**目供压懒世益咖状** 兰乐半 搬



毫 冬 题 把 武 零 古 遵 足 冠 福

**百病中医自我疗养丛书**

**血栓闭塞性脉管炎**

陈淑长 著

… …

**人** **民** **卫** **生** **出** **版** **社**

**出** **版** **说** **明** 7 21

为了普及中医中药知识，使广大读者能够应用中医中药 防治常见病和多发病，以维护健康、祛病延年，我社特组织 编写一套《百病中医自我疗养》丛书。

本丛书共介绍一百种常见病和多发病，以辨证论治的原 则为指导，通过对病因、发病机理和临床表现的分析，以及 如何辨证和辨病的阐述，从而提出多种有关治疗(包括中 药、针灸、简易外治、自我按摩、气功导引、饮食等疗法)、 调养护理、预防等方面的具体措施，以供患者选用。

本丛书所介绍的治疗方法都是通过临床实践证明疗效确 切或前人用之有效且有文献可依据的。并具有容易掌握、应 用简便、取材方便、不受设备条件限制、疗效稳妥可靠、适 宜于家庭应用等优点。

本丛书主要供具有中等文化水平的患者，及中医爱好者 阅读，也可供中西医务人员参考。

之 .

**前** **言**

血栓闭塞性脉管炎就是通常所说的脉管炎，又可叫作血 栓闭塞性血管炎，是常见的周围血管慢性疾病。

血栓闭塞性脉管炎在中医学中属于“脱疽”范畴，早在两 千年前春秋战国时期成书的医学著作《内经》中就有记载，此 后唐代孙思邈的《千金翼方》对脱疽的药物和手术治疗方法已 有进一步的论述。到了明清两代，在《外科启玄》、《医宗金 鉴》、《外科正宗》等医书中，则更为详细地论述了该病的病 因、症状、以及治疗和预后，除内服中药外，还有针灸、熏 洗和外用药粉等治疗方法。

近年来，我国的医务工作者积极开展了中西医结合治疗 血栓闭塞性脉管炎的研究工作，取得了显著的成绩。但是， 由于对本病的病因目前尚不明了，对于本病晚期坏疽的继发 感染以及复发等难题至今还没有妥善的方法加以解决，因此 血栓闭塞性脉管炎仍然是严重威胁患者健康，特别是使中青 年患者丧失工作能力的一种常见疾病。

本书共分四部分，分别讲述本病的概念、治疗、调养、 护理以及预防，并着重介绍本病临床表现以及诊断和各种治 疗方法，对未患病者如何防病，已患病者如何疗养的方法和 经验，也予以详细介绍。由于本人水平有限，书中难免发生 错误，希望广大读者指正。

陈淑长

1983年3月

**目** **录**

[**第一章** **概** **述** 1](#bookmark1)

[一 、什么是血栓闭塞性脉管炎 2](#bookmark2)

[二 、什么是脱疽 6](#bookmark3)

[三、脉管炎与脱疽的关系 6](#bookmark4)

[四 、四肢血管的基本知识 7](#bookmark5)

[五、脉管炎的病因、病机 15](#bookmark6)

[六、脉管炎的临床症状及辨证分型 21](#bookmark7)

[七 、脉管炎的诊断和鉴别诊断 23](#bookmark8)

[八、辅助检查 29](#bookmark9)

[**第二章** **辨证论治** 38](#bookmark10)

[一 、脉管炎的治疗原则 39](#bookmark11)

[二 、脉管炎的辨证治疗 40](#bookmark12)

[三 、伤口的处理 49](#bookmark13)

[四 、疼痛的处理 51](#bookmark14)

[**第三章** **其他治疗方法** 56](#bookmark15)

[一 、针刺疗法 56](#bookmark16)

[二 、按摩疗法 79](#bookmark17)

[三、饮食疗法 83](#bookmark18)

[**第四章** **调养护理与预防** 88](#bookmark19)

[一 、调养护理 88](#bookmark20)

[**二** **、预防** 91](#bookmark21)

**第一章** **概** **述**

只要提起血栓闭塞性脉管炎，有些人就会谈“病”色变， 原因是他们往往联想到本病晚期时病人所遭受的种种痛苦： 剧烈的无休止的疼痛往往使人彻夜难眠，肢体终端组织的坏 死脱落引起的终身残废等等。其实，这种恐惧是不必要的， 虽然血栓闭塞性脉管炎仍然是一种常见病，但是目前其发病 率较过去已是大大减少了。即使您不幸得了这种病也不要害 怕，因为我国医务工作者应用现代科学知识和方法整理研究 中医学，目前已使本病的治疗取得了显著的效果。临床治愈 和显著好转率已达70~85%,并使大多数坏死期的病人避免 截肢手术，截肢率已下降到1.2～2.65%,保全了肢体，减 少了病人的痛苦。只要您树立起战胜疾病的信心，坚持不懈 地进行自我疗养，就一定能够战胜病痛。

现在，咱们就谈谈血栓闭塞性脉管炎的有关问题。首 先，血栓闭塞性脉管炎是一种什么病，究竟在人体的哪一部 分出了毛病?“血栓”、“闭塞”又是怎么回事，为什么会造成 病人肢体的脱落?其次，中医学对本病是如何认识的?这些 问题大概是读者急于想要了解的。为了便于读者认识本病， 初步了解本病的病因和患病的机制以及进行自我疗养的需 要，准备简要介绍一下易于患病的四肢血管的生理知识和识 病辨病方法，以使读者提高对本病的认识和患病后及时延医 求治。

**一** **、什么是血栓闭塞性脉管炎**

血栓闭塞性脉管炎是周围血管慢性疾病之一。由于周围 循环系统是血液和淋巴液运行的管道系统，有动脉、静脉、 毛细血管和淋巴管，总称脉管，所以称为血栓闭塞性脉管炎， 也可称为血栓闭塞性血管炎， 一般均简称为脉管炎(以下均 简称脉管炎)。脉管炎多发生于青、壮年男性，病变绝大部分 发生于下肢，其次是上肢，内脏以脑部患病者极为罕见。

那么,究竟在四肢血管发生了什么毛病呢?研究证明： 脉管炎经常发生于四肢运端的中、小动脉、伴行静脉和浅表 静脉，其病变表现为血管壁的节段性、非化脓性炎症以及在 血管腔内有血栓形成，以致血管腔被血栓阻塞，引起肢体缺 血而产生疼痛，如果得不到及时治疗，最终将导致肢端组织 由于缺血、缺氧而溃烂、坏死、脱落。

正常血管粗细均匀，没有管壁增厚或收缩现象。而患病 的血管管壁增厚、血管腔变细；而血栓阻塞的血管部分则可 见血管显著收缩，管腔窄处细如发丝甚至完全阻塞，并且病 变呈节段性，即血管壁中一段是正常的，而邻接的一段则是 有病变的，如此一段一段的发病，正常节段和发病节段的分 界线十分明显。血管管壁增厚以及管腔通道变细是由于患病 血管壁上有广泛的细胞增生，从而使血管腔狭窄，当管腔狭 窄到一定的程度或者患者自身发生了某些情况的变化，例如 神经调节机能失常，机体的某些功能失调；或者外界环境发 生了某些变异，例如长期尼古丁中毒、寒冷、外伤等，就可 能引起由于血栓形成的血管闭塞。由于这种血管闭塞是因血 栓引起的，是血管内膜增生和破坏的结果，故一般称本病为 血栓闭塞性脉管炎。

**(** **一)血栓**

那么,什么是血栓呢?它又是怎么形成的呢?原来，血 栓是血液发生凝固所形成的固体部分。血栓形成的原因和条 件 是 ：

1. 血管壁的改变：血管壁内膜受害时，常使血管内膜变 得粗糙不平，血液流动时阻力增加，、增加了血小板沉着的机 会。动物实验证实：只要损伤血管内膜，就可有血栓形成。

2. 血流的改变：血流缓慢，血流的旋转及血流瘀滞，也 为血栓形成提供了条件，并使已经形成的血栓容易附着在血 管壁上，并且不断变大。

3. 血液性质的改变：主要指血液凝固性的增高、粘度增 大。

上述三个因素，常可同时存在，互相影响并同时起作用。 如血管发炎或邻近组织的炎症波及血管时，除血管壁发生改 变外，并常有血流速度的改变。因此血管发炎时，往往有血 栓形成，这种伴有血栓形成的血管炎，称为血栓性脉管炎。

关于血栓的形成，这里还有几点是需要说明的：

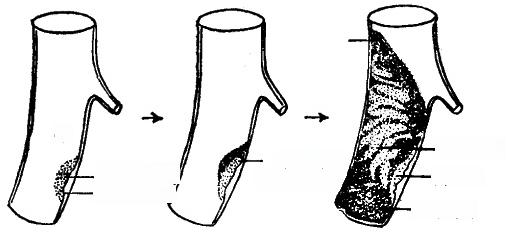
(1)神经系统的机能状态和机体的反应状态对血栓的形 成有重要的作用，例如腰交感神经节的切除术，可以缓解肢 体血管的收缩，扩张未阻塞的小动脉，促进侧支循环，改善 血液供应；相反，交感神经调节机能失常，又可引起动脉血 管的痉挛，使血管狭窄而血流量大大减少，从而有助于血栓 的形成。因此，腰交感神经节切除术对脉管炎的早期患者， 有较好的疗效。

(2)血栓形成的过程及类型：血小板从流动的血液中被 析出并粘附在血管内膜上，这是血栓形成的开始。以后除血 小板继续析出并凝结成小团块外，并有白细胞的加入，这样



就形成了白色的血栓头部——白色血栓。由于这种白色血栓 突出在管腔中，内膜失去了平滑性，使血流发生了紊乱，引 起涡流，结果就促使血小板和白细胞进一步析出和凝集，从 而发生血液凝固，当血液凝集和凝固交替进行时，就形成了 红白相间的混合血栓，即血栓的体部。当血栓逐步增大使血 流缓慢完全阻塞血管时，血流就停止，其中的血液迅速发生 凝固，而成为深红色的红色血栓，这是血栓的尾部(图1)。



混合血栓 白血栓

**维素析出** **(血液凝固)**

血小板沉着

-内膜损害/

**一红血栓**

图 1 血栓形成示意图

(3)外部环境的刺激对血栓形成的影响：外部环境的刺 激，例如寒冷、吸烟、外伤等，都可通过影响中枢神经系统 和影响血栓形成的条件，从而对血栓的形成发生影响，这些 问题因为在以后的篇幅中还要谈到，此处就不多讲了。

**(** **二** **)** **缺** **血**

机体任何器官或组织的含血量少于正常时，称为缺血。 缺血的原因大致有二：

1. 动脉痉挛：由于动脉血管的痉挛，使流入动脉血液减 少，甚至可暂时停止。血管发生痉挛的特征是皮肤发冷，对 寒冷的刺激有过敏反应，有时感到疼痛及局部出现水肿。当 血管痉挛时，皮肤血流量减少和减慢，引起局部组织的缺血

和缺氧，可使皮色发青或呈苍白色。血管痉挛可由许多刺激 引起，如低温、化学物质(如肾上腺素、麦角硷等)、创伤、 毒素等。

**2.** **动脉阻塞：** 动脉的阻塞一般不外乎管腔的阻塞和管 壁的受压。引起管腔阻塞的原因主要是血栓或栓子，此外象 脉管的炎症或内膜的增厚，有时也可引起阻塞，结果发生缺 血。但是，管腔内的病理过程常引起管壁的反射性痉挛，所 以缺血的发生，常因血管壁的痉挛和脉管的机械性阻塞联合 作用所致。

血液供应停止，局部组织严重缺氧，代谢废物不能排 除，使组织的代谢停止而发生坏死。组织坏死后，伴有不同 程度的腐败性变化者，称为坏疽，它常发生于肢体或空腔脏 器等直接与外界相接触的部位。因为腐败菌在分解坏死组织 过程中，产生大量的硫化氢，它与血红蛋白中的铁相结合成 为硫化铁，结果使坏死组织变成黑色。《灵枢 · 痈疽》所载： “发于足指，名脱痈，其状赤黑……”就是发生坏疽时所表 现的症状。

脉管炎晚期病人所表现的坏疽，可分为干性坏疽和湿性 坏疽，前者多是无继发感染的坏疽，局部组织干瘪而脆，坏 死组织与健康组织的分界线比较明显；后者多是由于合并感 染，或伴有静脉回流受阻，局部产生瘀血，使细菌得以繁殖 和生长而造成组织的腐败化脓，从而具有腐尸般的臭味，坏 死组织呈深监色、绿色和黑色，病变发展迅速且与健康组织 无明显界限，其后果较干性坏疽严重。坏疽常先在一个或两 脚趾的末端或趾甲旁出现，然后累及整个脚趾。开始时趾端 干枯发黑，坏死组织脱落后形成经久不愈的溃疡。

二 、什么是脱疽

脉管炎到了病变的后期，常常造成患者手指或足趾的坏 死脱落，因此中医学常把发生于四肢末端，手指足趾自行脱 落的病症，称为“脱疽”。

本病在中医学文献中，最早记载于《内经》,如《灵枢 · 痈疽》中载：“发于足指，名脱痈，其状赤黑，死不治；不赤 黑，不死。不衰，急斩之，不则死矣。”唐代孙思邈著《千金 翼方》,对脱疽病主张采用“毒在肉则割，毒在骨则切”的 手术治疗方法。称此病为脱疽的，据说始于我国南北朝时期 的《刘涓子鬼遗方》,距今巳有一千四、五百年的历史了。 按中医观点，本病是一种筋脉被寒湿和火毒侵犯，引起趾 (指)部坏死、脱落的慢性疾病。初起时患趾(指)色白、 怕冷、发凉、麻木，步履不便；继则疼痛剧烈，日久趾(指) 色如煮熟红枣，渐渐变黑腐烂，经久不愈，疼痛异常，夜间 痛甚；腐烂面可向周围或踝部蔓延，亦可传至邻近趾(指), 最终造成肢端脱落而致残。因此，本病是中医外科险恶疾病 之一。

三 、脉管炎与脱疽的关系

前面已说过，中医学把趾(指)腐烂脱落的病症称为 “脱疽”,而脉管炎晚期时亦可有此类症状出现，因此有人 认为现代医学所说的脉管炎就是中医所说的“脱疽”,脱疽 就是脉管炎，笔者认为这种看法是不够确切的。

因为，引起病者趾(指)腐烂自脱症状的病有多种，例 如闭塞性动脉粥状硬化、糖尿病等疾病也可引起趾(指)的 腐烂自脱。因此，脉管炎和脱疽不能划等号，而把脉管炎纳

入中医学的“脱疽”范畴则是比较确切的。

另外，是否可把“脱疽”归结为脉管炎的一个临床症状 呢?笔者认为如果仅从字义来讲，似乎也无不可，但是中医 学的“脱疽”有着较深刻的内涵：其一，“脱疽”是一类症 状的总称，而并非某病的一个症状，引起脱疽的病因多种多 样，决非脉管炎所能包括；其二，中医学所说的“脱疽”由 于病因、病机的不同，又可分为多种证型，不仅患处症状不 尽相同，而且全身症状也有很大差异。因此，脱疽病和脉管 炎既有联系又有区别，在治疗上采用辨病和辨证相结合的方 法，可以取长补短，收到较好的疗效。

四 、四肢血管的基本知识

脉管炎是主要发生在四肢动、静脉的疾病。为了更好地 了解和认识本病，有必要将四肢血管的分布，正常结构以及 血管舒张和收缩的调解介绍一下。

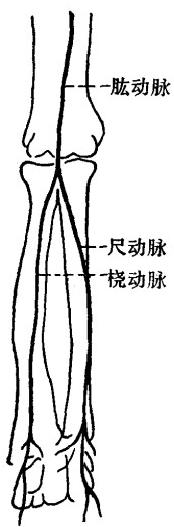
**(一)四肢血管的分布**

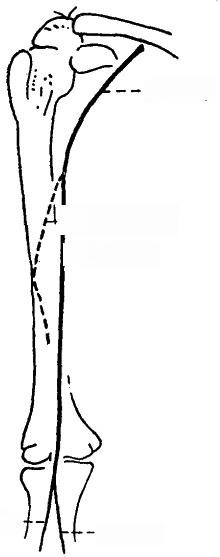
1. 上肢动脉：

(1)肱动脉(见图2):为腋动脉的延续，顺上臂下行至 桡骨颈处分为尺、桡动脉。肱动脉的下端在肱二头肌腱内 侧，位置较浅，容易摸到搏动。

(2)尺动脉(见图3):自肱动脉分出后，经位于前臂尺 侧、腕部到达手掌，其分支供应前臂、肘、腕关节及手部。 尺动脉的搏动在腕掌侧尺侧腕屈肌的桡侧可摸到。

(3)桡动脉(见图3):自肱动脉分出后，位于前臂桡侧， 在桡侧腕屈肌的尺侧行向远侧达到腕部，容易摸到搏动。桡 动脉分支供应前臂桡侧部分、肘、腕关节及手部。





-腋动脉

--肱深动脉 F一肱动脉

桡动脉- · 尺动脉

图2 上臂的动脉 图 3 前臂的动脉

(4)掌浅弓和掌深弓(见图4):指由尺动脉和桡动脉的 终支，在手掌吻合而构成的小动脉，因形状似弓而命名。分 别位于屈指肌腱的浅面和深面。由弓向远侧发出分支到手指。

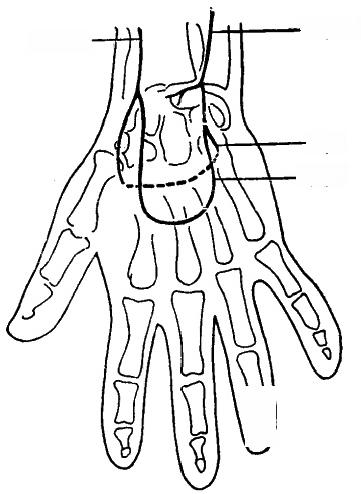
2. 上肢静脉：上肢静脉可分浅静脉和深静脉。浅静脉 (见图5)位于皮下浅筋膜内，有头静脉、贵要静脉和前臂 正中静脉等主干。深静脉位于动脉的两侧，为两条同名静脉 伴行(参照图2、3)。

