

金英杰·中医-2020.08.4-每日必背-中医外科

【考点1】牛皮癣

牛皮癣的皮损特点

皮损多为圆形或多角形的扁平丘疹融合成片，剧烈瘙痒，搔抓后皮损肥厚，皮沟加深，皮嵴隆起，极易形成苔藓样变。

牛皮癣的治疗

本病治疗以疏风清热、养血润燥为治则。对继发感染，应采用抗菌药物，及时控制感染。

1. 辨证论治

(1) 肝郁化火证

证候：皮疹色红，伴心烦易怒，失眠多梦，眩晕，心悸，口苦咽干；舌边尖红，脉弦数。

治法：疏肝理气，清肝泻火。

方药：龙胆泻肝汤加减。

(2) 风湿蕴肤证

证候：皮损呈淡褐色片状，粗糙肥厚，剧痒时作，夜间尤甚；舌淡红，苔薄白或白腻，脉濡缓。

治法：祛风利湿，清热止痒。

方药：消风散加减。

(3) 血虚风燥证

证候：皮损色淡或灰白，状如枯木，肥厚粗糙似牛皮；心悸怔忡，失眠健忘，女子月经不调；舌淡，苔薄，脉沉细。

治法：养血润燥，息风止痒。

方药：当归饮子加减。

2. 外治法

(1) 肝郁化火：风湿蕴肤，用三黄洗剂外搽，每天3~4次。

(2) 血虚风燥：外用油膏加热烘疗法，局部涂油膏后，热烘10~20次，烘后可将所涂药膏擦去，每天1次，4周为1疗程。

(3) 羊蹄根散，醋调搽患处，每天1~2次。

(4) 醋泡鸡蛋，以醋泡过鸡蛋的蛋黄与蛋白搅匀，用棉棒或棉球蘸其液外搽数次。

(5) 皮损浸润肥厚剧痒者，外用核桃枝或叶，刀砍取汁，外搽患处，日1~2次。

【考点2】白庖

白庖（寻常型）的皮损特点

皮损初起为针头大小的丘疹，逐渐扩大为绿豆、黄豆大小的淡红色或鲜红色丘疹或斑丘疹，可融合成形态不同的斑片，边界清楚，表面覆盖多层干燥银白色鳞屑，刮除鳞屑则露出发亮的半透明的薄膜，为薄膜现象。再刮除薄膜，出现多个筛状出血点，为点状出血现象。在头部可出现束状发，在指甲甲板可呈顶针状凹陷。可见点滴状、钱币状、斑块状、地图状、蛎壳状、混合状等多种皮损形态。

白庖（寻常型）的辨证治疗

本病进行期多以清热凉血解毒为基本治疗原则，静止期多以养血滋阴润燥或活血化瘀、解毒通络为基本治疗原则。

1. 血热内蕴证

证候：多见于进行期。皮疹多呈点滴状，发展迅速，颜色鲜红，层层鳞屑，瘙痒剧烈，刮去鳞屑有点状出血；伴口干舌燥，咽喉疼痛，心烦易怒，便干溲赤；舌质红，舌苔薄黄，脉弦滑或数。

治法：清热凉血，解毒消斑。

方药：犀角地黄汤加减。

2. 血虚风燥证

证候：多见于静止期。病程较长，皮疹多呈斑片状，颜色淡红，鳞屑减少，干燥皲裂，自觉瘙痒；伴口咽干燥；舌质淡红，舌苔少，脉沉细。

治法：养血滋阴，润肤息风。

方药：当归饮子加减。

3. 气血瘀滞证

证候：多见于静止期或消退期。皮损反复不愈，皮疹多呈斑块状，鳞屑较厚，颜色暗红；舌质紫暗有瘀点、瘀斑，脉涩或细缓。

治法：活血化瘀，解毒通络。

方药：桃红四物汤加减。

4. 湿毒蕴阻证

证候：皮损多发生在腋窝、腹股沟等皱褶部位，红斑糜烂，痂屑黏厚，瘙痒剧烈；或掌跖红斑、脓疱、脱皮；或伴关节酸痛、肿胀、下肢沉重；舌质红，苔黄腻，脉滑。

治法：清利湿热，解毒通络。

方药：萆薢渗湿汤加减。

5. 火毒炽盛证

证候：全身皮肤潮红、肿胀、灼热痒痛，大量脱皮，或有密集小脓疱；伴壮热、口渴、头痛、畏寒，大便干燥，小便黄赤；舌红绛，苔黄腻，脉弦滑数。

治法：清热泻火，凉血解毒。

方药：清瘟败毒饮加减。

【考点3】淋病

淋病的病因病机

因宿娼恋色或误用污染之器具，湿热秽浊之气由下焦前阴窍口入侵，阻滞于膀胱及肝经，局部气血运行不畅，湿热熏蒸，精败肉腐，气化失司而成本病；病久及肾，导致肾虚阴亏，瘀结于内，由实转虚，形成虚证或虚实夹杂之证。

本病的病原体为淋球菌，系革兰阴性球菌，多寄生在淋病患者的泌尿生殖系统。

淋病的诊断

1. 临床表现有不洁性交或间接接触传染史。潜伏期一般为2~10天，平均3~5天。

(1) 男性淋病一般症状和体征较明显。

1) 急性淋病：尿道口红肿、发痒及轻度刺痛，继而有稀薄黏液流出，引起排尿不适，24小时后症状加剧。排尿开始时尿道外口刺痛或灼热痛，排尿后疼痛减轻。尿道口溢脓，开始为浆液性分泌物，以后逐渐变稠出现黄色黏稠的脓性分泌物，特别是清晨起床后分泌物的量较多。当病变上行蔓延至后尿道时，可出现终末血尿、血精、会阴部轻度坠胀等现象。

全身症状一般较轻，少数患者可伴有发热（38℃左右）、全身不适、食欲不振等。

2) 慢性淋病：多由急性淋病治疗不当，或在急性期嗜酒及与配偶性交等因素而转为慢性；也有因患者体质虚弱或伴贫血、结核，病情一开始即呈慢性经过。

慢性淋病患者表现为尿痛轻微，排尿时仅感尿道灼热或轻度刺痛，常可见终末血尿。尿道外口不见排脓，挤压阴茎根部或用手指压迫会阴部，尿道外口仅见少量稀薄浆液性分泌物。患者多有慢性腰痛，会阴部胀感，夜间遗精，精液带血。淋病反复发作，可出现尿道狭窄，少数可引起输精管狭窄或梗塞，发生精液囊肿。

