http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00041
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

基于“任带失枢、湿毒伏宫”理论辨治高危型人乳头瘤病毒感染经验

黄佳星[1]　　乔江[2▲]

1.湖南中医药大学研究生院，湖南长沙 410007；2.湖南中医药大学第一附属医院妇产医学中心，湖南长沙 410007

通信作者：乔江，E-mail：qiaojiang6688@126.com

【摘要】宫颈高危型人乳头瘤病毒（human papillomavirus，HPV）持续感染是宫颈癌前病变及宫颈癌发生的关键危险因素，及时清除病毒是阻断进展的重要环节。导师乔江认为本病核心病机为“任带失枢、湿毒伏宫、正虚为本、瘀毒入络”，“任带失枢”即子门开阖之枢机失司，开太过、阖太过、枢不利三类并存。临床以自拟清热利湿解毒汤加减，立“启开透毒、固阖托正、运枢通络”三法，清热利湿解毒治其标，健脾固任运枢治其本，配合中西合参、身心同调，为中医药防治 HPV 感染提供了新的辨治思路。

【关键词】宫颈癌；人乳头瘤病毒感染；宫颈疾病；名医经验；带下病

【中图分类号】R249.2 【文献标识码】A

宫颈癌是严重危害女性健康的常见恶性肿瘤，高危型人乳头瘤病毒（human papillomavirus，HPV）持续感染是下生殖道高级别上皮内瘤变及宫颈癌发生的必要条件[1]，亦是其重要驱动因素[2]，其中 HPV16、18 型致癌性最强[3]。有性生活女性一生中感染 HPV 概率高达 84.6%[4]，多数在 1～2 年内自行清除，仅少部分进展为持续感染[5]。目前西医对单纯 HPV 感染尚无特效抗病毒方案[6]，多依据 HPV 分型与细胞学结果随访；中医药多环节、多靶点干预 HPV 感染进程，在改善阴道微生态、增强宫颈局部免疫方面已有明确临床证据[7]。导师乔江治疗本病经验丰富，现总结如下。

1 病因病机

中医古籍中无宫颈 HPV 感染专属病名，依据带下异常、外阴瘙痒、少腹坠胀等表现，可归属于“带下病”[8]“阴痒”等范畴；无症状而仅筛查阳性者，可从“湿毒伏宫、正虚邪恋”作病机归类。

1.1 任带失枢　《难经·二十九难》早有“腹满，腰溶溶若坐水中”之论。《傅青主女科》[9]言：“夫带下俱是湿症……因带脉不能约束而有此病”，以带脉失约释带下之由；《诸病源候论》谓带下“冲任气虚，不能约制经血，则与秽液相兼而成带下”，责冲任气虚、约制失职；张景岳《景岳全书》又谓带下“总由命门不固”，归本于肾俞固摄。三家或约于带脉、或约于冲任、或约于命门，皆着眼“约”之失守，惟所主脏脉不同。乔师承古而进，取《内经》

通讯作者：乔江，E-mail：qiaojiang6688@126.com

10.12201/bmr.202611.00041V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00041
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

“开阖枢”之说移用于任带二脉：“枢”在《内经》本为少阳经气出入之枢机，属经络气化层面；此处移用，取其“主宰开阖、转输气机”之功能义，喻任带门户启闭之枢纽，属功能类比而非经络气化之实质。开者主带下泌泄、湿浊外达，阖者主子门闭合、任脉收摄，枢者主脾升肝疏肾固之转枢。开、阖、枢非三端并列，枢为之主，开阖乃枢之功能外现，枢转得利则开阖有度，枢失其转则开阖失序。任带失枢有三类表现：开太过者门户张而不敛、精微渗泄而湿毒未尽，阖太过者门户闭合不启、湿毒内伏而不得外透，枢不利者转输不利、开阖失和。三者而非并列独立之成因，临证多相兼互见。

1.2 湿毒伏宫　近年有研究将高危型 HPV 持续感染纳入“伏邪”辨证，认为其病机为“湿毒伏于胞宫、正虚邪恋迁延”[10]。伏邪之说肇于《素问》“冬伤于寒，春必温病”，吴又可《温疫论》亦明邪伏之理，HPV 感染后或仅呈筛查阳性而邪伏不显，合“邪伏不发”之义。湿毒之邪，以湿为体、以毒为性：湿性重浊黏滞，毒者深伏难除。历代医家论带下之因多归于湿，而湿之所从来各家所见不一：脾虚水湿不运，故薛己责湿源于脾、主以治脾；湿邪久羁或与热合而成湿热，刘完素主湿热郁结为患；或聚而不化、酿为痰浊流注下焦，朱震亨谓湿痰下注、当以燥湿为先 。盖脾虚为生湿之本，湿热、湿痰皆湿之兼化。然 HPV 之为病，湿之外更有毒：HPV 乃外感邪毒，其性毒烈而善伏，湿邪挟毒、蕴结下焦，故缠绵难除，此湿毒伏留子宫颈、隐而不发之象也。此病机与 HPV 之现代病理相参：HPV 逃逸局部免疫监视，宫颈局部 Toll 样受体识别及干扰素通路受抑，病毒难以清除、长期潜伏于宫颈上皮[11]；阴道微生态失衡、乳酸杆菌减少，削弱子门屏障，为病毒持续定植创造条件。

