

編號：CCMP93-RD-069

食用中藥材之典籍研究

洪裕強

長庚紀念醫院高雄分院中醫部

摘 要

中藥長期以來被認為是健康性天然藥物，沒有什麼毒副反應，常被拿來當作日常生活食療的素材，但事實上近年來報章新聞偶爾會出現誤食中草藥不幸中毒的事件。「食用中藥材之典籍研究」編寫的目標，是為了提供政府公告不可食用，及可供食用之中藥材品項依據，以及民間安全服食中草藥之參考。本研究方法是透過市場調查、中醫典籍檢索、藉由通過美國國家衛生研究院(NIH)的在線醫學文獻檢索系統(MEDLINE, PUBMED)、醫學數據庫(EMBASE)、中醫期刊網等中西醫期刊文獻檢索和蒐集中藥疑似不良反應通報之案例作資料的收集。經由 96 篇古典與現代的典籍及文獻研究，發現無毒而可同時提供食品使用之中藥材約 397 種，有毒藥材不適合當食品使用者約 93 種。根據藥性與藥味的分析，可同時提供食品使用的 397 種中藥材中，藥性是以平性 37.93% 最多，其次是溫性 29.57%，寒性 23.06%，涼性 9.52%，最少的是熱性的藥材，只有 0.7%；藥味方面則以甘味的藥材 54.33% 最多，其次是辛味 15.29%，苦味 13.68%，酸味 8.45%，鹹味藥材較少，僅有 8.25%。研究結果顯示甘平或是甘溫的中藥較有可能是安全且毒性較少而能作為食療的藥材。另外，食用中藥材宜選擇無毒，劑量小且經炮製過的正確藥材，不要迷信偏方，服用不熟悉甚至未曾服用過的中草藥，如果想嘗試，宜先徵詢並經過合格的中醫師評估為宜。

關鍵詞：食用中藥、中醫、食療、藥膳

Number : CCMP93-RD-069

To investigate the ancient books or statute records of edible Chinese herbs

Hung Yu-Chiang

Chang Gung Memorial Hospital ,Kaohsiung

ABSTRACT

Chinese herbs and Chinese medicated diet are universally recognized as a healthful , natural , delicious , and nourishing food . However , someone got sick with food poisoning or toxicity after eating Chinese herbs unexpectedly or accidentally. Apparently , Chinese herbs poisoning or nourishing is very important issue of public health . Therefore, the purpose of the present proposal is to offer the healthful but not poisoning chinese herbs as candidates for Chinese medicated diet . We would survey the transaction of business about Chinese herbs in the markets and review the literatures or books from databases such as Medline, PubMed, EMBASE and the China Periodical Net for Chinese medicated diet , Chinese herbs toxicity or Chinese herbs side effect. Through the 96 references or literatures surveyed , we find 397 candidates for healthful Chinese medicated diet and 93 Chinese herbs with toxicity which can't be the candidates for Chinese medicated diet. There are different taste of sweet (54.33%), pungent (15.29%), bitter (13.68%), sour (8.45%), saltiness (8.25%), and different properties of insipid(37.93%), ward(29.57%), cold(23.06%), cool(9.52%), hot(0.7%) in the 397 safe candidate herbs. These data would show that Chinese herbs with sweet in flavour and insipid or warm properties maybe the candidates for more safe, less toxicity and healthful Chinese medicated diet. In addition, we should take Chinese medicated diet with safety and small dose , but not to believe secret recipe blindly.

Keywords: Chinese Herbs, Traditional Chinese medicine, Chinese medicated diet

壹、前言

政策或法令依據

「健康食品管理法」於民國八十八年二月三日總統公布，同年八月三日施行，又於九十三年行政院第二八八九次會議中審查通過衛生署所提「健康食品管理法」修正草案，顯示政府有維護國民健康，提升健康食品管理，告知民眾並抑制許多浮濫及誇大不實之食品廣告的責任。所以對於民間將部分中藥當成食補材料，卻不時有誤食中草藥不幸中毒的事件發生，政府有將不可供食用，及可供食用之中藥材品項告知並教育民眾的責任。行政院衛生署有鑑於此，歷年來依序供告可供食品使用之中藥材：

一、發文日期：中華民國八十九年七月十五日

發文字號：衛署中會八九〇四〇一一九號

主旨：公告「大豆、百合、芝麻、松子、胡桃、淡菜、荷葉、菊花、黑棗、綠豆、銀耳、龍眼肉」等十二項為「可供食品使用之中藥材」。

二、發文日期：中華民國九十二年八月七日

發文字號：署授藥字第 0920001534 號

主旨：為配合推動產業發展及提昇中藥從業人員專業形象，並逐步釐清具有療效與民間習慣以食品使用之中藥材品項，增列「山藥、牡蠣（殼）、橄欖、麥芽、生薑、蜂蜜、萵苣、昆布、枸杞子」等九種中藥材品項為可同時提供食品使用之中藥材。

三、發文日期：中華民國九十二年十一月四日

發文字號：署授藥字第 0920002349 號

署授藥字第 0920002350 號

主旨：公告含廣防己、青木香、關木通、馬兜鈴、天仙藤等中藥材之製劑，自公告日起，禁止製造、輸入、並註銷其藥品許可證，已製造或輸入者，禁止輸出、調劑、販賣、供應、運送、寄藏、牙保、轉讓、或意圖販賣而陳列，藥物製造或輸入之業者，並應於三個月內收回市售品。

四、發文日期：中華民國九十三年二月十日

發文字號：署授藥字第 0930000545 號

主旨：公告本草綱目內之五穀雜糧、蔬果及畜牧漁獸類等一百六十一種品

項可同時提供食品使用之中藥材。

說明：「可同時提供食品使用之中藥材」共一百六十一種品項：

有關中藥毒性管理方面，中華人民共和國國務院為了加強對醫療用毒性藥品的管理，防止中毒死亡事故的發生，於 1988 年頒布了《醫療用毒性藥品管理辦法》，嚴格規定了毒性藥品的生產、收購、經營以及保管、驗收、領發、核對等方面的管理辦法和對違反者的處理及懲罰規定。規定指出，毒性藥品系指毒性劇烈、治療劑量與中毒劑量相近，使用不當會使人中毒或死亡的藥品。該辦法發佈於 1988 年 12 月 27 日，同日實施。辦法附列了中、西藥毒藥品種，其中毒性中藥品種共 28 種。計有：砒石（紅砒、白砒），砒霜，水銀，生馬錢子，生川烏，生草烏，生白附子，生附子，生半夏，生南星，生巴豆，斑蝥，青娘蟲，紅娘蟲，生甘遂，生狼毒，生藤黃，生千金子，生天仙子，鬧羊花，雪上一枝蒿，紅升丹，白降丹，蟾酥，洋金花，紅粉，輕粉，雄黃。

民以食為天

“民以食為天”，食物是人們生活必不可少的物質。人體的生長、發育和日常活動都必須依靠攝取食物來維持。人類為了生活與健康，必須尋找食物，並進一步認識食物。在原始時代，祖先們由於採食植物和狩獵，得以接觸並逐漸瞭解這些植物和動物及其對人體的影響，在接觸的過程中不可避免地會引起某種藥效反應或中毒現象，甚至造成死亡，因而使人們懂得在覓食時有所辨別和選擇。古代典籍中記述的“神農嘗百草之滋味…一日而遇七十毒”的傳說生動而形象地概括了藥物知識萌芽的實踐過程。古人經過無數次有無意識的試驗、觀察，逐步形成了最初的藥物知識。

隨著文字的創造和使用，藥物知識也由口耳相傳發展為文字記載。文物考古表明，在數千年前的鐘鼎文中，已有“藥”字出現。《說文解字》將其訓釋為“治病之草，從草，樂音”。明確指出了“藥”即治病之物，並以“草”（植物）類居多的客觀事實。

國內外相關研究之文獻探討

西周時已有專業的“醫師”，“聚毒藥以供醫事”。《詩經》中涉及的植物和動物共 300 多種，其中不少是後世本草著作中收載的藥物。《山海經》載有 100 餘種動物和植物藥，並記述了它們的醫療用途。當時宮廷裡就有了專管飲食調補官職的“食醫”，專做帝王的飲食調補保健工作，飲食調補的理論隨著膳食的經驗和知識的累積，也逐漸產生。戰國時期（公元前 2 世紀）我國第一部醫學專著《黃帝內經》中，除了系統地闡述了人體生理、病理以及疾病診斷

和預防等問題外，還對飲食調補提出不少正確的論述。如《素問·五常政大論》曰：「谷肉果菜，食養盡之。」它既說明了用藥的同時輔以食療的重要性，又說明了各類食物都需要攝取。此外，《黃帝內經》中還論述了臟腑生理特性和食物性味的關係，以及對飲食性味的選擇與配合等，為中藥食用確定了基本原則。如《五臟生成篇》指出：「色味當五臟，白當肺，辛；赤當心，苦；青當肝，酸；黃當脾，甘；黑當腎，鹹。」又指出：「是故多食鹹，則脈凝泣而變色；多食苦，則皮槁而毛拔；多食辛，則筋急而爪枯；多食酸，則肉胝胝而唇揭；多食甘，則骨痛而發落。此五味之所傷也。故心欲苦，肺欲辛，肝欲酸，脾欲甘，腎欲鹹，此五味之所合五臟之氣也。」《素問·生氣通天論》也提到了「食飲有節，謹和五味」，有益健康的原則。

現存最早的藥學專著是東漢（25-220年）末年的《神農本草經》，簡稱《本經》，系統地總結了漢以前的藥學知識和經驗。全書共三卷，其“序例”部分，言簡意賅地總結了藥物的四氣五味、有毒無毒、配伍法變、服藥方法、丸、散、膏、酒等劑型選擇等基本原則，初步奠定了藥學理論的基礎。各論載藥 365 種，按藥物有毒與無毒、養身延年與祛邪治病的不同，分為上、中、下三品，即後世所稱的“三品分類法”。每藥之下，依次介紹正名、性味、主治功用、生長環境，部分藥物之後還有別名、產地等內容。書中收載了一些能補益強身，防老抗衰的食物，如薏苡仁、枸杞子、大棗、茯苓、雞、雁脂肪、蜜、藕、蓮子、火麻仁、葡萄等。當時著名的醫學家張仲景還創造了許多飲食調補方，如當歸生薑羊肉湯、豬膚湯、小建中湯、桂枝湯等。張仲景指出用桂枝湯治療外感風寒、表虛自汗時，除了熱服桂枝湯外，還囑食熱稀粥助藥力發汗方法，這就很好的飲食調補方法；他主張生病時應服用溫和易消化的食物，忌食生冷、黏膩、肉、麵、五辛、酒、酪臭物等。

魏晉南北朝時期（265-289年），用飲食物防病治病的知識有明顯增長。如晉·葛洪《肘後備急方》所記載的許多簡、便、驗方中，屬於飲食調補性質的不少，對飲食衛生與禁忌的記載也較詳細。南朝·陶弘景著《本草經集注》，充分注意了食物的特殊性。在分類上，他把果、菜、米等食物與草、木等並列。在該書“諸病通用藥”中列有食物的也不少見。如在“大腹水腫”項中就列舉了海藻、昆布、小豆、大豆、苦瓜、鯉魚、鯽魚等。在“消渴”項下列舉了白茅根、冬瓜、失乳、馬乳、小麥等。

唐代（618-907年）飲食調補學有很大的發展，並形成了獨立的學問。如《唐本草》記載用肝治夜盲症。《本草拾遺》記錄人胞作為強壯補劑。《千金方》指出羊的甲狀腺和鹿的甲狀腺可治甲狀腺病。醫藥學家孫思邈的《千金要方》首先將“食治”立為專篇，並指出：「安身之本，必資於食。…不知食宜者，不

足以存生也。…食能排邪而安臟腑，悅神爽志以資氣血。若能用食平，釋情遺疾病，可謂良工。」強調在一般情況下，應把食療放在首位。“食治”一卷既分類介紹了果實、蔬菜、谷米、鳥獸及蟲魚的性能、應用，又在卷緒論中論述了食療的意義、原則和飲食宜忌。顯慶四年（西元 659 年）頒行了由李勣、蘇敬等主持編纂的《新修本草》，又稱《唐本草》，是中國歷史上第一部官修本草。全書卷帙浩博，收載藥物共 844 種。書中還增加了藥物圖譜，並附以文字說明，這種圖文對照的方法，開創了世界藥學著作的先例，無論形式和內容，都有嶄新的特色，不僅反映了唐代藥學的高度成就，對後世藥學的發展也有深遠影響。另外，孟洗原著，經張鼎改編增補而成的《食療本草》，全面總結了唐以前的營養學和食治經驗，是這一時期最有代表性的食療專書。

元代吳瑞的《日用本草》和忽思慧所著《飲膳正要》是飲食療法的專門著作，記錄了不少回、蒙民族的食療方藥和元蒙宮廷食物的性質及有關膳食的烹飪方法，明確指出注意日常食物合理調配和添加適當的藥物，以達至健康強身、防病治病之目的。其後孟洗的《食療本草》，李珣的《海藥本草》等著作，對飲食調補作了專門的研究，擴大了藥物和飲食研究範圍和應用形式，進一步豐富了中醫飲食調補學的內容。當時隨著醫學的發展，出現了各具特色的醫學流派，其中有代表性的是劉完素、張從正、李東垣、朱丹溪，各醫家以食物防治疾病已很普遍。宋朝的《太平聖惠方》、《聖濟總錄》均專門設有“食治”門，所載食療方均有百首以上。而陳直的《養老奉親書》還專門記述了老年疾病的調補療法，以及大多比較簡便的飲食調補方。