男性淋病可合并淋病性前列腺炎、附睾炎、精囊炎、膀胱炎等。

(2) 女性淋病大多数患者可无症状，有症状者往往不太明显，多在出现严重病变，或娩出感染淋病的新生儿时才发现。

急性淋病的主要类型有：

- 1) **淋菌性宫颈炎**：表现为大量脓性白带，宫颈充血、触痛，若阴道脓性分泌物较多者，常有外阴刺痒和烧灼感。因常与尿道炎并见，故也可有尿频、尿急等症状。
- 2) **淋菌性尿道炎**：表现为尿道口充血、压痛，并有脓性分泌物，轻度尿频、尿急、尿痛，排尿时有烧灼感，挤压尿道旁腺有脓性分泌物。
- 3) **淋菌性前庭大腺炎**：表现有前庭大腺红、肿、热、痛，严重时形成脓肿，触痛明显。全身症状有高热、畏寒等。

慢性淋病常由急性转变而来。一般症状较轻，部分患者有下腹坠胀，腰酸背痛，白带较多，下腹疼痛，月经过多，少数可引起不孕、宫外孕等。

2. 辅助检查采取病损处分泌物或穿刺液涂片作革兰染色，在多形核白细胞内**找到革兰染色阴性的淋球菌**，可作初步诊断。经培养检查即可确诊。

淋病的辨证论治

1. 湿热毒蕴证（急性淋病）

证候：尿道口红肿，尿液混浊如脂，**尿道口溢脓，尿急，尿频，尿痛**，尿道灼热，严重者尿道黏膜水肿，附近淋巴结红肿疼痛，女性宫颈充血、触痛，并有脓性分泌物，或有前庭大腺红肿热痛等；可伴有发热等全身症状；舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，解毒化浊。

方药：**龙胆泻肝汤**酌加土茯苓、红藤、萆薢等。

2. 阴虚毒恋证（慢性淋病）

证候：**小便不畅、短涩，淋漓不尽**，女性带下多，或尿道口见少许黏液，酒后或疲劳易复发；腰酸腿软，五心烦热，食少纳差；舌红，苔少，脉细数。

治法：滋阴降火，利湿祛浊。

方药：**知柏地黄丸**酌加土茯苓、萆薢等。

淋病的其他治疗方法

临床应选用以下抗生素治疗，且应早期足量使用。

普鲁卡因青霉素 G480 万 U 一次肌肉注射；壮观霉素（淋必治）2g，1 次肌肉注射；或头孢三嗪（菌必治）250mg，1 次肌肉注射。急性期且为初次感染者，给药 1~2 次即可，慢性者应给药 7 天以上；诺氟沙星 800mg，1 次口服，或 800mg，每天 2 次；氧氟沙星 400mg，1 次口服，或每天 2 次，共服 10 天。

【考点 4】尖锐湿疣

尖锐湿疣的病因病机

本病主要为性滥交或房室不洁，感受秽浊之毒，毒邪蕴聚，酿生湿热，湿热下注皮肤黏膜而产生赘生物。本病的病原体系人类乳头瘤病毒（HPV）的 6、11、16、18 等型。该病毒属 DNA 病毒，具有高度的宿主性和组织特异性，只侵犯人体皮肤黏膜，不侵犯动物。病毒通过局部细微损伤的皮肤黏膜而接种在患部，经过一定的潜伏期而出现赘生物。

尖锐湿疣的诊断

1. 临床表现有与尖锐湿疣患者不洁性交或生活接触史。**潜伏期一般为 1~12 个月，平均 3 个月。**

外生殖器及肛门周围皮肤黏膜湿润区为好发部位，少数患者可见于肛门生殖器以外部位（如口腔、腋窝、乳房、趾间等）。

基本损害为淡红色或污秽色、柔软的表皮赘生物。赘生物大小不一，单个或群集分布，表面分叶或呈棘刺状，湿润，基底较窄或有蒂，但在阴茎体部可出现基底较宽的“无蒂疣”。由于皮损排列分布不同，外观上常表现为点状、线状、重叠状、乳头瘤状、鸡冠状、菜花状、蕈状、扁平状等不同形态。巨大的尖锐湿疣多见于男性，且好发于阴茎和肛门附近，女性则见于外阴部，偶尔可转化为鳞状细胞癌。

2. 辅助检查**醋酸白试验**：用 3%~5% 的醋酸液涂擦或湿敷 3~10 分钟，阳性者局部变白，病灶稍隆起，在放

大镜下观察更明显。组织病理学检查有特异性。

尖锐湿疣的鉴别诊断

1. 假性湿疣多发生于 20~30 岁的女性外阴，特别是小阴唇内侧和阴道前庭；皮损为直径 1~2mm 大小的白色或淡红色小丘疹，表面光滑如鱼子状，群集分布；无自觉症状。
2. 扁平湿疣为梅毒常见的皮肤损害，皮损为扁平而湿润的丘疹，表面光滑，成片或成簇分布；损害内可找到梅毒螺旋体；梅毒血清反应强阳性。
3. 阴茎珍珠状丘疹多见于青壮年；皮损为冠状沟部珍珠样半透明小丘疹，呈半球状、圆锥状或不规则状，色白或淡黄、淡红，沿冠状沟排列成一行或数行，或包绕一周；无自觉症状。

尖锐湿疣的辨证论治

以清热解毒、燥湿除疣为主要治法，也可运用抗病毒中草药施治。临床常用中西医结合治疗去除疣体，并针对病原体进行治疗。中医药在控制复发方面有较好疗效。

1. 湿毒下注证

证候：外生殖器或肛门等处出现疣状赘生物，色灰或褐或淡红，质软，表面秽浊潮湿，触之易出血，恶臭；伴小便黄或不畅；苔黄腻，脉滑或弦数。

治法：利湿化浊，清热解毒。

方药：萆薢化毒汤酌加黄柏、土茯苓、大青叶。

2. 湿热毒蕴证

证候：外生殖器或肛门等处出现疣状赘生物，色淡红，易出血，表面有大量秽浊分泌物，色淡黄，恶臭，瘙痒，疼痛；伴小便色黄量少，口渴欲饮，大便干燥；舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热解毒，化浊利湿。

方药：黄连解毒汤加苦参、萆薢、土茯苓、大青叶、马齿苋等。

尖锐湿疣的其他治疗方法

内服或注射可选用无环鸟苷、病毒唑、聚肌胞、干扰素等抗病毒药物和免疫增强剂；外用可根据病情选用 10%~25% 足叶草酯素（疣脱欣）、1%~5% 5-氟尿嘧啶、30%~50% 三氯醋酸或咪喹莫特乳膏等涂敷于疣体表面，注意保护正常皮肤黏膜。使用激光、冷冻、电灼疗法时注意不要过度治疗，避免损害正常皮肤黏膜和疤痕形成，预防感染。疣体较大者可手术切除。

【考点 5】痔

痔的概念与分类

痔是直肠末端黏膜下和肛管皮下的静脉丛发生扩大曲张所形成的柔软静脉团。是临床常见病、多发病。本病好发于 20 岁以上的成年人。根据发病部位的不同，分为内痔、外痔和混合痔。

内痔是发生于齿线上，由直肠上静脉丛瘀血、扩张、屈曲所形成的柔软静脉团，好发于肛门右前、右后和左侧正中部位即膀胱截石位 3、7、11 点处，以便血、坠胀、肿块脱出为主要临床表现。