1.3 正虚为本，瘀毒入络　邪之能伏、枢之能失、瘀之能成，皆以正气亏耗为基，故肝脾肾失调为本病之本。历代医家论带下之因多归重于脾、肾、肝三脏。其湿之本在脾：李杲《脾胃论》谓“内伤脾胃，百病由生”，黄元御《素灵微蕴》以“土败湿滋”释带脉不束 ，傅山亦以带下责之于脾 ，三家皆重脾土，与乔师“脾虚则开阖无力”之见相参；王嫱[12]等研究示宫颈高危型 HPV 感染以脾虚湿盛、湿热下注最为常见，亦证湿源于脾。其固之根在肾：张景岳谓带下“总由命门不固”，肾虚则任脉不固、湿毒留伏难托。其郁之机在肝：肝主疏泄，肝郁则气机失疏、湿郁化热下聚阴器，朱震亨《丹溪心法》六郁立论，正合郁而化热之机。三者同病，正虚不能托毒，任带开阖失其转枢，遂成“任带失枢、湿毒伏宫”之局。邪毒久伏不解，气血运行受阻，瘀毒交结深入络脉，终成“瘀毒入络”之变。久病入络之说肇于叶天士，《临证指南医案》谓“初为气结在经，久则血伤入络”；王清任《医林改错》力倡补气活血、逐瘀通络，亦主瘀血为患。综观本病，正虚为本、湿毒为标，乔师撮其要旨，概括为“湿为巢，热为化，毒为邪，瘀为久，虚为本”。

2 治则治法

HPV 感染以“任带失枢、湿毒伏宫、正虚为本、瘀毒入络”为病机之要，乔师据此立“启开透毒、固阖托正、运枢通络”三法：启开者透达湿毒、启门外出，固阖者收摄精微、固护任带，运枢者调畅脾升肝疏肾固之气化，三法相济，以运枢为轴。临床常以自拟清热利湿解毒汤加减。

10.12201/bmr.202611.00041V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00041
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

2.1 启开透毒　阖太过者，门户闭而不启，湿毒内伏不得外透，治当启开透邪、清解湿毒。方中黄柏苦寒清下焦湿热，其含小檗碱具抗炎抑菌作用[13]；苦参清热燥湿止痒，其苦参碱对部分致病微生物有抑制作用[14]；土茯苓解毒除湿，白花蛇舌草清热解毒，现代研究示其抑制肿瘤坏死因子-α、白细胞介素-6 等炎症因子[15]；盐车前子导下焦湿热从小便而出，其多糖具免疫调节作用[16]。凌霄花活血通经、凉血祛风，现代药理提示其抗炎、改善微循环[17]。徐长卿祛风化湿止痒，含丹皮酚，具抗炎镇痛及免疫调节作用[18]。金银花、蒲公英清热解毒散结，蛇床子燥湿止痒。

2.2 固阖托正　开太过者，门户张而不敛，带下量多、精微渗泄，湿毒乘虚留连；阖失其守者，屏障不密，邪毒深伏难托。带下虽属湿，其本在脾肾：脾虚则清气不升、湿浊下流，肾虚则任脉不固、关门不密，正虚不托而邪毒愈伏。故本证之治不唯止带，而在扶正固本以托毒外出，脾气健则带脉约束有权，肾气充则任脉得固，此“固阖托正”之本义。方中白术、茯苓、陈皮、甘草健脾益气；苍术燥湿健脾，与白术一运一守，复中焦转输。带下清稀量多，加薏苡仁、泽泻利湿不碍固摄；若肾虚不固，加山药、芡实、金樱子固摄下元；若正虚乏力、邪毒难托，酌加黄芪益气托毒。