明代（1368-1644 年）由於藥學和飲食調補學的發展，載入“本草”中的食物也大為增加。1406 年朱嘯撰《救荒本草》，選擇可供災荒時食用之物 414 種，記述其名稱、產地、形態、性味良毒、食用部位和加工烹任方法等。李時珍（1518~1593 年），以畢生精力，親歷實踐，廣收傳采，實地考察，對本草學進行了全面的整理總結，歷時 27 年編成了《本草綱目》。全書 52 卷，約 200 萬言，收藥 1892 種（新增 374 種），附圖 1100 多幅，附方 11000 餘首。序例部分對本草史和中藥基本理論進行了全面、系統的總結和發揮。各論分水、火、土、金石、草、穀、菜、果、木、蟲、鱗、介、禽、獸、人等 16 部，以下再分為 60 類。各藥之下，分正名、釋名、集解、正誤、修治、氣味、主治、發明、附方諸項，逐一介紹。《本草綱目》集我國 16 世紀以前藥學成就之大成，書中有各種食物的應用，多附有驗方。其他有關飲食調補學的著作，如盧和的《食物本草》、寧源的《食鑒本草》和吳祿的《食品集》、高濂的《飲饌服食箋》等，均有其代表性。

後世清代（1616-1911 年）飲食調補學已得到醫家的普遍重視，著作亦多。

章穆的《調疾飲食辨》、丁其譽的《類物》、王孟英的《隨息居飲食譜》、沈李龍的《食物本草會纂》、《隨息居飲食譜》、袁枚的《隨園食單》等，都很有價值，內容涉及面廣，既有基礎知識方面的，也有應用方面的；既有用於防病治病的，也有用於日常生活的。

近代冷方南《中華臨床藥膳食療學》、施奠邦《中醫食療營養學》、杜惠芳《飲食治病精華》、王煥華《家庭保健飲料》、陳秘水《中醫實用養生方》、陳洵傳的《果蔬療法大全》、張穗堅的《中國藥用動物》、李振 的《中國藥用蔬菜》、和《中國藥用水果》、張樹生《百病食療》、傅景華的《中華養生藥膳大全》、謝國材的《中國藥用花卉》等著作，論述食物的性味、功效、主治、臨床應用、用法用量和注意事項等，都是比較專業的食療或是藥膳專著。

中藥由於長期使用經驗，而認為其安全，然而 1991 年歐洲比利時有報告指出使用中藥混合方劑治療皮膚濕疹造成，病人持續出現噁心、意識不安、體重下降，甚至有黃疸之肝炎現象。次年在比利時首都布魯塞爾陸續出現因服用中藥減肥，造成 100 多位病人急速腎功能惡化，造成終身洗腎，或需以換腎來保命。而美國也有類似比利時的臨床案例被報告出。前陣子馬兜鈴酸腎病變和龍膽瀉肝湯事件也沸沸揚揚的宣騰一時。許許多多醫學文獻的案例報告，顯示中醫腎病變或是中藥性肝炎，愈來愈值得重視，到底那些中藥可以安心服用？那些中藥有毒性不能當作食品使用？本計畫「食用中藥材之典籍研究」即是利用典籍文獻的研究以探討可供食用之中藥材品項。

研究目的

在“藥食同源”，“藥補不如食補”的理論指導下，人們漸漸地注意到飲食的調補。在日常的生活中，人們認識到賴以生存的天然食物比人工合成的化學藥品更好、更安全，所以特別重視發展天然食物和藥品。同時，我國人民生活水平不斷提高，食物結構也正在變化，從溫飽型轉向小康型，但如何吃得豐富又有營養？如何吃得有益無害？如何吃得健康長壽？是當代人所關心的，也是「食用中藥材之典籍研究」編寫的目標。本研究一方面提供政府公告不可食用，及可供食用之中藥材品項依據，以及民間安全服食中草藥之參考；另一方面則提高人們對調補食物的藥用價值的認識，從而在食用時，做到食而治病，食而防病，食而補身的境界。

本計畫與醫療保健之相關性

民眾經由本計畫的結果瞭解並認識了食用中藥材與毒性藥材後，減少誤服中草藥不幸中毒的事件發生，不僅減少健保醫療費用的支出，也達到健康食品管理以及維護國民健康的目的！

貳、材料與方法

「食用中藥材之典籍研究」主要是藉由通過美國國家衛生研究院 (NIH) 的在線醫學文獻檢索系統 (MEDLINE)、醫學數據庫 (EMBASE)、中醫期刊網等中西醫學期刊文獻和中醫典籍，以“中草藥”、“中草藥毒性”和“中草藥副作用”為主題詞，分別檢索了 1966-2004 年的文獻，撰文並歸納了一些最常食用的中草藥或是可能發生的毒副作用。本計畫編寫的目標，是為了提供政府公告不可食用，及可供食用之中藥材品項依據，以及民間安全服食中草藥之參考。

本研究計畫資料收集所採用之方法及步驟如下：

1. 市場調查

派員調查並整理傳統市場、大賣場或是中草店有關中草藥的販售的藥材資料。

2. 中醫典籍檢索

蒐集並整理神農本草經、本草綱目以及朱嘯撰《救荒本草》、章穆的《調疾飲食辨》、丁其譽的《類物》、王孟英的《隨息居飲食譜》，以及大陸冷方南《中華臨床藥膳食療學》、施奠邦《中醫食療營養學》、杜惠芳《飲食治病精華》、王煥華《家庭保健飲料》、張樹生《百病食療》和陳秘水《中醫實用養生方》等有關食療或是藥膳專著的資料。

3. 中醫期刊文獻檢索

以「中藥毒性」或是「中藥副作用」等關鍵字，查閱兩岸中醫期刊如中國期刊網文獻有關中藥毒性的資料並加以蒐集整理。

4. 西醫期刊文獻檢索

以「Chinese herbs」、「Chinese herbs nephropathy」、「Chinese herbs hepatitis」或是「Chinese herbs toxicity」等關鍵字，查閱西醫期刊文獻 Medline or PubMed 有關中藥毒性的資料並加以蒐集整理。

5. 蒐集中藥疑似不良反應通報之案例

從中藥疑似不良反應通報系統如長庚醫院、榮總醫院或是衛生署等機關查閱中藥疑似不良反應通報之案例並加以蒐集整理。

本研究計畫資料之整理，有關納入可供食用及剔除之標準如下：

納入標準：

1. 本草典籍與中華藥典或是大陸中藥藥典無毒性記載者。

2. 食療或藥膳書籍有記載者。
3. 坊間市場或大賣場有陳列銷售者。

剔除標準：

1. 本草典籍與中華藥典或是大陸中藥藥典有 Toxicity 記載者。
2. 期刊文獻曾有副作用或毒性報告者。
3. 中藥疑似不良反應通報之案例。

不明者：無法很明確證據可加以納入或剔除者。

本研究計畫所要完成之工作項目如下：

1. 蒐集並參考中醫古典文獻，吸取前人食療之經驗。
2. 參酌大陸和臺灣出版的中醫期刊、書籍有關藥膳的記載。
3. 調查傳統市場、大賣場或是中草店有關中草藥的販售。
4. 蒐集有關中藥毒性或是副作用的文獻以作為不建議供食用藥材之依據。
5. 系統性的資料整理並編寫成冊，提供當局作為公告可同時供食用中藥材之參考。

參、結果

經由 96 篇古典與現代的典籍及文獻研究，發現無毒而可同時提供食品使用之中藥材約 399 種，有毒藥材不適合當食品使用者約 95 種，其他因為沒有明確的證據佐證是否安全？或是否有毒性？則歸於第三類所謂不明者。

根據藥性與藥味的分析，可同時提供食品使用的 397 種中藥材中，藥性是以平性 37.93% 最多，其次是溫性 29.57%，寒性 23.06%，涼性 9.52%，最少的是熱性的藥材，只有 0.7%；藥味方面則以甘味的藥材 54.33% 最多，其次是辛味 15.29%，苦味 13.68%，酸味 8.45%，鹹味藥材較少，僅有 8.25%。有毒性而不適合當食用中藥材的 93 種中藥，藥性上是以寒性的藥物材佔最大宗，有 38.78%，其次依序是溫藥 31.18%，平性 11.83%，熱性 11.83%，涼性藥材 5.38% 則最少；藥味方面最多的是辛味 44.44%，其次則是苦味 34.81%，甘味 10.37%，酸鹹都是 5.19%。

研究結果顯示甘平或是甘溫的中藥較有可能是安全且毒性較少而能作為食療的藥材。藥味辛苦藥性寒性的中藥材，較有可能有毒性，食用前要特別謹慎！

相關的結果整理成圖與表格顯示：

圖一、無毒可供食用中藥藥味分析

圖二、無毒可供食用中藥藥性分析

圖三、有毒不可供食用中藥藥味分析

圖四、有毒不可供食用中藥藥味分析

表一、食用中藥材各論：藥名、性味、功效、基原、注意事項

表二、有毒中藥材各論：藥名、性味、功效、基原、毒副作用、主要毒性成分

表一食用中藥材與表二有毒中藥材。除了藥名、性味、功效、基原的說明，傳統醫學講究的是辨證論治與藥證相符，藥證不符，即使藥物本身不具毒性，卻仍會有不良反應，所以表一有注意事項的提醒。表二的說明則多了毒副作用與主要毒性成份的陳述。

肆、討論

早在希臘時代希波克拉提斯 Hippocrates 就曾提到「藥食同源」的概念，他提到「你的食物就是你的藥方，你的藥方就是你的食物。」《本草求真》記載「食物入口，等於藥之治病，同為一理」，也是同樣的觀點。

中國唐朝孫思邈所著的備急千金藥方有食治篇，專門介紹食療的經驗。他認為「安身之本，必資於食；救急之速，必憑於藥」，強調藥補不如食補的觀念。然而「藥是三分毒」，即使是神農嘗百草，也曾一日遇七十毒，本研究「食用中藥材之典籍研究」經由文獻及典籍研究，整理出 439 種無毒，可同時提供食用之中藥材，96 種有毒不適合當食用之中藥材，其他沒有明確證據者則歸於第三類，不建議作為日常生活食用。

食物的一般性能

作為可同時食用的中藥，除了無毒的基本訴求外，如何吃得健康？與中藥的四性五味以及藥物歸經的特性有很大的關聯，也符合清朝徐靈胎所說的「凡藥之用，或取其氣，或取其味，各以所偏勝而即資之療疾，故能補偏救弊，調和臟腑，深求其理，可自得之」。

一、食物的性味

食物性能有四種，也稱為四性，即寒、熱、溫、涼，溫熱數陽，寒涼數陰，反應食物在影響人體陰陽盛衰，寒熱變化方面的作用傾向。四性本質而言實際上是寒、熱兩種性質。寒性的食物具有清熱瀉火，清熱解毒，清熱涼血，清熱燥濕等降低基礎代謝率的作用。如西瓜、苦瓜、絲瓜、白蘿蔔、梨子、紫菜、白菜、西洋菜等。熱性食物則具有溫裏散寒，回陽救逆，補腎壯陽，溫經通絡等提高基礎代謝率的作用。如生薑、蔥、韭菜、辣椒、胡椒、羊肉、狗肉、牛肉、雞肉等。《素問·至真要大論》提到「寒者熱之，熱者寒之」的中藥食用原則，熱性體質宜食寒涼，寒性體質宜服溫熱的食物。

食物的味道主要來自味覺器官對飲食的感受，主要有酸、苦、甘、辛、鹹五味。酸味具有斂汗，止瀉，澀精等作用，如梅子，山楂子，酸楊桃，五味子等。苦味具有清心瀉火，清熱燥濕，瀉下通便的作用，如苦瓜、青果、蒲公英、芥菜等。甘味具有補虛，和中，緩急止痛等作用。如栗子，苦杏仁、南瓜、葡萄、大棗、飴糖、蜜糖、豬瘦肉、羊肉、牛肉、雞肉、鴨肉等。辛味具有發汗解表，行氣，活血，化濕，開胃等作用。如蔥、生薑、辣椒、胡椒、玫瑰花、茉莉花、薤白等。鹹味具有軟堅散結作用。如海帶、海藻、紫菜、海蝦、海馬、

海參、海膽、魷魚、章魚等。淡味具有利尿除濕作用。如薏苡仁、冬瓜、薺菜、白茅根等。內經最早歸納了五味辛散、酸收、甘緩、苦堅、鹹軟的基本作用，同時還論述了過食或偏嗜五味對臟腑系統的危害。

二、食物的歸經

食物的性能也表現在歸經上，歸經是表示食物作用的部位。它是根據食物被食用後反應出來的效果，並結合人體臟腑經絡的生理病理特點概括得來的。譬如生薑、桂皮能增進食慾，蘿蔔、西瓜，能生津止渴，而胃主受納，又喜潤惡燥，食慾減退，津少口渴之症屬於胃，故以上食物歸屬胃經；柿子、蜂蜜能養陰潤燥、緩和咳嗽，芥菜、葶薺能化痰，而肺為嬌臟，司呼吸，又為貯痰之器，咽喉乾燥，咳嗽咯痰之症屬於肺，故以上食物歸屬肺經；枸杞子、豬肝（肝能治夜盲、目昏）、薺菜、茺蒿能緩解目赤腫痛，而肝開竅於目，目得血而能視，肝熱上升則目赤腫痛，諸症皆屬於肝，故以上食物歸屬肝經；胡桃仁、苦杏仁、香蕉既然能潤燥止咳，又能通利大便，治肺燥咳嗽，腸燥便秘，屬於肺與大腸，故以上食物有歸屬肺與大腸二經。許多食物對飲食的消化、吸收及糟粕轉送等有直接的作用。如蘿蔔、梨、山楂、蓮子、芡實、薏苡仁、菠菜、芝麻、苦杏仁等，所以這些藥物歸脾、胃、大腸經。

食物的應用

「所食之味，有與病相宜，有與身為害。若得宜則益體，害則成疾。」食物的應用是否正確，對人的養生健身非常重要；正確使用食物是治療疾病不可缺少的一個環節，只要食物的應用正確，才能發揮食物在防治疾病中的作用，提高臨床療效，減輕病人的痛苦。為了能正確應用食物，必須注意如下幾方面：