3. 下肢动脉：

**(1)股动脉(见图6):由骼外动脉延续而来。在腹股沟**

1

00n

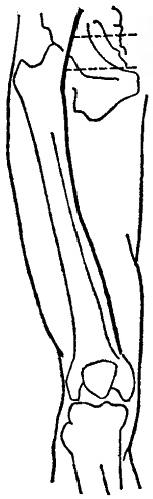


尺动脉

深支 —浅支

桡动脉

图 4 掌浅弓与掌深弓示意图

髂外动脉 股动脉

--头静脉

-贵要静脉

--前臂正中静脉

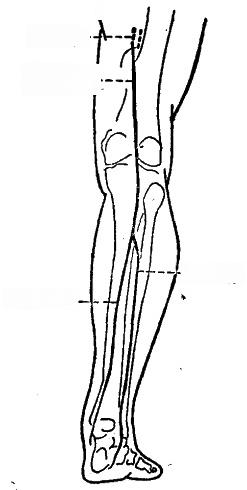
图 5 上肢静脉示意图 图 6 股动脉示意图

韧带中点处位置较浅，容易摸到动脉的搏动。

(2)胭动脉(见图7):位于胭窝最深部，可摸到动脉搏 动。有数个小分支，分布于膝关节及其周围。

(3)胫前动脉(见图8):为胭动脉直接向下的延续。胫





( 股动脉-

脚动脉- +

-腓动脉

**胫后动脉-**

**图** **7** **胭动脉示意图** 图 8 胫前动脉、足背动脉示意图

前动脉分支供应小腿前区肌肉，越过踝关节前方进入足背改 名为足背动脉(即趺阳脉)。足背动脉位置较浅，在踝关节前 方可摸到搏动(图8)。

(4)胫后动脉(见图7):也是胭动脉向下的延续，在小腿 下三分之一处，位置较浅。在内踝后方可摸到动脉的搏动。 胫后动脉最大分支，叫腓动脉

s i

4. 下肢静脉：下肢静脉亦分深浅静脉。下肢浅静脉(见 图9)位于皮下浅筋膜内，有两主干即大隐静脉和小隐静脉。 两静脉各有许多属支。下肢深静脉位于动脉的两侧，为两条 同名静脉伴行(参照动脉模式图6、7、8)。

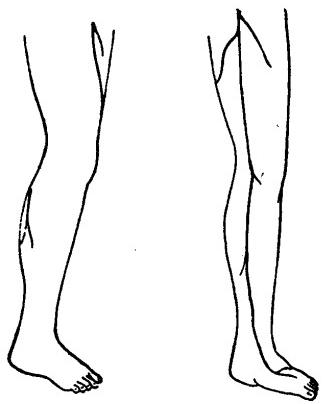


图9 下肢浅静脉示意图

**(二)脉管壁的正常结构**

脉管壁的一般结构可分为内膜、中膜、外膜。共由五种 主要组织成分组成：即内皮细胞、基底膜、弹性组织、胶元 纤维和平滑肌细胞。极细小的动、静脉和毛细血管没有平滑 肌细胞，但在管壁周围有一种与平滑肌细胞作用类似的特殊 细胞，称外皮细胞。由于这五种组织细胞含量和分布的不同 组合，就形成了不同类型脉管壁的结构。

大动脉、中动脉和小动脉，它们各有不同的脉管壁结构



形式。大动脉的内膜中，除内皮细胞外，尚有较完整的内皮 下层和内弹性膜；中膜很厚、超过管壁的%,有丰富的弹性 组织。外膜主要成分是结缔组织、弹性组织和少量平滑肌组 织。中动脉的内膜结构和大动脉相似，中膜仍很发达，但约 占管壁厚度一半的是由平滑肌细胞组成，外膜的结构和大动 脉相仿，但有较多的弹性纤维，形成外弹性膜。大动脉由于 弹性纤维相当厚，弹性大，所以又称弹性大动脉，例如主动 脉、无名动脉和颈总动脉等。中动脉由于有较多的平滑肌细 胞，平滑肌的收缩对管腔大小有明显的改变作用，故又称为 肌性动脉，例如下肢的胭动脉、前壁正中动脉等。

小动脉的内膜只有内皮细胞和内弹性膜，中膜只有两层 以上的环状排列的平滑肌细胞，外膜只有纤维组织和少量的 弹性组织。而微动脉的管壁结构更为简单，内膜只有内皮细 胞，中膜只有一层完整的环状平滑肌细胞，没有外膜。

从上述可知，动脉的肌纤维和弹力纤维的多少，随动脉 的大小有所不同，血管越大，弹力纤维越多，肌纤维越少， 因此中小动脉比起大动脉来说，更易于受血管舒缩作用的影 响。因为动脉的中、外层不但有小的营养血管分布，而且其 中有丰富的神经分布，当血管舒缩运动失调，血管张力增强 时，有时可导致极度的痉挛，造成周围血管的循环障碍。例 如小动脉的外围直径，平均为0.2毫米左右，由于肌层相对 较厚而且富有交感神经纤维，故造成的张力十分显著。自血 管舒缩中枢经交感神经传至周围血管的冲动，使血管收缩加 强，但阻滞交感神经通路，血管张力便降低，小动脉即产生 扩张，局部血流因而增多。交感神经对皮肤小动脉的作用非 常显著,特别是在肢体远端的肌肉，即使受到很小的刺激， 也能引起反应，例如局部加热、情感激动或药物刺激(如肾

上腺素等),均能引起血管收缩及周围循环血流量的减少；相 反，组织胺和亚硝酸盐等则能导致血管舒张及周围循环血流 量的增加.

静脉壁较同等大小的动脉壁薄得多，因此静脉壁中所含 的肌纤维和弹力纤维甚少。静脉壁的张力也由交感神经控制。

**(三)血管壁舒缩的机制**

上面已经谈到，血管可以舒缩以控制血液的流量。那么 血管舒缩是怎样进行的呢?研究证明，血管壁舒缩的调节是 受人体的神经系统、体液中激素类物质和肌肉代谢产物的刺 激进行调节和控制的。

1. 神经调节机制：在较大的血管壁中均有神经纤维分 布，这些神经纤维在解剖学上属于交感神经或副交感神经系 统。

交感神经缩血管纤维末梢释放交感素，能够刺激血管平 滑肌上的一种称为“能受体”的神经信号感受细胞，从而使 血管平滑肌细胞收缩。交感素中主要是类肾上腺素，类肾上 腺素有强大缩血管作用，无论动脉和静脉都受交感神经的支 配。而舒血管的神经纤维，目前还不能认为和缩血管纤维一 样遍于全身血管，仅知道舒血管纤维末梢分泌乙酰胆碱类物 质，这种物质刺激血管平滑肌细胞，有舒血管的作用。

2. 体液的调节作用：人体中有很多组织器官向血液中 释放化学物质，这些物质可随血液循环流到全身各处，影响 血管平滑肌的舒缩。其中有一些体液是在神经系统的调节 下，作为整个循环系统的调节因素，例如肾上腺髓质所分泌 的肾上腺素和类肾上腺素。肾上腺素除对冠状大血管外，小 剂量对骨骼肌血管有舒血管作用，大剂量时对骨骼肌有缩血 管的作用；而类肾上腺素除对冠状大动脉有舒张作用外，对

一般血管均有收缩作用。另外，还有一些体液只调节局部血 管的血流量，例如脑垂体后叶分泌的加压素可引起小动脉 和毛细血管的收缩，乙酰胆碱则对小血管有舒张作用等等。

3. 代谢性调节机制：肌肉运动时的代谢产物对毛细血 管的舒缩有直接的影响，如二氧化碳、氢离子和乳酸的积 聚，可使毛细血管舒张，这是保证血流量适应人体需要的重 要调节作用之一。例如结扎一手臂，阻断其动静脉血流，若 干分钟释放结扎，即见这个手臂大量充血血流量较正常时增 加很多。这是阻断血流后，手臂组织代谢产物舒血管的作用， 这称为反应性充血。

**(四)血管壁舒缩的刺激因素**

各种生理的、病理的、药物和人体内分泌腺分泌的生化 类物质均可通过上述的调节机制，引起血管壁的收缩。

生理的刺激，例如寒冷可使动脉及小血管收缩，减少血 流量以保证减少人体皮肤的散热。故严寒的冬天，肢体的暴 露部分常因血管的收缩而变苍白。又如运动后，.因肌肉内新 陈代谢产物增多和积聚，使肌肉血管舒张，运动继续时，皮 肤血管亦见舒张，常见的后果是皮肤潮红，体温升高。精神 刺激如发怒、恐惧等可使皮肤血管收缩，表现为面色苍白。 相反，害羞引起的面颊赤红，被认为是中枢神经作用引起面 部皮肤血管舒张的结果。

引起血管舒缩的病理原因很多，例如，植物神经系统由 于外伤、手术、炎症、压迫等原因出现机能障碍时，皮肤血 管的舒缩就会出现异常。长期的交感神经刺激，将使血管发 生持久性的痉挛，引起血管的营养障碍，甚至发生坏疽。 一 般认为脉管炎与交感神经的长期机能障碍有关。另外现代医 学的研究证明，不仅上述原因可引起植物神经系统的机能障

碍，中枢神经系统各部分的病变也可引起该系统的机能障 碍。例如，脊髓的炎症、外伤、肿瘤等可引起相应部位的血 管舒缩异常。

药物和人体内分泌的异常，均可影响血管的舒缩调节。 例如情绪激动、疼痛、刺激、出血、缺氧、肌肉运动、冷和 热的刺激等均可引起肾上腺素的分泌，使血管发生相应的变 化。

五 、脉管炎的病因、病机

现将脉管炎的发病原因、发病机制简单介绍如下：

**(一)性激素**

脉管炎绝大多数是男性发病，女性罕见。据1971年全 国中西医结合治疗脉管炎经验交流学习班资料载：1713例 脉管炎患者中，男女之比为29:1。而1976年山东省召开的 脉管炎经验交流座谈会资料，根据1625例分析，男女之比 为34.6:1。男女的发病率相差如此悬殊，而在男性中又以 青壮年居多，说明激素在脉管炎发病学上所起的作用值得重 视。据分析：男性激素容易促使血管发病，而女性激素则对 血管有一定保护作用。河南邓县中医院报告中，关于性激素 对本病治疗的临床经验十分有趣。1971年他们收治了一例 重病男患者，患者由于脉管炎巳到晚期， 一侧下肢已作过高 位截肢，另一侧下肢坏死，上肢脉搏消失，手指溃破，身体 极度衰弱。为了挽救病人生命。输女性400毫升全血，当即 疼痛减轻，四肢温度增加，伤口由紫渐红，四肢血液运行情 况和整体症状均见好转。继以每15天输全血300毫升，合并 中药内服，终治愈出院。以后他们又对30例重病患者采用 输女性血合并中医辨证治疗本病，均取得满意效果。此外，

—15—

还有一个事实也说明本病与性激素有关：大多数患者有行房 后病情加重，或由于房事不节引起伤口恶化的现象。有人推 测这与前列腺素对血管有某种涵养作用有关。男性青壮年时 期前列腺分泌机能旺盛，性生活较为频繁，前列腺液大量耗 损，而导致前列腺素的减少。男性的前列腺素的大量耗损则 可使体内调解失常。据研究证明：前列腺素能舒张动脉血管， 抑制血小板的凝集和类肾上腺素的释放。前列腺素的消耗， 将导致上述功能的减弱和消失，从而使血管的痉挛加剧和血 液凝集增加，使血管内血栓易于形成。

**(二)寒冷**

从本病发病的地方特点来看，多发生于较高纬度的寒湿 地带。从世界来讲，欧洲少见，中东和远东较为多见，中国、 斯里兰卡、朝鲜、日本为常见病。在我国北方地区发病率远 远超过南方地区，而大多数病人在寒冷季节发病和病情加 重，在发病前或发病时，多有明显受寒冷、受潮湿经历。在 临床上可见到本病患者如能避免寒冷刺激，症状多有所改善。 说明寒冷可能是本病的发病诱因之一。

寒冷是怎样诱发本病的呢?一般认为寒冷可以导致动脉 内膜损伤，使局部血流缓慢或粘度增加，从而形成血栓。另 外寒冷可引起肢体末端血管的收缩，人体为了抗御外来寒冷 对血管收缩的影响，调动体内的热能使血管扩张，血管的张 力由于这样持续的对抗而受到影响，血管壁受到刺激而诱发 “炎”性病变。当寒冷刺激作用后，肢端毛细血管中的粘滞 性升高，局部血流发生障碍，新陈代谢产物不能及时排出体 外，这些物质可能损伤血管的内皮细胞，使细胞繁殖变异增 生，管腔狭窄，加之血液的粘滞性增加，而诱发血栓的形成。

**(三)吸烟**

本病绝大多数病人有长期大量吸烟嗜好，不吸烟者很 少。而且吸烟的病人经戒烟后，临床症状都有所好转；如再 度吸烟，症状可复发或加重。

烟草中最有害的毒物是尼古丁，尼古丁可使动脉血与氧 的结合力减弱，血液粘稠度增加，使肢体血流缓慢。此外吸 烟可刺激血管收缩中枢和交感神经，并且可促进肾上腺髓质 分泌肾上腺素，致使周围血管收缩。如果长期大量吸烟，肢 体动脉经常处于持续的痉挛状态，久而久之，血管壁将发生 营养障碍，导致血栓形成。总之，吸烟能引起血管收缩的作 用是肯定的，所以患本病的病人戒烟是非常必要的。

然而，并非所有吸烟的人均能发生脉管炎，有少数脉管 炎病人并无吸烟史，故吸烟对本病发病原因的影响，尚需作 进一步的研究。

**(四)外伤**

少数病人发病前有患肢的损伤病史，有人认为可能是外 伤后刺激神经感受器，进而引起中枢神经系统功能失调，使 其逐渐丧失对周围血管的调节作用，引起血管痉挛，又因长 期痉挛而发生血栓阻塞；或因外伤导致动脉内膜损伤，使局 部血流减慢，形成血栓。

综上所述，脉管炎的病因虽然尚无确论，但与上述因素 关系密切。

**(五)中医的认识**

对人体的生理功能，中医学是用阴阳学说来加以概括说 明的。人体的生命活动是由阴、阳两方面保持对立统一的协 调关系的结果。疾病的发生，是阴、阳失去平衡，出现偏 胜、偏衰的结果。人体的抗病机能——正气，与致病因素 ——邪气相斗争，都可用阴、阳来概括。病邪有阳邪、阴邪

之分，正气包括阴精和阳气两部分。阳邪致病，可使阳偏胜 而阴伤，因而出现热证；阴邪致病，可使阴偏胜而阳伤，因 而出现寒证。如果身体虚弱亦可致病，如阳气虚不能制阴， 则出现阳虚阴盛的虚寒证，阴液亏虚不能制阳，则出现阴虚

阳亢的虚热证。此外阴阳任何一方虚损到一定程度，常导致 对方的不足，即“阴损及阳”、“阳损及阴”,以致出现“阴阳 俱虚 ”。

关于脉管炎的病因、病机，中医学认为是“络脉闭塞， 气血凝滞”。“脉道以通，气血乃行”,“不通则痛，痛则不 通”。络脉闭塞、气血不通除引起疼痛外，还可引起手足发 冷、苍白、麻木，甚至由于得不到气血的供养而坏死，发生 脱疽症。

那么,引起络脉闭塞、气血凝滞的原因有哪些呢?一般 不外乎内因和外因两方面。中医学认为：“风雨寒热，不得 虚，邪不能独伤人”,故有“邪之所凑，其气必虚”的说法。 也就是说各种病邪侵犯人体之所以导致发病，乃是由于人体 “虚”的结果。这种说法论述了致病时外因通过内因起作用 的辨证关系，至今仍然有效地指导着临床实践。那么,中医 所说的“气”的含义又是什么呢?简单说，气可以概括为人 体脏腑组织各种不同的机能活动，例如心主血脉，是指心有 推动血液在脉管内运行以营养全身的功能，而心主血脉的功 能是由“心气”的作用来实现的。只有心气旺盛，才能使血 液在脉道中沿着一定的方向运行不息。正因为心、血、脉三 者相互关联，而面部血脉又较充盈，所以心气的盛衰、血脉 的盈亏变化，可从脉搏和面部的色泽反映出来。如心气旺 盛，血脉充盈，则脉搏和缓有力，面色红润；心气不足，则 血脉空虚，可出现脉搏细弱和节律不齐，面色觥白。由此看

**来，气与血关系极为密切，并与血液循环有紧密的联系。在**

正常情况下，气血是相依相附的，气以生血，血以养气，“气 为血之帅”,“气行血自行”,气血不调则引起血液运行不畅， 而血瘀不通，则引起疼痛。又如脾，中医理论认为脾主运 化，包括运化食物的营养物和运化水湿两方面，这两个方面 都是通过“脾气”来实现的。脾的功能强健，习惯上又称健 运。因此，脾气健运，则消化、吸收、运输功能旺盛，反 之，如果脾气不健运，则消化，吸收、运输功能失职，就会 出现腹胀、腹泻、倦怠、消瘦、营养不良等病症。另外，人 体四肢的正常功能活动，依赖脾气的输送营养，所以四肢的 功能活动，也与脾气密切相关。当脾气健旺，清阳之气布流 全身，输送营养充足，则肌肉丰满，四肢轻劲，灵活有力； 反之，如果脾失健运，清阳不布，营养缺乏，必致肌肉疫 软，四肢倦怠无力。再始肾，中医学对肾的生理功能十分推 重，认为“先天之精藏于肾”。精能化气，肾精所化之气，即 为肾气。肾精属阴，所以称肾精为肾阴，肾气又称肾阳。实 际上肾阴和肾阳概括了肾脏生理功能的两个方面，即“肾阴” 对人体各脏腑起濡润滋养作用，而“肾阳”对人体各脏腑起 温煦生化作用，周身各脏腑器官无不得到肾的这种“温煦 和滋养”而发挥各自作用，而五脏六腑之气的产生也要基于 它们的资助。因此肾阳、肾阴的这种生理功能越充沛，肾气 越充盈，脏腑就越强盛，身体就会健康少病。反之如先天不 足，或久病伤及肾的元气，则脏腑气衰，抗邪无力，就会发 生各种病变。

上述的脏腑在中医学里不全是一个解剖学的概念，而更 重要的是一个生理病理概念。因此，它与现代医学中的脏器 的概念不完全相同。例如，它所说的“心”,并不完全等于

现代医学中的心脏，它除了在解剖上代表心脏外，还包括一 部分循环系统与神经系统的某些功能。

情志变化，即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，亦称为 “七情”。在一般情况下，七情是人对客观事物的反应，属正 常的精神活动。但是，如果由于长期的精神刺激或突然受到 剧烈的精神创伤，超过了人体生理活动所能调节的范围，就 会引起体内阴阳、气血的失调，脏腑经络功能活动的紊乱， 从而导致疾病的发生。按中医观点人体是一个有机的整体， 心的生理功能十分重要，《灵枢 · 口问》说：“心者，五脏六 府之主也； ……故悲衷愁忧则心动，心动则五脏六府皆 摇……"、“心生血，主血脉，心痹者，脉不通”,说明思虑过 度，精神刺激可影响心的生理机能，心血耗伤可导致脉道闭 阻，并可进而影响其他脏腑生理机能的正常发挥。

致病的外因很多，例如感受寒邪，冒雨涉水，寒湿下 受，寒凝络痹，阳气不能下达，血行不畅和气血凝滞可相继 出现。寒为阴邪，性凝滞。寒邪使机体气血凝结阻滞，不能 通畅运行，气血凝滞不通，则发生疼痛。如《素问 ·痹论》 所说：“痛者，寒气多也，有寒故痛也”,《素问 ·举痛论》: “寒气入经而稽迟，泣(同涩)而不行，客于脉外则血少， 客于脉中则气不通，故卒然而痛”。另外，寒邪易伤阳气，若 寒邪入达脾胃，或伤肺、肾之阳，则可使这些脏器功能失 调，不能营养肢体以致出现身体发冷、四肢发凉等寒证。寒 性收引(收引，即收缩牵引的意思),《素问 ·举痛论》说： “寒则气收”,“气收”即气机收敛闭塞，阳气不能达于四肢 之末端，使血脉收缩、凝涩。

