腺体积 ml (经直肠超声)，如果 PSAD > 0.15，82% 可能是前列腺癌，而前列腺增生多低于 0.12。

fPSA/tPSA 比值：fPSA 即血清游离 PSA，tPSA 即血清总 PSA。以 0.15 为上限，比以 tPSA > 4.0ng/ml 作为筛选前列腺癌的指标更具敏感性和特异性。

PSA 速度：即每半年测一次 PSA，如果 PSA 速度每年增长超过 0.75 ~ 0.8ng/ml 即可高度怀疑前列腺癌的存在。

对于患有前列腺疾病患者，PSA 测定的意义有二：①如果患者准备采取等待观察之外的治疗方案，建议测定 PSA。如诊断为前列腺癌，则会改变患者的治疗方案，比如局限性前列腺癌应行根治性治疗，故 PSA 的测定更为重要。②如果患者采取等待观察，PSA 的测定可作为前列腺癌的筛选。

(3) 尿流率的测定：基于该项检查的无创伤性和临床价值，在任何积极性治疗前均应测定。其中最大尿流率(Qmax)是最佳的测定指标，但是，由于尿流率是由膀胱逼尿肌的力量和尿道阻力共同决定的，因此低 Qmax 不能区分膀胱出口梗阻和膀胱收缩无力。由于 Qmax 个体差异极大及其尿量依赖性，因此理想的尿量应 > 150ml。如经反复努力，患者尿量仍不能达到以上标准，可采用现有尿量的 Qmax 结果。由于技术上的缺陷，许多自动尿流率记录仪往往过高估计尿流率，因此应采用手工方法复核 Qmax。在尿量 > 150ml 的条件下重复测 2 次，如最大尿流率 < 15ml/s 时，考虑有下尿路梗阻。

(4) 残余尿测定：即排尿后膀胱内的剩余尿量。经腹 B 超确定，亦为无创伤性检查，临床价值大，但残余尿量少时测量不够准确。由于残余尿量有明显的个体内差异，需反复测定以提离准确性。如首次残余尿量极为显著，即提示应改变患者的治疗方法。B 超还可了解前列腺大小、膀胱容量、膀胱壁改变以及有无膀胱结石、憩室及中叶增生。残余尿量(V)的测量方法有：①数学公式：$V = 4/3\pi r_1 r_2 r_3 = 1/6\pi d_1 d_2 d_3 = 0.5 d_1 d_2 d_3$。其中 r_1、r_2、r_3 为膀胱的 3 个半径，d_1、d_2、d_3 为膀胱的 3 个直径。②经验公式：膀胱三直径相乘，再乘以 0.75。

尿流率和残余尿量是反映尿流梗阻程度的两个最佳参数，建议在初诊时、治疗中及治疗后判断疗效时测定之。

(5) 排尿日记(频率-容量表)：以夜尿增多为主要症状时，排尿日记有其特殊价值，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一般记录数个24小时的排尿情况，有助于确定是患者夜尿增多，还是饮水过量。

7.6.1.3 选择性诊断检查

(1) 压力-流量测定：已证实在侵袭性治疗前或要求准确诊断BPO时该检查是有价值的。压力-流量测定能鉴别低尿流率是由于膀胱出口梗阻引起还是由逼尿肌无力所致。该检查是通过分析逼尿肌压力与尿流率的相关性而实现的。如患者无BPO，且有严重的LUTS，则传统治疗如缓解膀胱出口梗阻的外科手术等常不能取得良好疗效。建议采用适当方法来治疗这些患者的症状，这些方法有：抗胆碱能制剂，膀胱行为训练及生物反馈等。压力-流量测定最重要的参数是Qmax时逼尿肌压力。

(2) 经腹或经直肠前列腺超声显像：可测定前列腺的大小和形状。前列腺体积(V)=宽径(左右)×长径(上下)×厚径(前后)×π/6(或0.52)。前列腺体积正常一般小于宽径4cm×长径3cm×厚径2cm，若大于此数值则提示前列腺增大。对于血清PSA超过正常范围的男性，可选择经直肠超声检查前列腺，并对可疑部位进行超声引导下的穿刺活检，或六象限的随机活检以除外前列腺癌。

(3) 超声显像或静脉肾盂造影检查上尿路：如患者有以下1个和多个征象或症状时，建议行此2项检查：①过去或目前存在上尿路感染。②血尿(镜下或肉眼血尿)。③有尿石症病史。④肾功能不全(在这种情况下，首选超声检查)。对于一位符合无合并症的BPO初诊患者，不建议行该2项检查。

(4) 膀胱镜检查：初步评估符合BPO，其他状况良好的患者，建议不进行内窥镜检查。有些治疗的效果取决于前列腺的解剖特征(如经尿道内切开术，热疗等)。如采用这些治疗，建议进行内窥镜检查。需要外科手术时也建议进行内窥镜检查。根据前列腺的大小及形态以决定是否采用经尿道前列腺电切术，经尿道内切开术或开放手术时，建议进行内窥镜检查。

7.6.1.4 LUTS常规评估时不建议进行的检查

这些检查对于有下尿路症状，提示有膀胱出口梗阻，不能提供有用的资料。因此建议不作为常规检查。①逆行尿路造影。②尿道压力描计。③排尿性膀胱尿道造影。④尿道外括约肌肌电图。⑤充盈期膀胱测压。

7.6.1.5 注意事项

(1) 初步评估不符合BPO诊断，而提示其他疾病时：医师在选择治疗方法之前，应采取相关的、适当的评估手段以重新认真地了解产生这些症状的真正原因。例如，对血尿、尿路感染及可疑的直肠指诊必须准确分析其产生的原因。如发现引起排尿不适症状的其他原因，如神经原性膀胱尿道功能障碍、尿道狭窄、前列腺癌等，应进行进一步检查，并给予相应的治疗。例如直肠指诊可疑，或血清PSA高于正常，可通过经直肠超声及活检确诊前列腺癌，诊断一旦成立，患者因此将得到恰当的治疗。如活检阴性，患者即可进入BPH诊断程序。

(2) 初步评估符合BPH的诊断，并除外其他与症状有关的疾病时：如有外科手术的绝对指征即应选择手术治疗：①尿潴留(至少有一次拔除尿管后仍不能排尿)。②因前列腺增大所致的反复肉眼血尿。③因BPO所致的肾功能衰竭。④因BPO所致的膀胱结石。⑤因BPO所致的反复泌尿系感染。⑥合并大的膀胱憩室。如无外科手术的绝对指征，应根据患

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者症状的严重程度来决定治疗方法：①如果症状不明显且无并发症，不建议进一步检查，可随访观察。该建议基于不严重的 LUTS，一般不会对患者健康状况产生严重影响。如估计患者寿命超过 10 年以上，应复查血清 PSA。②如果症状很明显，应考虑进行上述建议性检查。咨询委员会目前尚未确定考虑需进一步诊治的最大尿流率和残余尿量的参考范围，可根据患者的症状，初步评估症状积分，以及确定是否需行 BPO 的其他一些检查，由患者的主治医师决定进一步的诊治方案。

应当对各种建议性治疗(等待观察,药物治疗,介入性治疗及手术治疗)的优劣进行讨论。但患者有权拒绝任何进一步的评估及治疗，可根据患者的要求以后再进行复查。治疗的选择是医师与患者通过讨论而共同决定的。有时需要进行选择性检查，尤其是准备进行介入性治疗时，以便进一步明确治疗指征。假如目前病情足以提示为梗阻，医师应与患者一起讨论各种介入性治疗的优劣。假如患者的病情不足以提示梗阻，如 Qmax > 10ml/s，应考虑行压力-流量测定，因为如果无梗阻则治疗失败的可能性很大。

需要着重指出的是，随着尿流动力学研究的不断深入，证实前列腺增生患者在梗阻的基础上常伴有膀胱功能异常——逼尿肌不稳定(即不稳定膀胱,有 50% ~ 80% 的病人伴有逼尿肌不稳定)、逼尿肌收缩力受损(即无力型膀胱)。梗阻、逼尿肌不稳定、逼尿肌收缩力受损这 3 个病状被描写为前列腺增生的三个套在一起的圈。

前列腺增生梗阻、年龄相关疾病、老龄本身等，均可影响膀胱功能。不稳定膀胱、膀胱收缩无力(功能性梗阻)的症状与前列腺增生机械性梗阻症状可以一样，如何将两者区分开来，这在临床上是有一定难度的，这是今后重要的研究课题。前述尿流率和残余尿量虽是反映尿流梗阻程度的两个最佳参数，但不能做以上区分。压力-流量测定等系统的尿流动力学检查有一定帮助，膀胱肌肉活检电镜观察可以区分机械梗阻和老龄的改变。

7.6.2 西医治疗方法

国际 BPH 咨询委员会推荐的治疗建议如下。

7.6.2.1 接受治疗的标准

(1) 应了解根据 WHO 赞助的国际前列腺咨询委员会制定的临床研究标准进行有关该治疗的有效性及安全性资料。

(2) 该疾病的任何治疗必须达到以下目的之一：①改善症状；②减轻梗阻；③防治远期合并症的发生。

(3) 根据该治疗的有关资料，考虑实施该治疗后可能的合并症发生率及死亡率。一种新的介入性治疗其疗效必须与假治疗组，或已证实有效的同类治疗(如 TURP)比较。药物治疗的疗效必须与安慰剂比较，副作用尽可能小，患者易于接受，不影响患者的生活质量及良好感觉，应对其健康无损害。

(4) 一旦选择一种新的治疗方法，需进行长期的临床研究以确定该治疗耐受程度，以及：①持续的有效性及安全性；②相对于现有治疗方法的持续有效性；③与现有或即将出现的治疗方法相关的花费-效果比。只有这样，一种新的治疗方法才能长期被临床所采纳，否则不能被接受。

7.6.2.2 可接受的治疗方法的选择

告知患者适合其病情可选择的治疗方法，以及与之相关的危险性、优越性和费用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

BPO可严重影响老年人的生活质量，但只有少数危及生命，而且相当一部分BPH患者病情不会发展。因此，应当与患者共同商讨各种治疗的危险性、优越性及费用，让患者积极参与选择治疗方案。根据患者自己的观点，一些症状严重者可能乐于选择外科手术治疗，而另一些患者则可能选择等待观察或药物治疗。

(1) 等待观察

许多BPO患者的症状在相当长的时间内很少发展，而且各自耐受其症状的程度极不相同，因此只要患者无绝对手术指征，均应考虑等待观察的治疗方法。如果患者在知情下，选择等待观察，每年至少要随访一次并进行初步评估检查，医师也因此能了解到患者的病情有无进展，是否出现合并症，以便决定是否有手术治疗指征。

(2) 药物治疗

选择药物治疗的患者应定期随访并进行初步评估检查，以了解治疗是否有效，有无副作用，并确定有无需要改变治疗计划的指征。如果患者病情稳定，每年至少复查一次。在决定采用某种药物治疗之前，医师应告知患者现有药物的优劣。

BPH引起膀胱出口梗阻的原因包括静力和动力两种因素，增生的前列腺压迫尿道引起的梗阻为静力因素，平滑肌(膀胱颈及其三角区平滑肌和前列腺平滑肌)的张力压迫尿道引起的梗阻是动力因素。治疗梗阻静力因素的药物如5α-还原酶抑制剂，治疗梗阻动力因素的药物为α-受体阻滞剂。

(1) 选择性α_1-受体阻滞剂：长效选择性α_1-受体阻滞剂如特拉唑嗪，商品名为高特灵。短效选择性α_1-受体阻滞剂如阿夫唑嗪，商品名为桑塔前列泰。研究发现，在前列腺体、前列腺包膜及膀胱颈部含有丰富的α_1-受体，其分布密度明显高于膀胱体部。交感神经兴奋可使上述部位的平滑肌收缩，导致膀胱出口阻力及尿道闭合压升高，尿流梗阻加重，这一导致BPH膀胱出口梗阻的动力因素，约占梗阻压力的40%。精神紧张、寒冷刺激、膀胱过度充盈及拟交感神经药物应用等均可使梗阻症状加重。α_1-受体阻滞剂可使前列腺平滑肌松弛，减少功能性梗阻，有效且快，但不能阻止前列腺继续增生。选择性α_1-受体阻滞剂的心脑血管副作用发生率和严重性低于非选择性α-受体阻滞剂。特拉唑嗪每天只需用药1次，起始剂量为1mg，晚睡前口服。根据效果和耐受性，逐渐增加至2~10mg，在国内，常用剂量为2mg。30%有副作用，最常见的是头痛、头晕、虚弱、体位性低血压。对于正在服用降压药物的患者，应考虑同时服用的α-受体阻滞剂亦有降压作用。

(2) 5α-还原酶抑制剂：如非那甾胺，商品名为保列治。其选择性抑制5α-还原酶，阻止睾酮向双氢睾酮的转化，抑制前列腺继续增生，继之可能缩小前列腺，改善梗阻症状。因为BPH是一种缓慢发展的疾病，逆转这个病程需要几个月的治疗，至少需服用6个月才能看到疗效。由于有效反应不能马上显现，故前列腺太大、尿潴留量较多、尿流率严重降低或已有肾积水者用药物治疗来不及，故建议此时不要选用药物治疗。因其通过阻滞睾酮转化为双氢睾酮而起作用，故需终生用药。其可降低血清PSA水平，故有可能使临床医生忽视前列腺癌的存在。但最近研究资料显示，只要将降低的血清PSA值乘以2即可准确估计血清PSA的真正水平，供临床医师参考。保列治不良反应发生率极低，主要是对性功能的影响，包括阴茎勃起功能障碍(3.7%)、性欲降低(3.3%)及射精量减少(2.8%)。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本品禁用于妇女和儿童。

(3) 介入性治疗

① 前列腺支架治疗：仅适用于高危患者。主要限于有尿潴留或严重的梗阻症状，而且处于高危的患者。方法是经膀胱镜直视下将不同型号的支架置于前列腺部尿道，精阜的上方，起到机械支撑作用，从而扩大膀胱出口，解除梗阻。支架为记忆合金网眼状支撑管，不易压倒，利于上皮覆盖，5 个月后上皮覆盖，不会长结石，亦不会脱落等。

② 热疗(>45℃)：是通过各种技术使前列腺凝固坏死。前列腺内温度越高，临床效果越好，而副作用也越大。一般不需要住院，但是留置尿管的时间较长。一般于治疗后 3~6星期患者才能感觉有改善。一般来说，这些治疗的疗效比药物治疗好，但比手术治疗差，还有出血少，适用于高凝患者等优点。但是目前有关该治疗的再治疗率、耐受性及经济效益等资料尚不完全。a. 经尿道微波热疗：可以被接受的无需麻醉的治疗方法，留置尿管时间为 0~16 天。治疗后第一年其治疗失败或再治疗率为 30%。如治疗成功，疗效可持续 3 年。b. 经尿道针刺消融术：为可接受的治疗方法。需要局麻加镇静麻醉或区域麻醉。40%需要短期留置尿管。c. 激光凝固技术：可接受的治疗方法。需要区域麻醉。前列腺组织的脱落可产生长时间的刺激症状。

其他治疗如热疗(<45℃)、球囊扩张术、高强聚焦超声等的疗效，均有待于进一步观察研究。

(4) 手术治疗

对于选择手术的患者，应评估决定哪种手术方式较合适。手术方式包括经尿道前列腺切除术(TURP)、经尿道前列腺切开术(TUIP)及开放前列腺切除术，为解除前列腺增生症状及下尿路梗阻最有效的治疗方法。出现上述提到的手术绝对指征的情况时，它是唯一的解决方法。相对手术适应证为：有下尿路梗阻症状，尿流动力学检查已明显改变，或残余尿在 60ml 以上；不稳定膀胱症状严重。要向患者说明手术的危险性和效果，由病人自己决定。其他手术方式还有电气化技术和激光汽化技术等。均需要区域麻醉。以上各种切除手术仅是切除增生的前列腺组织而留下受压前列腺所形成的外科包膜，不同于为前列腺癌所施行的将整个前列腺连同精囊一并切除的前列腺全切除术。

对有长期尿路梗阻，肾功能已有损害，严重尿路感染或已发生急性尿潴留的患者，应先留置导尿管减除梗阻，待感染得到控制，肾功能恢复后再行手术。如插入导尿管困难或插管时间过长已引起尿道炎时，可改行耻骨上膀胱穿刺造瘘。

① 开放前列腺切除术：适应证有：a. 较大前列腺，估计在 60 分钟以内无法电切者；b. 合并有膀胱憩室、结石、肿瘤者；c. 无条件进行经尿道前列腺电切术者。开放手术的术式有耻骨上经膀胱前列腺切除术、耻骨后前列腺切除术、经会阴前列腺切除术。

② 经尿道前列腺切除术(TURP)：需在 60 分钟以内完成切除，否则应行开放手术治疗。TURP 与开放前列腺切除术是症状及梗阻缓解率最高的术式。TURP 的长期效果，20%~25%不甚理想，仍有尿路症状；10 年以上，15%~20%需再次手术。排尿症状与三方面有关：a. 膀胱逼尿肌病变：膀胱不自主收缩；b. 前列腺动力因素：前列腺包膜、前列腺平滑肌张力增加；c. 前列腺静力因素：即前列腺增大。而 TURP 仅解决前列腺静力因素，故对于术前疑有其他 2 项因素存在的患者，应进行尿流动力学检查。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

③ 经尿道前列腺切开术(TUIP)：对于某些病例如前列腺小于 30g 及中叶未增生者，TUIP 的疗效与 TURP 相同。

④ 电气化技术和激光汽化技术：适用于较小的增生腺体，较大的因速度慢，需配合 TURP。电气化技术基本不需要额外的设备，住院时间缩短，但手术时间未缩短，术后出血同 TURP，留管时间仅 1～2 天，刺激性症状持续 2 周。激光汽化技术效果与电气化技术相同，留管时间仅 0～1 天，刺激性症状持续 4～6 周。

8 疗效评定标准

8.1 中医疗效判定标准

《中药新药临床研究指导原则》制定了以下疗效判定标准：

显效：I-PSS 评分≤7，L 指数≤1，或病情总分降低 90%以上；

前列腺体积缩小为原来的 60%以下；

最大尿流率≥18ml/s。

以上具备 2 项即可。

有效：I-PSS 评分≤13，治疗前 L 指数为 4～6 者降低至 2～3，或病情总分降低 60%以上；

前列腺体积缩小为原来的 80%以下，残余尿量减少 50%以上；

最大尿流率≥12ml/s。

以上具备 1 项即可。

无效：未达到有效标准。

8.2 西医疗效评价标准

根据国际前列腺症状评分(I-PSS)、生活质量(L)、尿流率(Qmax)、前列腺体积(V)来评价治疗效果。见下表

	优 (治疗后前比值)	良 (治疗后前比值)	中 (治疗后前比值)	劣 (治疗后前比值)
I-PSS	≤7 分	≤13 分 (≤60%)	≤19 分 (≤80%)	>20 分 (>80%)
L	0～1 分	2～3 分 (治疗前 4～6 分)	2～4 分 (治疗前 3～6 分)	5～6 分
Qmax	≥18ml/s	≥12ml/s (≥130%)	≥6ml/s (≥130%)	<6ml/s (<130%)
V	(≤60%)	(≤80%)	(≤90%)	(>90%)

以上 4 项总的评分

有效　优＋良≥2 项

优　为　优项＞良项

良　为　优项≤良项

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

无效　优＋良＜2项

中　为　中项＞劣项

劣　为　中项≤劣项

9 调摄护理

应避免受凉感冒、大量饮水特别是饮酒、憋尿、下焦染毒、房劳过度，避免长时间挤压会阴部如久坐、骑车等。

应心情舒畅，避免过度紧张和忧思恼怒。

注意保持大便通畅。包括定时大便，多食富含纤维性食物及必要时的药物治疗。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 中医对前列腺的认识

1.1.1 前列腺的中医概念

李曰庆认为“前列腺”为男子“下焦胞络”，是一与“女子胞”相对应的男性生殖器官。由解剖学可知，“前列腺”是一实质性器官，其形态、解剖部位与“女子胞”十分相近，虽有性别、功能、大小之异，但作者认为二者皆聚之于肾的“下焦胞络”，为冲、任等脉发生之所。如《素问·奇病论》指出：“胞络者系于肾”，《灵枢·五音五味篇》谓：“冲脉、任脉皆起于胞中。”由于男女两性的“下焦胞络”，在生殖方面的作用相近，古人统称为“子门”或“子户”，如《黄庭经》“玉房之中神门户”句下梁丘子注：“男子以藏精，女子以约血，故曰门户”；另据其又注“关元之中，男子藏精之所”明确的部位，当知男子的“下焦胞络”即是“前列腺”。[1]

张石平认为“前列腺”亦称“子胞”。因为冲、任、督“一源三歧”，均起于胞中。但古人对“胞”的解释却不尽人意，一般多主张以“胞宫”、“女子胞”来解，意即于宫。此解全然未顾及男性，故也显得有些勉强。事实上，男女皆有冲、任、督三脉，因而“胞”也必须是男女所共有。作者从以下几个方面进行了论证：①从解剖上讲，子宫、前列腺位置相对接近，子宫在膀胱后方，前列腺在膀胱下方，周围邻近组织亦多相同；形态相似，子宫形似倒悬的鸭梨，而前列腺形似倒置的栗子，大小相差不是很大。从相关器官来看，子宫有双侧卵巢相连，前列腺有双侧精囊相伴；从内部结构上看，都是质厚中空的器官。②从古人的书面习惯来讲，一般绝大多数是单音节词，即“女”、“子”各具其义，而“女子胞”可以理解为“女胞”与“子胞”的合称。③从语言的角度讲，当时古人可能确有“胞”的称谓。如将男子尿道口流白色分泌物称为“尿腺”（《现代汉语词典》解释尿为精液之意），那么“尿胞”的医学意义应该指藏精液的地方，分明指的是前列腺液。而男子的“腺”，正应该是“尿腺”的简略书面语。④从中医发展史上看，历代许多医家对“胞”都有较深的认识。唐代王冰解释“胞”的功能：“胞虽出纳，纳则受纳精气，出则化出形容，形容之出，谓化极而生。”但对是否男女均有“腺”未能作出明确回答。明《景岳全书》则

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

说："胞者，子宫是也。此男女藏精之所，皆得称为子宫。惟女子此受孕，因名曰胞。"其肯定"胞"是男女共有，主要功能为藏精。但其"子宫"概念与现代"子宫"概念有较大差别。近世唐容川《医经精义》的认识则更明确："女子之胞，名血海，名子宫，以其行经孕子；男子之胞，名丹田，名气海，名精室……藏精之所也。"提出了"男子之胞"、"女子之胞"的名称。而谢观等编著的《中国医学大辞典》释曰："胞，包也，男女均有之，在少腹内，血之海也。"不仅肯定男女均有"胞"，而且确定了大致位置。而从"包"字可推测，"胞"为类圆形器官。因此可推断，前列腺当属中医"胞"的范畴，应称为"子胞"，而女子子宫则为"女胞"。[2]

郑义侯认为前列腺为泄精之窍，当属"精窍"的范畴。虽然中医学无"前列腺"一词，但包括前列腺在内的男性内生殖系统称为"精窍"、"精室"、"精道"一类。"精室"的位置如明代张介宾《类经图翼》中记载："于膀胱之后，小肠之右上，大肠之左上。"并已清楚地认识到"精窍"、"精道"与"溺窍"、"溺道"相关而不相同，正如明代王肯堂《证治准绳》曰："溺与精，所出之道不同，淋病在溺道……；浊病在精道……。"又清代林佩琴《类证治裁》指出："肾有两窍，一溺窍，一精窍……"。可见"精窍"、"溺窍"皆归属于肾而均开口于马口（即外尿道口）。因此前列腺发病虽在生殖系，但亦可波及泌尿系，其临床表现包括在淋证、癃闭、遗精、遗尿、尿血、精浊、阳痿及不育等病症范围里。[3]

1.1.2 前列腺的藏象归属

近年来，大多数医者认为应把前列腺归属于"奇恒之腑"。李曰庆指出，在古代医籍中，虽无有关"前列腺"的明确论述，并不意味着中医忽略其存在，只不过将其与"女子胞"等而视之罢了。如张介宾在《景岳全书·妇人规》中说："子宫……居直肠之前，膀胱之后，当关元、气海之间，男精女血，皆存乎此，而子由是生，故子宫者，实又男女之通称也。"由于在中医传统的认识上，仅把"前列腺"视作"藏精之所"而归属到"肾"的范畴，以致其有实而无名。为有利于研究，应将"前列腺"从传统的"肾"中分离出来，在理论上使之成为一个相对独立的器官，在名称上应称为"男子胞"。在脏象归属上，应视为奇恒之腑之一。[4]张石平也说：五脏的功能是"藏而不泻，满而不实"，六腑的功能是"泻而不藏，实而不满"。前列腺兼具五脏和六腑的某些特点，应与子宫一样为奇恒之腑，这同时也解决了以往教科书注解"奇恒之腑"男子有五而女子有六的尴尬。事实上，这两个器官都与人类的生长发育、性事活动、生殖活动有着极其密切的关系。从功能上讲，前列腺亦藏亦泻，兼具脏和腑的主要功能，同时又异脏或腑。其所分泌的前列腺液是精液的重要组成部分。有规律的藏和泻，是前列腺的正常功能的体现，也是前列腺健康的重要条件。[5]

1.1.3 前列腺的生理功能

郑义侯指出，前列腺的发育依靠肾气，只有肾气盛，天癸泌至，前列腺才能从幼稚状态发育成熟并产生生理功能，成为肾生理功能的组成部分。作者将其概括为以下三个方面：①主精：前列腺的主精功能包括藏精和泄精两个方面。这两个方面的相互协调才能产生正常的生殖能力。前列腺所藏之精是肾精的重要组成部分，来源于水谷精气即"后天之精"，其化生依赖于肾所藏"先天之精"的活力的资助。肾是人体之根本，肾精寓元阴元阳，元阴对脏腑起濡养滋润作用；元阳对肾精起温煦推动作用，两者相互联系，维持人体

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴阳平衡，亦控制前列腺的藏精和泄精功能。只有肾气盛，肾阳振奋，前列腺所藏之精才能排泄，即所谓“精气溢泻”，从而达到交而孕，孕而育。②调尿：即调节尿液，是指前列腺具有调节尿液，即贮藏和排泄尿液的作用。尿液为津液所化，在肾的气化作用下生成尿液，下输于膀胱。而前列腺的调尿作用，实际上隶属于肾的气化功能。在前列腺的调节下，尿液的贮藏和排泄才能正常进行。若前列腺的调节功能障碍，可出现气化不利或固摄无权而引起小便不利，甚至不通，或发生尿频、遗尿等疾病。③开窍于前阴：前阴指外生殖器，有生殖和排尿的作用。前列腺开窍于前阴是肾开窍于二阴的一部分。前列腺与外阴通过经络联系，在生理上有生精和调尿作用而与外阴密切相关；在病理上，前列腺的病变可反映于前阴，如前列腺热毒内盛则阴茎热痛；前列腺气滞血瘀，可见阴茎胀痛或刺痛；前列腺阴阳失调可见阳痿、遗精等等。所以说，前列腺开窍于前阴。[6]

1.2 前列腺增生症的中医病证归属

根据前列腺增生症的临床表现，大多数医家认为属于“癃闭”的范畴。陈以平在探讨癃闭证治时指出：癃闭是以排尿困难，甚则小便闭塞不通为主证的疾患。其中以小便不畅、点滴而短少、病势较缓者为癃；小便闭塞、点滴不通、病势较急者为闭。作者认为广义的癃闭应包括肾前性少尿尿闭如休克、严重脱水、心衰，肾性如急性肾功能衰竭、各种肾脏疾病的晚期、肾盂积水，肾后性如尿路结石、肿瘤、输尿管狭窄、膀胱麻痹、前列腺增生症所致尿潴留等。狭义的癃闭多指膀胱见证，见于因各种原因导致的尿潴留。由此可见，前列腺增生症只是引起“癃闭”的一种疾病，在分析该病的病因病机时要特别注意此点。[7]最近，《中医病证诊断疗效标准》正式把前列腺增生症定名为中医的“精癃”范畴。精癃是指精室肥大的泌尿生殖系统疾病，其特点是排尿困难和尿潴留。[8]

1.3 前列腺增生症性癃闭的病因病机探讨

1.3.1 发病基础

焦安钦认为前列腺增生症多发于50岁以上老人，年老则正气渐衰，脏腑颓弱，而以元气亏虚为主。从临床表现来看，本病早期最常见的症状是夜尿频数，继则尿细无力，尿后余沥，皆为下元不充、肾虚膀胱气化无力之象，故肾元亏虚是发病的内在因素。男子以阳气为先，肾阳不足，气化失司，则小便不通；肾气不足，命门火衰，致膀胱气化无权，水液内停为患。肾阴亏虚，虚火亢盛，阴虚则阳无以化，水液不能下注膀胱，瘀血、败精、湿热、痰浊等凝阻下焦，乃成癃闭。肺脾气虚，气化无能，一者气虚则血运无力，瘀血阻滞；二者气虚湿阻，湿凝为痰，痰瘀凝结成核，胶结下焦，为癃为闭。故发病基础源于虚。[9]

1.3.2 癃闭病机的确切内涵

潘学群指出前列腺增生症属癃闭范畴，而癃闭之病位在膀胱与肾，其间是开合与气化的表里关系；其主要病理机制乃是膀胱有水不通，与内涵广泛的“小便不利”是有重大区别的。因为本病的主要临床表现是排尿困难，故其病理亦主要与排尿有关。《素问·灵兰秘典论》谓：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。”说明了人体的排尿主要依赖于肾中精气的蒸腾气化和膀胱开合的功能正常，如果肾精蒸腾气化失常则可直接导致膀胱开合不利，从而表现为排尿功能的障碍。故此，前列腺增生症的病机分析必须在此范围内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

讨论。然而某些教材和作者在述及本病的病机时概以肺脾肾三焦气化为总纲，盖因本病属癃闭范畴，而癃闭之病机又是被沿袭为以肺脾肾三脏作为纲要的，那么它与“肺脾肾三脏相干之病”的水肿证又作何区别呢？作者认为要回答这个问题则必须首先明确癃闭的主证范围究竟是膀胱“有水不通”还是“小便不利”，抑或兼而有之？复习文献后可以看出在这个问题上颇多含混之词，尤其是近世某些文献多将“小便不利”作为癃闭的主证范畴，如《医学衷中参西录》治癃闭方共载9方，除温通汤证和寒通汤证均因“溺管堵塞水道不通”而明确描写为“小便不通”外，另7方证均写为“小便不利”，其中有4方为水肿病而设，2方专司臌胀，1方治妇人产后转胞，可见张氏的癃闭范畴包括了尿液生成障碍和尿液排出困难两个方面，而这两个方面正恰恰是水液代谢异常的主要内容，将“小便不利”作为癃闭的主证显然是欠妥当的，因为癃闭并不完全等同于所有肾系疾病，它仅从属于后者即尿液排出困难。毋庸置言，“小便不利”的划入是造成此种现象的主要原因。若将两者混淆或兼收并蓄则不可避免地会把水肿、臌胀等膀胱无水尿闭的病症罗列进来，造成癃闭病因病机的扩大和外延，从而导致了前列腺增生症病机分析中的不确切性。作者认为诸如前列腺增生症这类现代中医和中西医结合临床新增加的病种，在分析其病机时只有以临床事实为依据，充分把握整体辨证与局部辨证的内在联系，审证求因才能得出正确结论。反之，脱离临床，仅满足于从传统理论到书本的自圆其说，则必然丧失中医的实践性和科学性。[10]赵学胜对《伤寒论》中涉及“小便不利”的50条原文进行了分析，将其病因病机概括为7个方面：①肺气郁闭，肃降无权；②热与水结，气化失司；③邪在少阳，枢机不利；④津液受损，化源不足；⑤湿热交蒸，邪无出路；⑥中阳不运，转输失职；⑦肾阳虚衰，气化无力。由此可见，“小便不利”是作为一个证候概念被广泛运用于水液代谢的诸多疾病之中的，水肿、臌胀等病均可出现小便不利，而癃闭主要是指排尿困难和尿潴留，它的内涵比“小便不利”更小。[11]

1.3.3 病机特点

潘学群将前列腺增生症所致癃闭的病机特点归纳为3个方面：①本病以肾精虚衰为发病之本，而肾精则包括了肾阳(气)、肾阴两个方面。诚如《素问·上古天真论》所言：“……七八肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极……”，面本病恰恰正是发生在“七八”这一年龄组，故都有肾精虚衰的根本病理存在。②本病以瘀血内结为发病之标。本病患者均有形可征，其增生的前列腺腺体变大、隆起，质地较正常为硬，这就是瘀血内结的征象。由于增生的腺体压迫尿道，导致其狭窄、弯曲、延长和梗阻，这样的临床病象，其病机概括理应为瘀阻水道。而此种瘀血的产生盖源于老年肾虚，即肾之阴(血)、阳(气)不足可以导致瘀血内停。气帅血行，气虚则血瘀，阳虚则血凝；阴血虚耗不能载血以行，阴虚内热致干血瘀结。由于瘀血蓄于下焦，阻塞水道，以致膀胱决渎失司，此为发病之标。③肾虚血结水阻，膀胱决渎失司是本病的基本病机，其它脏腑兼夹致病是其诱因。这是区别于其他癃闭类病症的鉴别着眼点。与其同属于癃闭范畴的神经原性膀胱、膀胱颈硬化、膀胱后尿道畸形、前列腺结核、前列腺癌及术后尿潴留等均不能在此病机范围内讨论。作者还强调“肾虚血结”是老年男性都可能会发生的病理改变，只要“血结”不引起“水阻”即不引起本病之临床病态。因此“肾虚血结”是本病的发展基础。其他脏腑兼夹致病因子都仍需首先作用于“肾虚血结”这个基本病机之后才能发挥其作用。换言之，它们只是引发本病的诱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

因或并发因素而已。如受寒感冒导致本病发作，概括病机可为：风寒袭肺，通调不利，水道瘀阻。但若该患者前列腺从未发生过增生，即没有“肾虚血结”这个基本病机存在，则不会引起前列腺尿道梗阻的。肺失通调在这里仅仅是引发宿疾的一个诱因。[10]

焦安钦则认为本病以肺脾肾亏虚为本，气滞血瘀、水停痰滞为标，本虚标实是本病的病机特点。[9]

1.3.4 病因病机

李彪将前列腺增生症的病因病机概括为6个方面：①年老体虚，命门火衰，气化不利，开阖失司；②素体阴虚，房劳过度，耗伤阴津，泉源枯竭；③肝气郁结，疏泄不及，影响三焦水液运行；④饮食不节，劳伤心脾，致脾气虚弱，中气下陷，脏气不行；⑤嗜酒辛辣肥甘，酿成湿热，下注膀胱；⑥败精结石，瘀阻膀胱，经络痹塞，水道不利。[12]

李卫真将本病的病因病机概括为湿热蕴结、肺热壅盛、肝郁气滞、瘀血内阻、痰浊内停、脾虚气陷、肾阳不足、肾阴亏耗等8个方面。作者认为本病的病位在前列腺，但与肺、脾、肝、肾及三焦密切相关，因前列腺增生症是老年病，年老肾脏渐衰，故本病以本虚为主，本虚又以肾为主；标实为湿、热、气滞、血瘀、痰浊，因久病入络，腺体增生，气血运行不畅，故标实又以血瘀为主。正气不足，邪实阻滞则小便不通。[13]

焦安钦对本病的病理因素进行了如下分析：前列腺增生症是以腺体各组织成分增生为病理特征，增大的腺体通过直肠指诊可以扪及，因此本病又属于癥积、痰核范畴，为气、血、湿、痰、热、瘀等诸种病理因素杂合而成。①气滞：前列腺位居下焦，阴器之上，足厥阴肝经循股内侧入阴毛，下行环绕阴器，故本病为肝经病变。忧思忿怒，疏泄不及，而影响三焦水液的运行及气化功能，使水道的通调受阻，发为癃闭。另一方面，气滞不能帅血畅行，以致瘀血内停，结面成块，阻闭阴窍而发病；气滞则津液不得正常流通，可聚湿成痰，痰瘀互结于下焦，癥积即成。②血瘀：年老体衰，元气不充，气虚推动无力，血行瘀滞，或气滞血亦滞，或因嗜食辛辣醇酒，致使瘀血滞结，阻于下焦，膀胱气化无权而成癃闭。③败精瘀阻：手淫、房劳过度或长期忍精不射，致使败精瘀滞，阻塞精道精室，在肾气虚的基础上，机体阴阳失衡，瘀精瘀浊互阻，精关壅塞，日积月累，导致前列腺增生。④湿滞：脾虚不能运化水湿，以致水湿停滞，或血液内瘀，阻滞水液的正常运行，膀胱气化不利，小使癃闭。或因水湿内停，脾为湿困，健运失司，则清气不升，浊阴难于下降，小便因而不行。或湿化为痰，痰浊阻滞下焦，与湿热、瘀血相搏结，致痰核形成。⑤痰滞：脾运失常，津液不得正常流通，则留聚为湿，湿积成痰；肾主水，司膀胱之开合，若肾虚则水泛为痰；肺主治节，通调水道，下输膀胱，若肺不布津，则津化为痰；肝气郁滞，气滞津凝为痰。痰滞结核，凝聚下焦，痰瘀互结，是为本病的重要病理因素之一。⑥热郁：热有虚实之分。虚热为元阴不足，阴虚内热，阴虚阳无以化，水液不能下注膀胱；或肾与膀胱俱热，热人于胞，热气太盛故结涩，令小便不通。实热则为膀胱湿热阻滞，膀胱气化不行，津液不能出则闭癃；或热壅上僚，肺气不能肃降，热气闭阻，水道不利，上窍闭则下窍不出。急性尿潴留常表现为湿热证候。[9]

传统中医根据《素问·灵兰秘典论》之“三焦者，决渎之官，水道出焉”的理论，认为本病的病因病机不出三焦的范围，主要是肺、脾、肾三焦功能失调。只有当出现了宏观的血瘀或痰结的脉症时，始认为是因瘀和/或痰。现代中医结合辨病，认识到，前列腺增生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症是以腺体组织增生为病理改变，从中医角度来看，属于“癥”、“积”的范畴，而“癥”、“积”的病因病机，非瘀即痰，或亦瘀亦痰。换言之，只要是明确了前列腺增生症的诊断，即使尚未出现宏观的“血瘀”和“痰结”的脉症，现代中医亦认定因瘀因痰，其病因病机可概括为：年老体虚，因虚致实，先虚后实，本虚标实[14-17]。虚，在肺、脾、肾(尤其是肾)；实，为增生之前列腺(癥积)。这样从辨证与辨病的结合上来认识前列腺增生症的病因病机，为中医治疗本病开拓了新思路。

2 临床研究

2.1 证候研究

对于前列腺增生症性癥闭，多数医家仍根据中医药辨证施治理论进行证候学研究。谭异伦对 BPH 的各个证型的证候概括较为全面：①湿热蕴结：尿频尿急，茎中灼热疼痛，或尿细如线，或点滴面下，时断时续，小腹胀满，大便秘结，舌红苔黄腻，脉弦数。②气滞血瘀：夜尿频多，小便不畅，或尿细如线，或尿流分叉，或点滴而下，或时断时续，情绪抑郁，小腹胀痛，前列腺质硬，舌暗苔薄白，脉弦涩。③痰瘀败精互结：小便淋漓，点滴而下，或尿如细线，时断时续，或点滴不通，小腹拘急，胀满疼痛，舌质紫暗或有瘀斑，苔白滑，脉弦滑。④脾虚气陷：小便欲解而不得，量少面不爽利，腹重肛坠，似欲大便，神疲气短，身体倦怠，舌淡苔白，脉缓弱。⑤肾阳虚衰：小便闭塞不通，或滴沥不爽，少腹膨胀疼癥，伴腰膝冷癥，形寒肢冷，舌淡苔薄白，脉沉细。[18]

程绍恩在此基础上又补充了 2 个证型：①肾阴不足：时欲小便，而不得尿，或淋漓不畅，甚至闭塞不通，腰膝酸软，伴有五心烦热，头晕耳鸣，咽干心烦，遇劳即发，舌红少津，脉细数。②肺热壅盛：小便不畅或点滴不爽，咽干，烦渴欲饮，呼吸短促或有咳嗽喘息，舌苔薄黄，脉滑数。[19]

李彪在总结证候时除上面一些证型外还有：①命门火衰型：小便频数，夜间尤甚，滴沥不尽，排出无力，腰膝酸软，面色苍白，神气怯弱，舌质淡，脉沉细无力。②肝气郁结型：小便不畅或通而不畅，易因情绪变化而加重，或有情志抑郁，烦躁易怒，胁腹胀满，苔薄黄，脉弦。③下焦蓄血型：小便点滴而下，小腹胀满甚则闭塞不通，舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，脉涩。[20]

在曹开庸主编的《中医男科现代研究》一书中有“良性前列腺增生症诊断疗效标准”(讨论稿)。其内容较详尽地说明了基本诊断标准及辨证分型：良性前列腺增生而见临床症状者多在 50 岁以上的男性，起病缓慢，初起可无症状，或不介意；逐渐出现排尿结束后仍感到没有完全排干净，排尿后不到 2 小时又要排尿，要推迟排尿是困难的，排尿时欲尿而解不出而需用力，排尿分几段而出，尿线变细，夜尿次数增多等症状。严重者排尿困难，甚至因某些诱发因素而出现急性尿潴留，或因慢性尿潴留而呈充盈性尿失禁。(1)主证：①肝郁气滞(良性前列腺增生症早期，刺激症状为主)：尿频尿急，小便通而不畅，小腹胀满，多有诱发因素而呈现症状加重，舌苔薄白，脉弦细。②浊瘀阻塞(良性前列腺增生症晚期，梗阻症状为主)：小便滴沥不畅或尿如细线，或阻塞不通，小腹胀满隐痛，舌紫有瘀蓝斑点，脉涩或细数。(2)兼证：①膀胱积热(伴尿路感染)：小便灼热黄赤，滴沥不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

爽，欲解不利，小腹胀满，隐痛拒按，甚则小便不通，涓滴难行，发热或大便秘结，舌红苔黄腻，脉数。②气虚、肾虚：有良性前列腺增生症常见症状外，以夜尿总量多为特征。a. 脾气虚弱：时欲小便，而欲解不得，或量少而不爽利，腹重肛坠，似欲大便，神疲气短，身体倦怠，舌质淡，脉缓弱。b. 肾阳虚衰：排尿无力，滴沥不爽，夜尿澄清，面色苍白，神疲气弱，倦怠无力，肢冷畏寒，腰膝酸困，舌淡苔白，脉沉细弱。③肺气郁痹（异病同治）：小便不通，小腹胀满，寒热咳嗽，茎中作痛，口渴喜饮，便秘，舌红苔薄微黄，脉沉数。[21]

《中药新药临床研究指导原则》指定的老年前列腺增生症的中医诊断标准为：①尿感频急，反复用力排尿，但小便难出，点滴不畅或闭塞不通；②小腹胀满、胀痛；③排尿虽困难，但不伴尿道涩痛；④经检查，膀胱有残余尿液。中医辨证分为5型：下焦湿热证、痰热闭肺证、瘀血阻滞证、中气下陷证、肾阳虚衰证。[22]

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则概述

综观前列腺增生症一病，是属本虚标实的证候。一般根据“暴闭多实，久癃为虚。实证以通利为主，虚证以补益为宜”的原则，或辨证求因，分型论治，或固定成方，辨证加减。焦安钦针对本病的病机特点本虚标实，在治疗时扶元补虚以治其本，再审证求因，审因论治，以“通”字立法，通瘀消癥治其标。根据标实之不同，或活血化瘀消积，或软坚散结化痰，或清热利湿导水，或通腑宣肺消癃，或疏利气机宣壅，谨守病机，各司其属。前列腺增生症易致急性尿潴留。按中医急则治其标的原则，应以祛邪为主，可采用提壶揭盖上清下消，清热化湿消瘀散结等治法。此时邪气亢盛，证候偏实，小便排解不出胀痛难忍，应迅速祛除病邪为好。还可采用外敷、取嚏、导尿等外治方法以解其急。当证候缓解后，应想到本虚的一面，按缓则治其本的原则，应以扶正培本为主。因前列腺增生症是以肾精虚衰为发病之本，但又有形可征，其增生的前列腺变大、隆起、质地较硬，为瘀血痰浊内结之标实征象，故治疗宜标本兼顾，益肾化瘀、祛正化痰、健脾活血、湿阳通尿、滋肾通关都是常用之法。[23]

2.2.2 治法研究

毋庸置疑，临床研究无不以提高疗效为最终目标。因此，多年来临床医家多从临床观察和总结有效病例入手，积极探索和寻求最佳的治病方案与方药。尤其是在中医辨证论治的原则指导下，结合症、舌、脉灵活地运用治祛和方药，取得了较满意的临床疗效。

当代医家多宗前人之说，依据临床表现辨证论治。如吴克山提出的前列腺增生症性癃闭的六大治法：清热利湿祛、清肺利水法、散结化瘀通利水道法、补中益气升清降浊法、滋肾补阴化气行水法、温阳益气补肾利尿祛。[24] 焦安钦则以“通”字立法，提出了七种治法：扶元温阳法、滋阴益肾法、化瘀消癥法、通利气机法、化痰散结法、清热利湿法、通腑宣肺法。[23] 而赵鹤龄根据各个医家治疗本病的治法概括为三个方面：①以本为主，兼以治标；②辨证施治，结合辨病；③下病上取，欲降先升。[25] 还有李兰舫提出的“癃闭”八大治法：开上达下、清金导水、升清降浊、通利三焦、湿阳通尿、滋肾通关、清利湿热、活血化瘀。[26] 各个医家所采用的各种治法都是根据辨证结果而进行立法，虽表述不同，但

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本质一样，各有千秋。

2.2.2.1 活血化瘀法

活血化瘀、软坚散结是治疗前列腺增生症的常规治法。孙聿修详细介绍了本病从瘀论治的方法。一是化瘀清利法：适用于既有瘀血内阻，又兼夹湿热的患者。方选芩连四物汤合八正散加减。常用药物：黄芩、炒山栀、赤芍、丹参、王不留行、瞿麦、萹蓄、木通、车前子等。二是活血行气法：适用于性格内向、抑郁型体质的患者，或前列腺胀痛甚者。方选少腹逐瘀汤合沉香散加减。常用药物：当归、赤芍、川芎、元胡、丹参、小茴香、柴胡、沉香、郁金、橘核、石韦、王不留行等。三是化瘀涤痰法：用于形体肥胖、痰湿偏盛体质的患者。选方桃红四物汤合导痰汤加减。四是健脾活血法：多用于既有瘀血内阻，又见脾气虚弱的患者。方选补中益气汤合当归补血汤化裁。常用药物：黄芪、党参、当归、白术、陈皮、升麻、丹参、赤芍、肉桂、茯苓、生苡仁等。五是益肾活血法：用于以肾虚为主的患者。方选金匮肾气丸合丹参饮出入。作者认为本病宗活血化瘀治疗，旨在改善前列腺增生这一病理过程。现代药理研究证实，活血化瘀药具有改善微循环，抗凝、解聚、纤溶等作用。在临床中要注意邪实正虚的病理特点，故在应用活血化瘀时，若邪实当祛邪活血；若正虚应扶正活血。鉴于老年人特点，在选用活血化瘀时，多用养血活血之品，少用破血搜剔之味，谨防耗血动血。总之，在治疗时着眼活血祛瘀，强调辨证施治，如此才能提高临床疗效。[27]陈志强等用自拟益肾祛瘀方加减治疗前列腺增生症 82 例，药用菟丝子、覆盆子、山萸肉、王不留行、牛膝各 15g，黄柏 12g，牡蛎 30g，肉桂 1.5g，若合并湿热重者去山萸肉，加苍术、滑石、浙贝母；合并中气不足者加黄芪、五味子；便秘者加玄参、肉苁蓉；肺热壅盛者则先予清肺化痰平喘之剂，再予本方加减治疗。作者认为本病的主要病机乃系肾虚瘀阻所致，言其必有瘀者，是因为本病的病理基础实系败精瘀浊积聚而成，古人限于各种原因未作直肠指诊，今人常规作直肠指诊扪及增生之腺体，即肿大之结块，属有形可征之证，与中医的癥瘕、积聚等实属同一病理产物，所以无论何种分型，实际上都有瘀结的因素在内。由此可见，年老肾虚，推动无力，以致瘀阻尿道，气化不利，采用益肾祛瘀法，不但近期疗效较好，临床症状及尿流率明显改善，而且由于以固本为主，远期疗效亦较满意，多数患者的前列腺体积及膀胱残余尿均有改善，是运用“塞因塞用”这一治法的又一体现。[28]同样李绍轩采用补肾化瘀法为主治疗本病 30 例，药用淫羊藿 20g，仙茅 15g，菟丝子、王不留行、丹皮、肉苁蓉各 10g，怀牛膝、巴戟天各 12g，土鳖虫、大黄(后下)各 8g，泽泻、车前子、穿山甲、红花、桃仁各 9g。[29]还有崔学教用补气益肾祛瘀法治疗 58 例，方药：黄芪 30g，党参 30g，肉苁蓉 30g，山萸肉 12g，王不留行 30g，路路通 30g，桃仁 15g，赤芍 15g，三七末 3g(冲服)，随证加减。诸药合用，益气活血，化瘀散结，消肿缩泉，利尿通闭，起到双向调节作用。[30]乔宗余采用本法治疗 48 例，药用桃仁、赤芍、莪术、炮山甲、琥珀、牛膝组成基本方，随证加减。[31]还有用琥珀桃红汤(桃红四物汤加牛膝、丹参、穿山甲、肉桂、琥珀、王不留行)化裁，结节明显者加海藻、昆布、浙贝母；气虚加黄芪、党参；阳虚加附片；气滞加台乌药、小茴香；尿闭者加通草、泽泻、桔梗。[32]因个体差异而兼证不同，故也可根据瘀滞之不同情况而拟定相应化瘀法。阳虚血瘀者，宜温肾化瘀，方选肾气丸加杜仲、赤芍、红花、益母草等加减；[33,34]阴虚血瘀者，宜滋肾化瘀，药如盐知母、盐黄柏、红花、皂角刺、台乌药、淡竹叶各 10g，肉桂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2g，桃仁 15g，赤芍、川牛膝、车前草、王不留行、瞿麦各 12g，甘草 5g 等，据此基本方随症加减；[35]肾虚瘀结者，宜补肾破瘀、散结通窍，药用党参、黄芪、地黄、天冬、肉桂、知母、枳壳、泽泻等；[36]气滞血瘀者，宜理气活血，方用血府逐瘀汤加减；[37]瘀阻尿闭者，宜软坚通瘀、开上启下，药用化瘀之品合开肺窍之剂；[38]或投以活血利水法，药用桃红四物汤加降香、车前子、牛膝、甘草等；[39]气虚痰血瘀结者，宜益气涤痰化瘀，药用党参、鳖甲、海藻、昆布、牛膝、车前子、滑石、寒水石等。[40]总之，只要临床运用合理，活血化瘀法治疗前列腺增生症能收到满意疗效。

2.2.2.2 补益脾肾法

因本病的发生，其本在肾，而与肺脾功能失调相关，故以治肾为主、兼顾肺脾的方法治疗，能收到较好疗效。沈楚翘用炙黄芪、党参、山药、桑寄生、川续断、茯苓各 15g，泽泻、丹皮各 10g，台乌药、覆盆子各 15g 组成基础方随证加减治疗。[41]林健认为本病虚实夹杂，本虚而标实，肾气虚衰为其根本所在，采用益气补肾以治其本，祛瘀化湿利尿以治其标，攻补兼施，药用：黄芪、党参、肉苁蓉各 30g，山萸肉、川牛膝、黄柏各 12g，车前子、菟丝子各 15g，王不留行 20g，甘草 10g。随证加减：肾阳虚者加附子、补骨脂；湿热下注者去党参、肉苁蓉，加蒲公英、滑石；血尿者加三七、白茅根；前列腺质地较硬有结节者加鳖甲、穿山甲。[42]

2.2.2.3 扶正化痰法

周家珩认为前列腺增生症与下焦痰核相类似，其病变机理与脾肾两虚相关。痰积日久可成痰核。又肾主水液代谢，老年肾气虚衰，开合不利，则水湿内聚也能凝而成痰。作者采用扶正化痰为基本法则治疗 135 例，方中党参、黄芪、白术、茯苓、山药、巴戟天温补脾肾以治其本；海藻、昆布、橘核化痰软坚以消其核。在此基础上，若肾虚偏重且伴性功能障碍者，加仙灵脾、肉苁蓉、菟丝子；尿痛并有感染者，加黄芩、黄柏、木通；尿血者，加小蓟、三七粉；湿重者，加萹蓄、泽泻等。[43]

2.2.2.4 疏肝散结法

前列腺之部位，是肝之经脉循行所过之处。前列腺增生引起的癃闭证候，与肝经瘀滞有关。故印会河采用疏肝散结法治疗该病疗效甚好，方由柴胡、丹参、赤芍、当归、牛膝、生牡蛎、玄参、川贝、夏枯草、海藻、昆布、海浮石等组成。[44]朱绍忠也采用补肾疏肝散结法治疗 32 例，效果满意。作者认为本病的成因多为年老肾气亏虚，经脉不利，相火妄动，煎熬津血，致使瘀痰互结，阻滞肝经，并由此组成方药，方中熟地、补骨脂、鳖甲、牛膝补肾；丹参、毛冬青、当归活血养血，调理肝经；柴胡疏肝解郁，引药入肝及其经脉；鳖甲、海藻、昆布、夏枯草、浙贝母软坚散结；牛膝引药下行，直达病所。诸药配合，有滋肾疏肝解郁，软坚散结之效。[45]

2.3 中医药治疗进展

前列腺增生症(BPH)主要表现为排尿困难，小便不通，故治疗应着眼于“通”。但又因证候虚实之不同，而通利之法各异。因其病因病机的特点，治虚应以补肾为主，使肾之阴阳平衡，开合有度；治实应注意活血化瘀，软坚散结之法的运用，使腺体得以缩小，梗阻程度减轻。小便点滴不下，应“急则治其标”，在内服药的同时，采用导尿或针灸、按

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

摩等疗法急通小便，以免变生它症。在临床上各位医家多采用内治法、外治法、内外合治法，收到了较好的临床效果。

2.3.1 内治法

2.3.1.1 辨证论治

张振东将本病分为2型：湿热蕴结型，用金银花30g，瞿麦、萹蓄、木通、甘草梢、牛膝各10g，大黄5g；脾肾阳虚型，用党参、黄芪各15g，乌药、附子、巴戟天、橘核、茯苓、穿山甲、车前子、女贞子各10g。前列腺质较硬者加三棱、莪术；血尿重加三七、白茅根；尿浊甚者加萆薢、芡实；尿闭加蜈蚣、蟋蟀；腰痛重者加杜仲、桑寄生；性功能减退者加阳起石、淫羊藿。[46]

胡海翔分为4型：阴虚火旺予知柏地黄汤加减；肾阳虚亏予金匮肾气丸加减；瘀血内阻予桃红四物汤加减；湿热下注予八正散加减。[47]叶朗清等将本病分为中气不足、气阴两虚、阴虚夹湿、湿热下注4型，分别以补中益气汤、补中益气汤合增液汤、增液汤合八正散、八正散加减治疗。[48]

张哲明分为3型，采用温通法治疗。肾阳虚型用枸杞子、菟丝子、巴戟天、茯苓、泽泻、肉苁蓉、猪苓、仙灵脾、乌药、沉香；脾阳虚型用黄芪、党参、白术、茯苓、干姜、荜拨、升麻、通草、泽泻、木香；脾肾阳虚型用黄芪、党参、白术、桂枝、茯苓、补骨脂、仙茅、巴戟天、车前子、猪苓。作者认为在老年性前列腺增生症中，属湿热者并不多见，或不单独出现；夹血瘀者次之；肾阳、脾阳虚者则十之八九，故采用温通之法治疗散果尤佳。[49]

晁中桓分为4型治疗：①湿热型：小便频数，灼热不畅或涩痛尿赤，舌红苔黄，脉弦滑数。治以清热利湿，方用八正散加减(萹蓄、瞿麦、栀子、大黄、木通、甘草梢各9g，车前子15g，滑石12g，灯心草2g)。②阴虚型：小便频或淋漓不畅，或时发时止，遇劳即发，经久不愈，或伴头晕、耳鸣，舌质红脉细散。治以滋阴降火，清利湿热，方用六味地黄丸加萹蓄、瞿麦、牛膝、木通、车前子。③阳虚型：小便难，甚者点滴不出，尿液清白，畏寒肢冷，腰腿酸软，精神不振，舌淡苔白，脉沉细或迟弱。治以温补肾阳，佐以利尿，方用济生肾气汤加甘草梢。④脾肾两虚型：排尿困难或尿潴留，神疲懒言，气短不续，大便稀溏或虚痢，小便清白，舌淡苔白，脉沉细或迟弱。治以益气健脾，温补肾阳，涩利同用，验方老人癃闭汤加减(党参24g，黄芪30g，茯苓、萆薢、王不留行各12g，莲子18g，白果、甘草各9g，车前子15g，吴茱萸5g，肉桂6g)。[50]

蔡英奇采用加味肾气丸治疗前列腺增生症54例，辩证以小便量少、细滴不畅、甚至闭塞不通为主症，根据兼症不同分两型：①肾阳虚型：兼神气怯弱、畏寒肢冷、腰膝冷痛、小便潴留、阳痿早泄、下肢浮肿、舌淡苔白、脉沉细微。②肾阴虚型：兼五心烦热、腰膝酸痛、失眠盗汗、耳鸣耳聋、牙齿松动、舌红少苔、脉虚细数。药物组成：生熟地、党参、山药、苡仁各15g，冬瓜仁、地丁各30g，山萸肉、茯苓、丹皮、泽泻、桂枝、苍术、淫羊藿、韭子各10g，桃仁6g，甘草3g。[51]

李卫真在自己编的书中介绍了三种具有代表意义的辨证论治方法：(1)认为本病病位在膀胱，与三焦、肺、脾、肾相关，属本虚标实证，分为湿热下注、膀胱瘀阻、肾虚三型施治。(2)认为血瘀成积，阻塞尿窍是本病病机的关键，故用活血化瘀为主的方药治疗本病，分为6型：①气虚血瘀、积阻尿窍证：小便点滴，小腹胀痛，时有遗尿，舌质淡紫或

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有瘀点，脉沉细，治宜益气化瘀，消积通窍，方选增液汤：炙山甲、桃仁、当归、丹参各10g，酒大黄6g，琥珀3g冲服，黄芪15g，皂角刺5g，肉桂2g冲服。②积阻尿窍、浊气犯肺证：小便不利，兼咳喘气逆，舌质淡紫，脉滑，治宜化瘀消积，降气止咳，方选前增液汤加桔梗、葶苈子各5g，苏子10g。③积阻尿窍、中气不足证：小便频数，点滴难下，气短乏力，小腹坠胀，舌淡紫，脉沉弱，治宜化瘀消积，补中益气，方选增液汤加党参15g，柴胡5g，升麻3g，黄芪加至30g。④积阻尿窍、膀胱湿热证：小便频数，茎中灼痛，甚则尿闭，舌质红，舌苔黄腻，脉滑数，方选增液汤去黄芪、当归，加黄柏、知母、车前子各10g，石韦30g。⑤积阻尿窍、肾阳虚弱证：小便点滴，尿清色白，或小便不通，畏寒腰冷，舌质淡胖，脉沉迟，治宜化瘀消积，温补肾阳，方选增液汤加仙茅、杜仲各10g，肉桂加至3g。⑥积阻尿窍、肾阴亏耗证：小便热涩频数，点滴难下，五心烦热，舌质红少苔，脉细数，治宜化瘀消积，滋补肾阴，方选增液汤去当归，加白芍、知母、黄柏各10g，鳖甲30g，肉桂减至1g。(3)分2型辨证论治：①湿热癃闭型：治宜滋肾涤热，活血利尿，方用滋肾丸加味，盐黄柏、盐知母各15g，肉桂2g，川牛膝、桃仁、丹参、赤芍、车前子各10g，薏苡仁15g，甘草6g。若发热恶寒、尿急痛者，加连翘、蒲公英；腰痛、夜尿频数者，加川断、桑寄生、益智仁。②瘀块阻塞型：治宜活血化瘀，消癃利尿，酒大黄、薏苡仁各60g，川牛膝、桃仁、当归、炙山甲、车前子、猪苓各30g，肉桂15g，其研细末，炼蜜为丸，分服9g，日2次。若小便失禁者，上方改为汤剂，加黄芪、党参、益智仁；若久病见肾阳虚弱之证，用济生肾气丸与上方交替使用。[52]

2.3.1.2 专病专方

根据对BPH辨病和辨证相结合的认识，近年治疗BPH的固定成方不外乎以化瘀散结，清热利湿，健脾益肾等立法，进行辨病论治。

方1：瞿麦、萹蓄、猪苓、泽泻、车前子、半枝莲、桂枝、蒲公英各20g。适用于前列腺增生造成排尿不畅或排尿困难，有宣肺利水通淋之功。[53]

方2：黄柏、牛膝各15g，肉桂、穿山甲、芒硝各6g，知母、大黄、桃仁各10g，金钱草、黄芪各30g，茯苓20g。另每天用大黄20g煎水，温水坐浴。随证加减：偏寒加附子，减去知母；肿甚加车前子、防己；尿道灼痛加滑石、生地；睾丸、精索胀痛明显加延胡索、荔枝核；腰骶酸病加杜仲、续断；性功能减退加淫羊藿、黄精；前列腺液中脓细胞多加蒲公英、金银花；前列腺质地偏硬，高低不平或有结节者加莪术、鳖甲、龟甲。[54]

方3：附子10～30g，肉桂、桃仁各10g，熟地、丹参各20g，山药、枣皮、茯苓、牛膝、焦柏各15g，丹皮、泽泻各6g，金钱草30g。适用于肾阳虚，瘀血阻络，膀胱气化功能失调所致的前列腺增生症。有温补肾阳，活血化瘀，疏癃经络之功效。[55]

方4：黄芪30～60g，肉桂、木通各10g，肉苁蓉、川牛膝、王不留行、鹿角片、海藻各15g，地龙、地鳖虫、炮山甲、莪术各12g，牡蛎、虎杖、紫茉莉根、穿破石、南瓜子各30g。中老年人肾气日虚，阳不足以温通，阴不足以滋病，膀胱气化功能衰退，渐致瘀湿壅滞，结聚而成。本方有补肾益气，温经通络，活血化瘀，消徵散结，除湿泻浊，通窍利尿之功。[56]

方5：山萸肉、生地黄、茯苓、川牛膝、车前子各15g，山药25g，泽泻、丹皮各10g，肉桂、炮附子各6g，炮山甲、白术各10g，浙贝母15g。肾气衰弱，膀胱气化不利，开阖失司，小便不利。久病致瘀结下焦，以致前列腺增生阻碍尿液的排出。本方有补益肾气，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

温阳利水，活血化瘀，软坚散结的作用。现代研究认为本方可改善组织供血，减轻局部炎症渗出，抑制纤维增生，促使腺体组织的软化和缩小。[57]

方6：萆薢45g，萹蓄、土茯苓、车前草、白茅根、连翘各30g，石韦12g，猪苓、瞿麦、大腹皮各15g，牛膝10g，甘草6g。本方适用于湿热下注型，临床表现以小便频数、疼痛、颜面黄赤、口唇红干、舌红苔白厚、脉沉数有力为主者。有清热利湿，通调水道的作用，同时起到去浊分清、消肿散结、疏通气血、清热通淋、下气行水的效果。[58]

方7：党参、乌药、山药、车前子各15g，黄芪20g，桔梗5g，茯苓、泽泻、丹皮各10g。适用于脾肾两虚型，有补肾健脾利尿的作用。现代研究认为本方有加强尿路平滑肌的舒缩功能。[59]

方8：生黄芪100g，滑石30g，琥珀3g。前两味加水煎汁，冲服琥珀。适用于气虚血瘀内阻凝结而成的前列腺增生症。有益气扶元以助气化，活血散瘀以消阻滞的作用。[60]

方9：沙参、牛膝、木通、瞿麦、葫芦巴各14g，肉桂8g，黄芪、薏苡仁、车前子各15g，赤芍、木香、白术各12g，甘草3g。适用于气虚血瘀、湿毒内结型，有益气活血、清利湿毒之功效。[61]

方10：黄芪120g，牡蛎30～60g，黄柏、甘草各30g，琥珀、沉香各6g，枇杷叶15g，山慈姑、白芥子、猫爪草各10g，肉桂(煨服)3g，炮山甲、三棱各12g。适用于气虚精亏血瘀所致的前列腺增生，有补气开塞，祛瘀通癃的作用。[62]

方11：熟地18g，肉桂6g，车前子(布包煎)、海金沙(布包煎)各15g，川牛膝12g，半枝莲30g，水蛭粉(分2次冲服)、胡桃仁、郁金、石菖蒲各10g。适用于气虚血瘀所致的前列腺增生症，有补肾温阳，行气化瘀，利尿通窍之功。[63]

方12：冬葵子、地肤子、王不留行、海蛤壳、枳壳、官桂、仙茅、淫羊藿、枸杞于、党参、黄芪、泽泻、栀子、丹参。用于下焦湿热，日久成积块，压迫尿道，而致前列腺增生的排尿困难。本方有除湿热、祛瘀结、通小便之功效。[64]

方13：生大黄、赤芍、炮山甲各10g，桃仁、生甘草、川牛膝9g，嫩桂枝6g，琥珀末3g，瞿麦、丹皮、栀子各10g，厚朴、杏仁、枳实各9g。肾气虚弱，膀胱湿热阻滞，久病则瘀血散精停留不去而成前列腺增生症，治疗以祛瘀散结为本，通调水道为标的原则拟定本方。[65]

方14：棕榈根100g。用水煎，加红糖，适量服。用于治疗前列腺增生所致的尿潴留，能使前列腺缩小，从而达到小便通畅的目的。[66]

方15：黄芪60g，地龙、当归尾、川芎、王不留行、红花、桃仁、牛膝各10g，琥珀末3g，皂角刺6g，夏枯草15g，生牡蛎30g，滑石、蒲公英各15g。用于肾气亏虚、气滞血瘀、瘀浊凝结所致的前列腺增生症，有补气行瘀散结的功效。[67]

方16：三棱、莪术、王不留行各12g，山豆根、车前子、牛膝各10g，肉桂4g，菟丝子、巴戟天、生地、玄参各9g，黄芪、党参各20g，黄柏、土茯苓、蒲公英各10g。适用于湿热、痰浊、瘀血阻滞形成，瘀积于下焦膀胱所致的前列腺增生症。有行瘀散结，泄浊通窍的作用。[68]

方17：金银花、当归、牛膝、泽泻各30g，玄参60g，甘草、桃仁、橘核各10g，肉桂、穿山甲各6g。适用于肾气虚衰、热毒内结、血瘀溺窍不利所致的前列腺增生者，有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

温化肾气，清热解毒，化瘀散结的功效。[69]

方 18：桂枝、赤芍、白芍、桃仁、五灵脂、菟丝子、地鳖散(另吞)各 10g，茯苓 12g，丹皮 8g，黄芪 30g。上药水煎服，另配合用螺肉炒食盐热散少腹。适用于中气下陷、命门气化失常为主的前列腺增生症。有补气升陷，活血化瘀的功效。地鳖散：地龙 50g，鳖蜂 30g，二药焙干研末。[70]

方 19：海藻、昆布、穿山甲、虎杖、桂枝、枳壳各 10g，荔枝核、橘核、王不留行、蚕休各 15g，金钱草 30g。适用于痰瘀互阻型前列腺增生症，有化痰软坚散结，化瘀利尿之功效。[71]

方 20：丹参、冬瓜仁各 20g，丹皮、桃仁、知母、黄柏各 10g，官桂、三七粉(分吞)各 5g，薏苡仁 30g，王不留行 15g，川牛膝 12g。适用于瘀精浊液阻滞所成的前列腺增生，有活血化瘀，清热利湿，利水之功效。[72]

方 21：瓜蒌、山药各 20g，茯苓、车前子、炒鳖甲、瞿麦各 15g，制附片、䗪虫、穿山甲、桃仁泥、炮大黄各 6～10g，蒲公英、昆布各 30g，丝瓜络为引。适用于肾气虚，湿热痰浊瘀阻之前列腺增生症，有补阳举气，消聚除瘀，通经化浊，鼓舞膀胱之功。随证加减：气虚加黄芪、党参、升麻、白术；阳虚加肉桂、仙茅、淫羊藿、蛇床子、巴戟天；阴虚加二至丸、生地和重用鳖甲；瘀热内蕴去附片，加败酱草、琥珀、金银花、黄柏；兼尿道灼痛加赤芍、元胡；前列腺质硬加三棱、莪术。[73]

方 22：熟地、枸杞子、菟丝子各 30g，当归尾、牛膝、虎杖各 15g，桃仁、制大黄、琥珀、海金沙各 10g，䗪虫 3g，生甘草 6g。老年肾虚不能气化，经脉滞涩，血运不利，久则血瘀形成积块，致本虚标实。老人虚不能蛮补，标实不任强攻。本方平补益肾，化气行水，活血通瘀散结，标本兼治。[74]

方 23：威灵仙、茯苓、小茴香、栀子各 30g，地肤子 20g，白茅根、金银花各 50g。本方有通达经气，宣通脏腑，祛除膀胱宿脓恶水，清利膀胱，通行水道之功。[75]

方 24：丹参、益母草各 30g，瓦楞子 40g，穿山甲、当归、柴胡、川楝子各 10g，生黄芪、荔枝核、王不留行各 20g，三七 5g，甘草 5g。适用于年老气虚血瘀，结聚于精室。有调补气机，活血化瘀，软坚通络，散结消癥之功。[76]

方 25：熟地、山药各 30g，萹蓄、瞿麦各 20g，山萸肉、滑石、牛膝各 15g，茯苓、刘寄奴各 12g，泽泻、牡丹皮、车前子(单包)各 10g，甘草 6g，灯心草 3g。适用于年老肾虚，湿热蕴结于下焦，膀胱气化不利所致的前列腺增生，有清热利湿，补肾活血之功。[77]

方 26：当归、三棱、莪术各 10g，山慈姑 20g，穿山甲、制大黄各 10g，夏枯草 15g，大熟地 12g，淫羊藿、益智仁、制黄精、枸杞子各 10g，生黄芪 30g，茯苓、车前子各 10g。本病系老年脏器渐衰，阳常不足，气虚则血行不畅而致血瘀阻塞尿道，阳虚气弱则膀胱气化不利，终致排尿困难。活血化瘀，温肾利尿是治疗本病的基本法则。[78]

方 27：黄芪 15g，党参 10g，熟地 15g，山药 15g，桔梗 5g，茯苓 10g，泽泻 10g，丹皮 10g，乌药 10g，覆盆子 10g，山萸肉 10g。肺、脾、肾三脏的功能衰退，是产生前列腺增生的重要因素。治疗以肾为主，兼顾脾肺；以补为主，兼利水之道。通过补肾益气，行气化水，以提高膀胱气化功能，气化有常，则小便自通。肾阳虚加仙灵脾、附子、肉桂；肾阴虚加知母、肉桂；肛门坠胀、前列腺肿甚加赤芍、留行子；血尿加旱莲草、白茅根；小

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

便淋涩刺通加车前子、瞿麦、琥珀。[79]

方28：炙黄芪30g，党参30g，麦冬10g，五味子10g，乌梅10g，炙升麻10g。年老体虚，升降功能失常为其致病之由。治疗应以“补”虚为先，同时“敛”阴“提”气，目的在于恢复老年患者的气机升降功能，使水道通畅而安。偏于气虚加淮山药30g、炙甘草6g；偏于肾虚加熟附片6g，菟丝子10g，川桂枝6g；偏于瘀阻加地鳖虫10g，泽兰10g。[80]

方29：生黄芪30g，党参、车前子、川牛膝各15g，生大黄、乌药各6g，升麻、桔梗、菟丝子、山萸肉、川贝母、桃仁、干地龙各10g。本着“六腑以通为用”的原则，着眼于“通”。既注意全身机能的调节，又不忽视局部“癥积”病变。诸药合用，上方有补脾肾、散瘀结、利水道，助气化之功，标本同治，从而使气化得行，癥积得消，水道得通，则小便自利。[81]

方30：肉桂、淫羊藿、山萸肉、川芎、桃仁、泽兰各10g，当归、枸杞子各15g，熟附片(先煎)10～15g，炮姜、熟地、炙鳖甲(先煎)各9g，昆布、海藻各30g。适用于肾阳不足，瘀血阻滞所致的前列腺增生症。方中右归饮温补肾阳，乃治先天之本；生化汤活血化瘀，温经通阳，以消癥结之标；伍以泽兰增强祛瘀散结之功，且不伤正气；鳖甲、昆布、海藻具有滋阴软坚散结作用，从而收到较好的临床疗效。[82]

方31：沉香片2g(后下)，肉桂1.5g(后下)，黄柏、知母、石韦、皂角刺各9g，车前子、王不留行、赤白芍、菟丝子、巴戟天各12g，当归9g，生甘草3g。上方除沉香、肉桂外，其他药物先用清水浸泡30分钟，再煎煮30分钟，然后加沉香、肉桂，稍沸即可。本方由《金匮翼》之沉香散和《兰室秘藏》之滋肾通关丸化裁而成。[83]

方32：当归15g，丹参15g，乳香15g，没药15g，白芍30g，滑石30g，知母24g，黄柏24g。本方具有活络通瘀，清热利尿，消肿祛瘀之功效。[84]

方33：水蛭粉3g(分2次冲服)，当归10g，浙贝母20g，鸡内金、苦参各15g。本方具有活血化瘀，软坚消肿之效。[85]

方34：黄芪10～20g，地龙9～15g，白茯苓10～15g，冬葵子10～15g，王不留行10～15g，车前子15～30g，琥珀末3g(冲服)，生甘草梢5～10g。本方以清利湿热，益气化瘀，利尿通淋为主，以改善前列腺的血液循环，有利于增生的纤维组织的吸收和软化缩小，而使小便通畅。[86]

方35：菟丝子、王不留行各30g，山萸肉、炒山甲珠、枸杞子、仙茅、冬葵子各15g，肉桂4g，沉香5g。肾虚是本症的主要内因，肾虚瘀滞是本症的基本病理机制，夹热是常见的兼症，提出补肾是治疗本症的基本法则，活血化瘀是重要方法，养阴清利是治疗本症的必要措施。[87]

方36：海藻10g，昆布15g，生牡蛎30g，海浮石20g，车前子20g，石韦30g，川贝母10g，夏枯草15g，当归12g，赤芍10g，红花10g，青皮10g，鸡内金10g，淫羊藿15g，巴戟天10g，甘草6g。适用于痰瘀互结所致的前列腺增生症，具有化痰散结降浊，温肾疏肝，通利水道的作用。[88]

方37：桃仁、车前子、川牛膝、丹参、黄柏各10g，大黄、芒硝(冲服)各6g，肉桂、甘草各3g。适用于瘀血凝聚，阻塞于尿道、膀胱之间，致小便不利。该方行瘀散结，通利小使，使瘀血得去，下窍自通。[89]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方 38：海藻、昆布、泽泻各 15g，制半夏、象贝各 12g，海蛤壳、茯苓、荔枝核、王不留行各 30g，陈皮 10g，丹参、炮山甲各 12g。适用于湿痰气结阻滞、瘀血败精留蓄阻碍水道所致的前列腺增生症，有软坚散结，化瘀祛痰之功。[90]

方 39：党参、黄芪各 15g，熟地、黄柏、知母、地鳖虫、炮山甲、泽泻各 10g，肉桂 6g（后下），琥珀粉 1.5g（冲服）。便秘加生大黄，小便赤涩痛加萹蓄、车前草。[91]

方 40：乌鸡白凤丸，每服 1 丸，每日 3 次，淡盐水送服。适用于老年男性肾阳已衰，下元虚弱，气化不足之前列腺增生。本方有补气养血，能够调其停留之水液，止其失摄之尿浊之功。[92]

方 41：白胶香、草乌、五灵脂、地龙、木鳖子各 45g，香墨炭 3.6g。上药共为细末，糯米粉打糊丸，炎实大，每服 1 丸，陈酒送下。适用于气滞血瘀型前列腺增生症，有活血化瘀，软坚散结的作用。[93]

方 42：冬虫夏草菌丝粉、桑螵蛸、山药、乌药、桃仁、蜈蚣、王不留行、大黄、车前子。100%的浓度合剂，每次 50ml，每天 2～3 次。[94]

方 43：制大黄、桃仁、黄芩、三棱、莪术、生甘草各 10g，干地黄 30g，白芍 15g，虻虫粉 2g，蜈蚣粉、水蛭粉各 3g，廑虫 6g，炮山甲粉 5g。将虻虫、水蛭、蜈蚣、炮山甲粉共研粉，装入 0 号空心胶囊，每服 6 粒，每日 2 次，余药早晚煎汤，于饭后 2 小时服。本方所治以尿路刺激症状和尿路梗塞症状为主要表现，而腰膝酸软，头晕目眩等症较轻，临证以治标为主，以活血化瘀通淋为先。[95]

方 44：赤小豆、败酱草各 30g，当归 20g，大黄 5g。适用于湿热瘀阻膀胱所致的前列腺增生症，具有清热利湿，活血化瘀的作用，方中赤小豆渗湿清热，解毒排脓；当归活血，祛瘀生新；大黄泻热通便，逐瘀通经；败酱草化瘀消肿。[96]

方 45：南瓜子、肉苁蓉、蛇床子、炮山甲、丹参、生牡蛎，制成冲剂，每袋含生药 20g。每次 2 袋，每日 2 次冲服。适用于肾虚、痰浊、瘀血互结所致的前列腺增生症。[97]

方 46：黄芪 30g，炙甘草 6g，人参 10g，当归 12g，陈皮 6g，升麻、柴胡、琥珀粉各 3g，白术 10g，桔梗 6g。主要用于老年体弱，脾肾气虚，中气不足，膀胱气化无权之前列腺增生症，具有补中益气，升清降浊之功。[98]

方 47：前列平胶囊（主要由薏苡仁、木通、大黄、黄芪、栀子、夏枯草、全瓜蒌、佩兰、泽兰等组成，每粒 0.4g）。每次服用 3 粒，每日 2 次，饭后半小时服。用于湿热痰浊与瘀血互阻之前列腺增生症，具有清热利湿、化痰祛瘀的作用。[99]

方 48：黄芪、首乌、紫河车、鹿角胶、肉苁蓉、醋鳖甲、三棱、莪术、桂枝、菖蒲、琥珀、牛膝。上药研末，制成蜜丸，每丸 10g，每次 1 丸，每日 2 次。本方具有益气、补肾、填精、软坚散结、行气活血、祛瘀消肿、通淋等作用，对前列腺增生具有明显改善临床症状的作用。[100]

方 49：蒲公英 15g，葫芦茶 10g，冬葵子 10g，车前子（包）10g，瞿麦 10g，石韦 10g，藿香 10g，王不留行 10g，三棱、莪术、木通、牛膝各 10g，滑石 20g（包）。同时服补中益气丸，每次 5g，1 日 3 次。本方具有清热利湿，通瘀通络的作用，以期缩小前列腺体积，改善尿道梗阻状况。同服补中益气丸，益气升阳，助肾共司州府开合之职，使小水得以畅利而行。[101]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方50：黄芪、肉桂、制大黄、归尾、桃仁、穿山甲、土不留行、雷丸、夏枯草、海藻、土茯苓。将上药按3:0.9:1:1.5:1:1.5:1:1:3:1.5:3的比例制成颗粒冲剂，每袋10g，每次1袋，1日2次冲服。具有温阳化气，穿凿祛瘀，软坚化结，滑利排浊的作用。[102]

2.3.2 外治法

2.3.2.1 药物熏洗，坐浴疗法

贾美华以芒硝为主组方，以芒硝、益母草、天花粉、生葱各30g，大黄、白芷、艾叶、车前草各10g，水煎取药液约2000毫升，倾于盆内，坐盆上先熏蒸，水温稍降后以毛巾浸渍液熨洗会阴部，水温再降后坐盆内，直至水凉为止，每日2~3次。[103] 李洪林用金银花20g，苦参15g，芒硝15g，大黄15g，马齿苋25g，丝瓜络10g，红花15g，败酱草20g，菊花15g，水煎20分钟，取药液入盆，待冷却到40℃左右时患者于盆内坐浴30分钟，每日早，晚各1次，均取得了较好的疗效。[104]

2.3.2.2 穴位敷药疗法

张信义以皂矾、黄药子敷脐治疗老年前列腺增生症性尿潴留，取得较好疗效。具体用法：将皂矾、黄药子各少许研成药末，置于患者脐中，上覆一毛巾，然后取温水逐步从毛巾上向脐中滴入，使药物徐徐从脐部溶化、吸收。一般在施治后半小时左右开始排尿。若半小时后仍无排尿，可重复使用，大多使用2~3次即可排尿。[105] 黄慧恒采用自制“椒辛散”脐部外敷治疗，用白胡椒15g，北细辛10g，研成细末备用。每次取药末3.0g填盖脐部，外用麝香风湿膏剪成4cm×4cm覆盖粘贴。3日换药1次，10次为1疗程。本法取胡椒、细辛之温窜升发，有提壶揭盖，温阳通络之功，连续应用以巩固疗效。[106] 吴乃桐采用神厥穴敷贴治疗本病，具体方法：局部用温水洗净，轻轻按摩使局部微红且有热感，再用酒精消毒，然后用金匮肾气丸半丸，制成铜钱大小之药饼，外敷神厥穴，上盖生姜1片，黄豆大小之艾炷放姜片上灸6壮。灸毕去姜片，纱布外包药饼，胶布固定即可。并嘱患者回家每晚睡前用艾条灸药饼10~15分钟，每3天换药1次，6次1疗程。本法用金匮肾气丸温补肾阳以助膀胱、三焦气化，外用艾灸具有温经通络，行气活血之功，并可使药力充分发挥，迅速渗入脐孔，增加药物透皮吸收能力。加之神厥穴为先天之结蒂，后天之气舍，具有振奋中阳，温补下元，助阳理气之功。诸法合用共收温肾阳，助气化，行气化瘀启闭之功效。[107]

2.3.2.3 药栓塞肛疗法

杜义等取露蜂房、鹿角霜、橘核、红藤、败酱草、黄柏、山甲珠、桃仁等20多味药物经煎煮、过滤、浓缩，以蜂蜡制成栓剂(每粒含药粉1.0g左右)。用药前温水洗净肛门，用痔疮栓推进器推入肛肠深处(约2~3cm)，每次1粒，每日2~3次。疗效优于前列康片。[108]

2.3.2.4 中药煎剂直肠点滴疗法

余亚东根据辨证，血瘀者以桂枝茯苓丸化裁(桂枝10g,茯苓18g,赤芍12g,桃仁12g,山甲珠10g,地龙干10g,鳖甲15g,皂刺10g)，煎取300ml，每日2次，直肠点滴；肾虚者以滋肾通关丸化裁(黄柏15g,肉桂4g后下,知母15g,车前子15g)煎取300ml，每日2次，每次直肠点滴150ml。[109]

2.3.2.5 药物局部注射疗法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

王华西采用尿通灵(含五倍子注射液,庆大霉素及2%普鲁卡因等)局部注射治疗。注射前先将会阴部常规消毒，然后用手指探查肛门，扪到肿大之前列腺体后用腰穿针缓慢注入，待回抽无血液及尿液时再转动注入药液，每周1次，一般注射2次即可。疗效优于对照组(己烯雌酚口服治疗及庆大霉素1ml肌肉注射)。[110]方昌明用纯中药制成的前列灵注射液，注射于前列腺被膜下，每次4ml，每周2次，5次为1疗程。[111]

2.3.2.6 药物离子导入疗法

彭学贤等自拟配方活血通淋汤(皂刺、金银花、黄柏、土鳖虫、夏枯草、山甲珠、三棱、莪术等)离子导入，治疗BPH。治疗过程中发现随疗程延长有效率逐渐提高，无副作用，与前列康片对照组比较，两组疗效未见明显差异。[112]潘永福等采用上海东进科技公司生产的前列腺治疗仪，分电子脉冲和药离子导入两组，“+、-”电极板上分别套上用药离子导入液(黄芪、穿山甲、桂枝等为主要药物)浸湿的小布袋，然后用电子脉冲的“+、-”分别放在“关元”穴和“膀胱俞”穴上；用药离子导入的“+、-”极分别放在“中极”穴和“腰俞”穴上，并用海绵腰带固定。治疗时药离子导入的电流强度为3~6mA，以耐受为限。每次20分钟，隔日1次，持续3个月。[113]

2.3.2.7 激光疗法

许维新采用刺入式氦氖激光针疗仪光针直刺会阴穴、肾俞穴，埋针20分钟，每日1次，6次为1疗程。[114]陈剑平采用波长6328埃，输出功率2.5mw，光斑直径2mm光针，根据循经取穴原则，进行穴位照射治疗，10天为一疗程，每日1次。主穴：次髎、白环俞。气滞血瘀，加中极、三阴交；肾气不足，肾阳亏虚，加命门、关元、肾俞；湿热下注，加阳陵泉、中极。[115]

2.3.2.8 针刺疗法

阎世舫等采用肛针疗法治疗前列腺增生症。患者取截石位或侧卧位，曲腺成35度。取穴：肛门周围11点和1点，距肛缘3分处。消毒后行肛门指诊，探摸前列腺体，同时右手进针，入穴4.5寸许(勿刺入直肠)，至针下沉滞有力(刺入腺体)，即刺中穴位。捻转针体以助得气，配用626脉冲医疗机，电量强弱以患者能耐受为宜。留针30分钟，每日1次，5次为1疗程。[116]别业辉用火针治疗BPH，取穴会阴、曲骨、三阴交、肾俞，用细火针在酒精灯上烧至通红，迅速点刺，隔日1次，10次为1疗程。[117]杨兆钢采用芒针深透，从秩边或会阴透向少腹部水道穴下，以及深刺气海、中极、关元等穴，并临症选加配穴。[118]李惠芳总结了杨柏如教授用针灸治疗前列腺增生症的经验。杨老认为BPH患者多年老体弱，久病不愈，至全身脏腑气血亏虚，肾气日渐衰弱，尤以肾亏和中气虚导致膀胱气化无力为本病病理基础。故在治疗上以补肾为主，再根据辨证分型(分肾阳虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚、肺肾气虚4型)选穴，依证施行手法才能获得预期疗效。认为辨证准确是针灸治疗BPH的基础，依证恰当地选穴配方是针灸治疗BPH的核心，依证正确使用补泻手法是针灸治疗BPH的关键。[119]桑福荣采用针刺中极、关元、三阴交等穴，留针30~60分钟，同时艾灸肾俞穴10~15分钟。尿潴留者，中极穴透曲骨，再加艾灸温针10~15分钟，每日1次，15次为1疗程。[120]王祥福取甲组穴：膏俞、委阳(均两侧)；乙组穴：会阴旁(双)、三阴交(单)。脾肾阳虚加命门；肾阴虚加太溪；痰凝瘀阻加丰隆、血海。患者取俯卧或侧卧，膏俞穴进针5~7寸，会阴旁穴斜刺进针1.5~2寸，在针柄上分别置磁片，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以脉冲电疗仪治疗，频率 70～80 次/min，余穴用常规针刺疗法。第一疗程用甲组穴，第 2～3疗程用乙组穴，每日 1 次，每次 30 分钟，10 次为 1 疗程。[121]

2.3.2.9 按摩疗法

辛伯臣采用下腹穴位按摩法治疗本病。患者仰卧、曲膝，腹部放松。医者站在一侧，用双手指腹在患者下腹部作环形按摩法，至下腹部皮肤微红发热；再用拇指按压三阴交、气海、石门、关元、中极、曲骨、会阴等穴，按压时渐加压力，以患者能忍受为度。然后让患者取俯卧位，用双手拇指同时按压三焦俞、膀胱俞、阴谷、委阳、阴陵泉等穴。每穴按压 1 分钟，每日 1 次。[122]杨永淑采用循经推运松解法治疗。膀胱湿热者，推运白环俞、膀胱俞、关元、气海、横骨、上髎、次髎及中下髎；肺热壅盛者，循任脉推运；尿路梗阻者，沿督脉循膀胱经推运；中气不足，沿督脉循膀胱经推运；肾阳不足者，沿督脉经推运；肾阴亏损者，沿督脉循膀胱经推运。[123]

2.3.2.10 取嚏通利法

董国良等采用取嚏通利法治疗本病。曾治一患者，患有前列腺增生症数年并伴有支气管哮喘，因饮酒过量，憋尿过久，内因外缘导致痰阻肺窍而哮喘，癃闭并发。症见呼吸急促，胸闷口燥，喉间痰鸣，下腹正中见一圆形包块隆起，膀胱充盈，压痛明显。舌质红，苔黄腻，脉弦数。急取皂荚、细辛、半夏、胆矾各等份共研细末，用空心小管挑药末少许朝口腔吹入即喷嚏作呕，喉间痰团喷吐而出，此刻小便趋于失禁状态不及解裤，继以药末吹用数次，尔后排尿无阻，痰鸣亦随之消失。笔者根据古人滴水之器，上窍闭则下窍亦塞，开上即通下之理，采用开上喷嚏法以开肺气，举中气而通下焦之气，使肺气宣而尿路通，哮症除而癃闭痊。[124]

2.3.2.11 其他疗法

张平等采用前列通药袋治疗证属浊瘀阻滞和肾阳亏虚证的前列腺增生患者，方法是将前列通药袋的两头和“护身”上都缝上尼龙搭扣捏紧即可，使用时穿上“护身”，把药袋对准神阙、气海、关元、中极、肾俞等穴位，15 天后更换新药袋，1 个月为 1 疗程。[125]

从上可以看出，中医外治法治疗 BPH 临床报道较多，治疗方法多种多样。从所报道的文献看，临床疗效大多较好，无副作用。且方法简便，经济实用。易于推广，显示出中医药治疗本病的优势和苗头。“外治之理，即内治之理。”中医治病强调理法方药，一脉贯通。外治法总需在一定的中医理论指导下进行；同时，临床上应该在摸索出好的治疗方法后，探讨其治病获效之理。一般来说，外治法获效应包括药物和具体方法或穴位和具体方法等的双重和多重效应，总结这些方法的原理，有益于提高临床诊治水平。

外用药物剂型的改革研究尚属薄弱环节，如何在筛选有效治疗方药的同时，针对 BPH 的发病特点，加强剂型改革，寻求最经济剂型及给药途径，按照新药研制的要求，研制出有效、安全、方便、价廉的中药外用剂型，仍是今后努力的方向。另外，加强外治法与中药内服方药结合治疗本病的临床研究，有望提高中医药治疗 BPH 的疗效。还有在外治法治疗 BPH 临床研究的基础上，进一步开展动物实验研究，探讨外治法取效的作用机理，这方面的研究尚属缺如，有待于今后进一步予以重视。

2.3.3 内外合治法

崔学教采用内外合治法治疗本病，其中内服方：肉苁蓉 25g，黄芪、党参、毛冬青、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

王不留行、路路通各 30g，桃仁、山萸肉、夏枯草各 15g，海蛤粉 12g，三七末(冲)3g；外治方：大黄、毛冬青、银花藤各 30g，川红花 12g，吴茱萸、泽兰各 15g，每日 1 剂，温煎液坐浴，早晚各 1 次，每次 15～20 分钟。[126]

王钟奇用内服外治合用治疗本病。内服方用黄芪 30g，生大黄(后下)、木通、地龙、甘草各 9g，肉桂 6g，知母、黄柏各 10g，蟋蟀(分吞)10 只，槐花、萹蓄、山楂各 15g；外治方用生甘遂 9g，冰片 6g，共研末加适量面粉，开水调成糊状，外敷于脐下 4 寸中极穴上，直径约 4～5cm，并于其上加热敷，一天一换。[127]

张锡君等采用内服外治结合辨证治疗。内服方为双虎通关丸(每丸含琥珀粉、虎杖、当归尾、桃仁、石韦各 1g，大黄、海金沙各 1.5g，地鳖虫 2g)，每次 1 丸，每日 3 次，用葎草、白花蛇舌草各 30g 煎汤送服；外治方为独头蒜 1 个，栀子 3 枚，盐少许，捣烂，摊纸上贴脐部；或艾叶 60g，石菖蒲 30g，炒热布包敷脐；或食盐 250g，炒热，布包熨小腹。[128]

陈功辉等用消坚通窍汤内服，同时配合药物熏洗，坐浴外治。消坚通窍汤由黄芪 50g，海蛤壳 25g，皂角刺 10g，川牛膝 10g，海藻 15g，木通 9g，马鞭草 30g，炮山甲 25g，水蛭 6g，王不留行 15g 组成。气虚加党参；阴虚加生熟地；阳虚加菟丝子、巴戟天；热盛加黄柏、栀子；湿重加苡仁、猪苓。熏洗药物由芒硝、大黄　桂枝、虎杖、归尾、路路通、地龙各等份组成，煎取药液置盆内，先熏蒸阴部，待温度降后坐浴至水凉为止，每日 2 次。[129]

陈志强等应用特种光前列腺治疗仪与补肾祛瘀之通关片(肉桂、黄柏、牛膝、牡蛎、王不留行、五味子、知母)等配合，治疗前列腺增生症，近期疗效满意。中医辨证在热疗后早期出现热淋证候，当以清热利湿通淋为法，祛邪为主；其后则需顾及腺体增生，系因正虚瘀阻，宜扶正祛邪并进，用补肾祛瘀之通关片治疗有助于标本兼治，促进病情进一步好转。[130]

牛振华等用中药内服，基本方：黄芪 30g，桂枝 10g，云苓 10g，赤芍 20g，桃仁 10g，牛膝 20g，车前子 20g，穿山甲 10g，熟地 20g，大黄 5g，牡蛎 20g；同时配合药浴、针灸、按摩和理疗等综合疗法治疗 BPH。其中药浴方用益母草、当归、黄柏、红花各 20g，大黄 25g，金银花、车前子各 30g，桂枝 10g；针灸包括针刺疗法(取穴为中枝、龙门穴)和仿灸仪治疗(取穴关元、气海、会阴)。[131]

赵家驹采用前列腺手法枝摩，中药敷脐及中药熏洗三联合外治法并配合中药内服(方用水陆二仙丸加减：肉桂、没药、补骨脂、茴香、巴戟天、草薢、杜仲、芦巴子、黑丑、琥珀)治疗前列腺增生伴发阳痿证属肾阳虚衰、寒凝血滞者。[132]

2.4　中西医结合治疗

王泰东等认为对无手术摘除前列腺指征的患者采用双睾丸切除术和中药治疗效果尤佳。若术后遏尿肌无力仍不能排尿者，以温阳利水之中药治疗，方剂组成：仙茅、肉苁蓉、锁阳、玄参、知母各 15g，仙灵脾、萹蓄、阳起石、白花蛇舌草各 30g，生甘草 10g；寒热往来加柴胡、黄芪、金银花、紫花地丁；肢冷脉沉细加附片；尿频急痛加车前子、六一散。每日一剂，10 天为一疗程。[133]

李光志采取中西医结合治疗本病。具体方法是：①导尿并保留导尿管；②中药：石韦、瞿麦、滑石、三棱、莪术、青皮、台乌药、附子、冬葵子各 9g，车前子、金银花各

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

15g，沉香、肉桂(后下)各 6g，服上药 5 剂后改服下列汤药：肉桂、补骨脂、黄芪、牛膝、荔枝核、橘核、三棱、莪术各 9g，知母 6g，熟地、茯苓、山药各 15g，泽泻 12g，丹参 30g；③针刺：患者仰卧，在横骨穴上方，或双侧大赫穴下方进针呈倒八字形斜向内下后肛门方向深刺 4～5cm，直到前列腺，膀胱颈部，然后接电针机，调疏密波，电量以患者能忍受为度，留针 40 分钟，每日 1～2 次；④西药：己烯雌酚 5mg，每日 3 次口服，7 天后每次量改为 2mg，以后渐减量，有副作用时暂停。[134]

刘宇等采用中药癃闭通丸配合体腔红外仪(TQH-Ⅰ型)局部理疗治疗 BPH。治疗方法：①中药治疗：熟地、山药、山茱萸各 12g，泽泻、茯苓各 24g，丹皮、肉桂各 9g，炮山甲 15g。以蜜为丸，1 剂分 3 丸，每日 3 次，每次 1 丸。若出现口干舌燥者，加麦冬适量泡水代茶饮。②局部理疗：将体腔外红外仪特制的前列腺探头表面涂以 30%野菊花软膏，然后从肛门缓慢插入取曲膝侧卧位的患者前列腺直肠部位，每天 1 次，每次 30～40 分钟，10 次为 1 疗程。[135]

郝林玉[136] 对中西医结合治疗前列腺增生症进行了探讨，急性尿潴留者同时插入导尿管，内服中药前列腺合剂一号(当归、连翘、赤小豆、紫花地丁、山豆根、生苡仁、白芷、夏枯草、川楝子、甘草梢)及己烯雌酚；慢性尿潴留者，内服中药前列腺合剂二号(滑石、赤小豆、川楝子、木通、山豆根、生苡仁、白芷、夏枯草、土茯苓、乳香、没药、川牛膝、三棱、莪术)或配合使用己烯雌酚，并随证加减。并对治疗指征进行了规定：①明确诊断为良性前列腺增生症者；②膀胱内残余尿量少于 200ml 左右；③两肾功能良好，未受损者；④没有尿道狭窄、结石、膀胱颈病变者；⑤对单纯用激素治疗效果不佳或有明显副作用者。在筛选中药方面，以清热利水、渗湿消肿、软坚散结为主，再辅以调节、改善肾功能的药物，并控制泌尿系感染。[136]

综观文献，前列腺增生症表现为本虚标实之证，采用中西医结合治疗实为标本兼顾之举，可作为不愿手术或不能承受手术的 BPH 患者的一种选择疗法，有待于今后进一步研究。

3 实验研究

3.1 中医常用治法疗效机理的研究

张守谦等用知柏坤草汤为主(黄柏、知母、牛膝各 20g，丹参 30～50g，大黄 10～15g，益母草 50g)煎服，治疗前列腺增生症 80 例，并对其中 34 例患者进行了血液流变学测定，同时和 50 名健康者进行了对照，结果显示：全血粘度、血浆粘度、全血还原粘度、红细胞压积、血沉及 K 值等的 P 值均 <0.001，这种显著的差异可做为本病血瘀证的诊断依据之一，并给临床以活血化瘀法为主治疗本病提供了依据。作者对 12 例显效患者检查了尿流动力学，分析结果显示：斜坡型曲线 5 例，间断型 4 例，低平型 3 例；总尿量 >200ml 者 6 例，150～200ml 者 4 例，<100ml 者 2 例；最大尿流率 11～20ml/s 者 7 例，<10ml/s 者 5 例；排尿时间除 2 例总尿量 <100ml 外，其余排尿时间均在 25～60s，接近正常，与本组 51 例尿潴留者及其余病例排尿时间(多在 1～3min)相比，排尿时间明显缩短。还对 20 例患者治疗前进行膀胱镜检查，提示任何一叶明显增生突入腔内者，特别是中叶突入腔内明显者，应考虑选用手术治疗或其它非中药疗法。[137]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

谢嘉文等以补肾益气为主的中药治疗34例前列腺增生症。方药组成为：甜从蓉、锁阳、菟丝子或淫羊藿各15g，党参、黄芪各20g，枳实10g，益母草30～50g，炮山甲10g，象贝母20g，王不留行15g，适用于年老肾衰，膀胱气化不利，以夜尿次数增多、排尿无力为主症者。其中17例作了治疗前后的B型超声对比检查，结果提示11例膀胱残余尿减少，有7例减至1/2以下。有11例作了尿流率的治疗前后对比检查，获改善者8例。本组方药的运用，对因前列腺增生引起的膀胱逼尿肌、后尿道壁肌肉功能障碍的改善确有作用。换句话说，采用补肾益气为主的中医治疗，即使在前列腺体积未能缩小的情况下，也可有效地解除患者泌尿方面的痛苦。现代医学药理研究表明，补肾益气类药物有提高机体免疫防御功能，能改善人体各组织器官的功能状态。补肾法对老年男性下丘脑-垂体-性腺轴的功能减退也有一定的改善作用。近年来有学者认为衰老与瘀血相关，运用活血化瘀药物对改善组织血供，减轻炎症反应，减少局部炎症渗出，抑制纤维增生，促使腺体组织软化和缩小有一定作用。[138]

潘立群等以补肾散结法为主治疗前列腺增生症30例，方药组成：党参、黄芪、地黄、天冬、地鳖虫、炮山甲、制黄柏、知母、枳壳、泽泻各10g，琥珀粉1.5g(吞服)，肉桂2g(后下)。本方运用于肾虚血结水阻所致的前列腺增生症，有补肾扶正，活血化瘀之功效。现代研究表明本方能提高组织代谢能力，延缓组织器官纤维变性的病理过程，并能改善血液动力学。从而抑制腺体增生，消除后尿道的充血水肿，改善膀胱逼尿肌的功能。[139]

俞大毛用抗前列腺增生饮(生黄芪30g,党参20g,菟丝子、巴戟天、杏仁各10g,泽兰叶、益母草、川牛膝各15g,生大黄、乌药各6g)治疗痰瘀互阻下焦，气化功能不利，水道受阻所致的前列腺增生症患者。本方有益气强肾化瘀利水之功效。现代研究证明本方能明显改善血液循环，增加前列腺组织血流量，使增生的腺体缩小，尿道梗阻症状改善。[140]

潘永福等在肯定穴位电子脉冲和药离子导入法治疗前列腺增生症有效的基础上，认为该法治疗有效的机理在于：①审因论治：前列腺增生症发病机理为肾虚血瘀，以补肾益气，活血消癥为法，遣方用药、选配穴位切中病机；②人体穴位受到药物与电子脉冲的双重效应，即一方面电子脉冲刺激有关穴位，另一方面通过直流电场的作用，从正、负两个极将正、负药离子导入人体，使经络与药物起到互相协调的作用。同时，采用药离子导入，有可能克服血浆与前列腺之间的“屏障”问题，使药物能弥散到前列腺中去，促使癥块消散。[141]

郭维新采用JGZ-Ⅰ型刺入式氦氖激光针治疗仪治疗前列腺增生症。依据中医经络理论，会阴、肾俞同属足太阳膀胱经，刺之可通过活络，扶正壮阳，调补肾气，激发气血运行，有排瘀利尿之功效。从解剖学角度上看，通过会阴、肾俞穴刺激到深部支配前列腺的盆丛和其分支前列腺丛，可增强神经的调节功能，加快组织细胞的代谢过程，起到调整泌尿系统内分泌失调的作用，因面抑制了前列腺腺体的增生。由于氦氖激光具有温热效应和光化作用，可使前列腺区血流速度加快，血管壁和细胞膜的通透性得到改变，而促使腺体内部结构发生变化，从而缩小了腺体的体积。[142]

3.2 中医药治疗前列腺增生症的动物实验研究

钱伯初等观察了天然油菜蜂花粉对老年犬前列腺增生的影响。结果表明：喂饲油菜蜂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

花粉 5～10g/(kg·d)，连续 2 个月，犬前列腺体积明显缩小。饲油菜蜂花粉对雄犬血清睾酮和雌二醇无明显影响，对小鼠和大鼠的性器官呈雌激素样作用，犬喂饲油菜蜂花粉后全身主要脏器功能和组织病理学检查未见变化。说明油菜蜂花粉可能是治疗人类前列腺增生症的一个安全有效的药物。[143]

王敬善等用前列舒(桂附八味丸加淫羊藿、韭子、苍术、冬瓜仁、薏苡仁、桃仁)治疗前列腺增生症 38 例，并对本药进行了动物实验，研究结果表明，前列舒丸对下丘脑-垂体-性腺轴、肾上腺皮质轴有一定的兴奋和调节作用。对血糖、血脂类和蛋白质代谢均有良好的影响。临床病例观察提示，本药可使血液中皮质醇和雌二醇增高。[144]

余志红等研究证实复方前列宝口服或腹腔注射给药，均能明显抑制由丙酸睾丸酮(50mg/kg)引起的小鼠前列腺增生。其口服剂量 200mg/kg、腹腔注射剂量 400mg/kg 时与阳性药物安尿通的口服剂量 800mg/kg、腹腔注射剂量 1200mg/kg 的药效相近。[145]

彭培初等用复方琥角片治疗 50 例前列腺增生症，并与尿通治疗 30 例对照，其结果：治疗组夜尿次数、排尿难度积分比对照组减少，治疗组前列腺体积缩小率、平均尿流率优于对照组($P<0.01$ 及 $P<0.05$)。从实验结果表明，复方琥角片对大小鼠实验性前列腺增生有明显的抑制作用，表现为前列腺重量减轻、指数变小，能抑制腺上皮乳头状增生，减轻前列腺腔分泌物的贮留。[146]

张俊杰等进行了前列腺丸(黄芪、黄柏、知母、蒲公英、车前子等)对恒河猴丙睾诱发前列腺增生疗效的实验研究。实验选用了对药物敏感、前列腺增生明显的恒河猴为实验模型，每天给以肌注丙酸睾丸酮 1.6mg/kg，连续肌注 28 天，可见血中睾酮含量明显提高，前列腺体积明显增大。当停注丙酸睾丸酮后，上述两种指标仍持续 3 天不变，从而给研究前列腺增生疗效创造了有利条件。故认为丙酸睾丸酮是一种诱发恒河猴前列腺增生较为理想的模型药物。在此模型中，每天给恒河猴口服不同剂量(小剂量 0.26g/kg 和大剂量 1.2g/kg)的前列腺丸，连续 30 天，能显著降低血中睾酮的含量，缩小前列腺体积，与丙睾对照组比较，前列腺腺腔直径较小，腺上皮的高度较低，挤靠基底部似处于静止状态，分泌物潴留明显减少，说明经前列腺丸治疗后，前列腺增生程度明显减轻。从而说明，前列腺丸对恒河猴丙睾诱发前列腺增生有较好的治疗作用。[147]

隋艳华等对前列舒片(山慈姑、生蒲黄、穿山甲等)抑制前列腺增生及抗炎作用进行了动物实验研究。结果表明，前列舒片口服能明显抑制雄性小鼠由丙酸睾丸酮引起的前列腺增生及促进雌性小鼠子宫发育增重的雌性激素样作用，从而提示前列舒片能够抑制小鼠雄性激素合成及释放，并且促进小鼠雌性激素释放，可以初步作为前列舒抑制前列腺增生的机理，也为临床治疗提供了药理依据。[148]

冯玛莉等研究了益气通淋冲剂对大鼠实验性前列腺增生的作用，结果表明，益气通淋冲剂对丙酸睾丸素、己烯雌酚所致实验性大鼠前列腺增生能显著降低前列腺湿重，明显减轻大鼠前列腺腺体及平滑肌增生，并能使前列腺增生大鼠血清总睾酮水平有所增加。[149]

黄自强等用金利油(麻黄、秦艽、沉香等)每天以 0.1～0.2ml/10g 连续灌胃 30 天，对由丙酸睾丸酮诱发的雄性小鼠前列腺增生的抑制率为 27.92%($P<0.01$)，均超过德国产的尿通(12.68%)。[150]

段登志等对前列回春胶囊的药理作用进行了研究，证明其具有抗菌、消炎、改善微循环、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

抗增生及止痛等作用，该方标本兼顾，具有清热解毒、活血祛瘀、消肿止痛、益髓填精、温阳回春等功效，用以治疗慢性前列腺炎、前列腺增生症以及由此引起的性欲减退、阳痿、早泄等。[151]

申庆亮等对川参通注射液的药理作用进行了实验研究。川参通注射液是根据中医中药活血化瘀理论设计，由丹参、当归、川芎、红花等组成。为观察其抗前列腺增生的作用，以生理盐水、前列康片和 5-Fu 作对照，分别观察了不同剂量的川参通注射液对老年小鼠前列腺重量及指数的影响，对丙酸睾丸酮注射液致小鼠前列腺增生症的预防和治疗作用，对犬增生前列腺的缩小作用。结果表明：它对老年小鼠的前列腺重量及指数有明显的抑制作用，对丙酸睾丸酮注射液所致小鼠前列腺增生症有明显的预防和治疗作用，能缩小犬的前列腺组织，说明川参通注射液是治疗老年性前列腺增生症的有效药物。本品还具有一定的抗炎作用，对二甲苯引起的小鼠耳廓肿胀、大鼠棉球性肉芽肿组织增生有明显的抑制作用，并能明显抑制角叉菜胶所致的炎症，但作用强度较地塞米松弱。[152,153]

贾金铭等以中药复方消癃通闭与犬大脑皮层粗制膜进行放射配体结合试验，发现当消癃通闭浓度为 62.5g/L 时，对犬脑 α_1 受体抑制率为 32.76±7.09%，250.0g/L 时抑制率达 88.50±5.76%，500.0g/L 时抑制率达 100%。表明消癃通闭对 α_1 受体具有阻滞作用，从而为其治疗良性前列腺增生症药理作用提供了分子生物学实验依据。由此证明消癃通闭治疗本病的药理作用之一是通过抑制 α_1 受体，而使交感神经兴奋性降低，缓解或解除尿潴留的动力学因素，使之排尿困难症状减轻，残余尿量减少，尿动力学参数改善。为了解该药对前列腺上皮增生的影响，作者用去势昆明种雄性小鼠，皮下注射丙酸睾丸酮每天 5mg/kg，以维持其副性腺的发育。消癃通闭灌胃 15 天、30 天时，分别经腹注射 3H-TdR (74KBq/g)，24 小时后断髓处死，取前列腺右头叶和腹叶制片，观察前列腺上皮细胞核上标记银盐颗粒。结果显示：3H-TdR 标记呈不均一性，腺管末梢标记明显。单纯给予丙酸睾丸酮组标记的腺上皮明显高于其它组，用消癃通闭 15 天后标记细胞减少($P<0.01$)，但给药 30 天后组间标记细胞数无显著性差异。本研究表明：消癃通闭对小鼠前列腺的生长、再生、DNA 合成有抑制作用，同时说明了前列腺内 DNA 合成局限于腺管末梢，末梢 DNA 的合成待小鼠成熟后，即前列腺发育到一定限度，其合成也就相对停止。[154,155]

【古训今释】

1 病名溯源

中医学无“前列腺”这一器官名称，亦无“前列腺增生症”的病名，近代根据该病的临床表现及发病特点，多把前列腺增生症归于中医学“癃闭”的范畴。癃闭是指小便点病不爽，甚或点滴不出为主证的一种病证。癃是小便点病不爽，闭是小使点病不出。因临床上常始则小便短少点滴，继则闭塞不通，故合称为癃闭。

癃闭之名，首见于《内经》，如《灵枢·本输》篇说：“三焦……实则闭癃，虚则遗溺”。《素问·标本病传论篇第六十五》说：“膀胱病小便闭”。阐明了本病的病位在膀胱，与三焦关系密切。

癃闭在汉代以后曾称为“淋”，汉·张仲景《伤寒论》、《金匮要略》中未见“癃闭”的记

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

载，是因汉代殇帝姓刘名癃，为避讳“癃”字而改为“淋”所造成的，但张仲景对淋和小便不利的辨证论治，是有精辟论述的，实际上是包括癃闭的。

明代张景岳将“淋”和“癃”分开，并进行了详细的论述。他在《景岳全书》中给本病定义为“小便不通，是为癃闭”。指出其病位在小肠、膀胱和肾，并首次阐述了“或以败精，或以槁血，阻塞水道而不通”的著名学术观点，可谓独具匠心。同时他还告诫人们：“膀胱无水枯涸之证，水泉既涸，故不可再加分利，……当于名门详察治之，皆非有水不通而为癃闭之类也”。这里他已十分详明地提出不可将膀胱无水之证混同于癃闭，诚为可贵。前列腺增生症所致之癃闭是指膀胱有水、水道阻塞不通造成的。在同一书中，景岳还指出：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病……今肺虚则气不化精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行，水不归经则逆而上泛，故传入脾则肌肉浮肿，传入肺则气息喘息急”。景岳对于癃闭和水肿的鉴别可说是泾渭分明的了。

清·程国彭在《医学心悟·小便不通》篇中指出：“癃闭与淋证不同，淋则便数而茎痛，癃闭则小便短涩而难通”。对癃闭和淋证作了明确的鉴别。淋证以小便频数短涩，滴沥刺痛，欲出未尽为特征，其小便量少，排尿艰涩与癃闭相似，但尿频而疼痛，且每天排出小便的总量多为正常。癃闭则无刺痛，每天排出的小便总量少于正常，甚则无尿排出。

关于“癃”与“闭”的区别，明·李中梓在《医宗必读·小便闭癃》中指出：“闭与癃，两证也。新病为尿闭，盖点滴难通也；久病为尿癃，盖屡出而短少也。”清·林佩琴在《类证治裁·闭癃遗溺》中又说：“闭者，小便不通；癃者，小便不利……闭为暴病，癃为久病。闭则点滴不通，……癃则滴沥不爽。”故临床上以小便不利，点滴而短少，病势较缓者称为“癃”；以小便闭塞，点滴不通，病势较急者称为“闭”。癃和闭虽有区别，但都是指排尿困难，只有程度上的不同，因此多合称为癃闭。

癃闭与关格的小便不通相似，但二者各有特征。隋·巢元方在《诸病源候论·大便病诸候》中认为关格是大小便不通，大便不通谓之内关，小便不通谓之外格，二便俱不通，为关格。张景岳认为：“关则不得小便，格则吐逆。”因癃闭是单指小便不通，而不伴大便不通及呕吐，可作为两者的鉴别。但是如果癃闭失治误治，病情可转为严重，此时临床上出现头晕，目糊，胸闷，喘促，恶心，呕吐，水肿，甚至昏迷、抽搐等症，是由癃闭转为关格，若不及时进行抢救，可以导致死亡。诚如《景岳全书·癃闭》所说：“小水不通为癃闭，此最危最急症也，水道不通，则上侵脾胃而为胀，外侵肌肉而为肿，泛及中焦则为呕，再及上焦则为喘。数日不通，则奔迫难堪，必致危殆。”

2 病因病机

关于癃闭的病因病机，早在《内经》中就有明确的记载。《素问·灵兰秘典论篇》曰：“三焦者，决渎之官，水道出焉。膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。”《素问·宣明五气篇》说：“膀胱不利为癃，不约为遗溺”。在此阐明了膀胱和三焦的气化不利，可导致本病的发生。《灵枢·口问》中又说：“中气不足，溲便为之变。”劳倦伤脾，饮食不节，或久病体弱，致脾虚而清气不能上升，则浊阴难以下降，小便因而不利。另外，七情内伤，引起肝气郁结，疏泄不及，也可影响三焦水液的运化及气化功能，致使水道的通调受阻，形成癃闭。且以经脉的分布来看，肝经绕阴器，抵少腹，这也是肝经有病，导致癃闭

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的原因。所以《灵枢·经脉》篇指出："肝厥阴之脉，起于大指丛毛之际，……上注肺。是动则病腰痛，不可以俛仰，丈夫癀疝，妇人少腹肿，甚则嗌干，面尘脱色。是主肝所生病者，胸满呕逆飧泄，狐疝遗溺闭癃。"

隋·巢元方在《诸病源候论·小便诸候》中指出："小便不通，由膀胱与肾俱热故也。肾主水，膀胱为津液之府，此二经为表里，而水行于小肠，入胞者为小便。肾与膀胱即热，热入于胞，热气大盛，故结涩令小便不通，小肠胀满气急甚者，水气上逆，令心急腹满，乃至于死。诊其脉紧而滑直者，不得小便也。小便难者，此是肾与膀胱热故也。此二经为表里，俱主水，水行于小肠人胞为小便，热气化于藏府，水气则涩其热势甚微，故但小便难也。诊其尺脉浮小便难，尺脉缓小便难，有余沥也。"以上说明小便不通和小便难的病因都是由于肾与膀胱有热，只是由于热的程度不同，故有小便不通和小便难的区别。同时他还对小便数候、小便利多候、小便不禁候进行了详细的论述："小便数者，膀胱与肾俱虚，而有客热乘之故也。肾与膀胱为表里，俱主水，肾气下通于阴，此二经既虚，致受于客热，虚则不能制水，故令数。小便热则水行涩，涩则小便不快，故令数起也。诊其跌阳脉数，胃中热即消引食，大便硬，小便即数。小便利多者，由膀胱虚寒，胞滑故也。肾为藏，膀胱肾之府也，其为表里俱主水，肾气通于阴，府既虚寒，不能温其藏，故小便白而多。其至夜尿偏甚者，则内阴气生是也。小便不禁者，肾气虚，下焦受冷也。"说明小便不利与肾虚的关系尤为密切，肾主水，若肾的气化功能失常，则关门开阖不利，即可发生癃闭。宋·赵佶在《圣济总录·虚劳》中论曰："虚劳小便余沥者，肾气虚弱，而膀胱不利故也。膀胱不利，则气不能化，气不化，则水道不宣，故小便后有余沥"。指出小便余沥不尽的主要病机在于肾虚膀胱气化不利。

元·朱丹溪认为小便不通有"气虚、血虚、有痰、风闭、实热"等多种不同的病因，正如《丹溪手镜·小便淋闭二十七》中所说："脉细而数，盛大而实者生，虚小而涩者死；关格头汗者死。淋沥赤涩，皆内热也，宜解热利小便。闭则气不利。有气虚则气不行，血虚则气不升，有痰多则气不运。"

明·张景岳在《景岳全书·癃闭》中设"癃闭"专篇，对其病因病机作了精辟论述，他把癃闭的病因病机归纳为4个方面："因火邪结聚小肠膀胱者，此水泉干涸而气门热闭不通；有因热居肝肾者，则或以败精，或以槁血，阻塞水道而不通；有因真阳下竭，元海无根，气虚不化而闭的；有因肝强气逆，移碍膀胱，气实而闭的。"他还详细阐述了气虚而闭的病理机转："夫膀胱为藏水之府，而水之入也，由气以化水，故有气始有水，水之出也，由水以达气，故有水始有溺，经曰气化则能出矣！盖有化而入而后有化而出，无化而出必其无化而入，是以其入其出皆有气化，此即其本经气化之义，非单以出者言气化也。然则水中有气，气即水也，气中有水，即水中气也。今凡病气虚而闭者必以真阳下竭，元海无根，水火不交，阴阳否隔，所以气自气而气不化水，水自水而水蓄不行。气不化水则水腑枯竭者有之，水蓄不行则浸渍腐败者有之。"其关于"气虚而闭"病机理论的阐释对指导临床有着极为重要的意义。明·楼英在《医学纲目·闭癃遗尿》中指出："小便不利有三：其一属湿邪攻三焦。经云：太阴在泉，湿淫所胜，病小腹痛肿，不得小便。又云：水不及曰涸流，涸流之纪，上宫与正宫同，其病癃闭是也。其二属风邪攻脾。经云：厥阴司天，风淫所胜，病溏瘕泄水闭是也。其三属燥热。经云：阳明司天之政，天气急，地气阴，民病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

癃闭。”说明小便不利有太阴、阳明、厥阴之病。

到了清代，对本病的认识已渐臻完备。如清·沈金鳌在《杂病源流犀烛·小便闭癃源流》中说：“小便闭癃，肝与三焦及督脉病也。言三经而不及膀胱者，以膀胱但主藏尿，而不主出尿也。经云：肝脉过阴器，病闭癃”。又云：“三焦下腧并太阳正脉入络膀胱，约下焦，实则闭癃。”说明肝、三焦与癃闭的发生也有着密切的关系。清·李中梓在《证治汇补·癃闭》篇中将本病的病因总结归纳为：“有热结下焦，壅塞胞内，而气道涩滞者；有肺中伏热，不能生火，而气化不逆者；有脾经湿热，清气郁滞，而浊气不降者；有痰涎阻结，气道不通者；有久病多汗，津液枯耗者；有肝经忿怒，气闭不通者；有脾虚气弱，通调失宜者。”李氏将该病的病因概括得非常全面，后世多宗于此。

综合以上论述，本病的病位虽在膀胱，但与三焦、肺、脾、肾、肝都有密切的关系，其病因病机大致概括为肺热气壅、脾气不升(中气不足)、肾元亏虚、肝郁气滞、湿热蕴结、尿路阻塞等几个方面。上焦之气不化，当责之于肺，肺失其职，则不能通调水道下输膀胱；中焦之气不化，当责之于脾，脾土虚弱，则不能升清降浊；下焦之气不化，当责之于肾，肾阳亏虚，则气不化水，肾阴不足，津液亏乏，则水道艰涩不通；肝郁气滞，使三焦气化不利，也会发生癃闭。湿热蕴结，痰涎、败精、瘀血引起的尿路阻塞等，均能妨碍膀胱的气化功能而引起癃闭。

3 癃闭证治

在《灵枢·本输》篇中就提出了治疗癃闭的基本治则：“遗溺则补之，闭癃则泻之。”汉·张仲景在此基础上首创五苓散、猪苓汤、蒲灰散等，治疗气化不行，水热互结，瘀血挟热之小便不利，为本病的辨证论治奠定了基础。如《金匮要略·消渴小便不利淋病脉证并治》载：“脉浮，小便不利，微热，消渴者，宜利小便，发汗，五苓散主之。小便不利者，有水气，其人若渴，用栝蒌瞿麦丸主之。小便不利，蒲灰散主之。脉浮，发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。”

元代朱震亨在《丹溪治法心要·癃闭证治》中对本病的证治有独到的见解，他指出：“气壮实热之人，八正散，大便动，小便自通。小便因热郁不通，赤茯苓、黄芩、泽泻、车前子、麦门冬、桂、滑石、木通、甘草梢；气虚痛者，加木香、黄芪；淋痛者，加黄柏、生地；夏月，调益元散。有热宜清，有湿宜燥，有气结于下宜升。有隔二隔三之治，如因肺燥不能生水，则清肺金，此隔二。如不因肺燥，但膀胱有热，则直泻膀胱之火，此正治。如因脾湿不通，精气不升，故肺不能生水，则当燥湿健脾，此隔三也。清肺，用车前、茯苓之类，泻膀胱用黄柏、知母之类，健脾燥湿用苍术、白术之类。又诸法治不遗，则用吐法，盖气承载其水耳，吐之则气升，气升则水降。”

明·张景岳在《景岳全书·癃闭》中主张治疗癃闭必须辨其虚实，实证采用利水、清火、行气等法。他指出：“火在下焦而膀胱热闭不通者，可以利之；肝肾实火不清者，可去其火，水必自通；肝强气逆，壅闭不通者，可破气行气。”同时提出治气虚而闭者必须“得其化”，“当辨其脏气之寒热。若素无内热之气者，是必阳虚无疑也，或病未至甚。须常用左归、右归、六味、八味等汤丸，或壮水以分清，或益火以化气，随宜用之，自可渐杜其原。若病已至甚，则必用八味丸料或加减金匮肾气汤大剂煎服”。又谓：“若素禀阳脏内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热，不堪温补，而小便闭绝者，此必真阴败绝，无阴则阳无以化，水亏证也。治宜补阴抑阳，以化阴煎之类主之。或偏于阳亢而水不制火者，如东垣之用滋肾丸亦可。”张氏对气虚不化而引起的癃闭治法，对指导临床有着极高的价值。他认为：“治实者尤难，而治虚者必得其化为不易也。故凡临证，不可不详辨其虚实。”明代楼英指出：“小便不利，在气在血之异。夫小便者，足太阳膀胱所主，长生于申，申者西方金也，金能生水，金者肺也，肺中伏热，水不能生，是绝小便之源也。人法象天地，膀胱之源，自头颈下至于足，故曰阳中之阴。如竭而小便不通者，肺不能降是也，治法皆用清燥金之正化，气味薄之药，茯苓、猪苓、泽泻、琥珀、灯芯、通草、车前子、瞿麦、萹蓄之类，皆为淡渗之药，能泻火而清肺金，滋水之化源也。若不渴，热在下焦，是绝其流而尿不泄也，须用气味俱厚，阴中之阴药治之。二者之病，一居上焦，在气分而必渴；一居下焦，在血分而不渴，血中有湿，故不渴也。二者之殊，至易分别耳。”其用药特点值得今日临床借鉴。明·李中梓更提出了其具体治疗方法，《医宗必读·闭癃门》中载：“闭癃之病，《内经》分肝与督脉，三焦及膀胱四经，然太阳膀胱但主藏尿，其主出尿者，皆肝经、督脉及三焦也。又考膀胱为州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。夫主气化者，太阴肺经也，若使肺燥不能生水，则气化不及州都，法当清心润肺，车前子、紫菀、麦门冬、茯苓、桑白皮之类。如脾虚不运，而精不上升，故肺不生水，法当燥脾健胃，苍术、白术、茯苓、半夏之类。如肾水燥热，膀胱不利，法当滋肾涤热，黄柏、知母、茯苓、泽泻、通草之类，夫滋肾泻膀胱，名为正治。清金润燥，名为隔二之治。健胃燥脾，名为隔三之治。又或有水液只渗大肠，小腑因而燥竭，宜以淡渗之品，茯苓、猪苓、泽泻、通草之类，分利而已。或有气滞不能通调水道，下输膀胱者，顺气为急，枳壳、木通、橘红之类。有实热者，非予纯阴之剂则阳无以化。上焦热者，栀子、黄芩。中焦热者，黄连、乌药。下焦热者，黄柏、知母。有大虚者，非予温补之剂则水不能行，如金匮肾气丸及补中益气汤是也。”

清·何梦瑶在《医碥·小便不通》中指出：“小便不通，由肺燥不能制水，当清肺中之热，而滋肾水之源，治宜用黄芩、黄连、天花粉、知母、麦冬、茯苓、木通、甘草，等分服之。若脾虚，气不上升，当健脾生金，先用泻黄散，随用六君子汤。若膀胱有热，涩滞其流，治用五苓散。”清·陈修园在《医学从众录·癃闭五淋》篇中提出的“下病上取”法至今对临床有着重要的指导意义，他说：“有启其外窍，即所以开其内窍之法，麻黄力猛，能通阳气于至阴之下。肺至皮毛，配杏仁以降气，肺气下达州都，导水必自高原之义也，以八正散加此二味，其应如响。如夏月不敢用麻黄，恐阳脱而汗漏不止，以苏叶、防风、杏仁三味等分，水煎温服，覆取微汗，而水即利矣。虚者以人参、麻黄各一两，煎服，神效。如汗多不任再散者，即以紫菀、桑白皮各三钱，麦冬五钱，加利水药中，或加于升提药中，亦效，皆下病上取之法也。”清·李中梓还对癃闭的外候、脉法、治法、用药进行了详细的总结，可谓非常全面。据《证治汇补·下窍门癃闭》篇载：“外候：凡人鼻色黄，小便必难，热微则小便难而仅有，热甚则小便闭而绝无。小便胀满，气急上逆，心腹俱闷，叫痛欲死。甚有肺气壅极，横行脐中，小肠为之突出，外肾为之挺长。脉法：脉紧而滑直者，不得小便也。又尺脉或浮或涩或缓，皆小便难，尿有余沥也。右寸关滑实者，痰滞上焦；细微者，中气不运。左尺脉洪数者，热结下焦；虚浮者，肾气不足。治法：一身之气关于肺，肺清则气行，肺浊则气壅，故小便不通，由肺气不能宣布者居多，宜清金降气为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主，并参他症治之。用药：肺气受热，清肺饮；膀胱热结，八正散。气滞于内者，利气散。阴虚者，地黄汤。阳虚者，八味丸。脾虚不运者，补中益气汤。气虚不化者，六君子汤。血瘀者，牛膝汤。痰闭者，导痰汤，先服后吐。又有因小便不通，过服寒凉渗利诸剂，致气闭于下，寒郁于中，阴翳否隔，不能气化而不通者，用干姜、升麻，煎服而愈。于此可悟天地升降之道，阴阳消长之理。”清·陈士铎在《辨证录·小便不通门》中对癃闭的证候、治法、方药也进行了较为详尽的论述，对指导临床有着重要的意义。

综上所述，对癃闭的辨证，首先应分清虚实。因湿热蕴结、浊瘀阻塞、肝郁气滞、肺热气壅所致者，多属实证；因脾气不升、肾阴不足、命门火衰、气化不及州都者，多属虚证。辨别虚实的主要依据有：实证多发病急骤，小腹胀满疼痛，小便短赤灼热，苔黄腻，脉弦数或数；虚证多发病缓慢，面色少华或苍白，小便排出无力，气短，语声低微，舌质淡，脉沉细弱。癃闭的治疗应根据“腑以通为用”的原则，着重于通，但通之之法，又有虚实的不同。实证治宜清湿热，散瘀结，利气机而通水道；虚证治宜补脾肾，助气化，而达到气化得行，小便自通的目的。同时，还要根据病因，审因论治，根据病变所在肺、在脾、在肾的不同，进行辩证施治。不可滥用通利小便之品。注意应用“下病上取”之法，有时可达到意想不到的效果。

4 内治方药

4.1 治小便不利方

(1) 汉·张仲景《金匮要略·消渴小便利淋病脉证并治》载：①五苓散：桂枝、茯苓、白术、猪苓、泽泻。②瓜蒌瞿麦丸：栝楼根、茯苓、薯蓣、附子、瞿麦。③猪苓汤：猪苓、茯苓、阿胶、滑石、泽泻。④蒲灰散：蒲灰、滑石。⑤滑石白玉散：滑石、乱发炭、白鱼。⑥茯苓戎盐汤：茯苓、白术、戎盐。

(2) 宋·赵佶《圣济总录·肾脏门》载：①泽泻汤：泽泻、葵根、木通、车前子、井泉石、赤茯苓、甘草(治肾脏实热，传入膀胱，小便赤黄，结涩不通)。②榆白皮饮：榆白皮、滑石、黄芩、木通、瞿麦、石韦、冬葵子、车前草(治肾脏实热，小便赤黄，结涩不利痛楚)。

(3) 金·刘完素《伤寒标本心法类萃》载：桂苓甘露饮：五苓散加寒水石、石膏(小便不利者，小便难而赤涩也。中暑并伤寒大发汗后，胃中干，烦躁不得眠，脉浮，小便不利，微热烦渴者，通宜五苓散，桂苓甘露饮主之)。

(4) 金·李杲《东垣试效方·小便淋闭门》载：清肺饮子：茯苓、猪苓、泽泻、琥珀、灯芯、木通、通草、车前子、瞿麦、萹蓄(治渴而小便不利，邪热在上焦气分也)。

(5) 元·许国桢《御药院方》载：①八正散：大黄、瞿麦、木通、萹蓄、车前子、山栀子仁、炙甘草、滑石(治小便赤涩，或癃闭不通及热淋、血淋)。②引水散：石燕子、海马、海蛤、滑石、琥珀、赤茯苓、川木通、通草、越桃、泽泻、猪苓、车前子、茴香、瞿麦穗、萹蓄、苦葶苈、忘忧根、木香、白丁香、鬼棘针、灯芯、麝香(治小便秘涩不快，或不通，及肿满脚气一切湿证)。

(6) 元·罗天益《卫生宝鉴·胞闭门》载：①石韦散：芍药、白术、滑石、葵子、瞿麦、石韦、木通、当归、甘草、王不留行(治肾气不足，膀胱有热，水道不通，淋漓不宣，出少起

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

数，脐腹急痛，蓄作有时，劳倦即发，或尿如豆汁，或便如砂石，并皆治之）。②肾沥汤：杜仲、桑螵蛸、犀角屑、木通、五加皮、麦冬、桔梗、赤芍（治胞痹，小腹急，小便不利）。③海金沙散：木通、海金沙、滑石、通草、瞿麦、杏仁（治小便淋涩，及下焦湿热，气不施化，或五种淋疾，癃闭不通）。④立效散：甘草、山栀子、瞿麦穗（治下焦结热，小便黄赤，淋闭疼痛，或有血出）。⑤滋阴化气汤：黄连、黄柏、炙甘草（治因服热药过多，小便不利，或脐下闷痛不可忍，服诸药不效者。如昼不通者，加知母）。

（7）明·皇甫中原等《明医指掌·癃闭》载：蒲黄汤：赤茯苓、木通、车前子、桑白皮、荆芥、灯心、赤芍药、蒲黄、滑石、甘草梢、紫苏、葱白。

（8）明·秦昌遇在《症因脉治》一书中载方27首治疗小便不利。其方名有：石膏知母汤、清燥汤、苍术防风汤、导赤各半汤、防风汤、防风四苓散、生脉散合当归补血汤、八正散、甘草附子汤、真武汤、四逆汤、清肺饮、黄芩泻白散、黄连枳壳汤、清胃散、知柏地黄汤、泻心汤、二陈汤、平胃散、四君子汤、理中汤、补中益气汤、人参车前汤、人参固本丸、海藏四物汤、肝肾丸、济生肾气丸。

（9）明·朱橚《普济方》载：①木通汤：木通、猪苓、瞿麦、滑石、炙甘草、芍药（治伤寒小腹满，小便不利，心下痛引胁者）。②琥珀茯苓丸：琥珀、滑石、知母、黄柏、蛤粉、赤茯苓、川木通、当归、泽泻、人参、山栀子仁、赤芍药、白术、猪苓、黄连、大黄、黄芩、瞿麦、木香（治膀胱经积热，以致小便癃闭淋涩）。

（10）宋·王怀隐等《太平圣惠方》载：①栀子散：栀子仁、石膏、白茅根、赤茯苓、犀牛角、木通、黄芩、甘草（治膀胱湿热，心腹烦闷，小便不利）。②榆皮散：榆白皮、车前子、葵根、木通、瞿麦、白茅根、桑螵蛸、赤茯苓、黄芩（治膀胱实热，小便赤涩）。③大黄散：川大黄、黄芩、赤茯苓、冬葵子、紫苏茎叶、槟榔、瞿麦、木通、白茅根（治膀胱实热，腹胁胀满，小便不利）。④泽泻散：泽泻、鳖甲、麦门冬、栀子仁、甘草、木通、赤芍药、黄芩、赤茯苓（治虚劳骨节疼痛，心膈烦闷，小便不利）。⑤紫苏散：紫苏茎叶、木通、石韦、冬葵子、木香、青橘皮、赤茯苓、槟榔（治虚劳下焦气滞，脐腹烦闷，小便不利）。⑥赤茯苓散：赤茯苓、猪苓、当归、枳壳、羚羊角屑、大麻仁、木香、甘草、赤芍药（治虚劳小便不利，气攻腹内）。⑦赤芍药散：赤芍药、柴胡、赤茯苓、大麻仁、木通、槟榔（治虚劳下焦有热，小便不利，骨节疼痛，肌肉急，腹内痞满）。⑧大黄饮方：川大黄、赤芍药、木通、陈橘皮、大麻仁、槟榔（治虚劳小便不利，腹胁满烦，四肢烦疼）。⑨黄芪散：黄芪、人参、牡蛎粉、肉苁蓉、熟干地黄、附子、石南、防风、五味子、白茯苓、白芍药、桂心、石斛、甘草、磁石（治虚劳损，小便余沥，阳痿，湿痒，四肢羸弱，不欲饮食）。

（11）清·尤怡《金匮翼》载：①滋肾丸：黄柏、知母、肉桂（治下焦阴虚而阳不化者）。②百合饮子：桑白皮、通草、百合、白茅根（治肺热不降者）。③白通汤：葱白、干姜、附子（治下焦阳虚不化者）。

（12）清·沈金鳌《幼科释谜》载：木通散：木通、萹蓄、大黄、甘草梢、赤苓、瞿麦、滑石、山栀、黄芩、车前子、灯芯、薄荷（因暴热所逼，涩而不通。又有癃闭，乃肉脏气虚，受热壅滞，宣化不行，非涩非痛，但闭而不通，腹胀紧满）。

（13）清·汪讱庵《医方集解》载：①桑螵蛸散：人参、茯苓、远志、石菖蒲、桑螵蛸、龙骨、龟板、当归（治小便数而欠）。②大桔皮汤：滑石、甘草、赤茯苓、猪苓、泽泻、白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

术、桂枝、陈皮、木香、槟榔(治湿热内攻,心腹胀满,小便不利,大便滑泄)。

(14) 清·张锡纯《医学衷中参西录》载:①宣阳汤:野台参、威灵仙、寸麦冬、地肤子(治阳分虚损,气弱不能宣通,致小便不利)。②济阴汤:怀熟地、生龟板、生杭芍、地肤子(治阴分虚损,血亏不能濡润,致小便不利)。③白茅根汤:白茅根(治阳虚不能化阳,小便不利。或有湿热壅滞,以致小便不利,积成水肿)。

(15) 清·裘吉生《珍本医书集成·春脚集·前后二阴》载:①琥珀散:川郁金、青皮、木香、牛膝、当归、大生地、黄柏、琥珀末(若夫淋漓闭癃之证,宣开郁行气,养血滋阴,则用此甚效)。②升麻、柴胡、黄芩、黄连、黄柏、山栀、青皮、木通、通草(治小便不利,服利水药不效,服此方即效)。

4.2 治小便不通方

(1) 唐·孙思邈《备急千金要方·消渴淋闭尿血水肿》篇载:①滑石、葵子、桑白皮。②车前草、桑白皮。

(2) 宋·王怀隐等《太平圣惠方》载:①赤茯苓散:赤茯苓、子芩、桑螵蛸、汉防己、羚羊角屑、射干、川升麻、川大黄、瞿麦、大青、木通(治膀胱实热,腹胀、小便不通,口干舌燥、咽肿不利)。②汉防己散:汉防己、海蛤、滑石、冬葵子、猪苓、瞿麦(治膀胱湿热,小便不通)。③当归散:当归、子芩、葵子、车前子、榆白皮(治热病,小便不通,小肠中疼痛)。④滑石散:滑石、甜葶苈、汉防己、木通、猪苓、甘草(治热病,热毒气壅,心腹胀满,小便不通)。⑤木通散:木通、枳实、琥珀、赤芍、茅根、甘草(治热病,小便不通,或淋沥疼痛)。⑥石韦散:石韦、木通、瞿麦、甘草、葵子、子芩(治热病小便不通)。⑦冬葵子散:冬葵子、滑石、赤茯苓、木通、茅根、石韦、子芩、川朴硝(治热病小便赤涩不通)。

(3) 宋·赵佶在《圣济总录·小便不通》一书中载方19首治疗小便不通。其方名有:通关瞿麦汤、立应散、葵子饮、茴香子散、瞿麦汤、滑石散、续随子丸、松烟散、海金沙散、葵根饮、硝石汤、防己散、桑螵蛸汤、葵石汤、秦艽散、茯苓汤、木通汤、鸡苏饮、石韦饮。

(4) 宋·杨倓《杨氏家藏方》载:①火府园:生干地黄、黄芩、木通、犀角、甘草(治心肝二经蕴毒邪热。口燥咽干,大便引饮,潮热烦躁,目赤睛疼,小便赤涩,癃闭不通)。②除热饮子:炙甘草、陈小麦、麦门冬、赤茯苓、干葛、灯心、木通、人参(治心经客热,小便不通,口燥烦渴)。

(5) 宋·严用和《济生方》载:①赤茯苓汤:木通、赤茯苓、槟榔、生地黄、黄芩、赤芍药、炙甘草、麦门冬(治小肠实热,面赤多汗,小便不通)。②葵子汤:赤茯苓、木猪苓、葵子、枳实、瞿麦、木通、黄芩、车前子、滑石、炙甘草(治膀胱实热,腹胀,小便不通,口干舌燥)。

(6) 金·李杲《东垣试效方》载:①滋肾园:知母、黄柏、肉桂(治不渴而小便闭,热在下焦血分也)。②导气除燥汤:知母、黄柏、滑石、泽泻、茯苓(治小便闭塞不通,乃血涩致气不通而窍涩也)。

(7) 元·朱丹溪《丹溪心法》载:蒲黄汤:赤茯苓、木通、车前子、桑白皮、荆芥、灯心、赤芍、炙甘草、生蒲黄、滑石(治心肾有热,小便不通。)

(8) 元·危亦林《世医得效方》载:①利气散:绵黄芪、陈皮、甘草(治老年气虚,小便

小众网站大众健康:http://qianjinpianfang.com

闭塞不通)。②附子散：绵附子、泽泻(治小便不通,两尺脉俱沉微)。③葱白汤：陈皮、葵子、葱白(治小便卒暴不通,小腹膨急,气上冲心,闷绝欲死)。

(9) 元·罗天益《卫生宝鉴》载：①红秫散：萹蓄、灯草、红秫黍根(治小便不通,上喘,大妙)。②黄芩清肺汤：黄芩、栀子(治因肺燥而得之,小便不通)。

(10) 明·虞搏《医学正传》载：①葵子散：黄蜀葵子、赤茯苓。②倒换散：大黄、荆芥穗(治无问新旧癃闭,大小便不通,小腹急痛,肛门肿痛)。③广济鸡苏饮子：鸡苏、生地黄、通草、滑石、杏仁、冬葵子、石韦。④冬葵子、滑石、通草、赤茯苓、白茅根、芒硝。

(11) 明·龚廷贤《万病回春》载：①加味猪苓汤：木通、猪苓、泽泻、滑石、枳壳、黄柏、牛膝、麦冬、瞿麦、车前子、甘草梢、萹蓄叶(治热结小便不通)。②加味五苓散：猪苓、泽泻、白术、甘草、肉桂、当归、枳壳、牛膝、木通(治虚寒小便不通)。③参归升麻汤：人参、当归、生地、赤茯苓、猪苓、泽泻、山栀、枳壳、牛膝、黄柏、知母、升麻、甘草(治虚人小便不通)。④加味二陈汤：陈皮、半夏、茯神、枳壳、牛膝、猪苓、木通、山栀、麦冬、车前子、黄柏、甘草(治痰气闭塞,小便不通)。⑤通关丸：黄柏、知母、肉桂(治不渴而小便闭,热在下焦血分)。

(12) 明·龚廷贤《寿世保元》载：①禹功散：陈皮、半夏、赤茯苓、猪苓、泽泻、白术、木通、条芩、山栀子、升麻、甘草(小便不通,百法不能奏效,服此无不愈)。②导水散：当归、车前子、泽泻、猪苓、木通、瞿麦、滑石、赤茯苓、山栀子、石莲子、黄连、黄柏、知母、甘草(治膀胱有热,小便闭而不通)。

(13) 明·张景岳《景岳全书》载：化阴煎：生地黄、熟地黄、牛膝、猪苓、泽泻、生黄柏、生知母、绿豆、龙胆草、车前子(治水亏阴涸,阳火有余,小便癃闭,淋浊疼痛等证)。

(14) 明·孙志宏《简明医彀》载：便癃主方：黄柏、牛膝、滑石、木通、猪苓、泽泻、麦门冬、车前子、瞿麦、萹蓄、甘草、灯心(未通加地肤子、萆薢、石莲子、秋葵子、海金沙、枳壳;老人气血虚,不通加四物汤、黄芩,减利水药)。

(15) 明·朱橚等《普济方》载：①胡荽汤：胡荽、车前子、木通、防己、瞿麦穗、犀角、黄连(治小肠风热,小便黄赤,涩结不通)。②猪苓散：木猪苓、防己、栀子仁、滑石、车前子、槟榔、大黄(治膀胱实热,小便不通,腰腹重痛,燥烦)。③瞿麦饮：瞿麦穗、黄芩、生甘草、木通、葵根、车前子(治膀胱实热,小便不通,壅闭烦躁)。④石膏汤：生石膏、生栀子、赤茯苓、炙甘草、木通(治膀胱实热,小便癃闭,舌燥引饮,烦闷)。⑤透水散：瞿麦、川大黄、川硝、槟榔、陈皮、木通、石韦、牵牛子、滑石(治小便不通,肠腹急满)。⑥青真汤：桑叶汁、车前子汁(治小便不通,腹胀,气急烦闷)。⑦牛蒡煎：牛蒡叶汁、生地黄汁(治小便不通,烦躁不安,脐腹急痛)。

(16) 清·陈士铎《辨证录》载：①凉心利水汤：麦冬、茯神、莲子心、车前子。②导水散：王不留行、泽泻、白术。③八味地黄汤：熟地、山萸、山药、丹皮、泽泻、茯苓、肉桂、附子。④行水汤：熟地、巴戟天、茯神、芡实、肉桂。⑤纯阴化阳汤：熟地、玄参、肉桂、车前子。⑥加生化肾汤：熟地、生地、肉桂。⑦生脉散：人参、麦冬、北五味子、黄芩。⑧麦冬茯苓汤：麦冬、茯苓。⑨补中益气汤：黄芪、甘草、人参、白术、当归、陈皮、升麻、柴胡。

(17) 清·李用粹《证治汇补》载：①清肺饮：茯苓、黄芩、桑皮、麦冬、车前子、山

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

栀、木通(治肺热口渴,小便不通)。②导赤散:生地、木通、甘草、连翘、黄连(治心经客热溺闭)。③利气散:枳壳、陈皮、木通、甘草(治气壅小便不通)。④牛膝汤:牛膝、归尾、黄芩、琥珀末(治血瘀小便不通)。

(18) 清·张锡纯《医学衷中参西录》载:①温通汤:椒目、小茴香、威灵仙(治下焦受寒,小便不通)。②升麻黄芪汤:生黄芪、当归、升麻、柴胡(治小便滴沥不通)。③寒通汤:滑石、生杭芍、知母、黄柏(治下焦蕴蓄实热,膀胱肿胀,溺管闭塞,小便滴沥不通)。

5 其他疗法

5.1 导尿法

唐·孙思邈创造了最早的导尿术。其在《备急千金要方·膀胱腑》中载:"……为胞屈僻,津液不通,以葱叶除尖头,内阴茎孔中深三寸,微闭口吹之,胞胀,津液大通,便愈。"可谓中医学治疗本病的一大突破,也为今天治疗前列腺增生症并发急性尿潴留采用导尿法提供了借鉴。

5.2 探吐法

元·朱震亨根据辨证论治的原则,运用探吐法来治疗小便不通。《丹溪心法·小便不通》中说:"小便不通,有气虚、血虚、痰、风闭、湿热。气虚,用参、芪、升麻等,先服后吐,或参芪汤中探吐之。血虚,四物汤,先服后吐,或芎归汤中探吐之亦可。痰多,二陈汤先服后吐,以上皆用探吐。若痰气闭塞,二陈汤加木通、香附探吐之,以提其气,气升则水自降下,益气承载其水也。"并将探吐一法,譬之滴水之器,闭其上窍,则下窍不通,开其上窍则下窍必利。《寿世保元·小便不通》中载:"小便不通,时以鸡翎探吐之,得解而止,妙在吐。"《证治汇补·癃闭》中载:"癃闭者,吐提可法"。说明探吐法也是治疗癃闭的一种重要方法。中医学认为打喷嚏或呕吐,能开肺气,举中气,而通下焦之气,是一种简便而有效的通利小便的方法。近来采用的方法是:用消毒棉签,向鼻中取嚏或喉中探吐;也有用皂角末0.3~0.6g,吹鼻取嚏。

5.3 刺灸法

明·楼英在《医学纲目·癃闭遗尿》篇中提出了刺灸治小便不利的5种方法。其一取肝,《经》云:肝足厥阴之脉,所生病者癃闭。又云:小腹满,身寒热,小便不利,取足厥阴。又云:癃取阴跻及三毛,上及血络出血是也;其二取三焦,《经》云:三焦病者,腹气满,小腹丸坚,不得小便,窘急,溢则水流即为胀候,在足太阳之外大络,大络在足太阳少阳之间,亦见于脉,取委阳。又云:小腹痛肿,不得小便,邪在三焦,约取之太阳大络,视其络脉,与厥阴小络结而血者是也;其三取肾络,《经》云:足厥阴之别,名曰大钟,当踝后绕根,别走太阳,其病实则癃闭,取之所别也;其四取脾,《经》云:足太阴之脉所生,病者溏瘕泄,水闭,视虚实寒热陷下,而施补泻留灸也;其五杂取,《经》云:内闭不得溲,刺足少阴太阳与骶骨上,以长针。气逆则取其太阴、阳明、厥阴,甚则取少阴、阳明,动者之经也。从而为刺灸法治疗癃闭提供了理论依据。据《卫生宝鉴·胞痹门》中载:

小众网站大众健康:http://qianjinpianfang.com

"灸法，治小便淋涩不通，用食盐不以多少，炒热放温，填脐中，却以艾灸七壮，小便自出。艾炷如筋头大。"近代也常用针灸治疗癃闭，常刺足三里、中极、三阴交、阴陵泉等穴，反复捻转提插，强刺激。体虚者可灸关元、气海，并可采用少腹膀胱区按摩。

5.4 敷 脐 法

外敷于脐中或脐下。

(1)《圣济总录》载：①独头大蒜一枚，栀子三七枚，盐花少许，三味捣烂，摊纸上，贴脐良久即通。未通，涂阴囊上立通。②连根葱勿洗，带土生姜一块，淡豆豉二十一粒，盐二匙，同研烂，捣饼烘热，掩脐中，以帛扎定，良久气透自通，不然再换一剂。

(2)《明医指掌》载：用活田螺一个，连壳捣如泥，入麝少许，置脐内，以蛤蜊壳合之，绢帛扎定，少时即通。

(3)《万病回春》载：用皮硝一合，连须葱一根，捣为一处，用青皮摊在脐上似膏药样，用热瓦熨之即出。

(4)《金匮翼》载：若不得尿，急闷欲绝者，以盐二升，大铛中熬，以布帛裹脐下按之，小便当即通也。

(5)《慈济方》载：用风花仙子，雄黄各五分，蓖麻子七个共捣细，填入脐中。

(6)《医便》载：小便不通，诸药不效，闷乱欲死者，急以甘遂五钱，为细末，用凉水调如膏，敷脐下丹田穴，再以甘草节五钱煎汤，垂服汁至脐下通矣，以急救之良决也。

(7)《珍本医书集成》载：以蚯蚓粪、朴硝等分调敷小肚。

(8)《普济应验良方》载：①蜗牛敷个捣烂，麝香一分，和匀，安脐上，以湿布盖之，用手摩擦即时便通。②田螺一个，剥开口，入冰片少许，螺肉即化为水，调麝香少许，填入脐内，以小杯盖之，用帕缚紧，片刻即通。

(9)《验方新编》载：鲫鱼一条，捣烂，用少许搽脐内及脐下一寸三分即解。

(10)《医方易简新编》载：白蚯蚓、茴香等分，杵汁和麦作圈脐外，鲫鱼一尾，连鳞肠捣烂，入麝香三分，生蜜四两和匀，填满脐上圈内，上以碗复之，熟睡应通。

(11)《杨氏家藏方》载：①黄连末半两，巴豆半两，去壳，不去油。上件同捣为膏，捻作饼子，大小厚薄如钱币，先以葱汁拌盐，滴在脐内，次以饼子盖之，上用大艾炷于脐上，灸二、七壮，更换饼子重灸，以利为度。②白矾不以多少，研令细，上用水和面条作圈子，围脐眼高一寸许，内安矾末，以冷水逐旋滴矾末上，冷湿透，更以水滴，觉内冷透，即小便通。

5.5 坐浴熏洗法

(1)《景岳全书》载：用皂角、葱头、王不留行各数两，煎汤一盆，令病者浸其中，熏洗小腹下体，久之热气内达，壅滞自开，便即通矣。

(2)《张氏医通》载：用葱头二十茎，紫苏二两，煎汤熏洗外肾小腹，或以盐炒热，绢包熨脐上下。

根据以上的启示，对癃闭的治疗，在小便点滴不通的情况下，内服药缓不济急，均可选用多种外治法来急通小便。目前临床常用的外治方法有针灸按摩、脐疗外敷、坐浴熏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

洗、导尿引流等

展　望

良性前列腺增生症(BPH)既是常见病，又是难治病。进入21世纪后，随着人类预期寿命的延长，患有BPH的男性很可能继续增多。患了BPH之后，多数患者呈进行性发展，严重影响老年人的生活质量，有的最后发展为尿毒症而危及生命。BPH的治疗目前有三类。

手术治疗效果良好，其为解除前列腺增生症状及下尿路梗阻最有效的治疗方法，出现手术绝对指征的情况时，它是唯一的解决方法。但是，更多的患者是处于相对手术适应证(有下尿路梗阻症状，尿流动力学检查已明显改变，或残余尿在60ml以上；不稳定膀胱症状严重)。这样就应与患者共同商讨各种治疗的危险性、优越性及费用，让患者积极参与选择治疗方案。根据患者自己的观点，一些症状严重者可能选择外科手术治疗，而另一些患者则可能选择介入治疗或药物治疗。虽然近年来手术的改进已大大降低了其危险性，但亦非绝对安全，仍有一定的并发症和后遗症，较大的前列腺增生在进行TURP时，如在60分钟以内不能完成切除，其危险性与开放手术治疗是一样的。再者，其效果也并非100%，TURP的长期效果，20%～25%不甚理想，仍有尿路症状；10年以上，15%～20%需再次手术。BPH的排尿症状与三方面有关：①膀胱逼尿肌病变：膀胱不自主收缩；②前列腺动力因素：前列腺包膜、前列腺平滑肌张力增加；③前列腺静力因素：即前列腺增大。而TURP仅解决前列腺静力因素，故对于有其他2项因素存在的患者，术后可能仍有尿路症状。另外，老年男性的下尿路症状(LUTS)可以在无前列腺增大及前列腺梗阻时出现，换句话说，一些患者“下尿路症状”的病因可能与前列腺疾病并无关系，这些患者如做了手术其效果是可想而知了。因此，处于相对手术适应证以及非手术指征的患者，即只要无绝对手术指征，相当多的老年患者更愿意接受其他较为保守的治疗方法。

介入性治疗是介于手术和药物治疗之间的新型治疗方法，其为BPH的治疗开辟了新的途径。然而，这些治疗有的适应症窄，有的长期效果不理想，但也有的很有发展前途，可能成为将来主要的可选择的治疗之一。

其实，人们更期望于选择更为保守的治疗，即药物治疗。但现有的药物治疗也不是十分理想，各有优劣。α_1-受体阻滞剂可使前列腺平滑肌松弛，减少功能性梗阻，有效且快，但不能阻止前列腺继续增生，且有一定的心脑血管副作用；5α-还原酶抑制剂可抑制前列腺继续增生，继之可能缩小前列腺，改善梗阻症状，副作用小，是目前影响较大、得到大多数人认可的西药，对一些患者有一定疗效，而对另一些则不尽人意。

随着生活水平的不断提高，人们已不满足现有的医疗水平，对医疗保健的质和量提出了更高的要求。因此，寻求新的高效低毒的药物是十分必要的。而中医学在治疗良性前列腺增生症方面，形成了自己独特的理论认识，积累了丰富的经验，中医药以其可靠的疗效和低毒无毒的优越性，已引起了世人的瞩目。在全世界崇尚自然疗法的今天，积极挖掘传统医药学宝贵遗产，研究开发出针对性强、疗效确切、副作用低的中成药品，解决广大良性前列腺增生症患者的痛苦，无疑是一项有意义的课题。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近十余年来，有关中医药治疗良性前列腺增生症的报道逐年增多，对该病进行中药新药的开发也已起步。为了更好地开展中医药治疗 BPH 的科研和中药新药的开发工作，进一步提高中医药治疗 BPH 的疗效，今后应着重注意以下几个问题：①在辨证论治理论及中药处方原则的指导下，一方面应更严格准确地确定病证及证型，针对性要强；另方面应对疾病发生发展的规律进行更深层次的探讨，紧紧抓住其内在病机，才能提高疗效。②科学判断中医中药的临床疗效。近年来有研究表明，BPH 的症状和尿流率的轻重程度，尽管在长期观察中是呈进行性发展的，但在短期内可呈波浪型变化，这样如果疗程过短(临床报道多为 1～3 个月不等)可能会造成虚假效果。鉴于此，在科研设计时，需严格进行随机双盲对照实验；同时适当延长疗程。③加强实验研究。选择确实能够反映药物有效性的指标，包括临床研究指标和动物实验指标，进行实验研究。探索建立合适的动物模型，应用现代先进的科学技术和科研方法，探讨本病的发病机理，揭示中医药治疗本病的本质。④重视中药制剂的质量性能。有关其重要性诸如高益民、曹春林等老教授多次予以强调，见相关文献，此不在赘述。⑤重视中药的安全性能的考察。一个好的药品不仅具有良好的质量性能和持续有效性，而且具有良好的安全性能。副作用尽可能小，患者易于接受，不影响患者的生活质量及良好感觉，应对其健康无损害。⑥尽快促使科研成果转化为生产力。生产应严格按照中药的 GMP 标准管理，研制开发组方合理、安全有效、质量稳定可控的新的天然药物和剂型，尤其是一、二类新药，从而取得更好的社会和经济效益。

(贾玉森　张春和)

近现代参考文献

[1] 李曰庆. 前列腺临床荟萃. 北京：华夏出版社，1996. 7～8

[2] 曹开庸，等. 中医男科现代研究. 成都：四川科学技术出版社，1998. 171～172

[3] 曹开庸，等. 中医男科现代研究. 成都：四川科学技术出版社，1998. 168

[4] 李曰庆. 前列腺临床荟萃. 北京：华夏出版社，1996. 17

[5] 曹开庸，等. 中医男科现代研究. 成都：四川科学技术出版社，1998. 172

[6] 曹开庸，等. 中医男科现代研究. 成都：四川科学技术出版社，1998. 169

[7] 陈以平. 癃闭证治及其探讨. 辽宁中医杂志，1983，(12)：38～40

[8] 陆德铭. 中医外科学. 上海科学技术出版社，1997，206～207

[9] 焦安钦. 前列腺增生症病机特点与治疗思路. 贵阳中医学院学报，1996，18 (4)3～5

[10] 秦国政. 男科理论与临床. 北京：中国医药科技出版社，1997. 323～327

[11] 赵学胜.《伤寒论》小便不利面面观. 国医论坛，1996，11 (6)：3～4

[12] 李彪，等. 实用男科临床手册. 北京：人民军医出版社，1995. 158

[13] 李卫真. 前列腺病中医诊疗学. 北京科学技术出版社，1996. 122～123

[14] 周家珩. 扶正化瘀法治疗前列腺增生症 135 例. 江苏中医，1991，(3)：19

[15] 朱家康. 前列腺肥大所致癃闭辨治七法. 江苏中医，1990，(11)：3

[16] 张宏俊. 升补化利汤治疗前列腺肥大 32 例. 江苏中医，1992，(4)：8

[17] 张慎斌. “前列消冲剂”治疗前列腺增生症. 江苏中医，1993，(2)：16

[18] 谭异伦，等. 难治男科疾病的良方妙法. 北京：中国医药科技出版社，1996. 324～325

[19] 程绍恩，等. 男科证治心法. 北京科学技术出版社，1998. 148～155

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[20] 李彪，等．实用男科临床手册．人民军医出版社，1995．160～162
[21] 曹开庸，等．中医男科现代研究．成都：四川科学技术出版社，1998．265～266
[22] 曹开庸，等．中医男科现代研究．成都：四川科学技术出版社，1998．165～166
[23] 焦安钦．前列腺增生症病机特点与治疗思路．贵阳中医学院学报，1996，18(4)：3～5
[24] 吴克山，等．前列腺肥大引起癃闭的治法初探．福建中医药，1989，20(6)：21～22
[25] 赵鹤龄．前列腺增生症的治法探讨．四川中医，1993，(2)：21
[26] 李兰舫．癃闭的治法．浙江中医杂志，1983，(2)：89～92
[27] 孙聿修．前列腺肥大从瘀论治五法．江苏中医杂志，1995，16(9)：15～16
[28] 陈志强，等．补肾祛瘀法治疗前列腺增生症82例．新中医，1995，27(2)：19～20
[29] 李绍轩．补肾化瘀法为主治疗老年慢性前列腺增生症30例．新中医，1994，26(2)：63
[30] 崔学教．补气益肾祛瘀法治疗前列腺增生58例．中医杂志，1994，35(4)：224
[31] 乔宗余．活血化瘀法治疗前列腺肥大48例临床小结．江西中医药，1995，26(1)：16
[32] 秦国政．论男科瘀证．新中医，1989，(7)：1
[33] 陈勇．温肾活血法治疗前列腺肥大尿潴留22例．湖南中医杂志，1987，(4)：55
[34] 张燕生，等．二仙汤加味治疗癃闭．北京中医学院学报，1987，(1)：27
[35] 王复生．滋肾活血法治疗前列腺肥大尿潴留．新中医，1980，(4)：10
[36] 黄树纲，等．中药治疗前列腺肥大32例．南京中医学院学报，1988，(2)：24
[37] 张廷书．血府逐瘀汤化裁验案．湖北中医杂志，1979，(1)：41
[38] 范述方．前列腺肥大性癃闭．四川中医，1987，(5)：20
[39] 何利宣．桃红四物汤治疗前列腺增生．浙江中医杂志，1989，(3)：111
[40] 陈耀章，等．益气涤痰化瘀法治疗前列腺肥大．河北中医，1989，(1)：13
[41] 沈楚翘．补益脾肾法治疗前列腺肥大症20例．科研论文汇编，1980，(3)：41
[42] 林健．补气益肾法为主治疗老年性前列腺肥大58例．浙江中医杂志，1996，(8)：347
[43] 周家珩．扶正化痰法治疗前列腺增生症135例．江苏中医，1991，(3)：19
[44] 岳承忠．老中医印会河治疗老年性前列腺肥大经验．新中医，1984，(7)：5
[45] 朱绍忠．补肾疏肝散结法治疗前列腺肥大32例．新中医，1996，28(3)：43～44
[46] 张振东，等．辨证治疗前列腺增生症82例疗效观察．河北中医，1992，14(5)：31
[47] 胡海翔．治疗老年性前列腺增生28例疗效观察．江西中医药，1990，21(2)：15
[48] 叶朗清，等．辨证论治前列腺增生10例．上海中医药杂志，1981，(10)：25～26
[49] 张哲明．温通法治疗老年性前列腺肥大症．湖北中医杂志，1991，13(4)：26～27
[50] 晁中桓．中西医结合治疗前列腺肥大65例初步体会．中医杂志，1980，21(2)：34
[51] 蔡英奇，等．治疗前列腺增生症54例报告．四川中医，1990，(10)：36～37
[52] 李卫真．前列腺病中医诊疗学．北京科学技术出版社，1996．132～133
[53] 彭培初．中药治疗前列腺肥大急性尿潴留．上海中医药杂志，1981，(7)：25
[54] 徐相廷．通关丸加味治疗前列腺肥大24例．浙江中医杂志，1989，(11)：509
[55] 农芳．金匮肾气丸治疗前列腺肥大10例．云南中医杂志，1994，(5)：13
[56] 李继贵．前列回缩汤治疗前列腺肥大30例．云南中医杂志，1993，(3)：11～12
[57] 于景献，等．济生肾气丸加味治疗前列腺肥大症．云南中医杂志，1993，(3)：39～40
[58] 亢海荣．前列腺肥大验案三则．陕西中医，1985，(4)：167～168
[59] 任朴安，等．前列腺增生症60例的疗效分析与机理探讨．上海中医药杂志，1987，(12)：8～9
[60] 黄志强，等．保元通闭汤治疗前列腺肥大52例．新中医，1987，(10)：54～55
[61] 张云程．治疗前列腺肥大症73例报导．新中医，1989，(4)：41～42

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[62] 陈伟刚，等．黄芪甘草通癃汤治疗前列腺肥大导致尿道梗阻．新中医，1994，26(7):30~31
[63] 张庆好，等．启癃汤治疗前列腺肥大55例．新中医，1995，(2):23~24
[64] 马仁美．43例前列腺肥大的临床观察．上海中医药杂志，1991，(4):18
[65] 吴源生．"前通汤"治老年前列腺肥大50例小结．江西中医药，1987，(6):22
[66] 谢志豪，等．棕榈根治疗前列腺肥大尿潴留．浙江中医杂志，1983，18(11):494
[67] 邹世光．补阳还五汤加味治疗老年性前列腺增生症41例．浙江中医杂志，1993，28(2):57
[68] 柯国华．三裂豆根汤治疗前列腺肥大50例．湖北中医杂志，1994，(2):17
[69] 赵良辰，等．重用四妙勇安汤加味治疗前列腺肥大28例．山西中医，1991，7(5):15
[70] 沈绍英．桂枝茯苓丸加黄芪地蟅散治疗前列腺肥大症．四川中医，1989，(3):27
[71] 张惺荣．通闭汤治疗前列腺肥大所致癃闭．四川中医，1990，(9):38
[72] 宋立伟．化瘀利湿法治疗前列腺肥大症．四川中医，1990，(9):39
[73] 李明正，等．二甲前列汤治前列腺肥大症．四川中医，1990，(10):37
[74] 龚明礼．益肾通关汤治疗老年前列腺肥大，四川中医，1991，9(11):26
[75] 刘冰，等．前列平汤治疗前列腺增生症150例．辽宁中医杂志，1991，(9):19
[76] 刘庸印．活血化瘀法治疗前列腺肥大30例．辽宁中医杂志，1992，(3):29
[77] 张淑婷．六八汤治疗老年性前列腺肥大200例疗效观察．河北中医，1988，10(3):48
[78] 张文林，等．活血化瘀法治疗前列腺增生及急性尿潴留258例．辽宁中医杂志，1995，22(6):263
[79] 万春发．补肾益气法治疗前列腺增生症．吉林中医药，1995，(6):17~18
[80] 吴敬农．"补敛提汤"治疗老年性前列腺肥大症64例．江苏中医，1996，17(1):17
[81] 舒光辉．前列通汤治疗前列腺肥大54例．江西中医药，1996，27(1):24
[82] 方力．右归饮合生化汤治疗前列腺增生症50例，浙江中医杂志，1996，(3):78
[83] 张寿水．消癃方．中医杂志，1989，(7):27
[84] 杨昌成．活络寒通汤治疗老年前列腺增生症13例．广西中医药，1995，18(1):7
[85] 唐德元．行瘀散结汤治疗前列腺肥大30例．陕西中医，1995，16(5):136
[86] 丁宝光．芪龙三苓汤治疗前列腺增生症36例临床观察．新疆中医药，1995，(2):22~23
[87] 方福根，等．启癃汤治疗前列腺增生症67例临床分析．新中医，1995，27(11):15~16
[88] 陈万年，等．以痰瘀论治前列腺增生症57例．山东中医杂志，1995，14(10):446
[89] 易献春．桃核承气汤治前列腺肥大．四川中医，1991，9(1):32
[90] 章关根．化痰软坚汤治疗前列腺增生症34例．浙江中医杂志，1994，(5):214
[91] 张平．补肾散结汤治疗前列腺增生症60例．南京中医药大学学报，1997，13(6):373
[92] 曾倩一．乌鸡白凤丸治愈前列腺增生．四川中医，1989，(12):26
[93] 胡劲倍．小金片治疗前列腺肥大症排尿困难24例．浙江中医杂志，1989，(8):356
[94] 沈永政，等．虫药王合剂治疗中老年前列腺增生．安徽中医临床杂志，1998，10(4):222
[95] 王国华．大黄䗪虫丸治疗前列腺增生症42例．新中医，1998，30(10):33~34
[96] 张天兰．赤小豆当归散加味治疗前列腺肥大．中医药研究，1990，(6):5
[97] 孟元勋，等．尿通冲剂治疗前列腺增生症193例，中国中医药科技，1996，3(5):42~43
[98] 刘昌海，等．补中益气汤化裁治疗前列腺增生致尿潴留18例．实用中西医结合杂志，1996，9(4):248
[99] 贾玉森，等．前列平治疗前列腺增生症的临床观察．中国医药学报，1996，(2):17~18
[100] 马华，等．癃闭通治疗老年前列腺增生临床疗效观察．中医药研究，1996，(4):30~31
[101] 王占忠．公英葫芦茶合补中益气丸治疗前列腺增生98例．江苏中医，1995，16(8):19
[102] 张慎斌．"前列消冲剂"治疗前列腺增生症．江苏中医，1993，(2):16

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[103] 贾美华. 芒硝熏洗、坐浴治疗前列腺肥大. 中医杂志，1993，34 (10)：582
[104] 李洪林. 中药水煎坐浴治疗前列腺增生症 34 例. 实用中医药杂志，1995，11 (1)：30
[105] 张信义. 皂矾、黄药子敷脐治疗老年前列腺肥大性尿潴留. 浙江中医杂志，1993，28 (2)：57
[106] 黄慧恒. 敷脐疗法治疗老年性前列腺肥大 31 例. 福建中医药，1995，26 (5)：23
[107] 吴乃桐. 神厥穴敷贴治疗前列腺肥大 36 例. 上海针灸杂志，1994. 13 (3)：17
[108] 杜义，等. 前列栓治疗前列腺炎与老年性前列腺肥大各 20 例. 内蒙古中医药，1994，(2)：8
[109] 余亚东. 中药煎剂直肠点滴治疗良性前列腺肥大 20 例. 江西中医药，1993，24 (6)：24
[110] 王华西. 尿通灵局部注射治疗前列腺肥大——附 85 例临床报道. 湖南中医学院学报，1988，(1)：24
[111] 方昌明. 前列灵注射液注射治疗前列腺增生症. 四川中医，1990，(9)：37
[112] 彭学贤，等. 活血通淋汤离子导入治疗前列腺增生症 50 例. 辽宁中医杂志，1993，(7)：23
[113] 潘水福，等. 前列腺增生症 30 例临床观察. 上海中医药杂志，1993，(11)：27
[114] 许维新. 电激光针治疗前列腺肥大 90 例. 中国针灸，1991，(6)：3
[115] 陈剑平. 氦氖激光照射治疗前列腺增生及前列腺炎 64 例. 北京中医学院学报，1992，15 (3)：30
[116] 阎世舫，等. 肛针治疗老年男性癃闭 30 例. 中国针灸，1989，(2)：6
[117] 别业辉. 火针治疗前列腺肥大的临床小结. 针灸学报，1992，(5)：39
[118] 杨兆钢. 芒针治疗前列腺炎和前列腺肥大 86 例临床观察. 针灸临床杂志，1994，10 (1)：23
[119] 李惠芳. 针灸治疗 23 例前列腺增生症. 中国针灸，1994，14 (4)：13～15
[120] 桑福荣. 针灸治疗前列腺肥大 64 例临床观察. 河北中医，1984，(2)：48
[121] 王祥福. 电磁针治疗前列腺增生症 60 例. 陕西中医，1993，(4)：174
[122] 辛伯臣. 按摩治疗癃闭. 中医杂志，1985，(5)：20
[123] 杨永淑. 循经推运松解法治疗前列腺增生 50 例. 临床医学，1989，(1)：42
[124] 董国良，等. 取嚏通利法外治癃闭证. 中医外治杂志，1996，5 (2)：32～33
[125] 张平，等. 前列通药袋治疗慢性前列腺炎和前列腺增生症 100 例. 南京中医药大学学报，1996，12 (4)：43
[126] 崔学教. 15 例前列腺增生症的临床观察. 新中医，1987，(4)：23
[127] 王钟奇. 治疗前列腺肥大尿潴留 25 例. 浙江中医杂志，1984，(9)：397
[128] 张锡君，等. 对老年前列腺肥大的防治体会. 中医杂志，1986，(5)：10
[129] 陈功辉，等. 消坚通窍法治疗老年前列腺增生 60 例. 1994，10 (5)：12
[130] 陈志强，等. 特种光前列腺治疗仪合通关片治疗前列腺增生症 323 例. 新中医，1996，28 (12)：23～24
[131] 牛振华，等. 综合疗法治疗前列腺增生症 96 例. 中医药学报，1993，(3)：22
[132] 赵家驹. 三联合外治法治疗前列腺增生伴发阳痿 30 例. 天津中医，1995，12 (1)：26～27
[133] 王泰东，等. 双睾丸切除术并用中药温阳利水治疗前列腺肥大症 38 例临床分析. 中西医结合杂志，1985，(1)：36
[134] 李光志. 中西医结合治疗前列腺良性肥大. 惠民医药，1979，(1)：17
[135] 刘宇，等. 中西医结合治疗前列腺增生症 143 例观察. 四川中医，1991，(10)：37
[136] 郝林玉. 中西医结合治疗前列腺良性肥大症的探讨. 山西医药杂志，1978，(5)：26～28
[137] 张守谦，等. 知柏坤草汤治疗前列腺肥大的探讨. 中西医结合杂志，1988，(3)：155
[138] 谢嘉文，等. 前列腺肥大症 30 例临床疗效观察. 上海中医药杂志，1989，(7)：7
[139] 潘立群，等. 补肾散结法治疗前列腺增生症 30 例. 江苏中医杂志，1987，(11)：27
[140] 俞大毛. 抗前列腺增生饮治疗前列腺增生症 52 例. 江苏中医，1994，15 (2)：21～22

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[141] 潘永福，等．前列腺增生症30例临床观察．上海中医药杂志，1993，(11)：27
[142] 郭维新．电激光针治疗前列腺肥大90例．中国针灸，1991，(6)：3
[143] 钱伯初，等．油菜蜂花粉对老年犬前列腺增生的影响．中华老年医学杂志，1987，6(3)：177～178
[144] 王敬善，等．前列舒丸治疗前列腺增生症和慢性前列腺炎81例．山东中医杂志，1990，(6)：12
[145] 余志红，等．复方前列宝抑制前列腺增生及抗炎作用的研究．数理医学杂志，1995，8(2)：137～138
[146] 彭培初，等．复方琥角片治疗前列腺增生症的临床及实验研究．上海中医药杂志，1995，(1)：1～4
[147] 张俊杰，等．前列腺丸对恒河猴丙睾诱发前列腺增生疗效的实验研究．中医药，1995，17(8)：49
[148] 隋艳华，等．前列腺舒片抑制前列腺增生及抗炎症作用．山东中医学院学报，1996，20(4)：272～274
[149] 冯玛莉，等．益气通淋冲剂对大鼠实验性前列腺增生的作用．中药药理与临床，1996，12(5)：38～40
[150] 黄自强，等．金利油的镇痛抗炎和抗前列腺增生作用．福建医学院学报，1991，(3)：211～214
[151] 段登志，等．前列回春胶囊的药理作用和临床应用浅析．云南中医杂志，1995，16(1)：5～7
[152] 申庆亮，等．川参通注射液抗前列腺增生作用的药理研究．前卫医药杂志，1996，13(4)：233～234
[153] 申庆亮，等．川参通注射液消炎作用的药理实验．前卫医药杂志，1996，13(3)：163～164
[154] 贾金铭，等．消癃通闭对犬大脑皮层 α_1 受体的结合作用．中华泌尿外科杂志，1996，17(1)：3～4
[155] 贾金铭，等．消癃通闭对小鼠前列腺上皮细胞DNA合成的影响．中华泌尿外科杂志，1997，18(1)：18～20

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 男性不育 ❋

男性生殖方面的障碍与缺陷，其结果是“无后”。但作为一个病名，古医籍中并没有一个明确的概念。简言之，凡婚后不孕育，面诿之于男性者称男子不育。但在明代以前，有关医籍将其原因尽诿之于女性。自张景岳《景岳全书》后，才彻底纠正了这种科学上的偏见。从生殖、生育的全过程考察，凡育龄夫妇婚居2年，未采取避孕措施，而未孕育或曾孕育而后2年以上未再孕育者，称为不育症；前一种情况称为原发性不育，后者称继发性不育。凡不育的原因属于男方者，称男性不育，或男性不孕。古称“不育”、“无子”、“绝嗣”等。

男性不育是男科学研究的主要内容，其范围包括正常的生殖生理，其中肾、天癸、男子胞、冲任、精尤关重要；不育的因、证、脉、治；生殖与性的关系；生殖与疾病的关系等等。由于我国人口增长的严峻形势，不育问题的研究无疑是计划生育中的一个颇有影响的课题，从不育中研究节育的方法，最终使人类能完全自主地主宰自身的生殖、生育，既能使有生育能力的人能随意地节制生育，又可使生育力低下或不能生育的人也能生育。这种构想完全符合我国的人口政策。据有关调查显示，在一百对已婚夫妇中，不能生育者约为10%左右，其中男性约占40%左右。我国是一个人口大国，按这个比例计算，男性不育者并非是一个小数目。

【今日临床】

1 诊断标准

男性不育是否为一独立疾病还有争议。但自《诸病源候论》始即视为一种病候。本书亦将其视为一种疾病进行考察。但迄至目前为止中西医尚无一个较完善的统一的诊断标准。仅从时间上而言，有的把不育的时间定为婚后1年，有的2年，有的3年等。据有关资料提示，未避孕的新婚夫妇，受孕时间平均为5.3个月。在婚后第1个月有25%受孕，6个月时为63%，1年为80%。因此，婚后一年之后未受孕，只可说有不孕的可能性；而2年后仍未受孕，则称不孕症。由此可知，定为2年为妥。从生殖与性的关系分析，可分为性功能正常性男性不育和性功能障碍性男性不育；前者又可根据精液检查的结果，进一步分为无精子症和重度少精症、少精子症、精子正常性不育症、多精子症，以及精子无力症等；后者则依据性障碍的分类而分类。从生殖能力衡量，分绝对不育，即完全的没有生育能力；相对性不育，即有一定的生育能力，但其水平低于怀孕的必需的临界阈但。由此可知，男性不育的诊断包括病名诊断、病类诊断、证类诊断等还要进一步研究，真正达到标准化、规范化、科学化。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.1 病名诊断标准

主症：婚后同居 2 年无子。

精液检查生精过程及附属性腺的功能异常。

次症：性功能正常，或有某种障碍，但不足造成生殖缺陷。

使用说明：限定条件是未采取避孕措施，精液的采集必须于前次房事后3～5 天进行，否则诊断不能成立。

1.2 病类诊断标准

1.2.1 生育力分级

0 级：表示精液中有 2 项主要指标和 1 项辅助指标；或 1 项主要指标和 2 项以上辅助指标不正常者，为不育症。

2 级：精液检查均超过指标，则可认为生育力正常。

1 级：精液检查介于 0 和 2 之间，则认为有生育可能，但生育力低下。

精液检查诊断男性不育症的指标

项　目	主 要 指 标	辅 助 指 标
精 子 数	$<6\times10^9$/L	$6\sim15\times10^9$/L
半小时精子成活率	<50%	50%～70%
精子成活时间	6h 成活精子 <20%	8h 成活精子 <20%
精子爬高试验	<3cm	3～5cm
精子畸形率	>30%	20%～30%
精液 pH		>8.9 或 <7
精液粘稠度		1h 不液化
精液量		>8ml 或 <1ml

1.2.2 轻重分级

1.2.2.1 按精子浓度分级：

重度：E、F 群级。

中度：C、D 群级。

轻度：B 群级。

正常：A 群级。

A：精子浓度 $\geq40\times10^9$/L。

B：精子浓度 $\geq20\times10^9$/L 而 < A。

C：精子浓度 $\geq10\times10^9$/L 而 < B。

D：精子浓度 $\geq1.0\times10^9$/L 而 < C。

E：精子浓度 $<1.0\times10^9$/L。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

F：无精子，但染色体正常。

1.2.2.2 按精子活动力分级：

重度：0度。

中度：Ⅰ度。

轻度：Ⅱ度。

正常：Ⅲ度。

WHO推荐精子活动分级：

0度：不活动，无向前运动。

Ⅰ度：活动不良，运动微弱。

Ⅱ度：活动一般，有中等的前向运动。

Ⅲ度：活动良好，前向运动活跃。

1.2.3 分属诊断

无精子症：精子计数为0。

重度少精症：精子计数$\leqslant 1.0\times 10^9$/L。

少精症：精子计数$\leqslant 20\times 10^9$/L。

多精子症：精子计数$>20\times 10^{10}$/L。

精子无力症：无活动精子。

精液量异常：精液量<0.5ml或>8ml。

精液不液化：排出精液1h不液化。

免疫性不育：抗精子抗体阳性。

感染性不育：精浆检测白细胞增多及细菌培养阳性。

使用说明：以上都是通过微观检测提供诊断依据，一般情况下都应连续三次检测，将误差减少到最低限度。其次，各项结果宜相互结合，全面分析，若有不一致时，就重不就轻。第三，各项诊断宜依次列出，一目了然。

1.3 证类诊断标准

1.3.1 肾阳虚证

主症：①精液过冷，婚后不育；②性欲淡漠，或阳痿、早泄；③精子稀少，或死精子过多；④射精无力。

次症：①腰膝酸软；②精神萎靡，面色㿠白；③小便清长，夜尿量多；④畏寒喜温；⑤舌淡体胖，苔白；⑥脉沉细弱。

以上主症①必须具备，兼具其余主症各项中的1项和次症中任何2项，即可诊断。

1.3.2 肾阴虚证

主症：①性欲强烈，性交过频，婚久不育；②精液不液化或精子过多，或精子过少，畸形精子过多。

次症：①五心烦热，盗汗，口干；②腰膝酸软，头晕耳鸣，或足跟疼痛；③舌红，少苔或无苔；④脉细数。

以上具备主症1项和次症2项，即可诊断。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3.3 痰湿内蕴证

主症：①形体肥胖，肢体困倦；②精液稀薄，精子量少；③性欲淡漠或不射精。

次症：①面色㿠白，神疲气短；②头晕心悸；③舌淡，苔白腻；④脉沉细。

以上具备主症2项和次症2项，即可诊断。

1.3.4 肝郁血瘀证

主症：①胸闷不舒，善太息；②胸胁胀痛；③睾丸坠胀而痛。

次症：①烦躁易怒；②睾丸或附睾有结节；③精索静脉曲张；④阳痿或不射精；⑤死精子过多；⑥舌质暗；⑦脉沉弦或沉涩。

以上具备主症3项或具备主症1项和次症2项，即可诊断。

1.3.5 气血两虚证

主症：①婚久无子；②形瘦体弱，少气懒言；③精液量少，精子计数小于临界值，精子活动力＜Ⅲ级。

次症：①头昏目眩；②面色萎黄；③自汗心悸；④舌淡苔薄，脉沉细无力。

以上主症①必备，再加主症1项及次症1项即可诊断。

1.3.6 脾肾阳虚证

主症：①婚久不育；②饮食不佳或腹胀便溏；③精液清稀，精子无力，精少。

次症：①神疲无力；②腰膝酸软；③性欲淡漠或阳痿；④面色㿠白；⑤舌淡苔白润，脉细弱。

具备主症①②或①③加上次症2项即可诊断。

1.3.7 肝经湿热证

主症：①婚久不育；②死精过多；③胁肋胀痛；④尿后滴白。

次症：①阴囊湿痒；②小便黄短，大便秘结；③口苦咽干；④舌质红苔黄，脉弦数。

具备主症①②或①③或①④加上次症1～2项即可诊断。

1.4 分类诊断标准

1.4.1 精少：1次射精量＜1ml，或精子计数少于20×10^9/L。

肾精亏虚：精液量少，耳鸣健忘，腰膝酸软，神疲乏力，舌淡红，苔薄白，脉沉细。

气血两虚：精液量少色淡，面色淡白无华，心悸气短，神疲乏力，形体消瘦，舌淡苔白，脉沉细。

阴虚内热：精液量少黄稠，五心烦热，失眠多梦，口干咽燥，舌红少苔，脉细数。

精室瘀浊：精液量少黄稠或有块，胸闷痞满，食欲不振，少腹胀痛，发热口干，舌质暗或有瘀点。

1.4.2 精薄：一次排精量＞8ml，且精液稀薄，或伴精子计数＜20×10^9/L。

肾气不固：精液量多，质地稀薄，小便清长，尿后余沥，腰酸神疲，清精早泄，舌淡少苔，脉细无力。

命门火衰：精液量多质稀，腰膝酸软，形寒肢冷，面白少华，头晕耳鸣，小便清长，大便溏薄，舌淡胖嫩，脉沉细弱。

1.4.3 精冷：自觉精液清冷，或伴死精子过多，或伴精子稀少等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

命门火衰：婚后不育，精液清冷，性欲淡漠，甚或阳痿，腰膝酸软，畏寒肢冷，面色㿠白，小便清长，舌淡苔白，脉沉细无力。

肾虚寒凝：形体肥胖，性欲淡漠，阳事难举，精液清冷，腰膝酸软，身体困重，舌淡胖，苔白滑，脉沉细无力。

1.4.4 精凝：精液粘稠、混浊，或精液中有凝块，排精后在室温下 1 小时仍不液化。

湿热下注：精液粘稠，色微黄，久不液化，少腹胀痛，小便不利，舌苔黄腻，脉濡数或滑数。

阴虚火旺：精液粘稠，难以液化，或有早泄，梦遗，口干咽燥，舌红少苔，脉细数。

元阳亏虚：精液粘稠，久不液化，其色淡白，腰膝酸软，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟。

痰瘀互结：精液粘稠，持久不化，甚或成块，射精不畅，胸脘痞闷，少腹胀痛，口中粘腻，舌淡或紫暗，脉滑。

1.4.5 脓精：精液黄稠，精液检测白细胞增多，或伴死精子过多。

湿热下注：精液混浊色黄，或呈脓性，睾丸、精索坠胀疼痛，精液镜检发现脓细胞，舌红苔黄腻，脉滑数。

阴虚湿热：精液混浊色黄，睾丸、精索隐痛，精液镜检发现脓细胞，腰膝酸软，午后潮热，舌红苔薄黄，脉细数。

1.4.6 无精：一次排精量小于 0.5ml，或精液检测精子数为 0 或小于 1.0×10^9/L。

肾精亏虚：睾丸偏小，质地较软，腰膝酸软，精液检查无精子或极少，舌淡苔白，脉沉细无力。

脾气亏虚：精液稀薄，体倦乏力，同房后尤甚，精液检查无精子，舌淡苔白，脉细无力。

瘀血阻滞：附睾结节或精管增粗，少腹不舒，精液检查无精子，舌紫暗或有瘀斑，脉沉涩。

阴虚阳亢：睾丸正常，素食棉籽油，或罹患疟腮，或长期接触放射线，口干欲饮，舌红少苔，脉细数。

2 中心证候特征

肾主藏精，禽脏腑之精与生殖之精。但病位在男子胞，为血气交会，化精成脂之所，最关紧要，尤为肾所司。由此可见，肾虚不足，胞脏化精匮乏，是男子无子之候的基本特征。除生育力低下或不能生育外，宏观的反映并不显著，这一点与危害人体健康的其他疾病有着明显的区分，换言之，男性不育患者一般都是自觉健康的。如果有症状的话，多集中在以下几点上：

生殖力障碍：婚前不作精液检查或详细的体格检查，生殖力水平无从估计，直到婚后 1 年、2 年、3 年，甚至更长时间内不能生育，才引起注意。有的曾经有过生育，但随后由于疾病等因素，导致生育力下降，而不能再孕。不过还要考虑年龄因素。按照《素问·上古天真论》观，40 岁肾气开始衰退，到了 64 岁，五脏皆衰，天癸竭而无子。但 70 老翁亦有能生育者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生殖力水平的判断，除了婚后的时间因素外，综合考察、分析精液检测指标是十分重要的，但结果完全正常者，亦有不能生育的。

精液量少：甚至有的仅为点滴，除了少数房事过频外，主要是胞脏化精不足所致。

精液清冷：这是自我的感受，而多由配偶提出。冷至何等程度，尚无法判断。

精液粘稠：正常的精液粘稠适度。若过于粘稠，甚至色黄，夹有凝块，或者呈脓样，即为精液粘稠。

精液稀薄：射出的粘液量很多，往往与前列腺溢液同时存在。

性功能异常：如果将性功能障碍性男子不育排除在外，则性障碍的症状并不突出，即使存在也是一时性的。但临床所见的确存在，如阳痿、勃起不坚、性欲低下、射精过早、射精无力等，都可与不育同时存在。有资料表明，不育夫妇中有性问题的高达31%。

肾虚证群：轻则表现为肾气不固，面色淡白，腰膝酸软，小便频多，滑精早泄，舌淡苔白，脉细弱。重则为肾阳虚亏，面色淡白，腰酸腿软，阴茎痿软，头昏耳鸣，畏寒怕冷，精液清冷，舌淡白，脉沉弱。肾阴亏虚，形体虚弱，头昏耳鸣，少寐健忘，腰肢酸软，或有遗精、口干，舌红少苔，脉细。虚甚者火旺，症见颧红唇赤，潮热盗汗，腰痿酸痛，虚烦不寐，阳兴梦遗，口咽干痛，小便黄，大便秘，舌质红少苔，脉细数。

3 病　因

人类的繁衍生育机制十分复杂。中医学认为："生育者，必阳道强健而不衰，阴癸应候而不衍，阴阳交畅，精血合凝，而胎元易成矣。"(《妇人秘科·种子》)男子于生殖过程中的作用有二：其一是产生正常的精子，中医学谓之为生殖之精；其二是使精子与卵子能够正常地结合，中医学概之为阴阳交合。凡能干扰这两方面的所有因素，都可成为男性不育的原因。

现已初步明了，导致男性不育的原因有先天性异常、遗传性疾病、内分泌异常、免疫功能异常、理化因素、生殖道炎症、输精管堵塞、精索静脉曲张、性功能障碍、心理因素等等。对此，我国古代医学早已进行了研究与探索。明·张景岳《妇人规·子嗣类》指出："疾病之关于胎孕者，男子则在精，女子则在血，无非不足而然。"中医学认为肾主生殖与发育，生殖之精来源于肾，并通过肾——天癸——男子胞，控制与调节人体的生殖和性机能。这基本类似于丘脑——垂体——睾丸性腺轴，其内在的涵义是一致的，这种生殖链的任何一个环节发生障碍，都势必影响男性的生育能力。鉴于睾丸是精子发生和雄激素合成的重要器官，所以三者之中睾丸机能障碍必然导致不育。由遗传性或获得性缺陷面造成的睾丸本身病变，即是不育的睾丸因素；由各种疾病、环境影响、感染、免疫障碍等影响生殖功能而造成不育，即睾丸外因素。但从整体上分析，从中医与西医两个方面综合，男子不育的病因病机，可高度概括为精异、形异和性异三个方面，且三者又有着内在的联系，不能截然分开，兹分述如下。

3.1 精　异

精指生殖之精。所谓精异，系指以少精或无精，或精冷，或精稀，或精薄，或精滑，或精热，或精稠，或精败为特征的病理变化。引起精液异常的原因十分复杂，既有先天因

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

素，也有后天的因素；既有外感六淫之邪，又有情志内伤、饮食劳倦；既有脏气虚损、气血不调，又有痰湿、气郁、火热所为者。得之于先天者，主要由于禀赋不足，肾气亏损、精血匮乏、天癸不荣所致，并成为无子的根本原因。《灵枢·五音五味》云："其有天宦者……其冲任不盈，宗筋不成，有气无血，唇口不荣，胡须不生。"又如《临证指南医案》说："肝血肾精受戕，致奇经八脉乏运用之力。"

3.1.1 细胞遗传性异常

细胞遗传学研究证实，在男性不育中因遗传疾病所致者占2%～21%。染色体异常是其中的一个重要原因。目前对染色体异常影响男子睾丸生精过程和类固醇激素等生成机制有几种解释：其一，异常染色体直接影响生精细胞或通过损伤睾丸间质细胞而间接对生精细胞施以影响，造成生精细胞损害；其二，某些染色体异常的生精细胞，在睾丸这种环境中无法生存；其三，常染色体畸变可致减数分裂染色体异常，最终表现为精子发生障碍，精细胞退变和死亡。

临床资料表明，有严重的少精症或无精症患者，细胞遗传疾病的罹患率尤高，比正常群体预其值要高10～14倍。除了上述遗传因素外，诸如雄性激素受体缺乏等，亦是招致男性不育的遗传因素。不论其因素如何复杂，在中医学看来重要的是先天禀赋不足，气血乖和，天癸虚损所致。临床主要表现为虚证，治宜血肉有情之品，大补精血，涵养奇经，升提八脉之气，养育天癸。

3.1.2 内分泌异常

现已了解，内分泌异常与男性不育有着密切的关系，除下丘脑——垂体——睾丸性腺轴功能障碍可直接造成男性不育外，肾上腺和甲状腺疾病可造成生精障碍，糖尿病亦令精子生成障碍，而且这类内分泌疾病常常可导致器质性性功能问题，如糖尿病可造成阳痿、逆行射精等。因此，在研究男性的性问题与不育时，内分泌异常应予以充分的注意。

3.1.2.1 性腺功能低下：这是造成男性不育的重要因素。性腺功能低下见于各种疾病，在下丘脑——垂体——睾丸性腺轴中，每一个环节皆可使其功能障碍而导致性腺功能低下，根据病变部位，可分为三种类型。

其一，主要病变在睾丸者，称原发性性腺功能低下。其促性腺激素水平必然偏高，故又称促性腺激素分泌增多型性腺功能低下。除Kinefeter氏男性Tnrner综合征外，无睾症或双侧隐睾症、睾丸炎(麻疹、腮腺炎、淋病、麻风病引起)、睾丸损害(辐射、细胞毒素等引起)、肌营养不良、成人间质细胞损害等，皆属于这个范围。虽然它们都能影响精子的生成和雄激素的合成与分泌，但其病理生理变化及临床表现都各不相同。例如无睾症，无论是先天性的或是后天性的，均以青春期不发育为特征，长期呈性幼，躯体发育延迟等。进入青春期后期和成年期后，血中FSH和LH水平均显著增高，但患者体内只有肾上腺皮质合成的少量睾酮，故血睾酮含量极低，无任何生育可能。

其二，主要病变在垂体——下丘脑者，称继发性性腺功能低下，因其促性腺激素水平一般偏低，故又称促性腺激素分泌不足型性腺功能低下。选择性青春期前促性腺激素衰竭(Kall-mann氏综合征)、选择性青春期后促性腺激素衰竭、青春期前完全性垂体功能不足(垂体侏儒症)、青春期后完全性垂体功能不足(垂体肿瘤、下丘脑幕囊肿等)、青春期延迟等，皆属之。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其三，是靶器官对睾酮反应低下(雄激素不敏感或雄激素受体缺乏)：睾丸的精子发生及激素合成的基质均完整，间质细胞产生的睾酮也正常。但由于激素受体不反应(受体缺乏)，因此许多生物性能不能发挥作用，以致男性化障碍，完全不敏感(受体缺乏)者，常为女性表型，称为睾丸女性化综合征，轻度的女性表型分午非氏管发育及两性生殖器官，病常作男性抚养，轻度的雄激素不敏感者都作男性抚养，其症状与男性化缺乏的程度直接有关。

3.1.2.2 性腺功能亢进：目前只有一种，即睾丸间质细胞瘤，一方面肿瘤压迫曲细精管，使之退化；一方面增生的间质细胞产生内分泌的睾酮，并经代谢作用转化为雌激素，使其血中含量大大超过正常值。患者表现为女性化，乳房增大，阳痿，最终出现不育。

3.1.2.3 下丘脑机能障碍：已知下丘脑是下丘脑——垂体——睾丸性腺轴的重要组成部分。促性腺激素的分泌不足或缺乏，下丘脑机能障碍是其中原因之一，下丘脑单一性机能不全，如不能分泌促性腺激素释放激素(GnRH)，将影响脑垂体促性腺激素的合成，继而引起低促性腺激素性性腺功能低下，患者不能进人青春期。表为典型的类无睾症。有人认为，Kan-nann 氏综合征的病变亦多在下丘脑，常表现为促性腺激素水平减低或缺如，同时伴有嗅觉丧失。

至于下丘脑机能全面障碍，或者因肿瘤炎症、损伤及运行性异常等继发性下丘脑性性腺功能低下。则因其他全身症状较严重，致使不育成为一个次要的问题面不被重视。

3.1.2.4 垂体功能障碍：垂体在调节男性生殖生理活动中起着极为重要的作用，垂体释放的 FSH 和 LH 直接影响睾丸功能。因此垂体机能障碍，与其他内分泌异常相比，不仅将会带来更多的性功能问题，而且和男性不育有着密切的关系。

垂体功能低下，可因肿瘤压迫、感染、垂体组织缺血性坏死、手术切除和治疗破坏等所引起，最早出现的症状是性腺功能低下，性欲与性交能力减低。严重者睾丸萎缩，精子生成与睾酮合成活动几乎停顿，故无生育能力。

垂体功能低下，还可表现为促性腺激素的单一缺乏。如单纯性 LH 缺乏，又称为“能生育的无睾综合征”，其特征为类无睾现象，睾丸大小正常或偏小，间质细胞萎缩，LH 水平明显降低，性成熟受抑，临床呈类宦官表现，称为可生育的无性人。

此外，垂体肿瘤早期可使血中催乳素水平显著增高，可使患者发生阳痿与性功能低下症，与精子密度之间是否有联系，尚有不同看法。

3.1.2.5 其他性腺疾病：甲状腺功能低下，无论是原发性还是继发性，都会使患者发生程度不同的性功能紊乱，如性欲减退、阳痿、睾丸功能减退(睾酮合成减少，精子生成受抑制)，病患持久会使患者丧失生育力，甲亢患者可伴有男性乳房发育、性欲减退、阳痿等性功能障碍，机理尚不清楚。

肾上腺疾病与男性性功能障碍和不育症有着密切的关系，临床上已非鲜见。例如阿狄森氏病患者可有性欲衰减的表现。继发于垂体或下丘脑疾患的肾上腺皮质激素不足患者，常因促性腺激素分泌异常而致睾酮生成减少和精子生成障碍，发生少精或无精症。库兴氏综合征与库兴氏病，均有典型的性欲减退或勃起功能障碍。部分患者血中的睾酮水平降低，睾丸组织萎缩，精子生成障碍，间质细胞退化和曲细精管纤维化，导致不育。女性化肾上腺皮质肿瘤，由子分泌过量的雌激素可使男性患者出现女性化表征，睾酮生成和分泌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

受抑制，精子生成障碍，同时伴有性欲减低或性交能力降低，难能生育。

糖尿病患者的性功能障碍早已为人们所重视。以阳痿最常见，还有逆行射精、性欲低下、早泄、性成熟延迟和不育等生殖机能紊乱现象。有作者报道患糖尿病在 7 年或更长者，约有一半不能生育。

内分泌异常，中医学认为主要是脏腑功能失调所致。例如肾精亏损，不能启动天癸，而糖生髓，髓通于脑，天癸所生之真水不能上升于脑，糖不能下达于胞脏，不仅发育迟缓，天癸不至，生殖能力低下，且命火衰微，八脉乏运用及生发无力，表现一派虚损证候，多是性腺功能低下的反映。至于性腺功能亢进者，或是阴虚火旺，或是肝火升腾，或是五志化火所致，随病在何脏，其病机变化则不同，详见总证。

3.1.3 生殖系感染

大量的临床资料证明，生殖道的特异性感染和非特异性感染均可影响精子的发生、精子活动、精子形态和糖子运输，并抑制附属性腺分泌造成精液组成的改变，从而导致男性不育。国内目前一般以腮腺炎、结核引起生殖系炎症为男性不育的常见病因。

病毒性腮腺炎引起的病毒性睾丸炎，在青春期及青春后期的发病率高达 15%～20%，一般在腮腺炎出现后4～6 天发生，其中双侧受累者占15%～30%，单侧占 7%；双侧受累中约半数有轻度或局限性睾丸萎缩，5%左右双侧睾丸萎缩，对生育有明显影响，甚至少精或无精，以至不育。中医学认为，这种病变主要是外感温毒，下注糖室，以至精室蕴热，生殖功能减弱所致。

生殖系结核感染，由于抗结核药物的广泛应用，作为生育力低下或不育的原因已较少见，特别是在城市如此。临床上最明显的生殖系结核是附睾结核。生殖道结核的主要后遗症是糖道管腔缩小而造成的不全或完全性梗阻，其中前列腺或精囊结核可造成射精管梗阻，附睾结核可造成附睾管和近端输精管梗阻，表现为少精或无精；倘若结核波及睾丸，形成结核性睾丸炎，晚期将会发生生精停止。中医学认为这类病变一是痰湿阻隔，病久入络，瘀滞于胞而致不育；一是阴虚火旺，虚火内扰，阴不济阳，天癸失养而致精虚不育。

性病在国外是引起不育的主要原因，在国内淋球菌引起的男性生殖道感染发病率亦有上升趋势。淋菌性尿道炎约有 2%出现附睾炎，波及睾丸，常见造成溃疡，导致睾丸生精功能丧失以及附睾、输精管、射精管部分或完全阻塞，从而导致不育。

慢性细菌性前列腺炎常由革兰氏阴性杆菌引起。已知前列腺罹患慢性炎症时，由于液化因子缺乏，精液粘稠度增高或不液化，妨碍了精子的活动力而导致不育，同时精浆的 pH 值升高，含锌量减少，果糖降低，精子活率下降，无疑使生育力受到影响。据一组 1200 例不育病人检查，约 30%的前列腺液中的白细胞超过 20/HP，其中半数病人在射精后1～2 小时检查精液，有 10%以上糖子出现自动凝集现象。至于急性前列腺炎(或精囊炎)所造成的少精症或无精症只是一过性的，随着炎症的消退，射糖管水肿亦消退，压迫解除，即可复通。

T 支原体感染：男女生殖道中均常发现 T 支原体，但对不育的作用尚有争论。一般认为非淋菌性尿道炎、习惯性流产及不明原因的不育者，糖液及宫颈液中 T 支原体的检出率均较高。有人在 76%原因不明的男性不育患者糖液中分离出了 T 支原体，经治疗 20%生育。有资料表明，男性感染支原体时，射出的精子活动力降低，形态变尖的数目增加，故

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

认为T支原体的感染可能导致不育。但有关生殖道T支原体感染与精子活力、形态及不育的关系还有待进一步探讨。

衣原体感染：有人指出在35岁以下，无淋球菌、非淋球菌感染或外伤史的急性附睾炎患者中，明显原因是衣原体的占67%，因而其对男性不育的作用引起人们的关注。但是否为不育的原因尚不清楚。

3.1.4 理化因素

众所周知，精子在与卵子结合之前，需要经历从发生、发育、成熟到输送管诸多的生理环节，而每一生理环节均需要有一个适宜的环境，包括内部的与外部的，才能顺利进行，任何干扰和破坏这种适宜环境的因素，均可导致某一环节乃至全部环节活动的中断，因而精子的生成或输送将受阻，这无疑会影响男子的生育力。现已证实，许多理化因素，如环境中的各种类型的污染物、温度、药物、烟酒、饮食营养等，都可能影响精子的生成与输送，有的甚至是不可逆的。中医学早就注意到这些因素所致不育作用，十分注重生育的基地选择与饮食宜忌等。

3.1.4.1 环境因素：由于现代工业的发展，环境污染已不可避免。事实上，我们已经生活在一个散布着各种类型污染物的环境里。这些污染物的存在(超过卫生标准)，不仅损害人体的健康，而且损害男性生殖系统，除了导致不育之外，还影响着人类的素质即优生。这不能不引起人们的普遍关注。

电离辐射(放射能)：可作用于机体，引起机体生物分子、细胞、器官和整体效应。就人体性器官而言，电离辐射既可引起生殖器官的病理改变，也可导致生殖腺结构和内分泌机能发生改变，两者密切相关。但与电离辐射关系最密切的要属精原细胞。因此，受照后虽然各级生精细胞均受到程度不同的损害，但损伤最严重的是精原细胞，而精子细胞的损害最轻。现已证实，照射剂量小于100拉德可引起生育力减退；200～300拉德可引起暂时性不育12～13个月；400～500拉德可引起暂时性不育18～24个月；大于500拉德将导致永久性不育。但临床病例，接触放射能往往表现为长时间过程，其损害是渐进性的，虽然受照的剂量小，若未及时解除，其损害也是不可逆的。

非电离辐射包括无线电广播、电视通讯、雷达探测、工业加热、理疗等电子设备。研究证实，非电离辐射的生物效应主要为热效应，即机体把吸收的非电离辐射能转换为热能，作用持久或强大时由于形成的热量过大而引起组织损伤，已知适宜的温度，对睾丸产生精子是必需的。阴囊内温度要比体温低2℃左右，比腹腔温度低4℃，由于阴囊的生理作用，其囊内温度能保持在一个比较恒定的水平。如果这种内环境被破坏，如隐睾患者睾丸长期处于较阴囊内温度高的腹腔内，紧身裤及热水浴，蒸气浴可干扰阴囊的散热，长期高温作业和高温环境中生活等，均可导致精子的生成障碍，其机理是睾丸局部的温度升高，损害生精细胞，抑制精子生成。

有毒有害物质，包括铅、镉、铅等金属元素及二溴氯丙烷、甲基磷酸二甲酯、农药除草剂地乐酚等化学物质，如果它们的食量超过卫生标准所准许的范围，必然对人体造成危害。现已明了各种类型的有毒有害物质对睾丸造成损害的共同特征是，破坏睾丸的正常组织结构，造成睾丸组织变性、萎缩，甚至坏死；抑制和干扰生精过程，导致少精症或无精症，引起不育。因此，在寻找男性不育的原因时，也应充分注意到有毒有害物质的损害这

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一因素。

3.1.4.2 药物：临床许多常用的药物，主要是化学治疗药物，对生育机能产生不育的影响，其作用机理主要是抑制精子的发生。例如绝大多数化疗药物如环磷酰胺、瘤可宁、长春新碱等，都是有使精子生成减少的副作用，甚至可发生不可逆的少精症或无精症，长期使用过量的雄激素可抑制男性的下丘脑——垂体——睾丸轴，使睾丸萎缩，精子生成减少，常可导致不育。长期使用考的松类制剂也有抑制精子生成等副作用。抗高血压药物如利尿剂、安体舒通、非利尿剂降压药、胍乙啶等，可引起患者的性欲和性功能的改变，表现为性欲降低，或阳痿，或射精延迟，或抑制射精等，常可造成暂时性或永久性不育的副效应。镇静剂主要引起阳痿和射精障碍。大麻或海洛因等一类麻醉剂主要引起性欲减退，或阳痿，或射精延迟，或射精不能，或精子的生成受抑，而影响生育机能。中草药中白花蛇舌草有抑制生精作用，雷公藤制剂可引起曲细精管萎缩，抑制精子生成，土贝母所含总甙使人精子瞬间失去活性，另外大蒜的有效成分大蒜素，七叶一枝花提取物，蚯蚓等有明显的体外杀精作用。

3.1.4.3 酒：这是一种特别的饮料。不论哪一个国家或民族的历史与文化，都与酒有联系。中医学用酒剂治疗疾病，亦是源远流长，且今日仍兴盛不衰，但是酒对健康的损害，对性功能与生殖力的不利影响也是客观存在的。这一点，古人早已有科学的见解。认为酒非唯乱性，亦且乱精，因酒性淫热，湿热为病，非罹成痿，亦令湿热困扰精室。新近的研究资料表明，酒精可经过多种途径对生殖腺的功能造成损害。酒精中毒患者的睾丸多萎缩，乳房女性化，性欲减退，阳痿及不育亦是常见的临床症状，有鉴于此，用酒剂来治疗男性不育症是不可取的。现在许多星期天孩子，其智力低下或畸形，就多由酗酒所致。

3.1.4.4 饮食营养：中医学以为，脾肾为后天之本，气血生化之源。脾胃虚弱，化源不足，精血不充；又“冲任隶属阳明”，阳明气衰，冲任血脉不盈，则精不溢内，故无子。精血同源，血能化精，“血者，水谷之精气，和调五脏，酒陈六腑，在男子则为精，在女子在上则为乳汁，下为月水”。血虚则精虚，血亏则精少，故亦令不育。精能生气，气能化精，脾虚气衰，则不化精，致精少或无精，断无生育之机。现代业已了解，体内缺乏某些营养物质，则可能有碍于性腺的正常发育和精子的生成，严重者可导致无精子，不育。

一般来说，足量的蛋白质和维生素能促进精子发生，维生素 A、B 和 E 均可使生精功能增强，如果一旦缺乏，男子生育功能肯定要受到影响，如维生素缺乏可使精子发生能力减弱，维生素 E 缺乏可导致睾丸损害。

新近人们对微量元素与男子生殖功能的关系进行了较充分的研究，发现锌、锰、硒等元素是维持男性正常生育力所必需的，缺乏他们同样可导致男性不育。临床资料表明，缺锌时可导致性腺功能低下症：睾丸细小，质软，精子生成减少或停滞，或表现为精子的受精能力、活动力下降。缺锰时可发生精子成熟障碍，导致少精症或无精症。缺硒对精子活动需要的能量减少，精子活动力可能下降，且不能抵抗有毒物质如镉、铅、钴等对精子的不利作用。临床检验证实血浆硒水平为50～69mg/ml 时，精子活动度最高，低于 35mg/ml 可致不育。至于其他微量元素与男性生殖功能之间的关系，有待于进一步研究。

长期服用棉籽油可导致不育早已为大家公认，许多学者通过大量研究发现棉籽油中的棉酚有抑制睾酮刺激前列腺和精囊发育的作用，有明显的抗雄激素功效，表现为抑制精子

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的发生，使精子的活力下降，畸形增多，精子数量减少，甚至全无精子而致不育。

3.1.5 输精道梗阻

输精道是精子的道路，而且在输送过程中，并使精子成熟和获得活动力的功能。倘若输精道(自曲细精管至射精管)的某一段发生不完全或完全性梗阻、特别是双侧梗阻者，即可引起不育。这是男性不育症的常见原因之一，据统计约占男性不育病因的5%～15%。中医学认为，输精道的梗阻，不论由何原因引起，最终的病理变化是精道血瘀。因为从局部的形态改变而言，有瘀的征象，精道变硬，失去正常的柔软与舒展，甚至可有结节，或有瘀隔不适，且固定不移。同时由于瘀阻，精宫不调，败精不去，新精不生，故无生育之机。

3.1.6 免疫功能异常

生殖免疫学研究揭示，全部生殖过程均存在着复杂的免疫现象。任何形式的免疫功能异常，均可导致正常生殖生理的紊乱，带来不育的结局。临床资料表明，在一部分不育夫妇中，确实检测出抗精子抗体。现已肯定，人精子的自身免疫反应是造成男性不育的原因之一，约占所有不育夫妇病因的3%。

目前已知人类精液(精子和精浆)中的抗原是相当多的，达30种，至少也有10种。精子特异抗原至少有顶体抗原，中段抗原，鞭毛主段抗原，原尖抗原四种，顶端前抗原位于顶帽中，主要促发产生IgM及少量IgG，有种属专一性；核后帽抗原很少检得，主要促发产生IgG及IgM；鞭毛主段抗原是精子专一的，可促发IgG产生；精子中段抗原极少检出。

正常情况下，由于血睾屏障的保护，尽管在精子发生中有一些新抗原形成，但精子被阻挡在男性生殖道中，与免疫系统隔绝，成为隐蔽抗原，不致引起自身免疫反应。因此，由精子自身免疫反应而致不育者，在男使不育中占的比例很少。

由此可知，任何干扰和破坏血睾屏障结构和功能的因素，均能导致精子的自身免疫反应异常。目前认为精子输出道的梗阻，睾丸的损伤和炎症、附睾等副性腺感染等，均为造成精子抗原外逸与机体免疫系统发生反应，进而产生抗精子抗体的可能原因。业已了解，输精管受阻后，精子返流，经血睾屏障薄弱处进人附睾及睾丸间质，被吞噬处理的精子抗原信息传递给B淋巴细胞，后者活化，增殖，分化为浆细胞，从而产生并分泌抗精子抗体。这是其一。其二，睾丸损伤，直接破坏血睾屏障，使精子抗原与机体自身的免疫系统发生接触，引起自身免疫性睾丸炎而致不育，无论动物实验与临床均获得证实。

精子的自身免疫产生IgG、IgA能粘附至精子表面，使精子自身凝集，这被认为是精子膜表面存在抗精子抗体的直接证据。经检测大部分为IgG，少部分为IgA。目前已观察到，IgG和IgA抗精子抗体覆盖的精子，在通过宫颈液时发生不利的震颤现象，显然会影响精子穿过子宫颈粘液能力，而且抗体在精子膜表面结合的位置亦对其干扰生育作用方式有一定影响。如结合在精子原部的抗体会改变精子在宫颈粘液中运动方向；结合精子顶体或顶体后区抗体则干扰精子的顶体反应，从而削弱甚至妨碍精子穿透卵的透明带，导致精卵不能融合。总之，人的精子具有抗原性，在一定的内部与外部条件下，这种精子抗原可诱发机体自身产生抗精子抗体。而抗体在有补体存在的情况下，可以抑制精子的运动，干扰受精活动，甚至可引起免疫性睾丸炎，导致不育。其中的机制十分复杂，还需进一步研究与探索。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

对于这种微观方面的变化，中医学认为重要是精液阴阳平衡失调所致。精液属于阴精的范围。但阴中有阳，精浆属阳，精子属阴；抗原属阴，抗精子抗体属阳，在正常情况下，由于肾的阳精充盈肾阳温煦，精液中阴阳始终处于动态平衡，倘若脏腑不和，八脉损伤，胞脏不调，便阴不济阳，阳不配阴，阳阳乖违，精子则凝集、制动，甚者精液中无精子。

3.2 形　异

所谓形异，即指男性外生殖器的先天性异常变化。对此，中医学早已有较系统的观察。将这方面的变化，高度概括为“五不男”，即五种外在的形态改变，又谓之“五种病”。“五不男”为“生”、“纵”、“变”、“半”“妒”者；有谓为“天”、“犍”、“漏”、“怯”、“变”者等。尽管内容上有些出入，但总属男子的先天性异常变化。由于形体上的缺陷，性与生殖机能必然受到影响，严重不能合太阴，以致带来不育的结局。其道理是十分清楚的。具体来说，有以下几个方面：

3.2.1 阴茎先天性发育异常

众所周知，阴茎是男性的性交器官，任何原因造成的阴茎先天性病理改变，均影响性交活动，严重者将导致不育。先天性发育不良的阴茎，在结构、形状、大小等方面与正常阴茎有显著的差异。例如阴茎无海绵体或表现为隐匿阴茎或无阴茎者，已丧失作为男性性交器官的功能。小阴茎，在常温下不超过 3 厘米者，可伴有睾丸异常和其他潜在的内分泌疾患，多数不能进行正常性交活动，即使能勉强进行者，亦因精子过少，受孕机会罕有。阴囊后阴茎，常伴有尿道畸形，对性功能与性活动都有所影响，而不利于生育。此外，还有双阴茎等畸形。在临床上最常见的是小阴茎。由于其没有严格的诊断标准，极易造成一些混乱。事实上，小阴茎就诊者，并非阴茎过小，而是心理上的自我感受。真正的阴茎先天性发育不良是很少见的。

3.2.2 尿道先天性异常

中医学称排尿者为溺窍，排精者为精窍，而后者为射精管更妥当，这是精子自体内排出的必经之路。无疑尿道开口于阴茎头的前中部，有利于将精子射入女性阴道内。如开口异位，就可能对性活动与生殖机能产生不利影响。例如尿道下裂(可能同时伴有阴茎海绵体发育不全或隐睾症)是比较常见的。对生育的影响，宜作具体分析。有的开口于阴囊或会阴者，即使有性交能力，射精后精液不能进入阴道，而不能生育；伴有阴茎畸形者，则或不能勃起，或有痛性勃起，无法进行正常的性活动，有的则对其变异缺乏正确的理解，心理上忍受很大的压力，往往回避性生活，凡此皆难生育。同样的道理，尿道上裂者，亦射精于阴道口外，生育的机会极少，但临床少见。其他如先天性尿道憩室，先天性尿道狭窄等异常，皆可引起射精障碍，对生育造成不利影响。

3.2.3 睾丸先天性异常

睾丸的正常生理功能是产生精子和分泌雄激素。但需要稳定的外部与内部环境的维持。倘若睾丸本身发育异常或位置异常，均可干扰和破坏正常睾丸的生理功能，影响性与生殖功能。例如先天性无睾、睾丸发育不全、隐睾、睾丸融合、多睾、睾丸与附睾分离等，临床以隐睾、睾丸发育不全多见。这是引起男性不育的常见原因。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2.4 其他先天性发育异常

如两性畸形、先天性输精管梗阻或缺如；精囊发育不全或缺如；前列腺发育不全或憩室等，皆可成为男性不育的因素之一，但临床并非多见，仅偶而遇到，只要足够注意，就不会漏诊。

3.3 性　　异

所谓性异，系指男子性机能及性活动异常而言。对性与不育的关系，古代医家早就进行过深入的研究。明代张景岳在《景岳全书·妇人规》中认为有十种情况应予注意。一是"阖辟乃妇人之动机"：女方性欲冷淡而孕门合，情欲冲动则子门开。若女方性欲未至而交合，则时机太早而失败；若情欲已过而交合，则因机遇已过而错过种子良机。二是"迟速乃男女之会机"：男女因体质、禀赋各不相同，性兴奋出现的快慢也不一致，因此，就存在男女交合时机的选择问题，如果彼此兴奋不协调，则多情意难投。三是"强弱乃男女之畏机"：男女性能力存在着差别，或是男强女弱，或是女强男弱，若不能调节，则夫妇能做到情趣和谐者很少见。四是"远近乃男女之合机"：远近指交合深浅，深浅不合，又怎能阴阳和谐呢？五是"盈虚乃男女之生机"：肾有盈虚，蓄则盈，而泄则虚也；职不知固护肾气，逆于生乐，则有一时一快而失其常度。六是"劳逸乃男女之气机"：劳者气散而怯，逸者气聚而至；只有养精蓄锐，以逸待劳，则常能取胜。七是"怀抱乃男女之情机"：情投则合，情悖而离，如不知男女怀抱的道理，又怎能促成孕育呢？八是"暗产乃男女之失机"：暗产即小产。这与男子对待房事态度有关，性欲不及失去受孕佳期，性欲太强反难生发，而且即使成孕，亦随孕随产，或虽受精也不能成胎孕。九是"产稚乃女子之时机"："方苞方萼，生气未舒，甫童甫笄，天癸未裕"，即男女未发育成熟不能交合成孕。十是"二火乃男女之阳机"：君火在心，相火在肾，先肾后心，本为常理；若不知其中道理，勉强为之，故多患虚劳之疾，更何能孕育哉！总之阴阳之道合则聚，不合则离，合则成，不合则败。无道人事莫不由之，而尤于斯道为最。由此观之，性异与生育之间的关系十分复杂，非三言两语所能说明。

男子性功能障碍，是造成男子不育的常见原因。有人对1117例男性不育的病因分析结果表明，属于性功能异常者占43.6%(其中不射精症占39.3%，其他占4.3%)。阳痿者，临事不坚，阴茎痿软，因而无能完成阴道内性交和射精过程，以致阳精与阴血不能合凝成孕；早泄者虽有射精过程，但未交合而排精，精子不能进入孕门，而受孕成胎；阳强者，性欲旺盛，阳极而亡阴，因而亦影响其生育能力；不射精者，久战不射，聚于阴头，或射精极少，虽可在阴门内完成交媾，但流而不射，阳精与阴卵不能结合，故无受孕成胎之机；遗精者，精不蓄，泄则虚，遗泄过多，精少精薄，故亦难成孕。

此外，性活动不合乎性事法则亦是难于成孕的因素之一。叶天士《秘本种子金丹》指出："今人无子者，往往勤于色欲，岂知施泄无度，阳精必薄，纵欲适情，真气乃伤，妄欲得子，其能孕乎？"事实上夫妻间的房事过多，酿成不孕者并非鲜见。这固然有女方的原因，但主要责之于男子。

古人还认为，夫妻间交合不当，或时日不宜，或情志不欢等，皆有碍于孕育。《广嗣纪要·协期篇》："若男情已过，而女情未动，则精早泄，谓之孤阳。女情已至，而男情未

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

动，谓之寡阴……孤阳寡阴即不中……谓不能生育也”。在一次交合中，如有精无卵(孤阳)，或有卵无精(寡阴)，都是不能成孕的，其中机微，不可言表。

综上所述，中医认为本病的发病原因不外乎正气不足、劳倦内伤、痰浊内滞、气血瘀滞、湿热内蕴等方面。

先天不足，禀赋素亏则正气不足，肾阴不足可致精液稠粘不化；肾阳不足，则阴寒内盛，生精能力下降；元气亏虚可致精液中无精子。

房事不节，或劳心过度，皆可致人体阴血亏虚，或气血暗耗，皆可致人体生精能力低下。

饮食不节，损伤脾胃，脾失健运，或肝气不舒，横逆犯胃，运化失常，则痰浊内生，或阻塞精道，或致精液稠粘不化。

情志久伤，或跌扑闪挫，或手术外伤等皆可致气血运行不畅，阻塞精道，发为本病。

另外过食棉籽油或长久接触放射线亦可暗耗阴血，以致生精能力低下。

4 病　机

4.1 病　位

病位在肾与男子胞即精室，还有宗筋即睾丸。

4.2 病　性

男性不育以本虚为主，标实为次，虚多实少，或者虚实夹杂，有时也为实证者。一般来说得之于先天，禀赋不足者，都以虚见症，如无精、少精、精冷等。得之于后天，有痰湿、瘀血、肝郁之异，多以标实见诸于症，但随标去又出现虚损之象。盖男子以精为本，而肾藏精，有先天与后天之分，肾虚精亏，其本总以虚为主，而标实者不过十之二三，虚实夹杂者十之一二。

4.3 病　势

本病并非急起，在未婚之前不易察觉，即使已婚者往往也是时过1年半载之后，因不能孕育始引起注意，通过详细诊查才能确诊，并查明原因。一般来说本病于健康无碍，大多数通过治疗、特别是精液正常性不育经过自体调整，可望在一定的时间内康复，自然之中女性受孕。但部分病例，例如无精症几无生育之望，重度少精症亦非短期内能恢复到嗣育所需要的临界阈值。总之，生育的机缘尚难预料，奥秘有待进一步揭示。

4.4 病机转化

本病只有在天癸已至，具备了生殖能力的阶段，才出现端倪，而事实上先天禀受不足者，生殖上的缺陷早已存在，由于不易察觉，以致在成人期发现为时已晚，例如小睾症若能在青春期前发现并治疗，很有可能遏止其发展为无精症。这一类由先天性原因所致不育者，随着时间的推移，生殖能力的恢复尤为困难，且可出现相应的性机能减弱。例如天宦一类引起的不育，36岁之前性机能尚可，但之后渐渐减弱。由后天的原因所致不育者，如棉油

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

毒、子瘟毒等引起者，由湿毒害精，以致精子全无，断无精子再生的可能。其他由肾虚、气虚、血虚、脾胃不足等因素引起的少精、精子无力症等，随着全身气血脏腑的盈盛而渐趋正常，但若邪逆不除，如痰浊、瘀血、湿热、秽毒等不及时祛除，即使初作精液变化不甚显著，但随病情演化可致无精之变、绝嗣之殃。例如衣原体、支原体感染湿热浸入精室，可使死精增多；淋病秽毒上浸胞脏，化精不能，使生殖力进一步下降，甚至终身无望生育；若能及时治疗，湿热清，秽毒除，胞脏清虚，则生育力可完全提高到正常水平。

总之，男子不育的病机转化是一个缓慢的过程，有时转化的反映只能通过微观的检测才能发现，最客观的证据就是睾丸生精过程及其功能的变化。由肾——胞脏——精——子轴可知，任何一种因素干扰了这一过程，病机转化向着生育力低方向发展；相反，这一过程连续有序地运转，病机向着生育力好的方面发展，决定的问题是扶正补虚，邪逆未除者略为拨正。

4.5 证类病机

肾阳虚证：禀赋薄弱，或房劳伤肾，下元亏损，命门火衰，则生精功能不足，故精少、精薄；命火不足，胞脏虚寒，则精清、精冷；元阳虚惫，补肾不温，阳事不举，性欲减退，生殖力低下，所以婚久不育。其他症状亦由肾气虚寒所为。病轻者仅为肾气不固。

肾阴亏虚：肾为水火之宅，属元阴元阳。若房室不节，或伤阴精，或热入阴分，真阴被劫，或他脏阴伤，穷必及肾，皆可使阴精劫伤而导致肾阴亏虚。肾精宜封藏而不宜宣泄，虚火内动，扰动精室，则见遗精、滑泄；虚火灼精，则生殖之精化生有碍，如精液不液化、精子无力、畸形精子过多等，皆与虚火劫精有关；加上相火无癸水之潜制，妄动凌心，则施泄多，所以婚久不育。病情进一步发展，可致肾精亏损。

