DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.11.029

房芝萱辨治丹毒经验撷菁

顾天贺[1],焦琳茜[1],于芳宁[1],徐旭英[2]
(1.首都医科大学,北京 100069;2.首都医科大学附属北京中医医院,北京 100010)

摘要:丹毒为外科常见病之一,具有病程久、易复发的特点,中医药在丹毒的治疗中具有很大优势。房芝萱是我国著名的中医外科专家,燕京中医外科三大家"房氏外科"代表人物之一。房氏外科传承燕京御医流派学术思想,理法尊宗《医宗金鉴》,在乳腺疾病、皮肤疾病、周围血管疾病方面均有建树。从局部与整体辨证结合、内治法与外治法结合两方面介绍房芝萱在丹毒不同病因病机、不同发展阶段的治疗经验及治疗思路和内治、外治用药。

关键词:丹毒;房氏外科;中医内治法;中医外治法
中图分类号:R275.953.5 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)11-0146-04

FANG Zhixuan's Clinical Experience in Diagnosis and Treatment of Erysipelas

GU Tianhe[1], JIAO Linxi[1], YU Fangning[1], XU Xuying[2]
(1. Capital Medical University, Beijing 100069, China;
2. Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China)

Abstract: Erysipelas is a prevalent surgical complication with prolonged duration and propensity for recurrence. Traditional Chinese medicine offers a robust therapeutic approach to addressing this condition. FANG Zhixuan is a renowned traditional Chinese medicine surgical expert and a prominent figure in the field of Yanjing traditional Chinese medicine surgery. He is particularly known for his contributions to the "Fang's surgery", which has become a hallmark of this surgical approach. Fang's Surgery is grounded in the academic traditions of the Yanjing Imperial School of Medicine and draws upon the insights of *Golden Mirror of Medical Sect*, which has made significant contributions to the treatment of breast diseases, skin diseases and peripheral vascular diseases. This article presented FANG Zhixuan's experience in the management of erysipelas, encompassing different aetiologies and pathogenesis, various stages of development, treatment approaches and a combination of internal and external medications. These were discussed in the context of integrating local and holistic diagnosis with internal and external treatments.

Keywords: erysipelas; Fang's surgery; internal treatment of traditional Chinese medicine; external treatment of traditional Chinese medicine

丹毒(Erysipelas)是由乙型溶血性链球菌(β-hemolytic streptococcus)感染引起的急性感染性皮肤病[1],又称网状淋巴管炎,感染范围可累及皮肤表层及浅表淋巴管[2],下肢及颜面部发病多见。丹毒发病急骤,初起时皮肤上出现红斑,随后迅速蔓延成片,稍高出皮肤,边界清楚,皮损处有红肿热痛表现,常伴有恶寒、发热、头痛等全身症状[3]。目前针对本病治疗方法主要为足疗程抗生素、硫酸镁溶液外敷等方法,作用并不理想且容易复发[4]。我国传统医学中对丹毒已早有认识,称其为"流火"[5]"抱头火丹"[6]等,相较而言,中医药治疗本病可有效缩短病程,减少复发率,是治疗丹毒的有效策略。

房家外科与赵家(赵炳南)、哈家(哈锐川)齐名,并称为北京中医外科三大家[7]。其代表人物房芝萱先生传承御医流派学术思想,发扬太医院金鉴派外科特色,在长期的临床实践中传承创新,形成了独树一帜的学术流派。房芝萱先生专攻中医周围血管外科,治疗丹毒、下肢动脉硬化、脱疽等疾病均有独到见解,著有《房芝萱外科经验》,供后人传承。房老治疗丹毒的过程中,体现了局部辨证与整体辨证相结合、内治法与外治法并重的治疗特色,临床疗效显著。本文整理房氏外科流派治疗丹毒的学术特色及经验总结,学习名老专家经验,以供临床借鉴,提升丹毒诊疗水平。

1 西医认识

从现代医学病理学角度看,丹毒是一种主要累及皮肤真皮浅层及淋巴管的急性细菌感染性炎症。其致病菌谱以乙型溶血性链球菌为主,其次是金黄色葡萄球菌,特别是G、B、C或D组菌株[8]。此外,亦有报道称肺炎球菌、肺炎克雷伯杆菌、结肠耶尔森菌和b型流感嗜血杆菌等也可引起临床表现类似的

