

经验交流

药线在外治法中的运用

武汉市中医医院外科 刘爱民 汪陆玲

药线是一种传统的外治法。古时称为“纸经”，最早见于宋·王怀隐等所著《太平圣惠方》。吾师单苍桂大夫三世疡科，行医六十余年，善用药线治疗各种外科疾病，名噪武汉。

药线制法：单氏习用搓线蘸药法。将桑皮纸剪成宽窄不等之细条，搓成索状，先将所需药物依法组合，研为极细末，摊净纸上。再将搓好之纸索表面均匀涂以糊精，置药末中蘸药后在纸上搓匀，至索痕消失为度，阴干呈挺直之药线。所需药物随证选用，粗细量疮而异，制成备用。

一、功效

按其临床运用，药线的功效有蚀管、祛腐、引脓、生肌四个方面。

蚀管：疮疡溃后，流脓不断，如屋漏之状，称之为“漏”。久之疮内壁结缔组织增生而成“管”，称之为“漏管”。其内径粗细不一，深达肌肤之下，或直或曲，掺药难以直达病所，惟药线顺其管直插腔内，管壁蚀去方可生肌收敛。常用蚀管药有白降丹、提脓丹、奔江丹之类。

祛腐：祛腐为溃疡早期治疗的关键。脑疽、发背等有头疽，溃后状如蜂窝、莲房。祛腐药外掺，仅及其表，对于这类病症脓柱深达筋膜之下者，莫能及之。惟亦用药线插入蜂眼、莲房内，才能祛腐提毒。常用祛腐药有提脓丹、九一丹之类。

引脓：溃疡虽未形成漏管，但脓腔较深，疮口较小，脓排不畅，为掺药所不及者，亦需药线插入，以利引脓外出。脓腐较多者，宜选用提脓丹、九一丹、奔江丹之类；脓腐较少者，宜用拔毒生肌药之类。

生肌：漏管经蚀管后管壁脱落，或较深之溃疡脓腐已去，新肉红活，宜用生肌长肉之药

线插入，以助从基底部开始生肌长肉而敛疮。常用药为拔毒长肉丹。

药线的作用，从理论上讲虽可分为四个方面，但临床运用很难截然分开，惟以脓腐多少、有无为辨证选药之依据。

二、使用及注意事项

首先，药线的插入，到达疮底后应轻轻向外提出0.3~0.5厘米。特别是应用祛腐性较强之药线时更应如此，以免加深窦道，虚伐无过。至于瘰管，应避免穿过内口。对于深而未端较细的漏管，经验证明可以不必一插到底。

其次，药线粗细的选择，应依窦道或脓腔而定。较大的窦道或脓腔，可用脱脂棉裹在竹签上（竹签应削光滑，呈上粗下细之锥形），蘸以丹药，送入后轻轻抽出竹签。特大的脓腔（如粉瘤感染溃破），可视腔之大小，以相应之脱脂棉裹以黄连膏，蘸以丹药送入，填满腔内，用以祛腐提毒。此属药线祛腐之变法。

再次，药线拔出时，往往于药线表面附着一层脓苔，称作“抱脓柱”，可视抱脓柱的粗细、色泽来判断漏管壁或脓腐腐蚀情况，作为选药的依据。抱脓柱较粗，带白色，多为管壁被蚀；一般脓腐，多为稠厚微黄脓苔。抱脓柱由粗变细，为腐渐脱去；仅有稀薄淡红分泌物附着，为腐去新生之象。

三、治验举隅

例1：刘××，女，28岁。因生疮，二月前在某医院肌肉注射青霉素，致局部结毒，红肿作痛，遂致穿溃出脓，排脓不畅，延至月余，脓水不断。疮口大约0.5厘米，深3厘米，疮壁硬，窦道形成。畏于手术，来我院门诊。外用白降丹药线插入疮底，稍提出0.5厘米，疮口盖以万应膏。翌日换药见稠厚微白色

