

· 基金项目纵览 ·

## 从气虚毒滞论治慢性溃疡

张秉睿<sup>1</sup>, 苏文全<sup>1</sup>, 王可彬<sup>2</sup>, 杜雅薇<sup>1</sup>, 吴圣贤<sup>1</sup>

(1.北京中医药大学东直门医院,北京 100700;2.北京中医医院顺义医院,北京 101399)

**摘要:**慢性溃疡既包括体表皮肤溃疡,又包括消化道内的慢性胃溃疡、慢性十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎和血管内的动脉粥样硬化斑块溃疡等。气虚毒滞证是慢性溃疡特有的核心证候,“气虚”为慢性溃疡发病之本,包括热盛耗气、脾胃气虚、肾气亏虚,“毒滞”为慢性溃疡发病之标,包括热毒、痰毒、瘀毒之滞。临床见神疲、乏力等气虚的全身表现以及溃疡久不愈合、平坦塌陷的局部表现。治疗慢性溃疡气虚毒滞证以补气解毒为主,又根据脏腑归属、溃疡部位、溃疡形色的不同有所差异,其内服、外用方药各具特色。课题组提出以补气解毒作为治疗大法,自拟补气解毒汤为主方治疗,以期为临床治疗慢性溃疡气虚毒滞证提供系统思路 and 有效方法。

**关键词:**慢性溃疡;气虚毒滞证;动脉粥样硬化;皮肤溃疡;补气解毒汤

**中图分类号:**R268;R364.16

**文献标志码:**A

**文章编号:**1673-842X(2024)11-0061-05

### Treating Chronic Ulcers from Perspective of “Qi Deficiency Toxic Stagnation”

ZHANG Bingrui<sup>1</sup>, SU Wenquan<sup>1</sup>, WANG Kebin<sup>2</sup>, DU Yawei<sup>1</sup>, WU Shengxian<sup>1</sup>

(1.Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; 2.Shunyi Hospital, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101399, China)

**Abstract:** Chronic ulcers include surface skin ulcers, chronic gastric ulcers, chronic duodenal ulcers, ulcerative colitis, atherosclerotic plaque ulcers and so on. Qi deficiency and toxic stagnation is the central and unique syndrome of chronic ulcers. Qi deficiency is the pathogenesis of chronic ulcers, including exuberant heat damaging Qi, spleen Qi deficiency and kidney Qi deficiency. Toxic stagnation is the manifestation of chronic ulcers, including stagnant of heat toxin, phlegm toxin and stasis toxin. The symptoms include fatigue, weakness and other systemic symptoms of Qi deficiency, with hard-healing and sunken ulcers. The treatment of Qi deficiency and toxic stagnation syndrome of chronic ulcers is based on tonifying Qi and removing toxins, which differs according to Zang-Fu belonging, location and appearance of ulcer. We devise Buqi Jiedu Decoction (补气解毒汤) as a primary treatment, in order to provide systematic ideas and effective methods for treating chronic ulcers of Qi deficiency and toxic stagnation.

**Keywords:** chronic ulcer; Qi deficiency and toxic stagnation syndrome; atherosclerosis; skin ulcer; Buqi Jiedu Decoction (补气解毒汤)

慢性溃疡是指由各种原因引起的皮肤及皮下组织难愈合的局限性缺损,见于中医的疮疡、疔疮、褥疮、疽、丹毒,见于西医疾病的糖尿病足溃疡、下肢静脉曲张性溃疡、动脉闭塞硬化性溃疡等。利用胃肠镜及B超技术,我们发现消化道溃疡及动脉粥样硬化斑块溃疡与体表溃疡形态相似,且病因病机相似,因此将之统归于“慢性溃疡”范畴<sup>[1]</sup>。从中医“取象比类”的角度看,体内溃疡与体表溃疡病位同属于“表”<sup>[2]</sup>,以肌肤相对躯体、胃黏膜相对胃体、血管内皮相对血管而言,则肌肤为表中之表,胃黏膜、血管内皮为里中之表,它们在形态结构、表里关系、病机证型上相似,故在治法上相通,可谓“异病同治”。溃疡与脏腑密切相关,通过溃疡形色可看出体内气虚毒滞的情况,可谓“司外揣内”。通过调补脏腑治疗体表溃疡,可谓“外病内治”。历代中医关于气虚毒滞的论述较少,但它却是慢性溃疡特有的核心证