外痔是发生于齿线下，由痔外静脉丛扩大、曲张，或痔外静脉丛破裂，或反复发炎纤维增生所形成的疾病。以自觉坠胀、疼痛和有异物感为主要临床表现。常见外痔有结缔组织性外痔、静脉曲张性外痔、血栓性外痔、炎性外痔。

混合痔是直肠上、下静脉丛瘀血、扩张、屈曲、相互沟通吻合而形成的静脉团。其位于齿线上下同一点位，表面分别为直肠黏膜和肛管皮肤所覆盖。内痔发展到二期以上时多形成混合痔。

内痔的病因病机

痔的发生，主要是由于先天性静脉壁薄弱，兼因饮食不节、过食辛辣醇酒厚味，燥热内生，下迫大肠，以及久坐久蹲、负重远行、便秘努责、妇女生育过多、腹腔癥瘕，致血行不畅，血液瘀积，热与血相搏，则气血纵横，筋脉交错，结滞不散而成。

内痔、外痔、混合痔的诊断

1. 内痔分期

- (1) I 期内痔无明显自觉症状，痔核小，便时粪便带血，或滴血，量少，无痔核脱出，镜检痔核小，质软，色红。
- (2) II 期内痔周期性、无痛性便血，呈滴血或射血状，量较多，痔核较大，便时痔核能脱出肛外，便后能自行还纳。
- (3) III 期内痔便血少或无便血，痔核大，呈灰白色，便时痔核经常脱出肛外，甚至行走、咳嗽、喷嚏、站立时也会脱出肛门，不能自行还纳，须用手托、平卧休息或热敷后方能复位。
- (4) IV 期内痔平时或腹压稍大时痔核即脱出肛外，手托亦常不能复位，痔核经常位于肛外，易感染，形成水肿、糜烂和坏死，疼痛剧烈。

2. 外痔分类

- (1) 结缔组织性外痔因肛门裂伤、内痔反复脱出，或产育、便秘、劳难努责，导致邪毒外侵、湿热下注和局部气血运行不畅，筋脉阻滞，瘀结不散，或慢性炎症刺激，反复发炎、肿胀、肥大、增生，致使肛门周围结缔组织增生所形成的赘皮。当肛门皱襞受损、感染，以致皱襞皮肤充血、肿胀而成为炎性外痔。
- (2) 静脉曲张性外痔下蹲排便时，腹内压增高，致使齿线下肛门缘周围皮下静脉曲张而形成的静脉曲张血。多呈圆形或不规则突起，恢复正常体位后则可消失。
- (3) 血栓性外痔因便秘或排便时用力努挣，致使肛门静脉丛破裂，血液漏出血管外所形成的静脉血栓。

3. 临床表现

- (1) 症状痔的临床表现主要有便血、脱出、疼痛、肿胀、异物感、黏液外溢、瘙痒、便秘等。
- (2) 体征血栓性外痔可见肛门缘周围有暗紫色椭圆形肿块突起，表面水肿。结缔组织性外痔可见肛门缘有不规则赘皮突起。内痔或混合痔一般不能见之于外，当痔核发生脱出时，可见脱出痔块呈暗紫色，时有活动性出血点。
- (3) 检查痔主要靠肛门直肠检查作出诊断。首先作肛门视诊，内痔除 I 期外，其余三期均可在视诊下见到，血栓性外痔表现为肛周暗紫色椭圆形肿物，表面皮肤水肿、质硬、触痛明显。对有脱垂者，最好在蹲位排便后立即观察，可清楚地见到痔的大小、数目与部位。直肠指检虽对痔的诊断意义不大，但可了解直肠内有无其他病变，如低位直肠息肉、直肠癌等。肛门镜检查可确诊，不仅能见到痔的情况，还可观察到直肠黏膜有无充血、水肿、溃疡、肿块等。

痔的治疗

1. 治疗原则

- (1) 对多数处于静止、无症状状态的痔无需治疗，只需注意调控饮食，保持大便通畅，预防并发症出现。
- (2) 有症状的痔如并发出血、血栓、痔核脱出及嵌顿时，仅需积极对症处理，无需力求根治。
- (3) 以非手术治疗为主，症状严重、反复发作者手术治疗。

2. 一般治疗在痔的初期或无症状静止期的痔，只需注意多摄入纤维性食物，养成良好的大便习惯，保持大便通畅，无需特殊治疗。热水坐浴可改善局部血液循环而减轻症

状，血栓性外痔有时经局部坐浴、热敷、外敷消炎止痛药，疼痛可缓解而不需手术，嵌顿性痔初期可用手法复位使脱出的痔块还纳肛门内，并防止其再脱出。视情况可给予抗感染药物和止血剂。

3. 中医治疗

(1) 内治

- 1) 风伤肠络证：大便带血，滴血或呈喷射状出血，血色鲜红，或有肛门瘙痒；舌红，苔薄白或薄黄，脉浮数。治法：清热凉血祛风。方药：凉血地黄汤或槐花散加减。
- 2) 湿热下注证：便血鲜红，量多，肛内肿物脱出，可自行还纳，肛门灼热；舌红，苔薄黄腻，脉弦数。治法：清热渗湿止血。方药：脏连丸加减。
- 3) 气滞血瘀证：肛内肿物脱出，甚或嵌顿，肛门紧缩，坠胀疼痛，甚则肛门缘有血栓，形成水肿，触之疼痛明显；舌暗红，苔白或黄，脉弦或涩。治法：清热利湿，祛风活血。方药：止痛如神汤加减。
- 4) 脾虚气陷证：肛门坠胀，痔核脱出，需用手托方能复位，便血鲜红或淡红；面色无华，神疲乏力，少气懒言，纳呆便溏；舌淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉弱。治法：补气升提。方药：补中益气汤加减。

(2) 外治

- 1) 熏洗法：适用于各期内痔及内痔脱出或外痔肿胀明显或脱肛者。常用花椒盐水，或苦参汤、五倍子汤、祛毒汤煎水，或 1:5000 高锰酸钾液、洁尔阴、日舒安药液等熏洗热敷，以活血消肿止痛、收敛止痒。
- 2) 外敷法：适用于各期内痔、外痔感染发炎及手术后换药。常用消痔散、五倍子散等药物外敷患处，以清热消肿止痛、收敛止血。
- 3) 塞药法：适用于 I、II 期内痔。常用痔疮栓、九华栓等塞入肛门内，以清热消肿、止痛止血。
- 4) 枯痔法：适用于 II、III 期内痔常用枯痔散、灰皂散等外敷于痔核表面，以腐蚀痔核，促使痔核干枯、坏死、脱落。

(3) 注射疗法是运用具有腐蚀作用的药物注入痔核及痔核周围而产生无菌性炎症反应，使小血管闭塞和痔核内纤维组织增生，从而促使痔核硬化、萎缩或坏死、枯脱而达到痊愈的目的。

