

引用:李逸梅,杨万富,龚旭初,陈海东.龚旭初运用《外科正宗》“贴、割、拔、垫”四联外治法分期辨治脑疽经验[J]. 中医药导报,2026,32(3):248-251.

龚旭初运用《外科正宗》“贴、割、拔、垫” 四联外治法分期辨治脑疽经验*

李逸梅,杨万富,龚旭初,陈海东

(南京中医药大学南通附属医院,江苏 南通 226001)

[摘要] 龚旭初认为脑疽早期多由火毒凝结、湿热壅滞而致,溃后可出现阴虚毒瘀、阳虚毒滞之证,不易收口,根据疾病的不同阶段,可分为肿疡期、脓疡期、溃后期、窦道期。龚旭初承袭陈实功《外科正宗》学术思想,以有头疽中医专家共识为依据,结合多年临床实践,将陈实功“贴、割、拔、垫”四联特色外治法灵活应用于脑疽治疗,形成了“外贴药膏”“开窍剪割”“神妙拔根”“垫棉加压固定”四法。其根据脑疽四期的不同特点,结合相关研究成果,将“贴、割、拔、垫”四联外治法适当改良,并分时应用,取得了良好临床疗效。并附验案1则。

[关键词] 脑疽;有头疽;《外科正宗》;四联外治法;分期辨治;龚旭初;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2026)03-0248-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.03.041

“有头疽”这一病名古籍中并无记载,最早由顾伯华教授在1960年的《中医外科学讲义》中提及^[1],相当于西医学的“痈”,指发生于肌肤间的急性感染性化脓性疾病。而脑疽是生于项颈部的有头疽,此病好发于糖尿病患者。随着糖尿病患者增多,此病发病率上升,同时极易出现“走黄”“内陷”变证,进而危及患者生命,属中医外科急危重症范畴^[2]。西医学治疗脑疽,以抗生素和手术清创为主,若病情严重,需要反复清创,若创面较大,多采用负压吸引技术,后期多予皮瓣转移或植皮为主,费用较高,且不能有效缩短治疗周期,同时可能导致一系列副作用,临床效果欠佳。而中医外治法为中医药治疗疾病的重要手段,尤其在疮疡疾病中,具有西医不可比拟的优势。

《外科正宗》为明代医家陈实功(以下简称“陈氏”)编撰的外科医学著作。陈氏善外治之法,通过承系古法,博采众家之长,总结收录了自唐到明代的外科治法,尤其在诊治疮疡疾病方面,颇具特色。龚旭初教授为第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,江苏省名中医,全国重点专科——中医外科学科带头人,从事中医外科疮疡疾病诊治40余年,传承陈氏“正宗学派”理念,善于灵活应用多种外治手段。对于脑疽病的治疗,龚旭初将本病分为肿疡期、脓疡期、溃后期、窦道期四期论治,灵活并用内治法和外治法,以外治

法为主,内治法为辅。针对脑疽不同时期病情变化,其擅长分时应用“外贴药膏”“开窍剪割”“神妙拔根”“垫棉加压固定”治疗四联法。笔者有幸跟师学习,兹将龚旭初诊治经验总结如下,以臻同道。

1 病因病机

疽之病名始见于《灵枢·痈疽》:“何谓疽?……热气淳盛,下陷肌肤,筋髓枯,内连五脏,血气竭,当其痈下,筋骨良肉皆无余,故命曰疽。”《外科正宗·脑疽论》强调脑疽乃“风热毒邪,深中督脉,伏结项间”,重视体质因素,其云“肥人项后发疽,多因湿痰凝滞;瘦人项疽,必兼怒火相兼”。龚旭初总结陈氏经验,指出脑疽病机属本虚标实,早期多表现为实证,而后期多表现为虚证。早期多由火毒凝结、湿热壅滞而致气血失和发于项部;火热之邪伤阴耗血,加之消渴患者多肾阴不足,溃后可出现阴虚毒瘀之证;日久阴损及阳,正气匮乏,则易出现阳虚毒滞之证,不易收口。该病的病因病机特点亦是龚旭初分期论治脑疽的理论基础。

