A-PDF MERGER DEMO

目　录

第一章　总论……1
第一节　概述……1
第二节　周围血管疾病的诊断要求……6
第三节　周围血管疾病的诊断方法……8
一、询问病史……8
二、体格检查……18
三、辅助检查……36
第四节　周围血管疾病的血瘀临床表现……38
一、血瘀的概念……38
二、血瘀的临床表现……38
第五节　周围血管疾病的中医辨证……40
一、八纲辨证……40
二、病因辨证……42
三、脏腑辨证……44
第六节　周围血管疾病的常用治疗法则……46
一、活血化瘀法……46
二、清热解毒法……53
三、温经散寒法……53
四、温肾健脾法……54
五、利水渗湿法……54
六、软坚散结法……55
七、镇痉通络法……55
八、补气养血法……56

第七节　周围血管疾病的外治疗法……56
第二章　常见周围血管疾病……60
第一节　血栓闭塞性脉管炎……60
第二节　闭塞性动脉粥样硬化……120
第三节　大动脉炎……130
第四节　肢端动脉痉挛病……137
第五节　红斑性肢痛病……144
第六节　血栓性浅静脉炎……147
第七节　下肢深静脉血栓形成……154
第八节　下肢静脉曲张……171
第三章　治疗周围血管疾病常用方剂……181
第一节　内服方剂……181
第二节　外用方剂……190
第三节　熏洗方剂……196

第一章 总 论

第一节 概 述

心脏和血管组成循环系统。心脏不断地推动血液在血管内循环流动，“经脉流行不止”，“如环无端”，周而复始，称为血液循环。

血管由动脉、毛细血管和静脉所组成。

动脉：将血液从心脏输送到各组织的血管称为动脉。从左心室发出的主动脉，分出许多支干动脉到全身各器官和组织。头颈部的动脉主干是颈总动脉，分为颈内动脉和颈外动脉；上肢的动脉主干是锁骨下动脉，分为腋动脉、肱动脉、桡动脉、尺动脉、掌浅弓和掌深弓动脉；下肢的动脉主干是股动脉，为髂总动脉分出的髂外动脉向下延续部分，分为腘动脉、胫后动脉、胫前动脉、足背动脉。动脉壁分为三层，内膜层为内皮细胞，中层为平滑肌和弹性纤维组织，外层为结缔组织。大动脉弹性纤维多，当心室收缩时而发生扩张，心室舒张时可借弹性回缩力推动血液继续在动脉内运行。中、小动脉的中层主要是平滑肌组织，弹性纤维减少，因此平滑肌的收缩与舒张，可改变血管口径，而调节器官组织血流量。血管壁上有丰富的神经丛和神经纤维分布。

毛细血管：毛细血管分布极广，其管壁很薄，主要由一层内皮细胞所组成。在人体各器官组织中，在动脉和静脉之间形成广泛彼此连结的毛细血管网。毛细血管内血流缓慢，具有一定的通透性，有利于进行物质交换。血液在毛细血管

内，向组织和器官供给氧和营养物质，同时运走细胞代谢所产生的二氧化碳和代谢性产物。

静脉：运送血液回心脏的血管称为静脉。毛细血管汇集成较大的静脉而回流到心脏。静脉可分为深静脉和浅静脉两组，它们多数与同名动脉相伴行。深静脉位于深部组织或体腔内，浅静脉位于皮下，常在体表可以看到。静脉壁的构造与动脉壁基本相似，但管壁较薄，管腔比同等动脉为大，中层的弹性纤维和平滑肌较少，因而弹性差，静脉内的血流比较缓慢。在四肢的静脉内有静脉瓣，可以防止血液倒流。

血管的功能是输送血液到全身所有的器官和组织，保证人体正常的生理机能。心脏输出血液经动脉分布到全身各组织器官，在毛细血管内进行物质交换后，再经静脉回流到心脏。人体的血液循环按其循环途径，可分为两部分：⑴大循环：血流从左心室——→主动脉——→动脉——→全身毛细血管网——→静脉——→上、下腔静脉——→而达右心房；⑵小循环：血液从右心室——→肺动脉——→肺部毛细血管网——→肺静脉——→而达左心房。

周围血管疾病主要包括动脉疾病和静脉疾病两大类。在临床上比较常见的周围血管疾病，有血栓性浅静脉炎、下肢静脉曲张、下肢深静脉血栓形成、血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎等，现将周围血管疾病的分类列述如下：

一、动脉疾病

（一）原发性动脉疾病　包括血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎等疾病。

（二）继发性动脉疾病　包括急性动脉栓塞、急性动脉血栓形成等疾病。

（三）血管神经功能紊乱所致的血管疾病　包括肢端动脉痉挛病(雷诺氏病)、红斑性肢痛病等疾病。

二、静脉疾病

（一）浅静脉疾病　包括血栓性浅静脉炎、游走性血栓性浅静脉炎、胸腹壁血栓性浅静脉炎、下肢静脉曲张（原发性下肢静脉曲张、继发性下肢静脉曲张）。

（二）深静脉疾病　包括下肢深静脉血栓形成、下腔静脉梗阻综合征、下肢深静脉瓣膜功能不全、上肢深静脉血栓形成、上腔静脉梗阻综合征。

三、其他血管疾病

包括血管瘤、动脉瘤、动静脉损伤、动静脉瘘等疾病。

周围血管疾病的发病原因，除某些静脉疾病外，对动脉疾病如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎和雷诺氏病等，均尚未完全阐明其病因和发病机理。如血栓闭塞性脉管炎可能与寒冷、吸烟有关，或由于红细胞、血小板的聚集和凝结而引起血液粘度增高所致，并认为是属于自身免疫性疾病。闭塞性动脉粥样硬化是由于脂质代谢紊乱，在动脉内膜形成粥样斑块所致。大动脉炎可能与风湿、结核有关，并认为是属于自身免疫性疾病。

周围血管疾病如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎、雷诺氏病等疾病，虽然都可出现瘀血、缺血、血栓形成、动脉管腔的狭窄或闭塞，引起血液循环障碍，甚至出现溃疡或坏疽，但其临床表现和病理变化都是不相同的。当深静脉血栓形成，静脉管腔阻塞后，静脉血液回流受阻，可出现组织瘀血、肿胀，甚至可有溃疡或坏死。

祖国医学对周围血管疾病早有论述，如所记载的“脱疽”、“脱骨疽”、“脱骨疔”等证候就包括了血栓闭塞性脉管

炎、闭塞性动脉粥样硬化等疾病。薛己的《外科枢要》谓："脱疽谓疔患于足或足趾，重者溃脱，故名之。亦有患于手，患于指者。""若元气虚弱……患处不溃，若黑黯上延，亦多致死。"陈文治的《疡科选粹》谓："脱疽发于足趾，溃则自脱，故名脱疽。难治。……如见赤黑治之不效，急去之。同于大手指疽，或云唯大趾名脱疽，其余趾名敦疽。"李梴的《医学入门》谓："脱骨疔，以其能溃脱也。"鲍相璈的《验方新编》谓："脱骨疽……黑色不退，久则溃烂，节节脱落，延至足背腿膝，腐烂黑陷，痛不可忍。"肢体血栓性浅静脉炎属于"脉病"范围。胸腹壁血栓性浅静脉炎属于"胸痹"范围。下肢静脉曲张并发小腿溃疡属于"臁疮"范围。下肢深静脉血栓形成可能包括在"血瘀证"、"肿胀"或"湿热下注"范围。雷诺氏病可能属于"痹症"范围。大动脉炎可能属于"脉痹"范围。祖国医学对周围血管疾病的认识和治疗，积累了宝贵的经验。

中西医结合治疗周围血管疾病，和血管外科手术的发展，在治疗周围血管疾病方面取得了不少成果。近年来，应用活血化瘀法治疗周围血管疾病有了新的发展，取得了显著的效果。如血栓性浅静脉炎、深静脉血栓形成、血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、雷诺氏病、大动脉炎等疾病，虽然其发病原因和病理变化有所不同，但其共性都可出现血瘀证，瘀阻脉络，引起血液循环障碍，表现为瘀血、缺血、血栓形成、瘀斑、肿胀、血管狭窄或闭塞等，通过活血化瘀药物治疗，可以祛除瘀血，流通血脉，改善血液循环，使疾病好转和治愈。临床上应用多种活血化瘀药物都可以治疗周围血管疾病，如丹参、赤芍、当归、川芎、红花、川牛膝、桃仁、鸡血藤、苏木、地鳖虫、地龙、水蛭、刘寄奴、三棱、

莪术、乳香、没药、王不留行等。此外，如洋金花、全蝎、蜈蚣等，治疗周围血管疾病也有一定疗效。洋金花具有活血止痛作用，能够解除血管平滑肌痉挛和减少血管的通透性。对大动脉炎、雷诺氏病等应用针刺疗法也有效果。外治疗法在周围血管疾病的应用和取得的显著疗效，日益被人们重视。内服药物疗法和外治疗法相结合应用，可以提高疗效。中西医结合治疗周围血管疾病，手术治疗仍然占有重要地位。对闭塞性动脉疾病包括某些血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化和大动脉炎，可施行动脉血栓内膜剥脱，用自体血管或人造血管作移植或搭桥等手术，可取得满意效果。对肢体血液循环障碍，发生严重肢体坏疽继发感染，还需要施行截肢手术。对单纯性下肢静脉曲张，施行大隐静脉高位结扎和静脉剥脱术，仍然是理想的治疗方法。对下肢深静脉血栓形成，发病早期应用溶栓疗法，或用取栓疗法结合抗凝疗法，并应用活血化瘀、清热利湿的中药治疗，可以提高疗效。我国从50年代开始，应用中医中药治疗血栓闭塞性脉管炎一个疾病，至70年代发展到中西医结合治疗周围血管疾病的研究，取得了显著的成绩。1980年10月，首先在济南召开山东省中西医结合治疗周围血管疾病经验交流会议，交流了中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎、下肢深静脉血栓形成、雷诺氏病等的经验。1983年11月，在西安召开了全国中西医结合治疗周围血管疾病研究座谈会议，交流学术论文130篇，包括血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、下肢深静脉血栓形成、大动脉炎、雷诺氏病、红斑性肢痛病等疾病，反映了我国周围血管疾病的理论和临床研究的新成就。1984年3月，首先在济南举办山东省中西医结合治疗周围血管疾病学习班，此后北京（1986年）等地相继举办周围血管疾病

学习班，以提高诊断和治疗水平，推动开展周围血管疾病防治研究。目前，对周围血管疾病的研究已被重视，我国已将血栓闭塞性脉管炎、大动脉炎、下肢深静脉血栓形成等疾病列入防治研究规划。中西医结合治疗周围血管疾病的研究，应在临床实践肯定疗效的基础上，开展基础理论研究，阐明疗效原理。由于一些周围血管疾病的病因和发病机理尚未完全明了，为了提出有效的中西医结合防治措施，应与临床实践密切结合，对发病规律、发病因素和发病机理进行深入调查和实验研究。经过不断努力，逐步形成我国独特的中西医结合治疗周围血管疾病的新方法。

第二节　周围血管疾病的诊断要求

一、中西医结合进行诊断

周围血管疾病的诊断，要把正确的现代医学诊断与祖国医学的辨证结合起来。就是说，要明确现代医学的诊断和分期，又要充分发挥中医辨证的精华，辨别发病过程中不同阶段的病理变化特点，这样才能使诊断具体化，作为临床治疗的依据。

这里要首先正确对待两种医学。中医学对疾病的诊断和治疗很重视整体和从疾病的发展上去看问题，很强调机体内在的抗病能力，以及机体与环境的关系，思路广，疗法多，但概括性高，不够具体。西医学是随着现代自然科学发展而发展起来的，比较重视实验研究，对疾病的观察比较具体，针对性强，但却忽视整体。在不同历史条件下发展形成的这两种医学理论体系，其实质都是对人体生理、病理过程的论述，各有所长，各有所短，彼此都不能取而代之。因此，周围血管疾病的诊断要中西医结合，应当包括：(1)西医诊断：

如询问病史、体格检查和辅助检查（化验、X线检查等），作出明确的西医诊断；⑵中医辨证：主要有八纲、病因和脏腑辨证等，是立法、处方和用药的根据。现代医学根据临床表现和实验室、辅助检查对疾病作出诊断的证据，印证和补充了中医学的望、闻、问、切四诊。这样现代医学诊断和中医辨证相结合，可以取长补短，更明确疾病的发病原因、部位和性质，了解疾病的全部发病过程，既有整体观念、动态观念，又不忽视局部变化，充实了诊断的完整性和治疗的全面性，便于进行中西医结合治疗。

二、辩证地认识局部与整体的关系

人体始终处于对立统一之中，局部和整体之间有着密切的关系，局部的病理变化可以影响整体，而全身变化又能影响局部的病理变化过程。因此，周围血管疾病的诊断，既要注意肢体局部变化，又要重视全身情况，辩证地认识局部与整体的关系。如血栓闭塞性脉管炎病人产生一系列临床表现的根本原因，是由于肢体血管发炎、痉挛，引起动脉管腔狭窄，甚至完全闭塞，造成肢体远端血液循环障碍，甚至肢体溃烂出现创口。因此，在处理创口时，就不能只管局部，忽视整体，必须在积极处理创口的同时，又要辨证论治，内服中药进行全身性整体治疗，以改善全身的机能、消除血管炎症、解除血管痉挛、促进肢体血液循环，使肢体创口顺利愈合。当肢体溃烂坏疽继发感染时，病人出现高热、剧痛、烦躁、胃纳呆、苔黄、脉洪数，这是由于肢体局部坏疽感染而引起的全身中毒症状，如果局部病灶不及时清除，全身感染症状就难以控制，此时施行手术切除坏死组织，同时再配合全身药物治疗，病人体温很快会下降至正常，全身情况迅速改善，创口顺利愈合，疾病痊愈，避免了截肢，保存了肢体。

三、认真调查研究，及时早期诊断

临床诊断的过程，也是鉴别诊断的过程，要将所收集的临床资料，进行唯物辩证的、合乎逻辑的分析，去伪存真，得出及时正确的诊断，给予早期中西医结合治疗，使患者早日恢复健康。

第三节　周围血管疾病的诊断方法

周围血管疾病的诊断，一般说是比较容易的，可是有时却感到困难，特别在发病早期无明显症状与体征时，诊断往往不容易确定，但在临床工作中如能认真地调查研究，从病史询问和体格检查入手，再结合化验和X线检查等，掌握充分的临床资料，然后从疾病的整个发展过程进行仔细地思索和分析比较，避免主观性和片面性，一般就可以作出正确的诊断。

一、询问病史

详细询问病史对周围血管疾病的诊断和鉴别诊断极为重要。在询问病史时，应启发引导病人诉说，对可疑点应仔细追问，要做到既真实又全面，除一般临床资料收集外，据作者体会，应着重注意了解以下几方面：

（一）性别　血栓闭塞性脉管炎绝大多数为男性，女性很罕见。这种在发病学上几乎完全侵犯男性的特殊性，在临床上应该特别重视。如为女性病人主诉肢体发凉、怕冷、酸胀乏力和疼痛时，应首先考虑肢端动脉痉挛病（雷诺氏病）、大动脉炎、网状青斑和肢端发绀症等疾病，当这些疾病被排除时，才能考虑血栓闭塞性脉管炎的可能性。在诊断周围血管疾病时，对女性病人若是首先考虑血栓闭塞性脉管炎，不注意鉴别其他血管疾病，则往往形成错误的诊断。

（二）年龄　血栓闭塞性脉管炎的发病年龄大多数为青壮年（20～40岁），20岁以下发病者很少见。对40岁以上的病人，应注意闭塞性动脉粥样硬化的存在，如年龄在45岁以上，应当多考虑闭塞性动脉粥样硬化。雷诺氏病多见于青壮年（40岁前）妇女，大动脉炎多见于青少年（30岁前）女性。

（三）既往史　仔细了解既往史对疾病的诊断十分重要。如闭塞性动脉粥样硬化常有高血压病史、冠心病史，或偏瘫史，并可能同时伴有糖尿病；急性动脉栓塞性坏疽常有严重心脏病史（如风湿性心脏病二尖瓣狭窄、心房纤颤等）；糖尿病坏疽要询问糖尿病史及其症状轻重和治疗情况。有手术、外伤和妇女分娩后长期卧床情况的病人，一旦发生下肢疼痛和肿胀，应考虑有下肢深静脉血栓形成的可能。有腰扭伤史，而发生腰痛和下肢麻木疼痛者，应考虑腰椎间盘脱出。

（四）发病情况　包括发病诱因、起病的缓急、症状出现的先后以及与寒冷的关系等。血栓闭塞性脉管炎病人绝大多数有长期严重吸烟嗜好，同时大多数在寒冷季节发病，往往在受寒以后，才发现下肢（足部）有发凉、怕冷、麻木、酸胀和间歇性跛行等症状，此后症状逐渐加重，起病缓慢，病程较长，多有数年的慢性演变过程。如突然发生整个下肢剧烈疼痛，应考虑急性动脉栓塞或坐骨神经痛。开始时下肢疼痛，以后出现下肢肿胀，应考虑下肢深静脉血栓形成。如四肢均有麻凉感觉，全身大关节呈游走性疼痛，与气候变化（阴雨）有密切关系，则为风湿症，不应当考虑血栓闭塞性脉管炎。

（五）肢体疼痛的部位、性质、程度及规律　肢体疼痛是周围血管疾病共有的症状。因此，详细询问和分析肢

体疼痛情况是诊断周围血管疾病和鉴别其他疾病的重要内容。

1．肢体疼痛的部位：血栓闭塞性脉管炎开始多为单侧下肢，以后可渐次累及其他肢体，而开始单独发生于上肢者很罕见。所以血栓闭塞性脉管炎下肢间歇性跛行疼痛主要在足踝部和小腿，静止痛也多局限于趾（指）和足部，单独出现大腿疼痛者未曾见到。据作者经验：单独首先发生大腿疼痛者，一般不是血栓闭塞性脉管炎，应当考虑其他疾病。虽然闭塞性动脉粥样硬化可出现下肢间歇性跛行疼痛，但四肢均有麻木、疼痛和脉象弦硬等动脉硬化表现，同时年龄多在40岁以上。下肢深静脉血栓形成出现的下肢疼痛主要在小腿、大腿内侧和腹股沟部位，并在静脉栓塞部位有明显压痛，往往有不同程度的全身发热反应，以后出现下肢肿胀。下肢出现放射性疼痛常为腰椎间盘脱出、增生性脊椎炎和坐骨神经痛。遇寒冷或情绪激动即刻引起两手对称性皮肤颜色改变和手指疼痛者，当为雷诺氏病。如在年轻的女性，单侧下肢和两侧下肢发凉、怕冷和足趾疼痛，或伴有皮肤颜色改变，也应当多考虑雷诺氏病。在女性患者中诊断血栓闭塞性脉管炎必须特别慎重。而红斑性肢痛病则为两足或两手阵发性烧灼剧痛，皮肤发红、灼热，皮肤温度增高。硬皮病多见于青年女性，虽可有周围血管舒缩障碍，发生间歇性手指、足趾疼痛和皮肤苍白、青紫，但往往皮肤发硬光滑，呈蜡样。如仅有小腿胀痛，而无下肢发凉、怕冷表现，应当考虑下肢静脉曲张或肌纤维炎。平足症出现下肢疼痛常在足踝部，开始行走时可出现疼痛，当步行站立过久或负重行走时疼痛加重，休息10分钟后疼痛仍可持续不退，但经过相当时间休息后，疼痛可以完全消失。这些情况可与间歇性跛行相

鉴别。

2．肢体疼痛的性质和程度：血栓闭塞性脉管炎间歇性跛行疼痛一般是胀痛、麻痛或痉挛性疼痛，并伴有下肢疲累感和紧胀感；静止痛很剧烈，趾（指）和足部固定性持续性剧烈疼痛常是发生溃烂的先兆，肢体溃烂后，由于炎症和坏死组织的刺激，疼痛更加剧烈而难以忍受，患者常抱足而坐，不能安睡。虽然可有缺血性神经炎，肢体出现触电样、针刺样放射性疼痛，或伴有发痒、蚁走感、麻木等感觉异常，但早已存在肢体严重缺血引起的营养障碍改变。闭塞性动脉粥样硬化的肢体疼痛程度一般较轻，可以忍受，发生肢体溃烂后静止痛也多不显著。大动脉炎发生腹主动脉、髂动脉的狭窄或阻塞时，仅可出现轻微的间歇性跛行疼痛，而通常不痛，主要是下肢酸软无力、麻胀、发凉、怕冷，劳动后症状加重，并伴有上肢无脉、低热和游走性关节痛等。间歇性发作两手指轻微麻痛或针刺痛则是雷诺氏病的特点。末梢神经炎可在手指、足趾末端出现持续性又有阵发性针刺样疼痛，同时伴有感觉、痛觉迟钝或消失，但无肢体缺血表现。

3．肢体疼痛的规律：血栓闭塞性脉管炎常为肢体（趾和足部）持续性钝痛、胀痛、麻痛或剧痛，每当冬季受寒冷时症状明显加重。雷诺氏病往往在受寒冷时即刻发作两手对称性皮肤颜色改变和手指疼痛，发作过后症状消失。红斑性肢痛病患者怕热，当遇热时可发生对称性肢体烧灼疼痛，而遇寒冷或高举患肢时则症状减轻。

（六）皮肤颜色及温度　血栓闭塞性脉管炎开始发病的最早症状时是肢体发凉、怕冷，对寒冷十分敏感，病人可明显觉察到患肢温度比健侧肢体降低，失去应有的耐寒能力。此后，即出现下肢胀痛和间歇性跛行疼痛，患肢皮肤呈持续

性苍白、潮红、紫红或青紫。如肢体发凉、怕冷，而主要是酸软无力、麻胀，一般没有疼痛，皮肤颜色改变也不显著，则应考虑是大动脉炎。雷诺氏病表现为间歇性发作两手对称性苍白→青紫→潮红三个阶段的皮色改变，伴有手指发凉、疼痛，发作过后一切症状消失而恢复正常。早期闭塞性动脉粥样硬化患肢皮肤颜色改变不明显，至晚期才出现紫红或青紫色。

（七）游走性血栓性浅静脉炎　血栓闭塞性脉管炎的早期或发病过程中，可在肢体反复发作游走性血栓性浅静脉炎，皮肤上出现痛性发红的硬结、斑块及索条状物，这是具有诊断意义的一个特征。应注意持续发作的时间和部位。现将作者临床所见血栓闭塞性脉管炎发生游走性血栓性浅静脉炎23例分析如下：

1．一般资料

性别：23例病人全部为男性。

年龄：20岁以下者2例，21～40岁者18例，41～45岁者3例。最小者19岁，最大者45岁。

职业：职员10例，农民6例，工人4例，教师、渔民各1例，不明1例。

吸烟：多有长期吸烟嗜好，吸烟1～5年1例，5～10年2例，10～20年8例，20～30年8例，36年1例，不吸烟3例。最短5年，每日15支；最长36年，每日20支。

病程：1年以内3例，1～5年7例，5～10年7例，10～20年5例，20～25年1例。最短5个月，最长25年。

临床分期与辨证分型：Ⅱ期11例，Ⅲ期1级10例，Ⅲ期2级、3级各1例。阴寒型1例，血瘀型5例，湿热下注型17例。

2．游走性血栓性浅静脉炎的发作类型

⑴ 以游走性血栓性浅静脉炎为开端，在发生动脉病变之前，首先侵犯肢体静脉，发作游走性血栓性浅静脉炎。发生在动脉病变之前，2个月、4个月各1例，3个月、1年、5年、7年各2例，10年、13年、14年各1例，共有13例。

⑵ 血栓闭塞性脉管炎的早期同时发作游走性血栓性浅静脉炎，肢体动脉和静脉同时受累，有5例。

⑶ 血栓闭塞性脉管炎发病过程中，发作游走性血栓性浅静脉炎，有3例。

⑷ 血栓闭塞性脉管炎的后期发作游走性血栓性浅静脉炎，有2例。

游走性血栓性浅静脉炎发作时间最短1个月，最长间断持续18年。

3．游走性血栓性浅静脉炎的发生部位

⑴ 两小腿及足背部7例，其中1例病人两侧股动脉搏动消失，由于右小腿及足背部广泛发作游走性血栓性浅静脉炎，发生溃破感染，而施行股部截肢，甚为罕见。

⑵ 两小腿及股部（大隐静脉）6例，其中有4例先发作小腿游走性血栓性浅静脉炎，而后向上蔓延至股部大隐静脉；有2例先发作两侧股部血栓性大隐静脉炎，而后向下蔓延发作小腿游走性血栓性浅静脉炎。

⑶ 右小腿、左小腿5例。

⑷ 两小腿及足背部、足掌部2例。

⑸ 右小腿及足背部1例。

⑹ 单发生于右足背部1例。

⑺ 两小腿及足背部、足掌部和两前臂1例。为首先发作

两小腿及足背部、足掌部游走性血栓性浅静脉炎 14 年之后，才出现两下肢缺血症状，同时又发作两上肢前臂游走性血栓性浅静脉炎，持续发作一年之后，又出现两上肢缺血症状。

4. 病例介绍

李××，男，39 岁，工人，于 1984 年 6 月 25 日入院。住院号：34556。

主诉：两下肢反复发作痛性红斑结节 13 年多，两足发凉、疼痛、间歇性跛行半年多。

现病史：1971 年 5 月，病人左内踝部起痛性红斑，左小腿、股内侧起痛性发红硬索条状物（血栓性大隐静脉炎），约半月后消退。但每年反复发作 4～6 次，灼热，疼痛。约 4～5 年后，右足背、小腿发作痛性红斑及硬索条状物。此后，两下肢经常反复发作痛性红斑及硬索条状物，至今未停止。曾在当地按“风湿性结节红斑”治疗无效。1983 年 12 月，病人才发现两足发凉怕冷，疼痛，间歇性跛行，仅能走半里路，两足呈紫红色，趾甲生长缓慢，出汗减少。吸烟 10 多年，每日 15 支。

体格检查：体温 37℃，脉搏 72 次/分，血压 110//70 毫米汞柱。两足发凉，呈紫红色，皮肤、趾甲营养障碍改变。两下肢大隐静脉呈硬索条状，无压痛。两侧足背动脉、左侧胫后动脉搏动消失，右侧胫后动脉和两侧腘动脉搏动减弱。舌苔薄白，舌质红绛。

印象：血栓闭塞性脉管炎二期（血瘀型）。

治疗：治宜活血化瘀，内服活血通脉饮，兼服通脉安。

此例病人发病时，首先侵犯两下肢静脉，发作两下肢游走性血栓性浅静脉炎，呈间断反复发作达 13 年之久。由于临床上未注意本例具有沿两下肢静脉呈游走性反复发作的特

点，误诊为“风湿性结节红斑”，而延误治疗。近半年来，才累及肢体动脉，出现两下肢缺血征象。

5．对血栓闭塞性脉管炎，由于临床工作中只重视其侵犯肢体动脉，常常忽略肢体发生游走性血栓性浅静脉炎这个具有诊断意义的临床特征。作者（1969年）报告221例血栓闭塞性脉管炎和1986年报告以活血化瘀法治疗144例血栓闭塞性脉管炎，发生游走性血栓性浅静脉炎占31.6%和45.83%。顾亚夫两次总结血栓闭塞性脉管炎病人中，合并游走性血栓性浅静脉炎者占55.83%和58.33%。说明患血栓闭塞性脉管炎时发生游走性血栓性浅静脉炎比较常见，临床上询问病史和体格检查时，应加以注意。

在23例病人中，发作游走性血栓性浅静脉炎的类型有：

⑴ 以游走性血栓性浅静脉炎为开端，首先侵犯肢体静脉，发作游走性血栓性浅静脉炎，常间断反复发作数月、数年或十多年之后，才累及肢体动脉，出现肢体缺血征象。23例病人中，有13例（56.5%）在发生动脉病变之前，首先发作游走性血栓性浅静脉炎。顾亚夫报告的血栓闭塞性脉管炎病人中，有24例游走性血栓性浅静脉炎发生在动脉病变之前。Ratschow 指出：约有半数血栓闭塞性脉管炎病人以游走性血栓性浅静脉炎为开端，约有10%病人单纯表现为游走性血栓性浅静脉炎。因此，如缺乏临床经验，就很容易误诊为一般的血栓性浅静脉炎、风湿性结节性红斑等疾病。可以得出这样的临床经验：一个青壮年男性，有长期吸烟嗜好，在肢体上反复发作游走性血栓性浅静脉炎，持续多年而尚未累及肢体动脉者，也应考虑血栓闭塞性脉管炎的可能，给予早期诊断和早期中西医结合治疗，以控制病情发展加重。

⑵ 血栓闭塞性脉管炎侵犯肢体动脉的早期，当出现肢体

缺血征象后不久，即在患肢发作游走性血栓性浅静脉炎，可间断或持续发作几个月或数年后才停止。在发病的早期，肢体动脉和静脉同时受累发病。由于游走性血栓性浅静脉炎是血栓闭塞性脉管炎肢体缺血时的早期临床表现，因此临床上不容易误诊。

(3) 血栓闭塞性脉管炎侵犯肢体动脉之后，在疾病演变过程中间，常发生游走性血栓性浅静脉炎，呈间歇性持续性反复发作，说明肢体动脉和静脉病变处于发展阶段，在病情稳定后也可有急性发作，具有周期性发作的特点。可以认为：凡是反复发作游走性血栓性浅静脉炎，常是病情发展加重，应加以注意，并积极进行治疗。

(4) 血栓闭塞性脉管炎侵犯肢体动脉之后，发生肢体血液循环障碍。在发病的后期，才累及肢体静脉，发作游走性血栓性浅静脉炎，说明病情并不稳定。

游走性血栓性浅静脉炎的发生部位：主要侵犯肢体中、小静脉，特别是下肢浅静脉，以小腿浅静脉和足背部浅静脉为最多见，发生于大腿和上肢者很少见。在23例病人中，发生于小腿、足背部16例，而且多为两侧下肢浅静脉发病；发生于小腿及股部（大隐静脉）6例；发生于两下肢和两上肢者仅有1例。这些血栓性浅静脉炎，具有间歇性、游走性反复发作的特点，当一处浅静脉炎症消退时，肢体其他部位的浅静脉或同一条静脉的其他部位又发作炎症病变。病人可有发热、全身不适等反应。在肢体的浅静脉部位，皮肤上可见到发红的结节、斑块和硬索条状物，灼热，疼痛，发生静脉周围炎时，常有大片皮肤炎症反应。临床上应注意与出现下肢结节、红斑的疾病相鉴别：如结节性脉管炎、结节性动脉周围炎、结节性红斑、硬结性红斑等疾病。大动脉炎、闭塞

性动脉粥样硬化和雷诺氏病不出现游走性血栓性浅静脉炎。

（八）肢体营养障碍　血栓闭塞性脉管炎常由于肢体慢性缺血引起不同程度的营养障碍改变。患肢皮肤干燥、脱屑、皲裂，出汗减少或完全停止出汗，趾背、足背及小腿汗毛脱落，趾甲生长缓慢，长期不用修剪，小腿肌肉萎缩变细。闭塞性动脉粥样硬化一般肢体营养障碍不明显，在后期可发生营养障碍改变。大动脉炎肢体营养障碍不显著，肌肉萎缩也不常见。雷诺氏病一般无肢体营养障碍改变，但长久患病，病情严重，发生指动脉闭塞者，则可出现指端皮肤和指甲营养障碍改变。下肢静脉曲张和下肢深静脉血栓形成，由于静脉血液回流障碍，久之则在小腿发生皮肤营养障碍改变和色素沉着。

（九）溃疡和坏疽的部位、范围及性质　应注意了解引起溃疡和坏疽的诱因、时间，如寒冷、修甲、外伤、局部封闭药物和外贴腐蚀性膏药等。血栓闭塞性脉管炎的溃疡和坏疽常由趾端或趾甲旁开始（多首先发生在拇趾和小趾），缓慢向足后部发展，呈干性坏疽，多局限于足部，发生于小腿者极罕见。闭塞性动脉粥样硬化坏疽由足趾部开始，发展较快，范围较广泛，可累及小腿、股部，甚至到髋部和会阴部，呈干性坏疽。糖尿病性坏疽发展迅速，可蔓延到足部和小腿，呈湿性坏疽。雷诺氏病仅在指（趾）端发生局限性浅在性皮肤小溃疡，扩展者异常罕见。发生于小腿内踝部的溃疡，同时伴有下肢静脉曲张，皮肤色素沉着者，当为下肢静脉曲张或下肢深静脉血栓形成并发慢性溃疡。如趾端和足掌部出现慢性溃疡，肢体又无缺血表现，应当考虑脊椎畸形、脊髓疾患的可能。作者临床上，曾见到3例成年男性和1例成年女性为严重腰骶部脊椎裂，并发足趾慢性溃疡和足部坏疽感

染，在他处误诊为血栓闭塞性脉管炎，后经腰骶部X线平片检查明确诊断。

（十）其他情况　血栓闭塞性脉管炎一般无炎症性全身反应，只有在肢体严重坏疽继发感染或广泛的游走性血栓性浅静脉炎时才出现全身发热反应。糖尿病性坏疽常有严重继发感染，出现高热、恶寒等全身反应。大动脉炎在发病过程中，常出现低热、盗汗和游走性关节疼痛等，然而却常被病人忽视，以“感冒”而求医。因此，询问病史时应加以注意。如发病时足部或小腿红肿热痛，伴有寒战、高热，以后又反复发作，逐渐出现肢体不同程度粗肿者，应考虑复发性丹毒。

此外，对病人的生活习惯、吸烟嗜好、职业、工作环境、家族史，以及患病后的治疗情况如何等，均应注意详细询问。

二、体格检查

（一）一般情况　应注意病人的发育营养、体质强弱、精神状态等。气血两虚者病人面色憔悴，消瘦无力，为久病气血耗伤所致。热毒炽盛者病人面色红赤，高热，出现意识模糊等精神症状，常为化热的炽盛阶段，系肢体严重坏疽继发感染所致。当肢体血液循环明显障碍或发生溃疡与坏疽时，患者因剧烈疼痛常抱足而坐，不能入睡。还应结合病史，重点注意有无其他特殊表现，也有助诊断。如疑有大动脉炎者，应注意颈部、腹部和背部有无血管性杂音；疑有闭塞性动脉粥样硬化者，应注意上肢桡动脉、肱动脉和颞浅动脉有无弦硬和扭曲，如大动脉狭窄时，也可有血管性杂音。

1．舌诊　包括舌形、舌质和舌苔三个方面，对周围血管疾病的诊断具有重要意义。舌诊部位和脏腑的关系是：舌尖部属心肺，舌中间部属脾胃，舌根部属肾，舌边部属肝胆。

因此，舌的变化与脏腑气血有密切关系。从舌的变化可以了解全身疾病的情况。舌质血运丰富，舌苔是由脾胃之气上潮所形成，当发生疾病的时候，可以引起舌形、舌质和舌苔的改变。观察舌形、舌质和舌苔的变化，可以了解周围血管疾病的病情轻重、病情的发展和预后，以及指导临床辨证论治等。

⑴ 舌形：舌体胖大而色赤，属热证，可见于肢体坏疽继发感染。舌体有裂纹或生芒刺，多见于肢体坏疽继发感染热毒炽盛，热盛阴液耗伤。舌体胖嫩而色淡红，舌边有齿痕，多为脾虚、气血两虚。舌体瘦薄淡红而嫩，多为心脾两虚、气血不足，常见于血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化肢体坏疽继发感染的恢复阶段，以及久病身体虚弱者。如舌体瘦薄而绛，舌有瘀斑久不消退者，则为阴虚热盛，瘀血凝滞，肢体坏疽继发感染可能扩展加重。

⑵ 舌质：

① 舌淡：舌质淡白，多是虚证、寒证，常见于周围血管疾病气血两虚型、阴寒型的病人。

② 舌红：舌质红为热证；红而干燥为阴虚火旺；舌红而起芒刺为热毒炽盛；舌红而苔黄为实热证；舌尖红为心火上炎；舌边红为肝胆积热。

③ 舌绛：舌色红绛，为有瘀血、热毒炽盛，常见于肢体严重坏疽继发感染（三期2级、3级坏疽）病人，郁久化热的炽盛阶段，有不同程度的耗伤阴液，病情比较严重。舌质红绛而苔白为有瘀热，肢体缺血（瘀阻）较轻；红绛而苔黄为实热证，肢体坏疽感染较重；红绛而苔黑为热毒炽盛（热极），肢体严重坏疽继发感染，伴有高热，毒血症状明显，一般病情危重。舌质红绛而有瘀斑为血瘀证，常是肢体血液循

环、微循环障碍明显，以及有可能发生肢体坏疽。

④ 舌紫：舌色紫暗，多是瘀热为重，常见于肢体严重血液循环障碍，或者肢体坏疽继发感染，以及上腔下腔静脉梗阻、下肢深静脉血栓形成等，或为热毒入营，病情危重。舌紫而干燥，或有裂纹起芒刺者为热证；舌紫而滑湿润者为寒证。

(3) 舌苔：

① 白苔：多属表证，病比较轻。周围血管疾病患者一般多为白苔，随着病情发展，白苔发生变化。苔薄白而润为寒湿，苔薄白而燥为伤津。白厚干苔，为实热证；白厚腻苔，为痰湿和水湿蓄积，常见于下肢深静脉血栓形成、下腔静脉梗阻等疾病所引起的肢体肿胀。如白苔中间带黄，则为病情发展，处于寒湿郁久化热的演变过程中。

② 黄苔：多属里证、热证，为周围血管疾病处于寒湿郁久化热的初期阶段，肢体轻度坏疽继发感染，以及急性血栓性静脉炎等，病情比较重。苔薄黄为热轻，苔黄厚为热盛。舌苔黄腻，为湿热蕴结；舌苔黄燥，或有裂纹而起芒刺，为热盛伤津。如黄苔中间带黑，则为病情发展加重，处于寒湿郁久化热炽盛的演变过程中。

③ 黑苔：多为血瘀、热极重症，病情危重。可有舌中间部黑苔，舌根部黑苔，全舌焦黑苔，甚则起芒刺，而舌质必红绛或紫暗。常见于周围血管疾病处于寒湿郁久化热的炽盛阶段，肢体严重坏疽继发感染，高热，热极耗伤阴液。

④ 无苔：舌质淡白无苔，为气血两虚；舌红无苔，为阴虚内热；舌绛无苔，为热盛伤津。

作者（1969年）统计山东中医学院附属医院221例血栓闭塞性脉管炎患者之舌苔变化，舌质以淡红与红为多，共

计 110 例，其次为红绛舌质 42 例；舌苔以薄白苔最多见，共计 174 例，其次为黄腻苔 29 例。在周围血管疾病早期，可见薄白苔或无苔，舌质淡红；随着病情的发展，血瘀加重，寒湿郁久化热的初期阶段，舌苔可由白转黄，舌质由红而绛；舌苔黄腻，为有湿热，如苔黄而干燥或起芒刺，则为热盛津亏；当郁久化热的热毒炽盛阶段，肢体严重坏疽继发感染，高热，可明显地看到舌苔由黄变黑，舌质红绛或紫暗，甚至干裂而起芒刺，则表示病情危重，热极耗伤津液。作者临床上见到血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化病人肢体严重坏疽继发感染，在高热的过程中出现黑苔，主要是身体抵抗力较差，正气不足，热极伤津，表现正虚邪盛，虚实夹杂。经过中西医结合治疗，控制肢体坏疽继发感染，或者施行截肢手术，当发热逐渐下降至正常，一般情况好转，舌苔由黑转黄，由黄变白转为正常，而疾病也逐渐减退。

现将作者临床上见到的 6 例血栓闭塞性脉管炎出现黑苔情况介绍如下（见表 1）。

黑苔在临床上比较少见，一般在疾病发展到相当程度，病情比较严重时才出现黑苔。《辨舌指南》说："凡舌苔见黑色，病必不轻"，"均属里症无表症"。一般说见到黑苔病情多危重，已发展到热极或寒极的地步，此时舌质也多有变化，多数为"邪热传营，舌色必绛"。沈际皋（1961 年）报道，黑苔在病情轻型为 0.89%，在重型为 2.25%，体温正常时为 0.75%，体温在 41℃ 以上增为 2.2%，随着病程的延长而黑苔增多。陈泽霖等（1965 年）总结 30 例黑苔病人，以化脓性炎症感染为最多，约占半数，认为黑苔之形成，与高热、脱水、炎症感染、细菌毒素刺激、肾亏、胃肠功能紊乱、霉菌感染等有关。表 1 6 例血栓闭塞性脉管炎出现黑苔的

表 1　6 例血栓闭塞性脉管炎出现黑苔情况分析

病例	姓名	性别	年龄	病情	分期分型	舌　苔　情　况	治疗
1	王××	男	44	左足发黑坏疽，剧痛 5 个月，发热38.5℃	三期 3 级热毒炽盛型	舌的中根部黑苔，两边黄腻苔，舌质淡红。小腿截肢后18天，体温降至正常，黑苔退尽，舌根部黄腻苔，3 天后，黄苔消退，转为薄白苔	内服四妙活血汤，应用抗生素等
2	李××	男	47	右股残端溃烂、剧痛 1 个多月，发热37.3℃	热毒炽盛型	高热达39.7℃，出现黑苔，质红绛。右股高位截肢后，体温降至正常，18天后黑苔消退，转为黄苔，舌质红绛，后转为白腻苔，舌质红	内服四妙勇安汤加味、四妙活血汤，应用抗生素等
3	李××	男	25	两足及右手指发黑坏疽 1 个多月，发热37.8℃	三期 3 级热毒炽盛型	黑苔遍布全舌，舌质红绛。高热达39.6℃，两小腿截肢后，体温降至正常，近 3 个月后黑苔消退，舌质红	内服清热解毒、活血通脉、补气养阴中药，应用抗生素等
4	邢××	男	23	右足趾溃烂 2 个月，发热38.2℃	三期 2 级热毒炽盛型	入院后17天出现黑苔，舌质红绛。施行坏死足趾切除后10天，仅舌根部有黑苔，舌质淡绛；又12天后体温正常，黑苔全部消退，舌根部转为黄腻苔，舌质绛，后黄苔退尽，转为薄白苔，舌质淡红	内服四妙勇安汤加味，应用抗生素等
5	艾××	男	35	右足溃烂 2 个多月，持续发热，体温38.2℃	三期 3 级热毒炽盛型	入院后20天，舌苔由黄厚腻变为黑苔，右小腿截肢后，高热下降，术后 5 天，黑苔消退，转为黄腻苔，术后11天，体温降至正常，舌苔转为白厚腻，舌质红	内服清热解毒、益气养阴活血中药，应用抗生素等

病例	姓名	性别	年龄	病情	分期分型	舌苔情况	治疗
6	闫××	男	43	右足第2趾发黑溃烂半月余，疼痛加重，体温36.7℃	三期1级湿热下注型	入院后右足趾坏疽发展，低热，第15天出现黑苔，至第17天，变为全黑苔，舌质红，病人持续低热，坏疽扩展加重，黑苔不退，自动出院	清热利湿，活血化瘀，内服四妙勇安汤加味

