

# 中医外科学护场理论的沿革与发展

朱晓丹, 安超, 李泉旺, 胡凯文

北京中医药大学东方医院肿瘤科, 北京 100078

**[摘要]** 护场的有无对外科疾病的预后至关重要, 有护场说明正气充足, 疾病易愈; 无护场说明正气不足, 预后较差。中医学的护场包括中药内托法, 补益正气给邪以出路; 箍围法, 其作用是“箍集围聚、收束疮毒”; 药捻疗法, 促进深部邪气排出, 护场早日形成。在现代中医外科学临床中, 护场理论理念随着时代发展不断延伸, 在疔疮走黄、难治性溃疡、糖尿病足、褥疮, 恶性肿瘤等的治疗中, 具有重要理论指导意义, 并有待于进一步深入发掘。

**[关键词]** 护场; 中医外科学; 疔疮; 溃疡; 恶性肿瘤

**[中图分类号]** R26 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0007-04

护场是中医外科学的专有名词, “护”有保护之意, “场”为斗争场所, 护场的有无对于外科疾病的预后至关重要, 护场理论在中医外科学的发展中占有重要地位。但迄今, 文献资料中尚鲜见有对护场理论源流的系统论述。因此, 有必要溯本求源、理清脉络, 并在总结、继承的基础上认识、发展护场理论, 使其更好的指导现代中医外科学临床治疗。

## 1 护场理论沿革

**1.1 护场理论源流** “护场”一词, 最早出现在明·王肯堂《证治准绳·疡医·卷之二·疔疮》, 曰: “凡生疔疮, 身热头疼, 手足温和, 饮食如常, 疔之四围赤肿, 名曰护场, 可治。凡生疔疮, 眼白睛痴不转, 渴欲饮水, 内热疮盛, 唇舌青, 卧床不能起, 五心肿, 头晕眼花, 气粗食不进, 脉伏, 谵语, 恶心, 腹痛, 冷汗出, 手足冷, 滑泄无度, 疔之四围无赤肿, 名曰不护场, 不可治。”后世医家多遵此说, 进行论述及补充。如《疡医大全·卷三十四·诸疮部(上)·疔疮门主论》云: “王肯堂曰: 疔之四围有赤肿, 名曰护场, 为可治, 疔之四围无赤肿, 名曰不护场, 不可治。”清·吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀·卷十二·发无定处(上)·疔疮》载: “五脏皆可发疔疮”, 注有: “四围赤肿而不散漫者, 名曰护场。”古人所谓的护

场, 仅针对疔疮而言, 现于体表, 以其根脚深且固也为特点, 周围红肿不散漫, 有此者易治, 反之为难治。

《中国医学大辞典》守《医宗金鉴》之说, “疔疮四围赤肿而不散漫者, 名曰护场。”而《中医外科学》(七版教材)则将护场进一步定义为: 疮疡正邪交争中, 正气能够约束邪气, 使之不至于深陷或扩散而形成的局部作肿范围。有护场说明正气充足, 疾病易愈; 无护场说明正气不足, 预后较差。所谓护场, “护”是指一种自身的防卫体系, “场”是指自身防卫体系在局部所形成的防御范围<sup>[1]</sup>。护场是疾病自身的防御反应, 是机体以正克邪的明证, 有利于围歼毒邪。徐强等<sup>[2]</sup>认为, 护场的形成, 实际上是对外邪进行围困, 在疾病四周形成一个防御性屏障, 调动体内正气集聚, 使邪丧失扩散侵袭机体的机会, 并使其在正邪交争中处于劣势, 进而被消灭的过程。可以看出, 在中医外科学的不断发展中, 护场的含义也在不断扩大。

## 1.2 促进护场形成和保护护场的传统方法

**1.2.1 中药内托** 中药内托是中医外科学疾病内外合治的应用。护场形成的最基本条件就是移邪居浅, 使深入气血的邪尽可能从体内移向体表, 而完全处在

**[收稿日期]** 2013-09-11

**[基金项目]** 北京中医药大学创新团队项目资助 (编号: 2011-CXTD-25)

**[作者简介]** 朱晓丹 (1987-), 女, 博士研究生, 研究方向: 中西医结合防治恶性肿瘤。

**[通讯作者]** 胡凯文, E-mail: Kaiwenh@163.com。

医生的掌控之中,使医生对邪有一个全面的把握,能够从整体上对其进行评估。中药内托常益气与托毒并用,一方面补益正气,提供了有效的气血支持;另一方面,促邪外出,给邪以出路。正如《外科症治全生集》所言:“一容一纵,毒即逗留;一解一逐,毒即消散”<sup>[3]</sup>。一加一减之中,为护场形成提供了基础条件。