候,本文就慢性溃疡气虚毒滞证的理论来源、病因病机、辨证治则、现代疾病运用进行理论探析。

#### 1 中医对慢性溃疡的认识

“溃疡”始见于《周礼》“疡医掌肿疡、溃瘍、金疡、折疡之祝药、剔、杀之齐”,溃疡多始于痈疽,如《证治准绳·疡医》云:“溃疡者,痈疽已破,脓出者是也”,其相关论述最早见于《灵枢·玉版》“有喜怒不测,饮食不节,阴气不足,阳气有余,营气不行,乃发为痈疽”,阴气不足是为正虚,阳气有余是为邪热过盛。《中藏经·论五疔状候》云:“五疔者,皆由喜怒忧思,冲寒冒热,恣饮醇酒,多嗜甘肥,毒鱼酢浆,色欲过度之所为也”,首次将慢性溃疡病因分为外因六淫邪气及内因饮食不节、情志不调。

正气不足、外邪袭虚是慢性溃疡病机之本,气血壅滞、邪毒外发是慢性溃疡的表现形式。陈实功在《外科正宗·痈疽原委论》<sup>[3]</sup>中认为正气不足是

**基金项目:**国家科技重大专项-重大新药创制项目(2017ZX09304019)

**作者简介:**张秉睿(2000-),女,四川成都人,博士在读,研究方向:中医药防治动脉粥样硬化。

**通讯作者:**吴圣贤(1969-),男,天津人,教授、主任医师,博士研究生导师,博士,研究方向:中医药防治动脉粥样硬化的系统研究。

溃疡发生的主要原因,如“七情六欲者,盗人元气之贼也……诸病诸疮,尽皆出于此等之情欲也”,内伤七情是正气损伤的首要因素;如“六淫者,皆从外而入之,体实之人遇而不中者有,体弱之人感而随发者多”,外邪袭虚,也可发溃疡;如“百病由火而生……发于外者,成痈疽、发背、对口、疔疮”,强调了火邪外发是慢性溃疡的主要表现形式。张山雷《疡科纲要》云:“外疡之发,无非气血壅滞”,认为溃疡与气血壅滞有关,顾世澄《疡医大全》则认为“溃疡为邪气盛”。

治疗慢性溃疡以托里补虚为主,如《丹溪手镜》云:“溃疡宜托里补之”,《万病回春》亦云:“疡溃内外皆虚,宜以补接为主”。清代王洪绪治疗慢性溃疡重视温通,创立了阳和汤等温通散寒、活血行气方药。去腐生肌外治法也很常用,《刘涓子鬼遗方》提出用止血、止痛、祛腐、生肌等外用药治疗皮肤溃疡,《备急千金要方》所载“痈坏后有恶肉者,宜猪蹄汤洗去秽,次敷蚀肉膏散,恶肉尽后,敷生肌散,及摩四边令好肉速生”则详细描述了溃疡的外洗法、清创法。现代中医学认为<sup>[4]</sup>慢性溃疡形成的基本病机为“毒、腐、瘀、虚”,吕培文认为“阴血暗耗、肾精虚衰”是疮疡久不愈合的主要病机,赵炳南、王玉章教授以阴阳辨证为根,提出以回阳生肌法治疗慢性溃疡阴证疮面<sup>[5]</sup>。

## 2 “气虚”为慢性溃疡发病之本

气是推动血液运行的动力,可促进毒邪的清除,气的生成不足或消耗太过是为“气虚”,气虚则毒邪留滞体内而为“毒滞”。《素问·阴阳应象大论篇》所言“阳化气,阴成形”开启了认识“气虚毒滞”的先河,溃疡等有形毒滞即源于阴盛阳虚。亦如“邪之所凑,其气必虚”,其中气虚是毒邪留滞的重要原因。后世医家对气虚致邪的论述颇多,如龚廷贤在《寿世保元·血气论》<sup>[6]</sup>中言:“气有一息之不运,则血有一息之不行”,又如李中梓《医宗必读·积聚》云:“积之成也,正气不足,而后邪气踞之”。陈士铎《外科秘录》<sup>[7]</sup>云:“火毒聚结于一处者,亦乘气血之亏也”,指出气血虚弱是火毒结聚的原因。王子接在《绛雪园古方选注》中记载了“肺气表虚,变为寒燥,毒陷泄泻,里虚表白,白必灰,灰必陷,陷必胀,胀必毒滞”,描述了因肺气不足导致的疮疡毒滞。在近现代理论研究中,王永炎提出的“虚气留滞”理论认为<sup>[8]</sup>元气亏虚、气血失和导致了气滞、血瘀、痰凝、湿着;姜良铎等<sup>[9]</sup>认为毒邪伤正、解毒之法亦伤正,提出解毒与补气并施以疗毒邪;周仲瑛认为体虚者正气不足难以御邪,邪气易鸱张为毒<sup>[10]</sup>。气虚在溃疡发病中起到决定性的作用,是慢性溃疡发病之本。现基于慢性溃疡的发病过程,将气虚的常见病机及临床表现分述如下。

