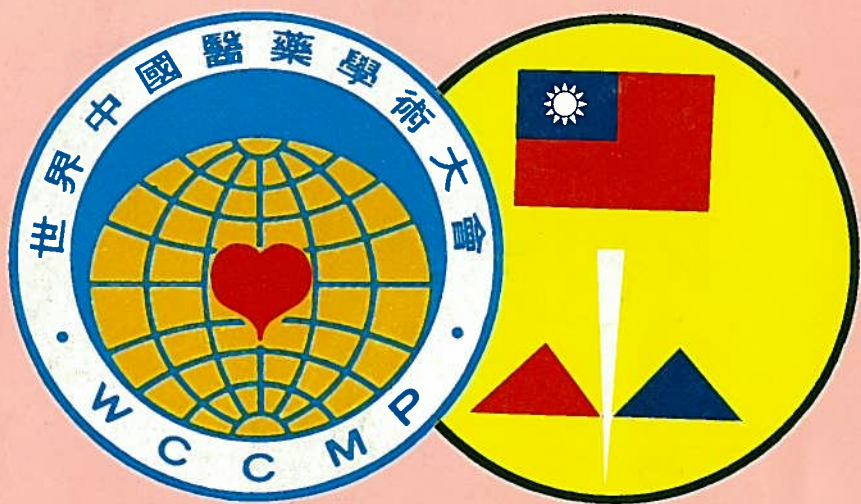


中華民國七十五年

第四期



行政院衛生署中醫藥年報

施純仁

 題

行政院衛生署
中醫藥委員會 編

中醫藥年報

許文夫題



七〇一七

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(四).....(張齊賢).....1
2. 觀察傷寒六經症狀與西醫症候群之相似點.....(汪叔游).....7
3. 從傳統與現代中西醫學的角度論「氣」與「得氣」.....(詹鎮遠).....13
4. 從道地藥材談台灣藥用植物栽培前途.....(邱年永).....28

二、專題研究

1. 淺釋傷寒與溫病.....(郇錦文).....36
2. 中西醫學對真心痛——心肌梗塞的病因證候及診治之研討.....(詹鎮遠).....40
3. 三黃瀉心湯治療本態性高血壓之研究.....(陳和昌、謝明村).....66
4. 糖尿病的研究.....(幸超群).....78
5. 絲球腎炎之中醫療法.....(張次郎).....90
6. 淋、濁、遺精.....(郇錦文).....95
7. 消化性潰瘍之治療研究.....(張蔚炎).....97
8. 中西醫學對「顏面神經麻痺」之診療與預後.....(詹鎮遠).....102
9. B型肝炎——病例報告.....(李益芳).....117

三、中醫藥報導

10. 眼科掇談（續前）……………（張齊賢）……………120
11. 中藥配合生理治療對痔疾之研究……………（張蔚龍）……………122
12. 談婦女病……………（沈譚）……………126
13. 中醫的推拿……………（張拙夫）……………129
14. 關節移位之治療研究……………（吳元劍）……………132
15. 蒲公英掀起熱潮與神效之探討……………（謝文全）……………149
16. 中藥製劑摻加西藥之檢驗研究……………（鄭建詒等）……………152
17. 利用薄層層析斑點掃描法測定黃連、黃蘗及其製劑中小藥驗之含量……………（鄭建詒等）……………181

1. 鍼灸銅人滄桑錄……………（哈鴻潛）……………185
2. 行政院衛生署
中國醫藥學院
七十二年度合辦研究計劃：針灸與中醫藥對肝炎之療效研究計劃成果報告書（本署）……………193
3. 行政院衛生署
私立台北醫學院
七十三年度合辦研究計劃：肝炎之中藥處方研究（第一報龍膽瀉肝湯）（本署）……………208
4. 私立中國醫藥學院附設醫院簡介……………（本署）……………219

四、中醫藥趣談

- 杏林文虎……………（王惠中）……………231

五、附 錄

杏林文虎謎底

(王惠中)

235

1. 行政院衛生署中醫藥委員會第五十次委員會議紀錄

(本署)

237

2. 行政院衛生署中醫藥委員會第五十一次委員會議紀錄

(本署)

238

3. 行政院衛生署中醫藥委員會第五十二次委員會議紀錄

(本署)

241

4. 行政院衛生署中醫藥委員會第五十三次委員會議紀錄

(本署)

242

5. 行政院衛生署中醫藥委員會第五十四次委員會議紀錄

(本署)

244

6. 行政院衛生署中醫藥委員會第五十五次委員會議紀錄

(本署)

248

附件一 藥用植物之栽培及試驗

(林業試驗所恒春分所)

249

附件二 (一) 七十三年度中藥栽培成果簡報

(甘偉松)

264

附件二 (二) 金線連之藥用植物學考察

(甘偉松等)

268

附件二 (三)

276

附件三

280

中國醫藥之創始與各家學說概論(四)

張齊賢

五中醫基礎醫學及臨床醫學之發揮

中醫基礎醫學由「黃帝內經」素問」「靈樞」繼之以「難經」之發揮，確立中醫基礎醫學之整體，及五行學說之運用，與病機學說之闡發，然後診治大法之產生，其間研究發展，經過千餘年探討，迨至戰國時代，

秦越人著述「難經」以補「內經」之不足，全書八十一章，分別敘述脈法，經絡流注，營衛三焦臟腑諸病，及十二經脈之經榮俞穴針刺補瀉，作深入淺出之說明與發揮，為後世醫者於病理診斷發展積極研究與臨床之模式。徐大椿云：「難經非經也，以靈素之微言奧旨，引端未發者，設為問答

之語，俾暢厥義也，自古言醫者，皆祖「內經」，而「內經」之學至漢而分，倉公以診勝，仲景以方勝，華佗以針灸雜法勝，皆不離乎「內經」而師承各別蓋「難經」之旨，欲發揮本經未盡之意旨，剖析疑義，垂示後學，其中自出機杼，發揮醫理，未見於「內經」者而確能申「內經」之奧義

，補「內經」之未發，足與「內經」並垂千古。」

由基礎醫學，而進入臨床醫學，首推東漢末年之醫學大家張仲景經承

「素問」「難經」「神農本草經」，發展六經論傷寒、臟腑論雜病，第一部臨床醫學鉅著，創立了病理、法則、方劑及病因，與辨證施治方法之運用，使中國醫學之基礎、理論進入臨床診斷治療階段、促進中國醫學理論體系自益完整。

仲聖以六經傷寒不同之證候，與六經所屬之臟腑病理變化進行細密分析，在證候之辨別，提出表裏之分、寒熱之變、虛實之別，六者之中，又以陰陽為之概括，為後世八綱辨證，定了基礎，其以臟腑論雜病，則以臟腑病機之理論，進行證候分類，並以三種不同之病因，與雜病發病之關係，及病因之研究發展，有了極大貢獻

，並運用四診望聞問切進行診斷，以八法歸納治療，將病理、法則、方藥貫串在一起，為後之醫者，有效指導臨床實踐之模式。

在藥物方面，依據神農本草經，匯集上古至漢代以前藥用知識，分別以藥之寒、熱、溫、涼四氣與藥性酸、鹹、甘、苦、辛五味。再由五味四氣研判藥物之性能與有毒無毒、補瀉表裏、通經絡、祛風濕、除邪延年，分上中下三類創立方劑之君臣佐使，七情和合之配伍方法，對於藥性之炮製、貯藏作概括性之論述，其間雖有遺佚，但保存遠古之發明，對後世研究藥物學之發展，不可謂非鉅大之貢獻。

自秦漢以還，歷代醫學專家在內經、難經、神農本草經、傷寒論、金匱要略之雜病論治等著作影響下，由漢唐宋元明清各家之學說逐漸研究發

揮，使中國醫藥之理論體系，日益豐富與完整，茲舉大者言之，分為基礎醫學，臨床醫學，與藥物方劑三種。作一概略說明：

關於基礎醫學，除「內經」「靈樞」「難經」外，晉王叔和著「脈經」，敘說臟腑病脈陰陽大法，分析三部九候提出二十四種脈象為脈法之規範。

皇甫謐著「甲乙經」補述靈樞十四經經脈俞穴，詳列病證為針刺之定律而為針灸專書。

隋楊上善著「太素」，將「內經」之內容分為十九類為整理內經有系統研究之開端。

巢元方著「諸病源候論」，探求諸病之源，及九候之要，列述一千七百餘證，堪稱病證病理之鉅著，為第一部病理專書。

唐王冰著「素問釋文」對「素問」作了全面深入之注釋，對於運氣學

說，更有發揮。

宋元以後，在上述諸家學說於基礎醫學理論上發展趨勢漸分為二，其一在研究基礎醫學之同時，實踐臨床醫療提高病因病機理論之發揮及發展臨床醫學之實驗。如宋元諸大家，及明清溫熱病諸家學說均屬之。其二從事於文獻之整理與研究，對古典醫籍進行校正、疏義、注釋、並發揮其學說，如宋之林億「素問補注」據全元起本校正，王冰「釋文」計正誤漏六千餘字，注文二千餘條為現存「素問釋文」之最完善本。

龐安時之「難經解義」據素問靈樞，發揮經義，對於人迎寸口脈之診法尤為詳盡。

元滑伯仁之「讀素問鈔」摘取「素問」內容分為十二類，開節略「內經」之先河。

明王九思之「難經集著」，吳鶴

巢之「內經吳注」，馬玄台之「素問注證發微」合王冰之二十四卷為九卷分章節闡注，以馬氏為最早，靈樞注證發微為全部解釋靈樞之第一部著作，其疏解經絡俞穴，多有發揮。

清張志聰之「素問集注」「靈樞集注」徐大椿之「難經經釋」「汪詡庵」之「素靈類纂」為對靈樞素問及難經之發揮最著者，但基礎理論與臨床研究相結合，與文獻之整理研究，兩者之間，不是截然劃分，常文錯並行，有相互促進之作用，其學說概況略述於學說分類。

關於臨床醫學方面：首推張仲景之「傷寒論」及「金匱要略」之雜病論治，樹立臨床醫學之模式，華佗「中藏經」，從五臟六腑虛實辨證，對雜病之治療極有貢獻。

唐之孫思邈，繼之而起，將很多雜證概括於臟腑虛實寒熱之中，從而

立方配藥，而著「千金要方」其中包括內、外、婦、兒、針灸、五官、營養等科雖不及「傷寒」「金匱」，而於各科已具雛形，對於臨床醫學之發展，實有促進作用，迨乎宋元，由於基礎醫學與臨床醫學之密切結合，推動了臨床醫學之進展，對於臨床醫學之理論裨益實大，宋元明清諸大家，依據此一理論，不斷研究發展，繼孫思邈而對傷骨之處理，有蘭道人之「仙授理傷續斷秘方」，對骨折之處理已研究出復位、墊板、固定、和適當關節活動之初步經驗。

宋之錢乙依據「顯顯經」、「傷寒論」從五臟辨證，論小兒生理病理要點，提出小兒臟腑柔弱、易虛易實、易寒、易熱之論點。

陳言依據「諸病源候論」及「千金方」而將受病之源，概括為內因、外因、不內外因三者、而為用藥立法

陳自明「金匱」「千金方」「產

育寶慶集」研究訂定「婦人良方大全

」將婦科病，作有系統之歸納。認為

肝脾損傷，是月經病之主要病機，對

於外科癰疽之病因、病機、診斷、治

療作為研討，而著外科精要，提出外

治以泄氣消腫，內治以穩定臟腑、托

裏散滯為大法。

王惟一依據「甲乙經」，從經絡

之循行，以定經穴部位，而著銅人針

灸俞穴圖經，及銅人模型之鑄造。

金元時代劉完素熟語「內經」「

傷寒論」「中藏經」，以火熱闡發素

問病機十九條，認為六氣都能從火化

，並以亢害承制論，闡發機體之平衡

和失調之病理變化，而著「素問要旨

論」「素問玄機原病式」「三消論」

等。

張從正研討劉完素之學說，擴大

汗、吐、下、三法之治療方法，確有
獨到之處，並著「儒門事親」。

李東垣研究「內經」「難經」及

張元素之學說，發明脾胃為元氣之源

，精氣升降之樞，於是提出內傷脾胃

，百病由生之病機理論，有脾胃論學

說。

朱震亨受劉完素、張子和、李東

垣之學說影響。主相火病機論，認為

相火為人身之動氣，源於肝腎，肝腎

失調，則相火妄動而為臟邪。於是提

出了陽常有餘，陰常不足之學說。著

有「格致餘論」。

齊德之研究李東垣學說對外科瘡

瘍症之研究頗有心得，治療先求病源

，再分陰陽虛實，強弱深淺，再行論

治。著有外科精義。

忽思慧專究人生食品營養，敘述

一般人對於膳食之調配有「飲食正

要」為中國第一部研究膳食營養之著

作。

滑壽潛究「內經」「難經」對十

四經脈任督二脈之研究提出浮、沉、

遲、數、虛、實為諸脈之綱，著「十

四經發揮」及「診家樞要」以上金元

時期之臨床學說。

明之戴思恭宗朱震亨學說，謂氣

火同屬，認為常則為氣，變則為火，

火非君相可概，無臟不有，著有「證

治要訣」。

薛己受張元素、李東垣學說之影

響重視人體之先天後天，力倡脾腎兼

補之說。

趙獻可受薛己之影響，對命門學

說，有進一步之發揮提出人身之主宰

，非心而為命門，命門之火，為無形

之火，為生機所系之論，著有「醫貫」

。

孫一奎由「內經」「諸病源候論

」提出命門為兩腎門間之動氣，非水

非火之說，對火與氣之病機，頗有發揮，著「赤水玄珠」「醫旨緒餘」。

楊繼洲依據「內經」「靈樞經」之著述，集明以前之針灸學說，為有系統之整理，名曰「針灸大成」。

陳實功對於外科病理、證狀、論治、作詳細論述，尤擅外科手術，並提出「五戒」「十要」作為醫生守則，著「外科正宗」。

張介賓依「內經」及薛己學說之影響，將命門之火，認謂元氣，命門之水，認為元精，無陰精之形，不足以載陽氣，故主陽非有餘而其陰不足，著有「類經」及「景岳全書」。

吳有性為研究溫疫之專家，其論溫疫之感染，異於一般外感，其邪自口鼻而入，其傳變特點，為分傳表裏，與傷寒自表入裏者有區別，其研究心得，為劉完素元氣都能從火化，而著「溫疫論」。

翁仲仁為幼科專家，對痘疹之論述，頗具卓見，著「痘疹金鏡錄」。

傅仁宇將歷朝眼科疾病，分為一百〇八證，採集各家療法，作深入之論述，著「審視瑤函」，以上為明朝之醫者，對於臨床研判之貢獻，不可謂不大也。

清朝醫家，於臨床有特殊貢獻者，有葉天士之溫熱論以衛氣，營血，三焦，倡說外感溫病之病機，對於劉完素吳又可等之學說，尤多闡發。

柯琴主張傷寒，應概括雜病證治，對於合病、併病之理論，尤多發揮，著「傷寒來蘇集」。

王維德為清之外科瘡瘍專家，對癰疽疔瘡有深入研究，說明癰疽之陰陽虛實，由紅腫白硬來區分，對癰疽之治療，提出以消為貴，以托為畏之治療論說，並發揮蘇德之外科精義，著「外科證治全生集」。

徐大椿對於臨床訂有「蘭台規範

」及「醫學源流論」「醫略六書」對腎與命門之研究，有獨到之處，認為腎之真水，是為元陰，命門真火是為元陽，陰陽相貫水火相濟，生生之機，永恆不息，命門為董育之主，五臟之陰氣非此不能滋，五臟之陽氣，非此不能發，對於「內經」「難經」「傷寒」，續有發揮。

吳塘對傷寒與溫病之病源，提出傷寒源於水，溫病源於火之論說，確立清熱養陰為治溫病之大法，以臟腑分屬三焦而為溫熱病機之所在，著「溫病條辨」。

王清任對血瘀之治療，有獨到之經驗，著「醫林改錯」。

李倫青依據「重樓五朝」以寒熱為綱，分論白喉，確有心得，為治白喉傳染病較為完整的臨床醫學，著「白喉全生集」。

高秉鈞對於外科以八綱論證，瘡瘍同證異治，異證同治，有一定成就，著有「瘍科心得集」。

唐宗海對氣血的生理病理有深入研究，認為氣血失調則陰陽不和，而諸病蜂起，著有「血證論」。以上為清朝醫學大家於臨床之研究貢獻，不能謂不大也。

六、中藥和方劑之發展

中藥和方劑之發展，約可分為兩個階段，明末以前各家多致力於藥物和方劑之發掘、匯集、考證之工作，為前一階段，自明末至清代，多注意於藥物和方劑的效用，及其理論上之發揮，是為後一階段，藥物自「神農本草」起，訖「本草綱目」如晉陶弘景所著「本草經集注」所載藥品由「神農本草經」三百六十五種，增至七百卅種，至「蜀本草」又新增為一百

三十種，再至開寶「重定本草」，增加到一千零八十二種，明末李時珍之「本草綱目」及「本草綱目拾遺」合計竟達二千六百多種，自此以後即漸轉入後期階段，著重從事藥理之研究，如繆希雍所著「本草經疏」，張璐之「本經逢源」，張志聰之「本草崇源」對藥物效用，均各有發明，郝潤庵之「本經疏證」進一步結合了「外台」「千金」「金匱」和「傷寒」制方之義，進行藥物作用之闡述，使藥物、方劑、和臨床治療密切結合起來，構成理法方案，辨證施治之完整體系。

方劑之發展，從經方十一家起，至「外台秘要」已發展為六千多方，至宋「太平聖惠方」為一萬六千八百三十四方。至明代，普濟方所集竟達六萬一千七百三十九方，集方至此可為盛矣，明末至清三百多年中則漸進入研究制方之理，如明末吳鶴臬之「

醫方考」則全是後一階段之研究，入清以後張璐首著「千金方衍義」以闡發千金方調處之理，汪訥庵之「醫方集解」進一步從病源、脈象、臟腑、經絡、藥性、治法，等闡明其處方大義。吳遵程之「成方切用」不但擴大了解釋方義之範圍，更從每一方劑之加減而發揮之。

費晉卿之「醫方論」則由博反約，從每一方之適應證解說，以知其禁忌之所在，此後論方之書，亦多為其例。不但對方劑學理之提高，而提示了處理之依據，不可謂非臨床之一大成就。

以下為歷代醫藥大家之學說概論，待續。

觀察傷寒六經症狀與西醫症候群之相似點

汪叔游教授講於
台大第八講堂
曾文毅記錄稿修正

西方醫學起源於希臘文化，注重精密客觀的分析及正確詳細的記錄，研究的方法一定是把對象分割或縮減至最基層形式（Fragmentation or Reductionism）然後依數學或物理學之原則以處理之。而中醫則導源於易經的整體類比思想和以簡御繁的道

家哲理，研究方法把對象之整體認為有陰陽兩面，即使分割體仍具有陰陽之性，兩者盈虛消長之間有其先機。這兩種醫學的思想體系雖截然不同，但在臨床治療的對象則兩者所面臨者皆為疾病與病患之症狀，其所追求痊癒的目的則一也。是以中西醫兩者最

後終必相通。本文所述就是要找出我們的共同交點，所以今天我們要了解中醫就要去找出更多的交點來，如果接受西方教育者有先入為主的西方分割觀念就形成了佛家所說的「知識障」就很難接受中醫整體的理論了。