基金项目:国家自然科学基金面上项目(82174388);国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药办人教函〔2021〕271号);北京市百千万人才工程项目(2019A30);北京市医管中心人才培养计划"登峰"项目(DFL20220801)

作者简介:顾天贺(2000-),男,吉林长春人,硕士在读,研究方向:中医药治疗疮疡及周围血管病。
通讯作者:徐旭英(1973-),男,河北张家口人,教授,博士研究生导师,博士,研究方向:中医药防治疮疡及周围血管病。E-mail:xxying7341@126.com。

丹毒样感染[9]。

目前已有临床研究均表明,丹毒的发病与患者机体营养代谢状态及免疫功能水平密切相关,多种导致全身或局部抵抗力下降的疾病均为其重要危险因素[10]。糖尿病、慢性肝病、肾病综合征、慢性贫血、低蛋白血症及营养不良等基础疾病,可通过不同机制削弱皮肤屏障功能与局部免疫应答,从而显著增加丹毒的易感性及复发风险。其中,糖尿病与肥胖是尤为值得关注的两个独立高危因素。糖尿病患者长期处于高血糖状态,这一内在环境不仅可导致周围神经病变与微血管功能障碍,使组织局部防御能力下降,还为病原菌滋生提供了有利条件。更重要的是,高糖代谢引发的慢性低度炎症状态(表现为各类炎症因子如 TNF-α、IL-6 水平升高)可加剧感染后的炎症反应,使得病情进展更为迅速,皮损易向深部发展,并可呈现显著的全身性感染中毒症状[11]。肥胖患者除常合并胰岛素抵抗与糖代谢异常外,其丹毒高发还与其他病理机制相关。近年有学者指出,肥胖人群多伴有下肢淋巴水肿及慢性静脉功能不全。过多的皮下脂肪组织可对浅表淋巴管产生机械性压迫,导致淋巴回流受阻,组织间隙液体积聚;与此同时,静脉高压状态进一步加重局部水肿。这种淋巴-静脉微循环障碍不仅为细菌定植与繁殖创造了条件,也更易引起感染扩散,因此被认为是肥胖患者反复发生丹毒的重要病理基础[12]。

丹毒发作时病原体通过皮肤破损处(如脚癣、微小创伤、溃疡等)侵入人体后,其分泌的多种毒性因子(如溶血素、黏蛋白、透明质酸酶等)在致病过程中起到关键作用。这些因子能够溶解细胞生物膜,破坏组织屏障,促使感染沿淋巴管通路扩散,从而引发机体的剧烈急性炎症反应[13]。

在病理形态学上,其特征性改变表现为真皮层高度水肿,皮下血管及淋巴管显著扩张,并可见大量以中性粒细胞为主的炎性细胞浸润及聚集。其典型的临床表现与这一病理基础相对应:在经过 2~5 天的潜伏期后,患者发病时多数首先出现明显的全身前驱症状,包括畏寒、高热(体温常骤升至 39 ℃以上),并伴有关节酸痛、头痛、全身乏力等中毒症状。随后,局部皮肤出现境界清楚的鲜红色肿胀斑块,温度升高,张力增强,并伴有疼痛和触痛。

在发病部位上,下肢是最好发的部位。流行病学研究显示,下肢丹毒在总发病数中占有较高比例,一项研究报道其占比可达 57.1%[14],这与该部位(尤其足趾间)易发生真菌感染或微小创伤,从而为病原菌提供了入侵门户密切相关。而发病高峰期在 60~80 岁之间,女性比男性更容易患病。在某些情况下,还观察到新生儿和幼儿易患该病[15]。

目前,西医临床治疗以系统抗感染为主,常采用静脉滴注抗生素,并配合硫酸镁溶液湿敷、患肢抬高与休息等辅助措施进行治疗[16]。抗生素治疗虽然在短期内可有效控制炎症进展,但长期或反复使用易导致细菌耐药性增强,造成淋巴管损害,是丹毒复发的主要原因,其复发率在 28.9%~41.0%[17-18]。且目前一线应用的抗生素常伴有许多如皮疹,恶心呕吐等症状的不良反应[19]。部分患者虽经抗感染治疗,仍可能出现患肢皮肤红、肿、热、痛等症状消退不完全,局部组织持续僵硬,甚至出现淋巴回流障碍,进一步演变为慢性淋巴水肿[20],进一步发展为“象皮腿”(elephantiasis),严重影响肢体功能与生活质量。