病人，有5例为气滞血瘀，寒湿郁久化热的热毒炽盛阶段（热毒炽盛型），肢体严重坏疽继发感染，病情均比较严重，溃烂坏疽时间在1个多月至5个月，持续发热时间为1个多月至2个多月。1例为郁久化热的初期阶段（湿热下注型），足趾局限性坏疽1个多月，有低热。病例2、4和病例5均在发热过程中出现黑苔，可明显看到病人舌苔由黄转黑的变化过程。病例1舌的边尖部是黄腻苔，舌中根部为黑苔，是处于黄苔转为全黑苔的演变过程中，说明体内湿热正盛。病例6为足部坏疽逐渐发展过程中出现黑苔，初起为黄腻苔表面覆盖一层黑苔，随着足部坏疽感染加重，舌苔也变为全黑苔。可见黑苔之形成，与炎症感染及发热有密切关系。此6例黑苔，以中医辨证分析，均属里证热证，病例3、病例5为正虚邪盛，虚实夹杂；由于病人的病情严重，高热、剧痛，多伴有胃纳减退，不思饮食，使身体逐渐消耗，因此都有不同程度的热极耗伤津液的表现。虽经大剂量清热解毒、养阴活血之剂和应用抗生素等治疗，均未能控制坏疽感染及发热，黑苔持续不退，当病例1、2、3、5施行截肢手术和病例4施行坏死组织切除术以后，体温逐渐降至正常，一般情况好转，胃纳改善，可看到舌苔由黑转黄，由黄变白转为正常，而疾病也好转。《辨舌指南》说："由白而黄，由黄而黑者，病日进"，"由黑而黄，由黄而白者，病日退"。临床上根据舌苔、舌质的颜色变化，对推测病情的轻重、病程的发展和预后，以及指导临床辨证论治等，均有较大的指导价值。

现代医学认为，舌苔主要是由丝状乳头之变化及其表面上皮细胞角化或不全角化所组成。丝状乳头等可随疾病的转归而起变化。黑苔的形成，主要是丝状乳头增殖、高大，在其周围可见多量棕黑色颗粒附着，这种颗粒与黑苔形成有直

接关系。一般在人字沟附近黑色较深，近舌的边尖部则黑色渐浅，发黑的丝状乳头其根部黑色较浅，越至顶部则黑色越深。由于热邪传里化火，高热与脱水，热极耗阴，进一步促使增殖的丝状乳头焦化而成黑色。

2．脉象　人体血脉的运行，和气血脏腑有密切关系。因此通过脉诊可知人体气血脏腑的盛衰，再结合临床表现可辨别疾病的表、里、寒、热、虚、实。现将周围血管疾病常见的脉象介绍如下：

⑴ 浮脉：轻按即得，重按则弱。主病在表。大动脉炎急性活动期可见浮数脉。慢性动脉闭塞性疾病，肢体严重坏疽继发感染，高热，可见浮洪脉。在肢体坏疽的恢复阶段，脉象浮而无力者，则为久病气虚。

⑵ 沉脉：重按始得，轻取不易觉察。主病在里，病情重，气血瘀滞。血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎等疾病可见沉涩脉；病情严重者，则出现伏脉，为气血瘀闭，阳气不能宣通。

⑶ 迟脉：脉来迟缓，一息不足四至。主寒证。沉而无力为虚寒，沉迟为里寒，常见于周围血管疾病属阴寒证病人，寒凝血瘀，气血运行不畅。

⑷ 数脉：一息六至以上。主热证。脉数而有力为实热，数而无力为虚热或气血不足，数而洪大为高热。大动脉炎出现细数而无力脉，为阴虚内热。肢体动脉闭塞，发生坏疽继发感染，热毒炽盛，高热，常可见洪数脉。

⑸ 洪脉：脉浮而充满。主热盛。洪大而有力为实火，洪而无力为虚火。常见于肢体坏疽继发感染，热毒炽盛，高热者。

⑹ 虚脉：轻按无力，重按空虚。主虚证。常见于周围

血管疾病患者身体虚弱，气血两虚者。

(7) 细脉：细如丝线，沉而无力。主气虚、血虚，阳气不振。常见于周围血管疾病患者身体虚弱，气血两虚者。血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎等疾病，肢体动脉高度狭窄，在桡动脉、足背动脉可见沉细脉，说明气血瘀闭较重。

(8) 涩脉：往来涩滞，如轻刀刮竹。主气滞、血瘀、津亏。多见于周围血管疾病血瘀证病人，以及血虚津亏者。

(9) 滑脉：往来流利，如盘走珠。主气实血盛、痰湿等。肢体动脉闭塞性疾病，发生坏疽继发感染，发热，可见滑数脉。闭塞性动脉粥样硬化，痰凝血瘀，可见弦滑脉。

(10) 弦脉：端直而硬，如按弓弦。主肝郁气滞、疼痛、痰湿。常见于闭塞性动脉粥样硬化，可有弦滑、弦细、弦涩脉，甚至桡动脉、足背动脉弯曲呈波浪状，或扭曲呈团块状，说明肢体动脉硬化较重。

(11) 缓脉：一息四至，来去和缓。主血瘀、湿病。均匀而和缓，是正常脉象。周围血管疾病患者而身体比较健康者，可见缓脉。如缓而涩者，为气滞血瘀；缓而细者为气血两虚。

(12) 结脉与代脉：结脉是脉跳缓慢，不规则间歇。代脉是脉跳间歇，而有规律。主寒结、血瘀、气血不足、脏气衰微。常见于闭塞性动脉粥样硬化合并冠心病等疾病。

临床上应注意的是，某些周围血管疾病患者的脉象并不能完全反映疾病的性质和病变程度，应根据临床表现和实验室、辅助检查作出正确判断，称之为“舍脉从证”。由于周围血管疾病比较复杂和演变过程不同，往往一些脉象彼此相兼，常有两种脉象并见，而单一脉象比较少见。周围血管疾

病的脉象以沉细迟涩多见，其次为弦缓、细缓、弦滑脉象，随着疾病的发展变化而脉象也发生变化。早期血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化可呈弦、缓、涩脉象，如病变侵犯上肢时，以及大动脉炎（头臂型），其脉象可呈沉、细、迟、涩、微之象。久病身体虚弱，气血两虚者，其脉可呈沉细、沉涩、沉迟之象。患病后期肢体坏疽继发感染，高热，热毒炽盛者，可呈数而洪大脉象；久病津液亏损，阴虚发热者，其脉细数而无力。晚期血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化，肢体呈进行性广泛坏疽，身体衰弱，其脉沉细微，或脉反见洪大者，说明病情危重。

诊脉的部位，一般常用的是寸口部位（腕部桡动脉搏动处），以及趺阳脉（足背动脉搏动处）。诊脉时，还应注意桡动脉解剖部位异常，如在寸口部位摸不到脉搏，应考虑在腕背部是否有“反关脉”或“斜飞脉”。不能把“反关脉”和“斜飞脉”当作疾病看待，尤其是“正位与反关俱有脉”这一类型，寸关尺三部原有脉细如丝，但反关脉反而粗大，跳动明显，这样在“独取寸口”诊脉时，如未注意到“反关脉”的存在，就容易当作疾病看待，得出错误的结论。血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化病人，常见于寸关尺三部脉沉细涩，不易扪及，或寸关尺三部无脉，但常有肢体发凉怕冷、间歇性跛行和皮肤颜色改变等缺血表现，很容易与“反关脉”相鉴别。在上肢无脉时，还应想到大动脉炎的可能。应注意“反关脉”与无脉症相鉴别。诊脉时，如寸关尺三部无脉或脉细如丝时，可让病人侧立其手或复手，在臂外侧可发现“反关脉”的存在。但若寸关尺三部无脉，而“反关脉”也不存在，形成“正位与反关俱无脉”时，就应考虑到无脉症（大动脉炎）。病人常有上肢缺血表现，上肢血压测不出

等。此外，血栓闭塞性脉管炎桡动脉发生闭塞搏动消失后，由于动脉侧支循环的建立，在前臂腕背侧出现明显的动脉搏动，而形成“反关脉”表现，这是一个好的征象。

3．血压　注意测量上肢和下肢血压。测量下肢血压时，让患者俯卧，以血压带缠绕于大腿，将听诊器放在腘窝部进行测量。肢体血压测不出者，对临床诊断有重要价值。在闭塞性动脉粥样硬化下肢动脉闭塞时血压测不出，或常有血压增高；血栓闭塞性脉管炎侵犯上肢和下肢时，则患肢血压测不出；大动脉炎可有上肢血压测不出，或为上肢高血压和下肢低血压。

4．体温　一般患周围血管疾病者体温多正常，当肢体坏疽继发感染和血栓性静脉炎，湿热偏胜者，可有发热，严重肢体坏疽继发感染，热毒炽盛者，出现高热；大动脉炎多有低热或午后潮热。

5．心肺　应常规检查和结合病史注意心肺有无病变。如闭塞性动脉粥样硬化是否有冠心病；急性动脉栓塞者，栓子可能来自心脏的病变，如风湿性心脏病二尖瓣狭窄、心房纤颤等；大动脉炎是否有心脏增大、心肌损害等。可能时进行必要的特殊检查以明确诊断。

6．腹部　除一般检查外，应注意腹部有无血管性杂音及肿块，尤其在下腹部肿瘤压迫时，可能引起下肢动脉闭塞或下肢静脉回流障碍。作者于10年前，见到1例壮年男性，身体衰弱，发生左下肢深静脉血栓形成，临床查体时发现有盆腔肿块，经穿刺活体组织病理切片检查诊断为恶性肿瘤。

7．眼底　一般血栓闭塞性脉管炎患者眼底正常。在可疑闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎等疾病时，应作眼底检查，根据这些疾病眼底血管表现的特征，帮助诊断和鉴别诊断。

（二）肢体检查　对周围血管疾病进行肢体检查特别重要，往往具有诊断意义，因此检查时要认真仔细，正确反映肢体的客观体征。

1．皮肤情况　注意皮肤及皮下组织的改变。

⑴ 皮肤颜色及温度：观察皮肤颜色及温度，可以估计肢体血液循环状况。血栓闭塞性脉管炎早期皮肤颜色尚好，或呈轻度潮红色，随着病情发展，可呈苍白色（为寒盛）、紫红色、青紫色（为血瘀），接近坏疽时皮肤呈黑青色。当发生血管痉挛时，患肢可突然剧烈疼痛，出冷汗，皮肤冰冷，呈苍白色。肢体皮肤发凉，则为明显血液循环障碍而血流量减少，是由于肢体动脉器质性闭塞所致，同时动脉侧支循环建立又不良。如大动脉炎侵犯上肢，发生腋动脉闭塞时，则上肢明显发凉，手呈苍白色或淡青色。在夏季时，如肢体持久性发凉和颜色改变，表示动脉有器质性闭塞。一般可利用手背或手指粗略测定皮肤温度，应在两侧肢体相对称的部位以及肢体的远端、近端对比检查，便于发现肢体皮肤温度的差别。也可应用皮肤温度计测定。

⑵ 营养情况：当肢体动脉闭塞后，由于肢体长期供血不足，常可见到皮肤营养障碍改变。如血栓闭塞性脉管炎，肢体皮肤干燥、光薄，弹性消失，脱屑或广泛性脱皮，冬季里皮肤容易皱裂；趾（指）端干燥、厚硬，甚至出现瘀点和瘀斑（血瘀重）。皮肤瘀斑发展加重，可形成皮肤坏死或溃疡。皮下组织被吸收而变薄，出现手足皱缩现象。因肢体慢性缺血，出现皮肤萎缩，而影响汗腺的分泌，患肢出汗减少或完全停止出汗。下肢静脉曲张和下肢深静脉血栓形成，由于下肢静脉瘀血，常可见到小腿皮肤营养障碍改变，如皮肤干燥、萎缩、脱屑，色素沉着呈暗褐色，皮肤及皮下组织纤

维化变硬等。

2. 趾（指）甲情况　趾和指甲的一般情况及生长速度能反映肢体的血流情况。血栓闭塞性脉管炎动脉闭塞后，由于肢体血流不足，趾(指)甲生长缓慢，长期不用修剪，干厚、或脆薄而无光泽，甚者趾（指）甲变形，如呈平塌、凹陷、脊状或嵌甲样生长。经过治疗，肢体血液循环改善后，新甲渐渐长出，这些情况也逐渐改善或消失。

3. 汗毛的生长情况　肢体血运障碍时，趾背、足背和小腿汗毛脱落稀疏或完全停止生长；经过治疗，肢体血运改善后，汗毛可以重新再生长。因此，当看到趾背有汗毛存在，说明肢体血运基本尚好，趾部创口一般多有愈合希望。

4. 肌肉情况　当肢体动脉闭塞后，患肢肌肉有不同程度的萎缩。血栓闭塞性脉管炎的早期肢体肌肉无明显变化，但到后期，由于肢体血运障碍加重和患病后活动减少，多有不同程度的下肢肌肉萎缩，而最常见的是小腿肌肉萎缩明显。作者的经验和体会是：小腿肌肉萎缩的程度，可以直接影响下肢血液循环的改善。足部的血流供应，依赖小腿后方的主要血管和肌肉内丰富的血管网来满足。小腿肌肉极度萎缩时，则足部血流供应受到很大限制，如并发足部严重坏疽继发感染，同时患者又身体虚弱（气血两虚）时，则可认为肢体血液循环不易改善，很难使足部坏疽感染控制或痊愈，一般均需施行截肢手术。

5. 溃疡和坏疽　肢体动脉闭塞或栓塞后，因肢体严重血运障碍（如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、动脉栓塞等），常发生溃疡或坏疽。血栓闭塞性脉管炎后期，发生的溃疡和坏疽可同时存在，多首先发生于足大拇趾及小趾，常由趾端、趾甲旁或趾缝间开始，然后逐渐向足后部发

展，可累及其余足趾，甚至扩展到足背部、踝关节，但是多局限于足部，累及小腿者极罕见。发生于手指者很少见。大多数是干性坏疽，但以后继发感染变成湿性坏疽者也并不少见。应注意溃疡和坏疽的部位、范围、深浅，创面的肉芽和脓液情况，有无坏死组织，坏疽界线是否清楚。如创口脓液粘稠，肉芽新鲜，上皮生长愈合快，为气血充实；脓液清稀，肉芽淡红或灰暗，上皮不长，久不收口愈合，为气血俱虚。创口脓稠，局部红肿热痛，而患者身体强壮，高热者，是热毒炽盛，属实热证。创口脓稀，臭秽，局部微红不肿，或广泛干性坏疽，而患者身体消瘦，困倦无力高热者，为正虚邪实。

6. 肿胀　下肢静脉曲张、下肢深静脉血栓形成、下肢深静脉瓣膜功能不全，常有肢体肿胀和粗肿。单纯性下肢静脉曲张，一般仅见肢体轻微肿胀，如下肢静脉曲张同时肢体明显肿胀者，则多有下肢深静脉病变存在。血栓闭塞性脉管炎患者，通常下肢不出现肿胀，但当肢体溃烂后，由于患肢疼痛，病人常将肢体置于床沿下垂，或长久抱足而坐，使静脉回流受阻，充血瘀滞，借以改善患肢血运障碍，以缓解疼痛，因此患肢可出现肿胀。此外，肢体坏疽继发感染，以及淋巴系统受累，使淋巴回流受阻，均可使肢体发生肿胀。如单纯肢体肿胀，为湿盛；肿胀而轻度发红，有轻度炎症表现者，为湿盛于热；肿胀而发红、灼热，有明显炎症表现者，为湿热壅盛。

7. 游走性血栓性浅静脉炎　血栓闭塞性脉管炎，可在足部和小腿反复发作游走性血栓性浅静脉炎，发生于大腿和上肢者很少见。皮肤上可见到发红的硬结、斑块及索状物，灼热、压痛（湿热下注，瘀血留滞脉络），当血栓性浅静脉

炎消退后，皮肤上可暂时遗留色素沉着。检查时，发现大隐静脉呈索条状发硬并不少见。但因血栓性浅静脉炎溃破，发生溃疡，或坏死引起肢体坏疽者却很罕见。作者于 1966 年曾见到一例血栓闭塞性脉管炎病人，右足及小腿广泛性游走性浅静脉炎未能控制，反复发作，发红疼痛的硬性索状物逐渐紫红、干黑连成片状，发生严重肢体坏疽继发感染，最后施行截肢手术。作者近年来又见到一例血栓闭塞性脉管炎并发小腿血栓性浅静脉炎发生严重坏死感染，最后施行股部截肢手术（见彩色照片 1）。可见控制游走性血栓性浅静脉炎并不那么容易，应当十分重视。

8．动脉炎　当病情在进行性发展阶段，即血栓闭塞性脉管炎处于急性血管炎变期，有时在桡动脉、尺动脉和足背动脉等部位，会发生动脉炎及动脉周围炎，出现索条状红肿疼痛病变。当炎症消退后，由于动脉发生闭塞而搏动消失，动脉呈硬性索状物。

9．缺血性神经炎　局部缺血性神经炎常见于血栓闭塞性脉管炎肢体严重缺血而发生营养障碍的患者，而使周围神经处于缺氧状态所致。肢体常有触电样、针刺样剧痛，向肢体远端放射，并伴有发痒、麻木、蚁走感和烧灼感等感觉异常。在足部和小腿可见大小不等的麻木区，皮肤感觉迟钝，或感觉、痛觉完全丧失。患者处于休息状态时的趾和足部的静止（休息）痛，夜间疼痛加剧，是由于局部缺血性神经炎所致。

10．动脉搏动情况　对血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎、急性动脉栓塞和雷诺氏病等周围血管疾病的患者，用手扪触四肢动脉搏动情况，是肢体检查的重要步骤，以确定动脉有无闭塞，可以比较准确地判定动脉阻

塞的程度、范围与平面。因此，四肢动脉的检查方法，有予以说明的必要。

检查时，患者应采取舒适位置，冬季里应注意肢体保暖。应当指出：虽然有些患者自述仅某一个肢体患病，但在进行四肢动脉搏动检查时，却往往发现其他肢体也患有疾病。因此，对四肢动脉搏动情况必须进行全面检查，不应忽视和遗漏，同时注意比较两侧肢体相对称部位的动脉搏动情况。动脉搏动可分为：正常(卅)，减弱(十)，消失(一)，可疑(±)，增强(卌)。

检查时还要注意，不要将检查者手指的动脉搏动误作为患者动脉的搏动，作者的经验是：尤其是患者肢体动脉搏动微弱或不易扪出时，应施以不同程度的压力——浮取(轻按皮肤)、中取（稍微用压力)、沉取（压力较重些)。这样反复多次进行扪诊来确定动脉搏动的有无。如动脉搏动微细时，用手指重压扪诊，反而会使动脉搏动消失，得出不正确的检查结果。可见动脉扪诊时施以不同程度压力的重要性。当然还可见到有些患者的动脉搏动扪不出，而肢体用热水浸洗或活动后，由于未完全闭塞的血管扩张，就可扪到比较细弱的动脉搏动。

四肢主要动脉有：

足背动脉（趺阳脉)：位于踝关节前方足背部（足大趾趾与第二足趾之间的后方)，位置较浅，可清楚摸到搏动。

胫后动脉（太溪脉)：位于内踝后方与跟腱之间。

腘动脉：位于腘窝中央深部，约为委中穴处，使膝部屈曲便于扪诊。

股动脉：位于腹股沟韧带中点之下方，位置浅，很易摸到搏动。

桡动脉（寸口脉)：位于腕前之外侧，桡骨茎突的内侧，

即普通常用的诊脉部位。

尺动脉：位于腕前之内侧，尺侧屈腕肌的外侧。与桡动脉相同进行扪诊。

肱动脉：位于上臂下段之内侧，在肱二头肌腱内侧方，位置较浅，可向肱骨扪压，容易摸得搏动。有时向上至腋窝扪诊，可摸到腋动脉的搏动。

在进行以上四肢动脉扪诊时，应注意肢体侧支循环动脉的建立情况，如在踝部、膝部和腕部等处有无侧支循环动脉搏动的存在。还必须考虑到足背动脉的解剖异常：约有8～13%的正常人足背动脉缺失而扪不出。中国医学科学院普查了1 570名正常人，足背动脉不能触及者占6.49%。在不同地区足背动脉搏动未触及范围为5～11%，有5/6为单侧性足背动脉搏动消失。因此，如无肢体动脉血循环障碍的征象，不能以足背动脉搏动消失作为诊断血栓闭塞性脉管炎的依据。

11. 肢体位置试验　患者处平卧位，将肢体平放时，肢体呈苍白、潮红或紫绀，局限于一侧肢体或一个以上的趾（指）时，接着患者用两手抱住大腿后面，将两下肢抬高（大于45°角）3～5分钟，并可作两足伸屈运动，足部出现苍白色，发凉加重；然后患者坐起，肢体下垂时，足部颜色复原时间延长至30～60秒（正常在10秒钟以内），均证明有肢体血循环障碍，血流减少的存在。肢体苍白或苍黄的程度越明显，而肢体的血液循环障碍越严重。如肢体下垂时立刻出现紫红色，则表示浅层血管张力减低或丧失，因此使血液淤积起来所引起的。

检查上肢时，让病人取坐位，将患肢高举超过头部，同时快速做手指伸屈活动，当动脉闭塞、血运障碍时，手部呈

苍白色，发凉加重。此时，如桡动脉搏动存在，而尺动脉搏动不易扪及时，则用检查者手拇指压紧病人的桡动脉，然后让病人患肢下垂，低于心脏部位，手部仍呈苍白色；当压迫桡动脉的手指放松后，如手指缓慢恢复潮红色，均证明尺动脉闭塞搏动消失。反之，如压迫病人搏动的尺动脉，则可判断桡动脉是否完全闭塞。这种试验方法，又叫做亚伦（Allen）试验。

12．乳头下层静脉丛的充盈时间　用手指压迫患肢趾端皮肤数秒钟，使局部乳头下层静脉丛内的血液流向周围或深层组织，使皮肤变成苍白色斑痕。正常情况下，停止压迫，经1～2秒钟后，即可恢复原状。如充盈时间超过4～5秒钟，即表示动脉有器质性改变。

13．尼霍夫（Neuhof）氏征　让病人仰卧，自然屈膝，放松下肢，检查者用手指压迫病人小腿腓肠肌，如有饱满紧韧感和压痛时，为阳性。说明存在下肢深静脉血栓形成。

14．霍曼（Homan）氏征　让病人仰卧，自然伸直下肢，并略抬高，检查者用手握住病人足部用力背屈而牵拉小腿腓肠肌，如出现下肢后方绳索样紧硬疼痛，即为阳性。说明存在下肢深静脉血栓形成，深静脉血栓、炎症与周围组织粘连所致。

临床上绝大多数的周围血管疾病基本上是靠病史询问和体格检查就可以确定诊断。只是在疑难病例，必要时进行一些辅助检查以帮助诊断和鉴别诊断。如病史询问所得资料与体格检查结果不符合或有可疑之处，应再重点追问病史和再做体格检查，有时反复数次，直到调查清楚，一般应能得出初步诊断，一时难以得出正确结论者，应继续观察病情发展以求得出正确的诊断。

三、辅助检查

询问病史和体格检查之后，如认为必要和设备可能时，可做一些辅助检查来帮助诊断，但必须结合临床所得资料进行分析比较才有价值。对于某些病人，即使辅助检查全部做完，也未必能得出明确的诊断。目前，临床上过于相信某种仪器检查，而忽视详细询问病史和认真体格检查，不了解疾病的发病规律及其特殊临床表现，这是造成临床误诊、误治的主要原因。

（一）化验检查　在急性血管炎症和肢体坏疽感染时，常有白细胞总数和中性粒细胞增加，久病身体虚弱继发贫血者，可有血色素、红细胞下降。血栓闭塞性脉管炎病人肢体溃烂时，可有红细胞沉降率加速，当病情好转或肢体溃烂稳定，创口逐渐愈合时，则红细胞沉降率逐渐恢复正常。肢体溃烂有创口时，应作脓液细菌培养和药敏试验，便于选用有效抗生素。闭塞性动脉粥样硬化时，检查血清胆固醇、β脂蛋白、三酸甘油脂，可有明显增高。大动脉炎，可有红细胞沉降率加快，血清蛋白电泳有异常：γ球蛋白及α_2球蛋白增高、白蛋白下降，“C”反应蛋白阳性。在这些周围血管疾病中常有血液流变性改变，进行血液流变学检查，对判断血瘀的轻重和临床疗效颇有价值。此外，根据病情，还可作免疫学、尿常规、肝、肾功能等检查。

（二）X线检查　肢体X线平片，在血栓闭塞性脉管炎可见骨质普遍疏松，如足部有坏疽或溃疡时，可发现骨髓炎、骨破坏；在闭塞性动脉粥样硬化肢体动脉可有不规则串珠状钙化斑点，同时胸部X线平片可见主动脉弓凸出及其动脉壁有条状钙化阴影。大动脉炎胸部X线平片，常见主动脉弓和弓降部凸出扩张，降主动脉内收常伴有搏动减弱或消失，心

脏增大，多以左室为主。动脉造影：血栓闭塞性脉管炎为肢体中、小动脉呈节段性狭窄和闭塞，闭塞远端的动脉可通过丰富的侧支血管再显影，未闭塞的动脉正常，边缘光滑，无扭曲现象；闭塞性动脉粥样硬化显示肢体大、中动脉有虫蚀样缺损、狭窄或阻塞，侧支血管较少，血管扭曲呈波浪形；大动脉炎常见降主动脉、腹主动脉或头臂动脉广泛性缩窄和阻塞，但程度不同。对下肢静脉曲张和下肢深静脉血栓形成，如诊断有困难者，应作下肢深静脉顺行和逆行造影检查，以明确血栓形成的部位与范围。

（三）其他检查　如肢体血流图、肢体微循环检查、超声血管检测、光电肢体容积检查、心电图和心功能等检查，对周围血管疾病的诊断和治疗观察有一定帮助。

由于周围血管疾病常发生肢体血液循环、微循环障碍，这种血瘀症的程度常可反映疾病的轻重。因此，对周围血管疾病进行甲皱微循环检查，对阐明血瘀症的实质和活血化瘀法作用原理，疾病诊断和判断病情，临床疗效观察等具有一定价值。

超声多普勒血管检测，能测出肢体动脉有无搏动和静脉内有无血液回流。当周围血管疾病肢体动脉闭塞时，动脉搏动声消失，测不出动脉搏动曲线，而呈一直线。在下肢深静脉阻塞时，监听器内静脉血流之“大风声”消失，测不出静脉血流波形，而呈一直线。挤压肢体远端时，血流加强效应消失。

周围血管疾病的诊断，必须通过以上调查研究，将所收集的临床资料，进行唯物辩证的、合乎逻辑的分析，去伪存真，一般就可以得出正确的诊断。

第四节　周围血管疾病的血瘀临床表现

一、血瘀的概念

祖国医学关于血瘀的含义比较广泛，凡是由于血脉瘀滞、气滞血瘀、气血失调等引起的各种疾病，都称为血瘀症。血在脉中运行，“气为血帅”，“气行血行”，“脉道以通，气血乃行”。因此，血瘀实际上与气、血、脉有密切关系。从现代医学理解，外科血瘀症的病理学概念，主要包括有：

（一）外科急性化脓性感染，如疖、痈、蜂窝组织炎、急性乳腺炎等，为气滞血瘀，热毒郁积而成。

（二）急性腹腔感染和炎症。

（三）局部缺血。各种原因所致的动脉闭塞和栓塞，如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎、雷诺氏病、急性肢体动脉栓塞等。

（四）静脉循环障碍（瘀血）。下肢静脉曲张、血栓性静脉炎、下腔与髂股静脉血栓形成、下肢深静脉瓣膜功能不全等。

（五）软组织损伤和骨折。

（六）各种肿块。瘀血聚结脏腑，形成的癥瘕积聚，如肝脾肿大、腹腔肿瘤，以及各种肿瘤等。

（七）组织增生及变性，肠粘连、烧伤疤痕等。

（八）组织粗肿、水肿，象皮腿等。

就狭义而言，祖国医学的血瘀是指“血凝而不流”，“血凝则脉不通”，而引起血液循环障碍。周围血管疾病的血瘀表现，主要有两方面：①动脉闭塞或栓塞，引起肢体血运障碍；②静脉瘀滞、血栓，引起静脉回流障碍。

二、血瘀的临床表现

周围血管疾病的血瘀临床表现，归纳起来主要有以下几点：

（一）肢体疼痛　周围血管疾病主要由于气血瘀滞（瘀阻）所致，肢体缺血、瘀血，故常出现肢体疼痛，所谓“通则不痛，痛则不通”。肢体固定性胀痛或剧痛难忍为其特点。如下肢深静脉血栓形成，患肢出现胀痛；血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化，患肢麻痛、剧痛，小腿和足掌常有疲累感胀痛。患趾（指）固定性持续性疼痛不易缓解，说明瘀阻严重，常是发生趾（指）坏疽的先兆；或者预示着坏疽扩展加重。

（二）肢端紫绀　血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化和雷诺氏病等。由于血瘀四肢，常可见肢端紫绀，呈青紫色，表示肢体缺血比较重。由于毛细血管缺氧，使毛细血管壁渗透性增加，或因小血管栓塞而损坏血管壁，使血液外渗到组织间隙，可出现肢端皮肤瘀点和瘀斑，说明肢体缺血比较严重。血瘀加重，肢体严重血液循环障碍时，可发生溃疡和坏疽。

（三）肢体青筋肿胀　在下肢静脉曲张、下腔与髂股静脉血栓形成、下肢深静脉瓣膜功能不全，由于瘀血留滞脉络，常有肢体青筋（浅静脉怒张、曲张）肿胀，和皮肤色素沉着，呈暗褐色。当下腔与髂股静脉血栓形成后，因下肢静脉机能不全（瘀阻），可继发下肢浅静脉曲张和毛细血管扩张，肢体遗留不同程度的肿胀，这种充血性肿胀，为血瘀症的典型表现。

（四）肢体结节、红斑　在血栓性浅静脉炎、血栓闭塞性脉管炎发生游走性血栓性浅静脉炎，由于湿热下注和瘀阻脉络，肢体出现发红痛性结节、红斑或索状物。

（五）全身发热　寒邪客于经脉，寒凝血瘀，则血涩不通，营卫壅滞，郁久化热，而发生肢体坏疽继发感染，肉腐、

筋烂、骨脱。其轻者湿热蕴结，重者热毒炽盛，多有不同程度的全身发热。这种瘀血发热，多为实热证。见壮热，面红目赤，意识模糊，烦热口渴，但很少有表证。

（六）舌苔与脉象　一般为薄白苔，病情发展时，可出现黄苔或黑苔，而舌质红绛、紫暗、青紫或有瘀斑。在闭塞性动脉疾病，肢体动脉搏动减弱或消失，脉象为沉涩、沉迟、弦涩，郁久化热肢体坏疽时，可见滑数、洪大脉象。

（七）微循环与血液流变学　周围血管疾病常发生微循环障碍，甲皱微循环检查，可见毛细血管襻短少、痉挛、渗出，排列紊乱、模糊；管内血流缓慢，红细胞聚集，呈粒状流，甚至瘀血。由于不同的周围血管疾病所发生的动脉、静脉的闭塞或栓塞，都可出现血瘀的共同表现，因而存在血液流变性和血液粘度异常。如全血粘度、血浆粘度增高，红细胞和血小板表面电荷减少，电泳时间变慢，而引起红细胞、血小板的聚集和凝血，血液处于高凝状态。

第五节　周围血管疾病的中医辨证

周围血管疾病的辨证，是通过询问病史、体格检查（包括四诊），必要时结合实验室和辅助检查，按照中医理论体系，对疾病的临床表现（证候）加以分析、归纳，进行八纲、病因、脏腑辨证。在辨证的基础上，给予论治——立法、处方、用药。这种辨证论治原则，是中西医结合诊治周围血管疾病的重要内容。

一、八纲辨证

八纲是临床最基本的辨证方法，辨阴证、阳证是辨证的总纲，一般热、实、表属阳证，寒、虚、里属阴证。表里是指疾病的部位、深浅；寒热是指疾病的性质；虚实是指人体

表2 八纲辨证

证型		病期	部位	全身症状	局部情况	舌苔	脉象
阳证	热			发热，面红，口渴，喜冷饮，烦躁，尿黄或短赤，大便秘结	肢体红肿，发红索条硬结，灼热疼痛，或肢体溃烂，脓液黄白，坏死组织多，有恶臭气味	苔黄燥，舌质红绛	洪数、滑数、弦数
	实	急性新病		高热，烦燥，谵语，身体壮实，尿赤涩，大便秘结	肢体肿胀紧韧，或红肿高起，灼热剧痛，拒按，或肢体溃烂，脓液黄稠，肉芽鲜红，疮口易愈合	黄燥、黑苔、舌质红绛或紫暗	洪数有力
	表		浅，在肌表、经络，病轻	发热，恶寒，头痛，全身不适	肢体病变初起，肿胀，疼痛，或轻度急性炎症，红肿热痛不明显	苔薄白	浮数、浮洪
阴证	寒			怕冷，形寒，面色苍白，口不渴，喜热饮，安静懒动，便溏，尿清长	肢体冰凉，呈苍白色，或肢体干性坏疽，微肿，不热，隐痛或胀痛，无脓，或脓液清稀	苔薄白，舌质淡	沉迟
	虚	慢性久病		不发热，或潮热，身体虚弱，消瘦，倦怠，无力，气弱懒言，纳呆，尿白利清长，便溏薄	肢体萎缩，或肿胀，不红或微红，肢体疼痛轻，溃烂后期，脓液清稀，肉芽淡白，疮口难愈合	苔薄白，舌质淡嫩	沉细、细弱无力
	里		深，在脉、筋骨、内脏，病重	高热，神昏谵语，烦躁，面红目赤，口渴，尿黄赤，便秘结，多见于热毒入里，发生毒血症、败血症	肢体严重坏疽继发感染，脓红散漫，边界不清，灼热剧痛，筋骨发黑坏死	苔黄燥、焦黑	沉数、滑数、沉实有力

抗病能力的强弱和病势的盛衰，虚是指正气虚，实是指邪气实（见表2）。

由于周围血管疾病比较复杂和发展阶段不同，因此八纲辨证是互相联系，又可以互相转化的。如寒证转化为热证，热证又可以转化为寒证，或为寒热交错；虚证转化为实证，实证又可以转化为虚证，或为虚实夹杂。临床辨证时，应将病人的全身症状与肢体局部情况结合起来，并结合其他辨证方法，进行分析、判断。周围血管疾病最常见的临床症状是肢体疼痛，现将肢体疼痛的辨证列述如下（见表3）。

表3　肢体疼痛的辨证

	寒痛	热痛	血瘀痛
病因	寒凝	热结	瘀阻
临床特点	1. 不热或低热 2. 肢体冰凉苍白 3. 缓痛胀痛 4. 得温而痛缓 5. 遇寒而痛甚	1. 发热或高热 2. 肢体燥红灼热 3. 剧痛而拒按 4. 遇冷而痛缓 5. 遇热而痛甚	1. 不热或低热 2. 肢体紫暗瘀斑 3. 青筋肿胀 4. 持续疼痛而固定 5. 遇寒而痛甚
舌苔	苔薄白，舌质淡	苔黄燥，舌质红绛	苔薄白，舌质红绛，有瘀斑
期型	多为局部缺血期，或营养障碍期，阴寒证	多为坏死期，实热证	多为营养障碍期，血瘀证
病种	动脉闭塞性疾病，雷诺氏病等	动脉闭塞性疾病，肢体坏疽感染，红斑性肢痛病等	动脉闭塞性疾病，静脉疾病等
治疗原则	温通活血法	清热凉血法	活血化瘀法

二、病因辨证

周围血管疾病的病因辨证主要有：

（一）气　以气滞、气郁、气虚为主。气滞血瘀，血脉瘀阻，肢体发凉怕冷，呈潮红色或苍白色，疼痛时轻时重，或时而消失，当生气、情绪激动时，肝郁气滞，可使症状加重或引起发作。气虚时，气血运行不畅，肢体发凉疼痛，或肢体肿胀，广泛散漫，胀痛不适，或身体虚弱，倦怠无力，气弱懒言。舌苔薄白，舌质淡，脉弦或细弱。见于周围血管疾病动脉闭塞，肢体血液循环障碍，雷诺氏病，以及肢体静脉瘀滞、回流障碍。

（二）血　以血瘀为主，并可见血虚。气滞血瘀，肢体发凉怕冷，呈紫暗色或有瘀斑，呈持续性固定性疼痛，或肢体青筋肿胀，硬性紫暗结节、索条状物，胀痛不移。舌质红绛、紫暗，或有瘀斑；脉沉涩，或弦涩。见于周围血管疾病动脉闭塞或栓塞，肢体严重血液循环障碍，以及深静脉血栓形成、血栓性浅静脉炎等。血虚时，面色口唇淡白，头晕眼花，肢体酸麻，肌肉萎缩，皮肤趾甲干燥，脱屑。舌质淡红，脉沉细无力。多见于周围血管疾病肢体缺血，发生营养障碍改变，或久病身体虚弱，气血耗伤所致。

（三）寒　以寒凝血瘀，气血凝滞，阳气不能宣通为主。肢体冰凉，畏寒怕冷，呈苍白色，疼痛持续或间歇发作，遇寒冷则症状加重，或引起发作，疼痛加剧。舌苔薄白，脉沉迟。见于周围血管疾病动脉闭塞，肢体血液循环障碍，雷诺氏病等。

（四）热　以寒凝郁久化热为主。化热初期阶段，发热，肢体起结节红斑及硬索条状物，或肢体轻度坏疽继发感染，灼热疼痛。舌苔薄白或黄，脉滑数。化热炽盛阶段，高热，烦躁，口渴，尿黄赤，肢体严重坏疽继发感染，红肿灼热剧痛，重则神昏谵语，热伤津液。舌苔黄燥或黑苔，脉洪数。

可见于血栓性浅静脉炎，以及肢体动脉闭塞，发生肢体坏疽，出现毒血症或败血症。

（五）湿　为脾失健运，水湿停滞，以湿热、寒湿为主。湿热蕴结：发热，肢体肿胀，或肢体坏疽继发感染，发红灼热疼痛，舌苔黄腻。多见于血栓性静脉炎、下肢静脉曲张继发感染，以及动脉闭塞性疾病发生轻度肢体坏疽。寒湿凝滞：肢体肿胀，胀痛，发凉怕冷，沉重无力，舌苔白腻。多见于下肢深静脉血栓形成、下肢静脉曲张，以及肢体动脉闭塞性疾病。

（六）痰　为痰湿内蕴，瘀阻脉络，以痰瘀为主。肢体发凉，麻痛，轻度肿胀，呈苍白色，或紫暗色，腰酸重着，步行滞重。舌苔白腻，脉弦滑、坚硬。多见于肢体闭塞性动脉粥样硬化，以及髂股静脉血栓形成，股静脉呈硬索状，不易消退者。

三、脏腑辨证

脏腑辨证，是以脏腑功能和病理变化进行分析、归纳的一种辨证方法。周围血管疾病的脏腑辨证，以心、脾、肾、肝病证多见，而且脏和脏，脏和腑之间互相联系、互相影响。

（一）心　主血脉，主神志，开窍于舌。心阳虚（心气不足），则心悸，胸闷痛，体虚无力，面色㿠白，肢体发凉怕冷。舌苔白质淡，脉细弱。心阴虚（心血不足），则心慌，健忘，失眠，头晕，目眩，面色淡白无华。舌质淡白或淡红，脉细数。心的阳气足，则血脉运行畅通，维持正常血液循环。但肾阳虚可导致心阳虚，而心阳虚又可使肾阳虚。同时心血的生成，必须依赖脾的运化，化谷为精微，充实血脉；而脾的运化功能，又需要心阳的推动。当心血耗伤，心的阳气不足时，则血脉瘀闭，发生肢体血液循环障碍。

（二）肾　主藏精，主水，主骨，开窍于耳。肾阳虚，则身体瘦弱，全身畏寒，腰脊酸痛，肢体发凉怕冷，阳萎，阴冷，食少，便溏，浮肿。舌苔白质淡，脉沉细无力。肾阴虚，则头晕，目眩，耳鸣，腰腿酸痛无力，手足心热，盗汗。舌质红，脉细数。脾的运化功能，要依靠肾阳的温运；而肾阳虚可引起脾阳虚，运化功能失常。肾阳与肾阴又是协调平衡的，肾阴虚则肾阳亢，命门火旺；而命门火旺又可耗伤肾阴。肾阴虚又可导致心肾失调。肾阳虚，命门火衰，阳气不能下达，发生肢体血液循环障碍，出现下肢发凉怕冷，麻木，冷痛等。

（三）脾　主运化，主四肢、肌肉，统血，开窍于口。脾虚湿盛，则胃脘胀满，不思饮食，肢体肿胀，沉重无力。舌苔白腻质淡，脉沉缓。脾阳不振，则食后腹胀满，消化不良，疲乏无力，面黄唇淡，四肢发凉怕冷，肌肉萎缩。舌苔白质淡，脉沉细。脾阳不振，阳气虚衰，运化功能失常，不能输送精微于血脉，气血难达四肢末端，出现肢体缺血征象。

（四）肝　主筋，主疏泄，藏血，开窍于目。肝喜畅达，肝气郁结时，则胸胁疼痛，胸闷不舒，烦燥，易怒，饮食不振。舌苔薄白，脉弦。肝血不足，血脉瘀阻，则头晕，目眩，肢体疼痛，麻木，行步无力，面色苍白，重则郁久化热，肢体坏疽，肉腐筋烂。舌苔白或黄，舌质红绛，脉弦涩或弦数。脾虚，可引起肝血不足（肝阴虚）；肾阴虚，则肝失滋养，引起肝阴不足；心血不足，或耗伤过度，则血亏肝虚，血不养筋。

第六节　周围血管疾病的常用治疗法则

作者根据多年来临床实践，总结周围血管疾病的常用治疗法则如下：

一、活血化瘀法

（一）应用活血化瘀法的基本原则

应用活血化瘀法治疗周围血管疾病时，应注意以下基本原则：

1．血瘀的虚实寒热　周围血管疾病的血脉瘀阻，气血运行不畅，发生血液循环障碍是其共性，但在疾病发展阶段的临床表现各有特殊性，有寒凝血瘀，有瘀滞久而化热者，有气血虚寒而有瘀者等等。因此，临床上应根据具体病情，辨证论治，分辨虚实寒热，灵活应用活血化瘀法，以提高临床疗效。

2．血瘀的轻重　血瘀有轻有重，临床上应根据不同的病情选用药力不同的活血化瘀药物。

3．血瘀与气血的关系　祖国医学理论很重视气血学说，认为气与血有密切关系，“气为血帅，血随气行”，气行血亦行，气滞血亦滞。血瘀时，气必滞，则气血运行失调。所以，临床上治疗血瘀症时，必须考虑到“气”的情况，给予益气、调气、行气治疗。

（二）应用活血化瘀法的适应症　气滞血瘀、经络瘀阻是周围血管疾病的常见病理变化，有明显的血液循环和微循环障碍，所以活血化瘀法是治疗周围血管疾病的主要治法，在周围血管疾病的治疗中有较广泛的适用范围。活血化瘀药具有活血化瘀、通络止痛、消坚散结等作用。适用于：①各种

原因所致的动脉闭塞和栓塞，如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、雷诺氏病、大动脉炎和急性肢体动脉栓塞等；②各种静脉循环障碍（瘀血），如血栓性浅静脉炎、下肢深静脉血栓形成和下肢静脉曲张等；③对急性血管（动脉或静脉）炎症，常与清热解毒法配合使用，以控制血管炎变；④当周围血管疾病稳定阶段，以活血化瘀法为主来改善肢体血液循环和进一步消除血管炎症。