适应证：各期内痔；混合痔的内痔部分。

禁忌证：外痔；内痔伴有肛门周围急、慢性炎症或腹泻，内痔伴有严重肺结核、高血压及肝、肾疾病、血液病患者；因腹腔肿瘤引起的内痔；临产期孕妇。

常用药物：主要分为**硬化萎缩剂**和**枯脱坏死剂**两大类。常用的硬化萎缩剂主要有消痔灵液、5%石炭酸植物油、5%鱼肝油酸钠、5%盐酸奎宁尿素液、4%明矾液等。常用的枯脱坏死剂主要有复方枯痔液、痔宁注射液、新七号枯痔注射液等。

注射方法：

①**硬化萎缩注射法**：取侧卧位，以碘伏或络合碘作常规消毒、铺巾，局部麻醉后，在肛肠镜下暴露痔核或将痔核用血管钳夹住牵出肛门外，再用碘伏或络合碘消毒黏膜及痔核，抽取 5%石炭酸甘油或 4%~6%明矾液，在齿线上 0.3~0.5cm 处，倾斜 15° 刺入痔核黏膜下层，作柱状注射 0.3~0.5mL，使痔核肿胀、变白为止。

同法处理其他痔核。每次注射

一般不超过 3 个痔核，总量不超过 1mL。痔核注射完毕后取出肛肠镜或将痔核送回肛门内，敷以塔形纱布，胶布固定。

②**消痔灵注射法**：是目前临床上广为采用的内痔治疗方法。我国学者根据中医学“酸可收敛，涩可固脱”的理论，研制出以中药五倍子、明矾等有效成分为主的消痔灵注射液，具有良好的收敛、止血和抑菌作用，加之改进了注射方法，注射后能使局部组织产生无菌性炎症，使动、静脉产生栓塞及组织纤维化，从而导致各期内痔都能彻底萎缩消失。开始程序同上，显露痔核并消毒黏膜及痔核，然后以不同浓度的消痔灵注射液分四个步骤注射：

第一步：**痔上动脉区注射**。即在母痔核上方正常黏膜下每点注射 1:1 浓度的消痔灵液 2~3mL。

第二步：**痔区黏膜下层注射**。在痔核中部进针到肌层有肌性抵抗感后，边退针边注射，再将药液以扇形注射到黏膜下层的痔血管丛中，以痔核呈弥漫性肿胀为度，每个痔核注射药液 3~6mL。

第三步：**痔区黏膜固有层注射**。第二步注射完毕，缓慢退针，待感有落空感时，为针尖退至肥厚的黏膜肌板上方的标志，注药 1~2mL，使黏膜呈水泡状即可。

第四步：**洞状静脉区注射**。以 1:1 药液在齿线稍上方内痔区作扇形注射，一般注药 1~3mL。

内痔消痔灵四步注射法按上述四步注射完一个痔核后，同法注射其他痔核，一次注射总量 15~30mL。注射完毕后取出肛肠镜将痔核送回肛内，填入凡士林纱条，压以塔形纱布，胶布固定。

③**坏死枯脱注射法**：取侧卧位，常规消毒、麻醉后，用肛肠镜暴露痔核或用止血钳将痔核夹住牵出肛外，以碘伏或络合碘消毒黏膜及痔核，抽取枯痔注射液，在齿线上 0.3~0.5cm 处刺入痔核黏膜下层，由低到高呈柱状缓慢注射，使痔核肿胀变白为止。同法注射其他痔核，然后取出肛肠镜将痔核送回肛内。注射完毕后填入凡士林纱条，压以塔形纱布，胶布固定。

注意事项：术前嘱患者排空大便或清洁灌肠 1 次；术后嘱患者控制大便 24 小时；注射时必须严格消毒，每次注射前用新洁尔灭液消毒进针处；必须用较细针头注射，否则针孔较大容易引起出血；进针后应先作回血试验，再缓慢注入药液；进针后针头不要在痔核内乱刺，以免过多损伤痔内血管，引起痔内出血，使痔核肿大，局部液体渗出增多，延长痔核硬化萎缩、枯脱坏死时间；注射时切忌将药液注入外痔区，并注意

注射位置不要过低，否则药液可向肛管扩散，造成肛管周围皮肤水肿、疼痛；操作时应先注射小的痔核，再注射大的痔核，以免小痔核被大痔核挤压遮盖而影响操作。

(4) 枯痔钉疗法是运用枯痔钉插入痔核的腐蚀作用，使痔核干枯、坏死、脱落的一种传统中医治疗内痔的疗法。由于本法治疗费时、并发症多，临床应用日渐减少。

适应证：各期内痔；混合痔的内痔部分。

禁忌证：各种外痔或有纤维化的内痔；伴有各种急性疾病、严重的慢性疾病；伴肛门直肠急性炎症、腹泻、恶性肿瘤；有出血倾向者。

常用药物：枯痔钉（现在传统的含砒药钉已不用，多采用无砒药钉）。

操作方法：取侧卧位，常规消毒、局部麻醉后，将内痔缓缓翻出肛外，以左手食指、中指牵引，固定痔核，用碘伏或络合碘消毒痔核表面，右手拇、食两指捏住枯痔钉尾段，在距齿线上 0.3~0.5cm 处，沿肠壁纵轴呈 25°~35° 方向旋转插入黏膜下痔核中心。一般深约 1cm，每个痔核一次插入 4~6 根，间距 0.3~0.5cm。插钉后沿黏膜外 1mm 处剪去多余药钉，防止药钉脱落后插口出血。插钉完毕后将痔核送回肛门内，同时塞入黄连膏，敷以塔形纱布，胶布固定。

注意事项：术前嘱患者排空大便或清洁灌肠 1 次，术后嘱患者控制大便 24 小时。插钉时先插小的痔核，后插大的痔核；插钉不要重叠，深度以黏膜下为宜，不宜过深，亦不宜过浅，过深可引起括约肌坏死，继发感染而疼痛；过浅则药钉容易脱落，导致插口出血。如有出血者，可先在出血点处插入一根钉即可止血。一次插钉总数不能超过 20 根。

【考点 6】息肉痔

息肉痔的概念

息肉痔是指直肠内黏膜上的赘生物，是一种常见的直肠良性肿瘤。其临床特点为：肿物蒂小质嫩，其色鲜红，便后出血。分为单发性和多发性两种，前者多见于儿童，后者多见于青壮年，息肉多数是腺瘤性。很多息肉积聚在一段或全段大肠称息肉病。部分患者可以发生癌变，尤以多发性息肉恶性变较多。