气血两虚证：多由脾胃虚弱气虚化源不足，或由久病不愈，气血俱伤；或先有失血，气随血耗；或先因气虚，不能生化血液，以致气血两虚。气能生精，精血同源。气虚则精乏，血虚则精虚，则精少、精稀、精子乏力，由于气血、精皆虚，所以婚久不育，性欲低下，甚则房事之后，汗出淋漓，疲倦难支。

痰湿内蕴：平素嗜食肥甘，损伤脾胃，水湿不运，湿聚成痰，湿痰内蕴，脾困更甚。水湿过盛，下凌胞脏，则精液稀薄，精子量少，痰阻精窍，则精之施泄有碍；湿困脾阳，累及子肾，则命火不足，是以性欲淡漠，精子乏力。可见痰湿内蕴亦能导致不育。

肝郁血瘀：情志失调，气机郁结；或因瘀血痰湿阻滞肝经，导致肝气不舒。肝气不舒，则胸闷不舒，善太息，胸胁胀痛，或睾丸胀痛；气滞则血瘀，精窍开合不利，故不射精；精失所养，则死精过多；血瘀于脉，瘀久生热，内入于精室，则精子减少，是以不育。

脾肾阳虚：肾为先天，脾为后天，相互资生，脾赖肾阳温煦，才能正常运化；肾需脾之健运，精髓补给有源，肾阳得以充足健旺。在病理上亦相互影响，互为因果。肾阳不足，胞脏不温，则精冷、精少。脾阳不足，则化源匮乏，则精血衰少，精子量少，活力不足，其他亦皆有脾肾阳虚见症，如性欲低下、阳事不兴、体倦懒言等。

肝经湿热：平素嗜食肥甘，或饮酒，肥甘多湿，酒性淫热，湿热循经下注，累及精室，则见精稠、脓精，死精子过多，甚则化生有碍，畸形增多，而导致不育，即使能孕亦多流产。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

冲任虚损：先天禀赋薄弱，天癸欲至不至，冲任不盛，胞脏失养，轻则阳事不兴，滑泄遗精，重则宗筋不成(睾丸细小)，艰嗣不育，且见多项女性化体征。

精室亏虚：先天不足，禀赋虚弱，或因久病久虚，或精关不固，精失固藏，皆可致精室亏虚，故精液稀少，甚至无精，则婚久不育，还有发育欠佳，形神萎弱，腰膝酸软等症。

精隧阻塞：膏粱厚味，嗜酒食饮，内生湿热，或外受湿热，下注精室，火伏精室，或败精离位，瘀阻精窍，以致精隧阻塞，精窍施泄不得，新精难生，阳不能与阴和，精与血不合凝，故艰于嗣育。

5 临床思路

5.1 抓住主诉

男性不育的主诉极其明显，即婚后无子，这是宏观的发现。但从临证而言，微观的检测分析尤为重要，包括精液、内分泌、基因等，且日趋深入。因此，从微观入手，抓住主要变异最为捷径。精液量少，精液量多，精子浓度减少，精子浓度增高，精子无，精子畸形增多，精子活力下降，精子无力，精子凝集，精液中白细胞增多，精液不液化等。这些改变可单独存在，也可有 2 项或 2 项以上改变，甚至全部存在。再结合精少、精冷、精稀、脓精、射精无力等，就不难抓住主要矛盾。作者以为可分为主目——无子；子目——自觉相关症状；微目——精液等检测主要项目变化。

5.2 分析病位

概而言之，男性不育病位在肾与男子胞及宗筋。前者为藏精之所，后者是固精之关。但仔细分析，有病在肾气、肾阳、肾阴、肾精之异；有病在精室盈亏与精隧开合之分；还与肝、脾及气血有关。事实上还有宗筋。所谓宗筋即阴丸，亦即睾丸。去势即割去睾丸。现已明确，睾丸是产生精子之所，以睾丸为中心，则其病位有睾前、睾后及睾之异。所以要明确判断男子不育的病位殊非易事，究属在脏(心、肝、脾、肺、肾)、在胞、在宗筋(阴丸)，在气血等，只能依据宏、微两个方面的观察、分析而定。

5.3 确定病性

如前所述，男性不育是多种原因或疾病的结果，因此，有人称之为综合征。当我们把它作为一种疾病而临证进行考察时，首先必须进行明确的诊断，单纯满足于婚后 2 年不育，而原因在于男子的结论，显然不合乎临床需要。作者数十年的临床经验提示，第一步询问病史至关重要。众所周知，男子不育的主诉极其易把握，关键在于生殖链的哪一个部位发生了障碍，而对这个“部位”的清楚了解，没有翔实的病史依据，是不可能的。除了现病史外，应该包括婚姻史、生育史、疾病史、生活史、家庭史等。婚姻史中有关性生活方面的必须详尽的了解，因为性机能某些障碍例如不射精等本身就是不育的原因，有人把这一类型不育称为性功能障碍性不育。问精候亦为重要，如有无遗精、滑精早泄；有无精冷、精稠、精热、精稀、精少、精多；射精有力或无力、流畅或不流畅等，均有较大的参考意义。其次要了解有无不洁性交史，事实证明，淋病一类性传播疾病可引起不育。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生育史，大部分患者都是原发性不育，即从未有过生育，但不少病例有过孕产，而眼前已有2年以上时间不能生育，或者已有生育，有无畸形、遗传疾病、智力发育如何等，都宜了解。这对于即要跨入下一世纪的人们而言，无疑是一种文明而科学的询诊。

生活史，包括饮食、环境、嗜好等。例如长时间饮用棉籽油者，易致不可逆性的无精子症；长时间嗜酒者，精液质量可有明显的异常。高温环境、放射线污染、磁波干扰等都可成为不育的因素之一。总之，有碍人体健康的诸种不卫生因素都有可能干扰其生殖机能。有资料报告，近一个世纪以来，人类的精液质量下降了30%。

疾病史，包括外伤在问诊中易于忽略，因为我们面对的完全是一个“健康”人，而且即使有某种疾病，由于年小而无法追忆，但只要不漏掉这一项，就能够对临床提供诊断的依据。例如，小时候曾患腮腺炎的，可能由腮腺病毒性睾丸炎引起的不育。有隐睾史的可能诊治太迟而影响睾丸的功能。有外伤的，可能由外伤引起睾丸发育不全或者萎缩。有结核病的，可能由附睾结核引起附睾管梗阻而导致不育。有肾病综合征，可与应用了环磷酰胺等药物有关等。

家族史中，包括父母婚姻是否近亲结婚，有无遗传疾病，患者在家族中排行第几，兄妹之间有无同类疾病等，都要仔细询问。例如先天性睾丸发育不全综合征多发生在多子女家庭的“满崽”。

第二步，要进行详而有序的望诊、闻诊与切诊，特别是切诊，除了切脉之外，全身及外生殖器部位的检查尤为重要。望诊有望全身，包括望形体，望肌肉、皮肤、色泽、精神等；望局部包括望胡须、望喉结、望阴毛、外生殖器等。例如“天宦”一类疾病都有男性第一、第二性征的显著改变，望而即可知之。闻诊主要闻声音，听语言，有时对于诊断亦有帮助，如先天性睾丸发育不全综合征等，其声音多尖锐，似女人声等。切诊最为关键，包括全身切诊与局部切诊，后者主要指外生殖的检查。其内容有阴茎的触诊，测量大小、直径、质地、尿道的位置；阴囊的触诊；睾丸的触诊，测量其形态大小、容积、质地等；附睾的触诊，注意其形态、质地、有无结节、肿大等病变；精索及输精管的触诊，注意其形态、有无曲张、结节、变硬等改变。很多不育的原因通过外生殖的切诊即可明白大半，甚至可以肯定诊断，例如隐睾，睾丸细小或发育不全或萎缩，尿道上下裂，阴茎短小，附睾炎症、梗阻，精索静脉曲张等，都可成为不育的直接原因。

总之，问、望、闻、切四者宜有机结合。例如问诊已婚后4年，屡治不育，姊妹中排行最小，配偶无生殖缺陷；望诊身材修长、双臀较大，无胡须，喉结平坦，阴毛稀少，阴茎尚正常；闻之声音尖锐；触诊睾丸细小，如童稚状，可初诊为“天宦”，为绝对不育症。当然要在这方面取得成功的经验，需要一个长时间的积累过程，这一点我们务必明白。

第三步，则应进行针对性的现代有关检测，包括精液、内分泌、遗传基因、细胞学检查等，特别是精液检测必须规范、正确、科学、先进，与世界先进水平同步。然而检测到很多资料在这方面还存在着明显的缺陷，有的还停留在50年代水平，应予留意。

第四，综合分析，宏观与微观结合，确定中、西医双重诊断，其中要包括病因(疾病)诊断、机能诊断(生育力判断、生殖轻重程度分级)、中医病名诊断、证候诊断等。以例为证：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

男性不育
- 西医：1. 特发性促性腺激素低下型功能减退(完全型)。
  2. 无精症(F群级，重度)。
  3. 绝对不育。
- 中医：1. 天宦。
  2. 天癸虚损。

这种模式对于中医、西医、中西医结合人员都适用，且普通老百姓亦能看懂。

关于辨证分型，由于生育能力的强弱，生殖水平阈值等，于患者的自我感受方面难于体现，于舌脉有时亦无可靠的征象，所以据症与舌脉分型，并不能达到正确的分型。作者经验，以微观检测的结果，选取改变最为主要者为中心，综合其他项目进行分析，看能否与宏观可能存在的症状、舌、脉相符合，至少在理论上要有依据。例如精液检测主要表示为精液不液化，若同时显示精液稠厚、畸形精子高于正常水平，则证属阴虚有热，若精液中有凝块，畸形精子显著升高，则证属肝郁血瘀。又如重度少精症，伴精子活力下降的，责之于肾阳虚；精子活力一般或正常者，责之于肾阴虚；其他各项均不正常者，责之于先天禀赋不足，肾精虚损。其他不一一列举。总之，有宏观表现者，宜以症、舌、脉与微观检测相结合；没有宏观的症状，则以微观为主，以其中的突出显著项目为中心，用中医药理论剖析之，则一般不难把握分型的要领。当然这还带有一定的盲目性，但随着经验的积累，这种盲目性会渐趋减少。这样一来，主症、病位、分型就能有机的统一起来。作者以为，还没有一种疾病仅从一种体液的微观检测能象男子不育一样，从精液的检测中直接、全面地反映出来。特殊矛盾，特殊解决，这也符合辩证法。

中医学认为，精是生命之本，亦是生殖之源。《素问·上古天真论》所述主持男女生长发育全过程与生殖功能的“肾气”与“天癸”，即指生长、生殖之精，而又赖后天脏腑之精的供养化生以为补充之源泉。由肾及胞，及宗筋，系以精为联系的核心，故谓男子以精为本。而精为人体至关重要和至精至贵至微的物质，亦包括生殖之精在内。可见男性不育从“精”字著笔，即可把握其治疗的真谛。作者以为，有温阳生精法，适用于阳精不足者，常用巴戟、仙茅、仙灵脾、锁阳之类；滋阴生津法运用于阴津亏损者，常用山茱萸、熟地、龟甲、玄参、沙参、天冬之类；补髓生精法，适用于禀赋薄弱，精髓不足者，常用枸杞、桑椹、覆盆子、猪脊髓等；益气生精法，适用于气虚而精不足者，常用红参、黄芪、西洋参、西党参、刺五加、绞股兰等；补血生精法，适用于血虚而精亏者，常用当归、干地黄、阿胶、白芍等。但在制方选药，必须遵循“精不足者，补之为味”，“填养精血，务在有情”，即血肉有情之品始能奏效，常用者有雀卵、鲍鱼、阿胶、鹿胶、河车、鹿茸、鹿胎、羊睾、狗睾、海马、海龙等，还有人乳、牛乳、乌骨鸡、乌鸡等。总之，宜将“填补”(阴精)、“温养”(阳精)、“宣通”(奇经)有机结合，治为一体，投之必验。

此外，还有涩精法，适用于精关不固，开合失调，精失封藏者，常用芡实、金樱子、桑螵蛸等。敛气固精法，适用于气怯、气散而收摄无权者，常用药物有刺五加、芡实、莲须，益智仁等。滋阴抑阳法，适用于阴精不足，阳精偏盛，精子生成过多者，常用药物有鳖甲、龟甲、旱莲草、女贞子、黄柏、知母、玳瑁等。

但男性生殖唯从肾论治，唯从精论治，尚不合乎实际。作者从8000余例男性不育患者的分析得出，约50%者为实证，或虚实夹杂证，多由痰湿、血瘀、肝郁、湿热等所致。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

因此，循因论治，先治病而后生精，先祛邪而后补精，亦属治疗的基本思路之一。但散风、消导、败血、苦寒、峻利之品等，必中病即止，不可过剂，否则伤及气血，反生弊端。这一点务必注意。

我们还应看到，有相当一部分男性不育患者并没有宏观的症状，论治的着眼点全在于精液及有关内分泌检测结果上，虽然有的以某一项改变为主，但不少患者表现多项的异常。如何治疗，抓住主要矛盾、主要改变固然不错，而遇到后一种情况就并非如此了。作者的经验是综合论治，换言之，将两种以上治则融为一方之中，药味略多，而于病无碍，所谓大病大治，制方为大也。实践证明，这的确是一种成功的经验。特别是选取成方、成药治疗时，综合几种药物，同时投治，往往有意想不到的效果。实际上，这是一种治疗方案。

男性不育的治疗是一个复杂的系统工程，除了上述的治疗思路外，按主症论治，按病论治，按类病论治，亦是其重要的几个方面，不可忽略。限于篇幅，不再赘述。

此外，饮食和摄养在整个治疗中亦应引起足够的注意。素有药补不如食补。虽然人之脏气各有所宜，饮食不必过于拘泥，但酒等淫热之类，则不可饮。因酒类淫热，非唯乱性，亦且乱精。精为酒所乱，湿热其半，真精其半，难于种子，即种玉兰田，亦多胎气不固，易于流产。其他如槟榔、浓茶、咖啡之类，亦宜少食或少饮，以免久则增气，耗损精气。

至于摄养，亦不可不知。古人强调男女神交，是有子之道。所谓神交，是男女交合，先要有心神情感的发动，心心相印，水乳交融，所谓体未合，而神已先交，而后阳施阴受，血开精合，所以有子。不少业医者，只知药治，而不晓摄养之法，宏微两个方面的检查均已正常，具备了生殖的能力，而总是不孕，其中缘由多在此寻得着。

男性不育不同于一般的疾病，发病为一漫长的过程，特别是得之于先天，不到肾气发动天癸已至，甚至婚后1～3年内都难于证实自身没有生育力。后天的原因引起者，亦非短时间内发现，甚至还不能确定原因。所以，要把生育力调整到一个稳定的、正常低阈值水平，需要一个相当长的时间，少则1月，多则数月，甚至2～3年。根据人体精子的发生过程，一个疗程定为1～3个月，较为妥当。如果单纯的表现为精液质量异常，则以1个月为期；若以精子的生成障碍为主，则以3月为期。这样一个长过程，选用丸剂内服较为方便，且效果不错。作者近10余年均采用丸(蜜)剂治疗，多数1～2料，即女方受孕。但要准确判断病势的转归，殊非易事。作者以为，首先要诊断明确，找出确切的原因，判断其生育力。如天宦一类疾病引起的是绝对不育症，一般而言是无法治愈的，关键是维护其性能力。至于原因不明者，则又不在此限。相对性不育，一般都是可治愈的，而时间尚难肯定，不少患者在治疗进行中，配偶在不知不觉怀孕了，有的则在精液等恢复正常水平后半年内成孕者，有的还要长。因此，以实践而言，治疗结束后，还要观察3～6个月，甚至1年，才能做出合乎科学的客观评价。

总之，男性不育的治疗十分复杂，简而言之，其一益肾生精；其二，先治病后调精，皆以“精”为核心。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6 鉴　别

6.1 阳　痿

阴茎不能勃起，完成性交，固然可以引起不育。但患者的主要问题不是生殖，而是阳痿，即使在生育力低下的患者中，可能有阳痿的症状存在，但多为一时性的，且非真正的勃起困难，或根本不勃起。阳痿患者有无精液质量异常，则不可定论。临证中只要注意询问，不难获得诊断。

6.2 不 射 精

不射精是一种射精障碍，房事时无射精动作，无欣快感觉，无精液射出为特征，且多同时存在梦遗。由于精子不能与卵子结合，男精女血乖戾，故亦不能生育。但不射精患者是否存在生育力低下，只能根据精液的检测而定。但要注意的是农村患者多是以“无子”而就诊的，由于性知识缺乏，反把这种射精障碍忽略了。只要问清病史，即可明确诊断。

6.3 逆 向 射 精

逆向射精亦为男性射精功能障碍性疾病，其结果也可引起不育。由于精液射出时，逆向流入膀胱，精子无法与卵子结合，故亦无子。如果男女交合后，即检查男方的尿液，发现有较多精子，即可确诊。

6.4 性 变 异

在很少的情况下，由于性心理方面的障碍，男性取向或女性取向肛门性交，而厌恶或摈弃生殖道交合，无疑不能成孕。这只有通过详细的病史询问才能获取诊断。作者曾见到一例女性先天性阴道缺如，而双方采取肛交，无子而求诊者。

6.5 女 性 不 孕

以往男女婚后无子多责之于女方，这种“遗风”在民间仍有很大的影响。一般情况下，男子就诊时女方已作检查正常，但有时例外，遇到后一种情况，男女双方的检测都必须同时进行。在现代条件下，与女性不孕极易区别，但在古代却并非易事。夫妻无子，是男的原因还是女的原因，抑或双方的原因，仅从症、舌、脉等的确难于认定。因而，在古医籍中亦无从找到鉴别二者的论述。

7 临 床 治 疗

7.1 分 证 论 治

7.1.1 肾阳虚证

临床表现：婚后不育，精液清冷，性欲淡漠或阳痿、早泄，或射精无力，腰膝酸软，小便精长，夜尿量多，精神不振，畏寒喜温。舌淡舌体胖，脉沉细弱。精液稀薄，精子量

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

少或稀少，或死精子过多。

病机分析：肾主藏精，而主生殖。肾阳虚亏，阳精虚弱，化生有碍；阳虚而胞脏不温，精室虚冷，故精液清冷、稀薄，精子稀少或死精过多，婚久不能生育。肾阳不足，阳事难兴，故性欲淡漠、阳痿，精关不固者早泄。肾虚而作强不能，则射精无力，精神不振。腰为肾之府，肾虚则腰膝酸软。阳虚寒盛，则畏寒喜温，四末不暖。肾与膀胱相表里，肾阳虚，膀胱气化不足，则小便清长，夜尿量多。舌淡，舌体胖，脉沉细，均为肾阳不足之征。

转归：临证所见，典型的肾阳虚证只不过十之一二，而精液的改变地却十分的明显。症状的消除1～2周内可达到，唯精液之恢复尚需时日，最短者也要有1～3个月，长者1～2年。其次，伴随的性机能障碍，如性欲淡漠、阳痿、早泄、射精无力等。较之一般的症状消除要慢，但只要治疗得当，绝大多数可以在10余剂之后恢复。但若由先天禀赋薄弱所致，则生殖能力的恢复尤为缓慢，甚至一个疗程的治疗，亦不见得有变化，因为肾气催动天癸是一个很长的自然生理过程。若阳精匮乏，无精子者治愈者十之不过一而已。肾阳亏虚，则转化阴精为肾气的作用减弱，导致肾气亦虚。由于肾阳和肾阴彼此互根和相互转化，阳虚日久，也可导致阴虚，成为阴阳俱虚的病理转归。

治法：补肾壮阳，生精种子。

方药：①右归丸、赞育丹加减。

淫羊藿　仙茅　枸杞子　山茱萸　菟丝子　鹿角胶　熟地　巴戟天　怀山药　杜仲　当归　川断

② 五子衍宗丸、龟鹿补肾催、济生肾气丸、双鞭参茸精口服液等。

临证参考：作者以为，肾阳虚，症较轻者属肾气不足，可用五子衍宗丸加鹿角胶、当归即可见功。肾阳虚重者，真阳已衰，宜用鹿茸与肉桂相伍，温补元阳，于基本方中。或问如何不用附子？肾阳虚亏，寒盛于内，应用附子应为对证，先贤已有定论。但用子不育，生发精子，则嫌其过于辛热，且有毒，不可久服，故弃之不用。

前已述及，肾阳虚而致精子无力即死精过多者，可在一月之内恢复，而无精子症或重度少精症，由肾命不足引起者，假令能治愈亦需以年计算。故在治疗中不宜随意更改处方，最少应以3个月为期。李广文氏应用生精种子汤(仙灵脾、川续断各15克，黄芪10克，当归、首乌、怀牛膝各12克，菟丝子、枸杞子、五味子、车前子、覆盆子、桑椹子、陈皮各9克)水煎服，每日1剂，连用3日停药1天，连用3个月，服药100余剂，治愈重度少精1例。本方虽云温壮肾阳，而又寓益气补血养血之品，可供借鉴。

另则，鹿茸甘温，生精补髓，养血补督，温壮元阳，乃生精之妙品。作者研制的复方五子壮阳颗粒剂即含本品。但临证发现，其用量不可过多，最多一剂之中不超过3克，以0.5～1g为妥，否则久则患者身体变得肥胖，且精子反趋下降，3个月后才能回升。这是否类用于睾丸酮反跳疗法，还有待于进一步观察与研究。

7.1.2 肾阴亏虚

临床表现：婚后不育，时已数载，或性欲尚旺，房事频多，腰膝酸软，头晕耳鸣，五心烦热，口干盗汗。舌质红，少苔或无苔，脉细数。精液粘稠，良久不化，或精子不活动，死精过多，或精子少，畸形精子增多。

病机分析：肾阴亏虚，则精髓不足，故婚久不育。肾阴虚亏，阴不制阳，则生内热，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚热灼津，则精稠、不液化、畸形精子增多。或映象于外，则五心烦热，口干盗汗。阴虚阳亢相火妄动，则性欲旺盛，房事频多。阴不潜阳，虚火上炎，则舌质红，少苔或无苔，脉细数。其他症状亦由肾阴亏虚所致。

转归：从嗣育学观察，肾阴亏虚所致的男子不育，亦多表现在精液的质量变异方面，宏观的症状即使存在，亦多不典型。但仔细询问还是有的，只不过程度上远较其他病证轻微。由于主要表现为精液质量异常，所以治愈者多，且时间约一个月左右，最多不超过三个月。

从证候转变上而言，由于肾阴与肾阳互根，阴虚日久，可以导致阳虚。肾阴亏虚的进一步发展，可导致阴精亏损，精子生成稀少，则又非短时间可治愈，特别是先天禀受不足者，尤为难治。亦可导致肝阴虚，出现肝肾阴虚的病理改变。另外，导致肾阴亏虚的原因亦影响其转归。例如由劳瘵所致的，虚火灼伤阴津，胞脏损害，宗筋不荣，化精不能，精子生成极少，治疗十分棘手。这不可不知。

治法：滋阴补肾，生精种子。

方药：①左归丸、知柏地黄丸加减。

熟地黄　山茱萸　枸杞子　鹿角胶　龟甲胶　川牛膝　菟丝子　黄柏　知母　怀山药

加减：精关不固者加龙骨、牡蛎、芡实等；阴不潜阳者加五味、珧瑁、珍珠母等；兼气虚者加党参。阴虚火旺者合二至丸。

② 知柏地黄丸、大补阴丸、归肾丸、健肾地黄丸等。

临证参考：肾阴亏虚，内热不明显者，仅用左归丸，颇为合拍，不必增损，否则反觉画蛇添足。阴虚火旺，用黄柏、知母以泻肾中相火，但二品味苦性寒，过用、久服有引起性欲减退、甚至勃起不力，故宜适可而止。作者经验，凡欲用者制以丸剂，且量不宜大，必要时精以仙灵脾，以为反佐，可避其短。其次，若弃之不用，代以旱莲草、女贞子，有异曲同功之妙，但旱莲草用量不少于 20 克。对于单纯表现为精子畸形增高者，不必大动干戈，内服知柏地黄丸，每次10～15g，每日 2 次，持续1～2 个月，十之九愈。作者已观察十余年，投之效如桴鼓。

此外，阴虚已久，肾精亏损者，则必合以血肉有情之品，为精气虚损之治。

7.1.3　气血两虚

临床表现：婚久无子，形体衰弱，少气懒言，头昏目眩，心悸失眠，或性欲减退，房事稀少，面色萎黄，舌淡苔薄，脉沉细无力。精液量少，精子密度减低，精子活动力差，穿透无力。

病机分析：气能生精，气虚则精虚。精血同源，相互资生。血虚则精亦虚。今气血两虚，则精虚尤甚，故婚久不育，见于精液之变化，则精量少，精子生成不足，精子活动力差，有如宏观症状一般。体弱易倦，面色萎黄，头昏目眩，舌淡苔薄，脉沉细无力，皆气血两虚的反映。由于气血不足，元阴、元阳乏其后天滋养，故性欲减退，房事稀少。

转归：气血双虚男子不育症一般都预后良好，但气虚症状改善在先，血亏症状消失在后，盖因无形之气可以速生，有形之血不能速成的缘故。观测精液之变化，精子活动力、穿透力改善在短期内即有显著提高，而精浆的增加、精子数的增加则非短时间可愈。若气血虚亏不能及时改善，则可致精血亏损，甚至虚劳，而这已限于不育的范围了，此时的主要矛盾已经转化，健康第一，生育则在其次了。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：补养气血、生精育麟。

方药：①毓麟珠加减。

党参　白术　茯苓　芍药　川芎　熟地　菟丝子　枸杞子　巴戟天　鹿角胶　山茱萸　怀山药　胡桃肉　鹿角霜　甘草　当归

② 龟鹿二仙膏、血速升冲剂、双龙补膏、脾肾双补丸等。

临床参考：气血双虚所致男性不育，可供选择之方颇多，如十全大补丸(汤)、卫生培元丸(党参、白术、茯苓、黄芪、川芎、地黄、当归、白芍、砂仁、陈皮、杜仲、枸杞子、鹿茸、枣仁、远志)、人参养荣汤等，皆可随症出人，均有效验。但大队补气养血之品，必伍益肾生精之品，其效尤佳。作者经验，拟用西党参、黄芪、川断、菟丝子、当归、阿胶、紫河车、茯苓、鹿茸、陈皮为方，蜜丸内服，亦具良验。此其一。

其二，气血双虚之人，往往中州健运不利，且大队滋腻之品又有碍脾之弊端，故处方选药之时，每佐1～2味醒胃健脾之品，如砂仁、陈皮、麦芽之类。

其三，男性不育之气血双虚，其治疗的主旨不在改善一般的气血症状，而力主生精种子，其病位在肾之精，而气血之源关连五脏，故有时宜伍用柔肝养血、安神养血、健脾养血之品，以冀血生精旺，精归藏于肾。这样，治疗的目的就达到了。

7.1.4　脾肾阳虚

临床表现：婚久不育，腰膝酸软，精神疲乏，气短懒言，性欲淡漠或阳痿、早泄，饮食不佳，或腹胀便溏，或五更泄泻，舌淡苔白润，脉细弱。精清、精薄、精冷、精少，精子活力减低，甚者无精子。

病机分析：脾肾在生理上相互资生，病理上相互影响，肾阳不足，不能温煦脾阳，所谓火不生土，火虚土衰；或脾阳久虚，累及于肾，子虚必盗母气，均出现脾肾阳虚的病理变化。肾阳虚则阳精不足，不能温煦精室，则精清、精冷、精薄、精少；脾阳虚则中州失于健运，化源不足，则精少。今脾肾阳虚，故婚久不育。由于脾阳虚，中气不足，则神疲懒言，饮食不佳，或腹胀便溏。肾阳虚，真火不足，则性欲淡漠或阳痿、早泄；火不暖土，则五更泄泻。舌淡苔润，脉细弱，皆为脾肾阳虚的反应。

转归：脾肾阳虚证，临床所见以脾虚导致肾虚者多，从脾论治而兼顾其肾，预后良好，自觉症状及精液质量的改善不费多久时日，且多能受孕。由先因肾虚而导致脾虚者少，如天宦、“五不男”之类，从肾论治而兼治脾，预后较差，甚至生育无望，且性机能亦难维持。所以，同是脾肾阳虚，要分析其病因及病机转化，方能中肯。

治法：温补脾肾，生精种子。

方药：①脾肾双补丸、附桂理中汤加减，用其意而非用其方也。

西党参　白术　茯苓　肉豆蔻　砂仁　陈皮　菟丝子　山茱萸　仙灵脾　巴戟天　肉桂　怀山药

加减：肾阳虚而内寒盛者，可加附子，中病即止。腹泻、便溏者，白术改为焦白术。腹胀者可加厚朴花、炒麦芽。五更泄者，可加破故纸、诃子皮。性欲淡漠或阳痿者，重用仙灵脾，并加仙茅、鹿角霜。

② 脾肾双补丸、生龙活虎丹等。

临证参考：肾阳虚而阴寒内盛者，先用附子、肉桂辛热之品，只要不过量，于生殖无

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

碍。但在一般情况下，从生殖考虑，脾肾阳虚宜用温补，不主张用大辛、大热之味，这与阳虚厥脱者治疗迥异。由于脾肾阳虚先因脾引起者多，治宜健脾温补中阳为主，补肾为辅。作者经验，方中党参改为红参，尤在冬天者适宜。先由肾虚引起者治宜补肾温阳为主，补脾为辅。

7.1.5 痰湿内蕴

临床表现：形体肥胖，肢体困倦，婚久不育，性欲淡漠，或施泄不快，舌淡苔白腻，脉濡缓。精子量少，精液稀薄，精子存活率低或畸形增高。

病机分析：脾失健运，痰湿内生，外达肌表，则形体肥胖，脾为湿困，清阳失于升腾，则肢困体倦。脾失健运，水湿不运，下凌胞脏，又加之化源不足，故精量少，精液质稀，精子活率低，而导致婚久不育。其他症状及舌脉皆为痰湿内蕴的反应。

转归：本证系标实之证，痰湿已去，再稍作调理，一般即可受孕，并非难治。但由其他疾病所致痰湿潴留则不在此限，另当别论。

治法：燥湿化痰，理络引精。

方药：苍附导痰汤加减。

苍术　香附　清半夏　茯苓　枳实　陈皮　川厚朴　车前子　泽泻

加减：肥胖者可加荷叶蒂、山楂果；施泄不快者，加炮山甲，陈皮改为橘络；大便结者加全瓜蒌、草决明。

临证参考：本证所致不育，宜先治痰湿，不宜添加补肾生精之品，以免痰湿难化，反费时日，按先治病后调精的原则处理。古籍有“病痰饮者，当以温药和之”。痰湿重而无热者，可酌加白术、桂枝等，温阳化饮，颇有助益。另则，痰湿已去，要治精者亦不宜用血肉有情之品如鹿茸之类，亦不宜用碍脾之品如熟地等。

7.1.6 肝郁血瘀

临床表现：婚后不育，情志抑郁，胸胁满闷，口苦目眩，心烦少寐，或勃起不坚，或不射精，少腹胀痛，舌质暗红，可有瘀点，脉沉弦。死精过多，精子减少，或精量少。

病机分析：抑郁伤肝，疏泄无权，气机不畅则胸胁满闷，口苦目眩，心烦少寐，精室开合失宜，闭而不宣泄，则不射精，肝气不至，则勃起不坚，甚则阳痿。肝主宗筋，肝郁失其所养，则死精过多，精子减少，亦与血瘀生热有关，总由肝郁疏泄失职所致，故婚久不育。

转归：本证一般易愈，盖肝郁一解，气机流畅，精气充盈，何虑不孕。但自少年失志，情郁深重者，则难治疗，其中问题主要是阳痿，只有先治性而后治精，预后如何，尚难断定。至于由前阴疾病引起的肝郁血瘀证，如精索静脉曲张等，随着原有痰病的治疗而消除。

治法：疏肝解郁，化瘀通络。

方药：①开郁种玉汤加减。

柴胡　白芍　香附　丹皮　桃仁　白术　茯苓　花粉　当归　甘草

加减：肝郁化热者加山栀，血瘀重者加泽兰、鬼箭羽，射精不能者加炮甲、蜈蚣。

② 逍遥丸、田七花精等。

临证参考：本证之治，疏泄情志，流畅气机为第一要务，除了药治之外，心理疏导至关重要，有时仅用疏导即可治愈。但不少人却于此点疏漏，一味重药治，结果事倍功半，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

是以为训。其次，肝郁已解，从生育计，仍宜调精种子为治。此外，由于肝郁化火，灼伤津液，引起精液不化及畸形增高者，又宜辨析论治，详有关项下。

7.1.7 肝经湿热

临床表现：婚后不育，口苦乏味，睾丸胀痛，小便黄短，阴囊湿痒，或有漏精、遗精、或射精痛，舌质红，苔黄腻，脉弦数。精液粘稠或不液化，精子畸形增高，死精子多，活力下降。

病机分析：湿热着注肝经，则肝之经脉不舒，故睾丸胀痛，胁肋不适。湿热累及精室，蕴结不解，则精稠、精液不液化、死精过多。湿热下注，则小便短赤，阴囊湿痒。肝与胆相表里，肝胆湿热则口苦咽干，舌红，苔黄腻，脉弦数。总之由肝经湿热，延及清脏，清虚至纯之处，清浊不分，生殖力下降，故婚久不育。

转归：湿热所致不育，亦属标实之证，湿热已清，则精室清虚，升清化浊有序，孕育不难。但湿热氤氲，久则入于络脉，致精隧阻塞，则预后较差，甚至无生育者，这不可不知。

治法：疏肝利胆，清热利湿。

方药：①龙胆泻肝汤加减。

柴胡　黄芩　山栀子　龙胆草　泽泻　车前子　木通　当归　生地黄

加减：热偏盛者可加黄柏、莲子心，湿偏盛者加苍术、半边莲，尿液混浊或精浊者，加草薢。

② 龙胆泻肝丸等。

临证参考：大队苦寒之品，亦能败胃，中病即止，毋使过剂。另则生殖之精不耐苦寒，湿热既清，当从肾论治。

7.1.8 冲任虚偏

临床表现：婚久不育，不耐劳累，身材修长，胡须稀少，睾丸细小，阴毛稀疏，精液淡薄，或萎弱不举，舌淡苔白脉沉细。精液量少，精子全无。

病机分析：时至青春，肾气未动，天癸当至而不至，八脉无气，冲任虚损，唇口不荣，则须不生，宗筋不荣，则睾丸细小，阴毛稀疏，萎弱难举。天癸不至，胞脏空虚，则精量少，而全无精子。舌脉亦皆冲任虚损之征。

转归：冲任虚损之男子不育证，得之于先天，即使积极治疗，生殖力罕有恢复者，得之于后天，缓缓图治，仍有一线生机。但性机能的恢复还是可能的。

治法：调理冲任，补养精血。

方药：①补天育麟丹加减。

鹿茸　红参　山茱萸　枸杞　巴戟天　仙灵脾　仙茅　紫河车　海狗肾　茯苓　砂仁　当归　鹿角胶　阿胶　龟甲胶　陈皮　紫肉桂　菟丝子　车前子

② 龟龄集散等。

临证参考：冲任虚损大都得之于先天，与冲任不调不同，前者病重，后者病轻；前者难治，后者易愈。作者经验，此类病证关键不在于生育之有无，而在性机能之维持，这必须向患者说清楚。但性与生殖是统一的，有时又是分高的，有性并不代表着有生殖能力。同时这类病证的治疗效果，要在很长一段时间内显现出来，如要使睾丸长大、阴毛增多

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

等，只有久而药物增气才有反应，所以都以内服丸剂为妥，患者要有耐心。

7.1.9 精室亏虚

临床表现：婚久不育，身体瘦弱，腰膝酸软，性欲淡漠，或阳痿早泄，或遗精、滑精，舌淡白，脉细弱。精子少，甚则无，精液稀薄，量或多或少，精子活动乏力。

病机分析：精室即精脏，又谓胞脏，系男子化精成胎之所。由于先天禀赋薄弱，或后天失调，皆可致精室亏虚。一旦精室亏虚，化生精气有碍，故精子少，甚则全无，精液稀薄。精室由肾所主，精室亏虚则有肾虚见症。精室亏虚，开合失宜，开泄过度则为早泄、滑精，闭而失宜则为遗精。舌淡，脉细弱亦为精室亏虚的反应。

转归：病重而得之于先天者，预后较差，生殖力较难恢复；病轻者，尚有望使生殖力恢复到正常的低水平，决定的关键是精子的浓度与总数，换言之即不育的轻重程度。显然无精子症预后不好，重度少精子症预后较差，少精子症则预后良好。

治法：生髓补精。

方药：①作者自拟方。

鹿茸　鹿角胶　熟地　当归　阿胶　枸杞　山茱萸　茯苓　沙苑蒺藜　乌骨鸡　陈皮　白参　怀山药　仙灵脾

加减：精关不固者加芡实、金樱子，早泄遗精者加刺猬皮，阳痿者加巴戟、蜈蚣、仙茅。

② 固本延龄丹、归鹿补血精等。

临证参考：精室亏虚之男性不育务在生精。作者认为，以精为主，法如温阳生精，滋阴生精，补气生精，养血生精，补肾生精，补脾生精，补髓生精，综合为用，巧为配伍，必有效验。据此，还可选用多种成药同时使用，亦具效果。但着眼点还在脾肾二脏，先天与后天同治，鲜有不愈者。

7.1.10 精隧阻塞

临床表现：婚久不育，少腹不适，睾丸胀痛，附睾结节，或精管增粗，舌紫黯或有疼点，脉沉涩。精液中精子极少，甚或无精。

病机分析：精行贵于疏畅，由肾气启动，产生于宗筋(睾丸)，而蓄于精宫。今精隧梗阻，血瘀其中，则少腹不舒，睾丸胀痛，精液不见精子，是以不能生育。

转归：精隧梗阻多由湿热、瘟毒等，蕴积于下焦，久则累及精隧，入于络而令其瘀阻，若能及时治疗，一般转归尚可，生育有望。但治之较晚，精道已成阻塞，转归较差，药力难济，惟有手术开通。

治法：化瘀通精。

方药：血府逐瘀汤加减。

柴胡　枳壳　当归　赤芍　生地　桃仁　牛膝　蜈蚣　炮山甲　川芎　藏红花

加减：热毒未清者加土茯苓、蚤体；疼痛者加皂角刺；瘀血重，结节硬硕者加蒲黄、五灵脂；败精阻窍加蚕砂、萆薢、地龙等。

临证参考：精隧阻塞究其原因有湿热下注、火伏精室、败精阻窍等，若仅为败精为浊并不难治，唯精窍不通，非短时间可通，但长时间服用化瘀消导之品，久而增气，反伤气血，于生精不利。作者的经验是一方面化瘀通精，至结节见小、变软，辅用益肾生精之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

品，常用龟鹿二仙之类，于晚间服用1次。但若属于痨虫感染，虚火灼津，成结节之变者则药治所不能为也。

7.2 按主症辨证论治

中医嗣育学认为，肾——天癸——精是生殖之精产生的根源，而胞脏、宗筋系生殖的主要环节。从生物繁衍、种族延续而言，生殖与性是始终统一的。但在病理状况下，性机能的障碍无疑是不能自然生殖的，但即使性机能正常，生殖上缺陷亦自然不能生育。然而临床实践提示我们，人的生殖缺陷是各种各样的，从宏观上观察并无特殊的表现，往往被认为是“健康”之人，因为隐藏着内在变化觉察不出来，而这种隐藏着的种种变化又不是同时显现，总以一个方面的改变为主。作为这种隐藏变化的代表，精液无疑是最直接的判断与治疗的依据。根据近20余年的大量临床实践证明，以精液变化的项目为辨析的主症而进行论治是完全可行的，合乎科学的，且积累了相当多的经验，这一点是古人们不能做到的。

7.2.1 无精子为主(无精、“无于”)

如果婚后不能生育，而连续三次精液检查均不能发现精子者，则可判断为无精子。这种情况虽然在男性不育中所占比例不高，但治疗颇为棘手，鲜有可逆转者，作者10余年仅治疗2例获愈。

无精子主要由先天禀赋薄弱，肾精亏虚，生殖之精不能化生所致。亦可由后天脾胃虚弱，气血不足，精之化源匮乏引起。还有因湿热、致精瘀阻精隧而成。总之，其因有三，其果则皆无精子。

7.2.1.1 肾精虚损：症见婚久不育，精液无精子，可伴睾丸细小或萎缩，或第二性征不全，舌脉可正常，或舌淡，脉细。

治法：补肾填精。

方药：聚精汤加减。

熟地 紫河车 鹿茸 鱼鳔胶 首乌 山茱萸 沙苑蒺藜 当归 白芍 川断 枸杞 陈皮

加减：阳虚明显者加紫肉桂，先贤谓鹿茸有交通阳维之用，鹿胶有缘合冲任之用，必加桂以通其阳。冲任虚损加龟鹿二胶，通达任脉。

临证参考：本证贵在早治，先天所为者于肾气发动、天癸启动之前，从补肾入手，或有裨益。制以丸散，缓缓图治，久则才能见其效验，甚至二载，没有耐心者，不可治也。

7.2.1.2 脾胃虚弱：婚后不育，精液无精于，形体瘦弱，体倦乏力，舌淡苔白，脉细弱。

治法：补脾益气，生精种子。

方药：四君子汤合十子丸加减。

红参 黄芪 白术 茯苓 怀山药 菟丝于 枸杞子 覆盆子 鹿茸 大枣 炙甘草

临证参考：本证临床所见，先有他病，药物损精，以致无精。疗治之法，从脾入手，栽培生气，持之以恒，或有效验。

7.2.1.3 瘀阻精隧，其治详精隧阻塞项下。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.2 少精子为主(精少、精薄、精清)

在我国一般的概念是正常人的精子密度下限值为 20×10^9/L(2 千万/ml)。低于这个标准即为精子数减少。由于精子密度受诸多因素影响而有变异，故必须连续三次检测才可认定。

精子减少依其程度可分为轻、中、重，轻度减少 $< 20 \times 10^9$/L，中度减少 $< 20 \times 10^9$/L 而 $> 1.0 \times 10^9$/L，重度 $\leqslant 1.0 \times 10^9$/L。但通常只分为重度少精症与少精症。这个标准是否可行，还可研究。从发生的原因又可分为特发性少精、原发性少精及继发性少精。

精子减少多责之于虚，有因肾精亏损而成者，有因肾阳虚，不能温煦胞脏引起者，有气血亏虚，化源不足而致者。此外，精室伏热，亦令精子减少。

少精子最为常见，治疗堪称满意。

7.2.2.1 肾精亏损：精子减少，婚后不育、腰膝酸软，精子无力，或遗精，头昏耳鸣，心烦不寐，盗汗咽干，舌红少苔或无苔，脉细数。

治法：滋肾补阴，生髓添精。

方药：左归饮二至丸加减。

熟地黄　山茱萸　枸杞　龟甲胶　旱莲草　女贞子　鹿角胶　桑椹　黄柏　茯苓　泽泻

临证参考：本证亦可用成药治疗，作者经验常以大补阴丸、二至丸、龟鹿二仙膏三种同时服用，若无大补阴丸可改为知柏地黄丸，三个月一疗程，有一定效果。

7.2.2.2 肾阳不足：精子减少，婚久不育，伴精液清冷，畸形增高，或性欲减退，或阳痿早泄，舌淡苔白，脉沉细或沉迟。

治法：温肾壮阳，生精种子。

方药：打老儿丸加减。

熟地　枸杞　山萸肉　楮实　巴戟天　肉苁蓉　仙灵脾　杜仲　茯神　五味子　大枣肉　鹿角胶　菟丝子

临证参考：本证虽云肾阳不足，但不一定有明显的肾阳虚衰症状，但仔细询问必有一二症。阳气易鼓动、升腾，故必子壮阳之剂佐加少许滋阴之品，…则使阳气有化源，二则不致有过极之嫌，总在阴阳平衡中深味之。

7.2.2.3 气血两虚：精子减少，婚后不育，神倦乏力，心悸气短，饮少便溏，面色萎黄，舌淡苔白，脉细弱。

治法：补养气血，生精毓麟。

方药：河车种子丸加减。

人参　白术　茯苓　熟地　当归　枸杞　菟丝子　山萸肉　山药　覆盆子　五味子　巴戟　天门冬　麦门冬　生地　白术　杜仲　紫河车　肉桂　补骨脂　陈皮

临证参考：本证虽云气血虚，面与一般的疾病引起者又不同，除了从脾与肝滋养气血外，全在精字着眼，--方面直接的使用生精妙品，务在有情。一方面益肾生精，使精固藏。密斋河车种子丸实为气血同补，脾肾同治，临证应用确有效验。

7.2.2.4 精室伏热：精子减少，可伴液化不良，小便余沥，或尿道灼热，小便黄短，或伴有血精，舌红苔黄腻，脉弦数或小数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：清热化浊，凉宫生精。

方药：清精汤加减。

生地　黄柏　知母　海金沙　旱莲草　赤茯苓　莲子心　车前仁　灯心草　草薢　半边莲

临证参考：本证热伏精室，而清浊不分，先清热化浊待热清湿化，已无自觉症，则宜益气养阴生精。作者常用西洋参、麦门冬、五味、石斛、珍珠粉等为方，酌加淡渗健脾之品如茯苓、怀山药、薏苡仁之类，每获良效。

7.2.3　精子增多为主(精稠、精热、精旺)

精子增多的概念是指婚后不育，精子计数超过正常最高值取，甚至更高，而无其他原因可查者。具体而言，凡精子密度超过 2×10^{12}/L(2 亿/ml)以上，称精子增多症，又称精子密度(浓度)过大。临床罕见。国外有关报道约为男子不育的 0.2%。国内尚无精确的统计报道。作者在 10 余年的临证仅见到 3 例。

精子增多表面上看似乎不是病象，但仔细分析，其中机理不难明白。其一是少阴不足，阳明有余，阴液不足则精不固；谷气有余则生殖之精增长有余。其二是内生湿热。下注于肝肾，肝气有余则生精过多，肾气不足则育精少。所以，精子虽多，往往伴有精子活力低下，畸形增多等。

7.2.3.1　肾虚胃旺：婚后不育，精子增多，伴有精多，或畸形增高，腰膝酸软，烦热口渴，消谷善饥，舌红苔黄，尺脉较弱，关脉旺。

治法：滋水泻土。

方药：玉女煎合二至丸加减。

熟地　旱莲草　生石膏　知母　麦冬　牛膝　女贞子　半边莲

临证参考：本证肾虚阳明有余，补其不足，泻其有余。肾中有伏火者则直加黄柏。有谓本证为肾气亏虚，投以八味丸之类，作者不敢苟同。

7.2.3.2　湿热下注：婚久不育，精子增多，精液色黄，液化不佳，可伴会阴不适，尿道滴白，舌红苔黄，脉滑数。

治法：清热利湿。

方药：数酱草合剂加减。

败酱草　蛇舌草　半边莲　萆薢　蚕砂　茯苓　黄柏　甘草　川楝子

临证参考：本证湿热蕴积精室，清热利湿并治而宜重在利湿，湿浊已化，热则易解。同时用药不宜过于苦寒，亦不可过剂。

7.2.4　精子畸形为主(精畸、精浊)

精子形态有 70 余种。而实际只将见到的精子细胞分为正常型、未成熟型、小型、大型、无定型及楔型等几种。正常以外的称为畸形。无疑，精子畸形超过一定阈值，亦可使其生殖力下降而引起不育。通常将这个阈值规定为 30%或20%～30%。作为主症，宜取前者，作为与他症共存的次要指标，宜取后者。

精子畸形增多，由肾气不足或因阴液亏损或湿热，使精液阴阳平衡失调所致。

7.2.4.1　肾气不足：精子畸形多，生育力低或孕而流产，腰膝酸软，易于疲倦，舌淡苔白，脉沉细。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：补肾固精。

方药：五子衍宗丸加仙灵脾。

枸杞子　菟丝子　车前仁　五味子　覆盆子　仙灵脾

临证参考：本证并不难治，辨证属肾气不足者，服用五子衍宗丸确有效验，1～2个月即可恢复正常，不必温之以桂附，补之以鹿茸、人胞之类。若属肾阳虚甚，兼见阳痿形寒者又当别论。

7.2.4.2　肾阴亏虚：婚久不育，精子畸形高，可伴精量少，精液稠厚，或有遗精、早泄，腰膝酸软，舌红苔少，脉细数。

治法：滋阴清热。

方药：大补阴丸合河车丸加减。

熟地　黄柏　知母　龟甲　丹皮　泽泻　天冬　旱莲草

加减：伴精子活力低者加西洋参、麦冬，伴精少者加紫河车，有遗泄者加金樱子、芡实等。

临证参考：本证之治亦不必大动干戈，作者经验，凡属阴虚有热者，只服知柏地黄丸，每次10～15g，一日2次，一月1个疗程，一般一个疗程即可见效。若精道有热，可同时服用三金片。书之以供同道参考。

7.2.4.3　胞脏湿热：畸形精子多，婚后不育，可伴精液色黄而稠，或尿后滴白，腰酸肢困，或有阴汗，口苦，舌红苔黄腻，脉弦或小数。

治法：清胞脏利湿热。

方药：清胞利湿汤加减。

萆薢　薏苡仁　茯苓　泽泻　黄柏　海金沙　马齿苋　赤小豆　栀子

临证参考：本证之治，作者常以金钱草、海金沙、金樱子、郁金投治，亦有效验。谓金钱草、海金沙利尿通淋化浊，使湿热从下而解，金樱子固精而无碍滞，郁金解郁利湿，共奏利湿化浊之功，湿偏盛者尤宜。

7.2.5　精子凝集为主(精凝、精粘)

所谓精子凝集，是由于抗精子抗体存在，使精子自身发生凝集，有头与头、尾与尾、尾与尖与尾尖及混合型四种。亦属中医“精凝”、“精稠”范围。又称免疫性不育，约占男女不育的3%。

精子凝集有虚有实，虚责之于肾阳不足与肾阴亏损，实责之于肝气郁结与湿热下注。但虚证又非四者泾渭分明，往往夹杂一起，其治颇感几分困难。

7.2.5.1　肾阳亏损：精子凝集，精液清冷，婚后不育，可伴精子活力低，形寒畏冷，小便清长，或阳痿早泄，舌淡胖边有黄痕，脉沉弱。

治法：温阳化凝。

方药：壮阳解凝方加减。

熟地黄　鹿茸　仙灵脾　蚕蛾　韭菜子　干姜　白芥子　麻黄

7.2.5.2　肾阴不足：精子凝集，婚后不育，或伴腰酸、烦热、盗汗、耳鸣、口干，尿短便结，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴解凝。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：补阴解凝煎加减。

生地黄　早莲草　女贞子　龟甲　鹿角胶　黄柏　知母　白花蛇舌草

7.2.5.3　肝气郁结：精子凝集，婚后不育，可伴胸闷不畅，喜太息，或睾丸胀痛，舌边红，苔白或微黄，脉弦。

治法：解郁化凝。

方药：开郁化凝煎加减。

柴胡　白芍　香附　郁金　白蒺藜　玫瑰花　陈皮　甘草　茯苓

7.2.5.4　湿热下注：精子凝集，粘着不分或伴精液液化不全，小便黄短，阴痒，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：化浊消凝。

方药：化浊消凝煎加减。

黄柏　苍术　牛膝　赤茯苓　苦参　滑石　甘草　鱼腥草

临证参考：苦参配鱼腥草可以浊解凝。鱼腥草利湿而不败胃，解热而不伤精。湿热为患者，作者最中意使用本品，尤以鲜嫩者佳。

7.2.6　精子无力为主(死精、精冷)

死精是指精子成活率下降，其死亡精子超过40%，即为死精子为主。其实，在镜下观测是否为死精尚难十分确定，故改称为精子无力较符合实际，表示无活动精子。

精液中有死精并非一定是病象，只有超过一定的阈值而直接影响精液的质量，方可影响生殖能力。造成死精的原因主要责之于肾。因肾主藏精，肾主生殖，为水火之宅，生命之根，不论是肾气不足，肾阳亏损，还是肾阴虚、肾精亏损，抑或脾肾阳虚，肝肾阴虚均可致生本症。此外，温热或湿热久羁不解，亦令精浆灼伤，阳无阴助，而成死精者。

7.2.6.1　肾气亏虚：婚后不育。死精过多，腰膝酸软，性欲淡漠，体倦乏力，或射精无力，舌淡，苔白，脉细而弱。

治法：补肾益气，养胞固精。

方药：补肾生精种子方加减。

菟丝子　川续断　枸杞　桑椹　覆盆子　五味子　仙灵脾　黄芪　车前子　首乌　当归

7.2.6.2　肾阳虚亏：婚久不育，死精过多，可伴精液清冷，形寒肢冷，阳痿早泄，小更清长，腰膝酸软，面色㿠白，舌淡胖，苔白，脉沉细无力。

治法：温肾壮阳，暖宫护精。

方药：加减羊睾丸汤加减。

仙灵脾　巴戟天　葫芦巴　仙茅　菟丝子　川续断　枸杞　羊睾　韭菜子　鹿角霜

7.2.6.3　肾阴亏虚：婚后不育，死精过多，可伴精液量少，液化不全，腰膝酸软，五心烦热，盗汗口干，舌红少苔，脉细数。

治法：补肾养阴，滋水护精。

方药：三才封髓丹加减。

西洋参　天冬　熟地　黄柏　龟甲　知母　甘草

7.2.6.4　胞脏伏热：婚后不育，或孕而小产，死精过多，可伴精液稠厚，液化不全，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

身倦胸闷，小便黄短，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，护胞养精。

方药：薏苡仁散、猪苓汤加减。

薏苡仁　白蔻仁　茯苓　通草　滑石　连翘　竹叶　猪苓　泽泻　阿胶

7.2.7　精子活力低下为主

精子活力包括多项内容，目前有精子的运动力量评估，精子爬高、精子的穿透，与精子活率得分，以及精子活动力与时间的关系等，这是一个综合性概念，故又称之为精子动力异常。

关于精子活动力的评估，有四级与五级法，临证多采用后者。0级，表示精子不活动；Ⅰ级，表示精子原地打转；Ⅱ级，表示精子缓慢运动，方向不定；Ⅲ级，表示精子直线运动；Ⅳ级，表示精子快速直线运动。以时间评估，1～3h Ⅲ级≥40%～50%；6h Ⅲ级≥10%～15%。

关于精子活率，随机选择10个不同视野内活动及不活动精子，计算100个精子中活动精子的数目，即精子活率。正常值为≥60%。但与时间成正比关系：1h≥60%～65%；3h≥30%～40%；6h≥20%～30%。

精子活动强弱与活率的综合评估，即二者之间的关系，可按下法表示：

0级：代表无前向运动精子。

Ⅰ级：表示有40%以下的前向运动精子。

Ⅱ级：表示有40%～60%的前向运动精子。

Ⅲ级：表示有60%～80%的前向运动精子。

Ⅳ级：表示有80%以上的前向运动精子。

总之，关于精子运动能力评估有多种方法，但要达到精确的程度尚有困难。作者以为，不必苛刻要求。

7.2.7.1　命门火衰：婚久不育，精子活力在Ⅱ缓以下，可伴精液清冷，腰膝酸软，性欲低下，或阳痿不举，形寒肢冷，小便清长，舌淡胖，脉沉细或沉迟。

治法：温补命门，活力养精。

方药：右归丸加减。

制附子　紫肉桂　熟地　山茱萸　怀山药　枸杞　菟丝子　鹿角胶　当归　杜仲　甘草

临证参考：本证之治，作者常去附子，代以鹿茸与韭菜子，温润助阳，而无附子之辛热，即使长时间服用，亦无伤阴之弊。

7.2.7.2　肾精亏损：精子活力低下，在Ⅱ级以下，婚后不育，腰膝酸软，头昏耳鸣，体倦乏力，健忘多梦，舌淡苔白，脉细无力。

治法：滋补肾命，养精活力。

方药：鱼鳔丸加减。

鱼鳔胶　鹿角胶　枸杞　沙苑蒺藜　山茱萸　菟丝子　白术　茯苓　泽泻　熟地　当归　白参

7.2.7.3　湿热下注：精子活力在Ⅱ级以下，或活率低于40%，可伴液化不全，畸形

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

增多，睾丸胀痛，小便黄短，舌红苔微黄，脉滑略数。

治法：清胞宫湿热。

方药：易黄散加减。

黄柏　车前子　银杏　淮山　滑石　海金沙　鱼腥草　半边莲　芡实

7.2.8　精液不液化为主(精凝、精浊)

精液在离体后于室温(25℃)下，60分钟不液化，或虽有液化而其中仍含有不液化凝块的，称为精液不液化。这是男子不育的常见原因之一，据统计约占男子不育的10%左右。

精液不液化实即精滞，谓凝滞不化，由精寒、精热所致。精液本为阴液，若阴虚火旺，阴津受灼则令粘稠难化；若胞宫虚寒，阳不化阴，亦会精液难化；还有湿热伏于精室，清浊不分，而亦化解者。

精液为阴，精子为阳。精液不化，阴阳不和，阴不生阳不长，阳之体难于张拍，不能与卵子合，故不育。

7.2.8.1　阴虚火旺：婚后不育，精液不液化，呈胶冻状，可伴腰膝酸软，五心烦热，盗汗，口干咽燥，小便黄短，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴降火。

方药：大补阴丸、二至丸加减。

生地黄　黄柏　知母　龟甲　旱莲草　女贞子　草薢　泽兰　赤芍

7.2.8.2　精室伏热：婚后不育，精中凝块色泽微黄，可伴尿赤，或尿后滴白，会阴不适，舌红苔微黄，脉滑或滑数。

治法：清热利湿，化浊解凝。

方药：银花蕺菜饮加减。

银花　蕺菜　土茯苓　黄柏　莲子心　甘草　滑石　薏苡仁

7.2.8.3　肾阳不足：婚久不育，精液不化，可伴精液稀薄、清冷，或阳痿早泄，腰膝酸软，小便清长，或夜尿多，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细而迟。

治法：温肾补阳，散寒化浊。

方药：真武汤合苓桂术甘汤加减。

附片　桂枝　白术　茯苓　白芍　生姜　黄芪　甘草

7.2.9　精脓为主(脓精、败精)

精脓亦谓脓精，精液中不仅有脓细胞，且白细胞增多，外观精液黄稠，而令男子不育者。在古医籍中称“精浊”、“精热”等。

精脓的产生，主要由湿热毒蕴积精室所致，尤以嗜酒者多见。此外，房事过频，耗伤阴液，阴虚火旺，灼体灼液，败精而成脓腐。现称感染性不育。

7.2.9.1　胞宫湿热：婚后不育，精液黄稠，味腥臭，精液中有多量白细胞或脓细胞，可伴睾丸胀痛，口苦咽干，小便黄短，或尿后出浊，舌红苔黄腻，脉濡数或滑数。

治法：清胞宫，利湿热。

方药：三仁汤合易黄散加减。

白蔻仁　薏苡仁　杏仁　厚朴　通草　竹叶　滑石　黄柏　车前仁　银杏　金银花

临证参考：本证之治，作者经验以利湿化浊为主，兼以清热，绝不可杂入生精之品如

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

紫河车、枸杞之类，否则至湿热氤氲难解。只有湿热已清，精脓已无，方可调精种子。

7.2.9.2 阴虚火旺：婚后不育，精稠量少，精液中有脓白细胞，可伴口干咽燥，盗汗，或早泄，小便黄短，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴泻火。

方药：知柏地黄汤加减。

生地 丹皮 泽泻 怀山药 茯苓 山茱萸 黄柏 知母 海金沙

临证参考：本证虽云精脓休作脓治，一见“炎”字便投清热解毒之品，非也。只要下焦通利，胞脏清虚，清浊分明，无败精积滞，脓精必解。

7.2.10 精液量减少为主(精少)

正常的精液量为2~6ml。一次排精量少于1.5ml或仅一二滴者为精液量减少，简称精少或少精。古人已观察到这是男子不育的原因之一。

精液量减少的原因一由先天禀赋薄弱，肾精不足所致。一由脾胃不足，气血虚弱，精之化源匮乏而成。一由精道不畅，精窍施泄受阻的缘故。以精液量减少为主者临证屡见不鲜，但要排除人为的因素。

7.2.10.1 肾精亏损：婚后不育，精液量少，甚或一二滴，可伴精子数减少，精清，腰膝酸软，头昏耳鸣，神倦乏力，或阳物细小，舌淡苔白，脉沉细。

治法：补肾填精。

方药：生髓育麟丹加减。

菟丝子 枸杞子 肉苁蓉 熟地 山茱萸 人参 怀山药 鹿茸 当归 麦冬 五味 龟甲 紫河车 桑椹 五味 柏子仁

临证参考：本证属精亏损，精为有形之质，不能速生，唯宜缓缓图治。若用汤剂，大队补品一二煎即弃之可惜，若用丸剂，则药效持久，服完一料必见效验。现有同类口服液如清宫龙凤宝之类尤令病家欢迎。但作者经验，以蜜丸称佳。

7.2.10.2 气血两虚：婚后不育，精液量少，可伴精子减少，或活力下降，体倦乏力，头昏眼花，心悸气短，面色无华，舌淡苔白，脉细弱。

治法：大补气血，佐以生精。

方药：八珍汤加减。

熟地 当归 白芍 川芎 阿胶 人参 白术 茯苓 黄芪 紫河车 炙甘草

临证参考：作者经验，运用本方时少佐仙灵脾、桂元肉，生发阳气，则精量增加尤为明显，所谓“阴得阳助则生化无穷也”。

7.2.10.3 热伤精室：婚后不育，精液量少，可伴精稠或精热，或精子畸形增多，咽干口燥，五心烦热，或盗汗，舌红少苔，脉细数。

治法：养阴清热。

方药：大补阴丸合二至丸加减。

生地黄 龟甲 旱莲草 女贞子 猪脊髓 黄柏 知母 熟地黄

临证参考：作者经验，本证虽云有热，而实为阴液不足，可加入乌梅、石斛酸甘化阴之品，且乌梅、熟地、女贞子同用，有滋补肝肾阴液的作用。

7.2.10.4 精隧瘀阻：婚后不育，精液量少甚或一二滴，可伴射精不畅，睾丸胀痛，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

少腹不适，舌质暗红或有瘀点，脉弦涩或沉涩。

治法：通精络，化瘀浊。

方药：自拟通精化瘀汤。

急性子　炮山甲　紫丹参　田三七　藏红花　香附　荔枝核　蜈蚣

临证参考：本证不可过剂，亦不宜同时伍用生精之品，即使要用，可采用成药五子衍宗丸6～10g，每晚服用1次，有补肾固精的功效。

7.2.11　精液量过多为主(精清、精稀)

精液量多本无确切的概念，正常者2～6ml的一次排精量，超出6ml者即谓之过多。但严格而言，应以超过或等于8ml才算精液量过多。但在考虑本证时，首先应排除长时间禁欲、前列腺饱满、溢液的因素。换言之，在正常的房事频度范围内，由于精液量多而影响生育者，才能确定为本症。在古医籍中常冠以“精清”、“精冷”、精液稀薄，有“清如水”之谓。

究其精多原因，房事不节，色欲过度，精关不固者有之；禀赋薄弱，肾气不固者有之；命门火衰，阴精多而阳精少者有之，总关于肾与精室。

7.2.11.1　肾气不固：婚后不育，精液量多，质清如水，可伴精子减少，腰酸膝软，水溲清长，或滑精早泄，舌淡，脉细弱无力。

治法：补肾气，化阴精。

方药：五子衍宗丸合苓桂术甘汤加减。

枸杞　菟丝子　覆盆子　五味子　车前子　嫩桂枝　云茯苓　白术　桑螵蛸

临证参考：本证重者属阳虚，可加壮阳之品1～2味，如鹿茸、巴戟等。但阳起石不宜使用，以免温燥反伤阴精。同时涩精之品亦不多用，略为拨正即可。

7.2.11.2　命门火衰：婚后不育，精液量多，清冷如水，可伴精子减少，或死精过多，或畸形精子多，肢冷畏寒，或阴头寒，或小便清长，或性欲低下，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉细或沉迟无力。

治法：温补命门，益肾化精。

方药：三鹿补肾丸加减。

鹿茸　鹿角胶　鹿角霜　巴戟天　淫羊藿　仙茅　海狗肾　肉桂　红参　当归　甘草　菟丝子　韭菜子

7.3　按病辨证论治

7.3.1　天宦

自《灵枢》经首载病名后，古医籍鲜有详尽论述者。按照天宦的特征，宗筋不成，前阴小缩，不能生子，及无须等，当包括现代多种性腺疾病，如先天性睾丸发育不全综合征、肥胖性生殖无能症，及获得性脑垂体前叶功能减退症等。本病精液检查为无精子，系绝对不育症。临证所见，多以婚后无子而就诊，注意与真阴阳人鉴别。

天宦主要由先天禀赋薄弱，冲任不盛所致。

7.3.1.1　天癸亏损：婚久不育，阴茎短小，睾丸小如童稚，胡须稀少，身材修长，不耐劳累，性欲淡薄，或阴茎痿软，勃起不坚，舌淡苔白，脉虚细。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治则：大补精血，妊养天癸。

方药：人参鹿茸丸加减。

红参　鹿茸　菟丝子　牛膝　五味子　黄芪　当归　巴戟天　茯苓　龙眼肉　冬虫夏草　羊睾

临证参考：本证生育无望，但“五八肾气衰”，患者性功能开始衰退，甚至痿而不举，故治疗之关键是维护患者之性机能，投人补精血之品，于每岁冬日后服用，确有一定的效果，但宜制以丸剂，缓缓图治。作者经验，以红参、鹿茸、紫河车、鸡睾为丸，并于每年立冬日起，每周食用硫子鸡一只，录之供读者参考。

7.3.1.2　命火衰微：阴茎短小，可有勃起，睾丸细小，状如童稚，胡须不生，阴毛罕少，体胖易倦，食多嗜睡，面色㿠白，舌淡苔白，脉沉细无力。

治则：大补元阳，填补精血。

方药：右归丸合斑龙丸加减。

熟地　山药　山茱萸　枸杞　菟丝子　附子　肉桂　鹿茸　鹿角霜　鹿角胶　当归　杜仲

临证参考：事实上该证亦多于婚前就诊，除了自觉阴茎短小，男性征不突出外，其他方面的症状如多食、嗜睡、肥胖并未予以注意，适至青春期，男性特征的缺乏才引起患者的就医意识。严格地说，这类证型患者结婚尚存困难，更无从生育了，所以治疗的主要目的是促发性能力，使患者能有一个满意的婚姻。但作者曾遇两例，皆以丸剂治疗，1 年以后症状有所改善，然仍未达到能婚的程度。所幸者，这类患者鲜见，其治疗无疑也就不是一般的补阴法所能奏效的。

7.3.2　阳痿

阴茎痿软，不能性交者，即为阳痿，或 10 次房事之中，成功者少于 3 次以上，亦谓之阳痿。其程度有轻重之别，可重者为在任何情况下都不能勃起；次为有时能勃起，但性交时即痿软；轻者为勃起无力，不能完成性交，或借助器械可勉强进行者。由阳痿所致不育者临床所见并非太多，虽然有人报道男性不育者有阳痿的症状，但属一时性的。因为在现代文明社会，满意的婚姻、高质量的夫妻生活才是第一位的，而生殖的目的并不重要，至少在婚后2～3 年内是如此。然而，由阳痿而致不育，这是肯定的，阳不能合阴，精子与卵子不能相合，精与血不能合凝，阴阳乖违，则不能生子。

由阳痿而不能生育者，多由情志因素所致或素禀薄弱、脏气亏损而成，或因泌尿生殖系罹患疾病所为。大部是功能性阳痿，即属Ⅱ型阳痿的多。

7.3.2.1　肾气虚证：阴茎不能勃起，或勃起而不坚，腰膝酸软，神疲乏力，头晕健忘，短气自汗，舌淡苔白，脉细弱或虚弱乏力。

治则：补肾益气，佐以填精。

方药：五子衍宗丸合鹿茸益精丸加减。

鹿茸　菟丝子　枸杞子　山茱萸　补骨脂　茯苓　覆盆子　五味子

7.3.2.2　命门火衰证：阴茎痿软，即有刺激亦无勃起，腰膝酸软，喜暖畏寒，四肢冷厥，夜尿频作，小便清长，或茎冷，舌质苔薄白，脉沉细迟。

治则：温补命门，益肾壮阳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：寒谷春生丹加减。

鹿茸　淫羊藿　巴戟天　肉苁蓉　杜仲　仙茅　蛇床子　附子　肉桂　熟地　当归　枸杞子　山茱萸　人参　白术

临证参考：本方温而不燥，即使长服，亦无伤阴生热之弊端，于求嗣育者尤为相宜。

7.3.2.3　心脾两虚证：阴茎痿弱，临房不坚，性欲淡漠，心悸怔忡，食少腹胀，气短神疲，或便溏，舌淡苔白，脉细弱或结代。

治则：补脾强心，佐以兴阳。

方药：归脾汤加减。

党参　黄芪　白术　当归　茯神　龙眼肉　广木香　酸枣仁　生姜　大枣　九香虫　肉苁蓉

7.3.2.4　肝气郁结证：阴茎意欲勃起，临房即痿，素性内向，郁郁不乐，或胸闷不舒，口苦咽干，舌淡苔薄白，或舌边红，脉弦。

治则：疏肝解郁，佐以兴阳。

方药：逍遥散加减。

柴胡　白芍　当归　白术　茯苓　薄荷　紫梢花　炙甘草　淫羊藿

加减：肝气郁结甚者加香附、白蒺藜；有热者加丹皮、栀仁，去淫羊藿。

7.3.2.5　肝经湿热证：阴茎有时勃起，而不坚挺，房事鲜有成功，伴有阴汗、茎痛，咽干口苦，睾丸胀痛，舌苔黄腻，脉弦数。

治法：清热利湿。

方药：李氏清热利湿汤加减。

黄柏　苦参　赤小豆　柴胡　半边莲　车前子　滑石　川楝　甘草

加减：热重者可加龙胆草、黄芩，湿重者加鱼腥草。

临证参考：本方旨清热利湿，不可过剂，以免苦寒伤阳。

7.3.2.6　惊恐伤肾证：阴茎痿软，勃起困难，多突然发生，临房之时，胆怯多疑，畏惧交合，夜多恶梦，舌质淡或舌边红，脉弦或关脉较旺，尺脉较弱。

治法：定惊安神，壮胆益肾。

方药：启阳娱心丹加减。

柴胡　当归　白芍　远志　茯神　菟丝子　人参　砂仁　白术　山药　石菖蒲　枣仁　橘红　生龙骨　甘草

临证参考：阳痿一类使功能障碍所数不育者，谓之性功能障碍性不育，属于Ⅱ型阳痿的多，精神心理因素占有重要的位置。因此，心理的疏导十分重要。作者经验，只要疏导得法，可以不药而愈。这就需要临证医生具有一定的心理学知识，并能恰当的运用。其次，不要以为药物、特别是所谓“春药”是万能的，它只是诸多治疗方法中的一种方法而已。作者经验，应该提倡行为治疗，让患者的配偶充分发挥治疗的作用，这可能比许多药物的效果还好。第三，作者根据多年的经验与研究，认为阳痿的发生主要是血不至，血不至则气不至，气不至则精不至，精不至而神不至，血、气、精、神诸不至则痿软不起。由此而提出通脉兴阳法，重用养血、通脉之药，佐以益气、通阳、固肾之法，或随症增减，每获良效。第四，阳痿的治疗药物，即便是中成药亦随手可得，临证如何选用大有学问。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

作者经验，一是中西药合用，以西药治标，快速振痿；中成药固本而善其后；一是几种中成药联合使用，谓之二联或三联或四联疗法。例如以伟哥治疗者，因进药渠道有限，服1~2片，再以中成药善其后，大受患者欢迎。最后一点，内外治疗相配合，如局部注射勃乐斯与中药疗法、行为治疗、心理治疗等结合，确能解决问题。总之，一句话要取得阳痿的治疗效果，最根本的还是确定基本的治疗思路，唯宜如此，别无他途。

7.3.3 不射精症

不射精所致不育的比例，有的临床资料报道甚多，江鱼对1117例不育患者原因分析，其中不射精所致不育占39%。作者对一组资料的分析仅占5.8%，这可能与病例选取有关。但可以肯定的是不射精在男性不育中为常见的原因之一，临证不可不问，特殊是在我国由于性知识的普及尚有缺陷，自然这类问题也就较为多见。

7.3.3.1 肾阳不足证：阳事不举，或举而不坚，性欲淡漠，射精艰难，或良久不排精，腰膝酸软，头晕耳鸣，倦怠乏力，面色㿠白，小便精长，舌淡苔白，脉沉弱无力。

治则：温肾补阳，通关引精。

方药：温肾射精方加减。

肉桂 鹿鞭 仙灵脾 菟丝子 熟地 路路通 蜈蚣

7.3.3.2 阴虚火旺证：性欲亢盛，久战不痿，射精不能，梦中遗精，头晕耳鸣，手足心热，或有盗汗，心烦失眠，小使烦赤，舌淡红苔微黄，脉细数或关脉旺而尺脉弱。

治则：滋肾通关，养阴引精。

方药：滋阴开关方加减。

熟地 生地 天冬 麦冬 鳖甲 黄柏 知母 牛膝 路路通 虻虫

临证参考：方中虻虫有毒，用时量不过1g，且不过剂，因阴液大耗，凝滞不畅，养阴增液同时略予破液化瘀之品，有益于精关疏通。

7.3.3.3 肝气郁结证：交合不射，睾丸胀痿，少腹不舒，情志抑郁，心烦易怒，胸胁满闷，纳差少言，舌淡红或边红，脉弦或弦而数。

治则：疏肝解郁，开窍通精。

方药：开郁种玉汤加减。

柴胡 白芍 香附 郁金 白术 茯苓 丹皮 通草 路路通 全蝎 当归 花粉

7.3.3.4 败精阻窍证：阴茎坚挺，皮色紫暗，久战不衰，无精射出，或房事之后有浊精溢出，会阴胀满，或有梦遗，或茎中痛，舌质暗紫，或有瘀点，脉沉弦或沉涩。

治则：祛瘀化浊，通窍引精。

方药运用：活络数灵丹加减。

丹参 制乳香 制没药 赤芍药 王不留行 穿山甲 路路通 怀牛膝 萆薢 鱼腥草

临证参考：不射精症首应区分功能性或器质性，一般而言，平素有遗精现象或曾有手淫引发射精者，多为功能性，且应排除性器官及中枢性疾病的原因，否则可能为器质性者。临证所见多属前一种情况。与此同时，还应注意与强中及逆行射精区别。强中系由阴茎持续勃起，坚挺不倒，纵使射精，亦不痿软，与本病完全不同。逆行射精者有射精，有性高潮，精未射出体外而逆射入膀胱，交合后检查尿液里面有大量精子，两者不难区别。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不射精的治疗，集中于一句话就是通精窍引射精液。药治并非唯一的方法，作者以为，行为治疗是至关重要的，但需要在医生指导下进行，并要求操作合理；药治虽曰辨证选方，但通窍引精之药不可不用，作者经验，路路通、穿山甲、蜈蚣之类皆可所用；还可巧用"提壶提盖"、"开上启下"之法，常以黄芪、桔梗、升麻、牛膝等为伍。录之以供读者参考。

其他有关病证从略。

7.4 临床用药经验与体会

要提高对男性不育症的治疗效果，除了析证准确，治则与方法合拍，选方妥贴外，药物的具体使用是十分重要的环节之一。所谓经验，主要体现在药物的具体使用上。目前，我们所见到的有关参考书，于病的分证选方多大同小异，关键是药物运用，包括药物制法、剂型、用量、组合、服法等等却具明显的差异。例如一阳痿患者久服壮阳药物，反趋加重，继诊于一老医生，认定为肝气郁结，仅用逍遥散加淫羊藿 30 克，7 剂而痊愈。足见药物之运用，的确大有学问，不可不研究。

7.4.1 补肾壮阳药

补肾壮阳药常用者，有仙茅、仙灵脾、巴戟天、肉苁蓉、胡芦巴、锁阳、胡桃肉、补骨脂等，还有温里药附子、肉桂。仙茅、仙灵脾补肾壮阳，两者常为伍用，治阳痿、男子不育等症，兼有腰膝冷痛者尤宜。附子与肉桂伍用，温肾助阳，多用于命门火衰证，但附子有毒，阳回寒散即止，过服于生育力不利。作者体会，仙灵脾辛甘温，入肝肾二经，临证使用少则 15g，多则 30g，并发现久服者，精子数量反趋下降，但随后可持续上升，其中与鹿茸伍用，这种现象尤为明显。这可能与其雄激素药理作用有关，此其一。作者在临床运用中，若确属阳虚者，常将几种壮阳物同用，少则二联，多则四用，其效明显，此其二。若治少精症则与益气药黄芪、补血药首乌同用。霰景春重用肉苁蓉与首乌的经验与作者相近。若治精子动力异常，证属阳虚者，作者常用肉桂、仙灵脾、黄芪伍用，确有良验。若患者大便结，则以肉苁蓉、锁阳为好，因二者温阳之时，兼有润肠通便之功。总之，补肾助阳药的运用全在于配伍组方。

7.4.2 血肉有情之品

"精不足者补之以味"，"栽培生气，务在有情"，"以脏补脏"，"以睾补睾"等用药法则在男性不育症中的治疗中占有相当重要的地位，旨在以血肉有情之品大补精血。常用者有鹿茸、鹿鞭、鹿角胶、人胞、腽肭脐、龟甲胶、羊睾、狗睾、鸡睾、阿胶等。鹿茸性味甘咸温，入肝肾经，生精补髓，养血益阳，其力甚强，非他草木可比。作者体会，凡少精症、特别是重度少精症非此莫治，但宜配伍其他助阳益气生血之品，作者常以鹿茸与紫河车相伍，其温阳养血生精力倍增，且可减少长时间服用鹿茸而致身体发胖之弊端。服用时或以散剂，或以丸剂较妥，一般不入煎剂。紫河车即人胞，味甘咸温，入心、肺、肾三经，功能益气、养血、补精，乃生精种子之妙品，《本草图解·紫河车》谓本品治"男女虚损劳极，不能生育，下元衰惫"。作者体会，除本品与鹿茸相伍治少精症外，还可与鸡睾、羊睾同用，治先天禀赋薄弱，阴丸细小者；次与子类药同用，补肾填精。鹿角胶与龟甲胶常同时使用，阴阳并补，精血互生，亦是填精常用之法。但血肉有情之品久服有碍脾之嫌，往往少佐醒脾之品如陈皮、茯苓、砂仁、厚朴花之类。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.3 子类药物

自古至今，以子类药物治疗男子不育为一大特色，谓以“子”生子，生生不断。常用的子类药物有菟丝子、枸杞子、覆盆子、五味子、楮实子、车前子、蛇床子、韭菜子、金樱子、沙苑蒺藜子、桑椹子、巨胜子、女贞子等。其实子类药物之温凉寒热、酸苦甘辛咸均有所不同，其功效亦甚有差异，临证运用自然有别。

但于治子嗣不育，则同气相求，久而增气，显有良验，别具特色。其中菟丝子补肝肾，益精髓，为治男子不育之要药。韭菜子长于温阳固精，沙苑蒺藜补益肝肾，固精明目。蛇床子入肾经，内服温肾壮阳。此皆补肾壮阳一类子药。枸杞子甘平，入肝、肾经，为平肝补肾、生精之妙品，久服可生精补血、益肝明目，常于复方中使用。作者体会，在治男性不育症的机率可达50%以上。桑椹子甘寒，滋阴补血，常与补血药同用，为治血虚精少者必用之品。五味子、金樱子、覆盆子、益智仁、莲子、芡实等，皆属补益肝肾，涩精固关一类子药，主要用于固温精关。可见子类药物同用，补肝肾，补阴血，而为生精用；收敛精关，而为固精之效，共为一炉，面面俱到，屡试屡验。此外，子类药物还可与补阳药同用，与补气药同用，与补血药同用等，相得益彰，其妙无穷。如果说治疗男子不育有什么秘诀的话，我想，灵活地运用子类药物即其中之精华也，即以植物之种子补肾生精，而生子。应该说，这也是男性不育用药思路之一。

7.4.4 补气生血类药物

补气补血药最为临床家熟悉，不必多着笔墨，但临证配伍却大有文章。红参补气而偏温，冬季使用最为相宜；而洋参补气而偏养阴，夏季服用，颇相安贴。黄芪长于补中气，人参长于补元气，两者相伍，大补元气，治精子活力低下、穿透力差、爬高滞缓者，证属气虚，必效如桴应；黄芪与肉桂相伍，治寒盛阳衰者多验；人参与麦冬(或天冬)相伍，治气阴两虚者有良效；人参与丹参相伍，治精子畸形，亦有效果；黄芪与川断相伍，于精子活力大有裨益，凡此不等。至于补血药，最为常用者为熟地、首乌、当归、白芍、阿胶、鹿角胶之类，即使血虚不明显，亦多于复方中增入1～2味，益精血同源，补血即补精，补血即能生精也。临床常以当归与白芍、鹿角胶与阿胶、首乌与熟地等配对使用。作者常以熟地、紫河车、鹿角胶、枸杞等相伍为方，养血生精，可使精子数明显增多。总之，补气补血之药，要有内科之大手笔，驾驭自如，出神入化，心得日增。

7.4.5 其他药物

男性不育症从广义而言，其治疗涉及诸多方面，非全用补虚类药物，而清热利湿诸品，如车前仁、泽泻、滑石、海金沙、黄柏之类，对于湿热在下焦，或入精室，或注肝经者，皆为所用，如龙胆草、木通、半边莲、山栀、金银花、蒲公英、鱼腥草、败酱草、马齿苋、土茯苓亦非鲜用，如精液不液化、精子凝集、精子无力等都可选用。不过此类药物不宜长服，一免过于淡渗而滑精；一免过于苦寒而伤精，一般法则先清热利湿，而后调精，或清热利湿时，辅以护精、保精、固精之味，俾使邪去而于精无损。另外，用得较为广泛者为活血化瘀诸品，如丹皮、赤芍、丹参、王不留行、泽兰、穿山甲、路路通、桃仁、三七等，单独使用者少，除瘀阻精隧之假无精子症外，多入复方中使用。作者体会，欲凉血化瘀，取茜草根、丹皮、白茅根为伍；欲专于化瘀，则以三七、月季花合用；欲通精隧、化瘀结，当用穿山甲、皂角刺、鬼箭羽相配；欲行气化瘀，每以香附、郁金、红花

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

同用等。其他如红花配桃仁、丹参合丹皮、三棱配莪术、蒲黄配灵脂、当归配川芎、当归合益母草等，亦是悉用者。

7.5 食 疗 法

7.5.1 枸杞羊肾粥

组成：枸杞子 300g 羊肾 2 对 羊肉 250g 葱一茎 粳米 50g 佐料适量

制法：先煮枸杞、羊肾、羊肉，并入佐料汤成下米，熬成粥，可作早餐。

功效：补肾助阳，填精益髓。

主治：精冷，精清。

7.5.2 肉桂炖肥鸽

组成：肉桂 2g 肥鸽 1 只

制法：洗净肉桂、鸽肉，加清水于汤碗内加盖盖紧，隔水炖熟，饮汤吃鸽，隔日 1 次。

功效：补肾养血益精。

主治：精子稀少。

7.5.3 麻雀肉饼

组成：麻雀 10 只 猪瘦肉 10g

制法：将麻雀、猪肉剁成肉馅，加入调料及面制成饼，蒸服。

功效：补肾壮阳。

主治：精冷。

7.5.4 木耳汤

组成：白木耳 30g 鹿角胶 7.5g 冰糖 15g

制法：先将木耳洗净放入砂锅内，加水量，慢火久煮，熟后再入鹿角胶和冰糖烊化，熟透即成，分 2 次服，每日或隔日 1 次。

功效：补肾填精。

主治：精少。

7.5.5 鱼胶糯米粥

组成：鱼鳔胶(鱼肚)30g 糯米 50g

制法：先煮糖米半熟，再入鱼鳔胶煮熟和匀，隔日 1 次。

功效：补肾益精。

主治：无精，不射精。

7.5.6 山药粥

组成：羊肉 500g 山药 500g 米 250g

制法：先将山药、羊肉共煮熟捞出研成泥，再和米一起放入肉汤内，煮成粥，随时服食。

功效：补肾健脾。

主治：精冷、精少。

7.5.7 附片干姜粥

组成：制附片 6g 干姜 3 块 粳米 100g 葱白 5g 红糖 15g

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

制法：将附片、干姜洗净烘干研成粉末，粳米淘洗净，入锅加水，及附、姜粉，煮水开后加葱白、红糖煮成粥，温热食少。

功效：温阳散寒。

主治：精冷。

7.5.8 葱白炒麻雀肉

组成：麻雀 4 只 葱白段 30g 绍酒 6g 调味品

制法：将麻雀肉切成片，加绍酒葱白等调味品炒熟佐餐。

功效：温肾助阳。

主治：精冷。

7.5.9 牛骨髓面

组成：牛骨髓 白糖各适量

制法：将牛骨髓焙干轧面与面粉加油炒，加白糖食。

功效：益肾填精。

主治：精少。

7.5.10 鸡肉粥

组成：母鸡肉 60g 粳米 50g

制法：将两味加水煮粥熟透即成，随意服食。

功效：补肾壮阳。

主治：精冷。

7.5.11 黑狗羊肉汤

组成：黑狗肉 500g 羊乳 1000g

制法：久火煮熟，食肉喝汤。

功效：补肾滋阴。

主治：阴虚所致的精凝。

7.5.12 苡米粥

组成：苡米 100g 山药 50g 茯苓 40g 陈皮 20g 小米 250g

制法：将药米、山药、茯苓粉碎后同米煮汤，陈皮后入，去陈皮，食粥。

功效：祛湿化痰。

主治：痰湿所致的精凝。

7.6 西医治疗撮要

7.6.1 促性腺激素治疗：适用于先天性或后天性促性腺激素低下性性腺功能低下症，病因不明的少精子症，慢性肾功能不全的不育患者。药物可选用：①HCG 1500～2000IV，肌注，1 次/3d，或 5000IV/1 周，约 18 个月精液中出现精子。②HCG 与 HMG 联合治疗，先用 HCG5000IV/1 周，肌注，4 周后加用 HMG 75～150IV，每周 3 次肌注，约3～18 个月后，单独用 HCG 维持。③HCG 2500IV，肌注，1 次/5d，共 3 个月。

7.6.2 促黄体生成激素释放激素及其类似物的应用，适用于促性腺激素低下性性腺功能减退症；少精子症；无精子症；隐睾；性功能障碍；青春期不发育或青春期延迟，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

Kallman综合征等。可选用：①脉冲式GnRH治疗，LHRH类似物剂量为25ng/kg，频率为1次/2小时，时间2周至1年不等。②LRA－A5μg，隔日1次，连续2个月，再以10μg，隔日1次，连续2个月，再以10μg，隔日1次，连续2个月；25μg，隔日1次，连续2个月，治疗Kallmann综合征。③HCG及脉冲GnRH输注结合治疗。

7.6.3 非甾体雌激素：包括枸橼酸克罗米芬、托莫西分及睾丸内脂，促进内源性促性腺激素的分泌，适用于少精症、无精症、精子活力差及精索静脉曲张少精症等。可选用：①克罗米芬25～50mg，1次/每天，或100mg，隔日1次，连服3个月。②克罗米芬25mg，1次/每天，每月用25天，共治疗6个月或直到怀孕。③托莫西芬20mg，1次/每天，5～11个月为1疗程。④睾丸内脂100mg，1次/每天，6～12个月为1疗程。

7.6.4 胰激肽释放酶：适用于原发性少精症，精子活力和活动度减低的不育症。口服剂量为600IU/每天，或40IU，肌肉注射，3次/周，共3个月。

7.6.5 睾丸酮反跳疗法：适用于可逆性睾丸病变所致的生精障碍(睾丸活检生精上皮成熟不完全，但无硬化、透明性或纤维化)。可选用：①丙酸睾丸酮50mg，肌肉注射，每周3次，约24～96天，可达无精子状态；②庚酸睾酮200mg，肌肉注射，每周1次，共20周；③乙诺酮10mg，1次/每天，口服，连服6周，于第1、21和42天加用庚酸睾酮200mg，肌肉注射1次。

7.6.6 其他内分泌治疗：针对高催乳素血症、甲状腺机能紊乱、肾上腺机能障碍等，进行相应的治疗。

7.6.7 其他药物治疗：①皮质激素类，适用于特发性少精症，无精症，以及免疫性不育等。常用的药物有强的松、强的松龙、d-甲基强的松龙、地塞米松和倍他米松等。应用的方法有小剂量长期给药法，小剂量短期给药法等。②维生素E及维生素C。③精氨酸、核苷酸及乙酮可可碱等。④甲基黄嘌呤、血管舒缓素、锌等。

7.6.8 手术治疗：①精索内静脉高位结扎，近端与腹壁下静脉吻合术：适用中度少精症和无精子症。②输精管端端吻合术：适用于梗阻性无精症，而病变在输精管者。③显微外科附睾管吻合术：适用于无精症而梗阻位于附睾一段者。④睾丸同种移植术：适用于睾丸性无精症。⑤其他针对病因而需采用手术治疗者，如隐睾、尿道上、下裂、精索静脉曲张等。

7.6.9 精子洗涤“上游”技术：适用于少精子症、精子活力减低者。

7.6.10 人工授精：①夫精人工授精(AIH)，适用于精液正常，而性交困难，或精液不能射入阴道内者，如尿道上、下裂、不射精、严重早泄、女性阴道痉挛等。先收集夫精液，于妻子排卵期注入阴道内。另外，精液质量异常者，取分段射精的第一部分精液，进行AIH，或将高度粘稠或不液化的精液，采用机械或药物的方法，使之液化完全，亦于妻于排卵期间注入阴道内。②供精人工授精(AID)，适用于无法治疗的无精子和重度少精症；夫妻间RH血型不合；家庭遗传病史；近亲结婚不宜生育，或已生育畸形儿女者；其他特殊原因。

AID供精者标准：①已婚的青壮年志愿者，心身健康；②2～3代无显性遗传病；③智商较高，文化素质好，身体素质好；④容貌端正。

AID供精精液标准：精液量＞2ml，60min内液化好，精子密度正常＞6千万/ml，活动率＞60%，畸形＜15%。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

8 临床疗效标准

8.1 疗效标准

《中药新药临床研究指导原则》在阐述男性不育的临床指导原则时，明确规定了其疗效判定标准：分为治愈、显效、有效、无效四级。

治愈：配偶受孕。

显效：虽未受孕，但治疗后 3～6 个月精子的数量、活动力等常规检查已正常，精子的功能检测已正常。

有效：精子功能检测不正常，但精液常规检查有群级间改善，如 C 级进入 B 级。

无效：治疗前后无变化。

8.2 观测指标

8.2.1 安全性观测

① 一般体检项目；

② 血、尿、便常规化验；

③ 心、肝、肾功能检查。

8.2.2 疗效观测

① 病史：发育史、性生活、手术史、发热、传染病史，免疫疾病及遗传疾病史，家族史，服药史，工作环境，长期用紧身内裤史，与生育有关的外伤史，饮酒吸毒、性病史等。

② 体检：发育、体型、身高、乳房、第二性征，阴囊内容物大小、对称性、弹性、输精管、前列腺的发育情况，精囊触诊，提睾反射，海绵体反射。

③ 精液检查(服药前、中、后各检查 2 次，取其平均值为准)，禁欲4～7 天，手淫或性交中断取精，室温静置 30min 后测定精液 pH 值、精子数、活动力、精子浓度，并观察其形态。

WHO 精子细胞学检查正常标准，见下表。

一次正常射精中的精子细胞学检查项目发现率

分　类	平均	低	高	±S
正　常	80.5	48	98	9.7
大卵圆头	0.3	0	5.2	0.6
小卵圆头	1.4	0.0	13.5	1.8
尖　头	0.4	2.0	6.2	0.9
梨形头	2.0	0.0	21.8	2.8
双　头	1.5	0.0	8.3	1.5
无形头	6.5	0.0	24.9	4.0
尾部缺陷	5.2	0.0	37.4	4.7
胞浆小滴	2.2	0.0	14.5	2.1

精子穿透试验：用正常排卵期妇女的宫颈粘液或动情期母牛的宫颈粘液作精子毛细管

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

穿透试验，或金黄地鼠去透明卵的穿透试验。

有条件者作精子凝集试验和宫颈粘液中抗体测定。

④ 前列腺液：测 pH 值、镜检。

⑤ 血生化检查：肝、肾功能，LH、FSH、TPEL、E_2。

⑥ 无精子症或严重少精症者行染色体检查。

⑦ 睾丸活检，精囊造影。

这个标准应该说是可行的，特别是我国中西医男性学专业组织尚未规定行业标准前，都应该遵循。好在我国目前绝大多数临床报道，都不约而同地遵循这个标准，皆以配偶受孕为治愈。但对于精液检测项目规定似乎尚不足，特别是随着检测技术的进步，项目愈来愈多，应该进一步完善、充实。其次，精液异常性不育，有的仅以一项为突出，例如精液不液化等，没有规定疗效标准，肯定的说这是重要补充。例如有人提出精液不液化的临床疗效标准，可分四级，即治愈、显效、有效、无数。

治愈：配偶受孕。

显效：30 分钟全部液化。

有效：30 分钟内部分液化。

无效：30 分钟内全部无液化。

且勿论这个标准是否能得男性学界的首肯，但其思路是正确的。我想，可逐渐一一补齐，通过全国性的学术会议，集思广益，草拟一个方案，再让大家讨论，最后由专家定夺。

9 调摄护理

男性不育虽是一种生殖上的缺陷，但深深与文化、与观念、与家庭等社会问题联在一起，特别是一部分家庭中“传种接代”的习俗颇为根深蒂固，因此，这部分婚后不能生育者精神上、心理上受到不少的压力，甚至有的还来自社会方方面面的“指指点点”。由此在治疗时，首先必须解除精神、心理上的负担，进行有效的、说理的生育观、家庭观，以及性知识的普及教育，以期从根本上消除种种不良情志因素的干扰，面有益于药物治疗；而且应当向患者说明治疗结果的几种可能性，从而作好心理准备。

饮食调理，除了前述的饮食治疗，可随其意，不作严格的限定。但酒是绝对禁忌的，辛辣、油腻、厚味之品宜少吃为妥。棉油亦不能饮用。

改善生活环境，避免高温、放射线、电磁波、有毒化学品等有害因素的刺激，不穿紧身裤，不洗蒸气浴等。

男性不育的治疗不同于一般疾病，按照人的精子发生过程约 30 天左右，因此一个疗程也要 3 个月。这么长的疗程，患者若不坚特按时、按量、按疗程服药，就不可能有效。所以，在治疗确定时，一定要反复嘱患者坚持治疗，坚持服药，积极配合，定时检查。好在很多人求子心切，一数不会有什么大问题。但乱投医者则多见之，但应坦诚地告诉患者，至少应坚持一个疗程后再论。须知，科学与真诚对任何人都有一种魔力。

调节房事生活。古人十分强调这一点，提倡所谓“神交”。为此，《景岳全书》从生殖的角度分析了夫妻间性生活的十种不和谐的情形与克服的方法。这对于现代人面言，亦颇

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

具启发意义。首先房事的频率不宜过少亦不宜过频，每周以2~3次为宜，对“精血合凝”要造成一定的条件，当然应以个人的身体与心理条件为前提。其次，每次房事前应有充分的准备，使房事和谐、欢乐，绝忌将生殖视为一种负担而带人房事过程中。再次，可测量配偶的基础体温，检测其排卵期，择之而交合，怀孕率可能增高。

最后一点，宜告诉患者，精液质量即已完全的恢复正常，不一定马上就能种子，至少应观察3~6个月左右，换言之应保持精液稳定90~180天。若在这段时间仍未怀孕，则应进行检查，是否再进行治疗。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

男性不育亦称男性不孕。在古文献中称为“绝子”、“无子”、“绝嗣”、“无后”等。李广文认为，不孕症与不育症概念不同。不孕症是指夫妇在一定时间内不能怀孕的情况，而不育症是能够怀孕，但因流产、死产、早产等未能获得活婴者。从病机来说，不孕症在于精子与卵子的结合的障碍，而不育症是胚胎与胎儿的发育障碍。所以，称男性不孕更为恰当。[1]但是自本世纪70年代开始，在男性学范围内为了与女性不孕症区别，皆习惯用男性不育，民众中亦皆家喻户晓。国家卫生部新药评审中心制定的《中药新药临床研究指导原则》亦是采用的男性不育的病名。

关于本病的定义，过去古人并无严格的限定，均依其婚后无子的结果而定，非常的笼统。自70年代由于西方男性学的引人，中医学对本病才有了明确的定义。一般而言，凡处在生育期的已婚男女，有生育愿望，婚后2年而未采取避孕措施、不能使女方受孕，或曾有孕育而后2年以上，亦不能使女方受孕，而女方生育力正常者，皆谓男性不育。但《中药新药临床研究指导原则》则认为“男性不育系夫妇婚后同居1年以上，性生活正常，未采用避孕措施而未受孕，其原因属于男方者。本病包括两种类型，一为精子生成、成熟障碍而精液质量低下所致不育；二是附属性腺功能异常而精液液化异常所致不育。”显然，前者的定义包括的范围广泛，而后者仅指性功能正常的男性不育，不包括性功能障碍性不育；而且在时间上，前者定为2年，后者定为1年。作者撰写本书时采用的是后一种，时间是婚后2年。鉴于这方面的见解尚有分岐，全国中医男性学会已连续开了5届学术会议，仍未就这个问题作出明确的界定。看来还要继续研究。仔细分析，其中还有很多问题需要回答。如地域问题，我国地域广阔，南北相差甚为悬殊，黑龙江与海南省人都定为婚后2年合适吗？又如有的订婚时即作精液检查，发现有严重异常，生育力低下，婚后肯定不能生育，你又如何诊断？再如性功能正常，具体标准是什么亦有很多文章可做，你又何判断？但临证中我们又必须解决这些问题。作者的经验是在大前提下，具体问题具体分析，具体决断。

《中药新药临床研究指导原则》规定：“婚后1年以上，同居，性生活正常，未避孕不育，经检查属男性睾丸生精过程或附属性腺功能异常者，即可诊断为本病”。可供临证参

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

考。值得注意的是影响生殖过程的因素十分复杂，而且即使精液检查正常也有不育的都未包括在内，所以还要进一步规范。

1.2 病因病机研究

众所周知，男性不育的原因十分复杂。在理论上本书已作了较全面的阐述。综观近20余年的有关临床资料，可归纳以下几个方面：

1.2.1 疾病因素：作者在临床中业已观察先天性发育异常即天宦，亦是男性不育的原因之一。其中以先天性睾丸发育不全综合征为多。

作者与许趣青累计，通过遗传学检查，性染色体为 xxy 等者 23 例。作者在另一组病例(8506 例)中，发现由前列腺炎引起者占15%～42%，静脉曲张引起者占 2.68%，睾丸病变所致者占 0.33%。[1]赵德昌报道 180 例，前列腺炎 3 例，单侧或双侧睾丸发育不良 18 例，前列腺炎 3 例，精索静脉曲张 7 例。[1]陈文伯较系统地分析了 128 例不育男性的病因，其中有生殖系统感染的 41 例，占 32%，有静脉曲张的 5 例，占 3.9%，有先天性睾丸发育不良者 5 例，占 3.9%，有腮腺炎合并睾丸炎者 1 例，外生殖器检查睾丸小于 15 立方毫米者 14 例，占 10.9%，有鞘膜积液 2 例。[2]还有类似的报道很多。从这里我们不难看出，生殖疾病，无论得之于先天，还是为后天所为，无论是炎症的还是非炎症的，都可能是男子不育的原因，临证时应仔细询查。

1.2.2 饮食因素：我国地域辽阔，有 52 个民族，饮食文化完全的不同。而且即使同一个民族，由于地域的差异，饮食习惯亦不相同。作者注意到，我国洞庭湖区一带，以往有饮食都油的习惯。由于都油燥热，易伤阴精，以致不育，且大多数为无精子症，作者累计已有 30 余例。陈文伯报道一组(128 例)不育患者，有长时间饮用棉油史 20 例，占 15.6%。[2]这应引起我们的高度注意。

其次是酒，对精的影响，古人已有真知灼见。张敏建、邓平荟等较系统地研究了酒对男子生育能力的影响。受查对象 148 例，平均年龄 27±2.9 岁，最大年龄为 35 岁，最小为 22 岁。分为三组，即饮酒量大于 150ml 一组，小于 150ml 一组，不饮酒一组。每日饮酒 1 次，连续一周。随后禁欲3～5 天。结果是饮酒 150ml 与不饮酒者，精子密度与精子穿透试验都有显著性差异($P<0.05$)，但无饮酒与饮酒少于 150ml 者之间则无显著性差异。[3]。赵德昌报道 180 例中，饮酒 24 例，烟及酒 39 例，吸烟 11 例，加嗜辛辣共 117 例，占 65%。[1]黄海饮报道 370 例中，严重嗜好酒者占 87.3%。[1]可见，过量的饮酒可干扰睾丸的生精功能，并影响精子的发育质量。由此不难明白，有人采用酒剂治疗男性不育，显然有悖于科学，不足取。

1.2.3 精液异常：作者与潘晓明早在 80 年代要对 8506 例男性不育进行了病因分析，大致不外七个方面：一是肾虚，二是脾虚，三是肝郁，四是精病，五是痰湿，六是气血双虚，七是形损。其中，属精液质量异常者达 58.27%(精液不液化 778 例，占 9.14%；无精子 258 例，占 3.03%；少精子 1245 例，占 14.6%；精子活力低下 2643 例，占 31.6%)。此外，还有不射精 484 例及血精 38 例，分别占 5.81%与 0.45%。[1]刘明汉报道 10000 例，精液异常因素占 64.8%。[1]李隆中分析 700 例不育症，原发性不育占 81.8%，继发性占 18.2%。相对性不育占 85.6%，绝对性不育占 7.9%，特发性占 6.5%。按年龄分，700 例

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中，23～25岁占11.4%，26～30岁占61.2%，31～35岁占20.2%，36岁以上占7.2%。23～35岁共占92.8%。绝大部分为生育力低下的“健康”人。[1]孟繁道、刑须林分析100例不育患者的原因发现精液异常者80例，死精和无精5例。[1]黄海波报道376例男性不育，少精症147例，精子活动力差98例，活动率低78例，死精20例，无精子35例。全部为精子异常性不育。[1]赵德昌报道180例中，精液检查六项指标，六项均不正常的5例，五项不正常的4例，四项不正常的20例，三项不正常的45例，二项不正常的47例，一项不正常的59例，无一例没有精液方面的变化。[1]陈文伯分析了128例男性不育患者的病因，除15例精液检查完全正常者外，精液异常者占76.7%，不能进行精液检查者占11.7%。[2]虽然由于病例来源与选择不一样，但精液质量异常无疑是男性不育的主要原因，即使正常者也有不育者，所以，精液的检测至关重要，并宜不断发展与更新。

1.2.4 性功能障碍：生殖与性既统一，又分离，当以生殖为主要目的时，它们是统一的，有性即有生殖，没有性就没有生殖。但当以生活质量为第一需要时，生殖就没有意义，甚至是一种累赘。这时它们又是分离的。所以，我们在前面叙述时，将男子不育分为性功能正常性不育与性功能障碍性不育，但在取舍时，只选取了前者，而不包括后者。然而，临证中仍然不可回避。广义的性功能障碍包括勃起障碍、射精障碍、性唤起障碍等，三者均与生殖有关。江鱼在对1117男性不育者分析统计中，不射精症高达39%，而作者统计的8506例中，仅占5.81%，相去甚远。由阳痿引起者1351例，占15.88%。[3]刘明汉报道的10000例中，性功能障碍因素占21.1%。[3]陈文伯统计的128例中，性功能障碍中31例，占24.2%[1]。赵德昌报道的180例中，不射精症仅占7例。[1]虽然由于病例选择有差异，但说明一个事实即相当一部分不育患者存在着性功能障碍，特别在过去相当长的时间内由于对性知识的封闭，造成了大批的性无知，使这方面的问题尤为突出。李乾构报道的480例不育患者中249例存在不同程度的阳痿等。[4]因此，临证中一定要仔细问诊，诱导病人道出其中的“隐秘”，是完全必要的。

1.2.5 生物因素：晚近由于检测手段的改进，对因支原体、衣原体感染引起的生殖泌尿道炎症的报道增多，随之面引起的男性不育症亦渐增多。吴近曾、高谷香调查了218例不孕不育夫妇解脲支原体的培养情况，精液培养921例，阳性者511例，55.48%；女性宫颈液培养1260例，阳性692例，占54.92%。而正常生育组366例，仅占29.23%。[5]曹兴午、曹育爱综述了支原体的致病性和临床表现，文中引述了国外Bornman氏调查100名不育男性精液中解脲支原体资料，阳性率为42%，人型支原体为28%，两种支原体同时存在者为22%。[6]。又曹兴午认为衣原体感染与不孕症有直接关系，一方面可以造成生殖道感染引起不孕，另一方面又是衣原体的传染源，使男方受孕后又可引起不育症。[7]由此，在临证中应注意这方面的问题，作者已将支原体、衣原体的检测列为男性不育症的必检项目。这于诊断与治疗大有裨益。

1.2.6 其他因素：19世纪初，有人发现精子具有诱发特异性自身免疫和同种免疫的能力，随后又相继发明了许多测定血清和体液(精液、宫颈液等)中抗精子抗体的方法。实践业已证明，抗本的存在肯定与不育有关。现阶段中医药治疗免疫性不育的问题已引起男性学界的普遍关注。尚博文报道260例免疫性不育，精液检查结果均在正常范围，其中伴有前列腺炎或精液中白细胞计数5个/高倍以上45例，占29%；有腮腺炎史67例，占

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

42.9%；有大小外伤史(包括手术史)29 例，占 18.5%；再婚史 7 例。[2] 所以，精液检查在正常范围的男性不育，首先考虑是否血清或精液中存在着抗精子抗体，特别是生殖道有慢性炎症、外伤史尤然。

2 临床研究

2.1 临床症状的观察研究

如前所述，一部分男性不育患者是没有明显的自觉症状，但隐微的不适还是存在的，这就需要仔细的进行四诊。因为症状的存在，是我们进行分型的客观依据，有时几个患者的精液检查可能为同一种异常，而其病机就不一定相同了，其区分的依据就是对其症状与舌脉的分析而得出结论。但在以往的资料中却多有忽略。唯李乾构、唐博祥对 480 例男性不育患者症状进行了系统的分析、统计，具体分布是：阳痿 205 例，早泄 201 例，腰酸 314 例，腰病 302 例，会阴胀痛 86 例，阴囊潮湿 65 例，阴茎疼胀 65 例，少腹胀痛 95 例，睾丸胀痛 71 例，神疲乏力 95 例，气短 287 例，嗜卧 67 例，大便稀溏 251 例，口苦口粘 95 例，口干舌暗红 68 例，舌苔黄腻 95 例，脉沉细 397 例。并指出以腰酸、腰疼、气短、便溏、阳痿、早泄、脉沉细等症最为常见。由此可得出结论，本组病例以肾虚为主。[4] 从这里我们不难看出，症状的详细记录对诊治都是十分必要的。但是一部分症状难以量化，如何解决还要深入研究。作者在指导研究生时，曾将症状的轻重程度以计分的方法衡量，正常者记 0 分，轻度者记 2 分，中度者记 4 分，重度者记 6 分，每个级差之间量值为 2。是否可行，要继续研究。

2.2 证候学研究

男性不育的病因涉及很多方面，有的就诊时原始动因已解除，如卵子瘟所致的男性不育等；有的始发原因依然存在，如天宦一类由先天禀赋薄弱引起的疾患，除了生殖力近乎 0 以外，还有诸多证候；有的原有疾患的症状相当明显，如筋痿(右门精索静脉曲张)、慢性前列腺炎等，所以，在男性不育的证候认定方面有种种的不同。这是很自然的事。作者与潘晓明分析了 8506 例男性不育诊治资料，按虚证、实证、虚实夹杂证划分：虚证中肾阳不足占 23.95%，肾阴不足占 17.18%，合计 41.13%；脾肾两虚占 7.5%，阴阳两虚占 6.7%，四者合计为 55.47%。实证中气滞血瘀占 10.4%，湿热下注占 7.5%，痰湿内蕴占 3.6%，湿热瘀滞占 5.7%，合计 27.24%。虚实夹杂证中阴阳虚血瘀占 9.6%，肾虚湿热占 4.9%，肾虚血热占 2.6%，合计占 17.19%。由此不难看出，虚证占据一半以上，两虚证中又以肾虚为主，高达 41.13%；肾虚之中又以肾阳不足为主。[1] 这种趋势基本符合于临证实际。李乾构报道的 480 例中，属于肾阳虚的 183 例，肾阴不足的 134 例，气血瘀阻的 68 例，气血亏虚的 45 例，精室湿热的 40 例，分别占 38%、27.9%、14%、0.09%、0.08%(余数舍略)，其中肾虚合计 65.9%。[4] 陈文伯认为男性不育并非都是肾虚所致，大抵上分为虚实两端。肾虚不育可分为阴虚不育、阳虚不育、精虚不育、液虚不育、气虚不育五个证型；肾实不育，可分为精热不育、精瘀不育、精滞不育、精湿不育、精毒不育五个证型。[1] 中医学历来认为肾无实证。陈氏所谓肾实证是指肾所辖胞脏即精室而言。还有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其他一些证型的划分方法，但不超越以上范围。《中药新药临床研究指导原则》规定男性不育的证候分布为肾阳虚证、肾阴虚证、痰湿内蕴证、肝郁血瘀证。具体应用如下：

肾阳虚证：

主症：①精液过冷，婚后不育；②性欲淡漠、或早泄、阳痿；③精子稀少，或死精过多；④射精无力。

次症：①腰膝酸软；②精神萎靡，面色㿠白；③小便清长，夜尿量多；④畏寒喜温；⑤舌体淡胖，苔白，脉沉细弱。

以上主症①必须具备，兼具其余主症中任意 1 项和次症中任何 2 项即可诊断。

余详证类诊断标准项下。

很显然，即使排除性功能障碍性不育，规范为四个证型，远不能满足于临床需要。但有一个最显著的特点，即纳入了微观检测的结果，以示和一般疾病的同类证型相区别。按此思路，冷方南氏《中医男科临床治疗学》拟分为肾阳虚证、肾阴虚证、脾肾阳虚证、气血两虚证、肝郁血瘀证、肝经湿热证、痰湿内蕴证。作者以为作为男性不育的基本证型，大多数男性学者是首肯与接受的。但必须指出，这不是分型的终结，还可分出一些证型，本书即列出 10 个证型，供同道参考。

然面，近 10 余年来由于现代检测技术的引进，已把我们认识推到了细胞、亚细胞及分子水平阶段，如何根据微观的变化进行分型论治，广大的男性学专业人员都进行了艰苦的探索。目前总的趋势是以精液检查的某一项为主，进行分证(型)论治，计有无精症、少精症、精于增多症、精子畸形症、精子凝集症、精子无力症、精子活力低下症、精液不液化症、精液量过多症、精液量过少症、感染性不育症，以及精液不凝固等 12 个项目。陈文伯的经验：少精症(精子密度在每毫升 24 万以下，精子总数在四千万以下者)分为肾阴虚，宜用左归丸加减；肾阳虚宜用右归丸加减；肾气虚，宜五子衍宗丸加减；肾精虚，宜用生精赞育丸加减(熟地、制首乌、巴戟天、仙灵脾、肉苁蓉)；肾液虚者，宜用益肾增液汤(二冬、二地、元参、山茱萸、枸杞、肉苁蓉)；精热不育，宜凉肾清精汤；精瘀不育，宜用活精化瘀汤(丹参、当归、桃仁、红花、牛膝、香附)；精滞不育，宜用理精化滞汤(香附、木香、青皮、川楝子、沉香、小茴香)；精湿不育，宜用化精渗湿汤(黄柏、知母、车前子、云苓、泽泻、路路道)。[2]

死精不育，分肾阳不足，宜用温肾活精汤(柴狗肾、仙灵脾、菟丝子、肉桂、附片、枸杞子)；精室湿热者，宜用清肾活精汤(黄柏、知母、紫草根、丹皮、滑石、路路通)；精脉瘀阻，宜通肾活精汤(路路通、紫草根、当归、红花、土鳖虫、牛膝)；肾阴虚，宜用滋肾活精汤(熟地、制首乌、枸杞子、女贞子、仙灵脾、菟丝子)；精气不足，宜补肾强精汤(山药、菟丝子、炙黄芪、鹿茸、仙灵脾、枸杞)。

精液不液化不育，分阴液不足，宜育阴液化汤(二冬、二地、元参、丹皮、牛膝、泽泻)；阴阳两虚，宜补肾液化汤(仙灵脾、仙茅、菟丝子、熟地、枸杞、丹皮)；肾虚寒者，宜用兴阳液化汤(附片、肉桂、仙灵脾、菟丝子、肉苁蓉、枸杞)；精室湿热，宜用清肾液化汤(黄柏、知母、丹皮、生地、车前子、泽泻、地骨皮)；精脉瘀阻，宜用活血液化汤(丹参、丹皮、桃仁、紫草根、赤芍、生地)；痰湿郁阻者宜用化痰液化丸(瓜蒌、浙贝、云苓、陈皮、清半夏、天花粉)；精滞不化，宜用化滞液化汤(降香、沉香、木季、车前

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

仁、云苓、泽泻)；精子畸形不育，分精虚精弱，宜用补肾正精丸(山药、炙黄芪、当归、巴戟天、枸杞、山萸肉)；精脉瘀阻，宜用活血正精汤(仙灵脾、三七、土鳖虫、归尾、红花、丹参、紫草根)；精室湿热，宜用清肾正清丸(苦参、野菊花、黄芩、紫草根、路路通、滑石)。

免疫性不育，分精室湿热，宜用知柏地黄汤加减；精脉瘀阻，宜用桃仁四物汤加减；精气不足，宜用补肾填精丸(鹿茸、紫河车、枸杞、锁阳、蚕蛾、海狗肾)。

关于无精子症，徐福松分 A. 肾虚证：主症，①无精子，不育；②睾丸偏小偏软，或大小正常而质地偏软；③性欲减退，阳痿早泄，腰膝酸软。次症，头晕耳鸣，自汗盗汗，面色少华，头昏心悸。典型舌脉：舌偏红或淡，苔薄白，脉细弱。使用说明：凡符合主症①、②或①、③，或①加次症中的任意一项及舌脉，即可诊断为肾虚证。B. 瘀热证：主症，①有睾丸外史，或有腮腺炎睾丸炎病史；②无精子，不育，睾丸大小正常；③腰痛，会阴部胀痛，睾丸疼痛。次症：①性欲正常或亢进；②尿末滴白，尿后余沥不尽，血精。典型舌脉：舌边尖红，或有紫色，脉滑而数，或脉涩不利。使用说明：凡具备主症①、②加典型舌脉，或主症②、③加典型舌脉，或主症②加次症任意一项及典型舌脉，即可诊为瘀热证。[8]

关于死精子症，李广文认为可分为 A 肾气虚证：主症，①腰酸膝软；②性欲减退，或射精无力，或鸡精早泄。次症，①耳鸣失聪，头昏健忘；②神倦乏力，气短自汗；③小便频数，夜尿量多。典型舌脉，舌质淡，苔薄白，脉细弱。使用说明：凡具备主症及次症一项与典型舌脉，即可诊断为本证。B. 肾阳虚证：主症，①形寒肢冷，面色㿠白；②阳痿，精冷不育。次症：①腰酸膝软，眩晕，耳鸣；②精神不振，小便清长，夜尿量多。典型舌脉：舌质淡，质胖，苔薄白，脉沉细无力。使用说明：凡具备主症并见次症任意一项及典型舌脉，即可诊断为本证。C. 肾阴虚证：主症，①耳鸣，腰膝酸软；②五心烦热，盗汗，口干咽燥。次症，③足跟痿；④遗精；⑤头晕耳鸣。典型舌脉，舌质红，少苔或无苔，脉细数。使用说明：凡具备主症并次症任意一项及典型舌脉，即可诊断为本证。[8]

作者在一组大样本资料分析中，少精症虚证占 82.82%，实证占 18.18%；精子活力低下分别为 91.18% 与 8.82%；无精子症分别为 55.26% 与 26.32%，精液不液化分别为 75% 与 25%。虽然我们目前对于精液异常备主要指标的分型(证)可谓百家争鸣，意见并不统一，但基本的思路是正确的，并列出主症、次症、舌脉与使用说明，作者以为是比较规范的。问题是这些症状的划分是否准确，合符实际，也就是说是否合符该证的判断标准。但作为第一步，这种证型诊断模式是可普遍推广的，既有微观的检测指标，又有宏观的症状分析，应该说这是男性不育证候学的发质的新阶段。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

男性不育有异子一般病证，很多原发疾病可影响到男性的生殖力而引起不育，前已述及。对于这一种情况无疑只能先治病，待其病愈而后再调精种子。例如阳痿所致不育，则先治阳痿；不射精不育则先治不射精；逆行射精不育则先治逆行射精；天宦所致不育则先治天宦；筋瘤不育则先治筋瘤，凡治不等。此其一。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

男性不育的关键是生殖之精有碍，虽病在肾与男子胞及宗筋，而集中于一点以精为本。所以男性不育的基本治则应从“精”字着笔，分虚实论治，虚则补虚生精，实则祛实生精；去其所偏，虚去则正强，脏气充盈，生精有源；邪却正安，胞脏平和，化精有序。故阴阳和，生化者矣。此其二。

但从脏腑而言，男性不育与肾、肝、脾关系最为密切。故有人主张从肾论治者，从肝论治者，从脾论治者。从肾者，肾主藏精而主生殖，补肾生精为大法。从肝者，肝主藏血而疏泄气机，柔肝养血，疏肝解郁，利湿泄热为基本治法。从脾者，脾为后天，气血化生之源，唯补脾，健运中州，才能生精。概而言之，为益肾养肝补脾。此其三。

从精与气血、津液关系言，无疑宜从气治，从血治，从津液治，但单独应用者不多，主要与上述治则同时伍用。作者经验，单纯益气升阳，养血添精，生津养液亦能取得良好效验。此其四。

总之，无论从哪一个方面进行论治，解开不能生育的桎梏，中心问题仍然是着眼于“精”，包括生精、固精、温精、清精、通精、涩精、养精、行精、抑精等。作者以为，这些调经诸法应该说作为男性不育的基本治则是可行的，因为每一基本治则之中包涵了多种基本的治疗方法，例如生精治则之中就含有补肾(补阳、补阴、阴阳并补)生法、补脾生精、补气生精、补血生精等。余皆可类推。但必须指出，治则的确定与证的划分，与方药的选择，与疗效的观测指标是相统一的，是一个基本的治疗系统。

2.3.2 治法研究

根据近20余年的临证资料，作者曾对男性不育的治疗方法进行了较系统的阐述，计有补肾生精法，补脾生精法，益气生精法，养血生精法，补气养血生精法，益肾固精法，敛气固精法，疏肝通精法，化瘀通精法，清热增精法，滋阴抑精法，止血生精法，解凝生精法，引流归精法，通关引精法，摄养固精法，食助生精法等，与华良才在天津第二届全国男性学学术会议交流的生精12法大同小异。由于男子不育病因复杂，临床表现、特别是精液等微观检测的结果千差万别，而且随着现代科学技术的进步，对微观的了解更加深入，对不育的环节有更加明确的判定，因而治疗方法更趋多样化，一种治法解决一个问题。虽然其中还要进行艰苦的探索，但这种总的发展趋势是客观存在的。

现阶段已经以微观检测的某一主项变异，如精液量少、精液量多、精液不液化等等，进行单一的析症论治，即如本书所述按主症论治，从而又有许多具体治法。例如精液不液化，有滋阴清热法，用于阴虚火旺，精液粘稠不化者；分清化浊法，用于精室蕴热，精液清浊不分者；祛痰化瘀法，用于痰瘀结滞，留注精室，而使精液不化者；温肾化浊法，适用于阳虚精寒，浊凝不化者。总为解浊，使之液化而设。又如无精子症，有补肾生精法，用于禀赋薄弱，肾督并损不育者；有化瘀法，用于精道阻塞，瘀凝不育者；有补肾化瘀法，用于肾虚而又具瘀滞不育者。其他不一一类举。

由上可知，男性不育若论治法是最多的，可谓诸症之冠，但无怎样变端，仍不出一个核心“精”字。

2.3.2.1 补肾生精法：古今文献及临床资料证实，补肾法在男性不育的治疗中占有非常重要的地位。郭连澍、袁曙光报道500例男性不育患者中，属于肾虚的占80%，应用补肾壮阳药的患者72%疗效较为满意。[1]作者的资料分析亦有类似结果，所用处方不外六

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

味地黄丸、五子衍宗丸、知柏地黄丸、金匮肾气丸等。几乎所有男性学专业人员认定，补肾生精法是男性不育的最基本、最主要的治法。

补肾生精，又可分为温阳生精法，常用药物有附子、肉桂、仙茅、巴戟、肉苁蓉、仙灵脾等，用于证属肾阳虚者；固肾生精法，常用药物有山茱萸、枸杞、菟丝子、覆盆子、五味子等，用于肾气不固证；滋阴生精法，常用药物有熟地、旱莲草、女贞子、龟甲、玄参、天冬等，用于证属肾阴虚不育者；补肾填精法，常用药物有鹿茸、人胞、鹿胚、雀卵、海狗肾、羊睾、鱼鳔胶等，用于肾精亏虚不育证；还有阴阳并补者，还有脾肾并补者，还有肝肾并补者。但临证时又并非只择其一而用耳，往往两法或两法以上同时相互辅用。作者研制的复方五子衍宗丸主要由古方五子衍宗丸加入壮阳益气补精血的药物组成，功能补肾壮阳，益气生精，治疗少精子症 30 例，并与对照组五子衍丸对照，其疗效明显优于对照组($P<0.01$)。[1]

金维新、李广文拟用生精汤(枸杞子 15g，菟丝子 9g，覆盆子 9g，五味子 9g，桑椹子 9g，当归 12g，熟地 12g，首乌 15g，党参 15g，黄芪 18g，仙灵脾 12g，川断 15g，车前仁 9g，陈皮 9g)每日 1 剂，水煎分 2 次服，30 天为 1 疗程。111 例进行了精子密度、精子成活率及精子活动力治疗前后检测，结果 104 例有效，无效 7 例，但畸形率无改变。[1] 该方实由五子衍宗丸加味而来，充分体现了补肾生精的治疗思路。

鲍严钟报道，用送子口服液(功能补肾育精，治疗肾阴亏损，阴阳两虚)治疗特发性精子减症 45 例，每日饭前服药 2 次，每次 2 支(20ml)，30 天 1 疗程，连续 3 个疗程，对照组 15 例，采用绒毛膜促性腺激素(HCG)1000"，肌注，每周 2 次，并口服克罗米酚 50mg，每日 1 次。结果表明，对精液粘稠度、精液量、精液的 pH 值、精液的液化时间两组无显著差异，对精子密度、精子活率、精子活动力有显著性差异($p<0.05$)、精子形态、精子毛细管穿透力、精子顶体形态亦无明显差异($p>0.05$)。临床效果，送子口服液组为 84.4%，其中显效率为 53.3%，对照组为 64.3%，其中显效率为 28.6%。[1] 李隆中报道运用菌宝灵胶囊(由淫羊藿、牡蛎粉、胚宝粉、高维 E 等共十味中西药物制成)治疗 70 例不育症，治愈率为 21.6%，好转率为 52.3%，无效率为 26.1%。据方分析，菌宝灵胶囊具有大补元气，益肾增精，增强雄性激素和提高机体免疫力的全方位多功能的作用[1]。任福堂、王树荣、朱仕明报道应用“任氏生精丸”(仙灵脾 15g，仙茅 10g，巴戟天 15g，阳起石 20g，肉苁蓉 15g，沙苑子 15g，菟丝子 15g，枸杞子 20g，山茱萸 15g，黄精 15g，川断 20g，党参 30g，黄芪 20g，熟地 20g，当归 15g，制首乌 15g，怀山药 20g，柴胡 10g，白术 10g，路路通 15g，甘草 5g，共为细末，以胶囊为丸)，并随症略为增加药品，另煎液送服“生精丸”，肾阳虚加附子、旱莲草、生地等；偏肾阴虚加龟胶、女贞子、旱莲草等；阴阳两虚加附子、肉桂、鹿角胶、龟甲胶、紫河车、女贞子、旱莲草、韭菜子等。治疗精子活率低者 150 例，治愈 113 例，占 75.33%；精子活动力弱 110 例，治愈 84 例，占 76.36%；精子减少 55 例，治愈 44 例，占 80%；无精子症 90 例，治愈 21 例，占 23.33%。[1] 该方集温补肾阳、滋养肾阴、补气养血、疏通精道、兼治心、肝、脾于一炉，可谓大方之制，效果可称上乘。看来这的确是值得深入研究的基本思路。作者亦有同样的体会。又如李乾构报道五子育春丸(枸杞子、女贞子、菟丝子、韭菜子、蛇床子、知柏、仙茅、仙灵脾、鹿茸、鹿角胶、黄芪、人参、当归、路路通、生熟地、肉苁蓉)治疗 480 例，治愈率为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

59.79%，有效率为95.62%。[4]陈文伯报道应用自制的生精赞育丸加味，药选仙灵脾、仙茅、肉苁蓉、枸杞子、桃仁、丹参、红花、归尾等配制蜜丸，治疗101例无精子症，总有效率为71%。[1]将补肾生精与化瘀法冶为一炉，可谓别具一格，无深厚功底者，不可问鼎。类似的报道还有很多，不一一列举。

此外，根据古方，略为加减而治者亦是现阶段趋势，有据生精赞育丸加减者，有据五子衍宗丸加减者，有据知柏地黄丸者，有据六味地黄丸者，有据七宝美髯丹者，有据还少丹者，有据二至丸者，有据大补阴丸者，有据金匮肾气丸，有据济生肾气丸者等，几乎每项精液质量异常的治疗都要从肾论治，即使免疫性不育，从肾阳或肾阴论治，亦是其治法之一。这些都充分说明补肾生精法在本病的治疗中占有十分重要的地位，但并非唯从肾治，而又不离乎肾。这是对“肾主生殖”论的实际认定。

2.3.2.2 化瘀通精法：无论从宏观症状分析还是从微观检测观察，男性不育的确有一部分病例存在着血瘀的病理改变。李莱田、郭福新选择了血液流量学的五个指标即全血粘度2^{-1}、10^{-1}、100^{-1}、血浆比粘度及红细胞压积，观测了男性不育、精液不液化代表者30例的检测结果，与正常值比较，经统计学处理，2^{-1}P值<0.0005，10^{-1}P值<0.01，血浆比粘度P值<0.05，红细胞压积P值<0.005，均有显著的统计学意义。[1]因此而提出了“内在瘀血”或“隐匿瘀血”的概念，作为微观指征，无疑有助于宏观的瘀血证候辨证。事实证明，运用活血化瘀治疗精液不液化取得了良好的效果。金维新、李广文报道应用液化汤(知柏6g，黄柏3g，生、熟地各9g，元参12g，枸杞子12g，花粉9g，丹参30g，赤白芍各9g，仙灵脾12g，麦冬9g，车前子12g，竹叶9g)。治疗97例精液不液化，用药后有精液化验资料可供比较者67例，有效58例，无效9例，并发现精子密度、活率、活动力等都有改善[1]。方中丹参、赤白芍意在活血化瘀，且丹参用量为30g，足见制方者功底之深。张殿龙、马洪平运用活血养血药为治疗男子不育372例，痊愈者226例，好转者141例，无效者50例，且已有150例婴儿降生。该方由麦冬、补骨脂、制附子、怀牛膝、荔枝核、枸杞子、甘草、红花、赤芍、王不留行、党参、沙苑子、淫羊藿、焦白术、蜈蚣粉、生山药组成，以活血养血药为主，占40.3%，疏肝补肾健脾药为辅，占31%，其他药占28.7%。并首用蜈蚣粉治疗男子不育，发现有促进精子生长和激活精子活力的作用。[2]其实蜈蚣之用，亦在祛瘀散结。足见化瘀生精法确有效果。虽然其中的机理尚不完全的清楚，但尚博文应用陈文伯的“抗体平”治疗免疫性不育提供了有益的启示。“抗体平”由香附、当归、延胡索、郁金等组成，意在行气活血，解郁破征。先后治疗200例抗精子抗体阳性患者，其中1个疗程转阴者216例，占83.0%；3个疗程转阴者33例；受孕者179例，占68.8%。并通过10例精子冷冻蚀刻复型膜电镜观察，治前精液pH值偏低，精液中有较多圆球形颗粒，精子表面有粘着颗粒，且相互凝集，精子膜表面不光滑，凸凹不平，膜蛋白颗粒分布不均匀，有蛋白脱落成聚集，透射电镜可见膜内陷，圆球形物侵入精子头。这些形征都可视“瘀”的反应。治疗后精液pH值升高，精液内颗粒减少，精子膜变光滑，膜蛋白颗粒分布均匀。初步表明，“抗体平”的化瘀功效对已沉积的抗原体复合物有促进吸收与消除作用。[2]葛顿平、张树春等应用脱敏生育冲剂(苍术、忍冬藤、当归、赤芍、青皮、泽泻、泽兰、车前子等)治疗8例免疫性不育，3例值妻子受孕，阳性免疫指标全部转阴。[2]贝润浦应用清热化瘀、健脾益肾、益肾活血的中药治疗免疫性不育，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

认为可抑制精子免疫抗体，使精子脱敏。[9]这又是化瘀与他法合用的例证。实践证明化瘀生精法还可用于不射精性不育、筋瘤性不育、精隧阻塞性不育等等。

以上说明化瘀生精法，作为男性不育的基本治法之一，应受到足够的重视，但必须选择好适应证，且宜中病即止，而后投匕补虚生精，调精种子之方，才是上策。

2.3.2.3 补脾生精法：脾为后天之本，气血化生之源；生殖之精必赖水谷精微之滋养、营阴化生。补脾即是补气生血，化生精髓。因脾虚，中州不运，气虚不足，生殖力低下者临证所见非少。作者与任增、李湘斌应用活力精Ⅰ、Ⅱ号治疗精子活动力、活率低下者取得了良好效果，精子穿透力、精子的爬高、精子的活动力级数(1h、6h)都较治疗前明显改善，60例中已有7例使妻子受孕。活力精由黄芪、茯苓等组成，具有健脾益气之功，有关实验证明，一味黄芪即有促进精子活动增强的作用。曹一平报道应用四君五子生精丸治疗男性不育36例，有效率为91.7%，该方由党参、茯苓、白术、黄芪、菟丝子、枸杞子等组成，重在补脾益气，佐以益肾。[10]刘善庭报道应用补中益气汤治疗男性不育取得了显著的效果。姜羡华引用国外文献，服用补中益气汤3个月后，精子浓度和活动度改善分别为67.3%和74.5%。荧光光普分析表明，本方光谱类型与精液、精子、精液胞浆非常相似，因而推荐为治疗男性不育的最佳方剂之一。以往的研究表明，精子光谱衍射峰值为622nm，与精子浓度密切相关，而精液和精液胞浆衍射峰值与精子活动度密切相关。[11]王彦丽、石磊报道用八味丸合补中益气丸治疗男性不育25例，有效率为92%，未见明显的毒副反应。[12]又如长春膏(人参、鹿茸、生地、砂仁、蜂蜜)对于精子减少、精子畸形偏高、精子活力降低等都有一定效果。该方重在补脾温胃，健运中州，辅以补肾填精。人参养荣汤为气血双补剂，而其中实有四君，补脾益气。但迄今为止，补脾法单独使用者少，多与补肾同时使用，谓之健脾益肾法，或者在补肾之时，佐以益气健脾之药，是较为普遍的治疗方法。作者经验，对于单纯表现为精子活动力减弱，诸种运动参数有异者，则以“独取阳明”之思路，或投以补中益气丸或汤，或投以洋参丸合制五加片，一月1个疗程，多数患者都有效果。录之，以供读者参考。

此外，在治疗中保持中州健运，不碍脾之升清降浊之功，实为关键之举。否则即使再好的药剂，有碍脾胃，则效失大半。

2.4 辨证用药研究

2.4.1 用药规律初探

作者简略地分析了岳甫嘉治疗男子不育的28个方，发现常用的药物为菟丝子、白茯苓、山茱萸、生熟地、怀山药、枸杞子、远志、车前仁、覆盆子、麦门冬、五味子、鱼鳔胶、鹿茸、当归、柏子仁、人参、牛膝、沙苑蒺藜、川杜仲、补骨脂、天门冬、川黄柏、锁阳、白术、陈皮、肉桂、紫河车、鹿角、鹿角胶、鹿角霜、知母、龟甲、肉苁蓉、破故纸、白芍、酸枣仁、甘草、砂仁、巴戟天、甘菊花、海狗肉外肾、没食子、何首乌、胡桃肉、黑芝麻、羊肉、黑豆、赤茯苓、泽泻、黄连、牡丹皮、石斛、石菖蒲、玄武胶、鳖甲、益智仁、蛇床子、川断、精实子、小茴香、桑椹子、黄精、韭菜子、木香、蚕蛾、桑螵蛸、胡芦巴、乳香、丁香、麝香、芡实、莲须、莲花蕊、石莲子、金樱子、巨胜子、川椒、槐角子、冬青子、没石子、仙茅、川楝子、穿山甲、沉香、全蝎、川芎、大枣、圆眼

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肉等90余味，而用之较多者不过40余味，以植物药为主，辅以血肉有情之品，亦多限于龟、鹿胶、鹿茸、紫河车、海狗肾之类。有趣的是作者分析了现阶段8506例男性不育临床资料，其常用药物亦不超过55种，按照高低顺序，即使用次数的多少排列，补阳药物中，依次是淫羊藿、菟丝子、鹿角胶、肉苁蓉、仙茅、肉桂、巴戟天、附子、锁阳等；补阴药物依次是熟地、枸杞、山茱萸、五味子、覆盆子、生地、女贞子、龟甲、旱莲草；补脾益气药依次是茯苓、怀山药、党参、黄芪、白术等；养血活血药依次是当归、白芍、红花、桃仁、丹参、路路通、赤芍、王不留行等；淡渗利湿药依次是车前子、泽泻；清利下焦湿热药依次是黄柏、知母、龙胆草等。基本上与《一斋医学正印种子编》所载药物近似。这些药物都属常用的范围之内，其奥妙全在析证、制方的功底上，知其要者可妙手于毓麟种子。

其次，自唐《千金要方》创七子散治男子无子以来，其治疗的思路大有发展。岳甫嘉亦制十子丸，计有槐角子、覆盆子、枸杞子、桑椹子、冬青子、菟丝子、柏子仁、没食子、蛇床子，北五味子；及加味七子丸，计有菟丝子、川牛膝、麦门冬、山茱萸、厚蚕蛾、五味子、蛇床子、车前子、沙苑蒺藜子、覆盆子、补骨脂子。按照这个思路，今人王广见、罗得琴自制二仙九子汤，计仙灵脾、仙茅、五味子、枸杞子、菟丝子、覆盆子、车前子、蛇床子、韭菜子、金樱子、沙苑蒺藜；二地九子汤，计生熟地、五味子、枸杞子、覆盆子、菟丝子、藕莲子、女贞子、桑椹子、巨胜子、乌麻子；及鞏胶九子汤，计鱼鳔胶(或阿胶代)、羊鞏胎盘粉、五味子、覆盆子、杞果子、菟丝子、女贞子、桑椹子、巨胜子、乌麻子、胡桃仁，分别主治肾阳不足、肾阴不足与肾气不足型男性不育，投之都有效果，每方各有1例案为证。很显然，选用子类药，集之于一方之中，并与辨证用药结合，不失为治疗男性不育的基本用药方法之一。

2.4.2 新药的开发研制

首先，我们应当明确，我国是一个人口大国，节制生育是既定的基本国策。从这意义上说，治疗男性不育的新药无必要进行研制。但从我们国家的人口政策全局考虑，使有生育力的夫妇只生一胎，进行有效的节制，使不能生育的夫妇，也能生一胎，这是人之常情，子国、于民都有好处。因此，机遇好，条件成熟，治疗不育的新药还是可以研究的。目前我国不少中医院，尤其是三级甲等中医院多有自制的治疗男性不育的制剂，如陈文伯就自制有治疗男性不育系列制剂，金维新、李广文的生精方与液化汤亦是医院自制剂。作者研制的复方五子衍宗丸，按照中药三类新药标准进行了较系统的药理、药效、制剂工艺的研究，进行了一期临床验证，取得了良好效果，已获准进行二期临床验证。至目前为止，从严格意义上说，尚无一个专门治疗男性不育的新药。事实上很多古方本身就有很好的治疗作用。例如五子衍宗丸、五子衍宗丸胶囊对于男子少精应都有一定的治疗效果。六味地黄丸、金匮肾气丸、知柏地黄丸、济生肾气丸、人参养荣汤、补中益气汤、洋参丸、二至丸等，只要辨证准确，用之得当，都有明显的效果。另如龟鹿补肾液、龟鹿二仙膏、古汉养生精、补肾强身胶囊等，均是常用的好成药。作者常将它们巧为配合，同时应用2~3种，效如桴鼓。所以，作者极力主张应逐步拓宽中成药治疗男性不育的范围，比一个新药的研制要快捷得多。

最后我们还要看到，治疗男性不育一类新药，其要求比一般疾病的新药高而严格，除了一般的要求外，还要加作致畸等试验与长期毒性试验，且临床观察周期长，又不能住院

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗，指标要求严等等，使很多研究者望而却步。加上这类新药使用的范围较窄，药厂都不愿投入大量的资金，的确是难上加难。然而，作为我们对人类生殖奥秘探索的一种手段，还是应该进行的。作者期望着新的突破。

3 实验研究

中医学对男性不育的实验研究，主要从药理学发端的，目的是初步阐明某一种方药的治疗机理。围绕这--研究的开始，无疑对于微观诊断与分型提供了某些客观的依据，从而有助于诊治水平的进一步提高。

3.1 复方的治疗机理

田文艺与肖永新研究了复方五子壮阳颗粒剂(鹿茸、枸杞、熟地、覆盆于等)的药效作用，证实本方对环磷酰胺损害小鼠、大鼠引起的精子数减少和活率下降均有明显的恢复作用，对精子畸形率增加有明显的减轻作用($P<0.05$)。通过细胞学的定量分析，复方五子壮阳颗粒剂明显增加被环磷酰胺损害小白鼠睾丸间质组织精母细胞的有丝分裂($P<0.05$)，精细胞及精于数量($P<0.05$)及降低精子畸形率($P<0.05$)。此外，发现本品对环磷酰胺损害小鼠引起血清睾酮水平下降和血清黄体生成素水平上升都有拮抗作用，目前者作用明显($P<0.05$)，后者则无统计学意义。同时对环磷酰胺损害的大、小鼠和去势大、小鼠的性及附性器官的湿重也有一定的增加作用；而正常大、小鼠的精子计数、精子活动率、性及附性器官均无明显影响。[1] 刘秀德、隋在云、李广文报道生精种子汤，用于男性不育的治疗，有效率达90%以上。他们采用显微荧光定量和生物物理等技术方法，对服用生精种子汤已经治愈的男性不育症患者的精子膜表面麦胚凝集素(WGA)受体、精子膜蛋白质大分子对(1.8-ANS)的荧光偏振度及荧光强度、精子特异酶 LDH_X 和精子核 DNA 进行了定量研究，结果发现：生精种子汤治疗男性不育症患者可提高患者精子的特异酶 LDH_X 活性($P<0.01$)；增加精子膜表面 WCAR($P<0.01$)；减弱精子膜 1.8-ANS 荧光强度($P<0.05$)；对精子膜蛋白质大分子构象亦有一定作用。[13] 傅志泉、金亚城报道以中药壮阳灵口服液治疗男性不育与阳痿 327 例，总有效率分别为 86.8%、90.1%，并与对照组比较，差异显著 $P<0.001$；且壮阳灵对肾阳虚证不育与阳痿的疗效明显优于其他证型 $P<0.05-0.01$；壮阳灵能显著提高男性不育患者精子活动率 $P<0.01$，对精子畸形、精液液化时间则无显著差异 $P<0.05$。实验研究表明，壮阳灵口服液安全性大、无毒副作用，能增强实验动物对各种有害刺激(缺氧、疲劳、低温和高温)的非特异性抵抗力，表现出显著的适应原样作用；增强免疫功能，对脾脏、胸腺、肾上腺免疫器官增重明显；显著提高性功能低下的雄性成年大鼠的性兴奋，对生殖器官附睾、精囊有明显增重作用，但不影响血清中睾丸酮水平；对雌性大鼠、家兔均能增加怀孕百分率。[14] 杨晓峰、卫焘等，通过临床观察证实复方五子地黄口服液治疗男性不育症的有效率为 84%，主要适用于轻、中度少精症，对于合并前列腺炎、精索静脉曲张，抗精子抗体阳性的患者也有一定的疗效；而对重度少精症、无精症、睾丸体积 < 15ml，内分泌、染色体异常者无效。动物实验结果表明，该药可以提高小鼠的生殖能力，体外研究发现该药的提取液对不育症患者的精子有一定的直接保护作用。[15] 刘善庭、李秀芙根据实验研究和临床应用的结果，认为补中益气汤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一是能为病人补缺微量元素、维生素、蛋白质等，为精子的形成发育、成熟和维持其生理功能提供了物质基础；二是通过免疫、抗炎、调整体内激素的紊乱，为生殖过程提供良好的环境并促进病人机体康复及改善性机能而发挥药理治疗作用。[16]李海忠、胡祖敏、寇之俊系统地研究了中华龙威口服液(红参、鹿茸、海马、淫羊藿、熟地、枸杞等)的药理作用，并与男宝补肾胶囊对照，发现两者都具有抗环磷酰胺所致的体液免疫抑制，增强小鼠康腔巨噬细胞的吞噬功能，增强非特异性免疫力；能明显提高雄性大鼠血清睾丸酮的含量及雄激素作用；还着重观察了本品对阳虚症动物的影响，实验证实本口服液可缓解阳虚症状增强动物对外界不良刺激的能力。总之，较全面地探讨了补肾壮阳的机理。这对不育症的治疗无疑有帮助。[2]岳广平、陈琼、戴宁采用补肾生精丸对 87 例精液异常男性不育症患者进行治疗观察，并应用精液常规分析综合积分法对其疗效作定量评价与分析比较。本组患者经过1～3 个疗程治疗，精液质量明显改善，精液常规分析综合积分值较治疗前显著提高($P<0.001$)，配偶怀孕率为 56.32%(49/87)，总有效率为 95.40%(83/87)。结果表明，补肾生精丸对促卵泡生长激素(FHS)、促黄体生成激素(LH)、睾酮(T)和皮质醇(F)具有双向调节作用，能促使过度升高或降低的激素水平趋向正常。[17]倪瑾、倪平、徐曼探讨中药优生宝“补益肝肾，生精助育”的机理，作者将优生宝配制成混悬液给动物灌胃，实验证明优生宝能使未成熟大白鼠附性器官前列腺、精囊、提肛肌明显增重，又能提高成熟大白鼠血清睾丸酮含量，并有雄性激素样作用。优生宝还能拮抗棉酚，保护睾丸生精上皮细胞作用，从而升高精子数和精子活动力有助育功效。急性毒性、长期毒性及生殖毒性试验证明本品长期服用安全。[18]还有方肇勤等研究了二仙汤及折方对老年大鼠精子细胞和精子亚微结构和 SDH 的作用，结果证明二仙汤及其折方具有不同程度地改善大鼠精子细胞和精子的亚微结构，使 SDH 反应颗粒增多，其中以泻火组精子细胞和精子亚微结构最为完好，向青年组靠拢，与古代文献有关补肾坚阴、延年通神的记载颇相吻合；而温肾组改善最小，次于其余两个用药组，可能与久康温肾药助火生热，伤精耗气副作用在生精上皮水平的表现。[19]王树荣、任福堂等，通过动物试验较系统地观察了“任氏生精方”的药效作用，可增加动物附睾组织重量($P<0.01$)，并俊其内精子数目增加($P<0.01$)，但对睾丸组织无明显影响；可使动物血浆睾酮的水平显著升高($P<0.01$)，长期服用，不会俊睾丸组织产生功能废用性萎缩，保证了连续用药的安全性；并还可明显增加雌鼠妊娠胎仔鼠等，推论本方的作用在睾丸组织水平以下。[1]

田文艺与王树荣还分别进行了复方五子壮阳颗粒剂与“任氏生精方”致畸性试验，证实对鼠胚的早期发育、胎鼠的发育过程、胎鼠的骨骼和内脏器官发育均无明显致畸作用。[1]

由上可见，我国现阶段探索有关子嗣一类方的治疗机理的基本途径是：对内分泌系统的作用，包括 T、FSH、LH 等；对性腺和附属性腺器官的作用；对精子生发过程的作用；对精液及精子质量的作用，包括精液量的变化、精子形态、精子活率、活力(含诸种运动参数)；对精子受体的作用，以及对全身作用等。无疑所有这些大大促进了中医嗣育学的发展与水平的提高。而从更高的层次起步，显然又远远不够：第一，特异性较差，所有方的结果基本上大同小异；第二，一个方的有效成分是什么，血中有效浓度如何，都是未知数；第三，具体作用于生殖链的哪一个环节，哪一段水平亦不能确定等等。所以只能说，子嗣一类方的实验研究——治疗机理的探索还刚起步！

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2 药物的研究

应该说单味药物的研究比复方的研究要容易得多，但严格说来，一味药就是一个复方，因为它里面包含着多种成分，所以单味药研究也不容易，郭连澍、袁曙光等，探讨了补肾壮阳药治疗男性不育的治疗机理，首先测定了一部分壮阳药的微量元素，其中巴戟天(38.5μg/g)、仙茅、菟丝子、沙苑子等含锌较多，巴戟天(608.4μg/g)、仙茅、淫羊藿、沙苑子、菟丝子含锰较多。现已知锌与精液质量有关，影响精子代谢活动，与精子活动成正比关系；影响性腺的发育；参与很多酶的组成，是很多酶的因子。结合临证实践认为，补肾壮阳药的治疗机理可能与其含锌、锰等元素较多有关。其次又分别测定了8味补肾壮阳药对大白鼠垂体性腺轴的影响，并与生理盐水组对照，结果证实巴戟天、仙茅、枸杞子、当归对垂体的重量有明显的影响，以当归最为显著；菟丝子、淫羊藿、巴戟天、仙茅、沙苑子、肉苁蓉、枸杞子，当对前列腺都有影响，以菟丝子、仙茅、枸杞子最为显著；菟丝子、淫羊藿、沙苑子、肉苁蓉、枸杞子、当归对精囊有影响，以沙苑子最为显著；八味药对大白鼠睾丸影响不显著。从临床角度而言，对精液的影响尤为显著，实验证实，给动物喂食补肾壮阳药物后，精液中的锌含量、精子密度、精子活动率、精子前向运动都显著提高($P<0.01$)。[1]

【古训今释】

1 病名溯源

生殖与生育问题，我们的祖先很早以前就进行过有益的探索。自孟子开始，按最高的封建道德标准提出“不孝有三，无后为大”。这个观念深深地植入传统观念之中，至今它仍象一个幽灵在徘徊。可见，对于不育问题的重视，在我们这个典型的东方文化国度里所达到的礼法高度，用外人的眼光观察几乎不可理喻，但由于重男轻女的观念影响，对于生殖问题的探索在一个相当长的时间里只在女性的身上寻找，这自然触及不到不孕育原因的真谛。所以自《内经》开始，对于男性不育并非系统的阐述，迄至明代，这一现象才得到根本的扭转。

“不育”一词，最早见于《周易》：“妇孕不育”。《诗经·大雅·生民》说：“克禋克祀，以弗无子”。去无子以求有子。据传，大圣人舜不待父母之命就娶了尧之二女，是“为无后也，君子以为犹告也”。另一位大圣人禹，三十未娶，结果在半路上与涂山氏之女成了夫妻，同样是“闵妃匹合，厥身是继”，自《山海经》开始，就企图探索不孕症的治疗，书中有“鹑食之宜子孙”，“鹿蜀之宜子孙”，及“圆叶而白附，赤华而黑理，其实如枳，食之宜子孙”等等记载。马王堆帛书《胎产方》有“内象成子”之说。这是胎教与优生的最早萌芽。至《内经》开始，男子不孕育皆称为“无子”，但并非从病理角度阐述的，而是在描述人在生、长、壮、老的生理变化自然过程中，生殖能力随之而变化，是一种生理变化的必然结果。因此，不能作为病名认定。《孟子·离娄上》：“不孝有三，无后为大”。这里所言“无后”虽是无子的别名，但亦不能以病名论。汉张仲景《金匮要略·血痹虚劳脉证并治》载：“男子脉浮而涩，为无子，精气清冷”。正式列出“无子”病名。唐孙思邈《备急千

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

金要方·求子第一》说："凡人无子，当为夫妻五劳七伤，虚羸百病所致。"亦以"无子"为病名，且指明其原因所在。随《诸病源候论》胪列"无子候"："丈夫无子者，其精清如水，冷如冰铁，皆为无子之候。又泄精，精不射出，但聚于阴头变无力。……男子脉得微弱而涩，为无子，精气清冷也"。自尔，有关医籍皆以"无子"为病候，专列入"求子"、"种子"、"子嗣"等范围形成了专门的求嗣学。但始终未对"无子"的概念进行严格的界定，一个最显著的缺陷是对婚后的不孕育时间没有进行限定。这无疑对于无子的确定不可避免被主观的因素所干扰。目前都采用"男性不育"的名称，意即婚后2年不孕育系由男方的原因引起者。但需要指出，当从生殖角度考察，病人以生殖障碍作为主要解决的矛盾时，无疑它是一个独立的疾病，而从非生殖角度成从性的方面，或从疾病方面认识，生殖方面的障碍已无害顾及时，则它仅是一组证候群中的一个症状而已。例如天宦，主要解决的是发育与性能力问题，由于生殖缺陷无法解决而不予考虑，故不能诊断为无精子症——天宦。这一点，我们务必明确。

2 病因病机论

2.1 正常的生殖机能

古人对子不能孕育原因的探索，首先是从正常的生育机制开始的。《素问·上古天真论》："女子……二七天癸至，任脉道，太冲脉盛月事以时下，故有子。""丈夫……二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子。"男女天癸已至，表明已具备了生殖能力。但从嗣育学考虑，"合男女必当其年，男虽十六而精道，必三十而娶；女虽十四而天癸至，必二十而嫁。皆欲阴阳充实，然后交面孕；孕而育、育而子坚壮长寿"（《妇人良方·求男论》）。身体已经发育，生长完全，是生育的先提条件，这无疑是合乎科学的。《妇人秘科·种子》指出："生育者，必阳道强健而不衰，阴癸应候则不衍，阴阳交畅，精血合凝，而胎元易成矣。"《广嗣纪要·调元》也说："男精充盈，阴血时行，阳变阴合，旺胎妙凝"。阐明了生育是关连于男女双方的，男子以精为本，女子以血为先，男女匹配，精血合凝，才能正常的嗣育。这里包含了三个方面的先决条件，其一，有正常的生殖细胞，表征是男精充盈，女子阴血时行，阴阳充实；其二，精子与卵子的正常结合成受精卵，表征是阳施阴受，血开精合，阴阳和；其三，是受精卵的正常着床，表征是受气于胞宫胎元结。很显然，这三个环节无论哪一个受到来自内或外的有害因素干扰，或来自男方，或源自女方，都有可能导致不能孕育。所以，张景岳指出，这不能尽诿之于妇人。事实证明，在10%～15%不孕育妇夫中，属于男性方面的原因约占50%。

2.2 五不男论

首先，古人已观察到先天性发育畸形是导致无子的原因之一。万密斋《广嗣纪要·择配篇》先叙述了女子五种不能生育的先天性发育疾病："一曰螺阴户，外纹如螺蛳旋入内；二曰文阴户，小如筋头大，只可通，难交合，名曰石女；三曰鼓花头，绷带紧似无孔；四曰角花头，尖削似角；五曰脉或经脉未及十四岁而先来，或十五六而始至，或不调，或全无，此五种无花之器不能配合太阳，焉能结仙胎也哉"。这说的是女方的原因，一是指阴道闭锁；二是指阴道

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

狭窄；三是指阴道处女膜闭锁；四是指阴蒂大，系女性假阴阳人；五是指原发性闭经等，包括多种性腺功能低下症，如幼稚子宫或子宫缺如等，自然不可能成孕。

同时又指出男子亦有五种病不能生育者。“一曰生，原身细小，曾不举发；二曰纵，外肾只有一子或全无者；三曰变，未至十六其精自行，或中年多有自浊；四曰半，二窍俱有，俗谓二仪子也；五曰妒，妒者，忌也，阴毒不良。男有此五病不能配，令太阴乏其后嗣也。”显然，在这里“男子有五病”的含义是其一，指男子原发性之性腺功能低下症，外生殖器没有正常的发育，状如小儿。其二，包括隐睾或真正的无睾症。其三，指发育提前，性早熟，或有生殖道炎症如慢性前列腺炎等。其四，包括真性及假性阴阳人即两性畸形。其五，可能指阴茎发育不正常，过大或过小，或双阴茎等。这些发育的缺陷，无疑是造成不育的原因。但第三种情况并非不能生育，恰当的治疗完全可以使之获得生殖的能力。其实，早在《内经》就观察到了先天性畸形不能生育的现象。清代·陈梦雷《医部全录·脏腑身形》在注释天宦时指出：“天宦者，谓之天阉。不生前阴，即有而小缩，不挺不长，不能生子，此先天所生不足也”。天宦，首载于《灵枢·五音五味篇》。包括了先天性睾丸发育不全综合征、肥胖性生殖无能症等。这些病症不但没有生殖能力，性能力亦不具备。

随之，又有“五不男”问题提出。宋·周密《癸辛杂识·前集》说“又‘遗像经’有五不男，曰：生、剧、妒、变、半。变半者，二形人中恶趣也。”所谓“生”，意指男子先天性第二性征不发育，即“天宦”、“天阉”；“剧”，可能指男子睾丸缺如，或外生殖器严重缺陷；“妒”，可能指阴茎发育不良，过小或过粗；“变”，可能指发育提前或延后；“半”，即男女兼体，包括真、假两性阴阳人。显然，这五种情况的存在，表示有缺陷的男人，既无性能力，又无生殖能力。

清代《岛居随录·卷下》亦载五不男：“人有五不男：天、犍、漏、怯、变也。天者，阳痿不用，古云天阉是也；犍者，阳势割去，寺人是也；漏者，精塞不固，常自遗泄也；怯者，举而不强，见敌不兴也；变者，体兼男女俗名二形。”在这里，五不男的内容与前述相去甚远，但亦无合太阴的能力，其中遗泄与阳痿是最常见的原因之一。

2.3 男 病 论

明·《景岳全书·妇人规·男病》对胎孕问题颇有研究，指出：“疾病之关胎孕者，男子则在精，女子则在通，无非不足而然。凡男子之不足，则有精滑、精清、精冷者，及临事不坚或流而不射者；或梦遗频数或便浊淋溢者；或好色以数阴虚，阴虚则腰肾痛惫；或好男风以致阳极，阳极则亢而亡阴；或过于强固，强固则胜数不洽；或素患阴疝，阴疝则肝肾乖离。此外，则或以阳衰，阳衰则多寒；或以阴虚，阴虚则多热。若此者，是皆男之病，不得尽诿之于妇人也。”景岳从四个方面阐述了男性不育的原因，首先是精液质量的异常可致不育，如精滑、精清、精冷及梦遗频数等；其次是射精障碍可致不育，如流而不射；第三是性功能障碍及性行为错乱，如临事不坚、好男风(男同性恋阳强、贪色等)，亦是不育的常见原因，最后叙述了阴疝一类病证即外生殖器的疾病对于男性生殖力的影响。应该说，这是比较全面的阐述男性不育的原因，已与我们目前的认识十分的接近。

《石室秘录·子嗣论》说：“有男子不能生子者，有女子不能生子者。男子不能生子有六病……六病维何？一精寒也，一气衰也，一痰多也，一相火盛也，一精少也，一气郁也。精寒者，肾中之精寒，虽射入子宫，而女子胞胎不纳，不一月而即坠矣。气衰者，阳气衰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

也，气衰则不能久战，以动女子之欢心，男精已泄而女精未交，何能生物乎？精少者，虽能射，而精必衰薄，胞胎之口大张，细小之人何餍足？故随入而随出矣。痰多者，多湿也，多湿则精不纯，杂夹之精，总(纵)然生子，必然夭丧。相火盛者，过于久战，女精已过，而男精未施，乃男精既施而女兴已衰，又安能生育哉？气郁者，乃肝气抑塞，不能生心包之火，则怀抱忧愁，而阳乃因之不振，或临炉而兴已阑，或对垒而戈忽倒，女子之春思正浓，而男子之浩叹顿起，则风景萧条，房帏芩寂，柴米之心难忘，而调笑之言绝少，又能种玉于兰田，毓麟于兰室哉？"陈士铎从疾病的角度阐述了男子不育的原因，其中也涉及到男女性生活失于和谐而至不育的问题，虽然尚不能定论，但客观的存在又不可否认。

2.4 "十机"论

关于夫妻间性生活与生育的关系，《景岳全书·妇人规》进行十分全面的阐述，归纳有十个方面，谓之"十机"。指出："阴阳之道，合则聚，不合则离；合则成，不合则败。天道人事，莫不由之，而尤于斯道为最。合与不合，机有十焉，使能得之，权在我矣。一曰阖辟，乃妇人之动机也。气静则阖，气动则辟。动缘气至，如长鲸之饮川，如巨觥之无滴。斯时也，吸以自然，莫知其人，故未有辟而不受者，未有受而不孕者。但此机在瞬息之间，若未辟而投，失之太早，辟已而投，失之太迟。当此之际，自别有影响情状，可以默会，不可言得也。惟有心人能觉之。带雨施云，鲜不谷矣。二曰迟速，乃男女之合机也。迟宜得迟，速宜见速。但阴阳情质，禀有不齐，固者迟，不固者速。迟者嫌速，则犹饥待食，及咽不能；速者畏迟则犹醉杯，欲吐不得，迟速不侔，不相投矣。以迟遇疾，宜出奇由径，勿呈先声；以疾遇迟宜静以待，挑而后战，能反其机，适逢其会矣。三曰强弱，乃男女之畏机也。阳强阴弱，则畏如蜂虿，避如戈矛。阳弱阴强，则闻风而靡，望尘而北。强弱相凌，而道同意合者鲜矣。然抚弱有道，必居仁由义，务得其心。克强困难，非聚精会神，安夺其魂？此所以强有不足畏，弱有不足虞者，亦在于为之者之何如耳。四曰远近，乃男女之会机也。或以长材，排闼唐突非堪，或以偷觑跖门，敢窥堂室。欲拒者不能，欲吞者不得，睽隔如斯，其能妒乎？然敛迹在形，致远在气；敛迹在一时，养气非顷刻。使不有教养之夙谍，恐终无刚劲之锐气，又安能直透重围，而使鸠居鹊巢也。五曰盈虚，乃男女之生机也。胃有盈虚，饱则盈而饥则虚也。肾有盈虚，蓄则盈而泄则虚也，盛衰由之，成败亦由之。不知所用，则得其幸而失其常也。六曰劳逸，乃男女之气机也。劳者气散而怯，逸者气聚而坚。既可为破敌之兵机，亦可为种植之农具，动得其宜，胜者多矣。七曰怀抱，乃男女之情机也。情投则合，情悖则离。喜乐从阳，故多阳者多喜；郁怒从阴，故多阴者多怒。多阳者多生气，多阴者多杀气。生杀之气即孕育贤遇之机也。莫知所从，又胡为面然乎？八曰暗产，乃男子交失机也。勿谓我强，何虞子嗣；勿谓年壮，纵欲亦何妨。不知过者失佳期，强者无酸味，而且随得随失，犹所莫知，自一而再，再而三，则亦如斯而已矣。前有小产病，所当并察之。九曰童稚，乃女子之时机也。方苞方蘖，生气未舒；甫单甫笄，天癸未俗。曾见有米实之粒可为种不？未足之蚕可为茧不？强贯心力，而年衰者能待乎？其亦不知机也矣。十曰二火，乃男女之阳机也。夫君火在心，心其君主也；相火在肾，肾其根本也。然二火相因，无声不应，故心宜静，不静则火由欲动，而自心挑肾。先心后肾者，以阳烁阴，出乎勉强，勉强则气从乎降。而丹田失守，还失阳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之本色。肾宜足，肾足则阳从地起，而由肾及心。先肾后心者，以水济火，本乎自然，自然则气主乎先，而百脉齐到，斯诚化育之真机。然伶薄之夫，每从勉强，故多犯虚劳，讵云子嗣？林厚之子，常由自然，故品物咸亨，奚觉后人？知机君子，其务阳道之真机乎！?"

所谓阖辟，乃妇人之动机，意思是指女性孕门的开合，是由其情动所决定的。一般来说，情欲未动时则孕门合，情欲高涨时则孕门开。情欲发动，五脏气至，激奋的程度有如海鲸吸水，有如盛满了醇酒的巨杯，溢漾飘逸。在这个时候，男女的结合，吸引十分的自然，甚至感觉不到阴茎的插入，因此，没有孕门开而不接受阳精的；亦没有接受阳精而不成孕的。但这种机缘时间很短，若女子的孕门没有张开而交合，则时机太早；情欲已过，再交合，则时机太迟。在这个阶段，女子情欲激动有各种各样的表现，只可意会，不可用言语表达。只有深有体验的人得知其中机缘，布施云雨之情，很少有不孕育的。

所谓迟速乃男女之合机，是指男女性兴奋的启动有快慢的差别，而如何选择交合的时机问题。一般而言，发动慢的交合宜迟；激动快的宜早交合。然而男女的情欲、体质等，素禀不一样，性格固着的，性兴奋慢；活泼的，激动的，性兴奋快。性兴奋出现慢的，则嫌对方太快，好象饥饿的人欲得食，但却吞咽不下；性兴奋快的则害怕对方性冷淡，恰似喝醉了酒，而无法呕吐一般。由于双方性兴奋的快慢不一致，则不可能情投意合。如果一方兴奋慢而另方兴奋快，则宜多想办法，使之兴奋，不要匆忙交合；一方兴奋很快，而另一方面很慢，则宜静心等待，挑动对方情欲，再伺机交合。若有以慢迎快，以快挑慢，相互配合，恰好达到了要求。

所谓强弱乃男女之畏机，是指男女性能力的强弱差异，是其畏怯的问题之一。男方强而女方弱，则女子畏怯有如惧怕蜂叮蝗咬，或如躲避刀割矛刺一般。男方弱而女方强，则闻之则萎，望之而败。由于性能力强弱的差异，夫妻之间般做到情趣和谐者，很少见。但性能力弱是有办法纠正的，必须有仁德，有情义，真正获他内心的真爱，克服性能力强的有些困难，但只要聚精会神，身心贯注，即可使对方达到快慰的程度。这就是性能力强的不足怕，弱的不必过虑的原因所在，关键在于夫妇如何对待。

所谓远近，乃男女之会机，是指性器长短深浅，是夫妇交合时应注意的问题。有的阴茎长大，有如从小门侧入而冒犯，想拒之外而不能；有的阴茎使小，形如偷视门隙，窥探内阴，意欲纳之而不能人。阻隔到如此程度，又怎能阴阳和谐呢？但要使阴茎变小，关键在收敛形迹；要使阴茎长大，关键在于肾气。前者可在短时内做到，后者则非一日之功可成。如果平素缺乏这方面的修养与锻炼，恐怕终究也缺乏刚劲的锐气，又何能长躯直人，好象鸠居于喜鹊的巢穴呢!?

所谓盈虚，乃男女之生面，是指肾气的充实与虚亏，是关系夫妇生命的关键问题。胃能纳谷，饱则为盈，饥则为虚。肾之藏精，蓄则肾精充盈，泄则肾精虚损。人的体质的强弱和交合的成败，多由肾精盈虚的决定。如果不知固护肾精，即使有一时之快乐，而将失去健康。

所谓劳逸乃男女之气机，指强劳与安逸是影响男女气质盛衰的问题。强力劳作可使元气耗散而虚怯，安静休闲可使元气蓄聚而充实。若要为阴阳交合的机级，又是种子的手段，唯有深知劳逸的关系，成功的机会很多。

所谓怀抱乃男女之情机，指男女投怀合抱是关系夫妇双方的情感问题。双方情意相投则交合得宜，情意背离则交合失败。喜乐之情属阳，故多阳气的则多喜乐；抑郁忿怒之情

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

属阴，故阴气盛的则多郁怒。多阳气的，生发之气则旺；多阴气的，肃杀之气则强。这种生发与肃杀之气，常是子代聪明与愚钝的机缘之一。如果不了解这种男女情投意合的道理，又怎么能促成孕育呢？

所谓暗产乃男子交之失机，指男子的交合失度，导致女方的胎孕流产。不要认为阳气强盛不愁没有后嗣；不要以为年轻体壮，放纵性行为亦无大碍。不知其中道理的，就会失去孕育的好时机，即使阳气盛的也不成孕的，而且即孕即产，甚至连自己不知道。这样三番五次的，虽然有受精之机，也不能结成胎孕。如果以前患过小产的夫妇，尤宜注意这方面的问题。

所谓童稚乃女子之时机，指女子未发育完实，不能交合成孕。当鲜花还只是花苞或花蕾时，生发的气机还未完全的舒展；少女刚及笄时，肾气未充，天癸尚无完全的充裕。谁也没有见过没有成熟的果实可以作为种子用，也没有看见过尚未成熟的蚕可吐丝作茧。若强行枉费心机，年衰体弱的人能耐受得了吗？这也是其中的道理呀！

所谓二火乃男女之阳机，指把握君相二火，本乎自然，是生育的真机。人的君火，来源于心，故心为君主；相火源自于肾，故肾为根本。但君相二火相互关连，相互影响，有声即应。故心宜清静，不静则性欲挑动君火，而君火又可挑动肾之相火。由心的君火挑动相火的，是阳旺烁损阴精，勉强交合，故气下降。丹田之气不藏，则失去无阳的特点。肾气宜充盈，肾气充盈则阳气从命门而起，并由肾上济于心。先由肾气充足，而后及君火者，这是以肾水济心火，属自然的正常生理。顺应自然的性理，则阳气领先，全身气血流通、归顺，这才确实是孕育的真谛。但不懂这道理的人，常勉强交合，故多患虚劳之疾，又何能谈及生育？懂得这个道理的人，顺乎自然，故交合和畅，胎孕多多，不必担心没有后嗣。深谙这一道理的人，真个是把握了周护阳气的真谛。

张景岳从以上十个方面阐述了夫妇性生活与生育的关系，这对于探索男性不育原因不无指导意义。一个最简单的事实是有的夫妇体质及精液、生殖器官的检查都是正常的，但就是不能生育，其中的原因只能从性和谐与否问题中去找答案了。

总之，先贤从先天性发育异常与生育的关系，精液质量异常与不育的关系，疾病与不育的关系，体质强弱与不育的关系，性生活与不育的关系等方面，探讨了不育的原因。作者概括为形异、精异、性异三个方面，既继承先贤之论，又合现代新说之合理内核。

至于病机的转化，由于男性不育本身只是一种生殖能力上的障碍，况且这种障碍随着原发因素的纠正而得到纠正，大多数的人可以获得嗣育的能力，除了少数的先天发育异常如五不男等，及少数难于纠正的无精症如食棉油引起者等不可逆转外，通过治疗或者自然的修复调整，仍可孕育。所以，从根本上说，男性不育的病机乃随着病发疾病的转化而转化。在这个问题上古人没有更多的论说，故本书亦予从简勿论。总之，“阳衰不能下应乎阴，阴亏不能上从乎阳，阴阳抵悟，精血乖离，是以无子。”（《广嗣纪要·寡欲篇》）。

3 临证治疗

由于男性不育的问题直接与封建的道德、礼教相联系，直到现在人们的观念中还不可动摇，故如何解决这个问题，古人的确进行过很多的尝试与研究，形成了较为固定的证治模式。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1 唯象论——子药

首先，在唯象论的引导下，古人以为药物之子，乃药物之种子，是阴阳交合的结果，按其功能类比，能繁衍生命，种玉兰田；以形象类比，可促精子形成，于是出现了子药——肾——精——种子的意象模拟式治疗。这种思维的发端先于《金匮要略》及《诸病源候论》，认为无子之候，皆由精气清冷所致，宜服八味肾气丸。唐·孙思邈在考察无子的原因时指出，由于夫妻俱有五劳七伤，虚羸百病，所以有绝嗣之殃，于男子可服七子散(详后)，共24味药物，除了五味子、牡荆子、菟丝子、车前子、菥蓂子、附子、蛇床子之外，其他皆补肾温阳生精之品，主治精气虚少、无子之症。又方庆云散，药为覆盆子、五味子、菟丝子、白术、石斛、麦门冬、天雄、紫石英、桑寄生，亦属子药与补肾药相伍。继之《丹清心法》的五子衍宗丸，《证治准绳》的五子丸，以及《妙一斋医学正印种子编·男科》的十子丸、加味七子丸等，都蕴含了子药——肾——精——种子的基本治疗思路。在唯象论看来，以子(籽)种子，以物类物，施云布雨，鲜有不谷者。但子类药的选取不是毫无根据的，而是以能否激发肾精为原则。这是其一。中医学认为，精是生命之本，且男子以精为本，肾为藏精之脏，故补肾生精，肾足则精盛，精足则生化著矣。两个方而结合起来，形成了比较完善的子药——肾——精——种子的治疗思想，自孙氏而下，一脉相承。有趣味的是我们对8506例男性不育资料分析，发现药物的分布与七子散、二子散等基本接近。这是一种巧合，还是理论上发展的必然结果，无疑只能是后一种结论。换言之，这种治疗模式对于男性不育问题的解决，仍然有着十分显著的应用价值。

3.2 析因论治

陈自明《妇人大全良方》引陈无泽求子论第一："凡俗求子，当先察夫妇有无劳伤，痼害之属，依方调治，使内外和平，则妇人乐有子矣"。申明无子的治疗先宜辨证，再依法选方，这是男性不育辨证论治的初期阶段。至明代，《景岳全书·妇人规·子嗣类》则已形成系统的辨证论治思想，指出："种子之方，本无定执，因人而药，各有所宜。故凡寒者宜温，热者宜凉，清者宜涩，虚者宜补，去其所偏，则阴阳和而生化著矣。"而辨证论治着眼于肾，指出"男子脏气平和而惟精血不足者宜还少丹，全鹿丸，无比山药丸；若右肾阳气不足者，宜右归丸或毓麟珠俱妙；若阳痿精衰，虚寒年迈艰嗣者，必宜赞育丹；若阳盛阴虚，左肾精气不足宜左归丸或延年益嗣丹；若火盛水亏多由热者宜大补阴丸。此外如河车种玉丸、乌鸡丸、黑锡丹之类皆可酌用。"然从肾论治男性不育已着根本，但从局部分析又略嫌不足，验之实际，并非皆可从肾析证论治，应全而分析才是。所以《石室秘录·子嗣论》指出："精寒温其火，气衰者补其气，痰多者消其痰，火盛者补其火，精少者添其精，气郁者舒其气，则男子无子者可以有子，不可徒补其相火也。"强调无子之候宜循固论治，不可偏于补肾火。这自然是对张景岳从肾论治的一种补充。

《妙一斋医学正印种子编·上卷男科》以八案例诊治，叙述了无子之候必先去病除其根，而后从肾与脾调整种子的治疗思想，颇有启发之义。他说："医者察病，自有标本，投药自有渐次。……倘施之无序，即大温大补，终难见效。"(《妙一斋医学正印种子编·成效带略》)。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《广嗣纪要·配合篇》说："惟男子弱者，精常不足，当补肾以益其精，补肾六味地黄汤，精寒加五味子，熟附子；补脾参苓白术散，血少加归芎。"

4 用药的原则

4.1 重在调补气血

关于种子的用药原则，《景岳全书·妇人规·和药法》说："凡男女胎孕所由总在血气……凡种子丸散切不可杂以散风、消导及败血、苦寒、峻利等药。盖凡宜久服而加此类，则久而增气，未有不反伤气血而难于孕者也。"即使"邪逆未除，但当以煎剂略为拨正，拨正之后，则必以调气血为主，斯为万全之策"。因为"疾病之关于胎孕者，……无非不足而然"。既已不足，散风、消导、峻利等品，有伤气血，故为禁忌；即使要用，亦当点到为止，恰到好处，不可过剂。

4.2 选用中和之剂

《妙一斋医学正印种子编·服药节宜》说："男子以阳用事，从乎火而运动，动则诸阳生；……故治男子毋过热以助其阳。""男女阴阳自然之体，若六气迭侵于外，七情交战于中，饮食致伤其中州，房劳亏损其元气，发多诸属不可执一而治。""是以在男则用中和之剂，收固真阴，以为持久之计"。"间有男女虚寒而继用热药，实热而继用寒凉者，此又对症立方节宜之所不可偏废者也。""至治男子而专用热药，徒取亢阳用事，快一时之杀，久之则精血耗散，祸为叵测。每见缙绅中惑此，有尿血数升，不旬日而毙者；有发肾痈囊毒而毙者；有发肺痈及翻胃隔噎而毙者。种种不可枚举，非徒无益而又言之，不可不谨也。"考之其用药仅 44 味，且以植物药居多，适当辅以血肉有情之品，别具一格。作者经验证实，这种配伍方法的确具有良验。

4.3 宜固精不宜涩精

《妙一斋医学正印种子编》在阐述其中和种子丸的运用时说："种子之法，要在固精，而涩精之药，尤种子所忌。如龙骨、牡蛎等味，可入治虚损，不入种子方。以涩则施精不全，非求嗣者所宜也。立方之妙，全在加减考订得宜……。"精之固藏在肾，精之宣泄在肝，肾肝虚损则无子。治肾贵于潜藏；治肝责之于通畅，故只用固精之味，而不用涩精之品，涩之反施泄不全，图治其标也。

4.4 反对使用阳热燥药

万密斋《广嗣纪要·调元篇》说："密斋尝见男子阳痿者，多数无子，不可不虑也。惟求嗣之急易为庸医之惑，或以附子、蛇床子为内补，或以蟾酥、阿芙蓉为外助。阳事未兴，内热已作，玉茎虽劲，顽木无用，以至终身无子，或以妖殁者"，因为壮阳辛燥之剂，鼓动命门之火，煎熬癸水，邪火妄动，真阴渐枯，求嗣不能，反生疾病。临证之时，此类药物断不可用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.5 随其脏气不足而补之

男子无子之候，多由脏气不足使然，先有肝肾虚损则无子之说。肝运筋，肝气虚则筋气不至，故阴痿而不起不固；肾主骨，肾虚则骨气不至，故阴起不坚不振也。凡有此者，各随其脏气不足而补之："在肝则益其肝，如当归、牛膝、续断、巴戟之类；在肾则益其肾，如熟地黄、苁蓉、桂皮之类；在心则益其心，如五味、益智、破故纸之类，再用枸杞子、菟丝子、柏子仁以生其精，使不至于易云；山茱萸、山药、芡实以固其精，使不至于易泄"。(《广嗣纪要·调元篇》)从五脏不足择药入方，是治疗男性不育的最重要思路之一，细析古方，基本上都遵循了这一用药原则。

5 方剂用药归类

5.1 补阳生精类

还少丹

熟地　山药　山茱萸　杜仲　枸杞　牛膝　远志　肉苁蓉　北五味　川续断　楮实子　小茴香　菟丝子　巴戟肉

主治：脾胃虚寒，欲食少思，发热盗汗，遗精为浊，真气亏损，肌体瘦弱，证属精血不足者。

金鹿丸

人参　白术　茯苓　炙甘草　当归　川芎　生地　熟地　黄芪　天冬　麦冬　枸杞　杜仲　牛膝　山药　芡实　菟丝子　五味子　锁阳　肉苁蓉　破故纸　巴戟肉　胡芦巴　川续断　覆盆子　楮实于　赤石　陈皮　川椒　小茴香　沉香　青朴　鹿角胶

主治：诸虚百损，五劳七伤，而以精血偏虚者。

无比山药丸

山药　菟丝子　五味子　肉苁蓉　杜仲　牛膝　熟地　泽泻　山茱萸　茯苓　巴戟肉　赤石脂

主治：诸虚损伤，肌肉消瘦，耳聋目暗等症，证属脏气和平，而精血不足无子者。

赞育丹

仙茅　淫羊藿　巴戟天　蛇床子　韭菜子　肉苁蓉　杜仲　肉桂　附子　枸杞　山萸　熟地　当归　白术或加人参，鹿茸尤妙。

主治：阳痿，精衰，虚寒无子。

右归丸

熟地　山药　山茱萸　枸杞　鹿角霜　菟丝子　杜仲　当归　肉桂　附子

主治：元阳不足，或先天禀衰，或劳伤过度，命门火衰，阳虚无子等证。

五子衍宗丸(《丹溪心法》)

菟丝子　枸杞子　覆盆子　五味子　车前子

功能：补肾益精。

主治：肾虚无子证。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

固本健阳种子丹(《妙一斋医学正印种子编》)

菟丝子　白茯神　山药　牛膝　杜仲　当归　肉苁蓉　五味子　益智仁　嫩鹿茸　山茱萸　巴戟　续断　远志　蛇床子　人参　枸杞子

功能：培养元神，坚固精血，暖肾壮阳。

主治：阳虚无子者，无火者更宜。

壮阳种子丹(同上)

熟地　枸杞　牛膝　远志肉　怀山药　山茱萸　巴戟肉　白茯苓　五味子　石菖蒲　楮实子　肉苁蓉　杜仲　茴香　冬加肉桂

主治：尺脉微弱，阳痿不举，虚寒无火者。

巨胜子丸(同上)

熟地　生地　杜仲　何首乌　天门冬　枸杞子　肉苁蓉　小茴香　巨胜子　菟丝子　白茯苓　柏子仁　楮实　酸枣仁　破故纸　巴戟　北五味　覆盆子　山药　续断　鸡头子　川椒　胡芦巴　莲花蕊　韭子　麦门冬

主治：右尺命脉，虚微欲脱，阳痿不举，老年无火者。

仙茅酒(同上)

仙茅　淫羊藿　五加皮　龙眼肉

主治：男子虚损，阳痿不举。

青娥丸(同上)

破故纸　川萆薢　杜仲　牛膝　胡桃肉

主治：肾虚腰痛，不能成育。

九品扶阳散(同上)

黑附子　蛇床子　紫梢花　远志　菖蒲　海螵蛸　木鳖子　丁香　樟脑

主治：男子阳痿，每逢不举，不能得子。

壮阳丹(《广嗣纪要》)

熟地黄　巴戟　破故纸　仙灵脾　桑螵硝　阳起石

主治：阳痿无子者。

温精毓子丹(《辨证录》)

人参　肉桂　菟丝子　白术　黄芪　当归　远志　枣仁　山茱萸　鹿茸　肉苁蓉　补骨脂　茯神　柏子仁　砂仁　肉果

功能：温中有补，既助心包之火，且益命门之气。

黑锡丹

黑锡　硫黄　肉桂　附子　木香　沉香　茴香　故纸　阳起石　胡芦巴　肉豆蔻　金衫子

主治：上盛下虚，肾水亏竭，心火炎盛，证属阴盛格阳，或阴寒内盛，真阳衰微。用治无子之候当属不妥，盖其中矿物类药品甚多，系峻药之类，不可服，用之则阴寒虽去而精血又伤，反致不育。

毓麟珠(《景岳全书》)

鹿角霜　杜仲　菟丝子　川椒　人参　白术　茯苓　甘草　熟地　白芍　当归　川芎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主治：冲任虚寒，无子之证。本方原治妇人不孕，冲任虚寒，气血俱不足之证，移治男子不育，亦有良验。

延龄护宝丹(《妙一斋医学正印种子编》)

菟丝子　肉苁蓉　韭菜子　木香　蛇床子　白龙骨　晚蚕蛾　鹿茸　桑螵蛸　干莲蕊　胡芦巴　乳香　丁香　麝香

功能：补充气，壮筋骨，固精健阳。

主治：老年无子，无火者最宜。

5.2 补阴生精类

左归丸(《景岳全书》)

熟地　山药　枸杞　山茱萸　川牛膝　菟丝子　鹿角胶　龟甲

主治：肾水不足，不能滋养营卫，渐致衰弱，精髓内亏，无子等证。

延年益嗣丹(《景岳全书》)

人参　天冬　麦冬　熟地　生地　白茯苓　地骨皮　何首乌

主治：元气不足，精亏无子等证。

滋阴壮阳丹(《妙一斋医学正印种子编》)

熟地　石菖蒲　远志　生地　五味子　肉苁蓉　菟丝子　牛膝　巴戟　续断　茯苓　益智仁　黄柏　知母　破故纸　枸杞子　山茱萸　杜仲　沙苑蒺藜　人参　虎胫骨(现已禁用)

功能：阴阳两补，种子。

滋阴种子丸(同上)

知母　天门冬　麦门冬　黄柏　熟地黄　桑椹子　菟丝子　生地黄　何首乌　枸杞子　干山药　牛膝　黄精　五味子　白茯苓　柏子仁

主治：男子有精亏无子者，证属阴虚有火。

补阴种子丸(同上)

黄柏　知母　熟地黄　白芍　牛膝　陈皮　锁阳　当归　虎胫骨(现已禁用)　龟胶

主治：尺脉虚浮浩数，精亏不固，虚人有火宜此。

5.3 滋补精血类

河车种玉丸(《景岳全书》)

紫河车　熟地　枸杞　白茯苓　归身　人参　菟丝子　阿胶　丹皮　白薇　沉香　桂心　山茱萸　香附米　大川芎

功能：大补。

主治：精血亏损、无子等证。

乌鸡丸

乌骨血毛公鸡　人参　熟地　当归　生地　川芎　白芍　黄芪　白术　川牛膝　柴胡　知母　丹皮　鳖甲　白茯苓　秦艽　黄连　地骨皮　贝母　元胡索　干姜　"

主治：精血亏损，无子之证。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中和种子丸(《妙一斋医学正印种子编》)

菟丝子　白茯苓　山茱萸　大生地　怀山药　枸杞子　远志　车前子　覆盆子　麦门冬　五味子　鱼鳔胶　嫩鹿茸　当归身　柏子仁　人参　川牛膝　沙苑蒺藜　川杜仲

河东种子丸

胎胞1个　当归　山茱萸　补骨脂　天门冬　麦门冬　生地　人参　枸杞　菟丝子　熟地　山药　覆盆子　五味子　巴戟　川牛膝　川黄柏　白茯苓　锁阳　白术　陈皮　杜仲　肉桂

主治：男子气血两虚，阳衰精薄。

斑龙种子丸

鹿角胶　鹿角霜　天门冬　麦门冬　黄柏　知母　虎胫骨(现已禁用)　龟甲　枸杞　于山药　肉苁蓉　茯苓　山茱萸　破故纸　生地　当归　菟丝子　熟地　白芍　牛膝　杜仲　人参　白术　五味　酸枣仁　远志　砂仁

功能：理百病，养五脏，补精髓，壮筋骨，盖心志，安魂魄，乌须鬓，驻颜色，益寿延年。

通真延龄种子丹(一名腽肭脐丸)

五味子　山茱萸　菟丝子　砂仁　车前子　巴戟天　甘菊花　枸杞　生地黄　熟地黄　海狗内、外肾　怀山药　天门冬　麦门冬　柏子仁　鹿角霜　鹿角胶　人参　黄柏　杜仲　肉苁蓉　覆盆子　没食子　紫河车　何首乌　牛膝　补骨脂　胡桃肉　鹿茸　沙苑蒺藜

主治：阳痿无火，服多立起。

广嗣既济丸(《妙一斋医学正印种子编》)

人参　天门冬　麦门冬　柏子仁　酸枣仁　远志肉　菟丝子　白茯苓　甘枸杞　生地黄　熟地黄　牡丹皮　当归　五味子　沙苑蒺藜　山茱萸　山药　石斛　牛膝　虎胫骨　甘菊花　石菖蒲　杜仲　破故纸　肉苁蓉　鹿角胶　玄武胶

功能：宁心神，养气血，益精髓，壮腰膝，润肌肤，悦颜色，清耳目，乌须发，通和五脏，延年广嗣。

主治：耗血亏损，五脏不足，所敛无子之候。

生髓益麟丹(陈士铎《辨证录》)

人参　山茱萸　熟地　桑椹　鹿茸　鱼鳔胶　龟胶　菟丝子　山药　当归　麦冬　五味　肉苁蓉　人胞　柏子仁　枸杞子

功能：大补精血。

葆真丸(《妙一斋医学正印种子编》)

鹿角胶　干山药　白茯苓　熟地黄　菟丝子　山茱萸　北五味　川牛膝　益智仁　远志　小茴香　川楝子　胡芦巴　巴戟　破故纸　柏子仁　穿山甲　沉香　全蝎

功能：强阴益精，安五脏，除心中伏热。强筋骨，轻身明目，去冷除风，无所不治。

主治：茎弱而不振，振而不丰，丰而不循，循而不实，实而不坚，坚而不只，只而无精，精而无子，谓之九丑之疾。

夺天丹(陈士铎《辨证录》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

龙骨　驴内、外肾　人参　当归　白芍　补骨脂　菟丝子　杜仲　白术　鹿茸　山药　熟地　山茱萸　黄芪　附子　茯苓　柏子仁　砂仁　地龙

主治：天生阳物细小而不得子者。

天根丹窟膏(《解产难》)

鹿茸　乌贼骨　鲍鱼　鹿角胶　鸡子黄　海参　龟甲　羊腰子　桑螵蛸　乌骨鸡　茯苓　牡蛎　洋参　菟丝子　龙骨　莲子　桂圆肉　熟地黄　沙苑蒺藜　白芍　芡实　归身　小茴香　补骨脂　枸杞子　肉苁蓉　山茱萸　紫石英　杜仲　牛膝　萆薢

功能：大补精血，益气助阳，固肾生精。

主治：天宦一类病证，严重少精症等。

专翕大生膏(《温病条辨》)

人参　鲍鱼　茯苓　海参　白芍　莲子　阿胶　龟甲　鳖甲　牡蛎　沙苑蒺藜　猪脊髓　枸杞子　五味子　山茱萸　羊腰子　鸡子黄　乌骨鸡　芡实　熟地黄　白蜜

功能：大补精血，调养冲任。

主治：先天禀赋不足，冲任虚损，精血不足所致无子之候。

5.4 子　类　方

唯象论是中医药学的基本理论之一。就子药而言，药物之子，乃药物之种子，按形象、功能类比，能繁衍生命，可促种子形成，于是就有了子药——种子——生命的基本治疗思路。应该说，这也是仿生学的反映。简录数方如后。

五子衍宗丸(《丹溪心法》)

枸杞子菟丝子　覆盆子　车前子　五味子

功能：添精补髓，既利肾气。

主治：肾虚无子。

十子丸(《妙一斋医学正印种子编》)

槐角子　覆盆子　桑椹子　枸杞子　冬青子　菟丝子　柏子仁　没食子　蛇床子　五味子

功能：固肾生子。

主治：肾虚无子症。

七子散(《千金要方》)

牡荆子　五味子　菟丝子　车前子　荪蒻子　山药　石斛　熟地黄　杜仲　鹿茸　远志　附子　蛇床子　川芎　山茱萸　天雄　桂心　白茯苓　川牛膝　人参　黄芪　巴戟　肉苁蓉　钟乳粉

主治：丈夫风虚目暗，精气虚少，无子，补不足。

加味七子丸(《妙一斋医学正印种子编》)

菟丝子　川牛膝　麦门冬　山茱萸　原蚕蛾　五味子　蛇床子　车前子　炙甘草　沙苑蒺藜　覆盆子　补骨脂子　肉苁蓉

功能：补肾温阳，不寒不热，得中和之理。

主治：精寒两难成孕者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

五子丸(《世医得效方》)

益智仁　小茴香　蛇床子　韭菜子　菟丝子

主治：下焦虚冷，精寒无子症。

5.5 其 他 类

心肾种子丸(《妙一斋医学正印种子编》)

何首乌　怀生地　麦门冬　天门冬　熟地黄　怀山药　白茯苓　赤茯苓　人参　鹿角胶　白芍　锁阳　酸枣仁　五味子　牛膝　牡丹皮　龟甲　当归　泽泻　黄连　菟丝子　黄柏

功能：固本保元，培复元真，大补虚损。

补心滋肾丸(同上)

麦门冬　鳖甲　五味子　怀生地　山茱萸　牡丹皮　白茯苓　天门冬　杜仲　黄柏　砂仁　甘草　怀山药　柏子仁　车前子　菟丝子　枸杞子　远志　牛膝

功能：补心滋肾，和平简净，不拘老壮可服，有火者更宜。

补肾健脾益气种子煎方(《妙一斋医学正印种子编》)

白茯苓　甘枸杞子　怀生地　麦门冬　人参　陈皮　白术

功能：健脾益气，兼以补肾，养精神，化生气血。

男化育丹(陈士铎《辨证录》)

人参　山药　半夏　白术　芡实　熟地　茯苓　苡仁　白芥子　肉桂　诃黎勒　益智仁　肉豆蔻

功能：补肾健胃。

忘忧散(《辨证录》)

白术　茯苓　远志　柴胡　郁金　麦冬　丹皮　白芍　当归　巴戟天　陈皮　白芥子　神曲

功能：疏肝健脾，安神益肾。

(李　彪)

近现代参考文献

[1] 金之刚，陈文伯．男性不育与性功能障碍．北京：学苑出版社，1991
[2] 陈文伯．男科新论．北京：人口出版社，1996
[3] 陈文伯，李彪．男子性功能障碍．江苏：江苏科学技术出版社，1997
[4] 李乾构，等．五子育春丸治疗男性不育症480例临床总结．北京中医，1995，(5)：20～23
[5] 吴近曾，等．解脲脲原体感染与不孕不育关系的探讨——附2547例分组培养分析．男性学杂志，1991，5(1)：27
[6] 曹兴午，等．支原体与解脲脲原体．性学，1994，3(1)：4
[7] 曹兴午．威胁育龄男女的性传播疾病——衣原体感染．性学，1994，3(2)：34
[8] 金之刚．实用中国男性学．北京：学苑出版社，1993，
[9] 贝润浦．男性自身精子免疫性不育的中医治疗．中医杂志，1990，31(7)：20

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[10] 曹一平．四君五子生精丸治疗男性不育症 36 例．陕西中医，1996，17 (10)：443
[11] 姜羡华．治疗男性不育症中草药的荧光光谱分析．国外医学·中医中药分册，1996，8 (5)：34
[12] 王彦丽，等．八味地黄丸合补中益气丸治疗男性不育 25 例．中成药，1996，18 (4)：26～27
[13] 刘秀德，等．生精种子汤的临床应用与实验研究．吉林中医药，1995，(4)：6～8
[14] 傅志泉，等．壮阳灵对男性不育与阳痿的临床和实验研究．中国中医药科技，1995，2 (3)：17～20
[15] 杨晓峰，等．复方五子地黄口服液治疗男性不育症的临床和实验研究．中国中西医结合杂志，1995 (4)：209～212
[16] 刘善庭，等．补中益气汤治疗男性不育症机理．中医研究，1995，8 (1)：49～52
[17] 岳广平，等．补肾生精丸治疗男性不育症 87 例临床观察及其疗效评价．中国中西医结合杂志，1996，(8)：463～466
[18] 倪瑾，等．解脲支原体与男性不育中医辨证关系的研究．中国中医基础医学杂志，1996，2 (5)：33～34
[19] 方肇勤，等．中药二仙汤及其拆方对老年大鼠精子细胞和精子的亚微结构和 SDH 的作用．生殖与避孕，1993，(1)：62

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

✲ 阳　痿 ✲

【今日临床】

1 诊断标准

1.1 中医诊断标准

关于阳痿病的中医诊断标准，具有权威性和带有一定强制性性质的标准目前有两个，即卫生部 1993 年制定发布的《中药新药临床研究指导原则》(以下简称中药新药标准)和国家中医药管理局 1994 年制定发布的中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(以下简称行业标准)中的阳痿标准，前者主要用于中医科研成果的评定，后者主要用于中医临床医疗质量的评定。现引录如下。

1.1.1　病名诊断标准

(1) 中药新药标准　青壮年男子性交时，由于阴茎不能有效地勃起，而致性交机会的 75%以上不能进行，即可诊断为阳痿。并将阳痿分为轻、中、重三度，即 3 个月性交机会中有 10%～25%能成功者为轻度，3 个月性交成功率＜10%者为中度，3 个月完全不能性交者为重度。

(2) 行业标准　阳痿指阴茎不能勃起，或勃而不坚，影响正常性生活的男子性功能减退症。诊断依据有如下三条：

① 青壮年男性，在性生活时阴茎不能勃起，或勃而不坚，不能进行正常性生活。

② 多有房事太过，或青少年期多犯手淫史。常伴有神倦乏力，腰酸膝软，畏寒肢冷，或小便不畅、滴沥不尽等症。

③ 排除性器官发育不全或药物引起的阳痿。

1.1.2　证类诊断标准

(1) 中药新药标准

命门火衰：阳痿，阴茎寒凉，腰膝畏寒，精冷滑泄。苔薄白，脉沉弱。

心脾两虚：阳痿，怔忡健忘，少食腹胀，倦怠乏力。舌淡，脉细弱。

阴虚火旺：阳器易兴却痿软无用，动念即泄，头晕健忘，耳鸣腰酸，五心烦热。舌红，少苔或苔薄黄，脉细数。

惊恐伤肾：阳痿，胆怯多疑，精神苦闷，心悸失眠。舌淡，苔薄，脉弦细。

肝气郁结：阳痿，精神苦闷或急躁易怒，两胁胀闷。舌红，苔薄，脉弦。

湿热下注：阳痿，头晕身重，下肢酸困，小便短赤，阴囊潮湿。舌苔黄或白腻，脉滑或滑数。

(2) 行业标准

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

命门火衰：阳痿不举，面色黄白，头晕目眩，精神萎靡，腰膝酸软，畏寒肢冷，耳鸣。舌淡，苔白，脉沉细。

心脾两虚：阳痿，精神不振，失眠健忘，胆怯多疑，心悸自汗，纳少，面色无华。舌淡，苔薄白，脉细弱。

湿热下注：阴茎痿软，勃而不坚，头晕身重，阴囊潮湿气臊，下肢酸重，尿黄，解时不畅，余沥不尽。舌红，苔黄腻，脉沉滑数。

1.2 西医诊断标准

目前，阳痿的西医诊断标准在国内也没有统一，而且多数标准内容庞杂不易掌握。中国人民解放军后勤部卫生部编制的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》中的阳痿诊断简明扼要，有一定参考价值，现采录如下。

1.2.1 精神心理性阳痿

(1) 病史特点

阴茎勃起可为间歇性或有较大的波动性。

有精神心理创伤史，如恐惧、焦急、抑郁，以及家庭工作环境等。

无影响阴茎勃起功能的全身性疾病。

无服用影响阴茎勃起药物史。

(2) 一般体检及生殖系统检查

一般体检及生殖系统检查正常；

内分泌检查均在正常范围；

夜间阴茎勃起测试及血管活动性药物试验正常；

神经系统血管系统检查无异常。

心理或行为方法治疗显效。

1.2.2 器质性阳痿

(1) 病史特点

阴茎持续性不能勃起或勃起不坚。

有神经系统、心血管系统、糖尿病等全身性疾病，或睾丸外伤史，性病炎症史。

(2) 一般体检及生殖系统检查

一般体检及生殖系统检查正常或异常；

内分泌检查正常或异常；

夜间阴茎勃起测试异常；

血管活性药物试验异常。

1.2.3 阳痿的程度分类

Ⅰ度 性欲要求基本正常；勃起反应比较迅速；性交持续时间≤2分钟；性交前勃起角度60°~89°；性快感基本满足；性交频度>1次/周；手淫勃起反应基本正常；夜间或清晨勃起时有；3个月性交成功率10%~25%。

Ⅱ度 性欲要求减弱；勃起反应减慢；性交持续时间>1分钟；性交前勃起角度30°~59°；性快感减退；性交频定≤1次/周；手淫勃起反应勉强；夜间或清晨勃起少有；3

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

个月性交成功率＜10%。

Ⅲ度：性欲要求消失或厌恶；无勃起反应；性交前勃起角度＜30°；无手淫勃起反应；无夜间或清晨勃起；3个月完全不能性交。

2 中心证候特征

阳痿表现为有性欲要求而房事不举，但睡梦中易举；也可表现为举思交合，但临房即痿；还可表现为举而不坚或坚而不久。阳痿常与遗精、早泄同时并见。

阳痿若以命门火衰为因者，常兼见头晕耳鸣，面色㿠白，畏寒肢冷，精神萎靡，腰膝酸软，精薄清冷，舌淡苔白，脉沉细等。阳痿若以心脾两虚为因者，常兼见精神不振，面色不华，夜不安寐，胃纳不佳，舌淡苔薄白，脉细弱。阳痿若以阴虚火旺为因者，常兼见早泄，五心烦热，头晕腰酸，足跟疼痛，或潮热盗汗，舌红少苔或剥苔，脉细带数等。阳痿若以湿热下注为因者，常兼见阴囊潮湿，臊臭，肢体困倦，溲黄赤，苔黄腻，脉濡软。阳痿若以肝气郁结为因者，常兼见情绪烦躁易怒，胸胁胀闷，舌红苔薄黄，脉弦。阳痿若以惊恐伤肾为因者，常兼见胆怯多疑，心悸易惊，寐不安宁，苔薄白，脉弦细等。阳痿若以气滞血瘀为因者，常兼见性欲淡漠，舌质紫暗或有瘀斑，脉沉涩等。

关于本病的中心证候，各家认识不一。作者认为阳痿病最常见的前10种证候按出现率高低排列是：肝肾阴虚、湿热下注、肝郁肾虚、肝郁脾虚、脾肾两虚、肝郁气滞、痰湿内盛、心肾不交、寒滞肝脉、肝郁胆怯。中药新药标准、行业标准和教材标准所列常见阳痿证候中的命门火衰、心脾两虚(受损)、阴虚火旺和惊恐伤肾未进入调查结果中的常见证候类型，而只有肝郁气滞和湿热下注两型与调查结果相同。而且调查结果显示，阳痿的临床证候类型以复合证候为主，单一证候较少。

3 病　因

阳痿病发生的原因复杂多样，从中医发病学观点看，一是机体生理功能发生紊乱，即内伤；二是外界某些致病因素侵袭人体，即外感及外伤。后者在本病发病中的作用并不突出，主要与寒邪、湿邪、跌仆或手术损伤等有关。内伤因素在本病发病中占有重要地位，主要包括：

3.1 情志内伤

3.1.1 郁怒伤肝，肝失疏泄，直接影响男子的性功能，导致阳痿的发生。

3.1.2 恐惧过度则伤肾。恐则气下，故肾伤易致阳痿。

3.2 劳逸失度

根据《内经》的观点，劳则气耗，久立伤骨，久行伤筋；用力举重，若入房过度，汗出浴水则伤肾。过劳则气少力衰，神疲精少，久则可致痿废；劳心过度则心神失养，肾气不固，而发生遗泄耗精诸症，久而发生阳痿。

3.3 手　淫

男性生殖器官成熟之后，就会有性的需求，这是正常现象。但若意志不坚，染上了手

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

淫的恶习，久之则易损伤宗筋，导致心肾不交，冲任受损而出现阳痿。

4 病 机

4.1 肾气不足，命门火衰

肾主藏精，主生殖。若因少年频犯手淫，恣情纵欲，或过早婚育以致肾精亏虚，精不化气，则命门火衰；或因素体禀赋不足，肾气虚弱，房事不节，后天失养，导致命门火衰阴茎弛纵不能勃起而发阳痿。

4.2 肾精亏损，阴虚火旺

素体阴虚，房劳伤精，或偏食壮阳助火之品，损阴液，精血亏竭，以致阴虚火旺，相火妄动，肾精不足，宗筋失养而发阳痿。

4.3 肝气郁结

肝主疏泄，性喜条达。若郁怒伤肝，所愿不遂，或思欲过度则肝气郁结，肝失条达，宗筋失养而弛纵，出现阳痿。

4.4 湿热下注

过食厚味烈酒，导致脾胃损伤，运化失常，酿湿生热，或外湿热，内阻中焦，郁蒸肝胆，均可导致宗筋弛纵不收，发生阳痿。

4.5 痰阻宗筋

脾失健运而生痰，以及“肥人多痰”，“痿生百病”，痿浊过盛，湿浊下注，聚于宗筋，经络受阻，失于宣泄，故痰浊亦是导致阳痿的因素之一。

4.6 瘀血内阻

多因外伤闪挫或阴部受伤，或气郁日久损伤血络，或久病不愈，致瘀血内停阻于宗筋，宗筋失养而发阳痿。

4.7 恐伤心肾

同房意外，遭遇不测，或居住环境影响，或未婚做爱，担心女方受孕，或初次性交，惧怕不能成功，皆致惊恐伤肾，恐则气下，肾不作强而致阳痿。

4.8 劳伤心脾

心主血，藏神，为君主之官，主宰人的精神意识思维活动。人之欲望根源在肾，而萌发于心。脾为后天之本，气血生化之源。若思虑过度，劳伤心脾，则可致心无欲念，气血亏虚，宗筋失养而阳痿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 抓住主诉

阴茎痿软不举，或举而不坚，或坚而不久，临房即痿，不能进行性交，或不能完成性交全过程。

5.2 确定病性

5.2.1 辨别阳痿性质

阳痿有精神性阳痿与器质性阳痿之分，现分述如下。

5.2.1.1 精神性阳痿

多有精神因素的影响，如性交干扰、焦虑、疲劳；有选择性或间歇性，可受配偶对象的不同而改变，或表现为同一配偶因环境改变而改变。

有夜间或晨起勃起。

对性刺激有反应能力。

血睾酮水平正常值或正常低值。

5.2.2.2 器质性阳痿

多有心、肝、肺、肾等重要器官疾病，或因睾丸、垂体、糖尿病等内分泌疾病的影响，或因脑脊髓病变，外伤及酗酒、药物中毒所致。

阳痿常逐渐发生，且呈持续性进行性加重，不受环境或配偶的改变而改变。

无晨间及夜间勃起现象。

性欲减退或性感消失。

血睾酮水平可能下降。

5.2.2 辨别有火无火

阳痿兼见而色黄白，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细者，是为无火；阳痿兼见烦躁易怒，小便黄赤、苔黄腻，脉濡致或弦数者，是为有火。其辨证的依据：以舌象、脉象为主要依据。

5.3 分析病位

阳痿病位在阴茎，宗筋弛纵不举，不能完成性交。在脏腑则主要关乎肝、肾、心、脾、胃诸脏腑。

5.4 辨别脏腑虚实

阳痿由于恣情纵欲、思虑过度、惊恐所伤者，多为脾肾亏虚、命门火衰之虚证；阳痿由于肝郁化火、气滞血瘀、湿热下注者，多属实证。

关于阳痿的病性，多致医家认为多属虚证、寒证，因而治法多用温补。但流行病学调查结果表明，现代人类阳痿的中医证候性质也有较大变化，即既有虚证、寒证，又有实证、热证，既有阳虚，又有阴虚。而且，从虚实来看，实证多（38.49%），虚证少

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(25.10%)，虚实挟杂居中(27.06%)；从阴阳来看，阴虚多(14.92%)，阳虚少(2.51%)，肾阳虚更少(0.56%)，这与清末医家韩善徵认为阳痿发病“因于阳虚者少，因于阴虚者多”的观点相同；从寒热看，寒证、热证无明显差别，分别为24.41%和20.51%。因而，临床时切忌拘泥于阳痿证多虚寒之说。

6 鉴 别

性欲降低：又称“性欲低下”，表现为性兴趣、性欲望、性要求明显减退，性行为次数减少，但阴茎的勃起无障碍，特别是睡眠或清晨勃起良好。阳痿者的性唤起与性要求无障碍，只是阴茎勃起不能。但两者同时存在者亦非少见。

早泄：又称“鸡精”，阴茎勃起正常，但未交媾或刚插入阴道即发生射精。部分阳痿病人阴茎亦能勃起，但临房时即痿软，无射精动作，足可与早泄区分。

7 临床治疗

7.1 分证论治

中医分证论治阳痿的原则是，虚者宜补，实者宜泻，有火者宜清，无火者宜温。命门火衰者，阳气既虚，真阴多损，且肾恶燥，因此温补忌纯用刚热燥涩之剂，宜选用血肉有情温润之品。湿热下注者，治用苦寒坚阴，淡渗祛湿，即所谓“肾欲坚，急食苦以坚之”的原则。

7.1.1 命门火衰

临床表现：常见于年老体虚之人，临床上较少见。阳事不举，精薄清冷，头晕耳鸣，面色黄白，精神萎靡，畏寒肢冷，腰膝酸软，夜尿频数，舌淡苔白，脉沉细无力。

病机分析：房事不节，恣情纵欲，肾精亏虚，肾气虚衰，以致命门火衰，则阳事不振，精薄清冷，腰为肾之府，肾主骨填精，下元虚弱，则腰膝酸软，头晕耳鸣；肾阳虚衰，温煦失职，故面色黄白，精神萎靡，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细无力均为阳气不足之体征。

治法：温补下元，益肾兴阳。

方药：右归丸、赞育丹加减。

熟地 山萸肉 枸杞 鹿角胶 菟丝子 杜仲 当归 肉桂 附子 仙灵脾 肉苁蓉 韭菜子 仙茅 巴戟天

加减：若阴茎完全不举者，加阳起石；若火不甚衰，只因气血薄弱者，加炙黄芪以补气血，或用左归丸加减治疗。

临证参考：前贤治阳痿多从补肾着手，肾阳亏虚，命门火衰者宜温补下元，喜用附子温补命门之火，作者认为，附子一类过于辛热，且有毒，不可久服。临证时一定要辨清阴阳的盛衰，在方中佐以少量滋阴之品效果更佳。

7.1.2 心脾两虚

临床表现：多见于脑力劳动者。阳事不举或举而不坚，面色萎黄，食欲不振，纳谷不化，心悸失眠，神疲乏力，舌淡苔薄白，脉细弱。

病机分析：心主血，藏神；脾生血，为气血生化之源。血虚则精亏，宗筋失养，阴茎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

弛纵无力，故阳痿。心血亏虚，血不荣面，则面色萎黄；心神失养，故心悸失眠，神疲乏力；脾失健运，则食欲不振，纳谷不化；气血俱虚，则舌淡苔白，脉细弱。

治法：补益心脾，佐壮肾阳。

方药：归脾汤加减。

黄芪　党参　白术　茯神　酸枣仁　龙眼肉　当归　远志　锁阳　肉苁蓉　紫河车　阳起石

临证参考：心为君主之官，情欲之萌动，阴茎之兴举，必先赖君火先动，若忧虑伤心，耗伤心血，或心神不宁，或心火亢盛，或痰热扰心等，则心难行君主之令，从而致阴茎软而不举。临床治疗时对有心火亢盛或痰火扰心者则当清心火以宁心或泻痰火以安神，不能一味补心脾，一定要辨证清楚。

7.1.3　阴虚火旺

临床表现：多见于青壮年患者。阴器易兴，临房即软，或动念却泄，伴头晕、耳鸣，腰膝酸软，足跟疼痿，五心烦热，或潮热盗汗，口渴喜饮，溲黄便干，舌红少苔，或苔剥、龟裂，脉细数。

病机分析：肾阴亏虚不能充形，而宗筋失养，阴虚火旺，相火妄动故阳物易兴但历时短暂，日举而不坚、形软而疲，虚火妄动，故动念即泄，肾阴不足，肾精不能上濡清窍，故头晕耳鸣，腰为肾之府，肾主筋骨，肾阳虚故腰膝酸软、足跟疼痛。五心烦热，潮热盗汗，口渴喜饮，溲黄便干，舌红苔少，脉细数，均为阴虚火旺之象征。

治法：滋阴降火，补肾填精。

方药：知柏地黄丸、地龙汤、滋阴起痿汤加减。

生地　熟地　鳖甲　丹皮　山萸肉　枸杞　茯苓　怀山药　地龙　菟丝子　牡蛎　仙灵脾　阳起石

临证参考：肾阴亏虚，内热不明显者，仅用左归丸，颇为合拍。阴虚火旺明显者，可用黄柏、知母以泻肾中相火，但二味味苦性寒，过用、久服易引起性欲减退，甚至勃起无力，反而加重病情，临床上一般不用，要用必适可而止。

7.1.4　湿热下注

临床表现：多见于嗜食醇甘厚味或伴有泌尿生殖系感染者。阴茎痿软，头晕身重，肢体困倦，阴囊潮湿臊臭或痒痛，小便黄赤，苔黄腻，脉濡软。

病机分析：湿热下注，宗筋被遏，故阳痿阴部潮湿或痒痛，湿热累及膀胱，则小便黄赤，湿热阻滞肌肉筋脉，故肢体困倦，湿蒙清窍而头晕身重。苔黄腻，脉弦滑，均为湿热内阻，肝胆湿热蕴遏所致。

治法：情热利湿，益肾兴阳。

方药：龙胆泻肝汤，或柴胡胜湿汤加减。

龙胆草　黄芩　山栀　柴胡　木通　车前子　泽泻　萆薢　当归　生地　淫羊藿　甘草

临证参考：临床根据湿热偏盛脏腑不同，灵活用药。若湿重于热者，可选用三仁汤加减；若偏脾胃湿热者，药用柴胡、苏梗、藿香、独活、草蔻、车前子、栀子、黄芩、醋大黄；若偏肾经湿热者，方选萆薢分清饮、知柏地黄丸合四妙散；外感湿热者，方选羌活胜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿汤合四妙散加减。

7.1.5 肝气郁结

临床表现：多见于情志不遂或心理类型不稳定者。阳痿不举，情绪抑郁，或烦躁易怒，胸脘不适，胁肋胀闷，善喜太息，舌红苔薄黄，脉弦。

病机分析：此类证型多见于有忧悲烦恼、家庭不和等病因。肝主筋，阴器为宗筋之汇，情志不遂、忧思郁怒，肝失疏泄条达，则宗筋所聚无能。肝气郁结，则情绪抑郁，胸胁胀闷，烦躁易怒，善喜太息，舌红苔薄黄，脉弦。

治法：疏肝解郁，通络振痿。

方药：逍遥散、柴胡疏肝散或蜈蚣四逆散加减。

柴胡 白芍 当归 茯苓 白术 甘草 蜈蚣 菟丝子 补骨脂 仙灵脾 薄荷

临证参考：临床尚可加香附、川楝、枳壳以加强疏肝理气。若肝郁化火，口苦咽干目赤，舌红苔黄，可加丹皮、山栀以清泻肝热。本证之治，疏泄情志，流畅气机为第一要务，除了药物治疗外，心理疏导至关重要，有时仅用疏导即可治愈。但不少人却于此点疏漏，一味重药治，结果事倍功半，是以为训。关于“解郁”之法，可通过理气、化痰、燥湿、化瘀、泻火而达到解郁的目的。

7.1.6 惊恐伤肾

临床表现：多见于房事时曾经受过惊吓或胆怯怕事者。阳痿不振，举而不坚，胆怯多疑，心悸易惊，房事怵惕不宁，心情不畅，胸闷不舒，寐不安宁。舌淡，苔薄白，脉弦。

病机分析：环境因素遭逍不测，或因房事时突然惊恐，恐则伤肾，心肾气结，肾不作强，渐至阳痿不振，举而不坚，胆怯心悸，心情不畅，寐不安宁，抑郁伤肝，肝郁气滞则胸闷不适，苔薄白，脉弦细。

治法：宁神安志，益肾振阳。

方药：大补元煎、定志丸加减。

熟地 山萸肉 杜仲 枸杞子 党参 当归 茯苓 菖蒲 远志 枣仁 香附 巴戟天 蜈蚣

临证参考：本证还可酌加升麻、柴胡以升阳。此外，也可用启阳娱心丹加减治疗，药用生龙骨以安神宁胆，本型临床所见并不多见，治疗时应以调补心神为主，并注意心理疏导，只要疏导得法，可以不药而愈。

7.1.7 气滞血瘀

临床表现：多见于久治不愈或伴有心脑血管等系统疾病或有外伤病史的器质性阳痿患者。阳痿不举，或坚而不久，性欲痰漠，少腹胀痿，牵引睾丸。舌质紫黯或见瘀斑，苔腻，脉沉涩或弦涩。

病机分析：此类证多因跌打金创，损伤血络，或病已日久，久病入血入络，引起血脉瘀滞，而致阳痿不起。血阻脉络，宗筋不畅，故少腹作痛牵引睾丸。舌质紫黯或见瘀斑，脉沉涩或弦涩为气滞血瘀之象。

治法：理气活血，通络振痿。

方药：活血散瘀、桃红四物汤加减。

当归尾 赤芍 川芎 桃仁 红花 丹参 苏木 丹皮 青陈皮 蜈蚣 仙灵脾

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：血瘀阳痿之治疗，可根据不同病情选方用药。若胸中气滞血瘀者，选用血府逐瘀汤加味；寒凝血瘀者，选用少腹逐瘀汤、理气活血汤(柴胡、玫瑰、郁金、丹参、当归、路路通、吴萸、炮姜、小茴香、甘草)；肝郁血瘀者，选用逍遥散加丹参、牛膝、蜈蚣；肾虚血瘀者，选用六味地黄丸加丹参、蜈蚣、穿山甲。若血瘀不甚者，慎用行气破血之品；血瘀严重者，可加水蛭、虻虫之类破血逐瘀。

7.2 辨病专方治疗

鉴于肝郁肾虚血瘀是阳痿的基本病理变化，临床辨病治疗阳痿时可采用疏肝活血补肾方法治疗。该法既能疏肝解郁使气机条达，血行通畅，又能扶助肾气以振阳势，同时改善血液瘀滞状态，使血液畅行宗筋，阳气透达阴茎，从而阴茎得血之充、得阳之动而坚举。以下介绍部分有一定疗效的阳痿专方。

7.2.1 亢痿灵

组成：蜈蚣 18g　当归 60g　白芍 60g　甘草 60g

功效：调肝养血，疏经通络。

适应证：阳痿。

用法：共研细末，过 90～120 目筛，等量分成 40 包，每次 1/2～1 包。早晚各服 1 次，空腹用白酒或黄酒送服。15 天为 1 疗程。服药期间忌食生冷和气恼。

注意事项：本方蜈蚣不得去头足或烘烤，以免减效。

方中蜈蚣疏泄肝郁、行血通络为主药，白芍、当归养血活血、补肝柔肝、荣养宗筋，甘草健脾益气。四药合用，共奏疏通肝经郁闭、调补脾虚血少之功。

7.2.2 龙胆地龙起痿汤

组成：龙胆草 10g　制大黄 15g　蜈蚣 5 条　地龙 20 条　当归 15g　生地黄 12g　柴胡 9g　车前子 18g　木通 10g　泽泻 12g　蛇床子 12g　茯苓 30g

功效：清化湿热，疏畅宗筋。

适应证：湿热阳痿。

用法：水煎服，每日 1 剂，20 天为 1 疗程。

方中龙胆草、制大黄清泻湿热实火；车前子、木通、泽泻、蛇床子清利下焦湿热；柴胡疏肝解郁；当归、生地滋阴养血活血，与诸清热利湿药相伍，情中寓补，使祛湿药不致苦燥伤阴；重用茯苓淡渗健脾，以内渗水湿、外畅宗筋。诸药共奏情湿热、通宗筋、起阳痿之功。

辨证加减：本方适用于肝经湿热偏盛之阳痿。兼肝郁者，情志不舒，郁郁不乐，胁部胀闷，加合欢皮，并加重柴胡用量以增疏肝解郁之效。脾虚者，纳差口淡，身倦乏力，加党参、苍术以健脾益气。遗精者，加莲须以固精止遗。心神不宁加远志以宁心安神。

7.2.3 振痿举阳汤

组成：熟地 30g　山萸肉 12g　远志 3g　巴戟天 3g　肉苁蓉 15g　杜仲 3g　肉桂 6g　茯神 6g　人参 9g　黄芪 10g　枸杞 9g　炒白术 12g　仙灵脾 20g　蛇床子 15g　胎盘粉 20g(吞服)

功效：温补肾阳，健脾宁心。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

适应证：阳痿。

用法：水煎服。每日 1 剂，分早晚两次服。

方中胎盘补气养血，滋肾益精；人参、黄芪补气；仙灵脾、巴戟天温补肾阳；山萸肉、枸杞补肝肾益精气；茯神宁心安神，配远志、人参、白术能补心肾，从而心肾相交、振痿举阳。

辨证加减：寒甚者，加吴萸、干姜、附子；肝郁气滞者，加柴胡、川楝、蜈蚣、蜂房以通络振痿。

7.2.4 补肾起痿汤

组成：熟地 25g 何首乌 15g 山萸肉 15g 菟丝子 20g 枸杞 15g 肉苁蓉 20g 鹿角胶 30g 龟甲胶 25g 柴胡 9g 赤白芍各 9g 黄柏 9g 仙灵脾 30g

功效：补肾填精，疏肝达阳。

适应证：阳痿。

方中熟地、何首乌补精益髓，山萸肉、枸杞子补益肝肾，肉苁蓉、仙灵脾补肾助阳，菟丝子补阳益阴，黄柏坚阴，鹿角胶补肝肾益精血而助阳，龟甲滋阴益肾。鹿善通督脉，龟善通任脉，两药配伍，善补阴阳。柴胡配赤芍、白芍疏肝和血。诸药相配，共奏补肾填精、疏肝达阳之效。

7.2.5 亢痿汤

组成：熟地 15g 枸杞 20g 山药 15g 仙灵脾 20g 肉苁蓉 10g 阳起石 15g（布包煎）升麻 1g 黄狗肾粉 5g（睡前另服）

功效：滋阴补肾，添精益髓。

适应证：阳痿，尤适用于肾阴虚精血亏损所致者。

方中熟地、枸杞、山药、黄狗肾填补亏损之真阴；配伍阳起石、肉苁蓉、仙灵脾，意在阳中求阴，使生化源泉不竭；以血肉有情之黄狗肾可开发少阴阳气以助药力。全方大补真元，对肾精亏虚者尤宜。

7.2.6 壮肾亢痿散

组成：熟地 60g 阳起石 60g 巴戟天 60g 仙灵脾 60g 肉苁蓉 60g 覆盆子 60g 生黄芪 80g 当归 80g 芍药 80g 麦冬 80g 枸杞 80g 柏子仁 80g 石菖蒲 80g 鹿衔草 80g 鸡内金 80g 海龙 3 条 韭菜子 30g 九香虫 30g 蜈蚣 30g 甘草 30g

功效：滋肾填精，强阳亢痿。

适应证：阳痿。

用法：先将仙灵脾（羊脂炙）、鹿衔草（温水洗净）、阳起石（煅透白酒淬碎）、海龙（白酒浸 1～2 小时，炭火烤黄）合其他药晒干或烘干，研细，过 80～120 目筛，储瓶备用；或炼蜜为丸，如梧桐子大，储瓶备用。每次 3～6g，每日 3 次，温开水冲服。

方中熟地滋肾填精，配白芍养血缓急；麦冬润燥，枸杞子养肝肾、生精血；海龙滋阴散瘀，以加强滋肾填精之功，佐众壮阳药温肾壮阳以亢痿；再入黄芪、当归益气行血；石菖蒲、柏子仁养心安神壮阳道；蜈蚣、九香虫通络走窜以兴阳之道；韭子配鸡内金温肾固精治早泄；鹿衔草祛风湿，强筋骨；甘草解毒以调和诸药。共奏滋肾填精、强阳亢痿之功，而无助阳伤阴之弊。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.7 蜻蛾展势丹

组成：大蜻蜓(青大者良，红者次之，余更次，去翅足，微火米炒)20对　原蚕蛾(去翅足，微火米炒)15对　大蜈蚣(不去头足，酒润后微火焙干)5条　露蜂房(剪碎，酒润后略炒至微黄)4g　生枣仁20g　酒当归20g　制首乌20g　丁香10g　木香10g　桂心10g　胡椒5g

功效：温肾振阳，填精起痿。

适应证：阳痿。

用法：共研细末，炼蜜为丸如梧桐子大，每次服15丸；或制为散剂，每次10g。每日2~3次，空腹用少量黄酒送服。

本方为名医祖传经验方，组方独特。但不难看出，本方有两大特点：一是选用虫类药物，取其血肉有情之品，着重起动势的妙用；二是选用温香走窜之品，与前者异曲同工，使全方动而不静，振阳起痿，立竿见影，临床所用，无不应手取效。

7.2.8 地龙汤

组成：干地龙10g　怀山药10g　山萸肉10g　菟丝子10g　天门冬10g　枸杞子10g　龟甲胶(烊服)10g　熟地12g　生牡蛎12g　丹皮6g

功效：滋阴补肾，活血通络。

适应证：肾阴虚型阳痿。

用法：每日1剂，水煎分2次服。

方中干地龙、丹皮活血凉血，以清血分之热；生牡蛎潜阳通窍；怀山药、山萸肉、天门冬、枸杞子、龟甲胶、熟地等大量滋阴之品，以滋肾源；少佐菟丝子为阳中求阴之意。因此本方适用于肾阴不足所致的阳痿。

7.3 单方验方治疗

① 举阳汤：麻雀3只，附片10g，鹿茸5g，韭菜子10g。蒸服。

② 地肤子、阳起石，等分研末。每次3~5g，开水送服。治命门火衰阳痿。

③ 兴阳散：硫黄、蛇床子、仙茅各等份。各研极细末，调匀。每次10g，每日2次，开水送服。

④ 三子散：蛇床子、菟丝子各30g，五味子15g。共研细末备用。每次服6g，黄酒送服，每日2次。

⑤ 阳春药：淫羊藿、熟地黄、阳起石、广狗肾胶各100g，菟丝子、制首乌各200g，黄芪、羊鞭胶、肉苁蓉各50g，水貉胶20g，鹿茸10g。共研粉混匀，制成颗粒，装入胶囊，每粒含药0.22g。每次2~3粒，每日3次。1个月为1疗程。

⑥ 蛤蚧尾10g，鹿茸粉5g。共研细末空腹服。

⑦ 巴戟天、仙灵脾各20g，肉桂、附片10g。水煎服，每日1剂，日分2次服。

⑧ 蜈蚣1条，当归30g，白芍30g，甘草10g。水煎服，或研末开水送服。适用于肝气郁结型阳痿。

⑨ 巴戟天、仙灵脾、肉苁蓉、山药、党参各6g。水煎服，每日1剂。适用肾气亏虚者阳痿。

⑩ 原蚕蛾25g。文火焙干，研末备用。每晚吞服3g。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4 临床用药经验与体会

7.4.1 温肾壮阳药

温肾壮阳药，又称温补肾阳药，是治疗肾阳亏虚所致阳痿的方法。临床方选右归丸、肾气丸、人参鹿茸丸等加减。常用药有巴戟天、肉苁蓉、仙灵脾、仙茅、蛇床子、韭菜子、菟丝子、补骨脂、杜仲、鹿角胶、肉桂、附子等。其中巴戟天、仙灵脾、仙茅、补骨脂、韭菜子、蛇床子入肝肾、补肾壮阳；菟丝子温补肾阳而固精；杜仲补肝肾强筋骨；鹿角胶、鹿茸补肾生精；肉桂、附子温补肾阳(命门之火)，而益火之源。肾为水火之脏，阴阳之宅，补肾阳亦须补肾水，阳得阴助而生化无穷，故临床应用常在一派温补肾阳药中，配合熟地黄、山药、山萸肉、枸杞子等补肾阴之品，取壮水之意，“善补阳者，阴中求阳”。肉桂、附子虽为温补下元之要药，但用量不可过大，以免“壮火食气”。补肾必须强精，肾精亏虚，则肾气不足，而命门火衰，故用时常加血肉有情之品如鹿茸、鹿角胶以补肾生精而助阳。肾为先天之本，脾为后天之本，脾肾之阳互资互生，共同温煦机体，故临床在补肾阳药中亦常加党参、黄芪、怀山药之类，以健脾益肾，得后天之气而补先天之阳。