中醫是對整個人體之研究而不單

獨去研究疾病，並不像西醫一定得窮究致病的特定的外來入侵體 (Specific exogenous agent) 或要求嚴格的病灶解剖位置。而只是觀察人體所發生的各種反應 (responses) 再劃分幾個層次，並針對各層次所反應的症狀做適當的調整或治療，漢朝醫學大家張仲景所著之傷寒論，依內經之理將人體疾病症狀劃分成六個層次，由外向內依次為：太陽經症候、陽明經症候、少陽經症候、太陰經症候、少陰經症候、厥陰經症候。依內經之原意所謂「司天」「在泉」是講更大的宇宙整體觀念，指出大氣層的氣候變化影響人體生理，因其太深奧在此不提。茲僅介紹每一經脈的臨床症候並試找出與西醫之疾病有否相交之處。

(一) 太陽經：位於人體最外層，是抵禦外來侵略的第一道防線，它的功

能在中醫而言即是「衛氣」的作用 (defense mechanism) 依西醫而言它包括：(I) 腎上腺髓質所分泌正腎上腺素 (Norepinephrine NE) 控制的周邊調節系統 (Peripheral thermal regulating system) 此系統有四個管道來產熱(1) 新生兒肩胛骨間的褐色脂肪 (Brown adipose tissue) 分解游離脂肪酸 (Free Fatty acid) (2) 橫紋肌收縮發抖 (shivering) 所產生之熱量(3) 細胞膜內外的鈉、鉀、鈣等離子之進出所謂幫浦作用以取熱(4) 可使氧化磷酸化作用 (Oxidative phosphorylation) 產生 ATP 之過程鬆弛 (loose coupling) 以產生大量熱量。(II) 前列腺素 (Prostaglandins) 與下視丘溫度調節中樞 (Hypothalamic temperature regulating center) 之產熱與自主神經使汗腺出汗以散熱的

機制。(III) 免疫系統：外來入侵體發生種種免疫反應，如抗原—抗體反應以及各種補體系統 (Antigen Antibody reaction and complements) 中醫的「衛氣」在西醫而言可能就是包括上述三種作用的防禦系統，當一個人的衛氣強，就是表示他體內的 NE, prostaglandins 分泌合適，Complements 健全，是謂「正氣強」內經有謂正氣強則外邪不侵之說，一旦外邪在某一情況例如抗原物之細菌侵入人體，則細菌之內毒素 (endotoxin) 會擾亂上述第一及第二系統產熱而發燒成擬交感作用 (Sympathomimetic activities) 若是 β 接受器之作用較為明顯則「不汗」，若是副交感的乙醯膽鹼作用在草驗接受器則全身出汗，若交感的正腎上腺素作用在 α 接受器，則僅局部如手脚掌出汗，如果損傷了自主神經中樞 Au

tonomic dysfunction 則可「汗出如油」。這「汗」、「不汗」及「汗出如油」的現象在傷寒論中是特別強調注重的。此兩種情況的治法不同「發汗」用桂枝湯，「不汗」用麻黃湯。為何把「汗」、「不汗」看得如此重要呢？因為從這症狀即可知道病人的中樞熱調節與周邊熱調節是否配合得正常。而且在「汗」與「不汗」

的問題，亦牽涉到「失水」的情況。

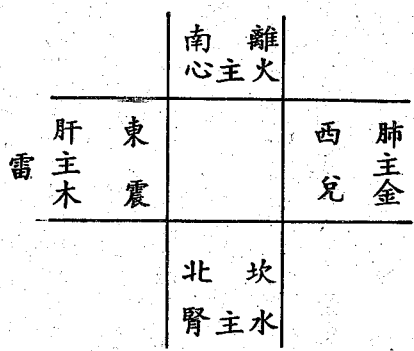
總而言之，傷寒論對「汗」、「不汗」

的問題如此注重，在數千年前尚無靜脈滴注的情況下，確實有其道理的。

另外有一種 Fever 不是起於外邪入侵的實熱（如：細菌、病毒、黴菌等），而是起於第二系統自身免疫疾病（Autoimmune disease），如

：紅斑狼瘡病 Systemic lupus erythromatosis S.L.E，腎絲球炎 Glomerulonephritis，風濕病

Rheumatism、膠原病 Collagen-vascular disease...或是腎皮質素不足症 Corticosteroid insufficiency，癌腫 Tumor，地中海熱 Mediterranean fever 等。中醫稱之為「雷龍之火」「相火」「虛火」。所謂雷龍之火就是厥陰肝（雷）及少陰腎（龍）的陰虛之火。參考下圖：此種發燒不是用抗生素所能控制的。



人體發燒的機轉主要在第二系統熱調節中樞（Central thermal regulating center）包括前列腺

素（PGE）及下視丘（Hypothalamus），這部份可用阿斯匹靈（Aspirin）退烧。第一系統的週邊熱調節（Peripheral thermal regulating system）、包括 Ion-pumping system. NE. Leukocyte phagocyte. Mitochondria oxidative-phosphorylation coupling 這部份對阿斯匹靈就無反應。

從西醫研究人體恒定系統的演進來看：首先是 1917 年 Canon 所提出的交感腎上腺髓質系統（Sympathoadrenal medulla System）其次是 1936 年 Selye 提出腦下垂體腎上腺皮質系統（Pituitary Adrenal Cortical System）1940 年又有下視丘，腦下垂體，腎上腺皮質系統（Hypothalamic-pituitary-adrenal corticol system）1975 年又有神經傳遞物質之發現（neu-

rottransmitters)，使我們對體內恒定系統的認識漸趨完備，而且也因此更接近於瞭解針灸之機制。因為與針灸有關的腦啡 (Endorphin)，就是一種神經傳遞素。

發燒有節律性 (Circadian or rhythm) 此點中醫很早就發現了此種節律特性，用在針灸上稱「子午流注」，西方則是到了近代超音速飛行器發展以後，人一天內可以飛越很長的距離，因此打破了地區性的生物節律，產生出不適應的疾病，這才發現的。傷寒論中的「柴胡熱」與天體太陽的運行有關係，現在的西醫也有所謂：Durnal rhythm 即早晨的燒較高，晚上較低，如果此節律被破壞，則病情又發展到另一境界了。近來生化學的研究亦發現蛋白質本身就有它自己的節律，所以中國人的思維方法與西方人終有差異，皆肇因

於此也。

另外與衛氣相對的「營氣」包括腎臟的 Renin-generating system 及肝臟 fibrin-generating system，此兩系統與血液凝固的止血有關，相當重要。另有 chemotaxis 方面包括 Mast cell. Histamine 等系統。總之，外邪一旦入侵人體，不管它是什麼病原體，我們只需觀察「衛氣」與「營氣」所包括之各系統所發生的反應，如同我們在研究核子輻射利用霧室 (moist chamber) 以間接的觀察基本粒子之運動軌跡一樣。關於觀察疾病，中醫運用「望」、「聞」、「問」之外，還以切 (把脈) 來做診斷，如「太陽中風脈浮」其浮脈之脈浮是在舒張期出現相當高大之正波，乃由於血管壁舒張，週邊阻力改變返折波之明顯表現也。

中醫太陽症之病變很多，例如：

(1) 葛根症，指感冒引起的背項疼痛，此即西醫的 Myofascia pain syndrome 位在枕骨部及脊柱兩側的肌肉或肌膜病變。(2) 「發背」即西醫的 Carbuncle 意指金黃葡萄球菌感染在背部非彈性皮膚 (back inelastic skin) 發生炎症，中醫在抗生素時代以前謂「發背」乃難治之症。其實發背之診斷可能混雜有癌腫病例如鱗狀細胞癌 (Squamous cell carcinoma) 又稱 Bowens disease，乃砒中毒引起的，可由上代傳給下一代，中醫亦歸入太陽症中。(3) 破傷風桿菌所發生之強直 (Tetanus)，皆歸在足太陽膀胱經的症候。用西醫的分類方法看起來就覺得很複雜而奇怪。但中醫自有其一定的原則。太陽膀胱經下段在下焦所生的症候稱五苓散，與淋濁門有關，此與西醫的高血鈣症 hypercalcemia 及

攝護腺症 *prostatism* 十分相似。

(一) 陽明經症：疾病通過第一道防線之後便到達足陽明胃經這第二道防線了。所引起的主要病症有兩種：白虎症及痞症。(1) 白虎症包括了西醫的菌血症 *Bacteriemia* 或敗血症 *Septicemia* 它是循環系統的高能狀態 *Hyperdynamic Cardiovascular State*，乃是交感神經 β 接受器作用明顯而引起：臉部會潮紅 *flush*，脈洪大，大汗，大渴，稱為「四大」，結果是高度的心輸出量及耗氧量 *high cardiac output and low arterio-venous difference* 接近休克及酸中毒 *acidosis*。(2) 痞症類似西醫的腸阻塞 *reflex ileus* or *paralytic ileus*，如肺炎患者處理不當可出現合併症「腸阻塞」：肚子鼓漲，嘔而燥矢，這亦是傷寒論中特別強調的一點，決定「下」與瀉心

湯之重要證候。(3) 脫症即西醫之休克

shock 有兩種即冷型與熱型 *cold shock & warm shock*，陽明症所產生的是大熱型休克，此病須觀察大小便（二便）看有無鞭滿或少尿，另外也有免疫反應出現，例如(4) 斑疹 *skin rash macula*...等，陽明症其脈為洪脈，脈波在收縮期出現疊波 (*Bisferiens*) 且幅度甚高，極易辨認。

(二) 少陽經症：病若不控制好，再跑進去，就到了第三防線——足少陽胆經了。症狀在內經上描述之少陽脈，其脈乍大乍小，西醫稱交替脈 (*pulsus Alternans*) 與心電圖上顯示 *electroalternans* 頗為相似，但它只有脈之大小變化，沒有心律不整的少跳現象 *dropping beat* 它還有一些像瘧疾 *malaria* 之瘧狀：會忽冷忽熱 *chill and fever*。

總結以上三條陽經，皆屬於交感

腎髓質系統 *Sympathoadrenal medulla system*，而以下要講的三條陰經則屬於下視丘腦下垂體腎皮質系統 *Hypothalamic-Pituitary-adrenal cortical system*。

(四) 太陰經症：主要症狀是泄瀉 *diarrhea*，德國的伏爾博士 (Dr. Voil) 已證明脾胰關係很密切，經脈上是左脾、右胰。依照西醫目前之研究有一種瘰癧能使胰臟細胞自行產生小腸血管活動肽 *Vasoactive intestinal peptide-VIP*。可造成泄瀉，稱為胰性霍亂 *pancreatic cholera*，因為 *VIP* 與霍亂弧菌的內毒素皆可指使腸肌細胞膜上的接受器作用，藉 *Cyclic AMP* 傳遞訊息入細胞內，而使腸肌猛烈的收縮，造成同樣的結果——泄瀉。此點似乎說明了中醫的觀點對外侵物之不必太認真，假如把觀察層次移

到細胞膜的接收器上則霍亂弧菌之毒素與胰細胞分泌的小腸血管活動肽就無分別了。另有一種 Gastrinoma，也是胰臟細胞分泌大量胃泌素 gastrin 而導至胃酸過多，引起十二指腸潰瘍及脂便 Steatorrhea 等症狀，稱為 Zollinger-Elisson Syndrome，這是脾經濕的特性。另還有 A 型、B 型肝炎，在中醫亦與脾經之濕性有關。西醫之風濕病即中醫所謂痺症是由風、寒、濕三邪氣所造成的，而肝炎屬於另一面的濕熱。脾症的脈象是代脈及瀉脈：乍大乍小且至數不齊，即西醫的心律不整 arrhythmia，有期外收縮 ectopic beat 產生，瀉脈是一種收縮期的矮小呈三角形波形。

(五) 少陰經症：中醫在廣告上渲染的「腎虧」常受西醫的指責，其實真正的腎虧是有的，它與 Renin-Angiotensin System 有關，即腎上腺皮質分泌留鹽激素 Aldosterone 過多，造成體內的血鈉過高 hypernatremia 這叫做「腎陰虛」。另外也有「腎陽虛」，即腦下垂體的後葉分泌過多抗利尿激素 (Antidiuretic hormone ADH) 造成體內水量過多，同時沖淡了鈉的濃度 Hyponatremia 於是有嗜睡、噁心、嘔吐之現象，這在西醫稱 Schwartz-Barrter Syndrome。血鈉過高之中醫脈象為石脈，亦是僅有收縮期較高的三角形，此乃由於鹽之滯留管壁改變了血管彈性及週期阻力所致。

(六) 厥陰經症：最明顯的症狀是「閉脫」及「瘧症」即 Coma & Seizure convulsion。中醫稱之「厥陰風木」，即有震動不停之意。另還有留鹽激素造成高血壓症，即中醫所謂的「肝陽上亢」，還有手厥陰心包經的症候在小兒為急症，稱為「厥陰

心包風動」。厥陰症的脈象是弦脈，內經稱弦脈急。「急」指血流急速，此即西醫之 hypermia，在脈象上為端直而長，與洪脈一樣有疊波，惟其波幅較低。

所以中醫的觀察六經病証用現代西醫術語(一)第一級的變化是交感腎上腺髓質系統，腦下垂體交感腎上腺皮質系統及下視丘腦下垂體腎上腺皮質系統及中樞神經傳導素。(二)第二級的變化是高血鈣症、高血鈉症、低血鈣症等。(三)第三級變化在 Cyclic AMP Prostaglandin 及週邊神經傳導素

，從這三級失調的產生之特殊症候群來規範中醫的太陽麻黃桂枝證之汗與不汗，陽明白虎證之下與瀉心，少陽柴胡證之和與不和以及太陰泄瀉證，少陰真武證與厥陰之厥證，就顯得相符而不相反了。

從傳統與現代中西醫學的角度

詹鎮遠

論「氣」與「得氣」

壹、緒言

內經是我國現存的一部最早的醫學專論，包括素問與靈樞兩部分，其著作的年代已不可確考，但大部分的學者都承認它是戰國至秦漢時代的作品，並成書於西漢，匯集了西漢以前醫學理論的結晶，亦為我國傳統中醫生理病機及臨病診療的準則。由於內經非一時一人一地的專著，而係由前後不同時期的作品所匯集而成，因此內經中，關於「氣」的術語用辭和涵義，紛紜不一，此乃是必然的現象，但是仍有其思想系統和脈絡可尋。根據莊宏達先生所編的內經諸氣索引統計，內經中共有三〇三個各種不同的「氣」的名稱，而且諸氣名詞出現的次數亦高達二八〇八次，然而仔細的研究斟酌後，發現內經中所謂的「氣」由外而

內可分為下列七大類：

- 一指自然界各種病媒，傳染源及污染的環境生態——如：風氣、濕氣、瘴氣等。
- 二指在自然界中運行傳播的精微物質，其對人體有莫大的影響——如：天氣、地氣、春氣、夏氣、雨氣、雷氣等。
- 三指人體內循行並含營養或特殊作用的精微物質——如：「人有精氣津液」「飲入於胃，遊溢精氣」等。
- 四指人體臟腑經絡系統之生理功能或生物能——如：真氣、精氣、血氣、營氣、足太陽脈氣、衝脈之氣、陰氣、陽氣等。
- 五指某一種疾病或症候群——如「言而微，終日乃復諸，此奪氣也」，「心氣熱，則下脈厥而上……」等。
- 六指各種複雜的心理反應，生理變化或病理機轉——如：「

人有五臟，化五氣，以生喜怒憂恐」、「諸氣臍鬱，皆屬於肺」，「氣實形實，氣虛形虛」等。

七指食物、藥物或某種療法對生物體所引起的各種反應——如：針氣、藥氣、酒氣、穀氣等。

雖然內經上所謂的氣可以分為以上七大類，但是對於中醫針灸及辨證論治最常見也是關係最密切的不外乎元氣、宗氣、真氣、衛氣、營氣、臟氣、腑氣、經氣、絡氣等，其內涵和機轉值得我們分別從現代中西醫學的角度去做深一層次的探討。

就人體生命活動的「氣」而言，其涵義包括質與能二個層面，質係指在人體內流動的營養性微細精密切物質，如衛氣、營氣等，能係指臟腑經絡的功能、活動能力及其他各種生物能，如臟氣、腑氣、經氣、絡氣、真氣等，二者相輔相成，並行不悖。

針刺人體必須「得氣」才有療效，體針時得氣的針感為酸、麻、重、脹，而且針的得氣之針感為痛熱為多，偶而亦有麻脹感。人體在發生針刺得氣的針感時，施針者常能感到針被吸粘住，手下有沉緊感，當企圖把針進一步向內轉入時，常會遭到阻力，這就是針刺得氣之「吸針現象」。致於針刺得氣之機轉，主要與肌肉的收縮和神經的反

射密切相關，但是其詳情仍待我們做更進一步的研究和探討。

貳、本 文

目次：

一、論「氣」：

1. 內經中「氣」的類別。

2. 人體生命活動之「氣」。

3. 現代醫學對「氣」的體認。

二、論「得氣」：

1. 得氣的意義。

2. 針刺得氣的現象。

3. 針刺得氣機轉的探討。

一、論「氣」：

1. 內經中「氣」的類別：

根據莊宏達先生所著之內經素問諸名辭彙引，其統計內經中共有三〇三個各種不同的「氣」之名稱，而且「氣」的名詞出現次數，共達二八〇八次之多，其含義雖紛歧

，但仍有它一貫的精神和脈絡可尋，經由深思熟慮之後仍可將其概略的分門別類，以便研習，譬如陳欽銘先生即建議內經中所謂的「氣」可分為下列七大類，茲補充說明如下：

(1)「氣」指自然界中各種病媒，寄生蟲、細菌、病毒，毒素之傳佈或足以危害人體健康之各種不良的污染之環境，如：

①素問、痺論篇云：『風寒溼三氣雜至，合而為痺也。其「風氣」勝者為行痺，「寒氣」勝者為痛痺，「溼氣」勝者為著痺也。』

②素問、瘧論篇云：『「邪氣」客於風府，循膂而下：』，『「風氣」留其處故常在，「瘧氣」隨經絡沈以內薄：』又云：『夏傷於暑，「熱氣」感：』。

③素問、陰陽應象大論云：『「厥氣」上行，滿脈去形。』

④素問、經脈別論云：『「淫氣」病肺，「淫氣」害脾』……等。

⑤素問、四時刺逆從論云：『逆四時而生「亂氣」。』

(2)「氣」指在自然界運行傳播並對人體結構生理有重大影響之微小的精微物質，如：

①素問、六微旨大論曰：『「天氣」始於甲，「地氣」始於子，子甲相合命曰歲立，謹候其時，氣可與期。』四時刺逆從論曰：『春者，「天氣」始開，「地氣」始泄』。

②素問、五運行大論曰：『「丹天之氣」經於牛女戊分，「黔天之氣」經於心尾己分，「蒼天之氣」經於危室柳鬼，「素天之氣」經於亢氐昂畢，「玄天之氣」經於張翼婁胃，所謂戊己分者奎璧角軫，則天地之門戶也。』

③素問、四時刺逆從論曰：『「春氣」在經脈，「夏氣」在孫絡，「長夏氣」在肌肉，「秋氣」在皮膚，「冬氣」在骨髓中：』。

④素問、八正神明論曰：『凡刺之法，必候日月星辰，「四時八正之氣」，氣定乃刺之。』「八正者，所以候八風之虛邪，以時至者也；四時者，所以分春、夏、秋、冬之氣所在，以時調之也。』

