上 篇　　总 论

第一章　中医外科学发展概况

中医外科学是中医学的一个分科，内容丰富，包括疮疡、皮肤病、肛门、直肠疾病和外科杂病等。在历史上，跌打损伤、金刃刀伤、眼耳鼻喉口腔等病曾属于外科范围。由于医学的发展，分工愈来愈细，以上各病都先后归属于有关专科。中医外科学有着悠久的历史，几千年来经历了起源、形成、发展、逐渐成熟等不同阶段。

1. 起源　　在原始社会，因劳动和生活中与野兽搏斗，和严寒酷暑抗争，创伤很多，就用草药、树叶包扎伤口，拔去体内的异物，压迫伤口止血等，这些是外科最原始的治疗方法。以后发展到用砭石、石针刺开排脓治疗脓肿。这就是外科的起源。大约在公元前 1324 年左右，甲骨文上有‘疾自(鼻病)、疾耳、疾齿、疾舌、疾足、疾止(指或趾)、疥、疕’等记载。《山海经》中说：“高氏之山……其下多箴石。”郭璞注说：“砭针，治痈肿者。”在当时，砭针是切开排脓的工具，也是最早的外科手术器械。该书载有 38 种疾病，其中痈、疽、痹、瘿、痔、疥等是外科疾病。但外科成为独立的专科是在周代，在《周礼》中有疡医的记载，主治肿疡、溃疡、金创和折疡。如说：“疡医下士八人，掌肿疡、溃疡之祝药剪杀之齐。”(祝药即是敷药，剪是刮去脓血，杀是腐蚀剂去恶肉或剪去恶肉，齐是疮面平复) 在 1973 年出土的马王堆文物《五十二病方》，是我国目前发现最早的一部医学文献，记载了感染、创伤、冻疮、诸虫咬伤、痔漏、肿瘤、皮肤病等很多外科疾病。并在‘牝痔’中记载了割治疗法，如‘杀狗，取其脬(膀胱)，以穿籥(竹管)入肠(直肠)中，吹之，引出，徐以刀剔去其巢，冶黄芩而屡傅之”。还有用地胆等药外敷‘牡痔”，用滑润的“铤”作为检查治疗漏管的探针等。可见，当时外科已有一定的治疗水平。

2. 形成　　中医外科初具规模，形成一个学科是在汉朝。因那时已经有了医学理论著作《内经》，其中《灵枢·痈疽》所载的外科病名虽只有 17 种，但对痈疽的病因病理已有一定的认识。如说：“夫血脉营卫，周流不休，上应星宿，下应经数。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，故痛肿。寒气化为热，热胜则肉腐，肉腐则为脓。脓不写则烂筋，筋烂则伤骨，骨伤则髓消，不当骨空，不得泄写，血枯空虚，则筋骨肌肉不相荣，经脉败漏，熏于五藏，藏伤故死矣。”在《内经》中，尚有针砭、按摩、猪膏外用等多种疗法，并最早提出用截趾手术治疗脱疽。同时，已有了升丹，如《周礼》天官篇中有“凡疗疡以五毒攻之……”。郑玄注五毒说：“今医人有五毒之药，含黄堊，置石胆、丹砂、雄黄、矾石、慈石其中，烧三日夜，其烟上着，以鸡羽扫取以治疡。”即是现在升丹的炼法和应用。号称外科鼻祖的华佗 (生卒于公元 141～203 年)，第一个应用麻沸散，作为全身麻醉剂，进行剖腹术。如《后汉书》中说：“若疾发结于内，针药所不能及者，乃令先以酒服麻沸散，既醉无所觉，因刳破腹背，抽割积聚；若在肠胃，则断截湔洗，除去疾秽；既而缝合，傅以神膏。四五日创愈，一月之间皆平复”。这在世界上是最早的剖腹手术。张仲景的《金匮要略》对后世外科的发展也有很大的影响，如治疗肠痈、寒疝、狐惑病等方药，至今仍为临床所应用。西汉前后的《金创瘈疭方》是我国第一部专著，可惜已失传。由此可见，到了汉代，从理论、实践、药物、手术、著作多方面看，中医外科已

初步形成一个独立学科。

3. 发展　两晋南北朝、隋唐五代时期中医外科有较快的发展。晋末出现了我国现存的第一部外科专著《刘涓子鬼遗方》，主要内容有痈疽的鉴别诊断；内外处方 140个。外伤用止血、收敛、止痛；痈疽用清热解毒；肠痈用大黄汤，说脓成不可服。都是符合临床实际的。对辨别有脓无脓和脓肿切开方法的描述也有实用价值。如说：“痈大坚者，未有脓；半坚薄半有脓；当上薄者都有脓，便可破之。所破之法，应在下，逆上破之，令脓得易出。”两晋南北朝的葛洪，他在《肘后备急方》中总结了许多有科学价值的经验。如用海藻治疗瘿疾，是世界上最早用含碘食物治疗甲状腺疾病的记载。用狗脑敷治疯狗咬伤，开创了用免疫法治疗狂犬病的世界先列。隋朝由巢元方等编写的《诸病源候论》是我国第一部病原病理学专著，书中有不少外科内容。如瘿瘤、丹毒、疔疮、痈疽、痔瘘、兽蛇咬伤等，并对病因病理有了进一步的认识。在 40多种皮肤病的记载中，对某些皮肤病病因的认识，已显示出相当的科学水平。如“在头生疮，有虫,白痂甚痒”,是指发癣;湿疥者,小疮皮薄,常有汁出,并皆有虫,人往往以针头挑得,状如水内 痪虫”，指的是疥疮。并认识到漆疮与过敏体质有关。在“金疮肠断候”中有肠吻合的记载，如“肠两头见者，可速续之，先以针缕如法连续断肠，便取鸡血涂其际”。说明对腹部手术已有一定的经验。还有血管结扎、拔牙等手术方法的记载。唐代孙思邈的《千金方》是我国最早的一部临床实用百科全书，记载了很多脏器疗法，采用食动物肝脏治疗夜盲症，食牛羊乳治疗脚气病，食羊靥、鹿靥治疗甲状腺肿大，都是现代科学证实了的临床经验。至于用葱管导尿,则比 1860年法国发明橡皮管导尿早 1200多年。王焘的《外台秘要》载方 6000多种，有不少外科方剂，是外科方药很有价值的参考文献。宋代外科已发展到比较成熟的阶段。在病机分析上重视整体与局部的关系。治疗上注重扶正与祛邪相结合，内外治相结合。《圣济总录》提出了“五善七恶”。《太平圣惠方》提出应鉴别“五善七恶”,同时总结了内消、托里等内治方法。其他如用砒剂治疗痔疮、用蟾酥酒止血止痛、应用烧灼法消毒手术器械等，都是这一时期的新经验。公元 1227年魏岘的《魏氏家藏方》已载有痔核周围先涂膏剂，以免灼痛，使枯痔疗法更为完善。宋时外科专著日益增多，其中有《卫济宝书》，专论痈疽，用方已注明加减之法，并记载了很多医疗器械，如灸板、消息子、炼刀、竹刀、小钩等的用法。李迅著的《集验背疽方》，对背疽病源、症状、治疗作了全面论述。陈自明撰《外科精要》，强调对痈疽应辨证施治，区分寒热虚实对症疗法。强调了疮疡的整体疗法，载有托里排脓的多个方药，至今仍在临床中应用。元代的外科著作，有朱震亨的《外科精要发挥》，危亦林的《世医得效方》等。其成就以齐德之著的《外科精义》为代表，该书总结了元以前各种方书的经验，他从整体出发，指出外科病是阴阳不和、气血凝滞所致。治疗疮疡应辨别阴阳虚实，他认为“治其外而不治其内，治其末而不治其本”的方法是不对的，采取内外治相结合的方法。《世医得效方》是一本创伤外科专著，对伤科的发展有很大贡献。该书对麻醉药的组成、适应证、剂量均有具体说明 。

