◆思路方法◆

基于“玄府气液”理论探析肛周脓肿分期辨治策略

陈文娟[1]，肖霞[2]，汪淑娟[1]，何幸玲[1]，余成栋[1]

1. 广州中医药大学附属广东中西医结合医院，广东 佛山 528200；2. 汕头市中医医院，广东 汕头 515000

[摘要] 肛周脓肿多因湿热下注、血瘀毒聚，易溃烂成瘘，伤气耗血。玄府开阖失司、气液代谢失调是贯穿本病全程的核心病机。该文基于“玄府气液”理论动态观，剖析肛周脓肿病机演变规律，构建肿块期通玄束毒、成脓期开玄溃痈、溃脓期调玄扶正的分期辨治体系。通过在肿块期采用箍围护场法调控玄府开阖以截断病势，成脓期托毒透脓法恢复气液输布通道，溃脓期煨脓长肉法、调玄扶正法修复玄府微环境，实现“动态调控玄府开阖，重塑气液代谢平衡”序贯治疗，为优化肛周脓肿中医诊疗路径提供理论依据与实践参考。

[关键词] 肛周脓肿；玄府气液；分期辨治

[中图分类号] R266 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415（2025）18-0169-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.18.032

Stage-Specific Diagnosis and Treatment Strategies for Perianal Abscess Based on "Sweat Pore-Qi-Fluid" Theory

CHEN Wenjuan[1], *XIAO Xia*[2], *WANG Shujuan*[1], *HE Xingling*[1], *YU Chengdong*[1]

1. Affiliated Guangdong Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine of Guangzhou University of Chinese Medicine, Foshan Guangdong 528200, China; 2. Shantou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shantou Guangdong 515000, China

Abstract: Perianal abscess is primarily caused by downward infusion of damp-heat and toxin accumulation due to blood stasis, often progressing to ulcerative fistulas that consume qi and damage blood. The core pathogenesis involves dysfunction of the opening-closing of sweat pore and disordered qi-fluid metabolism. Guided by the dynamic perspective of the "sweat pore-qi-fluid" theory, this study analyzes the pathological evolution of perianal abscess, establishes a stage-specific treatment system, in which the main treatment is to unblock sweat pore and restrain toxin at mass stage, to open xuanfu to rupture abscesses at suppuration stage, and to regulate sweat pore and reinforce healthy qi at ulceration stage. Therapeutic approaches include therapy of circling sore with wet powdered medicine to regulate sweat pore opening-closing and intercept disease progression at mass stage, toxin-expelling and suppuration-penetrating therapy to restore qi-fluid transport channels at suppuration stage, and suppuration-promoting and flesh-regenerating therapy and sweat pore-regulating and healthy qi-reinforcing therapy to repair the sweat pore microenvironment at ulceration stage. This achieves sequential treatment through dynamic regulation of sweat pore opening-closing and restoration of qi-fluid metabolic balance, providing theoretical and practical references for optimizing traditional Chinese medicine management of perianal abscess.

Keywords: Perianal abscess; Sweat pore-qi-fluid theory; Stage-specific diagnosis and treatment

[收稿日期] 2025-04-08
[修回日期] 2025-06-24
[基金项目] 广东省中医药局面上科研项目（20192015）；佛山市自筹经费类科技创新项目（2320001006166）
[作者简介] 陈文娟（1998-），女，硕士研究生，E-mail：chenwjuan21@163.com。
[通信作者] 余成栋（1981-），男，硕士，主任医师，E-mail：673596538@qq.com。

肛周脓肿是因肛腺感染引起的肛周疾病，发病急促、手术创面广泛且愈合缓慢，易并发伤口感染、疼痛加剧及复发等问题，严重时将造成脓毒血症、败血症、坏死性筋膜炎等，威胁患者的生命[1]。肛周脓肿的发生、演变与玄府开阖失司、气液代谢失调密切相关，玄府作为体内气机升降出入的微妙门户，一旦郁闭不畅，气液运行受阻，局部组织失养，毒热壅聚，终成脓肿。本研究基于“玄府气液”理论动态观，通过揭示玄府开阖与气液代谢在肛周脓肿肿块期、成脓期、溃脓期3个阶段的核心病机与演变规律，提出三期辨治策略：肿块期通玄束毒以遏制热毒内陷，成脓期开玄透毒以使邪有出路，溃脓期调玄扶正以修复气液通道。动态调控玄府开阖、重塑气液代谢平衡的序贯治疗方案在临床上疗效显著，现总结治疗肛周脓肿的临床经验，并附临床验案佐证。

