

引用:曹芳,彭娟,张朝晖.津沽疮疡学术流派治疗下肢复发性丹毒思路探析[J].湖南中医杂志,2021,37(10):129-131.

津沽疮疡学术流派治疗下肢复发性丹毒思路探析

曹芳^{1,2},彭娟²,张朝晖²

(1. 天津中医药大学,天津,301617;2. 天津中医药大学第二附属医院,天津,300250)

[摘要] 对津沽疮疡学术流派治疗下肢复发性丹毒的思路进行了初步探讨。笔者通过跟师学习津沽疮疡学术流派及中医病科心得派学术思想,将三焦辨证与治未病思想相结合,提出对下肢复发性丹毒分为未病、既病、愈后3个阶段分期论治。丹毒发病初期应重清热化湿、益气健脾、宣畅气机,以防治湿邪缠身,同时应防止病轻药重损伤脾胃,湿邪黏腻,应徐徐除之;初期热毒症状消退后,应重宣畅三焦,以利湿除邪为主;后期在清除余邪时以利水消肿、温补脾肾为主,辅以活血行气之法,扶助正气,抵御外邪,防止其反复发作。

[关键词] 下肢复发性丹毒;津沽疮疡学术流派;高憩云;三焦辨证;治未病

[中图分类号] R275.935 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.10.048

下肢丹毒为外感邪毒与内蕴郁热所引起的下肢局部皮肤红肿热痛,临床有下肢局部皮肤的红、肿、热、痛为主要特征,呈片状红肿,同时可伴有畏寒、发热等全身症状,是临床常见的疮疡类疾病,若防护不当,则病情易反复,形成下肢复发性丹毒^[1]。现代医学认为,丹毒是由溶血性链球菌感染皮肤及其网状淋巴管所引起的感染性疾病,其发病特点为易反复,严重者可致淋巴管阻塞,皮下组织增厚,形成慢性淋巴水肿^[2]。其治疗以内服抗生素为主要治疗方案,但对于老年及体虚患者,频繁使用抗生素会加剧患者肝肾损伤,降低机体抵抗力,极易再次感染,迁延不愈,形成橡皮腿^[3]。

津沽疮疡学术流派起源于晚清时期,初代创始人高憩云,字憩云,深通《内经》《温病》及《疡科心得集》。光绪年间,因其在天津应诊十余年间外科手法治疗多有奇效,在当地颇有“津门华佗”之盛名。后广收学徒,传承衣钵,经历几代传人的传承、创新、发展,取得众多研究成果,至今在第四代传人张朝晖教授的带领下,津沽疮疡学术流派形成了以“给邪出路”“去腐生肌,肌平皮长”“箍围护场”“筋之血化”为核心的学术思想。笔者有幸师从于津沽疮疡学术流派,现将该流派临床诊疗下肢复发性丹毒的思路和特点做如下分析。

1 中医学对下肢丹毒的认识

丹毒,中医学又称“湿火流经”“流火”。《圣济总录》云:“热毒之气,暴发于皮肤间,不得外泄,则蓄热为丹毒。”复发性丹毒是在原发损害部位上,每固定隔一段时间或接触诱因后再次发作的慢性迁延性疾病。患者多伴有皮肤黏膜损伤,脚气糜烂史,外受火毒后与血热搏结,蕴阻肌肤,不得外泄,致患部鲜红灼热,边界清晰,略高于皮肤,有如涂丹

之状。发于下肢者,中医学治疗以清热解毒化湿,临床多采用内外同治法。内治法内服萆薢渗湿汤加减,湿重者配伍三仁汤,热重者配伍四妙勇安汤加减。外治法常用外敷如意金黄散或玉露散治疗;热毒壅盛者可用三棱针针刺放血泻毒;成脓者可作小切口引流。但由于临床对下肢丹毒不同时期防治辨证模糊,导致不同时期药不对症,阴邪难除,伏邪积于体内,外感邪毒时极易再次发病。下肢丹毒发病早期,热毒炽盛,清热解毒药物多为寒凉峻猛之剂,耗气伤阴,热毒症状缓解后,气虚无力,血液瘀滞,而湿为阴邪,重着黏腻,湿邪阻滞,易为其复发埋下祸根,须徐徐图之^[4]。