4. 成熟　　中医外科到明清时已较为成熟，出现了系统著作和不同的流派，其中薛己著的《外科枢要》，记载了有关外科病的理论、经验、方药，第一次详细叙述了对新生儿破伤风的诊治。汪机的《外科理例》提出了“治外必本诸内”的思想，在其前序中说：“外科者，以其痈疽疮疡皆见于外，故以外科名之，然外科必本于内，知乎内，以求乎外，其如视诸掌乎。”并创制玉真散治疗破伤风。其他还有王肯堂的《疡科准绳》、申斗垣的《外科启玄》、陈文治的《疡科选粹》、窦梦麟的《疮疡经验全书》等都很有特色，陈司成的《徽疮秘录》是我国第一部论述梅毒

的专著，指出此病由性交传染、且会遗传。主张用丹砂、雄黄等含砷的药物治疗，是世界上最早使用砷剂治疗梅毒的记载。当时外科学术流派有“正宗派”，以陈实功著的《外科正宗》为代表。该书详载病名，各附治法，条理清晰，十分完备，自唐到明的外科治法，大多收录。后人有“列证最详，论治最精”的评价，是对后世影响最大的一本著作。从学术思想来看，该书重视脾胃。如说：“盖脾胃盛则多食而易饥，其人多肥，气血亦壮；脾胃弱，则少食而难化，其人多瘦，气血亦衰。故外科尤以调理脾胃为要。”其主要成就是以外治和手术方面比较突出。他用腐蚀药或刀针清除坏死，放通脓管，使毒外泄。手术方法记载 14 种，如创制鼻痔的摘除工具、腹腔穿刺排脓术、指关节离断术等都很有实用价值。并倡导脓成切开，位置宜下，切口够大，腐肉不脱则割，肉芽过长则剪，这些有效方法沿用至今。他还提出换药室应“净几明窗”，对患者冲洗疮口应注意卫生。无菌观念已见萌芽。外治法则更多，有熏、洗、熨、照、湿敷等。对疮疡、皮肤病等均有详尽的论述。并正确指出良性肿瘤和恶性肿瘤的鉴别诊断和手术原则。“全生派”，以王维德的《外科全生集》为代表。其特点是创立了以阴阳为主的辨证论治法则，所谓“凭经治症，天下皆然；分别阴阳，唯余一家”。把复杂的外科疾病分为阴阳两类，如痈阳、疽阴等。主张以“阳和通腠，温补气血”的原则治疗阴证。自拟阳和汤、醒消丸、小金丹、犀黄丸等，临床疗效颇好。并主张“以消为贵，以托为畏”，反对滥用刀针。汪机的《外科理例》，许克昌的《外科证治全书》有类似的特点。“心得派”，以高锦庭的《疡科心得集》为代表。他认为“疡科之证，在上部者，俱属风温、风热；在中部者，多属气郁、火郁；在下部者，俱属湿火、湿热”。辨证用药受到了温病学说的影响，应用犀角地黄汤、紫雪丹、至宝丹等治疗疔疮走黄，至今还在临床应用。该书是中医外科中有鉴别诊断内容的有价值文献。属于此派的尚有余听鸿的《外证医案汇编》。清代的外科著作，尚有陈士铎的《外科秘录》、顾世澄的《疡医大全》都各有特点。吴师机的《理瀹骈文》专述药膏的外治法，总结了不少治疗学上的新成就。近代张山雷于 1927 年所著的《疡科纲要》，内容简要，立论、辨证、用药，对外科的发展有一定的影响。

中华人民共和国成立后，中医外科学进入了一个历史发展新阶段。在医学教育、临床医疗、科学研究等方面都取得了显著成就。 1954 年首先在北京成立中医研究院，以后各省、市先后成立了中医药研究院（所）。为培养中医人才， 1956 年起各省、市相继成立了中医学院，从根本上改变了传统师承家授的培养方法，一批著名的中医外科专家到中医学院任教，对历史上外科医家的学术经验进行全面、系统的教授。为适应教育需要， 1960 年中医研究院编著《中医外科简编》，1960 年、1964 年、1983 年上海中医学院先后 3 次主编了《中医外科学》教材，1980 年广州中医学院主编中医专业用的《外科学》，作为全国中医学院外科教学的统一教材，使学生能系统地学习和掌握中医外科学的理论知识，为培养中医外科人才打下良好基础。同时还编著出版和重印了大量的中医外科学专著，不断交流全国各地中医外科学的学术经验与成就，使中医外科学的理论和经验得到较快普及与提高。在全国各市、县都先后开办了中医医院，在这些医院里大多设有中医外科，因而使外科疾病的诊疗和临床研究取得了一批成果。如中医研究院西苑医院等单位治疗颈、腋淋巴结结核及天津疮疡研究所用祛腐生肌法治疗慢性窦道等，于 1982 年及 1986 年分别获部乙级科技成果奖；河北省新乐县骨髓炎医院采用内服药物结合手术摘除死骨的方法治疗骨髓炎，治愈率达 95％。1987 年获国家重大科技成果奖的烧伤膏，为全国医学界瞩目。用于治疗血栓闭塞性脉管炎的“通塞脉”、“清脉 791”；注射各期内痔均有效的“消痔灵”注射液；治疗多种皮肤病的“五妙水仙膏”等都先后获

得国家科技进步奖或卫生部科技成果奖。中西医结合治疗红斑性狼疮、硬皮病、毒蛇咬伤等，也都取得了很大的成绩。近年来，对男性病的临床研究蓬勃兴起，开拓了男性病治疗的前景。电子计算机在中医临床运用中的研究，为整理外科医著，总结外科经验提供了有利的条件。

第二章　中医外科范围和疾病命名及分类释义

第一节　　中医外科范围

学习中医外科，首先要掌握本学科的范围，也就是要知道哪些疾病是属外科医生治疗的对象。同时也可了解中医外科与西医外科之间的治疗对象有不同之处，还可以熟悉外科与其他各科之间的关系。