2 分期外治脑疽

2.1 肿疡期——火毒凝结——“膏贴法” 膏贴法是将药物研为细末,并与各种不同液体调制成糊状或膏状之剂,敷贴于患处或一定部位^[3],为中医外科最为常用的疗法之一。龚旭初言,《外科正宗》中记载“治痈疽发背阳证用如意金黄散……

*基金项目:江苏省中医流派研究院开放课题项目(JSZYLP2024050);南通市科技局社会民生科技计划项目(MSZ2025183);江苏省中医流派研究院重点课题(LPZD2025009);第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(国中医药人教函[2022]76号);江苏省中医药学会科研项目(PDJH2024051);南通市卫健委面上项目(MS2024042)

通信作者:陈海东,男,副主任中医师,研究方向为中医外科疾病(疮疡、甲状腺疾病等)

有脓不溃用化腐紫霞膏等”，“红肿初起，急用蟾酥锭磨敷，内服仙方活命饮”，因而对于阳证疮疡，早期可予金黄膏、玉露膏等为代表的贴膏外敷，使得肿疡早期得以消散，这也是《外科正宗》“消”法的重要手段。该法临床应用广泛，如基于护场理论，金黄膏外用可促进肛周蜂窝织炎和肛周脓肿周围红肿硬结的消散，并减轻疼痛，改善阳证的中医证候积分^[4]。后世医家燕京流派在治疗肉芽肿性乳腺炎急性期时以外贴芙蓉膏、铁箍散软膏等膏药为主^[5]。林毅在治疗肉芽肿性乳腺炎急性期时外贴加味金黄散，以清热解毒、消肿止痛^[6]，疗效甚佳。

龚旭初治疗早期脑疽多予我院院内制剂“芙黄膏”外用。该方根据我院外科正宗派陈鸿宾的经验方所制(本院制剂室提供，油剂，批号：苏药制字Z04000445)，由芙蓉叶、大黄、赤小豆等制成外敷膏药剂型，临床对于红肿热痛性阳证疮疡疾病疗效显著，常用于有头疽、丹毒、蛇串疮等早期。现代药理研究表明，芙黄膏具有抗炎、镇痛、抑菌作用，外敷可清热解毒、散瘀消肿，药性可直达局部病灶，已大量应用于阳证疮疡红肿热痛期^[7]。传统使用方法：保持约1元硬币厚度，大于病灶范围，以充分保持药物的疗效。龚旭初指出，传统外敷治疗存在胶布或敷料容易引起过敏甚至破溃，以及固定松紧度等问题，于是将芙黄膏改良制作，采用超微粉碎技术、巴布剂技术、中药透膜技术等现代高新制剂技术，制作成新芙黄膏(巴布剂)应用于阳证肿疡，临床效果良好。现代研究亦证实巴布剂基质使透皮吸收率可大幅提升至40.0%^[8]。龚旭初指出，脑疽急性肿疡期为早期，多表现为局部红肿、疼痛、发热，此阶段多属火毒凝结，正是芙黄膏的适应证，外敷可清热解毒、活血消肿，脑疽位于后项部，传统芙黄膏贴敷易脱落，而利用巴布剂型将该药紧密固定于脑疽皮肤表面，可使药物吸收效果更好，效果显著。

2.2 脓疡期——湿热壅滞——“开窍剪割法” 开窍剪割法指因疮痛成脓无头，肌腠肥厚，而不得出，使用针尖或刀剪，戳破或剪切开皮肤排脓外出的治法^[9]，相当于现代临床脓肿切开引流术。《外科正宗》记载“脓已成而胀痛者，宜急开之”，“脓既已成……必当验其生熟、浅深、上下而针之”，“当顶刺入，破其毒囊”，等等。陈氏不仅详述其具体应用，还主要论述了辨脓生熟，切开部位、长度及深度，同时指出了适应证和禁忌证。

