



新编中医临床学科丛书

总主编 秦国政

中医疮疡病学

主编 杨恩品 张耀圣



科学出版社

新编中医临床学科丛书

总主编 秦国政

中医疮疡病学

主 编 杨恩品 张耀圣

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

《中医疮疡病学》是“新编中医临床学科丛书”的分册之一，本书旨在让读者对中医疮疡病防治规律有系统的认识和掌握。全书分为上、下两篇。上篇总论主要介绍中医疮疡病的学术源流、疮疡病的病因病机特点、辨证概要、治法概要、预防与调护；下篇各论以中医病名为主分章列节，按中医传统疾病分类方法分别介绍疔、疖、痈、疽、发、丹毒、流痰、瘰癧、褥疮等的病因病机、诊断及内外治疗、特色疗法。本书密切结合临床实际，客观反映目前疮疡病临床研究的新进展、新疗法；在突出中医诊疗特色基础上，对全国知名中医外科专家的临床诊治经验进行了较为系统全面的整理。

本书适合基层中医及中西医结合外科、皮肤科临床医师，以及在读硕士、本科生及其他中医药教学、临床、科研工作者阅读使用。

图书在版编目(CIP)数据

中医疮疡病学 / 杨恩品, 张耀圣主编. —北京: 科学出版社, 2017.6

(新编中医临床学科丛书 / 秦国政主编)

ISBN 978-7-03-052990-9

I. 中… II. ①杨… ②张… III. ①疮疡诊法 IV. R26

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 116312 号

责任编辑: 鲍 燕 刘思渺 曹丽英 / 责任校对: 刘亚琦
责任印制: 赵 博 / 封面设计: 北京图阅盛世文化传媒有限公司

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

文林印务有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017 年 6 月第 一 版 开本: 720 × 1000 1/16

2017 年 6 月第一次印刷 印张: 12 1/4

字数: 247 000

定价: 45.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)



总前言

随着疾病谱的不断变化和医学知识及实践经验的不断积累与增加，医学分科越来越细，专科研究越来越精深。当人类对各类疾病发病学的认知和诊断治疗掌握了一定的规律时，便逐步地将其分门别类来加以研究。人类对疾病的知识掌握得越多，分科也就越细。这不仅是医疗实践和临床医学专科建设的需要，也是医学分科发展之必然。就中医学的发展而言，早期对疾病的治疗是不分科的。从我国周代将中医学分为食医、疾医、疡医等科后，中医学的分科代有发展，目前已经形成科别较全的中医临床体系，如内、外、妇、儿、眼、耳、口、鼻、正骨、皮肤等科，为不同疾病的患者提供了专科诊治方案，诸多学者也对各科疾病进行专门研究，传世之著甚丰。

为顺应中医学分科发展形势的需要和民众对中医诊疗的不同需求，国家中医药管理局于2009年组织专家委员会认真研究后公布了中医药学科建设规划指导目录，该目录将中医药学分为中医基础医学、中医临床医学、针灸推拿学、中药学、民族医学、中西医结合共6个一级学科，其中的中医临床医学共设有中医内科学、中医外科学、中医骨伤科学、中医妇科学、中医男科学、中医儿科学、中医眼科学、中医耳鼻咽喉科学、中医急诊学、中医养生学、中医康复学、中医老年医学、中医护理学、中医全科医学共14个二级学科，同时在以上学科外还设有中医络病学、中医药信息学、中医药工程学、中医心理学、中医传染病学、中医预防医学、中医文化学等7个二级培育学科。在以上二级学科中，又将中医内科学分为中医心病学、中医肝胆病学、中医脾胃病学、中医肺病学、中医肾病学、中医脑病学、中医痹病学、中医内分泌病学、中医肿瘤病学、中医血液病学10个三级学科，在中医外科学下又设有中医皮肤病学、中医肛肠病学、中医疮疡病学3个三级学科。一级学科针灸推拿学分为针灸学、推拿学2个二级学科。自该学科目录公布后，国家组织在全国范围内开展了重点学科建设工作并取得了良好成效，但至今尚未见有以该目录为基础编著的系列丛书。