（三）活血化瘀法的具体应用

1．益气活血法　周围血管疾病患者表现瘀阻而体弱气虚时（气虚血瘀），活血法与补气法配合应用，加用黄芪、党参、人参，以补其不足，攻其瘀滞，攻补兼施。目的在于消除瘀阻，流通血脉，调和气血。清代王清任应用活血化瘀法治疗各种瘀血病证，重用黄芪加活血化瘀药，以补气消瘀为其突出特点。治疗周围血管疾病适用于：①瘀阻久积或病情恢复阶段而有体弱气虚者；②活血法与补气法联合应用，可以提高活血化瘀法的疗效；③在重用或久用活血化瘀药时，配合补气药，以达到消瘀而不伤正气的目的。

2．温通活血法　血宜温，温则通，寒则凝。《内经》指出："寒独留，则血凝泣，凝则脉不通……"。周围血管疾病，如血栓闭塞性脉管炎、雷诺氏病、大动脉炎、闭塞性动脉粥样硬化等，主要表现为寒凝血瘀证，患肢发凉怕冷，遇寒冷则症状加重，或引起发作，疼痛加重（寒痛），宜用温通活血法治疗。临床上可选用偏温性活血化瘀药物：当归、川芎、鸡血藤、苏木、红花、三七、元胡、姜黄、刘寄奴等。同时配合温热药：附子、桂枝、肉桂、干姜等。

3．清热活血法　肢体血液循环障碍，寒凝血瘀，瘀滞久而化热，进而发生肢体坏疽继发感染，局部红肿热痛，怕热，

剧痛（热痛），以及肢体出现痛性红斑结节（血栓性浅静脉炎），红斑性肢痛病，表现为热证，宜用清热活血法治疗。临床上可选用偏寒性活血化瘀药物：丹参、赤芍、丹皮、地龙、茜草、土鳖虫等。同时配合清热解毒药：金银花、蒲公英、紫花地丁、黄芩、连翘、板蓝根等。

4．活血利湿法　血瘀湿重，肢体有明显粗肿、水肿时，宜用活血利湿法治疗，在活血化瘀药中加用利湿药。临床适用于：①血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、急性肢体动脉栓塞伴有肢体肿胀者；②下肢静脉曲张、下腔与髂股静脉血栓形成静脉血液回流受阻，出现不同程度肢体肿胀者。消瘀通脉从根本上便于利湿消肿，利湿后肢体肿胀消退，有利于消瘀通脉，恢复肢体血液循环。

5．行气活血法　气与血有密切关系，血瘀时，气必滞；郁怒而气滞时，则形成气滞血瘀，气血运行不畅，“气塞不通，血壅不流”。《内经》很强调保持气血的运行，指出：“疏其血气，令其调达。”如雷诺氏病患者，当生气、情绪激动时，可引起两手或足对称性颜色改变，出现明显的气滞血瘀症状。因此，应用活血化瘀法治疗周围血管疾病时，应配合行气药，如香附、木香、枳壳、青皮、乌药、沉香等，而一些活血化瘀药同时兼有行气作用，如川芎、郁金、元胡、姜黄、川楝子等。

6．养血活血法　《内经》指出：“脉泣则血虚，血虚则痛。”张仲景治疗血瘀虚证（干血痨）用大黄䗪虫丸，攻补兼施，是以活血化瘀法治疗慢性虚弱证。《景岳全书》治疗血瘀证指出：“血有虚而滞者，宜补之活之。”唐容川的《血证论》对活血化瘀治疗血瘀证，主张补血祛瘀，指出：“不补血而去瘀，瘀又安能尽去哉？”周围血管疾病血瘀而兼有血虚时，应

该活血化瘀法与养血法配合应用。常用的养血药有：当归、芍药、地黄、阿胶等。而一些活血化瘀药同时兼有养血作用，如丹参、赤芍、鸡血藤等。

7．活血破瘀法　张仲景善用活血破瘀的虫类药治疗瘀血重证。《景岳全书》指出："血有蓄而结之，宜破之逐之"，王清任的《医林改错》中治疗各类瘀血病证50多种，包括外科疾病、脱疽等，很重视活血逐瘀法的应用，创制了"活血汤"、"逐瘀汤"等著名方剂，其中应用血府逐瘀汤治疗血栓闭塞性脉管炎的疗效已被临床证实。周围血管疾病瘀阻严重时，可应用活血破瘀药，临床适用于：①肢体固定性剧烈疼痛；②肢体紫红、青紫瘀肿；③肢端出现瘀点和瘀斑；④肢体青筋肿胀(下肢静脉功能不全)，皮肤色素沉着或呈暗褐色。活血破瘀药有：三棱、莪术、土鳖虫、桃仁、血竭、水蛭、虻虫、苏木、全蝎、乳香、没药等。

8．补肾活血法　血栓闭塞性脉管炎、雷诺氏病和大动脉炎病人，可出现肾阳虚证候，表现为全身和肢体怕冷，腰膝酸软无力，肢体疲累酸困，应活血化瘀药配合温补肾阳药治疗。常用的温补肾阳药有：仙灵脾、巴戟天、肉苁蓉、破故纸、菟丝子等。

(四) 活血化瘀药的作用原理　近年来，经中西医结合研究，无论从临床实践和实验研究，都提高和发展了祖国医学的活血化瘀法。有关活血化瘀药的作用原理为：

1．有明显扩张周围血管作用，解除血管痉挛，增加肢体血流量，改善肢体血液循环。如丹参、川芎、红花等有明显扩张周围血管作用，改善肢体的末梢血液循环。当归、穿山甲、水蛭、益母草也具有扩张周围血管作用。当归有解除周围血管平滑肌痉挛的作用，可增加血流量。川芎生物碱有减

少血管阻力，增加冠状动脉流量的作用。这种扩张血管的作用（对动脉、静脉、毛细血管都有影响）可能是活血化瘀药的共性。

2. 改善微循环，促使血流加速，改善局部组织营养。如丹参、桃仁、红花、川芎、当归、三棱、莪术等，有改善微循环，使血流明显加速，增加毛细血管张力，降低毛细血管通透性等作用。

3. 抗凝血和防止血栓形成。丹参能使全血及血浆粘度下降，红细胞电泳时间明显加快，使聚集的红细胞发生解聚作用，这些变化有利于血液在血管中流动，因而具有抗凝血和防止血栓形成作用。川芎生物碱对积聚的血小板有解聚作用，能降低血小板表面活性，因而有抗血小板粘附和聚集作用。赤芍、鸡血藤、川芎、红花、长白瑞香都有抗凝血作用。中国医学科学院对活血化瘀药的研究分为：①养血活血药：当归、鸡血藤、赤芍、白芍、丹参，抑制血小板聚集的作用最强；②活血化瘀药：川芎、红花、益母草、蒲黄、苏木、山楂，增加血流量和抑制血小板聚集的作用较强；③化瘀止痛药：乳香、没药、元胡、郁金、五灵脂，镇痛的作用最强；④破瘀活血药：三棱、莪术、刘寄奴、桃仁、水蛭、穿山甲，增加血流量的作用最强。血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化病人血浆纤维蛋白原含量增高，可促使病情发展和血栓形成。活血化瘀药能使血浆纤维蛋白原含量下降，具有促进纤维蛋白溶解作用。丹参增强纤维蛋白溶解活性作用，可能是通过激活纤溶酶原——纤溶酶系统。说明活血化瘀药对血凝系统和纤溶系统有明显影响。

4. 有抗菌消炎作用，促使血管炎症吸收。活血化瘀药的抗感染作用已被临床实践和实验研究所证实，逐渐引起重视。

如赤芍、丹参、川芎、丹皮、红花等均有不同程度的抑菌作用，是在调节机体反应性的基础上直接或间接地达到抗感染、消炎目的，活血化瘀药与清热解毒药同用，有加强抑菌和减毒两方面的作用。

5．有降低血脂作用。如丹参、赤芍、三七、当归等有降低血脂作用；红花能降低胆固醇；郁金能降低血脂和能减轻动脉内膜粥样斑块形成的作用。

6．有促进创口愈合作用。作者多年来，应用白花丹参注射液（或丹参注射液）静脉滴注，对促进血栓闭塞性脉管炎病人肢体创口愈合有显著效果，这与肢体血液循环得到改善有密切关系。徐荣辉（1982 年）以动物试验证明，应用丹参注射液肌肉注射后，创口出现丰富的毛细血管，肉芽组织增生较快，而促进创口愈合。

周围血管疾病出现的血瘀，根据“异病同治”的理论，都可以应用活血化瘀法进行治疗。中国医学科学院研究表明，祖国医学的血瘀即是血液循环障碍，尤其是微循环障碍，而活血化瘀药具有增加血流量，改善血液循环和微循环作用。上海第一医学院研究证明，各种血瘀症病人所共有的血液循环和微循环障碍，是在血液流变性和血液粘度异常的基础上产生的，而活血化瘀药都具有改善血液流变性和血液粘度异常的作用，可以纠正血液循环和微循环障碍。这可能是活血化瘀药能够“异病同治”的药理学基础。

基于不同的周围血管疾病都可出现血瘀的共同特征——血液循环障碍，那么在辨证论治的基础上，在疾病的整个过程中都应贯穿活血化瘀治疗。我们对血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎、雷诺氏病、下肢深静脉血栓形成等疾病，以辨证论治活血化瘀内服中药治疗的同时，应

用白花丹参注射液静脉滴注和紫花丹参注射液穴位注射，对流通血脉，改善肢体血液循环更有明显效果，缓解或消除症状较快，可以缩短疗程，同时对控制血管炎症也有一定作用。我们临床观察，血栓闭塞性脉管炎病人血液粘度增高，当应用活血化瘀治疗，内服活血通脉饮和白花丹参注射液静脉滴注，随着病人肢体血液循环改善，症状缓解或消失，而血液粘度下降，红细胞、血小板电泳变快。上海第一医学院研究结果，血栓闭塞性脉管炎病人血液粘度增高的原因主要是由于红细胞、血小板表面电荷的减少而引起的红细胞、血小板的聚集和凝血。这为阐明活血化瘀药的作用原理提供了科学依据。

因周围血管疾病发展过程中的不同阶段有其不同的变化和特殊性，就不能单纯以活血化瘀法应用于疾病的全过程，必须对具体病人作具体分析，针对每种疾病各个阶段的特殊性，进行辨证论治，与其他治疗法则联合应用，才可以提高临床疗效。

活血化瘀药的治疗作用，与其用量大小有一定的关系。苏木一般用量是活血药，若增加到 15 克，就有破血作用。红花用 10 克常作破血药，小量应用则只有活血作用。"少用则和血，多用则破血"，这可能具有普遍性，临床上应引起注意。重庆医学院第二附属医院，对红花的周围血管作用进行实验研究证实，川红花注射液对周围血管有明显的消除肾上腺素和去甲肾上腺素收缩血管的作用。认为红花用量小，效果不明显，治疗血栓闭塞性脉管炎时，用量到 30 克，则效果满意，无不良反应。作者临床上治疗周围血管疾病血瘀重症（血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化等），常用红花 30 克，作为破血祛瘀治疗，对消除瘀阻，流通血脉的效果比较显著，

未见有任何不良反应。

临床上应根据不同的病情选用药力不同的活血化瘀药物，轻者肢体发红瘀肿，轻痛，可应用一般活血化瘀药：丹参、赤芍、当归、川芎、红花、桃仁、鸡血藤、乳香、没药、郁金、姜黄、元胡、川牛膝、三七、苏木、王不留行等；重者肢体紫红瘀肿和肢端出现瘀斑、瘀点，剧痛，应用破血祛瘀药：三棱、莪术、刘寄奴、土鳖虫、水蛭、虻虫等。

二、清热解毒法

周围血管疾病多有急性血管炎症，以及寒凝血瘀郁久化热，肢体出现溃烂继发感染，常表现为不同程度的热证，根据中医“热者寒之”的原则，清热解毒法在周围血管疾病中也是常用的主要治法。清热解毒药多具有抗菌消炎作用。临床具体应用为：①湿热者，寒湿郁久化热初期阶段，肢体轻度坏疽感染，发红肿胀疼痛，应清热利湿；②湿热蕴结，瘀血留滞脉络，如血栓性浅静脉炎和下肢深静脉血栓形成，以及肢体动脉急性炎症，出现红肿疼痛硬性索状物或结块，应清热利湿与活血化瘀法配合应用；③热毒炽盛，肢体溃烂严重继发感染，应清热凉血；④肢体坏疽继发感染，高热，热盛伤阴者，以及大动脉炎活动期（阴虚内热），应养阴清热，并与清热解毒法配合应用。

周围血管疾病常用的清热解毒药　清热解毒：金银花、蒲公英、连翘、紫花地丁、大青叶、板蓝根、漏芦；清热泻火：黄芩、黄连、黄柏、栀子、柴胡、知母；清热凉血：丹皮、赤芍、生地、紫草；养阴清热：元参、麦冬、石斛、玉竹等。

三、温经散寒法

周围血管疾病主要为寒凝血瘀，血液循环障碍，常出现

阴寒证候。如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、雷诺氏病、大动脉炎等，病人常有肢体发凉怕冷，可用温经散寒法，常与活血化瘀法、补气养血法配合应用。温经散寒药具有温经散寒，回阳通脉，扩张血管，改善肢体血液循环作用。

周围血管疾病常用的温经散寒药　附子、肉桂、干姜、桂枝等。

四、温肾健脾法

周围血管疾病，如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎、雷诺氏病等病人可出现脾肾阳虚证候，表现为全身畏寒，肢体怕冷，冷痛刺骨，遇冷则肢体皮肤苍白色，身疲乏力，腰膝酸软无力，阳萎阴冷，胃纳不振，下肢肌肉萎缩。舌苔薄白质淡，脉沉细缓。应温肾健脾与益气活血法、温经散寒法配合应用。重庆市第一中医院（1965 年）对脉管炎病人以肾虚为主者，用补肾活血通络法治疗。广州市中医医院（1980 年）对肾虚型脉管炎病人，应用温肾壮阳法治疗，可使病情好转，患肢转温暖，促进创口愈合。

周围血管疾病常用的温肾健脾药　仙灵脾、巴戟天、肉苁蓉、破故纸、菟丝子、川断、山药、怀牛膝、党参、白术、砂仁、炒麦芽、鸡内金、陈皮等。

五、利水渗湿法

周围血管疾病常有肢体静脉回流受阻，充血瘀滞，以及肢体坏疽继发感染和淋巴系统受累，均可发生肢体肿胀，水湿壅盛。因此，利水渗湿法在周围血管疾病中也比较常用。单纯肢体肿胀者为湿盛（如下肢静脉曲张、下肢深静脉血栓形成静脉回流障碍等），应利水渗湿，佐以活血化瘀；肢体肿胀明显，轻微发红，有炎症表现者为湿盛于热（如下肢静脉

曲张、血栓闭塞性脉管炎伴有轻度感染等），应利湿为主佐以清热；肢体红肿灼热，炎症明显者为湿热壅盛（如血栓性静脉炎、血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化有明显感染等），应清热利湿。

周围血管疾病常用的利水渗湿药　薏苡仁、赤小豆、猪苓、泽泻、车前子、防己、木通、滑石、茯苓等。

六、软坚散结法

周围血管疾病有因痰瘀阻络、痰结痹阻而致者，气血不得宣通，瘀结凝滞，可以应用软坚通络、化痰散结法，并与活血化瘀法配合应用。临床适用于：①闭塞性动脉粥样硬化，肢体麻木、发凉、疼痛，出现紫绀或瘀斑，步行沸重，脉弦滑、弦硬；②血栓性浅静脉炎后期，肢体遗留硬结节、硬索状物，微肿，胀痛，不易消退者；③髂股静脉血栓形成，股静脉呈硬索状，紧胀疼痛，难以消退者。

周围血管疾病常用的软坚散结药　夏枯草、海藻、橘核、生牡蛎、皂角刺、穿山甲、地龙、忍冬藤、鸡血藤、络石藤等。

七、镇痉通络法

周围血管疾病由于气血凝滞，血管痉挛、闭塞，引起肢体血液循环障碍，病人常有肢体胀痛、剧痛和肌肉抽动，故镇痉通络法常与活血化瘀、清热解毒法配合应用，以增强其解毒、镇痉、通络、散结、止痛作用。同时适用于血管炎症。如血栓性浅静脉炎、下肢深静脉炎和血栓闭塞性脉管炎的血管急性炎变阶段（动脉炎和游走性血栓性浅静脉炎），以及大动脉炎等，对控制血管炎症有效果。镇痉通络法主要应用虫类药物。自50年代，我国应用中医中药治疗血栓闭塞性脉管炎取得显著成效，但虫类药物的应用尚未引起重视。作者根据中医理论和现代医学的见解，把脉管炎的“炎”与“毒”、

“抽痛”与“风”联系起来思索，设想以虫类药物来解决“毒”和“风”。通过反复临床实践，于1964年创制成具有解毒镇痉、活血化瘀、通络止痛的四虫丸（全蝎、蜈蚣、土鳖虫、地龙），取得了满意效果。

周围血管疾病常用的镇痉通络药　全蝎、蜈蚣、地龙、乌梢蛇、钩藤等。

八、补气养血法

在周围血管疾病中，补气养血法主要用于平素身体虚弱的病人或恢复阶段气血耗伤，以及患肢肌肉萎缩、皮肤干燥、创口久不愈合，或出现虚实夹杂的证候。阴虚者当滋阴养血，阳虚者应补气助阳，临床上常根据病情补气与养血互相配合应用。

周围血管疾病常用的补气养血药　补气常用黄芪、党参、白术、黄精、太子参、人参、山药、甘草等；养血常用当归、熟地、白芍、鹿角胶、阿胶、何首乌等。

第七节　周围血管疾病的外治疗法

外治疗法在周围血管疾病的应用，和取得的显著疗效，日益受到重视。现根据临床经验，对外治疗法的应用作一简要介绍。

一、临床应用

（一）活血通络法　周围血管疾病主要由于气血瘀滞（瘀阻）所致，如血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、雷诺氏病和大动脉炎等，肢体缺血、瘀血，呈潮红色或紫绀，常有肢体疼痛。在下肢静脉曲张、下肢深静脉血栓形成，由于下肢静脉功能不全，瘀血留滞脉络，出现肢体肿胀、胀痛，和皮肤色素沉着，呈暗褐色。血栓性浅静脉炎慢性炎症期

（瘀结），肢体遗留硬结节和硬性索状物，常有疼痛，不易消退。这些周围血管疾病表现瘀阻明显，宜用活血通络法，应用活血止痛散、二号洗药等煎汤乘热熏洗患处，每日1～2次。能够改善肢体血液循环和促进侧支循环的建立，具有活血通络、消肿散瘀作用。

（二）温经回阳法　慢性肢体动脉闭塞性疾病，如血栓闭塞性脉管炎、雷诺氏病、大动脉炎等，主要表现为寒凝血瘀证，患肢明显发凉怕冷，遇寒冷则症状加重，或引起发作，疼痛加重，宜用温经回阳法，应用回阳止痛洗药或活血止痛散等煎汤乘热熏洗患肢，以温通血脉，改善肢体血液循环。

（三）解毒消肿法　慢性肢体动脉闭塞性疾病，由于肢体血液循环障碍，瘀滞久而化热，发生肢体坏疽继发感染，局部红肿热痛，脓多及有坏死组织。下肢静脉曲张并发溃疡，感染脓多，红肿疼痛。肢体血栓性浅静脉炎，出现痛性红斑、结节、硬索状物。这些周围血管疾病炎症感染明显，热毒壅盛，表现为阳证、热证，宜用解毒消肿法治疗。可以选用：

(1) 用解毒洗药（煎汤）、硝矾洗药（开水冲化），乘热熏洗或浸洗患处及疮口，每日1～2次。

(2) 患处外敷大青膏、茅菇膏，或用鲜马齿苋捣烂，外敷患处。也可将熏洗法与敷贴法相结合应用，在熏洗后，于患处或疮口周围外敷药膏（围敷法），更能提高疗效。

(3) 疮口脓液及坏死组织较多，可涂敷全蝎膏，每日1～2次。具有拔毒、祛腐、止痛作用。

(4) 在炎症红肿处，外涂黄马酊，每日3～4次。具有消炎止痛作用。

(5) 有疮口者，可在熏洗后，用大黄（黄芩或黄连）油纱布换药。

这些外治疗法，应用的药物有：蒲公英、金银花、芙蓉叶、连翘、黄连、黄柏、大黄等，对外科化脓性感染疾病有良好效果，具有明显的抗菌消炎作用，均可使早期急性炎症消散吸收而治愈，或者控制疮面感染，而使疮口顺利愈合。

（四）生肌敛口法　周围血管疾病发生肢体溃烂之后期，疮口干净，脓液很少，遗留残端溃疡，或慢性溃疡久不愈合者，宜用生肌敛口法，促进疮口愈合。可以选用：

(1) 用溃疡洗药或艾叶煎汤熏热浸洗患处和疮口，既有抗菌消炎作用，清洁疮面，又能改善局部血液循环，促进肉芽组织和上皮组织生长，而使疮口愈合。

(2) 应用生肌收口掺药，如生肌珍珠散、八宝丹等撒布于疮面，外盖玉红膏油纱布换药。方大定治疗 33 例下肢静脉曲张并发小腿溃疡，外用化腐生肌药后，溃疡周围轻度充血发红，肉芽转好，细菌明显减少，吞噬加强，则改用活血生肌法。当溃疡出现白色稠厚分泌物时，上皮组织生长，愈合加快。但疮面分泌物培养无细菌生长，见有大量纤维素及纤维母细胞，而促进溃疡愈合。因而证明祖国医学"煅脓长肉"独特理论的科学性和应用价值。

（五）燥湿止痒法　下肢静脉曲张和下肢深静脉血栓形成，静脉回流受阻、瘀滞，出现小腿皮肤营养障碍，干燥、脱屑，色素沉着，瘙痒、糜烂、渗液，发生湿疹样皮炎，或继发感染，表现为湿毒证，宜用燥湿止痒法，应用燥湿洗药或止痒洗药煎汤熏洗患处，洗后擦干，外撒黄柏散、青蛤散（或用香油调和涂搽）。这些外治疗法，熏洗法与掺药法相结合，既有燥湿、收敛、止痒的良好效果，又能抗菌消炎，清洁皮肤，防止或消除皮肤感染。

二、注意事项

（一）周围血管疾病由于肢体动脉闭塞，发生肢体溃烂时，应重视中西医结合整体治疗，疮口以清洁换药为好，避免使用有腐蚀性或刺激性的药物。

（二）外治疗法的应用，必须重视辨证论治原则。应根据病人的不同情况，选择适当的外治疗法。

（三）熏洗时，药汤温度应适宜，以病人感到舒适为好。

（四）当肢体坏疽处于发展阶段，而未局限稳定者，或者肢体呈干性坏疽时，均不适宜敷贴药膏和应用熏洗疗法。

第二章　常见周围血管疾病

第一节　血栓闭塞性脉管炎

血栓闭塞性脉管炎包括在祖国医学的“脱疽”范围，早在《内经》中已有记载，《灵枢·痈疽》篇谓：“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。”这是对肢体发生坏疽的典型描述，已经认识到包括血栓闭塞性脉管炎在内的“脱痈”疾病的特点，并提出了手术处理方法。但对本病的早期则缺乏明确的记载，可能部分相当于“痹”等疾病范围。汉代华佗《神医秘传》载：“此症发生于手指或足趾之端，先痒而后痛，甲现黑色，久则溃败，节节脱落，宜用生甘草，研成细末，麻油调敷……内服药用金银花三两，元参三两，当归二两，甘草一两，水煎服……”。这是最早总结出的“脱疽”内服药物疗法和外治疗法。这四味大剂量解毒养阴活血药物，被近代誉称为“四妙勇安汤”，对治疗血栓闭塞性脉管炎等周围血管疾病，给我们留下极其宝贵的经验。至晋代皇甫谧的《针灸甲乙经》(公元3世纪)，和南北朝时代我国最早的外科学专著——龚庆宣的《刘涓子鬼遗方》(公元5世纪) 开始改名为“脱疽”。到了唐代，孙思邈的《千金翼方》也有“脱疽”记载，由于受《内经》强调施行手术治疗“脱疽”的思想影响，也主张用“毒在肉则割，毒在骨则切”等手术治疗。王焘的《外台秘要》有“脱疽”记载，论述与《内经》相同。到了明代，祖国医学对血栓闭塞性脉管炎的认识已积累了相当丰富的临床经

验，并有了新的发展。如陈实功的《外科正宗》（公元1615年）有“脱疽论”专篇论述：“凡患此者，多生于手足，故手足乃五脏枝干，疮之初生，形如粟米，头便一点黄泡，其皮犹如煮熟红枣，黑气侵漫，相传五指，传遍上至脚面，其疼如汤泼火燃，其形则骨枯筋练，其秽异香难解……”。对“脱疽”的病因和发病机理、症状、预后和治疗均有记载，除内服中药治疗（解毒济生汤、人参养荣汤、补中益气汤、十全大补丸等）外，还应用针灸、熏洗和外用药粉等疗法。并指出肢体坏疽发展的严重性，“若割取之后，黑色仍漫，痛肿尤甚，败恶无脓，口干舌硬，精神不爽，食不知味者终死。”可以说这是记载“脱疽”最详细、最重要的一部著作。此外，薛己的《外科枢要》、申斗垣的《外科启玄》、陈文治的《疡科选粹》等著作均有“脱疽”记载。至清代，祖国医学对血栓闭塞性脉管炎有了更进一步的认识，对“脱疽”的病因、发病机理和临床表现论述颇详，丰富了临床治疗方剂，有了比较成熟的治疗方法。如王洪绪的《外科证治全生集》（1740年）强调外科疾病“以消为贵，以托为畏”，主张“脱骨疽”以内服阳和汤、犀黄丸和小金丹治疗。鲍相璈的《验方新编》主张应用“四妙勇安汤”治疗。过玉书的《增订治疗汇要》中有“脱骨疔”专节论述，载有顾步汤、除湿保脱汤和顾步保脱汤等治疗方剂。此外，祁坤的《外科大成》、吴谦的《医宗金鉴》、顾世澄的《疡医大全》、高秉钧的《疡科心得集》、邹五峰的《外科真诠》等著作也均有“脱疽”记载。这些宝贵的经验，对于目前中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎仍有很大价值。而现代医学直到1879年威尼华特（Winiwarter）氏对本病才有初步描述，1908年贝尔格（Buerger）氏进行了临床观察和病理变化研究，认为是动脉急性炎症，最后导

致血栓形成，正式定名为血栓闭塞性脉管炎，故后来又被称为贝尔格（Buerger）氏病。

【病因】

关于血栓闭塞性脉管炎的发病原因，目前尚未完全明了。现根据祖国医学和现代医学的认识，将有关的主要学说作一简要介绍。

（一）性激素学说　根据文献报告，血栓闭塞性脉管炎绝大多数是男性发病，女性罕见，男女之比为23.6～56.3:1。1971年全国中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎经验交流会的2 811例分析，男女之比为29.1:1。1976年山东省中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎经验交流座谈会的1 625例分析，男女之比为34.6:1。1965年南京中医中药治疗血栓闭塞性脉管炎临床研究工作会议的1 109例分析，男女之比为37.2:1。王嘉桔统计我国7 772例血栓闭塞性脉管炎，女性病人占5.5%。作者总结山东中医学院附属医院1959～1975年治疗的401例血栓闭塞性脉管炎病人中，男性394例，女性7例，男女之比为56.3:1。作者（1986年）又总结的387例血栓闭塞性脉管炎病人中，男性385例（99.48%），女性2例（0.52%）。济南市中医医院统计的332例中，男性327例，女性5例，男女之比为65:1。黑龙江中医学院和佳木斯医学院的132例血栓闭塞性脉管炎全部为男性。同时，发病年龄大多数为青壮年（20～40岁），正是性功能旺盛时期，占80.4～93.1%。作者总结的401例血栓闭塞性脉管炎，发病年龄以21～40岁为最多，共344例，占85.7%。男女发病率相差如此悬殊，而男性中又以青壮年为最多，对这种几乎完全侵犯男性的特殊性，认为性激素与血栓闭塞性脉管炎的发病有重要关系。可能男性激素容易促使血管病变的发生，

或女性激素对血管有一定的保护作用。

（二）精神情志学说　精神刺激，忧思过度，情志不舒，可使心、肾、脾、肝的功能失调，而导致经络、气血功能紊乱，最后引起发病。心阳不足，心血耗伤，血脉运行不畅。《冯氏锦囊》谓："郁怒有伤肝脾……气血难达，易致筋溃骨脱"。思虑伤脾，或饮食失节，脾阳不振，怒则伤肝，肝气郁结或横逆，脾的运化功能失常，不能散精于血脉，逐渐气血两亏，气血难达四肢末端。肾阳虚，可使脾阳虚弱，运化失职，并可导致心阳不足；肾阴虚，心火偏亢，则心肾失调，而导致元气大虚，气血运行不畅。总之，人体脏腑功能紊乱，以致营卫气血运行失调，再加寒凉，邪客于经络，气滞血瘀，经络瘀阻，阳气不能达于四肢而发生本病。

（三）寒冻学说　在我国，血栓闭塞性脉管炎多发生于寒冷地带。我国北方地区的发病率远远超过南方地区，而且大多数病人在寒冷季节发病或使病情加重。因此，寒冻与血栓闭塞性脉管炎的发病可能有一定关系。《外科医镜》载："其原因多由跣足在冰雪地上行走，致气血为寒气冰凝而成"。辽宁中医学院附属医院（1965年）的148例血栓闭塞性脉管炎中有受寒冻者占64.86%。锦州医学院附属医院于永显（1979年）报告的310例血栓闭塞性脉管炎以东北三省为最多，均有受寒史。李家忠（1960年）统计北京地区426例血栓闭塞性脉管炎中有受寒冷潮湿者占46.1%。河南省汲县孙杏村卫生院郭延生（1980年）报告366例血栓闭塞性脉管炎有受寒冻史者占51.8%。作者总结401例血栓闭塞性脉管炎中，有受寒冻史者209例，占52.1%；在有明确发病季节记载的247例中，冬季发病126例，秋季发病74例，共计200例，占80.9%，以寒冷季节发病为多见。作者临床上曾多次遇

到，农民在寒冷季节下河劳动或挖井，因下肢受寒冻而发生血栓闭塞性脉管炎的典型病例。说明寒冻是诱发血栓闭塞性脉管炎的重要因素。这可能是机体内部已存在发病基础，再有寒冷作用于机体而引起发病。

（四）饮食失节学说　祖国医学认为，长期饮食失节（过度或不及），可使脾胃受伤，影响脏腑、经络的功能和气血的运行，气滞血瘀，经络瘀阻，而发生本病。曾有人注意到营养不佳，食物中缺乏某些营养物质，尤其是维生素B族缺乏，与血栓闭塞性脉管炎的发病有关。

（五）吸烟学说　血栓闭塞性脉管炎病人绝大多数有长期严重吸烟嗜好，吸烟与发生本病有密切关系。河北省沧州地区人民医院（1972年）的282例血栓闭塞性脉管炎中吸烟者占90.8%；广州市中医医院（1972年）的115例血栓闭塞性脉管炎中吸烟者113例，占98.2%；于永显（1979年）报告的310例血栓闭塞性脉管炎中吸烟者占99.0%；作者总结的401例血栓闭塞性脉管炎中，有长期吸烟嗜好者356例，占88.7%，有从4岁、7岁、9岁即开始吸烟的病例。因此，吸烟与血栓闭塞性脉管炎的发病关系受到人们的重视。香烟中最有害的毒物是尼古丁。吸烟可兴奋血管收缩中枢和交感神经，并可促进肾上腺髓质分泌更多的肾上腺素，而致周围血管收缩，血管内皮细胞因缺氧而受到损害，毛细血管的血流减慢，血细胞聚集和血小板凝集，皮肤温度降低。但主要的是对烟草过敏所引起的血管变态反应。如长期大量吸烟，由于尼古丁中毒，可引起肢体动脉处于持续性痉挛状态，天长日久，发生血管壁的营养障碍，血管内膜增生、炎症，逐渐血栓形成和血管腔闭塞，出现肢体血液循环障碍。临床观察到，血栓闭塞性脉管炎病人经戒烟后疼痛缓解，症状逐

渐好转。如继续吸烟可使病情进展和恶化，治疗无效。说明吸烟对人体的有害影响是很大的。作者临床上遇到，几乎所有不听从劝告而坚持吸烟的病人其肢体终于发生坏疽，甚至病变发展难以控制而施行一侧或两侧下肢截肢手术，甚至病变又侵犯两上肢者，仍继续顽固地拒绝戒烟(见照片1)。

(六) 免疫学说　由于现代免疫学研究的进展，血栓闭塞性脉管炎的发病机理与自身免疫的关系受到重视。国内外文献报道认为血栓闭塞性脉管炎是一种自身免疫性疾病。应用免疫学检查方法，发现血栓闭塞性脉管炎病人抗动脉抗体阳性率达44.3～56.0%。广州市医药卫生研究所等对58例血栓闭塞性脉管炎病人进行血清免疫球蛋白测定，发现病人免疫球蛋白M (IgM) 较正常人升高，认为是免疫复合物而致病。郑萍等对血栓闭塞性脉管炎的免疫学研究表明，γ球蛋白、免疫球蛋白 (IgG)、免疫复合物增高，并用免疫荧光技术和电子显微镜观察，发现病变血管壁有免疫复合物斑块状沉积，同时T细胞及T抑制细胞降低，B细胞升高，认为是自身免疫性疾病。河南省豫北医专等应用E玫瑰花结试验测定24例血栓闭塞性脉管炎病人的细胞免疫功能，T淋巴细胞E玫瑰花结形成率低于正常人，表明病人T细胞功能低下。当应用益气活血法治疗后，随着临床症状好转，病人E玫瑰花结形成率升高，而提高T细胞免疫功能。中西医结合中医中药治疗，也具有调整机体免疫功能的作用。

(七) 遗传学说　血栓闭塞性脉管炎发病的遗传因素很早已受到注意。国内外文献报道中均有一家兄弟、父子、姑侄、叔侄、姐弟先后发生本病的。王嘉桔(1980年)报道七个家族17例血栓闭塞性脉管炎病人，男性15例，女性2例，年龄在22～44岁。病例中有三家兄弟各2人患病，二家姐弟

各2人患病，一家叔叔和堂兄弟4人患病，一家兄弟3人患病。广州市中医医院见到3例病人父子、兄弟同患血栓闭塞性脉管炎。梁国风（1986年）报告十一个家族19例血栓闭塞性脉管炎病人，其中有四家兄弟各2人患病，二家父子各2人患病，一家父亲兄弟、一家母亲兄弟各3人患病，堂兄弟、表兄弟、叔侄各一个家族各2人患病。马新普（1986年）报告一家兄弟2人同患血栓闭塞性脉管炎，其兄31岁，其弟27岁，均为左下肢首先发病，而后侵犯右下肢，同时伴有游走性血栓性浅静脉炎。说明血栓闭塞性脉管炎病人存在着遗传因素。在血栓闭塞性脉管炎病人相容性抗原（HLA）阳性率明显增高，而这种抗原与遗传因子有关，因此认为血栓闭塞性脉管炎的发病与相容性抗原（HLA）一些遗传基因有关。

（八）机械损伤学说　由于单纯机械损伤而发生血栓闭塞性脉管炎很少见。《外科大成》载："有因修甲受伤，咬伤冻伤，又因轧伤所致者……"。《增订治疗汇要》载："修甲受伤及咬伤、轧伤所致"。辽宁中医学院附属医院(1965年)的148例血栓闭塞性脉管炎中有外伤者占14.86%。河北省沧州地区人民医院(1972年)的282例血栓闭塞性脉管炎病人中有外伤者占8.5%。作者(1978年)总结的401例血栓闭塞性脉管炎病人中有外伤者占4.9%。可能外伤是促进发病的因素。作者临床上曾见到因特殊外伤而发生血栓闭塞性脉管炎的实例：有一位复员军人，在解放战争时期足背部内侧受枪弹损伤较重，以后发生本病。另一例为工人，因工作时不慎，足背部被机器轧伤，损伤足背动脉而引起发病。但一般外伤并不会引起发生本病。

在血栓闭塞性脉管炎的发病原理上，祖国医学认为，与

脏腑、经络及营卫气血有密切关系。《诸病源候论》载："疽者，五脏不调所生也……若喜怒不测，饮食不节，阴阳不和，则五脏不调，营卫虚寒，腠理则开，寒客经络之间，经络为寒所折，则营卫稽留于脉……营血得寒则涩而不行，卫气从之与寒相搏，亦壅遏不通……故积聚成疽……发于足趾，名曰脱疽"。祖国医学认为，人体气血运行周流不息，"血脉营卫，周流不休"，"如环无端"，"以营四末，内注五脏六腑"，"脉道以通，气血乃行"。如情志不舒、饮食失节、劳伤虚损和禀赋素虚等可使脏腑功能失调，引起心、脾、肾、肝的亏虚，而导致经络、气血功能紊乱，这种机体内部矛盾的发展，是发病的内因，在发病学上起主导作用。但也不应忽视寒冻、吸烟和外伤等外在不良刺激对机体内部的影响，这些外在因素可促使机体内部矛盾激化，当机体抗病能力降低时，才能引起发病。

【临床表现】

在祖国医学文献中有许多关于血栓闭塞性脉管炎临床表现的记载，如《外科大成》说："脱疽，生于足大趾，亦生于大指，初起黄泡，次如煮熟红枣，久则黑气浸漫，相传五指……此毒积于骨髓。不紫黑者生，未过节者可治，若黑漫五指，上传足趺，形枯筋练，疼痛气秽者死。"《外科医镜》说："初起足趾微肿，木痛，色变紫黑，逐渐延上至跗，而踝而胫而膝……轻脱去五趾，稍重脱去足跗，再重则膝胫脱矣。"《验方新编》说："此症生两足各趾头……或生指节，或生指缝，初生或白色痛极，或如粟米起一黄泡，其皮或如蒸熟红枣，黑色不退，久则溃烂，节节脱落，延至足背腿膝，腐烂黑陷，痛不可忍。"血栓闭塞性脉管炎主要累及四肢的中、小动脉和静脉，其临床表现是由于肢体动脉闭塞后，引

起肢体局部缺血所致。患者多在寒冷季节发病。发病时常从一侧下肢开始，首先在足趾端发病，以后累及对侧下肢，再逐渐累及上肢，但单独发生在上肢者比较少见。作者（1978年）总结401例血栓闭塞性脉管炎之分析，大多数发生在下肢，共计296例，占74.0%，四肢发病者65例，占16.3%，单独发生在上肢者仅有3例（见表4）。累及脑、肠、心、肾

表4　401例血栓闭塞性脉管炎的发病部位

部位	两下肢	右下肢	左下肢	两下肢兼单上肢	单下肢兼单上肢	两上肢兼单下肢	单上肢	四肢
例数	181	65	50	20	12	5	3	65
%	45.2	16.3	12.5	4.9	2.9	1.2	0.7	16.3

等部位血管者极为罕见。一般都是在四肢受累后或病情比较严重的情况下，而最后侵犯其他部位、脏器的血管。我们临床所见：2例血栓闭塞性脉管炎并发急性肠系膜血管栓塞，2例血栓闭塞性脉管炎并发急性心肌梗塞和1例脑部血栓闭塞性脉管炎，均为早已肢体受累病情较重，呈进行性反复周期性发作的病例。病程较长，发展缓慢，一般可持续数年或10多年以上，病情比较稳定，或呈进行性周期性发作，患肢处于慢性缺血状态。但也有多年病情稳定，由于在肢体动脉高度狭窄的基础上发生急性动脉血栓形成，而突然发作症状加重，肢体严重缺血，甚至发生单侧下肢或两下肢（股部、小腿、足部）广泛严重坏疽的。作者（1986年）总结的387例血栓闭塞性脉管炎中，病程最短40天，最长者33年；1至5年者169例（43.67%），为最多。发病1年以上，未进行系统治疗，仍继续吸烟者，病情逐渐发展加重，患肢缺血

征象都比较明显，有3/4病人的肢体发生溃疡和坏疽（见表5）。临床表现主要是肢体缺血的症状，而症状的轻重则决定于动脉闭塞的部位和程度，以及肢体侧支循环建立的情况。在发病的早期，病人常有肢体发凉怕冷、麻木、酸胀、疼

表5　387例血栓闭塞性脉管炎的病程与临床分期的关系

病程＼分期	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期			总计(%)
			1级	2级	3级	
1年以内	2	39	22	4	3	70(18.09)
1～5年	4	39	76	36	14	169(43.67)
5～10年		24	43	14	9	90(23.25)
10～15年		4	21	9	4	38 (9.82)
15～20年			5	7	2	14 (3.62)
20年以上			1	3	2	6 (1.55)
总计	6	106	168	73	34	387(100.0)

痛、间歇性跛行、下肢疲累、紫绀和游走性血栓性浅静脉炎，足部动脉搏动减弱或消失，后期由于严重血液循环障碍，可出现皮肤瘀斑而发生皮肤坏死（见照片2），甚至发生肢端溃疡或坏疽。作者（1969年）统计山东中医学院附属医院221例血栓闭塞性脉管炎病人，最常见的症状与体征为肢体发凉怕冷、静止痛、间歇性跛行、麻木、酸胀，其次为紫红色、潮红色、游走性血栓性浅静脉炎、溃疡、坏疽等（见表6）。

为了便于掌握临床诊断和辨别病情的轻重，根据发病过程，临床上可分为以下三期：

表 6　221 例血栓闭塞性脉管炎的症状与体征分析

症状与体征	例　数	%
发凉怕冷	219	99.1
麻木	174	78.7
酸胀	142	64.2
间歇性跛行	198	89.6
静止痛	199	90.0
游走性血栓性浅静脉炎	70	31.6
潮红	77	34.8
紫红	87	39.4
紫暗	43	19.5
苍白	14	6.3
溃疡	63	28.5
坏疽	72	32.5
水肿	57	25.9

第一期（局部缺血期）：患肢发凉怕冷、麻木、疼痛，走路时足及小腿酸胀及有疲累感，足底硬胀不适，耐寒能力降低，冬季症状加重。此后，常出现间歇性跛行，每行走 1～2 里路，病人小腿（腓肠肌）和足掌部发生酸痛、胀痛或抽痛，被迫稍停顿或休息 2～5 分钟，则症状迅速缓解消失，如再行走患肢仍出现同样症状。有些病人的小腿、足部和股部常反复发作游走性血栓性浅静脉炎（见彩色照片 1）。这些早

期症状，对临床诊断具有重要意义。患肢动脉搏动减弱或消失。

第二期（营养障碍期）：患肢发凉怕冷、麻木、疼痛和间歇性跛行加重，有静止痛，夜间疼痛剧烈，病人常两手抱足而坐，彻夜难眠。足部、小腿出汗减少或不出汗，趾甲生长缓慢，干厚、脆硬、变形（见照片3、4，彩色照片2、3、4），皮肤干燥、脱屑、皲裂，汗毛脱落，肢端呈潮红、紫红、青紫或苍白色，常有小腿肌肉萎缩。营养障碍严重者，可出现缺血性神经炎，有触电样或针刺样疼痛，以及感觉障碍。此时患肢动脉呈器质性改变，动脉搏动消失。

第三期（坏死期）：患肢由于严重血液循环障碍，趾部或足部发生溃疡或坏疽，多首先发生在足大拇趾和小趾（见照片5、6，彩色照片5），常由趾端开始，逐渐向上发展，可累及其余足趾，但大多数局限在足趾或足部，蔓延累及踝关节、足跟和小腿者很少见（见照片7）。单独足跟部、足背部发生溃烂坏疽者，多由于外伤或皮肤干裂继发感染所引起。肢体溃烂后，疼痛剧烈难忍，可伴有发热，意识模糊，胃纳减退，病人身体日渐衰弱，消瘦无力，可发生严重贫血和低血钾，但发生败血症者很少见。坏疽的足趾脱落后，容易发生骨残端骨髓炎或坏死组织存留，常遗留溃疡面经久不易愈合。根据坏疽的轻重和范围又可分为三级：