⑤素問、調經論曰：『「近氣」不失，「遠氣」乃來：』……。

⑥素問、陰陽應象大論曰：『「天氣」通於肺，「地氣」通於腎，「風氣」通於肝，「雷氣」通於心，「谷氣」

「通於脾，「雨氣」通於腎。」

(3) 「氣」指人體內循行並有營養或其他特殊作用的精微物質，如：

①素問、經脈別論曰：「食氣」入胃，散精於肝，「淫氣」於筋；「食氣」入胃，「濁氣」歸心，淫精於脈；「脈氣」流經，「經氣」歸肺，肺朝百脈，輸精於皮毛。毛脈合精，行氣於府，府精神明，留於四臟。氣歸於權衡，權衡以平，氣口成寸，以決死生。」又云：「飲入於胃，游溢「精氣」上輸於脾，「脾氣」散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱，水精四布，五經併行，合於四時，五臟，陰陽，揆度，以為常也。」

②素問、調經論曰：「人有「精氣」，津液，四肢九竅、五臟十六部，三百六十五節，乃生百病，百病之生皆有虛實……」。

(4) 「氣」指人體臟腑經絡系統之生理功能，生命動力或生物能，如：

①素問、平人氣象論曰：「臟真上於腎，腎藏「骨髓之氣」。」

②靈樞、邪客篇曰：「五穀入於胃也，其糟粕、津液、「宗氣」分為三隧。故「宗氣」積於胸中，出於喉嚨

，以貫心脈而行呼吸焉。」

③靈樞、刺節真邪篇曰：「真氣」者，所受於天，與穀氣併而充身者也。」

④靈樞、營衛生會篇曰：「人受「氣」於穀，穀入於胃，以傳於肺，五臟六腑皆以「受氣」，其清者為「營」，濁者為「衛」，營行脈中，衛行脈外。」

⑤靈樞、衛氣篇曰：「六腑者所以受水穀而化行物者也，其氣內于五臟而外絡肢節，其浮氣之不循經者為「衛氣」，其精氣之行於經者為「營氣」。」，本臟篇云：「衛氣者，所以溫分肉、充皮膚，肥腠理，司開闔者也。」而邪客篇云：「營氣者，泌其津液，注之於脈，化以為血，以榮四末，內注五臟六腑。」

(5) 「氣」指各種複雜之心理反應、生理變化或病理機轉，如：

①素問、陰陽應象論曰：「人有五臟，化「五氣」，以生喜、怒、悲、憂、恐。」

②素問、舉痛論曰：「百病生於「氣」也，怒則「氣上」，喜則「氣緩」，悲則「氣消」，恐則「氣下」，寒則「氣收」，暑則「氣泄」，驚則「氣亂」，勞則「氣耗」，思則「氣結」。」

③素問、刺志論曰：「氣實」形實，「氣虛」形虛，此其常也，反此者病；穀盛「氣盛」，穀虛「氣虛」，此其常也，反此者病。」

④素問、脈要精微論曰：「診法常以平旦，「陰氣」未動，「陽氣」未散，飲食未進，經脈未盛，絡脈調勻，「氣」血未亂，故乃可診有過之脈。」

⑤素問、脈要精微論曰：「夫脈者，血之腑也。長則「氣治」，短則「氣病」，數則煩心，大則病進；上盛則「氣高」，下盛則「氣脹」，代則「氣衰」，細則「氣少」。」

⑥素問、玉機真藏論云：「五臟受「氣」於其所生，傳之於其所勝；「氣」舍於其所生，死於其所不勝，病之且死必先傳行至其所不勝，病乃死。」

⑦素問、通評虛實論曰：「「邪氣」盛則實，「精氣」奪則虛。」

⑧素問、至真要大論曰：「諸氣贖鬱，皆屬於肺。」

①素問、脈要精微論曰：「五臟者，中之守也。中盛臟滿，「氣盛」傷恐，聲如從室中言，是「中氣」之濕也。」

②素問、調經論曰：「氣血以並，陰陽相傾，氣亂於衛，血逆於經，血氣離居一實一虛。血並於陰，氣並於陽，故為驚狂。血並於陽，氣並於陰，乃為疰中。血並於上，氣並於下，心煩惋，善怒。血並於下，氣並於上，亂而喜忘。」

③素問、痿論曰：「「心氣」熱則下脈厥而上，上則下脈虛，虛則生脈痿，樞折挈，縱而不任地也。」「肝氣」熱，則膽泄口苦，筋膜乾，筋膜乾則筋急而攣，發為筋痿。」「脾氣」熱則胃乾而渴，肌肉不仁，發為肉痿。」「腎氣」熱，則腰脊不舉，骨枯而髓減，發為骨痿。」

(7)「氣」指食物、藥物或某種療法，對生物體所引起之各種生理生化反應，如：

①素問、太陰陽明論曰：「陽明者，表也，五臟六腑之海也，亦為之行氣於三陽；臟腑各因其經而受「氣」於陽明，故為胃行津液。四肢不得稟「水穀氣」，日以益衰，陰道不利，筋骨肌肉無氣以生，故不用焉。」

②素問、腹中論曰：「夫「熱氣」慄悍，「藥氣」亦然也。」

③溽潤、調經論曰：「瀉實者，氣盛乃內鍼，「鍼與氣俱內，以開其門，如利其戶；鍼與氣俱出，精氣不傷，邪氣乃下，外門不閉以出其疾。」，又云：「補虛則持鍼勿置，以立其意，候呼內鍼，氣出鍼入，鍼空四塞，精無從去，方實而疾出，「鍼氣」入鍼，出熱不得還，閉塞其門，邪氣布散，精氣乃得存。」

④素問、厥論篇曰：「夫「酒氣」盛而慄悍，腎氣有衰，陽氣獨盛，故手足為之熱也。」又云：「此人必數醉，若飽以入房，氣聚於脾中不得散，「酒氣」與「穀氣」相薄，熱盛於中，故熱偏於身，內熱而溺赤也。」

2 人體生命活動之「氣」：

內經所謂的「氣」，就人體的生命活動而言，實包括質與能兩種層面，首先就質的角度而言，「氣」指循行在人體的精微物質，由於其分佈的部位不同而有不同的名稱，譬如：其聚在上焦者叫做「宗氣」，聚在下焦者叫做「元氣」（或「原氣」），其宣發在肌膚腠理者，叫做「衛氣」，而運行在血脈中的叫做「營氣」。其次，就能的角度而言，「氣」指臟腑經絡的生理功能，活動能力及其他各種生物能，如「臟氣」、「腑氣」、「經氣」、「絡氣」、

「真氣」等。人體一切生命活動的「氣」均建立在精血津液等的物質基礎上，而且以宗氣、衛氣、營氣、元氣作為其作用機轉的核心。

(1) 元氣：

素問、平人氣象論曰：「臟真下於腎，腎藏骨髓之氣」。「元氣」亦名「原氣」，發源於腎，包括元陰和元陽，即腎陰和腎陽之氣；由於它是「先天之精」—基因（gene）所化，所以叫做「元氣」。將內經比較參酌現代分子生物學、遺傳學、和胚胎學等新知，可知內經的「元氣」主要指「基因」及基因—酶之作用。中醫認為「元氣」是人身生化的原動力，西醫亦認定基因是一切生物細胞的主宰，基因不但直接影響生物的生殖與遺傳，而且經由「一基因—一酶作用」（one gene— one enzyme action）更間接地支配細胞內一切生化反應及五臟六腑經絡等組織細胞的生理活動。就其遺傳的物質基礎而言，染色體（chromosome）及DNA（去氧核糖核酸），實為其「元陰」；就其透過「一基因—一酶作用」所引起的一系列生化反應及生理功能，即為其「元陽」的表現，正如難經、三十六經難所云：「命門者，諸神、精之所舍，「原氣」之所繫也，故男子以藏精，女子以

繫胞。』信知，「元氣」是人體生命活動及生殖能力的核心，並可反映出體力的強弱。

(2) 宗氣：

靈樞、邪客篇曰：「五穀入於胃也，其糟粕、津液、宗氣分為三隧，故「宗氣」積於胸中，出於喉嚨，以貫心脈而行呼吸焉。」「宗氣」積於胸中，它是由飲食所化之精微之氣 (nutrients) 和所吸入之大氣 (oxygen) 相結合之產物，然而它不僅狹義地指體內之氣和外在之氣相結合之綜合體，廣義地更泛指心尖的搏動 (heart beat) 和肺的外呼吸作用 (pulmonary respiration)，宗理全身之氣機 (Vital phenomena)，所以叫做「宗氣」。基此，我們得悉「宗氣」的主要生理作用有二：一是藉著心臟的搏動之唧筒作用 (pumping)，把脾胃腐熟運化而來的水穀精粹，貫於血脈中，循行全身並營養各組織細胞，是為「營血」；此外亦配合淋巴管內的瓣膜和肌肉活動時所產生之「唧筒作用」，把脾胃腐熟運化而來的水穀悍氣，宣發於脈外，在淋巴管中或組織間質中循行散佈，是為「衛氣」。二是經由肺循環促進肺泡外呼吸作用，增進氧和二氧化碳的交換，間接有利於細胞內粒線體 (mitochondria) 之有氧呼吸 (

oxidative respiration)，增進ATP (腺核苷三磷酸) 之生成，增強細胞活動的活力。所以舉凡衛氣營血的運行，肢體的寒溫以及機體的活動能力都和「宗氣」息息相關。

(3) 真氣：

靈樞、刺節真邪篇曰：「真氣」者所受於天，與穀氣併而充身者也。』因此，「真氣」是由先天之精的「元氣」——「基因」，與後天之精的「宗氣」——「心搏呼吸」和消化後的養料——「穀氣」共同「氣化」而成，充養全身，提供人體生命活動的動力，影響各組織器官的生理機能和免疫抗病的能力，所以「真氣」亦名「正氣」。

(4) 衛氣：

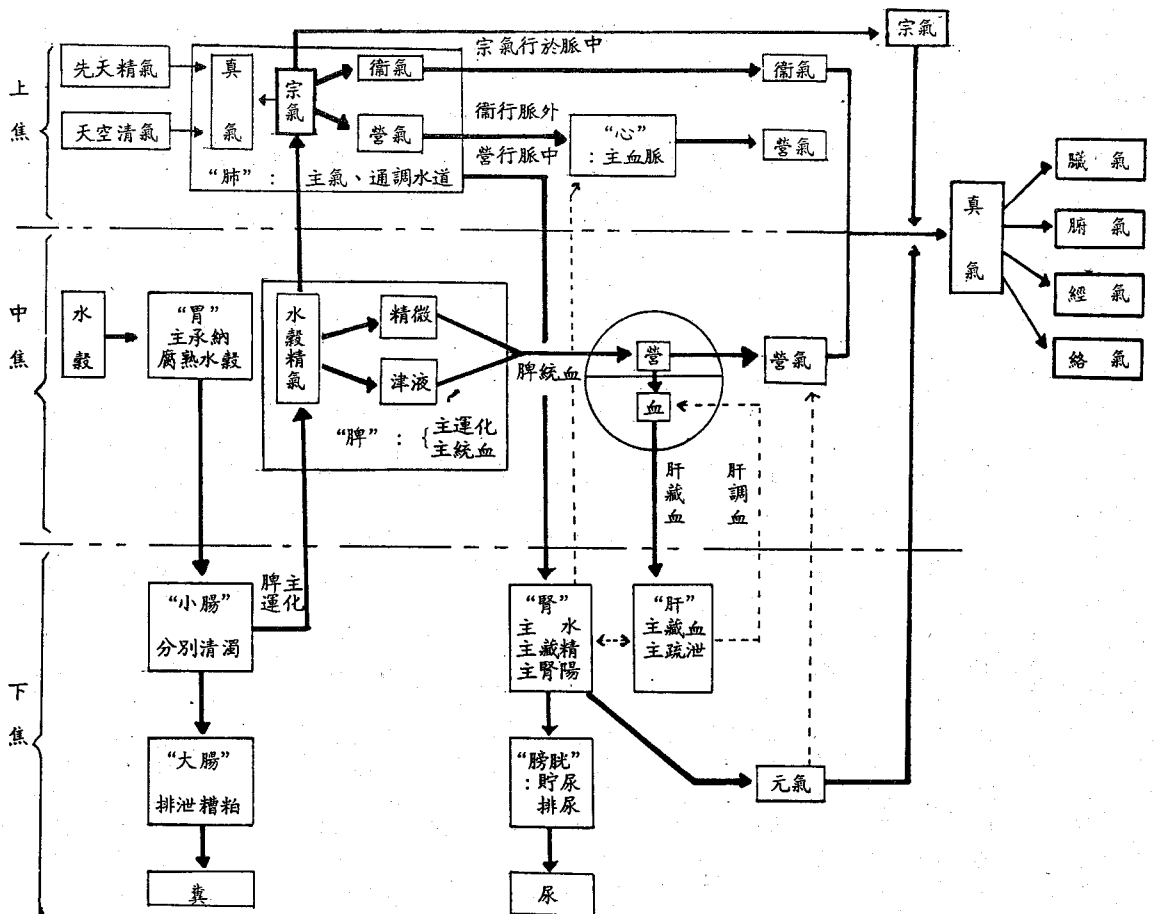
靈樞、營衛生會篇曰：「人受氣於穀，穀入於胃，以傳於肺，五臟六腑皆以受氣，其清者為營，濁者為衛，營行脈中，衛行脈外。』本藏篇云：『衛氣者，所以溫分肉，充皮膚，肥腠理，司開闔者也。』衛氣生於水穀之悍氣 (主要為小腸絨毛內乳糜管中所吸收的脂溶性養料)，源於脾胃，出於上焦 (可經由腸繫靜脈→肝門靜脈→肝→肝靜脈→下腔大靜脈→心→肺動脈→肺)，行於脈外 (血管外，可包括淋巴管及組織間隙)，其性剛悍

，不受經脈的約束，極以今日解剖學，生理學，免疫學中所提及的白血球、吞噬細胞、抗體蛋白、干擾素（interferon）等，由於其有保衛肌表並抗禦外邪的免疫作用，所以叫做「衛氣」。因此，衛氣在內有溫養五臟六腑的功能，在外則有溫養肌肉、潤澤皮膚、滋養腠理、啓閉汗孔、抗禦外邪的功能。

(5) 營氣：

靈樞、衛氣篇曰：「六腑者，所以受水穀而化行物者也，其氣內于五臟而外絡肢節，其浮氣之不循經者為「衛氣」，其精氣之行於經者為「營氣」。』邪客篇云：「營氣者，泌其津液，注之於脈，化以為血，以榮四末，內注五臟六腑以應刻數焉；衛氣者，出其悍氣之慄疾，而先行於四末，分肉、皮膚之間而不休也。晝日行於陽，夜行於陰。」營氣是由水穀之精氣所化（主要為小腸絨毛內微血管所吸收的水溶性養料），出於中焦（由小腸絨毛微血管→腸繫靜脈→門靜脈→門脈循環），由心搏之宗氣注入血脈中，其性陰柔，有化生血液和營養全身的作用，所以叫做「營氣」，亦即是血液循環的作用。

(6) 營衛生理及其氣化的機轉：



3 現代醫學對於「氣」的體認：

現代醫學對「氣」的見解，雖然見智見仁，紛紜不一，但不外乎質與能兩個範疇，簡述於下：

(1) 從質的角度而言，「氣」就是「神經」或「體液」、「電解質」、「激素」等物質，如：

① 葉式疑先生云：『在現代生理解剖學上，其實並無「氣」的物質，而有「氣」的現象，這現象與神經機能差不多，所以我以為「氣」就是「神經」。如：血氣不通，便是血與神經不通；氣喘便是氣管或心臟神經痙攣的現象；氣弱或氣虛，亦可說是神經衰弱所致。又如「氣」更有所謂「營與衛平行，營為陰屬血，衛為陽屬氣」，此營衛二者貫通全身經絡，無一息的間歇，此亦吻合神經細胞有分陰性與陽性的組織相同，以及神經系統中有植物性的自律神經之交感神經和副交感神經有拮抗作用，始能維持生理機能的平衡一樣。』

② 哈鴻潛教授云：『針刺穴道時之得「氣」，為針刺效應之要件，得「氣」時施針者手下有沉緊感，於實驗動物吾人亦證實針刺有同樣感覺，推斷此種感覺可能是針刺穴道時，誘發了該部位之「肌肉」收縮所引起

，且此種肌組織活動係一種需要「中樞神經」參與之反射活動。』

③ 陳太義教授云：『中國醫學的「氣」字，實際是含有「流體」的意義，這和西醫所謂的「體液」是可以相通的，而和「神經組織」，「細胞液」及淋巴液、血液等流體是絕對分不開的，因為這些液體必須有如「氣」的作用，才能流動的，故「氣」的實質上，含有「流體」的象態，合乎神經組織的機能，是不應該否認的！』

④ 中央研究院蔣焜先生云：『「氣」之為物目前尚未能完全了解，惟其為一「可電離之物質」當無疑問，此可由測定經絡上之電阻而得證明，實驗上可發現：經絡上之電阻常較非經絡低，此當係因經絡上含有較易電離之「氣」的緣故；當此易電離之氣運行至「神經」附近，因壓迫而滲透擴散至「神經膜」內外時，可使神經膜發生短路現象而不能傳送訊號，此現象一如太陽黑子爆炸時，其放出之大量電波輸送至地球表面而干擾地球表面上之通訊一樣』，其又云：『此外「氣」房亦包括「荷爾蒙」(Hormone)及內分泌等物質，此項物質可以影響生物膜之電位是早已知道的

事實。生物膜電位受影響的結果，其訊號傳播亦將受到影響了。」

(2)從能的角度而言，「氣」就是生物能

①莊兆祥先生云：『所謂「氣」者，視之無形，執之無物，乃能支配全身機能而獨變見於氣口，其實即西學所謂的「潛伏能」(energy)，或「活力」(Vital force)』。

②郭德淵先生云：『「氣」在經絡的運行是人體在活的時候，所存在於臟腑間之「生物電波」，即活的人體內有電磁場的存在，以「電磁波」形式在體內傳遞。「氣」，即生物體內流動的「電磁波」。』

③Steven L. Rosendatt 云：『中國人以「能流」(energy flow)為基礎，早已發展出存在於人體上的醫學系統——稱之為「氣」(chi)，同時也早就刻劃出這些能量所循行的路徑——「經絡」(meridian)，並根據它們改變這能量流動方向的能力而定出這些經絡上的「穴位」。從初步的研究顯示出這些能量的流動可能和「皮膚電位」有關係。』

④Felix Mann et 等許多西方學者也承認：『「氣」就是生命的原動力，亦即沿著神經的一種「電性去極

化波』。(Qi is the energy of life what we call a wave of electrical depolarization spreading along the nerve)。西元一九三九年，俄國的Semyon和Valentina Kirlian發明一種離奇的攝影術，他所拍出的「電場照片」中，顯示人體上有某些部位，能比周圍部份輻射較強烈的光，而這些「發光點」正好和中國的「穴道」相吻合，此亦暗示：「氣」多少可以藉著「Kirlian photography」，即「Radiation - field photography」(輻射攝影術)來證明其存在。

⑤張公讓先生云：『中醫「氣」的正確解釋，應作「機能」解，例如：胃氣、腎氣、肺氣……是指胃的機能、腎的機能、肺的機能……。而機能的動力乃來自神經作用，故「氣」字應作神經機能解，而神經是控制機體整個臟器細胞的活動，故「氣」字亦可作「生命動力」解。』

二論「得氣」：
1. 復氣的意義：

靈樞、小鍼解云：『鍼以「得氣」密意守氣勿失之。

』九鍼十二原云：『刺之而氣不至，無問其數，刺之而氣

至，乃去之，勿復鍼。鍼各有所宜，各不同形，各任其所為。刺之要，「氣至」而有效。」而標幽賦云：「氣之至也，如魚吞鈎鉅之浮沉；氣未至也，如處幽堂之深邃。」又云：「如神氣既至，針自緊澀」。中醫歷代來均強調針刺必須引起「得氣」才有療效，古人對「得氣」及「氣至」的描述，主要指針刺時施針者的手下有沉緊的感覺，而且體會出針刺的療效取決於「得氣」程度的強弱。

