

皮膚瘡瘍證治思想與生肌類方劑的研究

許堯欽^{1,3} 陳榮洲^{2,3,4}

¹ 奇美醫院 中醫部

臺南

² 秀傳紀念醫院 中醫部

彰化

中國醫藥學院³ 中國醫學研究所；⁴ 中醫學系

臺中

(2000 年 4 月 18 日受理，2000 年 10 月 31 日收校訂稿，2000 年 11 月 20 日接受刊載)

中醫皮膚瘡瘍證治思想的歷代發展演進，可分為三個階段：自馬王堆醫書至隋諸病源候論為萌芽期；自唐《千金翼方》至元《外科精義》為皮膚瘡瘍證治思想的成熟期；自明《外科正宗》至清《醫宗金鑑、外科心法要訣》皮膚瘡瘍證治思想的內容更加豐富，此階段稱之為豐富擴展期。近代醫家在治療皮膚瘡瘍上，遂逐漸展現優越的臨床經驗，即外用劑與內服藥並用。

生肌類方劑，臨床上多運用於慢性皮膚潰瘍的外敷，其可加速皮膚瘡瘍癒合。本研究統計歷代典籍的生肌類外治方劑，總共收集 63 首方劑，使用中藥達 121 種，每則處方平均使用了 6 種藥物，出現頻率超過九次以上的藥物分別是：輕粉 (Calomelas)、冰片 (Borneolum)、乳香 (Frankincense)、血竭 (Daemonoropis Draconis Resina)、龍骨 (Mastodi Dentis Fossilia)、兒茶 (Catechu)、沒藥 (Myrrha)、鉛粉 (Minium)、珍珠 (Margarita)、當歸 (Angelicae Sinensis Radix)、白芷 (Angelicae Dahuricae Radix)、海螵蛸 (Sepiae seu Sepiellae Os)，計十二味藥。這些藥物可提供設計皮膚瘡瘍癒合新處方的參考。

關鍵詞：皮膚瘡瘍，證治思想，生肌類外治方劑。

前 言

皮膚瘡瘍的治療在中醫外科是一個重要的課題。運用外敷「生肌類」藥物以幫助不易癒合的皮膚潰瘍傷口收口是臨床上重要的一種治法。早在《周禮·天官篇》中，中醫已有瘍醫專科的成立。¹《瘍醫》主治腫瘍、潰瘍、金創和折傷。如記載：「瘍醫掌腫瘍、潰瘍、金瘍、折傷之祝藥、劓殺之齊。」祝藥，即指外

敷藥。剝，是刮去膿血。殺，是除去惡肉。齊，是使創面平復。可見，當時已有運用外敷藥與外科擴創術以促進潰瘍傷口癒合的初步概念。而後歷經各個朝代的發展，逐漸豐富了中醫瘡瘍證治的內容。直至近代，我們發現《瘍科綱要》所主張的治外瘍必先通內科。診斷需四診合參，治病應內治兼治。²此種內外科相結合的全面性證治思想模式較諸前人已有顯著的不同。在這漫長的歷史過程中。中醫皮膚瘡瘍之證治思想在起源後，究竟如何發展擴充其內涵，進而建立起完整的架構，實在值得吾等加以探討。

材料與方法

為探討中醫外科有關皮膚瘡瘍的證治思想發展演進過程與生肌類方藥的運用規律，本文以 1989 年知音出版社印行之《中醫外科學》總論中所論及中醫外科學發展史為原始資料。針對文中所述歷代具代表性的專書，以人工閱讀查尋，蒐集其中有關【癰疽與瘡瘍】證治論述的章節，分為瘡瘍的證治與生肌類外用方劑兩大類，加以分析比較與整理，

研究範圍包括馬王堆醫書考註、黃帝內經素問靈樞、桂林古本傷寒雜病論、諸病源候論、千金翼方、外臺秘要、聖濟總錄、太平聖惠方、外科精義、外科正宗、外科大成、瘍醫大全、外科證治全生集、醫宗金鑑外科心法要訣、瘍科綱要等書。

結 果

一、中醫皮膚瘡瘍證治思想的歷代發展演進（見表 1），可分為萌芽期、成熟期和豐富擴展期等三個階段，茲分述如下：

（一）自馬王堆醫書至隋諸病源候論為萌芽期階段

1. 馬王堆醫書：出現小腿皮膚慢性潰瘍的藥湯熏蒸外治法記載。

《馬王堆醫書》是目前所發現最早的一部中醫文獻，在斷簡殘篇之中發現豐富的皮膚病名記錄。例如：一般性皮膚創傷（諸傷）³、白癜風（白處）⁴、腹股溝疝氣（積）⁵、內痔（牝痔）⁶、燒傷後皮膚的癢痕（般）⁷、腿部皮膚的燒燙傷（胘隙）⁸...，每種疾病均有其相應的治療藥方。其中對小腿皮膚慢性潰瘍的證治記載如下：「胘久傷者癰、癰潰、汁如糜。治之；煮水二斗、鬱（鬱金）一參、苾（蒼朮）一參... 凡三物，..... 即炊湯。」⁹此乃用藥湯熏蒸法治療小腿皮膚潰瘍的最早記載。

2. 內經：建立癰疽的病因病機理論基礎。

《內經》為中醫醫學理論之根源，對人體疾病開始有系統性的說明。靈樞·癰疽篇中對皮膚癰疽的病因病機有頗為詳盡的描述，「寒邪客於經絡之中則血泣，血泣則不通，不通則衛氣歸之，不得復反。故癰腫寒氣化為熱，熱勝則腐肉，肉腐則為膿，膿不瀉則爛筋。筋爛則傷骨，骨傷則髓消。」¹⁰此段記載與現代醫學理論完全契合。「寒邪客於經絡」相當於病原菌侵入人體內。「血泣不通」相當於局部微循環障礙。「衛氣歸之」相當於免疫發炎細胞被誘發的「趨化作用」。「寒氣化熱，熱勝腐肉」相當於病原菌遭遇人體免疫細胞，正邪相爭之後，所產生的「化膿反應」。「膿不瀉則爛筋、傷骨」代表化膿性炎症反應若未受適當控制

表 1 皮膚瘡瘍證治思想的演進過程

朝 代	典籍名稱	證治思想特色
萌芽期		
東漢 隋	《馬王堆醫書》	出現豐富的瘡瘍病名與治療方法。 小腿皮膚慢性潰瘍的藥湯熏蒸外治記錄
	《內經》	癰疽的病因病機理論已成形
	《傷寒雜病論》	將脈象加入瘡瘍的辨證思考
	《諸病源候論》	出現慢性皮膚潰瘍（久瘡）的病機描述，但無治療方藥。
成熟期		
唐	《千金翼方》	更豐富的治療方劑收載。 歸納內服的生肌長肉類藥物
唐	《外臺秘要》	瘍科的【辨證論治思想】開始萌芽 出現內服外敷相配合的治療模式。
宋	《聖濟總錄》	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
宋 元	《太平聖惠方》 《外科精義》	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。
豐富擴展期		
明	《外科正宗》	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。 生肌玉紅膏被評為外科收斂之神藥
清	《外科大成》	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。
清	《瘍醫大全》	將癰疽的辨認加以【圖樣化】
清	《外科證治全生集》	建立以【陰陽】為綱要的瘍科辨證法則
清	《醫宗金鑑》	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。 中醫皮膚瘡瘍證治內容，至此已逐漸完備。
民國	《瘍科綱要》	展現臨床外科和內科相結合的純熟經驗。

