

姜兆俊治疗外科急性感染的经验

孙贻安

(山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250011)

关键词: 外科急性感染; 中医药疗法; 姜兆俊

中图分类号: R269.3

文献标识码: B

文章编号: 1009-5276(2006)09-1603-02

姜兆俊老师为山东省名老中医, 尤擅长治疗外科急性感染, 现将其治疗属于疮疡阳证范畴的经验总结如下。

1 辨证论治

1.1 瘀热期 多为初期急性炎症浸润阶段或慢性炎症急性发作者。此期病机特点主要是气血瘀滞, 郁久化热。证见肿硬(或红肿)热痛, 发热恶寒, 口渴, 苔黄, 脉弦滑数。治宜清热解毒、和营消肿, 内服五味消毒饮加减: 金银花、蒲公英各 30g 地丁、板蓝根、赤芍、连翘各 15g 黄芩、川芎各 10g 生甘草 6g。随证加减: 发生于头面、上肢者, 加野菊花; 发生于肝经循行部位者, 加柴胡、龙胆草; 兼有肿块者, 加夏枯草; 发生于膀胱经部位者, 加羌活; 乳房部肿胀热痛者, 加瓜蒌、漏芦、青皮; 皮肤红赤灼痛者, 加生地、丹皮; 高热不退者, 加大青叶、黄连; 口渴者, 加天花粉、知母; 便秘者, 加生大黄。

1.2 脓成期 为脓肿形成阶段。其病机特点是热毒炽盛, 肉腐成脓。证见焮热肿痛, 按之应指, 或深部感染穿刺有脓, 或脓肿切开引流初期, 伴身热, 苔黄, 脉洪数, 治宜清热解毒、排脓消肿, 内服清热排脓汤: 金银花、蒲公英各 30g 连翘、天花粉、败酱草各 15g 当归、赤芍、白芷各 10g 生甘草 6g。随证加减: 面部鼻唇附近的疖、痈, 或较小的痈, 已多脓头分布者, 可不用切开引流, 加山甲珠、皂角刺透托排脓; 穿刺抽脓证实脓腔较深, 脓液较少, 炎症尚未局限者, 加黄连、黄芩、地丁、川芎, 可促使脓液的吸收消散; 溃后气虚, 炎症局限者, 加生黄芪、党参; 纳呆, 苔腻者, 加陈皮、薏苡仁。

1.3 溃后期 为溃后末期阶段。其病机特点是患部脓毒外泄, 气血运行逐渐复常。证见脓液畅泄, 腐肉已脱, 新生肉芽开始生长, 创口日渐缩小而趋向愈合, 不用内服药物即可痊愈。如气血两虚而余毒未净者, 宜补益气血、清解余毒, 内服四妙汤加味。生黄芪、金银花各 30g 当归、党参、天花粉各 15g 陈皮 9g 生甘草 6g。

2 其它方法

2.1 抗生素应用 全身中毒症状明显, 体温 38.5~39℃ 以上。白细胞总数在 $1.5 \times 10^9/L$ 以上者, 短期配合抗生素治疗。

2.2 外治法 大青膏外敷患处, 每日 1 次。适用于外科感染瘀热期。

2.3 脓肿切开引流术 急性化脓性感染已局限化, 有明显波动感(但手部感染, 不能等待波动的出现), 或深部感

染经穿刺有脓者。在局部或全身麻醉下, 遵循切开引流原则, 行脓肿切开引流术。

2.4 创口换药 溃疡初期, 脓多而炎症显著者, 用解毒洗药煎汤熏洗后, 敷贴大黄油纱布, 也可选用有效抗生素溶液湿敷换药; 脓腐难脱者, 可敷布少许九一丹、九黄丹。溃疡后期腐肉已脱脓水将尽, 新生肉芽组织生长或生长迟缓者, 用生肌玉红膏换药, 或撒布少许生肌散。

2.5 糖尿病患者 配合降糖药物治疗。

3 体会

3.1 关于清热解毒法的应用 外科急性感染在发病过程中, 由于风寒暑湿燥邪皆能化热、化火, 所以外科感染以热毒、火毒致病者最为多见, 故《医宗金鉴》云: “痈疽原是火毒生”。从经络阻塞, 气血凝滞, 郁久化热, 热盛肉腐成脓的病机演变规律归纳, 可列为痛、肿、热、红、脓 5 个基本证候。根据证候, 经八纲辨证分析, 多属阳、热、实证。有的热象早期虽然不明显, 但往往很快化热, 故要把清热解毒之药用在病理化热之前, 以求治于化热之先。因此在整个治疗过程中, 始终以清热解毒法治疗为主, 如五味消毒饮、清热排脓汤中的金银花、蒲公英、地丁、连翘、板蓝根、黄芩、败酱草等, 经实验证明, 这些药物均有明显的解热、抗菌、消炎之效, 对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠杆菌及绿脓杆菌等, 有较强的抗菌、抑菌和提高机体免疫力等作用。