1. 一级坏死：坏疽仅局限于趾部（见照片8）。

2. 二级坏死：坏疽扩延到趾跖关节（见照片9）。

3. 三级坏死：坏疽扩延至足背部近踝关节或踝关节以上（见照片10）。

血栓闭塞性脉管炎发生的坏疽大多数是干性坏疽，可因继发感染而形成湿性坏疽。当肢体严重血液循环障碍时，如

修剪趾甲等轻微损伤，即可引起感染，发生溃疡或坏疽。肢体局部出现固定性严重疼痛，常是发生坏疽的先兆。坏疽和溃疡可同时存在，而溃疡常可促进坏疽的发展、加重。干性坏疽与湿性坏疽的区别如下：

干性坏疽：当肢体动脉闭塞后，患部无动脉血液供应，局部组织水分蒸发，吸收，逐渐干枯，皮肤皱缩，最后发硬，干黑坏疽。坏死组织与健康组织之间形成明显的分界线。由于坏死组织刺激，在分界线处有炎症性渗出物，健康组织逐渐长出新鲜肉芽，并连同上皮组织生长爬行而向远端推进，但局部感染不明显，无发红、肿胀，多无全身症状。如时间长久，坏死组织与健康组织可以完全分离，甚至坏死组织自行脱落。

湿性坏疽：当肢体动脉闭塞后，由于病人常将肢体下垂以缓解疼痛，静脉回流受阻，肢体肿胀，细菌繁殖而感染严重，局部组织溃烂发黑，有大量腐败组织和脓液，有恶臭，四周组织暗红、灼热，无分界线形成，坏疽常向上蔓延、发展。全身症状严重，表现热毒炽盛，可有高热，意识模糊，舌苔黄黑干燥而起芒刺，舌质红绛等证候。

王嘉桔（1984 年）从病理学观点，以病变活动情况，结合临床经验，提出一个新的临床分型（期）意见：

1. 稳定型（期）：患肢畏寒、发凉、麻木和间歇性跛行，近期内没有进行加重；溃疡边缘清楚，近期内未见恶化，或有好转趋势；足部感染控制，坏死组织分界线清楚；近期内肢体血流图和血流量检查提示血液循环有改善。有关免疫学和血液学检查多属正常。

2. 急性活动型（期）：肢体出现游走性血栓性浅静脉炎；肢体血液循环明显恶化，或有恶化趋势，如畏寒、皮色

苍白或紫绀加重，间歇性跛行距离缩短；近期内行走痛和静止痛明显加重；皮肤出现瘀血斑点；肢体有坏死倾向，或有进行性坏死；溃疡扩大，边界不清楚；肢体血流图和血流量检查提示有进行性恶化。有关免疫学和血液学检查阳性率可能明显增高。

3. 迁延型（期）：肢体游走性血栓性浅静脉炎基本消失，或有轻度的反复；其他表现处于上述两型间。

4. 严重坏疽感染型（期）：肢体坏疽范围多在趾跖关节以上，继发严重感染，病人高热，剧烈疼痛，消瘦乏力，脱水，贫血，有明显全身中毒症状。有关免疫学和血液学检查可能是阳性。

这种临床分型可以在不同的缺血期出现，因此在临床判定时应与缺血分期结合起来考虑。

【诊断和鉴别诊断】

（一）诊断　诊断的主要依据为：

1. 青壮年（20～40岁）男性。

2. 有漫长的、持续数年的病程。早期患肢发凉、怕冷、麻木、疼痛、间歇性跛行，以后静止痛逐渐加重，严重时发生溃疡或坏疽。

3. 患肢皮肤苍白、潮红、紫红或青紫。

4. 足部、小腿和股部反复发作游走性血栓性浅静脉炎。

5. 患肢足背动脉、胫后动脉搏动减弱或消失，甚至累及腘动脉、股动脉搏动减弱或消失，侵犯上肢者，尺动脉、桡动脉或肱动脉搏动减弱或消失。

6. 应排除闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎、肢端动脉痉挛病（雷诺氏病）、糖尿病性坏疽等疾病。

在发病地区，凡是青壮年男性主诉肢体有发凉怕冷、胀

痛、麻木和间歇性跛行时，同时有长期吸烟嗜好，就应该考虑有血栓闭塞性脉管炎的可能。临床诊断时，要重视血栓闭塞性脉管炎的发病诱因，要掌握其各种临床表现，并与容易混淆的疾病相鉴别，以免发生误诊，延误治疗。

（二）鉴别诊断　在临床诊断中，常需与下列疾病相鉴别。

1. 闭塞性动脉粥样硬化　患者年龄多在40岁以上，多见于男性老年人，常伴有高血压病、冠心病和糖尿病等。两下肢常同时发病，症状明显，两上肢也有发凉、麻木、疼痛感觉。病程较短，发展快，坏疽发生较早而且广泛，可累及小腿或大腿，但疼痛比较轻。四肢动脉或颞浅动脉多有弦硬和扭曲现象。眼底检查常有视网膜动脉硬化。化验检查血脂增高。X线平片，显示患肢动脉壁内有钙化阴影（见表7）。

2. 肢端动脉痉挛病（雷诺氏病）　最多见于青壮年女性，男性比较少见。两手对称性发病，下肢少见。常因寒冷、精神刺激或情绪波动阵发性发作两手苍白、紫绀、潮红，发作过后恢复正常，患肢动脉搏动无变化。发生溃疡和坏疽甚为少见，仅个别病例在后期发生指端局限性表浅小溃疡或坏疽。作者临床上多次见到不典型的肢端动脉痉挛病病例，青壮年女性，发病时为单侧下肢发凉、疼痛，趾部苍白或紫红色，而后对侧下肢发病，最后两上肢发病时，才出现肢体对称性发作特点（见表7）。

3. 大动脉炎　患者多为青少年女性。主要侵犯降主动脉、腹主动脉、头臂动脉，在上肢常见桡动脉搏动消失（无脉症），血压测不到，在下肢可有发凉、间歇性跛行，但主要是肢体酸软无力，一般不痛，皮色改变不明显。在活动期伴有低热、出汗、贫血及关节痛。常在颈部、腹部、背部听到

表 7　脉管炎与闭塞性动脉硬化、雷诺氏病、大动脉炎鉴别表

鉴别点 \ 疾病名称		血栓闭塞性脉管炎	闭塞性动脉硬化	雷诺氏病	大动脉炎
一般情况	性别	多为男性(97.9%)女性罕见	男女均有，约为6:1	多为女性(80%)	多为女性(68.4%)
	年龄	多为青壮年(20～40岁)占86%	多见于45岁后	多见于青壮年(40岁前)	多见于青少年（30岁前）32.5%
	吸烟	多有严重吸烟嗜好	可有	无或有	可有
	寒冻	有受冻史	无	寒冷易引起发作	无
病史和症状	病变部位	多侵犯四肢中、小型动脉(先一侧发病)，上肢较少，下肢多	受累血管系大、中型动脉，多波及上肢	两手对称发病，下肢少见	侵犯降主、腹主、头臂动脉，多见上肢，不对称
	肢体症状	持续发凉，间歇跛行，剧烈疼痛，常有血管痉挛现象	四肢发凉、麻木、异常感，疼痛轻，罕有血管痉挛	间歇发作两手凉冷，多见血管痉挛现象	肢体酸软无力，不痛，无血管痉挛现象
	皮色改变	持续性潮红、紫红或苍白	不显著，多呈苍白色	发作性苍白→青紫→潮红	不明显
	浅静脉炎	占40%，常反复发作	无	无	无
	其他症状	严重坏疽者，可有高烧、贫血，消瘦等	有头晕、头痛、耳鸣、失眠等	病情进展有肢端缺血症状	活动期伴有低烧、无力、贫血、出汗、关节痛等
体征	肢体缺血征	皮肤干燥光薄，汗毛脱落，甲厚变形、肌肉萎缩	早期不明显，后期可有	一般正常，晚期指端可变瘦、细	不明显

鉴别点 \ 疾病名称		血栓闭塞性脉管炎	闭塞性动脉硬化	雷诺氏病	大动脉炎
体征	动脉搏动	足背、胫后、腘动脉常减弱或消失	可见股动脉、腘动脉及足背、胫后动脉消失	正常	常见桡动脉消失，股、腘、足背动脉减弱
	血管杂音	无	可有	无	常在颈、腹、背部听到血管杂音
	其他部位动脉硬化	无	上肢、颞浅动脉多发硬、扭曲	无	无
	溃疡与坏疽	病程长，进展慢，坏疽发生晚，呈干性坏疽，多局限于足部	病程短，进展快，坏疽发生早，呈干性坏疽，可累及小腿或大腿	很少见，为指端局限性皮肤溃疡或坏疽	很罕见
	血压	正常	多高	正常	上肢测不到，或上肢高血压下肢低血压
	眼底	正常	常见视网膜动脉硬化	正常	视网膜动脉变细，静脉粗大紫黑，有小血管瘤呈花枝状等
化验检查	尿、血糖	阴，正常	阳，增高	阴，正常	阴，正常
	胆固醇 β脂蛋白 三酸甘油脂	正常	常增高	正常	正常
	血沉	正常	正常	正常	加快

鉴别点 \ 疾病名称		血栓闭塞性脉管炎	闭塞性动脉硬化	雷诺氏病	大动脉炎
X线检查	平片	可见患肢骨质普遍稀疏	肢体动脉有钙化阴影，主动脉弓突出，有条状钙化	无特殊	主动脉弓和弓降部突出扩张，降主动脉内收，伴有搏动减弱或消失，心脏扩大（左室为主）
	动脉造影	肢体中、小动脉呈节段性闭塞，无扭曲，有丰富侧枝循环	肢体动脉有虫蚀样缺损、狭窄和阻塞，血管扭曲呈波浪形，侧枝血管少	无特殊	可见头臂、降主、腹主动脉上段广泛缩窄和闭塞，程度不定

血管杂音。化验检查血沉加快（见表7）。

4. 肢体动脉栓塞　患者有严重心脏病史，如风湿性心脏病二尖瓣狭窄、心房纤颤及动脉硬化等。常见下肢股动脉栓塞或上肢肱动脉栓塞，发病急骤，肢体突然剧烈疼痛、厥冷、麻木，感觉过敏，活动障碍，皮肤呈苍白色和出现紫斑，栓塞平面以下的动脉搏动消失。肢体坏疽范围比较广泛，可累及足部、小腿和股部。心脏听诊，心尖区有隆隆样舒张期杂音，心律完全不规则，心音强弱不一（见表8）。

5. 红斑性肢痛病　常发生于手部或足部，肢端皮肤发红充血、灼热、疼痛，遇热则症状加重，遇冷或高举患肢则症状减轻，患肢动脉搏动增强，无肢体缺血征象。

6. 糖尿病　患者有糖尿病史，常伴有动脉硬化。肢体发凉、麻木、疼痛，间歇性跛行，可并发下肢坏疽，发展迅速，可蔓延至足部和小腿，多呈湿性坏疽。化验检查血糖增高，尿糖阳性（见表8）。

7. 结节性脉管炎　详见血栓性浅静脉炎。

8. 结节性动脉周围炎　详见血栓性浅静脉炎。

9. 硬皮病　患者多为女性。在弥漫性硬皮病往往有周围血管舒缩障碍，发生间歇性手指足趾疼痛，发凉怕冷，皮肤颜色苍白或青紫，而同时伴有皮肤发硬光滑，呈蜡样，或紧贴骨骼，不易捏起，患者活动受限，面部没有表情，张口困难。只要加以注意，可与血栓闭塞性脉管炎鉴别。

10. 红斑性狼疮　患者多为青年女性。系统性红斑狼疮发病急，可有手足坏疽，常在面部有水肿性红斑呈蝶形损害，同时伴有发热、关节酸痛、胃纳减退、乏力等全身症状。并可侵犯肾脏、心脏等内脏器官。血液和骨髓可找到红斑性狼疮细胞。与血栓闭塞性脉管炎发生的肢体坏疽不难鉴别。

表 8　脉管炎与动脉栓塞性坏疽、糖尿病性坏疽的鉴别要点

病名 / 鉴别点	血栓闭塞性脉管炎	动脉栓塞性坏疽	糖尿病性坏疽
性别年龄	多为青壮年(20～40岁)，男性多，女性罕见	中年(40岁以上)为常见，男女均可发病	以老年肥胖人最为多见
过去病史	多数有寒冻、吸烟史	有严重心脏病史，如风心病，二尖瓣狭窄，心房纤颤，心内膜炎或动脉硬化	有糖尿病史，常伴动脉硬化
肢体缺血症状	肢体凉冷，间跛，剧痛，皮肤潮红、紫红或苍白，皮下，甲厚，甲生长慢	常见下肢股动脉栓塞，肢体突然剧痛，厥冷，麻木.感觉过敏，活动障碍和出现紫斑。栓塞平面以下的动脉搏动消失	肢体凉冷，间跛，麻木，疼痛和皮色改变
发病情况	起病缓慢，病程较长	起病急骤，病程短促	起病较慢
坏疽的部位和性质	多为单侧下肢，常由趾端开始，缓慢而向足后部发展，呈干性坏疽，多局限在足部，累及小腿者很少见	坏疽部位以栓塞动脉而定，多见于单侧下肢，坏疽范围广泛，可累及足部小腿、股部，呈干性坏疽	多为单侧下肢，发展迅速，可蔓延至足部和小腿，多呈湿性坏疽
肢体的感染情况	一般不明显，严重坏疽多有高热，白细胞增高	坏疽感染重，高热，白细胞增高，全身情况严重	坏疽常有严重感染，高热，恶寒，白细胞增高，病情严重
心脏听诊	无异常	心尖区有隆隆样舒张期杂音，心律完全不规律，心音强弱不一	无异常
化验检查	尿糖阴性，血糖正常	尿糖阴性，血糖正常	尿糖阳性，血糖增高

11. 白塞氏病　发病原因不明，认为是自身免疫性疾病。有反复发作的口腔粘膜、生殖器溃疡、眼炎，以及反复发作下肢结节性红斑、游走性血栓性浅静脉炎，伴有长期低热，同时侵犯肢体动脉和静脉等组织器官，并发闭塞性动脉炎或闭塞性静脉炎，引起肢体缺血，甚至发生手指或足趾坏疽。如能注意本病的临床表现特征，与血栓闭塞性脉管炎相鉴别并不困难。

12. 网状青斑　在患者的小腿和足部，皮肤呈网状、斑状青紫，可有发凉、麻木和微痛感觉，遇寒冷则皮肤青紫明显，温暖或抬高患肢则青紫消退，患肢动脉搏动存在，极少发生溃疡或坏疽。

13. 手足发绀症　患者多为青年女性。多见于两上肢，常两手对称，呈青紫色，发凉，受寒冷则症状加重，温暖并不能使症状减轻，但无苍白色，无典型的皮肤苍白、紫绀、潮红色变化。患肢动脉搏动无变化，无肢体营养障碍改变，不发生溃疡和坏疽。

14. 下肢深静脉血栓形成　以髂股静脉血栓形成最常见。发病时患者有发热，肢体疼痛，广泛肿胀，患肢浅静脉和毛细血管扩张，小腿腓肠肌有饱满紧韧感和压痛，但无肢体发凉，患肢动脉搏动正常。

15. 冻伤　患者在冬季有受寒冻史。手足部有灼热、发痒感，发生红斑、青紫及水泡，严重时可引起肢体坏疽，但多在表浅部，肢体动脉搏动正常。

16. 颈肋和前斜角肌症候群　患者多为青年女性。由于颈肋和前斜角肌痉挛，使臂丛神经和锁骨下动脉受到挤压，可产生血管、神经症状。患侧上肢发凉、麻木、疼痛，呈苍白或青紫色，桡动脉搏动减弱。如让患者仰头将下颌转向患

侧，同时压低患侧肩部和让患者深度吸气，则桡动脉搏动消失，上肢疼痛和缺血表现明显。X线检查可发现颈肋存在。而血栓闭塞性脉管炎大多数发生在下肢，到后期才累及上肢，单独发生在上肢者很罕见。

17. 风湿性关节炎　患者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。有些患者仅有关节酸痛，可有肢体发凉怕冷感觉，但肢体动脉搏动存在，无缺血征象。化验检查血沉加快，抗链球菌溶血素“O”增高。

18. 末梢神经炎　患者常有手指或足趾针刺样疼痛和麻木，为对称性的四肢末端手套、短袜型分布的感觉、痛觉迟钝或消失，发凉怕冷，肌力减退，肌肉萎缩。但肢体动脉搏动良好，无肢体缺血表现。血栓闭塞性脉管炎患者可出现缺血性神经炎，可是肢体动脉搏动消失，早已存在肢体严重缺血而发生营养障碍改变。

19. 坐骨神经痛　常见于腰椎间盘脱出症，有腰部扭伤史。患者有臀部疼痛，并沿大腿后面向下肢放射，疼痛可因改变体位而加剧。可有下肢皮肤感觉迟钝，跟腱反射减退或消失，直腿抬高试验阳性。但无下肢发凉和颜色改变，患肢动脉搏动正常，完全没有肢体缺血征象。

20. 平足症　患者在走路时、久站和持重时，出现足踝部疼痛，休息较长时间，才能使症状消除。检查时可发现足弓消失，足内侧舟状骨结节凸出和下倾。一般无足发凉怕冷和颜色改变，肢体动脉搏动良好。

【临床治疗】

不根据临床分型，忽视辨证论治，用一种方法来治疗各型血栓闭塞性脉管炎病人是不适当的。只有根据病人的具体情况和临床类型的不同，与中医辨证论治相结合进行治疗，

才能提高治疗效果。中西医结合治疗三个原则：

1. 改善血液循环　血栓闭塞性脉管炎是慢性缺血性疾病，尤其是稳定型病人，应用中西医结合治疗方法，以活血化瘀法、补气养血法和温经散寒法相结合为主治疗，以扩张血管，缓解血管痉挛，促进肢体侧支循环建立，从而改善肢体血液循环，增强机体的抗病能力，使疾病逐渐痊愈。这是临床治疗的基本原则。

2. 控制病情发展　对急性活动型和迁延型病人，中西医结合治疗，以清热解毒法、活血化瘀法和镇痉通络法（虫类药物）相结合为主治疗，以及使用抗血小板剂、抗凝剂、纤溶剂、肾上腺皮质激素等，以消除急性血管炎症，降低血液的粘滞程度，增强和调整机体的免疫功能，对控制病变活动和扭转病变进程都有作用。

3. 控制坏疽感染　对严重坏疽感染型病人，中西医结合治疗，以清热解毒法为主，佐以养阴、凉血、活血法治疗，以及选用有效抗生素、糖皮质激素类，输液输血等，及时切除坏死组织，以控制肢体坏疽继发感染，和增强机体的抗病能力。

对急性活动型、严重坏疽感染型病人，均不适宜用活血化瘀法为主治疗，如过多使用活血化瘀药物，可激惹血管炎症，加快毒素吸收，使血小板粘附聚集性增强，促使血液凝固性增高，血流缓慢，可使血栓形成，加重肢体微循环障碍。

（一）辨证论治

1. 阴寒型：此型为寒邪过盛，寒凝血瘀，经络阻塞，呈现一派阴寒证。

主证：

(1) 患肢特别怕冷，冰凉。

⑵ 局部皮肤苍白或潮红色。

⑶ 恢复阶段创口愈合，而寒凝不易消退，患肢仍发凉怕冷。

⑷ 舌苔薄白，舌质淡。脉象沉细或迟。

此型多属早期血栓闭塞性脉管炎和血栓闭塞性脉管炎恢复阶段。

治则：温经散寒、活血通络。

方剂：内服阳和汤加味，或兼服参茸大补丸、参桂再造丸。（有关方剂组成、用法等参见第三章，下同）

2. 血瘀型：此型主要是血瘀证，一般无炎症表现。

主证：

⑴ 患肢持续性固定性疼痛。

⑵ 患肢呈紫红、暗红或青紫色。

⑶ 肢端皮肤有瘀点、瘀斑。

⑷ 舌质红绛、紫绛或有瘀斑，舌苔薄白。脉象沉细涩。

此型多属第二期血栓闭塞性脉管炎。

治则：活血化瘀。

方剂：内服活血通脉饮、活血通脉饮Ⅱ号，或兼服活血祛瘀片、三七片、大黄䗪虫丸。

3. 湿热下注型：此型是寒湿下注，郁久化热的初期阶段。

主证：

⑴ 患肢潮红、紫红肿胀。

⑵ 患肢出现游走性血栓性浅静脉炎。

⑶ 肢端轻度溃疡或坏疽而有炎症表现。

⑷ 舌苔黄，舌质红。脉象弦细数。

此型多属早期血栓闭塞性脉管炎或三期Ⅰ级的血栓闭塞

性脉管炎（急性活动期）。

治则：清热利湿、佐以活血化瘀。

方剂：内服四妙勇安汤加味，兼服四虫片、犀黄丸，活血祛瘀片。

4. 热毒炽盛型：此型是在气滞血瘀，寒湿郁久的基础上化热炽盛阶段，主要表现是热毒证。

主证：

(1) 患肢发生溃疡或坏疽继发严重感染，局部红肿热痛，脓液多，有恶臭气味。

(2) 全身发热或高热、恶寒等。

(3) 舌苔黄腻、黄燥或黑苔，舌质红绛。脉象滑数、洪大或弦细数。

此型多属血栓闭塞性脉管炎肢体坏疽继发感染（严重坏疽感染期）。

治则：清热解毒、佐以活血化瘀。

方剂：内服四妙活血汤，或兼服犀黄丸、牛黄清心丸、紫雪丹、安宫牛黄丸等。

5. 气血两虚型：此型是病久气血耗伤，营卫不和，或平素身体虚弱的病人。

主证：

(1) 患者身体虚弱，面容憔悴萎黄，消瘦无力。

(2) 患肢皮肤干燥、脱屑，趾（指）甲干燥、增厚，生长缓慢，肌肉萎缩。

(3) 创口久不愈合，肉芽灰淡、暗红，脓液稀清。

(4) 舌苔薄白，舌质淡。脉象沉细无力。

此型多属早期血栓闭塞性脉管炎或血栓闭塞性脉管炎恢复阶段而身体虚弱者（稳定期）。

治则：补气养血、调和营卫。

方剂：内服顾步汤加减，或兼服十全大补丸、参茸大补丸。

在治疗过程中，以上各型血栓闭塞性脉管炎患者均可配合服用活血通脉酊、丹参酊、通脉安等。在治疗后的恢复阶段和巩固疗效时，可服用活血通脉片等。并应注意随证加减用药（见表9）。

表9　治疗血栓闭塞性脉管炎随证加减用药表

证　候	加用药物
高热，坏疽感染重	大青叶、板蓝根、柴胡，重用金银花、连翘、黄芩、蒲公英、地丁
高热，口渴，脉洪，苔黄燥或黑苔，舌红绛	生石膏、知母、天花粉、石斛，重用生地、元参
肢体肿胀	苡米、赤小豆、泽泻、车前子、防己
瘀血重	三棱、莪术、水蛭、王不留行，重用丹参、赤芍、当归、鸡血藤、川牛膝
痛剧	元胡、血竭，匹虫片10片（或6克），黄酒冲服
肢体凉甚	桂枝、川椒，重用熟附子、干姜
肾阳虚	仙灵脾、巴戟天、肉苁蓉、破故纸、菟丝子、川断
胃纳呆	神曲、炒麦芽、鸡内金、砂仁、焦山楂、白术

国内治疗血栓闭塞性脉管炎应用方剂列举如下：

(1) 四妙勇安汤：金银花、元参各90克，当归60克，甘草30克。（吕民：《中医杂志》1956；(8)：409）

(2) 四妙勇安汤加减：金银花、元参各30克，当归、乳香、没药、白扁豆各12克，陈皮、苍术各10克，甘草3克。

（王锦云：《中华内科杂志》1959；7(3)：207）

(3) 解毒济生汤：当归、远志、黄柏、生甘草、天花粉、银柴胡、川芎、茯神、牛膝、红花、黄芩、知母、金银花、麦冬、犀角。兼服桂附八味丸。（左荫黄等：《江苏中医》1960；(6)：36）

(4) 活络通脉汤：金银花24克，元参18克，当归、生地、黄芪各12克，蒲公英、地丁、土茯苓、丹参各15克，红花、生甘草、制乳没、元胡各10克，上肢加姜黄10克，下肢加川牛膝10克。（李兴培等：《中医杂志》1964；(2)：24）

(5) 真武汤加味：黄芪90克，炮附子、茯苓、白芍、白术、生姜、干姜、甘草、桂枝、党参各30克。发热者去干姜；剧痛者加麻黄15克；湿重者加苍术、苡米等。（周连三等：《中医杂志》1965；(9)：20）

(6) 当归四逆汤加减：当归、丹参、益母草、王不留行、元参、鸡血藤、黄芪、蒲公英各30克，赤芍、郁金、金银花、党参各15克，桂枝、川椒、鹿角胶（冲服）、川牛膝各10克，通草、川附子各6克，大枣10枚。（刘绍武等：《上海中医药杂志》1965；(8)：19）

(7) 通络活血汤：当归、红花、乳没、苏木、血竭各10克，生黄芪、刘寄奴各15克。（湖南中医药研究所：《中医杂志》1965；(8)：18）

(8) 当归活血汤：当归、乳香、没药、桃仁、红花、甘草（辽宁中医学院附属医院）。（《中医中药治疗血栓闭塞性脉管炎论文汇编》南京，1965）

(9) 解毒通络汤：金银花60克，元参、石斛、当归各30克，生黄芪、甘草各15克，牛膝、赤芍、桃仁、红花、丝

瓜络各 10 克（长春中医学院附属医院）。（《中医中药治疗血栓闭塞性脉管炎论文汇编》南京，1965）

⑽ 山西医学院第二附属医院：

虚寒型用温经回阳通瘀汤：当归 45 克，熟地、甘草各 30 克，鹿角 60 克（先煎），细辛、赤白芍、淡附子各 15 克，川桂枝、党参、怀牛膝、木瓜各 18 克，炮姜、红花各 10 克。

寒湿型用温经导湿通瘀汤：川桂枝 24 克，鸡血藤 30 克，生苡仁 60 克，独活、当归、黄柏各 12 克，赤白芍、苍白术、淡附子各 15 克，怀牛膝、泽泻、木瓜、生姜各 18 克，红花 10 克，细辛 6 克。

毒热型用滋阴解毒汤：金银花 90 克，当归、生地黄、蒲公英、川石斛、元参各 45 克，怀牛膝 18 克，甘草 30 克。（《全国中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎经验交流学习班资料汇编》济南，1971）

⑾ 广州市第三人民医院：

血瘀型：北芪、党参、当归各 60 克，元参、金银花、入地金牛各 30 克，山甲、王不留行各 15 克，元胡、地龙各 10 克。

热毒型：北芪、元参、当归、金银花各 30 克，蒲公英、山甲各 15 克，黄芩、黄柏、王不留行各 12 克。（医药科技动态1972；(4)：13）

⑿ 河北省沧州地区人民医院：

虚寒型用阳和汤加味：熟地、鹿角胶、麻黄、炮姜、肉桂、白芥子、当归、丹参、川断、丝瓜络、炙甘草。

瘀滞偏寒型用活血逐瘀汤加味：当归、丹参、桃仁、红花、牛膝、桂枝、丝瓜络、香附、干姜。麻重加黄芪，患肢

凉甚加熟附子。

瘀滞偏湿型用苡米散加味：土茯苓、萆薢、泽泻、木通、苡米、车前、赤芍、当归、丹参。

瘀滞偏热型用四妙勇安汤加味：金银花、当归、元参、甘草、栀子、连翘、蒲公英、地丁、黄柏、丹参、赤芍。

气血两虚型用黄芪建中汤加味：黄芪、桂枝、芍药、当归、牛膝、川断、甘草。(《河北新医药》1972；(3)：13)

(13) 江苏省中医研究所：

脉络痹阻症用脱疽汤加减：当归、黄芪、赤芍、丹参、鸡血藤、桂枝、红花、桑枝。

血瘀化热症用顾步汤加减、黄芪、党参、当归、石斛、牛膝、金银花、鸡血藤、红花。

热毒壅滞症用四顾汤加减：金银花、元参、石斛、生甘草、土茯苓、生黄芪、党参、当归、牛膝、鸡血藤、红花。

湿热瘀结症用：黄柏、苍术、牛膝、当归尾、赤芍、海藻、昆布、黄药子、乌梢蛇、鸡血藤。(《江苏医药》1975；(1)：34)

(14) 山东省潍坊地区中医院：

阳虚寒湿期（局部缺血期）用脱疽饮：丹参、黄芪、当归各 30 克，赤芍 15 克，牛膝 12 克，桂枝 10 克，熟附子 6 克。

气滞血瘀期（营养障碍期）用顾步汤：生黄芪、党参、金银花、当归各 30 克，石斛 15 克，牛膝 12 克。

阴虚热毒期（坏死期）用四妙勇安汤：金银花、元参、当归各 30 克，甘草 15 克。(《山东省中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎经验交流座谈会资料汇编》1976)

(15) 通脉汤：黄芪、鸡血藤各 30 克，当归、赤芍各 15

克，牛膝 12 克，桂枝、川芎、桃仁、红花、山甲、血竭、乳香、刘寄奴各 10 克。（西安医学院第一附属医院中医教研组：《西安医学院学报》1976；(2)：85）

(16) 通塞脉 I 号：当归、党参、黄芪、石斛、元参、金银花、牛膝、甘草。（江苏省中医研究所：《新医学》1980，(6)：288）

(17) 升降解毒活血汤：黄芪 60 克，益母草 45 克，姜黄 30 克，当归 20 克，黄芩、川芎各 15 克，熟大黄、红花各 10 克，僵蚕、蝉蜕各 9 克，黄连 6 克。（彭厚荣：中华全国中医学会外科周围血管疾病学术讨论会（济南），1986）

(18) 独活寄生汤加减：桑寄生、当归、鸡血藤、熟地各 30 克，独活、桂枝、红花、川芎、甘草各 10 克，淡附子 6 克，海风藤、赤芍、川牛膝、茯苓各 15 克。（吕奎杰：中华全国中医学会外科周围血管疾病学术讨论会（济南），1986）

（二）熏洗疗法　熏洗疗法是利用中药煎汤，乘热在皮肤或患部进行熏蒸和浸浴的一种治疗方法。

熏洗疗法对血栓闭塞性脉管炎的治疗适用于下列情况：

1. 早期（第一、二期）患者，或恢复阶段患肢遗留症状、肿胀和关节活动功能障碍者，用活血止痛散熏洗患肢。

2. 患肢发凉、怕冷明显，触之冰冷，遇寒冷症状加重者，用回阳止痛洗药或二号洗药熏洗患肢。

3. 患肢发生溃疡或坏疽继发感染，已经局限稳定，创口脓多及有坏死组织，局部红肿疼痛者，可用解毒洗药熏洗患处，并将创口放入药汤内浸洗。熏洗后，应根据创口情况进行换药。

4. 患肢形成慢性溃疡，长期不愈合时，应用溃疡洗药熏洗。熏洗后，再常规换药。

图书館

应用熏洗疗法可促进患肢侧支循环的建立，改善患肢血液循环，能使患肢发凉、疼痛减轻，肿胀消退，皮肤颜色改变或恢复，并有消炎祛腐、清洁创口作用，以促进创口愈合。但对已经闭塞的动脉无效，虽经长期熏洗也不能使闭塞的动脉恢复正常。

禁忌症：有下列情况者，不宜应用熏洗疗法。

1. 急性活动期，肢体坏疽呈进行性发展，而未局限稳定者。

2. 肢体干性坏疽。

3. 熏洗引起肢体创口疼痛者。

熏洗疗法对血栓闭塞性脉管炎作为一个辅助疗法还是十分有效的。临床上，如能注意禁忌症，可以广泛应用熏洗疗法治疗血栓闭塞性脉管炎。一般每日熏洗 1～2 次。熏洗时，药汤的温度要适宜，以病人感到温热、舒适、能耐受为好。

（三）针灸疗法　针灸治疗血栓闭塞性脉管炎有一定效果，早有文献报道。南京市立第一医院（1959 年）针刺治疗本病 3 例均痊愈，其中 1 例属早期效果好，2 例血液循环障碍，出现坏死，针灸治疗时间较长。周兆章（1964 年）针刺治疗 1 例早期病人取得满意效果。高洪宝（1982 年）针灸治疗 8 例血栓闭塞性脉管炎病人，治愈 5 例，有效 3 例。对治愈的 5 例病人随访 2 年未有复发。张怀忠等（1981 年）针刺治疗 181 例血栓闭塞性脉管炎（一期病人 92 例，二期病人 42 例，三期病人 47 例），临床治愈 89 例（49.2%），显效 57 例（31.5%），好转 31 例（17.1%），无效 4 例(2.2%)，无截肢。临床治愈时间多在 6 个月以内，3 个月以内治愈者占 50.0%。对 125 例病人随访半年至六年，效果满意者 117 例（93.60%），远期疗效比较稳定。

可根据病变部位循经取穴。

上肢：曲池、内关、外关、合谷、中渚、尺泽等；

下肢：足三里、三阴交、阳陵泉、阴陵泉、绝骨、解溪、太溪等。

强刺激，留针15～30分钟，每日或隔日1次，15～30次为一疗程。

针刺时患肢有“得气”感应，甚至能扩散到病变部位者，则效果满意。如病人肢体发凉、怕冷明显，可重灸气海、神阙、足三里，以温通散寒。

据作者临床体会，针灸疗法对早期（第一、第二期）血栓闭塞性脉管炎病人效果较好，对肢体轻度坏疽者（三期1级病人）也有效果。但对肢体严重坏疽继发感染（三期2、3级病人），热毒炽盛者，应用针灸治疗很难取效，还需要应用抗生素等中西医结合治疗。

（四）维生素B_1穴位注射疗法　1962年以来，我们应用维生素B_1穴位注射治疗血栓闭塞性脉管炎。通过临床实践，作者体会此法具有强壮身体，缓解症状，和促进创口愈合的良好作用。现将具体应用方法介绍如下：

1．治疗方法

⑴ 器械准备：注射器2～5毫升，注射针头16、25号，以18号为适宜。碘酒、酒精及消毒棉棒，穴位皮肤消毒用。

⑵ 操作程序：

① 将注射药物抽入针筒内，备用。

② 调整患者体位，应根据所取穴位部位不同灵活掌握，一般多采取卧位。

③ 取穴：下肢取足三里、三阴交、绝骨等穴；上肢取曲池、内关、外关等穴。

④ 所取穴位皮肤，用碘酒、酒精常规消毒。

⑤ 施术者用左手拇、食二指固定穴位皮肤，右手持注射器垂直快速穿过穴位皮肤，当患者有感应时，即固定针头，抽吸针筒，如无回血，再缓慢注入药液，完毕后轻快将针拔出，揉按针孔片刻。

⑥ 穴位注射完毕后，应让患者休息 15～30 分钟，感应消退后，再行走活动。

(3) 穴位注射次数与疗程：维生素B_1 100 毫克，取左右穴位交替轮流注射，每日 1 次，以 30 次为一疗程。每个疗程结束后，可休息 1～2 周，再根据病情考虑是否继续治疗。

临床上发现，如每日固定穴位注射药液，10 日后穴位处就出现小的硬性结节，此时穴位感应减弱，疗效逐渐趋向减退。这是由于经过多次穴位注射的刺激，而引起穴位纤维组织增生，并形成瘢痕所致。这些变化，对穴位和药物的特异性都能产生影响。因此为了维持穴位和维生素B_1的治疗作用，应采取左右穴位交替轮流注射方法，或将穴位分组，每一个疗程取二个穴，交替轮流应用，当一个疗程结束后，再换用另一组穴位。

2．作用原理的探讨：维生素B_1穴位注射疗法，不单是药物作用，而具有针刺、药物和经络等数重作用。临床观察，经维生素B_1穴位注射后，创面肉芽组织逐渐增生，从暗红色或淡红色之不健康肉芽组织，转变为鲜红色正常肉芽组织，随之脓性分泌物也减少，尤其突出的是上皮组织生长爬行极为迅速，而使创面迅速愈合。同时能缓解症状，使患肢麻木、酸胀、疼痛减轻或消失。说明维生素 B_1 穴位注射，能强壮身体，调节机体平衡，促进机体的新陈代谢过程和局部组织细胞的代谢机能，改进神经营养状况，从而增强局部组织细

胞的抗感染能力，促进组织的再生和愈合过程。同时，通过经络上的穴位注入维生素B_1药液后，可在穴位和沿经络扩散、渗透，更能激发经络的作用，疏通经络，运行气血，促进经络的调节活动功能，改善局部组织营养和全身机能，而使创口愈合和症状消失。作者在10多年前曾见到1例血栓闭塞性脉管炎病人，两下肢发凉、麻木、疼痛，经服阳和汤加味治疗有良好效果，但右足拇趾麻胀酸痛反复出现，并从拇趾端沿足太阴脾经循行路线，向上传导至股下端内侧血海穴，在血海穴有过敏压痛点，按压血海穴时，右足拇趾可出现麻痛现象。应用维生素B_1 100毫克取右血海穴、三阴交穴注射（每日1次）10次后，上述症状完全消失。这种特殊罕见的临床现象，很符合祖国医学的经络学说，但应用现代医学理论还难以完全阐明。

3．注意事项

(1) 所取穴位要准确：当针刺入穴位注射药液时，患者是否有感应与治疗效果有密切关系。准确的穴位部位，感应强烈，扩散的范围广泛，甚至能扩散到远方，则效果显著；不准确的穴位部位，感应就小，或者不产生任何感应现象，则效果较差。因此，当针刺入穴位后，如患者无感应，就必须寻找使其出现感应，作者临床上应用的有二种手法：①雀啄法：左手固定穴位皮肤，右手持注射器轻微短促的上下抖动针头，一般就能出现感应；②进退法：左手固定穴位皮肤，右手持注射器将针头稍微向外退出一点，或将针头退至皮下，然后再缓慢进针找感觉，并可多次退针，向不同的方向缓慢进针，以患者出现感应为度。

(2) 穴位注射的深浅度，因穴位所在解剖部位而不同，一般应以患者有感应为标准。

(3) 如患肢严重血液循环障碍，或肢体有肿胀时，不适宜在患肢穴位注射，以免发生感染和出现坏疽。

(4) 取内关穴注射时，应选用小号细针头，以免刺激和挫伤正中神经，发生正中神经麻痹。应用维生素B_1内关穴注射，作者曾见到2例发生正中神经麻痹，后经治疗逐渐痊愈。

(5) 应防止将维生素B_1药液注入到血管内，如取三阴交穴（有胫后动脉、静脉通过）注射时，有可能穿入血管，或穿破血管发生出血。

（五）辅助疗法

1．药物穴位注射疗法

(1) 取穴：下肢取足三里、三阴交、阳陵泉、阴陵泉、绝骨等穴；上肢取曲池、内关、外关、手三里、尺泽等穴（踝前和腕前穴位禁止选用）。

(2) 药物：

① 白花（或紫花）丹参注射液4毫升穴位注射。

② 当归注射液4毫升穴位注射。

③ 胎盘组织注射液4毫升穴位注射。

以上药物均取2个穴位交替轮流注射（多取患侧肢体穴位），每日1～2次，15～30次为一疗程。

2．解除血管痉挛，促进血管扩张

(1) 妥拉苏林25～50毫克，口服，每日3次。

(2) 烟酸50～100毫克，口服，每日3次。

(3) 654-2 10毫克，口服，每日3次。

(4) 血管舒缓素10单位，肌肉注射或穴位注射，每日1次。

(5) 654-2 10毫克加入5%葡萄糖溶液500毫升，静脉滴注，每日1次，15次为一疗程。

(6) 2.5%硫酸镁溶液100毫升静脉滴注，每日1次，15次为一疗程。

(7) 普鲁卡因1.0克加入5%葡萄糖溶液500～1,000毫升，再加维生素C 1.0克，静脉滴注，每日1次，10～15次为一疗程。

(8) 罂粟碱30～60毫克，口服或皮下注射，每日3次。因有成瘾性，不能长期应用。

(9) 瑞香素300毫克，口服，每日3次，2个月为一疗程。

3．白花丹参注射液静脉滴注疗法　白花丹参注射液(每毫升含生药2克) 10毫升加入5%葡萄糖溶液500毫升内静脉滴注，每日1次，15次为一疗程，可应用1～2个疗程。

4．低分子右旋糖酐静脉滴注疗法　白花丹参注射液(或丹参注射液) 10毫升加入低分子右旋糖酐500毫升内静脉滴注，每日1次，10～15次为一疗程。

应用低分子右旋糖酐静脉滴注，临床见效较快，可以降低血液粘稠度，防止红细胞聚集，能明显改善肢体血液循环，增加局部血流量，促进侧支循环建立，防止血栓形成。

禁忌症：①有心、肝、肾合并症者慎用；②肢体坏疽继发感染，高热（热毒型脉管炎），或在病情急性发展阶段不宜使用，以免引起坏疽感染扩展加重。

临床应用时，要注意观察，有个别病人可出现反应和副作用：如全身皮肤发痒、皮疹、头昏、胸闷、发热等。

5．药物股动脉注射疗法

(1) 用25%硫酸镁10毫升，加0.5%普鲁卡因20毫升、维生素C 250毫克，作患肢股动脉注射，隔日1次，15次为一疗程。对缓解症状和促进肢体溃疡愈合有一定作用。

⑵ 用654-2 10毫克，加0.5%普鲁卡因20毫升、妥拉苏林25毫克，作患肢股动脉或肱动脉注射，每日1次，30次为一疗程。陈自权(1981年)报道，应用此法结合中医辨证论治治疗130例血栓闭塞性脉管炎取得满意效果。

⑶ 用穿心莲注射液20毫升，加5～10%葡萄糖溶液30～40毫升，取患肢股动脉或肱动脉注射，或静脉内逆行注射，每日1次，10～15次为一疗程。中国人民解放军第141医院（1973年）报道，应用穿心莲动脉静脉注射后，动脉搏动有不同程度恢复，炎症控制，疼痛减轻或消失，认为对肢体溃烂继发感染（热毒炽盛型）病人疗效更为满意。

此外，济南市第三人民医院（1976年）报道，应用二氧化碳100毫升，作患肢股动脉注射，每周1～2次，4次为一疗程。具有扩张血管，增加血流量，改善肢体血液循环作用，治疗血栓闭塞性脉管炎有满意效果。

6．抗生素应用　一般不使用抗生素，在肢体坏疽继发感染（热毒炽盛型）以及施行手术时，则应选用有效抗生素。可根据创口脓液细菌培养和药敏试验的结果，选用有效抗生素。如为绿脓杆菌感染，可应用多粘菌素B、多粘菌素E、庆大霉素、羧苄青霉素等。

7．支持疗法　对严重肢体坏疽继发感染的病人，应给予富有营养的饮食，大剂量维生素B、维生素C；不能进食者，应静脉输液，注意发生低血钾，纠正水与电解质的平衡紊乱；对重危病人或继发严重贫血者，应给予输血。这对增强机体的抗病能力，促进疾病的痊愈，都是十分重要的治疗措施。

8．激素的应用　对严重坏疽感染型病人（热毒型脉管炎），发热，出现毒血症状，或病情处于急性发展阶段，在辨证论治中药治疗和使用抗生素的同时，可应用氢化可的松

100毫克或地塞米松5毫克静脉滴注，每日1次。也可应用强的松10毫克，口服，每日3次。以便在短期内控制感染，缓解中毒症状，和消除急性血管炎症。但在一般情况下不宜使用激素。