为系统总结各类疾病的研究成果和诊疗经验,加强中医专科建设,提高中医专科学术水平和临床诊疗能力,以云南省中医医院暨云南中医学院第一附属医院专家为主,并邀请北京中医药大学东直门医院和北京中医药大学第三附属医院、北京市中医医院、江苏省中医医院等医院的专家参与,共同编写了这套《新编中医临床学科丛书》。丛书以国家中医药管理局公布的“中医药学科建设规划指导目录”为基础,以中医临床医学二级、三级学科名称为体系,稍做调整后确定编写分册的目录。虽然针灸学、推拿学和中医传染病学在学科目录中分别分属于针灸推拿学一级学科和二级培育学科,但这三个专科均是日前中医医疗机构常设的临床专科,因此也列入该丛书编写目录一并编写。该丛书计有中医心病学、中医肝胆病学、中医脾胃病学、中医肺病学、中医肾病学、中医脑病学、中医风湿病学、中医内分泌代谢病学、中医肿瘤病学、中医血液病学、中医皮肤病学、中医肛肠病学、中医疮疡病学、中医骨伤科学、中医妇科学、中医男科学、中医儿科学、中医眼科学、中医耳鼻咽喉科学、中医急诊学、中医养生学、中医康复学、中医老年病学、中医临床护理学、中医全科医学、中医传染病学、针灸学、推拿学共 28 个分册。

丛书各分册分总论和各论进行编写。原则上总论部分包括学科概念与研究范畴、学科学术发展源流、现代研究进展、对脏腑生理的认识、病因病机、诊法与检查、辨病与辨证、治则与治法、药物与方剂、保健与护理等内容;各论部分包括各科常见证候和疾病论治的内容,常见疾病论治从概念、病因病机、辨病、类病辨别、中医论治、西医治疗、预防调护、疗效判定标准等方面加以介绍。中医养生学、中医康复学、中医全科医学、中医传染病学、针灸学、推拿学等分册,则按专科特点与规律进行编写。丛书的编写,强调学术性和临床适用性并举、突出中医特色的同时兼顾西医内容,以期更好地适用于初、中级中医临床、教学工作者和在校中医类专业本科生、研究生。

由于该丛书的编写与出版是首次尝试,为保证质量,编委会成员作了很大努力,有的书稿从编写初稿到分册主编、学术秘书、总主编审稿等环节,反复修改达 15 次。尽管如此,不足之处在所难免,诚望读者提出宝贵修改建议,以便再版时予以修正和提高。

该丛书从策划选题到编写、出版,得到了科学出版社中医药分社社长曹丽英博士和分社各位责任编辑的指导,得到各位编委的大力支持,在此一并表示衷心的感谢!

秦国政

2017 年 3 月于昆明

前言

疮疡是中医外科最早诊治的一类疾病，远在《周礼·天官》就有“疡医”的记载，其关于疾医、疡医、食医、兽医的划分也是我国医学史上最早的医事分科。近年来，随着中医临床学科的发展和建设，学科划分越来越细。国家中医药管理局中医药重点学科建设专家委员会颁布的“中医药学科建设规划指导目录（暂行）”已将中医外科学二级学科再划分为中医皮肤病学、中医肛肠病学、中医疮疡病学等三级学科。我们编写新编中医临床学科丛书《中医疮疡病学》分册，就是基于这一学科建设的思路，突出临床学科特点，反映中医疮疡类疾病当代研究的新成就、新进展。

中医疮疡病学是以中医药理论为指导，研究疮疡类疾病的发生发展、证治规律及预防保健的一门临床学科，是中医外科学的重要内容。2000多年来逐渐形成的疮疡理论，奠定了中医外科学的理论基础。中医疮疡病学运用“有诸内，必行诸外”、“治外必本诸内”的人体内、外统一思想去认识疾病的发生发展和演变规律，应用全身治疗和局部治疗相结合的方法来防治疮疡类疾病。

本书分为上、下两篇。上篇为总论部分，其内容包括：中医疮疡病的学术源流、疮疡病的病因病机特点、疮疡病的辨证概要、疮疡病的治法概要、疮疡病的预防与调护共五章。下篇为各论部分，以中医病名为主分章列节，按中医传统疾病分类方法分为：疖、疔、痈、疽、发、丹毒、流痰、瘰癧、褥疮共九章。重点介绍疾病的发病机理、诊断及内外治疗、特色治疗等方法。编写过程中尽量处理好继承和发扬的关系，以“传承创新、与时俱进、突出特色、讲求实用”为指导思想，紧密结合临床实际，在保持中医疮疡病传统理论基础上，客观反映目前临床研究的新进展、新疗法。本书对基层中医及中西医结合外科临床医师，以及在读硕士生、本科生等均有很好的参考实用价值。