息肉痔的病因病机

本病多因湿热下迫大肠，以致肠道气机不利，经络阻滞，瘀血浊气凝聚而成。

现代医学认为其发病可能与遗传有关，或因慢性刺激、慢性炎症、痢疾、血吸虫病感染等所致。

注射疗法、结扎法、电烙法的适应证

1. 注射疗法

适应证：适用于小儿无蒂息肉。

药物：6%~8%明矾液，或 5%鱼肝油酸钠。

操作：侧卧位，局部消毒麻醉，在肛肠镜下找到息肉，再消毒，将药液注入息肉基底部，一般用药 0.3~0.5ml，术后防止便秘。

2. 结扎法

适应证：适用于低位带蒂息肉。

操作：侧卧位或截石位，局部消毒，局麻扩肛后，用食指将息肉轻轻拉出肛外，或在肛肠镜下，用组织钳夹住息肉轻轻拉出肛外，用圆针丝线在息肉基底贯穿结扎，然后切除息肉。

3. 电烙法

适应证：适用于较高位的小息肉。

操作：膝胸位或俯卧位，在肛肠镜或乙状结肠镜下找到息肉，直接用电灼器烧灼息肉根部，无蒂息肉可烧灼中央部。但须注意，切勿烧灼过深，以免引起肠穿孔。术后卧床休息 1 小时，1 周后复查。如脱落不全，可电灼第二次。

【考点 7】肛痛

肛痛的定义及病因病机

1. 肛疔的定义肛疔是指肛管直肠周围间隙发生急慢性感染而形成的脓肿，相当于现代医学的**肛门直肠周围脓肿**。由于发生的部位不同，可有不同的名称，如肛门旁皮下脓肿、坐骨直肠间隙脓肿、骨盆直肠间隙脓肿。中医学对本病也有不同的称谓，如脏毒、悬痛、坐马痛、跨马痛等。其特点是多发病急骤，疼痛剧烈，伴高热，破溃后多形成肛漏。

2. 病因病机多因过食肥甘、辛辣、醇酒等物，湿热内生，下注大肠，蕴阻肛门；或肛门破损染毒，致经络阻塞，气血凝滞而成。也有因肺、脾、肾亏损，湿热乘虚下注而成。

现代医学认为，本病系由于**肛腺感染后炎症向肛管直肠周围间隙组织蔓延而成**。

现代医学认为，本病系由于**肛腺感染后炎症向肛管直肠周围间隙组织蔓延而成**。

肛疔的诊断

1. 临床表现发病**男性多于女性，尤以青壮年为多，主要表现为肛门周围疼痛、肿胀、有结块，伴有不同程度发热、倦怠等全身症状**。

由于脓肿的部位和深浅不同，症状也有差异。如提肛肌以上的间隙脓肿，位置深隐，全身症状重，而局部症状轻；提肛肌以下的间隙脓肿，部位浅，局部红、肿、热、痛明显，而全身症状较轻。

(1) 肛门旁皮下脓肿发生于肛门周围的皮下组织内，局部红、肿、热、痛明显，脓成按之有波动感，全身症状轻微。

(2) 坐骨直肠间隙脓肿发于肛门与坐骨结节之间，感染区域比肛门皮下脓肿广泛而深。初起仅感肛门部不适或微痛，逐渐出现发热、畏寒、头痛、食欲不振等症状，而后局部症状加剧，肛门有灼痛或跳痛，在排便、咳嗽、行走时疼痛加剧，甚则坐卧不安。肛门指诊，患侧饱满，有明显压痛和波动感。

(3) 骨盆直肠间隙脓肿位于提肛肌以上，腹膜以下，位置深隐，局部症状不明显，有时仅有直肠下坠感，但全身症状明显。肛门指诊，可触及患侧直肠壁处隆起、压痛及波动感。

(4) 直肠后间隙脓肿症状与骨盆直肠间隙脓肿相同，但直肠内有明显的坠胀感，骶尾部可产生钝痛，并可放射至下肢，在尾骨与肛门之间有明显的深部压痛。肛门指诊，直肠后方肠壁处有触痛、隆起和波动感。

本病约5~7天成脓，若成脓期逾月，溃后脓出灰色稀薄，不臭或微臭，无发热或低热，应考虑结核性脓肿。

2. 实验室和其他辅助检查

血常规：白细胞及中性粒细胞可有不同程度的增加。

超声波检查：有助于了解肛疔的大小、位置及与肛门括约肌和肛提肌的关系。

肛疔的治疗

肛疔的治疗以手术为主，注意预防肛漏的形成。

1. 辨证论治

(1) 热毒蕴结证

证候：**肛门周围突然肿痛，持续加剧**，伴有恶寒、发热、便秘、溲赤。肛周红肿，触痛明显，质硬，皮肤焮热。舌红，**苔薄黄，脉数**。

治法：清热解毒。

方药：仙方活命饮、黄连解毒汤加减。若有湿热之象，如舌苔黄腻、脉滑数等，可合用萆薢渗湿汤。

(2) 火毒炽盛证

证候：**肛周肿痛剧烈，持续数日，痛如鸡啄**，难以入寐，伴恶寒发热，口干便秘，小便困难。肛周红肿，**按之有波动感或穿刺有脓**。舌红，苔黄，脉弦滑。

治法：清热解毒透脓。

方药：透脓散加减。

(3) 阴虚毒恋证

证候：肛周肿痛，皮色暗红，**成脓时间长，溃后脓出稀薄**，疮口难敛，伴有午后潮热，心烦口干，盗汗。舌红，苔少，脉细数。

治法：养阴清热，祛湿解毒。

方药：青蒿鳖甲汤合三妙丸加减。肺虚者，加沙参、麦冬；脾虚者，加白术、山药、扁豆；肾虚者，加龟板、玄参，生地改熟地。

2. 外治

- (1) 初起**实证用金黄膏、黄连膏外敷**，位置深隐者，可用金黄散调糊灌肠；**虚证用冲和膏或阳和解凝膏外敷**。
- (2) 成脓宜早期切开引流，并根据脓肿部位深浅和病情缓急选择手术方法。
- (3) 溃后用九一丹纱条引流，脓尽改用生肌散纱条。日久成瘻者，按肛漏处理。

3. 手术方法

(1) 腺肿一次切开法

适应证：浅部脓肿。

操作方法：在麻醉后，取截石位，局部消毒，**于脓肿处切口，切口呈放射状**，长度应与脓肿等长，使引流通畅，同时寻找齿线处感染的肛隐窝或内口，将切口与内口之间的组织切开，并搔刮清除，以避免形成肛漏。

(2) 一次切开挂线法

适应证：高位脓肿，如由肛隐窝感染而致坐骨直肠间隙脓肿、骨盆直肠间隙脓肿、直肠后间隙脓肿及马蹄形脓肿等。

操作方法：麻醉后，患者取截石位，局部消毒，于脓肿波动明显处，或穿刺抽脓，指示部位，作放射状或弧形切口，充分排脓后，以食指分离脓腔间隔，然后用双氧水或生理盐水冲洗脓腔，修剪切口扩大成梭形（可切取脓腔壁送病理检查）。然后用球头探针，自脓肿切口探入并沿脓腔底部轻柔地探查内口，另一食指伸入肛内引导协助寻找内口，探通内口后，将球头探针拉出，以橡皮筋结扎于球头部，通过脓腔拉出切口，将橡皮筋两端收拢，并使之有一定张力后结扎，创口内填以红油膏纱条，外敷纱布，宽胶布固定。

