中國醫藥大學北港附設醫院 中醫部 受訓科別： 針灸科 （105 年 01 月） 受訓住院醫師： 林昀寬	學員回饋： 慢性傷口易難于且不易癒合，照顧時費心耗力 但療效往往有限，通過此例，以中医觀点處理慢性傷口，配合新觀念之西医水療，可見到明顯療效及成果。 住院醫師簽名：林昀寬
指導醫師結語： 傷口可分清"虛、實"， 才必應 指導醫師與簽名：	

1. 基本資料：

初診日期：104/11/12

問診日期：104/12/28

姓名：邱陳〇〇	性別：女	年齡：59 歲
病歷號碼：	婚姻：	籍貫：
身高：156 cm	體重：78 kg	職業：

BMI：32.05kg/m^2

2. 主訴：左腳掌底部傷口經久不癒

3. 現病史：104.3 月初，因左腳底部硬繭，經診所外科處理後，傷口難以癒合，七月份曾嘗試中藥店之藥膏敷布，傷口有漸收束，傷口範圍約 1.5*1.5*0.5cm。爾後四個月，傷口持續停留在 1.5*1.5*0.5 的程度，難再有縮口或進展。

4. 過去病史：DM20 年、HTN

5. 個人史：

居住環境： 佳

飲食：營養狀況良善

精神狀態：良好

藥物、食物過敏： 無

喝酒：無

抽菸：無

吃檳榔：無

6. 家族史（婦科胎產史、兒科生產史）：無

7.旅遊史：無

8.中醫四診：

（1）望診：舌質紅，苔白，有瘀點。絡脈無怒張情形。唇乾略白。

（2）聞診：

語音低微略無力，無特殊氣味

（3）問診：

全身：易勞倦沉重感。

情志：情緒穩定。

睡眠：眠可。

五官：眼：無眼紅、無乾澀、無視野模糊。

耳：聽覺無明顯異常。

鼻：無鼻塞、鼻流涕、鼻癢、鼻乾、鼻熱。

口：時有黏膩感，易渴飲多。

咽：無咽乾、痰多。

胸腹：無胸悶、無胸痛、無腹脹、無腹痛。

四肢：夏傷口不易癒合。

大便：大便 1-2 日 1 行，偶軟散。

小便：小便可。

（4）切診：脈滑數

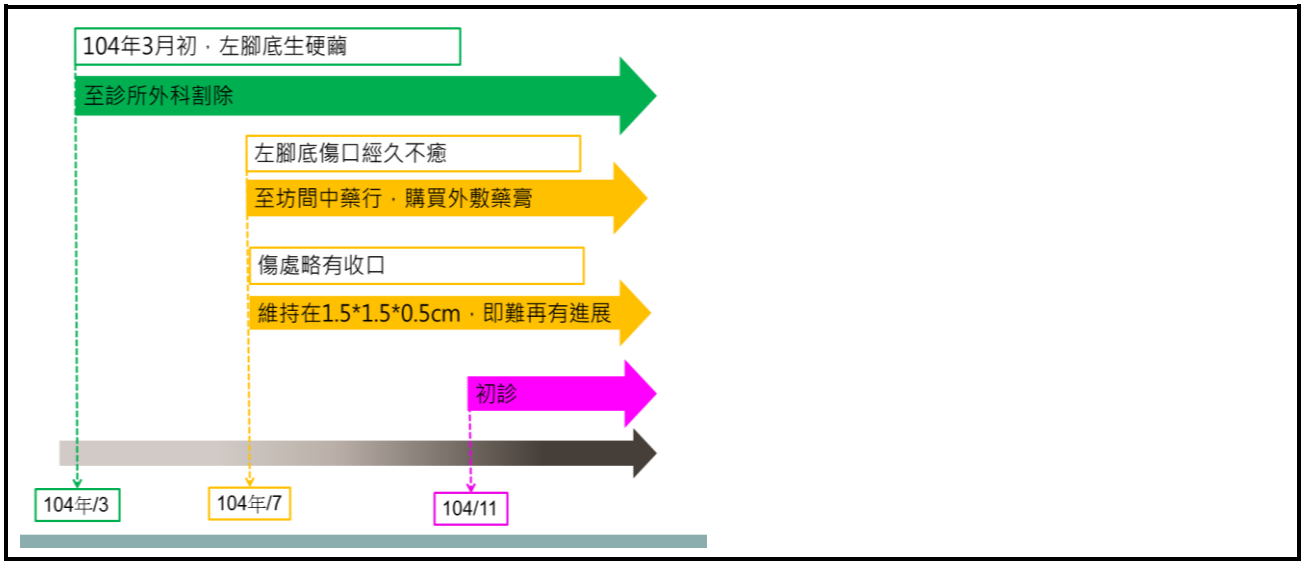
9. 現代醫學身體（理學）診察：無檢驗

10. 實驗室檢查：無檢驗

11.影像暨特殊檢查：無檢驗

12. 整體回顧：患者為 59 歲女性， 104.3 月初，因左腳底部硬繭，經診所外科處理後，傷口難以癒合，曾嘗試外用敷布，傷口有漸收束，但傷口範圍約 1.5*1.5*0.5cm 卻無法再有改善。傷口停留於此階段約已四個月，毫無進展故前來求治。