一、食物的配伍：

在一般情況下，食物多採用單獨食用，但為了增強食物的食療效果和可食性，以及營養保健作用，也常常把不同的食物搭配起來應用。食物的這種搭配關係，稱食物的配伍。食物之間或食物與藥物通過配伍，由於相互影響的結果，使原有性能有所變化，因而可產生不同的效果，即有不同的配伍關係。如同本草學中所說的相須、相使、相畏、相殺、相惡、相反配伍關係。根據食療的具體情況，也可以概括為以下四個方面：

1.相須相使：即性能基本相同或某一方面性能相似的食物互相配合，能夠不同程度地增強原有食療功效和可食性。如當歸生薑羊肉湯中，溫補氣血的羊肉與補血止痛的當歸配伍，可增強補虛散寒止痛之功；與生薑配伍可增強溫中散寒效果，同時還可去羊肉的腥膻味以增強其可食性。又如二鮮飲中，鮮藕與

白茅根均能涼血止血，相互配伍可增強清熱涼血、止血的功效，亦較可口。又如菠菜豬肝湯，菠菜與豬肝均能養肝明目，相互配伍可增強補肝明目之功效，長於治療肝虛目昏，或夜盲症等。

2.相畏相殺：即當兩種食物同用時，一種食物的毒性或副作用能被另一種食物降低或消除。在這種相互作用的關係中，前者對後來說是相畏，而後者對前者來說是相殺。如經驗認為大蒜可防治蘑菇中毒；橄欖解河豚、魚、蟹引起的輕微中毒；蜂蜜、綠豆解烏頭、附子毒等均屬於這種配伍關係。

3.相惡：即兩種食物同用後，由於相互牽制，而使原有的功能降低甚至喪失。產生這種配伍關係的食物其性能基本上是相反的，如食銀耳、百合、梨之類養陰生津潤燥的食物，又食辣椒、生薑、胡椒等，則前者的功能會被減弱；又如食羊肉、牛肉、狗肉之類溫補氣血的食物，又食綠豆、鮮蘿蔔、西瓜等，前者的溫補功能也會相應減弱。

4.相反：即兩種食物同用時，能產生毒性反應或明顯的副作用。據前人記載有蜂蜜反生蔥、蟹等。如藥食合用，則有海藻反甘草，鯽魚反厚朴等。但這類總是均有待進一步証實。

總之，在多數情況下，食物通過配伍後，不僅可以增強原有的功效，而且還可以產生新的功效。因此，使用配伍食物較之單一食物有更大的食療價值和較廣的適應範圍。此外也可改善食物的色、香、味、形，增強其可食性，提高人們的食慾。這是配伍的優越性，也是食物應用的較高形式。

二、平衡膳食：主要可從平衡膳食和偏食有害兩方面來說明。

1.平衡膳食：所謂平衡膳食是指膳食的種類及其所含的水穀精微，要種類齊全、數量充足、比例適當。使其膳食中所供給的營養與機體的需要能保持平衡。

日常膳食是由多種食物組成的，平衡膳食要求各種食物在膳食中種類、數量都應有適當的比重。早在《黃帝內經》就對平衡膳食有了較完整而科學的論述。如《素問·臟器法時論》說：“五穀為養，五果為助，五畜為益，五菜為充。”這一論述不僅指出了平衡膳食所應包括的食物種類，還闡明了各類食物在平衡膳食中所占的地位。根據唐·王冰所注，五穀為粳米、小豆、麥、大豆及黃黍；五果為桃、李、杏、栗、棗；五畜為牛、羊、豬、犬、雞；五菜為葵、藿、薤、蔥、韭等。這說明在我國很早以前，人們攝取食物就是多種多樣的。糧食穀物、動物類及蔬菜、水果等類食物在膳食中都應有適當的比重。只有通過平衡膳食，人體獲得全面的營養，使其水谷精微充足，氣血旺盛，臟腑安和，才可以保持充沛的精力。

2.偏食有害：食物多樣化，使其飲食的五味得當，葷素食協調，寒、熱、溫、涼適度，才有利健康。若飲食有所偏嗜則可能導致人體臟腑功能失調，陰陽偏盛衰，也會影響人體健康。

五味與五臟，各有其親和性，如果長期偏食某種食物，久之可以損傷內臟，發生病變。《素問·生氣通天論》就說：“味過於酸，肝氣以津，脾氣乃絕；味過於鹹，大骨氣勞，短肌，心氣抑；味過於甘，心氣滿，色黑，腎氣不衡；味過於苦，脾氣不濡，胃氣乃厚；味過於辛，筋脈沮馳，精神乃央。”《素問·五藏生成》又說：“多食鹹，則脈凝泣而變色；多食苦，則皮槁而毛拔；多食辛，則筋急而爪枯；多食酸，則肉胝而唇揭；多食甘，則骨痛而發落。”這些論述都說明了五味偏嗜，會給人體健康帶來不良後果。

飲食的寒熱也不宜有偏嗜，如《靈樞·師傳》說：“飲食者，熱無灼灼，寒無滄滄。”《金匱要略》也指出：“服食節其冷熱…不遺形體有衰”。都說明了飲食不能偏嗜寒或熱。如果過食寒涼，貪食生冷瓜果，日久則損傷脾胃陽氣，導致脾胃虛弱，寒濕內生，而發生腹痛、泄瀉等病。若婦女偏食生冷，則可造成寒濕滯于胞宮，引起痛經、月經不調等病。若過食辛溫燥熱，則可使胃腸積熱，出現口渴、腹滿脹痛、便秘等症。同時，食物也不宜溫度過高。據現代醫學認為進食溫度過高，可能誘發食道癌。

總之，飲食偏嗜會造成人體陰陽失去平衡，臟腑功能受損，或某些營養不足，或某些營養過剩等不良後果。所以應當糾正偏食的不良習慣。

三、合理選擇食物：

如果食物種類選擇得當，又具有相應的食療性能，如之搭配合理，就能符合人體健康的需要，同時又能達到一定的治療目的。反之，就可能對人體健康不利或引起某些疾病，而達不到食療的目的。例如心神不安之人，應選擇養心安神的食物，如小麥、黃花菜、百合、蓮子、大棗、豬心、雞蛋、牡蠣肉等食物。

此外，採用適當的食品類型也是必不可少的。如防治感冒宜採用辛味或芳香食物作浸泡劑，用沸水浸泡即可；若煎湯，不宜煎煮過久，以免香氣揮發，失去解表功效。又如脾胃病往往採用粥食，以利於調理脾胃。若虛證宜補益，可採用補益類食物燉湯、蒸食、熬膏、或浸酒等。總之，應根據生活習慣及疾病的具體情況採用相應的食品類型。

中藥飲食的基本原則

整體觀和辨證論治，是中醫學的顯著特點，是臨床思維的基本原則。作用可供食用的中藥材，也是遵循整體觀和辨證施食的原則。

一、中藥飲食的整體觀：

整體觀認為，人體是一個有機的整體，人體與自然環境也是一個有機的整體。進行飲食調補時，應注意協調人體內部、人體與自然環境間的相互關係，保持、穩定人體內外環境的統一性。

(一) 調整陰陽：機體陰陽雙方的協調統一，維繫著人體的生理活動。疾病的發生和演變，歸根結蒂是陰陽的相對平衡受到破壞。“陰盛則陽病，陽盛則陰病”，“陰虛則熱”，“陽虛則寒”是疾病的基本病機。飲食調補採用補偏救弊，損有餘補不足的方法，目的在調整陰陽，恢復機體陰陽的動態平衡。如陽熱亢盛易于耗傷陰液的病證，飲食調補採用清熱保津法，選食五汁飲、芹菜粥、綠豆粥等，是瀉陽以和陰。如陽虛不能制陰，陰寒偏盛的病證，飲食調補採用溫經散寒法，選食當歸生薑羊肉湯、核桃炒韭菜、羊肉羹等，是補陽以制陰。飲食調補總是圍繞調整陰陽，維繫陰陽平衡而合理配制膳食。

(二) 協調臟腑：臟腑之間，臟腑與軀體之間是一個統一的整體。臟腑病變可以反映到軀體某一局部，局部病變可以體現某一臟腑病變。一個臟腑發生病變，會影響其他臟腑的功能。飲食調補時應協調臟腑之間、整體與局部之間的關係，恢復機體相互間的生理平衡。如視物昏花的病證，為肝血不足表現于目，飲食調補採用滋補肝腎法，選食豬肝炒枸杞苗、豬肝羹等；口舌生瘡的病證，為心胃火旺反映于口舌，飲食調補採用清心瀉火法，選食燈心粥、竹葉蘆根茶等。這些都是協調臟腑，統一整體與局部關係的例證。又如肺的病變，可能是本臟受邪發病，亦可能是它臟病變所致。肺本臟為病，飲食調補應宣肺降逆，選食薑糖飲等；因肝火亢盛，木火刑金者，應瀉肝火為主，選食菊花茼蒿飲等；因脾虛生痰，痰濕壅肺者，應健脾燥濕為主，選食枳飯等；腎陰虛不能滋肺者，應滋腎潤肺為主，選食百合枸杞羹等。頭痛耳鳴，面紅目赤，煩躁易怒等肝陽上亢的病證，既可食菊花飲、芹菜粥等以清肝陽；也可食山藥粥、益脾餅等預護中土，以免木旺克脾；又可食桑椹膏、豬腎羹等滋腎水以涵肝木；或食竹葉粥、燈心飲等瀉心火，以達實則瀉其子的目的。同樣，其他臟腑的病證，也可根據臟腑間的相互關係，選擇適當的食物以協調它們之間的平衡，以收到不同程度的飲食調補效果。

(三) 因時制宜：四時氣候的變化，對人體的生理功能、病理變化均產生一定的影響。故食用中藥時，應注意氣候特點。春季氣候轉溫，萬物生發，機體以肝主疏泄為特徵，飲食應以補肝疏散為主，可選食韭菜炒豬肝、桑菊薄荷飲等；夏季炎熱酷暑，萬物蒸榮，腠理開泄，機體以心喜涼為特徵，飲食應以消暑生津為主，可選食綠豆粥、荷葉粥等；秋季涼爽乾燥，萬物肅殺，機體以肺主收斂為特徵，飲食應平補潤肺，可選食柿餅、銀耳羹等；冬季氣候寒冷，

萬物收藏，機體以腎臟陽氣內臟為特徵，飲食應補腎溫陽，如選食羊肉羹、狗肉湯等。對於疾病辨證施食時，也應注意季節氣候特點。如春夏感冒，應選食桑菊薄荷飲、荷葉粥等辛 食品；秋冬感冒，又應選食生薑紅糖茶、蔥豉粥等辛溫解表食品，所以飲食調補應適當氣候，因時制宜。

(四) 因地制宜：台灣不同地區由於地勢高低、氣候條件不盡相同，譬如沿海地區，氣候溫暖潮濕，居民易感濕熱，宜食清淡除濕的食物；山上氣候寒冷，居民易受寒傷燥，宜食溫陽散寒或生津潤燥的食物。沿海居民喜吃海味；山地居民多吃山產等。所以不同的地區在選擇食物配料和調味時應予以兼顧。

(五) 因人制宜：人們的生理特徵，氣血盛衰是隨年齡而變化的，飲食調補應根據年齡特徵而配制膳食。兒童生機旺盛，稚陰稚陽，易傷食罹蟲，飲食應健脾消食，選食淮山粥、蜜餞山楂等，慎食溫熱峻補食物。老年人生機減退，氣血不足，陰陽漸衰，飲食宜易消化而補益，如選食瓊玉膏、羊臟羹等，慎食難於消化及寒 等食物。體質的差異，使膳食有宜涼宜溫，宜補不宜補的不同。陽盛陰虛之體，飲食宜涼及養陰食品，如銀耳羹、法製黑豆、羊蜜膏等，慎食溫熱補陽食物。陽虛陰盛之體，飲食宜溫，宜食補陽食物，如羊肉羹、狗肉湯等，慎食寒涼傷陽食物。氣虛之體宜補氣，如人參粥、益脾餅等。血虛之體宜補血，如玉靈膏、當歸生姜羊肉羹等。另外，中藥的食用也應注意性別的不同，男女生理各有特點，配製膳食時應注意男女的區別。婦女有經孕產乳，屢傷於血，血偏不足而氣偏有餘，平時應食以補血為主的膳食。在經期、妊娠期宜食雞子羹、阿膠糯米粥等養血補腎食物，慎食荳蔻粥、當歸生姜羊肉湯等滑利動血食物。如因脾虛白帶過多，宜食山藥粥、益脾餅等健脾除濕的食物。產後應考慮氣血虧虛及乳汁不足等，宜選食歸參鱈魚羹、歸參燉母 、蔥燉豬蹄等益氣血、麥芽通乳汁的食物。

二、辨證施食

辨證論治認為，疾病是動態變化的，隨著病因、體質、氣候等因素的變化，一種病可能出現不同的證，不同的病可能出現相同的證。根據不同病證的需要而分別配制膳食的原則，稱為辨證施食。

(一) 同病異食：指相同的疾病，因證的不同而食用不同的飲食。如胃脘痛，因病因、體質、生活環境、治療經過的不同，可表現為不相同的證，選擇的膳食也就有區別。飲食所傷，應食山楂糕、蘿蔔粥等以消食和胃；寒傷胃陽，應食高良薑粥、豆蔻雞等溫胃止痛；肝氣犯胃，應食梅花粥，飲佛手酒、玫瑰花茶等疏肝和胃；脾胃虛寒，宜食魚羹、大麥湯等健脾溫胃；胃陰不足，宜食沙參粥、益胃湯等養陰益胃。又如麻疹，是小兒感受麻毒後的常見傳染病，隨

著病理的演變經過，出現初、中、末三期不同證的變化，飲食也應辨證配制。初期症見麻疹未透，宜食荸薺酒釀等發表透疹；中期症見肺熱壅盛，宜食石膏粥等清熱解毒；後期餘熱未盡，肺胃陰傷證，宜飲甘蔗茅根汁等養陰清熱。

