

中華民國七十二年

第三期



行政院衛生署中醫藥年報

許子秋



題

行政院衛生署
中醫委員會 編

中醫藥年報

陳立夫題



1964.11.11

行政院衛生署中醫藥年報目錄

一、學術研究

1. 中國醫藥之創始與各家學說概論(三)	.....	(張齊賢)	1
2. 軟體移交——八年以來的中國醫學研究所	.....	(陳太義)	5
3. 中國傳統醫學——針灸之新貌	.....	(汪叔游)	8
4. 診斷與針灸的幾個問題	.....	(辛超群)	19
5. 素問形壽觀商榷——兼論素問智慧知識之來源	.....	(陳欽銘)	25
6. 黃帝內經周易二十四氣	.....	(曹允貞)	57
7. 論氣與人體真氣及風濕五氣	.....	(蘇及第)	60
8. 經絡學與現代醫學之融合	.....	(汪叔游)	64
9. 中藥概論弁言	.....	(張拙夫)	69
10. 中醫藥界的使命與發揚之道	.....	(鄭阿乾)	71

二、專題研究

1. 眼科掇談	.....	(張齊賢)	73
2. 臨床脈診發微	.....	(張蔚炎)	76
3. 問診中寒熱汗及頭身之診察	.....	(魏開瑜)	89

4 診餘談溫病·····	(陳筱春)	106
5 紅斑性狼瘡中醫治驗例·····	(張次郎)	108
6 風濕病熱症療法·····	(黃德順)	110
7 咳嗽辨證與治療·····	(常鳳翔)	113
8 臨床點滴·····	(張蔚炎)	115
9 漫談泡疹·····	(沈譚)	127
10 高血壓之中西醫學觀·····	(董延齡)	129
11 中西醫療合作研究組特殊驗案報告·····	(魏開瑜)	134
12 台灣藥用人參之栽培與研究·····	(徐原田)	150
13 台灣常見藥用植物(彩色圖片)·····	(甘偉松)	157
14 大麻仁與印度大麻種子之比對鑑定研究·····	(鄭建詒、陳本、鄭守訓)	161
15 肝障礙抑制之民間藥材研究(I)·····	(顏焜榮、楊玲玲)	166
16 市售麝香及其製劑之品質研究·····	(鄭建詒、林隆達、林麗令)	171
17 阿膠予人體之受益及辨別真偽之我見·····	(劉憲法)	174
18 職業病害之醫學的初期發展·····	(鄭隆炎)	176
19 英國之職業病害醫學與衛生·····	(鄭隆炎)	180

三、中醫藥報導

1 行政院衛生署七十二年推行中醫藥工作之回顧·····	(張齊賢)	185
2 行政院衛生署合辦「針灸及中藥對肝炎之療效」研究計畫成果·····	(本署)	190

四、中醫藥趣談

3 行政院衛生署七十二年度「甜菊對糖尿病之療效研究」結果報告……………（顏焜榮、楊玲玲）……………

199

燈謎……………

213

五、附 錄

1 行政院衛生署中醫藥委員會第四四次委員會紀錄……………（本會）……………

215

2 行政院衛生署中醫藥委員會第四五次委員會紀錄……………（本會）……………

217

3 行政院衛生署中醫藥委員會第四六次委員會紀錄……………（本會）……………

218

4 行政院衛生署中醫藥委員會第四七次委員會紀錄……………（本會）……………

219

中國醫藥之創始與各家學說概論(三)

張齊賢

肆、中國醫藥之理論與體系

我國醫學之理論與體系，因古代人民，由自然環境、受風、寒、暑、濕、燥、之侵襲，長期與疾病奮鬥，由醫藥專家依據累積之經驗，分別從臟腑、經絡、骨骸、肌膚、病機、病因、診法、治則、針灸等各方面，按人體生理狀況、病理現象、與自然科學之客觀認識，作有系統的論述，再經歷代醫藥專家，對其理論與基本原則、反復實驗，臨床指導，確認有效，而成為統一整體之基礎醫學，所以中國醫學，有其突出的一面，他的主要說明，人體內部，是統一的整體，如「素問、靈蘭秘典論，十二官者，不得相失，主明則下安，以此養生則壽，主不明則十二官危，使道閉塞而不通」，據此我們瞭解五臟六腑，雖各有不同的功能，但相互之間，有不可分割之整體，若一臟有病，即可影響其他臟腑的功能，發生障礙，且此一功能，又與自然界存有密切之關係。「素問、寶命全形論，則外為陽，內為陰，人身之陰陽，背為陽，腹為陰，言人身臟腑中陰

陽，臟為陰，腑為陽，肝、心、脾、肺、腎、五臟皆為陰。胆、胃、大腸、小腸、膀胱、三焦、六腑皆為陽。故背為陽，陽中之陽、心也。背為陽，陽中之陰、肺也。腹為陰，陰中之陰、腎也。腹為陰，陰中之陽、肝也。腹為陰，陰中之至陰、脾也。此皆陰陽表裡內外雌雄相輸應也，故以應天地之陰陽也。」據此，臟腑與外界環境之間複雜聯繫，無不包含着陰陽的對立與統一。「陰陽應象大論，黃帝曰：陰陽者，天地之道也，萬物之綱紀，變化之父母，生殺之本始，神明之府也。又云：清陽發腠理，濁陰走五臟，清陽實四肢，濁陰歸六腑。」這具體說明陽是體內輕清之氣，由皮膚肌表發散，又可以營養及充實四肢。陰是體內較重濁的物質，藏於五臟，也可以由六腑排出體外。又云：「水為陰，火為陽，陽為氣，陰為味。」又云：「氣味辛甘發散為陽，酸苦涌泄為陰，陰勝則陽病，陽勝則陰病，陽勝則熱，陰勝則寒。」又云，「善用鍼者，從陰引陽，從陽引陰，以右治左，以左治右。」故疾病之發生，則是正常陰陽相對協調的生理活動，因某種原因而失

却協調所致。此是中國醫學理論與體系內容之二。

二、五行學說，因古人在生活實踐中，對自然界長期觀察與體驗而產生的學說，人們日常生活，皆與五行相關，五行是指木、火、金、水、土而言。而此五種物質，有相互資生，相互制約之關係，再以五行之「生」「尅」，釐訂治療疾病相生相尅之代表。「相生」，為相互資生，促進助長之意。「相尅」，為相互抑制，不使倡先之意。古人認識一切事物，在發展過程中，不是孤立與各不相關的，而是彼此密切聯繫，相互促進資生，與相互抑制尅服，沒有相尅，便沒有相生，也沒有事物的存在。五行相生的關係，木生火，火生土，土生金，金生水，水生木，其間皆有「生我」「我生」二方面之關係，難經比喻為母子關係。五行相尅，為木尅土，土尅水，水尅火，火尅金，金尅木，在相尅關係中，皆有「我尅」「尅我」二方面的關係，「內經」稱之為「所勝所不勝」的關係，相生與相尅，是不可分割的兩方面，沒有生，就沒有事物的發生和成長。沒有尅，就不能維持正常協調關係下的變化與發展。因此必須生中有尅，尅中有生，相生與相尅，是既相反又相成的，張景岳有云：造化之機，不可無生，亦不可無制，無生則發育無由，無制則亢而為害。這說明了五行學說的基本概念，而生中有制，制中有生，才能運行不息相反相成。也說明五行之間的協調平衡是相對的，如人的生理發生太

過和不及，其本身就再得再一次相生相尅的調節，使不平衡之中求得平衡，如五行之一行，不能相應尅制，則其間協調關係，就會遭受破壞，出現紊亂的現象。素問，六微旨大論：「亢則害，承乃制，制則生化，外列盛衰，害則大亂，生化大病，就是闡明這一道理。但用五行相生相尅之關係，去解釋人體生理和病理的全部變化，是不完善的，特別是疾病的病理變化，不可能單純用五行生尅關係去闡明，所以內經闡述病理上的五行關係時，除了以五行生尅關係分析歸納外，在不少方面，還需運用五行「相乘」「相侮」的關係，來說明疾病的發展、演變、和病理機轉。「相乘」，有乘虛侵襲之意，「相侮」，有持強凌弱之意，例如木氣有餘，「木代表肝」，而金不能對木加以正常的抑制，「金代表肺」，則木氣太過，便去乘土，「土代表脾胃」，同時反過來還會侮金。反之，木氣不足，則金來乘木，土反侮木，這種五行乘侮的關係，就是事物內部相互間的關係失却正常協調的表現，以人而言，就是病理現象，此是中國醫學理論與體系內容之三。

三、病機學說：是以疾病的發生及變化之機理，導致疾病之原因。其內在變化，出現於臨床証疾等問題，他的範圍比較廣泛，古人對於疾病的研判，是經過長期醫療觀察與體驗，累積的知識和經驗，在客觀的臟腑經絡疾病變化的基礎上，運用陰陽五行的理論來解釋分析和總結，獲得統一整

體的觀點。因疾病的發生和變化，是錯綜複雜，但其大要，不外乎本身條件和致病因素，「內經」把這兩方面概括為「正」和「邪」，並研討人的身體健康，正氣旺盛，血脈充沛，肌膚固密，外邪無從侵入，疾病亦無由發生，如果人體虛弱，衛外無力，病邪遂能乘虛而入，「靈樞、百病始生篇：風、雨、寒、熱、不得虛邪，不能獨傷人，卒然逢疾風暴雨而不病者，蓋無虛，故邪不能獨傷人，此必因虛邪之風與其身形，兩虛相得，乃客其形。」素問，評熱病論：「邪之所湊，其氣必虛。」所謂正氣虛，為構成疾病的主要因素。素問，刺法論：「黃帝曰：余問五疫之至，皆相傳易，無問大小，病狀相似，不施救療，如何可得，不相易者，岐伯曰：不相染者，正氣內存，邪不可干。」明確指出疫邪具有傳染性，避免疫邪感染，除了「正氣內存」，還需注意避其邪氣，特別說明，傳染性疫邪，能起致病作用。有時，疾病之發生，與四時季節，亦有影響。素問，四氣調神大論：「春三月，逆之則傷肝，夏為寒變，奉長者少，又「生氣通天論，四時之氣，更傷五臟。」此外，飲食五味不和，也可傷人正氣，為病所侵而成疾患。又云：「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，心氣喘滿，色黑，腎氣不衡。味過於苦，脾氣不濡，胃氣乃厚。味過於辛，筋脈沮弛，精神乃央。是故謹和五味，正筋柔，氣血以

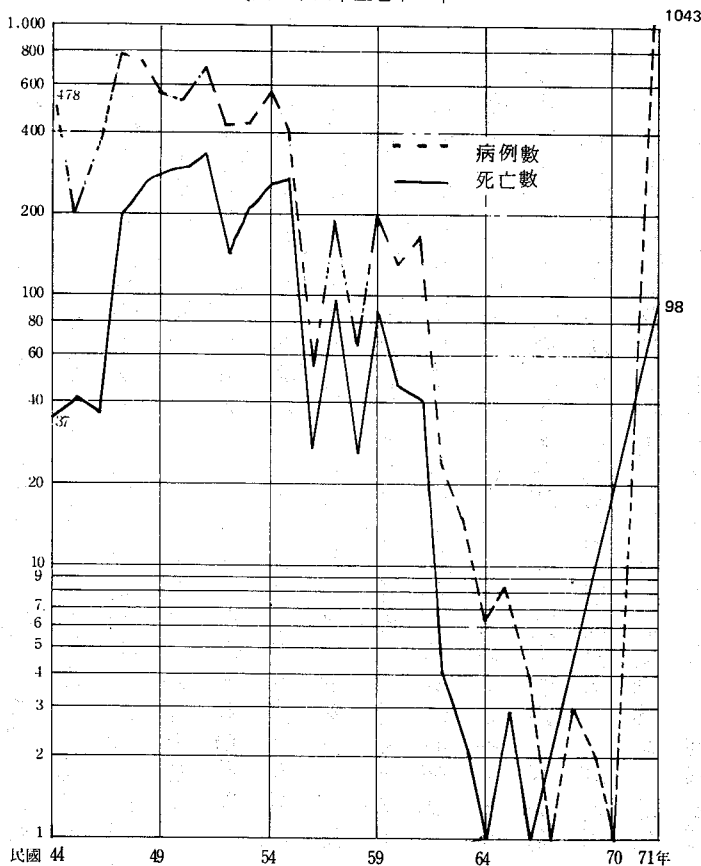
流，腠理以密。」據此，飲食起居，與五味不和，皆為致病之因。人既受邪，因正氣強弱有差異，病邪的性質亦不同，受邪的程度更有輕重，因此發生之証候，亦不相同，有的很快痊癒，有的繼續發展下去，演變為各種各樣不同的病症，靈樞，五變篇：「余問百病之始期也，必生於風、雨、寒、暑、循毫毛而入腠理，或復還，或留止，或為風腫汗出，或為消痺，或為寒熱，或為留痺，或為積聚，齊邪淫溢，不可勝數。」又云：「夫同時得病者，或病此，或病彼。」又云：「肉不堅，腠理疏，則善病風。」「五臟皆柔弱者，善病消痺。」小骨弱肉者，善病寒熱，粗理而肉不堅者，善病痺。」這都說明了疾病與病人的體質差異有關。其次，是邪入侵的輕重，邪輕則病輕，邪重則病重。靈樞，邪氣臟腑病形篇：「虛邪之中身也，洒淅動形，正邪之中人也微」。其次，研究病邪所侵的部位，有侵入筋骨，有侵入經脈，亦有進入臟腑的。靈樞，刺節真邪篇：「虛邪之中人也，內搏於骨，則為骨痺。搏於筋，則為筋痺。搏於脈中，則為血閉，不通則為癰。搏於肉，與衛氣相搏，氣往來行則為痺。留而不去則為痺。節氣不行，則為不仁。」靈樞，五邪篇：「邪在肺，則病皮膚痛，寒熱，上氣喘，汗出，咳動肩背。邪在肝，則兩脅中痛，寒中，惡血在內，行善掣節，時脚腫。邪在脾胃，則病肌肉痛，熱中，善飢，寒中，腸鳴腹痛。邪在腎，則病

骨痛，陰痺，陰痺者，按之而不及。腹脹、腹痛、大便難、肩背頸項痛、時眩。邪在心，則病心痛，喜悲，時眩仆。據上所述，可以分辨邪中不同的部位，病証也隨之而各異。人體受邪以後，由於體質各不相同，發病就大有出入，有的立即發病，也有不發的，所謂潛伏時期長短各不相同。靈樞，賊風篇：「黃帝曰：夫子言賊風，邪氣之傷人也，令人病焉。今有不離屏蔽，不出空穴之中，卒然病者，非不離賊風邪氣，其故何哉？歧伯曰：此皆嘗有所傷於濕氣，藏於血脈之中，分肉之間，久留而不去，若有所墮墜，惡血在內而不去，卒然喜怒不節，飲食不適，寒熱不時，腠理閉而不通，其開而遇風濕，則氣血凝結，與故邪相襲，則為寒痺。其有熱則汗出，汗出則受風，雖不遇賊風邪氣，必有因加而發焉。」據此，我們知道古人對於觀察疾病發生的過程中，作了細微的研判，堅持邪正相搏發病的觀點，提出了內虛與因加的說法，凡人體氣血運行失常，衛氣抗病機能衰退時，病邪即乘機而起，與正氣相搏而發病。臨床常見某些疾病，精神好時則易愈，或時發時愈，或愈而復發，因病邪雖可以致病，但精神與正氣之虛衰，亦成為發病的因素。

（待續）

臺灣地區小兒麻痺防治成果

民國四十四年至七十一年



軟體移交

陳太義

——八年以來的中國醫學研究所——

中國醫藥學院於民國六十四年開創中國醫學研究所，太義自始應招回國，承乏所務。且屢荷畀以重任，如曾兼針灸研究中心之主任；如協助附設醫院建立中醫教學醫院之模式。一轉瞬間，經已八年，八年之中，與院內、院外同道、同好攜手合作，堅守教研方向，不支不離，推展作業常規，力爭上游，以為本院融冶中西醫學之宗旨而努力。雖如今國際間對此獨特風格，頗饒興趣；而吾人仍須堅定不移，集中力量，興利除弊，再接再勵，以達成百年樹人之大業，別無他圖。

去年六十五歲，既辦退休，陳董事長立夫先生囑留服務，今年又囑留服務，復命於附設醫院充副院長，專為醫院中醫部工作。八月三日，郭院長崇趙兼接所長，幸教授超群接任副所長。太義於移交設備、圖書等之餘，謹述所中特點、特徵，以供今後興革、更張、日增、月盛之資。惟冀我中國醫學理愈明，而術更驗，當不僅為一院一所之所幸。

本所範疇廣闊、計分：醫經醫史學組、生理解剖病理學組、方藥學組、針灸推拿學組、診斷學組並防治學組，與社會間

視中醫局限於把脈、看舌苔及開方之狹窄觀點，大異其趣。推行以來，各學組研究生分別選讀，分別做出不同要求之論文，使世人得知中國醫學，基礎與臨床相輔相成，絕非經驗之結集。同時中國醫學博大精深，本非區區一所所能概括，多年來吾人為六組築基，於今無論在人力、物力、人、財兩面，分設六個研究所之時機經已成熟。果能實現，則中國傳統醫學每一環節，庶能逐一走向現代化研究之途。而不致顧此失彼，去菁存腐，淹沒珠玉，為萬世笑。

所謂中國傳統醫學現代化，首須分別明瞭中國傳統醫學所含若干學說，究竟為那些學術，然後纔得以現代治學方法從事鑽研。試問傳統之學問不明，何從而進行現代化之研究。且此一問題，更絕非主張全盤西化者，一概以西方成果代替傳統可比。因之本所對於闡明古今學術之真相，治學方法之異同，再三着力，承先啓後，實有利賴。

本所之現代化方向，面對西方醫學，但不表示相互競爭，而一以融冶二者為目的。故所中師生所作專題研究，須查雙重

文獻，須找雙重資料，並須通過更多相互對照之實驗或調查、統計，以至結合討論，邏輯處理，前提、結論，矛盾重重，判斷仍非易事。此與我國咬文嚼字之考證、考據；以及西方一脈相承之科技研究，繁簡之別，誠不可同日而語。

近年日本、韓國、香港、大陸、美、歐等地所做中國傳統醫學之研究，亦已相率成風。若相互比較，我中華民國對於融合中西醫學，用力較勤。與大陸、韓國之偏於述古；歐、美、日、港之務求建新者，有所區別。這在海內外的國際性學術會議中，可以獲得說明。

本所開辦之初，師資、設備，極其缺乏，端賴全國衆多愛好傳統醫藥之中西醫學學人與科學家：不僅惠予指導研究等支持，並從而備蒙友院、友校假以儀器、設備，甚至消耗品之支持。此為本所能於做出多方面的研究，而與全國中醫藥鑽研的水準一致，於此一再致謝。

在本院附設醫院未興建前，所中偏重於基礎醫學之研究，在附設醫院開幕以後，臨床研究即次第打開。且早經為推展系統研究、集體研究，而聯絡的許多無建教合作形式的精誠合作機構，與吾人共同為宏揚中國傳統醫學而奮鬥，經已發生可觀之作用，尤當永誌不忘。

本所師生所做調查、統計的研究；史學研究均不及實驗研究之多，也就是無論基礎、臨床的研究大抵以實驗為主。惟其中較具規模的計畫：例如與衛生署合作的：針灸中藥對肝炎的

臨床實驗研究，自必移請附設醫院進行；又例如受衛生署委託的：民間驗方的臨床實驗研究，亦必移請附設醫院進行。

目前研究生計畫中或進行中的中醫藥研究，重點在於癰瘍、肝炎、糖尿、高血壓、脈診及控制（電腦）中醫藥之類。有些是繼承過去做進一步的研究；有的實驗完畢，只待書寫論文；也有在查文獻階段。預計今（七二）年年底至明（七三）年六月，將完成下列所舉各篇論文：

癰瘍：繼上學期畢業的羅富剛同學：「分次輻射與艾灸對罹患皮下腫瘍小白鼠的影響」之後，葉坤土同學：「以中藥××對實驗動物肝癌之病理學研究」實驗已經做完，現在書寫論文中；休學的曾敦仁同學，正在做中藥××對癰瘍的有關研究，七二學年度下學期復學書寫論文。

肝炎：在附設醫院：針灸中藥對肝炎臨床兩年的實驗中；以及廖昌立同學：「甘露消毒丹治療急性肝炎之初步現象」；陳景德同學：「茵陳蒿湯之藥理作用研究」等基礎上；張學誠同學：「中藥××對慢性活動性肝炎之療效觀察」；葉進仲同學：「中藥××對動物肝炎細胞形態上變化的觀察」研究均接近完成。

糖尿：繼李惠貞同學：「針刺對糖尿病小白鼠血糖之影響」；劉景昇同學：「白虎人參湯對糖尿病治療之研究」之後；賈明德同學將從事：「糖尿病常用中藥××方劑對於葡萄糖耐量力之臨床研究」。

脉診：在紀鴻明同學：「內經五臟脈之判圖與真臟脈之預後」；呂明進同學：「外感六淫脈診圖形化之研究」發表以來，引起多位同學的研究興趣，甘希平同學將從事：「孕婦脈波之研究」；陳天泰同學將從事：「乾癆之脈波觀察」；張繼憲同學將從事：「尿毒症脈波圖形化之研究」；曾德祥同學將從事：「鼻塞病人之脈波差異圖形化之研究」。

此外，高血壓、中醫電腦：張恒鴻同學：「中藥××湯對原發性高血壓療效之研究」已獲初步結果；盧勝茂同學曾經休學，將於七二學年度上學期復學；立意發展：「控制中醫學之電腦研究」。上面所列各類重點的研究，實已漸漸走上系統性、集體研究的階梯，此後端賴不斷推展，俾均得以茁壯長大，皆能成為本院的特色。

陳述至此，深望本所在董事會明智的決策之下，郭院長榮趙、辛副所長超群從而建立新猷，大展鴻圖；最好是分設六所擴大量的研究，否則必須充實編制，增加預算；而政府之繼續補助，國際上加強聯繫，以及院內外專家、學者大力支持，當為本所進一步發展不可或缺的動力。

尤其是今年放寬入學資格，錄取的二十位研究新生，大都為酷愛傳統醫學的奇才異能之士，在此力爭上游之研究環境中，與新舊師生、新舊同學當必能有助於我中國傳統醫學之復興大業，得人者昌，誠堪慶幸。

臺灣地區白喉防治成果

民國三十六年至七十一年



中國傳統醫學——針灸之新貌

汪叔游

時間：七十二年七月十六日十時廿分至十二時十分

主講人：汪叔游教授

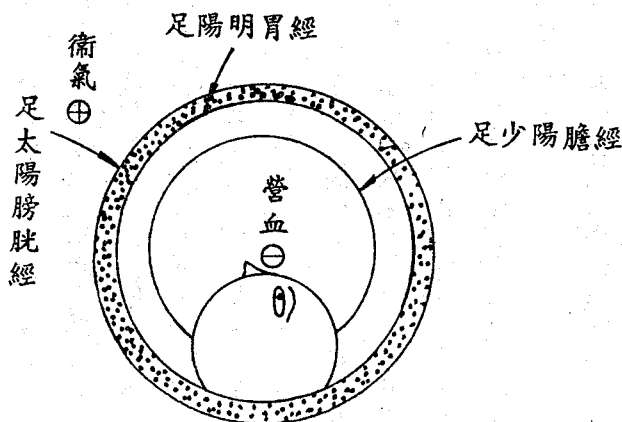
（三軍總醫院針灸科研究員）

記錄：游素英小姐

針灸在我國，早自上古石器時代沿用至今已數千年之久。靈樞經就是最早的公認經典之作，此外在著名的史籍——史記卷一百五扁鵲倉公列傳第四十五有完整的針灸病例，它的理論是以易經三陰三陽為主體。太陰肺經共有十一個穴位，而足太陽膀胱經共有六十七個穴位，從內經的營衛經絡學說明確地指出人體最外一層的防衛系統就是十二經絡中最長的一條足太陽膀胱經，它從前額起經顛頂後頸由肩胛骨內側直下腰際至足跟，其中週行之「衛氣」是抵禦外邪侵襲的保障。這恰於物理世界中原子之結構相反，原子是以陽性的原子核在內，而外繞以帶陰性的電子。生物世界的內經的經絡學說是針灸的理論根據，漢朝張仲景由之而推展出傷寒論奠定了後世湯藥之基礎。圖一說明與原子結構相反的人體胎兒的經絡結構。靈樞經的逆順肥

瘦第三十八論中詳述了十二經絡手足陰陽之走向，肯定地說明了氣血流行之方向。

在體表的十二條經絡以氣血與體內的五臟六腑相交通。靈樞經海論篇第三十三說明了「十二經脈者內屬於腑臟，外絡於肢節」。內臟有病，可用纖細之針刺入肢節之穴道，以治療之。所謂穴道，乃位於骨骼之縫隙或筋腱之處，使病家感到酸麻脹痛，因而解除疾苦。這恰好與目前精密的電子儀器相似，內部有複雜的微處理等線路，在外部的儀表板上必定有各重要部門的靈敏度校正鈕。儀器偶而失靈，不必打開內部在校正鈕上稍加轉動就可操縱自如了。人體的骨骼結構以手與足的骨塊最多，單獨一隻手就有二十七塊骨頭，三十多個關節，所以針灸的五輸穴——井、榮、俞、（原）、經、合、大部經於手足之指及趾端。靈樞經壽夭剛柔篇載「病在陰之陰者刺陰之榮、俞。病在陽之陽者，刺陽之合，病在陽之陰者，刺陰之經」。這就是儀器操作說明之大原則。內經認為人體與時令息息相關，故素問診要經絡論指出「春夏秋冬，各有所刺」，因此臨床取穴要配合時令，靈樞本輸篇「春取諸榮，夏取諸俞，秋取諸



圖一：胎兒的三陽經分佈具陽性的衛氣在外圍，陰性的營血在內。

合，冬取諸井」。在超音速航空器未發明之前，時差（Circadian-rhythmic biological cycle）所產生之疾病尚未研究以前。季節可以影響疾病之說是不為西方醫學所接受。內經中提到三百六十五個穴位，靈樞，九針十二原篇「節之交，三百六十五個，故共計總穴數只有一百六十個。此種獨突之理論及治療方法，在十八世紀工業革命之際，一度被認為缺乏科學根據而遭西方醫學界所排拒。

從針灸所用的簡單工具來看，它像打開門鎖的鑰匙，許多

專業的開匙匠只要一根金屬小棒針就可打開很複雜的鎖。針的質料可隨時代潮流而變易，在上古石器時代用砭石為之，在一九二六年北平周口店出土的石器中，即有石英鍼，亦可以動物之骨骼為之，如一八九九年河南小屯的殷墟古物中，即有骨鍼，在河北西漢劉勝墓中出土的銅鍼等等。至宋、明交通運輸皆用馬轡鐵，故針以馬轡鐵製之，目前鋼鐵工業時代則以不銹鋼製之，恰可配合電流作電針治療。

然而針灸之著作自靈樞經後，皆沈沒於陰陽五行之說，甚少創意，惟有宋朝王惟一有鑒於晉朝以前的經絡輸穴著作失傳，故考定「明堂經絡孔穴」——明堂即是解剖圖之意——并鑄立銅人孔穴模型，可算是第一手資料之整理。

從歷代針灸從業及論著者的身份來看，自漢、晉、隋、唐以來，皆為社會高階層的士大夫及朝廷之官吏，唐代且置有鍼博士之官銜，可見其受重視之一斑。惜乎自明以後，業者轉入卑俗，士大夫皆不屑為之。至清道光二年朝廷明令廢除太醫院之針灸科。至民國初年，一切追求西化，此為針灸最式微之時期。

其實中國自鴉片戰爭後，中華文化遭到西方科技之文明衝擊，發生休克者，又何止針灸一種，但針灸是經得起考驗的一種中國傳統學問。十年前被美國醫學界發現它在止痛作用上的特殊療效，而再度被全球醫學界所重視，目前在世界一流的實驗室中掀起了研究的狂熱，真正符合了「易經」中所說的「剝」與「復」卦的哲理了；在清末民初可謂是針灸的「剝」卦——

不利有攸往（見圖二），目前是在「復」卦——反復其道利有攸往。

目前盛行之西方醫學，溯自古希臘波格拉地（Hippocrates）其科技之根源來自西歐歷代之聖哲；如亞里斯多德（Aristotle）、各布尼格（Copernicus）、克卜勒（Kepler）、培根（Bacon）、笛卡兒（Descartes）及牛頓（Newton）。彼等極重視精密的客觀分析及正確之紀錄（圖三）。

本世紀的科學技術，就是建立在笛卡兒、牛頓的分析測量法——把研究之事物作數據之分割與減縮（Fragmentation and reductionism）到最基層形式。其成就在科學上數值的精密計算可以把太空人送到月球，讓太空船飛越木星。在醫學上者發展為複雜的侵入性診斷及治療方法，其成就從去年所完成的裝在克拉克身上的塑膠幫浦心臟手術可見其實效。

反觀目前衰退的中國傳統醫學它是導源於易經的整體的類比思想——以簡御繁的道家哲理，認為凡事有陰陽兩面，盈虛消長不可一定（見圖四），影響在醫學上者，發展成為非侵入性的診斷方法如觀氣色、望舌、把脈等，治療上運用針灸與湯藥以調整內臟而不重視切除等手術，方法皆非常平易而簡單。較之西醫所使用之昂貴複雜及龐大之儀器用於診斷，及手術當然被視為簡陋。

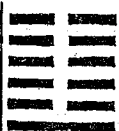
近年來西方科技的分觀體系（Microscopic System）因知識之累積逐漸地體悟出宇宙之真理，早從弗來第（Faraday）

剥



坤下
艮上
不利有攸往

復



震下
坤上
反復其道

利有攸往

及馬克斯威兒（Maxwell）所體驗到的電磁現象到波兒脫士門（Boltzman）從熱力學的「熵」發展出來的或然率與統計學就修正了分觀體系中笛卡兒與牛頓的所沿用的數值分析測量法。更從愛因斯坦、波耳及海參包（Heisenberg）量子力學理論後，研究方法，亦從分割而轉向整體之協調，因為物質的所

圖二

Microscopic system (Cartesian – Newtonian Certainty)

Fragmentation/Reductionism

Aristotle	亞里斯多德	Method in analytic
Nicolus Copernicus	各布尼格	Scientific technology
John Kepler	克卜勒	Solid machnical system
Galileo		Can be analyzed into
Bacon	培根	independently existing
Rene Descartes	笛卡兒	isolated elements (objective
Isaac Newton	牛頓	description)

圖 三

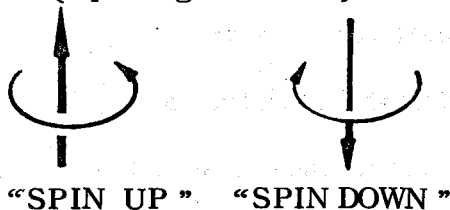
Macroscopic system (Uncertainty, probability)

Holistic Estern Mysticism

Michael Fraday	弗來第	Electric Magnetic Phenomeana
Clerk Maxwell	馬克斯威兒	電磁現象 (weak)
Rudolf Clausius		Entropy 熵
Ludwig Boltzmann	波兒脫士門	Concept of Probability 或然律
Max Plank		Statistical law 統計學
Albert Einstein	愛因斯坦	Nature harmony 自然和諧
Niels Bohr	波耳	Quantum Machanic system 量子力學
Louis De Broglie		Holistic Dual aspect
Erwin Schrodinger		Tao-Estern Mysticism 東方神秘之道學
Wolf gang pauli		Complementarity
Herner Heisenberg	海參包	Chinese Ying-Yang 中國陰陽觀念
Paul Dirac		S-Matrix theory (Strong) bootstrap

圖 四

Bohr two-particle system (Spinning electron)



Cartesian view of reality cannot be applied to the two electrons. Even though far apart in space, they are nevertheless linked by instantaneous

Uncertainty Principle

Complementarity - Chinese Ying Yang

圖 五

謂最基層元素不是有形的分子或原子。而是無形的電子、粒子——一種以能量方式存在的東西，是無法用牛頓的數值分割及減縮來測得準的，如採用全面的類比方法更為方便。例如波耳的陀轉變粒子(圖五)模式，如用笛卡兒、牛頓之數值分析是無法既顧及方向又顧及速度之測量，這種測不準的全面類比法，就與古中國道家的陰陽生剋的哲理非常符合。

因此中國內經中十二經絡陰陽生剋的非侵入性的整體觀念，對未來西方醫學之發展提供了豐富的資料，可以說是全人類文化之瑰寶；對將來醫學發展之啓示極為重要，其重要性較之換心手術與送太空人進入月球之技術成就也毫不遜色。

Western Culture	Eastern Culture
Roman Empire	Holistic dual
Platonic idea	Probability
Middleage	Myth of a value free science
Judeo-Christian image	Tao, Tai-Chi, Yoga
Scientific age (Fossil-fuel)	Aikido Homeopathy
Cartesian-Newtonian	Acupuncture
Frugmentation/Reduction	
Solar age	
Holistic	

圖 六

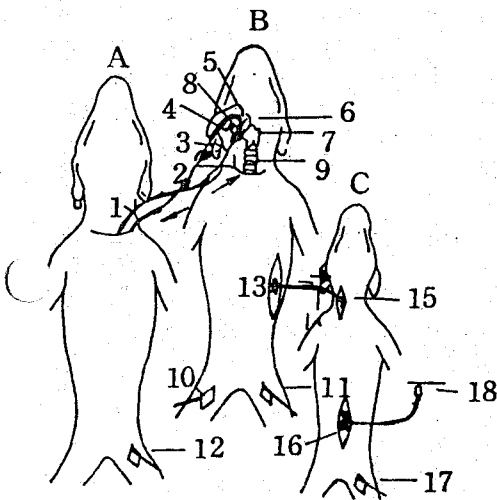
針灸的十二經絡氣血流行之理論，如果用十九世紀笛卡兒、牛頓的分析測量方法以器官組織為解剖基層，是格格不入的，如果用新的生剋整體類比觀(Holistic)研究層次深入細胞的分子階層——生物化學接受器的變化，就絲絲入扣了(圖六)。

針灸醫術之向外國傳播，可分三個時期；第一個時期是南北朝後期及唐朝時傳入日本及韓國，第二個時期是在明朝時由傳教士傳入歐洲，所以至今在亞洲之日、韓及歐洲之德、法等國，對針灸臨床有很深厚之基礎。對美國之傳播則是一九七二年以後的事，屬於第三個時期了。

可是在此十年中，發展之迅速，方向之正確為前數千年所無法相比的，十年以來西方對針灸之認識亦可分為兩個階段；第一階段在一九七七年前，國外人士對針灸僅驚奇其神奇之止痛的臨床個案療效。第二階段在一九七七年以後發現中樞神經肽胜（Neuro-Pepides）及腦啡（Endorphins）與針灸間的關係，就突破了中西醫學間之隔閡。

西方醫學有此重大成就也並非偶然的，一蹴而成，亦移用了其歷代累積之經驗。鴉片止痛之研究早在一九五五年 Paton 氏用電刺激天竺鼠的迴腸作為研究嗎啡止痛之模式，於一九六八年 Kostalitz 更利用嗎啡之拮抗劑 Naloxone 使此一模式更趨完善。在一九七二年 Alki 進而以電刺激中腦的導水管周邊灰質之止痛作用被嗎啡拮抗劑所取代，使止痛之研究更上層樓。在一九七四年前中共之科學家完成了三項有意義的動物實驗（一）用三十對兔子，一組在針灸後抽取其脊髓液注射到別一組兔子之心臟證明後者因而獲得止痛效果。（二）將兩隻兔子之動靜脈相聯，其中一隻接受針灸三十分鐘後可使另一隻兔子獲得止痛效果。（三）動物在廿四小時前注射蛇根素者再接受針灸後可提高

其止痛效果。此項實驗證明針灸可產生一種止痛物質，惜乎其缺乏精密儀器未能作進一步定性定量之分析。但推測針灸能在體內產生一種止痛物質則已呼之欲出了（圖七）動靜脈相聯之動物實驗」。至一九七五年 Hughes 等人利用此一現成模式作進一步之研究方始知道動物腦部可自行分泌（endogenous）一種肽性分子——腦啡，其分子結構與植物性脛驗的嗎啡很相似，而嗎啡早在數百年前即被用來止痛，更有趣的是此種腦啡與中樞神經腦下垂體所分泌的荷爾蒙 ACTH 是同出於一源，早在一九六四年我國旅美生物化學家李卓皓氏就從羊的腦下垂體中分離出一種具有九一個氨基酸之高分子肽性荷爾蒙，當時僅知其與 ACTH 及 MSH 有關，稱之為 β -lipotropin，直至一九七五年秋 Dr. Snyder 及 Dr. Moris 定出一個五個



圖七：聯體的動物試驗

氨基酸結構的簡單分子神經肽性 (Neuro-Peptide) 知道它與止痛作用有關，名之曰 Enkephalin。一九七七年 Dr. Snyder 及 Dr. Smyth 亦發現另一種具有三十個氨基酸的中型神經肽性名之為腦啡 (β -endorphin) 其中最初的五個氨基酸與 enkephalin 完全相同，亦有止痛作用，兩者皆作用在神經細胞的鴉片接受器 (Opioid receptor) 上，其止痛強度較植物性麁鹼的外來嗎啡 (exogenous) 者強一〇〇倍之多，(一九七六年 Feldberg 及 Smyth)。此時李卓皓氏始發現所謂 enkephalin 及腦啡皆為 β -lipotropin 高分子肽性之一小段 (圖八)。

其實神經組織的鴉片接受器的觀念，早在一九七三年就被重視，至一九七五年 Hughes, Terenius 及 Goldstein 等人證明腦下垂體中具有鴉片物質。此為人體內自行生產之鴉片物質 (endogenous opioid)。一九七六年 Akil 發現中腦導水管週邊灰質亦有鴉片接受器及 (enkephalin) 五個分子之腦啡，一九七六年 Elde 證明脊髓背角神經亦有此短分子腦啡。目前已證實 β -endorphin 存在於腦下垂體，而 enkephalin 存在於導水管灰質，一九七五年 Terenius 與 Wahlstrom 測定脊髓液中腦啡之含量，發現正常人較疼痛患者高出甚多 (圖九)。一九七六年 Sjolund 與 Erilsson 以低頻率高强度的電針作動物試驗，開創針灸電針實驗之先河。一九七七年 Hayes 等提倡針灸與腦啡有關之學說。同年一九七七年 Mayer 證實針刺

週邊合谷穴可導致腦幹分泌腦啡，使牙痛消失，而首先肯定了古中國針灸在科學上之根據。同年一九七七年 Sjolund 測定腰部脊髓液中腦啡含量發現刺激同體節之週邊神經 (Segmental level) 在三十分鐘後即可止痛，同時增高其含量，顯然在三十分鐘內脊髓液中腦啡之增高絕不可能從腦中樞傳來，當由局部腰脊髓所產生 (圖十)。

一九七八年 Hiller 證明脊髓中有鴉片接受器，針灸或電針刺激週邊同節神經所引起脊髓分泌腦啡，顯係一種神經活動之過程，然而此種輸入是否必須由痛覺神經纖維傳入，或者可從肌肉中深部知覺纖維來激發，此點尚未肯定。但是對將來之發展甚為重要，因為兩者纖維之直徑大小不同，故其傳導之速度亦不同。此為同體節 (Segmental) 針刺之研究。「(圖十一) 人體之神經依體節分佈」。在內經上對於局部輸穴的選用甚為廣泛，在靈樞經筋篇中所論的痺證都採用局部的輸穴來治療所謂「以痛為輸」，到唐朝孫思邈更發揮此理論為阿是穴，在临床上造成重大的突破。

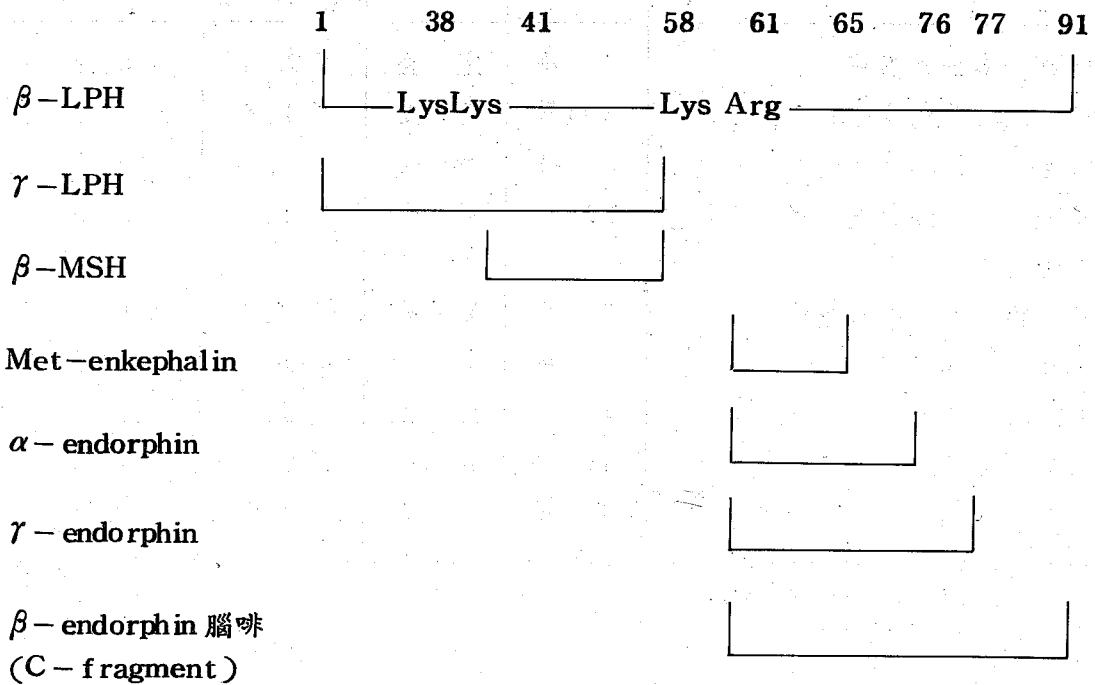
至於不同體節 (None-segmental) 之針刺引起脊髓以上高級中樞之止痛作用，由 Goldstein 及 Higlgard 在一九七五年所作之實驗證明不能被嗎啡拮抗劑所取消，所以認為與腦啡有關，一度被懷疑是否是一種催眠作用；據目前實驗室之求證可能與腦啡止痛系統之外之另一系統五—羥色胺 (5-HYDIOX, YINDOLEACETIC ACID, Serotonin) 之止痛有關。

Centrally Acting Peptides

β -LIPOTROPIN

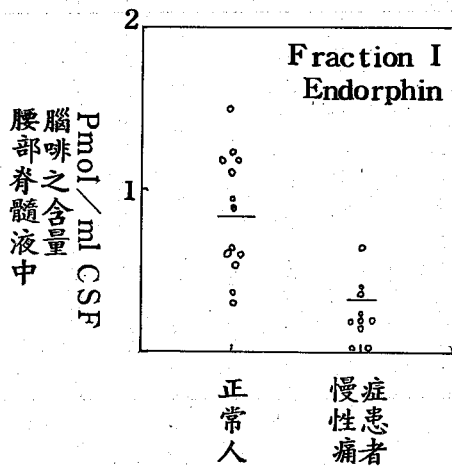
N-fragment
(NH_2^-)

C-fragment
($-\text{COOH}$)



Generic relationship between the endorphins and
 β -lipotropin from pituitary glands.

圖八



圖九

圖十：各種慢性痛症患者之腰脊髓液中腦啡含量在針灸前後之比較

病 名	病 程	針 刺 後 止 痛	腦啡在脊髓液中之含 量 (P.mol/ml)	
			疼 痛 時	針 刺 後
1. 腿部外傷性神經痛	4 年	完 全	< 0.4	0.8
2. 隱神經之單元神經炎	1 個月	完 全	0.5	1.3
3. 第 4—5 節腰椎盤突出	5 年	部 份	0.9	2.0
4. 脊髓第 5 節動靜先天異常手術後 遺之疼痛	21 年	完 全	< 0.4	2.6
5. 胸椎第 5 節之帶狀疱疹	8 年	完 全	< 0.4	< 0.4
6. 三叉神經痛	16 年	部 份	< 0.4	< 0.4
7. 三叉神經痛	7 年	無 效	< 0.4	< 0.4
8. 三叉神經痛	12 年	完 全	< 0.4	0.5
9. 三叉神經痛	5 年	完 全	0.5	0.6

From Sjölund et al (1977)

在靈樞經官鍼第七亦論及九種鍼法，其中「遠道刺者病在上，取之下」，及「巨刺者左取右，右取左」，靈樞經始篇「病在上者下取之；病在下者高取之；病在頭者取之足，病在腰者取之膕。」就是屬於不同體節的針刺方法。假如用腦啡的學說來分別同體節的針刺在局部脊髓後角產生五個分子的短小腦啡 (Sjölund 1977) 或十七個分子的腦啡 (dynorphin, Goldstein 1980)。不同節的針刺係全身性的反應作用在腦幹及腦下垂體，在腦幹者有導水管週邊灰質 (Snyder 1977) 及拉非核 (Raphé nuclei) (Me Jennis 1977) 皆產生五個分子的短小腦啡。拉非氏核有一專線從間腦的導水管灰質下降與脊髓相通，稱之為脊髓的背側傳導束，此導水管灰質拉非背側束系統在導管部產生五個分子的短小腦啡，在背側束的脊髓部份則沒有腦啡，而產生另一種物質，稱為五—羥色胺 5-OH indoleacetic acid (Serotonin)，此為止痛的另一系統。腦部的腦下垂體產生的是三十個分子的腦啡 (Pomeranz 1977)。

這是整個十年間針灸在西方醫學以美國為主的「第一流實驗室」所研究出的成果，其中應用的學識廣及深奧的神經解剖學、神經生理學、藥理學、生物化學，其中最重要的測定神經肽性含量與解剖定位的儀器是一種目前最複雜的昂貴電子顯微鏡及免疫抗體組織化學鑑定，及螢光或同位素生化追蹤等方法，這亦是目前西方醫學的尖端科技，亦就是笛卡兒、牛頓數值分割法的重大成就，它使神秘的中國針灸在西方尖端科技的樹枝上

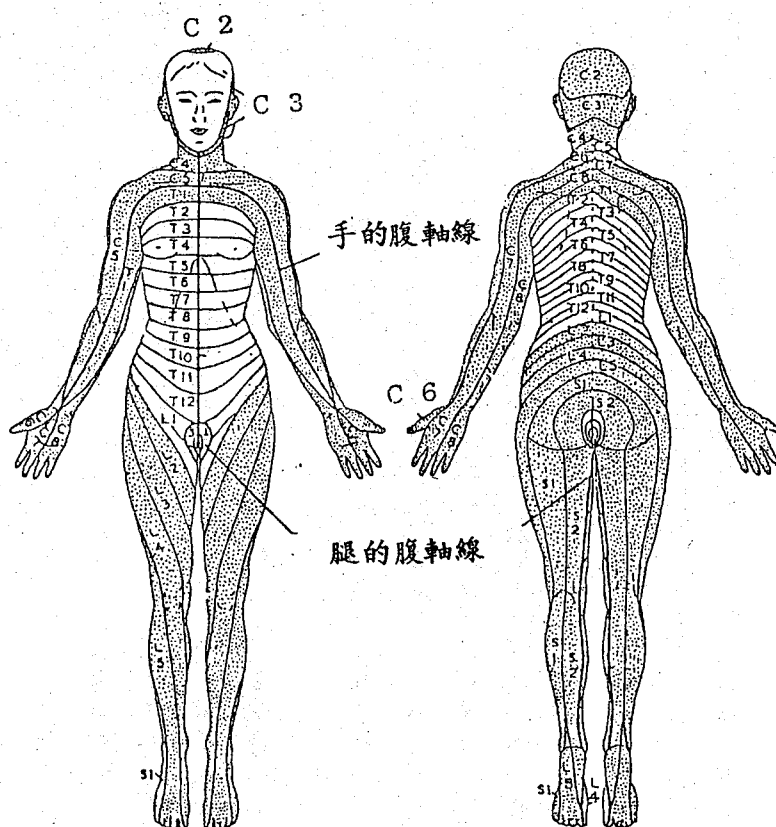
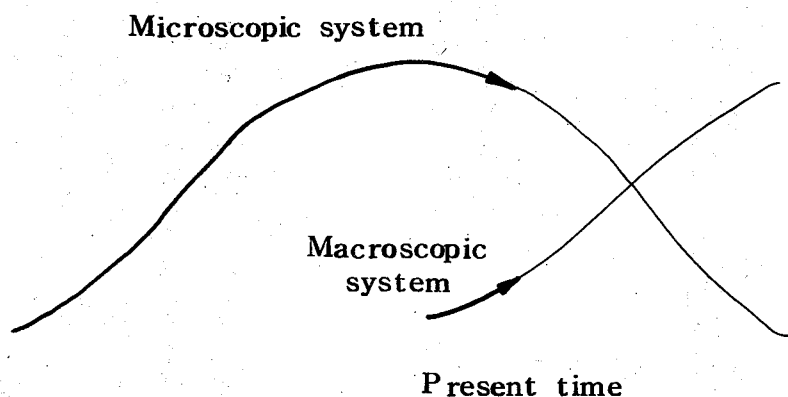


Chart of dermatomes. (Courtesy of Dr. J. Jay Keegan).
Dermatomes corespond not only to spinal segments but to viscera. For example, the heart is represented in dermatomes D1 to D9 on the left; the lungs are represented in dermatomes D2 to D8 on both sides; the liver is represented by D2 to D3 and D6 to D10 on the right, and so on.

圖十一



圖十二

插枝而綻放出了花朵，但是這僅是針灸在止痛的一個重點上的研究，依據世界衛生組織（WHO）一九七五年宣佈承認針灸在止痛以外尚可治療三十餘種疾病，則針灸對疾病之治療的根據，究竟如何？是更值得研究，同時以目前所知鴉片接受器在腦中樞除了止痛外，尚有關於精神神經之機轉，大腦智能記憶，環境適應，甚至各種特異功能等等，針灸提供並開展了西方醫學上如此寬廣的研究園地，在中華文化低潮的今日，真是出乎意料之外的事，也正是象徵着古老的中國傳統文化面向着復卦的開始。（圖十二）

針灸刺激了西方醫學對電針之研究，雖然西方在古希臘及羅馬時期已應用電魚來治療各種疾病（Kellaway 1946, and Kane 1975）其後就無進展，一直到針灸在世界流行多年之後，第一篇有關皮膚電針神經刺激（以高頻率，低電流）治療止痛的文獻在一九七四年由Hymes報告，一九七五年Melzack氏闡明其在腦中樞抑制活動的反射區域。Melzack是世界第一個以科學解釋針灸原理的人，所謂閘門理論由彼所創立，雖甚風行一時，後來因為許多現象無法作圓滿之解釋而被鴉片接受器之理論取代。

前文所提一九七七年Sjolund所作的腦啡實驗所用之電流與Hymes者相反是低頻率（2-5Hz）高電流，如今已很明瞭針灸是屬於低頻率神經刺激，亦惟有低頻率刺激可以產生腦啡，Hymes氏所用之高頻率（屬80Hz以上者）刺激與鴉片接

受器無關。西方醫學稱之為TENS（Transcutaneous Electro-Nerve Stimulation）以與針灸相區別。

以上所述皆偏重於針灸在治療方面，尤其疼痛方面為重點，此外針灸應用在診斷疾病方面亦有驚人之成就，其中以德國的Voll氏測定十二經絡各穴位之Impedance之遞增及遞減，可在早數個月預測各種疾病之可能發生及其可能之預防，此點較之日人所發明的良導絡測定為優良，因為良導絡測定忽略了指示遞降（Indicator drip）在診斷預測上就遜色太多了。法人Nogier氏在耳針方面研究大有成就即可用於治療，亦可用於診斷全身疾病。

中西醫師合作

乃萬民之福也

診斷與針灸的幾個問題

辛超群

在這裏我不談中國醫藥有多久歷史，也不談中國醫藥有多大貢獻，我僅就個人平時在醫藥學院教書及醫院治病的經驗來談談「診斷與鍼灸的幾個問題」：

(一)內經素問金匱真言論，將一天二十四小時如何分配陰陽？有何意義？

素問金匱真言論所謂之「陰中有陰，陽中有陽。平旦至日中、天之陽，陽中之陽也；日中至黃昏、天之陽、陽中之陰也；合夜至雞鳴，天之陰，陰中之陰也、雞鳴至平旦，天之陰，陰中之陽也。故人亦應之」。

這是由地球繞太陽自行運轉，從地平線至九〇度、一八〇度、二七〇度，以至三六〇度而分陽中之陽、陽中之陰、陰中之陰、陰中之陽。同時，因為地球與太陽之引力關係，對人類身體有着自然形成的密切影響，這影響叫什麼？我們的祖先在內經中說是「陰陽」是「天地之道，萬物之綱紀，變化之父母，生殺之本始，神明之府也。治病必求于本」。這種宇宙自然形成的密切影響變化的研究，在內經難經中已有很詳盡的說明，但在西洋醫學中現在還是剛剛開始。太空醫學，鍼灸學將來

一定可以在我國的內經難經中找到很多定律，鍼灸學上靈龜八法的道理，便是其中之一。下面幾節中我們就可以證明。

(二)日正當中十二時左右外科手術為何出血會較多？

素問生氣通天論有云：「陽強不能密，陰氣乃絕。陰平陽秘，精神乃治。陰陽離決，精氣乃絕」。這就是說陰陽學說運用於人體，如果陰陽失去了平衡，就會發現生理上的故障。

素問金匱真言論有「……背為陽，陽中之陽，心也」；前面已有「平旦至日中，天之陽，陽中之陽也」。心主血、心行血、心為「陽中之陽」碰上十二時，天之陽，「陽中之陽」，陽太過，失去了生理平衡，所以日正當中手術開刀，出血自然會較多，是很有道理。但是目前西方醫學能夠解釋嗎？等到太空醫學發展到某種程度時才會佩服內經上的這條定律。鍼灸學上的子午流注學說，是有它研究的價值。

(三)為什麼有些氣喘的患者到半夜會發作較劇？

素問金匱真言論有云：「……腹為陰，陰中之陰，腎也」；前節說過「合夜至雞鳴，天之陰，陰中之陰也」。腎主水，腎行水，腎為「陰中之陰」，陰太盛，失去了生理平衡，所以

屬於腎性的氣喘，半夜最重。這種道理，歐美醫學還要研究好久才會發現，可是在中國醫學之陰陽論中已很明瞭。

(四)春多中風，夏多瘡瘍，秋多乾咳，冬多氣喘，長夏多吐瀉，是何原因？

陰陽偏勝之為病，顯現於四時者有一定的規律變化。陰陽應象大論云：「陰勝則陽病，陽勝則陰病。陽勝則熱，陰勝則寒。重寒則熱，重熱則寒」。

又云：「春傷於風，夏傷於暑，秋傷於燥，冬傷於寒，長夏傷於濕」。「風勝則動，熱勝則腫，燥勝則乾，寒勝則浮，濕勝則濡泄」。依四時氣候來分侵襲人體之疾病，按上述中醫理論推之，所謂「春傷於風」，「風勝則動」，「動乃中風」，因此春多中風；「夏傷於暑」，「暑即熱也」，「熱勝則腫」，「腫乃瘡瘍」，因此夏多瘡瘍。以此類推，乃知燥勝則乾，秋多乾咳，寒勝則浮，冬多氣喘；濕勝則濡泄，長夏多吐瀉。在目前的所謂西醫，也知道疾病有季節性，但還沒有這麼一大套完整的理論，在中國醫學之四時論中，已很明白的告訴了我們。

(五)人右耳目不如左明，人左手足不如右強，其理安在。

藏象篇素問陰陽應象大論云：「天不足西北」，「地不滿東南」。「東方陽也，陽者，其精並於上，則上明而下虛，故使耳目聰明而手足不便。西方陰也，陰者，其精並於下，則下感而上虛，故其耳目不聰明而手足便也」。這是右耳目不如左耳

目明，左手足不如右手足強的天地陰陽所不能全之大道理，目前歐美醫學似乎還沒有研究到這個地步，但中國醫學用「天人合一」的道理來解釋，却很清楚。

(六)為什麼人到五十五左右目始不明，六十左右心多衰弱，七十左右皮粗色枯，八十左右氣弱語亂，九十左右便溺不禁？

內經靈樞天年篇有云：「岐伯曰：『人生十歲，五臟始定，血氣已通，故好走。二十歲，血氣始盛，肌肉方長故好趨。三十歲，五臟大定，肌肉堅固故好步。四十歲，五臟六腑十二經脈皆大盛以平定，腠理始疏，平盛不搖，故好坐。五十歲，肝始衰，膽汁始減，目始不明。六十歲，心氣始衰，血氣懈惰，故好臥。七十歲，脾氣虛，皮膚枯。八十歲，肺氣衰，魄離，故言善誤。九十歲，腎氣焦，四臟經脈空虛。百歲，五臟皆虛，神氣皆去，形骸獨居而終矣』」。

這是黃帝問岐伯的答詞，用來作這個問題的解答很合適。這種中國醫學上的五行五臟相生盛衰的道理，目前西方醫學有統計可查，但無道理可講，換句話：還是在祇知其然不知其所以然之階段。

(七)中醫所謂左肝有動氣，右肺有動氣錯了嗎？

因為中醫講左肝有動氣，右肺有動氣，係講病理與五臟的關係及五行的功能，而非生理之解剖。一點也沒有錯，而且非常高明。左肝右肺的說法，出自難經論脈：「脈有三部九候，有陰陽有輕重，有內外症……肝脈……內症：臍左有動氣

，按之牢若痛。……肺脈……內症：臍右有動氣，按之牢若痛……」並沒有說肝生在左、肺生在右，這是一。請不大了解中醫學說的先生，勿將病理理解作生理。

其次，我們再看看這種病理診斷有沒有錯呢？我們人的盲腸，在右腸骨前上脊至臍連線之下三分之一處，但盲腸發炎初期，是胃部臍上不適，而不是盲腸部位；肝臟疾病也是如此，不論肝炎或膽結石的初期，多係臍左上感到不適而痛，其後漸次固定於肝臟部份，四分之一在左、四分之三在右，橫隔膜之下。一點也沒有錯。這是二。

再次，我們依照現在的疾病統計看，肺病患者初期多患右側，且多右脇動氣而痛，再依照肺之生理解剖右肺三葉，左肺兩葉，右肺亦比左肺多一葉，患病的或然率自多，一點也沒有錯，這是三。

同時，我們要知道，這種理論是根據什麼才會有這麼準確呢？易經與內經的價值在此可以證明，易經及內經有云：東方甲乙木、肝屬木、木生風，其「位」在左；這個「位」是肝生病初期之現象，而非云肝生在左。同樣內經及易經又有西方庚辛金、肺屬金、金生燥，其「位」在右，這個「位」，是肺生病初期之現象，而非說肺生在右。這種以宇宙觀點來推斷人體疾病之發生，是非常高明的。在西方醫學中現在還是開始研究，假如歐美醫學家能夠耐心虛心求證的話，對目前所謂「科學」醫學，自然會有很大的改進。

(八)中西醫治療腎臟炎為何有很大的差別？

腎臟炎一般分為急性腎臟炎 (Acute Nephritis) 及慢性腎臟炎 (Chronic Nephritis) 兩種，但中醫則分陽水、陰水、風水、皮水、正水、石水、黃汗等，各有病因，各有見證，各有治法，不可謂不科學。同時對於治法中西醫均認為應臥床休息，節制飲食供給液體，預防併發症，但中醫除此之外，尚有熱甚、溼甚、脾虛、腎虛之辨，理氣、養脾、補中、行溼之分，以及陽水、陰水、峻劑、緩劑之別，更不可謂不科學。尤有神奇者：不論急慢性腎臟炎，一般都認為應禁用或限制用食鹽 (Natrium Chloratum) 及蛋白質 (Protein) 但中醫用含有蛋白質的參朮健脾丸、補中治溼湯，以及用鹽湯 (Jie Nat. Chlor) 服八味腎氣丸、五苓散、六味地黃丸等，治好了很多腎臟炎。這種用含有蛋白質及鹽份之藥物治好了禁用蛋白質及鹽份的疾病，是什麼道理呢？依照中國醫學的論治辨證引經用藥可以解釋，目前的科學可以解釋嗎？所以我說：「不是中醫不科學，而是科學尚存疑」，我們這一代應該虛心地去研究改進目前的一般所謂「科學」。

(九)中藥複方有「相生相剋」，「相加相乘」，「君臣佐使」的科學根據嗎？

目前有很多賣西藥的人說：「西藥是如何如何的好，有各種相乘相加的功效」。其實中藥任何複方都有，我可以舉幾個例子來證明。葛根湯治感冒氣喘，其中麻黃之主成為 Ephed-

rine，但 Ephedrine 不溶於水，所以單獨用水煮，主成分未被抽出，自無 Ephedrine 之藥效，但葛根湯中有葛根，葛根中之 Starch 成分可以抽出黃麻中之 Ephedrine，因此二藥同煎，就有了顯著的藥效，這是中藥複方缺一不可，多一則變之科學證明。

再如白虎加入參湯，可治糖尿病，經現代科學實驗，單用知母或單用人參均有效，知母與人參合用却無效，再加石膏，則又有相乘之效，再加玄米、甘草，更現相加之效，此乃中藥複方相生相赴，君臣佐使，相加相乘之科學證明。

(十)黃帝時代如何以五官五色診斷五臟的疾病？

在四千六百多年前我們的祖宗黃帝時代就能夠由五官的形色、動態診知五臟的疾病，我可以引用內經上的一段話來證明。

靈樞五閱五使篇有云：黃帝曰：「以官何候？」岐伯曰：「以候五臟。故肺病者，喘息鼻張。肝病者，青。脾病者，唇黃。心病者，舌卷短，顙赤。腎病者，顙與顙黑」。時至今日，有「X」光、顯微鏡、有化驗，有心電圖，才知道這些診斷結論是正確，所以我敢說：我們的祖先是醫學先知，我們的醫學是超時代的科學。我們的鍼灸是如此，我們的其他中醫藥學亦莫不如此。但願我們做子孫的後代去努力發現。

(十一)子午流注與靈龜八法以及用鍼、用灸、用補、用瀉、用單、用雙等等，有研究價值嗎？

子午流注配穴法，是根據人體氣血運行呈現陰陽消長之週期盛衰，以十二經為基礎，規定每一穴的開闔時間，得時則開，失時則闔，這樣按日起時，循經取穴。相生相合者為開，氣血生旺，可辨虛實，則刺之；相剋相逆者為闔，氣血漸衰，引邪亂真，則不刺。這樣根據十二經的氣血運行、結合井、榮、俞、原、經合各穴的開闔，推算某日某時的干支排列，按圖查尋，應取何穴，掌握補瀉手法，一定可收預期的效果。

靈龜八法的配穴，是根據奇經八脈的學說，取其相通於十二經手足部的八穴，配合八卦，洛書學說，從八卦中陰陽演變之道理而按時取穴，這同子午流注用十二經脈為基礎的理論按時取穴有相同的意義與價值。

在未說明其研究價值前，我先舉幾個實例：

1 摘除扁桃腺時用合谷（雙）、內庭（雙）、2 切除闌尾時用天樞（右）、五樞（右）、公孫（雙）、內關（雙）、足三里（右）、合谷（雙）、太沖（雙）、3 使用支氣管鏡檢查時用合谷（雙）、內庭（雙）、4 甲狀腺手術時用人迎（雙）、天鼎（雙）、天突（雙）、合谷（雙）、內庭（雙）、5 使用膀胱鏡檢查時用曲骨（雙）、三陰交（雙）、行間（雙）、橫骨（雙）、足三里（雙）、6 人工流產時用合谷（雙）、長強、三陰交（雙）、至陰、陰陵泉、7 牙痛拔牙時，上牙用太淵、內庭、足三里、人中、陽谷、下牙用合谷、腎俞、承漿、二間、三間，上下牙用合谷、下關、頰車、風池（患側或雙側

(8. 輸卵管結紮時用足三里(雙)、中都(雙)、9. 子宮切除術時用腰俞、命門、帶脈、足三里、三陰交、中膠、次膠(均雙側)、10. 胃部手術時用足三里、上巨虛(患側或雙側)、11. 治頭痛時用太陽、風池、百會、太冲、率谷、12. 胃痛時用內關、足三里、中脘、胃俞、巨闕、13. 治高血壓時用風池、曲池、三陰交、太冲、足三里、內關、14. 治癱瘓時用肩井、肩髃、曲池、中渚、合谷、陽陵泉、足三里、15. 治血崩時用關元、三陰交、隱白、脾俞、腎俞、百會(均灸)，漏經時用氣海、脾俞、胃俞、三陰交、地機(均補)，上列屬寒時加命門、中極(均灸)，屬熱時加血海、大敦(均鍼瀉)，屬瘀時加太冲、氣冲(均鍼瀉)、16. 治陽萎：損傷太過時用腎俞、命門、關元(均灸)，抑損心脾時用心俞、脾俞、神門、氣冲、三陰交(均補)，驚恐用肝俞、胆俞、陽陵泉、氣海(均補)，鬱怒用太冲、急脈(均瀉)、17. 治哮喘：冷哮用肺俞、中脘、膻中、列缺、膏肓俞(均灸)，熱哮用肺俞、列缺、天突、豐隆、少商(均瀉)，實喘用肺俞、風門、尺澤、豐隆、膻中(均瀉)，虛喘用腎俞、關元、氣海、膏肓俞、足三里(均補)，風寒外感喘用外關、合谷(均瀉)、水飲停滯哮喘用水分、脾俞(均灸)，久延哮喘用大椎、關元、膏肓俞(均灸)。

上舉諸例，為日常易見之疾病，亦為一般採用之穴位，但因時間、手法、用鍼、用灸、用補、用瀉、單用、雙用、久用、暫用、深用、淺用、輕用、重用之不同而有異。現代一般鍼

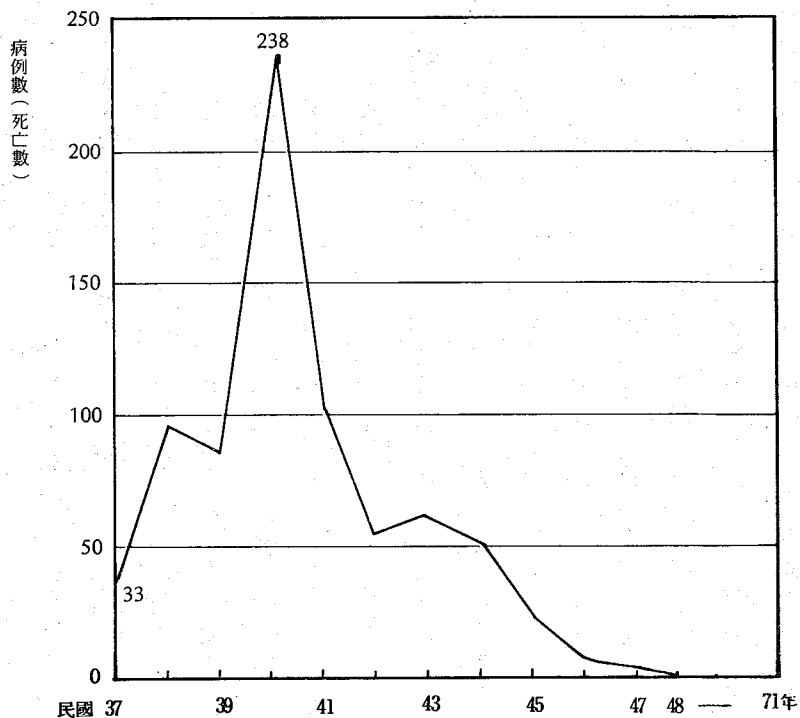
灸大夫往往以其已有之成見，已知的學能，抹殺一切事實，不作深刻的研究；同時一般研究西方醫藥的學者，又以鍼灸學理古奧難懂，不願作另闢途徑的詳實研究，以致鍼灸醫學，仍限於目前的成就，實在可惜。

(三) 僅用現代的一般學說來研究鍼灸理論可以嗎？

鍼灸治病與鍼刺麻醉的原理，目前一般所謂用科學方法研究者，認為有下列幾點：1. 鍼刺麻醉是因鍼刺與痛刺激兩種生物電循血脈而在中樞神經相互作用，前者抑制了後者而發生鎮痛及治療作用。2. 鍼灸加強了大腦皮層的抑制作用，且提高了痛感。3. 鍼灸作用與腦幹網狀結構及大腦邊緣系統有關，且加強其對人體生理機能。4. 鍼灸引起丘腦下部交感神經中樞興奮，并通過交感神經而發生作用。5. 鍼灸作用是通過體液途徑而實現其功能。但這些所謂科學研究的理論，還不能完全解釋鍼灸治病和鍼刺麻醉的原理，也不能解釋經絡的實質問題。惟有配合中國醫藥學中的診斷理論：「經絡」「臟腑」「陰陽」「表裏」「寒熱」「虛實」「真假」：了解中國醫藥的治療原則：「汗」「吐」「下」「和」「溫」「清」「補」「消」「標」「本」「緩」「急」，以及精究中國鍼灸的施治方法：「定方」「取穴」「配穴」「手法」等等變化，才可以解釋鍼灸治療與鍼刺麻醉的種種原理與實質問題。如果我們僅用現代一般的學說來解釋或研究鍼灸原理是不夠的。我們必須在中西醫學基礎上，克服困難，充分結合；在中國醫藥學的偉大寶藏中，

臺灣地區狂犬病的撲滅

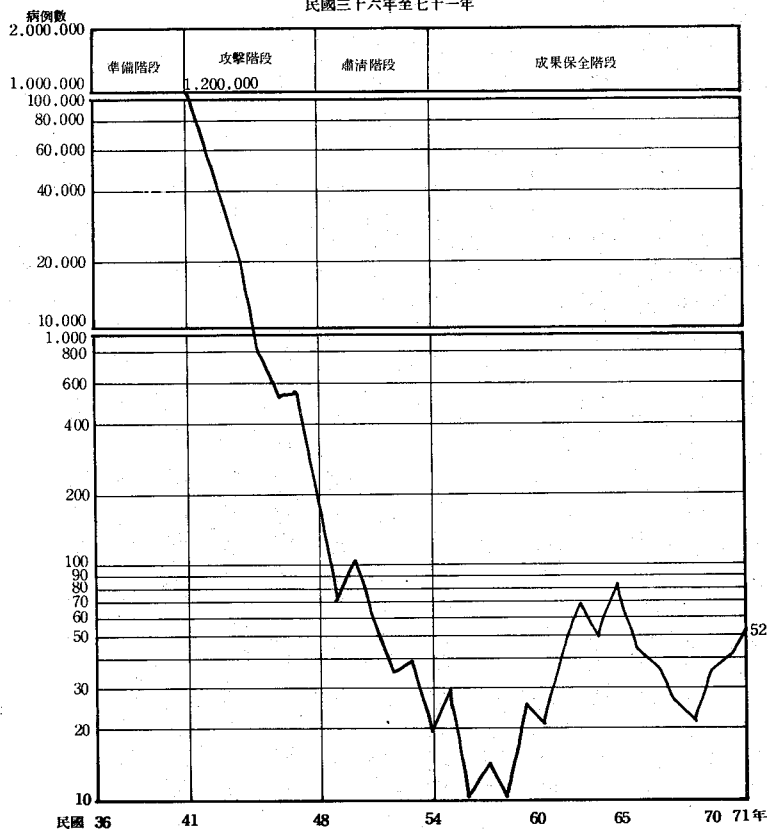
民國三十七年至七十一年



努力發掘，實驗改進，一定可以創造出更新的醫藥，貢獻於國
際，為人類共享。

臺灣地區瘧疾根除

民國三十六年至七十一年



素問形壽觀商權兼論素問智慧

陳欽銘

知識之來源

甲、

素問有關人類生命壽夭的觀念，主要見於上古天真論篇，論云：「黃帝曰：余聞上古，有真人者，提挈天地，把握陰陽，呼吸精氣，獨立守神，肌肉若一，故能壽敝天地，無有始終，此其道生。中古之時，有至人者，淳德全道，和於陰陽，調於四時，去世離俗，積精全神，游行天地之間，視聽八達之外，此蓋益其壽命而強者也，亦歸於真人。其次有聖人者，處天地之和，從八風之理，適嗜欲於世俗之間，無恚嗔之心；行不欲離於世，被服章，舉不欲觀於俗，外不勞形於事，內無思想之患，以恬愉為務，以自得為功，形體不敝，精神不散，亦可以百數。其次有賢人者，法則天地，象似日月，辯別星辰，道於陰陽，分別四時，將從上古，合同於道，亦可使益壽而有極時。」（註一）

所謂「真人」，依王冰解註，云：「真人，謂成道之人也。夫真人之身，隱見莫測。其為小也，入於無間；其為大也，徧於空境；其變化也，出入天地；內外莫見，迹順至真，以表道成之證。凡如此者，故能提挈天地，把握陰陽也。真人心合

於氣，氣合於神，神合於無，故呼吸精氣，獨立守神，肌膚若冰雪，綽約如處子……體同於道，壽與道同，故能無有終時，而壽盡天地也。敝即盡也；所謂道生，即：惟至道生，乃能如是。」

所謂「至人」，王冰註云：「至人全其至道，故曰至人，然至人以此淳朴之德，全彼妙用之道……至人動靜必適中，於四時生長收藏之令，參同於陰陽寒暑升降之宜，心遠世紛，身離俗染，故能積精而復全神，所謂：「游行天地之間，視聽八達之外」，即神全故也……雖遠際八荒之外，近在肩膊之內，來於我者，吾必盡知之，夫如是者，神全，故所以能矣。歸於真人者，同歸於道也。」

所謂「聖人」，王冰註云：「與天地合德，與日月合明，與四時合其序，與鬼神合其吉凶，故曰聖人。所以處天地之淳和，順八風之正理者，欲其養正，避彼虛邪。聖人志深於道，故適於嗜欲，心全廣愛，故不有恚嗔，是以常德不離，殁身不殆。聖人舉事行止，雖常在時俗之間，然其見為，則與時俗有異，何者？貴法道之清靜也……聖人為無為，事無事，是以內