中医学认为脉管炎致病与心、肾、脾功能失调有关，虽 然和现代医学的认识不完全一致，但由上述可知，尚有其内

在联系，而对外因的认识则相类似。所有这些认识，均为正 确辨病和辨证论治提供了依据。

六、脉管炎的临床症状及辨证分型

脉管炎的临床症状，根据血管闭塞部位的高低、闭塞范 围的大小以及病变演化的速度而有所差异，但是其共同特点 是都有疼痛。其它症状如患肢发凉、麻木感、感觉异常、皮 色改变、脉搏减弱以至消失，最终出现坏疽和溃疡以至肢体 组织脱落等，都可相继出现。

**(一)主要临床症状**

**疼痛** 疼痛是本病最显著的症状，可有下列三种：

间歇性跛行：其疼痛特点是在行进中或运动时，患者腿 部突然出现抽筋和肌肉疼痛，此时患者不得不停止运动，休 息片刻后疼痛感迅速消失。这是脉管炎最常见的症状，当 股、胭或胫动脉阻塞引起小腿屈伸肌血液供应障碍时，即可 发 生 。

静止痛：是指肢体处于静止状态时的疼痛，多见于趾、 指或足部，这是末端血管阻塞、组织和感觉神经末梢严重缺 血所引起的。这种疼痛非常剧烈，经久不息，夜间尤剧，且 与患肢的体位有关：抬高时加重，下垂时减轻，故患者常由 于剧烈疼痛而日夜抱足而坐。或将患肢悬于床边，以减轻疼 痛。静止痛是溃疡的前兆症状，如出现溃疡时，疼痛更加剧 烈。

血管痛：血栓闭塞性脉管炎早期和中期 有时河临现表

浅静脉炎。血管痛是静脉炎引起的， 一般不潮局部地压 或患肢运动后可加重，病变稳定后即消退分一般持续7心2 天。

**发凉** 系本病早期症状，患肢表面温度常明显比其他部 位皮肤温度为低，发凉症状常伴有皮色改变以及麻木等。

**感觉异常** 患肢在运动后或在夜间，趾、指或足部常有 麻木、针刺、烧灼等异常感觉或失去感觉。

**皮色改变** 初期皮色苍白，晚期可出现患肢皮色潮红， 下垂后尤为显著,偶尔亦显青紫。由于体位的改变所引起的 皮色改变是本病主要特点之一。

**营养障碍** 此类症状主要由于肢体慢性缺血而引起。症 状是患肢皮肤干燥，趾、指甲增厚或脆薄变形，趾、指皱缩， 小腿和大腿由于肌肉萎缩，周径缩小等。

**游走性血栓浅静脉炎** 一部分病例可反复出现游走性血 栓浅静脉炎。大部分发生于小静脉，有疼痛和红肿出现。发 作期持续1~3星期后，红肿和疼痛可消失，若干时间后，可 在另处发作。多见于踝、足部静脉。

**脉搏减弱或消失** 患者多见胫后或足背动脉搏动显著减 弱，甚至消失。另有部分患者，胭、股动脉亦不能摸到。

**坏疽和渍疡** 常见于晚期病人，可自行发生，也可由于 某种原因诱发。常在一个或数个趾、指尖或趾、指甲旁出 现，然后波及整个足趾和手指，甚至整个足部。大都是干性 坏疽、局部瘀血，逐渐转变为蓝、棕、黑色。开始时枯干， 待部分组织坏死脱落，即可形成溃疡。溃疡面深浅不一，底 部呈棕黄色或黑色，经久不愈。继发感染后，即变为湿性坏 疽。

**(二)脉管炎辨证分型**

**1** **型** **阴寒型**

患肢发凉，麻木，肢体久站时有明显酸胀感和沉重感， 患趾(指)皮色苍白，触之冰冷，喜暖恶凉，遇冷则甚，遇

热则缓，可见间歇性跛行，趺阳脉(见图8,足背动脉)、太 溪脉(见图53,太溪穴)搏动微弱或消失。舌质淡白或正 常，苔薄白，脉沉迟或沉细。

**2** **型** **血瘀型**

患肢麻木、酸胀、发凉，间歇性跛行较前加重，有静止 痛。患趾(指)皮色潮红或紫红，或见瘀血斑点，趾(指) 甲增厚变形，汗毛稀少或脱落，趺阳脉、太溪脉搏动消失。 舌质有青紫斑块或瘀点，脉沉涩或细涩。

**3** **型** **化热型**

患足灼热，疼痛，遇热痛甚，、患趾(指)肿胀。舌质红 或绛，苔黄。余症如前。

**4** **型** **毒热型**

趾(指)逐渐坏死，坏死组织多干枯焦黑，患肢疼痛难 忍，昼轻夜重，屈膝抱足，彻夜难眠，烦躁不安。有继发感 染者，分泌物较多，甚则脓水淋漓，有恶臭味；严重的可伴 有全身症状，如发热喜凉，口渴，饮冷，小便短赤，大便燥 结。舌质红绛，苔黄，或苔腻，脉细数。

**5** **型** **气血俱虚型**

病久患者，患趾(指)伤口肉芽生长缓慢，久不收口， 患肢皮肤皱裂脱屑，肌肉萎缩，身体消瘦，面色萎黄，头晕 心悸，气短乏力。舌质嫩淡，苔薄白，脉虚细弱。

七、脉管炎的诊断和鉴别诊断

**(** **一)诊断**

脉管炎是一种进行性的慢性疾病，故本病的早期诊断极 为重要。及早作出诊断可以及时采取防治措施，控制疾病的 发展，避免肢体动脉的严重毁损。那么进行哪些项目的检查，

出现哪些症状时，可以考虑本病呢?进一步诊断的依据又是 什么呢?现分别归纳如下：

**主诉情况**

单侧肢体趾(指)发凉，怕冷，出现间歇性跛行，皮色 改变。上述症状遇冷明显，寒冷季节明显加重。如果伴有下 述症状，则更易判定为本病：①游走性血栓性浅静脉炎；② 有的病人或有静止痛，或出现异样感觉；③趾(指)已出现 溃疡，或趾(指)出现干性坏疽，而又无冻伤、烧伤或挤伤 史。

**既往情况**

曾患有游走性血栓性浅静脉炎；有长期严重吸烟嗜好； 在寒冷地区工作或居住过；有冬季特殊受冻史；或有某些外 伤史等。

凡有以上情况的患者，年龄在20～40岁的男性可首先 考虑本病，如欲确诊，尚需确定动脉有无器质性闭塞，为此 可作如下检查，作为进一步诊断依据：

1. 动脉搏动：肢体动脉搏动细弱或消失，但必须注意有 8～10%的人足背动脉因解剖位置变异而不能扪到。

2. 皮肤温度及颜色： 一个或数趾(指)持续发凉，皮色 苍白或青紫，并有非对称性体位引起的皮色改变。

3. 趾(指)甲和汗毛的生长情况：趾(指)甲生长缓 慢、干厚、脆薄而无光泽，趾(指)甲变形，如呈平塌、凹 陷、嵴状、钩状或嵌甲样生长。趾背、足背和小腿汗毛脱 落、稀疏或完全停止生长。

4. 肌肉情况：脉管炎早期病人肢体肌肉无明显变化，但 到后期时，多有不同程度的下肢肌肉萎缩，而最常见的是小 腿肌肉明显萎缩。

5. 溃疡和坏疽：多发生于肢体的远端，最常见的部位是 足趾、手指或足跟。溃疡的发生可由于轻微的损伤和感染而 引 起 。

综上所述，可不难判断为脉管炎。但对诊断尚有疑问病 例，应去医院作其他特殊检查，供最后确诊之用。这些特殊 检查可不必列为常规检查。

**(二)与其他疾病的鉴别**

脉管炎在确诊前，尚需与下列疾病鉴别：

1. 动脉闭塞疾患：

(1)闭塞性动脉粥样硬化：多见于老年人，年龄在50岁 以上。男女均可致病，以男性为多。本病是由于动脉粥状硬 化所引起的周围血管疾病，是在胆固醇代谢紊乱的基础上发 病的。疾病早期变化是胆固醇在动脉内膜中沉着，继之内膜 的纤维结缔组织增生，引起内膜增厚而产生斑块，以后在其 深部发生崩溃、软化、形成粥样物，所以称之为动脉粥样硬 化。动脉粥状硬化症系全身性周围血管疾病，所以侵犯的血 管遍及全身，如下肢动脉粥状硬化，常侵犯髂动脉、股动脉 及前后胫动脉，被侵犯动脉往往有管腔狭窄，使下肢血循环 受阻、组织缺氧，尤其在运动时，可发生下肢疼痛而无法继 续活动，休息后又可恢复运动的间歇性跛行；若阻塞更趋严 重，则可发生肢端的坏疽。因动脉闭塞的速度相当缓慢，所 以主支血管的管腔变小时，常可被丰富的侧支循环所代偿，

肢端缺血现象不明显，故初期病人多缺乏肢端不适症状，

只有在病变发展迅速时，侧支循环一时不能及时适应和建立， 才出现肢端发凉、怕冷和间歇性跛行。皮肤颜色改变不显著, 局部可出现缺血性神经炎，其症状特点是有典型的神经刺激 征象，常为一持续钝痛伴有间歇的剧烈刺痛，向肢体远端放

射，同时有麻木、厥冷、烧灼、蚁行感等感觉异常，多在夜 间发作，可严重影响睡眠。当病情继续发展时，所形成的坏 疽特点是坏疽范围大，坏疽发展迅速，可波及全足、小腿或 整个下肢。其疼痛程度比脉管炎为轻。

本病虽然也有动脉血管壁的增厚、狭窄等血循环障碍， 但病理情况与脉管炎全然不同，局部症状与全身症状也有区 别，故与脉管炎不难鉴别。

(2)动脉栓塞：动脉栓塞多是严重心脏病如心内膜炎、心 房颤动、心肌梗死等病的并发症，具有突发性。急性动脉闭 塞的特征，临床表现为肢体骤然发生急袭性锐痛、皮肤呈死 尸般苍白和冰冷，在苍白的肤面上散在着小岛状瘀斑，肢体 的感觉和运动机能丧失，主要动脉搏动消失，在阻塞的远端 形成坏疽，范围较广泛，发展特别迅速。其部位上肢多在肘 关节以下，下肢多在大腿中考交界以下。造成动脉栓塞的原 因很多，但是血栓阻塞是最常见和最重要的原因。血栓常产 生于患有心脏病的心房中。这种血栓在脱落后，可随血流运动 到身体血管某处而造成动脉栓塞，血栓也可产生于血管内， 或由于手术操作时的血栓脱落等。动脉栓塞症通过病史了解 及心脏检查，不难与脉管炎鉴别。

(3)大动脉炎：大动脉炎多发生于青少年，以女性居多。 多侵犯主动脉的分支，如无名动脉、锁骨下动脉和颈总动脉 以及颈内动脉，偶尔涉及到腹部内脏血管如肾动脉、肠系膜

上动脉等。大动脉炎的发病原因尚不清楚，由于受害的动脉 多系大动脉，中小动脉不发生病变，所以症状与脉管炎有 显著的区别。本病的特点是：体内各部位的大动脉均可产生 病变，所以又称为多发性大动脉炎。当颈总动脉、无名动脉 产生狭窄和闭塞时，可引起明显的头面部和脑部缺血症状，

如头昏、眩晕、 一时性黑蒙等，重者可有发作性昏厥，甚至 偏瘫昏迷；少数有咀嚼无力、视力减退和失明。当无名动脉 或锁骨下动脉受累时，可出现上肢血液供应不足的症状，如 上肢酸麻、发凉、肌肉萎缩等。当病变发生在胸腹主动脉时， 可导致下肢血流量明显减少，如下肢发凉，行走时下肢酸麻 无力、间歇性跛行等，病人下肢虽有缺血，但一般无坏疽发 生，疼痛现象不多见，皮色改变不明显。根据上述症状以及 眼、脑、肢体缺血的表现，不难与脉管炎鉴别。

2. 其他血管疾病：

(1)雷诺氏病：雷诺氏病是一种末梢血管舒缩功能紊乱 性疾病，多见于青壮年女性，50岁以上患者应考虑动脉硬化 的可能性。本病上肢较下肢容易发病，呈对称性。本病的特 点是一般在受寒后发作，故冬天发病较多。发病时皮肤呈苍 白色一青紫—潮红三个阶段的变化。手部有局部发冷、麻木 或针刺感，疼痛不明显，动脉搏动未见减弱，指、趾并无持 续性发冷，也没有大块性坏死。个别病例可在晚期出现指尖 部局限性溃疡或坏疽，但只局限于小范围的皮肤，部分病人 可并发营养性变化，如皮肤萎缩、指甲变形、指垫消瘦、末 节指骨脱钙等。

(2)硬皮病：硬皮病的主要病变是皮肤、肌肉和血管的硬 化。以后，由于硬化而产生收缩，可使人体各实质器官萎缩， 如肺纤维化、食管狭窄、肾硬变等。病变一般均起源于趾、 指。病变部位的小血管发生动脉内膜炎和血管周围浸润，以 至血管腔阻塞。硬皮病的发病原因还不清楚，可能是人体钙 的代谢失调所致。

硬皮病虽然由于血管部分的病变，可有肢体的坏疽出现， 但典型症状是手指动作失灵、强硬；皮肤发硬、光滑、呈腊

样，紧贴骨骼，不易捏起；面部无表情，张口困难，肌肉强 硬等。患者多为女性，初期常有周围血管舒缩障碍，可发生 雷诺氏症现象的间歇性手指、足趾疼痛，发凉怕冷，皮肤颜 色可见苍白或青紫，故应与雷诺氏病和脉管炎鉴别，但由于 本病的上述硬皮特性，鉴别诊断并不困难。

(3)网状青斑：本病发病特点是小腿和足部皮肤呈网状 青紫，可有发凉、麻木和微痛感觉，遇寒则皮肤青紫明显， 温暖时或抬高肢体则青紫消退。大动脉的脉搏未见减弱，小 动脉闭塞引起的足趾溃疡或坏疽甚为少见。

(4)红斑性肢痛病：常发生于手部或足部。疼痛发作时患 肢发红充血、灼热，遇热则症状加重，遇冷或高举患肢时则 症状减轻。动脉搏动不受影响或增强，也无肢体的缺血现象。

3. 非血管疾病：

(1)糖尿病：本病是一种机体糖代谢失常的新陈代谢障 碍性疾病，主要表现为高血糖和糖尿等症状，病情严重时， 脂肪、蛋白质、水盐代谢也相继发生紊乱，结果造成酸中毒， 严重者会由于严重循环障碍而死亡。糖尿病的主要症状是“三 多”和消瘦，即多食、多尿、多饮和消瘦。糖尿病并发下肢 坏疽时，坏疽发展迅速，可蔓延至足部和小腿，多呈湿性坏 疽。糖尿病伴有动脉硬化的患者，常有肢体发凉、麻木、疼 痛、间歇性跛行等症状，应注意与脉管炎鉴别。

(2)风湿性关节炎：风湿性关节炎的典型症状是游走性 多个关节疼痛，与气候变化有密切关系，肢体发凉怕冷，有 的人在关节附近伸侧可见皮下结节、结节性红斑。肢体动脉 搏动存在，没有血循环障碍现象。化验室检查血沉加快，抗 “O” 增高。

(3)末梢神经炎：发病一般较缓慢。初起时多为感觉刺激

症状，如手足麻木、刺痛、灼痛，感觉过敏及感觉异常，肢 体有无力及疲劳感。当病情进展时，其特点为手足呈现手套 及袜套样分布的感觉减低或消失，界限十分明显。同时有肢 体的无力、瘫痪、肌萎缩。但肢体动脉搏动无变化，无肢休 缺血表现。脉管炎病人可出现缺血性神经炎，肢体动脉搏动 消失，并有因肢体严重缺血而发生的营养障碍的变化。而末 梢神经炎患者一般无此症状。

(4)冻伤：多发生于身体暴露的部位，如手、足、耳等。 多在冬季受冻而发病。先有灼热、发痒，后发生红斑、青紫 和水泡，冬季过后症状消失，来年冬季可复发，严重的可坏 死脱落，但肢体动脉搏动正常。

(5)扁平足：扁平足患者走路时，患足出现疼痛，在久站 或持重物时疼痛加重。检查时可发现足弓消失呈平底状。肢 体动脉搏动、皮色、皮温均正常。

八、辅助检查

以下的检查方法，对周围血管疾病的诊断具有重要意义， 这些检查方法一般均较简单易行。脉管炎患者一般通过询问 病史和下述检查就可确诊。较疑难的病例，必须结合临床检 查进行比较，方可进行鉴别。

**(** **一)皮肤颜色**

检查肢端的皮肤颜色的改变。可以大概了解肢端血循环 情况， 一般有如下方法：

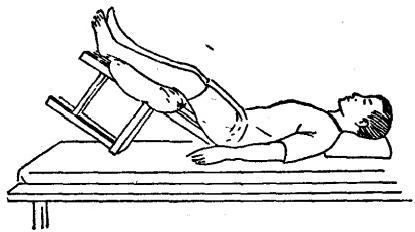
1. 指压试验：正常人趾(指)端饱满，皮肤呈粉红色， 当用手指压迫患趾(指)时，局部呈苍白色，松开手指后， 指压处可迅速恢复原粉红色，表示毛细血管能够立即充盈。 若趾(指)受压后充血恢复缓慢，或皮色呈苍白或呈青紫，

表示动脉血液供应不足。

2. 肢体高举及下垂试验：因肢体位置变化而出现皮色 的异常改变，对诊断脉管炎等动脉阻塞性疾病具有一定价值。 实验时要求采用自然光，光线要充足，并保持室内温暖。被 检者需完全暴露肢体，实验时要观察肢体在不同位置时的皮 色改变。位置一般有平放位、肢体高举位和肢体下垂位。

肢体平放位：患者平卧在检查台上，肢体平放。在正常 状态下，手指及足趾可轻度发红。如局部出现苍白、均匀或 斑点状的发青或潮红，常表示有循环障碍。尤其是在皮色改 变只局限于一侧肢体，或一个或几个手指或足趾时，动脉搏 动已有明显减弱或消失，可不做以下试验。若血栓闭塞性脉 管炎早期或已建立良好的侧支循环时，肢体平放位的皮肤颜 色可近似正常，动脉搏动又无明显减弱或消失，诊断本病会 发生困难，故需进行肢体高举与下垂试验。

肢体高举：检查上肢时嘱病人站立，高举双手超过头部 数秒钟；检查下肢时平卧，髂关节屈曲90°,病人用双手抱 住大腿远端，但不能抱住胭窝处，以防压迫胭动脉。检查者 亦可托住病人的小腿，身体衰弱及老年病人，可用一椅子倒 置在检查台上，将病人的下肢搁于椅背上(图10)。正常人



**图10** **肢体高举检查法**

的肢体保持淡红色或颜色稍发白。血栓闭塞性脉管炎病人的 肢体远端可出现苍白颜色。若肢体抬高时，皮色并无改变， 可再嘱病人在肢体高举状态下，做两手握举和放松的快速运 动5~6次，或两足反复伸屈运动30秒钟，在运动停止后数 秒钟再观察皮色的变化。观察时要进行两侧对比，如运动后 出现苍白色，表示肢体远端血循环障碍。其苍白的程度与范 围与血循环受损程度成正比。如系广泛性动脉血循环障碍， 则呈均匀性苍白；若为局限性动脉损伤，则呈片状或不规则 的苍白，或一、二趾(指)苍白，而其余趾(指)仍属正常。