中医学历史悠久，医事制度上分科变革较多，外科专著中的治疗范围也不完全相同，因此，外科的范围也就没有明确的界限。历代医事制度上的分科，最早在《周礼》天官篇设有食医、疾医、疡医、兽医的制度，其中疡医掌肿疡、溃疡、金疡、折疡。如说“未溃为肿疡，已溃为溃疡”，是指痈、疽、疖、流注等病。金疡是被刀、釜、剑、矢等物所伤，折疡是击扑、坠跌等所致的损伤，均归在疡医的范围。历代外科著作中都附有伤科疾病，在很长时间内，伤科隶属于外科学科。直至元朝危亦林著《世医得效方》，专辟正骨兼金镞科，才逐渐分立外科与伤科。唐宋之时，外科称疮肿科，明清一般称疮疡科；而外科的定名，是在明代汪机著的《外科理例》前序中才明确肯定外科的含义，其说“以其痈疽、疮疡皆见于外，故以外科名之”。说明外科的名称是从痈疽、疮疡生于人体外部这个特点而来，也与内科相对而称为外科。从外科专书所载疾病来看，大多叙述人体外部的疾病，宋代东轩居士的《卫济宝书》载有痈、疽、疖、疔、痔疾、眼病等。元代齐德之《外科精义》载有皮肤病和化脓性疾病。《疮疡经验全书》载有痈、疽、疔毒、皮肤病、痔漏、咽喉、牙舌诸症等。因此，中医外科的范围是包括疾病生于人的体表，能够用肉眼可以直接诊察到的，有局部症状可凭的，如痈、疽、疖、疔、发、流注、流痰、瘰疬、乳房病、瘿瘤、岩、皮肤病、肛肠病、虫兽咬伤、水火烫伤、眼、耳、鼻、咽喉（包括舌、唇、齿）等。

虽然古代外科专著的病种如此广泛，但是由于学术的不断发展，医事分工也愈来愈细，现在临床上跌打扭挫损伤的内伤和骨折、脱臼等外伤，归伤科处理；眼病，耳鼻咽喉，口腔均各有专科。尽管如此，中医外科所包括的疾病还是相当广泛的。

第二节　　疾病命名

历代中医外科著作颇多，各家著作所载外科疾病的病名，由于地区不同，方言不一，使病名繁多而不统一，而且一个病名有时包括多种性质的疾病；有的同一性质的疾病，因所患部位、阶段、形态等不同，而取有几个病名。外科疾病虽然名目繁多，但从它的命名含义来看，还是有一定规律可循。一般是依据部位、穴位、脏腑、病因、症状、形态、颜色、疾病特性、范围大小、传染性等分别加以命名的。

以部位命名　　如颈痈、背疽、手发背。

以穴位命名　　如人中疔、委中毒。

以脏腑命名　　如肠痈、肺痈。

以病因命名　　如冻疮、水火烫伤、破伤风、漆疮。

以症状命名　　如红丝疔、麻风、乳头破碎。

以形态命名　　如岩、蛇头疔、鹅掌风。

以颜色命名　　如白癜风、丹毒。

以疾病特性命名　　如烂疔、流注。

以范围大小命名　　如小的为疖，大的为痈，更大的为发。

以传染性命名　　如疫疔。

以上所述乃是各家著作中常用的疾病命名方法，至于一些个别的命名方法，因较少应用，故不作介绍。

第三节　　分类释义

外科疾病的分类，早在《内经》中以痈疽两字概之，并以脏腑隶之。后人又将疮疡两字概括一切外科疾病，且以病变在皮、肉、脉、筋、骨的不同部位，来分别表里阴阳；又依据疮疡的发病过程分为肿疡、溃疡，凡属未溃的疮疡统称肿疡，已溃的疮疡统称溃疡。这样的分类笼统，不实用。即使采取上节所述的以部位、穴位等命名来加以区分，也不能分清疾病的性质，因此予以逐一分类加以进行释义。

一、总纲类

疡　有时也称为外疡，是一切外科疾病的总称，所以古代也将外科称为疡科，外科医生称为疡医。

疮疡　广义的说，是一切体表浅显外科疾患的总称。狭义的说，是指感染因素引起体表的化脓性疾病。

肿疡　指一切体表外科疾病尚未溃破的肿块。

溃疡　指一切外科疾病溃破的疮面。

二、疮疡类

痈　有外痈、内痈两大类。外痈是指生于体表部皮肉之间的急性化脓性炎症，局部具有红肿热痛的特征（少数初起局部皮色不变），一般范围在 6～9cm 者称痈。内痈是生于脏腑的脓肿，如肝痈、肺痈、肠痈。

有头疽　初起即有粟米状脓头，红肿热痛，易向深部及周围扩散。溃破之后，状如蜂窝，范围常超过 9cm 以上，甚至大逾 30cm 者称有头疽。

发　其病变范围较痈为大。特征是在皮下疏松的部位突然红肿蔓延成片，灼热疼痛，红肿以中心最为明显，四周较淡，边缘不清，3～5 日皮肤湿烂，随即变成色黑腐溃，或中软不溃。

疖　生于皮肤浅表的急性化脓性疾病，局部有红肿热痛，但突起根浅，肿势限局，范围多在 3cm 左右，易脓，易溃，出脓即愈。

疔　疔字初见于《内经》：“膏粱之变，足生大丁”。盖丁与疔同，是泛指一切体表疮疡发病迅速而危险性较大者。目前临床上所称疔的含义是，凡发病在颜面、手等部位，病势急剧，易

迅速蔓散，可造成损筋伤骨，或引起走黄危险的就称为疔。

无头疽　发于骨骼及关节间，患部漫肿皮色不变，疼痛彻骨，难消难溃难敛，溃后多损伤筋骨，是一种骨与关节间的急性化脓性疾病。如附骨疽、环跳疽。

流注“流者，行也；注者，住也”。说明流注是由他处病灶的毒邪，随血流扩散到肌肉深部，停住了而发生的转移性、多发性脓肿。具有初起漫肿微痛，结块不甚显著，皮色如常，发生无固定部位，并有此处未愈而他处又起，容易走窜的特点。

丹毒　是皮肤突然变赤，如丹涂脂染的急性感染。起病突然，局部皮肤燃红肿胀，并迅速向四周蔓延，或间有大小不等水疱，有时一面消退，一面发展。因发生部位不同名称各异，如发于头面部的称抱头火丹；发于腰胯部的称内发丹毒；发于下肢的俗称流火等。

走黄　是由于疔毒走散入血，内攻脏腑而引起的一种全身性化脓性感染。一般以颜面部疔疮合并走黄者最为多见。

内陷　凡生疮疡，正不胜邪，毒不外泄，反陷入里，客于营血，内传脏腑而引起的全身性化脓性感染，称为内陷。除疔疮毒邪走散入血称为“走黄”外，其他疮疡引起毒邪内传脏腑者大多称为内陷。临床上因有头疽并发本症者较为多见，故又称“疽毒内陷”，并因其发生在有头疽的不同阶段，故又分为“火陷”、“干陷”、“虚陷”。

瘰疬　因其结核累累如串珠状，故称瘰疬。《医林集要》说“又有结核在项腋，或两乳房，或两胯软肉处……属冷证也。”，《外科心法要诀》说“小者为瘰，大者为疬”；“项前颈后侧旁生……成痨日久不收功。”由此可见本病发生在颈侧、腋下、乳房、腹股沟等部位，病变表现为结成核状，性质是冷证（阴证），并与痨症有关。目前一致认为瘰疬是阴证，属淋巴结结核。

流痰　是好发于骨关节间的疾病。起病缓慢，化脓亦迟，溃后流脓清稀，或夹有败絮样（干酪样）物质，且不易愈合，每多损伤筋骨而形成残疾，即西医所称的骨关节结核。如发于膝关节部的称“鹤膝流痰”；发于髋关节部的称“环跳流痰”等。