脓苔，粗如小指，附于药线一并拔出，拭净脓汁，窦道四壁软活，继以拔毒长肉丹蘸于棉签上填满管腔，轻轻抽出棉签，外盖万应膏。三周后新肉长满而愈。

例 2: 黄××，女，50岁。因患右肺中叶“硬化性血管瘤”于1979年12月12日在某附属医院行“肺中叶切除术”，“T”形管引流，曾用青霉素、氨基苄青霉素等抗感染治疗及换药，不愈。2月9日经该院放射科行胸壁瘻管造影检查(36884号)报告为右侧胸壁软组织瘻管。自述瘻管口疼痛，右臂上举困难。因惧怕手术于3月8日来我院门诊。检查见：沿右侧第六肋间隙方向，见一长约30厘米切口迹，其切迹与腋中线相交处之外侧3厘米和内侧2厘米处各有一0.5~0.8厘米疮口，色暗红，外侧疮口探针插入顺利，深达5厘米，触之有血性分泌物溢出，内侧疮口探针进入顺利无阻，拔出时附有脓性分泌物。疮口上方10厘米处皮下肿起，直径约4厘米，局部触痛明显。内服中药，托里排脓。外治：首先用提脓丹药线、经二外口各顺管道插入(外侧疮口药线插到底后，向外提出0.5厘米，内侧插入药线深12厘米)，疮面外贴万应膏。每日一换。疮外上方肿起触痛处，贴万应膏掺冲和散，三日一换。经一周治疗，每次换药抱脓柱约一小指粗，随后流出黄稠脓汁，其中曾随抱脓柱提出黑色丝线头二根，两瘻口相通。从一处插入药线7厘米即感受阻。管腔扩大，疮口红活，疼痛范围缩小。改用九一丹药线及拔毒长肉丹药线，外盖万应膏，新肉渐次长满而愈。

例 3: 陈××，女，50岁。三月前因阑尾切除术术后切口感染，曾在某医院行窦道搔爬术二次，疮愈而复发。至今脓水仍淋漓不断。于1985年5月10日来我门诊治疗。见麦氏切口下段有一0.5厘米疮面，探之深3厘米，管壁质硬。诊断为阑尾术后腹壁窦道。外治以提脓药线顺窦道插入，外盖黄连膏，每日一换。每次换药，拔除的药线均附有脓胎，初较稠厚，色微白。一周后随药线提出黑色丝线头二枚，窦道变浅、缩小，药线附着脓苔亦

少。改用拔毒生肌散外掺，盖万应膏或鲫鱼膏。治疗两周痊愈。

例 4: 潘××，女，52岁。患者于1978年6月行“子宫全切术”，术后切口感染，反复清创换药不愈，时有脓性分泌物从阴道口溢出。某附属医院碘油造影证实：耻骨联合上方形成“腹壁阴道瘻”，1979年5月12日来我院门诊治疗。检查：下腹正中有一切迹，其上可见五处感染后遗留的疤痕，耻骨联合上方有一疮口，直径约0.5厘米，以探针探测，瘻道弯曲向上向后，深约5厘米。治疗：瘻道插入提脓丹药线，外贴万应膏。一日一换。三天后，瘻道扩大，流出粘稠脓液，阴道也有少许血性分泌物流出。疮口时有针刺样疼痛。换药月余，某附属医院再次造影复查，报告：“腹壁瘻管弯曲以上部分愈合”。因脓液较多，改用奔江丹药线，脓液渐少，瘻道变浅。最后以九一丹、拔毒长肉丹外掺，外盖鲫鱼膏收功，历时两月而愈。

例 5: 周×，男，32岁。少腹溃烂月余。结核菌培养：革兰氏阴性杆菌生长。抗结核治疗无效。于1983年7月27日入院。检查见右腹股沟上方一溃面，色暗、疮面凹凸不平，疮口约3×5厘米，外小内大，向四周潜行，探之，深处达4厘米，浅者约1厘米左右。脓水清稀，时有干酪样分泌物溢出。诊断：鼠蹊部淋巴结核伴窦道形成。外治以奔江丹药线插入，疮面掺奔江丹，盖玉红生肌膏。每日换药一次。腐脱后，单用奔江丹外掺疮面，四周加垫压迫，促其腔道粘合。新肉渐生，住院83天，痊愈出院。

四、附方

白降丹(《医宗金鉴》方)：朱砂 雄黄 水银 硼砂 火硝 食盐 白矾 皂矾

提脓丹(《中药成方集》方)：冰片 轻粉 红升

九一丹(《医宗金鉴》方)：熟石膏 升丹

奔江丹(《外科十三方考》方)：水银 火硝 白矾 青盐 青矾 白砒 硃砂 麝香 冰片

拔毒长肉丹(《单苍桂外科经验集》方)：煅龙骨 赤石脂 代赭石 红升 血竭 制乳香 煅石膏 梅片 明雄 飞甘石