肢体下垂位：观察肢体高举后再使肢体下垂。正常人抬 高肢体后出现的皮色改变，在10秒内可恢复正常，脉管炎病 人恢复时间可迟至45～60秒钟或更长一些，而且颜色不均 匀，呈斑块状。延迟的时间与血循环障碍的程度成正比。当 肢体持续处于下垂位时，正常人的皮色无特殊改变，或逐渐 呈轻度发绀(即发红黑色)。如果局部血循环有障碍，则可渐 呈重度发绀。根据血循环障碍的严重程度不同，发绀可仅局 限于足的远端或整个足部甚至足踝部均有广泛性发绀现象。 若肢体下垂立刻出现发绀者，多表示浅层血管张力丧失或减 低，因而使血液郁滞。

**(二)皮肤温度**

正常人体各部分的皮肤温度不完全相同，自躯干至四肢 逐渐降低，足趾的温度最低；一般手温高于足温，拇指(趾) 温度高于小指(趾)。腕及踝以下的皮肤温度变化较大。血管 舒张时肢体远端的皮肤温度高于腕或踝部，在血管收缩时则 相反。

皮下血管的血流量变化可以影响皮肤的温度。但是，发

热、出汗量、食物摄入量、情绪状态、体位、吸烟，以及环 —31—

境温度、湿度和空气流通等情况，均可影响皮肤温度，所以 测定皮肤温度的绝对值是没有意义的。皮肤温度的个体差异 也很大，故个体间不能以皮肤温度的绝对值比较，但同一个 人其对称部位的皮温应当相仿。在检查时，如同时比较双侧 肢体的对称部位，或一侧肢体远近端之间的皮肤温度，则对 估计局部皮肤动脉血液供应情况具有一定的意义。正常人在 同一条件下，两侧对称部位和远近端之间的皮肤温度，并无 明显的差别，如果肢体两侧对称部位之皮肤温度相差达2℃ 以上，或在肢体一侧某一部分的皮肤温度有显著降低，则温 度较低的一侧或一部分即表示动脉血循环有障碍，血流量减 少。若肢体动脉搏动消失，而皮肤温度仍高，则表示侧支循 环供应良好。

测定皮温时，应将病人肢体暴露在温度较恒定的室内约 15～30分钟，以使皮肤温度和室温取得平衡，然后在肢体不 同平面的对称部位定点测量，测定方法有以下三种：

1. 扪诊法：检查者的手必须温暖，用中指(或中间三指) 的背面接触病人的皮肤，以试测皮肤温度。 一般扪摸肢体的 对称部分进行对比，其方法是由近心端向远端移动，可感觉 出皮肤温度降低的部位。这种方法简单，但较粗糙，并有一 定误差。但有经验的检查者常能觉察0.5℃的温度差异。

2. 半导体皮温计：价格便宜，携带方便，可测出0.2℃ 皮温差。

3. 数字温度计：测量精度高，但价格昂贵， 一般家庭购 置不易。

**(三)肢体营养状况**

当局部动脉供血减少，不足以维持组织静止时的代谢需 要时，肢体可产生溃疡、坏疽，以及其他皮肤及附件的营养



障碍性改变。

1. 缺血性溃疡及坏疽：多发生于肢体的远端，最常见的 部位是足趾或手指。溃疡的发生可由于轻度的损伤和感染而 引起。溃疡多属顽固穿透性，边缘呈斧凿般整齐，基底为灰 白色腐败组织，并可向近侧进行性扩展。坏疽与溃疡常可并 存。局部组织干瘪而脆，坏死界线清晰可见，称干性坏疽； 局部组织腐崩化脓有腐臭味，边缘有炎性反应时，乃合并有 继发感染，称湿性坏疽。

2. 皮肤及皮下组织：正常的皮肤组织坚实而又有弹性， 而脉管炎病人趾(指)的软组织以及趾(指)甲之间有鳞屑 状物堆积，足底负重部有胼胝组织增生。

.3. 皮肤附件：指甲、趾甲、汗毛等皮肤附件的形态与 生长速度，也能反映局部缺血的程度。脉管炎患者趾(指) 甲生长缓慢，脆而有色素沉着，或可增厚并呈平行嵴(指趾、 指甲表面形成的平行小突起纹状物);趾(指)背汗毛可完全 停止生长或消失。在循环改善后，上述情况可有改善。

4. 肌肉：出现不同程度的萎缩，患侧小腿与健侧同一平 面处比较，周径缩小。

**(四)周围动脉搏动**

扪触四肢主要动脉的搏动，是检查脉管炎的主要步骤之

*一。*

1. 检查方法：

肱动脉：在上臂下三分之一之内侧，将软组织压向肱骨 扪触搏动(图11)。消瘦者肱动脉的搏动向上仍可扪及，可 直达腋窝处。

桡动脉：在腕部前侧面的外方，桡骨茎突的内侧(图 12),即中医切脉的部位。搏动向上，在前臂下三分之一处

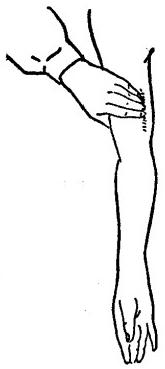
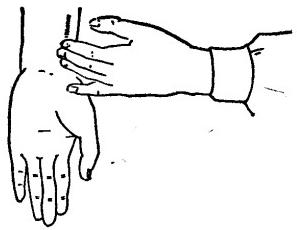


图11 检查肱动脉示意图 图12 检查桡动脉示意图

也可扪到。某些人有血管解剖位置异常，上述桡动脉部位不 能扪到搏动，而在拇指根部背侧可扪及代替桡动脉的血管搏 动，中医称为反关脉。

尺动脉：在腕部前侧面的内方，尺侧屈腕肌的内侧，于 扪触桡动脉的同一水平面加压扪触，在深部可扪到尺动脉的 搏动(图13)。

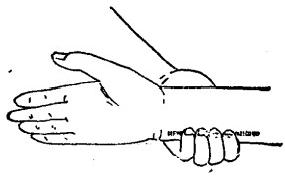


图13 检查尺动脉示意图

股动脉：扪触部位在腹股沟韧带之下，骼前上棘与耻骨

联合的中心处。检查时病人仰卧，作深部扪诊。消瘦者其搏 动向下在股三角部亦能扪及。正常时，其搏动较四肢的其他 动脉为强。

胭动脉：位于胭窝深部脂肪组织中，扪触比较困难，特 别在肥胖者。病人一般不易松弛局部的肌肉，这也增加检查 的困难，检查方法有二：①病人俯卧，检查者站在检查部同 侧，一手握住病人小腿使膝弯曲，以使局部组织松弛，用另 一手的拇指于腘窝部逐步加压以扪触胭动脉的搏动(图14);

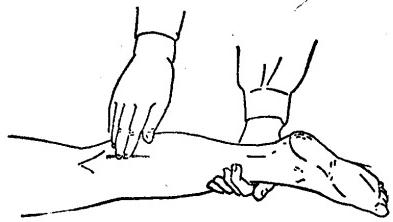
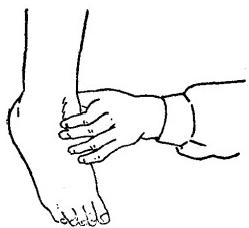
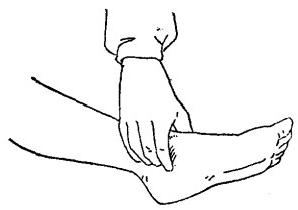


图14 检查腘动脉示意图

②病人仰卧，膝弯曲，足踏检查台上；或病人坐着，检查者 双手握住病人膝部，拇指放在髌骨部位，用其余手指尖在腘 窝部扪触搏动。若上述两种方法仍不能触及搏动时，可采用 测定下肢血压的方法，以听取胭窝部的动脉搏动声，如听到， 则表示胭动脉通畅。

足背动脉：通常在踝前方，内外踝连线之中点与第一及 第二足趾基部交点之连线上，可扪及搏动(图15)。足背动 脉的解剖部位变异较多，有时可在上述连线的外部。因此， 在肯定动脉搏动消失前，必须检查足背的全部。此外，尚有 8~10%的正常人，足背动脉可先天性缺如，且多为双侧性。

胫后动脉：搏动可在内踝的后下缘，跟腱的内方扪到 〈图16)。肥胖者及有足踝水肿的患者，搏动常不易扪到。



**图15** 检查足背动脉示意图 图16 检查胫后动脉示意图

在正常人中约5%胫后动脉可缺如，常为双侧性，所以在单 侧搏动消失时，多有病变的可能。扪触动脉搏动时，即使病 变限于一侧，也应双侧同时进行检查，并相互比较。还应按 照血管位于皮下深度的不同而施加相应的压力。对同一动脉， 亦应连续施以不同程度的压力，如在搏动较弱的动脉，施以 重压即可使搏动消失，有时，检查者本身的手指动脉搏动， 可误认为是病人的动脉搏动。为了避免此类错误，检查者可 计算动脉搏动的次数，并与对侧以及检查者核对；如仍不易 鉴别时，检查者或病人进行片刻剧烈运动，使两者的脉搏频 率差距加大，以便识别。检查时还应注意某些病人，休息时 脉搏不易扪及，而在运动后可扪到，这是由于运动后心脏输 血量增加，使部分阻塞的血管扩张所致。某些病例，运动后 可引起血管痉挛，周围动脉的搏动反而减弱，甚至消失。

2. 动脉搏动强度的确定：在临床上多分为五级：正常、 减弱、可疑、消失和增强。动脉搏动减弱和消失，是近端动 脉狭窄或阻塞的主要体征。根据动脉搏动减弱或消失的部位，

可估计动脉阻塞病变的位置和范围。动脉搏动减弱或消失， 除因脉管炎等器质性阻塞引起外，也可因动脉痉挛引起。动 脉搏动的改变，还可因创伤血肿或肿瘤压迫动脉引起，以及 引起心搏出量和脉压改变的全身性疾病如心力衰竭、心律紊 乱、缩窄性心包炎、主动脉瓣闭锁不全、甲状腺机能亢进等。

**(五)其他检查**

在条件具备的医院内，还可作以下五种检查，以助确诊。

1. 血流图的测定：通过血流图上的波形及波幅的变化， 可以比较敏感的估计脉管炎患者肢体一定部位的血流供应状 态 。

2. 动脉造影检查。

3. 血管反应性检查。

4. 压力梯度检查：了解脉管炎患者末梢血管是否通畅 的检查方法。

5. 光电容积脉搏波压迫试验：主要测定足背动脉及胫 后动脉有无阻塞，以及下肢血管阻塞的部位。

**第二章** **辨** **证** **论** **治**

辨证论治是中医学的基本特点之一。什么是辨证论治呢? 所谓“辨证”,就是分析、辨别、认识疾病的证候。“论治” 就是根据辨证的结果，确立相应的治疗法则。辨证是决定治 疗的前提和依据；论治是治疗疾病的手段和方法，也是对辨 证是否正确的检验。

辨证论治之所以是中医学的一个基本特点，是因为它既 不同于一般的“对症治疗”,也不同于现代医学的“辨病诊 疗”。一个病的不同阶段，可以出现不同的证候；不同的疾病 在其发展过程中可能出现同样的证候。因此，中医学的辨证 治疗的特点是：同一疾病的不同证候，治疗方法就不同；而 不同的疾病只要证候相同，运用同一治疗方法，可以取得良 好的疗效，这就是中医所说的“同病异治”和“异病同治”。 由此可见，中医所说的“证”即“证候”,它是疾病的原因、 部位、性质、以及致病因素和抗病能力等情况的概括。

通过什么方法才能掌握“证”的变化呢?这就要用到中 医所说的“四诊”,即望、闻、问、切四种诊视方法。望诊， 即望病人的神色、形态、舌苔变化等；闻诊，即听或闻病人 的语言、声音、气味的变化；问诊，即问病人的痛苦所在、 起病过程、治疗经过等；切诊，即切脉和触诊，以了解病人 的脉象及肌肤和脘腹的变化。以上四诊是互相联系的，不可 分割的。只有把望、闻、问、切有机地结合起来，才能全面 而系统地了解病情，掌握“证”的变化，准确地辨证以获得 正确的治疗。

下面我们就来具体谈谈脉管炎的辨证治疗。最后简要介 绍一下对脉管炎疼痛症状的处理。

一、脉管炎的治疗原则

脉管炎初期常出现血管痉挛，晚期发生血栓闭塞和坏疽。 由于血循环障碍，血液供应不足而引起缺血、缺氧性疼痛。

疼痛是脉管炎最突出的症状，它几乎出现于脉管炎的整个病 程，在某个阶段中，疼痛可表现得甚为剧烈。因此，解除疼 痛也成为治疗上重要的一环。另外，脉管炎发展到晚期时，

趾(指)常出现坏疽，此时极易合并继发感染，如果不及时 处理，患者全身可出现脓毒血症，局部可出现大面积组织坏 死和使炎症范围扩大。所以，脉管炎的治疗原则可归结为改 善肢体的血液循环、止痛和控制感染三个方面，而改善血液 循环乃是脉管炎最主要的治疗原则。

按照中医学的观点，疾病是一个正邪交争、阴阳盛衰变 化的复杂过程，在这个过程中，往往有许多矛盾，因此抓住 主要矛盾是治愈疾病的关键，这就是中医所说的“治病求本” 的原则。治病求本，就是治疗时首先要抓住疾病的本质，针 对疾病的本质进行治疗。脉管炎的本质就是“络脉闭塞、气 血凝滞”,以致使肢体出现坏疽和腐溃。另外，根据中医“通 则不痛，不通则痛”的理论，络脉闭塞也是导致疼痛的原因。 至于肢体的坏疽和腐溃，中医认为是血瘀化热、火毒为患所 致。所以，脉管炎的治疗应以活血通络为根本大法，并根据 不同的病情变化进行辨证施治。其具体治疗原则如下：

**(一)活血化瘀**

活血化瘀法是中医学中一种常用的治疗法则，其主要作 用是活血化瘀，通络止痛，消坚散结。

在临床上根据不同的病情，可选择药力不同的活血化瘀 药物。轻者可选用一般活血化瘀药，如丹参、赤芍、当归、 川芎、鸡血藤、桃仁、红花、乳香、没药等。重者可选用三 棱、莪术、土鳖虫、水蛭、地龙等。

**(二)温经散寒**

由于寒凝血瘀，常可出现肢凉、麻木、肤色苍白、疼痛 等。可用温经散寒法温化沉寒，例如常用附子、干姜、桂枝、 肉桂、细辛等药物温经散寒、回阳通脉。服后可使四肢转温， 耐寒力增加，尤其在临床中使用附子，可使患肢皮温增加、 患肢有蚁行感及疼痛减轻。实践证明：温经散寒药物具有强 心通脉，促进血液循环，扩张血管，改善微循环的作用。

**(三)清热解毒**

脉管炎发展到一定阶段，由于寒凝血瘀、瘀久化热，肢 体可出现溃烂和继发感染，表现为不同程度的热证。根据中 医“热者寒之”的治疗原则，在脉管炎的治疗中，常采用清 热解毒法，其作用是：清热、解毒、止痛。

**(四)补气养血**

补气养血法主要用于久病体虚、阳气萎顿的脉管炎晚期 病人。由于坏疽、腐溃及剧烈疼痛的折磨，病人气血虚弱， 创口久不愈合，此时应根据病情用补气养血法治疗：阴虚者 治以滋阴养血，阳虚者治以补气助阳。常见的药物有：黄芪、 党参、白术、黄精、人参、山药、甘草、当归、熟地、白芍、 阿胶、何首乌等。

二 、脉管炎的辨证治疗

**(一)阴寒型**

主证：患肢发凉、麻木、酸胀、久站后明显，且有沉重

感。患趾(指)皮色苍白，有明显的上举苍白、下垂发绀表 现，喜暖恶凉，遇冷则甚，遇热则缓，可见间歇性跛行，趺 阳脉、太溪脉搏动微弱或消失。舌质淡或正常，苔薄白，脉 沉迟或沉细。

辨证：寒邪外袭，寒凝络痹，血行不畅，阳气不能下达； 或寒邪侵袭，直伤脾胃、肺肾之阳气，以致气滞血瘀，不能 温养肢体所致。

立法：温经散寒、活血通络。

1. 内服药：脱疽一号(自拟方)

桂枝10克 当归15克 赤 芍 1 5 克 川芎15克 熟地 15克 制乳香6克 制 没 药 6 克 怀 牛 膝 1 0 克 鸡 血 藤 3 0 克 黄芪15克 制川乌10克 干姜10克。

服法：上药置砂锅、砂壶或搪瓷锅中，铝锅较差，忌用 铁锅。加冷水超过药面约1寸，用急火煎沸，沸后改为小火。 头煎药可沸后再煎20分钟，二煎药沸后再煎15分钟即可。 煎药时应时常搅拌，以防煎糊(煎糊药应废弃不用)。两煎药 汁可控制在300毫升左右，分两次温服，即早饭前及晚饭后 各服一次。

适应症：阴寒型、血瘀型。

禁忌症：化热型、毒热型病人忌用，孕妇忌服。

在临床上除上症外，还可以遇到以下两种临床表现：

(1)恶寒喜暖，口淡不渴，面色苍白，手足厥冷，腹胀， 便溏。

辨证：上述症状是在患肢通常出现局部症状的同时表现 的全身症状，乃是中焦(脾、胃)虚寒，脾阳不振，运化失 调(脾主运化，为后天气血生化之源，胃主受纳，腐熟水谷， 是脾主运化的基础，脾运化水谷精微，又是使胃继续受纳和

腐熟的保证。胃与脾，一纳一运，互相配合，才能完成消化、 吸收、运送营养的任务),致使出现腹胀、便溏。

立法：健脾、温经、通络。

方药：前方加香砂六君子丸，或加参苓白术散。(市上 有成药出售)

(2)腰脊发凉，疼痛，阳萎，小便频数或不利，小腹阴 冷、膝胫发凉等。

辨证：因病人下焦(肝、肾、大小肠、膀胱)虚寒，肾 气不足引起。

立法：补肾助阳，温经通络。

方药：前面各方均可加右归饮。

右归饮：附子10克、肉桂10克、山萸肉10克、杜仲 10克、熟地15克、炙甘草6克、淮山药10克、枸杞子10 克。

2. 外用药：脱疽洗药一号

桂枝10克 透骨草30克千年健15克 鸡血藤15克 双花15克 苏木15克 红花15克 乳香、没药各15克 干 姜 1 5 克 花 椒 1 0 克 樟脑15克。

用法：将上药缝入一布袋内，加水适量(约2000毫升) 煎汤，初煎可沸10分钟后，下火，以热气熏患处、待药液 温度适宜时，再淋洗或泡洗患处；亦可将药袋置于患处热熨。 以后各次不必煮沸，温度适宜即可。每日可1~2次，每次 30～50分钟。每剂药可用3天，夏季药液易变质，可1~2 日换一剂。