疫疔　其疮形呈中黑凹陷，形如脐状，是一种急性传染病，故与一般疔疮不同，多见于畜牧业或皮毛制革的工作者等。《证治准绳》说“疔疮者……或感疫死牛、马、猪、羊之毒”，乃指此病的发病原因。疫疔好发于头面，其次是颈项、手臂等部，即西医所称的皮肤炭疽。有关疫疔之名，古代外科专著并无此名，古称“鱼脐疔”，于 1964 年在全国教材会议通过用“疫疔”一名，沿用至今。

烂疔　因最易腐烂，其势更急，可危及生命，故也与一般疔疮不同，《千金方》疔肿门说：“烂疔其状色稍黑，有白癍，疮溃有脓水流出，大小如匙面。”描述了烂疔的特征。本病好发于小腿、足背的皮肉间，而臂、膺、手背等处则偶或有之。即西医所称的气性坏疽。

臁疮　是发生在小腿部的慢性溃疡，生于小腿下 1/3 踝骨上 10cm 的内外臁处。溃疡日久难敛，或虽经收口，每因破伤而复发。即西医所称的下肢慢性溃疡。

结核　是泛指一切皮肉之间的圆形肿块。如《圣济总录》所说“结聚成核”之意。《外科心法要诀》说：“此证生于皮里膜外，结如果核，坚而不痛。”此证多生于四肢或胸腹部。因此，除急性化脓性疾患引起附近淋巴结肿大称譬核、慢性淋巴结炎称瘰核外，尚包括皮下囊肿及小的良性肿瘤或恶性肿瘤。此外，明清以前把乳房部的各种肿块也统称“乳房结核”，尔后以病的性质逐渐加以区分。总之，古代文献中所说的结核，均指发生皮肉间性质不同或不明的肿块，是一种症状，而不是病名，更不是指结核杆菌所致的结核性疾患。附述于此，以资鉴别。

三、皮肤病类

疮　皮肤浅表起丘疹、疱疹，破后腐烂的疾病统称为疮。如黄水疮、疥疮等。

疳　凡粘膜部发生浅表溃疡，呈凹形有腐肉而脓液不多的称为疳。如发于口腔的称口疳；发于牙龈部的称牙疳；发于龟头粘膜部的称下疳。

斑《丹溪心法》说：“斑乃有色点而无头粒者是也”，对斑指出了确切的定义。故皮肤的色素改变称为斑，如雀斑、汗斑、黧黑斑等。

疹《丹溪心法》说：“疹为浮小而有头粒者”，指出了疹的特点。凡皮肤间起发丘疹，如痱子、痤疮等皆为丘疹性疾患。

痦　皮肤上的汗疹称痦，如白痦（汗疱）。

痘　皮肤上起小水疱，内含浆液性的疾患称痘，如水痘。

癣　癣的含义甚广，凡皮肤增厚伴有鳞屑或有渗液的皮肤病，统称为癣。《证治准绳》说：“癣之状，起于肌肤瘾疹，或圆或斜，或如莓苔走散”；“搔则出白屑”；“搔则多汁”；“其状如牛领之皮厚而且坚”，从其所说包括多种急慢性皮肤病，如牛皮癣（神经性皮炎）、湿癣（湿疹）、干癣（慢性湿疹）、圆癣（体癣、股癣）等。

疥　包括两个含义，一是指有传染性，皮损为丘疹的皮肤病称疥，如疥疮；二是指全身性剧痒的皮肤病，如干疥（皮肤瘙痒症）。《诸病源候论》说：“湿疥者，小疮皮薄，常有汁出，并皆有虫，人往往以针头挑得，状如水内病虫……”，又说：“干疥但痒，搔之皮起作乾痂……。”明确指出了两种疥的不同含义。

疣　皮肤上良性赘生物，《医学入门》说：“疣多患于手背及指间，或如黄豆大……拔之则丝长三四寸许”，指出了疣的特点。《外科正宗》、《外科心法要诀》记载的枯筋箭，也是疣，即西医所称的寻常疣。

四、肛门病类

痔　痔有峙突的意思，凡肛门和耳、鼻孔窍等处，有小肉突起者，都可称痔。《医学纲目》说：“如大泽之中有小山突出为痔。在人九窍中，凡有小肉突出皆曰痔，不独生于肛门边。”如生于鼻腔内的称鼻痔（鼻息肉）；生于耳道内的称耳痔（耳道息肉）；生于肛门齿线上的称内痔。此外，尚有以病变形态而命名的，如葡萄痔（属血栓外痔一类）、珊瑚痔、樱桃痔（属直肠息肉一类）等。由于痔的发病以肛门部较为多见，故归属在肛门病类。

漏　凡溃疡疮孔处流脓经久淋漓不止，好像滴漏一样，故名曰漏，是以症状命名。漏的含义，包括两种不同性质的病理改变，一为现称的瘘管，是指体表与脏腑之间的病理性管道，具有内口和外口；一为窦道，指深部组织通向体表的病理性盲管，一般只具有一个外口。两者在外口部均有脓水经久淋漓不止。如肛漏是属瘘管；它如瘰疬溃破后之成漏，以及乳痈合并之乳漏等均为窦道。

肛裂　是指肛管内深及全层皮肤的棱形裂口。有关肛裂的病名，在古代外科专著中未有记载，而对其症状及发病原因等，在《外科心法要诀》痔疮中提及：“肛门围绕，折、纹破裂，便结者，火燥也”。

肛门周围痈疽　是指肛门周围的急性化脓性炎症。它包括肛门周围多种疾病，如生于肛门内外的肛门痈；生于会阴部的悬痈；生于尾骨略上的坐马痈；生于尾膂穴高骨上的鹳口疽

等。这些痈疽溃后久不收口，大多形成肛瘘，故统称为肛门周围痈疽。即西医所称的肛门直肠周围脓肿。

脱肛《证治要诀》说：“肛门者，大肠之下截也”，故大肠之下截脱出谓之脱肛。以解剖部位来说，是指直肠粘膜或直肠壁的全层脱出。

五、肿瘤类

瘿　　瘿如缨络之状而得名，病变多发于颈部结喉正中之处。古代文献中分有五瘿，凡局部皮色不变漫肿不痛，皮宽不急，按之软绵者称“气瘿”(单纯性甲状腺肿）；或有结块能随吞咽动作而上下移动，始终不溃者称“肉瘿”（甲状腺腺瘤或囊肿）；结块按之坚硬如石，表面凹凸不平,随吞咽动作的移动性减少或推之不移者称“石瘿”至于“筋骨(脉)呈露曰筋瘿”;“赤脉交结曰血瘿”，此两瘿皆为气瘿与石瘿的合并症。

瘤　　凡瘀血、浊气、痰滞停留于人体组织之中，因其聚而成形结成块物者称为瘤。本病随处可生，发于皮肉筋骨之内，中医文献中分有六瘤，即气瘤（神经纤维瘤）、肉瘤（脂肪瘤）、筋瘤(静脉曲张)、血瘤(海绵状血管瘤)、骨瘤(骨瘤、骨肉瘤)、脂瘤(皮脂腺囊肿)。