2 中医认识

2.1 病因病机

《素问·至真要大论篇》称丹毒为“丹熛”,《诸病源候论》称之为“丹毒”。丹毒发病部位多变,上至头面,下至足背,全身各处皆可发病,且容易复发。不同医家以虚实分期[21],或认为血瘀为丹毒的关键致病因素,把活血化瘀通络法贯穿治疗始终[22-23]。房老认为,丹毒是一种“发无定处、进展迅速的火毒为病”。其命名虽繁,如依据发病部位有“大头瘟”“流火”“缠腰火丹”“赤游丹”之别,但根据其核心病机及临床特征,可主要归纳为水丹(亦称风丹)、湿丹、火丹三类。水丹多因脾胃积热,夹湿兼感风热邪毒所致。其核心病机为湿毒凝滞,且“水胜于湿”。临床多见于头面及下肢,表现为急性发作、皮色潮红、肌肤漫肿、多见水泡(破则渗液)、痛痒相兼,常伴有发热等全身症状。湿丹则源于各经寒湿凝滞,逆于腠理。其病机本质兼见气血两虚,故病势多呈慢性。寒性收引,湿性黏滞,导致气血运行不畅,缠绵难愈。临床多见于腰胯及下肢,表现为皮色不变而兼光泽、漫肿高起(按之有凹陷)、痒轻而胀痛发沉,症状朝轻暮重,一般不发热,但可因寒湿郁而化热,转化为湿热而“燠发”,发作时伴有发热。火丹为诸经火毒暴发所致。其特点是发病急骤,火毒炽盛,易内陷营血,出现全身毒热证候。病位发无定处,表现为皮色红赤如火烙、漫肿、边缘清楚、疼痛灼热。全身可见畏寒高热、口干思饮、便秘尿赤,重者可见恶心呕吐、神昏谵语等“热毒攻心”之危候。

房老强调,三者虽各有侧重,但急性者多与火毒、湿热相关,若治疗不彻底,可转为慢性;慢性者(湿丹)在特定条件下亦可急性发作(燠发),临证需详辨,急性期丹毒若治疗不彻底,会转为慢性期丹毒,甚至反复发作,迁延难愈。

2.2 治疗原则

房老认为丹毒病因主要为气血失调,外感湿热邪气后,风湿火毒由内引发,表现出红肿热痛,恶寒发热等表象。故治疗上采用内治法与外治法相结合,局部与整体辨证相结合,急性期与慢性期分期论治的治疗方式,总的治疗法则为清热解毒,活血利湿。在此原则指导下,针对不同证型,治疗各有侧重。水丹的治则在清热解毒之外,重用利水之品,并佐以活血药物,以增强解毒与利水之效。而湿丹治则重在温化寒湿,活血益气。因其病机本质为寒湿凝滞兼气血虚,故需温通、活血、补益相结合。若寒湿化热燠发,则转为清热解毒,活血利湿。火丹的治则重点在于清解诸经火毒,尤重泻心火。清热必泻火,泻火必泻心火。出现热毒攻心之兆时,亟需护心驱毒,防止危候发生。另有颜面丹毒,也即大头瘟,此病常兼风热瘟毒,治疗上需侧重于清瘟解毒,通利活血。初期兼表证者,首重解毒疏表;表解后或无表证者,则以清瘟通利为主。

2.2.1 *内治注重局部与整体辨证* 房老认为,局部与整体辨证结合是治疗丹毒取得良好疗效的关键。局部辨证要点为病变局部的病位、范围、皮色、肿胀程度等。整体辨证主要观察全身症状、舌象及脉象。在“清热解毒,活血利湿”总原则的指导下,房老针对不同证型的丹毒制定了层次分明、各有侧重的治疗法则,并据此确立了相应的经验方。其用药精当,法度严谨,且极为重视随证加减,充分体现了中医辨证论治的精髓与灵活性。