适应症：阴寒型、血瘀型。

作用：温经、活血、止痛。

禁忌：化热型忌用，肢体有干性坏疽或肢体坏疽处于发

w t

展阶段、伤口尚未处于稳定的病人，以及熏洗后反致疼痛加 重的病人不用。

验案：杨××,男，34岁。病人于1983年7月因左足 间歇性跛行五、六年而来院就诊。自述自1976年始，走路 多则左小腿疼痛，休息片刻即缓解。脚趾发凉，冬季尤甚， 左大趾麻木感，并自去年上症加重。跛行距离约100米，夜 间时痛甚，需经常服止痛药，足趾色白，小腿处反复发现红 色索条等。

、个人史：自1965年始吸烟已达15年，吸烟量每日半盒 至一盒，搞下水道工作已16年。

检查：患侧足趾皮肤颜色较健侧色白，略见青。足背及 足趾皮温低，足趾较为明显，大趾甲无光泽并呈平行嵴状， 左足趺阳脉搏动微弱，太溪脉正常。小腿可见浅静脉血栓性 静脉炎，肌肉未见萎缩和溃疡，苔薄白，脉沉细。血流图检 查：可见左下腿搏动性血流量略低于正常，诊断为阴寒型脉 管炎。

治疗：服脱疽一号汤剂，并用脱疽洗药熏洗。两周后复 诊，病人称服药四天后疼痛减轻，未发现新的浅静脉红色索 条出现，故嘱仍照服前药。四周后三诊，病人述疼痛大轻， 唯有时疼痛而已，并可停服止痛药了。又继续服药二十四剂， 跛行距离增至200～300米。改服脱疽一号片剂，至4个月 后，除皮温尚未完全恢复外，余症均正常，间隔1~2个月 检查一次，连续五次均正常，足温恢复，并可作一般工作。

**(二)血瘀型**

患肢麻木，酸胀，发凉加重，患肢有明显的持续性、固 定性疼痛，白天较轻，夜间转剧。间歇性跛行渐趋严重：跛 行距离缩短，跛行时间间隔亦缩减。患肢呈潮红色，肢端皮

肤有瘀点和瘀斑，趾(指)甲增厚变形，汗毛稀少或脱落， 肌肉松弛，面色晦暗，口唇色紫，趺阳脉、太溪脉搏动消失。 舌有青紫斑块、瘀点，脉沉涩或细涩。

辨证：寒凝气滞，气滞血瘀，络脉闭塞，气血不能通利 所致 。

立法：活血止痛、温经散寒。

1. 内服药：脱疽四号(自拟方)

当归10克 赤芍10克 川 芎 6 克 制乳香6克 制没 药 6 克 红 花 6 克 苏 木 6 克 地 龙 6 克 郁 金 6 克 炙黄 芪 1 0 克 络石藤20克，

服法：同阴寒型内服药，此方可与前方并用，以加强疗 效 。

适应症：血瘀型。

禁忌症：化热型、毒热型忌用，孕妇忌服。

2. 外用药：同阴寒型。

验案：朱××,男，39岁。病人因右脚大趾凉痛十年之 久，于1980年12月18日来院就诊。自述于1970年患游走 性静脉炎达四年之久，1975年发现右脚掌皮肤有明显瘀斑， 到北京某医院诊为脉管炎，用毛冬青后由于有全身不适感而 自行停药，后曾间断做过其他治疗，均无效。病情逐渐发展， 现慢慢行走距离尚不足1000米，右脚麻胀而痛，皮肤冰凉， 夜间亦暖不过来，且疼痛日甚。

个人史：自17岁开始吸烟，每日约半盒。

检查：右脚稍肿，皮肤潮红，足掌可见瘀斑，足趾及足 背皮温明显低于常人，趾甲增厚少光泽，右小腿腓肠肌萎缩， 足背动脉及太溪脉均消失，舌有瘀点，脉沉。血流图检查： 双小腿及右足背血流量减少。诊断为血瘀型脉管炎。

治疗：服用脱疽四号及脱疽一号，配合脱疽洗药一号常 规熏洗，两个月后疼痛减轻，肤色改善，肿渐消，右足背动 脉可触及，继服药两个月自行停药。于1981年11月19日 发随访信后应召来院就诊，方知因无明显不适且因工作较忙， 路途较远，未坚持就诊，已能步行5000米路，脚也不肿了。 经查：患足皮肤营养障碍表现均消失，唯稍有凉感。又连服 4个月中药，皮肤温度恢复正常，血流图检查正常。病人一 直坚持工作。

**(三)化热型**

患肢麻木、酸胀，患足灼热疼痛，遇热痛甚，白天减轻， 夜间转剧，间歇性跛行严重。或患趾(指)肿胀如煮熟红枣， 趾(指)甲增厚变形，汗毛稀少或脱落，肌肉萎缩，面色晦 暗，舌质红或绛、苔黄，脉沉涩或细涩。

辨证：气滞血瘀、瘀久化热。 立法：养阴清热、活血通络 内服药：脱疽二号

元参15克 银花15克 当归15克 赤芍15克 红花

6 克 牛膝10克 泽兰10克 制 乳 香 6 克 制 没 药 6 克

- 石斛10克 紫花地丁30克 蜈蚣6克。 服法同前。

适应症：化热型。

禁忌症：孕妇忌服。此型不宜熏洗。

验案：庞××,男，51岁。病人于1982年4月因双足 趾灼痛二十余天来院就诊，自述于1954年患脉管炎后，病情 渐重，1969年、1980年右足第一、二、三趾曾两度溃烂，后 均治愈。今年3月底双足红肿，以右为甚，灼热、疼痛，夜 间尤剧，苦不堪言，间歇跛行加重，跛行距离只有40米。

个人史：吸烟30余年，每日半盒。

检查：双足趾肿胀，色暗红，以右侧为重，肤温稍高， 趾甲增厚，生长缓慢(病人已1年未剪趾甲),汗毛脱落，右 小腿腓肠肌萎缩，双侧趺阳脉未触及，舌质红，苔黄，脉沉 涩。诊断为化热型脉管炎。

治疗：服用脱疽二号，两周后双足灼热感大减，继服药 两周，灼热感消失，肿渐消，肤色为浅红。1982年6月21 日就诊时，自述一点不痛了，肿基本消失，唯尚觉脚凉而已。 改服脱疽一号合并脱疽四号，至1983年1月趺阳脉可触及， 足趾甲渐长，营养障碍改善。连续服药至5月肤温恢复正常。 血流图检查：双侧血流量均增加。现病人已恢复工作。

**(四)毒热型**

足趾紫黯或色黑，皮肤破溃，疮口时流脓水，腐肉不鲜， 痛如火灼，夜间痛甚，常抱膝而坐。严重的腐烂漫延，可五 趾相传，甚至上攻脚面，渐见肢节坏死，自行脱落，久不收 口。严重者可伴全身症状，如发热，口渴喜冷，小便短赤， 大便燥结，舌质红绛，苔黄燥或黄腻，脉细数。

辨证：气血凝滞、瘀久化热，久而火毒为患，热盛耗伤 阴液所致。

立法：清热解毒，活血通络。

1. 内服药：脱疽三号

双花藤30克 紫花地丁30克 连翘15克 当归15克 赤芍10克 红花6克 牛膝10克 川楝子10克 赤小豆

30克 元参15克 生甘草6克。 服法同前。

适应症：毒热型。

禁忌症：孕妇忌服。

2. 外用药：脱疽洗药二号

紫花地丁30克 连翘30克 蚤休30克 赤芍15克

生甘草9克。

用法：同阴寒型，熏洗后应按常规换药，换药法详见伤 口处理一节。

适应症：毒热型。

作用：清热解毒、活血止痛。 禁忌症：化热型不用。

验案：于××,男，30岁。病人因左脚大趾溃破一年另 三个月，于1980年9月来院就诊。自述于1976年左脚受伤， 痊愈后发现间歇性跛行，跛行距离约200米，当地诊为脉管 炎。后来又因右手伤后发现无脉，中指疼甚而行截指术。自 1982年6月左大趾溃破，左小腿胀痛明显，夜间不能入睡， 麻木感、四肢末端发凉等症相继出现，尤以左手、左脚为重 冬季尤甚。服用中、西药均无效，大趾溃疡至今未愈。大便 时干，小便黄。

个人史：吸烟14年，每日一包，至今未戒。

检查：左大趾皮色紫黯、余趾胀红，肤温不低，大趾甲 内侧溃疡较深，约1×1厘米大小，腐肉不鲜，有脓水，双手 皮温低，左手明显，右手略潮红。双足趺阳脉、太溪脉，桡 动脉均消失，趾(指)甲干厚、无光泽、半年多未见生长， 小腿肌肉萎缩，舌质红，苔黄，脉细。血流图检查：双上肢 搏动性血流量减少，双下肢明显减少。诊断为毒热型脉管炎。

治疗：服脱疽三号汤剂，在门诊常规换药。七日后，左 大趾溃破处脓水减少，又隔四日，溃疡巳缩小为大米粒大小， 疼痛消失，睡眠转佳，皮温略见回升。经过28天治疗疮面 愈合，已能走1000米，超过1000米仅略有疼痛，慢走即可

缓解。夜间能安眠，皮温也有改善。由于病人要求带药回原 单位治疗故改服脱疽一号，经连服脱疽一号约两年，1982年 12月来京复诊，双上肢血流图已正常，双小腿及足背血流 图亦有很大改善，除在冬天有皮肤温度降低外，余无其他不 适 。

**(五)气血俱虚型**

患趾(指)伤口肉芽生长缓慢，久不收口，患肢皮肤皱 裂脱屑，肌肉萎缩，身体消瘦，面色苍白，头晕心悸，气短 乏力，舌质嫩淡，苔薄白，脉虚弱。

辨证：病久气血耗伤，正气不足；或身体素来虚弱，气 血俱虚。

立法：调补气血。

1. 内服药：

党参10克 当归15克 白 芍 1 0 克 茯苓10克 白 术 10克 元参10克 肉 桂 6 克 五味子10克 陈皮10克 远志10克 赤小豆15克 甘草10克。

服法：同前，全身情况好转伤口未愈者，改服毒热型方 药。

适应症：气血俱虚型。

禁忌症：无气血俱虚者忌服。

2. 外用药：

熟地15克 鹿角胶10克 白 芥 子 1 0 克 肉桂10克 炮姜10克 麻 黄 6 克 甘草6克。

用法同前。

适应症：气血俱虚型。

作用：助阳补虚，祛腐生肌。

禁忌症：毒热型忌用。

验案：姜××,男，41岁。病人因左大趾溃破三个月于 1981年3月来院就诊，自述左脚已发凉四、五年，间歇性跛 行，跛行距离100米，曾在外院治疗未效。三个月前左大趾 又被人踩伤后溃破，疼痛日甚，夜间转剧，医生建议行截趾 术，故来我院要求服中药治疗。

过去史：身体较弱但未查出有任何器质性疾患。

检查：左大趾有1×1厘米大小创口，肉芽呈暗红色，其 上覆盖少量腐败组织，溃疡边界较硬，左足皮温明显降低，肤 色紫暗，趺阳脉消失，皮肤粗糙，汗毛脱落，腓肠肌萎缩， 右足趺阳脉搏动微弱。面色苍白，身体消瘦，气短乏力，舌 质嫩淡，苔薄白，脉沉细无力。诊为气血俱虚型脉管炎。

治疗：服上汤剂并在门诊常规换药四周后，创面缩小， 肉芽鲜红，疼痛减轻，夜间睡眠渐安，足趾肤色亦见好转。 再服药五周，创口减小如黄豆大小，创面脓液转稠，全身情 况亦大见改善，故改用脱疽三号，清热解毒兼理气血。服用 五周后，创面结痂，间歇性跛行亦见改善，不久创面脱痂而 愈。后因左足肤温明显低于另侧，于1981年8月始服脱疽 一号，半年后复诊，左足趺阳脉可触及，余症悉平，恢复工 作。

三 、伤口的处理

有伤口的趾(指)需要换药，换药的主要目的是为了观 察伤口、清洁伤口，以促进伤口的愈合。所以在采用内治法 时，应积极正确地处理伤口，这是治疗四、五型脉管炎病人 的重要一环，否则将影响疗效。处理伤口时应严格掌握无菌 操作技术，避免引起或加重伤口的感染。脚趾溃烂的脉管炎 病人，不便去医院处理者；可在家自行处理。下面介绍具体



方法及药物的选择。

**(** **一** **)方法**

1. 解除外层敷料，内层敷料应用镊子小心去掉，观察脓 液的色泽、多少。

2. 用75%酒精棉球由创口边缘向外围拭擦，避免将伤 口外的细菌带入伤口内。

3. 用挤干的盐水棉球吸去创口之渗出液。轻柔、细致地 除去附着的纤维物、坏死组织。对疏松的坏死部分要逐步清 除，以免引起伤口红肿老化而发生急性坏死。

4. 观察伤口的深浅、大小，肉芽是否健康：健康之肉芽 组织色红、坚实、无水肿、不易出血；若肉芽不健康、有坏 死组织存在，需应用适当的外用药。

5. 粘附于皮肤上的胶布残迹，可用汽油或乙醚擦净。

6. 盖好消毒敷料，用胶布固定。固定胶布处的皮肤应是 较健康的，固定部位要交替轮换，以防创口外皮肤过敏溃 烂。最后可用软绷带包扎。

7. 换下的敷料不得乱掷，放在专盛污物的容器内一并处 理 。

**(二)注意事项**

1. 换药时应仔细、耐心，尽量做到清洁无痛。

2. 选药应慎重，避免使用有腐蚀性、刺激性药物，以防 坏疽感染加重，引起剧烈疼痛，增加病人痛苦。

3. 伤口上的坏死组织，原则上应尽量清除，但不要增加 病人的痛苦。

**(三)伤口换药**

1. 创面较干净，或只有少量脓液，肉芽组织新鲜者，常 规消毒后，可用生理盐水纱布(4~6层湿敷，每日1次，或隔

日 1 次 。

2. 对于有较大面积的坏死溃疡、脓性分泌物较多者，先 以熏洗药熏洗，常规消毒后，再用生理盐水纱布盖敷，每日 1 ~ 2 次 。

3. 肉芽组织过度增生突起，影响上皮组织生长时，常规 消毒后应及时剪平，再用高渗盐水纱布4～6层湿敷，每日 1～~2次，待肉芽无高突现象时，再改用生理盐水盖敷。

4、创面长期不愈合气血俱虚者，创面上盖一姜片，以艾 条灸之，50分钟后，常规消毒，以生理盐水纱布盖敷。

5. 伤口将要愈合时，最好用消毒干纱布或生理盐水纱布 按创面形状剪成相应大小，盖敷在创面上，过3~5天后，里 层纱布即与创面粘贴牢固，创面在纱布的保护下，有利于肉 芽组织和上皮组织生长。如纱布下面有脓性分泌物，可用生 理盐水湿润后，小心揭去纱布，用盐水棉球轻轻蘸净脓性分 泌物，不使肉芽组织和上皮组织损伤，再更换新纱布块盖敷 在创面上。

6. 干性坏疽的趾(指),用酒精棉球消毒后，以消毒干 纱布包扎；或在坏死组织与健康组织分界线处，用生理盐水 湿敷，以防发生湿性坏疽；当坏死组织与健康组织形成明显 分界线时，才可以施行坏死组织切除术。

7. 创面长期不愈合的，最好作X 线检查，看是否有骨髓 炎或碎骨片残存，以采取相应措施。

四 、疼痛的处理

疼痛，是脉管炎整个病程中的一个重要问题，持续的剧 烈疼痛，常使病人精神上、肉体上承受极大的折磨，有些病 人甚至主动要求截肢以减轻痛苦。因此，减轻疼痛，使病人

树立治愈的信心，坚持治疗，是整个治疗中重要一环。

中医认为疼痛的原因不外乎两点：①气血瘀阻，血行不 通，不通则痛；②火毒炽盛，趾(指)溃烂，毒热引起的疼 痛。由于疼痛的原因在于血脉不通和毒热刺激，所以要在整 个治疗过程中逐步消除，企图作为一个单独问题快速解决是 不可能的，因为任何一种止痛药也不可能一下子解决脉管炎 致病的根本原因。尤其是各种麻醉止痛的西药只能暂时服 用，或暂时处理因疮面换药时引起的剧痛，不可常用久用， 以免造成不良后果(有些麻醉性西药可成瘾)。以下简要介绍 常用止痛方法，供参考。

**(一)中医止痛**

应根据病情采用不同的止痛方法，即止痛亦应辨证施治。 例如阴寒、血瘀、化热型脉管炎多因气滞血瘀引起疼痛，故 治以活血通络，可在原活血通络方中加味或加大活血通络药 的药量(如选用米壳、酸枣仁、钩藤、三七、延胡索、山甲， 加大制乳香、制没药的量至10克),或加虫类活血药(如土 鳖虫10克、蜈蚣6~10克、地龙10克等)理气药(如乌药 10克等);或选用单味药，如毛冬青煎水口服。火毒炽盛(坏 疽期)引起的疼痛治以清热解毒，原方加用蒲公英25克、双 花30克，或下述药用大剂量：双花藤60克、紫花地丁60 克、连翘60克。身体虚弱的脉管炎晚期气血俱虚型的疼痛， 治以补益气血，加用八珍丸、十全大补丸、人参养荣丸(均 为成药)。此外可用针灸及按摩等止痛法，具体见该节所述。

**(二)其他致痛原因的处理**

1. 肢体溃破换药时往往引起疼痛，这一般是由于外用药 的刺激所致，可用刺激较小的药物。

2. 换药间隔时间较长引起的疼痛，多由于敷料干结、或



疮口分泌物多，刺激伤口所致。应将换药时间缩短一些， 一 日1次或 一 日2次。

3. 异物刺激可以引起疼痛，所谓异物就是坏死组织、死 骨等。应及时去除，以减轻疼痛。清除坏死组织的原则是： 先清除近端的，后清远端的；先清除松动的，牢固的可待松 动后再清除；先清除坏死组织，后清除死骨。

4. 换药时动作粗鲁往往引起剧痛，甚至造成伤口扩大， 故动作要轻巧，以减少刺激和疼痛。

5. 肢体着凉可引起疼痛，故应注意气候变化，做好患肢 的保暖。

**附(一)外用单方、验方选介**

1. 红灵酒(经验方):

生当归60克切片、杜红花30克、花椒30克、肉桂60 克切片、樟脑15克、细辛15克研细末、干姜30克切片， 95%酒精1000毫升，浸泡七天备用。

用法：用棉棍蘸红灵酒揉擦发凉皮肤， 一日2～3次，每 次擦20分钟。

适应症：阴寒型、血瘀型。

作用：温经止痛、活血通络。

禁忌症：化热型、毒热型不用。

2. 二号洗药(经验方):

川乌、草乌、苍术、独活、桂枝、防风、艾叶、花椒、 刘寄奴、红花、透骨草、伸筋草各10克。

3. 川乌12克、草乌12克、虎杖30克、毛冬青30克、 花椒12克、干姜12克。

4. 熟附子、川椒、艾叶、桑枝适量。

5. 伸筋草、透骨草、桑枝各30克，刘寄奴15克，川

乌、草乌、松节各10克，艾叶、血竭各12克。

上述2、3、4、5各方用法同常规熏洗法，均有活血、 散寒、止痛作用，适用于阴寒型、血瘀型脉管炎病人，化热 型、毒热型患者忌用。

6. 解毒洗药(经验方):

蒲公英30克，苦参、黄柏、连翘、木鳖子各12克，金 银花、白芷、赤芍、丹皮、甘草各10克。

用法：按常规熏洗，洗后按常规换药。 适应症：毒热型，气血俱虚型。

作用：清热解毒、活血消肿、去腐排脓。

7. 解毒洗剂(经验方):

蒲公英30克、苦参12克、黄柏12克、连翘12克、木 整子12克、白芷9克、丹皮9克、赤芍15克、生甘草9克。

用法：同上。

适应症：同上。

作用：清热解毒、活血消肿、去腐排脓，适用于脓液及 坏死组织较多者。

8. 金银花60克，五倍子、诃子各15克。 用法：煮水后湿敷伤口，方法同前。

适应症：适用于毒热型、气血俱虚型，伤口无脓者。 作用：消炎生肌。

**附(二)手术指征**

手术疗法的原则以保存肢体减少患者疼痛为主，能不截 肢的应尽量保存。肢体能否保存下来，主要看局部血液运行 情况能否维持肢体的生存；即使有较重的血液循环障碍，也 应治疗一段时间，看深部组织是否存活，是否建立侧支循环， 同时也不能忽视全身情况，以决定是否用手术疗法。但应该

截肢的延误手术治疗，亦可招致严重后果，甚至危及生命， 故宜于手术的病人，应及时采取措施，不可耽误。那么,哪 些情况宜手术治疗呢?