**1.2.2 箍围法** 箍围法是中医外科学的一种独特疗法,具有悠久的历史。箍围法涉及到箍围药,又称围药、敷药、围敷药。早在《五十二病方》中就有记载:“勿尽傅,圆一寸,干,复傅之,而以汤酒去其药,已矣。”开创了围法先河。《证治准绳》中“治诸恶毒疮,红肿突起,用药箍疮四周,不令滋蔓,走疔毒气”;“宣毒散,敷贴消肿,收赤晕围聚”;“脓后围贴,贴收贴漫”;“败肉去后围贴,则气血和,新肉生长”等,均强调围药在护场形成中的作用。箍围药以“散者收之”理论为指导,其作用是“箍集围聚、收束疮毒”。对其处理要强调一个“围”字,其目的是使得坏死组织与正常组织之间出现明显界限,一旦伤口局限,护场形成,对于疾病预后具有积极意义。

**1.2.3 药捻疗法** 药捻也是中医外科学常用的方法之一。《医门补要》有言:“凡痈疽溃后,腐肉渐尽,患口大者,尚流厚黄脓,碍动患底之肉,即流鲜血,口小孔深者,必插药捻”,以引流深部的脓液。临床上部分患者由于伤口过深,且毒邪脓液深达肌腱和疏松组织而排出不畅,导致护场迟迟未能形成,运用药捻引流之法,促进深部邪气排出,护场早日形成。

## 2 护场理论在现代中医外科学临床中的应用

**2.1 防治疗疮走黄内陷** 疗疮走黄,始见于《疮疡经验全书》,内陷出自《温热经纬》,走黄与内陷是疮疡阳证在病变发展过程中,因火毒炽盛,或正气不足,导致毒邪走散,内传脏腑而引起的一种危险性证候。疗疮毒邪走散为走黄,其他疮疡引起毒邪内传者大多称为内陷。相当于现代医学的败血症,为中医外科学危重症之一。若治疗护理不当,常可致毒邪走散,失去护场,陷入营血,内攻脏腑,引起危证。若治疗及时,多能转危为安,逐渐向愈。走黄趋势表现为,全身症见寒战高热,神昏谵语,烦躁不安,舌红或红绛,苔黄厚或黄腻,脉洪数或弦数。表现在局部

常因部位不同而异,发于面部者,忽然顶陷色黑,创面干枯无脓,四周组织剧烈浮肿,严重者头、面、耳、项均发肿;发于手部者,常疮顶平塌无脓,皮色黯红,肿势波及手臂和整个前臂。经治疗有转机,由危向愈,则全身症状好转,局部病灶之疮肿突起、色渐转红、脓出<sup>[4]</sup>。杨得昌<sup>[5]</sup>运用中西医结合的方法治疗疗疮走黄者10例,在护场理论指导下,运用西药普鲁卡因、青霉素局封,结合中医外治法治疗,保护和促进护场形成,限制毒邪范围,同时内服中药五味消毒饮内托,取得了较好的疗效。王益周<sup>[6]</sup>也提出,切忌挤压护场。有护场是正能胜邪的良好征象,在疗疮脓成之前,切忌搔抓、挤压和过早开刀,破坏护场而走黄。需根据病情,静心以对,或以中药提托,或用药捻引流,或用药棉轻拖。

**2.2 治疗慢性难愈性溃疡** 慢性难愈性溃疡,包括脱疽糖尿病足溃疡、褥疮、附骨疽等,是困扰外科医师的难题。溃疡是邪毒与气血相争,腐败成脓而成,常形成腐肉不脱、新肉不长的局面,慢性迁延难愈。脓腐与正常组织之间——中医外科学称之为护场的地带,既非坏死组织,也不是健康组织,而是病理状态的组织。这一区域是溃疡病理过程中邪正相争的主战场,存在于各种溃疡以及溃疡的整个过程中,是溃疡的共性。它的发展变化标志着溃疡的发展方向——向愈、恶化及慢性迁延。张耀圣<sup>[7]</sup>认为,溃疡的护场地带,多为气血凝滞,脉络不通。因此,治疗溃疡的关键在于疏通护场,即应用行气活血之剂,使护场气血流通,则腐脓自脱、新肉渐长,溃疡向愈。

临床上,大多数患者疮面周围红肿热痛或漫肿无头,分泌物稠厚或稀薄,有臭秽异味。中医学多将其辨为阴证或半阴半阳证,一般属溃疡期和收口期。马静等<sup>[8]</sup>在中医外科学箍围消肿、护场理论的指导下,运用负压闭式引流技术,采用物理方法变被动引流为积极引流,在引流的同时,改善局部血液循环,将疮周肿势局限,并能消肿止痛,进而促进疮面愈合。起到箍围积聚,消散肿毒的治疗效果,结合内治法促进护场形成。可使阴证溃疡由逆转顺,使阳证疮疡加速愈合,病程缩短。故护场的形成与否与疮面顺逆、预后有着密切的关系。现将糖尿病足与褥疮分述如下。

