



中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等中医药院校规划教材
“十二五”江苏省高等学校重点教材

案例版TM

供五年制、七年制中医药学各专业使用

中医外科学

第2版

主 编 潘立群 裴晓华



科学出版社

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等中医药院校规划教材
“十二五”江苏省高等学校重点教材（编号：2013-1-141）

案例版TM

供五年制、七年制中医药学各专业使用

中医外科学

第2版

主 编 潘立群 裴晓华

（以下按姓氏笔画排序）

副主编 于庆生 王 军 朱晓男 杨素清 宋爱莉
陈海军 欧 春 赵建更 曾庆琪

编 委 于庆生 马朝群 王 军 卢子杰 成秀梅
朱 勇 朱 震 朱晓男 刘晓菲 闫景东
安月鹏 李 鑫 李大勇 李永刚 杨素清
宋爱莉 谷云飞 张 琦 陈海军 欧 春
金保方 赵建更 施 义 姚 昶 徐 阳
徐 彦 徐 晋 郭 顺 梁 晨 曾庆琪
裴晓华 樊 练 潘立群 薛建国 魏跃钢

秘 书 郭 顺

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本教材为第2版,是“中国科学院教材建设专家委员会规划教材”、“‘十二五’江苏省高等学校重点教材”之一。根据模拟教学的原则,在第1版的基础上进一步将临床案例设计为“虚拟病人”,学生为“虚拟医生”,教师则是沟通这两者的思维指导者。由此展开的临床分析被演绎为一个渐进的序贯过程,以“演变与对策”的方式实现。这种与当代中医外科临床直接接轨的模拟教学设计是本版教材的特色。内容更准确地反映当代中医外科学的学术内涵,加强了病机和内、外治法系统属性的描述。全书上下两篇,共分14章,主要阐述了发展简史及相关理论要点、病机、辨证治法以及外科常见病的临床诊治全过程。

本教材可供高等中医药院校中医、中西医结合、针灸等专业五年制、七年制学生教学使用,也适用于高年级学生临床实习用书。

图书在版编目(CIP)数据

中医外科学/潘立群,裴晓华主编.—2版.—北京:科学出版社,2015.6
中国科学院教材建设专家委员会规划教材 全国高等中医药院校规划教材 “十二五”江苏省高等学校重点教材

ISBN 978-7-03-044606-0

I. 中… II. ①潘… ②裴… III. 中医外科学—医学院校—教材
IV. R26

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第124799号

责任编辑:郭海燕/责任校对:朱光兰

责任印制:肖 兴/封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

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>

大厂书文印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007年7月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2015年6月第 二 版 印张:23 1/2

2015年6月第三次印刷 字数:584 000

定价:59.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

第2版序

模拟教学体系中的案例式教学法 (case-based teaching) 起源于 20 世纪 20 年代, 由美国哈佛商学院首创, 其案例都是来自于商业管理中的真实事件, 通过情境和思维的模拟教学, 培养学生解决实际问题的能力。其后于 60 年代, 该教学法由加拿大麦克玛斯特大学医学院引入医学教育领域, 更多地使用于临床教学, 具有研究型学习 (case study) 的特点。其基本教学步骤一般按照“发现问题—分析问题—解决问题”的方式展开。而中医学的核心内涵是病机的主体地位及其审证求因、审因论治的构建过程, 就过程的表现形式而言与上述教学模式具有相似性, 因此将案例式教材作为中医教学的载体是继承与发展, 坚守与创新的有益探索, 这在中医临床课程的建设中尤为重要。

根据模拟教学的原则, 本版教材在第 1 版的基础上进一步将临床案例 (病例) 设计为“虚拟病人”, 学生为“虚拟医生”, 教师是沟通这两者的思维指导者而不是单纯的说教者; 由此展开的临证分析被演绎为一个渐进的序贯过程, 以“演变与对策”的方式实现。这种与当代中医外科临床直接接轨的模拟教学设计是本版教材的特色。

2007 年科学出版社从医学教育的根本宗旨——培养医学生的临床能力出发组织出版了案例版教材; 经过 8 年的教学实践证明这是很有意义的工作, 对于学生中医临床能力的培养起到了积极的作用, 在业界获得了认同。因此, 本教材于 2011 年被确定为“江苏省精品教材”, 2013 年被遴选为“‘十二五’江苏省重点教材建设项目”, 但是依然存在着缺点和不足之处, 尤其是在体现中医原创性学术思想和当代中医外科临床实践方面尚不能令人满意。为了更准确地反映当代中医外科学的学术内涵, 在科学出版社的组织下我们对原书内容进行了修订。在总论中强化了经典著作对于中医外科学理论奠基作用的表述, 将第二章“病因病理”改为“病机”, 确立其作为中医学核心内涵的地位。加强了内、外治法系统属性的描述, 增加了“内外治法相匹配”一节。在各论中着重对各病种的临证表现和相关病机的确立进行了修订, 根据当代中医外科临床实践的具体变化对若干章节做了较大幅度的增删调整, 以冀为本学科在新时期的发展作出力所能及的贡献。

综上所述, 本版教材定位于临床应用类型, 适用于本科高年级临床实习前的强化教学和训练, 更适合本科的床边教学以及长学制本科和研究生的教学。

经编委会全体同仁一年的努力, 第 2 版通过了“十二五”江苏省高等学校重点教材建设专家委员会的审定, 获准出版。在此对所有参与、支持本教材编写、出版工作的专家和工作人员表示衷心的感谢, 也感谢第 1 版全体编委的辛勤劳动。然由于水平所限, 错误与讹漏之处在所难免, 敬请同道批评斧正。