龚旭初言，陈氏凭借过人胆识和精湛医术，对于肿疡可果断做出正确判断，提倡脓成则开，其位宜下，挽救了许多危重患者。而根据脑疽临床特点，此期重点表现为患处疮肿局限，局部波动感明显，触诊应指，表明脓成，开窍剪割法适用于此脓疡期。此阶段辨证属湿热壅滞，标实为主，若处理不当易导致病情缠绵，治疗上对证当予托里透脓、化湿祛瘀，而外治多以“开户逐贼”思想为指导。龚旭初指出，脑疽脓疡期准确判断脓成时机尤为关键，尽管现代医学超声技术可判断脓成情况，但反复超声确认较繁琐，且易耽误切口时机。龚旭初临床采用“三度辨脓法”：肿疡触诊硬如石，肤温明显升高，穿刺无脓则为Ⅰ度，考虑未熟；肿疡触诊硬中带软，肤温升高，穿刺少量稀脓，则为Ⅱ度，考虑半熟；肿疡触诊软、波动感明显，肤温可正常或稍高，穿刺脓稠涌出，则为Ⅲ度，考虑全熟。

而开窍剪割法适用于肿疡全熟，选择开创切口后，根据疮面范围、脓液性质等选取针尖、刀尖挑破或直接切开引流，直面要害，体现了急则治其标的观念，尤其对于脑疽肿疡范围较大者，当保证剪割范围，以防脓出不畅。另外龚旭初指出此期要严格按照现代无菌标准，正如陈氏在书中记载的开疮时要注意清洁卫生，避免走黄，加重感染病情。

2.3 溃后期——阴虚毒瘀——“神妙拔根法” 神妙拔根法指应用具有解毒或腐蚀作用的药物制成药条插入疮内，使疮毒聚根束，脓毒外泄。《外科正宗》记载：“治脑疽、发背阴症……十日以前用披针当顶插入知痛处方止……插、照七日，其疮裂缝流脓，至十三日，其根自脱。”后世医家发展了“提脓去腐”“煨脓长肉”的理论^[9-10]，选取合适的外用药物或外治法，达到促进慢性难愈性体表溃疡疮面“湿性愈合”“完美修复”的目的。

根据脑疽溃后期的特点，龚旭初灵活运用神妙拔根法于此期，指出当脑疽患处破溃脓出后便进入溃疡期，多表现为疮面腐肉溃烂、肉芽鲜红水肿明显，脓水淋漓，创口不敛，此阶段多属阴虚毒瘀，外治当予化痰托毒，选用搜脓化毒膏，使脓腐去则气血生，选用我院去腐生新膏。该外用药物由我院陈鸿宾结合“瘀不去，新不生”“腐肉不去，新肉不长”“若要生肌，先去腐”之理论，继承了《外科正宗》所载“生肌玉红膏”“蜈蚣钱”“珍珠散”等方基础上，1958年创制而成，经倪毓生随证调整，由丹参、当归、紫草、血竭等中药组成，以丹参、当归为君化痰生新，组方重在去腐生肌^[11]。该药需经研粉、油煎、制膏三步制成，成品为均匀、细腻，有一定的黏稠性的紫红色软膏。常规使用时根据疮面大小合理剪裁纱条，去腐生新膏浸满纱条表面，将纱条填塞置于脓腔内，同时起到引流和煨脓长肉的作用；若见分泌物较多，每日换药，待腐肉渐脱新肉渐生时则2~3 d换药1次，后期使用时注意填塞力度，视愈合情况减轻填塞，促进疮面自然愈合。龚旭初指出，《外科全生集》言“毒之化必由脓，脓之来必由气血”，出脓是正气载毒外出的正常现象，是使“邪有出路”，虽伤正气，但邪出正气才能恢复，疾病才能痊愈，故而予去腐生新膏提脓去腐而生肌。另外因该药中含轻粉，轻粉为含汞制剂，具有毒性，因脑疽在头顶部，使用该药时当控制其剂量，并尽量缩短使用时间，“中病即止”，当疮面肉芽鲜活且无明显坏死灰白组织时即停用。