2.3 运枢通络　枢不利者，脾升肝疏失序，开阖失度，正邪往复。黄元御《四圣心源》言“中气者，阴阳升降之枢纽”，脾升胃降、肝胆疏泄则枢机得转，开阖有度、湿瘀无由停聚。方中苍术、白术、陈皮、茯苓为运枢之基本，燥湿健脾、复其升降；辅以柴胡、香附疏肝理气，使枢机无郁滞之碍。若肝经湿热、阴痒口苦，加龙胆草、栀子清利疏肝；若血瘀明显、宫颈充血、舌暗有瘀点，加牡丹皮、赤芍凉血活血、通胞络之瘀。枢机不利日久，气滞湿阻、血行不畅，瘀毒互结入络，故运枢之外尤须通络，俾枢转络通、瘀毒得化。

2.4 中西合参，身心同调　乔师主张“中医固本祛邪、西医控险防变”。中药内服重在调节免疫、改善阴道微生态，为机体清除病毒创造条件；对持续阳性或伴宫颈病变者，当结合液基薄层细胞学检测（ThinPrep cytologic test，TCT）、HPV 分型及阴道镜评估，必要时手术干预。联合用药须有明确指征：同一型别 HPV 持续阳性≥6 个月、阴道镜排除低级别及高级别鳞状上皮内病变[19-20]，且合并阴道清洁度Ⅲ～Ⅳ度、乳酸杆菌减少等微生态失衡或局部炎症明显者，方可酌情联合，具体方案见表 1。重组人干扰素 α-2b 阴道泡腾片局部抑制病毒复制、调节黏膜免疫；保妇康栓行气破瘀、生肌止痛，减轻局部炎症、促进黏膜修复；阴道用乳杆菌活菌胶囊定植产酸、恢复弱酸性微环境，重建菌群屏障，三者形成“抗病毒—抗炎修膜—微生态调节”的分工协同[21]。对病程迁延、反复感染或细胞免疫功能偏低者，加用香菇菌多糖片增强全身细胞免疫，与中药汤剂间隔服用，以免扶正之力重复叠加。HPV 阳性者多焦虑，当身心同调，调畅情志、规律作息、慎房事。

表 **1**　联合用药方案及用药时序

药名	给药途径	剂量	频次	用药周期	与中药间隔	停用标准	监测指标
重组人干扰素 α-2b 阴道泡腾片	阴道后穹隆	1 片（50 万 IU）	隔日 1 次（单日），睡前	9 次为 1 疗程，经期停用	无须间隔	HPV 转阴或疗程结束	HPV、TCT、白带常规
保妇康栓	阴道后	1 粒	隔日 1 次	与干扰素交	无须间	清洁度	妇科检查、

10.12201/bmr.202611.00041V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00041
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

	穹隆	（1.74 g）	（双日），睡前	替，经期停用	隔	≤Ⅱ度、局部炎症消退或疗程结束	白带常规（清洁度、白细胞等）、症状
阴道用乳杆菌活菌胶囊	阴道后穹隆	1 粒（0.25 g）	每早 1 粒	10 d 为 1 疗程，必要时续 1 疗程（共 20 d），经期停用	无须间隔	pH<4.5、乳杆菌优势或疗程结束	白带常规（pH、乳杆菌数量等）、症状
香菇菌多糖片	口服（饭后）	20～40 mg（2～4 片）	一日 1 次	30 d 为 1 疗程	≥0.5 h	免疫改善或疗程结束	免疫指标、症状
中药汤剂	口服	1 剂，取汁 200 mL	早晚温服	14 剂/月，共服 3 月	—	湿热已清、诸症消退	症状、舌脉、HPV

3 典型病例

杨某，女，32 岁，2025 年 9 月 20 日初诊。体检发现 HPV52 型阳性半年，2 月前出现白带量多、色黄质稠、异味，伴间断外阴瘙痒，自行用药后稍好转但反复。刻诊：带下量多色黄黏稠、伴异味，外阴瘙痒，下腹坠胀，神疲乏力，大便黏滞，舌红、苔黄腻，脉濡滑。月经史：14 岁初潮，周期 28～30 d，经期 5～7 d，末次月经 2025 年 9 月 5 日。婚育史：已婚，2023 年产下一女。妇科检查：外阴潮红；阴道黏膜潮红充血，见中量黄色黏稠分泌物；宫颈肥大、充血明显、轻度糜烂样改变，无接触性出血；宫体及附件未见明显异常。白带清洁度 Ⅳ 度，未见念珠菌、滴虫及线索细胞。阴道镜示慢性宫颈炎。西医诊断：宫颈高危型 HPV 感染；慢性宫颈炎。中医诊断：带下病（湿热下注证）。治法：清热利湿、解毒化瘀。予自拟清热利湿解毒汤加减：黄柏 10 g、苦参 5 g、白花蛇舌草 10 g、盐车前子 15 g、土茯苓 15 g、凌霄花 10 g、蛇床子 10 g、徐长卿 10 g、金银花 10 g、蒲公英 10 g、麸炒苍术 10 g、柴胡 10 g、白术 10 g、茯苓 10 g、陈皮 10 g、香附 10 g、甘草 6 g。每日 1 剂，水煎取汁 200 mL，早晚温服，共 14 剂。按表 1 方案配合重组人干扰素 α-2b 阴道泡腾片、阴道用乳杆菌活菌胶囊、保妇康栓阴道纳药，香菇菌多糖片口服。本例持续阳性半年、清洁度Ⅳ度、宫颈充血糜烂，符合上述联合用药指征，故五者并用。