7.4.2 补益肝肾药

肾为水火之脏，主生殖，作强之官。肝肾之源，同为藏血藏精之脏，两者互相关联。补益肝肾是治疗肾虚阳痿的大法之一。方用六味地黄丸、杞菊地黄丸、左归饮等。常用药有：熟地、山萸肉、怀山药、枸杞、杜仲、菟丝子、紫河车、何首乌。其中熟地黄滋阴补血，生精填髓，壮水之主，为主药。山萸肉固精敛气，收敛虚火，使肝不妄行疏泄，肾精得以固藏；山药补脾固精，以后天养先天，乙癸同源，养肝阴亦即补肾阴，二药共助熟地滋补肾阴。又得枸杞、菟丝子、何首乌、紫河车，滋补肝肾，益精壮筋。临床若见肾精不足，肾阴亏虚，阴不制阳，肝阳亢盛者，配合养阴潜阳之品，如天冬、女贞子、龟甲、鳖甲、牡蛎等。若阴血偏虚者，常加当归、白芍等，以滋阴补血。

7.4.3 补益心脾药

心主血藏神，脾主运化，为气血生化之源。脾气亏虚，则生血不足，统摄无权，致心血亏少。思虑劳神太过，暗耗心血，脾失健运、生化之职，而致心脾两虚阳痿证。中医治疗以补益心脾、健脾益肾为主。方选归脾汤、人参地黄丸等。常用药有：党参、黄芪、白术、甘草、龙眼肉、当归、熟地、茯神、远志、肉苁蓉、紫河车、木香、陈皮等。其中党参、黄芪、白术、甘草之甘温，为健脾益气之要药，脾气健运，肾精的来源得到开拓，正如孙思邈所曰：“补肾不如补脾，以饮食之精，自能下注于肾”。以茯神、远志、枣仁、龙眼肉之甘温酸苦，补心而助脾(心为脾之母)，心阴复则生血荣脾；以当归养心而荣心；熟地补血益肾；木香、陈皮，既入脾又入肝，行气而舒脾，又可防止补药之滞；以枣仁调肝而助心(肝为心之母)，心血足，脾气壮，子母俱健，劳伤心脾之疾自除。临床见气机怫郁致病者，可加柴胡、丹皮、山栀而疏肝；阳痿不起可配合肉苁蓉、紫河车养气血，益精强壮。

7.4.4 疏肝解郁药

疏肝解郁，调节情志，使肝气得舒，阳气而发，是治疗阳痿的方法之一。方如逍遥散、柴胡疏肝散、蜈蚣四逆散之类。常用药有：柴胡、当归、白术、白芍、茯苓、炙甘

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

草、薄荷、枳壳、乌药、香附、青陈皮、蜈蚣等。其中以当归配白芍养血柔肝；柴胡配薄荷升阳散郁，合白芍以疏肝；茯苓、白术、甘草和中益脾，助土得以升木。但疏肝必须理气，所以配枳壳、香附、乌药、青陈皮以理气行气，以助舒肝解郁之力；取蜈蚣辛温走窜入肝经，以平肝息风、舒通宗筋。临床必须根据兼症，灵活应用。如肝郁化火，须加丹皮、山栀以清肝泻火；若挟湿郁，必须加藿香、佩兰而芳香化浊；若兼食郁，则加莱菔、山楂而消食导滞；若气郁挟痰浊，则加陈皮、白芥子以理气化痰，痰化则郁开；若兼血瘀则加当归、川芎、丹参等，活血化瘀。总之，须根据临床辨证，灵活用药，每收满意之效果。但应注意，疏肝不可伐肝，理气不可补气。

7.4.5 清热利湿药

清利湿热是治疗湿热下注所致阳痿之法。方选龙胆泻肝汤、柴胡胜湿汤加减。常用药物有：龙胆草、柴胡、泽泻、木通、车前子、黄芩、黄连、黄柏、萆薢、苡仁等。其中以龙胆草泻厥阴肝经之热，柴胡平少阳胆经之热，二者共泻肝胆之热为主药。黄芩清中、上二焦之热，黄连泻三焦之热，黄柏泻下焦之湿热；与胆草配伍，增强其泻热之力。萆薢、苡仁、泽泻、木通、车前子，淡渗利湿，以泻下焦之湿热，且泽泻、车前子利而不伤阴。诸药配伍使热清湿除。临床若见脾胃湿热甚者，可加苍术、藿香、白豆蔻而温化脾湿；若偏肾经湿热甚者，可加黄柏、牛膝、土茯苓而清肾经湿热；若挟外感湿热者，加杏仁、藿香、佩兰、羌活等，以芳香化湿而解表。但湿性粘腻，用时不可太过苦寒，以防损伤脾胃，宜酌加芳香化浊、理气之品，如藿香、佩兰、陈皮、砂仁等，气行则湿行。若湿热下注，尤其于下焦肾经者，可加川牛膝以宣导下行，使湿有去路。临床尚应分辨湿重于热或热重于湿而偏重用药，热重于湿则重用龙胆草、黄芩等清热泻肝之品；湿重于热则重用草薢、苡仁等利湿之药。

7.4.6 宁心安神药

心主血藏神，主宰人体精神思维活动。阴血不足，心失濡养，血不养神，脉道失充。所以养心安神是治疗惊恐伤肾而致阳痿的方法。方选大补元煎、宣志汤、菟丝煎等加减。常用药有：酸枣仁、柏子仁、夜交藤、合欢皮、菖蒲、远志、龙齿、当归、巴戟天、肉苁蓉、蜈蚣。其中酸枣仁、柏子仁入心脾，养心安神而定志；夜交藤入心肝，养心安神；合欢皮养心神，兼能活血、解郁；菖蒲、远志入心肾，安神益智、交通心肾而开窍；当归补血活血；龙齿重镇安神；肉苁蓉入肝肾而补肾益精；巴戟天温补肾阳而强筋骨，是治疗阳痿之要药。在临床中，养心安神而佐补肾益精，配合蜈蚣辛能走窜、镇痉、化瘀而通络。诸药配合，能宁心而安神，开窍而定志，活血而通络，则病自解。

7.4.7 活血化瘀药

凡受外伤或久病伤络，血行受阻，瘀积于经络或脏腑，致气血不通、血瘀经脉，产生一系列气滞血瘀的症候，治宜活血化瘀法。方选血府通瘀汤、活血散瘀汤、桃仁四物汤之类。常用药有：桃仁、红花、当归、川芎、丹皮、赤芍、牛膝、玄胡、苏木、丹参、䗪虫、蜈蚣等。其中桃仁、红花、川芎、赤芍、牛膝活血化瘀为主药，治血分的瘀滞。蜈蚣辛温，走窜之力最强，内而脏腑，外而经络，凡气血凝聚之处皆能通之，且助活血之力。但血的运行，除赖心气推动之外，亦赖肺气的宣气、肝气的疏泄。血随气行，亦随气滞，在活血祛瘀之中，常配桔梗宣开肺气，枳壳、柴胡调气疏肝，而治气分的郁治，俾郁疏瘀

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

去，气血和调而诸证可愈。然而活血之品，恐有耗血之虞，故常配当归、地黄补血滋阴，庶活血而无耗血之虑，理气而无伤阴之弊。配牛膝入肝肾，活血散瘀以导下。若瘀阻疼痛，配乳香、没药活血舒筋而止痛，玄胡活血化瘀兼理气止痛。若气滞血瘀素体热盛者，配丹参、丹皮苦寒，而理气活血、凉血。若血瘀明显者，则加苏木、蠡虫、水蛭、虻虫破血逐瘀；若气虚血瘀者，则重加黄芪以补气行气，配地龙活血通络，以增强活血化瘀之功。

7.5 外 治 法

① 用小茴香 5g、炮姜 5g，研细末，加食盐少许，用少许人乳调和(也可用蜂蜜或鸡血代替)，敷于肚脐，外用纱布、胶布贴紧，5～7 天弃去敷料。

② 用急性子 1g、蟾酥 3g、阿胶片 3g、麝香 0.5g、葱白适量。前 3 味共研末，加入麝香后研极细末，滴水成大丸药 1 粒；葱白捣融包裹药丸，外用湿纸再包一层，放在木炭火中再煨 3～5 分钟，取出换纸，再包再煨 7 次，去纸和葱将药制成水丸，如绿豆大小，备用。睡前取药丸 3 粒，白酒化开，涂神阙、曲骨、阴茎头，每晚 1 次，迅速见效。不可久用。

③ 露蜂房，适量，烧灰备用。于临卧时用水调糊涂敷阴茎上。未婚或虽婚但两地分居者勿用。

④ 蛇床子、韭菜子、淫洋藿、露蜂房各等量，煎水候温浸泡阴茎。每晚 1 次，每次 15～20 分钟。用于肾虚者。

⑤ 蛇床子、千里光、土茯苓、苦参、马鞭草各适量，煎水候温浸洗阴茎。每晚 1 次，每次 10～15 分钟。

7.6 针 灸 疗 法

7.6.1 常用组穴

常取任脉、督脉、足太阳和足三阴经穴。如肾俞、命门、次髎、气海、关元、曲骨、三阴交、中极、太溪、太冲、大陵、阳痿穴(位于肾俞穴上 2 寸半督脉向外旁开 1 寸处)。

方法：每次选其中 3～4 穴，针灸并施，每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

7.6.2 辨证配穴

命门火衰　主穴：关元、命门、肾俞。配穴：气海、三阴交、太溪。操作：针用补法。针关元时，针尖略偏向下，使针感向阴茎部放射。并用艾卷重灸命门、肾俞、关元。

心脾两虚、惊恐伤肾　主穴：心俞、内关、三阴交、关元、肾俞。配穴：中脘、足三里、印堂、大椎。操作：平补平泻。

肝气郁结　主穴：会阴、曲骨、内关、肝俞。配穴：期门、太冲、阳陵泉。操作：平补平泻。

湿热下注　主穴：蠡沟、关元、三阴交、阳陵泉。配穴：肾俞、肝俞、胆俞、太冲。操作：针用泻法。

7.7 推 拿 疗 法

7.7.1 腹部按摩

腹部按摩方法：沿着腹壁由剑突部向耻骨联合部推动，由浅到深，由轻到重，循序渐

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

进，每次 100 下。其次用左右手掌由两胁部向脐部推动 50 次。

7.7.2 阴囊精索部按摩

阴囊精索部按摩方法：医者用两手大拇指、食指、中指作揉搓样按摩精索 100 下，三指作揉搓泥球状按摩睾丸，由轻至重，循序渐进，每次 100 下。

7.7.3 尾闾按摩法

尾闾按摩法古人称为“摩按龟尾”。操作方法：姿态取坐位。a. 按法：双手指罗纹面在八髎穴、腰俞穴、长强穴操作，手法要求深重以局部酸胀感为准，每次 1 分钟。b. 摩法：双手掌同时或交替在尾闾(尾骶骨部位)操作，用摩法或按法，手法要深透，以深层微热为度，每次 3～5 分钟。此法患者可以自己操作，但要坚持以恒。

7.7.4 弹击睾丸法

用手指在睾丸上以弹击样冲击睾丸 3～5 次，用力不可过重。每日 1 次，6 个月为 1 疗程，50 岁以上可经常进行，时间愈长，效果愈好。

7.8 饮食疗法

① 黄雀 12 只(去毛和内脏)，加冬虫夏草 6g、生姜适量。共炖熟，食肉饮汤。

② 鳖或龟一只(去头、肠)，枸杞 30g，女贞子 15g，熟地 15g。共煮，弃药渣，食肉饮汤。

③ 鲤鱼 500g，仙灵脾 30～50g，生姜 50g。加水适量，煎煮至熟弃药渣，食鱼饮汤。

④ 川断 15g，杜仲 15g，猪尾 1～2 具(去毛洗净)。加水、姜、料酒、酱油、盐少许，武火煮沸文火煮烂，食肉饮汤，一次服完。每周 1 次，连用一个月。

⑤ 麻雀 2 只(去毛及内脏)，菟丝子、枸杞子各 25g。加水煮熟，弃药渣，食肉饮汤。或麻雀 1 只，冰糖 9g，炖熟，每天服 1 次。

⑥ 韭菜 100g，洗净切段；羊肝 120g，切片。共炒熟后食用。

⑦ 泥鳅 200g，虾 50g。将泥鳅放清水中，滴几滴植物油，每天换清水，让泥鳅吃油及清水后，排尽肠内粪物。把泥鳅和虾共煮汤，加调味品。随意服食。

⑧ 核桃仁 50g，先用香油炸成黄色，再加入洗净切段的非菜 150g，调食盐，炒熟佐餐，每日 1 次。可常食用。

7.9 西医治疗撮要

7.9.1 内分泌药物疗法

① 丙酸睾丸酮 25～50mg，肌注，每月 1～3 次。维持量每日 10～15mg，舌下含服。

② 甲基睾丸素 25～50mg，口服，每日 1 次。

③ 庚酸睾酮 250mg，肌注，每月 1～2 次。

④ 超能特灵(每毫升含丙酸睾丸酮 8mg，戊酸睾酮 32mg，十一酸睾酮 60mg)100mg，肌注，每月 1 次。

⑤ 溴隐停 2.5mg，口服，每日 2 次。适用于高催乳素血症性阳痿。

7.9.2 扩血管药物疗法

① 育亨宾碱 6mg，口服，每日 3 次，2 个月为 1 疗程；或 2% 育亨宾注射 0.5～1ml，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

皮下注射，每 2～3 日 1 次，20 次为 1 疗程。

② 士的宁 1mg，口服，每日 1～2 次，或性交前 3 小时和 1 小时各服 1mg；或士的宁注射液 2mg，于性交前半小时肌注，隔 1～2 天重复用药，但连续用药不宜超过 5 次。

7.9.3 性心理疗法

通过性功能障碍的心理治疗和性行为指导治疗精神心理性阳痿，首先应详细了解病史，对于可能造成阳痿的精神心理因素和社会家庭因素，如夫妻感情、居住条件等那些可能引起阳痿的客观因素给予消除。其次是性行为指导性治疗，通常采用性感集中训练，一般分为三个阶段进行，第一阶段为非生殖器官性感集中训练，性生活前不要多讲话或考虑性交是否成功，将注意力集中在肉体感上，触摸面部、手和身体其他部位，以提高身体的感受力；第二阶段为生殖器官性感集中训练，触摸生殖器性敏感区，男方手在上，女方手在下，手轻施压力即表示要女方轻轻触摸，压力加重表示触摸加力，通过进行触摸非语言性暗示，可进一步消除病人紧张、恐惧等感觉，唤起性反应；第三阶段为性交，一旦经过触摸而阴茎勃起，生殖器插入阴道，最好采用女上位姿势，开始可静止而后逐渐加大活动幅度，达到完成性交全过程，一般经过 1～2 次性交成功后，精神心理性阳痿可治愈。

7.9.4 非药物疗法

包括化学假体治疗，夫妻康乐器、FY—Ⅰ型男性外生殖器康复仪等治疗，适用于精神心理性阳痿和轻度器质性阳痿。

7.9.5 手术疗法

包括阴茎假体植入手术、血管外科手术等，具体方法详见有关专业书籍。

8 疗效判定标准

(1) 中药新药标准

近期治愈 治疗后 3 个月以内，阴茎勃起 > 90°，性交机会的 75% 以上能成功。

显效 治疗后勃起 > 90°，性交机会的 50% 以上能成功。

有效 治疗后勃起有改善，性交机会的 25% 以上能成功。

无效 用药前后各项指标均无改善。

(2) 行业标准

治愈 症状消失，性生活恢复正常。

好转 阴茎能举，能进行性生活，但时好时差。

9 预防与调摄

9.1 预 防

从人口统计学统计资料表明，与阴茎勃起障碍有关的因素有：①糖尿病、心脏病、高血压病治疗史；②血高密度脂蛋白低；③某些治疗糖尿病、心脏病的药物；④忧郁、冲动发怒、自卑等情绪；⑤饮酒；⑥在糖尿病、心脏病和高血压病患者中吸烟可促使阳痿发生率增高；⑦随年龄增加而发病率增高，其主要的相关因素是动脉粥样硬化、糖尿病、高血压以及吸烟。研究表明，即使是功能性阳痿，只要有 1 年以上病程，大都不同程度存在着

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血管功能不全。

从以上分析看出，虽然不是所有的阳痿都可以预防，但只要注意某些保健知识，对阳痿的预防仍有一定的积极意义。

① 由于孩提时的性滥用，婚前性行为，新婚时因性知识缺乏而引起失败或婚后害怕怀孕，患病或性爱好的分歧等导致性焦虑，夫妇关系紧张及性压抑等等，通过交感神经兴奋会影响阴茎勃起功能，从而导致阳痿。因此，加强性知识教育，包括青春期教育和婚前性教育，可以预防功能性阳痿的发生。

② 由于大多数阳痿病人都存在血管功能不全的状况，因此对勃起功能有减退趋向者，应采用低脂饮食，保持正常规律的运动，戒烟以及避免服用或停用可能引起阳痿的有关药物。这样不仅可以保持血管健康以降低血管性阳痿的危险性，而且可以增强良好的自我感觉和对性的自信心。

③ 会阴部损伤对勃起功能有影响，因此应该避免一切会造成会阴部损伤的活动与体位，如骑自行车和摩托车、骑马等应保持身体的着力部位在臀部。

④ 不论何种类型的阳痿，都要及时对夫妇双方进行心理咨询，同时采用相应的治疗，以防止当偶尔发生阳痿时抱怨自己以致发展成完全性阳痿及婚姻关系紧张。

⑤ 中医学认为预防阳痿的方法有：畅情志，戒郁怒忧愁；调饮食，勿嗜食醇甘厚味；慎起居，时适寒温；法自然，房事有度；等等。

9.2 调　　摄

① 树立战胜疾病的信心，积极治疗可能引起或导致阳痿的各种疾病，有助早期康复。

② 减轻对房事的焦虑心理，消除不必要的思想顾虑，保持精神开朗。

③ 注意劳逸结合，要适当进行体育锻炼，增强体质，提高机体抗病能力。

④ 一旦患病，夫妻要相互谅解、体贴，切勿指责或轻视，这些都有助于治疗与康复。

⑤ 要改变患阳痿后须禁欲的观点，患病后夫妻间应有正常的性接触。夫妻之间协调的非完全性交的性活动，往往有助于阴茎勃起功能的恢复。

⑥ 戒除烟酒，饮食清淡而富营养；切忌盲目服用温热壮阳补品。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称研究

建国后中医治疗阳痿的首篇文献即使用“阳痿”为名。[1] 1960 年有人明言阴痿和阳痿虽名不相同，但实属一病，其名之异是“因男子属阳故称阳痿，因阴茎不能勃起故又称阴痿”。[2] 60 年代初，徐湘亭和吕伟浦对阴痿与阳痿的命名问题从历史沿革、脏象学、发病学及治疗学等方面进行了较深入的讨论，[3~5] 均认为阴痿与阳痿是同一疾病的不同称谓，但不同的名称却影响着临床诊疗工作，前者倾向于用“阴痿”名，后者倡用“阳痿”名。此后的 30 余年中，病名使用趋于统一，均以“阳痿”名之。但到了 90 年代后，有学者认

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为“阳痿”一词易导致对本病阳痿即“阳虚”的误解而误导临床治疗，且《内经》根据解剖定位结合病理改变所作的“阴痿”命名具有科学性和先进性，符合疾病命名规范，因而主张使用阴痿病名以正本清源，图名正言顺。[6,7]不过，至今仍以“阳痿”名之为众人所接受。

1.2 病因病机研究

位居权威地位之某些中医内科专著对阳痿病因病机的认识基本代表了专著类的观点，如《实用中医内科学》和五版中医院校教材《中医内科学》均认为本病的病因病机是命门火衰、心脾受损、恐惧伤肾和湿热下注，[8,9]新版规划教材《中医内科学》在此基础上增加了肝郁不舒1种，但仍遵明代张景岳之论，认为“命门火衰较为多见”。[10]首部系统男科专著《中医男科学》归纳为肝气郁结、肝胆湿热、大卒惊恐和命门火衰。[11]《实用中医男科学》将病因归纳为色欲过度、劳伤心脾、情志所伤、脾胃不足、湿热伤筋、气滞血瘀和药物与疾病影响7种，其病机乃宗筋失养或受灼而致阳道不兴，功能失用。[12]

从期刊文献更能看出现代中医对阳痿病因病机认识的多样性。早在60年代初，吴成章便将阳痿原因归纳为纵欲伤肾、手淫伤筋、寒湿伤阳、抑郁伤肝、思虑伤心脾、命门火衰、大惊猝恐7个方面。[2]阳痿多阳虚是古代医家在总体上公认的观点，但熊鹏飞通过33年的实践总结，认为阳痿由肾虚所致者十仅见一，而气血不和、肝郁、血瘀等所致者为多数，[13]而方药中从患病就诊者的年龄构成和既往用药情况等多方面分析后认为阳痿病阴虚多于阳虚。[14]徐福松则明确指出，当今太平盛世，阳痿“阴虚者十有八九”。[15]杨普选等认为阳痿病因不外劳损、抑郁、血瘀、痰阻、惊恐和湿热5种；其病本在肾，与肝、脾、心关系密切；主要病机有三：精气虚而失养、诸邪伤而气脉不通、功能失调，三者互相影响，互为因果。[16]黄志雄认为，阳痿病因除了精神与社会因素之外，还与自然界的气候变化有关。研究还表明，痰湿、湿热、阳明胃病等也是阳痿的常见病因。[17]

在诸多文献中，专门探讨阳痿发病学者很少，但综观各家之说，现代中医对阳痿发病学的认识随着实践的深入而逐渐深化，突破了古代以阳痿病位在肾及病性多虚、多寒为主流的囿巢，认识到五脏功能失常均可导致阳痿的发生，有虚证也有实证，有寒证也有热证，有阳虚也有阴虚，情志乖违、瘀、痰、湿、热等已成为当今阳痿病的主要原因。

目前通用的大中专院校中医教材和其他一些中医专著在论及阳痿时，多数将其病因病机混在一起论述，归纳为命门火衰、心脾受损、惊恐伤肾、肝郁不舒、湿热下注、瘀血阻滞、寒滞肝脉、思虑忧郁、脾胃虚弱及先天不足等，少则三五种，多则十数种，使学者难以把握。而且，众多学者在其专著中都采纳了明代医家张介宾的观点，即强调房劳伤是阳痿发病的主要原因，肾阳亏虚是阳痿的主要病机，认为阳痿一病的性质是虚多实少、寒多热少。但这种理论在当今男科临床中面临着严峻的挑战，通过大量的临床实践及流行病学调查研究，这种理论并不尽符合当今阳痿的发病学规律。为此，作者结合古代医籍及今日临床经验对阳痿病因病机认识的主要观点作以下介绍。

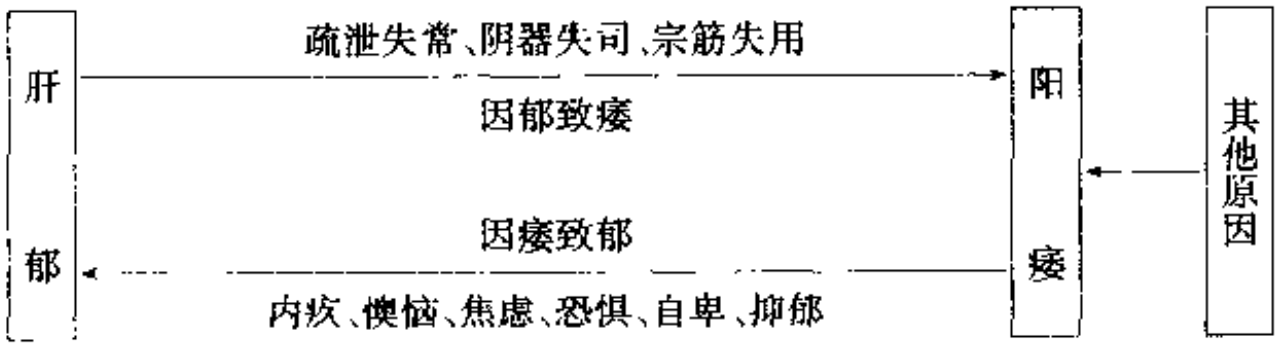
1.2.1 发病学规律

当代社会条件下的阳痿，在中医发病学规律上，房劳伤已不是其主因，而情志之变为其主要发病学基础，不良生活习惯不可忽视，实多虚少是普遍规律，发病脏腑以肝肾为中心而涉及他脏。这已被流行病学研究结果所证实。在现代社会条件下，由于生活水平的提

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

高，医学的进步，人们丰衣足食，身体素质增强，体虚或任其体虚者甚少；因婚姻制度的变革，医药卫生知识的普及，传统“贵精”思想的影响，房室损伤之人甚少；时代发展迅速，生活节奏快，为了追求更高层次的生活质量，民众竞争意识强烈，时代紧迫感强，社会压力和工作压力大，形志过劳，以致精神紧张，情志变化过激，终使因情志之变致病者增多；夫权思想被“束缚”，男女平等，女性要求获得更多应有的权力等，多致夫妻不和，或偶尔的性生活失败，都会给男方以心理压力，情志抑郁而致病；环境污染，食品污染，饮食结构改变，以及嗜食辛辣炙煿和肥甘厚味，大量吸烟酗酒等，往往内聚痰浊或变生湿热瘀毒。以上便是当今阳痿发病学规律发生改变的背景和基础，即阳痿病机向实证方面转化的原因，而其所产生的痰、热、瘀、浊、湿、郁等则是导致实证增多的病理基础。

在发病原因上，虽有脏腑的阴阳亏虚，但更多的是郁、痰、瘀、湿、湿热致病，尤以因郁而病阳痿更具普遍性。阳痿患者不仅因情志变化而致者有肝郁的病机变化即“因郁致痿”，而且非情志因素所致者患病后亦多出现情志抑郁不舒而发生肝郁即“因痿致郁”。不论“因郁致痿”还是“因痿致郁”，二者均相互影响，往往形成恶性循环，使病机变得更加复杂。然而无论阳痿的病机如何转变，都有肝郁存在的关键所在，其变化如下图所示。



1.2.2 基本病理变化

阳痿中医发病学的最基本的病理变化是肝郁肾虚血瘀。这可从三个方面来认识。

(1) 肝郁是阳痿的主要病机特点

从发病上看，不论是功能性阳痿还是器质性阳痿，患者都伴有不同程度的心理障碍，从而影响肝的条达疏泄而致郁。从肝与阴器的功能上看，肝通过经络与阴器连接，通过疏泄及调节血量参与阴茎的功能活动。阴茎以血为充养，若肝郁气滞，疏泄不及，气血失调，房事时不能将血液迅速灌注阴茎，影响阴茎的勃起，从而导致阳痿。

(2) 肾虚是阳痿的主要病机趋势

肾主阴器，为阴茎勃发坚举提供原动力，肾气终身处于亏损态势，加之“久病穷及必肾”，因而病在肾又以虚为主。肾虚是阳痿的主要病机趋势应主要从生理上来认识。男子性功能除受肝之疏泄、调节血量参与外，还受肾的调节与控制。男子以肾为先天，精气为其本，男子生长发育、性机能和生殖能力兴衰的过程，就是肾之精气盛衰的反映。然而，男性一生，肾气惟有亏耗而不会过胜，少儿时期肾气未盛而多肾气不足，或先天禀赋素弱或后天失养而致；青壮时期，肾之精气虽已充盛，但每因自持而恣情纵欲，不节房事，或习手淫，或形志过劳，而致精气亏乏；“五八”之后尤其是进入更年期及老年期后，肾之精气开始自然衰退，若加之调摄不法，则可加速肾气亏损。肾气一亏，启动功能不足，阴茎难以勃发，故而阳痿。

(3) 血瘀是阳痿的终极病机

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

从中医学理论角度分析，阴茎受血而振奋，阳兴用事，若血运障碍，则阴茎血少而难充，或真阳难达阴茎以致其势难举。而不论肝郁、肾虚，或其他原因都会导致血瘀。瘀血是一种病理产物，同时又是一种致病因素。从西医学来看，正常人阴茎的勃起，至少需要充分的动脉血输入、有效阻断静脉血的回流和健全的神经反射通路配合，而更重要的是血液灌注系统综合作用的结果又必须通过血流动力学的变化来完成。这个意义上说，任何原因影响阴茎动脉血流灌注或静脉充盈障碍，均可导致阳痿。国外医学家研究认为，阳痿的发生与阴茎的供血动脉被动脉粥样硬化斑阻塞而致动脉供血不足有关。国内学者研究发现，阳痿患者的血液粘稠度明显高于正常人，红细胞变形明显异常，而且甲皱微循环也不正常。作者的研究也发现这种现象。从中医角度对以上结果加以分析，血管因素也好，血液流变学因素也好，都属于“瘀”的范畴。但这种“瘀”在临床上表现出的舌黯、舌有瘀点等瘀象较少，因此从宏观表象上很难发现。可见，不论从中医角度还是从西医学角度看，阳痿的发生都与瘀血有关，血瘀是阳痿的重要发病环节。日本学者松下氏等亦认为泌尿器科疾患的共同的最基本的中医病理是瘀血阻滞。

以上三个基本病理互为因果，共同作用，影响阴茎的勃起，中青年时期以肝郁血瘀为主，肾虚次之；老年时期以肾虚血瘀为主，而肝郁次之。当然，这只是一般规律，也有中青年以血瘀肾虚为主而老年以血瘀肝郁为主者，又当谨守病机，知常达变。

虽然肺主治节朝百脉、心主神明、脾主化运等功能异常也可导致阳痿，但一是相对较少发生，二是既病阳痿，仍多伴有前述基本病理变化之存在。故云阳痿之中医基本病理变化乃肝郁肾虚血瘀。

1.2.3 主要发病机理

阳痿的发病机理主要有三方而。①宗筋失养以致宗筋弛纵，阴、阳、气、血、精等物质的亏损都可致宗筋失养。②经络遏阻以致宗筋弛纵，痰、湿、血瘀、精瘀、气机郁滞均可遏阻经络而致宗筋功能障碍。③阴茎勃起动力减退，七情所伤、纵欲、劳倦、寒湿困阳、心肾不交等均可致功能不能发动。三个方面可单独为病，但多为两种或三种机制同时为病。

2 临床研究

2.1 证治规律研究

2.1.1 分脏腑论治

古人论治阳痿单从一脏论治者，有从肾治，有从肝治，有从脾胃治等，但以独从肾论治者得以昌明，而独从肝论治者没有明确的观点，从脾胃论治者虽观点明确但没有更好的临床实践。而观今之中医，主张从一脏论治者得以发扬，不仅有主张从肾论治者，尚有倡从肝、脾胃、心、肺等脏论治者，本富和发展了中医从脏腑论治阳痿的内容，以下分别加以概述。

2.1.1.1 从肾论治

综观各地从肾论治阳痿的报道，现代中医已认识到从肾论治阳痿不能一概温补肾阳，而当别其阴阳盛衰而用药。

(1) 从肾阳论治 从肾阳论治阳痿即以温补肾阳法为主治疗肾阳虚之阳痿。肾阳虚所

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

致阳痿多表现为阴茎完全不能勃起、寂然不动、性欲减退。根据益肾壮阳为主的原则，临证时有选用古方者，亦有根据药物性能组方者。剂型有汤、丸、散、酒、口服液等多种。从肾阳论治者文献52篇计4716例。临床药证相对，收效良好，如刘家磊等以壮阳汤治疗342例，治愈283例，有效55例，无效4例，总有效率98.5%，[18]沈福道等以壮阳回春胶囊治疗76例，治愈33例，显效27例，有效11例，无效5例。[19]

（2）从肾阴论治　一些医家通过临床实践发现，肾虚阳痿并非皆阳虚所致，肾阴虚所致者也不少。从肾阴虚论治阳痿的文献共21篇，其中有12篇为小样本临床报道，共计413例。倡阳痿从肾阴虚论治者首推徐福松认为阳痿因阴虚者十有八九。[20]肾阴乃性活动之本，阴伤乃阳痿之源，[21]肾阴亏虚不能充形致宗筋失养是故阳痿，[22]因而阳痿治疗不能忽视肾阴不足。[23]肾阴虚阳痿的特点是阴茎能勃举，但历时短暂，且举而不坚、形软而疲，不能进行正常性交。临床选方如知柏地黄丸、黄连阿胶汤、三甲复脉汤、六味地黄汤、地黄饮子等减，或以滋阴潜阳为原则进行组方。[24]从肾阴论治阳痿运用得当能收较好疗效，如刘春甫用滋阴起痿汤治疗21例，治愈17例，显效2例，无效2例；[25]何金潮以六味地黄汤加味治疗18例，治愈12例，好转4例，无效2例。从文献中看出，从肾阴虚论治阳痿多用汤剂。[26]

（3）从肾阴阳论治　一些从肾论治阳痿者认为，肾虚阳痿既非单为阳虚，也非单为阴虚，而是阴阳两虚，仅阴、阳虚衰有轻重不同而已。因而认为从肾论治阳痿当阴阳双补，使阳得阴助而阳复，阴得阳使而作强。[27]从肾阴阳论治者有文献17篇，共1979例。治疗原则为滋阴壮阳，并根据阴阳虚衰情况调整用药。剂型多用汤剂，少用丸、散剂。倡从肾阴阳论治者，未见有从理论上进行深入探讨的文献，多为临床观察总结类，如邹汉茂用鹿寿鸳鸯汤治疗阳痿96例，近期治愈60例，显效30例，有效4例，无效2例，总有效率96.8%。[28]

2.1.1.2　从肝论治

在古代文献研究中发现，阳痿从好论治的思想发端于《内经》，实践于金明时代。至清代时主张从肝治者无，在分因论治者中虽有涉及肝而治看，但不占主导地位。总之，在整个古代尚未见有医家明确提出阳痿从肝论治的观点。在现代期刊中，1982～1984三年中各有1篇从肝治疗阳痿的个案报道，吴敬农在案后指出："阳痿一证，多从心肾论治，然肝郁所致亦偶有之，临证不可不辨。"[29]刘士杰在按语中说"肝郁阳痿治验是有先例的"，[30]刘一民的经验是："对久治不愈的阳痿患者，凡由暴受惊恐、情志抑郁、所愿不遂等精神因素引起者，常用逍遥散加味治疗。"但诸家所言仅为感性认识或经验之谈。[31]至1985年，王琦明确提出了"阳痿从肝治"的观点，使之从感性认识上升到理性认识，使几千年来隐含不明的思想得以昌明，极大地丰富了阳痿中医论治思路。王琦不仅从肝与宗筋、肝藏血、情志所伤与阳痿等生理病理方面阐述了阳痿从肝论治的理论基础，而且所治案例已不独为肝郁。[32]自此以后，每年都有阳痿从肝论治的文献见诸报刊，截止1997年底共计71篇（专指文题标明从肝论治者），有19篇为小样本报道，共779例。孟令军1989年从肝与阴器上的联系和情志伤肝两方而对阳痿从肝论治的机理进行了探讨。[33]王琦1991年又对"阳痿从肝论治"的观点作了补充阐释，认为肝伤所致阳痿有肝经自痿、邪客肝脉和他脏相病3种类型，并提出了阳痿从肝论治9法，从而使阳痿从肝论治的理论得以初步完善。[34]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

从肝论治阳痿的基础，是以肝与阴器功能上的联系和肝的生理功能为理论依据。一者，肝脉上循股阴，入毛中，结于阴器，阴器的功能活动受到肝气的调节；二者肝主筋，阴茎以筋为本，肝气充于筋，肝气充盛是阴茎勃起的动力，肝之功能正常，则阴茎伸缩自如，勃起刚劲；三者，肝寄相火，具有鼓动阴器、启闭精窍而主司精液走泻作用；四者，肝主藏血，具有调节血量之功能，肝血充盈是阴茎勃起的基础，肝血充足则宗筋振奋。即肝之功能直接影响到宗筋的功能，肝对阴器起着支配和调节的作用，情志刺激最易伤肝，肝对情志刺激能起调控作用并因此而受其损害。阳痿发生于青壮年者，多与情志有关，故肝之调节情志功能障碍及疏泄不利是肝经病变导致阳痿的主要环节，寒、湿、热、瘀及肝之阴血不足，致肝之功能异常也可导致阳痿。[32~38]有医者还指出阳痿之虚重在肝阳不足。[39]

肝经病变导致阳痿有3个特点：一是发病原因多与情绪变化有关；二是临床表现多伴有肝经症状，如头晕、目眩、口苦、胸闷、太息、胁肋疼痛、少腹痛引睾丸、阴汗等；三是脉象多弦。

肝病所致阳痿非独肝郁，而有寒热虚实之异，因此一些学者在从肝论治大原则前提下对其具体治法进行了总结和探讨，有将其归纳为4法[40]、5法[41]、9法[34]等。综合各家经验，从肝论治的治法有疏肝解郁(逍遥散、柴胡疏肝散、四逆散)、清泻肝经湿热(龙胆泻肝汤)、滋阴柔肝(一贯煎、养肝阴方)、温肝益气(桂枝加桂汤)、暖肝散寒(暖肝煎、天台乌药散)、疏肝化瘀(血府逐瘀汤)、养阴疏肝(四逆散合一贯煎)、平肝潜阳(天麻钩藤饮)、补肝养血(四物汤、补肝散)、疏肝荣筋(舒肝荣筋汤)、补肝通络(补肝通络方)、补气生血(当归补血汤合四物汤)、疏肝化痰(苍附导痰丸合柴胡疏肝散)、疏肝健脾(逍遥散合参苓白术散)、清肝泻火(当归龙荟丸)、滋肝泻火(知柏地黄丸)、养肝填精(归芍地黄丸、大补元煎)、益肝壮胆(启阳娱心丹)、柔肝养心(补肝汤合珍珠母丸)、补肾解郁(调肝汤)等。不论何法，均要辅以心理疏导。

从肝论治阳痿辨证分型尚无统一标准，多据发病机理并结合个人经验进行分型，如袁兴石分为肝气郁结(柴胡疏肝饮)、寒滞肝脉(麻黄附子细辛汤合暖肝煎)、肝经湿热(龙胆泻肝汤)、瘀闭肝经(苍附导痰丸)、精郁瘀滞(桂枝茯苓丸)、肝阳上亢(镇肝熄风汤)6型，其他证型尚有肝郁血虚(逍遥散合当归补血汤)、肝郁血瘀(逍遥散合活络效灵丹)、血滞肝经(复元活血汤)、阴虚火旺(知柏地黄汤)、肝阴不足(杞菊地黄丸)、肝络瘀阻(血府逐瘀汤)、血虚肝寒(当归四逆汤)、肝气(阳)虚(保元汤)、肝阳抑遏(四逆散)、情伤气乱(心理治疗)等。[42]

截止1997年底，文献中从肝论治阳痿的病例近千例，疗效较好，如钱菁从肝治阳痿100例，治愈71例，好转23例，无效6例；[43]于厚南用柴胡疏肝散加味治疗88例，痊愈46例，显效24例，有效8例，无效10例。[44]各地报道从肝论治阳痿所用剂型多为汤剂。

2.1.1.3 从脾胃论治

1981年，魏守宽首倡“治痿独取阳明”亦为治阳痿之大法，治以养胃生津、清阳明热、健脾益气，佐以肋阳，视具体病情而用之。[45]至1987年始有从脾胃论治的个案报告。1989年，石志超等明确提出“阳痿治从阳明”的观点，从生理病理及治法等方面进行了探讨。[46]同年稍后，周彦提出“治阳痿莫忘养胃”，认为阳痿之成，始于胃虚，而胃虚有阴虚阳虚之别，故治当养胃生津或温胃散寒。[47]此后，逐年均有阳痿治从阳明的文献见诸

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

期刊杂志，但所论均系在前述文献上的补充。至1997年王开林《阳明阳痿论》的面世，使阳痿治从阳明胃脾的理论趋于完整，不仅论及阳明本病致阳痿，还论及阳明病及他脏导致阳痿；其治有单治阳明，更有治阳明兼治他脏。[48] 到1997年底共有阳痿治从脾胃的文献28篇，其中小样本临床报道4篇计111例。

诸家论阳明与阳痿均遵《内经》"前阴者宗筋之所聚，太阴阳明之所合"（《素问·厥论》）和"阳明者，五脏六腑之海"（《素问·痿论》）及《临证指南医案》"阳明虚则宗筋纵"之古训并多所发挥，认为阳明、宗筋、阴器一脉相承，阳明病可致阳痿。其理论基础是，前阴为宗筋会聚之处，须得诸经尤其是阳明气血的温煦濡养，而后才能强劲有力，得行正常功能，即阳明盛则外势展。故阴茎虽以筋为本，但以气血为用。阴之用事，以血为本，而气血之盛衰则受阳明脾胃功能强弱之影响。脾胃功能强健，水谷化源充足，气血旺盛，如是则阴茎得以濡养而能行房事。脾胃功能障碍，则宗筋失养而弛纵，痿软不举。即阳痿的发生与否，在很大程度上取决于脾胃功能之强弱。胃气素虚，或饮食不节，或过进温补，或多食寒凉等，导致脾胃虚衰或邪留不去，阳明本病可致阳痿，阳明病及他脏亦可导致阳痿。

脾胃病导致阳痿的特点是：多见于脑力劳动者；发病原因多与饮食劳倦有关；多属虚证、寒证，间有虚实夹杂或实证、热证者。

综观文献，从脾胃论治阳痿者有三种思路：一是单一治法的应用，如补中益气（补中益气汤）、燥湿健脾（平胃散）、清胃润燥（人参白虎汤、白虎汤合增液汤）、升陷举痿（升陷汤）、养胃润燥（沙参麦冬汤、一贯煎）、健脾化痰（导痰汤）、温通胃阳（大半夏汤）、清脾化湿（三仁汤、甘露消毒丹、二妙散）、健脾益肾（赞育丹、加味虎潜丸）、健脾养心（七福饮、归脾汤）、健脾调肝（香砂六君汤）等法。二是从阴阳虚实两大方面的病因病机变化来论治，虚者有阳虚与阴虚之不同，阳虚者，温中散寒、培补阳明，方如理中汤、补中益气汤、人参归脾丸；阴虚者，养胃生津，方如益胃汤。实者多系痰湿阻遏宗筋脉络或湿热灼伤宗筋，痰浊阻络者，宣化痰浊，方如二陈汤、胃苓汤；脾胃湿热者，当理脾清利，方如三仁汤、四妙散。胃热气虚虚实挟杂者，清胃益气，方用竹皮大丸。三是分证论治，目前所分证型有热灼胃阴（麦冬汤）、湿热伤脾（柴胡胜湿汤、王氏连朴饮、四妙散）、脾胃气虚（加味异功散、补中益气汤）、脾胃阴虚（养胃滋阴方、益胃汤）、脾胃虚寒（黄芪建中汤、理中汤）、湿困脾胃（平胃散、参苓白术散）、胃络瘀阻（膈下逐瘀汤）、饮食伤胃（保和丸合枳术丸）、肝强胃弱（二陈汤合左金丸、香砂六君子汤）、心脾受损（归脾汤）、痰湿内盛（苍附导痰汤）、瘀热互结（大黄牡丹皮汤）等[49-51] 11种。

阳痿从脾胃论治的较大样本的临床报道虽然没有，但从仅有的文献中可见阳痿治从阳明确能收到满意疗散，如刘启民等用升陷举痿汤治疗25例，治愈19例，显效6例；[52] 李华同等用平胃散加味治疗56例，治愈46例，有效7例，无效3例。[53] 此外，吴超英用平胃散加味治愈需尼替丁所致阳痿2例和孙伯琴以补中益气汤合四神丸加味治愈复方新诺明所致阳痿1例值得一提，为运用中药治疗药物性阳痿首开先河。[54,55]

2.1.1.4 从心论治

倡从心论治阳痿的文献不多，截止1997年底共7篇，其中小样本病例报告2篇计199例。李树楮以安神定志为主治愈因同房受惊久服壮阳药不效之阳痿，应为从心论治最早的个案报道。[56] 1988年吴甫才用养心汤加减治愈因惊恐、鼻衄、思虑忧郁所致阳痿各1

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

例。[57]1989年蒋正文等认为阳痿之病因病理与心有关，因心火亢盛或痰火扰心以及心阴心血亏虚而损及肾阴，渐患阳痿者屡见不鲜，常以清心火、益阴血治疗取效。[58]史锁芳通过临床发现，大多数功能性阳痿具有心气不足、心神失宁之病机，从养心宁神、交通心肾着手治疗，每获满意疗效。认为若心(神)无所归，肾不蓄精，即遇交感亦软弱无力；阴器乃肝之筋，而肝受气于心，心气怫郁，则也可致阴筋弛缓。因而倡阳痿之治当重视养心宁神。[59]蒋正文又于1990年报道，以天王补心丹治疗阳痿37例，治愈30例，显著好转5例，明显改善2例。[60]范鲁从心论治阳痿163例，治愈134例，显效17例，无效12例。[61]

阳痿从心论治虽尚未形成完整理论，但刘绪银所论心与男性性功能似可以说对该问题有所认识。刘氏认为，男子以精为主，以茎为机，而心则司性欲、主宰精茎，阴茎得血养而强健，得动觉之气(神气，由心散布)而动，若心司性欲、主宰精茎之功能异常，便会引起性功能障碍，因而倡男性性功能障碍因心而致者，首当治心，分心气阳虚、心阴血虚、心神不足、心神不宁、心气郁结、心火亢盛施治，分别用桂枝人参汤(或养心汤)、天王补心丹、神交汤(或人参养荣汤)、甘麦大枣汤(或安神定志丸)、宣志汤(或启阳娱心丹)及黄连清心饮治疗。尚有心病久及他脏之13种证治。[62]

作者认为，心乃君主之官，藏神以主神明而司性欲，主血脉以养外肾。情欲之萌动，阴茎之兴举，必须心君先行。心君功能正常，令得以行，血得以畅，则阴茎兴举如常。如因忧郁伤心，耗伤心血，或心神不宁，或心火亢盛，或痰热扰心等，则会引起心血不畅，心难行君主之令，从而致阴茎软而不举。临床观察所见，心病所致阳痿一是多见于劳心过度者；二是多在心病基础上发生，或与心病同见；三是多伴有心经症状；四是其证多虚，间或可见实证。治以养心血、益心气、宁心神为主，方如养心汤、定志丸、宣志汤，但有心火亢盛或痰火扰心者，则当予清心火以宁心或泻痰火以安神，方如天王补心丹、温胆汤。[63,64]

2.1.1.5 从肺论治

肺为相辅之官，具有主气、主治节、朝会百脉、宣发气血精津以养全身之功能，与男性生理有密不可分的关系，主治节朝会百脉以养外肾和肺肾相生、精水互化的功能异常，可导致阳痿发生，故阳痿可从肺治。[64]但至今倡阳痿从肺论治的文献只有4篇，其中小样本临床报道1篇计30例。曹安来等医者对阳痿从肺论治的理论基础、治法等进行了探讨和总结，发前人所未发，为论治阳痿开辟了又一条通道。[65-67]

前阴为太阴阳明之所合，宗筋得气血充养而兴举。凡气血精津生成不足或输布运行障碍均可导致宗筋失养而发生阳痿。肺具有治理和调节全身气机、宣发气血精津等功能，与气血运输关系极为密切。故肺的功能失调，气血精津不得敷布，使宗筋失涵，或失调后产生的病理产物如痰浊、湿热等阻滞宗筋，致其作强功能丧失，均可发生阳痿。肺肾为母子之脏，肺病及子，肾脏受累，也致阳痿。肺的功能异常导致阳痿的特点为：多有反复发作的慢性肺病史，或阳痿与肺病同见，多伴肺经症状，并多发于中老年患者。

阳痿从肺论治，当围绕恢复肺的宣发输布这一关键环节入手。阳痿治肺，乃下病上取，其运用有三，一者补肺气以强宗筋，用补肺汤；二者开肺气以通下焦，用三仁汤；三者宣肺气以疏肝郁。[65]具体治法有四，清肺生津法，用于热伤肺津者，用沙参麦冬汤加地龙、牛膝；祛痰理肺法，用于痰浊阻肺者，用二陈汤加蜈蚣、路路通；补肺益气法，用于

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肺气虚弱者，用补肺汤加露蜂房、仙灵脾；开肺理气化湿清热法，用于湿热壅肺者，用三仁汤加地龙。[66] 可见临床中从肺论治阳痿不能拘泥于一法一方，而应辨证立法，依法遣方。对肝郁阳痿久治不效者，于疏肝方药中加入宣肺之品可增强疗效。如李智用通宣肺气法(杏仁、桔梗、柴胡、紫菀、金刚骨、葛根)治疗顽固性阳痿30例，治愈19例，好转10例。[68]从肺论治阳痿，用药宜温润平和，不宜辛燥过度，古今医家用人参、蛤蚧、黄芪补肺及用麻黄、杏仁泻肺以治阳痿的经验值得借鉴。

2.1.1.6 从胆论治

阳痿治胆，文献仅有之耳。胆失生发、胆虚受惊可致阳痿，其证同房时阴茎举而不坚，不能进行房事，或伴头晕耳鸣、失眠多梦、口苦且干，或见胸胁胀闷、呕恶苦水、肢倦纳差，或有阴囊潮湿瘙痒。治以清胆宁腑，强筋起痿，方用温胆汤加味，共治35例，治愈21例，好转13例，无效1例。[69]还有一些从胆腑论治阳痿的个案，胆郁痰扰致痿者，治以清泄胆火、振阳起痿，药用柴胡、郁金、陈皮、半夏、赤茯苓、竹茹、蜈蚣、蛇床子、甘草；胆经湿热者，治以清胆祛湿起痿，药用柴胡、龙胆草、竹茹、枳实、半夏、陈皮、土茯苓、蜈蚣、蛇床子、木通、六一散；胆腑积聚者，治以清胆消积起痿，药用柴胡、金钱草、竹茹、枳实、青皮、陈皮、白芍、大黄、元胡、海金沙、鸡内金；胆腑瘀血阻滞者，治以活血利胆起痿，药用四逆散加赤芍、桃仁、红花、川芎、蜈蚣、蛇床子、丹皮、莪术、三棱。

2.1.1.7 从脑论治

从腑论治阳痿，乃张晓初一家之言。认为《灵枢·海论》"髓海有余，则轻劲多力"中"轻劲多力"既泛指全身功能，亦包括阳事功能。因精神紧张，思虑过度，或少年久犯手淫，或久病直接消耗脑之精气，而致阳痿者，均应从腑论治。髓海不足，脑阴亏乏，致脑失滋涵，元神躁动，则无能作强；脑力过用，久病耗气，命门火衰，督脉不充，腑腑失于温煦，脑阳不足，元神失于温振，作强无力；精神长久抑郁不畅，心意不遂，肝气不达，则脑府郁闭，元阳失子伸展而阳痿。从脑论治阳痿，当辨阴阳虚实，脑阴亏乏者(阳痿伴脑空耳鸣、视物昏花、面黯无神、精神萎靡、腿胫酸楚难忍)，宜峻补精髓，充脑振痿，药用核桃肉、鸡子黄、熟地黄、北沙参、枸杞、木香、砂仁、泽泻、蚕蛹；腑阳不足者(阳痿伴精神疲惫、困顿语微、四肢蜷曲)，治以大补精气，兴阳起痿，药用紫河车、鹿茸、生熟地、山萸肉、枸杞、菟丝子、山药、茯苓、附片、蜂房；脑府郁闭者(阴茎每欲起而痿软不坚，或随起腑痿，伴胸闷叹息)，治以开郁启闭，伸张脑阳，药用菖蒲、川芎、郁金、远志、芍药、当归、黄芪、仙灵脾、菟丝子、灵磁石。[70]

2.1.1.8 从三焦论治

三焦乃全身水谷精微气化输布之通道，关联脏腑经络，上承脏腑，下濡宗筋。肺壅气塞，上焦不宣，则宗筋提挈无能；湿热蕴蒸，中焦气滞，则宗筋弛缓不收；肝郁血滞，下焦郁阻，关窍不利，则宗筋不伸，均可致阳事不用而痿。证见脑腹满闷，撑胀不适，善叹息，常矢气而胸闷腹胀不解，每欲兴阳事而阴茎弛缓不挺。治宜通达三焦，宣畅气机。药用杏仁、全紫苏、生半夏、陈皮、枳实、苡仁、络石藤、菖蒲、九香虫、仙灵脾、蛴螬。[70]用三仁汤宣通三焦气化治阳痿30例，治愈21例，显效6例，无效3例。[71]

2.1.1.9 从经络论治

阴茎功能正常与否，与宗筋功能关系密切。筋乃经络之分属。宗筋功能的发挥，即经

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

络功能的发挥，又取决于营卫气血。经络通畅，营卫气血能在其中正常运行，则宗筋有所主而阴茎勃起自如。故阳痿的癥结在经络，气虚血少、脉络瘀滞是其主要原因。因而主张阳痿从经络论治，其法当以益气血、通经络为主。[72]

2.1.1.10 从宗筋论治

陶政燮认为阳痿与宗筋有关，无论何种原因，不累及宗筋则不病阳痿，一旦波及宗筋致宗筋失养或弛张，均可致阳痿，因而主张阳痿从宗筋论治。其治分6种情况用药：肝郁失达，血行不畅，宗筋失养，治以疏肝解郁，流畅气血，方用逍遥散加味；心脾两虚，化源不足，宗筋失养，治以补益心脾，方用归脾汤加味；惊恐伤肾，肝肾亏损，宗筋失养，治以安神定志、补肝肾、益阴精，方用定志丸加减；热结阳明，津液耗伤，宗筋失养，治以泻火清热，濡养胃阴，用清胃散化裁；气血瘀阻，脉络不畅，宗筋失养，治以化瘀通络、养血活血，方用少腹逐瘀汤；酒毒湿著，浸淫宗筋，宗筋弛张，治以分消酒湿、解毒健脾，方用葛花解酲汤加味。[73]郝艾虎等对手淫阳痿一反从肾治之规而倡从宗筋论治，认为手淫阳痿乃手淫斫伤宗筋，伤及血络使然。其治以脏器疗法为主，同时佐以理血活络之品。[74]但也有学者认为，将“筋痿”与“阴痿”等同是概念混淆，指出“宗筋”非单指前阴，故阳痿不可能从宗筋论治。[75]

2.1.1.11 从气血论治

张志华10年前便用补益气血之法治疗阳痿以促血流而兴阳，并指出气虚血少之阳痿不少。[76]之后，从气血论治阳痿的文献间而见之，至1997年底共有9篇，其中小样本临床报道5篇计279例，但其治不独补法，也有泻法。阴茎之勃起需气血充养是阳痿从气血论治的理论基础。阴茎之勃起，必须有充足的血流充养宗筋和旺盛的阳气鼓舞宗筋，气盛则血至，血盈则阳举。不论何种原因，导致宗筋失于气充血盈，均可导致阳痿，故阳痿可从气血论治。治之法，有益气生血[77]、行气活血[78]、益气活血[79]以及益气升清、辛温走窜等。徐志本治以调和气血为主的四珍饮(雪莲、生黄芪、赤芍、川芎)治愈甲氰脒胍所致阳痿3例，为中医论治药物性阳痿又提供了一种治法。[80]

2.1.1.12 从多脏论治

从多脏论治是指从两个或两个以上的脏腑对阳痿进行论治，该类文献共40篇，其中有27篇为样本病例观察报告，计3731例。这些医者认为，阳痿的发病不独与一脏一腑有关，而是与两个或两个以上的脏腑有关，病位在多脏，故主张从多脏论治。遗憾的是，最初提出阳痿与五脏即肾、肺、肝、脾、心有关并从五脏论治的学者不是中国人，而是西方人。外国学者1980年从脏象及五行学说阐述阳痿的生理病理，认为阳痿非致肾虚所致，五脏之疾均可导致阳痿，[81]而我国学者则在1991年才提出“五脏皆可导致阳痿”的观点。[82]

主张从多脏论治的学者又各有偏重而有不同的论治思路。如施汉章认为“肝血虚为主、肾阳衰为辅”是阳痿的基本病机，故其治疗阳痿总以“充养肝血为主、佐以补肾壮阳”为法，基本方药为柴胡、当归、白芍、党参、甘草、菟丝子、枸杞、淫羊藿、巴戟、桑螵蛸、紫稍花、女贞子、蜈蚣；[83]李曰庆认为肾虚肝郁是阳痿的基本病机，故以益肾疏肝为总治则。[84]在主张从多脏论治的文献中，以从肝肾论治者最多(20篇)，其次尚有从脾肾[85](4篇)、心肾[86](1篇)及肺肾[87](1篇)两脏论治者，有从心脾肾[88](3篇)、肝脾肾[89](2篇)及心肝肾[90](1篇)三脏论治者，有从心肝脾肾[91](3篇)四脏论治者，有从五脏[92](5

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

篇)论治者。谢英模从肺肾论治海洛因依赖性阳痿获92.59%的显效率，为运用中医治疗毒品性阳痿开创了新的天地。[87]

2.1.2 分年龄论治

由于人体不同年龄阶段的生理变化不完全相同，因此不同时期患病的病理变化便有所差异，阳痿病也是如此。80年代末，李天培率先对老年性阳痿的病机及治疗进行探讨，认为老年阳痿多属瘀血阻滞经脉所致，表现为血实气虚证象，倡活血行瘀益气法治疗，并取得较好疗效。[95] 进入90年代后，从年龄分段对阳痿进行研究的报道文献逐渐增多，90年代中期后明显增多，到目前为止，文题标明从年龄论治阳痿的文献共14篇，其中小样本报告10篇计370例。

从总体上看，王琦认为不同年龄体质特性的阳痿，调治时应有区别，指出：青年阳痿患者体质多偏湿热、阴虚，治当侧重祛湿热或养阴滋燥；年高之人阳痿多源肾气或肾精亏虚，治当滋补肝肾。[121] 徐静将其分为青年、中年和老年三个年龄段进行论治。认为青年之际，春心欲动，想人非非，心有所思，意欲所动，因而心神耗伤、精亏血少发为阳痿，故治当从心，以益气养血为主；人至中年，诸事繁多，或所愿不遂，忧郁气结，或怒气伤肝，肝气不调，以致肝木不能疏达，宗筋失养而阳痿，故治之宜从肝，以疏肝开郁为主；人至老年，天癸衰减，精气亏虚，肾火虚弱，肾阴不足，宗筋失于温煦而阳痿，故治之宜从肾，以补肾生精为主。[94] 但也有医者认为青年阳痿多精血不足而用精血双补法治疗[95]、中青年阳痿多系肝失疏泄所为而治以疏肝解郁。[96]

阳痿分龄而治以研究中老年及老年性阳痿者较多。胡万荣认为中老年鳏夫心因性阳痿主要因情志失调所致，以安慰性、解释性、劝说性、鼓励性、保证性、支持性、疏导性、同情性及暗示性9种语言进行心理调治为主并辅以五子衍宗丸合逍遥散调和肝脾、补肾益气。[97] 蒲世文等则认为中老年(36～65岁)阳痿主要是由于肾阳虚损、阳明气衰所致，指出其治疗以治肾为要，兼护气血，佐以通络为原则。[98] 卢先树认为老年阳痿乃心肾气阳亏虚所为，故以补益心肾法治疗，并创敷脐法治疗。[99,100] 周安方认为老年阳痿的病机特点是肾虚肝郁血瘀，予补肾疏肝活血法治疗。[101] 黄昌大在临床中体会到，老年性阳痿与中青年阳痿有所不同，认为中气不足、血流不畅和肾元虚衰是其主要病机，施以补气活血健肾法治疗。[102] 陈仲藩认为老年阳痿的特点是本虚标实，即脾肾两虚、瘀血阻滞，其治疗大法当补肾益脾以治本、活血行瘀以除标。[103] 郑小陆则认为老年阳痿系肝肾亏虚，筋脉失养，瘀血内生，阻塞脉络而虚风内生所为，故以补益肝肾、熄风化瘀、通络为法治疗。[104]

从以上可以看出，各地对青年阳痿病因病机的认识，分歧较大，因而治法各异。对老年阳痿病机的认识虽亦不完全相同，但均认识到与肾虚有关，且多数认识到老年阳痿有血液瘀滞不畅的特点，从而表现为本虚标实、虚实挟杂，治疗上多主张通补结合。因血行瘀滞是多数老年阳痿的病机特点之一，故活血化瘀成了老年阳痿治疗不可缺少的方法，应用此法时加用蜈蚣、蜂房、九香虫等虫类药物可增强疗效。在8篇中老年或老年阳痿论治的小样本报通文献中，有7篇是用补通结合的方法治疗，总病例304例，治愈率57.24%。从此亦可佐证本虚标实、肾虚血瘀为老年阳痿的基本病机。

2.1.3 从证候类别论治

治从证候类别即传统的分证论治。一些学者认为，阳痿的病因病机极为复杂，证候类

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

别繁多，不可能只从一脏或一因或年龄等来进行论治，只有根据患者就诊时所表现出的证候进行论治才能取得预期疗效，这类文献计 50 篇，其中样本病例报告 27 篇计 3871 例。但综观这些文献，各家辨证方法极不统一，很难找出一个较为客观的证候分类标准。如陈文伯以脏腑结合病机分证和以病因病机分证的方法将阳痿证候分为命门火衰、惊恐伤肾、心脾不足、肝气郁结、肝胆湿热、阴损及阳、先天不足、精脉瘀阻、阴器损伤和痰湿过盛 10 个证候类型进行论治；[105]徐福松以脏腑结合病机分证和以病因病机分证的方法并参考年龄、体质及西医阳痿分类等将阳痿分为阴虚火旺(多见于青壮年)、命门火衰(多见于老年人)、心脾两虚(多见于脑力劳动者)、肝郁不疏(多见于情志不悦者)、湿热下注(多见于形体丰实者)和血脉瘀滞(多见于器质性阳痿，或因外伤所致，或病程日久者)6 种类型论治；[106]周安方以脏腑结合病机分证的方法将阳痿分为肝郁肾虚、肾虚血瘀和肝肾湿热 3 类进行论治；[107]刘俭以伴随主症为主分为阳痿不坚、阳痿早泄和阳痿遗精 3 种进行论治等。[108]尚有以大类加亚类分证者，如杨云明分为 2 类 5 证，即阳虚类、非阳虚类 2 种及命门火衰、心脾亏损、肝经湿热、肝肾阴亏、脾气虚弱 5 证；[109]李永清等分 7 类 17 证等。[110]可见，不仅证候分类方法不统一，就是证候种类也千差万别。也正因为证候分类方法和证候类型的极不统一，故而很难对这些论治内容和结果进行对比研究。实际上，即便是前几种论治思路的文献中也体现出分证论治的思想，只不过是在某脏或某因或某年龄段进行分证而已。为了展示文献中丰富多彩的证候种类，特按脏腑结合病因病机分类法、病因病机不定位分类法和以伴见主症分类 3 种方法将文献中的证候种类加以归纳，以为今后制定统一的证候分类标准作参考。

2.1.3.1 从脏腑定位结合病因病机分证论治

根据此种分类方法的证候类型有(重复者除外)肾虚(亏)、肝郁、心肾不交、肝郁肾虚、恐惧伤肾、肾阳虚(衰)、肝气郁结、肾精亏损、命门火衰、肾气虚、肾阴虚、肾阴阳俱虚、脾肾不足、肾虚肝郁、心肾脾虚、肝郁气滞、肾阳不足、肾虚阳衰、肝肾阴亏、肝经湿热、肝郁血虚、心脾两虚、肝胆湿热、脾肾阳虚、肝胆气郁、心理障碍、肝失疏泄、肺肾两虚、肝阴不足、精淤精室、多思耗伤心血、热灼宗筋、酒湿伤肾、胆虚惊恐伤心肾、肝肾阴阳两虚、脾气虚弱、心虚肾衰、肝郁化火、肾虚血瘀、肝肾湿热、阴器损伤、肝血不足、肝肾阳虚、肝阳不足、肝肾瘀滞等 45 种，每种证候类型均有对应方药，选古方或自拟方。

2.1.3.2 从病因病机不定位分证论治

根据此种分类方法的证候类型有(不含重复者)湿热、气虚热郁、痰瘀交阻、湿热下注、阴虚火旺、虚实挟杂、阴虚阳亢、阴阳两虚、阴虚瘀热、气阴两虚、郁证、血脉瘀阻、瘀血、痰热气滞、瘀血阻滞、湿热壅滞、血瘀阻阳、血瘀性亢、因酒导致阳痿、抑郁化火伤阴、湿邪凝滞阳微、气血瘀阻、痰血瘀阻、气滞血瘀、恐惧内伤、湿热内盛、水亏火伤、精亏阳弱、阴损及阳、先天不足、精脉瘀阻、湿痰过盛、阴虚湿热、痰湿下注等 34 种，每一证候类型均有对应方药，选古方或自拟方。

2.1.3.3 从症状分类论治

仅有 1 篇文献，分为阳痿不坚、阳痿早泄、阳痿遗精 3 种论治。[108]

50 篇文献中共有证候 3 类 82 证。从以上具体证候中可以看出，当今阳痿证候分类存在诸多问题，一是涵盖内容太多，如“肾虚”、“郁证”等；二是证候名称不规范，如“多

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

思耗伤心血”、“抑郁化火伤阴”等；三是将病机或病理产物述语作证候名，如“虚实挟杂”、“瘀血”等；四是不能反映证候实质，如“阳痿不坚”等；五是分证类型多而复杂，凡此种种，均是今后要加以研究和解决的问题。

在该类文献中，有3篇有必要在此一提，一是吴玮等分肾阳不足、肾阴不足、阴阳俱虚和血瘀性亢4型及沈新培等分肾阳不足、阴阳两虚、肝肾阴亏、肝经湿热和肝郁血虚5型论治抗精神病药物所致阳痿取得较好疗效，林德和用补肾法治疗四乙基铅汽油作业者阳痿，获效良好。[111-113]

2.1.4 从六经论治

戴玉认为阳痿病因病机复杂，治疗方法多样，但从六经辨治阳痿，既可执简驭繁，又有助于阳痿治疗水平的提高，并对此作了详细的阐述，[114]简介内容如下：

2.1.4.1 太阳阳痿

太阳阳痿分3证论治：营卫不和证，多见于心气虚或因性知识缺乏而惊恐不释之初婚患者，以桂枝加龙骨牡蛎汤调和营卫、安神摄精；水停膀胱证，多见于泌尿系慢性炎症者，以五苓散化气行水，有热象者加滑石、木通；下焦蓄血证，多见于大龄未婚男子、鳏夫久旷，或忍精不射，以及输精管结扎术后、局部外伤或慢性前列腺炎等情况，以桃核承气汤或桂枝茯苓丸或时方少腹逐瘀汤等化瘀通阳。

2.1.4.2 少阴阳痿

少阴阳痿分3证论治：阳虚证，多见于房劳过度或禀赋不足、久病之后等，以附子汤温补肾阳；阴虚证，多见于恣情纵欲，或热病之后，或过服燥热之品者，以加减复脉汤滋阴并略加壮阳之品，阴虚火旺者用黄连阿胶汤或知柏地黄汤；阴虚水热互结证，以猪苓汤育阴情热利水。

2.1.4.3 阳明阳痿

阳明阳痿分2证论治：胃虚证，常见于嗜食辛热，肝火偏旺者，以竹叶石膏汤或麦门冬汤滋润通降，燥热亢盛者用白虎加人参汤；湿热证，多见于久嗜肥甘、以酒为浆，损伤脾胃者，可用时方三仁汤清热化湿、调理阳明，湿热甚加龙胆草、黄芩或用龙胆泻肝汤。

2.1.4.4 太阴阳痿

太阴阳痿分2证论治：脾虚证，多见于脑力劳动者或久病之后，以四君子汤或补中益气汤补脾益气，病损及心用归脾汤补益心脾，脾虚挟湿用参苓白术散补脾利湿，脾阳不足用理中汤温补脾阳；痰湿证，多见于奉养太厚，或平素恣食豪饮，体形肥胖之人，以理中二陈汤化痰祛湿利窍。

2.1.4.5 少阳阳痿

少阳阳痿分1证论治：气郁证，多发于性格内向之青壮年，阳痿发生每与情绪变化有关，用四逆散或逍遥散疏泄少阳之郁以调畅气血，郁久化热者用小柴胡汤或丹栀逍遥散。

2.1.4.6 厥阴阳痿

厥阴阳痿分1证论治：寒滞肝脉证，多见于冬季水上作业或夜间工作之体力劳动者，用当归四逆加吴茱萸生姜汤以温经散寒，并可酌加湿肾壮阳之品。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2 治则治法研究

2.2.1 临证所悟各异，治法思路有别

由于医家所处地域、环境不同以及知识结构的差异，临证所悟有所不同，因而治法思路有所差异，从而从不同角度丰富了中医阳痿治法的内容。各地学者根据自己临床所得，对阳痿治法进行了总结，如黄阳生等临床治阳痿常用清化湿热(龙胆泻肝汤)、豁痰行气(涤痰汤)、开郁兴阳(柴胡陷胸汤)、滋阴降火(知柏地黄丸)、补肾宁心(大补元煎)、补益心脾(归脾汤)、填精培元(左归丸)、温补命火(赞育丹)及调和阴阳(全真一气汤合五子衍宗丸)9法[115]，综合其他医家的治法尚有活血化瘀(血府逐瘀汤)、疏肝解郁(柴胡疏肝散)、温化痰湿(阳和汤)、健脾益气(六君子汤)、暖肝散寒(暖肝煎)等。郭腾等认为在求因辨明病证的基础上，不论采用何法，均贵在佐通。[116]吕景山论治阳痿从肾入手兼顾肝心，用药刚柔相济阴阳双补。[117]陆绍荣在论治阳痿时分虚、实两类，实证以疏肝郁、清湿热、化瘀血为主，虚证以补气血、益心脾、壮元阳为要。[118]中医治疗阳痿通过何种机制发挥疗效，傅兆杰以中医理论为依据结合西医学研究成果对此进行了探析，提出中医治疗阳痿的机理是补肾填精调节性轴、行气活血改善血运、解郁安神调畅情志。[119]

一些知名专家也将其诊治阳痿的思路和方法进行总结并公诸于世，从而使中医论治阳痿的方法更具特色和优势。李曰庆通过几十年的临床观察，发现多数功能性阳痿患者既有肾虚的表现，又有肝气郁结症状，而表现为一种肾虚肝郁证候，认为其病机是标本相兼、虚实挟杂，肾虚为本，肝郁为标，单从肾、从肝或从心脾论治均有失偏颇，因而提出“补肾助阳舒肝解郁是功能性阳痿基本治则”的观点，补肾助阳喜用血肉有情之品如海狗肾、蛤蚧、仙灵脾、雄蚕蛾等，舒肝解郁药常用柴胡、当归、白芍、陈皮等。[120]王琦论治阳痿的思路独具一格，一是寻求病因、辨病与辨证结合，认为阳痿既可独立出现，又可因某一原发病而继发，故全面分析成因，系统地结合辨证和辨病，进行针对性治疗是提高疗效的首要一环。二是注重体质、因人制宜，认为阳痿患者存在着体质差异，因而临证治痿与改善体质同时进行，药物治疗与饮食调养互用。三是注重调肝，以疏泄为主，提出“阳痿从肝论治”的观点，治以舒肝解郁、清肝利湿、活血化瘀等法。四是不惟药石，兼顾咨询指导，认为心理障碍是阳痿发病最常见、多发的因素，因而指出在用药的同时开展性咨询指导也是治疗的重要一环。[121]徐福松认为“阳痿不外虚实两端：实者责之于肝，虚者责之于肾”，故其论治阳痿主张实则治肝用疏肝解郁、清肝利湿、活血通窍法，虚则治肾用滋阴降火、温补肾阳法。[122]谢海洲治阳痿时不仅注意命门火衰、阳气不足，亦注意心脾不足、惊恐伤肾、下焦湿热等诸多因素，并不忘疏肝理气，往往集补肝肾、疏肝气、化湿浊为一炉，药用肉苁蓉、巴戟、淫羊藿、续断、寄生、山萸肉、白芍、丹皮、当归、车前子、苡仁、柴胡等。[123]吉良晨通过长期的临床实践发现，肝肾不足是形成阳痿的关键，尤其肝阴虚对本病的产生有明显的影响，因而认为调补肝阴是治疗阳痿的关键，处方主要用二至丸、六味地黄丸、五子衍宗丸化裁，同时兼顾肾阴和调理心神。[124]

作者经过近20年的不断学习和临床实践，认识到阳痿是一个发病原因非常复杂的疾病，因此治疗前首要的是多角度全面认识病因病机，找病因之所在；其次要多层次准确进行病证诊断，分清阳痿的类型及证候类别，为治疗提供依据。具体诊断时，应该既辨病又

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

辨证，做到病证结合的多层次诊断，如阳痿-血管性-肾虚血瘀、阳痿-功能性-肝郁脾虚等。由于阳痿的发病既有生物方面的因素，又有心理、社会因素，因而应以生物-心理-社会医学模式为主轴，全方位系统开展综合治疗。[125]

2.2.2 病邪各有所异，法宜分因而立

现代中医诊治阳痿，不仅从脏腑论治者众，以病因病机为主要依据进行论治即因邪而治者亦不少，并且取得了可喜成绩。通过对文献的初步分类，从病邪论治者，主要有从瘀、从痰、从湿、从热、从酒毒、从郁、从情志等论治方法。

2.2.2.1 从瘀论治

主张阳痿从瘀论治者，从现有文献看首推陈玉梅。[126]陈氏自 1972 年起开始用由蜈蚣、当归、白芍和甘草组成的“亢痿灵”治疗阳痿，至 1980 年共治疗近 800 例，收到明显效果，虽然 6 年之后有学者[127]通过双盲对照研究后对此方的疗效提出不同看法，但用活血通络法治阳痿这一思路对阳痿治疗学的贡献是不能泯没的。之后，以活血化瘀法治疗阳痿的个案不断见诸期刊，1987 年有学者[128]对活血化瘀治疗阳痿的方法进行了初步总结，1989 年秦国政“男科瘀证”理论的提出，为阳痿从瘀论治奠定了理论基础。之后，从瘀论治阳痿文献不断增多，至今共 44 篇，其中样本报告 20 篇，病例 2950 例。[129]

阴茎之勃举，必须有足量的血液充养宗筋，一旦脉络瘀滞，血液运行不畅，宗筋失于血之充养，则软而不举。瘀致阳痿之因多系肝失疏泄和外伤。肝主筋，藏血，主疏泄。宗筋属肝所主，以血为充为养，肝主疏泄之功能正常，血液运行通畅，则宗筋受血而振奋，兴阳用事。若疏泄失常，致气机不利，血运障碍，则宗筋血少不充，痿软不用。外伤损伤外肾，气滞血瘀，阳气阻遏，则阳痿不起。[129] 此外，痰湿、寒凝、久病、败精留滞等，也可致血脉瘀阻而致阳痿。宗筋局部病损，如前列腺增生、慢性前列腺炎等，湿痰瘀阻日久，积阴成形，阻碍血液运行，宗筋失充而阳痿。[130]不论何种原因致瘀，其瘀致阳痿之理，皆为血瘀络阻，气血运行不畅，阴茎充血障碍，久则阴茎痿而不举。[131]

瘀致阳痿有以下特点：一是多发生于超龄晚婚、鳏夫、久旷且体质较强或性情忧郁之人；二是患者一般情况好，体质壮，无明显阴阳亏虚症状；三是阴茎色淡或黯，会阴胀感，尤其是性欲冲动时阴茎根部坠胀疼痛，或既往阴茎勃起时也曾有此感觉；四是病程多较长，夫妻感情不和，情志不舒；五是用补肾壮阳或补肾滋阴之品治疗无效，甚或加重病情；六是若系外伤所致者，可见局部青紫。[129,132]

瘀致阳痿之治疗，以化瘀兴阳法为总则，[129]但临证时应根据致瘀不同情况拟定具体治法和选方。常用治法有疏肝活血、益肾活血、温阳活血、化瘀通络、补肾通络、行气活血、通精化瘀、解郁活血、活血补肾、祛痰活血、益气活血、健脾活血、情利湿热活血、散寒活血、通窍活血等。从瘀论治阳痿尚无统一证候类型标准，从文献看，常见证型有寒凝血瘀(少腹逐瘀汤)、肝郁血瘀(血府逐瘀汤)、肾虚血瘀(六味地黄丸加活血药或益肾活血汤)、痰滞血瘀(二陈汤合桃红四物汤)、外伤血瘀(身痛逐瘀汤)等。临证时只要活用化瘀法，往往能收到良好效果，如张家驹以通窍活血法治疗脑外伤后阳痿 21 例，治愈 11 例，好转 6 例，无效 1 例，失访 1 例，[133]蔡震宇用补肾活血法治疗功能性阳痿 50 例，治愈 32 例，显效 6 例，有效 8 例，无效 4 例；[134]吴启富等用温阳活血法治疗精尿病性阳痿 47 例，治愈 37 例，显效 3 例，有效 2 例，无效 5 例。[135]化瘀法治阳痿虽收效良好，但化

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘀约多能克伐正气，故运用本法时，其选药或缓或峻，必须视病情、体质而定，且不可久服，或稍佐扶正之品，俾瘀化痿起而正不伤。

2.2.2.2 从痰湿论治

从痰湿论治阳痿观点的提出，其时间至今只有10年的历史，首倡此论者当推朱曾柏。朱氏将阳痿归为疑难杂证而从痰治，但未对其生理病理基础及治法作系统阐述。[136] 80年代末，石志超对痰湿体质之人所患阳痿以化痰利湿通阳法治疗，[137] 侯天印等在《痰证论》中专列“痰阻阳痿”节对其病因病机及治疗进行简要介绍。[138] 其后，从痰湿论治阳痿的报道增多。至90年代中期以后，一些学者对阳痿从痰论治的生理基础、病理基础、临床特征、具体治法及方药进行了比较深入的探讨，使阳痿从痰论治的理论基本系统化。截止1997年底，从痰论治阳痿的文献共有23篇，其中样本病例报道4篇计232例。[139~141]

痰湿是脏腑功能失调的病理产物，既成之后又成为一种常见的致病因素。痰湿之源，是各种致病因素导致的五脏及气血功能失调。[139] 痰湿既成则贮留体内，一旦痰湿过盛，湿浊下注，困阻下焦，经络受阻，使阳气不能伸达阴器，血液不能充养阳道，气不至则无以令阴器振兴，血不充则难求其势壮，是故阳痿生矣。由于体质之不同，既成之痰湿可从寒化可从热化，故痰湿致阳痿有寒热之别。又痰湿与瘀血同源，二者致病常相互凝结，使经脉阻滞，阳气不能通达阴器，气血不能荣养宗筋，也易引起阳痿的发生。[141]

因痰湿致阳痿者，其特点是：多发于奉养太厚、平素恣食豪饮、体质肥胖之人；虽患阳痿但形体、精力不衰，时有性欲萌动然阳事难举或举而不坚，阴茎弛纵；龟头常有白垢，皮肤脂垢明显；伴随症状或咳或不咳，口中多痰，或头晕、恶心、胸闷、身重、小便不利，或阴部多汗、肢懒体倦，或神情抑郁、口腻不爽，或受补后头晕加重、全身困倦无力，舌体胖大，舌淡或红，舌苔白腻或黄白相兼。[136,140~142]

从痰湿论治阳痿以化痰祛湿、利窍通阳为总的治疗原则，但痰湿又有寒热之别，故当根据痰之性质而施以不同的治法。痰湿化热者，祛湿化痰与清热并举；阴寒偏盛者，化痰祛湿与温阳并用；痰瘀互结者，祛痰化瘀同进。然治痰必治生痰之源，且治痰之际要以宣通气脉为先。[139] 具体治法，据程运文等学者所述，用于临床者有燥湿化痰（平胃导痰汤）、温化寒痰（理中二陈汤）、清化热痰（芩连温胆汤）、化痰逐瘀（二陈汤合血府逐瘀汤）、行气化痰、补肾利湿（肾着汤加味）、健脾化痰（二陈汤加味）、利尿（湿）通阳（程氏萆薢分清饮）等法。[142] 根据陈金荣的分型及一些个案报道，从痰湿论治阳痿的常见论治证型有痰湿困阻（三仁汤合二陈汤）、痰湿寒盛（二陈汤合真武汤）、痰热下注（芩连温胆汤）、痰瘀互结（苍附导痰汤加味）、脾虚痰湿（完带汤）等。[141] 用药上，朱曾柏常以猪苓、茯苓、泽泻、苡仁、车前子、苍术、法夏、白芥子、山药、山楂、神曲等组方以化痰渗湿，治之甚效；[136] 陈金荣据治痰要活血、血行则瘀消和治痰要治气、气顺则痰化的原则，每于方中加入香附、蜈蚣二药以理气、通络。[141] 王付还倡痰源之不同而用治本之化痰药，如心痰加远志、菖蒲，肺痰加杏仁、贝母，脾痰加莱菔子、白术、苍术，肝痰加地龙、珍珠母，肾痰加蛇床子、阳起石，食积生痰加麦芽、枳实，因气生痰加香附、乌药，因血生痰加桃仁、川芎、泽兰、益母草，因热生痰加黄芩、桑白皮，因燥生痰加瓜蒌仁、花粉，因风生痰加前胡、旋覆花，因湿生痰加生苡仁、扁豆、香薷，因寒生痰加细辛、桂枝、附子等。[139] 总之，从痰论治阳痿，一要扶脏腑之气以涤痰之源，二要顺理气机以布津断留痰之所，三要兼顾宗筋使

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其重振阳气用事之常，三者相辅相成，以治痰治本治宗筋，使阳气畅通，以达宗筋，用事和调。

阳痿从痰论治的较大样本的临床报道尚未见诸期刊，但从已报道的文献看，此法治痿确有良效，如王海江用肾着汤加味治疗26例，除3例因自动停药或配合针灸治疗外，余23例全部治愈；[143]伍觐麟用二陈汤加味治疗30例，治愈24例，好转4例，无效2例。[144]

2.2.2.3 从湿热论治

80年代初，胡毓恒认为阳痿不尽是肾虚，从湿热辨证治疗，[145]80年代后期谭俊臣以清热利湿法治疗。[146]之后，从湿热论治阳痿的文献偶见期刊，但以临床治疗报道为主，理论研究者少，共有文献14篇，其中小样本报告8篇计591例。

临床中发现，阳痿患者中14.19%属湿热所致，因而阳痿之治疗不可忽视清热利湿。[147]内生湿热，或外感湿热，致湿热内盛，循经下注，浸淫宗筋，终使宗筋弛纵萎顿，是湿热导致阳痿的病理基础。湿热致阳痿的特点是：多体质健壮，好发于中青壮年人，少有体衰形退、面萎憔悴之象；嗜好烟酒及滋腻炙煿饮食者多见之；水上职业或居住环境湿热较盛者多见之；伴见湿热诸症。[148,149]

湿热阳痿之治疗以清热利湿为总则，王三虎将其具体治法分为辛开芳化、清肝利湿、宣清导浊和分清利浊4种。[150]但综观各家认识，应根据湿热所在脏腑或来源拟定相应的治法，如肝经湿热者，清肝利湿，方用龙胆泻肝汤；脾胃湿热者，清泄脾胃湿热，方以平胃散为代表；肾经湿热者，清泄肾经湿热，方用萆薢分清饮合四妙散；肾阳虚湿热者，清利壮阳，方用丹蛇汤（丹参、蛇舌草、仙灵脾、黄精）；肾阴虚湿热者，滋阴清利，方用知柏地黄丸合四妙散；三焦湿热者，宣通三焦，方以三仁汤加味；外感湿热者，清利湿热、内外分消，方用羌活胜湿汤合四妙散等。用药之时，为邪寻找出路乃从湿热论治阳痿之首务，有学者据“苍术三倍于麻黄利尿”的用药经验，在治疗湿热阳痿时重用苍术、麻黄，收效显著。[151]

从湿热论治阳痿的文献多为临床治疗总结，而且均称取得较好疗效，如曹安来等治疗64例、孙建平治疗37例、张敏建等治疗186例，分别取得了85.93%、78.37%和57.51%的显愈率。[147,149,152]

2.2.2.4 从酒毒论治

酒毒致阳痿观点的明确提出是90年代的事，[153]并对酒毒的概念、酒毒阳痿的病理基础及治疗作了深入的探讨，[154]但在80年代便已有用枳椇子合甘露消毒丹以解酒毒治愈阳痿的报道。[155]此类文献共6篇，其中样本报道文献2篇计145例。

酒具湿热二性，伤阴损阳。酒为清冽之物，不随秽浊下行，唯喜渗入，入于胃，渗于脾，浮于肺，逆于肝，沉于肾。若恣饮或嗜酒无度，则走窜五脏，使酒之湿质热性蕴蓄体内，滋生痰、火、瘀血等病理产物，阻滞经络，浸淫宗筋，终因宗筋失养不充或弛纵不起而阳痿，故因酒而阳痿者，当从酒毒论治。[154]

酒毒阳痿之治疗，一方面要忌酒，一方面当药治。治疗大法以分消湿热，化解酒毒为首务。化解酒毒当首重脾胃，一从肌腠透发，一从小便分利。常用方有《脾胃论》葛花解醒汤、《素问病机气宜保命集》清震汤，常用药如枳椇子、绿豆衣、葛根、葛花、白果、荷叶、升麻、苡仁、苍术、神曲等。因酒毒久蕴可同时损伤多个脏腑并出现痰、火、瘀血、气滞、湿阻等证，表现为本虚标实、虚实挟杂的证候特点，故在化解酒毒的同时，又当别脏腑明虚实以权衡用药，治肝不要过于疏散，当以养血柔肝为主，药如柴胡、郁金、川

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

楝、橘叶、当归、白芍、生地、山萸肉；行瘀不可猛峻，以防有伤肝体，当以理气活血为主，药如丹参、丹皮、赤芍、川芎、香附、茜草、元胡、牛膝；治肺慎用香燥化痰耗气之品，当以养肺清金为主，药如玄参、生地、麦冬、生石膏、桑叶、百部、川贝、杏仁、北沙参；治肾不要过于滋腻或温燥，当以养阴为主兼顾肾阳，药如生地、黄柏、女贞、首乌、枸杞、龟板、肉苁蓉、淫羊藿、菟丝子；治脾胃不要过于香燥并忌阴柔，当以醒脾开胃、理气化痰为主，药如太子参、白术、山药、莲子、苡仁、石斛、茯苓、陈皮、白蔻、砂仁。而酒客忌甘，甘能助湿，这是选方用药时要注意的。

临床中除了沿用古方治疗外，[153,154]尚有用自拟方治疗者，如赵喜运等用六妙汤(苍术、防己、黄柏、牛膝、苡仁、木瓜)治疗130例，治愈78例，有效42例，无效10例；[156]黄文东分湿热下注(二妙散加蚕砂、木瓜、黄连等)和脾虚痰饮(由前一证转化而来，方用五苓散合补中益气汤化裁)两型，治疗15例，治愈9例，好转6例。[157]

2.2.2.5 从郁论治

从郁论治阳痿是90年代提出的论点，只见2篇文献。因郁导致阳痿的病因以七情内伤为主，而六淫外感等均通过情志变化而起作用。疏肝解郁乃从郁论治阳痿的主要方法，方如逍遥散等，但因久郁又每伤五脏，故又当辨证辅以相应治法。临床上主要分三型论治，肝郁气滞者，用四逆散加香附、刺蒺藜；肝郁血瘀者，用血府逐瘀汤加蜈蚣、丹皮；肝郁血虚者，用逍遥散加党参、山药、黄精、首乌、枸杞、丹皮。[158]又郁之致痿，不独气郁，尚有血、痰、湿、火、食诸郁，故又可辨郁施治，气郁者，理气解郁，方如蜈蚣四逆散；痰郁者，化痰解郁，方如加减六郁汤；湿郁者，燥温解郁，方如除湿起痿汤；血郁者，化瘀解郁，方如活血起痿汤；火郁者，泻火解郁，方如丹栀四逆散加龙胆草；[159]食郁者，消食解郁，方如保和丸。

2.2.2.6 从情志论治

文献仅有1篇。李永昶认为功能性阳痿是精神情志活动异常的表现，多因郁怒、惊恐、悲忧、思虑等情志变化过激所致，故可从情志论治。治之以解除患者致病之精神因素为先，促其心情舒畅、信心充足，然后分别情志所伤脏腑而用药。如伤肝为主者，以疏肝汤疏肝为主；伤肾为主者，以定志兴阳剂治肾为主；伤心为主者，以定志丸治心为主。[160]

2.2.3 治疗措施丰富多样

现代中医研治阳痿，不仅思路活跃，治疗手段亦极为丰富，从而使中医药在阳痿的临床治疗中具有极大的优势与特色。但从总体上看，仍以内服药物治疗占优势，且其他一些方法尚待进一步研究。以下仅对这些治疗措施作一简介，一般不涉及具体操作的内容。

2.2.3.1 中药内治

这是现今中医治疗阳痿最常采用的措施。剂型以汤剂为主，丸剂次之，其他尚有酒剂、口服液、散(含胶囊)、片剂等。在前几节中涉及到论治者，除极个别外均是用中药内治方法治疗，在此不再赘述。

2.2.3.2 中药外治

内病外治是中医治疗的一大特色。中药外治法在阳痿治疗中的应用古已有之，现代中医使其进一步光大发扬。建国后中药外治法用于阳痿的临床报道见于80年代中期的期刊，介绍了熊鹏飞用小茴炮姜敷脐治疗阳痿的经验。[161]80年代末王至中等介绍了肛门塞药法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗阳痿的经验。[162] 进入90年代以来，以药物外治法治疗阳痿的文献渐次增多，尤以近3年来增加明显(计17篇)，真可谓方兴未艾，到1997年底止，共有文献41篇，其中样本报道26篇计2352例。在诸文献中可以发现，治疗措施虽同为外治，但具体用法较多，剂型不一，各有特色，以下以治法归类加以介绍。

2.2.3.2.1 敷法

将药物制成细末后以基质调糊或制成膏剂敷于脐部、气海、关元、肾俞等体表部位，以达到治疗目的。调糊所用基质有唾液、温开水、药液、食醋。尚有将药物制成丸剂，用时以白酒化开敷贴者。药物有壮阳灵、壮肾回春膏、回春贴膏[164]等。所用药物多具辛香温散、活血通络之功。敷法是外治法中运用较多的一种，效果令人满意，如刘喆等以壮肾回春膏敷神阙和龟头及冠状沟，治疗阳痿61例，治愈37例，显效10例。[163]

2.2.3.2.2 贴敷法

将药物做成药贴后贴于一定的体表部位以达治疗目的。李积敏用慎言壮元脐贴治疗阳痿136例，治愈129例，好转6例。[165]

2.2.3.2.3 熏洗法

指以药物煎汤乘热熏蒸阴囊及小腹，待药温适宜时用药液淋洗阴囊、阴茎、小腹等部位。方如觉春汤(蛇床子、藿香、蜂房、丁香、肉桂)。

2.2.3.2.4 热熨法

将药物碾碎，加白酒炒热后入布袋内，热熨命门、关元部位，并以纱带固定，次日取下。唐世建以此法治疗78例，治愈66例，显效11例。用葱白加热后热熨脐部及关元也效。[166]

2.2.3.2.5 外涂法

将药物制成细末，加白酒或香霜调涂龟头及冠状沟或阴囊。药如二子壮阳散(油炸马钱子、蛇床子、淫羊藿)。王广见以此法治疗阳痿104例，治愈84例，好转12例。[167]若将药物制成透皮剂软膏外涂局部，不仅能提高疗效，且更符合卫生标准。[168]

2.2.3.2.6 外搽法

将药物(阳起石、川椒目、冰片)制成糊状灭菌水胶液，用时以药液外搽阴茎。

2.2.3.2.7 外擦法

将药物配成外擦剂，外擦双侧阴茎脚、阴茎、龟头，以干为度、并要适当用力。沈有庸用此法治疗阳痿105例，治愈83例，好转20例。[169]

2.2.3.2.8 塞药法

将药物制成可溶性栓剂，用时将栓剂塞于肛内。目前临床研用的栓剂有白山雄栓、神力兴奋栓和兴阳振痿栓。江海身等用兴阳振痿栓治疗阳痿30例，治愈12例，显效10例，疗效优于对照组($P<0.01$，双盲法)。[170]

2.2.3.2.9 药灸法

以艾叶、附片研末，制成纸卷条。用时将药条点燃对准龟头距3cm左右重灸，以有温热感为度。

2.2.3.2.10 药物离子导入法

以淫羊藿等药物制成浸出液，用时在腰部(L_{1-2})和耻骨联合部作药物离子导入治疗。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2.3.2.11 其他

中药外治阳痿的方法尚有将药做成药枕、腹带、腰带等，分别置于相应部位进行治疗者。中药煎汤候温坐浴亦用于治疗阳痿。

从文献中可以看出，药物外治阳痿的剂型有汤剂、粗末剂、细末剂、丸剂、软膏剂、药贴、水胶剂、栓剂等，已超出古代药物外治的剂型范围。文献多为临床总结或个案报告，开展基础研究者甚少，这是今后急待加以研究和探索的问题之一。

2.2.3.3 针灸治疗

针灸疗法是治疗阳痿的常用方法之一。建国后于50年代便有针灸治疗阳痿的个案报道[171]和小样本临床总结，80年代初针灸治疗阳痿的文献逐渐增多，90年代明显增多。经初步统计，至1997年底共141篇，其中样本临床报道101篇计7372例。

针灸治疗阳痿的取穴类别有体穴(传统穴位)、耳穴[172]、头针穴[173]、颈针穴[174]等。体针取穴法有辨证取穴[175]、经验(辨病)取穴[176,177]和经验(辨病)与辨证结合取穴[178-180]3种。治疗措施有穴位针刺、灸、电针、药物穴位按压、穴位注射、穴位挑刺、穴位埋针、电针加灸、叩刺(梅花针)、针刺配合叩刺、针刺加穴位注射、针刺加灸、体针耳针加灸[181]、针刺电针加灸[182]、针刺加TDP照射[183]、针灸刀针刺[184]及荐前封闭[185]等。穴位注射的药物有士的宁、$VitB_1$、$VitB_{12}$、丙酸睾丸素、丹参注射液、当归注射液、鹿茸精、胎盘组织液等。灸法除艾灸之外，尚有化脓灸[186]、锭灸[187]、温药重灸[188]、温针灸[189]、壮医药线点灸[190]、隔姜灸[191]、针后灸(同穴位)[192]灸刺[193]、太乙药灸[194]、灸后点穴按摩[195]以及长蛇灸、填脐灸等。据文献初步统计，常用治疗阳痿的体穴有关元、中极、肾俞、三阴交、太溪、曲骨、次髎、命门、足三里、气海等，新穴位如阴三角[185]、举阳穴[178]、起阳穴[196]、阳痿穴[197,198]等对阳痿有较好疗效。

根据各地报道资料，其手法或补，或泻，或平补平泻，根据补虚泻实的治疗原则，以疾病的虚实而定，而无统一的手法，但均非常强调针刺得气后的传感的有无。因此，在针刺下腹部及腰部及其以下穴位时，要求得气后必须使针感传至会阴、阴囊、睾丸、阴茎、龟头等部位，唯此才能收到预期效果。[178-180]针感传导好，不仅疗效高，疗程也短；反之，则疗效差，疗程长。如刘世安等在针刺曲骨穴时，有5例阴茎当时勃起，13例龟头上有麻木感；[199]丁金榜发现治愈的患者在针刺关元、曲骨穴时均有针感放散至阴茎或龟头(有的甚至阴茎即时勃起)，有效病例偶有上述针感出现，无效病例则无这种针感出现。[200]若治疗中嘱患者聚精会神静心意守病所，可以增强针感传导。[201]

有学者对针刺治疗阳痿对生殖激素的影响进行了研究，结果发现，针刺关元、三阴交等穴位，可使病人低下的血清睾酮(T)、黄体生成素(LH)升高，对卵泡刺激素(FSH)含量调整不甚明显；[202]针刺肾俞、命门、阴谷等穴位，能提高T的浓度，降低血中雌二醇(E_2)、催乳素(PRL)的含量。[203]可见，针刺穴位关元、肾俞等，能改善阳痿患者下丘脑-垂体-睾丸轴的功能，调整血清性激素水平，从而使性功能恢复正常。

2.2.3.4 心理治疗

不论是功能性阳痿患者还是器质性阳痿患者，都或多或少、或轻或重地存在着心理障碍，均有不同程度的思想负担。自卑、恐惧、焦虑和性感抑制，是阳痿患者普遍存在的心理状态，并同时受几种不良心理因素的共同影响，使病情复杂化。[204]因而多数临床工作者

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

均认为，心理治疗在阳痿的治疗中是不可缺少的方法，在用其他方法治疗阳痿时多辅以心理治疗。根据不同的情志因素，解除患者思想顾虑，消除其郁怒、思虑、惊恐、悲忧的不同因素，使其心情舒畅，气机调达，精血调和，信心十足，是尽快治愈阳痿的前提和主要环节。对某些功能性患者而言，虽采用单纯的心理疗法治疗即可收到满意疗效，[205]但对大多数阳痿患者来说，必须心理疗法与其他疗法同时进行，二者不可偏废。

心理治疗应成为也应该是治疗阳痿最重要的方法，不仅适用于情志所伤引起的阳痿，亦有助于器质性阳痿的功能恢复。治疗阳痿的心理疗法归纳之有言语开导法、以情胜情法、静态安神法、怡悦开怀法、以疑释疑法、转移注意(移情异性)法、导引行气法等多种。[206,207]由于阳痿患者所表现的不良心态不一，因而治疗时应因人而异。有学者对男科病态的心理分型与施治方法适用于阳痿的治疗，恐惧型者，证属恐伤肾，形神功能低下，治以疏导情志，以思胜恐，安神宁志，采用语言导引法；猜疑型者，证属情志抑郁，治以答疑解虑，明理治心，调整心神，采用释疑法；焦躁型者，证属精神情志异常，肝气郁结，气血不和，冲任失调，治以移情法；自持型，治以怡养情志，调畅气机，采用解脱法；互感型，证属气质脆弱，忧喜兼伤，治以问通法。[208]

采用心理疗法治疗阳痿有四点值得注意：一是必须针对病因，因势利导，循循善诱，不可操之过急；二是夫妇同治，有时对女方的心理咨询尤为重要，不可治男不治女；三是建立良好的医患关系，医患平等，最大限度地调动病人的主观能动性，使病人乐意并积极主动配合治疗，不可把医者的意见强加给患者；四是辅以药物或其他治疗措施以提高治疗效果，不可单治心而不治身。

2.2.3.5 按摩治疗

应用按摩疗法治疗阳痿的报道文献始见于60年代初，[209]复见于80年代中后期，[210,211]90年代逐渐增多，至1997年底共有文献18篇，其中小样本病例报告9篇计270例。

各家所用方法难易不一，更未见有用同一方法者，如以按摩阴囊为主的自我控制按摩法[212]和以摩、捏、按、叩、搓、揉涌泉为主的按摩法[213]以及横摩下腹、揉命门、指分腰、按三阴交与足三里的按摩法[214]等。从文献报告的结果看，用按摩法治疗阳痿能收到较好疗效，如何伟强用推拿法治疗36例，治愈29例，显效5例。[215]

有学者从中医角度探讨了按摩法治疗阳痿取效的机理，认为点穴按摩头部及任督脉穴位，能安神定志、补腰肾、壮元气；[216]点穴按摩股内侧部位的足三阴经，既可通过刺激足三阴经以治疗其邻近器官(阴茎)的局部病症(阳痿)，又可治疗本经循行所及的远端部位及脏腑器官病症，以达健脾和胃、温肾扶阳、安神镇惊、疏肝理气之功，使精血充足，命门火旺，从而使阳痿得以治愈。[217]

2.2.3.6 气功治疗

继1961年张奇文等首次报道用气功疗法治疗阳痿7例后，[218]1962年胡耀贞报道以意守丹田、命门、会阴三穴并练精化气的气功法治疗阳痿12例，[219]以后20年未再见相关报道。到了80年代，又复见用气功治疗阳痿的文献并逐渐增多，到了90代则明显减少。从这些文献中可以发现两个有趣之处：一是到1997年底为止的24篇气功治疗阳痿的文献绝大数集中在1983年～1990年间(计18篇)；二是80年代以来发表的文献均为功法介绍或少数个案报道，未见样本病例总结。在介绍的功法中各家不尽相同，功法较多，如提肛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

法、意守丹田法、真气运行法、马步桩功、回春功、止遗壮阳功、壮阳固精法、放松功、铁裆功、兜肾囊、太极内功抓闭呼吸法、导引回春功、自我按摩回春功等。

从已发表的气功文献可以看出，真正将气功尤其是单用气功治疗阳痿的临床研究至今还非常少，更无开展基础研究者。因此，目前很难评价气功对阳痿的疗效，今后似宜在这方面严格按科研程序对气功治疗阳痿的疗效进行认真、严肃的临床研究，先从临床实践对其功效作出客观评价。但从目前的情形来分析，若患者能认真按照功法并持之以恒地练习，对性功能的恢复也许有所帮助。

2.2.3.7 食疗

自 1984 年起始见将食物疗法用治阳痿的文献，[220]但截止 1997 年，仅有文献 11 篇，且多为方药介绍，少数为个案报道。从文献介绍的用于食疗的药物有鲜胎盘、牛鞭、核桃、乌骨鸡、冬虫草、羊肉、海参、仔公鸡、狗肾、狗肉、虾仁、韭菜、麻雀等。临床应用时应根据患者不同的体质和病情，辨证施食，肾精不足、肾阳亏虚者，宜选食羊肉、虾仁、狗肉、麻雀肉、雀卵、胡桃肉等温肾益精之食品；脾虚湿盛者，宜选用白扁豆、苡仁、山药、鹅肉、牛肉、兔肉等健脾利湿之品。食疗方有子鸡乌龟汤[220]、复方狗肾酒[221]、药虾酱[222]、蒸羊睾[223]以及狗鞭炖枸杞、蛤蚧蜈蚣枸杞酒、鹿鞭蜈蚣酒、韭菜炒鲜虾、韭菜粥、麻雀粥等。

以膳食疗法治疗阳痿虽然方便，但单用其治疗阳痿的疗效尚需作进一步的临床观察和研究。不过，作为一种辅助手段，只要辨证施食而非一概温补，对阳痿的治疗确能起到较好的辅助治疗作用，如魏豫章以食疗治疗 49 例，治愈 29 例，显效 16 例。[222]

2.2.3.8 综合治疗

一些学者认为，阳痿的病因病机极为复杂，用单一的方法治疗有时难以奏效，故主张采用两种或两种以上的方法综合治疗。现代最早主张用综合疗法治疗阳痿的中医首推李幼昌。[224]至 1997 年底，这类文献共有 35 篇，其中样本病例报道 24 篇计 3401 例，根据文献报道，各地医家所采取的综合疗法有中医综合疗法和中西医结合疗法两大类。

2.2.3.8.1 中医综合疗法

文献报道的中医综合疗法有两种方法的综合应用，也有三种以上方法的综合应用。

2.2.3.8.1.1 两种方法的综合应用 综合各地经验，两种方法的联合应用形式有：①中药内服 + 针刺，中药内服包括辨证选方和专方，针刺穴位包括经验用穴和辨证取穴；②中药内服 + 中药穴位注射；③中药内服 + 心理疗法；④中药内服 + 中药外治；⑤中药内服 + 按摩；⑥中药内服 + 气功；⑦中药外治 + 按摩；⑧针灸 + 按摩。有学者[225]通过对比研究，结果发现针药综合治疗阳痿的疗效均高于单用针灸或中药内服治疗者。

2.2.3.8.1.2 三种及其以上方法的综合应用 具体形式有：①中药内服 + 心理疗法 + 针刺穴位；②中药内服 + 心理疗法 + 针刺穴位 + 按摩；③中药内服 + 心理疗法 + 针灸 + 坐浴；④中药内服 + 药物外治 + 针刺穴位 + 艾灸穴位。阎承序通过临床对照研究，结果发现药针心理综合治疗阳痿的疗效明显高于药针治疗者。[226]

2.2.3.8.2 中西医结合疗法

中西医结合治疗阳痿的形式有：①中药内服 + 中西药穴位注射[227]；②中药内服 + 西药内服；③中药内服 + 西药内服 + 西药肌注；④中药内服 + 西药肌注；⑤阴茎海绵体内注射血管活性药 + 中药内服；⑥理疗 + 中药内服；⑦心理疗法 + 针刺穴位 + 阴茎海绵体内注

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

射血管活性药物+中药内服;[228] ⑧心理疗法+食疗+中药内服+西药; ⑨西药内服+按摩; 10负压+磁疗+中药离子导入。从文献中可以看出，中西医结合治疗阳痿疗效较好，如耿钧用西药肌注、口服加中药专方辨证加减的综合疗法，治疗阳痿88例，治愈63例，好转14例。[229]

有的学者还设计了一系列治疗方案，然后根据患者的不同病情或治疗进展，采用不同的综合疗法治疗。如郭连澍等拟定了以辨证论治、电针、穴位封闭、肛门栓塞、外擦和阴茎海绵体内注射血管活性药物为顺序的六步法进行治疗，使用原则是先简后繁，具体方法是一步加二步治疗一周；如不效，一步加三步；还不效，一步加四步，或一步加二步加四步，或一步加四步加五步；仍不效，一步加六步。一般不在同一病人身上同时使用六步法，单用一法能效者也不用他法。[230]李晓林等制定的系列方案包括性知识教育、中西药内服、穴位封闭、阴茎振荡按摩、湿热电吹风、针刺、罂粟碱阴茎局部注射、负压吸引被动勃起、假体安装等9个程序。指出这种系列方法的应用，可以消除患者思想负担、调节大脑皮层、补益肾阳等，发现一些看来似乎没有多大作用的方法因患者从未用过，故能使其一开始便树立战胜疾病的信心，一些能即见效的方法刚一开始便能给患者以良性刺激，这些对恢复和调节性功能的条件反射和非条件反射都有十分重要作用。用此系列方法治疗86例，治愈64例，无效22例。[231]

2.3 用药规律研究

2.3.1 方药运用承古创新

现代中医用中药治疗阳痿时，不仅用古方，也用自拟方，不仅用传统治疗阳痿的药物，也用一些在传统用法上不治阳痿的药物，如用冠心苏合丸治阳痿等，可谓承古又创新，极大地丰富了阳痿用药的范围。在前述及今后将讨论的相关内容中均有大量的古方及经验方的运用，本节只对以药物为主论述阳痿的文献进行讨论。这类文献共104篇，其中样本病例报告21篇计1205例。以下从专病专方、古方新用，及专病专药分述之。

2.3.1.1 专病专方

前述从脏腑、病因论治阳痿者，大多数为专病专方，但具体运用时多有加减，不太稳定。这里所指专方，是言相对稳定并针对阳痿病而非阳痿证而设的专方。这类方剂大多简、便、效、廉。如杨德林用海蜈胶囊(海龙、蜈蚣)治疗各型阳痿75例，治愈61例;[232] 李官火用复方紫稍花胶囊(紫稍花、龙骨、石菖蒲)治疗183例，治愈68例，有效49例。[233] 其他如蜈蚣合剂(蜈蚣、白花蛇)、韭蜂散(韭菜子、露蜂房)、复方蛤蚧散(蛤蚧、葱籽、韭子)、蚧茸散(蛤蚧、鹿茸)、淫羊藿菟丝子散(淫羊藿、菟丝子)、射甘散(射干、甘松)、海虾散(生海虾、核桃、羊藿叶)和蜻蛾展势丹(大蜻蜓、原蚕蛾、大蜈蚣、露蜂房、生枣仁、酒当归、炙首乌、丁香、木香、桂心、胡椒)等[234]方，用之临床均收到满意疗效。

2.3.1.2 古方新用

现代中医在论治阳痿时，使用了大量的古代方剂。在使用的古方中，有的是主治阳痿的传统方剂，有的则是非主治阳痿的传统方剂即古方新用。细分起来，古方新用又有几种不同情况。

2.3.1.2.1 经方新用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

经方乃仲景方也，历经千余年临床应用而其势不衰，今人发古人未发，用之治疗阳痿收效良好，不仅扩大了经方的治疗范围，也丰富了阳痿的治疗用药。如郭本传用芍药甘草汤加味治疗阳痿26例，治愈15例，显效7例。[235]在临床中用得较多的经方有四逆散、小柴胡汤、麻黄细辛附子汤。五苓散、当归四逆汤、芍药甘草附子汤、柴胡桂姜汤、桂枝汤、黄芪桂枝五物汤、小承气汤、竹皮大丸、乌头汤、小建中汤、肾着汤、乌梅丸、柴胡加龙骨牡蛎汤、甘麦大枣汤、理中丸、吴茱萸汤、白虎加人参汤、桂枝茯苓丸、桂枝加龙骨牡蛎汤等治疗阳痿也有较好疗效。

2.3.1.2.2 时方新用

时方中的三仁汤、龙胆泻肝汤、补中益气汤、血府逐瘀汤已成为当今治疗阳痿的常用方剂。其他一些原主治与阳痿无关的方剂，今人治阳痿时择而用之，也收良效，如补阳还五汤、膈下逐瘀汤、四君子汤、三阴煎(《景岳全书》)、控涎丹、大补阴丸、四妙丸、连梅汤(《温病条辨》)、金水六君煎等。

2.3.1.2.3 女方男用

女方男用是指临床中用古代专治妇科病的方剂治疗阳痿病。近年用以治疗阳痿的妇科方剂有乌鸡白凤丸、温经汤、完带汤、少腹逐瘀汤、宣郁通经汤(《傅青主女科》)、定经汤(《傅青主女科》)、当归芍药散、生化汤及前述竹皮大丸(《金匮要略》)方，原治妇人乳中虚、烦乱呕逆等。

2.3.1.2.4 其他

文献中尚有用外科方如阳和汤、中风方如大活络丹等治疗阳痿的报道。

2.3.1.3 专病专药

阳痿专病专药的研究，在近年来得以逐步开展并且取得了一定成绩，如王绪前对传统阳痿用药如附子、菟丝子等在阳痿治疗中的区别应用作了介绍。以下对阳痿专病专药研究简要介绍。[236]

(1) 主方基础上加专药

主方基础上加专药是近年来阳痿治疗用药的一大特色，多数医家都采用了这一方法。如沈坚华在分证用方论治的基础上加专药当归、蜈蚣、露蜂房，治疗166例，治愈110例，显效39例。[237]综观文献，主方上所加专药多为活血、通络之品，如当归、蜈蚣、蜂房、九香虫、紫稍花、白僵蚕等。

(2) 动物药的应用

动物药尤其是虫类药在阳痿治疗中的应用越来越受到男科医生的关注，临床中多数医家或多或少地使用了动物药。石春荣老先生在70余年的临床生涯中，常用蜻蜓等10种虫类药治疗阳痿。[238]综观文献报道，临床中用于治疗阳痿的动物药有蜻蜓、蚕蛾、蚕蛹、大蚂蚁、蜈蚣、蝼蛄、蟋蟀、白僵蚕、九香虫、露蜂房、水蛭、蛤蚧、海马、海龙、全蝎、地龙、蜘蛛、穿山甲、鹿茸、紫河车等。这些药物或补肾壮阳，或活血化瘀，或疏达肝脉，或利尿通阳，或驱痰通络，或调补阳明，临床时当随证选用。动物药尤其是虫类药，入煎剂弊端颇多，如有效或分不易被煎出或被破坏，或煎剂味腥难咽等，因而用时最宜研末吞服或入丸散剂。

在以上虫类药中，应用最多的首推蜈蚣，其次为露蜂房、九香虫、蚕蛾、白僵蚕等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

在古代治阳痿方中，未见有用蜈蚣治阳痿者，现代中医大量使用蜈蚣为主药治疗阳痿者首推陈玉梅。[239] 蜈蚣用治阳痿，有以其为主药者，如徐湛芝用蜈蚣为主药治疗阳痿21例皆愈，[240] 前述专方中也有以蜈蚣为主药者；有单用者，如王豪用蜈蚣一味研末以白酒空腹送服，治疗阳痿40例，有效率92.5%；[241] 有以作为专药加入主方用者，如前述。蜈蚣传统用药取其熄风止痉、解毒散结、通络之功，用治急慢惊风、破伤风、疮疡肿毒、瘰疬溃烂、风湿痹痛及顽固性头痛等症。周益新等对蜈蚣治疗阳痿的作用机理作了探讨，认为其取效机理为理气逐瘀通络、安神镇惊和强身兴阳，并指出用蜈蚣治痿不得去其头足和烘烤，以保气味之全，否则反损药力而难达预期效果。[242]

(3) 植物药新用

在植物药的使用上，大多沿用传统药物，如白蒺藜、蛇床子等。但也有用本草书未言治阳痿的药物治阳痿者，从而既扩大了中药的主治范围，又增加了阳痿临床治疗选药的灵活性。从仅有的文献中发现，这类药有细辛、麻黄、川椒、小茴、龙胆草、羌活、仙鹤草根、灵芝草、马钱子等。这些药物在古方中有的在阳痿主治方中除极少数(如马钱子)外，大多不作主药用。而今之医者有以其为主药组方用者，也有单用其治阳痿者，如林呈钱等用单味灵芝草治疗阳痿66例，治愈15例，显效28例；[243] 徐应坤等单用细辛治疗阳痿26例，皆获良效；[244] 江小青等用单味细辛治阳痿16例均效。[245] 在上述药物中，用细辛者较多。一般言细辛用量不过钱，但从5篇单用细辛治阳痿的文献中发现，其最小用量为5克，最大剂量为10克。[246] 有学者通过研究发现，每7.5克云南萝芙木根中含有的育亨宾碱相当于每片痿必治中育亨宾碱的含量，因而可作为痿必治的新药源开发利用。[247]

(4) 民族药的应用

近年来有学者报道了以中药合民族药治疗阳痿的经验。文献报道用以治疗阳痿的民族药有：维吾尔药阿月浑子、没扎、黑种草子，[248] 蒙药投金丸、手参十一味散、槟榔十三味散、疗阳汤[249] 和呼春吉呼Ⅰ号。[250] 民族医学是中国医学组成部分，中医若能吸取民族医药治疗阳痿的经验并用之于实践，必将提高阳痿的诊疗水平。

从以上几方面不难发现，现代中医诊治阳痿时遣方用药的范围正逐渐扩大，极大地提高了临床疗效。但此项工作起步较晚，尚须从理论和基础等方面加强研究。

2.3.2 用药偏颇认真总结

几乎在临床总结类文献的讨论或体会中，医者均会对用药注意进行简要讨论，示人以警。尚有一些学者对用药或治法的偏颇问题进行了专门讨论，这类文献计13篇。

由于现代患者患阳痿后多自服温肾壮阳的药物，一些医者论治阳痿时片面认为阳痿即阳虚而予温补之法，因面出现阳痿之治成了一种补之太过而泻之不足、温之过燥而甘寒不够的状况。其实，阳痿一病并非皆肾亏，更非皆阳虚，[251] 故其治并非皆需补虚，更非皆需补肾壮阳。因而治阳痿并非尽用助阳药，而宜慎用壮阳药，[252] 切勿滥用补肾壮阳药。[253] 不加辨证，一遇阳痿便滥用壮阳药，不但治不好阳痿，反而弊端丛生，毋异于饮鸩止渴，从而出现许多不良反应，如咽喉肿痛、鼻口出血、兴奋失眠、烦躁易怒、血压升高、血尿等。因此，临证切忌一见阳痿便盲目温补，滥施大辛大热之品，如鹿茸、红参、雄鸡、胡椒之属等，以免导致阳强不倒等各种不良后果。[254] 即便一般疾病，若不加辨证而滥用温补，不但起不到应有的作用，有时反而有“痿阳”之弊而导致阳痿的发生。[255,256]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

在强调治疗阳痿不能滥用温补的同时，还强调用药亦不能过于苦寒。苦寒过及多伤肝肾，于阳痿治疗不利，当中病即止。有久服芒硝、大黄治疗他病终致阳痿的报道，[257]当引起重视。

还有学者指出，因甘草具有调和诸药之作用，阳痿配方中多用之。但据现代药理研究证实，甘草提取物有雌激素样作用，并能对雄激素产生拮抗作用，从而降低性功能。大量服用，不仅不会如《本草纲目·主治上·阴痿》所云“令人阴不痿”，反而能使宗筋弛纵，阴茎不举而阳痿。因此，治疗阳痿慎用甘草。[258]

3 实验研究

从众多的中医诊治阳痿的文献可以看出，绝大多数是比较简单的临床观察总结或个案报道，或心得体会，开展相关基础研究者少。可喜的是，一些学者已认识到，欲对阳痿的诊治进一步深入探讨，突破同一水平线上的重复研究，尚需开展多学科的基础综合研究，并且有了良好的开端，涉及文献 19 篇 616 例病例。综合这方面的文献，中医诊治阳痿的基础研究主要从以下几个方面开展工作。

一是总结阳痿的四季发病规律，为预防阳痿的发生和治疗阳痿寻找更好的方法。如通过临床总结，结果发现阳痿四季的发病规律是：秋季最多，冬季和夏季次之，春季最少。[17]

二是研究阳痿患者的生理病理变化，为诊治提供客观指标。如通过研究，发现阳痿患者的阴茎动脉血流灌注或静脉充盈障碍、红细胞变形异常（降低）[259]、血粘度增高、甲皱微循环异常（血色暗红、流态粒状或泥沙状、流速慢），[260,261]肾阳虚阳痿患者血浆睾酮明显下降而雌二醇明显增高、肾阴虚阳痿患者血浆睾酮低于正常而雌二醇有所升高，[262]肾虚阳痿患者的超氧化物歧化酶（SOD_{-1}）明显降低，[263]以及肾虚阳痿患者腰椎骨密度值明显下降[264]等。但对某些研究，其结果不一，如胡纪原的研究结果，血浆激素与阳痿的关系是：肾虚阳痿者血浆 T 水平明显低于正常、血浆 E_2 水平略低，而 E_2/T 比值明显高于对照组。[265]

三是建立阳痿动物模型用于药效学等的研究。阳痿造模的方法主要有两种。一为去势法，即将动物睾丸切除，大白鼠去睾丸后，攻击性行为明显减弱，性情变得温和，前列腺、精囊明显萎缩，肾上腺重量明显增加，血浆皮质醇和尿 17 羟的含量明显升高，肾上腺索状带脂质空泡也明显增多，说明大白鼠去睾丸后，可使体内雄性激素发生改变，而引起肾上腺功能的增强。家兔摘除睾丸后，可见其性功能明显减弱。可见动物去势阳痿与人之肾阳不足、命门火衰阳痿相似。[266]另一方法为慢性应激悬空倒吊法，将小鼠距水平 10 厘米悬空倒吊，强迫抬头，使动物处于极度紧张和恐慌状态，以造成性功能障碍，每次 10 分钟，连续 7 天。[267]

四是研究中药治疗阳痿的机理，为临床用药提供参考依据，但目前多偏重于对温补肾阳为主的药方进行药效学研究。如通过研究发现，白山雄栓具有保护肾上腺免受外源性激素影响及雄激素样作用；[268]高效强力饮能明显增强造模后雄性小鼠的性活动能力，使正常雄性小鼠、去势模型大鼠的附性器官重量明显增加，提高雄性大鼠血清 T 水平，提示该方有补肾壮阳、延缓性器官衰老的功能；[267]痿康口腺液能使动物附性器官湿重明显增加，具有显著的雄性激素样作用；[269]补肾法能调整肾虚阳痿患者血浆性激素中 T、E_2 的水平及 E_2/T 的比值，提示该法可调肾虚阳痿患者异常的下丘脑-垂体-睾丸性腺轴的功能；[262,265]活

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血化瘀法和补肾壮阳法均能改善微循环和血液流变学状况；[260]衡法Ⅱ号(黄芪、当归、赤芍、红花等)对慢性应激负荷雄性小鼠性机能和性行为有明显促进作用；[270]延龄长春丹能使未成年大白鼠包皮腺及前列腺湿重增加、小鼠血浆T水平上升，提示其具有促性腺激素样作用；[271]复春片能使去睾丸大鼠肾上腺重量明显增加，血浆皮质醇、尿17-羟及肾上腺组织中的RNA含量明显升高，肾上腺索状带细胞脂质空泡明显增多，表明该药可以增强肾上腺的功能，从而起到补肾壮阳的作用[272]等。对金水宝胶囊[273]、华宝露[274]及太极回春药(带)等研究，也取得了类似的结果。

从上可以看出，阳痿的基础研究虽然有了好的开头，但研究的面还较窄，尚需进一步加强。

【古训今释】

1 病名演变

现在所称的阳痿，在古代有不同称谓。《养生方》称一般情况下的阳痿为“不起”，这是阳痿病的最早命名，形象、通俗。“七十日老”(《礼记》)，故《养生方》称老年性阳痿为“老不起”。说明当时已从年龄上对阳痿的成因及治疗有所区别。

《黄帝内经》中有多处涉及对阳痿的论述，对阳痿的命名有“筋痿”、“阴器不用”、“阴痿”，但使用得最多的是后者，在《素问》的“阴阳应象大论”、“五常政大论”、“本病论”及《灵枢》的“经筋”、“小针解”等篇，均名为“阴痿”，如“年六十，阴痿，气大衰，九窍不利”，“阴痿气大衰面不起不用”，“阴痿少力”，以及“阴痿不用”和肾脉“大甚为阴痿”等。秦汉时期的《神农本草经》虽有“阴痿不足”、“阴痿不起”、“男子阴痿”、“阴痿”、“阴痿绝伤”和“丈夫阴气不足”等称谓，但以“阴痿”为其主要名称。晋唐之间的《肘后方》、《诸病源候论》、《备急千金要方》、《外台秘要》等均以“阴痿”名之。辑录我国晋唐间百余部医籍的日本《医心方》亦统一命名为“阴痿”。可见唐以前一般将阳痿称为“阴痿”。

宋元时期除沿用“阴痿”之名外，还有其他几种称谓，如“阳道痿弱”(《圣济总录》、《太平圣惠方》)，“阳事不能”(《博济方》)，“阳事不举”(《太平惠民和剂局方》、《济生方》)，“阳气痿弱”(《圣济总录》、《太平圣惠方》)，“阳事不兴”(《太平惠民和剂局方》、《三因极一病证方论》)，“阳事痿弱”(《御药院方》)，“阴痿弱”(《世医得效方》)，“阳道不兴”(《三因极一病证方论》)，“阳事断绝”(《竹瑞堂经验方》)，“阴气痿弱”(《太平圣惠方》)，“阳事痿怯”、“房室不举”及“男子绝阳”(《太平惠民和剂局方》)等。

从上可以看出，元以前虽以“阴痿”为名者多，但病名杂乱，而且在一些医籍中同时出现不同的病名，如《太平惠民和剂局方》中就有“阳事痿怯”、“房室不举”、“阳事不举”、“阳事不兴”、“男子绝阳”等5种名称。

到了明清时期，命名不统一的混乱状况得以改善。明代周之干首次以“阳痿”命名该病，《慎斋遗书·阳痿》中有“阳痿多属于寒”的记载。张介宾亦以“阳痿”命名，他在《景岳全书·杂证谟·阳痿》中写道：“凡男子阳痿不起，多由命门火衰……火衰者，十居七八，而火盛者，仅有之耳。”由于张氏理论造诣深厚，临证经验丰富，是公认的名家，故此论

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

--出，对后世影响极大，后来的多数医家在论及“阳痿”时，都遵从张氏说，并以其理论为据指导临床实践。故此后用“阳痿”命名者渐多，至清代韩善徵著书时，便以《阳痿论》名之。但在明清时期，亦有部分著作如《济阳纲目》、《张氏医通》、《病机汇论》、《证治准绳》、《临证度针》、《医碥》、《集试秘览》、《赤水玄珠》、《医宗必读》等仍以“阴痿”名之。不过，在明清医籍中，一般不混用两种名称，用“阳痿”者不用“阴痿”，用“阴痿”者不用“阳痿”，改变了宋元之前--书多名混用的状态。《杂证治要秘录》则明确指出：“阴痿即阳痿”。

民国时期的医著中沿用明清命名之法，多以“阳痿”名之，但少数医籍如《中西验方新编》、《通俗内科学》、《民众医药指导丛书》等仍以“阴痿”为名。

从以上本病病名演变的轨迹可以看出，在古代，春秋战国时期名“不起”；秦汉至金元时期以“阴痿”为名占主导地位并杂以其他名称；明代始以“阳痿”为名后，至民国之间，以“阳痿”命名为主，少数医家仍用“阴痿”名，但二者不在同一书中相互为用。

病名的演变，是对该病的认识不断加深的结果。“不起”的命名法是一种直观法则，只从表象上说明本病的临床现象。“阴痿”的命名是一种定位法则，因“痿”病有多种，只有加上脏腑脏器来加以定位才能限制“痿”病所指内涵，“阴痿”即指发生于阴器的痿病，也即言阴茎痿软不用。“阳痿”的命名则又前进了一步，从功能活动来加以命名，在中医学中，“阳”可指代脏腑的功能活动，因此“阳痿”的含义应该是指阴茎的功能活动低下不能坚举以行房事。但是，从“阴痿”到“阳痿”的一字之差，将本病的治疗思路从全面引向了片面，在治疗上产生了错误的导向。阳痿本是一个病因病机极为复杂的疾病，但从表象上易将“阳痿”与“阳虚”对等，因此，致使许多医家虽言阳痿的病因多端，但治疗上往往偏重于温肾壮阳一法。这种观念不仅在医界极有市场，在社会上亦广为流传，直到今天，其流弊仍未澄清，病阳痿者多自服补肾壮阳药物，厂家药商也大量生产和推销以温肾壮阳为主的中成药来满足这种非正常的社会需求。

2 辨 病

古代医家认为在正常情况下，即使非房事之时，阴茎也会勃起，并指出这是“阳动”的结果，“阴静”时则处于疲软状态，如《临证度针·阴痿》说：“阳动则举，阴静则痿，虽无欲亦然，况有心者乎。”有医者认为，在男子的一生中，到八八之数时，肾气渐亏，天癸渐少，性功能逐渐衰减亦为常理之事。《素问·阴阳应象大论》云：“年六十，阴痿，气大衰，九窍不利”。华岫云在《临证指南医案·阳痿》按语中写道：“男子以八为数，年逾六旬，而阳事痿弱，理所当然也。”民国蔡陆仙说得更为明白，他将阳痿分为三类，其第三类为“高年肾亏，生理机能减退而不能性交生育者。此非病征，乃一种生理上自然之现象，可不须治疗，虽疗治亦无益也。大抵普通男子，至六十四岁外，生理上即呈此天然衰退之现象，其有老而弥健者，以禀赋有余，或年少时善于调摄保养，故能至老而不退减其性欲也。”（《民众医药指导丛书·性病花柳病科》）但有的医家认为，男性即使到了八八之数，亦应该有正常的房事，并且认为阳痿发生的早迟与寿命的长短有一定关系，如余震在《古今医案按·阳痿》中说：“巢氏病源以肾间动气为人之根本，故年老而能御女。七十岁至八十岁犹生子者，其动气之禀于初生者独厚也，厚则刚，阳自不痿，生子之时，已是大寿，至不能生子而死，谅必又有数年，岂非耋耄乎。亦有六十岁即阳痿者，必不能至大寿，须任其自然，绝意

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

淫欲，尚可延龄，设以与阳药内服外洗，求为御女之事，不数年而死矣。又如壮年无病而阳痿，其人多夭，少年虚损而阳痿，其死立至，皆由肾间动气早衰也。”《冯氏锦囊秘录·杂证·阳痿》也说：“老年多欲寿者，以其阳强而固也。则少年阳痿而夭之义已寓于中矣。”

既然阳痿反映了人体功能活动低下，临床上又如何对其进行辨病呢？考历代医著，很少有对阳痿进行定义者。明清以前的著作中只有极少数对阳痿的表现作了论述，如《天下至道谈》将阳痿的临床表现分为不大、不坚、不热3种，如说：“怒而不大者，肌不至也；大而不坚者，筋不至也；坚而不热者，气不至也。”《素女经》则分为不怒、不大、不坚、不热4种，如谓：“玉茎不怒，和气不至；怒而不大，肌气不至；大而不坚，骨气不至；坚而不热，神气不至。”《医心方·房内》中“卒就妇人，临事不成，中道痿死”是指阴茎能勃起但维持时间短暂难以完成性交；“平常自强，就接便弱”则与今谓之功能性阳痿雷同。到了明代，少数医家才开始为阳痿作出定义，补充了阳痿的诊断内容。明·《普门医品·卷十九》：“阴痿，谓痿而不起，阴器不用。”清·《验方新编·前阴·阳痿》：“阳痿，阳物软而不举者是。”《寿身小补家藏·阳痿证论》：“阳痿者，即茎物不能举动也。”《阳痿论·总义》：“阳者，男子之外肾，痿者，弱也。弱而不用，欲举而不能之谓。”《杂证治要秘录》：“阴痿即阳痿，茎不举也。”这些论述虽然给阳痿作了定义，但其内涵只有阴茎痿软不举一种，而将“不大”，“不坚”等排除在外。关于今人对阳痿病人的诊断是否考虑其性欲的有无这一问题，古人有明确的态度，即阳痿患者的性欲望可如常人，清·王世钟《家藏蒙全》说：“阳痿者，心欲动而物不为用”，《阳痿论·内因·胃》也说：“夫痿者，非不欲举之谓，乃不能举之谓。”民国时期的一些学者对阳痿的定义更为确切，指出该病是指阴茎不能勃起而不能性交，如《民众医药指导丛书·性病花柳病科》说：“阴痿者，即男子之阴茎不能充分勃起，难于插入女性之膣内，以致不能行性交”。

古代有的医家还根据阳痿的不同表现或病因，对其进行分类，而这种分类是为了更好地指导治疗。明·万全将阳痿分为“不举”、“不坚”和“不久”三种表现类型，如《广嗣纪委·寡欲》说：“精竭于内，阳衰于外，痿而不举，举而不坚，坚而不久。”并认为其病机分别是“肝气未至”、“心气未至”和“肾气未至”（《广嗣纪委·协期》）。民国时期的医家根据病或/和伴随症状对阳痿进行分类，如陆清洁分为精伤阳痿、心怯阳痿、阳虚阳痿和湿热阳痿4类（《大众万病医药顾问·性病科》），江夭览分为阴亏阳痿、肥壮阳痿、瘦小阳痿、年老阳痿、受寒阳痿、湿热阳痿、忧郁阳痿、愤怒阳痿、悲哀阳痿、惊恐阳痿、酒醉阳痿、失调阳痿、手淫阳痿、阳举如痿、阳痿下垂、阳痿不育、阳痿囊大、阳痿头眩、阳痿背痛、阳痿早泄和自然阳痿21类（《肾病自疗法·阳痿病自疗法》。此外，古籍中还有“不热”（《广嗣纪要·协期》、“不恕”、“不洪”（《医心方·房内》），因其临床意义不大，后世很少论及。

综合以上各家的论述，古医籍中阳痿概念为：在有性欲的前提下，在性交时阴茎不能勃起，或虽勃起但不坚硬，或虽坚硬勃起但维持时间短暂，以致不能完成性交全过程。《寿身小补家藏·阳痿证治》明确指出：“一时难举，或举而不久者，亦为阳痿。”

3 病证归属

这里的归属，是指古代医家对疾病的门类归属。疾病的门类归属问题往往代表着医家在总体上对疾病本质的认识倾向，并影响着临床治疗。阳痿是一男科疾病，但因古代没有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

形成专门和独立的男科学，以致阳痿在疾病的门类归属中极为混乱。唐及其以前，将阳痿归属于七伤或肾脏门或虚劳门或五不男或房中病中，如《武威汉代医简》将其归为七伤中，论曰："七伤者，一曰阴寒，二曰阴痿，三曰阴衰，四曰囊下湿痒、黄汗出、辛愿(痛)，五曰小便有余，六曰茎中痛如林(淋)状，七曰精自出，空居独怒，临事不举，起死玉门中，意常欲得妇人。"巢元方《诸病源候论》在将阳痿列为七伤证候中的同时，又单独在"虚劳病诸候"中列"虚劳阴痿候"条，但书中所载七伤内容与前述不尽相同，即"七伤者，一曰阴寒，二曰阴痿，三曰里急，四曰精连连，五曰精少、阴下湿，六曰精精，七曰小便苦数，临事不举。"七伤列"虚劳病诸候"中。《素女经》也将阳痿归为七伤中，但七伤内容又均与上述有所差异，所论七伤之病"一曰阴汗，二曰阴衰，三曰精清，四曰精少，五曰阴下湿痒，六曰小便数少，七曰阴痿行事不遂。"《千金要方·卷十九》中虽有七伤内容，但阳痿治方归于"肾脏"门中。《圣济总录》将阳痿归属"肾脏门"，《太平圣惠方》、《太平惠民和剂局方》、《三因极一病证方论》、《济生方》及《外台秘要》等均将其归属"虚劳(或虚损、诸虚)门"中。以上这些归类法提示这些医家都把阳痿的病位定位在肾，病性定性为虚，从以上书籍中的论述或用方中亦可得出这种结论。这种观念为后世从肾着手、以补为主的阳痿治法打下了坚实的基础。唐·王冰则将阳痿归属"五不男"中，五不男即指天、犍、满、怯、变。天即阳痿，又称为"夭"；怯为临房举而不强。后世将五不男中的"满"改为"漏"，并作了进一步的阐释，如精·沈尧封《女科辑要·五不男五不女》说："五不男，天、犍、漏、怯、变也。天者，阳痿不用，古云天宦也；犍者，阳势阉去，寺人是也；漏者，精寒不固，常自遗泄也；怯者，举而不强或见敌不兴也；变者，体兼男女，俗名二形，晋书谓之人疴。"体兼男女，即今谓两性人。将阳痿归类为五不男中，是强调阳痿系引起男性不育的主要原因之一。《医心方》则将其归为房中病。

自金以降，对阳痿一病的门类归属问题变得杂乱起来，除张介宾《景岳全书》等多数医家将其归属"杂证"外，尚有其他各种归属，如元《竹瑞堂经验方》将其归为"羡补门"；明代之《(新刊)医林状元济世全书》将其归为"求嗣门"，《普济方》将其归为"肾脏门"，《赤水玄珠》、《证治准绳》、《病机沙篆》将其归为"前阴诸疾"，《病机汇论》将其附于"小便不通门"，《东医宝鉴》将其归于"前阴"门；精代之《张氏医通》将其归为"大小府门"，《医学摘粹》、《集试秘览》、《嵩崖尊生书》、《傅青主男科》将其分别归为"虚证类"、"虚损"门、"阴器病"、"浊淋门"，《古今图书集成医部全录》、《外治寿世方》、《验方新编》则将其归为"前阴"门；民国之《性病》、《民众医药指导丛书》、《大众万病医药顾问》将其归为"性病"(与性功能有关的疾病)，《肾病自疗法》、《通俗内科学》、《中西验方新编》则将其分别归为"肾病"、"泌尿器病"、"生殖器病"，等等。这些分类方法除承袭唐以前思想外，主要是从解剖学意义上来分类，而其中的归属"性病"的归类方法已与现代中医男科学将阳痿归类于"性功能障碍"或"性事疾病"的方法接近。但不论何种归类方法，都是以该书作者临床上对该病的认识基础为前提，如归于"杂病"者，其临床多主张辨证论治；归于"肾脏门"者多主张从肾论治；归于"虚劳"者，多主张以补法为主治疗。

因此，从以上历代阳痿归属疾病门类的发展轨迹可以看出，古代中医阳痿治疗思路发展的大致脉络是：金元以前多从肾脏入手，以补为主；之后则逐步走向从多脏入手及或补或泻或补泻结合的辨证论治的历程。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4 病因病机

4.1 从肾虚立论

阳痿以肾虚立论发端于《内经》中肾与生殖关系的思想及房事过度与阳痿关系的理论指导。《素问·上古天真论》认为，丈夫“二八，肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子”，《素问·痿论》指出：“思想无穷，所愿不得，意淫于外，宗筋弛纵，发为筋痿”。隋代巢元方是最早明确提出阳痿病属肾虚的医家，他在《诸病源候论·虚劳病诸候·虚劳阴冷候》中认为阴冷是“阴阳俱虚故也。肾主精髓，开窍于阴，今阴虚阳弱，血气不能相荣，故使阴冷也。久不已，则阴痿弱”，指出阴冷久病不愈可以发展成阴痿，故紧接着在该书“虚劳阴痿候”中写道：“肾开窍于阴，若劳伤于肾，肾虚不能荣于阴器，故痿弱也。诊其脉，瞥瞥如羹上肥者，阳气微；连连如蜘蛛丝者，阴气衰。”巢氏倡导的这一思想成了后世医家辨治阳痿的宗旨。

唐宋时论阳痿承袭巢氏之说，论阳痿几乎从肾虚立论。《备急千金要方·序例》中写道：“男子者，众阳所归，常居于燥，阳气游动，强力施泄，则成虚损损伤之病。”强调了阳气在男性生殖功能活动中的重要作用。唐代王焘和宋代赵佶、王怀隐等对肾虚致阳痿的原因和机理作了补充和发挥，《外台秘要·卷十七》：“五劳七伤阴痿，十年阳不起，皆由少小房多损阳。”《太平圣惠方·治肾脏虚损阳气痿弱诸方》：“夫肾者，元气之本，精志之藏，内主于骨，气通于阴。若人动作劳伤，情欲过度，气血衰损，阴阳不和。脏腑既虚，精气空竭，不能荣华，故令阴气痿弱也。”《圣济总录·肾脏虚损阳气痿弱》：“肾脏虚损阳气痿弱者，由嗜欲不节，劳伤肾气，精血耗竭，腑脏虚损，血气不能充养故也。”这一时期的其他医家治阳痿虽从肾虚，但多有方无论。

明清时单以肾虚论阳痿者明显减少，但在某些方面有所发展，如明代《医林绳墨·疝痛》：“阴痿者，亦由房劳太过，致损真元之气，二五之精不能妙合充凝，所以元气不能面持，肾气不能发动，以致阴痿而然也。”清代《石室秘录·男治法》：“痿而不振者，乃过于琢削，日泄其肾中之水，而肾中之火亦日消亡。盖水去则火亦去，必然之理”。这一时期值得一提的还有朱木肃和张介宾二人，前者编《普济方》时，其论虽然照搬《太平圣惠方》之述，但所收从肾治疗阳痿之方为历代方书之冠。张介宾论阳痿虽不单从肾虚立论，但却认为肾虚是引起阳痿的重要因素，因此在《景岳全书·杂证谟·阳痿》中着重指出阳痿一病“但火衰者十居七八，而火盛者仅有之耳。”此语一出，后世诸多医家视为金科玉律，影响深远至今。

从以上论述中，可以总结出古人从肾虚立论阐阳痿病机的基础是因动作劳伤或恣情纵欲等，耗伤肾之阴阳。阴虚则阴茎失去充养，阳虚则“肾气不能发动”，从而导致阴茎痿软。

4.2 从肝立论

从肝立论阐述阳痿病因病机，源于《黄帝内经》中有关经络与前阴关系的论述，如在《灵枢·经脉》中认为足厥阴之脉“环阴器”；《灵枢·经筋》认为足厥阴之筋“结于阴器”，其病“阴器不用，伤于内则不起”，经筋之病“阴痿不用”。但此思想对汉、晋、隋、唐、宋期间的医家们无所影响。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

至金·李东垣才将以上理论用以指导临床实践，他在《兰室秘藏》和《东垣试效方》两书中均记载了阳痿从肝论治的内容，所用柴胡胜湿汤等仍为当今常用治阳痿的方剂。明·王纶继李氏之后，在《明医杂著·男子阴痿》中指出："男子阴痿不起，古方多云命门火衰。精气虚冷固有之矣，然亦有郁火甚而致痿者"，同时代的薛己在注《明医杂著》时写道："愚按阴茎属肝之经络，……若因肝经湿热而患者，用龙胆泻肝汤以清肝火、导湿热；若因肝经燥热而患者，用六味丸以滋肾水、养肝血而自安。"薛氏还在其《薛氏医案选·保婴撮要·下疳阴痿》中指出："下疳阴痿，皆属肝火湿热，或禀赋肝经阴虚……盖肝属木，得雨露则森茂，遇酷日则萎软……。故云：肝气热则茎痿"。孙一奎则明确言明阳痿是伤于肝经所致，《赤水玄珠·前阴诸疾·阴痿》："阴痿，皆耗散过度，伤于肝经所致。经云：足厥阴之经，其病伤于内则不起是也。"朝鲜许浚等编《东医宝鉴》时采纳了孙氏的观点。

到了清代，在所查医著中，单从肝立论论述阳痿者仅程杏轩一人，其在《医述·脏腑·五脏外形》说："外肾者，筋之聚也……肝主筋，外肾不兴则肝衰也。"

从上可见，阳痿从肝立论，虽在秦汉时期便始萌芽，但至金代才有临床实践，在明代才得以昌明，遗憾的是在清代没有得到光大。但从阳痿发病学的历史演变看，这一思想的确立，突破了前几代论阳痿仅从肾虚立论的囿臬，拓展了临床论治阳痿的思路。

4.3 从多因立论

古医籍中从多因立论阐明阳痿病因病机者在占主导地位所论及的病因包括恣情纵欲、七情劳倦等33种；涉及的脏腑主要是肾，其次为肝、心及脾胃。把古代医著中从多因阐述阳痿病因的内容加以归类，不难发现古代医家所言确属临床经验总结，在所论原因中，认识到七情所伤和房事不当是古时人类阳痿的主要病因，其次为后天失调和六淫发病，而先天不足、嗜好不良和痰、瘀等留邪在阳痿发病中虽是少数但也不能忽视。七情所伤主要有思虑、抑郁、恐惧、愤怒、忧愁等；房事不当主要有纵欲、强忍房事、非法精出、病后房事、劳后房事、久旷房事等；后天失调主要有脾胃失调、肝肾不足、后天失养、心气不足、劳力太过等；六淫发病主要有寒、湿热、湿、郁火、暑湿等；先天不足包括禀赋不足、天阉；嗜好不良包括纵酒、厚味、贪嗜冷凉；留邪包括痰、瘀等。

明代医家是从多因论阳痿的拓荒者，这也许是金元医学争鸣带来的结果。在明代，主张从多角度认识阳痿发病的医家很多，如张介宾、王肯堂、刘纯、周之干、楼英、徐春甫、万全、李士材、景冬阳、沈朂等，其中首推张介宾之论影响最大。张氏论阳痿有三因，如《景岳全书·杂证谟·阳痿》说："凡男子阳痿不起，多由命门火衰，精气虚冷，或以七情劳倦损伤生阳之气，多致此证。亦有湿热炽盛，以致宗筋弛纵而为痿弱者，譬以暑热之极则诸物绵萎。"所言"七情"损伤包括思虑、焦劳、忧郁太过及惊恐不释。此论对后世医家影响颇大，如清·汪汝麟《证因方论集要》和清·黄兑眉《寿身小补家藏》在论述阳痿之原由时均照搬景岳之说。不过，张氏虽言阳痿病由三端，但认为命门火衰是最重要的原因，因而在论述完阳痿病因后紧接着指出："但火衰者十居七八，而火盛者仅有之耳"。沈朂认为阳痿病发四端，《病机汇论·小便不通门·前阴九证》说："阴痿者，耗散无节，伤于肝经所致。……有属湿土制肾者……阴痿气衰而不举……。有相火盛而反痿者……有年少人，忽然阴痿而又不美色欲者，此气郁所致也。"另外一些医家也有所创见，如周之干认

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为“阳痿多属于寒”及“少年贫贱人犯之多属于郁”(《慎斋遗书·阳痿》)，王肯堂认为“老人精绝，少年失志，暑月湿热”皆令阳痿(《医镜》)，刘纯认为“怒气”、“恐气”、“劳气”、“思气”皆可致阳痿(《玉机微义·气证门·论九气动为诸证》)等。尚有一些医家如徐春甫、楼英、景冬阳等虽也主张阳痿病发多因，但所论均采他人之说而无新义。

清代不仅从多因立论阐阳痿病的医家增多，且所论较明时有了较大发展，当然亦有承沿明代之说者，如汪汝麟、黄兑眉、张璐、庆云阁等。这一时期从多因论阳痿有所建树的医家较多，如何梦瑶、陈士铎、林佩琴、冯兆张、沈金鳌、华岫云、韩善徵等。何梦瑶在《医碥·杂证·阴痿》中指出阳痿其故有六：“一则天禀使然，而不可强者也；一则有所恐惧而气馁也；一则神摇火飞，气上不下也。此皆无病之人也。一则湿热太甚，下注宗筋，弛纵不收也；一则耗散太过，命门火衰也；一则肾水虚衰，热极，壮火食气也。薛立斋所谓如木得露则森立，遇酷暑则萎悴也。盖火水和平则举，有水无火、有火无水及水火淫盛为湿热者，亦不举也。参痿门自明。此有病之人也。”潘道根《临证度针·阴痿》所论与此相同。从《辨证录·阴痿门》所载内容看，陈士铎是根据阳痿的具体表现来推测病由，如认为“人有交感之时，忽然阴痿不举，百计引之，终不能鼓勇而战”是“心气不足”；“人有精薄、精冷，虽亦能交接，然半途而废，或临门即泄”是“脾胃阳气之不旺”；“人有年少之时，因事体未遂，抑郁忧闷，遂至阳痿不振，举而不刚”是“心火之闭塞”；“人有天分最薄，无风而寒，未秋而冷，遇严冬冰雪，虽披重裘，其身不温。一遇交感，数合之后，即望门而流”是“命门之火太微”；“人有中年之时，阳事不举，虽妇女扪弄而如故，即或振兴，旋即衰败”是“心包之火气大衰”。在《辨证录·遗精门》中还认为“人有心气素虚，力难久战，然又思慕美色，心中怦怦，遂至梦遗，其症阴痿”是“心包之火大动”。陈氏论阳痿虽以多因立论，但偏重于心，自成一家之说。林佩琴论阳痿病源也为六端说，《类证治裁·阳痿论治》：“阳之痿，多由色欲竭精，或思虑劳神，或恐惧伤肾，或先天禀弱，或后天食少。亦有湿热下注，宋筋弛纵，而致阳痿者。”沈金鳌提出“精出非法”等也可致阳痿，如《杂病源流犀烛·前阴后阴病源流》说：“凡人色欲过度，精髓耗败，伤于肾元，遂致阴痿不起”，“又有精出非法，或强忍房事，有伤宗筋，亦致阴痿不起”，“有阴湿伤阳，阳气不能伸举，亦致阳痿不起”，“又有失志之人，抑郁伤肝，肝木不能疏达，亦致阳痿不起。”清论阳痿原由最多者推冯兆张，他在《冯氏锦囊秘录·杂证·阳痿》中认为阳痿之由有“因早年戕丧太过”、“因禀气不足”、“因病后劳后不节”、“因运用劳心忧愁思虑动作劳力太过”、“因子后行房”、“因嗜欲凉水太过”、“因纵酒嗜味太多”、“更有因于久旷”等8种，其中“久旷”之因等非他人所论者。

在清代从多角度论述阳痿病因的医家中，值得笔书的尚有华岫云和韩善徵。华岫云在论述阳痿病因时，虽多数承袭前人之说，但发挥了阳明虚致痿的思想，如在《临证指南医案·阳痿》中按云：“男子以八为数，年逾六旬而阳事痿者，所当然也。”但若“少壮及中年患此”则其由“有色欲伤及肝肾而致者”、“有因恐惧而得者”、“有因思虑烦劳而成者”、“有郁损生阳者”、“更有湿热为患者”，接着进一步写道：“又有阳明虚则宗筋纵。盖胃为水谷之海，纳食不旺，精气必虚。况男子外肾，其名为势，若谷气不充，欲求其势之雄壮坚举，不亦难乎!”。清末医家韩善徵《阳痿论》系我国第一部中医阳痿论治专著，要言不繁，颇多见地。韩氏论阳痿一扫前人将阳痿与阳虚等同之偏见，指出阳痿“因于阳虚者

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

少，因于阴虚者多”的发病学观点，认为“真阳伤者固有，而真阴伤者实多。何得谓阳痿尽是真火衰乎。”韩氏所论阴虚致阳痿，不仅有肾阴虚，还有肝阴虚、胃阴虚、心阴虚。韩氏还将“百病以胃气为本”衍化为“阳事以胃气为本”指出胃气的强弱与性欲之强弱密切相关，谓：“胃强善啖之人，其于欲事必强，否则痿，是胃气能为肾气之助”。韩氏还认为“阻逆”是阳痿的常见原因，同时论及痰、暑、瘀也能致痿。此书中韩氏还将所论及的阳痿病因按传统的“三因”分类法进行分类。

从以上论述中，发现明清医家从多角度论述阳痿病因病机时，一些医家在从多因阐述的同时，又有各自的倾向性，这些倾向有的形成了一对不可调和的矛盾，明末张介宾和清末韩善徽便如此。张氏力主阳痿因“阳虚”者多，即所谓“火衰者十居七八”；韩氏则倡阳痿因“阴虚”者多，即“真阳伤者固有，而真阴伤者实多”。由于张氏之说先于韩氏之论，影响颇大，一些医家遵其说而用之，一些医家则对其提出疑问，而韩氏则进行了无情的抨击，在《阳痿论·内因·胃》中写道：“张景岳、李士材辈，邪说迭出，皆以元阳不足为主，大谬。”实际上，由于人类所处的历史时期、地域环境及生活习惯和水平等的不同，即使同一疾病，亦会有不同的病理变化和证候表现。因此，对上述两位医家各自总结出的阳痿发病和辨证规律大相径庭也就不难理解了。至于在临床上的运用则应因人、因地而宜。

民国期间的著作多从多因立论阐述阳痿病因病机，但多无新义或秉承前人之说。茹十眉《性病·阳痿》之论照搬景岳之说，蔡陆仙《民众医药指导丛书·性病科·阴痿症治总辨》之“阴痿病，大都由于纵欲过度，宗筋弛纵，或思想无穷，气郁心肾，以及他病气血两虚，阳明水谷之精不能润养宗筋，因而致痿”和《大众万病医药顾问·性病科·阳痿证》“阳痿之原因有四：一天阉；二手淫过甚，精液流泄太多，宗筋受损，麻痹痿软；三心怯；四湿热”的论述也无多建树。不过，这时的另一位学者江天览对阳痿病因的认识却有一些创见，所论及的阳痿病因有先天不足、膏粱厚味、阴虚火旺、寒气凝滞下焦、肝肾湿热、肠胃湿热、思虑焦劳、忧郁、愤怒、悲哀、惊恐、嗜酒、饮食失调、手淫过度、房事过度、湿邪久固经络等，但认为最大原因是“纵欲不节，摧残太过”。

4.4 从其他方面立论

除上述3种外，古人还有从阳明、从湿、从郁火及中西医结合论阳痿病因者，但均论者甚少，无大影响。

《古今医案按·阳痿》案后云：“考宗筋聚于前阴。前阴者，足之三阴及阳明、少阳、冲、任、督、跻九脉之所会，而九脉之中，阳明为之长。内经云：阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，所以胃强善啖之人，其于欲事必强，反则痿而不举，或举而不坚，是胃气能为肾气之助。古云：精生于谷。又云：男子精盛则思室。其道理可喻矣。”从经络关系阐述胃弱可致阳痿。《二续名医类案·阳痿》引《两都医案》说：“男子前阴谓之宗筋，宗筋属阳明，胃经阳明实而宗筋坚，能束骨而利机关矣。胃为水谷之海，六腑之大源……饮食多则阳旺，饮食少则阳痿”。

从湿论阳痿病在《内经》中有明确记载，如《素问·五常政大论》说：“太阴司天，湿气下临，肾气上从……阴痿气大衰而不起不用。”《素问·本病论》亦说：“是故子午之年，大阳降地，主窒地阜胜之。又或遇土运太过，先天而至。土运承之，降而不人，既天彰黑气，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

暝暗凄惨，才施黄埃而布湿，寒化令气，蒸湿复令。久而不降，伏之化郁，民病大厥，四肢重怠，阴痿少力，天布沉阴，蒸湿间作。”但《内经》这一思想在古代一直未受到医家重视而没有真正用于临床，充其量是一些医家从多角度论述阳痿病因时加以引用或引申而已，直至现代才有学者将其运用于临床。

至于从郁火论治者，仅有之耳，且医家们对郁火认识的意见分歧较大，有认为系肝火者，有认为是肾火者。不仅在古代，即使现代，亦未有人将其作为一种单独的病因学观点加以发扬。

民国时期因受清末“西学中用”和“中西汇通”观念的影响，有的学者从中西医角度对阳痿的病因病机进行了论述。如《通俗内科学·泌尿器病·阴痿》论阳痿病因为“情欲缺乏，阴茎器质变性，恐惧、愤怒、羞耻等之精神感动，房事过度，手淫，慢性淋、白浊，脊髓劳，糖尿病等。”《中西验方新编·生殖器病·阴痿》中以肾虚论阳痿病因后，又将阳痿分为“感应性阴痿”、“刺激性阴痿”、“麻痹性阴痿”和“器械性阴痿”从西医角度论述其病因。这些论述于临床虽无多大价值，但从医学发展的角度来评价，这种思路并非一无是处。

从前述古代医家对阳痿病因病机的分析中，可以发现古人群体上认为阳痿的病变脏腑主要在肾，其次为肝、心、脾胃，有时是一脏致病，有时是多脏致病。前一种情况在前文中已讨论过。此处仅对后一种情况略作补充。古人认为，多脏致痿者多系肝肾同病，如《病机沙篆·前阴诸疾》云：“阴痿者，肾虚肝伤。”《万氏家传养生四要·却疾第四》说：“男子阳道不强者，由于肝肾之气不足也。肾者，作强之官；肝者，罢极之本。肝之罢极生于肾之作强也。故阴痿不起不坚者，筋气未至也。肝主筋，肝虚则筋气不足矣。阴起不坚不振者，骨气未至也。肾主骨，肾虚则骨气不足矣。”也有认为系肾肝心三脏同病者，如《广嗣纪屡·协期》认为“痿而不举者肝气未至”、“壮而不热者心气未至”、“坚而不久者肾气未至”。

至于阳痿的主要发病机制，综合以上各家所论分析不外3方面。一是宗筋失养以致宗筋弛纵，《素问·痿论》云：“宗筋弛纵，发为阴痿”，阴、阳、气、血、精等物质的亏损都可致宗筋失养。二是经络遏阻以致宗筋弛纵，《阳痿论·不内外因·跌仆》云：“盖跌仆则血妄行，每有瘀滞精窍，真阳之气难达阴茎，势遂难举”，痰、湿、瘀血、精瘀、气机郁滞均可遏阻经络而致宗筋功能障碍。三是阴茎勃起动力减退，《医林绳墨·疝痛》云：“肾气不能发动，以致阴痿，”《临证度针·阴痿》云：“然而不举者，则气不从心也”，七情所伤、纵欲、劳倦、寒湿困阳、心肾不交等均可致功能不能发动。三个方面可单独为病，但多为两种或三种机制同时为病。

5 治则治法

5.1 从肾论治

阳痿从肾论治的理论基础是：肾的功能障碍是引起阳痿的唯一原因或主要原因。其思想发端于《内经》，昌明于《诸病源候论》，实践于唐宋，发展于明清。

《诸病源候论》发展了肾主生殖及房事与阳痿关系的思想，明确指出“肾虚阴痿”的观点，为后世阳痿从肾论治奠定了基础。唐《千金要方》、《外台秘要》和宋《圣济总录》、《太

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

平圣惠方》等均从肾论治阳痿，收载了大量的从肾论治的方剂，且大多有论有方。如《千金要方·肾脏·肾虚内实第二·肾虚寒》："治肾气虚寒，阴痿，腰脊痛，身重缓弱，言语混浊，阳气顿绝方(地黄、苁蓉、巴戟、麦冬、茯苓、甘草、牛膝、五味子、杜仲、干姜、车前子)"；《外台秘要·虚劳下二十九门·虚劳阴痿方》："经心录雄鹅散(雄鹅、石斛、巴戟、天雄、五味子、蛇床子、菟丝子、牛膝、远志、苁蓉)，疗五劳七伤阴痿。十年阳不起，皆缘少小房多损阳。"《济生方·虚损》："五劳七伤真阳衰惫，阳事不举"，治"肾虚劳损，卧多盗汗，小便余沥，阴湿痿弱"用磁石丸又方(磁石、五味子、鹿茸、菟丝子、蛇床子、车前子、茯苓、桂心、黄芪、苁蓉、防风、山茱萸、阳起石、附子、干地黄)；《太平圣惠方·治肾脏虚损阳气痿弱诸方》："治肾脏虚损，精气衰竭，阳道痿弱，宜服肉苁蓉散方(苁蓉、菟丝子、钟乳粉、蛇床子、远志、续断、天雄、鹿茸、石龙芮)"，《太平圣惠方·治虚劳阴痿诸方》："治虚劳阳气不足，阴气痿弱、囊下湿痒，小便余沥，宜服天雄散方(天雄、五味子、山药、地黄、巴戟、续断、蛇床子、远志、桂心)"；《圣济总录·肾脏门·肾脏虚损阳气痿弱》："治肾脏虚损，精气衰竭，阳道痿弱"用五味子丸(五味子、菟丝子、鹿茸、巴戟、苁蓉、杜仲)等。各书所载方剂之组成及适应证有所差异，但区别不大，所用药物多为温肾壮阳、调元益精之品。

到了明代，治阳痿单从肾脏入手的医家虽较唐宋时明显减少(58.33%)，但从治法上明确提出了阳痿治肾的观点。如《医林正印·前阴诸疾》："阴痿者，必由肾水竭而真火衰，但致之之由不同。宜以峻补真阴大剂，相其由来，并加治之之药，斯得矣。"《广嗣要语·微阳不能射阴之图》："阳事不举，勉力入房，未竟先痿，或所泄清冷微薄，治在补阳。"《济阳纲目·种子》："阳事痿弱，法当补阳。"《医林绳墨·疝痛》更明确指出阳痿"治宜补肾壮阳"《医学准绳六要·前阴诸疾》则言明阳痿治肾当分别肾阳虚与肾阴虚不同而用药。朱棣编撰之《普济方》收载了唐宋时期从肾论治阳痿的几乎所有处方，可以称为阳痿从肾论治之方剂大全。不过，明代从肾论治阳痿诸家用方比较一致，大多习用八味丸、六味丸。

清代医家不仅治阳痿单从肾脏入手的人数在总体上又较明代明显减少，而且从肾论治阳痿者也多承沿前人之说而无多大创新。不过，《证治汇补·痿躄》"附阴痿"中所载之"火衰者，桂附八味丸；火郁者，知柏六味丸；如肾经火郁而阴痿者，合服知柏清火坚肾之吕，宜见甚效。须临证审查，不可偏盛为火衰也"的论述，却提示了从肾论治阳痿，不仅要看到火衰寒其的一而，又要注意阴虚火炽的一而，可以说是对从肾论治阳痿的一个发展。

5.2 从肝论治

古代单纯从肝论治阳痿者甚少，而且均集中于金明时期，到了清代则尚未发现有后来者。肝的功能异常能导致阳痿的思想发端于《内经》，但至金时才有医家将其应用到临床上。金《兰室秘藏·阴痿阴汗门》所载固真汤(升麻、羌活、柴胡、炙甘草、龙胆草、泽泻、黄柏、知母)和柴胡胜湿汤(柴胡、生甘草、黄柏、升麻、泽泻、当归、羌活、麻黄根、汉防己、龙胆草、茯苓、红花、五味子)即是从肝论治阳痿的著名方剂。明《明医杂著·男子阴痿》按语中薛己认为阴茎属肝之经络，指出阳痿"若因肝经湿热而患者，用龙胆泻肝汤以清肝火、导湿热；若因肝经燥热而患者，用六味丸以滋肾水、养肝血而自安。"提示阳痿因肝经功能障碍而致者，有实热，也有虚热。虽阳痿仅从肝论治的医家在明代甚少，在清代则尚未发现，但在明清主张分因论治阳痿的医家中绝大多数认为治疗阳痿时要顾及到肝并有临床实践，所论

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不仅有肝经湿热、肝经燥热、还有肝气郁结等，从另一个侧面发展了阳痿从肝论治的内容。但考之古代医著，尚未见有明确提出“阳痿从肝论治”之观点者。

5.3 分因论治

明代开始，医家们开始提出分因论治阳痿，但人数不多(25.00%)，代表有周之干、王肯堂、沈朂、张介宾等。周之干将其分为肾虚精寒和气郁伤肝论治，并附验案两例。王肯堂分3型治疗，《证治准绳·杂病·前阴诸疾·阳痿》：“仲景八味丸治阳事多痿不振，今依前方，夏减桂、附一半，春秋三停减一，疾去精足全减桂、附，只依六味地黄丸。此法可治伤于内者。阴痿弱，两丸冷，阴汗如水，小便后有余滴，臊气尻臀，并前阴冷恶寒而喜热，膝亦冷，此肝经湿热，宜固真汤、柴胡胜湿汤。此法可治湿气制肾者。肾脉大，右尺尤甚，此相火盛而反痿，宜滋肾丸或风髓丹。”沈氏在王氏基础上又加年少气郁1型论治，《病机汇论·小便不通门》：“阴痿者……仲景八味丸……。有属湿土制肾者……柴胡胜湿汤。有相火盛而反痿者……宜滋肾丸。有年少人，忽然阴痿而又不美色欲者，此气郁所致也，四七汤送辰砂妙香散。”张介宾因症分类治疗方法影响较大，世人多从之，《景岳全书·杂证谟·阳痿》在“论治”中将阳痿分为3类治疗，并首次提出七情所伤者必须辅以情志疗法才能获效的观点，如说：“命门火衰精气虚寒而阳痿者，宜右归丸、赞育丹、石刻安肾丸之类主之。若火不甚衰而止因血气薄弱者，宜左归丸、斑龙丸、全鹿丸之类主之。”“凡因思虑惊恐以致脾肾亏损而阳道痿者，必须培养心脾，使胃气渐充，则冲任始振而元可复也，宜七福饮、归脾汤之类主之。然必大释怀抱，以舒神气，庶能奏效，否则徒资药力无益也。其有忧思恐惧大过者，每多损抑阳气，若不益火，终无生意，宜七福饮加桂、附、枸杞之类主之。”“凡肝肾湿热以致宗筋弛纵者，亦为阳痿，治宜清火以坚肾。然必有火证火脉内外相符者，方是其证。宜滋阴八味丸或丹溪大补阴丸、虎潜丸之类主之。火之甚者，如滋肾丸、大补丸之类俱可用。”

综合各家之论，明代医家主要将阳痿分为命门火衰、肾阴不足、心脾两虚、湿热下注、肝郁气滞5个类型进行论治。

至清代，分因论治阳痿的医家较明代明显增多，且多有发展，代表医家如沈金鳌、华岫云、林佩琴、陈士铎、韩善徵等。沈氏分因论治的贡献在于提出“精出非法或强忍房事”和“阴湿伤阳”这两个新的因证类型，并在分因论治中首先使用了外治法(九仙灵应散)，《杂病源流犀烛·前阴后阴病源流》：“凡人色欲过度，精髓耗败，伤于肾元，遂致阴痿不起，宜五精丸；又有精出非法，或强忍房事，有伤宗筋，亦致阴痿不起，宜上升、还少丹；又有阴湿伤阳，阳气不能伸举，亦致阴痿不起，宜九仙灵应散；又有失志之人，抑郁伤肝，肝木不能疏达，亦致阴痿不起，宜达郁汤加菖蒲、远志、枸杞、菟丝子。”

林佩琴分类最多计13种，且提出“恐惧者，胆虚精怯”之论点，“心肾失交”也其首次提出，如《类证治裁·阳痿论治》：“水衰真阴亏乏，归肾丸、还少丹、地黄汤。火衰精气虚寒，右归丸、八味丸，甚者加人参、鹿茸，或加肉苁蓉、杞子。若火衰不甚，戕丧太过，补骨脂丸。伤思虑者，心脾郁结，阳事不举，归脾汤、妙香散。郁伤少阳，生气日索，加味逍遥散。伤恐惧者，胆虚精怯，大补元煎加枣仁、鹿角胶。先天精弱者，房后神疲，固阴煎、秘元煎。胃虚食少，水谷不充，精髓失旺，脾肾双补丸、七福饮、玉母桃。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其湿热伤及肝肾，致宗筋弛纵为阳痿者，如筋角近火则软、得寒则坚，宜滋阴八味丸或龙胆泻肝汤。经谓：肾欲坚，急食苦以坚之也。然必脉证果系湿热，方用苦坚淡渗。若肝肾虚热，仍宜养阴滋肝，地黄汤加龟板、元参、天冬、麦冬、五味子。又有心肾失交，梦泄致痿，远志丸加熟地、枣仁、白芍。劳伤筋骨，阳道痿弱，无比山药丸、大造固真丹。肾虚无子，精冷精滑，七宝美髯丹。通治阳事不起，如赞化血余丹、鹿茸地黄丸、三子丸、青蛾丸等。此治法大概也。若夫元阳既伤，真精必损，必兼血肉温润之品缓调之，如斑龙丸、聚精丸、二至百补丸之类，纯用刚热燥涩之剂，恐有偏盛之害，其审而裁之可耳。”

华岫云分因论治阳痿从肝、肾、心、脾、胆多脏入手，在《临证指南医案·阳痿》中按道“色欲伤及肝肾”者“峻补真元”，“恐惧得者”“固肾稍佐升阳”，“思虑烦劳而成者”“心肾脾兼治”，“郁损生阳者”“必从胆治”，“湿热为患者”“苦味坚阴、淡渗利湿”，“阳明虚则宗筋纵”“治惟有通补阳明”。

陈士铎论治有六，虽分因论治，但偏重于治心，所言多亲身临证所得，用方多为自制，从而在论治思想上自成一家。其所分因证类别及治法方剂分别为：“心气不足”者，治当“上补心而下补肾”，方用起阴汤，济阳丸亦妙；“脾胃阳气不旺”者，治当“补先天命门之火，更补后天脾胃之土”，方用火土既济丹，旺土丹亦甚佳；“心火之闭塞”者，治当“宣通其心中之抑郁”，方用宣志汤，启阳娱心丹亦佳；“命门之火太微”者，治当“补命门之火”，方用扶命生火丹，壮火丹亦甚佳；“心包之火气大衰”（心包虚寒）者，治当“温其心包”，方用救相汤，辅相振阳丸亦佳（《辨证录·阴痿门》）；“心包之火大动”者，治当“补心经之衰，泻心经之火”，方用强心汤，莲心清火汤亦效（《辨证录·梦遗门》）。

韩善徽分因论治阳痿有别于诸家，在阳痿“因于阳虚者少，因于阴虚者多”思想指导下偏重于养阴治疗的同时，还强调其他类型的治疗。其所著《阳痿论》所述分因论治内容为：肾阴虚者，治宜壮水制阳，或参填精补髓，方用二至丸、聚精丸、填充精海方、三才封髓丹、摄固下真方；肝阴虚者，治宜滋肾凉肝，方用养肝和阴方；胃阴虚者，治宜清补甘润，方用麦冬汤；心阴虚者，治宜安神养荣，方用远志丸；痰凝气阻者，治宜行气化痰，方用清气化痰丸；暑热蕴蒸者，治宜清热养阴，方用黄连解毒汤；血瘀窍阻者，治宜通瘀利窍，方用通瘀利窍方。

清代分因论治阳痿小有新义的医著尚有 2 部。一是庆云阁《医学摘粹》，对惊恐伤肾之阳痿不受传统约束而从心神治疗，用桂枝龙骨牡蛎汤主之。一为无名氏所撰《杂症治要秘录》（又称《杂症便蒙》）在分类上除沿承前人命门火衰、肾气亏虚、肝经湿热、肝经燥热、相火炽盛几种外，尚创“君火虚”一类，用归脾汤治疗。不仅如此，该书首次明确指出阳痿有“虚实”之殊，如说：“阴痿即阳痿，茎不举也。古称阴不起、阴不用。有虚实之殊。”

清代还有一些分因论治阳痿的医家，但多无所新见，如黄兑眉《寿身小补家藏·阳痿证治》所论与明《景岳全书》之言大同小异；景冬阳《嵩崖尊生书·阴器病论》、何梦瑶《医碥·杂症·阴痿》、潘道根《临证度针·阴痿》、张璐《张氏医通·大小府门·前阴诸疾》等所论均从前人之说，分命门火衰、肾经郁火、肝经燥热、湿热下注等类型论治，所用方药也多沿承前人所制者。

查阅到的民国时期医著均从多因论治阳痿。陆清洁《大众万病医药顾问·性病科》分为精伤阳痿、心怯阳痿、阳虚阳痿和湿热阳痿论治。其创见之处在于提出“心怯阳痿”之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

说，并用《金匮要略》方蒲灰散治疗湿热阳痿。江天览《肾病自疗法·阳痿病自疗法》分类最多，高达22种，包括纵欲、阴亏、肥壮、瘦小、年老、受寒、湿热、忧郁、愤怒、悲哀、惊恐、酒醉、失调、手淫、自然等15种阳痿本症和阳举如痿、阳痿下垂、阳痿不育、阳痿囊大、阳痿头眩、阳痿背痛、阳痿早泄等7种阳痿兼证，各类阳痿下均详列症状、治法、方药。这种论治方法虽庞杂混乱，但包括了临床常见的各种阳痿证候类型，尤为可贵的是在论治时考虑到了体质因素这一点。

5.4 其他论治方法

在清代，有的医家从《内经》阳明主润宗筋的思想得到启发，认为阳明的充盛与否决定了阳事的强弱之别，阳明有病可致阳痿。因而提出阳痿治从阳明的观点。赵晴初《存存斋医活稿》在注《素问·痿论》时认为“治痿独取阳明。阳明主润宗筋”中的“宗筋”二字“可以外肾言也”，而“入房太甚，宗筋弛纵”中的“宗筋弛纵”句“意作阳痿解可也”，指出“阳明与外肾关属”。因而倡“是则治阳痿，当遵素问治痿独取阳明之旨”。

中西汇通治疗阳痿是清末民国时期才有的新观念。如《民众医药指导丛书·性病花柳病科》说：“阴痿宜分别其病因疗治，如因火郁者，宜服知柏地黄丸；肾火衰弱者，桂附八味丸；如因思虑无穷，心脾气郁，宜补脾胃以滋水谷之化源而润宗筋。其他如器质的阴痿，若将病之变态除去，便能恢复性交；如关于全身疾病而来，应将所患之病症治好；精神或神经的阴痿，宜用宽慰、解释，严行精神疗法，自可治愈，并力劝患者不可思虑妄想，每日宜举行适当之运动……。西医有注射之剂……以治阳痿，亦殊有效也。”《丹方精华·初集·补肾与延寿》论阳痿治疗时说：“于培补之中，佐以兴奋之品。其大怒大恐者，则安抚神经，用镇静之法，而于欲念须绝对禁忌。”以上所论从今之理论评价未必正确，但这种主张中、西两法合治的思路却有其重要的临床价值。

5.5 治法宜忌

古代医家多数治阳痿从肾入手，行温肾壮阳之法，然少数医家对此持有不同意见，各自有所发挥，提出了一些治法宜忌，于今临床似有指导价值，故简述如下。

5.5.1 治宜多法

阳痿之因较多，治宜多途多法，不可专守一方。《医镜》指出：“老人精绝，少年失志，暑月湿热，皆令阳痿，不可误服辛热”，“少年阳痿，有因志意不遂所致者，宜其抑郁，则阳气舒而痿立起，勿概作阳虚补火”。《存存斋医话》也明言阳痿可从阳明治，“弗徒沾沾于补肾壮阳”。

5.5.2 慎用温燥壮阳法

明以前医著所治阳痿方虽多为补肾壮阳之法，但尚未形成“阳痿多火衰”的理念，自张介宾在《景岳全书》中认为阳痿“火衰者十居七八”后，使阳痿治从温肾壮阳之法的观念深扎古代众多医家意识之中，并指导临床实践。由于这种理论太绝对化且实践中发现因用温肾壮阳法用之不当会带来不良后果，因此一些医家对此持有不同看法，认为温燥壮阳之法不能乱用。如《万氏家传养生四要·却疾》说：“有人阳道常痿者，多致无子，不可不虑也。惟其求嗣之急，易为庸医所惑，或以附子、起石为内补，或以蟾酥为外助。吾见阳事

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

未兴，内热已作，玉茎虽举，顽木不用，终身无子而夭殁者有之。深念此辈无辜，而受医药之害。”《古今医统大全·养生余录》认为“阴痿不能快欲，强服丹石以助阳”会致“肾水枯竭，心火如焚，五脏干燥，消渴至近”。因而《类证治裁·阳痿》告诫治阳痿“纯用刚热燥涩之剂恐有偏盛之害”，故当“审而裁之”。《丹方精华·初集·补肾与延寿》亦说：“俗以阳痿为阳气大衰之证，纯用辛热温燥之药，劫烁津液，终至全体被伤，反致无益有害，不可慎哉！”

清代韩善徵因其主阳痿多阴虚发病，故而主张治阳痿不可轻投温补之品，并对温肾壮阳派进行了无情的抨击。认为阳痿“真阳伤者固有，而真阴伤者实多。何得谓阳痿尽是真火衰乎”，但“独怪世之医家，一遇阳痿，不问虚实内外，概与温补燥热。若系阳虚，幸而偶中，遂自以为切病；凡遇阴虚及他因者，皆施此法，每有阴茎反见强硬，流精不止，而为强中者，且有坐受温热之酷烈，而精枯液涸以死者”（《阳痿论·总义》）。对张介宾之说极不赞同，指出：“张景岳、李士材辈，邪说迭出，皆以元阳不足为主，大谬”（《阳痿论·内因》）。

诚然，妄投桂附等辛温燥热之品易煎熬真阴，但“苟果属真阳亏损，即当益火之源，而又何必规规于斯论哉”（《医学准绳六要·前阴诸疾》）！

5.5.3 药症宜忌

明代《普济方·本草药性·畏恶门》中专列阳痿主治药，原文照录：“白石英(微温)　阳起石(微温)　巴戟(微温)　肉苁蓉(微温)　五味子(温)　蛇床子(平)　地肤子(寒)　铁精(微温)　白马茎(平)　菟丝子(平)　原蚕蛾(热温)　狗阴茎(平)　雀卵(温)　天雄(温、大温)　覆盆子(平)　石南(平)　山茱萸(平、微温)”。《本草纲目·百病主治药》中将阳痿分为湿热及虚两种，各列主治药 20 味和 84 味，共载阳痿主治药 104 味。

清代《药症忌宜》对阳痿治法宜忌有较全论述，认为“阴痿属命门火衰，下焦虚寒”，其治疗“忌同命门虚。宜同命门虚，加海狗肾、蛇床子、原蚕蛾、牛膝、雀卵、狗阴茎”。所言命门虚之忌宜为：“忌下泄、破气、发散、辛寒、苦寒、淡渗、燥、补肾水苦寒药”，补肾水苦寒药为“黄柏、知母、生地黄、天门冬”；“宜益真阴之气、甘温、咸温、甘热、酸敛：人参、人胞、肉苁蓉、菟丝子、枸杞子、五味、大枣、鹿茸、覆盆子、巴戟天、补骨脂、附子、仙茅”。

对于古代医著中所言药症宜忌内容，于临床当灵活对待，不必拘泥。

5.5.4 不惟药治

古代医家认为治疗阳痿不能仅靠药物，尚需配合其他方法才能收到预期效果。《景岳全书·杂证谟·阳痿》中说：“然必大释怀抱，以舒神气，庶能奏效，否则徒资药力无益也。”这是最早用心理治疗方法治疗阳痿的论述。有医家主张服药与节欲并重，《肾病自疗法·阳痿病自疗法》说：“本症欲求其痊愈，不可过速，宜一面服药，一面节欲，双方并进，自具恒心，日久即可恢复原状。往往不思节欲，徒求药石，虽得效于一时，仍难免日后之失败，盖非根本治法也。”该书对不同类型阳痿的其他疗法尚有所述，如阴亏阳痿尚需“每日早起早眠，作简单之运动，锻炼身体”，肥壮阳痿“戒除厚味，清洁肠胃，如是不服药亦能自愈”，忧郁阳痿“并开其怀抱，舒其神气，始有复原之望，否则徒劳药石”，悲哀阳痿“怡情山水，开拓胸襟，尚可复兴”等。疗阳痿不惟药治的思想，不只对情志所伤阳痿重要，对其他原因所致者亦不可忽视。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6 内服方用药规律

除从古医著有关阳痿的论述可了解古代医家诊治阳痿的思路和认识外，通过对古代医著中所载治疗阳痿之方剂的统计分析，更能从整体上探讨古人治疗阳痿的用药规律和经验。对古代治阳痿方中药物的功效分类以中医院校统编五版教材《中药学》为据，对一些生僻的药物以《中药大辞典》所言主要功效分类，对一些暂时难以分类者则分为其他类。

6.1 方药统计

在查阅的古代医著中，有87部收载有治疗阳痿的内服方剂，收方共506首，其中重复者122首，实得方384首。以下便是根据384首方统计之结果。

6.1.1 剂型与服法

384方中丸剂247首(64.32%)，散剂64首(16.67%)，汤剂58首(15.10%)，浸酒剂10首(2.60%)，膏剂3首(0.78%)，羹剂和煮酒剂各1首(各占0.26%)。方剂组成最少2味药，最多30味药，平均10.32味。

做丸剂的基料种类较多，最常用的是以蜜为丸，其他尚有雀卵丸、枣膏丸、酒糊丸、糊丸、酒煮面糊丸、酒蜜丸、糯米煮糊丸、酒打面糊丸、糯米粽研糊丸、山药搜糊丸、桃仁安息香糊丸、腽肭脐膏酒糊丸、雀肉和丸、米饭丸、枣肉丸、鸡子黄枣膏丸、腽肭脐制酒煮面麸丸、面糊丸、酒煮山药糊丸、鹿角膏子丸、地黄汁丸、黄精汁丸、羊肉和丸、地黄自然汁丸、茴香煎汁丸、酒山药糊丸、醋糯丸、酒煮羊肉糊丸、煮鸡肝肾和丸、葱汁丸、姜汁丸、牛骨髓鹿角胶煮和丸、粟米牛乳鹿角胶煮和丸、水泛丸等。

384方中，用温酒下或兑服者152首(39.58%)，用酒盐汤下或兑服者66首(17.19%)，温服(汤剂多)者9首(12.76%)，用盐汤下者39首(10.16%)，用白水下者24首(6.25%)，米粥下者3首(0.78%)，其他用法者8首(2.08%)，未注明服法者43首(11.20%)。其他服法包括牛羊乳煮服、新汲水服、茯神香附甘草汤下、枣汤下、茴香茯苓汤下、米泔水煎服及冷水下(《集试秘览》)等数种。

服药时间多要求空心或食前服，但具体要求各异，如食前服，空心、晚食前服，空心、食前服，绝早空心服，早晚食前服，空心及将晚时服，空心、午间临卧服等。还有早晚服、日二服、日三服、临交时服等服药时间。

6.1.2 药物与类别

384方中共用药物282味，其中植物药209味(74.11%)，动物药42味(14.89%)，矿物药31味(10.99%)；补益药116味(41.14%)，祛邪药133味(47.16%)，其他33味(11.70%)。从药物主要功效分析，壮阳类药最多，共40味(14.184%)，其他依次为滋阴药(7.447%)、活血药(7.092%)、温里药(5.673%)、利水渗湿药(4.965%)、行气药(4.965%)、清热燥湿药(4.610%)、祛风除湿药(4.610%)、补气药(4.255%)、安神药(4.255%)、化痰药(3.901%)、收涩药(3.546%)、辛温解表药(2.837%)、平肝药(2.837%)、补血药(1.773%)、辛凉解表药(1.773%)、芳香化湿药(1.418%)、清热凉血药(1.418%)、清热泻火药(1.418%)、清热解毒药(1.418%)、开窍药(1.064%)、清虚热药(1.064%)、泻下药(1.064%)及消食药(0.709%)，尚有33味(11.702%)不便进行功效分类的药物。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.1.3 药物使用频次

282味药在384方中共用3963味次，每首方剂平均用药10.32味，每味药平均被用14.05次。被1/10的方剂使用过的药物共27味，依次为熟地156次、菟丝子153次、肉苁蓉144次、茯苓127次、巴戟115次、五味子114次、山药113次、远志101次、当归99次、鹿角胶(霜、茸、胎)95次、肉桂94次、人参91次、杜仲85次、枸杞82次、蛇床子75次、山萸肉75次、附子71次、牛膝68次、甘草65次、小茴香62次、补骨脂60次、白术55次、泽泻51次、天雄50次、续断50次、沉香40次、木香39次。27味药只占总用药味数的9.574%，而使用的次数为2330次，占总用药次数的58.794%。以上27味药中，补益药22味(81.481%)，祛邪药5味(18.519%)；从主要功效看，壮阳药最多，计9味(33.33%)，其他依次为补气药4味(14.81%)、温里药4味(14.81%)和补血药、行气药、安神药、利水渗湿药各2味(各占7.41%)，以及活血化瘀药、滋阴药各1味(各占3.70%)。

在42味动物药中，使用次数最多的前10种是鹿角胶(霜、茸、胎、肉)95次、麝香17次、雄蚕蛾14次、雄雀肝(脑、肉)14次、羊脊髓(肾、肉、脂)12次、龟板(胶)12次、雄鸡肝(肾)11次、白马茎10次、腽肭脐10次、紫河车9次，进入上述27味中者只有1种。

方中用得最多的前10种矿物药为钟乳28次、龙骨(齿)28次、磁石25次、阳起石23次、青盐22次、朱砂16次、硫黄12次、赤石脂12次、琥珀5次、白石英4次，进入27味药物队列中者一味也没有。

6.2 用药规律

从以上药物统计结果中，可以将古代医家治疗阳痿的用药规律及经验总结如下：

6.2.1 所用剂型以丸剂为主

阳痿虽可根据不同病情及病程长短选用不同剂型的方药，但因该病一般在短期内难以治愈，疗程较长，故古人所列方剂剂型以便于长期服用者多。所有384方中，丸、散、酒、膏4种剂型共324首(84.375%)，其中又以丸剂最多(64.32%)。但病情较轻、病程较短或证候易变者，又当选用汤剂为宜，以便灵活运用。

6.2.2 遣药范围以植物药为主而辅以动、矿物药

所用282味药物中，植物药最多(74.12%)，动物药次之(14.89%)，矿物药居三(10.99%)。而在使用39次以上的27味药物中，植物药的比例更大(96.30%)，动物药次之(3.70%)。可见，古人治阳痿以植物药为主。古人认为，阳痿之人多肾精不足，治当以补，《内经》虽有“精不足者，补之以味”的法则，但后人认为浓郁之味不能生精，“唯恬淡之味，乃能生精耳”。从所用动物药中可以看出，古人用动物药治阳痿，主要用具有补肾壮阳之功者，如鹿茸、雄蚕蛾、雄麻雀、雄鸡肾、腽肭脐、紫河车等，而龟甲等滋阴药用得较少。所用矿物药以壮阳类如钟乳、阳起石、硫黄等及安神类如龙骨、磁石、朱砂等为主。在用到动、矿物药的方中，一般只佐以一、二味。在明以前的方中多辅以矿物药，明以后的方中多辅以动物药。

6.2.3 脏腑论治以肾为重点而兼顾他脏

从前述中已知，古代医家论阳痿的病因病机及证治时，都以肾为重点，反映到临床中来便是用药以肾脏为中心。唐以前的方书将阳痿方列于肾脏门便充分说明了这一点，以上

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药物统计中得出的结果也与此相对应。在282味药物中，使用入肾经的壮阳药就达40味(14.184%)，还有温里药及滋阴药中大多数也入肾经温肾散寒或滋补肾阴，在使用39次以上的27味药物中更是有过半者为肾脏用药。随着临床实践的不断深入，明以前专主肾脏的组方原则得以发展，不但治肾，且兼顾心、脾等他脏，在方中使用补益气血及宁心安神药便是这种思想的体现，在使用39次以上的27味药中就有1/3多的心、脾药物。顾及肝脏的方剂虽然有，但总体上所占比例极少。

6.2.4 立法以温补为主而佐他法

从所用药物的功效分类看，壮阳、温里、补气3类药共68味，均为壮阳或温散或温补的药物，几占所用药物的1/4；在使用39次以上的27味药中，这3类药计17味(占62.96%)，在其中的使用频率高(占27味药使用总频次的62.49%)。这说明古代医家治疗阳痿的立法原则是以温补为主。安神、补血、渗湿、滋阴等法也是古代医家组方时的常用法则，从医著中所载方剂看，这些治法除少数单独使用外，多与他法同时应用。

6.2.5 几种特殊用药经验

6.2.5.1 酒盐为引 在384方中，以酒或酒盐汤或盐汤下药者计257首，占全部方剂的66.93%，在所用药物中尚有青盐1味被用22次。可见古代医家喜用酒、盐为引。盐味咸，入肾经；酒性辛散入血。酒、盐为引，可使药力直达病所，促使气血通畅以振奋宗筋。可惜这一方法今人多不沿用。

6.2.5.2 丸药基质多样 今人丸药，多以蜜丸或水泛为丸。然从古代医著中发现，古人制丸药以治阳痿时，丸药基质是根据阳痿患者的具体病情而用不同的基质，如前述多达30余种。不同的基质除作为丸药的辅料用外，亦能起到协同治疗作用，如葱汁丸可加强温通作用，枣肉丸可加强建中之功，鸡子黄枣膏丸可提高养阴之效等值得今人深入研究。

6.2.5.3 巧用行气或开窍药 今人治阳痿多不用行气药或开窍药，然在查阅阳痿古方时，发现古代医家似习用这两种药治疗阳痿。在282味药中，行气药计14味(4.965%)、开窍药3味(1.064%)，行气药中使用10次以上的有沉香40次、木香39次、川楝子21次、陈皮18次、枳壳(实)13次，开窍药中使用10次以上的为菖蒲20次、麝香17次。这两类药物均具辛香走窜之性，用之可走行经络、通利枢机，以使药物更好地发挥治疗作用。

6.2.5.4 活血通络以振宗筋 古代除《阳痿论》中明确提到外伤血瘀可致阳痿而立通瘀利窍方(桃仁、牛膝、两头尖、归尾、韭白、大黄、麝香)治疗外，其他医著对此几无言论。但在具体组方中，却用了不少活血药，在282味药中计有活血药20味(7.092%)，共被用134次(3.381%)，每味药平均被用6.7次，被用次数较多的有牛膝68次，川芎16次，乳香、没药、红花各7次，穿山甲、桃仁各6次，水蛭、斑蝥、红娘子等性较峻猛之品亦被使用。这些药物的使用在古方中虽不太多，但说明古代医家已初步认识到血脉是否通畅能影响到阳痿的治疗效果。对古人这一思路，今人多有发扬者。

6.2.5.5 几味特殊药物 所谓特殊，是古人用以治疗阳痿而今人不用。在查阅古医著治阳痿方时，发现今人已不习用的某些药物不止1次在方中出现，有的还被作为方剂的名称使用，说明古人当时非常重视用其治阳痿，如巨胜子、石龙芮、石南、棉花子、莨菪子、紫金藤、牡蒙、女萎等。《太平圣惠方》之莨菪子丸、《太平惠民和剂局方》之紫金藤丸和《御药院方》之巨胜丸等均以主药命名。以上所列药物在384方中用得较多的是石龙芮15

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

次，其次为石南6次、棉花子4次、菟茹子3次等。现代本草书一般不收载以上药物。据《中药大辞典》所述，这些药物多不主治阳痿，如巨胜子补肝肾，润五脏；石南祛风、通络、益肾，治阳痿；石龙芮辛寒有毒，治痈疖肿毒、瘰疬结核；牡蒙治痹症四肢酸疼；女萎治泻痢脱肛、惊痫寒热；菟茹子(天仙子)辛温有毒，定痫、止痛；棉花子温肾、补虚、止血，治阳痿、睾丸偏坠等。这些古用今不用的药物对阳痿是否有治疗作用，尚须进一步研究。

7 外治方用药规律

在查阅的古代医著中有18部载有阳痿的药物外治法，共载方35首，除去重复的8首外，无选择性地对实有方27首按前述方法进行统计分析。

7.1 方药统计

7.1.1 剂型与用法

27方中，散(粉、末)剂9首(33.33%)，汤剂8首(29.63%)，丸剂和膏剂各5首(各占18.52%)。用方药味最少1味，最多32味，平均每方用药8.52味。

使用方法因剂型而异。汤剂均为煎水浸洗阴茎、阴囊等阴部；散剂有3种用法：①欲卧粉阴下，②夜卧唾调敷阴上，③酒或醋调涂脐上；丸剂用法有5种：①唾丸安茎头内玉泉中，②唾丸涂茎头内玉泉中，③睡前一、二时化开敷阴茎，④纳肛内或尿道内，⑤入脐中。

7.1.2 药物与类别

27方中共用药物87味，其中植物药72味(82.76%)，动物药9味(10.34%)，矿物药6味(6.90%)，补益药42味(48.28%)，祛邪药37味(42.53%)，其他8味(9.19%)。从药物的主要功效分析，温里药最多，共16味(18.39)，其他依次为化瘀药(12.63%)、壮阳药(11.49%)、燥湿药(5.75%)、辛温解表药(5.75%)、养阴药(4.60%)、收涩药(4.60%)、开窍药(3.45%)、安神药(3.45%)、祛风湿药(3.45%)、清热泻火药(3.45%)、补血药(3.45%)、行气药(2.30%)、补气药(2.30%)、泻下药(2.30%)以及平肝药、化湿药、辛凉解表药(各1.15%)，不便归类者8味(9.19%)。

7.1.3 药物使用频次

87味药在27方中共用230味次，每首方剂平均用药8.52味，每味药平均被用2.64次。被使用过3次以上的药物共29味，依次为蛇床子17次、丁香10次、附子9次、麝香8次、远志8次、紫稍花7次、牡蛎7次、肉桂6次、木鳖子6次、肉苁蓉5次、硫黄4次、胡椒4次、樟脑4次、乳香4次、蟾酥4次、矾石4次，以及菟丝子、阳起石、川椒、吴萸、细辛、葱白、菖蒲、沉香、没药、黄连、鸦片、黄丹和熟地(均为3次)。以上29味药中，补益药15味(51.72%)，祛邪药12味(41.38%)，其他2味(6.90%)；从主要功效看，温里药最多，计9味(31.03%)，其他依次为壮阳药4味(13.79%)、活血药4味(13.79%)、开窍药3味(10.34%)、燥温药2味(6.90%)，以及安神药、平肝药、行气药、辛温解表药各1味(各3.45%)，不使归类者2味(6.90%)。

9种动物药的使用情况是：麝香8次、牡蛎7次、蟾酥4次、雄蚕蛾2次、露蜂房2次、穿山甲2次，以及鹿茸胎发各1次。

6味矿物药的使用情况是：硫黄4次、矾石4次、阳起石3次、黄丹3次、龙齿2次、赤石

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脂1次。

7.2 用药规律

古代医家所制阳痿外治方药用药与内服方和医案方用药相似，如以植物为主辅以动、矿物药，立法以补为主而兼顾祛邪等，但尚有其特点。

7.2.1 治标为主

阴茎的勃起是一个复杂的生理、心理过程，温补肾阳是古代医家治疗阳痿的重要原则，制方内服，疗程较长，短时间内很难达到目的。因而古代医家采用治标的外治方法，用药物直接作用于阴茎、龟头、尿道口、阴囊等生殖器部位，能在短时间内发生效应，起到立竿见影之功。由于药物起效迅速，故有的医著在方后特别指出：无妇不能用之。用药部位除以生殖器为主外，神阙穴(脐)也是常用的用药部位。在此，特别值得指出的是，中国医学家在唐代便发明了经尿道给药的阳痿治疗方法，而西医学便用此法才是近两年的事并称之为阳痿药物治疗的曙光。可惜中国的这一方法未得以发展，几近失传。不过，外治之法毕竟为权宜之计，若能配合内治以治其本，则会收到更好疗效，《冯氏锦囊秘录·杂症·阳痿》所言之“若不内填精血，固注元阳，求其至理而充之，误取外治辛热强阳之法益其内，尤非保生良法”虽言辞过激但不乏警人之义。

7.2.2 剂型与用法多

今人用药物外治法治疗阳痿多用外洗法或肛门栓塞，剂型也多汤剂或栓剂。但古代医家采用药物外治阳痿时，所用剂型有汤、散、丸、膏4种，用法有粉法、浸洗法、涂敷法、栓塞，给药途径有体表给药和腔道(尿道和肛门)两种。

7.2.3 组方以温热、活血、开窍为主

与内服方药不同，在用药种类的数量上，温里药和活血药位居一、二，壮阳药则退居第三。开窍药的用药数和用药次数分别由内服药的第21位和14位上升到外用药的第9位和第4位，而其平均用次则由第7位升为第1位。可见，古代用药物外治阳痿时的组方原则是以温热活血开窍法为主，药如丁香、附子、紫梢花、肉桂、胡椒、麝香、蟾酥、木鳖子、乳香、樟脑等。具体方药如《妙一斋医学正印种子编·附方》所载九品扶阳散由黑附子、蛇床子、紫梢花、远志、菖蒲、海螵蛸、木鳖子、丁香、潮脑组成。西医学目前便用的阴茎局部用药多为血管活性药物如罂粟碱、酚妥拉明、前列腺素等，对功能性阳痿有较好的治疗作用，能促使阴茎勃起，增加阴茎的勃起硬度和持久度，其作用机理是扩张局部血管，增加阴茎海绵体的储血量，使阴茎被动地勃起增大。实验研究表明，中药温热药和开窍药可以扩张血管平滑肌，具有兴奋刺激作用；活血化瘀药物可以改善血液循环，增加器官或组织的血流量，加快局部血流速度。古人使用这些药物时并不具备现代药理知识，所依据的仅是中医学的基础理论和临床实践经验。可见，中西医学二者在这一点上有相似之处。因此，中医以药物外用治疗阳痿的方法应进一步深入研究。

(秦国政　刘信江)

近现代参考文献

[1] 李仰衡．用中药治疗阳痿的初步治验．中医杂志，1955，3：25

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[2] 吴成章．阳痿症．中医争鸣，1960，10：41
[3] 徐湘亭．我对阴痿与阳痿的管见．江苏中医，1961，2：29
[4] 吕伟浦．也谈阴痿与阳痿问题．江苏中医，1961，5：33
[5] 徐湘亭．续论阴痿与阳痿．江苏中医，1961，6：28
[6] 肖相如．论阳痿．中医杂志，1994，6：375
[7] 华良才，黄显勋．阴痿辨治心得．中医杂志，1995，7：394
[8] 方药中等主编．实用中医内科学．上海科学技术出版社，1985
[9] 张伯臾主编．中医内科学．上海科学技术出版社，1985
[10] 王永炎主编．中医内科学．上海科学技术出版社，1997
[11] 王琦，曹开镛主编．中医男科学．天津科学技术出版社，1988
[12] 秦国政．实用中医男科学．中国工人出版社，1994
[13] 熊鹏飞．治阳痿一得．浙江中医杂志，1985，11：495
[14] 方药中．治早泄阳痿要慎用壮阳药．吉林中医药，1988，(2)：25
[15] 徐福松．阳痿治疗须全面辨证．湖北中医杂志，1994，4：9
[16] 杨普选，许光辉．阳痿病机辨治初探．陕西中医，1994，11：257
[17] 黄志雄．阳痿与季节的关系．中医杂志，1991，7：59
[18] 刘家磊，刘远见，谷秀云等．壮阳汤治疗肾虚阳痿342例．云南中医杂志，1996，5：72
[19] 沈福道，余景圣，刘超凡．壮阳回春胶囊治疗阳痿病76例．湖北中医杂志，1997，4：22
[20] 周来民．滋阴法治疗阳痿12例．浙江中医杂志，1986，9：391
[21] 谢建农．刍议滋阴法治疗阳痿．四川中医，1996，8：33
[22] 王琦，秦国政．现代中医男科荟萃．华夏出版社，1990
[23] 刘元．阳痿治疗不能忽视肾阴不足．中医药学报，1993，3：4
[24] 刘欢祖．男性性功能障碍的辨证论治心得．新疆中医药，1988，4：1
[25] 刘春甫．滋阴起痿汤治疗阳痿21例疗效观察．浙江中医杂志，1989，5：205
[26] 何金潮．六味地黄汤加味治疗阳痿18例．四川中医，1995，5：30
[27] 朱德梓．兴阳振痿汤治疗肾虚阳痿35例．山东中医杂志，1992，6：19
[28] 邹汉茂．鹿寿鸳鸯汤治疗阳痿96例．陕西中医，1997，2：67
[29] 吴敬农．肝郁阳痿．江苏中医杂志，1982，2：64
[30] 刘士杰．肝郁阳痿．山东中医杂志，1983，1：32
[31] 刘一民．逍遥散加味治疗阳痿．浙江中医杂志，1984，9：395
[32] 王琦．论阳痿从肝治．天津中医，1985，5：15
[33] 孟令军．谈阳痿从肝论治的机理．山东中医学院学报，1989，3：65
[34] 王琦，王传航．再论阳痿从肝论治．华夏男科，1991，2：6
[35] 金殿春．阳痿从肝辨治规律之我见．中医药研究，1991，6：43
[36] 邹志东．阳痿从肝论治探析．北京中医杂志，1992，1：54
[37] 张思新，韩春生．论肝与阳痿发病的关系．中国中医基础医学杂志，1996，2：12
[38] 严仲庆，郑行荣．阳痿治肝刍议．浙江中医学院学报，1996，2：8
[39] 吕新愿．阳痿之虚重在肝阳不足初探．陕西中医，1993，3：119
[40] 程运文．浅谈阳痿治肝四法．黑龙江中医药，1988，5：46
[41] 史连和．阳痿从肝论治五法．陕西中医函授，1993，6：30
[42] 袁兴石．阳痿从肝论治．辽宁中医杂志，1988，10：12
[43] 钱菁．阳痿从肝论治100例．上海中医药杂志，1990，4：23

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[44] 王厚南．柴胡疏肝散加味治疗阳痿88例．四川中医，1996，10：25
[45] 魏守宽．从“治痿独取阳明”谈阳痿的治疗．山东中医学院学报，1981，1：68
[46] 石志超，樊友平．论阳痿治从阳明．河北中医，1989，1：33
[47] 周彦．治阳痿莫忘养胃．新中医，1989，6：41
[48] 王开林．阳明阳痿论．成都中医药大学学报，1997，2：5
[49] 吴致中．阳痿从脾胃论治浅析．江苏中医，1990，10：40
[50] 何良新，石志磐．阳痿从脾胃论治．浙江中医杂志，1992，1：29
[51] 乔运河．阳痿从脾胃论治举隅．新中医，1993，12：38
[52] 刘启明，张世梅．升陷举痿汤治疗气虚下陷阳痿25例．中医药学报，1991，5：34
[53] 李同华，张明沛．平胃散加味治疗阳痿56例观察．实用中医内科杂志，1994，1：32
[54] 吴英超．平胃散治疗甯尼替丁致阳痿2例．新中医，1993，4：37
[55] 孙伯琴．复方新诺明引起阳痿一例．江苏中医，1990，11：15
[56] 李树楷．阳痿一则．四川中医，1987，8：27
[57] 吴市才．养心汤加减治阳痿．四川中医，1988，3：31
[58] 蒋正文，王金标．清心益阴治阳痿．浙江中医杂志，1989，8：380
[59] 史锁芳．阳痿从心论治一得．中医函授通讯，1993，6：36
[60] 蒋正文，江倩岭．天王补心丹治疗阳痿37例．陕西中医，1990，5：224
[61] 范鲁．阳痿从心论治163例疗效观察．见：性功能障碍研究新进展．华夏出版社，1994．169
[62] 刘绪银．论心与男子性功能．河北中医，1997，4：2
[63] 王琦，秦国政．浅述阳痿分脏论治法则．北京中医药科技动态，1992，6：20
[64] 王琦主编．王琦男科学．河南科学技术出版社，1997，75
[65] 曹安来．阳痿从肺论治．中医药研究，1991，6：45
[66] 李程才．阳痿从肺论治之我见．见：曹开镛等主编《中医男科研究与临床进展》．上海科学技术出版社，1995，135
[67] 肖相如．论阳痿从肺治．辽宁中医杂志，1992，5：12
[68] 李智．通宣肺气法治疗阳痿30例．见：性功能障碍研究新进展．华夏出版社，1994．207
[69] 吴华琼．加味温胆汤治疗阳痿35例分析．实用中医内科杂志，1992，4：44
[70] 方宗畴，张逊．阳痿从脑与三焦论治．浙江中医杂志，1992，2：79
[71] 王振录．宣通三焦气化治疗阳痿30例小结．河南中医，1993，4：180
[72] 肖亚明．阳痿从经络论治．上海中医药杂志，1990，8：23
[73] 陶政燮．阳痿从宗筋论治．新中医，1989，2：37
[74] 郝艾虎，王济．手淫斫伤宗筋阳痿论治．中医药研究，1992，5：43
[75] 刘金周，吴亦强．浅谈阳痿．新中医，1994，4：10
[76] 张志华．气虚阳痿治验．中医药学报，1988，2：42
[77] 李长生，李志峰．益气生血治阳痿．陕西中医函授，1991，5：32
[78] 程维木伏．略谈阳痿从行气活血论治．湖北中医杂志，1993，2：42
[79] 吴玉中．益气活血治疗阳痿18例．四川中医，1995，2：22
[80] 徐志本．四珍饮治疗甲氰脒胍所致性功能障碍．浙江中医杂志，1996，12：549
[81] Kusuma A．Am J Acupuncture 1980，1：39
[82] 王晓鹤．五脏皆可导致阳痿非独肾也．山西中医，1991，1：39
[83] 刘春英．施汉章教授论治阳痿临床经验介绍．北京中医学院学报，1993，4：25
[84] 李日庆．兴阳冲剂治疗肾虚肝郁型阳痿50例．北京中医药大学学报，1994，4：32

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[85] 王成华，黄宗镇、陆勤峥等．山松春保口服液临床疗效观察．中成药，1997、5：27
[86] 马智．自拟“安神养心固精汤”治疗遗精阳痿．辽宁中医学院学报，1984，创刊号：58
[87] 谢英模．金水宝治疗海洛因依赖性阳痿54例疗效观察．江西中医药，1996，6：12
[88] 孙果均．逍遥散合三子丸加减治疗阳痿43例．吉林中医药，1990，2：17
[89] 刘忠．舒肝补肾健脾法治疗阳痿108例临床观察．实用中西医结合杂志，1997，3：262
[90] 徐超．疏肝温肾宁心汤治疗阳痿93例．河南中医，1993，5：231
[91] 陈润文．振痿举阳汤治疗阳痿80例疗效观察．山西中医，1990，3：16
[92] 何松林．阳痿从五脏辨治．新中医，1994，9：7
[93] 李天培．老年的性生活及瘀证阳痿的治疗．新中医，1989，5：53
[94] 徐静．阳痿调治三法．实用中医内科杂志，1992，4：46
[95] 高峻泰，高远超．精血双补法治疗青年阳痿20例．云南中医杂志、1994，1：56
[96] 王益成，周汉庭．从肝论治中青年阳痿．苏州医学院学报，1997，3：593
[97] 胡万荣．中老年鳏夫心因性阳痿的治疗体会．浙江中医杂志。1995，8：375
[98] 蒲世文，王致君．中老年阳痿辨治论要．河北中医，1997，3：23
[99] 卢先树．起阴汤加味治疗40例老年阳痿．实用中医内科杂志，1991，3：42
[100] 卢先树．中药敷脐治疗老年性阳痿21例．实用中医药杂志，1996，2：30
[101] 周安方．老年性阳痿治宜补肾舒肝活血．湖北中医杂志，1994，4：10
[102] 黄昌大．补气活血健肾法治老年性阳痿．新中医，1994，5：63
[103] 陈仲藩．老年阳痿的辨证施治．河南中医，1995，4：217
[104] 郑小陆．大麻益肾饮治疗老年性阳痿58例．新中医，1997，2：58
[105] 陈文伯．男子房中(性功能障碍)疾病证治纲要．北京中医，1992，2：60
[106] 徐福松．阳痿治疗须全面辨证．湖北中医杂志，1994，4：9
[107] 周安方．回春灵治疗阳痿114例临床观察．新中医，1992，10：37
[108] 刘俭．中药青春乐1、2、3号治疗500例阳痿、早泄、遗精的临床研究．山西中医，1990，6：15
[109] 杨云明．阳痿辨证施治．福建中医药，1992，4：45
[110] 李永清，刘人科，孟威宏，等．中医辨证治疗阳痿120例．吉林中医药，1997，3：11
[111] 吴玮，王彦恒．辨证治疗抗精神病药所致性功能障碍40例观察．中医杂志，1986，9：36
[112] 沈新培、杨燧铭．辨证治疗抗精神病药物所致男性性功能减退77例观察．浙江中医学院学报，
1996
2：14
[113] 林德和．补肾法治疗四乙基铅汽油作业者阳痿30例．福建中医药，1993，1：11
[114] 戴玉．阳痿六经辨治．国医论坛，1993，4：31
[115] 黄阳生，魏承宗．治阳痿九法．江西中医药，1988，6：43
[116] 郭腾，白峻峰．辨治阳痿贵在佐通．中医药研究，1995，6：7
[117] 马建国．吕景山论治阳痿管见．山西中医，1990，3：18
[118] 陆绍荣．阳痿治疗浅识．江苏中医，1994，12：40
[119] 傅兆杰．中医治疗阳痿的机理探析．光明中医杂志，1997，2：4
[120] 李曰庆．补肾助阳舒肝解郁是精神性阳痿的基本治则．湖北中医杂志，1994，4：8
[121] 钱彦方．王琦治疗阳痿琐谈．中医杂志，1990，2：21
[122] 徐福松，金之刚．专家论治阳痿．上海中医药杂志、1989，10：28
[123] 郝秀英．谢海洲教授治疗阳痿症经验．中医函授通讯，1990，2：42
[124] 石毓斌．吉良晨治疗阳痿的经验．北京中医杂志，1993，5：4

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[125] 秦国政主编．男科理论与临床．中国医药科技出版社，1997．50
[126] 陈玉梅．“亢痿灵”治疗阳痿737例疗效观察．中医杂志，1981，4：36
[127] 武树声，俞长芳．健阳片治疗阳痿症的双盲法观察．中医杂志，1987，9：40
[128] 贾彦波．活血化瘀治疗阳痿之我见．河北中医，1987，2：30
[129] 秦国政．论男科瘀证．新中医，1989，7：1
[130] 万传贵．回春丹治愈阳痿病证举隅．辽宁中医杂志，1989，5：24
[131] 郝爱虎．淤血阻络阳痿浅述．中医药研究，1987，5：9
[132] 刘宏阳．活血化瘀治疗阳痿．浙江中医杂志，1988，9：398
[133] 张家驹．通窍活血汤为主治疗脑外伤后阳痿21例．中医杂志，1997，9：542
[134] 蔡震宇．补肾活血法治疗功能性阳痿50例．四川中医，1996，4：35
[135] 吴启富，贺向无．活血起痿灵治疗糖尿病性阳痿47例，辽宁中医杂志，1996，3：112
[136] 沈霖．朱曾柏从痰论治男科疾病经验．实用中医内科杂志，1987，1：13
[137] 石志超．治阳痿之“通阳起痿汤”．中国乡村医生杂志，1988，3：38
[138] 侯天印，王春华．痰证论．人民军医出版社，1989．225
[139] 王付．略谈五脏生痰与阳痿．中医药学报，1994，4：4
[140] 马定品．痰湿与阳痿．湖北中医杂志，1996，6：19
[141] 陈金荣，侯思理．阳痿从痰湿论治试探．陕西中医，1997，2：125
[142] 程运文．阳痿治痰四法．浙江中医杂志，1988，9：396
[143] 王海江．肾着汤加味治疗阳痿症26例观察．河北中医，1990，1：32
[144] 伍靓麟．二陈汤加味治疗阳痿30例．四川中医，1993，3：32
[145] 胡毓恒．阳痿不尽是肾虚．湖南中医学院学报，1983，2：39
[146] 谭俊臣．清热利湿治疗阳痿．四川中医，1987，8：30
[147] 曹安来，张玉祥．龙胆地龙起痿汤治疗湿热阳痿64例．中医杂志，1990，8：54
[148] 李怀夫．湿热型阳痿的中医治疗．中医杂志，1991，1：44
[149] 孙建平．龙胆泻肝汤加减治疗阳痿37例．光明中医，1996，1：36
[150] 王三虎．阳痿从湿热论治四法．实用中医内科杂志，1996，1：43
[151] 李新发，刘华，李秀东，等．重用苍术、麻黄治疗湿热阳痿．齐齐哈尔医学院学报，1997，1：58
[152] 张敏建，吴永良，李小平，等．加减萆薢汤治疗前列腺炎所致阳痿186例．中医杂志，1996，3：159
[153] 胡文豪．酒毒致阳痿治验．上海中医药杂志，1990，8：24
[154] 陈仲藩．试论酒毒阳痿．河南中医，1992，3：105
[155] 骆洪道．枳椇子为主治愈阳痿．四川中医，1986，4：33
[156] 赵喜运，徐香芝．六妙汤治疗湿热阳痿130例．湖北中医杂志，1993，5：25
[157] 黄文东．中医治疗酒精中毒性阳痿15例．辽宁中医杂志，1996，8：363
[158] 杨林．试论男科郁证．新中医，1992，4：9
[159] 周天寒．阳痿从郁论治五法浅探．陕西中医，1992，3：142
[160] 李永昶．阳痿从情志论治．上海中医药杂志，1990，9：20
[161] 熊鹏飞．小茴炮姜敷脐治阳痿．新中医，1985，12：23
[162] 王至中，高鹏翔，罗瑞祥．“白山雄栓”治疗阳痿120例临床分析．吉林中医药，1989，2：11
[163] 刘喆，王改梅，韩丽．壮肾回春膏治疗阳痿、早泄的临床研究．中国中医药信息杂志，1997，9：13
[164] 蔡德猷，孙家祥，尹立平，等．回春贴膏治疗男性性功能障碍．中成药，1995，5：23

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[165] 李积敏．慎言壮元脐贴治疗阳痿136例总结．贵阳中医学院学报，1994，1：24
[166] 唐世建．阳痿外治验方一则．中医药研究，1997，5：36
[167] 王广见．中药外敷治阳痿104例．新中医，1993，12：37
[168] 凌耀生，李德开，李红梅．中药复方透皮制剂痿必灵软膏的研制．中药材，1996，6：309
[169] 沈有庸．启痿灵外擦剂治疗阳痿105例疗效观察．浙江中医学院学报，1993，1：14
[170] 江海身，李国庆，刘玉川．兴阳振痿栓治疗阳痿的临床双盲前瞻性研究．中医杂志，1996，2：98
[171] 熊少能．中极穴对阳痿遗精遗尿病疗效的介绍．新中医药，1958，9：47
[172] 陈树人．耳穴贴压法治疗阳痿13例．浙江中医杂志，1988，12：539
[173] 孙得志、陶凌．针刺头针生殖区为主治疗青年阳痿32例临床疗效观察．针灸临床杂志，1995，7：27
[174] 王胜．颈针疗法临床应用体会．陕西中医，1994，2：69
[175] 王泽涛、周国平．辨证取穴治疗阳痿105例．中国针灸，1997，1：53
[176] 赵裕廷．针刺“阴三角”治疗阳痿55例临床疗效观察．针灸临床杂志，1993，2：23
[177] 王全仁、杨运昌．针灸“关元穴”治疗阳痿214例疗效观察．实用医学杂志，1992，1：44
[178] 任留江，安秀兰．针刺举阳穴为主治疗阳痿258例临床观察．中国针灸，1991，5：15
[179] 李健，何邦余．针刺为主治疗阳痿300例临床疗效观察．安徽医学，1994，4：55
[180] 常美庭．针刺治疗阳痿．河北中西医结合杂志，1996，4：82
[181] 覃毅．针灸宁心安神法治疗阳痿15例．医学理论与实践，1992，6：32
[182] 贺心玲．电针加灸治疗阳痿106例疗效分析．上海针灸杂志，1993，2：68
[183] 霍恩元．针刺加TDP辐射照射治疗阳痿五例．内蒙古中医药，1988，1：34
[184] 于海逸，李邦雷，李传成．针灸刀针刺八髎穴治疗阳痿临床观察．中国针灸，1997，9：542
[185] 裴潞，狄凤岐．荐前封闭治疗阳痿60例．中国冶金工业医学杂志，1997，1：52
[186] 朱琪．命门化脓灸临床应用举隅．针灸临床杂志，1996，10：33
[187] 王良生．锭灸法在外科中的应用．中医外治杂志，1995，6：38
[188] 刘成海．温药重灸法治疗阳痿．上海中医药杂志，1990，10：27
[189] 徐文德．温针灸治疗阳痿9例．新中医，1991，1：40
[190] 史宏．壮医药线点灸治疗功能性阳痿105例．广西中医药，1996，4：48
[191] 梁雪英，林震，林光．隔姜灸治疗阳痿临床观察．针刺研究，1992，4：263
[192] 杨庆林．针灸治疗阳痿251例观察．针灸学报，1992，6：15
[193] 徐以经，任振芳，陈萍．灸刺会阴穴治疗疑难病举隅．国医论坛，1989，4：22
[194] 费兰波．太乙药灸及灸具的试制和使用．中国针灸，1994，增刊：281
[195] 周庆生．艾灸配合气功点穴按摩治疗阳痿550例．中国针灸，1990，3：9
[196] 杨日和．起阳、会阴穴治疗阳痿的临床观察．福建中医药，1989，5：33
[197] 姜延录．阳痿穴针刺及长强穴封闭治疗阳痿症250例临床观察．中国针灸，1988，2：28
[198] 陈荣华．陈以教老中医针灸治疗阳痿经验．福建中医药，1988，5：18
[199] 刘世安，葛洪九，张仰奎．二十七例阳痿的针刺治疗分析．福建中医药，1963，6：41
[200] 丁金榜．针刺治疗阳痿．陕西中医学院学报，1980，1：19
[201] 杨介宾．意守感传气至病所．甘肃中医，1992，1：39
[202] 胡幼平，钟蓝，李刚，等．针灸对阳痿生殖激素的影响．成都中医药大学学报，1996，2：24
[203] 张越林，牛惠敏．针刺对下丘脑-垂体-睾丸轴功能紊乱的调节作用．上海针灸杂志，1996，6：5
[204] 谷凌云，杨明会．阳痿患者的心理剖析及证治．陕西中医学院学报，1997，2：20
[205] 韦全华．心理疏导治疗阳痿之我见．见：曹开镛等主编《男科基础与临床》．中国科学技术出版社，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1996，315
[206] 蔡杭四．心理治疗在男性性机能障碍中的应用．新中医，1992，8：43
[207] 于增瑞．阳痿与心身医学观点．北京中医，1994，6：48
[208] 杨友华，陈飞南，康松泉，等．男科病态心理分型与施治初探．见：男科理论与临床．中国医药科技出版社，1997．572
[209] 杨希贤．自我按摩防治遗精阳痿．福建中医药，1962，5：25
[210] 林国民．导引按摩治阳痿．气功，1987，8：351
[211] 田成福．壮肾按摩疗法治疗阳痿10例．实用中医内科杂志，1989，2：43
[212] 李吉升．自我控制按摩疗法治疗阳痿及早泄．内蒙古中医药，1993，2：28
[213] 刘育才．按摩疗法治疗阳痿．四川中医，1991，6：27
[214] 杨永平．技摩法治疗阳痿20例．按摩与导引，1990，3：26
[215] 何伟强．推拿导引治疗阳痿的临床体会．按摩与导引，1995，4：20
[216] 王金柱，张苏斌．点穴按摩头部及任督脉治疗阳痿机理初探．辽宁中医杂志，1995，6：277
[217] 王金柱，张苏斌．点穴按摩股内收肌群治疗阳痿机理初探．辽宁中医杂志，1995，10：469
[218] 张奇文，李佃盈．铁裆疗法治疗男子性神经衰弱57例初步报告．山东医刊，1961，11：14
[219] 胡耀贞，董树华．气功治疗阳痿症初步经验介绍．中医杂志，1962，10：22
[220] 龚高奎．龟鸡胡椒治疗阳痿．浙江中医杂志，1984，7：310
[221] 周克振．阳痿．广西中医药，1986，3：27
[222] 魏豫章．自拟四子鲜虾汤治疗阳痿．贵阳中医学院学报，1989，1：33
[223] 李克勤．阳痿治验．中医药研究，1989，2：22
[224] 李幼昌．治疗23例性神经衰弱症经验介绍．中医杂志，1963，3：18
[225] 王根基，徐薇．阳痿分组治疗513例临床分析．河北中医，1989，6：29
[226] 闫承序．易医心理疗法治疗阳痿520例．辽宁中医杂志，1994，5：209
[227] 周勤青．阳痿治验96例．甘肃医药，1985，1：49
[228] 章大钧．综合治疗心理性阳痿52例．生殖医学杂志，1997，2：121
[229] 耿钧．中西医结合治疗阳痿88例疗效观察．医学文选，1995，2：142
[230] 郭连澍，王素珍，袁曙光．六步法治疗阳痿184例临床总结．新中医，1992，11：39
[231] 李晓林，张民生．系列方案治疗男性性功能障碍．陕西中医函授，1995，3：33
[232] 杨德林．海蜈胶囊治疗阳痿75例．浙江中医杂志，1996，2：69
[233] 李官火．复方紫梢花胶囊治疗阳痿183例观察．浙江中医杂志，1995，1：17
[234] 石志超．家传治阳痿奇方——蜻蛾展势丹．浙江中医杂志，1989，1：14
[235] 郭本传．芍药甘草汤加味治疗阳痿26例．国医论坛，1995，6：17
[236] 王绪前．阳痿用药甄别．陕西中医函授，1992，6：5
[237] 沈坚华．166例阳痿治疗体会．新中医，1993，5：39
[238] 石志超．石春荣治疗阳痿常用的10种虫类药．吉林中医药，1989，2：6
[239] 陈玉梅．复方蜈甘散治疗阳痿．贵州医药，1980，2：47
[240] 徐湛芝．30例阳痿及精子质量低下的疗效观察．上海中医药杂志，1988，5：9
[241] 王豪．蜈蚣散治疗阳痿40例．实用中医内科杂志，1994，2：30
[242] 周益新，刘长福．蜈蚣治疗阳痿作用机理刍议．山西中医，1995，1：41
[243] 林呈钱，郑振宇．灵芝草治疗阳痿66例．福建中医药，1995，1：15
[244] 徐应坤，李日昌．单味细辛治疗阳痿．中国中药杂志，1989，7：56
[245] 江小青，彭大为，吴惠时．妙用细辛．中国民间疗法，1996，2：49

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[246] 王玉明．重用细辛治阳痿．中医杂志，1993，6：327
[247] 钱子刚、张正先．治疗阳痿药“痿必治”新药源探讨．云南中医学院学报，1996，3：15
[248] 朱琪．辨证加用维吾尔药治疗男科病365例．新疆中医药，1992，3：24
[249] 朝克，乌达，胡明岩．浅析传统蒙医学对性及性学疾病的认识．见：男科理论与临床中国医药科技出版社，1997．18
[250] 博音图，乌力吉特古斯．呼春吉呼-Ⅰ号治疗阳痿103例临床总结．中国民族医药杂志，1997，3：14
[251] 史元生，史建军．阳痿皆非阳虚浅谈．河南中医药学刊，1994，4：38
[252] 江与良．治阳痿宜慎用壮阳药．四川中医，1996，7：13
[253] 吕华，贾万鹏，吕淑云．阳痿切勿滥用补肾壮阳药．长春中医学院学报，1994，9：37
[254] 罗四维．阳强治验．江西中医药，1987，2：12
[255] 汪明忠．误补益疾致早泄阳痿案二则．新疆中医药，1994，3：39
[256] 万廷信．从“壮阳”反致阳痿2例略谈滥用壮阳药的危害．甘肃中医，1995，4：35
[257] 李荣增．久服硝黄致阳痿．山东中医杂志，1995，12：566
[258] 刘寿永．治阳痿不宜用甘草．辽宁中医杂志，1987，5：45
[259] 钱菁．诸希贤，冯惠民．阳痿患者的血液流变学测定．浙江中医学院学报，1992，5：47
[260] 戴豪良，陈泽霖．活血化瘀为主治疗男性性功能不全症的临床观察．中医研究，1992，2：25
[261] 王知侠．阳痿患者的血液流变学研究及临床意义．陕西中医函授，1993，5：16
[262] 王琦，龚励俐．肾虚型阳痿患者性激素变化的临床观察和实验研究．江苏中医，1988，7：43
[263] 刘福春，汤少绘，翟美芙．虚证病人超氧化物歧化酶的初步研究．河南中医，1991，6：13
[264] 张海晨，李振宇，李玉梅，等．30例阳痿患者腰椎骨密度值观察．辽宁中医杂志，1994，4：167
[265] 胡纪原．肾虚阳痿患者补肾前后的性激素变化．安徽中医学院学报，1989，4：25
[266] 张露芬，宋崇顺，任映，等．阳痿症的临床观察和实验研究．辽宁中医杂志，1986，2：45
[267] 傅蔓华，王玉升，王军，等．高效强力饮补肾壮阳作用的实验研究．中医研究，1996，5：14
[268] 王至中，高鹏翔，常世华，等．白山雄栓治疗阳痿的临床和实验研究．中国医药学报1991，2：12
[269] 邵伯芹，臧东莲，郭金泰，等．痿康口服液雄性激素样作用的研究．青岛医学院学报，1997，3：227
[270] 许士凯，叶新，包天桐，等．衡法Ⅱ号对慢性应激负荷雄性小鼠性活力及学习记忆行为的影响．中国医药学报，1990，3：27
[271] 南征，任喜尧．延龄长春丹治疗阳痿症165例临床疗效分析及其实验研究．江西中医药，1980，1：17
[272] 吕小燕，宋崇顺，任映，等．复春片的药理学研究．中药通报，1987，4：52
[273] 万阜昌，郭用庄，邓筱安．金水宝胶囊性激素样作用的药理和临床研究．中成药，1988，9：29
[274] 华宝露课题组．“华宝露”的临床应用和实验研究初步总结．安徽中医学院学报，1989，1：54
[275] 康永，李先荣，程霞，等．太极回春带主要药效学实验研究．中国民间疗法，1995，6：45

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 毒蛇咬伤 ❋

毒蛇咬伤是被有毒之蛇咬伤后，毒液侵入伤口，气血受伤，内攻脏腑而发生的危急重症。因毒性不同而表现多种全身中毒症状。毒蛇咬伤是一种对劳动人民危害较大的灾害性外科疾病。

目前已知我国有蛇类 203 种，其中毒蛇为 47 种，华南地区较多，主要出没于山林、田野、海边等处。

毒蛇咬伤在我国南方地区比较常见，但毒蛇在全国范围内均有分布。根据目前已知的毒蛇分布资料，结合各地蛇伤临床报道，可初步提出我国各地区造成蛇伤危害的主要毒蛇种类。从北到南，大致可作如下划分：