（六）关于疼痛的原因与处理　血栓闭塞性脉管炎患者的肢体疼痛是最突出的症状，尤其是肢体发生溃疡或坏疽者，则出现剧烈疼痛。因此，应采取有效措施以控制疼痛，使患者顺利渡过这个阶段。据作者临床体会，患者在坚持中西医结合治疗1～3周后，则肢体疼痛自然缓解，以后疼痛逐渐消失。临床上应根据发生疼痛的不同原因进行正确的处理。

1．缺血性疼痛　由于肢体血液循环障碍，发生营养障碍改变所致。多见于趾（指）部疼痛，夜间疼痛加重，当肢体缺血严重时，则疼痛更为明显。

处理：①中医辨证论治内服中药；②应用熏洗疗法；③使用血管扩张药物，低分子右旋糖酐等；④白花丹参注射液静脉滴注治疗；⑤丹参注射液或当归注射液穴位注射。

2．血管痉挛性疼痛　在血栓闭塞性脉管炎的发病过程中，可发作血管痉挛现象，突然出现肢体阵发性疼痛，患肢冰凉，出冷汗，呈苍白色。发作过后症状逐渐缓解。

处理：①中医辨证论治内服中药；②针灸疗法；③使用血管扩张药物，用25%硫酸镁20毫升，加5～25%葡萄糖溶液40毫升、维生素C 250～500毫克，缓慢静脉注射；④1%普鲁卡因10～20毫升，加维生素B_1 100毫克，作患肢股动脉周围封闭。

3．缺血性神经痛　由于肢体严重缺血和营养障碍改变，而发生缺血性神经炎所致。肢体常有麻木，出现针刺样或触电样疼痛，向肢体远端放射。肢体上可有大小不等的麻木区，

感觉、痛觉迟钝或消失。

处理：①中医辨证论治内服中药和服用温经通络丸；②针灸疗法；③由于缺血性神经痛多见于下肢，可应用维生素B_1 100毫克和维生素B_{12} 100微克，取患肢足三里、三阴交、阳陵泉、绝骨等穴位，交替轮流注射，每日1次，以15～30次为一疗程。

4. 感染性疼痛　肢体发生溃疡或坏疽继发感染，由于局部感染和坏死组织的刺激而引起。常在局部发生剧烈疼痛（热痛），多在夜间加重。

处理：①中医辨证论治内服中药，以清热解毒为主，佐以活血化瘀、凉血清营；②使用抗生素；③创面外敷全蝎膏，有祛腐止痛作用，或用抗生素溶液湿敷；④在创口周围外涂黄马酊或外敷大青膏等；⑤掌握时机，及时手术施行坏死组织切除，可迅速缓解疼痛。

5. 异物刺激性疼痛　肢体发生溃疡或坏疽时，创口内遗留死骨，敷料干结，或局部应用刺激性药物等，均可引起局部疼痛，有时为剧烈疼痛。

处理：①及时查看创口进行处理；②创面避免使用有腐蚀性或刺激性药物；③用0.5%普鲁卡因溶液滴润创面，然后用无刺激性油纱布换药。

血栓闭塞性脉管炎病人的止痛问题，应根据以上所述发生疼痛的不同原因进行具体分析和处理，才能取得满意效果。在一般情况下，还可根据疼痛的程度，使用以下止痛方法：

对中等度疼痛的病人：

(1) 内服通脉安：每次10片，每日服3次。

(2) 当归注射液穴位注射：取穴足三里、三阴交、绝骨、太溪等，每次选用2～3个穴位。每穴注入当归注射液4毫

升，每日穴位注射一次。

⑶ 普鲁卡因穴位注射：取穴三阴交、足三里、绝骨、太溪、解溪、商丘等，每穴注入0.5%普鲁卡因3毫升。

⑷ 皮质激素股动脉注射：用水溶性强的松龙20毫克，作股动脉注射，每日1次，连用1周。如患肢股动脉闭塞者，用水溶性强的松20毫克，加1%普鲁卡因10毫升，在坏疽附近健康组织皮下注射或在坏疽附近的穴位注射。

⑸ 针灸疗法。

对剧烈疼痛的病人：应用连续硬膜外阻滞和患肢末梢神经压榨术有满意的止痛效果。目前认为，应用中药麻醉控制血栓闭塞性脉管炎病人的剧烈疼痛比较理想，同时能扩张周围血管，改善肢体血液循环，有一定的治疗作用。

现将作者（1979年）对46例血栓闭塞性脉管炎病人进行103次中药麻醉治疗观察介绍如下：

46例均为男性住院病人。21～40岁者22例，41～50岁者21例，51岁以上者3例。46例均为第三期（坏死期）病人，肢体出现溃疡和坏疽。Ⅰ级坏死17例，Ⅱ级坏死17例，Ⅲ级坏死12例。这些病人的肢体都有不同程度的坏疽继发感染，疼痛比较剧烈。因此，均以中西医结合治疗为主，同时应用中药麻醉。

⑴ 中药麻醉方法：

用药剂量：中麻Ⅰ号（洋金花总碱）2.5～5毫克，或中麻Ⅱ号（东莨菪碱）1～3毫克，同时每次加氯丙嗪25～50毫克。临床观察，两种制剂的效果无显著差异。

使用方法：

① 肌肉注射法：将中麻和氯丙嗪混合，一次肌肉注射，一般15～45分钟才能入睡。

② 穴位注射法：将中药麻醉和氯丙嗪混合，取足三里、三阴交穴位注射（单侧或双侧穴）。大多数在10～20分钟入睡（占58.4%），最快3分钟入睡，最慢45分钟入睡。

③ 静脉推注法：将中药麻醉和氯丙嗪混合，用生理盐水或25%葡萄糖液10～20毫升稀释后，静脉缓慢注射。大多数病人在3分钟即可入睡，最长15分钟入睡。

46例病人经103次中麻治疗，一般应用1～6次，平均2.2次。其中肌肉注射7次，穴位注射53次，静脉推注43次。一般在晚上9时应用，此时病人空腹，正好在将入睡时，可使病人安睡一夜。第二天自然清醒，合乎一般生活规律。可不使用催醒剂。一般每晚或隔日使用一次，使用1～6次，病人肢体的剧烈疼痛就可以缓解或消失。

中麻前30～60分钟，如病人心率超过90次/分以上，应口服心得安10毫克。同时应根据病人的具体情况，做好中麻前的准备工作。如先让病人排尿，去除口腔内假牙，取平卧低枕位，头偏向一侧等。

⑵ 临床观察：

① 止痛效果：46例坏死期病人，一般都有剧烈疼痛。应用中药麻醉后，都有良好的止痛效果。病人能平卧入睡3～5小时者21例次，6～8小时者54例次（占52.4%），8～10小时者10例次，10～15小时者4例次，不显效14例次。中药麻醉后，病人能平卧入睡，患肢肿胀很快消退，有利于血液循环恢复。有的病人，应用一次中药麻醉后，从此剧烈疼痛消失。说明中药麻醉有非常显著的止痛作用。

② 改善血液循环情况：中麻后，患肢发凉怕冷明显减轻。出现温热感逐渐向肢体远端推移，皮肤苍白、紫绀颜色变为红润色。这种改善患肢血液循环情况，是在肢体剧烈疼

痛缓解或消失后出现的。说明中药麻醉具有改善肢体血液循环作用。

③ 出现的副作用：中药麻醉具有良好的活血止痛作用，而且临床应用安全范围比较大，一般没有明显副作用。中麻后，病人普遍反映，由于瞳孔扩大而有视力模糊，抑制唾液分泌而有口干渴。但在1～2天内都能自行消失，并不影响治疗。中麻开始后，病人常有心率增快现象，一般多在100～140次/分。病人的呼吸一般都平稳。103例次中麻治疗，无任何副作用和不适者46次（占44.7%），出现副作用者26次（占25.2%），其中9次出现兴奋躁动，2例舌根下坠，体表包块、尿失禁、胃纳不振各3例，1例单侧桡神经麻痹，手无意识摸动4例，头晕1例。

临床观察证实，中药麻醉治疗血栓闭塞性脉管炎具有良好的活血化瘀和止痛作用，有显著的治疗效果。王嘉桔等（1978年）报道，中药麻醉后，一般皮温升高1～5℃，肢体血流图有不同程度的改善，可使肉芽组织生长，促进创口愈合。说明中麻具有明显的扩张周围血管，改善肢体血液循环和微循环的作用。中药麻醉后，病人一般能安静入睡6～8小时，有的病人应用一次中药麻醉后，就能使剧烈疼痛消失，这可能与中药麻醉的明显扩张周围血管，迅速改善肢体血液循环的特点有关。中药麻醉后，病人能否迅速止痛入睡，与其耐受性和氯丙嗪用量有关，与给药途径也有很大关系。我们开始时，应用中药麻醉肌肉注射，病人需15～45分钟才入睡，时间较长。以后改为穴位注射，一般需10～20分钟入睡，时间较短。但肌肉注射、穴位注射（尤其是在患肢血运障碍的穴位）药液吸收比较缓慢，不能很快发挥作用，多数病人发生兴奋躁动。当改为静脉缓慢推注，一般只需3分

钟即可入睡，病人几乎不再发生兴奋躁动。目前，我们一般都采用静脉推注给药方法。应用几次中药麻醉后，病人对中麻的耐受性增加，可适当增加中药麻醉剂量，而氯丙嗪的剂量也应同时增加。由于病人个体差异，耐受性较强者的中药麻醉用量不足，或配合使用氯丙嗪的剂量不适当，均可影响效果和出现兴奋躁动。

中麻是一种全身性麻醉，临床应用时，可出现一些副作用，应密切观察和及时处理。在中麻前做好准备工作，中药麻醉后注意观察及护理，可以避免或减少发生副作用。如中麻前病人取平卧低枕位，头偏向一侧，就可避免发生舌根下坠，堵塞呼吸道。当发生舌根下坠时，可托起病人下颌，改变头部位置后，就能即刻消失。应用中麻Ⅱ号时发生兴奋躁动，可用中麻Ⅱ号催醒剂1毫克肌注，或用毒扁豆碱1毫克静脉注射，能使躁动马上消失。临床观察，注射催醒剂后，虽然躁动消失，但病人并不醒来，仍可安静入睡一夜。追加氯丙嗪肌注或足三里穴位注射，对消除兴奋躁动也很有效果。作者见到1例血栓闭塞性脉管炎下肢严重坏疽剧烈疼痛，应用中麻Ⅱ号后疼痛缓解，但病人右侧臀部、左前胸部和左手大鱼际发生3个体表包块，当体表包块逐渐消退时，出现左侧桡神经麻痹、大鱼际萎缩，经治疗观察4个月未能完全恢复。

（七）创口的换药与处理

1．创口的处理　血栓闭塞性脉管炎患者肢体并发溃疡或坏疽时，创口的换药与处理，是一个很重要的问题，不应当忽视。应该积极采取有效措施控制病变范围的蔓延扩大，促进创口愈合，这对消除患者的痛苦，缩短疗程和提高疗效，有着重要的作用。要正确处理创口，必须经常仔细对创口进

行观察，配合X线检查等，了解创口的发生过程和现状，了解影响创口愈合的全身因素和局部因素，从创口的整个情况进行分析，才能作出正确的判断。要注意患者肢体并发溃疡或坏疽是由于血液循环障碍的结果这个特殊性，和创口愈合过程的规律，就能取得处理创口的主动权。

(1) 干性坏疽：可用酒精棉球消毒，以消毒干纱布包扎，保持干燥，维持干性坏疽，当坏死组织与健康组织形成明显的分界线时，再施行坏死组织切除。

(2) 湿性坏疽：创口脓多及有坏死组织时，应用抗生素溶液湿敷换药。可作创面脓液细菌培养和药敏试验。一般根据创口感染表现，大体上能区别感染的细菌种类。脓液粘稠呈黄白色为葡萄球菌感染；脓液稀薄呈乳白色或浅红色为链球菌感染；脓液粘稠而有恶臭味为大肠杆菌感染；脓液呈蓝绿色，有时创面肉芽组织有出血性坏死现象，则为绿脓杆菌感染。对葡萄球菌、链球菌或大肠杆菌感染，可用0.25%氯霉素溶液或0.1%杆菌肽与0.5%新霉素混合溶液湿敷；绿脓杆菌感染可选用0.1%庆大霉素、0.5%多粘菌素溶液湿敷等。应用抗生素溶液湿敷换药，可交替更换抗生素种类，以防止细菌产生耐药性。如肢体坏疽局限稳定，创口脓多及有坏死组织，可用解毒洗药煎汤，乘温热浸洗创口，然后常规换药；创口剧烈疼痛者，可外敷全蝎膏，有祛腐止痛作用。

创口脓少时，用大黄（或黄芩、黄连）油纱布换药。

创口脓很少，肉芽组织比较新鲜时，用玉红膏油纱布换药，每日或隔日1次，直至创口完全愈合。

创口将要愈合时，如肉芽组织新鲜，干净，可用生理盐水纱布或抗生素溶液纱布湿敷，以保护创面，此后注意观察创口，如无脓性分泌物，约7～10天后，创面愈合，湿敷纱

布自行脱落。

目前大多数认为，血栓闭塞性脉管炎患者的创口，主要是做好清洁换药，应避免使用具有腐蚀性或刺激性的药物。

2. 影响创口愈合的原因与处理　作者通过临床实践，对血栓闭塞性脉管炎患者的创口愈合过程进行观察，总结了影响创口愈合的局部因素与处理，现简述如下：

(1) 创口用药不当：应用生肌散等中药粉常沉积于创面，影响肉芽组织增生和上皮组织生长爬行，阻碍创口的顺利愈合。

处理：换药时，应除去药痂。一般情况下，创口不宜应用中药粉。

(2) 创口周围硬性痂皮形成：由于中药粉或药膏粘结于创口边缘，形成硬性痂皮，阻碍上皮组织向创面中心生长爬行，而围绕创面边缘呈环形生长，逐渐形成高出于创面的硬性痂皮，使创口长期处于稳定状态而不能愈合。

处理：对松动的硬痂，在换药时，可用剪刀剪除；对较大而厚硬的痂皮，可用大黄油纱布或凡士林油纱布覆盖，硬痂即可软化，自行分离脱落。切不可强行撕揭，以免损伤创面肉芽组织和上皮组织，影响创口的愈合。

(3) 肉芽组织过度增生：在创口愈合的后期，肉芽组织常过度增生，高出于创面，使上皮组织生长爬行覆盖创面受到限制。

处理：在换药时，应及时剪除过度增生之肉芽组织。

(4) 创口异物及坏死组织存留：创口内的坏死组织，尤其是坏死的肌腱腱鞘和死骨的存留，以及在创口内经常填塞油纱布条，均能影响创口的愈合。

处理：在换药时，应及时剪除坏死组织，并采取逐渐多

次剪除的方法，最后将坏死组织完全剪除。换药时应注意取出小的死骨片。

(5) 骨髓炎形成：尤其是坏疽足趾自行脱落，或施行单纯坏死组织切除术，有可能发生趾骨残端骨髓炎。如创口内无坏死组织存留，而创口又不容易愈合，或暂时结痂假性愈合，又重新发生溃破，有脓液或水样分泌物，此时应考虑到有趾骨残端骨髓炎存在，可行X线平片检查，以明确诊断。

处理：施行坏骨切除手术。应将坏骨彻底切除，使创口逐渐愈合。

(6) 腱鞘感染：血栓闭塞性脉管炎患者足趾溃疡或坏疽时发生化脓性腱鞘炎比较常见，应引起注意。趾部的坏疽感染，可沿腱鞘、肌腱向足掌或足背扩展，红肿疼痛，可形成脓肿，发生腱鞘、肌腱坏死，从腱鞘内流出脓液，影响创口的愈合。

处理：形成脓肿时，应及时切开引流。对创面的腱鞘感染，应将腱鞘切开引流。但必须将坏死的肌腱、腱鞘全部彻底切除，才能使创口顺利愈合。

(7) 创面过大：从足背部切除前半部坏足后，足残端创面过大，或足部出现巨大溃疡，创面难以自行愈合，因而疗程长，患者痛苦较大。

处理：当创面感染控制，肉芽组织新鲜时，应及时施行邮票状植皮术，不要延误植皮的良好时机。

此外，创口久不愈合时，要考虑到癌变的可能。血栓闭塞性脉管炎慢性溃疡癌变甚为罕见，我院从1959年临床治疗血栓闭塞性脉管炎20多年以来，仅见到1例慢性溃疡癌变。临床上遇到有可疑慢性溃疡癌变时，应取活组织病理检查，以明确诊断，作相应治疗。

（八）手术处理

1．单纯坏死组织切除术：

(1) 麻醉方法：病变在下肢，选用腰麻（蛛膜下阻滞），大多数用小量腰麻（灭菌普鲁卡因 50～75 毫克）。严格按腰麻操作常规进行。由第 4 或第 5 腰椎棘突间隙穿刺，将药液注入蛛网膜下腔。两侧下肢同时手术，注药完毕可即刻让病人翻身取平卧位。如为单侧下肢手术，病人向患侧卧位进行腰麻，注药液后继续侧卧位 5 分钟，仅使患侧下肢阻滞，即成为单侧腰麻。

病变在上肢者，应用臂丛神经阻滞麻醉。

血栓闭塞性脉管炎发生肢体坏疽手术处理时麻醉方法，与手术取得成功有密切关系。1965 年河北省沧州专区人民医院对下肢脉管炎足趾坏疽应用小量腰麻施行切除缝合术取得良好效果。我院从 60 年代开始，对足趾远端发生坏疽者，采用趾根部神经阻滞麻醉方法，施行坏死组织切除术。但在患肢局部注射药液病人痛苦大，同时由于局部血液循环障碍，注入药液后张力增高，容易引起坏死和使感染扩散，而使病情发展恶化。此后，我们改用穴位麻醉法，取患肢三阴交、解溪、太溪、商丘、丘墟等穴，在手术前 15 分钟，每穴注入 0.5%普鲁卡因 3～5 毫升，对某些轻度足趾坏疽病例有满意效果，但对较重的足趾坏疽则麻醉效果不满意。为此，我们从 1965 年以后，对脉管炎病人下肢坏疽施行手术时常规应用小量腰麻。作者等（1980 年）统计我院应用小量腰麻对 114 例血栓闭塞性脉管炎肢体坏疽的局部处理，大部分病人用普鲁卡因 50～75 毫克共 96 例，75～100 毫克 17 例，120 毫克 1 例。病人可以少量进食。对所有病例均麻醉效果良好。其中仅有 3 例发生腰麻后反应：2 例出现头晕，1 例应用普鲁

卡因75毫克，术后第2天头晕、恶心、呕吐。其他病例均未出现麻醉意外和并发症。由于我们通常采用低位小量腰麻，和以单侧蛛膜下阻滞为主，因而交感神经阻滞范围较小，未曾出现血压下降等麻醉意外。腰麻应用最小量普鲁卡因50～60毫克，病人患侧下肢完全无痛，而肢体尚可活动，手术麻醉效果良好，术后肢体很快恢复。因此，作者认为低位小量腰麻是一种简便、安全、有效的麻醉方法，适用于脉管炎病人下肢坏疽手术局部处理，值得推荐。应用低位小量腰麻要注意几点：①在第4或第5腰椎棘突间隙穿刺注药；②穿刺针宜细；③普鲁卡因用量在50～75毫克之间；④熟练操作技术，最好一次穿刺成功。但必须严格腰麻操作技术，注意腰麻的禁忌症。

⑵ 手术指征：坏死组织与健康组织形成明显的分界线，坏疽已停止发展，局部感染已基本控制。

⑶ 手术要点：在分界线处将坏死组织全部切除，切除后的骨残端须深入创面软组织内0.5～1.0厘米，便于上皮、肉芽组织包埋骨残端，使创面顺利愈合。在切断肌腱时，不可过度向外牵拉，以免切断肌腱后，肌腱回缩，将感染带往腱鞘深处。

⑷ 术后处理：由于手术时已将坏死组织彻底切除，创口冲洗干净，因此手术后2～3天再查看创口换药。如创面较大，感染明显，可应用抗生素5～7天。口服维生素B_1、维生素C，或用维生素B_1穴位注射。继续内服中药治疗。注意发生骨髓炎和腱鞘感染。

及时施行坏死组织切除术，能有效解除患者的剧烈疼痛，并可促进创口顺利愈合，能比坏死组织自然脱落缩短疗程。据作者临床体会，虽然坏死组织自然脱落创口有可能愈合，

但存在一定的缺点：①疗程比较长，患者痛苦大，感染不能有效控制，剧烈疼痛不易迅速解除；②由于坏死组织存留，影响创口顺利愈合；③脱落后的骨残端容易发生骨髓炎；④脱落后的骨残端表浅，而且有锯齿状不整齐，勉强愈合后容易产生残端疼痛，并容易复发残端溃疡。

血栓闭塞性脉管炎因肢体严重缺血而发生坏疽，肢体坏疽感染可引起剧烈疼痛，而剧烈疼痛的刺激又可兴奋神经和使肾上腺功能亢进，从而引起肢体血管痉挛和影响肢体侧支血管的建立，更进一步加重肢体缺血的程度。这样，如此反复，形成恶性循环，对患肢的治疗和恢复十分不利。因此，及时施行坏死组织切除，清除坏疽感染病灶及其异物的刺激甚为重要。

如病人足部严重坏疽，扩展到足背部时，形成足前半部坏疽，经中西医结合辨证论治治疗，和施行手术将足前半部坏疽切除，足残端创口逐渐愈合，保留了肢体，病人仍然能参加重体力农业生产劳动。因此，当病人足部发生严重坏疽的情况下，应尽最大的努力保留肢体，不能轻易截肢。

据作者的临床经验：以中西医结合，能够促进肢体侧支循环的建立，改善血液循环，为手术局部处理创造有利条件，手术是可以成功的。根据病人的发病过程、肢体动脉闭塞平面和体征，以及全身情况，来判断肢体血液循环的改善情况，一般并无困难。关于掌握手术指征和时机，应根据病人的具体情况来决定。如果肢体血液循环未改善，局部感染未控制，过早施行手术，往往引起坏疽扩展、感染加重，甚至有截肢的可能。当适合手术时，应一次切除坏疽的足趾，清除一切坏死组织，创口多能顺利愈合。此点与分期分批清除坏死组织的“蚕食方法”有所不同。作者等（1980年）总结114

例脉管炎手术处理，其中有67例施行坏死组织切除，手术后创口顺利愈合者57例，占85.7%，创口接近愈合出院者10例。

2. 趾（指）部分切除缝合术：

(1) 麻醉方法：同单纯坏死组织切除术。

(2) 手术指征：①趾（指）部远端局限性坏疽，局部感染控制，炎症消退者；②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；③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。

(3) 手术要点：用消毒干纱布将坏疽趾部包绕，与健康趾部隔离，以避免创口感染。在距创口缘1～2厘米之健康趾部用利刀行皮瓣（横形或矢状形）切开，一直切到趾骨，连同软组织和肌腱腱鞘完全切断，然后用趾锯将趾骨锯断，用咬骨钳细心咬平骨断面。作关节离断术时，应将近节趾骨或跖骨头之软骨关节面咬除。修剪创面，用生理盐水冲洗干净，以0号或00号细丝线疏松缝合皮瓣，创口内放置细窄橡皮条引流，外盖消毒干纱布轻松包扎。

(4) 术后处理：继续中西医结合治疗改善患肢血液循环。应用青霉素、链霉素7天，防止创口感染。口服维生素B_1 50毫克，每日2次，维生素C 500毫克，每日2次，或应用维生素B_1穴位注射，促进创口愈合。在手术后24小时拔除创口内橡皮条引流。注意观察趾（指）端创口愈合情况和血运状况。如有红肿、疼痛，疑有感染时，或创口内有积存瘀血时，应及时拆除缝线（部分或全部拆线），常规换药处理。如手术后经过平稳，创口愈合顺利，则于7～10天拆线。

1980年作者等总结我院1965年7月至1979年12月应用小量腰麻对114例血栓闭塞性脉管炎手术处理中，有40例

施行趾部分切除缝合术，手术后第7～11天拆线，创口一期愈合优者22例，良者15例，创口愈合优良率92.5%，有3例创口全部裂开、感染。河北省沧州专区人民医院（1965年）19例趾（指）切除缝合有15例创口一期愈合。济南市立第三人民医院对35例三期1级脉管炎病人施行局部切除缝合术，创口一期愈合率94.3%。因此，作者认为坏疽足趾局部切除缝合术是十分成功的，大多数病人的创口都能一期愈合。

作者临床体会，坏疽趾（指）局部切除缝合术的优点是：①早期手术切除感染病灶及坏死组织异物刺激，能有效解除病人的剧烈疼痛，便于更好地进行中西医结合治疗；②能促进创口愈合，缩短疗程；③手术范围小，创伤性小，不增加病人的负担；④手术平稳，无并发症和不良反应；⑤手术时间短，操作方便，容易掌握；⑥可避免高位截肢手术。

3．植皮术

(1) 植皮术前准备：

局部准备：创面在术前要作好充分的准备，这对皮片的成活有很大关系。创面有脓液，应在植皮前用生理盐水、抗生素溶液湿敷换药，尽量使创面感染减轻到最低的程度。

供皮区的准备：供皮区可用股部皮肤。应在植皮前日剃净供皮区毛发，用肥皂和温水洗净，然后用75%酒精皮肤消毒，再用无菌巾包裹。

(2) 植皮的指征：足残端创面过大，或患肢出现巨大慢性溃疡，难以自行愈合者。经中西医结合治疗，患肢血液循环改善，创面感染控制，肉芽组织新鲜时，可施行点状或邮票状植皮术。

(3) 植皮手术操作方法：

① 取皮方法：股部供皮区用0.1%硫柳汞和75%酒精消毒，铺无菌巾。用0.5%普鲁卡因溶液于供皮区作局部浸润麻醉（腰麻时可免用局麻）。皮肤表面和切皮刀上涂少许凡士林或石蜡油。助手用压板将供皮区皮肤压紧拉平，术者右手持切皮刀，稍微倾斜，轻压于皮肤上，用拉锯式的快速推拉动作切取皮片。切刀与皮面所成的角度越小所取皮片越薄。所取皮片不能过厚，以略有透明的薄皮片为好。因为皮片过厚，植皮后不容易成活。取下的皮片，应放在冷的生理盐水内备用。

供皮区创面用温热生理盐水纱布加压片刻止血，然后盖一层凡士林油纱布或大黄油纱布，外敷消毒干纱布加压包扎。如创面无感染，可在3周后再更换敷料，此时创面多已自行愈合。

② 植皮方法：创面用生理盐水冲洗。对老的肉芽创面，或过度增生的肉芽组织，可用锐利刀片切除，创面渗血可用温热生理盐水纱布压敷止血。将取下的皮片摊贴在凡士林油纱布或玻璃纸上，按需要剪成小方块。创面压敷止血后，把皮片平整移植在创面上，使皮片与肉芽创面贴紧粘牢，皮片与皮片之间应保留间隙。然后敷盖生理盐水纱布4层，将皮片固定，再盖一层凡士林油纱布，外敷消毒干纱布，用绷带轻轻加压包扎。包扎时压力要均匀，注意避免皮片移动。

(4) 植皮术后处理：适当限制肢体活动，注意保护皮片，避免搓动。植皮后2～3天更换敷料。揭开敷料时要轻稳、仔细，不可撕脱皮片。用生理盐水将创面纱布湿透后再揭除敷料。如创面有脓性分泌物，用生理盐水或抗生素溶液湿敷换药，每日1～2次。皮片下有积液时，应剪开排出。部分皮片出现坏死时，应及时剪除。一般需观察2周，如见皮片呈粉

红色并与基底组织粘连牢固，即表示皮片已成活，创面愈合。植皮手术后，应继续中西医结合辨证论治内服中药治疗，以及应用维生素B_1、维生素C等。如感染创面比较大，植皮术后可应用抗生素控制感染，以减少植皮失败。

虽然由于肢体血液循环障碍，创面植皮失败的机会较多，但经过中西医结合治疗，患肢血液循环改善，以及创面局部处理妥当，植皮是能够成功的。有的病人第一次植皮失败，但第二次植皮成功，创面愈合。有些病人即使植皮失败，也有促进创口愈合作用，从此创口迅速愈合。作者临床上多次见到有些病人的创面一次植皮即获得成功。血栓闭塞性脉管炎病人足前半部坏疽感染，施行手术将坏死组织切除，当创面肉芽组织新鲜时，在补气养血疗法的基础上，施行足残端创面邮票状植皮多能一次成功，创面迅速愈合，缩短疗程，减轻病人痛苦，保存了肢体，避免了截肢。曾见到1例血栓闭塞性脉管炎病人两足背部巨大溃疡10年不愈合，经一次邮票状植皮成功，创面完全愈合。

4．截肢术

(1) 术前准备：积极中西医结合治疗，控制肢体坏疽继发感染。如患者身体虚弱、高热、胃纳减退时，应注意水和电解质的平衡紊乱，和发生低血钾，必要时静脉输液和输血。患肢常规皮肤准备。

(2) 手术指征：严重肢体坏疽继发感染扩展至踝关节或踝关节以上，持续高热，剧烈疼痛，经中西医结合治疗而无效者。

(3) 手术要点：确定截骨平面。在小腿或大腿取前长后短皮瓣切口。在皮瓣回缩处切断肌肉，主要血管分离后双重结扎切断；神经的近端用2%普鲁卡因封闭后，稍向远端牵

拉，然后用细丝线结扎切断，使其回缩肌层内。在肌肉回缩处环形切开骨膜，向远端推开骨膜，用锯垂直将骨锯断。小腿截肢时，腓骨断端应比胫骨短 2 厘米。用骨锉锉平骨断端。然后用生理盐水冲洗创面，清除渗血块和骨碎屑，最后缝合深筋膜和皮肤，创口两端放置橡皮条引流。

(4) 术后处理：继续中西医结合治疗，以恢复患者全身情况，改善患肢血液循环，和防止创口感染。如患者身体虚弱，可静脉输液和输血，并注意手术后发生低血钾。口服大量维生素B_1、维生素C，应用青霉素、链霉素等抗生素。这对于创口顺利愈合有重要作用。注意创口愈合情况和有否感染，观察体温和白细胞变化。如创口感染，应及时将感染处缝线拆除，使引流通畅。创口内橡皮条引流在手术后 24～48 小时拔除。如手术后创口愈合顺利，则于 12～14 天全部拆线。

中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎取得了显著的效果，无论在提高疗效，缩短疗程，保存肢体，解除病人痛苦和避免残废等方面都充分显示了中西医结合的优越性。作者（1978 年）总结中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎 401 例临床分析，凡是治疗有效的，大多数均能在 6 个月以内达到治疗目的，共计 295 例，占 73.6%（见表 10）。作者（1986 年）总结山东中医学院附属医院 1975 年 8 月至 1983 年 12 月中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎 387 例临床分析，由于重视中西医结合辨证论治全身性整体治疗，并结合白花丹参注射液（或丹参注射液）静脉滴注治疗，对改善肢体血液循环有显著效果，可以缩短疗程，大多数病人能在 3～6 个月以内取得满意效果，共 373 例，占 96.38%（见表 11）。

在 401 例血栓闭塞性脉管炎中，虽然大多数为坏死期病

表 10　401 例血栓闭塞性脉管炎的疗效与疗程的关系

疗效 \ 疗程	1～3个月	3～6个月	6～9个月	9～12个月	12个月以上	总计
临床治愈	60	66	34	12	14	186
显著好转	25	35	12	3	4	79
进步	37	31	5	6	5	84
无效	19	22	5	3	3	52
总计	141	154	56	24	26	401
%	35.2	38.4	13.9	6.0	6.6	100.0

表 11　387 例血栓闭塞性脉管炎的疗效与疗程的关系

疗效 \ 疗程	1～3个月	3～6个月	6～9个月	总　计
临床治愈	112	57	3	172
显著好转	114	44	10	168
进步	31	12	1	44
无效	1	0	0	1
死亡	2	0	0	2
总计	260	113	14	387
%	67.18	29.20	3.62	100.0

人，共计 291 例，占 72.6%，但临床治愈 186 例，占 46.4%，显著好转 79 例，占 19.7%，进步 84 例，占 20.9%，总有效率为 87.0%。无效 52 例，占 13.0%，其中截肢者 38 例，截肢率为 9.5%。目前对严重肢体坏疽继发感染的病例治疗比较困难，还不能完全排除截肢手术。在施行截肢手术 38 例中，三级坏死 27 例，二级坏死 11 例，均为严重肢体坏疽继发感染的病例。在 387 例血栓闭塞性脉管炎中，施行截肢

者 40 例，截肢率为 10.34%，均为严重肢体坏疽继发感染病人，其中热毒炽盛型 24 例，湿热下注型 15 例，血瘀型 1 例。经过中西医结合治疗后，由于肢体侧支循环建立，血液循环改善，因此截肢平面可以下降，除非特殊情况，一般施行膝下小腿截肢就能获得成功，并不影响创口的顺利愈合。

赵绚德(1986 年)总结我院 1959 年至 1984 年中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎 122 例截肢手术，122 例均为坏死期病人，其中三级坏死 92 个肢体，二级坏死 38 个肢体，溃疡癌变 1 例；属于热毒炽盛型者 107 个肢体（81.68%），湿热下注型者 24 个肢体（18.32%）。均为严重肢体坏疽继发感染，持续高热，有明显毒血症状，经过中西医结合治疗，无法保存肢体。共有 131 个肢体截肢，施行股部截肢 40 个，其中有 23 个肢体为股动脉搏动消失，小腿截肢的 90 个肢体中，股动脉搏动消失者 18 个肢体，胭动脉搏动消失者 52 个肢体，共有 93 个肢体，占 71.5%。因此，截肢平面与动脉闭塞部位的高低并不成正比，在动脉闭塞部位之下截肢，就能使创口顺利愈合。这是中西医结合治疗的特点，与传统的截肢手术观点有所不同。

我国中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎的截肢率为 1.2～13.8%（见表 12），1971 年全国中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎经验交流会议统计平均截肢率为 2.65%，而过去西医治疗的截肢率为 20～35.0%，美国的截肢率为 33%。可见经过中西医结合治疗，使大多数坏死期的病人避免了截肢，保存了肢体，而且恢复了体力劳动或轻工作。

5. 腰交感神经节切除与肾上腺部分切除术　对第一期脉管炎病人，可施行腰交感神经节切除，第二期、第三期脉管炎病人，应施行腰交感神经节切除并肾上腺部分切除。一

表 12　我国中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎的截肢统计

作　　者	病例数	截肢数	截肢(%)
天津市津沧医院(1960)	88	2	2.2
刘开琏等(1963)	120	3	2.5
辽宁中医学院附属医院(1965)	148	2	1.3
江苏省中医研究所(1965)	120	6	5.0
江苏新医学院第一医院(1971)	188	3	1.6
上海第二医学院附属瑞金医院(1971)	410	5	1.2
河北沧州地区人民医院(1972)	282	41	13.8
尚德俊(1978)	401	38	9.5
王书桂等(1980)	242	3	1.2
广州市中医医院(1980)	560	14	2.5
重庆市中医研究所(1980)	109	4	3.6
王正甫(1980)	250	4	1.6
郭延生(1980)	366	7	1.9
崔公让(1981)	413	16	4.0
奚九一(1983)	151	2	1.32
彭厚荣(1983)	279	7	2.5
杨成芬(1983)	498	9	1.8
尚德俊(1986)	387	40	10.34
总　　计	5,012	206	4.11

般切除腰 2、3、4 交感神经节，切除肾上腺的外部、中部 $\frac{2}{3}$，保留 $\frac{1}{3}$。均应切除患肢病侧的腰交感神经节或肾上腺。可以解除患肢血管痉挛，促进侧支循环的建立，改善患肢血液循环。

6．血管重建手术　包括动脉血栓内膜剥除术，以及应

用自体大隐静脉作股—腘动脉或股—胫动脉旁路移植术等，对改善肢体血液循环有满意效果。但患肢胫前、胫后、腓动脉均已广泛闭塞者，不宜施行这些手术。

7．大网膜移植术　适用于第二期、第三期脉管炎病人，而不能作血管重建手术者。将游离血管蒂大网膜动脉与股动脉或腘动脉分支吻合，网膜静脉与大隐静脉主干（分支）或腘静脉分支进行吻合。然后将大网膜裁剪延长，在大腿内侧作皮下隧道，将大网膜拉至内踝上方。由于大网膜血运丰富，移植后容易与患肢建立侧支循环，改善肢体血液循环，促进创面愈合。

中西医结合辨证论治进行全身性整体治疗所取得的显著疗效，已成为我国治疗血栓闭塞性脉管炎的独特的新的疗法。但，目前仍有15～30%的病人治疗效果不够满意，需要施行手术治疗。然而这些手术治疗，和不能完全避免的截肢手术等，均非病因疗法，其远期疗效不理想，只能改善肢体血液循环，并不能控制血栓闭塞性脉管炎的病情发展和防止复发。中西医结合辨证论治整体治疗与有效的手术治疗相结合，可以互相取长补短，对缩短疗程，提高疗效，防止复发，以及减少手术并发症等均具有重要作用。这是今后很值得研究的重要问题。

【临床经验体会】

（一）辨证论治的规律　自1959年以来，全国各地对血栓闭塞性脉管炎的辨证分型作了不少研究，但多不一致，归纳起来有三种情况：① 以中医理论为指导进行临床辨证论治；② 以现代医学临床分期为基础，结合中医观点来治疗，即现代医学的某期相当于中医辨证的某型；③ 以固定某一方剂为基础，再辨证加减治疗。通过多年来的临床实践，作

者根据祖国医学的理论，和血栓闭塞性脉管炎的发病过程、证候（局部和全身）的变化，并结合患者的体质强弱、气血虚实，将各期血栓闭塞性脉管炎分为：阴寒型、血瘀型、湿热下注型、热毒炽盛型和气血两虚型五型。从 20 多年来的临床治疗经验来看，这种辨证分型还是比较切合实际的。由于病情的发展可以互相转化，因而辨证分型在临床治疗上不是孤立的，各型之间是既有区别、又有联系的。在以上五型的辨证治疗中，还应注意脏腑虚实，脾虚者应健脾和胃，肾虚者应温肾壮阳，同时还要分辨挟湿、挟湿热、虚实挟杂。临床辨证论治时，要根据病人的具体情况，并考虑到临床类型（稳定型、急性活动型、迁延型和严重坏疽感染型）的不同，与中医辨证论治相结合进行治疗，才能提高临床治疗效果。

血栓闭塞性脉管炎属于祖国医学之血瘀症，表现为肢体血液循环障碍，尤其是微循环障碍。而活血化瘀法是祖国医学治疗血瘀症的重要治疗方法。作者（1986 年）总结活血化瘀法治疗 144 例血栓闭塞性脉管炎取得显著疗效，不仅对血瘀型病人效果满意，而且对湿热下注型、阴寒型病人同样有效果。然而不如辨证论治效果好。同时，对严重坏疽感染型病人，单纯应用活血化瘀法不理想。说明只有在辨证论治的基础上应用活血化瘀疗法，才能更好地发挥活血化瘀疗法的治疗作用和提高疗效。

（二）中西医结合治疗问题　中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎，应明确西医诊断与临床分期（分型），既要充分发挥中医辨证论治的特点，同时还应根据病情应用西医的有效疗法。临床上常用的西医有效疗法有：① 合理选用有效抗生素控制肢体坏疽感染；② 补充维生素，输液、输血，和其他西药的应用；③ 创面处理，促进创面愈合；④ 手术

局部处理，如单纯坏死组织切除术、趾（指）部分切除缝合术和植皮术等，是中西医结合治疗中不可忽视的重要措施；⑤ 手术治疗，如腰交感神经节切除与肾上腺次全切除术、血管重建手术和截肢手术等。这些有效疗法与中医辨证论治整体治疗相结合，相互取长补短，是缩短疗程和提高疗效的关键。

（三）今后努力研究的问题　在肯定中西医结合治疗疗效的同时，作者认为今后应努力研究以下问题：

1．治疗规律问题　应进一步探讨治疗规律，提高临床治疗效果和缩短疗程。

2．坏疽感染问题　解决控制肢体坏疽继发感染，以保存肢体。

3．复发问题　临床治愈后，如何巩固疗效和防止复发是一个很重要的问题。而单纯从临床角度不可能完全解决，尤其重要的应加强病人的自身防护工作。作者（1978年）总结401例血栓闭塞性脉管炎中，对107例病人进行1～7½年远期疗效随访，优37例（34.5%），良21例（19.6%），尚可19例（17.6%），复发30例（28.3%）。中西医结合治疗血栓闭塞性脉管炎的远期疗效各地报道悬殊很大，其复发率低者为15.0%，复发率高者达41.5～60.0%。关于巩固疗效和防止复发是一个多方面的问题，今后应注意研究。作者认为，如能注意以下几点可以防止或减少复发机会：① 坚持系统治疗6个月；② 严格忌烟；③ 避免寒冻；④ 防止外伤。临床上曾见到足残端和截肢残端外伤后发生坏疽，因此临床治愈后对肢体的保护甚为重要。

4．治疗原理问题　应用现代科学知识和技术深入研究中医中药的疗效原理，这是关系到提高临床疗效，和把中西

医结合治疗血栓闭塞性脉管炎提高到现代科学水平的一个重要问题。

5. 病因问题　血栓闭塞性脉管炎的发病原因，至今尚未完全清楚，应与临床实践密切结合，便于提出更多的线索进行研究。病因问题的解决，对临床诊断和治疗以及进行有效的预防均有重要的关系。

第二节　闭塞性动脉粥样硬化

闭塞性动脉粥样硬化是常见的周围血管疾病之一，是全身性动脉粥样硬化在肢体局部的表现，是一种慢性动脉闭塞性疾病。由于动脉内膜粥样改变，使肢体动脉狭窄、闭塞，引起肢体缺血，营养障碍改变，严重时可发生肢体坏疽。因此，属于祖国医学的“脱骨”、“脱骨疔”范围。由于还常可并发高血压病、冠心病和糖尿病等，此病的截肢率和死亡率都比较高。近年来，随着人民生活水平不断提高和饮食结构的改变，此病在我国日益增多。但由于重视不够和认识不足，常与血栓闭塞性脉管炎相混淆而引起误诊、误治。今后应开展研究和加强防治工作。

【病因】

闭塞性动脉粥样硬化的病因和发病机理，至今尚未完全阐明。祖国医学认为，是由于脾肾两虚，或过度肥腻厚味饮食，而使痰湿滋生，痰瘀脉络，气血凝滞，气血运行不畅所致。闭塞性动脉粥样硬化是动脉粥样硬化发展的最后结局。目前认为，内皮细胞的损伤在动脉粥样硬化的发生和发展过程中具有关键性的作用。由于高脂血症的刺激，使内皮细胞损伤，并引起动脉壁通透性增高，使血液中脂质从内膜渗漏，并沉积于内膜空隙中。而高血压可以使动脉壁伸延、扩张，

因而使内皮细胞断裂或间隙扩大，引起血脂内漏。高血压和血液流动时所产生的应力作用，使内皮细胞变形、肿胀和糜烂，血小板聚集，形成血栓，因此在动脉分叉处容易发生粥样斑块，引起出血、坏死、溃疡、血栓形成和钙化，最后导致动脉狭窄和闭塞，出现肢体缺血临床表现。