### 2.1 热盛耗气

疮疡初期多实热火毒证,此证纯实无虚,治疗较易,但若失治,热久不去,伤津灼液,耗伤气血,正气受损,终致气虚。如《素问·阴阳应象大论篇》云:“壮火食气”,《类经》载:“阳和之火则生物,亢烈之火反害物,故火太过则气反衰,火和平则气乃壮”,李东垣言:“火者,元气之贼”,俱认为火盛则气衰,热盛则耗气。《外科正宗·咽喉论》云:“实火者,过饮醇酒,纵食膏粱,叠褥重衾,铺餐辛烈,多致热积于中,久则火动痰生,发为咽肿”,指出热盛之因多为饮食积滞、外感热邪。热盛耗气者,症见疮疡红肿

热痛,烦渴饮冷,口臭气粗,二便不利,舌红苔黄腻,脉弦滑数。热盛耗气是慢性溃疡发生初期的常见病因,是病机由实转虚的关键因素。

### 2.2 脾胃气虚

脾胃气虚分为脾阳不升和脾虚不运。李东垣<sup>[11]</sup>云:“既脾胃气衰,元气不足,而心火独盛,心火者,阴火也,起于下焦,其系于心……此皆脾胃之气不足所致也”。脾主升清,若脾阳虚衰,清气不升,阴火上犯,火蕴毒滞,败坏形质,故发慢性溃疡。脾阳不升者,症见溃疡肉腐色淡,倦怠懒食,气短太息,舌红嫩,脉细数。《四诊抉微·察行气》云:“肥人多中风,以形厚气虚,难以周流,而多郁滞生痰”,此言脾虚者无力运化水液而生痰、饮、湿邪,有形实邪蕴生毒邪,败坏形质,发为慢性溃疡。脾虚不运者,症见溃疡面肿胀、脓水稀薄,体胖肤冷,纳少困倦,便溏,舌淡,脉沉细。脾胃气虚是慢性溃疡的常见病机,是毒邪产生的源头。

### 2.3 肾气亏虚

肾为先天之本,主一身之元阴元阳,肾气不足则阴阳皆损,气血升降失常,故发慢性溃疡。郑钦安《医理真传·内伤说》云:“阳气过衰,即不能制阴,阴气过盛,势必上干,而阴中一线之元阳,热必随阴气而上行,便有牙疼、腮肿、耳肿、喉痛之症……病由君火之弱,不能消尽群阴,阴气上腾,故牙疼诸症作矣”,可知元阳虚损者,阳不胜阴,阴气上干,元阳浮越,虚火灼表,发为慢性溃疡。《医法圆通·喉蛾》<sup>[12]</sup>云:“其人口内肉色必含青黑色,或惨黄淡白色,即或唇红甚,而口气温,痛亦不甚,人困无神”,肾阳虚者症见溃疡灰暗无华、疼痛不甚,人困无神,唇面红甚,肢厥便溏,脉浮空而尺弱。肾阴亏损者,阴不涵阳,虚火上犯,发为慢性溃疡,如《外科正宗·脏毒论》云:“阴虚湿热渗入肛门,五内结肿,刺痛如钟,小便淋沥,大便虚秘,咳嗽生痰,脉数虚细,寒热往来,遇夜尤甚”,指出肾阴虚者症见溃疡刺痛,至夜发热,二便不利,舌红苔少,脉数虚细。肾气亏虚是慢性溃疡的晚期病机,是五脏亏损的终末表现。

## 3 “毒滞”为慢性溃疡发病之标

“毒滞”特指慢性溃疡局部的热毒、痰毒、瘀毒结聚所致的形体败坏,是慢性溃疡发病之标。《素问·五常政大论篇》王冰注:“夫毒者,皆五行标盛暴烈之气所为也”,认为“毒”指暴烈的邪气,《金匱要略》云:“毒,邪气蕴结不解之谓”,指出毒邪具有结聚、留滞的特性,是为“毒滞”。喻嘉言《尚论》云:“太阳温证,病久不解,结成阳毒,少阴温证,病久不解,结成阴毒”,提出“毒滞”分为“阴毒”“阳毒”。在中医现代理论研究中,姜良铎等<sup>[9]</sup>认为对机体不利的因素即为毒,“管道不通”是毒存体内之因;肖森茂等<sup>[13]</sup>认为,内之毒邪因气血偏盛、脏腑郁结而发,外之毒邪则随六淫外邪而入;周明学等<sup>[14]</sup>提出“脂毒”“瘀毒”与动脉粥样硬化易损斑块的形成及进展密切相关;王永炎<sup>[15]</sup>提出邪气亢盛、败坏形体,即为毒,毒邪具有兼夹性、酷烈性、损络性等特征<sup>[16]</sup>。