2 病机特点

高憩云所著《外科医镜》中记载:“寒肿木硬紫暗者,此说亦不尽然,余常见疔疮恶症多紫暗木硬,究其病原,大都脏腑积热所致,所谓火极似水,寒肿又宜细心辨别也。”高憩云认为下肢复发性丹毒根本病因是由于脏腑积热所致^[5]。疡科心得派高秉钧认为下肢丹毒反复发作是由于心经郁热,湿热下注于下焦,感邪后清利太过或不及而导致阴邪伏积于下焦,气血依循行部位侵入经络,气血凝滞于经络,郁而化热,引动伏邪,导致疾病复发。可见津沽疮疡学术流派高憩云的观点与高秉钧有高度的一致。

2.1 湿郁化热 《素问·热论》载:“今夫热病,皆伤寒之类也”,认为出现热象的病症,必起因于寒邪。中医学治疗多以寒热为治疗辨证依据,治法多重视清热解毒、化湿行气,然清热药性味苦寒,虽可快速缓解下肢复发性丹毒红肿热痛之症,但因脾主运化而喜燥恶湿,患者素体脾胃运化失常,湿浊内生,脾阳受损,功能失调,湿邪与药物苦寒之性相

基金项目:第二批天津市中医药专家学术经验继承项目(津卫中[2018]176号)

第一作者:曹芳,女,2019级硕士研究生,研究方向:中医外科疾病的临床研究

通讯作者:彭娟,女,医学硕士,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医外科学,E-mail:3759306@qq.com

结合,积于体内,郁而化热则再发为丹毒。

2.2 气滞血瘀 湿为阴邪,袭阴位,易阻遏气机,损伤阳气,气血鼓动无力,则瘀滞阻塞经络,内生湿邪与药物之寒性相结合,伏邪藏于体内,当机体气血阴阳发生变化,寒湿之邪郁而化热,则丹毒复发在所难免^[6]。丹毒复发,临床以皮肤增厚、红肿热痛不易消退为主要的临床表现,全身发热症状并不明显。复发性丹毒患者局部经络阻滞,气血凝滞于患处,药力难达病灶,导致清利不及,余邪残留,患处血运不畅,或破损感染,则丹毒易再次发作,使局部血瘀更甚,血脉不畅,瘀而不行,又引起血瘀,如此恶性循环,导致丹毒反复^[7]。

2.3 气虚湿阻 《素问·刺法论》云:“正气存内,邪不可干;邪之所凑,其气必虚。”杨士瀛在《仁斋直指方论》中提出疮疡是人体虚受热毒而发。丹毒在急性期经过清热攻邪之后,虽邪去大半,然正气亦不足,患者脾虚湿盛,湿阻气机,导致脾阳运化功能失常,出现脾虚证;反复热盛伤阴,肝肾阴亏,日久阴损及阳,导致肾阴阳两虚证。肾乃先天之本,脾乃后天之本,气血生化之源,若脾肾功能失常,则湿阻三焦,气机不畅,水谷精微难以运达全身,水肿亦难以消除。三焦是主通行元气与水液的通路,必得脾之运化、肾之输布水湿的功能正常,才能通行无阻^[8]。脾肾调节水液功能失调,则气血循环障碍,但感受火毒,更易导致疾病复发。气能行血,血能生气,久病患者肺脾肾三脏俱虚,气虚则鼓动无力,血停为瘀,阻塞经络,导致疾病复发。