2025 年 10 月 21 日二诊：带下量减、色转淡黄、异味减轻，外阴瘙痒缓解，仍下腹坠胀。舌红、苔黄腻减轻，脉濡滑。湿热未清彻，原方去苦参，加茵陈 10 g、薏苡仁 15 g 清利湿热，续 14 剂中药、外用药、口服药。

2025 年 11 月 20 日三诊：带下量明显减少、色白、无异味，外阴瘙痒基本消退，下腹坠胀偶发，神疲乏力好转，大便调畅。舌淡红、苔薄黄微腻，脉濡。湿毒大部已清、脾虚渐显，原方去黄柏、金银花、蒲公英之苦寒，加黄芪 15 g、山药 15 g 益气健脾化湿，转以健脾化湿为主，续 14 剂中药、外用药、口服药。

10.12201/bmr.202611.00041V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00041
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

2025 年 12 月 22 日四诊：诸症消退，精神佳，二便调畅。妇科检查：外阴无潮红，阴道黏膜无充血，分泌物正常。舌淡红、苔薄白，脉濡缓。治疗期间患者依从性良好，未诉明显不良反应，各药自 2025 年 9 月 20 日起使用，至四诊停用，进入一个月洗脱期。

2026 年 1 月 20 日五诊：患者无自觉不适。妇科检查未见明显异常。复查 HPV52 型转阴，未见其他分型感染，TCT 未见异常；白带清洁度Ⅱ度。6 个月后随访复查 HPV 阴性，TCT 正常。

按：患者 HPV52 型感染迁延半载，阴道微生态紊乱，正虚屏障不固，外邪由子门内犯任带胞宫，任带失约、带下泌泄失常，故带下量多色黄质稠、瘙痒不已；湿毒留滞日久，气血壅塞，瘀毒交阻胞络，致宫颈充血糜烂；舌红、苔黄腻、脉濡滑，足证脾虚湿热内蕴，乃正虚为本、湿毒为标、兼挟瘀滞之本虚标实之候，故立清热利湿、解毒化瘀、调理任带之法。初诊湿热蕴结，急则祛邪：黄柏苦寒直清下焦湿热为君，白花蛇舌草、金银花、蒲公英、土茯苓清热解毒为臣，苦参、蛇床子、徐长卿燥湿止痒，盐车前子导湿热下行，凌霄花凉血通络，苍术、白术、茯苓、陈皮健脾化湿，柴胡、香附疏肝调枢，甘草调和为佐使。全案祛邪有节、扶正有时，攻补得宜。

4 小结

单纯西医抗病毒治疗仅可短暂抑制局部病毒复制，难以纠正脾虚湿盛的内在体质偏颇，此亦 HPV 持续阳性、迁延难愈之核心症结；单用中医药起效平缓，且在西医精准筛查、恶变风险监测方面存在局限，故二者各有所长、互为补充。乔师主张“三分治、七分养”，嘱患者调畅情志、规律作息、节制房事。身心同调、医患协同，可巩固疗效、降低远期复发风险。本文属名医经验与验案总结，重在呈现 “任带失枢、湿毒伏宫” 的辨治思路与用药体会，不作疗效推断，相关结论尚待规范设计的研究验证。

参考文献

[1] 李双, 李明珠, 丛青, 等. 人乳头瘤病毒疫苗临床应用中国专家共识[J]. 中国妇产科临床杂志, 2021, 22(2): 225-234.

[2] 李明珠, 魏丽惠. HPV 的致瘤机制及以此预防 HPV 感染的研究进展[J]. 中华妇产科杂志, 2022, 57(2): 152-155.

[3] 韩菁菁, 张立杰, 蔡如玉, 等. 宫颈鳞状上皮内病变和宫颈癌患者 HPV 感染特征及病变级别的影响因素分析[J]. 协和医学杂志, 2026, 17(1): 156-165.