1 玄府气液理论溯源与内涵

玄府始于《素问·水热穴论》，载“所谓玄府者，汗空也”，因其细微难察、幽玄莫测而得名。金代名医刘完素系统拓展其学术内涵，建构“玄府气液”学术体系，将玄府内涵由体表汗孔扩展至气机运行微观通道，并指出“玄府闭密”是多种疾病的共性病机。其《素问玄机原病式·火类》指出玄府乃“气出入升降之道路门户也”，具有“通达气液，灌溉气血，运转神机”之功，生理特性为分布广泛、结构细微、贵开忌阖。若“目无所视，耳无所闻……皮肤不仁，肠胃不能渗泄者”，皆因玄府壅塞，不能为用。玄府通畅，气血调匀，方能滋养脏腑、润泽皮毛经络。现代学者以细胞生物学、分子生物学为基础，提出玄府的结构属性与离子通道[2]、水通道蛋白[3]、微循环及血脑屏障细胞间隙[4]等有关，并拓展出脏腑玄府[5]等内涵，使玄府理论得到补充完善，并广泛应用于多种疾病的治疗中。

气液指营血、卫气、津液等濡润四肢百骸、滋养经络脏腑的精微物质，亦指痰、湿、瘀等气液运行失常所化之病理产物。气者属阳，液者属阴，阳动而散，故化气，阴静而凝，故成形[6]。《素问·调经论》有云：“人之所有者，血与气耳。”玄府为气液升降出入之关键，使气液在体内环流布达，脏腑肌肉得以濡养，两者协同作用，维持着人体生理之平衡，即玄府气液和畅。《素问·举痛论》亦言“百病生于气”。玄府开阖适度，阴阳得以调和，气血津液遍布周身，生命方能维系常态。一旦玄府闭阻，气液运行失常，则易生郁滞、痰湿、瘀血等病理产物，日久气液耗损，正气虚衰，疾病缠绵难愈。

2 病因病机

玄府作为人体脏腑、经络及皮毛间细微孔窍的统称，是气液流通与交换的重要微环境，对维持肌肤及脏腑气血的正常输布发挥着关键作用[7]。《灵枢·营卫生会》曰“下焦如渎”，强调下焦（含魄门）需保持气液流通如沟渠。肛周玄府位于魄门周围，兼具排泄糟粕与输布气血的双重功能，为经络气血汇聚之所，脏腑之热、秽浊之气多从此出，易受外邪侵袭而生病症，开阖失司时湿热毒邪更易壅滞，形成毒聚玄府的病理特征。因此肛周脓肿的发病机制与玄府的开阖功能及气液代谢状态密切相关。

2.1 肿块期：玄府郁闭，气血壅滞 肛周脓肿多因正气不足或劳倦内伤，复加膏粱厚味酿热，致邪毒蕴聚魄门，荣卫不得宣通，局部气血壅滞，经络阻滞。正如《素问·阴阳应象大论》曰“阳盛则身热，腠理闭”。此阶段玄府郁闭，阳热怫郁，气液流通不畅，热毒难以外泄，蕴结于内，下注于肛周局部，进而导致局部出现红肿热痛。与肺玄府闭阻致咳喘、肝玄府闭阻致胁痛不同，肛周玄府闭阻以湿热毒邪壅滞为核心，病理产物更易腐肉成脓。此期患者舌红、苔薄黄，脉数，脓未形成，多属热毒蕴结证。正如《外科精义》所言“夫疮疡生于外，皆有积热蕴于内”，实则反映了玄府郁闭、气液代谢失调导致的热毒内蕴。