3 外科三焦辨证溯源与发展

研究发现,温病学说为中医疮疡科内治法的理论发展提供了全新的思路。高秉钧在治疗外科疾病过程中充分吸收了清代温病学说的主要思想,并首次将其引入到外科领域的诊治过程中,强调辨证在疡科疾病过程中病因、病机和治法方面的一致性。其提倡按部求因,创立了“三部病机”学说的辨治思想^[9-10]。津沽疮疡学术流派创始人高翥云诵读《疡科心得集》,基于三部病机学说提出外科亦分三焦辨证的观点。《外科医镜》载:“凡项以上多属风症,风痰、风热、风火、风湿,盖风性上行也;腰以下类多湿症,风湿、寒湿、火湿、湿痰,以湿性趋下也”,认为下肢丹毒病属下焦,湿为阴邪,易侵阴位,阻遏气机,损伤阳气,“伤于湿者,下先受之”,湿性黏腻趋下,故丹毒反复发作于下肢是因风湿、寒湿、火湿、湿痰下注于下焦所致。三焦外科辨证的建立对后世中医外科辨证施治有极大的启示。

4 三焦分经辨证治法

4.1 未病先防——首次发病的辨证治法 下肢丹毒有复发倾向者,多湿重于热,表现为局部出现界限清楚之片状红疹,颜色鲜红,并稍隆起,压之褪色,皮肤表面紧张炽热,迅速向四周蔓延,有烧灼样痛,伴高热畏寒、头痛及口干喜冷饮等,二便不利,舌红、苔黄腻,脉洪数或滑数^[11]。皮肤表面紧张炽热,有烧灼样痛,乃热邪蕴结于肌肤所致,口干喜冷饮,苔黄腻、脉滑数乃湿热蕴结于体内,为湿热下注证,故治

疗宜在清热解毒的同时并重宣畅三焦,在清热解毒同时,防止湿邪黏腻缠身,旧病难除,方用萆薢渗湿汤清热渗湿、凉血活血,加黄芩、黄连清热燥湿。

清热药多药性苦寒,治疗过程要防病轻药重,忌清热过度。正虚邪恋,应遵循“中病即止”的原则,即在热毒症状消退后不可继服前药,应选取平和之药利湿而不伤正,在祛湿剂中佐以理气药以通畅脏腑气机,有不治湿而湿邪自除之妙。丹毒发病火毒炽盛,灼伤津液,局部气血不通,瘀阻经络,首次发病时为防止气血瘀滞,伏邪藏于经络,在清热利湿的治法上应添加红花、鸡血藤、路路通以活血化瘀、疏经通络。

4.2 既病防变——再次发病的辨证治法 下肢复发性丹毒多在初次发病部位发作,由于丹毒初发时湿邪清利不足,患处局部气滞血瘀,每或因外感,或因内伤,当机体阴阳失调,气血失和,则再发为丹毒,治以清利湿邪为治法。若初发丹毒湿邪较甚者,当机体阴阳失调,湿邪郁而化热,则表现与丹毒初发相似,但发热及全身症状轻,且红肿消退较慢,表现为局部出现界限清楚之片状红疹,皮肤表面颜色微红,缓慢向四周蔓延,压之褪色,按之疼痛,小便色黄,大便黏,舌红、苔黄腻,脉洪数或滑数。此为湿邪与热邪郁积于肌肤,难以散出所致,为湿热瘀阻证,治当首重宣畅三焦,利湿除邪,在清热的同时祛湿,防止湿邪再次黏腻缠身,频繁复发。方用三仁汤合四妙丸加减,其中三仁汤宣畅三焦,调畅气机,使湿邪从三焦分消,四妙丸清热利湿,加川芎、牛膝、丹参、蒲黄活血化瘀,则诸症自解。

若丹毒初发,寒湿阻滞于经络者,则气滞血瘀较甚,可表现为局部皮肤热痛微痒,质韧坚硬肿胀,色棕黄或暗紫,皮肤增厚粗糙,全身面色无华,精神倦怠,肢冷胃寒,腰膝酸软,小便不畅或清长,大便偏干,舌暗红、苔白腻,脉细滑^[12]。此为初用清热药过度,局部气滞血瘀,寒邪与湿邪相结合,属于寒湿瘀阻证,治宜采用温通法,以祛湿为主,活血化瘀,助阳散寒,温通经脉。方用三仁汤合阳和汤加减,其中三仁汤祛湿,阳和汤温阳补血,散寒通滞,加桂枝、细辛、通草、鸡血藤温通经脉、通络止痛,牛膝、乳香活血化瘀,延胡索理气止痛。