或引流，所可能產生的病理性轉移至肌腱或骨骼。在皮膚病方面，則列舉了各種癰疽的證候與病名，例如：發於咽喉部的「猛疽」、發於頸部的「天疽」、發於胸部的「井疽」、發於尾軀骨部的「銳疽」...等共十七種¹¹。

3.東漢，傷寒論：首論金瘡脈象的特點及有膿無膿的治療方藥

東漢《傷寒雜病論》中記載金瘡（皮膚被刀斧所傷）患者的脈象特點：「寸口脈微而瀦。」與其證治方藥：「無膿者，王不留行散主之。有膿者，排膿散主之，排膿湯亦主之。」¹²

4.隋，諸病源候論：描述癰疽發病的原因與病位有腑臟淺深之分

隋巢元方《諸病源候論》是我國第一部病因病理學的專書，對於皮膚瘡瘍的記載分布於卷三十二癰疽病諸候上、三十三癰疽病諸候下，卷三十五瘡病諸候與與卷三十六的金瘡病諸候。其中對於癰疽的病因病機敘

述多源自黃帝內經，然而對其發病之誘因與病位深淺有進一步的分析。關於皮膚病名的記載非常豐富。如：疔瘡、丹毒、癰疽、痔...等六十餘種。且對於其相關證候又有更細膩的鑑別診斷。

卷三十二對癰與疽作深入的鑑別診斷。描述癰疽的病位有腑臟，淺深之分：「癰者，由六腑不和所生也。疽者，五臟不調所生也。」癰疽的發病誘因均起自喜怒不測，飲食不節，陰陽不調所造成的營衛虧虛，腠理開而寒客經絡所致：「六腑主表，氣行經絡而浮。五臟主裏，氣行經絡而沉。若喜怒不測，飲食不節，陰陽不調則六腑不和。營衛虛者，腠理則開，寒客於經絡之間，經絡為寒所折，則營衛稽留於脈。營者血也，衛者氣也，營血得寒則澀而不行，衛氣從之，與寒相搏亦壅遏不通。氣者陽也，陽氣蘊積則生於熱。寒熱不散，故積聚成癰疽。」¹³

卷三十五瘡病諸候收載豐富的皮膚病名記錄，如：癩瘡、乾癬、濕癬、風癬、白癬、風癬、圓癬、甲疽、查疽、頑疽、浸淫瘡、翻花瘡、王爛瘡、白頭瘡、撮頰瘡、土風瘡、血瘡、漆瘡、凍爛瘡、灸瘡...，共計六十八種。¹⁴

(二)自唐千金翼方至元外科精義為成熟期階段

1.唐，千金翼方：有三十餘種病名記錄與高達二百七十餘種的治療方劑

唐·孫思邈《千金翼方》著重於方藥的收集。卷一藥錄纂要中收錄一系列有助於「長肌肉」之內服中藥，如：當歸、地黃、天冬、麥冬、菟絲子、山藥、石斛、女貞子、胡麻...等二十九種。¹⁵

書中對於癰疽等皮膚疾病的記錄集中於卷二十三與二十四的瘡癰門。其病因病機的理论亦多沿襲黃帝內經。關於皮膚病名的記錄，除了內經靈樞癰疽篇所載的十七種之外，又多了赤疽、抒疽、蜂疽、刺疽、俠榮疽、勇疽、標叔疽、禽疽、陰疽、脈疽、龍疽、首疽、行疽、衝疽、敦疽、疥疽、筋疽、陳乾疽、蚤疽、倉疽、發背、漂疽、濕熱瘡、鼠癩、惡核、丹疹、腸痔、甘濕、代指、金瘡等三十餘種病證，但是卻有高達二百七十餘種的治療方劑記錄¹⁶，所以每種疾病均有較多的治劑可以選擇。

2.唐，外臺秘要：治療金瘡重視內服與外敷並用。

唐·王燾《外臺秘要》對於癰疽的病因病機的理论亦多源自於黃帝內經。本書開始注意到人體內外之間的關連性，認為皮膚瘡瘍在不同情況之下需採取不同的內服外敷治療；例如：治療金瘡，若去血過多，應內服虛竭內補方（當歸、芍藥、細辛、乾薑、甘草）。若疼痛劇烈，可外敷牡蠣散（牡蠣、石膏），內服地榆散（地榆、當歸、芍藥、川芎、白芷、白斂、附子）。欲促金瘡生肌長肉，則外敷生肌白膏（白芷、當歸、川芎、乾地黃、甘草、蜀椒、白斂、附子、豬脂），內服生肌肉散（當歸、芍藥、川芎、黃耆、人參、桂心、白芷、蜀椒、厚朴、乾薑、吳茱萸、甘草、肉蓯蓉）¹⁷。

3.宋，聖濟總錄：首創寒熱虛實辨證的治法，內治分內消與托裏兩大法。

宋《聖濟總錄》乃皇室御纂之典籍，搜羅廣富，論證詳備。其中有關皮膚疾病的論述分布在卷一百二十八到卷一百三十一的癰疽門、卷一百三十二到卷一百三十八的瘡腫門與卷一百三十九到卷一百四十的金瘡門。¹⁸對於皮膚瘡瘍的診治有更詳盡的記錄，首開依寒熱虛實辨證論治之先河。

治療冷瘡偏用溫藥、治療熱瘡偏用涼藥。卷一百三十三：瘡腫門對冷瘡的描述：「蓋以氣不足則血不行，血不行則經久不瘥，所謂冷瘡是也。」。治療冷瘡年深未瘥，可內服木香散方（木香、母丁香、乳香、靈香），外敷乳香膏方（乳香、生地、羊脂、食鹽、松脂、杏仁），或以蔥白湯煎方（蔥白、蜀椒、薤白、川芎、香豉、防風）熏洗患部。「熱瘡蓋陽盛則表熱，形勞則腠疏。表熱腠疏、風邪得入，相搏於皮膚之間，血脈之內，聚而不散，故蘊結為瘡。」¹⁹。治療熱瘡有多種模式，例如：治療表熱實、身體生瘡或發瘡癩，大小便不利（表裏俱實證）用梔子湯（黃芩、梔子、知母、大黃、甘草）內服；治熱毒瘡腫以大黃散（大黃、赤小立、石灰）外敷；治熱瘡多膿汁者，以芎藭散（芎藭、大黃、黃連、白斂、芍藥、槐皮、龍骨）²⁰。

而且內治又有托裏與內消之分，例如卷一百三十癰疽門：論癰疽托裏法：「癰疽諸瘡氣血虛微、肌寒肉冷、膿汁清稀，毒氣不出，瘡久不合或聚腫不赤、結硬無膿，外證不見者，並宜托裏。」²¹ 卷一百三十癰疽門：癰疽等瘡內消法：「始覺經絡壅滯、氣血悶鬱有瘡瘍之證，則熱氣初作，營衛未礙，肌肉未腫、腫而未腐之時，特可疏滌風熱通導而去之。」²²