3.2 关于活血化瘀法的应用 外科感染瘀热期, 经络阻塞, 气血凝滞, 郁久化热是主要病机。在治法上除用清热解毒法为主外, 还必须佐以活血化瘀药, 从而使热毒清解, 经络疏通, 凝滞消散而恢复正常。因此瘀热期应用活血化瘀药: ①可防止病变继续向郁久化热演变发展。②可防止炎症肿块增大, 促使肿块局限和吸收。③防止病变发展形成脓肿。溃后应用可使患部气血运行复常, 肌肉生长, 创口早日愈合。故《医宗金鉴》云: “……疮疡已成而不去, 或硬而赤, 或硬而无脓, 或破而不敛, 总宜调和营卫, 再以去毒行滞。”经临床观察及实验室研究证明, 丹参、赤芍、川芎、当归等活血化瘀药, 能使炎症减轻, 病灶局限, 减少渗出, 促进炎症肿块消散, 调节机体免疫功能等。与清热解毒药同用, 则有加强抑菌和解毒方面的作用。因此清热解毒法、活血化瘀法, 是外科感染瘀热期的主要治法, 两者相辅相成, 并用可更好的发挥其治疗作用。

3.3 关于托法的应用 实践证明脓肿一旦形成, 立即行切开引流, 内服清热排脓汤治疗, 多数病例在 1~2 天内体温降至正常, 2~5 天后白细胞总数降至正常范围。由此可见, 内治以清热解毒、排脓消肿, 外治以切开排脓, 毒随脓泄, 是治疗外科急性感染脓成期最有效的治疗方法。与应用透脓散的透脓托毒作用对比, 病程短, 痛苦小, 损害组织

收稿日期: 2006-03-07

作者简介: 孙贻安(1963-), 男, 山东文登人, 副主任医师, 学士, 研究方向: 乳腺、甲状腺、疮疡疾病。

王玲玲教授“阳虚生风”论及启示

张建斌, 指导: 王玲玲

(南京中医药大学第二临床医学院, 江苏 南京 210029)

关键词: 阳虚生风; 经验; 王玲玲

中图分类号: R249.7

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)09-1604-03

王玲玲教授是南京中医药大学第二临床医学院院长、中国针灸学会临床分会主任委员、博士研究生导师, 长期从事针灸临床、教学和科学研究。王教授在针灸治疗帕金森病的临床研究过程中, 依据患者的临床表现和诊治体会, 提出了“阳虚生风”的学说。“阳虚生风”的提出, 为全面深入理解和体会中医基础理论、求真务实地进行中医临床科学研究、以及客观地发展中医学术都是极具启发意义的。

1 风性数变 内外为患

一般认为, 风邪的性质及致病特点为: 风为阳邪, 其性轻扬开泄、易袭人体之阳位; 风性善行而数变, 来去迅速, 变化多端; 风为百病之始, 易兼邪致病; 风与肝相应。自《内经》以来, 一直认为风为阳邪, 具有善行数变的特性, 容易伤人体阳部。如《素问·疟论篇》云: “夫寒者阴气也, 风者阳气也”; 《素问·太阴阳明论篇》云: “故犯贼风虚邪者, 阳受之”。因此, 风邪所致之病, 多在人体阳部。如皮肤居人身之表, 为人体抵御外邪的第一道屏障。风邪伤人多由表入里; 又头为人体之颠, 位居最高, 也是诸阳所汇之处。所以, 风乃阳邪, 易伤人身之阳气上部。

中医学中常用“取类比象”的方法来说明病证的机理。关于风邪和风证的描述, 也借用了自然界中“风”的特点来

叙述。同时, 由于中医理论构建和形成过程中, 还受到五行学说和五行方法的显著影响, 也常常将“风”与五行中的“木”和五脏中的“肝”联系在一起。因为风具有善行而不居, 具有升发、向上、向外的特性。尤其是存“内风”的描述中, 更是表现突出, 以至于出现了“肝风内动”等术语。《内经》阐述病机时也明确指出“诸风掉眩, 皆属于肝”。