2.2 成脓期：玄闭加剧，血败肉腐 若肿块期治疗不当，玄府闭阻进一步加剧，气血瘀滞至极，热毒炽盛，血败肉腐成脓。此阶段，玄府闭阻与气血瘀滞互为因果，形成恶性循环，使热毒无法外泄，蕴结于内，血败肉腐成脓。患者多伴有发热、寒战、神疲体倦等全身症状，舌红、苔黄，脉弦滑。此期脓已形成，多属火毒炽盛证。脓液的形成，实则是气血在玄府极度闭阻状态下化生而成，反映了玄府开阖失司、气液代谢严重失调的病理状态。

2.3 溃脓期：玄府失养，气血亏虚 脓肿溃破后，脓液自行流出，毒随脓泄，症状得以缓解。然而脓为气血所化生，脓毒排出时必当损伤气血，使玄府失于气血濡养，功能受损，损及机体正气。此阶段

玄府失养、气血亏虚为主要病机。气血亏虚致疮口愈合无力，气血生化不足，脓液不得充养，邪毒残留体内，与阴虚内热相互胶结，热邪灼津。因此患者多见疮口难敛、脓水清稀，或伴潮热口干，舌红、少苔，脉细数等阴虚毒恋之象，实为玄府开阖失司、气液代谢紊乱所致的正气亏虚。

3 辨证论治

3.1 肿块期：箍围护场，通玄束毒 肛周脓肿起病急骤，邪毒骤聚肛旁，肿块迅速形成，急需消散瘀滞。此时疾病初起，邪气在表，病情轻浅，以局部疼痛、肿胀为主，机体正气尚足，应集正气于肿块四周，正如《疡科纲要》所言“治疡之要，未成者必求其消，治之于早，虽有大证，而可以消散于无形”，因此宜用箍围护场法。“箍围”的概念最先记录于战国时期的《五十二病方·痈》，是将中药与赋形剂调制成糊状敷贴于疮口。此法用药以大黄、黄连、芒硝、冰片等清热凉血解毒药为多，通过箍围药的截毒、束毒、拔毒作用及各种赋形剂的药性达到温通、活血、清解、消散等治疗作用[8]。

箍围法旨在调动正气、箍集正气以形成护场，起到屏障作用，限制邪毒弥漫外散，促进玄府开阖、气液通畅，凉血消痈，使疾病向愈。本法常取大黄苦寒沉降之性清解血分热毒，配芒硝软坚散结以开玄府闭塞，佐冰片辛香走窜引药透达玄微。箍围药在外敷时，敷贴于四周，不封顶，使脓毒有外泄之路，既合《证治准绳》中“敷疮四围，中留顶出毒气”的截毒原则，又契刘完素“令郁结开通，气液宣行”的治疗思想。肿块期以消为贵，箍围法通过因势利导，顺应邪毒病性，使脓未成者消，从而驱逐表邪、消散滞瘀。临床常采用金黄散箍围外敷，通玄束毒，常用的内服药方为仙方活命饮加减，方中穿山甲、皂角刺等通窍开玄之品与箍围外治形成内外呼应之势。临床观察显示，如意金黄散外敷在肛周脓肿初期对于消散肿块、减轻疼痛、缩短病程等方面效果明显[9]。金黄散所含姜黄素能够提高细胞抗氧化效果，并降低促炎因子表达，增加抗炎因子释放，实现抗炎作用[10]。

3.2 成脓期：托毒透脓，开玄溃痈 肛周脓肿成脓期肛门局部红肿灼痛，持续不解，痛势如鸡啄，夜难安寐，触诊应指感明显，或穿刺有脓液。若属深部脓肿，肛门外观无变化，但坠胀疼痛，指诊肛管直肠环处可触及肿物饱满或隆起，压痛明显或有波动感。此期患者气液经络瘀滞，湿热蕴结魄门，为脓成邪滞的火毒炽盛证。《外科精义》载：“如有气已结聚，不可论内消之法，宜用排脓托里之药。”此期应当开玄府、透脓毒，采用活血和营、清热解毒、透脓溃坚之托法，托毒于表，逐瘀生新，不致热毒深溃旁窜致变。常用透脓散加减，取生黄芪扶正升阳托毒，当归、川芎调畅气液以和营，穿山甲、皂角刺通玄透络，黄柏、虎杖清泄三焦郁热，诸药合用可托毒溃脓、补虚生肌[11]。临床研究表明，透脓散在肛周脓肿成脓期具有抗炎杀菌、增强机体免疫、助排脓腐、促进愈合的作用[12]。