2 得氣的現象：

針刺「得氣」時，不但施針者手下有沉緊的感覺，而且同時受針者在被針的部位也會有酸、麻、重、脹、間或也會出現輕度觸電的感覺簡稱為「針感」，故「得氣」得涵蓋施針者與被針者雙方的主觀感覺。

(1)台大醫學院陳榮基先生云：「為了達到止痛或治療效果，針刺必須造成「得氣」或「針感」。動物實驗的缺點即在於動物不會表達針感。在人類，發生針感之時，針刺者常能感到針被吸粘住，如果他企圖把針進一步的轉向轉入時，他常會遇到阻力，此稱為「吸針現象」。因此，在動物實驗上，我們可用吸針現象做為「針感」發生的之指引。」

(2)哈鴻潛教授云：「針刺穴道時之「得氣」為針刺效應之

要件，是時施針者手下有沉緊感，於實驗動物，吾人亦證實針刺有同樣感覺，推斷此種感覺可能是針刺誘發該部位之肌肉收縮所引起，且此種肌組織活動係一種需要中樞神經參與的反射活動。」

(3)三軍總醫院針灸研究會主任沈楚文先生研究「針刺對人體 Kirlian 電光放射現象之影響」，發現：針刺得氣時在指尖的 Kirlian 輻射照片上，可看見放射狀藍色光芒及不具放射狀的紅色等光，而且光圈朝同一方向張開。

3 得氣機轉的探討：

(1)台大醫學院神經生理科的陳榮基先生研究吸針現象，在人體和貓的身上作針刺實驗，使用針灸用針、皮下針及標準肌電圖用針三種針。於人類實驗上，把針連於 HP 1510 B 肌電圖上；於貓的實驗上先接到 Grass P 511 前置放大器，再連到 Tektronix 5130 ND12 示波器及 Grass AM 8 監音器上，針刺時同時作肌電圖研究，發現：

①用 30 ~ 32 號針利用針時，不論刺在穴位或非穴位均能誘發針感，且在針感發生時，兩類穴位皆能感受到有吸針現象（當針轉入時），而且十人中只有二人對

針刺神經質者有肌電圖活動持續增加現象。

② 在大腦截除的貓，或是乙醚麻醉的貓，雖可誘發吸針現象，但肌電圖的活動並無任何增加。

③ 用箭毒注射過的貓，不再有肌電圖活動，但當用「針刺」用的針轉入時仍然很容易地誘發吸針現象，不管是施於穴位或非穴位上均然。

④ 有一隻貓針緊緊地吸入於肌肉內，用力拔開此針後，發現針頭塞著一些白黃色組織，然後在組織切片檢查時，經HE染色發現含有多數的組織為結締組織，而肌肉組織很少。

由此得知：

(a) 針刺的「吸針現象」純粹是機械因素所造成的，它是由於針不斷地同向旋轉使得相鄰組織纏繞在針上造成的。

(b) 「針刺用的針」一般而言，其表面較粗糙，因此易於誘發吸針現象；而「肌電圖用針」之表面太細太滑，因此很難誘發吸針現象。

(2) 哈鴻潛教授曾做了：「針刺時「得氣」之神經解剖學基礎——應用「Horseradish peroxidase」做為追蹤物之實驗研究」，其研究係應用「Horseradish Pero-

xidase」(HRP)之「軸突逆行性運送」的特性以追蹤針刺「得氣」時，所參與該項反應之神經元為目的。就體重250~300公克的大白鼠於其單側之「足三里穴」施予針刺，於記錄肌電活動後，注射0.06~0.08毫升的2%~20% Sigma VI HRP, 20~36小時後經心臟導管灌流生理食鹽水及4% glutaraldehyde。腰神經節及腰髓之冷凍切片經3,3-diaminobenzidine tetrahydrochloride處理後，再以0.01% Cresyl fast Violet染色。

結果在注射側之第四或第五腰神經節中發現被HRP標記之中型及大型神經節細胞；同時，在同節段之脊髓前角中（主要在VI-VII層帶）發現HRP標記之神經細胞。因此，本研究顯示「得氣」係一種節段性的反射。

(3) 其次，陳榮基先生又發表了關於針刺得氣的「針刺的電氣生理研究」，發現以電刺激人的坐骨神經於大小脚趾，而於頭頂表面電極誘導腦波，經加算電子計算機而獲得體覺性腦皮質誘發波，而後對上下肢不同穴道或非穴道施於針刺或指針刺激，同時再記錄誘發波，結果發現只要引起「針感」，即可改變誘發波的波形，反之，不引起針感者則不改變其誘發波，證實針刺確實可在人體

引起「電氣生理變化」，而此種電氣生理變化，只在「得氣」時發生，不得氣時則否，再次證實得氣的重要性。

(4) 汪叔游教授曾做了「針刺得氣對脈波圖形之改變」的實驗，觀察脈波在「寸、關、尺」的變化，作為針感的一種回饋，以期在脈波圖形之高度及頻率改變中可測知補瀉的療效，得悉：

① 以 Morphine 注射使患者失去痛覺，針刺後仍然有脈波之改變，且在拔針後可持續不衰，達數十分鐘之久。

例如：「肝俞」位於足太陽膀胱經上，在五行屬坎水，左尺脈波以候膀胱，在肝俞得氣後，可見左尺脈波之改變；又因肝俞係肝經之俞穴，屬震木，左關以候肝胆，故在左關亦可見脈波之改變。

② 可是，有部份患者在針刺得氣後，無相關的脈波改變發生；然而也有不同的患者，在同一穴位却可發現不同的補瀉改變，其原因仍待進一步的研究探討。

(5) 三軍總醫院的沈楚文先生曾做「針刺對人體 Kirlian (柯里安) 電光放射現象的影響」，以年青的健康成人為對象，研究針刺對其指尖的 Kirlian (柯里安) 電光

放射現象之影響。Kirlian 電光效應係將指尖置於柯里安儀之電極板上，然後按動電鈕，放出高壓高週波電子流，使指尖在照相軟片上造成放射感光的現象，在指尖的柯里安照片上，可看見放射狀藍色光芒及不具放射狀的紅色等光。比較針刺前，得氣時，留針期間及出針後之柯里安電光效應，發現：在留針期間之電光效應較針刺前為強，而出針後十五分鐘所攝得之柯里安電光往往有更加強的現象。

(6) Wei, L. Y 和 Felix Mann 等利用柯里安攝影術 (the Kirlian Photography) 研究針刺之反應，發現：

① 在靜止休息狀況時，指頭周圍的光圈 (aura) 雖然有大有小之差異，但是却都是關閉的。

② 在針刺或電針刺激下，指頭周圍的光圈朝同一方向張開。

③ 拔針後或在二分鐘內，所有的光圈又合攏過來。

④ 拔出電針的瞬間，大光圈缺口逐漸合攏，而在缺口處呈現如閃爍的光斑，顯示出針刺於穴道後，「氣」或某種「生命能」(the energy of life) 從這缺口，朝向某一方向流出，造成光圈朝某一方向張開缺口。

(7)蕭俊治先生曾做『「得氣」時，針刺部位的肌電活動』之研究實驗

①發現在正常人以及沒有神經或肌肉系統疾患的病人，施針者的手下感，受針者的酸、腫、重等針感及針刺部位的肌電活動，三者間存在著規律性的關係。

②施針者的手下感，主要是針刺部位的肌肉之輕度緊張性收縮的結果，這種緊張性收縮是一種需要有中樞神經系統參加才能完成的反射動作，它可能在捻針時或停止捻針後使針感得以保持或增加，並有利於發揮針刺的鎮痛與治療作用。

叁、參考資料

¹ Acupuncture Manual - a western approach, by Luke S.W.Chu, Samuel D.J.Yeh, Denise D. Wood 1979, Marcel Dekker Inc.

² Basic Acupuncture — a scientific interpretation and application, by Acupuncture Research & Training Center, Chinese Acupuncture Science Research Foundation, Taipei, R.O.C.

³ Wei, L.Y. : Brain Response and Kirlian Photography of the cat under acupuncture

Am.J. Acupuncture, Vol.3, No.3, July - September 1975. Science News, September 29, 1973.

⁴ Felix Mann : Acupuncture Cure of Many Diseases, William Heinemann Med Book LTD (London) 1972.

⁵ The Thalamic Neuron Theory and Classical acupuncture, Tsun-Nin Lee, M.D. AM. J. Acupuncture, No.4, Vol.6, 1978

⁶ The electrodermal characteristics of Acupuncture Points, Steven L.Rosenblatt, Rh.D.D Ac. Am.J. of Acupuncture, Vol.10, No.1982.

⁷ Mediators of Acupuncture, Sungs Kim M. D. Am.L. Acupuncture, Vol.4, No.1, 1976.

⁸ Intersections of Holography, Psi, Acupuncture, and Related Issues, Daniel J. Acupuncture, No.2, Vol.11, June 1983

⁹ Revolutionary New Pain Theory and Acupuncture Treatment Procedure Based on a New

Theory of Acupuncture Mechanism , Koyo Takase , Am. J. Acupuncture , No.4 , Vol. 11 , Dec. 1983

10. Acupuncture is not hypnosis : Recent physiological Studies , George A Ulett Am. J. Acupuncture No.1 Vol.11 , Mar. 1983

11. Neurophysiology of Electroacupuncture Analgesia in Rats , Masamichi Ichioka , 1982

, Printed by University of Tokyo Press.

12. 針刺得氣之神經解剖學基礎——應用 Horseradish Peroxidase 做為追蹤物之實驗研究，哈鴻潛、高田

、唐挺洲，私立中國醫藥學院研究年報，第十期，中華民國六十八年六月發行。

13. 針刺麻醉的本質問題，吳國定，私立中國醫藥學院研究年報，第三期，民國六十一年六月。

14. 黃帝內經——素問、靈樞，唐王冰註，宋、高保衡、林億、孫奇合校，台南東海出版社。

15. 得氣時針刺部位的肌電活動，蕭俊治，明通醫藥第八九期，民國七十三年五月。

16. 素問精氣神初釋，陳欽銘，中醫藥研究論叢，台北市中醫師公會編印，民國七十二年三月十七日。

17. 內經素問諸名辭彙引，莊宏達著，昭人出版社，民國六十九年。

18. 關於中醫所謂「氣」的問題——葉式疑編著，香港、作者自印本、一九七九

19. 簡介國內針刺「得氣」的研究——陳太義

20. 中醫脈診脈象圖形化之初步研究——汪叔游、陳李仲惠、黃正一、呂恩增、張一華，北醫針灸文摘，第五期、第十期

21. 「氣」的證據——克里安攝影術——洪德仁綜譯，北醫針灸文摘，第五期

22. 吸針現象的研究——陳榮基，北醫針灸文摘，第十二期

23. 針刺麻醉之理論——蔣炯，北醫針灸文摘，第十二期

24. 研究針灸的新方向——神經生化接受器觀念之運用，北醫針灸文摘，第十二期

25. 中國醫學史略，啓業書局，民國七十二年十月初版

26. 內經解剖生理學——吳國定輯著，國立中國醫藥研究所出版

27. 針灸學教材，北醫中國醫藥研究社編著，合記出版，六七、一〇

28. 中國針灸學概要，啓業書局，民國六十八年四月初版

29. 中醫學——啓業書局，民國七十年五月初版。

復非精者。又市人不解藥性，惟尚形，上黨人參殆不復售，華陰細辛，棄之如芥。且各隨世相競順方，功須不能多備諸族，故往往遺漏，今之所存，二百許種耳。」又本草衍義曰：「凡用藥必須擇土地所出者，則真用之有據，如上黨人參，川、西四歸……。」闡明道地藥材之意義，治病之關係及產地因時代的變遷；再舉例至今還沿用的如「阿膠」產於山東省阿縣者最良，其他地方所產者不及，成為動物「膠」藥材的「正」字標記之最佳品。淮山，即山藥，古稱薯蕷，產河南懷慶村者最著，當歸產陝西中府與安縣西固等為著，稱西歸。故選擇藥材之良窳以產地為依據，即道地藥材之由來也。

二、道地藥材與藥用植物栽培之關係

臺灣二十幾年以來興起栽培中藥，不無多少中了「道地藥材」之毒，故一直振興不起來，殊不知藥材最重要因基原（種·Species），種（來源·Origin）錯了根本就談不上藥材的真品，祇能說是偽藥，其藥材的好壞更免談了。過去大量種植日本當歸、水梔子、赤矢地黃等正好又獲了這個藉口，說臺灣產的藥材不能用。

我們依知識學理得知，植物生長受各地氣候風土等因

素之影響，其品質多少有所差異，但決不是受「道地」之鑑定所能解決；諸如臺灣栽培的當歸是日本當歸（*Angelica acutioba*）的「種」（Species），並不是西歸或川歸（*Angelica sinensis* 當歸）的「種」。有位道長說：「如臺灣產當歸、枸杞等，雖經學者逐年改良，迄今仍徒有其表，蓋此乃數千年之積，要難以荊芥、薄荷之流，以蓋其全也。」由此可見這位道長祇有「道地藥材」的觀念，根本沒有藥材來源之「種」的觀念。試把現在臺灣栽培的日本當歸搬到陝西或四川去種，是否能種出「西歸」或川歸之「道地藥材」呢？

其次談到官感可以鑑別道地藥材及品質的良窳，當然依古來至今豐富的經驗，對於藥材之鑑別有所助益，但怎樣也不能解決中藥鑑定全部的問題；例如上述之當歸，據近代文獻的記載；當歸品種有十種以上，有那位老道能以官感——鑑定出來呢？再說沙參、白頭翁等藥材往往來源於不同科屬的植物，就用傳統豐富的經驗能完全解決問題嗎？顯微鏡誕生以後，生藥學利用顯微鏡觀察藥材的內部組織，就可以把同類藥材一一鑑定出來，所謂「驗明正身」這樣才能將「道地藥材」及品種的問題真正解決。

「天之生成我，必有我用」不要執意於所謂「道地藥

材」的觀念而蒙受其害，天下萬物都可使用，不要閉門造車，所有的藥物依其特性都有利用的價值，怎不開放自己的學智廣泛應用呢？此引清、陳仁山著藥物出產辨，凡例一曰：「藥無古今，地道有變，昔時此地生產者，最良，今則不良，或無出產者有之，此地向無出產，今則有出產，且最良者有之。」諸如臺灣自產的黃柏稱臺灣黃藥（*Phellodendron wilsonii* HAYATA et KANEH.），經驗者研究其成分及臨床的使用，尤優於川黃柏有過而不及，深受港、日藥商及臨床家的歡迎，臺灣產的恒春山藥（*Dioscorea doryophora* HANCE）加工成品稱淮山藥亦復如是。至於臺灣栽培之中藥如澤瀉，原產於福建最有名，到現在栽培已十多年了，和原產者有何區別？尤在近幾年來大受歡迎。由是如果說將所謂的「道地藥材」能夠從原產地搬到這裡來栽培，選擇適合於各種不同植物的生育條件、氣候、土壤，不是一樣有可能種出「道地藥材」來嗎？

再說「道地藥材」的觀念無形中埋藏使用藥材的種類，阻礙了研究中國藥材的途徑，並深深地影響了臺灣栽培藥用植物的發展前途。其如執意認定使用道地藥材，而捨棄許多同樣可使用於相同病症的藥材，若不用臺灣產的黃柏，而一定要用進口的川黃柏（事實也不是祇其一種），

無意中浪費了國幣，也增加了醫療及患者的負擔。如澤瀉為例：同樣是屬於澤瀉科（*Alismataceae*）之東澤瀉（*Alisma orientale* Juzepczuk），又如上述的白頭翁藥材涉及於多種不同科屬的植物來源，臨床上都有應用效果的事實證明，如道地藥材萬一缺了貨又怎麼辦，那麼就如此複雜的藥材，其又怎能以傳統的官感鑑別出來呢？由是必須確認其實物的真偽，即所謂「驗明正身」的工作，以究明藥材「種」的來源（基原），才能一一解決全部的問題。而此一工作就得藉以植物分類學、藥用植物學、藥用動物學、藥用礦物學以及生藥學之研究，從其外觀（包括傳統的鑑別）與內部構造，以鑑定藥材來源之真偽、品質之優劣與應用等，真正解開藥材之真實面目，才能逐步研究化學成分、藥理、藥劑、應用等，始能邁向國藥現代化之理想境域。

藥材鑑定的目的，在於辨別藥材的真偽、參雜、品質之優劣，以確定藥材的療效。因藥材之不真不純，如偽藥、劣藥，不但不能治病，反而會誤病至為害人。如陳仁山著藥物出產辨之序文曰：「醫之用藥，猶用兵也，兵不精，將不良，不可以百戰百勝，然則藥不精良，又烏可以百發百中哉？」此鑒鑒以重視用藥宜精良。又陶弘景曰：「

醫不識藥，惟聽市人，市人不辨究，皆委採送之家，傳習造作，真偽好惡，並皆莫測，所以鐘乳酬羹令白，細辛水漬使直，黃耆蜜蒸為甜，當歸酒灑取潤，蜈蚣朱足令赤，蝦蝦膠於桑枝，以蛇床當靡蒸，以薺芫亂人參，此等既非事實。」由此可見自古就有偽藥充斥混亂之情形，至今尤有增無減。又我國產藥材據統計約三千餘種，如此龐雜的中藥種類，沒有一套科學方法的鑑定，實難以勝任，作一鑑別使用。

總而言之，藥材的鑑定不能全憑出產地所謂的「道地藥材」以及傳統官感檢視來認定藥材的真偽、類別作為使用的標準。見先賢記載曰：「橘逾淮而為枳」我們知道橘是橘，枳是枳，基本上種就不同，怎會橘變為枳呢？橘是用其皮，藥材稱橘皮、陳皮，枳是用其果實，藥材稱枳實。古人這種說法可謂忽略了「種」的觀念，殊不知橘是溫、熱帶水果，到了北方因氣候比較寒冷，不能適應那種寒冷的天氣，所結的果實發育不良，就長成枳實那麼大而已，那能說橘變枳之理，而橘當作枳實用呢？再說蓖麻在臺灣為多年生能長成小喬木狀，在我國東北則為一年生草本，並不因為生長之差異而別之，還是做蓖麻子取用，從何說起全賴「道地藥材」才能使用呢？又「橘逾淮而為枳」

而以此種之枳怎能算是「道地藥材」呢？因此，道地藥材應首重藥材的原種（來源），選擇適宜之風土及栽培技術的改良，以求達到道地藥材（原產地）之標準，始能突破舊說「道地藥材」不合情理的觀念，臺灣藥用植物的栽培推廣前途才能有所展望。

三臺灣藥用植物栽培沿革

臺灣藥用栽培的起源，大約溯自民國初年前後，日本據臺時農學、林學、植物學、藥學等專家，聯合計劃企圖向世界各地民族所發現具有療效價值的植物，引進在臺灣全省各處所設立的農業、林業試驗機構試驗改良栽培，諸如民國前六年（一九〇六）從爪哇引入各種金雞納樹，分別在恒春（墾丁公園）、高士佛（屏東縣）、六龜（高雄縣）、蓮花池（南投縣）等林業試驗分所栽培，並提供給當時的製藥機構製藥，至今上述各處殘留高大樹種，民國五年由南美、爪哇引入古柯在嘉義的社口、新營的白河等處試栽，民國十一年由泰國引進大風子，民國廿六年從東南亞引入貓鬚草，今臺灣各地普遍保留零星栽培，從以上蛛絲馬跡可以找出當時引進各種藥用植物栽培的實證，並在這時候已經在各地栽培試驗或生產者，尚有胡椒、丁香