無思想，外不勞形。恬，靜也。愉，悅也，法道清靜，適性而動，故悅而自得也。外不勞形，內無思想，故形體不敝，精神保全，神守不離，故年登百數，此蓋全性之所致爾……」

所謂「賢人」，王冰註云：「次聖人者，謂之賢人，然自強不息，精了百端，不慮而通，發謀必當，志同於天地，心燭於洞幽，故云法則天地，象似日月也。星，衆星也。辰，北辰也。辯列者，謂定內外星官座位之所，於天三百六十五度，遠近之分次也。逆從陰陽者，謂以六甲等法，逆順數而推算吉凶之徵兆也。陰陽書曰：人中甲子，從甲子起，以乙丑為次，順數之，地下甲子，從甲戌起，以癸酉為次，逆數之，此之謂逆從也。分別四時者，謂分其氣序也，春溫、夏暑、秋清涼、冬冰冽，此四時之氣序也。將從上古，合同於道者，謂如上古知道之人，法於陰陽，和於術數，食飲有節，起居有常，不妄作勞也。上古知道之人，年度百歲而去，故可使益壽而有極時也。」

上古天真論篇又云：「黃帝……問於天師（岐伯）曰：『余聞上古之人，春、秋皆度百歲，而動作不衰，今時之人，年半百而動作皆衰者，時世異耶？人將失之耶？』岐伯對曰：『上古之人，其知道者，法於陰陽，和於術數，食飲有節，起居有常，不妄作勞，故能形與神俱，而盡終其天年，度百歲乃去。今時之人，不然也，以酒為漿，以妄為常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持滿，不時御神，務快其心，逆於

生樂，起居無節，故半百而衰也。』」

所謂：「其知道者，法於陰陽，和於術數……」王冰註云：「知道：謂知修養之道也。夫陰陽者，天地之常道；術數者，保生之大倫；故修養者，必謹先之。老子曰：『萬物負陰而抱陽，沖氣以為和。』四氣調神大論曰：『陰陽四時者，萬物之終始，死生之本，逆之，則災害生，從之則苛疾不起，是謂得道。』此之謂也。」

這是中國仙道思想的發源，數千年來，多少國人，道冠鶴氅，寄跡山林，徜徉於青松白雲之間，餐霞飲露，與世隔絕，追求着「攝生養氣」、「修真成性」，希望能成就仙體，長生不死。攝生養氣之不足，繼之以服餌丹藥，服餌丹藥之不足，繼之以祀禱符籙，甚至於將歷史上若干人物神格化，以示其生理形體之不朽，如坊間神廟道觀所見之「呂仙祖師」註解道德經淺註云：

「老子聖人，迨於商陽甲時，分神化氣，始胎於玄妙玉女八十一年，至武丁庚辰二月十五日卯時，降誕於……從母左腋而生於李樹之下，指樹曰：『此吾姓也。』生而皓首，面黃長耳，矩目，鼻純骨雙柱……昭王二十三年，駕青牛，過函谷關……為說道德經二篇，凡五千餘言……敬王十七年，孔子問道於老聃……赧王九年，復出散關，飛昇崑崙，其後未再顯於世……」

武丁庚辰年是西元前一三二一年，赧王九年是西元前三〇

六年，如果正確，老子已享壽一千零十五歲，又「飛昇崑崙，其後未再顯於世」，不就是暗示他「壽蔽天地，無有始終」！

又云：「呂仙祖師，本李姓，籍京兆……生唐德貞元十四年四月十四日……鍾祖遂偕隱終南嶺頂，傳授仙法，虔心修真。後又遇火龍真人上陽帝君，贈送寶劍，並授天遁劍法，竟成大羅天仙，號曰純陽祖師……故自五代以還，歷朝頻臨塵凡，行仁賜福，拯困濟危，救民之功德，不勝枚舉……宋徽宗曾詔封妙道真人，元世祖冊封純陽演正敬化真君，明武宗加封孚佑帝君……」。

「歷朝頻臨塵凡……不勝枚舉」：這也是「益其壽命而強者」之流。

莊子也有神人之說，逍遙遊篇云：「藐姑射之山，有神人居焉，肌膚若冰雪，綽約若處子，不食五穀，吸風飲露，乘雲氣，御飛龍，而遊乎四海之外，其神凝，使物不疵癘，而年穀熟。」齊物論云：「至人神矣，大澤焚而不能熱，河漢沍而不能寒，疾雷破山，風振海，而不能驚。若然者，乘雲氣，騎日月，而遊乎四海之外。」大宗師篇云：「古之真人，其寢不夢，其覺無憂，其食不甘，其息深深，真人之息以踵，衆人之息以喉。」

能夠「乘雲氣，御飛龍，而遊乎四海之外」，誠然提昇了人的境界及價值，居高臨下，憑空鳥瞰，自然胸臆，「靜攝萬象，動合乾坤」，心曠神怡，物我相忘，大化流行，沖虛綿邈

，似幻而真，似真而幻，以之視人間世俗，卑不足道也。

但是，這是真實的嗎？

李約瑟（Joseph Needham）論中國科學傳統的優點與缺點，曾云：「道家的思想是出世的，他們的道就是自然的秩序，不僅是人類生活的秩序而已。道以奧妙的有機方式運行着，不幸的是，道家雖然對自然極感興趣，却不相信理性與邏輯，因此道的作用總有點神秘性……他們的傾向是神秘的、實驗的，而不是理性的、系統的。」（註二）。素問的人類形壽觀點，可成為此論之一個代表，一個註腳！人類如何能超越其生理形體的結構，在「心合於氣，氣合於神，神合於無」之後，能「呼吸真氣，獨立守神」，「體同於道，壽與道同」呢？而且這個形體能「隱現莫測」，「其為小也，入於無間，其為大也，遍於空暗」，還「變化」多端，「出入天地，內外莫見，迹順至真」，「游行天地之間，視聽八達之外」，有似佛門所稱：「真如」、「如如」、「法界」、「涅槃」、「圓覺」、「菩提」。（註三）但佛門所稱上述各名，乃心靈修養的一種境界，如圭峰禪師所云：「心也者，沖虛妙粹，炳煥靈明，無去無來，冥通三際，非中非外，洞徹十方，不滅不生」。與形體生命之長短壽夭，實不相干也。得「道」如釋迦牟尼佛，世壽八十歲。六祖惠能，世壽七十六。明代諸高僧，如憨山大師，世壽七十八；蓮池大師，世壽八十一；藕益大師，世壽五十七。近代諸高僧，如印光大師，世壽八十；弘一大師，世壽六十。

三：慈舟大師，世壽八十一；太虛大師，世壽五十七；虛雲老和尚，算是最特殊的了，世壽一百二十歲，僧臘一百零一歲。（註四）此外，並無更長壽者，遑論「壽徹天地，無有終始」！誠如寒山子所云：「徒閉蓬門坐，頻經石火邊，唯聞人作鬼，不見鶴成仙。」（註五）

乙、

素問所述「真人」、「至人」之形壽，與現代知識相抵觸者，至少有下列二點：

(1)

素問所云「上古」、「中古」，其絕對年代究為何時？自生物時代(Eras)或地質年代而言，「上古」、「中古」若指三十三億五千萬年前，則地球尚未誕生。（註六）若指十八億五千萬年前之「太古代」(Archean)，則地球上尚無生物遺跡。若指五億年前的「古生代」(Palaeozoic)，當時地球面尚只有海生低等無脊椎動物。若指一億年前中生代(Mesozoic)的白堊紀(Cretaceous)，地球面方出現哺乳類、鳥類動物及開花植物。若指三千五百萬年前近生代(Cainozoic)第三紀的漸新統(Oligocene series)，近代哺乳類動物方逐漸發育，歐亞大陸方出現猿猴。若指一百萬年前的第三紀上新統(Pliocene series)，人類才開始發育，並與猿猴逐漸分歧。若指五十萬年前的第四紀(Quaternary period)洪積統(Diluvium series)的第二冰期(Second, glacial stage

or mindel)，北京猿人(Davidson Black 定名為：「中國猿人北京種」)正生存於這個時代。此時代之前，人類，嚴格地說，他們還不能稱之為「人」或「真人」，他們最多只不過是人與猿之間的「中間動物」而已；他們萬古生於森林，長於森林，死於森林；如韓非子所云：「上古之世，人民少而禽獸衆，人民不勝禽獸蟲蛇，有聖人作，構木為巢以避群害，而民悅之，使王天下，號之曰有巢氏，民食果蠃蜂蛤，腥臊惡臭，而傷害腹胃。」（見五蠹篇），這些猿類的有巢氏之民，使用的工具與武器，是「木石並用」（註七），所謂「石」，就其加工程度而言，尚不能達到舊石器時代早期的程度，只是曙石器時代的程度而已。他們無衣無褐，在遮天蔽日的森林中憧憧往來，搜尋植物根實，或捕捉些小動物，以之充飢。他們茹毛飲血，居無定所，甚至於不懂得以火自衛，如莊子所描寫的：「畫拾橡栗，暮栖木上，故名之曰有巢氏之民。」（見盜跖篇），或禮記所云：「昔者先王未有宮室，冬則居營窟，夏則居橧巢，未有火化，食草木之實，鳥獸之肉，飲其血，茹其毛，未有麻絲，衣其羽皮。」（見禮運篇）。

工具及武器既如此幼稚，其控制自然，克服環境的能力，當然十分薄弱！在此人民少而禽獸衆的太古世界，經營採拾及原始漁獵經濟的人們（猿人），只有發展合群感情，群聚而居，方能保障最低程度的安全。呂氏春秋云：「凡人之性，爪牙不足以自守衛，肌膚不足以扞寒暑，筋骨不足以從利辟害，勇

敢不足以却猛禁悍，然且欲裁萬物，制禽獸，服狡蟲，寒暑燥濕弗能害，不唯先有其備，而以群聚耶？群之可聚也，相與利之也。」（見恃君覽篇）。人類先天合群本性，乃「相與利之」之共同需要，旨在彌補「爪牙不足以自守衛」；且此合群本性，並不限於猿類或猿人所有，其他若干動物亦然；人類之合群本性，乃直接承襲猿類之合群本性而來，殆無疑問。在此原始群團中，由於工具武器之拙劣，經濟生活之拮据，除了幼嬰之外誰也不能依靠誰，供養誰，「不勞動，不得食」，乃此原始群團之生活法則。白虎通云：「飢則求食，飽則棄餘」，淮南子云：「猛獸食鰥民，鷲鳥攫老弱」（見覽冥訓），乃此時代普遍現象。素問所稱：「獨立守神」，「去世離俗」，「起居有常，不妄作勞……」，離群索居，乃不可想像的事！

在此原始群團之中，其社會組織、文明程度又如何呢？如呂氏春秋所云：「聚生群處，無親戚兄弟夫婦男女之別，無上下長幼之道。」（恃君覽篇），亦如列子所云：「長幼儕居，不君不臣，男女雜游，不媒不聘。」（湯問篇）。達爾文亦云：「人類最初，乃為小團體生活，一夫一妻，強者多妻，對其他男子嫉妬，戒備甚嚴，或彼非合群動物，偕數妻同居如大猩猩。」這個時代，甚至連裸體的羞恥心或衣服都沒有！在歐洲，至「上部舊石器時代」（Upper Palaeolithic age）的阿里尼西亞（Aurignacian）期，才發現用於縫紉的象牙針；在中國，於山頂洞時代才開始發現骨針；人類正式有衣服的製作，

絕不能早過此一時代（距今約二、三萬年前）。無裸體羞恥心，當然也不懂得兩性羞恥，更無貞操觀念。人類甚至連單音節語言猶未產生，又如何能如素問所云：「提挈天地，把握陰陽，呼吸精氣」，或「積精全神，游行天地之間，視聽八達之外」，「外不勞形於事，內無思想之患」，「法則天地，象似日月，辨別星辰」？

「上古」之時，是否如素問所云：「壽蔽天地，無有終始」，或者如其所稱的「聖人」，壽「亦可以百數」？有巢氏之民固無論矣，即以北京人而論，北京人距今約五、六十萬年，已懂得使用火，及製造盤形器、骨器、尖頭器、削刮器、石斧、石鎚、石砧等（歐洲人類正式懂得使用火，及製造盤形器、骨器，乃晚於公元前四萬年的摩斯特里安期〔Monstrian〕，尖頭器雖濫觴於阿周里安期〔Acheulean〕，距今十萬年左右，但至摩斯特里安期方盛行）。其文化程度已較有巢氏之民進步多了。即已由巢居到穴處，由茹毛飲血到炮生為熟，由男女雜遊，無夫妻世界到血族輩婚及原始輩行分工，由木石并用的採拾經濟到漁獵經濟，（註八）人類文明至此方乍現曙光；但是他們的壽命却極其有限，據F. Wadendorf所著：中國人化石生存時代及其遺骸之病理傷害（註九），北京人三十九具化石遺骸研究測出：

死於四十歲左右者，占百分之三十九點五。

死於三十歲左右者，占百分之七。

死於四十至五十歲之間者，占百分之七點九。

死於五十至六十歲之間者，占百分之二點六。

死於年歲難確定者，占百分之四十一點九。

他們之所以多夭亡，主要原因是他們經常都生活在鬥爭之中，他們時時刻刻和野獸鬥爭，和自然鬥爭，和疾病鬥爭，和同類鬥爭；他們的遺骸傷痕累累，甚至腦破骨碎，被同類吸精食髓；他們獵野獸亦獵同類，不是敵人成為他們的食料，便是自己成為敵人的食料。素問上古天真論所云「真人」、「至人」，及「上古之人，其知道者……能形與神俱，而盡其天年，度百歲乃去」，於史實并不符合。

上古之人，其智力能否「提挈天地，把握陰陽，呼吸精氣，獨立守神」，或「惇德全道，和於陰陽，調於四時……」？以北京人而論，他們平均身材五英尺，肩稜突出，額部傾斜，下顎頑強，頸肌發達，牙齒巨大，平均腦容量僅一·〇七五立方公分，平均顱骨全高一·一五耗，顱長高指數為六〇；現代人平均腦容量是一·三五〇立方公分，平均顱骨全高一·三四耗，顱長高指數為七五；他們與類人猿相同的地方有七，相異地方有五，即顱鱗和鼓板、寬潤的鼻骨、顯著的鼻下顎突，粗大而無骸突的下顎、堅強的犬齒、大型的下前白齒及齒尖型式之若干細微部份，這些都是相同的；粗壯而橫越中線的眶上脊、斜型額、顱骨最大寬度與極發達的枕骨隆突，這些都是相異的；但他們的顎骨、齒系及顱顎關節的結構，却大體上和現代人相

同（註十）。自生物學觀點，現代人遺傳因子所含特性數量為三一二，而長臂猿僅一一六，猩猩僅一一三，黑猩猩僅一〇九，大猩猩僅七五；人腦比大猩猩腦子大三倍（一·三五〇立方公分與四〇〇立方公分之差），人腦中有一百億個腦細胞，比黑猩猩腦細胞多十倍，人類智慧比任何猿猴類高出一百倍。（註十一），智慧是隨著腦細胞數量作幾何級數量增加的。先天的條件決定了知識的程度與智慧的高下，所以那時縱有「真人」、「至人」、「聖人」，其智力也絕對比不上現代的平常人。

(2)

二度獲得諾貝爾獎金的當代思想家兼化學家Dr. Linus

C. Pauling曾云：「如果在我們的一生當中，能夠繼續保持

那種十歲時對疾病、傷害的抵抗力，我敢說在座的各位，至少有一半人可以活上七千年。」（註十二）

但是衆所共知，任一人人都只有一次十歲，而青春不再，歲月難留！昔曹操即有：「對酒當歌，人生幾何，譬如朝露，去日苦多！」（短歌行）之嘆，佛教亦有：「念世無常，形不久住，少壯必衰，勿恃容姿，自處汙行，萬物無常，皆當歸死，天上天下，誰能留者？……人生會合，必歸磨滅，生老病死，至來無期，誰當為我？却除之者，災害卒至，不可得脫，一切貴賤，因此死已，身體降脹，臭不可聞，空愛惜之，於事何益？」（梁星寶懺）之警。人類生命的過程中，有二種相反的改

變，即進化生長，與退化萎縮，各以不同的速度及程度進行着。人之晚年，組織、退化萎縮的改變實占優勢！雖然，各器官組織之退化速度與程度，也並不一致；此種差異，即現代醫學所稱：器官生理年齡之異常（Errors in the chronometry of life）。凡各系統組織之退化萎縮過度時，即屬病態。

一般老年人生理的狀況如何？自外觀而言，一般老年人，常背脊彎曲，頸部前傾，肘腕及膝關節微屈，動作遲緩，面無表情，據Macdonald Critchley 云：「此係由於外錐體神經束退化或損傷所致，輕者固可視為正常，重者即屬帕金森症（Parkinsonism）」（註十三）其他如脊柱萎縮、椎間盤變性、骨質疏鬆等，都可致脊柱前屈。

一般老年人，常步態蹣跚，兩足跟距離寬，步幅縮小，藉以增加其穩定性。若半身不遂而未完全恢復的患者，則其患腿強直伸展，髖關節呈圓形前進，並以足尖着地。若股關節脫臼，或骨折愈合不良，或關節炎等，其步態亦各有不同。多發性硬化症患者亦肌肉攣縮及共濟失調。小腦疾病患者之步態亦為失調性，即軀幹、上下肢之共濟運動發生障礙，身體必須傾向斜側。震顫麻痺（Paralysis agitans）患者，則頸部及四肢僵直，軀幹曲向前方，步幅短小，步態不穩，身體欲向前跌倒。

一般老年人，常因大腦錐體，束之豆狀核內囊血管損害，而致言語困難，吃吃訥訥。也可能由於大腦兩側的損傷，而致

語言不清，唇齒音消失。若由於腦瘤、腦膿腫、腦梅毒等，可能變成失語。全身性輕癱患者發音字句模糊而困難。震顫麻痺患者說話常憂鬱而單調無變化。若由於喉部或胸部之反喉神經障礙，則可能造成聲音沙啞。甲狀腺機能之不全，也可使聲音帶有破裂聲。若有假延髓性麻痺（Pseudobulbar Palsy），會使老人語言澀滯，吞嚥困難，哭笑無常！

一般老年人，皮膚多乾燥、皺摺、脆薄而無彈性，尤其暴露部分，如手背及臉部，特別明顯。由於色素沉著，或靜脈曲張潰瘍之後，皮膚常有斑痕。由於不潔、過敏、皮膚萎縮而引起之表皮神經之暴露，糖尿病、尿中毒等，老人皮膚常瘙癢，並可見到抓痕。由於皮膚膠原之改變，常引起前臂及手背之紫斑，持續數月之久。類風濕性關節炎有時在四肢間或面部發生斑狀之色素沈著。老年人易傾跌，故皮膚常出現挫傷。由於維生素C之缺乏，或其他血液病，皮膚常發生大塊血斑。老年人上肢及軀幹部易發生血管瘤（Senile angiomata）。局部之皮膚肥厚，亦多見於老年人之老年性角質增生（Senile keratosis）。由於血流不足，老人踝上段常脫皮。老人的指甲亦比較乾燥，脆弱而肥厚，有長脊，有時貧血而出現反甲（Kcilia onychia）。老人若見甲床加厚，及杵狀指時，要考慮到是否氣管癌問題。

以老年人的循環系統而言：

一般老年人的動脈管壁常出現肥厚與硬結。粥瘤樣硬化（

Atherosclerosis) 不但是動脈硬化心臟病或冠動脈疾患(缺血性心臟病)之主要原因，且與腦血管疾病有重要關係。一九七三年美國人口死亡原因分類報告中，所有死於心血管疾患者計一百零六萬二千人，但六十五歲以下男女僅占二十五萬一千人。

死於缺血性心臟病者計六十八萬四千人，但六十五歲以下男女僅十六萬七千人。死於腦血管疾病者計二十一萬四千人，但六十五歲以下僅三萬五千人。死於高血壓疾病者二萬人，但六十五歲以下僅四千人。死於動脈與靜脈疾病者計七萬六千人，但六十五歲以下僅一萬四千人，死於其他心臟病者共計四萬七千人，六十五歲以下者為一萬五千人。由於動脈管壁常出現肥厚、硬結、粥樣變化等，故使各器官的血液供給減少。但各器官的退化，所需的氧也相對減低，故臨床上局部缺血現象，反不多見。由於老年人活動不多，循環系負擔減輕，自亦不易發生疾狀。臨床上老人四肢血管的硬化，六十歲以上老人竟占百分五十以上。

老年人常因糖尿病、高血壓等發生視網膜血管硬化，視網膜血管之硬化有時與周圍血管無關。

老年人的脈搏，可自四十四次至一〇八次，一般自六十歲逐漸減少，八十歲後又趨上升。心房纖維顫動，也以老年人較多，但心室跳動常少於一百次。脈搏緩慢，可由於竇性、結性、完全或不完全的心神經束阻滯；心律不齊可因心肌損傷所致。額外收縮，雖屬常見，但在冠動脈栓塞後發現時，乃心室興

奮增加之現象，此種額外收縮可致心動過速，具有危險性。主動脈夾層動脈瘤(Dissecting aneurysm of the aorta)，也以四十歲以上之男性發生最多。

老年人冠動脈硬化者，其周圍血脈，可能並無改變。周圍血管石灰化者，其心臟血管有時也無損害。但通常老年人，在一個系統內，可發生多種病狀，如動脈硬化引起血栓症，在腦血管發生中風，同時在股動脈發生下肢壞死。

老年人的呼吸系統：

老年人呼吸系的疾病發展較慢，且全身症狀輕微，但常忽然致死，如支氣管肺炎。又如肺氣腫、慢性支氣管炎等，可能起自中年，當時並無嚴重症狀，但二、三十年後，常因併發症而死亡。支氣管炎、支氣管肺炎之死亡率，以六十五歲至七十四歲為最高，至於肺癌、氣管擴張、肺組織變性，老年患者亦占多數。

多數老年人患有肺氣腫，阻塞性肺氣腫更是主犯四十五至六十五歲成人之疾病，患者胸脊柱彎曲，胸的前後徑增加，呼吸之幅度減低，叩診肺氣泡嚮增加，聽診呼吸音減弱。肺氣腫也可致發紺，氣促，頸靜脈擴大，肝腫及全身水腫，頗似心臟衰竭之病徵。這是由於肺內之氧氣交換不良，吸氣時右心房進血受阻，橫膈下降等原因所致。老年人也常發生左心衰竭而致發生心臟性氣喘、慢性氣管炎、枝氣管性氣喘。一般老年人對肺部之炎症反應甚弱，局部反應常為肺氣腫所遮蔽，雖有抗生

素的使用，老年人死亡原因中，枝氣管肺炎仍占多數。

過去五十年間，肺癌發生率緩慢但穩定地不斷在增加着，時在今日，肺癌已成為男性所罹患的惡性疾病中最多的一種，而五十歲至七十歲的老人又占最多數，且每四個死於癌症的病例中有一人是死於肺癌，男女之比最少為五比一。

喉癌發生於男人的數目比女人大十至十二倍，平均年齡為六十歲。

其他如消化系統、泌尿系統、內分泌系統、生殖系統等之老化、衰變，更無論矣！在生理的各系統中，老化、衰變最劇烈的，恐怕還在於神經系統。以老年人的神經系統來說：一般老年人瞳孔較小，對光距反應較遲鈍，尤其對光為甚，此因虹膜血管硬化所致。四肢對震動、位置感也減退，此因老年人血管硬化、神經退化、或神經炎，對觸覺、痛覺均減退之故。老年肌腱反射，以踝關節最遲鈍，其他關係亦然。

一般老年人之神經組織萎縮，為發生各種神經症狀之主因，常見的感覺器官功能減低，如耳聾等。外體束症狀亦常見，有時且難以鑑別其屬於生理退化或屬病理之改變。老年人腦神經均有普遍退化現象，但各部份輕重不同耳！Critchley曾云：「如震顫癱瘓(Paralysis agitans)、遲發性小腦萎縮(Delayed Cerebellar atrophies)及Pick's病等，實乃不同部位之提早退化現象。」以震顫癱瘓而言，中年人與老年人症狀相似，其不同處，為前者之發現較早，程度較重而已。又

如老年人之小腦萎縮與正常老人之平衡及共濟運動不良相同，僅其症狀較重。

多數老年人的神經系疾病，皆直接與腦血管改變有關，腦脊髓血管之硬化、阻塞，均能產生神經症狀，血管硬化性帕金森病(Arteriosclerotic Parkinsonism)，血管硬化性痴呆(Arteriosclerotic dementia)與老年局部腦退化所致之震顫癱瘓、老年性痴呆有相似之外，唯疾病經過及症狀群有別而已！

老年人亦常因腦或脊髓動脈之硬化，使其下肢無力，發生「老年截癱」(Senile Paraplegia)。動脈硬化性截癱(Arteriosclerotic Paraplegia)就其損害部位可分為腦皮質型(Cortical type)腦皮質下型(Subcortical Type)及脊髓型(Spinal Type)；此外，尚多由外部壓力，如頸椎強直(Cervical Spondylosis)、脊柱贅生物(Neoplasms of the vertebral column)、骨質疏鬆(Osteoporosis)及畸形性骨炎(Osteitis deformans)等，而發生壓迫性截癱(Paraplegia due to spinal cord depression)，而致出現種種截癱、肌萎縮、麻痺、屈曲、痙攣性無力，甚至於失去疼痛或溫度感。如果自主神經受壓迫，即發生無汗、排尿失常等。

老年人的腦子，常會隨着年齡的增加而逐漸萎縮，也就是說腦體積與腦重量會逐漸減少，當然也有許多年歲很高的人，在其生命終結之前，一直能保持敏銳而合理的智能，但是腦部

一旦萎縮，到了相當廣泛而嚴重程度，即不為呆症出現。

一般老年人常因外錐體束之損害，故動作遲緩，關節彎曲、強直。老年人也常發生震顫，頸、下顎、前臂及手等有規則的顫動，每秒三、四次，於清醒時繼續不斷，情緒緊張時更甚，有支持時則停止，故老年人不宜從事細巧工作。

老年人全身肌肉的萎縮，可為肌肉本身或脊髓周圍神經的損傷之結果。普通為魚際肌、小魚際指間肌，萎縮緩慢至某一程度停止。

老年人多發生「腦部血管意外事件」(Cerebrovascular Accidents)，如腦內出血、腦血管血栓形成、腦血管栓塞等，在屍體解剖中，佔百分之廿五，其中，腦內出血以五十歲以後最為常見。腦部血管意外事件之種類所占比率約如下：腦血管血栓形成占百分之六十六，腦內出血占百分之廿一，腦血管栓塞占百分之五，原發性蛛蛛膜下腔出血占百分之八。腦血管血栓之形成，自以動脈硬化、動脈瘤為主要原因；腦血管栓塞，亦多半有心臟病，致血塊或細菌性贅生物自心臟壁或瓣膜脫離，堵塞于腦動脈之大小分支內為主要原因；中年人及老年人常伴有心房纖維性顫動(Atrial Fibrillation)，冠狀血管血栓之形成或細菌性心內膜炎，少數則因脂肪、空氣、腫瘤等而來！

一般老年人若社會地位與其外表不符者，應懷疑有否有人格之變態。如過去地位顯赫，今日則衣着不整，油漬污染，語

言遲鈍，表情淡漠，一反常態者，應先懷疑是否腦血管栓塞所致。

(3)

自生化學(Biochemical)而言(註十四)，生物體的老化是細胞老化的結果，細胞可以被視為由能量、遺傳及控制三系統構成的複合體，而膠原及玻尿酸(hyaluronic acid)等構造用的材料則可視為此三種基本系統的支持物質，而這些細胞內的系統都會發生老化的。老化的原因雖然不完全一樣，但大抵是相同的。

譬如細胞中的能量系統——酶，在細胞中處理能量問題最基本的單位便是酶。酶是對成千上萬的新陳代謝中之化學反應加以催化的蛋白質分子。理論上，酶不會在催化過程中被消耗掉，但是酶和所有的蛋白質分子一樣，在溶液中，會因熱量的激動，每秒鐘振動一百萬次，並不斷地與其他分子、離子發生撞擊，形成強大的分子亂流(molecular turbulence)。如此，也許在十億次的使用中，某一個分子因為受到一次猛烈的撞擊而發生了化學上的改變，因此這酶分子之某一部分即發生氧化或改變成某種型式。有了這些改變之後，此酶分子即變得不穩定，而更容易受到進一步的改變，這樣到了最後，它改變到一種地步，終於完全喪失了它的催化功能！

細胞把無用的酶當作外來的蛋白質，而以適當的機轉將其廢棄，這並非只有某些酶才有的命運，所有的酶都是如此！各

種的酶各有其不同的生活期限，或數日，或數週，或數個月，所有的酶，甚至所有的蛋白質都是會毀壞的，其生活之期限，也就是其有功能的時期，并不是很長的！

人體每日都需要維生素，這也就是酶之脆弱性最直接的證明！維生素是許多酶的輔助部分。由每日必需的最低的維生素量，我們可推算出某些酶在動物體內究竟存在多久，各種酶之存在時間各不相同，但平均不會太久，普通僅數個月而已！

老的酶分子被破壞後排出，而同類的新的酶分子也形成了，以補充損耗，在老化破壞及新生補充這兩類過程中有一種平衡存在，一旦此種平衡受到破壞（如缺乏維生素），生物便無可避免地發生危機！

又如粒線體：每個細胞都有細胞器官（Organelles），如粒線體、細胞膜、細胞核、高爾基氏器等。一個粒線體，可含有多達數百萬的酶分子，這些分子大多數都在膜內，粒線體與酶同樣易受到破壞，它的生活期限也有限，通常最多是幾星期。

當粒線體老化，且其功能逐漸衰退時，它會腫脹，裏面的重要輔酶會漏出，其形態不再受控制，最後，粒線體膜發生破裂，內容物滲入細胞質中，粒線體毀滅的情形，和酶的情況大體相似。

粒線體就像酶一樣，它本身無法再生，它一旦死去，就必須由細胞內的遺傳部分重新生成一個新的粒線體來取代之，粒

線體和酶之間有一個不同之處，即粒線體內部有一個控制的機轉可在有限的範圍內調整它在外界環境改變時的反應，但是這個控制機轉也無法保護粒線體不遭毀滅，故粒線體和各種細胞器官都避免不了毀滅。

粒線體和酶的老化是分子不斷撞擊的結果，這些撞擊造成的蛋白質化學特性的改變而失去催化作用，且迄今還沒有任何方法可以防止這些分子的毀滅！這便是老化的過程！

(4)

因組織退化的結果，一般老年人對疾病之反應與壯年人常不相同，如胃潰瘍，老年人常無疼痛，而以大出血為首發症狀；肺炎、肺結核等症狀也不似壯年人明顯；而老年人發生心臟冠狀動脈阻塞之預後，常反較壯年人為佳，尤其七十五歲以後，此乃由於側枝循環較豐富之故。同一系統內，各部分之退化程度也不盡一致，老年人也常因某一系統疾病誘發另一系統之疾病，尤以呼吸系及循環系為最密切。如老年人常患肺氣腫、慢性氣管炎及冠狀動脈硬化、心肌貧血等，前者為呼吸系疾患，可誘發心力衰弱；後者為循環系疾患，可誘發肺充血及肺炎。

疾病之定義，常指體內發生了一場生物戰爭，戰爭的結果，可表現在體格上，依此，衰老現象正意味著一連串疾病之侵襲。一般老人之皮膚乾燥起皺，頭髮灰白脫落，感覺器官開始衰敗，雙眼之水晶體增厚，失去晶體之明晰度，聽覺機構退化

，因之失明失聰，脂肪堆積於軀體及臀部，擁腫不堪，肌肉萎縮舉動遲緩，關節僵硬，行走艱難，何者不是疾病留下的傷痕？

人到了年老時，由於血管失去彈性，心臟搏動力減退，致使各部分重要器官皆受感染，肺臟鬆弛，吸入之氧氣隨之減少，腎臟及膀胱之功能急速下降，激素產量亦逐漸稀少，大腦一日比一日遲鈍，幾乎每日損失一百萬個細胞！老化乃是一種累積性的衰退過程，也使得身體易受癌症、冠動脈栓塞、糖尿病等之侵害，縱使大病不死，人也會因「老年病」之總效果而猝死？

何故老年人易染嚴重疾病？比較新的研究報告是：「人體的免疫系統本有對抗侵入異物的能力，但是人變老後，它失去了辨別敵我的功能，常常轉而攻擊人體本身組織。」，年老的身體發生了重大變化，身體不再能夠辨認細菌、濾過性病毒及不正常的組織，使得老人較易感染嚴重疾病，甚至有可能較易患癌；此外，免疫系統開始產生會攻擊自身組織的抗體及淋巴球——免疫系統辨別敵我的主要能力已部分損毀了！這種不正常的自毀現象，即是造成許多老人病的原因，如關節炎、糖尿病、貧血症及動脈硬化等。（註十五）

以上所敘，尚只就一般老年人正常的生理狀態而言，在人的的一生之中，尚包括許多難以避免的各種微生物之疾患，各種系統性疾病，各種化學及物理之傷害，各種營養、賀爾蒙及代

謝之障礙，各種過敏性及免疫反應改變所引起之疾病，各種遺傳性、家族性及先天性疾病，各種身心醫學所引起的問題……誠如佛所云：「世間無常，國土危脆，四大苦空，五陰無我，生滅變異，虛偽無主」（佛說八大人覺經），「人命在呼吸之間」（佛說四十二章經），老人更如風中殘燭，素問之認為「真人」能「壽蔽天地」，「至人」能「益其壽命而强者」，「聖人」能「可以百數」，實無生物學、歷史學、或醫學的根據。

丙、

但是，進化論完全正確嗎？

自墨西哥的叢林，至埃及金字塔、撒哈拉大沙漠、南太平洋的孤島，人類的祖先留下了許多不可知的奧秘！人類有文字記載的歷史不過五千年，而世界各地出土的古物中，證明一萬年前的建築、雕塑等文物，已不亞於我們今天的成就。史前人類是否只是一群愚魯不文、茹毛飲血的野蠻人，誠令人懷疑！各地發現的古物、經籍及民間傳說，顯示在人類歷史的曙光時期，即已有漫天飛馳，來去自如的飛行物體及「神人」，而人類登陸月球，却是最近十餘年間的事！今日各地的太空科學家及天文學家正孜孜不倦地與其他行星覓取聯繫，人類遠古史的研究，也自鋤頭科學伸向更遠的外太空，尋求依據！過去被奉為經典的進化的概念，已從地球上之「自然選擇」（Natural Selection）擴充為「太空進化」或「星際進化」！

人類文明的起源與人類演化之過程今已引進了一種驚人的假說，即人類具有一種地球之外的起源，外太空人曾在史前及史後造訪過地球，且先後不止一次人類並非單純的自然進化的產物，人類智能更非自發的成熟之結果，人類乃是一種未知的生物，「依據他們的形象，創造了人」，即人類是外星人與地球之人猿的混血兒，地球是外星人的殖民地！此種學說之佼佼者，莫過於Erich von Daniken, Andrew Tamas, Dr. Carl

Sagan, Geoth Watt, Gosta Ehrensward and Duncan

Lunan，櫻井邦明，山本佳人等人。如Erich von Daniken

著述，經國人逕譯者，即有：「史前文明的奧秘」、「來自外太空的播種者」、「史前星際大戰」、「文明的歷程」、「諸神還在外太空」等書（註十六）。馬克士·弗林特（Marx Flint 1915—，加州巴克萊·勞倫斯輻射實驗所高級實驗技師。）及奧托·賓德（OHO Oscar Binder，美國「太空世界」雜誌主編）合著的名作：「人類是外星人的子孫」（舊稱：「企盼超越達爾文」〔On Tiptoe Beyond Darwin〕）（註十七）更以人類心身結構與功能的觀點，自進化論、太空、行星、化石、人科動物、人屬、毛髮、生理學、解剖學、性、生殖、頭腦、智商、大腦、心理、不明飛行物體等線索，證明上述各論點並提供詳盡資料，其論證範圍遍及考古學、化石學、人類學、歷史學、天文學、太空科學、生物學、生理學、心理學、解剖學、精神科學等；自比前述各氏更闢博，澈底而明確

，實「自達爾文以來，再也沒有一本討論人類進化的書比本書更值得注意的了！」（見Erich von Daniken序）。

茲綜合上述各書，舉古代遺物學華大者若干例如次：

①

紀元前五百年前後，瑪雅（Maya）文明於瓜地馬拉（Guatemala）的派田（Peten）低地萌芽，自紀元三世紀以後，即急速成長，六世紀時，完全發揮了瑪雅文明的特色與個性，至八世紀威極一時，建立了許多巨大的神殿都市，綻開了燦爛的文化。他們不但有美麗的彩文、刻紋土器、神聖文字及神像石雕等，且建造了許多石造神殿；尤其是在天文曆法上的成就，更令人驚異；他們以金星為準的曆法，精確到每六千年只差一天。他們的天文學家對月球運行軌道的測量，精確到小數點第四位，甚至能算出金星公轉一圈（即一年）的時間，精確度亦達到小數點第三位。根據馬亞人的傳說，他們最初的「神祇」是從其他星球來的，能與其他星球交通，而且最後還返回他們的原居地。

瓜地馬拉及原卡坦（Yucatan）叢林廢墟上也可找出與埃及金字塔相比擬的痕跡。距墨西哥首都六十哩處，朱陸拉金字塔（Pyramid of cholula）的建址，尚較埃及喬普斯金字塔（Pyramid of cheops）大；距墨西哥城北二十五哩處，陶梯華堪（Teotihuacan）金字塔的地基幾乎佔地有八平方哩之廣，每一金字塔皆依星宿位置排列。古老的陶梯華堪經籍上指出

，在有人類以前，「神」（太空遊客？）曾在此地召開會議，討論有關人的事務。

馬雅人祭儀用的曆法稱為Tzolkin，它一年是十三個月，每月二十天，合為二六〇太陽日；這部曆法既不能確定地球季節的變遷，也不能看出播種與收割的日子，也無法用於天文觀察，更不適於原始農業社會，但是馬雅人為何要採用呢？答案藏在外太空，它可能是馬雅人用於標示地球之外，某一顆星球的時間系統。

馬雅人也有一套怪異的數字，如：Kinchiltun等於五七六〇〇〇〇〇地球日，Alautun等於二二、〇四〇、〇〇〇天或六三、一二三、〇〇〇年，頭腦簡單的農人及四肢發達的獵人怎可能用到如此龐大的數學單位？

一九五〇年夏日，墨西哥南部帕倫凱（Palenque）小鎮十公里左右叢林地帶，距古代瑪雅王國首都「第卡爾」（Tikal）約六十公里，考古團發現瑪雅格調之神殿型平頂金字塔，其中有紅色石製巨大石棺，石棺上有浮雕太空火箭與太空飛行員雕像；火箭噴射着炎火，飛彈形狀的太空火箭中，有一位男性飛行員正在駕駛着，三節式太空火箭之內部構造圖，前端突出，刻有儀錶類，後為仰臥之飛行員，左手按紐，右手握駕駛桿，鼻通氧氣管，連接於圓形氧氣瓶上，背後裝有複雜的圓桶、活塞、引擎等；引擎之後有四具排氣管，向外噴出火焰。人類第一次太空飛行——蘇聯葛柯林少校，乃在發現此一浮雕之十一

年後。浮雕年代，一說二千多年前，一說一千三百多年前。「第卡爾」神殿中，亦曾發現圓形石板雕刻之瑪雅日曆，在太陽形象之四周，刻有許多奇怪文字、記號與圖案；此一日曆，將一年分劃為三百六十五日零二十四分又二十秒（今日正確計算為三百六十五日零二十四分二十二秒），並使用點與線組合之數字作十位、二十位數字的計算，並推算出六千七百萬年前太陽之位置。更驚人者，他們製作了在金星上使用的日曆，已知金星上的一年為五八四天。

馬雅人之金星公式如火：

Tzolkin 一年有二六〇天，地球一年有三六五天，金星一年有五八四天（近代計算機將之確定為五八三·八二天）。這些數字包含一個頗有意義的除數，即三六五為七十三的五倍，五八四為七十三的八倍，故：

$$(\text{月}) \quad 20 \times 13 = 260 \times 2 \times 73 = 37960$$

$$(\text{太陽}) \quad 8 \times 13 = 104 \times 5 \times 73 = 37960$$

$$(\text{金星}) \quad 5 \times 13 = 65 \times 8 \times 73 = 37960$$

即每一週期，經三萬七千九百六十日後，相遇於一直線上。

但是當時的瑪雅人，却用石頭木片翻土，種植原始的玉蜀黍，以石臼搗碎，作為食糧，乃原始的農業的純樸民族，他們甚至連尺、圓規、分度器及初步曆書，皆未曾有，更不知什麼是望遠鏡了！

凱奧布斯金字塔 (Pyramid of Cheops) 是埃及金字塔中最大的一座，由每塊平均二十噸巨石，約二百六十萬塊堆積而成，底部面積近十四英畝，高度四八一呎，數千年來，既未倒塌，也不歪斜，據估計，五千年後，亦仍如此！依估計，此項工程若由數十萬奴隸每日堆積十數塊，約需六百年方能完成。以實驗來了解，金字塔自底部三分之一以上高度，放入貓屍體，即變成不會腐敗的木乃尹。英國天文學家查爾斯·斯密斯爵士 (Charles Piazzi Smythe) 等，以埃及的長度單位「腕尺」(約十八吋) 測度金字塔，發現金字塔藏有地球及地球在太陽系中的位置之驚人知識，這些資料都以數字表示：金字塔周長是一年中的日數 三百六十五點二四；自斜邊由底到頂尖的距離是一緯度之六百分之一，金字塔高度之十的九次方，約等於地球至太陽的距離；將周長除以高度的二倍，即得圓周率「 π 」 三點一四一六；金字塔的重量乘以十之十五次方，約等於地球的重量；地球之極軸每日改變，每隔二萬五千八百二十七年回復原位一次，以金字塔的兩條對角線相加，即等於二萬五千八百二十六點六的數字。測量金字塔內的國王御用寢室，可精確得到二種基本畢達哥拉斯三角形，即二比五比三及三比四比五，但金字塔在畢達哥拉斯出世前數千年即已製成。以上所述只是金字塔中神奇數字之一小部分而已！也有人發現塔底邊長只差不到七吋，便形成一完整正方形；塔方向

與正北方相差不及十分之一度；南面塔壁幾乎完全與東西方位線平行；子午線通過金字塔正好將地球之陸地與海洋分為相等的兩半。

如此極其精密的幾何學，設計者，以數學與天文學之數字來表現的才能，以古代埃及人的知識，實不可能！其使用之高度技術，迄今非人類所能知！

由於這些數字的存在，金字塔之建造必須得到一種，擁有雷射、計算機及反重力裝置之科技的支援。但埃及人建造金字塔的技術裏，並不曾使用輪子及駝獸，亦無滑輪、滑車、絞轆、絞盤或起重機等的知識，他們除了石頭、銅製工具、原始的測量工具及他們的肌肉外，一無所有！他們如何能造出如此龐大且幾近完美比例的建築物？在「鐵器時代」之數百年前，大金字塔便發現了一片鑄鐵，它可能是當時使用的工具的破片之一，這片鑄鐵是一種與它本身時代不相符的人工製品。

一九六三年三月，奧克拉荷馬大學生物學家們宣稱：已經死了將近數千年的埃及梅尼公主，她的皮下細胞，尚具有活動能力。在金字塔中無論是在容器內或地板上的那些有五千年之久的穀粒，仍可迅速發芽。乾藏於金字塔內的植物，如綠豆芽，只要供給水分，仍可再度生長。這表示金字塔能量並不會破壞生理組織中之生命力，但它會改變植物生長的速率；在金字塔中，植物生長的速率是在其他任何形狀控制箱中生長速率的三倍。如果把微小的人體細胞浸在滋養液中，然後放在金字塔

內，其壽命即可延長九倍。金字塔能量可以用來長期保存肌肉組織，如長期之太空飛行，或作為未來複製細胞時使用，此種能量可使食物變乾，但不致破壞其組織，故對單細胞之繁殖或者任何細胞組織之長期保藏而言，均是一種可貴的能源。

金字塔可能是一座用來聚集及儲存生命的能量的溫室。據福萊納甘博士稱：此能量，印度人稱之為 Prandh（在印度瑜珈派及耆那教義中表示生命的本質），或 Tandra（一種印度秘傳經書），或 Manna（以色列人在荒郊所得之神賜食物），神力（Odic force），俄國人稱之為「生命電漿」（bioplasm），艾倫蘭斯堡稱之為「生物宇宙能」（biocosmic energy），它圍繞在活器官組織之四週。金字塔之所以有此作用，據云：此種宇宙力在金字塔中的作用方式與溫室中紅外線能量的作用方式完全相同，溫室之設計可以使陽光以直角投射於壁上，因而室內可以得到最多的紅外線，且光線能完全通過溫室。

今日吾人當作度量系統標準的法國米尺乃依照科學家算出來的地球長度而制定的。但在 一九五八年，即國際地球物理年，地球精確尺寸被人造衛星測出，發現法國米尺並不正確。令人驚奇的是：埃及人用於測量金字塔的腕尺竟然是正確的，即腕尺與地球尺寸的五位數完全相同。

③

一九二九年秋季，土耳其古都伊斯坦堡之特布卡比宮（今

之博物館）保藏的一張古老的世界地圖，因種種因緣，被送到華盛頓國立圖書館。一九五六年為美國海軍部技術少校阿靈頓·馬萊里重新發現。地圖是地球的一半，角上註有土耳其文與拉丁文，內寫「余，土耳其海軍提督皮爾萊斯，根據二十張二千年前的古地圖繪製，一五一三年六月四日。」並簽名。地圖上畫有中東、近東、非洲、歐洲及印度之一部分、北美洲東部及南美洲，南美洲以南之南極大陸，亦清晰可見。

南美洲和北美洲海岸線，一直到十七世紀，經哥倫布、麥哲倫等之點點滴滴探勘，才正確知悉；至於南極大陸的海岸線，更遲至二十世紀後半，經各國探險家冒險前往探勘後，才了解的。但是這些知識竟然畫在一五一三年繪製的地圖上，而且是依據二千年前，即紀二前四世紀的古代地圖複製的。這一古地圖，繪製的方式也與現代的地圖不同，非洲與南極畫得很大，南北美洲却縮小了，但海岸線均畫得非常正確。

由化學家鑑定紙張與墨水，證實確在一五〇〇年代繪製的；由海圖專家們鑑定所畫的古代海流、島名等，也幾乎完全正確。紀元前四世紀，人類竟然知道南北美及南極，且正確的畫出海岸線，誠無法想像；尤其所畫的面積比例，地球正中非常大，越往外側越縮小，用意何在？直至一九五七年十月，人造衛星不斷升空後，由太空拍攝的地球照片收回後，方得大解；在一萬公里高空，標定在非洲南大西洋上之一點，俯視地球攝影或素描，則與此圖相同，即可繪製此圖之原本；且當時應在

「超古代」，南極尚未埋沒在冰裏。

(4)

一九五六年秋季，法國考古學家 Henri Lohte 率團自北非之阿爾及爾 (Alger) 出發，直抵撒哈拉大沙漠中央，探尋當地人稱之為「河流樂園」的地方。撒哈拉大沙漠正中央有一條綿延八百公里，標高平均二千公尺的提帕斯提山 (Tibesti Mts)，無意中在此崢嶸石山的山洞中，發現了無數壁畫，壁畫有馴鹿、鹿、麋鹿、長頸鹿、象、拿着弓的獵人、戰士、盛裝的婦女、跳舞的男人、遊戲的兒童、及乳牛、牛群、象等，描繪非常正確，色彩及造形均十分洗鍊，且能表現遠近距離感。彩色是使用礦物粉末及植物汁塗成。令人驚異的是畫有像獨木舟似的船，船上坐着獵人，旁邊有符號似的奇怪的文字或數字。此可證明：不知是什麼時代，這裏確實有過河流或湖泊，住民不但會狩獵，而且畜牧，並使用文字及畫具。這裏有過綠色的牧場，這些圖畫的年代，經化學鑑定的結果，最古老的部份，約出現於西元前八千年至六千年。

這是推翻文明史的大事件，埃及最古老的金字塔，大約是四千五百年前建造的；兩河流域最古老的城市，大約是五千年前左右的遺跡；但是在此之前，却已有人類知道飼養牛馬，並能以畫具畫出逼真的圖畫，生活於撒哈拉綠色的牧場——神秘的樂園！

更令人震驚者，經多次搜索、查看，岩石洞窟中還畫着數

幅怪畫，其中一幅有五、六公尺高的奇怪「人像」，具有人的形象，有頸部及上半身，但是臉上沒有眼、鼻，臉的正中畫着一個二重的圓圈，右頸下有一個二重的小圓圈，頭上像貼着四片金屬片，自頭至身，似全部罩在一件無縫的橡皮衣中，無論怎麼看，都像是一太空飛行員。另一幅有頭身、腰腿及兩手，兩眼部也有二重圓圈，全身同樣罩在無縫衣服中，兩手向前平伸，宛如我們所見的地球太空人首次登陸月球的景象。

洞人所畫的獵人、牧人，無論男女都沒穿衣服（有一、二幅，腰間似乎繫着布條），可能是此地當時氣候炎熱，不需穿著衣服。但是此畫却全身穿著，而且頭上還戴有頭盔及視孔似的裝置。他們是否萬年前來自某一星球的訪客，降落於此，由於他們不能適應地球上的空氣和氣壓，所以穿着密閉的壓力衣，戴着密閉的頭盔，出現於撒哈拉人之前？Erich Von Däniken 論云：「穴居的史前人之所以會畫出那些奇異的服裝，戴着頭盔的人像，一定是他們親眼看過畫中的人物，而非『藥物』、『幻想』或『自然主義』的作祟。」Henri Lohte 云：「整個輪廓簡單而粗拙，圓圓的頭上唯一特別的地方是臉部中間兩個橢圓形的東西，很像我們幻想中的『火星』人，如果『火星』人真的到過撒哈拉沙漠的話，那一定是好幾千年前的事了！」

相類似的古代「外星人」的壁畫或雕像，也相繼在下列各地被發現，茲略引數則：

1

地點：澳洲大陸東部之金巴黎山中。

發現者：澳洲國家博物館調查隊。

人像：頭上罩著圓形頭蓋或光環，沒有鼻、口，只有二隻眼睛，穿著神父似的長袍，人像頭蓋或光環中有六個文字，人像左邊，刻有六十二個小圓圈。

年代：不詳，由所畫的今已絕種的有袋類動物來推斷，約在五千五百年至六千年前。

2

地點：阿爾卑斯山之下摩尼卡峽谷。

發現者：法國人類學家阿納爾提博士。

人像：由尖銳岩石雕刻成二個面對面人像，線條簡潔，二人都戴著頭盔似的東西，頭盔上突出七、八根短棒，像是天綫，人像手中拿著三角形的尺，或是其他什麼器械，二人都似在無重力狀態中浮游。

年代：不詳。八千年前卡摩尼卡峽谷尚埋於冰河中。繼之，使用石器的太古人曾在這裏住過，這些人像似是他們雕刻的。

3

地點：中亞州的費加納 (Fergana)，帕米爾高原之西，塔西里山脈岩壁之上。

發現者：蘇聯語言學家澤柴夫博士，一九六二年。

人像：壁畫人像，左眼比右眼低而且小，鼻子也很奇怪，眼睛對著正面，鼻子却歪在旁邊，和口擠在一起，口旁似是一些麥克風、呼吸器、耳機之類的機件。畫像畫得相當正確，還有電綫、收音機等零件；胸前也畫著圓形機器，全身包裹在像撒哈拉「火星」人似的衣服裏，肩部有吊帶連接著一個降落傘似的袋子，頭部一半包在頭盔裏，另一半像噴著火焰；在身體右側肩膀上邊，有太陽或星星，放射著光芒，形狀橢圓，也許是飛行物體。圖的左側，有一盤形物體在雲端，下有類似火箭上升時噴出的火焰。地下綫上有三座小山，大地之上有一太空人似的完整形像，頭戴著頭罩，身披著擁腫的太空衣，頭身相連，頭罩上，插著二根天綫似東西，整個畫面，與地球太空人登陸月球的景象，彷彿相似。

年代：此地區之太古時代，歷史不詳。此地紀元前二世紀，中國稱之為大宛，是一片花木茂盛的綠州。此畫與紀元後錫爾克羅德之藝術風格完全不同，頗似現代之畢加索怪畫。

4

地點：菲洲中央偏東，今蘇丹共和國之邁羅耶，四千多年前庫修族古都遺址。庫修族原住於尼羅河上游一帶，為奴比亞人之一支，勇敢善戰，曾屢次與強大的古代埃及及古代亞述軍對抗、作戰，終因人數太少，不得不逃入叢林中，建立最後的首都。庫修人在邁羅耶時期，竟發明了優秀的金屬加工術與天文學，至今還留下可與近代共相媲美的鍊鐵廠及圓頂天文台

之遺跡。

發現者：蘇聯調查隊，一九五八年。

彫像：圓頂天文台基部曾發現雕刻有三千五百年前的飛彈圖，像一枝筆似的長形物體，以急遽的角度飛向上空，有尾翼部份，前端有十根天綫似的短棒，宛似一架超音速噴射機。在地面上，有一人坐在那裏操縱機械，物體與人像，線條簡單，與一般原始壁畫，大不相同。

據調查隊云：這是飛彈及飛彈發射台。三千五百年前只知道投石作戰的庫特族，在逃入叢林之後，何故會突然開化，甚至文明發達到能建造規模宏大的鍊鐵廠及天文台，還留下了飛彈及飛彈發射台的圖件，依常識而言，誠不可思議！

5

地點：中央亞細亞，費加納（Fergana）之南，靠近阿富汗邊境處，蘇聯 Uzbek 共和國之一鄉村 納色伊。

發現者：納色伊鄉村高中歷史教師，乃凱亞拉特寧，一九六一年。

人像：為火箭壁畫，畫法與邁羅耶的相似，素描簡潔，形狀與帕倫凱的火箭相似，同樣的火箭裏有似飛行員的人物，且有好幾人，這些人，鼻子上都戴着氧氣口罩。

年代：此地與費加納相同，自太古以來就有各種民族反復興亡，常會發現數萬年前先住民之遺骸。此火箭壁畫，經烏茲別克大學查證結果，年代約在三千年前。

6

地點：日本青森縣龜岡。

發現者：一九六〇年發掘，當時並未引起太大注意，只不過是泥土製作的小土人而已，但不久以後，部分科學小說作家與古代文物研究者却發生了懷疑。

人像：土偶身披鎧甲似的衣服，在胸部有很厚甲片，頭上像戴着盔甲，口上按裝着類似麥克風或者插座，眼睛巨大，有雙重邊緣的橢圓形，像是戴着防止強光或熱線的特殊太陽鏡。

年代：約九千至二千三百年前，乃日本繩文時代之遺跡，繩文時期的土人，只知道使用土器、石器、及極簡單的衣服，為何會有這樣的一個土偶？於是大家對這些土偶發生了爭論。有人認為這不過是一般土偶而已，也有人認為那是穿着太空服的飛行員的人像，但無論如何，那不是西日本文化圈的東西。英國之德克萊等人，把這一土偶與塔西里、錫爾克羅德的遺物，均列為第一級不可解之謎！

這些史前壁畫或雕刻，除上述各地發現外，美國、南羅德西亞、秘魯、智利、墨西哥、巴西等地，也有類似的發現。它們都有同一的主題，即：頭上有光圈或頭盔，身穿類似現代太空人的裝束，帶着類似天綫之類之東西，自雲端下降，大家敬之為神！穴居的史前人類怎會畫出那樣奇異之服裝？誠如 Dainken 所云：一定是他們親眼看過畫中的人物，而非藥物、幻

想、或自然主義的作祟！

(5)

自一九四七年，美國開始使用「不明飛行物體」(飛碟)名詞以來，世界各地時有出現的報導，但所謂「飛碟」，並非新近才出現的，勤奮的不明飛行物體研究者鑽研許多過去的紀錄，發現無數涉及不明飛行器的記載，其所描述的，與今日所見者均十分相似。如聖經，便特別富於這類的記載，聖經「以西結書」中的「燃燒的戰車」，即經常被研究不明物體的人員引為形容確鑿的飛碟之一。即使希臘、羅馬，及更早的文獻均曾提及，幾千年前出現在夜空，使民衆十分敬畏的「太陽」(多數的)、「月亮」(多數的)以及「鐮刀」(多數的)！

如果「飛碟」屬實，它至少有下列各項特點：

①他們的駕駛人員千方百計避免與地球飛行物接觸。
②他們所擁有的推動力，超常而優越；他們經過千百萬年的科學研究，可能已發展出超級的力源與發動器。

③他們對人類及人類的工作、乘具、原子設備等，似在耐心監視中。他們可能正在等待人類自動演變至「較進步」或「較可信任」的程度，便開始與人類聯繫。

④在飛碟上的人員，必須承受難以置信的重力，其設計人所運用的工程原理，超過人類今日所知甚多。

⑤他們並不在意人類在懷疑他們的存在，他們現在的做法可能表示，他們正以一種漸進方式，讓他們顯現在人類之前，

避免人類引起驚惶與震動！他們對人類似乎十分同情與關懷，很像智慧的主人之對於幼稚的殖民！

一九七九年十二月，蘇聯太空科學家驚人宣稱：他們已查出飛碟基地，外太空人乃自「泰坦」飛來地球！「泰坦」座落土星範圍內，是土星衛星，距地球七億九千五百萬哩。自電腦追蹤儀器，追蹤九十四件不明來歷的不明飛行物體，全部查出，均飛向土星。(註十八)

丁、

在廣大無垠的宇宙中，究竟有多少有智慧生物的星球存在？「人類是外星人的子孫」一書引加州技藝研究院的地質學家哈利孫·H·布朗博士說：「估計在我們銀河系的每一恒星都擁有一個行星系，每一行星系中都有二至四個行星具有像地球的環境及化學條件，這些環境及條件有利於像我們這一類生物之生存」，而「在我們銀河系便有一千億帶有行星系的恒星存在！」這意味着有二千億至四千億可能產生生命如地球人這樣的行星存在於吾人的銀河系！

海德堡大學的艾伯爾(Hans F. Ebel)在「外行星上的可能生命」(Possible Life on Alien Planet)文中亦曰：「天文學家同意，單獨在我們的銀河系中，有數百億顆適合人類居住，而與地球上相當條件行星的說法。」

康奈爾大學卡兒·沙根(Dr. Carl Sagan)博士於一九六二年在美國火箭社講演時，曾提出：「我們的銀河系中有多少

可能存在的文明世界？最低限度有一百萬個！」他解釋公元前八千至一萬年，地球上會突然出現蘇美文明，實是外星人在蘇美地方登陸之結果，並促使人類走上文明之路。他並估計：「擁有星際太空船的技藝高超的外星人，從五億年前生物開始在地球發生以來，至少已經訪問過地球五千次！」五千次，若平均分配於五億年之間，每十萬年才一次造訪！

如果確實有智慧超人的外星人的存在，外星人的太空船如何能到達地球？

平均而言，最接近地球的有「人」的星球，其距離地球至少也要一百光年，甚至於超過一千光年，光速每秒的速度為一八六三〇〇英里，故年速近於六光英里。如果光速是「宇宙間最快的東西」（愛因斯坦相對論），則外星人需耗費一百或一千年，甚至二千五百年的時間，方能抵達地球，（泰坦式的飛碟基地例外），這樣的旅行，當然要耗費終生！

但是，理論上也不盡然，賓德·弗林特便曾檢討到：

①「光速之極限」能打破嗎？一個具有百萬年以上科技傳統的 world，可能已找到美妙的的方法，以超光速穿越太空，以達到他們要達到的任何世界。科學是沒有什麼不可能的，正如過去正統科學家曾斷言：航空器絕不可能起飛！音速之限制絕不可能打破！火箭絕對到不了月球！今日之科學理論也面對一個可能性：光速之極限可能被打破！

②外星人可能很長壽，他們的醫學比我們可能強過百萬年

，所以他們享有千年或千年以上的壽命並不困難。基督教的聖經便列有許多享壽數百年的壽翁。在此情況下，百年之於千年，不過占一人一生的十分之一而已！這跟麥哲倫及其他航海家們毅然從事的以數年為期的旅行，實伯仲之間。

③外星人在旅程中可以使他們自己陷入「冬眠」或「生機中止」的狀態，一百年或一百世紀之間沉睡着，直至抵達目的地時為止。

時光是相對的，不同的速度及不同的力（如引力），可以造成不同的時光。愛因斯坦的「時光漲縮原理」，是人類在二十世紀才發現的，但它是一個自無始以來即已存在的不移定律。Erich von Däniken 在其所著的「史前文明的奧秘」中，曾引梅爾的太空手冊云：

如果一艘太空船以 $1G$ ($1G = 9.81 m/sec^2$) 之穩定速度推進，則在太空艙中的人及在地球上的居民會有如下的時光的漲縮：

地球居民年齡	太空艙中年齡
1	1
2.1	2
6.5	5
24	10
80	15
270	20
910	25
3100	30
10600	35
36000	40
121000	45
420000	50

即太空中的旅行者，若以1G速度前進，當他們過了短短的二十年，地球上居民已過了二七〇年，他們過了三十年，地球上居民已過了三千一百年，他們過了四十年，地球上居民已過了三萬六千年。如果其速度更增，則其差比更大！此所謂：「天上一日，人間千年」！所以那些來自外太空的訪客比起人類，更像是「長生不死」者！Erich von Daniken 即認為古代猶太教的耶和華，實為外太空的訪客，而不知時代的先知如以利亞、摩西、以斯拉等所見到的，似乎都是同一個耶和華同一個外太空的智性的生物。

如果人類的確是太空進化或星際進化的結果，地球是外星人的殖民地，人類是外星人和地球早期人種混血的子孫，那麼素問所云之「真人」、「至人」，便可解明了：他們是外星人，他們是人類外太空的祖先，他們在他們的本居地可能已經歷了比我們人類長數十百千萬年的演進，他們可能擁有比我們人類進步數十百千萬年的政治、經濟、社會體制，及科技文明，甚至於道德修養、精神生活、心靈境界！他們的形體構造、心智、創造力等，可能也比我們人類進步數十百千萬年。人類的腦細胞有一百億個，約十倍於猿的腦，人類的腦容量有一三七〇公克，約三倍於非洲人猿或大猩猩，但是人類如果與他們相比，可能相當於猿猴，甚至於昆蟲之於人！「非洲人猿至今還無法把自己的心像保持至足夠對它加以反省的那麼長的時間。」（見前引「人類是外星人的子孫」中「頭腦的線索」章），

而人類欲念之念念相續，「譬如狂象無鉤，猿猴得樹，騰躍踴躑，難可禁制！」（見佛遺教經），與猿猴又相去何幾！

他們的「民族」，可能已超越我們今日所擁有的「種族」、「民族」，甚至「國家」、「人類」等概念，而只為星際的文明、繁榮及和平，貢獻力量。這些「超級人種」的生活，可能是在一種完全富裕、滿足、和諧、繁榮、安定之中，他們可能已沒有什麼貪婪、仇恨、痴迷、貧窮、及什麼「戰爭」！他們的經濟體制，可能已創造出一種迄今人類尚無法想像的，免於壓榨、免於剝削、絕對公平的分配系統，或絕對公平的公有制度，他們沒有也不需「私有財產」，但也不是全體奴隸制之一員，他們沒有「勞而不獲」，更沒有「不勞而獲」！他們只為全體共同的福祉而工作，合作；他們不只關心他們自己所居住的星球的福祉，甚至關心宇宙內所有各星球的福祉，此佛教所謂：「橫徧十方，豎窮三際」，「以大悲光，照諸苦惱衆生」，「以大悲光，照有形無形，有想無想，及諸魔外……」，「以大悲光，照觸人天……」（見藕益六師集，四十八願文）。

他們有極高的知識、智慧，他們可能擁有我們人類夢想不到的「超級心靈」，一種「雷達電視銀幕式的心靈」（Erich von Daniken 語），甚至於如人類所了解的「心靈感應」，他們能把別人心靈上的圖像，投射在自己心靈的銀幕上，如佛教所稱：「宿命通」、「天眼通」等，或如藕益大師所稱：「我

慈眼最極清淨，普視盡虛空處，乃至極苦處，悉令安樂，極惡衆生，悉令賢善！」，「一一事於不可說不可說佛刹極微塵數世界，利益衆生！」（四十八願文）。

在各項藝術活動中，如繪畫、雕刻、建築等，他們可能也比我們優越數十百千萬年，如佛教阿彌陀經所稱：「從是西方，過十萬億佛土，有世界名曰極樂，其土有佛，號阿彌陀……其國衆生，無有衆苦，但受衆樂……極樂國土，七重欄楯，七重羅網，七重行樹，皆是四寶，周中圍繞……有七寶池，八功德水，充滿其中，池底純以金沙布地，四邊階道，金銀瑠璃玻璃合成……其佛國土，尚無惡道之名，何況有實……彼佛光明無量，照十方國，無所障礙……」也許正是他們所居的世界，真實的描繪！

藉着領先我們人類數十百千萬年的醫學知識，他們過去曾替我們人類「改良品種」，帶給地球上的人類以較巨大較優秀的頭腦，可以發展出更高更深的智力的潛能，人類的腦之複雜性才比較豐富些，人類才可以把圖象 任何他所要的圖象，投射在他自己心靈的銀幕上，它的創造力、推理力、及形成視象的能力，才比較進步些，終成為「萬物之靈」 人腦上某些腦細胞都各自與其他一萬一千以上腦細胞互相聯繫，它所造出的「電子神經」的交通網，至今電子工業界還無法仿造！

他們在地球的洪荒時代，曾替人類留下若干教誨，這些教誨，在人類的歷史時代，都變成了「神諭」、「聖訓」！人類

視之為金科玉律，因之珍重傳授，殷重保藏。但是由於當時的人類，混沌初開，民智淺陋，所以紀錄下來的「神諭」、「聖訓」，也只是片斷的、瑣碎的、零零落落，不成系統！試想：如果我們人類能替猿猴改良品種，讓他們能聽懂我們的語言，遵行我們的訓誨，猿猴們會如何紀錄我們的「神諭」、「聖訓」？加之，歷代人類中的「智者」，為這些「神諭」、「聖訓」作「制義」，所謂：「推理以存義，擴前聖所未發」（程伊川語），而至於註釋、疏解，這可能便是內經素問最早之發生。猶太教「聖經」中的創世記、出埃及記、撒母耳記、以西結書等亦然。古印度偉大的敘事詩「拉瑪·雅納」中，竟記載有：「不用馬的戰車」，「發射鐵彈的火弓」，「駕着有翼的車飛走」，能發出「雷一般巨響，閃電般的火災」的「威馬納」——一種神聖金屬所製成的工具。也有一種「能發射光的棒——布拉瑪，能噴出火與鐵，由遠處發出聲音，貫穿敵人的心臟」！（詳 Daniken 諸著）。

三千年前北印度僧侶所編寫的「瑪哈·巴拉達」，其中描寫戰爭，已有「噴火的飛鳥」，「帶火的箭」，及「印度拉的火」，此火「射出巨大的火球，軍隊被濃霧包圍，頓時天昏地暗，吹起了颱風，升起了黑雲，世界整個燒起來了，天上像有一萬個太陽似的明亮，市街崩潰了，水滾熱，馬與戰車燒焦了，不久，一切趨於寂靜，地上又晴朗，屍體燒得不成人形……少數倖免的士兵，拼命往河裏爬，沖洗全身，想挽回生命，但

生還的寥寥無幾！」現代核子戰爭的景象，也不過如是！這些可能是外星人在其他星球所見所聞的悲劇，以之教誨地球上他們的子孫！

如果以此觀點，了解素問，或可解明素問中許多難以理解之處，並使神秘的中國醫學之基礎理論，露出一線曙光。如素問中所敘的陰陽觀念（陰陽之基本觀念，及其具體應用，包括以之說明人體組織結構、生理功能、病理機制，甚至以之作爲診斷的綱領等。）藏象學說（五藏六府，奇恒之府、藏府間相互關係、藏府與五官諸竅關係等）。精氣神學說（精血津液、原氣、營氣、衛氣、宗氣、神、魂魄、意志思慮智等），經絡學說（十二經脈之走向規律，循行部位，流注次序，經絡表裏氣血，奇經八脈等），及病機學說（六淫七情，飲食勞傷，藏府經絡之病理等），甚至於色脈之診斷，運氣學說等。此等學說，既非肉眼閱觀所見，也非儀器微觀所見；既非哲學之玄思默想所得，也非科學實驗實證所得，但其真實性與正確性，現代醫學或科學既不能否定它，也不能詳明其機序！今日已有人主張，應以現代最新基礎科學，如：生物物理學、分子生物學、量子生物學、生命學、人體控制論等，對中國醫學、藥學之基礎理論，治療原理，藥物方劑，針灸，氣功，按摩等，開展多學科研究。（註十九）即以素問所敘「至人」、「真人」而論，也許將來宇宙生物學發展之後，吾人方能解知其一二！依此線索，則素問所稱：「提挈天地，把握陰陽」，這是

指那些外星人具有超人的智慧與能力，他們洞悉宇宙間各種複雜生命形質之發生，各種物理之結構，各種化學之反應，及各種自然之定律、法則，他們也早已能掌握各種生命在各行星表層演化的過程，其遺傳密碼或基因組合等，甚至於各種生命變化之定數、心靈之進化等。他們熟知世界之一體性，生命之一體性，不似今日人類所已知的有限的所謂科學的知識！今日人類已知的有限的科學知識，正被瓜分成一小格一小格的隔艙或壁龕，與真實世界必大不相同。真實的世界應是融合無間的，如佛教所稱的四法界：「從一真法界，分出理法界（『事相光虛，皆同一相』）、事法界（『為法森然，各有分限』）、理事無礙法界（『以理融事，會事歸理』）、事事無礙法界（『塵塵無礙，法法融通』），法以軌則為義，界以性分為義……」（見華嚴經·華嚴經論貫及華嚴經科目），或所稱十玄門：「一、同時具足相應門（如海一滴，味具百川）；二、廣狹自在無礙門（一尺之鏡，現千重影）；三、一多相容不同門（一室千燈，光光相涉）；四、諸法相即自在門（如金與色，二不相離）；五、秘密隱顯俱成門（片月澄空，晦明相並）；六、微細相容安立門（如琉璃瓶，盛多芥子）；七、因陀羅網境界門（兩鏡互照，傳輝相寫）；八、托事顯法生解門（立像腎臂，觸目皆道）；九、十世隔法異成門（一夕之夢，翱翔百年）；十一、主伴圓明具德門（北辰所居，衆星皆拱）。」（同上）。所謂：「無不從此法界流，無不還歸此法界」（華嚴經）

。真實世界決不能被當作片斷的、局部的，如今日之物理、化學、生物等各種分科來分析處理的！今日人類每一科學的分科，只把自己局限於選定的題材上，尚未認真的關心到與其他分科的關聯，更未努力於綜合的工作，並從而獲得一些比較完整一貫的知識，衝破一切科際的藩籬。但是他們，具有比我們人類優越數十百千萬年的科技文化，他們可能早已衝破這些一小格一小格的隔籬、壁龕及藩籬 早已跨越我們人類今日所處的「科際」！

上古天真論所云：「呼吸精氣，獨立守神，肌肉若一」，內經素問論精氣神，含義十分複雜深刻，涵蓋面又十分廣泛，極難界定。精：或指構成人體與營養人體之物質，在生理活動過程中，不斷地在消耗，又不斷得到補充與滋生，從而維持人體生命的物質；或指與生俱來，稟受於先天，為生命起源的物質，也是遺傳的基礎；或指構成人體五藏六府，筋骨皮毛等一切器官組織之基本物質；或指某種強有力的精神作用，獲致重大的精氣之轉移或蛻變，而產生某些臨床治療之效果。皆有精擇、粹美、光潔、精銳、精液、精神之意。氣：或指人體藏府經絡或器官系統組織之生理功能或全部動能；或指人體內流動而含有營養的精微物質；或指在自然界流通運行、微小難見，但是具有活性成份，與人體結構，具有重大影響的物質；或指食物、藥物或某種醫療方法，對生物體所引起之各種生化效應；或指自然界中，各種寄生蟲、細菌、濾過性病毒，或毒素之

傳佈，及足以危害人體健康之各種不良污染之環境；或指某一種疾病或症候群；或指各種複雜之心理反應，生理變化或病理機轉。當代學人分析針刺之「得氣」，或認為是活的人體內的「電磁波」，或認為是「神經機能」，或認為是全身的「潛伏能」，或認為是「電能」，甚至已創出能量的單位「泰」以測定之。其詞例之證引，具詳於拙作「素問精氣神初釋」一文中（註二十），茲不贅釋，素問論神，或稱「神氣」，或稱「神明」，或稱「神機」，或稱「神守」，或稱「神用」，或稱「神靈」，或稱「神變」，或稱「神轉」，或稱「鬼神」，或稱「精神」，或單獨稱「神」，顯然其含義已跨越人身之表面層次，如感官、思維、或生理、心理所支配之種種意識之內容，而到達人格之更內層、更深層之世界。此世界乃獨立於個人、種族、文化、宗教等背景之外的潛意識之精神領域，它是某種「微妙靈體」(Subtle body)：人之心身，所有內在在外在世界只是這種「微妙靈體」所反映出的某種鏡象而已；它是超感覺、超思維的世界，若藉感覺、思維，實無法到達，無法識別；它是絕對的，超越一切主客之對立與時空之束縛；它不是任何內在、外在之實體，也無時間上的事件或空間上的位置，更非意識或無意識狀態下所有感官、思維、生理、心理之若干經驗！它具有無限之生命、光輝及福祉，澈天透地，來去自在，如如不動，與天地合一。如果我們有肉體的經驗，它則是屬於「靈體」(Astral body)，如果日常之事是屬於低於精神

體，它則是屬於高層次的精神體。它是「我」，或「光靈」(Being of Light)，一種超越物理、生物之世界，并不斷轉生(一再化身)的實體，佛教稱此，或稱「心地」，或稱「菩提」，或稱「法界」，或稱「如來」，或稱「涅槃」，或稱「如如」，或稱「法身」，或稱「真如」，或稱「佛性」，或稱「總持」，或稱「如來藏」，或稱「圓覺」，真是「一法千名，應緣立號，備在衆經，不能具引」(見壽禪師唯心訣)；此種境界，過去許多證道的高僧們都曾體悟到，並有極深刻的描述。(註二十)

