

经验交流

石幼山伤科学术经验介绍

上海中医学院 施杞 石印玉



石幼山教授遗像

石幼山教授(1910~1981),江苏无锡人,早年就读于上海中医专门学校,自1926年起,继承家业,专理伤科,造诣颇深,为上海当代名医,曾执教我院多年。兹将石师学术思想,仅就心有所悟者,拾其鳞爪,介绍于后,以发微末,供同道参考。

论伤从气血 勘审虚实

损伤一证乃外力所致,由外及内,皮肉筋骨气血经络脏腑一身皆可为患,因人以气血为本,一切病因病机变化皆离不开气血的演变,诚如《素问·调经论》曰:“人之所有者,血与气耳。”“血气不和,百病乃变化而生。”石氏宗《内经》之说,认为一切损伤的病理变化亦无不与气血相关,故主张论伤应从气血而言,提出理伤宜气血兼顾。然所云气血兼顾,并非气血各半而论,仍必须按损伤病证的标本、病情的缓急、以及发展的先后而有所侧重。故认为应在气血兼顾的总纲下,确立以气为主、以血为先的指导思想,如此方能把握损伤病理的内在规律。清·沈金鳌《杂病源流犀烛》曰:“忽然跌,忽然闪挫,必气为之震,震则激,激则壅,壅则气之周流一身者,忽因所壅而凝聚一处,是气失其所以为气矣。气运乎血,血本随气以周流,气凝则血亦凝矣。”由此可知,损伤之后虽每有亡血或瘀血为患,但仍以气之病为主也。可是伤后肿胀、疼痛往往是首见之症,此乃血凝所致,所谓“不通则痛”是也。故石氏认为理

伤又当以血为先。因为瘀阻不去,气亦难行,络道不得宣通。且瘀血不去,新血亦难以化生。凡此以气为主,以血为先之说,其在损伤初期,所言之气,属气滞者多,气虚者少;所言之血,则以血瘀为多,血虚者亦少。在此阶段逢骨折伤筋等,余师临诊常用家传伤科经验方“新伤续断汤”治之。方中选用当归、土鳖虫、丹参、骨碎补、泽兰、苏木、桃仁等均系活血祛瘀之品,配以元胡、乳香、没药、桑枝、续断、自然铜等理气续骨舒筋之味,使气血两相兼顾,而重在逐瘀。临证应用每有得心应手之效。

石氏临诊精于辨证,勘审虚实。常曰:凡初损之后,日渐由实转虚,或虚中夹实,此时纵有实候可言,亦多为宿瘀也;而气多呈虚象,即使损伤之初,气滞之时,亦已有耗气之趋向。故又认为此后之“以气为主”,必着眼于一个“虚”字。前贤薛己便是主张理伤以气为主、病责于虚损的代表。其在《正体类要》中指出:“若肿不消,青不退,气血虚也。”“青肿不消,用补中益气汤。”石师宗前贤之说而赋予新意,指出伤损之后,实证阶段较短,虚证阶段则为时甚长。故理伤取攻逐之法是其变,用补益之法方为本。至于补法的应用则是多样的,或先攻后补,或先补后攻,或攻中寓补,或攻前预补。临诊虽可灵活多变,但万变不离其宗,总以温补脾肾为主。《灵枢·决气》篇曰:“谷入气满,淖泽注于骨,骨属屈伸泄泽,补益脑髓,皮肤润泽”;“肠胃受谷,上焦出气,以温分肉,而养骨节,通腠理。”说明脾胃功能正常,可以使皮肉筋骨脑髓均能得到温养灌注。又肾主骨,为先天之本,因此,取益脾健运以促资化、滋补肾元以壮骨生髓的治则,可使耗损之气复原。所以,在伤损后期或慢性损伤

时,余师多用自拟验方“调中保元汤”,方中取党参、黄芪、冬术、熟地、山药、鹿角胶、川断、枸杞子、龟板、山萸肉、陈皮、茯苓、补骨脂、甘草等,是一张综合补中益气、六味八味、左归右归等诸方参合化裁而成的方剂,充分体现了温补脾肾的学术思想。

