

浙派中医胡氏外科诊治附骨疽经验探析

韩铝洲¹ 傅贝琳² 郑军状³ 金水泉¹ 蔡定军¹ 余凯琦¹ 仇洪¹

[摘要] 浙派中医胡氏认为附骨疽的发病因本虚标实,虚邪入里。胡氏根据病因临床分为风寒湿邪、余毒湿热、瘀血蕴热和痰湿凝滞四个证型,其中风寒湿邪型、余毒湿热型根据疾病初期、病盛期、成脓期分阶段论治。胡氏外科具有特色鲜明的外用药及外治法,代表性药物有活骨散、换骨线等,特色外治法有腐蚀破旧法、提脓祛腐法等,可将难愈的慢性骨髓炎病性逆转,由寒转热,由阴转阳,由虚转实,使疾病出现向愈之机。

[关键词] 浙派中医;胡氏外科;附骨疽;经验

[中图分类号] R274.39 [文献标志码] B [文章编号]1005-0205(2026)03-0109-04

DOI:10.20085/j.cnki.issn1005-0205.260318

An Exploration of Hu's Surgical Experience in Treating Bone-Attaching Abscess with the Zhejiang School of Traditional Chinese Medicine

HAN Lüzhou¹ FU Beilin² ZHENG Junzhuang³ JIN Shuiquan¹
CAI Dingjun¹ YU Kaiqi¹ QIU Hong¹

¹Yuyao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yuyao 315400, Zhejiang China;

²The Second School of Medicine, Wenzhou Medical University, Wenzhou 325000, Zhejiang China;

³Cixi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Cixi 315300, Zhejiang China.

Abstract Hu believed that the bone-attaching abscess was due to deficiency at the root and excess at the surface, with pathogenic factors entering the interior. According to the etiology, Hu's clinical classification is divided into four syndrome types: wind-cold-dampness pathogen invasion, residual toxin with damp-heat, blood stasis and heat accumulation, and phlegm-dampness stagnation. Among them, the wind-cold-dampness pathogen type and the residual toxin-damp-heat type are treated differently according to the early stage, the advanced stage, and the stage of pus formation. Hu's surgery department has distinctive external medications and treatment methods. Representative drugs include Huogu powder and Huangxian thread, while distinctive external treatment methods include the corrosion and desiccation method, pus extraction and decay removal method. These methods can reverse the nature of chronic osteomyelitis which is difficult to cure, transforming it from cold to heat, from Yin to Yang, and from deficiency to excess, thereby providing an opportunity for the disease to heal.

Keywords: Zhejiang School of TCM; Hu's surgery department; bone-attaching abscess; experience

基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2024ZF138)

宁波市非物质文化遗产胡氏中医外科项目(甬政发[2008]54号)

宁波市仇洪名中医药专家传承工作室项目(甬卫发[2022]54号)

浙江省中医优势专科建设项目(浙中医药[2025]12号)

¹余姚市中医医院(浙江 余姚,315400)

²温州医科大学第二临床医学院

³慈溪市中医医院

附骨疽是一种毒气深沉、附着于骨的化脓性疾病,常发于四肢长骨,局部肿胀,附筋着骨,推之不移,疼痛彻骨,溃后脓水淋漓,不易收口,可形成窦道,损伤筋骨,与现代医学之急、慢性化脓性骨髓炎^[1]症状相似。笔者随胡氏外科传承人侍诊多年^[2-8],结合胡氏外科家传文献资料,总结胡氏外科治疗附骨疽的临床经验如下。