① 长江以北广大地区：主要毒蛇为蝮蛇，但在湖北北部及河南南部尚有尖吻蝮、烙铁头及竹叶青，新疆西部尚有草原蝰。

② 西南地区：指四川盆地及周围山区，云贵高原及横断山脉地区，主要毒蛇为蝮蛇、尖吻蝮蛇及烙铁头。

③ 华中地区：指长江中下游沿岸，向南达南岭山脉。在平原、丘陵地区主要为蝮蛇、眼镜蛇及银环蛇，在山区主要为尖吻蝮蛇及竹叶青等。

④ 华南地区：指南岭山脉及其以南地区，包括台湾省及海南岛，此外尚有云南南部、贵州南部南盘江及红水河流域河谷低地。主要毒蛇有眼镜蛇、银环蛇、金环蛇和眼镜王蛇、蝰蛇、尖吻蝮、烙铁头、竹叶青等。

⑤ 青藏高原及南海诸岛：青藏高原西部羌塘高原没有毒蛇。墨脱县境喜马拉雅山南域曾发现蝮亚科烙铁头属的山烙铁头、墨脱竹叶青等。南海诸岛除沿海有海蛇外，岛屿上没有陆生毒蛇。

【今日临床】

1 诊断标准

国家中医药管理局颁布的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》中毒蛇咬伤的标准如下。

1.1 病名诊断标准

有毒蛇咬伤史。

被咬部位疼痛，或局部麻木，伤肢肿胀，2～3 天后最为严重。

咬伤处有牙痕，典型病例有两点大而深的牙痕，其周围可出现血疱、水疱、瘀斑。

可有发热，头昏，嗜睡，复视。严重者出现视觉、听觉障碍，神情淡漠或神志昏蒙，声音嘶哑，吞咽困难，流涎，瞳孔散大，或皮下、内脏出血。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 证类诊断标准

风毒(神经毒)：一般局部不红，不肿，不出血，疼痛轻微，感觉麻木，眼睑下垂，复视，表情肌麻痹，张口困难，言语不清，口角流涎，呼吸急促。脉沉伏迟弱。

火毒(血循毒)：伤口疼痛剧烈，出血，皮肤有血疱瘀斑，伤肢水肿明显。内脏、五官出血，发热，少尿无尿，心悸头晕。脉象细数或结代。

风火毒(混合证)：同时具有以上两种症状。

1.3 分类诊断标准

确定为毒蛇咬伤后，必须进一步明确诊断是何种毒蛇咬伤。这对于选择不同的治疗方法具有重要意义。特别是采用抗蛇毒血清(单价)治疗时，由于抗体的特异性，更需要加以鉴别。如果只根据牙痕的形态尚不足以区别何种毒蛇咬伤，必须结合病史、症状、体征及实验室检查加以综合分析。还可根据各种毒蛇的分布地区、生活习性来判断。

一般来说，在分布上，平原地区首先应考虑为蝮蛇；丘陵山地水域附近多考虑银环蛇和金环蛇；丘陵地区多考虑眼镜蛇；开阔的田野要考虑蝰蛇；丘陵山区林木或灌木丛处多考虑烙铁头，竹叶青；山区或丘陵林木阴湿处或山谷间多考虑五步蛇；山区林木、水边、岩缝处多考虑眼镜王蛇；夜间多考虑银环蛇；白天多考虑眼镜蛇。根据各种毒蛇的生态和活动规律，被咬时间亦有参考价值。

1.3.1 五步蛇 含血循毒，以凝血毒为主，具凝血酶样作用，使血中纤维蛋白原转变为纤维蛋白而发生凝血，造成弥漫性血管内凝血。并引起消耗性凝血功能障碍和继发纤维蛋白溶解症，以致血液失凝及广泛的内外出血。

局部症状：牙痕较大较深，间距宽，呈“‹ ›”型，伤口皮肤常有撕裂。局部剧痛如刀割，持续而难忍受，流血不止，肿胀严重，迅速向心室发展，可扩展至躯干。伤口附近出现较多较大的水疱、血疱、大片瘀斑，发生组织坏死和溃烂。局部淋巴结肿痛。

全身症状：迅速出现，来势凶猛。患者感觉全身不适、胸闷、心悸、气促、畏寒、发热、视力模糊，严重者出现烦躁不安、谵语、呼吸困难。

出血：全身广泛性的内外出血，皮肤和粘膜出现大片瘀斑，民间俗称“蕲蛇斑”。牙龈、鼻、眼结膜出血，吐血、咯血、便血、血尿等。重者胸腔、腹腔和颅内出血。此种出血，不易止，一旦止住，常可再度出血，这是五步蛇咬伤的特点。出血时间和凝血时间延长，血小板、红细胞减少。因严重失血，病人面色苍白、手足厥冷、脉搏细而速、神志模糊、血压下降，出现体克。肾血流量减少，导致少尿或无尿。

栓塞现象：可发生肺栓塞、肾血管栓塞、脑血管栓塞或肠系膜栓塞，因而出现有关临床表现，于蛇毒直接进入静脉或中毒量大时尤易发生。

溶血：常在咬伤后 3～5 日发生。表现为溶血性贫血、黄疸、血蛋白尿、血钾增高等。血红蛋白沉积于肾小管，可导致急性肾功能衰竭。

死亡原因：出血性体克和循环衰竭是早期死亡原因；由于急性肾功能衰竭或心肌、脑组织出血也可能是致死原因。经抢救治愈后，部分病人可有患肢肌肉萎缩、挛缩、死骨脱出等后遗症。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3.2 蝰蛇 含血循毒，毒性猛烈而持久。主要有凝血毒成分与出血毒，能激活第Ⅹ因子，促进凝血酶原的形成，引起血液凝固，继发消耗性凝血功能障碍，产生全身广泛性的出血。

局部症状：牙痕呈“• •”型。伤口剧烈疼痛，如刺如灼，逐渐加剧，持续不止。肿胀蔓延迅速，向心性扩展至躯干。伤口附近有大量水疱、瘀点、瘀斑，易发生组织坏死，溃烂，形成溃疡可深达骨质。局部淋巴结肿痛。

全身症状：咬伤后发病急，来势凶猛，症状严重，病程较长。常有全身不适、肌肉酸痛。

出血：全身广泛性内、外出血，皮下出血，形成播散性瘀斑，早期血尿；继而有齿龈出血、鼻衄、结膜下出血、咯血、呕血、便血等症状。由于严重失血，病人口干、烦渴、面色苍白、手足厥冷、脉搏细而加速，血压下降，可出现休克。由于脑出血可导致昏迷。

溶血：因溶血作用出现黄疸，并加重贫血。

肾脏：因出血、溶血可导致肾脏损害，有少尿、无尿、蛋白尿和管型尿，可发生急性肾功能衰竭。

死亡原因：病人多因循环衰竭、急性肾功能衰竭死亡，少数由于脑出血死亡。经抢救脱险后，部分病人伤肢挛缩和运动障碍。

1.3.3 竹叶青 含血循毒，毒性较弱。主要为蛋白水解酶，以局部刺激为主。

局部症状：牙痕针尖样，呈“• •”型，以后变成“ノ＼”型。咬伤后，伤口疼痛、灼痛，且有压痛。局部淋巴结肿痛。

全身症状：表现较轻，仅有头晕、眼花、嗜睡、恶心、呕吐等。少数严重病人有粘膜出血、吐血、便血。死亡率较低。一般 2～3 日症状逐渐消退，无后遗症。但如咬伤头、颈部，也会因肿胀严重造成窒息，导致生命危险。

1.3.4 烙铁头蛇 含血循毒，类似竹叶青的毒性，但较剧烈。

局部症状：“牙痕初呈“∴”，以后变成“ノ＼”型。伤口剧烈烧灼痛，极难忍受，很快变成紫红色。伤口周围红、肿、发硬、有压痛，出现水疱、血疱或瘀斑，常伴有附近淋巴结肿痛。少数严重病人可出现伤口出血不止。

全身症状：一般有头晕、头痛、眼花、视物模糊、嗜睡、恶心、呕吐、畏寒、发热。重者可出现皮下出血、五官出血、吐血、便血、血尿。呼吸困难、血压下降、意识朦胧、休克直至昏迷。

致死原因：常因急性肾功能衰竭和循环衰竭而死亡。

1.3.5 银环蛇 含神经毒。中毒是银环蛇毒素阻断运动神经横纹肌接头所致。总的表现为影响运动神经——骨骼肌传导功能。

局部症状：牙痕一般二个针尖样，呈“• •”型。局部症状不明显，仅有痒感和麻木感。伤口不红、不肿、不痛。

全身症状：咬伤后 1～6 小时才出现头晕、眼花、视物模糊、肌肉关节酸痛、四肢乏力。继之病情迅速恶化，引起呼吸肌麻痹，导致呼吸困难，甚至呼吸停止。

横纹肌：病人先感肌肉无力、眼肌麻痹而眼睑下垂、复视、视物模糊、眼球固定、瞳孔散大、面部肌肉松弛、张口困难及吞咽困难。继之瘫痪向躯伴发展，引起呼吸肌麻痹，导致呼吸困难，呼吸逐渐变慢、变浅、呈腹式呼吸，以至呼吸运动停止。全身处于瘫痪状

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

态。腱反射随肌肉逐渐减弱直至消失。最后瘫痪的是拇趾活动的肌肉。

胃肠道：可有呕吐。肠鸣音先有短暂的增强，随着呼吸抑制而逐渐减弱至消失。唾液腺分泌增多而出现流涎。

神志：神志清醒，呼吸停止后意识仍可存在半日至一日。神志亦早于呼吸的恢复。各种感觉在呼吸停止后逐渐丧失，听觉最后消失。皮肤感觉和味觉恢复缓慢，常需 1～2 周。

循环系统：呼吸抑制时因缺氧而心跳加速，血压升高。重症病人心电图可出现 S-T 段下降，传导阻滞而致循环衰竭。

死亡原因：呼吸麻痹，自主呼吸停止是主要致死原因。

1.3.6 金环蛇 含神经毒，毒理作用、中毒症状与银环蛇基本相同，但潜伏期较长，病程发展亦较缓慢。

局部症状：牙痕呈“∴”型，附近皮肤潮红，毛囊突起呈荔枝壳样外观。稍有浮肿，伤口不痛或轻微疼痛，不出血，有麻木感。附近淋巴结肿痛。

全身症状：类似银环蛇咬伤，但出现和发展比银环蛇稍慢。全身肌肉、骨骼关节呈阵发性酸痛。严重病人可有全身浮肿。死亡原因与银环蛇相同。

1.3.7 海蛇 含神经毒。可阻断神经肌肉传导，有些海蛇还含肌溶毒素，直接引起骨骼肌坏死。

局部症状：各种海蛇咬伤局部症状基本相似。除被咬时局部有瞬间疼痛外，伤口只有麻木感。不红、不肿、不痛，局部症状不明显，易被忽视。

全身症状：潜伏期较长，一般 3～5 小时才出现明显全身中毒症状。

横纹肌：患者初感全身筋骨疼痛，肌张力增加、活动困难、肌纤维束颤动、肢体强直、腱反射亢进。继之逐渐转入横纹肌松弛性瘫痪，出现眼睑下垂。视力模糊、吞咽和语言困难，反射消失，肌肉疼痛加剧。继四肢瘫痪以后，肋间肌瘫痪，病人感觉呼吸费力，胸前压迫感。呼吸逐渐变慢变弱，呈腹式呼吸。因缺氧而出现唇、指甲发绀，最后膈肌瘫痪，呼吸逐渐停止。

循环系统：呼吸抑制缺氧时体内肾上腺素大量分泌，以致血压上升，心率加快，经吸氧与人工呼吸纠正缺氧后，血压与心率迅速恢复。由于横纹肌细腺受到破坏，使细胞释出大量钾离子而导致高钾血症使心肌受到抑制，引起心律失常和心力衰竭。

肾脏：海蛇毒对肾脏无直接的毒性，由于横纹肌纤维坏死时释出大量的肌红蛋白从肾排出，因此，出现深褐色的肌红深蛋白尿，并可在肾小管内沉淀，使肾小管阻塞及坏死，出现血尿、蛋白尿、管型尿，严重者可引起急性肾功能衰竭。

死亡原因：呼吸麻痹是主要致死原因。也可由于严重的肌蛋白尿引起急性肾功能衰竭，以及继发感染引起病人死亡。

1.3.8 眼镜蛇 含混合毒，以血循毒中的心脏毒为主，但致死原因主要是神经毒。对循环系统、神经系统和局部组织有广泛的毒性作用。

局部症状：牙痕呈“· ·”或“∴”型。伤口疼痛明显，流血不多，很快闭合成紫红色或黑色斑点。伤口的中心有麻木感，但四周感觉过敏。周围皮肤迅速红肿，患肢有明显压痛。局部出现水疱、血疱、组织坏死。可形成溃疡，经久不愈，甚至引起骨髓炎，这是眼镜蛇伤的特征。伤肢出现淋巴管炎，淋巴结肿痛。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

全身症状：在咬伤后30分钟或最迟不超过4小时出现全身不适，畏寒、发热(体温可高达39℃～40℃)、恶心、呕吐、腹痛、流涎、出汗和视力模糊等症状。

横纹肌瘫痪和呼吸抑制：咬伤后由于神经毒对神经肌肉接头的阻断作用，病人感到肌肉无力，步态蹒跚，发音不清，吞咽困难，眼睑下垂，胸闷、呼吸困难，呼吸表浅而慢，腹式呼吸，终至呼吸逐渐停止。全身瘫痪，腱反射消失。

中枢神经抑制：病人出现困倦、嗜睡、头昏，重度中毒可以致昏迷。眼镜蛇毒直接选择性地抑制延髓呼吸中枢和颈动脉体的化学感受器，使呼吸麻痹。

循环系统：由于体内组织胺等活性物质释出，肺循环阻力增加，外周血管扩张，回心血量减少，血压下降。心率反射性加速。由于心脏毒素的作用，心脏收缩力逐渐减弱，心率变慢，血压逐渐下降，在呼吸停止前可发生休克，并出现心律失常。心电图出现S-T段下降，T波平坦倒置，Q-T间期延长，R波低电压等心肌损害表现和心率失常的变化。

死亡原因：循环衰竭、呼吸麻痹是中毒死亡的主要原因。二者在中毒严重时逐渐加重，最后心跳和呼吸均停止。

1.3.9 眼镜王蛇 含混合毒。毒性猛烈,一般在1～2小时内引起呼吸麻痹或循环衰竭。

局部和全身症状：与眼镜蛇咬伤基本相似，但因其毒性更猛烈，其中毒症状出现快而严重，可导致呼吸麻痹而死亡。特别严重者可在被咬伤后几分钟内致死。循环衰竭也是致死原因。

1.3.10 蝰蛇 含混合毒，偏重于血循毒素。

局部症状：一般牙痕两个呈“◂ ▸”型，间距较小，深而清晰，伤口出血不多，有刺痛及麻木感。伤肢肿胀严重，伤口附近可有大小不等的血、水疱，破溃后组织溃烂，产生炎性溃疡。常伴有附近淋巴结肿痛。

全身症状：一般咬伤的1～6小时出现头昏、全身不适、畏寒、发热。视物模糊、复视、眼睑下垂为早期中毒临床特征。严重病人可出现吞咽困难、张口困难、全身肌肉酸痛、胸闷、颈项强直、四肢活动障碍、呼吸变慢变弱，以至呼吸逐渐停止，病人随之转入昏迷。红细胞脆性增加，发生急性溶血，出现酱油色血红蛋白尿，少尿或无尿，可引起急性肾功能衰竭。少数病人血清谷丙转氨酶升高，提示肝脏可能受到毒素的影响。严重中毒的病人可有血压下降、休克。

致死原因：呼吸衰竭是主要致死原因，急性肾功能衰竭和心力衰竭与休克亦可导致死亡。

1.3.11 各种毒蛇咬伤的鉴别(见表1～3)

表1 几种毒蛇牙痕形态、间距

毒蛇种类	毒牙距离（cm）	牙 痕 形 态
五步蛇	1.5～3.5	◂ ▸形，牙距大，出血多
蝰蛇	1.0～1.6	• •形，伤口深黑色或流血
烙铁头蛇	0.8～1.6	∴ 或／ ＼形，伤口紫红色可有渗血
竹叶青	0.5～1.2	• •形或∵ 、／ ＼形，伤口有血迹
银环蛇	0.5～1.5	⌇ 或 ⌒ 形，伤口撕裂伤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

续表

毒蛇种类	毒牙距离（cm）	牙痕形态
金环蛇	0.8～1.6	∴、八形，伤口周围皮疹荔枝壳样外观
海蛇	因各种蛇大小不一	不红、不肿，无炎性反应
眼镜蛇	1.0～2.0	·· ，∴ 或⁚ 形，伤口很快闭合变黑色
眼镜王蛇	1.9～3.0	·· 形较大而深，伤口周围肿胀明显
蝮蛇	0.5～1.5	◂ ▸形，距离小，深而清晰

2 中心证候学特征

被毒蛇咬伤后，患部一般有较粗大而深的毒牙痕，而无毒蛇咬伤的牙痕，则小而排列整齐。患部如被污染或经处理，则牙痕常难辨认。神经毒的毒蛇咬伤后，局部不红不肿，无渗液，微痛，甚至麻木，常易被忽视而不及时处理，引致相应的淋巴结肿大和触痛。血循毒的毒蛇咬伤后，伤口剧痛，肿胀，起水疱，所属淋巴管、淋巴结发炎，有的伤口坏死形成溃疡。混合毒的毒蛇咬伤后，即感疼痛，逐渐加重，有麻木感，伤口周围皮肤迅速红肿，可扩展整个肢体，常有水疱；严重者，伤口迅速变黑坏死形成溃疡，使相应淋巴结肿大和触痛。

神经毒的毒蛇咬伤主要表现为神经系统受损害，多在咬伤后 1～6 小时出现症状。轻者有头晕、出汗、胸闷、四肢无力，严重者出现瞳孔散大、视物模糊、语言不清、流涎、牙关紧闭、吞咽困难、昏迷、呼吸减弱或停止，脉象迟弱或不整，血压下降，最后呼吸麻痹而死亡。此多为风毒证型。

血循毒的毒蛇咬伤主要表现为血液系统受损，有寒战发热，全身肌肉酸痛，皮下或内脏出血(尿血，血红蛋白尿，便血，齦血和吐血)，继而可以出现贫血，黄疸等；严重者可出现体克，循环衰竭。此多为火毒证型。

混合毒的毒蛇咬伤主要表现神经和血循环系统的损害。有头晕头痛，寒战发热，四肢无力，恶心呕吐，全身肌肉酸痛，瞳孔缩小，肝大，黄疸，脉象迟或数；严重者可出现心功能衰竭及呼吸停止。此多为风火毒证型。

三种蛇毒均可内攻入营入血，而出现壮热，烦躁不安，惊厥抽搐或神昏谵语等蛇毒内陷证型。

3 病 因

3.1 蛇毒的一般理化性质

蛇毒是一种复杂的蛋白质混合物，含有多种毒蛋白；新鲜毒液粘稠，透明或淡黄色；含水 65%，比重 1.030～1.080，加热 65℃以上容易破坏，新鲜蛇毒呈弱酸性，腥苦味；与空气接触易生泡沫，在常温下 24 小时变性，冰箱内保存 15～30 天毒性不变。干燥蛇毒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

表 2　10 种常见毒蛇咬伤的鉴别

种类	毒素类型	咬伤时间地点、部位	发病急慢	局部及感觉	肿胀、水疱血疱、瘀斑	瞳孔复视	眼睑下垂	吞咽困难呼吸困难	出血休克	化　　验
五步蛇	血循毒	山区、丘陵	急	伤口剧痛如刀割	出血不止，广泛瘀斑"蕲蛇斑"					出凝血时间延长，血块收缩不良，血红蛋白尿
蝰蛇	血循毒	山区、丘陵	急(立即)	伤口剧痛呈深黑色	肿胀、瘀斑、水疱、血疱明显					出凝血时间延长，红细胞脆性试验增加，黄疸指数增高
烙铁头蛇	血循毒	山区、森林	急	伤口灼痛	较轻				可出现内脏、五官出血	
竹叶青	血循毒	多咬伤体上部；白天或晚上	急	伤口剧痛、灼热	肿胀、水疱、血疱明显					
银环蛇	神经毒	多在夜间	较慢(1～6 小时)	不红、不肿不痛、仅麻木感	无	瞳孔多散大（早期）	常有	常出现	无出血或出血极少	
金环蛇	神经毒	多在夜间	较慢	红肿痛轻微仅麻木（荔枝样皮）	无	瞳孔多散大	常有	常出现	不出血或出血极少	
海蛇	神经毒	海边	较慢	红肿痛不明显，仅麻木	无		常有	常出现	不出血或出血极少	血红蛋白尿
眼镜蛇	混合毒	多在白天	急（1 小时左右）	疼痛、麻木	水疱、血疱明显，组织坏死	瞳孔缩小(早期)				

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

续表

种类	毒素类型	咬伤时间地点、部位	发病急慢	局部及感觉	肿胀、水疱血疱、瘀斑	瞳孔复视	眼睑下垂	吞咽困难呼吸困难	出血休克	化验
眼镜王蛇	混合毒		特急（立即）	疼痛、麻木	水疱、血疱组织坏死少见				常出现休克	
蝮蛇	混合毒		急	刺痛麻木	肿胀明显、并有水疱、血疱瘀斑	复视	常有	常有		血红蛋白尿

表3　10种毒蛇咬伤主要中毒症状简明鉴别

蛇伤种类	局部症状	全身症状	实验室检查
五步蛇	伤口剧痛刀割，出血多，肿胀严重，组织坏死，溃烂大而深	出现快、来势凶猛、病情严重而发展迅速，心悸、胸闷、视力模糊，出血广泛	血检：白细胞、血红蛋白、血小板减少，出血和凝血时间延长，血块收缩不良 尿检：有蛋白尿、血尿 心电图：有心肌损害
蝰蛇	伤口剧痛，出血不止，肿胀严重、发展快，伤口附近有大量水、血疱、瘀斑、组织坏死、溃疡	出现快、来势凶猛、病程持久，出血广泛，溶血、贫血、黄疸，重者休克、心肾功能衰竭	血检：红细胞升高，红细胞、血红蛋白减少，血中胆红素、血钾升高，出血和凝血时间延长 尿检：尿胆原有增加 心电图：窦性心律不齐，期外收缩
烙铁头蛇	伤口灼痛，局部肿胀，可出现水疱、血疱	头痛、头晕、眼花、视物模糊、意识朦胧。严重者五官及内脏出血	血检：红细胞和血红蛋白减少 尿检：有蛋白尿及管型、血尿
竹叶青	伤口灼痛，肿胀明显，局部早期出现水、血疱	有时头晕、眼花、恶心，但都比其他毒蛇咬伤的中毒症状轻，死亡率很低	血检：红细胞增高，GPT增高，血小板减少，出血和凝血时间延长 尿检：蛋白尿及血尿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

续表

蛇伤种类	局 部 症 状	全 身 症 状	实 验 室 检 查
银环蛇	伤口不红、不肿、不痛，仅有微痒和麻木感，感觉减退	一般在1~6小时才出现全身症状，一旦出现，病情发展迅速、严重，症状有：头晕、胸闷、步态不稳，肌肉、关节酸痛、语言不清、眼睑下垂、流涎、呼吸困难、肌肉抽搐，甚至瘫痪，常因呼吸肌麻痹而窒息死亡	血检：白细胞增高 肝功：脑絮（+） 心电图：窦性心动过缓 完全性束支传导阻滞
金环蛇	伤口不红，不肿，不痛，不痒，但有麻木感	伤后3~5小时才出现眼睑下垂，视力模糊，吞咽困难和语言感到困难，全身筋骨疼痛，全身肌肉呈弛缓性瘫痪，尿呈深褐色（血红蛋白尿），呼吸麻痹，心力衰竭或急性肾功能衰竭	血检：血钾升高 尿检：尿呈褐色，血红蛋白呈阳性反应
眼镜蛇	伤口出血不多，易闭合变黑，伤口中心麻木而四周痛觉敏感。局部肿胀明显，有血疱、水疱和组织坏死	一般在2~6小时左右出现胸闷、恶心、呕吐、腹痛、发热、全身疼痛、喉痛、吞咽困难、困倦嗜睡，呼吸困难，严重者因急性循环衰竭和呼吸麻痹而死亡	血检：白细胞增高 尿检：有蛋白、红细胞和白细胞 心电图：有心肌损害
眼镜王蛇	伤口疼痛、麻木，但红肿不明显，水疱、血疱及组织坏死较少见	基本同上，但发病急，且严重。严重者可在半小时内发病，常因循环衰竭、呼吸麻痹而很快死亡	基本同上
蝮蛇	伤口有明显肿胀及刺痛，常伴有皮下出血性瘀斑	早期视力模糊，眼睑下垂，出现复视；严重者胸闷、气促、心跳加快、血尿（酱油色尿）	血检：白细胞增高，并有中毒性颗粒 血钾增高，GPT增高

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

保持原蛇毒力25年以上，而眼镜蛇毒虽经100℃加热15分钟，仍能保持部分毒力，非经久煮，不能破坏。凡能使蛋白质沉淀，变性的强酸、强碱，氧化剂，还原剂，消化酶及重金属类，均能破坏蛇毒。

3.2 蛇毒的有毒成分

蛇毒主要成分是神经毒，血循毒和酶，各种成分的多少或有无，随着蛇种而异。

3.2.1 神经毒(风毒)

主要是阻断神经肌肉的接头引起弛缓型麻痹，终至周围性呼吸衰竭，引起缺氧性脑病，肺部感染及循环衰竭，若抢救不及时则可导致死亡。

神经毒作用有两种表现，一种作用于运动神经末梢的突触前及突触后部位，主要抑制运动终板上的乙酰胆碱受体，使肌肉内的神经介质——乙酰胆碱不能发挥其去极化作用，从而导致横纹肌松弛。故在临床上银环蛇咬伤的危重型病人，其所致的呼吸麻痹恢复较慢。眼镜蛇毒是另一种作用，对乙酰胆碱受体的功能无影响，但有抑制运动神经末梢释放介质的作用。这种呼吸麻痹的病人，用新斯的明有一定的疗效。

因为神经毒主要是产生肌肉运动障碍，如舌肌运动障碍产生语言困难；咽缩肌运动障碍产生吞咽困难，眼外肌运动障碍产生眼球运动迟钝及复视；胸肌肋间肌、和膈肌运动障碍发生呼吸麻痹。这些症状从中医的角度看来，是属于风邪阻络症状，故中医将神经毒命名为“风毒”。

3.2.2 血循毒(火毒)

血循毒的种类很多，成分复杂，血循毒对心血管和血液系统产生多方面的毒性作用。

(1) 心脏毒：毒性极强，可损害心肌细胞的结构及功能。高浓度的心脏毒能引起离体的蛙心收缩期停跳，低浓度的反能兴奋，此毒素对哺乳动物心脏有极强的毒害作用，发生短暂兴奋后转入抑制，心搏动障碍，心室纤颤，心肌坏死，最后死于心力衰竭。

(2) 出血毒素：是一种血管毒，作用于细胞的粘合物质，使其通透性增加，而形态仍然完整，没有损害细胞作用。如尖吻蝮蛇、蝰蛇等含有出血毒素，可以引起广泛性血液外渗，导致显著的全身出血，甚至肺、心、肾、肝、脑实质出血而死亡。

(3) 溶血毒素：有直接和间接溶血因子。间接溶血因子为磷脂酶A，把卵磷脂水解分出脂肪酸而成溶血卵磷脂。直接溶血因子在眼镜蛇，蝰蛇的蛇毒中，能直接溶解红细胞，直接与间接溶血因子有协同作用，近年来研究证明直接溶血因子与心脏毒是同一物质。

因为血循毒能引起局部肿胀，进而坏死；引起全身性出血及溶血等严重症状。中医认为热毒壅滞而肿，热胜则肉腐，热迫血妄行则出血、衄血，故将血循毒命名为“火毒”。火毒内陷，传入心包，可出现闭、脱危重之证。

(4) 酶：蛇毒中含有各种酶，使蛇毒的致病作用更为复杂。根据国内外资料，已查明蛇毒中含的酶有25种左右，我们这里只简单介绍四种酶。

① 蛋白质水解酶：多种蛇毒均含有此种酶。它可损害血管壁内皮细胞，增加管壁的通透性，导致血浆外渗，组织水肿，局部肌肉坏死，甚至深部组织溃烂，此酶亦相当于中医的火毒。

② 磷脂酶A：其毒性作用是间接溶血作用，它使卵磷脂转变为溶血卵磷脂而致溶血，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

所引起的溶血症是极为严重的。磷脂酶 A 也可促成产生溶血卵磷脂而损及神经组织，或直接协助蛇毒中的神经毒或心脏毒进入神经组织中，结果表现出严重的外周神经症状。此酶还可以使毛细血管通透性增加而引起出血。并可释放组织胺、5-羟色胺、肾上腺素、缓动素等，间接干扰心血管系统的功能。此酶的毒性作用相当于中医的风火毒。

③ 透明质酸酶：多数蛇毒中含有此酶。它能溶解细胞与纤维间质(结缔组织间的透明质酸酶凝胶)，破坏结缔组织的完整性，促使蛇毒从咬伤局部向其周围迅速扩散，吸收。此酶亦相当于中医的火毒。

④ 三磷酸腺苷酶：可以破坏三磷酸腺苷，而减少体内能量供给，影响体内神经介质、蛋白质的合成，导致各系统的生理功能障碍。此酶相当于中医的风火毒。

4 病　机

中医认为蛇毒系风、火二毒。风者善行数变；火者生风动血，耗伤阴津；风毒偏盛，每多化火；火毒炽盛，极易生风，风火相煽，则邪毒鸱张，必溶于营血或内陷厥阴，形成严重的全身性中毒症状。

当毒蛇咬伤人体后，风火邪毒壅滞不通则痛而肿；风火之邪化热腐肌溶肉，故局部溃烂；风火相煽，蛇毒鸱张，正不胜邪，则邪毒内陷，毒热炽盛，内传营血，可耗血动血，导致有溶血、出血的症状；火毒炽盛，最易伤阴，阴伤而热毒炽盛，热极生风，又有神昏谵语，抽搐等症。若邪毒内陷厥阴，毒入心包，可发生毒蒙心包的闭证；或邪热耗伤心阳的脱症。总之风、火毒邪均为阳热之邪，具有发病急，变化快，病势凶险的特点，其传变规律与温病近似，故辨证施治可借助于温病学理论为借导。

蛇毒的体内过程：

毒蛇咬人时，其毒液通过具管或具沟的毒牙注入皮下组织。蛇毒主要由淋巴吸收再进入血液循环分布全身。分子较小的神经毒素等也可直接进入血液循环吸收。完好的皮肤沾染了蛇毒是没有危险的，因为蛇毒不能穿透完好的皮肤被吸收。完好的粘膜蛇毒不能穿透，但经过蛇毒作用发生炎症反应后，可以通过蛇毒。蛇毒还可以通过原有炎症、有破损或有溃疡的粘膜进入体内。

蛇伤早期局部蛇毒比较集中，浓度较高，又借助于其中的透明质酸酶使之易于扩散，穿透、迅速吸收。但以后由于蛇毒扩散至周围组织与组织蛋白非特异性结合，游离蛇毒的扩散速度也降低，故在局部以较缓的速度吸收。如急救时作了伤肢结扎则蛇毒在局部停留时间更会延长。这说明了早期结扎、扩创、吸吮排毒及注射解毒药物要及早进行。

蛇毒在体内的分布，一般认为肺、肾、心、局部淋巴结含量较多，中枢神经系统极少，并认为这可能与器官血流量，蛇毒吸收通路，及血脑屏障阻挡有关。有关实验证明蛇毒与其靶细胞的特异性结合非常牢固，蛇毒吸收后在血液循环中存在较多而且较久，这可能是蛇毒在血中与血浆蛋白结合而停留较久。

蛇伤早期游离的蛇毒可流经肾脏通过肾小球过滤排泄，而且还可以通过肝脏和网状内皮系统进行体内解毒。多数学者认为，人和动物消化腺体分泌物能破坏蛇毒，在肝脏有解毒作用，而且可以从小便排出约 70%的毒素。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 详询病史

应以病人亲口诉说为主要依据。如因病情危重而由他人代诉时，要言之有据。必须详细询问病人被蛇咬伤的经过，包括何时、何地、何部位被蛇咬伤及环境和天气情况。是否看清了蛇的形态、大小、色彩、花纹，是否将蛇打死或捕获，能否认识是何种蛇，以便判断是否毒蛇咬伤，明确诊断。

5.2 判断蛇毒种类

毒蛇咬伤诊断明确后，必须迅速判断是属哪一类毒蛇咬伤。如局部症状不明显，而全身症状如神经系统中毒反应较重，多为神经毒类毒蛇咬伤，如银环蛇、金环蛇、海蛇咬伤。若局部剧烈疼痛，伤口出血不止，肿胀明显，多为血循毒类毒蛇咬伤，如五步蛇、蝰蛇、烙铁头蛇和竹叶青蛇咬伤。咬伤后局部和全身中毒症状均明显，并有明显神经系统症状，多为混合毒类毒蛇咬伤，如蝮蛇、眼镜蛇、眼镜王蛇咬伤。

血循毒类毒蛇咬伤：被咬伤后数分钟即出现伤口剧痛或灼痛。伤口出血不止，肿胀蔓延迅速。伤口周围出现水疱、血疱、瘀点、瘀斑，周围淋巴管炎和淋巴结肿大、触痛，舌质红，苔黄，脉弦数。严重者咯血、呕血、便血、血尿、血压急剧下降，出现休克、昏迷、发生急性循环衰竭与急性肾功能衰竭。

血循毒类毒蛇咬伤局部症状明显，潜伏期短，发病急，来势凶猛，病情持久，危险期长。若治疗不当或不及时死亡率较高。且局部易形成溃疡、组织坏死和伤口经久不愈。

神经毒类毒蛇咬伤：伤口初期仅有麻木感或轻微痛感，发病常在1～6小时后。初起头昏乏力、视物模糊、腹痛、呕吐、全身肌肉疼痛，继之病情迅速发展，很快出现神志朦胧、表情淡漠、眼睑下垂、言语不清、口角流涎、吞咽困难、呼吸短促，直至昏迷抽搐、瞳孔数大、神经反射消失，最后死于急性呼吸衰竭。

神经毒类毒蛇咬伤由于潜伏期较长，早期症状轻微，临床上局部以不红、不肿、不痛为其主要特点，易被忽视。但发病后神经毒素吸收迅速，故危险性很大，贵在早期诊断与治疗。若治疗及时，渡过危险期，恢复较快，一般无后遗症。

混合毒类毒蛇咬伤：有血循毒和神经毒两种症状。局部症状类似血循毒类毒蛇咬伤，伤后即出现局部疼痛，肿胀明显，伤周有水疱、血疱、瘀点、瘀斑、易形成局部溃疡、组织坏死。全身症状类似神经毒症状，伤后1～6小时后，出现头昏、视物模糊、四肢乏力、恶心呕吐，继之病情迅速恶化，昏迷、抽搐、呼吸麻痹。死于急性呼吸衰竭、急性循环衰竭和急性肾功能衰竭。

混合毒类毒蛇咬伤潜伏期短，早期即有疼痛，肿胀、出血类似血循毒类毒蛇咬伤，全身症状出现较慢，因此早期易与血循毒类毒蛇咬伤混淆，应注意随诊，以免误诊。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6 临床治疗

6.1 分证论治

根据毒蛇咬伤的毒理及病理和症状，可以把毒蛇咬伤分为风毒、火毒、风火毒、蛇毒内陷四个证型进行辨证论治。

6.1.1 风毒证

临床表现：局部伤口不红不肿不痛，仅有皮肤麻木感；全身症状有头昏、眼花、嗜睡、气急；严重者呼吸困难，四肢麻痹、张口困难、眼睑下垂，神志模糊甚至昏迷；舌苔薄白，舌质红，脉弦数。

病机分析：蛇毒之风毒侵入机体，风毒阻络，故皮肤有麻木感，并有肌肉麻痹、眼睑下垂；风毒上扰，故有头昏、眼花；风毒内闭，故有呼吸困难、神志模糊、嗜睡及昏迷等；若引动内风则有抽搐，张口困难等症见。

治法：活血通络，驱风解毒。

方药：活血驱风解毒汤(经验方)加减。

当归　川芎　红花　威灵仙　白芷　防风　僵蚕　七叶一枝花　半边莲　地丁

加减：若早期应加车前草、泽泻、木通等利尿排毒；若大便不畅加生大黄、厚朴通便泄毒；若咬伤在下肢加独活，咬伤在上肢加羌活加强驱风通络，并作引经用；若视物模糊，瞳孔散大，加青木香、菊花；若动风抽搐则加蜈蚣、蝉衣、全蝎等搜风镇惊。

6.1.2 火毒证

临床表现：局部肿痛严重，常有水疱、血疱或瘀斑，严重者形成局部组织坏死。全身症状可见恶寒、发热、烦躁、咽干口渴、胸闷心悸、肋胀胁痛、大便干结、小便短赤或尿血。舌苔黄、舌质红、脉滑数。

病机分析：蛇之火毒侵入人体，壅滞于局部，经络阻塞，气血瘀滞，不通则痛则肿；热毒炽盛，故有瘀斑、水疱、血疱；热胜则肉腐，故局部组织坏死溃烂；火毒与正气交争，故症见恶寒、发热；热毒传于气分，故症见发热、口渴、烦躁；毒热内结，充斥三焦，则有胸闷心悸、肋胀胁痛，大便干结、小便短赤等症。

治法：泻火解毒，凉血活血。

方药：龙胆泻肝汤合五味消毒饮加减。

龙胆草　栀子　黄芩　黄柏　生地　赤芍　丹皮　银花　地丁　公英　七叶一枝花

加减：若高热、汗出，口渴，加生石膏、知母以清泄气分热邪；若大便秘结，加生大黄泻下热结；若小便短赤、血尿，加白茅根、茜草、车前草、泽泻等利尿止血；若热甚伤津，口干、口渴、加花粉、玄参、麦冬，以生津止渴；若发斑、吐血、衄血，加犀角以加强凉血化斑解毒；若烦躁抽搐，加羚羊角、钩藤以凉肝熄风；若局部肿胀甚，加赤小豆、冬瓜皮、泽泻以利水消肿；若火毒夹湿，症见头晕、头重、困倦、胸闷、腹胀、欲呕，加茵陈、木通、泽泻、藿香、薏仁等利湿、化湿。

6.1.3 风火毒证

临床表现：局部红肿较重，一般多有创口剧痛，或有水疱、血疱、瘀斑、瘀点或伤处

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

溃烂。全身症状有头晕、头痛、眼花、寒战发热、胸闷心悸、恶心呕吐、大便秘结、小便短赤；严重者烦躁抽搐，甚至神志昏愦。舌苔白黄相兼，后期苔黄，舌质红，脉弦数。

病机分析：蛇之风火毒邪侵入机体，壅阻局部，故肿胀疼痛，并溃烂、起疱；风火之毒上攻，故见头晕、头痛、眼花等症；寒战发热为邪正交争；邪毒充斥三焦，故见胸闷心悸、恶心呕吐、大便秘结、小便短赤；热甚风盛，故有烦躁抽搐；邪毒内闭，故神志昏便。

治法：清热解毒，凉血熄风。

方药：黄连解毒汤合五虎追风散加减。

黄连　黄芩　栀子　黄柏　蝉衣　僵蚕　全蝎　防风　生地　丹皮　半边莲　七叶一枝花

加减：若吞咽困难，加玄参、山豆根、射干以清热利咽；若胸闷、呕逆，加竹茹、法半夏以降逆止呕；若烦躁不安或抽搐，加羚羊角、钩藤、珍珠母，以镇静、安神、熄风；大便秘结加生大黄；小便短赤或尿闭加车前草、白茅根、泽泻；瞳孔缩小，视物模糊，加青木香、菊花；神志昏愦加服安宫牛黄丸。

6.1.4　蛇毒内陷证

临床表现：毒蛇咬伤后，失治误治出现：高热，躁狂不安，惊厥抽搐或神昏谵语。局部伤口由红肿突然变为紫暗或紫黑，肿势反而消减，舌质红绛，脉细数。

病机分析：因失治、误治，致便蛇毒不能及时外泄。蛇毒内陷营血，传入心包，故症见高热、躁狂、惊厥抽搐，神昏谵语。局部紫暗、紫黑，肿势反消减，属蛇毒入里内陷之象。

治法：清营凉血解毒。

方药：清营汤加减。

水牛角　生地　玄参　竹叶　银花　连翘　麦冬　半边莲　七叶一枝花　地丁

加减：若神昏谵语、痉厥抽搐，加服安宫牛黄丸或紫雪丹，以清心开窍，镇惊。若正气耗散，正不胜邪，导致心阳衰微，出现面色苍白，淡漠神昏，汗出肢冷，则宜用参附汤，以益气回阳。

6.2　局 部 处 理

（1）早期结扎：被毒蛇咬伤后，应即用柔软的绳子或布带，或就近拾取适用的植物藤或茎叶等，在伤口上方超过一个关节，即刻结扎松紧度以能阻断淋巴和静脉血的回流，但不妨碍动脉血流为宜。此后每隔 15～20 分钟放松 1～2 分钟，以免肢体因缺血而坏死。在应用有效的蛇药 30 分钟后，可去掉结扎。结扎后即可用清水、冷开水、肥皂水等冲洗伤口，以洗去周围粘附的毒液。

（2）扩创排毒：在常规消毒后，沿牙痕作纵行切开 1.5 厘米，深达皮下或作“＋”切口，如有毒牙遗留应取出，同时以 1∶5000 高锰酸钾溶淡，或双氧水反复多次冲洗，使蛇毒在伤口破坏，促进局部排毒，以减轻中毒。但必须注意，凡尖吻蝮蛇、蝰蛇、蝮蛇咬伤后，若伤口流血不止，且有全身出血现象，则不宜扩创，以免发生出血性休克。

（3）烧灼、针刺、火罐排毒：在野外被毒蛇咬伤以后，可即用火柴头 5～7 个，放在伤口上点燃烧灼 1～2 次，以破坏蛇毒。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出现肿胀时，可于手指蹼间(八邪穴)或足蹼间(八风穴)，皮肤消毒后用三棱针或粗针头，与皮肤平行刺入约1厘米，迅速拔出后将患肢下垂，并由近心端向远端挤压以排除毒液，但被蝰蛇、尖吻蝮蛇咬伤时应慎用，以防出血不止。

民间还常用拔火罐的方法，以吸去伤口的血性分泌物，达到减轻局部肿胀和蛇毒的吸收作用。

(4) 封闭疗法：毒蛇咬伤后应及早应用普鲁卡因溶液加地塞米松局部环封，其方法是在0.25~0.5%普鲁卡因溶液中，加入地塞米松5mg或氢化可的松50~100mg，在伤口周围与患肢肿胀上方1寸处作深部皮下环封。

如果血循毒中毒局部肿胀迅速，还可采用10%~15%二乙肢四乙酸二钠4ml加入0.25%普鲁卡因溶液80~100ml中在肢体的肿胀上方1~2cm处环封，每日或隔日1次，以抑制蛇毒中蛋白水解酶的活性，防止或减轻局部组织坏死。

胰蛋白酶能直接破坏蛇毒，对多种毒蛇咬伤有效。其方法是：胰蛋白酶2000单位加0.5%普鲁卡因5~20ml，在牙痕中心及周围注射达肌肉层或结扎上端进行套式封闭，根据病情，12~24小时后重复注射，个别病人发生荨麻疹过敏反应，可用异丙嗪25mg肌肉注射。

(5) 局部用药：经排毒方法后，可用1:5000呋喃西林溶液或用高锰酸钾溶液湿敷伤口，保持湿润引流，以防创口闭合。同时可以用鲜草药外敷。外敷草药可分为两大类，一是引赤发泡草药，如生南星、野芋、鹅不食草等，可选1~2种捣烂，外敷伤处周围，以引起局部充血、发疱，借以拔毒外出，但对创口已溃烂者不宜使用。另一类是清热解毒的草药，如半边莲、马齿苋、七叶一枝花、八角莲、蒲公英、芙蓉叶等，适应于肿胀较重者，可选择1~2种捣烂，敷于伤口周围肿胀部位。

敷药时不可封住伤口，以免妨碍毒液流出，并要保持药料新鲜，避免发生局部感染。如寻找草药不方便，还可以用内服的蛇药片捣烂水调外涂。对已有水、血疱者，可先用消毒注射器吸出渗出液，然后再以呋喃西林溶液或雷弗奴尔液湿敷。

6.3 抗蛇毒血清治疗

抗蛇毒血清又名蛇毒抗毒素，有单价和多价两种。抗蛇毒血消特异性较高，效果确切，应用越早，疗效越好。但对脑、心、肾等实质性器官已发生器质性改变时，则难以奏效。使用剂量多少，应根据该血清的效价和该种毒蛇排毒量来决定。一般应大于中和排毒量所需要的剂量。如使用抗蝮蛇毒血清，一般注射10ml即可，视病情也可以酌情增加。小孩用量与成人相等，不能减少。但都必须先做过敏试验，抽抗蛇毒血清0.1ml，用等渗盐水1.9ml稀释，皮内注射0.1ml，15分钟后，无红晕蜘蛛足者为阴性。阳性者可按脱敏法处理。

6.4 变证治疗

6.4.1 蛇伤肾功能衰竭

6.4.1.1 发病机理：除现有理论外，应着重强调：①蛇毒引起溶血，溶解的血细胞可堵塞肾小球动脉，导致滤过停止。②蛇毒还能直接损害肾组织。③肾小管损害后，小管腔原尿返流扩散肾间质，造成间质水肿，从而加重肾损害。④蛇毒的细胞毒素，破坏肌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肉，肌球蛋白释放，从血液流经肾脏，导致肾小管阻塞。

6.4.1.2 治疗：

(1) 肾衰早期：出现血红蛋白尿则提示进入肾衰早期，碱化尿液用 5%碳酸氢钠 200ml 静脉滴注，地塞米松 20mg 加入 10%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注。应用扩溶，化栓疗法：①低分子右旋糖酐 500ml 静脉滴注；②复方丹参注射液 10～20ml 加入 5%葡萄糖注射液中静脉滴注。

(2) 肾衰尿少或尿闭：上述措施可继续应用。要特别注意：①控制输液量，每日在 1000～1500ml 之内。②防治高钾：一旦高钾出现，应用 10%葡萄糖酸钙或正规胰岛素。③利尿：速尿静脉推注，20mg 起点，15～30 分钟无尿，再翻倍应用，最大量可一次性应用 320mg，也可以静脉点滴。

(3) 辨证施治：肾衰早期应用麻黄连翘赤小豆汤加减：麻黄 10g，连翘 20g，赤小豆 30g，蝉衣 20g，地龙 10g，防风 10g，半边莲 30g，七叶一枝花 20g，车前草 10g，栀子 6g。肾衰少尿或无尿，①五苓散加减：茯苓 15g，土茯苓 30g，萆薢 15g，泽泻 10g，肉桂末 5g（冲服），炒白术 10g，益母草 20g，穿山甲 10g，石韦 30g，海金沙 10g，半边莲 20g，车前草 10g。②无尿用疏凿饮子加减：泽泻 10g，赤小豆 20g，商陆 6g，羌活 10g，大腹皮 15g，椒目 10g，木通 10g，秦艽 10g，槟榔 10g，茯苓皮 30g，半边莲 30g，益母草 20g。作者曾用此方治疗肾衰无尿，其利尿效果较好，服药 30 分钟后，解出血性小便 100ml。③肾衰后期多尿，为脾不统摄，气虚不运所致，用归脾汤合补中益气汤加减：生黄芪 30g，炒白术 10g，陈皮 10g，升麻 6g，柴胡 6g，太子参 30g，炙甘草 10g，茯苓 10g，广木香 10g，阿胶 15g（另炖），七叶一枝花 30g，萆薢 20g。

(4) 人工肾：根据作者实践，血透是治疗蛇伤肾衰的有效方法。但既是进行血透疗法，仍可参考上述中药治疗。有的蛇伤肾衰患者，血液呈高凝状态，我们在进行这类病人的血透时，很少成功，往往造成血透管血凝、阻塞。

6.4.2 蛇伤呼吸衰竭

6.4.2.1 发病机理：以往多认为是神经毒作用于呼吸肌与神经接头处，阻断了神经介质对肌肉的效应，产生呼吸肌麻痹。现有学者认为有时蛇毒也可进入大脑屏障作用呼吸中枢。再者其它继发因素，如脑水肿、酸中毒等对呼吸亦有影响。

6.4.2.2 治疗

(1) 持续有效给氧，保持呼吸道通畅。

(2) 使用人工呼吸机，使用高灵敏度人工呼吸机，注意人机对抗。

(3) 避免液体负荷过重。当每小时尿量小于 50ml，尽管临床症状不明显，都有可能输液过量，应该应用利尿脱水疗法。

(4) 避免输入过多白蛋白，以免白蛋白漏到肺泡，从而加重肺间质水肿。

(5) 使用中枢兴奋剂、可拉明交替注射，或各 10 支加入 10%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注。

(6) 兴奋平滑肌应用新斯的明，兴奋横纹肌用加兰他敏。

(7) 口服六神丸可芳香开窍，起到兴奋呼吸的作用。

(8) 作者临床经验，蛇伤呼吸衰竭中药处方组成是：①促进胸廓运动，用小陷胸汤宽

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胸开结，法半夏 10g、瓜蒌 15g、黄连 6g；②兴奋膈肌用三拗汤：麻黄 10g 起宣发作用，上升作用，杏仁 10g 起肃降作用，杏仁又可兴奋呼吸中枢。③解神经毒药：青木香 10g、全蝎 3g、蜈蚣 2 条、七叶一枝花 15g，丹参 15g、茜草 10g。

6.4.3 蛇伤循环衰竭

6.4.3.1 发病机理：蛇毒血循毒作用心血管和血液系统，溶血、出血、凝血。其中心脏毒毒力最强。心脏毒的毒害一般从左心室开始，最后导致心脏整合功能失调。右心室向肺排血，相对多于左心向全身排血，又由于蛇毒作用于肺血管粘膜可造成渗出至肺组织，左心受损又可导致肺瘀血，况且临床输液治疗蛇伤很难定量，诸因素都可造成肺水肿。因此，这类心衰应用洋地黄疗效不佳。

有关蛇伤 DIC 机理研究认为，由于蛇毒作用，血管内促凝物质出现，血液凝血系统被激活，导致血管内弥漫性凝血(DIC)发生。随后，可继发凝血因子和血小板消耗及纤溶系统激活，纤维蛋白酶溶解亢进而造成出血。这就是所谓的耗血动血过程。

应该指出的是蛇毒促凝物质有直接促凝物质和间接促凝物质二种。

① 直接促凝物质，类似凝血酶作用，促凝作用短暂而不稳定，可出现假性 DIC 或类 DIC，往往凝血和出血相继出现。此类 DIC 应用肝素治疗不但无效而且有害。

② 间接促凝物质，有蛋白质水解酶、细胞毒素、心脏毒、膜毒，由于造成血管内皮受损、组织坏死、红细胞崩解、组织因子释放，胶原暴露，激活凝血的内源系统、外源系统，而形成 DIC，此类 DIC 应用肝素治疗有效。

6.4.3.2 治疗：

(1) 心肌损害：大剂量应用维生素 C、应用 1.6 磷酸果糖、能量合剂。

(2) 激素治疗，地塞米松每日 10～20mg。

(3) 输氧、纠正酸中毒。

(4) 血压下降：

① 参脉注射液 40ml 加入 10%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注。

② 654-2 能对抗缺氧导致的内源性儿茶酚胺引起的肺血管痉挛，降低心脏后负荷，降低肺动脉压，减低肺阻力，减轻心脏前负荷。一般可应用一日 20mg 静脉滴注。

(5) DIC 的治疗：

① 抗毒，使用有效的抗蛇毒血清和激素，更可用清开灵 40～60ml 加入 5%的葡萄糖注射液中静滴。

② 改善微循环：可使用低分子右旋糖酐 500ml 一日静滴，因为其有保护内膜、保护血细胞、血小板，降低血粘稠度，使微循环通畅。其缺点是封闭吞噬系统，减低清除凝血物质能力。但利大于弊，故可大胆使用。654-2 可解痉、扩血管、增加微循环的自律运动。

③ 应慎用肝素。

④ 合理使用激素。

⑤ 血液若呈低凝、出血状态，应输血小板和鲜血。库存血有抗凝物质，一般不宜使用。

(6) 辨证施治，按卫气营血和三焦辨证。若热毒在气分用黄连解毒汤苦寒直折热邪，加用解毒之五味消毒饮。营血分热毒，表现为血热动血、血热动风、血热伤阴，故可用清营汤；犀角地黄汤、五味消毒饮合方。若属三焦证治表现为热毒症加胸闷、腹胀、二便不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

利，可选用甘露消毒饮加减治疗。另可配服安宫牛黄丸、或肌注醒脑净、静滴清开灵。

以上治法既适宜蛇伤的呼吸衰竭、肾功能衰竭、心功能衰竭、循环衰竭，若同时多脏器衰竭，则可综合应用，灵活变化。只要诊断清楚，病情分析透彻，治疗措施得当，就能有效地抢救和治疗蛇伤的多脏器衰竭。

蛇毒引起呼吸麻痹、循环衰竭和急性肾功能衰竭等严重合并症，除上述常规处理、辨证论治外，还必须采取下列措施及时抢救。

① 呼吸麻痹的处理

一旦出现气促、呼吸困难、表浅而快等症状，应立即给氧，并可使用呼吸中枢兴奋药，常用尼可刹米、洛贝林、回苏灵、利他灵等。如因缺氧引起脑水肿，可选用20%甘露醇或25%山梨醇按1～3g/kg体重，分次快速静脉滴入；严重者每4小时一次，以后根据病情酌情延长；也可用速尿40mg加入50%葡萄糖注射液40ml内静脉推注，2～4次/日，或与甘露醇交替使用。此外肾上腺皮质激素可减轻毛细血管通透性，减少血浆外渗，从而减轻脑水肿；可给地塞米松10mg，以后每6小时5mg，加入50%葡萄糖注射液中推注，或氢化可的松100～500mg加入10%葡萄糖注射液中静脉滴注，一般应用2～3天即可停药。如若出现酸中毒症状，可立即用5%碳酸氢钠200mg静脉推注，以后根据二氧化碳结合力情况应用。针刺人中、内关、足三里、百会等穴，亦可促进呼吸机能的恢复，必要时可行气管切开术。

② 中毒性休克的处理

休克的早期，在辨证施治的同时，应适当补液，维持水电解质平衡，给氧，保暖及镇静等支持疗法。有效血容量减少时，可快速补充适量等渗葡萄糖盐水或10%葡萄糖液。严重失血时，除适当补液外，还应输血。微循环障碍或衰竭，可应用左旋糖酐，早期常用中分子右旋糖酐，中、晚期选用低分子右旋糖酐；同时可使用肾上脉皮质激素。当出现大而深呼吸时，应考虑为酸中毒，即应用缓冲溶液，常用5%碳酸氢钠，成人首量4～5ml/kg体重，以后根据二氧化碳结合力计算用量。

多数休克患者，经过上述治疗，休克不难恢复，部分患者由于体克时间较长而严重，出现微循环障碍或衰竭，此时单纯纠正血容量尚不能获效，应在纠正酸中毒的基础上，酌情配合血管活性药物的应用。目前趋向在补充血容量之后，选用扩血管药物(如恢血敏、多巴胺等)，以解除小动脉痉挛，使组织血液灌注量增加。必要时血管收缩药物(如阿拉明、去甲肾上腺素等)与扩血管药物联合应用。

中医辨证施治方面，休克早期常属气阴两虚，可用生脉散；晚期亡阳，可用独参汤、参附汤或四逆汤加减。

③ 急性肾功能衰竭的处理

被含血循毒及混合毒的毒蛇咬伤后，引起急性肾功能损害较为多见，此种损害大多为功能性障碍，如不及时纠正，则可发生肾小管坏死，形成急性肾功能衰竭。

早期肾功能衰竭可选用20%甘露醇100ml或速尿60mg加入50%葡萄糖注射液20ml内，静脉推注；当尿量增多时，可重复使用。严重时可应用利尿合剂。肾上腺皮质激素有抑制抗利尿激素的作用，及有增加利尿和调节水电解质平衡的效果，因此亦可选用。人工透析疗法是治疗急性肾功能衰竭的有效措施之一，一般较常用血液透析法。低分子右旋糖

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

酐、能量合剂等，有保护和促进肾组织修复的作用。可根据情况选用。此外还应该注意纠正血钾，预防和治疗并发感染等。

④ 心力衰竭的处理

心力衰竭一旦诊断成立，轻症时，可用氨茶碱 0.25g 加入 25% 葡萄糖注射液 20ml，静脉缓注。严重时可用洋地黄制剂，如西地兰 0.4mg 加入 50% 葡萄糖注射液 20ml 中，静脉缓注。此外根据病情给予吸氧，应用促进心肌代谢的药物(如三磷酸腺苷、辅酶 A、肌苷等)还应该注意纠正血钾及酸中毒。

毒蛇咬伤的治疗，关键是要了解蛇毒之所属及毒人人体所致之伤，以便治疗得法、抢救有方。

如蛇咬伤初期，知其毒主要在局部，采取局部的常规处理诸方法，可达到加强局部排毒、阻止蛇毒吸收，并且在局部破坏蛇毒等作用。

辨证论治虽可遵循温病学规律，但必须考虑蛇毒之伤、毒理的特殊性。因而分辨风毒、火毒、风火毒，再辨蛇毒内陷。施治始终注意到解毒，加减应用有效的解蛇毒的中草药，并注意通利，促使蛇毒从二便中排出，此即所谓“治蛇不泄，蛇毒内结；二便不通，蛇毒内攻。”是故使蛇毒有出路也。

抗蛇毒血清的应用，亦是以毒攻毒，只要诊断准确，应用及时，则能获确切疗效。

一般经上述处理，则可获效；但因失治、误治或蛇毒毒性太强，出现严重的危重证，则除上述常规处理，辨证论治外，还必须采取适当的西医学抢救方法。本节扼要地叙述了呼吸麻痹、中毒性休克、急性肾功能衰竭及心力衰竭的抢救方法，可以作为抢救毒蛇咬伤危重证的一般原则，但具体应用之时，尚应该参考有关专书，以更能得到细致的方法。

6.5 按毒蛇种类治疗

6.5.1 五步蛇

含血循毒，以凝血毒为主，具凝血酶样作用，使血中纤维蛋白原转变为纤维蛋白而发生凝血，造成弥漫性血管内凝血。并引起消耗性凝血功能障碍和继发纤维蛋白溶解症，以致血液失凝及广泛的内外出血。

6.5.1.1 辨证论治

临床表现：局部症状：牙痕较大较深，间距宽，呈“ ·· ”型，伤口皮肤常有撕裂。局部剧痛如刀割，持续而难忍受，流血不止，肿胀严重，迅速向心室发展，可扩展至躯干。伤口附近出现较多较大的水疱、血疱、大片瘀斑，发生组织坏死和溃烂。局部淋巴结肿痛。

全身症状：迅速出现，来势凶猛。患者感觉全身不适、胸闷、心悸、气促、畏寒、发热、视力模糊，严重者出现烦躁不安、谵语、呼吸困难。

病机：五步蛇蛇毒属火毒(血循毒)，致病机理表现为局部热毒蕴滞，腐败肌肉，火热邪毒内陷营血，毒攻脏腑，热毒伤阴，耗血动血等。

治法：泻火解毒，凉血活血。

方药：龙胆泻肝汤合五味消毒饮加减。

龙胆草 10g　栀子 10g　黄芩 10g　黄连 6g　黄柏 10g　生地 20g　石斛 30g　丹皮 10g　泽泻 10g　车前草 10g　七叶一枝花 20g　半边莲 20g

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：若合并溶血、DIC，加凉血散血解毒之犀角地黄汤，可加水牛角 30g（先煎）、赤芍 20g。若发生少尿无尿，加赤小豆 30g，麻黄 10g，连翘 20g。若发生黄疸、胁痛，加茵陈 10g，虎杖 15g。若发生脉跳不规则，胸闷等，加莲子心 10g，麦冬 30g。若发生咳吐脓血，呼吸不利，加鱼腥草 20g，瓜蒌 10g。若大便秘结，加生大黄 10g（后下），芒硝 6g（冲服）。若出现大汗淋漓、神志模糊、昏迷等，加服安宫牛黄丸，或用清开灵注射液 10～20ml 加入 5%葡萄糖注射液 500ml 中，静脉滴注。

6.5.1.2 局部常规处理：毒蛇咬伤急救应以破坏局部蛇毒、中和对抗全身蛇毒、保护重要生命器官为原则。五步蛇咬伤，病情进展迅速且严重，常危及生命，应争分夺秒地选择快速而正确的局部急救处理方法。蛇伤早期（咬伤后 20 分钟内）能否进行正确的局部处理直接关系到预后的好坏。处理方法如下：

（1）结扎：局部结扎可以阻止或减慢蛇毒的吸收、扩散，以争取有散排毒或解毒治疗的时间。蛇毒注入人体组织大约 3 分钟已有吸收。故应尽可能在被咬伤后 2～3 分钟内用手边的草、绳、布带或橡筋带在伤口近心端结扎。如咬伤指、趾，可结扎基节；手背咬伤，应结扎前臂；前臂咬伤，应结扎上臂；足背咬伤应结扎小腿踝关节上方；小腿咬伤，应结扎大腿。

关于结扎的松紧度，以能阻断淋巴、静脉回流，但不妨碍动脉血的供应为度，并应每隔 15～20 分钟放松 1～2 分钟，以免发生肢体因血液循环受阻而坏死。结扎直到获得有散的治疗后才可松解。临床实践证明，用绳结扎在手头上无任何急救设施时进行，对减慢蛇毒的吸收，为下一步有散的治疗和挽救生命而赢得时间。但要注意，如果紧绑扎则可引起肢体坏死，特别是局部破坏性蛇毒，往往引起绑扎下部大片组织坏死。此外，较大范围的过紧过久的绑扎，由于组织缺氧，局部血管极度扩张，渗透性也大大增加，蛇毒更容易进入血管而加快吸收。一旦松解，循环血量将大量滞留于伤肢局部，同时由于蛇毒及缺氧形成的大量组织破坏产物自伤肢进入血循环，有引起休克的可能。

另有绷带压迫法，是一种新的结扎法。其方法是：用绷带紧绷蛇伤整个患肢，并以多块夹板固定。运用这种方法，可使患肢在绷带缠压下减慢血液循环，从而延缓蛇毒的扩散速度。它具有压迫均匀，虽整个患肢因缠压而缺血，但仍然有微量的血液流通的优点，应用得当，不会造成患肢缺血坏死。再则，这种方法应用时间较长，为治疗蛇伤争取了时间。

（2）火柴爆灼法：以点燃的火柴直接炙灼蛇伤的伤口。此法系用高温的方法破坏局部的蛇毒蛋白（任何蛇毒其成分主要是多肽和酶等蛋白质组成），使之发生凝固，失去活性。

（3）冲洗吸引法：五步蛇蛟伤，临床表现以血液失凝，出血不止为最突出特征，常致伤口出血不止，故伤口不宜采用扩创排毒。应在结扎后因地制宜用泉水、清水、冷开水、肥皂水等反复冲洗伤口。有条件，可用 0.1%高锰酸钾、双氧水、0.2%呋喃西林溶液或生理盐水冲洗伤口及周围皮肤，以清除伤口残留的毒液或污物。冲洗时还应仔细寻找有无毒牙残留，若发现毒牙应立即取出。用负压吸引的方法吸毒，可用拔火罐或用 50ml 注射器套一条橡皮管对准伤口抽吸毒液，必要时直接用口来吸吮 5～10 次，以减少毒素的吸收。但吸吮者口腔一定要没有任何溃破和龋齿，同时要边吸吮边吐出，并且每次都要用清水漱口，以防止中毒。

（4）外用敷药：经彻底排毒后，应用 0.2%呋喃西林溶液或 0.2%高锰酸钾溶液或 2%

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

氯化钠溶液湿敷伤口局部，保持湿润。也可用新鲜草药如半边莲、七叶一枝花、野芋、犁头草、八角莲、蔡刁竹等捣烂外敷，以利解毒消肿。应注意用野芋等草药时用量不宜过大，敷药时间不宜过长，以免刺激皮肤引起局部溃烂。敷药时宜厚敷，伤口处敞开，不要覆盖，以免影响毒液外溢。

6.5.1.3 局部注射抗蛇毒药物

（1）结晶胰蛋白酶：结晶胰蛋白酶 2000～6000U 加入 0.25%～0.5%普鲁卡因 10～60ml 作伤口局部浸润注射，并在伤口上方或肿胀上方作环状封闭。一般只需要注射一次即可，但根据病情，必要时可重复注射。注射时需注意，勿注入血管内。为了预防胰蛋白酶的过敏反应，注射前 15 分钟应同时肌注地塞米松 5mg。

结晶胰蛋白酶是一种强有力的蛋白水解酶，它能迅速破坏蛇毒中的毒性蛋白质，使蛇毒分解破坏，适用于蛇伤早期局部处理。早期局部用药，可获较高疗效，具有高效、速效、广泛、价廉，使用方便等优点，优于国内外其它治疗方法。

（2）依地酸二钠注射液：2%依地酸二钠注射液 25ml 加入 1%普鲁卡因 25ml 作局部浸润注射和环状封闭。

依地酸二钠是一种金属螯合剂，可与多种蛇毒中的金属离子螯合，有对抗蛇毒的作用。药理试验有抗蛇毒蛋白水解酶作用，可减轻五步蛇咬伤的局部症状。

（3）高锰酸钾注射液：1%高锰酸钾溶液 1～2ml 沿每个毒牙痕伤口直接注射。

高锰酸钾是很强的氧化剂，对各种蛇毒有直接破坏作用。当蛇毒遇到高锰酸钾时，即发生氧化作用被破坏。溶液即配即用效果好，早期治疗蛇伤可收到较好的效果。高锰酸钾有刺激性疼痛反应，但对局部组织的损害较轻微。高锰酸钾不能与普鲁卡因混合使用，因混合后高锰酸钾已起了反应，如再用于注射，则它就失去破坏蛇毒作用了。

（4）普鲁卡因封闭注射：0.5%普鲁卡因 20～40ml 加入地塞米松 5～10mg，在伤口周围及患肢肿胀上方作深部肌肉注射。

普鲁卡因能抑制蛇毒扩散，减少疼痛，消炎退肿，减少过敏反应。

（5）抗蛇毒血溃：五步蛇咬伤早期(伤后 2 小时内)，在蛇毒集中的伤口局部注射精制抗五步蛇毒血清少量(约 5ml)，同时应口服扑尔敏。

6.5.1.4 蛇毒血清的应用

精制抗五步蛇毒血清：抗五步蛇毒血溃具有中和五步蛇毒的作用，是世界上公认的一种治疗五步蛇伤的特效药物。据临床实践证明，使用该制品后，症状基本上在 1～4 天内消失，特别对出血症状的控制尤为迅速。我国于 1972 年研制成功抗五步蛇毒血清并开始应用于临床。

用法及剂量：目前国产抗五步蛇毒血清每安瓿为 10ml。据实验资料证明，抗蛇毒血清 1ml 可中和 9.70mg 干毒。一次咬伤用 20ml，如蛇体较大咬伤严重，一次需要 30～40ml，并用生理盐水 20～40ml 混合后缓慢静脉注射。尽可能一次用足剂量，以达到及时中和全部蛇毒的目的。应用愈早效果愈好。

应用前必须先作过敏试验，方法为先抽取 0.1ml 抗五步蛇毒血清，再抽取生理盐水 1.9ml，混匀后在前臂内侧皮内注射 0.1ml，观察 15～20 分钟。若皮径不超过 2cm，周围又无毛细血管扩张现象者即为阴性，方可使用。若皮试阳性或阳性可疑者，需行脱敏注射

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

法：可用 10% 葡萄糖注射液 250 ~ 500ml 内加氢化可的松 100 ~ 200mg（或地塞米松 5 ~ 10mg）和抗五步蛇毒血清 1 ~ 2ml 静脉缓慢滴注半小时，若未见反应，则将所需五步蛇抗毒素总量加入上述输液继续静滴，这样可起到脱敏作用；或在 10% 葡萄糖液 500ml 内加维生素 C1g 氢化可的松 200mg（或地塞米松 5 ~ 10mg）静脉滴注。同时应用抗五步蛇毒血清所需剂量加适量生理盐水或 50% 葡萄糖注射液 20ml，在另一侧肢体静脉中缓慢推注，这样也可以防止过敏反应。也有人提议，在注射抗蛇毒血清前先以地塞米松 2 ~ 3mg 稀释于 25% ~ 50% 葡萄糖注射液 20ml 内静脉注射，或者用药前先肌注扑尔敏 10mg，实践证明亦能防止过敏反应。

注意事项：

① 本品是精制品，仍可能有变态反应出现。因此，病员应卧床注射。若注射时出现饥饿感、腹痛、皮疹，应立即停止，改为脱敏法注射。注射前应备好抗休克、抗过敏及升压药物，以备抢救之用。

② 注射前应将本品在 37℃水中加温数分钟，注射速度应缓慢，开始时每分钟不超过 1ml，以后亦不能超过 4ml。注射后 1 小时内应作严密观察，因血清过敏多在此时间内发生。

③ 本品应在 2℃ ~ 10℃暗处保存，有效期为 3 年。

6.5.1.5 其它对症治疗

(1) 输血：蛇咬伤一般不需要输血，但五步蛇咬伤以全身广泛的内外出血为突出症状，失血严重易休克，应严格掌握输血时机。因五步蛇咬伤易发生弥漫性血管内凝血（DIC），在凝血机制未恢复正常以前，输血徒增加凝血毒素的作用底物，使休克更难纠正，病情日趋恶化。且近年研究表明，五步蛇凝血毒素具有选择性作用，它直接使纤维蛋白原凝固，不需要其它凝血因子参加，也不受肝素对抗。故五步蛇咬伤早期不宜输血，应在凝血机制恢复正常后，采取少量多次输血的原则。

(2) 支持疗法及危重症等参照有关节段方案。

6.5.1.6 禁用或慎用药物

(1) 损肝药物：进入体内的蛇毒，主要在肝脏解毒，五步蛇伤病人大多数都有不同程度的肝脏损害。凡是对肝脏有影响甚至损害的药物如磺胺类、金霉素、冬眠灵等应禁用或慎用。

(2) 升压药物：五步蛇伤病人发生中毒性休克，抢救关键在于解蛇毒，纠正酸中毒，防治 DIC，休克不难恢复。对于难复性严重休克，目前多数学者认为，在综合治疗基础上，酌情选用扩血管药物，以解除小动脉痉挛，纠正缺氧，改善代谢。以往常规应用拟交感胺类药物如苯肾上腺素和去甲肾上腺素等，可引起肾脏等器官不可逆性损害。因此，应禁用或慎用。

(3) 损肾药物：五步蛇伤病人继发急性肾功能衰竭时，对损害肾脏药物如磺胺类、新霉素、庆大霉素、多粘菌素、卡那霉素、链霉素、先锋霉素等勿用。

(4) 止血药物：五步蛇毒对人体血液系统毒害是双相。它既含有促进血凝成分，又含有对抗血凝的成分，起主导作用的是促凝成分。五步蛇毒具有凝血酶样作用，几乎不需任何其他凝血因素就能使血浆中纤维蛋白原直接转化为纤维蛋白，能使肝素化的血液凝固。根据研究及临床实践证明，各类止血药物对五步蛇毒引起出血均无效。有些药物如肝素、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

双香豆素、枸橼酸钠等使用反而有害，故应勿用。

（5）损心药物：五步蛇伤病人，凡属重型或危型，均有不同程度心肌损害。因此，增加心脏负担药物如肾上腺素、5%葡萄糖盐水、青霉素钾盐等应禁用或慎用。

6.5.1.7 常见严重并发症和后遗症处理

（1）患肢干湿性坏疽：患肢坏疽是五步蛇伤严重并发症之一。它一旦形成，不仅威胁着患者的生命，而且都要截肢或截指(趾)，造成终身残废。

造成患肢干湿性坏疽主要跟五步蛇咬伤人体时放毒量较大有关。五步蛇毒中精氨酸酯酶和蛋白酶的活力很高，后者具有凝血、出血和纤溶活性，致使咬伤肢体局部组织肿胀剧烈，出血严重、毛细管和小血管栓塞、坏死、循环障碍，产生患肢坏疽。其次，因咬伤多在手足部，手足部解剖特点为纤维隔样结构，血管细小、局部受伤后，肿胀严重，神经血管容易被压迫，使患肢循环障碍更加严重。此外，跟患肢结扎太久、太紧、处理不及时也有关系。在临床中发现，五步蛇伤致患肢坏疽者几乎皆有结扎太久、太紧、局部处理不及时现象。因为患肢结扎既久又紧，可导致患肢血运受阻，血流缓慢，加上处理不及时，蛇毒停留局部时间延长，局部组织损害更加严重，促使患肢坏疽的发生率提高。

临床表现：早期症状主要是患肢剧痛难忍，应用普鲁卡因加地塞米松环封或套封，或杜冷丁肌肉注射，仅能达到短暂止痛作用。患者烦躁不安，患肢抬高或放低均感不适。早期体征为患肢温度逐渐下降，变冷，触觉麻木，继而迟钝；患肢压痛明显，肿胀剧烈，肢体布满水疱和血疱，尤以黑疱为多，常在短期内迅速增多或扩大。患肢指、趾端颜色苍白或青紫。

晚期主要表现有两种情况，若为干性坏疽，患肢疼痛消失，全身中毒症状轻微，仅有低热，疲乏，全身不适感；若为湿性坏疽，患肢疼痛轻，全身中毒症状严重，出现严重毒血症或败血症，常常高热不退，神志昏迷，如不及时果断采取截肢，常死于中毒性休克。

晚期体征为患肢冰冷，触觉消失，压痛消失，患肢坏疽呈现。若为干性坏疽，坏疽的部分开始发黑、干燥、收缩、变硬，呈皮革样，与正常组织界限明显，有一股特殊臭味。若为湿性坏疽，坏疽部分开始肿胀，呈灰黑色，奇臭，并向近心端扩展，与正常组织界限不清，接近正常组织处压痛明显。

根据临床观察，五步蛇伤致患肢坏疽一旦形成是难以治愈的。早期坏疽转为晚期坏疽大约经过 5～12h。因此，早期诊断、及时治疗是非常重要的。五步蛇伤后，应密切观察患肢温度、感觉、疼痛、肿胀以及水疱、血疱等方面变化，若出现上述早期坏疽症状和体征，诊断早期坏疽便可成立，立即应用复方丹参注射液，常用量每日 4～10 支(它具有明显改善外周微循环障碍作用，表现为血液流速显著加快，毛细血管网开放数目增多，红细胞不同程度解聚，四肢趾、指血流量增加)和低分子右旋糖酐，常用量每日 500～1000ml，静脉滴注；同时应用激素以减少血管通透性，抑制局部肿胀，间接地改善局部血液循环。常用量，氟美松磷酸钠 5～10mg/次或氢考的松 100～200mg/次，每 4～6 小时 1 次，静脉推注。

（2）捻发音性蜂窝织炎：捻发音性蜂窝织炎是五步蛇伤后又一严重并发症，据不完全统计发病率约为 1%。它是由大肠杆菌、厌氧性杆菌和厌氧性链球菌等引起。

临床表现：局部红肿，疼痛剧烈，压痛明显，触之有捻发音，病变区皮下组织肌肉呈进行性坏死，有恶臭味，周围有浸润性水肿；全身症状明显，往往伴有高热寒战，脉搏快

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

而弱，食欲减退，白细胞计数增高等。

捻发音性蜂窝织炎易跟气性坏疽相混。二者主要鉴别点是：前者发病较慢，疼痛逐渐开始，一般止痛剂可减轻其疼痛，病程进展较迟缓，全身中毒症状较轻，伤口周围呈一般炎症反应。最为突出者，病变区皮肤没有坏死，呈现红肿。后者发病突然，疼痛呈“胀裂样”，有极度割裂感和分离感，非一般止痛剂所能制止。病变区皮肤高度肿胀发亮，迅速转为紫铜色、暗红色，最后变为紫黑色，且很快出现坏死。伤口周围无化脓性感染的炎症性反应，无真正脓液，仅见淡棕色混浊的稀薄液体。全身中毒症状严重，可见脸色苍白，烦躁不安，大汗淋漓，呕吐呃逆，少尿贫血等，体温常达 40℃～41℃，白细胞显著升高，后期可出现中毒性休克。二者确切的鉴别方法是伤口脓液涂片检查和细菌培养。

治疗：病变区皮肤广泛切开，进行有效对口引流；在病情允许情况下，在短期内清除坏死组织；使用大剂量广谱抗菌素，有条件单位可作脓液细菌培养及药敏试验，然后选用高敏抗菌素；应用 3% 双氧水封闭患肢上端健康组织，防止炎症扩散；伤口每日浸泡 0.2% 高锰酸钾溶液 1～2 次，每次 15～20 分钟，直至伤口痊愈为止。

(3) 局部溃疡：五步蛇咬伤，由于血循毒对局部组织细胞的严重损害与创口感染，局部组织溶解、坏死，易发生大小不等、深浅不一的溃疡，严重者累及骨质，经久不愈。如治疗不当，往往造成肢体畸型和残废。对此，需要采取以下措施：

① 早期伤口局部采用正确的处理方法。

② 伤口宜湿敷，保持湿润。

③ 蛇伤后期不宜外敷中草药，不宜采用对组织有腐蚀作用和对皮肤有刺激的药物外敷。大面积溃疡时，不能使用含汞的祛腐药，因其为汞制剂，可吸收中毒。一般采用 0.1% 胰蛋白酶或 0.2% 雷弗奴尔溶液湿敷。

治疗方法：

① 选用广谱抗生素和足量的维生素。

② 低分子右旋糖酐与潘生丁合用，改善微循环。

③ 在严格无菌操作下，清除腐烂组织、每天常规换药。

④ 三花一草煎：鱼腥草 60g，槐花 60g，野菊花 60g，芙蓉花 20g。煎汤乘热熏洗创面，凉后再洗涤，每日 1～2 次。

⑤ 冰龙散：龙芽草 100g，冰片 20g，制成细末。先用三花一草煎冲洗伤口，再外敷冰龙散适量，一日 1 次，适用于早期溃疡创面。

⑥ 银灰散：水银、响锡各 60g，炉甘石 150g，铅粉 10g，轻粉 30g，冰片 15g，麝香 1.5g，共研细末瓶贮。适用于溃疡脓腐未净，创面黑灰滞者，直接将药末撒于溃疡创面，能提脓祛腐，促进新生。应注意防止汞中毒。

⑦ 溃疡收口方：橡皮粉 12g，胆盐 6g，研末撒伤口，适用于久不收口之溃疡。

(4) 气性坏疽：五步蛇咬伤，如伤口污染，局部处理不当或结扎过久，常有大片组织坏死、甚至肌肉损毁。如死腔较深，引流不畅，较易发生厌氧性细菌感染，并发气性坏疽。如不及时治疗，常能丧失肢体，甚至死亡。临床上一旦发现伤口突然疼痛(胀裂样)，伤口内肌肉有气泡逸出，有恶臭分泌物，患肢并有进行性肿胀，伤口周围有捻发音，同时伴有高热、烦躁、脉细等全身中毒症状，就应考虑本病。可取伤口内分泌物作涂片检查，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

并作X线检查伤处肌群间有无气体。如有条件时，应作厌氧细菌培养和病理检查。

治疗方法：气性坏疽是一种毒血症。一种极严重的特异性感染，应该严格隔离。采取中西医结合治疗，要求迅速准确。

① 紧急手术。手术原则：a. 广泛多处的纵深切开，直达健康组织。b. 切除一切坏死组织，彻底清除异物。c. 使用大量的氧化剂(3%过氧化氢或1%高锰酸钾溶液)冲洗，湿敷伤口。d. 切开时不用止血带，不缝合切口。若伤肢毁损严重、动脉搏动消失，伴严重毒血症，可行高位环形开放式截肢术，术后可配合高压氧舱治疗。

② 抗毒素：多价气性坏疽抗毒素，每次3～5万U肌肉或静脉注射，每日2～3次。用前需作皮内过敏试验。

③ 抗菌素：早期大剂量使用青霉素(1000万U/d)和四环素(2～4g/d)或选用其它广谱抗菌素，以减少化脓性细菌繁殖耗氧所致的缺氧环境。

④ 全身支持疗法：高蛋白、高热量、高维生素饮食，注意水与电解质平衡，给予止痛镇静剂，少量多次输血。

(5) 肢体功能障碍：五步蛇伤后，肢体功能障碍分为永久性和暂时性两种。前者多为截肢的残废者，治疗最好办法是装配义肢。这里专论后者暂时性肢体功能障碍，即经过一段时间治疗，能完全或基本恢复正常功能。

暂时性肢体功能障碍部位都在毒蛇咬伤患侧。由于蛇毒作用，致患肢局部淋巴管、毛细血管通透性增加，血清样液体渗入组织，局部张力增加，微循环发生障碍，患肢肿胀不断加剧，导致神经末梢受到压迫；如果加上不适当处理或结扎时间过长，肿胀消退缓慢，往往加重患肢淋巴系统和神经末梢的损伤，影响患肢功能的恢复。

治疗方法：

① 患肢早期活动：全身症状减轻，局部肿胀开始消退的第二天，即可鼓励病人作患肢伸屈活动或协助其被动运动。病情好转后，应循序渐进地加大活动范围。

② 熏洗患肢：五步蛇伤患肢肿胀与消退有一定规律。一般来说，被咬第一天，肿胀最为迅速，发展最快，尔后逐渐减慢，肿胀蔓延可至咬伤后第三天，极少数延及第四天。消肿一般从第四天开始，至第九天肿胀基本消失。如果患肢消肿缓慢，应以活血通络解毒的中草药如桃红四物汤合五味消毒饮加减煎汤熏洗患肢(如果并发干湿性坏疽、捻发音性蜂窝织炎、伤口感染等则禁忌熏洗)。中草药熏洗液起初温度较高，先熏患肢，待药液温度冷却至40℃左右，将患肢置于药液中浸洗，边洗边按摩。每日2次。5天为1疗程。

③ 热疗：患肢功能障碍较久或局部微肿难消，可应用辐射热、红外线和短波等疗法，促进炎症渗出物的吸收，组织的软化。

6.5.2 蝰蛇

含血循毒，毒性猛烈而持久。主要有凝血毒成分与出血毒，能激活第X因子，促进凝血酶原的形成，引起血液凝固，继发消耗性凝血功能障碍，产生全身广泛性的出血。

6.5.2.1 辨证论治

临床表现：局部症状：牙痕呈“· ·”型。伤口剧烈疼痛，如刺如灼，逐渐加剧，持续不止。肿胀蔓延迅速，向心性扩展至躯干。伤口附近有大量水疱、瘀点、瘀斑，易发生组织坏死，溃烂，形成溃疡可深达骨质。局部淋巴结肿痛。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

全身症状：咬伤后发病急，来势凶猛，症状严重，病程较长。常有全身不适、肌肉酸痛。

病机分析：蝰蛇毒为血循毒，又主要为凝血毒与出血毒，能激活第X凝血因子，因此继发消耗性凝血障碍，引起不同程度的溶血、出血和凝血。常死于急性循环衰竭和急性肾功能衰竭。属火毒炽盛，内攻脏腑，耗伤营血，内劫少阴。

治法：清热凉血，泻火解毒，补津养阴。

方药：清瘟败毒饮加减。

生石膏 50g（先煎） 知母 20g 生地 30g 竹叶 10g 牛水角 50g 丹皮 10g 赤芍 15g 玄参 30g 石斛 30g 黄连 6g 栀子 6g 黄柏 10g 半边莲 30g 七叶一枝花 20g 半枝莲 20g

加减：同五步蛇加减。但热毒先伤胃阴，用本方养胃生津尚可，后期必耗肾液而有抽搐、血尿、发热等系列症状，故应加养肝肾之阴药物，加白芍 30g，山萸肉 30g，旱莲草 20g，女贞子 50g。

6.5.2.2 局部常规处理

（1）结扎：尽可能在被咬伤后 2～3 分钟内用手边的草绳或布带等在咬伤部近心端 2～3cm 环扎。结扎松紧度以能阻止淋巴静脉回流为宜，又能使动脉血少量通过。判断标准是被结扎的远端肢体不过于苍白，温度不是太低。除咬伤部位外，结扎部位不过分的疼痛为度。结扎过松达不到有效的阻止回流，过紧则会造成肢体远端坏死。亦应在结扎后每隔 15～20 分钟放松 1～2 分钟，以免发生肢体因血液循环受阻而坏死。待获得有效的治疗后，结扎可解除，一般不超过 2h。

（2）冲洗伤口：蝰蛇咬伤常致伤口流血不止，一般主张不扩创。肢体结扎后，立即用冷水、清水或肥皂水冲洗伤口。如用 5%的依地酸钠溶液冲洗伤口更好，因它能抑制蛇毒中的蛋白水解酶的活性，防止或减轻蝰蛇毒局部组织坏死。

（3）吸引排毒：一般不主张局部挤压排毒，因为挤压时仅少量蛇毒被挤出体外，而更多蛇毒被挤到周围组织及血管里加快蛇毒的吸收。避免这些不利因素是用负压吸引的方法，民间常用拔火罐。有条件可自制负压吸毒器进行负压吸引。若在吸引的同时在伤口周围注射能破坏蛇毒的药水更好，起到内冲洗的作用，吸毒更彻底。

（4）烧灼伤口：反复冲洗伤口吸引排毒后，可用火柴直接爆燃烧灼伤口。即每次用火柴 6～8 根，放于伤口处，反复烧灼 2～3 次。当蛇毒遇到高热，即发生凝固而遭到破坏，使其失去毒性。

（5）局部湿敷：创面必须保持湿润，用 30%硫酸镁、5%依地酸钠溶液等或用新鲜中草药外敷。

6.5.2.3 局部应用破坏蛇毒的制剂

（1）结晶胰蛋白酶：结晶胰蛋白酶 2000～4000U，加 0.5%～1.0%普鲁卡因 20～60ml 作早期伤口局部浸润注射，并在伤口上方或肿胀上方作环状封闭。一般注射一次即可，必要时可重复注射。用前需作皮肤过敏试验。

（2）依地酸二钠：2%依地酸二钠 25ml 加 1%普鲁卡因 25ml 作局部封闭和环状封闭。

（3）局部注射高锰酸钾溶液：先用 0.5%～1.0%普鲁卡因 20～40ml 作局部封闭，然

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后用0.5%高锰酸钾溶液5～10ml作伤口局部注射。溶液必须现配现用，早期应用可收到较好效果。

6.5.2.4 全身抗蛇毒治疗

(1) 抗蛇毒血清：精制抗蝰蛇毒血清5000U加入25%葡萄糖注射液静脉注射，使用前，应作过敏试验或采用分段稀释滴注法。

(2) 肾上腺皮质激素的应用：肾上腺皮质激素虽不是蛇毒特效解毒药，但它具有显著的抗炎、抗过敏反应、抗毒血症、抗休克和稳定溶酶体膜的作用，因而对蛇毒中毒有一定的疗效，可以减轻病人对蛇毒的过敏反应，增加机体对蛇毒的耐受力，从而减轻中毒症状，减轻炎症反应，对体温的恢复和红肿的消退效果较好。还能降低毛细血管的通透性，减少出血和溶血，增强升压药物的作用，从而有助于预防和治疗休克及脑水肿。应早期大量应用。一般成人用地塞米松20～40mg或氢化考的松100～300mg，加入补液中静脉注射，连续应用2～3天，待病情稳定后逐渐减量至停药。

6.5.2.5 对症处理

(1) 补液：成人每日补液量宜控制在1000～1500ml左右，以5%或10%葡萄糖溶液为主。如早期休克，可用5%低分子右旋糖酐500ml快速静脉滴注，以升高血内胶体渗透压，有利于纠正早期休克。但应注意，蝰蛇咬伤，出现中毒性休克时，右旋糖酐用量不宜太大，以免加重出血倾向(因右旋糖酐可使被蛇毒耗尽的纤维蛋白原进一步降低，影响凝血)。必要时应在凝血机制恢复正常情况下输入血浆或白蛋白，以及采取少量多次的输血。

(2) 抗感染：常规应用青霉素80万U，隔8小时肌肉注射1次；或用广谱抗菌素静脉给药，对肾脏有损害的药物如卡那霉素、链霉素、磺胺类药物，慎用或不用。并常规肌肉注射破伤风抗毒素(TAT)1500U，预防发生破伤风。用前必须作皮试。

纠正酸中毒：当休克发展到一定程度或只矫正血溶量尚不能获效时，应定期测定二氧化碳结合力，及时应用5%碳酸氢钠纠正酸中毒。

(3) 防治肾功能衰竭：蝰蛇咬伤后肾功能损害是常见的。患者出现少尿、无尿、蛋白尿、血尿、毒血症等，还伴有溶血、出血和神经、呼吸、循环系统中毒的症状。蝰蛇毒能对肾功能直接损害，引起肾小管变性和坏死，影响肾功能。溶血、出血、休克，有效血容量减少导致的肾缺血、缺氧及变性血红蛋白到肾小管的阻塞等因素，均可加重肾功能损害，但这种损害多为功能性的，若及时治疗，绝大多数可在短时间恢复；若未能及时纠正，则可发展为实质性肾功能衰竭，造成难以逆转的严重后果。另一方面，肾脏是蛇毒从体内排泄的重要器官。因此，保护和维持正常的肾功能十分重要。

根据临床所见，蝰蛇咬伤发生急性肾功能衰竭较早，一般发生于伤后24小时内，其发生率与病势轻重成正比。

一旦蝰蛇咬伤，病人出现少尿、血红蛋白尿(即每小时尿量不足20ml，尿呈褐色或酱油色)，应采取有力措施，保护肾脏。具体措施为：

① 低分子右旋糖酐500ml静脉点滴。

② 碱化尿液，使尿酸碱度(pH)值呈中性或偏碱性，持续应用2～3天。

③ 经上述处理后尿仍少时，在排除失水的情况下，可给予利尿合剂静脉滴注。

利尿合剂：普鲁卡因1g，氨茶碱250mg，咖啡因250mg，维生素C3g，10%～25%葡萄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

糖注射液 500ml。

如尿量仍不见增加，可用速尿 40～60mg，加 25% 葡萄糖注射液与 20% 甘露醇 250ml 交替静脉注射。对于已出现全身浮肿的病人，可用利尿酸钠 50mg；溶于 5% 葡萄糖注射液 20ml 静脉缓慢注射。

其他危急症及后遗症处理参考有关节段。

6.5.3 烙铁头蛇咬伤的治疗

6.5.3.1 局部常规处理

(1) 结扎：立即就地取材采用草绳、鞋带、布条等在伤口上方结扎，并每隔 15～30 分钟放松 1～2 分钟。结扎直至获得有效治疗后可松解，一般不超过 2 小时。

(2) 冲洗吸引：用泉水、清水、肥皂水等反复冲洗伤口，如用能破坏蛇毒的药水(如高锰酸钾溶液、双氧水)冲洗则更好。冲洗后用负压吸引的方法(如拔火罐等)把蛇毒吸引出来。

(3) 烧灼伤口：用火柴直接爆燃烧灼伤口，可反复 2～3 次，破坏蛇毒。

(4) 低温疗法：烙铁头蛇咬伤局部疼痛似灼，肿胀症状在伤后 20～30 分钟内出现，2～48 小时(平均 18 小时)肿胀达到高峰。可用冷浸药液浸泡局部，有消炎退肿，解毒止痛之效。可使蛇毒和酶在低温和药液下减慢对组织的损害作用。乡间可用泉水，城市可用冰块投入药液中，然后将患肢整个浸泡在桶中，以患者感觉轻松、局部肿胀得以控制消退为度。药液冷浸首选“六月冻”为佳。

“六月冻”冷浸药液：取新鲜黄独去污皮，鱼鳖去皮心，毛鸡公去杂质各等份共捣烂，包于纱布中，置泉水或井水中揉搓取汁即成，消肿止痛效果甚佳。

(5) 局部湿敷：伤口局部宜用 30% 硫酸镁，5% 依地肽二钠溶液湿敷或用新鲜中草药。

6.5.3.2 局部注射抗蛇毒药物

(1) 结晶胰蛋白酶：结晶胰蛋白酶 2000～4000U，加 0.25%～0.5% 普鲁卡因 20～60ml，在伤口局部浸润注射并在伤口上方作皮下环形封闭。为预防过敏反应，同时应用地塞米松。

(2) 高锰酸钾注射液：用 0.5% 高锰酸钾溶液 1～2ml，沿每个毒牙痕伤口直接注射。溶液现配现用效果好。临床上该药有刺激性疼痛反应，但对局部组织的损害仍较轻。它对各种蛇毒有直接破坏作用。

6.5.3.3 全身抗蛇毒治疗

(1) 抗蛇毒血清：精制抗蝮蛇毒血清 6000U，加入 30ml 生理盐水稀释，静脉注射，注射前必须作皮肤过敏试验。

精制抗蝮蛇毒血清经动物实验表明对烙铁头、竹叶青蛇毒有交叉中和作用，并经临床验证对烙铁头蛇和竹叶青蛇咬伤有治疗价值。据试验表明，抗蝮蛇毒血清 1ml，能中和烙铁头蛇毒 1.5mg，说明抗蝮蛇毒血清对烙铁头蛇毒有中和作用。

抗蝮蛇毒血清皮试法：取 0.1ml 抗蝮蛇毒血清和生理盐水 1.9ml 稀释，皮下注射 0.1ml 观察 10 分钟，皮丘直径不超过 2cm，未见红肿及“伪足”即为皮试阴性。

(2) 地塞米松：地塞米松 40～100mg 早期大量应用，一般不超过 3 天。它可对抗蛇毒对机体靶细胞的毒性而起抗毒作用，用后可使病情延缓，对细胞毒素、血液毒素引起的溶血、出血、组织坏死的治疗作用比较明显。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

辨证论治参照五步蛇。对症治疗、并发症处理参照有关节段。

6.5.4 竹叶青蛇咬伤的治疗

6.5.4.1 局部常规处理

(1) 结扎：被咬伤后立即就地取材，用手边的鞋带、布条 草绳等在伤口上方环形结扎。并每隔 15～30 分钟放松 1～2 分钟，待获得有效解毒治疗后再松解，一般不超过 2 小时。

(2) 冲洗伤口：咬伤后，马上用泉水、清水、肥皂水反复冲洗伤口。如能用破坏蛇毒的药水如高锰酸钾等溶液冲洗更好。

(3) 砭刺排毒：伤口周围用 75%酒精消毒，用三棱针、碎瓷片或其它干净的锐器将伤口挑开，以划破两个毒牙痕间的皮肤为限，并在周围处刺数针，深达皮下，再用拔火罐或自制的负压吸引器进行吸引排毒。

(4) 烧灼伤口：用高温的方法破坏蛇毒，采用火柴直接爆燃伤口。

(5) 局部降温：早期冷浸患肢可减慢毒素吸收，且消炎退肿止痛。

6.5.4.2 局部注射抗蛇毒药物

(1) 结晶胰蛋白酶：结晶胰蛋白酶 2000～4000U，加 0.25%～0.5%普鲁卡因 20～60ml 作伤口局部浸润注射，并在伤口上方作环状封闭。

(2) 局部注射高锰酸钾溶液：先用 0.25%～0.5%普鲁卡因 20～40ml 作局部封闭，然后用 0.5%高锰酸钾溶液 5～10ml 作伤口局部注射。

6.5.4.3 全身抗蛇毒治疗

(1) 抗蛇毒血清：精制抗蝮蛇毒血清 6000U，加入 30ml 生理盐水静脉缓慢注射。注射前必须作皮肤过敏试验。

抗蝮蛇毒血清经动物实验表明，对烙铁头、竹叶青蛇毒有交叉中和作用，并经临床验证，对烙铁头蛇、竹叶青蛇咬伤有治疗价值。

(2) 肾上腺皮质激素的应用：地塞米松 20～40mg，加入 10%葡萄糖溶液 500ml 中，静脉点滴，一般连用 3 天。

辨证论治、对症治疗及其他治疗方法参照五步蛇咬伤治疗及有关节段。

6.5.5 银环蛇

6.5.5.1 辨证论治

临床表现：银环蛇毒为神经毒(风毒)，出现全身中毒症状，有头昏，眼花，四肢无力，眼睑下垂，吞咽困难，流涎，肌张力下降，反射减弱，胸闷，呼吸急促由快变慢浅，呼吸无力，呼吸困难，紫绀，血压升高，心动过速等。

病机：风毒阻络、风毒闭肺、风毒伤肝。

治法：驱风解毒，活血通络，宽胸宣痹。

方药：五虎追风散加小陷胸汤加减。

蝉衣 20g 僵蚕 10g 防风 10g 天麻 10g 蜈蚣 2 条 白芷 10g 青木香 10g 当归 10g 制首乌 20g 七叶一枝花 15g 半边莲 20g 法半夏 6g 瓜蒌 10g 黄连 6g

加减：若心动过速，可加苦参 10g；若呼吸困难，可加杏仁 10g，麻黄 10g；大便秘结，加大黄 10g，芒硝 6g(冲)；小便不利加赤小豆 20g，车前草 10g；若瞳孔缩小，可加重青木香用量，并加木贼草 10g，石斛 20g；若颈项强直、抽搐，可加羌活 10g，龙骨 20g，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

牡蛎 20g；若神志不清或昏迷，可加服至宝丹或六神丸。

6.5.5.2 局部处理

银环蛇咬伤中毒是相当危险的，早期局部有效的去毒处理非常重要，由于银环蛇个体较小，毒牙短，因此牙痕不深，且毒液少，咬伤时蛇毒仅局限于皮下组织，范围不广，所以在咬伤后立即给予局部火灼灭毒处理是有一定的效果的，常用火柴头反复烧灼牙痕，局部高温使蛇毒蛋白凝固丧失毒性。伤口火灼后给予切开，用负压吸引法将毒液吸出，同时在局部给予注射有破坏蛇毒作用的溶液，常用胰蛋白酶 2000U，加 0.5% ~ 1% 普鲁卡因 20ml 混合液，或 0.1% ~ 0.2% 高锰酸钾溶液 1 ~ 3ml，或 1% 鞣酸溶液 1 ~ 3ml。在伤口进行负压吸毒的同时，可在牙痕周围注射生理盐水，使生理盐水连同毒液一并吸出，这样可起“内冲洗”的作用。为防止蛇毒扩散，可在伤口近心端大面积包扎，以阻断蛇毒沿静脉及淋巴管进行全身扩散。注意结扎不要太紧，以免患肢血液循环障碍引起不良后果。局部外敷中草药等效果都是很有限的，所以做完以上局部处理后应立即将患者送往医院作进一步的治疗和观察，无条件做局部处理时更应马上送到医院接受治疗。

6.5.5.3 全身治疗

(1) 抗蛇毒血清(Antivenin)：抗蛇毒血清分单价和多价两种。单价有抗银环蛇毒血清，可中和进入体内游离的银环蛇毒，使其失去毒性，使用越早，效果越好。病人来得较晚，已出现自主呼吸停止时也可使用。据观察，使用抗银环蛇毒血清后，人工呼吸时间缩短，患者自主呼吸功能恢复也较快。目前我国已生产有精制抗银环蛇毒血清供临床使用。用法：抗银环蛇毒血清每支 8000U，加 25 ~ 50% 葡萄糖注射液 20ml 稀释，静脉注射，用前作皮肤过敏试验。危重时可用抗银环蛇毒血清 8000U (10ml/支)，不用稀释，直接静脉注射，为防止过敏反应，用前先静注地塞米松 10mg，并在抗蛇毒血清中加地塞米松 10 ~ 20mg，缓慢静脉注射。注射完毕后，再用抗蛇毒血清 8000U，加入 5% 葡萄糖生理盐水 250 ~ 500ml 作静脉滴注维持。严重中毒还可适当加大抗蛇毒血清剂量，直到把体内游离的蛇毒中和为止。

(2) 激素：地塞米松 10 ~ 30mg/d，静脉注射或静脉点滴，一般用 3 天停用。

(3) 莨菪类药：山莨菪碱(654-2)30 ~ 60mg/d，静脉注射或静脉点滴，有减少气道分泌物，改善微循环作用。

(4) 氨茶碱(Aminophyllin)：据报道有兴奋外周神经呼吸肌的功能。每次用 0.25g，静脉注射(加 50% 葡萄糖注射液 20ml 稀释)或静脉滴注，每天 2 ~ 3 次。

(5) 抗生素：可选用广谱抗生素口服或静滴，治疗合并感染，必要时可考虑使用破伤风抗毒素。

(6) 支持疗法：由于肠麻痹，患者消化功能较差，应进食容易消化之食物，不能进食者可鼻饲，适当补充水、电解质、能量及维生素，必要时可给予静脉内高营养。

6.5.5.4 合并症治疗 主要合并症是由于呼吸肌麻痹引起的呼吸衰竭。由于气道分泌物多，应注意吸痰。当呼吸困难、表浅、变慢、紫绀时，应警惕自主呼吸停止的可能，必要时给予气管插管，补氧并人工辅助呼吸，以防止各器官因缺氧而带来的各种合并症。出现自主呼吸停止时按有关治疗方法进行抢救，参照有关节段的治疗方法。

6.5.6 金环蛇

含神经毒，毒理作用、中毒症状与银环蛇基本相同，但潜伏期较长，病程发展亦较缓慢。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.5.6.1 辨证论治

局部症状：牙痕呈“ ”型，附近皮肤潮红，毛囊突起呈荔枝壳样外观，稍有浮肿，伤口不痛或轻微疼痛，不出血，有麻木感。附近淋巴结肿痛。

全身症状：类似银环蛇咬伤，但出现和发展比银环蛇稍慢。全身肌肉、骨骼关节呈阵发性酸痛。严重病人可有全身浮肿。死亡原因与银环蛇相同。

金环蛇主要含有神经毒和心脏毒素(细胞毒素)等。其中毒症状与银环蛇咬伤症状相似。因此，其辨证施治可参照银环蛇咬伤。但由于金环蛇毒含有心脏毒素，故中医治疗应注意这个问题。在蛇伤早期加用清心火药如莲子心、栀子心、连翘心；后期加用参脉饮，如麦冬、五味子、太子参等。

6.5.6.2 局部处理 金环蛇与银环蛇一样，毒牙较短，排毒量少，咬伤后局部残留蛇毒较表浅集中，所以采用局部牙痕反复火柴爆灼高温灭毒处理可能有一定的效果。伤口切开冲洗，并用负压吸引的方法把蛇毒吸出体外，必须持续反复吸毒半小时以上，同时给予“内冲洗”。局部注射胰蛋白酶 2000U，加 0.5%～1%普鲁卡因 20ml，有破坏局部残留蛇毒的作用。也可在局部注射 0.1%高锰酸钾溶液亦有破坏局部蛇毒的作用。若无条件进行以上急救处理，则立刻在伤口上方结扎或大面积包扎，以减缓蛇毒的吸收，并迅速将患者送医院进行治疗。

6.5.6.3 全身抗毒治疗

(1) 抗蛇毒血清：抗蛇毒血清是治疗金环蛇咬伤中毒最有效的药物，应用精制抗金环蛇毒血清 5000U，加入 25%～50%葡萄糖溶液 20～40ml，作静脉注射。若病情危重，情况紧急时可以不作皮试，为防止过敏反应可先静注地塞米松 10～20mg，或加入溶液内一并静注。在无单价抗金环蛇毒血清时可用多价抗蛇毒血清，或用眼镜蛇科的抗蛇毒血清，如精制抗银环蛇毒血清治疗金环蛇咬伤也同样有效。

(2) 地塞米松：10～30mg/d，静注或静脉点滴。一般用 3 天后停用。

(3) 654-2(山莨菪碱)：30～60mg/d，静脉注射或静脉点滴。

(4) 新斯的明：1mg 肌肉注射或足三里穴位封闭，每天 2 次。

(5) 加兰他敏：1mg 肌肉注射或足三里穴位封闭，每天 2 次。

(6) 氨茶碱：0.25g 氨茶碱加入 50%葡萄糖注射液 40ml，静脉注射或静脉滴注，每天 1～2 次。

6.5.6.4 对症治疗

(1) 抗生素：有合并感染时可选用广谱抗生素口服、肌注或静滴。

(2) 破伤风抗毒素：有条件或有必要时可以用。

(3) 补充水、电解质及维生素，保证足够的能量以供身体所需。肠麻痹不能进食者，应给予静脉内高营养或能量合剂。

(4) 合并症治疗 当出现严重合并症，如呼吸衰竭及循环衰竭，应按有关治疗方法进行抢救。

6.5.7 海蛇

含神经毒。可阻断神经肌肉传导，有些海蛇还含肌溶毒素，直接引起骨骼肌坏死。

6.5.7.1 辨证论治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

局部症状：各种海蛇咬伤局部症状基本相似。除被咬时局部有瞬间疼痛外，伤口只有麻木感。不红、不肿、不痛，局部症状不明显，易被忽视。

全身症状：潜伏期较长，一般3～5小时才出现明显全身中毒症状。

海蛇毒含有神经毒素、肌肉毒素等。海蛇咬伤以后，可出现神经肌肉瘫痪麻痹、肌红蛋白尿，常因呼吸衰竭、急性肾功能衰竭而死亡。其辨证施治可参照银环蛇咬伤的治疗。但应注意其同时可发生肾功能衰竭问题。因此，在蛇咬伤早期可加用白茅根30g，赤小豆30g，麻黄10g，海金沙10g；在蛇咬伤后期可加茯苓20g，石韦30g，泽泻10g，车前子10g。另外不管早、晚期都可加益母草20g，琥珀10g（冲）。

6.5.7.2 局部处理 同银环蛇咬伤局部急救处理方法。

6.5.7.3 全身抗毒治疗

（1）抗蛇毒血清：精制抗海蛇毒血清是治疗海蛇咬伤的最有效药物，目前尚未能做到每一种海蛇都有相应的单价抗毒血清的生产。免疫学研究表明，不同种类的海蛇毒可能含有共同抗原，所以在海蛇咬伤的病例，在无多价抗蛇毒血清时，不管那一种单价抗海蛇毒血清均可使用。在缺乏抗海蛇毒血清时可以选用抗眼镜蛇毒血清，因为海蛇毒与眼镜蛇毒之间亦有交叉免疫。海蛇咬伤中毒是很严重的，而且很快死亡，所以抗蛇毒血清使用越早越好。

6.5.7.4 对症治疗

（1）有神经毒中毒呼吸麻痹时应给氧，必要时人工呼吸机辅助呼吸，以防因缺氧而加重各器官的损害，直至自主呼吸完全恢复。新斯的明、加兰他敏、氨茶碱对恢复神经肌肉的功能可能有利。

（2）有肌肉毒中毒症状时应及时采取预防急性肾功能衰竭的措施。早期适当补液，合理使用利尿剂，大剂量654-2加地塞米松合剂静脉注射对防治蛇伤引起的急性肾功能衰竭有一定的疗效。

（3）常规使用破伤风抗毒素，合并感染时可选用对肾功能无损害的抗菌素。

（4）补充足够的能量及维生素，防止高血钾，注意保持水电解质平衡。

（5）海蛇咬伤引起的肌肉损害、急性肾功能衰竭，需要较长时间才能恢复，这段时间要注意休息，病人出院后应给予适当的休息。

6.5.8 蝮蛇 含混合毒，偏重于血循毒素。

6.5.8.1 辨证论治

局部症状：一般牙痕两个呈“··”型，间距较小，深而清晰，伤口出血不多，有刺痛及麻木感。伤肢肿胀严重，伤口附近可有大小不等的血、水疱，破溃后组织溃烂，产生炎性溃疡。常伴有附近淋巴结肿痛。

全身症状：一般咬伤的1～6小时出现头昏、全身不适、畏寒、发热。视物模糊、复视、眼睑下垂为早期中毒临床特征。严重病人可出现吞咽困难、张口困难、全身肌肉酸痛、胸闷、颈项强直、四肢活动障碍 呼吸逐渐变慢变弱，以至呼吸逐渐停止，病人随之转入昏迷。红细胞脆性增加，发生急性溶血，出现酱油色血红蛋白尿，少尿或无尿，可引起急性肾功能衰竭。少数病人血清谷丙转氨酶升高，提示肝脏可能受到毒素的影响。严重中都的病人可有血压下降、休克。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：蝮蛇毒属混合毒(风火二毒)，风火之毒蕴滞肌肤，故局部肿痛发烂。风毒闭肺、阻滞经络，故胸闷、呼吸困难；风火之毒上蒙，故头昏、眼花、瞳孔缩小；风毒犯肝，故颈项强、张口、伸舌不利，甚则抽搐；风火二毒内攻脏腑，可出现心悸、尿血、尿少、尿闭；邪毒充斥三焦，故胸闷，腹胀、二便不利。

治法：清热解毒、凉血驱风。

方药：黄连解毒汤合五虎追风散加减。

黄连 10g　黄芩 10g　黄柏 10g　蝉衣 20g　全蝎 3g　蜈蚣 2 条　僵蚕 10g　白芷 6g　青木香 10g　半边莲 20g　七叶一枝花 20g　丹皮 10g　生地 20g

我院治疗蝮蛇咬伤主张以五味清毒饮加减，药用：银花 20g，野菊花 10g，紫花地丁 15g，蒲公英 15g，半边莲 20g，七叶一枝花 15g，青木香 10g。从多年实践经验体会到：青木香能扩瞳，能抗神经毒，故本方虽无祛风药，仍可治疗风火二毒。我们认为：胸廓运动障碍可加瓜蒌 10g，枳壳 10g；呼吸困难加杏仁 10g，麻黄 10g；腹胀、膈肌升降不利，加厚朴 10g，藿香 10g；尿少加赤小豆 30g，白茅根 20g，车前草 10g；血尿加琥珀 10g(冲)，益母草 20g；尿闭加石韦 30g，川牛膝 10g，海金沙 10g；黄疸加茵陈 10g，金钱草 30g；大便秘结加生大黄 10g，芒硝 6g(冲)；严重的重危症加服安宫牛黄丸，或静滴清开灵。血压下降静注生脉散针剂。

6.5.8.2　局部处理

(1) 排毒：在蛇咬伤部位常规消毒，作“+”字或“++”字切口，用双氧水或生理盐水冲洗。将纱条填入创口，每隔 5～10 分钟向纱条上倒生理盐水，保持湿润引流排毒。

(2) 外敷药：可用鲜芙蓉叶或鲜半边莲捣烂外敷肿胀处，勿封闭，保持湿润引流排毒的创口。或用市售季德胜蛇药及其它蛇药片研末，用食醋调稀，涂于肿胀之处，药液干后再涂。

(3) 后期创口溃疡者，可用生肌散或生肌膏换药。或用蜂皇浆 10ml、庆大霉素 8 万 U 混匀，用配制的药液浸纱条换药。

(4) 封闭疗法：普鲁卡因注射液加地塞米松局部环封能抑制蛇毒的扩散、减少疼痛、对抗炎症、减轻过敏反应，是早期防治局部损害的有效措施。其方法与剂量是：在 0.25%～0.5%普鲁卡因溶液中，加入地塞米松 5mg，在伤口周围或患肢肿胀上方 3～5cm 处作深部皮下环封，封闭溶液的剂量可根据患肢的大小而酌定。

(5) 胰蛋白酶的局部应用：早期局部应用疗效较好，有消除伤口残毒及促进伤口愈合的功能。用法为结晶胰蛋白酶 2000～4000U 加 0.5%普鲁卡因 4～20ml，溶解后在伤口上方及周围进行浸润注射后，再在肿胀上方作环形封闭。一般只用 1 次，但可根据病情重复应用。注射后严密观察病情，防止过敏发生。胰蛋白酶为蛋白水解酶，它能作用于蛇毒中的蛋白质，使蛇毒分解而失去毒性作用，故能直接破坏多种蛇毒。

6.5.8.3　全身抗毒治疗

(1) 抗蛇毒血清：精制抗蝮蛇毒血清 6000U，加入 5%～10%葡萄糖或生理盐水静脉点滴。该药是从免疫马的血清中提纯出来的球蛋白溶液，为防止过敏反应，用前应作皮试，使用中同时加入地塞米松 10～30mg 注射，可减少或减轻过敏反应的发生。

(2) 抗组织胺药：蝮蛇毒能使体内组织胺及 5-羟色胺等活性物质释放早已证实。磷脂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

酶 A_2 是这一作用的主要毒性成分。这些活性物质的释放与局部炎症反应及循环功能紊乱有关。因此在蝮蛇伤治疗中应用抗组织胺药物，如扑尔敏等是合理的和必要的。有些实验及临床报告证实，用药后不仅中毒症状减轻，对患肢肿胀消退还有明显效果。考虑到组织胺等活性物质的释放并非蛇毒中毒致死的主要原因，因此对抗组织胺药物的疗效不应估计过高。

（3）肾上腺皮质激素：肾上腺皮质激素对于蝮蛇伤中毒的疗效是肯定的。临床及实验室都认为大剂量应用疗效显著。有减轻炎症和毒血症状，抑制溶血，防治休克及血清反应，稳定溶酶体膜等作用。实验证明有延长死亡时间及降低死亡率效果，因此被认为在西药中是除抗蝮蛇毒血清外唯一可以降低死亡率的治疗药物，常规应用宜早及大量应用。以氢化可的松为例，每日剂量不应少于 100mg，或地塞米松 10mg 静脉滴注，连续 2～3 日。注意，应同时应用大量广谱抗生素以防感染。

6.5.8.4 对症治疗

（1）抗生素治疗：蝮蛇伤创口常有化脓菌及厌氧菌感染。细菌可能来自蛇口，也可能是继发感染，尤其在局部组织坏死时经常发生。长期人工呼吸及放置停留导尿管时还常会分别发生呼吸道及泌尿道感染，一般采用广谱抗生素。如体温不能控制或有败血症应进行细菌培养及药物敏感性测定，选用有效的抗生素药物。对于伤口坏死的病例应注意厌氧菌感染，可注射破伤风抗毒素预防。病人如 1 年内接受过破伤风类毒素免疫注射，再给破伤风类毒素强力免疫反应即可。这样可避免发生血清反应的危险。

（2）严格控制补液，减轻心、肺、肾负担：蝮蛇毒中主要毒性成分是神经毒素和出血毒素。蝮蛇毒中的磷脂酶 A_2 引起 5-羟色胺、缓激肽、儿茶酚胺等物质的释放从而引起组织水肿、炎症反应及剧烈疼痛。有的出现肺部出血、瘀血、肺循环障碍，从而导致右心负荷加重。加之蛇毒对心肌有损害，因此主张凡能口服者尽量以少补液为原则，以减轻心、肺、肾负担，防止并发症的发生。对于严重呕吐和末梢循环衰竭的病人，则应适当补液，以纠正电解质紊乱。

（3）危重症的早期诊断与治疗：蝮蛇咬伤的主要死亡原因是呼吸麻痹、急性循环衰竭和急性肾功能衰竭。治疗方法参考有关节段。

6.5.9 眼镜蛇

眼镜蛇毒为混合毒。含有神经毒，但我国中华眼镜蛇咬伤神经毒不突出，仅有出现疲倦、流涎、吞咽困难等表现，几乎看不到因神经毒引起的呼吸机麻痹现象。

眼镜蛇毒主要为细胞毒素，这种毒能破坏人的红细胞、白细胞、淋巴、脾脏等。细胞毒素作用于局部组织，可引起局部组织坏死。细胞毒素可溶解红细胞，并有心脏毒性，常可引起循环衰竭和心力衰竭。

6.5.9.1 辨证论治

临床表现：全身不适，烦躁不安，视力模糊，呼吸困难，胸闷，心悸，恶心呕吐，局部溃烂严重。

病机分析：烦躁不安为火扰心神；火热伤肝肾故视物模糊；热毒腐肌烂肉，故局部溃烂严重；风火之邪毒阻痹三焦，故呼吸困难、胸闷、心悸、恶心呕吐等。

治法：泻火解毒，凉血护阴，佐以祛风。

方药：黄连解毒汤合龙胆泻肝汤加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄连 10g　栀子 10g　黄芩 10g　黄柏 10g　龙胆草 10g　生地 20g　赤芍 15g　泽泻 10g　车前草 10g　厚朴 10g　生大黄 10g　青木香 10g　防风 10g　半边莲 20g。

加减法可参照蝮蛇咬伤的治疗。

6.5.9.2　局部处理

（1）扩创排毒：眼镜蛇咬伤一般伤口较深，排毒量较多。由于其血毒性不大，故可对伤口切开扩创排毒，应用双氧水、高锰酸钾溶液等冲洗。同时可以局部用胰蛋白酶封闭。

（2）外敷药：可用七叶一枝花、青木香等适量粉碎为细末，以食醋调搽肿胀部位。

（3）局部坏死的治疗：局部坏死是眼镜蛇咬伤的严重症状之一。预防和治疗局部坏死，是治疗眼镜蛇咬伤的一个重要内容。

如若局部有坏死腐烂组织，应及时清理，清除坏死组织应注意保护肌腱、筋膜和骨膜，除了应用双氧水或高锰酸钾溶液冲洗外，还可以应用龙胆草 20g，苍术 30g，虎杖 30g，蒲公英 20g，明矾 15g，马齿苋 30g。煎水 1500ml 温热浸泡创面 15～30 分钟，再行换药。脓腐较严重的创面可用清开灵 6ml、庆大霉素注射液 2ml、生理盐水 4ml 混合做成纱条换药。脓腐较少或脓腐干净后可用生肌散或生肌膏换药，以促进肉芽生长和创面的愈合。

6.5.9.3　全身抗毒治疗

（1）精制抗眼镜蛇毒血清：每支含 1000 个国际单位，一般可用 1000～2000U，加入 5%～10%葡萄糖注射液静脉滴注(先做皮试)，病情较重的可直接作静脉缓慢推注。为了防止过敏反应可在溶液内加入地塞米松 10～20mg，进行静脉点滴。

（2）肾上腺皮质激素：常用地塞米松 10～30mg/d，静脉滴注。病情缓解后，逐渐减量或停止。

6.5.9.4　对症治疗

（1）治疗和预防感染：眼镜蛇咬伤后，由于局部组织的坏死、肿胀，加之抵抗力降低，易于发生局部和全身的感染。因此，可根据具体情况选用有效抗菌素预防和治疗感染。

（2）使用 654-2；654-2 有改善微循环从而减轻有关中毒脏器的损伤，一般每天可用 20～30mg，加入 5%的葡萄糖液中静脉点滴，病情缓解后减量或停用。

（3）纠正水电解质平衡：根据有关血液生化检查等考虑液体疗法，同时注意心、肾功能。

（4）危重症抢救，参考有关节段。

6.5.10　眼镜王蛇

含混合毒。毒性猛烈，一般在 1～2 小时内引起呼吸麻痹或循环衰竭。

6.5.10.1　辨证论治

局部和全身症状：与眼镜蛇咬伤基本相似，但因其毒性更猛烈，其中毒症状出现快而严重，可导致呼吸麻痹而死亡。特别严重者可在被咬伤后几分钟内致死。循环衰竭也是致死原因。

由于眼镜王蛇咬伤的症状极为危急，在有条件的情况下可立即服安宫牛黄丸 1～2 粒，或用牛黄 0.3g 化水服下。或用具有清热解毒，护心凉血，开窍的清开灵注射液 60ml 加入 10%葡萄糖注射液 500ml 中静脉点滴。若胸闷、呼吸困难可口服六神丸。若呼吸道、喉头多痰，可口服鲜竹沥。若昏迷、肢冷、血压下降，可静脉点滴参脉针剂。症状平稳后，其

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

辨证施治可参照蝮蛇咬伤的治疗。

眼镜王蛇咬伤中毒是很严重的，很快使人致命。近年来的眼镜王蛇毒毒理学研究以及动物实验表明，眼镜王蛇毒是一种含有神经毒素、血液毒素、磷脂酶 A_2 等多种毒性组分的毒性蛋白，可引起咬伤局部疼痛、红肿、渗出、组织疏松水肿、水疱形成，甚至坏死。眼镜王蛇毒进入体内后可引起心、肝、肾、肺、脑、肋肌神经、胰腺、血液等多器官系统的病理学改变，然而这些并非致死原因，真正的致死原因是中毒后神经毒素很快与神经末梢突触后乙酰胆碱受体结合，引起神经肌肉传导阻滞而出现肌肉麻痹，由于呼吸肌的麻痹而出现呼吸无力，加上出现大量粘液胶样分泌物填塞气道而引起急性呼吸衰竭，缺氧的进一步加剧使全身各器官特别是心脏和大脑因缺氧发生功能衰竭，动物实验均为呼吸完全停止在先，2～16 分钟后心跳停止，最后脑电波消失。当中毒引起呼吸停止后给予人工呼吸，心电图可以维持正常，但血压逐渐偏低，微循环发生障碍，出现微循环衰竭较难恢复，大脑难以清醒并发展为多系统器官功能衰竭(MSOF)，甚至死亡。因此被眼镜王蛇咬伤中毒的死亡原因除了急性呼吸衰竭外，还有急性微循环衰竭等综合作用所致。

6.5.10.2 局部处理

眼镜王蛇统伤后应立即在牙痕处作纵向切开，用多种负压方法尽量使蛇毒吸出，同时在局部注射 0.1%～0.2%的高锰酸钾溶液或胰蛋白酶溶液(结晶胰蛋白酶 2000U 加0.5%～1%普鲁卡因 20ml)，使局部残留的蛇毒破坏，并用吸引器将作用后的药液吸出，然后在局部伤口周围一边注射生理盐水，一边在伤口吸引，使伤口内的毒液冲洗出来。若在野外无条件进行这些急救措施时，可立即在伤口上方大面积包扎，阻止蛇毒从静脉血及淋巴液回流扩散，并将伤员尽快运送到有条件的医疗单位进行抢救。

6.5.10.3 全身抗毒治疗

(1) 抗蛇毒血清：有条件时应立即使用抗眼镜王蛇毒血清，一般用 1～2 支静注或加 5%～10%葡萄糖注射液或生理盐水 200ml 静脉点滴，情况紧急时可免皮试。为防止过敏反应可在抗血清中加人地塞米松 10～20mg，并且在使用抗血清前先静脉注射地塞米松 10mg。以后数小时，视病情再决定是否再用抗血清。在缺乏抗眼镜王蛇毒血清时(我国尚未正式生产)，可用抗银环蛇毒血清或抗眼镜蛇毒血清代替，用法同前，剂量应适当加大。

(2) 肾上腺皮质激素：肾上腺皮质激素有延缓蛇毒的中毒反应，减轻中毒症状的作用，常用地塞米松 20～60mg/d，静注或静滴，一般 3 天后停用。

(3) 654-2:654-2 有改善微循环，减轻中毒器官病理性损伤的作用，一般用 30～90mg/d。有休克及微循环衰竭时按需使用，每天可用到 600mg，甚至更多，直至微循环改善、皮肤变暖、肺部罗音减少至消失。症状缓解后减量维持用药，有心动过速反应时可肌注新斯的明。

(4) 新斯的明：实验证明新斯的明可使眼镜王蛇毒神经毒素阻滞神经肌肉传导作用得以部分逆转，有促进肌力恢复的作用。新斯的明 1mg 肌肉注射或足三里穴位封闭注射，每天可 2～4 次。新斯的明有增加分泌物的副作用，遇到病人气道分泌物增多时应少用或停用。

(5) 加兰他敏：作用和用法同新斯的明，可以同新斯的明交替使用。

6.5.10.4 对症治疗

(1) 抗生素：可用广谱抗生素口服，明确有合并严重感染时可肌注或静滴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 支持治疗：适当补充水、电解质、能量及维生素，有休克时应注意维持血容量，局部疼痛者可用止痛剂，有心肺功能不全时应供给充足的氧气吸入。

(3) 合并症治疗：严重中毒可很快出现休克、DIC、呼吸衰竭、心跳呼吸停止、MSOF等合并症，所以病人入院后必须作好各种合并症抢救的准备工作。由于病人很快出现呼吸停止，当病人出现呼吸无力、变慢、变浅，紫绀，吸氧不能纠正时必须果断给予气管插管，人工有效辅助呼吸。各种危重合并症抢救方法参考有关节段。

6.6 蛇伤危重症的西医治疗

毒蛇咬伤危重症包括：呼吸衰竭、急性肾功能衰竭、休克、心跳骤停，其抢救治疗除中医解毒、排毒和辨证论治外，还需采取西医配合治疗。现将我院的具体原则分述如下。

6.6.1 呼吸衰竭

蛇毒毒素作用于呼吸肌，使呼吸肌麻痹，以致出现外周性呼吸障碍，二氧化碳潴留、酸中毒、发生缺氧性脑病。进而可出现急性肾功能衰竭、中毒性休克。

6.6.1.1 临床表现

(1) 呼吸困难：是临床最早出现的症状。

(2) 紫绀：是缺氧的典型症状以观察口唇或口腔粘膜为准。

(3) 精神神经症状：早期脑缺氧、轻度酸中毒出现烦躁不安。后期有神志淡漠、肌肉震颤、间歇抽搐、嗜睡、昏迷等。

(4) 血液循环系统症状：心率增快、心搏出量增加，血压上升。急性严重心肌缺氧可出现心律失常，心室颤动以致心跳骤停。二氧化碳可直接作用于血管平滑肌，使血管扩张，故皮肤温暖、红润、潮湿多汗、脉洪大有力。

(5) 消化系统和泌尿系统症状：呼吸衰竭时对肝、肾功能都有影响。如血精谷丙转氨酶可升高。严重缺氧和二氧化碳潴留时，常有消化道出血。肾功能受损非蛋白氮升高，蛋白尿、尿中出现红细胞或红细胞管型。

6.6.1.2 治疗

(1) 给氧：鼻导管给氧是一种简便实用的低浓度给氧方法。导管插入深度应达软腭水平。

(2) 增加通气量缓解二氧化碳潴留。

① 中枢兴奋剂的应用：早期有明显缺氧时可以使用。一般可用洛贝林 5mg 或可拉明 0.375g 静脉推注。若病人已出现呼吸麻痹时，则不宜使用呼吸兴奋剂，以免徒增氧气的消耗。

② 建立人工气道保持呼吸道通畅，行气管插管或气管切开术。

③ 机械呼吸：使用人工呼吸机。

(3) 抗感染治疗：预防肺部感染和针对伤口感染，必要时要配合使用抗生素。选择对肾脏影响较小的青霉素、红梅素或庆大霉素。

(4) 酸碱失衡的纠正

① 代谢性酸中毒：为临床上最常见。常用药物有：碳酸氢钠，作用迅速、疗效确切，是蛇咬伤最常用的纠正酸中毒药物。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用法：早期一次性静脉推注 200ml，然后根据补碱公式补足其治疗量。补碱公式：

5%碳酸氢钠毫升数 =［正常 CO_2 结合力(50%容积) - 测得 CO_2 结合力］× 0.5 × 体重(kg)。

② 代谢性碱中毒：临床较少出现，一旦出现就可以用生理盐水或葡萄糖盐水，但失钾失氯性者则必须给以氯化钾溶液。重症者需用氯化铵，每日 3 ~ 6g，分 3 次口服。

③ 呼吸性酸中毒：抗感染、保持呼吸道通畅，持续低流量给氧，常规补钾(尿量 500ml 以上/d。)禁忌盲目补碱性药物(急性呼吸性酸中毒例外)。

6.6.2 急性肾功能衰竭

蛇咬伤后，蛇毒素直接作用于肾小管内膜，形成血栓；酸中毒使肾小球血管痉挛：蛇毒引起溶血反应，出现 Hb 尿，阻塞肾小球。这些原因均可引起肾缺血，肾小球滤过率急剧下降，导致急性肾功能衰竭。临床表现为急性少尿，并伴有氮质血症和水、电解质、酸碱平衡紊乱。

6.6.2.1 临床表现：病程一般分为少尿期、多尿期、恢复期三个阶段。

(1) 少尿期：此期的主要表现有：

① 水、电解质和酸碱紊乱

水过多：表现为血压升高，体重增加，肺水肿，脑水肿。肺水肿和脑水肿是 ARF 的主要死亡原因之一。

高钾血症：是少尿期最严重的并发症，也是少尿后 1 周内常见的死亡原因。高钾血症无特异的临床症状，及时的生化检查和心电图变化是诊断高钾血症的重要依据。故少尿期要密切观察血钾的变化。

低钠、低氯血症：若没有呕吐、腹泻、大面积烧伤等失水情况，低钠、低氯血症主要是稀释性的，一般无临床意义。

代谢性酸中毒：有呼吸增快、严重时产生典型的深而长的呼吸。

② 氮质血症和尿毒症：厌食、恶心、呕吐、烦躁、神志模糊、抽搐、昏迷。

(2) 多尿期：在多尿期，尿量可多至 5000 ~ 10000ml/d。此期可出现脱水、低钠、低钾、低钙、低镁血症。有广泛肌肉损伤者可出现高钙血症。

(3) 恢复期：氮质血症已消除，尿量正常。

ARF 以少尿为临床特点，而急性少尿分肾前性、肾性[肾小管坏死(ATN)、间质]及肾后性。肾前性不及时处理，可成为 ATN 的病因。它们之间的鉴别有重要意义。尿比重 > 1.020 为肾前性少尿；尿比重 < 1.014 为 ATN。还可用 10% 葡萄糖液 500ml，30 分钟静滴，若血压回升，尿量增加(> 40ml/小时，尿比重 > 1.018)为肾前性少尿，可继续补液；若尿量 < 17ml/小时，为 ARF，应限制水分。或用 20% 甘露醇 200ml，30 分钟静滴，若尿量增加(> 40ml/小时)为肾前性，可继续扩容；若 < 17ml/小时，则为 ARF。在已有心肺功能不全、青年人、高容量表现的病人，补滴和甘露醇试验不宜试行，以免诱发心衰。

6.6.2.2 治疗

(1) 积极治疗原发病：加速蛇毒在体内的解毒和排泄的治疗。

(2) 少尿期治疗：临床一旦出现少尿，即可进行强击性利尿。速尿，静脉注射，40 ~ 60mg/次，每日 1 ~ 2 次；疗效差者，可以翻倍追加应用。另外，还可以应用新利尿合剂：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

速尿 60mg，利吉定 20mg，多巴胺 20mg，静脉滴注。每日 1～2 次。

① 维持体液平衡

每日入水量＝前 1 日尿量＋500ml＋其他丧失(大便、呕吐、伤口渗液、呼吸加快的挥发、汗液的挥发)。发热者，每增加 1℃，成人可酌增加水量 60～80ml/d。若发现水过多，可口服山梨醇或甘露醇导泻，重者作透析超滤。

② 高血钾的处理：当发现高血钾时，可用下列措施急救：

用 25%～50%葡萄糖注射液 250～500ml＋普通胰岛素静滴。胰岛素量按 6g 葡萄糖加 1 单位胰岛素来计算。

5%碳酸氢钠 200ml 静注。

10%葡萄糖酸钙 10～20ml 静推。

透析治疗。

③ 低血钠：少尿期的低血钠多为稀释性的，以限制水份摄入和排除水份来治疗。若有缺钠性低血钠，伴代谢性酸中毒时补充 5%碳酸氢钠；伴低氯血症补充 3%～5%氯化钠、先补计算量的一半，6～8 小时后再考虑补另一半。

补钠量(MEq)＝(132－病人血清钠)×0.6kg 体重

④ 代谢性酸中毒：当 CO_2 结合力在 30 容积%以下时静脉补碱。按每公斤体重提高 CO_2 结合力 1 个容积需 5%碳酸氢钠 0.5ml 来计算。先补估算的 1/2～1/3。

⑤ 营养治疗：高糖(葡萄糖 150～200g)，蛋白质和氨基酸。足够的维生素，限盐。静脉内高能营养疗法。能量合剂：

⑥ 防治感染：常用青霉素族、红霉素、先锋Ⅵ、Ⅶ、先锋必，菌必治等。

⑦ 消化道出血、可用甲氰咪呱 200mg，一日 3 次口服，或静脉给予。

⑧ 透析治疗：近年来主张早期透析。

(3) 多尿期治疗：此期重点是调整水和电解质平衡。入水量为尿量的 2/3 加显性失水再加 500ml。尿量超过 2000ml/d，酌情补钾。

(4) 恢复期治疗：此期无特殊治疗，要避免应用损伤肾脏的药物，定期复查肾功能。

6.6.3 休克

蛇毒的血管毒素使血液广泛外渗，加上蛇毒的溶血毒素使血细胞溶解，导致急性循环功能不全综合征。

6.6.3.1 临床表现：有血压下降，收缩压降至 10.6kPa(80mmHg)以下，脉压小于 2.6kPa(20mmHg)，心率增快，脉搏细弱，皮肤湿冷，面色苍白或紫绀，尿量减少，烦躁不安，反应迟钝，神志模糊，昏迷甚至死亡。

6.6.3.2 治疗

(1) 患者宜平卧或头胸部与下肢均抬高 30°休克位。

(2) 一般用鼻导管给氧，氧流量以 2～4L/分为宜。缺氧或紫绀明显者可增加氧流量。

(3) 补充血容量：无论何种休克均有血容量不足，在前 2～3 小时可快速输入液体 500～1000ml(心源性休克、高龄、心肺功能不全酌减)，尿量正常，24 小时一般可补液 2500～3500ml，液体可用低分子右旋糖酐 100ml/d(成人)、平衡液、葡萄糖盐水、白蛋白、新鲜血浆等、出血性休克需加用全血。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

补充血容量有效的标准是：收缩压回升至 12kPa（90mmHg），脉压差 > 4kPa（30mmHg）；脉率 < 100 次/分；尿量≥40ml/小时。

（4）改善微循环，可选用下列药物：

① β受体兴奋剂

多巴胺 20～80mg + 10%葡萄糖注射液 250～500ml，以 5μg/（kg·min）静滴，或与阿拉明合用，两者比例为 1～2∶1。

异丙肾上腺素 1mg + 10%葡萄糖注射液 250～500ml，以 20～30 滴/min 静滴。

② α-受体阻滞剂

酚妥拉明 10mg + 10%葡萄糖注射液 200～300ml，以 0.3～0.5mg/min 静滴。

氯丙嗪 12.5～25mg，静注或加 50%葡萄糖注射液 20ml 滴入。

③ 抗胆碱药

阿托品 1～2mg 静注，必要时 5～15 分钟可重复一次。

654-2，10～20mg 静注，必要时 5～15 分钟可重复一次。

④ 纠正酸中毒。

⑤ 肾上腺皮质激素：地塞米松 20～100mg/d，分次静注，疗程 1～3 天。

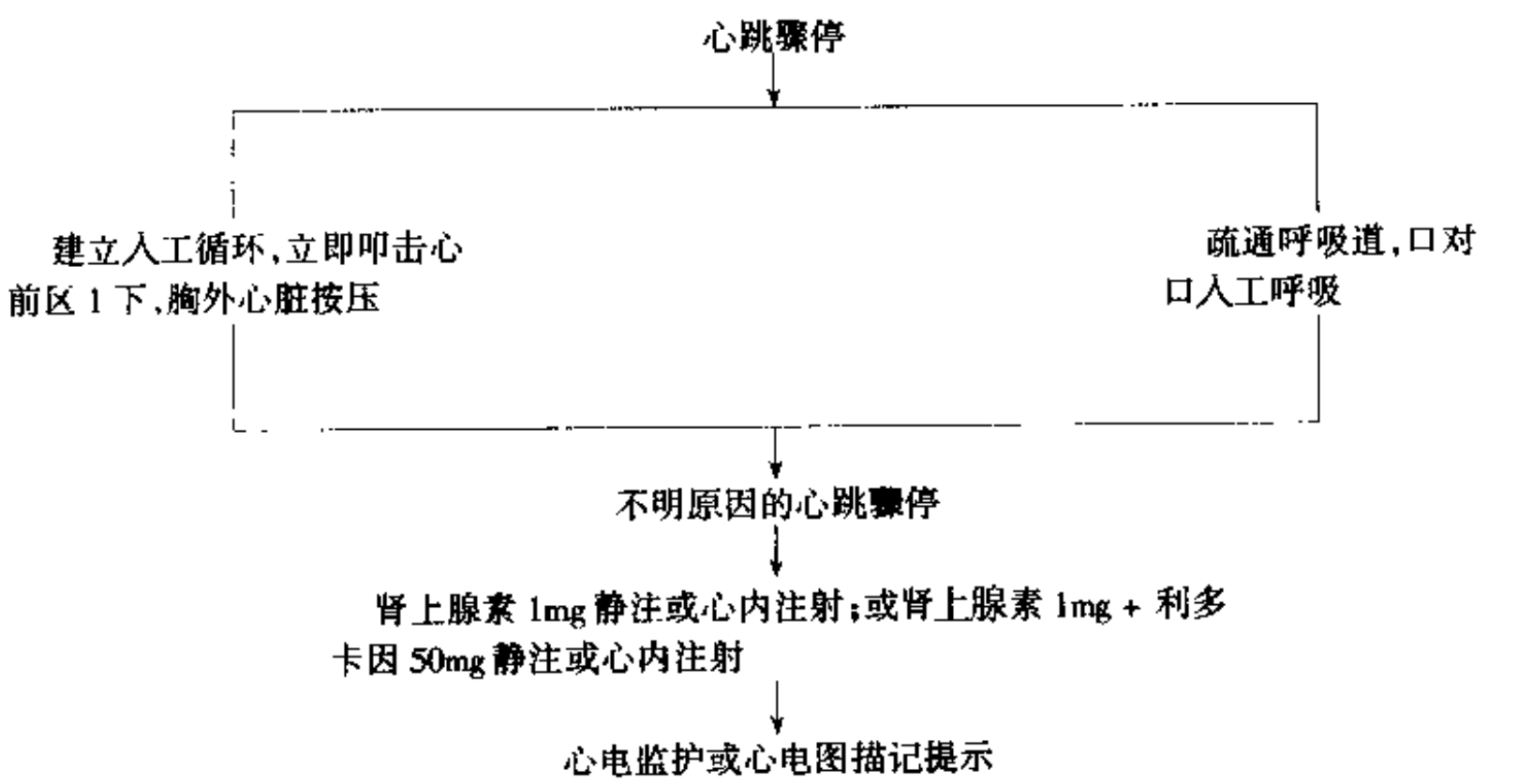
⑥ 改善心功能：凡原有心脏病、高龄或有心功能不全征象者，可酌情应用洋地黄类药物。

⑦ 积极防治并发症：休克最常见的并发症是 ARDS、ARF、DIC、脑水肿、心衰、严重心律失常，心跳骤停。

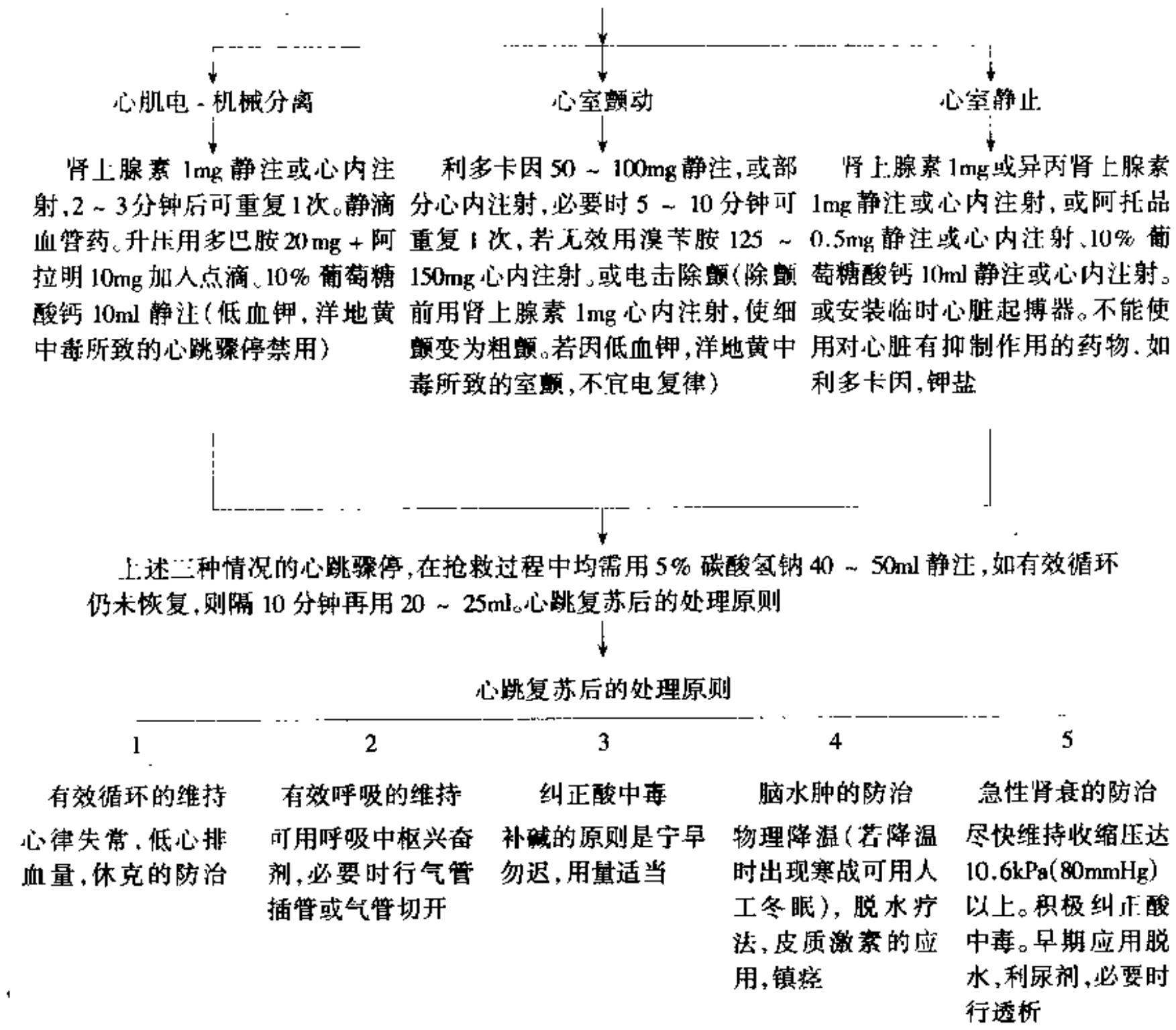
6.6.4 心跳骤停

心跳骤停是指心脏停止有效搏动，是临床上最紧急的情况，必须进行及时、正确、有效的抢救。抢救要点见表。

心跳骤停的抢救



小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com



7 疗效评定标准

治愈：全身和局部症状消失，伤口愈合，伤肢功能恢复。

好转：全身和局部症状减轻，伤口未完全愈合。

未愈：全身和局部症状无改善，并出现恶化者。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 中医学有关研究

1.1.1 毒蛇咬伤中医理论研究

1990 年 10 月在南昌召开了中国中医药学会外科学会第一届毒蛇咬伤学术会议，喻文球、王沛、覃公平、谭新华等在大会联合发表“毒蛇咬伤的中医理论与实践研究”，比较

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

系统地运用中医理论研究蛇伤的毒理、病理，体内传变过程，证候学及治疗原则等。[1]现摘要介绍如下：

(1) 蛇毒的理化性质及意义

新鲜的蛇毒呈弱酸性，与空气接触易生泡沫，在常温下暴露 24 小时变性；所以蛇伤创口扩创采取敞开引流，以利蛇毒的氧化破坏。蛇毒毒蛋白加热 65℃可凝固，因此在紧急情况下可应用烧灼法，使毒蛋白破坏。凡能使蛋白质沉淀变性的强酸、强碱、氧化剂、还原剂、消化酶等，均能破坏蛇毒；蛇伤后口服食醋可以减毒，还可以采用中医健胃诱酸的方法来破坏蛇毒，氧化、还原可以破坏蛇毒，这不仅局部可应用 H_2O_2 及高锰酸钾冲洗，而且呼吸道给氧，中医活血化瘀以促进循环，提高组织氧的供给，这些方法都具有破坏蛇毒的作用；民间凡外敷草药多用唾液咬嚼草药外敷消肿，现在采用消化酶局部封闭及调药外敷，都是取消化酶对蛇毒破坏功用。古往今来，人们治疗蛇毒咬伤，自觉或不自觉地遵循着蛇毒理化性质的规律。

(2) 蛇毒的毒理及病理

蛇毒的有毒成分包括神经毒(风毒)、血循毒(火毒)、混合毒(风火混合毒)和各种酶(亦可概括在风毒或火毒之中)。

① 神经毒——风毒的毒理与病理

神经毒主要阻断神经肌肉的接头，引起全身性横纹肌弛缓型麻痹，终至周围性呼吸衰竭，这与中医中风的风邪中络相似。《金匮要略》论中风说："风邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜；邪人于脑，即不识人；邪人于脏，舌即难言，口吐涎。"蛇毒的风毒成分侵入人体，初期或中毒轻微者，先中经络；风毒之邪痹阻经络，则肌肉失去气血濡养，而产生系列病理变化，如痹阻颜面经络，则见眼睑下垂，张口困难等；痹阻头颈太阳经络则有项强不适；痹阻胸腹经络，则外周呼吸肌麻痹，胸廓运动障碍，导致外周性呼吸困难乃致呼吸衰竭；痹阻胃肠道经络则产生肠麻痹，腹胀；痹阻四肢经络，则表现为肢体沉重活动不利。风毒痹阻经络，治疗应用驱风活血通络为主，解除风邪对经络的瘀阻，才能兴奋诸运动性肌群。

风毒之邪中经络未及时处理，势必导致风毒之邪深传而中脏腑；或因风毒之邪严重，在中经络的同时就兼中脏腑。从经络到脏腑为风毒深入，尤怡《金匮要略心典》将中经络与中脏腑区别点立为神志清与不清。明·李中梓将中脏腑分为闭脱二症，学习《金匮要略》有关中风分中经、中络、中腑、中脏，结合尤怡和李中梓的论述，对于我们研究蛇毒的风毒成分侵入人体的病理及传变，提供了理论基础。

蛇毒的风毒成分侵入人体深中脏腑，出现的证候包括因外周呼吸障碍所致呼吸衰竭引起的缺氧性脑病，中毒性休克和肾功能衰竭等。

其病理机制是：蛇毒的风毒成分夹痰火深传脏腑，蒙蔽神窍，气血逆乱，上冲于脑，故出现神志变化情况，首先出现烦躁、唇红、口干等症状，随后发生神昏，不省人事，尿少等危重证候。

风毒中脏腑可因邪正虚实不同，而有闭脱之分及由闭转脱的演变。

蛇毒的风毒成分夹痰火之邪内闭神窍则昏迷，不省人事；诸阴皆连舌本，脏气厥气血不至舌下，故伸舌困难；脾开窍于口，脾气内闭故张口困难，口噤不开；肺气闭则呼吸气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

促，甚则张口抬肩；肾气闭则不可二便；故二便闭结；厥阴之气被风邪闭阻，还会出现复视，瞳孔缩小、视物模糊等病理变化。此谓闭证、属实证。

若风毒痰火炽盛，进一步耗灼阴精，阴损及阳，阴竭阳亡，则出现脱症。表现为精去而神脱、汗出肢冷、气息微弱、瞳散而苍、脉细欲绝等虚脱之危重症候。

必须指出的是，在风毒中脏腑产生闭、脱症方面，闭证可以骤然而起，而脱则需由闭转化而来，故出现闭证应采取有力措施，防止脱证的出现。

② 血循毒——火毒的毒理与病理

血循毒对心血管和血液系统产生多方面的毒性作用。

由于血循毒具有溶血、出血、溃烂、坏死等实质性组织的病理特性，这与中医火邪、热毒之邪病理相似，故将血循毒命名为火毒。心主火，心主血脉，火毒之邪最易归心，于是对心肌细胞产生强烈的毒害；尤其甚者，火毒之邪可以溃烂坏死心肌，而终至心力衰竭。火毒之邪还具有溃烂血管壁的作用，可导致血液广泛性外渗，而形成低血容量性休克。火毒可耗血动血，迫血妄行，使血细胞溶解，导致酸中毒、氮质血症、肾功能衰竭等危重证候。

叶天士《温热论》认为火热毒邪入血就可以“耗血动血”，因此蛇毒之火毒成分与温病特点有相同之处，故借助温病学说加以研究。

虽然中医温病学，是指感受温邪所引起的一类急性热病，且热象偏重，没有发热见症就不能成为温病，而这种发热又必须由六淫邪毒引起。但是吴又可《温疫论》所创立的温病病因概念，突破了“万病皆生于六气”的传统观点。他认为自然界的特殊邪毒病气也是温病的病因。这样就为蛇毒的火毒成分成为温病的病因提供了理论基础。这因为蛇毒亦属自然界特殊邪毒，而且又有入营耗血动血等基本温病规律特点。所不同的是，毒蛇咬伤，全身卫、气分症状不十分典型，而主要表现在局部；但营、血分症状则与温病学基本一致。又因为蛇伤多发夏秋季节，致病常夹暑、夹湿，所以又具有湿温病三焦传变及病理规律。

总而言之，蛇毒的火毒成分的病机演变一般规律，主要表现为人体卫、气、营、血与三焦及所属脏腑功能失调和实质性损害。蛇毒的火毒成分的病机特殊规律，表现为发病急骤，传变快，易内陷，耗血，动风，闭窍。

卫气营血的传变

蛇毒的火毒成分注入人体之后，轻浅之症主要表现局部症状为主。以肿胀、坏死、溃烂为主要特征。肌表为人体的卫外，热胜则肉腐，体表组织溃烂、坏死由热毒炽盛引起。所以局部症状从卫分和气分来辨证，与此同时参考全身的发热、口干、二便短少或闭结加以综合辨证。在治疗上以五味消毒饮加减治卫分毒热，以黄连解毒汤治气分毒热，或二方合用，对以局部症为主，全身症为辅的毒蛇咬伤卫气分证具有清卫泄气的疗效。

若卫、气分(局部)火毒未解，邪毒炽盛则可内陷营血，临床上当蛇毒的火毒成分注入人体以后，在中毒的初期即出现血尿，并从伤肢直至远端部位均有皮下大片瘀斑，继之有齿龈出血、鼻衄、结膜下出血、呕血、便血、咯血等火毒入营血，迫血妄行之症。还可以出现热扰心神的烦躁不安、惊厥，以及热毒蒙闭的昏迷等症候。所以相当一部分患者一开始既有严重的局部症状，又有严重的全身性营血分症状。这种患者往往气、营、血分一起病变，症候来势凶险。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

火毒入于营血，耗伤营血，又可阴损及阳，导致阴阳两伤而出现厥脱之症。

蛇毒的火毒成分内陷营血，主要病机变化是血液受劫和心神不安。蛇毒的火毒成分卫、气、营、血的传变不外三种情况：一是病愈不传，如中毒轻浅，只有轻度局部肿胀等症，经治疗后邪毒清解而病即痊愈；二是由表入里，在卫分表现局部肿痛为主，在气分则严重肿胀、疼痛、溃烂、坏死，也可出现发热、口渴、二便秘结等症，进而因火毒炽盛深入营血分；三是火毒深入营血，经清营凉血解毒治疗后，不需转入气分，就可以在营血分之中得以清解，笔者认为由蛇毒的火毒成分引起的温热证，卫气分病多在肌肤筋骨，而一经内陷则多为气营血同时病变。

三焦的传变

蛇毒火毒成分的三焦传变，一般先犯上焦，出现胸闷，气促的湿热毒邪蒙蔽太阴肺之症；并可逆传心胞，出现心悸、烦躁、嗜睡、谵语等心神闭阻之症。上焦之证可传中焦，或火毒一旦侵入人体就直接出现中焦症候，主要表现为湿热毒邪困阻太阴脾经的主证，出现腹胀腹痛、黄疸、恶心、呕吐、食欲不振等症状。中焦之证不愈可传下焦，或一经中毒就直接出现下焦证。“热邪不耗胃阴必伤肾液”，火热毒邪传入下焦多为肝肾阴虚之候。肝为风木之脏赖肾水以滋养，肝失所养则虚风内动，出现心烦，手足蠕动，甚至抽风症状。阴损及阳，若肾阳不足，气化不利则尿少或尿闭；若阳衰厥逆，则四肢厥冷，出现厥脱之证。

由于火毒传变极为迅速，故三焦传变亦不十分明显，可以一开始就出现肺、脾、肝、肾、心的证候，也可有逐渐传变。但就火毒夹湿而言，病变重在太阴脾；火毒兼风，则先犯肺；火热毒邪炽盛，病一开始就可出现厥阴肝及心胞、少阴心及肾的病证。

③ 混合毒——风火混合毒的毒理与病理

风火混合毒具备了风毒和火毒二者的病理特点。因风可助火势，火热也可生风，故毒邪更为鸱张。它的病理更为复杂，症状更为严重。

风火混合毒注入人体局部，毒邪壅滞，经络闭阻，气血凝滞。除具备风毒、火毒的一般规律外，还具有其本身的特殊传变规律。

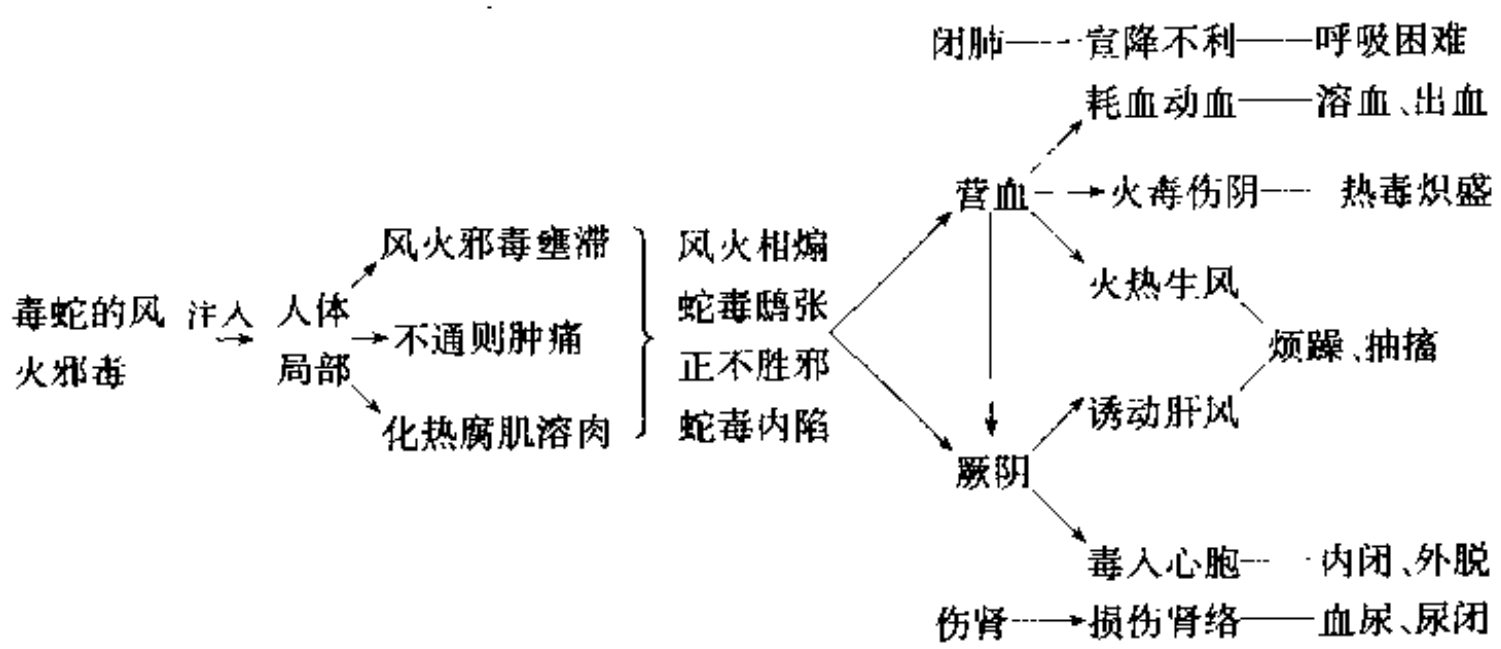
风者善行数变，痹阻经络深中脏腑，火者生风动血、耗伤阴津。风毒偏盛、每多化火，火毒炽盛极易生风。风火相煽则邪毒鸱张，必客入营血或内陷厥阴，毒热炽盛可耗血动血，出现溶血、出血症状。火毒炽盛最易伤阴，阴伤而热毒更甚；热极生风，则有谵语、抽搐等症状，若邪毒内陷厥阴，毒入心胞，则发生心神蒙蔽之证，或邪热耗伤心阳的脱症。火热伤肾络则血尿或尿闭；火热之邪先伤肾阴后损肾阳，则出现阳虚厥脱之证。

④ 酶——可分属风毒或火毒

蛋白质水解酶和透明质酸酶引起患部肿胀，肌肉坏死，导致毒邪扩散，它们都相当于火毒的毒理和病理。三磷酸腺苷酶、磷脂酶 A，可影响神经介质合成或损伤神经组织，出现风毒的病理反应。此外它们还可导致体内能量供给减少，引起各系统生理功能障碍，产生内热症状，因此这类酶亦可应用风火混合毒的理论加以分析。

酶的毒理和病理可分属于风毒和火毒或风火混合毒，这里就不再赘述。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com



蛇毒的传变过程示意图

(3) 蛇伤证候的治疗

① 蛇伤治疗通则

毒蛇咬伤是一个全身性的中毒性疾病。尽管风毒、火毒、风火混合毒的毒理和病理不同，但其基本病因仍然是蛇毒。因此辨证施治的核心是解毒和排毒。半边莲、七叶一枝花、银花、紫地丁、蒲公英、蛇舌草等甘寒清热解毒，世人公认为毒蛇咬伤的广谱解毒药，可适用于任何类型毒蛇咬伤的全部过程。解毒属外科的内消法，是调动机体内部解毒功能来消除毒素。然而我们人体的内消解毒机能是有限的，古人认识到了这一点，并总结出："治蛇不泄，蛇毒内结；二便不通，蛇毒内攻"的名言警句。说明大量的毒素必须排泄出去，帮助减轻内消的负担，避免蛇毒对人体的危害，所以必须把解毒和利尿通便排毒结合起来。排毒法不仅可辨证使用，大多数情况下可以通用蛇伤全过程，只不过应用排毒药之峻猛还是和缓，以及排毒药剂量大小等方面有所不同。

局部处理也是治疗蛇伤的一个关键，包括扩创排毒与外用药物几个方面。外数药大多采用消肿解毒之品，如鲜芙蓉叶，半边莲等，或复方制剂如青赤数(青黛与赤小豆等分研末醋或水调外数)、二味拔毒散等。也可以应用市售蛇药片研末醋调外涂。正确的外处理不仅可以减轻蛇毒对人体的损害，而且轻浅之蛇伤单用外用药亦能收数。因此外处理亦是治疗蛇伤的通用法则。

② 风毒证候的治疗

风毒中经络者，驱风解毒、活血通络为原则，应用荆芥、防风、白芷、钩藤、威灵仙、蝉衣等驱风通络。唯恐其驱风通络不力，可加用僵蚕、全蝎、蜈蚣等虫类药剔络搜风，此为叶天士对痹邪入络的治疗经验。又遵李士材"治风先治血、血行风自灭"，而应用活血通络化瘀之品，选当归、川芎、红花、鸡血藤、丹参、生地、赤芍、丹皮。解毒应用治疗通则的解毒药物，并辨证加用排毒药物。此外眼睑下垂、张口不利、项强多用驱风药。若胸闷，胸廓运动障碍应加用瓜蒌、枳壳、杏仁、桔梗等宽胸利膈，宣降肺气之辈。

中脏腑之闭证以阳闭居多，由风毒痰火闭塞清窍，神明不用。采用熄风清火、豁痰开窍治疗方法，用羚角钩藤汤加减，或配服至宝丹及安宫牛黄丸以清心开窍。脱证则宜回阳救阴，益气固脱，使用参附汤合生脉饮加减。呈现为内闭外脱之症者，则用羚羊钩藤汤合参附汤加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

③ 火毒证候的治疗

卫气营血证治

火毒轻浅之证，局部肿痛溃烂为主，兼有发热口渴、便秘全身症状，此为蛇伤的卫分和气分证。若火毒在卫，宜用甘寒清热解毒，方用五味消毒饮加半边莲，七叶一枝花等；若火毒在气，宜用苦寒直折，方选黄连解毒汤合通用解毒方药；并通利二便。这与温病的清气原则有所不同，温病主张用辛寒清热，而蛇伤反用苦寒，意在直折，但中病即止。

火毒内陷营血，出现耗血、动血及心神受扰，则宜清营凉血；解毒排毒，方选清营汤、犀角地黄汤或通用解毒药加减，并辨证使用排毒药物，用配服安宫牛黄丸清心开窍。

三焦证治

若火热之邪在肺卫，热壅于肺闭于卫，宜清肺泄热，用麻杏石甘汤或银翘散加减，配用瓜蒌、枳壳之类行气宽胸，并加通用解毒排毒药物。

火热毒邪入于中焦多夹湿邪，治用化湿醒脾，宽肠行气，方选藿香正气散加通用解毒排毒药物。

若出现下焦之症，如肝风内动拟滋填肝肾之阴，方选三甲复脉汤或通用解蛇毒方药。若肾阳不足，阳虚厥逆，则回阳救逆，方用四逆汤加减。

④ 风火混合毒证候的治疗

风火二毒同为阳邪，致病机理复杂。可痹阻经络，深中脏腑，客于营血，充斥三焦。临床上根据证候特点不同，可参照风毒及火毒证候的治疗方法。但就风火相结合的特性来讲，最易风火相煽，故治疗原则是二邪同治，即清热解毒，活血熄风并用。常用黄连解毒汤或五虎追风散加通用解蛇毒及排毒药物。

综上所述，我们研究中医毒蛇咬伤的目的，在于分析蛇毒的中医毒理及病理变化，明确各类蛇毒的病变部位及病势轻重，掌握蛇毒所致的病情传变规律，归纳其症候类型，为确立治疗方法开拓思路并制定基本法则。

毒蛇咬伤是中医的一个急症，病机复杂、症情凶险，只要我们遵循规律，把握病机，正确施治，就可以取得征服这一急症的主动权。

1.1.2 蛇毒血循毒的中医理论与实践研究

1997 年 10 月中国中医药学会外科学会蛇毒医学研究专业委员会协助亚洲国际毒蛇咬伤学术研究会，在广东省湛江召开了“国际毒蛇咬伤学术研讨会”，喻文球在大会发表和宣读论文“蛇毒血循毒的中医理论与临床实践研究”。作者认为：蛇毒血循毒中医称之为火毒。其一般毒理病理包括：腐败肌肤，火毒攻心、蒙蔽心胞、迫血妄行、耗血动血、夹暑湿与风热等几个主要方面。蛇毒血循毒(火毒)，进入机体后的一般溃变规律，主要表现为人体卫气营血与三焦及所属脏腑功能失调和实质性损害。火毒侵入气分主要表现为局部和全身的物质和功能障碍，火毒内陷营血则为血液受劫和心神不安。火毒夹湿从三焦传变，主要是影响人体阴气敷布及水液代谢障碍。蛇毒血循毒(火毒)的治疗原则，依据这些原理结合临床表现，分别为卫气营血辨证施治和三焦辨证施治。[2]

这些观点受到国内外学者的高度重视，现将本文研究摘要介绍如下：

蛇毒血循毒对心血管和血液系统产生多方面的毒性作用，具有溶血、出血、肿胀、溃烂坏死等病理特性。中医认为火毒之邪可迫血妄行，耗血动血。火毒瘀阻创口局部可发生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肿胀腐烂肌肉。因此中医研究蛇毒将血循毒命名为火毒。本文是根据血循毒的毒理病理及其中医火毒的致病和传变规律来探讨蛇伤血循毒的中医理论问题，以求找出中医治疗血循毒(火毒)毒蛇咬伤的辨证规律和方药。

(1) 血循毒(火毒)的一般毒理病理

① 腐败肌肤：蛇之火毒注入肌肤、经络瘀阻，毒瘀互结而成肿胀；瘀阻化热，使火毒更炽，而热胜则肉腐，则肌肤化为脓血垢水；肌肤防御机制破坏，正不胜邪而邪毒内攻入里。

② 火毒攻心：心主火，心主血脉。若火毒太甚，则必先其所主，而蛇之火毒从经络或随血液运行至心，对心肌细胞或心内膜产生损害，可使心肌坏死，而终至心力衰竭。火毒还可蒙蔽心胞，发生烦躁、神昏、谵语、昏迷等神志变化。

③ 迫血妄行：火毒入血、血热炽盛，可产生血管内皮损害，并使血管扩张；热邪迫血妄行，导致血液广泛外渗，有效血循环量下降，而形成低血容量休克。

④ 耗血动血：火毒耗散血中营阴物质，火毒因素对血液的煎熬和浓缩，激活凝血因子，使血液处于高凝状态，产生广泛性的血管内凝血，即发生 DIC；又由于凝血而消耗了大量的凝血因子，又可继发凝血机能障碍；并且由于 DIC 的发生，激发抗凝系统活跃，产生继发性纤溶亢进等，都可以发生出血倾向。此一系列病理过程，即中医的“耗血动血”过程。这一过程中由于广泛性血栓形成，可引起有关脏器缺氧，酸中毒，组织坏死，特别是肾血管的栓塞，产生无尿、肾功能衰竭。由于出血使血循环量下降，而致休克的发生。这里可以看出动血(出血)与耗血(凝血因子破坏)有直接联系。

⑤ 火毒夹暑湿：毒蛇咬伤多发生于夏秋季节，其节气为暑湿熏蒸。火毒蛇咬伤以后，由于恐惧及蛇毒的入侵，使人体正气受损，暑湿之邪乘虚侵犯人体。暑为阳邪，耗气伤津，使人体抵抗力更低下，此外津伤还可以引起发热。湿为阴邪，阻滞气机，闭塞肌腠，使蛇毒不能顺利地从汗、尿、大便等通道排出，而湿毒瘀结于内，产生胸闷、腹胀、烦躁、二便不利等症状。

⑥ 火毒夹风热：火毒蛇咬伤以后，由于正气受损，抗邪能力低下，很容易合并感染风热外邪，即感染金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、破伤风杆菌、气性坏疽杆菌等病原微生物。这些具有风热性质的病原微生物可以从创口侵入，有的也可以从呼吸道侵入，引起创口局部及全身的感染。火毒夹风热，风助火热，火借风威，使火毒更为炽盛，发生内扰心神及诱动肝风等病理变化。

(2) 血循毒(火毒)在体内的传变过程

蛇伤血循毒(火毒)进入机体后的一般演变规律，主要表现为人体卫气营血与三焦及所属脏腑功能失调和实质性损害，其病机特殊表现为发病急骤，传变快，易内陷，耗血，动血，劫阴，动风，闭窍。

29

① 卫气营血传变

卫分证：卫是人体阳气的一部分，它游行于人体周身，内而脏腑、外而肌肉皮毛，具有温煦和保卫作用，能司腠理及毛孔的开合，排泄汗液并抵御外邪的侵袭。肌肤是人体的卫外，当然也属于卫的范畴。蛇之火毒注入人体肌肤后，最初表现为肌肤局部肿胀的卫表证，为蛇毒与卫气在局部相争，致气结气滞、经络阻塞、气血运行不畅所致。此外，蛇毒与卫气相争，也可以出现一些轻度的发热证。若蛇毒量注入较少，而人体卫气充足抗邪有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

力，则主要表现为肌肤肿胀疼痛为主的卫表证，一般不发生火毒传变引起的气营血分证。

气分证：《灵枢·决气》"上焦开发，宣五谷味、熏肤、充身、泽毛，若雾露之溉，是谓气。"《读医随笔·气血精神论》说"卫气者，热气也。凡肌肉之所以能温，水谷之所以能化者，卫气之功用也。虚则病寒，实则病热。"说明"气"是维持人体生命活动的一种基本物质，它又是人体生命活动的表现，是全身各组织及脏器功能活动的外在表现。是一种性质温热的并能释放能量的物质。火毒侵入气分引起气的物质变化和功能障碍。于蛇伤局部火毒与肌肤之气搏斗，二热相合致热毒炽盛，而热盛则肉腐，肉腐则变为脓血污水。全身气分症状可产生高热、口渴、便秘、烦躁、尿赤等，并发肾功能受损等脏腑功能障碍。

营血分证：《素问·痹论》说"营者，水谷之精气也，和调于五脏，洒陈于六腑。"《灵枢·邪客》说："营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血。"《灵枢·决气》说"中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。"可见营是维持人体生命活动的重要营养物质。血与五脏有着密切的关系，统于心，藏于肝，生化于脾，敷布于肺，施泄于肾，循经脉而运于全身。营和血都是行于脉中的营养物质，而营是血中之津液，营是血的一部分。

火毒内陷营血的局部表现，肿胀不如气分证重，可出现紫暗斑片，创口溃流少许血水，此为局部的火毒迫血妄行所致。

火毒内陷营血的全身证候主要病机变化是血液受劫和心神不安。若热伤营阴，则身热炽甚，烦渴或口反不渴；若热扰心神或蒙蔽心胞，则心烦不寐，或烦躁神昏，或神昏不语；若热邪伤血络，则出现皮下瘀斑，尿血，衄血等；若血热动风，则颈背强急。四肢抽搐，目赤口噤。

临床上火毒入营血难于具体区分，若火毒在营分为主，则表现为热伤营阴和热陷心胞为主，热扰心神和热伤血络的兼见之证。而火毒的血分证候主要表现为血热动血。血热动风，血热伤阴三大证候。若火毒夹有风热，则耗伤营阴更甚，并可出现肝阴不足至肝风内动之抽搐、项强、口噤等证候。

② 三焦传变

三焦是阳气与水液运行的通道：《难经·六十六难》说"三焦者，食气之别使也，主通行元气，经历于五脏之腑。"《灵枢·五癃津液别论篇》说："三焦出气，以温肌肉，充皮肤，为其泽。其流而不行者为液。无暑衣厚则腠理开，寒则腠理闭，气温不行，水下留于膀胱则为溺与气。"这两条文说明了三焦不仅是阳气运行的通道，而且是水液运行通道。正是因为它通行阳气，所以才能具有气化作用，在三焦的气化作用下，津液得以敷布于肌肉，皮肤部位，起充养作用。三焦气化作用亦可使水液从腠理排出体外而为汗，从膀胱排出体外而为尿。

火毒夹暑湿的三焦辨证：夏秋季节被火毒蛇咬伤，由于恐惧心理和火毒伤卫，而最易合并感染暑湿之邪。暑湿之邪从口鼻而入侵袭于肺；暑湿和火毒从肌肤皮毛而入，通过肺主皮毛的关系及百脉朝肺的原理也可侵犯肺部。二者均可致肺气宣发与肃降失司、卫外功能失常及水液代谢障碍。发生恶寒、发热、头身重痛、胸闷、表情淡漠或时昏时醒等上焦症状。火毒与暑湿侵犯中焦，邪气郁脾胃，导致脾胃运化功能障碍，气机升降失常，除一般蛇毒症状外，可伴有脘腹胀痛，纳呆不饥，便溏或便秘，肋痛黄疸，也可伴有发热，头身痛重等症状。邪毒侵入下焦膀胱，小肠、大肠，导致水液代谢障碍，小便不利或尿闭，大便不畅，同时也可兼见脘腹胀痛等证候。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

总之火毒夹暑湿从三焦传变，关键是影响人体阳气敷布及水液代谢，阳气内遏可产生发热，气机郁滞有腹胀、胸闷；气化不利，使汗、大小便排泄障碍，使蛇毒内闭而不能随汗、尿、大便排出体外。同时火毒和暑湿郁遏于蛇咬伤的局部，则肿胀、溃疡、渗流污浊脂水等症状更为严重。

③ 卫气营血与三焦交错传变

火毒蛇咬伤，由于其毒易阻滞气机，可内生湿邪；此外，火毒蛇咬伤夹外感湿邪或暑湿之邪较为多见，因此在临床上有时可出现卫气营血与三焦传变混杂交错发生。我们在掌握火毒蛇的卫气营血传变和三焦传变的理论基础上，要善于把二者结合起来。这一结合是有先例的。清代著名温病学家吴鞠通《温病条辨》一书，就是把三焦辨证与卫气营血辨证一炉而冶，把卫气营血辨证穿插到三焦辨证之中。我们在研究火毒蛇咬伤夹湿时，如能这样做，的确能够提高治疗火毒夹湿型蛇伤的临床疗效。

(3) 火毒蛇咬伤治则与方药

① 卫气营血证治

卫分火毒证治：火毒在卫表主要是蛇毒引起局部肿胀疼痛为主症。但肺司卫，卫分毒气可以传入肺。太阳亦可主表，蛇毒之表可传入膀胱。火毒在卫表可引起膀胱气化不利，肺气宣降失司，水道通畅障碍，发生小便不利，以致蛇伤早期血液中游离的火毒物质不易随尿排出。故火毒卫分证治则宜清卫解毒，宣肺利尿。方用五味消毒饮加减，药物有银花、野菊花、地丁、蒲公英、半边莲、七叶一枝花、麻黄、杏仁、赤小豆、连翘、车前草等。

气分火毒证治：火毒深入气分表现为热毒炽盛和脏腑功能受损，局部溃烂，坏死。伴发热，口渴，尿赤短少或大便秘结，也可出现气热攻心之烦躁等证。治法为清气泻火解毒。方药为黄连解毒汤加减。药物有黄连、黄柏、栀子、黄芩、龙胆草、七叶一枝花、半边莲、石斛、玄参、知母、生石膏、厚朴、生大黄等。

内科学气分热忌用苦寒，恐其化燥伤阴，而在蛇伤科取其苦寒直折以挫蛇毒，加之辅以养阴通便，意在急速抑毒排毒。

营血分火毒证治：主要表现为火毒伤营阴、伤血络，热扰心神及蒙蔽心胞。表现为发热，尿少或尿闭，皮下瘀阻斑，烦躁谵语或神昏不语。局部症状反而没有气分热毒为重。治则为清营凉血，泻火解毒。方药为清营汤，犀角地黄汤，黄连解毒汤三方合方加减。药物有水牛角、羚羊角、生地、丹皮，赤芍、玄参、石斛、花粉、黄连、黄柏、黄芩、银花、半边莲、七叶一枝花。蛇科清营血分热毒，可以在营血分中直接清除，无须应用透热转气法。若合并心神症状，可配服安宫牛黄丸或紫雪丹等。此外，治疗营血分火毒，不必拘泥火毒伤阴的理论，仍可加用一些利尿通便的药物，以求加强排毒。

② 三焦证治

暑湿困表，火毒内犯：症见恶寒、发热、无汗、头身疼痛，胸脘痞闷，心烦口渴，小便短赤，或有神志呆痴，时昏时醒，局部肿胀闷痛，伴有灼热感。证因暑湿外束，腠理闭塞，卫阳被遏故无汗，暑湿困表，气血受阻则头身疼痛困重。湿邪阻滞气机则胸脘痞闷。湿阻气机，气化不利故小便短少。火毒侵犯心肺，酿成痰热，蒙蔽心包，热扰心神，则神时昏时醒，治则为清暑化湿，泻火解毒，芳香开窍。方药为新加香薷饮合五味消毒饮合菖蒲，郁金汤加减，药物有香薷、扁豆、厚朴、银花、半边莲、七叶一枝花、栀子、黄芩、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

连翘、石菖蒲、郁金、滑石、竹叶、竹沥，或配服至宝丹。

湿热火毒，郁阻蕴蒸：主要表现为发热倦怠、头痛而晕、四肢酸楚，周身酸痛、胸闷腹胀、大便溏软、小便短赤、局部肿胀木硬、沉重。由于外感湿热和蛇毒之火毒蕴结于中焦，阻滞气机所致。湿热和火毒蕴蒸故身热，湿热伤气则倦怠，湿热上蒙清窍故头晕头重，湿阻气机则胸闷腹胀及小便不利，热伤津液则小便短赤。治则为化湿辟秽，清热解毒。方药为甘露消毒饮加减。常用药物有茵陈、滑石、黄芩、石菖蒲、木通、藿香、射干、白蔻仁、半边莲、七叶一枝花、青木香等。

湿热火毒蕴阻膀胱：主要表现为小便不通，热蒸头胀及身重而痛，神识昏蒙，呕恶不食，口干而不欲饮。由于湿热火毒阻滞膀胱，下窍闭塞，气化不行，水道不利，故见小便不通或点滴皆无。下焦湿热弥漫上焦，可兼见中上焦见证。火毒邪热蕴于湿邪之中，热蒸湿动，故患者自感闷热如熏蒸。湿热上蒙清窍，则头昏肢如裹。湿热上蒙心胞则神识昏蒙。湿热阻滞肌表则气血不通，致身重而痛。脾胃升降失司，则有呕恶不食等症。治则为淡渗利湿，芳香开窍。方药为茯苓皮汤合苏合香丸加减。常用药物有茯苓皮、苡仁、猪苓、大腹皮、通草、淡竹叶、七叶一枝花、半边莲、青木香、远志、牛黄、琥珀、麝香、生玳瑁等。

（4）小结

① 蛇毒的血循毒因具有肿胀、溃烂、坏死、溶血、出血等临床特点，类似中医火热毒邪所致的病理表现，故命名为中医的“火毒”。②火毒除具有腐败肌肤、攻心、迫血、动血等特性外，还可夹暑湿或风热共同致病。③火毒为主或兼风热之邪的病理演变，多为卫气营血演变。卫分证多为局部肿胀兼全身轻度发热；气分证为局部和全身气的物质和功能改变，营血分证为火毒内陷后引起血液受劫和心神不安，甚者可出现肝风内动。④火毒兼暑湿或湿热之邪的病理演变多为三焦传变，主要表现为气机受阻和水液代谢障碍等系列病变，导致蛇毒不能排泄于体外而瘀结于内。⑤火毒夹湿致病可形成卫气营血与三焦交错传变，必须把卫气营血辨证穿插于三焦辨证之中。⑥无论是采用卫气营血辨证还是采用三焦辨证，除根据这二种辨证规律和临床表现论治之外，无论哪一种证型均需应用解蛇毒的中草药，并妥善应用利尿和通便的排毒药。不必拘泥于湿热病慎用渗利通便的治疗法则。务使蛇毒外出为第一。

1.2 西医学有关研究

1.2.1 蛇毒及其在体内的过程

蛇毒的有毒成分包括神经毒、血循毒、混合毒和各种酶。神经毒主要是阻断神经与肌肉的接头，引起全身横纹肌弛缓型麻痹，终至周围性呼吸衰竭，并导致缺氧性脑病、肺部感染及循环衰竭等。神经毒中毒的首发致死原因是外周作用，属于呼吸动力缺乏性呼吸麻痹。血循毒对心血管和血液系统产生多方面的毒性作用。其中心脏毒的毒性最强，损害心肌细胞的结构与功能，可造成心肌坏死，心力衰竭。出血毒素可直接损害血管内皮基膜，使血管通透性增加，导致广泛性血液外渗，全身性出血及肺、心、肝、肾、脑实质出血。溶血毒素可以直接或间接地溶解红细胞。蛇毒中还含有各种酶，其中蛋白质水解酶能溶解肌肉组织和损害血管壁，导致肌肉坏死、全身性出血。磷脂酶 A 引起的溶血症是极为严

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

重的，也可以损伤神经组织而出现严重的外周神经症状，还可以破坏血管引起出血。透明质酸酶主要破坏结缔组织的完整性，使蛇毒扩散，易于吸收，并引起严重的肿胀。三磷酸腺苷酶可以破坏三磷酸腺苷而减少体内能量供给，影响体内神经介质蛋白质的合成，导致各系统生理功能障碍。

毒蛇咬伤人时，其毒液通过具管或具管沟的毒牙注入皮下组织。蛇毒主要由淋巴吸收再进入血液循环分布全身。分子较小的神经毒等也可直接进入血液循环吸收。完好的皮肤沾染了蛇毒是没有危险的，因为蛇毒不能穿透完好的皮肤被吸收。完好的粘膜蛇毒不能穿透，但经过蛇毒作用发生炎症反应可以通过蛇毒。蛇毒还可以通过原来有炎症，有破损或有溃疡的粘膜。

蛇伤早期局部蛇毒比较集中，浓度较高，又借助于其中的透明质酸酶使之易于扩散、穿透、迅速吸收。但以后由于蛇毒扩散至周围组织与组织蛋白非特异性结合，游离的蛇毒扩散梯度也降低，故在局部以较慢的速度吸收，如急救时作了伤肢结扎，则毒在局部停留时间更会延长。这说明了早期结扎、扩创、吸吮排毒及注射解毒药物要及早进行。

蛇毒在体内的分布，一般认为肺、肾、心局部淋巴结含量较多，中枢神经系统极少，并认为这可能与器官血流量、蛇毒吸收通路及血脑屏障阻挡有关。有关实验证明蛇毒与其靶细胞的特异性结合非常牢固。蛇毒吸收后在血液循环中存在较多而且较久，这可能是蛇毒在血中与血浆蛋白结合而停留较久。

蛇伤早期游离的蛇毒可流经肾脏通过肾小球过滤排泄，而且还可以通过肝脏和网状内皮系统进行体内解毒。多数学者认为，人和动物消化腺分泌物能破坏蛇毒，在肝脏有解毒作用，而且可以从小便排出约70%的毒素。

1.2.2 蛇毒的出血作用

目前，有关蛇毒出血毒素造成出血的机制主要有两种学说：一是认为具有蛋白水解活性甚至纤溶活性的出血毒素通过诱导不十分清楚的组织因子，或直接作用于血管内皮细胞之间的联结处，破坏了内皮细胞间的紧密联结及邻近的基底膜，最终造成出血。[3]另一种学说认为出血毒素造成内皮细胞破裂，经血管横向穿过细胞膜外渗，从而引起出血。[4]

引起出血的机制目前争论较多，尚无定论，也许不同种属的蛇毒出血组分作用机理彼此迥异，这有待于大量研究来证明。有人建议应着重对三个问题进行研究：①出血组分对毛细血管通透性的影响。②在生化和形态方面应对最初红细胞如何横穿毛细血管壁进行阐述。③对为什么能出血不止(包括破坏凝血和抑制血小板的聚积)。蛇毒出血毒素的作用复杂，是一个难解决的问题，与蛇毒出血机制难以解决相似，目前常用止血药对蛇伤没有明显的止血效果。

1.2.3 蛇毒的溶血作用

蛇毒中有些因子能作用于细胞或细胞器的膜，使细胞膜结构发生紊乱，红细胞溶解作用就是这些因子直接或间接作用的结果。蛇毒溶解红细胞产生的毒性与整个蛇的毒性相比作用不大，它可以被看作蛇毒的一种消化作用。

所有的蛇毒都能对人或各种动物的红细胞起间接溶血作用，但只有属于眼镜蛇科的几种蛇毒能起直接溶血作用。所谓间接溶血是借红细胞中必须加卵磷脂或含有卵磷脂的物质，蛇毒才能引起溶血，而直接溶血作用指不加这些卵磷脂，蛇毒直接作用于红细胞引起

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的溶血。间接溶血因子它的作用分为二步：第一步水解卵磷脂生成溶血卵磷脂和脂肪酸，第二步溶血卵磷脂和红细胞膜作用产生溶血作用。直接溶血因子能先使红细胞膜的透性改变，随后在某些情况下可以导致某些物质主动运输的紊乱。由于不同细胞膜组成和结构不同，因此对直接溶血因子作用的敏感性也不同。直接溶血因子还可以对兴奋的细胞进行作用，使它们去极化，也可以影响膜结合酶的活性。如应用纯化的直接溶血因子和间接溶血因子同时处理人红细胞，则能产生很强的溶血作用。眼镜蛇毒由于同时含有这两种物质，所以能对红细胞产生快速而强烈的溶血作用。

1.2.4 蛇毒对神经系统的作用

蛇毒中主要的神经毒素分为两类：即突触前神经毒素和突触后神经毒素。它们的共同特点是抑制神经-肌肉传导，在临床上表现为因肌肉麻痹引起的呼吸衰竭和惊厥。对神经毒素的作用机制已经做过大量的研究，对突触后神经毒素的作用过程有比较清楚的认识，但对突触前神经毒素的作用机制仍还有不少问题没有解决。另外，有些神经毒素还可以影响神经干和神经节中神经-神经之间的传导，有些还能对中枢神经系统起作用。因此，蛇毒神经毒的作用涉及的范围很广。

呼吸麻痹是神经性蛇毒引起的主要症状，有关呼吸麻痹是因为毒素作用于外周神经肌肉系统引起，还是作用于呼吸中枢引起，过去一直争论不休。以后发现海蛇毒、有神经性的蝰蛇毒和响尾蛇毒引起的呼吸麻痹是外周神经-肌肉传导被阻滞造成的。这是主要原因，但如果通过心室或直接把蛇毒或组分加到脑循环中，有些蛇毒可以直接作用于中枢，而且毒性很强。

有人对家兔、狗和猴系统注射眼镜蛇毒和海蛇毒，发现中枢的前角细胞，颅侧的神经细胞，锥体细胞和浦肯野氏细胞都发生了神经病理学方面的变化。变化依不同蛇毒和不同剂量而定，也与死亡的时间有关。[5]从生理学研究来说，神经毒素产生的呼吸麻痹是外周性的，但也有部分中枢受影响的特征，其中包括倦怠、瞌睡、神志不清和惊厥等。这些症状是否是外周被麻痹引起的第二症状现在还不清楚。但有学者把大剂量眼镜蛇毒直接注到脑循环中，角膜反射和膈膜运动很快消失。[6]从这一点来看毒素对神经中枢确实有作用。从巴勒斯坦蝰蛇毒中分离出一种神经毒素，这种毒素能通过舒张血管引起血压快速而持久的下降，而且能在 30 秒内消除颈交感神经的动作电位，这可能是该神经毒通过抑制自主性血管调节机制引起的。[7]另有一学者分离出一种神经毒素，该毒素能加强外周神经系统释放乙酰胆碱[8]，及产生中枢神经受影响的症状，如对声音和触摸高度敏感等。把该毒素注射到实验动物的脑组织中，结果发现动物会沿着自己身体旋转以及惊厥和咀嚼异常等中枢神经中毒症状。

蛇毒的突触后神经毒素的作用很单一，也很简单。它们特异地作用于运动终极的乙酰胆碱受体上，阻止了乙酰胆碱和受体的正常结合，阻断神经肌肉传导，使骨骼肌不受神经的支配。这类毒素作用的部位不是神经纤维，所以神经的一切活动都是正常的，所影响的是肌肉细胞运动终极与乙酰胆碱结合有关的生理过程。具体表现在，受这类毒素作用后，终极电位、微终极电位和乙酰胆碱作用强度的值被降低。[9]

蛇毒的突触前神经毒素对神经-肌肉传导进行突触前抑制。广义的突触前抑制是指运动终极后膜以前的抑制，可分为轴突传导抑制和突触前膜传导抑制。轴突传导抑制是指神

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

经毒素作用于神经纤维，通过影响 Na^+、K^+通道的功能而影响动作电位在轴突上的传导；有的则由于溶解轴突中的磷脂引起轴突膜的紊乱从而影响传导　突触前膜抑制是指作用于突触前膜从而阻断神经-肌肉传导的抑制。

1.2.5　蛇毒对肌肉及其他组织的作用

很多蛇毒可以对骨骼肌产生直接作用，如颤搐、收缩、去极化、降低兴奋性、产生坏死等。在临床上表现为肌痛和肌球蛋白尿等现象。

有心脏毒性的心脏毒素属于膜活性多肽，它们不但对心脏有毒性，而且能作用于骨骼肌、红细胞和神经纤维。心脏毒素对肌细胞的去极化与乙酰胆碱等物质的作用不同，后者作用于受体使运动终极(突触后膜)局部产生去极化，而心脏毒素使整个肌纤维去极化。在去极化过程中可以发现外层肌纤维的质膜被快速搅乱，严重时可看到质膜碎片和囊泡化

蛇毒中的蛋白质水解酶可引起组织坏死，一般认为蛋白酶的肌坏死作用是非特异性的，是肌肉组织被水解造成的。对有出血作用的蛋白酶而言，出血作用引起的缺血加剧了肌肉坏死。

蛇伤病人特别是被蝰蛇咬的病人，伤口的最初生理变化是肿胀或水肿。眼镜蛇毒引起的水肿相对较弱，海蛇毒几乎没有水肿作用。一般认为引起水肿的组分有间接溶血因子、蛋白酶和激肽释放酶，能引起出血和肌坏死的组分一般也能引起水肿，例如心脏毒素等。

不少蛇毒可以对肾脏作用，引起肾脏损伤。蛇毒的某些组分可直接刺激肾小球，蛇毒中的出血毒素可以引起肾小球毛细血管出血，[10]有的蛇毒可使肾小球膜内皮细胞肿胀和增生，[11]蛇毒还可以作为抗原和体内的抗体形成复合物，刺激肾小球而使肾小球发生病变。

蛇毒某些成分还可以损害肾小球内动脉，而产生坏死性动脉炎。但其坏死病变是分段发生的，并不是全部动脉血管都产生坏死。[12]

蛇毒对肾小管细胞有直接细胞毒作用，而发生肾衰竭。其主要原因有：有些蛇毒能引起降压和心力衰竭，而长期降压会引起肾衰竭；由于有的蛇毒能引起血液凝固，在血液凝固的严重情况下肾血流量大幅度减少，从而使皮质产生坏死，所以此类肾衰竭是由于肾小管坏死和皮质坏死引起；蛇毒溶血因子可引发严重的溶血，肾小管中有大量血红蛋白，这些血红蛋白阻塞肾小管可引起肾衰竭；蛇毒中的溶血成分可发生严重的溶血，而溶血可以引起血凝，[13]后者又会引起溶血，[14]从而形成恶性循环；蛇毒对肌肉的破坏导致肌坏死，其产生的肌红蛋白可阻塞肾小管而产生肾衰竭；[15]蛇毒所致的肾组织动脉炎，会使动脉腔狭窄，从而使肾血流量减少。以上各种原因都可以发生肾衰竭。

由蛇毒引起的肾衰竭与其他病因产生的肾衰竭相似，所以治疗方法也相似，一般在出现尿毒症时应该对血液进行透析，除非肾脏有皮质坏死，一般情况下肾功能都能通过治疗而恢复。由于蛇毒组分分子量大而且与组织结合很快，故一般不能用透析血液的方法除去蛇毒蛋白。因此，血透除能改善尿毒症外，对其他症状没有多大改善。

1.2.6　蛇毒对心血管的作用

蛇毒对心血管的作用是十分复杂的，不但包括了蛇毒对心血管的影响，而且涉及到蛇毒组分对血液系统的作用。

试验中对动物注射响尾蛇或蝰蛇毒会引起血压的下降，随后又有部分的恢复，但最后血压下降、心跳停止，人工呼吸也不能维持血压。血压下降的最初不是由心脏被作用引起

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的，主要归于外周血管舒张，从而导致外周阻力下降。[16]蛇毒引起的休克表现为长时间的低血压，心脏输出量减少，血容量减少，血液浓缩。这种休克是由于血浆或血液渗入软组织或各种内脏器官引起的。从某些响尾蛇毒中分离的碱性蛋白和减压蛋白(MDP)能使心肌衰竭、减压，人们把这些碱性蛋白称为心脏毒素。某些蛇毒组分在体内可以释放出生理活性物质，这些物质能够引起血压下降等。

1.2.7 蛇毒对生理活性物质的释放

蛇毒对动物的间接影响逐渐被人们重视，现已知道某些蛇毒或组分进入体内可以引起机体释放生理活性物质，这些生理活性物质不是蛇毒中含有的，而是蛇毒组分作用于机体释放的。蛇毒组分释放的生理活性物质常见的有组织胺、5-羟色胺、激肽和缓慢反应物质，它们的主要功能是降压作用。

组织胺的释放：很多蛇毒都能释放组织胺，但不同蛇毒释放反应有一定的差别。[17]组织胺有降压、致水肿和致痛等多种生理作用，但蛇毒组分引起释放组织胺的量不多，不足以对动物产生致命的伤害。[18]很多学者用抗组胺药治疗蛇伤，发现对动物或病人的帮助不大。

5-羟色胺的释放：5-羟色胺的释放基本上与组织胺的释放平行，许多能引起组织胺释放的物质也能引起5-羟色胺的释放。另外，蛇毒中许多加强血小板凝集作用的组分在加强凝集作用的同时也引起血小板释放出5-羟色胺。[19]5-羟色胺可以引起局部毛细血管透性轻微的改变，它在体内的作用是改变动物的血压。

舒缓激肽的释放：舒缓激肽是一种降压效应极强的物质，原因在于它能引起毛细血管透性增加和血管舒张。舒缓激肽的前体是血浆中的球蛋白，叫激肽原，胰蛋白酶和激肽释放酶能特异地水解激肽原使之成为舒缓激肽。有的蛇毒中的激肽释放酶活性很高，这些激肽释放酶可以像胰蛋白酶和血浆中的激肽释放酶那样作用于激肽原，从而引起舒缓激肽的释放，降低动物的血压。血液中的抑肽酶能抑制血浆中舒缓激肽释放酶的活性，也能抑制蛇毒舒缓激肽释放酶的活性。尽管蛇毒中的激肽释放酶有很多方面与胰蛋白酶以及血浆中的激肽释放酶相似，但在水解产物方面有一定的差异。

缓慢反应物质的释放：缓慢反应物质(SRS)是指受刺激或潜在受刺激后细胞或组织释放的一类脂溶性物质，它们的释放与血浆无关。由于这类物质能使鸽回肠缓慢收缩，所以称为缓慢反应物质。SRS主要由前列腺素和溶血卵磷脂组成。能引起前列腺释放的蛇毒不多，前列腺素的释放分为两步：第一步为蛇毒组分水解脂类物质释放出不饱和脂肪酸；第二步为不饱和脂肪酸被组织中的酶合成前列腺素。[20]

前列腺素的作用部位主要是肺器官中的平滑肌，这些平滑肌对它十分敏感。[21]前列腺素由于能使肺支气管平滑肌收缩，使肺通气量减少，并使肺血压上升，同时还能增加毛细血管的通透性而产生肺水肿。

儿茶酚胺释放：Feldberg用离体猫肾上腺与蛇毒作用，发现该毒能从肾上腺中持续释放肾上腺素。其作用的实质是间接溶血因子水解腺体中的磷脂产生溶血卵磷脂，溶血卵磷脂作用于腺体引起肾上腺素的释放。溶血卵磷脂能把肾上腺中的肾上腺素耗尽，使肾上腺分泌功能消失。导致动物外周动脉血压下降的同时伴随肺动脉压上升。[22]

过敏毒素的释放：很多蛇毒进入体内都可以激活补体从而产生过敏反应，激活后的补体称为过敏素。过敏毒素产生后很快失活，但在某些情况下产生如下效应：引起自体免疫

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

从而导致动物过敏、引起红细胞溶解，引起白细胞聚积。

1.2.8 蛇毒磷脂酶 A_2 的生物效应

蛇毒磷脂酶 A_2（PLA_2）可以引起多种生理变化。蛇毒 PLA_2 具有突触前神经毒作用、肌溶作用、心脏毒作用、溶血作用、出血作用、降压作用、水肿作用、促凝或抗凝作用、加强或抑制血小板聚积作用等。

PLA_2 表现生理活性有些与它们水解活性有关，生理作用的产生要么与它们水解结合位点关键性磷脂有关，要么与溶血卵磷脂和脂肪酸的释放有关。水解关键性磷脂可以产生如下作用：使生物膜的构象发生变化；[23]由于微环境中的磷脂被水解，靶分子的分子行为发生变化，改变了生物膜对离子、药物等的通透性；[24]改变膜上一些受体-配体系统的正常功能；[25]改变膜上酶的活性；使乙酰胆碱受体-离子通道复合物纯化。

突触前神经毒作用：毒性 PLA_2 有相当一部分具有突触前神经毒性，它们能对神经肌肉传导产生三相变化：第一阶段为短暂的抑制，接着是短暂的加强传导期；第三阶段传导逐渐被抑制，最后传导彻底消失。

抗凝作用：血液凝固呈瀑布加强，前一个前体被激活后又激活下一个前体，一级一级加强，最后凝血酶原被激活。很多血液凝固因子都在血小板磷脂膜上，在激活过程中，激活的各因子形成复合物。抗凝 PLA_2 与某种血凝因子结合，可以水解附近关键的磷脂，使血液凝固减弱或中止，从而起到抗凝作用。

肌溶作用：很多 PLA_2 有肌溶活性，而且这些肌溶毒素在体内有特异结合位点。

心脏毒性：只有少数几种 PLA_2 显示心脏毒性。这些 PLA_2 一般酶的活性都很低。

对血小板功能影响：导致血小板聚集的途径主要有三种：ATP 释放、血栓烷（TXA_2）形成和血小板活化因子（PAF）的作用。但是一些蛇毒的 PLA_2 却是血小板聚集的抑制剂。蛇毒 PLA_2 抑制血小板聚集的作用机制正在深入研究。

溶血作用：蛇毒 PLA_2 的溶血作用一般地说它们多引起间接溶血，只有少数几种 PLA_2 能够引起直接溶血作用。

协同作用：蛇毒 PLA_2 对于一些膜毒素，如细胞毒素、心脏毒素、肌肉毒素、直接溶血因子等均有增强和协同作用。这两类物质都作用于细胞膜，协同作用与搅动细胞膜有关，协同作用是相互的。

2 临床研究

2.1 蛇伤流行病学研究

印度是报道中蛇伤较严重的国家之一，Fayrer（1874 年）通过各地医疗机构收集的资料进行统计，报道了印度各州的蛇伤死亡人数。以后又有 Swaroop 及 Ctrab 于 1954 年采取上述方法进行 1940～1949 年间印度蛇伤死亡情况的调查。1972 年 11 月日本学者泽井芳男（Sawai，Y）等在印度国家卫生部、各州卫生部及有关医疗单位协助下收集 1966～1971 年的蛇伤病历，维持 2 个月的调查，统计出印度每年蛇伤死亡人数为 24000 人，作者称之为“官方数据”，实际并非如此，因为民间医治的蛇伤病历未能收集到。[26]

美国、马来西亚、斯里兰卡等国也利用健全的蛇伤病历进行流行病学研究，但数据仍

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

限于官方数据[27-28]。Russell，F，E（1969）根据“官方数据”报道美国每年被毒蛇咬伤者约7000人，死亡200人。[29]

日本东京大学泽井芳男及川村善治（Y.Kawamura）1957年起对日本的奄美大岛及冲绳岛进行了烙铁头毒蛇咬伤的流行病学研究，以后不断进行跟踪调查，观察该地区蛇伤防治方法的效果，取得了一些令人信服的研究数据，是目前世界上最仔细，反复调查最多的蛇伤流行病学研究[30]他们还对东南亚一些国家和地区进行了蛇伤流行病学调查工作。[31]

我国台湾杜聪明（1941）曾报道通过台湾警察局的卫生年报进行过台湾省蛇伤死亡情况的流行病学研究。Sawai，Y等与台湾曾生长合作，于1968年7～8月访问了各县市的省立、县立、公立或私立医院，收集1964～1968年5年间891名蛇伤患者病历，进行了蛇伤种类、死亡率、咬伤时间、地点、部位等数据的流行病学统计分析，仍未能作出发生率结果，主要是收集的数据有限。[32]浙江省海宁县1973～1985年全县共发生蝮蛇咬伤1427例，年平均发病率为0.192‰。[33]

广西医科大学王乃平等人（1991～1993）与日本蛇族学术研究所泽井芳男等人合作，在国内首次采用大范围随机抽样现场调查方法，科学地选择了广西的东南西北中代表的山区、丘陵、平原、城市、海边的5市16个县的18个乡镇。调查人口412097人，由于分布合理，实际代表了广西46000000人口。为避免委托他人调查的误差性，调查人员全部由作者组成，逐村、逐屯、逐家进行调查，历时9个月，取得了准确的数据后进行了流行病学统计处理，得出广西1990年蛇伤病人37600人，死亡人数为1019人，伤者绝大多数为青壮年，其中多数是农民。[34]

上述资料表明，蛇伤在我国特别是江南，仍然是危害人民健康的灾害性疾病。应该引起卫生行政部门和各级医疗卫生机构的高度重视。特别应该在农村地区建立有效的蛇伤防治网络，推广和普及使用抗蛇毒血清治疗和中西医结合治疗毒蛇咬伤。建立具有中国特色的防治蛇伤的有效科学方法并对全人类防治蛇伤灾害性疾病作出贡献。

2.2 毒蛇咬伤的临床分型、分度、分级研究

在1997年10月广东湛江国际毒蛇咬伤学术研究会上，中国学者谢锐光、余培南，多哥学者阿梅贝尼安·科姆兰、阿贝西，新加坡学者王平等发表此类研究论文，现摘要如下。[35]

毒蛇咬伤的临床病情分型

	轻　型	重　型	危　型
局部体征	伤部肿胀，无组织坏死、水疱、血疱、瘀斑，或有则轻微	组织坏死，导致功能障碍或致残	并发严重感染
脑	紧张焦虑，但神志清醒	烦躁不安、谵妄、嗜睡、张口困难	意识障碍及抽搐
心	血压正常或偏高，心率正常	血压过高（>21/kPa），心动过速（>130次/分），或过缓（<50次/分），心律不齐，传导阻滞	心跳骤停，休克（SBP<10/kPa）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

续表

	轻　型	重　型	危　型
肺	呼吸自如	胸闷气促、呼吸困难，PO_2 < 7.98/kPa	呼吸停止
肝		SGP-T增高	黄疸、胆红质 > 51μmol/L SGP-T > 正常值2倍
肾	尿正常或少量蛋白、红细胞	血红蛋白尿、少尿	肌酐 > 265.8μmol/L 或 BVN 日增 8.93mmol/L
消化道	上腹不适、恶心或腹痛	呕吐频繁、胃肠胀气、呕血、柏油样大便	呕血量 > 500ml/次
凝血系统		出血、凝血障碍、血小板 < 80×10^9/L、血色素 < 80g/L	血小板 < 50×10^9/L 或 DIC，血色素 < 30g/L
中毒症状	面色苍白、头晕目眩、泛恶、纳呆、溲赤便秘、舌苔薄白、薄黄、白腻、脉缓或弦数	眼睑下垂、吞咽困难、心悸、胸闷、气促鼻煽、身痛、烦躁、口噤、项强、舌强语塞或鼻衄齿衄呕血、尿血便血，黑粪、血血(皮肤粘膜)广泛瘀斑)或尿少，苔黄腻、黑芒刺或光剥，脉结、代、疾、微、濡	汗出如油、四肢厥冷、口吐白沫、痰涎壅盛、唇甲青紫、舌红绛瘦、或隆闭、痉挛抽搐、厥逆、厥脱，脉不应指或促，或脉微欲绝

毒蛇咬伤的肿胀分度

分　度	局部症状与体征
轻度肿胀	局部仅有轻度肿胀，范围为：上肢在肘以下，下肢在膝以下
中度肿胀	伤在头面，肿至颈部或影响五官功能，上肢达肩关节、下肢髋关节
重度肿胀	肿达头面颈或胸腹、躯干及对侧肢体

毒蛇咬伤的溃疡分度

对毒蛇咬伤所致的溃疡也分三度，即Ⅰ度溃疡、Ⅱ度溃疡和Ⅲ度溃疡。

毒蛇咬伤的溃疡分度

分　度	局部溃烂程度
Ⅰ度溃疡	溃烂限于皮肤，一般面积在 4cm × 4cm 以内
Ⅱ度溃疡	溃烂深达肌层，或皮肤溃烂面积较宽
Ⅲ度溃疡	肌层广泛坏死，导致血管、神经、肌腱溃烂，常累及骨质而致残废

瘫痪程度分级

被含神经毒的毒蛇咬伤的重症患者，常会出现各种不同程度的瘫痪，现分为五级：

瘫痪程度：

1级：肢体活动自由，离开床上时，不会掉落，且有一定抵抗力，但活动不完全正常。

2级：肢体不完全瘫痪，但活动有限制，当肢体离开床上，很快掉落下来。

3级：肢体瘫痪，但可在床上移动，不能离开床面。

4级：肢体瘫痪，仅有一群肌肉活动。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5级:肢体完全瘫痪,没有活动功能。

意识障碍程度分项

对毒蛇咬伤的危重病人,进行神经系统检查,了解病人的意识状态,对判断病情,是很有价值的。

意识障碍程度:

① 意识模糊:保持简单的精神活动,但对周围的理解力,反应能力及判断力失常,表现为对时间、地点、人物的定向力完全或部分发生障碍。

② 嗜睡:病人易被唤醒,醒后尚保留短时间的醒觉状态,有一定言语或运动反应,但其反应迟钝,一旦刺激移去后病人则又迅速入睡。

③ 昏睡:病人呈深睡状态,难于唤醒,唤醒后反应呈不完全性,意识仍模糊,反应迟钝且时间维持很短,继又迅速沉睡。

④ 昏迷:病人的意识完全丧失,不能被痛的刺激所唤醒。随意运动消失,各种反射呈减退或消失。浅昏迷则各种反射存在,刺痛反应存在,有防御反射。深昏迷则各种反射消失,强烈刺激均无反应,常伴有尿失禁,脉搏变快,血压可降低,呼吸出现紊乱。

⑤ 去大脑皮层综合征(去皮质状态):患者貌似清醒,但无任何意识活动与反应,除眼球能不随意活动外,无自主运动。原始反射如吞咽反射等保存。四肢张力可升高,双上肢屈曲双下肢伸直,两侧病理征阳性。

(2) 肌力分级

了解危重蛇伤病人的肌力,对呼吸、心跳停止的抢救,尤其对掌握撤除呼吸机的时机和拔除气管套管的时机,是十分重要的,现将肌力分为六级。

0级:肢体完全软瘫。

1级:手指、足趾能活动。

2级:腕关节、踝关节能活动。

3级:肘关节、膝关节能活动。

4级:肩关节、髋关节能活动。

5级:全身各关节功能正常。

对毒蛇咬伤进行科学的临床分型、分度、分级,对于抢救蛇伤危重症,判断预后,防治蛇伤肢体伤残等具有重要意义。同时对于国际、国内蛇伤学术交流研究,具有规范化、标准化作用,便利学术交流及经验推广。

2.3 神经毒(风毒)蛇咬伤治疗研究

2.3.1 喻文球应用青木香解毒汤等综合治疗神经毒蛇咬伤15例

本文取材于没有应用抗银环蛇毒血清治疗神经毒蛇较伤的病历资料。依靠口服青木香解毒汤和静脉点滴激素为主治疗银环蛇咬伤,获得很理想的疗效。

青木香为中国民间治蛇伤要药,俗称开眼药,具有抗神经毒作用,故不仅能扩瞳孔,也能扩口、扩胸,即恢复神经-肌肉的正常运动生理功能。本方为中西医结合制方,有对抗神经毒、促进机体解毒的药,也有保护神经-肌肉接头的药。根据神经蛇毒易引起外周性呼吸麻痹,而特别加用兴奋脊神经和呼吸肌的马钱子,以及应用具有促进胸廓运动的小

小众网站大众健康:http://qianjinpianfang.com

陷胸汤。本方与激素合用相得益彰，即口服中药解毒抗毒，静脉点滴激素为中药解毒抗毒争取时间和创造了条件。[36]

（1）治疗方法

由于在84、85二年我院尚未引进抗银环蛇毒血清，治疗方法主要采取内服中药青木香解毒汤及静脉点滴激素为主要法则，并针对不同的并发症对症治疗。

青木香解毒汤由青木香10g，半边莲15g，七叶一枝花15g，防风10g，僵蚕10g，蜈蚣2条，五灵脂10g，川芎10g，制马钱子1.2g，法夏6g，瓜蒌10g，川连10g组成。24小时之内煎服2剂，共煎煮4次，煎出液约1500～2000ml，开始每小时服药100ml，连服6次；以后每小时服药50ml，或用胃管点滴。

激素选用氢化可的松200～300mg/d，或地塞米松10～20mg/d，同时应用能量合剂及其他对症处理。

外用采用雄黄、明矾、七叶一枝花、青木香各等份研极细末组成的四味拔毒散，用食醋稀调外擦。

（2）疗效观察

15例银环蛇咬伤患者，经口服青木香解毒汤等综合治疗后，其神经毒症状一般在治疗1小时即有改善。其改善较快的是瞳孔缩小和张口困难，改善较慢的是眼睑下垂和颈强，胸廓运动障碍一般在5～6小时之后有明显改善，现列表分析如下。

15例银环蛇咬伤患者口服青木香解毒汤等疗效观察

症状 / 治疗进度 / 疗效	瞳孔缩小	张口伸舌困难	胸廓运动障碍	颈强	眼睑下垂
服药1小时后	开始扩大7例	张口扩大半指7例	膈肌、肋间肌运动轻度恢复10例	改善3例	改善3例
服药6次，治疗6小时以后	扩大10例	张口扩大一指5例，一指5例	膈肌、肋间肌、腹肌恢复较好10例，一般性改善5例	改善5例	改善5例
服药12次，治疗12小时后	全部扩大	全部扩大二指	15例患者胸廓运动基本正常，呼吸困难明显改善	基本改善10例	基本改善10例
服药3天，治疗72小时后	瞳孔全部正常	张口伸舌全部正常	15例患者外周性呼吸运动正常	基本正常10例	基本正常10例

从表中可以看出，青木香解毒汤等综合治疗，对于扩瞳和张口伸舌疗效最为理想，对于恢复外周性呼吸运动有显著疗效；对颈强和眼睑下垂疗效一般，1/3的患者治疗三天后仍不能奏效，有的要经过较长的时间才能恢复，个别患者可留下眼睑下垂的后遗症。

（3）疗效分析

15例银环蛇咬伤患者都有典型的神经毒中毒症状。神经毒主要作用于神经与肌肉的接头，使神经介质不能作用于肌肉，而产生弛缓型肌麻痹。根据神经毒所产生的眼睑下垂、口噤、颈强、肌无力等症状，相当于中医风毒阻络、经络痹阻不通。若风毒不能消

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

除，则可内陷入里，伤及肝肾及心胞而死亡。

激素在治疗蛇伤的主要作用是保护和稳定溶酶体内各种蛋白水解酶的释放，减少组织细胞坏死、提高人体对毒素的耐受性，故具有抗毒作用　但这种作用是短暂而不持久的，只能为应用解毒争取时间、创造条件。

在没有使用抗银环蛇毒血清的条件下，解银环蛇神经毒主要依赖口服或胃管点滴中药青木香解毒汤、通过 15 例疗效观察可以看出、此汤药具有抗神经毒的特殊功效。其治疗机理可能是：①青木香古称开眼药，可以治疗蛇伤瞳孔缩小，其药理有可能是使神经毒毒性降解，或此汤药可阻止蛇毒对靶细胞的作用，故不仅可扩瞳，同时也可扩口扩胸，恢复神经与肌肉的运动功能。②半边莲、七叶一枝花是解蛇毒专药，可降低蛇毒的活性，同时可调动网状内皮系统的吞噬和解毒功能。③防风、僵蚕、蜈蚣都是祛风解毒药，神经毒相当中医的风毒，故以祛风解痉而对抗。④五灵脂，川芎活血化瘀，此“治风先治血”、“血行风自灭”。⑤制马钱子含士的宁碱，能兴奋脊神经及骨骼肌，以对抗神经毒对靶细胞的作用。⑥法夏、瓜蒌、川连为小陷胸汤，可宽胸开结而兴奋外周性呼吸运动，有助于改善外周性呼吸麻痹，恢复胸廓运动。本方中西结合制方，无论从中西医的角度来分析，都符合银环蛇的毒理病理。本方对于神经毒具有解毒和抗毒二个方面的共同作用。

外用药中的雄黄、明矾为二味拔毒散，常用于外搽治嗜神经病毒的带状疱疹，加上七叶一枝花和青木香，合为四味拔毒散，外治用于治疗神经蛇毒，使局部的蛇毒得到破坏和清除。这样可以减轻神经毒的全身症状。

2.3.2　罗学宏治疗银环蛇咬伤多器官功能衰竭有五方面治疗方法

（1）全身抗毒治疗

①抗蛇毒血清是目前公认的唯一早期最佳治疗药物。精制抗银环蛇毒血清 1 万 U 可中和干燥银环蛇毒 5～6mg（每条蛇一次排毒为 4～5mg）。疗效高、显效快。以往认为伤后 4 小时内注射银环蛇抗毒素疗效较高，8 小时后疗效降低，24 小时后则疗效可疑，但亦有伤后 41 小时者，仍收到显著效果。我们曾有一例银环蛇咬伤 8 小时后进院，呼吸，心跳骤停，经气管插管，胸外按摩，心跳恢复，但需人工呼吸、昏迷。受伤后 22 小时应用银环蛇抗毒素，6 小时后出现自主呼吸，32 小时后完全撤除人工呼吸、病人清醒、半月后痊愈出院。而本组死亡病例均未能应用抗银环蛇毒血清。

②清热解毒，通腑利尿法的应用。祖国医学认为蛇毒是一种阳邪，最易转变入里，涸结胃肠，内攻脏腑。因此，在蛇伤早期应用通便利尿法，可导毒下泄，减轻中毒。患者，男 37 岁，被银环蛇伤右中指，2 小时后出现全身发麻、伸舌困难、语言不清、眼睑下垂，呼吸困难，神志不清。鉴于当时无抗银环蛇毒血清，仅用大青叶、山苦瓜、车前子、七叶一枝花、半边莲、大黄、芒硝等中药治疗后上述症状逐渐消失，20 天痊愈出院。

（2）合理的局部处理　银环蛇咬伤后无红肿，亦无疼痛，仅有轻微麻木感，对此绝不要有任何侥幸心理，而应根据其形态与生态特征作出初步估计，一旦疑及银环蛇咬伤，除一般简要的局部常规处理外，尽快用胰蛋白酶 2000～4000U，胰凝乳蛋白酶（糜蛋白酶）5～10mg，加 0.25%～0.5% 普鲁卡因 20～60ml 于伤口周围注射或伤口上部套封，可以直接破坏蛇毒，使其失去毒性作用，治疗越早、效果越好。

（3）呼吸衰竭的预防　骨骼肌衰竭发展至呼吸衰竭，是神经肌肉接头传导阻滞或横纹

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肌松弛所致的外周性呼吸衰竭，即呼吸肌瘫痪所产生的呼吸动力障碍；抑制呼吸中枢及颈动脉化学感受器亦与之有关；亦可继发于休克或颅内出血。因此，维持和恢复呼吸功能是抢救的关键。主要措施在于解决呼吸运动的动力问题，保证生理水平的肺通气量。因此，凡出现大汗淋漓，皮肤棘样耸立、心率快、血压高、脉压差小，表明肾上腺素能神经高度兴奋，胆碱能神经受抑制，体内儿茶酚胺大量释放；R < 12 次/分钟或有脑水肿者，均应及时气管切开辅助呼吸。在人工呼吸过程中，应密切注意病情变化，随时调节人工呼吸的节律及给氧量。确保呼吸道的通畅，定期有效的吸除气管、支气管内的积痰。我们在实际抢救中采用常规机械通气(OMN)与高频喷射通气(HFJV)交替使用。为使呼吸道保持湿化，应经常应用超声雾化吸入，或每 30 分钟给予注入生理盐水 5ml(每 100ml 内含庆大霉素 8 万 U，r-糜蛋白酶 5mg)。

(4) 昏迷、抽搐、惊厥等中枢神经系统衰竭的处理　在呼吸麻痹早期，病人出现烦躁，甚至抽搐，主要是肋间肌、膈肌瘫痪的外周性呼吸麻痹、脑缺氧所致，因此，应用新斯的明，加兰他敏可对抗 a-银环蛇毒素；同时应用非那根、扑尔敏等抗组胺药，可对抗体内组织胺和 5-羟色胺等活性物质释放以改善呼吸。缺氧性脑病、脑水肿出现后，应用利尿脱水剂和大剂量肾上腺皮质激素(地塞米松 1 ~ 5mg/kg)对神志恢复有一定的好处，在采取完全人工呼吸辅助下，解决缺氧及二氧化碳潴留，并配合药物(20% mannitol 250ml 2 次/d)脱水利尿，1-6 磷酸果糖(FDP)。大剂量胞二磷胆碱(2g/d)对神志恢复有重要的作用。

(5) 为提高抢救银环蛇伤所致多器官功能衰竭的成功率，必须把握各主要矛盾高潮出现的前后时间差，采取重点突破兼顾其它的方针。如早期受伤局部及时采取了抗毒排毒的措施，则为随后出现的骨骼肌肉麻痹的抢救创造了有利的条件。当呼吸麻痹及早采用辅助呼吸得到控制时，不仅免除了缺氧等对加重心，中枢神经系统的损害，亦为解决其它器官衰竭创造了条件，有利于提高重症银环蛇伤致 MSOF 抢救的成功率。[37]

2.3.3　罗汉中应用芳香开窍法治疗银环蛇咬伤，具有独特疗效[39]

首选至宝丹 1 粒或至宝丹药粉 3g，调高粱酒 60 度左右 20ml，充分搅拌内服，不能吞咽者用鼻饲法。上为一剂，早中晚各一剂。如无至宝丹可改用麝香 0.6g，为 1 剂，调白酒 20ml 内服，早中晚各 1 剂，服药 2 小时后即可发生效果。其他中草药可用徐长卿 30g，石菖蒲 20g，煎汤调白酒 20ml 内服为 1 剂，上下午各 1 剂，如有呕吐，则先针刺双内关穴、双足三里穴，然后再服药，并且留针 2 小时。[38]

至宝丹是凉开之药，能芳香开窍，故能兴奋中枢神经系统，兴奋呼吸中枢，兴奋呼吸肌，对抗银环蛇毒，促进自主呼吸。加酒服以助其药力。

2.3.4　余培南认为：有效维持呼吸功能，是抢救银环蛇伤的重要环节

作者提出：对银环蛇咬伤呼吸停止致 MSOF 的病例，应用在发现病人出现咬唇、张口、鼻翼煽动、焦虑不安、呼吸变慢变浅或极不规则时，尽快进行气管插管、人工呼吸，同时做好气管切开的准备，切勿等到呼吸完全停止后再行气管插管。插管前应先放入鼻饲管，以便保证药物内服及营养的供应。[39]

银环蛇咬伤呼吸停止致 MSOF 病人开始出现自主呼吸后，依据情况，逐步延长自主呼吸时间。开始病人往往在白天可以完全不用呼吸机，而在晚上一入睡，呼吸就停止，如不及时发现，是很危险的。[40]所以，开始脱离呼吸机时，在晚上要特别提高警惕。[41]广西医

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

学院发现实验动物或患者一旦恢复自主呼吸后仍可常常再度出现骤停现象，特别是在夜间当病人熟睡时，所以不宜在晚间撤除人工呼吸机，这点在抢救中应引以为戒。[42]因此，完全撤掉呼吸机，需要一个较长的适应过程。

为什么作者强调治疗银环蛇咬伤要有效地维持呼吸机能呢？这是由于银环蛇毒中主要含α-及β-神经毒素，双重阻断了神经-肌肉接头传递，毒性强烈，危害性极大，一旦出现呼吸停止致 MSOF，容易造成病人死亡。因此，有效维持呼吸功能，是抢救成功的重要环节。

2.4 血循毒(火毒)蛇咬伤治疗研究

2.4.1 陈武对五步蛇咬伤的机理及治疗探讨与研究

(1) 五步蛇伤 DIC 的发病过程与特点

五步蛇毒能直接引发 DIC，其表现以消耗性凝血障碍和纤溶症为主要病理过程。其临床演变可分三期：①高凝血期，为 DIC 的急性早期过程，为时短暂，无明显循环系临床症状，但化验时可见到血小板轻度或中度减少，或出现巨大血小板，血液粘稠性增大，红细胞脆性增加等血象改变。②消耗性低凝血期，内凝血广泛以致多种凝血因子被大量消耗，患者全身出现散在性瘀点、瘀斑，微循环障碍引起内脏灌注不足，组织坏死，溶血，黄疸指数和 GPT 升高，临床症状可见明显的休克，DIC 化验诊断多数有明显阳性表现。③继发纤溶期，由于纤溶酶等毒素多方面作用出现纤溶症，临床表现为伤口出血和内脏出血增剧，出现咯血，尿血，便血等症状，重者发生出血性休克。化验检查有凝血酶原时间延长，血浆纤维蛋白降解产物(FDP)增加，全血块溶解时间缩短，优球蛋白溶解时间缩短，副凝试验阳性。此期的严重性在于患者出现严重休克和急性肾功能衰竭。本组 29 例重症病人临床最突出的表现为全身广泛性出血，急性严重出血和休克，乃 DIC 致失血的后果。血栓形成主要发生于伤肢局部，是导致肢体坏死溃烂主要因素之一。心肝肾重要脏器受累常见于重、危型患者，治疗后大多数于 10 天左右恢复，其凝血象亦 15 天左右可恢复正常。

五步蛇伤 DIC 发生率高于其它任何一种蛇伤，其严重程度与患者被蛇咬伤时排毒量的多少及就诊时间的长短有关。本组 30 例确诊为五步蛇伤重症病人进行凝血象检查，完全符合 DIC 者高达 96.67%，凝血象各项指标的变化程度和临床出血量的多少与中毒的严重程度亦相一致。

蛇伤 DIC 的发病与一般 DIC 有着明显不同，从病因上讲，蛇伤 DIC 的直接原因是蛇毒中凝血组分、抗凝血与纤溶组分的毒性作用，这些毒素组分对人体的凝血系产生干扰，使凝血的动态平衡过程受到破坏而出现异常的凝血纤溶症。从症状发生的时间上看，蛇伤患者出现局部伤口周围和全身皮肤出现瘀点、瘀斑、水疱、血疱、伤口流血不止等症状，往往较明显休克症出现的时间要早，因此，不能一概认为蛇伤 DIC 者是休克后期的继发症状。从治疗效果上看，蛇伤 DIC 症状可因抗蛇毒治疗、中草药治疗，随着毒素与严重的全身症状得到控制的同时而迅速好转和治愈。这与一般的 DIC 症状一经产生多不易逆转，预后不良的情况却有明显的差异。因此，对蛇伤 DIC 的认识与诊治是有特殊意义的。

(2) 五步蛇伤 DIC 与休克的关系与治疗

本组 29 例五步蛇伤重、危型患者，DIC 与休克症的发生率几乎相符，它们之间相互

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

联系，相互交叉、重叠，相互影响，往往形成恶性循环。

因此，对于五步蛇重危型病人的抢救治疗，应在解毒排毒、去除病因的同时，要十分注重抗 DIC 和休克的治疗，阻断它们之间的恶性循环，尽早保护改善肾功能，防治急性肾功能衰竭等致命的并发症，方能提高抢救的成功率。本组 29 例五步蛇伤 DIC 并发休克患者，经服用 687 蛇药和消热解毒，凉血止血，活血化瘀，通便利尿的中草药抗蛇毒病因治疗，配合西医对症支持疗法，其 DIC 与休克症状迅速好转痊愈，表明蛇伤 DIC 通过有效治疗是可以逆转的。[43]

五步蛇毒属于火毒，通过现代医学基础理论的分析，可以与中医温病理论对照分析，即火毒耗散血中营阴物质，对血液煎熬浓缩，激活凝血因子，使血液处于高凝状态，产生 DIC；又由于 DIC 消耗了大量凝血因子，又可继发凝血机能障碍，而发生出血倾向。此即“耗血动血”。这一过程中由于广泛性血栓形成，可使有关组织缺氧、坏死；由于出血致循环量下降而休克发生。从这里可以看出动血(出血)与耗血(凝血因子破坏)有直接联系。