对于水丹(风丹),房老认为其病机关键在于脾胃积热,夹

湿兼风，故治疗在清热解毒之外，重在重用利水渗湿之品，并佐以活血药物，以通达气血，增强水湿运化与邪毒清除之力。据此，房老创立了水丹经验方，方中以金银花、蒲公英、连翘、黄芩清热解毒；以猪苓、茯苓、生薏米、车前子健脾利水渗湿；佐以生地黄、归尾、赤芍、红花凉血活血；更用牛膝引药下行，川军（大黄）缓下热结，给邪以出路。临证时需根据具体情况而加减，如若水泡多而不消，乃湿邪壅盛，加泽泻、木瓜、土茯苓、六一散以增强利湿消肿之功；若发热不退，则为热邪炽盛，加牡丹皮、生栀子、薄荷、石斛以加强清热透邪之力。

对于湿丹，房老认为其病机本质为寒湿凝滞兼气血不足，故治则重在温化寒湿，活血益气，采用温通、活血、补益相结合的治法。若见寒湿郁久化热之燉发证，则需及时转为清热解毒、活血利湿之法。代表方湿丹经验方以麻黄、桂心温通散寒；苍白术、茯苓皮、猪苓、泽泻、冬瓜皮仁、车前子健脾利水；生黄芪、当归益气养血；赤芍、红花活血通络；杏仁宣肺以通调水道；少佐胆草防郁热内生。加减方面：寒邪甚者加肉桂以增强温阳散寒之力；肿势不消加生薏苡仁、土茯苓、木瓜、防己、黄柏以强化祛湿消肿；气虚明显则加党参或人参以大补元气。

对于火丹，因属诸经火毒暴发，病势急骤，故治则重点在于清解诸经火毒，尤重泻心火。房老认为“清热必须泻火，泻火必须泻心火”。一旦出现恶心呕吐等热毒攻心之先兆，亟需护心驱毒，防止危候发生。火丹经验方集金银花、蒲公英、连翘、地丁、野菊花等大队清热解毒之品，力专效宏；辅以归尾、赤芍、红花活血散瘀；猪苓、车前子利湿；陈皮、甘草和胃护中；川军泻下热结。其加减法充分体现了防治传变的思路：兼表证者加牡丹皮、薄荷等表里双解；口渴思饮加天花粉、生地黄等清热生津；小便黄赤加木通、黄芩等清利湿热。最关键者，见恶心呕吐（火毒攻心之兆），急加服梅花点舌丹以驱毒外出，或汤药中加灯芯炭、绿豆衣、益元散、伏龙肝等以护心止呕。

对于颜面丹毒（大头瘟），因其常兼风热瘟毒，病位在上，故治疗需侧重于清瘟解毒，通利活血，并严格分期论治。初期兼有表证（畏寒高热、脉浮数），首重解毒疏表，方用银花、蒲公英、薄荷等透邪外出；表解后或无表证（脉沉弦或弦数），则以清瘟通利为主，方用冬桑叶、连翘、牛蒡子等清解上焦风热瘟毒，并配合活血利湿之品。其随证加减亦围绕上焦症状展开：胸闷加枳壳、木香宽胸理气；恶心重加藿香、半夏和胃降逆；咽痛加山豆根清热利咽；头晕则加用川芎、菊花平肝熄风。

综上，房老对丹毒的治疗体系实现了理、法、方、药的高度统一。其根据水、湿、火等不同病邪特性及表里、寒热、虚实的病机转化，确立了相应的治则与主方，更通过详备的随证加减法则，为临床应对复杂多变的病情提供了清晰的规范与灵活的指南，深刻反映了其深厚的学术造诣与丰富的临证经验。