岩　　凡病变部肿块坚硬如石，高低不平，状似岩突，破溃后疮口中间凹陷很深，形如岩穴，故名岩。生于乳房的称乳岩；生于阴茎部的称肾岩（阴茎癌）；生于唇部的称唇岩等，岩与癌同。

失荣　为颈部的恶性肿瘤。常发于颈部两侧或耳的前后，肿块坚硬如石，推之不移，病的后期，患者面容消瘦，状如树木失去荣华，枝枯皮焦而命名。即西医所称的颈部淋巴结继发或原发恶性肿瘤。

翻花疮　为皮肤肿瘤，以其病损部位溃破之后，不能愈合，胬肉突出疮口外翻，好似花蕊一般，头大根小，一旦碰伤，流血不止。它相当于西医所称的鳞状上皮癌、基底细胞癌及良性乳头状瘤等。

锁肛痔　为肛门部的恶性肿瘤，凡直肠内赘生物堵塞肛道，引起肛门狭窄，犹如块物锁住肛门者,称锁肛痔。《外科大成》说“锁肛痔,肛门内外如竹节锁紧,形如海蜇,里急后重,便粪细而带扁，时流臭水……。”大多是指肛管直肠癌晚期。

六、其他类

风“风为百病之长”，故外科以风来取名的疾病很多，病种也很广泛，包括疮疡、皮肤、口腔、肛门等疾病。如破伤风、骨槽风(下颌骨骨髓炎)、麻风、白癜风、鹅掌风(手癣)、喉风(喉头水肿）、唇风（剥脱性唇炎）、肠风（便血、肛旁脓肿）等。这些以风取名的疾病有共同特点就是多与风邪有关，多数为起病较急，发展较快的急性疾患。

毒　　外科以毒来取名的疾病很多，且病种庞杂，不能代表某一种性质的疾病。如委中毒(腘窝部急性淋巴结炎)、时毒(流行性腮腺炎)、便毒(腹股沟淋巴结炎)、阴毒(恶性肿瘤)、丹毒、眼胞菌毒等。此外，对某些外科疾病，一时不能定出确切的病名，也常用毒来取名，如无名肿毒、胎毒、痧毒等。由于以毒取名的疾患不能概括某一性质的疾病，故临床已较少应用。

痰　　以痰取名的外科疾病大多发于皮里膜外，肿硬似馒，皮色不变，按之有囊性感，将溃皮色转为暗红，溃后，或出粘液，或脓中夹有败絮样物质等表现。因此，以痰取名的疾病，归纳起来大致相当于西医的两大类疾病，一类是结核性疾病，如流痰（骨关节结核）、肾俞虚痰（腰

部冷脓肿）、穿拐痰（踝关节结核）、乳痰（乳房部结核）；一类是腺体性的囊肿性疾病，如痰包（舌下腺囊肿）、痰瘤（颌下腺囊肿）等。

以上介绍了历代著作中比较常用的一些病名，加以分类释义，作为初学之用。

第三章　外科疾病的辨病与辨证

第一节　辨病与辨证相结合

中医外科诊疗疾病的特点是辨病与辨证相结合，先辨病，后辨证。每一疾病都有各自的病名，如有头疽、红丝疔、蛇串疮等。因此在临诊时，应先辨病，明确诊断。但同一疾病在发病不同阶段，或由于患者的个体差异，其临床症状迥异，治法也不相同，故在辨病基础上尚需辨证。

辨病就是辨识具体的疾病，任何疾病都有一定的临床特点，其发生发展及转归、预后也有一定的规律。辨病的目的在于掌握疾病发生发展的规律、与相关疾病的鉴别诊断，如局部红肿热痛是阳证疮疡的共同特征，而痈是局部光软无头，结块范围多在 6～9cm 左右，易脓、易溃、易敛，一般不会造成陷证。有头疽初起即在肿块上有粟米状脓头，疮面渐渐腐烂，形似蜂窝，范围常超过 9cm，难脓、难溃，常可合并内陷。肉瘿与石瘿均为瘿，但前者是良性肿瘤，后者是恶性肿瘤，其转归预后绝然不同，必须及早分明。在外科领域中，辨病尤为重要。

辨证是在中医辨证理论指导下，运用正确的思维方法和“四珍”来收集与疾病有关的临床资料，然后依据八纲辨证、藏象学说、病邪学说、经络学说等进行综合分析和归纳，进而对其病变的病因病位、病变机理、功能状态及演变趋势等作出综合性的评定，从而得出一个证的概念。外科疾病多有局部症状及体征，因此辨证不仅要辨全身症状，还要辨局部症状。如流痰发病缓慢，局部不红不热，化脓也迟，溃后脓稀薄如痰，不易收口，以阳证阴证来辨属阴证。但结合全身症状来辨，病的后期，如日渐消瘦，精神萎顿，面色无华，形体畏寒，心悸，失眠，自汗，舌淡红，苔薄白，脉细或虚大者，属气血两亏 如午后潮热，夜间盗汗，口燥咽干，食欲减退，或咳嗽痰血，舌红少苔，脉细数者，属阴虚火旺。又如脱疽，根据疾病发展和临床表现特点，临床上常分为寒湿阻络、血脉瘀阻、湿热毒盛、热毒伤阴、气血两虚。

第二节　四诊在外科辨病辨证中的应用

望、闻、问、切四诊，是诊断外科疾病的重要手段。四诊的内容虽有不同，但彼此之间是互相联系而不可分割的，在四诊时必须互相参合，进行综合分析，方能对疾病作出正确的诊断和辨证。现将四诊在外科学的应用特点分述于下。

一、望诊

望诊是通过医者的视觉，观察患者的局部和全身情况，主要有望局部病变、望精神、望形态、望舌苔等几方面。

（一）局部病变　外科疾病，首先反映在体表，且有局部病变，以资辨别。某些疾病有其好发部位，如疔疮多发于面部手足，冻疮好发于暴露部位或四肢末端，蛇串疮常发于胁肋部，白

疖好发于头皮、四肢伸侧。疮疡之病，以未溃者称“肿疡”，已溃者称“溃疡”。凡肿疡红者多为热证；白者多为寒证；青紫色多为血瘀；黑色者为死肌。岩性溃疡，疮面多呈翻花或如岩穴，有的溃疡底部见有珍珠样结节，疮周色泽暗红，内有紫黑腐坏组织，渗流血水。臁疮溃疡边缘起有缸口，周围皮肤乌黑。瘰疬的疮口呈有空腔，疮面肉色不鲜，脓水稀薄，并夹有败絮状物等。如阳证溃疡未脓而突然疮陷色暗，是走黄、内陷的征象；阴证溃疡疮色紫暗，则为难愈、难敛的现象。

（二)精神　主要望患者的精神状态,对判断疾病的预后有一定关系。《洞天奥旨》说:“疮疡形容憔悴,精神昏短……者死。”又说:“疮疡奇痛奇疼而有神气,此生之机也。”凡患者精神振作,形容自如,目光有神,呼吸均匀,是正气未衰,无论新久疾病,皆属佳兆。若精神萎顿,形容憔悴，目陷精暗，呼吸急促或不均匀，是正气已衰，不论急慢性疾病，均属凶险。若神识昏糊不清，烦躁不安，为邪入营分，毒传心包的表现，多见于疔疮走黄、有头疽内陷。精神失常，如系统性红蝴蝶疮见此证候，为病情危重，预后较差。