潘立群

2015 年 3 月于南京中医药大学

第 1 版序

案例教学 (case-based teaching, CBT) 和以问题为中心的教学 (problem-based learning, PBL) 是 20 世纪 60 年代欧美医学教育改革取得的成果, 并成为医学教育的主流。两者的共同点都是首先提出一个案例 (问题), 再围绕这个案例展开讨论。

中医临床思维的核心思想或曰基本属性是审证求因。何谓“审证求因”? 古代文献中无此专有名词, 其意首见《伤寒论》。张仲景在太阳篇中言及“坏病”时谓: “太阳病三日, 已发汗, 若吐若下若温针仍不解者, 此为坏病, 桂枝不中与也。观其脉证, 知犯何逆, 随证治之。”张仲景要审的是“太阳坏病”的脉证, 寻求的是此坏病的病因, 然后随证治之即辨证施治。这就是“观其脉证, 知犯何逆, 随证治之”的本意, 后世对此多有引申。迨至 20 世纪 50 年代在高等中医药院校的教材中方才明确提出了“审证求因, 审因论治”的概念。这一概念已经牢牢地抓住了中医临床思维的实质, 临证首抓症候群, 然后围绕症候群展开思维, 得出辨证结果即证候。这里的证候与上述的 case and problem 都指的是发生在当时的, 需要予以解决的一个临床案例 (问题), 中西医之间在这一点上真可谓具有异曲同工之妙, 说明了西医教育正努力地挣脱由 Flexner 在 20 世纪初叶所倡导的“以学科为基础”的课程模式, 向着综合、整体的方向转轨, 而中医的审证求因思辨观本身就具有这一特色, 中医案例版教材正是以审证求因思辨观作为指导思想的。就中医外科学而言, 其学术特点是: 审证求因, 理法方药的统一性, 整体辨证与局部辨证的相结合, 以此构建中医外科学的整体观。

科学出版社从医学教育的根本宗旨——培养医学生的临床能力出发, 组织了案例版教材的编写, 这是很有意义的工作。中医外科学的一批同仁集自身之学识和数十年的教学、科研、医疗工作经验, 几经披阅撰成此书, 为本学科的发展作出了力所能及的贡献。然由于时间仓促, 水平有限, 错误与疏漏在所难免, 敬请同道不吝斧正和赐教。(注: 在各论各章的节级标题中, 前为中医病名, 括号内为西医病名)

潘立群

2007 年 4 月于南京中医药大学

目 录

上篇 总 论

第一章 发展简史及相关理论要点·····	(3)	第二节 外科病机的构建·····	(13)
第一节 中医外科学整体观的形成·····	(3)	第三节 病机总结·····	(22)
第二节 坚实的理论基础·····	(6)	第三章 辨证·····	(23)
第三节 临证思维的典范·····	(7)	第一节 整体辨证·····	(23)
第四节 灿烂的手术文明与启示·····	(8)	第二节 局部辨证·····	(26)
第二章 病机·····	(11)	第四章 治法·····	(31)
第一节 病机述要·····	(11)	第一节 内治法·····	(31)
		第二节 外治法·····	(35)

下篇 各 论

第五章 疮疡·····	(45)	第六节 乳衄·····	(101)
第一节 概述·····	(45)	第七节 乳癆·····	(104)
第二节 疔病·····	(46)	第八节 乳病·····	(107)
第三节 颜面疔疮·····	(49)	第七章 瘰·····	(112)
第四节 蛇头疔·····	(52)	第一节 概述·····	(112)
第五节 颈痈·····	(56)	第二节 气瘰·····	(114)
第六节 有头疽·····	(59)	第三节 肉瘰·····	(116)
第七节 丹毒·····	(63)	第四节 瘰癧·····	(119)
第八节 臀痈·····	(66)	第八章 外伤疾病·····	(124)
第九节 瘰癧·····	(69)	第一节 概述·····	(124)
第十节 流痰·····	(73)	第二节 毒蛇咬伤·····	(125)
第十一节 窦道·····	(78)	第三节 疯犬伤·····	(130)
第十二节 褥疮·····	(81)	第四节 冻疮·····	(135)
第六章 乳房疾病·····	(85)	第五节 烧伤·····	(138)
第一节 概述·····	(85)	第六节 破伤风·····	(144)
第二节 乳痈·····	(87)	第九章 肿瘤术后·····	(149)
第三节 乳癖·····	(91)	第一节 概述·····	(149)
第四节 乳核·····	(95)	第二节 石瘰·····	(152)
第五节 粉刺性乳痈·····	(97)	第三节 乳岩·····	(155)