**2.2.1 糖尿病足清创** 糖尿病足是指与局部神经异常和下肢远端外周血管病变相关的足部感染、溃疡和(或)深层组织破坏。由于此病变多发于四肢末端,因

此又称为肢端坏疽,属于中医学脱疽范畴。糖尿病足发生的基础是高血糖内环境、血管及神经病变、感染三重因素,创面愈合周期较长。选择合适的清创时机,在治疗中尤为重要。

在临床实践中发现,当护场形成后,即感染周围防御性屏障系统已形成,是外科清创的最佳时机。对创面周围血运影响最小,又能保证引流通畅,对感染控制最佳,对正常组织损伤最小,愈合周期最短。徐强等<sup>[9]</sup>总结中药内托、围界清创、抽吸引流等手段,加速护场形成,创造清创时机。并将结扎法、主动抽吸引流法运用其中。彭娟等<sup>[10]</sup>提出分别在疾病的每个阶段注重箍围药的应用,如阳证用金黄膏外敷,阴证用冲和膏外敷,有箍集围聚、收敛疮毒的作用。对局部红肿明显、边界不清者,能促使红肿消散,肿势局限;对患趾肿胀,经久难消者,能促其消退,待护场形成,再予以外科清创。

实践证明,护场理论顺应了伤口愈合规律,对于指导糖尿病足等慢性创面治疗,尤其是清创时机的把握有着重要意义。因此,在糖尿病足创面的治疗当中,对护场迅速形成所进行的外部干预显得十分必要。

**2.2.2 促进褥疮愈合** 褥疮,又称压疮、压力性溃疡。是由于局部组织长期受压,发生持续缺血、缺氧、营养不良而致组织溃烂坏死。皮肤褥疮在康复治疗、护理中是一个普遍性的问题。褥疮的临床表现可视为皮肤一系列的活动,颜色深度变化范围由红转白,无组织损失,深度破坏延伸到肌肉、关节囊及骨骼。一般来说,褥疮创面伴有红肿热痛局部炎症,如果还有化脓、恶臭症状者,即可认定为局部感染症状,伴发热则说明具有全身反应。

褥疮护场的大小、强弱与自身的体质状况、抗病能力、局部的结构质量成正比关系。对压力性溃疡的护场维护,其手段是整体改善体质和抗病能力,积极治疗原发病。局部外用药物祛邪扶正,提高结构质量和能力,其目的在于激活和发挥机体与局部的自愈能力。对褥疮关键是燥湿和改善营养不良。刘晓蓉等<sup>[1]</sup>对经验方褥疮灵散剂进行了临床和动物实验观察,在治疗褥疮的临床实践中通过维护护场,激活机体自愈能力,获得明显的疗效。

**2.3 恶性肿瘤微创消融** 在长期临床实践中发现,利用 PET/CT 将功能成像与结构成像相结合,能够清

晰显示出,肿瘤组织与正常组织之间,存在一部分组织代谢较为旺盛,其 SUV 值通常比肿瘤略低,而高于正常组织。现代医学研究认为,其与肿瘤微环境有相关性,以炎症微环境为主。笔者认为,这即是中医学护场的延伸和现代认识。临床中在 PET/CT 结构和功能双重监测下,观察肺癌患者氩氦刀微创冷冻消融后局部表现,发现残存的癌旁组织,即护场,制约了瘤灶的发展,患者可取得较好的远期疗效<sup>[11]</sup>。将中医外科学护场的概念引入肿瘤治则,用于指导肿瘤微创冷冻手术范围的界定具有深远意义。

结合中医外科学护场理论,肿瘤内部为邪,周围护场为正邪交争之地。护场存在,代表正气尚能够约束邪气,引申而来,护场具备一定限制肿瘤转移的能力,而恶性肿瘤以转移为特性。因此,肿瘤治疗当中预防转移是重中之重,也就是要保留护场。对于局部存在护场的肿瘤,给予微创手术治疗时,要尽量保留护场,一方面打击肿瘤组织之“邪”,另一方面也给机体调动正气赢得自救的时间。而对于肿瘤多发转移灶的微创治疗,也要以护场理论为指导,分清哪些瘤灶为微创消融的主要打击对象,对于护场小甚至无护场的主要瘤灶,尽早给予打击治疗,达到压制邪气、扶助正气的目的;而护场较大、局部炎症反应明显者,在局部治疗改善症状时一定注意维护护场,这部分转移灶有可能在压制主要邪气的同时,使正气得以扶住,使得局部病灶得以控制,甚至消失。国外学者早有报道,前列腺癌冷冻治疗后肺转移瘤自行消失的现象,并提出冷冻免疫反应的概念<sup>[12]</sup>。现代医学认为,这与冷冻消融主要瘤灶后特异性抗原释放入血,调动机体免疫反应,清除残存病灶相关。以护场解释肿瘤及其周围组织邪正盛衰的关系,以新的角度解释肿瘤扩散转移的中医学病机,可能成为中医学研究防治肿瘤转移、扩散的重要切入点。