4. 宋，太平聖惠方：提出五善七惡之證為臨床審證預後的重要參考。

宋《太平聖惠方》是國家出版的重要醫學文獻，堪稱是宋代的醫方大成。對於癰疽的病因病機與的理論亦多源自於黃帝內經，如卷六十一癰疽論：「夫療癰疽，須以湯藥疏其內，針灸疏其外。然則癰疽有虛有實，虛則補之，實則瀉之。」²³。其特色是開始提出五善七惡之證，作為臨床審證預後的重要參考。「煩躁時嗽，腹痛渴甚，或泄利無度或小便如淋，一惡也。膿血大洩，腫掀尤甚，膿色敗臭，痛不可近，二惡也。喘粗短氣，恍惚嗜睡，三惡也。目視不正，黑睛緊小，白睛青赤，瞳子上視者，四惡也。肩項不便，四肢沉重，五惡也。不能下食，服藥而嘔，食不知味，六惡也。聲嘶色脫，唇鼻青赤，面目四肢浮腫，七惡也。動息自寧，食飲知味，一善也。便利調勻，二善也。膿潰腫消，色鮮不臭，三善也。神采精明，與音清朗，四善也。體氣和平，五善也。若五善見三則差，七惡見四必危。」²⁴。

對於慢性皮膚潰瘍（諸瘡口不合）的病因與病程有詳細的分析。如卷六十一癰疽論所述：「夫諸瘡腫皆是風邪熱毒所為。若重觸風冷，則冷氣入於瘡，令血澀不行。其瘡則常有膿水，不知痛癢，經久則瘡口不合也。」²⁵

5. 元，外科精義：提出治瘡瘍應局部與整體相結合，內外兼治的全面性辨證論治。

元·齊德之《外科精義》總結了元朝以前各大方書的經驗，提出：瘡瘍等外科病是人體陰陽不和，氣血凝滯所致。痛陳時醫治瘡瘍治其外而不治其內，捨本逐末之誤。書中診斷疾病強調望診（色）、切診（脈）與病證相參以論病的重要性²⁶。治療上則倡導內外兼治。如論瘡疽腫虛實法所述：「凡諸瘡疽，膿水清稀，瘡口不合，聚腫不赤，肌寒肉冷，自汗色脫者，氣血之虛也。腫起色赤，寒熱疼痛，皮膚壯熱，膿水稠粉，頭昏目重者，氣血之實也。...虛則補之，和其氣托裏也。實則瀉之，疏利而自導其氣。」²⁷ 明確地將人體皮表的病證與內在臟腑的氣血虛實相結合，開創局部與整體相結合的辨證論治思想，中醫對皮膚瘡瘍的證治模式，發展至此已漸臻於完備。

書中強調對於皮膚疾病不重病名的細分，而偏重於病位深淺的辨別、病勢虛實的分辨與預後善惡的認知。在治療上也不求藥方的多變，而著眼於治法與病機是否契合等大原則的掌握。

(三)自明外科正宗至清醫宗金鑑為豐富擴展期階段

1.明，外科正宗：瘡瘍的治療，列證最詳，論治最精。

明·陳實功收錄唐以後至明的外科證治法進行總整理，後人有列證最詳，論治最精的評價²⁸。對於癰疽之辨治，病因需分內、外與不內外因，辨證需分陰、陽與半陰半陽症，治方有治例可循，預後需察其形色順逆，見五善七惡而論其死生。癰疽治法總論對前人治療瘡瘍的各種之方法作詳盡的陳述。其另一特色是於瘡瘍的調理與生活飲食禁忌條列甚詳，是臨床上很實用的部分。調理須知曰：「其調治之法，初起病者，先看病者之元氣虛實，次看瘡之陰陽險否，然後用藥調治，當攻即攻，可補即補...又未潰之先，毒氣內作，倘有口乾渴症者，涼物須當少少與之，以解蘊熱。至潰膿之後，生冷硬物一概禁之，不然損傷脾胃，膿必難成，致瘡軟陷又難收斂。」²⁹雜忌須知曰：「牛犬腥羶，醃臘薰藏之物，俱能作渴生乾。瓜果梨柿，菱棗生冷之類，又能損胃傷脾。雞鴨羊肉，蚌殼蝦蟹海鮮腥之屬，並能動風發癢。油膩煎炒烹炙，鹹酸厚味等件，最能助火生痰。赤豆蕎麥，動氣發病。」³⁰

2.清，外科大成：強調經絡辨證的重要性及生肌藥需待腐盡使用才是最佳時機。

清祁坤的《外科大成》的瘡瘍證治思想，基本上還是承襲明以前醫家的主軸。其特點是在總論部分加入了經絡辨證。經絡大略言及：「人生之有經絡，猶地理之有界分，治病不分經絡，猶補盜不知界分。...概手足十二經絡有氣血多少之分。氣多者行其氣，血多者破其血。氣少者難以起發，補托之。血少者，難以收斂，滋養之。」³¹。故在治療上加入了十二經補瀉藥品，如論足太陰脾經，補之以人參、白朮。瀉之以枳實、大腹皮。溫之以砂仁、白豆蔻。涼之以黃連、元明粉。引經則取白芍、麻黃、大棗。³²

書中論及生肌者首重脾胃，然需掌握正確的時機才運用：「腐不盡者，不可言生肌。驟用生肌，反增潰爛。務令毒盡，則肌自生。加以生肌藥，此外治也。」³³。使「生肌」類外用藥的運用更精準。

3.清，瘍醫大全：主張瘡瘍辨證需明五運六氣及臟腑經絡，生肌外敷要瘀膿已盡，內服應調補脾胃。

清顧世澄的《瘍醫大全》沿襲內經的證治思想，主張辨證需明五運六氣、臟腑經絡。對於癰疽，從上至巔頂，下至湧泉，每一證都有一圖示，在辨治方面則引述各家看法並廣羅各家醫方。例如：卷三十七湯潑火傷門論言及前人對燒燙傷的看法，就蒐集了申斗垣外科啟玄（火氣入肉成瘡，作痛出汁，宜製柏散加薄荷末搽之）、陳實功外科正宗（外皮損爛者，用清涼膏等藥塗之。如毒氣入內，煩躁口渴，二便秘澀者，下之。胞破，珍珠散搽之）、錢青掄（湯火傷，飲冷水者必死，浸涼水必爛至骨）等人的看法。再加上顧世澄自己的經驗（被火傷悶絕者，急用輪迴酒或童便灌之，或溫水和蜜灌之。）在燒燙傷的外用治療方面則收載了包括黃柏散、麻黃膏...等一百多種驗效方³⁴。可視為一本整理齊全的參考書。卷九論生肌法、論收口法引述各家說法提及勿徒以生肌藥外敷來幫助收口。內在應注意調補脾胃，外在要注意瘀膿已盡³⁵。

4.清，外科證治全生集：建立以陰陽為綱要的中醫瘍科辨證法則。

清王洪緒的《外科證治全生集》建立了以陰陽為綱要的中醫瘍科辨證法則，特別強調「陰疽」與「陽癰」在病理與治療上的鑑別診斷。並公開家傳的秘方，例：陽和湯、醒消丸、犀黃丸等，至今仍為後人廣為傳用。