（三）形态　是观察患者的外形体态。若患者行路脚跻者，多为下肢筋骨关节有病；驼背者，多为脊椎有病。若颈项强硬不能转侧者，提示颈项部有病变，如有头疽、颈痈。若患者以手托下颌，而呈颈缩俯形之态，多为颈椎流痰。妇女手托乳房缓慢而行者，多为乳痈。其他如脸若狮面，眉毛脱落者是麻风。总之，形态异常能提示病变的所在，有助于诊断。

（四）舌苔　包括观察舌质、舌苔和舌的形态三方面的变化。舌为心之苗，苔为胃气之反应，因此脏腑气血的虚实，病邪的深浅，津液的盈亏，均在舌质和舌苔上表现出来。如舌质红，在外科急性病见之多属热证；慢性疾病见之则多属阴虚；红而起刺者属热极；红而干燥者属热盛而津液不足，舌绛为邪热入于营分，多见于疔疮走黄、有头疽内陷。舌质淡白，一般多为气血两虚；如淡白而胖，多属阳虚，多见于疮疡溃后，脓出过多的患者，或为慢性消耗性疾病，如流痰。舌胖嫩而舌边有齿痕，多属气虚、阳虚，系统性红蝴蝶疮后期或应用大剂量激素之后，常能见到此种舌质形态。舌光如镜，舌质红绛，伴有口糜，为病久阴伤胃虚或应用大剂量抗生素之后，也能见到此种舌质。青紫舌，多属瘀血征象，常见于瘀血流注。白苔，见于外科疾病兼有表证，或属寒证，或属脾胃有湿。黄苔多为邪热蕴结，疮疡在化脓阶段多见此苔。腻苔，多为湿重的征象，白腻为寒湿，黄腻为湿热。若黄腻不化，舌绛起刺，体温升高，疮疡兼见疮陷色暗，则为病情恶化或并发内陷、走黄之象。黑苔有寒热之分，热者是苔黑乌燥，为热极似火，火过炭黑所致；寒者是苔黑而薄湿润，为阳虚极寒，命门火衰，黑色上泛所致。

二、闻诊

闻诊包括听与嗅两方面的内容，一是以听觉来听辨患者的声音，如语言、呼吸、呕吐、呃逆等；二是以嗅觉来嗅辨患者分泌物的气味，如脓液、痰涕等。

(一)听声音

1. 语言　患者谵语狂言，多是疮疡、热毒走黄或内陷的证候之一；呻吟呼号，为疮疡毒势鸱张或溃烂时出现剧烈疼痛的表现。常见于指疔、有头疽等酿脓期、岩症晚期、脱疽后期等。

2. 呼吸　患者气粗喘急，是走黄或内陷，毒邪传肺的危重证候之一；气息低促，是正气不足的虚脱现象，多见于久病之人，如岩症晚期等。若急性病患者，由气粗喘息转为气息低促，为正气已伤，病情也更为危重。

3. 呕吐、呃逆　在疾病的不同阶段见到呕吐、呃逆，其发生原因也截然不同，肿疡初起见之，多为热毒炽盛；溃疡后期见之，多为阴伤胃虚。若岩症晚期而见呃逆，为胃气已绝，预后不良。

（二）嗅气味　主要是嗅辨脓液。溃疡脓无特殊气味者，容易痊愈；如脓液腥臭难闻，病在深里，则较难愈。如肛门直肠周围痈疽溃脓臭秽，则易成瘘管。儿童头部糜烂结有黄痂，伴有鼠尿臭者是头癣。小腿部腐烂坏死，有浅棕色混浊稀薄脓液，并有恶臭气味者，可能是烂疔。其他如已损骨之指疔、脂瘤等其脓腋及分泌物也多带有臭秽。

三、问诊

问诊是通过询问患者或了解患者的家属，以得知疾病的发生经过和症状。问诊的顺序，包括现病史，如主要明显的痛苦感觉，发病日期，发病时的初起症状和病情演变情况，发病的可能原因和诱因，发病后的治疗经过（包括药物、手术、X 线摄片、病理切片、其他各项检验等）。还应追询与现病有关的过去史，家庭中有无遗传性或传染性疾病，以及其他的个人史如月经、胎产、职业等。外科疾病虽然有形可见，但对痛痒等自觉症状必须通过问诊，从患者诉述中得知。现将与外科有关的问诊内容分述于下。

（一）问寒热　形寒发热是人体与疾病抗争的反应，外科疾病一有寒热，标志着病邪鸱盛。发热通常可分为三期，即上升期、持续期、下降期，这与疮疡病程演变的初、中、后期相一致。如疮疡阳证，初起体温逐渐上升，常在 37.5～38℃，多因火毒内发，外感风邪所致。如寒多热少，为风寒表证；热多寒少，为风温表证。中期发热持续不退，常为 38～39℃ ,兼之疮疡肿势渐渐增大，这是酿脓的现象。后期，脓毒已泄，发热逐渐下降，是属一般正常规律。若脓泄而发热依然不退，是为毒邪未去，正不胜邪。若疮疡中、后期，出现寒战高热，多为毒邪走黄或内陷。疮疡阴证，初起一般多不发热，中期可有低热，后期则往来潮热。

（二）问汗液　若痈证而见汗出热退，是邪随汗泄，为消散的现象；如汗出热不退，是邪盛难消，为酿脓的表现。如暑湿流注，汗出热不退，除有酿脓之变外，还应考虑有续发的可能。如流痰、瘰疬等病出现潮热、盗汗或自汗，多是阴虚火旺或气血不足的现象，而且两者常相互为患。

（三）问饮食　渴喜引饮，多为热重；渴不多饮，多为湿重。纳食有味，为脾胃运化功能正常，病情较轻；纳食不思，为脾胃已衰，病情较重或疮疡病势进展。瘿疹常与食海鱼、虾、蟹等有关。

（四）问二便　大便秘结，小便短赤黄浊，为火毒湿热内盛的现象；如大便溏薄，小便清长，为寒湿内蕴的表现。大便长期秘结，带血色鲜，便时疼痛，多为内痔、肛裂之症。大便形状变细，次数增多，有里急后重，排便不尽感，粪便内有血、脓、粘液，并有特殊臭味，为肛管直肠癌之症状。

（五）问病因或诱因　　如因感受疫畜特殊之毒，每易发生疫疔。因受针尖、竹木或鱼骨刺伤，易发生手足疔疮。如因接触漆器，而禀性不耐者，每易发生漆疮。因服用某些药物，而禀性不耐者，可发生药毒。

（六）问旧病　如肛漏、瘰疬、流痰患者曾经患过肺痨病，一般治疗比较困难。痈、有头疽、疔疮、疖病等患者以往有过消渴证，一般症情较重，顽固难愈。肝肾宿疾而功能不佳者，对砒制剂的外用内服，以及黄药子的内服均属禁忌。