戊、

如上所述，素問所論「神」、「精」、「氣」，是如此之複雜淵深，更有甚者，是「神」、「精」、「氣」彼此之間，其含藏、聯繫、或傳變之錯綜複雜的關係。人之身心，乃由神、精、氣、形所組成，所謂：「人之氣血精神者，所以奉生而周於性命者也。」(靈樞·本藏篇)。神之領域，乃超越於精、氣、形之上，所謂：「心者，君主之官也，神明出焉，故主明則下安，以此養生則壽……」(靈樞秘典論)，「心者，生之本，神之變也。」(靈樞秘典論)。精氣形均由神所轉化，所謂：「陰陽者，天地之道也……神明之府也，陽化氣，陰成形……形歸氣，氣歸精，精歸化」(素：化，即神也，荀子：「狀變而實無別而為異者為化。」(正名篇)，孟子：「大而化之之謂聖，聖而不可知之之謂神。」(盡心章)。「易：「陰

陽不測之謂神」(繫辭)……化生精，氣生形。」故神全則精足，精足則氣足，氣足則形固，形固則不病。相反，若神亂則精散，精散則氣散，氣散則形傷。神全、精充、氣足、形固，是健康的保證；神耗、精虧、氣虛、形損，是衰變死亡之原因。神為精之母，精為氣之母，氣為形之母，故神存則生，神去(離軀殼)則死(神，永恒不朽，死者，分段生死，如水之一波而已)。唯有神之存在，方有人之生命及心靈之活動，而人之各種形體及精神之正常或異常狀態，均屬於神之範圍，如所謂：「神有餘則笑不休，神不足則悲。」(調經論)；「衣被不歛，言語善惡不避親疏者，此神明之亂也。」(脈要精微論)；「因於寒，欲如運樞，起居如驚，神氣乃浮。」(生氣通天論)。神精氣於生物體，乃三位一體，不可分離，存則俱存，亡則俱亡。當然，所謂亡，非斷見之亡，乃水一波之逝而已。

然則，神如何可全？在佛教，「明心見性」、「斷惑證真」之時，即全之時，在儒教，「唯精唯一，允執厥中」之時，即全之時。在基督教，「真信」、「悔罪」、「聖靈充滿」之時，即全之時。在回教，「清淨」、「祈禱」、「禮拜」之時，即全之時。此時是什麼樣狀態？曰：神聚不散，心道合一，神與佛俱，神與主俱，神與道俱，神與浩然之氣俱，筆不能書，口不能傳，證之則有，不證則無。但是，數千年來，在此娑婆世界，以我們落後於其他文明星球數千百萬年文明之幼稚歷

史，以我們卑下低劣，與禽獸幾希之遺傳基因，以我們爾詐我虞，弱肉強食的「自然定律」，以我們幼稚淺陋，耽於五欲之樂的卑劣習性，曾有幾人到達此境界？這真是：「夏蟲不足以語冰」，不同層次之境界，如何能詳言細說，透析貫通！如佛教圓覺經所云：「未出輪迴，而辯圓覺，彼圓覺性，即同流轉，若免輪迴，無有是處！」故素問上古天真論所云：「真人：呼吸精氣，獨立守神，肌肉若一，故能壽敝天地，無有終時。」此真人，非地球面人類生理問題，形壽問題，而是說明：宇宙中某一星空，的確有此種智慧生物之存在，此種智慧生物，自人類而言，當然不是人，而是神、真人、至人、人類自當以之為努力之目標，提升自己至此境界。

何謂「獨立」？傳勤家云：「道家之道，以出天地，超萬物為其極致。」（中國道教史）。在「明心見性」、「唯精唯一」、「聖靈充滿」之際，離欲寂靜，住「大禪定」（佛語），世事渾忘、無色、聲、香、味、觸、法；無無明，乃至無老死盡；無苦、集、滅、道；無智亦無得；當然是「出天地，超萬物」而「獨立」了！

何謂：「肌肉若一」？其生理之機轉實難明瞭，是否如六祖惠能、憨山大師、丹田大師、雲門祖師、無盡藏比丘尼等高僧之留下「肉身舍利」（其圖片見虛雲和尚年譜），數百年來，整個遺體，迄今猶未爛壞？

尤有進者，所謂「呼吸」精氣，獨立「守」神，及本論次

之所云：「積」精「全」神，甚至如生氣通天論所云：「聖人『傳』精神，『服』天氣，而『通』神明。」這些「呼吸」、「守」、「積」、「全」、「傳」、「服」、「通」等，不僅是神精氣的知識問題，同時也是「功夫」、「修養」或「實踐」問題。即神精氣完滿狀態之獲致，必須通過「呼吸」、「守」、「積」、「全」、「傳」、「服」、「通」等實踐之過程。但是如何「呼吸」？如何「守」？如何「積」？如何「全」？如何「傳」？如何「服」？如何「通」？素問固然言之未詳，但觀其「至人」句，強調「淳德全道，和於陰陽，調於四時，去世離俗，積精全神，游行天地之間，視聽八達之外」，亦可助疏解於一二，茲釋如次：

所謂：「淳德全道」，如前所述，這些外星人，由於在他們的本居地，可能已經歷了比我們人類長達數十百千萬年的演進，他們可能擁有比我們人類進步數十百千萬年的政治、經濟、社會之體制、科技之文明、及道德修養、精神生活、心靈境界，他們的形體構造、心智等，可能也比我們人類進步數十百千萬年！他們不僅了解各星球中各種複雜生命形質之發生，及各星球中各種生命演化之過程，他們甚至於能使用非常簡單而直接的方法，測知各種生命之欲求、意識形態、精神領域，甚至於心靈境界；不論自然界、藝術界、道德界，層層疊疊，無不精確了知，圓明通達。他們知道，如何能保持各個生命之和諧、安樂，進而尋求個體生命與全體生命之彼此圓滿關係，當

然必須具備有一套完善的行為法則 自律自制而不自覺為自律自制。正如人類世界所有的宗教訓諭一樣，雖然各教教義，各有歧異，但其根本之點，實則一致，此一致之點，便是避惡趨善：所謂惡，即貪心、恚恨、痴迷、懷疑、驕傲、自滿、嫉忌、詐偽、賊害、傷殘、淫邪等。所謂善，即不貪心、不恚恨、不痴迷、仁愛、忠信、寬厚、貞潔、勇敢、勤奮、正義等。簡單的說，即人類必須自其自我的獸性中脫穎而出，而趨於神性，此即「淳德全道」。

所謂：「和於陰陽」，即他們了解，宇宙是有規則、有定律的，任一生物體處於其中，必須「順乎自然」而善用之。他們不像人類西方之希伯來傳統，對自然採取侵略、控御的態度，他們也不像人類某些文明之相信梵天或上帝指導主宰宇宙的看法，他們所說的「道」，實際上即是宇宙的秩序或自然的秩序，「淳德全道，和於陰陽」，即指順乎自然法則，而不違逆自然法則，對自然既非消極的順服，也不以勝利者的優勢姿態君臨，對自然充滿占有、掠奪或破壞之心態！在他們的訓諭裏，人的地位是被肯定的，但人並非高高在自然萬物之上。人與自然萬物基本上是一體的，人不過比其他自然萬物鐘靈秀氣而已！但也逃脫不掉氣之聚散之普遍命運。宇宙間陰陽合德的普遍作用使自然萬物成為陰陽交感的大生命體，陰陽交感關係在於對立事物之互相補足，並產生親和力，以化生萬物為心。自然萬物既普遍的由陰陽感應所交織，並由化生萬物之心所貫穿

，所以人與自然萬物即是一個共同構成的有機體及生命。宇宙無窮盡，自然萬物也生生不息，故人之「壽」，也「蔽天地」，無有窮盡，此即「和陰陽」。

所謂：「調于四時，去世離俗」，這是他們訓諭人類，任何知識或智慧之獲得，必須先有淡泊的心志，健康的身體，簡樸的生活，及寧靜的思維。所謂：「四大康健，六根清淨，不染六塵，心無亂想，不有皆滯，不生斷見，不著空有，遠離諸相……志樂閒靜，清素寂默，不愛喧擾，不樂群居，常好獨處，一切無求，專心定慧。」（永嘉大師禪宗集）。這是「積精全神」，最低階段的要求。

所謂：「游行天地之間，視聽八達之外。」這是他們因擁有比我們今日人類進步數十百千萬年的科技水準，所以他們在太空科學方面的發明、創造，今日之人類可能猶望塵莫及！譬如他們對於星空間能源之貯藏、變換等問題，各種速度重力及其他更複雜的太空機械工程問題、補給問題等，可能老早已完全解決了；譬如「飛碟」，他們可能已能夠利用免費的能源作為動力，如太空中取之不盡，用之不竭的電磁能，這與我們飛機、飛彈之使用各種燃料完全不同，飛碟在飛行中，是否利用太空中的電磁能，以撞擊某種原子，在此過程中獲得免費的能源？所以他們可以輕易地在星空間往來飛行，傳遞信息，以了解各種生命在各行星表層之變化演進，藉着高度的科技的發展，促進星際的繁榮、幸福與和諧！

所謂：「至人」，這指的是宇宙星空間某一星空之智性生物，與「真人」可能不屬相同地區或相同時間，但是同屬於超智性的生物 神！

己、

如果素問所述的「真人」「至人」確是外太空某些智性生物 「神」，而且這些「神」們曾在地球的洪荒時代，訪問過地球，替當時地球上的「人類」（猿人）改良品種，頒佈「神諭」、「聖訓」的話，本文大胆提出：素問一書，內中必有一部分是這些外太空到達地球的訪客們所留下來的部分的智慧、知識的語錄。這些外太空智者之降臨地球面，也許是由於他們對地球上人類的繁榮、文明及福祉，十分關心，所謂：「往聖之先務……上主之深仁」（見林億素問序），「釋縛脫羆，全真導氣，拯黎元於仁壽，濟羸劣以獲安」（王冰素問序）。但先民草莽未闢，知識淺陋，如何能接受他們比地球進化逾千百十萬年的外太空智者的智慧及知識？所以這些智者們只好「上窮天紀，下極地理，遠取諸物，近取諸身，更相問難，垂法以福萬世」（林億素問序），深入淺出，「以至精至微之道，傳之以至下至淺之人」（同上）；因此之故，素問內容，多屬微言精義之語，所謂：「其文簡，其意博，其理奧，其趣深，天地之象分，陰陽之候列，變化之由表，死生之兆彰，不謀而遐邇自同，勿約而幽明斯契，稽其言有徵，驗之事不忒……」（王冰素問序），這些微言精義之語，皆屬開示性、原則性、

指導性、概念性的語錄（註二十一），實愈探愈出，愈研愈入，愈往而不知其所窮，有極高度的理性、科學性、知識性，能表現普遍的知識原理與價值；且文辭語氣之間，斬釘截鐵，決然斷然，絕不似一般文士，所忍所讓，吞吞吐吐，模稜兩可，猶疑不決！也不似一般科學工作者，敘述明晰，邏輯嚴謹，洋洋大觀！而當時聽聞的、紀錄的，也只能是片斷的、瑣碎的、零零落落，不成章節，毫無系統；這些「三皇遺文」（林億素問序），若干年後，經過一再的傳抄讀誦，某些比較聰明的學者，又嘗試着疏注解釋，於是正文注文，混淆一起，比注附會，糾纏不清，因之互注互演，繹成今日所見的素問八十一篇。其中當然難免：「世本純繆，篇目重疊，前後不倫，文義懸隔，施行不易，披會亦難，歲月既淹，襲以成弊，或一篇重出，而別立二名，或兩論併吞，而都為一目，或問答未已，別樹篇題，或脫簡不書，而云世闕……」（王冰素問序），或：「簡脫文斷，義不相接……篇目墜缺，指事不明……篇論吞併，義不相涉，闕漏名目……錯簡碎文，前後重疊……辭理秘密，難粗論述……」（同上）。即使宋代的林億與校之時，還嘆：「搜訪中外，叢集衆本，窗尋其義，正其訛舛，十得其三四，餘不能具！」。雖然如此，亦如Erich von Daniken所云：「在全球各別不同的文化中，有許多關於『天上的人』的傳說，此等人都像神一樣降臨世界，造福或指引人類！」素問至今字裏行間，還遺留有這些「上帝」、「神明」之教誨及指引的殘跡

。如氣交變大論云：「是明道也，此上帝所貴，先師傳之。」六節藏象論云：「岐伯曰：此上帝所秘，先師傳之也」。移精變氣論云：「色脈也，上帝之所貴也，先師之所傳也，上古使僦佉季理色脈而通神明……夫色之變化，以應四時之脈，此上帝之所貴，以合神明也……」。這些智慧或知識，既是「上帝」之口授，「先師」之所傳，所以受之者，皆以「靈蘭之室」、「全匱」等珍重保藏，殷勤修習，苦心參究。再傳之時，更是「齋戒擇吉」，「非其人勿傳，非其真勿授」，「傳非其人，慢泄天寶」。如氣穴論云：「……請藏之金匱，不敢復出，岐伯再拜而起，曰……」，靈蘭秘典論云：「……黃帝曰：善哉，余聞精光之道，大聖之業，而宣明大道，非齋戒擇吉日，不敢受也，黃帝乃擇吉日良兆，而藏靈蘭之室，以傳保焉」。金匱真言論云：「善為脈者，謹察五藏六府，一逆一從，陰陽表裏，雌雄之紀，藏之心意，合心於精，非其人勿教，非其真勿授，是謂得道」。氣交變大論云：「……余聞得其人不教，是謂失道，傳非其人，慢泄天寶」。六元紀大論云：「帝曰：至哉，聖人之道，天地大化，運行之節……非夫子孰能通之，請藏之靈蘭之室，署曰六元正紀，非齋戒不敢示，慎傳也。」

庚、

由於這些「神」，是來自外太空，故素問各篇章中有許多篇幅是討論宇宙結構、星球運行、地球物理，或各星球對地球

面之影響的，茲略舉二例，以為本文的結果。

(1)

五運行大論云：「帝曰：地之為下，否乎？岐伯曰：地為人之下，太虛之中者也。帝曰：馮乎？（王冰註云：太虛無礙地體，何馮（憑）而止住？）岐伯曰：大氣舉之也」。數千年前的人類，怎能知道地為（居）人之下，太虛之中，大氣舉之也？非外太空訪客，怎能觀察得如此清晰呢？

(2)

五運行大論云：「巨覽太始天元冊文，丹天之氣，經於牛女戊分；黔天之氣，經於心尾已分；蒼天之氣，經於危室柳鬼；素天之氣，經於亢氏昂畢；玄天之氣，經於張翼婁胃；所謂戊巳分者，奎壁角軫，則天地之門戶也。」所謂：「太始天元冊」，王冰註云：「天元冊所以記天真元氣運行之紀也，自神農之世（至）鬼史區十世祖，始誦而行之，此太古占候靈文，及乎伏羲之時，已鑄諸王（玉）版，命曰冊文，（此）太古之靈文，故命曰太始天元冊。」可見傳承之久遠。郭德淵撰：「陰陽五行學說及電磁場關係」（註二十二）云：「所謂丹天之氣，乃來自太陽系北方寶瓶座、摩羯座等星座發射在地球之強烈電磁波源。黔天之氣，乃來自銀河系東方星座心房諸宿，即西洋牝女座、雙星座等方向之強力電磁波源。素天之氣，乃來自金牛座及天科座方向之電磁波源。蒼天之氣，乃來自獅子座、人馬座方向的電磁波源。玄天之氣，乃來自天蠍座、巨蟹座

方向之電磁波源。由於諸星座在宇宙座標之方位對地球而言，分別為東南中西北，故五氣者，來自空間東南中西北五方向之強烈時變電磁波也。（五運之氣）是這些來自不同方向的各星座看不見的強大電磁波，當地球運行至較接近該星座時，來自各星座之電磁波必影響及人類健康。」

如果是這樣，那麼問題複雜了，試問：數千或數萬年前，手執簡單農具，日出而作，日入而息，鑿井而飲，耕田而食的義星氏之民，如何能擁有這樣的知識？何必擁有這樣的知識！

附註

1 重廣補註黃帝內經素問 明·顧從德雕版 國立中國醫藥研究所影印本。

2 見中華雜誌十七卷一九五號 李約瑟論中國科學傳統的優點與缺點 一九七九年十月。

3 真如：不生不滅故，見大乘起信論。如如：真常不變故，見金光明經。法界：交徹融攝故，見華嚴經。涅槃：衆聖所歸故，見般若經。圓覺：破暗獨照故，見了義經。菩提：與覺為體故，亦見般若經。

4 以上見六祖壇經、憨山大師集、蓮池大師集、絕餘篇、印光大師永思錄、慈舟大師集、太虛大師生平事跡、虛雲和尚年譜等書，台灣印經處出版。

5 見寒山詩集。

6 見 H. G. Wells·世界史綱。W. H. Werkmeister·進化時代表。阮維周·史前史與地質年代等書，下同。

7 見陶孟和譯·米勒利爾著·社會進化史(The History of Social Development)。

8 詳徐亮之·中國史前史話。亞州出版社·民四三年。

9 見 F. Weidenreich 著·中國人化石生存時代及其遺骸之病理傷害(The Duration of Life fossic Man in China and the Pathological Lesions Found in his Suela-ton. The Chinese Med. Journal 55, PP 34-44. 1939)。

10 見大陸雜誌一卷一期，楊希枚譯，W. E. Le Gress Clark 著·北京猿人。下同。

11 見 Sufa 月刊，一九七〇年六月份。

12 見 Henry G. Bieler: Food is Your Best Medicine。

13 本段參考戴達著·醫學與延年益壽。及 Harrison's Principles of Internal Medicine. The Merk Mannual of Diagnosis and Therapy (1977) 等書，下同。

14 以下摘錄 Howells CHL et al: Influenza Vaccination and Mortality from Bronchopneumonia in the Elderly, Lancet I: 381-383, 1975。

15 見民生報轉譯，魏茲曼科學學院雷何優特有關年老老鼠不時會產生攻擊自身淋巴球論文。民國六八年十一月二〇日。

16. Erich von Daniken 諸著，譯成中文者，有：史前文明奧

秘 (In Search of Ancient Gods)，時報出版公司，民六

四年。諸神的戰車 (中譯本為「文明的歷程」)，世界文物

出版社，民六四年。來自外太空的播種者，世界文物出版社

，民六四年。史前星際大戰，世界文物出版社，民六四年。

17. 人類是外星人的子孫 甄如如譯 巨人出版社，民六四年。

18. 見香港工商日報，一九七九年十二月廿九日。

19. 見匪情研究廿一卷五期，一九七九年二月，全國中西醫結合

座談會談話。

20. 見中醫藥研究論叢，陳欽銘著：素問精氣神初釋，台北市中

醫師公會編印，民七二年。

21. 素問中此類文句極多，如玉機真藏論云：「揆度奇恒，道在

於一，神轉不迴，迴則不轉，乃失其機」，張師漁帆釋云：

「卽此數語，已言盡解剖學、生理學及病理學之總綱」，申

言之，以目視其形色，如肉眼觀、鏡觀，以指觸其動作，以

鼻嗅其香臭，以耳聽其聲音，皆為揆，卽以實際之所見為基

礎，亦今所謂實驗，如實驗解剖學、實驗生理學、實驗病理

學等皆是。度，卽以個人之經驗學識作為衡量之基礎，而加

以考量、評斷。奇為異常，恒為正常，前者為病理學範圍，

後者為生理學範圍；奇恒，卽包括生理病理學也。道，卽宇

宙之自然現象，所謂：「道者，萬物之所以然，萬理之所稽

也」 (韓非子)，人身之構成，有神有形有氣，神役氣，氣

役形，形生氣，氣生形，若以形氣而論，父精母血，陰陽變

化，自生命初始之變化 (分裂、增生、分型、分職等)，生

老病死之循環，皆在一定之「神轉不迴」中，卽其「氣」之

方向，恒維持其一定之指向，受各種規律之支配，無法以強

力改變者，若硬施以強力之改變，此卽「迴則不轉，乃失其

機」。失其生機，死其生趣矣！「神轉不迴」是生理學範圍

，「迴則不轉，乃失其機」乃病理學範圍。推而廣之，若以

此寥寥數語，解釋世間一切，包括宇宙萬物之生住變滅規律

，何者不然！這豈是數千年前，地球洪荒時代，在原始公社

，茹毛飲血，男女裸遊的原始人類所能產生的智慧！

22. 見中醫藥論叢，中華日報出版。

中醫現代化

中藥科學化

達成向世界

進軍之目標

黃帝內經、周易、二十四氣

曹允貞

古之賢聖使用陰陽法則以說明「有形」、「無形」之變化，生化萬物之規律，簡稱之謂「易」。

「無形」者，稱之謂「氣」。「有形」者，稱之謂「物」。物有形，故易見而難明；氣無形，不可得見，唯智者能知之。故易者，難知難明。

周易者，興於中古之世，大備於孔子。其必有合於物者，因其能制「氣」也。吾曾閱覽周易，其始於「乾」成於「坤」天地萬物盡在斯矣。

二十四節氣者，亦「氣」也，古已有之，至漢始以二十四氣之名見於淮南子。

「氣」之為物，易言而難明。黃帝言「谷神」，谷神乃「一氣」耳。「一」者不死，故曰「谷神不死」。不死者能生生，而生生者不生。是以知「谷神」為萬物之母。其變化則分為六而生化萬物。

生、長、化、收、藏者，萬物生化之序，六節之分者，六氣生化之位。三十度以成月者，地支所應天地之氣位。五日為一候，三候為一氣，二氣以成月。集二十四氣以為生化之終始。

乾主天氣，坤主地氣；理不窮，而生不息；生生化化，週而復始。

（經）初之氣。「正月二月天氣始方，地氣始發。」

建子正月。「初九，潛龍勿用。」大雪、冬至。

（解）建子正月，天候開始安靜，無暴雷閃電水雹之擾，謂之始方。嚴冬已去，地氣復蘇，春氣始發。唯，先已履霜，其堅冰之必至，生化之氣微弱，故謂之「潛龍勿用」。

「所謂「龍」者，天地生化之氣謂之「龍」。

建丑二月。「九二，現龍在田，利見大人。」小寒、大寒。

（解）雖然時當數九大寒，而生化之氣已漸旺盛，臘梅初開，草木芽苞發。生化之機由潛伏而現於外，故曰「現龍在田」。

足徵「德博而化」，地德博厚而化物。

（經）二之氣。「三月四月天氣正方，地氣定發。」

建寅三月。「九三，君子終日乾乾，夕惕若厲。」立春、雨水。

（解）春之三月，春意正濃。萬物新姿煥發，發陳而更新，有

若「君子終日乾乾」、「與時偕行。」而夜則仍寒，尚宜「夕惕若厲」庶免於寒傷。

建卯四月。「九四，或躍在淵。」驚蟄、春分。

(解) 孟夏長氣至「天地俱生，萬物以榮。」故、驚蟄、春分而「或躍在淵。」以狀萬物欣欣向榮也。

(經) 三之氣。「五月六月天氣盛，地氣高。」「為夏之蕃莠，天氣交，萬物華實。」

建辰五月。「九五，飛龍在天，利見大人。」清明，穀雨。

(解) 建辰五月，天氣清明，五穀得時雨而蕃莠，長氣盈溢，故曰飛龍在天，利見大人。同聲相應，同氣相求，各從其類而生化萬物也。

建巳六月。「上九，亢龍有悔。」立夏，小滿。

(解) 建巳六月，長氣大盛，亢塞宇宙而滿。「亢龍有悔，盈不可久也。」夏之長氣，因滿而盡也。

(經) 四之氣。「七月八月陰陽始殺。」「天氣以急，地氣以明。」

建午七月。「上六，龍戰于野，其血玄黃。」芒種，夏至。

(解) 建午七月芒穀禾苗將枯，種子將成，故曰芒種。生長之意息，容狀和平。夏氣至此而止，亦秋之始也。天地之

氣交爭，故曰「龍戰于野，其血玄黃。」天色玄，地色黃，以示殺也。

建未八月。「六五，黃裳、元吉。」小暑、大暑。

(解) 建未八月，地氣已發難收，去而不盡，故小暑大暑，仍黃裳以示也。此乃陰氣留守之未去，不足與陽抗爭，不爭則元吉而勿害也。

(經) 五之氣。「九月十月陰氣始冰，地氣始閉。」

建申九月，「六四，括囊。无咎，无譽。慎不害也。」立秋，處暑。

(解) 建申九月，地氣已伏，天氣獨存，陰藏而陽殺，故曰立秋，處暑。秋收之括囊，既无咎无譽，亦慎而不害也。建酉十月。「六三，含章可貞，无成有終。」白露、秋分。

(解) 建酉十月，秋盡冬來，地氣始閉，生化之用已息，秋分有終。白露含章，章、明也，白謂之章。

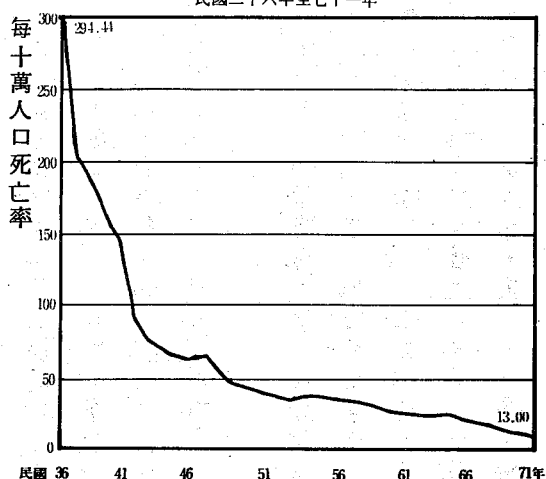
(經) 六之氣。「十一月十二月冰復，地氣合。」「水冰，地圻。」

建戌十一月。「六二，直方大，不習无不利，地道光也。」寒露，霜降。

(解) 地道形載，當藏而藏，順乎天，應乎時，直方之德謂之大，故无不利而道光也。

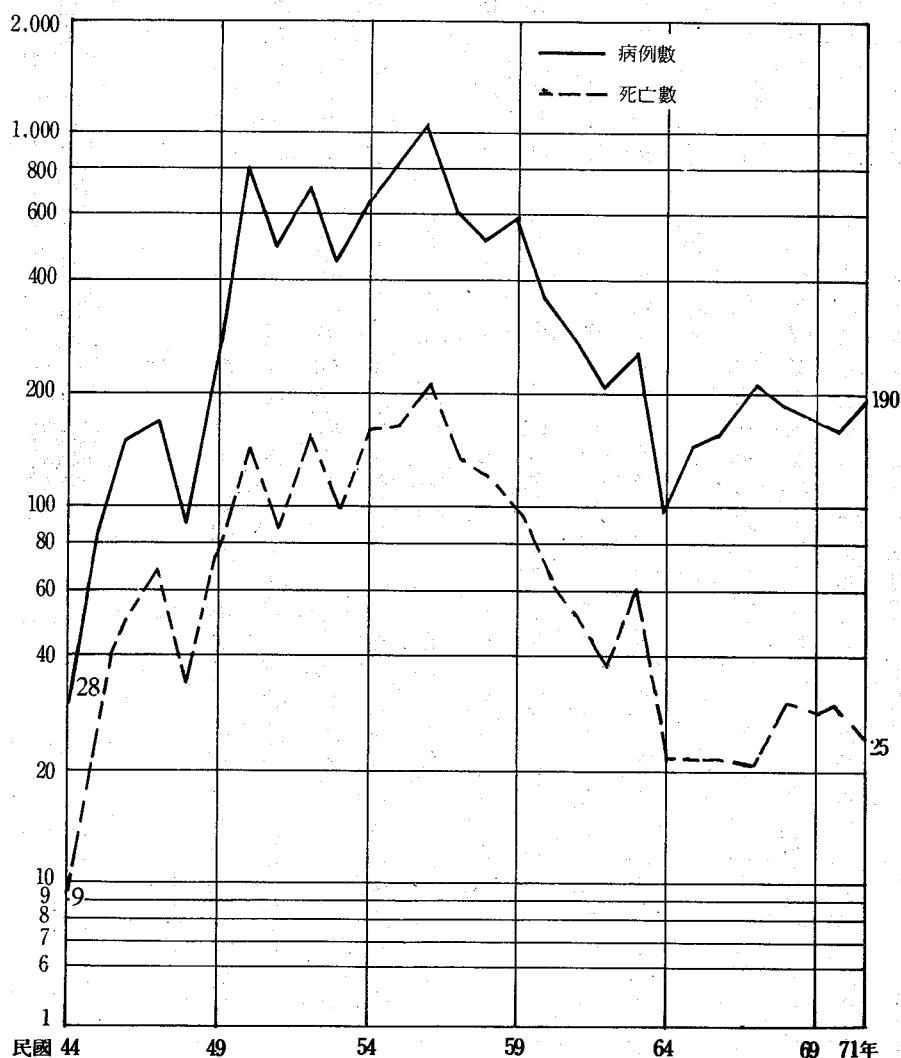
臺灣地區結核病防治成果

民國三十六年至七十一年



臺灣地區日本腦炎防治成果

民國四十四年至七十一年



建亥十二月。「初六，履霜，堅冰至也。」立冬，小雪。
(解)履霜，廣佈寒也，是以堅冰必至。故，有為者，不可不
慎其始也。

贊曰：物極必變，變則化生。生長化收藏萬物盡然。二十四氣
盈虛更作，生者不能不生，化者不能不化，生生化化，萬物咸
章。循環無端，曷有其至。

論氣與人體真氣及風濕五氣

蘇及弟

氣也者神秘莫測，氣困擾於人也古今同然。氣之難者難於氣之無聲、無臭、無形、無狀。氣義廣泛無際，氣之大者宇宙恒星，氣之小者礦動植物、以至於微生虫菌，不惟物物有氣，物外尚有空氣，氣類與氣能不勝詳舉，簡言之，無氣者無線電即廢。

筆者於此惟論有關人體，然蘊簡玄幻。至善精微期諸賢者。

太陽為陽氣之宗，地球為陰氣之本。陰陽兩氣，萬物所繫，光陰輪轉、陰陽變化、五氣運行。五氣者，風、熱、濕、燥、寒（熱包括陽光、暑火）此為天之五氣，或謂天氣，或謂大自然空氣，主宰生物、生存、生長、與生命也。五氣為氣，濕本為水、水為液體，化濕成氣，以育養物。水統五氣、風御五氣，均為生物重要營養份外，尚擔任體內運輸工作，風無形、目視不見、草偃木俯、飛砂走雲、颯颯蕭蕭，等等則為風力之可見可聞也。水為液體，目視可見，古聖嘆水之神奇曰「水兮水兮何生於水兮」水之小者如霧露，水之大者如河海，沖土倒壁、行船載鑑是水之力。風為氣、水為液，均為生物之本也。熱為陽綱。熱氣上升、主動盪，如交感神經之興奮促進。寒為

陰領、寒氣下降，主靜弛，如副交感神經之興奮抑制。陰陽寒熱，相對相反，為天規、地律、促進抑制平衡也。燥化氣、濕潤氣、濕餘為液為水、液水缺則為燥、燥濕相濟、五氣平和、為天地生物、自然孕育與養養也。五氣適於人體利用者，為正氣。五氣不適於人體利用，為邪氣。五氣與五臟、四季、四方、天干、五行，構成屬性，相化、親和氣。①風氣、肝臟、春天、東方、甲乙、屬木。②熱氣心臟、夏天、南方、丙丁、屬火。③濕氣、脾臟、長夏、中央、戊己、屬土。④燥氣、肺臟、秋天、西方、庚辛、屬金。⑤寒氣、腎臟、冬天、北方、壬癸、屬水。

人之呼吸為氣體交換代謝。吸者風也。呼亦風也。風御五氣經呼吸進入人體與血漿紅血球結合，風化為氣，經細胞燃燒脫離血漿又變為風，呼出體外，難經引難曰「三焦者氣之所終始」其意在此。或經細胞燃燒後，未及排出，亦謂風也。則風入肺，自肺之末稍小支氣管起，經小循環之肺靜脈、及大循環之大動脈、小動脈、微動脈、至細胞燃燒，此未經燃燒之風為氣，是可燃燒之清風、氧氣多、有益體氣也。自細胞燃燒後，

經大循環之微靜脈、小靜脈、大靜脈及小循環之肺動脈至肺胞氣囊之末梢，而後由呼吸呼出體外，此已燃燒之風謂風是雜氣、二氧化碳多之廢風、損害體氣也。若氧氣清風、不徇經脈循環、而妄行者亦損害體氣也。廢風之排出體外，由呼吸或噴嚏、或咳嗽、或放屁等。廢風若殘留人體某部，則某部風氣病痛也，廢風疾病，多數酸痛遊走不定處也。廢風疾病與傷風感冒不同，廢風疾病，多因氣血虛弱、新陳代謝受障礙、燃燒後廢風不能排出，留積體內為病也。經曰「治風先治血、血行風自滅」者此之謂也，氣血旺盛調和、則循環暢通、廢風自滅，此為治本之道。傷風感冒則多由表而裏，治宜先表與標，而後治本也。此為風不同、治法有異也。

濕本為水，濕為滋潤作用，各組織系統細胞機能，賴其滋潤產生機能功用作用也。濕包括水份、油份、淋巴液、血液、外分泌液、內分泌素等。由口入或呼吸或內生，水由口入經胃腸或與各溶解物混合，由腸絨毛微血管吸收，分別輸送各部利用，利用後水濕液或不能再利用之人體濕液，若殘留體內某部，即某部病痛，如濕積、痰、瘰、腫、脹、瘤、蟲等。廢濕液之排出體外由小便、大便、出汗、鼻涕、鼻血、痰液、女子月經等。

人體筋骨常患風濕酸痛者，則因筋骨氣虛弱者，新陳代謝受障礙、風濕燃燒後、廢風濕積留筋骨間之故也。如正常人，激烈運動、筋骨用力大、耗氣必多，燃燒後廢風、廢濕未能及

時新陳代謝排出，則漸時性、風濕痠痛也。筋骨氣虛弱者若遇氣候變化、天氣正氣弱、風濕新陳代謝受障礙則亦痠痛也。筋骨痠痛因素甚多，如熱氣、燥氣、寒氣。內分泌素不足。筋骨氣退化。微菌、外傷、食物影響等等、單病、併病，均能痠痛，故痠痛，不限風濕也。

人能呼吸、心跳、脈動，為人體有真氣。真氣無形、呼吸、心跳、脈動、為真氣之徵、與真氣之力，亦可謂真氣之形也。呼吸、心跳、脈動、屬自律神經系，自律神經中樞在延腦（延髓）。其機能功能在真氣。真氣存、則呼吸、心跳、脈動繼續。真氣歿，則呼吸心跳脈動息，故真氣歿雖有中樞、亦無能呼吸、心跳、脈動也。呼吸、心跳、脈動為細胞營養、新陳交換代謝、人體四組織、十大系統之機能功能，亦藉呼吸、心跳、脈動之力，產生機能功用作用。人體有正常呼吸、心跳、脈動，則有正常真氣功能作用。人體真氣生於父母、存於全身各細胞中與細胞間，人體真氣受太陽、地球之陰陽氣所運化。人體真氣如電氣。經絡如頻道。陽電、陰電、有線電、無線電、單流電、交流電、動電、靜電、光電、聲電、電子、電腦、不勝舉。有電即能，如人萬能、無電無能，如廢鐵糞土也。

電與氣同在，在生物則謂氣，生物各俱生命真氣，無真氣則無生命。真氣稟賦不同，人體真氣所稟，富於一般生物。如思想、語言、最為特殊、壽命長、智慧高、俱多能。如臟腑化學生產萬能。頭腦思想指揮萬能。耳目辨聲色物萬能。口鼻語

言香臭萬能。手足動作形態萬能。五覺感覺與組織系統機能功用作用等等莫不為能，無不是氣、無氣無能，有氣則能。能之多、氣之衆，由此可知人氣如電氣，人體亦如機械、電器，無氣則廢也。

人之生命在真氣，真氣受太陽能與地球氣（陰陽氣）所運化。真氣賴天氣與食物營養及內分泌素以養之。天氣者①風氣②寒氣③濕氣④熱氣⑤燥氣也。食物營養分性、味、質三大類。性者①寒氣②熱性③溫性④涼性⑤燥性⑥潤（濕）性⑦平性。味者①酸味②苦味③甘味④辛味⑤鹹味⑥淡味。質者①蛋白質②脂肪③醣（碳水化合物）④無機塩類⑤維他命⑥水份。內分泌素之分泌腺①甲狀腺②副甲狀腺③腎上腺④胰島腺⑤腦垂體或稱腦下腺⑥性腺⑦胸腺⑧松果腺等。營養種類雖多，不外氣體、液體、物質體也。亦則風、水、物、化學變化也。故風水物三要素，為人之生命生活，基本原素也。天之養人也以氣，由呼吸與皮膚受之，是無形整體氣循環於無時。物之養人也於有形營養，由口入點線面於有時。內分泌素之養人也於各細胞真氣機能功能之正常。

蓋人與生物在地球，如血球與細胞在人體，無不賴天地陰陽浩然正氣以養之，故草木知春、花開有節、物生有時、動物孕育不逾期，人體血球細胞亦如是，故生、長、衰、老、為光陰自然代謝，人雖萬能、無能遏止。人智雖高，畢竟所知有限也歟。

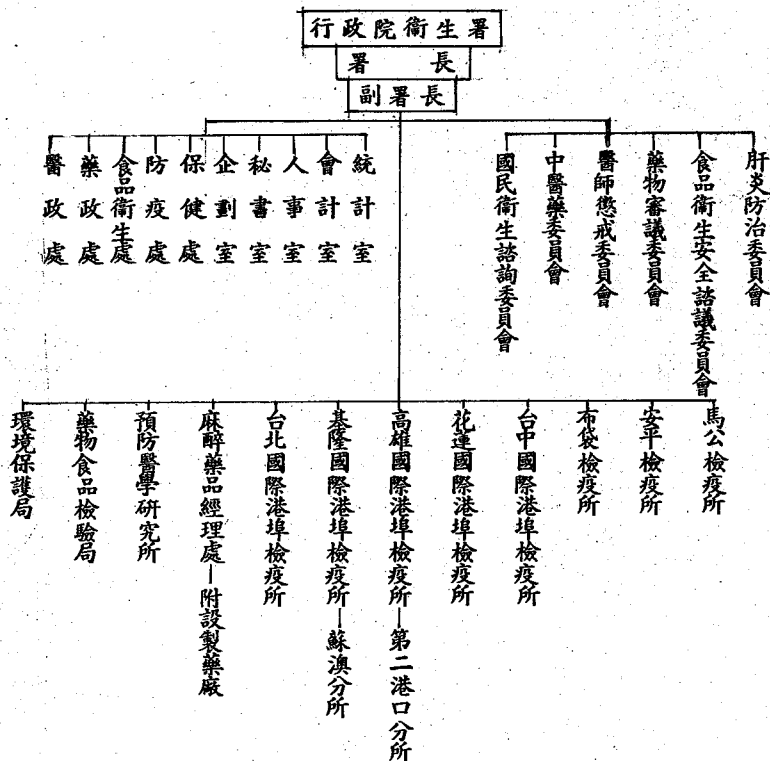
附醫案一則

林先生51歲公務員。自謂去年罹患咳嗽至今將近一年，在此期間看過多家西醫師，注射、服藥、咳嗽時好、時嗽、時密、時疏。照過X光，說正常，但是感覺咳嗽愈來愈嚴重，身體感覺越來越不舒服，因此想改換服中藥。經診察脈微弱、聲色正常。問飲食起居、痰、便等。答曰正常，但謂咳嗽無痰，若連續嗽多聲則有痰一點、痰色白。診斷：咳嗽已久脈又微弱者，氣虛無表邪。咳嗽無痰為燥。痰色白屬寒。診斷結論為肺氣虛弱併寒燥性咳嗽也。

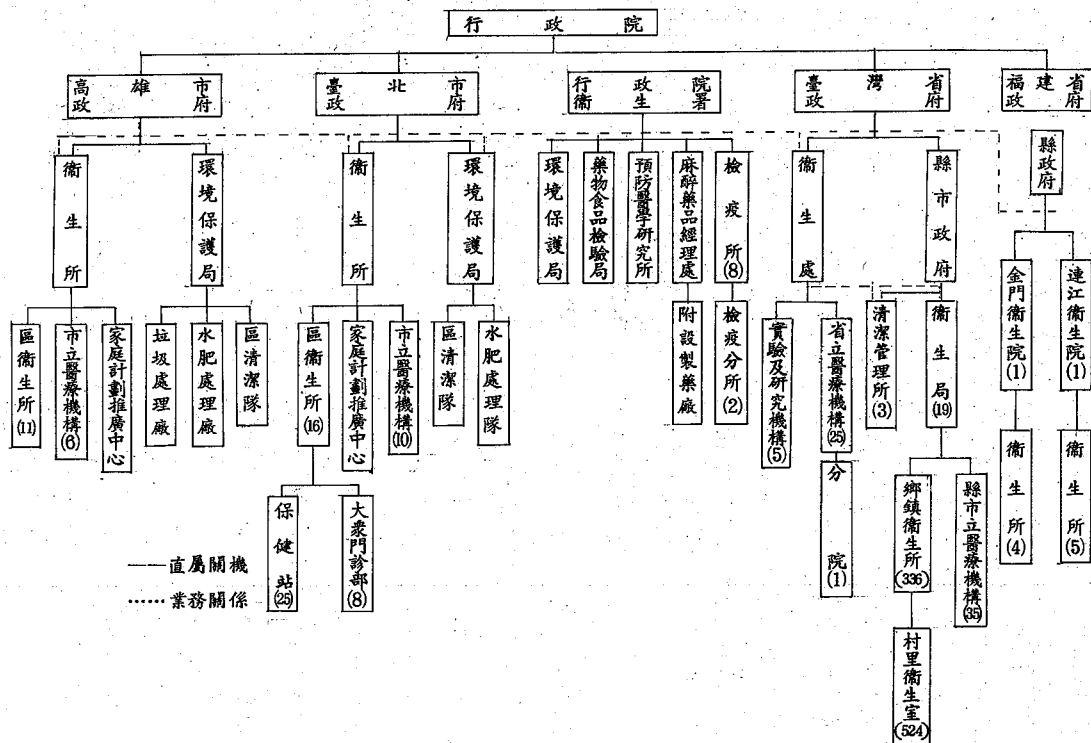
處方：正粉光參三公克研粉。加濃縮五味子一公克、瓜蒌仁三公克、熟地二公克、牛旁子二公克、橘紅一公克、寧嗽散四公克，合作六包每日三包，配溫開水服。忌冰冷飲物、及水果。經過二日來覆診，面帶喜容曰感覺咳嗽好多了，照前次藥可否多配幾天。因而照方配一星期份。囑其服後雖癒，因肺氣尚弱，再來看二次，徹底治療以免復發，後果如囑。藥理說明：粉光補氣、五味、熟地、溫氣、潤燥。瓜蒌仁、牛旁子潤燥、治嗽。橘紅利氣、寧嗽散治嗽。醫理：氣虛弱宜補氣、寒病本宜用熱藥，但因寒中帶燥，又久病多津潤，故恐熱藥反灼及燥症不宜熱，因而用溫潤。熟地性溫潤滋補，但性泥滯。粉光雖有補氣利氣之功，因久虛惟補不宜過。咳嗽多因氣積肺胸氣管及痰氣不利，故須利氣。但久病嗽亦不能太利氣，是配橘紅小許以副助利氣。五味子以滋補肺氣，燥性咳嗽喉與氣管最易

受傷，用牛旁子以潤喉氣管之燥也。肺氣弱，容易感冒，此方不宜感冒，患者謂路遠都合不方便，求多配幾天，但一星期已適足久矣。本方初感冒咳嗽，表邪實咳嗽。燥熱性久嗽，皆不宜也。

行政院衛生署組織



衛生行政組織系統



經絡學與現代醫學之融合

汪叔游

一、前言：科學的特定性 (Specific)

中醫使用經絡學說僅僅依據症候即可找出治療方法而不必斤斤計較診斷此點與早期的西醫講究依據準確的解剖部位與細菌之種屬來做診斷，兩者格格不入的。西醫之此種傳統由來已久，溯自 Claude Bernard (1813 ~ 1878)。即要求醫學建立在生物學之實驗基礎上，Virchow (1821 ~ 1902) 要求嚴格的解剖部位，Pasteur (1822 ~ 1895) 及 Koch (1843 ~ 1910) 要求特定的細菌，例如診斷肺結核病之必需從肺中找出結核桿菌，同樣地大葉性肺炎之與肺炎球菌，產褥熱必需從血液中培養出鏈球菌等，其嚴謹之科學態度真是一絲不苟。依此種眼光去看中醫傷寒論可以忽略一切外菌的種屬，而且小小的膀胱經在解剖上竟然可延伸包含從頭顱到腳尖的部位。乍看之下簡直是荒謬無稽。所以在十九世紀初葉，西方醫學之與中醫是水火之不相容。而且事實證明西醫在分割 (Reductionism) 觀念下發展出來的成就是如此之輝煌，尤從 1935 ~ 1945 年間磺胺藥及盤尼西林等抗生素的使用控制了細菌，在

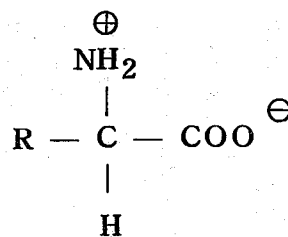
醫壇上更是平步青雲，使中醫望塵莫及。自 1950 年後在核酸的科技知識上建立了抗體 (Antibody) 的生物醫學，使得早年的要求特定化的層次更為提升，例如在 1950 年前的知識例如胰島素之與糖尿病、肝精之與惡性貧血、抗白喉血清之與白喉等等在近代免疫學科技之下變為渺不足道，目前對核酸的胜鍵可任意的被操縱改變其胜鍵 (Peptide) 作為研究探討了，至少 200 種的幼嬰先天疾病 (inborn errors) 對於小小的一個血色素分子中 DNA 的結構錯誤就發現有 240 種之多。從細胞膜的接受器上瞭解了所謂第二類的高血膽固醇 (Type II hyper cholesterolemia)、腎性尿崩症 (Nephrogenic diabetes insipidus) 及與針灸止痛有關的內生性鴉片胜鍵 (Endogenous Opiate Peptides)。亦是由與此種深入研究到達生物分子階層時就明瞭所謂早期認定的特定性忽然變為不特定了，例如霍亂病依據十八世紀 Virchow 氏及 Koch 氏之特定性應當僅是霍亂弧菌是唯一的病因，解剖部位應該在腸子之黏膜，但是依據目前最尖端的細胞接受器理論及神經傳遞素學說 (Neurotransmitter) 霍亂弧菌的內毒素分子鍵與另一種由胰臟內的細

胞自行產生的神經傳遞素VIP—小腸血管活動性鍵(Vasoactive intestinal peptide—VID)皆可同樣地敲動腸肌細胞膜上的接受器使細胞內的環核苷酸(CAMP)傳遞訊息導使腸肌猛烈地收縮產生與霍亂同樣的水瀉。所以此種霍亂相同的腹水瀉腹痛及急性失水又可稱為「胰性霍亂」，此胰性霍亂又有皮下潮紅之症狀合稱之謂Verner-Morrison's 症候群，如果依照水瀉之症候而言，霍亂弧菌並非惟一之特定因素，且病灶之解剖部位亦可能不在腸黏膜而移遷到遙遠的胰臟中去了。再來看中醫對猛烈之水瀉不言霍亂弧菌而僅依體內應變之機轉，水瀉腹痛轉筋等重點以色脈定其經絡之氣血營衛以八綱之表裏虛實寒熱定其在診療上補瀉之道。反而以簡御繁得其要領。這種當初被視為落伍的方法一變而忽焉在前，又豈是民國初年時期自命科學人士之所逆料。

二、中醫從經絡層次觀察病情

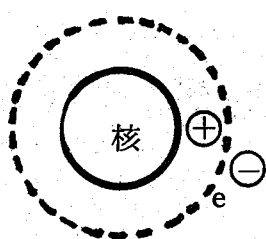
中國醫學遠從戰國以前的著作——素問靈樞到漢代張仲景的傷寒論中皆肯定地認定生物的體表最外層是屬陽性的，人體的最外層為足太陽膀胱經此與物理學上物質之基本單位——原子之構造恰為相反，原子是陽性的核在內，外繞以帶陰性的電子，但是構成生命的基本單位——細胞，在靜止時其外層之細胞膜是帶陽性的極化狀態，此點與古中國的經絡說相符合。中醫理論常言陰陽變化，在生物界中構成蛋白質之最小物質為胺基酸就

同時具有陰陽二個根，依外界環境的酸鹼度之變化以決定其活動性為碳酸的陰根或胺基的陽根，此特性稱之為Zwitterions (圖一)。生命之複雜反應皆肇始於此。陽性的外層共有三個：最外為足太陽膀胱經，次為足陽明胃經，再次為足少陽膽經，陰性的內層亦有三個，分別為足太陰脾經，足少陰腎經及足厥陰肝經(見圖二)。黃帝內經稱「陰平陽密，精神乃固」。

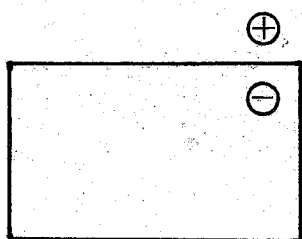


圖一 胺基酸的Zwitterions或Dipolar型

這陰陽二個不同的能量層在外者求其嚴密，在內者求其衡定，陰陽之開闔撐握了個體對外界之交往，包括一切物理性或化學性，細菌或濾過性病毒及精神壓力等刺激，中醫理論統稱之為外因而不細分，例如當某類細菌或病毒侵入發生之病理變化或生理平衡僅觀察各層次之反應狀況，而不像西醫那樣細究侵入者之個體。有如研究高能輻射時，質子之活動軌跡太劇太快無法捉摸但可由密封之霧箱中觀察水霧的能量變化時的痕跡以瞭解之。又如空氣中氣體分子之活動本不可見，藉窗隙陽光縫中塵粒之亂動而見之，又如水中分子之布朗運動可從滴入之鮮艷墨水之滲透彌散而見之。中醫傷寒論利用足太陽膀胱經的反應作為霧箱用「汗出」或「不汗出」以決定選用「桂枝湯」或「麻黃湯」為治療。至於太陽中風脈浮，



<甲>



<乙>



<丙>

圖二 物理世界之原子結構（甲）生物界之細胞膜之靜止極化電位（乙）及人體之經絡層次（丙）

中寒脈緊則為次要之參考。反觀西醫對出汗之症候就很忽視，中醫講究在晝間醒時出汗為自汗，夜間寐時出汗為盜汗，又有熱越的頭汗，全身的油汗，心窩汗出等細別。因為汗出為熱控制（Thermo-regulation）的機能。次級的週邊熱控制是腎上腺髓質所分泌的正腎上腺素（Norepinephine — NE）共有四條管路控制之，其一在初生兒可使肩胛骨間的黃色油脂（Brown Adipose tissue）分解出自由脂（FFA），其二可由橫紋肌肉收縮發抖以獲得熱能，其三可由細胞膜鈉、鉀及鈣等幫浦作用取熱，其四可使氧化磷酸化作用（Oxidative Phosphorylation）產生ATP之過程鬆弛（Loose Coupling）以產生大量熱能。當腎上腺髓質的NE使第一、第二、兩個管道作用時體溫升高使交感的節後神經乙醯膽鹼（Acetylchive）控制汗腺而出汗或不出汗。所以從「汗出」或「不汗出」就可明白交感神經腎上腺髓質軸（Sympatho-Adrenal-medullary axis）之與交感節後神經之活動協調功能及生理病理機轉，亦就是太陽膀胱經的開闢功能，或者說是「衛氣」的作用。當侵入的熱原（pyrogen）觸使NE把四條管路完全開放產生更多熱量或由週邊熱控制移到中樞下視丘的眼前區（preoptic）出現週邊血管擴張的紅潮的大熱、大汗、大渴及脈洪大，在中醫傷寒論中稱之謂足陽明胃經的白虎証了。當大汗後急速地喪失水份導使血液變濃縮的高血鈉（Hypernatremia）而滲透壓增高，此時無痙攣但肌肉會僵硬（rigidity），高熱，神志不清，

出現自主神經失調 (Autonomic dysfunction) 症狀為心跳快速，血壓忽高忽低，大汗、呼吸困難及小便失禁等。在中醫稱為足少陽膽經的柴胡証：脈乍小乍大之「瘧家」。以上為較快速之病變屬陽經之症候。當病變進行較緩慢而深入到太陰及少陰經時，例如慢性泄瀉或中暑 (Sun-Stroke) 血中鹽份緩慢損失導致低血鈉 (Hyponatremia) 或者是癰症後期分泌抗利尿素 (Antidiuretic hormone-ADH) 而使水份蓄留，血液之滲透壓降低之「低血鈉症」(Hyponatremia) 出現水腫及水的代謝失常。在中醫稱為水毒病或水飲、懸飲症。在脈診出現濡脈即為足太陰脾經之反應。出現細微脈，噁心、嘔吐、嗜睡 (Zethargy) 即為足少陰腎經之反應。在西醫稱這種由抗利尿素導致之低血鈉症為 Schwartz-Barther 症候群，在傷寒論中稱為少陰腎經四逆証。當腎上腺皮質 (Adrenal cortex) 參與時有二種內分泌素，一為留塩激素 (Aldosterone)，另一為可體松，二者皆可加強由鈉之再吸收，引起高血壓。後者更可引起 Cushing's 症，中醫的厥陰實証為肝陽上亢與西醫的高血壓症相符，在能量層次最內層的核心是足厥陰肝經，此肝經與腎經二者常相互絞鏈呼應，中醫所稱的肝腎陰虛之火為雷龍相火，較陽明胃的實火更為難治，且手厥陰心包經與足厥陰肝經可以逆傳是中醫的急症，可以發生閉脫與瘧厥即西醫的昏迷 (coma) 與抽搐 (convulsion and seizure)，在西醫臨床亦有一種發燒持續不退，大量抗生素及退燒藥皆無能為力稱之謂膠原病 (Collagen Diseases) 或在十日後出現暫發性腎

上腺皮質功能不足症 (Cortical insufficiency)，如果給予腎上腺皮質素可獲神奇之效果。西醫之治療腎衰竭用洗腎方法可維持得很好，但是如果合併有肝病則會有百分之七十五的患者就會死亡，可見肝與腎二者相關之密切也。

三、藉著西醫在神經內分泌學的發展使經絡學說之面貌一新

在一九一一年 Canon 觀察到交感神經腎上腺髓質系統所釋出的兒茶酚可維持體內環境之恆定，此點在上文已指出似與中醫的足太陽膀胱經之功能符合。一九三五年科學家們發現如果外界所加之壓力太大或太久，維持內部之恆定似不可能。至一九三六年 Selye 氏倡出腦下垂體腎上腺皮質系統而完成了心身疾病之學說，在上文中指出其與中醫的陰經功能相符。雖然仍然無法對中醫經絡學說作圓滿的解說，直至一九四〇年由生物化學方法之進步認清了下視丘腦下垂體腎上腺皮質系統 (Hypothalamic-pituitary-adrenal-Cortical system) 亦就是類固醇 (steroid) 對外界應力之反應在腎皮質及腦下垂體之上增加了一個釋放因子，此即後來證明是中樞鏈神經傳遞素，由此對腎上腺素之功能更為明瞭，一九四八年 Von-Euler 發現正腎上腺素 (NE) 亦為一種神經傳遞素。一九六二年 Hillard 及 Falds 發現在腦下垂體之上更有兒茶酚的神經元。一九七五年發現下視丘可放出各種釋放荷爾蒙 (Releasing hormones) 及神經傳遞素以控制腦下垂體，而且這種神經傳遞素亦可以在中樞神經以卜甚至在胃腸系統中亦可產生，例如內生

性鴉片胜肽就是胜鍵的神經傳遞素——腦啡（由與此一發現使得針灸瀰漫而遙控性的止痛功能得到科學性的解釋。

早在一九三八年 Feyrter 提出 APUD 的新名詞 (Amine Precursor Uptake and decarboxylation) 係早年 Zellen 描述的一種瀰散性的內分泌細胞，具有對胺類前衍物的攝取與去羧化作用，可產生兒茶酚，亦可產生胜肽鍵。此種細胞保留了原始在胚胎期神經外胚層的根性，或者在癌腫的缺氧情況下可以喚醒其原始的根性記憶，生產出與其分化後本身毫無關係的內分泌，例如上文指出胰細胞的分泌 V I P 神經傳遞素引起霍亂性的水瀉，此種非正統的內分泌不受回饋控制。近年來對癌症的非正統內分泌之研究發現與胰臟內分泌有關的癌瘤可分三型，皆稱為多樣性內分泌癌候群 (Multiple Endocrine Neoplasia syndrome-MEN)。

一、第一型 (Type I-MEN) 又稱 Wermer's 症候群。常與副甲狀腺有關故可引起高血鈣症，因為又可分泌胃激素 (gastrin) 的神經傳導素在臨床上可引發十二指腸潰瘍，胃酸分泌過多及脂便 (steatorrhea) 等症狀特稱之為 Zollinger - Ellison 氏症，與中醫的泄瀉亦相關。

二、第二型 (Type II-MEN) 又稱 Sipple's 症候群，如係甲狀腺髓質癌則可稱之為 Von Hippel's 症候群。最常見的是腎上腺髓質癌 (Pheochromocytoma)。此第一及第二兩型皆可造成高血鈣症，故與中醫的淋濁症有關，因為血鈣高易於形成泌尿系之結石也。

三、第三型 (Type III-MEN) 與黏膜神經瘤有關，例如節神經母細胞癌 (Ganglio-Neuroblastoma) 生在交感神經鍵上或腎上腺髓質之中，因產生 V I P 的神經傳遞素，亦可引發泄瀉，稱為 WDHA 症候群，W 指水瀉 (watery diarrhea) H 指低血鉀酸中毒 (Hypokalemic acidosis)，A 指無胃酸 (Achromydia)，此與上文的 Zollinger - Ellison 恰為相反，可以出現在胃切除或迷走神經切斷後之後遺症 (Dumping)。

四、結論：從上述可知，所謂經絡學是中醫用來觀察個體內對外界反應所造成的現象，例如用膀胱經的出汗來看血毒 (Toxemia) 之前驅症候 (Prodromal)，胃經的大熱、大汗、大脈來看敗血症 (Septicemia)，膽經的乍大乍小脈與癰來看自主神經之失調症，腎經的嘔、嗜臥來觀察低血鈉症，肝經的藏燥來看高血鈉症，厥陰的痙攣閉脫與中樞神經急性病變等。今再以癌症各類之症候群為例，用神經傳遞素與 APUD 系統作為說明，則以往對中醫之隔置皆可融會無礙矣。何況中醫的此種奇實觀點對西醫而言亦多了一種不同的研究看法。但有一點值得我們警惕的是西方醫學是力行者，是日新月異蓬勃地朝著目標猛進，僅以十年的研究就弄清楚了針灸與腦啡之關係，而反觀中醫之萎縮與無力及中國人之對中醫的偏見，再過幾年連我們最足以自豪的傷寒與溫病的方劑學亦將被西方科學家短短時間內與現代科技相貫徹，若果如是亦只有在學術無國界之無奈下自嘲而已。

中藥概論弁言

張拙夫

中藥，是中國醫學的產物，是中國偉大的資產，其對治病應用之早，冠絕世界。於今藥典浩瀚，皆吾列祖列宗，先聖先賢智慧之結晶，經驗之積累，用貽世代子孫，資之保健。吾民族賴之以繁衍；且遠至日、韓，遍及南洋等地。

中藥於國內之式微，主要於清季中葉，海禁大開，國人積弱之餘，懾於列強之船堅礮利，由愚昧無知之排外，一變而為自卑心理作祟，對固有知識能力喪失自信心所致。

現時各方對中藥，日益重視，已在重新確定其價值。吾人實應對此一固有之學術，奮起發揚，以恢宏其價值。揆諸中國藥學，乃中華文化之一，國父於民族主義第六講中，即強調我民族固有之知識能力，並以迎頭趕上西方物質文明相諄囑。先總統 蔣公復號召復興中華文化，重振民族精神，是以積極發揚此一固有文化，實不容置疑，應以承先啓後之精神，致力於中藥之研究發展，以樹立一新的里程碑。

研究中藥，固須了解藥物資源與實用。欲知其實用，則必對藥學有確切之體認；藥學乃研究藥物應用之學識，故研究中藥必須先對藥物之發明與發展，知其梗概，再對藥學之著作，

詳細研究。因歷代藥物書籍，對其應用有分別論述。對藥學之研究體系，亦應明晰，非由此則難期瞭解藥學之整體。對往昔已研究之藥物效用，亦非由固有學理，進行闡釋，則難以知其所用，是對藥學之學理，亦必置於研究之列。以往先賢所留藥物應用之法則，乃經驗之累集，由人體所作之證驗，而加以著錄者，尤須研及。藥物治病，尚非藥之個體所可獲致，必賴集體應用以奏功，往昔之成方，皆先賢竭精積思所創製，吾人不僅應有所知，實應有所真知，予以推廣；不應以己有為滿足，當更求精益，故對現時研究之所得，亦應明悉，不可忽略。今國內外，對中藥之研究，均甚重視，於國內尤有新的體認，新的評價，對當前所有之措施，及國際間之研究情形，均應有所知，藉相激勵。中藥之發展，端賴吾人及時奮發努力研究，對現時應致力的目標與今後應奮力的方向，須盡其在我，始能將中藥之價值，弘揚於世界，而裨益人類。

中國藥學，雖為中華傳統文化重要之一環，而昌明藥學，不分種族國界，為人類共同追求之目標，闡揚中藥，並非復古，而係創新；應為復興中華文化之先驅，亦所以重振民族固有

各國平均壽命之比較

中華民國六十八年（1979）

國 別	男	女
中華民國臺灣地區	69.4	74.5
日 本	73.7	79.1
丹 麥	71.4	77.6
瑞 典	72.6	78.9
奧 地 利	68.8	76.0
※西 德	69.2	76.0
挪 威	72.2	79.0
瑞 士	72.4	79.1
英 格 蘭 及 威 爾 斯	70.2	76.2
冰 島	74.2	79.8

資料來源：World Health Statistica Annual, Volume I, WHO, 1981.

附 註：※為1978年資料。

知識能力。吾人從事中藥研究，非只以藥之效力而濟世，亦係為民族文化復興而致力，乃中華兒女對國家應有之貢獻。本書共分十章，其內容及有關資料，儘量搜求編述，以供研究參考，惟以時間匆迫，草率成篇，敘述簡約，殊多缺失，尚祈海內外同道，不吝指正為幸。

粗出生率、粗死亡率及自然增加率之國際比較

中華民國六十八年（1979）

國 別	粗出生率	粗死亡率	自然增加率	國 別	粗出生率	粗死亡率	自然增加率
	%	‰	‰		%	‰	‰
中華民國臺灣地區	24.4	4.7	19.7	※美 國	15.3	8.8	6.5
香 港	16.8	5.6	11.2	英 格 蘭 及 威 爾 斯	13.0	12.1	0.9
以 色 列	24.6	6.9	17.7	冰 島	19.8	6.6	13.2
日 本	14.2	6.0	8.2	西 德	9.5	11.6	2.1
新 加 坡	17.3	5.3	12.0	挪 威	12.7	10.2	2.5

資料來源：World Health Statistics Annual, Volume I, WHO, 1981.

附 註：※為1978年資料。

中醫藥界的使命與發揚之道

鄭阿乾

醫乃仁術，不分中西，各盡神聖工巧，發揮所能，中華民族有悠久燦爛的文化，尤以中醫藥有獨特驚人之療效，當人們的身心不能維持原來的平衡狀態的時候，就會發生各種疾病。而中醫是視人體為一有機之整體，故不論內、婦、兒科各種疾病，皆可藉中藥、針灸以及各種生藥藥業物理等綜合療法，使身心恢復原來的平衡狀態，達到治療之目的，故中醫治病，必求其本。

隨著時代一天一天的進步，我們所擁有最優秀的國粹，更應有突破性的發展，運用最科學的方法，來宏揚最古老的醫學。所謂科學，只有真理，並不分古今，更不分中西，但研究者，不能忘其歷史、背景，中醫在古代即傳遍東亞各國，甚至歐洲，日本亦派遣學生來我國研究中醫學術。可謂是我國歷史光榮的傳統文化，所以我們應認清優秀的傳統文化，必須有繼續不斷的系統，我們要繼承我國醫藥在古代的光榮，更要跟上時代，不斷的研究改進，學習現代醫學，建立古今橋樑，溝通新舊醫藥的系統，冶為一爐，變成一個完美的中醫學術。

近年以來中醫藥界已漸受國家社會的重視，如中醫勞保即

將實施，中藥商執照又將舉辦考試，每年定期的中醫師檢定與特考等，足以證明中醫藥的美好前程。尤以72年中醫檢考更以「中醫的優點」為題材，可見政府對中醫藥的發展已有了相當的重視和支持，所以我們要好好珍惜，團結奮發，使中醫藥走向更科學更現代化的途徑，使中醫藥學術發揚光大。

所謂團結，就是力量，有了進步，才能生存，中醫學術的進步，將使社會更安定，人人都健康，國家更富強。

對中醫藥的發揚及改進之道，本人謹以幾點淺見願與先進道長共勉。

一、每位中醫師應將自己治療最具心得的病症，或持有之良方，以書面公開提供中醫師全聯會，由全聯會將這些珍貴資料印成手冊，分發各中醫師持用，並酌收成本費，如某中醫師治病過程遇到困難或者效果不理想時，可參考資料手冊或介紹具有該科專長之中醫師會同診療，不僅可將患者很快的治療，且可提高中醫界聲望。

二、中醫藥界，應加強從業人員對藥物之認識，尤其對藥物的真偽，要善加分辨，切勿使用偽劣藥及來歷不明之藥物，

維護中醫藥界之信譽。

三、中醫界彼此同心協力，發掘良方，並以仁心仁術精神服務社會造福人群的宗旨，建立患者對中醫診療的信心。

四、中醫界常舉辦定期義診，並舉行研討會，藉此交換心得，視經濟許可，提供研究基金，增進醫療技術的交流。

五、中醫藥界，可將研究心得或有關醫藥之寶貴意見，提供給現有的中醫藥刊物，如新醫藥報、明通雜誌、大同中醫雜誌、中醫藥雜誌、勝昌藥誌等，藉以互相閱覽參考，更可互相鼓勵。

六、醫術固然重要，但醫德更重要，如不實的招牌、誇大的廣告、廠商的回扣等不良現象都應消除。醫療行為不是「商品」或「技術」的買賣，而是醫師與病人乃至家屬的人際關係，診斷治療一切應以病家的利益為優先。

七、醫療中如遇疑難病症無法治療者，可聯絡公會，由中醫師公會推介特具專長之中醫師給予會診。

八、適時舉辦座談會，藉以聯絡感情，邀請經驗豐富的醫師前輩，將較具價值的醫藥學術毫不保留的與年輕學者互相研究。

九、對疑難雜症或大醫院認為醫療無效之病症，先徵求患者及其家屬同意，竭智挽回，盡量以經濟有效、方便、無副作用之藥物，要胆大心細，迅速的給予治療，不僅可救人，更可藉以研究中醫藥神奇妙方。

十、我們不僅要能坐而言，而且要能起而行，養成風氣，發揚

國粹。也希望我們大有為政府，給予中醫藥界更多的支持與鼓勵，期使中西醫有同等地位，則中醫幸甚！國家幸甚！

以上僅略具大端，希望先進道長惠予指正，使中醫藥業再生滋長，永垂於世，是所至盼。

臺灣地區醫院、診所、病床數

民國七十一年底

類別	醫院及診所數	病床數	每一病床與人口比例
總計	11,620	53,498	342
公立醫院、診所	958	11,851	
事業機構附設醫院、診所	130	13,751	
私立醫院、診所	10,532	27,896	

(不包括軍醫院)

眼科

掇

談

張齊賢

七、血貫瞳孔（瞳孔閉鎖）

「血貫瞳孔」，西醫稱為瞳孔閉鎖，此症之起因，為體內病毒轉移而來，如結核、梅毒、急性傳染病，或肝臟燥熱、及外傷等，虹膜受傷而出血。使前後房之孔道受阻。誤治眼必失明。

虹膜與瞳孔之生理狀況：虹膜佔葡萄膜之前部，在前房與後房之間，其中央之孔為瞳孔，前後房之房水，藉瞳孔為交通，虹膜周圍，以睫狀緣與睫狀肌前部連接，血貫瞳孔為虹膜與睫狀體影響葡萄膜出血而起。虹膜表面，有放射狀之肌纖維，為瞳孔擴大肌，受交感神經支配，司擴瞳作用。瞳孔周圍有環狀走之肌纖維，為瞳孔縮小肌，專司縮瞳，受動眼神經支配。睫狀體，能產生房水，以供眼之營養。虹膜發炎時，睫狀體同受波及，故曰虹膜睫狀體炎。

症狀：健康瞳孔黑瑩而透明，若突然瞳孔內變為鮮紅或紫紅色，視力模糊，不能辨物。此時葡萄膜充血，影響睫狀肌，虹膜因房水交通阻塞之壓力，毛血管被迫而出血，流向瞳孔，故成血貫瞳孔。

治療：本症主要藥物，唯一功能，先要使已出之血，不能在瞳孔內瘀滯不散，如果延誤時日，瘀血凝結，眼必失明。

處方一：墜血明目散：細辛、赤芍、川芎、牛膝、生地、知母、蒺藜、歸尾、防風、蘇木、藏紅花、桃仁。

本方之功能，如消除瞳孔瘀血，應予分拆，歸尾行血散血，改善血液循環。赤芍能破血通經，與桃仁紅花合用，對於血管栓塞及瘀血之融解，具有特殊功效。川芎為血中氣藥，能升清陽而開鬱，上行頭目，下行血海，能降低血壓，細辛利九竅，通精氣，茱萸破惡血，通分泌。蘇木去瘀破血、和血。生地，涼血、生血、止血、利尿。牛膝，破癥結、散惡血、通經緩痛。知母清涼潤肝，利便滋陰，故能融解閉鎖瞳孔之瘀血。

處方二：落紅散：穿山甲、桔梗、硃砂各三錢，谷精草、蟬退去頭足、蛇退，各一錢，蟬蛇退同浸入甘草水洗淨，焙乾，研粉，鵝不食草，一錢，合前藥共研粉，取黃豆大一粒，吹入鼻中，次日用吸筒按於眼上，漸漸吸之，自然紅落，吸筒大小如漏斗形，大的一端，用極薄之塑膠膜扎於筒口上，用時以扎好薄膜之筒口，按於患者眼上，醫者在其小的一端，用呼吸法吸之，薄膜發生彈力，促使瞳孔內之瘀血，產生流動，然後吸氣一口，再看瞳孔內之紅色，依瘀血輕重，配合吾人吸力之大小，以看見紅散為止。體質，大便秘結者，用大黃當歸散。

處方三：大黃當歸散，大黃、當歸、木賊草、黃芩、梔子、菊花、蘇木、紅花，瘀血退後，再服地黃煎。

處方四：地黃煎、生地、當歸、白芍、茯苓、旱蓮草、女貞子、阿膠、血熱用犀角地黃湯。

處方五：犀角、生地黃、丹皮，為藥，服之視力漸復正常。

八、脈絡膜炎

中醫無脈絡膜之稱，但生理與病理，均與此一部份有關，不得不收其病變之原因，加以分析和研究，茲將脈絡膜之生理，簡述如左：

脈絡膜，位於葡萄膜之後部，富有血管及色素，介於視網膜與鞏膜之間，專司遮光作用。其後面緊貼於視網膜，內分四層，1玻璃膜層，2毛細血管層，3血管層，4脈絡膜上層。若全身性病變如傷寒、痘、疹、溫病等，向眼內發展時，常最先波及脈絡膜，因脈絡膜緊貼網膜之故。如果病狀變化，視力減退時，能作極度向後擴張，使網膜破裂而失明。

脈絡膜之症狀，用檢眼鏡透視，(1)如前述全身性病變，因高熱向眼內發展，脈絡膜毛細血管層，受高熱灼傷，纖維管破裂，而有大量分泌物溢出，不易吸收，凝結為黃白色之大斑，脈絡膜因此失去營養而萎縮。(2)局部受高熱灼傷，其黃白色斑點，多在視神經盤及黃斑部。(3)有參差不一之黃白小點，散佈於眼底，向中央發展，使黃斑部變色或萎縮。(4)前部近葡萄膜處，有許多滲出物點，漸漸成為黃白色斑痕。(5)脈絡膜有多處滲出液，黃斑部尤甚，其外圍有許多色素斑，此是屬於梅毒性。(6)結核性為黃白色小斑，均在黃斑部，靠近視神經盤，或散佈於眼底，為其特徵。(7)眼內現白色萎縮之弧形，為高度近視脈絡膜炎，病發時，一般症狀，視力紊亂、視物變形、視物顯

大、眼花、閃光，後期，則視野缺損、縮小、周圍不明，眼之外部，無顯著症狀，嚴重時，視網膜受脈絡膜腫脹之壓迫而破裂，視力突然障礙或不見，治療適當，視力或可恢復三分之二，延誤時日，甚難治療。

併發症：睫狀體、虹膜、視網膜、視神經、玻璃體、鞏膜等，均能受其影響而發生病變。

其他尚有脈絡膜結核，此症亦有二種，(1)孤立結核，多發於壯年，好侵犯黃斑部，在乳頭大之限局部，或帶黃白色之隆起，內多血管進入，或出血，治療適當，可以保護視力，少受損害，否則，經過數月至年餘，不予治好，常遺留白雲狀之大癍痕。(2)粟粒結核，常發於全身疹麻之症變，眼底現出數個帶黃白色湯斑，大約二分之一乳頭大，本症與傷寒、猩紅熱、胸膜炎、麻疹、痘瘡有關。

中心性視網膜炎，為孤立結核之輕者，常發生於四十歲左右之男子，黃斑部之視網膜，略呈圓形而浮腫，黃斑反射輪擴大，有中心暗點、自覺視力狹小，或有遠視之感，遷延數月，並能再發，治愈後，其遺留之痕跡，為視網膜色素減退。病發時，患者常不自覺，初犯一眼繼即侵犯兩眼。