毒邪又有热毒、痰毒、瘀毒之分,此三者相互资生,互为因果。

### 3.1 热毒之滞

热毒为阳邪,易伤津耗气,走窜血络,扰动神明,壅滞气机,外致疮疡,内败脏腑<sup>[17]</sup>。何秀山云:“火盛

者必有毒”，热毒或感于风热火毒等外邪侵袭，或源于食积化热、志郁化火等内伤七情。《素问·至真要大论篇》云：“诸痛痒疮，皆属于心”，《素问·刺禁论篇》云：“心部于表”，而“心主火”，故皮肤疮疡多属火邪，扩而广之，同属“表分”的体内疮疡也多火邪为病。炎症属于中医“火热”的范畴，慢性溃疡之一的动脉粥样硬化斑块溃疡本质上即是一个慢性炎症反应的过程<sup>[18]</sup>，可谓“热毒之滞”。《内经》云：“壮火食气”，热毒伤津耗气，亦可导致气虚。

### 3.2 痰毒之滞

《丹溪心法》云：“人身上中下有块者，皆痰也”，痰毒表现为津液输布的异常和体内有形实邪的出现，其产生与肝、脾、肾相关。《灵枢·卫气失常论》云：“人有脂，有膏，有肉”，脂膏过多者称为“膏人”“脂人”“膏脂”，与西医的血脂代谢异常相关，脂质摄入过多、利用排泄失常均可使血脂升高而成为痰浊脂毒<sup>[14]</sup>，而脂毒是动脉粥样硬化斑块溃疡发病的始动环节<sup>[19]</sup>。《丹溪心法》提出“结核或在项、在颈、在臂、在身皮里膜外，不红不肿不硬不痛，多是痰注作核不散”，本课题组据此创立了“脉生痰核”理论<sup>[20]</sup>，认为痰浊日久，化生痰毒，脂毒蓄积，损伤脉道，进而出现“脉生痰核”<sup>[21]</sup>，即动脉粥样硬化斑块。

### 3.3 瘀毒之滞

《说文解字》云：“瘀，积血也”，凝滞内结之血为“瘀”。《圣济总录》言：“毒热内壅，则变生为瘀血”，《医林改错》亦言：“温毒在内烧炼其血，血受烧炼，其血必凝”，俱认为瘀血可由热毒导致。在颈动脉粥样硬化易损斑块中可见斑块内出血和新生血管形成<sup>[22]</sup>，这可以看作“瘀毒”的一种现代诠释，而“瘀毒互结”是动脉粥样硬化易损斑块的核心病机<sup>[23]</sup>。唐容川《血证论》言：“瘀血不能加于好血，而反阻新血之化机”，以此推之，瘀血等“毒滞”壅塞溃疡部位的经络气血，会进一步加重“气虚”。

## 4 慢性溃疡气虚毒滞证辨治

在《慢性溃疡气虚毒滞证诊断标准》<sup>[24]</sup>中，气虚条目包含神疲、乏力、气短、懒言、自汗，毒滞条目包含溃疡久不愈合、平坦塌陷、数目较多，舌脉为舌胖淡嫩齿痕、脉虚，气虚、毒滞条目下各满足至少两个症状，且符合舌象、脉象中的至少一项即可诊断为气虚毒滞证。溃疡局部表现如《疡科纲要》所载：“顽证恶腐不脱，或起缸口，或黑腐粘韧，久溃败疮”，全身表现如《万病回春》所云：“溃疡脓消，寒热、自汗盗汗、食少体倦、发热作渴、头痛眩晕”。《灵兰要览》云：“溃疡之脉洪实者死，微细者生”，虚证之脉当沉细弱，脉盛则危。慢性溃疡气虚毒滞证治法当补气解毒，又据其部位辨脏腑经络归属，据其形色辨气虚、毒滞及热、痰、瘀之多寡，从而精准指导治疗。

### 4.1 部位辨证

从溃疡部位辨证，不同脏腑经络之毒滞表现于体表不同部位。陈士铎《洞天奥旨》云：“外生疮疡，皆脏腑内毒蕴结于中，而发越于外也”，指出体表疮疡乃因脏腑毒滞。以上下辨证，《华氏中藏经》认为“发于下者，阴中之毒也，发于上者，阳中之毒也”。《张氏医通·疔风》<sup>[25]</sup>云：“眉毛先落者，毒在肺；面发紫泡者，毒在肝；脚底先痛或穿者，毒在肾；遍身如癣者，毒在脾；目先损者，毒在心”，可见不同部位的溃

疡对应了不同脏腑的毒滞。《疡科心得集》<sup>[26]</sup>描述了脱疽的五败之证，如“血死心败，皮死肺败，筋死肝败，肉死皮败，骨死肾败”，提出了溃疡发于血、皮、肉、筋、骨与五脏的关系；又如“毒入于心则昏迷，入于肝则痉厥，入于脾则腹疼痛，入于肺则喘嗽，入于肾则目暗手足冷”，描述了五脏毒滞相应的全身表现。《外科正宗》认为，脾家积毒，生于肩脊上下，因饮食厚味积毒而成；肝肺毒滞，疮生于肩，源于痰凝、气滞、火郁；肾之毒滞，发于肾俞，病因气竭精伤、欲火消阴。不同经脉毒滞对应着相应经脉循行处的溃疡，督脉、足太阳膀胱经之湿热上攻，发于项后，正者属督脉，偏者属膀胱经；手少阳三焦经相火妄动，兼肾水不生、外受风热，疮发于鬓角；手少阴心经之火毒因热极、心火妄动发于后脊对心处。