1. 足部创面过大，难以自行愈合者，经治疗后血液循环 改善，创面感染已控制住时，肉芽组织新鲜时，可施行点状 或邮票状植皮术。

2. 坏死组织与健康组织形成明显的分界线，坏疽已停止 发展，局部感染巳基本控制住，可行单纯坏死组织切除术。

3. 趾(指)部远端局限性坏疽，局部感染已控制，炎症 消退者；趾(指)部远端骨质暴露或骨残端骨髓炎形成，创口 难以愈合者，均可施行趾(指)部分切除缝合术。趾(指)大部 分干性坏疽，近端健康组织炎症消退，可施行趾跖关节离断 术。

4. 严重肢体坏疽继发感染扩展至踝关节，持续高热，剧 烈疼痛，经治疗无效者，可施行截肢术。

—55—



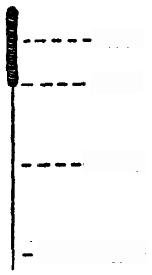
**第三章** **其他治疗方法**

一、针刺疗法

: 针刺疗法是中医治疗疾病的重要方法之一，具有工具简 单、操作方便、效果较好的优点，最适合在家庭中运用。现 将针刺治疗脉管炎的有关知识、取穴及手法介绍如下，请病 者试用。

**(一)针刺疗法的一般知识**

1. 针具：现代常用的针，有毫针、三棱针、梅花针、 皮内针等。脉管炎的病人选用毫针较为适宜。毫针有数种长 度，一般长五分到五寸之间，粗细一般在32~36号之间，其 结构分四部分：用金属细丝缠绕的部分叫针柄，针端部分叫 针尖，针尖与针柄间的部分叫针身，针

柄与针身的接合部叫针根(图17)。 -针柄

2. 针刺应注意事项：

一针根

(1)针刺前应检查针具，有锈痕、 弯曲以及针尖钩曲等现象的针不能使

用。 -针身

(2)病人应采取适当的体位(图18), 如体位不当，勉强支撑，会造成病人的

过度疲劳而影响疗效，或移动体位时而 ----针尖

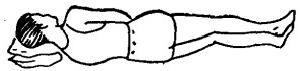
引起弯针、折针等事故。 图17 毫针示意图

(3)针刺前，将欲刺穴位用75%酒精消毒。

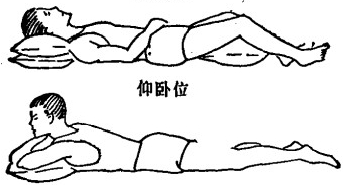
(4)根据病人的胖瘦、体质以及所选穴位而选长短适宜



仰靠坐位 **俯伏坐位**



侧卧位



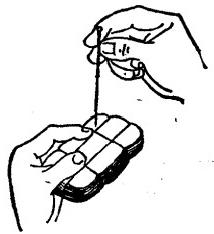
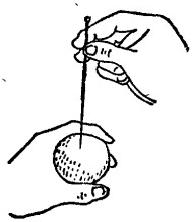
**伏卧位**

图18 针刺时的各种体位

的 针 。

3. 怎样练针：为了很好地掌握针刺操作，首先必须练 针。因为毫针的针身细软，如没有 一 定的指力，很难随意进 针或进行捻转提插，因此加强指力锻炼十分重要。练习时先 用细软纸张折成长约8厘米、宽约5厘米、厚约1厘米的纸 块，周围用线扎紧，练习时以左手持纸块，右手拇、食、中 三指持针柄，在纸上作捻进、捻出的练习(图19),然后用小 皮球大小的棉球一个，外面用布或棉纱扎紧，将针插入球内，

反复作左右捻转、上下提插练习，要求达到捻针有力、提插 熟练(图19)。



纸块练针 纱球练针

图19 练针法

经过上述练习后，还要在自己身上练习，因为纸垫和人 体组织有很大差距，尤其是要体会各种操作手法和针感的关 系。

4. 进针方法与进针后的手法：

(1)进针方法： 一般说来，针尖刺入皮肤时，容易产生 疼痛，当进针之后继续深刺就不太疼了。因此，进针时速度 要快，这样可以减少疼痛。具体操作方法很多，现在主要介 绍五种：

① 单手进针法：以右手拇、食指下挫力快速将针刺过 皮肤，然后再按不同的针刺方向将针刺到一定的深度。此法 一般用于1.5寸以内的短针(图20(1))。

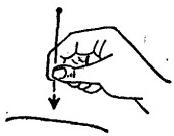
② 双手进针法：左手拇、食指控住针体，露出针尖二、 三分，左手拇、食指挟持针柄，在针尖接近皮肤时，左手 拇、食指快速将针刺入皮肤，同时右手配合下压，然后左手

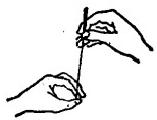
挟持针体，右手拇、食指将针捻转刺入深处。此法用于三寸 以上的长针(图20(2))。

③ 速刺进针法：右手拇、食指控住针体，露出针尖二、 三分，对准穴位，快速将针刺透皮肤，然后再用左手拇、食

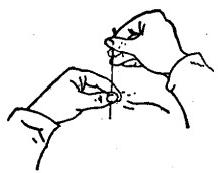


(1)

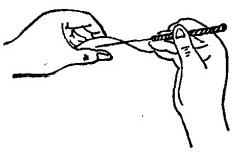




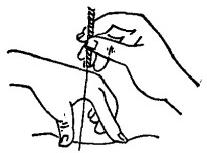
(2)



(3)



(4)



(5)

图20 进针法

、二指捏住针身下端，右手拇、食二指捏住针柄，左手压针，

右手协同边压边捻，将针刺达一定深度。此法长、短针均适 用(图20(8))。

④ 挟持进针法：在针刺时应用左手拇、食指捏起穴位 左右的皮肉，右手将针尖迅速刺入。此法适合于肌肉浅薄的 穴位(图20(4))。

⑤ 舒张进针法：以左手拇、食指或中指将穴位处皮肤 撑开，右手快速将针刺入，然后再按不同的针刺方向将针刺 到一定的深度。此法用于皮肤松弛、皱折多的部位如腹部穴 位(图20(5))。

(2)进针后的手法介绍：

① 提插法：即当针刺到一定深度后，左手拇指或食指 按压在穴位旁，右手拇、食指捏住针柄，将针上下提插。但 在重要内脏、眼区和深部有较大血管处，应尽量不用。要轻 缓，以防发生意外。

② 捻转法：即用右手拇、食指捏住针柄，将针左右捻 转，在作大幅度捻转时，须防止组织纤维缠绕针体而产生疼 痛。

上述两种手法在针刺到一定深度而未出现针感时，可用 于寻找针感，在针感出现后，则用于加强针感。

③ 刮针法：以右手拇指压在针柄顶端，食指或中指指甲 在针柄上由下而上作搜刮动作；或左手固定针体于穴位处， 右手拇、食指由针柄下端向上，作逆时针方向旋刮动作。这 种方法又称为“弧度刮针法”。

④ 震颤法：右手捏针柄，作小幅度快速地提插，即震颤 动作。

这两种手法均用于针感出现后，目的是增强针感，加强

刺激。

5. 针刺的感觉与刺激强度：当针刺入一定深度时，可产 生疫、胀、重、麻等感觉，即所谓“得气”现象。针刺感觉和 疗效有很大关系。 一般说来，针感出现迅速的疗效较好，反 之则较差。针感除和患者的体质、病情的轻重有关外，和针 刺的手法、操作熟练程度、取穴是否准确有关。

临床上根据患者的体质，疾病的种类及不同的穴位，分 别给予不同的刺激强度，不过，刺激强度不能单凭针刺手法 的强弱来决定，主要应根据针感反应来判断。 一般分为三种 情况：

弱刺激：多以病人产生可感觉的感应为度， 一般采用小 幅度较轻的提插捻转即可。适用于体质较弱、对针刺反应敏 感，初针情绪紧张者以及重要脏器所在的部位。

强刺激：使患者产生强烈的感应，多向四周或远端扩散。 一般采用大幅度和较重的提插捻转，或用刮针法、震颤法等。 适用于体质较强、对于针感不敏感者以及急性疼痛或痉挛等 病。多用于四肢或腰背部。

中刺激：患者感应和手法介于强、弱之间，适用于一般 患者和疾病。

6. 进针角度与深浅：

(1)针刺角度：是指针身和皮肤所成的夹角而言的， 一般 根据部位和病情决定，现将一般规律介绍如下：

直刺：针刺与皮肤垂直刺入。运用广泛，凡肌肉丰厚可 以深刺的部位均可采用，如四肢部、下腹部、腰部等。

斜刺：针体与皮肤成45°左右的角度刺入。多用于接近 脏器的部位，如胸背部的俞穴以及一些特殊穴位如列缺等。

横刺：又叫沿皮刺，针体与皮肤大约成15°角刺入。适

用于肌肉浅薄的部位，如头面部的一些穴位。此外，胸腹部 及背部的夹脊穴在某些情况下也可采用沿皮刺。

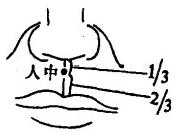
(2)针刺的深度：针刺时进针深度必须适当，应根据不 同部位及病情的需要而定。脉管炎针刺的常用穴位， 一般均 局限于四肢，故进针深度可以较深，并可透针，具体则应根 据该部位肌肉的厚薄而定，如内关可刺0.5~1.5寸、足三里 可刺1～3寸等。

但是，应熟悉四肢大血管位置(见四肢血管的基本知识 一节),以免刺破血管引起血肿，甚至造成较大的出血。

7 留针与运针：对于急性疼痛、炎症及某些发作性症 状，可延长留针时间至数小时，在留针期间，每隔数分钟进 行一次操作称为运针，以加强刺激，甚至可在全部留针时间 内持续不断地提插捻转，直到症状缓解为止。

现较普遍应用的快速针刺法，在操作上除不留针外，尚 具有取穴少、进针深、透穴多、刺激强等特点。既节省时间， 疗效又好。

8. 针刺意外情况的处理：

晕针：在针刺时病人出现头晕、眼花、胸闷心慌、恶心、 面色苍白等，严重时可出现四肢厥冷、出冷汗、脉微弱、昏 厥、血压下降，称为晕针。多因初次用针、精神紧张、饥饿、 疲劳、体弱，或手法过重、刺激量过大而致。处理办法：应 将针即刻起出，让病人平卧，取头低位，

饮热开水或热茶。如已发生昏厥，可用 指甲掐人中穴，或针刺人中(在人中沟 上三分之一与下三分之二交界处取穴， 见图21)、足三里(图34)、内关(图26) 等穴，一般即可苏醒。若症状仍不能缓

图21 人中穴

解，可配合其他抢救措施。预防方法：对初次针刺及精神紧 张的病人应消除其顾虑，疲劳及体弱的病人尽量采取卧位。 针刺手法要轻，并随时注意病人的表情和面色，以便及早发 现，及时处理。

滞针：滞针就是针刺入后，捻转提插涩滞、困难，甚至 不能提插捻转，也不能出针。多因病人精神紧张而引起肌肉 痉挛，或操作时捻转幅度太大，组织纤维缠住针身。处理办 法：精神紧张的病人应解除顾虑使肌肉放松，并按摩穴位四 周，即可将针退出。如仍不能放松时，可静卧片刻或在该穴 附近再刺一针，以解除痉挛。如因组织纤维缠住针身，可轻 轻将针向相反的方向捻转，待针松动后即可出针。

弯针：弯针就是针身在皮肤下面发生弯曲。多因病人在 留针过程中移动体位，或意外刺激，病人肌肉突然强烈收缩， 其次由于外力碰撞、压迫或针刺用力过猛所致。处理方法： 因体位变动的，应先恢复原体位，然后视针弯曲的方向，顺 势将针退出。切勿用力抽拔和捻转。

断针：断针即折针。多因针身或针根部有损伤剥蚀或质 量不好，病人体位移动较大，肌肉强力收缩，或外力碰撞， 捻转提插时用力太猛，弯针时用力抽拔所致。处理办法：折 针时首先应镇静，并嘱病人不要移动体位，以免断针移动。 如断针有部分外露，可用手或镊子将针拔出；如断端与皮肤 相平，可轻轻下压周围组织，使针体显露，再用镊子夹出； 如完全陷入皮肤者，根据部位行手术取出。预防方法：术前 仔细检查针具，留针时皮肤外面露出针身3～5分，不可完全 刺入，另外留针时不要移动体位。

血肿：出针后皮肤呈青紫色或肿起，称为血肿。乃是刺 伤血管所致。可在局部轻轻揉按，或热敷即可。

s

**(二)针刺治疗配方**

各穴位置及针法见后文。 第一组

主穴：血海、足三里、解溪。

配穴：申脉、照海、三阴交、昆仑、太溪。

手法：中等刺激，留针15～20分钟，1~2日一次。

作用：调理气血，舒通筋脉。

第二组

上肢取穴：曲池、内关、外关、合谷、中渚、尺泽。

手法：中等度刺激，留针15～20分钟，1~2日一次， 15～30次为一疗程。

作用：调和营血，通络镇痛。

下肢取穴：足三里、三阴交、阳陵泉、阴陵泉、绝骨、 解溪、太溪。

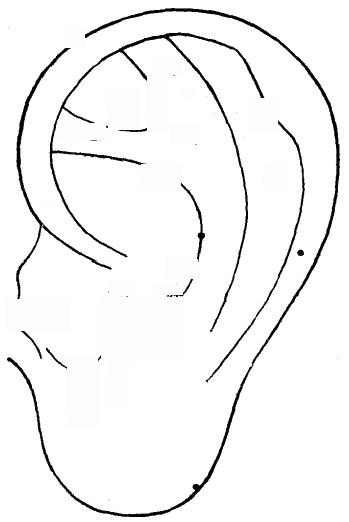
手法：同上肢取穴。

作用：化湿清热，调理气血。

**(三)耳针疗法与电针疗法简介**

1. 耳针疗法：耳针疗法就是在耳壳上一定部位进行针 刺以治疗各种疾病的一种方法。此治疗方法应注意：(1)由于 耳壳为软骨组织，容易感染，且感染后很难痊愈，因此在刺 前必须严格消毒以防止感染。(2)选取耳穴后，用一般毫针直 刺或斜刺入穴内，以不穿透耳壳为原则，刺入时病人一般有 强烈反应，如无强烈反应，则将针稍上提，上下左右移动以 寻找敏感点。一般说来，疼痛、酸、胀感明显，耳廓有发热、 充血反应者，效果较好，反之则效果不佳。(3)在留针过程中， 如果在原疾病无关的其他地方发生疼痛、酸胀等不适感，只 要将针略向后退或拔出，反应常可消失。

现将耳针治疗脉管炎经验取穴介绍如下(图22):

少

● 踝

神

● ●

门 4

●交感

熨。

腕 肘

热

· 肾



●肝/

●肺 ● 脾

肾上腺

没 质 下

( 内 分 泌

图22 耳穴示意图

**第一组：**

主穴：热穴，能产生热感，传导至面部及上下肢。 交感、心：有舒张心血管作用。

肾、皮质下：有调整和增强神经血管机能作用。

内分泌：有消炎和抗过敏作用。 配穴：

肺穴：有改善静脉回流及促进溃疡愈合作用。

肝穴：有舒筋活血作用。

脾穴：有改善肌肉萎缩作用。

相应部位穴：如膝、踝、肘、腕等。

手法：取穴时先探索压痛点和敏感点，针刺入后行强刺 激，捻转可连续0.5～1分钟；留针1～2小时或半天，留针 较长的隔半小时捻转针一次；每次针后，用热毛巾敷耳廓， 可使针后耳部组织尽快恢复正常。

疗程：每10~12天为1疗程，休息3~5天后，可继续 治疗。

注意事项：术前应用双手按摩耳廓，待充血后，再选择 压痛点进针，能提高有效的针感。注意选穴要准，手法刺激 要强。针刺热穴的方向，可按病变的部位而定，如向对耳轮 上脚方向刺入，热感可窜向下肢。注意消毒，严防感染。

**第二组：**

主穴：热穴、交感、心、肾、皮质下、内分泌、肺穴。 配穴：肝、脾、肾上腺、胃、脑干、枕。

针刺手法：取穴时先探压痛点或敏感点，进针要稳、 -准、快，留针2～4小时，每隔20分钟捻转一次。10～12天 为一疗程，休息5～7天再进行下一轮治疗。

**辨证治疗：**对症取穴，配合其他穴位。

左耳取穴：心、肾、热穴、肝、皮质下、肾上腺。 右耳取穴：肺、脾、热穴、交感、股关、内分泌。

疼痛较重的，可加神门穴，或在相应部位进针后捻转 1~2分钟。主穴用26号粗针，加神门、脑干、枕等穴缓解 疼痛。睡眠不佳者加枕穴；食欲不佳者加胃穴；凉感较重者 加热穴。

2. 电针疗法：电针是在针刺得到感应后，在针上通以电 流，利用电流对穴位的刺激而产生的治疗作用，可代替长时

间的持续运针、节省人力；可达到较强的刺激量；可比较准 确地调整刺激量。电针机的种类很多，如蜂鸣式电针机、电 子管电针机、半导体电针机等。其中半导体电针机具有体积 小、携带方便、省电、不受交流电源限制等优点。使用前必 须熟悉电针机的性能，按说明要求使用。

使用时应注意：(1)电针刺激量较大，应防止晕针，电针 能引起肌肉强烈收缩，应防止弯针、断针。(2)电位器旋转越 到后面，输出刺激越强，故应慢慢旋转，以免突然出现强刺 激。(8)通电过程中肌肉出现有节律的收缩或微弱的痉挛现 象、以及麻、胀、重的感觉，属正常现象。(4)颜面部及肘、 膝以下的穴位对电流刺激比较敏感，电流不宜过大。(5)患有 严重心脏病者应慎用。具体方法如下：