（七）问职业　有许多皮肤病，常与个人劳动职业有关。如渔民、机器制造工人、染匠，常发生皲裂疮。畜牧业或皮毛制革等工作者，易发生疫疔。长期站立工作者，易发生筋瘤。

（八）问妇女月经　乳癖，常伴月经不调，且在经前出现乳房胀痛、肿块增大，经后胀痛消失或减轻，肿块缩小。有些瘾疹常在月经前数天开始出现风团，并随月经的干净而消失，常伴有痛经或月经不调。外科内服药物，一般多用破瘀活血、行气通络之品，有碍胎气和影响经信，若不加询问而草率施用，可能造成堕胎和崩漏之弊。

（九）问家族　如麻风、疥疮、头癣等，可由家人相互传染而来。患乳癖如有乳房癌家族史者容易癌变。白疕部分患者有家族遗传史。

（十）问不洁性交　梅毒、淋病、尖锐湿疣可有不洁性交引起。

四、切诊

切诊包括切脉（脉诊）和触诊两大类。

（一）脉诊　外科疾病的发生与全身脏腑气血等有着密切的关系，它虽有局部症状可以进行辨证，但如不切脉，就无法详细辨识病情的变化。正如《疡医选粹》说：“痈疽固有形之病，目可得而识也。其真元之虚实，治法泻补，不脉何以知之。”扼要地说明脉诊对诊断及治疗均有指导意义。在此仅将与外科有关常见的脉象归纳分述于下。

1．浮脉　肿疡脉浮有力，为风寒、风热在表，或为风热邪毒客于上部；脉浮无力，为气血不足；溃疡脉浮，若非外感之邪未净，则有续发的可能；若外感之邪已散，疡无续发则为气从外泄，是正虚而邪未去。

2．沉脉　肿疡脉沉，是邪气深闭，病在深部，为寒凝络道，气血壅塞；溃疡脉沉，是遗毒在内，气血凝滞未解。

3．迟脉　肿疡多为寒邪内蕴，气血衰少；溃疡脉迟，多是脓毒已泄，邪去正衰。

4．数脉　肿疡脉数，为热邪蕴结，其势正盛，或为酿脓；溃疡脉数，为热邪未净，毒邪未化，正气已衰。

5．滑脉　肿疡脉滑而数，为热盛，为有痰，或为酿脓；溃疡脉滑而大，为热邪未退，或痰多气虚。

6．涩脉　肿疡脉涩，为实邪窒塞，气血凝滞；溃疡脉涩，为阴血不足之象。

7．大脉　肿疡脉大，为邪盛正实；溃疡脉大，为邪盛病进，其毒难化。

8．小脉　肿疡脉见细小，为正不胜邪；溃疡脉细而小，大多属气血两虚。

以上所述为临床常见的八种脉象，八脉之中可以单见，也可兼见。如浮数互见属表病，沉迟互见属里病。并以浮数滑大为阳脉，多属热、属实、属阳；沉迟涩小为阴脉，多属寒、属虚、属阴。一般热实阳证易愈，寒虚阴证难治。

切脉时还须辨明有力与无力，有余与不足，方可得出正确的诊断。一般来说，外科疾病在未溃之前，正是邪盛的时候，应该见有余之脉；已溃之后为邪去正衰之际，应该见不足之脉，这是正常的现象。若未溃时见不足之脉，如虚、弱、细、缓等脉，则为气血衰弱，毒深邪盛；已溃之后见有余之脉，如实、洪、弦、紧等脉，则为邪盛气滞难化。这都是不正常的现象。若外科疾病在肿疡或溃疡之时，见到结、代之脉，属气血衰弱，寒痰瘀血凝滞，为不良现象；若在痛极之时，也可偶而出现结、代之脉，但不一定是坏象。不论肿疡、溃疡而见散、促之脉，为气血衰竭，脏腑之气将绝，且病邪尚在进展，预后每多不良。脉诊中除首先诊察脉象外，近年来对脉率也

非常重视，它对诊断疮疡的转归（发展或向愈）有一定的临床价值。如阳证，初期一般脉率稍带数，常在 80～84 次／分；中期（化脓期）病情进展，则脉率较快，可在 84～100 次／分 后期（溃后）和中期肿疡渐消之时，症情向愈，则脉率由数转缓，一般在 72 次／分。若症情恶化，并发走黄或内陷，则脉率由数转快，在 100～120 次／分，甚至更疾。阴证脉率，初期一般较缓，常在 72 次／分以下；中期症情发展，脉率由缓转数，可在 80～100 次／分；后期或中期症情向愈，则脉率由数逐渐转缓；若症情进展，脉率由数转为更数，常在 100～120 次／分。流痰，若脉率由快转缓，病情趋向好转，红细胞沉降率大多由高转低，骨部 X 线摄片也见改善；反之，则为病情进展。已成为基本规律。皮肤病中系统性红蝴蝶狼疮，凡脉率由缓转快，表示病情尚未控制有发展趋势；反之，由快转慢，则表示病情稳定与好转。

总之，脉诊是四诊中重要诊断方法之一，但必须结合望、闻、问三诊同时进行，才能全面深入地分析疾病的病因，确定病证的性质，从而得到正确的诊断，指导具体的治疗。此外，如遇脉证不符的情况，有时要舍证从脉，有时要舍脉从证。疮疡后期已见腐脱新生，而脉结代或散促，属正气内竭，预后恐有凶变，不能因局部无凶象而等闲视之，这是舍证从脉；又如痈疽初起，偶见脉伏，伏脉本凶，但其症状不重，全身情况良好者，则非危象，此伏脉是正被邪遏，一时所见，预后仍佳，这时舍脉从证。

（二）触诊　触诊是利用手的感觉触摸病变局部进行诊断的一种方法，外科疾病大多在体表有形可见，因此通过触诊检查可以确定疾病的性质。如触及有明显肿块，界限分明，高肿，灼热，轻按即痛，重按剧痛拒按者，多为阳证、实证；如触之无明显肿块，或肿块界限不清，平塌漫肿，不热或微热，重按隐痛或不痛，或喜按者，多为阴证、虚证。如触及肿块高低不平，坚硬如石，推之不移，表面与皮肤粘连，多属岩性肿块，常见的有乳岩、失荣、石瘿等病；如肿块表面光滑，硬而不坚或质软如棉，或按之有囊性感，根脚活动，不与皮肤粘连者，多为良性肿瘤之肿块或为囊肿，常见的有肉瘿、乳核、气瘤、脂瘤等病；如肿块柔软，按之能暂时消失，放手后即回复，或按压肿块处有明显搏动感，为血瘤。疮疡按之坚硬而无应指的为无脓；按之如鼓而应指的为有脓。按触皮肤，麻木不仁而无感觉者可能为麻风；触及指趾冰冷，且趺阳脉搏动微弱或消失者为脱疽。此外，肛指检查，对肛管直肠癌的诊断是很重要的。