### 4.2 形色辨证

从溃疡形色辨证，气虚毒滞证之慢性溃疡色黯不荣，形软而陷，疮口色败，晕大不收，脓清臭秽，疼痛不减。《外科正宗》言：“已溃而色不变红活，亦不生肌收敛，疮口晕大，肿痛不减，胃气不回”“疮根不收束，色亦不红活收敛”，描述了气虚甚者的慢性溃疡表现。《素问·至真要大论篇》云：“诸湿肿满，皆属于脾”，《外科正宗》言：“情势与好肉相平，不疼不热，软慢相兼，疮孔止流清稀肥水”，指出脾虚生湿之溃疡，其形肿胀、糜烂、脓水稀薄。《疡科心得集》言：“脱疽者……皆肾水枯涸，不能制火……黑气蔓延，腐烂渐开，五指相染，甚至脚面疼如汤泼火燃，秽臭难闻”，提出色黑臭秽者为肾精损伤。《冯氏锦囊秘录》言：“黑者，毒滞而血干也”“顽毒结之日久，皮腐、肉紫、根硬，四边红丝缠绕者”，描述了毒滞甚者之溃疡深黑紫暗、根硬皮腐。《证治准绳·疡医》言：“赤肿作痛，血凝滞也”，可知瘀毒甚者，其溃疡红肿疼痛。

### 4.3 补气解毒为治则

慢性溃疡气虚毒滞证者治当补气解毒，据其部位、形色、精神、脉象虚实，以辨脏腑受病、气血盛衰，补气托里使气血壮而脾胃盛，解毒消滞使脓秽排而溃疡愈。《外科正宗》言：“凡疮溃脓之后，五脏亏损，气血大虚，外形虽似有余，而五内真实不足，法当纯补”，提出治疗溃疡当以补气为主。《外科宝鉴》云：“脾主肌肉，脾健则肉自生”，《外科证治全书》亦云：“脾胃强，血气旺，则昨腐今生，朝脓夕敛”，可见调补脾胃是治疗慢性溃疡气虚毒滞证的核心。《外科正宗》云：“年久顽廉，皮肉乌黑下陷，臭秽不堪者，去风毒、化瘀腐，方可得愈”，认为治疗慢性溃疡当去风毒、化瘀腐以解其毒滞。《外科理例》<sup>[27]</sup>云：“或溃而不腐，或不收敛及脓少，或清，皆气血虚也，宜大补之，最忌攻伐之剂”，认为气虚者解毒不可予苦寒直折。气虚毒滞证是一种本虚标实、虚实相兼的证型，在用药方面需要补气与解毒同时运用，要做到解毒不伤正，补虚不留毒，其中补气、解毒药物的选择和配比尤为重要。在调护方面，饮食当适度滋补，盖疮疡溃后，胃气恢复，食欲增强，此时当予病人所喜；“疮乃肌肉破绽之病，若不御风寒，最为易袭”，故又当慎避风寒。

## 5 慢性溃疡气虚毒滞证的现代疾病运用

### 5.1 体表慢性溃疡

治疗体表慢性溃疡气虚毒滞证，中医古籍中记

载了大量内服方剂,如托里消毒散(《外科正宗》)、阳和汤(《外科证治全生集》)、托里益气汤(《医学入门》)、黄芪建中汤(《景岳全书》)、加味千金内托散(《寿世保元》)、机要内托复煎散(《丹溪心法》)等,皆以补气解毒为主,其君药多为益气补脾类药物,其中黄芪运用最为广泛,李可<sup>[28]</sup>认为“凡下部疮疡久不收口,上气必虚,重用生芪立效”;其解毒类药物包括金银花、连翘、乳香、没药等。外用方药如红玉散(《丹台玉案》)、八宝丹(《外科传薪集》)、生肌散(《外科正宗》)、玉容膏(《疡医大全》)等,用药大体包括了温补、解毒两类。温补者,如人参、白术、桂圆等,补气健脾;如人乳、鹿角胶、龟甲、鳖甲、猪油等血肉有情之品,以其咸润,填精益肾;如干姜、大蒜、炮附子、雄黄等辛燥大热之品,以其辛烈,直贴疮面,温补尤速。解毒者,如水银、焰硝、朱砂、生铅、轻粉等金石之品,以其大寒,解体表热毒;如乳香、没药、血竭、地鳖虫等,活血生肌定痛,解体表瘀毒;如儿茶、炉甘石、明矾等,收湿敛疮以解体表痰毒。