5.清，醫宗金鑑外科心法要訣：總結前人的看法，將癰疽的病因病機、診斷治療與預後作出綜合性的敘述。

清《醫宗金鑑》是乾隆時期清政府編輯的醫學叢書。有關皮膚疾病概收載於《外科心法要訣》。它總結了前人的看法對於癰疽的病因病機、診斷重點與預後作出綜合性的敘述。癰疽總論歌：「癰疽本是火毒生，經絡阻隔氣血凝，外因六淫八風感，內分六欲共七情，飲食起居不內外，負挑跌撲損身形，膏粱之變營衛過，藜藿之虧氣血窮。疽由筋骨陰分發，肉脈陽分發曰癰...五善為順七惡逆，見三見四死生明。臨症色脈需詳察，取法溫涼補汗功。」³⁶ 癰疽總論治法歌中根據瘡瘍的病程新久虛實，分別可運用消散或內托兩大治則，在治法上有灸法、藥湯洗漬法、內服法、外敷法、神燈照法、鉞針點破法、切開引膿法等。³⁷

6.民國，瘍科綱要：認為治外瘍必先通內科。

民國張山雷的《瘍科綱要》呼應前人治瘡瘍兼顧內外病證的主張，認為治外瘍必先通內科。在診斷方面主張：「證發於外而脈見於裏，亦自有彼此響應，歷驗不爽之理。」³⁸ 故書中第一章外瘍總論與第二章外瘍脈狀即以內科的診斷思想將瘡瘍患者的局部症狀與脈象加以鑑別診斷。在治療方面倡導：「瘍家藥劑，必隨其人之寒熱虛實，七情六淫，氣血痰溼諸證而調劑之。故臨證處方，無論外形如何，要必以內證為之主，此瘍醫之最上乘也。」³⁹ 故第三章治瘍藥劑就以內科的用藥精神將瘡瘍的用藥分為退消、內已成膿、行氣、治痰、清熱、理溼、溫養、補益、提膿托毒、潰後養胃、通用丸散與外治幾大類。在診治思想上均展現出臨床外科與內科相結合的純熟經驗。

二、歷代重要中醫典籍生肌類方藥的記載 (見表 2)

1.唐，千金翼方：有關皮膚潰瘍日久不癒者的生肌方劑有三首。

其一，癰疽瘡日久不瘥方，以松脂、薰陸香等分，搗入少許鹽為餅，貼瘡上，惡汁出盡即瘥⁴⁰。其二，「薏苡仁散」內服，主癰腫令自潰長肌肉。其組成為薏苡仁、乾地黃、肉蓯蓉、白朮、當歸、桂心⁴¹。其三，「烏膏」外敷治種種諸瘡治療不癒者。其組成為水銀、黃連、經墨、豬脂⁴²。

2.唐，外臺秘要：書中有關生肌長肉的方劑有四首。

分見於卷二十四癰疽發背門、卷二十九墜墮金瘡門與卷三十一的古今諸家膏方。卷二十四癰疽發背門有「生肉膏」外敷主癰疽發背已潰，令生肉，其組成為「炙甘草、當歸、白芷、肉蓯蓉、蜀椒、細辛、烏頭、薤白、乾地黃、續斷」⁴³。卷二十九墜墮金瘡門中有關「金瘡」的治療，外用生肌方共兩首：內服「紫葛湯」或「生肌肉散」，外敷「生肌白膏」組成為：「白芷、乾地黃、川芎、甘草、當歸、白朮、附子、蜀椒，合豬脂共煎」；或外敷「生肌散」組成為：甘草、黃柏、當歸⁴⁴。卷三十一所載古今諸家膏方中的外用藥「烏膏」，療一切瘡，引膿生肌兼殺瘡中蟲。其組成為：「烏麻油、黃丹、臘、薰陸香、松脂」⁴⁵。

3.宋，聖濟總錄：以生肌為名之外用藥方有十六種以上，其中瘡腫門載有十三方最多。

卷一百三十癰疽門，治療一切癰疽發背潰後肌肉不生，治以外敷「排膿生肌神效膏」：當歸、白芷、乳香、松脂、芎藭、白朮、緋帛灰、亂髮灰、甘草、黃丹、木鼈子、杏仁、木香、黃臘、麻油⁴⁶。

卷一百三十五瘡腫門，治一切瘡，生肌肉止疼痛，外敷「化膿消腫生肌散方」：黃蜀葵花、乳香、不灰木、白朮。斂一切瘡口，外敷「生肌止痛黃連散」：黃連、木香、檳榔。治諸瘡不合，外敷「生肌地黃膏」：生地黃、白芩、白朮、甘草、白芷、豬脂。治一切瘡，生肌及金瘡不合，外敷「生肌膏」：白芍、乳香、胡

表 2 歷代重要中醫典籍生肌方劑整理

朝代與書名	方名與組成
唐《千金翼方》	癰疽瘡日久不癒方：松脂、薰陸香 烏膏：水銀、黃連、經墨、豬脂。
唐《外臺秘要》	生肉膏：炙甘草、當歸、白芷、肉苳蓉、蜀椒、細辛、烏頭、薤白、乾地黃、續斷。 生肌白膏：白芷、乾地黃、川芎、甘草、當歸、白朮、附子、蜀椒、豬脂。 生肌散：甘草、黃柏、當歸。 烏膏：烏麻油、黃丹、白臘、薰陸香、松脂。
宋《聖濟總錄》	排膿生肌神效膏：當歸、白芷、乳香、松脂、芎藭、白朮、緋帛灰、亂髮灰、甘草、黃丹、木鼈子、杏仁、木香、黃臘、麻油。 化膿消腫生肌散：黃蜀葵花、乳香、不灰木、白朮。 生肌止痛黃連散：黃連、木香、檳榔。 生肌地黃膏：生地黃、白芩、白朮、甘草、白芷、豬脂。 生肌膏：白芍、乳香、胡粉、乾薑、油、臘。 生肌肉桃紅散：鉛丹、白朮、胡粉。 生肌肉乳香餅子：乳香、麒麟竭、沒藥。 生肌散：牆上多年白蜆殼、草無名異、密陀僧、麝香。 生肌止痛金花散：密陀僧、花乳石、龍骨、乳香、膩粉。 生肌止痛石榴散：石榴、白礬。 生肌斂瘡口檳榔散：檳榔、寒水石、龍骨、白朮、白芩。 生肌烏賊魚骨膏：烏賊魚骨、舊船縫石灰、鉛丹、麝香、油。 排膿血生肌肉薤白膏：薤白、當歸、附子、白芷、芎藭、續斷、細辛、黃耆。 去膿血後虛困生肌膏：黃耆、當歸、生地黃、防風、大黃、芍藥、黃芩、芎藭、續斷、附子、白芷、甘草、細辛、豬脂。 生肌肉定疼痛綿紅散：寒水石、定粉、龍骨、乳香、乾胭脂。 止血生肌白芷膏：白芷、熟地黃、當歸、白朮、芎藭、蜀椒、附子、甘草。
宋《太平聖惠方》	麒麟竭散：麒麟竭、生人骨、古煙墨、鴿糞。 降真香散：降真香、木香、麒麟竭、白芷、白朮、黃連、黃柏。 風瘡鼠皮散：乾鼠皮。
元《外科精義》	生肌散：寒水石、滑石、龍骨、烏魚骨、密陀僧、枯礬、乾胭脂、定粉。 平肌散：花蕊石、密陀僧、黃丹、龍骨、乳香、黃連、輕粉。

