

朱筱良辨治外疡科疾病临证经验探析

杨建华 张一辉

(南京中医药大学附属苏州市中医医院, 江苏苏州 215009)

摘要 朱筱良是吴门中医外科名家,自幼师承家学,精通内、外科,尤擅外科。朱氏临床诊治外疡科疾病首辨阴阳,视阴阳为八纲辨证的总纲;另承高氏“心得派”,重视三焦辨证,将三焦辨证引入外科疮疡的辨证中;同时强调凡痈疽诸证,无论已溃、未溃,均以顾胃气为重;提出疡证不论阴证或阳证,重在早治,以消为贵。其发明了“疔方”“四妙加味方”“三黄洗剂”等多个制剂,其中“三黄洗剂”至今仍在临床广泛应用。

关键词 吴门医派;中医外科;朱筱良;名医经验

基金项目 苏州市科技发展计划(民生科技)项目(SYSD2019239)

朱筱良(1926—2016),江苏苏州人,吴门中医外科名家,苏州市中医医院中医外科奠基人之一,自幼师承家学,研习古籍,熟读《内经》《伤寒论》《外科证治全生集》和《疡科心得集》等,从其父吴中名医朱葆良学医,朱葆良早年师从江南外科名医章治康,生平擅长疡科、流注、肠痈等症。朱氏治学严谨,勤求古方,尤重验方的搜集,临床常采各家之所长,对于处方之道,力求去冗从简,配伍精良。临床精通内、外科,尤擅长外科,注重内外兼治,善用刀圭之术。对于一些疑难重病,虽药味不多,却能起沉疴,充分彰显中医简、便、验、廉之优势特色。他发明了“疔方”“四妙加味方”“三黄洗剂”等多个制剂,其中“三黄洗剂”至今仍在临床广泛应用。朱氏学术思想和临证经验值得我辈挖掘整理与学习继承,现将其辨治外疡科疾病的临证经验总结分析如下。

1 奉阴阳为辨证之总纲,临证首辨阴阳

阴阳是外科疾病辨证的总纲,《疡医大全·论阴阳法》曰:“凡诊视痈疽,施治必须先审阴阳,乃为医道之纲领,阴阳无谬,治焉有差。”故朱氏奉阴阳为辨证之总纲,临床诊治外疡科疾病首辨阴阳,但朱氏同时认为外疡科疾病的阴阳辨证有其特有的属性。阳证者,其毒浅,为火毒之滞,发于六腑;阴证者,其毒深,多因寒痰之凝,阴毒深伏,发于五脏^[1]。阳证一般由于体质强壮之人外受六淫之邪,蕴阻脉络,气血壅滞所致,如痰毒、腿痛等,治疗重在“祛邪”。因此,当肿疡初期出现红、肿、热、痛之时,可治以行瘀、消肿、清热、通络等法。阴证多由平素肝肾不足或气虚血亏之人,外受毒邪所致或由阳证溃久、气血衰败转变

而成,如瘰疬、穿骨流痰等,治疗宜首重培元,从“本”着手,主要在于“扶正”,通过“扶正”达到“祛邪”之目的。但是,阴证无论在未溃或已溃阶段,在收效上都比阳证缓慢。同时朱氏认为,外疡科疾病的发展很少有单纯的阳证或阴证,往往夹杂出现,有阳中兼阴、阴中兼阳,真阳假阴、真阴假阳,先见阳证后转阴证和先见阴证后转阳证之别,所以临证时贵在详审。

2 承高氏三部辨证法,尤重三焦辨证

朱氏学术源于家传,其父朱葆良早年从名医章治康习医,章氏为高锦庭之门生,故朱氏临证受心得派影响较多。《疡科心得集》认为:“盖疡科之证,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。”朱氏认为按外科疾病发生的上、中、下部位进行辨证的方法,与内科三焦辨证相似,但又具有一定的外科特点。发生于头面、颈项、上肢等上焦部位的疾病一般来势凶猛,发病常为突然起病,如头面上肢部位的疔、疖诸疮,颈项部位的痈、有头疽等^[2],朱氏承“心得派”认为其病因多为感受风温、风热之邪,临证多以五味消毒饮、桑菊饮等加减,善用花类中药,如金银花、菊花等。发生于人体胸腹腰背等中焦部位的外科疾病,绝大多数与脏腑功能的失调有关,其病因多为感受气郁、火郁之邪,临证常用黄连解毒汤、龙胆泻肝汤等加减,多配伍藤类药物,如忍冬藤、银花藤等。发生于人体下焦部位包括臀、前后阴、腿、足等的疾病,其病因多为感受寒湿、湿热之邪,临证多以四妙汤、六一散等加减,由于湿性趋下,故多配伍秦皮、白鲜皮等祛湿药物^[3]。