取穴：以循经取穴与神经分布相结合的方法，根据病症 表现的部位取穴。

手 部 ：

病症在拇指，取鱼际、孔最穴；

病症在食指，取合谷、手三里穴； 病症在中指，取内关、郄门穴；

病症在无名指，取中渚、外关穴； 病症在小指，取后溪、小海穴。

足部：

病症在大趾：取太冲、太白穴；

病症在二、三趾，取解溪、陷谷穴；

病症在四、五趾，取昆仑、地五会穴。

通常上肢常用穴位是：曲池、内关、合谷穴为主，配中 渚、间使、外关、后溪穴；下肢常用穴是：足三里、三阴交 为主；配阴陵泉、委中、血海、飞扬、太溪、丘墟、太冲穴。

取穴数：每次治疗选取3~4穴，穴位不宜多，关键在于 穴位正确，扎针得气。

刺激强度：采用 BT701 电麻仪、频率以快为准(约5~ 10次/秒),强度从弱到强，以强为好(约8毫安)。

治疗时间：每日或隔日一次，每次治疗时间20～30分 钟，10次为一疗程，休息一周后再作第二疗程。

疗效：有疏通经络，调理气血营卫，扩张血管，增加血 流量，改善血循环作用。经临床有效病例的红外线热象图摄 影，皮温、肢体血流图测定证实，电针疗法有效率可达80% 以上 。

适应症：对稳定期与迁延期病例显效，对于急性发展期 疗效较差。

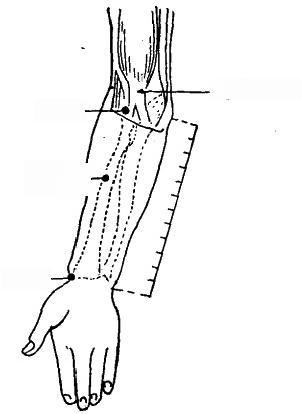
**(四)治疗脉管炎常** **用穴位的定位和操作**

1. 上肢掌侧穴位：

(1)尺泽 肱二头肌腱

尺泽一

定位：仰掌，肘部微 屈，在肘窝部，肱二头肌

腱外侧之肘横纹上取穴 孔最十

( 图 2 3 ) 。

操作：直刺0.5～1

寸。

太渊一

(2)孔最

定位：在尺泽与太渊 穴(在腕第一横纹后，拇

长展肌腱与桡动脉搏动处

图23 尺泽、孔最、太渊穴

之间取穴，见图23)连

线上，距太渊穴七寸，或尺泽穴下五寸(图23)。 操作：向桡骨内侧缘刺0.5～1.3寸。

(3)鱼际

定位：第一掌骨中点，赤白肉际处(图24)。

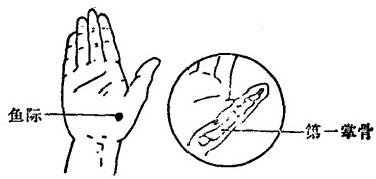


图24 鱼际

操作：直刺0 . 5~1寸。

(4)少海

定位：在肘内侧横纹头与肱骨内上髁之间，屈肘取穴(图 25)。

操作：直刺0.5～1寸。

(5)曲泽

定位：在肘横纹上，肱二头肌腱尺侧缘(图26)。

操作：直刺0.5~1寸，或点刺静脉出血。

(6)郄门

定位：腕横纹正中直上五寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱 之间(图26)。

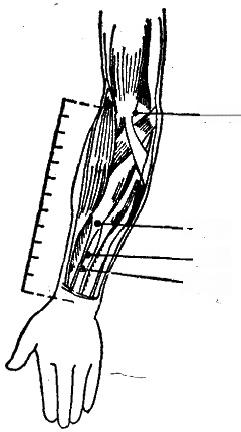
操作：直刺0.5～1.5寸。

(7)间使

定位：在腕横纹正中直上三寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌 腱中间(图26)。



图25 少海穴



曲泽

一郄门

间使 一内关

图26 曲泽等穴

操作：直刺0.5～1.5寸。

(8)内关

定位：在腕横纹正中直上二寸，桡侧腕屈肌腱与掌长肌 腱之间(图26)。

操作：直刺或向上斜刺0.5～1.5寸。

(9)劳宫

定位：在第三掌骨本节后，握拳时当中指与无名指之间 掌心中(图27)。

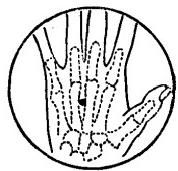
操作：直刺0.3～0.5寸。

2. 上肢背侧穴位：

(1)合谷

定位：在手背面第一、二掌骨间，约当第二掌骨桡侧之





劳宫一

图27 劳宫穴

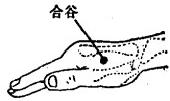
中点(图28)。①拇食指张开，以另一手的拇指指关节横纹放 在虎口上，当拇指尖到达处是穴。②拇食二指并拢，在肌肉 最高处取穴。③拇食二指张开，在第一、二掌骨结合部与指 蹼缘连线的中点。

合谷



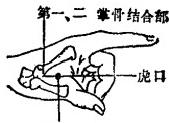


①



②





合谷

③

图28 合谷穴

操作：直刺0.5～0.8寸。

(2)手三里

定位：在阳溪穴(在腕关节桡侧陷中，大拇指向上翘起，

当拇长、短伸肌腱之间陷中)与曲池穴连线上，曲池下二寸 (图29)。

操作：直刺1～1.2寸。

(3)曲池

定位：屈肘，当肘横纹外侧头与肱骨外上髁连线中点(图 29)。

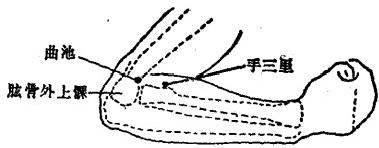


图29 曲池、手三里穴

操作：直刺0.8~1.5寸。

(4)后溪

定位：握拳，在第五掌指关节后外侧，横纹尽头处(图 30)。



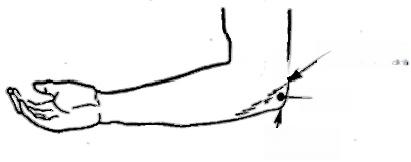
图30 后溪穴

操作：直刺0 . 5~1 .5寸。

(5)小海

定位：屈肘，当尺骨鹰嘴与肱骨内上髁最高点之间陷中

(图31)。

肱骨内上源 一小海

尺骨康唠

图31 小海穴

操作：直刺0.3～0.7寸。

(6)中渚

定位：在手背第四、五掌骨间，掌指关节后方陷处取穴 (图32)。

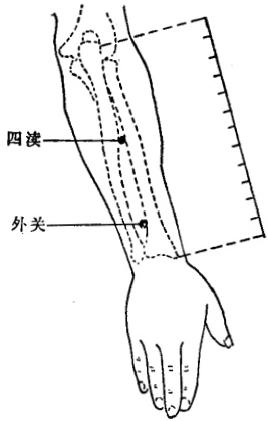
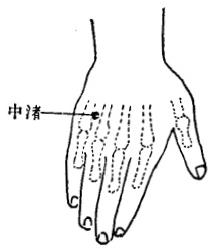


图32 中渚穴 图33 外关、国渎穴

操作。直刺0 . 5~1寸。

(7)外关

定位：腕背横纹上二寸，桡骨与尺骨之间(图33)。

操作：直刺1～1.5寸。

(8)四渎

定位：尺骨鹰嘴下五寸，尺桡骨之间，指总伸肌与尺侧 腕伸肌之间(图33)。

操作：直刺0.5～1寸。

3. 下肢外侧穴位：

(1)足三里

定位：在外膝眼直下三寸，距胫骨前缘外侧一横指处取 穴，正当胫骨前肌上(图34)。

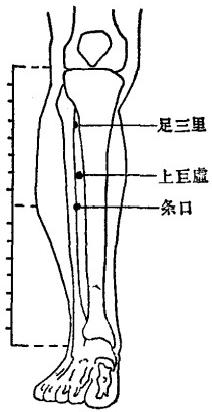
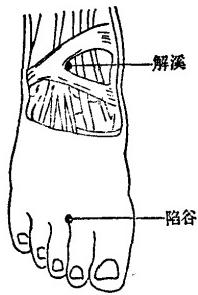


图34 足三里、上巨虚、条口穴 图35 解溪、陷谷穴

操作：直刺1~3寸。

(2)条口

定位：上巨虚(足三里下三寸离胫骨前嵴约一横指，见 图34)下二寸(图34)。

操作：直刺1~1.5寸。

(3)解溪

定位：在足背与小腿交界处的横纹上，当趾长伸肌腱与 蹰长伸肌腱之间陷中(图35)。

操作：直刺0.5～1寸。

(4)陷谷

定位：第二、三跖骨结合部前方陷处(图35)。

操作：直刺或斜刺0.5～1寸。

(5)委中

定位：胭窝横纹中点处取穴(图36)。

操作：直刺0.8~1.5寸，或用三棱针在胭静脉上点刺 出 血 。

(6)承山

定位：在腓肠肌肌腹下，伸小腿时，当肌腹下出现交角 处。约当委中与昆仑联线中点(图36)。

操作：直刺1~3寸。

(7)昆仑

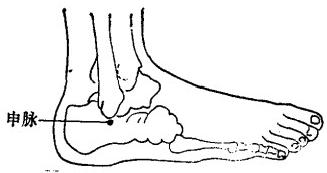
定位：在外踝最高点与跟腱之中央凹陷部(图36)。

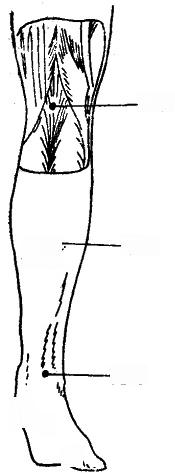
操作：直刺0.5～0.8寸。

(8)飞扬

定位：足外踝后昆仑穴上七寸。 操作：直刺1~1.5寸。

(9)申脉





委中

六 承山

昆仑





图 3E 委中、承山、昆仑穴 图37 申脉穴

定位：外踝下缘下五分凹陷处(图37)。 操作：直刺0.3～0.5寸。

(10)阳陵泉

定位：在腓骨小头之前下方凹陷处取穴(图38)。

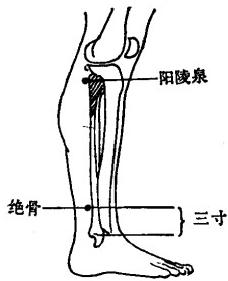
操作：直刺0 .8～1 .5寸。

(11)绝骨(悬钟)

定位：外踝尖上三寸，当腓骨后缘和腓长肌腱之间(图 38)。

操作：直刺0 .5～1 .5寸。

2 丘 墟



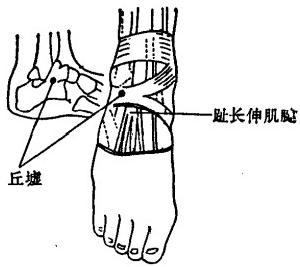


图38 阳陵泉、绝骨穴 图39 丘墟穴

定位：在外踝前下缘，当趾长伸肌腱的外侧凹陷处(图 39)。

操作：直刺0.5~1寸，或向照海透刺。 13地五会

定位：在足第四、五跖骨间，当小趾伸肌腱的内缘。 操作：直刺0.3～0.5寸。

4. 下肢内侧穴位：

(1)太白

定位：第一跖骨小头的后下方，赤白肉际间。 操作：直刺0.5～0.8寸。

(2)三阴交

定位：内踝尖上三寸，胫骨后缘(图40)。 操作：直刺1.5～2寸。

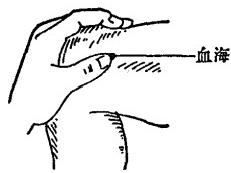
(3)阴陵泉

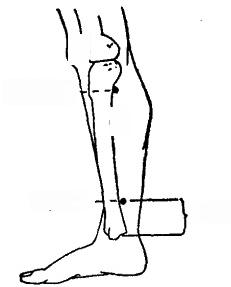
定位：在胫骨内踝下缘，胫骨内侧之陷中(图40)。 操作：直刺1～2寸。

(4)血海

—77 ·一







d

阴陵泉一



三阴交-

三寸

图40 阴陵泉、三阴交 图41 血海穴

定位：屈膝，髌骨上缘上二寸许。当股骨内上髁上缘， 股内肌的隆起上。屈膝成直角时，以手掌按其膝盖，二至五 指向膝上，大指向膝内侧，大指端尽处是穴(图41)。

操作：直刺1～ 2 寸 。

(5)太溪

定位：在内踝与跟腱之间凹陷中，平内踝尖(图42)。

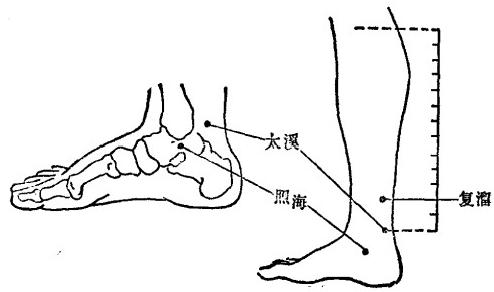


图42 太溪、照海、复溜穴

操作：直刺0.5～1寸。

(6)照海

定位：在内踝正下缘下一寸凹陷中 <图42)。

操作：直刺0.5~1寸。

(7)复溜

定位：太溪穴直上二寸，跟腱之前 缘(图42)。

操作：直刺1~1.5寸。

(8)太冲

定位：在第一、二跖骨结合部之前 凹陷中(图43)。

操作：向上斜刺0.5～1寸。

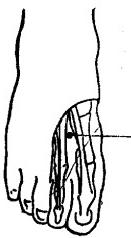
—太冲

图43 太冲穴

二、按摩疗法

按摩又称推拿，其主要特点是运用各种轻重不同的手法 进行治疗，起到舒筋活络、宣通气血、缓解痉挛，活血化 瘀、消肿止痛，疏通狭窄、解除粘连，散风除湿、温经散寒 等作用。

按摩疗法治疗脉管炎有一定疗效，而且不需其他工具， 随时可治病，只要勤于练习即可掌握。下面主要介绍几种手 法，供实际运用中参考。

**(** **一)推法**

作用：舒筋活络、活血化瘀。

手法：用大拇指指端、罗纹面或偏峰着力于一定部位或 穴位上，沉肩、垂肘、悬腕，通过腕部的摆动和拇指关节的 屈伸运动，使产生的力持续作用于经络穴位上，称为推法，

~ 7 9 一

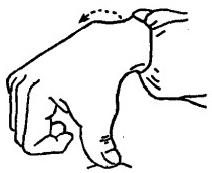


图44 推法(一指禅推法)

**也称一指禅推法(图44)。**

动作要领：

(1)上肢肌肉放松，不可用 蛮 劲 。

(2)腕关节自然悬屈，肘关 节微屈下垂略低于腕，使腕部作 往返均匀的摆动。

(3)手握空拳，拇指端自然

着力，随着腕部的摆动，拇指端作缓慢移动(即紧推慢移之 意)。

(4)压力须均匀，动作要灵活。推拿速度为每分钟120~ 160次。

具体操作：用于踝、足部各处，每次操作3~5分钟。每 日或隔日一次。

禁忌：足趾溃烂者禁用。

**(** **二** **)** **接** **法**

作用：舒筋活血，促进血液循环。

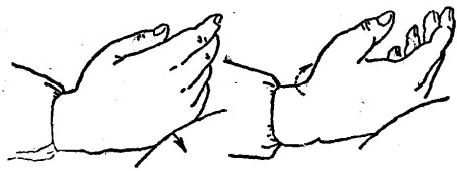
手法：用手背近小指侧部分或小指、无名指、中指的掌 指关节部分，附着于一定的部位上，使腕关节作屈伸外转的 连续活动，称攘法(图45)。

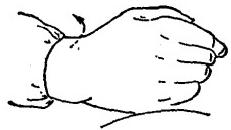
动作要领：

(1)肩臂不要过分紧张，肘关节微屈(约120度角)。

(2)手腕放松，用小鱼际掌背侧至中指本节部(约占掌 背面积的二分之一弱)着力，腕部作屈伸外转的连续往返活 动，使手背作攘动状。攘动时小鱼际部分要紧贴体表，不要 跳动或使手背拖来拖去摩擦。

(3)运用压力要均匀，动作协调而有节律，不可忽快忽





**图45** **攘法示意图**

慢，或时轻时重。 一般速度每分钟120～160次。

具体操作：从腹股沟及臀部沿大腿前后至踝部，每次操 作5~7分钟，每日一次。也可用于腰背部及脾、肾俞等穴 位。

**(三)点按法**

作用：活血止痛，舒通脉络。

手法：用拇指、掌根部或肘尖部按压一定穴位或部位， 逐渐用力深压捻动，按而留之(不卸力),称为点按法(图 46)。

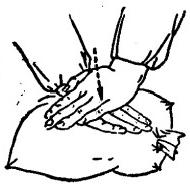
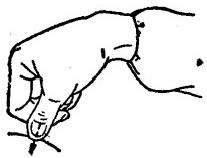
动作要领：

(1)拇指按：握拳，拇指伸直，用指端或罗纹面按压。

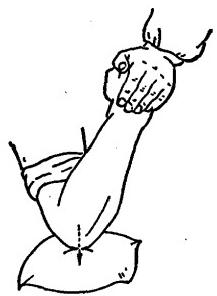
(2)掌根按：用单掌或双掌掌根着力向下按压；也可用 双掌重迭按压。

(3)肘尖点按法：用屈肘突出的肘尖部分按压。

具体操作：可在针刺各主穴、配穴上用点按法施用。



拇指与双掌点按法



肘尖点按法

图46 点按法

**(四)拿法**

作用：温经散寒，活血止痛。

手法：用大拇指和食指、中指，或用大拇指和其余四指 作对称地用力，提拿 一 定部位和穴位，进行 一 紧 一 松的拿 捏，称为拿法。

动作要领：动作要缓而有连贯性，不要断断续续，用劲 要由轻到重，不可突然用力。

具体操作：用于阴寒、血瘀型脉管炎患者大腿的肌肉丰 满处，及小腿腓肠肌。

**(五)揉法**

作用：活血化瘀，消肿止痛。

手法：用手掌大鱼际、掌根部分或手指罗纹面部分，作 轻柔缓和的回旋揉动，称为揉法。用大鱼际或掌根部揉的称 掌揉法；用指面揉的称指揉法(图47)。



图47 揉法

动作要领：手腕放松，以腕关节连动前臂， 一起作回旋 活动。腕部活动幅度可逐步扩大，压力要轻柔。 一般速度每 分钟120～160次。

具体操作：揉法用于大、小腿，每次操作3~5分钟，作 为放松、整理及结束手法。

三、饮食疗法

大家知道，保障身体健康需要合理的饮食，营养的偏差 往往引起疾病。另一方面，疾病又可造成营养障碍。所以就 害病的人来说，要促使早日康复，也要讲究饮食营养问题。 下面准备谈谈脉管炎病人的饮食疗法，请参照选用。