(二)異病同食：指不同的疾病，如果出現相同的證，可選食相同的飲食。如患久瀉、脫肛、便血、崩漏、子宮下垂等，這些不同疾病，在各自發展過程中，可出現同一病理過程，表現為相同的中氣下陷證，都可選用參苓粥、歸耆雞等升提中氣的飲食。

透過辨證施食，同病異食與異病同食，皆可根據疾病的本質，選擇性地飲食，提高了食療的效果。

中藥飲食的配伍

選擇具有不同性能的食物，或通過食物與中藥配伍，經過烹調加工，可以製成體現中醫汗、下、溫、清等不同法則的飲食。主要中藥飲食調補法則有：補肺氣法、補脾氣法、補血法、滋陰法、補腎氣法、補腎陰法、益胃生津法和潤燥生津法。

一、補肺氣法

補益肺氣法：選用補益肺氣的食物，或補益肺氣的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療肺氣虛證的方法，稱為補益肺氣法。如選用大棗、貽糖、蜂蜜、雞肉和人參、黨參、黃耆，製成補虛正氣粥、耆參糖等，用於肺虛氣弱證，症見喘息短氣，語聲低怯，易感冒汗出等。

二、補脾氣法

(一)補益脾氣法：選用補益脾氣的食物，或補益脾氣的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療脾虛證的方法，稱為補益脾氣法。如選用糯米、大棗、豬肚、雞肉、鵪鶉和黨參、白朮、山藥等，制成大棗粥、山藥麵等，用於脾虛證，症見精神困頓，四肢無力，食少便溏等。

(二)益氣升陷法：選用補益元氣的食物，或補氣升陽的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療氣虛下陷證的方法，稱為益氣升陷法。如選用雞肉、羊肉、鵪鶉、鯽魚、大棗、糯米和人參、黨參、黃耆、升麻等，制成歸耆雞、人參粥等，用於氣短聲怯，大便滑泄，脫肛，子宮下垂，胃下垂，崩漏帶下等屬中氣下陷者。

(三)益氣攝血法：選用益氣攝血的食物，或益氣攝血的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療氣不攝血證的方法，稱為益氣攝血法。如選用花生、

紅棗、龍眼肉、鱈魚、墨魚和黃耆、三七等，製成花生紅棗糖、歸耆雞等，用於氣不攝血證，症見吐血、便血、齒衄、肌衄、崩漏等。

(四)健脾除濕法：選用健脾除濕的食物，或健脾除濕的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療脾虛濕滯證的方法，稱為健脾除濕法。如選用蓮子、芡實、薏苡仁、赤小豆、扁豆、鯽魚、鱈魚和茯苓、白朮等，制成蓮子豬肚、赤小豆鯽魚湯等，用於脾虛水濕不運證，症見面浮身重，四肢腫滿，腸鳴泄瀉等症。

三、補血法

(一)益氣生血法：選用具有益氣生血的食物，或補氣養血中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療氣血兩虛證的方法，稱為益氣生血法。如選用胡蘿蔔、菠菜、花生、紅棗、龍眼肉、雞肉、豬肝、羊肉和黃耆、當歸等，製成歸參鱈魚羹、濟生當歸羊肉湯等，用於氣血兩虛證，症見面色蒼白、爪甲無華，眩暈心悸等。

(二)補血養心法：選用補血養心安神的食物，或具補血養心的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療血不養心證的方法，稱為補血養心法。如選用龍眼肉、荔枝肉、紅棗、葡萄、豬心、雞肉和人參、當歸、酸棗仁、茯苓等，制成玉靈膏、蜜餞薑棗龍眼、歸參燉豬心等，用於心血不足證，症見心悸怔忡，健忘失眠等。

(三)補血養肝法：選用補血養肝的食物，或補血養肝的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療肝血不足證的方法，稱為補血養肝法。如選用胡蘿蔔、菠菜、豬肝、雞肝和枸杞子、桑椹、何首烏、當歸等，製成豬肝炒枸杞苗、枸杞當歸葡萄酒等，用於肝血虧虛證，症見視物昏花，眩暈脅痛，驚惕肉瞤，手足麻木等症。

四、滋陰法

(一)滋陰熄風法：選用滋養肝陰，平肝熄風的食物，或滋陰熄風的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療陰虛風動證的方法，稱為滋陰熄風法。如選用桑椹、黑豆、鱉肉、牡蠣肉、雞子黃和龜板、鱉甲、白芍等，製成小定風珠羹、阿膠雞婆子黃湯等，用於肝陰不足，虛風內動，症見手足蠕動，筋脈拘急，頭目眩暈等。

(二)滋陰清熱法：選用滋陰清熱的食物，或滋陰清熱的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療陰虛陽盛證的方法，稱為滋陰清熱法。如選用梨、藕、龜肉、鱉肉、牛乳、雞子黃和生地黃、龜板、枸杞子、桑椹等，制成生地

雞、清燉烏龜、百合枸杞雞蛋湯等，用於陰虛火盛證，症見五心煩熱、潮熱，盜汗顴紅等。

五、補腎氣法

溫補腎氣法：選用溫補腎氣的食物，或溫補腎氣的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治腎氣虛弱證的方法，稱為溫補腎氣法。如選用胡桃仁、栗子、韭菜等，用於腎氣虛證，症見腰膝酸軟寒肢冷，夜尿清長，陽痿遺精等。

六、補腎陰法

(一)補腎滋陰法：選用補腎滋陰的食物，或補腎滋陰的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療腎陰不足，精血虧虛證的方法，稱為補腎滋陰法。如選用芝麻、黑豆、枸杞子、桑椹、牛乳、豬等，制成枸杞炒腰花、雙耳湯、法制黑豆等，用於腎虛虧損證，症見眩暈耳鳴，腰膝酸軟，潮熱盜汗消渴遺精等。

(二)填精補髓法：選用填精補髓的食物，或補腎益精的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療精髓不足證的方法，稱為填精補髓法。如選用芝麻、黑豆、龜肉、海參、淡菜、豬脊髓、羊脊髓汗肉苡蓉、鹿茸、枸杞子等，制成羊蜜膏、聖濟豬腎羹等，用於腎精虧虛證，症見腰脊酸痛，足膝痿軟發早白，虛羸少氣，發育遲緩等。

七、益胃生津法

益胃生津法：選用養胃陰，生津液的食物，或益陰生津的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療胃陰虛虧，或津枯腸燥的方法，稱為益胃生津法。如選用梨、甘蔗、荸薺、藕、牛乳、芝麻、蜂蜜或麥冬、石斛等，制成五汁飲、益胃湯等，用於胃陰不足證，症見口渴口燥，咽乾，大便燥結等。

八、潤燥生津法

潤燥生津法：選用潤燥生津、滋養肺陰的食物，或清燥潤肺的中藥與食物配伍，經烹調加工製成飲食，治療陰虛肺燥證的方法，稱為潤燥生津法。如選用梨、百合、藕、荸薺、柿、枇杷、蜂蜜、冰糖、豬肺、牛乳和沙參、麥冬等，制成雪羹湯、蜜餞雪梨、銀耳百合羹等，用於肺燥陰虛證，症見鼻乾，咽喉乾痛，乾咳無痰，或痰中帶血，以及肌膚乾燥等。

飲食的滋養作用

《難經》中載：“人賴飲食以生，五穀之味，熏膚（滋養肌膚），充身，澤毛。”說明我國在兩千多年以前，已十分重視飲食的營養作用。

飲食的滋養是人體賴以生存的基礎。一個人一生中攝入的食物要超過自己體重的 1000~1500 倍，這些食物中的營養素（中醫稱為“水谷精微”）幾乎全部轉化成人體的組織和能量，以滿足生命運動的需要。

中醫學認識飲食對人體的滋養作用是從整體觀出發的。它認為各種不同的食品分別可以入某臟某經，從而滋養臟腑、經脈、氣血，乃至四肢、骨骼、皮毛等。飲食進入人體，通過胃的吸收，脾的運化，然後輸布全身，成為水谷精微，而滋養人體。這種後天的水谷精微和先天的真氣結合，形成人體的正氣，從而維護正常的生命活動和抗御邪氣（致病因素）。此外還形成維持機體生命的基本物質“精”。“精”藏於五臟，是臟腑功能活動和思維、意識活動，即“神”的基礎。“氣、精、神”為人體之三寶，生命之所系。而它們都離不開飲食的滋養。所以戰國時期的名醫扁鵲曾經說：“安身之本必資於飲食。不知食宜者，不足以存生。”

常用的食補方法，有以下幾種，現分別介紹如下：

（一）平補法：有兩種意義，一種是應用不熱不寒，性質平和的食物。多數的糧食、水果、蔬菜，部分禽、蛋、肉、乳類食物，如粳米、玉米、扁豆、白菜、鵪鶉、鵪鶉蛋、豬肉、牛奶等。一種是應用既能補氣，又能補陰或既能補陽，又能補陰的食物。如山藥、蜂蜜既補脾肺之氣，又補脾肺之陰。枸杞子既補腎陰，又補腎陽等，這些食物適用於普通人的保健。

（二）清補法：是應用補而不滋膩礙胃，性質平和或偏寒涼的食物，有時也以瀉實性食物祛除實證，如清胃熱，通利二便，加強消化吸收，推陳而致新，以瀉中求補。常用的清補食物有蘿蔔、冬瓜、西瓜、小米、蘋果、梨、黃花菜等，以水果、蔬菜居多。

（三）溫補法：是應用溫熱性食物進行補益方法。適用於陽虛或氣陽虧損，如肢冷、畏寒、乏力、疲倦、小便清長而頻或水腫等症患者，也常作為普通人的冬令進補食物。如核桃仁、大棗、龍眼肉、豬肝、狗肉、雞肉、魚、鱈魚、海蝦等。

（四）峻補法：是應用補益作用較強，顯效較快的食物來達到急需補益的目的。此法的運用，應注意體質、季節、病情等條件，需做到既達到補益目的，而又無偏差。常用的峻補食物有羊肉、狗肉、鹿肉、鹿胎、鹿尾、鹿腎、甲魚、熊掌、鱒魚、黃花魚、巴魚等。

在日常生活中，偏熱的體質或熱性疾病，可選用性質屬寒的食品。瓜果、蔬菜中性寒者偏多，如梨汁、藕汁、橘汁等，可用於清熱、止渴、生津；西瓜、茶水等，可清熱、利尿；蘿蔔、甘草可治外感喉痛；芫荽、荊芥能清熱、解毒；

赤小豆、白扁豆、可清熱除濕等。

偏寒的體質或寒性疾病，可選用性質屬熱的食品。調味品中性熱者偏多，如胡荽麵、薑糖湯可溫中發汗；辣椒、生薑能通陽健胃；胡椒、茴香可治胃寒痛；小茴香和石榴皮煎服可用於治療痢疾；蔥白合生薑煎服可用於治療風寒外感；大茴香炒焦研末，紅糖調合，黃酒沖服可用於治療疝氣疼痛等。

飲食應用禁忌

傳統醫學是很重視飲食宜忌的，有關飲食宜忌的最早根據為《素問·宣明五氣篇第二十三》，載“五味所禁”以及《素問·五藏生成篇》；所載的：“五味之所傷”等。後世醫家在實踐中不斷加以發展總結，形成了一套為大家所遵循的理論和學說。漢代《金匱要略·禽獸魚蟲禁忌並治第二十四》中說：“所食之味，有與病相宜，有與身為害，若得宜則補體，害則成疾。”故用相宜食味治病養病，謂之食養或食療。而不相宜食品則禁之。謂之食禁或食忌，俗稱“禁口”或叫“忌口”。元代《飲食須知》更強調：“飲食藉以養生，而不知物性有相宜相忌，縱然雜進，輕則五內不和，重則立興禍患。”祖國醫學根據幾千年來的實踐，在治病防病中提出不同的飲食宜忌，其總的原則是以食物的四氣五味，來調整人體的陰陽偏勝，以達到治療疾病和保護健康的目的。

中醫學也早已注意到過分強調忌口，可能引起營養不良，因此主張忌口要根據具體的情況來定。如金代醫家張從正已認識到過分忌口的不對，在其所著《儒門事親》一書中曾記載一例久瀉患者，給服羊肝而愈，他認為病人的高度消瘦與病情遷延難愈是“忌口太過之罪也”。明代醫家陳實功說：“飲食何須戒口，冷硬膩物休餐。”清代葉桂也說過：“食入自適者，即胃喜為補。”都是主張靈活掌握飲食宜忌的實例。

中醫所指的飲食宜忌包括廣義和狹義兩種概念。廣義的飲食宜忌概念涉及到食物與體質、地域、季節、年齡、病情，以及飲食調配、用法、用量等方面。而狹義的飲食宜忌概念僅包涵飲食與病情方面的禁忌。

患病期間飲食禁忌

病症的飲食宜忌是根據病症的寒熱虛實、陰陽偏勝，結合食物的五味、四氣、升降浮沉及歸經等特性來加以確定的。早在秦漢時代就有《神農黃帝食禁》、《神農食忌》、《老子禁食經》等著作的出現，但原著佚失，內容不詳。

《內經》曾對各種不同疾病的飲食禁忌進行了闡述，如除禁忌飲食五味過偏等外，《素問·熱論篇第三十》還具體地指出：“病熱少愈，食肉則復，多食

則遺（腹瀉），此其禁也。”漢代的《五十二病方》及《武威醫簡》都有服藥飲食宜忌的記載。唐代孫思邈《千金要方》第一中即指出：“凡諸惡瘡差後，皆百日慎口，不稱，即瘡發也。”