治療：脈絡膜炎之治療，需注意其病變，因其病發時，能侵犯網膜，及黃斑部，亦能破壞玻璃體膜，嚴重時，能使視神經與網膜萎縮而失明。發覺本症時，應以迅速方法，從速清解。

處方一 加味安珠散

生地 丹皮 槐花 梔子 犀角 羚羊角 薄荷 黃芩 赤芍
銀花 連翹 荊芥穗 黃柏 知母 天花粉

處方二 細辛羚羊角散

羚羊角 細辛 防風 茯苓 黃芩 黃柏 天花粉 玄參
蒙花 桔梗 車前子

處方三 清營湯

犀角 玄參 麥冬 銀花 生地 丹參 連翹 蓮心 黃連
竹卷心

處方四 加減右歸丸

熟地 黃肉 當歸 山藥 杞子 杜仲
本方病退時，用於調補，增進視力。

處方五 黃連鹿角膠丸

鹿角膠 菟絲子 羚羊角 黃連

爲天地立心

爲生民立命

臨床脈診發微

張蔚炎

序論

我中華醫學實為中國古文化中最重要之一種，歷經數千載之演變，早有卓越之成就。中國上古之醫術，原基於先民原始生活之實際需要，由自然啓發而成，其內容浩涵如海，實為我民族生命之學也。

中國醫學源流，本一脈相承，前後並無間斷，但由歷朝醫政制度之變遷，醫術之進展，學理之創獲，社會風氣之轉移，故流派分歧，各有所長，但亦有庸者審證不明，泥古不化，每以臆說已見欺人或挾秘自炫，以訛傳訛，醫家之道漸至不明，真理反晦而不顯。本文謹就中醫診斷學中「脈診」一項做深入之研討。

切脈診斷之法，源自「黃帝內經」：素問「脈要精微論」，論及診法及脈理說明。「平人氣象論」，有最詳盡之脈義論述。「玉機真藏論」則說明四時之脈理變化及由脈論病。「三部九候論」，說脈之部位，「通評虛實論」，據脈象論斷生死。上古之脈法以全身之三部九候決生死。以人迎、寸口、趺陽

脈參而診之。內經僅有寸口氣口之名，並無尺寸為三部之義。至「難經」始發明獨取寸口之診法，創立關尺之別，但無左右臟腑分配之說。至叔和一代，始立左心小腸肝膽腎，右肺大腸脾腎命門之說，切脈之學，遂臻完備。

自「素」「難」，「傷寒論」而下，雖有診脈治病之法，並未明確發明脈診之理。憑脈以審證，而未溝脈診之法叔和根據素難之說，參考古代脈法，著「脈經」十卷，此為第一部講求脈法之書，此書內敘及陰陽大法，表裏虛實三部九候，二十四脈等等以五藏六腑三焦四時之苛，理論綱目條理而不紊，使後世學者由外以知內，視死而別生，頗為詳盡。然其脈法，則甚為死板拘泥，以為某病當見某脈，某脈當見某病，繁瑣有餘而實用不足，不免有泥脈以和病之嫌。但不論如何，此十卷脈經，確為曠古之偉大發明，據徐靈胎所言：「王叔和着脈經，分門別類，條分縷斷，其原亦本內經，而漢以後之說，一無所遺！其滙集群言，使後世有所尊循，亦不可少力之作也。」實中肯之論也。

然後世又見「王叔和脈訣」，乃他人假託叔和之名而作也，朱熹謂俗傳之「脈訣」，辭意鄙淺，非叔和本書，但以其顯

淺，醫家入門偏熱是書，自立七表八裡九道之名，似通非通，脈理之精義因而轉晦。代代流傳，遂僅餘粗略之輪廓，脈診之精華盡失，為人師者心中固已茫茫，而學者更加無所適從，以致「脈學」一道逐漸失傳，真理因而不明，人皆視「脈學」為虛無之談而鄙之。循環以下，醫者不得不致力於辨證之法。臨床診病之時皆以病者口述之症狀及體態神色為主，眼中所見，耳中所聞，僅為表面之「象」，其真假難論，體內複雜之病理不明，發病之根源難尋，治療之法不免局限於症狀之解除，因而無法澈底根本治療。病者之患雖然暫癒，而病根未除，必反覆發作，不得盡愈矣！

然若醫者能盡知脈理，臨床施治之時，手下三指，左右細尋，即立刻能洞悉病者五藏之府寒熱虛實之情。處方之際，依據脈理所示，必能全面掌握病況之來龍去脈，本、標、先後，而加以整體之治療。不但使病情立退，而全身之健康得以漸復。此為「正本清源，除病務盡」之法！亦為我中華醫學精華之所在，遠勝西法局部症狀治療之弊，不知脈者，何能為之？

因之「脈診」之學，實為中醫四診最精要之一門，為醫者不可不潛心研究，以求精專。

中醫傳統之診斷法則，皆以「八綱」為主，將病者所表現之症狀，歸納為陰、陽、表、裡、虛、實、寒、熱等基本分類，以為病理分析之依據。臨床時，着眼於「症狀之變化」，

故稱「八綱辨證法」。然如前文所言，病者口述之證狀，以及求診時之形色，不過為片段主觀之感覺，僅可供參考之用，如全以為處方之重要資料，則必不夠充實，故辨證法實不足以研判現代社會所生複雜萬端之疾病。況且，病家求診時，未必具備書中所條列之理想化證狀，供醫者診斷。因之誤診之失在所難免。再者傳統之辨證法，內容極端繁雜，條文充斥，不僅學習費時費力，且必然限制後世學者之思考能力，而陷入背誦之窠臼，臨床時，不易隨證應變。因之為求更精密，更深入，更靈活之斷證之法，唯有以脈法為主。

臨床實用之切脈診法，依筆者多年之研究，應以下列三組脈象為主，此三組之間各有錯綜複雜之網狀連絡，彼此互相配合以成一完整之體系：

第一組、六病脈：「大、小、緩、急、滑、澀」。此六脈為入門之基本脈法，用以研究中醫傳統之「八綱診斷」。脈法精要而準確，遠較傳統之辨證法迅速而實在。

第二組、五藏脈：即「心、肝、肺、脾、腎」。研究五藏之根本，正邪之病理變化，脈法深入而實在，並能配合現代醫學之病證分析，臨床價值極大，為中醫脈診之核心。

第三組、六氣脈：即「三陰三陽」之病脈，其中三陰脈與前段五藏脈略有重覆，而三陽脈即為六腑之病脈。此六脈亦研究人體生理與「風、寒、暑、濕、燥、火」六邪之關係，脈法頗為特殊，亦能與現代社會之常見疾病相應。

此三組脈象並非獨立存在，應用時須依配合應用。醫者必須融會貫通，方可全面掌握病者全身正邪進退之變化，其精奧之處亦在於斯！

▲六病脈精論▼

第一組之「六病脈」其主要作用實為八綱之辨證，其應用目標着眼於全身性，整體性之病理變化，故初着手時，不必細分於寸關尺。現詳述於下：

第一、「大脈」：指下滿盛有力：言左右三指之下，脈管皆粗大，強硬，搏動有力，其至皆較極。為「實熱」之證，主全身氣血皆處於興奮亢進之狀，邪氣極盛。常見於高血壓、中風、腦溢血等病發作之前，情況危急。湯藥、粉劑均緩不濟急，必以針刺指尖放血，使邪隨血去，庶幾能保命於萬一。此乃言其極熱之狀，平日病者如有感受風熱外邪亦可傳入藏腑產生「實熱」之證，可於寸關尺局部求之，亦可適合針刺治療。

第二、「小脈」：指下細弱無力：言左右手三指之下皆細如絲線，而搏動無力，常需中、沉取方得，此為「虛寒」之證，主五臟生理功能減退。如出現於右手，則為脾肺所主之消化，呼吸系統功能不足，即為「氣虛」，如現於左手，則主心之血液循環，新陳代謝之能力及肝之解毒、貯藏能量之功能，腎之生殖排泄功能減弱：為「血虛」。如左右兩手同時出現則主「氣血兩虛」，不但機體之活力不足，且易受外邪之侵害，此脈常見於先天體質不佳，或長期臥病，氣血嚴重損耗之人。指

下如見小脈，則知其本源已虧，不論何證，均不宜針刺治療，以免血氣再傷，而應以「溫補扶正」之法為主，長期調養，使氣血由衰而旺，自能抗病而祛邪！

第三、「緩」脈：（此「緩」字為「縱緩不收」之緩，非內經所言脾之平脈「和緩」之緩。）：指下軟散無力；言三指之下皆粗寬而散，脈管之邊緣不清搏動無力，應指而扁，混濁一片。此為「虛熱」之症，主全身血流緩慢，阻滯而無力，新陳代謝不佳，廢物濁氣宣泄不暢，日久則邪熱漸生，如局部出現，則常為慢性之炎症。此脈亦見於氣血受傷之後，如跌打損傷、骨折、手術、婦女人工流產後等瘀血之證。如流行感冒、支氣管感染發生卡他性炎症時，則右寸常見沉而緩之脈（沉主濕，後詳），婦女之下焦內生殖系統或泌尿道感染時，左尺則必有緩脈。如見此脈則宜清熱行血、通經破瘀，則腫熱、疼痛可清，諸症盡退。此為斧底抽薪之法，不論病者見證如何複雜，對「脈」下藥，無不見效。此脈指下無力，但萬不可以「弱脈」視之，如施以補劑，則邪勢益漲，不可收拾。

第四、「急」脈：指下細如琴弦，緊張有力。言指下所覺如張緊之細鋼絲，搏動頂手有力，此為「寒實」之證，主藏腑之機能退化，生機減弱，神經、內分泌系統之功能，皆被抑制而不能正常工作，如萬物至冬日，生理機能之降低。此脈主病邪深重，常為局部出現，左右手寸關尺皆有可能。治法應以「溫散」為主，以辛熱之藥，驅寒外出，否則寒邪攻心，久之而成胸痺之症，即今所謂「心絞痛」「心機梗塞」等病，生死在

反掌之間！

此外診脈時常以手指取脈之輕重而決定疾病之部位，即以浮沉定表裡之分，此乃醫家之常識，不待多言。唯取脈之手法關係診斷之結果甚巨，古書多有錯誤，故詳述於文末，以供參考。

以上所論四脈皆簡明易行，臨床時醫者不必煩絮多問，而患者之病情莫不瞭然於胸，萬無一失。

茲將此「大、小、緩、急四脈」與八綱之類比，與兩者間之關係歸納如下表，則更易明瞭。

表證

寒

虛：浮取細弱無力，脈管細如絲而軟。（小脈）
（右手見：主氣分病）
（左手病：主血分病）以下均同。
實：浮取細緊有力，脈管細而硬如鋼絲。（急脈）

熱

虛：浮取，軟弱無力，脈管不細，稍重取即散。（緩脈）
實：浮取即搏指有力，脈管粗而硬。（大脈）
浮取表證均與「肺」有直接連繫，故脈當見於右寸。

裡證

寒

虛：沉取細弱無力，脈管細軟，應指而停。（小脈）
實：寒實之脈為細緊，但脈管之粗細如常，僅中取之時，脈管內，現出一細如鋼絲之脈，應指有力。（急脈）
虛：中取或重取具緩脈，脈管塌陷無力。（緩脈）
實：重取見大盛有力之脈。（大脈）

此外尚有滑澀二脈，略述如下：

「滑脈」：指下往來流利，言指下感到脈搏波之前行，速度極快，與血液之流動無關。主氣血皆盛，微熱實之證，常與大脈同見。

「澀脈」：指下滯滯不利，言三指之下無法感到脈波之前往，三指同時，垂直往上跳動。主氣滯血瘀，常與緩脈及小脈等氣血不暢之脈同見，此滑澀之脈。臨床之價值不甚重要，僅與其他之病脈相合，以為診斷之參考，並非處方之主要南針。

綜合以上所述之「大、小、緩、急、滑、澀」者實為入門工作，醫者手法熟練之後，下指便知一切「表、裡、虛、實、寒、熱」之變化，不必斤斤計較於表面之見證如何。筆者曾治療，一家四位兒童之感冒，其表面證狀均同：咳嗽、流涕、頭痛、嗜睡、胃口不佳。但經筆者略診其四人右手寸部之脈，則見其中兩位右寸中取見細緊之脈，知係風寒入內，必有寒飲，另二位之右寸則浮而微燥，知是風熱在表，則分別施以小青龍湯及防風通聖散加銀翹散，不久則全癒，再診其右寸之脈，則彼此無甚大之差異矣！

由此實例則可知外表症狀之不盡可靠，唯有「脈診」之法方能深入掌握病情。然此「六病脈」之主要診斷範圍不過表裡虛實八綱之變化，至於五藏六府之生尅病理，尚未述及，實不完備，故必需進一步研究「五藏脈」之變化。

▲五藏脈理分論▼

此「五藏脈」包含三部：即「心、肝、脾、肺、腎」之「平脈」「病脈」「死脈」，其病脈又分邪氣有餘之「實證」脈及正氣不足之「虛證」脈，變化多端，茲分藏敘述如下：

(一)「肝」——肝者，應春木生發之氣，主「動能」，為全身能量之大貯庫，其氣欣欣向榮，生生不息，性喜條達而惡抑鬱。其無病之脈曰「微弦」：弦者言脈管之狀「直而長」，但粗細軟硬適中，搏動亦和，無太過不及之情，故曰「微弦」，主肝氣正常而旺，多見於發育期之青年體質瘦型之人。經曰：「土遇木而達」，肝氣平和則胃土之功能亦強，故平和時此脈兩手均應見之。

肝之生理功能，各醫家均瞭如指掌，故不再贅言，此謹就其病理及脈象之變化，略作研討。

病者，藏府陰陽之氣失其平和也。臨床上應分為「有餘」及「不及」二種變化，「有餘」者，邪氣太過；「不及」者，人身之正氣減弱。

臨床所見之脈象及證狀均與前節所述之六病脈有關，換言之，五藏六府之病理狀況必須研究其虛實寒熱之變化，方能全面掌握病情。

現就常見之證候及脈象，分析如下：

1 脈見「左手弦，中取頂手有力而濇。」主肝氣滯而不通此為「肝氣鬱結」，可見於神經官能症，膽囊病、月經不調等病。常見兩脇脹滿作痛，胸背或右上腹脹痛拒按，胸悶不舒，

急燥易怒，月經疼痛，量少色黑。多因情志不舒，惱怒而得。如此脈見於右手，則為「肝木犯胃」，必有嘔酸反胃，食慾不振，腹痛便血等症，主十二指腸潰瘍。治法宜舒肝理氣，使肝氣暢達，則鬱結可消，胃氣可復。

2 脈見「弦大，粗盛有力。」此為「肝經實火」，可見高血壓，上消化道出血，急性結膜炎，眩暈等病。證見頭痛眩暈，耳鳴耳聾，急燥易怒，面目紅赤充血，脇肋痛，口乾，尿黃便乾，其勢甚兇。宜急清肝火。如施治失宜，病勢更熾，則見「肝陽上亢」之象：證見頭痛劇烈、眩暈眼黑、面熱口乾、頭重腳轉。脈見弦浮大而長，燥盛有力。此亦為「少陽」相火之脈（見下節六氣脈象），病邪至此，肝膽之相火已合而為一，有燎原之勢，宜急用瀉火滋陰之劑救之。如再治之不當，則熱極必生內風，風火交煽，上升巔頂，或橫竄脈絡，則見昏迷，抽搐、偏癱、肢體麻木、掣急等症，常造成永久性之損害，預後不良。醫者臨床之際，早應自脈象預先瞭解病情之轉化，及早施治，而不必坐待症狀之發生而後再來辨證下藥。此亦古云「上工治未病」之最高境界，如醫者不明脈理，坐失施治之良機，使病者終身偏廢，豈非醫之過也？

2 脈見左手「微沉而弦，細弱無力」，即「小脈」。「肝血不足」見於肝炎、貧血、眼科病患、月經不調等病，證見眼乾目澀、視力減退、手足麻木、頭暈耳鳴、爪甲乾枯、急燥易怒、月經量少色淡，甚則閉而不行。皆血不養榮之故。

陰血久虛，亦足以生熱，其證則兼見手足心熱，口乾咽燥、盜汗、痿黃等。其脈左手「浮取弦細燥有力，重取全無。」法當滋陰養血而柔肝，萬不可用苦寒退火之劑。

4. 脈見左手關尺細緊有力，此主「寒滯肝經」，可見羣丸疾患、疝氣等病而有下列症候者：少腹痛引羣丸、陰囊等脹腫硬而痛，喜暖畏寒。主下焦有寒實之邪，法當溫肝散寒，以除其陰寒內盛之象，寒邪主收引，故此脈亦主肝之機能敗壞，生長之能減退，如不及早治療，其終必變成細緊如刀刃之死脈，生機絕滅，死不旋踵！

5. 脈見左手關部「沉緩散、無力」，沉為濕，（見下章六氣脈）緩散無力為虛熱，此為肝膽濕熱，可見黃膽性肝炎，膽囊炎，膽石症等，病有下列證候者：眼睛鞏膜外皆水平處及皮膚見黃色，脇痛，尿少而赤，惡心嘔吐，食少腹脹，倦怠無力。法當清熱滲濕，利膽退黃。

(二)「心」——心者人之君主也，應夏火至旺之氣，主「熱能」。其氣洪盛至極，全身各臟腑器官之機能是否能正常發動，全賴此「心氣」。

其平脈曰微「鉤」：鉤者，言脈管之狀，寸部較尺部浮，應指有力而不燥，故「微鉤」，主心氣強旺。多見於體健肢短或心急好動之人。心氣平和則肺金之氣亦無傷，故常兩手俱見之。

臨床常見之病脈如下：

1. 脈見「左寸沉細而小，鼓動無力」。可見於某些神經衰弱症，或貧血具有下列之症者，心悸、心煩、失眠、多夢、健忘、多疑多驚等。長期陰虛不足，亦足以生邪熱，兼具低熱、盜汗、頰紅、五心煩熱等，脈見「左寸浮細燥有力，重取則無」。治法應養心血、補心陰、安心神。

2. 「左寸脈，浮沉皆無力，重取則散，尺部之脈高於寸部，名曰「倒鉤」脈。」甚則至數不定，或結或代，主心藏衰竭，心律不整。常見心氣無力，心悸、心空、氣短自汗，動則加重，胸口蹙悶之證。治法宜大補心氣，以免君主之火衰微。

3. 左寸脈「中取見弦細緊有力之脈」，此為胸陽不振、心脈瘀阻。主心絞痛、心肌梗塞等病。臨床見心前區或胸骨後刺痛、絞痛。其痛勢劇烈或散至肩背至手少陰心經向左上肢尺側放散。重者唇甲青紫，四肢冰冷。

細緊之脈主大寒之邪，已如前述，今現於左寸為「寒害心火」，實為大兇之脈，生死常在旦夕之間，醫者不可不知。病者平日可能並無明顯症狀出現，多因誘發因素，如天氣驟寒、大量吸烟、暴飲暴食，等而發作，來勢極猛，常搶救不及。然其左寸之脈早有預警，惜醫者不知爾。若醫者能洞悉脈理，則此致命之疾搭手便知，必能及早治療，則何患不可安養天年乎？

4. 「左寸脈極旺，輕重皆有力，寸部尤甚於尺部」。此乃鉤之甚也。此為心火上炎之脈，可見於舌炎、舌體潰瘍等症而有下述證候者：舌炎紅、舌體或舌邊潰爛或潰瘍、心煩、夜臥

不安，口渴思飲。如心移熱於小腸，則左「浮大而長」，為太陽脈（見下節六氣脈象），兼見小便黃赤，淋瀝不斷，尿道赤痛，甚則尿血等症，皆因心火內熾之故，治法當宜清心，降火利尿。

5「左寸頂手而燥數，中取見脈滑而有力」，滑主痰火，此為「痰火擾心」。可見於癔病、癲癇、精神分裂、燥狂性精神病有下列症候者：精神錯亂、胡言亂語、哭笑無常、狂躁妄動，甚則意識朦朧，嘔吐痰涎、或昏迷不醒人事等，此乃痰火熾盛，上蒙清竅，內擾心神之故也。治法多宜鎮心，滌痰瀉火。肥胖人如見此脈，應多加小心，以免引起腦出血之意外。

（三）肺——肺者，心之匡佐也，應秋金收斂之性，其氣自夏令盛極而衰，洪盛漸斂，故其平脈曰「浮」：浮者，輕取之不若鉤之燥盛，指下較柔，但仍應有力。又肺者手太陰，其用為燥金之性，本體之性則為濕土，濕脈當沉，故肺之平脈，右寸當見「浮沉皆和而有力」，方為肺氣之常脈。

臨床常見之脈及病理如下：

1脈見「右寸輕取即燥有力，重取則較無力。」浮燥燥脈多為津液不足。此為「肺燥」，可見感冒初期，支氣管炎等有下列症候者：乾咳、無痰、或痰少不易咯出、鼻燥咽乾，咳甚則胸痛，或見畏寒身熱之表證。此為風熱燥火傷金，津液灼傷之故，法常清肺潤燥，不可妄用苦燥之藥。

2脈見「右寸浮取或中取見一小細浮之脈，搏手有力。」

細浮為寒，此為「風寒入肺」，可見於肺氣腫，喘息性支氣管炎、哮喘等，有下列證候者：咳嗽痰多、稀白、形寒怕冷、口不渴，重則咳嗽胸悶、呼吸急促。或兼見表邪未除之證：惡寒發熱、頭痛無汗、鼻塞流涕，此為寒邪犯肺，肺氣不宣而束緊之故。法當溫肺化痰，散寒解表。

3脈見「右寸頂手而燥數，浮沉皆有力。」數者主實熱，亦主內有癰疽。此為「實火犯肺」，多見於急性支氣管感染，發炎、肺膿瘍、哮喘等。常見下列證候：咳嗽、哮喘、痰黃粘稠，甚則咳吐膿血、痰味腥臭、發熱、胸痛等，此為邪熱蘊肺，熱壅血瘀之故也。治法為清熱化痰，排膿化痰。此症來勢頗速，如治療不當或反覆感染，則熱邪易轉為慢性發炎，其脈則轉為「右寸沉而緩散」，沉主溫，緩散為虛熱：亦主瘀血不化，常見於滲出性之炎症。痰涎必多，阻滯氣機，以致呼吸不暢，哮喘劇烈，治法應清熱、利濕、行水。

4脈見「右寸輕取細燥有力，重取則無。」重取無脈主陰虛，可見於肺結核，慢性支氣管炎等病具有下列證候者：乾咳無痰，或痰少而粘，偶帶血絲，潮熱帶汗，手足心熱，午後潮紅，咽乾聲啞等，皆為肺陰虧虛，陰火內熾之故。治應大補肺陰，清熱涼血，不可用苦寒之劑退火，否則必傷人之正氣。

5脈見「右寸細弱，鼓動無力，亦即小脈也。」多見肺氣虛弱之病，常見咳嗽無力，咳聲低微，痰多而清稀，喘促氣短，面白自汗，倦怠無力。皆因氣虛津液不得輸布之故，其人衛

氣不固，則必易受邪攻，亦常轉為慢性之炎症。治應補氣固表。正氣強旺，則諸般外邪不得而入矣！

（四）脾——脾者中宮之主也，經曰「萬物皆生於土，土為萬物之母也。」脾主運化輸布營養之精氣，為營血化生之源。五臟六腑四肢百骸皆賴以養，主益氣、統血、肌肉等，為「後天之本」。

其氣四季常在，和緩而從容，故其平脈來「和緩而微滑」指下柔和不燥，其搏動均勻穩定，無太過不及之偏也。右手見之主衛氣充盈，左手見之則血氣旺盛，皆無病常生之脈也。

如脾失其正，則百病生焉；常見之病脈如下：

1 「右關重取弦而濇」，弦為木脈，此為「肝木犯胃」可見於潰瘍病，慢性胃炎、腸炎等，常見之證候為食慾不振，噯氣吞酸、噁心嘔吐，空腹則脘痛，食後則痛減，均為運化失職之故。久之則水谷生化之精微減少，營養不足，則兼見面色萎黃，倦怠無力，肌肉消瘦之症。治法多為和肝理脾，補中益氣。

2 脈見「右關中取細而微緊。」此為脾胃陽虛，臨床所見除脾胃虛弱之症候外又兼見寒象，腹脘疼痛，喜熱喜按，口泛清水，呃逆嘔吐，食慾不振，食後脹滿，甚則久瀉不止，倦怠無力。此皆因寒邪凝滯中焦，脾陽衰微，水谷之精微不能運化所致。治法當以溫補脾胃為主。

3 脈見「右關沉陷而弱，應手無力」，此為中氣下陷之兆

，可見於胃腸功能紊亂，慢性腸炎，脫肛，小便淋瀝不禁，胃下垂，子宮脫垂等症。常見氣短懶言、氣不銜接，下腹脹痛，甚則久瀉不止。多因脾氣極虛，清陽不升反陷所致，治法多以升補中氣為主。

4 脈見「右手或關部沉濡而緩散。」此為「脾虛濕困」。可見於慢性腸胃發炎、下利、浮腫，女子白帶過多等病。臨床必見頭重如裹，口粘苔厚，飲食減少，胃脘滿悶，惡心欲吐、腹瀉、肢腫，白帶清稀量多等症。多因脾虛不能運化水濕，濕停中焦或四肢所引致。治法必先利濕燥脾，則中宮之氣方得運化。

5 脈見「右關頂手而涌濇，浮沉皆有力。」此為「胃火熾盛」，見於中消、牙週病、或急性胃炎、腸炎下利等。多見煩渴多飲，多食易飢，口臭嘈雜，口唇糜爛，牙齦腫痛，大便秘結或下利膿血不止，或胃脘絞痛，有燒灼感。多因平素嗜食辛辣厚味，化熱生火而上蒸，灼乾津液之故，法當滋陰降火。

6 「脈見右關短而突起，應手濇而不燥。」此為「食滯胃脘」，多見消化不良，停食等症；如胃脘脹滿，嘔吐酸腐，不思飲食，大便秘結，便下惡臭等。皆因飲食積滯，中焦氣機受阻，食積化熱之故，法當消食導滯，則脾胃氣暢，短脈可平。

（五）「腎」——腎為藏精之臟，為發育生殖之源，並主五液，以維體內水液代謝之平衡。此皆「腎陽」所主之功能，腎陽者，命門之火也。古人論脈皆云左尺主命門之火，右尺為腎。殊

不知命火者，乃今之所謂腎上腺皮質賀爾蒙之功能，豈有左右之分乎？但脈診之法，左右手尺部確有不同，其相異之處為：右尺主「先天腎氣」，受之於父母，及三焦主水液平衡之機轉，左尺主「後天腎氣」，即人身腎氣後天之消耗狀況，以及腎臟本體及輸尿管、膀胱等泌尿系統而言。

腎氣宜收，不宜泄，故左右手尺部之脈均應較寸部微沉，但搏手需有力，無粗細軟硬之偏，始為腎氣強旺之平脈也。其臨床之病理變化及脈證主要為「陰虛」及「陽虛」二類，茲分述如下：

1 脈見「左尺浮而細燥有力，重取則無。」此為「腎陰虛」，亦即賀爾蒙失調。可見於慢性腎炎、結核、不孕、更年期經障礙等症，臨床多見腰酸腿軟、頭暈目眩、潮熱、顴紅、虛汗、視力減退、耳鳴、遺精、女子經閉不孕、男子精少不育。皆因腎陰不足，虛火妄動之故。法當大補腎陰，引火歸元。

2 脈見「左尺沉細而弦緊」，皆為陽虛陰盛之脈。臨床見證則分以下五種：

(1)「腎陽不足」：多見久病不愈，年老體弱或腎上腺皮質功能減退，神經衰弱等病，具下列症候者：腰酸背痛、腿膝發涼、不耐久立、性慾減退、陽萎早泄等，皆因命火衰弱所致。理當溫補腎陽。

(2)「腎虛水泛」：可見於慢性腎炎、腎病綜合證、心力衰竭等病具下列證候：除一般腎陽不足之見證外，兼見周身水

腫，腰下尤甚，尿少腹脹，甚者可見腹水，陰囊水腫，或見心悸氣促、咳嗽痰鳴、不得平臥。皆因腎陽不能運化水液，水濕停滯所致。治則應為溫腎利水。

(3)「腎虛泄瀉」：可見於慢性腸炎、下利，等病常見完谷不化、久瀉不止，俗稱「五更瀉」瀉前腹痛腸鳴，瀉後則緩，下腹畏冷，遇寒加重等症，此皆因命門火衰，不能暖脾以助達化之故，法當溫補腎陽，亦即補火生土之法也。

(4)「腎不納氣」：可見於肺氣腫、肺原性心臟病，見證以呼吸困難之喘息為主，動則加重，氣不銜接，汗出肢冷，咳嗽則尿失禁，皆因腎火不足納氣及固攝使然。治則以補腎納氣為主。

(5)「腎氣不固」：可見性神經衰弱、尿失禁、尿崩、遺尿等病，臨床見證多為精與尿不能固澀，故見早泄，滑精、小便頻數，尿後餘瀝，夜尿多，甚則遺尿不禁。多因房事不節，陽虛陰盛致使腎氣不固。法當溫補腎陽、固澀腎氣。

「腎陰」為人之真陰，滋養全身，「腎陽」為人之真陽，溫煦機體，為全身各藏府之動力，陰陽失調則必百病叢生。醫者施治之際必仔細推敲其脈理變化，方不致誤補其有餘而攻其不足也。

▲六氣脈象論▼

本節所述為六氣之脈象，六氣者：三陰三陽之氣也，分為

「太陰、少陰、厥陰、太陽、陽明、少陽」。在天為「風、寒、暑、濕、燥、火」，又稱六淫、或六邪。素問曰「人以天地之氣生」，故此六氣即為人之所以生成之本，如此六氣略有偏勝，則又亦為病之本也。四時六氣發生太過，必直接中於人而為病，古稱六氣淫勝。又曰「邪之所湊，其氣必虛」，人體若疏於攝生，正氣減退，則此六氣亦必乘虛而作，而成致病之外因，此六氣以現代醫學之論點觀之，除物理機械性之傷寒外，亦包括一切傳染性之因素如病菌、病毒、寄生蟲等病因。

此六氣之病理機轉為中醫臨床診斷之重點，其脈象亦有特殊之處，現分段論述如下：

(一)厥陰為風、素問曰「風者，百病之始也」，其氣終歲常在，四時皆有。「風」者，並非自然界空氣之流風，而為某種致病之因，現代醫學中「病毒」類之感染，即可歸為風邪。

風性善動，變化無常，邪之中人，常留於皮毛，肌腠久之必竄入經絡臟腑。風性又曰輕揚，故常侵害人體之外經及上部。此為「外風」。

厥陰之氣化為風，厥陰者在天為風在地為木，為六氣之終，陰氣之始生，乃陰盡陽生之氣，四時相應為「春」，主生發之能，其平脈為「弦」，其有餘不及之變化已於前章述及，此段再論風氣中人之病理變化，及相應之脈象。

風性善動而變，常見動搖眩運，四肢抽搐，強直等證，甚則中風，暈倒不知人。此皆風自內生，實則肝氣失和所致，經

曰「肝為風木之藏」此之謂也。

肝本體為陰，其用為動、為陽，內風之因，不外二論，一為「陰虛」，二為「陽盛」。

陰虛生風，多見於汗吐泄之後或大失血，或久病臥床，諸陰不足之人，津液虧損，血少筋枯，陰不濟陽。亦有腎陰不及，水不養木而風熱上擾。其脈左手「浮取弦細燥有力，重取則無，尤見於關尺」。

陽盛者，實火，火熱則生風，多見於熱病之人，陰陽失調，燥熱太甚，木火相煽，鼓動內風上升，「肝陽上亢」其症來勢甚急，為害頗烈，脈則見「弦粗，浮大而燥，浮沉皆有力」。詳見五藏篇。

(二)少陰為暑，暑者火之熱也。熱主開泄，熱在皮膚則腠理開，汗大泄。熱在血脈則脈流薄急，充盈而盛，甚則血逆妄行。熱在筋肉則弛緩不收，熱盛則為火，火盛則神為之動，氣行上逆而見精神異常之狀。

火熱之氣化為少陰，少陰者，二陰也、離也，離為火，其體陽，為熱，為君火，火熱之病理變化亦分內外二種，其內火為人身之陽氣所變。如人氣血平和，則陽火可養神柔筋，溫煦臟腑經絡組織以營生，此為「君火」，其脈為鈞，已如前述。

如陽氣過亢，必致傷陰耗精則氣失其正而成病，此亦轉為相火，其脈為「鈞而燥，極有力」。但亦因相火傷人之部位不同，而略有變化。

如熱聚於膝理肌表與血脈凝聚則為癰疽腫痛，其脈「鉤，甚而數，浮沉皆有力」。如邪熱鬱於腹脘腸胃之間，則運化傳導之功能失常，可見下列穢濁，裡急後重，嘔吐，小便黃赤等證，其脈「右關浮燥有力而數」。

亦有外感六淫，內傷積滯鬱結生火者，其邪來自傷寒外感漸入陽明，發為壯熱，大汗、大渴或實熱內結之證，脈則見「浮大而數」，此皆為「實火」。

此外心血不足，精虧血少，陰虛陽亢而生熱，則屬於「虛火」。常因為勞傷過度，精血虧耗，陽氣被擾，虛火上炎之症，脈見「左寸浮取細燥有力，重取則無」，法當滋陰壯水，萬不可以苦寒之藥代之。

(二)太陰為濕，太陰者，三陰也，兌為澤，在天之體為濕，在地為土，其用為生化。然太過則淫漬，其氣降臨，中人為濕，土淖為災易傷人之陽氣，最易阻塞氣機，其性重濁膩滯，為病多纏綿難愈。

濕之形成多因外傷霧露汗出沾衣或涉水淋雨，居處卑濕得之，以為外濕。亦有多食冰冷瓜果，酒漿厚味之物，妨碍中焦運化功能，脾陽不運，則內濕成焉。

如為外濕，多因地之濕氣上蒸，故多起於下部，足踝浮腫，下肢重滯，筋骨關節疼痛，腰背酸楚，其脈為「沉，重取之則散」，表為陽氣為濕邪阻抑，失其溫煦濡養之故也。

如為飲食失節所致則隨人之體質而變，如其人素有熱邪則

中焦之濕多熱化為痰，上下流行，其脈則見「滑而有力」。如其人平素體質虛寒則脾不能為胃行其津液，其濕邪必堵於中焦，脈見右關「沉而濡，軟散無力」，多見下利、腹瀉、食慾不振、惡心、嘔吐、面色萎黃等證。濕邪亦常與其他病邪相合為病，如風濕其脈「沉，重取弦無力」。寒濕，其脈「沉而細弱無力」，濕熱，其脈「沉而緩散」，其人亦必有見證，醫者應仔細體會。

(四)太陽為寒，太陽者，序列三陽，乾為天，在天為寒，人應之於膀胱。太陽之氣至其脈「大而長」，大者強硬而有力，長者遠超過尺部數寸，寒性收引為冬季之主氣，最傷人之陽，但此處所論之寒為膀胱所受之內寒，不同於前段所論「細緊脈」之外寒。膀胱者實泌尿系統之總稱也，如此脈見於尺部則表示腎陽不足，無法蒸運水液，故體內新陳代謝之廢物無法適應排泄，常見於各種腎炎，古之痰飲水腫多屬之，如不及早施治易變為尿毒症。此症初起時全無症狀，病者常不自覺，唯脈象中早已顯示，如醫者早有警覺見此脈時速令病者採取尿液及血液加以檢驗，及早施治或許能免於洗腎之悲慘結果矣！

(五)陽明主燥：陽明者序列二陽，一陰不勝二陽故燥，在地為金。陽明之氣至其脈「短而濇」，短者其脈上下不及本部，三指之下應手有如駝峯而鼓，亦為氣機不暢，上下不通。陽明之用為「金」主收斂，故此脈見於右手則為中焦消化不良，飲食積滯，如以消導之劑治之而脈不變，亦可為幽門痙攣而堵塞，

有胃癌之可能，醫者亦多加小心。如此脈見於左手關部，則為「金尅木」，如素問：「清風大來，燥之勝也，風木受邪，肝病生焉」，其人必有肝臟之病變，必須配合病理檢驗，作更精密之分析。

(六)少陽為相火，少陽之至其脈「大而浮」，大者粗而有力，浮者其氣在表、在上，此脈常則弦脈同見，表示肝膽之火極旺，臨床見症已如前述。

少陽者，一陽也。陰極而陽生，陰陽當位，震而動，故為相火。介於陰陽交會之處，半陰半陽。相火為周相而生之火，有別於君火，為實邪，法當恐懼省修，勿使妄動。

切脈手法辨正

由上述之脈象變化及病理，識者當可明見此三組脈象——「六病」、「五藏」、「六氣」脈之綜合配法，在臨床診斷上實妙用無窮。其深奧之境界，實遠超過「王叔和十卷脈經」之範圍，更遠非傳統二十八脈可比。

再者，傳統醫經中所述切脈之手法，亦多有不當，臨床時不能與實際相和。故筆者不得不將正確之「手法」，略述如下，以求更精確之診斷：

(一)切診時，當先以醫者之左手切病者之右手，再以右手切病者之左手，不可以單手切病者雙手之脈。病者右手之動脈搏動應全身「氣」之進退，亦主肺循環之狀況，屬陽、屬表，故當

先察其外經之病理變化於此。左手主全身「血」氣之衰旺，亦為體循環之狀況。屬陰、屬裏，故次當察其血分之病變於此。

(二)定位法：醫者運用自己之雙手時，均應自病者之外（橈）側切入，先將食指之中心平搭於病者腕後第二道橫紋之上，此為寸，再下中、無名二指，使三指務必平按於病者之脈管上，萬不可用指尖切脈。此時可用醫之大指頂住病者之腕背方可自由施力。

傳統之脈法均稱腕後之高骨為關，實不知根據何理，臨床時百無一驗。腕後之高骨實應在本法所述之寸關之間，方為正確。

至於臟腑之分配，應如下述：

(一)右手：

1 右寸之脈象屬肺之病理變化。其脈「浮沉皆有力」。肺雖與大腸相表裡，但大腸之病脈，應視「短脈」之有無而斷之，絕非浮取為大腸脈，沉取為肺脈。左右三部藏府病變之斷法皆同此。醫者不可不知。

2 右關屬脾、脾胃相表裡，「微沉」為脾脈，「短」則為胃脈。

3 右尺為先天腎氣，其脈言「微沉有力」。亦主三焦利水之功能。如見「大而長」之太陽膀胱脈，則主泌尿系統之病變。

(二)左手：

1 左寸屬心，其脈「微鉤，微浮而有力」，心與小腸表裡，如見「大而長」之太陽脈始為小腸之病變。

2 左關屬肝，其脈「微弦」，肝膽相表裡，如見「弦大而浮」，有力之脈則為少陽膽之相火。

3 左尺屬後天腎氣主生殖、發育，平脈當「微沉而有力」，如見「大而長」之膀胱脈，亦主泌尿系統之疾。

以上所述各節，多略與傳統脈學相左，但無論脈理或手法均經筆者多般臨床印證，千錘百煉，決無疑問。

結論

中國傳統之文化及發明者甚多，而其中最深奧難精者莫如醫學，經數千年時間之流傳，其術雖可知，其學則難明。其術雖可治病，其學却流於固陋而無法盡知。筆者嘗遍翻古書，見古代各醫家論病之理，多喜着眼於症狀之變化，長篇大論，辨之不休。殊不知症狀者，乃正邪交爭之表現爾，並非疾病之本體。而論治之際，常為一藥之取捨而爭論不已，或為一方之選用誇己而非人。言之頗似成理，實則爭者不過表面之假象而已，本末倒置，對疾病之本質特性，來龍去脈根本無法深入掌握。究其因者，實乃不明脈理之故也。

中華醫學內涵精奧無比，惜醫者非流於死板之古文教條，頑固不化，即或狹秘而自珍，至死不傳。以至今世醫家知脈者

百不得一，而以現代精神殫研脈理者，更如鳳毛麟角；如此偉大之中醫脈學焉得不流於暗昧而失傳？

筆者多年潛心研究臨床脈診，略有所得，雖不免疏漏，仍不敢藏私，特藉此篇求教於中醫先進前賢，望我輩醫者能共同集思廣義，更透發其性能，認取其價值，以我炎黃子孫之智慧毅力，不難將中醫脈診之精華，光耀於全世界也。

臺灣地區歷次國民生命表

次數	資料期間	男	女	前後次 相隔年數	後次平均壽命延長年數	
					男	女
第一次	民國 15-19 年 (1926-1930)	38.76	43.13	—	—	—
第二次	民國 25-29 年 (1936-1940)	41.08	45.73	10	2.32	2.60
第三次	民國 45-47 年 (1956-1958)	60.07	64.22	20	19.09	18.49
第四次	民國 55-56 年 (1966-1967)	65.32	69.72	10	5.15	5.50
第五次	民國 59-60 年 (1970-1971)	66.75	71.57	4	1.45	1.85

資料來源：內政部臺灣地區國民生命表編審工作小組。

問診中寒熱汗及頭身之診察

魏開瑜

問診為中醫望、聞、問、切四診之一，亦即神、聖、工、

巧之「工」的功夫。問以辨之，最為切要。昔李挺問症詩：「

一問寒熱二問汗，三問頭身四問……」已提其緒。爰將先賢對

於問證之重視嘉言，輟輯於後，續就寒熱汗及頭身之診察，綜

合中西學識，舉其大者作綱要式分條列舉，敬請

方家指正！

壹、先賢問診嘉言集：

一、「閉戶塞牖，繫之病者，數問其情，以從其意。」素

問移精變氣論。

二、「必審問其所始病，與今之所方病，而後各切循其脉，視其經絡學，以上下逆從循之。」素問

三、「凡初診大綱未定，最宜詳審。病者不可諱疾忌醫，醫者必須委曲請問，決無一診而能悉知其病情也。」醫學入門

四、「有諱疾不言，有隱情難告，甚以故隱病狀，試醫以脉；不知自古神聖，未有含望聞問而獨憑一脉者。且如氣口脉盛，則知傷食；至于何日受傷，所傷何物，豈能以脉知之？此

皆病人之情，不可不察也。」醫宗必讀

五、「……故醫者不可不問其由，病者不可不說其故。」

王海藏

六、「未診先問，最為有準。」孫真人

七、蘇東坡云：「脉之難明，古今所患也……疑似之間，便有死生之異，士夫多秘所患，以驗醫之能否。吾半生有疾請療，必盡告所患，使醫者了然知疾之所在，虛實寒熱先定于胸中，然後診脉，疑似不能惑也。吾求愈疾而已，豈以困難為事哉？」徐春甫古今醫統

八、「入國問俗，入家問諱，上堂問禮，臨病人問所便。

便者問其居處動靜，陰陽寒熱，情性之宜。」醫門法律

九、「故凡值疑似難明處，必須用四診之法，詳問其病由，兼辨其聲色，但于本末先後中，正之以理，斯得其實。若不察此，而但謂一診可憑，信手亂治。亦豈知脉證最多真偽，見有不確，安能無誤？且常診者知之猶易，初診者決之甚難，此四診之所以不可忽也。故難經以切居四診之末，其意深矣！」

十、「陶節庵亦曰：『問病以知其外，察脉以知其內。』

全在活法二字，乃臨症切脉之要訣也。」景岳全書

十一、「望聞問切，察病之四法。望色，聞聲，切脉，古人反覆言之。至于問而知之謂工，先哲尚未發明，不無有疑焉！何以故？如至病家，問其瀉痢，以知其瀉痢，問其寒熱，以知其寒熱則淺矣，必非古人之意也。」李滌身經通考

十二、「種種問法實為活人之捷徑。然以此盡古人『問而知之』之義猶未也。予于靜定之中，若有所悟，蓋今人之病：如咳嗽發熱，瀉痢諸痛，俱病之總名也。一證之中，各有火有寒，有痰有氣，有虛有實，致證之原不同。如治咳嗽，問得有火證，即作其治，有痰有氣證，即作痰氣治。因此一同，舍病名而治病原，庶古人之心也。昔丹溪翁名擅千古，亦不過每證分出寒熱虛實，氣血痰火等件，隨證調治，此豈有異人之目，洞見藏府者乎？亦惟問其證以知之耳！」

十三、問症詩(一)

一問寒熱二問汗，三問頭身四問便；
五問飲食六問胸，七聲八渴各當辨。
九問舊疾十問因，再兼服藥參機變。
婦人尤必問經期，遲速閉崩皆可見。
再添片語問兒科，天花麻疹全占驗。

問症詩(二)

試問頭身痛不痛 寒熱無歇外感明
掌熱口不知食味 內傷飲食勞倦形

五心煩熱兼有咳 人疲陰虛火動情
除此三件見雜症 如瘧如痢必有名
從頭至足須詳問 症候參變仔細聽

李樾醫學入門

貳、發熱之主要原因：

一、以微生物及其代謝產物之毒性作用為最重要。——傳染病之所以有熱，大抵以此。

二、身體細胞分解後所生之物質亦能致熱——例如大出血或外傷後所發之熱。大約乃因產生蛋白質或其分解物之故也。

三、注射異性血清，亦有引熱之可能。此外如注射食塩，金屬，砒劑等之後，亦往往發熱，其原因大略相同。

叁、體溫之不同：

一、體溫測定之攝華氏比值

測定部位	攝氏	華氏
血液溫度	39°	102.2°
肛門溫度	37.5°	99.6°
腔溫溫度	37.5°	99.6°
口腔溫度	37℃	98.6°
腋及腹股溝溫度	36.5°	97.6°
皮膚表面溫度	32°-33°	90°-92°

二、時間及活動

1 常人腋窩 36—37℃。

2 清晨最低，傍晚時常增 0.5—1.0。

3 大量飲食，異常勞動及久曝日光或熱浴之後往往見之。但係一時性不足為病。

三、攝華氏之換算：

$$n^{\circ}\text{C} = 9/5 n^{\circ}\text{F} + 32^{\circ}\text{F}$$

$$36^{\circ}\text{C} = 96.8^{\circ}\text{F}$$

$$36.5^{\circ}\text{C} = 97.7^{\circ}\text{F}$$

$$37^{\circ}\text{C} = 98.6^{\circ}\text{F}$$

$$37.5^{\circ}\text{C} = 99.5^{\circ}\text{F}$$

$$38^{\circ}\text{C} = 100.4^{\circ}\text{F}$$

$$38.5^{\circ}\text{C} = 101.3^{\circ}\text{F}$$

$$39^{\circ}\text{C} = 102.2^{\circ}\text{F}$$

$$39.5^{\circ}\text{C} = 103.1^{\circ}\text{F}$$

$$40^{\circ}\text{C} = 104^{\circ}\text{F}$$

$$40.5^{\circ}\text{C} = 104.9^{\circ}\text{F}$$

$$41^{\circ}\text{C} = 105.8^{\circ}\text{F}$$

$$42^{\circ}\text{C} = 107.6^{\circ}\text{F}$$

$$43^{\circ}\text{C} = 109.4^{\circ}\text{F}$$

肆、熱度之特殊名稱

自 Wunderlich

以來，吾人習慣上對於各種體溫，冠以

特殊之名稱如下：

虛溫度 (Kollapstemperatur)

：36° 以下

常溫 (Normale temperatur)

：36—37℃

微熱 (Subfebril)

：37.1—38℃

輕熱 (Leichtes Fieber)

：38—38.5℃

中等熱 (Massiges Fieber)

：38.5—39.5℃

高熱

：39.5—40.5℃

極高熱

40.5—℃ 以上

伍、熱型：

名稱	稽留熱	間歇熱	弛張熱
定	朝夕溫度之差，不滿一度者。例如傷寒第二週熱型。	一日中僅發熱數小時，餘均無熱者，例如瘧疾之熱型	朝夕溫度相差在一度以上者如傷寒第三週之熱型
義	癆瘵（肺癆肺結核）、濕溫（腸傷寒、腸熱）副傷寒（副傷寒熱病）、流行感冒、鷓鴣驚咳、咳嗽天嗜噎、百日咳、疳瘵、豬頭瘟（腮腺炎）肺炎：風痰氣喘（肺炎）胸膈炎、腦炎、心包炎、心內膜炎、肝周圍炎、膿腫、瘰癧（腦腦炎）尿血（腎孟炎），便秘。	癆瘵，虛損（肺結核），粟潰瘍性粒結核，胸痛（胸膜炎），敗血病，瘧疾，傷寒，副傷寒，白寒，流行性感冒，膽囊炎	
多			
見	回歸熱，鼠疫（黑死病）。	惡性貧血，嗎啡癮	
少見	小兒麻痺，腦膜炎，雞胸，龜背，佝僂病		
在小兒			

陸、熱之經過：

一、增進期——熱度上升之時。

二、極期——熱度極高而少變化之時。

三、減退期——熱度下降之時期。

1 分利 (Crisis) 在數小時內急速下降者。常脈搏減少并有劇汗，例如肺炎之減退期見之。

2 假性分利——脈搏不減，體溫驟降，後來又復上升者。

3 分利前擾亂——或有在熱度將退之前，體溫反暫時高升，時或因之發生謔妄者，非不良之兆。

4 渙散——熱度下降極漸，需時數日方能退盡者，例如于傷寒見之。

柒、發熱在臨床上之意義：

一、僅發高熱而不見其他症狀時：

1 在內科：首先考慮傷寒、肺炎（統計最多）、腎盂炎、結核、敗血症。

2 在外科：可疑為骨髓炎、肌炎、前列腺炎。

3 在婦科：可疑及子宮附件之炎症。

二、凡由遲鈍熱（病人顏貌無表情，眼眵無神，終日靜臥少動，并鮮言語）變為敏捷熱（病人顏貌不穩，煩躁不安，并有輕度謔妄及循衣摸床等）常為險惡之兆。

三、死十字，若脈搏上升，而體溫下降達 35°C ，則為瀕之徵兆。以 \times 表示之。

四、肺結核時，若體溫晨高而夕低，則為預後不良之兆。

五、吸收熱：由無菌手術後及外傷後之血腫吸收而起通常均不超過 38°C 。

六、無菌手術後之稽留熱：乃創口內化膿或併發肺炎之徵，常見多以醚麻醉之患者，由于食物過早給與而誤嚥入氣管，或保溫不妥而受寒所致。

七、化膿熱：如癰瘍等在未治療前，可有持續之發熱，但經適宜之切開，溫即下降。

八、治肺炎至預定期尚不退熱者，首先考慮到膿胸，但因吸收緩慢，以致至期不退熱者，亦有 $3-4\%$ 。

捌、熱病之四大步驟：

陰勝則寒，麻桂青龍證

陽勝則熱，白虎承氣證

陽虛則寒，附子四逆症

陰虛則熱，死證勞瘵末期

淺一層病，反射救濟以氣化。

深一層病，反射救濟以實質。

單位：錢	附子	白朮	茯苓	桂枝	芍藥	生姜	大棗	甘草	麻黃	杏仁	石膏	知母	粳米
四逆湯	2.4	3											
真武湯		7	11										
白虎湯													
大青龍湯				3.5	7	9							
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													
桂枝湯													
大青龍湯													
麻黃湯													

，二便失節。然必寒熱往來，時作時止，或氣怯聲微，是皆陰虛證。

3 凡怒喜七情，傷肝傷藏而為熱者，總屬真陰不足，所以邪火易熾亦陰虛也。

4 凡勞倦傷脾而發熱者，以脾陰不足，故易于傷，傷則熱生于肌肉之分，亦陰虛也。

拾壹、熱者多實，寒者多虛：

實熱：凡大傷在形體而無涉于真元者，則其形氣、聲色脉候，自然壯麗，均有可據而察者，此當以實火治之。

寒證：或外寒者，陽虧于表；或內寒者，火衰於中。諸如前註。但熱者多實，而虛熱者最不可誤。寒者多虛，而實寒者間亦有之。此寒熱之在表在裡，不可不辨也。

拾貳、戴陽、格陽：

戴陽：全身症狀虛寒，而僅見面色微赤，此浮火在上，水極似火，僅存之孤陽，戴于上故名。若誤為熱症，而予發散，則孤陽飛越，禍不旋踵。

格陽：格拒陽氣于上，體溫散盡，機能頹敗，僅存之獨陽獨存耳。病機同戴陽。

拾參、肌熱：

肌熱——又謂之皮膚間熱，以手捫之方知者是也。乃肌體有形之熱也。須待陰陽和汗出乃愈。

拾肆、惡風與惡寒：

惡風：在表證太陽期，為肌膚毛竅受外寒之刺激。

惡寒：在裡證少陰期，為體溫不足，心力衰弱。

拾伍、發熱惡寒與無熱惡寒：

發熱惡寒——太陽麻桂證 始由驟寒，繼由熱血不達肌表無熱惡寒——少陰附子證 因造溫機能衰減，體溫來源不足之故。

拾陸、惡寒戰慄：

一、發期：病人自覺甚冷，常不得不蓋厚被以取暖；同時四肢及全身震抖，齒牙緊閉，此頗特異。

二、發生場合：

1 在急性傳染病之初期，僅起惡寒戰慄一次：例如肺炎、大頭瘟（天火、丹毒）、爛喉痧（赤疹、猩紅熱）等。

2 在尋常瘧疾、惡性瘧疾、深部膿瘍、膿毒症、心內膜炎等之經過中，往往反覆發生惡寒戰慄。其中除瘧疾有時間的關係外，其他均無定時。

3 若在傷寒之經過中，突然惡寒戰慄，則往往為再發或併

發症（腸出血）之故。

拾柒、厥與熱之消長：

- 一、厥少熱多，為陽氣勝，其病當愈；
- 二、厥少熱過多，必發癰膿，必便血。
- 三、厥多熱少，為陽氣消，陰氣勝，病變自利。

拾捌、其他有關寒熱之問證：

1 有寒熱否寒熱有間否？

無間為外感，有間為內傷，
午寒夜熱，則為陰虛火動。

2 手掌心熱否？

手背熱為外感，手心熱為內傷，
手背心俱熱為內傷兼外感。

3 手指稍冷否？

冷則為感寒，不冷則為傷風，
素清冷則為體虛。

4 足冷暖否？

足暖陽症，足冷陰症，
乍冷乍溫，便結屬陽；大便如常屬虛。

5 脚掌心熱否？

熱則下虛火動，脚跟痛者，亦腎虛有熱。

脚趾及掌心冷者為寒。

拾玖、問汗：

問汗亦以察表裡也。凡：

- 1 表邪甚者必無汗，邪去汗去，已無表邪，此理之自然也。
- 2 邪盡而汗，身涼熱退，此邪去也。
- 3 邪在經而汗在皮毛，此非真汗也。
- 4 得汗邪減而未盡——有得汗後，邪雖稍減而未得全盡者猶有餘邪。
- 5 謂已汗無表邪 又不可因汗而必謂其無表邪也，須因脉證而詳察之。
- 6 溫暑因邪而作汗 凡溫暑症有因邪而作汗者，有雖汗而邪未去者，皆表證也。
- 7 表邪未除 在外則連經，在內則連藏，連經故頭身或有疼痛，連藏故胸膈或生躁煩。在表在裏，有證可憑，或緊或數，有脉可辨，須察其真偽虛實。孰微孰甚而治之。

貳拾、汗之成因：

汗為人體流質之一，因暑熱或勞動而排泄于皮膚之外。含有臭氣及鹹味，食之令人生疔毒。「陽加於陰謂之汗」陰陽別論

「飲食能甚，汗出於胃；驚而奪精，汗出於心；持達遠行

汗出於腎；疾走恐懼，汗出於肝；搖體勞苦，汗出於脾。」經脉別論

「津脫者，腠理開，汗大泄。」決氣篇

「陽氣有餘為身熱無汗；陰氣有餘，為多汗身寒。陰陽有餘，則無汗而寒。」脉要精微論

貳壹、幾種汗出之病機：

但頭汗出，額上微汗出，汗出腰以下不得汗，汗出齊頸而還，以及偏身渾汗，凡此幾種汗機，但頭汗出，齊頸而還皆屬鬱熱；額上微汗出為甚，病在身半以上，此種出汗範圍愈小，則其病愈劇。若渾汗乃少陰症，因機能衰減，虛而不能收攝汗腺，病在下，則見之于上，初亦頭汗出，甚則肌膚津潤而四逆，此種出汗之範圍愈大，則病愈劇。

貳貳、問汗種種：

一、有汗否？

外感有汗，則為傷風；

外感無汗，則為傷寒；

雜症自汗，則為陽虛；

盜汗否？睡中出汗；外感則為半表裏邪，內傷則為陰虛

有火。

二、汗透與不透？

汗透者，飲熱水或吃稀粥，頭部、胸部，微微出汗津津常潤，能延長在三分鐘以上者，為透。

若旋出旋沒，雖有如無，謂之不透，仍須發汗。

三、汗閉：

為發汗缺乏，即指汗分泌之減少或停止此態而言。

本症為汗腺之組織的障礙或分泌神經機能異常而起，幾乎無單獨發生者，恒為其他皮膚病或全身病之一症候。

四、自汗：

不因天熱衣厚勞動而膚孔中頻頻出汗也。

此證多始于胃熱，繼則成為表虛，體肥腠理疎者多患之。

治宜內清腸胃榮衛之熱，外固腠理之氣，若久延不治，則津虧液耗，易成損症。

自汗發熱為前此傷風，醫不得法所致，宜玉屏風散。

五、黃汗：

汗出粘衣作黃色也。其因：

1 發黃——身體腫發黃，汗出而渴，脉自沉。

2 歷節——兩脛自冷，假冷發熱。

3 勞氣——食已汗出，又身常暮臥，盜汗出者。

4 惡瘡——汗出已反發熱者，久久其身必甲錯，發熱不止

者必生惡瘡。

5 脾熱——身重汗出已輒輕者，又從腰以上必汗出，下無汗，腰髖（在軀幹下接連兩股的骨頭）弛痛，如有物在皮中狀

；劇者不能食，身疼重煩躁，小便不利。

六、血汗：

汗出如血也。

由膽經受熱，血遂妄行，又與手少陰氣相併而成者，宜定

命散。

由大喜傷心，血隨氣行者，宜黃芪建中湯。

七、頭汗：

汗液但出于頭也。

此證由濕熱上蒸，或蓄血結于胃口，迫其津液上逆所致。

病後產後頭汗出者屬陽虛，誤治必死。

傷濕額上汗出，下之微喘者死。下後便不利者亦死。

凡頭汗服和營衛、逐濕豁痰、理氣、散瘀藥，或發寒熱

，下體得汗者，為營衛氣通，日漸向愈之機也。

八、額汗：

不論冬夏，額常有汗也。此係醉後當風所致。

九、腋汗：

汗出于兩腋之中，甚則延及于脇下，此係少挾熱，為半表

半裡之症。

十、胸汗：

胸部多汗者。此因思慮過度所致。其病在心。

十一、手足汗：

此證由脾胃濕蒸，旁達于四肢所致，此陽明證也，宜大柴

胡湯。

陰陽不和，經絡不調，手足汗出，諸藥不效者，宜八湯加半夏茯苓為君、川烏白附子為佐使。

十二、半身汗：

夏日汗出，止于半身也。此由氣血不充，內挾寒飲，為偏枯及夭亡之朕兆，宜十全大補，人參養榮等。加行經豁痰藥治之。若元氣稍充，即間用小續命湯一劑，以開發表，或防己黃芪，湯加川烏以散其濕。此證雖屬血屬，慎不可用四物陰藥，以其閉滯經絡故也。

十三、陰汗：

前陰處常有濕汗，甚則延及于兩股，此皆濕熱下注所致。

十四、腳心汗：

汗出于腳心，由濕熱流注所致。

十五、大汗亡陽：

表氣不固，汗液漏泄，四肢逆冷，脈弱無力，心跳氣短，體溫低降。古名大汗亡陽。

十六、大汗亡陰：

若脈細而數，舌赤咽干，神煩不眠，五心煩熱耳鳴心悸，古名大汗亡陰。

貳叁、景岳謂汗出不治有六：

一、汗出而喘甚；

二、汗出而脉脱；

三、汗出而身痛（藏氣法時論曰肺病者肩背痛，汗出）；

四、汗出髮潤至巔；

五、汗出如油；

六、汗出如珠。

醫者不得妄用藥，此症因汗從皮毛而出，故列于表證。

貳肆、汗之治法：

凡全非表證則或有陽虛而汗者，須實其氣，陰虛而汗者，須益其精。火盛而汗者，涼之自愈。過飲而汗者，清之可寧。

此汗症之陰陽表裡不可不察也。

貳伍、問鼻涕，鼻有涕否？

或無涕而燥，或鼻塞，或素流涕不止，或鼻痔，或酒齕。

貳陸、問頭：

一、暫痛甚痛，必因邪氣。久痛微痛，多屬正虛。暴眩為風火與痰。漸眩為上虛氣陷。

二、暫痛者有：外感頭痛、火邪頭痛。久病者有：陰虛頭痛、陽虛頭痛。然亦有暫病而虛者，久病而實者，又當因脉因證而詳察之，不可執也。

三、問其頭，可察上下；問其身可察表裡。頭痛者，邪居陽

分；身痛者邪在諸經。前後左右，陰陽可辨；有熱無熱，內外可分，但屬表邪，可散之而愈也。

四、內火頭痛必有內應——凡火感于內而為頭痛者，頭腦振振痛而兼脹，脉洪，必有內應之症，或在喉口，或在耳目，別無身熱惡寒在表等候者。此熱甚于上，病在裡也。察在何經，宜清宜降，高者抑之，此之謂也。若用輕揚散劑，則火必上升而痛愈甚矣。

五、陰虛頭痛，舉發無時，眩痛兼煩躁——是因酒色過度，或過勞苦或逢情慾。其發則甚，此為裡症，或精或氣，非補不可也。陰虛血虛水虧，治宜補陰以六味湯左歸飲加菟蓉，細辛、川芎主之。

氣弱陽虛頭痛，惡寒嘔吐——然亦有陰寒在上，陽虛不能上達而痛甚者。其證則惡寒嘔吐，六脉沈微，或兼弦細，諸治不效。用桂附參熟之類可愈。是頭痛之又有陽虛者。

六、頭痛時間分內外，痛無間歇為外感，痛有間歇為內傷。

七、頭風——此世俗之混名，然必有所因，須求其本，辨而治之。

1 外感頭痛部位：太陽在後（巔頂腦後），陽明在前（額額），少陽在側（頭角）。

2 太陽頭痛脉沉緊，少陽脉弦細，陽明脉長緩。太陰脉沉緩，少陰脉沉細，厥陰脉厚緩。

3 外感頭痛症候：寒熱，脉緊清涕，咳嗽脊背疼痛者。

貳柒、眩暈：

眩暈、頭痛均屬上虛——凡眩暈者，或頭重者，可因之以辨虛實。

病中眩暈，多屬清陽不升，上虛而熱——如丹溪云：「無痰不作暈」殊非真確之論。但當兼形氣，分久暫以察之。觀內經曰：「上虛則眩，上盛則熱痛。」其義可知，至于頭重尤屬上虛——經曰：「上氣不足，腦為不滿，頭為之苦傾」此之謂也。

貳捌、頭痛部位：

前額頭痛

為鼻病、眼病、陽明病。

後腦頭痛

為僂痺質斯症、太陽症。

偏側頭痛

為牙病、耳病、偏頭痛、少陽症。

顛頂頭痛

為神經官能病。腦弱、貧血、梅毒、婦女病（經期頭痛、子宮病頭痛、妊娠頭痛）少陽症。

瀰漫性頭痛

腦壓病、腦膜炎、肺病、尿毒症、糖尿病、血液病、動脈硬化、神經衰弱、瘧疾。

1 貧血、腦弱、寒濕凝經，因月經頭痛，勞神過度，傳染病（如傷寒、濕溫、感冒、瘧疾、痧症）腦膜炎、鼻漏、便秘

2 牙痛、鼻瘤、牙骨痛。

3 神經痛、下牙痛。

附頭面部各種疼痛區域圖：



痛、梅毒痛。
4 腦弱、經期頭痛、妊娠頭痛、貧血、腦膜炎、子宮病頭

5 偏頭風痛。

6 腦血管壞痛、梅毒痛、烟酒毒、便秘。

7 鼻病腦痛。

8 眼病頭痛、眉管痛、貧血、傷寒。

9 神經痛。

10 牙床骨孔痛。

11 神經痛、牙床骨膜炎。

貳玖、頭痛診斷緊要：

1 枕、額肌炎，輕觸可得肌內硬結；強力壓抑之，則反輕快。有時有頸肌之強直出現，加溫可愈。

2 頭痛若併檢得，嘔吐；瞳孔不同，斜視；視神經炎，鬱血乳頭，癱攣等症之一者，多可推想其為器質疾病所引起。

3 腦膜炎之頭痛，于頭向前彎曲時加劇，迴轉時則無影響。

4 因顱內疾病之頭痛，多為發作性，或因發作而加劇，其所患疾病多屬小腦腫病等。

5 發作性頭痛，乳頭鬱血而不發熱，有見于腦膿腫之經過中。

6 對突發性激烈之頭痛，並有腦膜症狀，項部強直羞明，意識渾濁之病人，近時有考慮為蜘蛛膜下出血。

7 由于副鼻竇腔炎症而頭痛者亦多。每日早起時最甚，過後隨時間之經過，而逐漸淡忘之。

8 梅毒性骨膜炎，以夜間疼痛加甚為特徵。

9 夜間加重，不僅為梅毒而已，即萎縮腎亦常有之。且有惡心嘔吐。

10 因長時間之額鼻管閉塞，以致額竇內之空氣完全被吸收而出現，真空性頭痛 (Vacuum Headach)。眼珠一動即痛，額骨之最薄部份，眼下斜肌之滑車附着點之附近壓痛最甚。

11 高血壓者之頭痛，以早晨為多，或謂其痛僅限于枕部。

12 枕部頭痛之意義：較之額部頭痛為重大。例如小腦腫瘤、高血壓、萎縮腎等。

13 高血壓如以頭痛相訴，勿忘其可能為腦溢血之前兆。腦內循環障礙所起之頭痛，以動脈性充血（例如由于腎疾病或亞

硝酸戊脂、酒精等（過性之充血），或由心臟病、肺氣腫所起之靜脈性充血，為最多之原因。反之，在貧血性頭痛者，有謂顱內貧血並非直接之原因，而係毒素所致之一說，頗饒興味。

14 因顱內低血壓之頭痛，與高血壓，浮腫而起之頭痛有異，臥則輕快，坐則加重。

15 尿毒症之頭痛，有因下痢而輕快。

16 腎炎時之頭痛，似與顱內壓升高有關。

17 有腎炎症狀，尿無變化而僅有高血壓者，可有激烈之頭痛。同時有嘔吐、遲脈、癲癇樣發作，不安、昏睡、精神錯亂，一時性失明，一時性偏癱等，謂之高血壓者腦症。

18 眼性頭痛以遠視與亂視者為多。除頭痛以外絕無其他症狀之表現；尤以婦人因遠視而患頭痛，用藥無效，配鏡即愈。

19 額部頭痛，眼球疼痛，並有角膜浮腫與緊張而起之視力障礙，當考慮為綠內障。見光時所呈色環與普通不同，即光之周圍為暗環，其外繞以色環，最外層多赤色。更進而起嘔吐，視力益惡化，視野亦縮小。

20 日射病時，實際上有起急性腦膜炎，全額部皆痛。

21 夏季飲冰，有額部之一時性頭痛者，此乃反射性胃性頭痛。

叁拾、身痛：

一、凡身痛之甚者，亦當察其表裡，以分寒熱：

表邪痛無定所——其若感寒作痛者，或上或下，原無定所，隨散而愈，此表邪也。

痛痺定所無表症——若有定所而別無表症，乃痛痺之屬。邪氣雖亦在輕，此當以裏證視之，但有寒熱之異耳。

火甚而痛熱症應——若因火甚者，或肌膚灼熱，或紅腫不消，或內生煩渴，必有熱症相應，治宜以清以寒。

無熱疼痛屬陰寒——若并無熱候而疼痛不止，多屬陰寒以致氣血凝滯而然，經曰：「痛者，寒氣多也。」有寒故痛也。必溫其經，使氣血流通，其邪自去矣。

勞損身痛陰虛之極——凡勞損病劇，而忽加身痛之甚者，此陰虛之極，不能滋養筋骨而然，營氣憊矣，無能為也。

叁壹、肩部凝重痠痛：

一、肌肉過勞。多由肩部肌肉使用過度，枕具不適及工作姿勢不自然而引起。

二、更年期障害。發生于停經時期。

三、高血壓——動脈硬化。

四、脊推骨傷。

五、齒槽膿漏。出血外亦出膿汁，牙齒動搖。

六、胸部疾患。肋膜粘着，其他肺、心臟的疾病。

七、腹部臟器疾患。肝臟、胰囊、胃、十二指腸、胰臟等。

八、糖尿病。因疲勞與失眠等身體不調而引起。

九、維生素缺乏症。

十、自律神經失調與精神過勞。

叁貳、胸痛：

一、濕性肋膜炎。

二、肺炎。

三、流行性感冒。

四、乾性肋膜炎——疼痛多發於一邊，且在胸側。每會積水成為濕性肋膜炎。

五、肋間神經痛——除一般神經痛外，每有因肋骨、脊推骨病而起。大動脈瘤、肺瘤亦會發生。

六、自然氣胸——呼吸困難，突然發生，以患肺病尤其受人工氣胸的人發生居多。

七、流行性肋膜炎——突然前胸下部發生劇痛，且會發燒、頭痛，數小時後就轉快。夏秋之間，兒童常患之。

八、肋間肌肉的風濕——手脚（關節）會痛。

九、肺癌——咳嗽、咳痰，有時痰中帶血。

十、狹心症——心臟突然發生劇痛，苦得打滾。

十一、心臟神經症——症狀類似狹心症，脈常數但驗不出心臟變化。

十二、肋骨骨折。

叁叁、腹痛之部位：

- 一、左上腹：胃、腸、肋膜、脾、腎。
- 二、右上腹：肝、膽囊、腸、肋膜、腎。
- 三、腹中部當臍處：十二指腸、小腸。
- 四、左下腹：卵巢、大腸、輸尿管（臟腑位置易向時也可以蟲樣突起發炎痛起於左下方）。
- 五、右下腹：盲腸炎（蟲樣突起炎）、卵巢、輸尿管。
- 六、位置不明：慢性腹膜炎（大半是結核性，疼痛不止劇烈，有肚脹感覺，或便秘傾向，時而下痢。）；腹膜粘着（腸結核愈後或開腹手術愈後發生）；蛔蟲症（輕微發燒有惡心、目眩、食慾不振、疼痛以數分或數十分鐘每間隔而起伏，要檢查大便，以發現蟲卵為準。）；內臟下垂症（患此以細瘦型人為多）。

叁肆、腹痛併發症象：

腹痛隨伴之症象甚多略計之有下列十二種：

一、肚皮膨脹、腹壁緊張、腹膜受刺激之象（穿孔及腹膜炎之類）。

二、氣脹或稱氣壅、因腹脹疝痛、屁不得通、鎖腸症、胃炎、腸炎。

三、吐糞為鎖腸症之特徵。

四、噯酸多胃炎。

五、吐苦水、吐膽汁，多數因膽病而起。

六、嘔血胃病，為胃潰瘍食管病，或食管血瘤腫及硬結化。

七、灼感、胃炎胃酸過多或過少。

八、腹壁反射消失為腹膜炎之徵。

九、腹部突然發生疼痛，應懷疑：

1 盲腸炎（發燒、嘔吐、便利或下利，痛自上腹部或全腹開始逐漸局限於右下腹部，白血球增多）。

2 急性化膿性腹膜炎、胃穿孔、腸穿孔或其他原因而發生（腹痛、腹壁緊張、腹鼓脹）。

3 腸閉塞（腹痛、嘔吐、解便與放屁停止）。

4 膽石痛（突然右上腹部劇痛，痛得右肩右腕也痛）。

5 胃痙攣。

6 急性胰臟炎（上腹部突然劇痛會嘔吐）。

7 子宮外妊（破裂），有時子宮并不出血，惡心、嘔吐、臉白、休克，不發燒有劇痛但不反覆。

8 腎結石（腎部劇痛，血尿，但不自覺此亦有）。

十、糞便：

1 無膽色之糞，夾血之糞，鮮血在糞下部，或瘀血發紫黑而與糞混合和胃腸血在上直腸血在下。

2 糞臭作酸氣，炭水化合物消化太多，糞臭作腐氣，蛋白質消化太多。

3 糞液乾澇或稀薄及其特徵（如霍亂之糞似米湯，傷寒之糞似豆粥之類）。

4 無糞、便秘、結鎖腸或兼而有之。

十一、腹中有水：

1 腹水（水鼓脹）。

2 血液（如子宮外妊娠、輸卵管破裂，血流腹腔，其證為小腹劇痛，頗易與盲腸炎相混，但有血色蒼白及疲倦昏厥等內失血之特徵）。

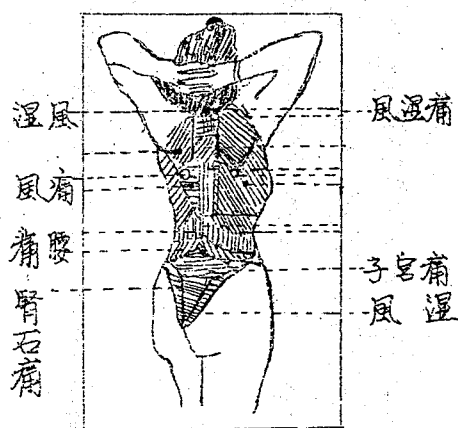
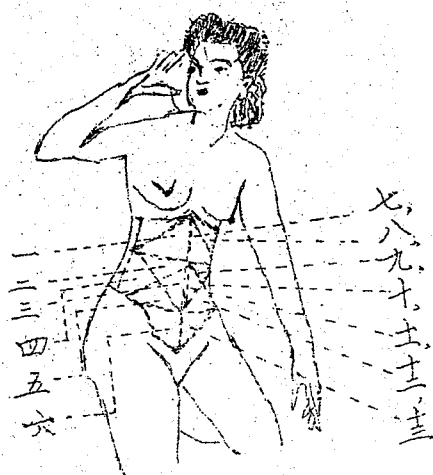
十二、發熱：

腹痛兼有高熱度者，多為發炎及險惡之象。時當夏令，飲食失常，多進生冷，及飲水過多，如冰棒冰磚汽水剉冰之類，最能傷害消化，加以觸熱食涼，極易引起腹疾，又炎夏之際，細菌發育極易，傳染病猖獗流行，消化器受病尤屬尋常易見之事，故在夏令有所謂絞腸痧，即急性胃腸炎，醫家所謂泄利，有時或稱為類副傷寒，均因貪食冷飲，及不消化之涼食，或傳染菌所致。所以在夏令宜絕對禁止兒童吃冰淇淋冰棒一類涼食。夏夜露臥貪涼，亦能促成不消化病。夏晚吃餛飩穢惡之物。不但不易消化且能引起急性胃腸炎，亦或稱為毒性胃腸炎，或稱疫痢，或稱類霍亂，或竟誤為霍亂，（按霍亂無腹痛，而此種吐泄以腹劇痛為第一證象）其病源之不一及證象之紛歧，臨床時最難辨別，大概此種夏令胃腸炎之主要證象如下：劇吐、劇泄、腹劇痛、高熱之類，但此種病來勢險惡，而並不致有生

