吳建文醫師治療閉塞性脈管炎的臨床經驗探析

Exploration on the clinical experience of Chinese Medicine Practitioner *WU Jianwen* in the treatment of occlusive vasculitis

鄧沛權　吳建文　*DENG Peiquan, WU Jianwen*

（香港中醫藥管理委員會註冊中醫師）

吳建文1957年入讀廣州中醫學院，1963年畢業，隨後便任職於廣州市中醫院醫師（原廣州市第三人民醫院）。1964年至1970年在「閉塞性脈管炎專科病房」工作。吳老自1971年起在香港開設自己的診所行醫至今。1999-2003年以兼職身份在香港浸會大學中醫學院任帶教。2004年至今以兼職身份在香港中文大學中醫學院出任臨床講師。

[摘要]　閉塞性脈管炎在中醫學屬於「脫疽」範疇，又稱為「脫癰」、「十指冷落」。本病是發生在青壯年中小動脈的一種慢性進行性閉塞性炎症病變。病變多數發生在四肢血管，尤其是下肢為常見。病理改變首先是血管內膜增厚，隨後有血栓形成，以致最後血管完全阻塞，嚴重者肢端可發生不易癒合的潰瘍及壞疽。吳建文老師自創以「補氣益血，活血祛瘀，通絡止痛，清熱解毒，祛腐生肌」方法治療，病人只需接受吳老的中藥治療，不需截肢，平均3個月左右便可以康復出院。

[關鍵詞]　閉塞性脈管炎；脫疽；名醫經驗；吳建文

血栓閉塞性脈管炎（thromboangiitis obliterans）亦稱Bürger病。本病是以中小動脈為主的慢性炎症血管閉塞性疾病，病變可累及血管全層，導致管腔狹窄、閉塞。本病絕大多數發生於男性，年齡20~40歲。患者多有重度嗜煙歷史，典型的臨床表現為間歇性跛行，休息痛及遊走性血栓性脈管炎。該病主要侵犯肢體脈管，尤其是下肢的中、小動脈及其伴行的靜脈和皮膚淺靜脈，受累血管呈現血管壁全層的非化膿性炎症，管腔內有血栓形成，管腔呈現進行性狹窄以至完全閉塞，引起肢體缺血而產生疼痛，嚴重者肢端可發生不易癒合的潰瘍及壞疽。由於病因至今尚不清楚。可能導致永久性功能障礙或肢體丟失，甚至死亡。吳建文老師以「補氣益血，活血祛瘀，通絡止痛，清熱解毒，祛腐生肌」為治則的中醫治療方法。根據吳老的臨床經驗，無論病人入院時病在那一個階段，病人只需接受中藥治療，病情演變可終止惡化，而且患趾（指）得到保存，不需截肢，平均3個月左右便可以康復出院。吳老的經驗值得推薦，特分述如下。

1　閉塞性脈管炎的論析與分期

血栓閉塞性脈管炎，又名特發性壞疽，是一種較常見的慢性進行性血管疾病。在中醫學屬於「脫疽」範疇，又稱之為「脫癰」、「十指冷落」。早在《黃帝內經靈樞·癰疽》篇中就對脫疽證有較為詳細的記述，涉及到病因病機、癥狀、治療原則和預后等各方面。本病的發病原因較複雜，一般因吸煙、受寒凍、感染、營養不良、外傷等引起血管、神經的損傷。本病的主要病變在血脈，與心、肝、脾、腎等臟的關係最為密切。因心主脈、肝主筋、脾主肉、腎主骨，其病之本是陽氣不足，氣血虛弱；病之標為血瘀、濕濁、熱毒凝滯，筋肉經脈，敗血腐肉。若病情日久，肢節壞死，創面不愈，膿血不斷，可導致氣血大傷。閉塞性脈管炎是動脈和靜脈的一種周期性、節段性炎症病變。病變多數發生在四肢血管，尤其是下肢為常見。病理改變首先是血管內膜增厚，隨後有血栓形成，以致最後血管完全阻塞。通常病變首先出現於肢體動脈遠端，如脛後、脛前、尺、橈、足弓、掌弓、指、趾等動脈，病變進一步發展才累及股動脈和肱動脈等。病變節段和正常部分之間的界線非常分明，伴行靜脈常同時受累，一般都較輕。若發展到晚期，血管周圍有纖維組織增生、硬化。吳老發覺此病大多可導致指（趾）骨及相關肌肉壞死，疼痛難忍，創面易予感染的發展，並把本病分為3個階段：

香港中醫學會 版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

1.1 血運不行期：證見足背動脈減弱，皮膚暗黑，患趾（指）暗紅腫脹，怕冷，麻木，間歇性跛行。由於血瘀阻塞脈絡，血流不暢，令到肢體遠端血液及營養供應不足，致使部分肌肉組織開始壞死，皮膚乾燥，溫度降低。血瘀充斥於肢端，令皮膚暗黑，肢體腫脹。