中醫學對病人的飲食禁忌方面積累了很多經驗，並有系統的理論指導。根據中醫文獻記載，古代醫家把患病期間所忌食的食物高度概括為以下幾大類：

1. 生冷：冷飲、冷食、大量的生蔬菜、和水果等。為脾胃虛寒腹瀉患者所忌。
2. 粘滑：糯米、大麥、小麥等；所制的米麵食品等。為脾虛納呆或外感初起患者所忌。
3. 油膩：葷油、肥肉、油煎炸食品、乳製品（奶、酥、酪）等，為脾濕或痰濕患者所忌。
4. 腥膻：海魚、無鱗魚（平魚、巴魚、帶魚、比目魚等）、蝦、蟹、海味（干貝、淡菜、鮑魚乾等）、羊肉、狗肉、鹿肉等。為風熱證、痰熱證、斑疹瘡瘍患者所忌。
5. 辛辣：蔥、薑、蒜、辣椒、花椒、韭菜、酒、煙等，為內熱證患者所忌。
6. 發物：指能引起舊疾復發，新病增重食物。除上述腥、膻、辛辣等食物外，尚有一些特殊的食物，如蕎麥、豆芽、苜蓿、鵝肉、雞頭、鴨頭、豬頭、驢頭肉等。為哮喘、動風、皮膚等病患者所忌。

另外，個別疾患，如麻疹初起可適量食用發物，如豆芽、芫荽等，以利透發等，均屬例外情況。

臨床上常見的寒、熱、虛、實的飲食宜忌如下：

1. 寒證：宜忌的原則為益氣溫中、散寒健脾。宜食溫性熱性飲食物，忌用寒涼、生冷食物。
2. 熱證：宜忌的原則為清熱、生津、養陰。宜食寒涼平性食物，忌食溫燥傷陰食物。
3. 虛證：陽虛者宜溫補，忌用寒涼，陰虛者宜滋補，清淡，忌用溫熱，一般虛證病人忌吃耗氣損津、膩滯難化的食物。陽虛病人不宜過食生冷瓜果、冷性及性偏寒涼的菜肴食物。陰虛病人則不宜吃一切辛辣刺激性食物，如酒、蔥、大蒜、辣椒、生薑之類。由於虛證患者多數有脾胃功能的減退，難於消化吸收，因此也不宜吃肥膩、油煎、質粗堅硬的食物，食物應採用清淡而富於營養的為宜。

4.實證：是指病實邪實而言，如熱證、寒證中都有實證，在虛證中也有正虛邪實的。飲食宜忌也要根據辨証情況標本兼治或者急則治其標，緩則治其本，抓住主要矛盾才能配合藥治而獲良效。常見實證如水腫忌鹽、消渴忌糖、最具針對性的食治措施。

服藥飲食禁忌

清代章杏云所著《調疾飲食辨》一書曾提到：“病人飲食，藉以滋養胃氣，宣行藥力，故飲食得宜足為藥餌之助，失宜則反與藥餌為仇。”這一認識是頗為正確的。病人服中藥時有些食物對所服之藥有不良的影響，則應忌服，也有某些食物可以增進藥物作用的發揮。《傷寒》、《金匱要略》中指出服藥時忌生冷、粘膩、肉、麵、五辛、酒、酪、臭物等。服藥期間對某些食食物的禁忌，前人稱為服藥禁忌，也就是通常所說的忌口。在古代文獻上有甘草、黃連、桔梗、烏梅忌豬肉；薄荷忌鱉肉；茯苓忌醋；鱉魚忌莧菜；雞肉忌黃鱔；蜜忌蔥；天門冬忌鯉魚；白朮忌大蒜、桃、李；人參忌蘿蔔；土茯苓忌茶等。

但對飲食宜忌不能絕對化，要具體病情具體分析，如水腫忌鹽，中醫列為五不治之一，但有時也由此引起鈉減體倦而虛損，即長期忌鹽引起的低鈉血症。進一步正氣不足而病情難以好轉，故水腫不重的病人不宜絕對忌鹽。小兒麻疹忌食過度，可致營養不良。還要注意個體差異，如有些患者罹皮膚病，因某種飲食而發作或加重，即應禁忌。飲食經調制或配制後是可以改變其性質而改變其宜忌的。

孕期和產後飲食禁忌

孕期和產後，母體處於特殊生理階段，飲食調養有著重要意義。妊娠期，母體臟腑經絡之血注於沖任經脈，以養胎元。此期母體多表現陰虛陰亢狀態，因此應避免食用辛辣、腥膻之品，以免耗傷陰血而影響胎元，可進食甘平、甘涼補益之品。對妊娠惡阻孕婦應避免進食油膩之品，可食用健脾、和胃、理氣之類食物。妊娠後期，由於胎兒逐漸長大，影響母體氣機升降，易產生氣滯現象，故應少食脹氣和澀腸類食物如蕎麥、高粱、番薯、芋頭等。

中醫學認為，“產後必虛”。產婦多表現陰血虧虛，或瘀血內停等徵象。另一方面產婦還要以乳汁喂養嬰兒。因此，產後的飲食原則應以平補陰陽氣血，尤以滋陰養血為主，可進食甘平、甘涼類糧食、畜肉、禽肉和蛋乳類食品，慎食或忌食辛燥傷陰，發物、寒性生冷食物。正如《飲食正要》所說：“母勿太寒乳之，母勿太熱乳之，…乳母忌食寒涼發病之物。”《保嬰家秘》云：“乳子之母當節飲食，慎七情，調六氣，養太和。益母強則子強母病則子病，故保

嬰者必先保母，一切酒、麵、肥甘、熱物、瓜果、生冷寒物皆當禁之。”總之古人對孕乳期的飲食是甚為重視並嚴格要求的。

傳統上民間使用中草藥進補、食療，認為中草藥療效好，副作用小，毒性低，使用安全，然而每一年卻仍然會有零星關於中草藥不良反應和毒副作用的情形發生。所謂水能載舟，也能覆舟；藥能治病，也能致病。正確運用中草藥可以治病養生，但若用之不當，不僅不能治病，還會傷害身體，甚至危及生命。

馬兜鈴與中藥腎病變

進年來，關於中草藥毒性的問題在世界範圍內引起廣泛關注，特別是馬兜鈴（果實的處方名）等首當其衝，美國藥品與食品管理局（FDA）也停止進口、製造和銷售已知有和“懷疑含有馬兜鈴酸的原料和成品”，所謂“懷疑含有馬兜鈴酸的植物”涉及馬兜鈴屬的所有種，細辛屬、千金藤屬、青藤屬、木防己屬、蝙蝠葛屬、鐵線蓮屬、木通屬、和木香屬部份品種共約 70 種。常見的中藥如馬兜鈴（北馬兜 *A. conrorta* Bge. 或馬兜鈴 *A. conrorta* Zucc. 的乾燥果實）、天仙藤（北馬兜鈴或馬兜鈴的乾燥根）、關木通（東北馬兜鈴 *A. manshuriensis* Kom. 的乾燥藤莖）和廣防己 *A. fangchi* Y. C. Whex L. D. Chou et S. M. Hwang 的乾燥根）和尋骨風（線毛馬兜鈴 *A. molissima* Hance. 的根及根莖）等。

據報導“中草藥腎病”依據源於兩個事件：其一是 1999 年 7 月，英國根據 2 例治療濕疹而服用含有馬兜鈴酸的中草藥引發所謂“中草藥腎病”而需要做血液透析或腎移植，於是宣布禁止銷售和使用這類草藥，其二是比利時有 105 名女患者在 1990 年到 1992 年證實服用同一定診所開出的減肥藥“苗條丸”（芬氟拉明、安菲拉酮、波布鼠李安、顛茄浸膏、乙唑胺、防己、厚朴）長達 1~2 年，其中有 70 個病人需要腎移植或做血液透析治療，一些不能解釋的間質腎纖維化病例，也被懷疑與使用含馬兜鈴的食品補劑或植物的制品有關，由比利時人 Vanherwegherm 在國際權威雜誌 *Lancet* 上提出了“中草藥腎病”這一名詞。一時間國際上對中草藥詬難有加，風聲鶴唳。

廣義與狹義之中藥毒性

世界衛生組織於 1968 年對藥物不良反應作了如下定義：在疾病的預防、診斷、治療或人體的機能恢復期，藥物在常用量時發現的有害且非預期的反應，稱為藥物的不良反應。

中藥的不良反應，即所謂的“毒性”在古代有廣義與狹義之分。廣義的毒性，即中藥的偏性。認為凡藥均有偏性，“毒性”即藥物的效用，“毒藥”即為治病中藥的總稱。《周禮·天官》有“醫師掌握醫之政令，聚毒藥以供醫事”

的記載。《素問·藏氣法時論》王冰注：“辟邪安正，惟毒乃能。以其能然，故謂其毒藥也。”張子和《儒門事親·推原補法利害非輕說》云：“凡藥有毒也，非止大毒小毒謂之毒，甘草苦參不可不謂之毒，久服必有偏勝。”張介賓《類經·疾病類·五臟病氣法時》指出：“藥以治病，因毒為能，所謂毒者，以氣味之有偏也。蓋氣味之下奢，穀食之屬是也，所以養人之正氣。氣味之偏者，藥餌之屬是也，所以去人之邪氣。其為故也，正以人之為病，病在陰陽偏勝耳。欲救其偏，則唯氣味之偏者能之，正者不及也。…是凡可辟邪安正者，均可稱為毒藥。”

狹義的毒性，即是指藥物對機體的損害性。凡有毒的中藥，大都性質強烈，對人體有毒性或副作用，安全劑量小，用之不當，或藥量稍有超過常量，即可人體產生危害。《素問·五常政大論》云：“大毒去病十去其六，常毒治病十去其七，小毒治病十去其餘，無毒治病十去其九，谷肉果菜，食養盡之，無使過之，傷其正也。”《淮南子·修務訓》記載：“神農……嘗百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所避就，當此之時，一日而遇七十毒。”《神農本草經》在序例中將 365 種中藥分為上、中、下三品，指出下品“多毒，不可久服。”隋·巢元方《諸病源候論·解諸藥毒候》云：“凡藥物云有毒及大毒者，皆能變亂，於人為害，亦能殺人。”張景岳《類經·脈象類》指出：“毒藥，謂藥之峻利者。”上述認識，比較接近於近代對藥物毒性的認識。

中藥不良反應的表現

根據文獻報導，中藥出現的不良反應還是很廣泛的，涉及全身各個系統。所出現的症狀也是多種多樣的。概括近些年來對於中藥不良反應的諸多報導，應從以下幾個方面進行觀察和分析。

1. 胃腸道反應：如噁心、嘔吐、口腔潰瘍、腹痛、腹瀉或腹脹，甚而出現上消化道出血等。

2. 過敏反應：如高燒、寒戰、出大汗、發抖；或出現過敏性藥疹，多見有蕁麻疹、風疹塊、全身瘙癢、大?型多形性紅斑樣藥疹、紅色丘疹、粟粒樣紅疹、猩紅熱皮疹、剝脫性皮炎等；皮膚潮紅，神經性水腫，如眼瞼水腫、口唇水腫、喉水腫等；甚而出現過敏性休克等。

3. 對血液的影響：主要表現為造血系統的抑制現象，如血小板、白細胞降低、貧血、出血等。

4. 對心、肝、腎等功能的影響：如心電圖異常、心動過速或伴有心慌、氣短、胸悶；肝功能異常，或伴有噁心、厭油、厭食、脅痛等；腎功能異常，或

伴有血尿、蛋白尿、腰痛等。

5.神經系統：如頭痛、頭脹、嗜睡、興奮、煩躁不安、手足麻木、不寧腿綜合徵、記憶減退，甚而出現痴呆、昏迷等。

6.呼吸系統：如呼吸困難、呼吸減慢或急促，甚而引起呼吸衰竭、急性肺水腫等。

7.泌尿生殖系統：如尿少、血尿、蛋白尿、尿閉、尿失禁或尿崩症，甚而出現急性腎功能衰竭；對於生殖系統如月經失調、閉經，甚而引起排卵功能障礙或抑制精子生成等。

8.造血系統：主要是造血系統抑制現象。如紅血球、白血球、血小板製造不足。

9.眼、耳等五官科功能障礙：如視力降低，甚而視盲、複視等；耳聾、耳鳴、頭痛、脫發、水腫、胸膜炎、咽痛等。

中藥毒副作用

不同的毒性中藥表現不同的毒副作用系統，整理如下：

1.中樞神經系統的毒副作用：馬錢子、漢防己、烏頭、莨菪、斑蝥等，毒性成分主要是生物鹼，對中樞神經系統可產生先興奮後抑制作用，如中毒嚴重則可引起中樞麻痺而死亡。銀杏子或葉，富含水仙鹼或鬼白酸內酯的葉藥、麻黃等。服用過量可產生中樞神經系統症狀，如頭暈、頭痛、嘔吐、痙攣及精神錯亂，極嚴重的可因中樞抑制死亡。飲用山豆根水亦可致中樞中毒，甚至死亡。紅花油可引起中樞興奮，南星等可致癡呆。黃藥子、苦豆子可致幻覺等。

2.心血管系統的毒副作用：秋水仙素、烏頭對心血管有強烈的毒副作用，引起血壓及體溫下降，心律紊亂，室性期前收縮，呈二聯律；或竇性心律伴以多源頻繁的室性期前收縮和竇房停搏。又如含強心類藥物羅布麻葉、蟾蜍等也可產生類似洋地黃中毒的表現。此外，北豆根、三七使用不當亦可產生心血管系統的毒副作用。

3.消化系統的毒副作用：決明子、大戟、青木香、苦參等可引起噁心；了哥王、鴉膽子等可引起嘔吐；甘遂、芫花、常山、蒼耳子等可引起腹痛、腹瀉，毒性成分多為瀉素、毒蛋白、脂肪油和生物鹼等。巴豆主要含巴豆油約30%~45%，毒性大，外擦可致皮膚炎，內服1/4滴即可致猛瀉，服半至1滴即可產生嚴重症狀，內服12~20滴即足以致死。另外，北豆根、大黃、芒硝、茵陳、蒲黃、生半夏、苦杏仁等中藥均可引起胃腸道的不良反應。