久损必兼邪 善理痰湿

损伤日久,如患处残留疼痛、肿胀、关节拘挛与屈伸不利,或皮肤不仁、肌肉萎弱、筋结块等症,余师认为此皆气虚而为邪所凑也。或本虚标实,或虚实夹杂,故不可凡伤者均论之为血瘀,须知日久必有兼邪。严用和《济生方》曰:“皆因体虚,腠理空疏,受风寒湿气而成痹也。”陈伤或劳损之类,多有阳气虚衰不足、卫阳不固,故腠理空疏,易遭致风寒湿三气杂至流走经络、凝滞血脉,遂成痹症,病情也往往较为复杂。由于人体之经络发源于脏腑,气血之运行亦有赖于脏腑,若痹症迁延不愈,波及脏腑,亦将导致络道不通,气血运行不畅,从而加重病情,调治亦较困难。故曰:及时温补脾肾,调和气血,是为“上工治未病也”。关于风寒湿三者,石氏则尤重湿邪,认为伤损之后气血不和,痰湿每能凝滞经络。正如《仁斋直指》指出:“血气和平、关络条畅则痰散而无,气脉闭塞,腕窝凝滞,则痰聚而有。”在痰湿的论治中,余师结合损伤的特点,特别强调与脾肾的关系。张介宾曾指出:“夫痰即水也,其本在肾,其标在脾。”故主张其治宜温补肾阳,“补火生土”以化散痰结。宗前贤之说,余师治理痰湿亦每将化散之法与温补脾肾之阳相结合。以自拟化散痰湿之方“牛蒡子汤”为主合补中益气汤、金匱肾气丸等相参运用,而使痰湿阻滞渐消,气血失和日调。牛蒡子汤为牛蒡、僵蚕、白蒺藜、独活、秦艽、白芷、半夏、桑枝等组成。牛蒡子豁痰消肿,通十二经络。《本草备要》曰:“散结除风……利腰膝凝滞之气。”白僵蚕化痰散结。《本草思辨录》曰:“治湿胜之风痰”。石氏伤科历来重视痰湿的化散,牛蒡、僵蚕等即为石氏家传方中

医治痰湿之常用要药,若痰湿甚者,尚可加入制南星。大凡损伤病程较长者,临诊每见痹痛缠绵、关节僵凝,天气阴寒则更加剧,并可移行到损伤肢体以外的部位。对此气血不足、脉络久瘀,而风寒之邪留缠不已之证,治非辛温不能活血通经除痹,因而十分推崇《伤科补要》的“麻桂温经汤”,该方用麻黄、桂枝、红花、白芷、细辛、桃仁、赤芍、甘草等,临床应用时,如加入益气之参芪及温经止痛之川草乌等疗效更著。

设内伤新说 溯源探微

内伤乃与外伤相对而言,外伤因在皮肉筋骨,故往往有青肿瘀紫等症显现,而内伤因在气血经络脏腑,多无外形异常可见。但人系统一的整体,内外相连而不能绝然分开。《素问·缪刺论》曰:“人有所堕,恶血留内,腹中胀满,不得前后,先饮利药。”可见,《内经》中早已就由外伤而致内伤的病机及证治做出了明确论述。后世医家在《内经》基础上又多发挥,如《正体类要》陆序曰:“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和。”这里明确提出了内伤的范畴,即气血、经络、脏腑受损。石氏论内伤,继承前贤的学术思想,根据自己的临床实践,创立新说,在内伤辨证中,对疼痛、麻木、发热、昏愤、烦躁、眩晕、喘咳、呕吐、便秘、血证等尤精发微。如损伤疼痛一证,常分为虚实两大类,实者为气血瘀滞,郁结不畅;虚者为气血不足,筋脉失养。无论虚实,总因经脉循行不畅,不通则痛之故。在施治时,根据病情的演变,分为瘀阻气滞,瘀热化脓,宿瘀气虚,气血两亏,瘀耗阴分,瘀阻夹表,瘀阻夹痰等不同类型。关于内伤辨病,则分部位而论,有头部、胸部、腹部、腰部等内伤之称。对头胸腹之内伤,不论其新伤宿损,或虚实之证,总与肝经相系。前贤有“跌扑损伤,败血必归于肝”的论说,余师受此启迪,在施治时均主以肝经药物,尤善运用柴胡。如治疗头部内伤的代表方柴胡细辛汤,胸腹部内伤常用之复元活血汤、和营通气散,会阴内伤

所用柴胡桔梗汤等, 诸方中均有柴胡。石氏继承家传认为: “柴胡乃和解之药, 能升能降, 通肝胆之经, 只要善于使用, 上中下三部之病均宜入方, 为医治内伤之要药。”在具体应用时, 尚宜与其他药物合用, 则更能相得益彰。治腰部内伤, 余师指出要分清劳伤与劳损之不同。所谓劳伤者多起因于伤力, 往往由于操劳持久, 积劳而损伤。若劳伤不愈, 遂成劳损, 如叶天士《临证指南》曰: “劳伤久不复元为损。”这就明确了劳伤与劳损的概念。在治疗上则着重于劳伤与劳损的调治, 以温补肾经与脾胃为法, 常选补中益气汤合金匱肾气丸加减变通。