**(** **一)桃仁**

功用：桃仁味苦甘，性平而润，入肝、心、大肠经，有 破血去瘀、润燥滑肠作用。能活血、行血、消散瘀血。

食法：桃仁去皮、去尖，放酒中浸一周，晒干为末，以

蜜调和为丸(梧桐子大),日服二次，每次15丸，以黄酒或 开水送服。

**(二)龙眼**

功用：龙眼味甘性平无毒，入脾、心经，有开胃益脾之 功效。龙眼肉可滋补强壮、安神补血，是补血益心的佳果， 可用于治疗体衰、气血不足、产后血虚和脑力衰退等症。适 用于脉管炎各型病人。

食法：

1. 龙眼肉9克、花生米连红衣15克，水煎服。

2. 龙眼肉5枚、莲子15克、糯米30克，熬粥食。早 晚各一次。

**(三)山楂**

功用：山楂味酸甘，性微温，无毒。入脾、胃、肝经， 有止痛、活血、止血、化瘀的作用。山楂对心血管系统有多 方面药理作用，能够扩张血管，兴奋中枢神经系统，降低血 脂，降低血压和强心；另外也可降低胆固醇。适用于脉管炎 各型，但毒热型和气血俱虚型病人不宜多用。

食法：

1. 山楂30克，加水适量煎煮后加红糖，每日两次分 服。

2. 山楂60克，鸡内金、红花各9克，红糖30克，每日 一次，分两次煎服。

注意：可治脉管炎阴寒、血瘀、化热型患者，但山楂性 微温，不易多服。

**(四)红糖**

功用：红糖性温味甘，入脾，具有益气、缓中、化食之 功，还有缓解疼痛和行血、活血的功用，所以受寒、身虚或



瘀血致病，吃些红糖颇有好处，脉管炎病人可酌情食用。

**(五)酒**

功用：酒味辛甘性热，入心、肝二经，有畅通血脉、散 瘀活血、祛风散寒、荣养肌肤的作用。

1. 糯米酒(甜酒、江米酒)

功用：甘辛、温，有活血行经、散结消肿作用，可治肾 虚腰疼、阳萎早泄。糯米酒是糯米醮化后发酵制成，酒精含 量低，有丰富的营养物质，滋补性较强。

2. 几种止痛的药酒

脉管炎药酒一号(山东省验方):

米壳60克，川乌、水蛭、地龙各9克，红花15克，黄 酒2.5斤。

将上药放入酒内浸泡一周后，过滤待用，痛时每次服 5～10毫升。

脉管炎药酒二号(北京市验方):

熟附片45克，细辛15克，红花、丹参各30克，土鳖 虫、苏木、川芎各30克，大枣20枚，白酒3斤。

将上药浸泡于酒中，一周后即可服用。初次醉饮，以后 每日一次，每次服1两。为防止呕吐，饮用药酒前加服冬眠 灵25毫克。

牛膝蟾蜍合剂药酒(河北省验方):

金钱白花蛇一条，金银花90克，牛膝60克，附子30 克，蟾蜍一个(腹部带八字、黑眼圈的),白酒3斤。

将上药放入酒中浸泡7~15天后，过滤服用。首次尽量 饮以醉为度，从第二天开始，每次1~2两，每日服2次。有 高血压病、心脏病、肾炎、肝炎等病者忌用。

**(六)鸡**

一 85二

功用：鸡肉性平味甘，有益五脏、补虚损、活血调经作 用。在鸡类中，有一种乌鸡，其性平味甘，入肝、肾、肺 经，有补肝肾、益气养血之功用。

食法：乌骨鸡一只，炖熟，食肉饮汤，每日早晚各食一 次，2～3日服完，连用数只。可治气血虚损体弱之脉管炎病 人。

母鸡一只(去毛及内脏),黄芪2两，党参1两，淮山药 1两，红枣1两，加黄酒至药面，隔水蒸熟，分数次服，治 气血虚之脉管炎病人。

**(七)鸭血、鸭肉**

功用：鸭肉入肺和肾经，有滋阴补肾之功，阴虚之人服 后不燥，阳虚亦不见寒；鸭血，性味咸寒，能补血、解毒， 可解血瘀、血热之作痛。

食法：每次可用一只鸭的血，加清水适量、盐少许，隔 水蒸服，再和入好酒(最好是首乌酒)1~2汤匙，稍蒸片时 后服用。每日一次，连服4～5次为一疗程。可治气血俱虚 脉管炎病人。

**(八)飘肉**

功用：鼠肉味甘，性温，无毒，入肾经，有壮阳益肾、 祛寒补虚之功用，可治体虚怕冷、腰脊酸痛、阳萎早泄等。

食法：将捕到的田鼠，剖腹去肠，放锅内隔水蒸，开水 煮沸后约2～3分钟即可，洗净用油、盐回锅炒，加入姜、 酒、酱油等配料烧熟，其味清香，滋补功能胜过鸡、鸽。治 体虚怕冷，肾虚阳萎、病后虚弱等，适用于阴寒型脉管炎的 肾虚病人。

(九)白木耳(银耳)

功用：味甘、性平、无毒，入肺、胃、肾经，有清肺

热、益脾胃、滋阴、生津、益气、活血、润肠之功效，可治 胃肠燥热、血管硬化、高血压等。

食法：白木耳与瘦猪肉炖熟食，为滋养佳品。加入大枣 10枚同炖，阴寒型及气血俱虚型脉管炎病人适用。

**(十)赤小豆**

功用：赤小豆甘酸性平无毒，入心、小肠、肾、膀胱 经，有除热毒、散恶血、消胀满、利小便等作用，可治痈肿 脓血、下腹胀满、烦热、干渴；外敷可治热毒痈肿、血肿、 扭伤等。

食法：以赤小豆2两，适量水同煮如粥状，分两次服 完。适用于脉管炎毒热型及气血俱虚型病人。

**第四章** **调养护理与预防**

脉管炎的病程长，痛苦大，病人常因剧烈疼痛而失掉治 疗信心，因此作好脉管炎病人的护理十分重要。另外，由于 脉管炎病程长，大部分时间属病情稳定期， 一般生活在家 中，俗话说：“三分治病，七分养病”,只有发挥医生同病人 两方面的积极性，解除重病者的顾虑和轻病者的麻痹情绪， 掌握自我疗养的科学方法，才有可能尽早痊愈，重返工作岗 位。下面准备介绍一下脉管炎自我疗养、调治以及预防方面 的基本知识。

一 、调养护理

**(一)避免寒冷刺激**

脉管炎病人常常有寒冷刺激使病情加重的情况，说明肢 体的保暖十分重要。温度的变化，对本病影响很大。目前资 料记载，寒冷刺激不仅可能是本病发病的诱因之一，而且稍 一不慎，就可使病情迅速恶化。因此，患肢必须防止受寒。 下面几个保温措施，可供脉管炎病人在家中调养时采用：

1. 病人衣服宜宽大、保暖，不得过小过紧以影响血液 运行，更不可使患肢受寒。

2. 冬季病人应准备特制的棉衣、棉袜、棉鞋以保护患 肢，这些防寒衣物以穿脱方便、保暖性强为原则。

3. 除患肢局部坏死外，均应每日用温热水泡洗患肢一 次，如用对症的洗药则更好。

4. 局部可用热水袋或中药热敷。

—88—



**(二)严禁吸烟**

有些患者疗效不显或者易复发，经了解与吸烟有关，绝 对禁烟后就加快了痊愈。但戒烟对有些病人不是一件容易 事，他们当病情产重时，尚能克服烟瘾， 一旦病情稍有好 转，就故态复萌。究其原因，一是患者不了解吸烟的害处， 对医者的劝告半信半疑；二是存有侥幸心理，缺乏克服烟瘾 的毅力。因此，必须向患者大力宣传吸烟的害处，以及复发 后的恶果，同时引导患者参加有益身心健康的文体活动。为 了帮助初戒烟患者解除烟瘾的困扰，可适当选用诸如戒烟 糖、戒烟茶之类的物品，但更主要的是发挥患者的主观能动 性，应向患者讲明：脉管炎患者的禁烟是严格的、绝对的， 应下定决心终生不吸一支烟。

**(三)避免外伤**

患者应避免外伤，特别是患肢更应如此。因为脉管炎肢 体血液循环不佳，抗病能力差，受到外伤后伤口极易感染， 使创口扩大并且很难封口痊愈。所以必须教导患者保护缺血 的肢体，病人必须穿宽大、舒适的鞋袜，避免因局部摩擦引 起擦伤；趾甲应及时修剪，以免过长撕裂损及皮肉、亦不得 在修剪时损及皮肉；嵌甲、鸡眼、胼胝等足部疾患的处理时 亦不可伤及内部组织和血管，伤后不可擅自涂抹刺激性较大 的药物，以防引起化学性损伤。因为这些强烈的化学药品 (如碘酒)涂抹后，不但收不到预期的效果，反而会使局部 组织受害。

**(四)节制房事**

脉管炎病人常有房事后病情加重的记载，故病人应节制 房事。肾为先天之本，可藏精生骨，房事太甚，损伤精髓， 可使病情加重。特别是有肾虚的病人更应注意。

**(五)避免思虑和精神刺激**

中医学认为思虑伤脾，精神刺激可引起心的机能失调， 致使气血不和，导致血行不畅。临床可见精神好的病人，食 欲增加，各期症状均相对较轻；反之，日益萎顿，则病情恶 化，陷入不可救药的地步。故保持心情愉快，消除种种顾 虑，这样可望尽早痊愈。

**(六)忌食生冷、辛辣、刺激性食物**

生冷、辛辣等刺激性食物，容易损伤脾胃之阳而致寒从 内生，加速脉管炎病情的发展；或易使肠胃积热、火毒内 生、使患肢破溃。故脉管炎病人须慎用生冷食物，禁食辣 椒、大蒜等刺激性食物，以防病情加重。

**(七)积极参加运动**

参加各种力所能及的体育运动，可帮助恢复机体的生理 功能。故除有严重组织坏死、剧烈疼痛的病人，均应下床参 加活动。活动的限度，以不感劳累即可，而且应根据季节、 气候条件而定。冬季应在中午太阳光充足时到室外活动；夏 季不拘时间之早晚，可依身体情况而定。活动首先以散步为 宜，可逐步增加速度和距离；还可练习打太极拳和作气功， 以促进血液循环，改善患处营养，防止肌肉萎缩，也有利于 间歇性跛行的治疗。如能自学和掌握按摩疗法，则可由于手 法的机械性作用，使血管平滑肌处于松弛状态，消除血管痉 挛、促进血液运行、防止血栓形成，从而达到治疗的目的。

**(八)注意患处的清洁卫生**

患处应经常厅温水和肥皂清洗，以保持清洁。患有足癣 的患者更应注意，因为足癣可使皮肤起泡、溃破，从而由于 霉菌的感染而诱发溃疡和坏死。患者应至少每日洗脚一次， 对积藏于趾间的污垢更应清除，水的温度不易过热或过凉：



温度过高，可使患肢组织代谢机能增强，血循环的负担加 重，有加重血循环障碍的可能性；过低则由于我们前已叙述 的原因，造成不良的后果。洗脚时，如能使用1:3000高锰 酸钾溶液洗涤，则更可减少霉菌感染的可能性。局部破溃肢 体的清洁卫生，尤宜重视，具体见伤口处理一节。

**(九)坚持服药**

脉管炎属慢性疾病，其病理变化主要是血循环障碍，故 坚持服活血化瘀药，乃是治疗本病的根本措施。有的病人当 病情稳定时有麻痹思想，认为自己已经痊愈，而不了解如果 血循环没有根本改善，在某种诱因刺激下，疾病仍可能复 发。故应在医生的指导下坚持用药，并适当补充维生素，增 强食欲，提高抗病能力。另有些急性期的患者，由于疾病的 折磨，身体虚弱，服药后常有恶心、呕吐等症状出现，故害 怕服药。此时，必须使病人明了坚持服药的重要性，增强服 药的自觉性；同时亦可采用每次少服药，多次服用的办法， 或适当服B₀ 等药，以缓解呕吐的症状。对疼痛剧烈的病人， 可给予必要的止痛处理。在家中疗养的病人，除非疼痛特别 剧烈可服用西药止痛剂以外，不可动辄服用，以免造成不良 后果。

二 、预防

预防，就是采取一定的措施，防止疾病的发生和发展。 中医学在总结古代劳动人民与疾病作斗争的经验中，已初步 认识到预防为主的重要意义。早在《素问 · 四气调神大论》 中就强调了“治未病”的重要性。所谓治未病，就包括了无 病先防和已病防变两个内容。无病先防就是未病之前作好预 防工作，已病防变就是有了病争取早就医、早治疗，防止疾

病的发展和传变。下面就谈谈如何防止脉管炎的发病，以及 患了脉管炎以后如何防止恶化、治愈后如何防止复发等问 题。

**(一)如何防止患脉管炎病**

一般认为寒冷刺激、吸烟、外伤(包括手术)等因素， 常可诱发本病。但是这些极为普通的因素，很多人一生中均 可遭受，而仅有极少数人发病，可见，从预防疾病的角度来 分析，外部条件诱发本病的作用固然不容忽视，个人的身体 情况也应着重考虑，这样才能较全面认识本病，从而达到预 防的目的。那么,从哪几个方面来预防脉管炎的发病呢?结 合前面所述的病因、病机，兹提出下列预防本病的措施。

1. 陶情怡心，避免精神刺激：陶冶性情，怡养身心，始终 保持愉快的心境，不仅可以健身、增寿，同时亦可防病。例 如，中医学宝藏中的气功，人们掌握以后，能通过改变自己 的精神状态、呼吸、循环等规律，从而增强人体抗病邪的能 力。很明显，这是中医学中一个运用主观能动性来强身和治 病的方法，同时也是预防疾病的方法。相反，精神抑郁，喜 怒不节，常可导致疾病的发生。因此，应培养自己豁达的性 情和多方面的兴趣和爱好，有条件的可以积极参加文体活 动，加强自己的思想修养，克服心胸狭小、如忌等不良思想 意识和作风，以达到预防本病的目的。

2. 加强体格锻炼，增强体质：人体的体质或体质的特 点，对于病邪侵害时的表现有很大的差异，身体虚弱常可导 致抗邪无力而发病。相反，如果坚持锻炼身体，体质就可增 强而少得病。因此，必须坚持体格锻炼，强壮筋骨，充盈气 血，增强消化功能，保持身体各脏腑生理机能的统一和协 调，这不仅可避免脉管炎的发病，即使发了病，也易于痊

-92

愈。

3. 养成良好的生活习惯：良好的生活习惯包括良好的 起居习惯、饮食习惯和卫生习惯等。

良好的起居习惯有：早睡早起，起居有常，避免长时间 过度劳神、睡眠不足；性生活有节制，不沉溺床第之乐；起 居室内要温和，卧不当风，榻不临水，避免肢体的寒湿刺 激；随时增减衣服，保持肢体的温暖，避免长时间的受寒等 等。

良好的饮食习惯有：不过食生冷，特别是夏季酷热季 节，姿意饮食清凉饮料，毫无节制，会致肠胃受病；不暴饮 暴食和挑食偏食，这样饥一顿、饱一顿，会使脾胃功能受 损；不过饮醇酒，过食肥甘油腻食品，以致脏腑积热，火毒 内生等等。

良好的卫生习惯有：不吸烟；经常洗脚，保持肢体的清 洁卫生，防止脚癣；勤换洗衣服、勤晒被褥，防止潮湿等 等。烟草中有大量的有毒物质，可使血管痉挛、血液粘稠增 加，使血流缓慢、促进血栓形成。因此，吸烟可以说是有百 害而无一利，故应养成坚决不吸烟的良好的卫生习惯。

4. 劳动、工作时防寒和防止外伤：在寒冷地区冬季劳 动、工作时，除行政管理部门应予以一定的保护性措施外，

每个操作者应根据自身情况加强肢体的保护，将寒冷刺激尽 可能降低到最低的程度：例如，肢体的手、脚部分应穿戴 宽、松以及温暖的保暖套袜；搞冷藏工作的人应有特殊的保 温衣和保温鞋；长时间固定体位工作的工人，应有一定的工 间休息，以松弛一下被压迫的肢体血管和肌肉组织。另外，

在工作中应避免各种外伤，故应加强安全教育和劳保措施， 严格遵守劳动纪律，以杜绝此类事故的发生。

**(二)患了脉管炎病，如何防止发展**

首先，应该对疾病有正确的认识，既不可悲观失望，丧 失信心，也不可满不在乎，掉以轻心。事实证明，只要能够 保持乐观的情绪，注意肢体的保暖，养成良好的生活习惯， 加强体格锻炼，节制性生活和坚决禁绝吸烟。脉管炎就可保 持长期稳定。

根据中医辨证论治的原则，要作到及早发现和早期治 疗。同时要认识和掌握疾病的发展规律。对于阴寒型、血瘀 型脉管炎病人除上述措施要认真做到外，可坚持熏洗和进行 按摩疗法，具体方法可参照本书前面所叙进行，如能坚持进 行治疗，定收益非浅；对于化热、毒热和气血俱虚型病人也 有一个防止继续恶化的问题，故应积极参照上述的辨证治疗 方法，认真服药，坚持治疗。有破溃的病入， 一定要认真换 药和清创，并适当补充富含维生素的蔬菜、水果等食物，以 增强消化机能，提高抗病能力；对疼痛严重的病人，应采取 积极的止痛方法，不可只顾一时。例如不可将小腿和足部长 时间下垂，因为持久的下垂能影响静脉血和淋巴液的回流， 促使患肢组织水肿，加重营养障碍，导致破溃，正确的体位 应是将患肢水平放置于床上。剧烈的疼痛常使病人滴水不 进，茶饭不思，此时可服适量的一般镇痛西药(应在医师指 导下),如仍无效，可考虑用杜冷丁，但此药易成瘾， 一般应 控制不用；患肢因血循环营养障碍容易发生感染，此时应去 医院处理，以防恶变。

患了脉管炎进行适当锻炼是很重要的，也可以说是既可 防止疾病发展又可用于治疗的方法之一。病人的锻炼方法可 采用动、静结台，以动为主。只有动，才能旺盛血行，有利 于侧支循环的形成，还可增强各脏腑的生理功能，也可促肌

肉活动，防止肌肉萎缩。对于阴寒、血瘀、化热型脉管炎病 人，可采用以散步为主的体育活动，如天气、季节不适宜下 床的病人，可采用如下锻炼方法：在床上将患肢先抬高2~ 3分钟，后下垂于床沿3～5分钟，再平卧2～3分钟；然后 再作足部的旋内、旋外和屈伸活动。根据病情每日练习3~ 4回，每回5～6次.。此法简单易行，如坚持锻炼，亦可收 效。

**(三)脉管炎治愈后，如何防止复发**

脉管炎治愈后的复发问题，是脉管炎急待解决的问题之 一。据统计复发率低者为15%,高者可达60%。因此稍有 不慎，即可导致复发。故除上述注意事项外，尚需注意如下 几 点 ：

1. 治愈后亦应继续服药以巩固疗效， 一般应坚持1~3 个月，并应定期作肢体血流图检查，了解肢体血液循环情 况，以便及早处理，避免复发；冬春季节也可适当服用活血 化瘀药。

2. 寒冷地区室外工作的人，可另行安排室内较适宜的 工作，经常和寒、湿接触的工作人员，亦可根据病情与可能 适当安排其他工作。