第四节 噎膈·····	(160)	第一节 概述·····	(269)
第五节 反胃·····	(165)	第二节 痔·····	(271)
第六节 肝积·····	(169)	第三节 息肉痔·····	(275)
第七节 尿血·····	(173)	第四节 肛窦炎·····	(278)
第八节 精室岩·····	(176)	第五节 肛痈·····	(280)
第九节 锁肛痔·····	(180)	第六节 肛漏·····	(284)
第十章 急腹症·····	(185)	第七节 钩肠痔·····	(288)
第一节 概述·····	(185)	第八节 脱肛·····	(292)
第二节 肠痈·····	(189)	第九节 便秘·····	(294)
第三节 肠结·····	(193)	第十四章 皮肤病及性传播疾病·····	(299)
第四节 心脾痛·····	(197)	第一节 概述·····	(299)
第五节 胁痛胆胀·····	(201)	第二节 蛇串疮·····	(304)
第六节 厥心痛·····	(205)	第三节 脚湿气·····	(307)
第十一章 男性病·····	(210)	第四节 湿疮·····	(311)
第一节 概述·····	(210)	第五节 药毒·····	(314)
第二节 阳痿·····	(212)	第六节 瘾疹·····	(318)
第三节 早泄·····	(215)	第七节 牛皮癣·····	(321)
第四节 男性不育·····	(218)	第八节 白疔·····	(325)
第五节 精浊·····	(222)	第九节 粉刺·····	(330)
第六节 子痈·····	(225)	第十节 猫眼疮·····	(334)
第七节 血精·····	(228)	第十一节 瓜藤缠·····	(337)
第八节 精癯·····	(232)	第十二节 油风·····	(340)
第九节 石淋·····	(235)	第十三节 黧黑斑·····	(344)
第十二章 周围血管病·····	(240)	第十四节 风热疮·····	(346)
第一节 概述·····	(240)	第十五节 风瘙痒·····	(349)
第二节 股肿·····	(245)	第十六节 扁瘡·····	(352)
第三节 青蛇毒·····	(248)	第十七节 臊瘡·····	(354)
第四节 筋瘤·····	(252)	第十八节 花柳毒淋·····	(357)
第五节 臁疮·····	(255)	第十九节 疳疮、杨梅疮、杨梅 结毒·····	(360)
第六节 脱疽·····	(258)		
第十三章 肛门直肠疾病·····	(269)		
附 方剂索引·····	(364)		

上篇 总 论

第一章 发展简史及相关理论要点

第一节 中医外科学整体观的形成

任何学科一般都经历了起源、形成、发展、成熟四个历史时期，各个时期的实践和理论都有其独立的篇章，各篇章之间存在着内在的联系，这种联系的基础和源动力是每一片历史天空下生产力和生产关系之间的矛盾运动。因此考察作为文化母体派生的文化现象——医学及其历史时，就应该站在这一基础上进行学习和总结才是符合历史唯物主义的科学态度，中医外科学也是如此。

一、起源时期

原始人类在与大自然的交流中所产生的本能医学反映出了整体观的原始形态。这是一种不自由的必然，是脱胎于动物的人所具有的动物本能反应，瑞士医史学家 Henry Ernest Sigerist 在《西医文化史·人与医学》一书中指出：“外科的干预属于最古老的治疗措施，它也是源自本能。出于本能，进入体内的一根棘刺或者任何别的异物都会被取出来；还有，本能也教我们用按压来止血。”同样，鲁迅在《南腔北调集·经验》中也曾生动地描述过中华民族先人早期医药实践的艰辛探索：“大约古人一有病，最初只好这样尝一点，那样尝一点，吃了毒的就死，吃了不相干的就无效，有的竟吃到了对证的就好起来，于是知道这是对于某一种病痛的药。这样地累积下去，乃有草创的纪录。”这就是本能医学，起源时期的中医外科学属于这一范畴。

二、形成时期

春秋至汉末中医外科学进入了形成时期。此时医学已摆脱了本能越过经验走向了理性，其整体观便是古典理性医学的特征。Sigerist 在其代表作《伟大的医生》中写道：“健康取决于一种体内的平衡状态，这种平衡遭受干扰便产生了疾病。《希波克拉底文集》的作者们对此享有共识。”这种相似性在人类文明史的早期，东西方医学著作中有着众多的记述。1973 年长沙马王堆 3 号汉墓出土的《五十二病方》约成书于公元前 3 世纪或更早，这是我国迄今为止发现最早的医学百科全书，其中载有大量的外科内容。在有关疽病的治疗中已鲜明地表述出辨证施治的整体观内容，而牝痔、牡痔的手术记载则是中华民族手术文明史中的不朽篇章。

公元前 8 ~ 前 2 世纪是形成时期的重要阶段，此正值春秋战国至汉武盛世，这是我国历史上的大变革时代。由于铁器和牛耕取代了青铜器，私田制取代了井田制，促使生产力获得了极大发展，中国社会从奴隶制进入了封建制，新兴地主阶级登上了历史舞台；文化作为其上层建筑理所当然表现出现实批判和革新创造的能动性，所以学术思想异常活跃，这就是历史上著名的“诸子蜂起，百家争鸣”时期。在西方，这一时期被德国哲学家、心理学家 Karl Jaspers 称之为“轴心时代”。在北纬 30 度区间上下，从东方到西方，人类挣脱了原始文明的束缚，精神世界获得了空前突破和超越，产生了宗教和众多的精神领袖，奠定了影响至今的文明基石。《黄帝内经》就诞生在如此辉煌的时代，必然带有该时代的鲜明特征，这从《灵枢·痈疽第八十一》有关外科病机的叙述中可窥一斑。那百余字里行间所张扬的进取精神以及深入其中直面急难危重症挑战的临床

实践凸显了以病机为主体地位的科学价值,从中使我们认识到之所以有如此成就,乃由其深厚的文化基因使然,这就是基于发生学原理的东方哲学及其象思维的系统属性——从《素问·至真要大论》有关病机十九条的叙述中,我们可以深刻地感悟到这一点。同样,这一时期的外科临床实践也是名家辈出,丰富多彩,《史记·扁鹊仓公列传》中不仅叙述了名医扁鹊(秦越人)、仓公(淳于意)的内、外、妇、儿科临床实践,也记载了俞跗的手术成就。