外治承家传 尤精药制

石氏理伤主张内外兼治, 局部与整体统一。对外用药数十年来更是悉心研究, 继承家传, 博采众长, 因而疗效卓著。“石氏膏药”、“石氏敷药”盛誉上海、江浙一带。

石氏外治法以药物、针灸、手法等为主。药物外治品种繁多, 但以敷药、膏药最具特色。伤损之处, 无论瘀凝气阻或有兼邪, 取外用药物局部治疗, 使药性由外入内, 有提而泄之, 或消而化之, 或温而散之之功。常用敷药及膏药为: (1) 三色敷药: 紫荆皮 (炒黑)、黄荆子 (去衣、炒黑) 各 240 克, 全当归、赤芍、丹参、牛膝、姜黄、五加皮、木瓜、羌活、独活、白芷、威灵仙、防风、防己、天花粉各 60 克, 川芎、秦艽各 30 克, 连翘 24 克, 生甘草 18 克, 番木鳖 60 克。将上药研细末和匀, 用饴糖适量, 拌如厚糊备用。本方以紫荆皮、黄荆子为主药, 偏于温热。具温经通络, 流畅气血之功, 尤以化瘀生新, 消肿止痛为特长。因方中有番木鳖, 故息痛之效明显。用时将敷药摊于干纸上, 再复盖以桑皮纸, 如见瘀阻化热, 可在桑皮纸上再摊上一层极薄的三黄膏 (大黄、黄芩、黄柏、滑石粉) 敷之, 可提高清营凉血之功效, 如有肌肤擦破, 可改摊红玉膏于桑皮纸上, 能护肤生肌, 亦可在敷药上加入药粉, 再复盖桑皮纸。若接骨加接骨丹, 消散瘀结加黑虎丹, 祛风散寒加租麻丹等。A (2) 损伤风湿膏: 生川

乌、生草乌、生南星、生半夏、生川军、全当归、黄荆子、紫荆皮、小生地、苏木、桃仁、桑枝各 120 克, 桂皮、白僵蚕、青皮、地龙、羌独活、川芎、白芷、川断、山梔、土鳖虫、骨碎补、透骨草、赤石脂、穿山甲、红花、丹皮、落得打、白芥子、木瓜、苍术、乳香、没药、方八、甘松、山奈各 60 克, 北细辛、麻黄、木香各 30 克。上药研细末和匀, 用麻油 15 斤浸药 7~10 天, 然后入锅用文火熬煎至药枯为度, 然后去渣滤清, 再将油继续熬二小时左右, 俟其能随水成珠, 将锅离火, 再加炒东丹 2100 克, 徐徐筛入锅内, 边筛边搅, 膏成收贮。本方亦偏于温运, 既能理伤, 又可兼治风湿, 故名损伤风湿膏。多用于损伤后期或陈伤, 如新伤肿胀不甚显著者亦可酌情选用。

针刺是石氏理伤常用之法, 如闪腰岔气, 劳损风湿等, 每每取针药并用。凡闪挫腰痛不可转侧, 可针肾俞及阿是穴, 以宣泄腰脊经络间之滞气。针法多以斜刺, 取穴后进针向下, 与皮肤成大约 40 度角, 然后斜向刺入捻转提插, 俟得气后再捻转提插, 疾出而不留针, 针后局部用拇指按揉。对劳损风湿则多于患部就近取穴, 徐徐提插捻转疏通气血。

手法是伤科外治的一个重要手段。余师施手法历来以前贤所论为准则, 主张“必索知其体相, 识其部位, 一旦临证, 机触于外, 巧生于内, 手随心转, 法从手出。”并要求做到“法使骤然人不觉, 患如知也骨已拢。”如“失欠颊车蹉” (颞颌关节脱位) 用口腔外复位法。若用口腔内复位就难以做到“法使骤然人不觉”。口外复位时, 将拇指按于最后白齿之位置处, 余指夹住下颌骨, 先以拇指按揉之令其痠楚, 然后采取“以渐推之, 则复入矣”的方法, 即可成功。又如髌关节后脱位, 多采用俯卧推按法 (见《中医杂志》(5): 56, 1980), 本法系由“伤科补要”演变而来, 其用力和缓, 往往在无麻醉的条件下使不少脱位超过半个月的患患者整复成功, 再配合术后中药调治月余就可基本恢复, 远期效果也较佳。其中少年型病例复位后股骨头及颌