中医疮疡病学编委会

2017年4月

目录

总前言 前言

上篇·总论

第一章 中医疮疡病的学术源流·····	2
第一节 历代医家对疮疡病的认识·····	2
第二节 中医疮疡病的研究现状·····	5
第三节 中医疮疡病学的研究方法 with 展望·····	7
第二章 中医疮疡病的病因病机·····	8
第一节 发病因素及特点·····	8
第二节 病变机理·····	13
第三章 中医疮疡病的辨证概要·····	18
第一节 辨阴证阳证·····	18
第二节 辨肿与痛·····	20
第三节 辨脓·····	21
第四节 辨溃疡·····	22
第四章 中医疮疡病的治法概要·····	24
第一节 治疗原则·····	24
第二节 常用内治法及方药·····	25
第三节 常用外治法及应用·····	33
第五章 中医疮疡病的预防与调护·····	40

下篇·各论

第六章 疔·····	46
第一节 暑疔·····	46
第二节 疔病·····	49

第三节 蝼蛄疖	54
第七章 疔	57
第一节 颜面部疔疮	57
第二节 手足部疔疮	66
第三节 红丝疔	73
第四节 走黄	77
第八章 痈	81
第一节 颈痈	81
第二节 腋痈	87
第三节 脐痈	90
第四节 委中毒	94
第五节 瘰疬	98
第九章 疽	103
第一节 有头疽	103
第二节 疽毒内陷	112
第三节 附骨疽	118
第十章 发	126
第一节 臀痈	126
第二节 足发背	133
第十一章 丹毒	137
第一节 抱头火丹	137
第二节 流火	142
第十二章 流痰	151
第一节 龟背痰	151
第二节 鹤膝痰	159
第十三章 瘰疬	165
第十四章 褥疮	174
参考文献	186

卷一

上篇·总论

（此处为模糊文字，主要内容涉及总论部分，因清晰度不足，无法准确转录。）

第一章

中医疮疡病的学术源流

疮疡是中医外科最常见的疾病，广义疮疡泛指发于体表的外科疾病的总称，狭义疮疡主要指以体表化脓性感染为主的一类疾病。在两千余年的发展过程中，疮疡的学科内容奠定了中医外科学学术发展的基础。

第一节 历代医家对疮疡病的认识

从某种意义上说，疮疡是人类最早认识和处理的一类疾病，因为人类每天在自然界中活动，史前时期生存条件恶劣，创伤很多，创伤后引起局部红肿疼痛等体表感染，最后化脓。形成脓肿后古人便以砭石、石针来刺开排脓。如《山海经·东山经》记载：“高氏之山……其下多箴石。”郭璞注说：“砭针，治痈肿者。”砭针就是当时切开排脓的工具，也是最早的外科手术器械。

周代出现了我国历史上最早的医事分科，也有了“疡”的记载。《周礼·天官篇》把医生分为“疾医、疡医、食医、兽医”四大类，其中疡医即是外科医生，主治肿疡、溃疡、金创和折疡，也就是治疗和处理外伤及感染类疾病。如说：“疡医下士八人，掌肿疡、溃疡之祝药，刮杀之齐。”祝药即是外敷药，刮是刮去脓血，杀是用腐蚀剂去恶肉或剪去恶肉，齐是疮面平复。用药方面，有“凡疗疡，以五毒攻之，以五气养之，以五药疗之，以五味节之”等记载。以上说明，早在周代对疮疡类疾病就使用了包括内外用药及手术清创术在内的多种治疗手段。

我国现存最早的医学文献《五十二病方》记载了痈、疽、创伤、冻疮、痔漏等多种疮疡类疾病。在“疽病”条下有“骨疽倍白薇，肉疽倍黄芪，肾疽倍芍药”之说，针对不同的疽病调整药物，初具辨证施治雏形。该书还记载了割治疗法治痔疮，用“铍”作为检查治疗漏管的工具，强调治疗疡科疾病要先清洗患处，对有脓血或坏死组织的要先清理然后敷药等。