3 外疡内治,以消为贵

《外科证治全生集》云:“以消为贵”,凡疮疡初期未成脓者,皆可以消法祛之。朱氏认为治疡之要,宜早不宜迟,治之于早,虽有大证,亦可消散于无形。若能通过消法使初起的外疡科疾病得到消散,则可使患者免受溃脓、手术之苦,还可以缩短病程。由于外科疾病的病机转变不同,症状表现各异,在治疗时朱氏强调要根据不同病因病位选用不同的治疗方法。治疮痈初起,阳证见有表邪者,如风热痰毒,则治以祛风清热化痰;产后外吹乳痈,身热洒淅恶寒,乳房结块疼痛者,治以疏散理气、散结通络以消之,贵乎早治,每多获效。对于辨证属虚寒之类的流痰、结核、乳癖等阴证病,常治以温经散寒化痰,或软坚化痰散结;对于肝郁气滞之类的乳癖者,常治以调摄冲任、疏肝理气法。朱氏认为不论阴证或阳证,重在早治,以消为贵,力求其消,实有防微杜渐之功,不失先治未乱之训。

4 以顾胃气为本,重视调理脾胃

《外科正宗》云:“外科尤以调理脾胃为要”,朱氏认为外疡科诸病,以血脉为主,若脾胃虚衰,则气血生成不足,生成不足则气血运行必受影响,故治病必以顾护胃气为本^[4]。朱父曾说:“痈疽之证,有五善七恶之说,而其中有关饮食胃气者即有二条:如‘动息自宁,饮食知味’,为五善之一;‘不能饮食,纳药呕吐,口不知味,痛极渴甚’,为七恶之一。”所以朱氏强调,凡痈疽诸证,无论已溃、未溃,均以顾胃气为重。初起未溃之先,大多胃气未败,气血未衰,治疗上虽着重祛邪,还须时时顾及胃气。已溃之后,尤其是气血虚弱之人,脾胃必然亏虚,临床表现为形体消瘦,不思饮食,食入即吐或纳食无味,此时首当培补脾胃为治,以六君子汤等健脾和胃之剂,以助胃气之来复,增强气血生化之源。

5 临证触诊辨脓,视来复而定

朱氏承其父得无锡章氏心传,临床擅长以触诊辨脓。成脓与否、脓腔深浅、脓液稀稠,一压一按之间,即了然于胸,如何处置,当施刀针,或服汤药,亦成竹于胸。

朱氏辨脓,全靠触诊按压,以“来复”情况而定,“来复”即病灶处液体波动感应指、引手之情况。其具体手法为:以右手或左手固定脓疡范围,并在其周围按捏,同时另以左手或右手指尖之螺心在肿疡上按压。根据肿疡面之大小,可以适当用一指、两指或三指进行探索。如按压时指下有液体波动感,即所谓“来复”,为脓疡已成之兆,此刻可考虑下一步治疗措施。如脓液稠多者,采用切开引流,使脓毒外泄;如脓液稀少者,则可服用解毒消散之品,使其自行吸收。此外,当按诊肿疡部出现“来复”感时,基本上可以认

为内脓已成,但仍有少数情况,其疮疡表面漫肿,用手按捏,亦有“来复”之感,然内脓尚未形成,而是渗出液或血液内充所致,而非脓液^[5]。如何辨别,朱氏认为按压肿疡时,手指不能从疮面直接接触及底部者,此内为脓液;若能触及底部者,则是血水或其他液体。

经过按诊后,如确定内脓已成,则应辨别脓腔之深浅,此为开刀深浅及切口大小之依据。其方法主要是依靠指尖螺心之触觉来进行辨别,若脓液浅在,只需轻按轻压,即能感觉指下有“来复”感;而脓液较深,则必须用力按压,指下才有液体波动感。此外,触诊时尚须辨别脓液稀稠,以判断预后。一般在按压中如感到液体波动幅度较大,并有空旷感,且肿疡表面经按压后所形成的凹陷很快平复者,则其排出之脓液多为淡薄、清稀或如乳汁腐败样液体,一般见于体虚患者,预后较差,且溃后不易收口。若在按压中“来复”感幅度较小,用重力按压,指下方有厚实感,经按压后,肿疡表面之凹陷恢复缓慢者,其所排出之脓液多为黏稠液体,色泽多呈黄绿色,一般见于体壮邪实患者,预后良好。

6 内消法之外,亦擅用刀针

中医外科历来以消为贵,慎用刀针,但并非不用刀针^[6]。朱氏承章氏之旨,于内消之外,亦擅用刀针。据传朱氏以小刀夹于指缝之间,在按压触诊时已将病情辨明,并将开刀切口位置、大小、深浅确定,与病家交谈时,出其不意,以小刀迅速切开,病家往往尚未察觉,其手术即已完成,脓尽后,再敷以自制敷药,往往数日而愈。因新中国成立前百姓畏开刀如虎,且彼时麻醉药尚未普及,为减轻痛苦,以此法施之,苏城百姓皆神乎其技。无锡章氏传人,皆擅此法,如无锡锡山司马晓钟,首批江苏省名老中医,其开刀排脓,亦擅长此法,记此以互为印证。