陈武同时对五步蛇咬伤致肾功能衰竭的防治提出了三条意见：

(1) 解毒利尿，保护和改善肾功能，是防治急性肾功能损害与衰竭的重要措施。

五步蛇伤重症病人，常伴有多脏器功能损害，但首先是肾中毒，加之溶血、出血及血红蛋白的沉积，而导致肾血流量减少，缺氧，缺血使肾小管坏死，最终发生急性肾功能衰竭。其临床表现特点为急性少尿，并伴有氮质血症和水电解质及酸碱平衡紊乱。而急性少尿分肾前性、肾性及肾后性，它们之间的鉴别诊断对防治急性肾衰有重要意义。当急性少尿，尿比重大于 1.018 为肾前性少尿，尿比重小于 1.014 为肾性少尿。前者，病人虽然出现明显肿胀、瘀斑、少尿，甚致血红蛋白尿，血肌酐、尿素氮升高，二氧化碳结合力降低等肾功能损害表现，但肾脏本身实质性损害尚不严重，而主要是水、电解质及酸碱紊乱，则应补液、扩容、纠酸并解毒利尿，及时预防阻断肾前性向肾性转化发展。本组病人的抢救过程，注重在充分应用蛇药的基础上，辨证施治，使用足量有效的清热解毒，通便利尿，凉血止血，活血化瘀的中草药旱莲草、穿心莲、蒲公英、生大黄、白茅根、车前子、生地、丹参、赤芍、丹皮、野菊花、青木香煎水代茶频饮，每日 1 剂，同时，注意补充血容量，碱化尿液，应用肾上腺皮质激素，血管扩张剂及利尿剂，维持一定的尿量等保护改善肾功能的措施，从而促使了肾功能损害的迅速恢复，其他中毒症状亦相继减轻或消失，有效地降低了急性肾衰的发生率。

(2) 维持和恢复内环境稳定，注重调节水、电解质及酸碱平衡，是防治急性肾功能损害与衰竭的关键。

五步蛇伤重症病人，经局部排毒，全身利尿剂应用及病人出汗、呕吐、厌食或肾功能损害及衰竭，伴尿少，水钠滞留、酸中毒与高血钾症等，均可导致水电解质紊乱与酸碱失衡。本组部分重型病人出现低血钾，均予以及时补钾调整；而对 3 个以上的多系统脏器衰竭(MSOF)危重型者，采取解毒排毒，去除病因及抗休克，抗 DIC，抗感染，补充有效循环血量，纠正水电解质及酸碱平衡，营养支持等综合治疗的同时，尤其对急性肾功能衰竭肾性少尿，高血钾症为主，并发尿毒症者，应尽早行血液透析或腹膜透析，这样才能有效稳定内环境平衡，使病人渡过危险关，降低死亡率。

(3) 积极抗感染是防治急性肾功能损害与衰竭的重要环节。五步蛇伤重症病人，免疫

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

功能低下，其伤口开放以及局部肿胀、瘀紫、瘀血、溃烂、坏死给继发感染创造了有利条件。继发感染的程序与局部病情成正相关，一旦继发感染又可促使肿胀及瘀紫加剧，乃至组织溃烂坏死，对排毒极为不利，其分解产物极易加重和影响肾功能损害或衰竭的恢复。特别对 MSOF 的危型病人，一旦发生继发感染，往往危及生命。因此，本组病人的抢救过程自始至终注意了抗感染的环节，及时合理应用了足量的抗生素，有效地控制了继发感染，从而有效地提高了抢救五步蛇伤急性肾功能衰竭的成功率。[44]

解毒主要应用清火毒中草药及其他西药有效地中和对抗：灭活蛇毒，利尿是使游离蛇毒或经药物作用后的蛇毒排出体外。稳定内环境不仅包括清除代谢性产物，更包括由蛇毒所致的病理产物，除药物治疗外，必要时可做人工肾。抗感染也十分重要，因为蛇伤后机体抗力下降，加之腐烂创口及不良内环境都为细菌感染创造了条件。当然应使用对肝肾功能尽可能损害不大的药物。

2.4.2 蝰蛇咬伤的临床研究

陆崇凯利用山莨菪碱伍地塞米松治疗蝰蛇咬伤。[45]陆崇凯另撰文报道：应用具有清热解毒，活血化瘀，化湿利尿功效的中药煎液作为透析液高位保留灌肠治愈蝰蛇急性肾功能衰竭。[46]

何林根报道采用静注精制抗蝰蛇毒血清 5000U，大量使用地塞米松、山莨菪碱，用甘露醇及高渗糖交替脱水降颅内压；大量应用止血药，救治危重型蝰蛇咬伤并脑出血的少见病例。[47]

上述三篇均为治疗血循毒蛇咬伤的经验和体会，突出说明了山莨菪碱改善微循环，在预防和治疗休克、DIC、急性肾功能衰竭等方面，具有重要治疗作用。中药高位保留灌肠，可起到排除体内代谢产物、降低血中尿素氮、非蛋白氮，调节水电解质平衡等作用。同时报道了血循毒蛇引起脑部出血症的症状及体征等，值得临床参考借鉴。

2.4.3 补充血容量，维持有效循环血量，调节水、电解质及酸碱平衡，是抢救五步蛇中毒性休克的重要措施

五步蛇伤中毒后，由于多种蛇毒成分对血液系统和循环系统的综合作用，一方面广泛性损伤血管内皮细胞，导致血管壁通透性增加；另一方面大量消耗纤维蛋白原、血小板、破坏人体的凝血机制，引起凝血机能障碍，使病人机体发生广泛的内外出血，造成有效循环血量降低，血压下降，人体组织和重要器官血液灌注量不足，而导致休克的发生。因此，在抢救五步蛇伤中毒性休克中，应及时补充血容量，补液以糖为主，早期输入少量的低分子右旋糖酐之后，再以 10%或 5%的葡萄糖注射液补充，维持有效的循环血量。在此前提下，再根据血液的生化检验，及时调节水、电解质和酸碱平衡，以维持和恢复内环境的稳定。在紧急情况下，可先用 5%碳酸氢钠静脉推注，此药对补充血容量及纠正酸中毒有较好的作用。本组有 14 例患者在补足血容量，纠正酸中毒后，未加用升压药，休克亦随之恢复。[48]

低分子右旋糖酐有扩溶、化栓、保护血细胞等多种作用，在抗蛇伤休克中有独特疗效。

2.4.4 罗汉中应用鲜旱莲草汁灌肠(或内服)治疗蛇伤溶血的病例报道

经用中西医结合治疗，2 例皆痊愈出院。[49]

旱莲草具有凉血止血、养阴清热、解毒利尿等作用，鲜旱莲草汁内服或灌肠治疗蛇毒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

致溶血，可能是鲜半莲草汁经吸收后，在体内具有抗蛇毒、封闭血细胞表面、保护血管内皮及利尿排毒、平衡内环境等多种作用。

2.4.5 龙惠英采取多张减压术、给服蛇药解毒片、局部外敷半枝莲、白花蛇舌草，输血补液，抗生素预防感染等综合措施，治疗被蕲蛇咬伤所致阴道大出血病例的报道，效果很好。[50]

本例报道说明妊妇如果被毒蛇咬伤、其蛇毒可能循环至子宫胎盘，引起胎儿中毒，发生先兆流产。提示妊妇蛇伤应注意保胎。

2.5 混合毒(风火二毒)蛇咬伤治疗研究

2.5.1 倪毓生等对 **503** 例蝮蛇咬伤病人的症状、体征及理化检查进行了分析比较。[51]蛇伤危重病人，往往是中毒量大，毒素损伤脏器组织，引起代谢障碍所致。有的蛇毒分子量较小可直接进入血循环，所以发生症状快，且较危重。分子量较大的蛇毒经淋巴进入血循环，所以病变过程相对较慢而长。对于蛇伤患者作出中毒程度与病情发展趋向初步估计，采取相应治疗措施，则可以避免和减少并发症，阻止病情向重、危型发展。

2.5.2 沈友云治疗蝮蛇咬伤的常规

(1) 局部处理：

作者认为蝮蛇咬伤不要长期结扎伤肢，不必用针刺、扩创进行排毒，更不要对肿胀肢体作过多、过深的切开或针刺排毒。作者用同位素碘标记的蛇毒观察发现蛇毒在半小时内皮下迅速吸收并分布到全身各组织，1 小时后各组织含量达到高峰。所以作者认为局部排毒作用小，反而增加病人的痛苦，或继发创口感染。但是如果伤口周围皮肤出现水疱、血疱，则可应用注射器抽出液体，外涂碘酒，外盖敷料即可。

应用自制的“蛇伤涂剂”验方外敷伤口周围皮肤。其处方是：雄黄 250g、冰片 30g、血竭 30g、脑砂 75g。研末后用 75%酒精混合，外敷伤口周围，一日敷数次，其消肿止痛效果好。

(2) 全身治疗：

目前治疗蝮蛇咬伤的药物以精制抗蝮蛇毒血清为首选药物，没有一种药物的疗效能与此药相比，且反应小，所以，根据条件许可，在被蝮蛇咬伤后 24 小时内应及时应用抗蝮蛇毒血清，这样会收到明显效果。

除了注射精制抗蝮蛇毒血清之外，根据中医学在治疗蛇伤时很强调通腑利尿。早有“治蛇不泄，蛇毒内结，二便不通，蛇毒内攻”的学说。这一学说对指导临床大有益处的，为此在治疗蝮蛇咬伤时特别注意通二便。另外蝮蛇毒是风火毒型(混合毒)，也要注意清热解毒。

基本方：蒲公英 20～30g、紫地丁 20～30g、白花蛇舌草 20～30g、萹蓄草 20～30g、车前草 20～30g、七叶一枝花 20～30g、半枝莲 20～30g、黄连 5～10g、黄芩 10～20g、黄柏 10～15g、赤芍 10～15g、商陆 5～10g、生大黄 10～50g(后下)、元明粉 10～30g(冲服)(我们已加工成“蛇咬解毒糖浆”应用于临床，10 多年来疗效满意，无毒副反应)。

随证加减

① 神经症状明显：加白芷 5g 或全蝎 5g、蜈蚣 3 条研末分次吞服；烦躁昏迷、蛇毒内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

陷：加安宫牛黄丸化服开窍或鼻饲灌注。

② 呼吸衰竭：加别直参 10～15g 或红参 30g、附子 10～15g、五味子 30g 或六神丸 30 粒口服。

③ 面色苍白、肢冷汗出、口唇青紫、脉象沉细：除服别直参、红参、五味子、附子外，加服万年青根 15g，煅龙骨 30g、煅牡蛎 30g 煎服。

④ 肾功能衰竭：加丹皮 10g，鲜生地 30g，泽泻 10g，车前子 30g，甘草梢 10g 煎服。

⑤ 出血症状明显：加鲜生地 30g、丹皮 10g、水牛角屑 30g、赤芍 15g 或大蓟、白茅根、紫珠草、墨旱莲等中草药煎服。

⑥ 咽喉疼痛：加玄参、山豆根、射干，吞咽困难加万年青叶 5～10 叶加水洗净捣烂打汁，与冷开水一小杯和小量米醋口服；或用六神丸 10～30 粒，冰片 2g 研末和少量米醋口服。

⑦ 大便不通或减少：则重用生大黄 30～60g 和元明粉 20～30g，使毒素从大小便中排泄。

另外我们也用以点眼法治疗蝮蛇咬伤，根据中医学有“五脏六腑之精，皆上注于目”“目系上升于脑”的学说，利用药物点眼来治疗蝮蛇咬伤，对轻型、重型疗效满意。“蛇咬点丹”——其药物组成是：腰黄、当门子、梅片、制甘石、生石膏、火硝。以上六味中药等量，共研细末，贮于磁瓶中密封备用。当蝮蛇咬伤后，用玻璃棒蘸半粒米大小的药末，点于双目内眦，同时用食、拇二指将眼皮轻轻按摩几下，闭目养神，一日 3～4 次，病危时可每次口服 0.3～0.5g。

(3) 其他注意事项：

为防止蝮蛇咬伤后出现并发症和减少危险，除应用中草药之外，必要时要其他对症、支持疗法。同时要患者稳定情绪、提高信心、安心治疗。

补液要慎重：由于蝮蛇毒能引起肺出血、瘀血、肺循环障碍以及对心肌损害，容易引起心衰或其他并发症，所以对补液量应严格控制。

由于蝮蛇毒在肾小管和肾小球滤过和排泄，又加上肾小管细胞更新过程中能排出一种尿粘液蛋白，在酸性尿中特别凝固，形成管型尿和颗粒，我们常规应用碳酸氢钠 250 毫升静脉滴注，使尿液碱性化。然后再应用利尿或脱水剂，促使蛇毒从尿中排出体外，使肾功能得到改善，控制肾衰发生或发展。

作者强调了注意局部感染及蛇毒吸收快，所以不作过多局部处理实系经验之谈。但是，蛇毒在局部可与组织进行非特异性结合，而且由于机体防御系统一时尚未完全破坏或蛇毒分子量较大等因素，均可导致局部较长时间存在较多蛇毒。故在通常情况下还是提倡局部扩创排毒。作者自制外用解毒药也可有效地在局部破坏蛇毒，所以不作过多的局部处理在应用有效的局部抗毒药后也是可行的。

作者制定了关键在解毒排毒的中医药处方并随症加减，适当配合西医药治疗，总体来说是科学可行的。

2.5.3 蒋建栋对蝮蛇咬伤并急性肾功能衰竭的透析疗法，进行了 28 例的研究和分析。

(1) 透析方法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

28例血液透析采用中孔纤维型和国家H-3A型三液比例人工肾机(宁波生产)，透析面积为1～1.2m²，均取前26例采用体内肝素化法，首次用量为0.8mg/kg计算，一次静注，每次透析3～5小时，开始连续透析，每天1次，后改隔日1次。2例因出血明显，采用无肝素化透析器，并配合腹膜透析获得成功。

(2) 治疗结果及后遗症

28例中21例成功，透析次数为3～15次，平均为8.5次；失败7例，透析次数为1～10次，平均为2.4次。21例成功中住院天数为21～47天，平均33.2天；死亡7例中住院3～14天，平均4.8天。28例中并发出血9例(瘘口出血3例,皮肤2例,消化道3例,颅内1例,子宫1例)，头痛、呕吐8例，抽搐7例，肺部感染5例，气急15例。7例死亡中分别并发心肌损害、肺水肿、颅内出血……。其中3个脏器衰竭者3例，死亡1例(1/5)，4个脏器衰竭者3例，死亡2例(2/3)，5个脏器衰竭者4例，死亡4例(4/4)，虽经血液透析等抢救，因为时过晚，仍死于多脏器功能衰竭(MOF)。

(3) 讨论

① 蝮蛇毒属混合毒素，并发ARF机理尚未明了。蛇毒中主要毒性成分为多肽，血液毒素中是磷酯酶A_2(PLA_2)具有抗凝、溶血作用，可损害红细胞，血红蛋白经肾小管滤出，引起肾小管堵塞和坏死，导致肾小球滤过停止，同时，还可能存在蛇毒对肾脏的直接损害作用，因肾小管损害，小管腔原尿返流扩散至肾间质，造成间质水肿，加重肾损害，从而导致ARF发生。

② 蝮蛇咬伤并发ARF，必然影响其它脏器功能，从而发生MOF，预后不良。发生脏器功能障碍越多，死亡率越高。

③ 本组病例中，因单纯ARF，患者均有生存希望，如同时累及肺脏器，并有呼吸停止，则死亡率极高，值得进一步临床研究，以提高疗效。[53]

本文总结作者所在医院从1980～1993年治蝮蛇咬伤共1630例，其中并发急性肾功能衰竭(ARF)28例，发生率为1.72%。经血液透析(HD)抢救，成功21例，成功率75%。死亡7例中均并发多脏器功能衰竭(MSOF)，提示在多脏器功能衰竭之前进行透析疗法，是治疗蝮蛇咬伤并发ARF的有效方法。而已经发生了MSOF，则血透疗法也不能完全奏效。

2.5.4 宁再安等对蝮蛇咬伤致死122例进行分析研究。

据临床资料统计表明：122例最终多死于MSOF。造成MSOF的主要原因有：伤者求医迟缓，脏器宿恙，医者救治乏力，过量输液。克服与消除这些初因，即为减少死亡的良策。

(1) 求医迟缓　伤后4小时蛇毒即可遍及全身，故蛇伤求治宜速。作者曾救治被腹蛇咬伤24小时后一农民，当时患者尿量极少，呈酱油色，尿蛋白(+++)，红细胞(+++)，脓细胞0—10。提示肝肾严重损伤，并已呈现急性肾衰。在笔者接诊的120余例中，伤者12～24小时求医者，为数亦众。

(2) 脏器宿恙　病人被腹蛇咬伤前，难免没有脏器宿恙。若原脏器功能病变，机体免疫功能必然下降，加上蛇毒的新损伤，极易造成雪上加霜，导致MSOF，且治疗棘手。如浙江潮州庄氏，中西医结合治疗蝮蛇咬伤1182例，死亡2例。死者原有慢性肾炎或肺气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肿，新伤旧病相加，最终死于肾衰、呼衰和心衰。

(3) 救治乏力　随着医学科学的迅猛发展，蛇种的快速诊法，THT，呼吸机，人工肾，生化自动分析仪等广泛应用，蛇伤病人纵已出现多脏器功能受损，只要能加强早期观察并及时处理，就可明显降低 MSOF 及死亡率。笔者曾对 32 例蝮蛇咬伤病人的早期脏器损伤情况进行观察，其中多脏器受损者 8 例，由于早期应用中药生脉清热解毒汤，清热解毒，益气强心，利尿通便，和西药抗过敏，抗感染一起进行中西结合综合治疗，结果无一例 MSOF 及死亡。[54]

(4) 输液过量　传统的蛇伤治疗，主张大剂量输液，以加速蛇毒从体内排泄，达到治疗目的，这一观念似已成为国内外公认。然而，临床实践和动物试验显示，大量输液不仅不能稀释毒素，相反会加重心、肺、肾等脏器损伤，导致 MSOF 和死亡。熊郁良等临床调查 46 例蛇伤死亡病人档案(其中蝮蛇致死 13 例)，主要由出血性休克、心衰、肺水肿引起，均与过量输液相关。后因动物试验证明：大量输液和严重出血症状正相关。采用控制输液，配合早期利尿脱水，防止酸中毒，抗过敏，抗感染等综合治疗，能显著降低死亡率。[55]这为蛇伤治疗提供了理论依据，值得进一步推广，以纠正传统的错误观念。

关于输液量，从 122 例死亡病例分析，必须 < 2000ml/d，笔者常用 1000 ~ 1500ml/d，治疗 220 多例无一例死亡。熊氏提出应尽量控制在 1000ml/d 左右。蒋氏认为 400ml + 显性失液，日降体重 0.2 ~ 0.5kg 最合适。

值得提出的是，输液时绝对不可轻易补钾。因蝮蛇血循毒量大，易溶血，致红细胞内钾外溢，盲目补钾会造成高钾血症，致心跳骤停，加重肾衰和酸中毒。另外，因蝮蛇毒分子量大，不易通过血脑屏障，早期呼吸麻痹属外周性的，昏睡亦非脑衰，与过量输液所致肺、脑水肿之衰竭不同，救治时应分别对待。

本文作者分析了全国公开发表的蝮蛇咬伤致死 122 例，死因多为 MSOF。而导致 MSOF 的初因，多因伤者求治迟缓、原有脏器功能受损，或因医生蛇伤诊疗知识欠缺，医疗条件差和过量输液等。因此，提示蛇伤及早诊断和正确有效治疗的重要性，稳妥地处理脏器功能损伤，控制输液量，中西医有机地综合治疗，能显著地降低死亡率。

2.6　蛇伤外治法研究

2.6.1　1990 年 10 月在全国中医蛇伤治疗学术会上汪渭忠介绍了外用药治疗蛇伤的经验。

(1) 雄砒熏药条：方药由雄黄 18g，砒霜 6g，樟脑 6g，梅片 3g，明矾 3g 组成。功效：消肿止痛，解毒排毒。制法：上药共研细末，用时将药粉放在几层毛边纸内卷成药条备用。用法：毒蛇咬伤须先检查伤口是否有毒牙断在肌肉内，用镊子取出断牙，再用双氧水，生理盐水洗净创口，将药条用火点烧，再将药烟熏在离创口一寸左右，免得烧伤肌肉，熏至 5 分钟后，隔 3 小时再熏，同时将创口毒液结痂洗净，每日熏 3 至 4 次即可，两天后停熏，毒液逐渐排出，肿胀逐渐消肿。

(2) 外敷方药：方药由风仙花全草 30g，白蚤休 30g，生明矾 6g，玄明粉 10g，野菊花 30g，雄黄 15g，生南星 15g，生狼毒 15g 组成。功效：清热解毒，消肿止痛。制法：上药共研细末。用法：将以上药粉用凡士林调成软膏，用纱布块按创面大小敷在创口外围，不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

能盖上创口，以免毒液不能外流出，二天换药一次。

(3) 外洗方药：

方药由贯众 60g，野菊花 60g，黄柏 30g，大黄 30g，生甘草 15g，白芷 30g 组成。功效：解毒消肿，促使血液畅通。用法：上药煎水冲洗患处。

(4) 祛腐方药：药物由黄柏末 60g，青黛末 15g，砂糖 90g，豆腐渣 30g 组成。功效：祛腐生新。制法：将以上药物用砂糖化水调成软膏。用法：将此药膏摊在纱布上敷在坏死腐烂的创面上，三天后，腐肉全部脱落。

(5) 生肌方药：药物：由煅龙骨 10g，红粉片 3g，轻粉 3g，血竭 6g，铅粉 3g，煅石膏 3g(尿浸煅熟)，梅片 2g 组成。功效：生肌长肉。制法：上药共研细末。用法：将干药粉撒在创面的新肉芽上，再用凡士林纱布盖贴，隔日换药一次。[56]

汪谓忠是江西省景德镇市中医院著名中医外科、蛇伤科专家。他介绍的五个治疗蛇伤外治法是他几十年经验的积累，具有鲜明的中医特色，组方科学，治疗步骤严谨，疗效显著。

2.6.2 黄坤成应用“祛瘀散”外治及其它疗法综合治疗五步蛇咬伤 108 例。其方法与结果如下。

(1) 全身治疗：抗五步蛇毒血清，祁门蛇药，西医对症。

(2) 咬伤肢体伤损区处理：对照组：①清洁伤口伤肢。②普鲁卡因双氧水局封。③肿胀伤损区红药水保护。④抗生素伤口伤肢局注。⑤溃烂坏死化脓疮面外科清创切排，优苏儿，黄纱布换药，截肢，截指(趾)，植皮。

祛瘀散治疗组：中药“祛瘀散”组成：川芎、黄柏、白芷、黄药子、金果榄、薄荷、樟脑、芒硝，研极细末混合为散剂。用时，根据伤肢肿胀范围，取一定量散剂，用生理盐水，或冷开水食醋各半，调匀外敷。本组将对照组中，红药水改为祛瘀散；深部肌组织液化坏死，给“开窗”排出，继敷散剂；局部溃疡的散剂配油剂外敷。

(3) 咬伤肢经 72 小时后，对照组伤肢肿胀趋于稳定控制；祛瘀散治疗组，即有明显消退，给以分级统计。分级标准：Ⅰ级：伤肢肿胀控制范围：上肢到前臂，下肢到小腿。Ⅱ级：伤肢肿胀控制范围：上肢到肘关节，下肢到膝关节。Ⅲ级：伤肢肿胀控制范围：上肢至上臂，下肢到大腿。

(4) 咬伤肢体愈合分期统计：Ⅰ期愈合：肿胀消退，伤口愈合，肢体功能正常。Ⅱ期愈合：肿胀消退，深层肌组织液化坏死，经“开窗”排出后粘连、伤口闭合。坏死指，经截除后，愈合，随访后肢体无明显障碍。Ⅲ期愈合：清创切排伤肢，经外科换药、植皮愈合，截肢后愈合。随访，有功能障碍。[57]

五步蛇咬伤发生伤口溃烂坏死的严重性，取决于五步蛇咬人时咬得深或浅，部位及注入毒素多少。当蛇咬较浅而注入毒量较少，一般外科处理，即可愈好。当咬得很深而注入毒量很大；或者咬伤指趾虽注毒不大，但却种植入肌与骨组织，则会产生严重溃烂坏死，必须特殊处理。临床实践证明，传统的早期扩创清洗引流，会使蛇毒向深层扩散，从而加重症状。

作者配制祛瘀散组方合理，系临床经验积累，外敷五步蛇伤损区，Ⅰ期愈合率显著地提高；作者根据临床经验，科学地采用“开窗术”，使伤损处坏死组织排出后与保护较好

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的皮下组织粘连，使之跃入Ⅱ期愈合。经统计学分析，$P<0.01$，说明疗效显著。此种治法曾列入安徽省科委科研课题。编著者参加了此项科研鉴定。此种治疗方法值得推广。

2.6.3 饶达善、刘广芬等应用依地酸二钠注射液治疗五步蛇咬伤，效果显著。[58]

依地酸二钠(Na_2-EDTA)可以破坏蛇毒活性，对局部出血及坏死均有减轻或完全对抗的效果。有关实验表明，五步蛇毒注入动物组织。5～24小时动物死亡后，局部仍可检出较多的残存蛇毒。应用依地酸二钠局部封闭或外用，及时破坏蛇毒，就有可能减少蛇毒对局部和全身的毒性反应。

2.6.4 郑斌，熊郁良等应用糜蛋白酶治疗蛇咬伤，获得良好疗效。

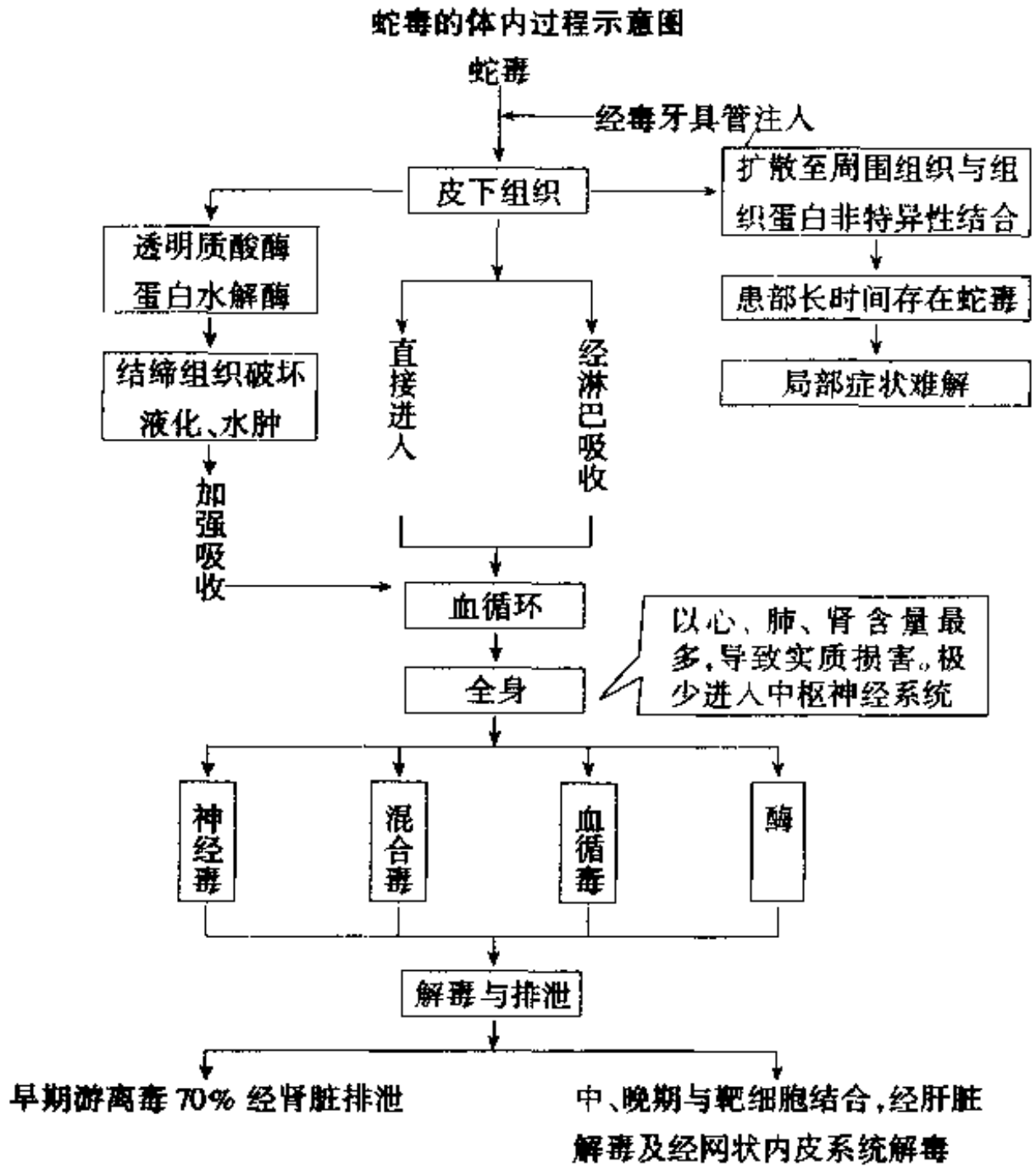
患者入院后观察患者全身情况及受伤情况，用生理盐水清洗患部，碘酒、酒精消毒咬伤部位周围及近心端；用0.25%～0.5%普鲁卡因(视需要调整用量)稀释糜蛋白酶2000～4000U，行咬伤部位周围局部浸润加近心端(或结扎物上方)环形皮下封闭；去除结扎物，然后切开伤口，长1cm，深0.5cm，从四周向中心挤压排毒或用火罐负压吸引排毒；用0.5%高锰酸钾溶液清洗伤口，有毒牙存留者将毒牙取出，肢体肿胀严重者可用大号针头在肿胀部位针刺以排毒和减压，头部被咬伤者，除在局部浸润、颈部作环行封闭浸润外，还在颈动脉淋巴结附近两侧分别切开长1cm，深至皮下组织的切口，反复在切口及伤口用火罐负压吸引以排毒及减轻头颈部肿胀，防止因肿胀压迫气管引起呼吸困难。

蛇毒是一种蛋白质，可被蛋白水解酶裂解成无毒的小肽，胰蛋白酶、糜蛋白酶是强力蛋白水解酶，仅水解部位有差异。胰蛋白酶专一性水解碱性氨基酸、赖氨酸、精氨酸等残基形成的肽键。眼镜蛇科蛇毒的主要致死成分神经毒的毒力中心，在24～39一段富含碱性氨基酸。胰蛋白酶特异性作用于该类氨基酸与其他氨基酸连接的肽键而使其分解成无毒的肽链，动物实验也证明胰蛋白酶可保护被注射蛇毒后的实验动物免于死亡。

糜蛋白酶专一性水解肽链的羟端氨基酸残基，如芳香族氨基酸、酪氨酸、色氨酸和苯丙氨酸、亮氨酸或侧键有较大体积疏水性残基的甲硫氨酸等，也能在缬氨酸、异亮氨酸、丝氨酸等的羧端分解。虽然速度很慢，但如被裂解的临近基团是碱性的，如赖氨酸、精氨酸、组氨酸，裂解的能力将加强。蛇毒中主要致死成分神经毒的毒力中心，在24～39一段除富含碱性氨基酸、赖氨酸、精氨酸外，同样富含脯氨酸、缬氨酸，可被裂解邻近基团多系碱性氨基酸，故易被糜蛋白酶水解成无毒蛋白，糜蛋白酶还可分解磷脂酶A、出血毒、精氨酸酶等。我国生产的胰蛋白酶针剂和糜蛋白酶针剂通常含有两种酶的活性。对已有变性坏死的患者可用糜蛋白酶在坏死组织周围注射或切开坏死组织后用糜蛋白酶湿敷，以破坏局部残留的毒素，局部充分引流，获得良好的效果；另一方面，一些患者被蛇咬伤后，肢体被结扎过紧，时间过长，引起局部组织缺血、缺氧，害怕局部切开引起出血而未切开排毒造成毒素局部存留，也可以用糜蛋白酶局部封闭。[59]

糜蛋白酶为强有力的水解蛋白酶，局部应用能使蛇毒分解为无毒小肽。应用糜蛋白酶在蛇伤肿胀上缘作套式封闭，除发挥分解蛇毒作用外，同时可阻断蛇毒经淋巴及血循环向全身吸收及向周围软组织扩散，能有效地制止中毒范围。此外，酶液可沿组织间隙向肢体远端扩散，能不断将患肢内的蛇毒分解和清除，从而使肿胀迅速消减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com



2.7 蛇伤护理研究

2.7.1 邓跃林等研究使用同步间歇指令通气(SIMV)的应用机理及呼吸机使用管理：

(1) 银环蛇咬伤后通气模式的合理选择：银环蛇咬伤后，由于其神经毒素阻断 N－M 接头，导致呼吸肌麻痹，呼吸衰竭，又称为“泵”衰竭。及时应用呼吸机，改善呼吸功能是抢救伤者的关键。银环蛇咬伤后急性呼吸衰竭病人，往往伤后由于呼吸肌麻痹或无力，通气量骤减．但仍有微弱的自主呼吸，只需机械通气量增大通气来渡过危险期。SIMV 是在每分钟单位时间内既有机械通气，又有发生于其间隙内的自主呼吸，并且由患者自发吸气动作所触发而达到同步的目的。因而特别有助于病人自主呼吸的恢复，缩短机械通气时间，便于撤机。银环蛇咬伤后急性呼吸衰竭，随着抗毒血清的应用和蛇毒的清除，病人的自主呼吸的能力也由弱变强，因此，特别需要有高灵敏度的同步呼吸机以免人机对抗，而 SIMV 就是一种较理想的选择。[60]

压力支持通气(PSV)是机械通气的一种压力辅助形式，通常被认为是 SIMV 的一种附属装置，通过调节气道正压的辅助水平来增加患者的吸气力量。其优点是吸气流速快，迅速达到吸气暂停压力，可使吸气一直持续到吸气流速减至峰值流速的 25%。因此，PSV 的特点是增加肺泡通气，维持适当的潮气量而不增加呼吸功能，克服 SIMV 系统和人工通气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

所产生的阻力。

(2) 呼吸机的管理

① 呼吸机的应用时机：抢救呼吸衰竭的关键是及早认识呼吸衰竭的早期表现，及时应用呼吸机、保证气道通畅和供氧。据我们的体会，伤后有呼吸困难，且 pH < 7.25，PaO_2 < 50mmHg (6.67kPa)，$PaCO_2$ > 9.33kPa (> 70mmHg)者，应及早使用呼吸机。

② 人工气道的选择：目前常用的人工气道是气管插管和气管切开。本组病例均为气管切开。近年来，随着气管导管材料改为硅胶管，留置导管时间可达 13 天左右，完全可以首选气管插管，而避免气管切开，这样更有利于病人的康复。

③ 呼吸机参数的调整：SIMV 时的潮气量为 8 ~ 12ml/kg，PSV 为 10 ~ 15cmH_2O (0.8 ~ 1.2kPa)，一般在通气早期，为了保证足够的通气量，将呼吸频率调到 15 ~ 18 次/分，将同步触发灵敏度调至 - 3 到 - 5cmH_2O 水平，尽量由控制通气方式进行人工通气，待病人呼吸功能改善后，将同步触发灵敏度调至 - 1 至 - 2cmH_2O 水平，可由自发呼吸触发辅助通气，有利于病人自主呼吸的恢复和脱机。

④ 停机与拔管指征：我们认为当患者辅助呼吸机恢复足以能负担所需的通气量，并咳嗽、排痰能力恢复，血气分析 pH 为 7.300 ~ 7.500，$PaO_2 \geqslant$ 70mmHg (9.33kPa)，$PaCO_2 \leqslant$ 50mmHg (6.67kPa)，即可停用呼吸机。停机方式为逐渐降低 SIMV 的频率和 PSV 的压力，直到完全为自主呼吸。停机后气管导管观察 24 小时无缺氧，即可堵管 24 ~ 48 小时，仍无呼吸困难者可果断拔管。[61]

同步间歇指令通气(SIMV)是控制呼吸和自主呼吸相结合的一种新型呼吸模式，特别适用于自主呼吸存在但通气不足的外周性呼吸麻痹的危重病人。因为，使用人工呼吸机的程序，包括气管切开，插管，使用呼吸机，密切观察生命体征，及时做好有关护理及呼吸机管理等，其护理工作大于医疗工作，故将使用呼吸机列入护理研究内容，为临床蛇科护士必须掌握。

2.7.2 气管切开的护理研究

气管切开的护理：当气管切开后，上呼吸道加温、湿化功能丧失，加上长时间吸入高流量干燥氧气，不仅会使呼吸道分泌物干燥变稠，耗损肺泡表面活性物质，且会损伤呼吸道的纤毛上皮细胞，妨碍纤毛运动。当纤毛活动受损，就易产生气道阻塞，肺不张和继发感染等并发症。因此，病房需保持适宜之室温及湿度，气管套管外口应用薄层盐水纱布覆盖，经常更换，使之保持湿润，避免尘埃污染。气管切开术后早期，必须要及时吸净气管、口腔内的血性分泌物、痰液，防止窒息，保持呼吸道通畅。出血较多或有皮下气肿要及时报告医师进行处理。吸痰时要准备两套吸管，一套用于吸气管内分泌物，一套用于吸口腔及鼻咽腔分泌物，两者不能混用。吸痰管尖端剪成圆头及多个小孔，以防刺破气管内粘膜及管道阻塞。因这 14 例患者都是呼吸停止后再行气管切开的，呼吸道分泌物较多。做好呼吸道的吸引是防止感染加重及保持气管切开后气道通畅的有效措施。我们采取吸痰前翻身、拍背。先将鼻腔、口腔的分泌物吸干净，然后再吸气管内分泌物，动作要准确、迅速、敏捷、轻巧。每次吸痰时间不能超过 15 秒，以免缺氧致呼吸窘迫。

分泌物粘稠时，用 5%α-糜蛋白酶加生理盐水气管内滴入稀释，同时用抗生素及 20% 大蒜液与 α-糜蛋白酶每 30 分钟 ~ 1 小时交替滴入气管内，防止感染。大蒜液尤其对霉菌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

感染效果明显。滴入方法：用2个10ml注射器分别抽吸药水，套上9号针头从气管套管交替点4滴。为了防止针头掉进气管，笔者采用了无菌纱布一块套在注射器针头上。

注意套管的清洁：气管内套管每4小时用生理盐水清洗1~2次，洗去附于其上之粘液，煮沸30分钟，洗涤时取出内管，宜将另一清洁内管插入，避免外管内壁被粘液沉积，妨碍呼吸。每日需用双氧水清洗伤口，更换敷料1~2次。注意观察体温、脉搏、呼吸及伤口和胸部情况，以防并发症发生。

用气管套管是不能发出声音的，应有专人护理。让患者写字或打手势来了解患者的心理状态，缓解失音的痛苦。拔管前要用软木塞或橡皮塞阻塞气管外口的三分之一，后渐增加。如全塞三天无呼吸困难，即可拔除套管外套，用胶布粘合切口。

注意患者的营养及液体的摄入量：给予插鼻饲管给药(如安宫牛黄丸)及给富有营养易消化的食品(如肉汤、果汁、牛奶等)；注意口腔护理，每日给予3%硼酸水及0.9%生理盐水清洗口腔，防止感染。注意皮肤清洁，防止褥疮的发生。每2小时翻身一次，受压部位用20%~30%红花酒精按摩。每天给温水擦浴2次，同时拍背、撒爽身粉，保持皮肤及床铺的清洁、平整、干燥。[62]

气管切开的护理是使用人工呼吸机的关键护理之一。本研究对气管切开后的生理病理变化，及其此过程中出现的系列症候和处理方法作了较为详细的论述，具有较好的参考价值。

2.7.3 蛇伤低血容量休克的护理

(1) 心理护理：由于毒蛇咬伤，加之伤口大量出血，患者产生极度恐惧心理。因其先天性聋哑，不能用语言表达自己的想法，表现出痛苦难言和恐慌的神色，并且烦躁不安。在其家长的配合下，通过打手势细致而耐心的做解释、安慰工作，使患者树立起与疾病做斗争的信心，消除了恐惧心理。同时适当地向家属说明病人原病情和病情可能发展的情况以及采取的治疗方案等等。从而取得了病人和家长的信任和配合。

(2) 特殊护理：采取平卧位，头及腿抬高30~50度，头偏向一侧。迅速给予高流量吸氧，每吸氧40分钟，间歇20分钟，以防止发生“氧中毒”。

(3) 饮食护理：注意病员的营养及水分的补充。早期鼓励病人进食富有营养的温流食，随着病情的好转改食半流质渐至软食(忌食辛辣有刺激性的食物)，以增强病人的体质，提高机体的抵抗力。

建立两条输液通路，一路用升压药，另一路用来进行其他治疗。

使用升压药：在刚开始应用升压药时，血压不稳定，要根据血压情况适当调节升压药的浓度。每10分钟测血压1次，血压平稳后改30~60分钟测血压1次，并注意调节滴数。停用升压药，同样需10分钟测血压1次，连测5次血压正常且平稳，改为1~2小时测血压1次。同时要注意输液部位有无液体外渗，因升压药可致组织坏死。如有液体外渗，需重新行静脉穿刺。局部用硫酸镁溶液湿敷。

(4) 一般护理：保持床单清洁、平整、干燥，每2小时给病员翻身、拍背1次。防止褥疮的发生。[63]

本研究对休克病人心理护理、特殊护理及输液通路进行了扼要论述，并指出了抗休克使用休克药、升压药，要监督药物使用并密切观察血压及生命体征变化。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.7.4 蛇伤致肾衰的护理研究

(1) 应选择安静、方便的单人房间，以便于急救观察病情及进行护理。患者必须绝对卧床休息，病员烦躁不安时，应有专人护理，以防坠床或其他意外。有抽搐、昏迷、意识障碍者应按昏迷护理常规进行护理。

(2) 饮食应给予高热量、高脂肪、低蛋白、高维生素的食品。蛋白质按 0.5g/kg 体重，非蛋白氮增高很多者，蛋白质每天给予 40～60g，以免发生氮的负平衡。观察消化系统症状，有无厌食、恶心呕吐、腹泻等情况，饮食应选易消化、合口味的食品，以增加食欲。

(3) 应注意皮肤护理，皮肤搔痒易抓破，应保持皮肤的清洁，每天用热水擦洗，不要用肥皂或酒精，必要时用导极石洗剂涂擦、经常协助翻身，给予适当的扶托和局部按摩，防止褥疮和其他并发症。注意口腔卫生，呼吸有臭味时影响食欲，应经常漱口，口腔有糜烂时涂 1% 龙胆紫。

(4) 准确记录 24 小时出入量，发现尿闭情况(24 小时尿少于 50ml)应报告医生。病员如多尿期，夜尿较正常人多，故应加强夜间巡视，随时协助病人排尿。呕吐、腹泻频繁者，应注意脱水现象及水电解质的情况，如需补液时速度应慢，以免发生心衰。必要时用腹膜透析或人工肾透析，可收到显著的效果。[64]

本文作者特别指出了蛇伤肾衰患者的饮食注意事项及准确记录 24 小时出入量等。

2.7.5 眼镜蛇咬伤溃疡护理研究

作者认为：眼镜蛇毒不但含神经毒、血循毒，而且还有多种酶。如早期局部创口处理不当，常发生组织溶解、坏死，易形成慢性溃疡，组织坏死。形成溃疡原因较多，主要为蛇毒中的血循毒素、卵磷脂酶 A、透明质酸酶、蛋白水解酶等对组织产生的严重损害。由于局部组织的高度肿胀，压力增高，微循环障碍，或伤肢绑扎时间较长，加压包扎等原因造成局部循环障碍，组织缺血缺氧等，以致形成溃疡和组织坏死。因此，我们在治疗和护理上应注意以下几点。

(1) 注意无菌操作：早期对局部伤口作“十”字型切口排毒，最好用双氧水或 3/1000 高锰酸钾溶液冲洗，浸泡；扩创冲洗后，局部宜湿敷，常用黑墨草、旱莲草等适量捣烂外敷，可减少局部炎症，控制炎症的发展，有利消肿。

(2) 预防并发症：伤口挑刺部位应注意清洁，防止感染，及时更换污脏的衣被、床单，保持干爽，以防感染等并发症。

(3) 休息与饮食：患者应卧床休息，限制活动，预防循环衰竭。饮食给予营养丰富的食物，宜清淡易消化的食品，忌辛辣刺激性的食物。

(4) 精神护理：此类病人，因局部肿痛明显，所以要耐心做好病人的思想工作，解除病人害怕死亡、致残的恐惧心理，使病人得到安慰和配合治疗。

(5) 促进功能恢复：采用促使伤肢功能恢复的有效措施，如按摩，中草药煎剂，浸浴伤肢，早期功能锻炼等。

(6) 溃疡护理：溃疡发生后，应及时在无菌操作下手术清除溃疡组织，每日换药。应用有效的中草药外洗外敷。如野菊花、白芷、夏枯草、黄柏、大黄煎汁洗涤溃疡面，有清火解毒祛腐之功。并根据溃疡程度，分别采取祛腐拔毒，生肌长肉，敛皮收口药外敷。若

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

溃疡面积大，则需作植皮术，术前要做好取皮区的消毒工作及创面的保护。术前连续三天（第一天应备皮）用75%酒精在取皮区消毒，每次消毒后，用无菌巾包扎，并保持无菌。创口用维生素 B_{12} 和庆大霉素混合湿敷，使创面肉芽组织红活，以利植皮的成功。施行植皮术后，可用复方白糖纱布外敷，稍加压包扎，取皮区用复方凡士林纱布外敷包扎。术后内服黄连解毒汤；并时常注意观察敷料有无渗血、渗液等情况。若局部不痛不发热，敷料干净，伤口无臭气，则不必更换敷料，7天左右再打开敷料。打开敷料后，还需用复方鱼肝油软膏外搽以保护创面，用活血祛瘀、舒筋活络的中草药外洗，并进行有效的功能锻炼，以利患肢功能的恢复。[65]

作者不仅分析了眼镜蛇咬伤引起溃疡的原因，而且对溃疡不同时期换药方法及药物进行了探讨，并注意到了肢体溃疡愈合后的功能恢复问题。

2.7.6 蛇伤系统护理研究

作者通过论述五步蛇的护理经验，较为全面地叙述了蛇伤的全面护理，特摘要如下。

（1）一般护理

① 严密观察、记录病情变化

由于五步蛇出血、抗凝血毒素的作用，病人大量失血、溶血，导致血压下降、脉搏改变。因此应快速建立静脉通道，以保证药物的顺利进入。根据病情，1～3小时测血压、呼吸、脉搏、体温各1次，并记录。

观察病人有无皮下、内脏器官、五官出血及尿血、便血等，需详细记录24h出入量，观察大、小便的量、颜色、性质。

观察伤肢肿胀情况，伤口渗血渗液情况。

保持输液管、输 O_2 管、尿管、鼻饲管等的通畅，发现异常给予及时纠正。

② 应用解毒药物的护理

静脉注射抗五步蛇毒血清是目前公认最有效的解毒方法，应用愈早效果愈好。注射前要做好皮肤过敏试验，阴性者以全量8000U加入50%葡萄糖注射液静脉缓慢注射；皮试阳性者需进行脱敏注射，在注射血清过程中仔细观察病人反应，若遇有皮疹、心慌、寒战等过敏反应，则给予相应的抗过敏治疗护理。小孩病例的血清用量与成人相同。口服我院自制的蛇药卜芥片时，成人每次8片，小孩酌减，0.5小时1次，连服8次后应视病情改变服药时间。必要时喂药，并观察服药及有无副作用产生，以便及时处理。在用清热解毒、消肿止痛之中药外洗外敷伤肢时，要帮助患者泡洗或淋洗伤肢，水温适宜，并观察泡洗情况。

③ 精神护理

蛇伤病人精神上极度恐惧紧张、焦虑，护理过程中我们对患者作好耐心的解释工作，关心体贴病人，使其消除恐惧焦虑情绪，树立战胜蛇伤的信心，积极配合治疗。

④ 卧床休息

此类患者病情危重，需严格卧床休息，保持安静。不要随意搬动病人，以防蛇毒扩散。生活上给予必要的帮助，保持床铺平整干燥，必要时给予垫高骨突受压部位，预防褥疮发生。

⑤ 饮食护理

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为了以增强病人机体对蛇毒的抵抗力，要给予清淡、易消化、富营养的流质、半流质食物，如各种鲜的水果汁等，忌食辛辣燥火肥甘厚腻食物，禁用硬固食物，以免造成消化道血管破裂导致内出血而加重病情。

⑥ 眼睛及口腔护理

患者常有眼结膜充血，护理时不要用不洁、粗糙的物品擦眼睛，并予氯霉素眼药水滴眼，每4小时1次，防止角膜溃疡致盲等合并症。五步蛇伤早期忌用牙刷刷牙，以免操作口腔粘膜引起牙龈出血。昏迷患者，每日4次用止血钳夹生理盐水棉球清洗口腔，注意棉球蘸水不能太多，以防吸入呼吸道，清洗动作要轻柔，并注意观察口腔粘膜有无出血现象。

⑦ 二便护理

五步蛇毒常并发肾脏中毒性损害而导致急性肾功能不全，出现血尿、少尿等。因此，需仔细观察病人小便量、颜色，并详细记录24h出入量。蛇伤患者机体抵抗力下降，易发生逆行感染。因此，插导尿管时应严格执行无菌操作，动作轻柔以免损伤尿道粘膜血管引起出血。每日2次以0.02%呋喃西林溶液用密闭式冲洗法冲洗膀胱，每日更换一次性尿袋，定时放出尿液，2小时1次。经常清洁外阴，保持尿道口清洁，防感染。中医有“治蛇不泄，蛇毒内结”之说。大便不能自行排出时，以中药大黄粉煎水过滤灌肠，温度在37℃左右。插肛管动作要轻柔，帮助病人排便并观察记录排泄物的颜色、性质和量。

(2) 特殊护理

① 输液输血的护理

水、电解质的平衡是维持生命活动的必要条件。五步蛇伤后，由于出、凝血毒素的作用，患者大量溶血失血，使这一平衡遭到破坏，因此需及时补充有效血容量，输入一定各种所需液体。输液以10%葡萄糖液和中分子右旋糖酐为主，输入量每日在1500～2000ml；要掌握输液速度，避免过多过快，以免加重受损心肌负担，导致肺水肿、心力衰竭。

五步蛇伤出血原因主要是凝血毒素导致，如果凝血机制尚未恢复，过早输血常加重病情。输血一般在蛇伤后3～4天进行，以少量多次输新鲜全血为好，一次输入量在300ml以内，隔日1次。输血前做好交叉配血试验，经两人以上严格查对无误方可执行。输血速度在40～50滴/分钟，并观察有无反应，出现不良反应，即刻采取相应的救护措施。

出于五步蛇毒对毛细血管内皮有损害，血管通透性增高，同时具有抗凝血作用，因此静脉穿刺时应尽量作到一针见血，拔针后操作者用消毒棉签压迫针孔片刻至不出血止，出现皮下瘀斑时可用30%硫酸镁溶液湿敷。

② 伤肢的护理

五步蛇毒中卵磷脂A具有生物活性作用，蛋白水解酶对人体组织的消化作用以及透明质酸酶对细胞间质的损害，造成伤肢局部肿胀严重，伤口出血较多，伤口周围有较大较多的水、血疱形成，局部组织坏死，伤口溃烂，严重者可累及血管、神经、肌腱、骨关节等。加强伤肢的护理可促进伤肢愈合，减少并发症和后遗症。我们主要采取以下措施。

a. 每日以我院自制的具有清热解毒、活血消肿之功效的“红海石外洗剂”泡洗伤肢后换药。

b. 伤肢肿胀处外敷红藤黄柏粉(冷开水调拌)，并保持湿润，以清热解毒、凉血消肿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

止痛。

c. 伤肢血水疱用无菌注射器抽吸，伤口肿痛变黑有脓时给予切开清创，用双氧水、生理盐水彻底冲洗后外敷蛇伤溃疡粉、土黄连纱布，以清热解毒、杀菌、去腐生肌。

d. 溃疡伤口后期，肉芽鲜活者给予黄连润肌膏外敷，以达到生肌收口，恢复期加强伤肢功能锻炼，预防畸形。[66]

本护理研究，较为详细地提示了护理蛇伤病人，要全面系统地进行护理，密切观察病情，认真作好记录，特别提出输液，输血护理，及时帮助医师控制病情发展，并有效地预防伤肢伤残等后遗症。编者认为此可作为蛇伤护理常规。

3 实验研究

3.1 薯草治疗蝮蛇咬伤的实验研究

作者通过实验研究，证实薯草不但对蝮蛇毒中毒小白鼠有良好的保护作用，而且有抗溶血，抗蝮蛇毒对毛细血管损伤，抗组织坏死等作用。[67]

3.2 弹力绷带治疗尖吻蝮蛇毒中毒的实验研究

弹力绷带合并 Na_2-EDTA（依地酸二钠）局部应用对家兔尖吻蝮蛇毒中毒疗效和血浆中蛇毒浓度的变化研究。王晴川等人，设计了一种弹力绷带，利用其可阻止静脉回流而不影响动脉灌流的适当弹性，将其绑在伤口上方，能减少蛇毒吸收而不阻碍患肢供血，同时在局部皮下给依地酸二钠（Na_2-EDTA），对蛇毒进行局部解毒。经用家兔中毒模型进行实验，结果证明这种方法能延缓蛇毒吸收，并相应延长动物存活时间或免于致死及降低毒性。这一研究和应用方法值得借鉴和推广。[68]

【古训今释】

查考古文献很少有毒蛇咬伤的病名和病证的论述，而治法和方药的论述较多，现将有关古文献治疗毒蛇咬伤的治法和方药归纳综述如下。

1 病　机

1.1 阻止蛇毒吸收

毒蛇咬人时，其毒液通过其毒牙具管注入肌肤、扩入营血、播散全身，发生全身性中毒反应。古人也认识到蛇毒这一传变过程，并创造了阻止蛇毒吸收的治疗方法。如《华佗神方·救诸蛇螫神方》说："治法急以绳缚创上寸许，则毒气不得走，一面令人以口吸螫处，取毒数唾去之，毒尽即不复痛。"许克昌《外科证治全书·蛇咬伤》也提出，治疗毒蛇咬伤应"以绳扎伤处两头，庶不致毒气内攻，流布经络。"说明了古人治疗毒蛇咬伤的早期，用绳扎，吮吸法，在于防止蛇毒的吸收和扩散。至今仍为临床所采用。但是，应该指出的是结扎过久，阻断气血运行可导致肌肤坏死，故使用本法时应实行扎几分钟，放几分钟的方法，则既阻止蛇毒吸收，又不致肌肤坏死。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 破坏蛇毒的毒性作用

《肘后备急方·卷七·治卒青蛙腹虺众蛇所螫方第五十六》有“一切蛇毒，急灸疮三五壮，则众毒不能行。”的记载。《外科理例·蛇伤》说“山居人被蛇伤……以艾灸大效。又方，独头大蒜切片置患处，以艾于蒜上灸之，每三壮换蒜效。”古人认为灸法治疗蛇咬伤具有宣通蕴滞、畅行营卫、截毒、拔毒于外的作用。从现代研究说明，蛇毒为毒蛋白，加热65℃即可变性而失去大部分毒性作用。古人用艾灸法治疗蛇伤，也是借助艾灸之热力，使蛇毒毒蛋白凝固，变性，从而达到破坏蛇毒的毒性作用。

2 治　　法

2.1 从局部排除蛇毒

《外科证治全书·蛇咬伤》指出“凡被蛇伤，即以针刺伤处出血”。《外科理例·蛇伤》说“蛇伤，急用溺洗患处。”这里指出可用放血疗法从局部排除蛇毒，以及应用自身小便冲洗咬伤部位来冲洗引流排毒。此外还有应用切开法排毒，应用火罐拔毒及口吮吸排毒等方法记载。应用这些方法，可使局部尚未吸收的蛇毒得到有效地排除，从而减轻全身中毒症状。

2.2 以毒攻毒

早在《名医别录》中就有应用毒药治疗蛇伤的记载：“雄黄……杀诸蛇取毒。”《日华子本草》亦认为雄黄可“治一切蛇虫兽咬伤”。《重修政和经史证类备用本草玉石部中品》引抱朴子曰：“带雄黄入山林即不畏蛇，若蛇中人，以少许末敷之，登时愈。”雄黄不仅可以外用解蛇毒，而且内服亦有攻毒解毒的功效。《医宗金鉴·外科心法要诀》说“蛇咬伤时即饮醋，仍宜用绳扎患处，再服五灵共雄黄，肿消口合自如故。”以上说明雄黄为治疗毒蛇咬伤的要药。而现代研究表明雄黄为含重金属类毒药，而重金属可使蛇毒变性，可直接破坏蛇毒。

动物类蜈蚣、全蝎等为辛温有毒之品，具有祛风、止痉、解毒攻毒等作用。《神农本草经》认为蜈蚣“主啖诸蛇、虫、鱼毒”。《抱朴子》说蜈蚣“末，以治蛇疮”。《调天奥旨》以蜈蚣散外搽患处治蛇咬伤，《医学衷中参西录·药物讲义》说：“蜈蚣……性有微毒，而善解毒”，又说“为其性能制蛇，故也治蛇症及蛇咬中毒。”综上所述，蜈蚣类有毒药，是治疗毒蛇咬伤的有效药物，其作用机理是解毒和攻毒。现代常用其治疗蛇毒之风毒(蛇毒神经毒)，疗效更为确切。

2.3 清热解毒

《普济方·蛇伤》“夫蛇，火虫也。热气炎极，为毒至甚。”这里已指出蛇毒属于火毒。《疡医大全·蛇伤门》说“蛇毒，乃阴毒也，若用阳药解之，则毒愈炽，必用阴分解毒之品，顺其性而解之也。”这里所说的阴毒，并不是指其性为寒之阴毒，而是指蛇是一种栖息于阴暗隐蔽之处的有毒动物，故其毒为阴毒，但实为火热之毒，这是其一。其二是指蛇毒常

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

多夹湿，具有阴毒的特性一面。从下文用阳药使其毒更炽，所以必须应用热者寒之的理论，应用阴分寒凉解毒之品。《外科证治全书·蛇咬伤》所载“祛毒散”，以蒲公英，紫花地丁，夏枯草，生甘草，白矾等寒凉属阴药物以泄热毒；又用白芷温燥之品，化湿宣毒；充分体现了上述治疗原则。所以能达到“一剂肿消，二剂毒尽从大小便排出，三剂痊愈。”此外，在民间常用半边莲，七叶一枝花、龙胆草、黄柏、黄芩、黄连、大黄等寒凉解毒泻火之品治疗毒蛇咬伤积累了丰富的实践经验。

2.4 凉血解毒法

《本草纲目·兽部第五十卷上》论犀角说“治百毒、瘴气。杀钩吻、鸠羽、蛇毒。”说明古人已经认识到蛇之火毒具有温病的特点，可按照卫气营血的规律而传变，若蛇之火毒传入营血分，则可应用犀角等清心凉血解毒之品治疗。其代表方剂则是清营汤，犀角地黄汤等(注:犀角用水牛角代)。

2.5 祛风解毒法

《证治准绳·疡医·诸虫兽螫伤》说：“世治毒蛇所伤，细辛、香白芷各五钱，雄黄二钱，为末加麝香少许，每服二钱，温酒服，效。”应用祛风散寒化毒的药物治疗毒蛇咬伤，适用于神经毒(风毒)的毒蛇咬伤，症见视物模糊，瞳孔缩小，眼睑下垂，头项强直，呼吸困难，手脚抽搐，甚至昏迷等。本方细辛辛香浓烈，性温通窜，善能祛风解毒，通经络，通窍，散结止痛；白芷辛香走窜，人气走血，善祛风除湿，解毒止痛，消肿散结，芳香通窍；麝香辛温异香，通行十二经，为醒脑回苏之要药，并能破血散结，辟秽解毒；雄黄亦为辛温祛风解毒之要药。本方共奏、祛风散温解毒，通脉回苏醒脑等功效。

2.6 通利排毒法

《外科证治全书·蛇咬伤》论祛毒散方治疗毒蛇咬伤提到“毒尽从大、小便排出”。我国民间有“治蛇不泄，蛇毒内结，二便不通，蛇毒内攻。”的治疗毒蛇咬伤利尿通便排毒的经验之谈。在长期的医疗实践中，古人认识到蛇毒在体内的传变和排泄规律，故制定出通利二便的排毒方法。现代研究表明，蛇伤早期蛇毒为游离之毒，70%可以从肾脏排出；蛇伤中后期蛇毒与靶细胞结合以后，则须网状内皮系统和肝脏解毒。这更加科学地说明了通利二便，可排出蛇之毒素。

(喻文球　谌莉媚　王万春)

近现代参考文献

[1] 喻文球等，毒蛇咬伤的中医理论与实践研究，蛇志，1990，2(1)，1
[2] 喻文球，蛇毒血循毒的中医理论与实践研究，中国蛇学杂志，1997，6(3):46
[3] Ohsaka，A，et al，(1976,6)j，iapall. Biochem Soc，48，308
[4] Tu，A，T，et al，(1983)Br，J，Exp，Path，64，633
[5] Hunter，W，K，et al，(1990)Proc roy soc，Med，3，105

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[6] Kellauay, C, H, et al, (1932)Aust, J, exp, Biol, med, sei, 10, 181
[7] Vick, J, A, et al, (1964)Nature (Lond), 203, 1387
[8] Harvey, A, L, et al, (1984), J Physiol, paris, 79, 222
[9] Earl, J, E, et al, (1972)Camp, Biochem, Phgsiol, (A), 41, 597
[10] Ohsaka, A, et al, (1973), Biochim, biophys, Acta (Amst), 323, 415
[11] Vaslli, P, et al, (1965), Amer, J, Med, 39, 79
[12] Sitprija, V, et al, (1973)In: de Vries, A, et al, (Eds): *Toxins of Animal and plant origins*, Vol. 3, Lond, Gordon and Breach
[13] Deykin. D. (1970), New EngI. J. Med, 283, 636
[14] Brain, M, C, et al, (1957)Br. J. Haematol, 13, 868
[15] Marsden, A. T. et al, (1961)Bret, med, J. 1961, I, 1290
[16] Chopra, R. N, et al, (1934)Indian, J, med, Res, 21, 493
[17] Markwardt, F, et al, (1966)Naunyn-Schmiede. burgs Arch exp, path, path, pharmak, 252, 297
[18] Rothschild, A. M, et al, (1971)Ciencia Cultura 23, 481
[19] Damerau, B, et al, (1975)Naunyn-Sehmiedebergs Arch pharmacol, 287, 141
[20] Feldberg, W, et al, (1938)J. Physiol, (lond), 94, 187
[21] Kadouiitz, P. J. et al, (1975)Ann. Rev. Pharmacol, 15, 285
[22] Felolberg. W. (1940)J, Physiol, (Lond), 99, 104
[23] Lin-Shiau, S. Y, et al, (1978)Toxicoh, 17 (Suppl.I), 183
[24] Andraasen, T. J. et al, (1979)Arch, Biochem. Biophys, 194, 468
[25] Rosenberg, p, (1986)In: Natural, Toyins, 129 (Harris, J.B.Ed)Oxford, Univesity, Press
[26] Sauai, Y and Honma, M: Snakebites in India, The SNAKE, 1975 7 (1):1 ~ 16
[27] Russell F. E. Clinical aspects of snake, Venompoisoning in North America, Toxicon, 1969 7, 23
[28] Reid, H. A. *et al*: *Epidemiology of snakebite in North Malaya*, Brit, Med, J. 1963, 1:992 ~ 997
[29] De situa A. and Rantsinghe, I: Epidemiology of Snake bite in Srilanka: a Reuiew, Ceylon Med. J. 1983, 28 (3):144
[30] 泽井芳男：毒蛇ハブになや. 东京医事新志，1957，74:641 ~ 642
[31] Sawai, Y, et al: An Epidemiblongcal study of snakebites in the Sontheat Asia. The SNAKE, 1971, 3 (2): 97 ~ 128
[32] Sanwai, r and Tseng L. S: Snakebitis on Taiwan, The SNAKE 1969, 1 (1):9 ~ 18
[33] 李其斌. 毒蛇咬伤概况，广西医药，急救医学专辑，1988，(增 1):276
[34] 王乃平，等. 广西部分地区 1990 年蛇伤 399 例流行病学研究，蛇志 1991. 3 (2)4 ~ 8
[35] 谢锐光，等. 毒蛇咬伤临床分型、分级、分度. 中国蛇学杂志，1997，(3):38
[36] 喻文球，等. 青木香解毒汤等综合治疗神经毒蛇咬伤 15 例分析. 中国中医急症，1997，6 (3):112
[37] 罗学宏. 银环蛇咬伤致多脏器功能衰竭(附 15 例治疗分析)，蛇志，1994，4，5 (1):207
[38] 罗汉中. 芬香开窍法治疗银环蛇咬伤. 蛇志，1990，10，2 (1):32
[39] 余培南，等. 抢救银环蛇咬伤致多系统脏器衰竭 57 例报告. 中国蛇学杂志，1997，(3):86
[40] 余培南. 银环蛇咬伤呼吸停止的抢救. 新医学，1985，16 (8):395
[41] 余培南，等. 中西医结合抢救成功银环蛇咬伤致呼吸停止 23 例体会. 中西医结合杂志，1986，6 (7):432
[42] 李怀鹏，等. 银环蛇咬伤呼吸停止抢救 13 例临床分析. 动物学研究，1981，2 (4):167
[43] 陈武. 五步蛇伤并发弥漫性血管内凝血 29 例临床分析. 中国蛇学杂志，1997，6 (3):154

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[44] 陈武．等．中西医结合抢救五步蛇伤并发急性肾功能衰竭21例分析．中国蛇学杂志，1997，6(2)：114
[45] 陆崇凯．山莨菪碱伍用地塞米松治疗园斑蝰蛇咬伤．中国蛇学杂志，1996，4，6(1)：104
[46] 陆崇凯．中药高位保留灌肠治愈蝰蛇致急性肾功能衰竭1例．中国蛇学杂志，1996，4，6(1)：105
[47] 何林根．救治危重型蝰蛇咬伤并脑出血成功1例，中国蛇学杂志，1996，4，6(1)，105
[48] 陈武，等．中西医结合抢救五步蛇中毒性休克30例报告，中国蛇学杂志，1997，6(4)：111
[49] 罗汉中．鲜旱莲草汁灌服治疗蛇伤溶血，蛇志，1990，10，2(1)：29
[50] 龙惠英．蕲蛇致阴道大出血1例、蛇志，1990，10，2(1)：26
[51] 倪毓生，等．503例蝮蛇咬伤临床分析，蛇志，1990，10，2(1)：94
[52] 沈友云．治疗蝮蛇咬伤1000余例临床体会，蛇志，1990，10，2(1)：97
[53] 蒋建栋．蝮蛇咬伤并急性肾功能衰竭28例的透析疗法报告，中国蛇学杂志，1997，6(1)：92
[54] 宁再安．蝮蛇咬伤致死122例分析，中国蛇学杂志，1997，6(1)：93
[55] 熊郁良．46例蛇伤死亡分析，中国蛇学杂志，1994，(2)：32
[56] 汪渭忠．外治法及外用药治疗蛇伤经验，蛇志，1990，2(1)：121
[57] 黄坤成．中药“祛瘀散”对蛇伤肢体损伤疗效分析，蛇志，1990，2(增1)：43
[58] 饶善达．刘广芬，等．依地酸二钠注射液治疗五步蛇咬伤42例，蛇志，1990，2(1)：91
[59] 郑斌，等．糜蛋白酶治疗蛇伤224例，中国蛇学杂志，1997，10，6(4)：135
[60] 邓跃林．同步间歇指令通气抢救银环蛇咬伤致呼吸衰竭，中国蛇学杂志，1997，6(1)：99
[61] 邓跃林．三种新型通气方式在IGU的应用，中国急救医学，1994，(4)：40
[62] 张清．气管切开护理，中国蛇学杂志，1995，5，4(2)：26
[63] 陈爱娟．五步蛇咬伤伴失血性体克护理体会，中国蛇学杂志，1995，24(1)：23
[64] 黄阳华．蛇伤致急性肾衰护理体会，中国蛇学杂志，1995，5，4(2)：29
[65] 杜海葵．眼镜蛇咬伤溃疡的护理，中国蛇学杂志，1995，5，4(2)：30
[66] 贺祖秀．危重型五步蛇伤病人护理，中国蛇学杂志，1995，2，4(1)：18
[67] 陈武．蒈草治疗蝮蛇咬伤的临床和实验研究，蛇志，1990，2(1)：145
[68] 王晴川，等．弹力绷带合并Na_2-EDTA(依地酸二钠)局部应用对家兔尖吻蝮蛇毒中毒的疗效和血浆中蛇毒浓度的变化研究，蛇志，1990，102(增1)：142

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 颈 椎 病 ❋

颈椎病系指颈椎间盘退变及其继发性改变刺激或压迫邻近组织，引起各种症状和体征的一组症候群。因其病理改变及病理机制的不同，其临床表现有很大的差异，临床上除颈痛、后枕痛及颈部活动受限等一般性颈椎病症状外，还可出现因颈脊神经根被压迫和刺激所致的神经根性疼痛、感觉和运动功能障碍，因脊髓受压所致的椎体束征及植物神经功能紊乱，因颈椎动脉血管受压所致的椎-基底动脉供血不足引起的猝倒等中枢神经功能障碍及植物神经功能失调等。

颈椎病的发病率由于各家统计不一，大约在3.8%～17.6%之间。大多数发生在40岁以后，50～59岁占人口的25%左右，60～69岁则高达50%，而70岁以后几乎是百分之百。

颈椎病在中医学中没有相应的病名，根据其临床表现，本病属中医学“颈肩痛”、“颈背痛”、“痹证”、“眩晕”、“痿证”的范畴。近年来中医学对本病从理论探讨、实验研究及临床研究等方面作了大量的工作，在临床治疗上，除传统的药物内治、外治、椎拿和针灸治疗等方法治疗颈椎病的研究进展外，尚有与西医学及现代科学相结合而创造出来的中药药物离子导入、硬膜外中药治疗等新疗法的出现，这不仅使颈椎病的临床疗效显著提高，而且大大丰富了中医治疗学的内涵。推拿疗法治疗颈椎病，由于疗效显著、可靠，早已受到西医专业医师的青睐，并广泛应用于临床。传统中医疗法的新成果和上述新疗法的研究进展已为医界所瞩目共识。但我们也观察到，目前实验研究方面的资料尚少。相信随着理论研究、实验研究的进一步开展，临床研究会有更深人的实质性进展。

【今日临床】

1 诊断标准

国家中医药管理局1994年颁布中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，有关颈椎病的诊断标准如下。

1.1 病名诊断标准

有慢性劳损或外伤史。或有颈椎先天性畸形、颈椎退行性病变。

多发于40岁以上中年人，长期低头工作者或习惯于长时间看电视、录相者，往往呈慢性发病。

颈、肩背疼痛，头痛头晕，颈部板硬，上肢麻木。

颈部活动功能受限，病变颈椎棘突，患侧肩胛骨内上角常有压痛，可摸到条索状硬结，可有上肢肌力减弱和肌肉萎缩，臂丛牵拉试验阳性，压头试验阳性。

X线正位摄片显示，钩椎关节增生，张口位可有凿状突偏歪，侧位摄片显示颈椎曲度变直，椎间隙变窄，有骨质增生或韧带钙化，斜位摄片可见椎间孔变小。CT及磁共振检

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

查对定性定位诊断有意义。

1.2 证类诊断标准

风寒湿型：颈、肩、上肢串痛麻木，以痛为主，头有沉重感，颈部僵硬，活动不利，恶寒畏风。舌淡红，苔薄白，脉弦紧。

气滞血瘀：颈肩部、上肢刺痛，痛处固定，伴有肢体麻木。舌质暗，脉弦。

痰湿阻络：头晕目眩，头重如裹，四肢麻木不仁，纳呆。舌暗红，苔厚腻，脉弦滑。

肝肾不足：眩晕头痛，耳鸣耳聋，失眠多梦，肢体麻木，面红目赤。舌红少津，脉弦。

气血亏虚：头晕目眩，面色苍白，心悸气短，四肢麻木，倦怠乏力。舌淡苔少，脉细弱。

1.3 分型诊断标准

（1）颈型：枕颈部痛，颈活动受限，颈肌僵硬，有相应压痛点。X线片示：颈椎生理弧度在病变节段改变。

（2）神经根型：颈痛伴上肢放射痛，颈后伸时加重，受压神经根皮肤节段分布区感觉减弱，腱反射异常，肌萎缩，肌力减退，颈活动受限，牵拉试验、压头试验阳性。

颈椎X线示：椎体增生，钩椎关节增生明显，椎间隙变窄，椎间孔变小。CT可见椎体后赘生物及神经根管变窄。

（3）脊髓型：早期下肢发紧，行走不稳，如履沙滩，晚期一侧下肢或四肢瘫痪，二便失禁或尿潴留。受压脊髓节段以下感觉障碍，肌张力增高，反射亢进，椎体束征阳性。

X线片示：椎间隙狭窄，椎体后缘增生较严重并突入椎管。

CT、MRI检查示：椎管变窄，椎体后缘增生物或椎间盘膨出压迫脊髓。

（4）椎动脉型：头痛，眩晕，耳鸣，耳聋，视物不清，有体位性猝倒，颈椎侧弯后伸时，症状加重。

X线片示：横突间距变小，钩椎关节增生。CT检查可显示左右横突孔大小不对称，一侧相对狭窄椎动脉造影见椎动脉迂曲，变细或完全梗阻。

（5）交感神经型：眼睑无力，视力模糊，瞳孔扩大，眼部胀痛，流泪，头痛，偏头痛，头晕，枕颈痛，心动过速或过缓，心前区痛，血压增高，四肢凉或手指发红发热，一侧肢体多汗或少汗等。X线片见钩椎增生，椎间孔变狭窄，颈椎生理弧度改变或有不同程度错位。椎动脉造影有受压现象。

1.4 分期诊断标准

1.4.1 分期辨证标准

（1）早期

太阳经输不利：头项强痛，恶风或恶寒，或兼身痛，上肢痛或手指屈伸不利。或汗出恶风，肌肤麻木不仁，脉浮缓；或无汗恶寒，肢体疼痛较重，脉浮紧。

督脉经输不利：颈项强直疼痛，牵及肩背，头部转侧不利，项背腰脊酸软无力，头晕，舌淡，脉沉迟缓或沉迟无力。

（2）中期

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

外邪侵袭：颈项及上肢疼痛、麻木为主，或见关节手指屈伸不利，握物不牢，或头痛、身痛沉重。或疼痛呈游走而无定处，或自汗出，苔薄，脉浮缓；或疼痛麻木较剧，得温则舒，遇寒加重，或四肢发凉，畏寒，指端色青，舌淡苔白润，脉弦紧；或头身困重，四肢痿软无力，脘腹痞满，但按之濡软，或有恶心欲呕，或见患侧上肢肿胀、沉重，大便常溏泻或不爽，舌苔白腻，脉濡缓或濡细。或痛处固定不移，面色无华或黧黑，甚则肌肤粗糙、甲错，舌质紫暗，脉弦细或细涩。

气滞血瘀：颈项、肩、上肢疼痛、麻木，多为刺痛或触电样或放射样疼痛，痛有定处，夜间加重，痛处拒按，或伴头痛，亦多刺痛，或见指端麻木紫绀，指甲凹陷少华，皮肤枯燥发痒，甚则肌肤甲错，面色黧黑，或见胸胁胀痛，情志抑郁，急躁易怒，女子可见经来乳房胀痛或痛经，经来不定期，或月经后期，经色黯黑，或有血块，甚则闭经，舌质青紫，或有瘀斑、瘀点，脉弦细或弦细涩。或心烦，失眠，颧红，盗汗，小便短赤，舌红少津，脉沉细数；或倦怠乏力，气短懒言，面色㿠白，食少便溏，舌淡，脉缓。

痰湿困阻：头重如裹，身重乏力，上肢(一侧或两侧)沉重疼痛，或肿胀、麻木，痿软无力，眩晕，胸闷，心悸，或有束胸感，或有咳痰，脘腹满闷，食少纳呆，恶心呕吐，便溏或大便不爽，舌苔白腻，脉濡缓或濡细滑。或烦热口干，渴不欲饮，小便短赤，大便秘结或溏垢，舌红苔黄腻，脉滑数。或下肢痿软无力，或下肢重于上肢；或头痛为闷痛或太阳穴处跳痛，眩晕，耳鸣。或肢体沉重，拘急疼痛，畏寒。

痰瘀交阻：本证是血瘀与痰湿共见证。但临床上有痰重于瘀者，或瘀重于痰者，亦有痰瘀交阻，郁结日久而化热者，当参考上述血瘀和痰湿证，临证详分细辨。

(3) 晚期

肝肾阴虚：头痛为空痛或胀痛，眩晕，耳鸣耳聋，腰膝酸软无力，甚则痿废不用，心烦失眠，口苦咽干，遗精带下，舌红少津，脉弦细数。或筋惕肉瞤，肢体麻木，受阻拘挛，甚则猝倒；或头痛，眩晕，头重如蒙，或如坐舟船，或咽喉不利，如物梗阻，或咳痰不爽，苔白腻或黄腻，脉弦滑或弦细数。或四肢不温，形寒怯冷，舌淡，脉沉细无力。

气血不足：头、颈项、上肢酸痛隐隐，按揉则舒，喜温恶寒，头晕如飘，目视昏花，头痛、眩晕动则加重，一侧或两侧肢体软弱无力，甚则痿废不用，面色苍白或㿠白，唇口麻木，色白无华，心慌、心悸，失眠，怔忡，健忘，倦怠乏力，气短懒言，食少便溏，或可见手足蠕动，自汗、盗汗等，舌淡，脉细弱无力。

2 中心证候特征

颈椎病是由于肾情亏损、正气虚衰，复感风寒湿邪或跌仆损伤，导致经络闭塞、气血凝滞，化生痰浊、瘀血，留滞于颈项部形成以病瘀痹阻、经络不通为主的中心证候学特征。其主症为：头、颈项、肩及四肢疼痛，头目眩晕，四肢痿软无力等。次症：乏力，腰背不适等。

疼痛是颈椎病常见的症状之一。颈椎病人90%以上出现不同部位、不同性质的疼痛。疼痛的病因无非是因经脉气血失畅所致，所谓“不通则痛”。颈椎病的疼痛有头痛、颈项痛及上肢疼痛三类。这三类疼痛可以单独出现，亦可相兼出现，因而其病因病机既有共同之处，也有一定的差异。

头痛：头痛可见于各型颈椎病中。颈项痛可见于各型中，单纯的颈项痛，多见于颈型

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

颈椎病。肩及四肢疼痛：多见于神经根型颈椎病中，亦可见于与脊髓型的混合型中。

痿证：颈椎病的痿证的出现，多与《素问·痿论》所提到的“筋痿”“肉痿”“骨痿”有关。病变多累及脾胃、肝肾。

眩晕：颈椎病眩晕的产生可分为虚实两类，虚证可因气血亏虚、肾精不足等致脑髓失养；或肝肾阴虚，肝阳上亢，或风阳上扰。实证可以痰浊蒙蔽清阳等。

3 病　因

3.1 原发病因

本病的病因，其本在肾，乃为肾气不足，肾精亏虚，骨髓失养，颈椎间盘发生退行性变所致。因年龄而导致肾气渐衰的生理性退变的原因外，人体内外致病因素可以加剧这一生理性肾衰的退变过程，其主要原因有：

3.1.1 正气虚衰

先天不足，肾气本虚，筋骨失于正常精血的濡养，骨髓不充，故发育不良。如颈椎管先天性发育性狭窄、先天性椎体融合、棘突畸形等。尤其是发育性颈椎管狭窄的患者当椎间盘开始发生退变，椎体失稳，或出现轻度的膨出、突出则极易产生对脊髓、神经根的压迫、刺激而出现症状即是此理。

久病气血亏损。骨髓一方面由肾之精气濡养，亦受后天气血的充养。由于后天的各种疾病，失治、误治，久病之后，气血亏虚，肾精与骨髓失去了后天气血的充养和培育，从而加剧了颈椎间盘及椎体、韧带的退变过程，而致发本病。

久病及肾。久病气血亏损，元气耗伤，致使肾气渐损，肾中内藏真阴真阳，真阴虚损则骨髓失于濡养而退变，真阳虚损则骨髓失于温煦而功能渐衰，皆可加剧颈椎间盘的退变而致发本病。

劳倦内伤。所谓劳倦是指烦劳过度。一是劳力所致，所谓“久立伤骨”“久行伤筋”是也。这种劳损还包括工作姿势的不良、睡眠姿势不良、不良的生活习惯及不适当的体育锻炼等。如各种伏案低头工作的人，在屈颈状态下，椎间盘压力大大高于正常体位，从而加速颈椎间盘的退变和颈部软组织的劳损；枕头过高，导致椎间盘内部受力不均，必然造成椎旁肌肉、韧带及关节的平衡失调，加速退变过程；此外如长时间看电视、打麻将，一些不适当的头颈部的体育运动等皆可造成颈椎内外平衡系统的失调而加速颈椎的退变。二是房劳。总之，上述各种原因皆可导致肾精肝血的亏耗，筋骨失养而加剧了椎间盘及脊柱的退变而致发本病。

3.1.2 外邪侵袭

外邪系由风、寒、湿邪侵袭，痹阻经络，气血运行不畅，而致颈部肌肉、筋骨发生酸痛、麻木、重着、活动不利。外邪的侵袭，主要是因正气不足，内因是发生外邪侵袭的基础。

由于居处潮湿，涉水冒雨，气候剧变，冷热交错等原因，致使风寒湿邪乘虚侵袭人体，行于经络，留于颈椎关节，气血痹阻，不仅颈部经脉、肌肉受累而发生痹痛，同时气血痹阻一方面加剧了颈椎的退变，一方面进一步影响了颈椎的稳定平衡而诱发本病。

由于感受风寒湿邪偏盛之不同，临床表现也有所差异。风气胜者，以风性善行数变，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

故疼痛游走不定而成行痹；寒气胜者，使气血凝滞不通、疼痛剧烈而发为痛痹；湿气胜者，因湿性粘滞重着，故使肌肉关节麻木、重着而成着痹。其中尤以寒湿之邪最为多见。

此外，寒湿之邪滞留于经络关节，久则郁而化热，而成湿热，此亦与素体阳盛或本阴虚有热，湿邪侵袭，易从热化有关。

3.1.3 跌仆损伤

与颈椎病的发生发展有着直接关系的是头颈部的外伤，约有半数以上的颈椎病病例与外伤有着直接关系。外伤致使头颈部受到过度的前屈、后伸或侧弯等损伤，同时应当注意的是，某些不正确的推拿手法以及不得当的牵引等医源性对颈椎造成的损伤」跌仆损伤作为本病的病因，造成的后果因损伤的轻重及病人的体质状况有关。一种可能是当时并未造成严重的后果，即造成颈椎病，只是造成椎体周围肌肉、韧带的损伤，造成颈椎不稳并加重了颈椎的退变，为今后颈椎病的发生留下了隐患。另一种可能是造成颈椎病的发生。

3.2 继发病因

3.2.1 瘀血

正气虚衰，气虚运血无力，血脉瘀滞；肝气郁结，气滞血瘀，或肝火内郁，灼伤津液，血液粘稠，滞而不畅，而为血瘀；跌仆损伤，瘀血留滞经络。均可阻滞经络气血，使筋骨失去正常气血的濡养，进一步导致颈椎(椎间盘、韧带、小关节)的退变。

此外，颈椎手术之后，亦可导致气滞血瘀，络脉阻塞，余邪留滞，致使颈椎原发病因未尽而瘀血又生，造成久病不去。

3.2.2 痰湿

人到中年之后，由于精血的损耗，各脏腑功能均有不同程度的衰减。若脾胃失于健运，水湿内停，聚而为痰湿，所谓“脾为生痰之源”是也；肾气虚损，气化失职，津液输布不能，关门不利，津液代谢失常，内停而化为痰饮；若肝肾阴虚，阴不制阳，阳亢化热，亦可炼液为痰；肝失疏泄，津液代谢，气机失常，停聚体内而化生痰湿。

痰湿留滞经络，血流受阻，而生血瘀；瘀血留滞经络，遏阻气机，津液失于输布，则聚生痰湿。痰瘀乃成互结交阻之势，相兼为患，致使病情十分复杂。

若气滞化火，与痰湿相结，则化生痰火、湿热；若肝阳化风夹痰湿上行，则风痰上逆。

痰湿阻滞气血，则筋骨、肌肉失于濡养而加剧颈椎的退变；痰湿留滞肌肉、筋骨间，则阻滞气血的濡养，而四肢、颈部的麻木、强直、沉重乏力；痰湿上行于头部则蒙蔽清窍而成眩晕、头痛等；若湿热遏阻阳明，或灼伤肺气，则可成痿证；若风痰上逆，可成头痛、眩晕，甚则晕厥、昏仆。

4 病 机

4.1 发 病

颈椎病是一种慢性疾病，其本在于肾气不足，肾精亏虚，骨髓失养，颈椎间盘发生退行性变所致。外邪使袭、跌仆损伤可以加速或加剧本病的发生以及临床表现。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2 病　位

颈椎病之病位在于颈部之筋骨，涉及诸脏腑经络，其中以肝肾二脏、三阳经、督脉为主。

4.3 病　性

颈椎病是以正虚为本，风寒湿邪外袭，痰瘀内生，邪正相争，闭阻脉络为主要病机，故其发病之初，以邪实为主，中期表现为虚实夹杂，后期以肝肾亏虚为主的虚证。

4.4 病　势

颈椎病的病势变化，由邪正相争的变化所决定。病之本在于正气虚衰，特别是肝肾不足，外邪风寒湿气或跌仆损伤，引发病势出现邪正相争。随着病程的迁延，正气耗损太过，后期形成正虚为王之势。

4.5 证类病机

风寒湿外袭：肾之阴阳为人体之元阴元阳，肾气虚衰，阴阳不足，肾阳虚，卫阳亦不固，故风寒湿邪易外袭，阻闭经脉、引发颈椎病。因风、寒、湿邪之偏重不同，临床表现有所侧重。风盛者串痛、麻木；寒盛者疼痛剧，强直不舒；湿盛者，沉重如裹，活动不利。

气滞血瘀：跌仆损伤使脉络受损，或血溢脉外，或血停经中，均可导致气血不通，经脉闭阻。血瘀停留日久，或可郁闭阳气而化热，或致津液不运而停滞形成痰湿。

痰湿阻络：或外受湿邪，痹阻经络；或脾胃不足，运化不健，痰湿内生，随气运行，停留于经脉之中，导致经络不通、气血不行，引起颈椎病。

肝肾不足：肝主筋而肾主骨，肝肾不足，筋骨失养，脉络失和，虚火内生，导致颈椎病。

气血亏虚：经络是运行气血的通道，久病、年老，五脏虚损，气血化生不足，经络空虚，失于濡养，经气不利，故有乏力，倦怠，四肢麻木等症。

5 临证思路

5.1 抓住主症

颈椎病的主症是由于邪气痹阻、经络不通、气血凝滞引起的，表现为头项肩臂麻木不适、串痛，头目眩晕，活动受限，重则出现晕厥，视物不清，下肢或四肢瘫痪，二便失禁。由于这组症状可以有程度不同，或有或无的表现，使临床中往往容易被误诊或漏诊，抓住主症，可以为进一步诊断提供有力的线索。

5.2 明确诊断

颈椎病的诊断包括病位、病期、证类的诊断。临证时根据主症、体检以及结合 X 线、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

CT 检查，明确颈椎病属于颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型中的哪一临床类型，同时排除引起这些症状的非颈椎病疾病，以免误诊。其次要确定颈椎病发展到哪一病期，如颈椎病前期、颈椎间盘期、骨源性颈椎病期、脊髓变性期。根据所处的不同病期采取不同的治疗方法。最后对四诊所获资料用中医理论进行分析，确定辨证分型，采取不同的施治措施。

5.3 治法的选择与组合

临床治疗方法的选择，主要是通过其治疗原理及其适应症来考虑的。因此，了解每种中医治疗方法的治疗原理，才能准确地把握其适应症，也才能预知其治疗效果及预后。

由于本病的病理机制的复杂性，其临床表现也各有较大的差异，尤其是从临床的角度看，有些病理变化和临床症状上还存在着很大的差距，这就需要不仅要根据病理，还要根据临床症状的不同来选择治疗方法。由于各种治疗方法的局限性，就使临床医师在临床治疗上感到单纯的一种治疗方法常难达到满意的疗效。为了取得临床更好的疗效，针对本病复杂的病理机制和临床表现，将不同的治疗方法有机地组合使用。

根据中医学辨证施治的基本思路和本病的具体特点，既要辨病，又要辨证，病、证并重。同时把“证”和“症”有机地结合起来，灵活地施治，才能取得最佳的疗效。这就需要把各种疗法和“病”、“证”、“症”有机地结合在一起来作全面的分析。

根据以上思路，可以考虑如下几个组合方案：

主方(主要组合方案)：

第一组：推拿疗法、硬膜外药物疗法组合

推拿疗法主要是针对病变组织解剖位置的病理性失常。可以(可能)解除或改善突出(脱出)的椎间盘对神经根、脊髓的刺激和压迫，同时使用推拿疗法还可以纠正因椎间盘突出(脱出)继发的其它内外稳定平衡的失调，如小关节的错位、脱位，关节囊的松动对神经根的嵌压等；硬膜外腔药物疗法主要是针对硬膜外腔中后纵韧带、黄韧带、神经根、脊膜等软组织因椎间盘的突出(脱出)继发的炎症反应，可以消除硬膜外腔内软组织的炎性渗出、水肿，剥离神经根和其它组织间的粘连，以解除对神经根和脊髓的刺激和压迫，并通过药液自身和血管的渗透作用于椎管内外的软组织，改善血供和营养，恢复椎体内外的稳定平衡。这一组合针对本病的主要环节，即原发和继发病理的改变，解决对神经根和脊髓造成的刺激和压迫。因面在理论上可以成为治疗本病的主要组合形式。但由于目前在硬膜外腔使用中药治疗的方法尚不成熟，在无经验的条件下，可不作为首选的组合治疗方式。

第二组：推拿加中药内治法的组合

中药内治法可以全面地改善和纠正人体在疾病发生、发展过程中的阴阳气血及脏腑功能的失调。其与推拿的共同组合，可以弥补推拿在全面纠正人体功能方面的不足。本病的根本病因是因肾虚，在劳损的作用下致使椎间盘退变加剧，加之久病，人体阴阳气血的失调，可以引起多脏腑的功能失调，使用中药可以有效、全面地调整这一病理改变，扶正兼可祛邪。在本病中若兼有人体阴阳气血及脏腑功能失调者，如肾虚明显者，配以补肾益髓之法，久病气血瘀滞，痰湿痹阻经脉者，配以使用活血通络，化痰祛湿之法等进行辨证施治皆有着积极的治疗意义。对以交感神经症状为主的颈椎病，中药内治法尤其有着重要、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有效的治疗作用。

第三组：推拿加针灸治疗

针灸治疗有类似中药内治法的基本作用，尤其是在疏通气血，活血止痛方面有着独特的功效。在本病的治疗中，尤其是对刺激和压迫脊神经根而引起的根性神经痛和神经功能障碍，配合针灸治疗，可以明显地加强其镇痛和改善神经功能的作用。

以上三组的组合运用，将辨病和辨证相结合，可以根据具体病情作为首选的治疗组合方法。

配方(配伍组合方案)

经上述的组合方案治疗后，尚存在以下症状的情况下，可以考虑使用其它疗法作为配合治疗加以组合。

在颈椎病中兼有病变椎节周围有软组织炎性粘连、痉挛时，在棘突间、棘突两侧有明显压痛和条索状物和结节，可以首选小针刀疗法，以松解软组织粘连，解除因粘连、瘢痕、嵌顿而引起的肌性及神经性疼痛。

在病变椎节附近存在不适或疼痛，但又无明显条索状物和结节时，可以使用中药离子导入疗法，通过直流电和中药离子的作用消除软组织炎症，缓解痉挛，改善病变局部的血供和营养，达到疏通气血，活血止痛的作用。

中药外治法由于种类较多，其作用不一。一般地说，在症状较轻，缓解期时，可以使用敷贴、涂擦等外治法，在症状较重，发作期时可以使用熏洗、热敷等方法，在有条件时，在各期都可以使用热浴的方法。因其使用方便，可以作为长期配合治疗的一种辅助疗法。

颈椎病的中医治疗，目前尚存在一定的局限性，因而部分患者需西医手术治疗。除急性进行性颈脊髓受压症状明显，经临床检查或其他特种检查证实者，以及病程较长，症状持续加重者为直接手术指征外，其余各型颈椎病的手术指征皆应以非手术疗法的无效为前提。

6 鉴　　别

急性颈椎间盘突出症：急性颈椎间盘突出症是在颈椎间盘存在退行性变的情况下，受轻重不同的外伤后所引起发病。颈椎过伸性损伤，可引起近侧椎体向后移位；屈曲性损伤可使双侧小关节脱位或半脱位。其结果皆可使椎间盘后方张力增加，导致纤维环和后纵韧带破裂，髓核突出，从而引起颈髓或神经根受压的临床改变。临床表现可视突出的髓核压迫部位和程度而定。若髓核从后侧方突出(多见)，则主要表现为神经根性症状，主要症状为颈部疼痛，活动受限，犹如“落枕”，疼痛可放射至肩部或枕部，一侧上肢有疼痛、麻木感等，一如神经根型颈椎病。若髓核从带体后方中央突入椎管(少见)而压迫脊髓，则可出现相应的脊髓受压症状，又如同脊髓型颈椎病。故需与颈椎病相鉴别。其鉴别要点如下：

① 病史：本病大多数病例有明显的头颈部外伤史，而极少数是因轻度损伤，如睡醒后伸懒腰而引起的。神经椎型颈椎病则少有外伤病史。

② 发作：本病发病前后无症状，而起病后则立即出现脊髓或脊神经根受压的临床表现。而神经椎型颈椎病则一般发病缓慢，症状呈逐渐进行性加重，即使是急性发作，在发作前大多有轻重不同的临床症状，如颈部不适，轻度的疼痛，或劳累后加重等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

③ 影像学检查：本病可见颈椎间盘突出的表现。但其椎间隙则多无明显异常(年龄大者亦可有)。而颈椎病者则大多椎间隙有明显的异常，如狭窄，病变椎间隙可出现前窄后宽或等宽。此外，颈椎病患者多有程度不同的骨赘形成，而本病则多无。

尺神经炎：尺神经由颈$_{7,8}$和胸$_1$脊神经参与组成。本病以老年者为多见，尤其伴有肘关节外翻畸形时发病率更高，其易与颈$_8$脊神经受累者相混淆。其特点如下：

① 肘后尺神经沟压痛：位于肘关节后内侧的尺神经沟处多有较明显之压痛，且可触及条索状变性之尺神经。

② 感觉障碍：其感觉障碍分布区较第 8 颈神经分布区为小(图 6)，前臂尺侧处多不涉及。



尺神经　　颈$_8$神经

图 6　尺神经与颈$_8$神经感觉障碍分布区的鉴别示意图

③ 对手部内在肌的影响：常呈典型之“爪形手”，主要因骨间肌受累，致使掌指关节过伸及指间关节屈曲，以环指及小指为明显。

④ 其他：尚可参考 X 线平片(多属阴性)、病史和既往史。

正中神经受损：正中神经由颈$_7$-胸$_1$参与构成。本病所因外伤或纤维管道受卡压所致，前者易于诊断与鉴别，后者则易与第 7 颈椎脊神经根受压者相混淆。其特点如下：

① 感觉障碍：其感觉分布区主要为背侧指端及掌侧 1-3 指处，而前臂则多不波及(图 7)。



正中神经　　颈$_7$神经

图 7　正中神经与颈$_7$神经感觉障碍分布区鉴别示意图

② 肌力改变：呈“猿状手”，乃因大鱼际肌萎缩所致。

③ 植物神经症状：因正中神经中混有大量交感神经纤维，因此手部血管、毛囊等多处于异常状态，表现为潮红、多汗等，且其疼痛常伴有“灼痛”感。

④ 反射：多无影响。而当颈$_7$神经根受累时，三头肌反射可减弱或消失。

桡神经受损：桡神经由颈$_{5-7}$和胸$_1$脊神经所组成。在上臂位于肱骨干桡神经沟内，紧

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

贴骨面走行，易因肱骨干骨折而受累。外伤者易于鉴别，如因纤维粘连、局部卡压等因素所致者，则需与第6颈脊神经受累相区别。本病特点如下：

① 垂腕征：因桡神经受损所特有的症状，主要由于伸腕及伸指肌失去支配所致。高位桡神经受累者，伸肘功能亦受影响。

② 感觉障碍：其与第6颈神经不同的是，感觉障碍区主要表现为除指尖部以外的手背侧(1-3指)及前臂背侧，而1、2指掌侧则无障碍(图8)。



桡神经　　颈$_6$神经

图8　桡神经与颈$_6$神经感觉障碍分布区鉴别示意图

③ 反射改变：多无明显影响。而颈$_6$神经受累者则肱二头肌与肱三头肌反射均减弱或消失(早期亢进)。

④ 其他：尚可参考病史、局部检查及影像学检查所见。

胸廓出口综合征：胸廓出口是指锁骨后间隙，其中通过臂丛和锁骨下动脉、静脉。胸廓出口上界为锁骨，下界为第1肋骨，前方为肋锁韧带，后方为中斜角肌(图9)。

臂丛和锁骨下动脉、静脉在胸廓出口受压而产生的症候群称为胸廓出口综合征(Thoracic Outlet Syndrome)。

本病多见，因其可直接压迫臂丛神经下干，或是由于前斜角肌挛缩、炎性刺激而使颈脊神经前支受累以致引起上肢症状，多以感觉障碍为主，并可引起手部肌肉萎缩而肌力减弱等。本病主要包括三组症候群，即前斜角肌症候群、颈肋综合征和肋锁综合征。前斜角肌症候群是因前斜角肌痉挛、肥厚或纤维化，刺激或卡压穿过斜角肌三角的臂丛而产生症状；颈肋综合征是因第7颈椎一侧或两侧残存本当退化消失的完整或不完整颈肋畸形或第7颈椎横突过长，当颈肋尖端突入斜角肌三角横突过长导致斜角肌三角狭窄，造成臂丛和血管的卡压症状，此类占胸廓出口综合征的半数以上；肋锁综合征是因某种原因，如锁骨、第1肋骨骨折畸形愈合，骨痂形成或外生骨疣，第1肋骨畸形等引起第1肋骨与锁骨之间的间隙相对或绝对狭小，则可压迫锁骨下动脉、臂丛而产生症状。此三者虽有区别，但均具有以下特点，以资与神经根型颈椎病鉴别。

① 臂丛神经受累：臂丛神经受累部位主要是臂丛之下干，临床常表现为：自上臂之尺侧延及前臂和手部尺侧的感觉障碍与尺侧屈腕肌、屈指浅肌和骨间肌受累(图10)。主要症状是疼痛、刺痛、麻木、感觉过敏、烧灼感、蚁行感、进行性乏力、疲劳等，疼痛部位模糊，很难确定，这是因为神经受压而非神经缺血所致。此类症状为间歇性，夜间多较重，可痛醒，常累及颈、肩部，上肢抬高可是症状加重，但与咳嗽、打喷嚏无关，此点与颈椎病的椎间盘突出明显不同。颈肋综合征者尚可出现上肢下垂负重或上肢抬高时出现类心绞痛症状(心电图可鉴别)。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

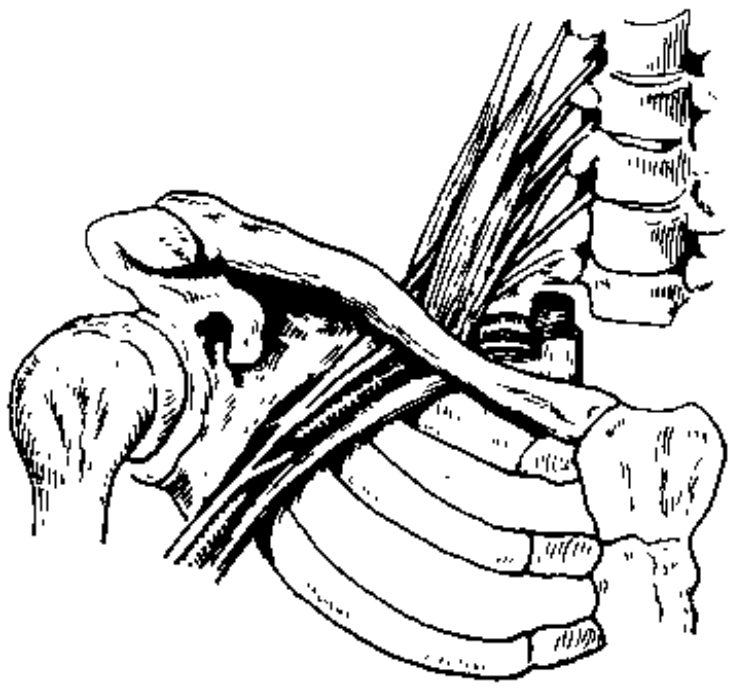


图 9 正常胸廓解剖

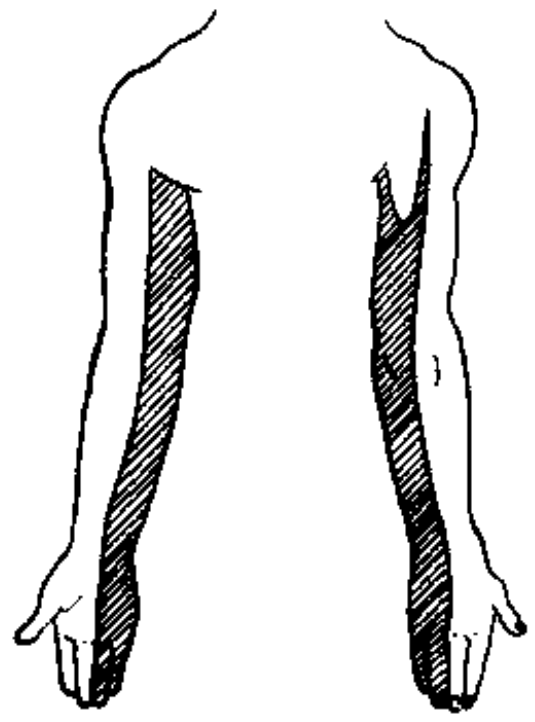


图 10 臂丛神经下干感觉障碍及功能障碍示意图

② 局部体征：患侧锁骨上窝多呈饱满状，检查时可触及条索状之前斜角肌或骨性颈肋，向深部加压(或让患者作深吸气运动)可诱发或加剧症状。但本病在椎旁多无压痛及其它颈椎病体征，和神经根型颈椎病有明显的区别。

③ Adson 征：多属阳性。即让患者端坐，头略向后仰，深吸气后屏住呼吸，将头转向患侧。检查者一手抵住患者下颌，略给阻力，另一手摸着患侧桡动脉，如脉搏减弱或消失，则为阳性。此为本病的特殊试验。此外如肋锁压迫试验(Eden test)、上肢抬高运动试验(Roos test)等皆为对本病较为可靠的特殊试验。而压颈试验则阴性，可资与颈椎病鉴别。

④ 其他：可参考影像学所见，二者有着各自的特征性改变。如颈肋和第七颈椎横突过长等，不难鉴别。

肩关节周围炎：此亦易与根型颈椎病相混淆。本病不具有脊神经根性症状，故易鉴别。但应注意的是，在临床上可遇到某些颈椎病病例同时伴有肩周炎症状者，当治疗后(例如手术疗法)，肩部症状可随颈椎病症状同时消失，此主要是由于由颈$_{5-7}$脊神经受累后通过腋神经波及肩部所致。

腕管症候群：此为正中神经通过腕管时受压所致，其主要特点如下：

① 腕中部加压试验阳性：用手压迫或叩击腕中部，相当腕横韧带近侧端处如出现了1～3指麻木或刺痛时即属阳性。此具有诊断意义。

② 腕背屈试验阳性：让患者向背侧屈曲持续 1/2-1min，如出现上述症状，则为阳性亦有诊断意义。

③ 封闭试验：用 1%普鲁卡因 1-2ml 局部封闭有效。

④ 其他：具有低位正中神经末梢之感觉障碍症状(主要表现为 1-3 指指端麻木、过敏或刺痛)，颈部 X 线片无相应的改变，根型颈椎病诸试验均属阴性。

肿瘤：脊柱和椎管内肿瘤有原发性良性肿瘤、原发性恶性肿瘤及转移性癌三种。此指侵及脊神经根的肿瘤。其中以转移性者为多见。当波及脊神经根或臂丛神经或颈丛时，则可引起形形色色的根性或丛性症状。因此常可能被误诊为神经根型颈椎病，故二者的鉴别是极为重要的。其主要鉴别要点如下：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

① 症状：肿瘤所致的颈部和神经根性疼痛是持续性进行性加重，并夜间加重，其疼痛多为烧灼样疼痛，或麻痛、锐痛。休息、卧床及头颈部体位的改变不能减轻。而神经根型颈椎病则多为间歇性，亦可为阵发性疼痛，经休息、卧床或头颈部的体位改变有可能减轻或改善症状。恶性肿瘤往往较早地出现恶液质及贫血。

② 体征：在颈部如触及到肿块和脊柱畸形，应考虑到脊柱肿瘤，转移瘤虽然很少出现肿块，但常伴有脊柱畸形，这是因转移癌对脊柱骨质的破坏所致，亦可在身体的其它部位皮下肿或皮下结节，颈部附近可触及到淋巴结。

③ 实验室检查：血液的常规检查和生化检查对二者的鉴别有积极的意义。原因不明的贫血，白细胞及血小板的减少，凝血酶原时间升高均可提示身体某些部位或系统有出血或占位性病变。若总蛋白和及球蛋白的增高，应考虑有骨髓瘤的可能。血清钙的升高可以发生在骨的广泛转移病人中。血液系统的恶性肿瘤可出现高尿酸血症，全身广泛恶性肿瘤可出现低血糖症，碱性磷酸酶的升高可能由于原发或继发肿瘤对骨的广泛破坏，酸性磷酸酶的升高常见于有转移的前列腺癌中。脑脊液蛋白的升高，可能是硬膜外脊髓的受压，脑脊液糖减少而白细胞增多，表明软脑脊膜受到肿瘤的侵蚀或炎性感染所致。

④ 影像学检查：

X线检查：X线平片对某些单发性肿瘤可有特征性表现，如骨样骨瘤、动脉瘤样骨瘤、血管瘤、肉瘤等。病变呈膨胀性骨缺损、变性、病理性骨折等。但其分辨率低，不能清楚地显示骨质病变和软组织的情况，其诊断有很大的局限性。X线体层摄影较平片能较正确地显示病变的范围、较小的病灶及被邻近组织掩盖的病变。

CT检查：因能显示横断面的组织结构图像，可直接清晰地显示脊椎骨和软组织结构，故能显示出肿瘤对椎管的压迫、椎体轻度边缘破坏、各个突起的异常等，此与颈椎病的图像有着显著的差异。

MRI检查：其成像较X线平片、CT图像更能清晰地显示脊柱的椎间盘、韧带、脊髓及骨骼等的形态变化。它可以多角度成像(横断面、矢状面、冠状面)，T_1加权图像可清楚地显示脊髓及椎体受累的大小、范围，T_2加权图像可清楚地显示瘤体的大小、形状。但对于椎体骨质的改变，却不如X线平片及CT检查。

因此在颈椎病的检查中，除常规对锁骨上窝及颈肩部进行视诊与触诊检查外，对有异样感者应以肩颈部为中心拍片，以防漏诊或误诊。

肌萎缩型脊髓侧索硬化症：本病为病因不明的运动神经元疾患中的一种类型。在临床上主要引起以上肢为主或四肢性瘫痪，因此易与脊髓型颈椎病相混淆。本病目前尚无有效的疗法，预后差。不能手术。面脊髓型颈椎病则应早期手术。故应及时明确诊断。其鉴别要点如下：

① 年龄：脊髓型颈椎病患者多在50岁以上发病，而本病则常在40岁左右。

② 感觉障碍：脊髓型颈椎病由于脊髓受压，在出现运动障碍的同时，一般均伴有不同程度的感觉障碍与体征，且可见感觉障碍分离征；而本病一般无感觉障碍，仅部分病例有感觉异常的主诉。

③ 起病速度：脊髓型颈椎病发病缓慢；而本病则多无任何原因突然发病，常先从肌无力开始，且病情发展快。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

④ 肌萎缩：脊髓型颈椎病由于以颈$_{5-6}$、颈$_{6-7}$及颈$_{4-5}$处多见，故肌肉萎缩多在肩部以下，而罕有超过肩部以上者；而本病虽可发生于身体任何部位，但以上肢先发者为多，尤以手部小肌肉明显。大小鱼际、蚓状肌萎缩，掌骨间隙凹陷，双手可呈鹰爪状，并迅速向前臂、肘关节发展，甚至引起颈部肌肉无力与萎缩，故对此类病例应常规检查胸锁乳突肌、提肩胛肌及颈部肌群，以判定有无肌肉萎缩。

⑤ 植物神经症状：脊髓型颈椎病常有，而本病少有。

⑥ 发音障碍：脊髓型颈椎病者无此症状，只有当病变累及椎动脉时方可遇见；本病的晚期(少数在起病时)，其病理改变波及延髓时，即会出现发音含糊，渐而影响嚼肌及吞咽动作。

⑦ 椎管矢状径：脊髓型颈椎病多见狭窄，而本病多正常。

⑧ 脑脊液检查：脊髓型颈椎病多为不全性阻塞，并显示脑脊液生物化学检查异常等，而本病则多属正常。

⑨ 脊髓造影：脊髓型颈椎病为阳性所见，而本病均属阴性。

10 CT、MRI 检查：脊髓型颈椎病可显示脊髓受压征，而本病则无。

原发性侧索硬化症：原发性侧索硬化症与肌萎缩型脊髓侧索硬化症相似，区别在于原发性侧索硬化症运动神经元变性仅限于上神经元而不波及下神经元，且较为少见。其主要临床表现为进行性、强直性截瘫或四肢瘫痪，无感觉及膀胱症状。如病变波及皮层延髓时，可出现假性球麻痹现象。余鉴别要点与肌萎缩型脊髓侧索硬化症是一致的。

进行性脊肌萎缩症：进行性脊肌萎缩症系指神经元变性局限于脊髓前角细胞而不波及上神经元者。肌萎缩症先从部分肌肉开始，渐而累及全身。表现为肌无力、肌萎缩及肌束颤动、强直征不明显。其与脊髓型颈椎病之鉴别要点同上述二病。

脊髓空洞症：脊髓空洞症与延髓空洞症均属一慢性退行性病变，以髓内空洞形成及胶质增生为特点。多见于青壮年，其病程进展缓慢，早期影响上肢，呈节段性分布。当空洞逐渐扩大，由于压力或胶质增生不断加重，可累及脊髓白质内的长传导束。临床上易与脊髓型颈椎病混淆。其鉴别要点如下：

① 感觉障碍：脊髓型颈椎病少有分离性感觉障碍(即痛觉、温觉障碍，而触觉正常)，只有当脊髓丘胞束受累时方有此病症，而本病在早期即有一侧性痛觉、温觉障碍。当病变波及前连合时可有上侧手部、前臂尺侧或部分颈部、胸部的痛觉、温觉的丧失，而触觉及深感觉则基本正常。

② 营养性障碍：由于痛觉障碍，不仅在局部易产生溃疡、烫伤、皮下组织增厚及排汗功能障碍等病变，且关节处可引起过度之增生、磨损性改变，甚至出现超限活动，但无痛觉，此称之为夏科关节。但应注意与脊髓结核鉴别。

③ 影像学检查：X 线平片中，脊髓型颈椎病可见矢状径狭窄，骨刺形成等，而本病则无特殊显示；CT、MRI 可显示脊髓型颈椎病有脊髓受压征，而本病无，但本病可见中央管扩大。

④ 其他：如特殊检查中，脊髓型颈椎病 Hoffmann 征多阳性，而本病多阴性；年龄上，脊髓型颈椎病多见于 50 岁以上者，而本病则多见于青壮年等。

共济失调症：本病有明显的遗传性，视其病变的特点不同而分为少年脊髓型共济失调(又名 Friedreich 共济失调)、脊小脑型、小脑型及周围型等数种，且亚型较多。本病具有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肢体共济失调、眼球震颤及肌张力低下等症状；而脊髓型颈椎病则无上述症状，反而肌张力可能增高。

颅底凹陷症：因其可引起脊髓压迫症，故应予以鉴别。本病属先天性畸形，其临床特点是：

① 短颈外观，此因上颈椎凹入颅内所致。

② 本病发病年龄多较早，可在 20～30 岁开始发病，临床上多表现为四肢痉挛性瘫痪，且其部位较脊髓型为高，程度较重；多伴有疼痛性斜颈畸形及颈椎骨其他畸形；后期如引起颅压升高则出现颅内症状。

③ 上颈椎动力性点片（颈$_{1,2}$为中心侧位屈伸的点片）是本病与脊髓型颈椎病明确鉴别诊断的依据。

④ CT、MRI 检查对二者的鉴别有重要意义。

多发性硬化症：本病是一种不明原因的中枢神经脱髓鞘疾患，因其可出现锥体束症状（肢体痉挛性瘫痪等）及感觉障碍，易与脊髓型颈椎病相混淆。故应予以鉴别。其鉴别要点如下：

① 年龄：脊髓型颈椎病多在 50 岁前后发病，而本病多在 20～40 岁之间，且女性多于男性。

② 精神症状：本病多有不同程度的精神症状，如呈欣快状，情绪易冲动。而脊髓型颈椎病无此类症状。

③ 发音障碍：脊髓型颈椎病一般无此症状，而本病当病变波及小脑时则可出现发音不清，甚至声带瘫痪。

④ 共济失调症状：脊髓型颈椎病一般不出现共济失调，而本病当病变波及小脑时可出现。

颈椎结核：本病是脊柱结核的颈椎性病变，因其出现类似颈椎病一样的颈椎疼痛，活动受限，尤其是出现脊髓压迫样症状而易与脊髓型颈椎病相混淆，故需明确鉴别。其鉴别要点如下：

① 全身症状：本病一般有持续发热、盗汗等，若伴有肺结核时，可出现咳嗽、咳痰带血、咯血、胸痛等；而脊髓型颈椎病则无此全身症状。

② 局部症状：可出现颈部的疼病，一般多为轻微疼痛，多局限在颈、肩部或双上肢。颈部后伸时可引起双上肢麻木、疼痛，咳嗽、打喷嚏会加重疼痛。若神经根受压时疼痛则加剧。环枢椎结核可有顽固性颈部疼痛，致使颈前屈低垂的强迫体位，不能平卧，需半坐位。坐或行走时以双手托扶下颌，咽痛、吞咽疼痛及张口受限。此外，颈部僵直、斜颈，头颈转动受限或明显障碍，头不能抬起，眼睛不能平视，头颈部失去正常的运动功能。上述症状与脊髓型颈椎病有许多相似之处。

③ 叩击痛：本病在叩击颈部棘突时，可引起疼痛，而脊髓型颈椎病虽可出现局部的压痛，但大多数在轻度的叩击时则有舒适感。

④ 颈椎结核在发展到一定程度时，会出现寒性脓肿与窦道，而脊髓型颈椎病则无。

⑤ 化验室检查：颈椎结核血常规中可见：淋巴细胞增高，血沉增快，咳痰、脓肿穿刺液及窦道分泌物可见抗酸杆菌阳性。这是和脊髓型颈椎病的重要区别，因脊髓型颈椎病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上述检查皆多阴性。

⑥ 影像学检查：

X线平片：颈椎结核一般可见溶骨性破坏，椎体型的早期可表现为骨质疏松，而呈磨砂玻璃样改变，进一步发展，则骨质破坏范围增大，可有圆环状和不规则形的破坏区，椎体呈楔形或扁平样改变。此外，椎间隙狭窄及脊柱生理弧度的改变与脊髓型颈椎病有较大的相似性，但脊髓型颈椎病则无上述的骨质的破坏性改变。若平片中在咽后壁软组织出现椭圆形阴影时，则表明颈椎结核的咽后壁已有寒性脓肿。

CT检查能更早地显示出颈椎结核早期椎体破坏的程度、范围、椎旁脓肿的大小，并区别结核性死骨与椎体破坏后的钙化灶，可以准确显示出X线平片上不易发现的病灶。

X线平片和CT检查对脊髓型颈椎病的诊断学意义，详见上文，其与颈椎结核的区别是显而易见的，也是二者鉴别诊断的重要依据。

周围神经炎：本病系由于中毒、感染、以及感染后变态反应等所引起的周围神经炎性病变。因其常表现为对称性或非对称性(少见)的肢体运动、感觉及植物神经障碍，故有时易与脊髓型颈椎病相混淆。因而需加以鉴别。其鉴别要点如下：

① 运动障碍：本病通常表现为对称性的四肢远端为重的弛缓性不全瘫痪，此不同于脊髓型颈椎病的不对称性痉挛性瘫痪。

② 感觉障碍：本病可出现上肢或下肢双侧对称性似“手套”或“袜子”样感觉减退，而脊髓型颈椎病虽可有感觉分离障碍，但无此感觉障碍表现。

③ 植物神经功能障碍：本病可出现手足部血管收缩、出汗和营养性改变，而脊髓型颈椎病虽可出现植物神经症状，但以胃肠、心血管及内分泌系统多见，上述症状则少见。

粘连性蛛网膜炎：此病大多因椎管穿刺、注药及脊髓造影所引起，后者属医源性因素。少数可因外伤而致。因本病所致炎性粘连可因压迫脊髓，而引起脊髓压迫症，故需临床鉴别。其鉴别要点如下：

① 病史：本病多有椎脊穿刺、注药或造影等病史，尤其是某些刺激性较大的造影剂更易引起。而脊髓型颈椎病则先有疾病发生，而后可能有上述病史，即疾病发生在前，继发性粘连性蛛网膜炎在后。二者有明显区别。但应注意的是，二病之间有着原发与继发的关系，因此二者可能同时存在。

② 根性刺激症状：本病一般多有明显的因粘连而引起的根性疼痛，其范围较广泛，呈持续性，在增加腹压时加剧，该症是本病的主要临床特点。而脊髓型颈椎病虽然亦可出现根性神经疼痛，但其主要病症是脊髓压迫症，二者有明显的区别。

③ 影像学检查有助于二者的区别。尤其是MRI可清晰地看出脊髓压迫和粘连的区别。

脊髓肿瘤：包括脊髓内外的，凡可波及脊髓的原发性和继发性肿瘤。由于这些肿瘤在疾病发生发展的过程中，可能会出现脊髓压迫症等类似脊髓型颈椎病的临床表现，例如：四肢的痉挛性瘫痪，肌肉萎缩，感觉障碍(甚至出现感觉分离障碍)，Bainski征阳性等。因而易于混淆，应予以鉴别。其鉴别要点如下：

① 髓内肿瘤：以脊髓胶质瘤为例，此病可发生于任何年龄，多在40岁以前发生，其首发症状为神经根性疼痛，可引起单肢或双肢的剧烈疼痛。疼痛性质为烧灼样痛，随肿瘤的发展方出现感觉、运动障碍。而脊髓型颈椎病发生年龄在50岁前后，即使伴有神经根

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疼痛，也是放射样疼痛，且以脊髓压迫症为主的临床表现。此外，影像学检查中，X线片可见骨质破坏、椎管扩大等；而CT、MRI则对肿瘤所在位置、波及范围等加以确定。

② 髓外肿瘤：椎管内肿瘤以神经鞘瘤为多见，几乎占脊髓肿瘤的半数。其次为脊膜瘤(10%～15%)和转移瘤(8%)等。兹将上述肿瘤可资鉴别的主要临床特点叙述如下：

a. 神经鞘瘤：好发年龄在20～40岁，发展缓慢，主要表现有：神经根性疼痛，并向双臂放散，棘突旁叩痛，其晚期可出现感觉减退或消失及运动障碍，程度不一，可为减弱或完全截瘫。CT、MRI检查对了解肿瘤的大小和累及的范围有重要意义。

b. 脊膜瘤：多见于20～50岁的成年人，其主要临床表现是局部及波及上肢的束带样灼痛或刀割样痛。脊柱叩击痛对诊断本病有重要意义。其很少具有运动障碍。CT、MRI检查能清晰地了解肿瘤的大小形状和累及的范围。

c. 转移瘤：转移瘤因其有原发病灶，故其临床症状出现前应有原发病灶的临床特征。因此，当发现一个恶性肿瘤后，继而出现了类似脊髓型颈椎病的症状时，当首先考虑有无转移瘤的可能，才不至于误诊。转移瘤的临床表现极为复杂，可具有脊髓型颈椎病的所有临床表现，因而对其诊断的最具临床意义的是影像学检查，尤其是CT、MRI图像可清晰地了解肿瘤的位置、形状、大小、范围及对脊柱的破坏情况。

颈髓过伸性损伤：本病为颈部外伤所致。因其脊髓中央管周围损伤，出现肢瘫、感觉分离，其临床表现不仅与脊髓型颈椎病有一定的相似之处，而且与在颈椎病基础上遭受过屈损伤所造成的脊髓前中央动脉症候群极易混淆，故应予以鉴别。其鉴别要点如下：

① 病因与发病机制：本病是在头颈部外伤后因过伸损伤所致，由于被拉长的脊髓被嵌顿于黄韧带和前方骨纤维性管壁之中，而引起脊髓中央管周围损害；脊髓型颈椎病，则是因颈椎退行性变后，椎间盘突出、脱出后或脊柱、钩椎关节骨刺形成压迫脊髓而形成的病症；而脊髓前中央动脉症候群者，则是在椎体后缘骨刺或髓核突出的基础上，由于头颈部暴力性损伤时，脊髓前方被撞击在骨性或软骨性致压物上而引起脊髓前中央动脉的痉挛与狭窄，并迅速出现供血不全的症状。

② 运动障碍：本病由于最先累及上肢的神经传导束而出现上肢瘫痪，或上肢重而下肢轻的四肢瘫痪，其中尤以手部为严重；而脊髓前中央动脉症候群则完全相反，其瘫痪是下肢重于上肢；脊髓型颈椎病的运动障碍一般是进行性加重的，且很少出现突然的四肢瘫痪，其运动障碍，又因脊髓受累的部位不同，可由上肢波及下肢、由下肢波及上肢，或四肢同时发病。

③ 感觉障碍：本病可有明显的感觉障碍，且可出现感觉分离现象，而脊髓前中央动脉症候群感觉障碍受累较轻。脊髓型颈椎病的感觉分离现象一般亦较轻，且只在一定的病变时方出现。

④ X线片检查：本病可见患节椎间隙前方呈裂开状，且椎体前软组织阴影增宽，多超过正常值一倍以上。而脊髓前中央动脉症候群与脊髓型颈椎病者则可见骨赘的存在，椎管狭窄等典型的颈椎病的特征。

美尼埃病：本病因内耳淋巴回流受阻引起水肿所致。本病在临床上具有以下三大特点：发作性眩晕，波动性和感音性听力减退，耳鸣。

椎动脉型颈椎病亦可出现类似上述的症状，但其两耳前庭功能正常，因此对两耳前庭

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

功能加以检查，则不难除外。

眼源性眩晕：本病多因眼肌麻痹，屈光不正(尤以散光)所致。其与颈性眩晕的鉴别主要依据为：闭目时眩晕消失，而椎动脉型颈椎病则眩晕依然存在；眼源性眩晕，眼震试验多呈异常反应，而椎动脉型颈椎病的眩晕则无；闭目转颈试验，本病为阴性，而椎动脉型颈椎病则阳性；此外眼源眩晕者若行眼科检查有屈光不正，以散光为多见，而椎动脉型颈椎病虽亦可有屈光不正、散光等，但与上述检查综合分析的话，不难鉴别。

动脉硬化症：主要由于椎动脉本身出现硬化所致。其所产生的症状常与椎动脉型颈椎病之椎动脉供血不足完全相似。但一般情况下，本病多可伴有高血压病史，高血脂症，但最终需依据椎动脉造影方能确诊。

颅内肿瘤：颅内肿瘤可直接侵犯前庭神经，并多引起颅内压升高。眩晕若伴有颅内压升高者，不难鉴别，若无颅内压升高，则需作 CT 或 MRI 检查方能鉴别。

其他：如药物中毒性眩晕，以链霉素中毒为多见；体位性眩晕，多见于贫血或长期卧床不起的病人；损伤性眩晕，如外伤引起的内耳、听神经、中枢前庭核受累者；神经官能症，多伴有长期失眠等。

落枕：落枕一病其原因多由于睡眠中颈部体位不良以致局部肌肉被扭伤或颈部小关节紊乱。此病多发生于晨起，与颈型颈椎病有相似之处，故两者极易被混淆，应注意鉴别。其鉴别要点如下：

① 压痛点：落枕者因颈部肌肉损伤，故压痛点多在胸锁乳头肌及两侧肩胛内上方处为多见，且急性期时疼痛剧烈，用手压之难以忍受；而颈型颈椎病因为颈部椎体及椎间盘退行性变及损伤所致，故其压痛多在棘突部，程度多较轻，患处用手压之可忍受。

② 肌肉痉挛：落枕者因颈部肌肉损伤而痉挛，因此在明显压痛处可触及条索状肌束；而颈型颈椎病患者一般不伴有颈部肌肉痉挛。

③ 对牵引试验的反应：检查者用双手稍许用力将患者头颈部向上牵引时，颈型颈椎病者因椎体间压力减小，有症状消失或缓解感，而落枕者则因牵拉使原本痉挛的肌肉更加紧张，痉挛加重而疼痛加剧。

④ 对封闭疗法的反应：用 1% 的普鲁卡因 5ml 作痛点封闭，颈型颈椎病因病在椎间盘及椎体椎管内，故多无显效，落枕者因封闭阻断了肌肉神经纤维内神经冲动的传导，因而迅速阻断了痛觉的传导，故症状则立即消失或明显缓解。

肩关节周围炎：肩关节周围炎，简称肩周炎，又名冰冻肩，因多在 50 岁前后发病，故又称“五十肩”其好发年龄与颈椎病者又有一定的相似性，且多伴有颈部受牵症状，故两者易于混淆，应予鉴别，其鉴别要点如下：

① 疼痛点：颈型颈椎病的痛点在棘突处为中心；而肩关节周围炎则为肩关节处。

② 肩关节活动范围：颈型颈椎病者一般不影响肩部活动；而肩关节周围炎者其肩部活动范围则明显受限，尤以外展时为甚，呈“冰冻”状。

③ 对封闭疗法的反应：用 1% 的普鲁卡因 5ml 作痛点封闭，肩关节周围炎的局部疼痛会立即消失或明显减轻，同时其肩部活动范围也会相应地增加或明显增大；而颈型颈椎病者则多无显效。其机理同上述(参落枕)。

④ X 线平片：颈型颈椎病可显示颈椎生理曲度消失或减小，其动力侧位片上可有梯

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

形变；而肩关节周围炎则无此现象。

⑤ 对中医针灸疗法的反应：肩关节周围炎者对针刺“肩三针”穴或“条口”透“承山”穴多可立即见效，其肩部酸痛减轻及活动范围增加；而颈型颈椎病者则仅对“阿是”穴(即痛点)有效。

风湿性肌纤维织炎：风湿性肌纤维织炎是一慢性疾患，全身各处均可发生，在脊柱病中，以腰骶部为多见，而颈、肩部亦可发生。其与颈型颈椎病需鉴别，其鉴别要点如下：

① 全身表现：风湿性肌纤维织炎具有风湿病的一般特征，如全身关节肌肉酸痛，且可呈游走性，其发病初期，或风湿活动期可伴有咽喉部(或扁桃体)炎症，红细胞沉降率增快，类风湿因子阳性和抗“O”多在500U以上等。而颈型颈椎病者一般无全身性症状，且上述实验室检查多阴性。

② 局部症状特点：风湿病患者其局部症状多以酸痛感为主，范围较广，畏风寒，且无固定压痛，叩之有舒适轻快感。而颈型颈椎病者其疼痛不适症状的部位局限，一般有固定部位的压痛，且多在患处的棘突间。

③ 对抗风湿药物治疗的反应：应用抗风湿药物如水杨酸钠等药物对疾病进行试验性治疗时，风湿性肌纤维织炎在短期内可有明显疗效，而颈型颈椎病者则无。

食管炎：本病多因吞咽食物不慎被鱼刺、骨块刺伤有关。因而患者多有此类病史的主诉。必要时，可作食道钡餐透视或钡餐时摄片即可鉴别出吞咽受阻的原因。

**食管　**：食道癌症一般吞咽困难发生在食道中、下部(亦可发生在颈部的食道)，且发病多较缓慢，以中老年人为多见。上述影像学检查可明确诊断。

其他：如颈椎结核，肿瘤及各种颈部先天性畸形等，皆可出现类颈椎病的某些症状，亦需注意鉴别，其鉴别在影像学检查中不难明确诊断。

7 临床治疗

7.1 分期辨证治疗

7.1.1 早期

7.1.1.1 太阳经输不利

临床表现：头项强痛，恶风或恶寒，或兼身痛，上肢痛或手指屈伸不利。或汗出恶风，肌肤麻木不仁，脉浮缓；或无汗恶寒，肢体疼痛较重，脉浮紧。

病机分析：风寒之邪，侵袭手、足太阳经脉，经气不利，则头项强痛、恶风、寒，身痛，上肢或手指麻痛，屈伸不利。风邪重者，卫外不固，肌腠不密，故见汗出恶风，肌肤麻木不仁，脉浮缓。若寒邪郁于经脉，卫阳被遏则无汗恶寒、肢体疼痛，脉浮紧。

① 风邪侵袭，营卫失和

治法：祛风和血，调和营卫。

方药：桂枝加葛根汤合四物汤加减。

桂枝　白芍　葛根　当归　川芎　炙甘草　大枣(擘)　生姜

② 风寒侵袭，经输不利

治法：祛风散寒，活血舒筋。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：葛根汤合四物汤加减。

葛根　麻黄　桂枝　白芍　当归　川芎　炙甘草　大枣(擘)　生姜

7.1.1.2　督脉经输不利

临床表现：颈项强直疼痛，牵及肩背，头部转侧不利，项背腰脊酸软无力，头晕，舌淡，脉沉迟缓或迟沉无力。

病机分析：督主一身之阳，为阳脉之海，属肾络脑，若督脉因肾气虚损，失于温煦，则经气不利，而见颈项强直疼痛，牵及肩背，头部转侧不利，项背腰脊酸软无力，头晕，舌淡，脉沉迟缓或沉迟无力。

治法：温通督脉，生精添髓。

方药：右归丸加减。

熟地　山药　山萸肉　枸杞子　杜仲　附子　桂枝　鹿角胶(烊)　当归　川芎　狗脊　川断

7.1.2　中期

7.1.2.1　外邪侵袭

临床表现：颈项及上肢疼痛、麻木为主，或见关节手指屈伸不利，握物不牢，或头痛、身痛沉重。或疼痛呈游走而无定处，或自汗出，苔薄，或脉浮缓；或疼痛麻木较剧，得温则舒，遇寒加重，或四肢发凉，畏寒，指端色青，舌淡苔白润，脉弦紧。或头身困重，四肢痿软无力，脘腹痞满，但按之濡软，或恶心欲呕，或见患侧上肢肿胀、沉重，大便常溏泻或不爽，舌苔白腻，脉濡缓或濡细。

病机分析：颈项及上肢疼痛、麻木为主，或见关节手指屈伸不利，握物不牢，或头痛、身痛沉重。以风邪为主者，疼痛呈游走而无定处，或自汗出，苔薄，脉浮缓；若以寒邪为主者，则疼痛麻木较剧，得温则舒，遇寒加重，或四肢发凉，畏寒，指端色青，舌淡苔白润，脉弦紧；若以湿邪为主者，则可见头身困重，四肢痿软无力，脘腹痞满，但按之濡软，或有恶心欲呕，或见患侧上肢肿胀、沉重，大便常溏泻或不爽，舌苔白腻，脉濡缓或濡细。

风寒湿邪久郁体内，痹阻经脉，遏阻气血，则多夹瘀，可见痛处固定不移，面色无华或黧黑，甚则肌肤粗糙、甲错，舌质紫暗，脉弦细或细涩。

治法：散寒除湿，补肝益肾。

方药：独活寄生汤加减。

羌活　川芎　葛根　秦艽　桑寄生　杜仲　桂枝　细辛　防风　当归　川芎　赤芍　熟地　党参　茯苓　炙甘草

加减：若病久，寒湿痹阻经脉，气血失畅而生瘀者，可有舌质青紫或见瘀斑、瘀点，加桃仁、红花、乳香、没药，或酌加通络之品，如地龙、鸡血藤、伸筋草；对于病程较久，常有肢体拘挛，抽掣疼痛者，可配伍使用全蝎、蜈蚣(此二味药研末吞服，疗效较佳)、穿山甲、露蜂房、地鳖虫等虫类药物，以加强通络止痛，祛风除湿的作用。

① 风邪偏盛。

治法：祛风通络。

方药：防风汤加减。

防风　葛根　麻黄　肉桂　秦艽　当归　杏仁　黄芩　川芎　羌活　威灵仙　生姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

甘草　大枣

加减：头痛甚者可加白芷、藁本；项背痛甚者可加狗脊、杜仲、续断、倍葛根用量；上肢疼痛明显者，可去肉桂，加用桂枝。

② 寒邪偏盛。

治法：温经散寒。

方药：乌头汤加减。

制川乌(先煎)　生麻黄　生黄芪　桂枝　当归　赤芍　杜仲　桑寄生　宣木瓜　细辛。

③ 湿邪偏盛。

治法：除湿通络。

方药：肾着汤加减。

云茯苓　生白术　薏苡仁　桂枝　北苍术　杜仲　桑寄生　宣木瓜　当归　海桐皮　防风　羌活　制川乌

④ 寒邪郁久化热，湿热壅遏经脉。

治法：清热去湿，和血通络。

方药：当归拈痛汤加减。

当归　黄柏　知母　茵陈　薏苡仁　木瓜　苍术　防己　赤芍　丹皮　忍冬藤　姜黄　杜仲　怀牛膝

加减：若湿热伤津，烦热口渴，疼痛剧烈，入夜尤甚，舌红少津者，可酌加生地、玄参、麦冬、黄连、秦艽等。

7.1.2.2　气滞血瘀

临床表现：颈项、肩、上肢疼痛、麻木，多为刺痛或触电样或放射样疼痛，痛有定处，夜间加重、痛处拒按，或伴头痛，亦多刺痛，或见指端麻木紫绀，指甲凹陷少华，皮肤枯燥发痒，甚则肌肤甲错，面色黧黑，或见胸胁胀痛，情志抑郁，急躁易怒，女子可见经来乳房胀痛或痛经，经来不定期，或月经后期，经色黯黑，或有血块，甚则闭经，舌质青紫，或有瘀斑、瘀点，脉弦细或弦细涩。或心烦，失眠，颧红，盗汗，小便短赤，舌红少津，脉沉细数；或倦怠乏力，气短懒言，面色㿠白，食少便溏，舌淡，脉缓。

病机分析：气机不利，脉络郁滞则颈项、肩、上肢疼痛、麻木；气滞血停则痛有定处，夜间加重，痛处拒按；瘀血阻滞肌肤则见指端麻木紫绀，指甲凹陷少华，皮肤枯燥发痒，甚则肌肤甲错，面色黧黑，肝气郁滞，则胸胁胀痛，情志抑郁、急躁易怒；气血瘀滞，冲任失调则见乳房胀痛或痛经，经来不定期，经血瘀暗发黑，或经闭；舌质青紫，或有瘀斑、瘀点，脉弦细或弦细涩，为气血瘀滞之征。若气滞血瘀郁久化热，热伤阴分，则可见心烦，失眠，颧红，盗汗，小便短赤，舌红少津，脉沉细数；若原为气虚之体，或气滞血瘀遏阻气机，久之导致气虚，则可见倦怠乏力，气短懒言，面色㿠白，食少便溏，舌淡，脉缓。

治法：理气活血，化瘀通络。

方药：血府逐瘀汤加减。

柴胡　枳壳　桃仁　红花　当归　赤芍　川芎　葛根　牛膝　炙甘草　羌活　桂枝

加减：若为跌仆闪挫初期，突然发作，颈部疼痛如锥刺刀割，可牵及一侧上肢或一侧

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

头部疼痛，舌质可无改变，脉弦或紧，可加用血竭(冲)、乳香、没药、肉桂、元胡，若腹痛便秘者，可加生大黄。

若为闪挫日久未愈，痛势虽缓，但反复发作，经久不愈，时发时止，遇劳或微有头颈部动作不当则发作或加重，舌质青紫，或有瘀斑，脉沉细涩，可仿《伤科补要》补肾壮筋汤化裁。

当归　赤芍　川芎　血竭(冲)　青皮　五加皮　杜仲　续断　狗脊　葛根　桂枝

7.1.2.3　痰湿困阻

临床表现：头重如裹，身重乏力，上肢(一侧或两侧)沉重疼痛，或肿胀、麻木、痿软无力，眩晕，胸闷，心悸，或有束胸感，或有咳痰，脘腹满闷，食少纳呆，恶心呕吐，便溏或大便不爽，舌苔白腻，脉濡缓或濡细滑。或烦热口干，渴不欲饮，小便短赤，大便秘结或溏垢，舌红苔黄腻，脉滑数。或下肢痿软无力，或下肢重于上肢；或头痛，眩晕，耳鸣；肢体沉重，拘急疼痛，畏寒。

病机分析：痰湿困阻肢体则身重乏力，四肢沉重疼痛或肿胀，痿软无力，麻木。痰湿郁闭，阳气不舒则头重如裹，眩晕，胸闷；痰湿困阻脾胃，升降失常，运化不行则脘腹满闷，食少纳呆，恶心呕吐；痰湿停滞肠腑，传导失常则便溏或大便不爽；舌苔白腻，脉濡缓或濡细滑为痰湿内阻之征。

痰湿困阻中焦。因人的体质差异而转化：若素体阳盛，或平素嗜食辛辣或嗜酒，痰湿从阳热化，而成痰热之证，可见烦热口干，渴不欲饮，小便短赤。大便秘结或溏垢，舌红苔黄腻，脉滑数。若湿热流注下焦，则可见下肢痿软无力，或下肢重于上肢；若痰与火结，痰火上扰，则见头痛为闷痛或太阳穴处跳痛，眩晕，耳鸣。若素体阳虚，或平素嗜食生冷，脾阳受损，则痰湿易从寒化，而成寒痰、寒湿，可见肢体沉重，拘急疼痛，畏寒。

治法：燥湿健脾，祛痰通络

方药：导痰汤加减。

陈皮　半夏　枳实　茯苓　制南星　当归　葛根　石菖蒲　天麻　白术　川芎　赤芍

加减：若脾虚明显，倦怠乏力，食少便溏，舌质淡胖有齿痕，脉虚弱，可加用党参；若痰湿遏阻中焦气机，脾胃升降失常，有恶心呕吐者，可加竹茹，生姜(压汁兑服)；脘闷不食者，可加白蔻、砂仁(上两味药皆后下)、苏梗。

若痰湿遏阻脾阳，阳不制阴，寒湿内生，证见畏寒肢冷，舌淡苔白腻，脉沉迟或濡缓，治当温脾散寒，燥湿祛痰。

方药：苓桂术甘汤加减。

茯苓　桂枝　白术　甘草　干姜　吴茱萸　苍术

若痰湿久郁化热，湿热蕴结，湿热下注而下肢痿软或痿废不用者，治当清热利湿，通利筋脉。

方药：加味二妙散加减。

黄柏　苍术　萆薢　防己　木瓜　薏苡仁　怀牛膝　晚蚕砂　木通

若湿重者，下肢沉重而肿者，可加茯苓　泽泻；若湿热伤阴，心烦口干，舌红少津或中剥，脉细数者，可去苍术，加生地、麦冬、鳖甲。

若痰火上扰者，眩晕、头痛，舌红苔黄腻，脉滑数者，治当清热祛痰，方药：半夏白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

术天麻汤合温胆汤加减。

半夏　白术　天麻　茯苓　陈皮　竹茹　胆南星　黄芩　枳实　白蒺藜　甘草

7.1.2.4　痰瘀交阻

临床表现：颈项、肩、臂肿胀疼痛，沉重麻木，或上肢痿软无力，疼痛固定、夜间加重伴头目眩晕沉重，脘腹痞满，舌暗苔厚，脉涩而沉。或伴烦热口干、小便短赤、大便秘结。

病机分析：痰瘀痹阻脉络，经络不通，气血不运，经气不利则见肿胀疼痛，肢体沉重麻木，或痿软无力；瘀血阻滞重者痛如针刺，痛点固定，夜间加重；痰湿盛者，阳气郁闭，则头目眩晕沉重，脘腹痞满；舌暗苔厚、脉涩而沉为痰瘀互结之象，痰瘀交阻日久，阳气不伸，化生火热则有烦热口干，小便短赤，大便秘结之症。

治法：燥湿化痰，化瘀通络。

方药：半夏白术天麻汤和四物汤加减。

半夏　白术　天麻　陈皮　茯苓　当归　赤芍　川芎　甘草

加减：若痰湿、瘀血久病化热者，可酌加胆星、黄芩、竹茹。若痰重于瘀者，可加白蔻仁、枳实、石菖蒲；有恶心呕吐者可用生姜取汁合药服，亦可加代赭石、旋覆花。若瘀重于湿者，可加桃仁、红花、血竭(冲)、续断、刘寄奴、桂枝。

7.1.3　晚期

7.1.3.1　肝肾阴虚证

临床表现：头痛为空痛或胀痛，眩晕，耳鸣耳聋，腰膝酸软无力，甚则痿废不用，心烦失眠，口苦咽干，遗精带下，舌红少津，脉弦细数。或筋惕肉瞤，肢体麻木、拘挛，甚则猝倒；头痛，眩晕，头重如蒙，或如坐舟船，或咽喉不利，如物梗阻，或咳痰不爽，苔白腻或黄腻，脉弦滑或弦细数。可伴四肢不温，形寒怯冷，舌淡，脉沉细无力。

病机分析：肝肾阴虚，精气不足，虚火上扰故见头痛为空痛或胀痛，眩晕、耳鸣耳聋；肾主腰膝，肝主筋，肝肾不足，故见腰膝酸软无力，甚则痿废不用；虚火上扰，心神不宁，故有心烦失眠，口苦咽干，虚火扰动精室，故有遗精带下。舌红少津，脉弦细数，乃肝肾阴虚之征。若阳亢风动，可见筋惕肉瞤，肢体麻木，受阻拘挛，甚则猝倒；若肝阳化风夹痰，风痰上扰，则伴见头痛，眩晕，头重如蒙，或如坐舟船，或咽喉不利，如物梗阻，或咳痰不爽，苔白腻或黄腻，脉弦滑或弦细数。若肾阳虚，则可伴见四肢不温，形寒怯冷，舌淡，脉沉细无力。

治法：滋水涵木，生精填髓。

方药：虎潜丸加减。

黄柏　知母　鳖甲　熟地　白芍　锁阳　狗骨　陈皮　牛膝　当归

加减：热甚者，可去锁阳、干姜；若兼有气血不足者，可酌加黄芪、党参、鸡血藤以补益气血。

若久病，阴损及阳，而见肾阳虚者，治当温肾益精。

方药：鹿角废丸加减。

鹿角胶(烊)　鹿角霜　熟地　川牛膝　菟丝子　人参　白术　茯苓　当归　杜仲　鳖甲

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

若阴寒内盛者，亦可酌加补骨脂、巴戟天、附子、肉桂；若见小便失禁者，可加金樱子、桑螵蛸、补骨脂、菟丝子。

7.1.3.2 气血不足

临床表现：头、颈项、上肢酸痛隐隐，按揉则舒，喜温恶寒，头晕如飘，目视昏花，头痛、眩晕，动则加重，一侧或两侧肢体软弱无力，甚则痿废不用，面色苍白或㿠白，唇口麻木，色白无华，心慌、心悸，失眠，怔忡，健忘，倦怠乏力，气短懒言，食少便溏，或可见手足蠕动，自汗、盗汗等，舌淡，脉细弱无力。

病机分析：久病气血不足，经气不足，不能濡润，故见头、颈项、上肢酸痛隐隐，按揉则舒，喜温恶寒；气血虚弱，不能滋清窍头目，故见头晕如飘，目视昏花，头痛、眩晕动则加重，面色苍白或㿠白，唇口麻木，色白无华；心神失养故见心慌、心悸、失眠、怔忡、健忘。气虚则倦怠乏力；中气不足则气短懒言，食少便溏，手足蠕动。自汗、盗汗为气血不足，卫外不固。舌淡，脉细弱无力为气血不足之象。

治法：补气养血。

方药：归脾汤加减。

人参(或党参) 黄芪 炒白术 当归 熟地 山药 茯苓 陈皮 炒枣仁 远志 炙甘草 木香 焦三仙 肉桂

加减：若脾虚夹痰，可加半夏、竹茹。若有中气不足，证兼见久泻不止，或脏器下垂者，可用补中益气汤加减：黄芪、炒白术、党参(或人参)、升麻、柴胡、陈皮、当归、炙甘草)。

7.2 按主症辨证治疗

7.2.1 疼痛

7.2.1.1 辨证

颈椎病的疼痛在部位上有头痛、颈项痛、上肢痛或可出现其中两种或三种兼有。

单纯颈项部强痛者，多属足太阳经脉或督脉的经输不利。病在太阳者，多为风邪或风寒之邪所侵袭，痛在颈椎两侧，而难以确定具体位置，同时伴有恶风或恶寒，其脉浮缓或浮紧；病在督脉者，为肾阳不足，督脉失于温养，痛在脊中，颈项僵直，活动不利，疼痛难有确定的位置，其脉沉迟无力。若与其它部位疼痛相兼者，当参其它部位之疼痛辨证。

头痛有虚实之分及外感内伤之别。

外感所致者，疾病初起，头项强痛，恶风寒。久之邪入经脉，则可按痹证辨证，如疼痛部位游走不定，为风邪所致；疼痛部位固定，疼痛较剧，得温则舒，遇寒则重者，为寒邪所致；头重如裹，肢体沉重，则为湿邪所致。

内伤头痛有虚实之分。实证者多为痰、瘀阻滞经脉，虚证多为肝肾不足或气血亏虚，脑髓失养。痰湿阻滞者，头痛昏蒙，兼有眩晕，胸闷脘痞，恶心欲吐，舌苔滑腻，脉滑或濡；瘀血滞留经络者，为刺痛，痛处固定，夜间尤重，可见面色无华或黯，舌质青紫，或有瘀斑，瘀点，脉细涩、弦细或弦涩；偏头痛多为肝阳上亢，少阳经脉不利，多兼眩晕；头痛兼目痛眩晕，胸满吐逆者，多为风痰上扰，其脉浮滑或弦滑；气血不足而头痛者，头痛绵绵，遇劳加重，两太阳穴痛甚，或自太阳穴处上冲攻痛，可见身倦怠乏力，气短懒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

言，面色苍白，头晕，目视昏花，耳鸣，自汗等，舌淡嫩，脉虚弱无力；肝肾不足而头痛者，头痛眩晕，耳鸣沉闷，腰膝酸软，沉重无力，甚或痿废不用，若为肝肾阴虚者，可见头痛下午或夜间加重，眼目干涩，烦热，潮热颧红，口干，心慌，心悸、失眠，舌红少津，脉沉细数；若为命门火衰，元阳虚损者，则头痛如破，眼如锥刺，畏寒肢冷，可见小便癃闭或失禁，男子阳痿等。

肩部及上肢疼痛，实证多为外邪侵袭，痹阻经脉气血或痰浊、瘀血阻滞经络；虚证多为气血不足，经脉失养所致。外邪所致者，当按痹证辨证，可参上文。若痰湿流注，则臂连肩背酸痛，两手软痹。或流注走痛，似觉酸冷，抓搔不着难受。同时可见项背肩臂沉重无力，舌苔白腻，脉滑；若瘀血阻滞经络者，项痛牵及肩臂，臂痛不能举物，常为刺痛或触电样或放射样疼痛，可见舌青紫，瘀斑，脉细涩或弦细涩；若痰湿瘀血交阻经络，除上述二证互见外，尚可见手指、肩臂麻木无力随疼痛加剧而加重。久病一侧上肢疼痛麻木，为气虚血瘀。此外由于手三阴三阳经循行于上肢，上肢的疼痛与这些经脉的循行部位亦有着密切的关系。

7.2.1.2 治疗

疼痛是颈椎病最主要的临床主症。其疼痛以颈部及四肢最为多见，颈部疼痛伴有不适是几乎所有颈椎病的共有病症。从疼痛的病因看，一是肾气虚损，筋骨失养，颈椎及颈椎间盘退行性变，这是造成本病的根本所在；二是瘀血阻滞经脉，瘀血阻滞常为本病疼痛发生的主要原因，无论气虚血瘀、痰湿阻滞气血、气滞血瘀还是外邪侵袭，痹阻经脉，皆可致使经络血运失畅而瘀滞，从生理上看，无论是突出的髓核、皱折的韧带或增生的骨赘压迫、刺激神经、脊髓或椎动脉，皆可造成局部血循环障碍、缺血；三是外邪(风寒湿)侵袭；四是其它如气血不足，筋肉失于濡养，或气滞，或痰湿阻滞。疼痛的病机多为虚实相兼，肾气虚损是本，外邪侵袭、痰湿、瘀血等为标。因此在治疗上，应虚实兼顾，不可一味攻伐或攻伐太过。所谓“通则不痛”的治疗原则，不要简单理解成狭义的“通”法，应从广义的角度理解和运用“通”的含义，如因外邪痹阻经脉者，祛邪即所以通；如因气滞血瘀者，行气活血即所以通；若因痰湿遏阻者，脾健运痰湿消即所以通；若因筋骨失于温煦、濡养者，则温补肾阳、滋补肾阴即所以通；若因气虚血少，血运无力者，益气补血，即所以通。总之，结合具体病机采取相应的治法，恢复人体脏腑经络的生理功能，恢复气血津液的输布运行即是所以通，知此也才能善用“通”，达“通则不痛”的治疗目的。

治疗上还应注意，一是补益肾气应贯穿治疗的始终，此为治本之法，并根据其阴阳虚损所偏调理之，在调理肾之阴阳时，还应注意阴阳互根，尤其是阴损及阳，阴阳两虚时，宜阴中求阳，不能一味滋阴或温阳，应避免刚燥，采用温润之法，故在治疗中可选择使用如狗脊、肉苁蓉、补骨脂、鹿角霜、熟地、鹿角胶等，此外还可使用杜仲、川断、桑寄生等以壮骨益肾；二是化瘀药应贯穿治疗的始终，以四物汤或桃红四物汤为基本方加减化裁之。从临床的情况分析，以久瘀者为多见，故在治疗时还应加入一些通络之品，如伸筋草、鸡血藤等，另外可配合使用虫类药，如全蝎、蜈蚣、地龙、地鳖虫、穿山甲等，不仅可以通络止痛，而且还可以有助于祛除外邪。此外，血竭是一味活血止痛的良药，其味甘咸，无论新久瘀血用之，皆有良效。

临证时以下方剂可供参考：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

① 舒颈汤：黄芪 30g 当归 15g 桂枝 9g 川乌、草乌各 9g 乌梅 20g 川断 乌梢蛇 狗脊 葛根各 12g 首乌藤 24g 水煎服，每日 2 次。舒颈汤：是在黄芪桂枝五物汤的基础上，结合临床实践化裁的。方中黄芪、当归补益气血，夜交藤、川续断、狗脊、补肝肾，壮筋骨以固基本；葛根、桂枝、川乌、乌梢蛇、乌梅以祛风寒，通经活络。舒挛急，止痹痛，共奏补肝肾，壮筋骨，舒筋止痛作用。

② 颈椎消痛散：白花蛇、威灵仙、当归、防风、透骨草、血竭、土鳖虫、汉三七。除白花蛇 4 条外，威灵仙与其它药物用量为 2:1。上述八种药物共研细末，用 100 目筛过后将药物按 5g 分装成包，每服 1 包，一日 3 次，黄酒为引，开水送服，40 日为 1 疗程。本方中的威灵仙有散风祛湿，行气通络之功，为君药。配以防风祛风散寒，胜湿止痛，白花蛇搜风通络；土鳖虫有抑制血管运动中枢，扩张血管的作用。当归活血止痛，并能祛风湿痹痛；血竭活血散瘀止痛。透骨草有活血止痛的功效，有引药物透入筋骨之说和直达病所之作用。故能治风湿疼痛，筋骨拘挛，肢体麻木的痼疾。汉三七活血化瘀而不伤新血，具有止血而不留瘀的特长，消肿止痛明显。黄酒作引，诸药借酒之力，使得瘀滞之气得行。经络疏通，又使乘虚而入之邪得散。全方起到“通则不痛”的目的。

③ 颈痹汤：羌活、鹿衔草、骨碎补各 10g，桑枝 15g，黄芪、鸡血藤 20g，葛根 12g，白芍 18g，桂枝、甘草各 6g。疼痛甚者加威灵仙 10g，乳香 6g，没药 6g，麻木甚者加钩藤 12g、僵蚕 6g，每日 1 剂，水煎两次服。方中桂枝、桑枝、羌活、鸡血藤、葛根等祛风通络止痛；黄芪、白芍、骨碎补、鹿衔草等益气血补肝肾，以辅前药通络祛痹，强筋壮骨；配以甘草而缓急定痛。

④ 逐痹汤：独活、豨莶草各 15g、茯苓、秦艽、当归、寄生各 12g、白术 30g、熟地 20g、北细辛 6g、蜈蚣 1 条、制马钱子 1g，其中蜈蚣与制马钱子为末冲服，余药煎服。一月为 1 疗程，马钱子 1 疗程量 30g。服药后，如见唇舌麻木僵硬，为马钱子中毒，停服或减量，用绿豆汤解之。该方具有驱风祛湿散寒，通经活络止痛之功，辅以补益气血固本。

⑤ 骨痹汤：粉葛根、秦艽、威灵仙、当归各 20g，白芍 30g，延胡、制川乌、独活各 10g，蜈蚣 3 条(去头足)，天麻 6g(为末吞服)。加减法：偏寒加桂枝、细辛、白芥子、制附片、淫羊藿；偏热的加板蓝根、金银花、连翘；偏湿酌加茯苓、薏苡仁、苍术；气虚血滞者加党参、丹参；肾虚者加枸杞子、巴戟天。

7.2.2 痿证

7.2.2.1 辨证

痿证的出现多与脊髓型颈椎病有关，亦可与神经根型颈椎病混合出现，为突出或脱出的髓核压迫脊髓所致。

颈椎病痿证的出现，可因湿热浸淫、脾胃虚弱及肝肾亏损所致。

若为湿热浸淫而致者，上肢或四肢可出现痿软无力，身体困重或麻木、微肿，胸脘痞闷，小便短赤，或有尿急、尿频，尿意不尽之感，舌苔黄腻，脉细数或濡细数。此类痿证多出现在颈椎病的初、中期，初期多实，中期则夹虚、夹瘀。若四肢肿甚者，为湿盛；若兼心烦、失眠，舌红少津或舌苔中剥，脉细数者，为热邪偏盛而伤阴；若兼上肢疼痛，为刺痛，臂痛不能举物，舌青紫者，为湿热夹瘀。

若因脾胃虚弱，气血不能濡养筋脉致者，上肢或四肢痿软无力，呈进行性加重，上肢

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

可见握力明显减弱，麻木，下肢可出现无力或忽然跪倒，尚可见倦怠乏力，气短懒言，饮食减少，头晕，目视昏花，便溏，舌淡体胖有齿痕，脉虚弱无力。若气虚无力推动血液运行，而成气虚血瘀，尚可见上肢疼痛，或刺痛，或麻痛，活动后或夜间加重舌质青紫，脉沉细涩；若气虚无力推动津液输布、排泄，则水液停聚体内化为痰湿，此时下肢之痿软可重于上肢，沉重而难行动，痰湿遏阻胸阳，则出现胸部痞闷而紧，有如束胸，其沉重束缚感从上向下发展，乃痰湿向下流注所致。若兼阳虚而成寒痰、寒湿，则四肢呈拘挛性痿瘫。

若肝肾亏损，精血不能濡养筋骨而渐成痿证者，多为颈椎病的后期，可见下肢痿软无力为主，甚则步履全废，四肢肌肉渐脱，若为肝肾阴虚者，可见眩晕耳鸣，发落咽干，心烦失眠，男子可见遗精、遗尿，女子可见月经失调，月经前期，色鲜红而量少，久病阴损及阳，气化失职者，则可见小便不利，或成痿闭，或肾气失固，二便失禁。

一般地说，痿在上肢者，痰瘀交阻为多，痛重者为瘀重于痰湿，痿重痛轻者为痰湿重于瘀血；痿在四肢，且以下肢为主者，属痰湿遏阻，气血运行失畅，亦可夹瘀；单侧痿软无力者，乃气虚血瘀；双侧成痿者，非湿即虚。

7.2.2.2 治疗

颈椎病痿证的出现，以虚证为多见。虚证中有肝肾亏损与气血不足两类，多在颈椎病中后期出现，肝肾亏损与气血不足二者之间常常相互影响，往往相伴发生，临床所见只是以何种病理表现为主，因而在治疗上采取相应的方法。

如因肝肾阴虚所致者，当用左归丸(《景岳全书》：熟地、山药、山萸肉、菟丝子、枸杞子、川牛膝、鹿角胶、龟甲胶）加减，伴有气血不足者，可加人参(或党参)、白术、当归、白芍、黄芪等；如肝肾阴虚，虚热炽盛者，可用虎潜丸(《丹溪心法》：龟甲、黄柏、知母、熟地、白芍药、锁阳、陈皮、狗骨、干姜）加减；若久病阴损及阳，出现肾阳虚特征时，可用右归丸(《景岳全书》：熟地、山药、山萸肉、枸杞子、杜仲、菟丝子、附子、肉桂、当归、鹿角胶）加减，伴有气血不足者，可加人参(或党参)、白术、白芍、黄芪等；如因气血不足所致者，可用归脾汤(《济生方》：人参、黄芪、白术、当归、茯神、远志、炙甘草、木香、炒枣仁、龙眼肉、生姜、大枣）加减；若气虚致中气下陷，久泻不止，或脏器下垂者，可用补中益气汤(《脾胃论》：黄芪、人参、白术、当归、陈皮、升麻、柴胡、炙甘草）加减。上述气血不足所用二方，皆可加用杜仲、牛膝、川断、狗脊、鹿角胶、龟甲胶、仙灵脾、菟丝子、枸杞子等益肾壮骨之品，以同调先、后天，体现出“精血同源”在治疗学上的大法。

临床上亦可见到实证为主之痿证，主要为湿热浸淫、或痰瘀交阻经脉、筋骨、或气虚血瘀所致。若湿热浸淫所致者，可用加味二妙散(《丹溪心法》：黄柏、苍术、当归、牛膝、防己、萆薢、龟甲）加减，可加薏苡仁、木瓜、晚蚕砂、木通等；若为痰瘀交阻者，应分清痰、瘀偏重，灵活使用治疗方法，具体治疗可按分期辨证中方法应用；气虚血瘀者，可使用补阳还五汤(《医林改错》：黄芪、当归、地龙、赤芍、川芎、桃仁、红花）注意此方中黄芪的用量，根据病人的具体情况，可使用 30～120g 左右，为防止使用大量黄芪的壅遏之弊，可少量配伍陈皮。

以下方剂可供临床选择使用：

① 颈椎病方：鹿角片、鹿角胶(烊化)各 10g，仙灵脾 30g，生地 10g，熟地 10g，肉苁蓉 10g，骨碎补 15g，牛膝 10g，赤芍 15g，白芍 15g，木瓜 15g，川芎 12g，葛根 20g，焦杜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

仲 15g，茯苓 12g，泽泻 10g；阴虚内热明显，肢体运动障碍较重者可选用虎潜丸加减：黄柏 8g，知母 10g，熟地 12g，龟甲 12g，白芍 15g，豹骨或狗骨 6g，锁阳 12g，白芷 12g，木瓜 12g，陈皮 12g。遇颈部和肢体疼痛明显的脊髓型颈椎病患者可选用芍药甘草汤加减：白芍 15g，木瓜 15g，熟地 10g，生甘草 12g。

② 颈萎方：滋肾养肝，舒筋通络：炙黄芪、鸡血藤各 30g，鹿角片、当归、骨碎补、牛膝、鹿衔草、木瓜各 12g，龟甲、生地、熟地、仙灵脾、枸杞各 15g。

③ 龟鹿二仙汤加减：鹿角 12g，龟甲 12g，枸杞 12g，人参 6g，炙芪 12g，仙茅 12g，仙灵脾 12g，芡实 10g，川芎 9g，葛根 12g，三七粉 3g（冲服），僵蚕 9g。加减：若行走无力强直，加僵蚕、钩藤、蜈蚣、地龙；语言不清加菖蒲、远志；小便失禁加金樱子、桑螵蛸等；主要有温补肝肾，补益气血作用。

④ 血府逐瘀汤：活血祛瘀，行气止痛。组方：桃仁 12g，红花 9g，赤芍 6g，当归 10g，生地 10g，川芎 5g，牛膝 10g，桔梗 5g，柴胡 5g，枳壳 6g，甘草 3g。加减：颈椎管狭窄并下肢蹒跚者；当归改归尾 10g，生地改丹参 12g，去桔梗加葛根 9g。

7.2.3 眩晕

7.2.3.1 辨证

眩晕可见于各型颈椎病中，单纯眩晕而无头痛者，主要见于椎动脉型颈椎病，但在颈椎病中眩晕多伴有不同程度的头痛。

一般地说，眩晕在颈椎病中，虚者多，实者少，纯虚者少，虚中夹实者多。初中期有眩晕者，多为本虚标实，后期则以虚为主，但亦可有痰湿、瘀血等余邪滞留。

因虚而致眩晕者，病情较久，或反复发作，静则稍安，动易加重，劳则加剧或诱发，气血不足者，有心脾两虚之证，倦怠乏力，气短懒言，心悸少寐，食少便溏，面色㿠白，唇甲不华，舌淡，脉细弱；因肾精不足者，则可见精神萎靡，少寐多梦，健忘，腰膝酸软，遗精，耳鸣。偏于阴虚者，五心烦热，舌质红，脉弦细数，偏于阳虚者，四肢不温，形寒怯冷，舌质淡，脉沉细无力。此外，阴虚则易生热，或水不涵木而致肝阳上亢，可见偏头痛或头胀痛，口渴、心烦，易怒；阳虚则气化失职，而痰湿内生，成阳虚夹痰之症，可见头重如蒙，肢体困重，胸腹满闷，恶心欲呕，苔白腻，脉沉滑。

上述主证中，上肢的疼痛与痿证常可相伴而生，一般地说，疼痛以实为主，痿证以虚为主，痛而兼痿者亦有虚实之分。大体上，急性发作者多实，缓慢渐发者多虚，虚可夹痰、夹湿、夹瘀之分，而实有兼气血不足或肝肾亏损之别。头痛与眩晕亦常互见，以头痛为主者，当从头痛辨证，实多虚少，以眩晕为主者，可依眩晕辨证，又虚多实少，临床还当详辨。

7.2.3.2 治疗

颈椎病的眩晕有虚实之分，虚证有气血不足和肝肾亏损之不同，实证有痰湿、瘀血之别。但临床所见，多为虚实相兼，初、中期，多为本虚标实，后期多为虚中夹实。因此，临床治疗中，当分清虚实的所在及轻重缓急而治之。

标实者，非痰温即瘀血。若为痰湿上蒙清窍者，则多伴有胸脘满闷，纳呆恶心，眩晕而头重如裹，当健脾燥湿，化痰熄风用半夏白术天麻汤(《医学心悟》：半夏　白术　天麻　陈皮　茯苓　生姜　大枣　甘草)，此方由二陈汤加白术、天麻而成，白术、天麻在此

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方中为君药，白术健脾，以治生痰之源，脾健则痰湿自去，天麻熄风而治眩晕，二者合而用之，乃为标本兼治之法，为必不可少之药；若痰湿郁久化热者，当清化痰热，可用温胆汤(《备急千金要方》：半夏　陈皮　甘草　枳实　竹茹　生姜　茯苓）化裁；眩晕而兼头痛者，若头痛如锥刺，固定不移，经久不愈者，为瘀血所致，当活血化瘀，通窍止眩，可用通窍活血汤(《医林改错》：赤芍　川芎　桃仁　红花　麝香　葱白　生姜　大枣　酒）加减，尚可酌加郁金、菖蒲及虫类搜逐之品，如全蝎、蜈蚣、地鳖虫、地龙等，此外尚可根据部位之不同加一些“引经药”；若痰瘀交阻而致者，则又当根据痰湿、瘀血的轻重缓急，在上述治疗痰、瘀的基础方上合而化裁之。但应注意的是，上述二证，多为本虚标实，急则治标之时，可单用上方治疗，缓则标本兼治疗，当根据气血阴阳之不足而调理之，不可一味攻伐，进一步损伤正气。

后期以本虚为主时，若气血不足者，可用归脾汤化裁之；若为肝肾亏损者，当辨清阴阳之不足而分别选用左归丸或右归丸以治之；若肝肾阴虚，阴不制阳而成肝阳上亢者，则应滋养肝肾，平肝熄风，宜用天麻钩藤饮(《杂病诊治新义》：天麻　钩藤　生石决明　川牛膝　桑寄生　杜仲　栀子　黄芩　益母草　朱茯神　首乌藤）。即使是后期本虚为主时，亦应注意虚中挟实的问题，若有余邪未尽者，当兼以祛邪，万勿一味补虚而成留邪之弊，若有痰湿余留者，可加二陈汤化裁；若有瘀血留滞经络者，当合四物汤或桃红四物汤化裁之。

以下方剂可供临床选择使用：

① 止眩汤：当归 9g，黄芪 30g，赤芍 9g，地龙 9g，桃仁 9g，丹参 9g，制南星 9g，枳实 9g，半夏 9g，陈皮 9g，茯苓 9g，天麻 9g，龙齿 15g，甘草 6g。适应症：以眩晕甚至猝倒兼有恶心，呕吐痰或黄苦水，舌质红苔白腻，脉弦滑等。加减：恶心呕吐甚者加旋覆花、姜汁、赭石；心悸失眠者加珠茯神、磁石、天竺黄、重用龙齿；眩晕甚者，加磁石、僵蚕、钩藤、牡蛎、重用龙齿；疼痛甚者加炮甲、三七。止眩汤由补阳还五汤、导痰汤复方化裁而成，有补气活血，导痰祛瘀，镇静安神的功效。本方诸药中大都具有入肝脾肾肺肾四经的药。有补气血通疏经络及导痰的方药组成，更兼入肝、心的天麻、龙齿，所以其止眩作用显著。

② 眩晕停汤：天麻、半夏、白芍、木瓜、黄芪、当归、甘草、川芎、葛根、丹参、柴胡，水煎服。方中天麻主治风痰上扰，风痰入络的偏正头痛，肢体麻木。半夏燥湿化痰，治湿痰之主药，而且半夏对呕吐中枢有抑制作用，木瓜、白芍、甘草，能缓急止痛，缓解平滑肌的痉挛，扩张血管。川芎行气止痛，抑制平滑肌的收缩，扩张血管。葛根解肌散发，载药上行，而葛根中的黄酮有扩张血管，增加脑血流量作用，黄芪当归益气补血，丹参活血养血，改善微循环，柴胡疏肝解郁，升举阳气，取其升阳引药上行。

③ 脾肾并补汤：明·张介宾《景岳全书·眩运》中说：“阳中阳虚者，宜治其气，如四君子汤，五君子煎，归脾汤，补中益气汤”。古人早已认识到颈椎病与气虚即脾胃气虚，中气虚有关，因此建议给予补气药。本方肝肾双补，首重气血，分型论治，整体调衡。组方：薏苡仁 30g，白术、甘草各 30g，鹿茸粉(冲服)1g，陈皮 6g，红参 9g，枸杞子、汉防己、葛根、黄精、鸡血藤各 15g；属风寒型者，加用桂枝、附子、生姜；属虚寒型的，加用黄芪、白芍、生姜、大枣、桂枝；属气血虚者加茯苓、黄芪、龙眼肉、当归、远志、大枣，每日 1 剂。上药随症加减，则脾胃得以并补，正气得以补偿，正气足则气血和，筋骨

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

强，则经络得以宣通，风散湿除，气血周流，则颈椎病所致诸症自然消失。

④ 定眩冲剂：天麻 9g，钩藤 15g，姜半夏 9g，茯苓 15g，全蝎 9g，僵蚕 10g，丹参 30g，白芍 18g，夜交藤 24g，葛根 12g，炙草 9g，磁石 30g。本方经制剂室加工成冲剂，每袋 10g，每日 3 次，此方在天麻钩藤饮的基础上化裁而成。主要对肝肾阴虚，肝阳上亢，风痰上扰引起的眩晕有效。

⑤ 涤痰汤：半夏 12g，菖蒲 10g，竹茹 12g，陈皮 10g，茯苓 12g，枳实 8g，胆南星 8g，生姜 8g，当归 12g，炙甘草 10g，大枣 12 枚。重要用于痰重于瘀者；若痰瘀并重者可选用导痰汤合四物汤加减：制半夏 10g，陈皮 10g，青皮 8g，胆南星 8g，枳实 8g，茯苓 12g，川芎 10g，白芥子 10g，当归 10g，赤芍 15g，郁金 12g。若瘀重于痰湿者选用奔豚汤加减：生姜 6g，旋覆花 12g，川芎 12g，当归 12g，半夏 12g，赤芍 12g，茯苓 15g，白术 12g。

⑥ 大补阴丸合大造丸：黄柏9g,知母 9g,熟地 9g,龟甲 12g,骨碎补 12g,麦冬 9g,炙黄芪 12g,胎盘 15g,葛根 9g,鸡血藤 12g;若肾阴虚加鹿角胶,气血不足加黄芪、阿胶等,主要用于颈椎病的晕厥型,因为气血亏虚,不能上荣于脑,治以滋补肝肾,充养气血为主。

7.3 中药外治法

颈椎病除用中药内服治疗外，中药外用也很有疗效，常用的有敷法、熨法、贴法、洗法各有特色，根据病情，病人具体情况灵活运用。或配合其它疗法同时治疗则效果更好，

7.3.1 敷法

蛇散：温经散寒，活血化瘀，通络止痛。白花蛇 1 条，麝香 1.5g，冰片、乳香、没药各 6g，肉桂 30g。配制方法：除冰片、麝香外，其余四味焙黄，共为粉末，然后加冰片、麝香研匀，装入瓶内密封备用。使用方法：将患处用温水擦洗干净，取蛇散少许撒在穴位或痛点上，面积约 2cm × 1.5cm，厚度约 3mm 左右，然后用伤湿止痛膏贴好，3 天换 1 次，5 次为 1 疗程。

温筋散：有活血化瘀，温筋通络之功。川乌、草乌、姜黄、红花、麻黄、当归、秦艽、五加皮、桑枝、白及、赤芍、桂枝等粉为末，开水凡士林调和，外敷每日 1 次。

热敷方：紫荆皮 15g，生栀子 15g，生大黄 10g，五加皮 12g，羌活 12g，独活 12g，威灵仙 15g，防风 10g，生马钱子 4g，共研细末，加酒，水各半的混合液调成糊状，文火炒热后装入 10cm × 15cm，厚 2.5cm 的纱布袋中，乘热敷于颈部，每天两次，12 天为一疗程，每疗程间隔 3 ~ 5 天。该方具有活血化瘀，通络止痛，祛风除湿的功能，借助热气和药力直接作用于病变部位，使气血流通，经络通畅。

7.3.2 熨法

7.3.2.1 熨洗法：作用：活血祛瘀，疏风止痛。方用：草乌、赤芍、当归、南星、透骨草各 20g，羌活、川芎、乳香、没药各 10g，威灵仙 30g，加水 100ml，浸泡 24 小时，温火煎熬 30 分钟，过滤后浓缩约 500ml 备用。将浓缩好的中药药液浸于毛巾，将毛巾湿敷于患处，再用电压 220 伏，300 瓦电熨斗插 3 分钟，于患处反复熨之，每次熨半小时。

7.3.2.2 熨敷方剂：川乌 15g，草乌 15g，木瓜 10g，杜仲 20g，巴戟天 20g，透骨草 20g，威灵仙 15g，桂枝 15g，当归 10g，川芎 10g，乳香 10g，没药 10g，红花 10g，米醋 50g。用法：将上药装入一个 20cm × 25cm 的自制纱布袋中，放入煎药盆中，添水没过药袋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

即可，煎熬30分钟，然后将药袋取出稍凉一下，以不烫伤皮肤为度，敷于患处，每日2次、每次30分钟。用后将药液及药袋放置阴凉处，留下次再用，每付药连用两天。

7.3.3 贴法

麝香阿魏膏：广丹、生地、白芷、大黄、川乌、草乌、牙皂、肉桂各15g，麝香0.5g，阿魏1g，制法：用香油500ml纳广丹、牙皂、生地、大黄、川乌、草乌，大黄及肉桂煎熬成膏，临床用时涂上麝香0.5g、阿魏1g，使用前常规消毒颈部皮肤，隔天1次，20天为一疗程。麝香，阿魏走窜之功极强，具有活血止痛作用，配以广丹、牙皂、生地、白芷、大黄、川乌、草乌及肉桂共奏温筋通络，活血止痛之功。

骨质增生膏穴位贴敷法：麝香、皂角、豹骨、淫羊藿、骨碎补、千年健、桑寄生、五加皮、川乌、草乌、威灵仙、海桐皮、川芎、鸡血藤。经加工提取制成便于穴位贴敷的外用药膏，每贴0.2g，在相应穴位贴敷。

骨质增生膏外贴法：Ⅰ号骨质增生膏由三七、血竭、延胡索、乳香、没药组成。Ⅱ号骨质增生膏由肉桂、生草乌、生南星、当归、三棱组成。制法：两种膏药分别熬制，以Ⅰ号为例，三七等入麻油铁锅内，熬至焦黄捞出，继续熬油至滴水成珠，放入东丹，比例是1斤油，半斤东丹，搅匀成膏。Ⅱ号膏制法相同，使用前Ⅰ号膏、Ⅱ号膏均分别放入研成细粉的全蝎尾、梅片、麝香即成，每张净重25g。摊于纱布中央成长方形，孕妇禁贴。功敷：具有活血祛风，通络止痛功效，但各有侧重；Ⅰ号膏活血祛瘀，止痛解痛功效强，适用于神经根型。Ⅱ号膏侧重于温经祛风，散寒化痰，止痛镇痛，适用于椎动脉型，交感型及混合型。

7.3.4 洗法

颈腰痛擦剂：番木鳖10g，生南星10g，白芷10g，防己，防风15g，生川草乌各10g，细辛5g，红花5g，没药10g，威灵仙15g，便蚕10g，徐长卿15g，樟脑5g。配制：上药水煎浓缩，75%酒精提取总量1000ml，另加地塞米松5mg×10支和匀，装入带有喷头的50ml安瓿中备用。注意事项：孕妇，皮肤过敏。局部皮肤破溃者禁用。用时将药液喷于患处，再以热毛巾外敷。方中选用红花，没药以活血化瘀，徐长卿、细辛、防风、防己等祛风散寒，温经通络，以南星、木鳖子、生川乌、生草乌解疼镇痛，同时酌用樟脑、薄荷、冰片及适量皮肤穿透促进剂，便皮肤组织屏障疏松，形成沟隙，有利于中药的渗透，使中药迅速发挥作用。

舒筋活络洗剂：当归、红花、透骨草、伸筋草、丹参、牛膝、木瓜、桑枝各15g，川乌、草乌、刘寄奴各12g，艾叶、花椒、桂枝各9g。用法：将上药用大脸盆熬半盆药，再用毛巾，蘸药水热洗患处。一日2次，每付药洗两天。作用：舒筋活络，活血止痛。

熏洗方：伸筋草、乳香、没药、五加皮各12g，秦艽、当归、红花、土鳖虫、路路通、桑枝、桂枝、川乌、草乌、骨碎补各10g。方法：将上药放入脸盆内，加水大半盆，微火煮沸15分钟，用毛巾湿洗颈项部，每晚睡前熏洗一次，每次20~30分钟，一剂药熏洗3天，作用：增进局部组织新陈代谢，消除无菌性炎症，强壮筋骨之功效。

7.4 推拿疗法

7.4.1 推拿治疗颈椎病的机理

颈椎病属传统中医的“痹证”。痹者，闭阻不通也，由于感受风寒湿邪气，而便局部

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

经络气血流通受阻，推拿可以调整阴阳，行气活血，温经散寒，疏通经络，舒筋止痛，补虚蠲痹，是治颈肩疼痛的重要手段。

7.4.2 推拿手法及操作

在手法治疗颈椎病时必须注意：①手法正确纯熟，做到均匀、持久、有力、柔和、深透“柔中有刚，刚柔相济”，要做到这一点唯有加强手法的正确练习；②颈椎病的发生和经筋关系密切，经筋具有“起、结、聚、布”的特点，且循行和本经路线一致，和运动系统病症密切相关，故在临床施治时应注重手阳明大肠经、手太阳小肠经、手少阳三焦经循行及足太阳膀胱经、足少阳胆经在头颈部循行以及上述诸经之经筋，针对软组织的推拿手法就显得十分重要，是临床取得满意疗效的基础。推拿为系统操作，切不可因强调脊柱椎拿手法而忽视软组织推拿手法。③颈椎病从根本上说是生物力学的异常改变的结果，恢复脊柱的平衡尤为重要，必须重视脊柱推拿手法的运用，是取得推拿疗效的关键。

7.4.2.1 常规操作

(1) 一指禅推颈项部　患者坐位，医生站立于患者侧后方，一手扶持患者头顶部，另一手食、中、无名、小指自然弯曲，大拇指指端着力，指掌侧盖住拳眼，与食指桡侧缘相贴，前臂前摆旋后，腕部前移，带动拇指外展伸直，虎口张开，随后前臂回摆旋前，腕部向后移动，带动拇指内收屈曲，动作连贯，不可停顿，摆动频率每分钟 120～160 次左右(图 11)。自头颈交界处后侧、后外侧开始沿足少阳胆经，足太阳膀胱经循行从上向下，往返移动，重点在风池穴和病变节段，先推健侧后推患侧，时间约 5～10 分钟。

注意：操作时应沉肩(肩关节放松)、垂肘(肘部略低于腕部)、悬腕(腕关节放松)、指实(拇指着力)、掌虚(四指放松)、紧推慢移，整个动作贯穿一个“松”字。同前摆时前臂尺侧低于桡侧，回摆至极限时，前臂背面持平。

衍变：①蝴蝶双飞：双大拇指桡侧偏峰端着力于两侧风池穴处，手腕自然伸展，双手同 时做一指禅推法的摆动操作，形象地称之为“蝴蝶双飞”(图12)。②屈指推：将拇指屈曲，拇指指间关节与指甲盖作为一着力点，做一指禅推的摆动操作，本法压力较大，着

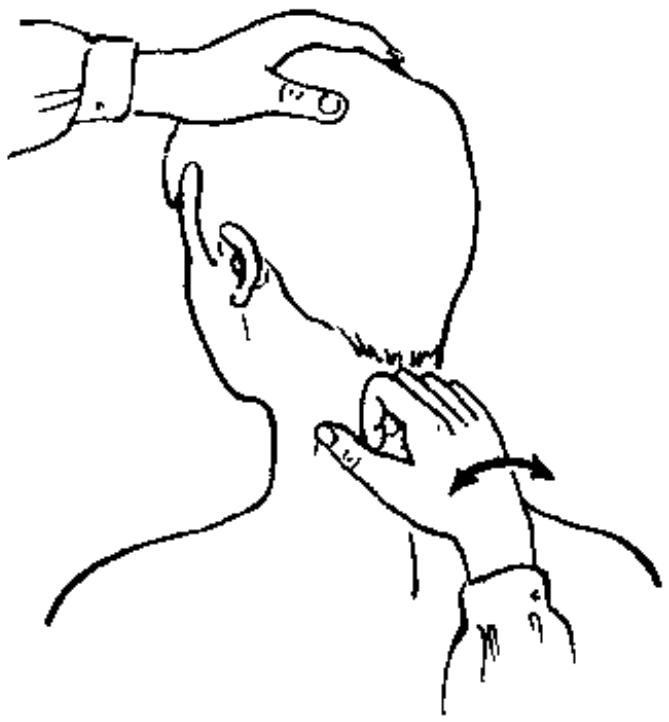


图 11　一指禅推颈项部

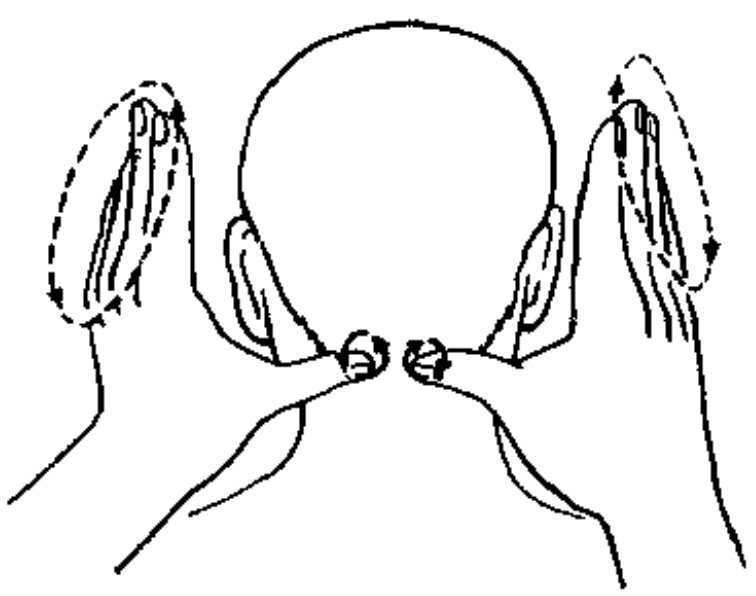


图 12　蝴蝶双飞

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

力较稳刺激较一指禅推法强，对改善项肌强硬，颈项部酸痛效果较好(图 13)。③单手扶持推：四指伸直，虎口张开，以一手拇指指腹着力于患者颈椎侧缘，四指扶持于颈外侧，以稳定操作，然后做一指禅推法摆动，沿颈椎一侧推移，该法稳定性较好(图 14)。④双手交叉扶持推：为双手同时做单手扶持推法，工作效率较单手扶持推法为高(图 15)。

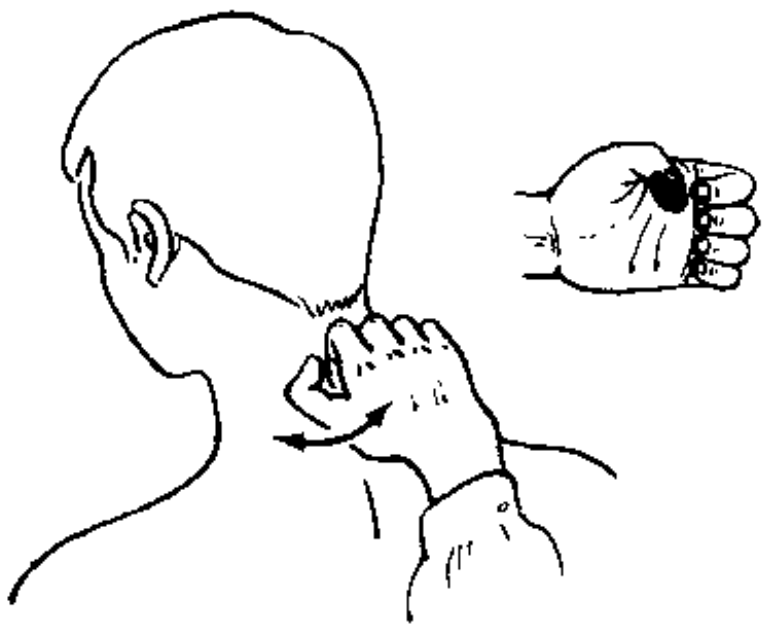


图 13 屈指推

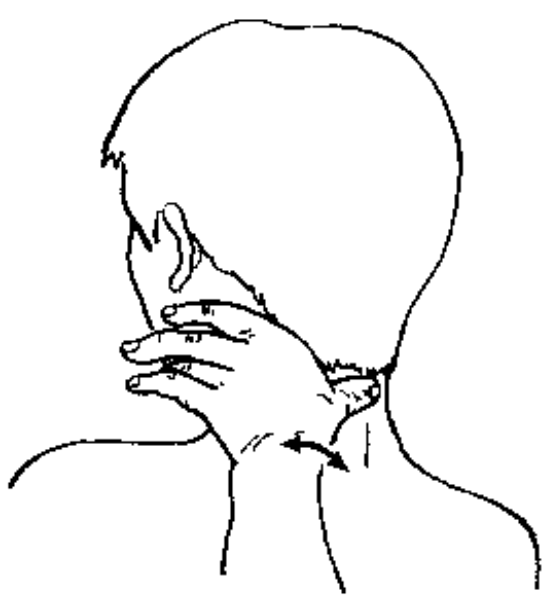


图 14 单手扶持推

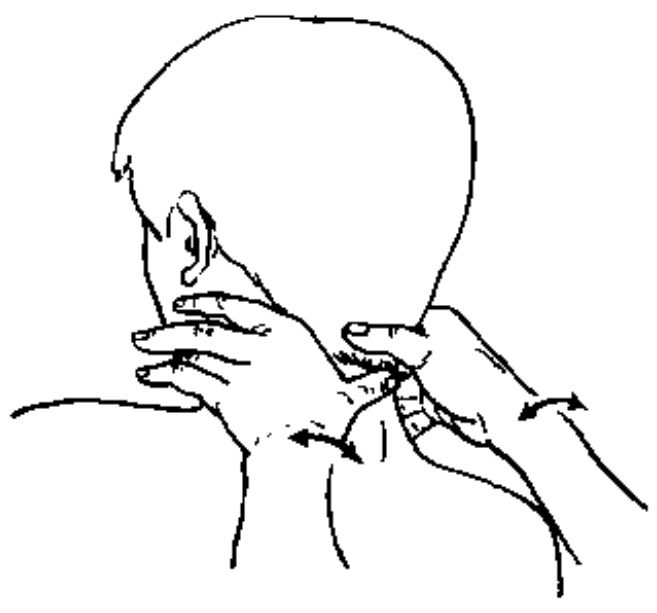


图 15 双手交叉扶持推

(2) 揉颈项肩背部 患者正坐，医生站立患者侧后方，一手扶患者头顶部，另一上肢肩关节放松，肘关节微屈，呈 140°左右，肘部距胸壁一拳左右，手指自然弯曲，手背沿掌横弓排列成弧面，以手掌小鱼缘接触患者体表，前臂前摆旋后，腕关节逐步掌屈前移，带动手背弧面向前滚动，至第二、三掌骨间隙接触患者体表，此时腕关节掌屈约 80°左右，继而前臂后摆旋前腕关节逐渐背伸后移，使手背弧面向后方滚动直至手尺侧缘接触体表。此时腕关节背伸约 40°左右，动作要协调而有节律，滚动频率约为每分钟 120～160 次，在颈项肩背部操作 5 分钟。然后，在一手做揉法同时，另一手配合做颈椎的被动屈伸、侧屈、旋转活动(图 16)。

注意：手法操作的关键在一个“松”字，肩关节放松、腕关节手背保持弧形，避免和患者体表之间产生相对拖动、跳动或空转；揉患者左侧颈肩部时用医生右手操作揉患者右侧颈肩部时用医生左手操作，颈部被动运动幅度应由小逐渐增大，至患者颈项部有弹性限制时，再做一轻巧、短促而有控制的扳动。

(3) 弹拨按揉颈项部 患者端坐，医生站立其背后，以一手大拇指指腹着力于颈椎一侧，虎口张开，像拨琴弦样自外向内弹拨按揉病变节段上下棘突旁开 0.5～1 寸处约 1 分钟，手法要深沉缓和，力量透达深层，以患者有较强烈的酸胀感为佳。如患者颈项肌强硬，肌张力较高，可适当延长本法操作时间(图 17)。

(4) 弹拨按揉肩部 患者正坐，医生站立其背后，在肩胛内上角附近寻找敏感压痛点，指下可有条索或结节状反应物，在其上施加弹拨按揉手法约 1 分钟。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com



图 16 揉颈项肩背部

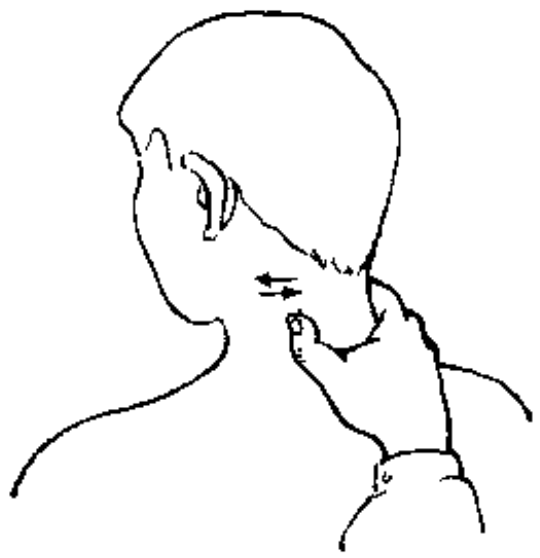


图 17 弹拨按揉颈项部

(5) 拿颈项部 患者端坐，医生站立其侧后方，一手扶患者头顶部，一手虎口张开，五指伸直，以平坦的指腹着力，大拇指位于颈椎一侧，其余四指位于颈椎另一侧和大拇指相对，保持手指伸直位逐渐内收用力夹捏颈部皮肤和皮下组织(以夹捏组织愈多愈佳)然而腕关节背伸，提起所夹捏组织，大拇指和其余四指松开，让所夹捏组织逐渐从手指间滑出，自上而下，从风池穴开始而下，动作连绵不断，力量由轻到重由重到轻，一直到颈肩交界处共 3 遍(图 18)。

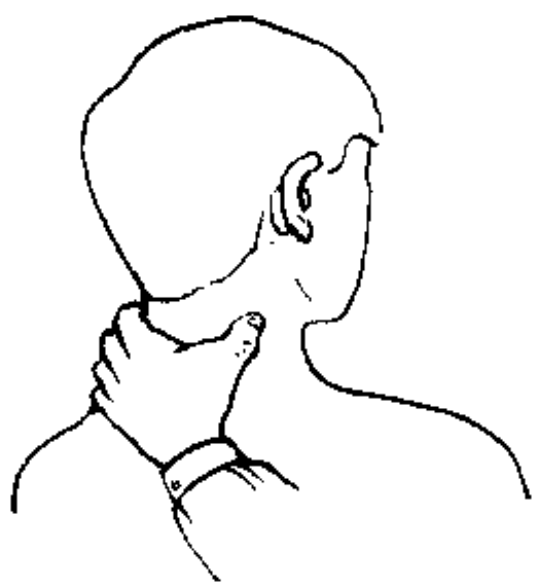


图 18 拿颈项部

(6) 拿肩井 患者端坐，医生站立患者后方，用双手五指拿法拿大椎穴与肩峰连线的中点处的肩井穴 1 分钟，以患者有酸胀感为佳(图 19)。若患者肩部肌肉强硬，酸痛明显，可延长本法操作时间。

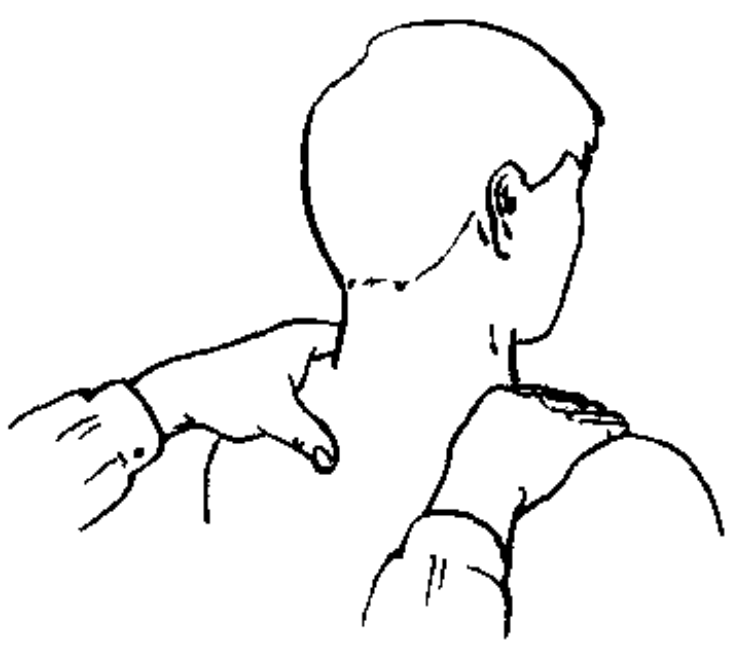


图 19 拿肩井

(7) 摇颈椎 患者端坐，医生站立其侧后方，一手托患者下颌部，另一手扶持其头顶部后侧，两手协同将头摇转，顺逆时针各 5～7 次，注意摇颈时应缓慢柔和，转动幅度由小到大，逐渐增加，切忌暴力，同时头颈部不宜过度后伸。

(8) 颈椎斜扳法 患者端坐，微屈颈，嘱患者放松，不要和医生作对抗，医生站立其侧后方，以向左侧斜扳为例，接颈椎摇法缓慢向左侧旋转至弹性限制位，感觉到有抵抗感时，两手协调作一突发性的有控制的相反方向的扳动，增大旋转角度 3°～5°，常可听到“喀嗒”声响，一般表示复位成功(图 20)。注意切不可使用暴力，扳动要“轻巧、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

短促、随发随收”，关节弹响虽常标志手法复位成功，但不可追求弹响。本法虽常用，但定位性较差，有一定风险性，应注意。

(9) 颈椎定位扳法　若欲调整特定节段棘突偏歪，可采用本法。以向右侧扳动为例，患者端坐于低凳上，医生站立其后方，以右手弯曲的肘关节托住患者下颌，手指扶持患者头部左侧，左手拇指推顶住偏歪棘突右侧，令患者逐渐屈颈，至拇指感觉指下棘突欲动之时，保持此屈颈度数，缓慢向右侧旋转至弹性限制位，感觉有抵抗时，右肘部缓慢上提，轻轻摇晃，作一突发有控制的向右侧的扳动，同时左手协同用力，拇指向左侧推顶偏歪棘突，常可听到“喀嗒”声响，一般表示复位成功(图 21)，但不可追求弹响，本法定位较准确，安全系数相对较高。



图 20　颈推斜扳法



图 21　颈椎定位扳法

7.4.2.2　分型加减

(1) 神经根型，增加下列手法：

① 按揉天宗穴：患者端坐，医生站立其后方，肩关节放松，肘关节微屈，腕关节放松，两手虎口张开，五指伸直，食、中、无名、小指四指扶持患者两肩背部，两大拇指螺纹面着力于肩胛骨冈下窝中央凹陷处的天宗穴，前臂做主动摆动，带动腕关节作环转运动，从而带动皮下组织一起同拇指运动，以患者感到酸胀为佳，约 2 分钟。同时嘱患者缓慢活动颈椎(前屈、后伸、旋转、侧屈)，可以缓解颈部功能障碍。

② 揉上肢：患者端坐，医生站立其侧方，一手托患肢，另一手在患肢自上而下做揉法3～5 分钟，重点在受累神经分布区域。

③ 按揉上肢腧穴：患者端坐，医生站立患者侧方，一手托患肢，另一手拇指依次按揉肘横纹外侧端与肱骨外上髁连线中点的曲池穴，曲池穴下 2 寸处手三里穴、手背第 1、2 掌骨之间、约平第 2 掌骨中点处的合谷穴各 1 分钟，以患者有酸胀感为佳。

④ 搓上肢：患者端坐，患肢自然下垂，医生站立其患侧，上身略前俯，以双手掌面夹紧患肢，快速搓动，并缓慢自肩部向下移至腕部，连续操作 3 遍。注意搓动时医生不可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com



图 22 搓上肢

进气(图 22)。

⑤ 抖上肢：患者端坐，医生站立其患侧，双手握患肢前臂下端，将上肢略作牵引，作高频率、小幅度抖动，使振动传达到患肩处，约 1 分钟(图 23)。

⑥ 拔伸五指 患者端坐，医生站立其患侧，一手托患肢腕部，另一手五指自然弯曲，食、中指中节夹紧患肢手指向外依此拔伸五指(图 24)。

(2) 椎动脉型 常规操作中去颈部摇法，增加下列手法：

① 开天门 患者端坐，颈椎略后伸，医生站立患者前方，以两手大拇指指腹螺纹面交替从眉心印堂穴至督脉入发际 0.5 寸神庭穴一线自下而上推 1 分钟(图 25)，手法宜轻快柔和。

② 分推坎宫 患者端坐，颈椎略后伸，医生站立患者前方，以两手大拇指指腹螺纹面从眉心印堂穴沿两眉弓自内向外分推 1 分钟(图 26)，手法宜轻快柔和。

③ 运眼眶 患者端坐，颈椎略后伸，医生站立患者前方，以两手大拇指指腹螺纹面，沿两眼眶周缘做环转推动约 1

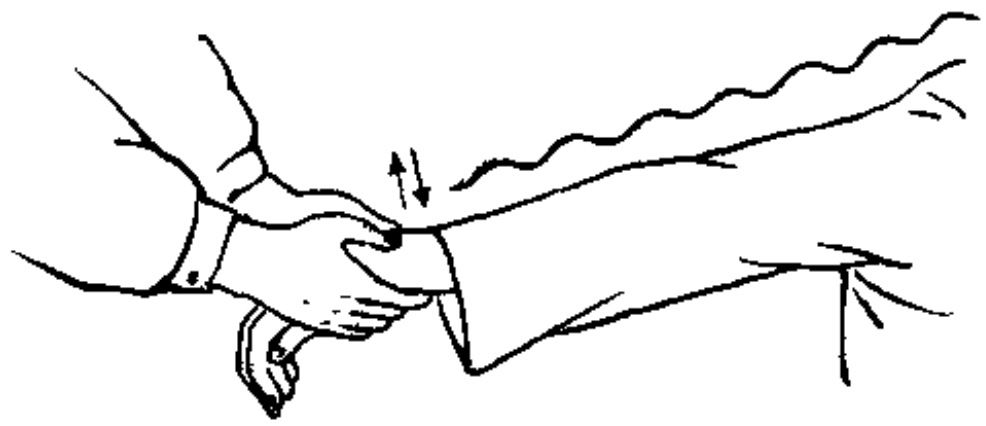


图 23 抖上肢

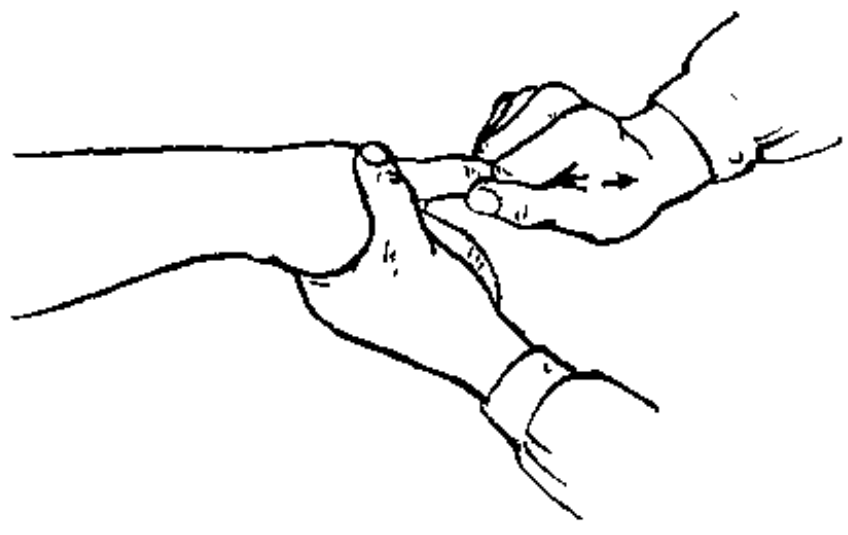


图 24 拔伸五指

分钟(图 27)。手法宜轻快柔和，避免触及眼球。

④ 按揉太阳穴 患者端坐，颈椎略后伸，医生站立患者前方，以两手大拇指指腹螺纹面着力，按揉眉梢与目外眦之间向后约 1 寸凹陷处太阳穴约 1 分钟(图 28)，以患者有酸胀感为佳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

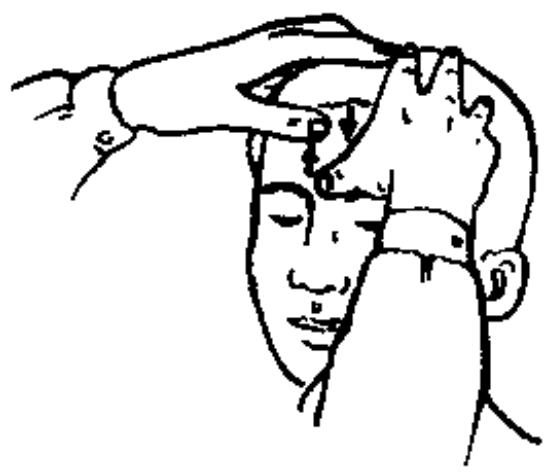


图 25　开天门

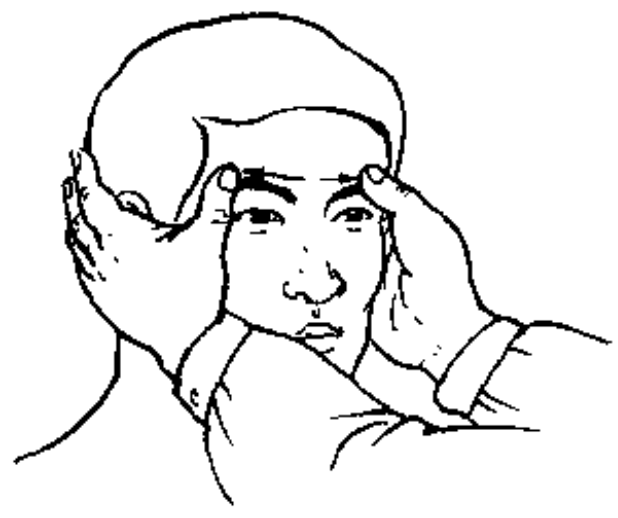


图 26　分推坎宫

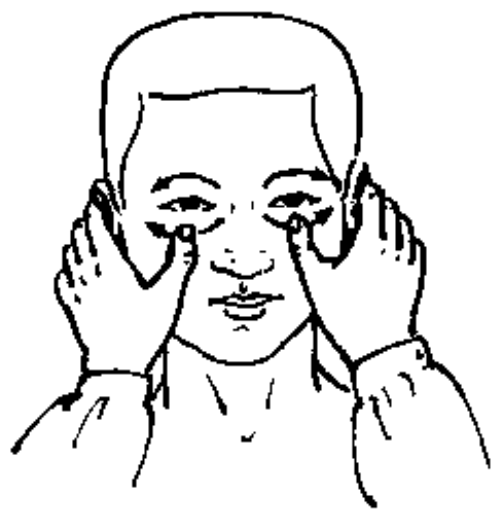


图 27　运眼眶

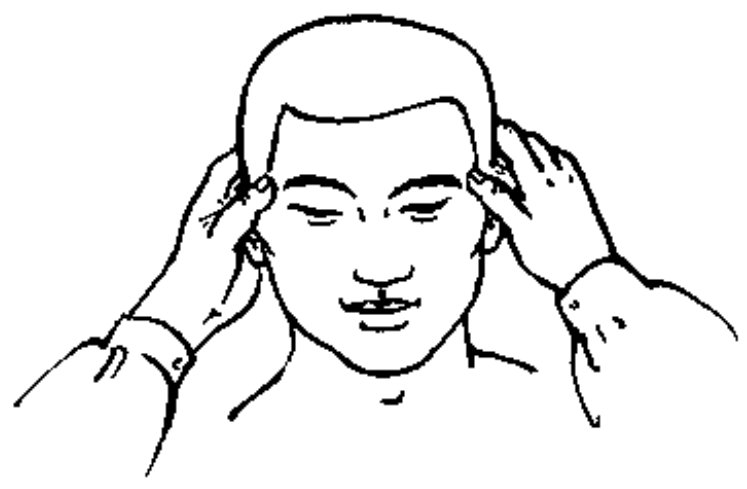


图 28　按揉太阳穴

⑤ 运耳轮　患者端坐，颈椎略后伸，医生站立患者前方，两大拇指伸直，其余四指自然弯曲，夹住患者两耳轮，沿耳轮弧线自上而下捋动，约半分钟(图 29)，以患者觉耳部有烘热感为佳。

⑥ 扫散颞部　患者端坐，医生站立患者前方，两手用拇指桡侧面自患者额角头维穴起，沿发际向耳后方向作快速往返椎擦，其余四指微屈以助力，随拇指移动同时作推擦动作约半分钟(图 30)。

⑦ 拿五经　患者端坐，医生站立患者后方，一手扶持额部，一手五指分开成爪状，中指对准督脉循行路线，指端着力，自前向后拿头部 5 遍(图 31)。

(3) 交感神经症状为主者　在椎动脉手法治疗基础上增加下列手法：

① 推桥弓穴　患者端坐，医生站立一侧，用拇指螺纹面在胸锁乳突肌部桥弓穴自上而下推动 20 次，另一侧同此(图 32)。注意桥弓穴不允许两侧同时操作，以免引起意外。

② 横擦胸廓　患者端坐，医生站立一侧，一手扶持患者背部，另一手五指伸直并拢，腕关节伸直，自锁骨下缘起至 12 肋止，做往返直线横向摩擦 2～3 分钟，以透热为度(图 33)。注意医生操作时不可进气，往返距离尽量拉长。对于女性患者只擦上胸部。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

③ 直擦背部 患者端坐，医生站立一侧，一手五指伸直并拢立掌，用小鱼际自上而下沿背部足太阳膀胱经循行路线做直擦法，2～3分钟，以透热为度(图34)。



图29 运耳轮

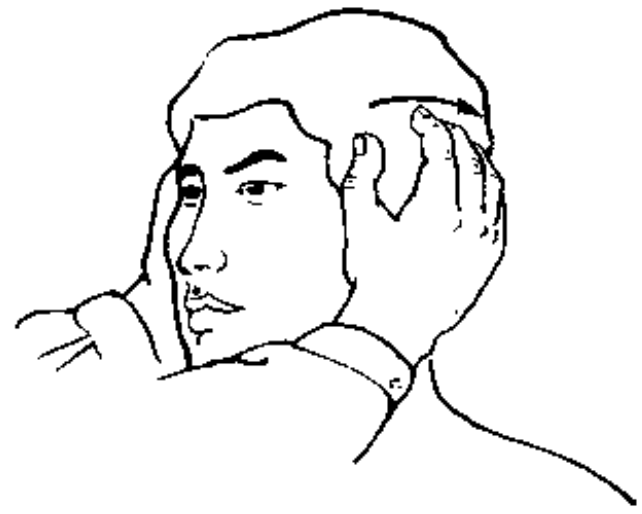


图30 扫散颞部



图31 拿五经

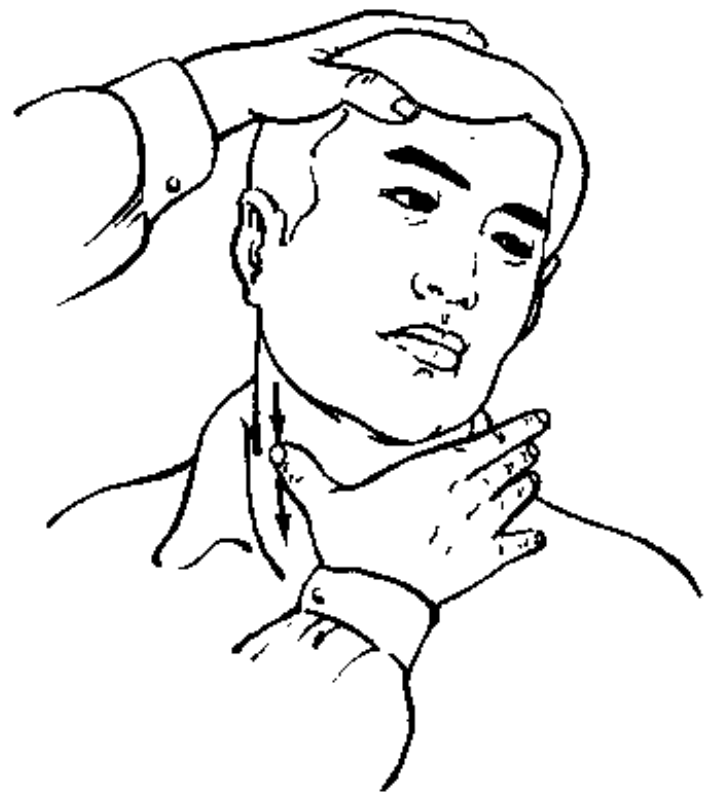


图32 推桥弓穴

7.4.3 推拿疗法注意事项：

① 推拿手法一定柔和，符合手法基本要求，切忌暴力。

② 颈椎扳法要严格掌握适应证，操作切忌生拉硬扳，务必稳、准、干脆，切忌追求关节复位时弹响，以免发生意外。

③ 脊髓型颈椎病慎用推拿，轻型可做局部软组织推拿手法，禁止做颈椎摇法、扳法和拔伸手法。

④ 推拿治疗为保守疗法首选，对神经根型疗效最好，椎动脉型次之，交感神经症状重者疗效较差。在采用推拿治疗的同时，可配合牵引、针灸、理疗等以加强疗效，治疗无

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

效者应建议手术治疗。

⑤ 颈项部注意保暖。

⑥ 睡眠时枕头高度应适中，不宜高枕。

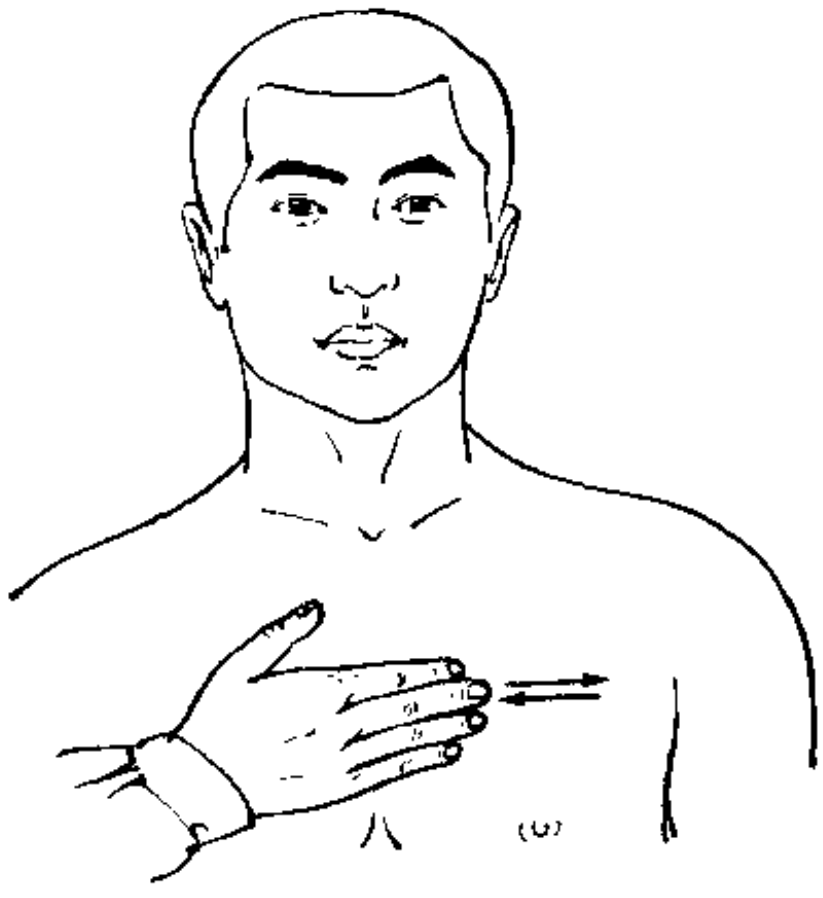


图 33 横擦胸廓

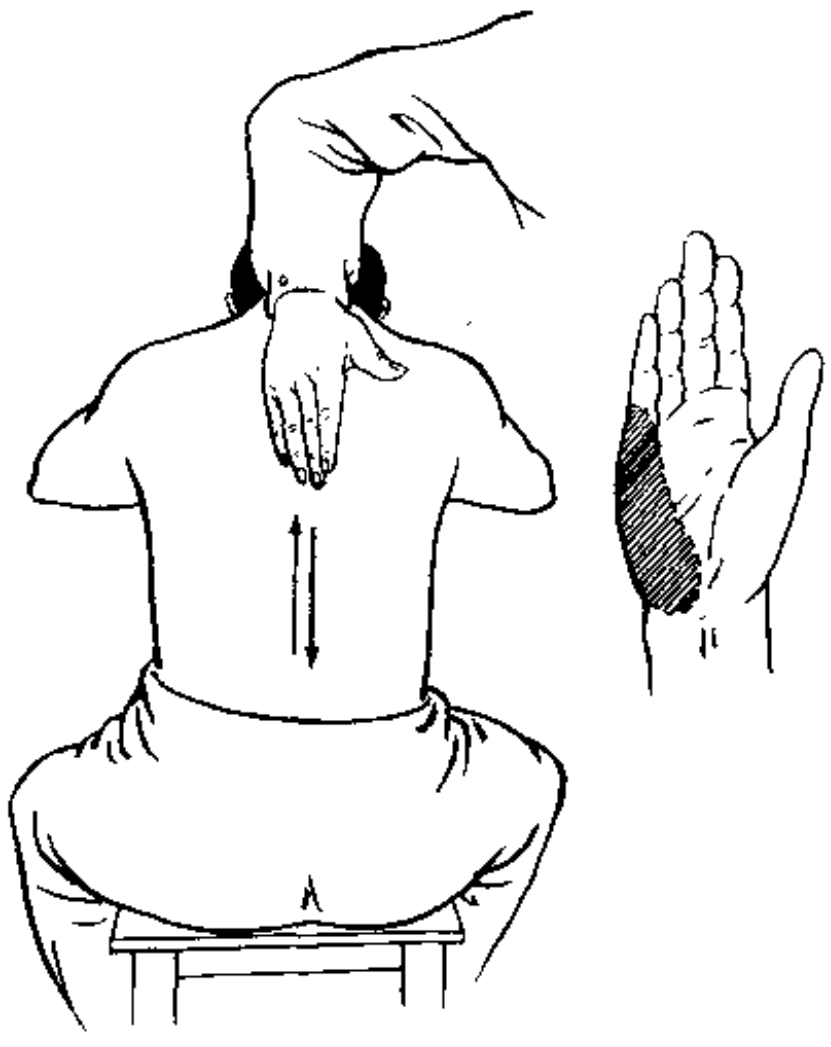


图 34 直擦背部

7.5 针灸疗法

针灸治疗颈椎病，可缓解或消除临床症状，是中医学综合治疗中一种重要的辅助疗法，但单纯应用针灸治疗本病，往往难以痊愈，尤其是对有明显神经根、血管、脊髓压迫症状者，需及时配合或采用其它治疗方法。

由于颈椎病变的部位，范围以及受压组织的不同，临床表现复杂。针灸施治，应根据症状表现，既要注重经络辨证，又要重视脏腑辨证。一般来说，神经根型和脊髓型颈椎病，应以经络辨证为主；椎动脉型和交感神经型颈椎病，应以脏腑辨证为主。神经根型颈椎病，受累神经根在颈$_{3-4}$椎间隙以上时，颈部症状表现多在手足太阳经和手足少阳经循行部位；受累神经根在颈$_{5}$-胸$_{1}$椎间隙时，上肢症状表现与手三阴、手三阳经均有关，应根据神经分布区域确定病变所在的经脉(详参本文有关辨证)。脊椎型颈椎病出现四肢瘫痪时，与三阳经脉关系密切。椎动脉型颈椎病多表现为气血两虚和肝肾不足，风阳上亢等证型。交感神经症状为主的颈椎病，多表现为气血两虚和阴虚火旺等证型。颈型颈椎病，多表现为足太阳或督脉经输不利。选穴时应根据受累根的不同辨证分型，选取有关经脉的腧穴。

针灸治疗本病，当以疏通经络，调和气血，舒筋散瘀为法。

7.5.1 毫针

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

取穴：

神经根型颈椎病取穴：主穴：风池、天柱、风府、颈夹脊、肩髃、曲池、天井、尺泽、外关、合谷、后溪。配穴：肩中俞、大椎、大杼、肩井、天宗、曲泽、少海、悬钟。

脊髓型颈椎病取穴：主穴：风池、颈夹脊、肩髃、手三里、外关、合谷、后溪。配穴：天柱、肩髎、膈俞、少海、天井、曲池。

下肢瘫痪取穴：主穴：颈夹脊、环跳、髀关、承扶、阳陵泉、足三里、委中、解溪、昆仑、申脉。配穴：秩边、殷门、伏兔、风市、悬钟、丘墟。

椎动脉型颈椎病取穴：主穴：风池、颈夹脊、风府、百会、足三里、三阴交、太溪、太冲。配穴：天柱、大椎、印堂、太阳、合谷。

交感神经症状为主者取穴：主穴：风池、风府、颈夹脊、百会、内关、神门、足三里、三阴交。配穴：大椎、合谷、太冲、通里、血海、心俞。

颈型颈椎病取穴：主穴：风池、风府、天柱、颈夹脊、大椎。配穴：肩髃、肩井、天杼、合谷、后溪。

方法：每次选3～5穴、急性期每日治疗1次。

手法：足三里、三阴交、太溪均用补法，其余穴位用中等刺激或强刺激。其中、风池穴向对侧眼睛方向斜刺0.5～1寸，使局部酸胀，并向头顶、颞部、前额、眼眶扩散。天柱穴直刺0.5～1寸，使局部酸胀，或向头顶部放散。风府穴针尖向下颌方向缓慢刺入0.5～0.8寸，使局部出现胀感，注意针尖不可朝上。颈夹脊穴，针尖向椎体方向斜刺0.3～0.5寸，注意针尖不宜向外或过深，以免伤及椎动脉。

7.5.2 梅花针

梅花针属《黄帝内经》中“毛刺”“扬刺”和“半刺”之法。主要刺激部位为皮部，通过皮部以激发经气，调和气血，通经活络，促进机体机能恢复正常。对颈型、神经根型软组织症状较重者疗效较好。

取穴：阿是穴周围、颈夹脊、疼痛及感觉障碍循经部位。

方法：自上而下叩刺，以局部皮肤红晕而无出血为宜。

注意事项：操作前应注意检查针具，凡针尖有钩毛或缺损，针尖参差不齐者，应及时修理，注意严格消毒，以防感染。局部皮肤有破损或溃疡者，不宜用本法。

7.5.3 耳针

取穴：颈椎、神门、肾、内分泌、肝、枕小神经点、相应部位。

方法：每次选2～3穴，以强刺激捻转数秒钟后，留针20～30分钟。留针期间，每隔5～10分钟捻转1次，每日或隔日治疗1次。

注意事项：耳针治疗即时止痛效果较好，远期疗效尚不肯定，但因刺激强，应防止晕针现象出现，严格消毒规程，防止耳廓皮肤感染和软骨膜炎的出现，耳部有显著皮肤病不宜针刺。

7.5.4 头皮针

取穴：

神经根型颈椎病取穴：对侧感觉区1/5的下段、对侧上肢感觉区。

脊髓型颈椎病取穴：对侧运动区、双侧足运感区。伴感觉障碍者加对侧感觉区。

方法：患者取坐位或卧位，急性期每日针1次，缓解期可隔日针1次，10次为1疗程。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方法：快速进针，刺入一定深度后快速捻转，不提插。持续捻转 2～3 分钟，留针 5～10 分钟后重复捻转。反复捻针 2～3 次即可起针。

7.5.5 腕踝针

取穴：上 5、上 4。下肢瘫痪可配下 4。

方法：取患侧穴，针体与皮肤 30 度角，快速进针，针体应在皮下浅表层，针尖朝上，针深一般为 1.4 寸。一般无针感，不提插，不捻转，留针 30 分钟，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

注意事项：腕踝针进针时应以不痛为度，若患者出现酸、麻、胀、沉、痛等感觉，说明针入筋膜下层，需退回皮下浅表层，调整针尖方向再进针。

7.5.6 水针

取穴：颈夹脊、阿是穴。

药物：当归、红花、丹参、川芎等中药制剂，5%～10%葡萄糖注射液，维生素 B_1，腺苷 B_{12}等西药注射剂。

神经根型以疼痛为主选取 0.5%～1%盐酸普鲁卡因加强的松龙混悬液，每次 1～2ml，以麻木为主选取维生素 B_1，每次 50～100mg，B_{12}每次 0.1mg 注射液，椎动脉型可选取丹参注射液，每次 2ml。

方法：按各药不同用量准确注入穴位。

注意事项：盐酸普鲁卡因应先做皮试，阴性才可使用。某些中药制剂也可能有反应，不宜在神经根上注射，如针尖触及神经根，患者有触电感，要稍退针，然后再注入药物，以免损伤神经。注意严格消毒，勿注入血管内及关节腔，掌握适当针刺深度。

7.5.7 电针

取穴：同毫针。

方法：选取 1～3 对穴，一般用疏波，或用疏密波。调节电流应从小到大，颈部穴位电流输出量宜小。每日治疗 1 次，每次 10～15 分钟。

注意事项：每次治疗前应检查电针器输出是否正常，治疗后须将输出调节全部退至零位，随后关闭电源，撤去导线；电针刺激强度应逐渐从小到大，不可突然加强，电流强度亦不可太强，以免波及脊髓，发生针刺意外。

7.6 中药离子导入疗法

7.6.1 中药离子导入疗法的机理

中药离子导入疗法的治疗作用是由直流电和中药离子两部分的作用综合而成，现将二者分述如下。

(1) 直流电的作用

① 镇静和兴奋作用：一般而言，弱中量的直流电通过人体时，会使阳极下组织的兴奋性降低和使阴极下组织的兴奋性增高。当然如果电流作用的时间相当长或电流强度相当大时，则阴极下的兴奋可以转化为抑制，而阳极下则恢复正常或兴奋性增高。

② 扩张血管，促进局部血液循环：直流电促进局部血液循环的作用是比较明显的，治疗后局部皮肤发红就是一个证明。一般直流电治疗后局部血液循环量增加 141%左右，并可持续 30 分钟以上。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

③ 改变组织含水量：在人体中，蛋白质分散在体液中构成了胶体溶液，在直流电作用下，溶液中同时发生电泳和电渗现象。由于电泳的结果，蛋白向阳极集中，阳极下蛋白密度升高，阴极下蛋白密度降低，使阴、阳极下的胶体密度、渗透压等发生变化；由于电渗的结果，水向阴极转移，结果阴极下水分增多而阳极下水分减少，这就影响了组织的含水量。

④ 改善局部营养和代谢：直流电在这方面的作用，除了由于促进局部血液循环外，更重要的还在于改变了细胞膜的通透性。在直流电作用下，阳极区酸度上升，阴极区碱度上升，因此阳极范围内细胞膜蛋白凝集致密，物质经膜的交换困难，代谢降低；阴极下膜蛋白分散，膜组织疏松，物质经膜的交换增快，代谢加强。

(2) 中药离子的作用

中药具有自身独特的性味和功效，当中药离子被导入人体后，就在局部或全身发挥中药本身的治疗作用。中药离子导人的具体途径及作用方式是：当将所需导人的中药离子放在极性与该离子电性相同的电极下时，由于电学上同性相斥的原理，离子即被斥入人体，离子进入人体后的主要去向及作用方式有：