【临床表现】

闭塞性动脉粥样硬化的发病年龄多在40岁以上，随着年龄的增高，发病逐渐增多，最多见于老年人，男性多于女性，男女之比为10:1。

发病部位主要是大、中动脉，最常见于主动脉、髂总动脉、股动脉、腘动脉、胫后动脉、足背动脉等，病变也较广泛，可有节段性加重，可伴有冠状动脉、肾动脉和脑动脉疾病。肢体闭塞性动脉粥样硬化，以下肢最多见，且病情较重，而上肢病情轻，往往处于稳定状态，常被病人忽略。肢体缺血的程度和病情的轻重，决定于动脉闭塞的部位、范围、快慢，以及肢体侧支循环建立的情况。如果肢体病变发展缓慢，有足够时间建立侧支循环，即使动脉完全闭塞也没有明显的缺血症状。

根据闭塞性动脉粥样硬化的发病过程，将临床分期介绍如下：

第一期（局部缺血期）：病人常有肢体发凉怕冷、麻木、胀痛或灼热感，也有最早出现间歇性跛行，随着肢体缺血程度逐渐加重，间歇性跛行也就进展明显，但亦可长期处于稳定状态，同时患肢皮肤颜色改变轻微，而不能引起病人注意。肢体动脉搏动减弱或消失。

第二期（营养障碍期）：肢体缺血症状加重，出现营养障碍改变，趾甲生长缓慢，干厚，皮肤干燥，肌肉萎缩。足

部呈苍白色、紫红色或青紫色，或趾端和小腿出现瘀斑（见照片11），如不及时治疗，可发生溃疡或坏疽。此时，病人常有静止痛，间歇性跛行疼痛加重，行走距离缩短。如跛行疼痛位于足部和小腿者，一般为股、腘动脉闭塞；跛行疼痛位于股部和臀部（或有疲累、紧胀感）者，则为主、髂动脉闭塞。通常肢体缺血性疼痛较轻，可以忍受，如发生缺血性神经炎时，则足部有烧灼痛和感觉异常。

第三期（坏死期）：由于肢体严重缺血，最后发生溃疡和坏疽。坏疽发展快而且广泛，多从足趾部开始，向上扩展至小腿或大腿，甚至阴囊和臀部发生坏疽（见照片12、13）。病人可有高热、意识模糊、胃纳减退等全身中毒症状，而使身体日渐衰弱。闭塞性动脉粥样硬化发生肢体坏疽，其最后结局取决于并存的冠状动脉和脑动脉病变的程度。

根据肢体坏疽的轻重和范围，坏死期又可分为三级：

1. 一级坏死：坏疽局限于趾部。

2. 二级坏死：坏疽扩延到趾跖关节。

3. 三级坏死：坏疽扩延至足背部近踝关节或踝关节以上。

奚九一（1983年）报道71例下肢闭塞性动脉粥样硬化共102个肢体，其中单侧下肢者40例，两侧下肢者31例（占43.6%）；腘动脉、股动脉以上闭塞者78个肢体（占76.5%），足背动脉、胫后动脉闭塞者24个肢体（占23.5%）；肢体发生坏疽者39例。王嘉桔（1984年）报道84例闭塞性动脉粥样硬化共118个肢体，其中下肢发病110个肢体，上肢发病8个肢体，没有单独上肢发病者。坏死期病人51例，占60.7%。我院宋景贵（1984年）总结86例闭塞性动脉粥样硬化中，局部缺血期病人5例，营养障碍期病人24例，坏

死期病人57例。临床上很值得注意的是：闭塞性动脉粥样硬化的早期，由于动脉狭窄，在病变部位可以听到血管杂音。如腹主动脉受累时，在腹部可听到血管杂音；髂动脉、股动脉受累时，常在腹股沟区可听到血管杂音；当侵犯颈动脉、腋动脉时，两侧颈部锁骨上窝亦可听到血管杂音。因此，临床检查时，在动脉部位听诊如发现有血管杂音，对闭塞性动脉粥样硬化的早期诊断、早期治疗具有重要价值。同时病人的四肢动脉和颞浅动脉多有弦硬、扭曲现象，或者肱动脉呈波浪状，足背动脉呈扭曲团状。

王嘉桔（1984年）对闭塞性动脉粥样硬化提出的临床闭塞类型为：① 慢性闭塞过程，肢体缺血症状逐渐加重；② 慢性闭塞和动脉高位狭窄的基础上又有新的血栓形成，肢体出现急性缺血症状或坏疽；③ 过去从无肢体缺血症状，在动脉粥样斑块上有急性血栓形成，突然发生肢体急性缺血症状和广泛坏疽。这种突然发生的肢体急性动脉血栓形成临床上并非少见，病情都比较严重，常是截肢和死亡的主要原因。

闭塞性动脉粥样硬化，常同时并发高血压病、冠心病、糖尿病和脑血管病等。如有些病人在多年前就患有高血压病、心肌梗塞和偏瘫等，目前才发现肢体闭塞性动脉粥样硬化，下肢有明显缺血表现。注意这些临床表现特点，对诊断和治疗甚为重要。

【诊断和鉴别诊断】

临床诊断闭塞性动脉粥样硬化，应注意其疾病演变过程和发病规律，以及促使疾病发展加重的因素等。闭塞性动脉粥样硬化是一个独立疾病，从病因、病理和临床表现特点，与血栓闭塞性脉管炎显然不同，不应当把此病误诊为血栓闭

塞性脉管炎，泛称为脉管炎。临床诊断时，除注意闭塞性动脉粥样硬化肢体缺血症状和体征之外，应重视以下临床表现特点，则有助于明确诊断。

（一）年龄多在40岁以上。

（二）常累及大、中型动脉（主动脉、髂动脉、股动脉、腘动脉等），下肢病变重，上肢病变轻。

（三）常并发高血压病、冠心病、糖尿病和脑血管疾病等，以及高血脂症。

（四）化验血胆固醇增高，血甘油三脂、β脂蛋白增高。

（五）在动脉病变部位可听到血管杂音。

（六）四肢动脉和颞浅动脉多有弦硬、扭曲现象，或呈波浪状。

（七）眼底检查有视网膜动脉硬化表现。

（八）X线检查可见主动脉弓突出、纡曲，左心室扩大；主动脉、髂动脉、肢体动脉壁内有钙化斑块，或呈串珠状钙化阴影。

（九）心电图检查可有冠状动脉供血不足、左心室肥大和陈旧性心肌梗塞。

（十）脑、肢体血流图显示动脉弹性消失或不明显。

临床工作中，掌握这些临床表现特点，并认真检查和仔细扪触肢体动脉搏动情况（动脉搏动减弱或消失），诊断闭塞性动脉粥样硬化并不困难。

临床诊断闭塞性动脉粥样硬化时，应注意与血栓闭塞性脉管炎、肢体动脉痉挛病（雷诺氏病）、大动脉炎、肢体动脉栓塞等疾病相鉴别（详见表7、8和有关疾病）。必须强调的是，详细询问病史和认真体格检查，并结合有关辅助检查，进行仔细分析，这是最基本、最重要的诊断和鉴别诊断方法。临

床上不应当发生的误诊，往往与忽视这些方面有关。

【临床治疗】

（一）辨证论治

1．阴寒型　肢体明显发凉，冰冷，呈苍白色，遇寒冷则症状加重，舌苔薄白质淡，脉弦细或沉迟。应温通活血，内服当归四逆汤加减、阳和汤加味。

2．血瘀型　肢体发凉怕冷、麻木、疼痛，肢端、小腿有瘀斑，或呈紫红色、青紫色，舌有瘀斑或舌质绛，脉弦涩或沉细。应活血化瘀，内服丹参通脉汤、活血通脉饮。

3．湿热下注型　肢体轻度坏疽感染，发红、肿胀、疼痛，有低热，舌苔白腻或黄腻，脉滑数或弦数。应清热利湿、活血化瘀，内服四妙勇安汤加味，并兼服犀黄丸。

4．热毒炽盛型　肢体严重坏疽感染，红肿热痛，高热，神志模糊，谵语，舌苔黄燥或黑苔，脉弦数或洪数。应清热解毒、滋阴凉血为主，佐以活血化瘀，内服四妙活血汤，并兼服安宫牛黄丸，紫雪丹。

在临床治疗中，均可同时兼服四虫片、活血通脉片、通脉安等。

随证加减：

⑴ 痰瘀者，加夏枯草、海藻、生牡蛎、橘核等。

⑵ 血瘀重者，加乳香、没药、三棱、莪术，重用红花等。

⑶ 寒重者，加桂枝、熟附子等。

⑷ 热重者（肢体坏疽感染），加蒲公英、地丁、板蓝根、知母等。

⑸ 伴有高血压者，加桑寄生、杜仲、夏枯草、钩藤等。

现以临床分期和辨证分型为基础，提出中西医结合治疗

原则：

⑴ 改善血液循环，控制病情发展。此病是慢性动脉闭塞性疾病，是由于肢体动脉粥样斑块形成，发生动脉狭窄和闭塞，引起肢体血液循环障碍，表现为明显的气血瘀滞。因此，在发病的早期（第一、二期），中西医结合治疗，应以益气活血法为主治疗，以及使用扩张血管药物、降血脂药物、低分子右旋糖酐静脉滴注等，以扩张血管，缓解血管痉挛，促进侧支循环建立，改善肢体血液循环；并可降低血脂、纤维蛋白原含量，从而降低血液粘度，防止和消除动脉粥样斑块的形成与发展。

⑵ 清热消炎，控制坏疽感染。当肢体严重缺血，郁久化热时，发生肢体坏疽继发感染，表现不同程度的热证，中西医结合治疗，以清热解毒法为主，佐以滋阴、凉血、活血法治疗，以及选用有效抗生素治疗，病情严重者，给予支持疗法，输液、输血，纠正水、电解质平衡紊乱。

此外，对并发高血压病、冠心病和糖尿病等，也应积极治疗，密切观察病情变化。

（二）丹参注射液静脉滴注疗法　应用5%葡萄糖溶液500毫升，加入白花丹参注射液（或复方丹参注射液）10毫升，每日静脉滴注1次，15次为一疗程，可连用2个疗程。

（三）低分子右旋糖酐静脉滴注疗法　应用低分子右旋糖酐500毫升（或加入丹参注射液10毫升），每日静脉滴注1次，15次为一疗程，休息7～10天，可再用一个疗程。

（四）丹参注射液穴位注射疗法　取穴足三里、三阴交、承山、曲池、外关等。丹参注射液4毫升，取2个穴位交替注射，每日1次，30次为一疗程。

此疗法可单独应用，或者作为活血化瘀疗法，在丹参注射液静脉滴注疗法疗程结束之后应用。

（五）熏洗疗法　早期（第一、二期）肢体未溃烂者，用活血止痛散煎汤乘温热熏洗患肢，每日1～2次，30天为一疗程。对改善患肢血液循环颇有疗效。

（六）辅助疗法

1．饮食宜清淡，避免食用过多的动物性脂肪和高胆固醇食物，可食用植物油。

2．严格彻底戒烟；保护肢体，防止外伤感染；冬季应注意防寒保暖。

3．肢体发生溃疡和坏疽时，应正确处理。创口以清洁换药为宜，忌用刺激性或腐蚀性药物。

（七）手术处理

1．肢体坏疽的局部处理　闭塞性动脉粥样硬化发生肢体坏疽时，坏疽的局部处理甚为重要，应慎重考虑。肢体轻度坏疽，经过中西医结合治疗，当肢体血液循环改善后，坏疽足趾可自行脱落，创口逐渐愈合，因此不必急于施行外科手术处理。中西医结合辨证论治整体治疗，能够改善肢体血液循环，而使肢体坏疽局限稳定，炎症消退，为手术局部处理创造了有利条件，手术是可以成功的。常用的手术处理方法有：① 单纯坏死组织切除术：肢体坏疽停止发展，局部感染已经控制，形成明显的分界线时，可施行手术切除坏死组织，促进创口顺利愈合。② 趾部分切除缝合术：适用于趾端局限性坏疽和难以愈合的溃疡，患肢血运改善，炎症消退者。在坏疽近端健康趾部切除坏趾，全层缝合，创口内放置细窄橡皮条引流，包扎。手术后10～12天拆线，创口多能一期愈合。闭塞性动脉粥样硬化病人多为中年、老年人，

组织修复和愈合能力较差，在患肢血运未改善，肢体坏疽感染未控制的情况下，而施行拔甲术或坏死组织切除术则往往失败，促使肢体坏疽感染扩展加重，甚至被迫再次施行股部高位截肢，此点与血栓闭塞性脉管炎肢体坏疽的局部处理显然不同，临床上应加以注意。

2. 截肢手术　肢体严重坏疽继发感染，扩展至踝关节或小腿（三期2～3级），全身中毒症状明显者，则应及时施行截肢手术，不应延误时机，以免造成病人全身衰竭而死亡。由于病人常同时有心、脑、肾和糖尿病等并发症，手术前应积极进行内科治疗，作好充分准备。闭塞性动脉粥样硬化常累及肢体大、中型动脉，患肢严重缺血，全身情况较差，因此对肢体严重坏疽的病人，一般应施行股部高位截肢，以使创口顺利愈合。此点与血栓闭塞性脉管炎肢体坏疽截肢显然不同，必须加以注意。王嘉桔（1984年）报告的闭塞性动脉粥样硬化病人，截肢率35.0%，死亡率12.5%。我院总结的闭塞性动脉粥样硬化病人，截肢率31.4%，死亡率6.9%。可见闭塞性动脉粥样硬化病人的截肢率和死亡率都比较高。截肢手术后，应继续中西医结合辨证论治整体治疗，首先以清热活血法治疗，七天后转以补气养血法，佐以活血化瘀法治疗。使用抗生素控制感染。应用维生素B_1、C，促进创口愈合。根据病人具体情况，给予输液、输血，特别要注意容易发生的低血钾症。应密切注意创口感染、裂开或皮瓣坏死。如经过顺利，在手术后3～4周创口拆线。

此外，经治疗无效者，具有手术指征，还可施行动脉旁路移植术、血栓内膜剥除术等，以恢复肢体血流。

但病人全身衰竭，浮肿，有严重的心脑血管疾病、肺心病，肝肾功能衰竭，以及高血压病、糖尿病未能控制者，均

不宜施行手术治疗。

【临床经验体会】

闭塞性动脉粥样硬化是一种独立性疾病，多见于中年、老年人，以下肢发病最多见。近年来，由于我国人民生活提高，食用动物脂肪和肉类增多，闭塞性动脉粥样硬化发病日益增多，可惜还未引起人们的足够重视。由于动脉粥样硬化斑块的形成与发展，引起动脉管腔狭窄和闭塞，而出现肢体缺血症状，甚至发生肢体坏疽。这种肢体坏疽往往比较严重，而且不容易控制其发展，对中年、老年人的身体健康危害很大。因此，应积极进行预防和中西医结合治疗，阻止动脉粥样硬化病变的发展，降低截肢率和死亡率。

闭塞性动脉粥样硬化的病因和发病机理尚未完全明了，一般认为是由于动脉内膜损伤、脂质渗漏和血栓形成，发生粥样斑块，并伸延扩大，最后导致动脉管腔狭窄和闭塞。而高血脂症、高血压病以及吸烟，为发病的重要因素，并可加速动脉粥样硬化的发展。动脉粥样硬化斑块通常分为三种类型：① 脂质条纹：早期病变，呈淡黄色，局限性，平的或微隆起，为可逆性病变。② 纤维斑块：为脂纹的进一步发展，呈灰白色，胶原纤维增生，隆起于动脉管腔，阻碍血流，不易完全消退。③ 复合斑块：为纤维斑块的发展、增大，有溃疡、出血、血栓形成和钙化。钙化可使动脉进一步变硬，管腔狭窄和闭塞，完全不能消退。因此，了解动脉粥样硬化斑块的发展过程，具有重要的临床意义。如能争取早期明确诊断，早期中西医结合辨证论治整体治疗，可以减缓或阻止动脉粥样硬化病变的发展，以及达到软化血管，促使动脉粥样斑块的消退，防止发生肢体坏疽的目的。

中西医结合治疗时，应特别强调的是，既应注意病人肢体

的缺血表现，又要重视对并发症进行有效的内科治疗，以免造成严重后果。目前，闭塞性动脉粥样硬化的辨证论治方法还未统一，尚未总结出中医辨证论治规律。作者临床治疗闭塞性动脉粥样硬化分为：阴寒型、血瘀型、湿热下注型、热毒炽盛型四型。这种中医辨证分型比较切合实际，能反映闭塞性动脉粥样硬化的发展过程。闭塞性动脉粥样硬化是血瘀症疾病，其临床表现主要为瘀阻（痰瘀）证候：肢体疼痛，呈紫红色、青紫色，趾端有瘀斑，舌质红绛或有瘀斑，脉弦涩等。所以益气活血法与软坚散结法是其总的治疗法则。作者应用活血化瘀药物（丹参通脉汤、活血通脉饮）治疗闭塞性动脉粥样硬化多能取得满意效果，临床实践证明：① 能改善肢体血液循环，肢体疼痛消失，颜色改变明显减轻或恢复正常；② 对多数病人有降低胆固醇作用；③ 治疗后病人眼底视网膜动脉硬化减轻，动脉痉挛消失，眼底渗出物或出血消散吸收。说明以中医辨证论治为主中西医结合治疗可获得显著效果。

治疗无效，当同存的并发症稳定、明显好转和被控制后，可施行外科手术治疗。但手术治疗并不能阻止动脉粥样硬化病变的发展，应与中西医结合辨证论治整体治疗相结合，才能提高疗效。

第三节　大动脉炎

大动脉炎又称无脉病、缩窄性大动脉炎、主动脉弓综合征等，是一种非特异性慢性动脉炎症疾病。在祖国医学文献中尚未见到本病的记载，可能属于“脉痹”、“血痹”范围。当肢体动脉狭窄和闭塞，肢体严重缺血时，发生肢体坏疽者，又称为“脱疽”、“脱骨疔”。我国于50年代已有大动脉炎的报告。1963年刘丽笙、黄宛报道17例大动脉炎。此后

大动脉炎的研究报告陆续增多。1976年江苏新医学院第一附属医院报道中医中药治疗13例大动脉炎。1978年吴肇汉等报道100例大动脉炎的中西医结合治疗。1980年房芝萱等报道55例大动脉炎的中医治疗，首先对中医辨证论治进行研究。1984年王仰通等报道中医治疗大动脉炎32例临床分析。1984年我院赵绚德报道中西医结合治疗大动脉炎20例。1985年郑德裕等报道372例大动脉炎的随诊观察。可见大动脉炎已成为我国常见的周围血管疾病之一，中西医结合治疗已取得许多成果。

【病因】

大动脉炎的发病原因迄今未明。可能与结核病、风湿病、感染等有关，并认为是一种自身免疫性疾病。主要侵犯头臂动脉、降主动脉、肾动脉、肺动脉等。左锁骨下动脉受累较右锁骨下动脉为多见。由于常侵犯多个部位的动脉，故又称为多发性大动脉炎。受累动脉呈弥漫性全层炎症反应，动脉壁明显纤维化和内膜广泛增厚、血栓形成，最后发生动脉缩窄或闭塞，出现肢体缺血表现。《内经》谓："脉涩日痹"。《医学心悟》谓："伏脉不出者，寒气闭塞也"。主要为"血凝而不流"，气虚血亏，气血瘀阻，经脉闭塞，气血运行不畅所致。

【临床表现】

大动脉炎多见于青少年女性，30岁以下发病者占89.0%，女性病人占68.1～84.0%，女男之比为2.2～8.5:1。

发病缓慢，可有数年病程。发病时，病人有全身症状，出现低热、胃纳减退、疲劳无力、游走性关节疼痛、血沉加快等。有的病人常伴有高血压病，或者首先发现高血压病而

来就诊。

侵犯头臂动脉时，病人有头痛、头晕、视力模糊，晕厥，严重者发生偏瘫；上肢有酸胀、乏力、麻木、发凉，劳动时症状更为明显，病人常因此就诊而被发现本病。检查时，可有上肢动脉搏动减弱或消失（无脉），颈动脉搏动减弱和压痛，上肢血压测不出或明显降低，两侧颈部锁骨上窝有血管杂音。眼底检查可见视网膜动脉硬化、狭窄和痉挛，静脉扩张粗大或出血等。

侵犯降主动脉、腹主动脉时，主要是下肢缺血表现，出现下肢发凉、麻木、酸痛和间歇性跛行，严重者发生肢体溃疡或坏疽，股动脉搏动减弱或消失，下肢血压测不出或明显降低，而上肢高血压，在腹部、背部可听到血管杂音。

侵犯肾动脉时，可表现顽固性高血压，引起左心室扩大和左心室衰竭。在腰背部可听到血管杂音。

侵犯肺动脉时，可有心慌、气短，肺动脉瓣区可听到收缩期杂音。

X线检查，可见头臂动脉、降主动脉和腹主动脉广泛性缩窄和闭塞，或肾动脉狭窄，以及左心室扩大。

应该指出，大动脉炎虽然有肢体动脉闭塞，出现肢体缺血症状，但主要是肢体酸胀、乏力、麻木、发凉，而很少有肢体疼痛，皮肤颜色改变不明显，一般很少有肢体萎缩，这是由于动脉闭塞形成缓慢，而肢体侧支循环得以建立有关。

【诊断和鉴别诊断】

根据病史和临床表现，结合有关检查，诊断大动脉炎并不困难。其诊断依据是：①肢体有缺血症状，动脉搏动减弱或消失，血压降低或测不出；②脑动脉缺血症状，颈动脉搏动减弱或消失，颈部有血管杂音；③顽固性高血压，伴有上

腹部血管杂音；④不明原因低热，血沉加快，伴有血管杂音，肢体动脉搏动减弱或消失；⑤无脉病眼底改变。

凡是青少年女性，当有高血压、动脉搏动减弱、血管杂音时，就应考虑有大动脉炎的可能。但中年人发生本病并不罕见，临床上应注意腹部、颈部、锁骨下部和背部血管杂音，以及颈部、四肢动脉搏动情况，结合临床表现和有关检查，进行全面分析判断。

临床上应注意与血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、先天性主动脉缩窄等疾病相鉴别（详见血栓闭塞性脉管炎和表 7）。

【临床治疗】

（一）辨证论治

1. 阴虚内热型　肢体酸痛，关节痛，低热或午后潮热，自汗，血沉加快，舌苔薄白质红，脉细数。属急性活动期。应养阴清热、活血通络，内服养阴活血汤，兼服牛黄清心丸。

2. 脾肾阳虚型　肢体发凉、乏力，病人全身怕冷，腰膝酸软，胃纳减退，劳动后症状加重，舌苔薄白质淡，脉沉细。应温肾健脾、散寒活血，内服阳和汤加减。

3. 气血两虚型：病人身体虚弱，倦怠无力，面色萎黄，舌苔白质淡，脉虚弱。属继发贫血。应补气养血，内服顾步汤加减。

如气血虚弱，瘀阻血脉，脑血栓形成而发生偏瘫者，应补气活血通络，内服补阳还五汤加味。

在急性活动期和稳定期，均可服用四虫片、活血通脉片、通脉安等。

随证加减：

(1) 阴虚内热：加白薇、银柴胡、地骨皮、生地、石斛、

丹皮、青蒿等。

⑵ 关节痛、血沉快：加秦艽、威灵仙、黄芩、络石藤、海风藤、桑寄生。

⑶ 肾阳虚：加巴戟天、仙灵脾、破故纸、狗脊等。

⑷ 脑缺血，头晕、头痛：加川芎、白菊花、钩藤、蔓荆子、白芷等。

⑸ 高血压者，应平肝潜阳，加生磁石、石决明、夏枯草、紫石英、草决明等。

房芝萱等（1980年）报道中医治疗大动脉炎，归纳为两类证型：①气血两虚型：补益气血、养阴通络，内服：生黄芪、党参、鸡血藤、元参、石斛各18克，沙参15克，当归尾12克，附子、肉桂、菖蒲、赤芍、红花、牛膝、甘草各10克。②阴虚阳亢型：平肝潜阳、活血通络，内服：紫贝齿、紫石英、生磁石、珍珠母各30克，鸡血藤、元参各25克，枸杞子18克，菊花、白芍、生地、牛膝各15克，赤芍、当归尾、泽泻各10克。

熊昌华（1980年）报道应用黄芪桂枝五物汤加味：黄芪、熟地、鸡血藤各15克，当归12克，白芍、桂枝、牛膝、生姜各10克，大枣4枚。

王仰通等（1984年）报告应用温阳通脉汤：附子、麻黄、桂枝、细辛、黄芪、当归、川芎、丹参、炙甘草。并应用参附注射液静脉滴注治疗。

（二）白花丹参注射液静脉滴注疗法 应用5%葡萄糖溶液（或低分子右旋糖酐）500毫升，加入白花丹参注射液10毫升，每日静脉滴注1次，15次为一疗程。休息7～10天，再用一个疗程。对改善肢体血液循环和脑缺血症状有明显效果。

（三）针刺疗法

取穴：上肢发病，取曲池、内关、合谷、太渊、尺泽等；下肢发病，取足三里、三阴交、血海、阳陵泉、太冲等。

强刺激，留针30分钟，每日或隔日1次。

（四）丹参注射液穴位注射疗法　详见闭塞性动脉粥样硬化。

（五）其他疗法

1. 控制血管炎症　在急性活动期，应积极控制血管炎症，防止病变发展。可以应用：

(1) 强的松5～10毫克，或地塞米松0.75毫克，每日服3次，当体温、血沉降至正常后逐渐停药。主要以中医辨证论治为主治疗，激素应用可作为中间暂短治疗，这样治疗效果好，又能减少激素的副作用。

(2) 龙胆泻肝丸6克，每日服3次。

(3) 犀黄丸3～6克，每日服2次。

(4) 四虫片5～10片，每日服3次。可连服1～2个月。

2. 改善血液循环　应用扩张血管药物，除应用白花丹参注射液、低分子右旋糖酐静脉滴注治疗之外，还可以应用妥拉苏林、烟酸、654-2等治疗（详见血栓闭塞性脉管炎）。

3. 控制坏疽感染　如发生肢体坏疽继发感染者，可应用抗生素控制感染。

（六）手术处理　足趾部轻度坏疽者，可施行坏死组织切除术。肢体严重坏疽者，则应施行截肢术。

病情处于后期慢性阶段，严重脑缺血，动脉病变局限和肾动脉狭窄肾性高血压者，可施行动脉血栓内膜剥脱术、用人造血管或自体静脉作动脉旁路移植术、肾切除术等。

【临床经验体会】

大动脉炎（无脉病）是比较常见的周围血管疾病，已引起人们的重视，我国70年代以来治疗研究报道相继增多。1958年苏州医学院用针刺疗法治疗无脉病取得近期疗效，可使桡动脉搏动恢复。北京阜外医院郑德裕等（1973年）对200例大动脉炎进行临床观察总结，同年该院又报道大动脉炎的X线研究，对92例血管造影和80例胸部X线表现进行分析。天津市眼科医院（1973年）报道5例无脉病的眼部表现。山东省人民医院（1975年）对收治的29例大动脉炎病人进行观察分析。但关于中西医结合治疗大动脉炎的研究报道则比较少见。作者通过临床实践，总结了治疗本病的辨证分型——阴虚内热型、脾肾阳虚型和气血两虚型。这种辨证分型还是比较切合实际的。根据辨证分型中药治疗，并结合白花丹参注射液静脉滴注治疗，虽然能改善肢体血液循环，缓解症状，但对控制急性血管炎症，消除低热和恢复血沉，往往需配合激素治疗才有满意效果。江苏新医学院第一附属医院（1976年）应用中医中药治疗大动脉炎，认为本病大多属于肝肾失调，出现阴虚阳亢证候，主张应用养阴清热、育阴潜阳的治法。房芝萱等（1980年）认为，大动脉炎是气血亏虚，经脉阻滞，主张重视扶正和活血化瘀治疗。翁维良等（1982年）报道中医辨证治疗无脉病分为：①阳虚气虚者，宜益气温阳、活血通络；②阴虚内热者，宜滋阴清热、活血通络；③气滞血瘀者，宜活血化瘀、理气宣痹。吴肇汉等（1978年）分析100例大动脉炎中西医结合治疗体会，认为在整个病程中可应用中药治疗，活动期以宣痹通络、养阴清热为主，稳定期以活血化瘀为主，经过中西医结合治疗，一般病情均可能趋向稳定，取得一定疗效。由此可见，因为大动脉炎的临床表现（证候）比较复杂，目前还未总结出中医

辨证论治规律，应进一步总结研究。然而，中西医结合辨证论治为主治疗，可促进肢体侧支循环建立和有可能使血管再通，改善肢体血液循环，从而使患肢动脉搏动有不同程度的恢复甚至恢复正常。针刺疗法的应用应加以重视，对促进疾病的恢复和并发偏瘫的治疗均有一定作用。南京部队某部（1972年）应用耳针疗法（心、交感、肾上腺、皮质下、肾、相应部位穴位）治疗40余例无脉病取得较好疗效，可以改善症状和恢复桡动脉搏动。目前，对大动脉炎的治疗，在急性活动期，或病情较轻，无明显血管闭塞、缺血表现，以及病情严重，受累血管广泛闭塞者，一般主张中西医结合非手术疗法。至慢性稳定期，具有手术指征者，才考虑外科手术治疗。大动脉炎的并发症比较严重，其预后好坏取决于高血压病、脑血管和心血管病变的程度如何。由于大动脉炎的发病原因尚未清楚，虽然目前应用的治疗方法有一定效果，可是要想根本消除急性血管炎症和控制大动脉炎病变的发展尚缺乏特效疗法，因此中西医结合治疗大动脉炎应是今后努力研究的方向。

第四节　肢端动脉痉挛病

肢端动脉痉挛病又称雷诺氏病，在祖国医学文献中尚未见到对本病的记载，可能属于祖国医学的“痹症”、“血痹”范围。

【病因】

肢端动脉痉挛病是由于血管神经功能紊乱所引起，发病原因尚未完全明确，而寒冷和情绪激动常是诱发因素。主要为肝郁气滞，寒凝血瘀，经脉痹阻，气血运行失调所致。

【临床表现】

本病多发生于女性，以20岁左右的青年女性多见。

病人常在受寒冷后，发作对称性两手皮肤颜色改变：初起呈苍白色，再转为青紫色，接着出现潮红色，然后恢复正常。这是典型的皮肤颜色改变的三个阶段。发作时，伴有手指冰凉，怕冷，麻木，针刺样疼痛和酸胀不适。上肢桡动脉、尺动脉搏动减弱或正常。但未见到桡动脉、尺动脉发生闭塞。当两手温暖后，即可停止发作，皮肤颜色恢复正常。如受寒冷或情绪激动又可引起发作。所以本病有间歇性发作的特点。一般说冬季发作多，夏季发作少或停止发作。

通常首先对称性两手发病，也有先一手发病，而后再另一手发病者。然后再出现两足对称性发病。这是一般的发病规律。然而，有的病人先有单侧下肢发病，而后另一侧下肢发病，最后再出现对称性两手发病，呈间歇性发作，才有典型的皮肤颜色改变。因此，下肢发病者并不很少见。但耳、鼻、口唇发病者却很罕见。

病情进展时，肢端逐渐出现血液循环障碍，症状加重，经常发作，每次发作可持续数小时或数天。病情严重者，由于多年未能控制发展，最后发生指（趾）动脉闭塞，手和足呈持续性紫绀，冬季加重，夏季也不能使症状缓解消失，发生手、足组织营养性变化，手指和足趾肿胀，皮肤干燥、脱屑，指（趾）甲干燥、增厚或畸形，指（趾）端皱缩，可出现指（趾）端皮肤浅在性溃疡或局限性坏疽。这种溃疡和坏疽均稳定局限在指（趾）端，发生全部指（趾）坏疽者甚为罕见。

值得指出的是，往往20岁左右的青年女性，先有单侧下肢1～2个足趾发病，或出现趾端溃疡、局限性皮肤坏死，以后逐渐出现全足趾发病和对称性两足发病，最后才累及两上

肢，呈对称性、间歇性发作。作者于1986年曾见到一家姐妹（均为中学生）2人先后同患雷诺氏病，而且均为同一单侧下肢发病，甚为罕见。因此，对雷诺氏病临床表现不典型者应加以注意。

【诊断和鉴别诊断】

根据病史和临床表现诊断肢端动脉痉挛病并不困难。本病的临床特点为：①以女性青年多见；②对称性两手和两足苍白、青紫、潮红色改变，发凉怕冷、麻痛，与寒冷和情绪激动有密切关系，呈间歇性发作，温暖后症状缓解、消失和恢复正常；③肢体动脉搏动正常，没有器质性改变；④仅为指（趾）端皮肤浅在溃疡或局限性坏疽。根据这些临床特点，一般就可确定肢端动脉痉挛病的诊断。

临床上应注意与血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、肢端发绀症、网状青斑症等疾病相鉴别（详见血栓闭塞性脉管炎和表7）。

【临床治疗】

（一）辨证论治

1. 阴寒型　肢体发凉、冰冷，呈苍白色或淡红色，受寒冷即刻引起发作，冬季症状明显加重，舌苔薄白质红。应温经散寒、活血化瘀，内服阳和汤加味、当归四逆汤加减，兼服参茸大补丸、参桂再造丸。

2. 血瘀型　肢体持续性青紫，发凉，胀痛，受寒冷症状更为明显，手指瘀肿，舌质绛或有瘀斑。应活血化瘀，内服丹参通脉汤、活血通脉饮，兼服活血祛瘀片、复方丹参片。

3. 湿热型　手指或足趾发生溃疡、坏疽，发红、肿胀、疼痛，有炎症表现，舌苔黄腻，舌质红。应清热利湿、活血化瘀，内服四妙勇安汤加味，兼服牛黄清心丸。

在以上各型临床治疗时，可配合服用通脉安、四虫片。

作者临床治疗肢端动脉痉挛病的经验方：

⑴ 手足均有发病者：丹参、赤芍、元参、川牛膝各30克，当归20克，川芎、姜黄、白术、地龙各12克。

⑵ 手指足趾端出现瘀斑或局限性坏疽者：丹参、赤芍、元参、川牛膝、当归、益母草、蒲公英各30克，王不留行、白术、川芎各15克，姜黄、地龙各12克。

随证加减：

① 气虚者，加黄芪、黄精等。

② 肾阳虚者，加仙灵脾、破故纸、苁蓉等。

③ 寒重者，加熟附子、桂枝、干姜等。

④ 气滞者，加郁金、香附、陈皮等。

⑤ 血瘀重者，加三棱、莪术、乳香、没药等。

国内治疗肢端动脉痉挛病应用方剂介绍：

⑴ 活血温经汤：丹参、鸡血藤各24克，党参、桂枝各15克，川芎、赤芍、红花各12克，熟附子、干姜各10克，炙甘草6克。（王正甫：《山东医药》1980；5:20）

⑵ 黄芪桂枝五物汤加减：黄芪60克，桂枝、白芍、红花、桃仁各10克，地龙15克，生姜2片。有热证时，加凉血解毒药：金银花60克，生地15克，丹皮10克。（金学仁：《中医杂志》1982；1:72）

⑶ 当归四逆汤加吴茱萸生姜汤：当归、桂枝、赤芍各12克，细辛、炙甘草、通草、吴茱萸、生姜各8克，桃仁、红花各6克，大枣30枚。（孙武进：《中西医结合杂志》1984；4(7):438）

⑷ 当归四逆汤加减：当归、虎杖各15克，丹参12克，桂枝、川芎、红花、白芍各10克，炙甘草6克。阳虚气弱

者，加黄芪12克，或党参12克，熟附子10克。（贾景余：《苏州年会论文选》，1980）

⑸ 当归四逆汤加减：当归25克，熟附子25～30克，细辛6克，桂枝10～15克，黄芪、丹参各30克，干姜20克，川芎、红花各10克。（白厚基：中华全国中医学会外科周围血管疾病学术讨论会（济南），1986）

⑹ 当归四逆汤加减：当归、黄芪各15克，芍药、桂枝、党参各10克，细辛3克，甘草6克，大枣6枚。（陈淑长：中华全国中医学会外科周围血管疾病学术讨论会（济南），1986）

（二）熏洗疗法　应用活血止痛散或回阳止痛洗药熏洗患肢，每日2次，一个月为一疗程。

（三）药物穴位注射疗法

取穴：上肢取曲池、尺泽、外关、内关等；下肢取足三里、三阴交、绝骨、血海等。

可选用以下药物穴位注射：

⑴ 白花（或紫花）丹参注射液2毫升，取患肢2个穴位交替轮流注射，每日1次，30次为一疗程。

⑵ 维生素B_1 50～100毫克，取患肢2个穴位交替轮流注射，每日1次，30次为一疗程。

⑶ 当归注射液2毫升，取患肢2个穴位交替轮流注射，每日1次，30次为一疗程。

（四）中药麻醉静脉滴注疗法　应用中药麻醉Ⅱ号0.3毫克，加入5%葡萄糖溶液500毫升中，静脉滴注，每日1次。对缓解指动脉痉挛有效果。治疗期间，病人手指紫绀消失，温暖，发作次数减少，血运改善，但疗效不持久。

（五）辅助疗法

1. 防寒保暖，避免寒冻。

2. 保持心情舒畅，避免情绪激动和生气。

3. 应用交感神经阻滞剂和血管扩张剂：如妥拉苏林、烟酸、血管舒缓素、罂粟碱等。

或应用血管舒缓素10单位，取患肢2个穴位交替轮流注射，每日1次（所取穴位同药物穴位注射疗法）。

4. 如指（趾）端皮肤溃疡或坏疽时，可应用玉红膏油纱布、大黄油纱布换药。

（六）手术处理　经过中西医结合治疗无效，而且有患肢营养性改变者，手指或足趾呈持续性紫绀，不易缓解消失时，可施行患肢股（肱）动脉外膜剥脱术。此外，还可施行腰交感神经节切除术。

【临床经验体会】

我院在开展中西医结合治疗周围血管疾病的工作中，对肢端动脉痉挛病进行了治疗观察和研究，并于1979年作了初步总结。目前，无论从祖国医学和现代医学的角度，都未能很好阐明其病因和发病机理。作者所见病例大多数为20岁左右的青年女性，正处于生长发育时期，虽然寒冷和情绪激动为常见的发病诱因，但内分泌、性激素功能紊乱与发病关系应值得注意。

临床上，详细询问病史和认真体格检查，对肢端动脉痉挛病的诊断、鉴别诊断甚为重要。因为临床诊断时应当区别：①雷诺氏病：主要是血管神经功能障碍性疾病，而没有器质性改变。应排除慢性动脉闭塞性疾病和其他原发疾病。②雷诺氏征（雷诺氏现象）：是由于其他疾病继发雷诺氏现象，肢体动脉有器质性改变。尤其是胶原性疾病，如硬皮病、皮肌炎、红斑性狼疮等，以及血栓闭塞性脉管炎、闭塞

性动脉粥样硬化等疾病，都可出现雷诺氏现象。临床上通过询问病史和体格检查，了解这些有关疾病及其临床表现，就可以明确雷诺氏病或雷诺氏征，便于早期诊断、早期治疗。

目前，对肢端动脉痉挛病以中西医结合非手术疗法为主。作者根据肢端动脉痉挛病的临床表现，总结中医辨证分型为：阴寒型、血瘀型和湿热型。临床所见以阴寒型多见，常用温经散寒、活血化瘀法，内服阳和汤加味治疗。作者对早期病人，应用阳和汤加味和重用姜黄治疗肢端动脉痉挛病，同时配合活血止痛散熏洗患肢，颇有疗效。应用当归四逆汤（当归、桂枝、芍药、细辛、甘草、木通等）治疗本病也有效果。上海中医学院附属龙华医院（1977年）曾应用温补脾肾法治疗一例肢端动脉痉挛病取得疗效。房芝萱（1980年）认为，肢端动脉痉挛病多与急怒忧思、肝郁气滞、血虚、冲任失调有关，主张以温寒化湿、回阳通络为主治疗，兼以舒肝理气、调理冲任。但临床见到病情严重的病人，手指和足趾持续性紫绀，发生皮肤营养性改变时，虽应用各种治疗法则和方药治疗，还是疗效不佳或无效。这可能是因长期肢端小动脉痉挛，引起动脉内膜增生、闭塞，发生血液循环障碍的结果。因此，对肢端动脉痉挛病早期中西医结合治疗是取得疗效的关键。同时应进一步探讨中医辨证论治规律，提高中西医结合治疗效果，并注意研究解决无效病例的治疗问题。

虽然对某些严重病人，经治疗无效时，可以施行患肢股（肱）动脉外膜剥脱术、腰交感神经节切除术治疗，但往往远期疗效不够满意，临床上很少应用。

第五节　红斑性肢痛病

红斑性肢痛病为周围血管神经功能障碍性疾病，祖国医学文献中尚未见到对本病的明确记载，至清代陈士铎的《石室秘录》、顾世澄的《疡医大全》、邹五峰的《外科真诠》中才有类似红斑性肢痛病的描述，可能属于“痹”、“脚板红”、“手足痛”等范围。

【病因】

红斑性肢痛病的发病原因尚不清楚。可能与血管神经功能紊乱和内分泌紊乱有关，或者由于血液中血清素增高所致。刘毓生等（1983年）报道红斑性肢痛病一个家系四代中，有10个人患病，女性7例，男性3例。祖国医学认为，是由于血热，热瘀脉络，火热炽盛所致。

【临床表现】

红斑性肢痛病多见于青年女性，以20～40岁为多，年龄最小者8岁，最大者52岁。

多发生于两下肢或两上肢，也可发生于单侧上下肢，或四肢发病。发病较急，往往在劳动或剧烈活动之后，突然发生两足或两手阵发性烧灼样剧痛，或为刺痛、胀痛，足部或手部皮肤发红、灼热，皮肤温度增高，出汗，患肢动脉搏动增强。《疡医大全》谓：“人脚板中色红如火，不可落地……火聚于脚心而不散……”。当活动、受热、久站均可使患肢疼痛加重。病人常将两足伸出被褥外，或足底蹬着凉墙感到舒适，用冷水浸洗脚或赤脚在雪地上行走，可使烧灼样剧痛缓解。发作间歇期，患肢仍有轻度麻木、疼痛。病人全身情况良好，患肢无营养障碍，不发生溃疡和坏疽。

【诊断和鉴别诊断】

根据病史和临床表现，诊断红斑性肢痛病并不困难。临床上应与末梢神经炎、血栓闭塞性脉管炎、肢端动脉痉挛病、肢端发绀症、网状青斑症相鉴别（见表13）。

表13　红斑性肢痛病与肢端发绀症、网状青斑症的鉴别

病名 / 鉴别点	红斑性肢痛病	肢端发绀症	网状青斑症
性别与年龄	青年女性最多（92.86%）	青年女性多见	任何年龄的男女，多为女性
发病部位	主要发生于双足，双手较少	主要发生于双手，足部甚少	多发生于足部、小腿和股部，也可累及上肢、躯干、面部等部位
临床特点	发病较急，两足出现阵发性烧灼样、针刺样剧痛，皮温增高，呈潮红色。温暖症状加重，将患足浸冷水中，或放在被褥外，可使症状缓解	整个手部、腕部呈持续性均匀性紫红色，发凉，寒冷可使症状加重，但温暖并不能使症状消失。常伴有皮肤划痕症，多汗	皮肤呈持续性网状或斑状紫红色花纹，寒冷或肢体下垂时青紫斑纹明显，温暖或患肢抬高后，青紫斑纹减轻或消失。常有肢体发凉、麻木、疼痛和感觉异常
肢体动脉搏动情况	患肢动脉搏动增强（阵发性血管扩张）	正常	正常
溃疡和坏疽	无	无	偶见严重病例