1 基本病机:正气亏虚,感受寒湿,气滞血凝

胡氏认为附骨疽的基本病机多由于素体正气亏

虚,又感受寒湿,邪实正虚,致气滞血瘀,久则化热,寒热搏结,骨疼肉枯。《五十二病方》中的“骨疽”和《黄帝内经》中的“骨蚀”是文献中见到的有关本病的最早记载。《灵枢·痈疽》曰:“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。”胡氏认为患者素体虚弱,外受风寒湿邪,寒湿内袭筋骨,血凝气滞而发病。《外科正宗》载:“夫附骨疽者,乃阴寒入骨之病也,但人之气血生平壮实,虽遇寒冷邪不入骨。”《灵枢·刺节真邪》亦有曰:“虚邪之入于身也深,寒与热相搏,久留而内著,寒胜其热,则骨疼肉枯,热胜其寒,则烂肉腐肌为脓,内伤骨,内伤骨为骨蚀。”胡氏指出罹患疔疮疖肿之后,或感伤寒、麻疹、猩红热,余毒未尽,深侵入里,湿热毒邪留于筋骨,使气血不和,血凝毒聚,终致骨枯肉腐,发为本病。《医宗金鉴》云:“痈疽原是火毒生。”《灵枢·痈疽》指出:“热盛则腐肉,肉腐则为脓。”《证治准绳·疡医》曰:“附骨疽何以别之?曰:凡患流注,表未尽则余毒附骨而为疽。在股外属足太阳、阳明经,在股内属足厥阴、足少阴经。又云:风湿折热,热结而附骨成疽。盖骨者肾之余,肾虚则骨冷而遂附着于骨也,骨冷则气愈滞而血愈积,但能为肿不能为脓。流注者伤寒之余毒,骨疽者,流注之坏证也。”或因跌打损伤,筋骨浅损,毒邪趁虚损而入,瘀血化热,凝滞筋骨而成病。《景岳全书》记载:“附骨疽一证,近俗呼为贴骨痛。凡疽毒最深而结聚于骨际者,皆可谓之附骨疽。盖此证之因,有劳伤筋骨而残损其脉者。”胡氏强调随着现代医学的发展,附骨疽的治疗过程中抗生素的应用已是常规。抗生素属性寒凉,具有清热解毒的作用^[9]。热毒为阳邪,抗生素可使热毒清退;湿为阴邪,抗生素助湿停滞不行,化为痰湿,久久凝滞局部。

2 辨证施治:审证求因,分期而治,内外并重

胡氏治疗附骨疽善于析因审证,注重风、寒、湿、热、瘀病邪,重视邪正盛衰,于临证分期而治,治疗上主张内外并重,胡氏根据病因临床把附骨疽分为风寒湿邪、余毒湿热、瘀血蕴热和痰湿凝滞四个证型,又把风寒湿邪型、余毒湿热型分为疾病初期、病盛期、成脓期三个阶段论治。对于急性期以内治为主,外治为辅;慢性期以外治为主,内治为辅。

2.1 风寒湿邪型

病家素有虚劳,复受风寒雨湿史。

2.1.1 初期症状 患肢筋骨隐隐酸痛,不红不热,恶寒发热,头痛身痛,脉紧无汗,苔薄腻。治法:解表发汗,祛风化湿,温经散寒。内服:五积散(白芷、枳壳、麻黄、苍术、干姜、桔梗、厚朴、甘草、茯苓、当归、肉桂、川

芎、芍药、半夏、陈皮),保安万灵丹(荆芥、防风、羌活、麻黄、细辛、川芎、制川乌、制草乌、天麻、当归、苍术、甘草、石斛、制何首乌、全蝎、雄黄、朱砂),荆防败毒散(羌活、独活、柴胡、前胡、枳壳、茯苓、荆芥、防风、桔梗、川芎、甘草),麻黄左经汤(麻黄、葛根、细辛、白术、茯苓、防己、桂心、羌活、防风、甘草)。

2.1.2 病盛期症状 病数日后,寒热加重,头痛身楚,筋骨疼痛,患肢肿胀、钻痛,屈伸、叩击均痛。皮色初白后泛红,脉紧而数,苔白腻。治法:祛风散寒,温经通络。内服:骨疽温化汤(胡氏家传方,具体药物组成:制川乌 8 g,生姜 9 g,桂枝 8 g,干姜 2 g,羌活 8 g,防风 8 g,白芷 8 g,秦艽 9 g,半夏 9 g,桔红 6 g),大防风汤(人参、白术、防风、炙黄芪、熟地黄、杜仲、白芍、牛膝、羌活、附子、肉桂、炙甘草、川芎、当归、生姜),独活寄生汤(独活、桑寄生、杜仲、牛膝、细辛、秦艽、茯苓、肉桂心、防风、川芎、人参、甘草、当归、芍药、干地黄),内托羌活汤(肉桂、连翘、炙甘草、苍术、橘皮、当归、防风、藁本、黄芪、黄柏、羌活)。