① 在局部直接与组织发生反应。

② 在皮肤内形成离子堆。

③ 被血流或淋巴流带到全身而引起反应，而且药物离子或分子进入血液时，可以刺激血管壁的感受器，通过植物神经系统引起局部或广泛的反射作用。

④ 集中在对该离子有亲和力的器官上，发挥特殊的治疗作用。

⑤ 当中药离子导人于腧穴部位时，可以通过腧穴和经络来发挥调节阴阳、扶正祛邪等治疗作用。

以上分述了中药离子导入疗法中直流电和中药离子的治疗作用，这两者在实际运用时的表现形式是多种多样的，可能是两种作用的相加，也可与单纯直流电的作用相反，这与直流电的电流强度、作用部位、作用方式、机体的神经-体液调节以及所用中药的组成、功效、剂量等因素有关。不能把每一种离子导人的具体方法都看成是单纯的直流电与中药离子作用的相加。

7.6.2 方药配制及操作

(1) 处方

当归 20g 羌活 50g 白芷 20g 川芎 20g 蒲公英 20g 秦艽 20g 杜仲 20g 牛膝 10g 没药 10g 乳香 20g 草乌 20g 赤芍 20g 桃仁 20g 威灵仙 30g 透骨草 30g

上药加水 1500ml，浸泡 4 小时后水煎，沸后 40 分钟用 4 层纱布滤出药液 900ml。第二煎加水 1000ml，沸后 25 分钟滤出药液 500ml。两煎混合，装人瓶内放置冰箱备用，用时加温至 40℃。

(2) 操作

① 把 10cm × 15cm 大小的药垫浸泡在加温的药液中，将吸有药液的药垫放置于病变部位，其上再放 7cm × 10cm 极板(阳极)，非作用极(阴极)用生理盐水浸湿放置于前臂麻木疼痛部位，然后盖以塑料布或人造皮革据情况用砂袋、绷带或借患者身体重力将电极加以固定。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

② 检查电疗机各指针、旋钮均在正确位置后，先开总开关，次开分开关，徐徐转动电位器逐渐增大电流量，参照患者的感觉将电流量控制在 5～15mA 之内。

③ 每次治疗 20～25 分钟，每日 1 次，12 次为 1 疗程，每疗程间隔 4～7 天，一般治疗 2～5 个疗程。

7.6.3 中药离子导入疗法的禁忌症

高热、恶病质、心力衰竭、湿疹及对直流电不能耐受者。

7.7 硬膜外腔药物疗法

7.7.1 硬膜外腔药物疗法的治疗机制

该疗法可以把治疗药物注射到颈部硬膜外腔中直接发挥作用或通过散布途径弥散到病变组织后发挥作用。可以治疗其病变周围无菌性炎症，消除椎管内外的充血、水肿、粘连，解除椎旁肌肉的痉挛、改善局部的微循环，从根本上恢复病变组织的生理状态。①血药浓度高；②药液向病变组织弥散快；③药物快速发生作用；④避免了全身用药的副作用以及病变局部血药浓度低的缺点。

有关硬膜外腔使用的药物应根据病情选用。常用药物的药理作用如下：

(1) 类固醇类激素：有很强的抗炎作用，可以消除水肿，预防组织间的粘连，并可抑制病变局部组织的自身免疫反应。

(2) 麻醉药物：可以阻滞颈部各种神经的传导，并解除由于疼痛造成的颈椎旁肌的痉挛以及椎动脉的痉挛，改善局部血液循环，具有快速减轻疼痛、麻木等神经根受压症状的作用。

(3) 促进神经细胞代谢药物：该类药物主要做辅助治疗，如维生素 B_1 在体内代谢成为酶所必需的焦磷酸硫胺，参与维持神经的正常功能。维生素 B_{12} 对神经亲和力强，在体内作为辅酶参与核酸胆碱和氨基酸的合成并参与脂肪和糖的代谢，因而可以改善神经的代谢。近年来改善神经细胞代谢的新药相继被合成，但未见应用于治疗颈椎病的报道。因此，临床上可以有选择地应用于颈部硬膜外腔中，以促进受损神经的代谢，恢复其功能。

(4) 中药制剂：中药制剂已被广泛应用于硬膜外腔注射治疗腰椎间盘突出症中。虽然未见到其应用于治疗颈椎病的报道，但受治疗腰椎间盘突出症的启发，使用中药制剂硬膜外腔注射治疗颈椎病是完全可行的。该类中药制剂具有活血化瘀、抗炎止痛的功效，可以扩张血管，改善全身或局部的血液循环，促进无菌性炎症的吸收和组织的修复，改善神经的营养状态，从根本上改善颈椎病时造成的局部微循环障碍，同时这也是中医学“通则不痛”治疗原则，针对“不通则痛”病机施治的具体体现。该类中药制剂常见的有脉络宁注射液、复方丹参注射液、当归注射液、川芎嗪注射液等数种。另外，该类中药制剂的配伍、剂型还有待于改进、开发，治疗经验也有待于积累，以最大限度地提高疗效。

由于颈椎病时造成的椎管内外组织的充血、水肿、粘连等无菌性炎症，加之病变局部组织受压导致血液循环障碍，则无氧代谢加强，由此产生的酸性代谢产物增加，局部 H^+ 浓度的升高将刺激神经根或其他周围组织的神经末梢产生疼痛等症状。因此，治疗颈椎病可以效仿治疗腰椎间盘突出症时使用的碱化药液疗法。碱化药液可以中和高浓度的 H^+，并消除由此引起的刺激性疼痛症状。

通过上述的各种治疗，在解除痉挛、消除水肿、炎症之后，颈椎的生物力学平衡系统

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

将得以很快恢复。如能在此基础上结合手法、推拿或牵引等其它疗法，则疗效更佳。

7.7.2 硬膜外腔药物疗法操作方法和适应证

7.7.2.1 操作方法

首先是硬膜外穿刺。全部病人应在手术室内、严格无菌下进行。患者取坐位，反骑坐于靠背椅上，双手抓握椅背双角，双肩自然下垂内收，头额部顶放于椅背上(垫布巾)，颈椎尽可能前屈。通常取颈$_7$-胸$_1$或胸$_1$-胸$_2$棘突间隙进针。常规消毒，铺洞巾。于进针棘突间局麻后刺入穿刺针，针尾向骶侧适当倾斜，当针尖有黄韧带突破感后，负压抽吸无回血及脑脊液流出，注气无阻力，则确定已进入硬膜外腔，可以直接注射药物或向头端置入硬膜外导管2～3cm，将导管外端接输液器或注射器，持续点滴或推注已配好之药液。开始时速度宜慢，并注意观察有无反应，如在3～5分钟内无明显反应，可将剩余药液注完。最后快速出针，无菌纱布包扎。使患者抬头坐位或侧卧位休息15～30分钟，观察约1小时后如无反应，许可离开。硬膜外腔所用药物配伍，据目前文献记载，可选用以下几种方案：

① 生理盐水100ml，地塞米松10mg，2%利多卡因5ml，维生素$B_1$100mg，芬太尼0.05mg，滴速4ml/分钟。

② 2%利多卡因5ml，生理盐水3ml，强的松龙50mg，共计10ml，推注。

③ 生理盐水100ml，地塞米松10mg，2%利多卡因5ml，复方丹参注射液6ml(或脉络宁注射液10ml)，滴速4ml/min。

以上各种治疗间隔期至少1周，治疗次数视病情而定。

7.7.2.2 适应证

凡经X线、CT或MRI确诊为颈椎病(椎动脉型、交感型、混合型及创伤性)均可应用。临床上可以对原因不明的头颈痛(持续性)或眩晕等症状以该法进行诊断性治疗，可收到诊断、治疗双重作用。

7.7.3 硬膜外腔药物疗法的禁忌证与注意事项

7.7.3.1 禁忌证

① 凡经X线、CT、MRI或血液学检查确诊为颈椎结核或肿瘤者。

② 全身性感染疾患的急性期，施术局部有皮肤或深部感染患者。

③ 严重的心、脑、肾疾病及高血压病Ⅲ期患者。

④ 糖尿病患者不宜大量使用类固醇类激素。

⑤ 对于颈椎关节脱位或椎间盘脱出者，宜先进行牵引或手法复位后再用本疗法。

7.7.3.2 注意事项

① 本疗法开展时间短，临床经验不足。

② 注射药液中，麻醉药物用量不宜过大，以免造成麻醉肋间神经和膈神经而影响呼吸机能。芬太尼对呼吸中枢有抑制作用，如使用该药需注意呼吸变化。

③ 硬膜外穿刺成功与否是治疗的关键，尤其颈部的生理位置重要，穿刺太浅无治疗效果，太深则深达蛛网膜下腔，可导致脑脊液流出，造成颅内压过低出现剧烈的头痛。如误注麻醉药则造成“全脊髓麻醉”，出现暂时瘫痪或影响呼吸功能。如注入血管会引起全身性反应。因此，进行穿刺操作时应由熟悉局部解剖的有一定经验的医师操作。

④ 部分患者治疗后有轻微的头痛、头晕、耳鸣短期内加重的反应，主要是由于注射

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药液使硬膜外腔压力升高，致硬脊膜压迫蛛网膜下腔，造成脑脊液向颅内流动，颅内压一过性增高引起。

⑤ 操作的自始至终都要严格的无菌操作，否则造成的感染将引起严重后果。

⑥ 注意药物的副反应。

⑦ 该治疗有一定的刺激性。应在术前做好病人的思想工作，使患者了解用药过程或用药后可能出现的正常反应，以取得合作。

8 疗效评定标准

治愈：原有各型病症消失，肌力正常，颈、肢体功能恢复正常，能参加正常劳动和工作。

好转：原有各型症状减轻，颈、肩背疼痛减轻，颈、肢体功能改善。

未愈：症状无改善。

9 颈椎病的预防

9.1 未病先防

颈椎病是在肾气虚损，椎间盘退变的基础上，在风寒湿邪的侵袭和劳损的作用下，加剧了这一退变的过程并诱发颈椎间盘突出而发病的。因此颈椎病的预防主要应从调养肾气和防止外邪及劳损两方面着手。

9.1.1 调养肾气 肾为先天之本，主藏精，主骨生髓。肾气的虚损多由久病或劳伤肾气，或禀赋不足，或年高肾气亏虚而致。颈椎病的发生，从根本上讲是肾气虚损，椎间盘退变的基础上发生的。肾气虚损，肾精不能生髓，骨失濡养，故发生骨质的退变，包括椎间盘退变。因此，调养肾气，使肾精充养于髓，是防止骨质和椎间盘退变的根本所在。

对于某些疾病，虽然当时看上去与颈椎病无关，但因久病必然损伤肾气加剧椎间盘退变并诱发椎间盘突出。例如消渴之疾，乃为肺、胃、肾之阴虚，虚火内炽，灼伤津血所致。其中肾为关键，久病，肾气进一步损伤，肾精亏少，骨髓失于濡养，而易诱发本病。从西医学的角度看，糖尿病，常致动脉硬化，而引起血液循环障碍，久之则影响椎间盘的周围动脉壁结构，降低血流量，减少了椎间盘组织的代谢要求，最终引起椎间盘组织的破裂。对于这些疾病，一方面要治疗原发病，一方面应从预防学的角度出发，在治疗原发病时，注意调治肾气，防止颈椎病的发生。

劳伤是损伤肾气的又一重要原因。劳伤，包括劳力、劳思、房劳三个方面。劳力直接损伤筋骨，劳力造成肝肾失调，精血失养，加剧了骨及椎间盘的退变，并在一定的条件下，诱发椎间盘的突出；劳思伤及心脾，气血不足，肾精失去后天气血的濡养，久则肾气亏损，造成骨和椎间盘的退变，一些非体力劳动者发生颈椎病多与此有关；房劳是指房事过度而不节，使肾精亏耗，精不能生髓，骨失濡养而退变。了解以上发病的原因，在劳作上就应当注意劳动保护，不要疲劳过度，不要损伤筋骨，注意劳逸结合；脑力劳动者，则亦应避免过度劳思，应注意身体的锻炼，所谓“户枢不朽”是也；同时亦应注意节制性生活，防止房劳太过。

先天禀赋不足，虽然是生之具有的，但可以通过后天的培育，逐渐改善其不足。在颈

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

椎病中，有许多是因先天性椎管狭窄而造成的。由于椎管狭窄，即使是极为轻度的椎间盘膨出或突出，也会引起症状，并同时常引起顽固性疼痛。对于有此类先天性不足的人，在发现后更要加强颈椎的保护，调养肾气，以免发生颈椎病。

老年肾气渐虚是生理性的变化，虽不为病，但加强对老年人的保护，防止外邪侵袭及损伤是非常必要的。此外，中老年人应注意调养肾气，防止早衰。颈椎病多发生在40岁以后，说明肾气早衰是颈椎病发生的重要原因。

9.1.2 调摄精神 精神意识活动与人体的生理、病理变化有着密切的关系。强烈的或反复、持续的精神刺激，可使人体气机逆乱，气血阴阳失调，脏腑功能受损，正气内虚而招致外邪的侵袭。对于颈椎病的预防来说，调摄精神也是非常重要的。尽管精神意识对颈椎病的发生没有直接的原因，但因精神因素导致其它疾病，造成人体的气血阴阳及脏腑功能的失调，久病就可以波及于肾，造成肾气受累而诱发本病。反之，良好的精神状态，精神充沛，又是形体健壮的根本条件。“精神内守”，就是指精神安守于内，而不心驰于外，不妄思而神劳，不妄动而形劳，使形神达到高度的和谐，使人体的阴阳气血保持生理平衡，而达到预防疾病的目的。

9.1.3 运动锻炼 脊柱是人体主要的负重部位。脊柱的稳定除由椎间盘的连接外，尚由其前、后韧带及黄韧带等相关韧带，以及脊椎外在的肌肉的保护和联系等内、外稳定因素共同来维持脊椎的动态平衡的。在生理条件下，这些内外稳定因素可以代偿、互补，有利于脊柱的运动。在病理的条件下，内外因素可以互相影响。椎间盘的退变既是一种生理性的退变，又在各种因素作用下加剧退变而发生病理性改变。椎间盘的退变造成脊柱内外稳定因素的失调，这种失调，不仅进一步破坏了脊柱的稳定，也加剧了脊柱内外韧带、肌肉的退变和病理性改变(炎性反应、炎性产物、炎性粘连、炎性水肿等)，使韧带、肌肉失去了既往的弹性和保护作用，失去了软组织间的在脊柱活动中的协调与稳定平衡的作用。脊柱内外稳定平衡的破坏和失调是椎间盘突出的根本原因。

运动锻炼的目的，从全身的角度讲，可以促进心肺的功能活动，提高血液循环及人体的代谢能力。从脊柱的局部讲，由于上述作用的增强，可以保证脊柱周围组织肌肉、韧带的血供，加强对代谢产物及某些因素造成的局部的炎性反应及炎性产物的及时排除，保证其正常的生理功能。进行有序的、适当的运动锻炼，还可以增进脊柱内外肌肉、韧带的活力，减少其疲劳，从而加强脊柱的内外稳定性，有效地防止颈椎病的发生。

中医学的运动锻炼的方法和理论，集中反映在中医气功学中。中医的气功学所谓的运动锻炼不仅是形体的运动锻炼，而且更重要的是在中医理论指导下的身心合一的锻炼方法，是集体育锻炼、心理调谐为一体的综合运用。它表达了中医学形神统一的辩证思维观念，是中医学独特的理论和方法。

气功作为一种锻炼的方法，主要是通过“调身”、“调息”、“调心”的三调，培育增强人体的元气，促进和激发经络之气(元气所派生)，温煦、推动经络气血的运行，调整经络气血的偏盛偏衰或气血的逆乱，从而达到祛除病邪，改善脏腑功能，调整脏腑阴阳气血失调的作用。

调身，即调整身体，是姿势的锻炼。指练功时所采用的体位及其形态。要求练功者在练功时，使身体的各部位都处在适合生理、自然的情况下，有利于全身的放松，调整气息

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以及意念的集中和运用。身形有动、静之分，但每一体位及形态与呼吸、意念则是密切协调统一的。动中有静，虽动但意守则一(意守丹田，淡泊宁静，神志虚灵)，气血运行则一(循经络运行)，呼吸则一(吐纳有方)；静中有动，虽身形静止，但气血运行则处于激发状态，运行通畅，呼吸则于吐纳中运气，气随意动，循经而行。

调息，即调炼呼吸。即指在练功中，运用和掌握与自己身体情况相适应的呼吸方法，使呼吸和形、神达到和谐统一。调息纯熟后即可运气，在意念的导引下，使气按照一定的经脉运行，如大、小周天等。呼吸本乎自然，形变而息不变，运气而气随意动，气随神静、意动则行，神静则无(无呼吸的知觉)。

调心，即意念的锻炼，是指练功时排除杂念，动静相宜。动则将意念引导气的运行，静则摄心归一，无欲无求，无思无念，达到入静的程度。即使是意守之时，亦是若有意，若无意，似守非守，勿忘勿助。不可意守太死，不可执意追求。处于不即不离，有意无意之间。

掌握好上述的练功要领，是进行气功锻炼的根本所在。至于功种的选择，则应与人体的体质条件，疾病的不同而应用。如预防颈椎病运用动功较为适宜，动功将动静相结合，有锻炼形体，强壮筋骨的作用，适当的选择还可以有意识地锻炼颈、背部肌肉。如八段锦、太极拳、五禽戏、洗髓易筋经等，对颈椎病的预防、治疗及康复皆为较好的锻炼的功种。关于具体的锻炼方法，可参考本文康复治疗一节有关内容及有关著作，限于篇幅，不再赘述。

虽然中医学气功锻炼有着很好的效果，但由于每个人的具体条件，如有无气功教师的教授，个人的生活及工作环境等限制，更重要的是气功的锻炼需要一个循序渐进的过程及正确的锻炼方法，亦需要锻炼者对气功有一定的认识。因而不是每个人都可以做到的。在这种情况下，适当的形体锻炼也不失为预防颈椎病的好办法。

预防颈椎病的形体锻炼，要重在颈背肌群的锻炼，及平衡运动的锻炼。有条件时尽量适当地进行一些体育活动，如游泳、跑步及各种球类活动等。现在许多家庭已经有了家庭用健身器，对于形体的锻炼，防止颈椎病有积极的意义。但在形体锻炼时亦应注意，锻炼时的运动量要因人而宜，不可“使极尔”，即不可过量，但应持之以恒。

9.1.4 工作劳动 在工作劳动中，要尽量避免非生理性体位活动。在实际工作中，有时难免处于非生理性体位中，应注意劳动保护，如及时改变各种环境和条件，注意劳逸结合，劳力适度，在每日工作前后作一些如工间操、简易太极拳或其它简易的形体锻炼，以及时调节因工作体位形成的肌肉疲劳现象。对于长期处于坐位伏案工作的人，尤其要注意颈椎病的发生。在长期处于坐位伏案工作姿势的人，要定时改变坐位的姿势，如站立或坐位作一些颈部的活动，自我按摩颈部、肩背部，避免长期持久的疲劳性损伤。

总之，在工作、劳动中，凡是非生理性体位、疲劳性工作及各种运动中都应注意对颈部肌肉的保护，预防颈部及肩背部疼痛性疾病的发生。

9.1.5 运动保健 这里说的运动保健是指体育运动保健工作。有人调查运动员，一队之中有半数人有椎弓崩裂。如果能及早采取预防措施很可能不会发生这种椎弓峡部疲劳骨折。据说在拳击运动员中亦同样存在这个问题。这就需要教练员与体育医生共同协作研究才能做好预防工作。运动员在比赛前作必要的准备工作是十分重要的。某些运动项目应

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有教练员的保护和必要的防护措施和设备。运动场地及运动设施应有体育医师的监督。

9.1.6 生活起居 在生活起居方面，主要是指应顺应自然规律，在生活、作息等方面有科学的规律性，这不仅可以预防疾病，同时也是长寿之道。起居有常，首先应是劳逸有度，不妄劳，不过逸，妄劳和过逸对人体都是有害的，人体的气、血、骨、肉、筋的损伤都是造成颈椎病的重要原因，这是显而易见的。其次在性生活方面也应适度而节制。所谓适度和节制，是指在性生活方面应顺应人体生命规律，既不能强制，亦不能过用。强制和过用都能损伤肾气，使骨髓失养，而导致颈椎病。

9.2 既病防变

既病防变是中医预防学的重要指导思想之一。具体地讲，在预防因诸多疾病引起的颈椎病发展方面，应做到疾病的早期发现、早期治疗，以控制疾病的发展、变化。颈椎病和所有疾病一样，都有其一定的发展、变化的规律。因此在防治疾病的过程中，掌握其传变规律和途径，截断其发展，对可能发生的病变做到早期诊断，及时治疗，以防传变。这也是“治未病”的重要思想。

9.2.1 早期诊断 颈椎病早期诊断，无论对于临床疗效，还是预后都是至关重要的。根据笔者对颈椎病临床观察，病程和疗效间有着密切的关系，病程越短，疗效越好，反之越差。病人病程长的原因大多为两种，一是病人未能及时就诊，二是在就诊时未能及时明确诊断，以致误治、失治。由于初诊的误诊，使许多病人失去了治疗的最佳时机，病情日渐加重。颈椎病大多在初期损伤时，由于突出的椎间盘所引起的损伤性炎症反应，缺血性改变及纤维血管通透性的增加，神经根的嵌压引起一系列的疼痛及感觉障碍综合征。在髓核突出的初期，这种幼弱型的突出组织，可通过休息、推拿等治疗方法使其还纳到原来的位置，同时，及时地通过治疗可以消除上述的损伤性炎性反应，改善局部血液循环，改变神经根的嵌压状态，从而减轻和消除临床症状。反之，如果错过了这一时期的治疗时机，就有可能使突出的髓核与椎管内的结缔组织、神经根发生粘连(纤维化、钙化)，此时将难以改变突出物的方向或使之还纳复位，难以改变神经根的受压状态，其治疗和预后都是显而易见的。

颈椎病是一组病因、病理及症状极其复杂的病症，除本书所论述的有关鉴别诊断外，尚有许多原因，如内脏源性、代谢性、血管性、神经源性、细菌性炎症等可以引起颈、肩、背部痛。因此，对颈椎病的病名诊断及其相关疾病的鉴别诊断是保证疗效的首要环节。这一点无论对中医或是西医都是非常重要的。

9.2.2 早期治疗 当颈椎病早期明确诊断之后，及早地予以科学、合理的治疗是影响疾病疗效和预后的决定因素。通过大量的临床实践，使我们了解到，要想达到较好的疗效和预后，在早期治疗中应注意以下几个方面：

了解中医学各种治疗方法的特长及其适应症，在对各种不同疾病的治疗方案中择优选择治疗方法。中医的各种治疗方法在长期的临床实践中皆积累了丰富的治疗经验，对许多疾病有着较好的疗效。但是，各种治疗方法对于同一疾病的治疗效果存在着一定的差异，而且各种治疗方法对于同一疾病的不同类型、不同病变阶段又有着不同的适应性。不了解这一点，如果仅仅拘泥于某一种疗法，自然就不会取得最佳的临床疗效，甚至会造成误治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

和失治，也就使疾病失去了最佳治疗时机。如颈椎病在髓核突出的初期，如果使用合理的推拿手法，可以使突出的髓核得以还纳，如果仅仅使用中药内服、外治等疗法，则虽然可以有一定的疗效，但终因髓核的突出这一根本原因未能解决，而给患者留下了进一步加重或发展的隐患，并使突出的髓核可能与椎管内的软组织、神经根、甚至脊髓发生粘连，长期压迫神经根或脊髓而形成慢性、长期的颈、肩、背部疼痛。

充分利用中医各种疗法的优势与特长，在尽可能的范围内合理地采用中医综合治疗方案，是取得最佳疗效的科学方法。每一疾病的发生、发展都有其复杂的变化，而每一治疗方法又有着其一定的局限性，面对复杂的病情，合理地采用中医的综合治疗方案，使其优势互补，是提高疗效的重要手段。中医学在长期的临床实践中，在中医综合治疗方法的使用上有着丰富的经验。尤其是在外伤科的临床中，内、外治疗方法，推拿、针灸等各种疗法的综合运用是传统的方法，在现代中医学发展的新形势下，一些新的疗法不断出现，如中药离子导入疗法、小针刀疗法等，在临床实践中已初步显示了其一定的优势，充分利用这些新成果，将传统的、现代的中医学治疗方法结合起来，进行优选组合、综合治疗，对于提高疗效，防治病情的发展无疑是极其重要的。

中西医结合、中医和现代科学的结合是使中医走向现代化的关键所在。一是多角度全面认识病因病机，走出传统中医学在病理学认识上的固有模式，将现代病理学的认识和中医学的病理学认识有机地结合起来，开展基础理论研究，可以进一步推动并指导临床研究的深入；二是对颈椎病的诊断方法不断完善，诊断思维不断开阔，使中医学的某些比较笼统的病名、病证进入微观诊断，利用现代科学检测手段与中医学诊断方法相结合，从单纯的中医诊断发展到中西医结合诊断，辨证与辨病相结合，从而对疾病进行多层次诊断，才能更好地发挥中医学辨证的优势，进一步提高疗效；三是在临床治疗学上，中、西医互补。实际上，在颈椎病的治疗中，单纯的中医或西医的疗法都有着一定的局限性，但又有着各自的优势，采用中西医结合可以互相取长补短，中西医都要屏弃偏见，相互学习，优势互补，才能提高疗效。在当今科学发展的新形势下，多学科的交叉、互补是科学发展的趋势，也是临床治疗学发展的必然趋势。

9.2.3 先安未受邪之地 根据疾病的传变规律，先安未受邪之地，也是中医学“治未病”的重要指导思想之一。例如颈椎病是在颈椎间盘及相关韧带、小关节等退变的基础上发生的。椎间盘等退变就会继发引起椎体失稳，椎体失稳和椎体的退变就形成恶性循环。最终导致颈椎病的发生。如果当发现椎间盘退变时，我们能对椎体的稳定机制进行防护性治疗，就可以使椎体结构保持稳定平衡，不仅可以预防椎体失稳，进而导致颈椎病的发生，也使椎间盘的退变和椎体失稳间的恶性循环被截断，遏止椎间盘的退变进程。全面了解颈椎病发生、发展规律，对其可能或必然出现的病变采取必要的预防性治疗措施，有着积极的临床意义。

9.2.4 愈后防变 颈椎病的发生是在椎间盘退变的基础上发生的。在临床治愈后，其颈、肩、背部疼痛等临床症状得以改善或消失，但应认识到其病理学基础并未得以根本性改变，仍存在复发的潜在因素，有着在一定的诱因下而复发的可能性。临床医生，常常比较重视疾病发生时的症状治疗，而易于忽视对临床治愈后的复发应采取的防治措施。这是颈椎病在临床治愈后复发率较高的主要原因之一。颈椎病临床治愈后的防治，主要有以

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

下几个方面：

药物防治：颈椎病发生的病理学基础主要是肾气虚损，精血不足，筋骨失养，故椎间盘及其相关韧带、小关节及周围肌肉产生退行性变。在此病变的基础上，或因风寒湿邪外侵，痹阻经脉，或跌扑损伤，气滞血瘀，筋骨受损而发为椎间盘突出，致成颈部疼痛。祛除风寒湿邪，理气活血，舒筋正骨等治疗方法虽可达到临床止痛的作用，但多属治标之法。颈椎病在临床治愈(疼痛缓解或消失)后，应对其“本”进行深层次治疗，如补益肝肾，强筋健骨等，使精血充盛，筋骨强壮，则病从“本”去，难以复发。

除药物防治外，像针灸、推拿按摩等疗法亦可。

劳动保护：颈椎病大多是在日常生活、劳动中，因长期处于非生理性体位活动而发生的。因此，在临床治愈后，在日常生活和劳动中改变旧有的环境和条件，保持合乎生物力学功能条件的体位，防止不合理的超量负荷，在机体发生疲劳后，及时采取适当的保护和恢复方法，如按摩、热水浴、热疗等以恢复身体疲劳，防止出现疲劳性损伤。总之，进行必要的劳动保护是预防颈椎病复发的重要一环。

防御外邪：防御外邪，主要是防御风、寒、湿邪对人体的侵袭。风、寒、湿邪是颈椎病发生的重要诱因。防止外邪的侵袭，要从两个方面着手，一是培育正气，增强体质，加强机体的抗病能力并保持良好的情绪，避免精神紧张，及不良情绪，所谓“正气存内，邪不可干”；二是在日常生活和劳动中，尽量避免不良的环境影响，如寒冷、潮湿等，以防止外邪的侵入。

运动锻炼：颈椎病在临床治愈后，应指导病人进行科学、合理的身体锻炼。运动锻炼的目的在于：增进脊柱周围肌肉的活力，从而加强脊柱关节的稳定性；保证并增强肌肉及脊柱周围组织的血液循环，从而加速肌肉等组织的代谢产物的排除，以利于修复肌肉、筋膜的损伤，进一步恢复和加强关节功能；改善或消除组织粘连，不仅可以有利于组织功能的恢复，并可以解除引起疼痛的因素；增强体质，促进脏腑功能，提高机体的抗病能力。颈椎病临床治愈后的具体运动锻炼方法，可参看本书康复治疗的气功疗法等有关章节，本文不再赘述。

10 康 复

10.1 心理康复

颈椎病患者在疾病发生、发展的过程中，可能出现以下几种心理：

恐惧心理。害怕瘫痪，害怕丧失工作和生活能力是病人的主要心理，尤其是病情严重，或已经出现肢体功能障碍的病人，更容易产生这种心理。此一心理的产生，主要来源于病人或其亲属的臆断和揣测，有时来源于一些不负责任的医生的话语。为此，对每个病人应进行颈椎病科学知识的普及和教育，使他(她)们了解到，只要经过科学的恰当的治疗，上述的情况是完全可以避免的，即使是严重的类型，也可经治疗好转或痊愈。

悲观心理。大多产生于已经某些治疗而失败或疗效甚微的病人。严重者可产生悲观厌世的情绪。这就需要医生帮助病人分析治疗失败或疗效不佳的原因，若因治疗措施不当者，可改用正确的治疗方法，若因疗程不够者，要帮助病人克服急躁心理，稳定情绪，耐心配合治疗，树立起战胜疾病和治疗的信心。

忧虑心理。颈椎病会产生各种不同的忧虑心理，尤其是在临床上常可以看到一些年轻

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的男性病人，由于神经功能障碍，出现一时性的性功能障碍，对此应对病人进行正确的疏导，一是使病人了解经过治疗后性功能是完全可以恢复的，同时应使病人了解性功能障碍与病人的忧虑心理有着极为密切的关系，同时也应做好病人妻子的思想工作，使之积极配合，消除病人的忧虑心理，积极治疗，以期早日康复。

上述的心理治疗，不仅适合于康复治疗的对象，实际上同样适合临床治疗的各期、各类型颈椎病的病人。心理治疗在颈椎病康复中是一个重要的治疗方法。

10.2 气功康复

气功治疗颈椎病的原理，是通过经络的生理功能来实现的。中医学的经络学说认为，疼痛的病机是由于经络气血运行不畅，“不通则痛”。导致颈部和上肢疼痛的原因有多种，如肾气不足，或为跌扑闪挫，或为寒湿内侵，但最终结果是影响了经络气血的正常运行。通过气功的锻炼，增强了人体的真气，使真气循行于经络之中，畅通经络气血，达到镇痛康复的目的。此外，通过气功的锻炼，使颈部肌肉韧带松弛。颈部关节的活动，有可能使错位复位，后纵韧带绷紧，有助于突出髓核的还纳，减轻对神经根和脊髓的刺激和压迫。还可增强颈部前后肌群的肌力，加强颈部的稳定性。

气功的功法很多，这里简介一种气功锻炼的方法——“思维静功”。思维静功是北戴河气功康复医院气功研究所李春才总结提炼的，用思维自行牵拉颈椎的方法进行锻炼，取得了一定的效果。现将功法介绍如下。

调身：可采用坐式、卧式或站式。

坐式，可采用平坐式(坐在方凳或椅子上，身体自然端正，头正直，松肩含胸，口眼轻闭，两手轻放大腿上，腰部自然挺直，腹部宜松，两足平行分开，两膝与肩等宽，或相距两拳。)、靠坐式(靠坐在靠椅或沙发上，其余做法同平坐式。)、盘坐式(床、炕或地面铺坐垫均可盘坐。可用自然盘，即上半身与平坐相同，身体略往前倾，臀部稍垫高，两腿交叉盘起，两手相互轻握，置于腰前，或分放大腿上；或用单盘，即将一腿置于另一腿上，余同自然盘；或用双盘，即将左足置于右腿上，同时将右足置于左腿上，两足心俱上仰朝天。余同自然坐。)或跪坐式(两膝着地，脚朝上，身体自然坐在脚掌上，两手相互轻握置于腹前。余同平坐式。

卧式，可采用仰卧(全身仰卧于床上，头正，枕头高低适宜，轻闭口眼，四肢自然伸直，两手分放身旁或相叠于腹部。本式适宜于体弱病人及睡前练功。)、侧卧(一般采用右侧卧位。腰部宜稍弯，身成弓形，头略向胸收，口眼轻闭，上侧的手掌自然放在髋胯部，下侧的手置于枕上，手掌自然伸开，下侧的小腿自然伸直。上侧的腿弯曲放在下侧腿上。体弱的人，不惯仰卧的人可做本式。)

站式，可采用三圆式(两脚左右分开，与肩等宽，两脚尖呈内八字，站成一半圆形。两膝微屈，收胯直腰，含胸拔背，两臂抬起，两手与乳部平，作环抱树干状。两手指均张开弯曲如抱球状，两手掌心相对，距离 20cm 左右。头部正直，两眼平视前方某一目标，或向下看前方一、二米处地面某一目标。口轻闭，舌尖轻抵上腭。所谓三圆是足圆、臂圆、手圆。)、下按式(两脚左右分开，与肩等宽，两臂自然下垂，两手指伸直向前，掌心似按向地面。余同三圆式。)或伏虎式(左脚向前跨出一步，两脚相距约 1 米，成丁字步，身体稍向下蹲，前后两脚均屈成 90°角。左手置于左膝上方，右手竖在右膝上，均与膝部约 2cm 左右。左手似把着虎头，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

右手似把着虎座。头部正直,眼向左前方平视。也可向右侧做。)站式适合体力较好的患者。

上述姿势虽各有一定要求,但总的要求是:要掌握“四要两对”。四要是:一要塞兑垂帘,即轻合口,轻闭目而露一线之光;二要沉肩垂肘,即两肩松开,两肘下垂;三要松颈含胸,即颈部松弛,胸部内含;四要舒腰松腹,即坐则腰直,卧则腰弯,腹部放松。两对是:一为鼻与脐对,正面视之,鼻与脐成一直线;二为耳与肩对,侧面观之,耳直对肩。

调息:调息就是调练呼吸。本功可采用自然腹式呼吸。即呼吸时腹部随呼吸起伏。

调心:即意念锻炼。本功要求在人体背部纵行线上虚 8 设两个区域,一上一下。两个区域的具体位置,可以一在机体,一在空间,也可以均在机体。练功开始后,心静体松,用微微意念,存思在两个区域之中,分心两用,双方兼顾。力则从此而生,自行牵拉。颈椎病患者可思牵拉颈椎段:头顶前上三寸空间-夹脊区。在调心时,要避免着意、着相、执着三种倾向。用意要轻,要求若有意,若无意,勿忘勿助,似守非守。着意、着相是指过于意守某些部位,存想过甚,执着是说有意追求某种现象。这三种都可能引起不良后果。

在作上述锻炼时,注意全身放松、心静、配合呼吸,动作一定要缓慢、柔和,切忌僵硬用力。目前流行的许多功法对本病有效,如大雁功、太极拳等,患者可根据自己的具体情况,加以选择锻炼。

10.3 泉浴康复

泉浴疗法,主要指温泉浴,广义而论则可包括其它矿泉浴。用于颈椎病主要是指温泉浴。

中医学认为,温泉水味辛而有微毒,外浴可以温通经络,活血化瘀,舒筋强骨,祛风除湿,通痹止痛。因此在颈椎病的康复治疗中是一种很好的疗法。

温泉浴时应注意以下几点:

水温:应在 37°~42℃左右为最好。若超过 42℃水温,体力消耗大,心脏负担加重,尤其是有心脑血管疾病的病人要慎用。

沐浴方法:可以采用全身浴,水面不要超过乳头水平,以防影响心、肺功能。时间在 15~30 分钟,以舒适为度。少则疗效不佳,长则消耗较大,容易疲倦。

疗程:20~30 次为一疗程。每天 1 次,6 天后休息 1 天。两次疗程中间应有 1~2 周的时间间隔。

注意事项:一是防止发生意外,身体虚弱者、老年人、高血压或低血压者等要注意发生脑缺血、虚脱、脑血管意外等。因此休浴时间不宜过久,水温不宜过高。其次,沐浴后注意避风受凉。

10.4 饮食调理

颈椎病的主要病因病机是在肾脏虚损的基础上,或外受风寒湿邪气,或由于外伤劳损而致,导致经脉气血运行失畅,而发为本病。治疗上当扶正祛邪,在有疼痛病症时,以疏通经脉,活血化瘀,祛风除湿,温阳散寒为要,症状缓解期,则应以补肾强筋壮骨为本。故在饮食调理中应辨清病情,或扶正,或祛邪,或扶正祛邪并用,务求精当,最忌滥用。

小众网站大众健康:http://qianjinpianfang.com

10.5 康复护理

康复护理是中医学的重要组成部分，在康复治疗中也是重要的一环。除上述在药物、针灸、推拿、气功、食疗、心理等方面的护理之外，在饮食起居等方面的自我护理和家庭护理方面也是护理学重要的一个方面。以下重点讨论自我护理和家庭护理的有关问题。

10.5.1 饮食 中医学历来重视饮食对康复过程中的重要作用。合理科学的饮食是人体取得充分营养的最重要的途径，是人体正气得以恢复的根本保证。在饮食方面要注意饮食有节，同时还要注意饮食的宜忌。

饮食有节，就是要遵照科学的饮食规律安排饮食，毋过饥过饱，又要掌握一日三餐的营养组成和用量；毋食过寒过热之物，以免损伤脾胃，失去运化之机；少量药酒有疏通气血经络之功，嗜酒则湿热内生，变生它疾。

饮食宜忌，就是要按照中医药理论，食物如同药物一样有四气五味的调理作用，所以某些疾病方面要注意饮食的宜忌，如颈椎病其病本在肾，《金匮要略》所谓“肾病禁甘”，即毋食甘味之品；《素问·藏气法时论》则指出肾病“宜食辛，黄黍鸡肉桃葱皆辛”。其余如年龄、性别、胖瘦等之饮食宜忌亦都因人而异。此不赘述。

10.5.2 起居 在一般的中医养生学中是指“起居有常”，顺天时以调阴阳。在颈椎病的康复治疗中，尤其应强调以下两点：

劳逸结合，动静相宜。在颈椎病康复治疗的阶段，以静为养，但不可不动，不动则筋骨失活，久则僵直不伸。在医生的指导下，要作适当的身体锻炼，主要是项背部肌的锻炼和上肢功能的活动，以动制静，活血脉，舒筋骨，所以华陀强调：“动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生，譬如户枢不朽也。”

颈椎病的病人卧位时，枕头高低要适中(7～9cm)，仰卧位时，应使四肢自然伸直，两下肢可略外展，侧卧位则应四肢关节屈曲；坐位时尽量保持良好的坐姿，椅子的高矮要适中，有靠背和扶手最佳；站立和走路时应抬头平视，胸部略挺，腹部平坦，忌挺腹。所居住的房间应通风干燥，冷暖适宜，切忌潮湿过冷。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 分期病理

赵定麟认为，随着对颈椎病的深入认识，一般的简单分类已难以全面反映其病理解剖实质、特点。认为应有一个反映以下问题的分类方法：即能够明确反映病变的病理解剖和病理生理实质；明确病变的特点；明确对治疗方法的选择；便于对其预后的判定。因此提出了按照颈椎病发展的病理阶段分型的方法。尽管这一分型方法对于研究颈椎病的病理生理及其临床意义尚需经过今后进一步的完善和同道的认可，但笔者认为，这一分型方法无疑对颈椎病的深入研究及中、西医临床具有重要的启发和指导意义。故此笔者愿将这一新的分型方法简介如下，以供读者参考。这一分型方法将颈椎病的发展阶段分为四期：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.1.1 颈椎病前期

指仅在X线片上颈椎有各种不同程度的退变，包括有明显的骨刺形成，但无临床症状与体征者，此多系在体检或附带检查时发现，故临床上多无主诉，体检时也无阳性发现。认为，此阶段的患者，可称之为“颈椎退行性变”，而不宜冠以“颈椎病”前期的帽子，以免加重就诊者的负担。

1.1.2 颈椎间盘期

是指病变以颈椎间盘退变为主者。包括从纤维环、髓核退变开始至髓核脱出后引起韧带-椎间盘间隙的形成，达骨赘形成前的阶段。实质上这是颈椎病的初期阶段，如伴有颈椎椎管狭窄，则可较早地出现症状。根据其病理生理及病理解剖特点不同，又可分为3个阶段：

(1) 单纯性椎间盘症：其病理生理特点是纤维环和(或)髓核刚刚开始变性，以致椎体间关节平衡失调，各关节失稳。在临床上，主要表现为头颈部不适、酸胀，往往与体位及劳累有关。棘突可有轻度压痛，体检时常无阳性发现。侧位X线片上可显示颈椎生理曲线变异或消失。此类患者预后较好，有椎管狭窄者则可进一步发展。

(2) 椎间盘突出症：变性的髓核沿着破裂的纤维环向侧后方或后方突出，导致后纵韧带隆起，并刺激该处的脊脑膜返回支的分支而出现较持续的颈部症状。如果突出的髓核压迫或刺激脊神经根，则显示根性症状。在椎管矢径狭小者，亦可刺激或压迫脊髓及其血管而出现脊髓症状。颈部挤压试验及脊神经根牵拉试验多为阳性，颈部棘突间压痛较明显。X线片变化不大，动力性侧位片可显示梯形变。MRI检查可清楚地显示髓核后突的部位和形态。此类患者预后亦较好。个别继续发展。

(3) 颈椎间盘脱出症：指髓核穿过破裂的后纵韧带进入椎管内造成症状者。多直接从前者发展而来，亦可因突然暴力和各种造成椎间盘内压增高的因素所致。此期的早期髓核有可能还纳退回原位，但如果在椎管内形成粘连或变性的髓核碎裂呈数块，或钙化、软骨化时，则难以还纳。侵入椎管的髓核多数造成神经根受压，少数造成脊髓受累而出现症状(多与发育性椎管狭窄有关)。此类在临床上主要表现为发病急剧、突然，症状重，后期呈持续性，并伴有神经根牵拉征，但颈椎挤压试验多属阴性。X线片可显示颈椎生理曲度消失，椎间隙狭窄及梯形变。MRI可清楚地显示髓核脱至椎管的部位，体积和深度。其早期可治愈，但后期易残留某些颈部症状或根性症状。如治疗不及时或治疗不当则进一步发展。

1.1.3 骨源性颈椎病期

主要是指增生的骨刺刺激或压迫脊髓、脊神经根与椎动脉者。本病的发生、发展与骨赘、骨性管道(椎管或椎动脉管)与管内组织(脊髓、脊神经根、椎动脉等)三者之间的平衡失调有关。根据骨赘出现的部位、范围与症状不同，又可分为以下5型：

(1) 中央型：指骨赘位于椎体后方中部，易使脊髓前方及其血管受压，并引起以运动障碍为主的一系列症状。其病变特点是发病突然，以下肢运动障碍为主，常为痉挛性瘫痪；一般均有感觉障碍，可出现如“束胸”、“束腰”感等；颈部症状常缺如，或甚轻微；X线片、CT或MRI检查时，均显示有明显的骨刺形成，椎管矢径多狭窄。此类及时治疗，预后多较好，但若病程长伴有明显肌肉萎缩者(表明已进入脊髓变性阶段)则预后差。

(2) 侧后型：指骨赘偏向一侧并引起同侧神经根与椎体束症状者，此种病例在临床上

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

较为多见。椎体后方骨刺以侧后部最为多发，且此处又恰是脊髓边缘和脊神经根的套袖处，因此易造成同侧神经根刺激症状为主，且伴有同侧脊髓症状，但体征较少，而脊神经牵拉试验多阳性。X线片显示椎体后缘有骨赘形成，CT及MRI图像上证明椎体后缘骨质增生偏向一侧，脊髓造影于侧位片上显示患节椎体后缘有充盈缺损阴影。由于此处是代偿间隙较宽的部位，病程进展较慢，骨刺范围一般也较小，多能早期治愈，预后较好。少数病例继续发展。

(3) 钩椎关节型：指钩椎关节处骨质增生为主，并引起一系列症状者。钩椎关节内侧面为椎间盘纤维环附着，前方是向颅内及脊髓供血的椎动脉和伴行的椎静脉。当钩椎骨质增生刺激或压迫椎动脉时，可有交感神经症状出现。钩椎关节的外后方为颈脊神经根穿过的椎间孔，凡是(如劳损、外伤等)造成钩椎关节和小关节软组织水肿、充血、炎性渗出等各种占位性病变时，均可使此脊道狭窄而刺激与压迫脊神经根造成症状。早期经有效治疗，随着创伤性炎症的消退，症状亦容易缓解和消失。如果病情继续发展，随着骨质增生的形成，对邻近组织的持续性刺激与压迫，虽经治疗，症状亦难以彻底消除。

如上所述，当钩椎关节病变刺激和压迫椎动脉时，则表现为椎动脉供血不全所引起的基底动脉缺血症状，除一般性颈部综合征外，还可见后枕部痛和一侧头痛、前庭症状(眩晕)、迷路症状(耳鸣、听力减退、复听等)、视力障碍、精神症状、发音障碍、猝倒等。X线片可显示钩突有明显增生，并与受累侧相一致；CT及MRI检查有助于本病的诊断。但最后诊断需依据椎动脉造影或数字减影技术(DSA)。此类病例80%以上可经非手术治疗缓解或治愈，手术病例亦可治愈而不再复发。脊神经受累者可引起颈、臂症状，又称颈-臂综合征。具有典型的根神经症状，脊神经根牵拉试验多为阳性，X线正位片显示钩椎增生明显，斜位片除脊质增生外，椎间孔矢径与上、下径均减少，其部位与临床表现相一致。本型症状出现早，易获早期治疗，预后较佳，90%以上可经非手术治疗，手术者亦显示病情控制稳定。此外尚有因钩椎骨质增生范围较大，致使椎动脉及神经根同时受累而表现出两者共有的症状，此类多较严重，预后较差。

(4) 食道压迫型：即椎体前方脊赘压迫和刺激食道，引起机械性梗阻或食道痉挛而造成吞咽困难者。此与临床分型中“食道压迫型颈椎病”相同，不再赘述。

(5) 弥漫型：指脊质增生广泛，并且有两型以上症状者，其中以中央型合并钩椎关节型为多，次为脊髓型合并食道压迫型。其预后则要看受压部位、病程持续时间的长短及病理改变的特点而有所不同。但总体上说较单纯型者差。

1.1.4 脊髓变性期

指脊髓长期受压继发性变性者。在病变平面以下肌肉明显萎缩，已出现四肢瘫痪并逐渐加重，既往或现在有根性疼痛，对减轻椎管内压的各种非手术疗法无明显疗效，神经定位检查阳性与病变椎节相一致，且脊髓与神经根受压症状一般不超过病变椎节以上者。本型预后较差。但若积极有效地治疗、预防，亦可延缓多年。[1]

1.2 病因病机

颈椎病系西医学病名，70年代称为“颈椎综合征”，后来对颈椎病的理论，实验及临床研究更深入、细致、具体。1984年我国在“桂林”会议上将颈椎病的诊断标准及分型

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

等正式确立，从而对颈椎病的研究发展奠定了基础。中医对颈椎病的治疗历史悠久，但关于颈椎病的分型未见有详细论述，近代学者对颈椎病的分型较乱，有按西医分型论治，也有中西医对号入座论治的。当然大多数学者根据颈椎病的症状体征及病因病机，从中医学角度进行辨证分型论治，而且取得了良好的疗效。

1.2.1 肾气虚损

中医认为“肾主骨藏精，精生髓，故肾亏则骨痿；肝主筋，筋附骨，肝血不足则筋失所养。”因此颈椎病多以筋骨为患，病情迁延，反复发作，耗伤精血，受累于肝肾，如伊智雄等认为肝肾亏虚，筋骨衰退，此为本病的主要原因。肝肾不足，表现为阴血不足为主。阴虚则生内热，热则“肝泄口苦，筋膜干，筋膜干则筋急面挛，发为筋痿；”“肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为枯痿。”进一步发展成为“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾；筋痹不已，复感于邪，内舍于肝”的情况。到此阶段，颈椎病有了一个重要的转机，成了典型的本虚标实之证。[2]

1.2.2 痹痛

痹痛在颈椎病中最常见，而且发病率高，如孙绍良认为该病时值肝肾虚弱，腠理不密，招致风寒湿邪乘虚人里，阻滞经络，出现头项强痛，掣引肩臂手痛，麻木甚则牵引胸背，头颈转动痛剧。[3]张静生则认为颈椎病是外伤、劳损、风寒湿邪等外因诱发下，导致气血运行不畅，经络阻隔而发病，又督脉循行脊背，直贯颈项头顶。因督脉起于胞中，隶属肝肾，故肝肾亏，可累及督脉，所以颈椎病是病位在督脉，主要病机是肝肾亏损所致的本虚表实的病症，所以他认为劳损和风寒湿邪，是痹痛产生的原因，肌体衰老，肝肾亏损，是内因，肾主骨生髓，肾气衰则骨枯，髓减，脑转耳鸣，胫酸眩冒，肝主筋，又为罢极之本，肝气衰则疲乏无力，甚至筋不能动。[4]

张长江总结概括了痹痛病因病机，他认为是由于风、寒、湿邪留滞于经脉、肌肉、关节、造成经脉闭塞，气血瘀滞而成。以足太阳膀胱经，督脉等为主要发病部位，其它经脉也受到程度不同的影响，因而本型症状复杂，影响广泛。[5]

督脉与足太阳膀胱经在风门交会，辅助太阳经起到卫外的作用。督脉通，卫阳振，腠理致密，邪不可犯。反之风寒入侵，不但影响足太阳膀胱经，而且也影响督脉造成经脉闭塞，气血凝滞。临床上除有上型的症状并加重外，还有颈背拘急，为冷为痛等督脉和其它经脉受累的症状，正如《难经》所说：“督脉为病，脊强而厥。”张洁古亦说：“督脉其为病，主外感风寒之邪。”

1.2.3 眩晕

李金学认为由于精血的伤耗，可以导致发生“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾；筋痹不已，复感于邪，内舍于肝，”的情况，颈椎病主要以筋骨为患，肝主筋，肾主骨，因而肝肾受累最著。[6]王建国认为是由于脾胃运化的失调，痰湿内生，痰浊留滞于脉络，使血流受阻，痰瘀互结，致血脉不通，脑海失养，肝阳偏亢，火邪炽盛，耗津灼液，致血液变稠，脉络瘀阻，或肝阳独亢，气机郁滞，血瘀脉中，不能上冲于脑，肾精为人体阴液之源，肾精不足，则髓海空虚；或肾精亏损，虚火内生，煎熬血液，亦可使血液粘稠，阻于脉络之中，不能充养脑海。造成大脑供血受阻，发生眩晕。[7]吕志平则认为眩晕的成因概言之不外风、火、痰、虚四方面。眩晕与“瘀”关系密切，风、火、痰、虚致病日久可使血行不畅而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

凝滞。眩晕以虚为本，风火，痰为标，“瘀”可贯穿于病之始终。[8]张长江认为本型是瘀血的基础上又挟痰湿，痰瘀交阻合而为病。瘀血阻络可使津液难行，聚为痰浊，痰浊滞脉，亦可使血运不通、而加重瘀滞。痰瘀交阻相互消长，相兼为患，病情十分复杂。[9]

1.2.4 痿证

吕志平认为该证是风、寒、湿3种外邪侵袭肌体，流注经脉，致气血运行不畅，尤其是在肝肾亏虚，气血不足的基础上更易引起肢体疼痛麻木和头晕等颈椎病的症状，另外由痰湿上逆头部或阻于四肢，故出现眩晕或四肢麻木，疼痛，“通则不痛，痛则不通，”颈椎长期处于失衡状态，局部气血运行不畅，造成经络气血运行阻滞，功能障碍而形成西医学所说的退变。[8]

张长江认为本证是在颈椎病各型的基础上，因为病程的迁延，精血的耗伤，结果导致“骨痹不已，复感于邪，内舍与肾；筋痹不已，复感于邪，内舍于肝……”等病变。中医学认为“肾主骨藏精，精生髓，故肾亏则骨痿；肝主筋，筋附骨，肝血不足则筋失所养。”颈椎病，多以筋骨为患，病情迁延，精血耗伤，因而肝肾受累最著，出现肝肾不足的病变。肝肾不足又以阴血不足为著，阴虚则热，热则“胆泄口苦，筋膜干，筋膜干则筋急而挛，发为筋痿”“胃气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为枯痿，”因此临床上可见到头晕，眼花，腰膝酸软，肢体瘫痪，筋脉拘挛等症状。由于肾虚，可见两便失司，以及性功能障碍等。[9]

1.2.5 太阳与督脉经输不利

斐仁和认为人到中年，气血渐亏，阳气渐衰，督脉空虚，阳气不用，卫外不固，风寒湿邪，乘虚而入，首犯足太阳膀胱经，壅滞风府，致足太阳经输不利，营卫不和，或因跌扑损伤，经络受损，瘀血内停；或因积劳成疾，肝肾亏损，督阳不运，痰凝血瘀，皆成颈椎病。[10]

李金学认为本型是风寒为病，邪客体表，病在腠理营卫，有类似《伤寒论》的太阳表证表现，如颈项强硬，骨节疼痛和恶寒喜暖等，不同之处在于：《伤寒论》的太阳经表证以内传为主，造成了肺气闭塞，气机不畅，故有鼻鸣、呕逆、咳喘等症，并可内传少阳、阳明，造成少阳证、阳明证，……；颈椎病则以外传为主，主要侵犯躯干，四肢的体表经脉，肌肉和关节，表现为颈项、肩背、四肢的疼痛、麻木和活动受限等。[11]

2 临床研究

关于颈椎病的中药内服外用的各种临床研究很多，各家分型不一，治疗各异。有按西医分型中医治疗的，有一方为主加减分型的，有一方通治的，有专方专治的，还有用中成药及各种剂型的外用中药。下面均逐一论述。

2.1 分型辨证

孙元勤将颈椎病分为三型论治：①痰瘀互结型：症见头晕，头痛，甚或如重物压顶，恶心欲呕，或泛吐清涎，纳差，厌油腻，舌质暗淡，苔厚腻，脉眩滑。治宜涤痰降浊法，活血通络。拟方：炮白附子、天麻、桃仁、炮山甲、枳实各10g、姜半夏、盐地龙、橘络各12g、竹茹、炒苍术、麦芽各15g、赭石30g、全蝎9g。②经络痹阻型，拟祛风通络，活

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血化瘀之法，方拟三和汤加减，川木瓜 30g、川芎、川牛膝、当归各 18g、生黄芪、葛根各 20g、炮山甲炙乳香、炙没药各 18g、生地、白芷、桂枝各 12g、伸筋草 25g。③肝肾不足型，治宜补益肝肾，养血活血，拟方：女贞子 30g、杜仲、枸杞子、桑寄生、川牛膝各 15g、当归、赤芍、续断、桃仁各 12g、熟地、山萸肉、炮山甲各 10g、独活 18g。根据这三型辨证论治的结果是总有效率达 87.6%。[12]

胡兆满则将颈椎病分为四型：即①风寒痹阻型：证属风寒痹阻，经脉不利，治宜温经散寒，祛风通络，方选葛根汤合麻黄附子细辛汤加减。处方：葛根 25g、桂枝、防风各 12g、白芍、麻黄、大枣、制附片各 10g、细辛、炙甘草各 6g、生姜 3 片，隔日服 1 剂，连服 10 剂为一疗程。②湿热蕴结型：证属湿热蕴结，经脉瘀阻，治宜清热利湿，活血通脉，通络止痛，方选宣痹汤合二妙散加减，防己、蚕砂、黄柏各 15g、苡仁 25g、滑石 30g、山栀子、连翘、姜黄、地龙、赤芍各 12g、苍术 10g、葛根 30g、大黄 6g（后下）。③肝肾亏虚型：证属肝肾亏损，经脉失养，治宜补养肝肾，益气活血，通络止痛，处方以蠲痹汤合独活寄生汤加减：黄芪 20g、当归、杜仲、秦艽、续断、桑寄生、狗脊、鳖甲各 15g、葛根 30g、白芍 25g、熟地 18g、姜黄 12g、桂枝 8g、细辛 6g。④瘀血阻络型：治宜行气活血，祛瘀止痛，方选桃仁饮，活络效灵丹和补阳还五汤加减：当归、姜黄、赤芍各 15g、穿山甲、桃仁、川芎各 12g、乳香、没药、桂枝、红花各 10g、丹参 18g、葛根 25g、黄芪 20g、全蝎 7g、蜈蚣 2 条、另加白酒 50g 同煎。[13]

李金学将颈椎病分为五型：①太阳经输不利型：主症为头痛头重，出汗或无汗，畏寒，颈项强硬疼痛，双手无力，手指屈伸不利，全身发紧或肌肤麻木。舌苔多薄白或白腻，舌质正常或稍淡，脉浮缓或弦浮，浮紧。检查时可见颈部有压痛点，肌肉肿胀，棘上韧带剥离等颈椎 X 线片上多有生理曲线的改变。一般多见于颈型或早期神经根型颈椎病。治宜祛风散寒，调和营卫。汗出恶风者予桂枝加葛根汤；桂枝 12g、葛根 15g、白芍 12g、炙甘草 12g、大枣 7 枚；无汗恶风者予葛根汤：葛根 15g、麻黄 10g、桂枝 8g、白芍 8g、生姜 10g、大枣 12 枚、炙甘草 8g。②在上型病变的基础上，由风寒湿，邪留滞于经脉骨节，造成经脉闭阻，气血不通而成。主症为头、颈、肩、背和四肢疼痛，痛有定处，喜热恶寒，颈部僵硬，活动受阻，后颈部可触到条索状物或压痛点，上肢屈伸不利，指端发木，不知痛痒。其它尚有头沉，胸闷，纳呆等症状。舌质正常或发暗，舌体肥胖或有齿痕，脉沉迟或弦滑。此型多见于神经根型颈椎病，检查可见颈椎错位，棘突间隙不等，手部和上肢感觉减退，肌力下降。椎间孔挤压试验和臂丛神经牵拉试验阳性。在颈椎 X 线片上可见有颈椎侧弯，钩椎关节不对称，椎间隙狭窄，有颈椎生理曲线改变和骨质增生等改变，治宜祛风散寒，舒经通络除痹。风邪偏盛，麻木较重者予蠲痹汤加减：羌活 15g、防风 12g、当归 12g、炙甘草 6g、炒白术 12g、炙黄芪 15g、片姜黄 12g、生姜 6g；寒凝偏重，以痛为主者用阳和汤加减：熟地 10g、白芥子 12g、肉桂 10g、鹿角胶 12g、炮姜炭 10g、麻黄 6g、甘草 10g：如风寒邪为患，痛麻并重者用地龙汤加减：羌活 12g、独活 10g、麻黄 6g、桃仁 12g、当归 12g、肉桂 10g、地龙 12g、苏木 10g。③气滞血瘀型：主证为头、颈、肩、背及肢体疼痛、麻木，其痛多为刺痛或针扎样痛，痛有定处，拒按，夜间加重。手部肌肉萎缩，指端麻木紫钳，指甲凹陷无光泽，皮肤枯燥发痒，有的肢体拘挛抽痛。全身症状可有头昏眼花，视物模糊，失眠健忘，惊惕不安，胸闷胸痛，精神烦躁，面色不华等。舌质

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

紫暗，或有瘀斑，脉多弦细或细涩。多见于神经根型颈椎病的体征和X线改变。治宜活血化瘀，疏通经脉。伴有头晕，胸闷，胸痛等症状，以神经根型表现为主的混合型颈椎病，选用血府逐瘀汤加减：当归10g、桃仁10g、红花10g、赤芍10g、川芎10g、路路通10g、白芷10g、羌活12g、柴胡10g、枳壳6g、炙甘草8g；气血瘀滞严重，疼痛较剧者选用化瘀除痹汤加减：当归15g、川芎12g、红花10g、刘寄奴12g、片姜黄12g、路路通12g、羌活12g、白芷12g、威灵仙15g、桑枝12g、制胆南星12g、白芥子10g。气血不足而致气滞血瘀，疼痛较剧者选用补阳还五汤加减：黄芪15g、当归12g、赤芍15g、川芎12g、白芍15g、木瓜12g、地龙12g、桃仁10g、红花6g、白芷12g、木香6g。④痰瘀交阻型：除有气滞血瘀的症状外、尚有痰湿的表现，如头昏，眩晕，昏冒，头沉如裹，心悸，恶心呕吐，咽部梗塞不利，咳喘，痰多，胸闷肋胀，胃脘胀满，纳呆，大便溏泻或粘滞不畅等，并可有肢体沉重，厥冷，麻木肿胀以及倦怠困弱等症状，严重的可出现神昏，猝倒，舌质肥胖，苔滑或白腻，脉濡，沉迟或濡弱。颈部检查可见颈肌紧张，活动受限，在某种特殊姿势或头部转向某侧时，常常易于诱发本病。触压颈部棘突时常易引起恶心，眩晕等症状的出现或加重，转头试验常认为阳性，治以祛湿化痰，散瘀通络。痰瘀并重者用导痰汤合四物汤加减：制半夏10g、陈皮10g、青皮8g、胆南星8g、枳实8g、茯苓12g、川芎10g、白芥子10g、当归10g、赤芍15g、郁金12g，瘀重于痰湿者选用奔豚汤加减：生姜6g、旋覆花12g、川芎12g、当归12g、郁金12g，痰重于瘀者选用涤痰汤加减：半夏12g、菖蒲10g、竹茹12g、陈皮10g、茯苓12g、枳实8g、胆南星8g、生姜8g、当归12g、炙甘草10g、大枣12枚。⑤肝肾不足型：主证有头晕眼花，耳鸣耳聋，头脑胀痛，面部烘热，口苦咽干，牙痛，失眠多梦，急躁易怒，腰膝酸软，抬举无力，活动牵强，拘挛，筋惕肉瞤，头摇身颤，步履蹒跚甚至瘫痪。尚可见有小便淋漓，次数增多，或两便失控，性功能障碍等。舌体瘦，质红绛，少苔或无苔，脉眩细，细涩或细数，治当滋水涵木，调和气血。本型一般可选用颈椎病方：鹿角片和鹿角胶(烊化)各10g、仙灵脾30g、生熟地各10g、肉苁蓉10g、骨碎补15g、牛膝10g、赤白芍15g、木瓜15g、川芎12g、葛根20g、焦杜仲15g、茯苓12g、泽泻10g、阴虚内热明显，肢体运动障碍较重者可选用虎潜方加减：黄柏8g、知母10g、熟地12g、龟甲12g、白芍15g、狗骨6g、锁阳12g、白芷12g、木瓜12g、陈皮12g。遇颈部和肢体疼痛明显的脊髓型颈椎病患者可选用芍药甘草汤加减：白芍15g、木瓜15g、熟地10g、生甘草12g。[11]

徐展望1987年总结了中医治疗颈椎病的概况，他认为：中医对本病的辨证分型和选方用药还不统一，也同时体现了中医同病异治的治疗法则，他将颈椎病根据西医分型归纳为三型：①神经根型：颈项肩臂挛急痹痛，主要分为痹阻型，痹痛型等，通属痹证。风寒湿邪侵袭，气血阻滞，经气不利，不通则痛。以祛风散寒，宣痹通络为主，选用羌活胜湿汤、二仙汤合芍药甘草汤、身痛逐瘀汤、蠲痹汤治疗。②椎动脉型：根据其头目昏眩，卒然昏厥的特点，分为肝阳上亢型，痰浊阻滞型，晕厥型。治疗肝阳上亢者当滋水涵木，镇肝潜阳，以天麻钩藤饮，镇肝熄风汤为主，痰浊阻滞型，当化痰利湿，行气通窍，用温胆汤，指迷茯苓丸加白芥子、地龙等。晕厥型主要为气血亏虚，不能上荣于脑，治以滋补肝肾，充养气血，方用河车大造丸、大补阴丸、金匮肾气丸加黄芪、丹参、葛根。③脊髓型：肢体痿弱，瘫痪废用，为精血沽涸，下元虚冷所致。分为肢瘫型，痿痹型，痿弱型等。治当温养肝肾，温通督脉，佐以活血通络，方以左归丸、全鹿丸、龟鹿二仙汤、虎潜丸等。[14]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

余锡明对62例颈椎病则均以从痰论治，他认为："颈椎病非朝夕所患，多为久劳积损所致。颈椎部之劳损，一方面局部筋肉变性，易被风寒湿邪侵袭，导致经脉痹阻，血道失通，津液不能循行于脉中，停留于脉外，化为痰浊，如明·龚庭贤在《古今医鉴·卷十》中云："痰乃津液所化，或因风寒湿所感，……变为浊痰。"余锡明从痰论治共分四型。①痰痹互阻型：27例，方用二陈汤加味，药用橘络(或陈皮)、半夏、茯苓、羌活、制南星、苍术、细辛、地龙、炙甘草、葛根等。②痰瘀凝滞型：20例，方用化瘀导痰汤(自拟)药用川芎、桃仁、赤芍、制南星、制僵蚕、苍术、橘络、葛根、当归尾、白芥子、白芷等。③风痰上扰型：9例，方用半夏、白术、天麻汤化裁，药用：半夏、白术、天麻、茯苓、陈皮、旋覆花、代赭石、生姜、川芎、胆星、白芷、白蒺藜、甘草等。④痰热互结型：6例，颈项掣痛，头痛眩晕，或伴耳鸣，方用黄连温胆汤加减，药用黄连、枳实、竹茹、陈皮、半夏、茯苓、生姜、胆星、白蒺藜、石菖蒲、甘草等。[15]

丁卫国治疗颈椎病则分五型，①痰湿困阻型：(椎动脉型)治以健脾化湿，化痰通络，用自拟颈眩方：天麻、姜半夏、钩藤各12g、竹茹、陈皮、泽泻、菖蒲、蔓荆子、神曲各10g、黄芩、黄芪各15g、代赭石30g。症状缓解后，改服天麻精片。②经输不利型(颈型)：治宜舒经通络，调和营卫，用自拟舒经方：桂枝、羌活、白芷、当归、防风、姜黄、威灵仙、伸筋草、木瓜各10g、白芍、鸡血藤各15g、葛根12g、水煎服。③寒湿凝滞型(神经根型)：治以温经散寒，通络除痹，用自拟的温经方：当归、川芎、肉桂、全蝎、吴茱萸各10g、白芍、鸡血藤各15g、葛根、伸筋草、续断各12g。病情好转的服骨刺片，三七伤药片，连服30天。若手指麻木较甚者以自拟颈麻方：当归、川芎、地龙、桂枝、制川乌、木瓜各10g、熟地、白芍、丹参、黄芪各15g、鹿衔草30g、水煎服15～30天后改服骨刺片和六味地黄丸。④气滞血瘀型(神经根型或混合型)：治以活血化瘀，舒筋通络，用自拟活血方：当归、川芎、红花、玄胡、地龙、姜黄、穿山甲、丹参、桑枝、葛根、全蝎各10g、刘寄奴、赤芍各15g、鸡血藤30g。连服一月后改服三七伤药片。⑤肝肾亏损型(脊髓型)：治宜滋肾养肝，舒经通络，自拟颈萎方：炙黄芪、鸡血藤各30g、鹿角片、当归、骨碎补、牛膝、鹿衔草、木瓜各12g、龟板、生地、熟地、仙灵脾、枸杞各15g、水煎服日1剂，连服60天，好转后改服骨刺片，阳虚合金匮肾气丸，阴虚合六味地黄丸同服。[16]

常建林总结了颈椎病辨证分型及用药情况，一般主张分虚实两大类。虚证包括肝肾阴虚和气血虚弱，实证包括风寒湿邪侵袭，痰湿内阻和血瘀气滞型。[17]

张长江将颈椎病分为五型：(1)太阳经输不利型，症有头痛头重，出汗和无汗，全身怕冷，颈项强硬，转头不利，颈肌发僵或拘挛，并有肩背，四肢疼痛，尤以上肢为著，双手无力，屈伸不灵，全身发紧或肌肤麻木等。舌苔多薄白或白腻，舌质正常或稍淡。脉浮缓或浮紧。治则为祛风散寒，调和营卫，方药①桂枝加葛根汤(用于汗出恶风者)桂枝12g、葛根12g、炙甘草12g、大枣7枚。②葛根汤(用于无汗恶风者)葛根15g、麻黄10g、桂枝8g、白芍8g、生姜10g、大枣12枚、炙甘草8g。(2)痹证型：症有头、肩、颈、背和四肢疼痛，痛有定处，喜热恶寒，颈部僵硬，活动受限，后颈部可触及条索状物或有压痛。上肢沉重，无力，麻木或有肌肉萎缩，手指屈伸不利，指端麻木，不知痛痒。其它尚有头部沉重，胸部发闷，纳呆等症状。舌质正常或发暗，舌体肥胖，有齿痕。脉沉迟，弦滑等。治则为祛风散寒，舒经通络除痹。方药：①羌活15g、防风12g、当归12g、炙甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6g、赤白芍各 12g、黄芪 15g、片姜黄 12g、生姜 6g；②阳和汤加减：熟地 10g、白芥子 12g、肉桂 10g、鹿角胶 12g、姜炭 10g、麻黄 6g、甘草 10g；③地龙汤加减：羌活 12g、独活 10g、麻黄 6g、桃仁 12g、当归 12g、肉桂 10g、地龙 12g、苏木 10g。(3)气滞血瘀型：症有头、肩、颈、背和四肢疼痛，麻木，其痛多为刺痛，有固定不移，拒按，夜里加重，手部肌肉萎缩，指端麻木，紫绀，指甲凹陷，无光泽，皮肤枯燥，发痒，有的可有肢体无力或拘挛，抽痛。全身症状可有头晕，眼花，视物模糊，失眠，健忘，惊惕，胸闷胸痛，精神烦躁以及肌肤甲错，面色不华等，舌质紫暗，或有瘀斑，脉多弦细或细涩、弦涩。治则：活血化瘀，疏通脉络，方药：①血府逐瘀汤加减：当归 10g、桃仁 10g、红花 10g、赤芍 10g、川芎 10g、路路通 12g、牛膝 12g、羌活 12g、柴胡 10g、枳壳 6g、炙甘草 8g。②化瘀除痹汤加减：当归 15g、川芎 12g、红花 10g、刘寄奴 12g、片姜黄 12g、路路通 12g、羌活 12g、牛膝 12g、威灵仙 15g、桑枝 12g、胆南星 12g、白芥子 10g。③补阳还五汤加减：黄芪 15g、当归 12g、赤芍 15g、川芎 12g、白芍 15g、木瓜 15g、地龙 12g、桃仁 10g、红花 10g、白术 12g、木香 6g。(4)痰瘀交阻型：除有上型瘀血的症状外，尚有痰湿的表现，如头昏，眩晕，昏冒，头沉如裹，心悸，恶心，呕吐，咽部梗塞不利，咳喘，吐痰，胸闷胁胀，胃脘胀满，纳呆，大便溏泻或粘滞不畅，并有肢体沉重无力，厥冷，麻木，全身倦怠困弱等，严重的可有神昏，猝倒等。治则：祛湿化痰，散瘀通络，方药：①导痰汤合四物汤加减：制半夏 10g、陈皮 8g、青皮 8g、胆南星 8g、枳实 8g、茯苓 12g、川芎 10g、白芥子 10g、当归 10g、赤芍 15g、郁金 12g。②奔豚汤加减：旋覆花 12g、生姜 6g、川芎 12g、当归 12g、半夏 12g、赤芍 12g、茯苓 15g、白术 12g。③涤痰汤加减：半夏 12g、菖蒲 10g、竹茹 12g、陈皮 10g、茯苓 12g、枳实 8g、胆南星 8g、当归 12g、炙甘草 10g、大枣 12 枚。(5)肝肾不足型，症有头晕，眼花，耳鸣，耳聋，头脑胀痛，发空，面部烘热，口苦咽干，牙痛，失眠多梦，急躁易怒，腰膝酸软，抬举无力，活动牵强，拘挛，筋惕肉瞤，头摇身颤，步履蹒跚，甚至瘫痪。此外尚有小便淋漓，次数增多，或二便失控，大便无力，便秘及性功能障碍等症状。舌体瘦或舌质红绛，少苔或无苔等。脉可弦细，细涩或细数等。治则：滋水涵木，调和气血，方药①颈椎病方：鹿角片，鹿角胶(烊化)各 10g、仙灵脾 30g、生熟地各 10g、肉苁蓉 10g、骨碎补 15g、牛膝 10g、赤白芍各 15g、木瓜 15g、川芎 12g、葛根 20g、焦杜仲 15g、茯苓 12g、泽泻 10g。②虎潜丸加减：黄柏 8g、知母 10g、熟地 12g、龟板 12g、白芍 15g、狗骨 6g、锁阳 12g、白术 12g、木瓜 15g、陈皮 12g。③芍药甘草汤加减：白芍 15g、木瓜 15g、熟地 10g、生甘草 12g。[9]

王爱玲按照西医分四型，辨证施治：①颈型：一侧颈项肩部疼痛剧烈，颈枕部略有灼热感，颈强，颈部肌肉紧张，伴前胸，上臂或前臂疼痛，口渴，尿黄，苔薄，脉滑。X 线见颈椎生理曲度改变。证属风热络淤，法当祛风清热，舒筋通络。方药：川芎 10g、菊花 10g、生山栀 10g、白芷 10g、防风 10g、威灵仙 30g、桑枝 15g、地龙 10g、白芍 10g、甘草 5g。②神经根型：颈肩上臂及前胸部疼痛，同侧上肢或手指放射疼痛及麻木，肌力减退或萎缩，颈部及肩部有沉重感，或肩臂部祛风冷，喜暖，苔薄，脉沉迟弱，X 线见颈椎生理曲度改变，椎间隙变窄，颈韧带钙化，椎体后缘骨质增生。证属肾气不足，风寒乘袭，血脉不畅，筋骨失养。法当补肾化瘀，疏散风寒，养血舒筋。方药：党参、丹参各 10g、生黄芪 10g、补骨脂 10g、巴戟天 10g、桂枝 5～10g、南五加皮 10g、威灵仙 30g、羌独活各

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5g、鸡血藤 10g、地龙 10g、木瓜 10g、当归 10g、白芍 10g。③脊髓型：颈项疼痛，项强，下肢无力酸沉，步态笨拙，迈步发紧，发抖，肢麻，瘫痪，肌力减退，感觉障碍，苔薄，脉细或沉。X 线见颈椎间盘退变，椎间隙变窄，椎体后缘骨质增生。中医辨证属精髓不充，督脉失养。法当补肾壮督，活血通络。方药：补骨脂 10g、上肉桂 3g（另包后下）、鹿角胶 10g（另包烊化冲服）、龟板、鳖甲各 30g（另包先煎）、生熟地各 10g、制首乌 20g、生山栀 10g、地龙 10g、当归 10g、鸡血藤 10g、党参、丹参各 10g、制香附 10g、威灵仙 30g。④椎动脉型：头昏，眩晕，头后部胀痛，有摔倒史，症状与转颈有关，记忆力下降，心悸胸闷，耳鸣，二目干涩，视物模糊，肩臂麻木胀痛，每当低头则加剧。苔薄，舌质红，脉细弦，口干舌燥，或见血压异常。X 线片见椎间盘退变，颈椎关节增生，变尖或向外弯曲，椎间韧带，关节囊松弛，椎体移位旋转，一侧关节突前移，（压迫或刺激椎动脉）。另有交感型，乃胸椎关节增生刺激椎动脉周围交感神经丛引起炎性淋巴组织压迫刺激颈部所致，两型临床症状相同，证属肝肾阴亏，筋脉失养，法当滋补肝肾，舒筋养血，方药：生熟地各 10g、山萸肉 10g、制首乌 20g、白芍 10g、黄精 12g、党参 10g、黄芪 10g、生山栀 10g、地龙 10g、天麻 10g、钩藤 10g、威灵仙 30g。体会：生山栀乃伤科要药，内服外敷均有化瘀作用，威灵仙是颈椎病祛邪舒筋之要药，成人剂量最少 30g 方有效。补肾药与益气药或养血药合用，可以增强补肾或滋肾阴的作用，比单用补肾药效果好。[18]

王天保将颈椎病分为四型，各型再以实证和虚证分别论治：①痹痛型：实证：以身痛逐瘀汤主之，按风寒痰湿偏胜加减；虚证以三痹汤为主。②麻木型，实证：以桃红四物汤加葛根、穿山甲；虚证，以八珍汤加黄芪、葛根。③眩晕型，实证：以镇肝熄风汤：生龙骨、生牡蛎、牛膝、杞子、玄参、桑椹子、生熟地、白芍、夏枯草、葛根、磁石加减；虚证：以肾气丸加黄芪、葛根、丹参。④痿弱型：实证：以补阳还五汤合三妙丸为主；虚证：以虎潜丸或右归丸为主。[19]

石幼山治疗颈椎病的辨证施治方法另有特点：①活血祛风为先，当归、泽兰、丹参、牛蒡子、防风、细辛为常用之药，颈椎病出现的颈项板滞，疼痛；活动不利，四肢酸痛，举动握物受阻等症状是由于颈项部气血不和，风寒湿痹所致，活血祛风同用，活血药有助于祛风，又能缓和祛风药的辛燥之弊，还能加强镇痛作用。其中牛蒡子是石老较为常用的一味药。牛蒡子又名大力子，其性味苦辛寒，功能疏散风热，消肿解毒，常配以防风、僵蚕同用。②用化痰利湿之药相助，颈椎病很多症状与痰湿相关，例如麻木，束带感，头晕，恶心，呕吐，眼睑无力，出汗障碍等症状，从中医角度来看，痰湿阻滞络道，必需化痰利湿，所以石老在活血祛风的基础上用化痰利湿之品相助。上述牛蒡子即有祛风作用，又是一味豁痰，消肿，通十二经络的良药，化痰散结与僵蚕相配作用更为明显，若痰湿甚者尚可加入制半夏、制南星，若麻木为主，可用指迷茯苓丸包煎。③益气养血扶正，在用活血祛风化湿利湿的同时，优以益气养血之品。黄芪、党参、白术、怀山药、熟地、首乌为常用之药，用益气养血药是因为这些病人的病程较长，“久病则虚”，年龄又多在中年以上，平素奔忙于工作，有劳损致病因素存在。临床上大多数病人都有乏力，多汗，肌力减退，小便无力，便秘等症，另一方面，气盛脾健可以截断生痰之源，从而使痰湿阻滞渐消，气血失和日调。④温通督脉固本，在辨证用药时，强调督脉受损，颈项强直疼痛转则不利等均为督脉之病变现象，督脉对阳经有调节作用，故称为“总督一身之阳经”，督脉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

属脑络肾，肾生髓，又为髓海，因此，脊髓型这一类型反映了脊髓的病理现象，故用制附块、炙麻仁、狗脊、川断、枸杞、桂枝等药来温通督脉。⑤重视兼邪，一些病人除了颈项及手臂症状之外，还有胸腹部症状或者感受时邪，或病久而忧郁，肝失流泄，肝阳上亢等，加以兼顾。[20]

综上所述关于颈椎病的辨证论治分型较多，各家学派都不统一，即使同一证型用方用药也不完全一致。将上述十位学者的辨证论治分型加以归纳整理，我们可以发现分型最多见的有三种类型：①痰瘀互结型或痰瘀交阻型有4位学者，各位学者的论治和选方用药情况也有不同，有的用化痰法，有的用涤痰法，有的用导痰法，但都能收到同样的治疗效果。②经络痹阻型或痹证型，有六位学者的分型内都有这一型的论治及选方用药也不相同，各人有各人的治则，各人有各人的方药。如：孙元勤用祛风通络，活血化瘀法，用三和汤加减；胡兆满用温经散寒，祛风通络，用葛根汤合麻黄附子细辛汤；李金学用祛风散寒，舒筋通络除痹，用蠲痹汤；余锡明则用二陈汤加减治疗；张长江用祛风散寒，舒筋通络除痹法，用阳和汤，地龙汤治疗；王爱玲用祛风清热，舒筋通络法，用自拟方治疗。③肝肾亏虚型也比较常见，约有四位学者都用。按西医分型的有两位，西医分型套中医分型的两位，分为落枕型、眩晕型、痹症型、痿症型的有两位。

2.2 专病专方

诸方授治疗落枕型和痹症型颈椎病的经验方为：雷公藤内治方：雷公藤10g、制南星10g、粉葛根12g、片姜黄10g、丹参10g、当归10g、川桂枝6g、蜈蚣1条，炒苍术12g、宣木瓜15g、白茯苓12g、生甘草6g、全方具有祛风化痰，活血化瘀之功效。根据症状偏重酌情加减变化，痿症可去桂枝、苍术、姜黄、蜈蚣、加绵芪、党参、肉苁蓉、巴戟天等补气养血；眩晕则去南星、桂枝、姜黄、木瓜，加天麻、杭菊、杜仲、枸杞子、钩藤等，益肾平肝，有利于症状的缓解和改善。[21]

杨天鹏治疗颈椎病的专方为：升弓大力丸加味：龟板、熟地、杜仲、枸杞、怀牛膝、当归、白术、人参、黄芪、锁阳、补骨脂、菟丝子、河车粉、陈皮、茯苓、怀山药、砂仁、盐黄柏、知母、藁本、羌活、木瓜等，功效有滋养肝肾，补益气血为主，辅以祛风通络之法。[22]

朱敏用益气聪明汤加减治疗颈性晕眩34例，显效24例，好转5例，无效2例。该方以《证治准绳》益气聪明汤为基本方加减，党参、黄芪、蔓荆子各15g，葛根、丹参各20g，升麻、川芎、柴胡各10g，黄柏4g，甘草3g。若颈项酸楚，牵连肩部板滞不舒者，加桂枝3g、广地龙12g；若心悸失眠，神情不安者，加琥珀粉2g吞服，若恶心呕吐，不能进食者，加制半夏、旋覆花各10g、代赭石15g。[23]

治疗眩晕型颈椎病的学者，分别以自拟方进行专方专治或加减论治，吕志平用镇眩汤治疗眩晕症150例，治愈49例，显效58例，有效38例，无效5例，总有效率为96.7%。组方：川芎、白芍10～16g，当归、生地、桂枝各10～12g，白茯苓12～18g，白术、甘草各10g，生龙骨、生牡蛎各30～60g，日一剂水煎服。镇眩汤是根据眩晕发病规律和特点，以四物汤合苓桂术甘汤加生龙骨、生牡蛎而成，是取四物汤补血调血，补而不滞之功，一则因“眩晕”虚之本，再则畅调气血，防“瘀”之至。“瘀”已成，则可助去瘀。取苓桂术甘汤健脾渗湿之效，固充“气机中枢”脾胃健旺，使精血生化有源，痰湿聚集无本。又

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

助肝之条达，防肝之横克，再以苓桂术甘汤温化痰饮。龙骨、牡蛎熄风潜阳、安神，治病之标，诸药全用，相得益效。具有调补气血，健脾养肝，化痰去湿，熄风潜阳功效，以治虚调血之本，标本兼治，缓急相宜，是通治眩晕的有效方。[8]

陈健用“颈眩定”治疗眩晕型颈椎病56例，服四周药，近期痊愈31例，占55.3%，减轻21例，占37.5%，无减轻或稍减轻4例，占7.1%，总有效率92.9%。组方：黄芪、川芎、防风、地龙、葛根、半夏、菊花、杞子、枳壳等中药为主制成胶囊，每服5粒，每日3次，具有祛瘀活血，益气通络等作用。[24]王惠等用“止眩汤”加手法综合治疗椎动脉型颈椎病175例，总有效率达99.4%。止眩汤由补阳还五汤合导痰汤化裁而成，具有补气活血，导痰祛瘀，镇静安神作用。止眩汤：当归9g、黄芪30g、桃仁9g、赤芍9g、地龙9g、丹参9g、制南星9g、枳实9g、半夏9g、陈皮9g、茯苓9g、天麻9g、龙齿15g、甘草6g。加减法，恶心呕吐甚者加旋覆花、姜汁、代赭石；心悸失眠者加茯神、磁石、天竹黄、重用龙齿；眩晕甚者加磁石、僵蚕、钩藤、牡蛎、重用龙齿，疼痛甚者加炮甲、三七。[25]

吴兰珠自拟眩晕停汤治疗颈椎病眩晕60例，总有效率96.7%，组方：天麻、半夏、白芍、木瓜、黄芪、当归、甘草、川芎、葛根、丹参、柴胡、水煎服。汤中天麻主治风痰上扰，风痰入络的偏正头痛，肢体麻木。半夏燥湿化痰，治湿痰之主药，而且半夏对呕吐中枢有抑制作用。木瓜、白术、甘草、能缓解止痛，缓解平滑肌的痉挛，扩张血管，川芎行气止痛，抑制平滑肌收缩，扩张血管。葛根解肌散发，载药上行，而葛根中的黄酮有扩张血管，增加脑血流量作用，黄芪当归益气补血，丹参活血养血，改善微循环，柴胡舒肝解郁，升举阳气，取其升阳引药上行。[26]

用于专门治疗神经根型的有：杨国安用舒颈汤治疗颈椎病125例，总有效率为98.4%，舒颈汤组方：黄芪30g，当归15g，桂枝9g，川乌、草乌各9g，乌梅20g，川断、乌蛇、狗脊、葛根各12g，夜交藤24g，每剂煎服500ml药液，一日分2～3次服完。[27]武亨升用自拟颈痛效灵汤内服为主治疗神经根型颈椎病196例疗效观察，治疗结果：痊愈63例，占32.7%显效57例，占29.1%，好转71例，占36.2%，无效5例，占2.6%，总有效率97.4%，组方：党参30g、黄芪30g、当归15g、白芍15g、熟地12g、首乌15g、枸杞15g、鹿胶(烊化冲服)9g、葛根30g、威灵仙15g、地龙12g、穿山甲12g、桃仁12g、红花10g、川芎10g。[28]

杨笃权用血府逐瘀汤加减治疗颈椎病25例，显效11例，占44%，有效12例，占48%，无效2例，占8%，总有效率92%，组方：桃仁、红花、当归、川芎、党参、黄芪、各12g，生地、葛根、菊花各12g，赤芍、丹参、牛膝各20g、伴有骨质增生加蜈蚣两条，三七粉6g，一日一剂。桃仁、红花、当归、川芎、党参、赤芍、牛膝、丹参补气活血，祛瘀通络，生地配当归养血和血，使瘀祛而不伤阴，葛根含黄酮能扩张脑血管，增加血流量，增强肌肉血液供应，解除肌肉痉挛，合而用之，共奏益气养血，活血化瘀，舒筋通络，祛风止痛，利关节之功，故可取得满意效果。[29]

施建中用自拟颈痹汤治疗神经根型颈椎病66例，痊愈65.1%，好转28.7%，无效6%，总有效率93.9%。组方：鹿衔草、骨碎补各10g，桑枝15g，黄芪、鸡血藤各20g，葛根12g，白芍12g，桂枝、甘草各6g，疼痛甚者加威灵仙10g，乳没各10g。麻木甚者加钩藤12g，僵蚕6g，每日一剂，水煎两次。总有效率93.9%。桂枝、桑枝、羌活、鸡血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

藤、葛根等祛风通络止痛；黄芪、白芍、骨碎补、鹿含草等益气血补肝肾，以辅前药通络祛痹，强筋壮骨，配以甘草而缓急定痛之效。[30]

2.3 一方通治

一方通治治疗颈椎病，各篇的组方及用药情况几乎都不相同，下面简单作一叙述。张永禄用逐痹汤与电熨法治疗颈肩腰腿痛 68 例，痊愈 57 例，好转 4 例，无效 1 例。组方：独活、豨莶草各 15g、茯苓、秦艽、当归、寄生各 12g、白术 30g、熟地 20g、北细辛 6g、蜈蚣 1 条，制乌钱子 1g、其中蜈蚣与乌钱子为末冲服，余药煎服。1 个月为 1 疗程。乌钱子一疗程量 30g。[31]杨家强用颈肩康复汤治疗 436 例，总有效率达 99.54%。组方：白芷、葛根、桑枝、丹参、黄芪、归尾、川芎、红花、桂枝。功效：舒筋通络，活血祛风，适应症：神经根型颈椎病。加减：椎动脉型加白芍、制半夏、天麻，交感神经型加桃仁、延胡索、补骨脂、桑寄生。[32]江青海用活颈汤加旋转手法治疗颈椎病 232 例，有效率为 95.2%。组方：当归、川芎、白芍、熟地、黄芪、丹参、葛根、骨碎补、枸杞、甘草。伴头痛，恶心，呕吐者加姜天麻、白芷、姜半夏；失眠者加炒枣仁，肩背痛加桂枝，手指麻木加丝瓜络等，每日一剂。[33]

王拥军介绍施杞教授用施氏益气和营清咽汤治疗颈椎病，基本方：施氏益气和营清咽汤，组成：黄芪 30g、当归 9g、川芎 12g、赤芍 12g、白芍 12g、生地 9g、桂枝 9g、汉防己 12g、板蓝根 30g、炙甘草 5g。①颈型：加葛根、牛蒡子、僵蚕，②神经根型：加防风、秦艽、生姜、大枣；麻而作胀偏瘀滞，加桃仁、红花、乳香、延胡；麻而不痛属虚，加党参、白术、伏苓。③脑型：伴头晕，伴头痛乃血瘀，加血腑逐瘀汤化裁，伴胸脘满闷纳呆属痰湿，加半夏白术天麻汤；伴口苦心烦偏胆热，温胆汤加减；伴手足不温，肢软乏力气血亏损所使，参苓白术散加之；伴手足热多为阴虚火旺，知柏地黄丸加减。④植物神经型：辨失眠与大便秘，失眠多梦属心肾不交，交泰丸主之；失眠烦躁多属肝胆湿热，龙胆泻肝丸化裁。便秘乃津亏，加增液汤；便溏责之脾肾两亏，参苓白术散合四神丸；⑤脊髓型：辨双下肢无力，无力而步态拘急为痉证，属实，病在肝，瘀血痰湿阻滞较重，当用下法，以急则治其标，益气化瘀利水为首务，方选五苓散，大承气汤，葶苈大枣泻肺汤或十枣汤化裁；无力而步行萎软是痿证，属虚，病在脾肾气血，当用补法，金匮肾气丸或补中益气丸主之。[34]

王瑞海用葛根二藤汤治疗颈椎病 41 例，组方：葛根 15g、钩藤 15g、鸡血藤 15g、当归 15g、川芎 9g、黄芪 15g、桑寄生 15g、姜黄 9g、白芍 12g、白芥子 9g、地龙 9g、牛膝 9g、桂枝 9g、丹参 15g、全蝎 9g、蜈蚣两条、土鳖虫 9g、木香 9g、甘草 6g；椎动脉型与交感型加鹿角胶 15g、骨碎补 9g，每日一剂。[35]

黄志孝用白术木瓜汤治疗颈椎骨质增生 37 例，总有效率 100%。组方：白芍 20g、木瓜 20g、葛根 20g、灵仙 20g、桑枝 20g、川芎 9g、鸡血藤 20g、怀牛膝 15g、陈皮 9g，水煎服，五剂一疗程。加减：①单纯骨质增生，症见头痛，头晕，颈项酸楚，伴双上肢或单侧上肢麻木，舌红，苔白，原方加姜黄、地龙、路路通。②伴有头晕，恶心，呕吐，纳少，失眠者，原方中加白芍、木瓜量减半，去桑枝，加半夏、竹茹、菖蒲、降香，苔黄腻者加川连、川朴，苔白腻者加佩兰叶。③头痛，项背痛为主者加白芷、桃仁、川芎、羌活。④

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

头晕而不痛，伴有耳鸣，脱发者原方加何首乌、黑芝麻、珍珠母。⑤因颈椎骨质增生而引起椎体旋转者，见痛晕并重，伴双上肢及手掌肿胀而脱皮，原方加桂枝、泽泻、车前子、生苡仁。[36]

郭程瑞用宣痹通络汤治疗颈椎病43例，总有效率，风湿热痹型100%；风寒热痹型100%；痰瘀阻络型87.5%；肝肾亏损型42.8%。组方：羌活、仙灵脾各15g、姜黄、白芥子、当归、毛冬青各10g、黄芪、葛根各15～30g。加减：风湿热痹型去当归、黄芪、酌加黄柏、桑枝、苍术、防己、薏苡仁，风寒湿痹型酌加桂枝、细辛、制川乌、制草乌、川芎、木瓜。痰瘀阻络型酌加半夏、制南星、竹茹、桔络、菖蒲、乳香、没药；肝肾亏损型酌加桑寄生、续断、杜仲、枸杞子、旱莲草、女贞子；头痛甚者加白芷、白蒺藜等。[37]

李德麒用骨痹汤治疗颈椎骨质增生257例，痊愈223例，显效22例，有效12例；组方：粉葛根、秦艽、灵仙、当归各20g，白芍30g，延胡、制川乌、独活各10g，蜈蚣3条(去头足)，天麻6g(为末吞服)加减：偏寒加桂枝、细辛、白芥子、制附片、淫羊藿；偏热酌加板兰根、银花、连翘；偏湿酌加茯苓、薏苡仁、苍术；气虚血滞者加党参、丹参；肾虚者加枸杞子、巴戟。[38]

袁成义用蠲痹汤治疗颈椎病48例，组方：羌活、防风、片姜黄各12g，当归10g，赤芍、炙黄芪各15g，炙甘草8g，辨证加减：若项臂冷痛加制川乌、青木香各10g，蜈蚣1条；剧者再加田七粉6g(分三次冲服)；有头晕目眩者加天麻、钩藤各10g，血压偏高者，加牛膝、杜仲各15g，纳差加山药15g，白术10g；膝胀者加陈皮10g。[39]

李志龙用温经活血通络法治疗颈椎病87例，组方：葛根、丹参各30g、川芎、木瓜、赤芍各15g，当归、羌活、穿山甲各10g、三七5g(冲服)，炙甘草6g。加减：风寒者加桂枝、细辛，湿热蕴结者去羌活、川芎、加丹皮、黄柏、川牛膝；肝肾亏损者去三七、穿山甲、加杜仲、怀牛膝。[40]陈有亮用当归四逆汤加味治疗颈椎病80例，痊愈41例，好转20例，有效12例。组方：当归、酒白芍各15g，鸡血藤30g，甘草、通草各6g，细辛3g，桂枝、川姜黄、仙灵脾、巴戟天各10g，每日一剂。[41]

崔明亮用脾肾并补，整体调衡法治疗颈椎病150例，基本方：薏苡仁30g，白术、甘草各10g，鹿茸粉1g(冲剂)，陈皮6g，红参6g，枸杞子、汉防己、葛根、黄精、鸡血藤各15g，加减：属风寒型者，加用桂枝、附子、生姜；属虚寒型者，加用黄芪、白芍、大枣、桂枝；属气血亏虚者，加茯苓、黄芪、龙眼肉、当归、远志、酸枣仁，每日一剂，本方脾肾并补，首重气血分型论治，整体调衡的治疗原则。基本方中薏苡仁、黄精、白术、枸杞并补脾肾；红参益气养血，调和营卫，鹿茸壮元阳，温通督脉，强骨填髓，汉防己、鸡血藤祛风除湿；陈皮破滞理气，葛根引药直达颈项；甘草健脾补虚，并能调和诸药。以上诸药合用并随症加减，则脾肾得以并补，正气得以补偿，正气足，则气血和，筋骨强，则经络得以宣通，风散湿除，气血周流则颈椎病所致诸症自然消失。[42]

中药治疗除上述介绍的各种汤剂之外，还有散剂，注射剂等，治疗颈椎病也有很好的疗效，如吴敏慧用颈宁注射液配合牵引治疗颈椎110例。颈宁注射液是用红花、当归、川芎、乳香、没药、丹参等三十种中药配制而成，以祛风除湿，活血化瘀，通络止痛为主要功效。[43]杨述先用颈椎消痛散治疗颈椎病188例，总有效率94.7%。组方：小白花蛇、威灵仙、当归、防风、透骨草、血竭、土鳖虫、汉三七，除小白花蛇4条外，威灵仙与其它

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药物用量均为2:1。上述8种药物共研细末，用100目筛过后，将药物按5g分装成包，每次服1包，一日3次，黄酒为引温开水送服，40日为一疗程。[44]姚树堂用扩管速治疗颈椎病69例，其中痊愈3例，好转54例。扩管速为中草药鹿寿草制剂，每毫升含生药0.25%，每次2ml，每日2次，每10次1疗程。[45]

易绵中用鹿角四生散治疗颈椎病250例，总有效率97.2%，组方：鹿角50g，灵仙100g，地龙、土鳖虫、全蝎各30g，蜈蚣10条，白花蛇3条，三七20g，诸药研末，每日3g。[46]夏振信用颈椎新方治疗颈椎病50例，总有效率88%。组方：黄芪30g，白芍30g，鹿角胶12g，蜈蚣2条，土鳖虫10g等水蜜为丸，每丸重9g。[47]

张万芳用长春市宽城制药厂生产的颈痛灵治疗本病305例，成人每次10~15ml，一日2次，饭后半小时服下，一个月为一疗程。服1~2个疗程后，优87例，良150例，可53例，差15例。总有效率95.1%。[48]刘玉梅用蛇灵丸(白花蛇4条,威灵仙72g,当归、土鳖、血竭、透骨草、防风、川芎各36g,白芍、葛根各60g,桂枝40g,将诸药烘干,共研末,炼蜜为丸或制成小丸。每丸重6g,每日2次,早晚各服6g,温开水送服。一个月为1疗程)治疗本病31例，治愈16例，显效8例，好转6例，无效1例，总有效率97%。[49]易佑元用增味虎挣丸(制马钱子、制川乌、乌梢蛇、炮甲、蜈蚣、田三七、血三七、血竭、天麻、云南一口剑)治疗本病100例，优69例，良22例，有效5例，无效4例，总有效率96%。远期疗效优良率94%(47/50例)。[50]蒋云根等用抗骨质增生丸(制川乌、制草乌、沉香、田七、当归、川芎、木香、杜仲等)治疗本病13例，显效7例，有效5例，无效1例，总有效率92.3%。[51]

2.4 中药外治疗法

郭志忠用自制膏药颈椎Ⅰ号治疗颈椎病340例，经治3个疗程，临床痊愈318例，占93%，好转22例，占7%。药方组成：威灵仙30g、血竭16g、天南星30g、当归30g、生草乌60g、生川乌10g、生马钱子30g、蒲公英30g、乳香30g、没药30g、五加皮30g、伸筋草30g、透骨草30g、木鳖子60g、麝香1g、广丹750g、皂刺15g、红花9g、川芎12g、穿山甲30g、赤芍15g、生桃仁60g、冰片6g、生香附60g、三棱30g、羌独活各30g、白芥子30g、秦艽30g、路路通9g、辽细辛30g、蒺藜15g、姜黄30g、木瓜13g、牛膝15g、紫葳30g、香油1500g。

炮制方法：将上药分为3组份，第一组份：麝香、血竭、冰片、三七。第二组份：生马钱子、生草乌、生川乌、生香附、生山甲。第三组份：其余为。先将第一组份药研为细末密封备用。再将第二组份药放入油锅内煎至药呈焦色，用纱布过滤去渣。油煎至滴水成珠不散为度，入黄丹，不停搅拌，锅内烟雾弥漫，速将油锅离火，继续搅拌，待药油的温度降至60度左右时，将第一组药末入锅内继续搅拌至药油完全冷却凝固，即成膏也。

用法：将药膏摊于较密的布上或牛皮纸上，厚度约0.1~0.2公分，用时加热揭开，放入少许冰片粉末贴于患处。4天换药一次，12天为一疗程。功效：活血化瘀，软坚散结，祛风散寒，消肿止痛，舒筋通络。[52]

杨家强用骨质增生Ⅰ号和Ⅱ号治疗颈椎病。处方如下：Ⅰ号：三七、血竭、延胡索、乳香没药组成。Ⅱ号骨质增生膏由肉桂、生草乌、生南星、当归、山栀组成。

制法：二种骨质增生膏分别熬制，以Ⅰ号为例，三七等入麻油铁锅内，熬至焦黄捞

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出，继续熬油至滴水成珠，放入东丹，比例是1斤油，半斤东丹，搅匀成膏。Ⅱ号膏制法相同。使用前Ⅰ号膏，Ⅱ号膏均分别放入研成细粉的全蝎尾、梅片、麝香即成，每张净重25g，摊于纱布中央成方形，孕妇禁贴。[32]

肖玉臣用中药外治180例颈椎病，总有效率98%。药物：麝香、皂角、虎骨、淫羊藿、骨碎补、千年健、桑寄生、五加皮、川乌、草乌、威灵仙、海桐皮、川芎、鸡血藤等药。经加工提取制成便于穴位贴敷的外用药，每贴0.2g，贴敷方法：根据增生部位及症状，体征，贴敷在相应的颈部夹脊穴位上，一般每次用药8～12贴，5～7天换药一次，12次为一疗程。[53]

孙元勤用中药内外合治颈椎病65例，总有效率达87.6%。外用麝香阿魏膏，麝香阿魏膏由广丹、生地、白芷、大黄、川乌、草乌、牙皂、肉桂各15g，及麝香0.5g，阿魏1g等组成。其制法为：用香油150ml纳广丹、牙皂、生地、大黄、川乌、草乌、大黄及肉桂煎熬成膏。临床用时涂上麝香0.5g、阿魏1g，使用前常规消毒颈部皮肤，隔天一次，20天为一疗程。其中麝香、阿魏走窜之力极强，具有活血止痛之作用，为本方之要药，配以广丹、牙皂、生地、白芷、大黄、川乌、草乌及肉桂共奏温经通络，活血止痛之功。[12]王君用蛇散外敷治疗痹症66例，方药组成：白花蛇1条，麝香1.5g，冰片、乳香、没药各6g，肉桂30g，配制方法：除冰片、麝香外，其余四味焙黄，共为粉末，然后加入冰片，麝香研匀，装入瓶内密封备用。使用方法：将患处用湿水擦洗干净，取蛇散少许撒在穴位或痛点上，面积约2cm×1.5cm，厚度约3mm左右，然后用伤湿止痛膏贴好。3天换1次，5次为一疗程。[54]李嘉义用温筋散治疗颈椎病，川乌、草乌、姜黄、红花、麻黄、当归、秦艽、五加皮、桑枝、白及、赤芍、桂枝等份为末，开水凡士林调和，外敷每日一次。功效：活血化瘀，温筋散寒药物为主，有活血化瘀，温筋通脉之功。[55]宛敏用中药熨敷治疗颈椎病，组方：川乌15g、草乌15g、木瓜10g、杜仲20g、巴戟天20g、透骨草20g、威灵仙15g、桂枝15g、当归10g、川芎10g、乳香10g、没药10g、红花10g、米醋150g，用法：将上药装入一个20cm×25cm的自制纱布袋中，放入煎药盆中，添水没过药袋即可。煎煮30分钟，然后将药袋取出稍凉一下，以不烫伤皮肤为度，敷在颈肩疼痛部位，每日一次，每次30分钟，连用5天。[56]

王忆黎用芸香膏贴敷治疗颈椎病，组方：芸苔、苔子、安息香、川椒、生附子各45g，研细过80目筛，再以松香60g，生乳香30g，打碎后加水适量烊化，加入上述药末搅匀，最后拌入樟脑30g，装入密封容器，用时稍加热，以竹片挑药膏适量，摊于半透明纸（或塑料纸），随痛处贴之。[57]

钱忠权用颈肩腰痛擦剂治疗颈肩腰腿痛452例，其中颈椎病治愈120例，好转26例，未愈2例，组方：番木鳖10g、生南星10g、白芷10g、防己15g、防风15g、生川乌各20g、细辛5g、红花5g、没药10g、威灵仙15g、僵蚕10g、徐长卿15g、樟脑5g。配制：上药水煎浓缩用75%酒精提取，总量1000ml，另加地塞米松5mg×10支和匀，装入带有喷头的500ml安瓶中备用。[58]刘逢光用中药透皮给药治疗颈椎病，组方：玄胡、当归、川芎、续断、杜仲、丹参、葛根、白芷、川乌等量烘干研成粗末，配成浓度为30%的酊剂，外用。[59]

何群贤用中草药热敷为主治疗神经根型颈椎病，总有效率95.2%。组方：紫荆皮15g、生栀子10g、生大黄10g、五加皮12g、羌活12g、独活12g、威灵仙15g、防风10g、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生乌钱子 4g。共研细末，加酒、水各半的混合液，调成糊状，文火炒，然后装入 10cm×15cm，厚 0.5cm 的纱布袋中，乘热敷于颈部，每天 2 次，12 天为一疗程，每疗程间隔 3～5 天。功效有活血化瘀，通络止痛，祛风防湿之功能。[60]

2.5 中药疗法的实验研究

赵聚凯用颈椎通胶囊进行大鼠血液流变学实验，组方：川芎、当归、生地、桃仁、葛根、黄芪等组成。结论是①改善微循环，消除局部充血水肿，受压组织松解，有利于疾病痊愈。②改善血液的流变性而有利于血液运行。颈椎通可使血红细胞聚集减少(全血粘度低且下降)，也可改善红细胞变形能力(全血粘度高且降低)，从而降低血液粘度，有利于血液运动。③扩张椎动脉，降低血流阻力而增加血流量。通过彩色多普勒对椎动脉检测，发现颈椎通有扩张处于病理状态下的椎动脉，降低阻力，显著增加血流量的作用。颈椎通可能通过使颈椎病患者血管舒张，阻力降低，椎动脉血流量增加，改善大脑供血而使颈性眩晕很快消失。[61]

王建国在眩晕的血液流变学变化与中医辨证分型的关系一文中指出："高血粘滞综合征贯穿于眩晕证始终，故建议有条件的医疗单位，将血液流变测定作为眩晕症的一项常规检查，以便为中医医学工作者在对眩晕进行诊疗时更应注意对原发疾病的正确诊断和病因的临床治疗"。[62]王易虎在颈痛宁冲剂治疗颈椎病的临床及实验研究里认为颈痛宁冲剂具有较好的降低血液粘度作用，主要是通过提高细胞表面电荷使之不易聚集，或使血小板聚集性降低，或提高红细胞变形能力，或减少血管通透性等不同途径降低血液粘度，改善微循环而起作用的。本研究结果表明：颈痛宁可使血红细胞聚集减少(全血粘度低且下降)，也可改善红细胞的变形能力(全血粘度高且下降)，纤维蛋白减少，红细胞电泳时间缩短也说明了服药后红细胞表面电荷增多。红细胞聚集减少，从而血运改善，现代药理实验也证明了此方药具有改善血液流变性，增加血流量，促纤溶和抗凝血作用。颈痛宁冲剂有扩张血管，降低血管阻力，增加血流量的作用，对改善微循环及脑部供血供氧均有良好的治疗作用。[63]

颈痛宁的组方是：丹参、赤芍、红花、葛根、地龙、川芎、细辛等组成，每包含生药 12g，每次 1 包，每日 3 次，30 天为一疗程，空腹服。

赵天才用定眩冲剂对碘油压迫椎动脉所致家兔缺血性脑损伤模型的作用之实验观察。结论有四点：①定眩冲剂较好地消除碘油压迫椎动脉所致家兔脑神经细胞水肿作用；②定眩冲剂较好的促进实验家兔神经细胞尼氏小体恢复的作用；③定眩冲剂在减轻实验家兔脑神经细胞坏死(核固缩)程度方面优于颈复康组(高中量优于，低量相同)；④定眩冲剂在促进实验家兔脑组织修复方面逊于颈复康组。总之本实验结果表明，定眩冲剂有较好地消除实验家兔椎动脉缺血性脑细胞水肿，促进受损伤的脑神经细胞尼氏小体恢复，减轻脑神经细胞坏死程度的作用。这可能与该方中的茯苓、白芍、夜交藤、丹参、全蝎等药的利水透湿，养血补肾，活血通络等作用有关。定眩冲剂系陕西中医学院附属医院骨二科杨笃权主任医师的经验方，自 1984 年起应用于临床，92 年通过省中管局一期临床鉴定，目前准备上二期临床观察。组方为：天麻 9g、钩藤 15g、姜半夏 9g、茯苓 15g、全虫 9g、白僵蚕 10g、丹参 30g、白芍 18g、夜交藤 24g、葛根 12g、炙甘草 9g、磁石 30g。[64]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

总结以上各家的组方用药，共有各类组方 68 个，用药次数最多的依次有：当归 52 次，使用率为 76.5%；川芎 40 次，使用率为 58.8%；白芍 37 次，使用率为 54.5%；葛根 34 次，使用率为 50%；黄芪 31 次，使用率为 45.6%；桂枝 26 次，使用率为 38.2%；其次为：芍药 22 次；生熟地 21 次；木瓜 21 次；地龙 18 次；丹参 18 次；羌活 18 次；桃仁 17 次；姜黄 17 次；茯苓 17 次；威灵仙 17 次；胆南星 16 次；半夏 14 次；牛膝 14 次；枸杞 12 次。这些是用药最多的前 20 名药物。

3 推 拿 疗 法

推拿疗法在颈椎病的保守治疗中占有重要地位，Bernard 和 Triano 均认为功能脊柱损伤(FSL)的治疗计划中，处于首位或第二位的就是手法治疗。早期文献报道多为临床经验总结，近年来，由于各相关学科的发展，对推拿治疗颈椎病的研究日益深入，把手法治疗逐渐由民间医术引上科学的轨道。[65,66]

3.1 推拿治疗颈椎病的手法分类

目前临床上治疗本病的推拿手法基本上可以分为两大类：软组织推拿手法和脊柱推拿手法。

3.1.1 软组织推拿手法

推拿治疗为一系统操作，针对软组织的手法不容忽视。由于历史的原因，我国推拿流派众多，不同流派的操作，套路不尽相同，各有千秋。

3.1.1.1 一指禅推拿流派 起源于 19 世纪中叶的一指禅推拿流派。治疗时，将本病分为两种类型：气血凝滞型和风寒湿痹型，以一指禅推法为主(在风池穴采用“蝴蝶双飞势”)配合拿、按、拨伸等手法，手法要求“柔中有刚，刚柔相济”，强调“以痛为腧”和循经取穴相结合。[67]

3.1.1.2 擦法推拿流派 在一指禅推拿流派基础上产生的擦依推拿流派，紧密结合现代医学对本病的认识，手法以擦法为主，同时配合患者关节被动运动，被动运动强调“轻巧、短促、随发随收”，辅助手法有按法、揉法、拿法、拨伸，施术部位以手、足太阳经筋为主。本流派的出现，对后世推拿治疗软组织损伤、运动系统和神经系统疾病影响极大。[68,69]

3.1.1.3 正骨推拿流派 历史悠久，其手法分为正骨手法和按摩手法两大类。正骨手法发展成为后世的脊柱推拿手法。针对软组织的按摩手法强调分筋、理筋和拨络，主要手法为按、摩、推、拿、点、捏、弹、揉等。[69-71]

其它如点穴推拿流派。[68]捏筋拍打推拿流派[72]等亦各有特点。

3.1.2 脊柱推拿手法 自中西医结合推广以来，一直是临床上的热点问题，目前认为对临床疗效起着关键性的作用。

斜扳类 患者取坐位，颈部前屈或后伸，术者立于其侧后方，用一手扶住后头部，另一手托起下颏部，两手协同动作，使头向一侧缓慢旋转到有抵抗时，稍做停顿，随即发力作一有控制的、稍增大幅度的快速扳动，常可闻及“喀嗒”的声响。[72,73]这种手法的定位性较差。[74]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

旋转定位扳法　患者取坐位，术者站于其侧后方，用一手拇指顶住偏歪棘突旁，令患者前屈颈部至术者拇指下感到有棘突滑动时，保持此前屈角度，向患侧缓慢旋转，至有抵抗时，发力作一个有控制的稍增大幅度的，快速扳动，同时抵住棘突的拇指协调用力，向对侧推动，常可听到“喀嗒”声响，拇指下有棘突跳动感。[70,74]

侧扳法　以右侧为例，患者坐位，颈稍前屈，术者立于其后方，左手四指置于患者左下颈项部，右手扶住右侧头部，使颈椎向左侧屈至最大限度时，两手同时用力反向扳动，常可听及“喀嗒”声响。[74]

另有卧位下牵引扳颈法等多种改良手法。

3.2　手法作用机理研究

3.2.1　生理生化方面的研究

3.2.1.1　镇痛机理研究

龚金德等的研究表明，对颈腰腿痛患者，采用大面积揉法及局部压痛点指压法相结合，推拿后血中内啡呔含量升高，其竞争率平均升高 7%（$P<0.001$），同时测定正常人血清中内啡呔含量，发现慢性颈腰腿痛患者在推拿前血清中内啡呔含量低于正常人。内啡呔是一种作用极强的吗啡类内源性镇痛物质，推拿后其含量升高，说明推拿镇痛和血清中内啡呔含量有关。[74] Vernon 的研究也发现，脊柱旋转手法可通过升高血浆 β-EP 的水平而产生镇痛治疗效应。[75] 刘志诚等的系列实验说明，推拿对腰椎间盘突出症及软组织损伤治疗的关键是对神经内分泌的调整作用。[76] 肢体损伤在中枢产生的损伤性效应是 NA 和 DA 的功能增强，5-HT、Ach 和 H 的功能下降。推拿可以减弱中枢 DA 和 NA 的合成，还可以增强中枢 DA 的分解，说明推拿可以减弱中枢 DA 和 NA 能神经元的异常代谢反应，即减少中枢 DA 和 NA 介质的生成和释放；推拿可以使中枢 5-HT、Ach、H 的镇痛和抑制机能得到恢复；损伤后外周 DA 和 NA 的合成代谢升高，推拿可以降低 DA 和 NA 的合成代谢并提高 DA 的分解代谢，从而减弱肾上腺素能 α-效应，这将有利于损伤肢体血液循环的改善，推拿可以促进全血 AchE 活性回升、升高和回降过程，从而缩短全血 AchE 活性恢复至正常水平的时间；推拿可以抑制过度的交感肾上腺髓质系统和下丘脑——垂体——肾上腺皮质系统的功能，还可以减少血糖的浪费；损伤可以增强外周 5-HT 和 H 的合成代谢，而推拿可以对抗该种损伤性作用。[77~84] 龚金德等的实验研究也证实了这种现象。显然，推拿可促使外周致痛性、致炎性和缩血管介质的降解、运转，必将产生有利于损伤肢体的康复。[85]

3.2.1.2　对神经系统影响的研究

在手法对颈椎病患者脊柱诱发电位(SSEP)的研究方面，范明观察了颈椎旋转复位法治疗神经根型颈椎病前后的 SSEP、肌电(EMG)等，发现手法可以恢复神经根型颈椎病延长的 SSEP 潜伏期，调整植物神经的功能状态。顾华也发现颈椎正骨推拿手法可使神经根型颈椎病患者异常的 SSEP 变化恢复正常。[86] 上述研究表明颈椎旋转手法可缓解神经根受到的压迫和刺激，减轻或消除影响神经根的病理因素，促进神经传导功能的恢复。耿建红等发现推拿后大部分脊髓型患者上下肢体感诱发电位由异常恢复到正常范围，提示推拿可以改善脊髓传导功能，高位中枢可能参与推拿疗法的整体调节。[87]

3.2.1.3　改善血液循环研究

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

张义炯等用血流动力流变参数分析仪对 103 例颈肩腰腿痛进行按摩前后 10 分钟测试，发现按摩后较按摩前脉率减慢，主动脉排空系数减少，血管弹性扩张系数增大，心搏出量平均增加 6.5ml，可节省心肌能量消耗，提高心血管机能，改善血液循环。[88]倪文才等对 30 例椎动脉型颈椎病进行患椎手法复位前后左手无名指甲皱微循环检查，发现手法后甲皱微循环管袢变粗者 3 例，血流增速者 10 例，管袢增粗同时血流增速者 15 例，管袢由不显像变为显像者 2 例，全部病例微循环均有改善，从而使颈椎病患者肢体远端症状得到改善。针对椎动脉颈椎病所出现的椎-基底供血不足症状，[89]王以慈采用额乳导联和椎乳导联观察手法复位前后的椎动脉血流量(单波波幅)，以统计学处理证明手法复位后椎动脉供血可以得到改善，且和临床症状相一致。[90]龚金德的研究结果与其大致相同。[91]车俊生等的临床研究表明软组织推拿手法可以缩短脑血流通过时间(BBT)，且可能还有调整血流速度的双向作用。推拿治疗后 TCD 检测结果显示椎动脉血供较治疗前明显改善。上述研究提示推拿可能通过局部热效应使血管扩张、血流增快，另一方面刺激末梢感受器，通过神经系统(尤其是植物神经系统整体调节)，从而改善椎——基底动脉血供。[92]

3.2.1.4 其它方面研究

马玉龙等观察了椎拿对颈椎病患者红细胞膜 Na^+、K^+——ATP 酶活性影响，结果表明推拿后 Na^+、K^+——ATP 酶活性降低，提示推拿作为一种刺激因素，可能通过机体某种神经——体液途径促进下丘脑释放 Na^+、K^+——ATP 酶抑制因子，调节机体能量代谢。[93]

颈椎病患者尿谷胱甘肽过氧化酶和巯基物含量明显高于正常值，体内自由基代谢出现异常，推拿后尿谷胱甘肽过氧化物酶和巯基物含量下降，且下降幅度与病程、疗效平行，提示体内自由基浓度变化与颈椎病发病及病程进展存在同步规律。[94]

姜宏根据现代医学研究进展，概述认为正骨推拿手法治疗颈椎病的作用途径之一在于调整神经生理、神经生化两个主要环节。神经生理方面：①影响与调整神经感受器及其传入途径；②调整植物神经的机能活动，改善疼痛部位的微循环；③增强脊髓水平的闸门控制效应，抑制节段性反射性痛性肌痉挛(压痛点)；④抑制丘脑相关神经核团的痛放电，激活脑的下行抑制系统；神经生物化学方面的影响：①激活内源性镇痛系统(EAS)，促进内啡呔(素)的释放；②调整中枢与外周痛介质(5-HT、NA、DA、CA)的浓度与分布；③促进致痛、致炎物质的分解、转换和排泄。[95~97]

3.2.2 生物力学方面的研究

3.2.2.1 脊柱推拿手法所产生的力的研究

手法从根本上说是力的作用，对手法的生物力学研究集中在脊柱推拿手法上。身体的功能运动受复杂的物理力量综合控制，脊柱推拿手法是一种省力而有效的杠杆操作，但所施手法的力是矢量，同时考虑到椎间关节周围的肌肉和软组织的作用，问题就变得复杂起来，增加了研究的难度，但其基本的作用原理不变。Hass 认为一个有效的调节力的计算公式必须是医生的质量、碰撞速度和一定的医生与患者的内在性能(包括僵硬和弹性)的函数。平均的手法调节力等于外在的碰撞动能的平方根与综合的防变形的机械阻力之和。[98]

Triano 通过逆动力学方法得到手法施于颈椎时的最大力，左右侧分别为 111N 和 123N，平均治疗时间为 200～300msec。说明脊柱推拿手法有一定的力——时间的关系。包括前负荷、力的最大值和消退时的力。[99] Kawchuk 在临床上测定了这些力。手法作用于颈椎时，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

平均最大力 = 117.7 ± 15.6N，力的平均持续时间 = 101.7 ± 14.7msec。作者认为：①实验必须是在人体上施力。②要取得直接的力的结果，建议使用逆动力学方法。③用来实验的疗法在临床上必须有效。如果这些因素不齐全则结果可能会有很大出入。[100]。其后 Kawchuk 又测量了五种不同的颈椎推拿手法的生物力学特性：LAT（lateral break），正常平均最大力 = 102.2N，平均推动持续时间 = 86.7msec；GON（Gonstead），正常平均最大力 = 109.8N，平均推动持续时间 = 91.9msec；ACT（Activator），正常平均最大力 = 40.9N，平均推动持续时间 = 31.8msec；TOG（Toggle），正常平均最大力 = 117.6N，平均推动持续时间 = 47.5msec；ROT（Rotation），正常平均最大力 = 40.5N，平均推动持续时间 = 79.1msec。TOG 手法的平均最大力最大，ACT 手法的平均持续时间最短。[101]

但 Herzog 抨击了逆动力学方法的应用，认为脊柱推拿过程中加速度较大，使用这种方法可能会出现很大偏差。他通过放置压力传感器来测定在不同脊柱位置时推拿手法施加的力。在颈椎，最大力从 90～140N 不等，平均为 118N，持续时间为 90～120msec，平均为 102msec，从开始到最大力出现的时间为 30～65msec，平均为 48msec。[102,103]综合以前资料发现所有关于颈椎的力——时间曲线记录都非常相似。在国内，吴宝根等测得的颈椎定点旋转复位法的力的数值在 1～9kg 范围内，一般为 2～4kg。可能由于手法不同导致同国外的测定值有所不同。[104]

由于所选择的测量方法的差异，数据处理时的误差，所以目前测得的脊柱推拿手法的力的数据出入颇多，故确定测量时需要的符合生物力学原理的正确的测定方法，最大程度地减小误差，是目前需要解决的问题。

3.2.2.2 脊柱推拿手法的生物力学效应研究

脊柱推拿手法作用于机体上直接产生的是椎体受力后的变化。由于颈椎比腰椎具有更大的灵活性和不稳定性，目前此项研究多集中在腰椎，而对颈椎推拿法产生的生物力学效应仍处于观察分析和推测阶段，冯天有认为脊柱内外平衡失调是本病发生的基本原因，颈椎损伤和退变引起椎体发生错缝等微细的解剖位置变化是发病的主要矛盾，手法可以恢复椎间内外平衡，恢复颈椎生理弯曲或代偿性颈曲。吴毅文认为手法可以松解神经根与软组织粘连，扩大椎间孔，减少或消除对神经根的压迫，使椎间盘内压力降低，以利于椎间盘回纳，从而减轻椎间盘对神经根的压迫。[105]张长江等把头——颈部看成联结在胸部锁骨上的一个变截面的悬臂梁，手法则是施反向的强制剪切力或/和强制扭转，使其恢复到正常位置。[106]

周临东等的动物模型力学分析则认为，将斜扳和旋转运动关节手法作为颈椎病手法治疗的核心具有很高的冒险性，应慎用。提出在顺应生理弧度的方向上作牵抖手法，把颤动力传导到患部，利用单纯的负压虹吸作用，会令突出物沿突出途径产生回纳趋势。实验证实椎间盘中心负压的微细变化，可对纤维环产生良性整合作用，同时将被负压吸经中心的组织和液体渗透到椎间盘的深层和周边，从而对吸回的物质产生固定作用，利于破损组织的修复、突出组织的附着和吸收。作者反对运动关节的手法，所持的手法实际为一种纵向牵引。[107]

3.2.3 推拿手法的适应范围和安全性研究

罗志瑜通过对人体解剖结构的分析，认为不同的手法有不同的适应证：斜扳法操作时

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病变在上颈段宜取屈颈位，病变在下颈段时取后伸位。单个棘突偏歪的扳法同斜扳法类似。[108]

由于颈部结构的特殊性，所以颈部推拿手法，尤其是脊柱手法就相对具有较高的风险，临床意外时有发生，王志泉分析认为诊断的粗心大意，手法操作的不正确，尤其是后者是出现临床意外的重要因素，对临床有一定的指导意义。[109]

综上所述，推拿治疗颈椎病所起的作用是多方面的，是一整体调节，软组织推拿手法和脊柱推拿手法在疾病的康复过程所起的作用均不应被忽视，临床施治必须在手法操作的正确性前提下注重手法操作的整体性和系统性，但推拿治疗颈椎病的真正作用机制尚未完全阐明。

4 针灸疗法

针灸疗法自古就是人们治疗筋骨痹证的重要手段。颈椎病是在颈椎间盘退行性改变的基础上波及到周围组织而产生的以颈肩、上肢疼痛，麻木和功能障碍为常见表现的临床症候群。传统中医将其分置于颈项痛和肩臂痛等范畴。近年来，随着对本病的认识日益深入，针灸治疗本病也得到很大发展。

4.1 针灸治疗颈椎病的临床研究

针灸疗法包括多种具体的治疗方法，不同的治疗手段在治疗颈椎病时的特点不尽相同。

4.1.1 毫针刺法

毫针刺法是针刺治疗的主体，临床上治疗颈椎病多以毫针刺激为主。

4.1.1.1 审证分经取穴论治

纪晓平治疗颈椎病取风池、肩井、肩中俞、肩外俞为主，气血两虚加三阴交；气滞血瘀加阿是穴、夹脊穴；风寒湿加大椎；臂痛、臂麻加臂臑、曲池、外关；指麻加合谷、八邪；颈痛甚加百劳、天柱等穴，其临床总有效率达98.4%。[110]

4.1.1.2 华佗夹脊穴的广泛应用

华佗夹脊穴首见于晋·葛洪所著《肘后备急方》。一般认为华佗夹脊穴是指 T_1-L_5 棘突下旁开0.5寸，共34穴，也有学者认为包括颈椎段和骶椎段。[111]目前颈段夹脊穴治疗颈椎病已被广泛用于临床，且疗效比较满意。赵桂兰、林迎春等共报道242例，显效136例，有效92例，平均有效率达94.21%，分析发现，神经根颈椎病的有效率略高于平均水平，交感型和椎动脉型例数较少，但全部有效，而脊髓型则全无效。一般治疗时均取患椎局部夹脊穴。[112~114]赵氏取穴略有不同，是将哑门至大椎之间分作四等份，然后取各等份交点旁开0.5寸针刺[112]，林氏则配合取养老穴。华佗夹脊和督脉，膀胱经关系密切，两经均过颈项部，“经脉所过，主治所及”在“以痛为输”的原则指导下，取华佗夹脊穴治疗颈椎病确有标本兼治之功效。[113]

4.1.1.3 刺络放血的应用

《黄帝内经》中多次提的刺络放血方法，后世用治腰腿痛较多，而颈椎病用之鲜见。陈英炎等用皱针输刺加拔罐治疗本病时，以颈椎棘突为主要痛点，配天宗、肩点及阿是穴，出针后取少量血液(一般不超5ml)。本疗法有待进一步验证。[115]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.1.1.4 奇穴主治

王文远等取中平穴配以药物离子导入治疗278例颈椎病，治愈194例，显效45例、好转31例、无效8例，总有效率达97.2%，中平穴位于足三里下1寸，偏腓侧(腓骨粗隆与外踝连线的1/3处)且用巨刺法，左病取右，右病取左。[116,117]陈幸生用颈丛芒刺法治疗67例，神经根型颈椎病总有效率达91%，取两完骨连线(沿颅底分六等份，每一等分点一穴)的六穴，毫针补法后用6寸芒针从大椎穴透肩髃、绝骨。[118]

4.1.2 耳针

中医认为耳为宗脉所聚，十二经通于耳，耳与全身各部有着密切的联系。人体各个脏器和各个部分，在耳廓上都有一定的代表区，并按一定顺序有规律地分布在耳廓的耳穴上。耳穴治疗本病开始引起人们的注意，报道逐渐增多，取穴多依陈巩荪方法。[119]

4.1.3 电针

高安泽采用了电针刺激夹脊穴治疗脊椎骨质增生，取得了临床症状的改善。[120]

4.1.4 氦——氖激光穴位照射

小功率氦——氖激光穴位照射具有无痛、无菌、无损伤，无强烈刺激等优点。[121]谢可永等采用本法治疗颈肩综合征，取列缺，肩髃、压痛点照射，临床疗效经统计学处理，显示本方法有着良好的改善症状和体征的效果。[121]钱永忠采用本法照射风府治疗颈性眩晕35例基本治愈15例，显效8例，进步11例，无效1例，与血管扩张剂对照有显著差异($P<0.01$)提示本疗法可以改善椎——基底动脉供血不足。[122]姚况林认为本方法能降低局部5-羟色胺的含量，激活内啡呔，并与吗啡呔结合而获得镇痛效果。[123]

4.1.5 灸法和温针

灸法是针灸疗法的重要组成部分，具有温经散寒、扶阳固脱、消瘀散结、防病保健的作用，祁晓华运用隔姜灸取病变椎体督脉上阿是穴，颈椎肥大者加大椎，治疗脊柱退行性病变取得满意效果，认为操作的关键在于使温热透入组织深部。作者发现虽然X线中所见患者增生骨质未有明显改变，但临床症状已全部或部分消失，似提示灸法主要改变了脊柱周围软组织的病理状态。[124]康培英认为选用活血化瘀的药物如丁香、肉桂、川芎、三七等然后施灸治疗可以加强灸法温经散寒、宣通气血的作用。[125]

温针实际上是针和灸的结合，宋毅勤等取夹脊穴温针治疗21例神经根型颈椎病，发现治疗前患者肌电图显示不同程度的去神经电位(提示神经根受损)，即在肌肉放松状态下引出纤颤电位和正相电位这种病理性异常自发电位，异常自发肌电的减弱或消失和临床症状改善相一致。[127]

4.1.6 穴位注射

穴位注射法亦称水针，是一种针刺和药物组相结合治疗疾病的方法，可根据所患疾病，按照穴位的治疗作用和药物的药理性能，选择相适应的腧穴和药物，发挥其综合效应，其刺激效应维持时间较长。张曼华报通了穴位注射治疗痛证的情况。[127]

4.1.7 综合疗法

颈椎病临床表现复杂，分型较多，单一治疗手段的局限性促使人们开始运用综合疗法治疗，王文远等采用针刺、点穴、中药离子导入相结合的方法，发现大鼠甩尾阈、嘶叫阈的改善优于单纯针灸组。随着时间的推移，这些的研究愈来愈多，综合运用各种疗法，优

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

势互补，应当是颈椎病保守治疗的发展方向。[117]

4.2 针灸治疗颈椎病的机理研究

4.2.1 针刺镇痛的研究

针灸擅长治疗各种疼痛包括颈肩痛、各种神经痛、关节肌肉疼痛，已得广泛的承认。自从针麻开展以来，关于针刺镇痛研究的文献浩如烟海，依据已经成熟的针刺镇痛作用机理，结合本病分析发现，针刺治疗颈肩疼痛是行之有据的。

4.2.1.1 经络系统的作用

当针刺出现循经感传现象时，沿经络感传路线上出现一条具有一定宽度的痛觉减退带，而以其中心部位痛阈提高最明显，并逐渐向外周扩散。王绪辉实验性肢体痹证十二经电导变化研究表明，风寒湿邪侵袭肢体后组织的生物电学特性确有改变，十二经各层次的组织导电性能均有所下降，从而影响了经络的传导功能及气血津液的运行和输布。[128]；循经感传已证实针刺感应传达到病所，则病所疼痛可迅速下降，如阻滞针刺感的传达，则其镇痛作用也随之减弱或消失，说明经气通畅可以达到镇痛的效果。即所谓“不通则痛，通则不痛”。[129]

4.2.1.2 神经系统的作用

神经系统存在着致痛和抗痛两类不同的结构及机能，针刺能够刺激存在于神经系统内各级水平的抗痛机能，使疼痛刺激向不痛转化。外周神经是针刺信号的传入神经，从现有资料看针刺可兴奋各类传入纤维，各类纤维都有不同程度的镇痛效应。较多资料支持针刺镇痛信号主要由Ⅱ、Ⅲ类纤维传入，从而使痛信号的传递发生阻滞。[130]综合众多研究证明针刺的信号通过脊髓入脑，经过复杂的整合，可兴奋内在的抗痛系统，一方面上行抑制束旁核，另一方面下行抑制脊髓背角，从而发挥镇痛效应。[129]

4.2.1.3 体液因素的作用

大量资料表明，中枢神经递质在针刺镇痛中有重要作用，例如脑内 5-HT 含量增加 Ach 含量增加可加强镇痛效果，特别是针刺可促进脑脊液及脑内啡呔含量的明显增加和延缓内啡呔的降解，在针刺镇痛中起着关键的作用。此外，针刺能使外周血液中的致痛物质如 5-HT 等浓度降低，从而也会起到镇痛作用。[131－133]

4.2.2 针刺对血液循环影响的研究

游振铨等针刺对痹证患者肢体局部血流的影响研究表明，痹证患部多表现局部血流障碍的圆顶波一类波形，ΔZ 和 dz/dt 振幅偏低，患部和健侧对应点不对称程度比正常对照组大二倍，表明局部血流量减少，血流速度减慢，针刺后患者自觉症状缓解，血流波形明显改善，ΔZ 和 dz/dt 波振幅明显提高，和健侧比较有非常显著的差异，临床症状和血流图变化平行。作者的研究提示我们，针刺治疗痹证的活血化瘀机理是建立在促进血流基础上的。[134]王宏才的研究表明针刺可阻止大白鼠实验性血瘀状态血液粘性的增高，改善血液循环。[135]吕宏江等观察发现针刺可以使微循环的调节及血流量发生改善，为治疗提供了依据。显然多方面的研究说明针刺治疗痹证，可以通过改善局部血液循环而起到通经活络散瘀止痛的目的，转运代谢产物，促进局部伤损组织的恢复，从而改善临床症状。[136]

综上所述，针灸治疗颈椎病近年来取得了较大发展，治疗手段不断丰富，基础研究也

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有进展，针灸对缓解颈椎病的症状确有疗效。进一步规范针灸医生对颈椎病的认识，对不同类型颈椎病临床治疗，加强其基础研究，尤其是难治类型颈椎病的针刺治疗研究是今后的发展方向。

5 中药离子导入疗法

利用直流电使中药离子进入人体以达到治疗目的的方法，称为中药离子导入疗法。本法将现代技术引入传统中药外治法的领域，既增加了外用中药的吸收方式和作用途径，又极大地丰富了直流电离子导入的种类。近二十年来，中药离子导入疗法被广泛用于颈椎病的治疗，临床报道呈逐年增多的趋势。以下将有关资料做一概要介绍。

5.1 中药离子导入单独使用

这方面的报道最多，所用中药不外乎祛风湿、强筋骨、补气血、益肝肾、活血通络止痛之类。不同的作者用药有所侧重，反应了作者对颈椎病病机的认识差异以及各自的临床用药经验。如周永生治疗 40 例神经根型颈椎病，用蒲公英、赤芍、川乌、羌活、元胡、乳香、没药、草乌、威灵仙、当归、川芎，各药等份共 1000g，两煎药液混合共 2500ml 备用，阳极导入　结果显效 28 例，有效 8 例，无效 4 例，总有效率 90%。而用骨刺片及内服中药的对照组 40 例中有效率仅 25%，30 例无效的患者改用中药离子导入治疗两疗程后，显效 19 例，有效 7 例，有效率 86.6%。作者还对临床有效的 60 例进行 4 个月的跟踪观察，56 人疗效巩固，巩固率 93%，表明采用本组具有活血化瘀、消炎止痛作用的中药复方做离子导入对神经根型颈椎病具有独特的近、远期疗效。[137]王步云的红川酊组成是：红花 50g，川芎、草乌、一支蒿各 100g，加 50%酒精 2000ml，浸泡 10～15 天后备用，从阳极导入。结果治疗神经根型颈椎病显效 42.3%，好转 55.1%，无效 2.6%。对部分临床症状消失的患者作了治疗前后的 X 线摄片对比，未见明显变化，表明本法重在改善局部的病理反应和缓解症状，而不针对骨赘形成。[138]谭其仁将地龙骨 1 份、苍术 1 份、豨莶草 5 份混合加水煎成 30%溶液，进行电泳及生物碱实验证明本溶液偏碱性时宜从阳极导入，后又加入少量碳酸氢钠，调节 pH 值为 7～8，用阳极导入。经 1～2 疗程后，绝大多数患者症状及体征均有不同程度的好转，有效率为 94.3%。这种通过实验鉴定出中药离子的极性、严格遵循直流电离子导入原理的科学态度值得提倡。[139]。李月玺用川乌 20g、草乌 20g、葛根 30g、羌活 30g、独活 30g、川芎 20g、丹参 20g、当归 20g、乳香 20g、没药 20g、防己 20g、白芍 30g、川断 20g、狗脊 20g、全蝎 20g、威灵仙 30g、乌梢蛇 30g、蜈蚣 5 条、伸筋草 30g、海风藤 30g、川牛膝 20g，多达 21 味中药制成复方水煎剂做阳极导入，结果 85 例颈椎病中痊愈 16 例，显效 47 例，有效 17 例，无效 5 例。[140]羊在高用红花、秦艽、独活、透骨草、蒲公英、川芎、伸筋草、当归各 30g、羌活 10g、威灵仙 60g、乳香、没药各 25g、细辛 20g、两面针 50g。两煎药液浓缩至 450ml 备用，治疗 963 例颈椎病患者，结果各种症状的改善顺序依次是：上肢麻木、疼痛、头晕、头痛、活动障碍、上肢乏力、颈项僵硬。表明本法对神经根型、椎动脉型、颈型颈椎病均有相当疗效。作者认为，本组中药与直流电结合，具有活血化瘀、祛风除湿、通络止痛、软坚散结与抑制骨质增生的作用。[141]刘世霞用当归、川芎、桃仁、红花、秦艽、独活、羌活、伸筋草、蒲公英各 30g、乳香、没药各 20g、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

威灵仙60g，水煎取汁500ml，浸泡导药垫25个，每次将一个导药垫置于骨质增生治疗仪的正极板袋上。疼痛甚者加细辛10g、玄胡20g、白芷30g；肢臂麻木者加桑枝30g、桑寄生20g；头昏者加升麻20g、葛根30g、钩藤10g；骨质增生明显者加千年健30g、熟地20g、鹿角霜10g。以上各组方用45%酒精300ml浸泡10～15天备用，每次用2ml加于导药垫上。结果100例神经根型、椎动脉型颈椎病患者中痊愈39例，好转50例，无效11例。作者认为本法治疗颈椎病以3～5疗程(每日1次,12次为1疗程)为宜，疗效较高且复发率低。[142]郭会卿治疗68例颈型及神经根型颈椎病，药用葛根30g，桂枝10g，细辛6g。白芍、寻骨风、羌活、独活、当归各15g，水煎过滤备用。结果两个疗程后痊愈55例，显效8例，好转4例，无效1例，总有效率98.5%，其中颈型47例中，治愈45例，占95.8%，神经根型21例中，治愈10例，占47.6%，经统计学处理$P<0.05$，证明本法对颈型颈椎病疗效更佳。[143]

以上均为从直流电疗机阳极导人的中药处方用例，另外还有从阴极导人或者阴、阳两极同时导人的。由于中药复方配制的导人液离子成份复杂，极性很难完全一致，这与离子导人疗法的原理不相符合，这一问题尚无圆满解决的办法。不过这些方法临床用之有效，病人又无明显的不良反应，我们姑且将有关文献收录于此，留待进一步研究。

如王兴周用川芎、川乌、川楝子、附子各120g，草乌、马钱子、乳香、没药、地龙、元胡、生南星、生半夏、甲珠各100g，牛膝、防己、木瓜、丹参、杜仲、苍术各80g，将上药置入一坛罐内，每100g药物浸入400ml的酒醋(各占一半)混合液内浸泡，两周后过滤去渣备用，从阴极导人。结果27例颈椎病中治愈14例，显效10例，好转3例。认为醋入肝而行血，能软坚散结，防止钙盐沉着，并可提高细胞膜的通透性，有利于药物的渗透。[144]周景士用川芎、淫羊藿各50g水煎过滤浓缩至500ml，临用时取陈醋70～80ml，加上述备制中药液20～30ml搅匀后备用，用阴极导入。结果419例颈椎病患者显效199例，有效213例，无效7例。[145]朱庄庄自拟复方中药煎剂，有川乌、桂枝、细辛、姜黄，防己、灵仙、伸筋草、葛根、红花、当归等。治疗时先将药垫(两极)泡在药液中加温，拧干，后放棉布衬垫及电极板，一极板放置后颈病变处，另一极板放置肩臂疼痛处。结果109例各型颈椎病患者显效72例，有效35例，无效2例。作者认为一部分中药离子从阳极导入，而一部分中药离子从阴极导入，临床应用确有疗效，如何与离子导人的原理完全相符尚待研究论证。[146]段庚辰用平乐展筋酊两极同时导入治疗颈椎病总有效率为98.7%，该药是由河南省洛阳正骨医院制药厂提供的乙醇提取液，主要成份为血蝎、乳香、没药等，具有活血化瘀、祛风散结、通络止痛的功能。[147]另外，李志刚观察了神经根型颈椎病中药导人治疗前后的甲皱微循环变化，结果在管袢清晰度、排列、外形、流态及流速等方面治疗前后均有显著性差异，从微观上证明了中药离子导人疗法所具有的活血化瘀作用。[148]刘逢光比较了同一处方分别内服与外用导入的疗效差异，中药用玄胡、当归、川芎、续断、杜仲、丹参、红花、葛根、白芷、川乌各10g。结果导入组106例康复30例，显效37例，有效23例，无效16例，康复显效率为63.2%，总有效率84.9%；而内服组康复14例，显效15例，有效38例，无效37例，康复显效率27.9%，总有效率64.4%。两组相比较果有显著性差异，说明药物导人后在局部保持较高的浓度，又不通过消化和血液循环，避免了肝脏对药物的分解代谢作用，故能取得较好的治疗效果。[149]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.2 与中药内服同用

中药离子导入与中药内服同用可以发挥全身治疗与局部治疗相结合的优势，提高临床疗效。如胡平安认为本病属“颈部伤筋”，多因年老肝肾先亏，复加劳损，风寒湿邪乘虚侵袭，痹阻经络而成。内服中药处方为：羌活、姜黄、灵仙各 12g、当归、木瓜、山药各 15g、黄芪、白芍、桑枝、葛根各 30g、防风 10g、熟地 20g、炙甘草 6g。辨证加减：患肢疼痛较重者加制乳没各 9g；麻木日久者加全蝎、地龙各 10g；患肢怕冷者加桂枝 12g。用法：上药三煎，前两次药液混匀，早晚分服，第三次药液贮于瓶中备用，治疗时用药液浸湿纱布垫两块，分别放于颈部及患肢，两极同时导入。结果 54 例神经根型颈椎病治疗 3 个疗程后痊愈 42 例，显效 9 例，有效 2 例，无效 1 例。[150]王玲采用搜风通络汤为内服基本方：葛根 30g、全蝎 12g、蜈蚣 2 条、乌蛇、赤芍、自然铜、穿山龙、木瓜各 15g、鹿含草 30g、黑木耳 10g、补骨脂 15g、甘草 6g。外用阳极导入药为防己 15g、制乳没、杜仲、草乌各 20g、秦艽 15g、川芎、蒲公英各 20g、牛膝 15g、白芍 20g、木瓜 30g、桃仁 20g、制马钱子 10g、白芷 15g、羌独活各 20g、干姜、威灵仙、鸡血藤、当归、葛根各 30g。结果 218 例神经根型颈椎病痊愈 132 例，显效 61 例，有效 25 例，无效 2 例，总有效率达 99.1%。[151]任彦范制成具有养血活血、行气通络、祛风止痛、抑制骨质增生的“当伸通”药膜，药膜由当归、伸筋草、路路通、防风、白芷、三七、雪山一枝莲、丹参、乳香等研制而成，由电疗机正极导入。同时内服相同药物组成的“当伸通”合剂，结果 119 例各型颈椎病痊愈 43 例，显效 46 例，好转 24 例，无效 6 例。[152]孙书刚由阳极导入下药的水煎液：当归 30g、透骨草 20g、赤芍 30g、乳香 20g、没药 20g、草乌 30g、川乌 30g、威灵仙 60g、延胡索 20g、天南星 30g、川芎 30g、蒲公英 30g、羌活 10g、白芷 30g；内服由下药组成的活血通络丸：白花蛇、血竭、威灵仙、土鳖虫、透骨草、防风。结果 401 例颈椎病患者痊愈 335 例，显效 60 例，有效 6 例。[153]

5.3 与其它疗法合用

近年临床上对颈椎病的治疗有应用综合疗法的趋势，这样可以发挥各种疗法的作用特点和长处，分别针对颈椎病的不同病理环节，取得最佳的治疗效果如。王家新采用综合疗法治疗 100 例颈椎病患者，其中神经根型 68 例，椎动脉型 22 例，混合型 10 例。全部用①阴极陈醋导入，②感应电疗法，③颈椎牵引。结果治愈 12 例，显效 65 例，好转 21 例，无效 2 例。[154]刘立杰用针刺加中药离子导入治疗神经根型颈椎病，针刺取新设、大椎、外关、合谷穴平补平泻，离子导入液用川乌、草乌、当归、川芎、红花、葛根、威灵仙等研末，放在陈醋中浸泡 1 个月而成，将直流电疗机阴极放在颈部病变处阿是穴，阳极放在两臂的外关、手三里、曲池穴上，结果 80 例患者中痊愈 48 例，好转 31 例，无效 1 例。作者认为针刺可能提高了神经末梢的痛阈，并使中枢神经系统兴奋，增强患处对药物的吸收从而与中药导入有协同作用。[155]朱同奎用牵引加骨刺消痛液(北京同仁堂生产)阳极导入治疗 110 例颈椎病，结果痊愈 46 例，显效 54 例，好转 8 例，无效 2 例，总有效率为 98.2%。作者认为两法合用可以共同作用于颈椎间盘、韧带及局部软组织等，以发挥消炎、消肿、止痛、减轻神经根压迫状态，抑制增生组织的进一步恶化，从而使颈椎病康复。[156]龚显淋用中药电熨配合颈椎牵引、空气负离子吸入等治疗椎动脉型颈椎病，中药

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

配制为赤芍、当归、丹参及威灵仙各 40g、三棱、莪术、木瓜及透骨草各 30g、川芎及乳香各 10g、草乌 20g，混合粉碎装入布袋。同时取蒸热的中药袋(约 50℃)两个，置于患部和一侧肩臂部，两电极放在中药袋上。结果显效 22 例，有效 17 例，无效 1 例，总有效率为 98%。作者还用激光多普勒微循环血流仪在印堂穴处检测并描记了部分患者治疗前后头部微血管灌流量的变化，结果中药电熨后比治疗前血流量曲线波幅平均增加 5.98%，牵引后平均增加 3.43%，均有显著意义。[157]蔡荣芹进行中药骨增汤导入加 TP 照射与单用中药导入的疗效比较。骨增汤的组成是：当归 20g、羌活 50g、白芷 20g、川芎 20g、蒲公英 20g、秦艽 20g、杜仲 20g、牛膝 10g、没药 10g、乳香 20g、草乌 20g、威灵仙 30g、透骨草 30g、桃仁 20g、结果综合治疗组 50 例中，治愈 36 例，好转 13 例，无效 1 例，总有效率 98%。导入组 48 例中，治愈 31 例，好转 15 例，无效 2 例，总有效率 93%。结果未作统计学比较，但显示出综合组疗效较好的趋势。其它尚有中药离子导入与推拿、穴位注射、高压低频电场、蜡疗等综合运用的临床报道，疗法各具特色，此不一一赘述。[158]

总之，中药离子导入能将药物直接透入颈椎病的病灶部位，使局部保持较高的药物浓度，同时具有无痛苦、副作用小等优点，因此越来越受到人们的重视。已有的大量临床报道表明：本法治疗颈椎病确有良效，单独用于各型颈椎病即能取得很好的效果，尤其对神经根型、颈型、椎动脉型效果显著。如与其它各种疗法结合运用则效果更佳，临床上可酌情选用。

6 硬膜外腔中药疗法

关于硬膜外腔用药的历史已近一个世纪，早在 1901 年法国学者即对骶管注射做了介绍。该疗法用于治疗腰椎间盘突出症至今也已有 40 余年历史。[159]其应用于治疗颈椎病，只是近几年才有零星的报道。据现有文献资料考证，我国使用硬膜外腔药物疗法治疗颈椎病，最早见于 1980 年。[160]到目前为止，尚未发现有关硬膜外腔使用中药制剂治疗颈椎病的报道，相信有关此类的研究正在进行之中。

6.1 理 论 研 究

由于硬膜外腔用药治疗腰椎间盘突出症的广泛应用和取得的显著疗效，在 1978 年国际腰椎研讨会上认为硬膜内与硬膜外类固醇类药物注射对于腰腿痛患者是最有效的方法。[161]由于对该疗法治疗机制的充分认识，临床工作者受此启发而将此方法用于颈椎病的治疗，结果取得了显著疗效，同时从理论上对该疗法进行了比较全面的阐述。

目前比较一致的观点认为，颈椎的稳定是由内源性稳定系统(包括椎体、椎间盘和相连韧带组织)和外源性稳定系统(主要为颈部肌肉的调控能力)共同维持。如果其中任何一个环节遭受破坏均可引起颈椎的生物力学的失衡。颈椎生物力学的失衡可以加速促进颈椎间盘退变的发生发展。这已被 White hill 通过损伤狗颈椎韧带，Osti 等通过损伤羊颈椎间盘前侧纤维环，Miyamoto 等通过切除小鼠全部棘突和相连韧带，而分别诱发了实验动物颈椎间盘退变所证实。[162～164]同时一系列研究表明，颈椎病主要起源于颈椎间盘的退变，其是建立在颈椎通变基础上控踵而来的各种继发性改变。而严重的颈椎间盘的退变反过来加剧外源性稳定的失衡，外源性稳定是维持颈椎生理弧度和颈椎稳定性的重要保证，它们的异常

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

必然导致颈椎正常的应力和应变力分布发生改变，导致骨质增生，严重的骨质增生又会反过来刺激神经根等软组织，从而造成恶性循环，促进颈椎病的发生发展。最后形成的病理改变是：椎间盘、小关节、韧带的退变，椎体骨质增生和移位，椎旁软组织痉挛、粘连、充血以及水肿等无菌性炎症的产生，及所有这些病理改变对脊神经根、脊髓、椎动脉和周围软组织的刺激和压迫症状。

针对颈椎病时形成的以上病理改变，采取硬膜外腔用药可以使药物通过直接的散布途径弥散到硬脊膜以外，快速发挥局部的治疗作用。Philip & Bromage 应用同位素做动物(狗)实验，证实硬膜外腔药物散布途径大体分为四方面：血管吸收，经椎间孔漏出，经神经根硬脊膜鞘扩散，经硬脊膜扩散。临床习惯使用的治疗药物为：激素、局麻药物及维生素类药物，或者使用超容量疗法。其药理作用机制将在以后有关章节中做详细介绍。[165]

关于硬膜外腔中药制剂的使用虽未见报道，但应是可行的，因为其用于腰椎间盘突出症的治疗证明是安全而有效的。临床可试用复方丹参注射液、脉络宁注射液或当归注射液单独使用，也可配合少量激素。上述中药制剂具有扩张血管、改善微循环，止痛和抗炎之功效。可快速改善症状，加速局部酸性代谢产物的吸收，促进组织修复和生理功能的恢复，而起到标本兼治作用。临床及动物实验证明，脉络宁注射液硬膜外注射对黄韧带、硬脊膜、蛛网膜、神经根和脊髓均无刺激性和损害性，故而中药制剂应用于颈椎病的硬膜外腔治疗应是可行的。[166]此有待于进一步探讨和积累经验。

6.2 临床研究

近十几年，曾有少量有关硬膜外腔以激素为主治疗颈椎病的报道，临床已取得显著疗效，如黄延寿等以激素等药物硬膜外腔注射结合手法治疗颈椎病，显效率 90%，有效率达 100%。[167] 周经悦等以强的松龙为主硬膜外腔注射治疗颈椎病 177 例，显效率 60%，总有效率 98%。[168]宋世锋等用该疗法治疗 160 例以头颈痛为主的“颈椎病”，结果在注射 3～5 分钟后起效，95.7%颈椎病患者症状完全消失，总有效率达 100%。[170]故有人认为本法为治疗颈椎病最有效的疗法之一。[169]

该疗法由于治疗部位的生理位置特殊，操作要求严格。有报道 3 例患者注药后出现一过性呼吸和循环功能紊乱的虚脱现象，此需引起临床医师的注意。[169]另外，由于类固醇类激素的普遍应用，虽然取得了很好的疗效，但部分病人经多次治疗可发生库欣综合征或大面积皮肤鳞状损害及神经纤维的萎缩[170]。孙锦年发现由于硬膜外腔注射地塞米松而引起精神障碍。为避免由于激素带来的副作用，应用中药制剂代替激素硬膜外腔用药将成为今后医学的发展趋势。[171]

随着对颈椎病发病机制的进一步认识，硬膜外腔药物疗法的普遍应用，临床工作者都在试图改进该疗法以损高疗效。而中药制剂的介入会因其独具的治疗优势把硬膜外腔用药推向新的阶段。当然有关中药制剂的配伍、剂型、剂量等药理学方面的研究应进一步深入，而且硬膜外腔用药应广泛借鉴腰椎间盘突出症应用中药治疗的经验，治疗方法上可以考虑中药制剂与碱性药物组合的可能，以期望最大限度提高疗效。相信随着医学的发展，硬膜外腔中药疗法将成为今后治疗颈椎病的重要方法之一。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【古训今释】

1 病名探源

中医学古典医籍中虽然没有“颈椎病”这个病名。也没有专题长篇论述，但关于颈椎病的论述却很多，大都散见于“痹症”、“痿症”、“头痛”、“晕眩”、“颈项强痛”、“颈肩痛”、以及“肩背手臂痛”等条目之下。《灵枢·经脉》描写的“不可以顾，肩似拔，腰似折、颈、肩、臑、肘、臂外后廉痛”以及马王堆出土医书《足臂十一脉灸经》所记载的痹痛症：“病足小指废，膊痛、脚痛、睢痛、腰痛、挟脊痛、项痛、手痛”就有类似颈椎病的症状。说明早在2000多年前中医学对该病已有所认识。

《素问·至真要大论》说：“诸疼项强，皆属于湿。”还说：“湿淫所胜……病冲头痛，目似脱，项似拔，腰似折，髀不可回，胭如结，腨如裂。”这些论述与颈椎病的症状十分相似。

《灵枢·口问》所载“故上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为眩。”《灵枢·大惑论》篇云“邪中于项，因逢其身之虚，其入深，则随目系入于脑，入于脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣。”这些论述都与椎动脉型颈椎病类似。

关于颈椎病中的痹痛中医学论述就更多更广。如《素问·痹论》曰：“风寒湿邪流于筋骨，则疼痛难已”。隋·巢元方《诸病源候论·卷一·风病诸候上》进一步发展了痹症理论，他认为痹症的发生是由于经络先虚，经络受到风、寒、湿邪侵犯所致；他说：“此由体虚，腠理开，风邪在筋故也。……邪客关机，则使筋挛，邪客于足太阳之络，令人肩背拘急也”。明代医学家张景岳在《类经图翼·卷十一》云：“凡人肩冷臂痛者，每遇风寒，肩上多冷，或日需热手抚摸夜需多被拥盖，庶可支持。此以阳气不足，气血衰少而然。”认为肩臂痛是经络阳气不足，气血衰少而感受风寒湿邪所致。

2 病因病机

2.1 年龄关系

《素问·上古天真论》云：“女子七岁，肾气盛……四七筋骨坚……六七三阳脉衰于上”，“丈夫八岁，肾气实，……二八肾气盛，五八肾气衰，”又“五脏盛乃能泻，今五脏皆衰，筋骨解堕……故身体重，行步不正”。这里突出了肾为先天之本，受五脏六腑之精藏，所以五脏精气足，肢体劲强，反之，则步履不稳，久而气血不畅，肢体关节出现疼痛、麻木、发凉、畏冷及活动不灵。当然肌体的这些病理变化与年龄的变化有直接关系。又如汉代医学家张仲景在《金匮要略方论》中指出：“人年五六十，其病脉大者，痹挟背行。”

2.2 风寒湿邪侵袭

颈部或全身感受风寒湿邪可引起颈椎病，中医学在2000多年前就有详细论述，历代医学家针对这一病因多有发挥，研究的更深入。《素问·至真要大论》说：“诸疼项强，皆属于湿。”还说：“湿淫所胜……病冲头痛，目似脱，项似拔，腰似折，髀不可回，胭如结，腨如别。”这一学说对后世医家研究颈椎病的病因病机奠定了基础。又如《素问·痹论》曰：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

“风寒湿邪留于筋骨，则疼痛难已”。这对颈椎病的病因病机及临床表现作了进一步的论述。隋·巢元方《诸病源候论·风痹候》中说：“痹者，风寒湿三气杂至，合而成病”。同时强调颈椎病有虚实之分，实者风寒湿邪客于筋脉，注于经络，留于关节，气血失和而痹阻，久之瘀血痰病阻滞经络。

明·龚庭贤在《古今医鉴·臂痛》(卷十)中指出：“病臂痛为风寒湿所搏；或睡后手在外为寒邪所袭，遂令臂痛；及乳妇以臂枕儿，伤手风寒而致臂痛者。……有血虚作臂痛，盖血不荣筋故也；因湿臂痛，因痰饮流入四肢，令人肩背酸痛，两手软痹”。在这里指出风寒湿为病因，但与睡后手在外为寒邪所袭有关，与哺乳期妇女让小孩枕于胳膊有关，也与受伤有关。

2.3 慢性劳损

《素问·宣明五气论》说：“五劳所致，久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋，是谓五劳所伤。”其中久坐伤肉与现代医学认为颈椎病与久坐低头伏案工作有关，完全符合。《金匮要略方论·血病虚劳病脉证并治》也说：“五劳虚极，……劳伤，经络荣卫气伤内有干血，肌肤甲错。……”这一理论不但说明了颈椎病与慢性劳损有关，而且为后世治疗颈椎病应用补气活血化瘀的治则指明了方向。明朝张璐在《张氏医通·卷五》中说：“肾气不循故道，气逆挟脊而上，致肩背痛，……或观书对奕久坐致脊背痛”。这里也指出了长期伏案工作，颈部负荷过度可导致颈椎病。

2.4 急性损伤

《灵枢·百病始生》说：“用力过度，则络脉伤。阳络伤则血外溢，……阴络伤则血内溢。”过度用力，络脉椎度充血，会导致血外溢或内溢(溢即渗出之意)，形成瘀血产生像外伤瘀血一样的病理变化。《灵枢·邪气藏府病形篇》说：“有所用力举重，若入房过度，汗出浴水，则伤肾”这里着重指出颈椎病的发生与肾虚有关，而肾虚的原因与“用力举重，入房过度，汗出浴水”有着直接关系，从而告诫人们注意这方面的原因，就可以预防颈椎病。《素问·生气通天论》说：“因而强力，肾气乃伤，高骨乃坏”。《素问·经脉别论》说：“持重远行，汗出于肾，疾走恐惧，汗出于肝，摇体劳苦，汗出于脾。”这些均说明劳伤过度不但影响到内脏，还可影响到脊柱，这与现代的脊柱与内脏相关疾病相一致。明代医学家王肯堂在《证治准绳·杂病》引戴云：“颈痛非是风邪，即是气挫，亦有落枕而成痛者……由挫闪及久坐失枕而致颈项不可转移者，皆由肾气不能生肝，肝虚不能养筋，故机关不利”，认为在老年肝肾虚亏，筋骨失养的基础上，诸如挫闪、久坐、失枕等慢性劳损因素均可致颈椎病。

2.5 风火瘀及血气虚的影响

《素问·至真要大论》“有诸风掉眩，皆属于肝”和《灵枢·口问》篇“上气不足”《灵枢·海论》“髓海不足”以及《素问玄机原病式·五运主病》认为本病的发生是由于风火，有“风火皆属阳，多为兼化，阳主乎动，两动相搏，则为之旋转”。所以后世医家在此基础上治疗颈椎病有熄风补气降火的治则，而且均取得了一定疗效。

明·王肯堂在《证治准绳·诸痛门》云：“有风，有湿，有寒，有热、有闪挫，有血瘀、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有气滞，有痰积皆标也，肾虚其本也”。这里则认为风寒湿，闪挫血瘀气滞，痰积皆为其标，而根本是肾虚所致。明·张介宾在《景岳全书·卷十七·杂证谟·眩运》指出：“眩运一证，虚者居其八九，而兼火，兼痰者不过十中一二耳。”强调了“无虚不能作眩”，在治疗上认为：“当以治虚为主”。清·李用粹《证治汇补·眩晕》篇说：“血为气配，气之所丽；以血为荣，凡吐衄崩漏产后亡阴。肝家不能收摄荣气，使诸血失道妄行。此眩晕生于血虚也。”说明气血亏虚可发生为眩晕，这类似于贫血所致眩晕头昏的症状，所以治疗以补气养血为主。

明·王肯堂在《证治准绳·杂病》说：“颈项强急之证，多由邪客三阳经也，寒搏则筋急，风搏则筋弛，左多属血，右多属痰”这里不但指出了颈项强急之证是由风寒邪气侵于三阳经所致，而且指出了一侧肌张力紧张，一侧肌张力松弛，这与现代颈椎力学的失衡致颈椎关节错位而发生颈椎病的论点一致。

2.6 痿症的病因病机

关于痿症的论述祖国医学早就有研究，如：《素问·痿论》云：“肾者水脏也，今水不胜火，则骨枯而髓虚，故足不任身，诊为骨痿。”这里明确的指出了痿症的病因与肝肾有关，在治疗时应以滋养肝肾为主。又如《素问·逆调论》指出：“……骨痹，是人当挛节也，人之肉苛者，虽近衣絮，犹尚苛也，是为何疾？曰：“荣气虚，卫气实也，荣气虚则不仁，卫气虚则不用，荣卫俱虚，则不仁不用，肉如故也，人身与志不相有，曰死”。其中“肉苛”是指肌肉麻木；“不仁”是指不知痛痒寒热；“不用”是指肢体运动障碍；“肉如故”是指肌肉没有萎缩等变化；“人身与志不相有”是指人的肌肉虽然完好，但已经不仁不用，人的意志不能指挥它了。脊髓型颈椎病的表现与这些描述十分类似，如功能障碍，肌体麻木，感觉减退，但无明显的肌肉萎缩(肉如故)。

3 病证治疗

3.1 中药内服治疗

中药内服治疗颈椎病是中医学的一大特色，历代多有研究。如汉末医家张仲景在《伤寒论·太阳病脉证并治》中：“太阳病。项背强几几，……桂枝加葛根汤主之。”《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》“血痹……外证身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之。”这些关于中药内服治疗颈椎病的方剂沿用至今而不衰，说明疗效是肯定的。《金匮翼》里的“回头散，治头项强急筋痛，或落枕转项不得者。乌药顺气散加羌活、独活、木瓜”。这里不但介绍了颈椎病的病症而且连方剂及加减药味都详细加以介绍。明·张璐《张氏医通·卷五》里关于“颈项强痛多有挟痰难以回顾者乃痰客太阳，二陈加酒芩、羌活、红花”进行内服治疗。这里指出颈项强痛是由“挟痰”和“病客太阳”引起，而治疗上应以祛痰的二陈汤加酒芩等治疗。

金元医学家朱丹溪在《丹溪心法·头眩》一书中对眩晕之病机则偏重于痰，有“无痰则不作眩”的主张，提出“治痰为先”的方法；现代治疗颈椎病以痰论治或兼痰论治以及分型论治的学者很多，也都取得了很好的疗效。

明·王肯堂在《证治准绳·脊痛脊强》中指出：“脊痛项强，腰似折，项似拔，冲头痛，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

乃足太阳经不行也。羌活胜湿汤主之。”近代用此方治疗颈椎病疗效甚佳，特别是风寒湿引起的颈椎病疗效更好。

明·张介宾《景岳全书·卷十七·杂证谟·眩运》中说：“头眩虽属上虚，然不能无涉於下，盖上虚者，阳中之阳虚也，下虚者，阴中之阳虚也。”在治疗上指出：“阳中之阳虚者，宜治其气，如四君子汤，五君子煎，归脾汤，补中益气汤。”这里认为眩晕与气虚有关，治宜以补气为主，而且以补脾胃之气为主，这为后世医家健脾补气治疗眩晕奠定了基础；“阴中之阳虚者，宜补其精，如五福饮，七福饮，左归饮，右归饮，四物汤之类是也。”在治疗眩晕证时他还指出：“眩晕证凡有如前论首条所载病源者，当各因其证求而治之，其或有火者宜兼清火，有痰者宜兼清痰，有气者宜兼顺气，亦在乎因机应变，然不当以治虚为先，而兼治为佐也”。对于眩证的治疗应“各因其证求而治之”，即首先根据主证辨证施治，若“火者宜兼清火”，“有痰者宜兼清痰”，“有气者宜兼顺气”，应根据具体病情“因机应变”。他特别指出：“不当以治虚为先”而应把虚作为兼治之手段。他根据古人治疗眩晕证的经验认为：“古法之治，眩晕亦有当察者，丹溪曰，湿痰者多宜二陈汤，火者加酒芩，挟气虚者，相火也，治痰为先，挟气药降火如东垣半夏白术天麻汤之类”。“眩晕不可当者以大黄酒炒为末茶汤调下”。“火动其痰，用二陈加黄芩、苍术、羌活，散风行湿”。

明·王肯堂在《证治准绳·杂病·颈项强痛》“寒搏则筋急，风搏则筋弛，左多属血，右多属痰，颈项强急，发热恶寒，脉浮而紧，此风寒客三阳经也。宜驱邪汤”。他还说：“颈项强急，动则微痛，脉弦而数实，右为甚，作痰热，客三阳经，治宜消风豁痰汤”。“颈项强急，动则微痛，脉弦而涩，左为甚，作血虚，邪客太阳阳明经，治宜疏风滋血汤”。颈项强急，腰似折，项似拔，加味胜湿汤；精神短少不得睡，项筋肿急难伸，禁甘温。“按人多有挫闪，及久挫失枕，而致项强不可转移者，皆由肾虚不能生肝，肝虚无以养筋，故机关不利，宜六味地黄丸常服”。以上这些论述足以说明古人对颈椎病的认识已很深刻，并能根据“风寒”、“痰热”、“血虚”、“肾虚”等不同症状及病因病机进行辨证施治，说明古人对颈椎病已分型论治，当然与今天的分型不完全相同，但说明颈椎病绝非是用一方一药通治的，应分型辨证才符合中医理论。

明·张璐《张氏医通·卷五》对颈肩痛则分别治之，其云：“肩背痛，脊强，腰似折，项似拔，此足太阳经气不行也，羌活胜湿汤。……湿热相搏，肩背沉重而痛，当归拈痛汤。肩背一片冷痛，背膂疼痛，此有痰积也；有因寒饮伏结者，近效附子白术汤，或观书对奕而致肩背痛等，补中益气汤加羌防。”这些论述是辨证治疗颈椎病最详细的记载，所以后世医家根据古代各家的论述片断和基本理论，创立了自己的观点和治则，或将古代各家不同的论述和特点分别辨证论治和分类治疗，均收到了良好的效果。

3.2 中药外治法

对于颈椎病，中医学除用中药内服治疗外，还配合按摩，针灸，热敷等法进行治疗。如《五十二病方》中就有热敷，熏洗和膏摩治疗的记载。又如宋代·赵佶等《圣济总录·145卷》指出：“凡随跌扑，骨节闪脱，不得人臼，遂致蹉跌者，急需以手揣搦，复还枢纽，次用药调养，使骨正筋柔，营卫气血，不失常度，加以封裹膏摩，乃其法也。”这里不仅强调了颈椎错位的手法治疗，而且提出“次用药调养”并“加以封裹膏摩”。即进行必要的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

包托固定，敷药按摩。

清·叶天士《临证指南医案·卷八》中指出："痛定于肩背，此着痹之类，必用外治之药，以次提之，煎药不能取效也"这里着重指出背痛的痹症若内服中药没有疗效，"必用外治之药"方能奏效。这也说明了往往外用药胜于内服药，综合治疗优于单一治疗的道理。

明·龚廷贤《古今医鉴·卷十》运用熨贴法治疗肩臂痛，这种肩臂痛是属于体虚被冷风吹入经络而局部冷痛，用"生姜半斤，取自然汁，入牛胶三两，乳香没药各一钱五分，铜杓内煎化，就移在滚汤内炖，以柳条搅成膏，又入花椒少许，再搅匀用纸作壳子，看痛处宽窄贴患处，用鞋履烘热熨之"这里对治疗颈椎病的外用药及制法等都作了详细地介绍，并且将治疗方法作了说明。

隋·巢元方在《诸病源候论·尸脚候》中指出："筋挛不得屈伸者，是筋急挛缩，不得屈伸也，筋得风热则驰，得风冷则挛急"。这说明不得屈伸活动是因为"筋急挛缩"造成的，而且得热则松弛，得冷则挛急。因此后人用热服、熏洗、药熨，治疗颈肩痛，除去药物的作用外，还与筋得热驰，即缓解了"筋急挛缩"而起到了止痛作用。

3.3 推 拿 疗 法

推拿疗法(古称按摩)源自人类生活的本能，是医生用手或肢体的其他部分，按照各种特定的技巧和规范化的动作，以力的形式在患者体表进行操作，用以防病治病的传统医学的外治法。其产生的年代久远，先秦时期即成为当时重要的治疗手段，治疗范围就包括骨痛证，时至今日仍然是人们减轻筋骨疼痛最常采用的方法。颈椎病的推拿是治疗临床中具有代表性的应用。虽然人类明确颈椎病的概念只是近五十年的事情，但颈肩部疼痛和功能障碍，自人类有医学史记载之日起，始终是一常见症状。漫长的推拿发展史，推拿对其治疗是一个不断完善的过程，温习古训，对今日临床有着指导意义。

3.3.1 《黄帝内经》奠定了推拿治疗的理论基础

《黄帝内经》作为中医的奠基之作，历来备受重视，当时推拿业已发展成一门独立的学科。史料记载，同时期就有我国第一部推拿专著——《黄帝岐伯按摩》卷十，惜已佚失，令我们无法窥及当时推拿发展的全貌，但《黄帝内经》保存了许多有关内容，从各个角度论述了推拿治疗的作用。

3.3.1.1 推拿具有止痛作用

关于疼痛的产生，《素问·举痛论》认为"经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。"认识到疼痛的产生和六淫邪气之一——寒邪侵袭有关，所以《素问·痹论》曰"痛者，寒气多也，有寒故作痛也。"继而《素问·举痛论》提出"按之则血气散，故按之痛止。""按之则热气至，热气至则痛止矣。"推拿止痛的原理是建立在温经、散寒、活血基础之上的，这种观点一直指导着后世临床发展，以至在《华佗神医秘传·华佗按摩神术》中推拿所除"八疾"，风、寒之邪占据着首位。现今认为手法可以改善局部血液循环，及时降解、排泄代谢产物，从而缓解疼痛。

3.3.1.2 推拿具有疏通经络作用

经络是运行气血，内联脏腑，外络肢节的纽带，故《素问·调经论》曰"五藏之道，皆出于经隧，以行血气，血气不和，百痹乃变化而生，是故守经隧焉"经络理论是中医推拿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的核心理论，临床治疗的关键在于通经络，正如“痹论”认为“其不痛不仁者，病久入深，荣卫之行涩，经络时疏，故不通，皮肤不营，故为不仁”经络的不通，导致了营卫气血运行的异常，后世陈士铎《石室秘录》秉承了这一点，认为“以人手为之按摩，则气血流通，疾病易愈”通经络作为推拿治疗痹证(颈椎病即属此类)的重要机理，在《黄帝内经》时期已经确立。

3.3.1.3 推拿可以补虚蠲痹

痹证的产生和人体感受外邪有关，《素问·痹论》“风寒湿三气杂至，合而为痹”这一论断，为后世对痹证的认识治疗奠定了基石，王清任在《医林改错·痹证有瘀血说》中将“肩痛、臂痛、腰疼、腿痛或周身疼痛”总称为痹。然邪气侵袭人体发病与否和人体的机能状态有关，所谓“正气存内、邪不可 干，邪之所凑，其气必虚”故宋·严用和《重订严氏济生方·诸痹门》认为凡痹之生成“皆因体虚腠理空疏，受风寒湿气成痹也。”《素问·调经论》在论述推拿时认为“神气不足，视其虚络，按而致之，以通其经，神气乃平”，“按摩勿释……移气与不足，神气乃得复”“寒湿之中人也，皮肤不收，肌肉坚紧，荣血泣卫气去，故曰虚，虚者聂辟气不足，按之则气足以温之，故快然而不痛”推拿的补虚作用主要针对阳气不足而言，可扶正祛邪，鼓舞阳气，经云“阳气者，精则养神，柔则养筋”按之以温，阳气足，寒邪散，经气通，通则不痛。所以《素问·阴阳应象大论》曰“气虚宜掣(导)引之”。

3.3.1.4 推拿具有祛邪作用

《素问·阴阳应象大论》曰“其慓悍者，按而收之”后世宋·《圣济总录·卷四·治疗·按摩》认为推拿具有“开达抑遏”的功效“抑遏则慓悍者有所归宿”今人多解“慓悍”为发病凶猛迅急，按经义当指邪气疾利，推拿可以收敛邪气以祛邪实，故《灵枢·官能》有“按积抑痹”之论。

除上述作用外，《黄帝内经》还论述了推拿的其它作用。可以看出，推拿治疗的理论基础已经形成。

3.3.2 膏摩的应用

膏摩是指将一定的药物配伍制成软膏作为推拿介质进行手法操作的外治法。《金匮要略·脏腑经络先后病脉证并治》认为“若人能养慎，不令邪风干忤经络，适中经络，未流传脏腑，即医治之，四肢才觉重滞即导引、吐纳、针灸、膏摩，勿令九窍闭塞”，首次操出“膏摩”一词，指出膏摩具有疏通经络气血，驱散外邪的作用，可用于邪中经络，闭阻不通之证。

虽然膏摩在《五十二病方》中即有记载，《黄帝内经》也曾尝试用马膏治“卒口僻”，但直至隋唐——推拿发展史上第一个高峰期才被广泛地用于临床，构成此时推拿临床的一大特点。

3.3.2.1 早期膏摩应用是一方治多病

孙思邈在《备急千金要方·序例·合和第七》中详细论述了摩膏的制法。《备急千金要方》记载的膏摩方中就有卫候膏膏“治百病……脊背头项强，偏枯拘挛，或缓或急”，太傅白膏“治百病，头项强痛，腰脊两脚疼，有风痹湿肿难屈伸，不能行步……诸风肿疾，颈项腰脊强，偏枯不仁，皆摩之”，苍梧道士陈元膏“主一切风湿骨肉疼痹”等等。其中首载

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

于《肘后方·治百病备急丸散膏诸要方》并广泛流传的苍梧道士陈元膏在其后《外台秘要·卷三十一·古今诸家膏方四首》中详细介绍了此膏的来历及疗效，成为当时的名方之一。此时膏摩的应用，从所列举的病证中可以看出几乎包治百病，尚嫌笼统。

3.3.2.2 宋元时期则向专病专方靠拢

《太平圣惠方》是集膏摩之大成之著作，所载膏摩、药摩方近百首，大大超过了《备急千金要方》和《外台秘要》之数量，晋隋唐时期的膏摩还处在临床摸索阶段，难免有泛治百病之嫌，此书所载膏摩则渐向专病专方靠拢，首次记载了“摩腰膏”四首。但尚未有专治颈肩疼痛的膏摩，只是融于众方之中，此时所用药物多为辛热、辛香开窍、温经散寒、活血定痛之品。

膏摩的应用，固然为推拿临床开辟了新思路，同时也说明当时推拿手法的不成熟，尚需借助外力来加强疗效。《黄帝内经》虽然奠定了推拿的理论基础，但鲜有论及具体手法。宋《圣济总录·治法·按摩》对手法的认识上升到理论高度，“按之弗摩，摩之弗按，按止以手，膏或兼以药，曰按曰摩，适所用也”对推拿手法作了区分，提出了可用于膏摩的手法，并对手法的作用做了深刻论述，“大抵按摩法，每以开达抑遏为义”。《圣济总录》的这些认识为以后药物和手法的分离奠定了基础。

3.3.3 导引自我按摩的应用

导引和自我按摩作为一种养生保健方法早在先秦时即已产生，导引侧重功能锻炼，华佗认为导引可使“谷气得消，血脉流通，病不得生”（《后汉书·方术列传》）自我按摩则是患者主动利用手法自身操作，孙思邈在《备急千金要方·养性·居处法第三》中说：“凡小有不好，即按摩捋捺，令百节通利，邪气得泄”，指出自我按摩可以疏通经络气血、滑利关节、防病治病。

3.3.3.1 导引以锻炼颈项肌

马王堆汉墓帛书的帛画《导引图》是世界医学史上第一幅医疗保健体操图，其中即有“鹤顾”画一妇女，直立，头转向右，两臂向外平展，用来锻炼颈项肌肉以防治颈项部痹证。

东汉末年名医华佗创“五禽戏”，《后汉书·方术列传》记载是以古方有仙者为导引之事，熊颈鸱顾，引挽腰体，动诸关节，以求难老。尤其强调“熊颈鸱顾，动诸关节”对后世颈部推拿手法的出现有一定的指导意义。

《备急千金要方·养性·按摩法第四》有“两手拒地回顾，此是虎视法”，同华佗所创“熊颈鸱顾”类似，通过主动锻炼，颈椎做各方向的运动，增大椎间隙，颈椎关节紊乱得以调节，改善局部血运是较理想的防治方法。

3.3.3.2 自我按摩的应用

孙思邈《备急千金要方·养性·按摩第四》将自我按摩发挥得淋漓尽致，其“老子按摩法”有“舒手挽项左右三遍”。明·王廷相《摄生要义·按摩篇》自我按摩套路操作中有“次风池、次项左右，皆揉之”。自我按摩能够充分发挥患者自身的主观能动性和灵活机动性，既侧重于养生防患，也可用以既病防变，病后防发，且患者可以根据自我感受随时调节手法强度、把握手法用量，调整揉作规程。

3.3.4 手法的形成

隋唐时期虽是我国推拿发展史上第一个高峰期，但当时对手法的认识尚肤浅，所以治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗颈肩痛多为膏摩和导引自我按摩，宋元时期，对推拿手法的认识已经上升到一个新高度，但由于封建礼教的束缚，按摩一科在官方太医院被取消，但此时中医伤骨科正式形成并得到迅猛发展，推拿融于其中也有了长足的进步(见膏摩部分《圣济总录》对手法的论述)，所以今日推拿治疗颈椎病明显带有正骨手法的痕迹。至《医宗金鉴》和《中国接骨图说》，推拿治颈手法才见诸记载。

3.3.4.1 手法概念的完善

《医宗金鉴·正骨心法要旨·手法总论》认为手法是“以两手按置所伤之筋骨，使仍复于旧也”强调手法应用应明解剖，辨筋骨，认为“盖一身之骨体，既非一致，而十二经筋之罗列序属，又各不同，故必素知其体相，识其部位”，一旦临症强调要求医生“手随心转，法从手出”必须精神高度集中施治，使“患者不知其苦”，认为手法为“正骨之首务”。其“正骨八法”中对按摩法、推拿法论述尤为深刻，认为“按摩法：按者，谓以手往下抑之也。摩者，谓徐徐揉摩之也。此法盖为皮肤筋肉受伤，但肿硬麻木，而骨未断折者设也。或因跌扑闪失，以致骨缝开错，气血郁滞，为肿为痛，宜用按摩法，按其经络，以通郁闭之气，摩其壅聚，以散瘀结之肿，其患可愈。”，“推拿法：推者，谓以手推之，使还旧处也。拿者，或两手一手捏定患处，酌其宜轻宜重，能动缓焉以复其位也。若肿痛已除，伤痕已愈，其中或有筋急而转摇不甚便利，或有筋纵而运动不甚自如，又或有骨节间微有错落不合缝者，是伤虽平，而气血之流行未畅，不宜接、整、端、提等法，惟宜推拿，以通经络气血也。”可以看出手法临症运用既注重对“皮肤筋肉”软组织手法的实施又强调对“错骨缝”的整复(脊椎推拿手法)，是今日颈椎推拿的指导性纲领。

3.3.4.2 治颈手法

《医宗金鉴·正骨心法要旨·头面部》认为“面仰头不能垂，或筋长骨错，或筋聚，或筋强骨随头低”等颈部症状宜用“推、端、续、整四法治之”遗憾的是《医宗金鉴》没有说明手法的具体操作。

日本人二宫献彦可所著《中国接骨图说》精辟地总结了十八世纪中国骨科的主要经验，在《普济方·折伤门》所用牵引复位治疗颈椎骨折的基础上，增加了旋转运动，形成了一直影响至今的颈部复位手法，其法名曰“熊顾法”。《中国接骨图说·正骨图解》记载其母法是先端提；子法一是牵引兼旋转，二是转牵轻旋，三是牵、旋整理舒筋，具体发展了《医宗金鉴》“推、端、续、整”四法，今日临床治疗颈椎病所用的颈推复位手法即是源于此。可以说在《医宗金鉴》和《中国接骨图说》时期，治疗颈椎的原则和手法正式形成并流传到现在。

清朝末年，一指禅推拿流派，少林内功推拿流派等诸多推拿流派在民间诞生，并产生了广泛的影响，为近代手法治疗颈椎病的理论化、系统化奠定了基础。

3.4 针灸疗法

针灸是以中医理论为指导，运用针刺和艾灸防治疾病的传统医学外治法。针灸疗法历史悠久，源远流长，早在药物治疗之前便已产生。秦汉时期的中医经典巨著《黄帝内经》有近半数的篇幅论及针灸，是当时人们防治疾病的主要医疗手段，颈椎病属中医的痹证，《医林改错·痹症有瘀说》认为：“凡肩痛、臂痛、腰疼、腿疼或周身疼痛，总名曰痹症。”“痹”即闭阻不通，乃机体气血运行有滞而产生。针灸是筋骨痹证治疗的重要手段，温习

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

古训，对今日临床有着指导意义。

3.4.1 痹证病因病机和分类

《素问·痹论》曰“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”人体四肢百骸，五脏六腑机能的正常，有赖于气血的运行和濡养，当正气不足，又“各以其时，重感于风寒湿三气”（《素问·痹论》）时，则气血的运行受阻，“血行而不得反其空，故为痹厥也”（《素问·五脏生成论》）根据所感邪气的偏胜，《黄帝内经》把痹证分为“行痹”（风气胜）、“痛痹”（寒气胜）、“着痹”（湿气胜）、“热痹”（邪郁化热），并根据邪气侵犯的病位，《素问》把痹证区分成五脏痹和骨、筋、脉、肌、皮痹。五脏痹是指气血运行郁滞而导致脏腑功能紊乱的病理概念；而颈椎病则属于骨、筋、脉、肌、皮五痹的范围，是指气血郁滞后产生的躯干和周围软组织局部疼痛、感觉迟钝的麻痹不仁、运动障碍的无力挛缩等症候群。五脏痹和骨、筋、脉、肌、皮痹又密切相关。骨、筋、脉、肌、皮五痹留连不去，复感于邪则可内舍五脏，从而影响脏腑的生理机能。后世所论痹证，多指骨、筋、脉、肌、皮运动系统病症，但在辨证治疗上注重结合脏腑理论论治。

3.4.2 痹证的临床表现

颈椎病最常见的神经根型的主要临床表现为疼痛、麻木和功能障碍，和筋骨痹证的临床表现相符。《素问·痹论》曰“或痛、或不痛、或不仁、或寒、或热、或燥、或湿”且“痛者，寒气多也，有寒故作痛也。其不痛不仁者，病久入深，荣卫之行涩，经络时疏，故不通，皮肤不营，故为不仁。其寒者，阳气少，阴气多，与病相益，故寒也。其热者，阳气多，阴气少，病气胜阳遭阴，故为痹热。其汗而濡者，此其逢湿甚也。”具体说明了痹证的主要临床症状疼痛多因寒邪伤人，肌肤不仁源于经络不通，荣卫不行。根据筋骨痹所在病位其临床症状各有不同，“痹在于骨则重，在于脉则血凝而不流，在于筋则屈不伸，在于肉则不仁，在于皮则寒，……凡痹之类，逢寒则虫（《针灸甲乙经》引作急），逢热则纵”，《素问·长刺节论》也说“病在筋，筋挛节痛，不可以行……病在肌肤，肌肤尽痛……病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛……”显然，颈肩痛是风寒湿邪气侵犯了筋骨等组织而为患的。然正气不足是其发病基础，《素问·刺法论》说“正气存内，邪不可干”，《素问·评热病论》说“邪之所凑，其气必虚。”与颈椎病的发病是在退行性改变的基础上感受外因产生症状的认识相吻合。

3.4.3 针灸治疗痹证强调经络辨证和经筋辨证

针灸的核心理论是经络腧穴理论，《黄帝内经》详细论述了经络系统各部分的循行和临床证候，强调“凡刺之道，必通十二经络之所始”（《灵枢·本输》），确立了经络辨证、经筋辨证为主治疗筋骨痹的针灸治疗原则。手阳明大肠经“起于大指次指之端，循指上廉，出合谷两骨之间，上人两筋之中，循臂上廉，入肘外廉，上臑外前廉，上肩、出髃骨之前廉，上出于柱骨之会上，……其支者，从缺盆上颈贯颊……”（《灵枢·经脉》），手太阳小肠经“起于小指之端，循手外侧上腕，出踝中，直上循臂骨下廉，出肘内侧两筋之间，上循髃外后廉，出肩胛，交肩上……其支者，从缺盆循颈上颊……”（《灵枢·经脉》），手少阳三焦经“起于小指次指之端，上出两指之间，循手表腕，出臂外两骨之间，上贯肘，循臑外上肩，而交出足少阳之后……上出缺盆，上项……”此三经在颈肩及上肢的循行和发自颈椎支配上肢的颈神经分布相一致。手三阳经的病候记载上，均有经脉所过部位的疼痛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

和功能障碍，尤其是手太阳小肠经病候“不可以顾，肩似拔，臑似折……颈颔肩臑肘臂外后廉痛”和神经根型颈椎病极为类似，且手足太阳经气相通，足太阳膀胱过颈部，《灵枢·杂病》曰“项痛不可俯仰，刺足太阳，不以顾，刺手太阳”，以太阳经为主取穴，配合手阳明、手少阳经腧穴成为后世针刺治疗颈肩痛的准绳。

十二经筋是十二经脉之气濡养筋肉骨节的体系，是附属于十二经脉的筋膜系统，其循行和本经一致，具有“起、结、聚、布”的特点和痹证的发生关系密切，《鬼傲术》认为“手足三阳行于外，其筋多刚”，“刚者所以束骨，柔者所以相维”，颈椎病的发生，其关键因素之一即是脊柱内外平衡条件失调。经筋的束骨作用，是维持颈椎稳定的基础，经筋为病自然会波及脊柱，因此《灵枢·经筋》认为手太阳经筋“其病小指支，肘内锐骨后廉痛，循臂阴入腋下，腋下痛，腋后廉痛，绕肩胛引颈而痛，应耳中鸣痛引颈，目瞑良久乃得视，颈筋急则为筋痿颈肿……”，手少阳经筋、手阳明经筋病均为经筋所过处“支转筋”，足太阳经筋病则“项筋急”，足少阳经筋病则“颈维筋急”。经筋的病候，着重在筋肉关节运动系统，以痹痛，转筋、痿弱不用为主，故在《灵枢·经筋》篇末概括指出“经筋之病，寒则反折筋急，热则筋弛纵不收，阴痿不用。阳急则反折，阴急则俯不伸”，对经络、经筋的上述认识，决定了治疗筋骨痹证当以经络辨证和经筋辨证为基本治疗原则。

3.4.4 痹证治疗的针灸取穴

3.4.4.1 分经取穴论治痹证

风寒湿邪侵袭人体而为痹，头颈为上，故《灵枢·邪气脏腑病形》曰“身半已上者，邪之中也”“中于项则下太阳”亦即风邪袭人，上先受之，人经则合于太阳，太阳为巨阳，阳气化生精微，内可以养神，外可以柔筋，故太阳主筋所生病证，且手太阳小肠经行于颈项及上肢尺背则，为颈椎病常犯部位，在《素问·骨空论》中有“失枕在肩上横骨间”，张景岳《类经·针刺类》认为“肩上横骨间”是指手太阳之肩外俞。督脉总督一身之阳，故亦可取风府治“大风颈项痛”以祛风邪。我国第一部针灸专著《针灸甲乙经》对颈肩痛的针灸治疗，发展了《黄帝内经》的经验，采用了循经辨证取穴，具体临床症状和取穴见下表。

症　　状	主穴	归　　经	刺　　法
头痛项急，不得倾侧，目眩晕，不得喘息，舌急难言	风府	督　　脉	毫针刺法
偏枯，臂腕发痛，肘屈不得伸；又风头痛，涕头，肩臂颈痛，项急，烦满，惊，五指掣不可屈伸，战栗	腕骨	手太阳小肠经	毫针刺法
肩痛不能自举，汗不出，颈痛	阳池	手少阳三焦经	毫针刺法
肘痛引肩不可屈伸，振寒热，颈项肩背痛，臂痿痹不仁	天井	手少阳三焦经	毫针刺法
肘臂腕中痛，颈肿不可以顾，头项急痛，眩，淫泺，肩胛小指痛	前谷	手太阳小肠经	毫针刺法

从附表中可以看出，颈椎病最常见类型神经根型的主要症状颈项肩臂手指疼痛麻木、肌肉萎缩，颈部功能障碍，椎动脉型的主要症状，头项痛，眩晕均有类似描述，取穴以手太阳小肠经，手少阳三焦经及督脉腧穴为主，在《黄帝内经》的基础上把针灸治疗颈肩痛系统化、具

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

体化，三国两晋南北朝对筋骨痹和颈肩痛的论治，主要成就是针灸方面的经验，尤以《针灸甲乙经》为突出。自晋以后，对这类疾病的针灸治疗，基本上是以《针灸甲乙经》为基础的。

3.4.4.2 局部取穴论治痹证

《灵枢·经筋》在对痹证的治疗时提出“以痛为输”，《灵枢·终始》亦曰：“治病者先刺其病所从生者也”，强调了局部取穴的重要性。孙思邈《备急千金要方·用针略例第五》在此基础上首次提出了阿是穴，“有阿是之法，言人有病痛，即令捏其上，若里当其处，不问孔穴，即得便快成痛处，即云阿是，灸刺皆验，故曰阿是穴也。”阿是穴的提出，是对循经取穴的补充，充实了针灸治疗痹证的选穴方法，对后世影响极大。现在所常采用的针治方法即是局部取穴结合循经取穴。另外，《三国志·魏书·方技传》记载华佗治“有人病两足躄不能行”，灸“夹脊一寸，上下行端直均调，如引绳也”，治疗腰背、腰(腿)痛疗效显著，后世称之为“华佗夹脊灸”，《肘后方·治卒霍乱诸急方第十二》称该穴“夹背脊大骨完中去脊各一寸”，亦即“华佗夹背穴”，颈椎病常取颈段华佗夹脊穴，为局部取穴增添了新的内容。

3.4.4.3 脏腑辨证取穴论治痹证

《素问·痹论》中即有筋骨痹不已，复感外邪，内舍于五脏，而成五脏痹，并且指出“五脏有俞，六府有名……各随其过”后世在此基础上在治疗筋骨痹证时多配合脏腑辨证。

3.4.5 针灸治疗痹证的原则和方法

3.4.5.1 针灸治疗痹证的原则

用针之道，在于调和阴阳，接续经气，《灵枢·周痹》指出针灸治疗痹证大法“刺痹者，必先切循其下之六经，视其虚实，及大络之血结而不通，及虚而脉陷空者而调之，熨而通之，其瘛坚，转引而行之。”首先应用切循等法观察经脉和络脉的虚实状况，一般用九针治疗，但脉虚下陷者，须用熨法温通。针刺治疗经病则应“盛则泻之，虚则补之，寒则留之，陷下则灸之，不盛不虚，以经取之。”(《灵枢·经脉》) 实证用泻法，虚证用补法，热证快刺不留针，寒证留针，其中补虚泻实是针灸治疗的基本原则。

3.4.5.2 针灸治痹证的方法

针刺操作除用毫针据虚实采用提插捻转补泻，徐疾补泻，呼吸补泻，迎随补泻等还应用“燔(火)针劫刺，以知为数”(《灵枢·经筋》)，刺络出血等多种方法，同时应注意针刺深度和层次，做到“刺骨者无伤筋，刺筋者无伤肉，刺肉者无伤脉，刺脉者无伤皮；刺皮者无伤肉，刺肉者无伤筋，刺筋者无伤骨”(《素问·刺要论》)，以得气为度。还应注意针刺勿伤及脊髓。(《素问·刺禁论》即记载“刺脊间中髓为伛”的针刺意外情况)

综上所述，针灸可以调整阴阳，疏通经络，扶正祛邪，用于治疗颈肩痛有着悠久的历史，切实的疗效。其理论在秦汉时期已经形成，两晋时期得以系统化、具体化、今日临床均是在此基础上发展起来的。

(伊智雄　杨富国　李永方
程英武　戚国庆　李玉丁)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近现代参考文献

[1] 赵定麟．脊柱外科学．上海科学技术文献出版社，1996．118～220

[2] 伊智雄．实用颈背腰痛中医治疗学．北京：人民卫生出版社，1997．351

[3] 孙绍良．颈椎病的辨证施治．陕西中医学院学报，1987，10(1)：16～19

[4] 张静生．颈椎病的病因病机及治疗．中医函授通讯，1987，(1)：22～23

[5] 张长江．颈椎病中医防治．北京：中医古籍出版社，1986．104

[6] 李金学．颈椎病的辨证论治探讨．中医杂志，1987，(12)：51～53

[7] 王建国，等．眩晕的血液流变学变化与中医辨证分型的关系．中国中医骨伤科杂志，1989，4(4)：28

[8] 吕志平，等．镇眩汤治疗眩晕症150例．新中医，1991，23(2)：26

[9] 张长江．颈椎病中医防治．北京：中医古籍出版社，1986．103～108

[10] 斐仁和，颈椎病分期论治的体会．中国中医骨伤科，1995．3(1)：20～21

[11] 李金学，颈椎病的辨证论治探讨．中医杂志，1987，(12)：50～52

[12] 孙元勤，等．中药内外合治颈椎病65例．陕西中医，1991，12(6)：254

[13] 胡兆满．辨证分型治疗颈椎病64例疗效观察．新中医，1992，(3)：23

[14] 徐展望．颈椎病的中医治疗进展．贵阳中医学院学报，1987，(4)：61～62

[15] 余锡明．颈椎病从痰论治62例的临床观察．新中医，1992，(6)：25～26

[16] 丁卫国，辨证论治颈椎病50例．陕西中医，1995．16(1)：14

[17] 常建林，等．颈椎病的研究进展．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃．北京：中国中医药出版社，1992．380

[18] 王爱玲，浅谈颈椎病的治疗．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃．北京：中国中医药出版社，1992．116～118

[19] 王天保．辨证分型综合治疗颈椎病80例临床观察．上海中医药杂志，1986，(6)：22

[20] 石关桐．著名伤科专家石幼山治疗颈椎病的用药经验．上海中医药杂志，1987，(7)：4

[21] 李宁．诸方受教授治疗颈椎病经验．中医骨伤，1993，6(1)：13

[22] 曾 -林，等．杨天鹏老中医论治颈椎病经验．中国骨伤杂志，1993，6(1)：15

[23] 朱敏．益气聪明汤加减治疗颈椎性眩晕34例．浙江中医，1995，30(9)：397

[24] 陈健，等．颈晕定治疗颈椎病的中医治疗．中国骨伤杂志，1997，10(2)：41～42

[25] 王惠，等．椎动脉型颈椎病的中医治疗．中国骨伤杂志，1993，6(5)：10

[26] 吴兰珠，等．自拟眩晕停汤治疗颈椎病眩晕60例．中西医结合实用临床急救，1995，2(2)：82

[27] 杨国安．血府逐瘀汤加减治疗颈椎病．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃．北京：中国中医药出版社，1992．204

[28] 武亨升．以自拟颈痛灵内服为主治疗颈神经根型颈椎病196例疗效观察．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃，北京：中国中医药出版社，1992．477～478

[29] 杨笃权．舒颈汤治疗颈椎病125例．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃．北京：中国中医药出版社，1992．403～404

[30] 施建中．自拟颈痹汤治疗神经根型颈椎病66例．四川中医，1995，(8)：50

[31] 张永禄．逐痹汤与电熨法治疗颈肩腰腿痛68例．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃，北京：中国中医药出版社，1992．185

[32] 汤家强．内外兼治颈椎病436例临床疗效观察．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃．北京：中国中医药出版社，1992．151

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[33] 江青海．活颈汤加旋转复位法治疗颈椎病 232 例．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃．北京：中国中医药出版社，1992．133
[34] 王拥军．施杞教授关于颈椎病理论与临床的探讨．中国中医骨伤科杂志，1997，5 (3)：60～62
[35] 王瑞海．葛根二藤汤治疗颈椎病 41 例．山东中医杂志，1991，10 (1)：18～19
[36] 黄志孝．白术木瓜汤治疗颈椎骨质增生．山东中医杂志，1996，(1)：25
[37] 郭成瑞．宣痹通络汤治疗颈椎病 43 例．新中医，1995，27 (7)：20
[38] 李德麒．骨痹汤治疗颈椎骨质增生 257 例．新中医 .1985，17 (10)：33
[39] 袁成义．蠲痹汤治疗颈椎病 48 例．四川中医，1994，(7)：39
[40] 李志龙．温经活血通络法治疗颈椎病 87 例．陕西中医，1995，16 (1)：13
[41] 陈有亮．当归四逆汤加味治疗颈椎病 80 例．新中医，1995，27 (10)：54
[42] 崔明亮．脾肾并补、整体调衡法治疗颈椎病 150 例．中国中西医结合杂志，1992，12 (8)：496
[43] 吴敏慧．颈宁液注射配合牵引治疗颈椎病 110 例疗效观察．陕西中医函授，1987，(4)：36
[44] 杨述先，等．颈椎消痛散治疗颈椎病 188 例临床疗效观察．中国农村医学，1995，23 (5)：27
[45] 姚树棠，等．扩管束治疗颈椎病 69 例．陕西中医 .1986，7 (9)：394
[46] 易绵中．鹿角四虫散治疗颈椎病．四川中医，1991，(2)：30
[47] 夏振信，等．颈椎新法治疗颈椎病的临床及实验研究．中国中医骨伤杂志，1995，3 (3)：49～50
[48] 张万芳，等．颈痛灵治疗颈椎病 305 例．中医杂志，1988，(3)：43
[49] 刘玉梅．蛇灵丸治疗颈椎病 31 例．陕西中医，1993，(2)：55
[50] 易佑元．“增味虎挣丸”治疗颈椎病 100 例分析．江西中医药，1993，(4)：11
[51] 蒋云根，等．抗骨质增生丸的临床应用．江西中医药，1993，(3)：44
[52] 郭志忠．自制膏药颈椎Ⅰ号治疗颈椎病．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃．北京：中国中医药出版社，1992．108
[53] 肖玉臣，等．中药外治 180 例颈椎病康复观察．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃．北京：中国中医药出版社，1992．325
[54] 王君，等．蛇散外敷治疗痹症 66 例．陕西中医，1992，13 (2)：58
[55] 李嘉义．牵引配合推拿手法敷药治疗颈椎病．四川中医，1991，(7)：33
[56] 宛敏，等．手法中药熨敷颈椎病临床体会．中医药学报，1995，(2)：32
[57] 王忆黎，等．芸香膏贴敷治疗痛症举偶．新中医，1995，27 (12)：47
[58] 钱忠权，等．颈肩腰腿痛擦剂治疗颈肩腰腿痛 452 例．中医外治杂志，1997，(4)：15
[59] 刘逢光．中药透皮给药治疗颈椎病 106 例临床观察．中国中西医结合杂志，1995，15 (12)：738
[60] 何群贤．中草药热敷为主治疗神经根型颈椎病 127 例报告．中医整骨，1995，7 (5)：32
[61] 赵聚凯、等．颈椎通治疗颈椎病机理的实验研究．中国骨伤，1997，10 (5)：10～12
[62] 王建国，等．眩晕的血液流变学变化与中医辨证分型的关系．中医研究，1995，8 (6)：27
[63] 王易虎．颈痛宁冲剂治疗颈椎病的临床及实验研究．中西医结合杂志，1991，11 (6)：343
[64] 赵天才，等．定眩冲剂对碘油压迫椎动脉所致家兔缺血性脑损伤模型的作用之实验观察．见：首届颈肩腰腿痛会议论文荟萃，北京：中国中医药出版社，1992．15
[65] Bernard T，et al.Recognizing Specific Characteristics of Nonspecific Low Back Pain Clin Orthop，1987．217：266-80
[66] Triano J.Standards of Care：manipulative procedures In：White A，Anderson R，eds.Conservative care of low back pain Baltimore，MD Williams & Wlkins，1991．159
[67] 朱鼎成，等．推拿名家朱春霆学术经验集．上海科学技术出版社，1996．3～6
[68] 丁秀峰．椎拿大成．郑州：河南科学技术出版社，1994．337

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[69] 冯天有．中西医结合治疗软组织损伤．北京：人民卫生出版社，1977．5～10
[70] 罗金官．罗氏正骨心法秘诀．北京：科学技术文献出版社，1995．163～170
[71] 葛凤麟，等．葛氏捏筋拍打正骨疗法．北京科学技术出版社，1996．93
[72] 冯天有．介绍一种颈椎病新疗法及其机理探讨．中华外科杂志，1977．(1):22～26
[73] 沈国权．推拿手法图谱．上海科学技术出版社，1994．111～120
[74] 龚金德，等．推拿镇痛与内啡呔的关系．上海中医药杂志，1982，(4):22
[75] Vernon HT.et al.JMPT 1986，(9):115
[76] 刘志诚，等.9 例软组织损伤推拿前后血浆中单胺类物质的变化．中国康复医学杂志，1986，1 (3):18
[77] 刘志诚，等．按摩对软组织损伤家兔血浆中组胺含量的影响，中医骨伤科杂志，1986，2 (4):3
[78] 刘志诚，等．按摩对损伤家兔外周多巴胺、去甲肾上腺素的调节作用．中国中医骨伤科杂志，1988，4 (4):7
[79] 刘志诚，等．按摩对软组织损伤家兔全血乙酰胆碱脂酶活力的影响．中国康复医学杂志，1987，2 (4):149
[80] 刘志诚，等．按摩前后软组织损伤家兔中枢和外周组胺含量的变化．中国康复医学杂志，1987，2 (6):245
[81] 刘志诚，等．按摩对软组织损伤家兔中枢多巴胺、去甲肾上腺素的影响．中国康复医学杂志，1988，3 (4):176
[82] 刘志诚，等．推拿牵引对外周单胺类物质的调整作用．中国中医骨伤科杂志，1991，7 (2):6
[83] 刘志诚，等．推拿按摩镇痛和调整作用的研究．中国中医骨伤科杂志，1991，7 (5):3
[84] 龚金德，等．推拿前后全血 5-羟色胺含量变化．上海中医药杂志，1986，(7):47
[85] 范明，等．下颈推旋转复位手法治疗根型颈椎病前后脉像及神经变化的初步研究．骨伤科研究，1986，(1):155
[86] 顾华，等．中医正骨手法治疗神经根型颈椎病前后诱发电位的研究．中西医结合杂志，1986，(12):4734
[87] 耿建红，等．脊髓型颈椎病的早期诊断．中国运动医学杂志，1995，14 (4):261～263
[88] 张义炯，等．按摩对患者血液动力流变学的影响．中华理疗杂志，1986，(4):251
[89] 倪文才，等．椎动脉型颈椎病的手法治疗和发病机理的研究．中华骨科杂志，1985，5 (3):144
[90] 王以慈．颈椎病手法复位前后椎动脉血流图的变化：610 例脑血流图的分析．辽宁中医杂志，1982，6 (4):46～47
[91] 龚金德．推拿治疗椎动脉型颈椎病 30 例及其脑血流图变化．中华理疗杂志，1983，6 (3):158～159
[92] 车俊生，等．颈推病推拿治疗前后脑血流通过时间的变化．安徽中医学院学报，1989，(4):47
[93] 马玉龙，等．推拿疗法对颈椎病、腰椎间盘突出症患者红细胞 Na^+、K^+——ATP 酶活性的影响．中国运动医学杂志，1993，15 (3)
[94] 马玉龙，等.40 例颈推病患者治疗前后尿谷胱甘肽过氧化物酶和巯基物含量测定．中国运动医学杂志，1993，12 (2):133～135
[95] 姜宏，等．手法治疗颈肩腰腿痛的神经生理学基础．上海中医药杂志，1991，(12):32
[96] 姜宏，等．推拿疗法的生化机理研究与假说．辽宁中医杂志．1988，(5):7
[97] 姜宏，等．推拿镇痛的神经机理研究与假说．中国康复杂志，1990，(1):44
[98] Hass M.Physics of spinal manipulation，Part I The myth of F = ma，Part Ⅱ．A theoretical consideration of the adjustive force JMPT 1990，13:204-6，253-6
[99] Triano J,et al Cervical Spine manipulation,Applied loads,motions and myoeletric responses,Proceedings of the

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

14th Annual meeting of the American Society of Biomechanics, Miami, Florida, 1990, 14:187 ~ 188
[100] Kawchuk G.N Forces Generated During Spinal Manipulative Therapy of the cervical spine: A pilot study, JMPT 1992, 15:275 ~ 278
[101] Kawchuk G.N, et al Biomechanical characterization (fingerprintng) of five novel methods of cervical spine manipulation JMPT 1993, 16:573 ~ 577
[102] Herzog W The physics of spinal manipulation JMPT 1992, 15:402 ~ 405
[103] Herzog W Forces exerted During spinal Manipulative Therapy. Spine 1993, 18:1206 ~ 1212
[104] 吴宝根，等．颈椎定点旋转复位法的力学测量．骨伤科研究，1981，(2):105
[105] 吴毅文，等．中国推拿治疗各型颈椎病的方法要领及作用机制探讨．颈腰痛杂志．1997，18 (4):217
[106] 张长江，等．中西医结合治疗颈推综合征．陕西新医学．1979，(1):11
[107] 周临东，等．牵抖法治疗颈椎间盘突出症的实验研究和临床观察．中国骨伤，1994，7 (4):13 ~ 14
[108] 罗志瑜．颈椎斜扳法的合理体位和适应证的机理探讨．上海中医药杂志，1991，(1):14 ~ 15
[109] 王志泉．推拿意外分析及推拿安全性刍议．按摩与导引，1997，(5):6 ~ 8
[110] 纪晓平．针刺治疗颈肩痛 62 例．中医杂志，1987，(2):132
[111] 上海中医学院．针灸学．北京：人民卫生出版社，1979．135
[112] 赵桂兰．针刺治疗颈椎病 52 例疗效观察．贵阳中医学院学报，1986，(3):34
[113] 林迎春．针刺夹脊配养老穴治疗神经根型颈椎病 138 例．浙江中医杂志，1987，(2):69
[114] 浦蕴星，等．温针夹脊治疗颈椎病．上海针灸杂志，1984，(2):18
[115] 陈英炎，等．铍针输刺拔罐法治疗颈椎综合征 100 例．云南中医杂志，1984，(3):34
[116] 王文远，等 .278 例颈肩综合征的综合治疗．上海针灸杂志，1990，(1):17
[117] 王文远，等．针刺中平穴为主治疗颈肩综合征 115 例，中医杂志，1990，(7):36
[118] 陈幸生．项丛刺配合芒针治疗颈椎病 67 例．陕西中医，1990，(2):85
[119] 陈巩荪，等．耳针的临床应用．南京：江苏科学技术出版社，1982．254
[120] 高安泽．电针夹脊穴治疗脊椎骨质增生症 31 例．上海针灸杂志，1988，(1):20
[121] 谢可永，等．氦氖激光穴位照射治疗颈肩综合征．上海针灸杂志 .1988，(3):16 ~ 17
[122] 钱永忠．氦—氖激光照射穴位治疗颈性眩晕的疗效观察．徐州医学院学报，1985，5 (3):20
[123] 姚况林．氦—氖激光的临床应用和实验观察．中华理疗杂志，1979，(2):4
[124] 祁晓华．隔姜灸治疗脊柱退行性病变．上海针灸杂志，1987，(2):22
[125] 康培英．贴敷加温灸的临床应用．上海针灸杂志，1997，(3):27
[126] 宋毅勤，等．运用肌电图检验温针夹脊穴对颈根病的疗效．上海针灸杂志，1988，(2):4 ~ 5
[127] 张曼华．穴位注射治疗痛症 248 例．上海针灸杂志，1990，(2):27
[128] 王绪辉．实验性肢体痹证十二经电导变化．上海针灸杂志，1986，(1):22 ~ 23
[129] 邱茂良．中国针灸治疗学．南京：江苏科学技术出版社，1988，27
[130] 秦潮．关于针刺镇痛传入神经纤维类别的研究．上海针灸杂志，1990，(3):41 ~ 43
[131] 朱丽馥，等．针刺镇痛中 5-HT 下行抑制的作用及其与内阿片肽及 P 物质的关系．针刺研究 .1989，(1-2):69
[132] 艾民康，等．中枢乙酰胆碱在针刺镇痛中的作用．针刺研究，1989，(1-2):172
[133] 刘志诚，等．针刺对单纯性肥胖患者外周 5-羟色胺代谢的作用．上海针灸杂志，1990，(2):1 ~ 3
[134] 游振铨，等．针刺对痹证患者肢体局部血流的影响，上海针灸杂志，1990，(2):7 ~ 8
[135] 王宏才．针刺对大白鼠实验性血瘀作用的观察．上海针灸杂志，1990，(2):35 ~ 36
[136] 吕宏江．针刺对微循环血液影响的观察．上海针灸杂志，1986，(1):26 ~ 28

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[137] 周永生，等．复方中药阳离子导入治疗神经根型颈椎病．湖南医学，1989，6(2)：119
[138] 王步云．红川酊直流电导入治疗骨质增生1264例．中华理疗杂志，1985，8(2)：124
[139] 谭其仁．中药直流电导入治疗退行性骨关节病209例．中华理疗杂志，1979，2(1)：105～106
[140] 李月玺，等．中药离子导入治疗骨关节病200例．北京中医，1990，(2)：28
[141] 羊在高．复方中药离子定向导入治骨质增生2817例临床观察．新中医，1990，22(10)：25～26
[142] 刘世霞．中药离子导入治疗颈椎病100例．湖北中医杂志，1992，14(5)：39
[143] 郭会卿．中药离子透入治疗颈椎病68例．国医论坛，1993，8(1)：31
[144] 王兴周，等．中药离子电导入治疗骨质增生90例．中国中西医结合杂志，1994，14(2)：119～120
[145] 周景士，等．中药陈醋直流电离子导入治疗骨关节病1025例疗效观察．山西中医，1991，7(1)：56
[146] 朱庄庄，等．中药离子导入治疗颈椎病109例．实用中西医结合杂志，1991，4(8)：478
[147] 段庚辰，等．平乐展筋酊直流电离子导入治疗骨关节病297例报告．中医正骨，1993，5(3)：33～34
[148] 李志刚，等．中药离子导入治疗神经根型颈椎病甲皱微循环观察．云南中医学院学报，1994，17(3)：30～31
[149] 刘逢光．中药透皮给药治疗颈椎病106例临床观察．中国中西医结合杂志，1995，15(12)：738
[150] 胡平安．加味蠲痹汤并离子透入治疗神经根型颈椎病54例．四川中医，1993，11(4)：36～37
[151] 王玲．中药离子导入治疗颈椎病228例．中国民间疗法，1996，(1)：6
[152] 任彦苑，等．“当伸通”药膜离子导入治疗增生性骨关节炎457例临床小结．河南中医，1989，9(1)：15
[153] 孙书刚，等．药物导入法配合内服中药治疗骨质增生600例．山东中医杂志，1992，11(3)：25～26
[154] 王家新．综合治疗颈椎病100例．中华理疗杂志，1983，6(2)：127
[155] 刘立杰．针灸加中药离子导入法治疗神经根型颈椎病．中西医结合实用临床急救，1995，2(3)：132
[156] 朱同奎．牵引加骨刺消瘦液离子导入治疗颈椎病110例．河北中医，1990，12(5)：19
[157] 龚显淋．中药电熨等治疗椎动脉型颈椎病近期效果．中华理疗杂志，1993，(2)：94～95
[158] 蔡荣芹．骨质增生电疗机治疗颈椎骨质增生98例．河北中医，1990，12(6)：5
[159] Bogduck N. Epidural steroids. Spine 1995，20(7)：845
[160] 宋世锋．颈椎硬膜外封闭在头颈部痛的诊断性治疗．颈腰痛杂志，1996，17(1)：24
[161] 陈梦华．镇痛液治疗腰腿痛的体会．颈腰痛杂志，1996，17(1)：42
[162] Whitehill R，Moran DJ，Fechner RE，et al. Cervical ligamentous instability in a canine in vivo model. Spine 1987，12(10)：959
[163] Osti OL，Vernon B，Frerath R，et al. Anulus tears and intervertebral disc degeneration. Spine 1990，15(8)：762
[164] Miyamoto S，Yonenobu K，Onok. Experimental cervical spondylosis in the mouse. Spine 1991，16(5)：459
[165] Philip Bromage. Anesthesiology 1969，28(3)：592
[166] 张世民．脉络宁硬膜外注射治腰椎间盘突出症临床观察及初步动物实验．中国骨伤，1995，8(5)：15
[167] 黄延寿，等．颈部硬膜外腔注药治疗颈椎病．西安医科大学学报，1989，10(1)：71
[168] 周经悦，等．颈部硬膜外腔注药治疗颈椎病177例．海南医学，1994，5(2)：70
[169] 宋世锋，等．颈部硬膜外腔封闭在头颈部疼痛的诊断治疗．颈腰痛杂志，1996，17(1)：24
[170] Knight CL，et al. Human volunter studies of alfentany. Anaesthesia 1980，35(10)：952
[171] 孙锦年．硬膜外腔注射地塞米松引起精神障碍2例．颈腰痛杂志，1997，18(1)：72

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 腰椎间盘突出症 ❋

腰椎间盘突出症是腰腿痛最常见原因之一。腰椎间盘突出症是在腰椎间盘退变的基础上，因纤维环破裂，髓核突出，压迫神经根，引起腰腿痛和神经功能障碍。据多家流行病学统计资料，腰椎间盘突出症男性占1.9%～7.6%，女性占2.5～5.0%。

腰椎间盘突出症在中医学没有相应的病名，根据其临床表现，本病属中医学“腰腿痛”、“痹证”范畴。近年来，中医学对本病从理论探讨、试验研究及临床研究方面作了大量的工作，在临床治疗上，除传统的药物内治、外治、推拿和针灸等方法治疗腰椎间盘突出症的研究进展外，尚有与西医学及现代科学相结合而创造出来的中药药物离子导入、硬膜外中药治疗等新疗法的出现。这些新疗法的产生，不仅使中医对腰椎间盘突出症的临床治疗疗效显著提高，而且大大丰富了中医治疗学的内涵。在传统治疗方法上，中医推拿疗法研究取得了令人瞩目的进展，由于其疗效显著，可靠，早已受到西医专业人员的青睐，并广泛应用于临床。传统中医疗法和上述新疗法的进展已为医界所瞩目。但我们也观察到，目前在实验研究方面的资料尚少。相信随着理论研究、实验研究的进一步开展，临床研究会有更深入的实质性进展。

【今日临床】

1 诊断标准

1.1 病名诊断标准

腰椎间盘突出症在中医学中没有确切相对应的病名，根据其临床表现，应归属于中医学“腰腿痛”、“痹证”等病证的范畴。根据1994年国家中医药管理局发布的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》腰椎间盘突出症中所规定，本病的诊断标准为：

有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史。大部分患者在发病前有慢性腰痛史。

常发生子青壮年。

腰痛向臀部及下肢放射，腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重。

脊柱侧弯，腰生理弧度消失，病变部位椎旁有压痛，并向下肢放射，腰活动受限。

下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝，病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性，膝、跟腱反射减弱或消失，拇趾背伸力减弱。

X线摄片检查：脊柱侧弯，腰生理前凸消失，病变椎间盘可能变窄，相邻边缘有骨赘增生。CT检查可显示椎间盘突出的部位及程度。

1.2 证类诊断标准

血瘀证：腰腿痛如刺，痛有定处，日轻夜重，腰部板硬，俯仰旋转受限，痛处拒按。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

舌质暗紫，或有瘀斑，脉弦紧或涩。

寒湿证：腰腿冷痛重着，转侧不利，静卧痛不减，受寒及阴雨加重，肢体发凉。舌质淡，苔白或腻、脉沉紧或濡缓。

湿热证：腰部疼痛，腿软无力，痛处伴有热感，遇热或雨天痛增，活动后痛减，恶热口渴，小便短赤。苔黄腻，脉濡数或弦数。

肝肾亏虚：腰酸痛，腿膝乏力，劳累更甚，卧则减轻。偏阳虚者面色㿠白，手足不温，少气懒言，腰腿发凉，或有阳痿、早泄，妇女带下清稀，舌质淡，脉沉细。偏阴虚者，咽干口渴，面色潮红，倦怠乏力，心烦失眠，多梦或有遗精，妇女带下色黄味臭，舌红少苔，脉弦细数。

1.3 分期辨证标准

1.3.1 早期

腰椎间盘突出症的早期主要表现为督脉经输不利。督主一身之阳，为阳脉之海，属肾络脑，若督脉因肾气虚损，失于温煦，则经气不利，而见腰部隐隐疼痛，有时牵及臀及下肢，腰脊酸软无力，但痛无定处，此疼痛往往反复发作，有的可有明确的扭伤史，经休息或治疗后疼痛消失，尔后经常出现反复的急性腰部扭伤。有的并无明显的腰部外伤史，而出现反复的腰痛，多与劳累有关，休息后则疼痛减轻或消失。上述两种情况，在反复发作若干年后，继而逐渐出现慢性持续性腰痛，劳累或动作稍不注意则引起腰痛加重。腰部多有畏寒，喜温喜按，舌淡，脉沉迟缓或沉迟无力。若病情反复发作，亦可见腰膝酸软无力，心烦失眠，舌质红少津，脉沉细数，此乃阳损及阴所致。

此类多见于腰椎间盘膨出期或轻度的腰椎间盘突出所致。

1.3.2 急性发作期

1.3.2.1 寒湿内侵，遏阻经脉 腰背腿部冷痛重着，转侧不利，行动缓怠，遇寒湿则加重，虽静卧休逸，疼痛亦难明显减轻，甚或加重，其病史一般较长，渐渐加重，舌淡苔白腻，脉多沉迟、沉缓或濡缓。若兼风邪者，疼痛可呈游走而无定处，或自汗出，苔薄，脉浮缓；若以寒邪为主者，则疼痛麻木较剧，筋脉拘挛，得温则舒，遇寒加重，或四肢发凉，畏寒，舌淡苔白润，脉弦紧；若以湿邪为主者，则可见头身困重，四肢痿软无力，肌肤不仁，脘腹痞满，但按之濡软，或有恶心欲呕，或见患侧下肢肿胀、沉重，大便常溏泻或不爽，舌苔白腻，脉濡缓或濡细。

上证寒湿郁久，可化为湿热，则兼见痛处觉热，遇热、遇湿则疼痛加重，活动后或可减轻，亦或加重，若湿热流注下肢，则可见下肢痿软无力甚或痿废不用。小便短赤，舌红苔黄腻，脉濡数，此为寒湿之变证。

风寒湿邪久郁体内，痹阻经脉，遏阻气血，则多夹瘀，可见痛处固定不移，面色无华或黧黑，甚则肌肤粗糙、甲错，舌质紫暗，脉弦细或细涩。

1.3.2.2 跌仆闪挫，气滞血瘀 腰背腿疼痛麻木，多为刺痛或触电样或放射样疼痛，急性损伤者，痛如锥刺刀割，痛有定处，夜间加重，痛处拒按，轻则俯仰不便，扶腰跛行，重则因痛剧而不能转侧，行动不能，或下肢痿软无力，甚至下肢痿废不用，或见皮肤枯燥发痒，甚则肌肤甲错，面色黧黑，或见胸胁胀痛，情志抑郁，急躁易怒，女子可见经

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

来乳房胀痛或痛经，经来不定期，或月经后期，经色黯黑，或有血块，甚则闭经，舌质青紫，或有瘀斑、瘀点，脉弦细或弦细涩。

若气滞血瘀郁久化热，热伤阴分，则可见心烦，失眠，颧红，盗汗，小便短赤，舌红少津，脉沉细数；若原为气虚之体，或气滞血瘀遏阻气机，久之导致气虚，则可见倦怠乏力，气短懒言，面色㿠白，食少便溏，舌淡，脉缓；若下肢拘挛难伸，乃为阳气不足，阴寒内生。

腰椎间盘突出症的急性发作期，多见于腰椎间盘急性突出或脱出。

1.3.3 晚期

1.3.3.1 肝肾阴虚 腰椎间盘突出症病久，而见腰膝酸软无力，痛处绵绵，腰部屈曲转侧困难或屈曲则牵及颈项、下肢疼痛不适，甚则下肢痿废不用，或耳鸣耳聋，心烦失眠，口苦咽干，遗精带下，舌红少津，脉弦细数。若肾阳虚，则可伴见四肢不温，形寒怯冷，筋脉拘挛，舌淡，脉沉细无力。

1.3.3.2 气血不足 腰、背、臀及下肢酸痛隐隐，按揉则舒，喜温恶寒，头晕如飘，目视昏花，动则加重，一侧或两侧下肢软弱无力，甚则痿废不用，面色苍白或㿠白，唇口麻木，色白无华，心慌、心悸，失眠，怔忡，健忘，倦怠乏力，气短懒言，食少便溏，或可见手足蠕动，自汗、盗汗等，舌淡，脉细弱无力。

上述类型多见于腰椎间盘突出症失治、误治，或脊髓变性、神经根严重粘连等，造成久病不愈者。

1.4 病理分型标准

1.4.1 单侧椎间盘突出：下腰痛伴一侧下肢放射痛，脊柱侧弯，腰生理前凸减小或消失，病变椎间盘患侧椎旁压痛，可沿坐骨神经向下肢放射，直腿抬高试验阳性。CT 检查：椎间盘向椎管一侧突出。

1.4.2 双侧椎间盘脱出：下腰痛，伴双侧下肢放射痛，腰生理前凸减少或消失，病变椎间盘两侧椎旁均有压痛，可沿坐骨神经向下肢放射，双下肢直腿抬高试验阳性。CT 检查：椎间盘向左右突出，并可见游离块。

1.4.3 中央型椎间盘脱出：除出现腰腿痛的症状外，还可出现会阴郁麻木和大小便功能障碍等马尾神经压迫症。CT 检查：椎间盘向正中方向突出。

1.4.4 上下型椎间盘脱出：大部分患者仅有腰痛症状，X 光检查病变椎间盘可见 Schmorl 结节。

1.5 西 医 诊 断

1.5.1 症状

1.5.1.1 腰痛

腰痛是腰椎间盘突出症最常见的症状，也是最早期的症状之一。腰椎间盘突出症的病人，绝大多数都有此症状。腰痛可出现在腿痛前，此类病例占多数，亦可在腿痛出现同时或之后。持续性腰背钝痛为多见，活动后或长期取一固定姿势时加重，经体息或卧床后可减轻，此类病例一般发病缓慢；另一类病例为腰痛的急性发作，呈痉挛性剧痛，难以忍

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

受，各种活动均受影响。腰痛的出现，一部分病人的腰痛出现在明确的腰部外伤后的当时，亦可出现在外伤后的一定的间隔时间，短者数天，长者可达数周、数月乃至年余。

单纯的腰痛产生的原因主要是，突出的椎间盘对外层纤维环及后纵韧带中的椎窦神经纤维的刺激，或对硬膜的刺激以及腰椎间盘突出，其周围肌腱、韧带、骨膜和关节周围其他组织所产生的病理反应。

1.5.1.2 坐骨神经痛

由于95%的腰椎间盘突出症发生在腰$_{4,5}$及腰$_5$骶$_1$椎间隙，故在腰椎间盘突出症患者多有坐骨神经痛。坐骨神经痛80%左右发生在腰痛之后或当时，只有20%左右发生在腰痛之前。