《黄帝内经》奠定了疮疡类疾病的理论基础。在病因、病机方面，《素问·至真要大论》记载“诸痛痒疮，皆属于心”“膏粱之变，足生大丁”“营气不从，逆

于肉理，乃生痈肿”等。《灵枢·痈疽》则设专篇论述了痈疽疮疡，对疮疡类疾病的形成及演变过程有精辟论述。如“寒邪客于经络之中则血泣，血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反，故痈肿。寒气化为热，热胜则腐肉，肉腐则为脓”。论述了外邪入侵，导致经络阻塞，气血凝滞，从而形成局部肿块（炎症）的病理过程；病情进一步发展则热胜肉腐为脓。这一论述直到现在都是中医外科对疮疡类病因病机认识的基础。《灵枢·痈疽》还鉴别了痈疽两大类疾病，如“然不能陷，骨髓不为焦枯，五脏不为伤，故命曰痈”；“热气淳盛，下陷肌肤，筋髓枯，内连五脏，血气竭，当其痈下，筋骨良肉皆无余，故命曰疽”。另外还记载了许多疮疡的病名，如猛疽、天疽、马刀挟癭、锐疽等，凡乎囊括了身体各部位的急、慢性感染。在治疗方面，《内经》有针砭、按摩、猪膏外敷等多种外治法，提出“其已成脓血者，其唯砭石铍锋之所取也”；“发于足趾，名曰脱疽。其状赤黑，死不治。不赤黑，不死。不衰，急斩之，不则死矣”。最早记载了用截趾方法治疗脱疽（脱疽）。由此可见，《内经》时期在理论与实践方面，对疮疡类疾病认识都有了较大发展。

两汉、三国时期，张仲景《伤寒杂病论》奠定了中医辨证论治的理论基础，大黄牡丹汤治疗肠痈沿用到现在。华佗首创“麻沸散”，“令人无所觉”进行全身麻醉，然后施行剖腹、肠切除、肠吻合术等，是我国医学史上腹部外科手术的最早记载。

晋代，皇甫谧《针灸甲乙经》提出“治痈肿者，刺痈上，视痈大小深浅刺之”。葛洪在《抱朴子》内篇里，总结了炼丹术的经验，促进了制药化学的发展。后世外科所用的“红升丹”、“白降丹”即在炼丹术的基础上演化而来。南北朝时期，由龚庆宣整理出版的我国现存第一部外科专著《刘涓子鬼遗方》，继承发展了《灵枢·痈疽》的学术思想，总结了魏晋、南北朝以前的中医外科学术成就，对痈、疽、金疮、疮疖、皮肤病等疾病的诊断和治疗有较详细的论述，载内、外治方剂一百四十余首。首次提出了以局部有无“波动感”为特征的辨脓方法，提出对脓肿切开应“逆上破之”等方法。

隋代《诸病源候论》是我国现存最早的病因病理学专著，辟有痈疽专篇。提出对创伤要进行清洗，并取出异物，否则“疮永不合”或“纵合常令疼痛”，符合今天的外科处理原则；认识到“消渴病”能“久病变成痈疽”，是对糖尿病并发症的最早记载。唐代孙思邈《备急千金要方》对疮肿、痈疽、发背、丹毒、瘰疬等设立了专篇。认识到疮疡与内脏疾病的关系，如“消渴之人……常源思虑有大痈”；在判断胸背疮疡是否透膜，即是否有气胸时，记录有纸贴疮口捻膜法。本书还首次转录了《崔氏方》中的黑膏药，由此开创了中医外科的黑膏药疗法。

宋代，外科医家重视整体与局部的关系，重视外科疾病的辨证论治。《太平圣惠方》首次系统提出了消法与托法治疗疮疡的基本原则；认识到痈“由六腑不合所生”，疽“由五脏不调所生”。《圣济总录》首次提出用“五善七恶”来判断疮疡转归、预后。东轩居士撰《卫济宝书》除论治痈疽外，还记载了多种手术器械，如炼刀、竹刀、小钩等。李迅《集验背疽方》，对背疽病源、病状及用药、禁忌作了全面论述。

陈自明《外科精要》以痈疽为纲,指出“夫痈疽之源,因于气,或因于热,……亦有因于膏粱房劳、金石等药”;对痈疽发病机理则认为是“五脏不和,则九窍不通;六气不和,则流结为痈。皆经络涩滞,气血不流畅,风者乘之,而致然也”。在诊断上认为“疔者节也,痈者壅也,疽者沮也。一寸至二寸为疔,三寸至五寸为痈,五寸至一尺为疽,一尺至二尺为竟体疽”。在治疗上认为应“把定脏腑,外施针灸,以泄毒气”;还应“详察定名,是痈是疽,是虚是实,是冷是热”;在药物的选择上,主张“痈疽未溃,脏腑蓄毒,一毫热药断不可用;痈疽已溃,脏腑既亏,一毫冷药亦不可用”。大大丰富了疡科内容。

金元时期,刘河间提出“治疮大要”的托里、疏通、和营卫三法,是后来消、托、补法则的雏形。齐德之的《外科精义》在继承宋代学术思想基础上,进一步强调整体观,反对局部论,认为“治其外而不治其内,治其末而不治其本”是不够全面的,主张内外结合,从而为外科整体观念的建立作出了贡献。