成脓期治疗重在开玄排毒，治以切开引流排脓术为主。然术后初期常见切口周围硬结肿痛、渗液稠浊等余毒瘀滞，此因局部创面手术乃金刃所致，造成局部气血不畅，经络受阻致气虚血瘀，乃余毒未尽、气虚血瘀之证。患者或伴有大便秘结、小便短赤、舌红、苔黄厚和脉弦数等症状。此时也应治以托毒外出之法，以透脓药为主，透毒外出，佐以补益药，扶助正气。

3.3 溃脓期：煨脓长肉，调玄扶正 在肛周脓肿溃破阶段，可见局部皮肤色泽晦暗，脓液形成周期延长，质地清稀，难以收口。此期余毒未尽，气血亏虚，当以调玄扶正为要，注重补气养血，滋养玄府，化瘀新生。若术后创面迁延不愈，脓液淡白清稀，肉芽生长迟滞而色淡红或晦暗，此乃邪气已退而气血亏耗、正虚留邪之候，不宜再以透毒为法，恐更伤正气而致腐难脱、新难生，当转以益气养血、祛腐生肌为治则。

《医宗金鉴》言“腐不去则新肉不生”，煨脓长肉是祛腐生肌的关键，旨在将药膏或者中药散剂外敷于创口，在中药油膏的湿热熏蒸作用下使局部气血凝聚形成脓液，通过脓液载邪外出，最终达到促进创面生长的目的[13]。煨脓长肉最早记载于《外科启玄·明疮疡宜贴膏药论》“故将太乙膏等贴之则煨脓长肉”。煨脓长肉中的脓并非是早期的脓腐组织，实为创面修复所需的生物活性物质。现代研究揭示此脓液富含血浆成分及免疫活性物质，辅以多种促生长因子[14]，配合氨基酸与蛋白质等营养物质，共同构成有利于组织再生的微环境。此微环境不仅能加速肉芽组织增生与上皮爬行，改善愈合质量，减少瘢

痕形成[15]，还可通过巨噬细胞极化[16]等方式创造抑菌环境，加强疮面局部的抗感染能力。煨脓长肉法可采用广州中医药大学附属广东中西医结合医院自制血竭痔疮膏，方中血竭活血散瘀，能上调创面组织表皮生长因子受体(EGFR)、血管内皮生长因子(VEGF)表达，加速表皮层修复[17]；冰片清热解毒，透邪外出；滑石清热利湿，保持创面洁净；珍珠收敛创面，促进新陈代谢。祛腐生肌诸药中首选冰片与血竭[18]，两者合用，更助推陈致新，实现腠理疏通。

毒邪久羁，常会损及正气，伤及气血阴阳。《外科证治全生集》载“毒之化必由脓，脓之来必由气血”，阐明脓液生成本赖气血濡养，而毒邪外泄同时亦损耗正气。加之手术创伤更伤气血，故后期治疗需生肌与补虚并行。临床常以托里消毒散加减施治，此方出自《外科正宗》，专为“已成之痈难消”而设，体现补托法精髓。方中黄芪、人参补益中焦以资气液生化，当归、川芎调畅气血以助玄府开阖，此配伍深得刘完素“补泻之道顺阴阳”之旨。现代药理学研究表明，此方可显著改善术后创面疼痛症状，控制组织渗液，并能上调血清VEGF表达，改善创面局部微循环[19]。