### 5.2 慢性上消化道溃疡

慢性胃溃疡及十二指肠溃疡症见慢性、周期性、节律性上腹痛,病机为脾胃络脉失养、中焦气滞<sup>[29]</sup>,幽门螺杆菌感染是引起消化性溃疡的最常见病因<sup>[30]</sup>,细菌感染并长期定植即为毒滞,故治疗以补气解毒为主,以和降胃气为辅。连翘“主治蛊毒,去白虫”,蒲公英“性寒,化热毒,解食毒,散滞气”,实验证明蒲公英有抑制幽门螺杆菌的作用<sup>[31]</sup>,二者并用,以解热毒之滞。上腹痛为瘀毒滞络,故以失笑散、丹参等解瘀毒之滞。慢性上消化道溃疡多见反酸、烧心、嗝气等胃气上逆之证,故加用二陈汤等和降胃气之品,并解痰毒之滞。治疗方剂以黄芪建中汤加减较为常用,田德录治此化用《类证治裁》神效托里散,以黄芪补气为君,赤芍解毒为臣<sup>[32]</sup>。抑酸是缓解症状、愈合溃疡的最主要措施<sup>[30]</sup>,田德录治疗吐酸擅用赤芍、三七等以解其热毒、瘀毒<sup>[32]</sup>。

### 5.3 溃疡性结肠炎

治疗溃疡性结肠炎气虚毒滞证以补气解毒为主,以升提脾气、酸敛涩肠为辅。溃疡性结肠炎属于中医“久痢”“肠澼”范畴,历代医家治疗以温补脾阳为主,如《伤寒论》之桃花汤治疗下利脓血、日久滑脱,以干姜温振脾阳,赤石脂温补固涩,粳米益气止泻;又如《医宗金鉴》治疗“便血日久,服凉药不应,宜升补,用升阳去湿和血汤”“若因脾虚不能摄血者,宜归脾汤,中气下陷者,补中益气汤”。在临床试验中<sup>[33]</sup>,参苓白术散加减治疗溃疡性结肠炎疗效较好。溃疡性结肠炎局部表现为毒邪壅滞症状,肛门灼热者以槐花、生地榆、黄芩等解其热毒;下利脓血、腹痛者,以赤芍、牡丹皮等解其瘀毒;下利色白者,以陈皮、防风等解其痰毒。此外,“风药”可升提脾胃之气而止泻,亦可解毒,如葛根“清轻上达,能引胃气上升”“解诸毒”,升麻“消肿毒而排脓血”;“酸药”收敛涩肠,可防津伤,如五倍子、诃子、乌梅等。

### 5.4 动脉粥样硬化斑块溃疡

动脉粥样硬化斑块的形成由血小板、巨噬细胞、胆固醇等参与,以动脉壁内皮细胞损伤为始动因素,血小板黏附聚集、释放生物活性物质和平滑肌细胞

增殖为主要环节,脂质浸入、动脉管腔狭窄为病理结局。动脉粥样硬化斑块溃疡是指斑块纤维帽的缺陷,定义为斑块内皮表面的凹陷、侵蚀或裂缝<sup>[34]</sup>,形态学上与皮肤溃疡相似。溃疡斑块更易出现纤维帽破裂和脂质核心暴露,从而导致血栓的形成,增加急性心脑血管事件发生的风险<sup>[35]</sup>。结合中医理论探讨斑块溃疡的形成过程,血小板、巨噬细胞是人体的血细胞、免疫细胞,属于中医“血”的范畴;胆固醇等是源于肝脏和食物的代谢产物,属于中医“津”的范畴;异常的“血”“津”在血管内皮胶结,血结为瘀,津凝成痰,痰瘀互结而形成动脉粥样硬化斑块;痰瘀蕴热,热、痰、瘀日久为毒滞,腐蚀血管内皮,从而形成斑块溃疡<sup>[36-37]</sup>。治疗动脉粥样硬化斑块溃疡气虚毒滞证当以补气解毒为主,吴圣贤教授化用《太平惠民和剂局方》之神效托里散形成经验方“补气解毒汤”,用以治疗颈动脉粥样硬化斑块溃疡取得了较好疗效,本方以大剂量生黄芪益气以治病本,以金银花、天花粉等解热毒之滞,以浙贝母等解痰毒之滞,以当归、丹参等解瘀毒之滞,共奏补气解毒之功。