明代外科专著大量涌现,外科学术异常活跃,对疮疡的认识及临床实践也达到巅峰水平。如汪机撰《外科理例》,提出循内科之理以治外疡,首创玉真散治疗破伤风。陈实功《外科正宗》则把李东垣的脾胃思想引入疮疡病治疗中,强调内治、外治、手术并重,完善了疮疡治疗“消、托、补”三法。在内治法上重视脾胃,如“盖疮全赖脾土,调理必要端详”、“盖脾胃盛者,则多食而易饥,其人多肥,气血亦壮,脾胃弱者,则食少而难化,其人多瘦,气血亦衰。所以命赖以活,病赖以安,况外科尤关紧要”。疮疡成脓时,主张尽早切开引流,反对单纯采用保守疗法。对后世影响最大,被评价为“列证最详,论治最精”。清朝的《外科大成》《医宗金鉴·外科心法要诀》等继承发展了《外科正宗》的学术思想,形成了“正宗派”。

清代,王洪绪《外科证治全生集》把复杂的疮疡疾病归纳为阴阳两大类,并以此作为辨证论治的主要法则。主张疮疡“以消为贵,以托为畏”,反对滥用刀针,禁用腐蚀药物。提出应“先论阴虚阳实,认定红白二色,是痈是疽,治即全(痊)愈”。对阴证疮疡的诊治是其特色,认为“诸疽白陷者,乃气血虚寒凝滞所致,其初起毒陷阴分,非阳和通腠,何能解其寒凝……”“殊不知毒即是寒,解寒而毒自化,清火而毒愈凝”。并自创阳和汤、醒消丸、犀黄丸、小金丹等名方,今天仍为外科临床的有效方药。后世许克昌《外科证治全书》等继承了其学术观点,形成了“全生派”。高秉钧《疡科心得集》,重视疮疡的鉴别诊断。倡“外疡实从内出论”,认为:“夫外疡之发也,不外乎阴阳、寒热、表里、虚实、气血、标本,与内证异流而同源者也。”高氏还将温病的三焦辨证引伸应用于外科临床,提出:“疡科之证,在上部者,俱属风温风热,风性上行故也;在下部者,俱属湿火湿热,水性下趋故也;在中部者,多属气郁、火郁,以气火之俱发于中也。”有很强的临床指导意义。另外,高氏提出了脑疽、发背的“三陷逆证”,并把温病热入心包的犀角地黄汤、安宫牛黄丸、紫雪丹等,用于治疗疔疮走黄,开拓了疮疡重症治疗思路,提高了临床疗效。后世沙书玉《疡科补苴》等继承了其学术观点,形成了“心得派”。

近代,张山雷著《疡科纲要》,内容精炼,对疮疡的立论、辨治均具特色,简明实用,有较好的参考价值。

第二节 中医疮疡病的研究现状

新中国成立 60 余年来,伴随中医外科学的发展,疮疡病临床研究进入了新的历史时期。

20 世纪 50 年代,使用四妙勇安汤治疗血栓闭塞性脉管炎取得显著疗效。随后广泛开展了对血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化性闭塞症的临床和实验研究,成功研制了通塞脉片及脉络宁注射液等,对外周血管病治疗取得了明显效果。国外文献报道血栓闭塞性脉管炎的截肢率约为 28% ~ 33%,国内开展中医为主、中西医结合治疗后,截肢率明显下降,约为 1.2% ~ 13.8%。1986 年 5 月在天津成立了中西医结合疮疡研究所,至 1988 年 4 月获部级以上的疡科科研成果达 21 项。

在疮疡理论研究方面,开展了“消、托、补”法研究,重视“以消为贵”。对某些清热解毒方剂和药物的研究证实,这些方药具有抗菌消炎和提高机体免疫力等作用,在治疗外科感染性疾病和预防手术后感染方面有显著效果;对某些活血化瘀方剂和药物的研究,证明其能改善血液循环、降低血液黏稠度、防止血栓形成,软化结缔组织增生,减轻炎症反应,促进炎性肿块消散,调整机体免疫功能等。樊建开等从血液流变学角度探讨疮疡的发病机制,发现疮疡患者在血液流变学上表现为“高黏”、“高凝”、“高聚”状态;认为血浆黏度增高幅度的差异可能为阴证、阳证临床表现不同的病理基础之一,清热解毒配合活血化瘀在阳证疮疡的治疗中具有较好的协同作用。