中医基础理论认为, 风邪包括外风和内风, 前者属于外感病的范畴, 而后者属于内伤病的范畴。风邪(含内风、外风)为病引起的临床症状, 具有以下特点和特征:^[1] ①“急”(中风、癰病、暑风等); ②“动”, 或是自觉旋动, 或是肌肉肢体抽搐、颤动; ③“肿”(风水, 面目水肿); ④“痛”, 如风湿痹证; ⑤“痒”, 如抽掣等; ⑥“痿”, 如偏枯、风痿等; ⑦“痒”, 如瘾疹; ⑧“麻木”。而“内风”、“外风”的区分, 主要是根据疾病发展的过程和趋势而确定的。一般来说, 感受外邪所致的“风证”属于外感病的范畴, 也称为“外风证”, 疾病由外而里; 由于脏腑功能失调所致的属于“内风”的范畴, 疾病由里而外, 也称为“内风证”。

“内风”是由脏腑阴阳气血失调所产生, 属于“内生五邪”之一。从脏腑学说分析, 内风的产生主要是由于肝脏的阴阳失调和体内气血津液运行异常所引起的综合性病理

少, 引流通畅, 并能有效地控制感染和防止并发症发生。但透托法并非抛弃, 在某些特殊情况下, 可内服清热排脓汤, 加山甲珠、皂角刺透托排脓, 不用切开引流即可奏效。如:^[1] 面部鼻唇附近的疔、痈。④较小的痈, 已多脓头破溃。⑤表浅脓肿, 炎症范围广泛者。这样既可防止因切开过早而致毒邪扩散, 又能发挥中医外科内服药透托排脓治愈的特长。两者各有特长, 应根据病情分别选用。

清热排脓汤除有清热解毒、排脓消肿、活血祛瘀的作用外, 还有吸收消散脓肿功效。其内消之机理, 是根据气血凝滞, 郁久化热, 热盛则肉腐成脓的病机, 在原方基础上加黄连、黄芩、地丁、川芎等消散药物, 使清热解毒、活血消肿为主的作用加强, 消肿排脓的天花粉、败酱草、白芷成为辅助药, 以加强主药的治疗作用。从而使患部热毒减轻, 炎症局限, 血脉调和, 坏死组织逐渐吸收而愈。因此托法的作用不仅能托毒于外, 且能将某些初期阶段的脓肿吸收消散。这一治疗方法在脓成期的应用成功, 充实了托法的内容, 扩大了消法的应用范围, 提高了临床治疗效果。

3.4 对汗之则疮已的看法 在传统的中医外科消法中, 常用解表法中的荆防败毒散、银翘散治疗发热轻恶寒重或

发热重恶寒轻的表证肿疡, 以达“汗之则疮已”的目的。实践证明, 外科急性感染之发热恶寒, 并非风寒、风热侵入肌表而引起, 多为热毒壅盛, 正盛邪实, 正邪相搏剧烈所致, 常以热、瘀、脓三证表现为主, 以清热解毒法治疗为宜。如果采用辛温解表法治疗, 非但不能奏效, 反而致病情加剧, 但其疗效远不及清热解毒法。因此, 外科急性感染之发热恶寒证, 用清热解毒法治疗为宜。

3.5 关于外治法的应用 外治法在治疗外科急性感染中占有重要地位, 具有独特的治疗作用。在临床运用中也要辨证论治。如瘀热期外敷大青膏, 借局部经络通路, 发挥药物的清热解毒、燥湿祛瘀、消肿止痛的作用, 使患部热毒壅聚消散, 气血凝滞疏通而恢复正常。溃疡初期, 祛腐为主要治法, 只有腐祛才能肌生。笔者用解毒洗药煎汤熏洗或浸浴创口, 有清热解毒、祛腐排脓、促进创口愈合的显著作用。经抑菌试验, 对金黄色葡萄球菌有较好的抑菌作用; 坏死组织较多者, 可用全蝎膏、九一丹、九黄丹拔脓祛腐, 有利于新生肉芽组织生长; 大黄油纱布, 有解毒燥湿、祛腐排脓的作用, 是治疗创口脓多, 炎症明显的有效药物。经抑菌试验, 对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、绿脓杆菌有明显的抑菌作用。溃疡后期, 生肌为主要治法, 能促进生长迟缓的肉芽组织生长, 加速创口早日愈合。如创口腐尽毒去, 新生肉芽组织鲜红, 不用生肌收口药, 也可很快愈合, 故所谓“毒尽则肌自生也”。