明《外科正宗》

生肌玉紅膏：白芷、甘草、當歸、血竭、輕粉、白臘、紫草、麻油。

珍珠散：珍珠、兒茶、冰片、赤石脂、爐甘石、石膏、陳年絲。

清《外科大成》

生肌定痛散：生石膏、硼砂、辰砂、冰片

定痛生肌散：煨石膏、乳香、血竭、輕粉、冰片

腐盡生肌散：乳香、沒藥、血竭、兒茶、三七、冰片、麝香

月白珍珠散：珍珠、青缸花、輕粉。

五色靈藥：黑鉛、水銀、白礬、皂礬、火硝。

紅粉：水銀、白礬、火硝、朱砂。

清《瘍醫大全》

錦囊生肌散：珍珠、冰片、象皮、血竭、沒藥、兒茶、輕粉、鉛粉、白蠟。

生肌散：人參、西牛黃、珍珠、琥珀、熊膽、乳香、沒藥、蘆甘石、海螵蛸、龍骨、石膏、輕粉、杭粉。

神妙生肌散：乳香、赤石脂、兒茶、血竭、海螵蛸、沒藥、輕粉、別甲、硼砂、黑鉛。

八寶丹：珍珠、牛黃、象皮、琥珀、龍骨、輕粉、冰片、礬甘石。

生肌散：紅昇丹、海螵蛸、象皮、黃丹、輕粉、赤石脂、兒茶、紫河車、乳香、沒藥。

珍珠十寶膏：珍珠、輕粉、杭粉、潮腦、乳香、沒藥、白臘、琥珀、冰片。

外科正宗生肌玉紅膏。

太素膏：輕粉、冰片、豬脊髓。

豬腦膏：豬腦。

玉容膏：敗龜板、豬毛、羊毛、鵝毛、雞毛、牛油、豬板油、桐油、飛黃丹、麻油。

白玉膏：豬油、白臘、黃臘、鉛粉、輕粉、兒茶、乳香、沒藥。

玉液膏：香油、黃臘、黃丹、寒水石。

當歸膏：當歸、生地、白臘、黃臘、麻油。

生肌散：牆上螺螄、冰片。

生肌散：輕粉、血竭、兒茶、自死螺螄、冰片。

生肌散：鹿腿骨。

清《外科大成》

生肌定痛散：生石膏、硼砂、辰砂、冰片

定痛生肌散：煨石膏、乳香、血竭、輕粉、冰片

清《外科證治全生集》

紫微膏：輕粉、乳香、沒藥、兒茶、雄黃、龍骨、珍珠、麝香、阿魏、鉛粉、黃白臘、香燭油。

五寶散：人指甲、紅棗、人髮、象皮、麝香、冰片。

清《醫宗金鑑·外科心法》

輕乳生肌散：輕粉、乳香、血竭、石膏、冰片

薑礬散：枯礬、乾薑。

瑩珠膏：白臘、豬脂、輕粉、冰片。

民國《瘍科綱要》

十全丹：琥珀、梅片、明腰黃、龍齒、牡蠣、烏賊骨、紅升丹、雞狗脛骨、黃耆、原寸。

象皮膏：象皮、血竭、冰片、龍骨、密陀僧、輕粉、錳養粉、紫金藤、黃蜡、白占。

珊瑚粉：血竭、赤石脂、冰片、龍骨、牡蠣、密陀僧、海螵蛸。

麟龍丹：兒茶、梅片、麒麟竭、龍骨、雄黃、滑石、銀珠。

滑脂粉：冰片、滑石、赤石脂。

成鍊珠粉：真珠粉。

烏芋粉：荸薺粉。

粉、乾薑、油、臘。治諸瘡，外敷「生肌肉桃紅散」：鉛丹、白斂、胡粉。治瘡止痛，外貼「生肌肉乳香餅子」：乳香、麒麟竭、沒藥。治諸惡瘡，瘡口生肉頗遲者，外敷「生肌散」：牆上多年白蜆殼、草無名異、密陀僧、麝香；或「生肌止痛金花散」：密陀僧、花乳石、龍骨、乳香、膩粉；或「生肌止痛石榴散」：石榴、白礬；或「生肌斂瘡口檳榔散」：檳榔、寒水石、龍骨、白斂、白芨；或「生肌烏賊魚骨膏」：烏賊魚骨、舊船縫石灰、鉛丹、麝香、麻油。治發背癰疽一切瘡腫，「排膿血生肌肉薤白膏」：薤白、當歸、附子、白芷、芎藭、續斷、細辛、黃耆、細辛。治諸癰疽去膿血後虛困，「生肌膏」：黃耆、當歸、生地黃、防風、大黃、芍藥、黃芩、芎藭、續斷、附子、白芷、甘草、細辛、豬脂⁴⁷。

卷一百三十九金瘡門，治金瘡，「止血生肌白芷膏」：白芷、熟地黃、當歸、白朮、芎藭、蜀椒、附子、甘草。⁴⁸

4. 宋，太平聖惠方：以生肌為名之外用藥方有三種。

治療瘡口不合的藥方採用以下諸方外敷：(1) 麒麟竭散 (麒麟竭、生人骨、古煙墨、鴿糞)。 (2) 降真香散 (降真香、木香、麒麟竭、白芷、白斂、黃連、黃柏)。 (3) 封瘡鼠皮散 (鼠皮)。⁴⁹

5. 元，外科精義：以生肌長肉為名之外用藥方有生肌散和平肌散。

「生肌散」主斂瘡，其組成為寒水石、滑石、龍骨、烏魚骨、密陀僧、枯礬、乾胭脂、定粉。「平肌散」治諸瘡久不斂者。其組成為花蕊石、密陀僧、黃丹、龍骨、乳香、黃連、輕粉⁵⁰。

6. 明，外科正宗：以生肌長肉為名之外用藥方有「生肌玉紅膏」，與「珍珠散」。

「生肌玉紅膏」，被評為外科收斂藥中之神藥，其組成為白芷、甘草、當歸、血竭、輕粉、白臘、紫草、麻油。「珍珠散」，用於諸毒膿腐已盡時外用，能生肌長肉，平口收功，神效無比。⁵¹

7. 清，外科大成：生肌類方的記載共七種。

(1) 生肌定痛散：生石膏、硼砂、辰砂、冰片。(2) 定痛生肌散：煨石膏、乳香、血竭、輕粉、冰片。(3) 腐盡生肌散：乳香、沒藥、血竭、兒茶、三七、冰片、麝香。(4) 月白珍珠散：珍珠、青缸花、輕粉。(5) 五色靈藥：黑鉛、水銀、白礬、皂礬、火硝。(6) 紅粉：水銀、白礬、火硝、朱砂。⁵²