2.1.3 成脓期症状 发病约半月后,肿痛加重,发热不已,患肢肿胀明显,疼痛拒按,皮色泛红,痛如锥刺,周围肿硬,中心波动,脉滑数,苔转黄腻。治法:温补托毒,消托并进。内服:神功内托散(当归、白术、黄芪、人参、白芍、茯苓、陈皮、附子、木香、甘草、川芎、炮山甲),内托羌活汤(药物组成同前),附子八珍汤(附子、人参、白术、茯苓、甘草、熟地黄、当归、川芎、赤芍)。

2.1.4 外治 初期用雷火神针灸,熨风散温熨,或用阳和解凝膏掺阴毒内消散,或以桂麝散贴敷。成脓宜早期抽吸或切排。

2.2 余毒湿热型

一般有损伤或疔疮、伤寒、麻疹等感染史。

2.2.1 初期症状 先有寒战,继发高热,口干尿赤,患肢懒动,漫肿疼痛,2~3 d内即难活动,脉数实,苔薄腻。治法:清热化湿,行瘀通络。内服:仙方活命饮合五神汤(白芷、浙贝母、防风、赤芍药、当归尾、甘草、皂角刺、炮山甲、天花粉、乳香、没药、金银花、陈皮、茯苓、车前子、牛膝、紫花地丁),神授卫生汤(羌活、防风、白芷、炮山甲、沉香、红花、连翘、石决明、金银花、皂角刺、归尾、甘草、天花粉、乳香、大黄)。

2.2.2 病盛期症状 病数日后,身发高热或伴恶心呕吐,尿赤便结,患肢肿胀疼痛,屈伸受限,长骨断端漫肿,四周压痛,叩击远端传导痛,脉洪数,苔转黄腻或舌尖红。治法:通经散瘀,泻热解毒。内服:骨疽清化汤(胡氏家传方,具体药物组成:大黄 9 g,丹皮 10 g,生地 30 g,桃仁 10 g,赤芍 10 g,黄芩 10 g,连翘 12 g,羌活

6 g, 防风 6 g, 秦艽 8 g, 知母 10 g, 银花 12 g), 黄连解毒汤合活血散瘀汤(黄连、黄芩、黄柏、栀子、川芎、归尾、赤芍、苏木、牡丹皮、枳壳、瓜蒌仁、桃仁、槟榔、大黄), 西黄醒消丸(牛黄、麝香、乳香、没药)。

2.2.3 成脓期症状 发病 7 d 左右, 局部酿脓, 患肢疼痛和肿胀日益加重, 痛如锥刺刀割, 彻夜难寐, 漫肿潮红, 按之应指。若此时穿刺或切开, 可见油珠混浮之脓液, 倘体质虚弱, 毒邪扩散, 可出现壮热烦躁、咯血气急、谵语神昏等症。治法: 清热凉血解毒, 溃后须调补气血。内服: 黄连解毒汤合增液汤(黄连、黄芩、黄柏、栀子、玄参、麦冬、生地), 犀角地黄汤(芍药、生地黄、丹皮、水牛角); 透脓散(黄芪、山甲、川芎、当归、皂角针), 托里消毒散(人参、黄芪、白术、茯苓、甘草、当归、川芎、白芍、金银花、桔梗、皂角刺、白芷)。

2.2.4 外治 初期予金黄散, 新箍散。新箍散为家传外用方, 具体药物组成: 毫南星、白芷、姜黄、山奈, 比例为 12:4:3:3, 消肿散结之效。成脓宜早期抽吸或切排。

2.3 瘀血蕴热型

由外伤骨折、感染化脓所致, 尤其开放性的粉碎性骨折。

2.3.1 症状 开放性骨折, 继发寒热, 局部肿痛, 腐筋烂骨, 舌红, 边有瘀斑, 苔薄黄, 脉沉实或涩。治法: 清热和营解毒。内服: 复元活血汤加味(柴胡、瓜蒌根、当归、红花、甘草、穿山甲、大黄、桃仁)或清营汤加减(水牛角、生地、银花、连翘、元参、黄连、竹叶心、丹参、麦冬)。

2.3.2 外治 换骨线, 提脓丹, 四仙丹(四仙丹具体药物组成: 广丹 60 g, 生石膏 120 g, 珍珠母粉 10 g, 樟脑 4 g 研细粉, 外用具有清热拔毒、收敛生肌之效) 轮替使用, 促使死骨早脱, 赘肉与硬结消失, 肉色红活。