、嬰粟、薄荷、番紅花、茴香、吐根、除蟲菊、肉桂、鬱金、肉豆蔻、龍腦香、阿仙藥等均有詳細的記載其成果和栽培方法。以上可說是臺灣栽培藥用植物歷史的開端，稱為前期。

臺灣光復後，政府為滿足本省醫藥的需要及減輕外匯的負擔，積極為中藥生產開發而努力，即於民國四十九年秋，中國農村復興聯合委員會，鑑於中藥應自產自給自足的重要性，擬議中藥繁殖栽培推廣計劃，旋得行政院外匯貿易審議委員會的贊助，在國立中國醫藥研究所主持之下，展開了臺灣山地藥物資源調查工作。復於民國五十一年十一月為研討全省藥用植物引種繁殖推廣問題，由外匯貿易審議委員會及中國農村復興聯合會邀集有關單位研討，發展本省藥用植物生產工作方針，並研訂整體計劃，其所訂實施方案如次：

- (一) 今後藥用植物引種試驗，由省農業試驗所為主體。
- (二) 藥用植物之繁殖推廣以山地農牧局為主體。
- (三) 藥理及成份研究分析，及生藥鑑定由臺灣大學及省衛生試驗所及國立中國醫藥研究所等單位辦理。

(四) 以外匯貿易審議委員會國藥小組為發展藥用植物工作聯繫之核心。

嗣經經濟部工礦計劃聯繫組於民國五十一年九月成立了中藥研究小組藉資配合。

迨至民國五十一年十月臺灣省政府訂定了「臺灣省國有林區藥材採取辦法」一種送經臺灣省議會審議後已於民國五十二年十月十四日由臺灣省政府公佈實施，俾使本省林區內所蘊藏之藥材得以採收利用，目前正由林務局擬具體辦法中，將來准許大量開採，不僅裨助本省所需藥材之供應，並可以擴大出口爭取外匯，茲將該辦法錄於次：

臺灣省國有林區藥材採取辦法

第一條：臺灣省政府（以下簡稱本府）為開放國有林區藥材之採取，特訂定本辦法。

第二條：國有林區藥材之採取，除法令另有規定外，悉依本辦法之規定辦理。

第三條：國有林區內具藥性之植物以全部開放採取為原則，但為要保續藥材種源，本府農林廳林務局（以下簡稱林務局）得選擇採取地區公告之。

第四條：承採人應備左列條件，經查明屬實者。

- 一、對中藥有專門研究或認識者。
- 二、因醫藥或工業或學術研究所需之正當用途者。
- 三、具有相當資本及採藥技術者。

第五條：承採人應於採藥時期三個月前向該管林區管理處提出申請（附件一）經林區管理處審查合格後報請林務局核發採取許可證。上項申請採取以一年為限，承採人應及時採取，如需延期採運，應依照規定申請延期。

第六條：採取藥材之價金，依照林產物處分規定，並應先行繳納。

第七條：承採人採取藥材，應遵守左列規定：

一、不得影響保林防火及水土保持。

二、同一地區之採取不得超過產量三分之二。

三、合理採取與保質存性。

第八條：承採人於核准採取後，如有品質損壞，數量短少或於採取期中，發生災害而受損失時政府概不負責。

第九條：承採人於採運時，如有故意損傷林木或超越許可範圍之情事，除撤銷許可採運外，並按情節輕重，依照有關法令之規定處罰，政府如受損失，承採人應負賠償之責。

第十條：承採人得依照規定在林區內設置必要設施。

第十一條：本辦法自公佈日施行。

關於第1方案：今後藥用植物引種試驗，由省農業試驗所為主體。然臺灣省農業試驗所於民國五十年（一九五九）已開始從韓國漢城農業試驗場，日本伊豆藥用植物栽培試驗場，春日郡藥用植物栽培試驗場，長野縣、奈良縣藥物課及藥草生產合作社，大阪大學、京都大學生藥研究室等地方引了五一科一六〇種藥用植物種子、種苗，分別在不同海拔地區栽培，以調查其生長特性及適應性等，該試驗經費由中國農村復興聯合委員會補助，田間試驗分別由臺灣糖業公司埔里副產品加工廠、霧社清境農場、大雪山林業公司、大甲林區管理處、魚池茶葉改良場等分別協助管理，從上述得知政府有關機構在當時對於中藥生產所持目標之高，所訂計劃之周詳，不知為何原因，迄今除了極少數零星栽培而外，其他則幾乎絕滅了。唯此計劃延續至六十年間臺灣省政府山地農牧在嘉義市郊及朴子鎮分別向篤農極力推廣山藥及地黃生產試驗栽培，頗有成果。由光復後政府計劃中藥栽培至此一時期可謂中期。

自民國六十二年始，行政院衛生署每年專款補助中國醫藥學院，推行中藥栽培與採收計劃：其中由臺灣省林業試驗所引種栽培計劃，引進藥用植物種子進行發芽試驗，並做換床育苗，目前最具有成功者，有從歐洲引進之杜仲種

子，從發芽育苗，並分發各處本園栽培試驗，生長情形良好。另外黃柏也是頗為成功的實例。恒春林業試驗分所則負責藥用植物標本園及蒐集各地的山藥種類試驗栽培。臺灣大學農學院在霧社梅峯山地農場做人參發芽育種栽培，大雪山林管處負責黃連試驗栽培。另栽培試驗計劃有柴胡、甜菊在全省各地進行。此一時期稱近期。

四、臺灣藥用植物栽培之展望

臺灣地處熱帶、亞熱地區，境內全年氣候溫和，並有高海拔廣大山區，具備有寒帶等氣候條件，適合各種藥用植物栽培。同時藥用植物栽培，大約與園藝植物中的果樹、花卉、蔬菜等栽培管理近似，只要適地適作，選擇適宜的風土及氣候，加以適當的技術管理，則推廣藥用植物的栽培當無困難。唯推廣栽培中，必須先由政府進行有系統的「計劃生產」設計，無論從品種的鑑定選擇、產銷關係、加工方法、及價格的控制等都要有通盤的計劃，始不致於造成藥農之無謂的損失，並由政府多年來的藥用植物栽培試驗所累積的豐富栽培技術，傳授給藥農作計劃生產，否則就像二十多年來的藥用植物（中藥）的生產計劃，仍然永遠停留在試驗階段而難能達到其目標，必須突破栽培

試驗這一層，直接輔導藥農去栽培生產，藥農得到相當的報酬收益，興趣加倍，參與中藥生產的農民必定日增；其次宣導用藥所持的「道地藥材」正確的觀念，以解決產銷問題，臺灣藥用植物（中藥）栽培生產計劃才有展望，以達到自產自給自足的目標，更期望於中藥外銷之遠景目標。

五、結 論

臺灣所使用的中藥材，除了少部分採自本省野生或栽培之外，大宗靠國外輸入，每年耗費國家外匯至鉅。政府在這二十多年來，發展推廣藥用植物栽培生產，以求自給，並進而推展外銷，不失為用心良苦，但不如政府所推動的其他各項建設快而具顯著的成果，檢討其原因；首提自古以來深植用藥心理之「道地藥材」不正確的觀念，寧用假藥，而執意受其蒙蔽。其次臺灣推展藥用植物栽培歷史來看，斷斷續續已有七十餘年的經驗，始終停留在試驗栽培階段，以後需要直接推擴至農民栽培生產，並且需要政府作長期通盤計劃推行，始能克服完成臺灣中藥生產之遠大前途。

國有林區藥材採取申請書

申請人	牌號	年籍	開地
	負責人		
林產物所在地			地址設
採取面積			
採取數量			
採取方法			
採取用途及原因並簡述經營計劃			
預定採運期間			
附送圖面文件			
備註			

(主管機關名稱)
右致

此處加蓋牌號印鑑

申請人：(牌號)
名稱

(負責人)
姓名

負責人
印鑑

年

月

日

中華民國

淺釋傷寒與溫病

郅錦文

一、傷寒與溫病之要義

何者為傷寒、何者為溫病，近世醫家，常有不同之觀

點，因在治療方面，混淆不清，魯魚亥豕，違誤甚多。筆者學淺，謹依據傳統醫學典籍，就傷寒與溫病，略抒淺顯之解釋，並就教於當代賢達之前。

難經有謂：「傷寒有五：一曰中風、二曰傷寒、三曰濕溫、四曰熱病、五曰溫病，其所苦各有不同」。（難經五十八難）。此段經文指出傷寒有五，僅載脈候之異同，而無證治之論述，如果依照近代醫學病理分析，其中風一證有兩種解釋；從廣義言，應屬於神經系統疾病之範圍；從狹義言，則係傷寒熱病中之一種證型。其餘四種如傷寒、濕溫、熱病、溫病，實為外感百病之總稱。

首以傷寒為言，內經熱病論篇云：「人之傷於寒也，則為病熱」。又云：「今夫熱病者，皆傷寒之類也」。熱論篇所謂「病熱」及「熱病」，係指病證有「發熱」之證候言，如無發熱，即非傷寒病證，其義甚明，但如有發熱，即屬傷寒外感之類，應無疑義。

醫聖張仲景著述之「傷寒論」一書，數千年來，為我中醫奉為治療傷寒熱病之準繩。其太陽病篇曰：「太陽病，發熱、汗出、惡風、脈緩者，名為中風」。又「太陽病，或已發熱、或未發熱，必惡寒體痛、嘔逆、脈陰陽俱緊者，名曰傷寒」。此兩節條文，一云「中風」、一云「傷寒」，乃係傷寒太陽病中之兩大證型。其「中風」一證，並

非猝然倒地、口眼喎斜神經系統之中風腦病，而是外感熱性病中，即傷寒太陽病俗稱「傷風」之證。至於傷寒，亦係外感熱病，與中風僅為有汗與無汗，脈緩與脈緊證候上之差別而已。因此；吾人可以確定仲景傷寒論可稱之傷寒，係廣義的，為包括多數急性或流行性熱病而言。

再以「濕溫」、「熱病」、「溫病」為言，此三種病證，均係感受四時不同濕熱病毒所引起之各種急性熱病。由於一年四季氣候變化不同，春暖、夏熱、秋燥、冬寒而所產生之病毒有異，故發生之病證，亦各具時令之特點。例如「濕溫」一證，多發于長夏，夏秋之間，兩濕較感季節之一種濕熱病症，初起身熱不揚，身重疼痛，脘悶不渴，舌苔白膩，或有便溏、溺澀之候。「熱病」與「溫病」，則多有雷同之處，春、夏及冬季，皆可發生，「熱病」固屬「傷寒」之類，但「溫病」在臨床上則有甚多之類型：如風溫、春溫、暑溫、伏暑、濕溫、秋燥、冬溫、溫瘧、溫疫等證，各種不同類型之溫病，雖各有特點，但在其發病原因及病變過程中，均存有共同性質，即病因方面，同屬於溫熱病毒；其證候之現象，多初起即發熱、口渴，

而在病變過程中，多從火化，以致燥熱傷陰，甚至出現神昏譫語、斑疹、吐衄之症。嚴重者動風瘧厥。所以濕溫、熱病、溫病具有多種相同之特點，在病理上，所以概括的稱為溫病。如依其病變性質細為分析，則又可分為「濕熱」與「濕熱」兩大病類。

基於上述，吾人可以確認難經五十八難所稱之傷寒有五，即近世醫學所稱各種流行性之熱性病，而其病因及證狀，在臨床上僅有發病之性質或程度上之不同而已。

二傷寒六經與溫病——衛、氣、營、血之認識

仲景傷寒論以六經傳變為原則，六經者，即三陰三陽。三陽者，以太陽病為首，而陽明、少陽，三陰者，太陰、少陰、厥陰。實際上每一病人並非均按此項順序傳變。

有循經傳者，有越經而傳者，亦有為直中者，更有二經三經並病或合病者。因此吾人必須了解，所謂傷寒「六經」，並非真有六經存在，可視為機體方面之六個層次，亦可認作傷寒病上之六個階段。近賢惲鐵樵先生導齋醫學叢書：「傷寒論研究自序中，即言傷寒六經，乃因病狀而定之名詞。」又日本漢醫學家喜多村氏曾謂：「本經無六經字面，所謂三陰、三陽，不過假以標出表、裏、寒、熱、虛、

實之義，固非臟腑經絡相配之謂也」。此即說明傷寒六經，非謂病在六經，乃假此以為記述，便於醫家之施治也。次言溫病，吾人首應了解溫病之病毒侵入人體，其發展過程及病理變化，多表現于衛、氣、營、血及三焦所屬之臟腑方面。

何謂衛、氣、營、血？應先研究我國傳統醫學上內經所言人體生理上之功能。

所謂「衛」、靈樞經本藏篇曰：「衛氣者，所以溫分肉、充皮膚、肥腠理，司開合者也」。于此可知「衛」者，有溫養肌肉，充實腠理，職司開合等作用；由于衛氣布散于人體肌表，有衛外之作用，因此溫熱病毒侵入人體，必先侵犯衛分，故溫病初起，必然出現發熱、微寒、頭痛、咳嗽、口渴、無汗、或微汗之症狀。

又「氣」者，乃溫熱病毒，在衛分鬱而不解，乃向裏層傳變而入侵氣分。「氣」之涵義，依據內經決氣篇曰：「上焦開發，宣五穀味，薰膚、充身、澤毛、若霧露之溉，是為氣」。由于濕熱病毒之邪進犯氣分，而有熱壅于肺、熱入陽明胃經、或熱入大腸之各種病型，有咳嗽或喘者，有大便秘結者，有壯熱汗出，或腹滿硬痛者，因此在治療上，亦多複雜之處。

至於病毒入「營」，營之涵義，較為抽象，然以實際證狀觀之，營為水穀之精氣，注於血脈之中，化以為血而營養全身，一旦病毒侵入營分，則易出現身熱夜甚，心煩不寐，譫語神昏，口渴、脈數、舌絳或有斑疹之象。倘再深入，則病毒由「營」入「血」；血為營氣所化，內經邪客篇云：「營氣者，泌其津液，注之于脈，化以為血」。營分之邪不解，則必然侵入血分而為害，因此吐血、衄血、便血、溲血之症，相繼發生，甚至斑疹透發，燥擾發狂等症，亦隨之而起。

溫病之發生，以病毒在「衛」之部份，最為輕淺；入于「氣」分，裏熱較重，已有深入之象；倘熱邪再入「營」分，「血」分，不僅營傷血耗，而且心神亦受影響，病勢較為嚴重，先賢葉天士先生曾謂：「大凡看法——衛之後、方言氣；營之後，方言血」，又謂：「入營猶可透熱轉氣」，「入血就恐動血耗血，直須涼血散血」。基此以觀，葉氏之論，確為溫病在臨床上樹立最高之治療原則，後世醫者應當奉為主臬。

三、傷寒與溫病之界說

傷寒與溫病之要義及六經形層與衛氣營血各論，已如

上述。綜合言之，均屬於外感熱性病之範疇。然以兩者之間性質言，尚有不同之處。觀其病因、證狀、脈象、治法亦各有異，所以治傷寒之法，不能施治于溫病，而溫病治法，亦不適用於傷寒也。大法如此，不容置疑，其間細節，或有可通之處，然我中醫，以「辯證論治」為原則，守此信念，無往而不利也。

以病因學說言，傷寒為感受寒邪而起，其病毒係由皮毛而入，所謂邪襲太陽膀胱經者；而溫病係感受溫熱病毒而發生，其病原係從口鼻而入，乃邪襲太陽肺經。證象方面：傷寒初起，即惡寒重、發熱輕、頭痛、項強、身痛、無汗；溫病初起則惡寒輕、發熱重、口微渴、無汗或少許汗。依此證候，可以確定傷寒為寒邪未表，所以惡寒較重，必用辛溫發表，以驅寒邪；溫病則為溫邪客表，發熱較重，不可採用辛溫。此不僅在病因上不同，證候上不同，而在治療方法上，更有差別。雖然傷寒與溫病，同為外感之熱性疾病，但其感受之途徑不同，是在病理方面之變化——一為六經傳變，一為衛氣營血之傳變，而衛氣營血更包含三焦所屬臟腑之證候，如上焦手太陰肺、中焦足陽明胃，下焦足厥陰肝，足少陰腎等等複雜病理變化，所以兩者之性質固所不同，而因證、脈，治亦制然有別也。

中西醫學對真心痛——

詹鎮遠

心肌梗塞的病因證候及診治之研討

壹、緒言

隋、巢元方云：「心為諸臟主而藏神，其正氣不可傷，傷之而痛為真心痛。」其病因證候及預後依中醫經典所述如下：

甲、病因：素問、舉痛論曰：「經脈流行不止，環周不休，寒氣入經而稽遲，泣而不行，客於脈外則血少，客於脈中則氣不通，故卒然而痛。」

乙、證候：靈樞云：「真心痛，手足青至節，心痛甚。」

素問、臟氣法時論云：「心病者，胸中痛，脇支滿，脇下痛，膺臂肩胛間痛。虛則胸腹大脇下與腰相引而痛。」

金匱要略云：「心痛徹背，背痛徹心。」

丙、預後：靈樞云：「旦發夕死，夕發旦死。」

二中醫所謂之真心痛從病因病機、損害位置、證候特徵、預後等方面比較分析，極似現代醫學所述的冠狀動脈硬化性心臟病，乃因冠狀動脈病變所致，而中醫則謂外邪或內傷損害心支別之脈絡所致，其臨床見症可分為下列

三種：

甲、心絞痛：為冠狀動脈或心臟血管局部狹窄或痙攣，心肌暫時缺血、缺氧所致，證見陣發性胸痛或擠壓感，劇烈運動、興奮、酒食過飽之後常易引發，但持續片刻即止。

乙、心肌梗塞：為冠狀動脈或心臟血管完全阻塞、急劇閉塞，由於部分心肌嚴重持久性的缺血而造成心肌壞死，證見持續性胸骨後痛、發熱、甚至暈厥。

丙、心肌梗化：為冠狀動脈粥樣硬化，由於供應心肌的血流長期阻滯，引起心臟肌肉纖維營養障礙、萎縮

及硬結等，證見心律紊亂、心力衰竭。

以上三種心痛以急性心肌梗塞 (acute myocardial infarction) 為一危急的急症，患者苦於壓迫性的胸骨下疼痛，延伸至左手臂，疼痛難忍且冒冷汗，持續十五分鐘以上，為成人最主要的死亡原因，亟須立即小心的治療，否則有三分之二以上的病人還沒來得及治療前，就死於缺血性的心臟病，而其死亡的主要原因為頭幾小時內所發生的心室纖維性顫動 (Ventricular fibrillation) 所致。反之，急性心肌梗塞的患者只要即時應用中西醫學醫術急診救治，即可大大的降低死亡率，故本文專論中西醫學對急性心肌梗塞的病因、證候及急診治療之研討，截長補短相輔相成，以祈即時「起死回生」，造福群倫。