4.肝臟毒副作用：吳茱萸、黃芩、羌活、獨活、防風、當歸、首烏等中藥，可能誘導或抑制肝臟細胞色素 P450 藥物代謝，從而引起自身及其他合用藥物代謝的改變，導致藥物不良反應和藥物相互作用。引起肝損害的常見單味中藥有何首烏、黃藥子、雷公藤等；烏頭、雄黃最為常見。桑寄生、薑半夏、蒲黃可引起肝區疼痛；蒼耳子、川楝子、黃藥子、雷公藤等可引起肝臟損害。黃丹、鉛粉口服均可引起肝腫大，谷丙轉胺（ALT）和黃疸指數升高等。

5.腎臟毒副作用：斑蝥對腎臟的損害最常見，每日用量超過 1.5g 即可中毒，表現為腰痛、尿頻、尿少，最後導致腎功能衰竭。其他馬兜鈴酸成分的中成藥或中藥致急性或慢性腎小管間質腎病及腎衰竭；關木通、廣防己、青木香、馬兜鈴、天仙藤、尋骨風等。

6.呼吸系統的毒副作用：表現為呼吸頻率和節律的改變，呼吸道阻塞症狀等。常見的藥物有：肉桂、商陸、鬧羊花、雷公藤、大黃等。

白果、苦杏仁、五味子等可引起呼吸困難；肉桂、兩面針等可引起咳嗽；百部、蒼耳子、山豆根等可引起呼吸衰竭。

7.藥疹：斑蝥、鴉膽子、巴豆對皮膚有刺激性；白芍、柴胡、雷公藤等可引起麻疹、馬兜鈴、生吳茱萸等可引起猩紅熱樣麻疹型藥疹；茯苓、桑寄生等可引起固定性藥疹。

此外，蒲黃、酸棗仁、地龍可致早產；人參可致出血；甘草可致假醛固酮增多症。雷公藤為免疫抑制劑，廣泛用於類風濕性關節炎、慢性腎炎和紅斑性狼瘡等的治療，在治療中發現它對人體周邊淋巴細胞染色體有損傷作用，長期接觸，可使細胞染色體畸變。

各類型中藥常見的毒副作用

中藥依主治功效的不同，可分成解表藥、清熱藥、瀉下藥、祛風濕藥、利水滲濕藥、溫裏藥、理氣藥、驅蟲藥、止血藥、活血化瘀藥、化痰止咳平喘藥、安神藥、平肝息風藥、開竅藥、補虛藥、收澀藥、解毒殺蟲燥濕止癢藥和拔毒化腐生肌藥等，不同類型中藥常見的毒副作用如下：

1.解表藥

蒼耳子可引起噁心嘔吐、腹瀉、昏迷、驚厥腎功能損害；北細辛過量應用易致心律不整。

2.清熱藥

龍膽草可致腹痛、噁心、嘔吐、頭暈，甚至昏迷。穿心蓮過量服用後可致

頭暈眼花、視物不清等毒性反應。板藍根長期內服可致食慾減退、體瘦、神疲少動、吐清涎等。天花粉中期引產致子宮破裂。苦參煎服過量致心慌、嘔吐、胸悶、視物重影。地骨皮煎服可致心律失常等。夏枯草內服可致過敏性休克。山豆根泡服可致中毒、頭暈、噁心、嘔吐、四肢顫抖、心率加快、血壓升高、感覺遲鈍等。

3.瀉下藥

商陸與巴豆用量過大可引起嚴重腹瀉。牽牛子大量使用除直接引起嘔吐、腹痛、腹瀉及黏液血便外，還可刺激腎臟，引起血尿。

4.祛風濕藥

雷公藤過量可引起噁心嘔吐、彌散性血管內凝血(DIC)、急性腎功能衰竭、急性再生障礙性貧血及滲出性胸膜炎以至死亡。威靈仙 120g 引起嚴重腹瀉而死亡。

5.利水滲濕藥

木通可引起急性腎功能衰竭和上消化道出血；木通中毒量在 30g 以上。垂盆草煎服可致心律失常，泡服可致多形紅斑型藥疹。冬葵子 150g 服後出現復視、精神極度興奮，並伴視幻覺及譫語等。

6.溫裏藥

烏頭類（附子、川烏頭、草烏頭）急性，如唇舌發麻、心煩欲吐、手足發麻、面色蒼白、情緒緊張、心悸肢冷，如症狀加重，則麻感上移、胸悶如重壓、呼吸困難、煩躁不安、嘔吐、腹痛腹瀉、頭痛頭暈、吞嚥困難、語言不暢、舌活動障礙、吐白沫、面青唇紫、心律失常、血壓下降，甚至不省人事、四肢厥冷、肌張力增高、對光反射遲鈍，死亡多例。

7.理氣藥

川楝子內服肝臟損害、精神失常、視力障礙、胃腸炎症、內臟出血、血壓下降、呼吸循環衰竭，甚至死亡。

8.驅蟲藥

使君子 8 粒，5 小時後出現頭暈、嘔吐、大汗、心悸、肢涼、面色蒼白、心率快。苦楝皮的毒性為頭暈、頭痛、嗜睡、噁心、腹痛等，嚴重中毒者。

9.止血藥

三七內服致過敏性休克。

10.活血化癥藥

川芎過量會劇烈頭痛並嘔吐。桃仁過量可引起頭痛、目眩、心悸，甚至呼吸衰竭而死亡。益母草 200g 煎服，24 小時後出現頭痛、腹痛、腰痛、上消化道出血、血尿、陰道出血，終因出血性休克、多器官功能衰竭而死亡；馬錢子引起痙攣性抽搐等毒性反應；內服水蛭方劑可致休克，表現為皮膚丘疹、灼熱、瘙癢、面色蒼白、呼吸困難、口唇紫紺、四肢厥冷、血壓下降。

11.化痰止咳平喘藥

生半夏 10g 同大黃 30g 快火急煎頓服後出現腹部劇痛、煩躁、口乾舌麻；反復長期使用鮮竹瀝內服致上消化道出血。黃藥子引起藥物中毒性肝炎。苦杏仁服食致噁心、嘔吐、腹瀉、頭暈、心悸、呼吸困難等急性中毒。洋金花致中毒，症見心悸、頭暈、幻視、軟癱、意識模糊、煩躁不安。

12.安神藥

過量服含有朱砂（每劑含 6~10g）的湯劑而致慢性汞中毒，致慢腹痛、噁心、吐瀉、繼之無尿、視物模糊、躁動不安、言語錯亂、消化道出血，終因急性腎功能衰竭致死。

13.平肝熄風藥

天麻過敏引起瘙癢和紫癍，以致急性腎功能衰竭。蜈蚣中毒可致心悸、氣短、頻發室性早搏、十二指腸潰瘍、急性肝腎功能損害、溶血性貧血。患者各服白僵蚕 10g，數分鐘後出現面部潮紅、唇周發麻、吞嚥困難、呼吸急促、心悸、煩躁等症。

14.開竅藥

麝香內服過量（5g/日，總量 30g）可致造血功能障礙，表現全身皮膚紫癍、牙齦出血及鼻衄、心悸氣短伴發熱，骨髓塗片見骨髓增生極度低下；麝香中毒量為 3g 以上。蟾酥可出現洋地黃中毒狀。

15.補虛藥

如果用藥不合理，無毒好藥也會導致中毒，譬如人參大補元氣，補脾益肺，生津安神，是人們喜愛的補益之品，但只能用於氣虛脈微、喘促懶言、自汗氣虛等證。綜觀其為溫熱性藥物，功用以補氣尤補脾肺之氣為主。據此用於陽虛、氣虛者，尤其脾陽虛，肺氣虛者，當起治療作用，使人氣力強壯；若用於氣不虛之高血壓或是實證，熱證者，則屬禁忌，勢必呈現中毒作用。所以有人在服食人參後會出現周身不適，乃至鼻出血等一系列中毒症狀。這就是用藥不合理所引起的中毒。

有關人參濫用綜合症症狀分析如下表：

表、人參濫用綜合症分析

心情興奮	100%	健康感	69.6%
煩躁、焦虛、神經質	19.5%	失眠	19.5%
運杏認識效率增加	29.3%	人格喪失、精神錯亂	1.0%
皮疹	24.8%	晨瀉	35.3%
血壓升高	16.5%		

甘草長期服用的不良反應有：(1) 對內分泌的影響：引起假性醛固酮增多症；(2) 水、電解質：水腫、高血壓、全身乏力、低血鉀和高血鈉，部份病人還有尿頻、夜尿等症狀，嚴重時可導致代謝性鹼中毒；(3) 神經系統：頭痛、頭暈、記憶力減退、肌無力、意識障礙、昏迷；(4) 循環系統：心悸、胸悶、氣促、胸痛，多見血壓升高，心電圖可見室性早搏、QT 延長、T 波低平等心肌損害表現。

16.收澀藥

五味子 10g 心悸氣短、胸悶，心電圖示心動過速伴室性早搏。煎服罌粟殼致煩躁、嗜睡、昏迷、紫癥性腎炎，重者呼吸、心跳停止，死亡。

17.解毒殺蟲燥濕止癢藥

含過量雄黃的酒致中毒，表現為大汗淋漓、呼吸困難、口吐白沫、昏迷、四肢抽搐而亡，屍檢心肌纖維呈片狀斷裂；雄黃引起明顯的消化道症狀、腎功能衰竭，心電圖示心動過速或房室傳導阻滯，心肌缺血；雄黃中毒量 10mg，致死量 0.1-0.2g。大風子中毒症狀有頭暈、頭痛、發熱、腹痛、嘔吐、腎功能損害。

18.拔毒化腐生肌藥

輕粉內服致汞中毒性紅斑伴敗血症，臨床青現噁心嘔吐、發熱、皮膚紅、丘疹、尿汞高；輕粉中毒量 0.8-1g，致死量 2-5g。鉛丹 30-50g 煎服，致急性鉛中毒，症見腹絞痛、噁心嘔吐、心悸胸悶、發熱、肝腎功能損害、末梢神經炎；鉛丹中毒量 2-3g，致死量 25g 以上，有蓄積作用。

中藥化學成分與毒性

毒性成分為生物鹼的中藥：含烏頭鹼類、含阿托品類、含番木鱉鹼類、含

秋水仙鹼類、含麻黃鹼類、含雷公藤鹼類。

毒性成分為 類的中藥：含強心 類、含強心甾體類、含皂 類、含甙類。

毒性成分為毒蛋白的中藥：含砷類藥物、含汞類藥、含鉛類藥。

1.含生物鹼類

(1) 含烏頭鹼類：中藥有川烏、草烏、附子、雪上一支蒿等，其毒性主要表現為作用於中樞神經系統及周圍神經系統的症狀，中毒機理是過量的烏頭鹼先興奮後麻痹各種神經末梢，刺激迷走神經中樞，甚至麻痹血管運動中樞、呼吸中樞，以致心源性休克、呼吸衰竭而致死。

(2) 含阿托品類：百花曼陀羅、莨菪、小天仙子等含莨菪鹼、東莨菪鹼和阿托品生物鹼，此類生物鹼皆為 M-膽鹼受體阻滯劑，其中毒機理主要為抗 M-膽鹼能反應，對周圍神經則為抑制交感神經機能，對中樞神經系統則為興奮作用，嚴重者轉入中樞抑制致嗜睡、昏迷。致死原因主要是因腦中樞缺氧，腦水腫而壓迫腦乾，使呼吸中樞制或麻痹，呼吸和循環衰竭。

(3) 含番木鱉鹼類：馬錢子、呂宋果等的種子均含番木鱉鹼（士的寧和馬錢子鹼）其中以含番木鱉鹼毒性最大，毒性主要作用於脊髓、大腦皮質或延腦等高級神經中樞，主要表現為脊髓反射性的興奮顯著亢進，引起特殊的強直性痙攣，常因呼吸肌強直性收縮而引導窒息死亡。

(4) 含秋水仙鹼類：光慈菇和山慈菇的鱗莖均含秋水仙鹼，秋水仙鹼在體內有積蓄作用，排泄甚慢，當其在體被氧化成二秋水仙鹼時則有劇毒，能對呼吸中樞、胃腸道及腎有刺激性毒性反應，中毒後可產生水電解質紊亂、酸中毒、腎缺血導致腎小管壞死而發生急性腎功能衰竭。

(5) 含麻黃鹼類：中藥麻黃所含的麻黃鹼對呼吸、血管運動中樞神經及交感神經皆有一定毒害，即對支氣管平滑肌有鬆弛作用，並能使心率加快、外周血管收縮、血壓升高，有類似腎上腺素樣作用。

含雷公藤鹼類：雷公藤、昆明山海棠均雷公藤鹼，對中樞神經系統的損害可引起視丘、中腦、延腦、脊髓的病理改變，肝臟、腎臟、心臟可發生出血壞死，中毒劑量可引起腎小管細胞變性壞死，腎曲管上皮輕度脂肪變性，而稍小劑量的致死多以腎功能衰竭為主。

2.含強心類：

(1) 含強心 類：強心 是一類對心肌有顯著興奮作用的種類，在醫藥上多用為強心藥，主要作用於心臟及神經系統，夾竹桃、羅布麻、萬年青、杠柳等中草藥均含強心 ，中毒後主要表現為胃腸道方面，嚴重時可出現傳導阻

滯、心動過緩、異位節律等，最後因心室纖顫，循環衰竭而致死。

(2) 含強心甙類：蟾蜍的耳後腺及皮膚腺所分泌的白色漿液，經加工制成的蟾酥，為重要強心藥之一，其強心成分屬強心甙類化合物，其中毒症狀出現時間多在 30~60 分鐘之後，首先有上腹部不適，繼則惡心嘔吐、口唇青紫、心悸、甚則昏迷、以致休克，多數病人有心動過緩伴心律不齊及不同程度的房室或竇房傳導阻滯。

(3) 含皂類：皂的毒性主要是對局部有強烈刺激作用並能抑制呼吸、損害心臟，尚有溶血作用。如適陸對交感神經有刺激作用，促進胃腸道蠕動並刺激腸粘膜，引起腹痛腹瀉，大劑量可引起中樞神經系統麻痺及運動障礙，土牛膝有皂及昆蟲變態激素脫皮甙酮等，具有腎毒性，中毒性發生腎功能衰竭，木通所含的木通皂，水解後得長春藤皂元等，能損害腎小管，導致其上皮細胞壞死，嚴重者可導致腎功能衰竭。