2.4 痰湿凝滞型

骨髓炎早期经过适当治疗, 全身症状消除, 局部症状僵凝, 不化脓也不消散。

2.4.1 症状 见于慢性骨疽, 患肢白肿拘急, 木硬僵硬, 不消不溃, 疼痛间歇, 偶有低热, 口不渴, 舌淡, 苔薄白, 脉沉细或迟细。治法: 温经散瘀, 化痰利湿。内服: 附子六物汤加味(附子、防己、甘草、白术、茯苓、桂枝)或阳和汤加味(熟地黄、肉桂、白芥子、姜炭、生甘草、麻黄、鹿角胶)。

2.4.2 外治 敷玉真散, 紫金锭, 回阳玉龙膏。于此类阴证附骨疽, 用之温经散寒, 消散痰凝, 而使得肿块消散。

3 外治特色: 多法互用, 阴阳转化, 以平为期

胡氏认为附骨疽往往虚实夹杂, 病程缠绵, 其扩创手术机会较少, 反对滥用针刀, 擅长运用外治方法, 以药为“刀”, 以多种外治法互用、叠用、序贯用等, 总以疾病能出现阴阳转化之机, 以平为期。

3.1 慢疽难愈

附骨疽多呈慢性趋势, 治疗颇为棘手^[10]。胡氏指出附骨疽特征为流脓瘰管, 经久不愈, 或时愈时发。造成不易治愈有以下原因: 一是死骨形成, 反复炎症。死骨形成相当于异物残留于疮腔, 不断诱发炎症, 导致持续排脓, 以及致病菌长期停留附着。二是骨腔形成, 引流不畅。骨腔单个或数个, 大小不等, 多与皮瘰管相通, 腔内由炎性肉芽组织、脓液、死骨及坏死组织所填充, 孔小而引流不畅。三是组织僵化, 血供不足。骨与瘰管附近软组织, 因反复炎症变为厚且硬的瘢痕组织, 患处常表现为血液循环不足。附骨疽长期不愈, 病性由热转寒, 由阳转阴, 由实转虚, 导致病程缠绵、迁延难愈的结局。

3.2 独特外治

活骨散、换骨线、提脓丹及生肌散的应用, 可将病性由寒转热, 由阴转阳, 由虚转实, 使疾病出现向愈之机, 提高慢性骨髓炎的治愈率^[11]。

3.2.1 腐蚀破旧法 以活骨散及换骨线为主要方剂, 活骨散的组成: 红砒 3 g, 巴豆霜 10 g, 雄黄 18 g, 枯矾 18 g。上药都研成细粉, 活骨散 5 份, 白芨粉 1 份, 适量水, 捣成柔团, 搓成线条(直径约 2 mm), 阴干后即成换骨线。活骨散及换骨线具有腐蚀作用, 刺激性强, 能促使局部产生红肿热痛等炎症反应, 能溶解组织, 消除瘢痕及炎性肉芽, 搪大疮口, 杀菌抑菌, 加速死骨分离, 促使红肉新生, 偶有发热、全身不适, 但反应不重。临床多用换骨线, 将锭条插入疮口, 直抵骨腔, 露出疮面, 比窦道稍长, 线条插入后逐渐溶化, 即起炎症反应, 约 7 d 左右局部平复。药线软化与周围坏死组织一并脱落。若瘰道弯曲, 则可把凡士林纱条蘸上活骨散, 用银丝送入, 效果同。胡氏强调该药每次应用以不超过 1 g 为度, 以免人体吸收中毒。再次应用必须在半个月以后。

3.2.2 提脓祛腐法 该法以提脓丹为核心, 提脓丹的组成: 杜红升 30 g, 广丹 120 g, 生石膏 120 g, 樟脑 6 g。上药各研细粉, 混和即成。本品含红升(氧化汞)20%, 有轻度腐蚀和刺激性, 但无痛, 能溶解炎性肉芽瘢痕硬结, 杀灭细菌消除瘰道, 使疮面洁净, 肉色红活。用棉线或纱条蘸药粉, 塞入疮口、瘰道, 每日更换一次, 也可与他药混合, 以降低汞浓度。

3.2.3 生肌长肉法 由生肌散为主要治疗方剂,生肌散组成:白占(蜂蜡)30 g,甘石 120 g,铝粉(氧化铝)120 g,血竭 30 g,珍珠母 12 g,共研细粉混合即成。为收敛剂,能生肌,涨肉,收口。用药粉撒于疮面,外贴药膏,也可用纸线纱条蘸药粉塞入疮口。