8. 清，瘍醫大全：生肌方藥的記載共十六方。

(1) 錦囊生肌散：珍珠、冰片、象皮、血竭、沒藥、兒茶、輕粉、鉛粉、白蠟。(2) 生肌散：人參、西牛黃、珍珠、琥珀、熊膽、乳香、沒藥、蘆甘石、海螵蛸、龍骨、石膏、輕粉、杭粉。(3) 神妙生肌散：乳香、赤石脂、兒茶、血竭、海螵蛸、沒藥、輕粉、別甲、硼砂、黑鉛。(4) 八寶丹：珍珠、牛黃、象皮、琥珀、龍骨、輕粉、冰片、鑪甘石。(5) 生肌散：紅昇丹、海螵蛸、象皮、黃丹、輕粉、赤石脂、兒茶、紫河車、乳香、沒藥。(6) 珍珠十寶膏：珍珠、輕粉、杭粉、潮腦、乳香、沒藥、白臘、琥珀、冰片。(7) 外科正宗生肌玉紅膏。(8) 太素膏：輕粉、冰片、豬脊髓。(9) 豬腦膏：豬腦。(10) 玉容膏：敗龜板、豬毛、羊毛、鵝毛、雞毛、牛油、豬板油、桐油、飛黃丹、麻油。(11) 白玉膏：豬油、白臘、黃臘、鉛粉、輕粉、兒茶、乳香、沒藥。(12) 玉液膏：香油、黃臘、黃丹、寒水石。(13) 當歸膏：當歸、生地、白臘、黃臘、

麻油。(14)生肌散：牆上螺螄、冰片。(15)生肌散：輕粉、血竭、兒茶、自死螺螄、冰片。(16)生肌散：鹿腿骨。⁵³

9.清，外科證治全生集：以生肌長肉為名之外用藥方有「紫微膏」與「五寶散」。

「五寶散」，其組成為：人指甲、紅棗、人髮、象皮、麝香、冰片⁵⁴。「紫微膏」，其組成為：輕粉、乳香、沒藥、兒茶、雄黃、龍骨、珍珠、麝香、阿魏、鉛粉、黃白臘、香燭油⁵⁵。卷六用藥中提及有「生肌」功效的藥物共九種，包括：沒藥（消腫生肌）、牛蒡子（入爛孔拔毒生肌）、龍骨（生肌斂瘡）、珍珠（生肌肉）、頭髮（生肌長肉止血）、川芎（開鬱去瘀血，排膿生肌）、赤芍（生肌止痛）、血竭（散滯血，止諸痛生肌）、象皮（生肌肉）等⁵⁶。

10.清，醫宗金鑑外科心法要訣：生肌類方的記載共八方。

表3 生肌方劑中使用頻率超過三次以上的藥物

使用頻率排名	運用次數	藥物名稱
1	25次	輕粉
2	19次	冰片
3	18次	乳香
4	16次	血竭
5	12次	龍骨
6	11次	兒茶
7	20次	沒藥、鉛粉
9	9次	珍珠、黃丹、當歸、白芷、海螵蛸
14	8次	麻油、白蘂、白臘
17	7次	黃臘、甘草
19	6次	赤石脂、寒水石、密陀僧
22	5次	石膏
23	4次	臙甘石、白礬、象皮、黃連
27	3次	松脂、豬脂、牛黃、琥珀、滑石、硼砂、黑鉛、蜀椒、木香、附子、川芎、螺螄

包括外科大成生肌定痛散、「輕乳生肌散」，其組成為石膏、血竭、乳香、輕粉、冰片。「薑礬散」，組成為枯礬、乾薑。外科大成腐盡生肌散、外科大成月白珍珠散、外科大成五色靈藥、外科正宗生肌玉紅膏、「瑩珠膏」，組成為白臘、豬脂、輕粉、冰片。⁵⁷

11.民國，瘍科綱要：生肌藥方的記載共七方

其一為「十全丹」，大證毒淨非此不能速斂。其組成為：琥珀、梅片、明腰黃、龍齒、牡蠣、烏賊骨、紅升丹、雞狗脛骨、黃耆、原寸。其二為「象皮膏」，其功效為生肌收口。其組成為：象皮、血竭、冰片、龍骨、密陀僧、輕粉、錳養粉、紫金藤、黃蜡、白占。其三為「珊瑚粉」，外瘍毒淨時以此收口。其組成為：血竭、赤石脂、冰片、龍骨、牡蠣、密陀僧、海螵蛸。其四為「麟龍丹」，其組成為：兒茶、梅片、麒麟竭、龍骨、雄黃、滑石、銀珠。其五為「滑脂粉」，其組成為：冰片、滑石、赤石脂。其六為「成鍊珠粉」，即真珠粉，收口宜之。其七為烏芋粉，即芋薺粉，治潰瘍去腐生肌。⁵⁸

三、生肌方藥的運用頻率統計分析

經過統計以上典籍內的生肌類方藥（出現在癰疽與瘡瘍證治論述的章節中，其功能敘述有「生肌」作用或其方以「生肌」為名者），本文共收集得 63 首方劑（在不同書中重複出現者以最先出現者計一次），使用中藥達 121 類（鉛丹與黃丹、白礬與枯礬、輕粉與水銀、冰片與梅片、珍珠與真珠、鉛粉與胡粉與杭粉與定粉、海螵蛸與烏賊魚骨各歸為同一類）。

每則處方平均運用了 6 種藥物（最多 15 種，最少 1 種）。其出現頻率最高的前幾名藥物分別是：（1）輕粉 25 次（2）冰片 19 次（3）乳香 18 次（4）血竭 16 次（5）龍骨 12 次（6）兒茶 11 次（7）沒藥、鉛粉均為 10 次（9）珍珠、黃丹、當歸、白芷與海螵蛸均為 9 次（14）麻油、白朮與白臘均為 8 次（17）黃臘與甘草均為 7 次（19）赤石脂、密陀僧與寒水石均為 6 次（22）石膏 5 次（23）臙甘石、白礬、象皮與黃連均為 4 次（27）松脂、豬脂、牛黃、琥珀、滑石、硼砂、黑鉛、蜀椒、木香、附子、川芎、螺螯均為 3 次（見表 3）。其中已知含重金屬類成分的藥物有輕粉⁵⁹、鉛粉⁶⁰、黃丹⁶¹、密陀僧⁶²與黑鉛等。對人體有毒性的藥物有硼砂⁶³。保育類動物製品有象皮。

討 論

《周禮》將瘍醫獨立成科，是為中醫治療瘡瘍的正式起源。自《馬王堆醫書》的斷簡殘篇中開始發現豐富的瘡瘍病名與治療方法，其中對小腿皮膚慢性潰瘍的證治記載，設計者巧妙地在藥湯中設置足踏板，使足部在接受熏蒸治療的同時可以避免被熱氣燙傷；而且對於病情輕重與療效的掌握也已有初步的概念，如「湯適溫，可入足，即置小木湯中。…入足湯中，踐木滑，湯寒則炊之，熱即止火。自適醫也。…朝已食而入湯中，到舖時出休，病即愈矣。病不愈者，一入湯中即瘳，其甚者五、六入湯中而瘳」⁶⁴。