命危險，有時一、二日即愈，有時亦能經月不癒。

附腹痛區域圖：

附背痛區域圖：



(一) 肝氣痛膽石痛。

(二) 胃氣痛。

(三) 腸痛腹痛大腸疝痛。

(四) 腎痛尿石痛。

(五) 盲腸炎痛卵巢痛腹膜痛。

(六) 子宮痛。

(七) 心痛胃氣痛脾痛。

(八) 肺膜腹膜痛。

(九) 脾痛。

(十) 腎痛輸尿管痛大腸痛。

(十一) 普通腹痛蟲痛。

(十二) 小腸氣痛。

(十三) 子宮卵巢膀胱小腸氣等痛。

叁伍、腰痛：

(一) 腰部肌肉過勞。

(二) 流行性感冒。

(三) 風濕證。

(四) 神經痛。

(五) 腎結石。

(六) 腎臟的疾病。

(七) 內科疾病。

(八) 脊椎骨瘍。

(九) 扁平足——塗抹黑墨于腳蹠，查出是否有腳蹠窩。

(十) 內臟下垂。

叁陸、背痛：

(一) 脊椎過敏性——按壓脊椎時會痛，常與骨瘍混淆。

(二) 脊椎骨瘍——(頸椎、胸椎、腰椎)背、腰、肩、頸痛，

敲打脊椎會痛，曾患肺結核此宜注意，有進作X光診斷必要。

叁柒、其他痛之診察：

渾身骨節疼痛否——外感則為邪居表分；內傷則為氣血不周，身重痛者，為挾濕氣。

手足癱瘓否？——左手足臂膊不舉或痛者屬血虛有火。(左半身不遂此血虛、當歸、川芎)

右手足臂膊不舉或痛者屬氣虛，有痰。(右半身不遂此氣虛，人參、白朮)

齒痛否？——或上齦、或下齦、或有牙宣。

項強否？——暴強則為風寒，久強則為痰火。

咽痛否？——暴痛多痰熱，慣痛多下虛。

肩背痛否？——暴痛為外感，久病為虛損夾鬱。

頭身臂膊作痛，必問曾否病惡瘡？或舊傷？
脇痛否？——或左、或右、或兩脇俱痛，或一點空痛。

腰脊痛否？——暴痛為外感，久痛為腎虛挾滯。

尻骨痛否？——暴痛為太陽經邪，久痛為太陽經火。

膝痠軟否？——暴痠軟前為腳氣或胃弱，久病則為腎虛。

腳腫痛否？——腫而痛者多風濕，不腫，脛枯細而痛者，

為血虛；為濕熱下注。

叁捌、痛之種類：

趾裂痛為神經痛，

搏動痛為炎症痛，

遊走樣痛為風濕痛，

抽絞樣痛為疝症痛，

鑽刺樣為梅毒痛。

為往聖繼絕學

為萬世開太平

行政院衛生署中醫藥委員會組織規程（核定本）

第一條

行政院衛生署（以下簡稱本署）為策劃改進發展中醫、中藥，特依本署組織法第十七條之規定設置中醫藥委員會（以下稱簡本會）。

第二條

本會之任務如左：

一、策劃改進發展中醫、中藥事項。

二、國內外中醫、中藥團體及學者專家之聯繫事項。

三、中醫、中藥典籍之研究及編修事項。

四、本署交辦研究事項。

第三條

本會置主任委員一人，承署長之命，綜理會務；委員八人至十四人，均由署長就富有中醫、中藥學識者聘用之。

第四條

本會置執行秘書一人、辦事人員三至五人，均由主任委員就本署現有人員中遴選簽報署長派兼之。

第五條

本會設中醫、中藥、鍼灸三組，秉承主任委員之指示，分別辦理有關業務。

第六條

前項各組各置主任一人，由主任委員就本會委員中遴選兼任；各組各置研究委員二至三人，鍼灸組得置五至七人，均由主任委員就著有聲望之中醫中藥學者專家中遴選，提經本委員會通過後，報請署長聘用之。本會主任委員、委員、研究委員均為無給職。但得視事實需要依照規定支給車馬費或研究費。

第七條

本會分層負責明細表由本會擬訂報請本署核定之。

第八條

本規程自發布日施行。

診

餘

談

溫

病

陳筱春

溫病之名，由來已久，秦漢時期，黃帝內經已有記載，如六元正紀大論曰：「辰戌之歲，初之氣，民厲溫病，卯酉之歲，二之氣，厲大至，民善暴死，終之氣，其病溫，寅甲之歲，初之氣，溫病乃起，丑未之歲，二之氣，溫厲大行，遠近咸若，子午之歲，五之氣，其病溫，己亥之歲，終之氣，其病溫厲。」由通天論曰：「冬傷於寒，春必病溫，冬不藏精，春必病溫。」由此觀之，天地之間，氣候變化，輕則感冒，重則病溫，因厲氣潛伏人體，遇時而發，遂開後人伏氣溫病之診例，難經五十八難曰，傷寒有幾，其脉有變否？然，傷寒有五，有中風，有傷寒

，有濕溫、有熱病，有溫病，其所苦各不同。溫病之脉，行在諸經，不知何經之動也，各因其經所在而取之，此扁鵲論溫熱及治法。仲聖云，太陽病，發熱而渴，不惡寒者為溫病。巢氏病源候論曰，辛苦之人，春夏必多溫熱病，皆由其冬時觸冒之所致，有冬日觸冒寒毒，伏至春暖始發者，有冬月溫暖，人感其氣，未即發者，至春又為積寒所折，毒氣不得發泄，至春夏過熱，溫毒始發者，皆由表裡受邪，經絡受損，臟腑俱病也。金劉河間之診治，于溫病重清解，其論熱病曰，有表而熱者，謂之表熱，無表而熱者，謂之裡熱，凡表裡俱熱之症，或半在

表，或半在裡，汗之不可，吐之又不可，法當和解，用涼隔天水二散合劑，水煎飲之。如表熱多，裡熱少，天水散一，涼隔散半，合和煎飲即解，是法也，法外之法，其方之妙，不可言喻。明吳又可溫疫論，獨創高見，言溫疫病發，非風寒暑濕，而是天地間厲氣，觸之即發，邪從口鼻而入，容於膜原，並立達原飲一方，該方組成以枳櫚、厚朴、草果仁、知母、芍藥、黃芩、甘草等。但該方破氣藥多，施予貧賤體強之人，是一良方，如用於驕弱的富貴子弟，即不樂觀，此由吳氏達原飲組合觀之。吳氏所言，是屬於溫熱之疫，疫與溫有別，周揚後云，一人受之謂之溫，一方受之謂之疫。清乾隆年間，李西垣先生出，著辨疫瑣言，並創清氣飲，芳香化濁，言天之六氣，其邪由皮毛而入，是太陽經，溫疫之邪為地氣，肺胃受之，地氣渾濁，為污穢之氣，為不正之氣，宜以輕清芳香，祛濁邪而並清陽。康熙年間，木北山著溫疫明辨，謂溫病之治，異於傷寒，並列辨氣、辨色、辨舌、辨脈、辨神，使後人知溫病之治法，異於傷寒，並列五兼症，十夾症，是書辨症極精，但治法，仍雜以辛溫，未能跳出傷寒圈子，是其短也，溫病之學，至葉天士，發展登峯造極，其學雖宗河間，而靈活運用，可謂青出于藍，論傷寒六經論法，溫病須分三焦，並言衛之後，方言氣，營之後，方言血，面色白者，須顧其陽氣，面色蒼白，須顧其津液，通陽不在溫，而在利小便，救陰不在血，而在津於汗。至理明言，發前人之未發，補傷寒之不足，用藥方面，如安宮牛黃丸、

紫雪丹、至寶丹、同為清心開竅之藥，如兼毒則安宮牛黃丸為先，如兼動風，則以紫雪丹為優，如兼穢濁，則以至寶丹為長，如此明辨，非天資卓絕，經驗廣博，不克至此。與天士同負盛名者，則為薛生白先生，先生江蘇人，詩詞歌賦，文學修養極深，因母病濕熱，故于濕熱病，研究極深，著有濕熱條辨，明白曉暢，妙方極多，如用川連蘇葉以止吐，用六一散，加薄荷以發汗，夫溫家禁汗，今變法治之，功奪造化，開後人治濕熱之捷徑，皆先生之功也，經葉氏後，承其學者，則為吳鞠通先生，年十九時，因父病溫沒，哀痛之餘，發奮攻醫，十餘載有成，先生治醫，宗葉氏，著有溫病條辨，所立銀芥散。桑菊飲，五加正氣，增液益胃等湯，啓後人治溫病之準繩。葉吳之後，于溫病有特殊貢獻者，則為孟河王孟英先生，如治暑溫之用西瓜皮，獨出心裁，異想天開，既能應手取效，方又清靈可喜，編有溫熱經緯，集諸家精華于一爐，乃溫病學之巨著，學者宜深究焉。（按西瓜皮即西瓜上薄薄一層綠皮用玻璃破片刮下量約三錢）台灣四面環海，氣溫特殊，無潛無藏，陽氣多洩，吃冰飲冷，家常便飯，正如喻言所言，天之熱氣下，地之濕氣上，人在其中，受其薰蒸，無隙可避，天士亦云，吾呈濕邪害人最廣，此語移用於今日台灣，最為適當，故所患時行感冒，屬溫、濕、熱，範圍者為多，如學者加以研究，對於治療，助益甚大。

紅斑性狼瘡中醫治驗例

張次郎

患者：陳○○ 業：理髮 女性 廿九歲 住永靖鄉

初診日期：七十二年九月廿四日

初診症狀：病者持續發熱一星期不退，全身骨節酸痛，皮膚偏發紅斑，面部鼻樑處尤甚，狀如蝴蝶狀斑疹，患者自訴發病約已壹個多月，經兩家大醫院檢查診斷為「紅斑性狼瘡」，並已用過副腎皮質激素（Prednisolone）控制，致全身有輕微浮腫，脉沈數而濡，舌苔黃燥，舌質絳紅少津，少腹痛，胃呆不納，時欲吐，精神恍惚、倦怠，小便短赤，食不下。

病理檢查：

1 小便一般檢查：尿蛋白（Protein）（廿） 尿膽原（Urobilinogen）（十） 16x 沈渣：赤血球 10-15 / HPF
白血球 2- / HPF

2 血液一般檢查：紅血球 420 mill 白血球（WBC）
12,500 mm³ 血色素（Hgb）：12.5 gms

3 血液特殊檢查：L-E cell（±）

4 肝腎功能檢查：Albumin 3.0 g% Globulin 3.2 g%

TTT 8.3 Units SGOT 140 Units SGPT 46 Units BUN
25mg% NPN 42mg%

診 斷：血熱濕鬱（紅斑性狼瘡）

治 則：涼血清熱、發表祛濕

處 方：溫清飲加味

藥 味：當歸二錢、川芎錢半、生地二錢、炒白芍二錢、川

黃連二錢、黃柏二錢、黃芩二錢、枝子二錢、牡丹

皮二錢、茯苓三錢、半夏二錢、陳皮二錢、蒼朮二

錢、附子二錢、紫蘇葉二錢、甘草一錢、防風二

錢、荊芥二錢、薏苡仁五錢，服四帖。

二診：九月廿八日

熱已退，骨節酸痛已減，精神已較清爽，食慾暫增，口乾，喜冷飲，面部皮膚紅斑亦略有消退之象，脉沉細，舌苔淡黃而薄，祇是小便量較少，病者自身深感整個病情都有進步。

處方：當歸二錢、川芎錢半、炒白芍二錢、生地二錢、川黃連二錢、黃柏二錢、枝子錢半、黃芩二錢、茯苓三錢、半夏二錢、陳皮二錢、紫蘇葉二錢、附子二錢、甘草一錢、荊芥二錢、白蒺藜二錢、薏苡仁五錢、大腹皮二錢、車前二錢，服四帖

三診：

病者一進門即露出喜悅的面孔，並云感激醫師救命再造之恩，外表皮膚紅斑已消之大半，食慾大增，骨節已不再酸痛，小便量亦增加，但頭眩，小腹仍微疼，舌質淡紅多苔，脈沈細，再做小便一般檢查尿蛋白(+)尿膽原正常，得知腎機能障礙尚未復原，舌已無苔，內熱已退，不敢再投與過於苦寒藥物，又症狀已較緩和，故擬改投科學中藥，以調餘證。

處方：當歸芍藥散九公分合六味地黃丸六公分共十五公分作三包，每食前溫開水送服，配十四日份。

十月十四日病人親自打電話給我，自訴病情已好轉如常人，是否要繼續服藥，我就令他十六日晨空腹前來再做檢查後，再決定是否繼續服藥；十月十六日病人按時前來抽血檢查，其結果如下：

1 小便一般檢查：尿蛋白(-)尿膽原正常，沈渣：RBC1-2
HPF WBC0-1/HPF

2 血液一般檢查：紅血球：430mil 血色素12.5 gnis
白血球7,200 mm³

3 血液特殊檢查：L-E cells(-)
4 肝腎功能檢查：A/G 4.2/3.0 TTT 5.5 SGOT 28
SGPT 19 BUN 17 NPN 35

九月十七日病人前來探察檢查結果，得知檢查結果均已正常，不但病人本身高興，她的家屬和我亦為之欣然。由此得到一個啓示，本病初期如尚未長期大量使用副腎皮質激素控制，以中醫辨證施治，應可治癒。過去我曾遇到一位十四歲的少女得此病，因治療不當，徧求各大醫院拖延三年餘始前來求治，詢問之下，方知各醫院地使用副腎皮質素為之控制，因長期大量服用，致使患者時常胃出血，外觀一看便知有副腎皮質素引起的副作用，不但老化而身體非常脆弱，體內電解質失去平衡，胃呆不納，每次取藥回去，難予下嚥，即使下嚥，不久即吐出，難以發揮效果，由於藥物的副作用，證候已不典型，以中醫辨證論治，亦稱之為「壞證」。因此治療沒有成功。兩個病例相較之下，使我感覺副腎皮質激素在臨床上使用得當，其療效雖有時如仙丹，如長期依靠此藥維持控制病情的話，那祇是慢性自殺而已。

園地公開

歡迎投稿

風濕病熱症

療法

黃德順

風濕病熱是一種反覆發作的全身性膠原組織病變，可能是溶血性鏈球菌感染後引起全身性變態反應，主要影響關節與心臟，次之皮膚漿膜、血管及腦等組織器官，本病春冬二季及寒冷與潮濕地區較多，由是青少年發病率高，本病屬於中國醫學的「痺症」「心痺」病等範圍內。

發病原因與病理

風寒濕之邪侵入以後，正邪相搏，而見惡寒發熱，如熱病已久，耗傷陰液，可見陰虛內熱。

風濕熱之邪阻于經絡、肌肉、關節氣血不得流通，不通則痛，發而為痺，三氣均可熱化，而成熱痺，此即（內經、痺論）所說『其熱者，陽氣多，陰氣少……故為熱痺』的理論，可能有挾氣、挾濕之兼證。

如病邪留于肌肉腠理之間，血脉受阻成為紅斑點點，留于肌肉筋脉成為結節，內犯心臟此即（內經、痺論）所說之心痺病。

臨床徵候

症狀和體徵，臨床表現很複雜，可有急性暴發、反覆發作或持續遷延而進入慢性期，也有發病後不再發作。本病的症狀輕重不一，發病前一至四週有咽峽炎、扁桃腺炎、丹毒及猩紅熱等病史，部份病人可無鏈球菌感染病史。

(一)發病，多數病人均有不同程度的發熱，可有高熱、中等度發熱或低熱，發熱時常有大量出汗及脈搏增速。

(二)關節炎，是臨床上最多見的症狀之一，典型的呈遊走性關節炎，常累及膝、踝、肩、髖骨等大關節，局部呈紅腫、熱、痛等急性發炎症狀，有者波及的關節僅一、二處，輕微的炎症酸痛僅限于關節附近的肌腱組織，關節炎不會引起化膿，在急性炎症消退後，關節完全恢復，一般不遺留永久病變，也不會出現畸形，這與類風濕性關節炎相區別。

(三)心臟炎即心肌炎，心內膜炎及心包炎之總稱，是本病最重要的臨床表現，以兒童較多，症狀輕重不一，少數病人可無心臟方面症狀或僅有輕微症狀。

(四)皮膚表現：

1 環形紅斑，見于軀幹或四肢的近端，紅斑時出現較少，但能迅速地向外圍擴大或幾個紅斑逐漸融合，呈不規則的圓圈狀，略為隆起，顏色較紅，中心顏色較淡，故稱為環狀紅斑。

2 皮下結節，見于關節附近的長骨隆起處，分布對稱，隆起于皮下，與皮膚無粘連，有活動性，如米粒或黃豆大小，數量少者幾個，多者數十個，皮下風濕小結成後，常在幾星期後才逐漸消失，多見于兒童患者，常表現有心臟炎。

診斷與辨症

典型的風濕病的診斷比較容易其發病前常有溶血性鏈球菌

感染史，臨床表現為發熱、關節炎、心臟炎、環形紅斑、皮下結節及舞蹈病、心臟炎及血沈及粘蛋白的增高作為診斷依據。

主症分析發熱是風濕病主要症狀，臨床上可以不出現疼痛，或疼痛很輕微，而被忽視，風濕熱之邪入侵以後，可以侵犯關節、血脈和經絡，或聚合為結節或血瘰而見紅斑點點，也可以內陷心臟，臨症上除了掌握辨症以外，若發現到心臟症候尤宜重視必須及時治療。

治療

(一)藥物治療：

1 清熱祛風，調和營衛，通用于熱偏勝者。方用石膏知母桂枝湯（即桂枝白虎湯）：

桂枝一至三錢 知母五錢 石膏一至三兩 甘草二錢 粳米一兩
方中知母石膏清熱瀉火，桂枝甘草以祛風和營衛粳米和胃養津液。

若壯熱已久，四肢紅斑點點，舌質紅絳，是熱入營血之症，治以清熱解毒，涼血散瘀。

方用犀角地黃湯：

犀角三分 鮮生地一兩 赤芍四錢 丹皮四錢

方中犀角生地丹皮以清熱涼血解毒，赤芍以活血散瘀。

若熱已退而關節疼痛，歷節走注，症狀未見減輕者治以祛風通絡，養血止痛。

方用獨痺湯：

羌活三錢 獨活二錢 秦艽三錢 甘草二錢 當歸三錢 川芎三錢 海風藤一兩 桑枝一兩 乳香二錢 木香三錢 炙草二錢

若壯熱已退餘邪未盡，症見低熱或虛熱，久而不退，病久傷陰，陰虛內熱者。

方用清骨散：

清蒿三錢 鰲甲四錢 生地五錢 知母四錢 丹皮三錢

2 清熱燥濕，適用濕偏勝者。

方用石膏知母湯加蒼朮五錢

3 回陽救脫：適用於心臟衰弱甚者欲脫者。

方用參附龍牡湯。

若見心悸、氣促已減，汗不出，身回暖陽回而氣陰已虛，

舌乾少津脈弱者用益氣生脈法。

方用生脈散加味。

(二)針灸療法：主要治療風寒濕痺。

1 上肢關節：肩關節痛針灸肩髃、曲池、少海。腕及肘關節痛取合谷、曲池、勞宮、陽池等穴。

2 下肢關節：膝關節痛取陽陵泉、陰陵泉、環跳、足三里、膝眼。踝關節痛取絕骨、三陰交、崑崙等穴。

(三)物理療法：可用溫熱療法、運動療法及器械療法。

預防：加強體格鍛鍊，提高身體健康水準及抵抗力。

風濕病是由風寒濕三氣侵襲所致，因此宜防寒保暖，避免久居潮濕的場所。

加強保健身體健康，應作早期診斷和及時治療。

園

地

公

開

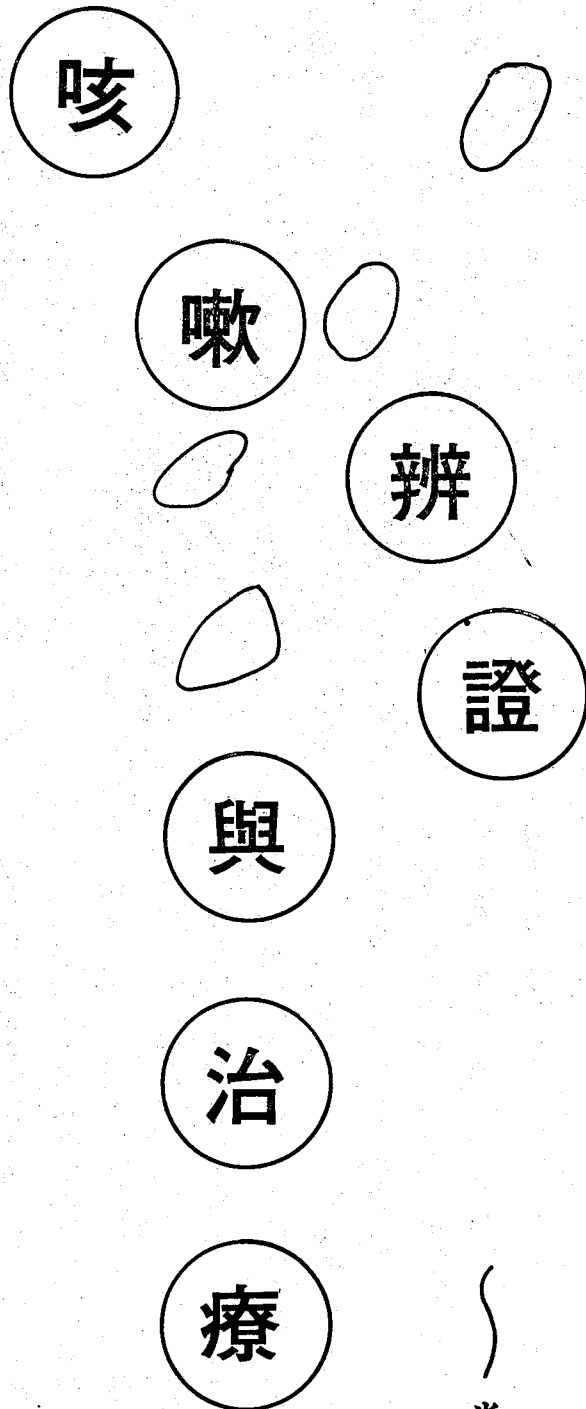
歡

迎

投

稿

常鳳翔



咳嗽者，有聲無痰曰咳，有痰無聲曰嗽，有聲有痰曰咳嗽。因肺氣受傷，動乎脾濕而然也。咳因肺氣傷而不清，嗽因脾濕動而為痰也。二者皆在聚於胃關於肺也。然又有肺寒肺熱之分，食積風寒之別，茲詳辨於後，為治療咳嗽之綱領，據此辨證施治，無不奇效耳。

肺寒咳嗽，因肺虛平素喜食生冷，以致寒邪傷肺，發為咳嗽，其證面色發白，痰多清稀，鼻流清涕，適宜服聖惠橘皮散

主之，若日久不愈者，須以補肺阿膠散主之，則氣順痰清而嗽自止矣。

聖惠橘皮散：人參 貝母 蘇葉 陳皮 桔梗 杏仁去皮尖炒 糯米 馬兜鈴 甘草炙 水煎服。

補肺阿膠散：人參 阿膠銹炒 牛蒡子炒 杏仁去皮尖炒 糯米 馬兜鈴 甘草炙 水煎食後服。

肺熱咳嗽，乃火熱重擾肺金，遂致頻頻咳嗽，面赤咽乾，

痰黃氣穢，多帶稠黏也。便軟者加味瀉白主之，便硬者涼膈散加桔梗，桑皮煎服，則熱退氣清而嗽自止矣。

加味瀉白散：桑白皮蜜炙 地骨皮 生甘草 川貝母去心搗

麥冬去心 知母生 桔梗 黃芩 薄荷 水煎服。

涼膈散：黃芩 大黃 連翹去心 芒硝 生甘草 梔子 薄荷

引用竹葉生蜜煎服。無汗者加防風、羌活。

食積咳嗽。因食積生痰，熱氣薰蒸肺氣，氣促痰壅，頻頻咳嗽，便溏者以麥麴二陳湯消導之，便秘者以蘇葶滾痰丸攻下之。

麥麴二陳湯：陳皮 姜半夏 茯苓 生甘草 黃連製 山查

麥芽炒 神麴炒 括萸仁 枳實鈇炒 引用生姜紅棗

水煎服。

蘇葶滾痰丸：蘇子炒一兩 苦葶一兩微炒 大黃四兩酒蒸一

次 沉香五錢 黃芩四兩 青礞石五錢火煨如金為度 以

上為末，水為丸，量虛實服之，姜湯送下。

風寒咳嗽。偶為風寒所乘，肺先受邪，使氣上逆，衝塞咽喉，發為咳嗽，嚏噴流涕，鼻塞聲重，頻唾痰涎。先以參蘇飲疏解表邪，再以金沸草散清其痰嗽，若寒邪壅蔽，當以加味華蓋散治之，則風邪解而氣道通，氣道通而咳嗽止矣。

參蘇飲：蘇葉 乾葛 前胡 陳皮 姜半夏 生甘草 枳殼鈇

炒 桔梗 赤茯苓 水煎服。

金沸草散：細辛 荊芥 姜半夏 旋覆花 前胡 赤茯苓 甘

草 引用姜棗 水煎服。

加味華蓋散：麻黃 杏仁尖炒去皮 蘇子炒 前胡 橘紅 生

甘草 桑皮炒 桔梗 赤茯苓 水煎食後溫服。

咳嗽為一般通常之症候，無論何時何地，均可聞咳嗽之聲，尤以冬盡春來，氣候變化之際為多。且咳嗽為諸病待發之先聲，患者如未能及時醫之，致久咳不已，則危害立至。久咳則傷肺，不特原有之病症加重，且易引起他症。諺云：久咳不已變成勞。因久咳肺氣受損，抵抗力弱，癆菌易於侵入，任其潛伏滋長，日久而壞症成矣。又如吐血與咳嗽，亦有極大之關係，咳久則肺絡受震，往往有破裂之虞，引起吐血，如素有吐血症者甚難痊癒。至於因咳嗽而有頭暈、吐血、嘔吐、喉痛、音啞、等等，雖為小節，亦能釀成大患，不可不注意耳。

小兒咳嗽，尤應注意，稍延時日，即易引起高燒，其變病叢生，肺炎、腦炎、哮喘、喉炎、小兒麻疹等，均可應聲而至。以中醫藥治療咳嗽，如能辨清症之虛實寒熱，氣滯痰濕，對症施治，法藥正確，無不藥到病除，迎刃而解，效驗之大，常人難以置信。如小兒科之治療咳嗽，大部份以氣管發炎為主，消炎之特效藥針齊下，如遇肺熱風熱類咳嗽，確有奇效。如遇肺虛受寒，食積痰濕，氣滯等類咳嗽，不但不能減輕全癒反而日甚一日，往往轉變為喘咳，百日咳、半年咳、常年咳、氣喘等，危矣哉。醫林先進，當洞悉明鑑，有所定論。聊陳芻議，以供參考。

臨床點滴

張蔚炎

一、

高血壓是一種常見的病症，原因有好幾種。但是以中醫所謂「肝火上衝」所引起的血壓高為最多。臨床常見的症狀是：頭痛、眩暈、耳鳴耳聾、急躁易怒、面部紅赤、脇肋灼痛、口眼乾澀、頭重腳輕等，中醫脈診是兩手寸關尺弦躁有力。「肝」在體內的功用是主「動能」，也是全身能量的貯存。五行屬木，木為生火之本。所以，一旦肝的功能受到外來的病邪侵害，或本身情緒過於「憂鬱」「暴躁」。或因不正常的生活，飲食習慣都會造成「肝火」，嚴重的就會促使血壓的升高，而引起許多頭部的病變。

如果有上述的症狀出現，可採用下列的方劑來調理，這個處方同時也可預防因腦血壓過高引起的腦血管破裂、中風、癱瘓等可怕的病症。

方藥：川天麻二錢 鉤藤四錢（後下） 石決明八錢 川牛膝二錢半 漢杜仲四錢 黃芩二錢 山梔子三錢 益母草五錢 桑寄生四錢 夜交藤八錢 茯神三錢。

這就是古方「天麻鉤藤湯」，可以平肝降火，效果十分理

想。而且沒有副作用。方中天麻，中醫用來除去肝火太盛引發的「肝風」，可預防腦溢血。它能治療眩暈頭痛、風濕痺痛，能活血祛風。鉤藤，也是常用來平息肝風，能涼心、肝的火熱，主治男女頭目眩暈，小兒寒熱驚癇。這味藥氣輕力薄，不宜久煎，故應該後下。石決明就是九孔，中醫用它的殼入藥，而不是吃它的肉。這也是一味很好的降肝火的藥。尤其對眼睛的風熱，如目赤、熱腫、流淚等症很有效。牛膝，也能降火，且有引火下行的作用，它能強肝滋腎，也可用來治療筋骨、關節酸痛毛病。

杜仲的療效很廣，能健筋骨，補腰腎，潤肝火之燥，補肝血之不足。對「肝」有明顯的調養效果。故近代的研究，認為杜仲確有平血壓的效果。黃芩可以清肝膽之火，山梔清心火，並可使「風熱」從小便而出。益母草，去風解熱，活血清肝，對婦女更有調經，止帶的作用。桑寄生補肝腎的不足，平降血壓，對因血壓升高引起的症狀，有緩解之功，它和夜交藤同用，可降肝火，治風虛，風眩。茯神能安心神，止驚悸，對肝風

過盛引起的心驚、狂亂，有鎮定的作用。

高血壓其實並不可怕，只要調養治療得法，生活起居飲食正常，甚至可根本痊癒。但根據筆者臨床的經驗，常有患者抱怨因長期用西藥降血壓用藥物，而導致性無能的結果，故僅以藥物控制血壓，治標而不治本，又有惡劣的副作用，實在不是理想的療法。反之，中醫根據人身整體的分析、斷證；採用自然而又有長效的療法，使抗體的陰陽自然恢復平衡，血壓自然下降，治病而不傷人正氣，實在是值得推廣的。

二、

老周是個瘦排骨型的人，他在一家業務非常忙碌的工廠上班，整天工作的時間超過十個小時，常常要趕著出貨，工作緊張萬分，根本沒有法子定時吃飯，老周的身子一向硬朗，但最近也漸漸發現，只要肚子一餓，胃裡就開始隱隱作痛，有時甚至會噁心，想吐，胸口常有灼熱感，如果抽空吃點東西，或喝杯牛奶，情形就好得多，但是吃多了，胃裡又覺得脹的難受，一陣陣的酸水往上冒……。

老周因為工作的關係，精神上及身體上都太緊張，再加上飲食不正常，疏忽了對他自己脾胃的保護。長久下來，他的胃粘膜抵抗力不夠，開始受到胃酸和胃蛋白的侵襲，而發生局部性的糜爛，嚴重的時候會穿過肌性粘膜，這時候老周已經得了一種很時髦的病——「消化性潰瘍」。

消化性潰瘍包括二種：十二指腸潰瘍，及胃潰瘍。真正

產生潰瘍的原因，西醫認為不甚明瞭，只知道主要的兇手都是「胃酸」，但却不能解釋胃酸為何分泌的那麼多。

中醫認為，在老周身上所發生的病症，是屬於「肝胃不和」，也就是他生活上的不正常及情緒、心理上的因素，使得脾胃元氣虛弱，而肝邪乘虛而入，古稱「肝木犯胃」。聽起來好像不著邊際，但臨床脈診常見右手脈「弦躁有力」，右手主脾胃本部，弦脈為肝有病邪之脈，故知「肝木剋脾土」。而且中醫自古以來即認為任何「酸」，都屬於肝管理：如酸味入肝，酸藥，或用醋製的中藥可以和肝氣，過酸的食物則傷肝，胃酸不正常的分泌，當然也屬於「肝邪」在作怪了，所以綜合看來，中醫認為「肝氣不和」才是引發消化性潰瘍的基本致病因素。

現代醫學治療潰瘍多半是採用鹼性制酸劑，及鎮定劑，根本沒有顧到「病根」的所在，只能暫時的治標，如果藥物無效時，就只好作全胃或部份切除，或切除胃兩側的迷走神經來治療。但開刀後常有衰弱、眩暈、流汗、噁心、嘔吐、心悸、體重減輕、元氣大傷的副作用。

手術治療有時是能解決某一問題，但往往又造成另外一個更大的問題，病人又受著另一種病痛的折磨，實在不是高明的醫療途徑。

中國醫學的理論淵遠流長，境界高深，一般常人不易體會其中的奧妙，故粗看難免有些抽象，但實質上却是最自然、最

適合人體的醫療方式，祛病又能強身，的確值得我們推廣。

三、

老趙正想抬手招一部計程車，忽然，毫無任何預兆地，一陣劇烈的絞痛襲上了老趙的胸口，他立刻感到呼吸極度的困難，心口上好像壓了一塊大石頭，老趙實在站不住了，趕快扶著牆蹲下來，胸口的絞痛一陣強似一陣地衝激著他，眼前發黑，冷汗大滴大滴的流，心跳加快，血壓也在升高，老趙隱隱的覺得死神就站在他的面前……。

帶給老趙如此痛苦的兇手，不過是他心臟冠狀動脈內的一個小小的血栓，阻塞了營養心臟的血液循環，如果血栓太大，血流阻塞的情形太嚴重，老趙也許永遠見不到他的妻兒了。

血栓形成的原因很多，可能在許久以前，老趙心臟冠狀動脈內膜肥厚，膽固醇大量的積在內膜深部，引起了動脈粥樣的硬化，內腔漸漸狹窄，組織也漸漸萎縮，直接影響了心力的不足。這時候，表面可能看不出什麼不舒服，心寬體胖的老趙，照樣大吃大喝，一天至少兩包烟，絲毫沒有警覺。但是動脈的硬化仍在繼續的進行，心臟循環的血液不夠心肌需要，引起心肌缺氧，血液流速緩慢，血栓也漸漸的產生了。

血栓形成之後，可能變為纖維組織，將血管永久堵塞，如果發生在大枝血管，則會造成突然的死亡，如果小血栓脫離管壁，流往他處，則一定會形成「栓塞」——常存在硬化而管腔狹小的血管。「栓塞」可能迅速或緩慢的形成，如果老趙沒有

因此而死亡，他的心肌也會逐漸發生缺血、梗塞、壞死的現象，這就叫做「心肌梗塞症」，當心肌梗塞，或大冠狀動脈阻塞時，心肌所需的營養和氧，遠超過冠狀動脈所能供給的量，故發生功能不足的現象，長期的心肌缺血則必然會令老趙產生強烈難忍的心絞痛，也可能突然的奪去了他的生命。

其實，在早些時候，老趙的體內已經發出了若干的警號，可能在他休息或睡眠時發生：如胸骨下有壓迫感或疼痛，使他呼吸不暢，或皮膚發白、發冷，或全身感覺虛弱，出冷汗，有時還會嘔吐、咳嗽，但也有人毫無異狀出現，直到最後的一剎那……。

中醫對這種病早有認識，臨床脈診時，常見左寸有細緊脈，主寒實之邪在心，或叫做「寒害心火」，也就是寒邪壓制，並傷害了心臟的功能。

「寒」的意思就是「生機受制，功能收斂」，不過心肌梗塞的原因很多，冠狀血管阻塞或血栓形成只是其中之一，其他無血栓的阻塞也有可能，如僧帽瓣狹窄、梅毒性主動脈炎或硬化性血管阻塞等，但這些都屬於中醫所說的「寒邪」及「收斂過度」，在臨床上把脈診斷時，可以極早、極精確的診斷中這一種古稱為「胸痺」的危證，所謂極早，就是說在病者尚無任何明顯的症狀時，中醫三指之下已經可以預先知道了。

本病的產生，精神、年齡、體質、飲食習慣等都有關係，如長期精神緊張，腦力過度支出，或飲食不節，過食肥膩，或

年老體衰，使得心陽不振，氣瘀血滯，久則心脈阻塞，陰寒內盛，常見心區劇烈疼痛、心悸、頭暈乏力、咳吐粘痰等症候。

四、

民國七十二年，在農曆中是屬於「癸亥」年，這兩個字在傳統的中醫理論中有著不尋常的意義，中國醫學在數千年前就瞭解到大自然間存有多種看不見的力量，影響著天地間一切的生命，這種巨大的能量被認為有六種，就稱為「六氣」——風、寒、暑、濕、燥、火，這六種氣運的變化是循環不息的，它們不但主宰了每年天地氣候的變化，也密切的影響著一切生命體的生理變化，人類，當然也包括在內。

筆者根據多年臨床經驗的體會，事實的確是如此，也就是說每一年，都有其獨特的「氣運」，因而對天地萬物產生某種特殊的影響，反應到人體上，就造成各種的疾病。

以民國七十二年來說，也就是「癸亥」之氣，中醫的解釋和命相家們的說法不同，我們認為「癸」屬少陰氣，主心、腎之火。「亥」屬厥陰氣，主心及肝，這兩種「時氣」中人為病，就出現喉嚨腫痛，呼吸道發炎、熱咳、多濃痰，很像中醫所說的風熱感冒，再過些日子，時序進入夏季，更可能會誘發高血壓、頂頭痛、偏頭痛、頭暈眼花，甚至胃潰瘍等症狀，換句話說，原本有這些毛病的朋友，遇到了今年的這種「氣運」，原本潛伏的病狀，就會發作出來，筆者自開年以來，光是喉痛、咳嗽的病者就近百人，可見這些症狀，就是今年流行的病了。

，完全符合理論上的推測。

現在根據筆者治療的經驗，針對上述病況，提供一個簡單的處方，以供個人自行調理：金銀花五錢、連翹五錢、山豆根三錢、牛蒡子一錢、麻黃二錢、射干三錢、桔梗三錢、生甘草二錢、丹皮三錢、塩黃柏二錢半、車前子五錢（包煎），天門冬三錢、玄參三錢，如咳嗽加杏仁二錢、紫苑二錢，濃痰加半夏二錢、括萎仁五錢。乾咳無痰加川貝二錢，如果發炎狀況嚴重時，再加入黃連一錢，可收到很明確的效果。

方中金銀花，有清熱解毒的作用，配上連翹，可以消除體內的發炎、潰瘍、化膿等症狀，山豆根、牛蒡子、射干、麻黃等專治上呼吸道感染症，對咽喉腫痛，扁桃腺周圍瘍，痰涎湧塞等有明顯的療效，且無副作用。

桔梗、甘草相配用，可刺激呼吸道粘膜，使其興奮，促使氣管中痰液的稀釋和排出，貝母可緩和呼吸和脈搏的急促，能鎮咳化痰，去治稠濃不易咯出的粘痰，半夏和括萎可作用於呼吸器官，解熱而止咳，半夏更能減低中樞神經的興奮，有良好的止嘔效果。

黃連的藥性大苦大寒，對許多的細菌有強力的抗生作用，能很快的消除體內的，尤其是上半身的炎症，但大量的使用，或長期服用會妨礙腸胃消化吸收的能力，故要多加注意。

今年的運氣主「火熱」，所以平素體質偏熱的朋友，飲食起居上就要多加保養，不可再多吃辛辣、刺激的食物、煙、酒

、咖啡更要加以節制，否則閣下今年的鼻子、喉嚨、氣管就要受苦了，反過來說，怕冷畏寒的朋友，或有心肌梗塞、冠心病的人，今年就可以舒服的多了，因為大自然的火，正好抵銷了身上原有的寒邪，加強了血液循環的力量，心絞痛（中醫認為是寒害心火）也就不易再發作了，氣血較衰弱的女孩子，也不會再一天到晚手脚冰冷，賀爾蒙的分泌也會比較旺盛，月經也就比較順暢了。

筆者每年開始的時候，都先把當年的氣運變化告訴在筆者班上學習把脈的同學，數年來，都能確切的印證這些預測是正確的，由此可見，中國傳統的醫學確實有許多精奧的內涵，身為一個中國人，我們實在應該多瞭解一些我們自己的醫學寶藏。

五、討厭的「月經疼痛」與「月經不調」

「痛經」，是一種常見的婦科病，雖然不是什麼了不起的症候，可是却給許多的婦女帶來很大的困擾，每個月到時間發作起來，使人心情煩躁，無法工作，痛苦不堪，其實，月經來潮的時候，本來就會有些正常的生理現象，如：眼睛紅、咽乾、身體倦怠、四肢無力、嘔吐、腰背酸、小腹發脹，略有少許抽痛等，但是如果出現高度的下腹疼痛，或腰腿牽引性疼痛，這就是病了，臨床上叫做「月經困難症」，或痛經。

行經時的腹痛，如根據現代生理學的瞭解，往往有下列原因：子宮發育不良，子宮頸口狹窄，月經排出障礙，子宮前傾或後曲，生殖系統患有炎症，但也有比較神經質的婦女，生理方面都很正常，只是情緒上喜怒不定，或常患憂慮過度，也會引起痛經的現象，中醫認為是屬於「七情」的病變，也有少女對生理常識缺乏，在經期中精神緊張，或飲食起居不知節制，保養，在經期快來時吃下冰冷的食物、飲料，或使腰腹部受寒，也可以引起令人不快的經痛。

中醫對月經痛的治療，常可以收到很理想的療效，同時，也可以改善子宮、卵巢的發育，使排卵正常，月經週期也會趨向穩定，受孕也比較容易些。

筆者根據臨床切脈的診斷，一般婦女經痛可分為四種——「虛」、「實」、「寒」、「熱」。這四個字，看起來好像很抽象，但也可以用現代生理學來解釋。

一、「寒證」——也就是「機械性、子宮性月經困難」，常見月經排出的通路發生障礙，子宮肌腫、子宮頸或內口狹窄等，生理上要排出瘀血，結果引起子宮強度收縮，於是就發生痙攣型的疼痛，寒證在臨床上出現的症狀是：月經量少，顏色深黑，小腹常感覺冰冷，四肢、手脚老是不暖，冬季尤其嚴重，脈象為「左手關尺脈細緊有力」，主下焦有陰寒之邪，命火不足，這些情形可用熱水袋外敷小腹，使下焦溫暖，血行順暢，可減輕一點痛苦。

也可以採用下列中藥來調理：全當歸四錢、醋製香附三錢、炮姜二錢、艾草二錢、川芎二錢、赤芍三錢、元胡二錢、大熱地五錢、破故子三錢，水煎服。

中醫根據理論及臨床體驗，認為婦女有寒邪，常會導致所謂的「宮寒不孕」，也就是說卵巢的內分泌激素——動情素及助孕素不足，生殖腺體發育不全，卵子不能成熟，有時甚至完全沒有排卵，以致不能懷孕，這種現象都可以從婦女的基礎體溫表上觀察到，這類女子的第二性徵也有發育不全的現象，如臀部不夠發達，肌肉削瘦，皮下脂肪不夠豐滿，乳房發育不良，有這種現象的婦女應及早接受治療，可有滿意的效果。

二、「熱症」——也就是「子宮充血性月經困難」，子宮內膜因炎症而充血、肥厚，使子宮變得狹窄，或子宮實質層發炎充血，故子宮收縮時疼痛劇烈，臨床的證狀是：月經量來較多，顏色鮮紅，腹脹痛，面色紅赤，心煩不安，口乾唇燥，喜飲冷水，舌尖赤紅，小便黃赤，大便秘結不通胸腹有壓迫感，腰酸背痛，多見於產後失調，或結紮後，或做過人工流產的婦女。

脈象是：「左手尺部沉而緩散，關尺脈不順接」，主下焦有濕熱之邪，有瘀血，並主腎水不足，通常可採用：

當歸尾三錢、赤芍三錢、生地五錢、山梔二錢、川牛膝二錢、穿山甲二錢、丹皮三錢、炒香附三錢、鹽黃柏二錢半、澤蘭三錢、地榆三錢，水煎服，飲食要忌吃辛辣、刺激物，如酒、咖

啡等。

三、「虛證」——多見於子宮卵巢發育不全，全身營養不良的婦女，臨床證狀為：月經量少，血呈淡紅色，少腹有隱痛，四肢乏力，面唇無血色，腰酸腿軟，精神困倦，食慾不佳，脈象為：「左手寸關尺三部沉細弱，搏動無力」，主全身氣血皆不足，治療原則宜大補氣血，促進性腺、子宮、卵巢的發育，及激素的分泌，可採用十全大補湯，或下列方劑：全當歸四錢、黨參四錢、炒香附二錢、炒白朮二錢、炒谷芽五錢、川芎一錢半、白芍一錢半、雞血藤一兩、北芪四錢、加入雞蛋二個，攪拌，同藥物一同煎服，可長期調養用。

四、「實證」——現代生理學認為是高度月經困難症，疼痛常常很劇烈，有痙攣性的發作，噁心、想吐、或神經興奮，如頭痛、煩躁不寧等，常見於知識水準較高，或神經質的女子，或因為子宮腔內有障礙物阻塞，月經排出困難而引起疼痛，其症狀為：月經量少、紫黑色、有血塊排出、腰腹疼痛十分厲害、乳房脹痛、脾氣鬱悶、暴躁等。

脈象：「左手尺脈不沉，躁盛有力」，主下焦有實熱，腎陰不足以制火，治法可採用：當歸三錢、赤芍三錢、川芎二錢、炒山甲二錢、土紅花二錢、桃仁二錢、五靈脂二錢（包）、生蒲黃二錢（包）、川牛膝二錢、元胡二錢、茜草三錢、加醋或紅糖少許，同藥物水煎服。

由上所述的四種病情來看，中西醫對痛經的分類及病因的

看法都有相通之處，但治療上，中醫採用自然，而治本的原則，決不是僅僅止痛而已，而且不需要每個月服藥，效果明顯而持久，實在是很理想的療法。

筆者在臨床上常遇到一些婦女為了「月經不調」來求診，一般人對「月經不調」這四個字只有表面上的瞭解，實際上這種月經生理的不正常有許多複雜因素及變化，通常是指月經的週期、經色、經量、血質等方面異常而生的疾病。

中醫對這種婦科的疾患常有很好的治療效果，為了幫助一般婦女朋友自己切身的問題，現把一般常見的「月經不調」再分類敘述如下：

第一大類是「月經提前」：是指月經週期縮短到廿一天，甚至一個月二次，其中又分為三種：

1 血熱型：屬於這一類型婦女，體質多半偏熱性，如果平常再喜歡吃辣椒、煙、酒、咖啡等刺激物，或曾做過人工流產、剖腹生產、盲腸剷除等手術，就會引起「血熱」的症狀：如月經提前、量多、顏色深黑紫色、稠粘或有血塊、內心煩躁、偏好冷飲、腰背或下腹疼痛、下肢反而有冰涼的感覺，左手尺部脈象「沉而緩散」，主下焦有熱，敗血不化，新血不生。

中醫認為這種現象是因為手術後瘀血不淨，久而久之鬱結成熱，久了就會引起卵巢、輸卵管、子宮頸等處的發炎，間接引起經痛。婦科手術有時確為不得已，但開刀後，身體總會有瘀血不行的現象，常在一兩年後發病，臨床症狀不統一而對婦

女生理影響最大，故必須加以治療，以免日久後患無窮。

2 肝氣鬱結型：這類婦女多半個性強，好爭勝，脾氣暴躁，心情不舒暢，或精神上受到工作、課業上的壓力過重，漸漸的會造成「肝氣不和」，而引起月經的異常，臨床常見：脇肋脹痛、頭痛頭暈、胸悶、心煩躁、消化不良、脾氣極大，一觸即發，月經量少不定、色鮮紫紅、或夾有瘀塊，左手脈「弦燥有力」，主肝經鬱火。

3 氣虛型：這類型的婦女多半是先天不足，後天又營養失調、發育不良、脾胃消化吸收的功能衰弱，間期引起內分泌的失調，或貧血，常見的症狀是倦怠無力、食慾不振、心情鬱悶、精神困乏、氣短心悸、人生觀十分消極、對前途不抱希望，得過且過，月經色淡而稀薄、量多、時間較長、左手脈象：「尺部細沉無力，關尺脈不順接」，主下焦血虛，並主氣滯血瘀。

臨床上以補養為主，如果沒有其他的病況，可隨其體質，將應服之藥，做成蜜丸，長期服用，一方面補氣養血，一方面也可以改變體質，等到身體恢復健康，對人生就會有更積極樂觀的態度，也唯有強壯的母親才能養育強健的小國民！

第二大類是「月經後期」，是指月經週期延續到四十日以上，甚至二、三個月，但如果偶爾發生月經期延後，則不能算是月經後期，這也可以分成幾種類型：

1 血寒型：這類婦女天生的體質就偏寒，再加上過食生冷

水果，或感受天氣的寒涼，內外夾攻，使得月經週期改變，甚至引起劇烈的經痛，臨床常見：月經延後、量少、色暗紅、小腹絞痛、用熱敷則減輕、面色青白、四肢冰冷、頭暈、畏寒、腰背筋骨疼痛，左手脈象：「關尺弦細緊」，主下焦有寒實，妨碍生殖機能之發育及功能，嚴重時可見排卵不正常而致不孕。

中醫認為寒邪所生的病變比較頑固，治療比較費時，但療效長久，又可改善全身的症狀，多吃兩碗苦藥還是值得的。

2 血虛型：因體質素虛，或久病，或因胃潰瘍或痔瘡出血引起的失血過多，鐵質大量損失，造成的月經異常，症狀多見：月經延後、量少、色淡、腹痛、身體瘦、面色萎黃、口唇白無血色、皮膚枯燥、頭暈眼花、心悸不安，脈「細弱或虛空無力」，臨床治療是以補血為主而佐以補氣藥，應先治療身上其他出血的病變，然後長期服用補養的蜜丸，以促進身體造血的能力。

3 氣鬱型：多見於「文藝愛情劇中女主角」型的婦女，多愁善感，憂思不斷、精神恍惚、心情鬱悶不舒，主情緒上異常而引起生理的病變。

這類型的患者，藥物的治療只能為輔助，主要是病人必須改善心情或生活環境，多接觸些賞心悅目的事，多交些朋友、或登山、或郊遊、只要心情開朗，生理上的不協調，自然就會改善。

另外還有週期不定型，月經過多，月經過少等等都在中醫的「虛、寒、熱」的範圍內，臨床上以脈診為主。

以上所說的多為週期性的變化，如果在週期之間，或是更年期，不規則的出血，那就不屬於「月經不調」的範圍，而可能是卵巢功能紊亂的子宮出血，中醫認為是「崩」——急性大出血或「漏」——長期的小量出血，這種現象決不可當「月經不調」來處理，更不可亂服調經丸或烏雞白鳳一類的成藥。

民間常用中藥——

當歸、黃耆、枸杞

一、

「當歸」是一味民間常用的藥物，人們在艱難的時候用它，婦女產後身子虛弱的時候也喜歡用它和熟地、川芎、白芍等配伍，實際上，當歸在中醫的處方中也是一味很重要而應用極普遍的藥物，傳統的理论中認為當歸的藥性是「辛、溫」。也就是具有發散寒邪及還通血絡的作用。

通常，有下列的症候時可採用當歸為「主藥」調理：

(一) 婦女因為身體衰弱，氣血不旺，賀爾蒙分泌不足引起的月經不調可用四物湯：全當歸三錢、川芎二錢、炒白芍二錢、大熟地五錢，如腹痛，可加入土紅花一錢半、桃仁二錢、澤蘭三錢、塩黃柏三錢、丹皮二錢，如有月經排出困難，子宮強烈收縮引

起的腹痛，可再加炒山甲二錢、玄胡索二錢、川牛膝二錢，如有氣血虛弱引起的經閉可配丹參三錢、香附二錢、黃芪八錢。

當歸有行血鎮痛的作用，它能加強子宮收縮，又能舒緩子宮的痙攣而能鎮痛，它又有維他命B十二，葉酸等物質，故具抗貧血的功能，它又有抗維他命E缺乏的作用，因此，可用來安胎，在妊娠時服用當歸，確能補血強身，增長胎兒的發育，避免早產。

根據筆者臨床的經驗，真正氣血俱弱、營養不良的婦女並不多，倒是氣血瘀滯引起的痛經則頗為普遍，婦女月經期的不舒服本來是正常的生理現象，但是有許多婦女經來時會疼的滿床打滾，痛苦不堪，那就非得加以治療不可了。筆者臨床使用以當歸為主的方劑治療的患者，的確有良好的效果，長期服用當歸，可增進子宮發育，且沒有什麼副作用，它的效果可分三點來說明：

1 當歸所含的揮發油，可使子宮弛緩。而非揮發性的物質，則可使子宮收縮，促使子宮瘀血排出，子宮本體的血液循環得以流暢，直接治療經痛。

2 子宮肌弛緩後，血氣流暢，子宮之局部獲得充足的養分，促進子宮發育，間接治療經痛。

3 當歸富有油性，可以潤腸通便，使盆腔充血的情形減緩後，也可以減輕痛苦的程度。

當然，痛經的原因極多，中醫的分類最少也有虛、實、寒

、熱四種，但都可以使用當歸來配方。

由此可知，我國民間普遍的使用當歸做為婦女的補品，確實有其理論根據，但任何的藥物服用時都有一定的禁忌，故使用當歸時應注意：

1 當歸性溫，如服用太多時會造成虛火上沖，有咽喉痛、鼻孔熱等症狀，因此體質素熱的婦女，可酌加些涼血之品，如金銀花、丹皮等，如配成四物湯時，熱地應改為生地。

2 當歸滑腸通便，平日如有大便滑瀉的毛病，可加些白朮、茯苓、谷芽等藥，以燥濕補脾胃。

除了婦科的應用外，當歸也可用於瘡、疽腫毒、跌打傷痛、肢體麻木等血瘀血滯的症候，甚至應用治療最令人痛苦的帶狀疱疹，也有令人滿意的效果。

關於使用分量方面，通常是二錢左右，如用來通經活血，治療血虛便秘可用至四錢，如果是體質屬寒的婦女，常見冬天畏寒，手脚冰冷、面色蒼白、經期行後、經痛、血量少、心悸、頭暈眼花等症狀，可試試用當歸、生薑來燉羊肉、喝湯，每這時候當歸的用量就要到一兩以上了。

二、

黃耆也是一味使用非常普遍的藥物，在中藥的分類裏，它是屬於滋補強壯藥，對一切虛弱不足的症候，黃耆都有很明顯的效果，臨床有時候把黃耆用蜜水炒過，稱為「炙黃耆」，補養身體的效果更為明顯。黃耆的藥性溫和，補而不生燥熱，常

久服用，不會有副作用，對身體的調養是一味很重要的中藥。

黃耆在藥物的分類是豆科多年生草本，自生於山野，供藥用部份是他的地下莖，黃耆所含的生物鹼，在臨床上的觀察，有強心利尿、改善皮膚血液循環的作用，它對正常的心臟有增強其收縮的作用，而對於衰弱的心臟，其強心的作用更加顯著，黃耆擴張血管的作用，使得皮膚循環暢盛、營養充足，也就是中醫所說的「固表」，能夠有力的抵抗外來病邪的侵害，它更能擴張全身末梢血管，使血壓降低，並擴張心臟冠狀動脈及腎臟血管，改善心力衰弱及水液代謝失調的現象。

中醫認為黃耆有下列數種作用：

1 提升的作用——內臟功能不足，可引起臟器下垂的現象，如胃下垂、腎臟、子宮下垂、脫腸、脫肛等。以黃耆為主的主方：「補中益氣湯」是治療這類「病勢向下」的病症的主方。黃耆能增強韌帶的張力，鬆弛的韌帶收縮，使器官上升。

2 治長期腹瀉——黃耆的藥性甘而溫，可以配合其他補氣止瀉，可用黃耆四錢、黨參三錢、茯苓三錢、白朮三錢、神曲錢半、炒內金三錢、炒穀牙三錢，研末，常常服用。

3 婦女月經過多，或不正常的子宮出血，可用黃耆五錢、當歸三錢、阿膠三錢、黨參三錢、川斷四錢、茜草二錢、地榆二錢、丹皮二錢來補養止血，利用黃耆補氣，提升的藥性，配合其他的止血藥，效果令人滿意。

婦女如果白帶太多，身體虛弱，面色蒼白、困倦，准山四

錢、白朮二錢、黃耆二錢、益母草八錢、澤蘭三錢、丹皮三錢、地榆二錢、雞血藤一兩，加雞蛋兩個攪勻，水煎服，常常服用可使容光煥發，皮膚光澤紅潤，故兼有美容效果。

4 久年的風濕關節炎、疼痛、麻木、肌肉萎縮，如單用祛風化濕的藥物，不易收效。可改用以黃耆為主的主方，增加病者抗病的能力，是正本清源的治法，效果不錯。決不可常常在局部或關節腔注射止痛的藥物。

5 止虛汗、盜汗，能抑制發汗過多及肺結核的盜汗。中醫認為出汗是表陽不固，多源於心氣不足，可用黃耆三錢、浮小麥五錢、牡蠣三錢、防風二錢、白朮二錢水煎服。常服可改善體質，使人不易受到風寒的侵襲，也就是不易感冒。

6 對體內鈉離子排泄的作用明顯，故可利尿、消腫、治腎臟炎後期、腎功能不良，可用黃耆一兩、故子三錢、黨參三錢、澤瀉三錢、茯苓五錢、肉桂五分等來加強腎功能，它並能加速蛋白尿的消失，可配用淮山、花粉、丹皮等物。

7 有托毒排膿生肌的功能——如果身體虛弱的人，患有瘡瘍腫毒，氣血皆敗的時候，可用黃耆強壯補氣內托，使膿潰破排出，常配當歸、山甲、白芷、銀花、連翹、皂刺、貝母等藥，臨床療效又快又好，如瘡疽潰爛後久不收口，或使用大量抗生素無效時，用黃耆配上黨參、當歸等又可促使機體生肌收口。

由上所述，所以黃耆在中藥裏有「補藥之王」之譽，用量

常為三錢到五錢，腎炎重症可用到一兩。不過，有實熱的病症，如發熱、無汗、口乾、面赤、煩躁不安時宜慎用。

三、

枸杞子質柔軟而甘潤，是一種用途很大的滋養藥，通常中醫在處方時用枸杞都是在於治療虛弱性的疾病，它的藥性柔和，但不會滋膩而傷胃，而且使用上幾乎沒有什麼禁忌，常常服用，有病可以治病，沒病可以強身！

一般民間多喜歡用枸杞和黃芪、黨參等配伍，水煎服可以補養病後，或長期虛弱的身體。如果用來燉雞，則更是美味，妊娠中的婦女更該常常服用，能增強母體及胎兒的營養，產後的婦女如果體弱失眠，頭昏倦怠，更應該常常服用，可使血行順暢，而不致有瘀血凝滯之害。

枸杞子的功能很多，對人體有十分神奇的效用：

1 枸杞子能軟化血管，降低血壓及膽固醇，改善冠狀動脈硬化的現象，避免心絞痛，心肌梗塞等可怕的心臟病，心臟有這類毛病的朋友，可以常常嚼食或煎服，可使血壓降低，並使膽固醇轉為正常。

2 枸杞對「眼睛」有非常好的作用，它能使視力增強，用力過多的朋友，常服枸杞可預防視力的減退，及翳膜的產生，如果有視神經衰弱的現象，枸杞更是主藥。

3 枸杞能治貧血其中所含的維他命、菸酸、鐵質等都是身體造血所必需的原料，如血色素減少甚多時，可常用四物湯加

雞血陳二兩、枸杞三錢、雞蛋二個水煎服，常常服用，自然血氣旺盛，百病全消，婦女經期出血固然是正常生理現象，但是體質素弱的婦女對這種固定的消耗也吃不消的，故更應常服上述方劑。

4 常服枸杞可防止衰老：中年以上的人不論男女，可用枸杞、何首烏、當歸、熟地、菟絲子、紫河車、羊藿等製成蜜丸，常常服用，不但精神旺盛，體力充沛，並且面紅潤澤，容光煥發，青春永駐，實在是神效無比！

5 枸杞又有補充精力及分泌激素的作用，可保持性機能的旺盛，也就是中醫所謂的「強精補腎」，可配合黨參、肉蓯蓉、菟絲子、羊藿等浸酒或做成蜜丸，長期服用，妙不可言。

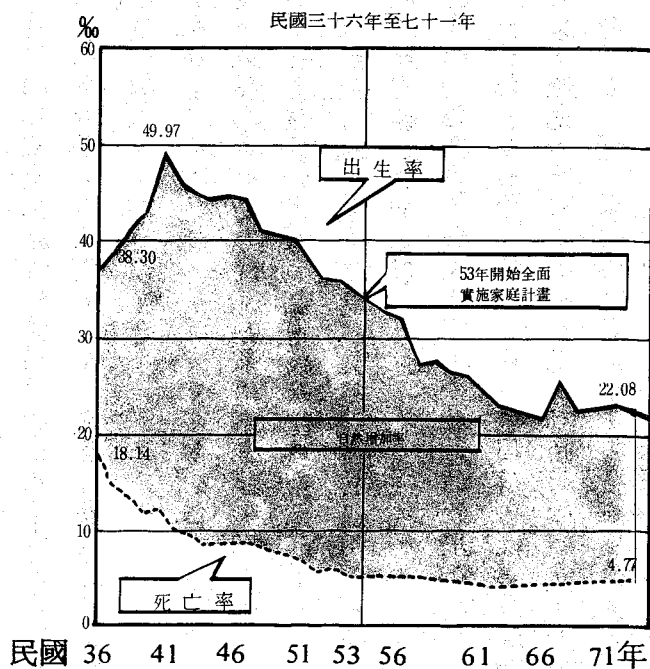
6 枸杞對肝也有很好的療效：對慢性肝炎、肝功能常出現的疲倦無力、食慾減退、腹脹腹瀉、頭昏等現象，可用本品配合黨參、五味子、淮山、白朮、板藍根等常常服用，枸杞所含的豐富營養素，可補充身體的需要，並促進腸胃的消化吸收，從而改善體內能量的大貯庫——「肝」的工作情況，它並可抑制脂肪在肝內沉積，促進肝細胞的新生。

7 枸杞能潤肺生津，可治療慢性支氣管炎、津液不足的燥咳、胸痛等，能滋養潤燥，化痰止咳。

根據古代文獻，枸杞還能治「消渴」，也就是現代的「糖尿病」，如血糖過高，可用枸杞一味，蒸熟，嚼食，每日三錢，對病情不太嚴重的患者，有一定的效果。

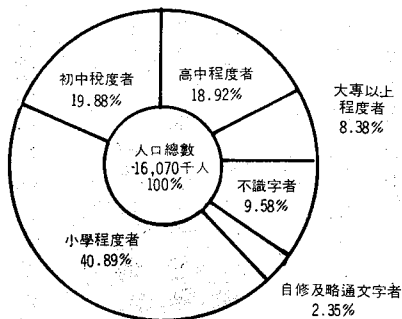
本品雖然沒有什麼禁忌，但是它的葯性是「甘寒而滑潤」，所以腸胃太弱，常常腹瀉的人還是不宜服用。

臺灣地區人口成長情形



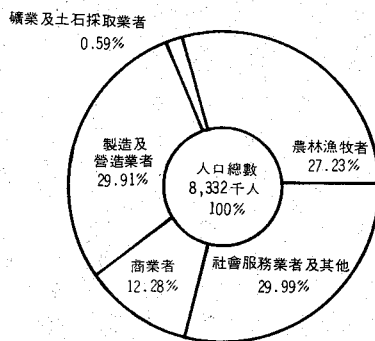
台灣地區六歲以上人口教育程度

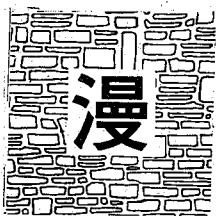
民國七十一年底



台灣地區十五歲以上有業人口行業

民國七十一年底





沈
譚

一、前言

最近報紙上經常報導醫藥熱門新聞——疱疹，是一種沒有特效藥治療的病症，非常可怕的疾病，大家在酒餘飯後聊天時，一定談談疱疹病的可怕性，難治性，甚至開玩笑向對方說：你經常尋花問柳，要注意啊！不要傳染到就麻煩了。足見新聞之報導能力能夠到達到普遍的全面的每個角落，人人皆能知道，可是新聞記者多數是棄舊迎新，趕時髦、軋新聞，談古說今是不值得一談的，唯恐不夠新，唯恐與時代脫節，所以我國

固有文化中醫藥，雖有甚多長處，亦無人願意加以報導，外人說的話以為是千真萬確，不會有所差錯的，以疱疹來談，事實上並不如此。疱疹並不是新鮮名詞，新發現的病症，數十年以前已經有此病名，中醫發現比較更早，不過定名不同而矣，其傳染性亦無報導之嚴重，以我個人所見以及臨床經驗，將疱疹病例報告於后，和大家共同研討探究。

二、疱疹之症狀

疱疹在中醫學上以及江浙民間一般稱之謂：黃水瘡，或稱之謂：羊鬚瘡，因為它流出來的液體，凝固後結成黃色的痂，所以稱之謂黃水瘡，因為用山羊鬚燒成灰可以治療它，所以也有稱之謂羊鬚瘡。單純的黃水瘡在紅色微腫的皮膚上或粘膜面上，突然發生水皰群，水皰自針尖樣擴大至針頭大，內有澄清粘性的液體，數小時內發疹完全，破裂後粘性液體向外滲出，乾固後結成薄而黃色或棕黃色痂皮，好生在口唇、口腔周圍，亦有生在生殖器者。另有一種帶狀疱疹，發生範圍較大，有群簇性小水疱，或有微癢或疼痛。還有一種類似性疱疹，乃是中蠅蝮之毒汁所致，蠅蝮之尾部生有鉸狀角質之附屬器一對，能於毒汁（尿液）傷人，中毒者皮膚起小水疱似疱疹，痛如火烙。

三、治療

依據上述情形不難診斷疱疹之症狀，一般民間以山羊鬚燒灰存性，用菜子油（亦稱蠶臺子油）調敷，數日即癒。或用煙膠、輕粉、羊鬚研為細末，粘液滲出者乾擦，無粘液者用菜子油調敷，未見有再發者。至中蠅蝮毒者，用菜子油單味塗敷，或以鹽水洗滌，罨包即可消退。

四、藥理作用

山羊鬚燒灰，必須存性，過度則無效。山羊鬚燒灰後成炭，炭可解毒以及吸收水濕。歷代記載羊鬚能去風毒，主治小兒口瘡，蠅蝮尿瘡。

煙膠可治頭瘡、白禿、疥瘡、風癬、癢痛流水。或用煙膏（煙油）乃旱煙管中之流質，須舊竹桿中抽取者為良，其他木、金屬製者較差，功用殺蟲解毒，療惡瘡、疔瘡、頑癬、蜂螫、蜈蚣、毒蛇、毒蟲等咬傷。

輕粉乃水銀製劑，含有質地疏鬆之汞質成份，有毒，主治楊梅瘡、下疳、殺蟲，療疥瘡，外用有直接撲滅細菌及寄生蟲之功能。

菜子油（蠶臺子榨出之油）效能行血、利產、消腫，主法風遊丹腫，乳癰。

五、結論

疱疹有單純性、細菌性、中毒性之分，不過單純性病例較多，細菌性以及中毒性則較少。在治療方面略有不同，羊鬚散治療單純性疱疹效果甚佳，對細菌性效果不彰，細菌性必須用膠散來治療，因為煙膠散內之輕粉有殺滅螺旋體之功能，所以效果甚良。可是中醫藥之療效在宣傳上不夠普遍，甚至學中醫者反向西方醫學鑽研，以致美好的固有文化，無從深入大眾的意識裡。且少數人去發掘應用，實在可惜！可嘆！

高血壓之中西醫學觀

董延齡於台北延齡醫廬

高血壓是現代人的文明病之一，根據統計資料顯示，越是高度文明的國家，患高血壓的國民也就越多。本病在中國醫學上稱為肝陽上亢，可分為先天性的，和後天性的。前者可能與遺傳有關，後者是因其他的疾病引發出來的，而現代醫學則分為原發性的高血壓和續發性的高血壓，前者是由於高級神經系統機能活動紊亂所引起的持續性的動脈血壓升高。而後者是由內分泌系統疾病，泌尿系統疾病或顱內疾病等所引起的。

根據中醫的學說，形成高血壓的主要原因有四：

(一)風——此說認為人體內陽氣變動，精血損耗過度，肝的陽氣偏盛，腎的陰氣不足，不能上濟肝臟。肝就失却滋養，以致肝陽偏盛，血壓上升，因此古代中醫稱高血壓為肝陽上亢。

(二)火——此說認為患者由於生活起居失常，致使心火暴盛，腎陰不足，不能對心火發生制衡作用，形成了陰虛陽亢的徵候。

(三)痰——此說認為濕痰鬱阻體內，是發病的主要原因，故有濕生痰，痰生熱，熱生風的說法。

(四)虛——此說認為本病的發生，從年上論，多在四十歲

以上，此時元氣已衰退，或者因為憂喜忿怒而損傷元氣，因而發生了高血壓，是屬本氣自病類型。

現代醫學對本病形成的原因，至今尚不完全明瞭，一般的說法，約有下列三項：

(一)中樞神經活動障礙，由於外界所引起強烈的、反復的、持久的刺激，神經緊張及情緒激動，致使大腦皮膚層機能發生障礙。皮膚下面的血管舒張，收縮中樞形成固定性興奮狀，且以交感神經興奮占優勢。開始時，只要暫時性的加壓反應，以後加壓反應愈來愈敏感，很小的刺激就可以引起強烈的反應，大腦皮膚下血管的舒張和收縮中樞長期興奮，而使血壓持續在水平以上。

(二)腎臟缺血產生腎素，大腦皮膚下面的血管舒張和收縮中樞長期興奮，引起全身小動脈持久痙攣，使體內各器官缺血，尤其是腎臟缺血，當腎臟皮質缺血時，腎臟內即產生腎素，與肝臟中所形成的β球蛋白高血壓元素作用而產生高血壓素，高血壓素能使全身小動脈痙攣，更固定了已升高的血壓。此外，小動脈長期痙攣，又了使小動脈硬化，腎缺血加劇及血壓恒定

性增高。此點似與中醫的腎陰不足，不能升火以致陰虛陽亢之說相似。

(二) 丘腦植物性中樞興奮性升高，由於下丘腦植物性中樞興奮性升高，通過腦下垂體，使腎上腺皮質素分泌增加，此類激素（特別是去氧皮質酮）在攝入多量鈉鹽的情況下，可使循環系統對各種加壓物質的敏感性增高，從而加速了小動脈的硬化，致使血壓升高。

中西醫學對於高血壓形成的病因病理既如上述，實為現代人健康上的最大威脅。根據筆者多年臨床經驗之體認，高血壓患者在現代特別多的原因，當與我們生存的環境、和生活之形態具有密切的關係，分述如後。

(一) 營養過盛：均衡的營養是維持身體健康的必要條件，假如營養過盛，身體所攝取的養料不能充分燃燒，以致大量的脂肪積存血管壁內，日積月累，血管愈來愈細，心臟收縮時自心臟壓出的血液，不能順利的通過血管，血管壁所受的壓力愈來愈大，血壓也愈來愈高，如此形成的高血壓，自與營養過盛有密切的關係。讀者如果不信，只要我們留意觀察，生活水準高的人患高血壓者多，生活水準低的人患高血壓者少，便可得到證明，近年有人曾對中國大陸的病患作過一次統計，大陸同胞患高血壓症者極少，更說明了高血壓與營養過盛有密切的關係。

(二) 勞心過度：勞心過度的人，大多睡眠不足，尤其是生活

在都市的人，或為夜間工作，或為熬夜打牌玩樂，得不到充分的睡眠，以致精神緊張，肝火暴盛，因此循環系統的機能失去平衡，血高自然升高。這就是為什麼都市的人患高血壓者多，鄉下的人患高血壓者少，或高度開發國家的人民患高血壓者多，而文化落後的民族患高血壓者少的原因之一。

(三) 缺少運動：運動最大的好處，能夠促進人體的新陳代謝，這是大家都知道的，筆者認為運動最大的好處可使交感神經和副交感神經得到鬆弛。而兩者都是血液循環的指導中樞。根據醫學上的統計，勞心的人和勞力的人，前者患高血壓的人多，後者患高血壓的人少，便可說明運動和高血壓的關係了。

(四) 藥物污染：西藥的優點固多，但其缺點亦復不少。有些西藥（如皮膚質質爾蒙等）多用久用會破壞腎臟的機能，致使血液通過腎臟時，不能得到正常的過濾，形成所謂續發性之高血壓。

據上所述，我們知道高血壓的形成原因，非止一端，而在臨床上表現的症狀亦不盡相同，一般來說，高血壓對心、腎、腦所引起的症狀最為顯著，分述如次：

(一) 心臟症狀，初期的高血壓，心臟方面的症狀和體徵並不明顯，有時可見心悸，心尖搏動有力，心臟聽診時，主動脈瓣第二心音亢進，心尖還有收縮期吹風樣雜音（此為二尖瓣相對性閉鎖不全）。晚期的高血壓病可因心臟擴大而發生高血壓性心臟病，嚴重者可由於心臟代償機能失調，常出現夜間陣

發性或勞動性呼吸困難，此時左心室已呈衰竭，若不及時治療，也可導致右心室衰竭。

(二)腎臟症狀，早期腎臟方面的症狀亦不明顯，小便無變化。及至腎小動脈硬化，尿中可出現蛋白質和血紅素，此時腎臟機能漸成減退，可引發多尿和夜間多尿。若不給予適當的治療，腎功能繼續減退，最後可發生尿毒症。這就是一般所稱的腎臟性的高血壓。

(三)腦部症狀，早期多見頭痛、頭昏、耳鳴、失眠、易怒等症狀。在腦血管痙攣或產生小出血點時，可能發生偏癱、失語、失明等症狀。腦血管循環發生障礙或腦水腫時，可引起顱內壓升高，而見有劇烈頭痛、噁心、嘔吐、昏迷、驚厥等症狀。有些病例在主動脈硬化的基礎上可併發腦血栓形，或腦血管破裂而顱內出血，及出現意識障礙和偏癱等症狀，一般統稱為中風。