13. 時序圖



14. 辨證（病機分析）

I. 病因：病理性病因：痰濁阻滯之繼發性病因； 不內外因:金瘡外傷

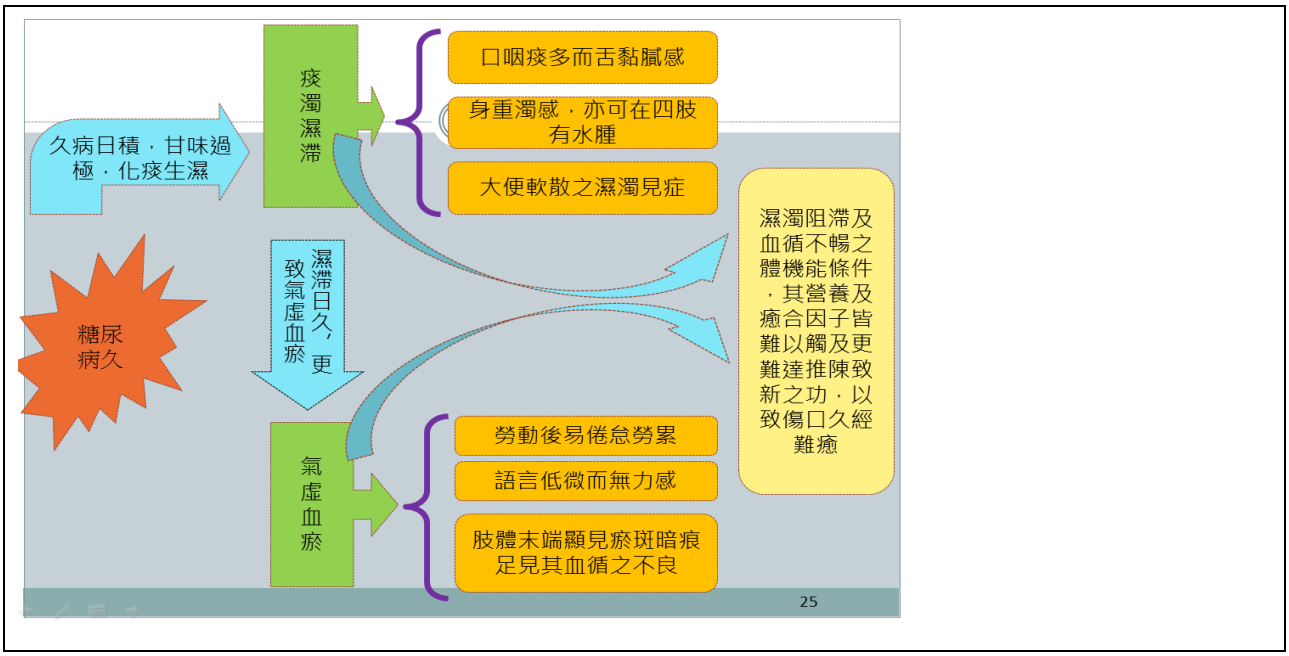
II. 病位：解剖位置：皮膚、肌肉

中醫病位：脾、浮絡

III. 病性：主症徵(症狀+徵象)：左腳底傷口經久難癒

IV. 病勢：患者為糖尿病患者，其為代謝性疾病，病理生理為胰島素相對或絕對不足，進而引起糖、脂肪和蛋白質代謝失常。生理代謝異常，久病日積，糖份過高，甘味過極而化痰生濕。漸成痰積濕滯之資。於患者身上可見口咽痰多而舌黏膩感、而身重濁感，亦可在四肢有水腫及大便軟散之脾濕見症。消渴日久，身濁沉重濕滯，滯久易致化瘀內停，又可成為病理產物性病因，阻塞臟腑器官而致氣滯血瘀之證，故病人於些微勞動後易倦怠勞累、語言低微而無力感。且肢體末端顯見瘀斑暗痕足見其血循之不良。足底傷口，在濕滯及血循不暢之體機能條件，其營養及癒合因子皆難以觸及更難達推陳致新之功，以致傷口久經難癒。