貳、本文

一、病因：

(一) 中醫病因學：

1 內因：

(1) 情志損傷、心氣鬱結——內經云：「怒則氣上，喜

則氣緩，恐則氣下，驚則氣亂，思則氣結。」時常憂慮躁怒，以致心氣鬱結，心氣損傷，氣鬱化火，血凝脈阻。

(2) 心陰不足，營血虧虛，血不養心。

(3) 痰濕壅盛，阻滯經脈，血行不暢。

2 外因：

心經受風冷邪氣所侵，以致心陽不足，脈絡不通，氣血瘀阻，血不養心及脈。

3 不內外因：

(1) 飲食不節，恣飲酒漿，或猛食厚味，酷嗜辛辣，損傷脾胃。脾失健運，濕聚為痰，阻塞經隧；或脾失統攝之權，血不循經，亦能損害心脈。

(2) 久病失養，損傷真元，耗散心氣。

(3) 平時起居不慎，衛外不足，風寒濕熱諸邪乘虛外入，內外相引，阻塞脈道。

(4) 體質：凡真心痛患者，大多為虛浮肥胖之體，素又缺乏運動鍛鍊。

(5) 年齡：中年以後，陽氣漸衰，陰氣日增，心陰心陽俱損，搏動無力，氣血運行遲滯，濃濁渣滓沉於經脈，血脈閉阻。

(一)西醫病因學：

1 多數急性心肌缺血之病例，大多由於冠狀動脈的粥
腫硬化為原因，有時可以伴同壁內出血及血栓。在
主要的血管裏，左冠狀動脈是最常受阻塞的一條，
尤其是左前下降枝。

2 在有些病例，心臟靜脈血栓竟然為心肌梗塞的原因
，而此時的心臟只有中等程度的粥腫硬化，而且冠
狀動脈沒有新近的阻塞。

3 在正常冠狀動脈上發生梗塞的，大都可以用心肌缺
血的病理原因，如：主動脈狹窄或不足，一氧化碳
中毒和休克時的低血壓過久：等來解釋，然而也有
一些完全找不到原因的，那就只有用其他的機轉，
如：冠狀動脈痙攣，血小板聚集成血栓而又溶解掉
，小冠狀動脈疾病：等來解釋了，

二、病機：

(一)中醫病機學：

諸病源候論敘述真心痛的病機如下：

1 心痛者，風冷邪氣乘於心也，其痛發，有死者，有不
死者，有久成疹者。

2 心為諸臟主而藏神，其正經不可傷，傷之而痛為真

心痛，朝發夕死，夕發朝死。

3 心有支別之絡脈，其為風冷所乘，不傷於正經者，
亦令心痛，則乍間乍感，故成疹不死。

4 又心為火，與諸陽匯合，而手少陰心經也。若諸陽
氣虛，少陰之經氣逆，謂之陽虛陰厥，亦令心痛，
其痛引喉是也。

(二)西醫病理學：

1 心肌梗塞和心絞痛都是血管硬化性心臟病，只不過
二者的程度不同而已：

(1) 心絞痛是心臟血管局部狹窄所引起的心肌缺血。

(2) 心肌梗塞是心臟血管完全阻塞所引起的心肌壞死

2 心肌梗塞主要由於冠狀動脈急性閉塞，引起部分心
肌因嚴重持久性的缺血而發生局部心肌的壞死，導
致臨床上出現持久性的胸痛、休克、發熱、白血球
增多，紅血球沉降率增快，而且心電圖呈進行性的
變化。

3 Blumgart等發現主冠狀動脈的堵塞情況不同，則

解剖生理病變不一：

(1) 如果主冠狀動脈慢慢地逐漸形成堵塞，則左冠狀
動脈的前降支會和右冠狀動脈的分支形成廣泛的吻

合 (anastomosis) 建立有效的側支循環 (collateral circulation)，取代阻塞的冠狀動脈，可以維持正常的心肌功能。

(2) 如果左冠狀動脈的迴旋支 (Left circumflex coronary artery) 突然閉塞，來不及形成側支循環，則致使部分心肌因持久性嚴重缺血而造成局部性的心肌壞死。

4. 心臟的感覺神經纖維沿著交感神經，通過白交通支 (white ramus)，進入脊髓的背神經根，因此，心肌梗塞病灶的心肌壞死可刺激由心臟所發出的痛覺神經纖維，大部分都經由頸下交感神經節和最上面兩三個胸交感神經節，進入脊髓的背神經根到達後角，再由後角出發，經脊髓的聯絡細胞傳遞，由脊髓的痛覺徑路傳到大腦皮質的感覺區。但上行的聯絡性神經纖維也可以在後角內往上，通過三叉神經的脊髓核一直向上形成牽涉性痛的徑路，而牽涉性痛 (referred pain) 往往從胸骨下方放射，經過左胸到達左肩，並且沿著左上臂內側到達肘部，也可能進一步沿著尺神經分佈的區域，從肘部經過前臂抵達手掌；同時，由後角細胞的痛覺訊息

也傳到交感神經的中間外側神經核，這樣慢性地刺激交感神經會使肩部和手部的血流發生變化，引起肌肉骨骼變異而造成心肌梗塞之肩手症候群 (Shoulder - hand Syndrome)：即肩部有壓痛感，活動受限制，甚至肩部關節周圍炎 (periarthritis)，手掌水腫光滑，並且活動時覺得僵硬和疼痛。

三、證狀與症候：

(一) 中醫證狀症候學

1. 按發病的先後及病勢而分：

(1) 初期輕證：

初期證候大多不明顯，易被疏忽，僅於爬高或上樓梯時稍微氣短，神乏或情緒劇變時氣短懶言，胸悶作痛，脹滿不適，其後稍事操勞即胸痛但片刻即止，以後胸痛發作的時間愈來愈愈近，胸痛微背、氣短喘息，發作後覺得精神緊張、四肢無力、煩躁不眠、頭暈耳鳴。胸痛不顯著者，氣短極為突出，胸悶有壓榨感、憋悶感、呼吸困難、運動後加劇休息時緩解、飽食後亦加劇，不耐飢餓則倍感困乏無力。

(2) 中期重證：

胸悶胸痛，疼痛連及肩胛、兩臂、喉間、眉額、上腹、脇肋，氣短難喘、心悸怔忡、自汗肢冷、或盜汗煩熱，口乾口苦、手足心熱、頭脹頭痛、易驚不眠、或發熱咽痛，疼痛時間延長須服藥制止，甚或服藥也不能制止，以後逐漸加重，胸痛鑽心，胸悶如負千斤重，呼吸極氣短。正如沈金齋所述：「君火衰威，大寒觸犯心君，亦或汗血冲心，素無心病卒然大痛無聲，咬牙切齒，舌青氣冷，汗出不休、手足青過節，冷如冰，是為真心痛。」

(3) 末期危證：

病情日重，面色蒼白而浮腫，或下肢腫，唇口青紫，舌質淡或胖大有齒印或有瘀點，或舌青紫，苔薄白或少苔，或淡黃而乾，或光剝無苔，或光如鏡面，指甲青紫，面灰暗失神，精神呆鈍，脈濡弱或弦緊或結代或遲虛。累發胸痛，劇痛不止，額汗淋漓，呼吸氣短不續，張口抬肩，痰聲拽鋸，甚則暈厥，或身體發熱，痰血或口鼻出血，終如素問、厥論所述：「手心主少陰厥逆，心痛

引喉，身熱，死，不治。」

2 臨床症候類型：

真心痛在臨床上按其證脈不同，可分為寒遏心陽、心陽獨亢、心陽欲脫、心氣不足、心陰不足、痰濁阻絡、氣滯血瘀等症候類型，而急性心肌梗塞最常見的為下列二種：

(1) 瘀阻肺絡心肺兩衰型

心痛心悸，咳嗽喘急，或吐血痰，不得臥，汗出肢冷，舌質偏紅或見紫斑，或舌尖紅，舌苔薄白、少津，脈細無力、帶數或結代。

(2) 瘀阻心脈，心陽欲脫型

心痛心悸發作頻繁，唇和指甲青紫，汗出肢冷，舌質紫，苔薄白，脈細微欲絕或結代。

(一) 西醫證狀症候學

1. 證狀 (Symptom)：

心肌梗塞的證候有心痛病史、胸痛、休克、心臟衰竭、噁心嘔吐、上腹部脹痛、頭昏心悸、冒冷汗、發燒、頑固性打嗝及毀滅感：等。

(1) 疼痛：

① 心肌梗塞典型疼痛的部位在胸骨後，散佈到前

胸兩側而向左偏向，常放射到手臂的尺骨面，左手腕部、手、甚至於指部產生刺痛感（tingling），或手腕麻感合併有厲害的胸骨下或心前不適。少數的病人也有疼痛延伸到右手、頸部、下巴、肩膀或上腹部。

② 心肌梗塞的疼痛程度變化無常，大多數的病人都感受到難以忍受的疼痛，而且疼痛持續三十分鐘以上或數小時，甚至一（二）日以上，常在休息的時候發生。

③ 心肌梗塞的胸痛個人的感受不同，計有壓縮感（Constricting）、壓碎壓（Crushing）、壓迫感（Oppressing）、壓榨感（Compressing）、壓制感（Sitting on）、擠縮感（Squeezing）、窒息感（Choking）、老虎鉗感（Vise-like）、重痛感（heavy pain）、刺痛（Stabbing on）、刀割感（Knife-like）、鑽鑿感（Boring）或燒灼感（burning）。

④ 心肌梗塞的患者中有百分之十為無痛性的心肌梗塞（painless myocardial infarction

），其無痛的感覺或微痛或不典型的痛。無痛感多數為心因性休克（cardiogenic shock）、心臟衰竭（heart failure）、肺水腫（pulmonary edema）、和嚴重的心律不整。

⑤ Evans 和 Suttor 發現心房纖維性顫動或高血壓為無痛性心肌梗塞，此類病人多為腦的意外（中風）重於胸痛，有半身不遂，係因左心室梗塞壁血栓，進而使腦血管栓塞，常由於心律不整或心輸出量減少所致。

⑥ 糖尿病厲害的病情常會發生無痛性心肌梗塞，而且其無痛性心肌梗塞的死亡率高達百分之四十一。

(2) 休克 (Shock)

急性心肌梗塞在疼痛發作後數小時或數日內出現面色蒼白、面色焦急不安、冒冷汗、血壓下降、甚至昏厥。頭昏、心悸、冒冷汗及毀滅感不但見於急性心肌梗塞，亦可見於腦血栓症或體動脈血栓症。

(3) 心臟衰竭

以左心室衰竭為主，呼吸困難或迫坐呼吸、紫紺、咳嗽，重者會發生急性肺水腫。

(4) 噁心、嘔吐、上腹部脹痛

屢次發生急性心肌梗塞和厲害的疼痛，易發生噁心嘔吐，可能由於迷走神經的影響，常見於心臟下壁梗塞比心臟前壁梗塞的多。更多的噁心嘔吐亦可見於注射嗎啡 (Morphine) 所引起，心臟下壁梗塞影響上腹部，併發噁心與嘔吐，臨床上很容易與急性胆囊炎、胃炎和消化性潰瘍混為一談。

(5) 頑固性打嗝

少數心肌梗塞病人心臟下壁會有頑固性打嗝，多半由於梗塞刺激橫膈膜的關係。

(6) 發燒

心肌梗塞後二四~四八小時出現發燒現象，體溫在 $38^{\circ}\text{C} \sim 38.5^{\circ}\text{C}$ 之間，有時可達 39°C ，持續約一週而降。

2 症候 (Sign) ..

(1) 心律不整：

隨著個人心肌梗塞時心肌壞死的程度不同，心律不整的程度不一，依病情和預後良好與否可分為

① 輕度心律不整：

A、心房性早期收縮

B、心室性早期收縮

C、游走性節律

② 重度心律不整：

A、陣發性心房性心跳過速

B、心房抖動

C、心房纖維性顫動 (心室跳動弛緩)

D、多發性心室性早期收縮 (每分鐘多於六次搏動)

(動)

E、心室性心跳過速

F、房室節性早期收縮

G、房室節性心跳過速

H、竇房節靜止

I、第一度房室傳導阻滯 (PR 段延長)

J、第二度房室傳導阻滯 (不完全阻滯)

K、第三度房室傳導阻滯 (完全阻滯)

L、左、右側束枝傳導阻滯

M、心室性成對的早期收縮

③ 可致死的嚴重心律不整：

A、心室纖維性顫動

B、心室無收縮 (心室靜止)

(2) 心音異常：

心肌梗塞的患者其心音均減弱，尤其是心尖區的第一心音，在心尖部位可聽得心搏舒張期的奔馬樣雜音。少數病例可以出現心包摩擦音，其出現在發病後的二~三日，持續時間為一~二天，長久者可持續一星期以上。

(3) 心電圖異常：

典型的心肌梗塞之心電圖不但呈進行性的變化，而且出現：

A、寬而深的Q波——表示心肌壞死

B、ST段上升——表示心肌損傷

C、下波倒置——表示心肌缺血

(4) 血球異常：

A、白血球計數增高，每mm³血液白血球在1.0~1.5×10⁴個之間。

B、紅血球沉降率 (Sedimentation) 增快
血液中心肌酶異常：

心肌梗塞的病人血漿中的SGOT, LDH₁, LDH₂和CPK-MB的活性升高，尤其CPK-MB活性的升高為心肌梗塞的特異性。

四、診斷：

(一) 中醫診斷學：

中醫藉著「望、聞、問、切」四診，由臨床的證候及脈象診察出心肌梗塞的真心痛。

1 望診：

- (1) 面有疼痛苦容，疼痛難忍，焦急不安，額汗淋漓。
- (2) 直冒冷汗，面色灰暗失神，精神呆鈍，甚或昏厥。
- (3) 面色蒼白，或浮腫，或下肢腫。
- (4) 唇口青紫，手足青過節，指甲青紫。
- (5) 舌質紫紅或見紫斑。

2 聞診：

- (1) 呼吸氣短不續，張口抬肩
- (2) 痰聲拽鋸
- (3) 喘咳或咯血
- (4) 噁心、嘔吐
- (5) 頑固性打嗝

3 問診：

- (1) 心痛固定在胸部，胸悶胸痛，並從胸骨下，經左胸延伸至左肩、左手臂、和手掌，心痛持續十五分鐘以上。

(2) 心悸怔忡，口乾口苦，頭脹頭暈，易驚不眠。

(3) 發熱咽痛，手足心熱，上腹部疼痛

4. 切診：

(1) 汗出肢冷

(2) 脈微欲絕，或結代：等

(一) 西醫診斷學：

根據聯合國世界衛生組織所訂的診斷標準，心肌梗塞至少要符合下列三項標準中的二項才行：

A、典型胸痛的病史

B、心電圖呈進行性變化，並出現寬且深的Q波。

C、血清酵素：SGOT，LDH及CPK的活性昇高。

自從這些標準被提出以後，許多研究已證實LDH的同酵素LDH₁及LDH₂，和CPK的同酵素CPK-MB之測定大大提高了心肌梗塞診斷之特异性。

1. 症候診斷：

(1) 心痛病史：

A、以前曾有短暫性的心胸痛，口含硝化甘油片(NTG, nitroglycerin)可立即解除痛苦，但這次疼痛的時間延長，疼痛的程度

增加，即應懷疑為急性心肌梗塞。

B、急性心肌梗塞疼痛的主要部位在胸骨後，然散佈到前胸兩側，向左偏向，常放射到左臂的尺骨面、左手腕部和手，甚至於指部產生刺痛感

C、病史作為診斷心肌梗塞約為百分之十~百分之十五的病人，主要特徵為胸痛，標準的絞痛，有時發作於休息的狀態或輕微的活動，則稱之為不穩定之心絞痛。

D、心肌梗塞的患者中具有高度危險者包括：男性病人、高血壓、抽煙者、糖尿病、高膽脂血症(Hypercholesterolemia)和有冠狀動脈疾病的家庭史。

E、糖尿病患者和年老產不典型的心肌梗塞(Silent myocardial infarction)的機率很高，他們只訴苦突然的呼吸短促，意識模糊不清、血壓降低，或者輕度地上腹部不適。

(2) 心律不整：

心肌梗塞由於個人心肌壞死的部位及程度不同，其心律不整情況不一，於心肌前壁梗塞時常見心性早期收縮及多發性心室早期收縮，若於心肌後壁梗

塞時，則常見房室傳導阻滯。百分之九十五的病人最常見心室早期收縮，但是心肌梗塞的心律失調變化多端，大部分的病人剛發作時，心律快而有規律，開始時是實性心律過速每分鐘一〇〇—一一〇次，解除其焦慮與痛苦，則心率會慢下來。

(3) 心音異常：

A、心音均減弱，尤其是心尖區的第一心音。

B、心尖部位可以聽見心搏舒張期的奔馬樣雜音。

C、少數病例可出現心包摩擦音。

(4) 血壓上升：

心肌梗塞的病人多數發生高血壓的反應，動脈壓超過 160/90 mmHg，係因心肌壞死刺激交感神經興奮所致，此類病人往往病前有高血壓，心肌梗塞大多先見血壓下降，然後再上升達到心肌梗塞前的高度。沒有經過治療，先有高血壓者，多半會變為正常血壓。幾乎有三分之二的病人通常在心肌梗塞後的三至六個月血壓會上升。

(5) 發燒：

心肌梗塞後二四至四八小時發燒，此為對壞死組織的非特異反應，梗塞後體溫增加常為四—八小

時，肛溫可達 38.3°C ~ 38.8°C (101 ~ 102°F)，發燒常在梗塞後的七或八天自行退燒。

(6) 呼吸失調：

A、心肌梗塞之後呼吸微加快，如果病人無左心室衰竭者，則大多由於疼痛與焦慮所引起，只要疼痛排除，梗塞治療後即可恢復正常；反之，若病人伴有左心室衰竭者，則要先治療嚴重的左心室衰竭才能糾正其呼吸。

B、如果病人伴有肺水腫，則心肌梗塞之後呼吸每分鐘甚至可達四〇次。

C、有些時候，心肌梗塞併發心因性休克者，其呼吸並不增加。

D、Cheyne - Stokes 呼吸可能發生於年老的心肌梗塞，心因性休克、心臟衰竭、腦血管病變及鴉片劑的治療。

(7) 噁心嘔吐：

屢次發生急性心肌梗塞和劇烈的疼痛，易發生噁心嘔吐，尤其是心臟下壁梗塞的病人之機率多於心臟前壁梗塞者。

(8) 頭昏心悸、冷汗及毀滅感：

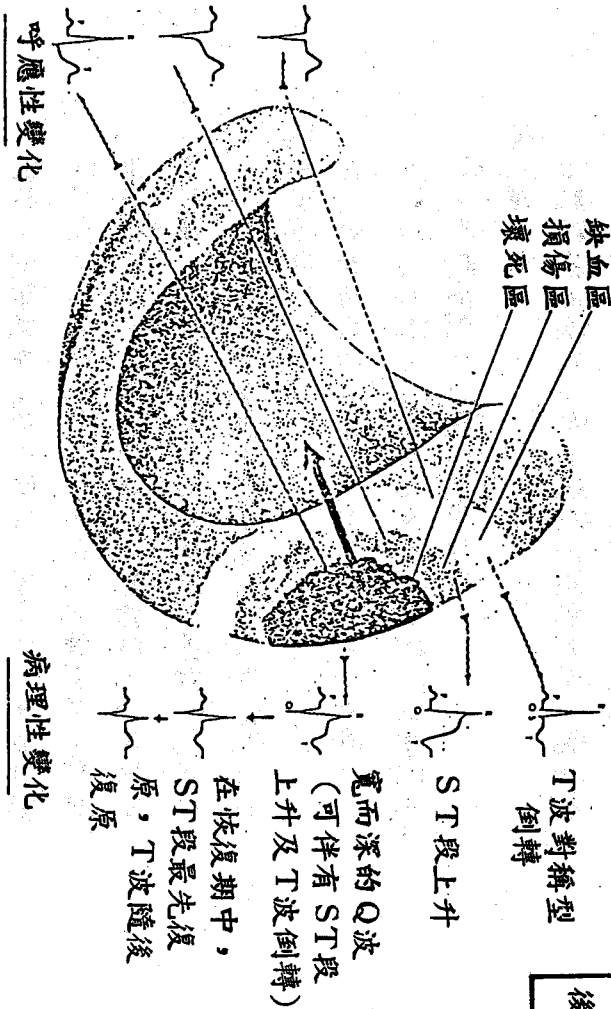
急性心肌梗塞發作時，亦常見頭昏、心悸、冷汗及毀滅感，但這些症候有時亦見於腦血栓或體動脈血栓的病人。