中西医结合治疗对疔毒内陷、疔疮走黄等外科感染形成的毒血症、脓血症、败血症(现统称脓毒症)等,可提高临床疗效,降低死亡率。病情危重期过后,应用中药辨证治疗,可避免抗生素长时间应用引起的毒性反应、二重感染、耐药性等副作用,并可提高机体免疫力、促进伤口愈合。对慢性化脓性骨髓炎,尤其已形成死骨、骨腔积液、瘢痕窦道形成者,通过以升丹为主的药捻蚀管祛腐,排除小型死骨,中西药液灌注、冲洗、药条填塞,以及病灶、病骨清除术,配合内服清热解毒、祛瘀通络、补髓养血药物,可将化脓性骨髓炎总有效率提高到 95% 以上。

20 世纪 80 年代,陆德铭等应用中医切开法治疗浆细胞性乳腺炎,通过清除炎性病灶、切开瘻管,然后用提脓祛腐中药外敷治疗,获得疗效高、复发率低、乳房变形小的良好效果。徐荣祥教授根据中医学理论和现代烧伤病理、生理学理论提出湿润烧伤疗法(湿润烧伤膏),治疗烧伤不仅具有抗感染、减少渗出、消炎止痛的作用,而且由于外敷药形成屏障,可防止创面再感染、促进创面愈合、促进上皮再生,减少瘢痕形成。湿润暴露疗法也打破了西医学传统的保持创面干燥成痂的理论,解决了烧伤治疗中的创面疼痛、感染、瘀滞带组织进行性坏死和深Ⅱ度创面疤痕愈

合四大技术难题。

现代社会,随着抗生素的广泛使用以及人民生活水平的不断提高,传统的“疔疮走黄”、“疽毒内陷”等感染重症已不多见,而以糖尿病坏疽、复杂手术后窦痿等为代表的难愈性溃疡日益成为临床诊治重点。

慢性难愈性溃疡是临床棘手问题。其严重性和发病率的增加引起了国内外学者的高度重视。现代医学研究表明:影响创面愈合的局部因素主要是感染和血液循环障碍,感染对组织的再生妨碍最大,细菌及毒素能引起组织坏死;局部血液循环障碍导致局部缺血、缺氧和代谢障碍,使组织营养状态差,抵抗力低下,在此基础上反复感染形成恶性循环,故创面经久不愈。中医理论认为:“护场”是决定溃疡发展、变化的焦点和关键,“护场”的病理机制主要是气滞血瘀,而行气活血法是治疗难愈性溃疡的大法。阙华发等探讨了补益气血类方药对慢性疮疡的作用。发现补益气血方剂如四君子汤、四物汤和八珍汤等均能上调血管内皮因子表达水平,诱导血管新生,在一定程度上改善局部组织的缺血状态,促进创面修复愈合。王振宜等用生肌化瘀方对SD大鼠背部全层皮肤缺损创面TGF- β 1、TGF- β 3水平进行动态影响研究,结果发现生肌化瘀方有调节创面TGF- β 1、TGF- β 3分泌的作用,有益于加速创面愈合、减少瘢痕形成。

以中医学祛腐生肌理论为指导,从20世纪70年代李竞教授到90年代唐汉钧教授等众多学者对慢性皮肤溃疡进行了大量的理论及实验研究,在“祛腐”基础上进一步提出“祛瘀、补虚”疗法,发展了疮疡理论,提高了临床疗效。

“提脓祛腐”学说:根据中医“腐不去则新不生”的观点,对腐肉不脱或脱而缓慢影响新肉生长的情况,提出“提脓祛腐”治法。所谓“提脓祛腐”就是采用具有祛腐排脓的方药,使疮疡内蓄之脓毒得以早日排出,腐肉迅速脱落。具体方法是:在疮疡的溃疡期,根据疮面阴阳属性、脓液稠稀、脓腐多少、肉芽色泽以及疮周红肿等情况,选择外用含丹不一的药物(如九一丹、八二丹、五五丹等)或不含丹类药物(如黑虎丹),经疮面对药物的吸收,促进局部坏死组织液化成脓排出,加速腐肉脱落,以缩短疮面愈合过程。现代研究表明,升丹的化学成分主要为汞化合物,如氧化汞、硝酸汞等,红升丹中还有氧化铅。汞化合物有毒,有杀菌作用。药理研究证实,汞离子能与病菌呼吸酶中的硫氢基结合,使之固定而失去原有活力,使病原菌不能呼吸而趋死亡;硝酸汞属可溶性盐类,加水分解而成酸性溶液,对人体组织有缓和的腐蚀作用,可使与药物接触的病变组织蛋白质凝固坏死,逐渐与健康组织分离而脱落,从而具有“祛腐”作用。“提脓祛腐”与近年来西医学的“酶学清创”理论相似,起到殊途同归效果。