1.2 組織乾性壞死期：證見肌肉局部潰爛變黑，無膿，骨骼亦腐爛變黑，疼痛加重。由於血瘀完全阻塞脈絡，肢體遠端沒有血液及營養補充，皮膚、肌肉組織及骨骼相繼壞死，繼而潰爛。由於沒有血液供應，發生乾性壞死，所以潰爛時並沒有膿液流出。

1.3 壞死組織脫落期：證見壞死肌肉及骨骼脫落，創面久不愈合，疼痛劇烈（尤其在晚上）。潰爛組織壞死後脫落，由於沒有血液到達患肢，新皮膚及肌肉組織沒有生成，所以創面不能愈合。

2 閉塞性脈管炎的治法及思維

「脫疽」是肢體動脈慢性閉塞性疾病的綜合徵，國內中醫起始於50年代對血栓閉塞性脈管炎系統治療與深化研究，當時應用治「脫疽」的四妙勇安湯、顧步湯、陽和湯、通絡活血湯等中藥方劑，療效顯著，充份顯示中醫療效的優勢，使原用西醫療法的本病截肢率降低30-50%[1]。70年代以來，多次召開全國性學術會議，商討關於脈管炎的診斷、觀察指標和療效評定標準的規范化問題，使血栓閉塞性脈管炎的臨床觀察與研究大大推進了一步。文獻報導雖日漸增多，但中醫辨證的客觀依據至今尚未統一，根據全國性TAO學術會議協定，強調應以分型辨治，在臨證中常見陰寒證、血瘀證、濕熱證、熱毒證、氣血兩虛等五種類型，若陰寒證者，其主要病徵為寒凝血瘀，故治以溫經散寒，益氣活血，化瘀通絡；若血瘀證者，宜溫經通絡，活血化瘀；濕熱證者，治宜清熱利濕，化瘀散結；熱毒證者，治宜清熱解毒，活血化瘀；氣血兩虛者，應以補養氣血為主，兼以通絡化瘀。吳老在大量臨床實踐中，受到《醫林改錯》补陽還五湯中重用黃芪，使全方達到補氣活血通絡，善治肢體痿軟、血脈不通之證的療效啟發，終於悟出以「補氣益血，活血祛瘀，通絡止痛，清熱解毒，祛腐生肌」為治則的中醫治療閉塞性脈管炎之方法。基本方：黃芪90-120g，當歸30g，人參 15g，銀花30g，玄參 30g，乳香10g，沒藥10g，丹參15-30g，王不留行 15g，皂角刺 15g，紅花10g，桃仁 12g，毛冬青15g，山甲15g，水蛭15g，地龍 15g，白及12g， 甘草6g。吳醫師分析：方中黃芪、人參、當歸補氣益血；銀花、玄參清熱解毒；乳香、沒藥活血止痛，消腫生肌；丹參、王不留行、皂角刺、紅花、桃仁、毛冬青、山甲、水蛭、地龍活血祛瘀通絡；白及 祛瘀生肌。吳老強調，方中人參不能被黨參代替，因為黨參補氣之力不及人參。病在任何階段，運用此方時，需要隨證加減藥物。若血瘀嚴重，活血化瘀藥可加大用量，亦可加用赤芍、地鱉、雞血藤、田七；若畏寒者，可適量加用桂枝、川烏、附子；若腫脹嚴重，清熱解毒藥量可加重，並可加用連翹、野菊花、蒲公英；若有壞死組織，可用生石灰粉加水塗創面祛腐；若果疼痛劇烈，除可多用乳香、沒藥，亦可加用延胡索；若患者發熱，可加用石膏；若患者口渴，可加用天花粉、麥冬；若患者便秘，可加用生大黃；若患肢回復正常顏色，必須加入熟地，鹿茸等峻補精血之品，加強生肌之力，幫助肌肉及皮膚的生成。吳老的經驗是無論病人入院時病在那一個階段，病人只需接受中藥治療，病情發展就會停止惡化，而且患趾（指）得到保存，不需截肢，平均3個月左右便可以康復出院。

吳老於1971年在本港開診至今，每遇糖尿足患者，都用以治療閉塞性脈管炎的方法診治，結果是所有患者皆不需要截肢，令患者生活質素有所提升，並且減輕患者家屬的家庭負擔。糖尿足與閉塞性脈管炎同屬中醫學脫疽範疇，故治療糖尿足可以用醫治閉塞性脈管炎的思維及方藥。另外吳老以《外科證治全生集》陽和湯治療不少結核性骨髓炎（屬中醫學陰疽範疇）患者，效果亦十分理想。以上病案，有待進一步整理。總之，吳建文老中醫師認為，面對難治疾病，醫者必需耐心觀察及歸納該病的發展過程，再小心分析及推敲箇中病機，然後才能領悟出得心應手的治病及用藥思維。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKSCM All rights Reserved

參考文獻：

[1] 李恩. 中國中西醫結合臨床全書. 北京: 中醫古籍出版社, 2010:1807-1809.

（編委：陳抗生審校2018.01.23）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved