



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教材

供五年制、七年制中医学各专业使用



中医外科学

潘立群 崔学教 主编

外科正宗

進瘡口自斂若不務補托而誤用寒涼謂之遺
實而益實多致瘡毒內陷膿多臭穢甚則脈洪
真氣虛而死矣

瘡全賴脾土調理必要端詳

脾胃者脾為倉廩之官胃為水穀之海胃主司
一裏一納一消運行不息生化無窮至於周身
肢百骸五臟六腑皆藉此以生養又謂得土者
胃盛者則多食而力強失土者則少食而力弱



科学出版社

www.sciencep.com

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教材

案例版™

供五年制、七年制中医药学各专业使用

中医外科学

主 编 潘立群 崔学教

副主编 侯 勇 杨素清 吕延伟 赵建更

韩万峰 宋爱莉 欧 春

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 军(天津中医药大学)

卢子杰(南京中医药大学)

吕延伟(辽宁中医药大学)

朱晓男(辽宁中医药大学)

闫景东(黑龙江中医药大学)

杨素清(黑龙江中医药大学)

李 鑫(辽宁中医药大学)

李大勇(辽宁中医药大学)

李 琳(南京中医药大学)

宋爱莉(山东中医药大学)

张晓杰(山东中医药大学)

欧 春(浙江中医药大学)

赵建更(山西中医学院)

侯 勇(安徽中医学院)

施 义(南京中医药大学)

姚 昶(南京中医药大学)

徐发彬(广州中医药大学)

徐 彦(南京中医药大学)

崔学教(广州中医药大学)

阎应禄(长春中医药大学)

梁 栋(山东中医药大学)

葛琼翔(浙江中医药大学)

韩万峰(长春中医药大学)

樊 炼(南京中医药大学)

潘立群(南京中医药大学)

潘自皓(南京中医药大学)

魏 明(长春中医药大学)

科学出版社

北 京

中国高等中医药院校教材
中国高等中医药院校教材

郑重声明

为顺应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式,适应目前高等中医药院校的教育现状,提高教学质量,培养具有创新精神和创新能力中医人才,科学出版社在充分调研的基础上,引进国外先进的教学模式,独创案例与教学内容相结合的编写形式,组织编写了国内首套引领医学教育发展趋势的案例版教材。案例教学在中医药学教育中,是培养高素质、创新型和实用型人才的有效途径。

案例版教材版权所有,其内容和引用案例的编写模式受法律保护,一切抄袭、模仿和盗版等侵权行为及不正当竞争行为,将被追究法律责任。

图书在版编目(CIP)数据

中医外科学:案例版 / 潘立群, 崔学教主编. —北京: 科学出版社, 2007
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教材
ISBN 978-7-03-019159-5

I. 中… II. ①潘… ②崔… III. 中医外科学-中医学院-教材 IV. R26

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 089071 号

责任编辑: 方 霞 / 责任校对: 鲁 素

责任印制: 刘士平 / 封面设计: 黄 超

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>

铭浩彩色印装有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007 年 7 月第 一 版 开本: 850×1168 1/16

2007 年 7 月第一次印刷 印张: 13

印数: 1—4 000 字数: 458 000

定价: 25.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换〈环伟〉)

序 言

案例教学(case-based study, CBS)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

序 言

上 篇 总 论

第 1 章 发展史的若干问题	3
第一节 中医外科学整体观的形成	3
第二节 坚实的理论基础——《灵枢·痈疽第八十一》，兼谈审证求因思辨观的价值	4
第三节 辨证论治的典范——《金匱要略》之“大黄牡丹汤”证，再谈审证求因思辨观的价值	5
第四节 灿烂的手术文明与启示	5
第五节 中医外科学的学术特点	6

第 2 章 病因病理	7
第一节 病因	7
第二节 病理	11
第 3 章 辨证	12
第一节 整体辨证	12
第二节 局部辨证	14
第 4 章 治法	17
第一节 内治法	17
第二节 外治法	19

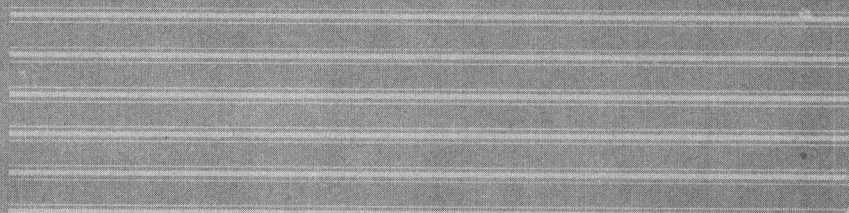
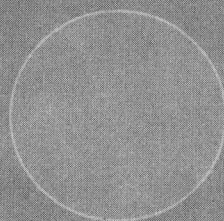
下 篇 各 论

第 5 章 疮疡	27
第一节 疔病(疔病)	28
第二节 颜面疔疮(疔)	29
第三节 蛇头疔(化脓性指头炎)	31
第四节 颈痈(颈部急性化脓性淋巴结炎)	33
第五节 有头疽(痈)	35
第六节 丹毒(网状淋巴管炎)	37
第七节 臀痈(臀部蜂窝组织炎)	39
第八节 瘰癧(颈部淋巴结结核)	40
第九节 窦道(窦道)	43
第十节 褥疮(褥疮)	45
第 6 章 乳房疾病	48
第一节 乳房疾病概述	48
第二节 乳痈(急性乳房炎)	51
第三节 乳癖(乳腺增生病)	54
第四节 乳核(乳腺纤维腺瘤)	57
第五节 粉刺性乳痈(浆细胞性乳腺炎)	58
第六节 乳衄(乳腺导管内乳头状瘤)	60

第七节 乳疔(男性乳腺异常发育症)	62
第八节 乳癆(乳房结核)	65
第九节 乳岩(乳腺癌)	67
第 7 章 瘰癧	72
第一节 瘰癧概述	72
第二节 气瘰(单纯性甲状腺肿)	73
第三节 肉瘰(甲状腺腺瘤)	74
第四节 瘰癧(急性甲状腺炎)	75
第 8 章 外伤疾病	78
第一节 毒蛇咬伤(毒蛇咬伤)	78
第二节 冻疮(冻疮)	81
第三节 烧伤(烧伤)	83
第四节 破伤风(破伤风)	87
第 9 章 瘤、岩	90
第 10 章 急腹症	94
第一节 急腹症概述	94
第二节 肠痈(急性阑尾炎)	96
第三节 肠结(急性肠梗阻)	99

第四节	厥心痛(急性胰腺炎)	102	第六节	肛痿(肛漏)	147
第五节	胆胀、黄疸(胆道感染与胆石病) ...	104	第七节	钩肠痔(肛裂)	150
第六节	厥心痛(急性穿孔)	107	第八节	脱肛(直肠脱垂)	152
第 11 章	男性病	110	第九节	锁肛痔(直肠癌)	153
第一节	男性病概述	110	第 14 章	皮肤病及性传播疾病	156
第二节	精浊(慢性前列腺炎)	111	第一节	皮肤病及性传播疾病概述	156
第三节	子痈(急性附睾睾丸炎)	113	第二节	蛇串疮(带状疱疹)	159
第四节	血精(精囊炎)	114	第三节	脚湿气(足癣)	161
第五节	男性不育(男性不育)	116	第四节	湿疮(急性湿疹)	163
第六节	精癰(良性前列腺增生症)	117	第五节	药毒(药疹)	164
第七节	石淋(尿路结石)	119	第六节	瘾疹(荨麻疹)	167
第 12 章	周围血管病	122	第七节	白疔(银屑病)	169
第一节	周围血管病概述	122	第八节	粉刺(寻常性痤疮)	171
第二节	股肿(下肢深静脉血栓形成)	125	第九节	猫眼疮(多形性红斑)	174
第三节	青蛇毒(血栓性静脉炎)	127	第十节	瓜藤缠(结节性红斑)	175
第四节	筋瘤(大隐静脉曲张)	128	第十一节	红蝴蝶疮(系统性红斑狼疮) ...	176
第五节	臁疮(慢性下肢溃疡)	130	第十二节	油风(斑秃)	178
第六节	脱疽(血栓闭塞性脉管炎)	132	第十三节	黧黑斑(黄褐斑)	180
第七节	脱疽(糖尿病足)	135	第十四节	风热疮(玫瑰糠疹)	181
第 13 章	肛门直肠疾病	139	第十五节	风瘙痒(皮肤瘙痒症)	182
第一节	肛门直肠疾病概述	139	第十六节	扁瘡(扁平疣)	184
第二节	痔(内痔)	139	第十七节	臊瘡(尖锐湿疣)	186
第三节	息肉痔(大肠息肉)	142	第十八节	花柳毒淋(淋病)	187
第四节	肛隐窝炎(肛隐窝炎)	144	第十九节	梅疮、杨梅疮、疳疮(梅毒)	189
第五节	肛痈(肛周脓肿)	145	第二十节	艾滋病	191
附 方剂索引		195			

上篇 总 论



第1章 发展史的若干问题

第一节 中医外科学 整体观的形成

在原始人类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的反映。医学史学家 Sigerist H. E. 在《原始社会医学》中说过:“当疾病侵害动物机体时,本能在某种特殊情况下,迫使身体达到克服损伤和恢复健康的要求。”这就是本能的整体观。所有医学,包括中医外科学在其起源时期均如此,概莫能外。

当医学摆脱了本能越过经验走向理性时,其整体观便是古典理性医学的特征。这一点不独中医具有,古代西医也是如此,希波克拉底曾明确指出:疾病不仅是某一器官的病变,也影响及整体。这种相似性在人类文明史的早期,公元前8~2世纪的东西方医学中有着众多的记述,其代表者就是《黄帝内经》和《希波克拉底文集》,此正值我国的春秋至秦汉,也是中医外科学的形成时期。这一时期的整体观首见于《灵枢·痈疽第八十一》有关外科病因病理的叙述中。该文从气滞血瘀的肿疡到瘀滞化热的脓疡,再及热毒炽盛的内窠溃疡,均从整体病机论述,其笔锋直指脓溃不出,扩入营血,内陷脏腑的危重症候,凸显了中医外科学整体观的特色,可以说这是一部充满战斗精神的巨著,它的视角关注于外科急难危重症候的救治,而后世医家只把溃疡后的气血虚弱作为该期的主要病机,以补法为主要治疗手段,这是对内经思想的背离。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,确立了中医临床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“太阳篇”的“观其脉证,知犯何逆,随证治之”之中。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《阳明篇》的系统论述及其所创制的大量方剂是当代中西医结合外科急腹症的理论基础和有效的治疗手段,“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的辨证观。在理法方药的使用方面则当推《疮痈肠痈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,流畅的行文风格而名垂史册。

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该期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,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》显现出分析还原论的思想光辉,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”,自身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。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管,虽然使用的材料是“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。正是有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联系,追求扶正与祛邪相结合。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辩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,仓促之间,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”。其大力推崇建立在整体观之上的辨证施治,尤其主张在中期使用内托法,书中写道:“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。”由此可见,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整体观思想。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。为了保证这一思想的实现,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的篇幅,这在历代医学著作中是罕见的。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,特别是元代危亦林氏的《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。

明清时期是中医外科学的成熟期,其标志是三大学术流派的出现与学术争鸣格局的形成。以陈实功《外科正宗》为代表的正宗派,以王维德《外科全生集》为代表的全生派,以高秉钧《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。陈实功创造性地继承了宋元医学在这方面的思想,将其落实到具体的脏腑——脾胃上,他说:“盖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。”“盖疮全赖脾土,调理必要端详。”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脏腑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明确标志。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。“阳和通腠,温补气血”之说正是针对这一点而提出的,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,从病机角度而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气血凝滞的病机,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“以托为贵”却暴露出王氏的局限性,他把“阳和通腠,温补气血”这一理论过度地夸大,夸大到反对使用托法和手术,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,则如《痈疽篇》所言会出现热毒炽盛直至脏伤而死的不良后果。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。”这实质上也是在温病理论指导下从整体角度思考的结果。在上述理论创新的同时,高锦庭把许多温

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等全身性外科感染,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了开创性的工作,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,说明《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上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》,兼谈 审证求因思辨观的价值

《灵枢·痈疽第八十一》:“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,热胜则肉腐,肉腐则为脓。脓不泻则烂筋,筋烂则伤骨,骨伤则髓消。不当骨空,不得泄泻,血枯空虚,则筋脉骨肉不相荣,经脉败漏,熏于五脏,脏伤故死矣。”

这一段《内经》原文是对外科病因病理的准确描述。从气滞血瘀的肿疡到瘀滞化热的脓疡,再到脓疡内溃,热与脓合生为毒,由此而有热毒炽盛,耗伤阴津,引动肝风之变;因肝肾同源,则可致热毒伤肾,重创肾主水的功能;若进一步发展,因肾为“封藏之本,精之处也”则热毒必殃及精髓,肾之精髓消陨,其病危矣。这是从病程的发展阶段和脏腑功能受损角度而言。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,此时热毒便可直陷脏腑,出现五脏功能的败坏而致病人死亡。

这是一幅从一般感染到全身感染,再到弥漫性出血、多脏器功能衰竭,直至休克、死亡的形象写照,充满了进取精神。

之所以有如上的认识,是遵循了审证求因的思维法则。审证求因除了其固有的系统控制属性外,还有一个显著的特点就是它的抽象性。这种抽象性表现为它的概念基本上都是一个符号,即一个非还原定性、非精确定量的符号。这个符号的内涵就是一组相应的临床证候群。所谓审证求因就是在分析了这组证候群之后得出病机,这个病机包括了病因、病位、病理联系,病机或病因的表现形式就是符号,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?这是形式逻辑的演绎,不是

中医的辨证思维,因此是错误的。再如,“脓不泻则烂筋,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:脓液得不到引流外泻则先腐烂肌腱,肌腱烂完了再腐蚀骨骼,骨骼腐蚀了再消髓。在一个感染化脓性疾病中,怎么可能会出现这样按部就班的腐烂过程?如用审证求因的方法来分析,则筋、骨、髓就是符号,就是一组临床证候群的抽象,人们看到的是肝主筋功能丧失后的肢体拘急、痉挛甚至是角弓反张,这是高热惊厥抽搐的表现;当病情严重程度递进后,肾主骨、主水功能的恶化,直至封藏之精——生命之本的丧失。我们从“血枯空虚”到“经脉败漏”再到“熏于五脏”的病机描述中看到的不正是 DIC 到 MOF 的生动写照吗?这两种分析在理论上的差距是如此之大,而在实践上又是这样接近,反映出中西医在哲学基础、认识论、临床思维方面的巨大差异。这是当前中医面临的一个重大的理论问题,不应回避,也回避不了。因此,重新审视中医外科学的临床现实,保持中医思维的独立性、创新性,是当代中医外科学工作者所面临的历史任务。

第三节 辨证论治的典范—— 《金匮要略》之“大黄牡丹汤”证, 再谈审证求因思辨观的价值

(一) 病机归纳

大黄牡丹汤证谓:“肠痈者,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”可知少腹部出现一按之即痛的部位,这是定痛。“小便自调”这是鉴别诊断,提示这一定痛不是淋证。“时时发热,复恶寒,自汗出”是与表证相鉴别,这是里证。定痛者,审证求因,瘀血也;脉诊佐之:迟者主里、主寒,紧者主瘀、主痛,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。“紧”亦佐证了这一判断,“里”指脏腑,句首有“肠痈者,少腹肿痞”,故可确定其病位是肠腑。脉证合参,故曰“脓未成,可下之,当有血”,因此,该证病机为:肠腑瘀血。

(二) “可下之,当有血”——这血如何界定

按西医的临床思维,这血是可被还原定性、精确定量的,是物质性的。如此理解,则有用大黄牡丹汤泻下后可见血便之结论。这是十分荒唐而可笑的。按中医审证求因的临床思维则如上所述,“血”只是符号,其内涵是一组临床证候群。在该条中,有关瘀血的审证依据是定痛——“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定为麦氏点,此处的压痛阳性即为 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,仲景所谓“当有血”的本意也许即在于此。由此,确立了大黄牡丹汤的方义是泻下瘀血。

(三) 脓成不可下议

“脉洪数者,脓已成,不可下也”,脉洪数,热胜也,热胜则肉腐,肉腐则为脓。这种脓极有可能相当于西医的阑尾脓肿及其局限性腹膜炎。由于此时脓肿局限,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,所以非手术治疗就是该阶段的主要原则。因为此时进行手术,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:①平滑肌的收缩力加强。②集团性推送频次增加。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。”这说明中西医的会合点在于治疗的目的是一致的,这应该是中西医结合研究的一个较为可靠的切入点。

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。春秋时期成书的《五十二病方》是我国现存的第一部大型医学文献,其中详载“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。隋代巢元方著《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开创了用烧灼法进行手术器械的消毒,这起码说明了两点:①宋医学已经认识到外科感染源是一种可以用火焰焚毁的邪气,具有物质性。②当时的手术器械已是钢制品,若非如此,

则铁制器械在火焰的烧灼下会变形,说明当时的冶炼技术已达到了相当的水平。之所以有如此成就,与当时发达的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,指南针直接用于航海,故引领当时世界航海潮流的也是宋代。因此,如果说宋代外科已初现了近代科技论的端倪也并不为过。元代危亦林所著《世医得效方》是我国第一部创伤外科学专著,他详细地介绍了以乌头、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,这是局麻的首次报道。清代顾世澄在《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》是现存的惟一的外科手术图谱,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》、《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。”对中医外科学作出了巨大的贡献。但是随着西风东渐,西医外科学裹挟着工业革命的大潮,占据了手术领域,中医外科学逐步淡出了历史舞台,形成了目前这种中西医并存的局面。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,有过完整的学术体系和丰硕的成果,为中华民族的繁衍与进步作出了巨大的贡献,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尖端成果把人类对于生命的认识带入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,这实质上是现代科学技术对以德莫克利特原子论为基础的近代科技主义认识论提出的挑战。于是,以系统论、控制论、信息论、混沌学、非线性系统等横断学科为代表的现代科学认识论应运而生,这就是辩证法的法则。西医学不能摆脱科学技术这一总的发展趋势,因此,基因工程、组织工程以及循证医学等新一代门类登场,这提示了西医学向整体观探索前行的态势已经确立。由此,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,为新兴外科学术的创建和发展作出贡献。

中医外科学在其发展的过程中发明和保存了丰富的外治法,这是中医外科学的特色,也是其外科学的重要组成部分。如何在新兴外科学术的创建和发展中充分研究、运用这一特色,发挥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,使之融入新兴外科学体系,这无疑是极具挑战性的课题,当代中医外科工作者在此方向上应该有大的作为。

第五节 中医外科学的学术特点

完成上述理论工作之后,再来回答这一问题可以得到如下结论:

(1) 中医临床的根本思维准则:一是审证求因、审因论治;二是理法方药的统一性。这从理论与技术层面体现出整体观的指导思想,外科亦如此。

(2) 整体辨证与局部辨证的相结合,这是外科的特殊性之所在。一般而言,外科疾病都有局部病灶,体表、体腔都一样。这一点与大内科系统疾病有着明显的不同。其次,外科疾病必定有全身临床表现,无非程度轻重不同而已。这说明局部与全身的内在联系,也是整体观的体现。因此,在治疗上就十分强调扶正与祛邪,内治与外治的相结合。

综上所述,中医外科学除具有中医临床的一般性特点外,还具有自身的特点,即整体辨证与局部辨证的相结合。

(潘立群)

第2章 病因病理

第一节 病因

(一) 以审证求因思辨观审视六淫外感病因说

首先应明确六淫是相对于六气的过度而言。六气是指风、寒、暑、湿、燥、火这六种自然界正常的气候类型。无论其过度与否,它都有明确的季节性。这是它的自然属性而不是中医临床思维的病机属性,这一点必须清楚。

过度的六气有其自身特征性的表现,捕捉其中最具有代表性的现象进行理性思维,抽象得出一个能反映该“气”本质的概念,并以此为参考标准即为“象”,如:风——善行而数变,寒——凝滞等。中医临证时,经过审证阶段所得到的证候即为“类”,以此“类”比照此“象”就是“取类比象”的思维方法。这种方法反映了天人相应的整体观,除一般的理解为自然界是“大天”,人是一“小天”外,更包含有思维的同一(统一)性,也是临证时一个宽泛而相对要求精确的标准,所谓宽泛是指“象”的自然属性,所谓精确是指“类”的病机属性,也许这个标准的表述不尽如人意,但中医学说的特点或曰优势即在于它的模糊性、边缘性。当我们见到皮疹首见头面,尔后又现于背部,再见于下肢、上肢……这种忽此忽彼,变化迅速的,以处所的迅速变化为其特点的病因,符合风善行而数变的自然属性标准,故此皮疹的病因可概括为“风”。笔者以为这就是审证求因思辨观在外感六淫病因中的主要内涵。

其次,应明确所谓“邪毒”是六淫外感病因说中的另一个概念。邪的概念是致病因素,毒在此表达的意义有两个方面:①病势较重,对于疾病表现较重的临床证候群,以“毒”来标记是中医外科学的一个特点,说明相对于内科系统疾病而言,外科疾病表现是较为严重的;②传染性,邪毒便是这种概念的具体化表达。

再者,不可否认季节主令对于疾病的发生发展是有极其密切的关系的,这种环境因素是中医学“天人相应”整体观中的一个命题,它不是绝对的,具有相对性。例如“暑”作为病因,它发于夏季是完全正确的,这是它的自然属性。然而在冬季就绝对不会发生吗?如果在严寒的冬季出现了中暑的临床证候时,就不能将其病因概括为“暑邪”吗?这显然有失偏颇,因为病人中暑的因素除了自然界的以外,还有许多环境因素和医源性因素,只要造成人体的高渗性脱水就会有类似的临床表现,有中暑的证候就可辨为暑证。这是中医临床思维审证求因的病机属性,它与暑的自然属性有联系但又有区别。因此,不能一概而论,更不能把季节主令绝对化。

同样,把握中医外科学的辨证特点也是极其重要的。何谓中医外科学的辨证特点呢?已如前述,这就

是整体辨证与局部辨证的相结合,这两个辨证应统一于一个病机范畴之内,这是建立在整体观基础之上的基本观点。所谓“治外必本诸内”——《外科理例》如是言,反映了中医外科临床的治疗准则——扶正与祛邪并存,内治与外治相结合。由此,我们可以用图表形式将外感六淫邪毒的病理过程简要地表述如图2-1。

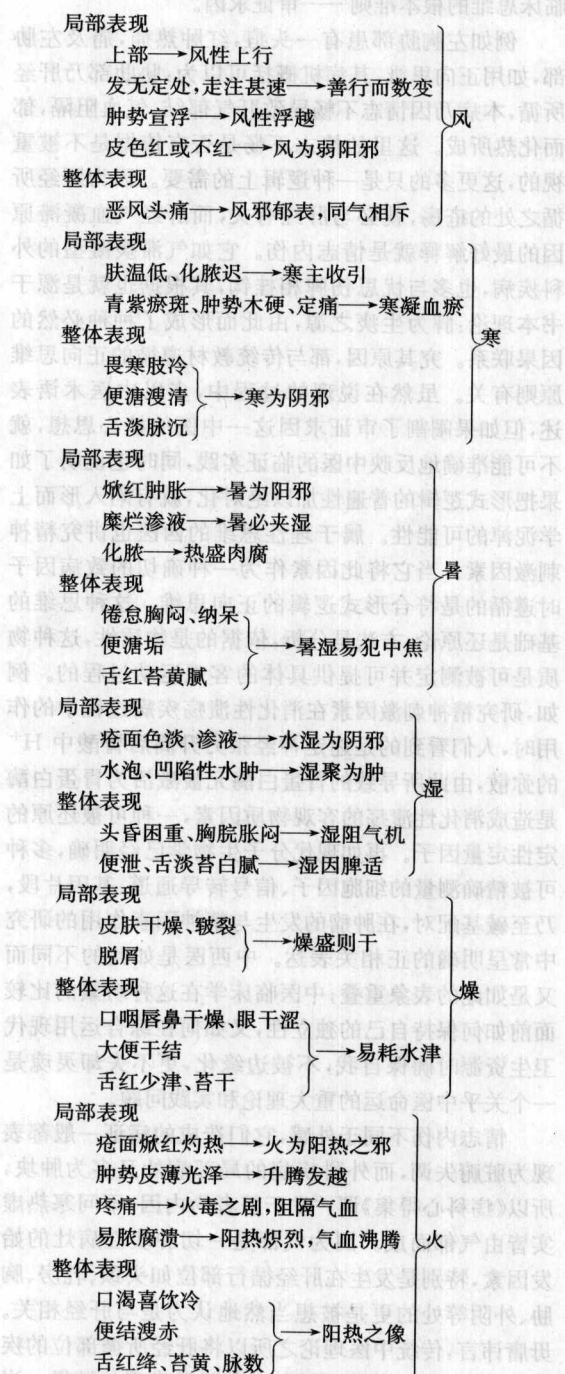


图2-1 外感六淫邪毒的病理过程

例如左胸肋部患有一头疽,红肿热痛,痛及左肋部,如用正向思维,其病机概括可以为:肋肋部乃肝经所循,本病乃因情志不畅导致肝气郁结,气血阻隔,郁而化热所成。这里的情志不畅是否有依据是不被重视的,这更多的只是一种逻辑上的需要。因为肝经所循之处的疮疡,就必与肝经有关,而肝经气血凝滞原因的最好解释就是情志内伤。它如气滞痰凝型的外科疾病,也多与忧思伤脾相挂钩,其根据也就是源于书本理论:脾为生痰之源,由此而形成了种种必然的因果联系。究其原因,都与传统教材遵循的正向思维原则有关。虽然在说理的过程中,多以中医术语表述,但如果阉割了审证求因这一中医的核心思想,就不可能准确地反映中医的临证实践,同时也说明了如果把形式逻辑的普遍性加以绝对化,就有陷入形而上学泥淖的可能性。属于理性思维的西医也讲究精神刺激因素。当它将此因素作为一种确切的致病因子时遵循的是符合形式逻辑的正向思维。这种思维的基础是还原论,方法是分析,依据的是物质性,这种物质是可被测定并可提供具体的客观运动过程的。例如,研究精神刺激因素在消化性溃疡疾病过程中的作用时,人们看到的是迷走神经张力升高后胃酸中 H^+ 的弥散,由此所导致的胃蛋白酶元被激活为胃蛋白酶是造成消化性溃疡的客观物质因素,一种可被还原的定性定量因子。再如现代分子生物学已经明确,多种可被精确测量的细胞因子、信号转导通道、基因片段,乃至碱基配对,在肿瘤的发生与精神因素作用的研究中常呈明确的正相关表达。中西医是如此的不同而又是如此的表象重叠;中医临床学在这种纷繁的比较面前如何保持自己的独立性,又如何在综合运用现代卫生资源时确保自我,不被边缘化,更不失却灵魂是一个关乎中医命运的重大理论和实践问题。

我们运用这一理论时应遵循的是中医临证思维规律，而不是脱离规律的教条。当这些部位的疾病表现应该用其他脏腑病机来归纳时也是完全可以理解的。这也许就是中医学的活泼灵机之所在吧。当病人就诊时，其所提供和表现的临床症候群是首要的。外科病人一般都会向医生显示其局部病灶——肿块，医生此时的中医临证思维应该是进行局部的审证求因。肿块者，依据其临床表现，大致不出气、火、瘀、痰、毒这五项概念。此可被称之为局部病理因素，这是外科辨证的第一层次，也就是局部辨证。其后，当确定这些局部病理因素的脏腑归属即脏腑病位，这是整体辨证的审证求因，是辨证的第二层次。在上述两个辨证的过程中，应十分注意各局部病理因素之间、脏脏之间、脏腑之间、腑腑之间的联系，这不是单独的层次，而是深刻地体现于辨证的过程之中。当上述两个辨证层次结合后就是整体辨证与局部辨证的相结合，此时该证的病机实质上已被确立，基本辨证过程可以认为已经结束。如此时临床症候群中还可提供进一步的资料以形成脏腑失调的客观依据时则应再深入一层，这便是此证的始动因素了，它可以是直接病因，也可以是诱发因素，如果是情志因素的话，那么多见于后者。但这在遣方用药中并非十分重要。因为精神刺激因素的消除不能单靠药物，所谓“心病当用心药治”就是这个道理。此时即便使用西药，也不能直接解决心理障碍、精神失常和思想问题。因为西药的抗焦虑、镇静的作用只是使用化学药物对病人实施的一种强制性的抑制作用罢了。因此，对于情志内伤的最佳治疗还是心理疏导和细致的思想工作。这就是情志内伤在外科临证中的实际价值(图 2-2)。

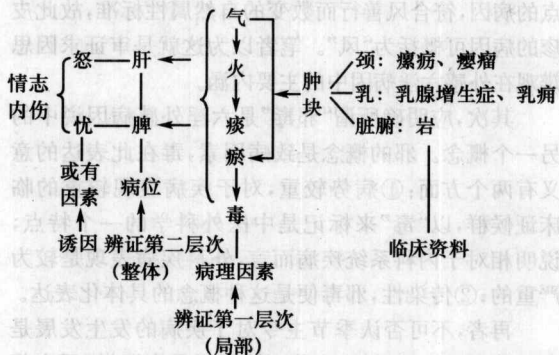


图 2-2 外科辨证探求情志内伤的过程

(三) 房室损伤的外科病机价值

在中医临床课程的病因学说中不乏房室损伤的阐述。除儿科无此病因学说外,其余概莫能外,初学者对此莫衷一是。为什么会出现这种现象呢?其实这个问题很简单。如果把“房室损伤”这个概念当作审证求因的结果而不是临床表现的原因,问题便显而易懂了。可以看到前者是中医的思维而后者是西医的思维。用西医的临床思维来分析中医的临证现象,当然会出现上述的困惑。以下仅就“脱疽”一病用审证求因法剖析之。首抓临床症候群:患足冰冷苍白,

跌阳脉搏动消失,趾甲粗糙,毳毛脱落,下肢酸重,间歇性跛行……最终趾节脱落;全身见腰酸,肢重,畏寒自汗、盗汗,舌淡或红瘦,苔白水滑或光剥,脉沉细或细数。观察后可以得出:患足冰冷苍白,跌阳脉搏动消失,趾节脱落是为主症,对此审证求因的结果是寒凝血瘀,骨骼受损。其中病因为寒邪,病理产物为血瘀,病变为骨骼受损,这是局部辨证——辨证的第一层次。其后当考虑脏腑病位。根据临床症候群中最终的结果是趾节脱落,提示此病所损者为骨,骨又为肾所主,全身可见肾虚之或轻或重的表现,所以此病的脏腑病位当为肾,这是整体辨证——辨证的第二层次。从处方角度而言,至此辨证已告结束。如果临床资料中确有房劳之因的话,那么可以根据“肾者封藏之本,精之处也”的理论指导,引申出“房劳”这一病因,若无客观依据则无须牵强。从临床实际看,这只是一个不确切的因素,重点依然是根据有无肾失封藏之临床证候而立处方,所以房劳损伤的概念不能作为一项亘古不变的陈规,只能是一种审证求因的结果。现代实验室检测结果提示精液中含有大量的前列腺素 E_2 (PGE_2),这是血管活性物质,被称为肾内微血管的调理事物,对于微血管的扩张具有重要的作用。如果房劳过度则将丢失大量的 PGE_2 ,从而影响微血管的舒缩导致血栓的形成,这也许就是陈实功所言“房劳过度,气竭精伤”的含义吧。再如流痰:临床症候群——病灶向附近或远处溃破,脓出稀薄如痰,夹有败絮样物质,可见死骨。患者消瘦,神疲肢冷或畏寒,面色不华或苍白,纳差便溏,舌质淡胖,苔薄,脉沉细——首抓主症,审证求因,脓溃出的流动性表现为一种处所的变化——风;脓出稀薄——寒;夹有败絮样物——痰浊,得出病因:风寒痰浊,这是局部辨证——辨证的第一层次。脓中可见死骨,提示其病位与肾有关,一派肾虚的全身表现,这是整体辨证——辨证的第二层次。局部、整体辨证通过死骨这个媒介统一为一个病机——肾虚髓空,风寒痰浊内侵,至此辨证告一段落。如果客观临床资料中确能提供有关房室损伤证据的话则仍须遵循审证求因的原则,确定其在病机构成中的价值,否则应弃之。以图 2-3 说明。

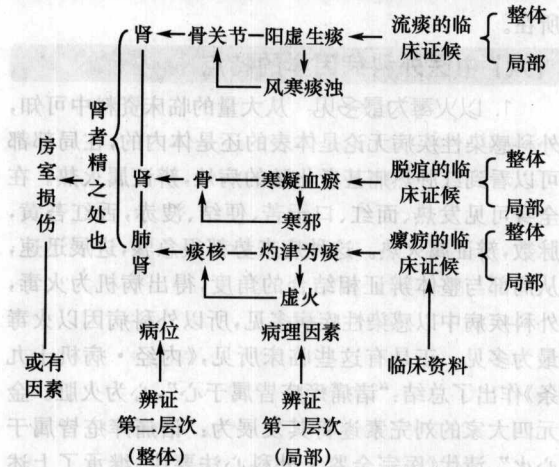


图 2-3 外科辨证探求房室损伤的过程

此外,局部、整体辨证相结合的过程应被视为一条病机链,不能割裂,尤其不能将其分割为孤立的“零部件”加以分析。例如流痰的辨证,从整体而言可见上述肾气、阳虚之证;从局部而言可见风寒痰浊之象,这是流痰的早期辨证。但疾病过程没有停止,阴可以转为阳,寒能变为热,到中期本病会出现化脓之征象,全身可见阴虚火旺的表现;脓去之后,肾则更虚,局部寒痰之象更凝重,以此循环往复,迁延时日。所以在临证判断病机时应有对该病的全局的认识,把某时的辨证视作病机链的一部分,从而对未病和整个病程有一个初步的判断,便于作出妥善的兼顾,这应是中医外科临证思维中整体观的高层次体现。

(四) 关于病机的属性

在病机归纳中所遵循和使用的“天人相应”的原则,“取类比象”的方法涉及两个属性即自然属性和病机属性。所谓自然属性不仅是指“天”——大自然,也包括社会、家庭直至个人的生活起居,一言以蔽之,凡与患者生存环境息息相关的因素均可被称之为自然属性。病机属性是指在审证求因过程中对于临床证候群与自然属性之间运用取类比象、以譬尽意、司外揣内等思维方法进行抽象得到的结果。这两种属性有联系又有区别,不能混同。

(五) 常见外科致病因素的再抽象

风、气、痰、脓、瘀、毒,可视作中医外科临床最常见的致病因素。如何确认它们的实质,摒弃似是而非的成分,抓住能反映外科病机的要素是进行临证思维的必要条件。之所以提出这一话题,是因为在以往的某些中医著作中,对这些致病因素的表述常局限于个别的、特殊的、表面的层次,虽也运用了中医的思维工具进行了抽象,但远远不够,远不能将该病因的中医临证实质概括完整,某些方面甚至还存在一定程度的失误,因此有必要进行再抽象,以符合审证求因的一般性、普遍性原则,这样才能保持中医学说整体观的高度一致性,才能为现代横断学科在本学科的运用提供充足的准备,这是中医临证思维现代化的必由之路。

1. 风 传统理论是用“善行而数变”的形式表述的,但这种表述很难与气的流窜区分开来。自然界的风,忽此忽彼,漂浮无定,发于人体的风亦是如此,“寻麻疹”那种皮肤团块分批分处出现的特点与自然界的风极其相似,取类比象,审证求因,这种团块的病因是:风。比较两者特点进行再抽象,可以得出这样的结论:以处所的迅速变化为其特点。这种抽象较之“善行而数变”具有更大的确定性。忽此忽彼、漂浮无定是风的自然属性,处所的迅速变化则是风的病机属性。

2. 气 临床资料显示,大凡气滞气郁的疾病,例如疝气,都有一个明显的特点,这就是以时段为单位的标志的变化。疝气,西医称之为疝,例如腹股沟斜疝,其特点就是在站立位时见肿块突出,平卧位时肿块消失——以体位变化为时段的标志,故中医将这种病以气疝命名,民间则有疝气之俗称,而西医则以还原、分析的方法定性为腹股沟斜疝,这是两种医学体

系的不同。再如痞气、痞块,痞即空虚的气之意,痞块亦即气块,为什么以气名之?所谓痞气、痞块是指气聚有形而气散无形,没有实质性的肿块存在。这种聚散反映出一种以时段为单位或标志的特点。例如,肠粘连所导致的不全性肠梗阻,肠腔通而不畅,梗阻部位虽可通过但口径明显缩小从而导致阻力增大。为克服此阻力,梗阻部位后方的肠管必须在其节段性运动或集团性推送的过程中加大收缩和向前的挤压力,以冀克服前方的阻力,由此导致该段肠管的高度扩张而在相应的体表上可触及到一个隆起的包块,同时伴有腹痛;当阻力被克服后,这个隆起的包块可随着所谓的高音调金属音或气过水声而消失,疼痛同时消失。间隔一段时间后,包块再次隆起,疼痛再发……表现出阵发性,在一个病程中周而复始。这种包块聚散的过程表现出鲜明的时段性,它是以两个蠕动波的间隔为单位的,这就是将痞块病机规定为气的辨证要素,与喜缓而怒盛的情志改变毫无关系。假如确实有所谓“喜缓而怒盛”的临床病例,那么这种喜与怒的变化也只是时段的标志,是时段的一个特殊标记法而不具有普遍性。经上述再抽象得出结论:以时段为单位或标志的变化是气的病机属性,时段的内涵则是其自然属性。

3. 痰 作为继发性病理因素,痰的抽象概念有多种。从阴邪的角度而言,包括有形之痰和无形之痰。前者可指肺中之痰,内科多关注于此。也指痰核痰包,这是外科局部辨证常用的病机概念,同时这也是在表象描述的基础上进行抽象的病机属性,与西医的定性概念完全不同,必须区分开来。之所以如此,是因为痰这一病机概念直接关系到治法的确立和遣方用药的决心,这就是理法方药的统一性。无形之痰除通常所指的风痰、痰热、痰蒙等之外,在外科主要指阴证的病性,如被明代外科大家陈实功称为纯阴无阳之证的流痰,这既是一个病名,更是一个可以确定病性为阴邪的病机属性。

4. 脓 其辨证的要点是跳痛,这是与火邪的最大区别。从病机的视角而言,它是火邪的进一步发展,所以不能仅用火邪来概括它,这是将脓单列出来的原因。何谓跳痛?即搏动性疼痛。该搏动源于心脏的自律性跳动,传向脉管,直至体表的微小血管。这种搏动是一种波动,波在固态、液态中都有良好的传导性,在介质为单一状态时其振幅和频率无变化,故心跳的搏动能在血流中传导到微小血管而机体局部却不能感应这种搏动。当肿疡发展为脓疡即由固态向液态转变时,介质的单一性就转变为双重性或多重性,波在传播过程中遇到不同的传播介质时,会在不同介质的分界面上产生反射和折射,正负频率就有变化,于是在成脓之处就出现了波动(搏动)感,中医使用本土语言将其称为跳痛或啄痛。当脓肿完全液化之后就又转变为介质的单一性,界面上的反射和折射消失,故脓肿部位的搏动也消失,转为明显的胀痛。这种由局部疮疡的疼痛到跳痛再到胀痛的变化反映出肿疡到脓疡再到脓肿完全液化即脓肿熟透的发展过程。有意思的是我们的前辈如何在众多纷繁的临

床证候中约定出“跳痛、啄痛”这样的辨证要素,与上述的物理解释竟有如此友好的契合,不能不慨叹于中医临床思维的缜密与方法论的科学性。

5. 瘀 这是中医外科学最常见的致病因素。一般而言,瘀在外科的表现有两点:一是固定性疼痛(定痛),二为固定性肿块(定块)。固定性肿块的病机为瘀血是比较明了的,而固定性疼痛为此概念又如何理解呢?诚如前述,仲景在《金匮要略》中谈到大黄牡丹汤证时明确指出肠痈定痛的表现:“肠痈者少腹肿痞,按之即痛,如淋,小便自调。”此定痛部位是少腹,并已与泌尿系统疾病的疼痛做出了鉴别。继而采用舍证从脉的方法对定痛的病机属性加以确定:“其脉迟紧者,脓未成,可下之,当有血。”迟者主寒,是继承了《灵枢·痈疽第八十一》“寒邪客于经络之中则血泣”的思想;紧者主瘀,主痛,言明肠腑有瘀血,此点与上述之定痛是一致的。当用大黄牡丹汤泻下之后,此定痛随泻下而消失,故言“当有血”。若把肠痈与急性阑尾炎相对照,此定痛即为 McBurney's sign。若把此瘀血作为有形之物的血,则无论如何都是不可理解的。因此,各种瘀血的形态、大小、颜色、寒热以及影像学资料等都是其自然属性,“定痛”、“定块”则是经过再抽象的病机属性。

6. 毒 有三个内涵即:病重、传染性、恶性肿瘤病机的标志。其前两项在前述“邪毒”中已有说明,毋须多言。第三项如何理解?这个问题依然要从整体观和审证求因的角度来探讨。

恶性肿瘤是相对于良性肿瘤而言,后者的病机大致不出整体的脏腑失调和局部的气、火、痰、瘀相互胶结,整体与局部之间存在着内在联系。恶性肿瘤是在此基础上的进一步发展,表现出整体状况的恶化:消瘦、贫血、发热、呼吸困难、食欲不振、便秘或腹泻,甚或出现胸、腹水,舌淡胖或红瘦,苔腻或光,脉细无力。局部可见:肿块紫暗、质硬、高凸不平或凹陷如火山口,溃破臭秽流淌血水,所引流之淋巴结肿大成团。一派险恶之象,其表现无非是气、火、痰、瘀各证和相关脏腑的恶化征象多元并见,故曰胶结为毒,其意在于从整体上把握病机属性,以显现戕害生命的本质之所在。

(六) 中医外科病因学的特点

1. 以火毒为最多见 从大量的临床资料中可知,外科感染性疾病无论是体表的还是体内的,在局部都可以看到红肿热痛甚者化脓的病灶,辨证属火热。在全身可见发热、面红、口干苦、便秘、溲赤,舌红苔黄,脉数,辨证属火热。这种病来势都很急骤,进展迅速,从局部与整体辨证相结合的角度,得出病机为火毒,外科疾病中以感染性疾病多见,所以外科病因以火毒最为多见。正是有这些临床所见,《内经·病机十九条》作出了总结:“诸痛痒疮皆属于心”,心为火脏。金元四大家的刘完素遂将其发展为:“诸痛痒疮皆属于心火”,清代《医宗金鉴·外科心法要诀》继承了上述的理论和实践,明确地提出:“痈疽原是火毒生,经络

阻隔气血凝。”

2. 与毒有关 外科病因与毒有关表现在三个方面:其一,来势急骤,进展迅速,病情危重。一般而言,比内科的同病种要严重。其二,某些疾病具有传染性,这些都被命之为毒,例如:秽毒、痰毒、时毒、风毒、湿毒等;有些无法归类的则另立“无名肿毒”一门,以体现出外科疾病的复杂性。其三,恶性肿瘤的病机标志。

3. 上中下三部分因 高锦庭在《疡科心得集》中已言明此观点:“盖以疡科之证,在上部者俱属风温、风热,以风性上行;在下部者俱属湿火湿热,以水性下趋故也;在中部者俱属气郁火郁,以其俱发于中故也。”这种以部位定属性的划分法是高氏根据大量的临床所见,运用审证求因的方法进行总结的结果,但不能绝对化,也就是说不能抛开审证求因的思辨方法仅凭部位辨病机,届时依然要根据审证求因的原则辨证,才能保持中医的基本属性不变。高氏的这一理论可以看作对外科病机的一种补充和提示。

第二节 病 理

(一) 总病理机制——内经思想的充分体现

总病理机制:气血凝滞,经络阻隔,脏腑失和。分为两部分,气血凝滞,经络阻隔是外科局部病理机制,脏腑失和是整体病理改变,这两部分的内在联系和进展是《灵枢·痈疽第八十一》有关外科病因病理思想的具体体现。它形象地描绘了外科疾病之始,气血凝滞,经络阻隔所致的肿疡;瘀滞化热,热盛肉腐的脓疡;脓溃不能外出,毒陷脏腑所导致的脏腑失和直至死亡的全过程。

(二) 气血因素的价值

其一,气血之凝滞是外科疾病发生发展的局部因素;其二,气血的盛衰是外科疾病发生发展的整体因素。局部与整体辨证的相结合,也就是气血凝滞与盛衰的内在联系。这种联系贯穿于疾病的全过程,它的动态变化决定了疾病的转归。这个问题其实是病理变化的中心话题。气血旺盛则病不发,病发也能痊

愈;反之,病易发也不易向愈。这是从整体而言。气血凝滞也是如此,凝滞则局部病发、成形;若凝滞不解则病进,解除则病退。这是从局部而言。其所以具有临床价值,乃因气血是治疗的着眼点,具体用药应根据个体的不同而有立有破,有补有泻,内外治相结合,总以维护气血的周流不休、充足旺盛为要,这应是一个重点。

(三) 经络与脏腑是说理的工具

经络与脏腑在中医的学术范畴内,主要不是指物质性的存在,而是一种抽象的符号,一种说理的工具,它更多的是整体观的体现,通过它们之间的联系,就把人体从内到外,从体表到脏腑构成一个整体,这是审证求因思辨方法的具体运用。

(四) 病理与病机解析

其实中医本无病因病理之说,这是向西医的借鉴。理法方药中的理即病机,中医临证讲究的就是病机。所谓病机包括了病因、病位、(病机)联系,三者不可分割。因此前述之病因,实际上就是一个审证求因的过程,已包含了上述三个部分。这里所讨论的病理实质上只是一种病机联系,如总病理机制中的经络阻隔、气血凝滞与脏腑失和,气血因素中的凝滞与盛衰,表里关系中的经络与脏腑,都是局部与整体的联系,这是中医认识论的基础和方法,以图2-4说明之。

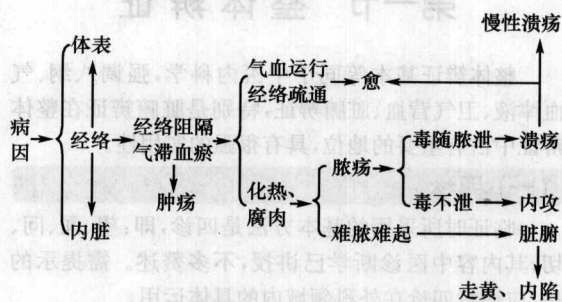


图2-4 病理过程与机体有无气血凝滞及其盛衰状况密切相关

(潘立群)



图2-5 气血凝滞与盛衰状况密切相关

此图展示了气血凝滞与盛衰状况的关系。图中包含多个箭头和文字，描述了气血凝滞、经络阻隔、肿疡、化热、腐肉、脓疡、难脓难起、毒随脓泄、溃瘍、毒不泄、内攻、脏腑、走黄、内陷等病理过程。图中还包含一些关于气血凝滞与盛衰状况的描述，如“气血凝滞”、“经络阻隔”、“肿疡”、“化热”、“腐肉”、“脓疡”、“难脓难起”、“毒随脓泄”、“溃瘍”、“毒不泄”、“内攻”、“脏腑”、“走黄”、“内陷”等。