又本病根據臨床的表現和病情的進展，一般可分為急進型和緩進型兩種，前者在臨床上雖然少見，但他的危險性較大，必須特別注意。臨床上所見的高血壓症，多屬緩進型。惟患者也決不能因為他進行緩慢而不加注意。

急進型的高血壓發病急驟，病情發展頗為迅速，多見於年輕患者（三十歲左右）患者常在數月至一、二年間就出現心臟、腎臟和腦血管方面的病變，同時出現頭痛、嘔吐、視力障礙等症狀，並有驚厥現象出現。舒張壓（一般稱減血壓）固定地

維持在一二〇—一四〇毫米汞柱，如不急速治療，多數死於尿毒症或心力衰竭。

緩進型高血壓，多見於四十歲以上的人，病情進展較緩慢，臨床上把他分為三期。

第一期、舒張壓大部份時間維持於九〇—一〇〇毫米汞柱之間，無腦、心、腎的器質性損傷。

第二期、舒張壓一般持續超過一〇〇毫米汞柱，有腦、心、腎的輕度損傷中的一項或一項以上症狀。

第三期、舒張壓持續超過一二〇毫米汞柱，有腦、心、腎的中度以上損傷的一項或一項以上症狀。如舒張壓持續在一一〇—一二〇毫米汞柱的水平，且有腦、心、腎中度以上損傷中的兩項以上症狀者，或曾患有腦血管併發症、心力衰竭或尿毒症而無其他病因者，均屬此期。

除上所述腦、心、腎三類症候外，本症之自覺症狀以頭暈、頭痛最為多見。

(一)頭暈，是高血壓症中最多見的症狀，惟有外感與內傷之別，在本病的發展過程中，可因外感風寒或風熱，引起頭暈症狀的加重。但必須有外感的兼症（如發熱或惡寒等），臨床上甚易區別；而本病的頭暈以內傷為主。如見頭暈、頭脹、頭重、舌質紅，是肝腎陰虛，下虛上盛所引起的頭暈。如見頭暈、面赤、急躁、易怒、火氣大，是肝火偏盛所引起的。如見頭暈、胸脘痞悶、上泛欲嘔、或嘔吐粘痰，是痰濕中阻所引起的。

如見頭暈、面色蒼白、膚髮不澤、心悸少寐，是氣血虧損所引起的。高血壓症臨床上所見的頭暈，以肝腎陰虛、下虛上盛者最為多見，肝火引起的頭暈次之，痰濕中阻者又次之，氣血虧損所致者，甚為少見。

(二)頭痛，也有外感與內傷之別，而本病的頭痛以內傷為主。如見頭痛、面赤、目紅、口苦、情緒急躁，是肝火上升引起的。如見頭痛昏蒙、胸脘悶脹、嘔吐痰涎、是痰濕內阻所引起的。如見面赤不華、心悸、倦怠無力，是氣血虧耗所引起的。如見頭痛、耳鳴、腰痠、遺精，是腎虛引起的。本症在臨床上所見的頭痛，以肝火上升者為最多見，痰濕、腎虛者次之，氣血虧耗者甚為少見。

除上述二者之外，多數患者供述，在舒張壓升到毫米汞柱一〇〇以上時，會有頸項強直或頭部兩側抽頭的感覺。此時患者必須特別注意，以免發生中風的危險。

對於高血壓的治療法，自來即為中西醫共同努力研究的課題，二者在理論上既然相差頗多，其在治療的方法上自然亦不相同，簡而言之：中醫在治療本病時大多依據症狀的差異，分別採取不同的治療方法。歸納簡余如下：

(一)陰虛陽亢型，患者常現頭痛或頭暈、目紅或視力模糊、心煩、面赤、口乾、便燥、驚悸、遺精、舌質紅或舌苔黃、六脈弦細或弦勁等症。治療原則，須視其為陰虛偏重型或陽亢偏重型而論；前者須以育陰潛陽為主，後者當以平肝瀉火為主，

所採用的方劑以杞菊地黃丸加減，或龍膽瀉肝湯加減；以達滋陰潛陽或平肝瀉熱之目的。

(二)陰陽兩虛型，患者則現頭暈、膚冷、腳軟、尿頻、性慾減退、舌苔淡紅、脈多弦細或結代等症。治療原則，亦須視患者為陰虛偏重型或陽虛偏重型而論。前者則宜養陰益腎，後者須滋陰壯陽，採用的方劑多為左歸飲加減或右歸飲加減。

此外尚有衡任失調型之高血壓，因在臨床上較為少見，不再論述。

至於西醫治療高血壓之方法，並無陰、陽、虛、實之分，一律採用鎮靜劑或降壓劑，因此只能暫時收效，迄無根治的方法，兩相比較，中醫較能治本，西醫僅可治表，然二者各有所長，若病情驟急，宜先用西藥治療，待病情穩定，再謀中醫治療較好。若求詳細的治療方法，坊間專著甚多，本文不擬再加介紹。

以下再談談本病的預防，俾供讀者在攝生方面參考。

(一)飲食禁忌：甲、動物脂肪儘可能不吃，烹調用油以豆油、沙拉油、米糠油為好。乙、膽固醇含量較高的食物，如腦類、牡蠣、烏賊、貝類、花枝、魚卵、蛋黃、蝦、奶油、肝類、豬牛之內臟等食物，均宜少吃。丙、烹調菜餚不可太鹹，加工食品如鹹魚、醬菜、香腸、鹹花生、鹹餅乾等宜少用為宜。丁、熱量之攝取，應以維持標準體重為準，每餐之飲食量七分飽即可。戊、飲食宜清淡為佳，良質蛋白質之攝取量要充分，可

由含脂肪量少之魚類、豆類食品中選食。己、補藥不可隨便亂吃，如人參、黃耆等補氣之中藥應以慎用為宜。

(二)運動有恒：持之以恆的運動，是維持身體健康的必要條件，尤其是高血壓患者，更需要適當地運動，以達到舒活氣血、鬆弛神經的目的，至於要做那一種運動？最好選擇一種適合自己的興趣，而又能配合工作時間者為宜，不過運動的要點，一定要使身體出汗，方能達到健身之目的。

(三)作息定時：高血壓患者最忌熬夜，尤忌通宵打牌。熬夜則耗陰，陰虛則陽亢，肝火上衝，脾氣暴躁易怒，血壓自然上升，據說常有人因打牌而突然中風，實由於熬夜傷陰所致，故古今中外的養生家都主張早睡早起，作息定時。

(四)情緒穩定：一個人的情緒，雖受外界環境的影響，而內在之修養似乎更為重要。平時多看修身養性之讀物，公餘培養一種正當的嗜好，不作非份之想，保持和諧的人際關係，對工作盡心盡力，使今日事、今日畢，養成樂天知命，泰然自若的人生觀，情緒自然穩定。

(五)定期體檢：以便早期發現高血壓，提早治療，防止併發症，有高血壓病史者，更應定期測量血壓。

至於那些人需要治療，應依舒張壓的讀數來決定：

(一)舒張壓高於一一〇度者，所有的病人都要接受治療。

(二)舒張壓介於一〇〇—一一〇度者，六十歲以上的病人都要接受治療。

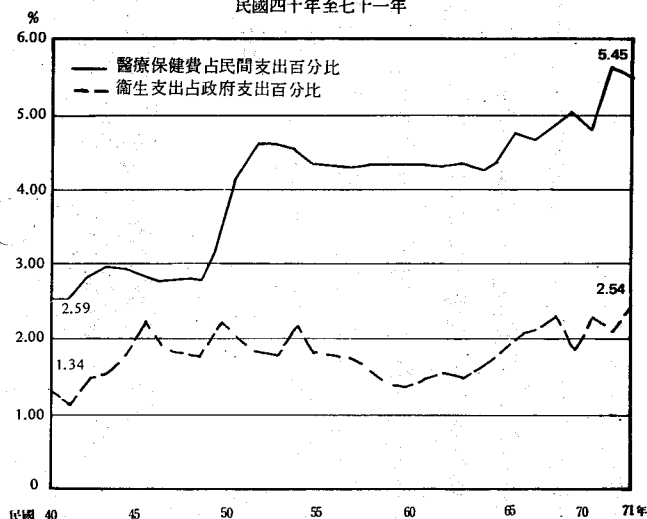
(三)舒張壓高於九十度者，四十歲以上有高血壓因素者（如家族病史、腦、心、腎疾病、肥胖症、糖尿病與血脂脂肪過高等）都須接受治療。

(四)收縮壓若不超過一六〇度，而又毫無自覺不適的人，一般來說，尚不需要治療。在臨床上也曾發現極少數的人，其高血壓經常在一八〇度以上而毫無自覺症狀者，假如要用藥物降為正常度數，他反感覺頭暈倦怠，也可暫且不必治療。

最後我想謝一首打油詩來結束本文。
高血壓是成人病，頭痛項強乃主症。
預防之道早檢查，及時治療可見功。

政府及民間衛生支出

民國四十年至七十一年



中西醫療合作研究組特殊驗案報告

魏開瑜

財團法人中國醫藥研究發展基金會，為黨國元老陳資政立公所倡導設立。該會之任務在其章程第四條明定如下：「本會之任務為左：一、徵集民間收藏之中藥驗方，尤其痼疾、癌症及以中藥中醫治愈特殊病症之實例，加以分析研究，臨床實驗，以確定其價值，而推開利用。二、揀選特別有效之中藥，與中外醫藥研究機構合作，進行分析化驗，作成定量方程式，求得世界科學界之承認，並為世界醫藥界所普遍採用。三、匯集中西醫藥聯合作業，使中西醫藥融為一體，而作最新最有效之實驗。四、種植珍貴藥草，並以科學方法製造藥材，以供中外採用。五、蒐集中國各種醫藥典籍，作有系統之研究整理，擇其重要者，用外文譯述，以便利學者之研習。六、編輯中西醫藥融合研究，及實驗成果之出刊，以供中外醫藥界之參考。七、輔導著有聲譽之中醫藥研究機構，中醫院及針灸醫術，以協助其發展。八、獎勵醫藥界人士及大專院校學生，對結合中西醫藥學術之研究，作促進新學術之昌明。九、其他有關發揚中國醫藥學術及實用之活動。」

基金會基於以上之目標，爰於民國七十年十一月廿日與台

北市立和平醫院合作，設立中西醫療合作研究組，開辦中醫門診。創辦開始，醫師之應診車馬費，均由基金會負擔，兩年來付出，計逾新台幣貳佰伍拾萬餘元。研究之病症，以神經痛、關節炎、肝胆病、風濕痛、腎臟病、糖尿病、高血壓、各種癌症、過敏性鼻炎、神經性或過敏性皮膚炎等為之。

筆者為基金會中醫組召集人，兼中西醫療研究發展合作委員會副主任委員，承乏忝任與市立和平醫院合作之中西醫療合作研究組主任。自七十二年七月一日承辦中醫勞保後，業務激增。七月至十一月門診人次共二九、四〇五人，每月應診人數平均五、八八一人次，比以前增加了八倍之多。其中以一般病（包括感冒、支氣管炎、腸胃炎、心臟病、婦科之月經不調、崩漏、閉經、痛經、白帶、妊娠、不孕、及胎前產後諸疾患。）佔第一位，神經痛佔第二位，關節炎佔第三位。第因忙於門診，通常每一醫師，每三小時常診察五、六十位病人，故疏於追蹤研究、探討，擬自七十三年起，增設特別門診，當更有利于研究、統計與分析。茲先將近年來特殊驗案公世，敬請高明指教！

驗案壹：過敏

一、患者姓名：吳××

性別：女

年齡：二十八歲

住址：台北市松山區虎林街××巷××號之一

二、病歷：

患過敏症已五、六年，時好時患，癢處游走不定，屬風。

三、症候：

全身或臉部或四肢起紅疹塊，癢癢皮發燒。

四、治療取穴：

風勺：在第二椎下，去脊一寸五分。

肺俞：在第二椎下，去脊一寸五分。

委中：在膝腘窩之正中。

承山：在委中下一寸。

屋翳：在學宮外開四寸，乳口三寸二分。

曲池：在肘外輔骨之陷中，屈肘橫紋頭，拱手取。

血疹：在膝臑上二寸半，膝內側白肉際。

合谷：在手大指次指歧骨間陷中。

足三里：在膝眼下三寸。

五、臨牀體會：

四月二十九日開始針灸治療，照上各穴治療六次而愈。六月十五日左手又起一紅疹塊，當日下午再照一各穴治療，置針

時紅疹塊漸漸消失，復平為其他肌膚無異。

驗案貳：鼻疾

一、患者姓名：豆××

性別：女

年齡：卅八歲

住址：木柵秀明路一段××巷××弄××號

二、病歷：

患鼻疾十二年之久，風寒、傷肺、津液濕滯，同時患頭疼

與胸悶。

三、症狀：鼻塞、鼻流清涕或濁涕。

四、治療取穴：

上星：在鼻尖直上，入髮際一寸。

迎香：在鼻窪外五分。（但本人取穴為鼻窪中）

合谷：在大指次指歧骨間陷中。

足三里：在膝眼下三寸。

太陽：眉後陷中。

天泉：在手之內側腋下二寸。

神門：在掌後銳骨端陷中。

內關：在大陵上二寸。

五、臨牀體會：

二月四日起針灸治療，照上各穴輪流選擇取穴，前後共治療十二次全愈。

驗案叁：脫髮症

一、患者姓名：許×× 男 二十五歲 業工

住 址：內湖區新明路××巷××弄××號

二、病歷：

七十年十二月十日來院初診，自述數月前開始脫髮，洗頭時脫落更甚，察其髮質，軟而細黃，疏而不澤，頭頂部已近脫光，除本人略顯瘦弱及面疱較多外，並無其他見症。

三、治療：

內經素問，六節藏象論：「腎者主蟄，封藏之本，精之處也，其華在髮」，許君正當壯年，時適冬季，理當封藏腎精，以固基本，復又由於戶外勞動，時感風寒，瘀結上焦，久而化熱，以致髮枯色黃，相繼脫落，初診張百塘大夫以清上防風湯粉劑與之，服藥月餘，脫髮逐漸減少，以至不再脫落，基於「髮為血之餘」的理論，本人由原方加入四物湯，何首烏等補血行血藥物繼續服一個月後，髮色光澤，濃密適度。

四、臨床體會：

1 本案由于患者的工作及面疱顯現與發病季節有關，而體會到上焦風熱為害，因而採用本方。

2 本方出自萬病回春，對頭面瘡毒有清解作用，移用于脫髮症，屬上焦風熱者可用，如無面疱，頭癢等症狀者，仍須另覓他途。

驗案肆：慢性活動性肝炎治療四例

其一：郭×× 男 卅歲 遼寧省人 業商

住：永和保平路××巷××號

七十年十一月二十三日來院初診，自述患肝炎約半年，曾經宏恩醫院檢查治療，自覺右脇下疼引後背，疲勞無力，兩腿痠軟，口乾而苦，晨起噁心嘔逆納呆，小便黃赤，大便尚稱正常，脈診弦數，舌赤絳，處方膈下逐瘀湯，加味，服藥至十二月二十一日抽血檢驗：GOT 25，GPT 33，AIK-P-tase 45，IgG 1250，IgA 275，肝功能已恢復正常，無自覺症狀，繼續服藥至元月十九日再檢查，肝功能確已正常而無變化，為鞏固療效，處丸藥方，囑繼續服用。

三月三十日，患者再度來診，自述因商業關係，曾赴外地洽談生意，由于疲勞過度，舊疾有復發現象，現又食慾不振，疲勞乏力，口乾而苦，脇下不舒，大便秘，小便黃，前方加減服藥半個月後，恢復正常，除囑不可過勞及注意飲食外，並處方健脾益氣，柔肝養腎之劑，以確保療效。

其二：李×× 男 四一歲 業商

住：長安東路××段××號××樓

七十年十二月四日來診，自訴七十年八月患急性肝炎，治療約四個月，仍感疲勞、納呆，胃脘脹悶，右脇下抽疼，口乾而苦，小便黃赤，大便正常，脈弦細，舌赤苔膩，處方膈下逐瘀湯加減，服藥一個月至一月四日各項見證均獲改善，並無特殊不適感，停藥，國外旅行一個月後歸來，二月五日再度來診

，自訴旅行勞累舊疾有復發之感，抽血檢驗，GOT 65，GPT 201，HBsAg $\times 2$ (±) Anti-HBs(-)，屬慢性活動性肝炎，但肝臟並無腫大現象，前方加減服藥二十劑後，因外感風寒及目疾停服中藥，至四月九日又復見前症，再服藥七劑後又停服，至四月二十六日，驗血結果肝功能有升高趨勢，GOT 190，GPT 280，再服前方，至五月十七日南部旅行，在旅館中不慎尿道感染淋病雙球菌，西藥治療期間，未服中藥，肝炎症狀又復發作，淋菌未除，肝疾又作，處方改為八正散合龍胆瀉肝湯治之，至五月二十一日尿道獲得改善，處方改為隔下逐瘀加殺菌利尿藥五劑後，血液檢查GOT 85，GPT 124，六月二日再檢GOT 155，GPT 220，肝功能又有升高的趨勢，繼服前方十五劑後，至六月十六日，血檢GOT 55，GPT 66，漸趨穩定。

其三：林×× 廿九歲 男 公務員

住：本市中華路××段××巷××號

患者自述於民國七十年春患肝炎，並於公保治療，八月十三日檢驗GOT 205，GPT 305，九月二十四日、十一月十六日、七十一年一月八日等數次檢驗，肝功能逐漸恢復正常，至七十一年三月五日，自感不適，再檢驗GOT 598，GPT 836，三月十日來本院門診，證現疲勞無力，胸悶喉阻，頭暈，腹脹，小便黃赤，脈弦數，舌赤苔膩，診為慢性活動性肝炎，以活血化瘀，清熱利濕法，處方血府逐瘀湯加味治之，每五天復

診一次，至三月二十日，再檢驗GOT 144，GPT 446，肝功能較初診減降一半以上，症狀減輕，除偶有呃逆外，無其他不適感，四月二十四日，再診，患者自訴，近日兼服西藥，夜晚有胃脘疼、胸悶、睡眠欠佳、精神不振等症狀出現，曾至公保檢查，認為肝細胞腫脹，胆管受阻，右脇下微疼感等，肝功能是GOT 74，GPT 238，因肝區微疼，處方改為隔下逐瘀湯加味再服，至五月二十二日，再檢查肝功能GOT 30，GPT 78，逐漸恢復正常，除囑不得過勞外，並注重營養。

其四：汪×× 男 廿九歲

住：本市復興南路××段××巷××號

自訴於七十一年三月捐血發現肝炎，無自覺證狀，四月八日來本院生化檢驗HBsAg $\times 2$ (±)，Anti-HBs(+)，T.T.T. 6.7，Z.T.T. 14.0，CCF(+)，GOT 120，GPT 264，AIK-P-tase 50，處方柴胡疏肝湯加五苓散、川朴、藍根、香附、鬱金等中藥粉劑治療，至四月三十日檢查GOT 80，GPT 203，AIK-P-tase 48，至六月十七日再檢查GOT 32，GPT 64，繼續服藥至七月十五日再檢驗，除GPT 60略高外，其他如A/G 4.9/3.0，Bilirubin. Total 0.96，Bilirubin. Direct. 0.20，GOT 29，AIK-P-tase 29，T.T.T. 30，Z.T.T. 8.8，CCF(-)，HBsAg(+)，Anti HBsAg(+)，均達正常標準。

臨床體會...

(一) 以上各案同屬慢性活動性肝炎，症狀表現亦大致相同，因此所使用方劑，均以暢通氣機，活血化瘀之膈下逐瘀湯為主加減用之，此方係出王清任之「醫林改錯」，對肝臟瘀血，有逐瘀生新之功。

(二) 第一例，因工作過勞而復發。

第二例，則由於尿道感染及外感停服中藥反復較重。

第三例，則由於陰曆過年，疲勞之外，飲食不潔而愈後復發，因此可見，肝炎患者，除不可過度勞動外，飲食節制，亦有其絕對需要。

第四例，係由於抽血而發現，因身體強健，無特殊症狀，而又無瘀血現象，因此先用柴胡清肝湯，繼用疏肝湯加減之粉劑治劑，效果尚稱滿意。

(三) 肝為血臟主疏泄條達，肝臟的炎腫，必連帶血脉，溫熱瘀阻于血分，因此治療大法，不外乎，活血化瘀、清熱解毒、芳化利濕、健脾開胃、益氣養血等五大法則，以為準繩，以上三案，瘀血證狀較為顯著，因而使用活血化瘀、解毒利濕之法，雖未達速愈之境，然亦不失為有效之方。而第四案依其見證，則以清肝、疏肝、清熱、利尿為主，是辯證論治的靈活運用。肝與胆互為表裏，古人有「濕熱相搏，民多病疸。」的論說，指出黃疸就是近代所說的肝炎，一般用藥，多以紫胡、香附、鬱金、元胡等為疏肝利胆主藥。如肝細胞急性炎變時，解毒消炎的土茯苓、敗醬草

、銀花、公英、板藍根、野菊花等，當酌予增加。

祛濕的常法是利小便，車前子、通草、六一散等均可選用。如舌苔厚膩，芳香化濁之品，如藿香、杏仁、橘紅等，既可去濕，並可因濕熱所生之痰，不致阻塞血絡。

在臨床上常見患者，疲勞之力、食慾不振、噁心嘔吐等症狀出現，因此使用益氣養血、芳香健脾之品，如黃耆、當歸、杭芍、藿香、砂仁、焦朮等又當隨症加減，以達扶正培本之目標，尤其在肝功能恢復正常後，為鞏固療效起見，應注意生活起居與繼續服用柔肝健脾益氣活血之劑，尤為必要。

(四) 肝病患者在飲食上，應特別注意，不能飲酒及吃辛辣刺激食物與肥豬肉、香腸等。

驗案伍：嚴重風濕關節炎

一、病患姓名：陳××

籍貫：南京

年齡：五十五歲

住址：愛國西路××巷××號××室

二、病歷：

五年前因左手腕關節腫痛，僵直不能彎曲，拼觸即痛，右肩胛五十肩，緊痠難過，抬舉不起，頸項神經壓痛，兩腳膝眼，痠軟無力，右腳底結一腫塊（痛風石），經××醫學院附屬醫院治療數月，係風濕關節炎，服止痛消炎及副腎素皮質荷爾

蒙過量，發生副作用，眼臉麻痺，面浮腫，視力模糊，到處求醫，均無功效。

三、門診治療經過：

七十一年三月十二日初診，六脉沉遲，氣血虛弱，寒濕相搏，胃納不佳，經楊向實中醫師處方，以八珍湯加桃、紅、羌活、山甲、炮附、桂枝等味，王承源中醫師負責針灸，取穴——右手肩外俞、肩髃、天宗、肩井、手腕骨、曲池、合谷、頸部天柱、大椎、膝部的膝眼、足三里、邱墟、絕骨穴。

三月十五日二診：肩胛部位痠痛好些，但膝眼仍痠痛。

處方：四物湯加桃紅、桂附、山甲、桑枝、松節、威靈仙、雞血藤、天麻、白芷。針灸：肩髃透臂臑、肩外俞、天宗、曲池、合谷、手腕關節養老、陽谿、太淵、膝眼、足三里、崑崙。

七十一年三月廿四日（三診），肩胛及頸項痠痛好些，五十肩部較鬆多了，略可抬舉，但右手腕仍不能轉動，氣凝血瘀。處方：八珍湯加桃紅、蘇木、桂附、木瓜、雞血藤。

針加艾溫灸，取穴肩外俞、肩髃、天宗、陽谿、曲池、中渚、養老、膝眼、足三里、艾灸腳底（大指下）。

七十一年三月卅一日（四診）頸項神經轉動已全好，無痠硬直感，右手腕關節亦有進步，比較能用力。處方：四物湯、舒筋活血湯、加養活、木瓜、細辛、威靈仙、白芷、五加皮。

七十一年四月十二日（五診）右手腕關節腫已消除，膝眼下痠痛已愈十分之八，按照三月卅一日原方配一週份，針灸肩

外俞、肩貞、援火罐、手腕骨關節艾燒針頭、曲池、合谷、陽池腳底下均灸。

七十一年四月十九日（六診），膝眼關節已全部不痠痛，腳底下腫塊痛風石經艾灸三次，已全部消去，但肩胛又有一點痠痛。處方：八珍湯加秦艽、桂枝、黃芪、防風、大楓藤、白芷。針灸：肩外俞、肩髃透臂臑，加艾溫針，右手腕關節部位亦針頭加艾灸。

五月卅一日（七診）右手關節又有腫痛，針腕骨、陽池、太淵、陽谿、針灸加艾燒針。

六月二日（八診）右手關節腫已消，其他部位關節正常。處方：照四月十九日方再服一週份。

六月十四日（九診）手關節、及膝關節已不再發炎，原五十肩全愈，抬舉如常人，病情可算穩定。

四、臨床體會：

此症前後約治療三個多月，被服西藥激素過量之壞症，能以內服中藥補氣活血，祛風寒利濕，舒經活絡，改良病人體質，促進內臟機能，飲食日增，如面麻浮腫，視力模糊等副作用，壞現象均全部解除，尤以針灸舒通經絡，對風濕關節炎、五十肩、四肢關節施治手法適度，確有立竿見影之效果，且能維持長期療效，不比西藥止痛鎮靜於一時，破壞體質，日久反而病情加劇，此是事實。

驗案陸：指關節炎

一、患者姓名：石×× 男 五一歲 遼寧人 業海員

住：士林文林路××巷××號

二、病 歷：患二手指關節炎歷半年餘

三、症 狀：右手無名指及左手中指關節，不能靈活伸屈及

活動併發痠痛異常，且引伸兩肩頭亦有痠痛。

四、治療過程：

一診：七十一年五月七日

針灸：右液門 天應 左內關 勞宮

二診：五月十四日 關節痠痛均減少 伸屈稍為靈活

針灸：左內關 勞宮 右中都 勞宮

三診：五月十九日 關節痠痛減輕已能伸屈

針灸：左外關 勞宮 右液門 下都

四診：五月二十一日 兩手指中節仍有微痛伸屈自如

針灸：針左勞宮內關 右中下都 針畢即痛無

五、臨床體會：

嗣後即未見再來診療，乃於七月初電話聯繫，承本人告之，已全部痊愈，不再痠痛，且伸屈自如。

驗案柒：腎臟炎

一、病患姓名：施××

籍 貫：台灣彰化

年 齡：十二歲

住 址：北縣板橋大智街××巷××弄××號之四

二、診 斷：腎臟炎

三、病 歷：

病患自述於七十年九月初發現臉部浮腫，小便量少且濁，於同年九月十日赴醫院檢查，係腎臟發炎，即以針劑與內服藥物治療，症狀雖略有減輕，但經檢驗似無法完全消除，乃於同年十一月廿三日轉赴和平醫院中醫門診，就醫，經檢驗眼臉略呈浮腫，小腹兩側有壓痛感，舌苔潔白，血壓88/50，尿量少且濁，食慾欠佳，經檢鏡檢驗報告(70.11.21)為腎臟炎。

四、治 療：

依據診斷即以瀉熱、解毒、利尿、健脾胃以恢復腎臟功能，處方以濃縮劑之豬苓湯、龍胆瀉肝湯、香砂六君子等藥加減計處方十三次，服藥三個月，並經十一次檢驗，至七十一年四月十五日尿液檢驗報告已正常。一個月後(71.5.16)再行檢驗仍正常。

驗案捌：不孕症

一、患者姓名：邱××

性 別：女

年 齡：三十歲

住 址：台北市

二、症 狀：

月信遲行且少，結婚七年迄今七十一年三月未孕。

三、取穴及處方：

(一)治療取穴：

腎俞：在十四椎下，去脊一寸五分。

氣海俞：在十五椎下，去脊一寸五分。

關元：在石門下一寸，中極上一寸。

中樞：在關元下一寸，曲骨上一寸。

三陰交：在內踝上，除踝三寸。

(二)經期取穴：

腎俞：在十四椎下，去脊一寸五分。

委中：在膝膕窩之正中。

氣海：臍下一寸半。

關元：石門下一寸，中極上一寸。

陰陵泉：在膝下內輔骨下陷中，與陽陵泉相對。

三陰交：在內踝上，除踝三寸。

血海：在膝膕上二寸半，膝內側白肉際。

(三)處方催經：（因其月信遲行）

歸身三錢、大熟地三錢、益母草五錢、川芎二錢、白芍二

錢、香附二錢、牛膝二錢、紅花二錢、桃仁二錢。生薑二

片、大棗二枚。

(四)又處方調經補血：

歸身三錢、大熟地三錢、白芍二錢、川芎二錢、香附二錢

、羌蔚子二錢、益母草（酒浸）五錢、山黃肉二錢。

接以上次序治療，並囑其量基礎體溫，排卵情況正常後，

等再次經期中，為其處方種子。

(五)處方種子：

歸身二錢、大熟地一錢半、川芎一錢、酒芍一錢、香附一

錢、黃肉一錢、延胡索一錢、乾姜五分、黃芩一錢、丹皮

一錢、官桂五分、熟艾五分。服四劑。

經期完畢後，根據其排卵日期，為其計算同房日期。

四、臨床體會：

七十一年三月二日至五月六日，照以上取穴，處方之次序治療十八次而受孕，一直等至五月二十七日，查檢尿為Positive。

live。

六月一日起為其處方養血安胎，囑其常服。

當歸錢半、川芎一錢、芍藥錢半、黃芩一錢、白朮五分。

驗案玖：外傷引起左跨骨畸型

一、病患姓名：沈××

籍貫：台灣

年齡：廿歲

住址：台北市臥龍街××巷××號

二、診斷：外傷引起左跨骨畸型

三、病歷：

病患於十年前因車禍受傷後，形成右跨骨不平衡，因之走路有跛足現象，且平臥與久站後，即有劇痛感，後於五年赴仁愛、中興、台大等院診療，醫師稱如欲行路恢復正常，必須將

左腿關節鋸掉，換上不銹鋼，後經病患拒絕實行手術，於七十年十二月十日轉赴和平醫院中醫門診治療。

四、治 療：

七十年十二月十日，初診治療面疤及左跨骨外傷後遺症，自述痠痛不能用力，以針灸與濃縮劑，針對疏筋活血治療五天，十二月十五日再次診治，面疤已見改善，但跨骨症狀未有顯著進步，故加強去瘀、活筋骨，續治療十五日，跨骨已不見痠痛，自認症狀已減輕，行路已感輕快，故暫時停止治療，延至七十一年二月二十日再繼續以針灸與濃縮劑治療，痠痛現象已改善，僅兩腿不平衡。

五、臨床體會：

本證藥物重點在於養血、活血、疏筋、去瘀、並未用任何止痛劑，僅以中醫之去瘀、活血、血流通暢則痛即止，以此原則，病患痛楚消失，現今跛足現象已轉好，行動正常。

驗案拾：「大腸癌」手術切除後中藥治療效果

一、患者姓名：黃××女士

年 齡：四十八歲

籍 貫：台灣桃園

地 址：台北市中山北路××段××號

二、病 歷：

病患於七十年十二月間，因大便困難，且有血液排出，腹痛甚劇，在桃園省立醫院治療，經檢驗X光透視發現腹膜內有

大量膿液而導至腹膜炎，後於七十一年一月十二日進行腹腔開刀手術，同時意外發現肛門上方約十八公分處，長有一腫瘤，經切片檢查係惡性大腸癌，腹內時常脹疼，延至七十一年二月十七日又進行第二次手術，將腫瘤切除，手術後身體虛弱，體重減輕存四十六公斤，腹部仍時常脹痛難受，大便秘結，有時又海瀉，小便失禁，夜臥不寧，食則腹脹不敢多食，胃納全失，疲勞貧血，四肢無力、頭暈目眩、面色恍白，於七十一年五月四日住和平醫院七一一八西醫打針、點滴治療，不斷注點滴，水停腹脹疼痛，腸內吸收功能不佳，反而一日腹瀉五、六次，並有發高燒現象，精神疲乏，延喘一息，病甚危急，無奈而求救中醫會診。

三、治療經過：

五月十九日（初診）症狀：腹內脹痛，腸多海瀉一日五、六次，脈象細沉而乳，頭暈目眩，不能走動，少氣懶言，面色脫血，氣血虛弱，因開刀二次，體力不持。處理：針合谷、灸足三里、中脘、天樞、氣海、三陰交、內庭。處方：參苓白朮散二十公克、香砂六君子十五公克、葛根苓連溫十五公克，三日份。

五月廿一日（二診）：服藥後海瀉已止，腹脹痛亦減，略可安睡三、四小時。針：足三里、合谷、中脘、天樞、梁丘、內庭，針頭加艾灸。處方：參苓白朮散二十公克、平胃散十五公克、歸脾湯二十公克，三日份。

六月九日（三診）：腹內微有脹痛，食慾少許，仍很虛弱，胸悶。處方：小柴胡二十公克，補中益氣三十公克，歸脾湯三〇公克，五日份。

六月十四日（四診）：元氣略好，說話聲大些，面色比較不恍白、大便秘結、可進食粥一小碗，腹內小腹痛、貧血。處方：歸脾湯二十公克、葛根苓連湯十五公克、香砂六君子十五公克、麻子仁丸十公克，四日份。

六月十九日（五診）：脈象轉佳，細滑有力，體力增加，腹內陣痛亦減，但視力減退，頭仍不清爽，小便可以約束。處方：歸脾湯二十公克、參苓白朮散十五公克、葛根苓連湯十五公克、麻子仁丸十公克。

六月廿三日（六診）：睡眠不佳，視力減退，脈細滑，腹不脹痛，一切有好些。處方：歸脾湯三十公克、酸仁湯二十公克、葛根苓連湯二十公克、杞菊八味丸三十公克，五日份。

七月二日（七診）：胃口甚佳、消化得去、少腹小腹痛，二便正常，頭暈目眩現象解除，面色紅潤好轉，已能行走下樓脚步為常。處方：歸脾湯二十公克、參苓白朮散二十公克、木香枳榔丸十五公克、麻子仁丸十公克，每日四次，三日份。

七月十二日（八診）：少腹脹好些、貧血亦有改善，大腸吸收功能亦有進步，體重增加五一・五公斤，比住院前重五公斤。處方：歸脾湯三十公克、參苓白朮散二十公克、葛根苓連湯二十公克、芍藥甘草湯二十公克、木香六公克、烏藥六公克

，五日份。

七月十九日（九診）：月經停了五個月，現月經已來，鮮紅色、腹脹，大便秘結，逍遙散二十公克、葛根苓連湯十五公克、參苓白朮散二十公克、麻子仁丸十公克、木香十公克、台烏十公克，四日份。

七月廿九日（十診）：脈細滑，食慾增加，面色好轉，行走有力，氣血充旺，睡眠亦佳。處方：歸脾湯三十公克、葛根苓連湯十五公克、參苓白朮散十五公克、聖愈湯十五公克，三日份。

四、臨床體會：

該病患係院長的親戚，當時住在和平醫院七一—八靜養，自看中醫後，每日信用中藥服食，停止西醫打針及服西藥，腹部刀痕累累，元氣大虛，數月來用中藥調理，各種症狀完全消失，體力精神日見增加，體重也增加五公斤，該病人仍在繼續治療中，已趨康復，但癌細胞會不會擴散又活，要看以後追蹤結果。

以歸脾湯補血、參苓白朮散、香砂六君健胃，唯恐腸內慢性炎刀口痛感，故加葛根苓連湯以清腸熱，木香枳榔丸以消脹，便秘時用麻子仁丸，務使脾胃健旺大便暢通，營養才能吸收而化生氣血，自然強健，比西醫注射點滴於暫時，要理想多了。

驗案拾壹：骨膜內出血

一、病患姓名：周××

籍貫：江西

年 齡：二十二歲

住 址：台北市同安街××巷××之三號

二、診 斷：骨膜內出血（嚴重外傷）

三、病 歷：

病患於六月六日搭乘公車時不慎撞傷，導致右腳外踝骨骨膜破裂，經赴醫治跌打損傷之功夫館，請人推拿後，足踝反而腫漲，皮下出血加劇，無法行路，全右足背與足跟均呈現紫黑色塊狀瘀血。

四、治 療：

病患於六月九日來本院中醫門診治療，經針灸（取穴：崑崙、京骨、邱墟、太衝、照海）與外敷（三黃紫金散）後，病患覺得疼痛減輕，續於六月十四日再行治療，以針灸（取穴：崑崙、解谿、京骨、僕參、太衝）並以拔火罐治療，當場腫消大半，且瘀血散開，並有蓄膿吸出體外，且續以外敷治療，後病患於六月十六日再行以拔火罐治療，並停用外敷藥物，改以內服（處方：荆防敗毒散、黃連解毒散、當歸拈痛湯、加銀花、連翹、牛膝）治療，於六月廿八日再來本院時，其紫黑色之瘀血完全消失，且自訴行走時亦無痛感，可謂傷勢已完全復原。

五、臨牀體會：

以此種嚴重之外傷，若以跌打損傷之治法，推拿患處反而導致骨膜發炎，腫漲更劇，今改以針灸與服用中藥，即可於短

短二十日內治愈，此乃中醫療法之所長也。

驗案拾貳：外傷性頭部扭傷

一、病患姓名：廖×× 性別：男

籍貫：台灣

年 齡：廿五歲

住 址：台北市同安街××巷××號之二

診 斷：外傷性頭部扭傷

二、病 歷：

患者於七十一年二月十日因車禍致使右手失去知覺，頭部疼痛無法轉動，當時前往仁愛醫院求診，經局部注射針劑後，疼痛立即減輕，但隔天又復發如前。

三、診 療：

七十一年二月十二日改至本院疼痛科門診求治，該科醫師在右頸部壓痛點處施以局部注射 3 ml × Ylocaïne 但卻未見任何效果。

七十一年二月十三日經友人介至本院中醫門診部，由本人診治，當以針刺其患側的落枕、陽陵泉、肩井、風池、阿是等穴後，其疼痛立即減輕，頸部亦能轉動自如，右手也恢復知覺，病患驚喜異常。為鞏固療效，並處以下列湯劑治之。

葛根四錢 桂枝二錢 姜黃三錢 何首烏五錢 白芍五錢

甘草二錢 川芎三錢 當歸三錢 雞血藤五錢 木瓜三錢

威靈仙二錢 三帖。

七十一年二月廿日複診（因本人一星期才上班二次，祇好相隔一星期）：右側頭部疼痛已大有好轉，僅在頭部轉動時微有痛感，故再行針灸，並處以下方治之：

葛根四錢 桂枝一錢 白芍五錢 甘草三錢 木瓜三錢
雞血藤五錢 羌活三錢 姜黃三錢 當歸三錢 川芎二錢半
大熟地三錢 五帖。

後來由其友人告知，經針灸二次並以藥物配合治療兩星期後，症狀即完全消失，一切均已恢復正常，七十一年八月十日以電話追蹤尋問，一切正常，疼痛未再復發。

四、臨床體會：

以針灸或中藥治療頭部扭傷，相信一般中醫師們皆有很多成功的病例，本人過去單以針灸治療此病，臨床統計，經三次針灸治療，其治癒率可達九〇%以上，故中醫對於治愈頭部扭傷已不足為奇。然所治之病例，幾乎未曾經西醫專家費心處理過的。（西醫以止痛、肌肉鬆弛劑等治療此病，一般同樣可以得到很好的治療效果）而此例卻很意外，已經疼痛專家治療過，但卻無顯著療效，而經針灸、中藥治療後，即收顯效，故值得一提。

本例或許僅以針灸施治，亦可得到相同的效果，因本人無法每天給予治療，故以藥代針，然其基本治療原則，乃以祛瘀活血、消腫止痛即以「通則不痛」之中醫原理治療。

今僅治癒一例，尚難斷定中醫治療此病一定優於西醫療法

然對於此類病人，若已經西醫處理而未見效者，中醫療法又何嘗不是值得一試的方法。

驗案拾叁：咽喉腫瘤（喉癌）

一、病患姓名：霍××

籍貫：河北省人

住址：桃園大園央山××—××號

二、病歷：

七十年三月間，覺有感冒發熱，咽喉腫痛，乾燥燒熱難過，經桃園省立醫院檢查，聲帶右側長一肉瘤如拇指大，治療無效，同年十月在三軍總醫院，切片檢查，證實是喉癌，接受照射六十共三十七次，已將咽部好活細胞和癌細胞全都燒焦變成死肉，不能再照射六十治療。

三、症狀：

咽中乾燥無半點水份，聲音嘶啞（約存十分之二聲音）頻頻嗆咳，少許向痰，吞物不佳，非常嚴重，睡臥不安。

四、治療：

七十年十一月廿七日（初診）脈浮數，視咽喉內甚紅腫赤肉，外頸皮膚燒焦暗枯色，喘咳頻頻，睡臥不寧，咽乾難過，沙啞無聲音，很難聽清楚，治以生津液，退毒火，兼抗癌藥品。處方：桔梗三錢、射干三錢、元參五錢、麥冬五錢、銀花三錢、山豆根二錢、連翹二錢、黃芩二錢、牛蒡子三錢、丹皮二錢、浙貝二錢、天花二錢、白花蛇四錢、半枝蓮四錢、川連一錢

山枝二錢、甘草一錢。

針灸：天突透胸約一寸半、曲池、合谷、足三里、照海、（商陽、少商放血）。

七十年十一月卅日（二診）咽喉紅腫略退、微熱亦減、聲啞照樣。處方：以前次方加大海子三錢、薄荷數訶子三錢、板藍根三錢、淡竹葉三錢、石膏三錢、清肺經上焦之熱，針照原穴。

七十一年一月廿二日（三診）咽已不乾燥，聲音略有大些，咳嗽已減，痰仍結滯在喉，小有進步。處方：桔梗三錢、射干二錢、元參三錢、麥冬五錢、銀花三錢、浙貝三錢、山豆根三錢、連翹三錢、黃芩二錢、馬兜鈴二錢、板藍根三錢、陳皮二錢、桑白皮四錢、前胡二錢、旋覆花三錢、藕節五錢、半枝蓮三錢、白花蛇舌草三錢、大海子三錢。

針：天突透胸、曲池、合谷、三陰交、商邱、照海、太冲、（十宣放血）。

七十一年三月十日（四診）症有進步，聲音較亮，聲帶有恢復，咽乾燥改善，脈平滑緩，苔平幼紅。

處方：桔梗三錢、射干二錢、元參三錢、麥冬五錢、吉林參鬚二錢、銀花三錢、連翹二錢、淡竹葉三錢、訶子二錢、枇杷葉二錢、桑白三錢、金沸草三錢、浙貝三錢、板藍根三錢、大海子二錢、牛蒡子二錢、黃芩二錢、半枝蓮四錢、白花蛇舌草四錢、藏青果二錢、化橘紅三錢、甘草一錢 七劑。

三月十九日（五診）咽喉紅腫全消，聲音更大些，痰亦不結喉，病者喜形於色，滿懷希望，更有信心，仍以三月十日處方再配五劑，針照原穴。

三月二十五日（六診）聲音進步，乾燥大減，吞食正常，仍以三月十日處方再配五劑。

四月二日（七診）症穩定，再給五劑如前方。

五月七日（八診）聲音已恢復十分之八，咽不紅腫，症狀堪稱穩定，吞食為常人，精神甚佳，飲食日增，體重增加，再照三月十日方配七劑。

六月九日及十八日（九診及十診）症無變化，癌細胞無復活現象（三軍總醫院追蹤檢查報告）。

七月九日、十六日、二十三日仍不斷門診，以清熱解毒之品照三月十日處方加減治之，每次給藥一週份。

五、臨床體會：

此症自發病迄今，已經一年半多，西醫照鉗六十達三十七次，什麼細胞皆已殺死，控制癌細胞惡化，病人不吃西藥，全部相信中醫，治療過程中，症狀甚為穩定順利，健康如常，聲帶被燒焦仍然恢復，病患亦自述，與他同時照鉗六十的三、四位病友，沒有吃中藥，咽乾化膿，有的開刀，聲音全失，終告不治而歸天矣！

驗案拾肆：前列腺癌

一、病者姓名：袁××

性別：男

籍貫：湖南

年齡：民國元年十二月十一日生

住址：台北市雙和街××巷××弄××號

二、診斷：前列腺癌

三、病歷：

病者自訴七十一年一月下旬忽然排尿系統發生阻塞，於二月住榮民總醫院（病歷號碼243645）檢查，將前列腺開刀，經化驗有癌症反映。乃於三月十七日起在榮總醫院照鈷六十至五月十日止，醫師告以一切已經正常。

四、治療：

五月中旬又感小便刺痛，量少，而次數多。十七日至第一中醫院由楊醫師（即本院中醫部楊醫師）診治，處方服藥九劑（方見附錄），服後略有功效，小便次數減少，刺痛亦減輕。

大便原每日五至六次，現已減為三次，食慾轉佳。五月廿六日至和平醫院仍由中醫門診部楊醫師診斷處方。經予檢診血壓160/80，脈象沉弱，脈息60次，舌色淡紅薄黃苔，照五月十七日在第一中醫院之處方略予調整，服二劑。

當歸、赤芍、白花蛇舌草、板藍根、半枝連、生地、熟地、生白朮、淮山藥、生牡蠣、炙鱉甲、桃仁、丹皮、炙山甲、黨參、生芪、神曲、砂仁、紫草根、銀花、生甘草。

五月卅一日處方，服四劑。

當歸、赤芍、白花蛇舌草、板藍根、半枝連、熟地、生地、生白朮、豬苓、白茯苓、丹皮、桃仁、知母、紫草根、山豆根、銀花、蜈蚣、黨參、黃柏、車前子、炮附子、神曲、麥芽、生甘草。

六月七日病者訴說過去排氣時有連大便遺出之情形，近日大為減少，小便量多，咳嗽時痰多，小便時已無痛感，大便每天三次，食慾好多了。檢診血壓170/80，脈象沉細，脈息88次，舌苔厚黃，處方服四劑。

當歸、赤芍、白花蛇舌草、板藍根、半枝連、生地、熟地、生白朮、淮山藥、生牡蠣、炙別甲、桃仁、丹皮、炙山甲、黨參、生芪、紫草根、銀花、蜈蚣、山豆根、車前子、炮附子、砂仁、神曲、生甘草。

六月十六日病者訴說排氣時已無大便遺出現象，大便每日一—二次，小便已無痛感，亦無血色，食慾正常，睡眠好。檢診血壓140/70 mm Hg.，脈象沉弱，脈息70次，處方服四劑。

當歸、赤芍、白花蛇舌草、板藍根、半枝連、生地、熟地、生白朮、淮山藥、生牡蠣、炙別甲、桃仁、丹皮、炙山甲、黨參、生芪、紫草根、銀花、蜈蚣、山豆根、神曲、砂仁、車前子、炮附子、生甘草。

六月十八日病者訴說，痰多，尿多，食慾佳，檢診血壓170/60，脈象沉稍遲，脈息68次，舌色淡紅。照六月十六日

方服四劑。

七月十四日病者訴說食慾甚佳，每餐能吃兩碗飯及肉菜類甚多。小便秘通無血色亦無痛感，大便現時每天僅一次。檢診血壓160/70，脈象沉遲，脈息8次。照六月十六日方服四劑。

七月三十日病者自訴，小便順暢不痛，食慾佳。睡眠佳，一切自覺如常人，惟精神稍差而已。檢診血壓180/90，脈象沉稍遲，脈息8次，舌苔薄白，仍照六月十六日方繼續服藥中。

五、臨證體會：

本症治以消癰、祛毒、消腫、軟堅、補氣、活血、健脾之法，收效快速。

附錄楊醫師在第一中醫院為病者之處方：

當歸、赤芍、白花蛇舌草、板藍根、半枝連、生地、生白朮、淮山藥、生牡蠣、炙別甲、桃仁、丹皮、炙山甲、黨參、生芪、神曲、砂仁、銀花、紫草根、生甘草。

驗案拾伍：肺腫瘤

一、病患姓名：謝××

籍貫：江西

年齡：民國十六年六月廿日生

住址：台南市開元路××號

二、診斷：肺腫瘤

三、病歷：

病者自訴在七十年十一月間每到晚上體溫升高，食慾不振

，胸腔左腋下側隱隱作痛，殊感不適。經往醫院治療後僅體溫趨向正常，餘仍依舊。為明究竟，經八〇四醫院X光片檢查認為可疑，須作進一步之檢驗方明。為期檢查確實，因而前往台北榮總醫院檢驗，初以氣管鏡檢視似為可疑，再以X光照片檢查，發現肺左上部有一腫瘤。乃於七十一年一月八日來本院中醫門診部就診。經檢視所持榮總醫院診斷抄本為「肺腫瘤」。

四、治療：

當時診察情形，病者血壓104/70，脈象平，舌色微紅薄白苔，不咳嗽，僅左肺自覺隱隱作痛。

初診處方：服四劑（每日一劑）

當歸、赤芍、桃仁、夏枯草、苡仁、山豆根、魚腥草、銀花、半枝連、白毛藤、神曲、元胡、木香、玉金、黨參、生黃芪、生地、砂仁、麥芽。

二診：七十一年一月十八日，病者托友持函告以服藥四劑後左胸部痛感減輕，飲食比以前吃得更多些，食慾好轉中，大小便正常。仍照一月八日方續服十劑。

三診：七十一年二月十五日，病者自訴痛感減輕，食慾佳，睡眠可，大小便正常。處方如下：服五劑。

當歸、赤芍、桃仁、夏枯草、苡仁、山豆根、魚腥草、銀花、半枝連、白毛藤、神曲、元胡、木香、玉金、黨參、生黃芪、生地、熟地、白花蛇舌草、砂仁。

四診：七十一年四月十二日，病者自訴體溫正常，不咳嗽，左

胸部已無痛感，食慾恢復正常，體重增加，心情愉快。仍照二月十五日處方續服十劑。

五診：七十一年四月廿五日函告飲食正常，睡眠很好，大小便正常，體力精神均佳，盼照前方寄藥五劑。

六診：七十一年四月廿九日晚上，病者自台南電話告以身體健康如常人，明（三〇）日上午到和平醫院照X光片，請醫師駕往一診（星期六非本醫師診病時間）當時允予到院）。次（三〇）日上午照X光片，結果正面片無影點，側面片影點僅有零點一公分左右，據病者說，今片上影點比過去所照者已縮小至九九%以上，其心情至為愉快，連聲道謝不已！在場多人都齊聲向病人道賀。當時囑仍照二月十五日方繼續服藥，并希稍自休養後，再來院複檢。

註：以上驗案均由中醫門診特約中醫師提供。驗案：壹、貳、捌，為凌嶺先醫師主治；驗案：叁、肆，為李雲飛醫師主治；驗案：伍、拾、拾壹、拾叁，為王承源醫師主治；驗案陸，為朱彩南醫師主治；驗案：柒、拾肆、拾伍為楊向實醫師主治；驗案玖，為羅秀琳醫師主治；驗案拾貳為張成國醫師主治（現任高雄市立中醫醫院院長）

學絕繼聖往為

平太開世萬為

台灣藥用人參之栽培與研究

徐原田

一、引進本省的經過：

人參是我國東北三寶之一，自古以來就是一種珍貴的藥材。農試所於一九六五年自韓國引進高麗人參及自美國引進西洋參試驗栽培觀察，先後在合歡山、大雪山、梨山、環山等地試種，因氣候及栽培技術等問題以致均告失敗。在合歡山係以盆栽試驗，由於當地冬春間下霜結冰以致二年前部分人參被凍死，部分由於受病害之侵襲而病死。在大雪山者試種高麗人參及西洋參，由於受病害（真菌、細菌）及蟲害（金針蟲、蟻蟻、蝽蛄、小地老虎、切根蟲等）之影響，以致在二年生時大部分枯死而告失敗。在梨山及環山者係選當地農友處試種，於二年生時亦受病蟲害為害而告全部枯死。但在失敗中求取改進，而於數年前選擇梅峰再予試種，栽培觀察，人參適於本省海拔一、五〇〇—二、〇〇〇公尺處栽培。自六十五年開始留日華僑因藥用人參的需要量日益增加，供不應求，乃從日本大量引進種苗種植（埔里林班地），因病蟲害防治遮蔭土質、季節溫度、土壤水分、肥料等問題發生，部分失敗，損失不少。

二、利用：

人參列神農本草經上品。一名人漫（綱目）、黃參（綱目）、地精（別錄）。

時診曰：人漫年深浸漸長成看，根如人形，有神。故謂漫、神草、漫字從浸，亦浸漸之義，漫即浸字，後世因文字繁，遂以參星字代之，從簡便爾，然承誤日久，亦不能變矣。人參供藥用、甘、微寒、無毒。主治補五臟、安精神、止驚悸，明目開心益智，久服輕身延年。多用以治療慢性疾病，如神經衰弱、糖尿病等。均有良效，為一種優良的強壯滋補藥。

山野自生之人參經過數十年，亦有達百年者始採收（表1）而林間栽培者十二—十三年及人工遮蔭栽培者四—六年即可採收。人參製品，大別分為紅參、白參、湯參、乾參等四種，其他，尚有參盧、參尾、參鬚、雜參、參葉等。

表1 野參之年齡與根重

年 齡	10~19	20~39	40~59	60~79	80~100
平均年齡	16	27	41	73	90
調查次數	30	40	10	3	2
根 重 g/plant	25	39	52	89	96

※ 資料來源：韓國開城人參試驗場。

三、優良人參肉根之形態：

- 1 頭（地下莖）肥大、首大、肩張。
- 2 胴（主根）長三指乃至四指寬。
- 3 脚（支根）胴長，指大且有二支以上。
- 4 胴之大，頭及脚之形之均整。

以上之形態之肉根之作，十分改良土壤之理學的性質上層之土壤秩乾燥，下層水分滲透良好及苗之培育，長十五公分，重量〇・七五公克以上，根直為良苗移植。經營上種種異論，大致的立場間拔或四年生之收穫抑制。

藥用人參之忘地之原因今尚不明。朝鮮十年，長野三十年乃至五十年不能再種，建島縣北會津郡門田村，或朝鮮慶尚北道豐基之如水田栽培，六、七年行再作之地方。再作之年限降水量之多少及年間分布狀態，土壤之性質，日覆之構造漏雨之

有無等而異。雨對於土壤、水洗狀態或場所，再作短年限，場合長。朝鮮行極端連作試驗之結果如表：

朝鮮開城於連作試驗成績

區 分	收穫支數	每分收量	1支重量	2年生長株	6 年 生		
					欠株	病害	計
標準區	26.4	458kg	58g	5.6%	17.5%	1%	18.5%
1個年休閑	13.1	311	79	56.1	59.1	21.8	80.9
2個年休閑	25.4	416	56	20.6	20.6	3.8	24.4
3個年休閑	23.0	390	56	25	28.1	3.8	31.9

（備考）6年生收穫約1、2、3個年休閑移植，欠株殆病害。

一個年休閑病害多，二個年以後著減少收量標準區之四五八公斤，對四一六公斤，十年內外再作出來，長野四年生大體生育順調，其秋至翌年之五年生之春，急激腐敗傾向。朝鮮忌地之害比較緩慢，長野急激，腐敗之狀態一樣，忌地之原因病說，土壤微生物之分泌物或死滅分解毒素，有待專家之研究。

四、生長及繁殖方法：

（一）氣候及土壤：人參原自生東北的山脈，韓國北部森林深處，性喜無風蔽陰處，忌陽光及通風。氣候在於夏季乃能保持冷

涼之山澗，宜西北向或北向緩斜地樹陰下，具有天然環境的條件最佳。土壤宜富含腐植質之砂質壤土最好，其次壤土、植質壤土、礫質壤土乃適宜栽培。

(二)栽培法：

1 繁殖：人參行種子繁殖。

2 採種：宜在四年生以上之母株採種。一般在六月間開花，夏末七、八月見果實呈深紅色達到充分成熟時採取。用水把果皮搓揉洗出，或混合泥土及雜草埋於穴中待果肉腐敗後取出同用水將種子洗乾淨，然後陰乾貯藏。由於人參種子之胚未成熟，必須經催芽處理，才能使發芽提早而整齊。否則必須經二十月以上才能發芽，經處理後僅一個月即發芽。種子在播種前用二十、二十五倍的石灰水浸十分鐘，可以防治赤腐病。

3 播種：

(1) 直播法：播期分春播與秋播兩期。春播於三、四月，秋播於十、十一月。整地，人參栽培一期相隔約十、二十年後，始能再予栽培，可與其他作物適當輪作。播種選擇一年前之休閒地，施下腐熟堆肥，廐肥、豆粕等有機肥料每公頃四〇、〇〇〇、七〇、〇〇〇公斤，作數次翻耕，深耕約四十五公分，並檢除石子及其他夾雜物，使土壤充分風化，成為表土肥沃膨軟之腐植質之原始林地更佳。

播種前再予整地，設畦寬九十公分，長視地形而定，畦溝寬走道二五、三〇公分，畦高一五、二五公分，按株行距各一

五公分，播入穴中，一次一粒，覆土三公分厚。播種後於畦面敷以谷殼或碎稻草等以防土壤乾燥。

(2) 移植法：韓國及日本長野縣專行此法。移植則可縮短本園時間，並對於忌地、病蟲害，在於苗圃一、二年間管理作業手續較為簡便，移植時苗之良窳，亦便於選別消毒，容易獲得栽培上的成功；這是優於直播法之點。

移植時期，以苗圃培養一、二年生苗，於秋季莖葉枯萎至翌春萌芽前休眠期間，選擇生長良好健壯之苗，切忌受傷，故掘苗時特別應予注意，嚴選種苗，苗根長約十五公分，一支重量〇・八公克以上，用青苔、地衣類包裹，並保持相當之水分，定植於本園。為預防病害發生之目的，宜施用四、八式波爾多液浸入十分鐘消毒。移植株行距同直播法，植時苗垂直播植於穴中，周圍土向株根部略擠壓與土壤充分密接，芽向上覆土厚約三公分。行間敷於薄之穀殼，碎稻草等。

4 管理：

(1) 灌水：播種後苗床乾燥時須酌量洒水，以保持土壤濕潤促進發芽，見大部分發芽時將所敷之谷殼或稻草小心除去。

(2) 遮蔭：搭蓋蔭棚，以竹（或木），洋釘、鐵絲、稻草或塑膠布及其他覆蓋物，和繩子搭蓋蔭棚。蔭棚架構造，其位置為向北方向，前柱高一五〇公分，後柱高一〇〇公分，前後柱距離九〇公分，按此距離立支架，然後蓋之覆蓋物紮緊。

(3) 肥料：追肥時期在秋季九月下旬、十月上中旬莖葉枯

姜休眠時，施以油粕類為主，其他如米糠、米糠油粕混合，人糞尿等施以畦面，此外雞糞，過磷酸石灰、腐葉土、草本灰亦可施用。

(4) 應注意病蟲害之防治。

5. 除草：通常每年必須行五、六次除草，床面雜草用手可拔除，走道用鋤頭除去或殺草劑噴殺。

6. 中耕：在二年生後，休眠期完，新芽或新葉出，於株間空隙行輕輕中耕，並為防止乾燥及倒伏須適度培土，中耕常在秋末與施肥同時行之。

7. 摘芽：於七月中旬地下莖發出的多數幼芽時，應予摘除僅留一芽。

8. 摘花：人參二年生即開花，普通三年生始能開花結果，若放任其開花結果，則對於根部發育妨碍影響極大。故除採種用植株外，其他必須在開花前將花蕾除去。

五、研究情形：

(一) 不同遮陰覆蓋對人參產量及品質影響之研究：

本研究之主要目的，在探求不同遮陰覆蓋物對於人參根產量及品質之影響，進而探討是否會影響到其植株之生育，以求得栽培人參最適合廉價堅固且使用年限長之遮陰覆蓋物，以供將來栽培者採用。

本研究所用之材料自韓國引進，係二年生及三年生之人參

，採用達機完全區集設計，三重覆，處理分三種，即陰棚覆蓋物(1)稻草，(2)黑色塑膠布，(3)灰色塑膠布，每處理之田間面積為畦寬一公尺，畦長十公尺，即十平方公尺。株行距各一五公分，試驗地點在梅峰。

試驗結果：本試驗自一九七二年三月起自一九七三年七月結束。

結果如下：

1. 不同遮陰覆蓋與人參生育之關係：以莖長言，稻草處理為最高，平均達二二·五公分，而以灰色塑膠布處理為最低，平均只一九·七公分。以葉數言，稻草處理為最多，達一六·四個，而以灰色塑膠布處理為最少，只一五個。再以葉面積言，稻草處理為最大，達七四平方公分，而以灰色塑膠布處理為最小，只六五九·七平方公分。資料(表1)顯示人參生育受不同處理之影響，呈明顯差異，而塑膠布處理皆較稻草處理為差，可能受塑膠布覆蓋太密，使雨水或露水均不易進入土壤，致植株缺水，生長較差，而以稻草處理生育較佳。

2. 不同遮陰覆蓋與人參根長之關係：本試驗預定四年生人參即予採收，並調查其根長(見表2)，結果以稻草處理為最長，每支根平均長達三三·八公分，黑色塑膠布處理次之，每支根長達三一·三公分，灰色塑膠布處理最短，每支根長平均只二九·二公分，顯示人參根長係受不同遮陰覆蓋之影響，呈明顯差異。

表 1 不同遮蔭覆蓋對人參生育之影響

處		理	稻	草	黑色塑膠布	灰色塑膠布	總	計	平	均
莖 長 (cm)	2	年	生	7.0	66	6.3	19.9	6.6		
	3	年	生	20.8	19.5	18.5	58.8	19.6		
	4	年	生	39.8	36.7	34.3	110.8	36.9		
	總計			67.6	62.8	59.1	189.5			
	平均			22.5	20.9	19.7			21.1	
葉 數	2	年	生	7.9	7.7	7.3	22.9	7.6		
	3	年	生	17.0	15.2	15.7	47.9	16.0		
	4	年	生	24.3	23.0	22.0	69.3	23.1		
	總計			49.2	45.9	45.0	140.1			
	平均			16.4	15.3	15.0			15.6	
葉 面 積 (cm ²)	2	年	生	95.5	89.3	84.5	269.3	89.8		
	3	年	生	701.5	684.2	661.7	2,047.4	682.5		
	4	年	生	1,435.0	1,303.0	1,233.0	3,971.0	1,324.0		
	總計			2,232.0	2,076.5	1,979.2	6,287.7			
	平均			744	692.2	659.7			698.6	

表 2 不同遮蔭覆蓋對人參平均根長（4 年生）、根徑、
根產量、葉重、植物鹼及人參精（Panacene）含量之影響

項 目 \ 處 理	稻 草	黑色塑膠布	灰色塑膠布	L. S. D.	
				5 %	1 %
根 長 (cm)	33.8	31.3	29.2	1.134	1.877
根 徑 (cm)	2.67	2.37	2.23	0.113	0.188
根產量 (g/plant)	92.0	78.0	74.0	4.676	7.732
葉重 (g/plant)	52.3	48.0	44.7	2.609	4.317
植物鹼含量 (%)	0.53	0.37	0.23	0.113	0.188
人參精 (Panacene)	0.053	0.037	0.020	0.018	0.030
含 量 (%)					

3 不同遮陰覆蓋與人參根徑之關係：就表2資料言，平均人參根徑以(1)(稻草)處理為最大，達二·六七公分，(2)(黑色塑膠布)處理次之，為二·三七公分，而以(3)(灰色塑膠布)處理為最小，只二·二三公分，顯示係受不同遮陰覆蓋處理而呈明顯差異。

4 不同遮陰覆蓋與人參根產量及葉重之關係：就表2資料言，人參根產量平均每支以(1)(稻草)處理為最高，達九二公克，(2)(黑色塑膠布)處理次之為七八公克，而以(3)(灰色塑膠布)處理為最低，只七四公克，顯示受不同遮陰覆蓋處理而呈明顯影響。而光照度、溫度與雨水亦能影響人參根產量。葉重量平均每支以(1)(稻草)處理為最重，達五二·三公克，(2)(黑色塑膠布)處理次之，為四八公克，而以(3)(灰色塑膠布)處理為最輕，只四四·七公克，各處理間差異大。不同遮陰物對人參平均根長、根徑、根產量比較均極顯著，對葉重、植物鹼含量比較顯著，人參精(Paracetene)含量比較差異雖不顯著，見表2，但實際仍以稻草覆蓋之含量最高。

5 不同遮陰覆蓋與人參植物鹼及人參精含量之關係：人參在不同處理下，人參植物鹼發生顯著差異，同時影響到人參精含量高，而品質亦發生明顯差異。人參品質佳良與否，主要在於根之緻密，色澤及植物鹼、人參精，其他配糖苷成份之高低。經分析過，人參植物鹼含量(表2)平均以(1)處理為最高，達〇·五三%，(2)處理次之，為〇·三七%，而以(3)處理為

最低，只〇·二三%，顯受不同處理之影響。

人參所含人參精(Paracetene)量(表2)，由於處理不同，所含成份互異，平均以(1)處理為最高，達〇·〇五三%，(2)處理次之，〇·〇三七%，而以(3)處理較低，只〇·〇二%，各處理差異大。人參香氣濃郁與否，取決於人參精含量的多少，同時影響其品質。普通人參所含人參精標準為〇·〇五，而以稻草處理猶有過之。黑色塑膠布處理尚可，因其較耐用，使用年限長，較為經濟。灰色塑膠布處理，因其透光且水中溫度較高之影響，含量最低。故以根收量言，稻草處理較佳，以經濟言，則以黑色塑膠布為宜。

(二)土壤質地對約用人參產量及品質之影響：

本研究在探求不同土壤種類對人參根產量及品質的影響，以提高產量及品質。本試驗於梅峰附近地區選取砂質壤土，壤土、植質壤土及礫質壤土等四種之土質作為處理，由於地區分散，管理不易，於高麗人參苗生三年生時受病蟲害之為害以致逐年減少而失敗。

(三)藥用人參施肥量對產量及品質之影響：

1 試驗經過：

本試驗目的在探求不同施肥量對人參根產量及品質之影響，以提高人參根產量及品質，增加利潤，供作栽培推廣之依據。供試材料為自韓國引進之人參(Panaxinseng C. A. Meyer)，屬王家科多年生宿根草本作物。

試驗按施肥量不同分為五個處理，四重複，採用完全達機區集設計，小區面積 $1 \times 2M \parallel 2M^2$ ，株行距 $10 \times 20cm$ 。並調查葉數、株高、葉面積、根收量、根長、根徑及成分分析。

2 試驗結果：

從國外引進藥用人參種子於一九八一年經種子預措後播種，於一九八二年三月即開始陸續發芽，並且進行病害防治，利用抗生素四環素注射株旁之穴中以達防治效果。並按計畫進行施肥處理工作。本年屬第二年，即人參二年生，僅長出二葉，為一葉柄具四小葉及另一葉具五小葉，株高平均在十三公分左右。

3 討論及結論：

人參是多年生作物，自播種至採收約七年才能採收，時間相當長，此期間經常受到鼠害、病害及蟲害之為害，試驗期間又長，隨時均可發現問題，所發生之問題又不易解決，故此一試驗需要要有耐心、細心、恒心與毅力，才能逐部宗成，今後仍將逐部探討有關土壤質地、PH、季節、溫度……等栽培技術問題，同時並請植病系解決有關病害問題。

六、展望：

世界人口增加，本省地少人多，為充分利用土地生產利潤優厚之經濟作物，節省外匯支出進而賺取外匯起見，除求量的增加外，並著重品質之改進，人參亦然。

目前尚有許多栽培技術問題有待解決，例如土質、酸鹼度、季節溫度、土壤、水分、肥料……等問題，且人參係長期作物，仍須以試驗研究之結論如何，因此離推廣尚有一段距離。人參經濟價值高，利潤優厚，是有推廣之希望，農民只要有利可圖且合經濟原則當必樂意栽培。又人參可製人參酒，如菸酒公賣局能與藥農契約栽培，則有助於擴大推廣。

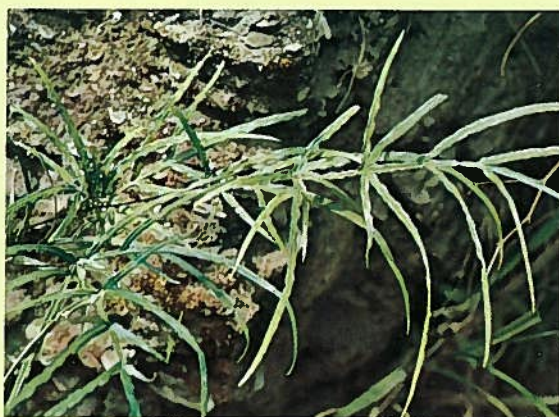
台灣地區衛生人力

類 別	領有證書 醫 事 人 員 數	執業醫事 人 員 數	每一執業 醫 事 人 員 服 務 人	每萬人 執 業 醫 事 人 員 數
醫 師	21,526	12,623	1,272	7.9
中 醫 師	4,690	1,758		
牙 醫 師	4,716	2,435	7,580	1.3
藥 師	12,684	7,450	2,477	4.0
護理師 護士	35,183	15,040	1,227	8.1
醫 檢 師	1,961	—	—	—
助 產 士	22,461	3,081	—	—
藥 劑 生	8,715	6,606	—	—
鑲 牙 生	307	174	—	—
醫 檢 生	444	—	—	—
總 計	112,687	49,899	370	27.0



41. 紫茉莉 (*Mirabilis jalapa* L.)

紫茉莉科。塊根味鹹，微辛，寒。清熱解毒，活血化癥。治腸癌、子宮癌、膀胱癌、卵巢畸胎癌，用量15~30克。



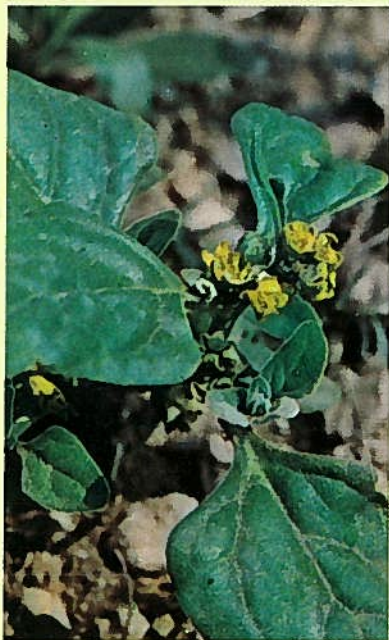
43. 鳳尾草 (*Pteris multifida* Poir.)

鳳尾草科。草味甘淡，微苦、辛。清熱解毒，涼血止血。治腸癌、肺癌、膀胱癌、婦科腫瘤。用量15~30克。



44. 無花果 (*Ficus carica* L.)

桑科。根、葉味淡澀，平，消腫散瘀。治胃癌。用量50~100克。果治喉癌、肺癌。用量75克。



42. 番杏 (*Tetragonia tetragonioides* OK.)

番杏科。全草味甘，平。治胃癌、食道癌。用量15~30克。



45. 馬齒莧 (*Portulaca oleracea* L.)

馬齒莧科。味酸、寒。清熱解毒，散血消腫。治膀胱癌、結腸癌，各種腫瘤，用量30~60克。



46. 蓖麻 (*Ricinus communis* L.)

大戟科。種子甘辛、平、有毒。消腫拔毒，瀉下通滯。北醫董大成院長研究：蓖麻白蛋白ricin，抗腹水癌奇效。



47. 芍藥 (*Paeonia lactiflora* Pallas)

毛茛科。根味酸、微辛、寒。活血化瘀，消腫止痛。治胃癌、食道癌、結腸癌、子宮癌、膀胱癌。用量10~15克。



48. 野梧桐 (*Mallotus japonicus* Muell-Arg.)

大戟科。樹皮含岩白菜素bergenin，治胃癌、腸癌、淋巴瘤。用量10~15克。



49. 巴豆 (*Croton tiglium* L.)

大戟科。種子辛、熱，有毒。瀉實積，通關竅，逐痰、行水、殺蟲。董大成博士研究：蓖麻白蛋白ricin，抗水癌極效。



50. 牡丹 (*Paeonia suffruticosa* Andr.)

毛茛科。根皮辛、苦，微寒。清熱涼血，活血化瘀。治肝癌、子宮癌、乳腺癌、舌癌。用量10~30克。



51. 望江南 (*Cassia occidentalis* L.)

豆科。種子甘苦、涼或平。清肝明目，健胃通便，解毒止痛。治子宮癌、骨癌。用量 7～20 克。



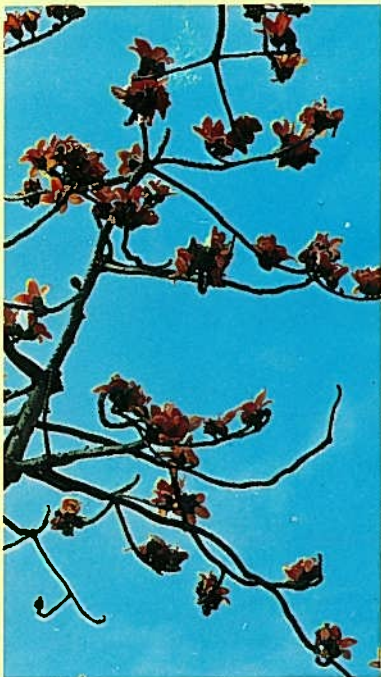
53. 相思 (*Abrus precatorius* L.)

豆科。種子辛、苦、平，有毒。通竅、殺蟲。含相思素 abrih，董大成博士研究：治腹水癌。藤葉清熱生津止渴。



54. 扁豆 (*Dolichos lablab* L.)

豆科。種子甘，平，微溫。健脾和中，消暑化濕。治食道癌、胃癌、腸癌、肝癌。用量 15～30 克。



52. 木綿 (*Bombax malabarica* DC.)

木綿科。根及皮辛，平。清熱利濕，活血消腫。治肺癌、腸癌。用量 20～100 克。



55. 多花紫藤 (*Wisteria floribunda* DC.)

豆科。蟲癭稱紫藤瘤，甘，微溫、小毒。解毒殺蟲。與訶子、菱角、薏苡仁合用，稱 WTTC，治胃癌。



56. 木槿 (*Hibiscus syriacus* L.)