2.2.2 内治法与外治法结合 现代医学认为丹毒是皮肤及其网状淋巴被β溶血性链球菌从皮肤的细小伤口侵入而引起的急性感染性疾病[24]，但房老在丹毒的治疗中强调整体观念，主张内治与外治相结合，标本兼治。其从中医辨证角度认为，本病虽可因感受风热、湿毒、火邪等外邪引发，出现局部红肿热痛，或伴全身恶寒发热等表证征象，但究其根本，病机核心责之于机体内部气血失调，脏腑功能失和。外感邪毒仅是诱因，其得以侵袭并炽盛发作，实由内蕴之湿热、火毒或气血亏虚由内而发。因此，房老在调治过程中始终以内调为根本，通过内服中药纠正全身脏腑或气血状态的偏颇，与此同时，局部病变处则严格根据辨证分型及疾病所处的不同阶段，根据急性期和恢复期选择相应的外治法，以缓解症状、控制感染、促进愈合，与内治法相辅相成，形成系统化的治疗体系。

在急性期，外治法的选择紧扣“热毒”“湿盛”的核心病机，治法以清热解毒、消肿止痛、干燥收敛为主。对于局部水疱的处理如有皮损处水疱较大者，采用卧针刺破之法，放出积液，并以消毒药棉轻轻擦干，旨在减轻张力，避免继发感染，为后续用药创造条件，在放出积液后外撒吃疮粉。吃疮粉为房氏外科祖传秘方，其组成为：赤石脂30 g，滑石30 g，轻粉10 g，冰片6 g。诸药合用，共奏祛湿收敛、解毒止痛之功效。适用于多数渗液不多的皮损。若患处肿胀不消、渗液淋漓不止，则改用油调“吃疮粉”后外敷，每日两次。油调之法可减缓药粉脱落，延长作用时间，并能缓和粉剂的刺激性，适用于渗出较多的创面。而对于局部红肿灼热无破溃者，则外敷雄黄软膏或芙蓉膏以清热解毒、消肿止痛。雄黄软膏的具体组成方药为：生白矾30 g，雄黄30 g，冰片9 g，麝香0.9 g，蟾酥0.15 g，研极细面后以凡士林500 g调匀。功效为活血消肿，解毒止痛，力峻效宏。芙蓉膏的具体组成方药为：芙蓉叶240 g，大黄240 g，黄连180 g，黄芩210 g，泽兰240 g，黄柏240 g，冰片6 g。功效为清热解毒，消肿止痛，长于清解火热之毒。房老特别指出，湿丹在其慢性期，如无燉发，即寒湿未化热，患处皮色不变、漫肿而凉，一般不需外用药，尤其不宜使用寒凉之品外敷，以免冰伏湿邪，加重凝滞。此条充分体现了其外治亦需严格辨证的学术思想。在恢复期，急性炎症已控制，主要矛盾转为湿邪留滞、气血运行不畅所致的肿胀难消。此时外治立法重在利湿消肿、通络散结，房老常此时常配合中药泡洗及火针刺络之法。中药泡洗时，常选用具有利湿消肿功效的药物煎汤泡洗患肢，如木瓜、生甘草等，功效温和渗透，可促进淋巴回流，消除肿胀。亦可采用火针刺络之法[25]，用烧红的火针快速刺入肿胀明显的部位，释放淋巴液，促进组织液回流和气血通畅，从而加速肿胀的消除。

综上所述，房老的外治学术思想是其整体辨证论治体系不可或缺的一部分。其外治方法并非简单机械地对症处理，而是紧密围绕内治所确立的病机与证型，根据不同分期的主要矛盾，选择相应治法与方药，与内治汤药相互协同，共奏佳效，充分展现了中医外科学的丰富内涵与临床价值。

3 病案举例

患者女，75岁，2021年6月18日初诊。现病史：两日前发现右小腿前侧皮肤发红疼痛，局部灼热，畏寒发热，继而颜面、右上肢、胸背部均起大片红斑，自觉疼痛。患者直接于我院疮疡与周围血管外科门诊就诊。刻下症见：面色萎黄，精神不振，右侧面部、右前臂内侧、前胸正中、右肩胛下及右小腿前侧均有大片红斑，扪之灼热，高于皮面，轻度肿胀，按之有凹陷，右小腿红斑四周可见小水疱，自觉疼痛明显，纳少眠差，入睡困难，大便干燥，小便短赤。舌红，苔白厚腻。脉弦滑数。体温：36.9 ℃。西医诊断：丹毒；中医诊断：丹毒，湿热蕴毒证。治以利湿清热，活血解毒。方药具体如下：茯苓15 g，猪苓10 g，车前子10 g（包煎），白术10 g，金银花10 g，生薏苡仁30 g，蒲公英10 g，连翘15 g，川大黄3 g，薄荷3 g，陈皮10 g，大青叶10 g，当归10 g，赤芍10 g，红花10 g。5剂，水煎服，200 mL早晚服用，1剂/d。外敷芙蓉膏，嘱勿食羊肉等温燥之物。