坐骨神经痛多为逐渐发生，开始的疼痛多为钝痛，并逐渐加重，疼痛呈放射痛，多起自于臀部，逐渐下行放射，至大腿后外侧、小腿外侧至足跟部或足背。少数病例可出现由下向上的放射痛，至臀部。坐骨神经痛可因咳嗽、打喷嚏、大小便等引起腹压增高时而加剧，亦可因患者取腰部屈曲位而减轻。因此，患者多在行走时腰部前倾，卧床时取侧卧屈髋屈膝的三屈位，骑自行车(在平地)比行走疼痛减轻，这是因为腰部的屈曲位可使神经根松弛所致。

此外，腰椎间盘突出症患者还可在某一姿势下，因活动出现坐骨神经痛的突然加剧或突然出现触电般的放射痛，此种疼痛又可因某种原因，如姿势的改变、自行活动后或不明的原因而自行缓解或消失。

从上文所述的突出的腰椎间盘与神经根的关系，我们可知，当腰$_{4,5}$椎间盘突出时，多侵及腰$_5$神经根的发出处。当腰$_5$骶$_1$椎间盘突出时，则可压迫骶$_1$神经根的起始段，如为偏中央或中央型，则可影响骶$_2$神经根的硬膜内部分或更多的马尾神经，因而常见神经功能障碍。突出的椎间盘向上潜行压迫出自同一椎间孔神经的机会是极少的，因而突出的腰椎间盘常是影响出自下一个椎间孔的神经根，甚至更下一个椎间孔的马尾神经，而不是出自同一椎间孔的神经。但腰$_{3,4}$及以上的腰椎间盘突出，都是通过硬膜压迫将要发出的上一条神经及马尾神经。压迫神经根者，可出现神经根症状，压迫马尾神经者，则可出现马尾综合征。由于95%以上腰椎间盘突出症发生在腰$_{4,5}$或腰$_5$骶$_1$间隙，压迫腰$_5$或骶$_1$神经根，故主要表现为坐骨神经疼痛症状。另有1%～2%的腰椎间盘突出发生在腰$_{3,4}$椎间隙，压迫了腰$_4$神经根，可出现股神经疼痛症状。具体的定位诊断如下：

① 腰$_{3,4}$椎间盘突出：腰$_4$神经根受压，出现腰背痛，髋痛，大腿外侧痛和小腿内侧麻木，股四头肌无力，膝反射减弱或消失。

② 腰$_{4,5}$椎间盘突出：腰$_5$神经根受压，出现腰背痛，骶髂部痛，髋痛，向下反射至大腿、小腿后外侧及足跟痛。小腿后外侧或包括拇趾足背的麻木，偶有足下垂，膝反射、跟腱反射一般无改变。

③ 腰$_5$骶$_1$椎间盘突出：骶$_1$神经根受压，出现腰背痛，骶髂部痛，髋痛，向下反射至大腿、小腿后外侧及足跟痛。小腿后外侧及包括外侧三足趾的足背麻木，肌力减弱不多见，若有肌力改变，则表现为足的跖屈及屈拇无力。踝反射一般减弱或消失。

由于中央型腰椎间盘突出多在腰$_{4,5}$或腰$_5$骶$_1$，而压迫相应的神经根和马尾神经，故临床上出现双侧坐骨神经痛(可交替出现)，及马尾综合征(详见下文“马尾综合征”)。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上一节腰椎间盘突出可有下一节以下腰椎间盘突出的症状。这与突出的位置偏外或稍居中有关。

一侧坐骨神经痛可以转换到另一侧，这多与中央型有关。腰、腿痛可以是持续性的，也可以是间歇性的，这与突出物的大小、位置及病理改变等多种因素有关。

1.5.1.3 腹股沟及大腿前内侧痛

高位腰椎间盘突出症时，突出的腰椎间盘可压迫腰$_{2,3,4}$神经根，导致其支配区域的腹股沟及大腿前内侧疼痛。此外，部分低位腰椎间盘突出，亦可引起腹股沟及大腿前内侧疼痛，此种疼痛多为牵涉痛。

1.5.1.4 间歇性跛行

间歇性跛行的出现是因腰及下肢疼痛或麻木突然加重所致。此症状的出现多与腰椎间盘突出症继发腰椎管狭窄，或原发性腰椎管狭窄，因髓核的突出更加重了椎管狭窄的程度有关。行走时椎管内受阻的丛静脉逐渐扩张，加重了对神经根的压迫，引起缺氧而引起。

1.5.1.5 麻木

部分腰椎间盘突出症患者无下肢疼痛而仅仅出现肢体麻木，麻木区域仍按神经根受累区分布。这是因为突出的椎间盘只是刺激了本体感觉和触觉纤维所致。

1.5.1.6 马尾综合征

主要见于中央型腰椎间盘突出症，有巨大突出时，可压迫附近平面以下的马尾神经。出现严重的双侧或左右交替的坐骨神经痛、会阴区麻木、排便排尿不利、双下肢的不全瘫痪，女性可有假性尿失禁，男性可出现功能性阳痿。

1.5.1.7 肌肉瘫痪或肌力减弱

肌力减弱较为多见，而肌肉瘫痪则出现于神经椎严重受压时。皆与神经分布区域有关。腰$_{4,5}$椎间盘突出，腰$_5$神经根麻痹，胫前肌、腓骨长、短肌、伸拇长肌及伸趾长肌瘫痪，出现足下垂。其中以伸拇长肌瘫痪无力而引起拇趾不能背伸最为常见；腰$_5$骶$_1$椎间盘突出，骶$_1$神经根受累，腓肠肌和比目鱼肌肌力减退，但小腿三头肌瘫痪罕见。

1.5.1.8 其他

亦有报道腰椎间盘突出症患者可出现患肢发凉、尾骨痛、小腿水肿等。

1.5.2 体征

1.5.2.1 腰部畸形

① 腰椎生理曲线减小或消失，出现平腰。若合并腰椎管狭窄时，可有后凸畸形。

② 脊柱侧弯：腰$_{4,5}$以上的椎间盘突出常有侧弯出现。这是因为腰椎凸向患侧，使患侧纤维环紧张和部分髓核的还纳，达到减轻椎间盘对神经椎的压迫。当然，腰椎侧凸尚受到骶棘肌痉挛的影响。

1.5.2.2 步态

症状较重者，可出现行走时姿态拘谨、前倾或跛行。

1.5.2.3 压痛点

压痛点主要位于棘突旁。距高中线 2～3cm 处。压痛时，可出现沿神经根走行的下肢放射痛，其疼痛区域与神经根所支配的平面相一致。棘突间和棘突上亦可出现压痛，但以叩痛为主。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.5.2.4 腰部活动受限

腰椎间盘突出症时，各方向的活动都会不同程度地受到影响。前屈位时，在腰椎间盘脱出者，由于腰椎前屈，促使髓核从破裂的纤维环向后方突出，加重了对神经根的刺激和压迫，致使症状加重；而纤维环未破裂的膨出或突出者，则因后纵韧带紧张及椎间隙后方加宽，促使髓核前移，而减轻了对后方神经根的压迫，致使症状减轻。相反，腰椎后伸时，由于活动受限，一般疼痛不加重，若后伸使疼痛明显加重，则对椎间盘的膨出或突出的诊断价值更大。腰椎侧弯活动时，向健侧活动时，疼痛减轻，向患侧活动时，疼痛加重。

1.5.2.5 下肢肌肉萎缩

腰椎间盘突出症时，其受累神经所支配的肌肉，可有不同程度的肌肉萎缩，少部分严重的患者，可失去踝关节旋转或拇趾背伸的能力。

1.5.2.6 神经功能障碍

① 感觉神经障碍：感觉神经功能障碍按受累神经根支配区域分布。主要表现为麻木、疼痛敏感及感觉减退。不同皮区的感觉改变，对腰椎间盘突出症的定位有一定意义，但不能定性。

② 运动神经障碍：运动力量的减弱是较为可靠的体征，但肌神经受多个神经根支配，因此肌力的减弱有的可不太明显。

③ 反射功能障碍：腰椎间盘突出症在神经根受压的早期，神经反射功能可出现亢进(也可以减弱或消失)，中后期多为减弱或消失。腰$_{3,4}$椎间盘突出，可出现膝反射减弱或消失；腰$_5$骶$_1$椎间盘突出，可出现跟腱反射减弱或消失；单纯腰$_{4,5}$椎间盘突出，反射一般无改变。

1.5.3 特殊检查

1.5.3.1 直腿抬高试验

患者仰卧，检查者一手使患肢的膝关节保持完全伸直，另一手扶住足跟缓缓地抬高患肢，当出现坐骨神经痛时为阳性。并记录下下肢抬高角度的度数。腰椎间盘突出症出现阳性的原因是，突出的椎间盘组织压迫神经根后，限制了神经根的正常活动度，直腿抬高牵拉神经根难以向远端移动，则诱发了坐骨神经痛。腰椎间盘突出症的病人，绝大多数都出现直腿抬高试验阳性，此检查对诊断本病是一重要依据(图 35)。

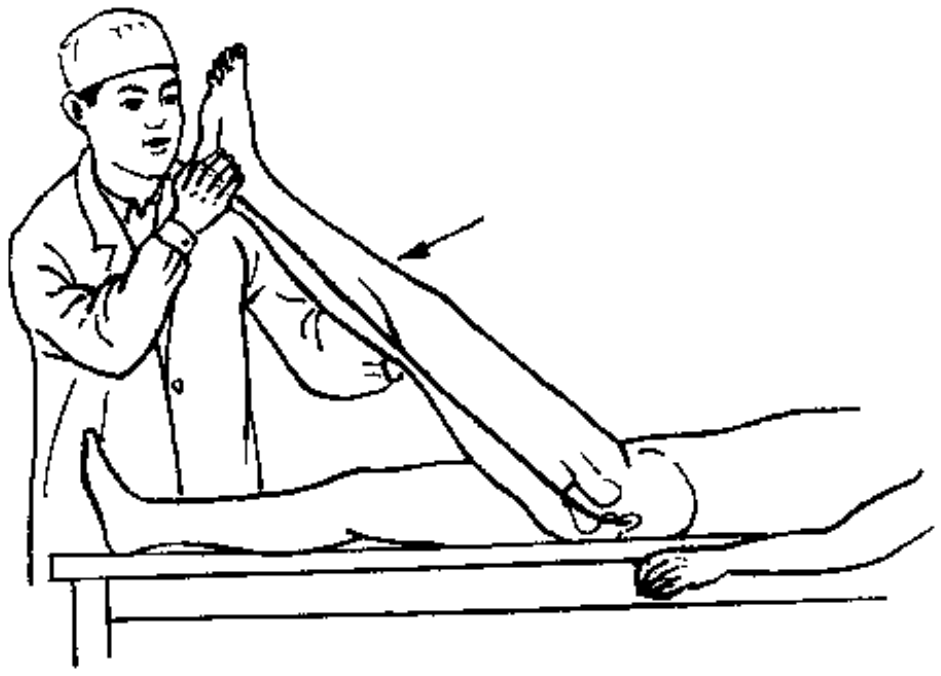


图 35 直腿抬高试验

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

应当注意的几个问题：

① 应先检查健侧，并以健侧为标准进行比较。正常人下肢抬高的角度为 60～120 度，当患肢在抬高时低于健侧的抬高角度出现放射痛时，才是阳性。一些运动员、女性即使有腰椎间盘突出症，直腿抬高也可以大于 90 度，这些人应以坐骨神经痛是否存在为标准。

② 本试验诱发的坐骨神经疼痛应是放射性的，按神经根支配区域分布的疼痛，如仅仅出现腰痛、腘部或仅有大腿后方的放射痛皆不算阳性，后者充其量算作可疑。

③ 坐骨神经是由腰$_{4,5}$和骶$_{1,2}$神经根组成的，故腰椎$_{3,4}$，腰$_{4,5}$和腰$_5$骶$_1$椎间盘突出时，本试验才阳性，若腰椎间盘突出只压迫腰$_{2,3}$神经根时，则本试验阴性，甚至可减轻患者的疼痛。

④ 腰骶部病变，以及骶髂关节病变，由于也可使坐骨神经受累，亦可出现阳性。

1.5.3.2 直腿抬高加强试验(Bragard 征)

病人仰卧，作上述直腿抬高试验，当下肢抬高到一定程度时，即出现按神经支配区域分布的坐骨神经痛。然后将患肢抬高程度予以降低，可使疼痛缓解并消失。此时将患肢的踝关节突然背屈，又引起放射性坐骨神经痛者为阳性。此试验的意义在于，可以鉴别直腿抬高试验所引起的坐骨神经痛是神经根活动受限所致，亦或肌肉及其他原因所致。(图 36)

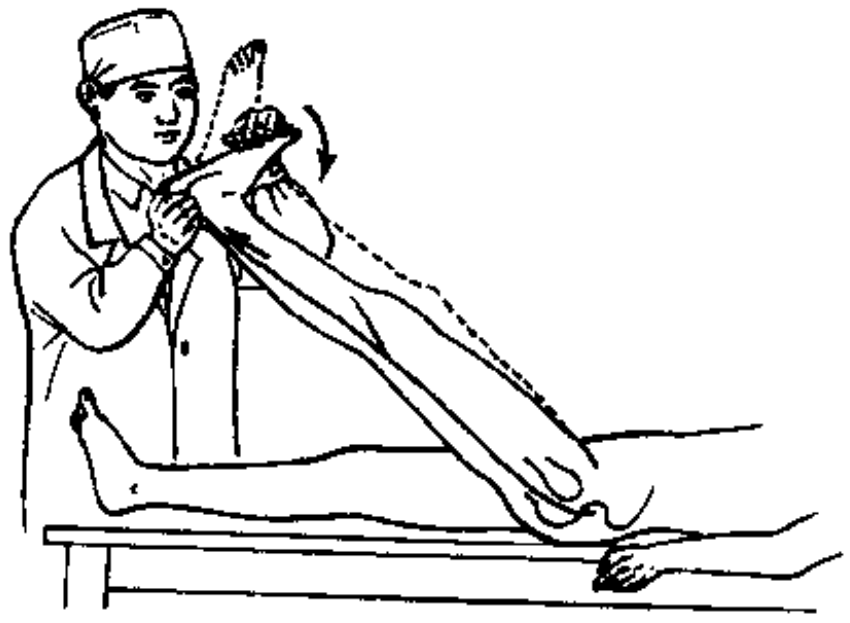


图 36 直腿抬高加强试验(Bragard 征)

1.5.3.3 Laseque 征

病人仰卧，患肢髋、膝关节各屈曲 90 度。检查者一手扶住足跟部，另一手置于膝关节前方。使膝关节被动伸直时出现放射性坐骨神经痛为阳性。(图 37)

1.5.3.4 健侧直腿抬高试验(Fajersztajn 征、Radzikowski 征、Bechterew 征)

作健侧直腿抬高试验时，患肢出现坐骨神经痛者为阳性。其机制为直腿抬高健侧下肢时，健侧神经根袖牵拉硬膜囊向远端移动，从而使患侧的神经根也随之向下移动，当患侧椎间盘突出压迫神经根的腋部时，神经根向远端的移动受到限制而诱发坐骨神经痛。如突出的椎间盘在神经根肩部时，此试验为阴性。

1.5.3.5 仰卧挺腹试验

病人仰卧，作抬臀挺腹的动作。使臀部、背部高开床面，出现患肢放射性坐骨神经痛者为阳性。本试验的意义，主要是为了与一些在作直腿抬高试验时，由于职业的关系(如体操运动员、舞蹈演员等)而出现阴性的患者作鉴别诊断而设立的。抬臀挺腹的动作，使椎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

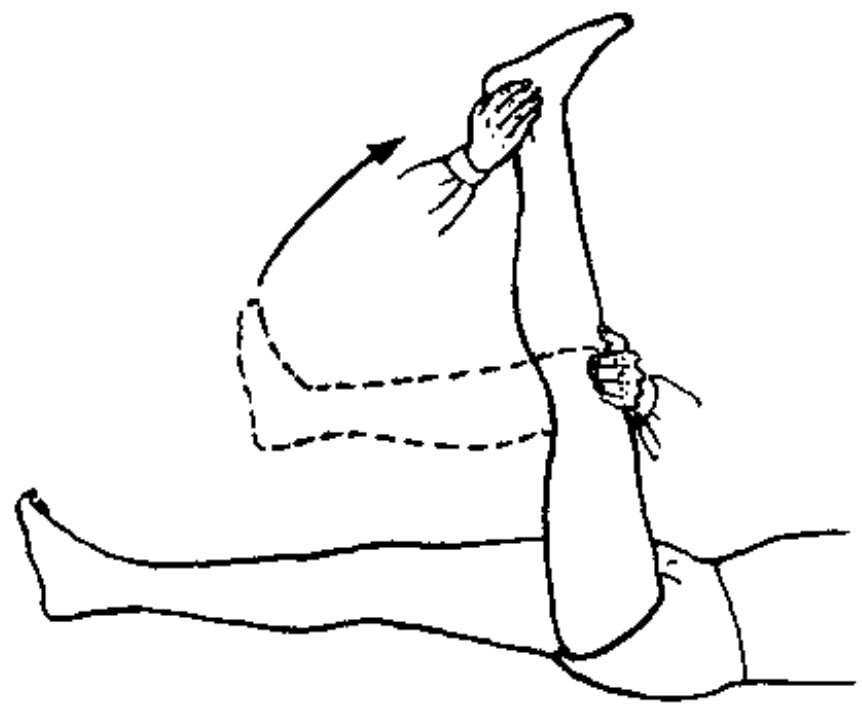


图 37　Laseque 征

间隙变窄，而使突出物更加后突，加重了对神经根的压迫和刺激。(图 38)

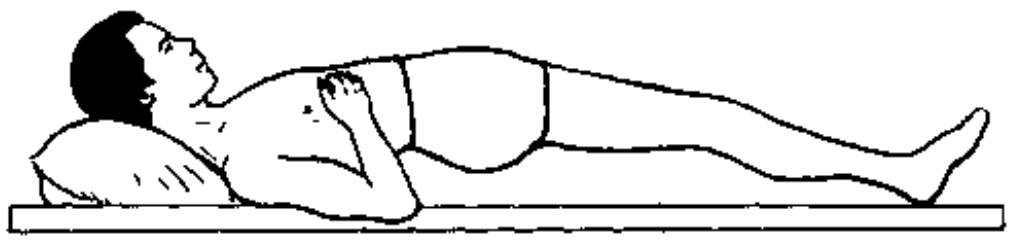


图 38　仰卧挺腹试验

1.5.3.6　屈颈试验(Lindner 征)

患者取坐位或半坐位，两下肢伸直，然后向前屈颈，引起患侧下肢放射痛者为阳性。这是用屈颈动作从上方牵拉硬脊膜和脊髓，而刺激已因下肢的伸直而紧张了的神经根所致。(图 39)

1.5.3.7　弓弦试验

病人取坐位，头及脊柱保持平直，两小腿自然下垂。让病人将患肢逐渐伸直或检查者用手扪压患肢腘窝部再将小腿逐渐伸直，出现放射性坐骨神经痛则为阳性。(图 40)

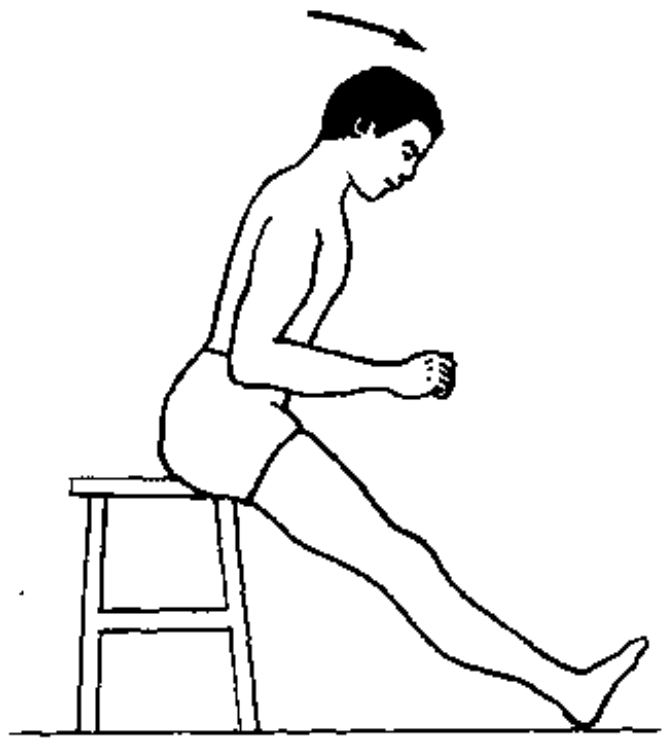


图 39　屈颈试验(Lindner 征)

1.5.3.8　股神经牵拉试验

病人俯卧位，患侧膝关节伸直 180 度，检查者将患肢小腿上提，使髋关节处于过伸位，出现大腿前方痛即为阳性。在腰$_{2,3}$和腰$_{3,4}$椎间盘突出时为阳性。上述动作使股神经紧张性增高，从而刺激了被突出的椎间盘所压迫的神经根。临床上较多见的腰$_{4,5}$、腰$_5$骶$_1$椎间盘突出时，此试验阴性。此试验对高位腰椎间盘突出症的诊断有重要意义。(图 41)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

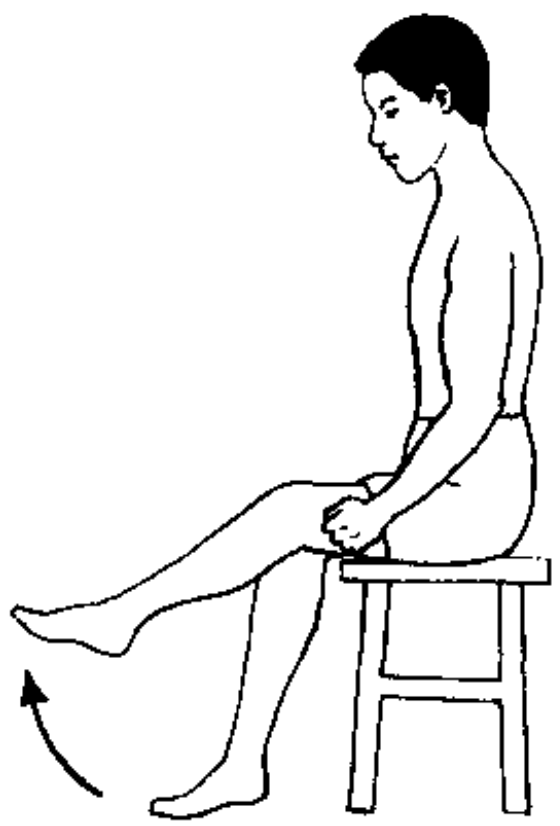


图 40 (1) 弓弦试验

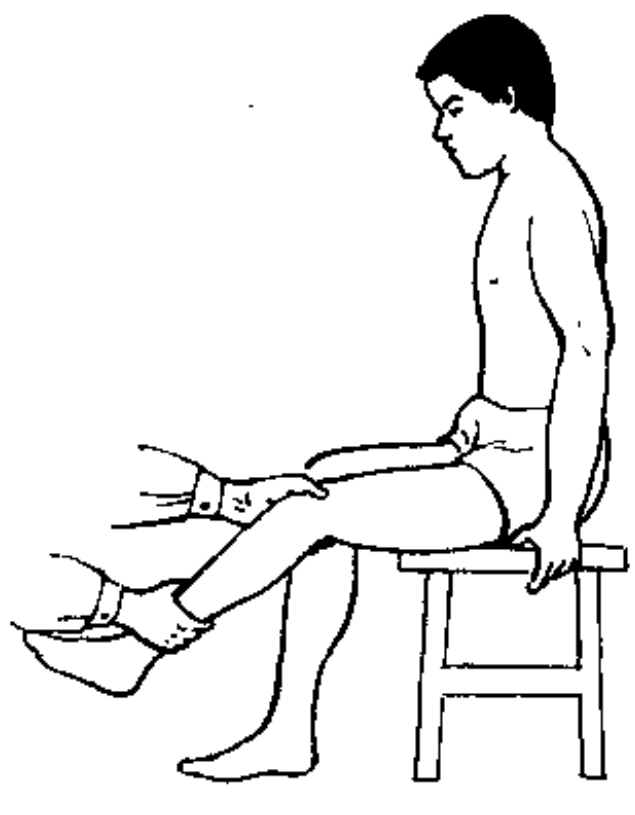


图 40 (2) 弓弦试验

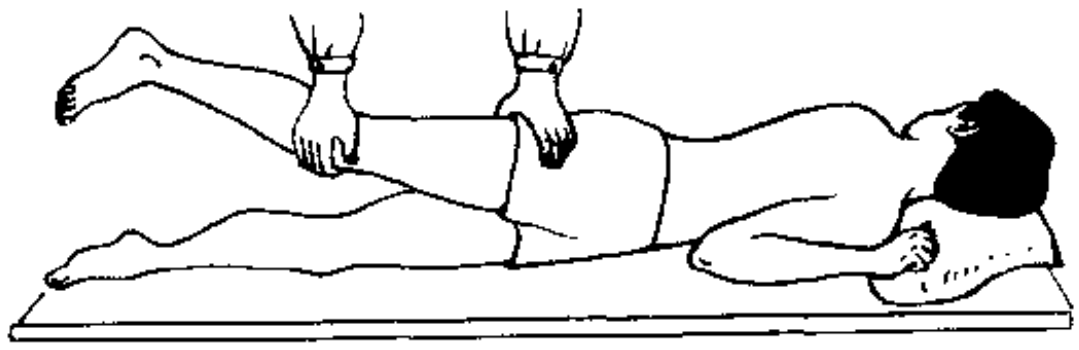


图 41 股神经牵拉试验

1.5.3.9 其他

尚有一些其他特殊检查的方法，在腰椎间盘突出症亦可出现阳性特征，如 Naffziger 征、Hoover 征、Bowstring 征等。与上述的检查大同小异。本节不再赘述。

1.5.4 影像学检查诊断

腰椎间盘突出症的影像学检查诊断主要包括腰椎平片、CT、MRI 以及特殊造影等。后者是一般诊断方法不能明确时亟须慎重的检查方法。因此本节的重点在于前三者的影像学检查。

1.5.4.1 腰椎平片

腰椎平片在诊断腰椎间盘突出症中是不可缺少的步骤。其意义有二：一是作为诊断的重要参考，但不能作为定性诊断，因腰椎间盘突出症患者，其腰椎平片可以完全正常。二是用以排除腰椎化脓性炎症、结核、原发性或转移性肿瘤等。

1.5.4.2 腰椎正位片

在腰椎间盘突出症时，其腰椎正位片可呈现侧凸。侧凸多见于腰$_{4,5}$椎间盘突出，腰$_5$骶$_1$椎间盘突出则少见。侧凸可凸向健侧，这是因为突出的髓核位于神经根内侧；侧凸亦可凸向患侧，此乃因为突出的髓核位于神经根的外侧所致。

1.5.4.3 腰椎侧位片

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

在腰椎间盘突出症时，其侧位片可见以下几种变化：

① 腰椎生理曲度减小或消失，严重者可出现后凸，腰椎间隙变为后宽前窄或前后等宽。正常的腰椎呈生理性前凸，腰椎间盘呈前宽后窄的楔形，以保持腰椎的生理前凸的曲度。在腰椎间盘突出症时，由于纤维环破裂，髓核突出而后移，致使原本前宽后窄的椎间隙，逐渐变为前后等宽，或前窄后宽，因而使腰椎生理曲度减小或消失。若是严重的腰椎间盘突出症或多处椎间盘突出，则可能出现后凸现象。后凸的出现，亦有因神经根逃避髓核的压迫而出现的继发性畸形的因素在内。

② 椎间隙变窄。正常的腰椎间隙宽度，除腰$_5$骶$_1$外，均是下一椎间隙比上一椎间隙为宽。在腰椎间盘突出症时，可表现为下一腰椎间隙窄于上一腰椎间隙。椎间隙的变窄，可为腰椎间盘的生理性退变所致，若明显变窄，多为纤维环被破坏的腰椎间盘(髓核)突出所致。前者多无腰椎间盘突出症的临床表现。

③ 突出的椎间盘上下两个椎体前缘可产生骨赘增生。这些骨赘的形成，一方面是椎体的不稳定因素所致，骨赘的形成是椎体自我保护机制的结果，另一方面，也可能是椎体边缘骨膜剥脱，骨膜下新骨形成所致。

④ 假性腰椎滑脱。即下一个椎体向前移位超过上一个椎体，形成一种半脱位现象。这种情况多见于腰$_{4,5}$腰椎间盘突出，引起的腰$_5$椎体向前滑脱移位。腰$_{4,5}$椎间盘是腰椎受力最大的部位，椎间盘的退变或突出性病理变化，使腰$_4$、腰$_5$两腰椎间的稳定性受到破坏，在腰椎生理曲度(即受力的作用)的影响下，腰$_5$椎体向前滑脱，形成半脱位。

1.5.4.4 CT检查

CT (computed tomography)，即计算机体层扫描。是用X线对检查部位的横断面进行扫描，经计算机处理后重建图像。其分辨率高，层面图像，解剖关系清楚。在腰椎间盘突出症的诊断中，可以清楚地显示椎间盘突出的部位、大小、形态和神经根、硬脊膜囊受压移位等的形象，同时可显示椎板、黄韧带肥厚、小关节增生肥大、椎管及侧隐窝狭窄等情况。CT对腰椎间盘突出症的正确诊断率约为90%以上。在CT检查中，腰椎间盘突出症的表现主要为。

(1) 腰椎间盘膨出

正常情况下，椎间盘后缘与椎体骨性断面的边缘平行，在腰椎间盘膨出的患者，椎间盘的后缘出现一弥漫性膨出。其密度大于硬膜外脂肪，而明显低于椎体，呈密度均匀，且与椎体后缘距离基本相等而对称的膨出影像。

(2) 腰椎间盘突出

下腰椎区域尤其是硬脊膜囊变小的腰$_{4,5}$和腰$_5$骶$_1$平面，通常有丰富的硬膜外脂肪。正常的硬膜外透亮区其形态和大小对称，当椎间盘破裂致腰椎间盘突出时，呈软组织密度的髓核进入到低密度的硬膜外脂肪存在的区域，形成密度不同的影像。侧位突出时，在椎间盘破裂的平面上，两侧对比，软组织密度影呈不对称性；当中央型腰椎间盘突出时，明显突出的椎间盘密度影呈向正中方位的突出(或略偏左或右)，并压迫硬脊膜囊使之呈新月状。

(3) 腰椎间盘脱出

脱出的髓核密度高于硬脊膜和硬膜外脂肪的密度，当硬膜外间隙出现软组织密度影时，代表了突出的髓核的碎片。当碎片较小而外面有后纵韧带连着时，在显示椎间盘本身

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的层面上可以看到其软组织块影与椎间盘影相连续；当突出的碎片较大时或当碎片已破裂到后纵韧带外面，且与椎间盘失去连续性和从纤维环的破裂处游离于椎管时，在椎间盘平面以外的层面上也可以显示软组织密度影。

（4）硬脊膜囊变形

如上所述，硬脊膜及其内容物的密度低于椎间盘。即使是上腰段，脊髓及硬脊膜在椎管中占据了几乎全部的管道，但硬脊膜囊与椎间盘的分界面（CT 上看到的是分界线）也是极为清楚的，CT 在椎间盘的层面上可以清晰地显示出由于硬脊膜和椎间盘的密度差所形成的分界线（此界限中内含脂肪组织）。腰$_{4,5}$二者的界面距离加大。硬脊膜囊与椎间盘的分界面在上腰段一般呈凹陷形，在腰$_4$ 平面呈直线，在腰$_5$ 骶$_1$ 平面略凸。在腰椎间盘突出时，尤其是下位腰段的腰椎间盘突出时，突出物由于受着后纵韧带的限制，很少能够压迫或挤压硬脊膜囊，只有当突出物极大，并属于中央型突出时，或突出物的极大的碎片嵌顿在椎管时，才可能使硬脊膜囊显著变形甚至呈新月状。此时，椎间盘密度影与硬脊膜密度影失去了界限的空隙，面密切接触在一起，由于二者密度的差异，可以看出硬脊膜囊的变形，并伴有突出的椎间盘或脱出在椎管内的髓核的较大碎片的密度影。

（5）神经根鞘的压迫和移位

神经根鞘是指脊神经的前、后根在向椎间孔行进中，当穿过软脊膜和蛛网膜时，两层脊膜分别作鞘状包于各根的周围，当两根各自穿过硬脊膜，并分别被此膜形成的鞘所包裹，在脊神经节的远端，两根合成一根，硬脊膜鞘也随之合成一鞘，成为脊神经的被膜，又称神经外膜。在神经根穿过椎间孔时，此鞘膜附着于椎间孔的骨膜上，有支持和固定脊髓的作用。神经根鞘存在于整个的神经根管中。根神经在第 4 腰椎以下经侧隐窝走行。正常情况下的神经根鞘在硬膜外脂肪的衬托下表现为软组织密度。

当突出（脱出）的髓核组织下移到侧隐窝时，则可将神经根鞘向后推移。在 CT 断面上有时甚至可见神经根鞘被挤压至椎弓板之外。

（6）突出的髓核钙化

髓核长期突出，可出现钙化，在椎管内的软组织密度内呈衰减值增高的区域。

1.5.4.5 MRI 检查

MRI（magnetic resonance imaging）又称磁共振成像，是较 CT 更为先进的非侵入性检查方法，其诊断范围更广泛，诊断准确率更高。虽对骨性组织的显影不如 CT 清楚，但对软组织的分辨则优于 CT 检查。由于其价格昂贵面不普及，在腰椎间盘突出症的影像学检查中不宜作常规检查或首先使用。

（1）腰椎间盘膨出

T_1 加权图像，可清楚地看到椎体后方的条状低信号呈凸面向后的弧形改变，横轴位表现为边缘光滑的对称性膨出，椎间盘无局部突出。

（2）膜椎间盘突出

T_2 加权图像对椎间盘的显示更为清楚。在矢状位成像中，突出的髓核与未突出的髓核间有狭颈相连，在横轴位上，可显示椎间盘的退变（出现不规则图像）、椎体后缘不对称的髓核突出、硬膜囊及脊髓的受压状况。

（3）腰椎间盘脱出

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

游离的髓核为圆形或卵圆形孤立团块，与未突出的髓核之间无联系，脱出或游离的间盘碎片周围环绕一低信号带。

(4) 腰椎管狭窄

椎管狭窄有先天性和获得性两种。获得性也可与先天性同时并见。

在 T_1 加权图像上，可清楚地反应出蛛网膜下腔变窄、闭塞、脊髓受压、变形等。在 T_2 加权图像上，可清楚地辨明韧带的肥厚及骨质增生与蛛网膜下腔的区别。在横断面上对椎间盘突出及韧带的肥厚的程度的观察，较 CT 成像更加满意，显示椎间盘从前方压迫硬膜囊，使硬膜囊呈局限性弧形后压切迹。在 T_1 加权图像上，由于中央型狭窄引起的神经根相互靠拢，在盲囊中部形成中等强度的团块。在 T_2 加权图像中，由于脊髓受压出现的水肿、软化，髓内可呈局限性信号增强区。横轴位 T_1 加权图像可以较好地显示侧隐窝、上关节突及椎间孔部位的神经根管的狭窄。较清楚地显示增生的小关节突及肥厚的黄韧带，以及由此而出现的椎管狭窄。

1.5.4.6 特殊造影检查

特殊造影检查是在 X 线诊断仍不能明确时，需慎重使用的方法。常用的造影检查有脊髓造影、硬膜外造影、椎间盘髓核造影。

(1) 脊髓造影

常用脊髓造影的方法，根据使用造影剂的不同分为脊髓碘油造影和脊髓碘水造影两种。即在蛛网膜下腔内注入造影剂，并在 X 线下进行观察或摄片进行检查的一种方法。由于碘油在脊髓腔内不易吸收，造影所致的副作用及易于引起并发症，现已很少使用。目前使用的水溶性碘造影剂比重近似于脑脊液，能使蛛网膜下腔的神经根和根袖得以充盈，更好地显示神经根，提高了诊断的准确性，同时又可被吸收，而无碘造影剂所常见的副作用及并发症，目前已成为诊断腰椎间盘突出症最为广泛应用的造影方法之一。由于水溶剂的吸收较快，故造影后应立即摄片。

水溶性碘造影剂充盈脊髓和神经根较完整，能清晰地显示突出的椎间盘对硬脊膜囊或神经根的压迫部位，同时在左右斜位片上可对比出神经根袖一侧充盈，另一侧不充盈。硬脊膜囊的受压多见于腰椎间盘中央型突出，神经根袖受压，多见于腰椎间盘侧方型突出，若同时受压多见于较大的椎间盘突出的侧方型压迫。较小的椎间盘突出，硬脊膜囊无明显的压迹，但可显示出神经根袖的抬高。大的椎间盘突出，此压迹明显而神经根袖消失。

(2) 硬膜外造影

硬膜外造影是将水溶性碘造影剂注入硬膜外腔，显示椎管内轮廓，通过椎管内形态来诊断腰椎间盘突出症的方法。据报导，其诊断的正确率在 100%。

硬膜外腔是指脊柱脊性椎管管壁内，脊髓硬膜囊外的间隙。其中充满脂肪组织，静脉丛和淋巴脊，并有脊神经根通过，此间隙上至枕骨大孔，下至骶管裂孔，总容积约 100ml 左右。其中骶管腔约 20～30ml。

在腰椎硬膜外腔注入造影剂，可显示骶管、腰椎椎管、马尾圆锥及神经根袖的形态，以此诊断腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄、硬膜外肿瘤等。亦可作为腰椎间盘突出症治疗后的客观依据。

腰椎间盘突出症的硬膜外造影可见：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

① 正位片：中心部位的充盈缺损；周围性充盈缺损；神经根外形的中断。

② 侧位片：椎间盘后方的正常形态的膨出、突出性改变；硬膜囊压迹；造影剂内的充盈缺损和蜂腰状狭窄。

(3) 腰椎间盘造影

椎间盘造影是指将造影剂注射到椎间盘内，观察髓核的形态，以诊断腰椎间盘突出症的方法。造影后摄腰椎正侧位片，观察造影后的髓核形态。

由于造影剂能全面覆盖髓核，随着髓核的形态而成像，因而在造影后摄制的 X 线平片上可显示出正常髓核的形态及髓核突出的变异。

腰椎间盘突出症的髓核在造影后的形态变异大致可见以下几类：

① 髓核膨出与小口径破裂：侧位片可见髓核密度均匀，但后端有尾状阴影向后延伸，从后缘处漏入硬膜外腔。前后位片上，可见一侧向外突出。

② 髓核大口径破裂：平片可见椎间隙变窄，椎体后缘有肥大性改变，侧位片可见椎间盘突出于椎体后缘之外，造影剂漏入硬膜外腔，突出部位的侧、后方腔间隙变窄；有时可见髓核呈密度不均匀并裂成数片的破裂象。

③ 椎体内突出：平片可见邻近两个椎体各有一个半圆形的半透明区，边缘密度较深，在椎体上下缘上开口，位置基本对称，称为 Schmorl 结节，造影剂伸入此结节内，这是髓核突破软骨板而进入椎体内，形成椎体内突出。此时纤维环并无破裂。

④ 经骨突出：侧位片示椎体的前、后缘的上下部位可出现“永恒性骨骺”(即出现一游离性骨片)，造影剂从髓核开始，通过骨片和椎体之间到达前纵韧带下方。这是椎间盘突出的另一特殊方向，称之为经骨突出。

椎间盘造影的适应证与禁忌证：

① 适应证：疑为腰椎间盘突出，但其他造影显示阴性，尤其对侧隐窝突出可有阳性发现；可显示椎间盘退变，确定症状性腰椎间盘病变；观察腰椎间盘突出症手术部位情况；用于髓核化学溶解疗法前的探查。

② 禁忌证：主要包括局部皮肤感染、碘过敏、巨大腰椎间盘突出(作椎间盘造影可导致椎管阻塞)。

2 中心证候特征

腰椎间盘突出症是由于肝肾素虚，或外邪侵袭，或跌仆损伤，致生瘀血、痰浊，阻滞于腰腹面发生的一系列以腰腿部疼痛、痿蹙和肢体活动受限等为中心证候特征的一类疾病。

2.1 疼　　痛

疼痛是腰椎间盘突出症常见的症状之一。腰椎间盘突出症病人 90% 以上出现不同部位、不同性质的疼痛。疼痛的病因无非是因经脉气血失畅所致，所谓“不通则痛”。

从病因的角度讲，造成经脉气血失畅的原因有虚实之不同：虚证可因气血不足，经脉失养，血运失畅；或气虚，元气虚衰，血运无力而失畅；或因肝肾不足，筋脉骨髓失于温煦、滋养，气血不畅。实证可因外邪侵袭，风寒温三邪痹阻经脉，气血运行失畅；或寒湿

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化热，湿热遏阻气机，气血运行受阻；或跌仆损伤，气血瘀阻经络；或肝失疏泄，气滞血瘀；或痰湿内生，遏阻气机，痹阻经脉；或痰瘀相结，气血失畅。

从病位上讲，腰椎间盘突出症的疼痛有腰背痛、臀及下肢疼痛两种。这两种疼痛可以单独出现，但多相兼出现，因而其病因病机既有共同之处，也有一定的差异。

腰背痛：腰椎间盘突出症病人绝大多数都有不同程度的腰背痛。单纯的腰背痛，证有虚实之分。虚者为肾气虚衰，实者可因外邪侵袭，塞湿痹阻经脉或瘀血、痰饮等病理产物阻滞经脉所致。

臀及下肢疼痛：臀部及下肢的疼痛多为一侧，若为腰椎间盘突出在中央部(即中央型)压迫脊髓则出现双侧坐骨神经疼痛。一般地讲，下肢疼痛的部位多在大腿的后外侧和小腿的外侧，可牵及足跟或足背，此部位为足三阳经所循行的部位，故实多虚少。一侧臀部及下肢的疼痛多为实证，非外邪侵袭即是瘀血留滞，经脉气血失畅所致。若出现双下肢疼痛或两侧交替疼痛，并伴有会阴部麻木、排便、排尿无力，甚至出现尿失禁(多见女性)或阳痿，此则多为虚证，为肾气衰竭所致，或虚实夹杂之证。

疼痛的形成，虽然有虚实之分，有内外因素的不同，但临床上每见内外因夹杂，虚实互兼的错综复杂之症，如痰瘀交阻，阴虚夹湿、夹痰，阳虚夹瘀等，临床当详查细辨。

2.2 痿　　蹙

腰椎间盘突出症的痿蹙，主要指下肢出现的痿软无力、麻木甚至完全痿废不用，或病久而出现肌肉萎缩。其形成原因，可以归纳为湿热浸淫、肝肾亏损及脾胃虚弱等三个方面。本证可以突然发生，多因实邪所致(例如突出或脱出的髓核过大压迫神经根，或属于中央型突出所导致的马尾神经综合征)；亦可因惧怕疼痛等原因而卧床或活动减少，逐渐形成下肢的废用性肌萎缩，此多虚实夹杂。

2.3 活 动 受 限

腰椎间盘突出症发生后，腰部各个方向的活动均不同程度地受到影响，恰如《内经》所描述之腰痛“不可以俯仰，仰则恐仆”以及“不可以咳，咳则筋缩急”，其直接原因是疼痛。不仅如此，由于臀及下肢疼痛还可使下肢(一侧甚至双侧)活动受限。因此，本病患者在发作期间大多活动艰难，甚或卧床不敢转侧。

3 病 因 病 机

3.1 原 发 病 因

中医学认为：腰为肾之府。故腰椎间盘突出症一病与肾关系最为密切。肾主骨，生髓、通于脑，说明脊柱的生理与病理与肾有着必然的联系，素体禀赋虚弱，加之劳累过度或房劳过甚，或年老体衰，以致肾精亏损，无以濡养筋骨致椎间盘退化，面渐发为本病。

《素问·脉要精微论》指出：诸般腰痛，肾气虚惫为病本。这一观点符合腰椎间盘突出症的病因病理，大量资料表明，腰椎间盘突出症是在原有椎间盘退变的基础上发生的。腰椎间盘的退行性变是一种与年龄有关的生理性退变。从生理上讲，椎间盘的营养在 10 岁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

前，多来自血管，10岁以后软骨板上的血管封闭，由于髓核与椎间盘的小孔很小(<1.5μm)，血管不能进入，水与营养主要来自椎体的吸入作用，这种作用来自日常动作给予椎体间的应力改变，其中电解质的吸收30%来自软骨板，70%来自纤维环，而非电解质的吸收则正相反，70%来自软骨板，而30%来自纤维环，因此其营养极为有限，从而极易退变。椎间盘的发育以20岁为发育高峰，20岁后椎间盘就开始发生退行性变，20~30岁有的就有明显的退变，如纤维环出现裂隙等。30~40岁的椎间盘蛋白多糖减少，髓核趋向胶原化，失去其弹性及膨胀性能。椎间盘的退变随着年龄的增长而增加。椎间盘的退变基本上是一种规律性的生理性改变。中医学早期的经典著作《素问·上古天真论》就指出，在女子“三七”(21岁)，男子“三八”(24岁)时，身体就“长极”，即发育到了极限，极则必反，而后随着年龄的增长，逐渐“发堕齿槁”，而“齿为骨之余”，即是说骨结构逐渐发生生理性退行性变。

从资料上可以看出，腰椎间盘突出症大多数发生在40岁以后，这与中医学肾气随年龄而发生生理性自然虚衰是一致的。《素问·至真要大论》明确指出了脊柱的病变，其本在肾。肾气虚损，筋骨失养而退变是造成腰椎间盘突出症的根本原因。除了因年龄而导致肾气渐衰的生理性退变的原因外，人体内外致病因素可以加剧这一生理性肾衰的退变过程，其主要原因有。

3.1.1 正气虚衰

造成正气虚衰的原因主要有：先天不足，肾气本虚，筋骨失于正常精血的濡养，骨髓不充，故发育不良。如腰椎管先天性发育性狭窄、先天性椎体融合、棘突畸形等。尤其是发育性腰椎管狭窄的患者当椎间盘开始发生退变，椎体失稳，或出现轻度的膨出、突出则极易产生对脊髓、神经根的压迫、刺激而出现症状，即是此理。

久病气血亏损。骨髓一方面由肾之精气濡养，亦受后天气血的充养。由于后天的各种疾病，失治、误治，久病之后，气血亏虚，肾精与骨髓失去了后天气血的充养和培育，从而加剧了腰椎间盘及椎体、韧带的退变过程，而致发本病。

久病及肾。久病气血亏损，元气耗伤，致使肾气渐损，肾中内藏真阴真阳，真阴虚损则骨髓失于濡养而退变，真阳虚损则骨髓失子温煦而功能渐衰，皆可加剧颈椎间盘的退变而致发本病。

劳倦内伤。所谓劳倦是指烦劳过度。古人对虚劳提出了“五劳”“六极”之说，其中“筋极”“骨极”“精极”皆属“肾劳”。造成肾劳的原因，一是劳力所致，所谓“久立伤骨”“久行伤筋”是也。这种劳损还包括工作姿势的不良、睡眠姿势不良、不良的生活习惯及不适当的体育锻炼等。如各种车辆驾驶人员，在脚踏离合器或刹车时，其椎间盘承受的压力大大高于正常体位，从而加速腰椎间盘的退变和腰部软组织的劳损；其它如长期从事弯腰工作的体力劳动者，极易导致椎间盘内部受力不均，必然造成椎旁肌肉、韧带及关节的平衡失调，加速退变过程。二是房劳，所谓“色欲过度”是也。总之，上述各种原因皆可导致肾精肝血的亏耗，筋骨失养而加剧了椎间盘及脊柱的退变而致发本病。

3.1.2 外邪侵袭

外邪系由风、寒、湿邪侵袭，痹阻经络，气血运行不畅，而致颈部肌肉、筋骨发生酸痛、麻木、重着、活动不利。外邪的侵袭，主要是因正气不足，内因是发生外邪侵袭的基

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

础。

由于居处潮湿，涉水冒雨，气候剧变，冷热交错等原因，致使风寒湿邪乘虚侵袭人体，行于经络，留于颈椎关节，气血痹阻，不仅颈部经脉、肌肉受累而发生痹痛，同时气血痹阻一方面加剧了颈椎的退变，一方面进一步影响了颈椎的稳定平衡而诱发本病。

由于感受风寒湿邪偏盛之不同，临床表现也有所差异。风气胜者，以风性善行数变，故疼痛游走不定而成行痹；寒气胜者，使气血凝滞不通、疼痛剧烈而发为痛痹；湿气胜者，因湿性粘滞重着，故使肌肉关节麻木、重着而成着痹。其中尤以寒湿之邪最为多见。故《素问·至真要大论》所谓“诸寒收引，皆属于肾。”“诸痉项强，皆属于湿”，均指出本病外邪侵袭的基本病机。

此外，寒湿之邪滞留于经络关节，久则郁而化热，而成湿热，此亦与素体阳盛或阴虚有热，湿邪侵袭，易从热化有关。

3.1.3 跌仆损伤

跌仆外伤，或腰部用力不当或强力负重，损伤筋骨，经脉气血瘀滞留于腰部而发为腰痛。《景岳全书·腰痛》云：“跌仆伤而腰痛者，此伤在筋骨而血脉凝滞也。”据青岛医学院附属医院对因腰椎间盘突出症手术患者的统计，因跌仆闪挫、外伤者占58.89%。证明跌仆闪挫是引起腰椎间盘突出的重要原因，当然，这一原因实质上有两种：一种是在原本有肾气虚损的基础上椎间盘退变，因跌仆闪挫而诱发者，占腰椎间盘突出症患者的绝大多数；一种是严重跌仆闪挫，使腰椎间盘失去腰背部肌肉韧带的保护而造成腰椎间盘突出，这是极少数。临床上严重脊柱骨折，椎体压缩1/3～1/2以上，亦少有椎间盘纤维环破裂，使椎间盘向椎管内突入，只有极少数软骨板破裂，使椎间盘突入椎管内。

外伤的原因有交通事故、运动损伤、生活或工作中的意外事故等，致使腰部受到过度的前屈、后伸或侧弯等损伤，同时应当提起注意的是，某些不正确的推拿手法以及不得当的牵引等医源性对腰椎造成的损伤。跌仆损伤作为本病的病因，造成的后果与损伤的轻重及病人的体质状况有关。一种可能是当时并未造成严重的后果，即造成腰椎间盘突出症，只是造成椎体周围肌肉、韧带的损伤，引起腰椎不稳并加重了腰椎的退变，为今后腰椎间盘突出症的发生留下了隐患。另一种可能是造成腰椎间盘突出症的发生。造成腰椎间盘突出症的发生应有两个前提条件，一是肾气本虚，腰椎已有了较为严重的病理性退变，在跌仆损伤的作用下，致使腰椎内外平衡遭受破坏，如肌肉、筋膜、韧带、关节等进一步损伤而致使腰椎间盘突出或脱出而发为本病。二是曾有腰部的损伤，因失治、误治，瘀血留滞经络，气血运行不畅，肌肉、筋骨失于濡养，加剧了腰椎的退变和内外稳定的失衡，在再次或反复多次地外力损伤后而造成腰椎间盘的突出或脱出而发为本病，此时气血瘀阻和肾虚并存，瘀血为标，而肾虚为本。上述在跌仆损伤的条件下所形成的病理机制和结果也证实了为什么有些剧烈的腰部外伤并未造成严重后果，而一些虽不强烈的损伤，却意外地引起了例如瘫痪等严重的后果。

3.2 继发病因

3.2.1 瘀血

瘀血形成的原因有三：一是正气虚衰，气虚运血无力，血脉瘀滞；二是肝气郁结，气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

滞血瘀，或肝火内郁，灼伤津液，血液粘稠，滞而不畅，而为血瘀；三是跌仆损伤，瘀血留滞经络。

瘀血作为病理产物和继发病因，阻滞经络气血，筋骨失于正常气血的濡养，进一步导致腰椎的退变。

此外，腰椎手术之后，亦可导致气滞血瘀，络脉阻塞，余邪留滞，致使腰椎原发病因未尽而瘀血又生，造成久病不去。

3.2.2 痰湿

人到中年之后，由于精血的损耗，各脏腑功能均有不同程度的衰减。若脾胃失于健运，水湿内停，聚而为痰湿，所谓“脾为生痰之源”是也；肾气虚损，气化失职，津液输布不能，关门不利，津液代谢失常，内停而化为痰饮；若肝肾阴虚，阴不制阳，阳亢化热，亦可炼液为痰；肝失疏泄，津液代谢气机失常，停聚体内而化生痰湿。

痰湿留滞经络，血流受阻，而生血瘀；瘀血留滞经络，遏阻气机，津液失于输布，则聚生痰湿。痰瘀乃成互结交阻之势，相兼为患，致使病情十分复杂。

若气滞化火，与痰湿相结，则化生痰火、湿热；若肝阳化风夹痰湿上行，则风痰上逆。

痰湿阻滞气血，则筋骨、肌肉失于濡养而加剧腰椎的退变；痰湿留滞肌肉、筋骨间，则阻滞气血的濡养，而四肢、腰部麻木、强直、沉重乏力；若湿热遏阻阳明，或灼伤肺气，则可成痿证。

4 临证思路

4.1 抓住主症

本病之主要临床表现为疼痛、痿躄及腰部及下肢的活动受限。其中疼痛是引起后二者的直接原因；痿躄与活动受限二者又互相联系，互为因果。临证中对于上述症状要从多方面辨析，例如疼痛的性质、程度、持续时间、部位等，是单纯的腰背部疼痛、臀及下肢疼痛，还是多部位的复合疼痛；痛时喜按还是拒按、喜湿抑或喜凉；发生于下肢者，是单侧还是双侧；活动受限的范围、下肢无力及肌肉萎缩的程度、突然发生还是呈渐进性等等，把握上述内容对于全面了解病情，分析病机并进而确立治疗的总体方案，具有非常重要的意义。

4.2 分析病位

本病的主要病位在腰部，亦常累及背部、臀部及下肢。腰为肾之府，肝与肾同源，因此从疾病与脏腑的关系上，本病主要涉及肝、肾，其他如脾、胃等脏腑之功能失调亦是其重要因素。需要强调的是，明确具体的病位对于指导治疗及判断预后具有重要价值，还需要结合检体及影像学检查等手段以综合分析判断。

4.3 综合治疗与疗法的选择及组合方案

腰椎间盘突出症的临床治疗方法有很多，这些方法在治疗原理和疗效上各有千秋，既有其长，亦有其短。因此，如何扬长避短，优化组合以最大限度地提高疗效，是中医临床

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗学的一个重要课题，也是确立本病综合治疗方案时的关键问题。作者认为，根据中医学辨证论治的基本思路和本病的具体特点，可以考虑如下几个疗法的组合方案：

主方(主要组合方案)：

第一组：推拿疗法、硬膜外药物疗法组合

推拿疗法主要是针对病变组织解剖位置的病理性失常。可以(可能)解除或改善突出(脱出)的椎间盘对神经根、脊髓的刺激和压迫，同时使用推拿疗法还可以纠正因椎间盘突出(脱出)继发的其它内外稳定平衡的失调，如小关节的错位、脱位，关节囊的松动对神经根的嵌压等；硬膜外腔药物疗法主要是针对硬膜外腔中后纵韧带、黄韧带、神经根、脊膜等软组织因椎间盘的突出(脱出)继发的炎症反应，可以消除硬膜外腔内软组织的炎性渗出、水肿，剥离神经根和其它组织间的粘连，以解除对神经根和脊髓的刺激和压迫，并通过药液自身和血管的渗透作用于椎管内外的软组织，改善血供和营养，恢复椎体内外的稳定平衡。这一组合针对本病的主要环节，即原发和继发病理的改变，解决对神经根和脊髓造成的刺激和压迫。因而可以成为治疗本病的基本组合形式。

第二组：第一组加中药内治法的组合

中药内治法可以全面地改善和纠正人体在疾病发生、发展过程中的阴阳气血及脏腑功能的失调。其与第一组的共同组合，不仅可以促进第一组的治疗作用，而且可以弥补第一组在全面纠正人体功能方面的不足。本病的根本病因是因肾虚，在劳损的作用下致使椎间盘退变加剧，加之久病，人体阴阳气血的失调，可以引起多脏腑的功能失调，使用中药可以有效、全面地调整这一病理改变，扶正兼可祛邪。在本病中若兼有人体阴阳气血及脏腑功能失调者，如肾虚明显者，配以补肾益髓之法，久病气血瘀滞，痰湿痹阻经脉者，配以使用活血通络，化痰祛湿之法等进行辨证施治皆有着积极的治疗意义。

第三组：第一组加针灸治疗的组合

针灸治疗有类似中药内治法的基本作用，尤其是在疏通气血，活血止痛方面有着独特的功效。在本病的治疗中，尤其是对刺激和压迫脊神经根而引起的根性神经痛和神经功能障碍，配合针灸治疗，可以明显地加强其镇痛和改善神经功能的作用。

以上三组的组合可以将辨病和辨证相结合，根据病情作为首选的治疗组合方法。

配方(配伍组合方案)

经上述的组合方案治疗后，尚存在以下症状的情况下，可以考虑使用其它疗法作为配合治疗加以组合。

在腰椎间盘突出症中兼有第三腰椎横突综合征、梨状肌综合征时，以及在棘突间，棘突两侧有明显压痛和条索状物和结节时，可以考虑选用小针刀疗法，以松解软组织粘连，解除因粘连、瘢痕、嵌顿面引起的肌性及神经性疼痛。

在病变椎节附近存在不适或疼痛，但又无明显条索状物和结节时，可以使用中药离子导入疗法，通过直流电和中药离子的作用消除软组织炎症，缓解痉挛，改善病变局部的血供和营养，达到疏通气血，活血止痛的作用。

中药外治法由于种类较多，其作用不一。一般地说，在症状较轻或缓解期时，可以使用敷贴、搽擦等外治法，在症状较重及发作期时可以使用熏洗、热敷等方法，在有条件时，在各期都可以使用热浴的方法。因其使用方便，可以作为长期配合治疗的一种辅助疗法。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.4 中医治疗与西医手术指征

腰椎间盘突出症的中医治疗，目前尚存在一定的局限性，因而部分患者需西医手术治疗。以下为西医手术指征。

① 腰椎间盘突出症病史超过半年，经过保守治疗无效；或保守治疗有效，经常复发且疼痛较重者。

② 首次发作的腰椎间盘突出症疼痛剧烈，尤以下肢症状明显，病人因疼痛难以行动及入眠，被迫处于屈髋屈膝侧卧位，甚至跪位。

③ 出现单根神经麻痹或马尾神经受压麻痹。

④ 患者中年，病史较长，影响工作或生活。

⑤ 病史虽不典型，经脊髓造影、硬膜外造影、椎静脉造影，CT、MRI 示全盘退变或较大突出。

⑥ 椎间盘突出并有腰椎椎管狭窄。

目前中医学界对此尚无明确意见，但其中一个重要的问题是：手术的前提——无效的鉴定。这一鉴定包括两个方面，一是患者是否经过中医医师科学的严格的治疗。二是疗效的判定。这里主要讨论前者。

所谓科学的严格的治疗，应有两个层次的含义：一是疗法是否能正确使用操作。如中药内、外治法的辨证和施治是否正确无误，推拿手法是否准确熟练，小针刀进入的位置和操作是否精确，中药离子导入的方法及制剂是否恰当等。其次是所选择、使用的疗法或组合是否与病情的需要相吻合。前者是临床医师所应具备的基本条件，而后者则是与临床医师的知识水平和分析能力有着直接的关系。因此科学严格的中医治疗的含义应当是，在明确诊断的前提下，科学合理地使用中医的治疗方法或组合运用，以期最大程度地和病情相吻合，并正确地使用与操作。判定疗效和手术指征的关系中所指的疗效不是指某一疗法的疗效，而应是经过科学严格的中医治疗后的疗效，实际上也是指的经科学组合后治疗的疗效。正如上述，任何一种疗法对于疾病的治疗都有其局限性，只有科学的组合，才能弥补单一疗法的不足，优势互补，才能全方位地有效地施以治疗。如此才能正确地判定手术指征的前提——有效与无效。

5 鉴　　别

腰椎间盘突出症是以腰背痛或腰痛伴有坐骨神经痛为主要临床表现的病症。而表现为腰背痛及合并坐骨神经痛或股神经痛的疾病较多，与腰椎间盘突出症的表现有极为相似之处，临床上不易鉴别，容易误诊误治。本节就其主要鉴别诊断简述如下：

(1) 骨发育异常

隐性脊椎裂：脊椎裂十分多见，占人口的 5% ~ 29% 左右，其中多发生在第 1、第 2 骶椎与第 5 腰椎处。此因双侧椎弓在后部不相融合而形成的裂隙。其中单纯骨性裂隙者称之为“隐性脊椎裂”，此最多见；如同时伴有脊膜或脊髓膨出者，则为“显性脊椎裂”，此类极少，只约占 1‰ ~ 2‰。

隐性脊椎裂中，80% 以上并无临床症状和体征，多在体检时发现。有症状者，多为劳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

损性慢性腰痛，前屈或后伸时，有时可出现局部疼痛加重或单侧或双侧的下肢放射痛。

单纯隐性脊椎裂，脊椎X线平片即可确诊。若临床上出现明显的神经根定位的体征，则应考虑合并有腰椎间盘突出症的可能性。

第三腰椎横突综合征：第三腰椎在正常情况下，较其他四个腰椎的横突明显为长，以使附着于此的肌肉、韧带能有效地保持脊柱的稳定性及正常的活动。由于该横突的作用较其它的横突的作用为强，故其易受劳损而引起横突周围纤维织炎。而引起腰痛及第三腰椎横突之深部出现明显压痛，若横突的过长、过大，则易使从第三横突前方深面通过的股外侧皮神经受累，而出现向大腿外侧和膝部的放射痛。

横突越长，其发病率越高，以单侧为多见。

第三腰椎横突综合征与腰椎间盘突出症的主要鉴别点在于：

① 压痛点：第三腰椎横突综合征，腰痛的位置较高且其压痛点在距中线5～6cm处，而腰椎间盘突出症的腰痛位置多较低，因其多见于腰$_5$骶$_1$椎间盘突出，其压痛点在距中线2～3cm处。

② 放射痛：第三腰椎横突综合征的放射痛，只在大腿外侧和膝部，且区域模糊，不伴有感觉和运动障碍；而腰椎间盘突出症的受累神经根的支配区域各有特定的部位，且区域明显，多伴有感觉和运动障碍。

③ 封闭试验：第三腰椎横突综合征者，在第三腰椎横突周围采用局部封闭(1%普鲁卡因,10～20ml)，其腰痛及下肢的放射痛可被截断而立即止痛；而腰椎间盘突出症在压痛点采用相同的方法则无效。

④ X线平片：第三横突综合征可显示横突较常人为长，且双侧多不对称。

关节突畸形：腰椎后方的小关节，其关节面呈垂直状。在发育时易出现不对称现象，并导致腰部功能的不协调，易于引起一侧劳损而造成损伤性关节炎。尤其易发于腰$_4$～骶$_1$之间。其主要表现为腰骶部的劳损性疼痛，其压痛点位于关节突处，以单侧为多，尤以向同侧弯腰及屈伸时为甚。但如增生变形的关节突突向椎管时，可出现继发椎管或根管狭窄症状，而出现下肢放射性坐骨神经痛。但本病的特点是：

① 除上述继发性椎管狭窄症，多呈局限性腰骶部疼痛，而无下肢的放射痛。

② X线平片：显示关节突局部骨质密度增加，多呈不规则状外观。

③ CT检查：可显示关节突异常及增生性变异，或可见增生性椎管狭窄。

腰骶移行椎(腰椎骶化、骶椎腰化)：各段脊椎(颈、胸、腰、骶、尾)在交界处相互移行，而具有另一段的特征(形态)者，称之为“移行椎”，又称“过渡脊椎”。虽然各段皆可发生，但大多发生在腰骶部，其形式有腰椎骶化和骶椎腰化两种，且难以辨认，故可统称腰骶移行椎。腰骶移行椎的出现率非常高，大约占正常人群的5%～10%左右。

一般情况下，此类畸形可不引起任何症状，而真正因本类畸形而引起症状的病例为数甚少。其发生症状主要是因椎骨退变、劳损，尤其是腰骶移行椎双侧不对称者，或一侧横突与髂骨形成假关节者，在劳损中易形成关节炎而出现慢性腰痛。极个别的情况下，由于上述的假关节，边缘增生刺激自其前方走行的腰$_4$、腰$_5$神经根，或周围末梢神经受刺激而放射引起坐骨神经痛。因此须与腰椎间盘突出症相鉴别。

二者的鉴别诊断主要有两点：一是在临床症状上，本症的腰痛主要在腰骶部，出现肌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肉强直，一般疼痛不放射到小腿；二是主要靠X线平片，除椎体融合外，本病的腰椎一般不出现侧凸。在临床上如果出现典型的腰椎间盘突出症的体征，首先应考虑腰椎间盘突出症而不是本病。即使出现坐骨神经痛，痛点封闭可予以鉴别，本病疼痛消失，而腰椎间盘突出症则不消失。

(2) 椎旁肌肉筋膜损伤性疾病

腰肌筋膜炎：腰肌筋膜炎又称腰肌纤维织炎或肌风湿症。其因受寒冷、潮湿、急性或慢性损伤、某些病毒感染及风湿变态反应等原因，致使腰部筋膜和肌肉组织出现水肿、渗出及纤维性变而出现的以腰背痛为主症的一类病症。

其与腰椎间盘突出症的主要鉴别点在于：

① 腰痛特点：本病呈弥漫性腰背痛，以两侧腰部与髂嵴上方为明显。晨起痛剧，活动后疼痛稍减，但过劳后在晚间又疼痛症状加剧；而腰椎间盘突出症则在休息后的晨起症状减轻，活动后加剧。

② 压痛点：本病有明确的压痛点，可为一点或数点。按压时，疼痛除局部外，可沿痛点处所分布的神经纤维末梢向上传导，放射性地出现临近组织部位的疼痛。亦可出现反射性地臀部、大腿两侧及小腿疼痛；而腰椎间盘突出症的压痛点多数情况下只有一个，而且范围较为局限，仅出现该水平位的神经根所支配区域的放射性坐骨神经痛。

③ 压痛点封闭试验：用1%的普鲁卡因作压痛点局部封闭，本病的腰背痛及因压痛点而引起的反射性的臀部、大腿及小腿疼痛皆消失；而腰椎间盘突出症则不消失。

④ 病史与病因：本病多有明确的诱发因素，多为受寒冷、受潮湿以及过劳所致，且其多有此类的既往病史。可有急性发作期和缓解期，迁延甚久，但可自愈；而腰椎间盘突出症多无明确的诱发因素，且诱发因素常与既往病史不一致，即使出现一定的缓解，但难以自愈。

⑤ X线等影像学检查：本病一般无特殊显示；而腰椎间盘突出症则有明显的或典型的影像学表现。

⑥ 实验室检查：本病部分病例可出现红细胞沉降率增快、抗溶血性链球菌素“O”或类风湿因子阳性等，证实其病因属于风湿或类风湿性疾病。而腰椎间盘突出症一般无此类阳性表现。

梨状肌综合征：梨状肌起自骨盆面第2至第4骶骨前孔的侧方，向外下穿过坐骨大孔走出盆腔，抵达臀部，止于股骨大粗隆上缘内侧，由第1、2骶神经支配，是髋关节的外旋外展肌之一。由于其呈三角形，似梨样外观，故名梨状肌。

梨状肌在穿过坐骨大孔时，将其分为梨状肌上孔和梨状肌下孔，其上缘有臀上神经、臀上动脉和臀上静脉穿出；其下孔有臀下神经、臀动脉及臀静脉通过。坐骨神经、股后神经及阴部神经亦从此穿过。

梨状肌综合征的早期病理改变，系局部外伤后的创伤性反应，多因下肢极度外展外旋或蹲位站起时急性扭伤所致。轻者表现为梨状肌肌纤维的水肿、渗出和毛细血管扩张，重者梨状肌可出现痉挛、出血和肿胀。其早期可因适当休息或有效治疗而痊愈。

梨状肌综合征的晚期病理改变，多因梨状肌的反复损伤，或损伤后治疗不当，加之受寒冷、潮湿等刺激，形成慢性过程而出现继发性改变所致。其主要改变为梨状肌肥厚、挛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

缩、瘢痕及粘连形成。

由于梨状肌和坐骨神经的解剖位置的特殊关系，梨状肌损伤后的晚期病理改变，一方面使坐骨大孔盆腔出口狭窄，并可能致使坐骨神经被嵌压在出口处，当行走时被牵拉而可能产生间歇性跛行；另一方面梨状肌的肥大、挛缩、痉挛压迫坐骨神经而引起刺激性坐骨神经痛。同时，可出现坐骨神经所支配区域的运动、感觉及反射障碍，甚至出现小腿肌肉萎缩、足下垂等。

由于梨状肌综合征和腰椎间盘突出症都具有坐骨神经疼痛的相似的症状，故须鉴别诊断。其鉴别诊断要点如下：

① 病史：本病多有明确的下肢运动损伤的病因；而腰椎间盘突出症则多为腰部损伤所致。

② 压痛点：本病的压痛点在坐骨神经盆腔出口处，其体表投影在中医经络的足少阳胆经的环跳穴处(臀部)，或略高于此处的 1～2cm 处；而腰椎间盘突出症的压痛点在腰椎的两侧。

③ 下肢旋转试验：被动下肢内旋或自动下肢外旋时，本病疼痛加重，或诱发坐骨神经症状；而腰椎间盘突出症一般无症状。

④ 压痛点局部麻醉试验：使用 1%的普鲁卡因在压痛点作局部封闭，本病的局部及放射性坐骨神经疼痛明显减轻或消失；而腰椎间盘突出症则无此疗效。

⑤ 影像学检查：单纯的梨状肌综合征，无特殊显示，而腰椎间盘突出症有典型的影像学表现。

(3) 结核

腰椎结核：腰椎结核是脊柱结核的一种，也是发病率最高的一种，约占脊柱结核的 50%左右。脊柱结核多为继发性感染所致，故常常伴有其它部位的结核。

在病变早期，坏死骨质与周围正常的骨质不易分辨，当病情继续发展，结核性脓肿可穿破椎体，侵犯椎间盘或椎体周围组织。结核性脓肿可对脊髓产生压迫，椎体和椎间盘组织遭受破坏后，可使脊柱发生畸形。在腰椎结核的病变早期，可出现持续性腰部钝痛或腰骶部疼痛。当结核性脓肿侵犯腰椎间盘，或进犯脊髓时，可产生神经根刺激症状、腰及下肢的活动受限、腰部畸形，甚至出现病变平面以下部位的运动、感觉和反射功能障碍，故应与腰椎间盘突出症相鉴别。其鉴别要点如下：

① 全身症状：本病因是其它部位的继发性感染所致，故大多病例有持续发热、盗汗等(早期症状可不典型)；而腰椎间盘突出症则无。

② 实验室检查：本病可出现：淋巴细胞数升高，合并感染者，中性白细胞数亦可升高；红细胞沉降率增高；脓肿穿刺液或瘘脊分泌物涂片、细菌培养等，可见抗酸杆菌。

③ 影像学检查：

X 线平片可确定本病的性质、范围大小、有无死骨及寒性脓肿，清楚地显示病理性骨折脱位等；而腰椎间盘突出症则显示出典型的椎体退变、骨质增生、椎间隙狭窄等征象。因此 X 线平片是鉴别二者的重要依据。

CT 检查则更能显示本病的早期椎体破坏的程度、范围、椎旁脓肿的大小及脊髓受压的情况，并对死骨进行确切的定位；而腰椎间盘突出症的检查，则可以更清楚地了解椎间

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

盘突出的位置、大小、方向及对神经根或脊髓压迫的情况。尤其是在早期，当X线尚不能出现明显的征象时，CT则是二者最好的鉴别手段。

④ 病史：本病一般可有原发病史或结核病人群接触史；而腰椎间盘突出症则主要是外伤史、受寒凉等病史。

骶髂关节结核：骶髂关节结核也多为继发性病变，常合并有其它部位结核。其早期多只表现为腰腿痛，其病程发展缓慢，以女性为多见。病人常诉臀部疼痛，休息后减轻，活动后加重，骶髂关节扭转后更重，咳嗽也使疼痛加重。由于腰$_{4,5}$神经根自骶髂关节前方经过，受到结核炎症肿胀的关节囊刺激，引起坐骨神经痛。故亦应与腰椎间盘突出症鉴别。

其与腰椎间盘突出症的鉴别亦大致与上病(腰椎结核)的鉴别要点相同。影像学检查可发现骶髂关节间隙模糊、骨密度低以及死骨等。

(4) 肿瘤

脊柱肿瘤：脊柱肿瘤有原发性良性肿瘤、原发性恶性肿瘤及转移癌三种。腰骶部的肿瘤，其早期症状以腰骶部的疼痛不适为主，呈持续性夜间加重，休息后无缓解。其下部腰椎受到侵犯时，当脊髓、神经根及神经丛受压或侵袭时，可在受损神经分布范围内出现根性神经症状及体征，如产生典型的坐骨神经痛、下肢无力、肌肉萎缩、感觉及反射障碍(减弱、消失)，甚至截瘫，从而有时常被误诊为腰椎间盘突出症，而在手术中才发现是脊柱肿瘤所致。因此，二者的鉴别诊断是极为重要的。其主要鉴别要点如下：

① 症状：脊柱肿瘤的腰痛呈持续性进行性加重，休息及卧床不能减轻，而腰椎间盘突出症的腰痛则多为间歇性，休息后或卧床而减轻；脊柱恶性肿瘤往往较早地出现恶液质及贫血，其转移瘤的发病年龄一般较腰椎间盘突出症为高。

② 实验室检查：血液的常规检查及生化检查对二者的鉴别有着积极的意义。如出现贫血、白细胞及血小板的减少、凝血酶原时间升高、血沉增快；碱性磷酸酶和酸性磷酸酶的升高(前列腺癌的骨转移)、总蛋白及球蛋白的升高(骨髓瘤的可能性)、脑脊液蛋白的升高(硬膜外脊髓受压)等，对脊柱肿瘤的诊断有着重要的意义。

③ 影像学检查：

X线检查：X线平片对某些单发性肿瘤可有特征性表现，如骨样骨瘤、动脉瘤样骨瘤、血管瘤、肉瘤等。病变呈膨胀性骨缺损、变性、病理骨折等。但其分辨率低，不能清楚地显示骨质病变和软组织的情况，其诊断有很大的局限性。X线体层摄影较平片能较正确地显示病变的范围、较小的病灶。

CT检查：因能显示横断面的组织结构图像，可直接清晰地显示脊椎骨和软组织结构，故能显示出肿瘤对椎管的压迫、椎体轻度边缘破坏、各个突起的异常等，此与腰椎间盘突出症的图像有着显著的差异。

MRI检查：其成象较X线平片、CT图像更能清晰地显示脊柱的椎间盘、韧带、脊髓及骨骼等的形态变化。它可以多角度成像(横断面、矢状面、冠状面)，T_1加权图像，可清楚地显示脊髓及椎体受累的大小、范围；T_2加权图像，可清楚地显示瘤体的大小、形状。但对于椎体骨质的改变，却不如X线及CT检查。

椎管内肿瘤　椎管内肿瘤指生长于脊髓、神经根及其附属组织的肿瘤。临床上主要有椎管内神经鞘瘤、椎管内脊膜瘤及脊髓胶质瘤，占椎管内肿瘤的65%左右。其中椎管内

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

神经鞘瘤和脊髓胶质瘤，其首发症状为神经根性疼痛，腰骶部的病变可引起单肢或双肢的放射性或剧烈疼痛。脊髓胶质瘤的疼痛尤为剧烈，为烧灼样或刺咬样疼痛。在病变的晚期，亦可出现感觉、运动障碍，乃至截瘫。椎管内脊膜瘤，虽首发症状常见于感觉异常（肢端麻木等），但后期亦可出现腰骶部疼痛，为烧灼样或刀割样疼痛，并引起根性疼痛。由于椎管内肿瘤的上述特点，其压迫神经根所引起的疼痛与腰椎间盘突出症的根性痛相似，而肿瘤压迫脊髓所引起的马尾综合征也和中央型腰椎间盘突出症的马尾综合征相似。因此，二者需鉴别。其鉴别要点如下：

① 症状：椎管内肿瘤，因肿瘤的生长是持续进行的，所以其症状也是逐渐加重的，不因休息而减轻。足部的麻木可很快自下而上发展，且由一腿扩展到另一腿，最终导致两腿自下而上的麻木及直肠膀胱功能障碍，而与中央型腰椎间盘突出症的马尾神经功能障碍不同。

② 体征：椎管内肿瘤对脊柱的影响较少，压痛区不明显，坐骨神经牵拉试验亦不典型，感觉、运动、反射障碍往往不限于一条神经根支配区。这与腰椎间盘突出症多具有明显的压痛点，单发的腰椎间盘突出，只出现该神经根支配区域的运动、感觉及反射障碍有一定的区别。

③ 实验室检查：由于椎管内肿瘤多为良性肿瘤，故实验室检查对二者鉴别诊断的意义不大。

④ 影像学检查：X线平片对二者的鉴别有一定的意义。椎管内肿瘤中约30%可见晚期的椎体的破坏、变性、缺损、脊柱侧弯、椎间孔增大等。髓腔造影对肿瘤的确诊意义较大，既可确定肿瘤的水平，又可从影像表现确定肿瘤所在的部位。CT及MRI对更能清晰地了解肿瘤的形状、范围及其肿瘤的纵切面和肿瘤累及的范围。

尽管上述鉴别有着不同的诊断学意义，但仍有些椎管内肿瘤难于与腰椎间盘突出症鉴别，而最终要靠手术才能证实。这是在临床上需要注意的。

（5）腰椎关节损伤

腰椎峡部崩裂与腰椎滑脱：腰椎峡部系指腰椎上下关节突之间的狭窄部分，又称椎弓峡部。此处骨质结构相对薄弱。正常腰骶椎间的关系是膜椎呈生理性前凸，而骶椎呈生理性后凸，使上方腰椎向前倾斜，使腰$_4$、腰$_5$有一种自然向前滑脱的倾向，但因受到周围关节突、关节囊及韧带的限制，而峡部则处于前后凸力量的交点，因此峡部容易发生崩裂，也是腰$_4$、腰$_5$峡部崩裂（又称椎弓崩裂）最多的原因。在腰椎峡部崩裂中，发生在腰$_5$者约占70%～80%，发生在腰$_4$者约占20%左右，极少数发生在腰$_3$，只约3%～5%。两个以上峡部受累者约有8%左右。

腰椎峡部崩裂的真正原因目前尚不能完全肯定，目前主要认为是先天性发育缺陷和疲劳性骨折或慢性劳损所致。

椎弓崩裂后，尤其是腰椎两侧的椎弓崩裂，加重了椎间盘的压应力，若同时伴有椎间盘的退行性变，加之上述的腰骶椎间的生理曲度的特殊关系，使腰$_4$、腰$_5$本身存在的向前滑脱的倾向，则极易发生腰椎滑脱。

椎弓崩裂的发生率占成年人的5%左右，但运动员发生率高，此外尚与民族、家族、人群等有关。但椎弓崩裂及腰椎滑脱不一定有症状。发生症状者，主要是下腰痛。腰痛的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

产生主要是因为峡部崩裂的局部活动以及纤维组织增生刺激神经末梢所致的根性刺激症状。其腰痛症状多数较轻，劳累后加重，休息后可稍减轻，但不能完全缓解，大多为持续性腰痛。若腰椎严重滑脱，则可出现压迫神经根或马尾神经，而产生腰痛伴有腿痛，即出现向骶尾部、臀部或大腿后方放射，或出现不同程度的下肢感觉障碍。

鉴别要点：

① 症状：本病是一慢性长期的腰痛或腰腿痛，一般无明显的加重或缓解期，不像腰椎间盘突出症在休息后有较为明显的症状减轻的特点；无论腰痛还是腿痛，都较腰椎间盘突出症为轻，且极少有典型的坐骨神经疼痛的体征，若伴有坐骨神经痛，则应考虑合并腰椎间盘突出症的可能性。

② 体征：本病在下腰段有保护性强直，生理前凸增加，病椎的棘突后突，而其上方的棘突移向前方，因而造成上下两个棘突不在一个平面上，局部产生凹陷，骶骨后突增加；腰椎或腰骶棘间压痛，棘突、棘旁或骶棘肌亦可有压痛；而腰椎间盘突出症棘突除可出现偏斜外，无棘突凹陷，压痛多在棘旁。

③ X线平片：

正位片：本病难以显示椎弓崩裂和腰椎滑脱，故多无特异性表现；而腰椎间盘突出症则可见椎间隙狭窄，椎体骨质增生，椎体偏凸等。

侧位片：椎弓崩裂者常无阳性发现，而腰椎滑脱者可观察并测量出腰椎滑脱的程度(Meyerdin、Garlfnd、Meschan等方法)；而腰椎间盘突出症则可显示腰椎生理曲度的变异(生理前凸减小或消失)、椎间隙的变异(等宽、狭窄、甚至前窄后宽)、椎体边缘或钩椎关节部位的骨质增生。

斜位片：本病的斜位片(45度)是诊断的重要依据，可清晰地显示椎弓峡部的图像。在斜位片上可显示出峡部断裂及崩裂的类型；而斜位片上对腰椎间盘突出症则无特异性表现。

退行性腰椎不稳症：所谓退行性腰椎不稳症，是指在腰椎退行性变的基础上，当退变发展到椎体发生异常位移，并产生以下腰痛为主要表现的临床病症。

腰椎的稳定系统主要是由椎间关节和韧带组成，椎间关节又由椎体间关节(由椎间盘维持稳定)及两个后关节组成，三个关节共同维持着椎体的机械性平衡，如果其中一个遭受持久性损伤，则必将破坏此平衡而使腰椎失去稳定性。而腰椎间盘的稳定性是维持腰椎稳定的先决条件。

腰椎间盘退变的早期，即可引起腰椎不稳，小关节面、小关节囊及椎间盘的软骨最易受到损伤而出现小关节囊松弛，关节软骨纤维化，在外力损伤下，可使椎体发生位移，此时可出现轻度的腰痛不适等临床症状，或突然作腰椎旋转活动如腰部扭转、弯腰取物、扫地等动作时，使小关节咬合不良或错位，在小关节张开时，小关节腔内的负压增加，关节囊滑膜被吸入、嵌夹，形成小关节滑膜嵌顿，而突然出现急性腰痛，但合理治疗一般很快可恢复正常。

随着椎间盘的退变加重或持续性损伤，关节软骨退变明显，小关节囊松弛度增加，椎体可出现明显的退变性移位，椎间盘高度减小，小关节重叠程度加大，黄韧带增厚，椎管与神经根管变窄，同时可引起不同程度的骨折、滑膜出现炎症反应，炎性渗出、滑膜增厚、关节周围纤维化等，椎间盘的退变可压迫马尾神经或刺激窦神经，因而出现持续的临

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

床症状，如疼痛由下腰部向臀部、腹股沟及腿部反射，且常为双侧。此时极易发生腰椎间盘突出症。

腰椎不稳定症的后期，由于小关节及椎间盘周围骨赘的形成，使脊柱运动节段重新获得稳定，出现腰椎固定畸形。此时小关节软骨退变已到晚期，纤维环及髓核中可见明显破裂与死骨，边缘可见骨刺。固定畸形及骨赘的过度增生常使椎管的口径发生改变。

本病与腰椎间盘突出症在临床表现上有极大的相似性，故需认真鉴别。其主要鉴别点在于：

① 症状：二者症状极为相似，皆有下腰痛、臀部痛及下肢痛。但本病在急性发作时，常有明显的外伤因素，可出现疼痛不敢弯腰，且在前屈位转为伸直位时完全受阻而出现“交锁”现象。其急性发作时，疼痛较为剧烈，但持续时间短，4～5 天内容易缓解，疼痛且为双侧性，两侧疼痛程度可不同，下肢疼痛很少波及膝盖以下，咳嗽或打喷嚏时腹压增高不会使疼痛加重。

② 体征：本病无特异性体征。若在检查时发现当立位时骶棘肌紧张而显条索状，而卧位时则显松弛状态，对本病的诊断有重要价值。此外，检查时若出现“交锁”征时，则存在较大的意义。

③ 影像学检查：

X 线平片，除可显示本病所具有的不稳节段移位及移位程度外，其它方面与腰椎间盘突出症难以区别。

CT 检查对本病除更详细地显示退变的征象外，还可清楚地显示关节囊钙化、黄韧带肥厚、神经根管狭窄、侧隐窝狭窄、椎管变性或狭窄以及创伤后椎旁血肿、小关节的损伤、紊乱、交锁等。而 CT 检查对腰椎间盘突出症则能明确显示椎间盘的突出征象，突出物的位置、程度、大小、形状及对周围神经根及脊髓的压迫征象。

MRI 对本病椎体滑脱的诊断和分度则更精细，更清晰地了解退变组织的退变程度、范围及周围软组织的受损情况、性质、范围等。对二者的鉴别起着重要作用。

腰椎小关节紊乱：腰椎小关节紊乱又称腰椎小关节错位或错缝。其多因外伤、退行性变及先天性畸形等所致，可引起腰痛及腰腿痛。故须与腰椎间盘突出症相鉴别。

腰椎小关节由上位椎体的下关节突与下位椎体的上关节突所组成。关节面覆盖有透明软骨，具有一小关节腔，周围有关节囊包绕。关节囊松而薄，内层为滑膜，分泌滑液，以利关节运动。滑膜上有丰富的血管和神经，小关节突的神经为脊神经所支配，是一种很丰富的神经结构，又称小关节感受器，当滑膜受到机械性刺激或化学性刺激后，便产生明显的疼痛。

当腰椎受到垂直负荷应力或是腰椎过分旋转的剪力作用时，小关节容易发生损伤性滑膜炎，甚至出现滑膜裂隙，并致小关节面的不平整。关节囊在承受负重和受到旋转应力后可以撕裂，并形成纤维瘢痕化。当椎间盘退变，椎间隙狭窄，可导致小关节囊松弛，并直接造成小关节半脱位。

当脊柱作旋转活动时，如腰部扭转、弯腰等均会因椎体间的不稳定状态而致使小关节咬合不良或错位。腰$_5$的活动范围较大，容易发生小关节张开，而此时小关节腔内的负压增高，关节囊滑膜被吸入、而形成小关节滑膜嵌顿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本病与腰椎间盘突出症的鉴别并不难，主要有以下几点：

① 症状：本病患者多为青壮年，多为急性发作，且在扭腰或弯腰变为直腰的过程中立即产生单侧或双侧下腰痛或伴有向臀部、大腿及骶尾部的放射，疼痛剧烈，使患者处于强迫体位，不敢活动，惧怕别人的触动。但其神经根刺激症状，一般涉及范围较小，并不按神经根分布区扩散，骶1神经根受累时可出现跟腱放射减弱或消失。但要注意的是，在出现上述急性发作性腰痛时，也不能排除腰椎间盘突出症急性发作的可能性。

② 体征：本病急性发作时，腰部强直，病变的小关节部有明显的叩击痛及压痛，一般下肢肌力、感觉无异常，直腿抬高试验正常或接近正常。用普鲁卡因行患椎小关节局部封闭，可立即阻断小关节囊部位的神经传递功能而减轻疼痛症状。而腰椎间盘突出症则直腿抬高试验阳性，局部封闭不能阻断椎管内神经根的刺激，故不能减轻腰腿痛的病症。

③ 影像学检查：X线平片检查时，本病可无异常表现，亦可能腰椎生理曲度存在，甚至加大，在急性发作时，则生理曲度消失，轻度的小关节错位，平片不易观察，明显错位时，可见两侧小关节突不对称。左右斜位片有时可见关节突相嵌于峡部。而腰椎间盘突出症的正侧位片则可见腰椎生理曲度的变平、消失甚至后凸，腰椎侧凸，椎间隙的狭窄、等宽甚至前窄后宽，椎体边缘的骨质增生等特异性表现。若确实可疑时，可作CT或MRI检查加以鉴别。

(6) 腰椎管狭窄症

腰椎管狭窄症是导致腰痛或腰腿痛的常见病症之一。由于腰椎管狭窄，致使脊髓和神经根受压而出现相应的神经功能障碍。

造成腰椎管狭窄症的原因有原发和继发性两大类，原发性腰椎管狭窄占3%左右，其余皆为继发性所致。按照发生狭窄的解剖部位可分为中央型(又称中心型)狭窄和侧方型(又称侧隐窝型)狭窄两种。原发性腰椎管狭窄症，主要是因先天性因素所致，即椎管发育性狭小为致病的主要基础；继发性腰椎管狭窄症常见的病因有以下4种：

① 退行性变：脊椎的骨质增生、黄韧带肥厚、后纵韧带钙化、侧隐窝狭窄及椎间盘病变等。

② 创伤：脊椎骨折后畸形所致。

③ 椎体滑脱：椎弓崩裂及脊椎退变所致椎体滑脱皆可使椎管变窄。

④ 其它：其它一些骨病，如氟骨症、Paget病及脊柱侧弯等。

根据临床症状的特点，又可分为中央型，侧隐窝型及混合型3型。

中央型腰椎管狭窄症的病症常与后中央型腰椎间盘突出症相似或并存，而侧隐窝型腰椎管狭窄症则又与后外侧型腰椎间盘突出症相似或并存。故分别将其鉴别诊断的有关问题讨论如下：

中央型腰椎管狭窄症：

① 症状：在腰椎间盘退变的基础上，由于椎间盘变窄，纤维环出现弥漫性膨出，黄韧带皱褶，椎板向后重叠使椎管狭窄，椎间关节的骨质增生向中线侵占，使椎管进一步变窄。狭窄的椎管可压迫马尾神经产生马尾神经性间歇性跛行。跛行产生的原因有姿势性和缺血性两种。姿势性者是因为伸直腰部时神经组织相应变短变粗，椎间盘加重后凸，而黄韧带则松弛前凸，挤压马尾神经而致，同时，在运动时椎管内静脉回流增加，但椎静脉因

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

椎管狭窄受阻，而使血管扩张，静脉充血，加重了对马尾神经和神经根的压迫，因此其症状的出现与伸直腰部活动有关，发生疼痛症状时，只要弯腰前屈或蹲下即可缓解或消失；缺血性者是因腰椎管狭窄状态下，供应马尾神经的前后根动脉大多受到部分梗阻或压迫，因而下肢运动时，其所支配的神经缺血而引起神经功能障碍行走无力而出现跛行，运动停止即可相应改善。一些人认为，间歇性跛行是本病的特异性症状。腰椎管狭窄症中，70%以上的病例有此症状。而腰椎间盘突出症出现间歇性跛行的机会极少，只是在伴有腰椎管狭窄时才会出现。

此外，本病发病缓慢，而中央型腰椎间盘突出症多发病突然，除腰痛或腰腿痛伴有间歇性跛行外，极少出现压迫马尾神经而出现锥体束征。

② 体征：腰椎管狭窄症的症状和体征多不一致，即症状重而体征轻，或无明显体征，这和中央型腰椎间盘突出症的马尾综合征不同。本病的直腿抬高试验阳性者较少，而腰部过伸试验阳性则是本病的重要体征。而腰椎间盘突出症患者则两项试验皆阳性，而直腿抬高试验绝大多数呈阳性。此外，本病虽可出现部分感觉障碍，但其神经支配区的障碍多不完全，而跟腱反射减弱或消失者则多见，这是本病有价值的体征。

③ 影像学检查：

X线平片对腰椎管狭窄症的诊断有着重要意义，不仅可以看到锥体的退变，关节突肥大，下关节间距缩小，更重要的是可以对椎管的矢状径进行测量，如矢状径等于或小于15cm时，在临床症状的支持下即可确诊，而16～17cm时，则应考虑有腰椎管狭窄的可能。但因X线的显影有放大率及体位的原因，故其数字的精确性和可靠性受到限制。

椎管造影：腰椎管狭窄症进行椎管造影可有不同程度的造影剂充盈缺损或梗阻，和腰椎间盘突出症只有椎管前方梗阻不一样，腰椎管狭窄可出现侧方、外侧方或完全梗阻的影像。

CT检查：可清楚地显示椎管横断面的骨性结构，对黄韧带肥厚，椎间盘突出有明确的临床诊断价值，可明确腰椎管狭窄的情况和病因，但因其对软组织的分辨低，对纤维环膨出的显示模糊，有值阳性情况，故不如MRI检查能更清楚地观察椎间盘纤维环膨出，椎体后缘骨赘增生，后纵韧带及黄韧带肥厚造成椎管狭窄以及脊髓、马尾神经和神经根受压状态的影像。

侧隐窝型腰椎管狭窄症：

① 症状：侧隐窝是指椎管向侧方延伸的狭窄间隙，在椎管的侧部。侧隐窝型腰椎管狭窄症多发生在下位两个腰椎的三叶形椎管内。其前方是椎体和椎间盘后缘，后方是上关节突冠状部，椎板峡部，关节囊，黄韧带及下关节突前缘，外侧为椎弓根，内侧为硬脊膜囊外下接续椎间孔内口，呈一扁三角形间隙。侧隐窝内含有离开硬膜囊后穿出椎间孔前的一段神经根(袖)，故又称为神经根管。一般认为侧隐窝前后径正常者应大于5mm，前后径为3mm或小于3mm者为狭窄。一般情况下，三角形的侧隐窝，因其管道浅，不发生狭窄，而下腰椎的腰$_{4-5}$的三叶形侧隐窝神经根管长，其前后径本来就小，加之退行性变所致的骨性狭窄有椎体后上缘骨质增生从前方向后突入侧隐窝，关节突增生肥大可使侧隐窝狭窄，使沿上关节突内侧通过的神经根在关节突和椎体后缘间受压。此外骨化的后纵韧带向偏侧的侧隐窝延伸可压迫神经根，椎间隙的变窄，使椎间关节重叠，使穿过侧隐窝的神经根被上关节突所挤压。因此，因侧隐窝狭窄而引起的神经根受压及刺激，是侧隐窝型腰椎管狭

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

窄症产生根性神经痛的原因。但侧隐窝型腰椎管狭窄症所产生的根性症状多在活动在一定姿势时出现或疼痛加重，一般不发生间歇性跛行。

② 体征：侧隐窝型腰椎管狭窄症嵌压神经根严重的病例可出现下肢感觉障碍、肌力减弱、腱放射减弱或消失，直腿抬高试验阳性等与腰椎间盘突出症相似的临床特征，并难以区别。

③ 影像学检查：X线平片可发现侧隐窝型腰椎管狭窄者的关节突肥大增生并向外膨出呈球形关节，上关节突上升，下关节突有反应性密度增高。有时可见上关节突移位，增生的骨质伸入椎间孔。CT检查可清楚地显示椎管横断面的骨性结构，对侧隐窝狭窄、椎间小关节病变有着更准确的鉴别诊断意义。是侧隐窝型腰椎管狭窄症与后侧型腰椎盘突出症鉴别诊断不可缺少的手段。MRI对腰椎管狭窄的诊断价值比CT及椎管造影大，也比椎管造影CT扫描(CTM)优。在T_2加权图像上可以直接观察到椎体的骨赘突向侧隐窝、骨化的后纵韧带增厚并向侧隐窝的延伸所导致的椎管狭窄及对神经根的压迫。

6 临床治疗

6.1 分期辨证论治

根据本病的演变特点，可分早期、发作期及晚期三期进行辨证论治。

6.1.1 早期：督脉经输不利

临床表现：腰脊酸软无力，腰背部疼痛隐隐，有时牵及臀及下肢。痛无定处，喜按喜温，反复发作，逐渐成持续性腰痛。伴畏寒怕冷，面色㿠白或色黯，手足不温，舌质淡，脉沉迟缓或沉迟无力。病久者亦可见腰膝酸软，心烦失眠，舌红少津，苔白少，脉沉细数。

病机分析：肾气不足，肾精亏虚乃本病的基本病理。由于先天不足，或后天失于调养，摄生不慎，过劳伤肾。肾气虚损，失于温煦，则督脉经气不利，故发疼痛，表现为腰膝酸软，腰痛隐隐。肾阳不足，故畏寒身冷，面白色黯，四末不温。舌淡脉沉迟无力，均为肾气不足之征。久病阳横及阴，则见阴虚生热，扰乱心神而心烦失眠；肾精不足，腰府空虚故腰膝酸软，舌红苔少，脉沉细数亦为肾阴不足之象。

治法：温通督脉，生精养髓。

方药：右归丸加减。

熟地　山药　山萸肉　杜仲　附子　桂枝　枸杞子　鹿角胶　当归　川芎　狗脊　牛膝　川断　桑寄生　菟丝子

加减：阴虚有热者，加知母，生地；心烦失眠者，加黑山栀，炒枣仁，远志；凡属阴虚者，当去桂枝、附子，或用左归丸加减。

6.1.2 发作期

本病的发作多存在外邪侵袭，或扭伤劳损等诱因。此时应当针对病因，重视标证的治疗。

6.1.2.1 风寒湿邪痹阻经脉

临床表现：腰背腿部冷痛重着，转侧不利，行动缓怠，遇寒湿则加重，虽静卧休息不解，甚或加重，病史较长，呈渐进性。舌淡苔白腻，脉沉迟、沉缓或濡缓。或见腰痛游走

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

而无定处，兼自汗出，畏风，腰背麻木拘挛，舌苔薄白，脉浮缓；或兼头身困重，四肢痿软无力，肌肤不仁，脘腹痞满，或见恶心欲呕，或患侧下肢肿胀、沉重，便溏不爽，舌苔白腻，脉濡缓或濡细；病久亦可表现痛处有热感，遇热、遇湿反而疼痛加重，或下肢痿软无力，小便短赤，舌红苔黄腻，脉濡数。

病机分析：六淫外邪内侵，引发腰腿诸痛者，以风寒湿三气为剧。邪遏经脉，经气不利而腰痛发作。风性善行而数变，故见痛无定处，游走不定，牵及背部及下肢；寒性凝滞，主收引，其痛重着，拘挛麻木且伴冷感；湿邪为患，易困遏阳气，流注四肢，故见重着疼痛，腰膝酸软，头身困重，四肢痿软无力。总之临证所见，可以表现出风、寒、湿三邪之不同特点，或见风寒、风湿、寒湿合邪，余症及舌脉均为其征。若寒湿郁久，可渐化为湿热，故见痛有热感，恶热恶湿；湿热流注于下，则下肢痿废，湿热遏阻三焦，可见尿短赤，便溏不爽，舌苔黄腻，脉濡而数，此为寒湿之变证。

治法：祛风散寒，除湿止痛，佐以补肝益肾。

方药：独活寄生汤加减。

独活　川芎　秦艽　桑寄生　杜仲　桂枝　细辛　防风　当归　川芎　赤芍　熟地　党参　茯苓　炙甘草

风邪偏盛者，法当祛风遏络为主。

方药：防风汤加减。

麻黄　防风　肉桂　秦艽　当归　杏仁　黄芩　川芎　独活　威灵仙　生姜　甘草　大枣

寒邪偏盛者，法当温经散寒为主。

方药：乌头汤化裁。

制川乌　生麻黄　生黄芪　桂枝　当归　赤芍　杜仲　桑寄生　牛膝　宣木瓜　细辛

湿邪偏盛者，法当除湿遏络。

方药：肾着汤加减。

茯苓　生白术　薏苡仁　桂枝　苍术　杜仲　桑寄生　宣木瓜　当归　海桐皮　羌活　防风　制川乌

寒湿郁久，变生湿热，法当清热祛湿，和血通络。

方药：当归拈痛汤加减。

当归　黄柏　知母　茵陈　薏苡仁　木瓜　苍术　防己　赤芍　丹皮　金银藤　姜黄　杜仲　怀牛膝

6.1.2.2　气滞血瘀

临床表现：腰痛多卒然发作，较为剧烈，痛处固定不移，如锥刺刀割，或可牵及一侧下肢。病久者痛势已缓，但反复发作，时作时止，经久不愈，遇劳或微有下肢、腰部动作不当即发作或加重。初病时舌质可无改变，久病者舌质青紫，或有瘀斑，脉象痛时弦紧，缓时沉细而涩。

病机分析：跌仆闪挫，损伤经脉，离经之血留滞成瘀，瘀血阻滞，经气不得畅行，不通散痛。痛处固定不移，或如针刺刀割，此为瘀血疼痛之特征。舌质与脉象之改变亦符合气滞血瘀之证。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：理气活血，化瘀止痛。

方药：血府逐瘀汤加减。

柴胡　枳壳　桃仁　红花　当归　赤芍　川芎　牛膝　狗脊　川断　杜仲　炙甘草

加减：若为跌仆闪挫初期，可加血竭、元胡、肉桂；伴腹痛便秘者，可加生首乌、酒大黄等；久痛不止，可加用虫类药以通络祛瘀，如地龙、全蝎、蜈蚣、地鳖虫等。使用全蝎、蜈蚣研粉服用止痛效果较佳。

6.1.3　晚期

6.1.3.1　肝肾阴虚

临床表现：腰膝酸软无力，其痛绵绵，腰部屈曲转侧困难，或屈曲则牵及项背、下肢疼痛不适，甚则下肢痿废不用(常为单侧)。伴见耳鸣耳聋，心烦失眠，口苦咽干，遗精带下。舌红少津，脉弦细而数。久病阴损及阳，又可伴见四肢不温，形寒畏冷，筋脉拘挛，舌质淡胖，脉沉细无力等症。

病机分析：本病病位在腰府，每易损伤肝肾，致阴血亏虚。肝肾阴虚，失于濡养，不荣则痛，故见腰痛绵绵，反复发作，肢体痿废。耳鸣、心烦及舌红少津、脉细等症均为阴血亏虚之表现，脉弦主痛。阴损及阳，致肾阳不足，或阴阳俱虚，不能温养，故亦作疼痛，并伴形寒肢冷之证。阳虚则内寒，寒主收引，故筋脉拘挛。舌淡胖，脉沉细或沉迟，亦为肾阳不足之表现。

治法：滋水涵木，生精填髓。

方药：虎潜丸加减。

知母　黄柏　熟地　龟甲　锁阳　白芍　狗骨　牛膝　陈皮　当归

加减：伴五心烦热者，去锁阳；兼有气血不足者，酌加黄芪、党参、鸡血藤。肾阳不足之证，可用鹿角胶丸(《医学正传》)化裁。

6.1.3.2　气血不足

临床表现：腰背、臀部及下肢酸痛隐隐，得揉按则舒，喜温恶寒，头晕、目视昏花，动则加重，一侧或两侧下肢软弱无力，甚则痿废不用。伴见面色苍白或㿠白，唇口麻木，色白无华。心慌、心悸、怔忡、失眠、健忘、倦怠乏力，气短懒言，食少便溏，或见手足蠕动，自汗、盗汗等。舌淡，脉细弱无力。

病机分析：本病迁延日久，由于外邪侵袭，及气滞血瘀等病理因素的存在，导致气血耗伤，临床主要表现一系列“不荣”之症状，其痛属虚，故见酸痛隐隐，喜揉喜按；气虚作痛，故喜温恶寒。气血不足，不能濡养头目，则头晕目花。气血亏虚，不能荣养筋脉，故致肢体痿废不用，甚或痿疡。气虚不能固表，故自汗出。余症及舌脉均为气血两虚之征。

治法：益气养血，通络止痛。

方药：归脾汤加减。

人参　黄芪　炒白术　当归　熟地　山药　茯苓　陈皮　炒枣仁　远志　炙甘草　木香　焦三仙　肉桂　地龙　全蝎

加减：若脾虚夹痰，可用六君子汤或二陈汤化裁，或上方加半夏、竹茹；若兼见泄泻、脏器下垂者，可用补中益气汤化裁。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.2 按主症辨证论治治疗

6.2.1 疼痛的治疗

腰腿痛是腰椎间盘突出症最主要的临床症状。从疼痛的病因看，一是肾气虚损，筋骨失养，腰椎及腰椎间盘退行性变，这是造成本病的根本所在；二是瘀血阻滞经脉，瘀血阻滞常为本病疼痛发生的主要原因，无论气虚血瘀、痰湿阻滞气血、气滞血瘀还是外邪侵袭，痹阻经脉，皆可致使经络血运失畅而瘀滞，从生理上看，无论是突出的髓核、皱折的韧带或增生的骨赘压迫、刺激神经、脊髓，皆可造成局部血循环障碍、缺血；三是外邪(风寒湿)侵袭，痹阻经脉；四是其它如气血不足，筋肉失于濡养，或气滞，或痰湿阻滞。疼痛的病机多为虚实相兼，肾气虚损是本，外邪侵袭、痰湿、瘀血等为标。因此在治疗上，应虚实兼顾，不可一味攻伐或攻伐太过。所谓“通则不痛”的治疗原则，不要简单理解成狭义的“通”法，应从广义的角度理解和运用“通”的含义，如因外邪痹阻经脉者，祛邪即所以通，用独活寄生汤、防风汤、乌头汤、肾着汤、当归拈痛散等可也；如因气滞血瘀者，行气活血即所以通，用血府逐瘀汤、桃红四物汤等可也；若因痰湿遏阻者，脾健运痰湿消即所以通，用二陈汤、六君子汤、导痰汤等可也；若因筋骨失于湿煦、濡养者，则温补肾阳、滋补肾阴即所以通，用左归丸、右归丸等可也；若因气虚血少，血运无力者，益气补血，即所以通，用补中益气汤、八珍汤等可也。总之，结合具体病机采取相应的治法，恢复人体脏腑经络的生理功能，恢复气血津液的输布运行即是所以通，知此也才能善用“通”，达“通则不痛”的治疗目的。

治疗上还应注意，一是补益肾气应贯穿治疗的始终，此为治本之法，并根据其阴阳虚损所偏调理之，在调理肾之阴阳时，还应注意阴阳互根，尤其是阴损及阳，阴阳两虚时，宜阴中求阳，不能一味滋阴或温阳，应避免刚燥，采用湿润之法，故在治疗中可选择使用如狗脊、肉苁蓉、补骨脂、鹿角霜、熟地、鹿角胶等，此外还可使用杜仲、川断、桑寄生等以壮骨益肾；二是化瘀药应贯穿治疗的始终，以四物汤或桃红四物汤为基本方加减化裁之。从临床的情况分析，以久瘀者为多见，故在治疗时还应加入一些通络之品，如伸筋草、鸡血藤等，另外可配合使用虫类药，如全蝎、蜈蚣、地龙、地鳖虫、穿山甲等，不仅可以通络止痛，而且还可以有助于祛除外邪。此外，血竭亦是一味活血止痛的良药。

6.2.2 瘿证的治疗

腰椎间盘突出症瘿证的出现，以虚证为多见。虚证中有肝肾亏损与气血不足两类，多在腰椎间盘突出症急性发作期或后期出现，肝肾亏损与气血不足二者之间常常相互影响，往往相伴发生，临床所见只是以何种病理表现为主，因而在治疗上采取相应的方法。

如因肝肾阴虚所致者，当用左归丸(熟地、山药、山萸肉、菟丝子、枸杞于、川牛膝、鹿角胶、龟甲胶)化裁，伴有气血不足者，可加人参(或党参)、白术、当归、白芍、黄芪等；如肝肾阴虚，虚热炽盛者，可用虎潜丸(《丹溪心法》：龟甲、黄柏、知母、熟地、白芍药、锁阳、陈皮、狗胫骨、干姜)化裁；若久病阴损及阳，出现肾阳虚特征时，可用右归丸(《景岳全书》：熟地、山药、山萸肉、枸杞子、杜仲、菟丝子、附子、肉桂、当归、鹿角胶)化裁，伴有气血不足者，可加人参(或党参)、白术、白芍、黄芪等；如因气血不足所致者，可用归脾汤(《济生方》：人参、黄芪、白术、当归、茯神、远志、炙甘草、木香、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

炒枣仁、龙眼肉、生姜、大枣)化裁；若气虚致中气下陷，久泻不止，或脏器下垂者，可用补中益气汤(《脾胃论》：黄芪、人参、白术、当归、陈皮、升麻、柴胡、炙甘草)化裁。上述气血不足所用二方，皆可加用杜仲、牛膝、川断、狗脊、鹿角胶、龟甲胶、仙灵脾、菟丝子、枸杞子等益肾壮骨之品，以同调先、后天，在治疗学上体现出“精血同源”。

临床上亦可见到实证为主之痿证，主要为湿热浸淫，或痰瘀交阻经脉、筋骨，或气虚血瘀所致。若湿热浸淫所致者，可用加味二妙散(《丹溪心法》：黄柏、苍术、当归、牛膝、防己、萆薢、龟甲)化裁，可加薏苡仁、木瓜、晚蚕砂、木通等；若为痰瘀交阻者，应分清痰、瘀偏重，灵活使用治疗方法，具体治疗可按分期辨证中方法应用；气虚血瘀者，可使用补阳还五汤(《医林改错》：黄芪、当归尾、地龙　赤芍、川芎、桃仁、红花)注意此方中黄芪的用量，根据病人的具体情况，可使用 30～120g 左右，为防止使用大量黄芪的壅遏之弊，可少量配伍陈皮。

在临床辨证施治的过程中，应根据痿病的临床特点，将分期辨证施治与主证的治疗有机地结合起来；根据标本的缓急，将治标和治本灵活地运用。发扬中医学辨证施治的特色和优势，以提高临床疗效。

6.3　专方辨证治疗

《七松岩集·腰痛》提出两个通治专方：

① 虚证方：人参　黄芪　白术　当归　川芎　牛膝　杜仲

如经脉络道不通，加独活、羌活引之；气滞而气闭为病，加木香、补骨脂、熟地、枸杞、去白术；气虚加肉桂、独活；肾经虚热加黄柏、丹皮、车前子、知母、去黄芪；肾虚劳损者、宜鹿角胶炒研；瘀血停滞，加生鹿角锉屑炒。

本方适用于本痿迁延日久，肝肾不足、气血亏虚者。

② 实证方：当归　川芎　羌活　独活　苍术　泽泻　延胡　肉桂

如风寒外感加防风，去泽泻；湿热所侵加黄连、干葛、去延胡、当归；如闪肭挫气，加木香、枳壳；如瘀血积滞加红花、桃仁、肉桂、去苍术、泽泻、羌活。

本方适用于本病风、寒、湿邪内侵，痹阻经脉，邪实为主者。

6.4　专 方 验 方

① 乾灵伊骨丹(《实用颈背腰痛中医治疗学》)

炙马钱子　狗胫骨　炙蟹壳　人参(可用党参代)　生黄芪　杜仲　怀牛膝　续断　桑寄生　生麻黄　制没药　炙土鳖虫　炙蜈蚣　炙全蝎　全当归　鹿角霜　金毛狗脊　藏红花(可用草红花代)　骨碎补　制川乌　防风　苍术　生白术　胆南星

以上水泛为丸如梧子大，每服 3～9g，黄酒或白水送服，每日 1～2 次。

临证参考：本药在医生指导下使用，用量由小剂量(1g)开始、渐次加量。轻者服 15～30 日，中痿即止；重者可服 3 个月，每月间停药 3～5 日。服药后半小时至 1 小时左右若腰背肌紧缩感、肌肉轻度的跳动、轻度头晕等症状，是一种正常的药物作用，不必紧张，如反应较重，可饮用一杯白开水即可。一般地说，只要严格地按照医嘱从小剂量开始，不会出现更严重的后果。孕妇及严重肝、肾疾痿、高血压者忌用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

② 复方马钱子散

生马钱子 6000g　土鳖虫　牛膝　麻黄　僵蚕　全蝎　甘草　乳香　没药　苍术各 7200g

将生马钱子置铁锅中，加水适量，慢火煮沸，8 小时后取出，剥去外皮，切成 0.5～1cm 厚薄片，晾干后，炒至均匀的棕褐色。乳香、没药置铁锅内加热，以灯芯去除油质，烘干。全部药物混合粉碎，并过筛(100～120 目)。

以上制胶囊(含生药 0.5g)，每服 5～10 粒，每晚睡前服一次，黄酒或白水送服。一月 1 疗程。初服从 5 粒开始，逐日加一粒，至服药后出现腰痛加重或腰背有紧麻感的反应时即不再增量。极量为 10 粒，服药后要安静卧床，当晚不宜饮多量开水。两周为 1 疗程。每疗程间停药 2～3 天。病情完全缓解后，每日可减服 1～2 粒，继服 2～3 周以巩固疗效。服药期间不宜作剧烈运动。

注：上述 2 方中的注意事项应互参。这些注意事项的实质是针对马钱子的药理及其毒副作用的。

6.5　中药外治法

药物外治法治疗本病，虽为一种辅助疗法，但药物直接用于伤痛之处，有活血通络，驱除外邪、消肿止痛之功，不失为一种有效方法。针对本病，药物外治，主要有敷贴、熏洗、热熨诸法。

6.5.1　敷贴法

① 腰痛散(《穴位贴药疗法》)

吴茱萸　附片　肉桂　干姜　川芎　苍术　独活　威灵仙　地鳖虫　全蝎　羌活各 10g　细辛 6g　红花 15g　冰片 10g　皂角刺 9g。上药共为细末。选穴：腰眼，肾俞，肝俞，阿是穴，每穴用药粉 10g，用胶布固定。一日 1 次，一周 1 疗程。主要用于风寒湿邪内侵所致者。

② 代痛散(《伤科补要》)

生川乌　生草乌各 15g　乳香　没药　何首乌各 30g　蟾酥 9g(火酒烊化)。

上药共为细末。用时用烧酒或姜汁调敷。

本方有活血消肿止痛之功。此药敷后，腰部有麻木感，其痛可立即减轻或消失。本方适用于跌损初期，疼痛较重者。

③ 化坚膏(《中医伤科学讲义》)

白芥子　甘遂　地龙肉各 2 份　威灵仙　急性子　透骨草各 2.5 份　苎麻根　细辛各 3 份　乌梅　生穿山甲各 4 份　血余炭　江子　全蝎　防风　生草乌各 1 份　紫硇砂 1/2 份　香油 80 份　东丹 40 份

将香油熬药至枯，去渣，再慢火炼至滴水成珠时下东丹，将烟搅尽后再下硇砂。外敷患处。

本方有祛风化瘀，软坚化结之功。适用于本病后期，腰部软组织硬化或粘连者。

6.5.2　热熨法

① 青囊散(《实用颈背腰痛中医治疗学》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

当归　草红花　骨碎补　防风　制乳香　制没药　木瓜　川椒　白芷　透骨草　羌活　独活　川断　怀牛膝　马钱子　干茄根各 30g　大青盐 100g。

上药共研粗末(10～20 目)，用 60 度烧酒约 60 克与药末拌匀后，分三份，用青麻布袋盛装。用法：用时放蒸笼蒸半小时，取一袋热敷于痛处。若烫甚，先用柳枝隔开皮肤，可耐受时接触皮肤。三个青囊轮番使用，每次一小时，日 2 次。连续使用 1 周后，即弃此囊。如需第二疗程，隔五七日再依上法制用。

本药可用于各类原因所致者，惟新伤者 24 小时内勿用。

② 腰痛渍(《穴位贴药疗法》)

当归 50g　红花 30g　乳香 20g　没药 20g　川牛膝 15g。

上药入米醋 300ml 内浸四小时后，放入锅中加热数十沸。选穴：腰眼，阿是穴。用纱布放药醋内浸透，乘热渍浸穴位，冷后换。一日 1 次，每次 2 小时以上。

本方主要用于跌扑闪挫或局部有瘀血者。

6.5.3　洗法

洗法有药浴和熏法两种。

6.5.3.1　药浴

① 苍术 120g　艾叶 400g。将药物装纱布内包裹，放入热水(单入浴池)内半小时后，浴洗 20 分钟。一日 1 次，10 日为 1 疗程。主要用于寒湿内侵者。

② 肉桂 50g　吴茱萸 100g　生姜 150g　葱头 50g。上药纱布包裹，放入热水浴池半小时后，浴洗 20 分钟，每日 1 次，用于肾虚者。

6.5.3.2　熏洗

① 荆芥 100g　防风 100g　苏叶 50g　麻黄 40g　羌活 100g　独活 100g　秦艽 60g　苍耳子 50g　干姜 100g　伸筋草 40g　菖蒲根 500g　葱白 300g　细辛 30g　苍术 100g　川芎 80g　白芷 40g。上药置锅中煮沸 15 分钟，使其温度保持在 45℃～55℃之间，熏洗腰臀部，每次 30～60 分钟，从大汗淋漓为度。主要用于寒湿内侵者。

② 风伤洗剂(《林如高正骨经验》)

柚叶　桔叶　骨碎补　松针　风不动　桑寄生　桂枝　土牛膝　穿地龙　忍冬藤各 9g　侧柏叶 15g

水煎，加黄酒 60g，熏洗患处。每日 1 剂，熏洗 2 次。

本方有祛风除湿，通络和营之功。适用于损伤后期，风湿入络，挛缩痹痛者。

6.6　推 拿 疗 法

6.6.1　推拿治疗腰椎间盘突出症的机理

《素问·血气形志篇》说“形致惊恐，筋脉不通，病生于不仁，治之以按摩醪药”推拿可以调整阴阳，行气活血，温经散寒，疏通经络，舒筋止痛，补虚濡痹，所以自古便是人们用治腰腿疼痛的重要手段。

现代医学认为推拿可以影响与调整神经感受器及其传入途径；调整植物神经的机能活动，改善疼痛部位的微循环；增强脊髓水平的闸门控制致应，抑制节段性反射性痛性肌痉挛压痛点；抑制丘脑相关神经核团的痛放电，激活脑的下行抑制系统；可以激活内源性镇

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛系统(EAS)，促进内啡呔(素)的释放；调整中枢与外周痛介质(5-HT、NA、DA、CA)的浓度与分布；促进致痛、致炎物质的分解、转换和排泄；缓解肌肉痉挛、扩张血管、增快血流、改善血液循环；可以通过神经——体液途径促进下丘脑释放 Na^+、K^+——ATP 酶抑制因子，调节机体能量代谢；调节体内自由基代谢异常；通过对脊柱外周软组织的作用以调节脊柱外在平衡条件；脊柱推拿手法可以调整椎间盘内压力，扩大椎间隙，调整突出物和神经根之间的空间位置，松解神经根与周围软组织的粘连，调整椎体后关节的受力情况，恢复脊柱内在平衡，是对腰椎间盘突出症标本兼治的治疗方法。

6.6.2 推拿手法及操作

在手法治疗腰椎间盘突出症时必须注意：①手法正确纯熟，做到均匀、持久、有力、柔和、深透，要“柔中有刚、刚柔相济”，要做到这一点唯有加强手法的正确练习。②腰椎间盘突出症的发生和经筋关系密切，经筋具有“起、结、聚、布”的特点，且循行和本经路线一致，故在临床上应注重对足太阳膀胱经，足少阳胆经及其经筋部位的施治，所以软组织推拿手法就显得十分重要。正确的充分的软组织推拿手法是取得的临床疗效的基础。③腰椎间盘突出症从根本上说是机体生物力学异常改变的结果，改善脊柱的平衡尤为重要，重视脊柱推拿手法的运用，是取得推拿疗效的关键。但决不是因此而忽视软组织推拿手法，符合要求的推拿手法操作应是软组织推拿手法和脊柱推拿手法的有机结合。

6.6.2.1 掌推腰背部(图 42) 患者取俯卧位，医生站立其患侧，手指伸直，以掌根部着力于体表，用肘关节屈伸运动，带动掌面在患者腰背部沿足太阳膀胱经循行路线自上向下做单方向掌平推法 10～15 次。手法要求先轻后重，沉缓有力，先推健侧，后推患侧。本法具有较好的理气活血解痉的作用。

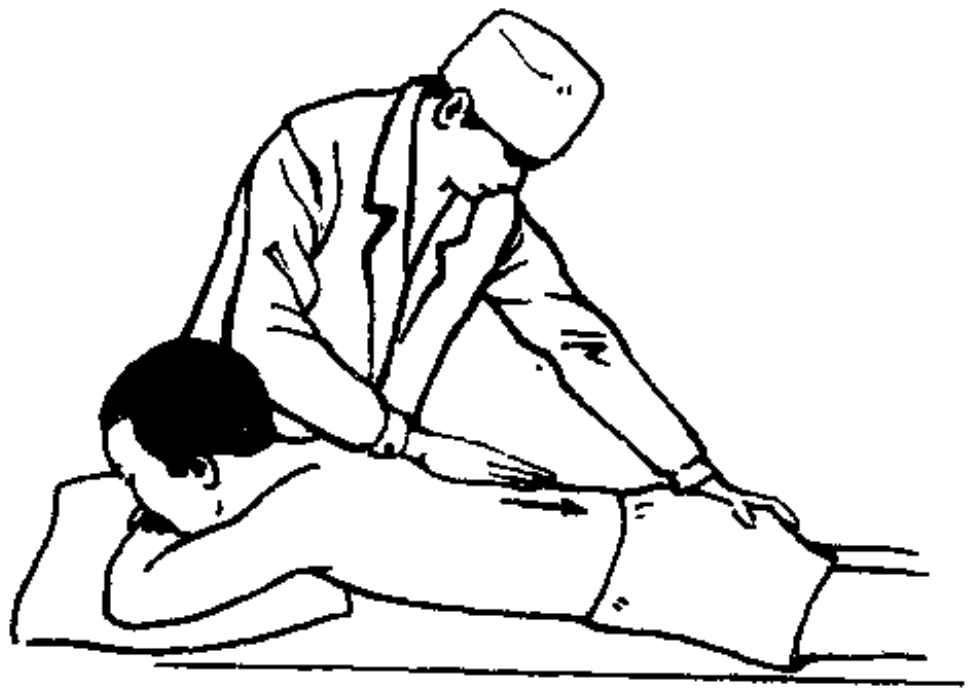


图 42 掌推腰背部

6.6.2.2 擦腰背部(图 43) 患者取俯卧位，医生站立其患侧。肩关节放松，肘关节微屈，呈 14°左右，肘部距胸壁一拳左右，手指自然弯曲，手背沿掌横弓排列成弧面，以手掌小鱼缘接触患者体表，前臂前摆旋后，腕关节逐渐掌屈前移，带动手背弧面向前擦动，至第二、三掌骨间隙接触患者体表，此时腕关节掌屈约 80°左右，继而前臂后摆旋前，腕关节逐渐背伸后移，使手背弧面向后方擦动，直至手尺侧缘接触体表，此时腕关节背伸

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

约 40°左右，动作要协调而有节律，揉动频率约为每分钟 120～160 次，在患者腰背部做揉法 5～8 分钟。要求操作时以患者腰部前凸最低点为界，以右侧为例，最低点以上用右手做揉法，最低点以下用左手做揉法，手法操作的关键在一个“松”字，肩关节放松、腕关节放松，手背保持弧形，避免和患者体表之间产生相对拖动、跳动或空转。



图 43　揉腰背部

在揉法操作的后半程，可配合腰部被动运动。(图 44)以右侧为例，右手一面做揉法，左手同时抱住患者大腿前面将患肢缓慢抬高，使患者腰部背伸，开始时，幅度要小，逐步增大，至患者觉有疼痛时，再做一轻巧、短促而有控制的后伸扳动，要求“轻巧、短促，随发随收”连续做 3～5 次。

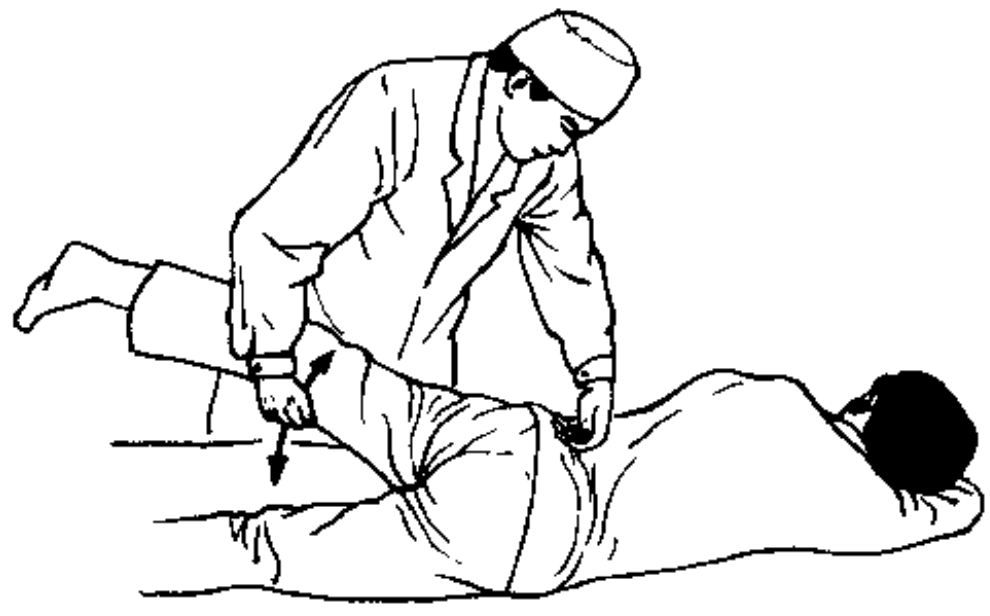


图 44　揉腰配合腰部被动运动

6.6.2.3　揉臀部(图 45)　患者俯卧位，医生站立患侧，以揉法操作于患侧臀部臀大肌、臀中肌、梨状肌等部位 3～5 分钟(见图 11)法操作的后半程一手一边做揉法，另一手被动运动患肢，做外展内收的动作，要求同揉腰背部时的被动运动操作要领。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com



图 45　揉臀部

6.6.2.4　揉下肢(图 46)　患者俯卧位，医生站立患侧，以揉法操作于患侧下肢后侧及外侧(做下肢外侧时，可令患者下肢外展略外旋，膝关节屈曲，踝部搭在另一下肢腘窝部)坐骨神经通路上及其周围 3～5 分钟。

6.6.2.5　弹拨夹脊穴(图 47)　患者俯卧位，医生站立患侧，双手拇指重叠(一般右手在下，左手拇指掌面叠加在右手拇指背侧横纹处)，虎口张开，像拨琴弦样自外向内弹拨病变节段上下棘突旁的华佗夹脊穴约 1 分钟，手法要深沉，力量透达深层，以患者有较强烈的酸胀感为佳。如患者腰背部僵硬，肌张力较高，可适当延长操作时间。

6.6.2.6　弹拨腰椎横突部　患者俯卧位，医生站立患侧，双手拇指叠加，自外向内弹拨腰椎横突部(约相当于足太阳膀胱第 1 侧线处)2 分钟左右。以患者感到较强烈的酸胀

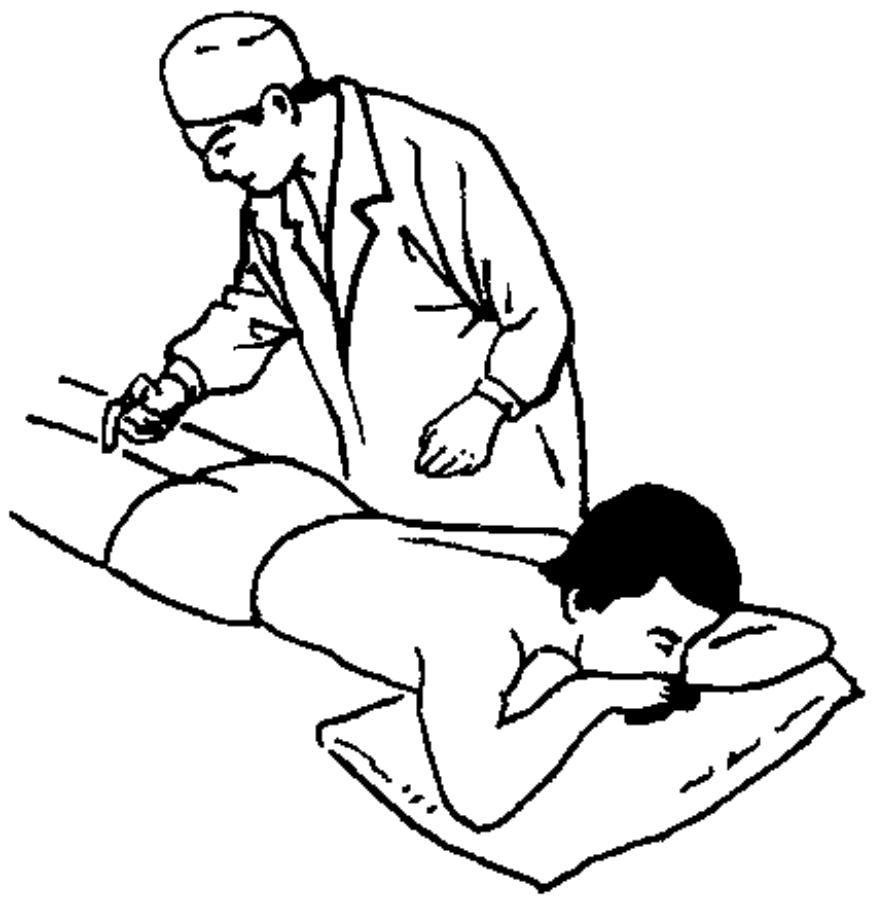


图 46(1)　揉下肢(后侧)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

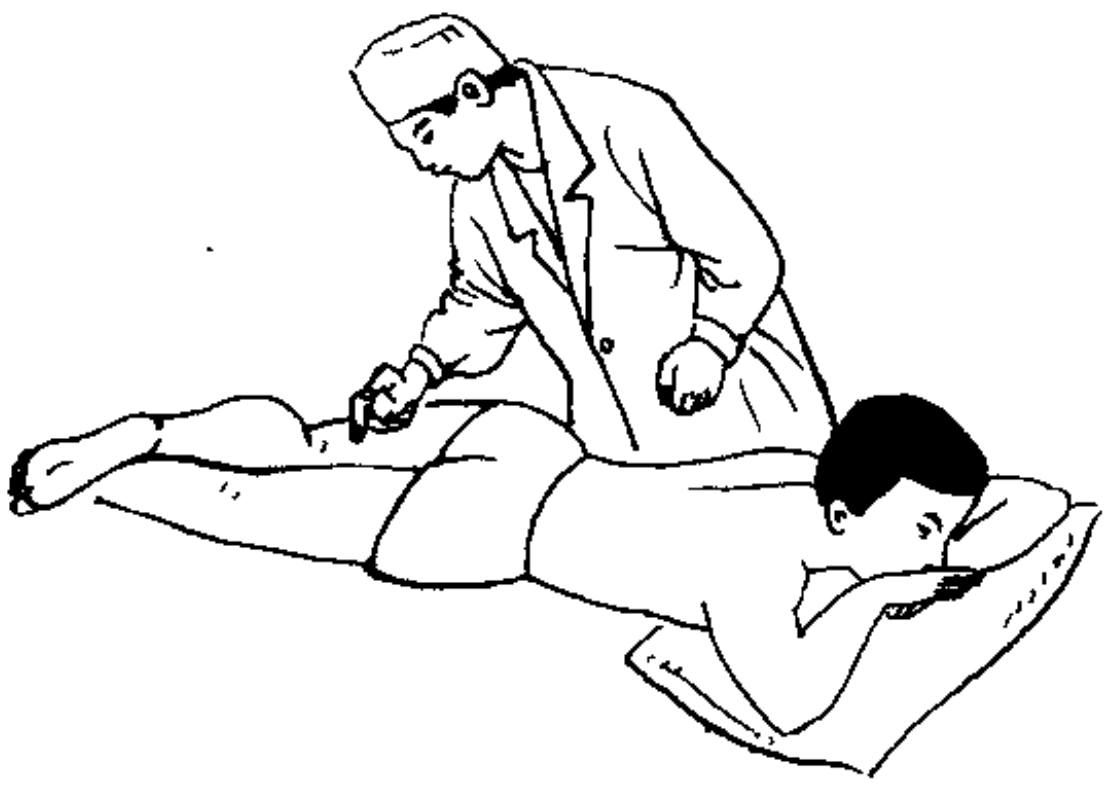


图 46(2) 擦下肢(后外侧)

为佳。

6.6.2.7 弹拨髂嵴部 患者俯卧位，患侧下肢外展略外旋，膝关节屈曲，踝部搭放在另一下肢腘窝部，医生站于患侧，双手拇指叠加，沿弧形的髂嵴边缘肌肉附着处做弹拨法 1 分钟，以患者感到较强烈的酸胀为佳。

6.6.2.8 弹拨大腿外侧 接上式，医生双手拇指叠加，在患肢大腿外侧足少阳胆经走行路线上自上而下做弹拨法，以患者感到较强烈的酸胀为佳。

6.6.2.9 掌揉腰背部(图 48) 患者髂卧位，医生站于患侧，腕关节略背屈，手指自然弯曲，以掌根部着力于患者体表，前臂主动摆动，自上而下做环旋揉动，揉动频率为每分钟 120～160 次，时间约 2 分钟。要求轻快柔和，压力不可过大。

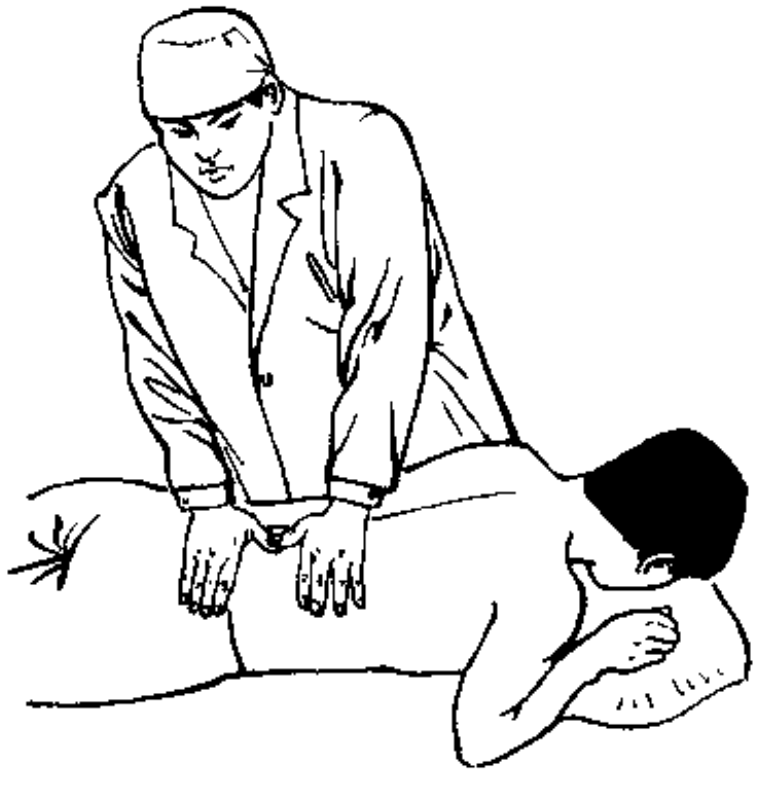


图 47 弹拨夹脊穴

6.6.2.10 肘压环跳穴(图 49) 患者俯卧位，医生站立健侧，屈肘以肘关节部上臂下端背侧为接触面，在股骨大转子高点与骶管裂孔连线的外 1/3 与内 2/3 交界处的环跳穴按压约 1 分钟，以患者有较强烈的酸胀感或有向下肢放射感为佳。按压的同时可结合揉法变成按揉法操作，力量要比掌揉法深沉。并可用拇指叠加弹拨环跳穴周围的梨状肌、臀中股肌束 5～10 次。

6.6.2.11 肘压承扶穴 患者俯卧位，医生站立患侧，屈肘以肘关节部前臂上端按压臀横纹中点的承扶穴约 1 分钟。

6.6.2.12 弹拨按揉委中穴(50 图) 患者俯卧位，医生站立患侧，一手握住患肢踝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com



图 48　掌揉腰背部

部，使患肢屈膝 90°，用另一手大拇指横向拨动并按揉位于腘横纹中央的委中穴约半分钟，以患肢有较强烈的酸胀感或有下肢触电样放射感为佳。

6.6.2.13　弹拨按揉小腿外侧部(图 51）　患者俯卧位，医生站立患侧，以双手拇指叠加，在里拇指螺纹面自腓骨小头前下方凹陷处的阳陵泉穴开始沿足少阳胆经循行到外踝高点上 3 寸的悬钟穴弹拨按揉约 1 分钟，以患肢有较强烈的酸胀感为佳，重点在阳陵泉穴。

6.6.2.14　弹拨按揉小腿后侧部(图 52）　患者俯卧位，医生站立患侧，以双手拇指叠加，在里拇指螺纹面自委中穴开始足太阳膀胱经循行到跟腱处，弹拨按揉约 1 分钟，以患肢有较强烈的酸胀感为佳，重点在腓肠肌两肌腹之间凹陷处顶端的承山穴。



图 49　肘压环跳穴

6.6.2.15　拿下肢(图 53）　患者俯卧位，医生站立患侧，双手并排虎口张开五指伸直，以平坦的指腹着力，大拇指位于下肢外侧，其余四指位于下肢内侧和大拇指相对，保持手指伸直位逐渐内收用力夹捏下肢皮肤和皮下组织(以夹捏组织愈多愈佳)然后腕关节背伸，提起所夹捏组织，大拇指和其余四指松开，让所夹捏组织逐渐从手指间滑出，自下肢上部开始而下，动作连绵不断，力量由轻到重由重到轻，一直到跟腱移行处，约拿 3 遍。

6.6.2.16　拿昆仑、太溪(图 54）　患者俯卧位，医生站立足跟侧，以右手虎口张开，大拇指

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

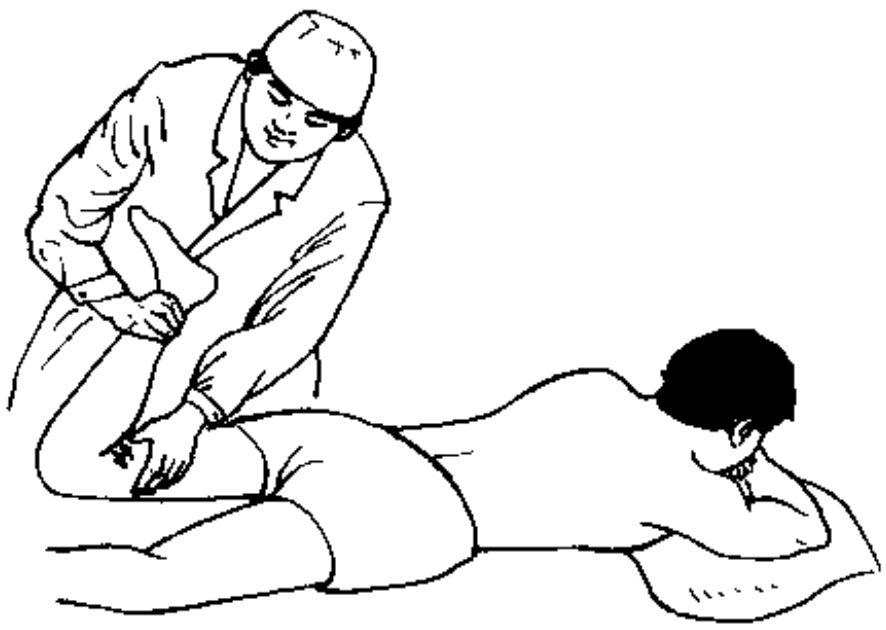


图 50　弹拨按揉委中穴

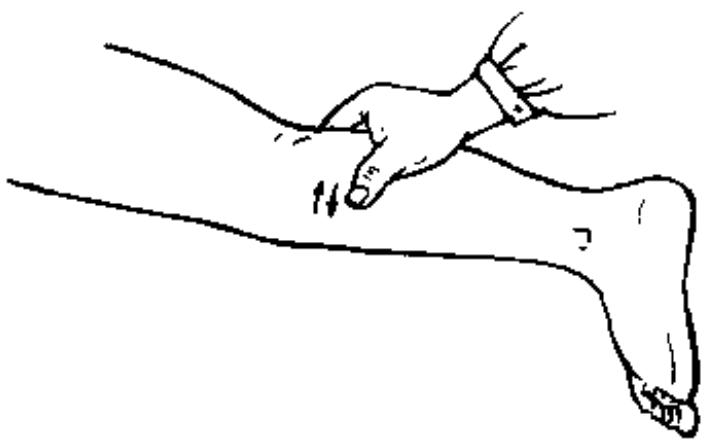


图 51　弹拨按揉小腿外侧部

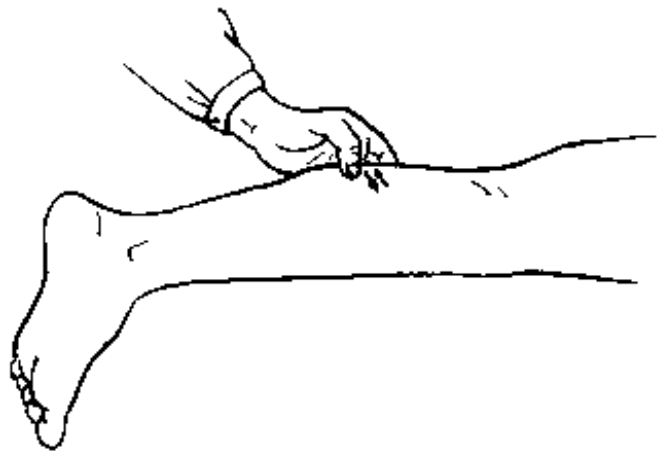


图 52　弹拨按揉小腿后侧部

螺纹掌面对准外踝高点和跟腱之间凹陷处的昆仑穴，食、中指二指螺纹面对准内踝高点和跟腱之间凹陷处的太溪穴，拇指和食、中指相对用力，捏拿二穴。以患者有较强烈的酸胀感为佳。

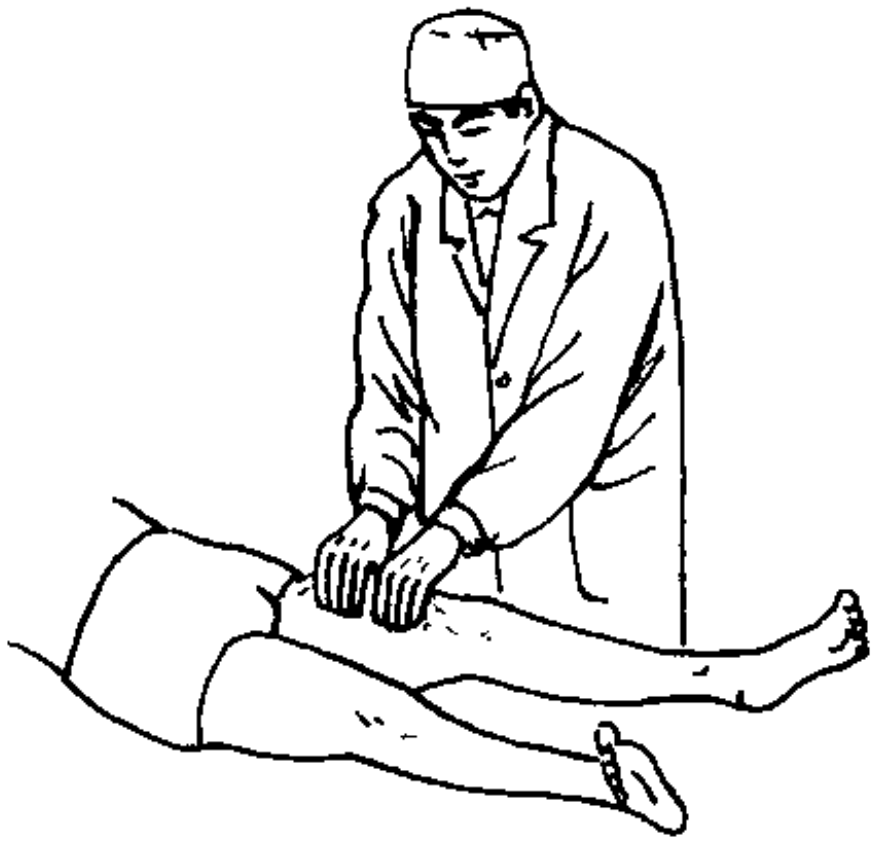


图 53　拿下肢

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.6.2.17 掌擦涌泉(图 55) 患者俯卧位，医生站立患侧，以右手掌根紧贴足弓皮肤，(涌泉位于足底)足前 1/3，足趾跖屈时的凹陷处，稍用力下压并做直线往返的摩擦动作，以透热为度。

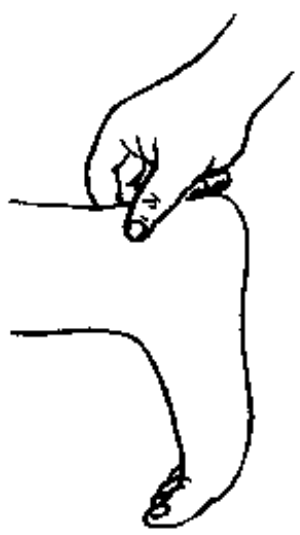


图 54 拿昆仑、太溪



图 55 掌擦涌泉

6.6.2.18 横擦腰骶部(图 56) 患者俯卧位，暴露腰骶部皮肤，医者站立患侧，在腰骶部皮肤上涂薄薄一层冬青油膏，腕关节伸直，以小鱼际部着力，做直线往返摩擦，注意操作者不可迸气，压力不宜过大，以摩擦时皮肤不起皱迭为宜，往返应在同一直线，距离尽可能拉长，频率为每分钟往返 100 次左右，以透热为度。

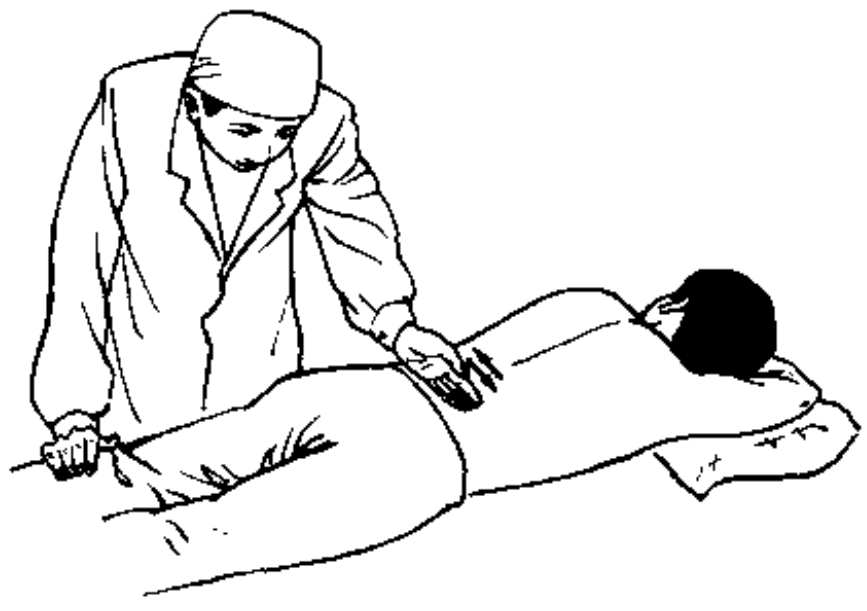


图 56 横擦腰骶部

6.6.2.19 掌拍腰背部(图 57) 患者俯卧位，医生站立患侧，五指并拢掌心凹陷成虚掌，腕关节放松，肩关节放松，以腰带肩，以肩带肘，以肘带腕，轻快地击打体表。

6.6.2.20 斜扳腰椎(图 58) 患者健侧卧位，患侧在上，健侧下肢伸直，髋关节略后伸，患侧下肢屈髋、屈膝，医生站立其面前，肘部弯曲，用一肘部前臂上端搭在患侧肩前方向外推动，另一肘部上臂下端搭在臀部向内扳动，调整患者肩部与臀部的位置，使患者腰椎逐渐旋转，扭转中心正好落在病变腰椎节段上，当将脊柱扭转至弹性限制位时，医生可感受到抵抗，适时作一突发有控制的扳动，扩大扭转幅度 3°～5°，常可听到“喀嗒”声响，一般表示复位成功。注意切不可使用暴力，扳动要“轻巧、短促、随发随收”，关节弹响虽常标志手法复位成功，但不可追求弹响。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

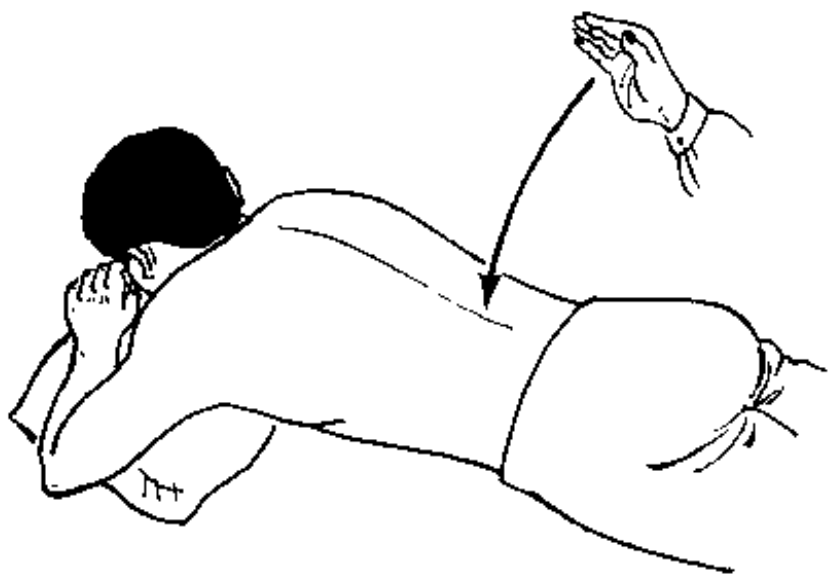


图 57　掌拍腰背部



图 58　斜扳腰椎

腰椎定位旋转扳法(图 59)　若患者单个棘突偏歪，可采用本方法。以向右扳动为例，患者取坐位，骑跨在治疗床头(或坐于凳上,助手站于患者前方,两腿夹患者左腿,双手压住左侧大腿根部,以稳定患者坐姿)，医生站立其侧后方，左手拇指抵住偏凸之棘突，右手从患侧腋下穿过，反扣患者颈项部，使患者腰部缓慢前屈，至左手拇指始感觉指下棘突欲动



图 59　腰椎定位旋转扳法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

时，控制此前屈角度，反扣颈部之手令患部向右缓慢旋转，至脊柱扭转弹性限制位，感觉到有阻抗时，右手继续右旋，左手拇指向左侧推顶偏凸棘突，作一突发扳动，扩大扭转幅度3°～5°常可听到“喀嗒”声响，左手拇指可感觉到棘突有跳动感。注意事项同“斜扳法”。

6.6.2.21 摇腰部(图 60) 患者仰卧位，屈膝屈髋，双下肢并拢，医生站立其侧，一手固定患者膝部，一手固定两踝部，环转摇动腰部。



图 60 摇腰部

6.6.2.22 被动前屈腰部(图 61) 患者坐位，双下肢伸直，医生站立其侧，一手推扶患者背部，一手托住患者伸直的双上肢，协同用力，缓慢使患者腰部前屈，以患者所能承受为限，重复 3～5 次。



图 61 被动前屈腰部

6.6.3 推拿疗法的注意事项

① 推拿结束后，令患者仰卧位卧床休息 15 分钟左右。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

② 早期宜绝对卧硬板床休息，可用腰围固定。

③ 减少腰部活动，注意腰部保暖，愈后加强腰背肌功能锻炼。

④ 中央型腰椎间盘突出者，慎用推拿，若轻型可做推拿治疗但禁止做腰椎扳法。

⑤ 推拿治疗为本病首选疗法，但可配合针灸、理疗等以加强疗效。

⑥ 保守治疗 3 个月无效者，建议手术治疗。

6.7 针 灸 疗 法

针灸治疗腰椎间盘突出症，可缓解和消除疼痛，亦可促进神经根水肿和炎症的吸收，是中医学综合治疗中一种重要的辅助疗法。但单纯用针灸治疗本病，往往难以痊愈，尤其是对有明显神经根和脊髓压迫症状者，需及时配合推拿等方法治疗。

由于腰椎间盘突出的部位不同，且突出方向不同，造成腰部、尤其是下肢部疼痛、感觉及功能障碍分布区域也不同。因此，针灸治疗本病，应在病因辨证的指导下，按经络辨证施治。一般地讲，中央型腰椎间盘突出时，腰腿部主要表现在足太阳膀胱经循行部位，足底、会阴部症状，与足少阴肾经、足厥阴肝经关系密切。侧突时：腰$_3$-腰$_4$ 椎间盘突出时，腰部症状主要表现在足太阳膀胱经循行部位，臀及下肢症状主要表现在足少阳胆经、足阳明胃经，小腿感觉和功能障碍与足少阴肾经、足厥阴肝经关系密切：腰$_4$-腰$_5$ 椎间盘突出时，腰部症状主要表现在足太阳膀胱经循行部位，臀及下肢症状与足少阳胆经关系密切，足趾部症状与足厥阴肝经有关；腰$_5$-骶$_1$ 椎间盘突出时，腰、臀、腿、足部症状主要表现在足太阳膀胱经、足少阳胆经。选穴时，不仅要注意臀、下肢、足部的有关经脉，而且在腰背部选穴时亦要注意有关经脉、脏腑俞穴的选用。

针刺治疗本病，当以舒筋活血，通络止痛为法。

6.7.1 毫针

取穴：

中央型腰椎间盘突出：主穴：肾俞、白环俞、膀胱俞、腰俞、环跳、承扶、殷门、委中。配穴：上骨、关元俞、腰阳关、秩边、承山、昆仑、阿是穴。

腰$_3$-腰$_4$ 椎间盘侧突：主穴：肾俞、白环俞、大肠俞、腰俞、环跳、承扶、委中、阳陵泉、足三里。配穴：秩边、腰阳关、条口、悬钟、丘墟、足临泣、阿是穴。

腰$_4$-腰$_5$ 椎间盘侧突：主穴：肾俞、白环俞、中膂俞、腰俞、委中、环跳、风市、阳陵泉。配穴：腰阳关、中渎、膝阳关、外丘、悬钟、丘墟、足临泣。三阴交、商丘。

腰$_5$-骶$_1$ 椎间盘侧突：主穴：肾俞、关元俞、气海俞、腰俞、环跳、委中、阳陵泉。配穴：腰阳关、承扶、殷门、承山、昆仑。风市、悬钟、丘墟。

方法：每次选用 3～5 个穴位。急性期每日针一次，症状好转，可隔日针治一次。

手法　除急性损伤外，肾俞使用补法。其余穴位可用强刺激或中等刺激，使针感向远端放射。其中，肾俞为直刺并微斜向椎体，深 1～1.5 寸。环跳穴直刺，针尖向外生殖器方向，深 2～3.5 寸，使局部酸胀并向下肢放射。委中穴直刺 0.5～1 寸使针感向足底放射。督脉穴针刺，以气至为度。

辨证施治：

寒湿阻络

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治则：散寒祛湿，温经通络止痛。

处方：主穴＋腰阳关

操作：腰部俞穴用提插捻转补法并加灸，余穴均用提插捻泻法，以得气为度，留针20～30分钟。

湿热阻络

治法：清热利湿，舒筋活络，通经止痛。

处方：主穴＋膀胱俞、阴陵泉、三阴交

操作方法：针用提插捻转泻法，得气为度，留针10～20分钟。

瘀血阻络

治则：活血化瘀、通经活络、理气止痛。

处方：主穴＋病变节段夹脊穴、次髎、三阴交。

操作：委中穴用三棱针点刺放血，余穴用提插捻转泻法，留针30分钟。

肾气不足

治则：滋补肝肾。

处方：主穴＋命门、太溪、三阴交。

操作：针用提插捻转补法，阳虚者，肾俞、命门加灸。

6.7.2 梅花针

梅花针属皮肤针一种，为五根针一束，是以短针浅刺人体一定部位(腧穴)的一种治疗方法。其历史悠久，属《黄帝内经》中“毛刺”“扬刺”和“半刺”之法，其主要刺激部位为皮部，通过皮部以激发经气，调和气血，通经活络，促进机体机能恢复正常。

取穴：胸$_{10}$-腰$_5$夹脊、阿是穴周围，疼痛循经部位。

操作方法：右手持针柄，用无名指和小指将针柄末端固定于手掌小鱼际处，针柄尾端露出手掌1～1.5cm，再以中指和拇指挟持针柄，食指按于针柄中段，运用腕关节弹力，均匀而有节奏地弹刺，落针要稳准，针尖与皮肤呈垂直角度，提针要快。不能慢刺、压刺、斜刺和拖刺。频率每分钟70～90次，痛点阿是穴重叩，使局部皮肤发红或微出血。叩后可拔火罐，拔出少量瘀血疗效更佳。

注意事项：操作前应注意检查针具，凡针尖有钩毛或缺损、针尖参差不齐者，应及时修理，注意严格消毒，以防感染。局部皮肤有破损或溃疡者，不宜用本法。

6.7.3 耳针

取穴：腰椎、骶椎、臀、坐骨、膝。

操作方法：一般取坐位，病重体弱者可取卧位，选用26～30号，0.3～1寸长的不锈钢毫针，一般以28号0.5号长毫针为佳，碘酒、酒精常规消毒，医生用左手拇指、食指固定耳郭，中指托针刺部位的耳背，以右手拇、食、中三指持针刺入皮肤2～3分，若局部无针感，可调整毫针刺方向，每次选2～3穴，用中强刺激捻转数秒钟后，留针30分钟，留针期间隔5～10分钟捻转1次，每日或隔日治疗1次。也可用埋针法埋针3～7天，起针后，注意消毒。

此外，亦可用王不留行籽类药物进行耳穴贴压。每日按压数次，每次2～3分钟，5～7日换穴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

注意事项：耳针治疗腰椎间盘突出症，即时止痛效果较好，但因刺激过强，应防止晕针现象出现，严格消毒规程，防止耳廓皮肤感染和软骨膜炎的出现，耳部有显著皮肤病者不宜针刺。

6.7.4 头皮针

头皮针又名头针疗法，是以针刺头皮上的特定区线，用来治疗病证的一种疗法。对脑源性疾病，神经系统疾病效果较好。

取穴：对侧下肢感觉区、足运感区。

操作方法：患者取卧位或坐位。医者手持毫针，与头皮呈15°角快速刺入皮肤穿透帽状腱膜下层后，将针体平卧，沿特定线刺入。进入一定深度后快速捻转，不提插，频率每分钟约200次。持续捻2~3分钟，留针5~10分钟后再重复捻转。在捻转会时患者可活动肢体，有的患者会在患部出现热、胀、抽动等感应，或疼痛减轻、消失。

注意事项：针刺操作要严格消毒，防止感染，起针后按压针孔，防止出血。

6.7.5 腕踝针

腕踝针是在腕部或踝的相应点用毫针进行皮下针刺来治疗疾病的一种简易方法。

取穴：下$_6$（跟腱外缘，外踝高点上3寸）

操作方法：皮肤常规消毒，取患侧穴，针体与皮肤呈30度角，快速进针，针体应在皮下浅表层，针尖朝上，针深一般为1.4寸。腕踝针一般无针感，不提插、不捻转，留针30分钟，隔日1次，10次为1疗程。

注意事项：腕踝针进针时应无针感，若患者出现酸、麻、胀、沉、痛等感觉，说明针入筋膜下层，应退至皮下，调整针尖方向。

6.7.6 水针

水针又称穴位注射，是选用中西药物注入有关腧穴以治疗疾病的一种外治方法。

取穴：阿是穴、肾俞、白环俞、相应夹脊穴。

药物：当归、红花、丹参、川芎等中药制剂，5%~10%葡萄糖注射液、维生素B_1、腺苷B_{12}、0.25%~2%盐酸普鲁卡因等西药注射剂。

操作方法：方法：每次取2~3个穴位，按各药不同用量准确注入穴位，局部皮肤常规消毒，使用背俞穴时，针尖向脊柱侧倾斜，用无痛快速进针法将针刺入皮下组织，然后缓慢推进无回血则可将药物快速推入。

注意事项：注意严格消毒，不要注入血管内及关节腔内，掌握适当针刺深度。盐酸普鲁卡因应先做皮试，阴性才可使用，某些中药制剂也可能有反应。

6.7.7 电针

取穴：同毫针。

操作方法：方法：取患侧肢体1~3对穴。首先使针刺得气后，一般使用疏密波，如疼痛症状明显时，也可使用密波，调节电流量时应从小到大，注意观察患者耐受情况，不可突然加强，以免发生意外。腰部穴位电流输出量宜小，每日治疗1次，每次10~15分钟。

注意事项：每次治疗前应检查电针器输出是否正常，治疗后须将输出调节全部退至零位，随后关闭电源，撤去导线。

6.7.8 灸法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

取穴：同毫针。

灸法：一般灸法皆可用。临床较常用艾条灸、艾炷灸、温针灸、温器灸。每次选3～5个穴位，灸10～20分钟或5～7壮，每日1次，10日1疗程，间隔2～3日行第2疗程。

禁忌：孕妇不宜在腰骶部施灸。

6.8 中药离子导入疗法

6.8.1 中药离子导入疗法的机理

中药离子导入疗法的治疗作用是由直流电和中药离子两部分的作用综合而成，现将二者分述如下。

6.8.1.1 直流电的作用

① 镇静和兴奋作用：一般而言，弱中量的直流电通过人体时，会使阳极下组织的兴奋性降低和使阴极下组织的兴奋性增高。当然如果电流作用的时间相当长或电流强度相当大时，则阴极下的兴奋可以转化为抑制，而阳极下则恢复正常或兴奋性增高。

② 扩张血管，促进局部血液循环：直流电促进局部血液循环的作用是比较明显的，治疗后局部皮肤发红就是一个证明。一般直流电治疗后局部血液循环量增加141%左右，并可持续30分钟以上。

③ 改变组织含水量：在人体中，蛋白质分散在体液中构成了胶体溶液，在直流电作用下，溶液中同时发生电泳和电渗现象。由于电泳的结果，蛋白向阳极集中，阳极下蛋白密度升高，阴极下蛋白密度降低，使阴、阳极下的胶体密度、渗透压等发生变化；由于电渗的结果，水向阴极转移，结果阴极下水分增多而阳极下水分减少，这就影响了组织的含水量。

④ 改善局部营养和代谢：直流电在这方面的作用，除了由于促进局部血液循环外，更重要的还在于改变了细胞膜的通透性。在直流电作用下，阳极区酸度上升，阴极区碱度上升，因此阳极范围内细胞膜蛋白凝集致密，物质经膜的交换困难，代谢降低；阴极下膜蛋白分散，膜组织疏松，物质经膜的交换增快，代谢加强。

6.8.1.2 中药离子的作用

中药具有自身独特的性味和功效，当中药离子被导入人体后，就在局部或全身发挥中药本身的治疗作用。中药离子导入的具体途径及作用方式是：当将所需导入的中药离子放在极性与该离子电性相同的电极下时，由于电学上同性相斥的原理，离子即被斥入人体，离子进入人体后的主要去向及作用方式有：

① 在局部直接与组织发生反应。

② 在皮肤内形成离子堆。

③ 被血流或淋巴流带到全身而引起反应，而且药物离子或分子进入血液时，可以刺激血管壁的感受器，通过植物神经系统引起局部或广泛的反射作用。

④ 集中在对该离子有亲和力的器官上，发挥特殊的治疗作用。

⑤ 当中药离子导入于腧穴部位时，可以通过腧穴和经络来发挥调节阴阳、扶正祛邪等治疗作用。

以上分述了中药离子导入疗法中直流电和中药离子的治疗作用，这两者在实际运用时的表现形式是多种多样的，可能是两种作用的相加，也可与单纯直流电的作用相反，这与

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

直流电的电流强度、作用部位、作用方式、机体的神经-体液调节以及所用中药的组成、功效、剂量等因素有关。不能把每一种离子导入的具体方法都看成是单纯的直流电与中药离子作用的相加。

6.8.2 方药配制及操作

6.8.2.1 处方

桃仁 干姜 防风 伸筋草 杜仲 乳香 赤芍 红花 桑寄生 威灵仙 没药 鸡血藤

上药各 50g 加水 4L，浸泡 4 小时后水煎至 4L，将药液倒出，加入陈醋 1L，瓶装备用，用时加温至 40℃。

6.8.2.2 操作

① 将纱布垫放入加温的药液中浸湿，稍拧干，敷贴于下腰部，连接治疗仪正极，副极用生理盐水浸湿放于臀部或小腿疼痛明显之处，然后盖以塑料布，根据病情用砂袋、绷带或借患者身体重力将电极加以固定。

② 检查电疗机各指针、旋扭均在正确位置后，先开总开关，次开分开关，徐徐转动电位器逐渐增大电流量，参照患者的感觉将电流量控制在 5～15mA 之内。

③ 每次治疗 20～25 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程，一般治疗 3～5 个疗程，每疗程间隔 4～7 天。

6.8.3 中药离子导入疗法的禁忌症

高热、恶病质、心力衰竭、湿疹及对直流电不能耐受者。

6.9 硬膜外腔药物疗法

早在 1901 年法国学者 Sicard 和 Catnerime 分别对骶管注射疗法作了介绍。1953 年 Lievret 等首先采用硬膜外腔注射氢化考地松治疗腰椎间盘突出症。1978 年国际腰椎研讨会上认为硬膜内与硬膜外类固醇药物注射对子腰腿痛患者的治疗是最有效的方法。由于该疗法疗效肯定、操作方便、安全已被广泛应用于治疗腰椎间盘突出症。临床对该疗法的治疗效果评价不一。一些报道认为约 90%的病例可在 1 周～3 个月内获得疼痛缓解，但 White 等发现只有 7%病人在 6 个月时疼痛仍然缓解。随着对腰椎间盘突出症发病机制的进一步认识，临床学者也在试图改进该疗法。如用硬膜外腔超容量充填疗法以及碱化药液骶管注射治疗腰椎间盘突出症均取得了显著疗效。国内报导，用中西药合用硬膜外腔注射来提高有效率，结果其疗效明显高于单纯西药组或单纯中药组，说明临床已经注意到中医药在该治疗中的作用。总之，随着人们对硬膜外腔用药疗法的第一步探讨和研究，该疗法将成为腰椎间盘突出症非手术治疗的主要方法之一。

6.9.1 硬膜外腔药物疗法的治疗机理

腰椎间盘突出症是脊柱的损伤、退变性疾病，其病理基础是腰椎生物力学平衡的失调。有关腰椎间盘突出症发生的病理过程一般认为是在腰椎间盘退变的基础上伴有外伤或劳损，可使腰椎功能单元的结构发生改变，进而导致椎间盘上的压力平衡紊乱，使椎间盘纤维环破裂，其内的髓核连同残存的纤维环及覆盖其上的后纵韧带向椎管内突出，压迫脊神经根；局部释放出含糖蛋白、类组织胺等化学物质，刺激神经根及周围组织，产生充

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血、水肿、细胞增生、组织粘连、微循环障碍等无菌性炎症表现，同时引起一系列疼痛、麻木及运动功能障碍的症状。该病理过程尚包括椎管内外的其他一系列病理改变，如在椎管内，许多研究都证实，突出的髓核组织并非是腰椎间盘突出症时压迫刺激神经根组织的唯一因素。椎管内的神经根通道(腰神经离开硬膜囊到椎间孔外口一段)的四壁(前壁为椎间盘和椎体后缘，后壁为下关节突前缘及黄韧带，上壁为上关节椎体的椎弓根下缘，下壁为下节椎体上关节突上缘。)，任意一处炎性增生或肥厚粘连都有嵌压刺激神经根的可能。在椎管外则主要表现为整个外支架的紊乱，包括小关节脱位、椎旁肌肉痉挛，以及椎旁肌和椎旁韧带的无菌性炎症等改变。

腰椎间盘突出症时的以上病理变化如果得不到及时而适当的护理和治疗，则会做为病因进一步加重脊柱生物力学平衡的紊乱，形成恶性循环。

基于腰椎间盘突出症时的病理改变，结合其病理解剖的特点，而行经腰椎或骶管的硬膜外腔注射治疗，该疗法可以使药物直接或通过散布途径快速弥散到病变局部，迅速发挥治疗作用，同时可以避免全身应用该类药物的不便和副作用以及血药浓度低的缺点。该疗法由于治疗侧重点不同已发展为几种疗法。现从以下几个方面阐述该疗法的作用机制。

6.9.1.1 硬脱外腔超容量疗法

硬膜外腔是位于椎管内的一个容量约为 100ml 的潜在间隙，其中充满疏松结缔组织，动脉、静脉和脊神经均从此腔通过。腰椎间盘突出症时各种病理因素造成硬膜外腔的壁和腔中的组织(包括通过的神经根)产生充血、水肿或粘连等炎性改变。尤其椎管内神经根通道的四壁的任何一处的炎性改变，都有可能造成对神经根的粘连或压迫。因此，在治疗时用稍大于硬膜外腔容量 2 倍以上体积的等渗液(> 200ml)，从骶管穿刺并以一定的速度推入或滴入硬膜外腔中，由于药液体积大大超过硬脱外腔的容积，则持续滴注可以产生一定压力的液压。Cyriax Daly 认为等渗液在硬脱外腔中向头部的扩散力很强，向尾部的扩散力较弱。因此，滴入的液体从下而上产生冲击力，其形成的对侧壁的压力可以扩张病变部位的硬膜外腔，使神经根与周围组织的粘连产生物理性液体分离，减轻周围炎性组织对神经根的压迫，而迅速缓解疼痛、麻木症状。日本上田礼和我国马崇昆等研究证实了这种作用的存在。

6.9.1.2 硬脱外腔用药

根据使用药物的不同分为以下几种：

① 碱化药液：周秉文等用微电极测量腰椎间盘突出症时病变局部组织的 pH 值，其中疼痛的部位呈酸性。局部 H^+ 浓度的升高对神经根和窦神经的刺激所致疼痛早于 1971 年被 Nachem Sou 在术中证实。近来许多学者也相继证明乳酸在髓核内的浓度是相当高的，高浓度的 H^+ 将刺激化学受体产生疼痛。腰椎间盘突出症时由于局部无菌性炎症的存在，无氧代谢加强，所产生的酸性代谢产物难以吸收。加之，髓核受压或碎裂后释出乳酸，结果导致病变局部 H^+ 浓度升高。因此，采用硬膜外腔注射碱化药液可以中和髓核组织释出的高浓度乳酸以及炎性组织产生的酸性代谢产物，消除由于高浓度 H^+ 导致的刺激性疼痛，从而缓解因疼病引起的肌肉痉挛。

② 中药制剂：腰椎间盘突出症多与中医学“痹症”、“血瘀症”有关。其疼痛与感觉、运动障碍乃因腰脉痹阻、经络瘀结、不通则痛所致。腰椎间盘突出症时产生的根性坐骨神经痛，源于腰骶神经根受压后局部充血、水肿甚至粘连，神经根内外微微环障碍，痛觉感

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

受器受刺激而处于激惹态。可以这样认为，根性腰腿痛是腰骶神经根缺血、缺氧的叫喊。有研究发现，腰痛时体内纤溶系统多项参数降低。另外，腰椎间盘突出症时患者全血比粘度、全血比还原粘度明显升高。由于以上研究证实，腰椎间盘突出症时确实存在着不同程度的血液流变学特征的改变。这可能是“不通则痛”的微观变化之一。针对这一病机，我们以“通则不痛”的治疗原则，采用纯中药制剂，如脉络宁注射液、丹参、复方丹参注射液、当归注射液、川芎嗪注射液等治疗腰椎间盘突出症，取其活血化瘀、抗炎止痛之功效，可以扩张血管，改善全身或局部的血液循环，促进无菌性炎症的吸收和组织的修复，改善受损神经的营养状态，恢复病变组织的生理状态。张世民等通过用脉络宁注射液进行动物试验和临床观察证明，脉络宁硬膜外腔注射无刺激性，对硬膜腔内、外组织无任何损害性，疗效肯定。该种治疗方法的特点是药物直接通过散布途径弥散到病变组织周围，避免了全身用药病变局部血药浓度低的缺点，同时该类中药制剂具有中药治疗的特点，发挥独特的疗效。以中药制剂逐步取代激素的应用，可以避免类固醇类激素的副作用。

③ 类固醇类激素：国外使用该疗法治疗腰椎间盘突出症已有 40 余年的历史。特点是注射到硬膜外腔中，直接作用于病变部位或通过各种散布途径(血管吸收;经椎间孔漏出;经神经根硬脊膜鞘扩散;经硬脊膜直接扩散)弥散到椎管内外病变组织中，利用其强抗炎性，快速消除无菌性炎症，解除充血、水肿及由此造成的对神经根的压迫症状。同时能抑制和防止纤维细胞和结缔组织的增生，减轻或消除神经根和周围组织的粘连，同时减轻局部的自身免疫反应，改善神经的营养状态，促进受损神经功能的恢复。

④ 局部麻醉药物：临床以利多卡因应用较多，其可以完善地阻滞神经纤维的传导，抑制神经末梢的兴奋性。其弥散性强、起效快，对组织无明显的刺激作用，具有很好的止痛作用。同时可使组织血管扩张，改善局部血液循环，消除、缓解神经的低氧状态及紧张状态。该类药物主要配合其它药物协同使用。有报道单纯使用麻醉药物行硬膜外腔注射治疗腰椎间盘突出症，有效率只有 22.2%。

⑤ 改善神经代谢药物：该类药物主要做为辅助治疗。如维生素 B_1 在体内代谢为酶所必需的焦磷酸硫胺，能维持神经的正常功能，对改善神经炎、神经痛有一定疗效。维生素 B_{12}对神经亲和力强，在体内作为辅酶参与核酸胆碱和氨基酸的合成并参与脂肪和糖的代谢，因而可以改善神经的代谢，修复神经髓鞘，同时有可能促进神经纤维的再生。近年来生化制药的迅猛发展，改善神经细胞代谢的药物相继被合成，临床上可以有选择地试用于硬膜外腔中做为治疗腰椎间盘突出症的辅助治疗。

⑥ 胶原酶的应用：胶原酶应用于硬膜外腔中治疗腰椎间盘突出症不同于一般的硬膜外腔用药。该治疗可以独立为一种疗法，即化学溶核术。该疗法于 1964 年 Smith 将木瓜凝乳蛋白酶(chymopapain CP)首次用于治疗腰椎间盘突出症，其治疗价值一直存在争议。以后改用注射胶原蛋白水解酶(collagenase Co-ase)以硬膜外置管注射的方法治疗腰椎间盘突出症获得满意疗效。该胶原酶特异性很高，可溶解髓核与纤维软骨而对其它组织的作用极小。毒性试验表明：该胶原酶行盘内、静脉内、腹腔内、脊柱旁及硬膜外注射有相当大的安全范围，而鞘内注射安全范围较低。因而在临床应用时采用硬膜外置管的注射方法显得更为准确、安全。Sussman 指出：如果盘内注射胶原酶渗漏并与硬脊膜接触并不会造成损害，因为硬脊膜受到细胞层的保护，马尾神经也受到蛛网膜、软脊膜的间充质细胞的保

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

护，神经实质对胶原酶亦不敏感。临床观察证明，硬膜外腔注射胶原酶治疗腰椎间盘突出症 24 例，结果取得了 87.5%的优良率，无 1 例发生并发症或副作用。该疗法在国内开展较少，尚需进一步临床研究和积累经验。

6.9.2 硬膜外腔药物疗法操作方法与适应证

6.9.2.1 腰椎硬膜外腔穿刺操作方法

使患者取侧卧位，患肢在下，这样有利于药液向病侧弥散分布。穿刺点选用压痛最明显的椎间隙(可以根据 X 线或 CT 等物理检查提供的椎间盘突出节段确定)或者选用疼痛节段以上 1～2 个间隙，标记后常规消毒，铺消毒洞巾，常规为正中入路或侧路穿刺。穿刺点局麻后，用硬膜外麻醉穿刺针穿刺，当针体通过黄韧带进入硬膜外腔时，有一突破感，负压抽吸无回血或脑脊脑回流，推注空气无阻力，证实针头已到硬膜外腔，即可直接推注药品或留置硬膜外导管于硬膜外腔内 2～3cm，退出针体。按病情需要通过该导管注入或点滴药液。术后拔管并局部包扎。一般患者在治疗完毕后绝对卧床半小时～3 小时，并注意观察患者的生命体征。

6.9.2.2 骶管硬膜外腔穿刺操作方法

目前临床普遍采用该穿刺方法。Cyrax Daly 认为药液在硬膜外腔中向头部扩散的力量很强，向尾部扩散力较弱。如在腰部穿刺注射，药液易于向胸段广泛扩散，不易向腰骶部扩散。由于腰椎间盘突出症好发部位是下腰段和腰$_5$骶$_1$间隙，采用骶管注射药液容易到达病处，而快速起效。具体操作方法是：患者取侧卧位，患肢在下伸直，健肢屈曲在上，头部略垫高约 20～30 度角，以免药液快速上行至头颈段产生副作用。或者使患者取俯卧屈膝屈髋位，骨盆下垫以软枕，使骶骨下端突出，或者患者站立治疗床侧，上身爬俯位，两下肢侧伸略宽于双肩，足尖向内，腹下垫适当高度的软枕，以利骶骨下端突出，然后寻找骶管裂孔。骶管裂孔位于骶椎与尾椎交界处，约在尾骨尖上方 3～4cm，两侧豆大的骨性突起为骶骨下端标志，其间的“V”型凹陷即为骶管裂孔。严格无菌操作，铺消毒洞巾，于穿刺点局部浸润麻醉，同时兼作试探骶管裂孔和骶管方向，然后以腰椎麻醉穿刺针垂直穿刺，穿过骶部韧带后斜向上方进针约 4cm，负压抽吸无回血，注药无阻力，即示穿刺成功，可留置硬膜外导管于硬膜外腔，接输液器，滴入或推入已配好药物，控制滴速，注意观察生命体征变化。用药后绝对卧床半小时～3 小时。

6.9.2.3 方案

应用以上两种穿刺方法，可以选用以下治疗方案，以供参考。

① 生理盐水 200ml、地塞米松 20mg、2%利多卡因 2～5ml、维生素 B_1 300mg、维生素 B_{12}250μg、复方丹参注射液 2～4ml，以上药液混合、滴速 4ml/min。

② 5% $NaHCO_3$ 100ml（pH = 7.9）、生理盐水 100ml、地塞米松 20mg、维生素 B_1 300mg、维生素 B_{12}250μg、当归注射液 4ml，以上药液混合(pH = 7.8)，滴速 4ml/分钟。

③ 2%利多卡因 5ml、强的松龙 25mg、维生素 B_1 100mg、维生素 B_{12} 500μg、654-2 10mg、ATP40mg、辅酶 A100U、胞二磷胆碱 0.5g，用生理盐水加至 50～200ml。滴速 4ml/分钟。

④ 脉络宁注射液 10ml，直接注入或用生理盐水稀释后滴入。

以上几种治疗方案，在行第一次治疗后至少间隔一星期才可进行下次治疗。根据病情需要确立治疗次数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

⑤ 复方丹参注射液 2～6ml，地塞米松 10～30mg，利多卡因 60～80mg，生理盐水 250ml，每周 2 次，3 次为一疗程。

6.9.2.4 适应证

以上各种疗法(除使用胶原酶溶核术外)因缺乏对突出物的有效回纳动力，故仅适用于突出物较小、密度较低者。尤其适用于病程长、迁延不愈、主要表现为腰腿部麻木、疼痛的腰椎间盘突出症患者。对于急性期或者突出物较大、密度较高者能消除、缓解疼痛症状和炎症，尚需结合其它治疗，如手法复位、牵引及手术等疗法。本方法尚可用于治疗腰椎间盘突出症手术后的残留疼痛和椎间隙感染(硬膜外腔应用抗生素)。腰椎间盘突出症合并椎管狭窄、腰椎骨质增生、第三腰椎横突综合征、黄韧带肥厚或腰椎间盘突出症引起的坐骨神经痛等症应用该方法治疗都有明显疗效。关于使用胶原酶溶核的治疗适用于间盘突出严重、突出物较大的腰椎间盘突出症患者。

6.9.3 硬膜外腔药物疗法的禁忌证和注意事项

6.9.3.1 禁忌证

① 合并有原发型脊椎肿瘤或腰骶部转移癌患者以及脊椎结核者。

② 全身性感染疾病的急性期、施术局部有皮肤或深部感染患者。

③ 严重的心、脑、肾疾病及高血压Ⅲ期患者。

④ 糖尿病患者不宜大量使用类固醇类激素。有研究证实，硬膜外腔注射类固醇类激素复合药液后有明显的致血糖升高现象，应引起慎重。

⑤ 巨大椎间盘突出症或合并骨性椎管狭窄者，应首选手术或其它疗法，本法可做为辅助治疗。

6.9.3.2 注意事项

① 操作中严格执行无菌原则。

② 硬膜外腔穿刺的成功与否是本疗法的关键，穿刺太浅不能达到治疗作用，穿刺太深则达蛛网膜下腔，会导致脑脊液外流，可能造成颅压过低出现剧烈的头痛，如误注药物则会出现暂时性瘫痪，即“腰麻现象”，增加患者痛苦。如注入血管会引起全身反应。因此，进行穿刺操作时应由经验丰富的专门技术人员操作。

③ 部分患者治疗后有轻微头痛、头晕、耳鸣、腰背部灼热或腰腿疼痛短期加重反应，主要是由于硬膜外腔内压力升高，致硬脊膜向蛛网膜下腔压迫，造成脑脊液向颅内流动，颅内压一过性增高引起。眩晕为少量麻醉药进入血液循环后引起。

④ 骶管的解剖变异较多，约占 15%。某些患者的骶管裂孔定位困难，遇此情况应在两骶骨角之间进行试探性进针，如有进入骶管感觉，而无“落空感”者，在注药时要严密观察并注意手感和观察局部有无隆起。如进针困难，疑有骶管闭锁时应放弃骶管治疗而改用腰椎硬膜外穿刺。

⑤ 骶管是硬膜外腔的一部分，硬膜外腔容积约 100ml，骶管容积约 20～30ml。因此，采用骶管用药治疗时，药液量不应少于 20ml，否则效果不佳。

⑥ 注意药物的副反应。有报道少数病人经多次类固醇类激素注射治疗后继发库欣氏综合征或大面积的皮肤鳞状损害及神经纤维的萎缩等症。尚有关于硬膜外腔注射地塞米松引起精神障碍的报道。而硬膜外腔应用溶核术，有可能导致过敏、脑出血或横贯性脊髓炎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的发生。因此，以上现象应引起临床的关注。

⑦ 做好患者的思想工作，打消患者疑虑、紧张的情绪，使患者了解用药过程中或用药后出现的一过性反应，如疼痛等，以取得合作。

7 疗效判定

根据中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，腰椎间盘突出症的疗效判定标准为：

治愈：腰腿痛消失，直腿抬高 70°以上，能恢复原工作。

好转：腰腿痛减轻，腰部活动功能改善。

未愈：症状、体征无改善。

8 调摄护理

调摄护理是中医学的重要组成部分，在康复治疗中也是重要的一环。除在药物、针灸、推拿、气功、食疗、心理等方面的护理之外，在饮食起居等方面的自我护理和家庭护理方面也是护理学重要的一个方面。以下重点讨论自我护理和家庭护理的有关问题。

8.1 饮 食

中医学历来重视饮食对康复过程中的重要作用。《素问·藏气法时论》说："五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补益精气。"指出，合理科学的饮食是人体取得充分营养的最重要的途径，是人体正气得以恢复的根本保证。在饮食方面要注意饮食有节，同时还要注意饮食的宜忌。

饮食有节，就是要遵照科学的饮食规律安排饮食，毋过饥过饱，又要掌握一日三餐的营养组成和用量；毋食过寒过热之物，以免损伤脾胃，失去运化之机；少量药酒有疏通气血经络之功，嗜酒则湿热内生，变生它疾。故《素问·生气通天论》说："是故谨和五味，骨正筋柔，气血以流，腠理以密，如是则骨气以精。谨道如法，长有天命。"

饮食宜忌，就是要按照中医药理论，食物如同药物一样有四气五味的调理作用，所以某些疾病方面要注意饮食的宜忌，如腰椎间盘突出症其病本在肾，《金匮要略》所谓"肾病禁甘"，即毋食甘味之品；《素问·藏气法时论》则指出肾病"宜食辛，黄黍鸡肉桃葱皆辛"。其余如年龄、性别、胖瘦等之饮食宜忌亦都因人面异。此不赘述。

8.2 起 居

在一般的中医养生学中是指"起居有常"，顺天时以调阴阳。在腰椎间盘突出症的康复治疗中，尤其应强调以下两点：

劳逸结合，动静相宜。在腰椎间盘突出症康复治疗的阶段，以静为养，但不可不动，不动则筋骨失活，久则僵直不伸。在医生的指导下，要作适当的身体锻炼，主要是腰背肌的锻炼和下肢功能的活动，以动制静，活血脉，舒筋骨，所以华陀强调："动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生，譬如户枢不朽也。"

腰椎间盘突出症的病人应睡硬板床，毋卧软垫，仰卧位睡眠时，应使四肢自然伸直，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

两下肢可略外展，侧卧位则应四肢关节屈曲；坐位时尽量保持良好的坐姿，椅子的高矮要适中，有靠背和扶手最佳；站立和走路时应抬头平视，胸部略挺，腹部平坦，忌挺腹。所居住的房间应通风干燥，冷暖适宜，切忌潮湿过冷。

9 康　　复

9.1 心 理 治 疗

早在《素问·汤液醪醴论》中就已提出心理因素在康复治疗中的作用．文中说："帝曰：形弊血尽而功不立者何？岐伯曰：神不使也。帝曰：何谓神不使？……精神不进，志意不治，故病不可愈。"康复治疗的一个重要问题就是把形病(生理疾病)和神病(心理疾病)放在一个统一体中考虑。中医学历来认为，形与神是一个有机整体，二者密不可分，神是形的功能的体现，而形是神的物质基础，在病理上二者也相互影响，所以明·张介宾在《景岳全书·郁证》中指出"凡五气之郁则诸病皆有，此因病而郁也；至若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病也。"揭示了情志和疾病之间的相互关系，提出了"因病而郁"和"因郁而病"这一深刻的康复心理学问题。同时，张介宾也指出："以情病者，非情不解。"强调了心理疗法对于心理疾病治疗的决定性作用。

在具体的心理治疗措施方面，《灵枢·师传》提出："人之情，莫不恶死而乐生，告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦，虽有无道之人，恶有不听者乎？""告"、"语"、"导"、"开"四字高度概括了在康复治疗中心理治疗的主要方法。"告之以其败"，是帮助病人分析疾病发生的原因及危害，使病人对自身的疾病有一个正确的认识；"语之以其善"，是帮助病人了解如何才能战胜疾病，并树立战胜疾病和治疗的信心；"导之以其所便"，是根据病人的个性特性，引导病人按照正确的治疗措施进行治疗；"开之以其所苦"，是通过上述有效的治疗，解除病人的病态心理和疾苦。通过这样的心理疗法，便病人不仅对疾病有一个正确认识，而且调动、发挥病人的主观能动性，配合治疗，以取得康复治疗的满意疗效。

腰椎间盘突出症患者在疾病发生、发展的过程中，可能出现以下几种心理：

恐惧心理。害怕瘫痪，害怕丧失工作和生活能力是病人的主要心理，尤其是病情严重，或已经出现肢体功能障碍的病人，更容易产生这种心理。此一心理的产生，主要来源于病人或其亲属的臆断和揣测，有时来源于一些不负责任的医生的话语。为此，对每个病人应进行腰椎间盘突出症科学知识的普及和教育，使他(她)们了解到，只要经过科学的恰当的治疗，上述的情况是完全可以避免的，即使是严重的类型，也可经治疗好转或痊愈。

悲观心理。大多产生于已经某些治疗而失败或疗效甚微的病人。严重者可产生悲观厌世的情绪。这就需要医生帮助病人分析治疗失败或疗效不佳的原因，若因治疗措施不当者，可改用正确的治疗方法，若因疗程不够者，要帮助病人克服急躁心理，稳定情绪，耐心配合治疗，树立起战胜疾病和治疗的信心。

忧虑心理。腰椎间盘突出症会产生各种不同的忧虑心理，尤其是在临床上常可以看到一些年青的男性病人，由于腰腿痛或神经功能障碍，出现一时性的性功能障碍，对此应对病人进行正确的疏导，一是使病人了解经过治疗后性功能是完全可以恢复的，同时应使病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

人了解性功能障碍与病人的忧虑心理有着极为密切的关系，同时也应做好病人妻子的思想工作，使之积极配合，消除病人的忧虑心理，积极治疗，以期早日康复。

上述的心理治疗，不仅适合于康复治疗的对象，实际上同样适合临床治疗的各期、各类型的腰椎间盘突出症的病人。心理治疗在腰椎间盘突出症中是一个重要的治疗方法。

9.2 气功疗法

气功通过调身、调息、调心三者结合，以内练为主的自我身心锻炼功法。气功是中国的一项独特的民族文化遗产，是华夏子孙在长期的生活劳动中，在与疾病、衰老作斗争中，逐渐认识和创造出来的，是中医学的重要内容之一。在中医学第一部经典著作《内经》中对气功就有了明确的记载，如治疗方法中的“导引按跷”、《素问·上古天真论》中的“呼吸精气，独立守神，肌肉若一”等都是古代气功的内容。此后的古代医学家对气功疗法极为重视，大量地使用于康复治疗之中。从汉末著名的中医学家张仲景，到隋唐时期的巢元方、孙思邈，金元四大家，明代的李时珍，乃至清代温病学家的叶天士、吴鞠通等无一不是精通气功的医学家。气功的内容极为丰富，包括各种功种和功法，但总的概括起来，不外乎调身、调息、调心三部分内容。调身即调节身体的姿势，调心即意念的集中与运用，调息即调练呼吸。通过“三调”可以培育增强元气，充实脏腑之气，疏通经络，从而改善身体素质，发挥和诱发人体的潜能，以达到强身健体，防治疾病、康复治疗，延年益智的目的。

气功治疗腰椎间盘突出症的原理，是通过经络的生理功能来实现的。中医学的经络学说认为，疼痛的病机是由于经络气血运行不畅，“不通则痛”。导致腰腿痛的原因有多种，如肾气不足，或为跌扑闪挫，或为寒湿内侵，但最终结果是影响了经络气血的正常运行。通过气功的锻炼，增强了人体的真气，使真气循行于经络之中，畅通经络气血，达到镇痛康复的目的。此外，通过气功的锻炼，使腰部肌肉韧带松弛。腰部关节的活动，有可能使错位复位，后纵韧带绷紧，有助于突出髓核的还纳，减轻对神经根和脊髓的刺激和压迫。还可增强腰部前后肌群的肌力，加强腰部的稳定性。

气功的功法很多，这里简介一种气功锻炼的方法——“八段锦”。八段锦是由八节动作编排成的一套有医疗保健作用的动功锻炼方法。它起始于宋代，在以后的流传过程中，又形成了不同的流派。这里介绍的是清光绪年间刊印的《新出保身图说·八段锦图》。本文仅就其治疗腰部疾病的三节动功介绍如下：

“两手托天理三焦”：直立，两臂自两侧上举至头顶，两手手指相叉，翻掌掌心托天，两足跟离地(吸气)，复原(呼气)。

“五劳七伤往后瞧”：直立，头慢慢左转，眼望后方(吸气)，复原(呼气)。再向右作同样的动作。

“两手攀足固肾腰”：直立，上体前屈膝盖挺直，两手握两足尖头略高抬随后恢复直立。再两手背抵住后腰，上体后仰，复原。本节采用自然呼吸。

在作上述锻炼时，注意全身放松、心静、配合呼吸，动作一定要缓慢、柔和，切忌僵硬用力。目前流行的许多功法对本病有效，如大雁功、太极拳等，患者可根据自己的具体情况，加以选择锻炼。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9.3 泉浴疗法

泉浴疗法，主要指温泉浴，广义而论则可包括其它矿泉浴。用于腰椎间盘突出症主要是指温泉浴。

温泉，古称温汤、沸泉。早在公元前五六百年前我国就开始利用温泉进行沐浴，《山海经》、《论语》等书籍就记载了温泉沐浴。在公元前一百年已有了温泉治疗疾病的作用，如汉·张衡(天文学家)的《温泉碑》记有："有疾厉兮，温泉泊焉。"唐·陈藏器在《本草拾遗》一书中正式收载了温汤，并较详细地记载了所治疾病的范围与种类，如诸风筋骨挛缩、皮肤顽麻、手足不遂、病在皮肤骨节者等。中医学认为，温泉水味辛而有微毒，外浴可以温通经络，活血化瘀，舒筋强骨，祛风除湿，通痹止痛。因此在腰椎间盘突出症的康复治疗中是一种很好的疗法。

温泉浴时应注意以下几点：

水温：应在37°～42℃左右为最好。若超过42℃水温，体力消耗大，心脏负担加重，尤其是有心脑血管疾病的病人要慎用。

沐浴方法：可以采用全身浴，水而不要超过乳头水平，以防影响心、肺功能。时间在15～30分钟，以舒适为度。少则疗效不佳，长则消耗较大，容易疲倦。

疗程：20～30次为一疗程。每天1次，6天后休息1天。两次疗程中间应有1～2周的时间间隔。

注意事项：一是防止发生意外，身体虚弱者、老年人、高血压或低血压者等要注意发生脑缺血、虚脱、脑血管意外等。因此沐浴时间不宜过久，水温不宜过高。其次，沐浴后注意避风受凉。

9.4 饮食调理

对疾病的康复饮食调理是中医药学又一独特的治疗方法。中医学中的饮食调理是以中医药理论为指导，以中药为主要材料，辅以各种食物进行辨证配方，取其药性、食味相辅并用，制成药用饮食，如汤、饮、膏、酒、粥、饼、菜肴等，以便长期服用，对慢性疾病及需康复治疗的疾病达到食疗作用。

对腰椎间盘突出症的饮食调理也要按照中医学辨证施治的理论对药物、食物进行选择配伍。药物有四气五味之用，食物也是一样。《素问·六节脏象论》指出："天食人以五气，地食人以五味，……五味入口，藏于肠胃。味有所藏，以养五气，气和而生，津液相成，神乃自生。"五味存在于所有的食物之中，对五脏各有所养，各有所用，可以补偏救弊，起到和药物一样的治疗作用。腰椎间盘突出症的主要病因病机是在肾脏虚损的基础上，或外受风寒温邪气，或由于外伤劳损而致，导致经脉气血运行失畅，而发为本病。治疗上当扶正祛邪，在有疼痛病症时，以疏通经脉，活血化瘀，祛风除湿，温阳散寒为要；症状缓解期，则应以补肾强筋壮骨为本。故在饮食调理中应辨清病情，或扶正，或祛邪，或扶正祛邪并用，务求辅当，最忌滥用。

在康复阶段，针灸治疗也需一个多疗程的治疗过程，因此在使用手法方面，应以补为主，补泻结合，手法宜轻巧，不宜使用重补重泻之法，在选择穴位时，尽量精选，不宜滥

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用，即少而精，或针灸并用，一方面体现上述在康复治疗阶段的中医辨证施治的指导思想，轻灵取效，另一方面可以使病人能坚持长期、多疗程的治疗，而不至于产生畏惧心理。

在推拿治疗中，手法宜轻巧实用，不宜使用过重(更忌粗暴)的手法，应以疏通经络，行气活血，调理阴阳为要。同时，可教授病人一些自我按摩及功能锻炼的方法，以使肢体功能逐渐得以恢复。

10 预　　防

预防，是指采取一定的措施，防止疾病的发生与发展。

中医预防学，是中医学在长期与疾病作斗争中总结出来的成功的经验，并随着历史的发展而形成了一整套独特的预防学体系。早在《内经》就提出了“治未病”的预防学思想，强调“防患于未然”。《素问·四气调神大论》说：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，……夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎!”生动地指出了“治未病”的重要意义。

一般来讲，任何疾病的预防和治疗都是相伴而行的。腰椎间盘突出症的预防学同样也是与其疾病的发生、发展及治疗分不开的。关于腰椎间盘突出症的预防在中医学中虽无专门记载，但有关预防学的论述足以包括并阐明腰椎间盘突出症的预防学内容。换言之，腰椎间盘突出症的中医预防也是伴随着整个预防学而发生、发展的。

中医学的预防学思想，即“治未病”，包括未病先防和既病防变两个方面的内容。

10.1 未 病 先 防

未病先防，是指在没有发病之前，做好各种预防工作，以防止疾病的发生。

疾病的发生，其原因虽然错综复杂，但总其大要，无外乎人体本身的正气和邪气两个方面。正气不足是疾病发生的内在依据，邪气是发病的重要条件。外因是通过内因才起作用的。《素问·遗篇·刺法论》说：“正气存内，邪不可干。”《素问·评热病论》说：“邪之所凑，其气必虚。”就是指出了正、邪二者在疾病发生中正气的主导地位和邪气为重要条件的关系的。因此，治未病，必须从这两方面着手。腰椎间盘突出症是在肾气虚损，椎间盘退变的基础上，在风寒湿邪的侵袭和劳损的作用下，加剧了这一退变的过程并诱发腰椎间盘突出而发病的。因此腰椎间盘突出症的预防主要应从调养肾气和防止外邪及劳损两方面着手。

10.1.1 调养肾气 肾为先天之本，主藏精，主骨生髓。肾气的虚损多由久病或劳伤肾气，或禀赋不足，或年高肾气亏虚而致。腰椎间盘突出症的发生，从根本上讲是肾气虚损，椎间盘退变的基础上发生的。肾气虚损，肾精不能生髓，骨失濡养，故发生骨质的退变，包括椎间盘退变。因此，调养肾气，使肾精充养于髓，是防止骨质和椎间盘退变的根本所在。

对于某些疾病，虽然当时看上去与腰椎间盘突出症无关，但因久病必然损伤肾气加剧椎间盘退变并诱发椎间盘突出。例如消渴之疾，乃为肺、胃、肾之阴虚，虚火内炽，灼伤津血所致。其中肾为关键，久病，肾气进一步损伤，肾精亏少，骨髓失于濡养，而易诱发本病。从西医学的角度看，糖尿病，常致动脉硬化，而引起血液循环障碍，久之则影响椎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

间盘的周围动脉壁结构，降低血流量，减少了椎间盘组织的代谢要求，最终引起椎间盘组织的破裂。对于这些疾病，一方面要治疗原发病，一方面应从预防学的角度出发，在治疗原发病时，注意调治肾气，防止腰椎间盘突出症的发生。

劳伤是损伤肾气的又一重要原因。劳伤，包括劳力、劳思、房劳三个方面。劳力直接损伤筋骨，《素问·宣明五气论》所说“久立伤骨，久行伤筋”即指此而言。劳力造成肝肾失调，精血失养，加剧了骨及椎间盘的退变，并在一定的条件下，诱发椎间盘的突出；劳思伤及心脾，气血不足，肾精失去后天气血的濡养，久则肾气亏损，造成骨和椎间盘的退变，一些非体力劳动者发生腰椎间盘突出症多与此有关；房劳是指房事过度面不节，使肾精亏耗，精不能生髓，骨失濡养而退变。了解以上发病的原因，在劳作上就应当注意劳动保护，不要疲劳过度，不要损伤筋骨，注意劳逸结合；脑力劳动者，则亦应避免过度劳思，应注意身体的锻炼，所谓“户枢不朽”是也；同时亦应注意节制性生活，防止房劳太过。

先天禀赋不足，虽然是生之具有的，但可以通过后天的培育，逐渐改善其不足。在腰椎间盘突出症中，有许多是因先天性椎管狭窄而造成的。由于椎管狭窄，即使是极为轻度的椎间盘膨出或突出，就会引起症状，并同时常引起顽固性疼痛或间歇性跛行。且较易出现多条马尾神经受压体征。对于有此类先天性不足的人，在发现后更要加强腰椎的保护，调养肾气，以免发生腰椎间盘突出症。

老年肾气渐虚是生理性的变化，虽不为病，但加强对老年人的保护，防止外邪侵袭及损伤是非常必要的。此外，中老年人应注意调养肾气，防止早衰。腰椎间盘突出症多发生在 40 岁以后，说明肾气早衰是腰椎间盘突出症发生的重要原因。

10.1.2 调摄精神 精神意识活动与人体的生理、病理变化有着密切的关系。强烈的或反复、持续的精神刺激，可使人体气机逆乱，气血阴阳失调，脏腑功能受损，正气内虚而招致外邪的侵袭。《素问·上古天真论》说：“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。”就是讲调摄精神，可以增强正气和抗邪能力，预防疾病。对于腰椎间盘突出症的预防来说，调摄精神也是非常重要的。尽管精神意识对腰椎间盘突出症的发生没有直接的原因，但因精神因素导致其它疾病，造成人体的气血阴阳及脏腑功能的失调，久病就可以波及于肾，造成肾气受累而诱发本病。反之，良好的精神状态，精神充沛，又是形体健壮的根本条件。“精神内守”，就是指精神安守于内，而不心驰于外，不妄思面神劳，不妄动而形劳，使形神达到高度的和谐，使人体的阴阳气血保持生理平衡，而达到预防疾病的目的。

10.1.3 运动锻炼 适当的运动锻炼是人体健康的一个重要因素。中国古代医学家历来重视运动锻炼对健康长寿的作用。东汉著名医学家华佗说：“人体欲得劳动，但不得使极尔。动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生，譬犹户枢不朽是也。”（《三国志·魏书·方技略》）即是此理。因此坚持适当的运动锻炼能使脏腑的功能加强，气血流通，正气充盛，从而减少疾病的发生。

脊柱是人体主要的负重部位。脊柱的稳定除由椎间盘的连接外，尚由其前、后韧带及黄韧带等相关韧带，以及脊椎外在的肌肉的保护和联系等内、外稳定因素共同来维持脊椎的动态平衡。在生理条件下，这些内外稳定因素可以代偿、互补，有利于脊柱的运动。在病理条件下，内外因素可以互相影响。椎间盘的退变既是一种生理性的退变，又在各种因素作用下加剧退变而发生病理性改变。椎间盘的退变造成脊柱内外稳定因素的失调，这种

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

失调，不仅进一步破坏了脊柱的稳定，也加剧了脊柱内外韧带、肌肉的退变和病理性改变(炎性反应、炎性产物、炎性粘连、炎性水肿等)，使韧带、肌肉失去了既往的弹性和保护作用，失去了软组织间的在脊柱活动中的协调与稳定平衡的作用。脊柱内外稳定平衡的破坏和失调是椎间盘突出的根本原因。

运动锻炼的目的，从全身的角度讲，可以促进心肺的功能活动，提高血液循环及人体的代谢能力。从脊柱的局部讲，由于上述作用的增强，可以保证脊柱周围组织肌肉、韧带的血供，加强对代谢产物及某些因素造成的局部的炎性反应及炎性产物的及时排除，保证其正常的生理功能。进行有序的、适当的运动锻炼，还可以增进脊柱内外肌肉、韧带的活力，减少其疲劳，从而加强脊柱的内外稳定性，有效地防止腰椎间盘突出症的发生。

中医学的运动锻炼的方法和理论，集中反映在中医气功学中。中医的气功学所谓的运动锻炼不仅是形体的运动锻炼，而且更重要的是在中医理论指导下的身心合一的锻炼方法，是集体育锻炼、心理调谐为一体的综合运用。它表达了中医学形神统一的辨证思维观念，是中医学独特的理论和方法。

气功作为一种锻炼的方法，主要是通过“调身”、“调息”、“调心”的三调，培育增强人体的元气，促进和激发经络之气(元气所派生)，温煦、推动经络气血的运行，调整经络气血的偏盛偏衰或气血的逆乱，从而达到祛除病邪，改善脏腑功能，调整脏腑阴阳气血失调的作用。

调身，即调整身体，是姿势的锻炼。指练功时所采用的体位及其形态。要求练功者在练功时，使身体的各部位都处在适合生理、自然的情况下，有利于全身的放松，调整气息以及意念的集中和运用。身形有动、静之分，但每一体位及形态与呼吸、意念则是密切协调统一的。动中有静，虽动但意守则一(意守丹田，淡薄宁静，神志虚灵)，气血运行则一(循经络运行)，呼吸则一(吐纳有方)；静中有动，虽身形静止，但气血运行则处于激发状态，运行通畅，呼吸则于吐纳中运气，气随意动，循经而行。

调息，即调炼呼吸。即指在练功中，运用和掌握与自己身体情况相适应的呼吸方法，使呼吸和形、神达到和谐统一。调息纯熟后即可运气，在意念的导引下，使气按照一定的经脉运行，如大、小周天等。呼吸本乎自然，形变而息不变，运气则气随意动，气随神静，意动则行，神静则无(无呼吸的知觉)。

调心，即意念的锻炼，是指练功时排除杂念，动静相宜。动则将意念引导气的运行，静则摄心归一，无欲无求，无思无念，达到入静的程度。即使是意守之时，亦是若有意，若无意，似守非守，勿忘勿助。不可意守太死，不可执意追求。处于不即不离，有意无意之间。

掌握好上述的练功要领，是进行气功锻炼的根本所在。至于功种的选择，则应与人体的体质条件，疾病的不同而应用。如预防腰椎间盘突出症运用动功较为适宜，动功将动静相结合，有锻炼形体，强壮筋骨的作用，适当的选择还可以有意识地锻炼腰背部肌肉。如八段锦、太极拳、五禽戏、洗髓经、易筋经等，对腰椎间盘突出症的预防、治疗及康复皆为较好的锻炼的功种。关于具体的锻炼方法，可参考本文康复治疗一节有关内容及有关著作，限于篇幅，不再赘述。

虽然中医学气功锻炼有着很好的效果，但由于每个人的具体条件，如有无气功教师的教授，个人的生活及工作环境等限制，更重要的是气功的锻炼需要一个循序渐进的过程及

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

正确的锻炼方法，亦需要锻炼者对气功有一定的认识。因而不是每个人都可以做到的。在这种情况下，适当的形体锻炼也不失为预防腰椎间盘突出症的好办法。

预防腰椎间盘突出症的形体锻炼，要重在腰背伸肌、臀肌、腹肌的锻炼，并配合股、腓、腘等部位肌肉的锻炼，及平衡运动的锻炼。有条件时尽量适当地进行一些体育活动，如游泳、跑步及各种球类活动等。现在许多家庭已经有了家庭用健身器，对于形体的锻炼，防止腰椎间盘突出症有积极的意义。但在形体锻炼时亦应注意，锻炼时的运动量要因人而宜，不可“使极尔”，即不可过量，但应持之以恒。

10.1.4 工作劳动 在工作劳动中，要尽量避免非生理性体位活动。在实际工作中，有时难免处于非生理性体位中，应注意劳动保护，如及时改变各种环境和条件，注意劳逸结合，劳力适度，在每日工作前后作一些如工间操、简易太极拳或其它简易的形体锻炼，及时调节因工作体位形成的肌肉疲劳现象。对于长期处于坐位工作的人，尤其要注意腰痛的发生，因卧、站、坐三种姿势中，以坐位姿势对腰部负苛为最大。在长期处于坐位姿势的人，要定时改变坐位的姿势，如站立作一些腰部的活动，或坐位双手抱膝，使膝关节略高于髋关节水平的休息运动等。在弯腰移位重物时，应注意自我保护，如不要勉强用力，或尽量采取屈髋、膝关节，避免两膝伸直位弯腰。其它如抬、拉、推、跳、爬、登、滑等各种动作中，都应加强保护意识，采取保护性力学体位，避免对腰、臀、腿部肌肉、骨骼、韧带的损伤，也避免长期持久的疲劳性损伤。总之，在工作、劳动中，凡是非生理性体位、疲劳性工作及各种运动中都应注意对腰、臀、腿部肌肉的保护，预防腰、臀、背部疼痛性疾病的发生。

10.1.5 运动保健 这里说的运动保健是指体育运动保健工作。运动员在比赛前作必要的准备工作是十分重要的。某些运动项目应有教练员的保护和必要的防护措施和设备。运动场地及运动设施应有体育医师的监督。在剧烈运动后不应立即吹电扇或用冷水洗澡、淋浴，为一时之快，很可能留下长期腰背部疼痛的疾患。

10.1.6 生活起居 在生活起居方面，主要是指应顺应自然规律，在生活、作息等方面有科学的规律性，此称之为“起居有常”。这不仅可以预防疾病，同时也是长寿之道。《素问·上古天真论》指出人衰老乃至生病的原因是：“以妄为常”、“不时御神”、“逆于生乐，起居无节”，指出慎起居而顺应自然才能避免疾病，健康长寿。起居有常，首先应是劳逸有度，不妄劳，不过逸，妄劳和过逸对人体都是有害的，因而《素问·宣明五气论》指出：“久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋。”人体的气、血、骨、肉、筋的损伤都是造成腰椎间盘突出症的重要原因，这时显而易见的。其次在性生活方面也应适度而节制。所谓适度和节制，是指在性生活方面应顺应人体生命规律，既不能强制，亦不能过用。强制和过用都能损伤肾气，使骨髓失养，而导致腰椎间盘突出症。

10.2 既 病 防 变

既病防变是中医预防学的重要指导思想之一。具体地讲，在预防因诸多疾病引起的腰椎间盘突出症的发展方面，应做到疾病的早期发现、早期治疗，以控制疾病的发展、变化。正如《素问·阴阳应象大论》所云：“故邪风之至，疾如风雨，故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治五脏。”如果病邪侵犯机体，不作及时治疗，病邪就有可能由表及里，步步

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

深入，以致侵犯五脏，使病情越来越复杂而深重，治疗起来也就越困难。腰椎间盘突出症和所有疾病一样，都有其一定的发展、变化的规律。因此在防治疾病的过程中，掌握其传变规律和途径，截断其发展，对可能发生的病变做到早期诊断，及时治疗，以防传变。这也是“治未病”的重要思想。

10.2.1 早期诊断

腰椎间盘突出症的早期诊断，无论对于临床疗效，还是预后都是至关重要的。病人病程长的原因大多为两种，一是病人未能及时就诊，二是在就诊时未能及时明确诊断，以致误治、失治。由于初诊的误诊，使许多病人失去了治疗的最佳时机，病情日渐加重。腰椎间盘突出症，大多在初期损伤时，由于突出的椎间盘所引起的损伤性炎症反应，缺血性改变及纤维血管通透性的增加，神经根的嵌压引起一系列的疼痛及感觉障碍综合征。在髓核突出的初期，这种幼弱型的突出组织，可通过休息、推拿等治疗方法使其还纳到原来的位置，同时，及时地通过治疗可以消除上述的损伤性炎性反应，改善局部血液循环，改变神经根的嵌压状态，从而减轻和消除临床症状。反之，如果错过了这一时期的治疗时机，就有可能使突出的髓核与椎管内的结缔组织、神经根发生粘连（纤维化、钙化），此时将难以改变突出物的方向或使之还纳复位，难以改变神经根的受压状态，其治疗和预后都是显而易见的。

腰椎间盘突出症是一组病因、病理及症状及其复杂的病症，除本书所论述的有关鉴别诊断外，尚有许多原因，如内脏源性、代谢性、血管性、神经源性、渐菌性炎症等可以引起腰腿痛或腰背痛。因此，对腰椎间盘突出症的病名诊断及其相关疾病的鉴别诊断是保证疗效的首要环节。这一点无论对中医或是西医都是非常重要的。

10.2.2 早期治疗

当腰椎间盘突出症早期明确诊断之后，及早地予以科学、合理的治疗是影响疾病疗效和预后的决定因素。通过大量的临床实践，使我们了解到，要想达到较好的疗效和预后，在早期治疗中应注意以下几个方面：

了解中医学各种治疗方法的特长及其适应症，在对各种不同疾病的治疗方案中择优选择治疗方法。中医的各种治疗方法在长期的临床实践中皆积累了丰富的治疗经验，对许多疾病有着较好的疗效。但是，各种治疗方法对于同一疾病的治疗效果存在着一定的差异，而且各种治疗方法对于同一疾病的不同类型、不同病变阶段又有着不同的适应性。不了解这一点，如果仅仅拘泥于某一种疗法，自然就不会取得最佳的临床疗效，甚至会造成误治和失治，也就使疾病失去了最佳治疗时机。如腰椎间盘突出症在髓核突出的初期，如果使用合理的推拿手法，可以使突出的髓核得以还纳，如果仅仅使用中药内服、外治等疗法，则虽然可以有一定的疗效，但终因髓核的突出这一根本原因未能解决，而给患者留下了进一步加重或发展的隐患，并使突出的髓核可能与椎管内的软组织、神经根、甚至脊髓发生粘连，长期压迫神经根或脊髓而形成慢性、长期的腰腿痛。

充分利用中医各种疗法的优势与特长，在尽可能的范围内合理地采用中医综合治疗方案，是取得最佳疗效的科学方法。每一疾病的发生、发展都有其复杂的变化，而每一治疗方法又有着其一定的局限性，面对复杂的病情，合理地采用中医的综合治疗方案，使其优势互补，是提高疗效的重要手段。中医学在长期的临床实践中，在中医综合治疗方法的使用上有着丰富的经验。尤其是在外伤科的临床中，内、外治疗方法，推拿、针灸等各种疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

法的综合运用是传统的方法，在现代中医学发展的新形势下，一些新的疗法不断出现，如中药离子导入疗法、小针刀疗法等，在临床实践中已初步显示了其一定的优势，充分利用这些新成果，将传统的、现代的中医学治疗方法结合起来，进行优选组织、综合治疗，对于提高疗效，防治病情的发展无疑是极其重要的。

中西医结合、中医和现代科学的结合是使中医走向现代化的关键所在。一是多角度全面认识病因病机，走出传统中医学在病理学认识上的固有模式，将现代病理学的认识和中医学的病理学认识有机地结合起来，开展基础理论研究，可以进一步推动并指导临床研究的深入；二是对腰椎间盘突出症的诊断方法不断完善，诊断思路不断开阔，使中医学的某些比较笼统的病名、病证进入微观诊断，利用现代科学检测手段与中医学诊断方法相结合，从单纯的中医诊断发展到中西医结合诊断，辨证与辨病相结合，从而对疾病进行多层次诊断，才能更好地发挥中医学辨证的优势，进一步提高疗效；三是在临床治疗学上，中、西医互补。实际上，在腰椎间盘突出症的治疗中，单纯的中医或西医的疗法都有着一定的局限性，但又有着各自的优势，采用中西医结合可以互相取长补短，中西医都要摈弃偏见，相互学习，优势互补，才能提高疗效。在当今科学发展的新形势下，多学科的交叉、互补是科学发展的趋势，也是临床治疗学发展的必然趋势。

10.2.3 先安未受邪之地 根据疾病的传变规律，先安未受邪之地，也是中医学“治未病”的重要指导思想之一。《难经·七十七难》曰：“上工治未病，中工治已病者，何谓也？然，所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气，无令得受肝之邪。故曰治未病焉。中工者，见肝之病，不晓相传，但一心治肝，故曰治已病也。”清代著名的温病学家叶天士，根据这一指导思想，提出了“务必先安未受邪之地”的防治原则。例如，他根据温热病伤及胃阴之后，病势将进一步发展而损及肾阴的病变规律，主张在甘寒养胃阴的方药中加入咸寒滋肾之品，即是这一防治法则的具体应用。在腰椎间盘突出症的治疗中，这一法则也同样适用。例如腰椎间盘突出症是在腰椎间盘及相关韧带、小关节等退变的基础上发生的。腰椎间盘等退变就会继发引起椎体失稳，椎体失稳和椎体的退变就形成恶性循环。最终导致腰椎间盘突出症的发生。如果当发现椎间盘退变时，我们能对椎体的稳定机制进行防护性治疗，就可以使椎体结构保持稳定平衡，不仅可以预防椎体失稳，进而导致腰椎间盘突出症的发生，也使椎间盘的退变和椎体失稳间的恶性循环被截断，遏止椎间盘的退变进程。全面了解腰椎间盘突出症的发生、发展规律，对其可能或必然出现的病变采取必要的预防性治疗措施，有着积极的临床意义。

10.2.4 愈后防变 腰椎间盘突出症的发生是在椎间盘退变的基础上发生的。在临床治愈后，其腰腿痛等临床症状得以改善或消失，但应认识到其病理学基础并未得以根本性改变，仍存在复发的潜在因素，有着在一定的诱因下而复发的可能性。临床医生常常比较重视疾病发生时的症状治疗，而易于忽视对临床治愈后的复发应采取的防治措施。这是腰椎间盘突出症在临床治愈后复发率较高的主要原因之一。腰椎间盘突出症临床治愈后的防治，主要有以下几个方面：

药物防治：腰椎间盘突出症发生的病理学基础主要是肾气虚损，精血不足，筋骨失养，故椎间盘及其相关韧带、小关节及周围肌肉产生退行性变。在此病变的基础上，或因

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

风寒湿邪外侵，痹阻经脉，或跌扑损伤，气滞血瘀，筋骨受损而发为椎间盘突出，致成腰腿痛。祛除风寒湿邪，理气活血，舒筋正骨等治疗方法虽可达到临床止痛的作用，但多属治标之法。《素问·阴阳应象大论》云："治病务求其本"。腰椎间盘突出症在临床治愈(疼痛缓解或消失)后，应对其"本"进行深层次治疗，如补益肝肾，强筋健骨等，使精血充盛，筋骨强壮，则病从"本"去，难以复发。

除药物防治外，像针灸、推拿按摩等疗法亦可采用。

劳动保护：腰椎间盘突出症大多是在日常生活、劳动中，因长期处于非生理性体位活动而发生的。因此，在临床治愈后，在日常生活和劳动中改变旧有的环境和条件，保持合乎生物力学功能条件的体位，防止不合理的超量负荷，在机体发生疲劳后，及时采取适当的保护和恢复方法，如按摩、热水浴、热疗等以恢复身体疲劳，防止出现疲劳性损伤。总之，进行必要的劳动保护是预防腰椎间盘突出症复发的重要一环。

防御外邪：防御外邪，主要是防御风、寒、湿邪对人体的侵袭。风、寒、湿邪是腰椎间盘突出症发生的重要诱因。防止外邪的侵袭，要从两个方面着手，一是培育正气，增强体质，加强机体的抗病能力并保持良好的情绪，避免精神紧张，及不良情绪，所谓"正气存内，邪不可干"；二是在日常生活和劳动中，尽量避免不良的环境影响，如寒冷、潮湿等，以防止外邪的侵入。

运动锻炼：腰椎间盘突出症在临床治愈后，应指导病人进行科学、合理的身体锻炼。运动锻炼的目的在于：增进脊柱周围肌肉的活力，从而加强脊柱关节的稳定性；保证并增强肌肉及脊柱周围组织的血液循环，从而加速肌肉等组织的代谢产物的排除，以利于修复肌肉、筋膜的损伤，进一步恢复和加强关节功能；改善或消除组织粘连，不仅可以有利于组织功能的恢复，并可以解除引起疼痛的因素；增强体质，促进脏腑功能，提高机体的抗病能力。腰椎间盘突出症临床治愈后的具体运动锻炼方法，可参看本书康复治疗的气功疗法等有关章节，本文不再赘述。

【近代研究】

1 理论研究

腰椎间盘突出症是引起腰腿痛的常见病，多发病。自本世纪30年代开始认识到该病是腰痛并发坐骨神经痛的原因以来，一直为骨伤科的重要研究课题，并日益受到一些临床医师和基础医学研究工作者的广泛重视。为探索本病的致病因素、发病机理、治疗方法已经做出了巨大的努力，并获得了可喜成绩，使人类对本病的认识更趋于成熟。中医学认为本病的发生与肾虚、寒湿外邪、外伤、劳损及痰瘀互结等诸种因素的综合作用有关，不同致病因素作用于人体，导致人体气血、脏腑、经络等组织结构的功能紊乱或结构的破坏而形成本病。现将各种致病因素对人体的影响及病理变化机制分述于下：

1.1 肾气亏损 筋骨失养

人至中年以后，肝肾不足、精血亏损、筋骨失于濡养而萎弱。[1]腰者一身之要也。其活动幅度较大，过度负重，下腰部椎间盘承受压力最大；[2]故人体椎间盘在机体发育成熟

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之后，也即大约20～30岁期间，开始发生退行性改变，并且缓慢而不间断地发展着，致使椎间盘弹性不同程度地减退，纤维环脆性增加，发生部分或完全断裂，而使髓核易于突出，产生腰腿痛等一系列临床症状。也有人认为肾亏气虚是腰腿痛的基础[3]，正如《景岳全书》所云“凡病腰痛者，多由真气不足”；气虚不仅内部气机紊乱，也导致外邪侵犯产生病变。[4]而外伤、劳损及风寒湿邪的侵袭都是在肾亏气虚的基础上才起作用的。

中医学认为“腰为肾之府”，“肾主腰脚”，肾藏精，精生髓，髓养骨，所以肾脏病变往往最先反应于腰部，凡房劳过度，久病失养，肾之精气阴阳不足，均可表现为肾虚，肾虚则髓少而不养骨，导致脊柱内外阴阳平衡失调，常成为腰痛的主要原因。

肝藏血，主筋，筋束骨而利关节，筋的正常功能的发挥完全依赖于血的供养，若肝血虚，筋脉失于濡养，遂产生腰腿痛或下肢筋脉痉挛麻木。

总之，中医血认为本病的发生是由于肾气亏损，肝血不足，复加外力损伤，瘀血内滞，或风寒湿外邪侵袭，导致脊柱内外阴阳平衡失调。属于本虚标实之证。

1.2 跌仆闪挫 气血瘀滞

外伤是引起腰椎间盘突出症较为常见的主要诱因，急性损伤既可引起单或多个椎体移位，改变原来的力学平衡或加剧原来的力学平衡，[5]引起脊柱内源性支持力量的不平衡；又可导致局部软组织损伤，造成外支架力量的不平衡。这些不稳定因素的存在，势必作用于椎间盘，造成椎间盘压力分布异常，最终诱发或加重腰椎间盘突出症。[6]

跌仆闪挫，强力举重，扭捩堕坠诸种外伤，均可伤及经络，或为筋骨错缝，而致气血瘀滞，气血瘀阻于腰间，营卫之气不能灌达于下肢，故可令人腰痛似折，不可俯仰，其痛如锥，发有定处，固定不移，按压痛点多伴下肢放射性疼痛，可达足趾处，并见下肢麻木相间，不可以咳，咳则筋缩急，日久筋失所养，见肢体无力，肉萎不仁等象。舌质多有紫暗，脉多涩滞或弦。[7]

可见强力、举重、堕坠等损伤是造成本病的主要原因，而经络阻塞，气血凝结是其主要病机，所谓“瘀血腰痛”即指此类。[8]

1.3 寒湿内侵 阻遏经脉

人体正气不足，肌腠空虚，营卫不固，风寒湿邪侵及人体，流注经脉，而致气血闭阻，关节禁锢，腰椎痛，屈不能伸，髋髀如别，重于寒者疼痛较剧，腰膝冷痛有如风吹感，活动迟涩，待温则缓，遇冷加重，肢倦恶寒，便溏，溲清长，苔薄白而滑，脉多沉紧。重于湿者多见腰部滞涩沉重，体倦头沉，下肢重者，肌肤麻木，痛著腰膝或伴有下肢肿胀，腹胀纳呆，胸满便溏而粘臭，苔腻而厚，脉多濡缓而滑。偏于风者多见下肢走窜麻痛，发无定处。[8]

寒湿之邪常为腰椎间盘突出症的诱因之一，风寒湿邪作用于人体腰部，可使脊柱周围肌肉紧张乃至痉挛，小血管收缩，使脊柱外平衡系统失衡，进一步则使椎间盘内压升高及椎间盘的血液动力学发生改变，从而导致局部供血障碍，影响椎间盘的血液供应，或使已变性的椎间盘组织加重了病理改变，而促使本病的发生。

风寒湿邪侵袭人体，既可单独致病，又可相兼致病，而有偏轻偏重之别，临床所见有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