## 6 小结

慢性溃疡在皮肤病、消化系统疾病、心脑血管疾病中广泛存在,因其病程长、溃疡难愈而对人体健康有着长远的不利影响。气虚毒滞证的提出源于《黄帝内经》之“阳化气,阴成形”,又由后世医家不断发展总结,是慢性溃疡特有的核心证候。其病本为气虚,全身症见神疲、乏力、气短、懒言、自汗;其病标为毒滞,即热毒、痰毒、瘀毒蕴滞局部,症见溃疡久不愈合、平坦塌陷。不同部位的慢性溃疡治法皆以培补正气为主,以清热、化痰、活血等解毒之法为辅,体现了中医“异病同治”之理。通过梳理慢性溃疡气虚毒滞的理论来源、病因病机、辨证治则、现代疾病运用,我们提出以补气解毒作为治疗大法,拟用“补气解毒汤”为主方治疗,以期为临床治疗慢性溃疡提供系统思路 and 有效方法。◆

### 参考文献

- [1] 王可彬,马莲,杜雅薇,等.基于“异病同治”探讨“补气解毒法”治疗“慢性难愈合创面”[J].天津中医药,2020,37(5):554-558.
- [2] 宋兴.托里透毒法治疗慢性消化性溃疡初探[J].成都中医药大学学报,1999,22(1):3-5.
- [3] 陈实功.外科正宗[M].张印生,韩学杰,点校.北京:中医古籍出版社,1999:1.
- [4] 陆德铭.中医外科学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:20.
- [5] 杜志欣,郭卉,郭敬拙,等.回阳生肌法辨治糖尿病足阴证疮面经验[J].河北中医,2022,44(2):302-305.
- [6] 龚廷贤.寿世保元[M].北京:中国医药科技出版社,2011:15.
- [7] 陈士铎.外科秘录[M].北京:中国医药科技出版社,2011:67.
- [8] 黄世敏,尹颖辉.论“虚气流滞”[J].北京中医药大学学报,1996,19(6):22-24.
- [9] 姜良铎,张文生.从毒论治初探[J].北京中医药大学学报,1998,21(5):2-3.
- [10] 赵智强.略论周仲瑛教授的毒邪学说及临床应用[J].南京中医药大学学报,1999,15(3):170-171.
- [11] 李东垣.中医传世经典诵读本 内外伤辨惑论[M].北京:中国医药科技出版社,2016:21.
- [12] 郑寿全.医法圆通[M].于永敏,刘小平,校注.北京:中国中医药出版社,1993:28.
- [13] 肖森茂,彭永开.试论邪毒[J].陕西中医,1986,7(6):145-146.
- [14] 周明学,徐浩,陈可冀.中医脂毒、瘀毒与易损斑块关系的理

# 针刺“手十四针”治疗缺血性中风恢复期偏瘫手的临床疗效观察

张淼<sup>1,2</sup>, 肖文迅<sup>1</sup>, 刘璐<sup>1</sup>, 陈鹏<sup>1</sup>, 王少松<sup>1</sup>, 付渊博<sup>1</sup>, 游伟<sup>1</sup>, 吕天丽<sup>1</sup>, 魏嘉<sup>1</sup>,  
李斗<sup>1</sup>, 孙敬青<sup>1</sup>, 李彬<sup>1</sup>, 刘慧林<sup>1</sup>

(1. 首都医科大学附属北京中医医院, 北京 100010; 2. 中国中医科学院针灸研究所, 北京 100700)

**摘要:** **目的** 观察“手十四针”针刺治疗缺血性中风恢复期偏瘫手的临床疗效。 **方法** 选取2021年3月—2022年6月于首都医科大学附属北京中医医院针灸科病房及门诊就诊的60例缺血性中风恢复期手运动功能障碍患者作为研究对象, 采用随机对照试验设计方法, 将60例患者随机分为研究组和对照组各30例, 对照组予常规针刺治疗, 研究组在对照组基础上于患手背侧五指掌指关节、近侧指间关节、远端指间关节的伸肌远端肌腱附近进行针刺, 7 d为1个疗程, 比较治疗4个疗程后两组患者改良Ashworth评分、Brunnstrom运动功能评分、改良Fugl-meyer评分及手关节活动度变化。 **结果** 治疗后, 研究组总有效率(83.33%)显著高于对照组(60.00%) ( $P < 0.05$ ); 两组Ashworth痉挛评定等级在治疗后均有降低( $P < 0.01$ ), 且研究组显著低于对照组( $P < 0.05$ ); 两组Brunnstrom运动功能分级数据在治疗后均有增加( $P < 0.01$ ), 且研究组分级显著高于对照组( $P < 0.05$ ); 两组患者Fugl-meyer运动功能评分均有提升( $P < 0.01$ ), 且研究组评分显著高于对照组( $P < 0.01$ ); 两组患者手关节活动度TAM均较治疗前显著增加( $P < 0.01$ ), 且研究组显著高于对照组( $P < 0.01$ ); 治疗期间两组均未发生明显不良反应。 **结论** 针刺加用“手十四针”可更有效改善中风后手的运动功能, 缓解手痉挛性瘫的状态, 恢复手精细运动协调能力, 能提高患者的日常生活能力, 是一种安全并且有效的局部针刺疗法, 值得临床推广应用。