(4) 含氰類：杏、桃、枇杷等的種仁均含氰—苦杏仁等有毒成分，苦杏仁在水中溶解度較大不穩定，易被同存於種仁中的苦杏仁水解，元水解後可產生有毒的氫氰酸，可引起組織缺氧，並損害中樞神經，中毒後主要表現為中樞神經系統症狀。

3. 含毒蛋白類：

毒蛋白主要存在於植物的種子中，其毒理作用是對胃腸粘膜有強烈的刺激和腐蝕作用，能引起廣泛性的內臟出血。如巴豆的巴豆油中主要含有毒性球蛋白，能溶解紅血球使局部細胞壞死，內服使消化道腐蝕出血，並損壞腎臟尿血，外用過量可引起急性皮炎。蒼耳子含蒼耳子油，毒蛋白等有毒成分能損害腎臟及心肝等內臟實質細胞，並引起神經消化系統機能障礙，使毛細血管通透性增加。蓖麻子含蓖麻毒蛋，是一種細胞原漿毒，2mg 即可使人中毒死亡，易使肝腎等實質細胞發生損害而致混濁腫脹、出血及壞死等，並有凝集和溶解紅細胞及麻痺呼吸中樞、血管運動中樞的作用。

4. 含金屬元素類

(1) 含砷類藥物：砷為細胞原漿毒，作用於機體系統，抑制蛋白的巰基便失去活性，阻礙細胞氧化和呼吸，而且損害神經細胞，使神經系統發生各種病變，如砒石（紅砒、白砒）成分為三氧化二砷，雄黃含硫化砷，砷可由呼吸、消化道進入體內，急性中毒者有口腔、胃腸道粘膜水腫、出血、壞死等。

(2) 含汞類藥：如朱砂、輕粉、水銀等，汞化物對人體有強烈的刺激性和腐蝕性，並能抑制多種的活性，引起中樞神經與植物神經功能紊亂，精神失

常，胃腸道刺激症狀及消化道出血，甚至急性腎功能衰竭。

(3) 含鉛類藥：有密陀僧、廣丹、鉛粉等，鉛是多親和性毒物，主要損害神經、造血、消化和心血管系統。急性中毒者多以消化道症狀為主。慢性中毒者多為積蓄中毒，多發性神經炎、腹絞痛、貧血、腦水腫等。

中藥不良反應原因分析

藥物是以氣味之有偏性來糾正人體病後的陰陽氣血偏盛偏衰，從而達到治病目的。但是，若使用不合理，中藥也同樣會有毒副作用。中醫學家在長期的臨床實踐中對於中藥不良反應的規律已有一定的認識，例如補氣藥具有壅塞、滿悶之弊，滋陰藥的滯膩、補血藥的凝滯、苦寒藥易於傷陽、溫熱藥易於傷陰等。綜合各期刊文獻的報告，一般而言，不合理使用中藥引起不良反應，通常可以概括為以下種情況：

1. 盲目用藥、迷信偏方

認為服中藥安全，無副作用，有病治病，無病保健，不遵醫囑，濫用中藥，迷信偏方、單方、秘方。

2. 藥物本身的因素

藥材中夾雜有根和根莖藥材，常留蘆頭（殘莖），如麻黃常莖和根連在一起，而其莖主要含麻黃鹼，根主要含偽麻黃鹼，這兩種生物鹼作用完全相反。麻黃鹼能興奮中樞神經，有類似腎上腺素的作用，使末梢血管收縮，血壓升高，汗腺唾液分泌增加；而偽麻黃鹼能擴張末梢血管，抑制汗腺分泌。

3. 藥證不符即不對證

中醫治療講究“辨證施治”，制定“熱則寒之，寒則熱之，虛則補之，實則瀉之”的治則，假若臨床使用不當，不但影響療效，還會產生不良反應。如：熱地性質滋膩，易礙胃助濕，若氣滯痰多、脾胃虛弱、食少便溏、苔膩濕盛患者服之則會加重病情。即使補虛藥，使用不當，往往也是有害而無益，如陰虛有熱而用鹿茸、附子、肉蓯蓉等補陽藥，陽虛有寒而用黃精、玉竹等滋陰藥，將會產生不良後果。

各種中藥既有適應證，又有禁忌證。例如表虛自汗、陰虛盜汗證禁用解表發汗藥，瘡瘍日久、淋病失血症患者有表證時也應慎用解表藥，實證、熱證而正氣不足者忌服人參。人參是補氣藥，適用於氣虛證候，若用於陰虛陽亢內有虛熱者，就會出現頭暈、心悸、失眠、鼻出血、口舌生瘡、咽喉疼痛、大便乾、食慾減退等謂人參濫用綜合徵。其實中醫治病，精於辨證，若辨證失誤，用藥

不當，輕則無效，重則適得其反。如果寒熱虛實真假不辨，其結果不是“火上澆油”，就是“雪上添霜”。

4. 用量不當

中醫辨證用藥，即要對證，對於每味藥的用量也要適當，劑量的大小應根據陰陽偏盛偏衰的程序，因證而定、因方而別、因人而異，而且因地因時制宜，並應根據病情的轉機而調整劑量。若用量過大或用藥時間過長，就會出現不良反應。

一般說來，副作用與劑量成正比。如雲南白藥，超量服用可引起頭昏眼花、心悸嘔吐、煩躁不安、舌及全身發麻、胸悶氣短等。木通常用量為 3~9g，大劑量應用則損害腎小管，導致上皮細胞壞死，嚴重者致急性腎炎。杏仁中苦杏仁分解的微量氫氰酸能輕度抑制呼吸中樞，鎮咳平喘，但內服量 30 克以上會出現頭痛頭暈、口苦澀、嘔惡腹痛等不良反應，重者呼吸急促，甚至呼吸麻痺而死。麻黃用量 30 克，超過規定劑量 2 倍以上，就會出現心慌、頭痛、出冷汗、手足發涼、語言困難等症狀。

另外，川烏一般用量 3~9g，若作散劑、酒劑應減為 1~2g，製用；入湯劑則應先煎 30~60min，以降低毒性，否則易引起中毒。宋代陳承在《本草別說》中曾記載：細辛“若單用末不可過半錢，多則悶塞，不通者死”。因此，歷年來就有“辛不過錢”之說。其實細辛的用量與劑型等有關，細辛入煎劑時其揮發油中所含的有毒成分黃樟醚被蒸出，毒性迅速降低，故入湯劑可酌情加量，但不能妄用大劑量，而入丸散，必須慎重。

某些中藥在治療疾病的同時也會在體內累積，長期服用可致中毒。如口服蒼耳子致不良反應均發生在服藥時間大於 1 個月者，主要原因為蓄積性中毒，表現為胸悶、氣短、頭昏乏力、心悸、四肢麻木等神經、心肌和肝功能損害症狀，外敷可致接觸性皮炎。持續服用朱砂安神丸能引起慢性汞中毒，長期用牛黃解毒片、番瀉葉可出現身體依賴性。

5. 炮製不當

中藥炮製後，能降低或消除藥物的毒性或副作用，改變或緩和藥性。譬如生乳香、生沒藥代制乳香、制沒藥入藥，病人服藥後會出現嘔吐，胸腹難受。又如：處方開女貞子，應給予 20% 黃酒拌蒸的熟女貞子，有的就生用，病人服後不但沒有補肝腎、強腰膝作用，反而腹痛腹瀉，四肢乏力。另外，斑蝥與糯米同炒；甘遂、大戟、芫花經醋制；生草烏、生川烏用水久煎；巴豆制霜等，均可降低毒性。如果炮制不當，反能增毒。如雄黃火，則生成砒霜，有劇毒。朱砂火後析出水銀，有大毒等。

6.煎服方法不當

一些中藥的不良反應與不妥的煎煮有著密切的關係。烏頭、附子等毒性中藥需久煎以降低毒性，煎藥器皿以砂鍋為宜，不宜用鐵器。附子，入湯劑宜先煎 0.5-1 小時，附子的水溶部分有明顯的強心作用，並且隨著煎煮時間的延長其強作用增強，若不久煎，其烏頭鹼容易引起頭昏、心慌、心煩等中毒現象，甚至口服 0.2 毫克就會令人中毒頭昏心慌，3-4 毫克就會心律紊亂，血壓下降，休克，甚至心臟停搏，但烏頭鹼性質不穩定，經蒸、煮等法炮製後，劇毒的烏頭鹼被水解成毒性很小的烏頭原鹼而減小毒性，毒性僅為烏頭鹼的二千分之一。如果炮製時間縮短，炮製後切開還有白心或口嘗麻辣感較重，服後易引起毒副反應。

7.品種混淆

傳統中藥的使用，存在不少品種出現同名異物現象，名稱相似的中草藥互相代替的現象也時有發生。這些品種多數種屬不同，毒性的大小強弱也不同。誤服誤用中藥十分危險，如把香加皮當作五加皮使用，就會發生洋地黃樣中毒；五加皮有南北之分，南五加皮屬五加科植物細柱五加的根皮，無毒。北五加皮，又名香加皮，屬蘿藦科植物杠柳的根皮，有毒。又如木通，歷代本草所記載的係木通科植物的木通，無毒。而現在藥房所用的多為馬兜鈴科的關木通，含有馬兜鈴酸，有毒。

8.中藥污染

如農藥殘留、重金屬離子、放射性元素、微生物及其毒素等對中藥的污染也可能導致不良反應。原藥材在暴曬或儲存過程中出現霉變，或者為了使藥材易乾或保證其色澤，使用一些有損於藥材質量的方法曬製藥材，甚至人為摻假，極易導致中毒。

9.個體差異

少數敏感體質及特異性遺傳體質患者，對藥物的反應與大多數人不同，這類患者出現的藥物不良反應，往往與藥物的藥理、毒理及用法用量等無關。兒童、老年人、經孕期及哺乳期婦女由於生理機能與青壯年不同，對藥物的反應及藥物體內代謝過程等也不同。所以，對特殊體質、特殊人群的患者，在臨床用藥時應加以注意，以防不良反應發生。

10.藥物配伍失策

關於配伍，古代就有“七情”之說。有時，兩藥合用配伍，就能產生毒性反應或副作用（即相反），或能降低藥物功效（即相惡）。中藥通過複方配伍應

用，可制約其某種毒性，有的可以使“大毒”變為“小毒”，使“有毒”轉化為“無毒”。如甘草配伍附子，檳榔配伍常山，大黃配伍巴豆，蜂蜜配伍烏頭等。但若配伍不當，則可產生毒性或增強毒性。如附子與麻黃配伍則產生毒性。服用附子，用白酒作藥引則產生中毒症狀。又如“十八反”、“十九畏”。

分析產生中藥毒副作用的原因，可以概括為以下三個方面，即藥物本身的原因、醫生使用因素和患者個體的差異。

藥物本身的原因包括藥物的種屬和產地，同時在藥物生長的過程中，藥物的污染如農藥殘留量、重金屬含量、放射性元素、微生物等都會影響中藥的質量。

醫生使用因素包括辨證立法是否準確、遣方用藥是否精當、藥物的相互配伍、用藥的劑量、服藥的時間、給藥的途徑、藥物的炮製調劑等。患者的個體差異如個體特異性和過敏體質、年齡和性別、患者所罹患疾病及身體整體狀況等。

中藥不良反應的預防

醫者在用藥時，一般應以《藥典》為準，對毒、副作用大的中藥，更應嚴格注意。如需加大劑量時，應結合病人具體情況從小劑量開始，漸加至最大治療量。對於不良反應的判定，必須掌握科學的方法、客觀地加以判斷，既不能“掉以輕心”，又不能“談虎色變”，而是要根據中藥不良反應的發生，積極地預防和採取相應的措施，減輕嚴重不良反應，減少或避免一般性不良反應的發生。首先，對不良反應者應立即停藥，注意停藥後的變化，直到症狀完全消失，或異常化驗完全恢復正常為止。有的中藥短期服用未出現不良反應，而長期服用後就會出現；應強調安全、合理、正確地使用中藥。只要科學地合理地正確用藥，是完全可以減少和防止藥物的毒副作用的。有效的預防措施如下：

1. 加快中藥現代步伐，是從根本上防範和減少中藥毒性作用的重要措施。通過中藥現代化實踐，建立從中藥資源、品種生產、炮製、飲片、保管、使用或成分提取、工藝、生產、質控、非臨床和臨床安全性等標準化研究，為藥政部門和藥檢部門對中藥材及制劑的質量管理，確保人體用藥安全有效。

2. 加強中草藥用藥知識的宣傳，提高醫生及患者對中藥不良反應的認識，消除“中草藥沒有毒副作用”的世俗觀念。強調藥物的正確使用。提高醫生用藥水平，辨證施治，依法遣方用藥，因人、因地、因時用藥；在處方中要規範處方藥物用量，合理配伍；注意給藥途徑和用藥時間。只要這樣，才能有效防止醫源性疾病的發生。

3.對症下藥，合理配伍，劑量規範化，防止長期用藥積蓄中毒，忌盲目濫用。

4.使用肝腎毒性中草藥對患者進行肝腎功能等監測。

5.深入開展藥理、毒理研究，闡釋產生毒副作用的機理並予以有效的預防。譬如砒霜經科學方法精製純化成注射液選擇性對肝細胞有誘導凋亡作用而不損傷正常細胞，三氧化二砷可治療早幼性白血病的研究成果表明，即使公認的“毒藥”經過科學合理用藥一樣可以造福人類。

伍、結論與建議

本研究是首次以表格的方式，將常見食用中藥材與有毒中藥材做陳列整理，並系統性的以藥味與藥性分析，研究結果顯示甘平或是甘溫的中藥較有可能是安全、毒性小且能作為食療的藥材。藥味辛苦藥性寒性的中藥材，較可能有毒性，食用前要特別謹慎！