汉末,张仲景所著《伤寒杂病论》在继承内经等先秦、秦汉时期理论医学的基础上,确立了中医辨证论治的完整体系,“审证求因,审因论治”的基本思想发端于“桂枝汤证坏病”有关“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的叙述中。该书多篇涉及外科临床,其中有关“狐惑病”、“寒疝”的描述是世界医学史上的首次报道,它所体现出的临证思想已有很鲜明的审证求因特色。仲景所阐明的理论尤其是阳明病篇的系统论述及其所创制的大量方剂是当代中医外科急腹症的理论基础和有效治疗手段,“阳明之为病,胃家实是也”是总纲而“太阳阳明者,脾约是也;正阳阳明者,胃家实是也;少阳阳明者,发汗利小便已,胃中燥烦实,大便难是也。”则是经典的审证求因辨证观了。而在理法方药的使用方面则当推《金匮要略·疮痍肠痍浸淫病脉证并治第十八》为外科名篇,其中“大黄牡丹汤”以其深邃的理论功底,严谨的审证求因,规范的制方原则,显著的临床疗效而成就其千古名方的地位。这一时期的外科临床也得到了长足的发展,华佗是世界公认的在全麻条件下开展胃肠手术和死骨剔除术的第一人,被尊为外科鼻祖;而淳于衍被《后汉书·外戚传》称为“女医”、“乳医”,是我国有记载的第一位乳腺病专科医师。

三、发展时期

两晋至宋元中医外科学步入了发展时期,分为两个阶段。其一为两晋至隋唐是临床实践多样性阶段,先后出版了《刘涓子鬼遗方》,解决了局部辨脓、切开排脓、汞制剂治疗皮肤病等具体问题。《肘后方》首载碘制剂治疗甲状腺疾病的经验,其用疯狗脑防治狂犬病的记载开创了临床免疫学的先河。《诸病源候论》显现出分析还原的思想光辉,已明确提出疥疮的病因是疥虫,在当时的科技条件下能有如此定性准确的病因学认识,甚为罕见。此外,还有对油漆过敏导致皮肤疾病的描述,明确指出原因是其人“禀性畏漆故也”,免疫性疾病的本质昭然若揭。同时,该书在手术学的创新方面也有骄人的成就,详细介绍了大网膜脱出回纳术和肠吻合术,说明当时的外科手术水平已达到了相当的高度。作为隋唐三大医著之一的《千金要方》已使用脏器疗法治疗诸如夜盲症、干脚气(维生素A、维生素D缺乏症)、甲状腺肿等疾病,某些方面已体现出对因治疗的端倪。可是最令人叹为观止的还是孙思邈在世界医学史上首创的导尿术,虽然囿于农业生产力的限制,所使用的材料是“葱管(苔)”,但早于欧洲一千多年的创新思维显示了中华民族的聪明才智。所有这些临床实践,都是当时临床医学最高水平的体现,为其后的理论发展,整体观的形成奠定了基础。

发展期的第二阶段是宋元时期,中医外科学步入了理论创新阶段。正是由上述临床实践的铺垫,才可能有宋代外科学在理论方面尤其是整体观方面的创新。具体表现在重视整体与局部的病机关系,追求扶正与祛邪的相结合。在东轩居士《卫济宝书》五善五恶判断预后的基础上,《圣济总录》将其发展为五善七恶,充分体现出整体与局部辨证相结合的学术思想,具有重要的意义。这一时期的代表人物是陈自明,他在《外科精要》序中尖锐地指出了外科界中“少有精妙能究方论者。闻读其书,又不能探赜索隐,及至临病之际,仓卒之间,无非对病阅方,遍试诸药……多是庸俗不通文理之人。一见文繁,即便厌弃。”由此,大力推崇建立在整体观之上的审证求因,审因论治思维方法,尤其主张在中期使用内托法。他写道:“若病急而元气实者,先治其标;病缓而元气虚者,先治其本;或病急而元气更虚者,必先治本而兼以治标。大抵肿高焮痛,

脓水稠黏者元气未损也，治之则易。漫肿微痛，脓水清稀者，元气虚弱也，治之则难……若肿高焮痛者，先用仙方活命饮，后用托里消毒散，漫肿微痛者，宜托里散。”至此可见陈自明已完成了整体观思想尤其是内托法的思考。迨至元代，以齐德之为代表的一代医家继承了宋医学的上述思想，齐氏在其名著《外科精义》的卷上篇中说：“取《黄帝内经》、《难经》、《灵枢》、《甲乙》及叔和、仲景、扁鹊、华佗、《千金》、《外台》、《圣惠》、《总录》，古今名医诸家方论之中，诊候疮肿之说，简编类次，贯成篇帙。首载诊候入式之法，次论血气色脉参应之源，后明脉之名状，所主证候及疮肿逆从之方，庶使为疮肿科者，览此则判然可晓，了无凝滞于胸次”从而使整体观成为了外科临床工作的指导思想。为了这一思想的实现，他在该书之始竟用了七个篇章叙述外科脉学，占了卷上篇五分之二篇幅，这在历代医学著作中是罕见的，从而使外科整体观理论向着临床实用化方向迈进了一大步。在上述医学思想形成的过程中，宋、元外科医家继续在临床实践创新方面进行探索，发明了许多新疗法、新器材。特别是元，危亦林氏的《世医得效方》是我国第一部创伤外科学专著，载有详细的全麻药和在全麻条件下完整的骨科手术记录以及多种手术器械。至此，中医外科学完成了整体观思维框架的构建，初步体现出整体和局部辨证相结合的学术特点，为明清时期中医外科学的成熟奠定了基础。

四、成熟时期

明清是中医外科学的成熟时期，其标志是三大学术流派的出现与学术争鸣格局的形成。以明·东海人陈实功（字毓仁）《外科正宗》为代表的正宗派，以清·吴县人王维德（字洪绪）《外科全生集》为代表的全生派，以清·锡山人高秉钧（字锦庭）《疡科心得集》为代表的心得派，都从各自的学术领域发展了中医外科学的整体观。陈实功创造性的继承了宋金元医学在这方面的思想，尤其重视气血在外科疾病中的作用与地位，从藏府辨证的角度，将病位落实于脾胃，此乃因“盖疮全赖脾土”。他说：“脾胃盛则多食而易饥，其人自肥，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妥”。由此他认为：“治外较难于治内，内之证或不及其外，外之证则必根于其内也。”将局部与整体的关系以藏府辨证的形式明确地肯定下来，这是中医外科学步入成熟殿堂的显著标志。王维德提出了以阴阳为主的辨证体系，主张以“阳和通腠，温补气血”之法治疗外科疾病的早期，从理论和学术渊源方面继承了内经的思想。《灵枢·痈疽第八十一》以“寒邪”作为外科疾病初期病机——气滞血瘀的符号，意在与热邪作出对应。王氏上述学术思想正是针对这一点而提出，其意在于疾病之初尚无热象之时，不宜妄用清热之法，保持寒热之间的动态平衡正是整体观在治疗学方面的体现。阳和通腠之“腠”乃指皮肉之间，从病机角度言指在初期，以阳和之法温补气血，目的在于疏通气血亦即消除初期以“寒邪”表征的气血凝滞病机，此即“以消为贵”的本意。王维德在这一点上可谓是创新性地运用和发展了内经的思想，但“以托为畏”却暴露出王氏的局限性，他把“阳和通腠，温补气血”这一理论过度的夸大了，夸大到了反对使用托法和手术的地步，即使在脓肿期依然以消为贵，这一点与内经思想是相悖的。因为此时如果不托毒排脓则一如痈疽篇所言会出现热毒炽盛直至藏伤而死的不良后果。高秉钧引进了温病三焦辨证学说，结合审证求因之辨证观，创立了上中下三部分因说。他在《疡科心得集》中说“盖以疡科之证，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。其间即有互变，十证中不过一二。”这是基于临床实践，在外科整体观的指导下，吸收新兴温病学理论总结思考的结果。在上述理论创新的同时，高秉钧把许多温病方剂引进外科临床，使用犀角地黄汤、紫雪丹、至宝丹等治疗疗疮走黄、疽毒内陷一类的外科重病，这在临床治疗特别是在抢救危重急症方面极大地丰富了外科的内治法，体现出整体观的思想光辉。此外，高氏在鉴别诊断方面

也作出了开创性的工作, 其在该书例言中说, “集论列诸证, 不循疡科书旧例, 每以两证互相发明而治法昭然若揭。” 以此作为体例, 这是前辈医学著作中所没有的, 可见《疡科心得集》在外科整体观方面的研究已经相当深入。上述成就充分说明了明清外科学已从学术体系的层面完成了整体观的构建。

第二节 坚实的理论基础

《灵枢·痈疽第八十一》: “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, 不得复反故痈肿。寒气化为热, 热盛则腐肉, 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。”

这一段内经原文是对外科病机的准确描述。从气滞血瘀的肿疡到瘀滞化热的脓疡, 再到脓疡内溃, 热与脓相合生为毒, 由此而有热毒炽盛, 耗伤阴津, 引动肝风之变; 肝肾同源, 则可致热毒伤肾, 重创肾主水的功能; 若进一步发展, 因“肾者主蛰, 封藏之本, 精之处也”则热毒必殃及精髓, 肾之精髓消殒, 其命危矣。这是从病程的发展阶段和藏府功能受损角度而言。如从气血运行视角看, 当脓无出路, 内溃入里, 则必致热毒鸱张而扩入营血, 伤津耗血以致血枯凝结, 无力滋润肌肤筋骨而现极度消瘦羸弱之象。当热毒弥漫三焦则进一步毁损经脉, 败血外溢, 瘀斑遍布, 此时热毒便可直陷藏府, 出现五藏功能的败坏而致病人死亡。

征之于现代外科临床, 这是一幅从一般感染到全身感染再到 DIC 引发 MOF 直至 shock 死亡的生动写照。之所以有如此的认识, 就是遵循了以病机为主体地位的审证求因思维法则的结果。所谓审证求因就是在分析了一组相应的临床症候群之后抽象出病机的过程, 其表现形式就是一个非还原定性、非精确定量的符号, 如风、寒、暑、湿、燥、火、气、瘀、痰、饮、毒等。如果不遵循这样的思辨法则, 必然将这些符号物质化, 计量化, 这是还原论的特色, 若用在这里, 岂不笑话? 例如上述的“寒邪”, 若给予还原定性的话, 那岂不是把外科疾病的始因都归于寒了吗? 寒之当令季节是冬, 那么外科疾病岂不都发生在冬季了吗? 这显然是巨大的悖论。究其原因, 上述推理沿用的是人们习以为常的还原论和形式逻辑的演绎而非中医的系统观和象思维的内证, 因此是错误的。那么这“寒”是什么呢? 这是病机, 而非气候的定性。从系统原理而论, 中医外科初、中、后三期病程是序贯联系的, 即初期是中期的起始, 中期是初期的后续, 中、后期的关系依然。其二, 寒与热的关系也是相关联系的, 两者除了互为反义之外, 更多的是具有内在相互转变的关系, 热是寒发展的结果。其三, 何为热? “热胜则腐肉, 肉腐则为脓”。对于脓肿的经典描述具有公理性, 这就是“红、肿、热、痛、化脓”; 也是“热”这一病机审证求因的依据。其四, 寒对于热而言是反义, 那么其相对的辨证依据——临床表现亦应相反。简言之就是: 不“红、肿、热、痛、化脓”即局部不红或微红, 不肿或微肿, 不热, 不痛或微痛或痒而绝对不化脓的外科疾病局部初期的表现, 这就是“寒”这一病机的临证内涵。如此说理就有一通百通之感, 就有中医学是扎根于临床实践深厚土壤之中的充足理由感和自信感。