4.3 愈后防复——痊愈以后的辨证治法 下肢丹毒反复发作,久病致肺、脾、肾三脏脏腑功能虚弱,三焦气化不利,水湿泛滥,津液代谢失常,出现下肢水肿;气行则血畅,气不行,则血停为瘀,反作用于气,更易发生水肿。下肢复发性丹毒的后期治疗,当以利水消肿、温补脾肾为主法,辅以活血行气。水肿始于下肢者为阴水,表现为下肢患处皮肤粗糙,皮温不高,双下肢水肿,晨清暮重,局部水泛肌肤,肿胀,按之有凹陷,腰酸乏力,夜尿频多,大便溏薄,舌胖大有齿痕,苔白,为脾肾阳虚证^[13]。阴水得阳气温煦可化,治宜温肾健脾。方用参苓白术散合真武汤加黄芪益气固表、桂枝温阳化气、苍术燥湿化痰,一则扶助正气,抵御外邪;二则温肾健脾,渗湿利水,通利三焦。

若下肢水肿,久病气虚更甚者,可表现为下肢乏力肿胀,患处皮肤色素沉着,皮下有硬结或条索状改变,按之疼痛,舌体多胖大且边有齿印,舌底脉络轻度瘀滞,脉涩、脉沉或结代,为气虚血瘀证。患者久病,肺脾肾三脏俱虚,但气虚更甚者,乃肺脾气虚所致,气为血之帅,气能行血,气虚则鼓动无力,血停为瘀,阻塞经络,导致水肿。治宜健脾益气、活血通络,方用防己黄芪汤合桃红四物汤加减,加茯苓、泽泻利水渗湿,苍术燥湿化痰。

5 小 结

津沽疮疡学术流派经几代传承,对下肢复发性丹毒的内治法形成独特的诊疗思路,结合“未病先防,既病防变”理论对下肢复发性丹毒提出了系统的诊疗方案。丹毒发病初期全身及局部以火毒湿邪症状为主并伴有局部气滞血瘀,临床诊疗应重清热化湿、益气健脾、宣畅气机,以防湿邪缠身。首次发病治疗应防止病轻药重损伤脾阳,湿邪内生,湿邪黏腻,应徐徐除之;在初期热毒症状消退后,以化湿祛邪为主。《洞天奥指》载:“气血多者,易于成功;气血少者,难于建绩。”丹毒发病,局部气血循环障碍,故活血化痰、疏通经络之法体现在治疗的全过程;正气内存,邪不可干,经过初期强势的攻邪后,邪去大半,正气不足,易再受火毒,丹毒后期在清除余邪时要顾护脾胃、温补肾阳以扶助正气,抵御外邪,防止其反复发作。对于下肢复发性丹毒患者,要保持皮肤清洁,防止外伤导致皮肤感染。

参考文献

- [1] 郭宪伟. 桃红四物汤合五味消毒饮加减联合抗生素治疗下

肢丹毒的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2016, 16(1): 35-37.