朱氏对于切口部位之选择十分讲究,一般切口位置在肿疡最软点,俗称为“头”。若疮疡面积较大,或脓液位置较深,而“头”不甚明显者,则在肿疡最低部位作切口,这样既可使流脓通畅,又不致形成袋脓。同时,在选择刀口时也十分讲究,一是刀口与经络循行路线和血管分布相平行,二是肌肉纹路与刀口相一致。此法不致伤及经络,影响经气流行,造成人体损伤,亦有利于伤口恢复,然此法已不为现代手术所重视遵行,殊为可惜。对于肿疡切开时机,亦有讲究,一般视肿疡成脓程度而定。朱氏认为脓液形成即应予以开刀,即所谓“开生刀”,务使毒气早日排泄。若积脓日久而不及时切开,可使毒气蔓延,腐蚀新肉,甚则伤筋蚀骨。对于切口大小,主张以“脓出为贵”,以小为宜。若需较大切口,当先用刀划开皮肤,然后将刀直达脓腔,随即以刀锋向上斜出,使

杜元灏分期运用针刺治疗特发性面神经麻痹经验

邸嘉玮^{1,2} 祝昌昊^{1,2} 秦懿因³ 李泽鑫⁴

(1.天津中医药大学第一附属医院,天津300381;2.国家中医针灸临床医学研究中心,天津300381;
3.陕西中医药大学针灸推拿学院,陕西咸阳712046;4.北京积水潭医院,北京100035)

指导:杜元灏

摘要 特发性面神经麻痹(IFP)是面神经麻痹中最为典型的一种,杜元灏教授根据其生理病理特点,提出三期两治的针刺治疗原则。急性期使用针刺星状神经节、迷走神经耳支、听宫穴及翳风穴放血以散邪消肿、通络活血,解决局部水肿,促进循环,降低面神经损伤程度;非急性期(静止期、恢复期)通过电针刺刺激表情肌、面神经干及相关分支以舒筋顺气、调经通络,尽快恢复肌肉功能,降低后遗症可能。附验案1则以佐证。

关键词 特发性面神经麻痹;周围性面瘫;针刺治疗;分期;杜元灏;名医经验

基金项目 国家自然科学基金青年科学基金项目(81403454)

特发性面神经麻痹(idiopathic facial palsy, IFP)是面神经麻痹最为典型的一种,占有面神经麻痹的70%^[1],其发病特征为原因不明的72 h内急性发作的单侧面神经麻痹,多因茎乳孔内面神经非特异性炎症所致^[2]。目前国外报道IFP的发病率为11.5~53.3/10万人^[3],任何年龄均可发病,多见于20~40岁。《美国耳鼻咽喉头颈外科学临床实践指南》

指出,针对IFP患者在出现症状后72 h内推荐应用口服类固醇激素,但由于急性期面神经管内形成的卡压状态,导致局部血液循环障碍,这使得口服类固醇类药物在面神经管的病灶处无法达到有效的血药浓度,从而影响疗效,成为治疗的瓶颈^[4]。中医学将IFP归于“面瘫病”“口僻”“吊斜风”等范畴,针刺治疗IFP具有独特优势。

口大、脓畅,一般浅表脓疡,只需将刀直入直出即可。但无论切口大小,均忌反复切割。对切口深浅,朱氏先在触诊时即已确定,在进刀时掌握分寸,主张脓深开深,脓浅开浅,宗薛立斋“若皮薄针深,则反伤良肉,益增其溃;肉厚针浅,则脓毒不出,反益其痛”之论^[7]。操作时以握刀之手之中指,固定刀尖,进入预先估计之脓腔深浅,如此可掌握分寸,但尚须临机应变,根据进刀后刀尖下感觉而行临时调节。

朱筱良的医学理论及学术思想主要来源于家传,受高氏《疡科心得集》影响较大,但其内外兼修,不仅注重内治之法,尤擅针刀之术,若脓液已成,则力主开刀排脓,再结合三部病机学说,辨而治之。今后我们将进一步对其学术思想进行整理研究,使其发挥更大的作用。

参考文献

- [1] 王霄,柳越冬.中医疡科主要学术流派及思想探析[J].长春中医药大学学报,2016,32(5):884.
- [2] 李曰庆.中医外科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:18.

- [3] 范新六,赵唯贤.《疡科心得集》“外科三焦辨证”学术思想探讨[J].四川中医,2008,26(12):53.
- [4] 楼映,阙华发,黄纲,等.唐汉钧运用脾胃论观点治疗中医外科疾病举隅[J].上海中医药杂志,2004,38(10):30.
- [5] 江玉,和中浚.中医外科辨脓法的形成与发展[J].江苏中医药,2010,42(11):1.
- [6] 董黎明,王维德.治疗痈疽经验探析[J].浙江中医杂志,2005,40(7):304.
- [7] 姜德友,淡平平.《外科正宗》学术思想初探[J].中医药信息,2011,28(2):130.

第一作者:杨建华(1982—),男,医学博士,副主任中医师,硕士研究生导师,研究方向:吴门中医外科发展史。

通讯作者:张一辉,本科学历,主任中医师。1851635253@qq.com

收稿日期:2021-09-13

编辑:傅如海