2.4 窦道期——阳虚毒滞——“缠缚垫棉法” 缠缚垫棉法指借助缠缚加压的作用，使空腔皮肤与新肉黏合，而达到逐步愈合的目的。其治疗疮疡的原理主要有局部加压、强迫粘连、药物固定、助疮回阳、改变引流方向等^[12]。相当于西医负压封闭引流术^[13]和植皮修复术^[14]的结合。《外科正宗》记载：“痈疽、对口、大疮内外腐肉已尽……用软绵帛七八层放患上，以绢扎紧，将患处睡实数次，内外之肉自然粘连一片，如长生成之肉矣。”垫棉法现临床应用广泛且成熟，如用于低位复杂性肛瘘术后阶段，能有效促进瘘管创腔的快速闭合，减少瘢痕增生，缩短愈合时间^[15]；用于外治复杂性粉刺性乳痈，可促进乳房疮腔黏合，缩短病程^[16]。

龚旭初指出脑疽的窦道期主要表现为疮面颜色苍白失活，疮口缩小，经久难愈，此阶段多属溃后经久难愈，使气血

耗伤,瘀塞不通,内治当予气血双补,温阳通络,而外治当以“绵帛加压,助阳回春”。陈氏首创此法,适用于疮疡后期收口,时机选择脓水已尽之际。此时腔内疮面贴合不佳,垫棉加压不仅可使残余脓液排出,避免“袋脓”形成,同时可使疮面黏合,促进愈合。而从病机上理解,此期大部分患者疮面偏于阳虚,新肉不生,阳气不足为其根本,缠缚垫棉法通过物理保温使得局部“暖气烘烘”,助疮回阳^[1]。龚旭初指出,在具体使用垫棉法时仍需注意垫棉加压的松紧度,不可过紧造成循环障碍,也不可太松而达不到治疗效果;内衬要舒展,不可纠集于某一处,避免受力不均衡;引流口不宜加压,保持开放,防止闭门留寇而导致复发。临床使用时常规局部纱布加压垫棉缠缚因部位等受限,操作欠便捷,龚旭初结合人体解剖特点,改良优化垫棉法,以人体力学为基础,发明可移动垫棉加压装置(专利号:ZL201721753197.1),起初应用于甲乳手术淋巴漏的局部加压,现将其应用于固定不变的体表其他部位,尤其头顶部,使用更加有效、安全、便捷。

3 验案举隅

患者,男,51岁,2025年3月10日初诊。主诉:左后颈部红肿疼痛6d。患者素体体质一般,6d前左后颈部抓伤后出现红肿不适,范围逐渐扩大至手掌大小,肿硬,灼热疼痛,皮色红,3d前当地医院予抗生素治疗(具体不详),未有明显好转,后在当地其他医院治疗,检查示:白细胞(WBC)26.23×10⁹/L,中性粒细胞分类(N)87.6%,C反应蛋白(CRP)103.5 mg/L。诊断为“脑疽”,经3d青霉素、奥硝唑联合治疗无效,红肿范围肿胀至双侧耳前,并感乏力明显,为求进一步治疗,遂来我院。现症见:左后颈部可及范围约15 cm×15 cm肿块,皮肤颜色发红,灼热疼痛,伴有发热、口渴、尿赤、大便可,舌红苔黄腻,脉弦。患者糖尿病病史多年,不规则服用二甲双胍、格列本脲胶囊控制,血糖控制情况不详。入院后检测空腹血糖在10~15 mmol/L,糖化血红蛋白12.04%。西医诊断:痈;中医诊断:脑疽,辨证属火毒凝结证。基础治疗予对症控制血糖、抗感染治疗。中医治法:清热解毒,活血消肿。内治予五味消毒饮加减,重在外治处理:根据红肿范围,予大小合适的芙蓉膏巴布剂外敷(厚度约3 mm,范围超过红肿边缘少许),1次/d。(见图1)



图1 初诊患处图

2诊:2025年3月15日。肿硬变软,中央按之出现明显波动感,出现粟粒状脓头数枚,疼痛较前加剧,肤温较前稍下降,伴有神疲乏力、纳少胃呆,舌红苔腻,脉弦。复查WBC 19.77×10⁹/L,N% 86.8%,CRP 40.42 mg/L。中医辨证当属脓疡期——湿热壅滞,此时西医继续抗感染治疗,血糖通过口服药物控制已降至空腹6~8 mmol/L。中医外治处理:无菌操作下,穿刺抽吸见浓稠脓液,考虑已熟,采用“开窍剪割”之法,选取疮面波动感最明显处,局部浸润麻醉下“川”字切开,排出大量黄绿色、稠厚脓液,气味臭秽,脓出通畅,疮口清洗后,予双氧