2021 年 7 月 10 日二诊:服用前方后热渐退,肿胀略消,疼痛减轻,各处红斑面积缩小,大便已通。舌红,苔白腻,脉弦滑。前方去茯苓、生薏苡仁、白术,加泽泻 10 g,生地 10 g,六一散 18 g。继服 5 剂,煎服法同前。外敷芙蓉膏及甘草油。

2 周后患者复诊,体温正常,红斑已退,肿消痛止,右小腿无凹陷性浮肿,纳眠可,二便调。加强健脾益气以固本,辅以活血利湿。方药具体如下:生黄芪 30 g,党参 10 g,白术 10 g,茯苓 10 g,当归 10 g,泽泻 10 g,车前子 10 g,赤芍 10 g,红花 10 g,肉桂 10 g。

按 本病例诊断为湿丹,其核心病机为湿重而火毒轻。患者右下肢皮损可见散在分布之水疱,此乃水湿壅盛、外溢肌肤之征。湿性黏腻,易阻滞气机,缠绵难去,故本病临床常见病程迁延、反复发作。由于病情日久,正气耗伤,正不抗邪,湿邪易于泛溢周身,致使病情进展。房老认为对于此类湿丹证治疗首重健脾利湿,兼以清热解毒、凉血活血。初诊方中以猪苓、车前子、云苓、白术、生薏米共奏健脾渗湿之效;金银花、蒲公英、连翘、大青叶、薄荷、陈皮清热解毒、理气和中;赤芍、当归、红花凉血活血、化瘀通络;更佐川军清热通利,使邪有出路。外敷芙蓉膏旨在清热解毒、消肿止痛。

二诊时患者身热渐退,表明内治初效,遂加六一散增强清热利水之功;丹皮性辛微寒,善入血分,用之既可活血散瘀,又能清透阴分伏热。外治辅以甘草油解毒润肤,保护疮面。须知湿丹之根本在于寒湿凝滞,兼夹气血亏虚。待热象渐清,治法随即转为温化寒湿、补益气血、顾护脾胃,以扶正固本,防止复发。后期方中加桂心温阳散寒,配伍猪苓、泽泻、车前子,既温肾化气,又活血利湿,寓攻于补,扶正以抗邪。

4 结语

丹毒属中医外科常见急性感染性疾病,现代医学多强调其外因,然房老从中医整体观念及辨证论治体系出发,指出其虽可见红肿热痛、恶寒发热等外邪袭表之象,然根本病机实为内在气血失调,属“由内而发”之病。故房老临证以“内调为根本”,旨在纠正脏腑功能与气血阴阳之偏颇,从而达愈病之目的。

本病易反复发作,房老尤为重视丹毒复发问题,指出其复发率高,主要缘于治疗不彻底。防止复发之关键在于:急性期应力求彻底清解邪毒、根除病灶;恢复期则须注重补益气血、健脾和胃,使“正气存内,邪不可干”。此乃阻断复发之根本要旨。燕京外科房氏诊治丹毒强调从内因入手,融局部辨证与整体辨证于一炉,结合内治与外治,立法重在扶正祛邪。此外,尤为重视对患者的日常宣教与恢复期调理,体现其“既病防变,瘥后防复”的学术思想。