[4] 中华医学会妇科肿瘤学分会, 中国优生科学协会阴道镜和宫颈病理学分会, 中华预防医学会肿瘤预防与控制专委会, 等. 预防性人乳头瘤病毒疫苗中国临床应用指南（2025 版）[J]. 协和医学杂志, 2025, 16(2): 350-360.

[5] 匡雪凤, 贾鑫华, 王哲, 等. 中国女性高危型 HPV 感染自然史的系统综述及 Meta 分析[J]. 病毒学报, 2025, 41(5): 1619-1632.

[6] Arroyo Mühr LS, Mungo C, Chatzistamatiou K, et al. International Papillomavirus Society statement on reputed treatments for human papillomavirus infection and human papillomavirus-related diseases: evidence, risks, and standards for clinical evaluation[J]. Int J Gynecol Cancer, 2026, 36(9): 104950.

10.12201/bmr.202611.00041V1

http://www.biomedrxiv.org.cn/article/doi/10.12201/bmr.202611.00041
此预印本（未经同行评审）的作者拥有该文稿的版权，biomedRxiv拥有永久保存权。任何人未经允许不得重复使用。

[7] 马琳琳, 孙一鸣, 齐琦, 等. 中医药治疗宫颈人乳头瘤病毒感染的研究进展[J]. 中医药信息, 2026, 43(4): 87-92.

[8] 褚策, 杨新鸣, 袁雨露, 等. 带下病诊疗特点探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(12): 1997-2000.

[9] 傅山. 傅青主女科[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019.

[10] 贺明敏, 汪玲莉. 基于“伏邪”理论探讨高危型人乳头瘤病毒持续性感染的病因病机和防治思路[J]. 中国现代医生, 2026, 64(5): 110-113.

[11] 洪丹丹, 商婷婷, 郭红玉, 等. 基于“伏邪理论”探讨 Toll 样受体在宫颈高危型人乳头瘤病毒持续感染中的作用[J]. 中国中药杂志, 2025, 50(7): 1974-1979.

[12] 王嫱, 郭洁, 宋殿荣, 等. 宫颈高危型人乳头瘤病毒感染的中医证候特征研究[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(7): 1669-1675.

[13] 李先娜, 李梓桐, 田信彪, 等. 关黄柏抗炎活性成分及其作用机制研究进展[J]. 中国中药杂志, 2026, 51(16): 4569-4580.

[14] 刘梦肖, 陈林林, 王彦, 等. 中药苦参的研究进展[J]. 药学实践与服务, 2025, 43(4): 156-162.

[15] 李曼, 张露蓉, 金顺琪, 等. 白花蛇舌草不同提取液抗炎镇痛效应及化学成分比较研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(8): 19-23.

[16] 马会园, 李龙辉, 张莹, 等. 车前子多糖在肿瘤免疫反应中的作用及研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(10): 187-191.

[17] 吴晨, 高燕, 马旭冉, 等. 凌霄花化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国现代中药, 2025, 27(7): 1365-1378.

[18] 李葆林, 杨梦婷, 支雅婧, 等. 徐长卿化学成分和药理作用的研究进展及质量标志物（Q-Marker）预测分析[J]. 中草药, 2021, 52(12): 3725-3735.

[19] 毕蕙, 李明珠, 赵超, 等. 子宫颈低级别鳞状上皮内病变管理的中国专家共识[J]. 中国妇产科临床杂志, 2022, 23(4): 443-445.

[20] 赵超, 毕蕙, 赵昀, 等. 子宫颈高级别上皮内病变管理的中国专家共识[J]. 中国妇产科临床杂志, 2022, 23(2): 220-224.

[21] 卢韦, 肖雁冰. 乳杆菌联合干扰素对宫颈高危型 HPV 持续感染的疗效观察[J]. 中国微生态学杂志, 2023, 35(5): 590-594, 598.

作者简介：黄佳星（2001—），女，湖南怀化人，湖南中医药大学硕士研究生三年级在读，研究方向：中医药防治妇科疾病。

通讯作者简介：乔江（1970—），女，江苏江阴人，医学博士，湖南中医药大学第一附属医院妇科副主任医师、硕士研究生导师，第四批全国名老中医药专家学术经验继承人，全国名老中医专家杨秉秀传承工作室负责人，医院首届青年名医。研究方向：中医药防治妇科疾病。

伦理声明：本研究为名医临床经验总结，病历资料的使用已征得患者知情同意，符合医学伦理要求。

利益冲突：所有作者均声明不存在利益冲突。

10.12201/bmr.202611.00041V1