根據本「食用中藥材之典籍研究」結果，建議安全且合宜地食用中藥方式：譬如 1.進補的藥材宜選擇「神農本草經」等藥典所提上品無毒的中藥；2.不要盲目使用偏方、單方或秘方，尤其是藥物不詳者，濫用誤用，容易產生毒副反應；3.進補藥材劑量宜小，不宜過大，食療養生的劑量不宜超過藥典記載治療的劑量；4.不要長期且大量服用，譬如甘草理論上是無毒，但是甘草含有甘草酸，有類似腎上腺皮質激素樣作用，長期服用甘草容易因為鈉瀦留而引起水腫；5.避免藥證不對，違反禁忌證原則。各種中藥既有適應症，也有禁忌症，譬如人參大補元氣，補脾益肺，生津安神，是人們喜愛的補益之品，但只能用於氣虛脈微、喘促懶言、自汗氣虛等證。如果是高血壓或是實證，熱證的病人就不適合，用之不當，容易流鼻血、口乾、口瘡、便秘和心悸等人參濫用綜合症的情形發生；6.避免誤服偽劣藥品，譬如應該用木通科的木通（無毒）卻用到馬兜鈴科的關木通（有毒），導致蛋白尿和間質性腎炎等副作用。7.服食炮製的藥材，譬如生半夏有毒，咽喉刺激性很強，若炮製成薑半夏，則幾無毒性。民間自行服中草藥者，多是生藥，藥材未被炮製減毒過，也容易出問題。總而言之，中藥食療宜選擇無毒，劑量小且經炮製過的正確藥材，不要服用不熟悉甚至未曾服用過的中草藥，如果想嘗試，宜先徵詢並經過合格的中醫師評估為宜。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號 CCMP93-RD-069 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

陸、參考文獻

- 1.中華藥典編修委員會.中華中藥典.行政院衛生署，2004年.台灣。
- 2.行政院衛生署公告.衛署中會 89040119 號，2000年7月15日。
- 3.行政院衛生署公告.署授藥字第 0920001534 號，2003年8月7日。
- 4.行政院衛生署公告.署授藥字第 0930000545 號，2004年2月10日。
- 5.中華本草編委.中華本草 1-10.上海科學技術出版社，1999年.中國。
- 6.江蘇新醫學院.中藥大辭典.上海科學技術出版社，1997年。
- 7.明.李時珍，本草綱目，成書於公元 1593 年，培琳出版社。
- 8.李任先生等，中醫飲食調補學.廣東科技出版社，2002年。
- 9.翁維健等，中國高等中醫藥教材編審委員會；中醫飲食營養學五版教材；上海科學技術出版社，1996年。
- 10.雷載權等，中國高等中醫藥教材編審委員會；中藥學五版教材；上海科學技術出版社，1996年。
- 11.王筠默等，中國高等中醫藥教材編審委員會；中藥藥理學等五版教材；上海科學技術出版社，1996年。
- 12.梁.陶弘景，神農本草經，成書於公元 500 年。
- 13.唐.蘇敬，新修本草，成書於公元 659 年。
- 14.唐.孟洗，食性本草，成書於公元 680 年。
- 15.唐.孫思邈，備急千金要方，吉林人民出版社，1994年。
- 16.唐.孫思邈，千金翼方，吉林人民出版社，1994年。
- 17.宋.唐慎微，經史證類大觀本草，成書於公元 1108 年。
- 18.明.朱嘯撰，救荒本草，成書於公元 1406 年。
- 19.冷方南，中華臨床藥膳食療學，人民衛生出版社.1996年。
- 20.施奠邦，中醫食療營養學，知音出版社，1996年。
- 21.杜惠芳，飲食治病精華，中國醫藥科技出版社，1996年。
- 22.王煥華，家庭保健飲料，旺文出版社，1993年。

- 23.張樹生，百病食療，中醫古籍出版社，1996年。
- 24.陳秘水，中醫實用養生方，天津古籍出版社，1997年。
- 25.楊蒼良，毒藥本草，中國中醫藥出版社，1998年。
- 26.楊芬明，實用毒性中藥學，科學技術文獻出版社，1997年。
- 27.杜貴友、方文賢，有毒中藥現代研究與合理應用，人民衛生出版社，2003年。
- 28.陳靜岐，臨床食療配方，天津科學技術出版社，1996年。
- 29.李冀，楊蕾，中藥毒性三辨．中醫藥學報．2003.31(3):20-21。
- 30.張果忠、熊杰、張德琴，淺談中藥副作用的原因與預防．中醫藥信息．2002.19(3):22-24。
- 31.魏亞東、吳水生，論中藥不良反應與患者機體狀態的關係．福建中醫學院學報．2001.11(3):45-46。
- 32.張家國、李華玉，中藥不良反應46例分析．《臨床薈萃》．2001.16(9):420-421。
- 33.牛麗，人體因素對中藥不良反應影響的探討．河南中醫藥學刊．2001.16(5):25-26。
- 34.孫希峰、黃偉華，關於中藥不良反應的思考．河北中醫．2004.26(5):14-15。
- 35.康亞國、宋曉群，對中藥毒性問題的認識，陝西中醫學院學報．2001.24(3):22-23。
- 36.馮萍、張玉廣，中藥不良反應原因淺析．實用中醫藥雜誌．2001.20(4):18-20。
- 37.林玉貞，中藥毒性觀的歷史嬗變．福建中醫學院學報．2002.12(3):50-52。
- 38.方曉艷、孫艷紅、苗明三，試論中藥的毒性．河南中醫藥學刊．2002.17(2):5-8。
- 39.馬建昕、李廷謙、毛兵、常靜，常見中藥不良反應概況．河北中醫．2001.23(2):152-154。
- 40.朱曉平，試述中藥的毒性成分及其毒理作用．湖南中醫藥導報．2003.9(11):48。
- 41.俞超芹，中藥毒性的再認識，中西醫結合學報．2003.1(4):252-254。
- 42.李文彬，中藥不良反應及原因，Anthology of Medicine．2004.23(2):192-193。
- 43.許德河，警惕中藥的不良反應，中國臨床醫生．2004.32(1):51-52。
- 44.馮克玉，中藥不良反應，中國臨床醫生．2004.32(6):7-8。

- 45.李根林、孫英，淺談中藥毒性作用的產生與預防．山西中醫 2002.18(3):52-53。
- 46.方前波，中藥不良反應的預防．中醫藥臨床雜誌．2004.16(3):16。
- 47.吳依娜，提高對中藥毒性反應的認識．安徽中醫臨床雜誌．2001.13(1):76-77。
- 48.周躍軍，淺議中藥的毒性．時珍國醫國藥．2001.12(3):194。
- 49.祝德秋、沈金芳，中藥不良反應現狀分析及應對策略，中國藥房．2004.15(6):359-361。
- 50.楊曉，中藥不良反應及預防策略．時珍國醫國藥．2001.12(5):478。
- 51.秦志平、董麗豔，正確認識和對待中藥毒性．醫學與哲學．2003.24(10):59-60。
- 52.斬玉田，淺談中藥的毒性禁忌與貯藏．石河子科技．2001.52。
- 53.任若芳，中藥的毒性及炮制原理．中醫藥臨床雜誌．2004.16(1):89。
- 54.王晶輝，淺談中藥的毒性與用藥規範．中國民康醫學雜誌．2003.15(4)251-252。
- 55.劉士敬，辯証對待中藥毒性．醫學與哲學．2002.23(6):51-53。
- 56.呂小開，論中藥的不良反應．實用醫技雜誌．2004.11(2):178-180。
- 57.劉桂菊、于先美，常用含生物鹼類中藥的毒性．Qingdao Med J．2002.34(4):306-308。
- 58.張忠民，淺談常用中藥的不良反應．遼寧中醫學院學報．2001.3(4):298-299。
- 59.張海燕，中藥毒性之我見．雲南中醫中藥雜誌．2003.24(4):50-51。
- 60.范志芳，內服中藥不良反應患者的護理．醫藥論壇雜誌．2004.25(2):69-70。
- 61.高琳、謝鳴，關於"中草藥腎病"及中藥毒性的認識．中國醫藥學報．2002.17(11):668-670。
- 62.孫立靖、馮陸冰、唐世祿，試論中藥的毒性及其應用．江西中醫藥．2002.33(1):54-55。
- 63.王慶林、孔慶平，再論中藥不良反應原因．基層中藥雜誌．2001.15(3):37-38。
- 64.李勇華，中藥不良反應淺析，中國鄉村醫藥雜誌．2004.11(1):33-34。
- 65.焦中軍、姜娟，中藥毒性藥物的概念及中藥對腎臟的損害．中國藥師．2003.6(4):582-583。
- 65.周志錦、俞豔玲，淺議中藥的毒性及毒理研究．實用中醫藥雜誌．2003.19(1):44-45。

66. 葉玉杰、石召華、張雪瓊，對中藥毒性的思考．時珍國醫國藥病．2004. 15(4):236-237。
67. 梁愛華等，中藥不良反應座談會紀要．中國中藥雜誌．2003.28(11):999-1002。
68. 林向華、周杰華，358例中藥不良反應回顧性分析．藥事組織．2004. 13(4): 35-38。
69. 駱杰偉、張雪梅，紅花臨床上的不良反應．福建中醫藥．2002.33(2):39-49。
70. 伊梅蘭，如何正確認識中藥的毒性．福建中醫藥．2002.33(2):39-49。
71. 陳華，應重視中藥不良反應的防治．內蒙古中醫藥．2004.3:28。
72. 胡瑩、孔凡萍、范廣岩，淺談中藥的不良反應．2004.45-46。
73. 苗明三、梁國防，中藥不良反應.河南中醫藥學刊. 2001.16(2)1-3。
74. Liu MC, Maruyama S, Mizuno M, Morita Y, Hanaki S, Yuzawa Y, Matsuo S. The nephrotoxicity of *Aristolochia manshuriensis* in rats is attributable to its aristolochic acids. *Clin Exp Nephrol*. 2003.7(3):186-94.
75. Jha V, Chugh KS. Nephropathy associated with animal, plant, and chemical toxins in the tropics. *Semin Nephrol*. 2003.23(1):49-65.
76. Deng JF. Clinical and laboratory investigations in herbal poisonings. *Toxicology*. 2002.27;181-182:571-6.
77. Zhu YP. Toxicity of the Chinese herb mu tong (*Aristolochia manshuriensis*). What history tells us. *Adverse Drug React Toxicol Rev*. 2002.21(4):171-7.
78. Chan TY. Incidence of herb-induced aconitine poisoning in Hong Kong: impact of publicity measures to promote awareness among the herbalists and the public. *Drug Saf*. 2002.25(11):823-8.
79. Bensoussan A, Myers SP, Drew AK, Whyte IM, Dawson AH. Development of a Chinese herbal medicine toxicology database. *J Toxicol Clin Toxicol*. 2002. 40(2):159-67.
80. Villegas JF, Barabe DN, Stein RA, Lazar E. Adverse effects of herbal treatment of cardiovascular disease: what the physician must know. *Heart Dis*. 2001. 3(3):169-75.
81. Enkovaara AL. Can liver tolerate chinese medicinal herbs? *Duodecim*. 2000. 116(4):344-8.

82. Cosyns JP, Dehoux JP, Guiot Y, Goebbels RM, Robert A, Bernard AM, van Ypersele de Strihou C. Chronic aristolochic acid toxicity in rabbits: a model of Chinese herbs nephropathy? *Kidney Int.* 2001.59(6):2164-73.
83. Tomlinson B, Chan TY, Chan JC, Critchley JA, But PP. Toxicity of complementary therapies: an eastern perspective. *J Clin Pharmacol.* 2000. 40(5): 451-6.
84. Colson CR, De Greef KE, Duymelinck C, Simoens PJ, Verpooten GA, De Broe ME. Role of serotonin in the development of Chinese herbs nephropathy? *Nephrol Dial Transplant.* 1999.14 Suppl 4:16.
85. Cosyns JP, Goebbels RM, Liberton V, Schmeiser HH, Bieler CA, Bernard AM. Chinese herbs nephropathy-associated slimming regimen induces tumours in the forestomach but no interstitial nephropathy in rats. *Arch Toxicol.* 1998. 72(11):738-43.
86. Stengel B, Jones E. End-stage renal insufficiency associated with Chinese herbal consumption in France. *Nephrologie.* 1998.19(1):15-20.
87. Chan TY, Critchley JA. Usage and adverse effects of Chinese herbal medicines. *Hum Exp Toxicol.* 1996.15(1):5-12.
88. Chan TY, Tomlinson B, Critchley JA. Aconitine poisoning following the ingestion of Chinese herbal medicines: a report of eight cases. *Aust N Z J Med.* 1993. 23(3):268-71.
89. Shad LJ, Chinn CCG, Brann COS. Acute hepatitis after ingestion of herbs. *Southern Med J.* 1999. 92:1095-7.
90. Whiting PW, Clouston A, Kertin P. Black cohosh and other herbal remedies associated with acute hepatitis. *Med J Aust* 2002. 177:432-5.
91. Stedman C. Herbal hepatotoxicity. *Aemin Liver Dis.* 2002. 22:195-206.
92. Ernst E. Harmless herbs? A review of the recent literature. *Am J Med.* 1998. 104:171-8.
93. Chitturi S, Farrell G. Herbal hepatotoxicity: an expanding but poorly defined problem. *J Gastroenterol Hepatol.* 2000. 15:1093-9.
94. Larrey D. Hepatotoxicity of herbal remedies. *J Hepatol.* 1997. 26:47-51.
95. Kessler RC, Davis RB, Foster DF, et. al. Long-term trends in the use of

complementary and alternative medical therapies in the United States. *Ann Intern Med.* 2001. 135:262-8.

96. D'Arcy PF. Adverse reactions and interactions with herbal medicines. *Adv Drug React Toxicol Rev.* 1991. 10:189-208.

[\(8-05 圖表\)--CCMP93-RD-069.doc](#)