护场理论在中医外科学治疗中,尤其是判断外科疾病治疗的预后,具有重要作用。其理念随着时代发展不断延伸,在现代中医外科学及微创手术治疗中具有重要的指导意义,并有待于进一步深入发掘。

#### [参考文献]

- [1] 刘晓蓉,危小健,罗宇慧,等. “褥疮灵”对压力性溃疡护场的影响[J]. 江苏中医药, 2005, 26(11): 48-49.
- [2] 徐强,张朝晖. 结缔疗法在糖尿病足治疗中的应用[J].



- 四川中医, 2011, 29(11): 27-28.
- [3] 清·王洪绪. 外科症治全生集[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 2.
- [4] 张坤. 以局部肿色脓辨疔疮走黄及预后[J]. 浙江中医杂志, 2002, 37(12): 512.
- [5] 杨得昌. 中西医结合治疗疔疮“走黄”10例效果观察[J]. 安徽中医学院学报, 1985(2): 45.
- [6] 王益周. 切忌挤压护场[J]. 辽宁中医杂志, 1988(7): 30.
- [7] 张耀圣. 古代医家认识体表溃疡评述[J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(2): 11-13.
- [8] 马静, 朱朝军, 田影. “负压闭式引流”箍围消肿促进慢性溃疡护场形成机制浅析[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(12): 93-94.
- [9] 徐强, 张朝晖. 护场理论在治疗糖尿病足创面中的应用[J]. 新中医, 2012, 44(2): 1-2.
- [10] 彭娟, 张朝晖, 徐强. 应用“护场”理论指导糖尿病足清创[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(1): 50-51.
- [11] 李泉旺, 曹阳, 左明焕, 等. PET/CT对氩氦刀靶向治疗肿瘤策略的影响[J]. 中国介入影像学与治疗学, 2011, 8(2): 102-105.
- [12] Soanes WA, Ablin RJ, Gonder MJ. Remission of metastatic lesions following cryosurgery in prostatic cancer[J]. J Urol, 1970, 104(1): 154-159.
- (责任编辑: 黎国昌)

## 高温热损伤与中医卫气营血辨证的相关性探讨

张宝成<sup>1</sup>, 高秋莲<sup>1</sup>, 陈瑜池<sup>1</sup>, 杨德乾<sup>1</sup>, 梅香<sup>1</sup>, 高永翔<sup>2</sup>

1. 成都中医药大学 2011 级硕士研究生, 四川 成都 610075

2. 成都中医药大学基础学院, 四川 成都 610075

**[摘要]** 在高温环境下, 机体散热困难被迫接受大量的外加热, 会引起一系列的生理应激反应, 如果热负荷超过机体调节适应的限度, 将引起机体高温热损伤。本文拟从中医温病卫气营血辨证的角度出发, 探讨高温热损伤与卫气营血在其病程不同阶段的病理、生理、临床症状表现及免疫状态特征的相关性。

**[关键词]** 热损伤; 高温; 卫气营血; 温病学

**[中图分类号]** R594.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0010-03

### 1 高温热损伤的产生机制

在高温环境下, 机体散热困难, 被迫接受大量的外加热, 会引起一系列的生理应激反应, 如果热负荷超过机体调节适应的限度, 将引起机体高温热损伤。高温热损伤会导致机体过热或热辐射头部导致脑膜、脑组织损伤和代谢紊乱、心血管系统功能障碍、内毒素血症, 甚至多器官衰竭和凝血功能障碍等, 若不及时救治, 死亡率可高达 70%<sup>[1]</sup>。高温热损伤是一个渐进的过程, 机体在持续热环境下, 有一个应激到失应

激的过程, 不同阶段有不同的生理病理特征。高温环境下, 机体会出现如体温升高、出汗、心率上升、尿量减少、呼吸频率和肺通气增高、消化抑制、神经内分泌负反馈调节等生理应激变化, 并选择性合成热应激蛋白(heat shock protein, HSP)<sup>[2]</sup>, 使细胞存活率增高, 受损程度减轻, 特别是热适应后的细胞损伤更轻, 使机体对热产生热适应, 提高耐热能力, 可以有效预防热损伤的发生。然而, 随着受热的持续, 机体产生 HSP 的抗体, 对抗了 HSP 对机体的保护作用,

**[收稿日期]** 2013-10-21

**[作者简介]** 张宝成 (1985-), 男, 硕士研究生, 主要从事从事中医内科研究工作。

**[通讯作者]** 高永翔, E-mail: 406084191@qq.com.