水、生理盐水、次氯酸清洁消毒并湿敷。第2天打开敷料,见疮面脓液基本干净,常规再次消毒后,予乳酸依沙吖啶溶液纱布填塞引流,隔日换药1次。(见图2)



图2 2诊时创面

3诊:2025年3月25日。疮面疼痛明显好转,疮面腐肉溃烂,肉芽鲜红水腫明显,渗出较多,疮面四周肿硬明显消退,不发热,食欲、体乏好转,舌红苔少,脉细。复查血常规正常。此时外治处理:根据疮面大小合理裁剪纱布,去腐生肌膏浸满纱条,疮面清洗后,填塞去腐生肌纱条,清除腐肉,1次/d,注意尽量勿触及疮周正常皮肤组织。

4诊:2025年3月31日。疮面腐肉基本脱净,疮口缩小,体倦乏力较前好转,但肉芽颜色较淡,疮面四周皮肤颜色晦暗,舌淡白苔有紫气,脉弦细。此时停用抗生素,内治予口服阳和汤加减,温阳通络。外治处理:每次换药逐步减轻去腐生肌纱条填塞力度,旨在逐渐促进疮面生长,另将无菌纱条叠成方块状,逐层从疮腔向疮口加压,保证垫棉范围大于残腔范围,可移动垫棉加压装置结合绷带缠缚疮周固定,换药每2d 1次,嘱患者注意保暖。(见图3)



图3 4诊时创面

5诊:2025年4月10日。疮面鲜活,无异常脓液渗出,继续随诊换药1个月,疮面逐步缩小,未有感染迹象。(见图4)



图4 5诊时创面

随诊:2025年5月2日。患者随诊见疮面基本填满(见图5),后续常规疮面消毒,2~3 d/次。1个月后,创面完全愈合。



图5 2025年5月2日创面

按语:本例脑疽患者初起抓伤疔肿,火毒之邪侵袭肌肤,加之消渴病日久耗气伤阴,体弱亏虚,脾虚痰湿,渐生痰浊壅滞皮肤,气血不能托毒外出,凝滞于颈部,热盛肉腐,发为脑疽。初诊时,根据临证表现及舌脉可辨为阳痈,火毒凝结,治

疗上以消为主,应清热解毒、活血消肿,芙蓉膏外敷为主。巴布剂增加药物透皮吸收,达到治疗的效果^[10],此时当注意及时更换膏药,观察脓成与否。5 d后根据患者临床症状,结合三度辨证,考虑疮已全熟,成脓后选择合适的切口,开窍剪割排脓,因该患者疮面较大,选择“川”字切开,此处要注意脓出通畅,警惕形成袋脓。治疗10 d后,毒随脓出,治疗以透托法为主,以加快透毒外出。15 d后,患者经过前期治疗,火毒瘀湿之象明显减轻,但出现阴虚毒瘀之症,此时采用神妙拔根法,予去腐生新膏纱条填塞,提脓去腐而生肌,加速疮面愈合。当注意尽量勿触及周边正常皮肤,且密切观察疮面脓液性状,若出现感染之证,当加强抗感染治疗,且可使用去腐生新纱条和乳酸依沙吡啶溶液纱条。20余天后患者出现疮面颜色晦暗,肉芽色淡等阳虚之象,治疗应以温阳为主,通过内治温阳通络,外治局部缠缚垫棉之法,温煦疮面,使气流通顺畅,开窍剪割后外泄之阳气得以迅速恢复,注意此期仍当继续使用去腐生新膏外用,同时轻刮色淡肉芽至肉芽微微渗血,刺激疮面生长。此案例在诊治过程当中分别采用了外贴药膏、开窍剪割、神妙拔根、垫棉加压固定中医四联外治法,尤其强调了根据患者病情发展的不同阶段及特点进行外治,终获取满意疗效。