3.2.4 交替换药法 慢性骨髓炎是指骨疽后期,往往数年不愈,好发于青少年,以四肢骨为多。平时虽流脓不断,但少有全身症状。局部患肢肿胀,骨干增粗,质硬,高低不平,瘻道一至数个。用药物治疗时,先用探针探索瘻管方向及深浅和骨腔大小,把换骨线折断,使与瘻道等长,插入疮口底部 1~3 条;如有数个疮口,可以各插一条,总量不宜太多。疮口覆盖软膏纱布。用药后开始炎症反应,烦热肿痛持续约 24 h;5 d 内只换覆盖纱布,不换药。第 6 天起每日换用提脓丹,用纸线或纱条蘸药粉塞入疮口,连续数天;待腐败物、坏死组织流尽,疮口扩大,肿退,死骨清除肉色红活,改用生肌散收口;骨疽轻者,往往用过换骨线、提脓丹、生肌散各 5 d(即 1 个疗程)后,分泌物大减,疮口逐渐愈合,虽无死骨分离也能痊愈。若死骨过大,则可在局麻下,扩大疮口,凿大骨瘻孔取出死骨。

4 小结

胡氏外科以善治附骨疽而闻名浙东,是浙派中医外科重要流派之一,从其附骨疽治疗经验可窥其如下学术特色:一是临证经验丰富,胡氏长期服务于基层,在外科疾病治疗方面积累丰富实践经验,以附骨疽为例,其分型论治条分缕析,辨证详尽,尤其是识证与用药精准无误。二是外治方法独到,比较注重外治法适宜时机,重视疾病所处阶段、正邪虚实状态,形成契合临床应用的诸多诊疗方案(活骨散、换骨线等),仍可为当代中医外科借鉴。三是对于疑难顽症,注重内外并重,多有创见,能发前人未发,不落窠臼,尤以阴阳转化

为要,用药以平为期,通过中医外治疗法,使慢性炎症向急性演变、逆转,可将难消、难溃、难敛的阴证,转化为易消、易溃、易敛的阳证,为疾病的痊愈提供有利条件,经数代经验传承与总结,其临床疗效确切。新中国成立后,胡氏家族公开家传秘方及用法,以供同道参考,至今仍有重要借鉴意义。不足之处:因临床中含汞外用制剂使用受到限制,临床可应用具有拔毒生肌作用的中成药替代,亦能收效^[12]。

参考文献

- [1] 陈红风. 中医外科学[M]. 5 版. 北京:中国中医药出版社, 2021.
- [2] 朱学鑫,韩铝洲. 金中梁辨证论治脊柱疾病的临证经验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2025, 33(2): 91-93.
- [3] 韩铝洲,郑军状,严檬,等. 金中梁运用凉血化斑饮治疗外科病验案[J]. 浙江中医杂志, 2024, 59(10): 933-934.
- [4] 张华君,韩铝洲,唐国根. 金中梁治疗骨关节疾病验案三则[J]. 浙江中西医结合杂志, 2023, 33(1): 60-61.
- [5] 韩铝洲,吴清,郑军状,等. 金中梁运用五体理论辨治脱疽经验[J]. 浙江中医杂志, 2022, 57(10): 721-722.
- [6] 韩铝洲,郑军状,朱学鑫,等. 金中梁老中医治疗急危重症验案四则[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(10): 762-763.
- [7] 韩铝洲,郑军状,陶方泽. 金中梁治疗疔疮经验[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(2): 96-97.
- [8] 韩铝洲,郑军状,金中梁. 择时用药法临床应用发微[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(12): 5755-5757.
- [9] 柳红良,赵志付. 误用寒凉引起慢性扁桃腺肿大的理论探讨[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(5): 1784-1786.
- [10] 汤不器,朱威宏. 创伤后骨髓炎的诊治进展[J]. 中南大学学报(医学版), 2021, 46(11): 1290-1297.
- [11] 胡为民. 内外合治慢性骨髓炎 98 例[J]. 浙江中医杂志, 2002, 37(9): 390-391.
- [12] 程亚清,曹建春,张东萍,等. 拔毒生肌散临床应用专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(10): 1357-1361.

(收稿日期:2025-09-02)