- [2] 李蔚林, 李东辉, 董德寅, 等. 清热解毒法为主治疗皮肤疮疡的临床与实验研究[J]. 西北国防医学杂志, 1998, 20(2): 57-58.
- [3] 杨增光. 老年患者抗生素致不良反应的特点及危险因素分析[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(14): 134-135.
- [4] 崔立兵. 五神汤合萆薢渗湿汤加减内服外敷治疗急性下肢丹毒 36 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2018, 50(6): 42-43.
- [5] 高思敬. 高思敬云外科全书[M]. 张朝晖, 徐强, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 357.
- [6] 吕海蛟, 马立人. 浅谈调理脾胃以预防丹毒复发[J]. 中医临床研究, 2012, 4(15): 57-58.
- [7] 徐占红. 中西医结合治疗下肢丹毒临床分析[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(12): 124-125.
- [8] 程宏斌, 伍景平, 艾儒棣. 胃为胃大肠小肠三焦膀胱的内经学术思想浅论[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(9): 1779-1781.
- [9] 黄桃园. 清代医家高秉钧《疡科心得集》学术思想研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2009: 2, 10, 25.
- [10] 刘静, 陆德铭. 《疡科心得集》中“辨”的思想[J]. 河南中医, 2017, 37(1): 47-49.
- [11] 孙俊超. 从阴阳辨证分期论治下肢丹毒[J]. 新疆中医药, 2019, 37(4): 81-82.
- [12] 沈凤娇, 夏玉双, 王军. 王军辨治下肢慢性丹毒经验[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(11): 39-41.
- [13] 刘绍凡, 张嗣兰. 张嗣兰老师治疗下肢水肿经验撷菁[J]. 亚太传统医药, 2020, 16(11): 81-83.

(收稿日期: 2020-12-23)

(上接第 123 页)

- [10] BODIEN YG, CHATELLE C, EDLOW BL. Functional networks in disorders of consciousness[J]. Seminars in Neurology, 2017, 37(5): 485-502.
- [11] 王超, 张沁园. 浅析脑的生理功能和病理表现[J]. 时珍国医国药, 2008, 19(9): 2307-2308.
- [12] 池林. 经颅直流电刺激对严重意识障碍患者的临床疗效研究[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2017.
- [13] ROSANOVA M, GOSSERIES O, CASAROTTO S, et al. Recovery of cortical effective connectivity and recovery of consciousness in vegetative patients[J]. Brain a Journal of Neurology, 2012, 135(4): 1308-1320.
- [14] CRONE JS, SCHURZ M, HÄLLER Y, et al. Impaired consciousness is linked to changes in effective connectivity of the posterior cingulate cortex within the default mode network[J]. Neuroimage, 2015, 110(4): 101-109.
- [15] ZHANG Y, YANG Y, SI J, et al. Influence of inter-stimulus interval of spinal cord stimulation in patients with disorders of consciousness: a preliminary functional near-infrared spectroscopy study[J]. Neuroimage Clinical, 2018 (17): 1-9.
- [16] WXH, SMITH RE, KRONEMER SI, et al. A switch and wave of neu-

ronal activity in the cerebral cortex during the first second of conscious perception[J]. Cerebral Cortex, 2017, 29(2): 461-474.

- [17] STERPENICH V, SCHWARTZ S, MAQUET P, et al. Ability to maintain internal arousal and motivation modulates brain responses to emotions[J]. PloS One, 2014, 9(12): e112999.
- [18] DALGLEISH T. The emotional brain[J]. Nature Reiview Neuroscience, 2004, 5(7): 582-589.
- [19] 聂聘, 王晓韩, 段若男, 等. 基于脑电的情绪识别研究综述[J]. 中国生物医学工程学报, 2012, 31(4): 595-606.
- [20] 周加仙. 脑、认知与文化学习[J]. 全球教育展望, 2012, 41(10): 62-68.
- [21] PETRACCA E. Two and a half systems: the sensory-motor system in dual-process judgment and decision-making[J]. Journal of Neuroscience Psychology and Economics, 2020, 13(1): 1-18.
- [22] THOMPSON RF, KIM JJ. Memory systems in the brain and localization of a memory[J]. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 1996, 93(24): 13438.
- [23] 孙朝润. 中医学对脑心的论述[J]. 中医研究, 2014, 27(4): 9-12.
- [24] 纪宇, 颜红, 沈莉. “心主神明”的内涵与外延浅析[J]. 中医杂志, 2016, 57(10): 819-821, 837.

(收稿日期: 2021-01-06)