錦葵科。花甘、平。清熱解毒，涼血消腫。治鼻咽癌、喉癌、肺癌、皮膚癌。用量15~30克。



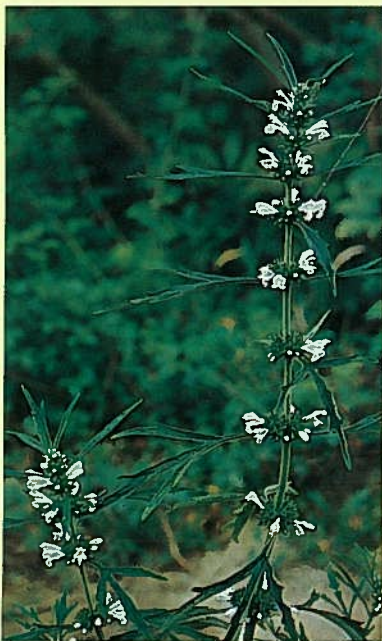
58. 草棉 (*Gossypium herbaceum* L.)

錦葵科。種子或根味甘、溫。益氣助陽，止咳平喘。含抗癌之棉酚gossypol，治胃癌、食管癌、肺癌、喉癌。用量：種子9~15克，根15~30克。



59. 木芙蓉 (*Hibiscus mutabilis* L.)

錦葵科。葉及花微辛，涼。清熱解毒，消腫排膿，涼血止血。治喉癌、肺癌、乳腺癌、皮膚癌、胃癌。用量15~30克。



57. 益母草 (*Leonurus sibiricus* L. var. *albiflora* Miquel)

唇形科。草辛、苦，微寒。活血化瘀，利尿消腫。治宮頸癌、乳腺癌、卵巢癌、膀胱癌。用量15~60克。



60. 枸杞 (*Lycium chinense* Miller)

茄科。根皮甘淡，寒。清熱涼血，退骨蒸勞熱。治肝癌、肺癌。用量6~15克。果實養陰補血，益精明目。治各種癌症。用量15~30克。黃瑞東博士研究：含抗癌之Withaloid。

大麻仁與印度大麻種子之比對鑑定研究

鄭建詒 陳 本 鄭守訓

摘要

應用生藥學方法將「大麻仁」與「印度大麻種子」作外觀、生藥組織切片與顯微照相等比對鑑定，雖顯示極為相似，但仍有不同可用於區別；進而研究用呈色法、薄層層析法和分光光度法，以檢查Tetrahydrocannabinol, Cannabinol, Cannabidiol等麻醉成分，鑑定結果：「大麻仁」及「印度大麻種子」之殼與仁均未檢出含有上述成分，惟印度大麻植物之葉、莖、枝梢則含有上述成分。

前言

本實驗係應民國七十年十月間有關「大麻仁」是否含有麻醉性成分及是否解禁進口乙案，引起中醫藥界及有關單位之重視，因此本局從事於蒐集有關資料、文獻、市售品、生藥對照品及化學成分標準品等，就生藥學方面鑑定是否屬於麻醉藥品管理條例第二條第二款所稱大麻類，並分別就其「外殼」及「仁」檢驗是否含有Tetrahydrocannabinol等麻醉成分，此外

並就麻醉藥品經理處所提供之「大麻種子」樣品作比較檢驗。大麻仁是Cannabis sativa L. (Moraceae 桑科)之種子，俗名為大麻仁、麻子仁、黃麻仁等，具滋養、鎮咳之效，多用於體力減退等之時。至於印度大麻Cannabis sativa L. var. indica LAMARK (Moraceae 桑科)之種子，原產於中亞細亞、波斯等地，其含有麻醉成分，因此為一列管之藥物。

材料與方法

一、材料：

(一)儀器：

- 1 分光光度計 (Shimadzu; UV-200)
- 2 實體顯微鏡 (Wild; M8)
- 3 超音波振盪器 (L & R Manufacturing Company; T-28)
- 4 真空濃縮器 (Buchi; CH-9230)
- 5 紫外燈 (Camag; SJ-1031)

(一) 試藥..

- 1 Dequenois 試藥..取 Vanillin 0.8 g 溶於乙醇 40 ml , 再加 Acetaldehyde 1ml .
- 2 Beam 試藥..5% 氫氧化鈉·乙醇溶液。
- 3 Chamrawy 試藥..取 P-Dimethylaminobenzaldehyde 1g 加硫酸 5ml , 再加水 1ml , 混合均勻。
- 4 Fast Blue Salt B 試藥..取本藥 15mg 溶於 0.1N Sodium Hydroxide Solution 20ml , 用時調配。

(三) 器具..

- 1 薄層板 (Kieselgel GF 254; 300 μ) 。
- 2 Microcaps (Made in U.S.A. by Drummond Scientific Co.) 。
- 3 減壓過濾器。

(四) 化學成分標準品..

- 1 Cannabinol (CNB) 。
- 2 Cannabidiol (CND) 。
- 3 Tetrahydrocannabinol (THC) 。

(五) 生藥對照品..

- 1 印度大麻種子 (係由麻醉藥品經理處提供) 。
 - 2 印度大麻植物 (係由麻醉藥品經理處提供) 。
- (六) 檢體..大麻仁。

二、方法..

(一) 生藥學鑑定²

- 1 一般檢查: 作外觀比對 (表一) 。
- 2 組織切片檢查結果 (表二, 圖五及圖六) 。

(二) CNB, CND 和 THC 成分之鑑別。

1 呈色反應^{3,4}

(1) 溶液之調配:

A. 標準品溶液調配: 精確稱取 CNB, CND 及 THC 標準品分別溶於正己烷調製為 1% 溶液。

B. 對照品溶液調配: 分別取對照品約 0.5g 粉碎後移入索氏抽提器中, 用甲醇抽提至抽提液幾無色, 過濾後將濾液減壓濃縮, 將殘留物加正己烷 20ml 溶解, 以無水硫酸鈉脫水, 過濾後, 減壓濃縮至 5ml 作為對照品溶液。

C. 檢體溶液調配: 與 B 同樣操作。

(2) 鑑別試驗: CNB, CND 和 THC 對下列試驗呈正反應。

A. Duguenois Test: 取檢體溶液於瓷皿中蒸乾後, 加 Dequenois 試驗 1~2ml 加等量鹽酸, 呈鮮濃紫色, 將此液移試管內, 加氣仿振搖混合時, 氣仿層呈紅紫色。

B. Beam's Test: 取檢體溶液於瓷皿中蒸乾後, 加 Beam 試藥時, 溶液呈鮮紫色。

C. Chamrawy's Test: 取檢體溶液於瓷皿中蒸乾後加 Chamrawy 試藥, 置於水浴上加熱, 溶液呈橙色~赤褐色~暗紫色, 加水時呈現成青色。

表一 大麻仁與印度大麻種子之生藥學鑑定比對表

種 類	外 觀	長 (cm)	度 外 (cm)	徑 重 (g/100粒)
大麻仁	呈扁平卵球形，一端較尖，一端有果柄痕跡，縱向有兩條稜線，表皮灰綠~灰黃褐色，表面光滑，有網狀紋線（圖一）。內部呈淺黃白色~灰白色胚乳，其縱剖面鏡檢見圖三。	0.39~0.52	0.26~0.32	1.63
印度大麻種子	呈扁平卵球形，一端較尖，一端有果柄痕跡，縱向有兩條稜線，表皮灰淡黃綠~淺黃褐色，表面欠光滑，有網狀紋線（圖二）。內部呈淺黃白色~灰白色胚乳，其縱剖面鏡檢見圖四。	0.38~0.50	0.25~0.32	1.36

表二 大麻仁與印度大麻種子之組織切片比對表

種 類	外果皮	內 果 皮	子 葉	胚	根
* 大麻仁	單層薄壁細胞	石細胞長72~75 μ	外層為圓形薄壁細胞，內層為長形薄壁細胞。	均為圓形薄壁細胞，中央部份有一小群小細胞排列成環。	
** 印度大麻種子	同 上	石細胞長150~175 μ	同 上	同 上	上

*：參閱圖五

**：參閱圖六

表三 大麻仁與印度大麻成分之比對鑑定結果

檢 驗 方 法	大麻仁 印度大麻				標 準 品			備 註
	殼 仁	殼 仁	殼 仁	殼 仁	CNB	CND	THC	
(1)Dugu'enois Test	—	—	—	+	+	+	+	陽性呈紫色~青紫色
(2)Beam's Test	—	—	—	+	+	+	+	陽性呈紫色
(3)Ghamrawy's Test	—	—	—	+	+	+	+	陽性呈青紫色

註：CNB(Cannabinol)

CND(Cannabidiol)

THC(Tetrahydrocannabinol)

表四 薄層層析法^{3,5}及分光吸光度法^{6,7}之測定結果

檢 驗 方 法	大 麻 仁 印 度 大 麻 標 準 品				CNB	CND	THC	備 註
	殼 仁	種 子	植 物	(莖葉、 殼 仁 枝 梢)				
薄 層 層 析 法	—	—	—	—	—	0.24	—	呈橘黃色斑點
	S ₁	—	—	—	—	—	0.21	呈紫色斑點
	—	—	—	—	0.18	—	—	呈淡赤色斑點
	—	—	—	—	—	0.67	—	呈橘黃色斑點
	S ₂	—	—	—	—	—	0.60	呈紫色斑點
	—	—	—	—	0.50	—	—	呈淡赤色斑點
分光吸光度法：	—	—	—	276	—	—	—	參閱圖七、八、九、十、及十一
Max. (nm)	—	—	—	278	284	276	278	
	—	—	—	284	—	—	—	

註：1 Plate : Kieselgel HF₂₅₄ (Merck, Precoated)

2 Developer : S₁ = Benzene : n-Hexane : Diethylamine (10 : 25 : 1)
S₂ = Benzene : Diethylamine (100 : 1.5)

3 Detection : Alkaline Fast Blue B Spray.

2 薄層層析法

(1) 溶液之調配：

A. 標準品溶液之調配：取標準品 CNB, CND 及 THC 分別溶於乙醇調製為 1% 溶液。

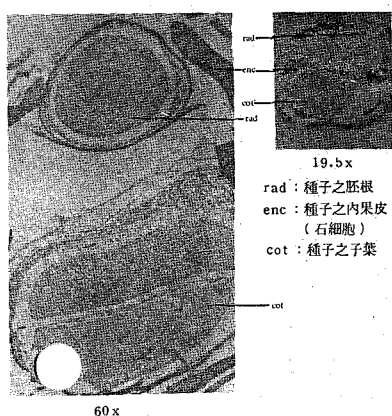
B. 對照品溶液之調配：取對照品 5g 置於超音波振盪器加苯 30ml 抽提 30 分鐘，然後減壓過濾，取濾液置於真空濃縮器內濃縮，乾涸後加乙醇 2ml 溶解作為對照品溶液。

C. 檢體溶液之調配：與 B 同樣操作。

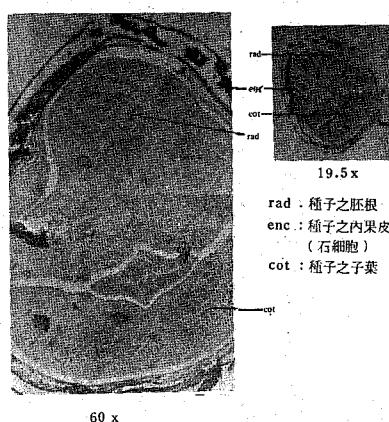
(2) 操作：依薄層層析法，將檢體溶液、對照品溶液及標準品溶液各點滴在薄層板上，使為 S₁ = Benzene : n-Hexane : Diethylamine (10 : 25 : 1) 及 S₂ = Benzene : Diethylamine (100 : 1) 溶媒展開之，取出用吹風至臭氣完全消失為止，再用 Alkaline Fast Blue B 呈色試藥，噴霧呈色。(圖七、圖八)

3 分光吸光度法

用上述薄層層析法展開，乾燥後不呈色，將薄層板放在紫外燈 (254 nm) 下照射，將色點分別挖出溶於乙醇，離心分離，取上清液，以分光吸光度計測定，其 UV 吸光譜 (圖九、十、十一)。



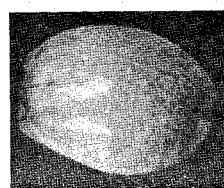
圖六 對照品「印度大麻種子」組織切片圖（縱切面）



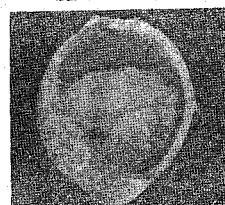
圖五 檢體「大麻仁」組織切片圖（縱切面）



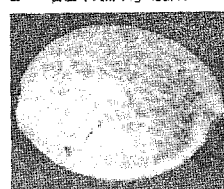
圖三 檢體「大麻仁」縱切面鏡檢圖



圖一 檢體「大麻仁」鏡檢圖



圖四 對照品「印度大麻種子」縱切面鏡檢圖



圖二 對照品「印度大麻種子」鏡檢圖

結果

由上記實驗結果，顯示「大麻仁」與對照品「印度大麻種子」均屬同科、同屬植物之種子，外觀上及組織切片上仍可發現其差異（表一、表二、圖一（圖六），但兩者均不含麻醉成分 Cannabinol, Cannabidiol 及 Tetrahydrocannabinol。

誌謝

本研究承行政院衛生署麻醉藥品經理處處長林明道及財團法人台灣必安研究所所長陳玉盤暨該所生藥組主任張憲昌等協助，得以順利完成，謹於此處致謝忱。

參考文獻

1. 常用中藥之藥理，國立中國醫藥研究所出版。
2. 生藥學實驗教程，那琦、鄭炳全、蔡理里編著。
3. 藥毒物化學試驗法註解Ⅷ大麻試驗法，日本藥學會編。
4. 生藥學，藤田路一著（南山堂）。
5. TLC in the Characterisation of Animal and Plant Drugs EGON STAHL and P.J. SCHORN.
6. 中華藥典第三版。
7. 第十改正日本藥局方解說書。

（本文轉載自行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報）

肝障礙抑制之民間藥材研究(I)

顧焜熒
楊玲玲

肝炎依其病態可分類成急性肝炎、慢性肝炎及劇症肝炎。已知肝炎均為病毒(virus)感染者為多，其他尚有因藥物過敏、中毒及酒精中毒，亦有自體免疫疾患所引起者。

早期之肝障礙被發現是因由動物吸食四氯化碳(CCl_4)所引起，此法並被應用於研究肝障礙之病態模式1) 2) 3) 4)。特別是應用於測定肝炎藥物之療效。雖然迄今人們都認為是病毒所引起，然而其病態模式尚在研究中，因此除特殊藥物外，國內外大多採用藥物誘發病態研究。本研究即採用口服四氯化碳予小白鼠，使其引發肝炎障礙之病態法。另，本省肝炎之罹患率高，各地均有不同肝炎之治療民間藥材，可惜缺乏科學之考證，未能廣加利用。同時，地位居亞熱帶，植物資源豐富，對於找尋開發新之肝炎治療資源，居天時、地利。本報告即採集民間常用肝炎治療藥材，包括二十七科，三十種，測定其對受四氯化碳引發肝障礙小白鼠之抑制效果。由實驗結果，顯示石菖蒲(*Acorus gramineus* Soland.) (39.4%)、鉤藤(*Bauhinia Championi* Benth.) (40.1%)、白刺蔥(*Securidaca virosa* Pax. et. Hoffm.) (41.8%)三者之效果最好

，有待進一步進行其有效成分之分離，目前尚在進行研究中。

實驗材料及方法

植物材料：(1)採集民間肝炎治療藥材三十種，計包括二十七科

(如表一所示)，各乾燥品100公克。

實驗動物：ICR 雄性小白鼠(20±2gm)。

試驗材料：四氯化碳溶於杆欖油(olive oil)。每一植物藥材洗淨，陰乾切碎後用50%、1,000ml酒精抽取三次，濾液濃縮，抽取物溶或懸着於3% gummi arabic之生理食塩水中。

轉化酶活性之測定 (Measurement of the Activities of transaminase)

血清中之GPT (glutamic pyruvic transaminase)

之測定用Karmen方法。(5)

肝障害程度之測定 (Estimation of the Rate of Liver Damage)

四氯化碳口投予小白鼠後，立刻腹腔投予各抽取物；對照

組測僅投預同量之賦形劑 (Vehicle) 於 24 小時後由眼靜脈抽血，經離心後取上層血清，測定其 GPT 值。

檢定：平均值 (標準誤差) 之一次元分散法。

實驗結果及討論

一、根據吳昭新教授 (6) 報告，台灣成人血清中有三種 B 型肝炎病毒之標記，以抗 HBc 抗體 (Anti-HBc)，B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 及抗 HBs 抗體 (Anti-HBs) 的陽性率為 91.3%，19.5%，65.9%，而在 30 歲以上，受測中三者皆為陰性佔 0.3%，在臨床意義上顯示 91.3% 曾感染過 B 型肝炎病毒 (HBV)，到了成年後 (30 歲以後)，其中 19.5% 變成健康帶原。而另外 65.9% 帶有抗體，換言之，30 歲以上，不曾受過 B 型肝炎病毒感染的機會很少 (僅 0.3%)。最近，肝炎疫苗極受重視，但僅限預防措施，對已罹患者無效，因此開發安全、有效之肝炎治療藥物已為當急之事。

二、血中 transaminase 之增加分泌，則肝受破壞 (7)。換言之，增加分泌量愈多，則肝破壞與之成正比 (8)。因此本論文以血清中 transaminase 為指標 (index) 來討論。

三、本論文檢測本省民間常用肝炎治療藥材，對四氯化碳引發肝障礙小白鼠之抑制效果，結果如表二所示。

四、檢測之 30 種藥材，包括二十七科，二十九屬 (如表 1 所示

)，由表 1 之結果觀之，腹腔投予藥物 (各藥材 50% 乙醇提取物，10 gm/kg 之乾品藥材重) 24 小時後，與對照組相比，抑制 GPT 達 50% 以上者有三種藥材，即石菖蒲 (*Acorus gramineus* Soland.) (抑制達 34.4%)，鈎藤 (*Bauhinia championi* Benth.) (抑制達 40.1%)；白刺蕊 (*Securinega virosa* Pax. et Hofem.) (抑制達 41.8%)。其他 GPT 值超過 100% 者，即對肝之障礙更甚。應小心服用。另小號牛乳埔 (*Ficus beecheyana* Hook. et Arn.) 雖抑制達 57%，但毒性大 (死亡率高)。

五、對有明顯抑制藥效之藥材，有待進一步進行有效成分之單離。

參考文獻

- (1) R.O. Recknagel : *Pharmacol. Rev.* 19, 145 ~ 208 (1967)
- (2) G.S. Christie and J.D. Judan : *Proc. R. Soc. London Ser. B.* 142, 241 ~ 257 (1954)
- (3) K.S. Rao, E.A. Glende and R.O. Recknagel : *Exp. Mol. Pathol.* 12, 324 ~ 331 (1970)
- (4) E.K. Lai, P.B. Mccay et al : *Biochem. Pharmacol.*, 28, 2231 ~ 2235 (1979)

(5) A. Karmen; F. Worblewski and J. S. Ladne : *J. Clin. Invest.*, 34, 126 (1955)

(6) 吳昭新、陳家如

79, 694, 760 (1980)

(7) W. H. Hauss and H. J. Leppelmann : *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 75, 250 (1958)

(8) H. C. Grice, M. L. Barth, H. H. Cornish, G. V. Foster and R. H. Gray : *Food Cosmet Toxicol.*, 9, 847 (1971)

誌謝

本論文之完成，承蒙本學院輔助研究經費及謝孟雄院長之支持，得以順利完成，著者謹致十二萬分之謝忱。

Summary

Liver Damage Protective Fulk Medicines

I Carbon tetrachloride induced liver lesion in Mice for Screening of Folk Medicines.

Kun Ying Yen and Ling Ling Yang

Department of Pharmacognosy

Taipei Medical College

Taipei, Taiwan, R. O. C.

Studies on liver lesion and its protective drugs have so far been conducted by *in vivo* assay using mice. Carbon tetrachloride (CCl₄) has been orally administered to ICR mice. Activity of serum glutamic pyruvic transaminase (SGPT) has been measured 24 hours after CCl₄ administration. 30 kinds of folk medicines were used for treatment of hepatitis in Taiwan which belong to 27 families, 29 genus and each extracted with 50% ethyl alcohol. (Show as Table I).

For confirmation of liver protective activity of the drugs, view of the result in this paper (Show as Table I), *Acorus gramineus*, *Bauhinia championi* and *Seegeria virosa* showed strong antihepatotoxic activity. The effective components these folk medicines are macro isolation in progress.

Table I Effect of Folk Medicines to Liver
Protective Activity

No.	Drugs	Scientific Name	Family	S-GPT (%)	備註
	Control			100.0	
1.	土牛膝	<i>Achyranthes obtusifolia</i> Lam.	Amaranthaceae	70.6	
2.	石菖蒲	<i>Acorus gramineus</i> Soland.	Araceae	39.4**	
3.	九節菖蒲	<i>Anemone altaica</i> Fischer	Ranunculaceae	76.6*	
4.	鉤藤	<i>Bauhinia championi</i> Benth.	Leguminosae	40.1**	
5.	黃連蕉	<i>Canna flaccida</i> Salisb.	Cannaceae	101.7	
6.	石胡荽	<i>Centipeda minima</i> (L.) A. Braum. et Aschers.	Umbelliferae	76.0*	
7.	土荆芥	<i>Chenopodium ambrosioides</i> Linn.	Chenopodiaceae	110.0	
8.	龍船花	<i>Clerodendron paniculatum</i> Linn.	Verbenaceae	115.0	
9.	黃藤	<i>Daemonoropus margaritae</i> (Hance) Becc.	Palmae	100.6	
10.	抹草	<i>Desmodium caudatum</i> (Thunb.) DC.	Leguminosae	66.9*	
11.	小號牛乳埔	<i>Ficus beecbeyana</i> Hook. et Arn.	Moraceae	57.0	死4隻
12.	茅根	<i>Imperata cylindrica</i> Beauv. var. <i>koenigii</i> Dur. et Schinz.	Gramineae	85.4	
13.	金銀花	<i>Lenicera japonica</i> Thunb. var. <i>sempenillo</i> Hay.	Caprifoliaceae	102.1	
14.	益母草	<i>Leonurus sibiricus</i> L. var. <i>albiflora</i> Migrel.	Labiatae	78.0*	
15.	鼠尾蕨	<i>Leucus mollissima</i> Wall. var. <i>cbinensis</i> Benth.	Labiatae	90.0	
16.	石菴蓉	<i>Limonium wrightii</i> O. Kuntze	Plumbaginaceae	108.8	
17.	海芙蓉	<i>Limonium wrightii</i> O. Kuntze var. <i>lerteum</i> Hara	Plumbaginaceae	80.0*	
18.	桑葉	<i>Morus alba</i> L.	Moraceae	106.7	
19.	鳳尾泥	<i>Onychium japonicum</i> (Thunb.) Kuntze	Pteridaceae	58.2*	
20.	雞屎藤	<i>Paederia scandens</i> (Law.) Merr.	Rebiaceae	89.0	
21.	七里香	<i>Pittosporum pentandrum</i> (Blanco) Merr.	Pittosporaceae	101.8	
22.	虎杖	<i>Polygonum cuspidatum</i> Sier. et Zucc.	Polygonaceae	99.9	

23.	枳 實	<i>Poncirus trifolia</i> Rofi. Sch.	Rutaceae	105.2	
24.	山 芥 菜	<i>Rorippa india</i> (Linn.) Hieron	Cruciferae	107.3	
25.	有 骨 消	<i>Sambucus formosana</i> Nakai	Caprifoliaceae	109.4	
26.	白 刺 葱	<i>Securinega virosa</i> Pax. et Hoffm.	Leguminosae	41.8**	
27.	假 烟 子	<i>Solanum verbascifolium</i> L.	Solanaceae	103.1	
28.	甜 菊	<i>Stevia rebaudiana</i> Bertoni.	Compositae	105.2	死 1
29.	虱 母 子	<i>Urena lobata</i> Linn.	Malvaceae	107.4	
30.	紅 刺 葱	<i>Zanthoxylum ailanthoides</i> Sieb. & Eucc.	Rutaceae	108.7	

※ 投予法：腹腔注射

※ 劑 量：相當 10 gm/kg 之植物乾燥量之抽取物

※ 口投予四氯化碳後，即刻投予藥物，測定 24 小時後之 GPT

※ $P < 0.01^{**}$, $P < 0.05^{*}$

XX

臺灣地區新生兒、嬰兒及孕產婦死亡情形

年 別	新 生 兒 死 亡		嬰 兒 死 亡		孕 產 婦 死 亡	
	人 數	率 (‰)	人 數	率 (‰)	人 數	率 (‰)
民國四十一年	...	...	16,671	44.71	733	1.97
民國四十五年	7,780	18.79	17,203	41.55	566	1.37
民國五十年	5,664	13.48	14,277	33.79	403	0.96
民國五十五年	3,636	8.76	9,003	21.69	297	0.72
民國六十年	2,369	6.23	5,899	15.51	151	0.40
民國六十一年	2,039	5.57	5,128	14.02	127	0.35
民國六十二年	1,952	5.32	5,166	14.08	148	0.40
民國六十三年	1,809	4.29	4,758	12.94	119	0.32
民國六十四年	1,777	4.83	4,622	12.57	91	0.25
民國六十五年	1,726	4.08	4,488	10.60	125	0.30
民國六十六年	1,637	4.14	4,539	11.47	117	0.30
民國六十七年	1,426	3.48	4,056	9.91	92	0.22
民國六十八年	1,420	3.36	4,035	9.55	73	0.17
民國六十九年	1,324	3.21	4,056	9.83	77	0.19
民國七十年	1,395	3.14	3,659	8.86	80	0.19

市售麝香及其製劑之品質研究

鄭建詒
林麗令
林隆達

一、摘要

本研究之目的在於了解市售麝香及其製劑之品質；麝香在中藥材中價格昂貴，市售品可能摻加其他物質或屬偽製品者為數不少，查國內外藥典僅日本藥局方（J.P.X）收載以濾紙層析法青紫色螢光反應作為成分之鑑定，而尚未見含量測定法。本實驗研究對麝香之檢驗係利用氣相層析法鑑定其主要成分 Muscone，並測定其含量，以作為品質研究之參考。

二、前言

麝香是麝香鹿 *Moschus moschiferus* Linne 雄的臍部與生殖器官的腺體所分泌，有很強香氣赤褐色泥狀物，乾燥後呈固體顆粒，在生殖季節香氣特別強。自古以來，麝香即被我國視為珍貴之中藥材，臨床上用於強心、抗痙，製成製劑用於小兒驚風散或武功散等等。除含有 0.5~2.0% 之 Muscone 成分外，尚含有膽固醇、脂肪及蛋白質。至目前，尚未能確定麝香之主要藥效成分，本研究以氣相層析法檢驗 Muscone，雖

氣相層析法在文獻上已有報告，但由於未使用內部標準品，或分離管選用不同，故欠完美；本研究加以改良，使分析結果更為理想。

三、實驗部份

(一) 儀器及操作條件：

1 儀器：Gas Chromatograph Apparatus HP 5840A

(HEWLETT PACKARD: U.S.A.)

2 條件：

- (1) 分離管：10% OV-210 Stainless, 6ft (1/8")
- (2) 攜帶氣體：N₂，流速：10ml/sec.
- (3) 分離管溫度：220°C
- (4) 注射管溫度：280°C
- (5) 探測器溫度：250°C
- (6) 記錄器速度 1 cm/sec.

(二) 檢體：

1 麝香中藥材市售品 11 件

2 麝香製劑市售品 23 件

(三) 標準品..

1 Muscone : "TAKASAGO" 社製

2 Civetone : "TAKASAGO" 社製

3 Vanillin : "BUSH" 製

(四) 檢品溶液之配製..

1 麝香中藥材：精確稱取檢品各 200 ~ 300mg，加 500mg 之海砂，放入索氏抽取器內，加適量之乙醇，於水浴上抽取 6 小時後，減壓濃縮至約 9ml，移入 10ml 之量瓶內，加 10ml Vanillin 溶解後，並添加乙醇至全量。

2 麝香製劑：精確稱取相當於麝香 100mg 之檢品，加適量之海砂，放入索氏抽取器，加適量之乙醇，於水浴上抽取 6 小時後，減壓濃縮至 20ml，經處理過濾後，濾液再濃縮至約 9ml，移入 10ml 量瓶內，加 10mg 之 Vanillin 溶解後，添加乙醇至全量。

(五) 標準溶液之配製..

精確稱取 1g 之 Muscone，放入 100ml 之量瓶內，加 80 ml 乙醇溶解，加 100mg 之 Vanillin；再加乙醇至全量；取 1ml 放入 10ml 之量瓶內，加乙醇至全量。

(六) 步驟..

分別取標準溶液及檢品溶液，各注入 1 μ l，測其滯留時間；內部標準品 Vanillin 為 1.77 (min)，Muscone 為 3.14

(min) (見圖 1) 以及 Civetone 為 5.26 (min)。(見圖 2)

圖 1.. Muscone 之 GC Chart

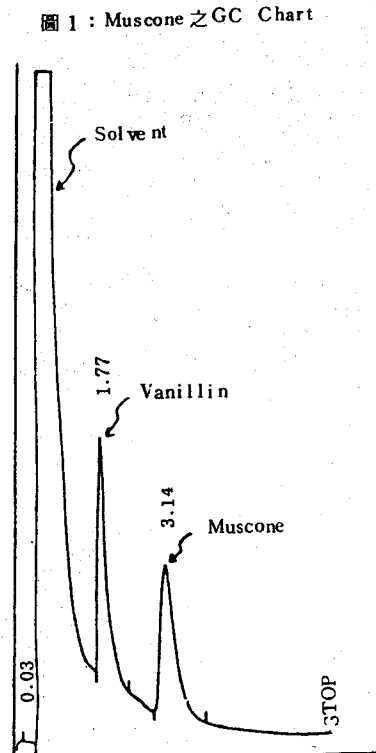
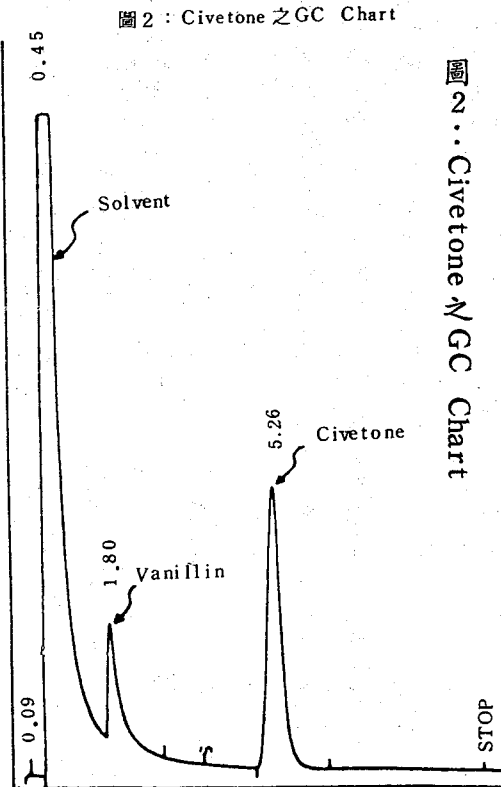


圖 2.. Civetone 之 GC Chart



(七)計算：

由呈現之尖峯面積下用下式計算檢品中 Muscone 之含量
百分率：各檢品所含 Muscone 之量如下表：

Muscone 之含量(%) w/w

$$\frac{\text{As}}{\text{Av}} \times \frac{10}{\text{Ws}} \times 100$$

Wt.: 標準品重量 (mg)

As.: 檢體尖峯面積

Av.: Vanillin 尖峯面積

Am.: muscone 標準品尖峯面積

Ws.: 檢體重量 (mg)

四、檢驗結果

1 麝香中藥材 11 件中，一件未檢出 Muscone 成份，另一件為狸麝香 (Civetone)，其餘九件均檢出 Muscone 成分，其含量為 0.52 ~ 1.92%，如表。

2 麝香製劑 23 件中，除一件 Muscone 呈陽性外，其餘 22 件均呈陰性反應。未檢出 Muscone 之原因，推測有兩種可能：一為所加之麝香中藥材係偽品，另一製造乾燥過程中 Muscone 揮發消失，不過此兩種理由，尚需再

研究證明。

六、參考資料

- 1 日本藥局方，第十改正版，P-D414。
- 2 許鴻源、吳聰明、陳玉盤，台灣藥學雜誌，第 25 卷，第一、二期，P. 26-31。
- 3 高桑德太郎，半田和敬，久保喜一，志垣文代，奧野桂子，日本厚生科學研究報告，昭和 50 年 P. 168-181。

表 1 麝香中藥材所含 Muscone 之 (%) w/w

檢體編號	Am Av	As Av	Muscone (%) w/w
1	368300 141200	144600 134800	1.90
2	"	93120 210600	0.78
3	"	152300 140600	1.92
4	"	90150 133600	0.90
5	"	75380 123200	0.82
6	"	44630 112000	0.52
7	"	137500 137500	1.13
8	"	—	—
9	"	23200 236600	1.60
10	"	—	—
11	"	66080 81000	1.57

(本文轉載自行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報)

阿膠予人體之受益及辨別真偽之我見

劉憲法

三十六年代是我少壯年代，也是人生旅程中黃金的年代，由於對事物研究和鑑別，是我生活中最大之樂趣，也是不可缺少一件大事，阿膠是中藥中珍品，凡受其益者，給予受益人的深刻印象與好評。

三十六年代也是我們國家處於內亂最盛時代，由於共匪依仗已故蘇俄頭子史達林為後盾，在關內與關外橫行無忌，生民塗炭，國家元氣不斷的損傷，我這個時歲已服務國軍整編七十三師第十五旅四十三團，任第九連連長，本連洽好駐防山東省東阿縣之西城，東城屬縣治經濟、政治、文化中心，人口稠密，商賈雲集，而西城地區空曠而廣大，僅建有東西一條街，商民多以製造阿膠為主業。其中一家擁有稍具規模阿膠工廠，其門面建造宏偉，廠房高立，且具古色古香建築之幽雅，是該城

建造最早第一家阿膠工廠，其大門懸有「同福堂」寶號鑲有金字大扁額。

阿膠製作其採用的原料，以黑驢皮為主，配合阿井中之水熬製成膠，而命名阿膠，其研製過程中，除以驢皮為主外，還要摻下少許高麗參、黃芪、當歸、川芎、桂枝、甘草、冰糖、陳皮等藥材為輔佐副料，由於阿井中之水含有稀薄的鹼質（碳酸鈉），其味稍帶有苦鹹，洗滌衣物更具功效，易於除污且不損衣料。熬煉驢皮更易於使皮質熔解，惜不能充作飲用的好水，大有美中不足之感。該井早已水枯而廢，除覺惋惜。

阿井位於東阿縣西城之西邊，約八華里之遙，其井臨近狼溪北崖之外，狼溪之發源起緣於東阿縣東城之東北，溪沿東西城之間，經西城西門外，阿井之南進入東平湖，此溪每逢夏季

來臨雨水豐盛，溪水亦逐漸高漲，臨冬季時溪水下降極低，而水質亦略顯現鹹苦之味，乃是近代東阿人製阿膠的主要水源，含有鹼質的水，除東阿縣外，尚有夏津縣西南二十里一個地區，東平縣以東的部份地區也有此水，但未曾聞有製膠的傳說。

依據東阿縣西城居民中，老一輩的人口述：阿井附近本有一個小村莊，該村村民有一種嗜食鹽肉習性，不論男女村民雖已年長老邁，而容光煥發超於常人，其精神健旺也不遜色於少壯年，當今魯西各縣居民食用鹽肉，形成一股風氣，盛傳亦廣，經一醫家發現後，隨即發拙研究，經其鑑定與食鹽肉有極大的關連。由此而採用鹽皮作為原料再配以阿井之水熬煉製成膠品，予病人服用結果，始發現阿膠確具有滋陰、強筋骨、祛風利濕、補高益氣之功，常年服用還能輕身，因此製膠品大發利市，研製膠品的業者也越來越多，而導致阿井水枯竭，後人在枯井上方修建阿井亭一座，作為憑弔與追思。

阿膠品之製造，其主原料品，已在前頁說過，仍以黑驢皮為主，另加入高麗參、黃芪、當歸、川芎、陳皮、甘草、桂枝、冰糖等作其副料，將驢皮浸水去毛，切塊後放入大紅銅鍋中注入有鹹性的水，以木柴著火熬煉三晝夜，予以熄火、濾去渣，再注入已煮好之藥汁以文火再熬煉，並用紅銅鏟不停的在鍋內攪拌，候滴水能成珠後再下冰糖，（熄火）徐徐攪拌待冰糖融化。然後將膠汁注入模板，候膠汁凝固時，用銅刀切割成長方塊即形成膠片。在大陸上於中藥中是上等補品之一。

真正上品阿膠是以純黑驢皮調製而成，祇有東阿西城同福堂製膠廠所出品，係一貫採用黑驢皮為主，歷久不變，向以信守對待顧客，其金字匾額歷久而不衰，其主因在此。其出品膠塊、對着陽光察看顯出色彩光潔，而明澈透頂，映黯中顯有紅色，味甘微鹹，含有潔香氣氣，膠品上方蓋有其廠牌字號，在暑熱中而不變型，如敲碎之後，顆粒晶瑩且呈現深琥珀色，氣味濃厚而出純，而一般驢皮調製膠品亦稱為上品，其他如沙牛皮、水牛皮、豬皮、鞋皮、屨皮等所製成之膠品，均稱為清膠，或稱為牛皮膠，屬於下品，氣臭質劣，遇有潮濕，則膠面顯有粘性，若遇暑熱且易於變型，烱化後含有穢腥臭濁異味，不可入藥配用，祇能移作木器傢俱粘劑之用途。其真偽鑑別度，亦極明顯，本人對黑驢膠製品僅略述於此，大有掛一漏萬，尚請專家之士予以補實。使黑驢膠製品更臻於完善。

為往聖繼絕學

為萬世開太平

職業病害之醫學的初期發展

行政院衛生署技正 鄭隆炎

前言

由於特種職業而產生之身體的、心理的、社會的病害，產生特種醫學，保護工人免於在危險工作中之有害健康的各種因素，安排與維持工作人員適合於心理的職業環境，乃為職業醫學及衛生之主要任務。

現代世界各國工業化，職業醫學逐漸成為「尖端醫學」。

工作為社會基石，人為工作的動力，健康為人類不可缺少之要件，推動工業化需要健康的工人。所有行業都會產生職業病，職業醫學，促進職業健康，進而帶動其他醫學。現代的職業醫學，雖以中歐為發源地。惟由英國之工業革命而正式成立，擴展到世界所有的工業國家。

職業醫學涵蓋的範圍很廣包括管理因素，臨床職業醫學，物理職業環境，化學職業環境、行為或心理社會原因。進而言之，職業在健康上之影響，工業中毒、職業性肺病，職業性癌症，物理危害，職業性傳染病，職業意外與傷害，工作在健康上的影響。職業健康服務等，吾人確信工作改變了世界，勞工健康為不可忽視之問題，職業醫學正在加速演進中。

十六世紀歐洲醫壇

歐洲中古時期，醫學對職業病，毫無貢獻可言，一直到十六世紀才漸次發現與礦工及危險行業職業病有關資料，在十六世紀歐洲醫壇，出現二個著名的人物，阿吉利可拉（Georgius Agricola）及巴拉席薩斯（Paracelsus），他們寫了幾

篇礦工疾病有關的論文。到了十七世紀，職業醫學之父拉馬茲尼（Bernadino Ramazini）誕生，才出現了正統的職業醫學。

職業醫學鼻祖阿吉利可拉出生於德國南部沙克尼地方，其實正當文藝復興運動的初年，哥倫布剛發現新大陸。

當他二十歲時，負笈雷伯茲格學習拉丁文及希臘文三年，後來返國，在一所公立學校教授拉丁文及希臘文。阿氏三十至三十五歲在意大利學習醫學、哲學及自然科學。一五二六年被派為官方醫師，在約克美斯托鎮礦醫務所服務——開始了他職業醫學的工作。

阿氏關於「金屬」的著作，於一五五六年，出版，那時他已逝世週年，其內容完全為學術性的，計十二冊，關於礦藏各方面之問題以及有關金與銀之提煉及鑄煉，詳細敘述礦醫調查的技術，礦苗之種類，礦坑豎坑之挖掘，通風設備，排水及通風機械，書中最後敘述礦工流行之疾病及意外事件及其醫治預防方法……。

空氣為人活動不可或缺的元素，他說：「礦工們特別注意通風問題，與他們注意挖礦一樣的重視，坑道內及通風孔內之空氣的確是污穢無比，非要首先提到通風設備不可。如果礦場之豎坑非常深而無隧道可通時，又無通風孔，又不與其他豎坑通連，則其中之空氣不能自行補充，對礦工之健康有害，構成重壓，而造成礦工呼吸困難，有時會發生窒息，工人所用頭燈

也會熄滅，因此有必要裝置機械，以使通風良好，礦工呼吸容易，在正常的狀況下進行採礦工作。」

礦坑使用數種通風機械以強迫方式，將空氣壓至工作地區，他又提到強力吹風機，使用風箱，或其他種類通風設備。

礦區意外事件造成之死亡傷害層出不窮，有時礦工從梯子上滑落豎坑，導致手臂、頸部骨折，有時跌落礦坑水池而溺斃或跌倒地面危及生命。許多重大的悲劇常常發生，古代遺留下來的採礦方法，一直沒有改變，除了所使用的工具，已由石頭變成鐵器，並無機器可用，有時用火燃燒採礦，有極大的危險。當自己烤燒的礦脈或岩石發生極為惡臭的氣味時，其氣味即會在豎坑及隧道中瀰漫，礦工及其他工人不敢走下豎坑，害怕那種惡臭會影響他們的健康或被燻死。因此礦場監督人員為了避免使工人遭到窒息，不准許在豎坑內或隧道內用火燒礦石，或岩石有毒氣體，會有瀰漫含燐的危險。

阿吉利可拉醫師在其著作的最後一部份，討論到危害礦工關節、肺部及眼睛的疾病，其解釋並不詳確，某一特殊職業病的觀念，尚未確立，他祇敘述了，吸入有害氣體影響肺部化膿，並且人體重減輕消瘦，而實際感染者為矽肺症、肺結核、及上皮細胞癌之症候。

在另一方面，某些礦坑則乾燥異常，完全缺水，缺水的結果會影響工人，予以嚴重的傷害，因為礦灰在挖掘時，到處飛揚，因而礦工吸入肺部，造成氣管呼吸困難，發生氣喘症。如

果塵埃中含有腐敗的物質成份會侵蝕肺部，造成嚴重的傷害，阿氏調查，在克辛巴礦場中發現有一位先後嫁過七個丈夫的婦女，她的這些丈夫都死於可怕的肺癆症。他建議為了免除礦工染患該症，應當改善通風設備及使用口罩，以淨化空氣。

巴拉席薩斯對職業病的貢獻

巴拉席薩斯為一位卓越的醫師與冶礦專家，專攻礦場及熔接工人的職業疾病。巴氏為瑞士人，其父為一名醫師，巴氏接受良好的教育，對化學與冶金方面，有非常豐富的知識，一五〇二年擔任威來克鎮醫師，巴氏曾隨名學者李昂西諾學醫，一五一五年獲醫學學位，此後漫遊歐洲，曾充軍醫，與歐洲各國各式各樣的人交往，學了醫學上的各種傳統、民間醫學知識及低級社會的所好。巴氏在歐洲的聲譽鵲起。一五二七年任巴塞城主治醫師，及大學講師，他對醫學上的貢獻，用化學療法，代替煉金術，製成了鴉片、水銀、鉛、硫磺、鐵、砷、硫化銅、及硫化鉀等作為藥劑之用。他因為聲譽太大，遭同僚的妬嫉，不得不離開瑞士，在各地流浪行醫，於一五四一年在一家酒店與人爭吵，身受重傷而去世。

巴氏不僅為一位名醫，而且是一位冶金專家，不但對冶金感到興趣，並且對礦工所罹的疾病，亦同樣的發生興趣，巴氏在他的著作中，談到熔工及冶金工人的疾病，他在礦場及煉鐵廠，工作經驗中所作的正確觀察，說明了這些證據是可靠的。

他瞭解許多金屬尤其是水銀的毒性，自十六世紀後，一百五十年中，都有著重要的影響，一九八〇年代重金屬中毒仍為重要工業病害之一。

職業醫學之父——拉馬茲尼

在巴拉席薩斯開始到伊恩山谷礦區研究金屬毒氣學之後，恰巧一百年，職業醫學之父拉馬茲尼誕生於意大利，他的名著「職業病史」名垂後世，與維沙里斯（Vesalius）的解剖學，哈維（Harvey）的生理學，莫格尼（Morgagni）的病理學，為醫學上的四大名著。因而人稱之為職業醫學之父。

拉馬茲尼相貌清瘦黝黑，黑色卷髮，眼光誘人，工作勤奮，觀察銳敏，喜與尊敬他的人或學者交往，在公眾場合靦腆緊張，不愛旅行，一生未曾離開意大利。他為醫學治療疾病，深入低層以求了解；為憐憫清洗糞便工人，而清洗糞坑，以求知道糞坑氣味對工人健康的影響。他說：「醫學應當像法律一樣，對工人的福利有所貢獻，而儘量作到使工作時不致受到傷害。」

職業醫學之父——拉馬茲尼，為了深入瞭解職業病，訪問了各種行業，奠定了他在職業醫學上之地位，依據記載，他訪問過，金屬礦工、油漆工人、化學師、陶器工人、錫匠、玻璃工人、硫磺工人、鐵匠、石膏及石灰工人、廁所清潔工人、漂布者、染布工人、澱粉工人、米穀工人、磨石子工人、洗衣婦

人、絲麻織布等工人、浴室工人、農漁民、軍人、糖果製造人、銅匠、木匠、製磚工人、掘井工人、水手、獵人及肥皂製造工人等四十種類職業工人由拉氏訪問的各種職業來看，他不愧為一代名醫，真可永世不朽了。

拉氏對工人的工作環境與健康有很多卓越的貢獻，至今覺得仍很重要。(一)建議工作時間過長的工人，應在工作中間休息一段時間，並需要運動。(二)改變工作姿勢，他非常相信在很多行業中，不正確的姿勢可導致危害健康的影響。(三)對工作場所通風不良及溫度不適當，特別譴責。(四)在有塵埃之行業及排氣通風不良之行業工人，應隨時洗臉、漱口。(五)如果工人呼吸器官上發現有傳染病現象時，應即脫離該行業而停止工作。(六)鼓吹工人個人之清潔，及應穿防護衣著。

那時對職業上產生疾病，沒有任何醫師重視，不知醫師故意要忽略，或工人階級地位卑微，抑或由于經濟上原因，即使到了今天，醫學對職業病仍然所知有限。然而拉馬茲尼醫師，他能有先見之明，體察入微，對醫學上作了革命性的改革，那就是在詢問病狀時，加問病人的職業，他建議：「當醫師訪問工人階級的家庭時，他應當逐項慢慢的詢問病人的一切症狀，除了醫聖希波克拉蒂斯所列舉要詢問的各項外，應當加上詢問病人的職業。」他在這一方面，為後世「職業醫學」啓開了一個門戶。

行政院衛生署處理民間中藥驗方實施要點

一、為鼓勵民間持有之中藥驗方提供研究試驗，藉求廣泛應用，增進國民健康，宏揚中國固有醫學起見，特訂定本要點。
二、凡對某種疾病有特殊效能之民間中藥驗方均可申請，其受理次序、驗方種類，由本署另行公告之。

三、申請民間中藥驗方試驗，須具備左列各款資料：

(一)驗方內容及全部藥物標本。

(二)製造過程說明。

(三)主治效能說明。

(四)用法及用量說明。

四、驗方符合第三條之規定者，申請人須填寫處理民間中藥驗方申請登記書（見附件）一份。

五、申請之中藥驗方經審查通過後，由申請人填具切結書（見附件），檢送原藥材，送請本署指定之公立醫院或教學醫院、中醫診所（醫院）作臨床療效判定。必要時由本署送請檢驗機關作毒性試驗。

六、臨床療效判定以每組貳拾人（患者）進行，於療程完結後有效人數達拾伍人以上即判定有效。

七、經審查臨床判定合格之中藥驗方，由本署發給驗方證明書。

八、審查臨床判定合格之中藥驗方，應按藥物藥商管理法規定請領藥品許可證，始得製售。

九、審查臨床判定合格與否之驗方持有人，如未具醫師資格均不得為患者治療。

十、本署處理民間中藥驗方之審查，得成立民間中藥驗方審查委員會設委員九至十一人，其人選由署長聘任之，並指定一人為主任委員。

十一、民間中藥驗方在審查及試驗期中，有關人員應嚴守秘密，不得洩露內容。

英國之職業病害醫學與衛生

鄭隆炎

一、工業革命與十九世紀的英國

十六世紀的末期，棉紡織工業隨着荷蘭的宗教難民傳入英國，小型的紡織工業，相當興盛。一直到十八世紀較後期，紡織工業機械化後，人民從家庭進入了新的工廠，隨後，工業制度傳到歐洲及北美。由於製造方法改變其結果產生一個不安定的社會與家庭生活，此即為大家所熟知的工業革命。

由於多種壓力而導致製造方法上的基本變化，技術上已能使用蒸氣作為動力。此時威爾斯與英格蘭人口大量增加，政府容許人們從鄉村遷往城鎮，進入新的工廠。英國開始在各地建

立了新的工廠。

在十八世紀，經過了偉大的技術發明，英國變成為現代的社會，而產生了新的工業制度。因此工作心理的，社會的傷害，物理危害與產生增加，使勞工暴露在各種不同程度的壓力之下。

二、發生了社會問題

跟隨工業革命而來的為健康上更嚴重的影響，此種情形並非直接導源於職業，而是人們離開他們的家庭遷入新的工業區而造成的家庭破碎。此種情勢鼓勵了酗酒與娼妓，人們擁擠在

衛生不良的環境中，而導致疾病的流行。農民生活轉變為城市生活，因而導致了營養不良。經濟波動也使失業與貧窮惡化。

工人們從英國的農村遷入骯髒與醜惡的新工業城市，在工業發展中所產生的問題。在一八五四夏天，倫敦發生了霍亂，特別在沒有下水道的貧民窟情況特別嚴重，就是一個例證。

十九世紀，工人在礦坑中與工廠內曝露於職業病危險與傷害中，工作時間過長，亦有不利影響。

製造技術的改進，機器運轉得快，也給工人帶來更大的危險。這時機器的設計，很少注意到安全而且許多工人沒有經過任何訓練就操作新的機器，當然容易發生意外事件，由於長期曝露在新的化學物質之下也容易受毒物的侵害。在小工廠中，手織機織工人或紡織工人過去的習熟之規則與技藝已不再適用，產品的迫切需要給予工人以甚大的壓力。

三、人道主義的興起

當十八世紀，由於人類自由思想的勃興，人道主義仗義執言，對當時工業社會不幸事件，產生若干影響。茲舉鼓吹工業衛生與勞工福利的幾位著名人物。

(一) 沙佛茲伯與七伯爵

著名的十小時工作運動的主持人是古柏爵士 (Sir Astley Cooper)，後來升為沙佛茲伯與七伯爵 (The Seventh Earl of Shaftesbury)，他是一位利他主義的信徒，從

未停止改革奮鬥，與他同時代的貴族在上院議員中有些擁有紡織廠，有些經營礦場及大地主等，但這些人都表示冷漠，對他的要求毫不同情。當時的時尚還進步應以貿易與利益來衡量，而貧窮問題只有獎勵資本來解決，大多數紡織廠主人都認為無法負擔較高工資，尤其當新機器還是付債方式購進的時候。因此工業界各廠員工工資被迫低到不能再低的程度，工作時間也拖到最長，工人的長久怨恨與飢餓狀態激起了人民憲章運動。沙佛茲伯等人向社會介紹了許多改革方案，以人道主義的精神，使人們瞭解工人的健康狀況與他們的社會需求的重要性。

(二) 邊沁與歐文

這兩位偉大的人物，一直為爭取工廠工人的教育與健康而奮戰。勞勃·歐文 (Robert Owen) 是當時爭取勞工健康的一位早期英雄。

邊沁 (Jeremy Bentham) 與歐文二人都受了亞當·史密斯的影響而改變了他們的思想。在亞當史密斯的著作中：有『勞動力與勞工是國家財富的來源』。邊沁有英國法律改革之父的尊稱，曾著有「道德與立法原則導論」他影響了全世界的思潮。

(三) 塞德勒

塞德勒 (Michael Sadler) 是一位約克郡的商人，紡織廠東，國會議員，早期工廠運動的主要角色，為英國下院工廠改革運動的領袖，在他的報告中描述了工人悲慘生活的景況——

一幅人與人的殘酷畫面，為一件對工廠統治者無情的起訴書，在他們當權的時候任意置弱者於強者的貪婪胃口之下。終於在國會通過了十小時工作法案，對工人健康的維護相當重要。

四、英國職業醫學發展的先知

柴克拉（CHARLES TURNER THACKRAH 1795-1833）。

當時李茲（Leeds）地區的製造業，種類非常繁多，至少有一百二十八種行業。那裡人口，在一八〇一至一八三一年的短期內，從六萬人增加到十三萬人。

柴克拉在一八三一年出版的書中解釋他的預防醫學工作，他討論各種行業及人民生活習慣對於健康壽命的影響，並建議如何除去造成疾病及影響人們壽命的各種因素。這些書籍是當時英國討論這類問題的首次。

為了瞭解其目的，書中都是些第一手臨床經驗談及改進的建議，柴克拉的論文要比意大利的拉馬茲尼的優秀得多，這些小冊子不僅引起了醫學界的注意，同時也引起了外界人士的注意，因此無疑的這些書籍在刺激工廠健康法規的立法上佔了相當重要的地位，而這些立法減輕了工業革命中最令人痛恨的後遺症。

柴克拉生於一七九五年於約克郡，之後他即成為本地著名的醫生門下做學徒，後來到倫敦接受醫學教育，而在一所最大

的醫院完成他的訓練。在當時，蓋氏醫院的臨床大夫們是倫敦醫學研究中心的最活動的一部分，經由他們發表的論文，他們醫院不但獲得國內也獲得國際間的名聲。

阿斯特來爵士當時是柴克拉的老師也是柴克拉工作的影響人物，柴克拉在阿斯特來手下任助手數年。在那些年代中，布來特、艾迪生、霍金也都在艾登堡畢業後即來蓋氏醫院工作。

柴克拉後來回到蘭開夏郡並在李茲定居下來，開業行醫，一八二六年他創設了李茲解剖學院（Leeds School of Anatomy），不久即非常成功，最後成了完全醫科大學，現在李茲大學的醫學院即由該院發展而成。在一八三〇年及一八三一年他出版了另一著作，總結了他一生為職業病害醫學的努力。

除了柴克拉醫師外尚有貝克醫師，愛德瓦、海蘭母，格行豪流行病學家，都對職業醫學作出了很大的貢獻，值得後人的追思崇敬。

五、英國政府的工業醫療服務

一八八三年工廠法有二項基本革新：1. 工廠的檢查制度與需要有執照的醫師，2. 工廠童工年齡最低為九歲，其後一八八四年工廠法授權檢查員，在每個地區指定有執照的外科醫師，他們的責任是多瞭解職業病，這些醫師亦有權力停止在痛苦中勞工的工作。例如陶瓷工業的鉛中毒以及白鉛工作。火柴製造業的易患頸骨症，這些工業發病率都很高。這些事件均來自工廠

合格醫師的報告與通知，這也導致了一八九八年李格醫師被任命為第一個工廠裡的醫療監督。

由於李格 (Thomas Morrison Legge) 醫師的研究，與他預防職業病的理論，他是唯一從事職業醫學有經驗的醫療監督。他的「職業醫學」為其最出名的貢獻。當政府在拒絕批准禁止使用白鉛作為建築內部油漆的國際會議時，他辭去了最受崇敬的醫療監督的文官職務。在他逝世的前數年擔任貿易委員會的顧問，並著作了一本最標準的工業醫學。

六、英國雇主的醫療服務

在工業革命之前，就已經有獨立的職業衛生服務。在十八世紀於薩色克斯地方的克勞威力鐵工廠就僱有醫師為勞工服務，十九世紀在蘇格蘭靠近斯特林 (Stirling) 附近的工廠就僱有醫師為工人檢查疾病與預防疾病。自從塞德勒 (Michael Sadler's Select Committee) 委員會報告提出後，大家對工廠雇用童工才行注意。同時卜來德紡織廠僱用醫師為工人療疾，送童工到巴克森療養，更換了工廠的通風與清潔設備，建立了工業上小型的醫療服務。

在一八九七年第一個勞工補償法通過之後，雇主多志願僱用醫師，大的工廠僱用醫師保護他們自己以免付賠償費，而不是完全保護工人。不幸的很，工業醫官不顧工人的福利變成為雇主的人。

七、二十世紀到第二次世界大戰爆發

在英國，國家漸漸的建立起為工廠工人服務的醫療法規，有一千八百個合格的工廠醫師，大部份為一般職業醫師，在工廠醫療監督指導下為工人服務，他們主要的工作有三項：(1) 對於十八歲以下的年輕工人開始工作時的適工 (Fitness for work) 檢查與以後的每年間隔檢查。(2) 對於從事危險工業的工人作定期的體格檢查。(3) 調查與報告任何勞工患有值得注意的工業病 (Notifiable industrial Diseases) 或暴露於毒性物質下可能引起的傷害。雇主為遵從法令而對他們的勞工提供醫療服務。此後一九七二年國會更正立法予以改進。

第一次世界大戰使英國在勞工衛生方面有重大的進步。一九一五年由於軍火的缺乏延長工作時間。由此而有軍火工人健康委員會的任命，負責工人在工作中之健康與效率之科學的調查，研究炸藥製造中與航空工業使用溶劑中之新的毒物危害。接着產生了緊急救護，工業醫學與工業衛生護理的發展。

戰爭促進了工人的健康服務，因為大家深悉法律建立了最低健康安全標準，服務範圍逐漸擴展，一般的說，職業醫學的目的在改進與維護勞工的健康，亦保護了雇主減少了因環境不良而引起的勞工補償。在職業醫學方面未經訓練的職業醫師與職業衛生護士已不存在。現在有非常完整的職業醫學與職業衛生護士教育的良好制度。

八、職業病醫師教育

設有職業醫學或職業衛生研究所的大學有倫敦大學、愛爾蘭皇家醫師學院職業醫學科、蘇格蘭丹地大學、新卡特路大學、倫敦熱帶醫學與衛生學院、曼徹斯特大學、索福特大學、南安普頓大學、伯明罕意外外科研究所。

入學資格：讀碩士博士學位者需醫院畢業曾任住院醫師三年以上者，始得入學。

修業年限：二年到四年不等，因為有全部時間在校學習或每周二天來校接受訓練者的不同，全部時間研究者一年可以修畢碩士學位。因便利開業醫師，每周二天時間來校研究，二年亦可以完成碩士學位。

畢業證書班，不授予學位，時間各校亦不相同。

工業衛生人員與醫師不同，亦可取得博士碩士學位資格，須醫學院各校各系畢業之學生經過考試方可入學。工業衛生護士除各大學均設有班次外，曼徹斯特技術學院設有六個月畢業之短期班次。

在英國除了取得各大學之學位或證書外，還須參加職業醫學醫師考試，才可以獲得職業病醫師資格。

工廠不得僱用未取得職業病醫師資格之一般醫師，從事工人治療或檢查勞工健康行為。工業衛生人員與工業衛生護士亦如醫師之規定，凡取得職業衛生護士資格之人員，待遇較一般

專業人員薪水高出三分之一。

中國人到英國學習職業醫學，醫師祇要合乎規定即可入學，護士尚須經過英國護士學會承認其資格後，才可以入學，學費每年一千五百至二千磅不等，費用比美國便宜。

復興中華文化 發展中醫藥

行政院衛生署七十二年度推行

中醫藥工作之回顧

張齊賢

前言

衛生行政千頭萬緒，但以中醫藥委員會一年之施政工作已見繁重。回憶本署自許署長蒞任時，勉勵各單位主管，做好個人應做之事。對於中醫藥之指示：分為二點：1. 研究中西醫學一元化。2. 研究中藥科學化。據此指示，齊賢深感樑櫟之材，欲起五千年之醫藥文化於既衰之時。一則以喜，一則以懼，喜者中醫藥之存絕命脈，因署長之重視而有轉機。懼者齊賢以不

逾矩之年齡，深荷重托，深感惶恐，所能堅而自信者，素以發揚中醫藥為己任，決不自餒。因蛙步之積，可致千里，目前中醫藥之發展，已引起國內外人士之重視，依據本署推行中醫藥之施政計劃，由七十一年起順序執行1. 編修中醫師典，2. 編輯中藥典，3. 處理民間中藥驗方，4. 與中國醫藥學院合辦針灸研究，及中醫藥肝炎之療效，5. 稀有中藥材栽培試驗，6. 召開國際針灸研討會，7. 協助高雄市政府成立高雄中醫醫院，8. 協同內政部開辦中醫勞保門診，9. 籌設中藥示範農場，10. 委託學術

機構辦理台灣省產中藥材之評估，11.委託私立醫院辦理甜菊對糖尿病之研究，12.發行中醫藥年報，以上項十二項工作判斷，除勞保外，均由本署編列預算，報奉行政院核准實施。

一、編修中醫師典

中醫典籍，汗牛充棟，數千年來未作有系統之整理，歷代雖有創新，但乏數據證明，新潮人士，每以不科學目之，現經歐美研究中醫藥人士之激賞，咸認中國醫學依據人與自然之關係，對人體生理心理之影響，自然環境地理區域氣候之變化，對於病因病機之產生，辨證論治之方法，均缺乏模式之定型，侵進後學之研究，本署有鑒及此，由中醫藥委員會重行整理，以能完成中西醫學藥學一元化之目標。特聘中西醫師撰稿者十六名，新舊並蓄，力求統一，分內科、婦科、兒科、外科、傷骨科、眼科、針灸科、耳鼻喉科、痔科、推拿，十科編輯。編輯內容：1.證名及病名，2.病因，3.證狀，4.診斷，5.辨症，6.論治，7.處方，8.單方，9.針灸，10.預防及護理，11.禁忌，12.參考文獻，上項編輯，現已完成十分之六，預計七十三年六月，主稿可以全部完成。疾病索引及附錄，亦仍繼續整編，成為最完整之中醫典籍，此事不但可為中西醫師臨床依據，對於教學、法令、考試等，均可作為依據。

二、編輯中藥典

中藥多達數千種，常用藥將近千數種，因中藥之發明將近五千年，由神農氏嘗百草，辨別五味酸、苦、甘、辛、鹹。四氣，香、臭、腥、臊。四性，寒、熱、溫、涼，然後分別其主治、功用、配伍、禁忌、附方等，可說條理分明，但今日之醫藥，應以科學為依據，始能創新，如再墨守成規，則難達突破之新境界，故特聘藥學專家及中醫藥專家六十二名負責編輯工作，編輯內容，新舊並取：1.藥名，2.別名，3.來源（分中文學名、拉丁名），4.產地，5.植物形態，6.藥材形態，7.種植與採收，8.炮製，9.貯藏，10.類別，11.性味歸經，12.成分，13.藥理，14.功用，15.主治，16.附方，17.用法用量，18.配伍，19.禁忌，20.參考文獻，21.備考，以上21項分主文與附錄兩大部份現已完成主稿百分之五十，預定至七十三年六月底常用藥物第一期撰稿完成共四百伍拾種，其次常用藥物由本會分年繼續編撰。

三、處理民間中藥驗方

民間中藥驗方於民國六十三年接受申請，據收件統計約五百餘件，積壓多年。延至民國六十九年齊賢接任主委後，着手修正驗方申請及審查辦法，經邀請醫藥專家逐件審查評估，每一驗方之藥性及主治功能，其中可取者約十分之一計五十餘件，已於本年委請中國醫藥學院先作毒性試驗，再委託該院附設醫院再作臨床療效試驗。

四、與中國醫藥學院合辦中醫藥肝炎之療效

為使肝病患者，證實中醫藥之療效功能，與中國醫藥學院附設醫院合作針灸及中醫藥對肝炎之療效研究，為期五年，已於七十年十二月一日成立肝炎門診至今(72)年三月卅一日止計診療肝炎病患四一二人。

治療方法，將肝炎病患分A、B、C三組，A組以傳統成方加減施治，B組以症狀為主要根據，臨床施治，不拘於傳統成藥方，C組按症狀加以辨證及施治。所用方劑如左：

A組：以枳實梔枝湯、逍遙散、甘露飲等方劑為主藥。

B組：以小柴胡湯為主，另按症狀加減其他藥劑。

C組：以藿香正氣散、甘露飲、小柴胡湯、黃連解毒湯及陳立夫先生提供前清葉天士之白芍、白朮、白扁豆、茯苓、甘草、黃芪、紅棗、生薑等藥物。上項三組，病人經分別用中藥經過半年治療後大部份臨床症狀皆獲得改善。

肝病採用針灸治療，該院統計四十六人，男三十七女九人，經肝功能檢查及病理穿刺診斷，而用針灸治療，病人臨床症狀大部皆有改善，尤其對於倦怠噁心等症狀，有意想不到的效果(附中國醫藥學院附設醫院針灸及中藥對肝炎之療效報告)

另據該院報告，中藥治療肝炎，以三種不同的方劑分別施治結果顯示A組方劑較B組及C組方劑為佳。

五、稀有中藥材栽培試驗

對於稀有中藥材，如黃柏、杜仲、人參、槐花、淮山藥，由本署編列預算委託中國醫藥學院藥學系甘偉松教授及省林業試驗所作育種栽培試驗，情況良好。

六、成果豐碩之國際針灸研討會

為發展我國傳統醫學文化中醫、中藥、針灸於臨床上之成就介紹於世界各國，對於去(71)年十一月十九日召開中華民國第一屆國際針灸研討會，同時為交流國內外研究中醫藥針灸學者專家所得之經驗成果，促使中西醫學一元化。大會先期作業預定國內外研究中醫藥暨針灸之專家學者計三百人編列預算一、九〇三、〇〇〇元，籌備期間國內外來函要求國際會議，不應限於三百人，及經籌備會議決定增加六百至八百人，而大會實際出席人數多達一、〇一七人，國際出席人士西歐有英、美、法、德、瑞典、愛爾蘭，東方有日本、韓國、印尼、馬來西亞、新加坡、泰國、香港、菲律賓、澳洲等地區國家專家學者共出席研討由十九日至廿一日三天會期共計討論八大主題1.制痛及針刺止痛之機轉。2.針刺對生理功能之影響。3.針刺對心臟血管功能之影響。4.灸之研究。5.獸醫針灸。6.針刺之臨床研究。7.針灸之理論及應用。8.中醫藥之研究。分別在二個會場中發表七十四篇論文。因討論主題正確，內容豐富，不但使我國在中醫藥針灸科學之里程碑上又邁進一步，同時亦粉碎了共匪利用針灸作為向自由世界統戰工具之陰謀，成果輝煌，深獲國

際人士之贊譽，稱為最成功之研討會議。

七、成立高雄市立中醫醫院

高雄市中醫醫院之設立為高雄市前市長王玉雲先生在市長任內創導發揚中國傳統醫藥文化，數千年來，國族之繁延，人民之健康，均依此是賴，西方醫藥，雖有優點，而我國醫藥之長處更應予以重視，王先生之高瞻遠矚，令人欽敬，在其市長任內特命高市衛生局籌設高雄市立中醫醫院，並於六十九年經高市議會全體議員熱烈支持通過，同年衛生局呈報本署，經本署核定高雄市立中醫院組織規程及編列員額呈報行政院，俟於七十一年七月一日政院以台七十一衛一一二九號函核准施行。

八、成立勞保中醫門診

開辦中醫勞保，數年來承辦單位，僅指定中醫傷科一項，而由少數傷科中醫師私人診所承保，中央委員會社會工作會，建議內政部擴大辦理中醫勞保醫療業務及建議本署積極輔導中醫發揚國粹。

九、籌設中醫示範農場

本署為發展中藥材，研究藥效，計劃於嘉義古柯農場改為中藥示範農場，及經專家勘察，因土壤不適將該農場歸還國有財產局，繼於行政院退伍軍人輔導會研究，在其所屬農場選擇

適合種植中藥者推廣種植中藥材，於七十二年九月廿九日舉行推廣中藥種植會議出席退輔會蕭副處長世民、潘副處長洪發、丁技正聚星、中國醫藥學院甘教授偉松、省林業試驗所胡主任大維、花蓮農場江場長春曉、台東農場莊崇英、清境農場呂場長、嘉義農場龍場長協商種植計畫。

(一)暫定七十三年三、四月間請省林業試驗所先行供應部份種苗價款由衛生署撥付，交退輔會所屬農場，先行分別試種。

1 黃柏二百株，種於清境農場、花蓮農場。

2 杜仲苗一千株，種於花蓮農場、清境農場。

3 肉桂苗二千株，種於台東農場、嘉義農場及花蓮農場。

4 山藥苗二千五百株，種於花蓮農場、嘉義農場及台東農場。

場。

(二)槐樹之試種，待省林業試驗所，採集足夠種子，育苗無困難時，再行選擇場地試種。

(三)具有醫療效能，及經濟價值之苡仁、桑寄生之種植，請甘偉松教授負責提供資料，送請退輔會參酌種植。

(四)有關各種試種中藥材之詳細種植資料及技術，請省林業試驗所及中國醫藥學院負責提供指導。

十、甜菊對糖尿病之療效研究

糖尿病為胰臟功能發生變化，缺乏胰島素及碳水化合物代謝功能失常，使人體健康發生很大影響。本署為確定甜菊對糖尿

病之療效，特委託台北區學院作療效之研究，據檢驗結果，如能以甜菊葉加大劑量口服，可獲理想療效，並將檢驗結果，附刊於本期中醫藥年報，以供臨床治療之研判。

十一、省產藥材之評估

省產藥材，種類繁多，除經常採用之藥物，約有百餘種，亟待研究其性味歸經，及功用主治之評估，本會人力不足，特委託中國醫藥學院代為分析研究，該院尚無具體簡報，將來此項工作，俟本會擴充員額及當派專人負責研究。

十二、發行中醫藥年報

中醫藥年報自七十年開始，即行編刊，內分五大部份，(一)學術研究，(二)專題研究，(三)中醫藥報導，(四)中醫藥趣談，(五)附錄。以贈閱方式分送中央及省市各政府機關民意代表，及醫藥學府、海內外中醫藥團體，發行以來，深荷各方贊許，索贈函件，雪片而來，咸稱內容豐富，第一、二期各三千冊，索贈將罄，現已發行第三期。

我的回顧

中醫藥委員會於中華民國三十八年政府遷台後，衛生部未歸還建制，而以衛生司之名義隸屬於內政部，中醫藥委員會因改制後無形中被裁撤，至民國六十年，見於衛生行政日形重要

，政府重行，設置衛生署，恢復中醫藥委員會，美其名是負責策劃改進發展中醫藥會，雖恢復，名存實亡，將過去中醫藥委員會之職掌全部抹殺，中醫行政規劃醫政處中藥行政劃歸藥政處，中醫藥委員會既無辦公人員，亦無辦公場所，為此策劃改進發展中醫藥，何異痴人說夢，於衛生署多一中醫藥之談笑資料耳。至六十八年，齊賢奉命入主中委會，會中僅執行秘書單砥柱一人、辦事員一人負責推行中醫藥工作，至七十年代許署長接任後齊賢受命研究發展中醫藥之革新工作，始由二人增至四人，因工作之需求續增臨時人員四人，但工作繁重人手短缺，本會自七十一年編修中醫師典延聘編輯委員八十六人，編輯中藥典延聘編輯委員六十二名將我國五千年之中醫藥文化由上古迄今，廣集博覽，重行整理，參酌新舊學理，取其所長，棄其所短，繁者刪之，簡者詳之，陳腐者剔除之，符合現代者補充之。目前中醫師典、中藥典約已完成百分之六十，預計至七十三年六月主要稿件可以全部完成，次要稿件，俟資料逐漸補充後，再行定稿，將來之中醫藥是一部嶄新的醫藥，向之指為玄學與不科學者定將改觀中華醫藥五千年之文化，亦更輝煌。其他為省市立醫院中醫門診部及中醫醫院之設立，中醫藥教育之確立，在許署長之領導下，不但可以如期完成，定能使我國五千年中醫藥文化，推行至全世界，使全世界人類，亦能廣受中醫藥之健康保護，特將此一年來之工作，就教於中醫藥界先進之士，及愛好中醫藥人士共同研商，如蒙賜教尤為歡迎。

行政院衛生署 中國醫藥學院 合辦「針灸及中藥對肝炎之療效」 研究計劃成果簡報

研究計劃主持人 王廷輔

緒言

肝炎乃國人常見疾病之一，罹患率甚高，尤其是乙型肝炎感染率高達全人口之10.~20%。目前台灣地區有兩百餘萬乙型肝炎帶原者，該帶原者日後可能轉變成為慢性肝炎，肝硬化或肝癌，而後兩者已成為我國人的主要死亡原因。

政府有鑑於此，已大力加強對肝炎之防治計劃已控制乙型肝炎之傳播，但西方醫學對肝炎尚乏理想的療法，目前只止於消極的對症療法而已，而我國醫學自古以來對肝病即有一套辨症論治的療法，應予發揚。

本研究之目的在於應用中藥及針灸治療肝炎並配合西醫之診斷法，做客觀的評估，希望對肝炎之治療有所突破，冀以維國民健康。

本院自七十年十二月一日在附設醫院開設「肝炎特別門診」，開始為肝炎病人服務，迄七十二年三月三十一日止所診療之肝炎病人計四一二名，茲就其診療結果報告如下。

一、中藥治療肝炎病人之效果：

(一)病人：凡患有肝功能異常者，乙型肝炎表面抗原(HBsAg)陽性者，或肝穿刺經病理檢查證明為慢性肝炎病患不論其為本院中西醫門診或住院病人以及其他醫院轉診的病患皆為本研究之對象，其中對慢性肝炎之治療及追蹤更為注意。

將肝炎患者分為三組，即A組、B組、C組。以就診人數而言，A組為一七〇人(男性一四二人，女性二八人)，B組為九一人(男性六九人，女性二二人)，C組一五〇人(男性八〇人，女性二五人)共計三六六人，此三六六人不計較其就診次數，肝功能及肝穿刺病理檢查之次數多寡而加以區分。

在此三六六就診人數中再加以篩選後，則A組為六三人(男性四〇人，女性二三人)，B組三四人(男性二六人，女性八人)，C組四〇人(男性三一人，女性九人)，篩選條件為肝功能檢查至少二次以上，HBsAg為陽性者，以及就診次數至少在四次(每次給藥七日份)以上者為研究對象，其他肝功能僅檢查一次，或就診次數太少者不在篩選之列。