⑨頑固性打嗝：

少數的心肌梗塞病人，由於梗塞刺激橫膈膜，會有頑固性的打嗝。

2 心電圖診斷：

(1) 心肌缺血、損傷和壞死的心電圖變化：



心臟梗塞部位	ST段變化	
前壁及側壁	I, aVL, V ₁₋₆	↑
後壁及下壁	II, III, aVF	↑

A、T波對稱型倒轉——表示心肌缺血。
B、ST段上升——表示心肌損傷。

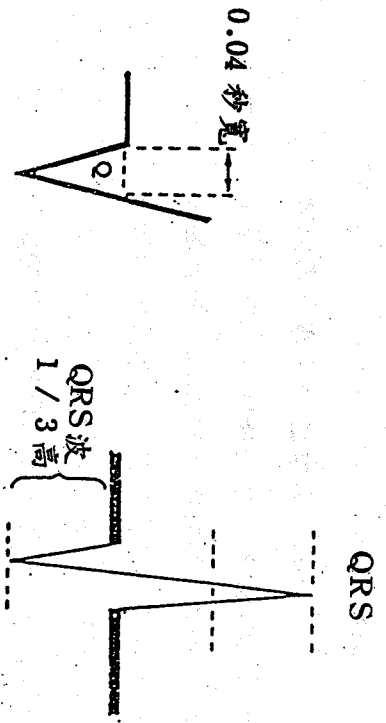
若數年後仍有ST段上升現象，便是心室瘤形成的結果。

C、寬且深的Q波——表示心肌壞死。

因為寬而深的Q波 (aVR 除外) 經常顯示陳舊性心肌梗塞的可能，因此，我們要明確確定究竟要有多大多寬的Q波才算是不正常的

a、Q波的寬度要大於0.04秒寬，相當大於心電圖方格紙上一小格。

b、Q波的深度 (高度) 要到達QRS波的三分之一以上。

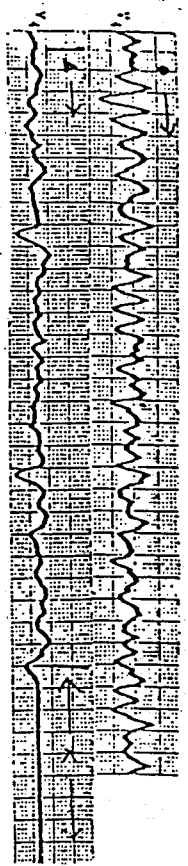


(2)冠狀動脈阻塞部位與心電圖變化：

冠狀動脈阻塞的血管	心肌梗塞部位		心電圖變化
	左降前枝	左心室壁 心室間隔	
左旋廻枝	側壁	左心室側壁	I, aVL, V ₅₋₆
		心尖部份	
右冠狀動脈或後降枝	後壁與下壁		II, III, aVF 心房性心律不整 暫時性傳導障礙

心電圖證明心肌梗塞時，有病理的 Q 波，ST 段上升和下波顛倒，此發現也可能是陳舊的心肌梗塞合併心室瘤，但 Q 波的位置常指示心臟心肌梗塞的部位，冠狀動脈的侵犯及病灶的程度之變化，有時真實心室後壁梗塞，Q 波就不能在標準導線 (Standard leads)。

急性心肌梗塞若不及時轉送至心臟加護病房 (C.C.U.) 內急救治療，或者急救不當的話，常因心室纖維性顫動 (Ventricular fibrillation) 而死亡，而其死亡前幾秒鐘所記錄的心電圖如下



從比較有力的「死亡節律」到軟弱無力的「死亡節律」，最後為「心室無收縮」而心跳停止。

3. 實驗診斷：

(1) 一般實驗室診斷：

由於心肌持久性的缺血、損傷及壞死，所以實驗室診斷時可見：

- ① 白血球計數升高：白血球每 mm³ 增至

1.0 ~ 1.5 × 10⁴ 個之間。

② 紅血球沉降率增快

但是其在臨床上並無任何特殊的鑑別診斷意義。

(2) 心肌酶的生化特異診斷：

由二八二位心肌梗塞患者的研究，證實心肌梗塞之心肌酶診斷有百分之八六的準確性，而一般對心肌梗塞有所懷疑的病人，大都例行檢查其血漿中的 SGOT, LDH 和 CPK 等心肌酶。

① SGOT (Serum glutamic - oxaloacetic transaminase) ..

由一一九位心肌梗塞患者的研究，查知百分之九七患者的 SGOT 增加，詳言之，心肌梗塞疼痛開始後八~十二小時 SGOT 增加，超過正常，而巔峰的 SGOT 發生於十八~三十六小時，至三~四天降為正常。但是 SGOT 的假陽性反應亦見於肝病，各類的休克、肝內瘀血、骨骼肌肉注射、肺血栓，甚至於心包炎和心外膜有侵犯時 SGOT 也會增加，所以 SGOT 的活性昇高並非心肌梗塞的特異反應。

② LDH (Lactic dehydrogenase) ..

LDH 有五種同酵素 (iso-enzymes)，即 LDH₁, LDH₂, LDH₃, LDH₄ 和 LDH₅，心肌富含 LDH₁ 和 LDH₂，心肌梗塞病人胸痛十二小時內 LDH₁ 和 LDH₂ 活性昇高，二十四~四十八小時達到高峯，然後保持昇高值在十天以上；肺和骨骼肌內含 LDH₅ 和 LDH₃，可和心肌的 LDH₁ 及 LDH₂ 作鑑別診斷。

③ CPK (Creatine phosphokinase) ..

CPK 有三種同酵素，即 MB、MM 和 BB。可用電泳法 (electrophoresis) 予以分析鑑別，雖然腸中、舌肌和橫膈肌含有 CPK - MB，但其量極少，而心肌內含 CPK - MB 却極多，骨骼肌含 CPK - MM，而腦和腎主要含 CPK - BB，所以用 CPK - MB 為最有價值的心肌梗塞之生化檢驗法，更何況目前又應用了放射性免疫法更增加了 CPK - MB 的準確性、靈敏度和特異性。

通常心肌梗塞病人胸痛發作的四~六小時內 CPK - MB 值昇高，十二~十八小時達到高

峯，若無其他併發症則於三十六~四十八小時內CPK-MB即恢復正常，但是CPK的總值却可持續升高並延續至七十二~九十六小時。因此，若在心肌梗塞病人胸痛發作後的二十四~三十六小時內測得CPK-MB值升高的話，其診斷的靈敏度和特异性超過百分之九五，這對於非開心手術後懷疑心肌梗塞的病人尤其有用。

4. 心肌掃描攝影 (myocardial imaging)

目前已有好幾種放射性藥劑 (radio-pharmaceutical) 可作心肌梗塞的同位素偵測，而目前使用最普遍者為 ^{99m}Tc -labeled pyrophosphate。初步研究得知 ^{99m}Tc -labeled pyrophosphate只由死亡的細胞所攝取，若以高鮮明度的γ照射機掃描攝影時，所攝取的pyrophosphate可提供相當良好的靈敏度及特异性，尤其適於首次症狀出現或開刀後二十四至四十八小時，即可查知有無心肌梗塞。

五、鑑別診斷：

(一) 中醫鑑別診斷：

1. 心肌梗塞與胸痹症的鑑別：

胸痹症為胸中陽氣閉塞引起，病位在上焦，心肺均被累及，但最初損害肺，常先有慢性咳嗽及肺部其他疾病史，然後逐漸損害心臟，以咳嗽痰喘為主要特徵。

2. 心肌梗塞與胃脘痛 (胃炎) 的鑑別：

胃脘痛的疼痛位置在劍下 (心下)，無氣短徵候，伴有噁心嘔吐、吞酸、腹脹、腹瀉和便秘等證，一般情況較好，發作多以飢飽不調有關，但與運動因素則無關。

3. 心肌梗塞與積腕痛 (潰瘍病) 的鑑別：

積腕痛的疼痛位置在上腹部，疼痛多在飢餓或食後發作，與運動因素關係不大，同時伴有便出乾血或嘔血、吞酸呃逆、嘔吐、腹脹腹滿、食慾不振等證。

4. 心肌梗塞與胆黃脹症 (胆囊炎) 的鑑別：

胆黃脹症的疼痛位置在右上腹，連及右肩胛區或下角疼痛。疼痛的發作與運動相關，而且發作時間持續較長，並伴有黃疸、厭油、嘔吐、噁心等證。

5. 心肌梗塞與眩暈中風症的鑑別：

眩暈中風症，起病之初以頭痛眩暈為主要特徵，其

2 心肌梗塞與急性化膿性心包炎的鑑別：

急性化膿性心包炎的疼痛，在呼吸的時候加重，尤其是咳嗽時疼痛加劇，往往延伸到肩部和頸部，有肋膜的症候伴隨出現，而且肋膜的疼痛往往尖銳如刀割狀，此與一般心肌梗塞的鈍痛等顯然不同；而且急性化膿性心包炎之心電圖無寬而深的Q波出現，QRS波群的電壓減低，ST段抬高後出現T波的變化呈平坦或倒置，可持續數日至數週。

3 心肌梗塞與急性主動脈分裂的鑑別：

急性主動脈分裂者，其背部與胸部之中央痛得特別

厲害，持續數小時常放射到腰部，甚至於到達腿部；若腹主動脈分裂，則一條或二條的股動脈脈搏消失。

4 心肌梗塞與肋骨軟骨或胸骨關節炎症疼痛的鑑別：

肋骨軟骨或肋骨關節的炎症疼痛帶有局部的紅腫和壓痛，而心肌梗塞則否。

5 心肌梗塞與急腹症疼痛的鑑別：

急腹症如急性胆石症，胆囊炎、胃十二指腸潰瘍伴隨穿孔以及急性胰腺炎等病人，上腹部劇烈疼痛常伴有休克症候出現，必須從病史，其他腹部徵狀及心電圖變化來和心肌梗塞區別，分辨清楚才行。

六 治療：

(一) 中醫辨證論治

1 藥物療法：

塞梗肌心—痛心真		病名	
		症候類型	
寒遏心陽型		證 候 脈象	辨 證
<p>胸痛胸悶，時作時止，或疼痛不止，畏寒肢冷，膚冷自汗，喜暖喜熱，咳嗽喘促，面腫足腫，不喜飲或喜熱飲，面色蒼白或紫暗灰滯，口唇、爪甲青紫、舌質淡或青紫、苔白而潤</p>			
		脈象	
		脈細弱、或結代或虛遲	
		溫心通陽、祛痰、佐以活血理氣	論治
		<p>【參附溫心湯】： 人參、附子、肉桂、乾姜、畢撥</p> <p>【附片溫經湯】： 附片、桂枝、丹參、細辛、沉香、生薑</p> <p>【臨床加減】： 甲、胸痛兼有瘀血徵狀者，加川芎、降香、乳香</p> <p>乙、喘咳氣滯甚者，宜加陳皮、薤白、地龍</p> <p>丙、膚冷自汗甚者，加黃耆、龍骨、牡蠣</p> <p>丁、水腫肢厥，加薏苡仁、茯苓、蒼朮、半夏</p>	處方

塞梗肌心 — 痛心真

<p>心陰不足型</p>	<p>心氣不足型</p>
<p>胸悶胸痛、心悸怔忡、虛煩不眠、口渴唇焦、飲少或喜涼飲不多、手足心熱、躁熱不安、烘熱自汗、精神不振、頭暈耳鳴或兼有心悸氣短、無力體倦。舌尖紅、苔少或淡黃、</p>	<p>心悸怔忡、呼吸氣促、倦怠無力，精神萎靡、自汗食少，或胸痛隱隱，有憋悶感，不得平臥，不耐勞累，運動或情緒激動時上述諸證加劇。舌質淡、苔薄白、部分可見舌體胖嫩或有瘀點</p>
<p>脈細數或動疾或結代</p>	<p>脈細弱或結代或遲虛</p>
<p>滋養心陰</p>	<p>養心益氣 飲肺平喘</p>
<p>【三甲心湯】 牡蠣、鱉甲、龜甲、丹參、麥冬、桑寄生、炙首烏、女貞子、黃耆、玄參、百合、旱蓮草、酸棗仁、竹茹</p>	<p>【人參黃耆湯】：〔雜病源流犀火〕人參、黃耆、白朮、陳皮、當歸、茯苓、生薑、甘草、大棗 【舉元煎】：〔景岳全書〕人參、黃耆、白朮、升麻、炙甘草 【臨床加減】： 甲、精神萎靡、氣短力怯甚者，可重用參耆。 乙、胸悶隱隱甚者，或陣發胸痛，酌加上桂、丹參、川芎 丙、喘息不得平臥甚者，可酌加蛤蚧、五味</p>

塞梗肌心 — 痛心真

<p>心陽獨亢型</p>	<p>心陰不足型</p>
<p>胸痛較劇，並連及眉額、兩臂咽喉 姜痛，脹悶不適，失眠多夢，口苦 口乾，面赤煩熱，手足心熱，易怒 易驚，易於激動，尿赤便秘，舌紅</p>	<p>或舌體瘦軟紅絳，有瘀點，苔乾無 津。</p>
<p>脈弦數 或動疾</p>	
<p>清心瀉熱 潛陽鎮靜</p>	
<p>【珍珠母丸】〔本事方〕 珍珠母、當歸、人參、酸棗仁、熟 地、柏子仁、犀角、茯神、沉香、 龍骨</p>	<p>【天王補心丹】〔攝生秘剖〕 黨參、玄參、丹參、茯苓、五味、 遠志、桔梗、當歸、天冬、麥冬、 柏子仁、酸棗仁、生地 【臨床加減】 甲、胸痛甚者，加鬱金、川芎、琥 珀、赤芍 乙、耳鳴頭暈可酌加荷頂、骨碎補 、石菖蒲 丙、煩躁甚者，可加浮參、桂圓肉 、黃連少許 丁、氣陰損傷，可酌加人參、黃耆 、黃精益氣</p>

塞梗肌心 — 痛心真

<p>痰濁阻絡型</p>	<p>心陽獨亢型</p>
<p>胸痛胸悶，喘息咳唾濁沫痰涎，胸脘痞滿，面目虛浮四肢腫脹重滯，倦怠無力、畏寒肢冷，口苦或膩，或見煩熱。舌質淡或青紫，苔白厚或見黃苔。</p>	<p>絳，苔黃燥。</p>
<p>脈弦滑 或沉弱 或結代</p>	
<p>除濕化痰 通脈利竅</p>	
<p>【瓜蒌薤白半夏湯】〔金匱要略〕 瓜蒌、薤白、半夏、白酒 【附陳杏薑湯】〔驗方〕 附片、陳皮、杏仁、生薑 【臨床加減】 甲、有化熱傾向者，可於瓜蒌薤白</p>	<p>【清心蓮子飲】〔局方〕 黃芩、麥冬、地骨皮、車前子、甘草、蓮子、白茯苓、人參。 【臨床加減】： 甲、煩熱胸痛甚者，酌加黃連、赤芍、葛根、夏枯草，並酌減上兩方中的偏溫之藥。 乙、心悸怔忡者，可加硃砂、珍珠母、牡蠣 丙、尿赤便秘甚者，宜加少許大黃瀉熱通便，木通、防已利水。</p>

真 心 痛 — 心 肌 梗 塞

氣滯血瘀型

胸悶心痛，或劇痛如刺，痛有定處，口唇爪甲青紫，皮膚暗滯、頭痛眩暈、神情焦慮、或驚恐不安，時時熱口乾舌燥，欲飲難咽。舌質青紫，苔白或乾。

脈結代
或散澀

活血祛瘀
通脈活絡

半夏湯中去白酒，加貝母、前胡、葶藶子

乙、寒甚則服用附陳杏薑湯

丙、胸悶甚者，酌加鬱金、菖蒲

丁、胸痛劇者，酌加紅花、延胡

戊、痰阻絡道、排吐不利者，可酌

加地龍或細辛

【丹參消瘀湯】

紫丹參、乳香、五靈脂、降香、川芎、紅花、桃仁、血竭、青皮、柴胡、木通、鬱金、枳殼、草決明、澤瀉

【復元活血湯】〔醫學發明〕

柴胡、瓜蒌、當歸、紅花、甘草、山甲珠、大黃、桃仁

【臨床加減】

甲、日嘔熱甚者，可酌加玄參，胡

塞梗肌心 — 痛心真

	<p>心陽欲脫型</p>
	<p>心痛頻發，昏蒙暈厥，胸悶氣促，出多入少，額汗淋漓，肢厥膚冷，或胸痛煩熱，吐血咯血，焦慮恐懼，目呆失神。舌質青紫、苔少、乾燥。</p>
	<p>脈結代 或散澀 或細微 欲絕</p>
	<p>回陽救逆 益氣固精</p>
<p>黃連、銀柴胡 乙、頭昏目暈者，可酌加升麻、荷頂 丙、煩躁不安甚者，可酌加硃砂、牡蠣</p>	<p>解鬱開竅</p> <p>【參附龍牡湯加耆桂方】 人參、附片、龍骨、牡蠣、黃耆、肉桂</p> <p>【耆附生脈湯】 黃耆、附片、人參、麥冬、五味子</p> <p>【蘇合香丸】〔局方〕 白朮、青木香、烏犀角屑、香附子、硃砂、訶黎勒、白檀香、安息香、沉香、麝香、丁香、華撥、龍腦、蘇合香油、乳香。</p>

2 針灸療法：

(1) 體針：內關、間使、神門、心俞、陰郄

(2) 耳針：心、交感、皮質下、長期留針，酌情可加內分泌、腎、胃點配穴。

針刺必須要「得氣」才行，得氣後不但能止痛，而且胸前區有豁亮的感覺。留針能鞏固止痛效果，留針時間約三十分鐘。

(3) 灸療：重灸關元、百會、足三里

急性心肌梗塞的病人嚴重休克、血壓下降、可若肉灸百會和關元十壯，一般灸後收縮壓可上升 20 mmHg 左右，一、三小時後可重複灸療。

3 氣功療法——打太極拳

心肌梗塞的病人宜長期打太極拳、散步等做適當的體操

□ 西醫療法：

1 靜脈點滴

D₅W 溶液靜脈點滴，維持在最小量 (Keep-on rate)

2 供應氧氣

裝置鼻叉 (nasal prong) 供應氧氣，每分鐘二

~四公升，並應抽血作血液氣體分析，以便作為調氧氣給予量的參考。

3 加護診療

儘速把病人轉入心臟加護病房 (C.C.U. Coronary Care Unit)，並繼續用心電圖監視病情的變化。

4 控制疼痛

由靜脈注射 2~4 mg 的 Morphine Sulfate。但對於有慢性呼吸道阻塞的病人 (COPD) 則要小心地注意使用。

5 鎮靜

心肌梗塞胸痛的病人不能用鎮痛劑 (analgesic)，只須用輕度的鎮靜劑，如 diazepam, chlordiazepoxide, chloralhydrate, phenobarbital 即可。

6 治療休克及心臟衰竭：

(1) NTG (nitroglycerin)