多为诸邪相兼为病，故风寒湿痹型腰椎间盘突出症根据其主要临床表现又可分为风寒相兼型、风湿相兼型、风热相兼型、寒湿相兼型、湿热相兼型五个证型。

风寒相兼型：腰部冷痛如冰，拘急而痛，上连脊背，痛不可仰，得热则缓，遇寒则剧，舌苔白腻，脉象沉紧。

风湿相兼型：腰痛抽掣，上连背脊，牵引腿足，痛时游走，或拘急酸痛，脉多浮弦。

风热相兼型：腰痛上连背脊，下牵腿足，痛时游走，可伴小便短赤，舌红苔黄腻，脉浮弦。

寒湿相兼型：腰部冷痛者，转侧不利，渐渐加重，虽静卧亦不稍减或反加重，遇阴雨天疼痛加剧，舌苔白腻，脉迟而缓。

湿热相兼型：腰部疼痛，痛处伴有热感；热天或雨天疼痛加重，而活动后或可减轻，小便短赤，苔黄腻，脉濡数。

单纯由风寒湿外邪引起的本病临床上较为少见，本型特点是无明显的外伤史，可问及夜露寒湿外侵之病因，病程多见缓慢，秋冬多见，夏多轻缓，或因外感风寒湿邪而加重。[8]

1.4 痰瘀互结 经络闭阻

随着人体年龄的增长及外伤、劳损等因素的影响，肾肝脾功能虚衰或劳累耗气伤血，致肾肝脾功能失调，气血紊乱，水液代谢失调，进而出现痰湿或瘀血病理产物，痰瘀互结成为本病的又一原因，痰聚瘀阻，经脉不通是其主要病机。亦可见腰痛并下肢拘急疼痛、麻木，且病势缠绵、顽固不愈。[9]

腰椎间盘突出症其致痛原因可分虚实两类。实痛，有如跌仆闪挫，气滞血瘀，经络失和，或寒湿之邪，侵袭肌体，阻遏经脉，或痰瘀互结经络壅滞，其基本病机是经络受阻，不通而痛。虚痛，有如肾之精气虚衰，骨弱筋萎，或气血两亏，筋脉失养，筋枯而萎，其基本病机是不荣则痛。

腰腿疼痛日久不愈，累及肝肾脾诸脏，致气机紊乱，气血失和，筋骨失充，骨弱筋枯，四肢不能随意运动，遂成痿证。

多见腰痛不能举，肢体肌肉消瘦，膝胫痿弱不能久立，步履艰难。脾主四肢肌肉，久病脾虚，气血生化无源，不能外荣四末，而致肉弱筋痿。

有人将本病按其病理过程分为三期，即炎症水肿高峰期(急性期)、缓解期(炎性水肿消散期)和后遗症期(钝脱出物卡压刺激期)。急性期以实证为主，按中医辨证又包括四个症型。①行痹型：腰腿阵发性窜痛难忍，其则屈腰抱腿，不能平卧，舌淡红，苔薄白，脉弦。②瘀血阻滞型：有腰扭伤史，腰腿痛如刺，固定不移，辗转不得，入夜痛增，甚则不能寐，舌淡红偏暗，有瘀点，苔薄白或黄腻，脉弦或涩。③湿热下注型：形体肥胖，无明显外伤史，但有长期坐姿或体位不正劳损史，腰腿窜痛灼热，得凉痛减，口苦溲黄，舌淡红，苔黄腻，脉滑。④寒邪凝滞型：腰腿疼痛，抽掣，热敷痛减，舌淡红，苔薄白，脉弦迟。缓解期的主要病机为虚实夹杂，其腰腿痛与急性期相比明显减轻，但麻木仍存，且跛行，活动后痛增，休息后疼痛麻木稍缓解。按中医辨证本期又可分为两型。①气虚血滞型：腰腿窜痛跛行，舌淡嫩偏暗或有瘀点，脉沉细涩。②风寒湿痹型：腰腿窜痛麻木，阴雨天痛甚，反之则减，苔薄白，脉弦滑。恢复期其主要表现以虚象为主，多为单一性的小腿外侧或足踝部麻木痿软，腰臀部隐痛酸胀，微跛行或行走正常，稍活动则舒，过之痛甚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

且跛行加重。本期按中医辨证也可分为两型。①气血亏虚、筋脉失养型：腰部隐痛或小腿足踝部麻木，可伴面色欠华，头昏失眠，乏神，舌淡嫩，苔薄白或少苔微黄，脉沉细。②肾虚型：腰部酸痛隐作或小腿足踝部麻木，痿软，可伴头昏耳鸣，健忘；阳虚者可伴畏寒肢欠温，溲清长，舌淡或有齿痕，苔薄白，脉沉细或迟，肾阴虚者可伴五心烦热，溲短黄，舌淡红少苔而干，脉细数。[10]

总之，目前多数学者认为外伤、寒湿之邪、肾虚为引起本病的主要原因或(和)诱因，也有人主张痰瘀互结为其原因之一。[9]对本病病因的不同认识，影响着对其整个病理变化过程的认识，故临床上对其分期、分型也不统一，多依据主症和病程而采取分期、分型相结合的方式进行中医辨证施治。[2,10]

2 临床研究

自方先之于1952年在国内首先报道手术治疗腰椎间盘突出症的文献以来，在40多年期间相关的报道日益增多。在基础研究、临床研究、理论著作、中医中药治疗诸方面都有了长足的进步，在某些方面已经达到或接近国际水平。对本病的治疗大体上可以分为手术疗法和非手术疗法(保守疗法)两种，中医中药疗法即属于非手术疗法之一，本疗法对患者机体不会造成新的损伤，副作用小，疗效确切，又无并发症，是众多患者乐于接受的一种方法。故中医中药对本病的治疗越来越显示出强大的优势。[11]现将近年来中医中药的临床研究成果分述如下：

2.1 中药内治法

对腰椎间盘突出症引起的腰腿痛及其它并发症采用中药内服法进行治疗方法较多，随着对本病认识的深入，治疗方法、治疗原则在不断提高，用药种类也在不断增加，运用多层次、多角度的思维方法和治疗手段，临床治疗效果呈现出日益提高的趋势，并各有特色。现据近年文献资料综述如下：

2.1.1 辨证论治

运用中医辨证原则分型论治是中医治疗本病最为常用的方法。李尔年根据本病临床表现和发病特点，用中医辨证论治的方法，临床分为三种类型。即急性闪扭伤，气滞血瘀型：用自拟活血壮腰汤；外感风寒湿邪，经络痹塞型，拟用驱邪壮腰汤加减；久病劳损、肾虚型，拟用补肾壮腰汤。[8]

李强则根据感受外邪轻重不同和症状各异，将外感型又分为风寒、寒湿、湿邪三型，加之血瘀、肾虚共为五型进行论治。其治则方药分别是血瘀型采用行气血、导瘀滞、理气温经止痛为主的治则，方用舒筋活血汤，可酌加元胡、鹿角片、金毛狗脊、丹参等药物。以风邪偏胜的风寒型采用疏风活络、佐以温通散寒、利湿通督活血之品，运用自拟方祛风活血汤加减。以寒湿为主的寒湿型治以温经散寒，祛风除湿，运用自拟的温经通络汤。以湿邪偏胜的湿邪型治以利湿祛风散寒，温阳化湿通络，运用自拟的行脾利湿汤。肾虚型又可分为肾阴虚与肾阳虚两型，因肾阴型少见而略去，肾阳虚型治以温阳补肾，通督活血，运用通督补肾汤。[7]

李尔年所采用的辨证分型方法是目前国内较有代表性的中医辨证论治分型方法，尤其

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

是前者的三型分治法是诸种分型方法之母法。[8]

吴诵貂用《伤寒论》之桂枝汤化裁治疗腰椎间盘突出症。对于急性发作期症见腰腿部冷痛，得热则舒，逢寒则剧，痛无定处，游走不停，证属风寒偏胜者，用麻桂温经汤加减，该方具有散寒通络，活血祛瘀之功，用于临床治疗伤后着寒之证，药证相符，屡用屡验。对缓解期症见腰腿痹痛日久，虚象已显，证属寒湿胜而表阳虚者，用桂枝附子汤加减治慢性顽固性腰腿痹痛，其效甚显，临床选用此方，应特别注意“虚寒”二字。[12]

施维智对腰椎间盘突出症辨证与辨病相结合，将其分为两期四型(急性发作期之寒胜型、外伤瘀血型、缓解期的阳虚型和阴虚型)，分别将地龙舒腰汤用于急性发作期之寒胜型。将化瘀通络汤用于外伤瘀血型。将补肾健腰汤用于缓解期的阳虚型。将育阴健腰汤用于缓解期的阴虚型。[13]

陈立富将本病分为二期五型进行辨证施治。急性期包括寒邪为主型和血瘀为主型。寒邪型用自拟增效乌头汤随症加减，其中乌头、附子、细辛用量宜重，以痛减而无眩晕、恶心、心悸、脉率不齐等不良反应为度，服药后口舌或肢体微麻，效果最佳。麻黄、桂枝用量以汗出为度。血瘀型用复元活血汤、活络效灵丹加减。缓解期以主症分型，以腰痛为主者用金匮肾气丸或右归丸加减。以下肢痛为主者用当归补血汤、四物汤加减。以肌肉疼痛为主者用参苓白术散、补中益气汤加减。[14]

吴云定根据患者临床表现和体质差异，以中医辨证分型施治。将本病分为三期四型，即急性期包括瘀血型和风寒型、缓解期和康复期包括阳虚型和阴虚型。急性期的瘀血型，治宜化瘀通络；急性期的风寒型，治宜散寒疏风、活血止痛；康复期阳虚型治宜温补肾阳、养血健腰；康复期阴虚型治宜滋肾养血固腰，共治 281 例，结果：痊愈 96 例，显效 178 例，无效 7 例，总有效率 97.4%。[1]

李国衡等应用中药辨证内治法治疗本病。将本病分为五期七型：即急性发作期，多为瘀肿充血型，治宜凉血化瘀、利水消肿，常用方药为凉血饮、利水饮、化瘀饮。突出梗阻期，包括硬结瘀阻型、气血凝滞型、夹邪痹阻型，治宜软坚、理气化瘀、驱痹，常用方药为理气饮、化瘀饮、驱痹饮、软坚饮、通络饮、舒筋饮等。瘀积化热期，主要为瘀结化热型，治宜凉血解毒、化瘀利水，常用方药为凉血饮、利水饮、解毒饮、理气饮、化瘀饮、通络饮。症状缓解期，多为筋缩络阻型，治宜舒筋通络，常用方药为舒筋饮、通络饮。基本恢复期，证属肝肾不足型，治宜滋补肝肾，强壮筋骨，常用方药为强筋壮骨饮、滋补肝肾饮。临床内治基本参考方的药物组成分别为凉血饮：生地、赤芍、丹皮、丹参、苏木、地鳖虫等；利水饮：防己、车前子、泽泻、茯苓、赤小豆等；解毒饮：黄芩、黄连、黄柏、生大黄、生甘草、土茯苓等；理气饮：青皮、枳壳、木香、乌药、大茴香、香附等；化瘀饮：当归、丹参、桃仁、山甲、乳香、没药、生蒲黄等；通腑饮：生大黄、元明粉、枳实、厚朴、木通、延胡索等；舒筋饮：伸筋草、白芍、木瓜、牛膝、桑寄生、秦艽等；驱痹饮：川草乌、独活、防风、威灵仙、秦艽、海风藤等；通络饮：路路通、地龙、王不留行、络石藤、鸡血藤等；软坚饮：马钱子、三棱、莪术、水蛭、川萆薢等；强筋壮骨饮：千年健、楮实子、五加皮、杜仲、补骨脂等；滋补肝肾饮：熟地、枸杞、萸肉、苁蓉、首乌、菟丝子等。[2]

分期与分型相结合进行论治是治疗本病又一种具有中医特色的方法，它既便于掌握运

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用，又利于开展深入研究，各家分期分型标准不一，少者分为二期二型，多者分为五期七型，少者精练，一目了然，众者详细，条理分明，不尽相同，各有千秋。

2.1.2 基础方加减

在中医辨证论治原则的指导下，运用基础方为主，依据患者的临床表现随症加减用药，是寻找治疗腰椎间盘突出症有效中药方剂较为正确的途径，且大量临床实践业已证明其临床治疗效果是令人满意的。

康维钧等采用中药内服与外敷相结合的方法治疗本病。内服消痛饮，药用红花、羌活、独活、牛膝、全虫、龟板、菟丝子、血竭、川乌等各 6g，浸于 500ml 白酒内，按传统方法制成酊剂，每日口服 3 次，每次 15ml。外服冰麝膏(组成及用法详见外治法)。共治 660 例。结果：治愈 507 例，好转 142 例，无效 11 例，总有效率 98.3%。[15]

富彦卿等人采用内服外敷中药治疗本病。内服“腰痛康复散”，该方由羌活、防风、秦艽、川断、狗脊、海风藤、生姜、杜仲、红花、莱菔子、郁金、五灵脂、当归、白芍、鸡血藤、元胡、淫羊藿、熟地各 400g，桂枝、牛膝、川芎各 300g，制马钱子、乳香、没药、三七、肉苁蓉各 250g，血竭 200g，寄生 350g，威灵仙 500g。上药研成细面过筛，混合均匀包装备用，每次口服 5～10g，日服 3 次，饭后 20 分钟服用，黄酒送服，20 天为一疗程，一般 1～3 疗程，症状减轻以致痊愈。同时配合“腰痛安热敷袋”(组成及用法详见外治法)外敷。共治 398 例。结果：气滞血瘀型 216 例，治愈 208 例，好转 8 例；风寒湿型 112 例，治愈 108 例，好转 3 例，无效 1 例；肾阴虚型 14 例，治愈 12 例，好转 1 例，无效 1 例；肾阳虚型 56 例，治愈 54 例，无效 2 例。总有效率 99%。[16]

古庆采用独活寄生汤加全虫、蜈蚣为主按中医辨证论治本病证属血虚肾弱、风湿阻滞经络者。共治 30 例。显效 14 例，有效 10 例，无效 6 例，总有效率 80%。独活寄生汤是《千金方》中之治痹良方，更加全虫、蜈蚣二者以增强走窜之力，助各种风药直达病所，使邪去病安，故对本病所致的腰腿部疼痛、麻木等症状有较好的缓解作用。[17]

刘元梅氏运用加味四虫胶囊治疗本病。药用：全虫、蜈蚣、土鳖虫、地龙、当归、酒大黄各等份，共研细末，装胶囊，每粒 0.3g，每次 4～6 粒，每日 3 次。共治 32 例。结果：痊愈 15 例，显效 8 例，有效 8 例，无效 3 例。总有效率 91%。[18]张英杰与方庶芷均用加味阳和汤治疗本病。阳和汤出自《外科证治全生集》具有温阳通脉，散寒化痰之功效，用于阳虚寒胜、痰瘀交阻型腰椎间盘突出症，可谓药证合拍、效如桴鼓。张英杰药用熟地 30g、肉桂 6g、麻黄 6g、鹿角胶 10g、白芥子 10g、炮姜 10g、酒军 12g、甘草 6g、蜈蚣 2 条。口干加黄柏 10g、知母 12g，舌苔厚腻加茯苓 30g、白豆蔻 10g，痛剧加淫羊藿 15g、制川草乌各 6g，大便溏去酒军。水煎日 1 剂，20 天为一疗程。共治 62 例。结果：痊愈 43 例，显效 8 例，有效 9 例，无效 2 例。总有效率 96.8%。方庶芷之加味阳和汤药用：熟地 30g、鹿角霜、土鳖虫各 10g、炮姜炭、肉桂各 6g、麻黄 4g、白芥子 8g、黄芪 20g、蜈蚣 1 条、生甘草 5g，主治阳虚精亏、痰瘀阻络型腰椎间盘突出症，并随症加减：痛剧者加制乳香、制没药、地龙；腰痛甚者加威灵仙、牛膝、川断；腿痛甚者加木瓜、独活；偏于寒者加附子、当归；偏于湿者加苡仁、炒苍术、茯苓；肾虚者加杜仲、桑寄生、狗脊。共治 210 例。结果：痊愈 148 例，显效 28 例，好转 16 例，总有效率 91.4%。[19,20]

皇甫跃等采用药物配合手法治疗腰椎间盘突出症。根据病情将本病分为急性期与缓解

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

期。急性期病变以充血、水肿、神经根受压为主，中医治疗原则为：清热解毒、行气活血、利水止痛。缓解期以粘连为主，而无菌性炎症较轻，中医治疗原则为：补益肝肾，益气活血，通络止痛。共治 80 例。结果：治愈 34 例，显效 30 例，好转 12 例，无效 4 例．总有效率 95%。[21]

吴化中拟活瘀舒筋汤用于证属肾虚血弱，脉络瘀阻型腰椎间盘突出症。共治 43 例，结果：症状在一个月内消失者 23 例，症状在一个半月至二个月消失者 15 例，5 例症状在 2～3 个月消失。[22]

梅炯总结了诸方受教授从痰瘀论治本病的经验，诸方受认为痰瘀互结是腰椎间盘突出症病机之关键，祛痰化瘀为治疗之大法。其基本方由当归、丹参、泽兰、牛膝、鸡血藤、降香、独活、制南星、牛蒡子、茯苓、白术、需公藤组成，并随症加减：寒湿偏重者、加制草乌、木瓜、防风、苡仁；偏热者加黄芩、山栀。方中牛蒡子一药，辛寒滑利，豁痰散风，消肿化毒，通十二经，用于本病的治疗可谓独具只眼，且与南星相伍能散滞破结，善搜筋络顽痰浊邪，而使经脉通，疼痛止。[9]

郭大平采用秘方核归丸治疗肝肾亏虚，气滞血瘀型腰椎间盘突出症。共治 15 例。结果：痊愈 14 例，显效 1 例，总有效率 100%。该方以杜仲、川断、骨碎补为主药，能促使损伤纤维环的复续，破裂髓核的复原，配合其它辅药共奏活血化瘀、解痉消肿之效。[23]

郭晓庄用民间治疗“腰腿痛”的验方——复方马钱子散治疗腰椎间盘突出症。所用药物具有活血祛风、消肿散结的作用，尤其是马钱子的作用不容忽视，是该方取效的关键性药物。将生马钱子单独炮制加工，乳香、没药去油质烘干。诸药共研末过 100～120 目筛。将药粉分装成胶囊，每粒含散剂 0.25±0.05g，炮制后马钱子约占总量的 40%。每晚临睡前服药 1 次，每次 5～10 粒，用黄酒 30～60ml 加适量白开水送服，忌用茶水送服。药量自 5 粒开始，每晚增加 1 粒，至服药后出现腰痛加重或腰背部有紧麻感反应时即不再增量，但服药量最多不宜超过 1 次 10 粒。服药后安静卧床，当晚不宜饮多量开水，连续服用 2 周为 1 疗程，每一疗程间隔 2～3 天。病情缓解后，每晚可减服 1～2 粒，继服 2～3 周以巩固疗效。服药期间不宜做剧烈运动。共治 40 例。结果：痊愈 24 例，显著进步 10 例，进步 4 例，无效 2 例。痊愈及显著进步率 85%，总有效率 95%。[24]

王殿喜认为腰椎间盘纤维环破裂后，髓核之突出属离经之瘀瘀，致气血壅滞，经络闭阻不通故见腰腿痹痛，此为其标，而肾虚是其本也，故对肾虚风袭，瘀血阻络型腰椎间盘突出症用自拟方进行治疗。痊愈 1021 例，显效 674 例，有效 205 例。该方是当归补血汤、甘草附子汤、芍药甘草汤三方加味组成，有搜筋入髓之力，直达病所，使髓核凝结之痰瘀，随经髓而行，是经几十年筛选验证优选而成的专病专方。[25]

2.1.3 综合疗法

由于腰椎间盘突出症症状复杂且有时较为顽固，为了提高临床治疗效果，故采用中药为主或为辅配合以牵引、推拿、针灸、封闭及其它疗法进行综合治疗已成为临床应用较为普遍的一种疗法。

王建军以数种保守疗法(卧硬板床、手法、骨盆牵引、中药辨证应用、针灸等)并用，治疗腰椎间盘突出症 151 例，收效满意。按主症辨证分型应用中药，血瘀气滞型以桃仁四物汤加减；寒痹型以乌头汤加减；湿痹型以薏仁汤加减；风痹型以大防风汤加减；热痹型以白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虎汤加减；肾虚型以左、右归饮加减。结果：痊愈 80 例，好转 66 例，无效 5 例，有效率 97%。中药的应用无论何型，均可重用利水渗湿之品，以加速髓核及神经根水肿之吸收，减轻压迫，但除热痹外，均宜加用助阳之品，此即筋喜温之故。[26]

邓晋丰采用按摩推拿、骨盆牵引，并结合中药辨证分型治疗本病。中药内服按辨证分为四型，肾阳虚型治以温补肾阳、通络止痛，方用右归饮加减。肾阴虚型治以滋肾养肝、通络止痛，方用知柏八味丸加减，口苦咽干者熟地改生地，加元参 18g、黄柏湿火型治以清火利湿，通络镇痛，后期改用滋肾养肝法。气滞血瘀型治以行气活血、祛瘀止痛；后期改用滋肾养肝法。共治 149 例，结果：临床治愈 79 例，好转 58 例，无效 12 例，近期有效率为 91.9%。[27]

廖康兴以牵引手法为主，辅以中药益肾通络汤，治疗腰椎间盘突出症 64 例，结果：治愈 46 例，显效 10 例，好转 5 例，无效 3 例，总有效率为 95.3%。[28]

刘青云运用骨盆牵引加卧硬板床、手法、麻醉下推拿及配合中药内服等综合疗法治疗腰椎间盘突出症。中药汤剂桑枝、雷公藤、生甘草，结合口服大活络旭痹冲剂、舒筋活血片等药物。共治 357 例。结果：痊愈 222 例，好转 117 例，无效 17 例，恶化 1 例，总有效率 95%。[29]

易绵中治疗本病用牵引配合手法及自拟鹿角四虫散。共治 97 例，结果：治愈 32 例，显效 51 例，有效 13 例，无效 1 例，总有效率为 98.9%。[30]

杨芳珍采用综合疗法(牵引、推拿按摩、电针、中药内外用、封闭)治疗本病。内服五灵二香丸，或依据病情应用独活寄生汤加减。外用熏洗药。共治 154 例，结果：治愈 31 例，有效 86 例，显效 29 例，无效 9 例，总有效率为 94.9%。[31]

蒋位庄等将 271 例重症椎间盘源性腰腿痛患者分为非手术组(131 例)和手术对照组(140 例)，非手术组采用手法、牵引、局封和中药辩证论治的综合疗法。中药辨证分为血瘀、湿热、风寒、肾虚四型施治。近期疗效非手术组 113 例，优 17 例，良 113 例，优良率 99.2%。手术对照组 140 例，优 104 例，良 31 例，优良率 96.4%。远期疗效两组的优良率和治愈率无显著差异。[32]

介蔼运用手法与中药内服相结合的方法，对肾虚精亏、气滞血瘀型的腰椎间盘突出症予以腰椎间盘合剂。以补益肝肾、活血化瘀、强腰壮骨。共收治 104 例，结果：临床治愈 69 例，好转 29 例，无效 6 例，总有效率为 94.2%。[33]

胡思进采用封闭推拿法配合中药内服，将本病分为三型辨证论治。气滞血瘀型方用自拟腰痛汤。肝肾亏损型：方用六味地黄汤或右归饮加味。风寒湿互阻型：方用独活寄生汤或自拟腰痛 2 号汤。治愈 71 例，显效 24 例，有效 12 例，无效 1 例，总有效率为 99.07%。[34]

樊宝荣采用魏氏手法配合“壮腰祛风镇痛汤”治疗本病。近期有效率 82.2%。[35]钟有鸣采用手法加九分散治疗本病。共治 40 例，结果：痊愈 32 例，好转 7 例。[36]

纪学民对早期腰椎间盘突出症采用骶管注射法、手法正骨复位法、针刺法及口服秘方中药制剂法综合治疗。共治 56 例，结果：一次治愈 45 例，二次治愈者 8 例，三次治愈者 3 例。[37]

采用中药内服配合牵引、按摩推拿、点穴，硬膜外腔注药，中药腾洗等多种方法并用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

综合治疗本病的尚有陈如见、李华民及李业甫等人，均收效良好。临床实践证明数法并用，既可以互相补充、取长补短，又可提高疗效，缩短疗程，故综合治疗优于单一疗法，充分显示出非手术疗法治疗本病的优势。[38~40]

2.1.4 小结

综上所述，近代运用中医药治疗腰椎间盘突出症有着较好的疗效，且无明显副作用，属非手术疗法中常用治法之一。

中药对本病的治疗剂型众多，内治法多以汤剂为主，兼有散剂，丸剂及胶囊制剂。临床往往可根据患者的具体病情和实际情况而灵活选用。即可单独应用，又可配合其它疗法一并应用。临床上多以中医辨证论治与辨病相结合的方式进行施治。但分型与分期尚不统一。缺乏合理，规范且较为科学的标准，故应加强辨证与辨病相结合规律方面的研究，以利临床经验的总结提高。疗效标准尚缺乏客观性，统一性，可比性，有待加深研究，统一认识。综合疗法是目前国内较多采用的一种方法，在提高疗效，减少后遗症、缩短疗程诸方面有较大优势。为此单独应用中药制剂治疗本病的临床研究应设对照组，以真正明确中药对本病的治疗效果，以便能够研制出疗效确切的中药制剂应用于临床。

2.2 外治法

近年有关外用中药治疗本病的临床报导日渐增多，如敷贴、药罐、蒸气浴、外敷、雾化等，一般多作为治疗的辅助手段，也有单独使用而获良效者。

邢良国采用自制活络膏结合改良的骨盆牵引，推拿整复脊柱的综合疗法治疗本病。治愈196例，良好28例，进步12例，无效2例。优良率为94%。[41]

康维钧在内服消痛饮的基础上配合冰麝膏外敷治疗本病。冰麝膏由冰片、麝香、、血竭、补骨脂、白术、杜仲、细辛、白芷、木瓜、豹骨、熟地、鹿角胶等组成。按传统方法制成膏药，外敷于腰1～骶1棘突处，两周更换1次，2次为1疗程。[15]

张英杰等采用药罐结合方法进行治疗本病。患者取俯卧位，取药粉适量用醋调为糊状，温热后敷于腰部压痛点上，面积略小于罐口，然后用投火法拔罐20分钟，每隔2天治疗1次。共治56例，总有效率94.7%。[42]

闫金玉等用ZHQY—Ⅰ型中药蒸气浴治疗机治疗本病。共治60例。结果：治愈40例，显效14例，好转4例，无效2例，总有效率95.6%。[43]

宋保欣采用天王消骨液外敷雾化治疗本病。天王消骨液由大黄、王不留行、乳香、没药、当归、细辛、五灵脂、川芎等药物分别酒制，醋制后，高压煎煮过滤，装瓶备用。雾化治疗仪(自制)，有与治疗局部相吻合的密封垫，和产生热能及使药物雾化的装置。共治50例。结果：有效率96%，优良率88%。雾化治疗机理尚待深入研究。[44]

徐炜明等人对腰椎间盘突出症和腰椎管狭窄症术后遗留的神经根粘连，采用手法与中药透入相结合的方法进行治疗。中药透入方：独活、防风、牛膝、川乌、元胡、姜黄、血竭、海桐皮、透骨草、乳香、没药、秦艽、桃仁、红花各15g。上药装纱布袋上屉蒸30分钟，稍凉后置于患处，药垫上、下各垫一毛巾，防止皮肤烫伤或药物散热太快。共治68例。结果：优22例，良38例，可6例，差2例，有效率97.1%，优良率86.4%。[45]

陈清采用重手法整复，中草局部外敷的方法治疗本病。腰部外敷中草药：生川乌、生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

草乌、生马钱、红花、樟脑、乳香、没药、独活、骨碎补、田七、龙骨、熟地、防己、牡蛎、麝香，除麝香外等量以75%酒精调敷，敷时施0.2g麝香于表面　外敷时间为2小时。每次手法整复后外敷中药1次，每周1次。共治57例。结果：痊愈46例，显效10例，好转1例，无效为0。[46]

富彦卿采用自拟“腰痛康复散”内服配合“腰痛安热敷袋”外敷共制本病398例，热服袋药用当归、川椒、续断、防风、木瓜、羌活、红花、白芷、乳香、没药、透骨草、黄柏、茄根各50g。碾成细末，加好白酒、盐各100g拌匀，分装三个红色棉布袋里，放在锅里蒸透后，倒换敷于患处，每次1～2小时，20天为一疗程。用药袋前要反复在患处按摩后，方可用药袋外敷。注意防止烫伤。[16]

方周林将本病分成急性期、缓解期、恢复期，采用牵引、推拿，与腾药治疗综合疗法，特制腾疗药包，药物有当归、川芎、乳香、没药、桂枝、川乌、牛膝、独活、伸筋草、路路通、干姜、艾叶等，将上药稍研碎，装入特制药包中进行蒸气加温熨烤，放置患处，外裹以浴巾，时间20分钟，温度以能耐受为度。腾疗药包主要用于缓解期的患者。[47]

崔树平采用外敷散药的方法治疗本病。配合牵引及口服中药阳和汤治疗效果更佳。[48]

2.3 推 拿 疗 法

推拿疗法在腰椎间盘突出症的保守治疗中占有重要地位，早期文献报道多为临床经验总结，近20年由于各相关学科的发展，对推拿治疗腰椎间盘突出症的研究日益深入，把手法治疗逐渐由民间医术引上科学的轨道。

2.3.1 推拿治疗腰椎间盘突出症的手法分类

目前临床治疗本病的推拿手法基本上可以分为两大类：软组织推拿手法和脊柱推拿手法。

2.3.1.1　软组织手法

推拿治疗腰椎间盘突出症为一系统操作，针对软组织的手法不容忽视。由于历史的原因，我国推拿流派众多，不同流派的临床操作，套路不尽相同，各有千秋。

2.3.1.1.1　一指禅推拿流派　起源于19世纪中叶的一指禅推拿流派治疗本病时以一指禅推法(有时演变成推摩法)为主，结合揉、按、拿等手法，取穴强调“以痛为腧”和循经辨证，手法强调“柔中有刚，刚柔相济”。[49]

2.3.1.1.2　揉法推拿流派　在一指禅推拿流派基础上产生的揉法推拿流派，治疗时强调辨证、辨经、辨病相结合，参照现代解剖生理以揉法操作为主，配合患者关节被动运动，被动运动强调“轻巧、短促、随发随收”，辅助手法有揉、按、拿等。[50]本流派的出现，对后世治疗软组织损伤，运动系统和神经系统疾病影响极大。

2.3.1.1.3　正骨推拿流派　历史悠久，其手法分为正骨手法和按摩手法两大类，正骨手法发展成为后世的脊柱推拿手法。针对软组织的按摩手法强调分筋、理筋和拨络，主要手法为按、摩、推、拿、点、捏、弹、揉等。[50-52]

其它如点穴推拿流派，捏筋拍打推拿流派等亦各有特点。

2.3.1.2　脊柱推拿手法

推拿治疗腰椎间盘突出症，脊柱推拿手法是目前研究的热点。清代吴谦即认为“脊骨

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

正则疾患除”，现一般认为脊柱推拿手法对临床疗效起着关键性的作用。治疗本病的脊柱推拿手法繁多，大体可以分为以下几类：

2.3.1.2.1 旋转类 ①坐位定点旋转复位法：患者取坐位，助手固定其一侧大腿或患者跨骑于治疗床上，术者站于其侧后方，一手拇指按于需要扳动(偏歪)之棘突，另一手从患侧腋下穿过并按其颈项部(或抓住对侧肩部)，然后分三部(腰前屈、侧弯旋转、扳动)完成手法，施术时常可听到“咔嗒”声响或拇指下感觉到棘突跳动。[51]②侧卧斜扳法：患者取侧卧位，术者用两肘作用于患者一侧髋和肩部，反向用力，使躯干以腰为中心旋转。[54]以后本方法有许多改良。[55]

2.3.1.2.2 后伸类 患者取俯卧位，术者用手抬起患侧(或双侧)下肢，使腰椎后伸到最大限度时，两手协同用力向相反方向扳动。[51]

2.3.1.2.3 按压类 ①按抖腰部：在牵引情况下，术者两手叠加对准患者腰痛处进行按压抖动，一般要求抖动次数较多。[56]②踏踩法：患者取俯卧位，在牵引情况下，术者一足立于患者骶骨为立足点，另一足跟置于病变棘突或椎旁压痛点上，由轻到重踏踩。[57]

2.3.1.2.4 牵抖类 患者取仰卧位俯卧位，术者在助手的配合下牵引双下肢同时抖动摇摆。[58]

另外，临床上有时经常采用上述几种方法综合使用，有人还采用药物麻醉下行脊柱推拿手法，[59]甚则有机器推拿。[60]

2.3.2 手法作用机理研究

2.3.2.1 生理生化方面的研究

2.3.2.1.1 镇痛机理研究 龚金德等的研究表明，对颈腰腿痛患者，采用大面积揉法及局部压痛点指压法相结合，推拿后血中内啡呔含量升高，其竞争率平均升高 7%($P<0.001$)，同时测定正常人血清内啡呔含量，发现慢性颈腰腿痛患者，在推拿前血清中内啡呔含量低于正常人。内啡呔是一种作用极强的吗啡类内源性镇痛物质，推拿后其含量升高，说明推拿镇痛和血清中内啡呔含量有关。[61]刘志诚等的系列实验说明，推拿对腰椎间盘突出症及软组织损伤治疗的关键是对神经内分泌的调整作用。肢体损伤在中枢产生的损伤性效应是 NA 和 DA 的功能增强、5-HT、Ach 和 H 的功能下降。推拿可以减弱中枢 DA 和 NA 的合成，还可以增强中枢 DA 的分解，说明推拿可以减弱中枢 DA 和 NA 能神经元的异常代谢反应，即减少中枢 DA 和 NA 介质的生成和释放；推拿可以使中枢 5-HT 和 H 含量回升及 AchE 活性回升，说明推拿可以使中枢 5-HT、Ach、H 的镇痛和抑制机能得到恢复；损伤后外周 DA 和 NA 的合成代谢升高，推拿可以降低 DA 和 NA 的合成代谢并提高 DA 的分解代谢，从而减弱肾上腺素能 α 效应，这将有利于损伤肢体血液循环的改善；推拿可以促进全血 AchE 活性回升、升高和回降过程，从而缩短全血 AchE 活性恢复正常水平的时间；推拿可以抑制过度的交感肾上腺髓质系统和下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统的功能，还可以减少血糖的浪费；损伤可以增强外周 5-HT 和 H 的合成代谢，而推拿可以对抗该种损伤性作用。龚金德等[70]的实验研究也证实了这种现象。上述推拿作用可促使外周致痛性、致炎性和缩血管介质的降解、运转，必将产生有利于损伤肢体的康复。[62~69]

2.3.2.1.2 改善血液循环研究 张义炯等用血流动力流变参数分析仪对 103 例颈肩腰腿痛进行按摩前后 10 分钟测试，发现按摩后较按摩前脉率减慢，主动脉排空系数减少，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血管弹性扩张系数增大，心博出量平均增加 6.5ml，可节省心肌能量消耗，提高心血管机能、改善血液循环。[71]袁宝国等发现推拿改善血液循环可通过提高局部温度加速血流来实现，[72]这一机理和《内经》里所说的“按之则热气至，热气至则痛止”相吻合。

2.3.2.1.3 对血液成分影响的研究 周上全等通过实验证实推拿后急性腰损伤患者血中嗜酸性细胞明显下降。[73]还有人对健康人做了推拿前后红细胞、血红蛋白、白细胞计数和分类、白细胞噬菌能力、血清补体效价等指标观察对比，推拿后红细胞数有少量增加，血红蛋白没有明显变化，白细胞总数平均增加 19.7%，白细胞分类虽中性细胞数绝对值升高，而其比率相对减少，淋巴细胞比率升高，白细胞的噬菌能力由推拿前的平均 11.67 升高到推拿后的 15.6%，提高了 34.4%，血清补体效价在推拿后增加 0.025 ~ 0.075ml。[74]赵翱发现用拇指平推背部后，其白细胞噬菌指数增高 4 倍，血清补体效价亦有明显提高，这些实验研究说明，推拿对血液成分和作用有一定影响，从而提高机体整体的抗病能力。[75]

2.3.2.2 生物力学方面的研究

2.3.2.2.1 脊柱推拿手法产生的力的研究 手法从根本上说是力的作用，对手法的生物力学研究集中在脊柱推拿手法上。身体的功能运动受复杂的物理力量综合控制，脊柱推拿手法是一种省力而有效的杠杆操作，但所施加手法的力是矢量，同时考虑到椎间关节周围肌肉和软组织的作用，问题就变得复杂起来，增加了研究的难度，但其基本的作用原理不变。Hass 认为一个有效的调节力的计算公式必须是医生的质量，碰撞速度和一定的医生与患者的内在性能(包括僵硬和弹性)的函数。平均的手法调节力等于外在的碰撞动能的平方根与综合的防变形的机械阻力之和。[76,77] Wood 和 Adams 使用特殊设计的力的传感器来测定调整腰推时的力：力 = 182.2 ± 66.6N，持续时间 = 434 ± 244msec，且结果有相当的重复性，手法有一定的力-时间纵断面图。[78,79]由于推拿手法操作的个体差异，数据处理时的误差，所以目前测得的脊柱推拿手法的力的数据尚不令人满意，选择符合生物力学原理的正确的测定方法，最大程度地减小误差和个体差异，是目前需要解决的问题。

2.3.2.2.2 脊柱推拿手法的生物力学效应研究 脊柱推拿手法作用于机体上直接产生的是椎体受力后的变化。由于椎间盘是脊柱承载系统中最为关键的部分，具有吸收振动，减缓冲击以及均布外力等重要生物力学功能加之椎间盘是退行性变化中最重要的因素，这方面的研究就显得非常有意义。[80]早期的研究多通过推测认为脊柱推拿手法可以使后纵韧带紧张、扩大椎间隙、加大回纳力使突出的髓核复位，谢利民等则通过影像学观察和分析，认为手法作用时突出物的形态发生了明显改变，据此认为手法治疗机制是通过椎间盘的形变来改变突出椎间盘与被压神经根的位置关系，并推测水平推压力可使椎间盘还纳复位，手法可使后纵韧带和纤维环紧张，产生向内的推力，迫使突出的椎间盘向椎间隙还纳，支持了早期的观点。[81]张显崧等复习了 20 例采用腰椎旋转手法治疗的腰椎间盘突出症的 MRI 片，对比测量显示治疗前后突出间盘的突出程度无显著差异，表明手法不能使突出的髓核还纳，推测可能是改变了突出髓核与受压神经根的位置关系而减轻或消除了突出髓核对神经根的压迫，产生治疗效果的。上述结论是靠影像学检查推断得出的，未分析其生物力学效应产生的过程，因而得出的结果矛盾并不奇怪。[82]章莹等参考 Nachemson 的方法，在尸体上模拟腰椎旋转复位手法，动态测量了手法过程中髓核内压的变化，观察

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

到手法过程中髓核内压逐渐增大，在手法成功时达到最大值，且髓核内压的增大与旋转角度成正比，手法未能使髓核内压呈负压改变，因此认为不能使突出的髓核还纳，可能的机理是使突出的髓核与原先受压的神经根位置发生改变，但作者未能证实可能发生的位移。[83,84]张显崧等也采用 Nachemsoc 的方法模拟扳提手法，对三具新鲜尸体动态测量了髓核内压在手法时的变化情况，结果发现 L_{3-4}，L_{4-5}间隙髓核内压在手法过程中呈增高变化，证实了章莹等的实验结果。但 L_5-S_1 间隙髓核内压在手法过程中呈降低变化。作者分析认为，虽然 L_5-S_1 间隙髓核内压下降，但在髓核退变情况下，其流动性和连续性较正常髓核相去甚远。脊柱后伸时，后侧间隙的减小可关闭突出髓核的退路，即使有少量髓核组织由于负压的因素退缩，手法后的髓核内压及髓核容积的复原，也会使突出髓核依旧呈突出状态，故作者提出了同章莹类似的机理推测。目前看来，手法改变突出髓核和受压神经根之间位置的观点占了上风。[85]许多报道也显示突出髓核组织复位的情况十分罕见。[86,87]

广义的椎间关节包括椎体之间的椎间盘和椎弓之间的关节突关节。随着对椎体后部结构特别是关节突关节研究的深入，发现关节突关节具有载荷、导向、抗剪力的作用。[88]椎骨运动是一种三维六自由度的运动，颈段脊柱的瞬时中心位于椎体内部，其运动受后关节的控制，腰段脊柱的纵轴旋转的瞬时中心位于椎体的后方。[89]所以一些学者开始研究椎体后部结构在手法过程中的变化。蒋位庄等用微型传感器埋入法，测定腰椎后关节在不同姿势下的位移和受力情况，结果表明，其位移程度和方向受关节突形态的影响。模拟脊柱旋转复位手法时，后关节活动度相当大，其下关节突出现向上→前→下→后的全方位移动，使活动受限关节出现复位倾向。脊柱活动时关节内压力集中在小关节的上端和下端，当某段关节失稳状态下，脊柱活动时后关节内的压力大大增加，比邻近的小关节内压力增大 8 倍左右。模拟脊柱旋转复位手法时，关节内压呈先低后高的双向曲线，提示在手法的后半程关节内压达到顶点，在脊柱回复原位后压力下降到手法前的水平。这种前半程较低、后半程升高的压力变化，提示手法操作时，作用在棘突上拇指推压力应该出现得早一点，以配合因位移变化而产生的复位倾向。[90]马达等对新鲜尸体标本进行了椎间盘后外缘应力变化和脊柱不同位置变化下腰椎小关节突相互关系改变的观察和测定。发现前屈侧弯旋转(坐姿旋转)法对腰椎小关节突的活动幅度最大，直立旋转(侧扳)法次之，向左侧旋转时小关节突作切面的旋转滑动，左侧小关节间隙增大，向右侧旋转时反之。做前屈侧弯旋转时，当脊柱向左侧旋转，椎间盘左后外侧压力增高，同时右后外侧压力减低；向右旋转时反之。而旋转动作结束后复原时，出现负压的一侧均出现一个微小的正压，这种正负压力多次反复的变化，可以使受压的神经根减张。[91]李星等用位移传感器测量新鲜尸体标本模拟运动及旋转复位时位移情况，观察到腰椎下关节突产生向上及侧方、后方位移，使椎间孔扩大，椎体产生相应向后回位趋势。作者还观察到峡部裂脊柱标本在手法作用下出现峡部裂间距加大，缓解峡部受力，认为手法治疗滑脱症病人以退变型为佳。[92]侯筱魁等应用 Panjabi 电——机械测量方法测定脊柱推拿手法作用于腰椎时，腰椎后部结构的运动学变化。作者分析了不同手法的角度——位移曲线和载荷——转角曲线，认为腰部屈伸椎拿、斜扳手法均为一种复杂的三维六自由度运动。后伸手法时，后部小关节等结构不仅在上下或前后方向上发生位移，也存在着侧方的少量位移。认为反复轻度后伸，能松动小关节突之间的粘连，可以改善局部循环，对缓解症状有利。仰卧屈腰手法，腰椎后部结构的运动

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

是以向前移动为主，可能在过度屈伸时产生两关节突的抵触，不利于扩大神经根管和改善关节突间的关系。斜扳手法可调整神经根管，较大幅度地松动了上下关节突之间的关系，有利于神经根管内容和小关节粘连的松解，甚可调整局部循环和其它病理变化。[125,126]作者采用的方法是 Panjabi 提出的电——机械测量方法，因其符合生物力学原理且精确度较高，目前在脊柱生物力学研究上应用颇多，所得结果参考价值也较大。[92,93]

把研究的重点放在手法过程中椎体后部结构的变化上，改变了单纯考虑椎间盘因素的状况，从另一侧面对手法进行了新的认识，有助于指导临床。

2.3.2.3 推拿手法的适应范围和安全性研究

以前这方面的临床报导不少，也有人做初步的推理分析，但实验研究的证据欠充足。蒋位庄、李晁、侯筱魁等均在实验中观察到手法的实施应考虑到患病的部位，针对患病的一侧实施手法，有助于疗效的提高。[90,92,94]

蒋位庄认为后伸时，小关节内压力持续升高，提示过度后伸对后关节可能造成损害。[90]侯筱魁也认为俯卧后伸手法可造成关节突的重叠，前后或上下方向的神经管容积均有所减少，过重过猛的手法会造成小关节等组织损伤。[93]对斜扳手法侯筱魁也反对过重过猛。[94]同时侯筱魁提出正确的推拿手法，即使超出正常运动范围 2°左右，也是安全的。[97]

2.3.3 小结

综上所述，推拿治疗腰椎间盘突出症取得了一定的进展，但仍存在不少问题。首先，由于本病的发病机制尚存一些争议，这就影响了对治疗和研究的深入。其次，推拿作为一种传统操作，手法欠规范，难以排除多种干扰因素，机械模拟又带来很大程度的失真。研究手段的多样性从另一角度说明各种手段存在着一定的程度的不深入或缺陷，如尸体标本很难完全阐明活体现象，动物模型的建立十分困难，诸如此类的原因，使我们很难准确描述手法的全部作用。但生物力学的介入，使推拿研究进入了一个新时代，相信随着研究手段的改进，对推拿治疗腰椎间盘突出症我们会知道的更多。

2.4 针灸疗法

针灸疗法自古就是人们治疗筋骨痹的重要手段，对腰椎间盘突出症的治疗即是其一。由于中医传统的认识，针灸治疗本病分列入腰痛和坐骨神经痛的范畴，近年来随着对本病的认识日益深入，针灸治疗本病也得到发展。

针灸治疗法包括多种具体疗法，不同的治疗手段在治疗腰椎间盘突出时的特点不尽相同。

2.4.1 毫针刺法

毫针刺法是针刺治疗的主体，临床上治疗腰椎间盘突出症多以毫针刺激为主。

2.4.1.1 审证分经取穴论治 钱大雄针刺治疗坐骨神经痛 135 例，取上都、环跳、压痛点为主，配以足太阳膀胱经和足少阳胆经腰骶及下肢部腧穴，体质虚弱加足三里以补正气，疼痛明显者加殷门、三阴交以增强止痛效果，取得了较满意的疗效。作者发现针刺治疗对邻近软组织粘连而致坐骨神经痛的疗效优于骨性组织导致的坐骨神经痛。吴经纬取患则大肠俞、关元俞、环跳、臀中(每次选 1 个，交替施治)，其中大肠俞、关元俞深刺，雀啄术行针，且务求电麻针感出现达肢体远端，400 例患者中痊愈者占 88%，作者提倡强刺激以激发神经冲动传导，消除炎症或松解压迫从而改善症状。[96]任德馨则强调上腰部疼

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛以 $L_{3,4}$神经根、下腰部疼痛以 $L_{4,5}$神经根和坐骨神经为主，对神经施强刺激手法直接刺激。[97]李世珍、余恒昭治疗腰腿痛注重辨证施治、循经取穴、结合局部取穴。[98,99]陆瘦燕将腰腿痛按经脉循行分为：太阳腰腿痛、少阳腰腿痛和阳明腰腿痛，强调审证辨经，按经选穴，并施以导气手法(以针向行气)以通经气。[100]从众多报道可以看出，毫针治疗本病，须注重经络循行，但临床多以足太阳膀胱和足少阳胆经穴为主，常用腧穴为大肠俞，关元俞，次髎、秩边、环跳、风市、委中、阳陵泉、同时应据不同病症施用不同的针刺手法。

2.4.1.2 华佗夹脊穴的广泛应用 华佗夹脊穴最早载于晋·葛洪所著的《肘后备急方》，张慰民等认为其定位当在每椎棘突下中线旁开 0.5 寸为宜。华佗夹脊穴和督脉、膀胱经之间关系密切。[101]金百仁、陈守基等对腰腿疾患，通过取腰段、骶段华佗夹脊穴治疗，得到较满意疗效，但金氏观察症状和疗效之间关系时指出，华佗夹脊穴治疗疼痛疗效最好，酸楚症次之，而对麻木症的疗效较差。[102,103]高安泽认为夹脊穴针刺时务须向脊椎方向斜刺，以便直接刺激脊神经后支，[104]同张慰民可直刺观点有出入。[101]

2.4.1.3 刺络放血法的应用 《素问·刺腰痛》中曾多次提到刺络放血的方法，在“刺解脉腰痛”中说，“刺解脉，在郄中结络如黍米，刺之血射以黑，见赤血而已。”即委中穴静脉刺络放血法，对于腰部损伤的急性期，属于气滞血瘀类型，腰肌疼痛明显的给予委中刺血，确有迅速缓解疼痛之作用。王秀珍刺血治疗坐骨神经痛，下腰痛取腰俞、中膂俞、白环俞、上次下、环跳，每次取 1～2 穴。下肢痛选承扶、殷门、委中、阳交、悬钟、丘墟、昆仑，每次取 2～3 或 3～4 穴，点刺放血加拔罐。作者认为第一次出血量宜大，方能缓痛(50～60ml)第二、三次略少(约 10～20ml 或 20～30ml)，第一次治疗后疼痛缓解可隔 7～10 天再行第二次，若疼痛未解，间隔 2～3 天再刺。[105]

2.4.1.4 巨刺法应用 张杰堂治一腰腿痛针其患侧常规腧穴无好转，在健侧压痛点强刺激用泻法，倾刻痛减，作者采用的方法即是巨刺法。[106]康秦隆等观察到同侧肌群刺激得气时，不但本侧有明显肌电位变化，对侧相同肌群上也有相同的肌电位变化，针刺激健侧穴位，患侧的肌紧张电位也出现，这些结果为巨刺在临床上应用提供了依据。[107]

2.4.2 耳针

中医认为，十二经通于耳，耳为宗脉所聚，与全身各部和所有的脏器有着密切的联系，人体各个脏器和各个部分，在耳廓上都有一定的代表区，并按一定顺序有规律地分布在耳廓的耳穴上。陈巩荪等认为无论原发性或继发性坐骨神经痛，耳针都有一定的疗效，一般在针刺耳廓使之局部充血发热后，直腿提高试验可有明显改善。[108]雒仲阳运用耳针治疗坐骨神经痛 22 例，平均治疗 8 次，痊愈者占 14 例，进步者 2 例。[109]但许多报道均侧重治疗腰腿软组织损伤的现象，[110,111]似乎支持了陈氏继发性坐骨神经痛(如椎间盘突出所引起)的远期疗效较差的说法。[108]说明治疗的关键在于去除病因，有关这方面的临床研究仍需加强。

2.4.3 电针

电针治疗腰腿痛在临床上应用较多，张登部用电针治疗本病选用两组腧穴，第一组为四腰穴(L_4 棘突旁 2 寸)、五腰穴(L_5 棘突旁 2 寸)、条口透承山、次髎、秩边、承扶；第二组为环跳、殷门、阳陵泉，条口透承山。四、五腰穴向内 60～80°针刺、深刺，以有触电感从腰部向下放散到整个患肢为佳，条口透承山有酸、麻、胀、沉为度，得气后接电针

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

仪，一极接秩边穴，另一极接承山穴，用快频(400 次/分以上)脉冲间断波，刺激强度以患者能忍受为度，待症状缓解更换第二组穴位，一极接环跳，另一极接阳陵泉，依此类推。[112]高扬在用电针治疗时除在患椎间隙及其旁每隔 0.5 寸取一穴(共 4 穴)、臀点、殷门、委中为主穴外，采用辨证分型的方法，血瘀型加阳陵泉、志室；寒湿型配腰阳关、委中，温热型配三阴交、阴陵泉；肝肾亏虚型配肾俞、命门，并结合体疗，取得满意效果，作者注意到复查时大部分患者 CT 影像无明显特征性改变，但症状消失。说明针灸主要起舒筋活血，疏通足太阳少阳经气，助阳散寒化湿的功效。[113]廖小七则采用浅刺电针法治疗坐骨神经痛，针刺得气后退到皮下约 0.5cm 处再接密波脉冲电流，对照针刺得气不退针即接密波脉冲电针流组疗效说明，浅刺加电针优于深刺加电针治疗，作者认为深刺一般达肌层，电刺激时会引起肌肉强烈收缩，从而加剧对坐骨神经的不良挤压刺激，而浅刺则避免了这种情况，且作者发现浅刺组患部麻感显著，其机理尚待研究。[114]

2.4.4 氦——氖激光穴位照射

小功率氦——氖激光穴位照射具有无痛、无菌、无损伤、无强烈刺激等优点，冯继亮以次髎、中髎、中膂为主穴、配环跳、下髎、承扶、浮郄，辨证取穴治疗坐骨神经痛 12 例，显效 8 例，进步 3 例，治疗结果令人满意。[115]汪斌治疗痹证，腰部取肾俞、命门、下肢取环跳、秩边等效果显著，认为氦——氖激光穴位照射具有温经散寒、疏通气血、逐瘀通痹，消肿止痛的功效。[116]

2.4.5 灸法

灸法是针灸疗法的重要组成部分，具有温经散寒、扶阳固脱、消瘀散结，防病保健的作用。腰椎间盘突出症属于中医的痹证，《灵枢·邪气脏腑病形》说，“身半以下者，湿中之也”，临床症状也表明腰腿痛多寒湿为患，是为阴邪，灸法的温热效应，正可以驱散病邪。祁晓华运用隔姜灸取病变椎体督脉上阿是穴，腰痛甚者加肾俞，治疗脊柱退行性病变取得满意效果。作者认为操作的关键在使温热透入组织深部，背腰部每灸应至患者有灼热感方能换壮。作者发现虽然 X 线所见患者增生骨质未有明显改变，但症状已全部或部分消失。似提示灸法是通过经络腧穴以调整软组织而起作用的。[117]康培英认为选用活血化瘀的药物如丁香、肉桂、川芎、三七等然后施灸治疗颈腰部疼痛，可以加强灸法温经散寒，宣通气血的作用。[118]王华隔药蜡灸治疗腰背痛疗效明显优于对照组，佐证了康氏的观点。[119]

2.4.6 其它

针灸的发展标志之一是多种针法的出现，对本病之治疗也呈百花齐放之势。张曼华用穴位注射华佗夹脊、阿是穴治腰腿痛 116 例，痊愈 86 例，显效 12 例，好转 10 例；[120]李士杰用足针治疗腰痛以软组织为主所致症状改善较好；[121]张剑秋用指针疗法治疗腰腿痛等等。[122]

2.4.7 综合疗法

临床症状的复杂性，单一治疗手段的局限性促使人们开始在临床应用综合疗法治疗本病，王国华用针药并施，针后加灸或通电治疗腰椎间盘突出症 26 例，治愈 19 例，好转 7 例，针药合璧，提高疗效。[123]王庆采用针刺加推拿治疗腰椎间盘突出症，结果也令人满意。[124]朱美美认为椎拿前运用针刺镇痛，可使患者较好地耐受推拿手法治疗。[125]谢成禄用电针加红外线照射治疗本病。[126]施炳培等采用水针、电针和穴位结扎治疗坐骨神经痛，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

发现水电针交替使用疗效较为理想，充分发挥了电针刺激强、水针维持刺激时间长和药物作用，当二者无效时，则采用刺激强度及维持时间均较水、电针为优的穴位结扎方法，明显提高疗效。[127]柯元荣在肾俞、太溪、八髎、秩边、环跳、风市、阳陵泉、绝骨、昆仑、夹脊等穴温针加委中放血，结果15例腰椎间盘突出症全部治愈。[128]

2.4.8 针灸治疗腰椎间盘突出的机理研究

2.4.8.1 针刺镇痛的研究

针灸擅长治疗各种疼痛包括腰痛、各种神经痛、关节肌肉疼痛，已得到广泛的承认。自从针麻开展以来，关于针刺镇痛研究的文献浩如烟海，依据已经成熟部分的针刺镇痛作用机理，结合本病分析发现针刺治疗腰腿痛是行之有据的。

2.4.8.1.1 经络系统的作用 当针刺出现循经感传现象时沿经络感传路线上出现一条具有一定宽度的痛觉减退带，而以其中心部位痛阈提高最明显，并逐渐向外周扩散。王绪辉实验性肢体痹证十二经电导变化研究表明，风寒湿邪侵袭肢体后组织的生物电学特性确有改变，十二经各层次的组织导电性能均有所下降，从而影响了经络的传导功能及气血津液的运行和输布。[129]循经感传已证实针刺感应传达到病所，则病所疼痛可迅速下降，如阻滞针感的传达，则其镇痛作用也随之减弱或消失，说明经气通畅可以达到镇痛的效果。即所谓“不通则痛，通则不痛。”[130]

2.4.8.1.2 神经系统的作用 神经系统存在着致痛和抗痛两类不同的结构及机能，针刺能够激发存在于神经系统内各级水平的抗痛机能，使疼痛刺激向不痛转化。外周神经是针刺信号的传入神经，从现有资料看针刺可兴奋各类传入纤维，各类纤维都有不同程度的镇痛效应，较多资料支持针刺镇痛信号主要由Ⅱ，Ⅲ类纤维传入，从而使痛信号的传递发生阻滞。[131]综合众多研究已证明，针刺的信号通过脊髓入脑经过复杂的整合，可兴奋内在的抗痛系统，一方面上行抑制束旁核，另一方面下行抑制脊髓背角，从而发挥镇痛效应。

2.4.8.1.3 体液因素的作用，大量资料表明，中枢神经递质在针刺镇痛中有重要作用，例如脑内5-HT含量增加，Ach含量增加，可加强镇痛效果，特别是针刺可促进脑脊液及脑内啡呔含量的明显增加和延缓内啡呔的降解，在针刺镇痛中起着关键的作用。此外，针刺能使外周血液中的致痛物质如5-HT等浓度降低，从而也起到镇痛作用。[132,133]戚丽宜等对15例坐骨神经痛病人针刺前后5-HT、cAMP、cGMP、PGE_2、PGE_{2a}作出了测定。发现10例坐骨神经痛病人cAMP均偏低，PGE_2也处于偏低状态，经针刺后都能达到或接近正常水平。cAMP增加表明β受体兴奋、血管舒张，并抑制血小板凝聚，因此认为针刺本病可使局部血液循环改善、新陈代谢旺盛。另外观察到，针刺后5-HT升高，根据最近有人发现5-HT对狗的骨骼肌血管有扩张作用，认为该实验针刺后5-HT有明显增加，和PGE_2、cAMP有增高趋势是一致的，说明针刺能够起到通经活络、理气活血、通则不痛的作用，并有一定客观生理基础。[134]

2.4.8.2 针刺对血液循环影响的研究

游振铨等针刺对痹证患者肢体局部血流的影响研究表明，痹证患部多表现出局部血流障碍的圆顶波一类波形，ΔZ和dz/dt振幅偏低，患部和健侧对应点不对称程度比正常对照组大二倍，表明局部血流量减少，血流速度减慢，针刺后，患者自觉症状缓解，血流波形明显改善，ΔZ和dz/dt波振幅明显提高，和健侧比较有非常显著的差异，临床症状缓解和

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血流图变化平行。作者的研究提示我们，针刺治疗痹证的活血化瘀机理是有依据的。[135] 王宏才的研究表明针刺可阻止大鼠实验性血瘀状态血液沾滞性的增高，改善血液循环。[136] 吕宏江等对慢性腰腿痛患者的观察发现，针刺可以使微循环的调节及血流量发生改善，为治疗提供了依据。显然多方面的研究说明针刺治疗痹证，可以通过改善局部血液循环而起到通经活络散瘀止痛的目的，转运代谢产物，促进局部伤损组织的恢复，从而改善临床症状。[137]

综上所述，针灸治疗腰椎间盘突出症近年来有了很大发展，治疗手段不断丰富，基础研究也取得了一些进展。但从中可以看出，传统将腰痛和坐骨神经痛割裂开来的观点造成认识上的混乱，妨碍临床和基础研究的开拓，因此，规范针灸医生对腰椎间盘突出症的认识，进一步开展多方面的基础研究，为临床治疗提供依据，是今后需解决的问题。

2.5 中药离子导入疗法

利用直流电使中药离子进入人体以达到治疗目的的方法，称为中药离子导入疗法。本法为我国理疗学界于 1958 年所首创，是中西医结合方法在理疗学中实践和发展的产物。近年来，中药离子导入疗法越来越多地用于腰椎间盘突出症的治疗，为本病的非手术治疗增添了一种重要的辅助手段。现将有关资料概要介绍如下。

王殿喜单独用中药离子导入疗法治疗本病 300 例，取得了较为满意的效果。方药组成为：寄生 15g、生甘草 10g、没药 15g、乌蛇 15g、炒白芍 15g、当归 15g、木瓜 15g，水煎二次混合过滤备用。方法：用 DYZ-B 型电脑骨质增生治疗仪阴、阳两极导入，每日 1 次，每次 25 分钟。作者认为中药本身有阴、阳两种离子，在电场的作用下，中药离子就按一定方向有规律移动，通过皮肤汗腺进入体内，在患处形成磁场，并产生磁效应和热效应，减轻神经根无菌性炎症；另外，外治中药通过经络的感传影响，相互激发和协同，导致生理放大效应，增强了中药的治疗作用。[138] 王淑霞治腰椎间盘突出症所用导入方药的组成是：当归 30g、血竭 15g、木瓜 30g、黄柏 10g、细辛 6g、桂枝 30g、狗脊 30g、莪术 30g、桑寄生 30g、独活 30g、秦艽 30g、川芎 30g、川牛膝 30g、乳香 15g、鸡血藤 40g、骨碎补 40g、伸筋草 30g、没药 15g、赤芍 15g、白芍 15g、全蝎 10g。用纸上电泳法对导入药物极性进行测定，确定药物导入的极性为带正电荷的离子，用北京真空仪表厂生产的 GZH-1 型直流感应电疗机。正极置病变腰椎体表背侧，另一极置于环跳穴处。按《临床疾病诊断治愈好转标准》判定疗效，结果 388 例患者中显效 241 例，占 66.79%；有效 129 例，占 31.77%；无效 18 例，占 4.44%。对 317 例随访 3 个月～3 年，复发 19 例，复发率 4.85%。作者认为本法在病变处形成强大的离子堆，有很强的脱水和消炎作用，使椎间盘水分减少，使神经根充血、水肿和炎症反应消除或改善。[139] 杨桂英用灵仙、木瓜、川羌、当归、乳香、没药、桂枝、干姜、香附、透骨草、乌梢蛇、杜仲、牛膝、大黄、红花制成导入药液，阳极导入治疗 5 例腰椎间盘突出症，结果治愈 3 例，显效 1 例，无效 1 例。认为诸味中药有攻有补，攻以治标，消除症状解除疼痛，补以治本，促进血液和淋巴循环，增强局部新陈代谢改善骨组织的营养状况，沟通经络，通则不痛，机体得以调节，使病痊愈。[140] 周济朴治疗腰腿痛(其中部分病人是腰椎间盘突出症)用乌头、丹参、虎杖各 30g，牛膝、红花各 15g，以 50%酒精 500ml，浸泡 24 小时后去渣备用，从阳极导入，结果痊愈 42.65%，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

显效33.12%，进步22.75%，无效1.42%，总有效率为98.58%。[141]石坚观察了调制中频电药物导入治疗腰椎间盘突出症的感觉障碍的疗效。半波整流的正弦调制中频电流碘离子导入并腰椎牵引组40例，超短波并腰椎牵引组34例为对照。用ZTD-4型正弦调制中频电疗机，将10%碘化钾浸湿的药垫与阴极相连置于患腿感觉障碍处，阳极置于腰骶部；对照组用LDB-1型超短波治疗机。两组均用Q280-3型腰椎自动牵引床。结果观察组显效11例，好转23例，无效6例；对照组好转7例，无效27例，两组有效率相比有显著差异。作者认为：腰椎牵引加超短波可以增大椎间隙，降低椎间盘内压，改变突出物与神经根的关系，解除神经根的受压和水肿，但对感觉障碍恢复不佳；直流电皮肤不易耐受，电流量不易掌握。而半波整流的正弦中频电流广泛用于药物离子导入，它优于直流电离子导入，其透过半透膜的数量几乎超过直流电作用的10倍，通电量比直流电大23%，故临床治疗收效较好。[142]

中药离子导入疗法在临床上更多地是与其它疗法结合起来用于腰椎间盘突出症的治疗。如姚共和用海马全蝎汤加中药电渗治疗本病。阴、阳极同时导入。治疗过程中，前3周以卧床休息为主，其后配带腰围户外活动，腰腿痛症状基本消失后做背伸肌功能锻炼。共75例患者，优48例，良19例，可5例，差3例，优良率为89.3%。作者认为本疗法是在“内外兼治”原则指导下，内服海马全蝎汤，外用中药局部电渗，借其补肾、软坚、通痹之功效，以达到减轻化学性刺激，降低免疫性反应，消退神经根水肿与粘连，甚至有缩小突出物体积的作用。[143]朱立国以中药离子导入为主治疗本病，阴、阳双极导入，同时加用常规的推拿、牵引法；而对照组单用推拿、牵引法。结果治疗组119例中，优66例，良38例，有效11例，无效4例，总有效率为96.6%；对照组58例中，优24例，良17例，有效7例，无效10例，总有效率为82.7%。两组相比有显著差异。[144]卢天才用红活止痛膏(含红活血、大舒筋、小舒筋、满山香、绿葡萄根)数贴于患处，用阳极导入；内服红花汤，或用红活满，同时进行功能锻炼。结果86例本病患者，显数33例，有效49例，无效4例，总有效率为95.4%。[145]

总之，中药离子导入疗法能将药物直接透入腰椎间盘突出症的病灶部位，使局部保持较高的药物浓度，充分发挥中药所具有的活血通络、消肿止痛作用，同时具有无痛苦、副作用小等优点，因此越来越受到人们的重视。虽然有一些单独运用本法治疗腰椎间盘突出症取得疗效的报道，但临床上本法更多的是做为一种重要的辅助手段与其它疗法结合起来运用，这样做无疑能够提高腰椎间盘突出症保守治疗的效果。

2.6 硬膜外腔中药疗法

硬膜外腔用药的历史最早可以追溯到本世纪初年。用于治疗腰椎间盘突出症也已有40余年的历史。[146]随着对腰椎间盘突出症发病机制的进一步认识以及临床对该治疗方法的研究和普遍应用，硬膜外腔用药治疗腰椎间盘突出症在理论上有了新的进展，临床也取得了肯定的疗效。有关此类报道颇多，但硬膜外腔使用药物以类固醇类激素为主。近代，临床学者结合腰椎间盘突出症发病机制的特点，已开始注意发挥中医药优势，并将中药制剂应用于该治疗方法中，结果取得了较好的临床效益。

2.6.1 理论研究

腰椎间盘突出症属中医学的血瘀证、病证范畴。腰椎间盘突出症时的疼痛与感觉、运

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

动障碍等症状乃因腰脉瘀结、经络痹阻、不通则痛导致。血瘀证的实质从现代医学角度分析为全身或局部的血液流变学特性发生改变，血液循环呈高凝状态，微循环障碍。有研究发现，腰痛时人体内纤溶系统多项参数降低。另外，腰椎间盘突出症患者的全血比粘度、全血比还原粘度明显升高，说明腰椎间盘突出症患者存在着不同程度的血液流变学特征的异常。[147]从影响血液流变学的诸因素推论[147]，认为可能与以下三个环节有关：①机械性卡压及其椎管内外无菌性炎症导致局部微循环障碍；②疼痛与交感神经兴奋性增高反射性引起局部血流动力学改变；③疼痛时精神情绪反应的刺激。这些因素相互作用共同导致了腰椎间盘突出症患者的血流变学特征的改变，而这种改变可能是“不通则痛”病机的微观变化之一。由于该病理机制的存在，“通则不痛”为硬膜外腔应用活血化瘀类中药制剂治疗腰椎间盘突出症提供了理论依据。[148]

近来的许多基础及临床研究证实，腰椎间盘突出症发生的重要病理基础为腰椎生物力学结构的失衡，同时有腰椎间盘的退变。以往的观点认为腰椎间盘突出症时的病理过程是腰椎间盘退变、破裂后，游离的髓核突向后方，直接压迫神经根或窦神经并产生一系列的疼痛、麻木或运动功能障碍等症状。以后的研究证实，疼痛等症状的产生是由多种病理因素共同作用造成的。黄德裕在复习了大量的文献资料后认为，单纯的神经根受压并不引起严重的腰腿痛，只有在椎旁软组织有炎症的基础上才出现典型的腰椎间盘突出症的表现。[149]Zhu 等病理研究发现，腰椎间盘突出症患者受累节段的多裂肌、竖脊肌都有一些非特异性改变。[150]而 Yahiao 等对腰椎间盘突出症和特发性脊柱侧弯的椎旁韧带经手术取组织做病理对比观察，发现腰椎间盘突出症患者的韧带组织呈损伤与破坏性病理改变，而后者为正常韧带组织。以上的研究表明，腰背部的椎旁肌肉由于急性或慢性劳损造成局部肌组织缺血痉挛，最后发生损害性无菌性炎症。这些炎症又可以做为继发病因引起疼痛和肌肉痉挛；另一方面，突出的髓核及突出物刺激或压迫邻近的神经根，引起椎旁肌反射性地痉挛。它们共同作用加重了肌肉充血、水肿等炎性改变，造成局部微循环障碍并向着炎性粘连、组织增生的病理过程发展。增生的炎性组织进一步压迫周围神经并使缺血、缺氧，造成神经根炎。对于腰椎间盘突出症时的根性坐骨神经痛，其产生是在腰骶神经根受压后局部充血、水肿甚至粘连，神经根内外微循环障碍，痛觉感受器受到刺激而处于激惹状态。因此，可以说根性腰腿痛是腰骶神经根缺血、缺氧的叫喊。另外，病变局部组织的充血、水肿、粘连等无菌性炎症的持续存在，无氧代谢加强，产生的酸性代谢产物增多、微循环的障碍又难以快速吸收该代谢产物，因此导致病变局部组织 H^+ 浓度升高。[151]有研究证实，高浓度的 H^+ 对神经根及窦神经有肯定的致痛作用。因此，无氧代谢的增强也是腰椎间盘突出症时致痛的一个重要因素。[152]

综上所述，人们已经认识到腰椎间盘突出症时的致痛因素不是单一的，除机械性压迫神经根外，所引起的局部无菌性炎症导致的局部组织和神经根充血、水肿、缺血、缺氧、H^+ 浓度升高以及局部组织粘连、增生等一系列病理因素均参与了致痛的形成。其中炎症反应及缺血、缺氧状态应该是最根本的因素。

鉴于以上病理机制研究的特点，在确立治疗原则时，不但要考虑对突出之髓核的回纳及其他减轻突出物压迫的治疗，还应考虑对病变局部组织的炎症及微循环障碍等病理因素的消除，二种治疗相辅相成。采用硬膜外腔注射药物治疗，药物可以快速弥散到病变局

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

部，其散布途径大体分为四个：①血管吸收；②经椎间孔漏出；③经神经根硬脊膜鞘扩散；④经硬脊膜扩散。[153]因此，该治疗方法的特点之一是疗效迅速。关于硬膜外腔药物的应用，以往习惯于局麻药物和类固醇类激素结合使用，可以快速改善症状，消除炎症，减轻局部组织的充血、水肿状态，临床取得了较好的疗效，也得到广泛运用。一些报道认为约90%的病例可在1周～3个月内疼痛缓解。但White等发现只有7%的病人在6个月时疼痛仍缓解。可见该治疗远期疗效尚不够肯定。[154]另据报道经多次应用类固醇激素注射治疗后可发生柯兴氏综合征或大面积的皮肤鳞状损害及神经纤维的萎缩。[155]孙锦年报道2例患者硬膜外腔注射地塞米松引起精神障碍。[156]为避免类固醇类激素带来的副作用，同时为了寻求一种更安全、更有效的治疗方法，临床学者采用脉络宁注射液、复方丹参注射液或当归注射液等中药制剂进行硬膜外腔注射治疗。[156]该类中药制剂具有肯定而显著的活血化瘀、抗炎止痛功效，可以改善局部组织的微循环，促进炎性代谢产物的吸收，预防粘连，改善神经根的营养障碍，最终恢复病变局部组织的生理状态，实现腰椎生物力学的再平衡。[157]

硬膜外腔局部应用中药制剂与全身用药的治疗机制是一致的，局部应用的优点是药物直达病所，病变组织血药浓度高而易于发挥疗效。临床应用证明该治疗有肯定的疗效和广阔的应用前景。

2.6.2 临床研究

经多年的临床观察，治疗腰椎间盘突出症时硬膜外腔用药配合或单独使用中药制剂取得了肯定而显著的疗效。张世民等以脉络宁10ml注入硬膜外腔中治疗腰椎间盘突出症，平均治疗2次，结果优良率为80.8%。为了观察该注射液注入硬膜外腔后有无刺激及对组织的损害作用，该治疗组以大白兔做实验，硬膜外腔注入脉络宁注射液1.5ml，每日一次，一周后取其黄韧带、硬脊膜、蛛网膜、部分脊神经根和脊髓等组织作病理切片检查。结果所取动物组织均未见充血、水肿等改变。实验中全部模型兔在呼吸、心率及四肢活动方面均未见异常。从该临床和实验观察可以证明：脉络宁硬膜外腔注射无刺激性，对黄韧带、硬脊膜、蛛网膜、神经根和脊髓无任何损害性，而且疗效肯定，值得推广使用。[158]韦冬生对93例腰腿痛患者应用丹参注射液、当归注射液各2ml，强的松龙50mg，2%利多卡因4ml，维生素B_1、维生素B_6各100mg，维生素B_{12}500μg，混合作硬膜外注射，并与历史对照组单纯用西药治疗110例比较。结果在年龄、性别、病史及病种构成比无显著差异的条件下，中西药组有效率为96.8%，西药组为85.5%，两组治疗效果对比有显著性差异($P<0.05$)。其1年后随访有效率为88.1%，说明中西药组疗效高于纯西药组。[159]上述治疗中，复方丹参注射液、当归注射液具有活血止痛、消肿祛瘀的作用。[157]王永江等使用该疗法治疗腰腿痛，单纯中药组26例，有效率为76.4%，中西药物合用有两组，药物剂量、配伍各不同，52例组有效率为83.2%，34例组有效率为94.4%。单纯西药麻药组有效率只有22.2%。[160]

通过上述之实验研究和临床观察结果的分析，我们不难看出，硬膜外腔应用中药制剂治疗腰椎间盘突出症不但是可行的，而且疗效肯定，在提高综合疗效、巩固疗效、避免单纯西药继发症等方而有着独特的作用。

2.6.3 小结

随着对腰椎间盘突出症发病机制的进一步认识，硬膜外腔药物疗法的普遍应用，临床工作者都在试图改进该疗法以提高疗效。如硬膜外腔超容量冲击疗法以及碱性药液疗法都

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

取得了显著的疗效。而中药制剂疗法的介入无疑为腰椎间盘突出症的治疗开辟了新途径。由于该种治疗临床观察和验证较少，尚需继续加强临床应用和研究，积累治疗经验。有关中药制剂的配伍、剂型、剂量等药理学方面的研究应进一步深入。在治疗方法上可以考虑与超容量冲击疗法或碱化药物疗法结合，以期望最大限度地提高疗效。相信随着对中药制剂的进一步改进，硬膜外腔中药疗法将成为腰椎间盘突出症非手术治疗的重要方法之一。

【古训今释】

1 病名探源

腰椎间盘突出症是1934年由Mixter和Barr所提出的西医学诊断病名。中医学没有腰椎间盘突出症的专用病名。一般将本病归属于“腰痛”、“腰腿痛”、“腰尻痛”或“腰脽痛”等不同的范畴来进行论述，相应的内容也大都散见于不同时期的医籍中。如早在《内经》中就有较多篇幅对本病进行了论述，在《素问·刺腰痛篇》就有“衡络之脉令人腰痛，不可以俯仰，仰则恐仆，得之举重伤腰”及“肉里之脉令人腰痛，不可以咳，咳则筋缩急。”的记载。直至清朝，各家医著都一直沿用“腰痛”或“腰腿痛”的诊断名称，这是与中医学的认识观——整体观相适应的，同时这种以症状、病因为主的病名对于指导临床辨证施治也是十分实用的。

2 病因病机

腰痛作为临床常见病症，历代医家专著对形成腰痛的病因、病理机制、病位、病势及证候表现等方面多有论述，在《内经》奠定的理论基础上，通过大量临床实践经验的总结，不论在理论方面，还是临床实践方面都不断充实、完善，而使其更趋于系统化。

中医学对腰痛病因病机的认识，可概括为以下几方面：

2.1 腰痛责之于肾，肾病则腰亦病

“腰痛”一词的最早文字记载可以追溯到《内经》，该书在不同篇章反复提及腰痛一证，并首先提出“肾虚腰痛”和“肾病则腰亦病”学说，对后世医家认识腰痛发挥了重要的指导作用。肾虚一直是作为中医学认识腰痛的首要病因和重点内容为历代医家所推崇。

《内经》把腰部看作是六腑之外的又一个府，即“腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣……”(《素问·脉要精微论》)，说明了腰与肾二者之间的关系。肾位于腰部的认识与现代解剖学知识相吻合，面肾脏亏虚，府失充养则腰脊酸痛，转摇不能，活动功能受限。强调了腰在人体中的重要作用，并指出腰需要靠肾精的滋养，从而奠定了“肾虚腰痛”与“肾病则腰也病”学说的理论基础。

由于腰为肾之府，二者在解剖上有密切的关系，所以各种伤损也会同时累及腰和肾。如《素问·生气通天论》说：“因而强力，肾气乃伤，高骨乃坏。”后世医家在论及腰痛与肾虚的关系时莫不宗于《内经》之说，只是通过临床不断实践总结而有所发挥和充实而已。

肾虚导致的腰痛一般可分为肾阳虚和肾阴虚两种。

肾阳虚腰痛，多因下元素虚，或斫丧过度，或病时过用苦寒克伐所致，其证除腰痛以

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

外，尚有面色淡白，四肢欠温，神疲气短，小便清利，脉微细等。如东汉医家张机所撰的《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》中记述了“虚劳腰痛”，书中说“虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利，八味肾气丸主之。”本条所讨论的就是肾阳不足所致的腰痛。

肾阴虚之腰痛，其致虚之由，或因房室过度，肾精亏虚或与患者素体阴虚有关。阴虚腰痛，多酸软乏力，甚至腰脊痛不可举，并可见手足心热，喉干舌燥，小便黄赤，脉细数等症。

“肾主腰脚”学说是《诸病源候论·腰背病诸候》根据前人理论提出的有关腰痛的新观点。认为“肾主腰脚，而三阴三阳十二经八脉，有贯肾络于腰脊者，劳损于肾，动伤经络，又为风冷所侵，血气击扑，……阳病不能俛，阴病者不能仰，阴阳俱受邪气者，故令腰痛而不能俛仰。”说明腰痛、腰腿痛都是先因肾虚，继受外邪，经络气血运行不畅。肾阳不能正常输布，腰背足膝失养，故见腰腿痹痛等症。

宋以前大多医家都主张肾虚是导致腰痛的根本原因，而宋代医家陈言在讨论三因致病学说时则认为“腰痛，虽属肾虚，亦涉三因所致。在外则脏腑经络受邪，在内则忧思恐怒，以致房劳坠堕，皆能致之。”（《三因极一病证方论·腰痛叙述》）陈氏三因学说发展并丰富了腰痛的病因学理论。为后世对腰痛病因、病机学的认识奠定了基础。

腰连腿痛除了疼痛之外，日久则见下肢痿弱无力，瘦小而偏枯。《圣济总录》（卷第五十二）载：“肾脏风毒流注腰脚者，其状腰脚沉重，筋脉拘急，或作寒热，或为疼痛，……。盖肾主腰脚，风邪客于肾经，久而不去，风毒流注，发于下部，故变脚弱之证。”

金元时期医家朱丹溪在讨论腰痛一证时，认为腰痛原因有五，而肾虚居首。指出“腰痛之脉必弦而沉。弦者，为虚；沉者，为滞。若脉大者，肾虚。”腰痛因于肾虚者，表现为“疼之不已者是也。”宋、元时期脉象学的发展，为临床辨证诊断提供了依据。

明·龚廷贤所著《寿世保元·腰痛》一书在引用前人腰痛理论的基础上，详细分析了肾虚腰痛临床见症的病理机制，肾的解剖位置在腰部脊柱两旁，因肾虚受邪而致腰痛，并牵引于脊及胁下。肾主骨，肾虚则不能“主身之骨髓”，故出现骨病之症，“屈伸不便”及无力。肾虚则水不涵木，肝不能主筋，则“膝作痛”“屈不能伸”。肾主精，精血同源，肾虚则精不足，精不足则血亦不足，血不足则气不能化，气血不足，故见痿弱无力。可见腰痛或腰腿痛的病理变化是息息相关的。

明、前清时期对腰痛的认识，主要是在总结前人经验。以及对《内经》“腰为肾之府”观点的基础上，进一步强调“肾虚腰痛”的学术思想，尤其是张景岳和赵献可对命门学说的发挥，为补肾治疗腰痛及腰腿痛进一步提供了理论依据。并且更强调肾虚有肾阴虚与肾阳虚之别，治疗也当有补肾阳与滋肾阴之异。从而形成了以肾论治腰痛的主要方法。

总之，从《内经》“肾虚腰痛”始，其后有张仲景用补肾法治虚劳腰痛；巢元方提出“肾主腰脚”，并把肾阳不足列为腰痛第一病因（见《诸病源候论·腰背病诸候》）；宋元有滋肾阴之说，也有补肾阳之议，面张景岳集古人之经验，提出“腰痛肾虚十居八九”，“腰痛多为肾虚，久腰痛必为肾虚”（见《景岳全书·卷二十五》）。《古今医鉴·卷十》与此一脉相承，认为“肾气一虚，腰必痛矣”。直至《医宗金鉴》在总结了前人经验基础上，肯定了肾虚为腰痛之第一病因。（见《医宗金鉴·杂病心法要诀》腰痛总括）

可见肾虚作为腰痛的主因这一理论观点。为历代医家所推崇、继承、光大，且迄今仍

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为指导中医临床的重要理论依据。

2.2 外感六淫致腰痛

风寒湿等六淫之邪侵袭腰部是常见的腰痛病因，由此引起的腰痛古代称之为风湿腰痛。

腰背部是足三阳经络所经过的部位。六淫之邪侵袭，由外传内可引起人体气血凝滞，即“血凝于肤者为痹，凝于脉者为泣”，引起腰痛的发生。

宋代陈言对六淫所致腰痛进行了系统的论述。不仅风寒湿邪可致腰痛，陈氏认为“大抵太阳少阴多中寒，少阳厥阴多中风热，太阴阳明多燥实”。陈氏在《三因极一病证方法·外因腰痛论》中对外感六淫引起的腰痛症状特点，六经分症，都有详细的论述。对后世医家的腰痛辨证发挥了重要的指导作用。

六淫之邪侵袭人体又有偏轻偏重之不同，寒气胜者易伤肾阳，寒邪伤人的阳气，是引起疼痛的主要原因，即“痛者，寒气多也，有寒故痛”（《素问·痹论》）。而《素问·至真要大论》亦云：“寒复内余，则腰尻痛，屈伸不利，股胫足膝中痛。”寒邪侵袭足太阳经也能引起腰痛，“腰为肾之府”，肾受寒邪，故腰痛。可见六淫中之寒邪是引起腰痛的一大原因。

湿邪为患也会引起腰背痛，称之为湿滞腰痛（见《景岳全书·腰痛》）。正如《素问·至真要大论》所说：“湿邪所胜，……病冲头痛，目似脱，项似拔，腰似折，髀不可以回，胭如结，腨如别。”湿邪所致腰痛如同折断一样，髋关节也不能自如屈伸，这些都反映了湿邪为患重着凝滞的特性。另外，湿邪又每每与寒邪相杂为寒湿之邪共同作用于人体，成为导致腰痛、腰腿痛的主要外邪。使人“关节禁固，腰脽痛，寒湿推于气，交而为疾也。”况且湿邪伤人，又多以下部为甚，表现为腰以下冷痛，腰重“如带五千钱”等一系列湿性重着的特点。

湿邪为患，久而不愈，郁久则可化热，形成湿热之邪，成为腰痛的又一种外邪，其症见腰重疼痛，腰间发热，不得俯仰，遇天阴或久坐更甚，及“自汗发热，腰脚沉重”（见《医林绳墨·腰痛》）。《症因脉治·腰痛》一书中也指出“湿热腰痛必有小便赤涩。”湿热腰痛之脉多濡数或缓。

一般来说，外感六淫之邪，若身不痛而但以腰痛为主者，必其人肾气先虚有以致之。所以说外感腰痛亦多与肾虚之内因有关，而感受寒湿不过为其诱因而已。正如《诸病源候论·腰背病诸候》所云：“劳伤肾气，经络既虚，或因卧湿当风，而风湿乘虚搏于肾经，与血气相击而腰痛，故云风湿腰痛。”

不过，唐代蔺道人则强调跌扑损伤后瘀血不散，筋脉失养，是风寒湿邪最易侵犯的先决条件，或者劳损筋骨气血，也容易受邪。蔺氏认为“手足久损，筋骨差爻，举动不能，损后伤风湿，支节挛缩，遂成偏废。劳伤筋骨，肩背疼痛。……或劳役所损，肩背弱，行步不前。”（见《理伤续断方》小红丸条）。即“劳伤之人，肾气虚损，……风邪乘虚，卒人肾经，故卒然而腰痛”（《诸病源候论·卒腰痛候》）。肾虚损后“受于风邪，风邪停积于肾经与血气相击，久而不散，故久腰痛（见《诸病源候论·久腰痛候》）。

金·张子和认为三气所感，主要是湿热。如《儒门事亲·卷一》指出“痹病以湿热为源，风寒为兼，三气合而痹。”虽然“风热寒湿皆能为病，大抵寒湿多而风热少”（《东垣试效方·腰痛论》）。李东垣认为痹症的形成，是脾先病，脾主四肢，不能运化水湿所致。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

金元四大家对腰痛病因病机的论述，提出了湿热之邪为主要外邪，肝、脾、肾虚为内在因素，气滞血凝为主要病机。

2.3 外伤瘀血引发腰痛

中医学认为跌打闪挫，坠堕外伤属于不内外因，均可致恶血留滞而引起腰痛。早在《内经》一书中已经认识到外力损伤，强力负重，都会因“恶血归之”而造成腰痛，并产生腰部活动受限，“不可以俯仰”的临床表现。所以说：“恶血在内而不去”，气血凝滞是外伤性腰痛的主要病机。张子和秉承《内经》的观点，在《儒门事亲》中明确提出“腰者肾之府，为大关节血气不行，则沉痛不能转侧”，认为腰痛是由于气血不通所致。而《诸病源候论》发展了《内经》关于腰背、腰腿痛的病因病理学说。把外伤性腰痛称之为“肾腰痛”、“坠伤腰”，指的就是突然扭伤或跌伤腰脊的腰痛。这种腰痛主要是由于“血搏于脊背所为”。“跌仆伤而腰痛者，此伤在筋骨，而血脉凝滞也”（《景岳全书·腰痛》）。另外《诸病源候论》和阐道人都同时指出外伤性腰痛，瘀血不散，瘀滞经络，内耗肾精，可以逐渐形成“肾气虚衰”，继而风寒湿邪侵袭而产生或加重腰腿痛，这与现代临床所见也是相一致的。

外伤性腰痛的主要病机是瘀血壅滞经络，聚而不散，故其临床表现特点是痛点固定不移，“转侧若刀锥之刺”（《医学心悟·腰痛》）；“瘀血者，日轻夜重者是也”（《儒门事亲》）；“脉涩者瘀血”（《丹溪心法·腰痛》）；“或扎者，为瘀血也”（《医学心悟·腰痛》）。

2.4 痰饮积聚导致腰痛

痰积腰痛首见于《丹溪心法·腰痛》，朱氏认为腰痛脉滑与伏者是痰所作。是一种较少见的腰痛。

痰积腰痛的主要病机是痰饮积聚，困阻经络，气血凝滞而致腰痛。是在肾虚条件下形成的一种虚中夹实之证。

此类腰痛的表现是“腰间肿，按之濡饮不痛”（《医学心悟·腰痛》）。“动作便有痰，或一块作痛”（《张氏医通·腰痛》）或“痰湿流注，郁痰留于腰胁有块，互换作痛，恶心头眩，脉沉滑或弦”（《张氏医通·腿痛》）。《医林绳墨·腰痛》认为痰为有形之物，“有形作痛，皮肉青白”。

由痰饮流注形成的腰痛，临床并不多见，这种腰痛《医宗必读·腰痛》认为是在肾虚的基础上，痰积等实邪侵犯所致，其病理变化属于虚中夹实之证。

3 中药治疗

药物疗法在骨伤科疾病的治疗中占有重要的地位，并有着悠久的历史。历代医藉对此均有详细的记载，如《周礼·天官·疡医》中有“凡疗疡，以五毒攻之，以五气养之，以五藏药疗之，以五味节之”。又云“凡药以酸养骨，以辛养筋，以咸养脉，以苦养气，以甘养肉，以滑养窍，凡有疡者，受其药焉”。这是对药物治疗骨伤科疾病最早，且较为详细的文字记载。而《内经》为指导临床辨证用药提出了相应的治疗大法，即“寒者热之，热者寒之，……，结者散之，留者攻之。”这些治疗原则迄今仍指导着临床治疗。我国现存最早的一部本草专著——《神农本草经》中记载的 365 种药物，有近 1/3 是用以治疗创伤、痹

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛、腰腿痛的，且至今仍为骨伤科临床常用药物。我国现存最早的第一部伤科专著——《仙授理伤续断秘方》，载方 48 首，用药 150 余种，剂型有丸、散、汤、贴剂、洗剂等，临床视伤情、病位而灵活选择。宋、金、元时期，战争频繁，在某种程度上影响了医学科学的发展，但由于战争，骨伤疾病高发，又促进了骨伤科的发展，尤其是药物学、方剂学方面有了较大的进步，许多方药书籍相继问世、如《世医得效方》、《永类钤方》等在吸收前人用药经验的基础上，在伤科药物使用原则，使用方法上均有所创新，其中内服药以三期辨证用药为原则，外用药则有洗药、淋洗药、熨药、贴药、敷药及配合按摩手法所用的摩膏药。尤其是应当指出的是明代薛已所著《正体类要》对药物疗伤有了更进一步的发展，内治强调以补气血、补肝肾为主，行气活血为次。

在漫漫的历史进程中，人类为了生存在与疾病斗争中，逐渐掌握了用药物治疗创伤及腰腿痛的知识，由单味药到复方，剂型也不断发展、创新，从而形成多样化以适应临床的需要。中药治疗腰腿痛历代都有着丰富的经验。根据使用方法的不同，大体上可以分为两个方面：即内治法和外治法。现分述如下：

3.1 中药内治法

根据辨证论治的原则，采用中药内治法治疗腰腿痛，可以将前人的经验归纳总结为补肾法、祛风散寒除湿法、活血散瘀止痛法、化痰通络止痛法、舒肝理气止痛法等五法。

3.1.1 补肾滋阴法

古代大多医家都认为肾虚是导致腰痛的首要原因。对于肾虚则又有阳虚，阴虚之别，故治疗法则多遵循《内经》“虚则补之”的精神，或补益肾气，或滋补肾水，而收到较好的效果。

汉代张仲景首先在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》一书中记载了肾虚腰痛及其具体治法，“虚劳腰痛，……八味肾气丸主之”。这里的虚劳腰痛即指由于劳损导致的肾阳不足的腰痛。肾阳不足，命门火衰，则表现为腰痛脚软，本方以握补肾阳为主，补中寓泻，补而不腻，其药物配伍合理，体现了“欲补阳而阴中求之”的精神，是《内经》“腰者肾之府”“劳者温之”的理论与实践相结合的典范。宋代许叔微对仲景补肾阳治疗腰痛之学说极为推崇，力主甘温滋润补肾法治疗腰痛，加之当时元气学说的发挥，治肾虚腰痛、腰腿痛运用甘温滋补之法为之一振。许氏在《普济本事方·卷二》中说：“肾恶燥，如硫黄、附子、钟乳炼丹之类，皆刚剂，用之以助阳补接真气则可，若之补肾，则正肾所恶者，古人制方益肾，皆滋润之药，故仲景八味丸，本谓之肾气丸，以生地黄为主，又如肾沥汤之类，皆正补肾经也”。许氏尚推荐用“蔡太师香茸丸”治疗肾虚腰痛。另外《圣济总录·卷五十二》一书辑录了十世纪以前的腰背、腰腿痛的补肾方剂，其基本药物多为甘温滋补之品。如补骨脂丸用药有熟地、杜仲、菟丝子、补骨脂、苁蓉等。以及《医学发明·卷七》之“还少丹”主要有山药、牛膝、山萸、巴戟、楮实、杞子、杜仲、熟地等药物。

八味肾气丸作为治疗肾阳虚衰所致腰痛的代表方剂，二千多年来一直被后世医家所延用，且历代补肾阳之组方亦基本上是在该方基础上进行化裁。如《济生方》的肾气丸、十补丸，《景岳全书》之右归丸等。

《肘后备急方·卷四》记载治疗“肾气虚表、腰脊疼痛”者用独活、防风、附子(炮)、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

杜仲、茯苓、柱心、牛膝、秦艽、川芎、芍药、细辛、地黄。从其药物组成不难看出，这正是“独活寄生汤”的雏形。明代医学家龚廷贤所撰的《寿世保元·腰痛》在详细分析肾虚腰痛临床见症的病理机制时，根据历代前贤的认识，并结合自己的临床实践，认为“夫肾，水脏也，虚则肝脾之气凑之。故令腰膝实而作痛，屈伸不便者，筋骨俱病也。……冷痹者，阴邪实也。无力者，气血虚也。独活寄生汤。”肾为水脏，肝为木脏，由于肾虚，水不涵木，肝不能主筋，则膝作痛，屈不能伸，且肾阳不足而阴邪实，则为“冷痹”，又肾生精，精血同源，肾虚则精不足，精不足则血也不足，血不足则气不能化，而致气血不足，出现无力，临床上遇到此类病症当用独活寄生汤治之。如果“湿滞在经而腰痛者……。若湿而兼虚者，宜用独活寄生汤主之。”（《景岳全书·腰痛》）可见独活寄生汤对于治疗肝肾不足而兼风湿痹症的腰腿痛是较为常用而有效的方剂。

《肘后备急方·治卒患腰肋痛诸方》中还记录了一些单方、验方，如“用破故纸为末，温酒下三钱匕”、又方“生栗袋贮悬干，每日平明吃十余颗，次吃猪肾粥”。均可用于治疗肾虚腰痛。

金元时期医家朱丹溪治疗腰痛因于“肾虚者用杜仲、龟板、黄柏、知母、枸杞、五味、一加补骨脂、猪脊髓，丸服”（《丹溪心法·腰痛》）。

明代张景岳认为“凡病腰痛者，多由真阴之不足”又说“腰痛有寒热症，寒症有二，热症亦有二。……；热有二症，若肝肾阴虚，水亏火盛者，治当滋阴降火，宜滋阴八味煎或用四物汤加黄柏、知母、黄芩、栀子之属主之。……”。《景岳全书·腰痛》中又云：“凡肾水真阴亏损，精血衰少而痛者，宜当归地黄饮及左归丸，右归丸为最。若病稍轻，或痛不甚，虚不甚者如青娥丸，煨肾散，补髓丹，二至丸，通气散之类，俱可择用”。清代医家程国彭对于肾阴虚腰痛的治疗不仅“须补先天之水，则用六味丸，合补阴丸之类”而且强调“不可误用热药以灼其阴”，在治疗时应当详细审之（见《医学心悟·腰痛》）。

明代医家李中梓将肾虚腰痛分为虚寒和虚热两种类型，对虚热型用“六味丸、封髓丸”治之。

张景岳针对朱丹溪之“阳常有余”“相火为元气之贼”的主张，提出“阳非有余”的观点。主张以温补命门为主的指导思想，为补肾法治疗虚劳腰背、腰腿痛提供了理论根据。

清代陈士铎在论及肾虚腰痛的治疗时，别具一格地首创“立治法”。他说“腰疼之症，亦宜立而饮。……，总然有补肾之药，不肯直入肾宫。……所以必得一人扶正，而药得达也。方用熟地一两，山茱四钱，北五味一钱，麦冬二钱，白术一两，杜仲五钱，酒煎服。此方虽妙，非立饮不能直达于肾宫，……”。对于陈氏“立治法”的科学性尚有待于考证。

张子和鉴于当时世人多用补药，不问虚实滥投补剂，针对时弊而倡导治病除疾必以祛邪为主。“邪去而元气自复也”，而祛邪则必须依靠汗、吐、下三法。他认为“腰者肾之府，为大关节血气不行，则沉痛不能转侧，世人多服补肾药，鲜有效者，惟用牵牛、甘遂等药大泻其湿，其痛自可”（见《玉机微义·腰痛门》）。张氏之观点是有所偏颇的，祛邪之法对于气郁气挫湿痰之实症是适应的，而对于气血不足，肾虚腰痛则仍当用补法。

徐灵胎对腰痛的病因、治法的认识与张子和有相近之处，徐氏指出：“腰痛属虚者固多，而因风湿痰湿，气阻血凝者亦不少，一概蛮补，必成固疾，不可不察。”（《兰台轨范·腰痛》）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1.2 祛风散寒除湿法

腰痛的发生有时是因六淫外邪所致，对此则应根据风寒湿之轻重采用驱邪外出为主的治法。

风邪是侵袭人体的常见外邪。《三因极一病证方论·腰痛治法》中记载有“治风腰痛，小续命汤，最妙。”风邪引起的腰痛特点是“痛无常处，牵引两足，五积散加防风、全蝎、或小续命汤”治之。而《医学正传·腰痛》则认为风邪引起的腰痛宜“风者散之，麻黄、防风、羌活、独活之类。”

足太阳经或肾受寒邪侵袭都会引起腰痛。正如《素问·脉解篇》所云：“少阴者，肾也，十月万物阳气皆伤，故腰痛也。”“寒者温之，肉桂、附子、干姜之类。”（《医学正传·腰痛》）

明代医家李中梓在论及寒侵腰痛时说：“感寒而痛，其脉必紧，腰间如冰，得热则减，得寒则增，五积散去枯梗，加吴茱萸，或姜附汤加肉桂、杜仲、外用摩腰膏；兼寒湿者五积散加苍术、麻黄”。（《医宗必读·腰痛》）

张景岳在论及湿滞腰痛时指出“湿滞在经而腰痛者……。凡湿气自外而入者，宜金不换正气散、平胃散之类主之。”又云：“若湿而兼虚者，宜独活寄生汤主之。若湿滞腰痛而小水不利者，宜胃苓汤或五苓散加苍术主之。若风湿相兼，一身尽痛者，宜羌活胜湿汤主之。若湿而兼热者，宜当归拈痛汤、苍术汤之类主之。若湿而兼寒者，宜济生术附汤、五积散之类主之。”（《景岳全书·腰痛》）而傅青主则认为“腰痛，痛而不能俯者，湿气也。方用：柴胡、泽泻、猪苓、白芥子各一钱，防己二钱，白术、甘草各五钱，肉桂三分，山药三钱，水煎服。此方妙在入肾去湿，不是入肾而补水，初痛者，一、二剂可奏功，日久必多服为妙。”（《傅青主男科·腰痛》）《慎斋遗书·腰痛》还指出“肾受湿热腰痛”可用“生附子、白术、茯苓、甘草、厚朴、苍术、杜仲、牛膝、干姜、生姜、大枣，煎服。”

“腰痛之表证……，若风寒在经，其证必有寒热，当辨其阴阳，治从解散。”“凡阳证多热者，宜一柴胡饮，或正柴胡饮之类主之；若阴证多寒者，宜二柴胡饮，五积散之类主之。”（见《景岳全书·腰痛》）

傅青主则认为：“腰痛而不能直者，风寒也。方用逍遥散加防己一钱，一剂可愈。若日久者加杜仲一两，改白术二钱，酒煎服，十剂而愈。”“或用杜仲一两(盐炒)、破故纸五钱(盐炒)、熟地、白术各三两、核桃仁二钱，蜜丸。每日空心白水送下五钱，服完可愈。如未全愈，再服一料，必愈。”（见《傅青主男科·腰痛》）

风湿腰痛，可用“独活、寄生、牛膝、茯苓、熟地、白芷、细辛、肉桂、人参、川芎、防风、归身、甘草，水煎服。”（《慎斋遗书·腰痛》）

“伤湿如坐水，……以致腰痛身重”者，用肾着汤；“兼风湿者，独活寄生汤。”（见《医宗必读·腰痛》）

单独由热邪所致腰痛，前人论述较少，仅《医宗必读·腰痛》中载有“热，脉洪数发渴，便闭，甘豆汤加续断、天麻。”

3.1.3 活血散瘀止痛法

自从战国时期“瘀”概念的形成，2000 多年来“瘀”一直作为中医学病因病机重要的组成部分，指导着中医学对疾病的认识和临床治疗。《内经》中“恶血”、“积血”、“血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

败”等词即是指“瘀血”而言，并制定了相应的治疗法则，如“留者攻之”、“结者散之”。对于跌仆损伤、气滞血瘀的腰痛，宜采用活血散瘀法，使气舒瘀散经络通，则腰痛自愈。

在《神农本草经》记载的365种药物中，有60多种药物可用于治疗与瘀有关的腰痛、痹痛，历代医家都十分重视活血化瘀法治疗外伤性腰痛，治瘀方药层出不穷，且有些方药至今仍为临床所常用。

“跌仆伤而腰痛者，此伤在筋骨，而血脉凝滞也，宜四物汤如桃仁、红花、牛膝、肉桂、元胡、乳香、没药之类主之”（《景岳全书·腰痛》）。

清代医家程国彭对外伤性腰痛的辨证治疗颇有经验。他认为“若因闪挫跌仆，瘀积于内，转侧如刀锥之刺，大便色黑，脉涩，或乳者，为瘀血也，泽兰汤主之。”（泽兰、丹皮、牛膝、桃仁、红花、归尾、三七、赤芍）（见《医学心悟·卷三》）。而《慎斋遗书·腰痛》则认为：“腰挫闪是为气不足”所致，故宜“用黄芪八钱，甘草一钱，水煎服”治之。《医宗必读·腰痛》在论及跌仆损伤所引起的腰痛，当用“乳香逐瘀散及黑神散和复元通气散”以酒送服。“不效，必有恶血”则应用“四物汤加桃仁、穿山甲、大黄”以破瘀通经而止痛。对于“劳后负重而痛”宜十补汤下青蛾术。”如遇以瘀血为主要临床表现者，须予以“调荣活络饮，或桃仁酒调黑神散”进行治疗。《医学正传·腰痛》对不同外伤原因及表现的腰痛治疗应使用不同的治则和药物。对于“挫闪者”宜“行之”，可用“当归、苏木、乳香、没药、红花之类”药物，而对以“瘀血”为主者，则应“逐之”，药用“大黄、牵牛、水蛭、虻虫之类”。可见临床应用活血化瘀药与破血逐瘀药是应当有所区别的。《本草纲目》中也收录了许多治疗损伤腰痛的方药。如“打坠腰痛，瘀血凝滞。破故纸炒、蔺香炒、辣桂等分，为末，每热酒服二钱。故纸主腰痛行血”（卷十四，补骨脂条引《直指方》）。“闪挫腰痛，橙子核炒研，酒服三钱即愈。”（卷三十橙条，引《摄生方》）。或用“西瓜青皮，阴干为末，盐酒调服三钱。”（卷三十三西瓜条引《摄生众妙方》）。又如“损伤腰痛，冬瓜皮烧研，酒服一钱。”（卷二十八冬瓜条引《生生编》）。“闪肭腰痛，用猪肾一枚批片，盐、椒淹过，入甘遂末三钱，荷叶包煨熟食，酒送下。”（卷五十豕条引《儒门事亲》）。或“神曲烧赤，淬酒饮之。”（卷二十五附诸药酒条）。对于“跌坠闪挫，气凝血滞腰痛”周慎斋认为可用“菴闾子五钱、乳香没药各一钱五分、杜仲、骨碎补、威灵仙、肉桂、当归糊丸，盐汤下”进行治疗。

宋末医学家杨士瀛治疗外伤性腰痛有着较丰富的临床经验。他认为“坠堕损伤，则瘀血为之凝结”，治打坠腰痛，可用“乳香趁痛散，虎胫骨（酒炙黄）、败龟（酒炙）各二两、麒麟竭、赤芍药、当归、没药、自然铜（煅醋淬细研）、防风、白附子（炮）、辣桂（去粗）、白芷、苍耳子（微炒）、骨碎补（炒去毛）各三两，牛膝、天麻、槟榔、五加皮、羌活各一两，右为末，每服一钱，温酒调下，加全蝎妙。”又方“经验羌活桃仁汤，治坠堕挫闪，气血凝滞，攻刺腰痛神效，桃仁（去皮尖）、红花、牛膝（酒洗）、玄胡索、破故纸（炒）、杜仲（炒）、川归尾（酒洗）、羌活、官桂、苍术（泔浸炒）各等分，茴香、乳香少许，右咬咀，用水一钟酒半钟，煎至八分，食前温服。”（《仁斋直指附遗方·腰痛证治》）。宋代成书的妇科专著——《妇人良方·妇人腰痛方论》在论及妇人腰痛时指出“若妇人腰痛……，如因气血凝滞，用牵牛、茴香之类。”又说“瘀血滞者，如神汤，舒筋汤，如神汤治男妇腰痛。延胡索、当归、桂心等分，右为末，每服二钱，温酒调，甚者，不过数服。”“舒筋散，治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

风寒伤肾膂作痛，或闪挫气滞，血瘀亦良。玄胡索(炒)、杜仲(姜汁炒)、官桂(去皮)，羌活、芍药等分，右为末，每服二钱，酒调。”朱丹溪则主张“瘀血作痛者，宜行血顺气补阴丸加桃仁、红花之类……。闪挫诸实痛者，当归承气等下之。”(《丹溪心法·腰痛》)

总之，外伤性腰痛的治疗正如明代医家方隅所言“大率肾家之病，必以四物为主”(《医林绳墨·腰痛》)。历代医家多以薛道人之“四物汤”为基础方进行加减用以治疗损伤腰痛。

3.1.4 化痰通络止痛法

朱丹溪认为腰痛“脉滑与伏者，是痰。”“因痰作痛者，二陈加南星，佐以快气药，使痰随气运。”《医学正传·腰痛》认为：腰痛“湿痰流注者消导之，苍术、抚芎、香附、白芷、枳实、橘红、半夏、茯苓之类”。李中梓则根据痰积腰痛脉象之不同治疗用药而有所区别，“脉滑，二陈汤加南星、香附、乌药、枳壳。”而“脉有力，二陈汤加大黄。”(《医宗必读·腰痛》)。程国彭治疗痰积腰痛虽也是以二陈汤为基本方。但加减用药有所不同。他说“腰间肿，按之满饮不痛，脉滑者，痰也，二陈汤加白术、草薢、白芥子、竹沥、姜汁主之。”(《医学心悟·腰痛》)。

3.1.5 舒肝理气止痛法

气滞腰痛前人论及较少。约始见于明代之《慎斋遗书·腰痛》，书中记载：“凡腰痛挟小腹痛者，阴中之气滞，用小茴香、破故纸行气破滞。”其后张景岳在《景岳全书·腰痛》中指出“郁怒而痛者，气之滞也。”明代医家李中梓则认为：腰痛气滞者“脉沉，人参顺气散或乌梅顺气散，加五加皮、木香，或用降香、檀香、沉香各二钱三分，煎汤空心服”(《医宗必读·腰痛》)，以调理气机。清·程国彭则指出气滞腰痛表现为，走注刺痛，忽聚忽散，脉弦急，用橘核丸治之。(见《医学心悟·腰痛》)

对于腰痛的治疗用药，金元时期医家朱丹溪提出：诸腰痛不可用参补气，补气则痛愈甚；亦不可峻用寒凉，得寒则闭遏而痛甚。而明代张景岳则对朱氏这一论点提出质疑：“盖凡劳伤虚损而阳不足者，多有气虚之证，何为参不可用？又如火聚下焦，痛极而不可忍者，速宜清火，何为寒凉不可用？但虚中挟实，不宜用参者有之；虽有火而热不甚，不宜过用寒凉者亦有之，若谓概不可用，岂其然乎？”张景岳所言字字合情，句句合理，临床治病理当辨证而用药，当补则补，当清则清，不可偏执，中医治病用药贵在灵活变通。

3.2 中药外治法

中药治伤有着悠久的历史。数千年来，中华民族的祖先在长期的实践中创立了许多治伤的宝贵方法。早在1931年出土的《居延汉简》就记载了以膏药为主治疗各种创伤。外用药物治伤剂型繁多，如药膏、膏药、散药、搽擦药、熏洗药、热熨药等等。这是利用药物的活血化瘀，行气通经，消肿止痛，舒筋活络等功效，通过透皮吸收而发挥治疗作用。世界上最古老的一部本草学专著《神农本草经》全面总结了西汉以前的治病用药经验，在所载的365种药物中有疗骨伤功用者为42种。我国现已发现最早的方剂学专著《五十二病方》在用药方法上就记有内服、外敷、浸洗、熏、熨、灸等方法。

运用中药外治诸法治疗腰痛、腰腿痛具有方法简单，易于掌握，疗效显著，安全可靠的特点，一直为医家所喜用，并在临床实践中积累了丰富的经验，主要方法有：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2.1 敷贴法

该法是将药物制成药膏或膏药，贴附于患处，使药力直达其所的一种外治法。特点是收效迅捷，对其它部位没有影响。正如《普济方·折伤门》所云："外用敷贴之药，散其血，止其痛。"故可收到较好的疗效。

《肘后备急方·卷四》记载治疗"反腰有血痛"即外伤性腰痛，葛洪首次运用酒调杜仲末外敷治疗外伤性腰痛，其方法是"捣杜仲三升许，以苦酒和涂上，干复涂，并灸足肿白肉际三壮"。

《伤科补要·背脊骨伤》中记载："腰骨者，即脊骨之十四椎，十五椎，十六椎也。……。或跌打伤者，瘀聚凝结，脊筋陇起，当先柔筋，令其和软，内服紫金丹，敷定痛散，烧红铁烙熨之，贴混元膏。"

金元时期医家朱丹溪创立了摩腰膏外用治疗腰痛，其药物组成是：附子尖、乌头尖、南星各二钱半，雄黄、朱砂各一钱，樟脑、丁香、吴萸各一钱半，麝香五粒。"为末蜜丸，姜汁化开，火上炖热，置掌中，摩腰上，候药枯粘腰上，烘绵衣包缚定，随即觉热如火，易一次。"

宋元时期外治腰痛的一个特点，就是广泛运用膏摩治疗，并创造了不少摩膏，所用药物多是辛热、辛香、开窍、温经散寒活血定痛的药物。也有运用具有局麻作用的乌、附等药。这些药物都有止痛、改善局部血液循环的作用。

清代医家徐灵胎认为"以麻酒黄蜡为丸如胡桃大，烘热摩腰上，待腰上热，然后扎好。一丸可散十次，腹中病也可摩。"（《兰台轨范·诸痛门》）

赵学敏除了在朱丹溪摩腰膏基础上加以改进用作摩贴寒湿腰背痛外，还创造出用生姜一斤捣汁，与牛胶同煎成膏，用以敷贴腰背痛的新方法。（见《串雅内编·卷一》）

明代医家陈文治选用具有活血散瘀，舒筋活络，散寒祛湿，通经止痛功效的药物达35种之多，制成著名的狗皮膏，用于治疗腰腿疼痛，风寒湿痹，肌肤麻木以及跌打损伤有着较好的疗效，至今仍为临床用以治疗腰腿痛，筋骨痹证的常用膏药之一。

3.2.2 热熨法

该法是选用温经祛寒，行气活血止痛的药物，加热后熨贴于患处的一种外治法，尤其适用于腰脊躯体熏洗不便之处。

唐代医家孙思邈治疗腰腿痛在总结前人经验的基础上，结合自己的临床实践采用热熨方法治疗腰痛。"用蒴藿叶火燎，厚铺床上，及热，卧眠上，冷复易之。冬月采用根捣碎熬及热，准上同。兼疗风湿冷痹及产妇患伤冷腰痛不动。""延年疗腰痛熨法：菊花二升，芫花二升，羊踯二升，以醋拌冷湿润，分为两剂，内二布囊中蒸之，如饮一斗米许，适寒温，隔衣熨之，冷即易熨，痛处定即差。"（《备急千金要方·卷十七》）

宋人称药熨为熨引。如《圣济总录·卷四》述："因药之性，资火之神，由皮肤而行血脉，使郁者散，屈者伸，则熨引为力多矣。引取舒伸之义，以熨能然，……盖病生于筋，则拘急挛缩，痹而不仁，则经血凝泣，二者皆由外有所感。熨能温之，血性得温则宣流，能引凝泣也。"熨引实际上是包含了温通血脉，引流凝滞的功效。

张景岳推崇药熨治腰痛。《景岳全书·腰痛》记："跌仆伤而腰痛者，……或外以酒糟，葱姜捣烂罨之，其效尤速。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2.3 洗涤法

该法是选用活血止痛，温经散寒，祛风通络的药物，煎煮后熏洗患处的一种外治法。古又称之为渍浴、淋渫。

本法首见于《内经》："今风寒客于人，……或痹不仁肿痛。当是之时，可汤熨及火灸刺而去之。"用于对筋骨痹痛的治疗，汤熨就是药水温浴法。另外《内经》还记载了用椒、姜、桂和酒熏浴治痹痛，认为通过温浴而达到疏通气血，活血化瘀，祛风寒湿邪的目的。是借用温度和药物功效对腰腿痛、筋骨痹痛等疾病进行治疗的一种疗法。

3.3 针灸疗法

针灸是以中医理论为指导，运用针刺和艾灸防治疾病的传统医学外治法。《黄帝内经》有近半数的篇幅论及针灸，是当时人们防治疾病的主要医疗手段。腰椎间盘突出症属中医的痹证，《医林改错·痹症有瘀说》曰"凡肩痛、臂痛、腰疼、腿疼或周身疼痛，总名曰痹症。""痹"即闭阻不通，乃机体气血运行阻滞而产生。针灸是治疗筋骨痹证的重要手段，温习古训，对今日临床有着指导意义。

3.3.1 针灸治疗腰椎间盘突出症强调经络辨证和经筋辨证

针灸的核心理论是经络腧穴理论，《黄帝内经》详细论述了经络系统各部分的循行和临床病候，强调"凡刺之道，必通十二经络之所始"（《灵枢·本输》），确立了经络辨证、经筋辨证为主治疗筋骨痹的针灸治疗原则。足太阳膀胱经"挟脊抵腰中……从腰中下挟脊，贯臀、入腘中……挟脊内，过髀枢，循髀外后廉下合腘内，以下贯踹内，出外踝之后，循京骨，至小指外侧。"（《灵枢·经脉》）足少阳胆经"下合髀厌中，以下循髀阳，出膝外廉，下外辅骨之前，直下抵绝骨之端，下出外踝之前，循足跗上，入小指次指之间；其支者，别跗上入大指之间，循大指歧骨内出其端，还贯爪甲，出三毛。"（《灵枢·经脉》），此两经在腰背及下肢的循行和发自腰椎处的坐骨神经分布极其一致，足太阳膀胱经的病候中有"脊痛，腰似折，髀不可此曲，腘如结，踹如裂，是为踝厥。是主筋所生病者……项背腰尻腘踹脚皆痛，小指不用"，（《灵枢·经脉》）足少阳胆经病候亦有"髀膝外至胫绝骨外踝前及诸节皆痛，小指次指不用。"（《灵枢·经脉》），这些描述和腰椎间盘突出症的临床表现极为相似，足太阳膀胱经，足少阳胆经的循行和病候为后世治疗腰椎间盘突出症奠定了经络辨证的基础。《素问·刺腰痛篇》除对腰痛进行正经辨证外，还论述了支脉、络脉、奇经引起的腰痛以及不同兼证的腰痛，充满整体辨证论治的观点。

十二经筋是十二经脉之气濡养筋肉骨节的体系，是附属于十二经脉的筋膜系统，其循行和本经一致，具有"起、结、聚、布"的特点和痹证的发生关系密切。《鬼傲术》认为"手足三阳行于外，其筋多刚"，"刚者所以束骨，柔者所以相维"。腰椎间盘突出症的发病，其关键因素之一即是脊柱内外平衡条件失调，经筋的束骨作用，是维持腰椎稳定的基础，经筋为病自然会波及脊柱，因此《灵枢·经筋》认为足太阳经筋"病小指支跟肿痛，腘挛，脊反折……"足少阳经筋"病小指次指支转筋，引膝外转筋、膝不可屈伸，腘筋急，前引髀，后引尻……"指出足太阳经筋病为仲春痹，足少阳经筋病为孟春痹《素问·痹证》曰"以春遇此为筋痹"认为足太阳、足少阳经筋俱为筋痹。

经筋的病候，着重在筋肉关节运动系统受损，临床表现以痹痛、转筋、痿弱不用为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主，故在《灵枢·经筋》篇末概括指出“经筋之病，寒则反折筋急，热则筋弛纵不收，阴痿不用。阳急则反折，阴急则俯不伸”对经络、经筋的上述认识，决定了治疗筋骨痹证当以经络辨证和经筋辨证为基本治疗原则。

3.3.2 痹证治疗的针灸取穴

3.3.2.1 分经取穴

风寒湿邪侵袭人体而为痹，其邪气多属阴邪，易伤阳气，手足三阳行于外，腰背及下肢为足太阳所过，因此，对于腰(腿)痛的治疗《灵枢·杂病》认为“腰痛、痛上寒，取足太阳阳明”《素问·刺腰痛》也说“如折不可以俯仰，不可举，刺足太阳”太阳为巨阳，阳气化生精微，内可以养神，外可以柔筋，所以主筋所生病证，故刺腰(腿)痛取足太阳；足少阳胆经在下肢的循行符合坐骨神经的分布，《灵枢·经脉》认为胆经“主骨所生病”腰为肾之府，劳伤伤肾，肾主骨生髓，骨气不充，病症始生。我国第一部针灸专著《针灸甲乙经》对腰背痛，腰腿痛的针灸治疗，发展了《黄帝内经》的经验，对临床症状进行了循经辨证选穴治疗，并指出“腰脊、尻、臀、股痛”有“阴寒大痛”(《针灸甲乙经·肾小肠受病发腹胀腰痛引背少腹控睾第八》)，如果为虚，是血行困阻不能活动(血动)；如果为实，则是因邪热下注，丰富了腰痛的病因学说，指出了腰痛有虚寒、实热之分。具体临床症候和取穴见下表。

《针灸甲乙经》治疗筋骨痹

症　状	主　穴	归　经	刺　法
肉里之脉令人腰痛，不可以咳，咳则筋挛	绝骨	足少阳胆经	毫针刺法
腰脊痛强引背少腹，俯仰难，不得仰息，脚瘛重、尻不举、溺赤，腰以下至足清不仁，不可以坐	膀胱俞	足太阳膀胱经	毫针刺法
起腰痛怏怏不可以俯仰，腰以下至足不仁，入脊，腰背寒	次髎	足太阳膀胱经	毫针刺法
腰痛，不能举足少坐，若下车蹶地，胫中娇娇然	申脉	足太阳膀胱经	毫针刺法
腰痛如小锥居其中，怫然肿痛，不可以咳，咳则筋缩急，诸节痛，上下无常，寒热	阳辅	足少阳胆经	毫针刺法
腰痛不可举，足跟中踝后痛，脚瘛	仆参	足太阳膀胱经	毫针刺法
腰脊尻股臀阴寒大痛，虚则血动实则热痛，痔篡痛，尻臀中痛，大便直出	承扶	足太阳膀胱经	毫针刺法
衡络之脉，令人腰痛，得俯不得，仰则恐仆。得之举重伤腰，衡络绝伤恶血归	郄阳上数寸血络	阿是穴(血络)	刺络出血
足太阳脉令人腰痛，引颈脊尻背如重状	郄中(委中)出血	足太阳膀胱经	刺络出血
少阳令人腰痛，如以针刺其皮中循循然不可俯仰，不可以左右顾	成骨之端(阳陵泉)	足少阳胆经	刺络出血
阳明令人腰痛，不可以顾，顾如有所见	骭前三痏	足阳明胃经	刺络出血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

从上表中可以看出，《针灸甲乙经》对腰腿痛的症状描述包括：腰腿疼痛、麻木不仁，功能障碍和今日所谓腰椎间盘突出症的症状极为类似，尤其是“不可以咳，咳则筋缩急，诸节痛，上下无常”“得俯不得仰，仰则恐仆”等，咳嗽腹压升高，腰腿疼痛加剧；后伸加剧腰腿痛，可以说是腰椎间盘突出症的特异性症状。其取穴多以足太阳膀胱经为主，辅以足少阳胆经和足阳明胃经，在《黄帝内经》的基础上把针灸治疗腰腿痛(痹证)系统化、具体化。三国两晋南北朝对筋骨痹和腰(腿)痛的论治，主要成就是针灸方面的经验，尤以《针灸甲乙经》为突出。自晋以后，对这类疾病的针灸治疗，基本是以《针灸甲乙经》为准绳的。

3.3.2.2 局部取穴

《灵枢·经筋》在对痹证的治疗时提出“以痛为输”，孙思邈《备急千金要方·用针略例第五》在此基础上首次提出了阿是穴“有阿是之法，言人有病痛，即令捏其上，若里当其处，不问孔穴，即得便快成痛处，即云阿是，灸刺皆验，故曰阿是穴也。”阿是穴的提出，是对循经取穴的补充，充实了针灸治疗痹证的选穴方法，对后世影响极大。现在所常采用的针治方法即是局部取穴结合循经取穴。另外，《三国志·魏书·方技传》记载华佗治“有人病两足躄不能行”，灸“夹脊一寸，上下行端直均调，如引绳也”治疗腰背、腰(腿)痛疗效显著，后世称之为“华佗夹脊灸”《肘后方·治卒霍乱诸急方第十二》称该穴“夹背脊大骨完中去脊各一寸”亦即“华佗夹脊穴”，对腰背(腿)痛的局部取穴增添了新的内容。

3.3.2.3 脏腑辨证取穴

《黄帝内经》中即有筋骨痹不已，复感外邪，内舍于五脏，而成五脏痹，《诸病源候论·腰背病诸候》认为腰痹有五种“一曰少阴，二曰风痹，三曰肾虚，四曰腎腰，五曰寝卧湿地”。发展了腰痛的辨证，后世在治腰(腿)痛时，除循经取穴和局部取穴外，还结合脏腑辨证，随症配穴。

3.3.3 针灸治疗腰椎间盘突出症的原则和方法

3.3.3.1 针灸治疗的原则

用针之道，在于调和阴阳，接续经气，《素问·痹证论》认为“五脏有俞，六府有名，循脉之分，各有所发，各随其过，则病痹也。”强调“盛则泻之，虚则补之，热则疾之，寒则留之，陷下则灸之，不盛不虚，以经取之”(《灵枢·经脉》)实证用泻法，虚证有用补法，热证快刺不留之，寒证留针，其中补虚泻实是针灸治疗的基本原则。

3.3.3.2 针灸治疗的方法

针刺操作除用毫针据虚实采用的提插捻转补泻，徐疾补泻，呼吸补泻，迎随补泻等，还应用“燔(火)针劫刺，以知为数(《灵枢·经筋》)”刺络出血(“腰脊强，取足太阳腘中血络”)(《灵枢·杂病》)等多种方法，同时应注意针刺深度和层次，做到“刺骨者无伤筋，刺筋者无伤肉，刺肉者无伤脉，刺脉者无伤皮；刺皮者无伤肉，刺肉者无伤筋，刺筋者无伤骨”(《素问·刺要论》)，以得气为度。还应注意针刺勿伤及脊髓。(《素问·刺禁论》即记载“刺脊间中髓为伛”的针刺意外情况)。

综上所述，针灸可以调整阴阳，疏通经络，扶正祛邪，用于治疗腰腿痛有着悠久的历史，切实的疗效。其理论在秦汉时期已经形成，两晋时期得以系统化、具体化，今日临床均是在此基础上发展起来的。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.4 推拿疗法

推拿疗法(古称按摩)源自人类生活的本能，是医生用手或肢体的其他部分，按照各种特定的技巧和规范化的动作，以力的形式在患者体表进行操作，用以防病治病的传统医学的一种外治法。其产生的年代久远，先秦时期即成为当时重要的治疗手段，治疗范围就包括骨痛症，时至今日仍然是人们减轻筋骨疼痛最常采用的方法。腰椎间盘突出症的治疗在推拿临床应用中极富代表性，虽然人类认识腰椎间盘突出症只是近六十年的事情，但包含范围更广的腰(腿)痛作为一个临床常见症状，自人类有医学史记载之日起，便是医学家所关注的焦点之一，在漫长的推拿发展史中，推拿对其治疗是一个不断完善的过程，温习古训，对今日临床有着指导意义。

3.4.1 推拿治疗的理论基础

《内经》时代，推拿业已发展成一门独立的学科。史料记载，同时期就有我国第一部推拿专著——《黄帝岐伯按摩十卷》，惜已佚失，令我们无法窥及当时推拿发展的全貌，但《黄帝内经》保存了其中许多有关内容，从各个角度论述了推拿治疗的作用。

3.4.1.1 推拿具有止痛作用

关于疼痛的产生，《素问·举痛论》认为“经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。”疼痛的产生和六淫邪气之一——寒邪侵袭有关。所以《素问·痹论》曰“痛者，寒气多也，有寒故作痛也。”继而《素问·举痛论》提出“按之则血气散，故按之痛止。”，“按之则热气至，热气至则痛止矣。”推拿止痛的原理是建立在温经、散寒、活血基础之上的，这种观点一直指导着后世临床发展，以至在《华佗神医秘传·华佗按摩神术》中推拿所除“八疾”，风、寒之邪占据首位。现今认为手法可以改善而局部血液循环，及时降解、排泄代谢产物，从而缓解疼痛。

3.4.1.2 推拿具有疏通经络作用

经络是运行气血，内联脏腑，外络肢节的纽带，故《素问·调经论》曰“五藏之道，皆出于经隧，以行血气，血气不和，百病乃变化而生，是故守经隧焉”。经络理论是中医推拿的核心理论，临床治疗的关键在于通经络，正如《素问·痹论》认为“其不痛不仁者，病久入深，荣卫之行涩，经络时疏，故不通，皮肤不营，故为不仁”经络的不通，导致了营卫气血运行的异常，后世陈士铎《石室秘录》秉承了这一点，认为“以人手为之按摩，则气血流通，疾病易愈”。通经络作为推拿治疗痹证(腰椎间盘突出症即属此类)的重要机理，在《黄帝内经》时期已经确立。

3.4.1.3 推拿可以补虚蠲痹

痹证的产生和人体感受外邪有关《素问·痹论》认为“风寒湿三气杂至，合而为痹”这一论断，为后世对痹证的认识、治疗奠定了基石，王清任在《医林改错·下卷·痹证有瘀血说》中将“肩痛、臂痛、腰疼、腿痛或周身疼痛”总称为痹。然邪气侵袭人体发病与否和人体的机能状态有关，所谓“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚”故宋·严用和《重订严氏济生方·诸痹门》认为凡痹之生成“皆因体虚腠理空疏，受风寒湿气而成痹也”《素问·调经论》在论述推拿时认为“神气不足，视其虚络，按而致之，以通其经，神气乃平”，“按摩勿释……移气与不足，神气乃得复”，“寒湿之中人也，皮肤不收，肌肉坚紧，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

荣血泣，卫气去，故曰虚，虚者聂辟气不足，按之则气足以温之，故快然而不痛”。推拿的补虚作用主要针对阳气不足而言，可扶正祛邪，鼓舞阳气，经云“阳气者，精则养神，柔则养筋”按之以温，阳气足寒邪鼓，经气通，通则不痛。所以《素问·阴阳应象大论》曰“气虚宜掣(导)引之”。

3.4.1.4 推拿具有祛邪作用

《素问·阴阳应象大论》曰“其慓悍者，按而收之”后世《圣济总录·卷四·治法·按摩》认为推拿具有“开达抑通”的功效，“抑遏则慓悍者有所归宿”今人多解“慓悍”为发病凶猛迅急，按经义当指邪气疾利，推拿可以收敛邪气以祛邪实，故《灵枢·官能》有“按积抑痹”之论。

除上述作用外，《黄帝内经》还论述了推拿的其它作用。可以看出推拿治疗的理论基础已经形成。

3.4.2 膏摩的应用

膏摩是指将一定的药物配伍制成软膏作为推拿介质进行手法操作的外治法。《金匮要略·脏腑经络先后病脉证第一》认为“若人能养慎，不令邪风干忤经络，适中经络，未流传脏腑，即医治之，四肢才觉重滞即导引，吐纳、针灸、膏摩，勿令九窍闭塞”，首次提出“膏摩”一词，指出膏摩具有疏通经络气血，驱散外邪的作用，可用于邪中经络，闭阻不通之证。

虽然膏摩在《五十二病方》中即有记载，《黄帝内经》也曾尝试用马膏治“卒口僻”，但直至隋唐——推拿发展史上第一个高峰期才被广泛地用于临床，构成此时推拿临床的一大特点。

3.4.2.1 早期膏摩应用是一方治多病

孙思邈在《备急千金要方·序例·合和第七》中详细论述了摩膏的制法。《备急千金要方》记载的膏摩方中就有卫侯青膏“治百病……脊背头项强，偏枯拘挛，或缓或急”，太傅白膏“治百病，头项强痛，腰脊两脚疼，有风痹湿肿难屈伸，不能行步……诸风肿疾，颈项腰脊强，偏枯不仁，皆摩之”，苍梧道士陈元膏“主一切风湿骨肉疼痹”等等，其中首载于《肘后方·治百病备急丸鼓膏诸要方》并广泛流传的苍梧道士陈元膏在其后《外台秘要·卷三十一·古今诸家膏方四首》中详细介绍了此膏的来历及疗效，其中有治疗堕马腰痛，可谓膏摩用治外伤腰痛的最早记录。此时膏摩应用，从所治病症中可以看出几乎包治百病，尚未向专方专病分化。

3.4.2.2 宋元时期则向专病专方靠拢

《太平圣惠方》是集膏摩之大成之著作，所载膏摩，药摩方近百首，大大超过了《备急千金要方》和《外台秘要》之数量，晋隋唐时期的膏摩还处在临床摸索阶段，难免有泛治百病之嫌，此书所载膏摩则渐向专病专方靠拢，首次记载了“摩腰膏”四首。《太平圣惠方·卷六十七》有“治五种腰痛，肾气衰冷、阳惫腰痛，宜用摩腰鼓……(药物略)”此时所选多为辛热、辛香开窍、温经散寒、活血定痛的药物，至朱丹溪在《丹溪治法心要·腰痛第四十三》则从虚、寒、气郁、痰郁立论，注重辨证用药。《太平圣惠方·卷六十七》中详细论治了摩腰膏的操作：“治腰疼痛，俯仰不得……以指研之令细，旋旋以指点摩腰上，候热彻，摩尽为度，便以绵裹肚系之”。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

膏摩的应用，固然为推拿临床开辟了新思路，同时也说明当时推拿手法的不成熟，尚需借助药力来加强疗效。《黄帝内经》虽然奠定了推拿的理论基础，但鲜有论及具体手法，宋·《圣济总录·卷四·治法·按摩》把对手法的认识上升到理论高度，“按之弗摩，摩之弗按，按止以手，膏或兼以药，曰按曰摩，适所用也”对推拿手法作了区分，提出了可用于膏摩的手法，并对手法的作用做了深刻论述，“大抵按摩法，每以开达抑遏为义”《圣济总录》的这些认识为以后药物和手法的分离奠定了基础。

3.4.3 导引和自我按摩的应用

导引和自我按摩作为一种养生保健方法早在先秦时即已产生，导引侧重功能锻炼，华佗认为导引可使“谷气得消，血脉流通，病不得生。”（《后汉书·方术列传》）自我按摩则是患者主动利用手法自身操作，孙思邈在《备急千金要方·养性·居处法第三》中说：“凡小有不好，即按摩捋捺，令百节遏利，邪气得泄。”指出自我按摩可以疏通经络气血、滑利关节、防病治病。

3.4.3.1 导引以锻炼腰背肌

马王堆汉墓帛书的帛画《导引图》是世界医学史上第一幅医疗保健体操图，其中即有“引膹(瘭)痛”图样，导引锻炼腰背肌以防治腰背四肢关节痛。

东汉末年名医华佗创“五禽戏”，《后汉书·方术列传》记载“是以古之有仙者为导引之事，熊颈鸱顾，引挽腰体，动诸关节，以求难老”其尤强调“引挽腰体，动诸关节，以利蹄足”对后世脊柱推拿手法的发展有一定意义。

《备急千金要方·卷十九》有治扭挫伤腰痛导引法“正东坐，收手抱正，一人于前据摄其两膝，一人后捧其头，徐牵令偃卧，头到地，三起三卧，止便差”通过主动和被动运动，使腰椎受到牵引和屈曲，增大了腰骶关节间隙，腰椎关节紊乱得以调节，改善局部血运，对今日临床有一定的指导作用。

《诸病源候论·腰痛病候》对腰痛进行了分类论治，指出“肾腰痛”（外伤腰痛）是“血搏于脊背所为”治疗主张用导引之法：“平跪长伸，两手拓席向前，待腰脊倾转，遍身骨解气散、长引腰极势然”，“长伸两脚，以两手捉五指七遍，愈折腰不能低仰也”，“两手向后，倒挽两足，极势，头仰足指向外势之，缓急来去七，始手向前直舒，足自摇，膝不动，手足各二七，去脊腰冈风冷”这些和今日类似的腰背肌锻炼可使气血流畅以消除疼痛。直至骨科形成之前，导引始终是治疗腰背痛的主要手段，明清以后渐成预防和功能恢复之手段。

3.4.3.2 自我按摩的应用

孙思邈《备急千金要方·养性·按摩第四》将自我按摩发挥得淋漓尽至，其“老子按摩法”有“两手抱头，左右纽腰二七遍”，“两手攀头下向三顿足”，“两手拳反背上，掘(揩之也)脊上下亦三遍”“捩内脊、外脊备三遍”通过成套的自我按摩，可以疏通经络气血，治疗腰背疼痛，强身健体。

3.4.4 治腰手法的形成

隋唐时期虽是我国推拿发展史上第一个高峰期，但当时对手法的认识尚肤浅，所以治疗腰腿痛多为膏摩和导引自我按摩，宋元时期，对推拿手法的认识已经上升到一个新高度，但由于封建礼教的束缚，按摩一科在官方太医院被取消，但此时中医伤骨科正式形成

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

并得到迅猛发展，推拿融于其中也有了长足的进步。至《医宗金鉴》和《中国接骨图说》推拿治疗腰椎间盘突出症的手法才见诸文字。

3.4.4.1 手法概念的完善

宋·《圣济总录·卷四·治法·按摩》泛论了手法的区别，认为“曰按曰摩，适所用也”即不同的手法有着不同的作用，但总起来讲，手法具有“开达抑遏”的作用，可通经络，祛邪气。至《医宗金鉴·正骨心法要旨·手法总论》则明确指出“夫手法者，谓以两手安置所伤之筋骨，使仍复于旧也。”手法是治疗伤骨科病证的关键，同时强调“一旦临症，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出。”只有手法纯熟发乎于心才能“使患者不知所苦”。可以看出当时对手法已经上升到非常高的理性认识水平，在当时骨科发达的情况下，治腰手法的出现，也就具备了条件。

3.4.4.2 治腰手法

在《世医得效方·卷十八·正骨兼金镞科》中就已经出现整复脊椎骨折的过伸复位法，危亦林强调“未直则未归窠”对后世治腰手法的出现有着巨大的影响。治腰手法可分为针对软组织的手法和针对脊柱的手法，《医宗金鉴·正骨心法要旨》详细论述了“正骨八法”指出腰伤“当先揉筋，令其和软”，改善临床症状，为脊柱手法的施治创造条件，然后“再按其骨，徐徐合缝，背膂始直。”认为只有“膂骨正而患除矣。”即使在今日，这种观点仍极具指导意义。推拿临床操作是一整体，虽然脊柱推拿手法对治疗效果起着关键作用，却不能因此而偏废软组织推拿手法。

《医宗金鉴·正骨心法要旨·胸背部》的治腰手法和今日不同：“将两旁脊筋向内归附膂骨，治者立于高处将病人两手高举，则脊筋全舒，再令病人仰面昂胸，则膂骨正而患除矣”是指先舒筋理顺，然后配合病人的被动运动的一种操作。日本人二宫献彦可所著《中国接骨图说》精辟地总结了十八世纪中国骨科的主要经验，在“膂骨正而患除”原则的指导下，《中国接骨图说·正骨图解》将治疗骨盆损伤的复位法绘图名“龙骑法”。其操作有母、子二法，母法即半俯卧、屈髋、盘膝，医者一手固定，一手推所盘之腿，用膝抵压局部，现在广泛用于临床的腰椎斜扳法即源于此；其子法是坐位一手按局部，一手抱患者，使患者仰胸挺腰，再施旋转，是腰椎的定位旋转扳法的最早记载。因此可以说，在《医宗金鉴》和《中国接骨图说》时期，治腰原则和手法正式形成，并流传到现在。

清朝末年，一指禅推拿流派，少林内功推拿流派等诸多流派在民间诞生，并产生了广泛的影响，为近代手法治疗腰椎间盘突出症的理论化、系统化奠定了基础。

（伊智雄　程英武　戚国庆　赵　龙　李永方　李玉丁）

近现代参考文献

[1] 吴云定. 腰椎间盘髓核突出症的中医辨证施治. 中国骨伤，1993，6(4):11
[2] 李国衡，等. 腰椎间盘突出症的辨证论治. 中医骨伤科杂志，1986，2(1):42
[3] 张梦环. 郭维淮治疗慢性腰腿痛的经验. 中医正骨，1993，5(3):42
[4] 郭艳丝. 名老中医郭维淮治疗腰腿痛的经验总结. 中国骨伤，1993，6(3):9
[5] 赵平，等. 腰椎力学结构失衡与椎间盘突出的发病. 中医正骨，1993，5(3):37

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[6] 隋孝忠，等．腰部软组织损伤并椎间盘突出症的诊断与治疗．中医正骨，1996，8(3):11
[7] 李强，等．腰椎间盘突出症辨证论治．中华中医骨伤科杂志，1988，4(2):45
[8] 李尔年．中医治疗腰椎间盘突出症的辨证内治．中医骨伤科杂志，1986，2(2):52
[9] 梅炯．诸方受教授从痰瘀论治腰椎间盘突出症之经验．江苏中医，1992．2:24
[10] 龙智铨．中医药辨证治疗腰椎间盘突出症93例报告．中医正骨，1996，8(3):21
[11] 方先之，等．腰椎间盘纤维环破裂症．外科学报，1952．1:20
[12] 吴谓貂．试论桂枝汤化裁在伤科临床中的应用．河南中医，1985，5(1):12
[13] 赵勇主编．中国骨伤方药全书．北京:学苑出版社，1995．465～466
[14] 陈立富．腰椎间盘突出症辨治探要．山东中医杂志，1994，13(9):392
[15] 康维均，等．中药治疗腰椎间盘突出症．中国骨伤，1994，7(1):27
[16] 富颜卿．内服外敷中药治疗腰椎间盘突出症．中医药学报，1995．3:46
[17] 古庆．中医辨证治疗腰椎间盘突出症．云南中医杂治，1992．5:19
[18] 刘元梅．加味四虫胶囊治疗腰椎间盘突出症．山东中医杂志，1994，13(6):280
[19] 张英杰．加味阳和汤治疗腰椎间盘突出症62例疗效观察．中医正骨，1994，6(2):27
[20] 方莅芷．加味阳和汤治疗腰椎间盘突出症210例．安徽中医学院学报，1994，13(1):31
[21] 皇甫跃．药物配合手法治疗腰椎间盘突出症．按摩与导引，1996．2:20
[22] 吴化中．活瘀舒筋汤治疗腰椎间盘突出后遗症．山东中医杂志，1987，2:41
[23] 郭大平．核归丸治疗腰椎间盘突出症的机制．中医骨伤科杂志，1987，3(1):43
[24] 郭晓庄．复方马钱子散治疗腰椎间盘突出症40例疗效观察．中医杂志，1980，21(7):44
[25] 王殿喜．中药治疗腰椎间盘突出症1800例．辽宁中医杂志，1991，18(10):28
[26] 王建军．保守治疗腰椎间盘突出症151例．北京中医学院学报，1989，12(4):20
[27] 邓晋丰．治疗腰椎间盘突出症186例临床观察．新中医，1986．3:26
[28] 廖康兴．牵引手法为主治疗腰椎间盘突出症64例．广西中医药，1993，16(3):10
[29] 刘青云．非手术治疗腰椎间盘突出症357例．江苏中医，1993．9:33
[30] 易绵中．牵引配合手法及药物治疗腰椎间盘突出症97例小结．中医正骨，1993，5(3):35
[31] 杨芳珍．治疗腰椎间盘突出症．四川中医，1989．2:34
[32] 蒋位庄．重症椎间盘源性腰腿痛的辨证施治研究．中医杂志，1985、26(7):29
[33] 介蠲．腰椎间盘突出症104例治疗总结．中医药研究，1993．2:25
[34] 胡思进．综合治疗腰椎间盘突出症108例．中国骨伤，1993，6(6):39
[35] 樊宝荣．魏氏手法配合“壮腰祛风镇痛汤”治疗腰椎间盘突出症45例．上海中医药杂志，1985．8:17
[36] 钟有鸣．牵抖顶摇加九分散治疗腰椎间盘突出症40例．1986，7(6):270
[37] 纪学民．腰椎间盘突出症早期的综合治疗．颈腰痛杂志，1996，17(2):123
[38] 陈如见．老龄腰椎间盘突出症的治疗．四川中医，1989．1:38
[39] 李华民．中西医结合治疗腰椎间盘突出症．颈腰痛杂志，1996，17(4):248
[40] 李业甫．牵引推拿手法复位术治疗腰椎间盘突出症1455例疗效分析．中医杂志，1985，26(2):27
[41] 邢良国．综合治疗腰椎间盘突出症238例．颈腰痛杂志，1996，17(2):124
[42] 张英杰，等．药罐结合治疗腰椎间盘突出症56例．颈腰痛杂志，1996，17(2):109
[43] 闫金玉，等．中药蒸汽浴治疗腰椎间盘突出症．中国骨伤，1996，9(5):44
[44] 宋保欣，等．天王消骨液外敷雾化治疗腰椎间盘突出症50例．中医正骨，1994，6(4):12
[45] 徐炜明．腰间盘突出及腰椎管狭窄症术后神经根粘连的中医治疗．中医药学报，1991．6:46
[46] 陈清．57例腰椎间盘突出症的治疗与康复．按摩与导引，1996．4:7

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[47] 方周林. 分期综合治疗腰椎间盘突出症 104 例疗效分析. 按摩与导引, 1996. 1:33
[48] 崔树平. 综合疗法治疗腰椎间盘突出症 306 例. 河南中医, 1988, 8 (3):43
[49] 朱鼎成, 等. 推拿名家朱春霆学术经验集. 上海:上海科学技术出版社, 1996.12 ~ 18
[50] 丁季峰主编. 推拿大成. 郑州:河南科学技术出版社, 1994.346
[51] 冯天有. 中西医结合治疗软组织损伤. 北京:人民卫生出版社, 1977.5 ~ 10
[52] 罗金宫. 罗氏正骨心法秘诀. 北京:科学技术文献出版社, 1995.106 ~ 134
[53] 葛凤麟, 等. 葛氏捏筋拍打正骨疗法. 北京:北京科学技术出版社, 1996.61
[54] 俞大方, 等. 中医推拿学. 北京:人民卫生出版社, 1985.61
[55] 沈国权, 等. 推拿手法图谱. 上海:上海科学技术出版社, 1994.144
[56] 李国衡. 魏指薪治伤手法与导引. 上海:上海科学技术出版社, 1982.111
[57] 吴谓貂. 腰推间盘髓核突出症 268 例手法治疗分析. 中西医结合杂志, 1988, (9):554
[58] 刘润田, 等. 脊柱外科学. 天津:天津科学技术出版社, 1981, 83
[59] 洪连喜. 重手法治疗腰椎间盘突出症 91 例临床观察. 实用外科杂志, 1986:(6):144
[60] 汤华丰. 机器推拿治疗腰椎间盘突出症. 中华医学杂志, 1983, 64 (4):238
[61] 龚金德, 等. 推拿镇痛与内啡呔的关系. 上海中医药杂志, 1982, (4):22
[62] 刘志诚, 等. 9 例软组织损伤推拿前后血浆中单胺类物质的变化. 中国康复医学杂志, 1986, 1 (3):18
[63] 刘志诚, 等. 按摩对软组织损伤家兔血浆中组胺含量的影响. 中医骨伤科杂志, 1986, 2 (4):3
[64] 刘志诚, 等. 按摩对软组织损伤家兔外周多巴胺、去甲肾上腺素的调节作用. 中国中医骨伤科杂志, 1988, (4):7
[65] 刘志诚, 等. 按摩对软组织损伤家兔全血乙酰胆碱脂酶活力的影响. 中国康复医学杂志, 1987, 2 (4):147
[66] 刘志诚, 等. 按摩前后软组织损伤家兔中枢和外周组胺含量的变化. 中国康复医学杂志, 1987, 2 (6):245
[67] 刘志诚, 等. 按摩对软组织损伤家兔中枢多巴胺、去甲肾上腺素的影响. 中国康复医学杂志, 1988 3 (4):176
[68] 刘志诚, 等. 推拿牵引对外周单胺类物质的调整作用. 中国中医骨伤科杂志, 1991, 7 (2):6
[69] 刘志诚, 等. 推拿按摩镇痛和调整作用的研究. 中国中医骨伤科杂志, 1991, 7 (5):3
[70] 龚金德, 等. 推拿前后全血 5-羟色胺含量变化. 上海中医药杂志, 1986, (7):47
[71] 张义炯, 等. 按摩对患者血液动力流变学的影响. 中华理疗杂志, 1986, (4):251
[72] 袁宝国, 等. 推拿对局部体温影响的初步观察. 上海中医药杂志, 1986, (8):43
[73] 安徽医学院附属医院运动医学科. 推拿疗法与医疗练功. 北京:人民卫生出版社, 1982.4 ~ 11
[74] 周上全, 推拿对急性腰扭伤嗜酸性细胞的变化. 浙江中医杂志, 1982, 17 (7):324
[75] 赵翱. 对我国按摩作用的研究. 中国运动医学杂志, 1982, 1 (1):46
[76] Hass M. Physics of spinal manipulation. Part I. The myth of F = ma J Manipulative Physiol Ther 1990, (13):204 ~ 206
[77] Hass M. The physics of spinal manipulation. Part II A theoretical consideration of the adjustive force. J Manipulative physiol Ther 1990. 13:253 - 256
[78] Wood J, et al. Comparison of forces used in selected adjustments of the low back by experienced chiropractors and chiropractic students with no clinical experience—A preliminary study. Palmer College of Chiropractic. Research Forum. 1984. 1:16 ~ 23
[79] Adams A, et al. Comparison of forces used in selected adjustments of the low back: A preliminary study. The

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

Research Forum. Palmer College of Chiropractic. 1984, 1:5~9
[80] 戴力扬，等. 腰椎间盘突出症的生物力学研究. 中国矫形外科杂志，1994，(1):89~92
[81] 谢利民，等. 腰椎间盘突出症 CT 扫描量化分析. 中国中医骨伤科，1994，(2):1~3
[82] 张显崧，等. 腰椎旋转手法治疗腰椎间盘突出症的机理，中医正骨，1993，5(3):5~6
[83] 章莹，等. 手法治疗腰椎间盘突出症的生物力学研究，中国骨伤，1992，5(3):7~8
[84] Nachemson A. Lumbal Intradiscal Pressurel. In:malcoln iv. Jaysoned. The Lumba. Spine and Back Pain. 3th ed Edinburgh: Churchill livingstore 1987, 192
[85] 张显菘，等. 扳提手法治疗腰椎间盘突出症的实验研究，中国骨伤，1993，6(4):5~6
[86] 郑效文. 腰椎间盘突出症的推拿机制与适应症探讨. 上海中医药杂志，1981，(4):31
[87] 宋献文，等. 中医推拿治疗腰椎间盘突出症疗效分析和治疗机制的研究. 天津医药杂志(骨科附刊)1962(6):50
[88] 孙玉鹏. 腰椎小关节生物力学研究进展. 骨与关节损伤杂志，1993，8(1)
[89] 张潭澄. 脊柱的生物力学. 见张之虎·骨科新技术. 北京:文津出版社，1989.1~9
[90] 蒋位庄，等. 腰后关节紊乱症的病机和手法治疗生物力学研究. 中国骨伤，1994，7(3):5~8
[91] 马达，等. 脊柱旋转手法治疗腰椎间盘突出症的实验研究. 中国骨伤，1994，7(5):7~9
[92] 李星，等. 手法治疗脊柱滑脱症的临床与实验研究中国骨伤，1994，7(6):5~7
[93] 侯筱魁，等. 屈曲和后伸推拿时腰椎小关节的运动学研究. 中国骨伤，1992，5(2):5~6
[94] 侯筱魁，等. 斜搬时腰椎后部结构的动态观察和生物力学分析. 中华骨科杂志，1993，13(1):51~54
[95] 钱大雄. 针刺治疗坐骨神经痛 135 例. 上海针灸杂志，1988，(2):12~13
[96] 吴经纬. 针刺治疗坐骨神经痛 400 例临床观察. 上海针灸杂志. 1986，(2):18~20
[97] 任德馨. 针刺神经根干治疗 80 例腰腿痛. 河北医药，1984，(4):218~219
[98] 李世珍. 针灸临床辩证论治. 北京:人民卫生出版社，1995.480
[99] 余恒昭. 电针、穴位注射治疗腰腿痛 96 例. 贵阳医学院学报，1981，(1,2):123
[100] 陆焱垚，等. 陆瘦燕、朱汝功针灸学术经验选. 上海中医药大学出版社，1994.211
[101] 张慰民，等. 夹脊穴定位的研究. 上海针灸杂志，1987，(4):23
[102] 金百仁，等. 华佗夹脊穴的临床应用及其作用机理探讨. 上海针灸杂志，1987，(1):16
[103] 陈守基. 电针夹脊穴治疗腰腾痛. 江苏中医杂志，1985，(3):6
[104] 高安泽. 电针夹脊穴治疗脊椎骨质增生症 31 例. 上海针灸杂志，1988，(1):20
[105] 王秀珍. 刺血治疗坐骨神经痛. 中医杂志，1982，(10):53
[106] 张杰堂. 针刺医案六则. 上海针灸杂志，1986，(2):24~25
[107] 康泰隆，等. 巨刺法的临床研究. 上海针灸杂志，1988，(3):14~15
[108] 陈玑孙，等. 耳针的临床应用. 南京:江苏科学技术出版社. 237~238
[109] 雒仲阳. 针灸和耳针治疗坐骨神经痛 101 例临床观察江西中医药，1959，(10):26~27
[110] 包国庆. 压迫耳穴速愈腰痛. 上海针灸杂志，1987，(1):38
[111] 陆健. 耳针治疗急性腰扭伤. 上海针灸杂志，1986，(3):20
[112] 张登部. 电针治疗坐骨神经痛 42 例初步临床观察. 新中医，1975，(2):52~54
[113] 高，扬. 针灸治疗腰椎间盘突出症 58 例. 上海针灸杂志，1997，(1):16
[114] 廖小七. 浅刺电针法治疗坐骨神经痛 92 例. 上海针灸杂志，1997，(1):18
[115] 冯继亮. 气功红外信息仪与氦——氖激光治疗坐骨神经痛 78 例. 中华理疗杂志，1984，7(2):124
[116] 汪斌，等. 氦——氖激光治疗痹证 30 例疗效分析. 北京中医杂志，1984，(2):39
[117] 祁晓华. 隔姜灸治疗脊柱退行性病变. 上海针灸杂志，1987，(2):22

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[118] 康培英. 贴敷加温灸的临床应用. 上海针灸杂志, 1997, (3):27
[119] 王, 华. 隔药蜡灸治疗痹痛 353 例. 上海针灸杂志, 1997, (6):21
[120] 张曼华. 穴位注射治疗痛证 248 例. 上海针灸杂志, 1990, (2):27
[121] 李士杰. 足针治疗腰痛 117 例临床观察. 上海针灸杂志. 1988, (2):14~15
[122] 张剑秋. 指压疗法治疗颈肩痛和腰腿痛. 上海针灸杂志, 1986, (1):17
[123] 王国华. 针药并施治疗腰椎间盘突出症 26 例. 湖北中医杂志, 1987, (4):45
[124] 王庆, 等. 针刺、推拿治疗腰椎间盘突出症 100 例. 中国针灸, 1987, (3):21
[125] 朱美美. 针刺治疗腰腿痛 383 例. 上海针灸杂志, 1990, (3):26
[126] 谢成禄, 电针加红外线照射治疗坐骨神经痛 100 例. 上海针灸杂志, 1986, (1):18
[127] 施炳培, 等. 水针、电针、穴位结扎治疗坐骨神经损伤 37 例. 上海针灸杂志, 1986, (3):15
[128] 柯元荣. 针灸治疗腰椎间盘突出症 15 例. 浙江中医杂志, 1983, (6):259
[129] 王绪辉. 实验性肢体痹证十二经导电变化. 上海针灸杂志, 1986, (1):22~23
[130] 邱茂良. 主编. 中国针灸治疗学. 南京:江苏科学技术出版社, 1988.27
[131] 秦潮. 关于针刺镇痛传入神经纤维类别的研究. 上海针灸杂志, 1990, (3):41~43
[132] 艾民康, 等. 中枢乙酰胆碱在针刺镇痛中的作用. 针刺研究, 1989, (1~2):172
[133] 刘志诚, 等. 针刺对单纯性肥胖患者外周 5~羟色胺代谢的作用. 上海针灸杂志, 1990, (2):1~3
[134] 戚丽宜, 等. 针刺治疗坐骨神经痛及其镇痛机理的初步探讨. 中国针灸, 1984, (5):7
[135] 游振铨, 等. 针刺对痹证患者肢体局部血流的影响. 上海针灸杂志, 1990, (2):7~8
[136] 王宏才. 针刺对大白鼠实验性血瘀作用的观察. 上海针灸杂志, 1986, (2):35~36
[137] 吕宏江. 针刺对微循环血流影响的观察. 上海针灸杂志. 1986, (1):26-28
[138] 王殿喜. 中药离子导入治疗腰椎间盘膨出症. 中医外治杂志, 1996, 5(6):27
[139] 王淑霞等. 直流电中药离子导入疗法治疗腰椎间盘突出症 406 例. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(10):625
[140] 杨桂英等. 中药离子导入治疗骨质增生. 中医药信息, 1996, 15(1):35
[141] 周济朴. 直流电中药离子导入治疗 211 例腰腿痛及软组织损伤. 浙江中医杂志, 1983, 18(11):499
[142] 石坚等. 调制中频电药物导入治疗腰椎间盘突出症的感觉障碍 40 例. 第一军医大学学报, 1991, 11(2):170~171
[143] 姚共和等. 海马全蝎加中药电渗治疗腰椎间盘突出症. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 4(3):26~28
[144] 朱立国等. 中药离子导入为主治疗腰椎间盘突出症 177 例临床观察. 中医杂志, 1995, 36(1):39~40
[145] 卢天才. 草药电离于导入治疗腰椎间盘突出症. 中国骨伤, 1993, 6(5):44
[146] Bogduk N. Epidural steroids. Spine 1995, 20(7):845
[147] 姜宏. 中医药治疗腰痛研究的探索与方向. 中国骨伤, 1989, 2(5):42
[148] 丁坦法思编译. 血液流变学在诊断与预防中的应用. 北京:科学技术出版社, 1981.120~121; 248~264
[149] 黄德裕. 引起典型腰椎间盘突出症临床表现的原因总结. 中国康复医学杂志, 1991, 6(3):41
[150] Zhu XZ, Parnianpour M, Nordin M, et al. Histochemistry and marphology of erector spinae muscle inlumbar disc herniaein. Spine 1989, 14(4):391
[151] Yahiao H, Drouzn G, Maurais G, et al. Degeneration of the human lumban spine ligaments. Arulerastructural study. Pathol Res Pract 1989, 184(4):369

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[152] 周秉文，主编．腰背痛．北京：人民卫生出版社，1989：27
[153] Philip Bromage．Anesthesiology 1969，28 (3)：592
[154] White AH，et al．Epidural injections for diagnosis and treatment of low-back pain Spine 1984.5：78
[155] Knight CL，et al．Human volunter studies of alfentany．Auaesthesia 1980，35 (10)：952
[156] 孙锦年．硬膜外腔注射地塞米松引起精神障碍2例报道．颈腰痛杂志，1987，18 (1)：72
[157] 崔月犁，等．中华人民共和国药典．1990年版第1部．北京：人民卫生出版社，1990.62～108
[158] 张世民，等．脉络宁硬膜外注射治疗腰椎间盘突出症临床观察及初步动物试验．中国骨伤，1995，8 (5)：15
[159] 韦冬生．中西药合用硬膜外腔注射治疗腰腿痛93例分析．广西中西药，1994，17 (4)：145
[160] 王永江，等．硬膜外腔中、西药物应用疗效的对比观察．中华麻醉杂志，1988，8 (2)：111

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 附　录 ❋

方剂汇编

一　画

一捻金(《古今医鉴》)　大黄　槟榔　黑丑　白丑　人参

一号癣药水(经验方)　土槿皮　大枫子肉　地肤子　蛇床子　硫黄　白鲜皮　枯巩　苦参　樟脑　50%酒精

一贯煎(《柳州医话》)　沙参　麦冬　生地　枸杞　当归　川楝子

一煎散(《医宗金鉴》)　当归尾　穿山甲　生甘草　桃仁泥　皂角刺　黄连　枳壳　槟榔　天花粉　乌药　赤芍　生地　白芷　元明粉　大黄　红花

二　画

二至丸(《证治准绳》)　女贞子　旱莲草

二味拔毒散(《医宗金鉴》)　白矾　明雄黄　各等份，共研细末。

二号癣药水(经验方)　米醋　百部　蛇床子　硫黄　土槿皮　白矾　斑蝥　白国樟　轻粉

二仙汤(经验方)　仙茅　仙灵脾　当归　巴戟　知母　黄柏

二妙丸(《丹溪心法》)　黄柏　苍术

二陈汤(《和剂局方》)　半夏　橘红　茯苓　炙甘草　生姜　乌梅

十枣汤(《伤寒论》)　甘遂　大戟　芫花　大枣

十金大补汤(《和剂局方》)　熟地　白芍　当归　川芎　人参　白术　茯苓　黄芪　肉桂　炙甘草

十子丸(《妙一斋医学正印种子编》)　槐角子　覆盆子　桑椹子　枸杞子　冬青子　菟丝子　柏子仁　没石子　蛇床子　五味子

七三丹(经验方)　熟石膏7份　升丹3份　共研细末。

七星剑(《外科正宗》)　野菊花　苍耳子　豨莶草　半枝莲　麻黄　地丁香　草河车

七宝美髯丹(《医方集解》引)　制首乌　牛膝　补骨脂　茯苓　菟丝子　当归　枸杞子

七福饮(《景岳全书》)　人参　熟地　当归　白术　炙甘草　枣仁　远志

八二丹(经验方)　熟石膏8份　升丹2份　共研细末。

八正散(《和剂局方》)　木通　瞿麦　车前子　扁蓄　滑石　炙甘草　栀子　大黄

八珍丸(《正体类要》)　人参　白术　茯苓　甘草　当归　白芍　川芎　熟地　生姜　大枣

八味地黄丸(《金匮要略》)即附桂八味丸　熟地　山药　山茱萸　泽泻　茯苓　牡丹皮　肉桂　附子

人中白散(《外科正宗》)　人中白　孩儿茶　黄柏　薄荷　青黛　冰片　共研细末。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

人参败毒散(《验方新编》) 党参 独活 羌活 前胡 茯苓 甘草 生姜 柴胡 枳壳 桔梗 川芎 生地榆 紫竹根

人参白虎汤(《伤寒论》) 知母 石膏 生甘草 粳米 人参

人参养荣汤(《医宗金鉴》) 白芍 党参 陈皮 黄芪 桂心 当归 白术 甘草 熟地 五味子 茯苓 远志

人参养荣汤(《太平惠民和剂局方》) 人参 甘草 当归 白芍 熟地 肉桂 大枣 黄芪 白术 茯苓 五味子 远志 橘皮 生姜

人参鹿茸丸(《圣济总录纂要》) 人参 鹿茸 黄芪 当归 龙眼肉 五味子 补骨脂 菟丝子 杜仲 巴戟天 牛膝 茯苓 香附 黄柏 冬虫夏草

九一丹(经验方) 熟石膏9份 升丹1份 共研细末。

九分散(《急救应急良方》) 马钱子 麻黄 乳香 没药 各研极细末，再合研极细。

九华膏(《中医外科学》) 滑石 龙骨 川贝母 冰片 朱砂 硼砂 共研细末，凡士林调匀成膏。

三 画

三才封髓丹(《卫生宝鉴》) 天冬 熟地 人参 黄柏 砂仁 甘草

三石散(经验方) 制炉甘石 熟石膏 赤石脂 各等份，共研细末。

三拗汤(《太平惠民和剂局方》) 麻黄 杏仁 生甘草

三黄洗剂(《中医外科学》) 大黄 黄柏 黄芩 苦参 各等份，共研细末，加蒸馏水(1:10)制成。

三黄丸(《李东垣方》) 大黄 黄连 黄芩

三甲复脉汤(《温病条辨》) 炙甘草 生地 白芍 麦冬 阿胶 火麻仁 生牡蛎 生龟甲 生鳖甲

三品一条枪(《外科正宗》) 白砒 明矾 明雄黄 乳香 将砒矾共研细末，入小罐内，煅至青烟起，片时约上下通红，停火，放置一宿，取出研末，可得净末，再加余二药共研细末，厚糊调稠，搓成线条状，阴干备用。

三仁汤(《温病条辨》) 各仁 白蔻仁 薏苡仁 厚朴 滑石 竹叶 制半夏

三仙丹(《太平惠民和剂局方》) 川乌 茴香 苍术 葱白

三和汤(《圣济总录》) 羌活 紫苏 沉香 木瓜 大腹皮 川芎 甘草 橘皮 木香 槟榔 白术

三痹汤(《妇人良方》) 续断 杜仲 防风 桂心 细辛 人参 茯苓 当归 白芍 黄芪 牛膝 炙甘草 秦艽 生地 川芎 独活

三妙散(《医宗金鉴》) 黄柏 苍术 槟榔

三妙丸(《医宗金鉴》) 黄柏 苍术 川牛膝

三阴煎(《景岳全书》) 当归 熟地 甘草 芍药 枣仁 人参

大黄牡丹皮汤(《伤寒论》) 大黄 牡丹皮 桃仁 冬瓜仁 芒硝

大黄䗪虫丸(《金匮要略》) 地鳖虫 干漆 干地黄 甘草 水蛭 白芍 杏仁 黄芩 桃仁 虻虫 蛴螬虫 大黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大造丸(《景岳全书》) 紫河车 山药 龟板 盐黄柏 杜仲 牛膝 天门冬 麦门冬 熟地

大补元煎(《景岳全书》) 人参 山药 熟地 杜仲 枸杞子 当归 山茱萸 炙甘草

大补阴丸(《丹溪心法》) 熟地 龟版 黄柏 知母 猪脊髓

大半夏汤(《金匮要略》) 半夏 人参 白蜜

大承气汤(《伤寒论》) 大黄 厚朴 枳实 芒硝

大防风汤(《太平惠民和剂局方》) 川芎 附子 熟地 白术 防风 白芍 黄芪 杜仲 羌活 人参 炙甘草 牛膝

万灵丹(《医宗金鉴》) 茅术 何首乌 羌活 荆芥 川乌 乌药 川芎 川石斛 甘草 全蝎 防风 细辛 当归 麻黄 天麻 雄黄 共研细末，炼蜜为丸，朱砂为衣。

土槐饮(《赵炳南临床经验集》) 土茯苓 槐花

小柴胡汤(《伤寒论》) 柴胡 黄芩 半夏 人参 甘草 生姜 大枣

小金丹(《外科全生集》) 白胶香 草乌 五灵脂 地龙 制马钱子 乳香 没药 当归 麝香 墨炭

小陷胸汤(《伤寒论》) 黄连 半夏 栝蒌

小建中汤(《伤寒论》) 桂枝 白芍 甘草 生姜 大枣 饴糖

四 画

天王补心丹(《摄生秘剖》) 人参 玄参 丹参 茯苓 五味子 远志 桔梗 当归 天冬 麦冬 柏子仁 酸枣仁 生地 辰砂

天台乌药散(《医学发明》) 天台乌药 木香 茴香 青皮 高良姜 槟榔 川楝子 巴豆

天麻钩藤饮(《杂病证治新义》) 天麻 钩藤 生石决明 牛膝 桑寄生 杜仲 山栀 黄芩 益母草 朱茯神 夜交藤

太乙膏(《外科正宗》) 玄参 白芷 当归 肉桂 赤芍 大黄 生地 土木鳖 阿魏 轻粉 柳槐枝 血余 东丹 乳香 没药 麻油

五五丹(经验方) 熟石膏5份 升丹5份 共研细末。

五苓散(《伤寒论》) 桂枝 白术 茯苓 甘草 陈皮

五味消毒饮(《医宗金鉴》) 金银花 野菊花 蒲公英 紫花地丁 紫背天葵

五虎追风散(《普南史全思家传方》) 蝉衣 天南星 天麻 全蝎(带尾) 僵蚕

五倍子散(《医宗金鉴》) 用五倍子大者1个，敲一孔，用阴干车前草(荔枝草)揉碎，填塞五倍子内，用纸塞孔，湿纸包，煨片时，取出待冷，去纸，研为细末。每药末一钱，加轻粉三分，冰片五厘，共研极细。

五倍子汤(《疡科选粹》) 五倍子 朴硝 桑寄生 莲房 荆芥

五香连翘散(《仙授外科集验方》) 沉香 连翘 桑寄生 丁香 射干 独活 乳香 升麻 大黄 羌活 甘草 青木香 麝香 木通

五积散(《会约医镜》) 当归 苍术 陈皮 茯苓 半夏 厚朴 白芍 枳壳 桔梗 川芎 麻黄 炙甘草 肉桂

五物汤(《究原方》) 栝蒌 皂角刺 没药 乳香 甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

五神汤(《外科真诠》) 茯苓 金银花 牛膝 车前子 紫花地丁

五宝丹(《仙拈集》) 钟乳石 朱砂 珍珠 琥珀 冰片

五君子煎(《景岳全书》) 人参 白术 茯苓 炙甘草 干姜

五子衍宗丸(《丹溪心法》) 枸杞子 覆盆子 菟丝子 五味子 车前子

开郁种玉汤(《傅青主女科》) 白芍 香附 丹皮 白术 茯苓 花粉 当归

无比山药丸(《太平惠民和剂局方》) 山药 肉苁蓉 熟地 山茱萸 茯神 菟丝子 五味子 赤石脂 巴戟天 泽泻 杜仲 牛膝

内托黄芪散(《外科正宗》) 川芎 当归 陈皮 白术 黄芪 白芍 穿山甲 皂角刺 槟榔

内消升麻汤(《卫生宝鉴》) 大黄 升麻 黄芩 枳实 芍药 当归 炙甘草

内消瘰疬丸(《疡医大全》) 夏枯草 玄参 青盐 海藻 贝母 薄荷 花粉 海粉 白蒺藜 连翘 熟大黄 生甘草 生地 桔梗 枳壳 当归 硝石

内消沃雪汤(《外科正宗》) 青皮 陈皮 乳香 没药 连翘 黄芪 当归 甘草节 白芷 射干 天花粉 穿山甲 贝母 白芍 金银花 皂角刺 木香 大黄

内疏黄连汤(《医宗金鉴》) 黄连 山栀 黄芩 桔梗 木香 槟榔 连翘 芍药 薄荷 甘草 当归 大黄

止痛如神汤(《医宗金鉴》) 秦艽 桃仁 皂角刺 苍术 防风 黄柏 当归尾 泽泻 槟榔 熟大黄

牛黄上清丸(《全国中药成药处方集》) 黄连 桔梗 白芷 川芎 赤芍 荆芥穗 生石膏 大黄 黄芩 当归 生栀子 连翘 薄荷 莲子心 菊花 黄柏 甘草

牛黄清心丸(《痘疹世医心法》) 牛黄 朱砂 生黄连 黄芩 栀子 郁金

牛黄清心丸(《太平惠民和剂局方》) 白芍 麦冬 黄芩 当归 防风 白术 柴胡 桔梗 川芎 茯苓 杏仁 神曲 炒蒲黄 人参 羚羊角 麝香 冰片 肉桂 大豆黄卷 阿胶 白敛 炮姜 牛黄 犀角 雄黄 山药 甘草

牛黄解毒片(《上海中成药》) 大黄 石膏 黄芩 桔梗 甘草 雄黄 牛黄 冰片

牛蒡解肌汤(《疡科心得集》) 牛蒡子 薄荷 荆芥 连翘 山栀 丹皮 石斛 玄参 夏枯草

牛蒡子汤(《外科正宗》) 陈皮 牛蒡子 天花粉 山栀 金银花 栝蒌仁 黄芩 甘草 连翘 皂角刺 柴胡 青皮

化斑解毒汤(《医宗金鉴》) 升麻 石膏 连翘 牛蒡子 人中黄 黄连 知母 玄参

化斑汤(《温病条辨》) 石膏 知母 甘草 玄参 犀角 粳米

化虫丸(《医方集解》) 槟榔 鹤虱 苦楝根 枯矾 炒胡粉 使君子 芜荑

化滞汤(《会约医镜》) 陈皮 青皮 茯苓 厚朴 白芥子 大黄

化瘀汤(《会约医镜》) 当归 熟地 白芍 川芎 肉桂 桃仁

化腐生肌丹(《中医外科证治经验》) 白降丹 乳香 没药 炉甘石 海螵蛸 珍珠 冰片 麝香 白丁香 狗宝

升陷汤(《医学衷中参西录》) 野台参 生芪 白术 陈皮 厚朴 鸡内金 知母 白芍 桂枝 川芎 生姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

乌龙膏(《余居士选奇方》) 不蛀皂角 杏仁 铅丹 共为细末，轻粉拌匀，用麻油调敷。
乌梅丸(《伤寒论》) 乌梅 细辛 干姜 当归 附子 蜀椒 桂枝 黄柏 黄连 人参
乌头汤(《金匮要略》) 川乌 麻黄 芍药 黄芪 甘草
丹栀逍遥散(《医学入门》) 当归 芍药 茯苓 炒白术 柴胡 山栀 炙甘草 丹皮
丹参饮(《医宗金鉴》) 丹参 檀香 砂仁
六一散(《伤寒标本》) 滑石 甘草
六郁汤(《医学正传》) 陈皮 半夏 苍术 川芎 茯苓 栀子 香附 甘草 砂仁
六味地黄丸(《小儿药证直诀》) 熟地 山药 茯苓 丹皮 泽泻 山茱萸
六神丸(《医方类聚》) 木香 黄连 神曲 川楝子肉 芜荑 麦牙
六磨汤(《证治准绳》) 沉香 木香 槟榔 乌药 枳实 大黄
六妙汤(《是斋百一选方》) 乌梅 甘草 罂粟壳 丁香 桂心 砂仁
六君子汤(《医学正传》) 人参 炙甘草 茯苓 白术 陈皮 制半夏
少腹逐瘀汤(《医林改错》) 小茴香 干姜 延胡索 没药 当归 川芎 肉桂 赤芍 蒲黄 五灵脂
双解通圣散(《医宗金鉴》) 滑石 生甘草 桔梗 石膏 黄芩 栀子 麻黄 薄荷 川芎 白术 连翘 白芍 荆芥 当归 防风

五 画

左归饮(《景岳全书》) 熟地 山萸肉 枸杞子 山药 杜仲 甘草 附子 肉桂
左归丸(《景岳全书》) 熟地 山药 山茱萸 菟丝子 枸杞子 牛膝 鹿角胶
左金丸(《丹溪心法》) 黄连 吴茱萸
右归饮(《景岳全书》) 熟地 山药 山茱萸 枸杞子 杜仲 菟丝子 附子 肉桂 当归 鹿角胶
玉露散(经验方) 芙蓉叶 去根茎，研成极细末。
玉露油膏(经验方) 芙蓉叶研细末 凡士林 调匀成膏。
玉女煎(《景岳全书》) 石膏 熟地 麦冬 知母 牛膝
平胃散(《太平惠民和剂局方》) 苍术 厚朴 橘皮 甘草 生姜 大枣
平齑丹(《外科诊疗学》) 乌梅肉 月石 轻粉 冰片
甘麦大枣汤(《金匮要略》) 甘草 小麦 大枣
甘露消毒丹(《温热经纬》) 滑石 茵陈 黄芩 石菖蒲 木通 川贝母 连翘 射干 薄荷 白蔻仁 藿香
龙胆泻肝汤(《兰室秘藏》) 龙胆草 泽泻 木通 车前子 当归 柴胡 生地(近代方有黄芩、栀子)
打老儿丸(《万氏家抄方》) 石菖蒲 山药 牛膝 远志 巴戟天 续断 五味子 楮实子 杜仲 山茱萸 茯神 熟地 小茴香 肉苁蓉 枸杞子
去腐生新膏(《中医外科外治法》) 白芷 紫草 煅龙骨 熟石膏 甘草 轻粉 制没药 蜈蚣 当归 丹参 枯矾 冰片 珍珠粉 白蜡 麻油
四黄散(《朱仁康临床经验集》) 大黄 黄柏 雄黄 硫黄 各等量，共研细末。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

四味拔毒散(《中医外科证治经验》) 明雄黄 苏雄 白矾 冰片
四顺清凉饮(《外科正宗》) 连翘 赤芍 羌活 防风 当归 山栀 甘草 大黄
四物汤(《太平惠民和剂局方》) 当归 白芍 川芎 熟地
四神丸(《证治准绳》) 肉豆蔻 补骨脂 五味子 吴茱萸
四逆散(《伤寒论》) 柴胡 白芍 枳实 甘草
四逆汤(《伤寒论》) 附子 干姜 甘草
四逆加人参汤(《伤寒论》) 甘草 干姜 附子 人参
四妙汤(《外科精要》) 炙黄芪 金银花 当归 炙甘草
四妙丸(《成方便读》) 苍术 黄柏 牛膝 苡仁
四妙勇安汤(《验方新编》) 玄参 当归 金银花 甘草
四君子汤(《太平惠民和剂局方》) 党参 白术 茯苓 甘草
生脉散(《备急千金要方》) 人参 麦冬 五味子 共研细末。
生肌散(《顾筱岩氏改良方》) 制炉甘石 滴乳石 滑石 血琥珀 朱砂 冰片 研细末。
生肌玉红膏(《外科正宗》) 当归 白芷 白蜡 轻粉 甘草 紫草 血竭 麻油
生肌白玉膏(经验方) 尿浸石膏 制炉甘石 麻油 黄凡士林
生化汤(《傅青主女科》) 当归 川芎 桃仁 黑姜 炙甘草
生髓育麟丹(《辨证录》) 人参 麦冬 肉苁蓉 山茱萸 山药 熟地 桑椹 鹿茸 龟版胶 枸杞子 鱼鳔 菟丝子 当归 五味子 紫河车 柏子仁
白虎汤(《伤寒论》) 知母 石膏 甘草 粳米
白虎加人参汤(《伤寒论》) 知母 石膏 甘草 粳米 人参
白降丹(《医宗金鉴》) 朱砂 雄黄 水银 硼砂 火硝 食盐 白矾 皂矾
代抵当汤(《证治准绳》) 大黄 当归尾 生地 穿山甲 芒硝 桃仁 肉桂
仙方活命饮(《医宗金鉴》) 穿山甲 皂角刺 当归尾 甘草 金银花 赤芍 乳香 没药 天花粉 陈皮 防风 贝母 白芷
归芍地黄汤(《症因脉治》) 生地 当归 白芍 枸杞子 丹皮 知母 人参 地骨皮
归芍地黄丸(《北京市中药成方选集》) 熟地 山药 山萸肉 丹皮 茯苓 泽泻 白芍 当归
归脾汤(《济生方》) 党参 黄芪 白术 茯神 酸枣仁 龙眼 木香 炙甘草 当归 远志 生姜 大枣
半夏厚朴汤(《金匮要略》) 半夏 厚朴 茯苓 生姜 苏叶
半夏白术天麻汤(《医学心悟》) 半夏 白术 天麻 陈皮 茯苓 甘草 生姜 大枣
加味二妙散(《丹溪心法》) 黄柏 苍术 当归 牛膝 防己 草薢 龟版
加味虎潜丸(《张氏医通》) 黄柏 龟版 熟地 白芍 锁阳 虎胫骨 当归 炮姜 人参 黄芪 山药 枸杞子 牛膝 五味子
加味逍遥散(《太平惠民和剂局方》) 柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 甘草 薄荷 煨生姜 丹皮 山栀
加味异功散(《保命歌括》) 人参 白术 茯苓 甘草 陈皮 砂仁 藿香 神曲 陈米
皮脂膏(经验方) 青黛 黄柏 煅石膏 烟膏 共研细末，和匀，加凡士林调匀成膏。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

六　画

百合固金汤(《慎斋遗书》)　百合　熟地　麦冬　贝母　生地　当归　白芍　甘草　玄参　桔梗

芍药甘草汤(《伤寒论》)　芍药　甘草

地黄饮子(《宣明论方》)　生地　巴戟天　山萸肉　肉苁蓉　石斛　炮附子　茯苓　石菖蒲　远志　肉桂　麦门冬　五味子　生姜　大枣

地龙散(《太平圣惠方》)　地龙　蜈蚣　芎劳　桂心　干姜　苏枋木　木香　蒲黄　赤芍　丹皮　水蛭　桃仁

地龙片(经验方)　地龙研粉，加适量赋型剂，轧片，每片含生药0.3。

地榆槐角丸(经验方)　地榆炭　槐角　槐花　大黄　黄芩　地黄　当归　赤芍　红花　防风　荆芥穗　枳壳

托里消毒散(《医宗金鉴》)　人参　川芎　当归　白芍　白术　金银花　茯苓　白芷　皂角刺　甘草　桔梗　黄芪

托里排脓散(《太平圣惠方》)　黄芪　木香　木占斯　川芎　当归　细辛　桔梗　赤芍　槟榔　败酱草　桂心　炙甘草　羌活　白芷

托里排脓汤(《医宗金鉴》)　当归　白芍　人参　白术　茯苓　连翘　金银花　浙贝母　生黄芪　陈皮　肉桂　桔梗　牛膝　白芷　甘草

托里透脓汤(《医宗金鉴》)　人参　白术　穿山甲　白芷　升麻　甘草节　当归　生黄芪　皂角刺　青皮

芋芍丸(经验方)　香梗芋芍，不拘多少。切片晒干，研细末，用陈海蛇漂淡，大苇茎煎汤泛丸，如梧桐子大。

至宝丹(《太平惠民和剂局方》)　朱砂　麝香　安息香　金银箔　犀角　牛黄　琥珀　雄黄　玳瑁　龙脑

当归拈痛汤(《医学发明》)　茵陈　羌活　防风　升麻　葛根　苍术　白术　甘草　黄芩　苦参　当归　猪苓　泽泻　知母

当归芍药散(《金匮要略》)　当归　芍药　茯苓　白术

当归龙荟丸(《宣明论方》)　当归　龙胆草　栀子　黄连　黄芩　黄柏　大黄　青黛　芦荟　木香　麝香

当归四逆汤(《伤寒论》)　当归　桂枝　芍药　细辛　甘草　通草　大枣

当归饮子(《重订严氏济生方》)　当归　白芍　川芎　生地　白蒺藜　荆芥穗　防风　何首乌　黄芪　炙甘草

当归片(《经验方》)　当归研粉，加适量赋型剂，轧片，每片含生药0.3。

当归补血汤(《内外伤辨惑论》)　黄芪　当归

回阳玉龙膏(《外科正宗》)　草乌　干姜　赤芍　白芷　南星　肉桂　研成细末。

回阳玉龙油膏(经验方)　回阳玉龙膏　凡士林　调匀成膏。

先天大造丸(《医宗金鉴》)　人参　白术　当归　茯苓　菟丝子　枸杞　黄精　牛膝　补骨脂　骨碎补　巴戟肉　远志　广木香　青盐　丁香

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血府逐瘀汤(《医林改错》) 当归 生地 桃仁 红花 枳壳 赤芍 柴胡 甘草 桔梗 川芎 牛膝

竹叶石膏汤(《伤寒论》) 竹叶 石膏 麦冬 人参 半夏 粳米 炙甘草

竹皮大丸(《金匮要略》) 生竹茹 石膏 桂枝 甘草 白薇

全鹿丸(见张景岳方) 人参 白术 茯苓 炙甘草 当归 川芎 生地 熟地 黄芪 天冬 麦冬 枸杞 杜仲 牛膝 山药 芡实 菟丝子 五味子 锁阳 肉苁蓉 补骨脂 巴戟肉 胡芦巴 川续断 覆盆子 楮实 秋石 陈皮 川椒 小茴香 沉香 青盐 用全鹿一只，去毛，将肚杂洗净，一起煮熟后，将肉横切焙干成末，将皮、骨等再入原汤煎熬成膏，和入肉末及药物成丸。

交泰丸(《医方集解》) 黄连 肉桂

安宫牛黄丸(《温病条辨》) 牛黄 郁金 犀角 黄连 朱砂 冰片 珍珠 山栀 雄黄 黄芩 麝香 金箔衣

冲和膏(《外科正宗》) 紫荆皮 独活 赤芍 白芷 石菖蒲

安神定志丸(《医学心悟》) 人参 茯苓 茯神 远志 石菖蒲 龙齿

阳和解凝膏(《外科全生集》) 鲜牛蒡子根叶梗 鲜白凤仙梗 川芎 川附 桂枝 大黄 当归 肉桂 草乌 地龙 僵蚕 赤芍 白芷 白蔹 白及 乳香 没药 续断 防风 荆芥 五灵脂 木香 香橼 陈皮 苏合油 麝香 菜油

阳和汤(《外科全生集》) 熟地黄 白芥子 炮姜炭 麻黄 甘草 肉桂 鹿角胶

阳和通脉汤(《中医入门指要》) 炮附子 桂枝 麻黄 丹参 鸡血藤 川牛膝 红花 地龙 当归 赤芍 炮甲珠 甘草

阴毒内消散(《药蒇启秘》) 麝香 轻粉 丁香 樟脑 腰黄 良姜 肉桂 川乌 炒甲片 胡椒 制乳没 阿魏 牙皂 研极细末。

防风汤(《宣明论方》) 防风 麻黄 秦艽 葛根 茯苓 当归 杏仁 黄芩 甘草

防己黄芪汤(《金匮要略》) 防己 白术 黄芪 甘草 生姜 大枣

防己茯苓汤(《金匮要略》) 防己 黄芪 桂枝 茯苓 甘草

红油膏(经验方) 凡士林 九一丹 东丹

防己饮(《集验广集》) 防己 苍术 黄柏 茵陈 泽泻 牛膝 调匀成膏。

红灵丹(上海中医学院《方剂学》) 朱砂 麝香 银硝 礞石 雄黄 硼砂 冰片

导赤散(《小儿药证直诀》) 生地黄 木通 竹叶 甘草

导痰汤(《济生方》) 半夏 天南星 橘红 枳实 赤茯苓 甘草 生姜

异功散(《小儿药证直诀》) 人参 白术 茯苓 甘草 陈皮

如意金黄散(《外科正宗》) 天花粉 黄柏 大黄 姜黄 白芷 厚朴 陈皮 甘草 苍术 天南星

七 画

麦门冬汤(《金匮要略》) 麦冬 人参 半夏 甘草 粳米 大枣

连朴饮(《霍乱论》) 黄连 厚朴 豆豉 栀子 半夏 石菖蒲 芦根

连梅汤(《温病条辨》) 黄连 乌梅 麦冬 生地 阿胶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

连翘汤(《备急千金要方》) 连翘 芒硝 赤芍 射干 升麻 防己 杏仁 黄芩 大黄 柴胡 甘草

连翘饮子(《奇效良方》) 连翘 川芎 栝楼仁 皂角刺 橘叶 青皮 甘草 桃仁

连翘败毒丸(《全国中药成药处方集》) 连翘 金银花 地丁 蒲公英 栀子 白芷 黄芩 赤芍 浙贝母 玄参 桔梗 木通 防风 白蔹皮 甘草 蝉蜕 天花粉 大黄

杏仁滑石汤(《温病条辨》) 杏仁 半夏 滑石 黄芩 郁金 厚朴 橘红 黄连 通草

苍附导痰丸(《叶天士女科全书》) 苍术 香附 半夏 茯苓 枳壳 陈皮 胆南星 甘草

苏合香丸(《太平惠民和剂局方》) 白术 青木香 乌犀屑 香附子 朱砂 诃子 白檀香 安息香 沉香 麝香 丁香 荜茇 龙脑 苏合香油 熏陆香

芩连四物汤(《古今医统》) 川芎 当归 白芍 生地 黄芩 黄连

杞菊地黄丸(《医级》) 枸杞 菊花 熟地 山茱萸 山药 泽泻 丹皮 茯苓

吴茱萸汤(《伤寒论》) 吴茱萸 人参 生姜 大枣

吴茱萸生姜汤(《卫生宝鉴》补遗) 吴茱萸 生姜 人参

秃疮膏(《朱仁康临床经验集》) 紫草 黄蜡 百部 朴硝 硫黄末 樟脑 麻油

龟鹿二仙膏(经验方) 鹿角 龟版 枸杞 人参

龟鹿二仙胶(《医便》) 鹿角 龟版 枸杞 人参

身痛逐瘀汤(《医林改错》) 当归 川芎 桃仁 红花 五灵脂 没药 香附 牛膝 秦艽 羌活 地龙

沉香散(《金匮翼》) 沉香 石苇 滑石 当归 橘皮 白芍 冬葵子 甘草 王不留行

沙参麦冬汤(《温病条辨》) 沙参 麦冬 玉竹 桑叶 甘草 天花粉 白扁豆

补天育麟丹(《辨证录》) 鹿茸 人参 山茱萸 熟地 肉苁蓉 巴戟天 白术 炙黄芪 淫羊藿 山药 芡实 当归 蛇床子 菟丝子 柏子仁 肉桂 麦冬 五味子 锁阳 人胞 火焙海狗肾 蛤蚧 黄连 砂仁

补中汤(《兰室秘藏》) 升麻 柴胡 当归 神曲 泽泻 大麦芽面 苍术 黄芪 炙甘草 红花 五味子

补中益气汤(《脾胃论》) 人参 黄芪 白术 甘草 当归 陈皮 升麻 柴胡

补肺汤(《永类钤方》) 人参 黄芪 熟地 五味子 紫菀 桑白皮

补肝散(《证治准绳》) 山茱萸 当归 五味子 山药 黄芪 川芎 木瓜 熟地 白术 独活 枣仁

补肝汤(《医宗金鉴》) 当归 白芍 川芎 熟地 酸枣仁 木瓜 麦冬 甘草

补肾壮筋汤(《伤科补要》) 熟地 当归 牛膝 山茱萸 茯苓 续断 杜仲 白芍 青皮 五加皮

补骨脂丸(《医学入门》) 磁石 熟地 当归 川芎 肉桂 菟丝子 川椒 补骨脂 白蒺藜 胡芦巴 杜仲 白芷 葛蒲 黑芥穗 柴胡

启阳娱心丹(《辨证录》) 人参 远志 茯神 葛蒲 甘草 橘红 砂仁 柴胡 菟丝子 白术 生枣仁 当归 白芍 山药

附子理中汤(《太平惠民和剂局方》) 附子 子姜 人参 白术 炙甘草

附桂理中丸(《全国中药成药处方集》) 附子 肉桂 炮姜 人参 白术 炙甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

附桂八味丸(崔氏方) 熟地 山药 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮 肉桂 附子
妙应丹(《太平惠民和剂局方》) 炒蚕砂 鲤鱼鳞 当归 石膏 泽兰 附子 木香 熟地 川芎 防风 芜荑 人参 黄芪 马牙硝 川椒 柏子仁 蝉衣 白薇 槟榔 厚朴 藁本 炮姜 炙甘草 吴茱萸 红花

八 画

青蒿鳖甲汤(《温病条辨》) 青蒿 鳖甲 生地 知母 丹皮
青黛散(经验方) 青黛 石膏 滑石 黄柏
青黛散油膏(经验方) 青黛散 凡士林
苓桂术甘汤(《金匮要略》) 茯苓 桂枝 白术 甘草
苦参散(《外科精义》) 苦参 蔓荆子 何首乌 荆芥穗 威灵仙 各等份。
苦参汤(《疡科心得集》) 苦参 蛇床子 白芷 银花 菊花 黄柏 地肤子 石菖蒲
苦参子膏(经验方) 苦参子仁 凡士林 调匀成膏。
苦参丸(《证治准绳》) 苦参 玄参 黄连 大黄 独活 枳壳 防风 黄芩 栀子 菊花
枇杷清肺饮(《外科大成》) 枇杷叶 桑白皮 黄连 黄柏 人参 甘草
拔毒膏(《丹溪心法附余》) 南皂角 五倍子 乳香 没药 雄黄
拔瘭丹(《瘭疡证治》) 水银 明矾 火硝 食盐 皂矾
肾气丸(《金匮要略》) 肉桂 附子 熟地 山茱萸 茯苓 泽泻 丹皮 山药
肾着汤(《三因极一病证方论》) 茯苓 白术 干姜 甘草 杏仁
易黄散(《傅青主女科》) 山药 芡实 黄柏 车前子 白果
虎潜丸(《丹溪心法》) 黄柏 龟版 知母 熟地 陈皮 白芍 锁阳 虎骨 干姜
金黄散(《医宗金鉴》) 大黄 黄柏 姜黄 白芷 南星 陈皮 苍术 厚朴 甘草 天花粉
金黄膏(经验方) 金黄散 凡士林 调匀成膏。
金蟾膏(《外科启玄》) 活蛤蟆 去骨捣烂如膏，外敷患处。
金水六君煎(《景岳全书》) 当归 熟地 陈皮 半夏 茯苓 炙甘草
知柏地黄丸(《医宗金鉴》) 知母 黄柏 熟地 山茱萸 山药 茯苓 丹皮 泽泻
鱼鳔丸(《神效祖传秘方》) 鱼鳔 蒺藜 枸杞子 补骨脂 肉苁蓉 川断 当归 杜仲 菟丝子
炙甘草汤(《伤寒论》) 炙甘草 人参 地黄 桂枝 阿胶 麦冬 麻仁 生姜 大枣
河车大造丸(《扶寿精方》) 紫河车 山药 龟版 盐黄柏 杜仲 牛膝 天门冬 麦门冬 生地 人参
河车种子丸(《妙一斋医学正印种子编》) 人参 白参 茯苓 熟地 当归 枸杞子 菟丝子 山萸肉
泻心汤(《金匮要略》) 大黄 黄芩 黄连
定志丸(《备急千金要方》) 菖蒲 远志 茯苓 人参
定经汤(《傅青主女科》) 菟丝子 白芍 当归 熟地 山药 茯苓 苓穗 柴胡
实脾饮(《济生方》) 附子 干姜 白术 甘草 厚朴 木香 草果 大腹皮 木瓜 生姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

茯苓　大枣

实脾丸(经验方)　党参　白术　薏苡仁　冬瓜皮　木香　茯苓　生地　当归　鸡血藤

羌活胜湿汤(《内外伤辨惑论》)　羌活　独活　藁本　川芎　蔓荆子　炙甘草

参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)　人参　茯苓　白术　桔梗　山药　甘草　白扁豆　莲子肉　砂仁　薏苡仁

参芪地黄汤(《不知医必要》)　党参　炙黄芪　白术　肉蔻霜　茯苓　淮山药　升麻　炙甘草

参附汤(《妇人良方》)　人参　熟附子　生姜　大枣

九　画

茵陈蒿汤(《伤寒论》)　茵陈蒿　山栀　大黄

荆防败毒散(《外科理例》)　荆芥　防风　羌活　独活　柴胡　前胡　川芎　枳壳

荆防牛蒡汤(《医宗金鉴》)　荆芥　防风　牛蒡子　银花　陈皮　天花粉　黄芩　蒲公英　连翘　皂角刺　柴胡　香附　生草

茯苓皮汤(《温病条辨》)　茯苓皮　薏苡仁　猪苓　大腹皮　通草　淡竹叶

栀子清肝汤(《外科正宗》)　栀子　川芎　当归　柴胡　白芍　丹皮　煅石膏　牛蒡子　黄芩　黄连　甘草

枳实白术汤(《医碥》)　枳实　白术

指迷茯苓丸(《备急千金要方》)　枳壳　半夏　茯苓　风化硝

枯痔散(经验方)　白砒　白矾　月石　硫黄　雄黄

春泽汤(《医方集解》)　白术　桂枝　猪苓　泽泻　茯苓　人参

奔豚汤(《金匮要略》)　甘草　黄芩　川芎　芍药　当归　半夏　生姜　葛根　甘李根白皮

逐瘀通脉汤(《中医入门指要》)　当归　赤芍　白芍　牛膝　红花　丹参　鸡血藤　炮甲珠　枳壳　木香　川芎　金银花　甘草

胃苓汤(《丹溪心法》)　苍术　厚朴　陈皮　甘草　生姜　大枣　桂枝　白术　泽泻　茯苓　猪苓

咬头膏(经验方)　铜绿　松香　乳香　没药　生木鳖　蓖麻子　杏仁　巴豆　白砒　捣成膏，为丸如绿豆大。

香砂六君子汤(《太平惠民和剂局方》)　人参　白术　茯苓　甘草　半夏　陈皮　木香　砂仁

香贝养荣汤(《医宗金鉴》)　香附　贝母　党参　茯苓　白术　陈皮　熟地　川芎　白术　桔梗　甘草　生姜　大枣

独活寄生汤(《备急千金要方》)　独活　桑寄生　秦艽　防风　细辛　当归　芍药　川芎　熟地　杜仲　牛膝　人参　茯苓　甘草　桂心

独参汤(《景岳全书》)　人参

保元汤(《博爱心鉴》)　人参　黄芪　肉桂　甘草　生姜

保和丸(《丹溪心法》)　神曲　山楂　茯苓　半夏　陈皮　连翘　莱菔子

复元活血汤(《医学发明》)　柴胡　天花粉　当归尾　红花　甘草　穿山甲　大黄　桃仁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

复元通气散(《太平惠民和剂局方》) 茴香 穿山甲 玄胡 白丑 陈皮 甘草 南木香
冠心苏合丸(经验方) 苏合香油 檀香 朱砂 冰片 青木香 乳香
济生肾气丸(《济生方》) 地黄 山药 山萸肉 丹皮 茯苓 泽泻 炮附子 桂枝 牛膝 车前子
活血散瘀汤(《医宗金鉴》) 当归尾 赤芍 桃仁 大黄 川芎 苏木 丹皮 枳壳
活血逐瘀汤(《赵炳南临床经验集》) 丹参 乌药 白僵蚕 三棱 莪术 白芥子 厚朴 橘红 土贝母 沉香
活血通脉饮(经验方) 丹参 银花 赤芍 土茯苓 当归 川芎
祛毒汤(《医宗金鉴》) 瓦松 马齿苋 生甘草 文蛤 川椒 苍术 防风 葱白 枳壳 侧柏叶 火硝
神交汤(《辨证录》) 人参 麦冬 巴戟天 柏子仁 山药 芡实 玄参 丹参 茯神 菟丝子
神效栝楼散(《寿世保元》) 栝楼 白芷 玄参 升麻 当归尾 桔梗 连翘 柴胡 青皮 天花粉 穿山甲 川芎 贝母 木鳖子 延胡索 木通
神妙丹(《古今医鉴》) 雄黄 蟾酥 胆矾 半夏 麝香
神犀丹(《温热经纬》) 犀角 石菖蒲 黄芩 生地 金银花 金汁 连翘 板兰根 豆豉 玄参 天花粉 紫草
宣志汤(《辨证录》) 茯苓 菖蒲 甘草 白术 生枣仁 远志 柴胡 当归 人参 山药 巴戟天
宣郁通经汤(《傅青主女科》) 白芍 当归 丹皮 山栀 荆芥 柴胡 香附 郁金 黄芩 生甘草
宣痹汤(《温病条辨》) 防己 杏仁 滑石 连翘 山栀 薏苡仁 半夏 蚕砂 赤小豆皮
养心汤(《证治准绳》) 人参 黄芪 炙甘草 五味子 肉桂 当归 川芎 茯苓 半夏 酸枣仁 柏子仁 茯神 炙远志 茯苓 猪苓
养阴清肺汤(《重楼玉钥》) 生地 麦冬 生甘草 玄参 贝母 丹皮 薄荷 白芍
除湿胃苓汤(《医宗金鉴》) 苍术 厚朴 陈皮 猪苓 泽泻 茯苓 白术 滑石 防风 山栀 木通 肉桂 甘草 灯心

十 画

桂枝汤(《伤寒论》) 桂枝 芍药 生姜 炙甘草 大枣
桂枝茯苓丸(《金匮要略》) 桂枝 茯苓 丹皮 桃仁 芍药
桂枝人参汤(《伤寒论》) 桂枝 白术 甘草 生姜 人参
桂枝加桂汤(《伤寒论》) 桂枝 芍药 生姜 甘草 大枣
桂枝加葛根汤(《伤寒论》) 葛根 麻黄 芍药 桂枝 生姜 甘草 大枣
桂枝加附子汤(《伤寒论》) 桂枝 芍药 甘草 生姜 大枣 附子
桂枝芍药知母汤(《金匮要略》) 桂枝 芍药 甘草 生姜 麻黄 白术 知母 防风 附子
桂枝甘草龙骨牡蛎汤(《伤寒论》) 桂枝 炙甘草 龙骨 牡蛎

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

桂麝散(《药兹启秘》) 麻黄 细辛 肉桂 牙皂 生半夏 丁香 生南星 麝香 冰片

桂附汤(《东垣试效方》) 肉桂 附子 黄柏 知母

桃仁红花煎(《素庵医案》) 丹参 赤芍 桃仁 红花 制香附 元胡 青皮 当归 川芎 生地

桃仁承气汤(《伤寒论》) 桃仁 大黄 桂枝 芒硝 炙甘草

桃红四物汤(《和剂局方》) 地黄 当归 芍药 川芎 桃仁 红花

桃红饮(《类证治裁》) 桃仁 红花 川芎 当归 威灵仙 麝香

栝楼散(《傅青主女科》) 栝楼仁 生甘草 当归 乳香 金银花 白芷 没药 青皮

栝楼牛蒡汤(《医宗金鉴》) 栝楼 牛蒡子 天花粉 黄芩 陈皮 生栀子 皂角刺 金银花 青皮 柴胡 甘草 连翘

栝楼瞿麦丸(《金匮要略》) 栝楼根 茯苓 薯蓣 附子 瞿麦

真珠母丸(《本事方》) 真珠母 当归 熟地 人参 酸枣仁 柏子仁 犀角 茯神 沉香 龙齿

真武汤(《伤寒论》) 炮附子 白术 茯苓 芍药 生姜

顾步汤(《外科真诠》) 黄芪 石斛 当归 牛膝 紫花地丁 党参 甘草 金银花 蒲公英 菊花

顾步复脉汤(《中医入门指要》) 党参 生黄芪 白术 当归 熟地 赤芍 川芎 石斛 牛膝 金银花

夏枯草膏(《九散膏丹集成》) 夏枯草 当归 白芍 玄参 乌药 象贝 僵蚕 昆布 桔梗 陈皮 川芎 甘草 香附 红花 上药共入砂锅内，水煎浓汁，布滤去渣，将汁复入砂锅内，文火熬成，加白蜜，再熬成膏备用。

柴胡清肝汤(《医宗金鉴》) 生地 当归 白芍 川芎 柴胡 黄芩 山栀 天花粉 防风 牛蒡子 连翘 甘草

柴胡陷胸汤(《重订通俗伤寒论》) 柴胡 半夏 川连 桔梗 黄芩 栝楼仁 枳实 生姜汁

柴胡疏肝散(《景岳全书》) 柴胡 枳壳 芍药 甘草 香附 川芎

逍遥散(《太平惠民和剂局方》) 柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 炙甘草 煨姜 薄荷

脏连丸(经验方) 猪大肠 黄芩 黄连 赤芍 当归 槐花 地榆 槐角 荆芥 阿胶 地黄

透脓散(《外科正宗》) 生黄芪 炒山甲 川乌 皂角刺

铁箍散(《保婴撮要》) 芙蓉叶 黄柏 大黄 五倍子 白芨 各等份。

铁箍散(《全国中药成药处方集》) 生大黄 黄柏 芙蓉叶 生半夏 生南星 生川乌 生草乌 白芨 白蔹

润肠片(经验方) 生大黄 枳实 槟榔 赤芍 川朴 木香 上药研粉，过80目筛，轧片。

润肠汤(《证治准绳》) 当归梢 甘草 生地 麻仁 桃仁泥

涤痰汤(《资生方》) 制半夏 制南星 陈皮 枳实 茯苓 人参 石菖蒲 竹茹 甘草 生姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

消瘰丸(《医学心悟》) 玄参 牡蛎 贝母
消痈丸(《外科真诠》) 玄参 牡蛎 贝母
消风散(《医宗金鉴》) 荆芥 防风 当归 生地 苦参 苍术 蝉退 胡麻仁 牛蒡子 知母 石膏 甘草 木通
凉膈散(《太平惠民和剂局方》) 连翘 大黄 芒硝 甘草 栀子 黄芩 薄荷 共研细末，加竹叶、蜂蜜。
凉血地黄汤(《外科大成》) 生地 当归尾 地榆 槐角 黄连 天花粉 生甘草 升麻 赤芍 枳壳 黄芩 荆芥
资生丸(《医镜》) 人参 白术 茯苓 甘草 山药 扁豆 薏苡仁 芡实 莲肉 藿香叶 白蔻仁 橘红 山楂 麦芽 神曲 黄连 泽泻
益元散(《宣明论方》) 滑石 甘草 研细末。
益胃汤(《温病条辨》) 沙参 麦冬 生地 玉竹 冰糖
益气聪明汤(《兰室秘藏》) 黄芪 人参 葛根 蔓荆子 白芍 黄柏 升麻 炙甘草
调肝散(《仁斋直指方》) 半夏 辣桂 宣木瓜 当归 川芎 牛膝 细辛 石菖蒲 酸枣仁 甘草 生姜 大枣
调肝汤(《傅青主女科》) 山药 阿胶 当归 白芍 山萸肉 巴戟天 甘草
桑菊饮(《温病条辨》) 桑叶 菊花 杏仁 连翘 薄荷 甘草 桔梗 芦根
桑麻丸(见胡僧方) 冬桑叶 黑芝麻 共研细末，水泛为丸。
通窍活血汤(《医林改错》) 赤芍 川芎 红花 当归 桃仁 麝香 老葱
通圣消毒散(《证治准绳》) 防风 荆芥 连翘 赤芍 当归 黄芩 麻黄 栀子 青木香 黄连 黄柏 石膏 滑石 大黄 朴硝 牛蒡子 川芎 桔梗 元参 蓝叶 甘草

十 一 画

控涎丹(《三因极一病证方论》) 甘遂 大戟 白芥子
梅花点舌丹(《外科全生集》) 制乳香 制没药 硼砂 雄黄 熊胆 血竭 蕈芳 沉香 冰片 麝香 朱砂 犀牛黄 珍珠 各研细末，用人乳汁化开蟾酥，充分和匀，捣融作丸，如绿豆大，金箔为衣，蜡壳收好。
理中汤(《伤寒论》) 人参 白术 干姜 甘草
黄芪汤(《宣明论方》) 黄芪 五味子 人参 麦冬 桑白皮 枸杞子 熟地
黄芪片(经验方) 黄芪研粉，加适量赋型剂，轧片。
黄芪五物汤(《金匮要略》) 黄芪 白芍 桂枝 生姜 大枣
黄芪建中汤(《金匮要略》) 黄芪 白芍 桂枝 甘草 生姜 大枣 胶饴
黄连上清丸(经验方) 黄芩 黄连 黄柏 栀子 菊花 桔梗 旋覆花 薄荷 甘草 川芎 大黄 连翘 蔓荆子 荆芥穗 防风 石膏 白芷
黄连解毒汤(《外台秘要》) 黄连 黄芩 黄柏 栀子
黄连温胆汤(《备急千金要方》) 半夏 陈皮 茯苓 甘草 枳实 竹茹 黄连 大枣
黄连清心饮(《沈氏尊生书》) 黄连 生地 当归 甘草 酸枣仁 茯神 远志 人参 莲子肉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄连膏(《医宗金鉴》) 黄连 当归 黄柏 生地 姜黄 麻油 黄蜡

黄连阿胶汤(《伤寒论》) 黄连 黄芩 芍药 鸡子黄 阿胶

菩提露(《医宗金鉴》) 真熊胆 冰片 共研细末。

银翘散(《温病条辨》) 金银花 连翘 豆豉 牛蒡子 薄荷 荆芥穗 桔梗 甘草 竹叶 鲜芦根

银花甘草汤(《外科十法》) 鲜金银花 甘草

银花解毒汤(《疡科心得集》) 金银花 地丁草 犀角 赤茯苓 连翘 丹皮 夏枯草 川连

猪苓汤(《伤寒论》) 猪苓 茯苓 泽泻 阿胶 滑石

麻杏石甘汤(《伤寒论》) 麻黄 杏仁 石膏 炙甘草

麻黄连轺赤小豆汤(《伤寒论》) 麻黄 杏仁 生梓白皮 连轺 赤小豆 甘草 生姜 大枣

麻黄附子细辛汤(《伤寒论》) 麻黄 附子 细辛

麻桂温经汤(《伤科补要》) 麻黄 桂枝 红花 白芷 细辛 桃仁 赤芍 甘草 生姜

麻子仁丸(《伤寒论》) 麻子仁 芍药 枳实 大黄 厚朴 杏仁

羚羊钩藤汤(《通俗伤寒论》) 羚羊角 桑叶 川贝 地黄 钩藤 菊花 白芍 生甘草 竹茹 茯神

鹿茸益精丸(《沈氏尊生书》) 鹿茸 桑螵蛸 肉苁蓉 当归 巴戟天 菟丝子 杜仲 川楝子 益智仁 禹余粮 韭子 补骨脂 山茱萸 赤石脂 龙骨 滴乳香

鹿角胶丸(《医学正传》) 鹿角胶 鹿角霜 熟地 白水 杜仲 牛膝 茯苓 菟丝子 人参 虎胫骨 龟版 当归

清营汤(《温病条辨》) 犀角 生地 玄参 竹叶心 麦冬 丹参 黄连 银花 连翘

清热解毒汤(经验方) 蒲公英 连翘 栀子 黄芩 枳实 元胡 川楝子 白芍 丹皮 甘草 红藤 蚤休

清肺饮(《证治汇补》) 茯苓 黄芩 桑白皮 麦冬 车前子 山栀 木通

清肝散(《医学入门》) 柴胡 当归 白芍 川芎 栀子 丹皮

清肝解郁汤(《医宗金鉴》) 当归 生地 白芍 川芎 陈皮 半夏 贝母 茯神 青皮 远志 苏叶 山栀 木通 甘草 香附

清胃散(《兰室秘藏》) 当归 黄连 生地 丹皮 升麻

清心汤(《证治准绳》) 防风 当归 川芎 芍药 大黄 芒硝 连翘 薄荷 麻黄 桔梗 石膏 黄芩 滑石 白术 栀子 荆芥 黄连 甘草

清心温胆汤(《古今医鉴》) 麦门冬 川芎 人参 远志 甘草 当归 白芍 白术 茯苓 陈皮 半夏 枳实 竹茹 石菖蒲 香附 黄连

清温败毒饮(《疫疹一得》) 生石膏 生地 犀角 黄连 栀子 桔梗 黄芩 知母 玄参 连翘 甘草 丹皮 竹叶

十 二 画

葶苈大枣泻肺汤(《金匮要略》) 葶苈子 大枣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

葛根汤(《伤寒论》) 葛根 麻黄 桂枝 生姜 炙甘草 芍药 大枣

葛花解酲汤(《兰室秘藏》) 葛花 豆蔻 砂仁 青皮 陈皮 人参 白术 茯苓 神曲 干姜 猪苓 泽泻

革薢分清饮(《丹溪心法》) 革薢 石菖蒲 益智仁 乌药

革薢化毒汤(《疡科心得集》) 革薢 当归尾 丹皮 牛膝 防己 木瓜 薏苡仁 秦艽

革薢渗湿汤(《疡科心得集》) 革薢 苡仁 黄柏 茯苓 丹皮 泽泻 滑石 通草

斑龙丸(《医学正传》) 鹿角胶 鹿角霜 菟丝子 柏子仁 茯苓 补骨脂

琥珀蜡矾丸(《医宗金鉴》) 白矾 雄黄 琥珀 朱砂 白蜜 黄蜡 研细末，另将蜡、蜜入酮杓内熔化，离火片时，候蜡四处稍凝，方将药味入内，搅匀共成一块，将药火上微烘，急作小丸，如绿豆大，朱砂为衣，磁罐收贮。

提毒散(《全国中药成药处方集》) 红升丹 儿茶 轻粉 雄黄 乳香 没药 冰片 麝香

雄黄软膏(经验方) 雄黄 氧化锌 羊毛脂 凡士林

雄黄解毒丸(《医宗金鉴》) 雄黄 郁金 巴豆 共研末，醋糊为丸，如黍粒大。

紫雪丹(《和剂局方》) 滑石 石膏 寒水石 磁石 羚羊角 青木香 犀角 沉香 丁香 升麻 玄参 甘草 朴硝 朱砂 麝香 黄金 硝石

紫草洗方(《赵炳南临床经验集》) 紫草 茜草 白芷 赤芍 苏木 红花 厚朴 木通 加水煎，温至湿敷。

紫草膏(《赵炳南临床经验集》) 香油 当归 紫草 白芷 红花 黄蜡

程氏革薢分清饮(《医学心悟》) 川革薢 石菖蒲 黄柏 茯苓 车前子 莲子 丹参 白术

舒肝溃坚汤(《医宗金鉴》) 夏枯草 僵蚕 香附 石决明 当归 白芍 陈皮 柴胡 川芎 穿山甲 红花 片姜黄 生甘草 灯心

舒筋活血片(经验方) 蕲蛇肉 冰片 公丁香 朱砂 黄连 羌活 麝香 肉桂 牛黄 天竹黄

赞育丹(《景岳全书》) 仙茅 淫羊藿 巴戟天 蛇床子 韭菜子 肉苁蓉 杜仲 肉桂 附子 枸杞子 山萸肉 熟地 当归 白术

温胆汤(《备急千金要方》) 半夏 橘皮 甘草 枳实 竹茹 生姜

温肾汤(《会约医镜》) 熟地 山药 枣皮 泽泻 茯苓 补骨脂 菟丝子 五味子 肉桂 附子

温清饮(《妇科玉尺》) 熟地 白芍 当归 黄芩 黄连 黄柏 栀子 生地

温经汤(《金匮要略》) 吴茱萸 当归 芍药 川芎 人参 桂枝 阿胶 丹皮 生姜 甘草 半夏 麦门冬

滋肾丸(《金匮翼》) 黄柏 知母 肉桂

滋肾保元汤(《医宗金鉴》) 人参 白术 茯苓 当归 熟地 黄芪 山茱萸 牡丹皮 杜仲 肉桂 制附子 炙甘草

滋阴八物汤(《外科正宗》) 川芎 当归 赤芍 生地 牡丹皮 天花粉 甘草节 泽泻 灯芯

滋阴除湿汤(《外科正宗》) 川芎 当归 白芍 熟地 柴胡 黄芩 陈皮 贝母 地骨皮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

泽泻　甘草　干姜

溃消散(《医方类聚》)　当归　汉防己　赤芍　栝楼　白芷　木鳖子　大黄　木香　甘草

寒谷春生丹(《大生要旨》)　熟地　白术　当归　枸杞子　杜仲　仙茅　巴戟天　山萸肉　淫羊藿　韭子　肉苁蓉

普济消毒饮(《东垣十书》)　黄芩　黄连　连翘　玄参　板兰根　马勃　牛蒡子　僵蚕　升麻　柴胡　陈皮　桔梗　甘草　薄荷

犀黄丸(《外科证治全生集》)　牛黄　麝香　没药　乳香

犀角丸(《外科证治全生集》)　犀角　麝香　没药　乳香

疏肝通络饮(《文琢之中医外科经验论集》)　全栝楼　丝瓜络　鹿角霜　浙贝母　青木香　青皮　制香附　连翘　金银花　夏枯草　蒲公英

十三画

填海川神丸(《历代名医良方注释》引冉氏经验方)　党参　山萸肉　山药　五味子　茯苓　益智仁　破故纸　大枣　川芎　菊花

暖肝煎(《景岳全书》)　肉桂　小茴香　茯苓　乌梅　枸杞子　当归　沉香　生姜

新加香薷饮(《温病条辨》)　香薷　鲜扁豆花　厚朴　金银花　连翘

十四画

槐角丸(《丹溪心法》)　槐角　地榆　黄芩　当归　枳壳　防风

聚精丸(《证治准绳》)　黄鱼鳔胶　沙苑蒺藜

膈下逐瘀汤(《医林改错》)　桃仁　丹皮　赤芍　乌药　延胡索　当归　川芎　五灵脂　红花　香附　甘草　枳壳

毓麟珠(《景岳全书》)　人参　白术　茯苓　白芍、杜仲　鹿角霜　川椒　川芎　甘草　当归　熟地　菟丝子

漏芦汤(《圣济总录》)　漏芦　升麻　连翘　麻黄　大黄　防己　木香　白蔹　沉香

十五画

增液汤(《温病条辨》)　玄参　莲心　麦冬　生地

镇肝熄风汤(《医学衷中参西录》)　牛膝　生赭石　生龙骨　生牡蛎　生龟版　生杭芍　玄参　天冬　川楝子　生麦芽　茵陈　甘草

十六画

橘叶散(《外科正宗》)　橘叶　柴胡　陈皮　川芎　山栀　青皮　石膏　黄芩　连翘　甘草

橘叶栝楼散(《医宗金鉴》)　橘叶　栝楼　川芎　黄芩　栀子　连翘　煅石膏　柴胡　陈皮　青皮　生甘草

薏苡仁汤(《证治准绳》)　薏苡仁　栝楼仁　牡丹皮　桃仁

藿香正气散(《太平惠民和剂局方》)　藿香　紫苏　白芷　桔梗　白术　厚朴　半夏曲　大腹皮　茯苓　橘皮　甘草　大枣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

藤黄膏(经验方) 生藤黄粉 白蜡 麻油 先将麻油煮沸，入白蜡溶化，加入藤黄粉调匀，收贮备用。

麝香保心丸(《新中成药便览》) 麝香 苏合香脂 冰片 人参 肉桂 牛黄 蟾酥等

麝香解毒丸(经验方) 雄黄 乳香 没药 枯矾 冰片 麝香 将前四药共研细末，再入冰片、麝香，蜜炼为丸。

蠲痹汤(《医学心悟》) 羌活 独活 海风藤 秦艽 桂枝 当归 川芎 乳香 木香 桑枝 甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

古代主要参考书目

《周易》
《诗经》
《周礼》
《论语》
《山海经》
《孟子》
《庄子》
《吕氏春秋》
《黄帝内经素问》
《灵枢经》
《难经》
《神农本草经》
《养生方》
《五十二病方》
《胎产方》
《导引图》
《天下至道谈》
《居延汉简》
《武威汉简》
《淮南子》 西汉·刘安
《说文解字》 西汉·许慎
《温泉碑》 西汉·张衡
《赵后外传》 西汉·伶玄
《伤寒论》 东汉·张机
《金匮要略》 东汉·张机
《华氏中藏经》 东汉·华佗
《针灸甲乙经》 晋·皇甫谧
《肘后备急方》 晋·葛洪
《三国志》 晋·陈寿
《后汉书》 南朝宋·范晔
《刘涓子鬼遗方》 南朝齐·龚庆宣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《诸病源候论》	隋·巢元方
《备急千金要方》	唐·孙思邈
《千金翼方》	唐·孙思邈
《孙真人海上方》	唐·孙思邈
《日华子本草》	唐·日华子
《本草拾遗》	唐·陈藏器
《外台秘要》	唐·王焘
《仙授理伤续断方》	唐·蔺道人
《医心方》	日本·丹波康赖
《太平圣惠方》	宋·王怀隐等
《博济方》	宋·王衮
《重修政和经史证类备急本草》	宋·唐慎微
《圣济总录》	宋·医官合编
《普济本事方》	宋·许叔微
《太平惠民和剂局方》	宋·陈师文
《卫济宝书》	宋·东轩居士
《三因极一病证方论》	宋·陈无择
《杨氏家藏方》	宋·杨倓
《河间六书》	金·刘完素
《宣明论方》	金·刘完素
《伤寒标本心法类粹》	金·刘完素
《癸辛杂识》	宋·周密
《增韵》	宋·王居正
《魏氏家藏方》	宋·魏岘
《妇人大全良方》	宋·陈自明
《幼幼新书》	宋·刘昉
《儒门事亲》	金·张从正
《脾胃论》	金·李杲
《兰室秘藏》	金·李杲
《严氏济生方》	宋·严用和
《外科精要》	宋·陈自明
《仁斋直指附遗方论》	宋·杨士瀛
《东垣试效方》	金·李杲
《重订严氏济生方》	宋·严用和
《御药院方》	元·许国祯
《医学发明》	金·李杲
《瑞竹堂经验方》	元·沙图穆苏
《永类钤方》	元·李仲南

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《外科精义》	元·齐德之
《世医得效方》	元·危亦林
《卫生宝鉴》	元·罗天益
《活幼心书》	元·曾世荣
《丹溪心法》	元·朱震亨
《格致余论》	元·朱震亨
《丹溪手镜》	元·朱震亨
《仙传外科集验方》	明·杨清叟
《秘传外科方》	明·赵宜真
《玉机微义》	明·徐彦纯
《普济方》	明·朱棣等
《慈济方》	明·释景隆
《秘传证治要诀》	明·戴思恭
《医方类聚》	朝鲜·金礼蒙
《奇效良方》	明·董宿
《外科集验方》	明·周文采
《医学正传》	明·虞抟
《外科理例》	明·汪机
《正体类要》	明·薛己
《外科发明》	明·薛己
《广嗣要语》	明·俞桥
《广嗣纪要》	明·万全
《万氏家传养生四要》	明·万全
《明医杂著》	明·王纶
《丹溪心法附余》	明·方广
《解围元薮》	明·沈之问
《古今医统》	明·徐春甫
《医学纲目》	明·楼英
《疮疡经验全书》	明·窦梦麟
《顺斋遗书》	明·周之干
《外科枢要》	明·薛己
《赤水玄珠》	明·孙一奎
《医学入门》	明·李梴
《痘疹金镜录》	明·翁仲仁
《本草纲目》	明·李时珍
《明医指掌》	明·皇甫中
《医林绳墨》	明·方隅
《遵生八笺》	明·高濂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《万病回春》	明·龚廷贤
《古今医鉴》	明·龚信纂
《鲁府禁方》	明·龚廷贤
《摄生要义》	明·河滨丈人
《证治准绳》	明·王肯堂
《外科准绳》	明·王肯堂
《外科启玄》	明·申拱宸
《医学准绳六要》	明·张三锡
《东医宝鉴》	朝鲜·许俊等编
《寿世保元》	明·龚廷贤
《(新刊)医林状元济世全书》	明·龚廷贤
《外科正宗》	明·陈实功
《济阴纲目》	明·武之望
《景岳全书》	明·张景岳
《类经》	明·张介宾
《类经图翼》	明·张介宾
《本草经疏》	明·缪希雍
《先醒斋医学广笔记》	明·缪希雍
《疡科选粹》	明·陈文治
《普门医品》	明·王化贞
《简明医彀》	明·孙志宏
《外科活人定本》	明·龚居中
《妙一斋医学正印种子编》	明·岳甫嘉
《本草图解》	明·李中梓
《医宗必读》	明·李中梓
《温疫论》	明·吴又可
《理虚元鉴》	明·汪绮石
《医镜》	明·许兆桢
《痘疹金镜录》	明·翁仲仁
《两都医案》	明·倪士奇
《药品化义》	明·贾所学
《证治宝鉴》	清·潘楫
《外科秘集》	明·汪若谷
《诚书》	清·谈金章
《外科大成》	清·祈坤
《病机沙篆》	清·李中梓
《青囊秘诀》	清·佚名氏
《黄庭经注》	清·莫熙

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《医方集解》	清·汪昂
《傅青主女科》	清·傅山
《傅青主男科》	清·傅山
《证治汇补》	清·李用粹
《辨证录》	清·陈士铎
《石室秘录》	清·陈士铎
《本草新编》	清·陈士铎
《洞天奥旨》	清·陈士铎
《冯氏锦囊秘录》	清·冯兆张
《张氏医通》	清·张璐
《嵩崖尊生全书》	清·景东阳
《症因脉治》	清·秦昌遇
《古今图书集成·医部全录》	清·陈梦雷
《病机汇论》	清·沈朗
《医学心悟》	清·程国彭
《外科十法》	清·程国彭
《外科证治全生集》	清·王维德
《吴氏医方汇编》	清·吴杖仙
《医宗金鉴》	清·吴谦等
《温热论》	清·叶桂
《临证指南医案》	清·叶桂(华岫云辑)
《医碥》	清·何梦瑶
《秘本种子金丹》	
《仙拈集》	清·李文炳
《串雅内编》	清·赵学敏
《疡医大全》	清·顾世澄
《女科辑要》	清·沈尧封
《兰台轨范》	清·徐大椿
《金匮翼》	清·尤怡
《杂病源流犀烛》	清·沈金鳌
《妇科玉尺》	清·沈金鳌
《幼科释谜》	清·沈金鳌
《沈氏尊生书》	清·沈金鳌
《医级》	清·董西园
《古今医案按》	清·余霞
《疯门全书》	清·肖晓亭
《温病条辨》	清·吴瑭
《经验广集》	清·李文炳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《普济应验良方》	清·德轩氏
《疡科心得集》	清·高秉钧
《中国接骨图说》	日本·二宫献彦可
《素女方》	清·孙星衍辑
《伤科补要》	清·钱秀昌
《外科集腋》	清·张景颜
《医学从众录》	清·陈念祖
《名医别录》	清·黄钰
《医述》	清·程文圃
《医林改错》	清·王清任
《医钞类编》	清·翁藻
《外科证治全书》	清·许克昌
《疡科捷径》	清·时世瑞
《寿身小补家藏》	清·黄兑楣
《外科图说》	清·高文晋
《家藏蒙荃》	清·王世钟
《外科真诠》	清·邹岳
《类症治裁》	清·林佩琴
《验方新编》	清·鲍相璈
《仙方合集》	清·唐千顷
《医方易简新编》	清·龚自璋、黄统合编
《杂病广要》	日本·丹波元坚
《得心集医案》	清·谢星焕
《疔疮要诀》	清·应遵梅
《理瀹骈文》	清·吴师机
《刺疔捷法》	清·张镜
《外科寿世方》	清·邹存淦
《存存斋医话稿》	清·赵晴初
《医门补要》	清·赵濂
《血证论》	清·唐宗海
《中西汇通医经精义》	清·唐宗海
《医家四要》	清·程曦
《外证医案汇编》	清·余景和
《读医随笔》	清·周学海
《寿世新编》	清·万潜斋
《马培之医案》	清·马文植
《外科传薪集》	清·马文植
《医学摘粹》	清·庆恕

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《治疔大全》	清·过铸
《张聿青医案》	清·张聿青
《阳痿论》	清·韩善征
《外科医镜》	清·高思敬
《疡科全书》	清·梁希曾
《痰疡法门》	清·李庆申
《医诗必读》	清·冉敬简

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com