再如, “脓不写则烂筋, 筋烂则伤骨, 骨伤则髓消。” 这里的筋、骨、髓若给予还原定性则有如下的解释: 脓液得不到引流外泄则腐烂肌腱, 肌腱烂了就会腐蚀骨骼, 骨骼腐蚀了就会消融骨髓。我们不否认在化脓性疾病过程中可以直观地看到上述腐败的肌腱、骨骼等, 但怎么可能会出现这样按部就班的腐烂过程? 从临床实际来看, 在急性化脓期, 哪怕是急性血源性化脓性骨髓炎一般在发病的 4 周内也是难以在脓液中见到腐败脱落的死骨的。而将髓定性为骨髓, 则完全不能解释清楚黄骨髓与脂肪、红骨髓与血红蛋白、肌红蛋白之间的区别, 这种差强人意说辞的后果, 只能被人得出“中医不科学或伪科学”的结论。而问题的症结却在于这一判断所使用的方法不是

中医这一科学体系所属有的，而是近代科技主义信奉的还原论思维和形式逻辑的顽强表现。如果用中医固有的系统方法论——审证求因的临证思维来分析则筋、骨、髓就是病机符号，就是一组递进的急性化脓性感染所导致的高热临床症候群的抽象。所谓“烂筋”是病机，是指肝主筋功能丧失后的肢体拘急、痉挛甚至角弓反张，这是高热惊厥抽搐的表现；病机表述应是：脓不泻而入里则热毒炽盛，引动肝风而失主筋之变。当病情严重程度递进后由“伤骨”引申出主骨的肾，其与热毒炽盛病机相关的变化更多的是主水功能的恶化；并由此直指封藏之本：先天之精，生命之本的丧失——“髓消”即死亡。我们从“血枯空虚”到“经脉败漏”再到“熏于五藏”的病机描述中看到的不就是极类似于 DIC 到 MOF 直至死亡的生动写照吗？如果不把这些视作以病机为主体的审证求因抽象而是定性定量的具象分析则“熏于五藏”只能被解释为熏烤“心脏，肝脏……”，如此等等岂非笑话，这就是当代中医学面对的困境。中西医学这两种不同的科学体系及其方法论在理论和实践上的差距是如此之大，而在治疗对象和实现目标方面又是这样的一致，恰似一个两端各趋于一点而中间分道扬镳的橄榄核，折射出中、西医在哲学基础、认识论、临床思维方面的巨大差异和潜在互补性。这是当代中医学面对的重大理论与实践问题，不应回避，也回避不了。因此保持中医思维的原创性、独立性和创新性是当代中医学包括中医外科学必须坚守的原则与底线。

第三节 临证思维的典范

张仲景在《金匮要略·疮痍肠痍浸淫病脉证并治第十八》中有关肠痍的论述是指导中医临床尤其是中医外科临床辨证施治的经典文献，体现出理法方药的统一性，这是病机学说实用化的重要原则。

一、大黄牡丹汤证

大黄牡丹汤证谓：“肠痍者，少腹肿痞，按之即痛如淋，小便自调。时时发热，复恶寒，自汗出。其脉迟紧者，脓未成，可下之，当有血；脉洪数者，脓已成，不可下也，大黄牡丹汤主之。”从文中“少腹肿痞，按之即痛如淋”可知下腹部出现一无实质性肿块但按之即痛的部位；“之”，指示代词，指代某一特定不变的位置，即固定不移的疼痛——定痛，这是主证。“小便自调”，鉴别诊断，提示这一定痛不是与小便相关的“淋证”。“时时发热，复恶寒，自汗出”是与表证相鉴别。定痛者，审证求因，瘀血病机也。脉诊参之：紧者主瘀、主痛，佐证了上述主证为痛，病机为瘀的判断。迟者主里，主寒。“里”指藏府，与上述表证相鉴别呼应；句首有“肠痍者，少腹肿痞”，故可确定其病位是肠府。仲景遵循了《灵枢·痈疽第八十一》有关“寒”的学术思想，认定为疾病的早期，即气滞血瘀阶段，与热无必然关系；即导致此“寒”的原因可为热亦可为非热——其他病邪。言此是提醒读者：肠痍不等于“阑尾炎”，而西医“炎”的中医对应“病机”也不等于“热”；科学地把握中、西医之间病机与病理的区别是现代中医的基本功。由此，脉证合参，故曰“脓未成，可下之，当有血”，而这正合痈疽篇中的“血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反故痈肿”之意，因此该证病机为肠府瘀血，其基础应是以“寒”为表征的本病早期临床症候群——由少腹肿痞到定痛的过程。

如果上述内容按西医的临床思维来解读，这血就是物质性的，是可被还原定性，精确定量的。如此则有用大黄牡丹汤泻下后可见血便的结论，这显然是违背临床常识，十分荒唐可笑的低级错误。若据此再来评判中医“不科学”则非但低级，简直就是“滑天下之大稽”的笑料了。究其原因，乃由其临床思维之不匹配使然；用西医的思维方法解读中医的问题必然出错。若按中医审证