【临床治疗】

（一）辨证论治

红斑性肢痛病为热瘀脉络，属于祖国医学的“热痹”范围，应清热解毒、活血化瘀，内服四妙勇安汤加味，兼服四虫片。还可选用以下治疗方剂：

1. 三物黄芩汤：生地120克，黄芩60克，苦参30克。具有养阴、清热、凉血作用。（张百铭：《山东中医杂志》1981；2:93）

2. 加味四妙勇安汤：金银花、元参各60克，当归、紫花地丁各30克，连翘12克，生甘草15克。（许履和：《中医杂志》1979；12:34）

3. 身痛逐瘀汤加减：当归、五灵脂、地龙、赤芍、僵蚕、香附各10克，黄芪、秦艽、桑枝各12克，忍冬藤15克，川芎6克，甘草3克。（赵鹤龄：《新中医》1981；10:30）

4. 还可内服：当归、白芍各15克，生地、地龙、牛膝各10克，丹参、黄芩、元胡、甘草、枣仁各9克，细辛3克。（黄清河：《广西中医药》1982；6:45）

（二）针刺疗法

1. 主穴：三阴交、太溪、太冲；

配穴：复溜、内庭、行间、解溪、丘墟、中封、侠溪。

泻法，留针10～15分钟，隔日针刺1次。（韩祖濂：《中医杂志》1964；5:18）

2. 在患肢趾尖端或足趾井穴，用三棱针或注射针头点刺出血，每日1次。针刺足三里穴，使针感传至足部，泻法，不留针。（蒋汉林：《新中医》1977；6:37）

【临床经验体会】

红斑性肢痛病国内已有不少病例报道，在我国南方广东、广西等省区曾有流行性发病报道，但对其治疗方法缺少深入研究。由于红斑性肢痛病的病因和发病机理不清楚，目前应用西药治疗不满意，但中医中药治疗可取得显著效果。高斌等（1981年）报道治疗47例红斑性肢痛病，中医辨证分型为：血热型、湿热型和瘀滞型。经过中药（活络效灵丹合金铃子散）治疗痊愈41例，好转与无效各3例。张百铭（1981年）报道，根据红斑性肢痛病“四肢苦烦热”为主要

临床表现，应用三物黄芩汤治疗20例全部治愈。说明应用养阴、清热、凉血、活血中药治疗有显著效果。应用针刺治疗红斑性肢痛病也有一定效果。

第六节　血栓性浅静脉炎

血栓性浅静脉炎是临床上常见的疾病，主要有肢体血栓性浅静脉炎、游走性血栓性浅静脉炎，胸腹壁血栓性浅静脉炎则比较少见。

【病因】

血栓性浅静脉炎属于祖国医学的“脉痹”、“胸痹”、“血痹”等范围，由于湿热蕴结，瘀血留滞脉络所致。“脉中血流不畅，则血脉凝结而痛”。肢体外伤、感染，静脉输液、输药等，均可引起血栓性浅静脉炎。肢体反复发作游走性血栓性浅静脉炎，应首先考虑血栓闭塞性脉管炎或潜在性内脏癌症。王嘉桔（1979年）报告11例癌病性血栓性静脉炎，其中有5例为复发性游走性血栓性静脉炎。

【临床表现】

（一）肢体血栓性浅静脉炎　肢体血栓性浅静脉炎比较常见，在下肢发生于大隐静脉或小隐静脉及其分支；在上肢发生于头静脉或贵要静脉及其分支。临床所见主要是单独侵犯一条浅静脉。沿着肢体的浅静脉出现疼痛、发红、肿胀、灼热，常可摸到硬结节或硬性索状物，有明显压痛，有时伴有患肢肿胀。当浅静脉周围出现大片炎症反应时，则为静脉炎及静脉周围炎，是明显的湿热蕴结。可伴有发热等全身症状。患处炎症吸收消退后，局部皮肤遗留色素沉着和无痛性硬性索状物；有时，这种血栓静脉纤维性变化，往往遗留微痛感觉，需1～3个月之后才能消失。化验检查可有白细胞增

高，血沉加快。

（二）胸腹壁血栓性浅静脉炎　最多见于一侧胸腹壁皮下出现硬性索条状物，长可达15～30厘米，有针刺样疼痛，皮肤发红、稍微隆起，局部有紧迫感。硬性索条状物与皮肤粘连，因此用手指压紧硬性索条状物，使皮肤拉紧时，皮肤上可出现一条凹陷性浅沟。我院宋爱武（1982年）总结32例胸腹壁血栓性静脉炎，男性18例，女性14例，年龄最大者72岁，最小者23岁，平均年龄43岁。发病原因大多数不明。发生于左侧胸腹壁16例，右侧胸腹壁14例，双侧胸腹壁2例。在有明确记载的28例中，硬性索状物最长者40厘米，最短者10厘米，受累静脉多者2条，一般以1条静脉多见。

（三）游走性血栓性浅静脉炎　游走性血栓性浅静脉炎主要发生在下肢浅静脉，以小腿浅静脉和足部浅静脉为多见，发生于上肢浅静脉者比较少见。大多数侵犯青壮年男性。在肢体浅静脉部位出现发红的痛性结节、红斑或硬性索条物，具有游走性、间歇性反复发作的特点，当一处炎症病变消退时，肢体其它部位的浅静脉又发作炎症病变。当局部炎症消退后，皮肤遗留色素沉着和硬性索条状物。病人可有发热、全身不适等反应。化验检查白细胞增高，血沉加快。游走性血栓性静脉炎还可累及内脏静脉和肢体深静脉。

【诊断和鉴别诊断】

根据病史和临床表现，诊断本病并不困难。血栓性浅静脉炎多发生在四肢的浅静脉，在肢体或胸腹壁沿静脉分布可见发红痛性硬索状物和红斑结节。鉴别诊断需考虑以下疾病：

（一）结节性红斑　多见于青年女性，与结核和风湿有关。结节发生于小腿为多，伸屈侧无明显区别，呈圆形、片

状或斑块状，结节不发生溃破。可有疼痛、发热、无力、关节痛、小腿浮肿等。血沉加快。

（二）硬结性红斑　为皮肤结核的一种类型，多见于青年女性。以结节发生于小腿为多，伸屈侧无明显区别，呈圆形或斑块状，为暗红色或紫红色，逐渐增大，可发生溃破。有明显疼痛、肿胀，每年冬季容易发作，呈慢性病程。可找到结核病灶，结核菌素试验阳性，血沉加快。

（三）结节性脉管炎　多见于中年男女，结节以小腿为主，伸侧较屈侧为多，足跖部亦多见，单侧或双侧发病。结节呈小圆形，潮红色或紫红色，结节表面有色素沉着，可有结节溃破。病程长，多终年反复发作，与季节关系不明显。可有足背动脉搏动减弱。

（四）结节性动脉周围炎　多见中年男性，皮损为多形性，有红斑、瘀斑、紫癜、网状青斑等，以皮下结节为多见。皮下结节沿小动脉分布，可自由移动，皮肤发红、疼痛，可发生溃疡。此起彼伏，容易反复发作。常有发热、关节痛、多汗等。多有胃肠、肾、心、肺、神经、肌肉、脑等脏器组织同时受累。

在进行诊断和鉴别诊断时，如有困难，可做活体组织病理检查以明确诊断。

【临床治疗】

（一）辨证论治　血栓性浅静脉炎的初期以湿热为重，常有明显的炎症反应，热甚则脉红、灼热、肿痛，湿甚则肢体浮肿、沉重，其最后转归主要是瘀阻脉络，遗留硬性结节或硬性索条状物。因此本病的治疗原则，应以清热利湿、活血化瘀、通络散结为主。

1. 肢体血栓性浅静脉炎　为湿热蕴结，应清热利湿、活

血化瘀，内服四妙勇安汤加味、茵陈赤小豆汤加减。

2. 胸腹壁血栓性浅静脉炎　为气郁热毒所致，应清热解毒、行气活血，内服柴胡清热饮。

3. 慢性炎症期（瘀结期）　血栓性静脉炎急性炎症逐渐消退，可形成慢性炎症，以瘀结为主，肢体常遗留硬结节和硬性索条状物，应以活血化瘀、通络散结为主，内服丹参通脉汤、活血通脉饮。

在进行以上治疗时，均可同时兼服四虫片、活血通脉片、活血祛瘀片，以促进炎症（湿热、瘀阻）的消散吸收。

应用以上方剂时，应随证加减：

(1) 热盛，急性炎症明显者，加大青叶、板蓝根、地丁、蒲公英、丹皮、黄连等。

(2) 发于胸腹壁者（肝郁气结），加舒肝理气药，如枳壳、川楝子、白芍、元胡、郁金、青皮等。

(3) 慢性炎症（瘀结），遗留硬结节和硬性索条状物者，加活血通络、软坚散结药，如炙山甲、皂角刺、乳香、没药、三棱、莪术、海藻、夏枯草、王不留行、地龙、鸡血藤、络石藤、橘核、山慈菇等。

(4) 病变在上肢者，加桑枝、姜黄；病变在下肢者，加黄柏、牛膝。

国内治疗血栓性浅静脉炎应用方剂：

(1) 血栓性浅静脉炎：

① 应用：当归、赤芍、黄芪各230克，川芎、苏木、地龙、郁金各150克，制乳香、没药、红花各90克，络石藤450克。共研为细末，水泛为丸，每次服10克，每日2次。（陈淑长：《北京中医学院学报》1980；4：37）

② 败酱赤小豆汤：蒲公英、金银花、赤小豆、苡米各

30克，败酱草、泽泻各15克，赤芍、怀牛膝、陈皮各10克，生甘草6克。（张禄昌：《河南中医》1986；2:27）

⑵ 胸腹壁血栓性浅静脉炎：

① 桃红四物汤：生地、赤芍各15～30克，当归、桃仁各10～15克，川芎、红花各15克。（西安市中医医院：《陕西新医药》1975；4:7）

② 一号苏脉饮：金银花30克，赤芍60克，泽兰15～30克，当归、元参、郁金、紫草、夏枯草、甘草各15～30克。（西安市中医医院：《陕西新医药》1975；4:7）

③ 复元活血汤：柴胡、当归、穿山甲、天花粉、桃仁、红花、大黄、甘草。随证加减用药。（陈城：《新中医》1983；12:14）

④ 内服：金银花30克，柴胡、白芍、瓜蒌、鸡血藤各15克，连翘、黄芩各10克。痛甚，加元胡、菖蒲各10克；腹胀，加木瓜10克，大腹皮12克；气虚，加黄芪12克。（裴玉崑：《中级医刊》1983；10:23）

（二）外治疗法

1. 鲜马齿苋，捣烂，外敷患处，每日2次。

2. 外敷大青膏、茅菇膏或金黄膏。

3. 鱼腥草250克，或加等量鲜马齿苋，加少量食盐，捣烂，外敷患处。（湖南黔阳医院经验方）

4. 镇痛消炎散（中国人民解放军某部卫生队经验方）：栀子、丹皮各120克，白芷90克，血竭15克，冰片9克。将前3味研为细末，再研血竭、冰片，混匀，用50%酒精调成糊状，外涂患处，每日3～4次。

（三）熏洗疗法

1. 鲜马齿苋，煎汤乘热熏洗热罨患处，每日2次。

2. 解毒洗药，煎汤乘热熏洗热罨患处，每日2次。

3. 硝矾洗药，用水冲化后，乘热熏洗热罨患处，每日2～3次。

以上熏洗适用于急性炎症期。也可在熏洗后，用黄马酊外涂患处，具有良好的消炎止痛作用。

4. 活血止痛散，煎汤乘热熏洗患处，每日2次。适用于慢性炎症期。

（四）针刺疗法

取穴：夹管穴（位于病变静脉边缘，两侧交叉排列）、膈俞、太渊为主穴。

胸腹壁浅静脉炎加内关、阳陵泉；四肢浅静脉炎按循经取穴。病变在上肢桡侧加合谷、曲池，在肘部正中央加内关、曲泽；在下肢内侧加阴陵泉、三阴交。

针刺以得气为度，留针30分钟，隔日或隔2日1次。（何耀坤：《中医杂志》1981；4:43）

（五）其他疗法

1. 应用抗生素，如青霉素、链霉素、金霉素、四环素等。

2. 应用深度X线照射局部，隔日1次。

3. 手术处理：经中西医结合治疗，血栓性浅静脉炎均能治愈，仅有极少数病人需施行手术治疗。如血栓性浅静脉炎伸延、扩展，有可能累及深静脉时，应施行受累静脉高位结扎并切除术。经治疗炎症消退3个月以后，如仍遗留痛性硬索状物，不易消退时，可施行硬索状物切除术治疗。

【临床经验体会】

血栓性浅静脉炎是临床上常见的周围血管疾病，多发生于四肢的浅静脉，胸腹壁浅静脉发病比较少见。陈淑长(1983

年）报道的85例血栓性浅静脉炎中，发病部位有四肢、胸腹部和颈部，除因外伤、手术、输液引起发病之外，原因不明者竟有66例。实际上临床中，要追寻血栓性浅静脉炎的发病原因，有时甚为困难。

由于血栓性浅静脉炎可累及内脏静脉和肢体深静脉，并有可能发生肺栓塞，同时又可能是某些疾病的临床表现之一，因此对本病的早期明确诊断和中西医结合治疗相当重要。

虽然临床上诊断血栓性浅静脉炎比较容易，但应注意与结节性红斑、硬结性红斑、结节性脉管炎、结节性动脉周围炎等疾病鉴别。还应注意下肢静脉曲张常并发血栓性浅静脉炎。肢体发作游走性血栓性浅静脉炎常是：①血栓闭塞性脉管炎的早期或发病过程中常伴有游走性血栓性浅静脉炎，具有明显的静脉炎和静脉周围炎的特征。下肢反复发作游走性血栓性浅静脉炎，虽然无缺血征象，也不能排除血栓闭塞性脉管炎。②潜在性内脏癌（肝、胰、胃、肺、前列腺癌等）发生的游走性血栓性浅静脉炎，往往是无炎症的坚硬结节或硬索条状物。下肢发病较上肢为多，主要发生于下肢大隐静脉。作者曾见到一例两侧下肢大隐静脉发作多个无炎症的硬结节，经活体组织病理检查，证实为内脏转移癌。③白塞氏病常并发游走性血栓性浅静脉炎、闭塞性动脉炎、闭塞性静脉炎，故又称为血管型白塞氏病。同时病人常有反复发作的口腔粘膜、生殖器溃疡和眼炎病变。因此，肢体发作游走性血栓性浅静脉炎往往是某些疾病（或是首先出现）的一种临床表现，临床上应加以注意。

中西医结合治疗血栓性浅静脉炎可取得良好效果，一般可不施行手术治疗。血栓性浅静脉炎是由于湿热蕴结，瘀阻

脉络所致。北京宣武区医院中医中药治疗血栓性静脉炎，临床辨证治疗分为热毒型、湿热下注型、血瘀型、瘀寒型四型。作者的经验是：在急性炎症期（湿热），应以清热利湿为主，佐以活血化瘀；慢性炎症期（瘀阻），则以活血化瘀、通络散结为主。临床上根据这两方面进行辨证论治，可取得良好效果。这里应该提出重视外治疗法的应用。应用中药熏洗和外敷患处，具有解毒消肿、活血通络作用，对促进炎症吸收消散有显著效果，是不可缺少的一种治疗方法。在急性炎症期，作者常用解毒洗药、硝矾洗药熏洗患处，或用鲜马齿苋煎汤乘热熏洗患处，再用鲜马齿苋捣烂外敷患处，每日2次，可使炎症迅速消退而痊愈。应用中药熏洗后，再用黄马酊外涂患处，也有显著疗效。

第七节　下肢深静脉血栓形成

下肢深静脉血栓形成为常见的周围血管疾病，是一种深静脉阻塞性疾病，在祖国医学文献中尚未见到对本病的明确记载，可能属于“脉痹”、“肿胀”、“瘀血流注”和“血瘀证”等范围。由于发病后期常遗留下肢静脉功能不全，静脉瘀滞，组织缺氧，故可出现营养障碍性改变，小腿慢性溃疡，经久不易愈合，使患肢处于病废状态。同时又可并发肺栓塞，危及病人生命。因此近年来，下肢深静脉血栓形成受到人们的重视，我国研究报道日益增多，中西医结合诊断和治疗也取得新的进展。

【病因】

下肢深静脉血栓形成是由于湿热流注于血脉经络，气血运行不畅，气滞则血凝结，瘀阻血脉经络而形成。目前，仍被大家公认魏尔啸（Virchow）提出静脉血栓形成的三大

原因是：①静脉血流滞缓；②血液高凝状态；③静脉损伤。外伤、手术后、妇女分娩后长期卧床休息，均可使静脉内膜损害，血液凝固性增高，血流缓慢、瘀滞，最后发生静脉血栓形成。此外，感染侵犯静脉壁和静脉受肿瘤的压迫、侵蚀，以及恶性肿瘤由于癌细胞释放血液高凝物质等，均可引起深静脉血栓形成。白塞氏病发生深静脉血栓形成并不少见。黄正吉等（1982年）报告310例白塞氏病，发生大血管病变者占8.7%，有并发血栓性浅静脉炎、上腔下腔静脉梗阻、下肢深静脉血栓形成等。作者（1974年）报道12例下肢深静脉血栓形成，除3例无诱因可寻和1例记载不明外，8例有明显的发病原因：3例因骑自行车3.5～40公里，下肢肌肉强力活动后当即发病；2例为下肢外伤后发病；1例为阑尾切除手术后发病；1列为分娩后12天发病；1例为经常冷水洗足后发病。我国文献报道的下肢深静脉血栓形成的病因统计如表14所示。当深静脉发生血栓形成，血栓与静脉壁粘连，而使静脉管腔完全阻塞，虽然由于血栓机化和消溶，静脉管腔可能再通，但深静脉瓣膜被破坏，静脉血液回流障碍所产生的静脉血液瘀滞和静脉高压，最后导致下肢静脉功能不全，常出现不同程度的后遗症和并发症。

【临床表现】

下肢深静脉血栓形成主要有：髂股静脉血栓形成和小腿肌肉静脉丛血栓形成。临床上见到，发生于髂股静脉并不少见，而以左侧髂股静脉血栓形成为最常见。孙衍庆等（1966年）报告的14例下腔与髂股静脉血栓形成均开始于左侧髂股静脉，其中有8例开始于左髂静脉而后伸延至下腔静脉，6例为左髂静脉血栓形成。裴玉崑等(1979年)报告64例下肢深静脉血栓形成，其中发生在左下肢者39例，右下肢者

表14　深静脉血栓形成发病原因的统计

报告者	病例数	病因												
		产后	术后	外伤	感染	输液	肿瘤	卧床	劳累	血管病	心脏病	寒冷	其他	不明
裴玉昆(北京)，1979	64	13	9	8	8	3				7	1			15
奚九一(上海)，1982	60		13	11	6	4	4			9				13
唐祖宣(河南)，1980	44	3	2	7	2						2	9		19
殷惠湖，1981	25	10	5	3	4									3
张延龄(上海)，1962	16	1	6					9						
安炳仁(武汉)，1980	15	1	7	5				2						
周庆符(山东)，1978	66	2	6	11	10				9	6		3		19
陈慧莲(武汉)，1984	61	9	5	8	19	6			7					7
于永显(锦州)，1984	23	5	2	5	8									3
王俊涛，1985	30	1	4				4	6		3			1	11
张秉钵(山东)，1986	36	6	10	8				8						4
总计	440	51	69	66	57	13	8	25	16	28		12	1	94

17 例，两下肢同时发病者 8 例。孙建民等（1979 年）报告 69 例下肢深静脉血栓形成，在 74 次发病中，除 1 例累及下腔静脉外，左下肢者 63 次，右下肢者 10 次。我院外科周庆符（1978 年）报告 66 例下肢深静脉血栓形成，其中左下肢发病者 48 例，右下肢发病者 11 例，两下肢同时发病者 6 例，左侧上肢（腋静脉）、下肢（髂股静脉）同时发病者 1 例。奚九一等（1982 年）报告 60 例深静脉血栓形成，经血管超声波检查，为髂股静脉血栓形成者 41 例（65.0%）。这是由于左髂股静脉位于腹股沟韧带与骨盆骨之间的狭窄地带，而且右髂总动脉常横过左髂总静脉之上，均容易使髂股静脉受压迫，静脉回流发生障碍，血液瘀滞，容易发生髂股静脉血栓形成。临床诊断时，应注意这一解剖学上的特点。

如发病从大腿根部开始，血栓起源于髂股静脉（中央型），则发病急骤，症状较重，病人往往先有腹股沟区明显胀痛或下肢广泛性疼痛，随后从腹股沟以下迅速出现肢体广泛性明显肿胀，同时伴有下肢浅静脉怒张、曲张和皮肤毛细血管扩张（呈微细网络）。因髂股静脉血栓形成，在股三角区常可扪及股静脉呈硬索条状，有压痛。血栓向近侧顺行扩展可累及下腔静脉，向远侧逆行扩展而累及全下肢。发病从小腿开始，血栓起源于小腿肌肉静脉丛（周围型），则症状往往不明显，病人仅有小腿轻微胀痛、肿胀，或足部、踝部轻微肿胀，因而常被忽略和误诊。当血栓从小腿向大腿继续伸延扩展，发生髂股静脉血栓形成，才被病人发觉和引起重视。常有下肢胀痛、肿胀，沉重不适，多在午后、劳累和久站行走后更为加重，当休息、晨起则患肢胀痛、肿胀减轻，小腿比较松软、舒适。在发病的初期，病人可有发热等全身不适，化验检查白细胞增高。

无论是髂股静脉血栓形成或小腿肌肉静脉丛血栓形成，血栓伸延扩展而累及整个下肢深静脉者(混合型)，最后终于遗留下肢静脉功能不全。最常见的是出现下肢瘀血和皮肤营养障碍性改变，如小腿皮肤色素沉着、湿疹样皮炎和慢性溃疡等。但肢体温度一般正常，肢体动脉搏动存在。检查时，在深静脉血栓部位常有压痛，多有小腿腓肠肌饱满紧韧感、压痛和霍曼（Homan）氏征阳性。

值得提出的是，当下肢深静脉广泛血栓形成完全阻塞时，下肢静脉回流严重障碍，引起肢体动脉痉挛，发生股青（蓝）肿。发病急骤，患肢剧烈胀痛，严重肿胀，紫绀，肢体发凉，伴有高热，甚至出现休克，肢体动脉搏动消失，可发生肢体坏疽。虽然股青（蓝）肿临床上罕见，但由于病情严重，应加以重视和积极治疗。

肢体肿胀范围与血栓部位的关系：髂股静脉血栓形成时，患肢胀痛，整个下肢广泛肿胀。当血栓向上发展延伸至下腔静脉，则出现腹股沟、臀部、腰部和下腹壁肿胀，以及两下肢明显肿胀，可见下腹壁、胸壁浅静脉曲张和毛细血管怒张。如血栓伸延至肾静脉时，尿液检查可有异常。血栓累及肾静脉以上可并发肝后型门脉高压症，出现黄疸、腹水等。小腿深静脉血栓形成，可有小腿胀痛、紧韧感和压痛，足部和踝部轻微肿胀。腘静脉血栓形成，则出现足部、踝部和小腿肿胀。

孙建民、张柏根等对下肢静脉疾病作了深入研究，自1983年以来，相继发表了多篇重要研究报告，通过临床和静脉造影观察，对下肢深静脉血栓形成的演变过程提出以下类型：

Ⅰ型(完全闭塞型)：下肢深静脉完全闭塞，肢体明显肿

胀、胀痛，广泛浅静脉怒张。一般在发病6个月以内。

Ⅱ型(部分再通型)：下肢深静脉部分再通，肢体肿胀、胀痛减轻，活动后加重，休息后转轻。此型又分为：$Ⅱ_A$型（以闭塞为主)：下肢深静脉部分再通，以闭塞为主，病程在3年以内；$Ⅱ_B$型（以再通为主)：下肢深静脉部分再通，以再通为主，病程在10年左右。病程超过3年者，下肢浅静脉由怒张到明显曲张，绝大多数病人出现小腿色素沉着、湿疹样皮炎和溃疡。

Ⅲ型（完全再通型)：下肢深静脉完全再通，呈缩窄状或扩张、迂曲，瓣膜消失，形成直通的管道。患肢轻度肿胀、胀痛，站立时加重，休息后减轻。常有下肢浅静脉明显曲张，小腿大片色素沉着，和经久不愈的慢性溃疡。病程在10～20年以上。

下肢深静脉血栓形成在发病的4周内，由于血栓松脆，与静脉内膜粘连不够牢固，所以血栓容易脱落，可能并发肺栓塞，应引起注意。但微小的血栓碎块栓塞肺部往往症状比较轻，病人可有胸痛、咯血、发热等。胸部X线检查，可见肺叶炎性改变、胸腔渗液等。

【诊断和鉴别诊断】

（一）诊断　虽然根据询问病史，了解发病原因和临床表现，可以作出下肢深静脉血栓形成的诊断，但下肢深静脉顺行和逆行造影对诊断和鉴别诊断具有重要价值。同时，还可以明确病变的类型，对临床治疗方法的选择具有指导意义。下肢深静脉造影，可显示静脉充盈缺损、静脉闭塞和静脉再通，逆行造影可见造影剂向远侧深静脉倒流，根据这些基本特征，可以明确诊断下肢深静脉血栓形成。以临床表现诊断下肢深静脉血栓形成并不困难，应注意以下几点：

1. 发病原因　追寻发病原因有助于对下肢深静脉血栓形成的临床诊断。然而临床上约有⅓～½病人无任何原因，系不知不觉或突然发生。

2. 左下肢多见　下肢深静脉血栓形成以左下肢发病最多见，主要发生于髂股静脉和小腿深静脉。张柏根等（1986年）总结190例下肢深静脉血栓形成，发生于左下肢123例，右下肢47例，两下肢20例，共有210个肢体，左下肢与右下肢之比为2.6:1。

3. 肢体疼痛　下肢深静脉血栓形成肢体疼痛的部位与血栓形成部位有关。如病人同侧有髂腰部或股三角区疼痛，则是髂股静脉血栓形成。小腿深静脉血栓形成发病大多隐匿，仅有小腿轻度胀痛，常被病人忽略，未引起注意，因而这种症状期短，而实际发病期长的情况往往延误诊断和治疗。

4. 肢体肿胀：下肢深静脉血栓形成肢体肿胀的范围与血栓部位有关。可以这样说：下肢广泛性肿胀同时伴有广泛性浅静脉怒张或曲张，就可以诊断下肢深静脉血栓形成。

5. 慢性溃疡　下肢深静脉血栓形成遗留静脉功能不全，由于深静脉瓣膜、交通支静脉瓣膜被破坏，血液由深静脉倒流入浅静脉（瘀血），最后出现营养障碍性改变，发生小腿慢性溃疡。

可供临床诊断下肢深静脉血栓形成的主要依据是：①下肢胀痛和广泛性肿胀，血栓部位常有压痛；②小腿腓肠肌饱满紧韧感、压痛，霍曼征阳性；③下肢浅静脉怒张、曲张和皮肤毛细血管扩张；④小腿皮肤色素沉着或呈暗褐色；⑤患肢静脉压增高。临床诊断有困难时，可作下肢深静脉造影检查。

（二）鉴别诊断　下肢深静脉血栓形成容易与某些下肢

静脉回流障碍性疾病、肢体缺血性疾病等相混淆，临床上应注意与下列疾病相鉴别：

1．原发性下肢深静脉瓣膜功能不全　由于下肢深静脉瓣膜游离缘松弛、下垂，瓣叶不能紧闭对合，使静脉血液完全向肢体远端倒流，引起深静脉高压和瘀血，并使交通支静脉瓣膜破坏，而发生下肢肿胀和明显浅静脉曲张。多见于长期从事站立工作、体力劳动的人。发病隐匿，比较缓慢。这些临床表现与下肢深静脉血栓形成并不完全相同，应注意鉴别。必要时应进行下肢深静脉造影加以鉴别。原发性下肢深静脉瓣膜功能不全，顺行造影深静脉通畅、扩张；逆行造影时，造影剂通过瓣膜向远侧深静脉倒流。

2．单纯性下肢静脉曲张　多见于中年男性，主要以下肢大隐静脉、小隐静脉曲张为其特点。有下肢沉重、疲劳感，很少有胀痛，久站或活动后，才出现小腿、踝部轻微肿胀，休息后自行消失。而下肢深静脉血栓形成，则下肢广泛性肿胀，明显胀痛，而继发的浅静脉怒张、曲张也比较显著而广泛。不应当将下肢深静脉血栓形成和原发性下肢深静脉瓣膜功能不全而继发的浅静脉曲张，误诊为单纯性下肢静脉曲张。必要时，进行下肢静脉造影，可以明确诊断。

3．下肢急性动脉栓塞　多由于风湿性心脏病、冠心病、心房纤颤等所引起。突然发生肢体剧烈疼痛，以肢端为重，患肢厥冷、苍白、感觉丧失，肢体皱缩，浅静脉萎陷，栓塞平面以下动脉搏动消失，可发生广泛肢体坏疽（见表15）。而下肢深静脉血栓形成，则肢体广泛性肿胀，胀痛，有明显浅静脉曲张，肢体温度正常，动脉搏动存在。由于严重下肢深静脉血栓形成而引起的肢体动脉痉挛，发生股青（蓝）肿，临床上甚为罕见。

表15　下肢深静脉血栓形成鉴别诊断

鉴别点 \ 病名	下肢深静脉血栓形成	下肢急性动脉栓塞	下肢急性丹毒
病史	外伤、手术后、妇女分娩后长期卧床，下肢感染史等	有严重心脏病史，如风心病、冠心病、心房纤颤、动脉粥样硬化等	有足癣、下肢感染史，常反复发作
发病情况	起病较急，可突然发病	起病急骤，突然发病	起病较急，逐渐加重
病变部位	两下肢均可发病，以左下肢多见（髂股静脉、小腿静脉）	单侧下肢发病，以髂股动脉多见	多局限于足部、小腿，严重者蔓延至大腿
肢体疼痛	多为胀痛（股三角区，或为小腿）	突然剧痛	局部轻度热痛
肢体肿胀	下肢广泛性肿胀	无	局部红肿，迅速向周围扩散，后期肢体增厚粗肿
肢体温度	正常	发凉、厥冷	患处发红、灼热
浅静脉曲张	明显怒张、曲张	无	无
动脉搏动	正常	栓塞平面以下的动脉搏动消失	正常
溃疡坏疽	发生小腿慢性溃疡，伴有色素沉着和湿疹样皮炎	发生肢体坏疽	无
全身情况	一般有低热	坏疽感染重，高热，全身情况严重	常有高热、寒战

4．下肢急性丹毒　常由足癣和下肢感染所引起。发病较急，往往首先全身寒战、高热，同时出现足部、小腿大片状红斑，边缘清楚，发红肿胀，灼热疼痛，可迅速向周围扩散，严重者，可扩延累及大腿。由于反复发作，下肢的淋巴管受累发生阻塞，引起肢体增厚粗肿，最后形成象皮肿（见表15）。而下肢深静脉血栓形成，主要是下肢广泛性肿胀和胀

痛，同时伴有浅静脉怒张或曲张，肢体无红肿炎症表现。全身反应也很轻，一般只有低热。

5．小腿肌纤维炎　发病与风湿有关，小腿疼痛、疲累感，腓肠肌局限性轻压痛，无肢体肿胀。而小腿深静脉血栓形成，主要是小腿腓肠肌饱满紧韧感，压痛明显，并有轻度肿胀，霍曼氏征阳性。必要时，应进行顺行性小腿深静脉造影，以明确诊断。

6．小腿软组织肿瘤　在小腿深部可扪及肿块，随着肿块增大，小腿肿大，逐渐出现局限性隆起包块，但无压痛。此与小腿深静脉血栓形成鉴别并不困难。

此外，还应注意与下肢蔓状血管瘤、海绵状血管瘤等疾病相鉴别。

【临床治疗】

（一）辨证论治　下肢深静脉血栓形成是因为湿热流注于血脉经络，最后瘀阻血脉经络，不通则痛，出现下肢胀痛、肿胀等。因此治疗原则是：清热利湿、活血化瘀。

1．湿热下注型　发病早期，处于深静脉炎阶段，发热，胀痛，肿胀，舌苔白腻或黄腻，白细胞增高。应清热利湿、活血化瘀，内服四妙勇安汤加味、茵陈赤小豆汤加减。

2．血瘀湿重型　深静脉炎症消退，血栓形成，静脉阻塞，下肢明显肿胀，浅静脉曲张和皮肤毛细血管扩张（充血性肿胀），苔白腻，舌质红绛或有瘀斑。应活血化瘀、利湿通络，内服丹参活血汤、活血通脉饮。

3．脾肾阳虚型　患肢肿胀，沉重胀痛，腰酸畏寒，晨轻晚重，倦怠无力，纳少不渴，苔薄白，舌质淡。多见于下肢深静脉血栓形成遗留下肢静脉功能不全。应温肾健脾、利湿通络，内服温阳健脾汤。

在应用以上治疗方剂时，可根据病情随证加减：

(1) 热盛：发热，炎症明显，舌苔黄，应清热解毒，加蒲公英、地丁，重用金银花、黄芩、柴胡。

(2) 湿重：肢体肿胀明显，苔白腻，应渗湿利水，加苡仁、泽泻、猪苓、车前子等。

(3) 血瘀重：肢体胀痛明显，加乳香、没药、王不留行，重用川牛膝、川断；肢体胀痛剧烈，局部压痛、拒按，应破血逐瘀，加三棱、莪术、水蛭、地鳖虫等。

(4) 痰瘀：股静脉呈硬索条状，压痛，应软坚散结、化痰通络，加夏枯草、海藻、贝母、连翘、桔梗、鸡血藤等，并兼服犀黄丸。

(5) 气虚体弱者，应益气健脾，加黄芪、党参、白术等。

在临床治疗时，对湿热下注和血瘀湿重的病人，均可同时兼服四虫片、大黄䗪虫丸、活血通脉片，以提高治疗效果。

国内治疗下肢深静脉血栓形成应用方剂介绍如下：

(1) 清营解瘀汤：益母草 60～100 克，地丁、生甘草各 30 克，赤芍、紫草、丹皮各 15 克。湿热偏重者，加生大黄 5～10 克，黄芩、黄柏各 15 克。（奚九一等：《中医杂志》1982；3:34）

(2) 解毒活血汤：当归 100 克，丹参、连翘各 50 克，蒲公英、地丁各 20 克，桃仁、红花、地龙、甘草各 15 克。（张雅洁：《中医药学报》1983；1:32）

(3) 通里攻下疗法：大黄 12 克，芒硝 9 克（冲），生石膏、白茅根、丹参各 30 克，黄柏、苍术、牛膝、草河车各 15 克，甘草 9 克。水煎服，每日 1～2 剂。应保持每日排稀大便 3～5 次为宜。当患肢肿胀消退，体温正常后，去大黄、芒硝、石膏，加桃仁、川芎、桂枝，内服治疗一段时间，以

巩固疗效。(叶光华：《中医杂志》1982；3:35)

(4) 复方木瓜汤：黄芩、苦参、海藻、昆布、重楼、元参、礞石各9克，金银花、伸筋草各10克，红花、细辛、荔枝核各6克，木瓜15克，附子6～10克，桂枝10克。(戴惠明：《陕西中医》1981；3:25)

(5) 活血通脉汤：丹参、鸡血藤、生黄芪各25克，蒲公英20克，赤芍、天葵子、花粉、地丁各10克，乳香、没药各12克。(安炳仁：《湖北中医杂志》1980；3:30)

(6) 抵当汤加味：金银花、冬瓜子各30克，当归、赤芍、泽泻各9克，水蛭、虻虫、桃仁各6克，大黄、木通各3克。适用于妇女产后发生下肢深静脉血栓形成。(温光远：《北京中医学院学报》1984；2:38)

(7) 化瘀通络饮：益母草、苡米各60克，萆薢、泽泻、地龙各30克，水蛭15克，干蟾皮1张。(牛志世：中华全国中医学会外科周围血管疾病学术讨论会，济南，1986)

(二) 白花丹参注射液静脉滴注疗法　应用低分子右旋糖酐500毫升，加入白花丹参注射液10毫升(含20克生药)，每日静脉滴注1次，15次为一疗程。接着改用5%葡萄糖溶液500毫升，加入白花丹参注射液10毫升，继续每日静脉滴注1次，连用15次。此疗法具有明显活血消肿作用，可以降低血液粘稠度，消除红细胞聚集，防止血栓形成，改善肢体血液循环。根据作者临床应用经验，白花丹参注射液静脉滴注疗法，对早期下肢深静脉血栓形成效果满意，尤其对发病7天以内的病人更有显著疗效，连续应用10天后，肢体胀痛消失，肿胀明显减轻，肢体松软、舒适，以后肢体肿胀逐渐消退。

(三) 药物穴位注射疗法

1. 取穴　足三里、三阴交、阴陵泉、承山、绝骨等。均取患肢穴位，每次可选用2个穴交替轮流注射。

2. 应用药物

(1) 丹参注射液4毫升穴位注射，每日1次，30次为一疗程。当一个疗程结束后，再更换2个穴位交替轮流注射，应用一个疗程。

(2) 糜蛋白酶10毫克，取2个穴位同时注射，每日1次，15～30次为一疗程。均取患肢穴位注射，或用糜蛋白酶30毫克，取患肢股部周围皮下注射，每日或隔日1次。

(3) 维生素 B_1 100毫克，取2个穴位交替轮流注射，每日1次，30次为一疗程。

药物穴位注射疗法，对消除下肢肿胀和缓解症状有一定作用。

（四）熏洗疗法　应用活血止痛散或二号洗药煎汤，乘热熏洗热罨患肢，每日1～2次，每次1小时，应坚持治疗1～2个月。

（五）溶栓疗法　溶栓疗法主要用于深静脉血栓形成发病3天以内者。使用链激酶（SK）或尿激酶（UK），可以间接或直接激活纤溶酶原，转变为纤维蛋白溶解酶（纤溶酶），而使血栓溶解，加速静脉的再通。同时尿激酶还有扩张血管作用，可改善肢体血液循环。

1. 链激酶　首次用25～50万单位，加入5%葡萄糖溶液（或生理盐水）300毫升内，在30分钟内静脉滴注完毕。以后维持量每小时用10万单位，连续静脉滴注3天，但不宜超过7天。使用链激酶前，要先用地塞米松2.5～5毫克，静脉滴注，以防止发生过敏反应。

2. 尿激酶　用1～3万单位，加入5%葡萄糖溶液（或

低分子右旋糖酐）500毫升内，静脉滴注，每日1～2次，可连用7～10天。

使用期间，为防止发生出血，应注意检测凝血酶原时间、凝血酶时间和纤维蛋白原等。

禁忌症：有出血素质和出血倾向的疾病，严重肝、肾疾病和高血压病，胃及十二指肠球部溃疡，活动性肺结核等，以及有过敏史者，均不宜使用溶栓疗法。

（六）抗凝疗法　适用于深静脉血栓形成发病3天以上，较早期的病人，此时血栓与静脉壁已发生炎症反应和粘连，无法施行静脉血栓切除者，可用抗凝疗法，使用肝素和双香豆素。或者在手术后使用抗凝疗法，作为辅助治疗。但仅能预防血栓的蔓延和防止新的血栓形成，不能溶解血栓，而且对已形成的血栓和晚期病变根本无效。

（七）其他疗法

1、适当卧床休息，抬高患肢，以利于静脉回流，减轻肢体肿胀，尤其在静脉血栓形成的急性期。

2．静脉血栓形成有明显炎症时，可给予适当的抗生素治疗，一般情况下可不使用。

3．病情严重者，应给予支持疗法，输液、输血，纠正水电解质平衡紊乱等。

4．至后期，遗留下肢静脉功能不全者，应注意保护患肢，防止外伤感染；患肢可使用弹性绷带或弹性袜等，以减轻肢体肿胀。

（八）手术处理

1．静脉切开取栓术　适用于髂股静脉血栓形成发病7天以内者。在此时间内，血栓与静脉壁粘连轻微，为松动的红色血栓，静脉瓣膜损害轻，很容易从静脉中取出血栓，恢

复静脉回流通畅，保存静脉瓣膜功能。在患肢股内侧（股动脉内侧）取腹股沟部纵形切口，切开股静脉前壁，利用负压吸引取出血栓，并轻轻挤压远侧端下肢，将腘静脉、小腿深静脉内的血栓挤出。术后应用抗凝疗法和活血化瘀疗法（内服活血通脉饮、白花丹参注射液静脉滴注），以防止血栓形成的再发。

2．旁路转流术　主要解决下肢深静脉血栓形成，静脉阻塞，下肢静脉回流障碍。股腘静脉血栓形成（腹股沟韧带远端型），髂股静脉通畅者，可施行原位大隐静脉转流术，将大隐静脉远侧与膝下腘静脉作端侧吻合。髂股静脉血栓形成（腹股沟韧带近端型），可施行大隐静脉转流术，游离健侧大隐静脉倒转，经腹壁切口耻骨上皮下隧道拉引至对侧，与患侧的股静脉（在栓塞部位远端）作端侧吻合，使患肢静脉血液向健侧静脉回流。此外，还可施行大网膜移植术，以促进患肢静脉回流，减轻肢体肿胀。

下肢深静脉血栓形成后期（Ⅲ型，完全再通型），可施行带瓣静脉段移植术，或肌袢代瓣膜成形术，以阻止静脉血液倒流，预防后遗症和并发症。

3．大隐静脉高位结扎和剥脱术　下肢深静脉血栓形成，由于深静脉瓣膜和交通支静脉瓣膜破坏，血液由深静脉倒流入浅静脉，继发下肢浅静脉曲张，静脉瘀滞，以及并发小腿慢性溃疡者，可施行大隐静脉高位结扎和剥脱术，将曲张的浅静脉切除，结扎功能不全的交通支静脉。作为一个辅助疗法，此手术治疗对下肢深静脉血栓形成仍有重要价值。

4．截肢术　对严重下肢深静脉血栓形成——股青（蓝）肿，发生静脉性坏疽者，应施行截肢手术。杨维良等（1983年）报道18例老年人下肢深静脉血栓形成中，有2例为股青

肿，发生静脉性坏疽而施行小腿截肢。

【临床经验体会】

下肢深静脉血栓形成是常见的下肢静脉回流障碍性疾病，如未及时治疗，最终会遗留下肢静脉功能不全后遗症。

临床上，详细询问病史，认真体格检查，注意追寻发病原因，根据临床表现，早期诊断下肢深静脉血栓形成并不困难。但应注意与原发性下肢深静脉瓣膜功能不全、单纯性下肢静脉曲张等疾病相鉴别。对诊断有困难者，应作下肢深静脉顺行和逆行造影检查，以明确诊断，早期治疗。

下肢深静脉血栓形成的治疗效果，决定于能否正确早期治疗。裴玉崑等（1979年）报告治疗64例下肢深静脉血栓形成，其中30例发病7天以内治疗者，治愈23例，显效4例，好转3例。奚九一等（1982年）报告中药治疗60例急性深静脉血栓形成，其中急性期病人35例均临床治愈，亚急性期病人25例，治愈13例，显效11例，改善1例。作者（1974年）应用中药治疗报道的12例下肢深静脉血栓形成的结果是：3例较早期的病人，1例发病10天经治疗痊愈，1例发病50天和1例发病3个月经治疗均显著好转，疗效满意。9例属晚期的病人，1例小腿深静脉血栓形成经治疗痊愈，1例显著好转，5例进步；2例无变化，其中1例发病19年，1例发病3年又6个月。上述研究报告说明：早期治疗效果满意，而对晚期病人虽可取得不同程度的效果，但大多数遗留有患肢静脉功能不全现象。因此，应提高对本病的认识，及时早期诊断和早期中西医结合治疗。