“煨脓长肉”学说:是指在疮疡腐去肌生及肌平皮长阶段,外用中草药膏(散),通过药物经皮肤和疮面吸收,促进局部气血通畅,增强抗病防御能力,使疮口脓液渗出增多,并保持疮面湿润,从而达到促进疮面生长愈合、减少瘢痕的作用。“煨脓长肉”外用中药多选择三七、琥珀、乳香、没药、血竭、地榆、白芷、大黄等活

血散瘀、润肤生肌、消肿定痛之品，及冰片、猪皮、珍珠粉、龙骨、炉甘石、血余炭等生肌长皮、敛疮收口之品。中药药理学研究表明，这类外用中药有酸化、营养及保护疮面、保持疮面湿润、调节免疫、促进血液循环、杀菌抑菌、止痛等作用，从而促进疮面愈合，防止瘢痕形成。

卓燊等综述中医药治疗慢性疮疡实验研究近况后分析认为：中医药促进创面愈合的主要作用机制可能是通过调控生长因子的合成和分泌，促进细胞分裂增殖，刺激创面新生血管形成，改善创面的血液循环，调控胶原的合成及代谢，调控创面修复过程中 $TGF\beta 1$ 信号传导分子修复基因 $Smad3$ 的表达，调节创面修复基质形成，营养创面等多靶点、多环节、多层次的综合调控作用。

第三节 中医疮疡病学的研究方法与发展

中医疮疡病学在近现代虽然取得了一些成绩，但总体而言临床治疗及科研明显滞后，远远跟不上时代的进步。要继承和发扬疮疡病的中医药优势，需与时俱进，创新发展。

首先，需大力加强人才队伍建设。目前由于疮疡人才培养途径单一、临床诊治范围日渐狭窄等原因，造成了人才奇缺，全国中医院设有疮疡专科诊室的已寥寥无几。基地及人才的丧失，必然带来学科的萎缩，所以人才培养及基地建设应是中医疮疡病学研究及学科发展的前提和基础。

其次，要正视疾病谱的改变。随着抗生素的不断更新换代，传统的阳证疮疡患者比例已明显减少或容易治疗。而随着西医外科手术的难度及复杂程度增加，术后复杂性窦道、阴证疮疡、耐药性创面感染等则逐渐增多。所以，疮疡病的研究要及时调整思路，根据临床病谱的变化，发挥中医药特色，选择优势项目开展诊疗研究。

再次，重视传统外治法及外用剂型研究。数千年来，疡科的外治法有简、便、廉、验等优势，临床效果明显。但随着目前药品监督的规范及医疗环境改变，一些疮疡外用药（如升丹等）因无批号或毒性大等原因而限制了其临床使用，使中医特长难以发挥。所以，要按照新药标准大力开展传统外治法及新剂型研究，使疡科外用药能广泛使用，以发挥疡科外治特色和优势。

最后，要大力促进疮疡领域的基础和临床应用研究。坚持医疗与科研紧密结合的原则，以医疗为中心，以科研为重点，通过科研促进专业特色和技术优势的形成。要加强临床实验室建设，加强基础研究，结合现代分子生物学研究，探讨中医药作用机理，进而创造新理论、新方法，运用新理论和新方法去解决疮疡治疗中的关键性问题，开创学科建设的新局面。

（杨恩品）

第二章

中医疮疡病的病因病机

疮疡是各种致病因素侵袭人体后引起的体表化脓性疾患，是中医外科学最基础、最常见的疾病。临床可分急性和慢性两大类，包括所有的肿疡和溃疡。其特点是，在肿疡阶段一般以红、肿、热、痛为主，在溃疡阶段则见溃腐流脓及机体组织损伤。《医宗金鉴·外科心法要诀·痈疽总论歌》认为“善治伤寒杂证易，能疗痈疽肿毒精”，说明其对外科疮疡诊治的重视。

第一节 发病因素及特点

疮疡的发病因素，有外感（六淫邪毒、感受特殊之毒、外来伤害等）和内伤（情志内伤、饮食不节、房室损伤等）两大类。《医宗金鉴·外科心法要诀·痈疽总论歌》说：“痈疽原是火毒生……外因六淫八风感，内因六欲共七情，饮食起居不内外，负挑跌仆损身形，膏粱之变营卫过，藜藿之亏气血穷。”对疮疡的病因病机作了最基本的概括。