4 病案举例

孔某，男，33岁，2024年9月就诊。主诉：肛周肿痛3天。3天前无明显诱因出现肛周肿痛，排便、活动后加重，触及左侧肛周一肿物，大小约3 cm×4 cm，红肿无破溃，无分泌物，伴肛门坠胀，无恶寒发热。大便细软，每天1次，无腹痛、腹泻及黏液脓血便。当地医院予左氧氟沙星治疗无效，2天前症状加重，大便难解，恶寒发热，遂来广州中医药大学附属广东中西医结合医院就诊，以肛周脓肿收住院。刻诊症见：体型偏胖，肛周疼痛明显，致使小便欠畅，大便2天未解，舌质红、苔黄腻，脉弦数。肛门专科检查(截石位)：肛缘5点位方向距肛门2 cm处，局部隆起如鸡蛋大小，红热触痛，持续性跳痛。直肠指检：患侧饱满，触痛，指套无黏液血。腹盆部磁共振平扫+增强：肛周脓肿形成，内口位于肛管5-6点钟，距离肛缘约17 mm。脓液组织培养出大肠埃希菌。血常规(五分类)：白细胞计数11.40×10^9/L，淋巴细胞计数0.96×10^9/L，淋巴细胞比例8.40%，单核细胞计数1.30×10^9/L，单核细胞百分比11.4%，粒细胞计数9.09×10^9/L，粒细胞比例79.70%，嗜酸性粒细胞百分比0.3%。C-反应蛋白125.2 mg/L。西医诊断：肛周脓肿。中医辨病为肛痈，分期为成脓期，辨证为火毒炽盛证。在椎管内麻醉下行肛周脓肿切开引流术，引流出脓液。术后余毒未祛，每天内服透脓散，处方：黄芪30 g，当归15 g，川芎12 g，皂角刺30 g，赤芍15 g，金银花20 g，连翘15 g，牛蒡子12 g，黄芩12 g，服5剂。同时予中药熏洗坐浴，方以洗痔黄硝汤加减，处方：大黄30 g，芒硝10 g，冰片10 g，黄柏30 g，苦参30 g，两面针30 g，忍冬藤30 g，徐长卿30 g。脓液组织送检培养出大肠埃希菌，故选用头孢曲松抗感染。住院期间术后每天予创面换药处理，创面薄涂院内制剂血竭痔疮膏。

治疗3天后复查血常规提示炎症指标明显下降，但创面仍有脓性分泌物流出，予血竭痔疮膏油膏薄涂。治疗5天后，患者伤口分泌物逐渐变清晰，疼痛明显减轻，伤口肉芽组织鲜活，舌质红、苔薄黄，脉细数。此时厚涂血竭痔疮膏填满创面。并予内服托里消毒散，处方：白芍10 g，茯苓15 g，川芎10 g，当归10 g，黄芪20 g，党参15 g，甘草5 g，白术10 g，白芷5 g，金银花15 g，桔梗10 g，皂角刺10 g，鸡血藤10 g，蒸陈皮10 g，生地黄15 g，服7剂。继续予洗痔黄硝汤加减熏洗坐浴，并外敷血竭痔疮膏。

术后3周复诊，创面较前明显缩小，基本愈合，内口处未见假性愈合，舌质淡红、苔薄白，脉濡。守上方(托里消毒散)，去白芷、金银花、桔梗、皂角刺、鸡血藤，服7剂，继续外涂血竭痔疮膏。术后1个月复诊，创面已完全愈合，舌淡红、苔薄白，脉象平和，半年后随访未复发。

按：患者初诊时肛周肿痛，结合其形体偏胖、舌质红、苔黄腻、脉弦数等表现，考虑其平素嗜食肥甘厚腻，导致湿热内蕴。湿热互搏，终致气血凝滞、经络阻塞，郁久化热，热盛肉腐为脓，故中医辨证为火毒炽盛证。湿热之邪阻滞魄门，导致玄府闭阻，出现肿痛症状。治疗上，首先采用手术切开引流，快速排脓以泄热解毒，同时配合抗生素控制全身炎症，此为治标之法。术后患者余毒未清，创面脓性分泌物排出不畅。此时，内服透脓散旨在托毒透脓，其中黄芪、皂角刺等药托毒外出，金银花、连翘清热解毒，共奏开玄府、排余毒之效；外用血竭痔疮膏与洗痔黄硝汤熏洗坐浴，疏通局部玄府气

液，促进气血流通与脓液排出。随着脓腐渐祛，患者创面情况改善，但仍存在气血亏虚、玄府失养问题。此时，内服方转为托里消毒散，以党参、黄芪、白术、茯苓等药健脾益气，恢复气液生化之源，辅以当归、川芎活血通络，重建玄府气液输布；外治继续采用血竭痔疮膏，遵循“腐去肌生”“煨脓长肉”原则，促进创面愈合。全案体现序贯治疗之精要：初启玄府以祛邪，继调气液以和阴阳，终复枢机以防复发。术后用药彰显玄府气液理论先通后补的动态调控原则，与西医抗感染治疗形成协同效应。