《黃帝內經》建立癰疽的病因病機理論，對皮膚化膿性感染的感染病因、釀膿過程及膿成失治後導致由淺及深的病理轉移，記載周詳¹⁰。《傷寒論》把脈象帶入皮膚疾病的辨證範疇。隋《諸病源候論》描述癰疽的病位有腑臟淺深之分，對於癰病已成膿的臨床觸診判斷法、癰疽病破潰之後（癰潰後、疽潰後）的預後（順逆症）判斷、癰疽病日久不癒（久癰、久疽）與癒後復發（瘡後重發）的原因均有詳細的介紹；此外有更豐富的皮膚潰瘍病名記錄，書中並闡釋久瘡不愈的病機理論（慢性皮膚潰瘍）：「諸久瘡者，內熱外虛，為風濕所乘，則頭面身體生瘡，其臟內熱實氣盛，熱結肌肉，其熱留滯不歇，故瘡經久不瘳。」⁶⁵，然而並未談論相對的治療方藥。因此自馬王堆醫書至隋諸病源候論，可稱之為皮膚瘡瘍證治思想的萌芽期。

唐《千金翼方》記載豐富的內服「長肌肉」藥物與慢性皮膚潰瘍（癰疽瘡日久不癒）的外敷方劑。《外臺秘要》開始注意人體內外的關連，出現內服外敷相配合的治療模式。宋《聖濟總錄》依寒熱辨證，治冷瘡用溫藥（內服木香散，外敷乳香膏）、治熱瘡用涼藥（內服梔子湯，外敷大黃散）。又將內治法分為內消與托裏兩大法，開展出寬闊的辨證論治思想。《太平聖惠方》提出五善七惡之證，作為臨床審證預後的重要參考。元《外科精義》確認治瘡瘍應局部與整體相結合的全面性證治原則，強調望診（色）、切診（脈）與病證相

參以論病的重要性。中醫皮膚瘡瘍的辨證論治，自唐《千金翼方》至元《外科精義》已建立穩定的模式，此階段可視之為皮膚瘡瘍證治思想的發展成熟期。

明《外科正宗》加入詳細的調理及生活飲食禁忌，使瘡瘍的防治更全面化。清《外科大成》將經絡辨證加入皮膚瘡瘍的證治，並指出使用生肌藥需待「腐盡」才是最佳時機。擴大了瘡瘍的證治思想範疇。《瘍醫大全》將癰疽的辨認加以圖樣化。《外科證治全生集》建立了以陰陽為綱要的中醫瘍科辨證法則。《醫宗金鑑、外科心法要訣》總結了前人的論述與看法作出綜合性的整理。中醫皮膚瘡瘍的證治內容，自明《外科正宗》至清《醫宗金鑑、外科心法要訣》已漸臻完備，可稱之為豐富擴展期。因此民國張山雷的《瘍科綱要》在診治思想與治療方法上均展現出臨床外科內科相融合的純熟經驗。

皮膚傷口的癒合包含炎症期、增生期與重組期三個階段，彼此環環相扣，架構成一套精密的修復工程網。許多因素都會影響傷口的癒合，外在的條件例如：傷口局部的含氧量、細菌感染與出血量的多寡；內在的條件例如：患者本身的營養與體能狀態...等⁶⁶。臨床上要能有效的促進傷口癒合，最基本是要能切實做到控制細菌感染、減少出血量、維持通暢的血液循環、控制系統性疾病並維持患者良好的營養與體能狀態。此外再謀求一有效的外用藥品直接作用在傷口以促其癒合，能收化龍點睛之效。

現代醫學視創面的癒合為自然過程，所有幫助皮膚傷口癒合的外治法均著眼於排除阻礙癒合的因子，例如：使用優碘 (Betadine)、雙氧水 (H₂O₂) 以消毒殺菌。運用外敷製品，如紗布濕敷 (Gauze moisturedressing)⁶⁷ 或水膠體封閉包敷 (Hydrocolloid occlusive dressing) 以保護瘡面防止細菌感染⁶⁸，Sulfadiazine 與抗生素藥膏用以抗菌⁶⁹。雖均有其立論基礎，但是仍失之於消極。近年來，血小板生長因子開始被運用於加速瘡面癒合⁷⁰，現代醫學治療壓瘡的手段已轉趨積極。

運用外敷「生肌類」藥物以幫助不易癒合的皮膚潰瘍收口是中醫外科重要的一種治法。中醫外科典籍在治療皮膚潰瘍時，常有所謂促進【生肌長肉】或【斂瘡】等近似於加速皮膚瘡面癒合的描述。例如《醫宗金鑑·外科心法》記載著「腐盡生肌散」的功能：「諸瘡破爛不斂者，撒上即癒」⁷¹。如此神奇的療效敘述，不禁另令人懷疑，卻又想進一步去探索中醫藥對於加速皮膚傷口的癒合是否真有此神奇的療效呢？

作者第一步便是著手於整理中醫典籍，將出現在癰疽與瘡瘍證治論述的章節中，其功能敘述有「生肌」作用或其方以「生肌」為名者均列入收集對象，再就其組成藥物出現的頻率做一整理統計。嚐試從這樣的整理之中發現其組方規律，並尋覓或發展出臨床上實用性高的方藥，有利於加速皮膚傷口的癒合。

本文統計歷代典籍內的生肌類外治方劑，經歸納發現共收集 63 首方劑，出現頻率超過九次以上的藥物分別是：輕粉、冰片、乳香、血竭、龍骨、兒茶、沒藥、鉛粉、珍珠、當歸、白芷、海螵蛸，計十二味藥，可提供給後人設計皮膚瘡瘍傷口癒合方藥的重要參考。

本研究以合乎排行榜前九名的藥物種類數除以原方劑的組成藥物種類數做為觀察指標，對典籍中的生肌類方劑加以篩選，發現接近最佳配方的方劑是以下八首：外科大成定痛生肌散：煨石膏、乳香、血竭、輕粉、冰片，符合 4/5。醫宗金鑑外科心法輕乳生肌散：輕粉、乳香、血竭、石膏、冰片，符合 4/5。瘍醫大全錦囊生肌散：珍珠、冰片、象皮、血竭、沒藥、兒茶、輕粉、鉛粉、白蠟，符合 7/9。外科大成腐盡生肌散：乳香、沒藥、血竭、兒茶、三七、冰片、麝香，符合 6/7。瘍醫大全珍珠十寶膏：珍珠、輕粉、杭粉、潮腦、

乳香、沒藥、白臘、琥珀、冰片，符合 6/9。瘍醫大全白玉膏：豬油、白臘、黃臘、鉛粉、輕粉、兒茶、乳香、沒藥。符合 5/8。瘍科綱要麟龍丹：兒茶、冰片、麒麟竭、龍骨、雄黃、滑石、銀硃，符合 4/7。瘍科綱要珊瑚粉：血竭、赤石脂、冰片、龍骨、牡蠣、密陀僧、海螵蛸，符合 4/7。這幾個方劑共同的特點是其源出典籍均為清朝以後的著作。

以上八個方劑若再加入臨床運用的限制，包括應該不含重金屬類成分的藥物（輕粉、鉛粉、黃丹、密陀僧）、不含已知對人體有毒性的藥物（硼砂）及不用保育類動物製品（象皮）等因素後，最佳的選擇方劑應該是外科大成腐盡生肌散，也是作者用以從事臨床研究，治療住院病人壓瘡，篩選處方的主要依據。