本文谨对房芝萱老师治疗丹毒之临证经验予以初步梳理与总结,以期弘扬燕京房氏外科学术精髓,为中医外科临床诊治丹毒提供有益借鉴与思路。

参考文献

[1] MICHAEL Y, SHAUKAT N M. Erysipelas[A]//StatPearls[M]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing,2023.
[2] BYSTRITSKY R J. Cellulitis[J]. Infect Dis Clin N Am, 2021, 35(1): 49 - 60.
[3] SEYBOLD U, STUBBE H, DRAENERT R, et al. Erysipelas[J]. MMW Fortschr Med, 2018, 160(10): 37 - 40.
[4] DALAL A, ESKIN - SCHWARTZ M, MIMOUNI D, et al. Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 6(6): CD009758.
[5] 顾世澄. 疡医大全[M]. 北京:人民卫生出版社,2020:35.
[6] 高秉钧. 疡科心得集[M]. 田代华,整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
[7] 张苍, 吕培文. 立德修业 苍生大医——皮外科名家房芝萱印象[J]. 北京中医药, 2008, 27(9): 694 - 695.
[8] WOOD N I, SOFAIR A N. Erysipelas[J]. N Engl J Med, 2024, 391(17): 1632.
[9] GOWDA S K, GARG S, BEHERA B, et al. Mimickers of erysipelas and cellulitis: a narrative review[J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2025, 91(3): 346 - 355.
[10] 蔡佳清, 王世军. 郑则敏教授治疗丹毒经验探析[J]. 医学理论与实践, 2025, 38(12): 2155 - 2157.
[11] 林美美, 陈晶晶, 许林敏. 妊娠晚期合并丹毒 12 例报道[J]. 生殖医学杂志, 2023, 32(4): 594 - 597.
[12] CHAMLI A, JABER K, BEN LAGHA I, et al. Factors associated with acute and recurrent erysipelas in a young population: a retrospective of 147 cases[J]. Tunis Med, 2021, 99(8): 886 - 889.
[13] MADJID M, FATEMI O. Components of the complete blood count as risk predictors for coronary heart disease: in - depth review and update[J]. Tex Heart Inst J, 2013, 40(1): 17 - 29.
[14] JORUP - RÖNSTRÖM C. Epidemiological, bacteriological and complicating features of erysipelas[J]. Scand J Infect Dis, 1986, 18(6): 519 - 524.
[15] PLAGENS - ROTMAN K, PRZYBYLSKA R, GERKE K, et al. 55 - year old woman with erysipelas[J]. Pdia, 2020, 37(4): 613 - 616.
[16] CH' NG C C, JOHAR A. Clinical characteristics of patients with lower limb cellulitis and antibiotic usage in Hospital Kuala Lumpur: a 7 - year retrospective study[J]. Int J Dermatol, 2016, 55(1): 30 - 35.
[17] 赵志国, 栾文康, 马朝东, 等. 526 例丹毒患者复发的相关危险因素分析[J]. 贵州医科大学学报, 2020, 45(11): 1328 - 1332.
[18] KARPPELIN M, SILJANDER T, AITTONIEMI J, et al. Predictors of recurrent cellulitis in five years. Clinical risk factors and the role of PTX3 and CRP[J]. J Infect, 2015, 70(5): 467 - 473.
[19] SHU Z, CAO J, LI H, et al. Efficacy and safety of first - and second - line antibiotics for cellulitis and erysipelas: a network meta - analysis of randomized controlled trials[J]. Arch Dermatol Res, 2024, 316(8): 603.
[20] TAY E Y, FOOK - CHONG S, OH C C, et al. Cellulitis Recurrence Score: a tool for predicting recurrence of lower limb cellulitis[J]. J Am Acad Dermatol, 2015, 72(1): 140 - 145.
[21] 姚晓兵, 曹烨民. 曹烨民治疗下肢丹毒及继发淋巴水肿经验撷英[J]. 中医药临床杂志, 2022, 34(6): 1082 - 1085.
[22] 梁越, 阙华发. 阙华发运用活血化瘀通络法治疗下肢丹毒经验[J]. 河南中医, 2022, 42(9): 1345 - 1348.
[23] 杨伟朋, 阙华发. 阙华发教授治疗下肢丹毒的经验[J]. 中国中医急症, 2015, 24(12): 2122 - 2123, 2152.
[24] DRERUP C, EVESLAGE M, SUNDERKOETTER C, et al. Diagnostic value of laboratory parameters for the discrimination between erysipelas and limited cellulitis[J]. J Dtsch Dermatol Ges, 2020, 18(12): 1417 - 1424.
[25] 张盼, 王遵来, 黄朋涛, 等. 火针刺络放血治疗下肢复发性丹毒临床疗效[J]. 吉林中医药, 2015, 35(2): 206 - 207, 211.