以就診次數言，在A組中四次者三二人，五~十次者十七人，十~十五次者四人，十五~二十次者二人，二十次以上者八人。在B組中四次者六人，五~十次者十四人，十~十五次者四人，十五~二十次者五人，二十次以上者五人。在C組中四次者二十人，五~十次者十人，十~十五次者三人，十五~二十次者一人，而二十次以上者為六人。

以就診者年齡而言，在A組中十~二十歲者四人（男二，女二），二十一~三十歲者二十四人（男十六，女八），三十一~四十歲者二十八人（男十八，女十），四十一~五十歲者計六人（男四，女二），五十一~六十歲者三人（男二，女一）。在B組中十~二十歲者計五人（男三，女二），二十一~三十歲者共八人，皆為男性，三十一~四十歲者十三人（男八，女五），四十一~五十歲者四人（男三，女一），五十一~六十歲者共三人，皆為男性。在C組中十~二十歲者共五人，皆為男性，二十一~三十歲者十四人（男十一，女三），三十一~四十歲者共十人（男七，女三），四十一~五十歲者三人皆為男性，五十一~六十歲者計八人（男五，女三）。在年齡之分佈中並無十歲以下病人，而六十歲以上者僅有一名男性，經證實為肝癌患者，故未列入就診年齡內。（表一）

表一、病人年齡分佈：

組別		年齡別		10~20	21~30	31~40	41~50	51~60
		性別						
A組	男	2	16	18	4	2		
	女	2	8	10	2	1		
B組	男	3	8	8	3	3		
	女	2	0	5	1	0		
C組	男	5	11	7	3	5		
	女	0	3	3	0	3		

(二)治療方法：A組以傳統成藥方施治；B組以症狀為主要根據，而加以施治，不拘泥於傳統成藥方；C組按症狀加以辨證後施治。

所用方劑如下：

A組：以枳實梔枝湯，逍遙散，甘露飲等方劑為主藥。

B組：以小柴胡湯為主，另按病症增加其他藥劑。

C組：以藿香正氣散，甘露飲，小柴胡湯，黃連解毒湯及陳立夫先生提供清葉天士方（白芍、白朮、白朮、白扁豆、茯苓、甘草、黃芪、紅棗、生薑）。

(三)臨床症狀及中藥治療後之改善情形：以臨床症狀而言，在A組中主訴有黃疸者三人，疲倦者十五人，頭痛者七人，胃脘

表二、臨床症狀及經治療後改善情形：

組別	效 果	症 狀											
		黃 疸	疲 倦	頭 痛	腰 酸	便 秘	失 眠	胃 脘 痛	胸 悶 痛	右 脇 痛	小 便 黃	食慾不振	口 苦 乾 渴
A 組	治療前	3	15	7	5	5	7	12	16	17	40	12	32
	治療後	2	12	6	5	5	6	12	15	12	32	10	30
B 組	治療前	4	24	5	3	1	6	14	18	14	24	6	18
	治療後	3	20	5	3	1	4	12	14	10	18	5	18
C 組	治療前	1	21	6	2	4	17	18	8	7	10	12	24
	治療後	1	18	4	1	2	10	18	6	4	8	10	23

痛者十二人，小便黃者四十人，便秘者五人，食慾不振十二人，口苦乾渴三十二人，胸悶痛六人，右脇痛十七人，腰酸者五人，失眠者七人。而在B組中主訴黃疸者四人，疲倦者二十四人，頭痛者五人，胃脘痛者十四人，小便黃二十四人，便秘者五人，食慾不振六人，口苦乾渴者十八人，胸悶痛者十八人，右脇痛十四人，腰酸三人，失眠者計六人。而在C組中主訴黃疸者一人，疲倦者二十一人，頭痛者六人，胃脘痛十八人，小便黃者一人，便秘者四人，食慾不振者十二人，口苦乾渴者二十四人，胸悶痛八人，右脇痛七人，腰酸者二人，失眠者十七人。

以上A、B、C三組病人經分別用中藥經過半年治療後，大部分臨床症狀皆獲得改善，列表如表二。

(四)實驗診斷結果及肝穿刺病理檢查：

實驗診斷檢查：在篩選一三七人中其中HBsAg陽性者共八一人，計A組三十五人，B組十八人，C組二十八人。經治療後其中A組有二人由陽性轉為陰性產生抗體，而Anti-HBs陽性，有二人HBsAg屬於陽性，亦產生抗體，而Anti-HBs陽性，另有一人HBsAg轉為陰性但尚未產生抗體。在B組中其中二人HBsAg由陽性轉變為陰性，產生抗體而Anti-HBs陽性。在C組中其中三人HBsAg由陽性轉為陰性產生抗體而Anti-HBs為陽性。

肝功能檢查：包括有Bilirubin, GOT, GPT, Alumin,

Globulin, ALK-P-tase等六項，此六項檢查經治療後GOT及GPT多恢復正常，但亦有時呈活動性變化，須要長時間觀察，一年時間過短，所以須要繼續追蹤始可。

病理肝穿刺檢查：病理穿刺除了本院病例外，亦有一例由他院轉診而來，為慢性活動性肝炎，共計十一例。在A組中有慢性活動性肝炎一例；在B組中有脂肪肝一例，慢性活動性肝炎三例，慢性持續性肝炎二例，肝硬化一例；在C組中慢性活動性肝炎一例，肝硬化一例。但在施治後無一人再行第二次肝穿刺檢查，故其真正療效無法確定。

(四) 結論：

1 中藥治療肝炎，以三種不同的方劑，分別施治，結果顯示A組方劑較B組及C組方劑為佳。但並無十分顯著區別，由病人改善情況觀之幾乎相同。

2 A、B、C三組用不同方劑經一年治療觀察確可改善肝炎病人臨床症狀，但是否根治，則須長期臨床觀察及追蹤。

二、針灸治療肝炎之效果：

(一) 研究材料與方法：

1 病人：因肝病來針灸求診之病人共四十六位（男三十七，女九）。但選擇合於下列標準者做為本報告之材料。

(1) 肝功能檢查發現異常（SGOT, SGPT等）及

HBsAg陽性的病史已超過六個月者。

(2) 連續接受針灸治療達三個月者（每星期三，隔天一次）以上者。

(3) 接受針灸治療期間有三次以上肝功能檢驗報告者（肝功能檢查每隔一月，檢查一次）。

四十六例當中合於上述三項條件者，僅有十五例（男十二，女三）。其年齡別為十一—二十歲者二人，二十一—三十歲者四人，三十一—四十歲者及四十一—五十歲者各三人，五十一—六十歲者二人，六十歲以上者一人。

2 檢驗：血清免疫學及生化檢查由本院檢驗科執行，病理穿刺診斷由內科及病理科執行。

(1) 肝穿刺情形：十五個病人中，有四位病人接受肝穿刺，經病理檢查結果，三位是慢性活動性肝炎，一位是肝硬化。

(2) 十五位病人，經西醫內科肝功能檢查診斷結果，其中患慢性持續性肝炎者有七位，慢性活動性肝炎者有三位，肝硬化者有一位，乙型肝炎帶原者四位。

3 針灸用具：

(1) 針：長度：一寸及一寸五分。粗細：針身三十號粗。

(2) 灸：艾條。

4 方法：所有的病人，皆同時施以針與灸治療，每星期三。

(1) 針灸所用穴道：

第一組：合谷、曲池、足三里、三陰交、公孫。

第二組：支溝、陽陵泉、築賓、中脘、太衝。

(2) 灸所用穴道：

五柱穴（包括中脘、巨關、下脘、梁門）。

肝炎點（曲池上二吋處）。

每次治療，除針刺外，同時加灸上面這組穴道，以艾條距穴道三公分的高度，每次每一穴道灸三分鐘為度。

(二) 結果：

1 臨床症狀改善情形：經針灸治療後，病人的臨床症狀，大部份皆有或多或少的改善，尤其對於倦怠感、噁心的症狀改善，真有意想不到的效果，其症狀改善的情形如表一：

表一、肝病病人，經治療後，臨床症狀的改善情形：

人數	症狀									
	頭	黃	右上	失	易	無	噁	噁	尿	便
經過	痛	疸	腹痛	眠	倦	食慾	心	吐	黃赤	秘
治療前具有症狀的病例	1	6	12	6	12	12	6	0	12	0
治療後症狀改善的病例	1	5	9	6	12	12	6	0	12	0
改善百分比	100%	83%	75%	100%	100%	100%	100%		100%	

2 肝功能檢查改善情形：

(1) 四位乙型肝炎帶原者，經針灸治療後仍呈HBsAg陽性。

(2) 其餘的病人，經治療後有五位其SGOT, SGPT皆降到正常的範圍內（表二）。令人難以置信的，有一病例黃×先生，十九歲，經肝穿刺，病理切片檢查證實為慢性活動性肝炎，於七十一年十一月二十三日住入本院，經三次肝功能檢查其SGOT, SGPT各高達七五六u/ml及一五五Ou/ml，經針灸科針灸治療二十四次，其肝功能降至正常（SGOT: 20u/ml, SGPT: 34u/ml）。

表二、針灸後肝功能檢查改善情形（11名病人）：

肝功能檢查狀況	SGOT (5-40u/ml) SGPT (5-55u/ml) 完全復原者	SGOT, SGPT 較前降低者	SGOT, SGPT 效果不穩定者
人數	5	3	3

(三) 結論：

1 因肝炎接受針灸治療的病例原有四十六人，但只有十五例連續接受三個月以上的治療。

2 從臨床治療統計結果略可得知，針灸對於肝病患者，臨床症狀之緩解，似有很大的幫助，諸如對於失眠、倦怠、食慾

差之症狀的改善，有明顯的效果。

3 肝功能檢查，有逐步恢復正常的趨勢，其中有五個病例已恢復正常，然而其是否是自然痊癒或是針灸後的療效，實有待進一步的比較與觀察。

4 HBsAg 陽性的病人，經針灸治療方法，三個月的治療，尚未見其消失，亦未見 Anti-HBs 的產生，是否須更長的治療觀察或須更換其他穴道，或須配合中藥療法方能收效，實有待更進一步的研究。

5 治療所選穴道，乃依傳統的針灸經絡學理論，欲藉以調理肝、膽、脾、胃等臟腑之機能，至於如何以現代醫學之觀點來解釋其機轉，則尚未有明顯的理論依據，或是從免疫系統，或是從 CAMP, CGMP 等機轉來影響其療效，有待更進一步探討。

6 本報告有四例，於治療前曾接受肝穿刺病理切片檢查，其中三位被證實是慢性活動性肝炎，最可惜的是他們接受治療後，臨床症狀有改善，但因缺少治療後的再一次肝的穿刺病理切片檢查，來作比較，故其真正治療效果猶待證實。

7 目前對於針灸治療肝炎的有關資料，尚不多見，因針灸治療肝炎之病例尚少，追蹤的時間尚短，所以確實的治療效果尚難斷言，實有待時日，加以更多的研究與經驗，方能評估其真正的療效。

三、西醫對照組對肝病之治療：

(一) 病人：從本院西醫內科門診、住院及他院轉介而來之病人，患有肝功能異常或 B 型肝炎陽性者皆列為研究對照之範圍。診療人數總共為三二一人，而行肝臟病理切片檢查且有報告者，僅四一人。

茲分述如下表：

種類 性別	脂肪肝	慢性持續 性肝炎	活動性 肝炎	肝硬化	肝 癌	急性肝炎
男	6	6	13	8	3	1
女	0	1	1	2	0	0

年齡分佈：

年齡 性別	19~30 歲	31~40 歲	41~50 歲	51~60 歲
男	11	6	6	14
女	2	1	0	1

(二) 實驗診斷結果：

1 生化肝功能檢查：主要為 GOT, GPT, Albumin Globulin, Bilirubin, Alk-p-tase 六項，病人之系列肝功能檢查呈波動性之變化，由於生化之變化不能代表真正肝臟病變，因此，不詳述其變化。其中慢性肝炎患者出現黃疸者僅有二入 (Bilirubin 大於 2mg)。

2 血清B型肝炎標記檢查：採用RPHA方法測定，其中HBsAg陽性者二二人（其中四人為慢性活動性肝炎），陰性者十五人，未做者四人。

(三) 臨床症狀：

理學檢查除了黃疸、肝腫大、茶褐色尿較具有肝病意義外，其餘自覺症狀如倦怠、食慾不振，右上腹不適、失眠、腹部脹痛等，皆不是很具肝病特徵性意義，其改善或未改善對肝病之轉歸自較難正確評估。

十四位慢性活動性肝炎之患者僅有二位具黃疸和茶褐色尿、肝腫大，其餘十二位中有十位僅表現食慾不振、倦怠、腹部脹痛，另二位是沒有症狀，僅是抽血檢查有異常而做肝切片檢查者。

(四) 藥物治療：

純為症狀支持療法，諸如口服維他命丸，胃止酸劑，消化酶製劑，靜脈注射葡萄糖及維他命B群。

(五) 結果：

1 病人經病理切片確定診斷後，繼續追蹤達半年者僅有五人，其餘皆失去連繫，其中四人為慢性活動性肝炎，一人為肝硬化，又此四人中有二人轉介本院中醫部治療。

2 多未接受治療後的肝切片追蹤檢查。

3 本對照在短期六個月追蹤內仍未有證據說明有自然全癒者。

四、治療肝炎所用中藥之毒性試驗：

(一) 實驗方法：

本實驗使用體重21~25g之雄性ICR (Swiss Webster) 小白鼠，依Litchfield and Wilcoxon方法，測定藥物由口服或腹腔給予後一週內，可使實驗動物一半死亡之劑量及其95%可信限，並觀察其中毒症狀。

(二) 實驗材料：

1 枳實 (Poncirus trifoliata RAFIN Rutaceae)
，研成粗粉，取100公克置於圓底燒瓶內，加蒸餾水二公升，於60℃水浴中加熱十二小時，傾出上清液，抽取直至上清液無色為止。收集抽出液，於80℃減壓濃縮至黏稠狀，再分散於蒸發皿中，置於烘箱內在50℃定溫下烘乾，然後研成細粉。一〇〇公克生藥抽得一五·二六公克粉末，抽取率為一五·二六%，於乾燥器中保存備用，投與時以生理食鹽水稀釋至適當濃度。

2 豆豉 (Glycine max (L.) MERRILL (Leguminosae))，其製備方法與枳實相同。一〇〇公克生藥抽得一八·五六公克粉末，抽取率為一八·五六%。

3 水梔 (Gardenia jasminoides ELLIS var. radicans (THUNB) MAKINO (Rubiaceae)) 其製備方法與枳實相同。一〇〇公克生藥抽得一六·三五公克粉末，抽取率

為一六·三五%。

4 將枳實、水梔、豆豉以一：三：四比例配方（簡稱處方），混合共研成粗粉，其製備方法與枳實相同。一〇〇公克生藥抽得一九·二七公克粉末，抽取率為一九·二七%。

(三)實驗結果：

小白鼠經腹腔以 $10g/kg$ 的劑量給予，在一週內給予水梔者，六隻中有二隻死亡；給予豆豉者，六隻中有一隻死亡；給予枳實者，六隻中有一隻死亡；給予處方者，無一隻死亡。以 $5g/kg$ 的劑量給予時，除水梔六隻中有一隻死亡外，其餘無一隻死亡。以 $2.5g$ 、 $1.25g/kg$ 劑量給予時，無一隻死亡，亦無出現任何特殊症狀。（如表1）。

小白鼠經口服給予 10 、 2.5 、 $1.25g/kg$ 等不同的劑量，投與後，除給予水梔 $10g/kg$ 者，六隻中有一隻死亡外，其他劑量在一週內無一隻死亡，亦無特殊症狀出現。（如表2）

(四)結論：

1 本實驗所使用藥材，均為本院附設醫院「肝炎特別門診」治療肝炎病人所用中藥材，由本院附設醫院中藥局所提供。

2 梔子經鑑定為水梔。

3 梔子，早著錄於本經，列木部中品，歷代諸家本草均有著述，自古用為利膽、消炎、解熱及止血劑。性味苦寒無毒。

4 枳實，早著錄於本經，列本部中品。性味苦寒無毒。

5 豆豉，著錄於名醫別錄中品，性味苦寒無毒。

6 本實驗結果，梔子於 $5g/kg$ 腹腔給藥六隻中死亡一隻； $10g/kg$ 六隻中死亡二隻；其餘未有死亡。

枳實於 $10g/kg$ 腹腔給藥六隻中有一隻死亡；其餘未有死亡。

豆豉於 $10g/kg$ 腹腔給藥六隻中有一隻死亡；其餘未有死亡。

以上之結果顯示此三種藥材之毒性低，與本草上所記載者「苦寒無毒」相符合。

7 又本實驗結果顯示，以口服給藥時，除梔子於 $10g/kg$ 六隻中有一隻死亡外，其餘均未有死亡，亦無特殊症狀。顯示一次口服無毒。

8 將三種藥材配合成方劑，以腹腔或口服給藥時，均無死亡。方劑之配合，是否具有某種意義之存在，實有探討之必要，亦為有趣之問題。

表1 I、P（腹腔注射）

藥材	劑量			
	$10g/kg$	$5g/kg$	$2.5g/kg$	$1.25g/kg$
梔子	2/6	1/6	0	0
枳實	1/6	0	0	0
豆豉	1/6	0	0	0
處方	0	0	0	0

註(1)腹腔給藥。

(2)分母表示實驗動物六隻，分子表示死亡數。

表 2 P、O (口服)

藥材	劑量	10g/kg	5g/kg	2.5g/kg	1.25g/kg
梔子	1 / 6	0	0	0	0
枳實	0	0	0	0	0
豆豉	0	0	0	0	0
處方	0	0	0	0	0

註(1)口服給藥。

參與本項研究計劃人員

研究計劃主持人

研究計劃協調人

研究計劃連絡人

顧問

研究計劃召集人

中藥治療組負責人

醫師(中醫)

醫師(中醫)

針灸治療組負責人

醫師(中醫)

醫師(中醫)

醫師(中醫)

病理診斷負責人

中藥毒性試驗負責人

藥師(中藥)

秘書

附設醫院院長

附設醫院兼代副院長

客座教授

附設醫院實驗診斷科顧問

附設醫院實驗診斷科主任

附設醫院中醫部內科主任

附設醫院中醫部兒科主任

附設醫院中醫部婦科主任

附設醫院針灸科主任

中國醫藥學院針灸班主任

附設醫院針灸科醫師

附設醫院針灸科醫師

附設醫院病理科主任

中國藥學研究所所長

附設醫院中藥局主任

王廷輔

陳太義

哈鴻潛

王貴譽

鄭庚甲

王逸之

王人澍

蘇貫中

張成國

姜潤次

潘隆森

張仲達

賴義雄

謝明村

李世滄

陳富芬

臺灣地區人口出生、死亡及自然增加情形

年 別	出 生		死 亡		自 然 增 加	
	人 數	率 (%)	人 數	率 (%)	人 數	率 (%)
民國四十年	385,383	49.97	89,259	11.57	296,124	38.40
民國四十五年	414,036	44.84	74,075	8.02	339,961	36.82
民國五十年	420,254	37.69	73,823	6.62	346,431	31.07
民國五十五年	415,108	31.88	69,780	5.36	345,328	26.52
民國六十年	380,424	25.64	70,954	4.78	309,470	20.86
民國六十一年	365,749	24.15	71,486	4.72	294,263	19.43
民國六十二年	366,942	23.79	73,477	4.76	293,465	19.02
民國六十三年	367,823	23.42	74,760	4.76	293,063	18.66
民國六十四年	367,647	22.98	75,061	4.69	292,586	18.29
民國六十五年	423,356	25.93	76,596	4.69	346,760	21.24
民國六十六年	395,796	23.76	79,366	4.76	316,430	18.99
民國六十七年	409,203	24.11	79,359	4.68	329,844	19.43
民國六十八年	422,518	24.41	81,860	4.73	340,658	19.68
民國六十九年	412,557	23.38	83,965	4.76	328,592	18.63
民國七十年	412,777	22.97	86,848	4.83	325,929	18.14

行政院衛生署「甜菊對糖尿病之療效研究」 七十二年年度 結果報告

顧焜熒 楊玲玲

甜菊對糖尿病之療效研究

最近由於糖精 (saccharin) 合成甘味劑之毒性，而遭受到世界各國衛生主管當局之禁止或限制使用。另，一般人由於糖之過量攝取，所形成保健衛生上之蛀齒、肥胖症等諸問題。然而，對於一向仰賴甘味劑之糖尿病患者，更急需找尋新之代用糖。甜菊 [Stevia rebaudiana Bertoni 菊科 (Compositae)]，原產南美——巴拉圭，當地土著廣用其葉作茶以治療糖尿病 (1)，並作為甘味劑。近十年來，其具甜味之甘味配糖體——史特維亞苷 (stevioside) 及葉之粗取抽物，已被利用作清涼飲料，日本則用於漬物、食品上甜味添加物。國人雖僅有 2% 的糖尿病患者，但其他糖代謝不平衡引起的疾病很多，目前臨床上，尚未有適當的治療藥。本省民間除利用甜菊作甘味劑外，亦用於治療糖尿病。

關於甜菊之天然化學甘味成分，已有一系列之報告，其中 Bridel 及 Laviella 報告其基本結構為配糖體 (2~9)。一九五二年美國馬利蘭州 (Maryland) 之國家研究機關研究群 (The National Institute of Arthritis and Metabolic

Disease) (National Institute of Health Bethesda

) 解明此配糖體 stevioside 之化學結構為具有二個糖，一個為 glucopyranose function，接於 - carboxyl group；第二個是槐花糖 (sophorse) [- O (- glucopyranosyl) - glucose) 接於非糖體 (aglycone) 上之 - alcoholic hydroxyl group (10~11)。迄一九七〇年後，其甜味及非甜味成份亦相繼的由一群日本研究者 (特別是廣島大學、北海道大學) 從事研究，解明其主要之基本結構均屬 ent-kaurane 骨架 (12~19)。而且根據田中治教授及其合作者之報告，主要甜味成份之 stevioside 的甜味為蔗糖之 100~150 倍 (18)。

致於甜菊之安全性、毒性、化學之論文，最近有二十種語文之報告發表，其中藥效方面，除 Oveibo (20)、Suzuki (21)、Miguel (22)、Schmellin (23) 等發表甜菊水抽取物會影響碳水化合物之代謝 (hypoglycemic activity)，特別是降血糖之報告；其他抽取物尚有抗核分裂 (anti-mitotic) 作用 (24~25)、抗菌作用 (26、27)、心臟血管作

用(28)(cardiovascular effects)……等。

最近數年來，本省大量栽培甜菊，大都外銷到日本作為甜味添加劑之原料，若能將其民間用於糖尿病之效果加以評估，則甜菊將可開發為具有經濟、醫療價值之甜味劑。有鑑於此，本報告，則採集本省栽培之甜菊葉，分別用正己烷、氯仿、酒精、水等抽取，並分離其甜味配糖體——stevioside，測定各劃分抽取物對正常小白鼠及alloxan性病態高血糖小白鼠之血糖下降作用，以明瞭甜菊是否具有血糖下降效果。

實驗材料及方法

材料：本省台中縣栽培之甜菊葉。

實驗動物：雄性ICR小白鼠20±2gm。

植物抽取物

(一)正己烷抽取物：精粹甜菊乾燥葉100gm粉碎後，用正己烷1,000ml回流抽取3次，每次4小時，濾液合併後，減壓濃縮至乾固(3.332gm)。

(二)氯仿抽取物：(一)之殘渣，用氯仿(1,000ml)回流抽取3次，每次4小時，濾液合併後，減壓濃縮至乾固(2.088gm)。

(三)乙醇抽取物：(二)之殘渣，用乙醇(1,000ml)回流抽取3次，每次4小時，濾液合併後，減壓濃縮至乾固(23.139gm)。

(四)50%乙醇抽取物：精粹甜菊乾燥100gm。粉碎後，用

50%乙醇(1,000ml)回流抽取3次，每次4小時，濾液合併後，減壓濃縮至乾固(32.810gm)。

(五)水抽取物：精粹甜菊乾燥葉100gm粉碎後，用蒸餾水(1,000ml)回流抽取3次，每次4小時，濾液合併後，減壓濃縮至乾固(38.611gm)。

(六)甜味配糖體Stevioside之抽取分離

甜菊之乾燥葉1kg，粉碎後用氯仿(5,000ml)回流抽取3次，殘渣用過氧化氫(4,000ml)加碳酸鈣(400gm)加熱沸騰2小時後，趁熱過濾，濾液減壓濃縮至呈糖漿狀，再加等量之甲醇使之溶解，置於冰箱中，隔日即有綠白色之針狀結晶(46gm)析出。濾取此綠白色粗結晶，用甲醇再結晶即得白色針狀結晶mp 238~239°C，經與stevioside之標準品混融融點沒有下降，而紅外光譜儀(IR spectra)亦一致。

生物檢定法

(1)檢測液之調製：被檢測液之上述抽取物及結晶溶解或懸著於生理食鹽水中。

(2)正常小白鼠之血糖影響：正常健康雄性小白鼠20±2(gm)，每組5隻，分別以腹腔、皮下、口服三種投予方式，投予正己烷、氯仿、乙醇、50%乙醇、水之抽取物相當於生藥 $\approx 10\text{ gm/kg}$ 、 5 gm/kg 、 3 gm/kg 、 1 gm/kg ，及stevioside： 100 mg/kg 、 50 mg/kg 、 30 mg/kg 、 10

mg/kg。腹腔及皮下各投予一次（0小時），口服，則依一般使用法每隔4小時投予一次計投3次（0小時，4小時，8小時）。

(3) 對 alloxan 性病態高血糖小白鼠之血糖影響：

正常雄性小白鼠靜脈注射 alloxan monohydrate (75 mg/kg) 使 β -cell 破壞完全，於24小時，選擇血糖在 400 g/ml 以上者。每組五隻。採用傳統之投予方式——口服，每隔4小時服一次，連續投予3次。劑量和(2)同。

血糖值之測定：於投予藥物之前（0小時），及投予藥物後12小時，24小時，分別由小白鼠之眼靜脈採血，經離心分離後取血清，採用OTB法（0-toluidine borate）測定血清中之葡萄糖量。

檢定：平均值±標準誤差（%）之一次元分散法。

表一 甜菊正己烷抽取物對正常小白鼠血糖之影響

劑 量	投予方式	血 糖 值 $M \pm SE(\%)$		
		0 小 時	12 小 時	24 小 時
10 gm/kg	IP	100 \pm 5.6	68.0 \pm 7.7**	97.0 \pm 11
"	SC	100 \pm 5.4	112.0 \pm 5.1	113.0 \pm 4.0
"	PO	100 \pm 9.7	89.0 \pm 3.9	92.0 \pm 8.7
5 gm/kg	IP	100 \pm 10.3	88.0 \pm 9.3	89.0 \pm 9.5
"	SC	100 \pm 8.0	113.0 \pm 4.8	110.0 \pm 6.9
"	PO	100 \pm 6.0	80.4 \pm 1.5*	80.6 \pm 8.0*
3 gm/kg	IP	100 \pm 8.8	106.0 \pm 4.3	120.0 \pm 9.8
"	SC	100 \pm 12.0	99.0 \pm 15.7	144.4 死3
"	PO	100 \pm 6.0	103.0 \pm 6.0	93.0 \pm 10.3
1 gm/kg	IP	100 \pm 4.2	109.0 \pm 3.1	118.0 \pm 6.1
"	SC	100 \pm 9.5	90.1 \pm 10.1	110.0 \pm 14.5
"	PO	100 \pm 6.0	75.8 \pm 10.8*	80.6 \pm 8.0*

藥物劑量相當於生品之乾燥量

IP：腹腔注射，SC：皮下注射，PO：口服

P < 0.05* 或 P < 0.01**

表二 甜菊糖仿提取物對正常小白鼠血糖之影響

劑 量	投予方式	血 糖 值 $M \pm SE(\%)$		
		0 小 時	12 小 時	24 小 時
10 gm/kg	IP	100 \pm 8.1	106.0 \pm 8.1	112.0 \pm 3.7
"	CC	100 \pm 5.3	125 死 4	149.0 \pm 5.1
"	SO	100 \pm 10.7	108.9 \pm 5.9	93.0 \pm 6.7
5 gm/kg	IP	100 \pm 8.2	82.0 \pm 5.2*	94.0 \pm 12
"	CC	100 \pm 4.6	116.0 死 4	122.0
"	SO	100 \pm 7.4	102.7 \pm 10.6	108.0 \pm 3.3
3 gm/kg	IP	100 \pm 10.2	102.0 \pm 7.8	119.0 \pm 9.8
"	CC	100 \pm 5.7	127 死 4	134.0
"	SO	100 \pm 6.3	115.0 \pm 12.9	97.0 \pm 5.7
1 gm/kg	IP	100 \pm 12.1	121.0 \pm 22.5	105.0 \pm 6.6
"	CC	100 \pm 0.6	93.7 死 4	115.6
"	SO	100 \pm 9.9	116.2 \pm 13.3	100.2 \pm 7.0

藥物劑量相當於生品之乾燥量

IP：腹腔注射，SC：皮下注射，PO：口服

$P < 0.05^*$ ， $P < 0.01^{**}$

表三 甜菊乙醇提取物對正常小白鼠血糖之影響

劑 量	投予方式	血 糖 值 $M \pm SE(\%)$		
		0 小 時	12 小 時	24 小 時
10 gm/kg	IP	100 \pm 4.4	125 死 4	139
"	SC	100 \pm 11.6	111.0 \pm 5.0死3	109.0 \pm 3.8
"	PO	100 \pm 7.3	98.1 \pm 3.5	79.1 \pm 8.1*
5 gm/kg	IP	100 \pm 4.7	94.0 \pm 7.8死1	105.0 \pm 6.8
"	SC	100 \pm 8.0	90.0 \pm 8.5	98.0 \pm 7.0
"	PO	100 \pm 6.0	101.0 \pm 9.7	93.4 \pm 9.9
3 gm/kg	IP	100 \pm 2.2	89.0 \pm 4.6	91.0 \pm 7.9
"	SC	100 \pm 3.5	106.1 \pm 8.2	123.0 \pm 11.7
"	PO	100 \pm 4.1	77.3 \pm 8.5*	86.0 \pm 3.0
1 gm/kg	IP	100 \pm 6.6	82.0 \pm 9.7	106.0 \pm 8.2
"	SC	100 \pm 4.2	82.0 \pm 5.5	104.0 \pm 6.0
"	PO	100 \pm 2.1	98.0 \pm 5.4	83.7 \pm 4.3

藥物之劑量相當於生品之乾燥量

IP：腹腔注射，SC：皮下注射，PO：口服

$P < 0.05^*$ ， $P < 0.01^{**}$

表四 甜菊 50%乙醇提取物對正常小白鼠血糖之影響

劑 量	投予方式	血 糖 值 $M \pm SE(\%)$		
		0 小 時	12 小 時	24 小 時
10 gm/kg	IP	100 \pm 23.1	105	136
"	SC	100 \pm 5.1	137.0 \pm 1.7	125.0 \pm 1.0
"	PO	100 \pm 4.5	78.0 \pm 3.9*	91.0 \pm 5.5
5 gm/kg	IP	100 \pm 10.0	94.2 \pm 3.2(死3)	69.0 \pm 8.6
"	SC	100 \pm 4.6	129.0 \pm 1.7	117.0 \pm 7.4
"	PO	100 \pm 4.1	102.5 \pm 2.2	91.2 \pm 5.2
3 gm/kg	IP	100 \pm 8.8	92.2 \pm 3.2	86.0 \pm 8.6
"	SC	100 \pm 9.6	132.8 \pm 5.0	152.0 \pm 7.5
"	PO	100 \pm 12.2	99.6 \pm 6.5	102.0 \pm 9.1
1 gm/kg	IP	100 \pm 4.5	102.0 \pm 4.5	123.0 \pm 6.2
"	SC	100 \pm 10.5	121.7 \pm 9.4	139.4 \pm 9.2
"	PO	100 \pm 11.8	97.7 \pm 8.3	79.3 \pm 14.0*

藥物之劑量相當於生品之乾燥量

IP：腹腔注射，SC：皮下注射，PO：口服

$P < 0.05^*$ ， $P < 0.01^{**}$

表五 甜菊水提取物對正常小白鼠血糖之影響

劑 量	投予方式	血 糖 值 $M \pm SE(\%)$		
		0 小 時	12 小 時	24 小 時
10 gm/kg	IP	100 \pm 9.5	全死亡	全死亡
"	SC	100 \pm 6.7	88.0 \pm 5.1	90.0 \pm 7.9
"	PO	100 \pm 7.1	80.8 \pm 6.0*	100.0 \pm 7.2
5 gm/kg	IP	100 \pm 3.9	77.3 \pm 12.7(死2)	54.0 \pm 8.9(死2)
"	SC	100 \pm 8.7	102.0 \pm 5.1	95.0 \pm 8.3
"	PO	100 \pm 1.1	72.7 \pm 3.0*	88.7 \pm 2.2
3 gm/kg	IP	100 \pm 3.0	88.2 \pm 8.9	104.0 \pm 5.2
"	SC	100 \pm 7.3	85.4 \pm 4.8	97.4 \pm 11.3
"	PO	100 \pm 5.6	101.6 \pm 9.7	87.5 \pm 7.2
1 gm/kg	IP	100 \pm 6.3	77 \pm 7.8*	105.0 \pm 8.2
"	SC	100 \pm 9.1	87.7 \pm 14.3	106.8 \pm 7.4
"	PO	100 \pm 9.2	96.6 \pm 6.2	103.7 \pm 9.9

藥物之劑量相當於生品之乾燥量

IP：腹腔注射，SC：皮下注射，PO：口服

$P < 0.05^*$ ， $P < 0.01^*$

表六 史特維亞苷對正常小白鼠血糖之影響

劑 量	投予方式	血 糖 值 $M \pm SE(\%)$		
		0 小 時	12 小 時	24 小 時
100mg/kg	IP	100 \pm 7.9	111.3 \pm 10.0	90.0 \pm 12.7
"	SC	100 \pm 11.6	101.0 \pm 2.5	93.0 \pm 3.3
"	PO	100 \pm 7.5	100.0 \pm 5.9	82.2 \pm 5.7
50mg/kg	IP	100 \pm 5.6	104.0 \pm 5.0	109.0 \pm 8.6
"	SC	100 \pm 5.8	104.0 \pm 3.1	93.0 \pm 5.0
"	PO	100 \pm 5.9	85.9 \pm 8.3	80.0 \pm 8.4*
30mg/kg	IP	100 \pm 4.2	113.0 \pm 4.7	102.0 \pm 4.4
"	SC	100 \pm 5.5	102.7 \pm 4.2	129.4 \pm 5.4
"	PO	100 \pm 9.4	110.0 \pm 9.0	93.0 \pm 7.7
10mg/kg	IP	100 \pm 6.2	100.0 \pm 3.2	99.0 \pm 7.5
"	SC	100 \pm 3.7	112.2 \pm 6.7	125.0 \pm 8.6
"	PO	100 \pm 11.7	113.0 \pm 22.2	112.0 \pm 7.1

IP：腹腔注射，SC：皮下注射，PO：口服

P < 0.05* P < 0.01**

各國平均壽命之比較

中華民國六十八年(1979)

國 別	男	女
中華民國臺灣地區	69.4	74.5
日 本	73.7	79.1
丹 麥	71.4	77.6
瑞 典	72.6	78.9
奧 地 利	68.8	76.0
※西 德	69.2	76.0
挪 威	72.2	79.0
瑞 典	72.4	79.1
英 格 蘭 及 威 爾 斯	70.2	76.2
冰 島	74.2	79.8

資料來源：World Health Statistics Annual, Volume I, WHO, 1981.

附 註：※為1978年資料。

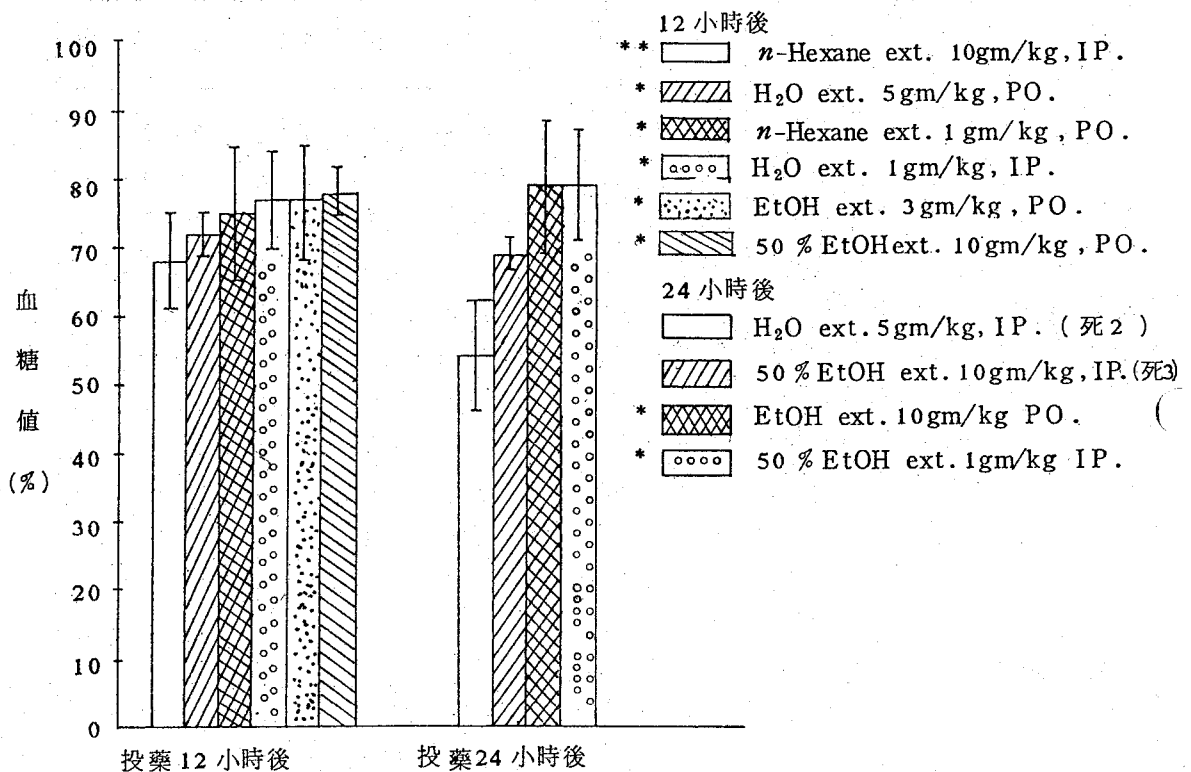
表七 史特維亞及甜菊抽取物對 alloxan 性病態高血糖
小白鼠之血糖影響

藥 物	劑 量	血 糖 值 $M \pm SE(\%)$		
		0 小 時	12 小 時	24 小 時
正己烷抽取物	10 gm/kg	100 \pm 6.7	90.0 \pm 9.9	73.0 \pm 15.7*
	5 gm/kg	100 \pm 7.1	88.9 \pm 11.2	83.0 \pm 5.0
	3 gm/kg	100 \pm 0.9	96.8 \pm 6.5	83.7 \pm 11.4
	1 gm/kg	100 \pm 2.7	82.87 \pm 18.0	79.6 \pm 15.8*
氯仿抽取物	10 gm/kg	100 \pm 4.9	89.6 \pm 5.2	85.0 \pm 8.1死3隻
	5 gm/kg	100 \pm 8.1	107.0 \pm 11.3	54.0 \pm 38.8死3隻
	3 gm/kg	100 \pm 3.2	92.9 \pm 9.0	114.0 \pm 21.5
	1 gm/kg	100 \pm 6.4	81.0 \pm 10.8	79.0 \pm 5.7*
乙醇抽取物	10 gm/kg	100 \pm 8.0	76.5 \pm 15.4*	90.4 \pm 6.7
	5 gm/kg	100 \pm 3.8	107.0 \pm 11.4	82.8 \pm 3.5
	3 gm/kg	100 \pm 8.8	83.0 \pm 7.4	98.0 \pm 6.1
	1 gm/kg	100 \pm 4.6	99.7 \pm 7.9	96.0 \pm 6.1
50 %乙醇抽取物	10 gm/kg	100 \pm 3.4	93.0 \pm 16	85.6 \pm 5.9
	5 gm/kg	100 \pm 5.4	76.0 \pm 6.4*	73.0 \pm 9.9*
	3 gm/kg	100 \pm 7.1	86.0 \pm 8.7	81.0 \pm 8.3
	1 gm/kg	100 \pm 4.8	91.0 \pm 9.0	96.0 \pm 7.1
水抽取物	10 gm/kg	100 \pm 8.6	68.0 \pm 5.4**	83.0 \pm 5.1
	5 gm/kg	100 \pm 6.2	92.0 \pm 8.8	81.0 \pm 4.3
	3 gm/kg	100 \pm 5.6	92.0 \pm 5.6	105.0 \pm 5.0
	1 gm/kg	100 \pm 4.2	73.0 \pm 6.0*	91.0 \pm 7.8
Stevioside	100mg/kg	100 \pm 5.4	77.9 \pm 7.6*	101.0 \pm 4.4
	50mg/kg	100 \pm 7.4	93.9 \pm 3.7*	98.0 \pm 3.8
	30mg/kg	100 \pm 6.9	103.0 \pm 4.8	107.0 \pm 3.1
	10mg/kg	100 \pm 6.0	97.0 \pm 7.8	42.0 \pm 2.9

抽取物之劑量相當於生品乾燥量

PO (口服) 計24小時內3次 (0小時, 4小時, 8小時)

P < 0.05* P < 0.01**



圖一 甜菊提取物及史特維亞苷 (stevioside) 對正常小白鼠血糖下降作用統計

※ 0 小時為對照組，血糖值 = 100 %

n-Hexane ext. : 正己烷提取物

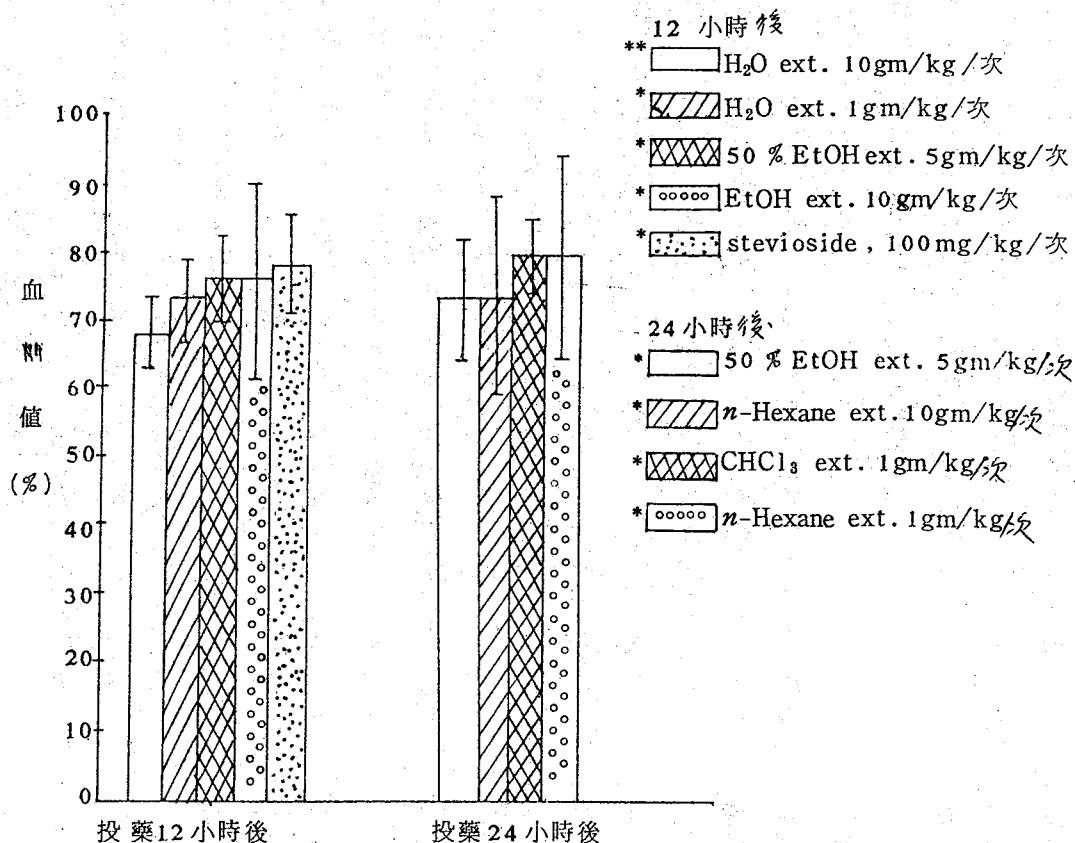
EtOH ext. : 乙醇提取物

H_2O ext. : 水提取物

IP : 腹腔注射, SC : 皮下注射, PO : 口服

* $P < 0.05$

** $P < 0.01$



圖二 甜菊抽取物及史特經亞苷 (stevioside) 對 alloxan 性病態高血糖小白鼠之血糖下降作用統計

※ 經 alloxan 引發病態之小白鼠藥物投予前之 0 小時

做對照組血糖值為 100 %

H₂O ext. : 水抽取物

EtOH ext. : 乙醇抽取物

投予方式：口服一天三次

*P < 0.05

**P < 0.01

結果與討論

(一) 甜菊抽取物對碳水化合物代謝之影響，在各國已有許多之報告（21、23、28、31）。雖然有些報告認為甜菊葉之抽取物及甘味配糖體對動物實驗或人體均有血糖下降作用，但亦有部份之報告。有鑑於此，本報告即將省產甜菊依民間服用法用水抽取，亦複利用現代植物化學成分分離法，依溶媒極性之大小，分別作成正己烷、氯仿、酒精、50% 酒精，並抽取單離其甘味配糖體成分——stevioside。各抽取物及結晶物質，分別檢測其對正常雄性小白鼠之血糖影響，結果如表一、表二、表三、表四、表五、表六所示。以及測定對 alloxan 性病態高血糖小白鼠之血糖影響，結果如表七所示。

(二) 本研究之藥物投予劑量，各抽取物及結晶物質每次投予 10 gm/kg，5 gm/kg，3 gm/kg，1 gm/kg（相當於乾品甜菊葉量）；結晶物則為 100 mg/kg，50 mg/kg，30 mg/kg，10 mg/kg。投予方式，對正常小白鼠，腹腔及皮下各於 0 小時投予一次；口服則每隔 4 小時，投予一次，計投 3 次（0 小時，4 小時，8 小時），投予 12 小時，24 小時分別由眼靜脈採血，用 OTB 法測血糖值。

(三) 甜菊正己烷抽取物對正常小白鼠之血糖影響

結果如表一所示。投予方式不同，血糖下降作用亦不同。其中以腹腔注射（10 gm/kg）於 12 小時後，呈現有意義之血糖下降（ $P < 0.01$ ），但 24 小時後又漸上昇。皮下注射 12

小時後，於較低劑量下效果較明顯之血糖下降，在 24 小時後血糖又呈上昇。口服之血糖下降效果較理想，在 24 小時仍維持血糖下降。

(四) 甜菊氯仿抽取物對正常小白鼠之血糖影響

結果如表二所示。三種投予方式，對血糖下降均無明顯之作用，反而血糖上昇，而且毒性大。（實驗過程中，動物死亡率高）。

(五) 甜菊乙醇抽取物對正常小白鼠之血糖影響

結果如表三所示。以經口投予之血糖下降效果最好。能維持到投予 24 小時仍下降。但投予劑量愈高效果愈好。

(六) 甜菊 50% 乙醇抽取物對正常小白鼠之血糖影響

結果如表四所示。腹腔注射 10 gm/kg 之劑量下，毒性大（12 小時內 5 隻死亡 4 隻），5 gm/kg 投予 12 小時血糖略呈下降，24 小時雖呈持續下降，但毒性大。口服時較安全，投予 10 gm/kg/次於 12 小時後呈現一過性有意義之下降，但 24 小時後血糖值又回昇；劑量減少至 1 gm/kg/次，則 24 小時後方呈有意義之血糖下降。

(七) 甜菊水抽取物對正常小白鼠血糖之影響

結果如表五所示。腹腔注射（10 gm/kg）12 小時內動物死亡，而劑量降至 5 gm/kg，雖然血糖於 24 小時內有持續性之下降（但 5 小時內動物死亡 2 隻）；劑量再降至 3 gm/kg，血糖於投藥 12 小時後呈一過性之下降，24 小時後又再上昇。皮

下注射無明顯之作用；但口服於高劑量（10gm/kg）投予24小時呈持續下降，（ $P < 0.05$ ），而降低劑量至5gm/kg，3gm/kg僅於投予後12小時呈一過性下降後又再上昇。

(八) 史特維亞苷——（stevioside）對正常小白鼠血糖之影響；結果如表六所示。腹腔及皮下注射對血糖無明顯之影響；僅口服劑量在50mg/kg，100mg/kg於24小時後呈有意義之下降（ $P < 0.05$ ）。

(九) 甜菊葉各抽取物及 stevioside 對 alloxan 性病態高血糖小白鼠之血糖影響

結果如表七所示。口服時，正己烷抽取物在初投予24小時後均呈有意義之血糖下降。而氣仿抽取物雖呈血糖下降，但毒性大。其中以水抽取物（10gm/kg/次）之血糖下降效果最明顯（降低至68%， $P < 0.01$ ），但24小時後又逐漸上昇。56%乙醇抽取物（5gm/kg/次）血糖在24小時內呈現持續性的下降。其他乙醇抽取物及 Stevioside 則對血糖無明顯之影響。

(十) 綜合以上結果，甜菊葉之抽取物及甘味配糖體，可做甘味添加物。致於對血糖下降之影響，因劃分部、投予方式、投予量之不同，顯示有不同程度之血糖下降作用。結果投予藥物12小時後，對正常小白鼠血糖下降之順序如下：（見圖一）

正己烷抽取物 10gm/kg，IP.（68.7 ± 7.7*）> 水抽取物 5gm/kg，P.O.（72.7 ± 3.0*）> 正己烷抽取物

1gm/kg，P.O.（75.8 ± 10.8*）> 水抽取物 1gm/kg，5gm/kg IP.，乙醇抽取物 3gm/kg P.O.（77.3 ± 8.5*）> 50%乙醇 10gm/kg P.O.（78 ± 3.9*）。

而投予24小時後呈血糖下降之順序如下：（見圖一）

水抽取物 5gm/kg，IP.（54 ± 8.9）（死2隻）> 50%乙醇抽取物 10gm/kg IP.（69 ± 18）（死3隻）> 乙醇抽取物 10gm/kg，P.O.（79.1 ± 8.1*）。

對 alloxan 性病態高血糖小白鼠之血糖下降順序為：（見圖二）

投予12小時：水抽取物 10gm/kg/次，口服3次（68 ± 5.4*）> 水抽取物 1gm/kg/次，口服3次（73 ± 6.0*）> 乙醇抽取物，10gm/kg/次，口服3次（76.5 ± 15.4*）；50%乙醇抽取物 5gm/kg/次，口服3次（76 ± 6.4*）> stevioside 100mg/kg/次，口服3次（77.9 ± 7.6*）。

投予24小時，氣仿抽取物 5gm/kg/次，口服3次（54 ± 38.8* 死亡3隻）> 正己烷抽取物 10gm/kg/次（73 ± 17.7*），50%乙醇抽取物 5gm/kg/次，口服3次（73 ± 9.9*）> 正己烷抽取物 1gm/kg/次，口服3次，（79.6 ± 15.8*），氣仿抽取物 1gm/kg（79 ± 5.7*）。

誌 謝

本研究，承蒙衛生署補助經費、本學院謝院長孟雄博士之支持，以及衛生署中醫藥委員會張主任齊賢博士、覃秘書砥柱先生之鼓勵。著者謹致十二萬分之謝忱。

另，本研究室黃雪芳小姐、林俊良先生之協力，在此一併致謝。

參考文獻

1. Soejarto, D.D., Compadre, C.M., Medon, P.J., Kamath, S.K. and Kinghorn, A.D.: Potential-sweetening agents of plant origin. II Field search for sweettasting *Stevia* species, *Econ. Bot.*, 37, 74 (1983).
2. Bridel, M. and Lavieille, R.: Le principe a saveur sucre du Kaa-he-e (*Stevia rebaudiana* Bertoni): *J. Pharm. Chim.*, 14, 99 (1931).
3. Bridel, M. and Lavieille, R.: Le principe a saveur sucre du Kaa-he-e (*Stevia rebaudiana* Bertoni): *J. Pharm. Chim.*, 14, 154 (1931).
4. Bridel, M. and Lavieille, R.: La rebaudine de Dieterich est du stevioside impur: *J. Pharm. Chim.*, 14, 161 (1931).
5. Bridel, M. and Lavieille, R.: Sur le principe sucre de Kaa-he-e (*Stevia rebaudiana* Bertoni). II L'hydrolyse diastasique du stevioside. III. Le steviol de hydrolyse diastasique et liisosteviol de l'hydrolyse acide: *J. Pharm. Chim.*, 14, 321 (1931).
6. Bridel, M. and Lavieille, R.: Sur le principe sucre du Kaa-he-e (*Stevia rebaudiana* Bertoni). II. L'hydrolyse diastasique de stevioside. III. Le steviol de hydrolyse diastasique et l'isosteviol de l'hydrolyse acide (fin): *J. Pharm. Chim.*, 14, 369 (1931).
7. Bridel, M. and Lavieille, R.: La rebaudine de dieterich est du stevioside impur., *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 13, 656 (1931).
8. Bridel, M. and Lavieille, R.: Sur le principe sucre des feuilles de Kaa-he-e: *C.R. Acad. Sci. (Paris)*, 192, 1123 (1931).
9. Bridel, M. and Lavieille, R.: Sur le principe scree du Kaa-he-e (*Stevia rebaudiana* Bertoni) II. Les Produits d'hydrolyse diastasique du stevioside: glucose et steviol: *C.R. Acad. Sci. (Paris)*, 193, 72 (1931).
10. Wood, Jr. H.B., Allerton, R.: Stevioside. I. The structure of the glucose moieties. *J. Org. Chem.*, 20, 875 (1955).
11. Wood, Jr. H.B. and Fletcher, Jr.: Stevioside III. The anomeric 2,3,3,6-tetra-O-acetyl-1-0-mesitoyl-D-glucopyranoses and their behavior with alkali., *J. Am. Chem. Soc.*, 78, 207 (1956).
12. Kohda, H., Kasai, R., Yamasaki, K., Murakami, K. and Tanaka O.: New sweet diterpene glucosides form *Stevia rebaudiana*. *Phytochemistry*, 15, 981 (1976).
13. Kohda, H., Yamazaki, K. Tanaka O. and Nishi, K.: Methylripariochromene A form *Stevia serrata*, *Phytochemistry*, 15, 846 (1976).

14. Kohda, H., Yamazaki, K., Tanaka O. and Nishi, K.: Diterpene glycosides of *Stevia paniculata* Lag.: Structure of aglycone, *Chem. Pharm. Bull.*, **24**, 1040 (1976).
15. Kobayashi, M., Horikawa, S., Degrandi, I.H., Ueno, J. and Misuhashi, H.: Dulcoside A and b, new diterpene glycosides from *Stevia rebaudiana*, *Phytochemistry*, **16**, 1405 (1977).
16. Sakamoto, I., Yamasaki, K. and Tanaka O.: Application of ΔC NMR to Chemistry of Plant Glycosides: Rebaudioside-C, a new sweet diterpene glycoside of *Stevia rebaudiana* Bertoni., *Chem. Pharm. Bull.*, **25**, 844 (1977).
17. Tanaka O.: Chemistry of *Stevia rebaudiana* Bertoni. New source of natural sweeteners., *Ann. Rep. Nat. Prod. Inst., Seoul Nat. Univ.*, **18**, 146 (1979).
18. Tanaka, O.: Chemistry of *Stevia rebaudiana* Bertoni. New source of natural sweeteners. *Saengyak Hakhoe Chi*, **11**, 219 (1980).
19. Tanaka, O.: Chemistry of new natural sweet principles. *Kagaku no Ryoiki*, **35**, 590 (1981).
20. Oveido, C.A., Franicani, G., Moreno, R. and Maas, L.C., Accion hipoglicemiente de la *stevia rebaudiana* Bertoni (Kaa-He-e): *Excerpta medica*, **208**, 92 (1970).
21. Suzuki, H., Kasai, T., Sumihara, M. and Sugisawa, H.: Influence of the oral administration of stevioside on the level of blood glucose and liver glycogen in intact rats. *Nogyo Kagaku Zasshi*, **51**, 171 (1977).
22. Miguel, O., Un nuevo hipolicemiente oral., *Rev. Med. Parag.*, **7**, 200 (1977).
23. Schmellin, G.A., von, de Carvalho, F.V. and Domingos Espinosa, A., *Stevia rebaudiana* Bertoni. Avaliacao do efeito hipoglicemiente em coelhos aloxanizados: *Cienc. Cult.* (Sao Paulo) **29**, 599 (1977).
24. Schwartzman, J.B., Krimer, D.B. and Moreno Azorero, R., *Stevia rebaudiana* Bertoni. (Ka'a-He'-e) and the cell cycle of *Allium cepa* L., *Rev. Soc. Cient. Paraguay*, **15**, 52 (1975).
25. Schwartzman, J.B.M. Krimer, D.B. and Moreno Azorero, R.: Cytological effects of some medicinal plants used in the control of fertility, *Experientia*, **33**, 663 (1977).
26. Anon.: *Stevia* component as sweetening agents and antibiotics. Patent-Japan. Kokai Tokkyo Koho, 8092 323, 4pp. (1980).
27. Yabu, M., Takase, M., Toda, K., Tanimoto, K., Yasutake, A. and Iwamoto, Y.: Studies on stevioside, natural sweetener. Effect on the growth of some oral microorganisms. *Hiroshima Daigaku Shigaku Zasshi*, **9**, 12 (1977).
28. Boeckh, E.M.A., *Stevia rebaudiana* Bertoni: Cardioirculatory effects of total water extract in normal persons and of stevioside in rats and frogs: Abstract presented at the I Seminario Brasileiro Sobre *Stevia rebaudiana* Bertoni, *Campinas, Brazil*, 25-26, June 1981, pp. XI. I. -XI. II.
29. Alvares, M., Bazzone, R.B., Godoy, G.L., Cury, R. and Botion, L.M.: Hypoglycemic effect of *Stevia rebaudiana* Bertoni. Abstract presented at the I Seminario Brasileiro Sobre: *Stevia rebaudiana* Bertoni, *Campinas, Brazil*, 25-26, June, 1981, p. XI. III. I.
30. Lee, J.L., Kang, K.H., Park, H.W. Ham, Y.S. and Park, C.H.: Studies on the new sweetening resource plant *Stevia* (*Stevia rebaudiana* Bertoni) in Korea. II. Effect of fertilizer application

level and planting density on the dry leaf yield and some agronomic characteristics of *stevia*: Nongsa Sihom Yonhu Pogo, 22 (Crop), 138 (1980).

31. Pinheiro, C.E. and Gasparini, O.T.: Effect of stevioside on the glycemic level of diabetic rabbit and on the captation of glucose *in vitro* by adipose and muscular tissue in rat. Abstract presented at the I Seminario Brasileiro Sobre *Stevia rebaudiana* Bertoni, Campinas, Brazil, 25-26, June, 1981, pp. XV. II-XV. IV.

Hypoglycemic Activity Evaluation of *Stevia rebaudiana* Bertoni

Kung-Ying Yen and Ling-Ling Yang

Department of Pharmacoacnosity

Taipei Medical College

Taipei, Taiwan, R.O.C.

Leaves of the *Stevia rebaudiana* Bertoni (Compositae) are used in folk medicine as remedy for diabetes and sweetening agent taste modifiers in Paraguay and Taiwan.

In this paper, the *n*-hexane extract, chloroform extract, ethyl alcohol extract, 50% ethyl alcohol extract, water extract of the leaves of *Stevia rebaudiana* and the principle constituent of stevioside were adopted to evaluation of the hypoglycemic activity by normal ICR mice and alloxan treated mice. The bioassay result showed as Table 1-7 and Figure 1-2.

民國七十年臺灣地區十大死亡原因與民國六十年比較

順 位	國際簡略死因分類 號碼	死 亡 原 因	民 國 七 十 年		民 國 六 十 年		增 加 率 (%)
			死亡人數	每十萬人口死亡率	死亡人數	每十萬人口死亡率	
總 計		所有死亡原因	86,240	479.70	68,522	461.88	3.86
第1位	29	腦血管疾病	14,202	79.03	10,335	69.66	13.45
第2位	08-14	惡性腫瘤	13,764	76.59	8,463	57.05	34.25
第3位	E47-E53	意外災害	11,616	64.64	6,325	42.63	51.63
第4位	250,251,27,28 ※	心臟疾病	7,706	42.88	5,744	38.72	10.74
第5位	26	高血壓性疾病	3,146	17.51	1,647	11.10	57.75
第6位	347	慢性肝病及肝硬化	3,075	17.11	2,063	13.91	23.01
第7位	323	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	2,845	15.83	2,797	18.85	-16.02
第8位	321	肺 炎	2,833	15.76	4,414	29.75	-47.03
第9位	02	結 核 病	2,586	14.39	3,997	26.94	-46.59
第10位	350	腎炎、腎微候群及腎變性病	2,329	12.96	1,766	11.90	8.91
		其 他	22,102	122.99	20,971	141.36	-13.00

中醫中藥燈謎四十五則

洞庭山人

一、中醫經典類燈謎三則

1 性命之道載道之學

射經典名一

內經

2 創損冷

"

傷寒

3 辨論精核考證詳審

"

難經

二、中藥飲片湯頭類燈謎三十七則

1 華髮蓋頂老了

射中藥名一

白頭翁

2 爸爸回家吃晚飯

"

當歸

3 酸甜苦辣鹹的男人

"

五味子

4 列表

"

陳皮

5 群醫束手

"

沒藥

6 五月十五日

"

半夏

7 陰陽人

"

千金子

8 萬里他鄉

"

生地

9 寡婦

"

獨活

10 萬里鵬程

"

遠志

射中藥名一

使君子

11 阿斗

"

路路通

12 拱盤街

"

嬰粟花

13 毒玫瑰

"

土狗

14 中國犬

"

大腹皮

15 十月懷胎

"

安息香

16 死後流芳

"

兩頭尖

17 梭

"

神麩(曲)粉底

18 此歌只應天上有
人間那得幾回聞

"

官桂(貴)粉底

19 爵祿萬鍾

"

貝母(捲簾)

20 媽媽有錢

"

炮薑(將)粉底

21 盤頭馬當頭軍

"

白前

22 作者自序

"

百合

23 十交媾

"

紅花(捲簾)

24 年終獎金

"

三七

25 王八保兒

"

仙遺糧

26 祭祀之飯

"

仙遺糧

27. 離婚結婚

射中藥名一

續斷（捲簾）

28. 東波兒

〃

蘇子

29. 盜林之人

〃

木賊

30. 久旱不雨土成金

〃

乾地黃

31. 男性花露水

〃

丁香

32. 卿退班去吧

〃

王不留行

33. 一同凱旋回大陸

〃

全當歸

34. 中央軍校發源地

〃

蒲黃（捲簾）

35. 故鄉

〃

熟地

36. 古匈奴

〃

前胡

37. 高棉人

〃

安南子

三、中藥湯頭類燈謎五則

1. 團魚分屍

射湯頭名一

鼈甲散

2. 金童玉女入洞房

〃

二仙膠（交）粉脚

3. 風流死

〃

逍遙丸（完）粉脚

4. 我要飛上青天

〃

五汁膏（吾志高）石灰

5. 曲徑水長流

〃

通幽湯

學絕繼聖往為

平太開世萬為

本署中醫藥委員會第四十四次委員會議紀錄

時間：中華民國七十二年二月廿八日上午九時卅分

地點：本署第二會議室

出席：張次郎 陳金清富 謝明村 陳太義 謝代 曹成章

顏焜熒 周智夫 陳欽銘 邵錦文 陳筱春 林庚申

幸超群 奚復一請假

列席：葉朝邦

醫政處 徐致亮

章砥柱

主席：張主任委員齊賢

一、主席報告：

紀錄：劉重民

各位委員、葉主任、徐科長，今天中醫藥委員會七十二年召開的第一次會議，在此先向各位拜個晚年，在今年本會的工作是延續去年未完成的工作，茲報告如下：

(一)中醫師典，中藥典的編輯工作必須在今年底或明年上半年將所有的細目編寫完成，因為尚須較長的時間來進行審查整理，故此項業務只憑幾位熱心的委員及中醫藥委員會幾個工作人員的力量是不夠的，所以中醫師典及中

藥典需要各聘主編二人，助理編輯二人，以專責辦理編輯工作，而主編的人選，一人應對中醫藥學術有研究者，另二人應曾經受西醫現代教育者，如此才能達到促使中西醫藥媒合及現代化的目標，希望各位委員能夠推薦適當人選，待署長回國後再由本會簽報聘任。

(二)有關勞保舉辦中醫門診使用藥物種類的問題，本會將於下月七日召開會議研商，因為內政部為了此事召開過兩次會議，勞保局對於這方面完全不懂，必須由本署提供詳細的單味用藥及成方資料，以便將來公保能比照辦理。

(三)關於利用嘉義古柯農場土地建立中藥示範農場乙案，目前已決定與輔導會合作辦理，由林業試驗所，農業試驗所，中國醫藥學院等單位技術合作，並且在下個月將召開會議，擬訂更進一步的作業計畫。

(四)今年五月在瑞士洛桑召開第三屆東方醫學會議，因為本署受預算緊縮的影響，無法對出席者作經費的補助，但為了加強發展中醫中藥工作，我們應該加以瞭解歐洲在

中醫藥方面的發展情形，各位委員如有興趣參加此項會議，應請提早辦理報名手續。

二、工作報告：（略）

三、討論事項：

（一）案由：有關中國醫藥學院畢業持有中醫師證書，是否可參加醫用游離幅射防護講習班講習，暨該講習班是否應繼續開辦，請討論案。

說明：本案曾於本會第四十三次委員會議提出討論，並已作成決議，為達到發展中醫藥目標，本案應維持本署衛署保字第九〇二三一號函，請繼續辦理醫用游離幅射防護講習班，並核准該院畢業持有中醫師證書者參加。

決議：應維持第四十三次委員會議決議，並將會議紀錄送請醫政處參考。

（二）案由：有關台灣省中藥商業同業公會聯合會陳請迅速辦理中藥商發照，請討論案。

決議：送請藥政處參辦。

（三）案由：內政部函為有關中華民國藥師公會全國聯合會申復設置中藥研究發展委員會應否同意，請討論案。

決議：本案為人民團體內部會務工作之調整，應比照其他委員會之設立與否，自行按照章程規定辦理，不必徵求有關機關同意。

四、臨時動議：

（一）案由：請修正衛生署組織法，擴大中醫藥委員會組織及職權，以便擔負起發展中醫藥之工作任務。

動議人：林委員庚申

決議：通過。送請人事室參辦。

（二）案由：發展中醫藥之工作，應自教育着手及紮根，建議教育部在公立大學醫學院內設立中醫學系及中藥學系。

動議人：林委員庚申

決議：通過。

（三）案由：促進各縣市普遍設立公私立中醫院案。

動議人：陳委員欽銘

決議：保留參考。

五、散會。

發展中醫中藥

復興中華文化

行政院衛生署中醫藥委員會第四十五次

委員會議紀錄

時間：中華民國七十二年四月三十日上午九時三十分

地點：本署第二會議室

出席人員：部錦文 顏焜榮 陳筱春 謝明村 周智夫

張次郎 幸超群 陳欽銘 陳金清富 奚復一

陳太義 謝明村代

主席：張主任委員齊賢

紀錄：劉重民

一、主席報告：

各位委員，今天的會議主要討論的是如何提倡中醫藥教育及如何辦理再教育問題，因為這個問題自民國成立以來，沒有真正提倡過，其中的原因很多，但是最重要的仍是中醫藥界自己不團結，到目前為止，由於本身不健全，再加上沒有整體觀念，這是最吃虧的一點，我們反觀西方醫學之能進步，是能同心協力去開創發展，各位前面有一份立法委員華愛先生的書面質詢，其中對於中醫藥教育及衛生行政上的檢討建議真是一針見血。我們如何發展中醫藥，研究中醫藥，使中醫藥復興，能與西醫並駕齊驅，進而達到一元化，必須要自教育根本上着手。希望各位能夠

以此質詢資料為藍本，多多提供寶貴意見。

二、工作報告：（略）

三、討論事項：

（一）本署與退輔會辦理中藥示範農場合作原則，提請討論案。

決議：由中醫藥委員會遵照署長指示原則，擬訂詳細計畫。

（二）有關如何發展中醫藥教育提請討論案。

決議：由本署訂期邀請教育部、中醫藥界團體代表以及學者專家等集會，共同研商在國立大學如何成立中醫學系及中藥學系等問題。

（三）有關如何辦理中醫師再教育提請討論案。

決議：1. 由本署函請考選部會同研商如何修改中醫師特考

法令，即凡經特考及格之中醫師須經本署指派至中醫醫院，或省立醫院中醫門診部實習貳年，憑醫院實習證明發給開業執照。以提高其水準。

2. 辦理中醫師再教育部分應商請中國醫藥學院、台北醫學院、中國文化大學，擴大辦理中醫師現代

醫學進修班，將其修業課程延長為兩年，進修一、二〇〇小時，共為六十學分，並另與教育部研

四、散會。

商其修習課程及承認其所修習之學分。

本署中醫藥委員會第四十六次委員會暨研究委員聯席會議紀錄

時間：中華民國七十二年六月二十日下午二時

地點：本署第一會議室

出席人員：林庚申 陳恭炎 奚復一 張大謀 陳太義

董伯生 陳欽銘 羅源泉 吳元劍 吳明達

蕭新懷 謝明村 林昆倫 張次郎 陳筱春

周智夫 李益芳 莊辰雄 劉明偉 鄒錦文

列席：覃執行秘書

主席：張主任委員齊賢

紀錄：劉重民

一、主席報告：（略）

二、工作報告：（略）

三、討論決議事項：

四、請審查中醫師典（部份初稿）案。

決議：中醫師典部份初稿經各委員初步審查結果，認為大部份尚合標準其中少部份稿紙仍應詳加修正後，提

請編輯會再加審查。

五、臨時動議：

（一）案由：為加強推行發展中醫中藥，建議署長儘速在本署設立「中醫藥政處」，以順應國際潮流及適應社會需求，俾符 總統指示復興中華文化之政策。

動議人：林庚申、陳太義、謝明村、鄒錦文、周智夫、陳

筱春、張次郎、陳欽銘。

說明：

1 自 許署長蒞任以來，瞬已二載有餘，不獨衛生行政建樹良多，尤於中醫藥有長足之進步，如首創編

輯中醫、藥典，及促使中醫藥納入勞保，發展中醫藥宏揚我傳統文化，功績殊昭。

2 三十年來民生樂利，國民生活改善，對我傳統中醫藥以順應全世界之趨勢需求日廣，如針灸醫療之普及，中藥製造之濃縮，日新月異，在在顯示中醫藥之發展，已達百尺高竿，更進一步之期矣。

3 衛生署司全國最高衛生行政之首，理宜順應民情適應立監兩院委員歷年來之建議。及本院孫院長發展中醫中藥之指示，具體分項急速辦理。

4 我等以為發展中醫中藥，百廢待舉，萬事莫若先行變更中醫藥行政體系著手為當務之急。

辦法：

1 請 署長依本署其他單位（如國際合作組，科技發展組等）之成例，先行將中醫藥委員會改制為中醫藥政處（主任委員暫時兼代處長職務，其他人員由衛生署有關單位調任）。內設四組：(1)中醫組管理

中醫業務。(2)中藥組：管理中藥業務。(3)針灸組：

管理針灸業務。(4)典籍組：管理編輯工作。自七月一日實施報院備查（暫不增加人員），同時修正本署組織法，俟送請立法院審議時，以實際需要完成立法程序，將順理成章無異議通過也。

2 請 署長依社會及衛生署實際需要先行修正衛生署組織法，俟完成立法程序後依法改組中醫藥委員會，唯牽涉甚廣，恐非三五載時間難獲通過發布施行，緩不濟急，不能達到迫切之需，以上兩點，敬請公決。

動議人林委員庚申補充動議說明：本案本人前於五月下旬在立法院院會中提案「為發展中華文化中醫藥國粹應擴大中醫藥委員會為中醫藥政處」。

決議：照案通過。

六、散會。

中醫藥委員會第四十七次委員暨研究委員 聯席會議紀錄

時間：中華民國七十二年八月十五日上午九時

地點：本署第二會議室

出席人員：林庚申 吳元劍 周智夫 董伯生 李政育

奚復一 陳筱春 詹輝次 那 琦 汪叔游

陳欽銘 張三郎 林昆倫 李益芳 莊辰雄

幸超群 邵錦文 劉明偉 張次郎 謝明村

張蔚龍 彭有枝 陳恭炎 蕭秋領

列席：醫政處 徐致亮

藥政處 鍾旺益

人事室 葉朝邦

中醫藥委員會 覃砥柱 張蔚炎

主席：張主任委員齊賢 紀錄：劉重民

一、主席報告：（略）

二、工作報告：（略）

三、討論事項：

（一）中藥典原訂整編八百八十六種，茲因各編輯委員撰稿多未送署，現擬先行整編常用藥物，定稿後再編次要藥物，如何討論案。

決議：通過。

（二）擬即通知各編輯委員於九月底前將分配撰擬之有關中醫師典文稿送署，以便彙整，如何請討論案。

決議：通過。

（三）中醫師典中藥典各種稿件於初審完成後如不需補充者，擬即定稿打字。如何請討論案。

決議：通過。

（四）中醫師典、中藥典分由中國醫藥學院醫學研究所與藥學研究所協助撰稿，經審查通過後擬按稿費給酬，如何請討論案。

決議：通過。

（五）中醫師典、中藥典擬由本署各支援五人配合文稿整理工作，如何請討論案。

決議：通過。

（六）有關榮民杜書金所發明癰藥水是否具有療效，請討論案。

決議：由其方義研討，應不具醫療價值。

（七）關於內政部來函徵詢「邵錦文先生等申請籌組中華傳統醫學會」乙案，請討論案。

決議：為發揚我國固有文化及傳統醫學，應准其組織「中華傳統醫學會」。

四、散會。

中華民國七十二年八月十五日

檢討成績
日求精進

為
中醫藥年報題

許文友