第三节　　辨阴证阳证

阴阳是八纲辨证中的纲领，欲使外科疾病的辨证正确，首先必须辨清其阴阳属性，是阳证，还是阴证。兹将辨别阴证、阳证的要点分述于下。

1. 发病缓急　急性发作的病属阳；慢性发作的病属阴。
2. 病位深浅　病发于皮肉的属阳；发于筋骨的属阴。
3. 皮肤颜色　红活燉赤的属阳；紫暗或皮色不变的属阴。
4. 皮肤温度　灼热的属阳；不热或微热的属阴。
5. 肿形高度　肿胀形势高起的属阳；平坦下陷的属阴。
6. 肿胀范围　肿胀局限，根脚收束的属阳；肿胀范围不局限，根脚散漫的属阴。
7. 肿块硬度　肿块软硬适度，溃后渐消的属阳；坚硬如石，或柔软如棉的属阴。
8. 疼痛感觉　疼痛比较剧烈的属阳；不痛、隐痛、痠痛或抽痛的属阴。
9. 脓液稀稠　溃后脓液稠厚的属阳；稀薄或纯血水的属阴。

10. 病程长短　阳证的病程比较短；阴证的病程比较长。

11. 全身症状　　阳证初起常伴有形寒发热，口渴，纳呆，大便秘结，小便短赤，溃后症状逐渐消失；阴证初起一般无明显症状，酿脓期常有骨蒸潮热，颧红，或面色㿠白，神疲，自汗，盗汗等症状，溃脓后更甚。

12. 预后顺逆　　阳证易消、易溃、易敛，预后多顺（良好）阴证难消、难溃、难敛，预后多逆（不良）。

辨阴证阳证是以类比的方法将常见的一些症状，概括地分别归纳为阴阳两类，而且大多是以疮疡为代表。在辨证过程中，不要拘泥于一点，要全面进行综合分析，由于每一个病的症状表现复杂，而且病情又在不断发展和变化，所以一个病所表现的症状，往往是许多症状综合在一起，因而就不会纯粹地表现出阳证或阴证，而是阴中有阳，阳中有阴，且疾病的属阴属阳不是固定不变的，而是随着病情的变化而转化，有因误治而阳证转为阴证的，有初起阳证日久正虚而变为阴证的，亦有因治之得法而阴证变为阳证的。如高年有头疽的患者，局部疮形平塌漫肿，本因正气不足，常不能托毒外出，在治疗中或误行汗下，或过敷寒凉药物，病邪即可由表入里，以致肿而难溃，溃而难敛，此病本属阳证，但因误治而由阳证转为阴证；或有头疽初起本属阳证，因病久脓血大泄而正虚不复，从而由阳转阴，反之也因治之得法，经使用补托之法，病邪由里向外，使正虚渐复，使阴转阳。因此，在辨阴证阳证的过程中，不能从一时表面现象着眼，要作深入的分析，了解症状的主要方面，疾病的性质及全部过程，从各方面掌握辨证方法，这样才不会被一时的假象所掩盖。只有这样，才能作出正确的辨证，以提供有效的治疗方法。

第四节　　辨肿、痛、痒、脓、麻木

外科疾患中的疮疡与皮肤病，局部必有不同程度的自觉症状与他觉症状，主要包括肿、痛、痒、脓、麻木以及皮肤病的各种损害，引起这些症状的原因不同，程度相异。因此根据这些不同情况，可以分辨疾病的性质，便于诊断和治疗。但应注意这些症状不是孤立的，必须综合起来进行辨证，才能抓住引起这种证候的主要因素，为治疗提供依据。

一、辨肿

肿是由各种致病因素引起的经络阻隔、气血凝滞而成的。而肿势的缓急、集散，常为判断病情虚实、轻重的依据。由于患者体质的强弱与致病原因的不同，发生肿的症状也有所差异。

（一）以其外因来辨

1. 局限性　红肿高突，根围收束，不甚平坦，多为实证、阳证。

2. 弥漫性　肿势平坦，散漫不聚，边界不清。阳证见之，为邪甚毒势不聚；阴证见之，为气血不充。

3. 全身性　疮疡溃后而见头面、手足虚浮，由于脓出过多，病久气血大耗，脾阳不振所致。

肿的外形，一般来说，凡病发在皮肤浅表、肌肉之间的，肿势高突而带焮红，发病较快，并有易脓、易溃、易敛的特点。若病发在筋骨、关节之间，肿势平坦而皮色不变，发病较缓，并有难脓、难溃、难敛的特点。

（二)以其成因来辨

1．火　肿而色红，皮薄光泽，燃热疼痛。

2．寒　肿而木硬，皮色不泽，不红不热，常伴有痠痛。

3．风漫肿宣浮，或游走无定，不红微热，轻微疼痛。

4．湿　肿而皮肉重垂胀急，深则按之如烂棉不起，浅则光亮如水疱，破流黄水，浸淫皮肤。

5．痰　肿势或软如棉馒，或硬如结核，不红不热。

6．气　肿势皮紧内软，不红不热，常随喜怒消长。

7．郁结　肿势坚硬如石，或边缘有棱角，形如岩突，不红不热。

8．瘀血　肿而胀急，色初暗褐，后转青紫，逐渐变黄消退。

（三）以其部位和色泽来辨　　由于发病部位的局部组织有疏松和致密的不同，肿的情况也有差异，如病发于手掌、足底等处，因病处组织较疏松，肿势易于蔓延，其肿处每较他处为大而明显；手指部因组织致密，故局部肿势不甚，但其疼痛剧烈；大腿部由于肌肉丰厚，肿势虽甚，但外观不明显，故在检查时需与健侧进行比较，必要时以皮尺测量腿围，以求得正确的诊断。一般浅表的疮肿以赤色为多；而患在深部的，则以皮色不变者居多，及至脓熟仅透红一点。如疔疮、有头疽等病，在未溃脓时，由红肿色鲜转向暗红而无光泽，由高肿转为平塌下陷，这是毒已走黄或内陷之危象。

二、辨痛

痛是由多种因素导致气血凝滞，阻塞不通而成。痛为疾病的警号，也是疮疡最普遍出现的自觉症状，而疼痛增剧与减轻又常为病势进展与消退的标志。由于患者邪正盛衰与痛的原因不一，还有发病部位的深浅不同，而疼痛的发作情况也有所不同。因此，欲了解和掌握疼痛的情况，还应从引起疼痛的原因、发作情况、疼痛性状等方面进一步辨认，同时痛也要与肿结合起来辨。

（一）以其疼痛原因来辨

1．热　　皮色燃红，灼热疼痛，遇冷则痛减。

2．寒　皮色不红，不热，痠痛，得温则痛缓。

3．风　痛无定处，忽彼忽此，走注甚速。

4．气　攻痛无常，时感抽掣，喜缓怒甚。

5．化脓　肿势急胀，痛无止时，如有鸡啄，按之中软应指。

6．瘀血　初起隐痛，微胀，微热，皮色暗褐，继则皮色青紫而胀痛。

（二）以其疼痛发作情况来辨

1．卒痛　　突然发作，疼痛急剧，多见于急性疾患。

2．持续痛　　痛无休止，持续不减，多见于阳证未溃前。痛势缓和，持续较久，多见于阴证初起。

（三）以其疼痛性质来辨

1．刺痛　　痛如针刺，病变多在皮肤，如蛇串疮。

2．灼痛　　痛而有灼热感，病变多在肌肤，如疖、有头疽、颜面疔、丹毒等。

3．裂痛　　痛如撕裂，病变多在皮肉，如肛裂、手足皲裂较深者。