15. 病因病機分析圖



16. 診斷：

西醫： 蜂窩組織炎

中醫： 瘡瘍

證型：痰濁濕滯，氣虛血瘀

17. 治則：活血化瘀、補氣祛濕

18. 處方：

主治醫師處方	**自擬方**
局部放血、傷口圍刺、足三里、合谷、太衝、絕骨、水療沖洗、外敷金瘡膏	足三里、合谷、太衝、豐隆、水分

19. 論治（治法分析）：

主治醫師處方分析：

局部放血、活絡血行、散積除瘀。 傷口圍刺、加強傷口周圍組織血循，增加刺激量。 足三里、健脾益氣，促進細胞修復因子。 合谷、太衝開四關，交通氣血運行，通絡暢氣。水療沖洗，以自來水之清水沖洗傷口，逕將傷口沖洗乾淨，並即以乾淨消毒之紗布或綿布將傷口擦拭乾燥。並以適當敷料保持傷口潔淨。水療次數一天可三至五次，於住家可以蓮蓬頭下沖洗，每次 3 分鐘，不可以浸泡方式操作。外敷金瘡膏，主要作用在於去腐生新。不但能夠抑制細菌生長，而且能夠 促進微血管新生，加速肉芽組織生長，促使創面收斂癒合。

自擬方分析：

足三里、健脾益氣，促進細胞修復因子。 合谷、太衝開四關，交通氣血運行，通絡暢氣。豐隆、和胃氣，化痰濕，清神志。 水分、利水，消脹，緩拘急。

20. 病例追蹤

21. 討論

I. 慢性傷口定義：慢性傷口是指超過 3 個月以上無法癒合的傷口，包括糖尿病足潰瘍(diabetic foot ulcer)、褥瘡(pressure ulcer)、鬱血性潰瘍(stasis ulcer)、缺血性潰瘍(ischemic ulcer)、以及放射性潰瘍(radiation ulcer)等。

II. 傷口癒合：

◆發炎期(inflammation phase)

早期發炎(24~48 hr)

由補體系統活化開始，C3a 和 C5a 增加微血管通透性，並吸引嗜中性球及單核球至傷口清除外來細菌

晚期發炎(48~72 hr)

巨噬細胞釋出的變形生長因子 transforming growth factor-β,TGF-β)與其相關的 reactive oxyge species(ROS)機制，輔以血小板激發的一系列血小板生長因子、cytokines 等，刺激白血球與血管內皮細胞、纖維細胞、平滑肌細胞的邊緣化和移行，

最後進入傷口周圍的是淋巴球細胞，於 72 小時後才會出現,負責膠原蛋白和細胞外間質的調控，是進入增生重塑期必須先行的重要功能

◆增生期(proliferation phase)

纖維母細胞的增生- 在 5~7 天開始生成膠原蛋白 collagen 和細胞外間質(extracellular matrix)，此時膠原蛋白主要為第一型及第三型膠原蛋白，以形成疤痕組織。

肉芽組織的增生- 由纖維母細胞、巨噬細胞、血管組織和鬆散的細胞間質形成。蘊含豐富的血管新生和多種生長因子，多見於開放傷口，此時可接受植皮的時機為佳。

傷口的收縮- 不經新生組織生成，而是肌肉纖細母細胞收縮

上皮的形成- 角質細胞和纖維母細胞會分泌第四型膠原蛋白形成基底膜，爾後表皮細胞才會開始分化。

◆成熟期(maturation phase)

膠原蛋白纖維增加，膠原蛋白重組。傷口強韌度和膠原纖維交錯鍵結比例呈正相關，但組織強韌度通常只能回覆到原來組織的 80%。

III. 傷口評估

A= Anatomic location and age of wound 解剖位置和傷口時間

S= Size, shape, and stage 大小、形狀、階段

S= Sinus tracts and undermining 竇式和隧道式

E= Exudate 滲出液

S= Sepsis (septic wound) 敗血症

S= Surrounding skin 周圍皮膚中醫傷口

Falanga（2003）提出傷口床準備的概念 （wound bed preparation ;WBP）

一個針對慢性傷口護理的新觀念。因為慢性傷口往往有過多阻礙傷口分泌物的累積和過度的感染現象以及組織壞死和傷口邊緣組織無法再生，所以找出影響或停滯傷口癒合的原因，給予適當之治療來加速促使傷口往癒合的方向進行。

TIME:

Tissue management （組織管理）、Inflammation or infection control （感染或發炎控制）、Moisture Imbalance(評估傷口濕潤環境)、Edge of Wound(評估傷口邊緣情況)、Healing score(傷口癒合因素)