(3) 分次手术适用于体质虚弱或不愿住院治疗的深部脓肿。**切口应在压痛或波动明显部位，尽可能靠近肛门，切口呈弧状或放射状，须有足够长度，用红油膏纱条引流，以保持引流通畅**。待形成肛漏后，再按肛漏处理。病变炎症局限和全身情况良好者，如发现内口，可采用切开挂线法，以免二次手术。

(4) 术后处理酌情应用清热解毒、托里排脓的中药或抗生素，以及缓泻剂。术后每次便后用苦参汤坐浴，换药。挂线者，一般约 10 天自行脱落，可酌情紧线或剪除，此时创面已修复浅平，再经换药后，可迅速愈合，无肛门失禁等后遗症。各种方式的手术后，须注意有无高热、寒战等，如有则应及时处理。

(5) 手术中的注意事项

- 1) 定位要准确。一般在脓肿切开引流前应先行穿刺，待抽出脓液后，再行切开引流。
- 2) 切口。**浅部脓肿可行放射状切口，深部脓肿应行弧形切口，避免损伤括约肌**。
- 3) 引流要彻底。切开脓肿后要用手指去探查脓腔，分开脓腔内的纤维间隔以利引流。
- 4) 预防肛漏形成。术中应切开原发性肛隐窝炎（即内口），可防止肛漏形成。

【考点 8】肛漏

肛漏是指直肠或肛管与周围皮肤相通所形成的瘻管，也称肛漏。一般由原发性内口、瘻管和继发性外口三部分组成，也有仅具内口或外口者。肛漏多是肛痛的后遗症。临床上分为化脓性或结核性两类。其特点是以局部反复流脓、疼痛、瘙痒为主要症状，并可触及或探及瘻管通到直肠。

1. 单纯性肛漏：指**肛门旁皮肤仅有一个外口，直通入齿线上肛隐窝之内口**者，称为完全漏，又叫内外漏；若只有外口下连瘻管，而无内口者，称为单口外漏，又叫外盲漏；若只有内口与瘻管相通，而无外口的，称为单口内漏，又叫内盲漏。
2. 复杂性肛漏：指**在肛门内、外有三个以上的开口；或管道穿通两个以上间隙；或管道多而支管横生；或管道绕肛门而生，形如马蹄者，称为马蹄形肛漏**。

肛漏的发展规律将肛门两侧的坐骨结节画一条横线，当漏管外口在横线之前距离肛缘 **4cm 以内**，内口在齿线处与外口位置相对，其管道多为直行；如外口在距离肛缘 **4cm 以外**，或外口在横线之后，内口多在后正中齿线处，其漏管多为弯曲或马蹄形。

肛漏的治疗一般以手术治疗为主。目前常用的手术疗法有挂线疗法、切开疗法、切开与挂线相结合等三种，

分述如下。

1. 切开疗法

适应证：**低位单纯性肛漏和低位复杂性肛漏**，对高位肛漏切开时，必须配合挂线疗法，以免造成肛门失禁。
禁忌证：肛门周围有皮肤病患者；漏管仍有酿脓现象存在者；有严重的肺结核病、梅毒等，或极度虚弱者；有癌变者。

2. 挂线疗法本疗法具有操作简便、引流通畅、瘢痕小，对肛门功能无影响等优点。

适应证：适用于距离**肛门 4cm 以内**，有**内外口的低位肛漏**；亦作为复杂性肛漏切开疗法或切除疗法的辅助方法。

禁忌证：同切开法。

【考点 9】肛裂

肛管的皮肤全层纵行裂开并形成感染性溃疡者称肛裂。本病好发于青壮年，女性多于男性。肛裂的部位一般在肛门前正中线，尤以后位多见，位于前正中线的肛裂多见于女性。临床上以肛门周期性疼痛、出血、便秘为主要特点。

周期性疼痛是肛裂的主要症状。大便时出血，量不多，鲜红色。病人多数有习惯性便秘。

肛裂的分类

(1) 早期肛裂：发病时间较短，仅在肛管皮肤见一个小的溃疡，创面浅而色鲜红，边缘整齐而有弹性。

(2) 陈旧性肛裂：裂口边缘变硬变厚，裂口周围组织发炎、充血、水肿及结缔组织增生，形成赘皮性外痔。

辨证论治

(1) 血热肠燥证

证候：大便两三日一行，质干硬，便时**肛门疼痛、滴血**或手纸染血，**裂口色红**，腹部胀满，溲黄。舌偏红，脉弦数。

治法：清热润肠通便。

方药：凉血地黄汤合脾约麻仁丸。

(2) 阴虚津亏证

证候：大便干结，数日一行，便时疼痛点滴下血，**裂口深红。口干咽燥，五心烦热**。舌红，苔少或无苔，脉细数。

治法：养阴清热润肠。

方药：**润肠汤**。

(3) 气滞血瘀证

证候：**肛门刺痛明显**，便时便后尤甚。**肛门紧缩，裂口色紫暗**，舌紫黯，脉弦或涩。治法：理气活血，润肠通便。

方药：六磨汤加红花、桃仁、赤芍等。

【考点 10】脱肛

直肠黏膜、肛管、直肠全层和部分乙状结肠向下移位，脱出肛门外。特点：直肠黏膜及直肠反复脱出肛门外伴肛门松弛。相当于西医的直肠脱垂。

直肠脱垂可分为三度：

(1) 一度脱垂为直肠黏膜脱出，脱出物淡红色，长 **3~5cm**，触之柔软，无弹性，**不易出血，便后可自行回纳**。

(2) 二度脱垂为直肠全层脱出，脱出物长 **5~10cm**，呈圆锥状，淡红色，表面为环状而有层次的黏膜皱襞，触之较厚，有弹性，肛门松弛，便后有时**需用手回复**。

(3) 三度脱垂直肠及部分乙状结肠脱出，**长达 10cm 以上**，呈圆柱形，触之很厚，肛门松弛无力。

辨证论治

内治法

1. 脾虚气陷证便时肛内肿物脱出，轻重不一，色淡红，伴有肛门坠胀，大便带血，神疲乏力，食欲不振，甚则头昏耳鸣，腰膝酸软。舌淡、苔薄白，脉细弱。

治法：补气升提，收敛固涩。

方药：补中益气汤加减。脱垂较重，不能自行还纳者，宜重用升麻、柴胡、党参、黄芪；腰酸耳鸣者，加山萸肉、覆盆子、诃子。

2. 湿热下注证肛内肿物脱出，色紫黯或深红，甚则表面溃破、糜烂，肛门坠痛，肛内指检有灼热感。舌红，苔黄腻，脉弦数。

治法：清热利湿。

方药：萆薢渗湿汤加减。出血多者，加地榆、槐花、侧柏炭。其他疗法

(1) 熏洗：苦参汤加石榴皮、枯矾、五倍子，煎水熏洗，每天2次。

(2) 外敷：五倍子散或马勃散外敷。

(3) 注射法、针灸、直肠瘢痕支持固定术、肛门紧缩术和直肠悬吊术等。

【考点 11】锁肛痔

锁肛痔是发生在肛管直肠的恶性肿瘤，病至后期，肿瘤阻塞，肛门狭窄，排便困难，犹如锁住肛门一样，故称为锁肛痔。相当于西医的肛管直肠癌。本病的发病年龄多在40岁以上，偶见于青年人。