目前，对下肢深静脉血栓形成是以中西医结合药物治疗为主，仅对某些病人施行手术治疗。在发病3～7天以内，可应用溶栓、抗凝和清热活血法治疗等。对髂股静脉血栓形

成，应争取静脉切开取栓术，不应延误好的治疗时机。深静脉血栓形成经过漫长的演变过程，虽然可能完全再通，但静脉壁失去弹性，瓣膜被破坏，深静脉主干形成直通的管道，使深静脉血液回流障碍和倒流，遗留下肢静脉功能不全。这种发病及其变化结局，是由于湿热下注，瘀阻脉络所致。其瘀阻临床表现是：患肢肿胀、胀痛，下肢浅静脉曲张和皮肤毛细血管扩张，皮肤颜色改变，小腿腓肠肌饱满紧韧感、压痛。唐容川的《血证论》谓："瘀血流注，亦发肿胀者"，"凡血证，总以去瘀为要"。虽然本病开始部分病人出现湿热下注的表现，但瘀阻是其变化的根本和结局。所以，活血化瘀是治疗下肢深静脉血栓形成的重要法则，应贯穿于整个治疗过程中。对急性期病人，湿热壅盛者，应清热利湿、活血化瘀为主，同时内服四妙勇安汤加味和活血通脉饮，每日服2剂，并加用大黄、芒硝以通里攻下、泻热逐瘀，集中药力以"消"、"通"，这对控制深静脉炎症和消除肢体胀痛、肿胀有良好效果。对慢性期病人，应以活血化瘀、利湿通络为主治疗。在中医辨证论治的同时，应用低分子右旋糖酐加白花丹参（或丹参）注射液静脉滴注治疗，则疗效更为显著。尤其适用于老年人的下肢深静脉血栓形成。这种中西医结合治疗方法，具有畅通血脉、消肿止痛、清热凉血作用，并有抗凝血作用而影响血液凝固的改变，可能对血栓有直接作用，使其消溶吸收，以及促进侧支循环的建立，改善肢体的血液循环。配合应用中药熏洗患肢，尤其对下肢深静脉血栓形成后遗症，多数具有消肿、缓解疼痛、促进侧支循环的建立和改善肢体血运的作用，也可能有解除血管痉挛作用。有些病人内服药物疗效缓慢，当应用中药熏洗后，患肢肿胀迅速消退，肢体松软舒适。作为一个辅助治疗，它的治疗作用是不

应忽视的。

目前，对下肢深静脉血栓形成的手术治疗，其主要目的在于增强侧支循环，促进静脉血液回流和防止静脉血液倒流。而各种手术治疗，必须与中医辨证论治、药物治疗相结合，才能取得满意效果，并可防止手术并发症。

近年来，中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成取得了显著成绩，积累了丰富的临床经验。今后需要解决的问题是：①研制更为有效的药物、方剂和简便有效疗法，在手术、外伤、妇女分娩后应用，以预防发生深静脉血栓形成。②发生深静脉血栓形成的早期，如何迅速促使血栓消溶吸收，恢复静脉血流，防止静脉瓣膜和静脉壁的破坏，以及防止血栓的再发。③对治疗下肢深静脉血栓形成后遗症，应继续研究更为简便而有效的治疗方法。可以相信，经过我国周围血管外科工作者的共同努力和广泛研究，必将创造出中西医结合治疗下肢深静脉血栓形成的新经验。

第八节　下肢静脉曲张

下肢静脉曲张是临床外科最常见的疾病，一般是指原发性单纯性下肢静脉曲张。由于可并发血栓性浅静脉炎、湿疹样皮炎、下肢溃疡和曲张静脉破裂出血等，而且多见于长期站立工作者，常影响生产和工作，应引起重视和进行积极治疗。

【病因】

发生下肢静脉曲张的原因有：①先天性大隐静脉、小隐静脉瓣膜发育不全，静脉血液回流障碍和倒流；②长期从事站立性工作，使下肢静脉压力增高，影响下肢静脉血液回流，并损伤静脉瓣膜；③交通支静脉瓣膜功能不全，使下肢

深静脉血液倒流入浅静脉，而使浅静脉瘀血、曲张。这样，随着下肢静脉压力增高和血液倒流，而使下肢静脉曲张逐渐加重。临床上将下肢静脉曲张分为：原发性下肢静脉曲张（单纯性大隐静脉曲张）和继发性下肢静脉曲张（原发性下肢深静脉瓣膜功能不全、下肢深静脉血栓形成）。由于长期下肢静脉瘀血、曲张，组织缺氧，局部组织抵抗力减弱和出现皮肤营养障碍性变化，容易发生血栓性浅静脉炎、急性蜂窝组织炎和下肢溃疡。中医认为，主要是由于湿热下注，瘀血凝滞脉络所致。因交通支静脉主要位于小腿下1/3处，以及此处所承受的静脉压力最大，所以下肢溃疡常发生于小腿下端的内外侧(踝部)。祖国医学称下肢溃疡为“臁疮”、“裙边疮”、“烂腿”等。《外科正宗》谓：“臁疮者，风热湿毒相聚而成，有新久之别，内外之殊。”《外科大成》谓：“臁疮，女人为裙风裤口，生于外臁者，由三阳经湿热，易治。生于内臁者，由三阴经虚热，难治。”根据临床体会，下肢溃疡发生于小腿外侧足三阳经部位（外臁疮）与发生于小腿内侧足三阴经部位（内臁疮），两者无明显区别。

【临床表现】

下肢静脉曲张发生于大隐静脉与小隐静脉，以大隐静脉曲张为常见。多发生在男性中年人，病人常感到小腿沉重、胀痛、疲累，站立过久小腿、足踝部可出现浮肿。检查时可见到下肢前内侧（大隐静脉）和小腿后外侧（小隐静脉）有明显静脉曲张、隆起、弯曲，严重时呈扭曲或团块状。如仅沿大隐静脉径路和小隐静脉径路出现静脉曲张，下肢无肿胀，则为单纯性下肢静脉曲张。下肢静脉曲张比较广泛，或伴有小腿、股部轻微肿胀者，很可能存在下肢深静脉瓣膜功能不全或下肢深静脉血栓形成。当并发血栓性浅静脉炎时，

沿下肢静脉径路可见到痛性红斑及硬索状物，灼热，压痛。最后往往出现皮肤营养性障碍，多见于小腿下端皮肤，如萎缩、干燥、脱屑和色素沉着。由于病人感到发痒，搔抓后可引起湿疹样皮炎或小腿溃疡。《景岳全书》谓："臁疮生于两臁，初起赤肿，久则腐溃，或浸淫瘙痒，破而脓水淋漓。"小腿溃疡多位于小腿下⅓的内侧或外侧，如溃疡继发感染，局部出现发红、肿胀、疼痛，小腿和足踝部明显浮肿，伴有发热等全身反应。溃疡肉芽暗红色，有恶臭分泌物，周围皮肤色素沉着呈暗褐色。溃疡很难愈合，在愈合后常因很小的皮肤擦伤、搔伤而再复发溃疡，因此称为顽固性溃疡。由于下肢静脉曲张、扩张，血管壁很薄，皮肤萎缩光薄如纸，轻微的外伤，就很容易发生曲张静脉破裂出血。

【诊断和鉴别诊断】

（一）诊断　根据病史和临床表现诊断下肢静脉曲张并不困难。临床诊断时，应了解浅、深静脉之间交通支静脉瓣膜功能情况和深静脉是否通畅，还应明确是原发性下肢静脉曲张或为继发性下肢静脉曲张，以便于选择治疗方法。为此，应进行以下检查：

1．屈氏试验　病人平卧，抬高下肢，使患肢浅静脉血液回流，在大腿根部绑扎橡皮止血带，然后让病人站立。当立刻放开止血带时，血液由上而下倒流，曲张的浅静脉迅速充盈，则提示大隐静脉瓣膜功能不全。如病人站立，不放开止血带，曲张的浅静脉迅速充盈者，则提示浅、深静脉之间交通支静脉瓣膜功能不全，血液由深静脉倒流入浅静脉。

2．波氏试验　病人站立，在大腿根部绑扎止血带，以阻断大隐静脉血液向心回流，然后病人用力伸屈膝部活动10～20次。如曲张的浅静脉消失或减轻，无下肢酸胀感，则提示

深静脉通畅，浅静脉血液回流入深静脉。曲张的浅静脉更明显或不减轻，出现下肢胀痛感，则提示深静脉有阻塞。

3．超声多普勒检查　凡是临床诊断下肢静脉曲张，均应进行超声多普勒常规检查，以明确诊断和鉴别诊断，判断下肢深静脉是否通畅，深浅静脉交通支瓣膜功能是否正常。病人平卧，将探头置于股静脉处，可听到随呼吸改变的静脉血流声，说明股静脉通畅。如血流声消失或减弱，说明股静脉阻塞。然后在大腿中上⅓处挤压，如有加强音，说明股静脉通畅，无加强音，说明股静脉阻塞；放松挤压时不应该听到血流音，如听到血流音（或病人深吸气末仍有血流音），说明股静脉瓣膜功能不全，血液通过瓣膜倒流。将探头置于曲张的浅静脉上，用手在其近端轻轻挤压静脉，如听到静脉血流声，说明浅静脉瓣膜功能不全。病人平卧，在膝上和小腿各绑扎一止血带，以阻断检查部位的浅静脉血流，然后将探头置于小腿内侧和外侧，在探头的另一端挤压小腿肌，如听到静脉血流声，说明该处之交通支静脉瓣膜功能不全。

4．下肢静脉造影　对下肢静脉曲张诊断和鉴别诊断有困难时，可进行下肢静脉造影。

⑴ 顺行静脉造影：病人平卧（或斜立）于X线机台上，呈30°。在踝关节上方绑扎止血带，以阻断浅静脉回流。在足背浅静脉穿刺，注入30～50%泛影葡胺100毫升，在电视透视下，观察静脉显影情况和摄片。可见股静脉和大隐静脉明显增粗、曲张，造影剂通过交通支静脉瓣膜倒流入浅静脉；或显示充盈缺损、静脉闭塞和静脉再通（见于下肢深静脉血栓形成）。

⑵ 逆行静脉造影：病人平卧于X线机台上，呈60°。作股静脉穿刺，注入30～50%泛影葡胺30～40毫升，观察和

摄片。可见股静脉和大隐静脉瓣膜影模糊不清，造影剂通过瓣膜向远端静脉倒流至膝下（详见下肢深静脉血栓形成）。

（二）鉴别诊断　临床应注意原发性下肢静脉曲张与继发性下肢静脉曲张等疾病相鉴别。

1．下肢深静脉血栓形成　多数病人有明显的发病史，可有下肢肿胀、胀痛，以后出现下肢静脉怒张、曲张，皮肤色素沉着，但往往先发作深静脉血栓形成，而后继发广泛性下肢静脉怒张、曲张。

2．原发性下肢深静脉瓣膜功能不全　详见下肢深静脉血栓形成。

3．先天性动静脉瘘　多发生于青少年，由于患肢局部静脉压增高，可发生静脉曲张，但局部有搏动、震颤和杂音，患肢皮肤温度增高，局部静脉血含氧量增高。

4．下肢结节病　如结节性红斑、硬结性红斑、结节性脉管炎、结节性动脉周围炎等（详见血栓性浅静脉炎），下肢可出现痛性红斑、结节，但无静脉曲张。

5．小腿肌纤维炎　下肢胀痛、疲劳和腓肠肌压痛，但无静脉曲张。

【临床治疗】

（一）辨证论治　临床上对下肢静脉曲张及其并发症的处理归纳如下：

1．湿热下注型　发生血栓性浅静脉炎或溃疡感染，红肿热痛，伴有发热等全身反应，舌苔黄腻。应清热利湿、佐活血化瘀，内服四妙勇安汤加味。

2．阴虚内热型　小腿溃疡久不愈合，肉芽淡红或微暗宣浮，脓少，局部轻微发红肿胀，舌质鲜红。应养阴清热，内服知柏地黄汤加减。

3. 气血两虚型　身体虚弱，溃疡久不愈合，肉芽淡红或苍白色，分泌物稀薄，舌苔薄白质淡。应补气养血、和营通络，内服人参养荣汤、十全大补汤加减。

下肢静脉曲张并发血栓性浅静脉炎，以及遗留硬结节、硬索条状物不易消退者，可内服四虫片，以促进炎症消散吸收。

（二）外治疗法

1. 血栓性浅静脉炎　曲张的浅静脉发红、灼热、疼痛，表现为阳证、热证者，可以应用解毒消肿法治疗：

(1) 患处外敷大青膏、芙蓉膏、茅菇膏，或用鲜马齿苋捣烂，外敷患处。

(2) 用解毒洗药（煎汤）、硝矾洗药（开水冲化）乘热熏洗热罨患处，每日2次。

(3) 用黄马酊外涂患处，每日3次。至后期，肢体遗留硬结节、硬性索条状物，常有疼痛，不易消退者，应用活血止痛散煎汤乘热熏洗患处，每日1～2次。

2. 湿疹样皮炎　小腿皮肤色素沉着，瘙痒、糜烂、渗液，或继发感染，表现为湿毒证，可用燥湿止痒法治疗：

(1) 用燥湿洗药或止痒洗药煎汤熏洗患处，每日1～2次。

(2) 在熏洗后，外撒黄柏散、青蛤散（或用香油调和涂搽）。

湿疹继发感染，发生小腿蜂窝组织炎，红肿热痛者，为湿热壅盛，可用解毒消肿法治疗：用解毒洗药或鲜马齿苋煎汤乘热熏洗患处，每日2次。

3. 小腿慢性溃疡　应根据慢性溃疡的具体情况进行处理：

(1) 溃疡感染，脓液多，局部红肿疼痛者，可用解毒消肿

法治疗，用解毒洗药等煎汤浸洗疮口，洗后常规换药。

⑵ 慢性溃疡久不愈合者，可应用生肌收口法治疗，以促进疮口愈合：①用溃疡洗药或艾叶煎汤乘热浸洗疮口，以清洁疮面，改善局部血液循环；②应用生肌收口掺药，如生肌散、生肌珍珠散、八宝丹等撒布于疮面，外盖生肌玉红膏油纱布，直至溃疡完全愈合。

4．出血　静脉曲张破裂出血者，应首先卧床抬高患肢，加压包扎止血。也可用桃花散、黄龙散、云南白药等撒于出血处，然后加压包扎。如出血不止者，应结扎止血。

（三）维生素B_1穴位注射疗法　维生素B_1 100毫克，取患肢足三里、三阴交穴（或溃疡的上边缘）交替轮流注射，每日1次，30次为一疗程。能使肉芽组织及上皮组织生长，促进溃疡愈合。

（四）其他疗法

1．适当卧床休息，抬高患肢，使用弹性绷带或弹性袜。如施行手术者，术前应卧床休息2周，并给予活血化瘀治疗（内服活血通脉饮等），解除下肢静脉瘀血，改善患肢皮肤营养障碍，使术后创口顺利愈合。

2．注意保护肢体，避免患肢外伤感染。

3．患肢明显感染，手术前24～48小时和手术后，可应用抗生素，以预防创口感染。

（五）手术处理　只有在下肢静脉曲张明显、发生并发症和影响劳动工作时才考虑手术治疗。施行手术前，应明确是原发性（单纯性）下肢静脉曲张或为继发性下肢静脉曲张（下肢深静脉瓣膜功能不全、下肢深静脉血栓形成遗留静脉功能不全）。对单纯性下肢静脉曲张，深、浅静脉之间交通支静脉瓣膜功能不全，可施行大隐静脉高位结扎和静脉剥脱

术，尽量切除静脉曲张团块，同时在筋膜下结扎、切断交通支静脉（尤其是内踝、外踝上方交通支静脉），就能取得良好效果，是一种根本治疗方法。而对继发性下肢静脉曲张，应根据病情手术处理深静脉病变时，作为辅助性手术治疗，以及下肢深静脉瓣膜功能不全，无下肢肿胀和溃疡者，均可施行大隐静脉高位结扎和剥脱术，结扎、切断功能不全的交通支静脉，以消除浅静脉瘀血和防止并发症。

小腿慢性溃疡，久不愈合时，应施行植皮术，当溃疡愈合后，再施行手术治疗静脉曲张。如溃疡感染控制，肢体肿胀消退，亦可先施行手术处理静脉曲张，结扎、切断内踝上方和外踝上方交通支静脉，以阻止深静脉血液倒流，浅静脉瘀滞，而促使溃疡愈合。

手术后处理：病人应卧床休息，抬高患肢。应早期下床活动，手术后第 2、3 天就可以下床活动，逐渐增加活动量。自下床活动开始，应使用弹性绷带和弹性袜 1～3 个月。这是预防发生深静脉血栓形成的重要措施。应内服术后汤或四妙勇安汤加味，以促进创口瘀血消散吸收，和防止创口感染。如经过顺利，手术后第10天拆线，创口愈合痊愈。

但，有严重心、脑、肾疾病，高血压病、糖尿病、肺心病和下肢皮肤病，以及年老身体衰弱、妇女妊娠期等，均不宜施行手术治疗。

【临床经验体会】

临床诊断和治疗下肢静脉曲张时，首先要明确是原发性下肢静脉曲张，还是继发性下肢静脉曲张，这对正确治疗相当重要。因此应注意：①详细询问病史，追寻发病原因，了解发病情况和演变过程；②认真体格检查，注意下肢肿胀的程度，浅静脉曲张的部位和范围，皮肤营养障碍变化情况；

③进行超声多普勒检查等，必要时进行顺行和逆行下肢静脉造影，以明确诊断。

临床上应特别注意的是，原发性下肢静脉（大隐静脉）曲张常同时存在下肢深静脉瓣膜功能不全和深、浅静脉交通支瓣膜功能不全。孙建民等对下肢静脉曲张病人进行下肢静脉造影，发现82%病人同时存在原发性下肢深静脉瓣膜功能不全和下肢深静脉血栓形成。上海医科大学中山医院也发现下肢静脉曲张病人中有66.6%病人同时存在下肢深静脉瓣膜功能不全，因此认为两者可能为同一种疾病，主张命名为原发性下肢静脉瓣膜功能不全较为适宜。

从临床实践来看，对下肢静脉曲张及其并发症的治疗，应用中西医结合治疗方法，可以取长补短，缩短疗程，提高疗效。对轻度下肢静脉曲张，症状不明显，以及不适宜手术治疗者，患肢可用弹性绷带和穿弹性袜，抬高患肢，减少站立工作，一般可有满意效果，并不影响工作和生活。对较重下肢静脉曲张，患肢症状明显，无论对单纯性下肢静脉曲张作为根治疗法，或是对继发性下肢静脉曲张作为辅助疗法，施行大隐静脉高位结扎和剥脱术，可以达到消除静脉瘀滞和防止发生并发症的目的。在施行大隐静脉高位结扎和剥脱时，要十分注意大隐静脉上端五个主要分支（旋髂浅静脉、腹壁浅静脉、阴部浅静脉、股内侧浅静脉、股外侧浅静脉）的各种变异，和可能存在的副大隐静脉。全部结扎、切断这些浅静脉，剥脱曲张的浅静脉、小隐静脉，同时结扎、切断踝上交通支静脉和股中段内侧交通支静脉，这对防止手术后复发甚为重要。手术操作要轻柔，认真、小心、仔细，以避免损伤股动脉、股静脉和发生大出血。

祖国医学对下肢静脉曲张并发下肢溃疡（“臁疮”）论述

颇详，有丰富的治疗经验。根据作者的经验体会，临床上总的治疗原则是：病人身体壮实，溃疡有感染者，应以清热利湿为主，佐以活血化瘀；病人身体虚弱，慢性溃疡久不愈合，以补气养血为主，佐以健脾利湿。应根据病情变化，掌握好辨证论治。对并发血栓性浅静脉炎、下肢溃疡和湿疹样皮炎，应用外治疗法常有显著效果，是一种独特的治疗方法。

第三章　治疗周围血管疾病常用方剂

第一节　内服方剂

1．四妙勇安汤加味（经验方）

〔处方〕　金银花、元参各30克，当归、赤芍、牛膝各15克，黄柏、黄芩、山栀、连翘、苍术、防己、紫草、生甘草各10克，红花、木通各6克。

〔用法〕　水煎服。

〔功用〕　清热利湿、活血化瘀。

〔主治〕　血栓闭塞性脉管炎、血栓性浅静脉炎、下肢深静脉血栓形成、闭塞性动脉粥样硬化、肢端动脉痉挛病、红斑性肢痛病等。

2．四虫片（经验方）

〔处方〕　蜈蚣、全虫、土鳖虫、地龙各等份。

〔制法〕　将上药共研为细末，水泛为丸，如绿豆大，晾干，备用（四虫丸）。或压制成0.3克的片剂。

〔用法〕　每次服1.5～3克，或每次服5～10片，每日服2～3次。

〔功用〕　解毒镇痉、活血化瘀、通络止痛。

〔主治〕　血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎、血栓性静脉炎、淋巴结结核、骨与关节结核、肠粘连等。

3. 活血祛瘀片（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 刘寄奴 45 克，制无名异 60 克，当归、赤芍、羌活各 30 克，红花、甲珠、土元各 24 克，木香 18 克，生大黄、公丁香各 15 克。

〔制法〕 共研为细末，压制成 0.3 克的片剂，备用。

〔用法〕 每次服 10 片，每日服 3 次。

〔功用〕 活血散瘀、通络消肿。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、肢端动脉痉挛病、血栓性静脉炎等。

4. 犀黄丸（《外科证治全生集》方）

〔处方〕 犀黄 0.9 克，麝香 4.5 克，乳香、没药各 30 克。

〔制法〕 共研为细末，用黄米饭 30 克，捣和为丸，如莱菔子大，晒干，备用。

〔用法〕 每次服 3～6 克，热陈酒送下，每日服 2～3 次。

〔功用〕 清热解毒、消肿止痛。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎（急性活动期或肢体坏疽者）、大动脉炎（急性活动期）、下肢深静脉血栓形成（湿热型）等。

5. 活血通脉饮（经验方）

〔处方〕 丹参、金银花各 30 克，赤芍、土茯苓各 60 克，当归、川芎各 15 克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 活血化瘀。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、血栓性浅静脉炎、下肢深静脉血栓形成、闭塞性动脉粥样硬化、肢端动脉痉挛病等。

6. 活血通脉饮Ⅱ号（经验方）

〔处方〕 丹参 30 克，赤芍 60 克，当归、川芎、鸡血藤、川牛膝各 15 克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 活血化瘀。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化等。

7. 三七片（中药成药）

每次服 5 片，每日服 3 次。

适用于血瘀型脉管炎等。

8. 大黄䗪虫丸（《金匮要略》方）

〔处方〕 大黄 45 克，䗪虫 30 克，干地黄 300 克，赤芍、桃仁、杏仁各 120 克，水蛭、虻虫、蛴螬虫各 45 克，黄芩、甘草各 60 克，干漆 30 克。

〔制法〕 共研为细末，炼蜜为丸，每丸重 6 克。

〔用法〕 每次服 6～12 克，每日服 2 次。

〔功用〕 破血逐瘀、消坚散结。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、下肢深静脉血栓形成、闭塞性动脉粥样硬化等。

9. 阳和汤加味（经验方）

〔处方〕 熟地、炙黄芪、鸡血藤各 30 克，党参、当归、干姜、赤芍、怀牛膝各 15 克，肉桂、白芥子、熟附子、炙甘草、鹿角霜（冲）各 10 克，地龙 12 克，麻黄 6 克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 温经散寒、活血通络。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、肢端动脉痉挛病、闭塞性动脉粥样硬化等。

10. 当归四逆汤加减（经验方）

〔处方〕 当归、白芍、红花、丹参各 30 克，川芎、姜黄各 15 克，桂枝 10 克，细辛、甘草、木通各 6 克，大枣 10 枚。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 温经散寒、活血养血。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、肢端动脉痉挛病等。

11. 参茸大补丸（中药成药）

每次服 20 粒，每日服 3 次。

适用于阴寒型脉管炎、肢端动脉痉挛病等。

12. 参桂再造丸（中药成药）

每次服 1 丸，每日服 3 次。

适用于阴寒型脉管炎等。

13. 四妙活血汤（吉林医科大学方）

〔处方〕 金银花、蒲公英、地丁各 30 克，元参、当归、黄芪、生地、丹参各 15 克，牛膝、连翘、漏芦、防己各 12 克，黄芩、黄柏、贯众、红花各 10 克，乳香、没药各 3 克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 清热解毒、活血化瘀。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎（热毒炽盛型）等。

14. 牛黄清心丸（中药成药）

每次服 2 丸，每日服 3 次。

具有清热解毒作用。适用于血栓闭塞性脉管炎(湿热型、热毒型）等。

15. 安宫牛黄丸（《温病条辨》方）

〔处方〕 牛黄、郁金、犀角、黄连、黄芩、山栀、雄黄、朱砂各 30 克，冰片、麝香各 7.5 克，珍珠 15 克。

〔制法〕 共研为极细末，炼蜜为丸，每丸重3克。

〔用法〕 每次服1丸，每日服2～3次。

〔功用〕 清热解毒、镇痉开窍。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化发生严重肢体坏疽继发感染（热毒炽盛型），高热，烦躁不安。

16. 紫雪丹（《温病条辨》方）

〔处方〕 ①滑石、石膏、寒水石各500克，磁石1,000克；②羚羊角、木香、犀角、沉香各150克，丁香30克，升麻、元参各500克，炙甘草250克；③朴硝、硝石各1,000克；④辰砂90克（研细），麝香36克（研细）。

〔制法〕 将①组药捣煎去渣，加入②组药煎煮，去渣，再加入③组药微火煎，不停搅拌，候药汁欲凝，最后加入④组药，拌匀，即凝成紫雪丹。目前，紫雪丹已为粉剂成药。

〔用法〕 每次服3克，每日服3次。

〔功用〕 清热解毒、镇痉开窍。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化发生肢体坏疽继发感染，高热，烦躁不安，以及大动脉炎、下肢深静脉血栓形成伴有发热者。

17. 顺步汤加减（经验方）

〔处方〕 黄芪、党参、鸡血藤、石斛各30克，当归、丹参、赤芍、牛膝、白术各15克，甘草10克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 补气养血。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、大动脉炎等。

18. 活血通脉片（经验方）

〔处方〕 丹参180克，赤芍、土茯苓各90克，当归60克，金银花、川芎各30克。

〔制法〕 共研为细末，压制成0.3克的片剂，备用。

〔用法〕 每次服10～20片，每日服3次。

〔功用〕 活血化瘀。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎恢复阶段，巩固疗效时服用，以及闭塞性动脉粥样硬化、大动脉炎等。

19. 十全大补丸（中药成药）

每次服1丸，每日服3次。

具有补气养血作用。适用于气血两虚型脉管炎。

20. 通脉安（经验方）

〔处方〕 洋金花1.5克，丹参60克，鸡血藤、炒枣仁各30克，当归、川芎、赤芍、琥珀各15克，朱砂1克。

〔制法〕 共研为细末，炼蜜为丸，每丸重10克。或压制成0.3克的片剂。

〔用法〕 每次服1丸，每日服2～3次。或每次服5～10片，每日服3次。

〔功用〕 活血止痛、镇静安神。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、肢端动脉痉挛病等。

21. 活血通脉酊（经验方）

〔处方〕 按活血通脉饮原方加倍剂量。

〔制法〕 共为粗末，倒入缸内，每500克药末用62度白酒500毫升浸拌均匀，放置24～48小时，使药末浸透膨胀。然后将酒浸药末平坦的放入渗滤桶内，要松紧合适，最后加酒慢慢渗滤（加酒数量可按每500克生药渗滤出活血通脉酊750克来计算），每分钟滴出药酒约10毫升多即成。

〔功用〕 活血化瘀。

〔用法〕 每次服30毫升，每日服2～3次。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、肢端动脉痉挛病等。

22. 丹参酊（经验方）

〔处方〕 丹参100克，白酒1,000毫升。

〔制法〕 将丹参放入白酒内浸泡7～15天，然后慢慢渗滤，配制成10%丹参酊。

〔用法〕 每次服30毫升，每日服2～3次。

〔功用〕 活血化瘀。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、肢端动脉痉挛病等。

23. 丹参通脉汤（经验方）

〔处方〕 丹参、赤芍、桑寄生、当归、鸡血藤各30克，黄芪、郁金、川芎、川牛膝各15克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 益气活血。

〔主治〕 闭塞性动脉粥样硬化、肢端动脉痉挛病等。

（注：此方为作者1975年所创用，与四虫片结合应用，治疗闭塞性动脉粥样硬化有显著疗效，具有活血止痛作用，能使血液粘度下降，消除动脉痉挛，改善肢体血液循环。）

24. 养阴活血汤（经验方）

〔处方〕 生地、元参、石斛、赤芍各30克，鸡血藤21克，当归、青蒿、白薇、丹皮各12克，牛膝18克，川芎、黄芩各10克，甘草6克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 养阴清热、活血化瘀。

〔主治〕 大动脉炎。

25. 补阳还五汤加味

〔处方〕 生黄芪15～30克，鸡血藤、川牛膝各15克，白术、当归尾、赤芍各12克，川芎、红花、地龙、陈皮各

10克，桃仁6克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 补气活血通络。

〔主治〕 大动脉炎并发偏瘫和脑血栓形成等。

26. 复方丹参片（中药成药）

每次服5片，每日服3次。

适用于血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、肢端动脉痉挛病等。

27. 茵陈赤小豆汤（济南市立中医医院方）

〔处方〕 茵陈、赤小豆、鸡血藤、金银花、忍冬藤、生苡仁各30克，苍术、苦参、防己、泽泻、黄柏各10克，牛膝、赤芍各18克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 清热利湿、活血化瘀。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、血栓性浅静脉炎，下肢深静脉血栓形成等。

28. 柴胡清热饮（经验方）

〔处方〕 柴胡30克，金银花、丹参、赤芍各15克，黄芩、山栀、连翘、当归、川芎、红花、郁金、香附各10克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 清热泻火、行气活血。

〔主治〕 胸腹壁血栓性浅静脉炎等。

29. 丹参活血汤（经验方）

〔处方〕 丹参、赤芍、当归、金银花各30克，川牛膝、漏芦、泽泻、木瓜各12克，川芎、红花、黄柏、地龙、防己各10克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 活血化瘀、利湿通络。

〔主治〕 下肢深静脉血栓形成等。

30. 温阳健脾汤（经验方）

〔处方〕 黄芪、党参、白术、山药、怀牛膝、鸡血藤、丹参各15克，熟附子、干姜、陈皮、木瓜各10克，苡米、茯苓各30克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 温阳健脾、利湿通络。

〔主治〕 下肢深静脉血栓形成等。

31. 知柏地黄汤加减

〔处方〕 熟地30克，山药、山萸肉、丹皮、茯苓、泽泻、知母各12克，怀牛膝15克，黄柏、白术各10克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 滋阴泻火。

〔主治〕 下肢慢性溃疡等。

32. 人参养荣汤

〔处方〕 党参、熟地各12克，黄芪、白术、当归、白芍、茯苓各10克，远志、陈皮各6克，五味子、甘草各3克，大枣五枚。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 补气养血。

〔主治〕 下肢慢性溃疡等。

33. 十全大补汤

〔处方〕 党参、白术、当归、黄芪各10克，熟地、白芍、茯苓、怀牛膝、鸡血藤各12克，川芎6克，肉桂3克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 补气养血。

〔主治〕 下肢慢性溃疡等。

34. 术后汤（经验方）

〔处方〕 金银花、蒲公英、生地、赤芍各 30 克，黄芩、当归、郁金、柴胡各 15 克，龙胆草、川芎各 12 克。

〔用法〕 水煎服。

〔功用〕 清热解毒、滋阴凉血、活血化瘀、行气止痛。

〔主治〕 用于周围血管疾病手术、腹部手术，以及甲状腺手术、乳房手术等之后。

（注：此方为作者于 1976 年，根据外科手术后病人多出现阴虚和血瘀所创用，具有明显的抗菌消炎、滋阴活血作用，对防止手术后发热和创口感染，促进创口内、腹腔瘀血消散吸收，防止腹腔感染和粘连等，均有显著效果。）

第二节 外用方剂

1. 大青膏（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 大青叶 60 克，黄柏、川军、乳香、没药、明矾、潭丹、黄连、芙蓉叶、铜绿、胆矾、五倍子各 30 克。

〔制法〕 共研为细末，用凡士林调和成膏。

〔用法〕 摊于消毒纱布上，外敷患处，每日或隔日换敷 1 次。

〔功用〕 清热解毒、消肿止痛。

〔主治〕 一切急性化脓性感染疾病，局部红肿热痛者，如疖、痈、蜂窝织炎、丹毒和急性血栓性浅静脉炎等。

2. 芙蓉膏（经验方）

〔处方〕 芙蓉叶 120 克，生大黄、赤小豆各 60 克。

〔制法〕 共研为细末，用凡士林调和成膏。

〔用法〕 摊于消毒纱布上，外敷患处，每日或隔日换敷

1次。

〔功用〕 清热解毒、消肿止痛。

〔主治〕 一切急性化脓性感染疾病，局部红肿热痛者，如疖、痈、蜂窝织炎、麦粒肿等。

3. 芙蓉膏（《中医外科证治经验》方）

〔处方〕 芙蓉叶、泽兰叶各60克，黄芩、黄连、黄柏、大黄各30克。

〔制法〕 共研为细末，用凡士林调和成膏。

〔用法〕 摊于消毒纱布上，外敷患处。

〔功用〕 清热解毒、消肿止痛。

〔主治〕 一切急性化脓性感染疾病，红肿热痛，未溃已溃均可应用。

4. 金黄膏（《外科正宗》方）

〔处方〕 黄柏、大黄、姜黄、白芷、天花粉各45克，生南星、陈皮、苍术、厚朴、甘草各15克。

〔制法〕 共研为细末，用凡士林调制成含药30～50%软膏。或用鲜马齿苋、鲜菊花叶、鲜大青叶等捣汁调膏，也可用蜂蜜、茶水调膏。

〔用法〕 摊于消毒纱布上，外敷患处，每日或隔日换敷1次。

〔功用〕 清热解毒、消肿止痛。

〔主治〕 一切急性化脓性感染疾病，红肿热痛而未破溃者，如疖、痈、蜂窝织炎、急性淋巴管炎、急性乳腺炎和血栓性浅静脉炎等。

5. 芙蓉膏（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 芙蓉叶15克，胆矾、铜绿、雄黄、硼砂各4.5克，藤黄、生南星、生川乌、生草乌各9克。

〔制法〕 共研为细末，用凡士林调和成膏。

〔用法〕 摊于消毒纱布上，外敷患处，每日或隔日换敷1次。

〔功用〕 清热解毒、消肿止痛、软坚散结。

〔主治〕 一切急性化脓性炎症，局部红肿热痛而有炎性硬块者，如急性淋巴结炎、急性乳腺炎和血栓性浅静脉炎等。

6. 全蝎膏（黑龙江中医学院方）

〔处方〕 全蝎21个，蜈蚣3条，冰片6克，凡士林375克。

〔制法〕 将凡士林溶化，入全蝎、蜈蚣煎熬，至冒出白烟为度，过滤去渣，待温后，再入研细之冰片，搅拌均匀，冷后成膏。

〔用法〕 外涂创口局部，或摊在消毒纱布上外敷创口，每日换药1次。

〔功用〕 去腐生肌、活血止痛。

〔主治〕 血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化发生肢体坏疽溃烂，有坏死组织，剧烈疼痛者。

7. 黄马酊（重庆市中医研究所方）

〔处方〕 黄连、马钱子（打碎）各30克。

〔制法〕 将上药放入75%酒精300毫升内浸泡3～5天，密封备用。

〔用法〕 外涂患处，每日3～5次。

〔功用〕 消炎止痛。

〔主治〕 一切急性化脓性炎症，局部红肿热痛，炎症浸润硬块，如疖、痈、蜂窝组织炎、血栓性浅静脉炎，以及周围血管疾病肢体溃烂局部红肿热痛者。

8. 大黄油纱布（经验方）

〔处方〕 大黄（或黄芩）500克。

〔制法〕 将大黄熬成浓汁，用凡士林调成膏，加纱布条经高压蒸气灭菌后，制成大黄油纱布，作换药用。

〔用法〕 外敷创口，每日换药1次。

〔功用〕 解毒消炎。

〔主治〕 急性化脓性感染创口，血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉硬化肢体溃烂，以及下肢溃疡，而脓液较多者。

9. 玉红膏油纱布（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 当归60克，白芷15克，紫草6克，甘草36克，血竭、轻粉各12克，白蜡60克，香油500克。

〔制法〕 将前四味药放入香油内浸泡5天，再将药煎枯为度，过滤去渣，继加热熬油，至滴水成珠。再把血竭、白蜡放入油内熔化，后再加入轻粉，搅匀成膏，加纱布条经高压蒸气灭菌后，制成玉红膏油纱布，备用。

〔用法〕 外敷创口，每日或隔日换药1次。

〔功用〕 解毒去腐、生肌敛口。

〔主治〕 一切溃疡，创口坏死组织及脓液很少者。

10. 生肌散（经验方）

〔处方〕 煅象皮、乳香、没药各6克，煅石膏12克，珍珠0.9克，血竭9克，冰片3克。

〔制法〕 共研为极细末，贮瓶，备用。

〔用法〕 用少许撒布于创面，外敷玉红膏油纱布包扎，每日换药1次。

〔功用〕 生肌敛口。

〔主治〕 化脓性感染创口坏死组织已脱，脓液将尽，肉芽组织生长，以及慢性溃疡等。

11. 生肌珍珠散（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 乳香、没药、漳丹、血竭、儿茶、煅龙骨、芦荟、煅象皮、煅石决明、煅海巴（贝齿）各9克，煅珍珠、冰片各0.6克，轻粉3克。

〔制法〕 共研极细末，贮瓶备用。

〔用法〕 均匀撒布于创口一薄层，外敷玉红膏油纱布包扎。

〔功用〕 生肌敛口。

〔主治〕 化脓性感染创口的后期，坏死组织及脓液已净者，或慢性溃疡等，能促进肉芽组织及上皮组织增生而使创口愈合。

12. 八宝丹（《疡医大全》方）

〔处方〕 珍珠3克，牛黄1.5克，象皮、琥珀、龙骨、轻粉各4.5克，冰片0.9克，炉甘石9克。

〔制法〕 各研为极细末，和匀，备用。

〔用法〕 用少许撒布于创面。

〔功用〕 生肌敛口。

〔主治〕 创口溃疡坏死组织、脓液已净，久不愈合者，阴证、阳证均可应用。

13. 八宝丹（经验方）

〔处方〕 煅甘石、煅象皮、血竭、乳香、没药各3克，枯矾1.5克，龙骨6克，轻粉0.9克。

〔制法〕 共研为极细末，备用。

〔用法〕 用少许撒于创面。

〔功用〕 生肌敛口。

〔主治〕 化脓性感染创口脓腐已净，久不愈合者，以及慢性溃疡等。

14. 黄柏散（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 黄柏 30 克，川连 3 克，滑石、苍术各 9 克，芦荟 6 克，松香 12 克，冰片 0.6 克。

〔制法〕 共研为细末，备用。

〔用法〕 撒布于患处，或用香油调和，外搽患处。

〔功用〕 清热燥湿。

〔主治〕 湿疹、脓疱疮等皮肤病，以及下肢静脉曲张并发湿疹样皮炎。

15. 青蛤散（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 煅石膏、煅蛤粉各 60 克，青黛 9 克，黄柏、轻粉各 15 克。

〔制法〕 共研为细末，备用。

〔用法〕 湿疹局部渗液者，用药粉撒布于患处；如皮肤干燥、肥厚者，可用香油调和，外搽患处。

〔功用〕 清热燥湿。

〔主治〕 湿疹、脓疱疮，对婴儿湿疹有良好效果，以及下肢静脉曲张并发湿疹样皮炎。

16. 桃花散（《医宗金鉴》方）

〔处方〕 白石灰 240 克，大黄片 45 克。

〔制法〕 将石灰用水泼开成末，再与大黄同炒，至石灰变红色为度，去大黄，将石灰筛细，备用。

〔用法〕 撒布于创口处，包扎。

〔功用〕 止血。

〔主治〕 创口出血。

17. 黄龙散（《疡医大全》方）

〔处方〕 枯矾 21 克，松香 9 克。

〔制法〕 共研为细末，备用。

〔用法〕 撒布于创口处，包扎。

〔功用〕 止血。

〔主治〕 创口出血。

第三节 熏洗方剂

1. 解毒洗药（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 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〕 将上药用纱布包扎好，加水煎煮后，过滤去渣，乘热熏洗患处，每日1～2次，每次1小时。如有创口，熏洗后再常规换药。

〔功用〕 清热解毒、活血消肿、去腐排脓。

〔主治〕 一切急性化脓性感染疾病，红肿热痛或破溃流脓甚多者，如疖、痈、丹毒、急性蜂窝织炎，以及血栓性浅静脉炎、血栓闭塞性脉管炎等。

2. 硝矾洗药（经验方）

〔处方〕 朴硝12克，硼砂、明矾各9克。

〔用法〕 用开水冲化后，乘热浸洗患处或坐浴。

〔功用〕 解毒消炎、止痒收敛。

〔主治〕 丹毒、血栓性浅静脉炎、内外痔发炎、血栓外痔、肛瘘发炎期，以及皮肤癣病、手足多汗症等。

3. 溃疡洗药（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 金银花、当归、白敛各30克，苦参、黄柏各24克，乳香、没药、煅石决明各12克，赤芍、连翘、大黄、甘草各15克。

〔用法〕 同解毒洗药。

〔功用〕 一切溃疡脓性分泌物较少者，或慢性溃疡，创

口久不愈合者，如下肢慢性溃疡、脉管炎肢体残端溃疡等。

4. 活血止痛散（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 透骨草、元胡、归尾、姜黄、川椒、海桐皮、威灵仙、川牛膝、乳香、没药、羌活、白芷、苏木、五加皮、红花、土茯苓各 10 克。

〔用法〕 同解毒洗药。

〔功用〕 活血散瘀、舒筋止痛。

〔主治〕 血栓性浅静脉炎、下肢深静脉血栓形成、血栓闭塞性脉管炎、闭塞性动脉粥样硬化、肢端动脉痉挛病等。

5. 二号洗药（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 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。

〔用法〕 同解毒洗药。

〔功用〕 温经散寒、活血通络。

〔主治〕 闭塞性动脉粥样硬化、肢端动脉痉挛病、下肢深静脉血栓形成等。

6. 回阳止痛洗药（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 透骨草 30 克，当归、赤芍、川椒、苏木各 15 克，生南星、生半夏、生草乌、川牛膝、白芷、海桐皮各 10 克。

〔用法〕 同解毒洗药。

〔功用〕 回阳止痛、活血通络。

〔主治〕 一切肢体怕冷、发凉、疼痛者，如血栓闭塞性脉管炎、肢端动脉痉挛病等。

7. 止痒洗药（山东中医学院附属医院方）

〔处方〕 蛇床子、地肤子、苦参、黄柏、鹤虱各 15 克，蜂房、大黄、生杏仁、枯矾、白鲜皮、大枫子、朴硝、蝉衣、

丹皮各 10 克。

〔用法〕 同解毒洗药。

〔功用〕 清热燥湿、祛风杀虫、止痒。

〔主治〕 下肢静脉曲张并发湿疹样皮炎等。

8. 燥湿洗药（经验方）

〔处方〕 白鲜皮、马齿苋、苦参各 30 克，苍术、黄柏各 15 克。

〔用法〕 同解毒洗药。

〔功用〕 清热燥湿。

〔主治〕 下肢静脉曲张并发湿疹样皮炎等。