求因的临证思维则如上所述之“血”是病机，其内涵是一组临床症候群——“少腹肿痞，按之即痛如淋”。也就是说，用大黄牡丹汤泻下后少腹部的定痛就随泻下的药物一起排出体外——定痛消失了。如把肠痈大致对应为急性阑尾炎则该定痛点可设为麦氏点，此处的压痛即为 McBurney's sign 阳性，这是诊断急性阑尾炎的主要依据。当服用大黄牡丹汤泻下后定痛随之而消失，亦即 McBurney's sign 转阴，这就是泻下了“瘀血——定痛的病机。仲景所谓“当有血”的本意即在于此。由此，确立了大黄牡丹汤的方意是泻下瘀血。

“脉洪数者，脓已成，不可下也”，脉洪数，热盛大也，“热胜则腐肉，肉腐则为脓”。这种脓极有可能相当于西医的阑尾周围脓肿及其局限性腹膜炎。由于此时脓肿刚局限，从治疗学的角度而言应维护这种局限，以达到限制炎症，促进吸收的目的，所以非手术应是该阶段的主要治法，否则极有可能造成炎症的扩散，导致肠漏的发生。同理，中医的泻下法也可造成肠管蠕动的加剧，其生物力学模式的改变主要集中在两个方面：其一，平滑肌收缩力的加强；其二，集团性推送频次的增加。这些改变将破坏阑尾脓肿的局限，也能导致肠漏的发生。所以张仲景的结论是：“脓已成，不可下也。”这说明中、西医的交汇之处存在于治疗目的的一致性，这应该是中西医并重，相互配合一个值得推荐的切入点。

基于临床主证“少腹肿痞，按之即痛如淋”，审证求因抽象出病机：肠府瘀血（理）；审因论治确立治则：泻下瘀血（法）；据法选方：大黄牡丹汤（方）；由方定药：生大黄^{后下}、芒硝^{冲服}、桃仁、丹皮、冬瓜仁……（药）。这就是理法方药的统一性，是中医临证的主要原则。

二、薏苡附子败酱散证

薏苡附子败酱散证谓：“肠痈之为病，其身甲错。腹皮急，按之濡；如肿状，腹无积聚；身无热，脉数。此为肠内有痈脓，薏苡附子败酱散主之。”

本方药物：薏苡仁、附子、败酱草。该方的方意为何呢？分析如下：

其一，从方论的叙述中可以看出其身甲错是肌肤皱褶粗糙，气血不荣之象，说明具有虚的一面。《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》：“五劳虚极羸瘦，腹满不能饮食，食伤，忧伤，饮伤，房室伤，饥伤，劳伤，经络荣卫气伤。内有干血，肌肤甲错，两目黯黑。缓中补虚，大黄廑虫丸主之”就是这方面的说明。

其二，腹皮急，按之却濡软，此矛盾征象之一；如肿状，腹无积聚，此矛盾征象之二；身无热，脉数，此矛盾征象之三。有此矛盾之证，治亦矛盾之法，故其组方中附子、败酱草是温清并用，加上薏苡仁则有温阳而清化湿热之意，此阳乃阳虚之本，湿热当为肠腑湿热，因原文中有“此为肠内有痈脓”之故。对于这种阳虚而又湿热的矛盾病机，仲景采用温清并用，标本同治的反佐配伍之法，充分体现出其建立在审证求因病机构建基础上的高超的临证辨治能力，是为后学之典范。当代中医名家余无言说过：“仲景伤寒及金匮，其主方均有颠扑不破之价值，药味少而配合奇，分量重而效力专，认证用药，八法具备，为世模范，至今不衰。”

第四节 灿烂的手术文明与启示

中医外科学曾创造了灿烂的手术文明。《五十二病方》是我国现存的第一部大型医学文献，其中详载“牝痔”、“牡痔”的手术方法。《灵枢·痈疽第八十一》叙述了脱疽的截肢疗法为世界医学之首创。汉末杰出的医学家华佗号称外科鼻祖，首开剖腹术之先河，是世界医学史公认的腹部外科奠基人。《后汉书·方技传》记载了他精湛的外科手术技巧：“若疾发结于内，针药所不能及者，乃令先以酒服麻沸散，即醉无所觉。因剖破腹背，抽割积聚，若在肠胃则断截湔洗，去除