**关键词:** 中风; 脑卒中; 手痉挛性瘫; 针灸

**中图分类号:** R255.2

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1673-842X(2024) 11-0065-05

## Clinical Study on the Treatment of Hand Dysfunction on Ischemic Stroke Decubation by Acupuncture “Hand Fourteen Acupuncture”

ZHANG Miao<sup>1,2</sup>, XIAO Wenxun<sup>1</sup>, LIU Lu<sup>1</sup>, CHEN Peng<sup>1</sup>, WANG Shaosong<sup>1</sup>, FU Yuanbo<sup>1</sup>, YOU Wei<sup>1</sup>,  
LYU Tianli<sup>1</sup>, WEI Jia<sup>1</sup>, LI Dou<sup>1</sup>, SUN Jingqing<sup>1</sup>, LI Bin<sup>1</sup>, LIU Huilin<sup>1</sup>

**基金项目:** 国家自然科学基金(81973925); 北京市医院管理中心“扬帆”计划诊疗能力提升项目(ZLRK202324)

**作者简介:** 张淼(1996-), 女, 北京人, 医师, 硕士, 研究方向: 针灸治疗身心疾病。

**通讯作者:** 刘慧林(1971-), 男, 北京人, 教授、主任医师, 博士研究生导师, 博士, 研究方向: 针灸治疗神经内科疾病。

- 论探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(10): 737-738.
- [15] 王永炎. 关于提高脑血管疾病疗效难点的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(4): 195-196.
- [16] 张允岭, 郭蓉娟, 常富业, 等. 论中医毒邪的特性[J]. 北京中医药大学学报, 2007, 30(12): 800-801.
- [17] 冯兴中. 解毒法在糖尿病治疗中的意义[J]. 山东中医药大学学报, 2010, 34(1): 23-25.
- [18] FROSTEGÅRD J. Immunity, atherosclerosis and cardiovascular disease[J]. BMC Med, 2013, 11: 117.
- [19] 王筠, 张军平. 冠心病之络脉虚滞论[J]. 中医药学刊, 2006, 24(4): 629-630.
- [20] 吴圣贤, 何芳, 武荣荣. 以“脉生痰核”理论指导动脉粥样硬化研究[J]. 中医杂志, 2017, 58(3): 262-264.
- [21] 苏文全, 吴圣贤, 杜雅薇. 从“脉生痰核”论治动脉粥样硬化[J]. 中医学报, 2019, 34(8): 1617-1620.
- [22] SABA L, SAAM T, JÄGER HR, et al. Imaging biomarkers of vulnerable carotid plaques for stroke risk prediction and their potential clinical implications[J]. Lancet Neurol, 2019, 18(6): 559-572.
- [23] 李青筱, 苏文全, 杜雅薇, 等. 从瘀毒互结论治颈动脉粥样硬化易损斑块[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(2): 125-130.
- [24] 吴圣贤, 杜雅薇, 马莲, 等. 慢性溃疡气虚毒滞证诊断标准[J]. 中医杂志, 2021, 62(19): 1746-1748.
- [25] 张璐. 张氏医通[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 10-12.
- [26] 高秉钧. 疡科心得集[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1983: 56-59.
- [27] 孙振杰. 外科理例新释[M]. 北京: 中国古籍出版社, 2004: 102.
- [28] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2005: 328.
- [29] 叶晓玲, 熊周勇. 中医药治疗消化性溃疡的研究进展[J]. 江西中医药, 2022, 53(2): 77-80.
- [30] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范[J]. 全科医学临床与教育, 2014, 12(3): 243-246.
- [31] 胡伟, 王红, 程丽, 等. 蒲公英对幽门螺杆菌体外抑菌作用的实验研究[J]. 胃肠病学, 2006, 11(6): 365-366.
- [32] 李军祥. 田德录治疗十二指肠球部溃疡的经验[J]. 北京中医, 1993(2): 24-25.
- [33] 尹园缘, 詹敏, 宾东华. 参苓白术散联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的Meta分析[J]. 中医药导报, 2021, 27(8): 176-181.
- [34] BENSON JC, SABA L, BATHLA G, et al. MR Imaging of Carotid Artery Atherosclerosis: Updated Evidence on High-Risk Plaque Features and Emerging Trends[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2023, 44(8): 880-888.
- [35] VERGALLO R, CREA F. Atherosclerotic Plaque Healing[J]. N Engl J Med, 2020, 383(9): 846-857.
- [36] 段金江, 周丽杰, 王鑫宇, 等. 基于NLRP3炎症小体活化导致GES-1细胞焦亡探讨消化性溃疡“毒热”病理演变机制[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(3): 37-41.
- [37] 袁亚利, 李军祥, 谢春娥, 等. 基于“伏邪理论”探讨中医药抗溃疡性结肠炎复发的诊疗策略[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(8): 70-74.