主要症状初期表现为直肠黏膜或肛门皮肤一突起小硬结，无明显症状，病情进一步发展，可出现一系列改变。便血是直肠癌最常见的早期症状。

检查方法

1. 直肠指检是诊断直肠癌的最重要的方法。2. 直肠镜或乙状结肠镜检查可以确定诊断。

【考点 12】子痛

子痛是指睾丸及附睾的化脓性疾病。临证中分急性子痛与慢性子痛，以睾丸或附睾肿胀疼痛为特点。相当于西医的急性慢性附睾炎或睾丸炎。

诊断

(1) 急性子痛附睾或睾丸肿痛，突然发作，疼痛程度不一，行动或站立时加重。

(2) 慢性子痛临床较多见。

1) 湿热下注证：多见于成年人。睾丸或附睾肿大疼痛，阴囊皮肤红肿，焮热疼痛，少腹抽痛，局部触痛明显，脓肿形成时，按之应指，伴恶寒发热。苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，解毒消肿。

方药：枸橘汤或龙胆泻肝汤加减。疼痛剧烈者，加延胡索、金铃子。

2) 气滞痰凝证：附睾结节，子系粗肿，轻微触痛，或牵引少腹不适，多无全身症状。舌淡或有瘀斑，苔薄白或腻，脉弦滑。

治法：疏肝理气，化痰散结。

方药：橘核丸加减。

外治

急性子痛：未成脓者，可用金黄散或玉露散水调匀，冷敷。

【考点 13】子痰

子痰是发于肾子的疮疡性疾病。其特点是附睾有慢性硬结，逐渐增大，形成脓肿，溃破后脓液稀薄如痰，并夹有败絮样物质，易成窦道，经久不愈。相当于西医的附睾结核。

临床表现

本病多发于中青年，以20~40岁居多。初起自觉阴囊坠胀，附睾尾部有不规则的局限性结节，质硬，触痛不明显，结节常与阴囊皮肤粘连。日久结节逐渐增大，可形成脓肿，溃破后脓液清稀，或夹有豆腐渣样絮

状物，易形成反复发作、经久不愈的窦道。输精管增粗变硬，呈串珠状。常有五心烦热，午后潮热，盗汗，倦怠乏力等症状。

辨证论治

1) 浊痰凝结证：

见于初起硬结期。肾子处酸胀不适，附睾硬结，子系呈串珠状肿硬，无明显全身症状。苔薄，脉滑。

治法：温经通络，化痰散结。

方药：阳和汤加减，配服小金丹。

2) 阴虚内热证：

见于中期成脓期。病程日久，肾子硬结逐渐增大并与阴囊皮肤粘连，阴囊红肿疼痛，触之可有应指感，伴低热，盗汗，倦怠。舌红，少苔，脉细数。

治法：养阴清热，除湿化痰，佐以透脓解毒。

方药：滋阴除湿汤合透脓散加减。

3) 气血两亏证：

见于后期溃脓期。脓肿破溃，脓液稀薄，夹有败絮样物质，疮口凹陷，形成瘻管，反复发作，经久不愈，虚热不退，面色无华，腰膝酸软。舌淡，苔白，脉沉细无力。

治法：益气养血，化痰消肿。

方药：十全大补汤加减，兼服小金丹。

【考点 14】尿石症

本病多由肾虚和下焦湿热引起，病位在肾、膀胱和溺窍，肾虚为本，湿热为标。肾虚则膀胱气化不利，尿液生成与排泄失常，加之摄生不慎，感受湿热之邪，或饮食不节，嗜食辛辣肥甘醇酒之品，致湿热内生，蕴结膀胱，煎熬尿液，结为砂石；湿热蕴结，气机不利，结石梗阻，不通则痛；热伤血络，可引起血尿。

临床表现

1. 上尿路结石 上尿路结石包括肾和输尿管结石，典型的临床症状是突然发作的肾或输尿管绞痛和血尿。
2. 膀胱结石 膀胱结石的典型症状为排尿中断，并引起疼痛，放射至阴茎头和远端尿道，此时患者常手握阴茎，蹲坐哭叫，经变换体位又可顺利排尿。
3. 尿道结石 主要表现为排尿困难、排尿费力，呈点滴状，或出现尿流中断及急尿潴留。排尿时疼痛明显，可放射至阴茎头部，后尿道结石可伴有会阴和阴囊部疼痛。

辨证论治

1. 湿热蕴结证：

腰痛或小腹痛，或尿流突然中断，尿频，尿急，尿痛，小便混赤，或为血尿，口干欲饮。舌红，苔黄腻，脉弦数。

治法：清热利湿，通淋排石。

方药：三金排石汤加减。

2. 气血瘀滞证：

发病急骤，腰腹胀痛或绞痛，疼痛向外阴部放射，尿频，尿急，尿黄或赤。舌暗红或有瘀斑，脉弦或弦数。

治法：理气活血，通淋排石。

方药：金铃子散合石苇散加减。

3. 肾气不足证：

结石日久，留滞不去，腰部胀痛，时发时止，遇劳加重，疲乏无力，尿少或频数不爽，或面部轻度浮肿。舌淡苔薄，脉细无力。

治法：补肾益气，通淋排石。

方药：济生肾气丸加减。

【考点 14】烧伤

烧伤面积的计算方法及烧伤深度的分类

(一) 烧伤面积的计算

1. **手掌法**伤员本人五指并拢时，**一只手掌的面积占体表面积的 1%**。此法常用于小面积或散在烧伤的计算。
2. **中国九分法**将全身体表面积分为 11 个 9 等份。**成人头、面、颈部为 9%；双上肢为 2×9%；躯干前后包括外阴部为 3×9%；双下肢包括臀部为 5×9%+1%=46%**。
3. 儿童烧伤面积计算法小儿的躯干和双上肢的体表面积所占百分比与成人相似。特点是头大下肢小，随着年龄的增长，其比例也不同。计算公式如下：

头颈面部： $9+(12-\text{年龄})$

双下肢： $46-(12-\text{年龄})$

(二) 烧伤深度的计算

烧伤深度一般采用三度四分法，即Ⅰ度、Ⅱ度（又分浅Ⅱ度、深Ⅱ度）和Ⅲ度烧伤。

Ⅰ度（红斑）：为表皮角质层、透明层、颗粒层的损伤。**局部红肿**，故又称红斑性烧伤，有疼痛和烧灼感。皮温稍增高，2-3 天后局部由红转为淡褐色，表皮皱缩脱落后愈合，可有短时间色素沉着，不留瘢痕。