4 小 结

中医外治法价格低廉,尤其在外科疮疡疾病治疗中具有明显的优势。脑疽因常发生于颈项皮肤组织丰厚处,易扩散及向肌肉深部发展,西医治疗除了常规抗炎及反复清创外,缺乏其他有效手段,不能促进疮面的快速愈合,且反复清创导致患者痛苦增加,而负压吸引技术、皮瓣转移等现代技术方案尽管可以加速疮面愈合,但价格昂贵,加重了患者经济负担。近年来,随着中医外科学对脑疽病因、病机认识的不断深入,众多医家对该病的治疗展开了研究,希望能总结出更快捷有效的方法,以改变目前治疗的困境。龚旭初通过多年的临床实践,以《外科正宗》诊治脑疽方法为指导思想,结合疾病的分期辨证,灵活应用陈氏的“贴、割、拔、垫”四联外治特色疗法治疗该病,临床疗效满意,体现“早期消透、透托结合、开户逐贼、祛腐生新、温阳通络”等学术特色,具有创伤小、疗程短、经济简便、安全性高等优点,可使广大患者免受反复清创导致的生理和心理双重压力。另外龚旭初指出诊治过程当“透-消结合”,准确辨脓把握开窍剪割时机,特别需注意糖尿病性脑疽“毒-虚-瘀”动态病机转化特点,同时配合“透托消补”等内治法,内外兼治,促进病愈。

参考文献

- [1] 宋慧泽,卢旭亚.有头疽的再认识[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(6):879-882.
- [2] 陈红风.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2021:78-79.
- [3] 朱晨.浅谈陈实功《外科正宗》外治疗法[J].中医临床研究,2015,7(2):46-48.
- [4] 曹敏然.如意金黄膏对肛周蜂窝织炎和肛周脓肿护场的影响[D].北京:北京中医药大学,2021.
- [5] 张董晓,陈雯,付娜,等.燕京外科流派分期外治肉芽肿性乳腺炎经验总结[J].现代中医临床,2023,30(6):105-108,112.
- [6] 徐颺,司徒红林,刘晓雁,等.林毅运用中医外治法治疗肉芽肿性小叶性乳腺炎经验介绍[J].新中医,2020,52(14):187-189.
- [7] 李逸梅,龚旭初,陈海东,等.“乳痈消方”联合芙蓉膏外敷治疗气滞热壅型早期急性乳腺炎50例临床研究[J].江苏中医药,2021,53(7):41-44.
- [8] 钟佳,孔祥建,丁轩,等.治伤巴布剂3种药物组分交互作用的实验研究[J].中医药导报,2023,29(5):27-30.
- [9] 徐杰男,阙华发,唐汉钧.“祛瘀补虚煨脓长肉”外治疗法治疗下肢慢性溃疡临床研究[J].辽宁中医杂志,2018,45(9):1882-1887.
- [10] 樊炜静,王宏飞,杨宝钟,等.论煨脓长肉理论在慢性难愈性溃疡治疗中的应用[J].中国中医药信息杂志,2022,29(11):138-140.
- [11] 李逸梅,龚旭初,方勇,等.水动力清创系统联合去腐生新膏治疗下肢慢性难愈性溃疡气虚血瘀证临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2023,38(2):906-910.
- [12] 黄澜,张少军.垫棉法溯源[J].中医文献杂志,2021,39(2):35-37.
- [13] 刘文静.负压封闭引流技术促进有头疽切开愈合的回顾性分析[D].沈阳:辽宁中医药大学,2019.
- [14] 唐世杰,李大勇.中西医结合治疗有头疽研究进展[J].中外医学研究,2024,22(5):158-162.
- [15] 沈晓,曹永清,姚一博,等.垫棉压迫法治疗低位复杂性肛瘘术后创腔闭合的临床研究[J].世界中医药,2019,14(12):3228-3232.
- [16] 吴晶晶,陈红风.陈红风以“切扩-拖线-熏洗-垫棉”四联外治法为主辨治复杂性粉刺性乳痈经验[J].上海中医药杂志,2018,52(6):21-23.
- [17] 龚婕,刘丽芳,周瑶,等.探讨垫棉法“助疮回阳”对于肉芽肿性乳腺炎的治疗作用[J].亚太传统医药,2023,19(4):89-92.
- [18] 于洋,王景,郭伟光,等.中医药治疗疔疮研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(2):147-149.

(收稿日期:2025-02-22 编辑:刘国华)