外邪引起的疮疡，以“热毒”、“火毒”较为常见。风、寒、燥、湿等邪引起的疮疡，在初起阶段大多不具有热毒、火毒的红热现象，但随病情发展，到中期也会逐渐显现红肿热痛之象，即金元四大家之一的刘河间所说“五气过极，均能化热生火”。

内伤引起的疮疡，大多起病较缓。喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等情志失调，可郁而化火，外发疮疡；饮食不节，过食肥甘厚味、醇酒及荤腥发物，损伤脾胃，湿热火毒内生，亦可发生疮疡；房劳过度，肾络空虚，则易为风寒痰浊侵袭，发为流痰；肺肾阴虚，虚火上炎，灼津炼液成痰而成瘰癧等。

无论哪一种病因引起的疮疡，疾病发展到后期，都会产生溃腐流脓的现象。而脓的产生，系由火热熏蒸，以致肉腐成脓，即《内经》所言“热胜则腐”。因此可以说，疮疡疾病最终有一个化火的过程。

临床上外感所致者病情相对较轻，而伴有内伤，脏腑蕴毒而发者病情相对较重。中医认为“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”。正气虚损与疮疡病

的发生也有密切关系。脾胃虚弱、肝肾不足、气血失调、阴精亏耗等常构成某些疮疡发病的内在因素,在临床上表现为虚实夹杂的征象,给辨证和治疗常带来一些困难,在临床诊疗中应加以重视。如消渴病患者多有阴盛内热之内在因素,容易感染邪毒而并发痈和有头疽,这种痈和有头疽的治疗较一般的痈和有头疽难度更大。

一、六淫侵袭

1. 风

风为春季主气,但四季皆有风,感受风邪以春季为主。风为阳邪,其性开泄,易袭阳位,且善行而数变。风邪伤人无孔不入,体表受之,由皮毛而入肌肤,留于骨骼关节;口鼻受之,则入于胃肠留于六腑。风邪外袭,多因机体腠理不密,卫外不固,邪乘隙而入,内不得通,外不得泄,致使营卫不和,气血运行失常,经络阻隔。风邪致病每多伤于头面、上肢;风为百病之长,常为外邪致病的先导,多兼夹寒、湿、燥、热等邪。风邪所致疮疡的特点主要表现为:其病位在表,好发头面,其肿宣浮,痛无定处,患部皮色或红或不变,常伴恶风、头痛等全身症状。

风邪往往和其他病邪合而致病。

(1) 风温、风热、风火:温、热、火三者程度不同,温为热之轻,火为热之甚。风温、风热、风火引起的疮疡,多发在头面、耳旁、颌下、腮侧,属阳证,春季多见;症状多为局部宣肿、红、热、疼痛,如头面部疔、面部丹毒、颈痈等。

(2) 风痰:风痰互结所致的外科疾病多发于腮部、颌下、颈项两旁,初起结核如豆,皮色不变,渐大如枣核、桃核等,如瘰疬。

2. 寒

寒为冬季主气,感受寒邪,每于冲冒霜雪、久坐湿地、气温下降急骤、汗出雨淋涉水等。寒为阴邪,易伤阳气,外不得宣通透泄,阻滞气血发为疮疡。如《灵枢·痈疽》篇云:“寒邪客于经络之中,则血泣,血泣则不通,不通则卫气归之,不得复反,故痈肿。”寒邪多袭阳虚之体,且阳气愈虚其邪愈深,其病也重。寒邪凝滞,多深入于内,久着缓发,使正气渐虚而成重症。如流痰、脱疽等。

寒邪致病多袭于筋骨关节之间,发病缓慢,其肿散漫,其痛固定,皮色紫黯,不红不热,得暖则轻,化脓迟缓;常伴恶寒、四肢不温、腕腹冷痛、小便清长、大便溏薄等。若寒邪郁闭日久,“寒从热化”则成脓。

3. 暑

暑为盛夏主气,乃火热所化。《素问·五运行大论》云:“其在天为热,在地为火……其性为暑。”暑邪具有明显的季节性。暑性炎热,伤于暑者,起病急骤,多伤于头面、肌肤。发病多为热证、阳证,局部见之,则红热肿胀,痛痒相兼;全身见之,则发热、心烦、面赤、脉洪大。暑性升散,易耗气伤津,故暑邪为病往往有汗出、口渴、尿少、乏力、舌红少津等症。暑多挟湿,如暑湿蕴蒸肌肤,易生痱子,