浅Ⅱ度：伤及真皮浅层，**剧痛**，局部红肿，有大小不一水疱，内含黄色或淡红色血浆样液体或蛋白凝固的胶冻物，愈后短期内可有色素沉着，不留瘢痕。

深Ⅱ度：伤及真皮乳头层以下，但仍残留部分网状层，**痛觉消失**，局部肿胀，间或有较小水疱，愈合后可有瘢痕和瘢痕收缩引起的局部功能障碍。

Ⅲ度（烧痂）：全层皮肤烧伤，可深达肌甚至骨、内脏器官等。**感觉消失**，皮肤坏死、脱水后形成焦痂，故又称为焦痂型烧伤。愈合后多形成瘢痕，正常皮肤功能丧失，且常造成畸形。

根据创面的大小、部位、深浅，选用不同方法。一般肢体部位、中小面积烧伤创面多采用包扎疗法；头面、颈部、会阴部和大面积创面多采用暴露疗法。

中小面积Ⅰ、Ⅱ度烧伤可外涂京万红烫伤药膏、清凉膏、紫草膏、万花油等，暴露或包扎；或用地榆粉、大黄粉各等份，麻油调敷后包扎，隔日换药一次。

【考点 15】毒蛇咬伤**(一) 常见毒蛇种类**

1. 神经毒者有**银环蛇、金环蛇、海蛇**，血循毒者有**蝰蛇、尖吻蝮蛇、竹叶青蛇和烙铁头蛇**，
2. 混合毒者有**眼镜蛇、眼镜王蛇和蝮蛇**。

(二) 有毒蛇与无毒蛇的区别

有毒蛇咬伤后，患部一般有粗大而深的毒牙痕，一般有 2~4 个毒牙痕。**无毒蛇咬伤后**牙痕呈锯齿状或弧形，数目多，浅小，大小一致，间距密。

毒蛇咬伤的治疗措施

(一) 局部处理

毒蛇咬伤的局部常规处理，是指咬伤后在短时间内采取的紧急措施。包括早期结扎、扩创排毒、烧灼、针刺、火罐排毒、封闭疗法、局部用药等。

(二) 辨证论治

根据毒蛇咬伤的毒理、病理和症状，将毒蛇咬伤分为风毒证、火毒证、风火毒证、蛇毒内陷证四个证型进行辨证施治。

(三) 抗蛇毒血清治疗

抗蛇毒血清又名蛇毒抗毒素，有单价和多价两种。抗蛇毒血清特异性较高，效果确切，应用越早，疗效越好。

【考点 16】肠痈

临床表现：腹痛多起于脐周或上腹部，数小时后腹痛转移并固定在右下腹部，疼痛呈持续性、进行性加重。

辨证论治

- (1) 瘀滞证——治法：行气活血，通腑泻热。方剂：大黄牡丹汤合红藤煎剂加减
- (2) 湿热证——治法：通腑泻热，解毒利湿透脓。方剂：复方大柴胡汤加减
- (3) 热毒证——治法：通腑排脓，养阴清热。方剂：大黄牡丹汤合透脓散加减

【考点 17】筋瘤

筋瘤是以筋脉色紫、盘曲突起状如蚯蚓、形成团块为主要表现的浅表静脉病变。相当于西医的下肢静脉曲张。

(一) 辨证论治

1. 内治

(1) 劳倦伤气证

证候：久站久行或劳累时瘤体增大，下坠不适感加重；常伴气短乏力，脘腹坠胀，腰酸；舌淡，苔薄白，脉细缓无力。

治法：补中益气，活血舒筋。

代表方：补中益气汤加减。

(2) 寒湿凝筋证

证候：瘤色紫暗，喜暖，下肢轻度肿胀；伴形寒肢冷，口淡不渴，小便清长；舌淡暗，苔白腻，脉弦细。

治法：暖肝散寒，益气通脉。

代表方：暖肝煎合当归四逆汤加减。

(3) 外伤瘀滞证

证候：青筋盘曲，状如蚯蚓，表面色青紫，患肢肿胀疼痛；舌有瘀点，脉细涩。

治法：活血化瘀，和营消肿。

代表方：活血散瘀汤加减。

2. 外治患肢穿医用弹力袜或用弹力绷带包扎，有助于使瘤体缩小或停止发展。并发青蛇毒、湿疮、臁疮者，参考有关章节治疗。

(二) 其他疗法

1. 手术疗法凡是诊断明确的筋瘤，无手术禁忌证者，都可手术治疗。

2. 硬化剂注射疗法适用于程度较轻的单纯性下肢静脉曲张，亦可作为手术的辅助疗法，处理残留或复发的曲张静脉。

【考点 18】臁疮

久站或过度负重而致小腿筋脉横解，青筋显露，瘀停脉络，久而化热，或小腿皮肤破损染毒，湿热下注而成，疮口经久不愈。本病相当于西医学的下肢慢性溃疡。

辨证论治

1. 湿热下注证

证候：小腿青筋怒张，局部发痒，红肿，疼痛，继则破溃，滋水淋漓，疮面腐暗；伴口渴，便秘，小便黄赤；苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，和营解毒。

方剂：二妙丸合五神汤加减

2. 气虚血瘀证

证候：病程日久，疮面苍白，肉芽色淡，周围皮色黑暗、板硬；肢体沉重，倦怠乏力；舌淡紫或有瘀斑，苔白，脉细涩无力。

治法：益气活血，祛瘀生新。



方剂：补阳还五汤合四妙汤加减

【考点 19】脱疽

发于四肢末端，严重时趾（指）节坏疽脱落的周围血管疾病，又称脱骨疽。其临床特点是好发于四肢末端，以下肢多见，初起患肢末端发凉、怕冷，苍白，麻木，可伴间歇性跛行，继则疼痛剧烈，日久患趾（指）坏死变黑，甚至趾（指）节脱落。部分患者起病急骤，进展迅速，预后严重，需紧急处理。

病机：脾肾亏虚为本，寒湿外伤为标，气血凝滞、经脉阻塞。

诊断：（1）一期（局部缺血期）；（2）二期（营养障碍期）；（3）三期（坏死期或坏疽期）。

辨证论治

内治法

- （1）寒湿阻络证——治法：温阳散寒，活血通络。方剂：阳和汤加减
- （2）血脉瘀阻证——治法：活血化瘀，通络止痛。方剂：桃红四物汤加减
- （3）湿热毒盛证——治法：清热利湿，解毒活血。方剂：四妙勇安汤加减
- （4）热毒伤阴证——治法：清热解毒，养阴活血。方剂：顾步汤加减
- （5）气阴两虚证——治法：益气养阴。方剂：黄芪鳖甲汤加减