參考資料

1. 顧伯康，中醫外科學，知音出版社，台北，p. 1，1989。
2. (民國)張山雷，瘍科綱要，啟業書局，台北，p. 35，1982。
3. 馬王堆醫書考註，樂群文化事業有限公司，台北，p. 50，1989。
4. 同文獻 2，p. 110。
5. 同文獻 2，p. 136。
6. 同文獻 2，p. 153。
7. 同文獻 2，p. 181。
8. 同文獻 2，p. 183。
9. 同文獻 2，pp. 186-187。
10. 黃帝內經素問靈樞合編，台聯國風出版社，台北，pp. 467-468，1981。
11. 同文獻 10，pp. 469-475，1981。
12. (漢)張仲景，傷寒雜病論(桂林古本)，中醫整合研究小組，台北，p. 289，1987。
13. (隋)巢元方，諸病源候論，國立中國醫藥研究所，台北，pp. 125-132，1996。
14. 同文獻 12，pp. 11-12。
15. (唐)孫思邈千金翼方，宏業書局，台北，p. 9，1982。
16. 同文獻 15，pp. 273-297。
17. (唐)王燾，外臺秘要，國立中國醫藥研究所，台北，p. 786-787，1985。
18. (宋)曹孝忠，聖濟總錄，新文豐出版公司，台北，pp. 12-13，1998。
19. 同文獻 18，pp. 1071-1072。
20. 同文獻 18，pp. 1072-1073。
21. 同文獻 18，p. 1046。
22. 同文獻 18，p. 1047。
23. (宋)王懷隱，太平聖惠方，幼華出版社，台北，p. 1903，1986。
24. 同文獻 23，p. 1905。
25. 同文獻 23，p. 1935。
26. (元)齊德之，外科精義，人民衛生出版社，北京，pp. 2-4，1990

27. 同文獻 26 , pp. 19-20。
28. 同文獻 1 , p. 3。
29. (明) 陳實功 , 外科正宗 , 世一書局 , 台北 , pp. 28-29 , 1987。
30. 同文獻 29 , pp. 29-30。
31. (清) 祁坤 , 外科大成 , 文光圖書公司 , 台北 , pp. 16-17 , 1979。
32. 同文獻 31 , p. 20。
33. 同文獻 31 , p. 46。
34. (清) 顧世澄 , 瘍醫大全 , 旋風出版社 , 台北 , pp. 3-5 , 1973
35. 同文獻 34 , p. 8。
36. (清) 吳謙 , 醫宗金鑑外科心法要訣 , 新文豐出版公司 , 台北 , p. 27 , 1981。
37. 同文獻 36 , p. 37。
38. 同文獻 2 , p. 22。
39. 同文獻 38 , p. 35。
40. 同文獻 15 , p. 278。
41. 同文獻 15 , p. 281。
42. 同文獻 15 , p. 296。
43. 同文獻 17 , p. 672。
44. 同文獻 17 , p. 787。
45. 同文獻 17 , p. 851。
46. 同文獻 18 , p. 1050。
47. 同文獻 18 , pp. 1082-1083。
48. 同文獻 18 , p. 1105。
49. 同文獻 23 , pp. 1935-1936。
50. 同文獻 26 , pp. 73-75。
51. 同文獻 29 , pp. 51-55。
52. 同文獻 31 , pp. 80-83。
53. 同文獻 34 , pp. 8-10。
54. (清) 王洪緒 , 外科證治全生集 , 新文豐出版公司 , 台北 , p. 53 , 1977。
55. 同文獻 54 , p. 57。
56. 同文獻 54 , pp. 82-115。
57. 同文獻 36 , p. 83-86。
58. 同文獻 38 , pp. 91-93。
59. 劉接寶 , 瘡瘍有效本草 , 立得出版社 , 台北 , p. 241 , 1985。
60. 同文獻 59 , p. 229。
61. 同文獻 59 , p. 227。
62. 同文獻 59 , p. 192。
63. 同文獻 59 , p. 220。

64. 同文獻 2 , p. 186。
65. 同文獻 12 , p. 137。
66. Waldorf H, Fewkes J. Wound healing, *Adv. Dermatol* 10 : 77-96, discussion 97, 1995.
67. Sebern MD. Pressure ulcer management in home health care : efficacy and cost effectiveness of moisture vapor permeable dressing. *Arch Phys Med. Rehabil.* Oct 67(10) : 726-729, 1986.
68. Yarkony GM, Kramer E, King R, Lukanc C. Carle TV. *Arch. Phys. Med. Rehabil* 65(10) : 597-600, 1984.
69. Kucan JO, Robson MC, Hegggers JP, Ko F. Comparison of silver sulfadiazine, povidine-iodine and physiological saline in the treatment of chronic pressure ulcer. *J Am Geriatr Soc* 29(5) : 232-235, 1981.
70. Mustoe TA, Cutler NR, Allman RM, Goode PS, Deuel TF, Prause JA, Bear M, Serdar CM, Pierce GF. A phase II study to evaluate recombinant platelet-derived growth factor-BB in the treatment of stage 3 and 4 pressure ulcers. *Arch Surg* 129(2) : 213-219, 1994.
71. 同文獻 36 , p.84。

J Chin Med 11(4): 173-188, 2000

PROMOTING THE GRANULATION OF SORES

Yao-Chin Hsu^{1,3} and Jung-Chou Chen^{2,3,4}

¹ *Department of Chinese Medicine, Chi-Mei Foundation Hospital,
Tainan, Taiwan*

² *Department of Chinese Medicine, Show-Chwan Memorial Hospital,
Changhua, Taiwan*

³ *Research Institute of Chinese Medicine; ⁴School of Chinese Medicine,
China Medical College,
Taichung, Taiwan*

(Received 18th April 2000, revised Ms received 31st October 2000, accepted 20th November 2000)

The historical evolution of the pattern identification and treatment of sores can be divided into three stages. The initial stage was from the medical book of Ma Wang Dui to the *Zhu Bing Yuan Hou Lun* in the Sui Dynasty. From the *Qian Jin Yi Fang* in Tang Dynasty to the *Wai Ke Jing Yi* published in the Yuan Dynasty, the stage of maturation. The *Wai Ke Zheng Zong* of the Ming Dynasty to the *Wai Ke Xin Fa Yoa Jue* of the Qing Dynasty represent the flourishing and expansion of thought concerning the pattern identification and treatment of sores. The modern physicians have developed great clinical skill in the treatment of sores using a combination of external-use formulas and internal oral medicine.

Prescriptions promoting the granulation of sores are often topically applied on chronic ulceration of skin to accelerate the wound healing. In this study, we reviewed and calculated the external-use formulas used to promote the healing of sores from classical literature. The total of 63 formulas were selected, comprising 121 Chinese herbs. Each formula consists of 6 Chinese

medicinals on average. The frequency rate over nine times in all recipes, there are 12 Chinese medicinals as following: Calomelas, Borneolum, Frankincense, Daemonoropis Draconis Resina, Mastodi Dentis Fossilia, Catechu, Myrrha, Minium, Margarita, Angelicae Sinensis Radix, Angelicae Dahuricae Radix, Sepiae seu Sepiellae Os. These medicinals can reference for designing new formulas to promote the healing of sores.

Key words: Sores, Pattern identification and treatment of sores, External-use formulas to promote granulation of sores.

Correspondence to: Jung-Chou Chen, Department of Chinese Medicine, Show Chwan Memorial Hospital, Changhua, Taiwan. TEL: (047) 256166 ext. 3205