疾秽，既而缝合，敷以神膏，四五日创愈，一月之间皆平复。”南北朝龚庆宣著《刘涓子鬼遗方》首次总结了我国军阵外科学的经验，其中提出的：“所破之法当在下，逆上破之，令脓得易出。”与现代外科的“低位、反挑、引流”切开排脓三大原则完全一致，对此，吴阶平院士曾给予高度的评价。隋·巢元方著《诸病源候论》，其中“金创肠断候”中首载肠吻合术，所介绍的吻合用缝合法极类似于当代外科的连续缝合法和8字间断缝合法。唐代大医学家孙思邈在《千金要方》中介绍了葱管（苔）导尿术，这是世界医学史上首次使用器械导尿的记录。西方只是在一千多年后的1860年才发明了橡胶管导尿术。10世纪的宋医学非常重视解剖学，宋庆历年间所绘制的《欧希范五脏图》是根据50具尸体的解剖而完成的。其后又有《存真图》以纠正前者的错误。而西方只是到了15世纪文艺复兴时期才重又迎了解剖学的春天。特别值得指出的是宋代外科学创用了烧灼法进行手术器械的消毒，这起码说明两点：①宋医学认识到外科感染源是一种可以用火焰焚毁的具有物质性的病邪，已具有分析、还原思维的雏形。②宋代手术器械使用了更为优质的钢材而非铁制造，否则极易变形而弃用。这是因为北宋继承了南北朝时期的灌钢法，并率先以煤作为燃料使熔炉温度得到极大的提高，加速了冶炼进程，获得了更为优质的钢材，之所以有如此成就，与当时领先于世界的发达科学技术水平不无关系，例如中国古代的四大发明，在宋代得到了极大的发展，火药被制作成火器成规模地用于作战始于宋代；指南针用于航海，制造出可以承载千余人的舰船发生在宋代；纸币的使用也源于11世纪的宋代，早于欧洲瑞典500多年，所以说宋代已出现了近代科技萌芽的端倪并不为过。元·危亦林所著《世医得效方》是我国第一部创伤外科学专著，他详细介绍了以乌头、曼陀罗为主的全麻药及麻醉注意事项和在全麻下施行骨外科手术的全过程。明代陈实功在其名著《外科正宗》中记载了14种手术，其中有气管吻合术及其抢救成功的实例。王肯堂在《证治准绳》中介绍了以“川乌、草乌、南星、半夏、川椒为末调擦”镇痛，用于局部手术的经验，这是局麻的首次报导。清·顾世澄在《疡医大全》中介绍了唇裂修补术，其方法与西医整形外科十分相近。中医外科学有过灿烂的手术文明，只是满清王朝的中后期，由于朝政腐败，列强入侵，才使我国沦为半殖民地半封建的社会，科学技术包括外科手术学均被窒息和禁锢，然而就是在这种形势下，清代民间依然蓬勃着外科手术的不灭之火，高文晋的《外科图说》是现存唯一的外科手术图谱，描绘了多种外科疾病的形态学特点及治疗方法；介绍了多种外科手术器械，与现代外科所用者有许多相似之处，令人叹为观止。著名医家王清任重视解剖学的研究，亲手解剖了100多具尸体，绘制了《亲见改正脏腑图》、据此著有《医林改错》，他说：“著书不明脏腑，岂不如痴人说梦话；治病不明脏腑，何异于盲子夜行。”对中医外科学做出了巨大的贡献。但是随着西风东渐，西医外科手术学裹挟于工业革命的大潮，占据了手术领域，中医外科学由于生产力的局限和自身的学术导向而逐步淡出了历史舞台，形成了以外治法为特色的整体辨治体系。我们在回顾历史后，应该得到如下的启示：

(1) 中医外科学有过灿烂的文明史和丰硕的成果，为中华民族的繁衍与进步做出了巨大的贡献，否认这一文明史的观点是错误的，因为它不仅否认了中医的一个重要组成部分，更是民族虚无主义的表现。

(2) 外科不单纯是手术，后者仅是前者的组成部分。保守和手术只是治疗手段的不同而已。科学的态度应是严格地把握手术与非手术的界限，这实际上是一个尽人皆知的科学道理。西医学在近半个世纪的迅猛发展后，实现了高度的分析，以基因组学、蛋白质组学、代谢组学为标志的生命科学成果把人类对于生命的认识带入到了一个前所未有的高度。在这样的背景下，如何区分与非人类生命的界限，把握人类生命的实质，是自然界给人类生命科学提出的新问题，其他科技领域也存在着类似的问题，这实质上是现代生产力对基于柏拉图学派理论的近代还原论提出的挑战。于是，以系统论、控制论、信息论、混沌学、非线性控制理论、复杂适应系统理论等为代表的现代系统科学应运而生，这是辩证法的法则，西医学不能摆脱科学这一总的发展趋势。被称为

现代科学革命“号手”的普里戈金说：“今天，我们的兴趣正从‘实体’转移到‘关系’，转移到‘时间’上来”。近几十年来连续登场的 evidence based medicine、translational medicine、patient report outcome、systems and network biology 等理论和实践模式都是西医学力求摆脱还原论束缚向着现代系统科学转轨的标志，体现出后基因组时代追求整合型大科学的强烈要求。于是，外科手术领域就出现了诸如乳腺癌的前哨淋巴结技术支撑下的保乳手术，各种腔镜手术和介入手术，微创化趋势正方兴未艾。可以预言，随着科技的发展，基因工程、组织工程、微型机器人介入技术等将实现人类实体瘤细胞的逆转和脏器的修复与重建，当前这种大规模摧毁式的根治术必将以“古典手术”的冠名而完成使命，载入史册。所以应客观、历史地看待手术的价值，才能跟上时代的潮流，为新兴外科手术学的创建和发展做出贡献。

(3) 中医外科学在其发展过程中发明和保存了丰富的外治法，具有便廉效验的特色。不仅可以外病外治，也可以内病外治，自古以来就是广泛运用于中医临床的治疗手段，具有其固有的适宜病种范畴。正如它不可能取代西医外科及其手术学一样，后者也不可能取代前者。在体表、体腔的复杂性窦漏、难愈性疮面、代谢性疾病的溃疡、肛门部疾病、大多数的皮肤疾病、泌尿、男科疾病以及骨折骨病、围手术期并发症的治疗与处理方面，中医外治法均显示出卓越的功效，尤其符合社区和新农合医疗的发展水平，对于合理使用卫生资源，巩固、普及、发展全民医疗保健具有积极的意义。

随着生命科学研究的蓬勃发展，如何在新兴外科手术学的创建和发展中充分研究、运用中医外治法的理论，发挥其自然疗法和绿色药物的优势，将传统的局限于体表的外治法引向体腔内，使之溶入新兴外科手术学体系，这无疑是极具挑战的课题，当代中医外科工作者在此方向上应该有大的作为。

当历史迈入 21 世纪时其主流医学是西医学。这是由当今工业和后工业化生产力的经济基础决定使然，并不以人的意志为转移。在此形势下，中医包括中医外科工作者应该如何面对，如何书写属于当代的中医外科学史？这是一个值得我们深思，无法回避的历史命题。交出一份满意的答卷，是我们学习发展简史的初衷。

(潘立群 裴晓华)