5 小结

本研究基于“玄府气液”理论动态观，探讨肛周脓肿不同时期的病机转变规律，通过揭示箍围护场调控玄府开阖状态、托毒透脓重建气液输布通道、煨脓长肉修复玄府微环境的科学内涵，构建“未脓先防、既脓速溃、溃后促愈”的三期序贯诊疗策略。综合运用箍围护场、托毒溃脓、煨脓长肉、托里消毒诸法，实现通玄束毒、开玄溃痈、调玄扶正的治疗目的，为深化玄府理论临床应用及优化肛周脓肿中医诊疗路径提供理论依据与实践参考。

[参考文献]

[1] 郭其乐，姚向阳，王琛，等. 置双腔管封闭负压持续引流联合中药加压灌洗治疗高位肛周脓肿的临床研究[J]. 中国中医急症，2021，30(9)：1567-1571.

[2] 郑国庆，黄培新. 玄府与微循环和离子通道[J]. 中国中医基础医学杂志，2003，9(4)：13-15.

[3] 张天娥，罗再琼，张勤修，等. 玄府与水通道蛋白的比较[J]. 辽宁中医杂志，2009，36(7)：1110-1111.

[4] 董丽，李波，白雪，等. 脑之玄府与血脑屏障的相关性[J]. 中医杂志，2013，54(22)：1969-1971.

[5] 黄文强，彭宁静，何利黎，等. 肝玄府学说理论初探[J]. 中医杂志，2012，53(11)：901-902.

[6] 周琨，何东初，杨琦. 基于“玄府-气液”理论探讨辛味药在痛风性关节炎治疗中的应用[J]. 陕西中医，2024，45(11)：1517-1520.

[7] 祁林，刘丽芳，涂雅玲. 基于“玄府气液”理论治疗慢性难愈性溃疡[J]. 湖南中医药大学学报，2024，44(4)：638-642.

[8] 张思嘉，李萍. 复方南瓜藤软膏箍围法治疗中度皮肤与软组织感染多中心临床研究[J]. 中成药，2017，39(4)：879-884.

[9] 胡凯. 如意金黄散外敷治疗肛周脓肿的临床疗效[J]. 内蒙古中医药，2021，40(11)：96-97.

[10] 张津，崔新刚，朱彦兆，等. 姜黄素对糖尿病小鼠皮肤创面愈合的影响[J]. 医药导报，2024，43(2)：167-174.

[11] 高原，贺金玲，梁建国，等. 托法序贯治疗肛周脓肿探析[J]. 中国医药导报，2020，17(13)：144-147.

[12] 贺金玲，高原，梁建国，等. 托法在肛周脓肿中的应用进展[J]. 中国医药导刊，2017，19(11)：1132-1134.

[13] 郭冬婕，陈瑜，李斌，等. “煨脓长肉”理论的临床运用与理性思考[J]. 中华中医药杂志，2017，32(11)：4812-4814.

[14] 樊炜静，王宏飞，杨宝钟，等. 论煨脓长肉理论在慢性难愈性溃疡治疗中的应用[J]. 中国中医药信息杂志，2022，29(11)：138-140.

[15] 韩强，柳国斌. 紫朱软膏外敷治疗非缺血性糖尿病足溃疡的疗效观察[J]. 四川中医，2021，39(3)：112-117.

[16] 曹若曦，冯文哲. 基于巨噬细胞极化探讨“煨脓长肉”法促进肛瘘术后创面愈合作用机制[J]. 辽宁中医药大学学报，2023，25(6)：65-68.

[17] 韩林，孙艳军，孙登群. 龙血竭促进肛周脓肿术后创面愈合的效果及机制[J]. 辽宁中医杂志，2022，49(2)：101-104.

[18] 朱思洵，黄子慧，钱佳燕，等. 基于数据挖掘探析2004—2019年祛腐生肌法治疗慢性难愈性创面的用药规律[J]. 中国现代应用药学，2021，38(2)：218-224.

[19] 梁勇，赵小乐，杜昊洋，等. 托里消毒散在肛周脓肿术后应用的临床观察[J]. 中国中医急症，2023，32(11)：1993-1997.

[责任编辑：刘迪成，蒋维超(英文)]