M= Maceration 浸潤

E= Edges and epithelialization 邊緣和上皮組織

N= Necrotic tissue 壞死組織

T= Tissue bed 組織床

S= Status 紀錄傷口情況

IV. 傷口不癒的影響因素

◆系統性因素

年紀、慢性疾病、營養、循環狀態、神經系統、藥物或化學物品、免疫系統受損、放射線治療、潛在因素或習慣

◆局部性因素

傷口感染、重複外傷、異物及壞死組織、機械性因素、游離性輻射

V. 中醫傷口歷史沿革

朝代		典籍名稱	證治思想特色
萌芽期	東漢隋代	馬王堆醫書 內經 傷寒論 諸病源候論	出現豐富的瘡瘍病名與治療方法 癰疽的病因病機理論已成形 將脈象加入瘡瘍的辨證思考 出現慢性皮膚潰瘍（久瘡）的病機描述
成熟期	唐宋元	千金翼方 外臺秘要 聖濟總錄 太平聖惠方 外科精義	更豐富的治療方劑收載。歸納內服的生肌長肉類藥物 瘍科的辨證論治思想，出現內服外敷相配合的治療模式。 首開【依寒熱辨證】的治法開始有治冷瘡用溫藥、治熱瘡用涼藥，又將內治法分為【內消與內托】兩大法 提出【五善七惡】使審證預後判斷更週全 治瘡瘍應【局部與整體相結合】辨治原則。皮膚瘡瘍的基本證治模式，至此已漸成形。
擴展期	明清民國	外科正宗 外科大成 瘍醫大全 醫宗金鑑 瘍科綱要	將唐至元之外科證治總整理，列證最詳。加入調理須知及飲食禁忌於證治中，使瘡瘍的治療更精緻化 加入經絡辨證，擴大瘡瘍的證治思想範疇。指出生肌者首重脾胃，用生肌藥前待腐盡。 將癰疽的辨認加以【圖樣化】 總結前人看法，對於瘡瘍的病因病機、診斷治療與預後作綜合性的整理。 展現臨床外科和內科相結合的純熟經驗

VI. 中醫傷口-病因

內因

甲、　七情、精神情緒狀態

乙、　年齡

丙、　正氣

外因

丁、　六淫，風寒暑濕燥火

戊、　邪毒感染

不內外因

己、　外力、跌撲、撞擊、刀刃、飢飽、勞倦、壓溺、蟲獸

VII. 中醫傷口-病機

發病機理主要是**氣血凝滯，營氣不從，經絡阻塞，臟腑功能失調**。 人身氣血相輔而行，破壞了氣血的正常運行，而氣血凝滯，阻於肌膚，或留於筋骨，致臟腑失和。各種**內在致病因素**引起局部氣血凝滯後，則形成經絡阻塞，從而反應到人體的體表，產生局部的紅腫熱痛或功能障礙。

VIII. 中醫傷口治療-內治法

解表、通裡、清熱、溫通、祛痰、理濕、行氣、和營、內托、補益、養胃

甲、　消-使初起的腫瘍得以消散，是一切腫瘍初起的治法總則。 此法適用於沒有成膿的**初期**腫瘍。如有表邪者解表，裡實者通裡，熱毒蘊結者清熱解毒，寒邪凝結者溫通，痰凝者祛痰，濕阻者理濕，氣滯者行氣，血瘀者和營化瘀

乙、　托-用補益氣血和透膿的藥物，**扶助正氣，托毒外出**，以免毒邪內陷。適用於外瘍**中期**，正虛毒盛，不能托毒外達，瘡形平塌，根腳散漫，難潰難腐的虛證。

丙、　補-用**補養**的藥物，**恢復正氣，助養新生**，使瘡口早日癒合的一種治療大法。

用於潰瘍**後期**，毒勢已去，精神衰疲，元氣虛弱，膿水清稀，瘡口難斂者。 凡氣血虛弱者，宜補養氣血；脾胃虛弱者，宜理脾和胃；肝腎不足者，宜補養肝腎等。

IX. 中醫傷口-外治法

外治法是運用藥物和手術或配合一定的器械等，直接作用於患者體表某部或病變部位以達到治療目的的一種治療方法。

藥物療法

甲、 膏藥(硬膏)、油膏(軟膏)、箍圍藥(敷貼)

手術療法

乙、 切開、火烙、**砭鑣(三棱針或刀鋒在瘡瘍患處淺刺皮膚或粘膜放出少量血液**，促使內蘊熱毒隨血外洩)、掛線、結紮。

其他療法

丙、 引流法、墊棉法、藥筒拔法、針灸法、熏法、熨法、熱烘療法、滾刺療法、洗滌法等。

X. 中醫傷口發展

中藥促進傷口癒合生長，在臨床應用上確實可見案例之療效，但慢性傷口之治療應用時，往往有病多有其潛在之疾病，如糖尿病、高血壓、循環障礙等，而其自身免疫抵抗力多有低損。所以一旦出現傷口時，便需要擔心傷口感染的併發症，以免造成嚴重之敗血症。中藥應用雖有療效，但治療時程長，對潛在疾病及傷口清理預防感染，在現代醫學中，仍需中西醫共同合作，相輔相成，以發揮最大療效。

22.參考文獻資料

I. 新編彩圖針灸學

II.經穴大全