NTG 能降低 ST 段，減少心肌梗塞範圍。

(2) Nitroprusside

每分鐘 4.5~10mg 可使 Ventricular preload 及 after-load 降低。

③ Phentolamine

Phentolamine 為 α -adrenergic blocker，係強力血管擴張劑

④ 主動脈內氣球邦浦

用以維持冠狀動脈或末端血管的液體灌注，然後靜脈點滴 dopamine 或 dobutamine 及 isoproterenol 或 norepinephrine 以增加心輸出量。

7. 處理栓塞：

(1) 急性冠狀動脈重灌注法 (Coronary arterial reperfusion)

將急性心肌梗塞的病人即刻送入導管室內，作冠狀動脈攝影找出病灶位置，先用 NTG 或

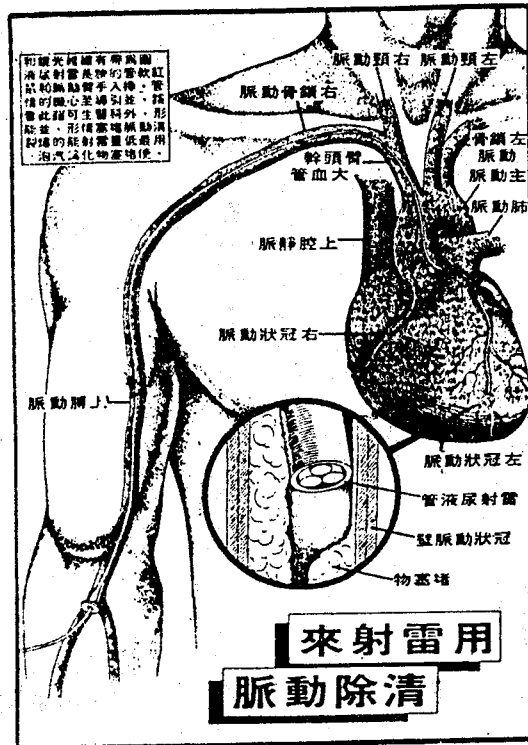
Nifedipine 20 mg 排除血管痙攣，如無效，

再放入導線通一通栓塞，然後使用 Thrombolysis 劑，如 Streptokinase 2000 ~ 3000 單位 / 分鐘溶解栓塞。

(2) 雷射冠狀動脈整形法 (Laser coronary angioplasty)

利用雷射的殺傷力，以帶有韌性的塑膠玻璃管自

臂下或鼠蹊部位通向心臟動脈，清除掉那些阻塞血液流通的薄膜狀積壓物，而使得冠狀動脈重新呈現暢通無阻。



8. 治療心律不整

(1) 輕度心律不整

由靜脈注射 Lidocaine 1 mg/kg 的大劑量，接著點滴 Lidocaine 的浸潤劑每分鐘給予 1 ~ 4 mg，如果異位的心律不整脈仍未消失，則再給予 1 ~ 2 次上述 Lidocaine 1 mg/kg 的大劑量，同時滴點量每分鐘增為 4 mg。

(2) 重度或惡性心律不整

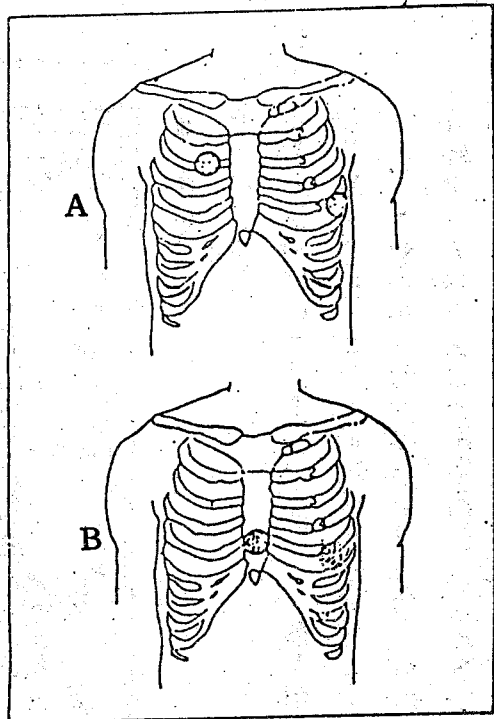
① 藥物療法——用 Xylocaine

急性心肌梗塞病人若見惡性心室早期收縮，必須給予 Xylocaine，普通以 75 mg 首先注入靜脈，然後以 50 mg 每隔五分鐘注射三個劑量，總共為 225 mg 以消除惡性心室早期收縮。

② 生物電療法——去纖維顫動器 (de-fibrillator)

若用過 Xylocaine 而惡性心律不整仍不改善的話，即須立刻使用去纖維顫動器的生物電療法。一般使用去纖維顫動器之電能為 320

watt-sec，事實上所需用的電能視病人的體重而異，使用 400 watt-sec 的電能就足夠恢復所有的心室纖維顫動或心室性心跳過速。



胸外電擊施術時，電擊板之位置

A、一置於右胸骨第二、三肋間處，另一置於左前腋腺臨心尖下方。

B、前後位置放置時，一置於心尖等高之胸骨上，另一置於左肩胛骨下區。

叁、參考資料

1 黃帝內經、素問、靈樞——唐、王冰註，宋高保衡、林億、孫奇合校，台南東海出版社

2 類證治裁——清、林珮琴著、旋風出版社

3 諸病源候論——隋、巢元方著、文光圖書有限公司印行

4. 六科準繩——明、王肯堂撰輯、新文豐出版公司印行
5. 古今醫統大全——明、徐春甫撰，新文豐出版公司印行
6. 圖書集成醫部全錄——新文豐出版公司印行
7. 太平聖惠方——宋、王懷隱編，新文豐出版公司印行
8. 醫學衷中參西錄選評——張錫純原著、張公讓選評，啓業書局印行
9. 心系症證治——啓業書局印行
10. 中西實用內科——啓業書局印行
11. 臨床醫學，心絞痛與心肌梗塞之治療，李作賓著，9：453—462. 1982
12. 基礎心臟學——李英雄著，合記書局印行。
13. 臨床醫師文庫——謝輝和、鄭光裕合譯，大學圖書出版社印行
14. 怎樣看心電圖——董玉京、張志偉著，南山堂出版社印行
15. Eisenberg & Copass : Emergency Medical Therapy 1984
16. J. William Campbell & Mark Frisse : Manual of Medical Therapeutic 24th ed. 1984
17. Cyril Mitchell MacBryde & Robert Stanley Blacklow : Signs and Symptoms . 1984
18. Harrison's Principles of Internal Medicine. 1977
19. Fowler , Cardiac Diagnosis and Treatment 2nd , 1980
20. R. Passmore & J. S. Robson : A Companion to medical studies volume 1 , 2 and 3 , 1974
21. Anderson's Pathology , edited by John M. Kissane , 8th ed. 1985
22. Robbins , Cotran and Kumar : Pathologic basis of Disease , 3rd ed. 1984
23. Anderson & Scotti : Synopsis of Pathology 10th ed. 1980
24. Harvey , Johns , owens & Ross : The Principles and Practice of Medicine , 19th ed , 1976

三黃瀉心湯治療本態性高血壓之研究

陳和昌·謝明村

一、緒言

我國古方「三黃瀉心湯」最早記載於金匱要略之中。此方乃由大黃、黃連、黃芩所組成。其適應症包括：心氣不足、吐血衄血、顏面潮紅、煩躁不安、便秘與脈博有力等。這些症狀常見於本態性高血壓患者，因此，我們對該處方之降壓效果加以評估。本研究分二組進行：基礎藥理學研究與臨床研究。本研究獲行政院國家科學委員會補助研究經費，特致謝忱。

二、基礎藥理學研究

基礎藥理學研究在中國醫藥學院中國藥學研究所進行，其研究的重點如下：

1. 研究不同的製備方法是否會影響到三黃瀉心湯治療本態性高血壓的效果。三黃瀉心湯中之成分：Berberine

, Baicalin 和 Baicalein 被研究具有降壓效果，且這三種成分皆易溶於酒精中。另外，傳統在製備三黃瀉心湯時，通常皆用酒來炮製，這些使我們連想到是否以酒精來抽取三黃瀉心湯會得到較大的降壓效果。因此，我們試用三種方法來製備三黃瀉心湯：(1)用酒精抽取，(2)以酒炮製及(3)用水來抽取。在大白鼠之實驗結果顯示以酒精抽取的三黃瀉心湯具有最明顯的降壓效果。

2. 急性毒性試驗：我們用 Litchfield 和 Wilcoxon 之方法進行急性毒性試驗，結果發現體重在一八〇(

二〇〇克間之大白鼠，以口服方式給藥。酒精抽取三黃瀉心湯之 LD_{50} (95% Confidence limit) 大於 36.23 g/kg，若以腹腔給藥，則為 5.82 g/kg (5.58 ~ 6.05 g/kg)，可見三黃瀉心湯有很大的安全劑量。詳細資料見表 1。

3. 酒精抽取三黃瀉心湯之降壓效果：在麻醉的大白鼠

，我們發現若經腹腔給藥 0.45 g/kg，血壓並無有意義的降低，但若將劑量增至 0.9 g/kg，從三〇分起有明顯的降壓效果而且降壓效果延續至三小時。若再增至 1.8 g/kg，降壓效果則從三〇分開始延續至六小時之久，劑量越大則降壓效果越明顯。其詳細情形見表 2。

4. 對血中胆固醇 (Cholesterol)，三酸甘油酯 (Triglyceride)，高密度脂蛋白 (HDL-C) 之影響：我們將大白鼠餵以高胆固醇與高三酸甘油酯的飼料。然後給予三黃瀉心湯，發現若與對照組比較，三黃瀉心湯可以有意義地降低血中胆固醇與三酸甘油酯的濃度，而且會增加高密度脂蛋白的濃度。其詳細情形見圖 1，圖 2 與圖 3

5. 對自發運動量之影響：使用動物自發運動量測定器 (MK-Animax) 測定大白鼠之自發運動量，可發現大白鼠的自發運動量在餵予三黃瀉心湯 1.8 g/kg 後有明顯地下降。其詳細情形見圖 4。

三、臨床研究

臨床研究在中國醫藥學院附設醫院進行，我們篩選三〇位本態性高血壓患者，一五位男性，一五位女性，年齡在二五—七〇歲之間。其血壓高度依據世界衛生組織 (

WHO) 標準均屬於 Grade I 與 Grade II。圖 5 顯示本研究之步驟。第一週我們給予乳糖的安慰劑 (Placebo)，且在此週前二天做腎功能測驗、肝功能測驗、電解質平衡及胆固醇/三酸甘油酯之生化檢驗。同時，在第一週內亦記載出病人的症狀和徵候，觀察每一病人血壓變化的情形，以確定病人的確患有高血壓。第一週結束時，我們可以得到一份血壓和心率基礎狀況的記錄。第二週我們給予「三黃瀉心湯」處方，五〇〇毫克，每天三次。在以後的兩週裏，我們仍將症狀和徵候、血壓及心率做一記錄。第四週我們再檢查一次血壓、心率、肝功能、腎功能、電解質和血清中胆固醇/三酸甘油酯，以確知這些數值是否有任何改變，且在本週中，安慰劑仍投予病人，以確定血壓、心率是否有復發之現象。第五週起，我們再投予「三黃瀉心湯」以觀察本處方之長期作用。

結果我們發現：

1. 三黃瀉心湯明顯地降低了收縮壓/舒張壓從 167 ± 15 mmHg / 108 ± 10 mmHg 至 140 ± 16 mmHg / 88 ± 8 mmHg (平均值 ± 標準差)。詳細情形見表 3。
2. 服用三黃瀉心湯後，心速顯著地由 81 ± 7 beats / min 降至 73 ± 6 beats / min (平均值 ± 標準差)

，詳細情形見表 3。

3. 胆固醇 / 三酸甘油酯的平均值有緩和的降低，但並無統計上顯著的差異。詳細情形見表 3。

4. 主觀症狀進步的有：頭痛、嚴重的頭痛、頸項僵硬感、顏面潮紅、便秘。詳細情形見表 4。

5. 肝功能及腎功能測驗中並無明顯的改變。詳細情形見表 4。

6. 給藥前，有些病人表現出可能因服用利尿劑作為抗血壓藥所引起之低血鉀症 (Hypokalemia)，給藥二週後，血清中的鉀含量轉為正常。此結果顯示：三黃瀉心湯並不會對這些病人電解質的平衡造成影響。詳細情形見表 4。

7. 服用三黃瀉心湯後的不良反應非常少，停藥後可復原，且不會令人感覺不適。這些不良反應是腸蠕動增加 (三例) 和尿液呈深黃色 (一一例)，詳細情形見表 4。

表 3 則顯示了停藥一週後，血壓、心率的變化。血壓和心率分別自 140 ± 16 mmHg / 88 ± 8 mmHg, 73 ± 6 beats / min 回升到 154 ± 15 mmHg / 96 ± 7 mmHg 和 76 ± 7 beats / min。

四、討 論

高血壓是引起循環衰竭的主因之一，而現今之抗血壓藥均具有不可避免的副作用。因此，尋求令人更滿意的抗血壓藥已成為醫學界研究的目標之一。

曾經有人報告：三黃瀉心湯在動物實驗中具有降血壓的作用，但缺乏統計的資料。在本研究中，我們發現三黃瀉心湯對本態性高血壓患者有相當良好的抗血壓作用。

我們曾試將大黃、黃連、黃芩以等量之比例混合 (記載於金匱要略之中)，但我們發現此配合在某些病人造成嚴重的腹瀉，我們懷疑這是大黃成分中 Emodin 的作用，又大黃大劑量下僅具微量的降壓作用，而黃連、黃芩的主要成分 berberine, Baicalin 和 Baicalein 均個別地具有降壓作用。因此，我們將大黃的分量減小，採用新配方。在此種新配方下，只有三位病人有腸蠕動增加的現象，且增強降血壓效果。

日本青沼氏曾經報告：三黃瀉心湯能降低兔子血清中胆固醇 / 三酸甘油酯的含量。在本研究中，胆固醇 / 三酸甘油酯的平均值雖然下降，但並無統計上顯著的差異。停藥一週後，病人的血壓回升，但低於原來的水平。

此點表示三黃瀉心湯僅能降低血壓，並不能治療本態性高血壓。其實，目前的抗壓藥物亦是如此。然而降低血壓對高血壓病人而言却是重要的，因為根據流行病學的研究顯示：降低血壓能減輕高血壓患者心臟血管系統的負荷，因

而可減少高血壓病人的死亡率。

我們進一步的研究是廣泛地對本態性高血壓患者投予「三黃瀉心湯」，以確定其療效。並研究它的機轉和毒性。

Table 1. LD₅₀ and 95% confidence limit of different preparations of S-H-T in rats.

Preparation of S-H-T	Route	LD ₅₀ (95% confidence limit)
water-extracted	P.O.	36.23 g/kg
wine-prepared	P.O.	36.23 g/kg
alcohol-extracted	P.O.	36.23 g/kg
water-extracted	I.P.	15.21 g/kg (13.40-17.02 g/kg)
wine-prepared	I.P.	11.07 g/kg (8.38-14.06 g/kg)
alcohol-extracted	I.P.	5.82 g/kg (5.58-6.05 g/kg)

* The above dosages are those of crude herb materials.

Table 2. Dose-response relationship of alcohol-extracted S-H-T on B.P. in rats.

Dose g/kg (i.p.)	No. of rats	Systolic B.P./Diastolic B.P. (Mean ± S.E.)							
		0	30 min	1 hr	2 hr	3 hr	4 hr	5 hr	6 hr
0.45	6	125.83 ± 3.75	126.83 ± 3.76	125.17 ± 3.67	125.50 ± 3.73	126.33 ± 4.33	125.83 ± 4.54	124.67 ± 4.02	122.50 ± 4.03
		72.17 ± 3.22	72.33 ± 3.14	72.00 ± 2.99	72.83 ± 3.22	72.50 ± 3.59	72.33 ± 3.76	72.50 ± 3.24	72.50 ± 3.59
0.9	6	128.33 ± 3.07	$120.50 \pm 3.95^*$	$113.67 \pm 4.70^{**}$	$110.83 \pm 3.96^{**}$	$111.17 \pm 2.71^{**}$	119.50 ± 2.82	120.50 ± 2.43	120.33 ± 2.67
		80.83 ± 3.01	$67.17 \pm 5.60^*$	$64.67 \pm 4.91^{**}$	$61.17 \pm 3.22^{**}$	$63.17 \pm 2.67^{**}$	70.33 ± 4.70	70.83 ± 4.54	65.00 ± 3.66
1.8	6	129.50 ± 2.14	$118.33 \pm 3.33^*$	$115.83 \pm 3.01^{**}$	$117.50 \pm 2.82^{**}$	$111.50 \pm 3.05^{**}$	$105.83 \pm 4.73^{**}$	$101.67 \pm 4.41^{**}$	$97.17 \pm 5.29^{**}$
		74.67 ± 1.67	$67.75 \pm 2.30^{**}$	$66.08 \pm 2.06^{**}$	$67.33 \pm 2.05^{**}$	$62.83 \pm 2.78^{**}$	$60.50 \pm 2.76^{**}$	$57.50 \pm 2.55^{**}$	$55.00 \pm 2.58^{**}$

Significant differences from the pretreatment values at time zero were noted as : *p < 0.05 , **p < 0.01

Table 3. Effects of "San-Huang-Hsieh-Hsin-Tang" on Blood Pressure and Heart rate.

Case	Age(y)	Sex	Blood Pressure (mmHg)			Heart Rate (beats/min)		
			Before ^a	After ^b	Withdraw ^c	Before ^a	After ^b	Withdraw ^c
1	38	F	150/100	136/82	139/86	85	80	85
2	42	F	152/110	138/90	140/98	80	72	78
3	45	F	178/102	130/88	154/100	87	82	84
4	60	M	150/90	140/86	146/90	80	70	78
5	53	M	190/124	136/94	166/100	70	74	73
6	60	F	198/122	178/98	186/102	73	70	70
7	54	M	162/96	138/88	142/90	80	80	79
8	56	M	148/108	142/96	158/104	81	80	78
9	59	F	154/90	138/74	170/94	71	70	70
10	51	M	160/108	134/92	138/98	84	70	76
11	56	M	182/114	160/90	170/100	100	80	84
12	53	M	178/102	160/100	170/102	85	70	78
13	27	M	168/92	140/88	142/94	82	77	90
14	58	F	182/98	178/84	178/92	90	72	84
15	40	F	168/98	160/90	164/96	73	74	72
16	34	M	190/130	120/90	164/100	88	72	80
17	37	M	168/104	134/84	158/100	92	72	74
18	58	M	160/100	144/88	152/88	72	66	66
19	59	M	188/114	152/90	166/100	76	60	61
20	52	M	156/106	124/76	144/88	86	84	84
21	65	F	186/105	132/84	166/98	80	78	78
22	50	M	164/106	118/88	132/96	78	60	66
23	60	M	171/121	157/107	158/108	83	79	78
24	63	M	170/111	120/72	132/86	92	69	74
25	70	M	150/108	130/84	144/90	80	76	80
26	53	M	144/110	134/90	146/94	74	69	72
27	62	F	160/115	124/76	130/80	79	76	80
28	57	M	170/120	146/88	152/98	77	64	70
29	46	M	156/114	126/84	156/102	76	72	72
Mean			167/108	140/88	154/96	81	73	76
Standard Deviation			15/10	16/8	15/7	7	6	7
T value			6.6/8.3		6/8.5	4.7		2.9
P value			< 0.001		< 0.001	< 0.001		< 0.01

*Abbreviations : F :Female

M : Male

a : Measured 1 week before drug treatment

b : After 2-week drug treatment

c : 1 week after withdrawal of the drug

七

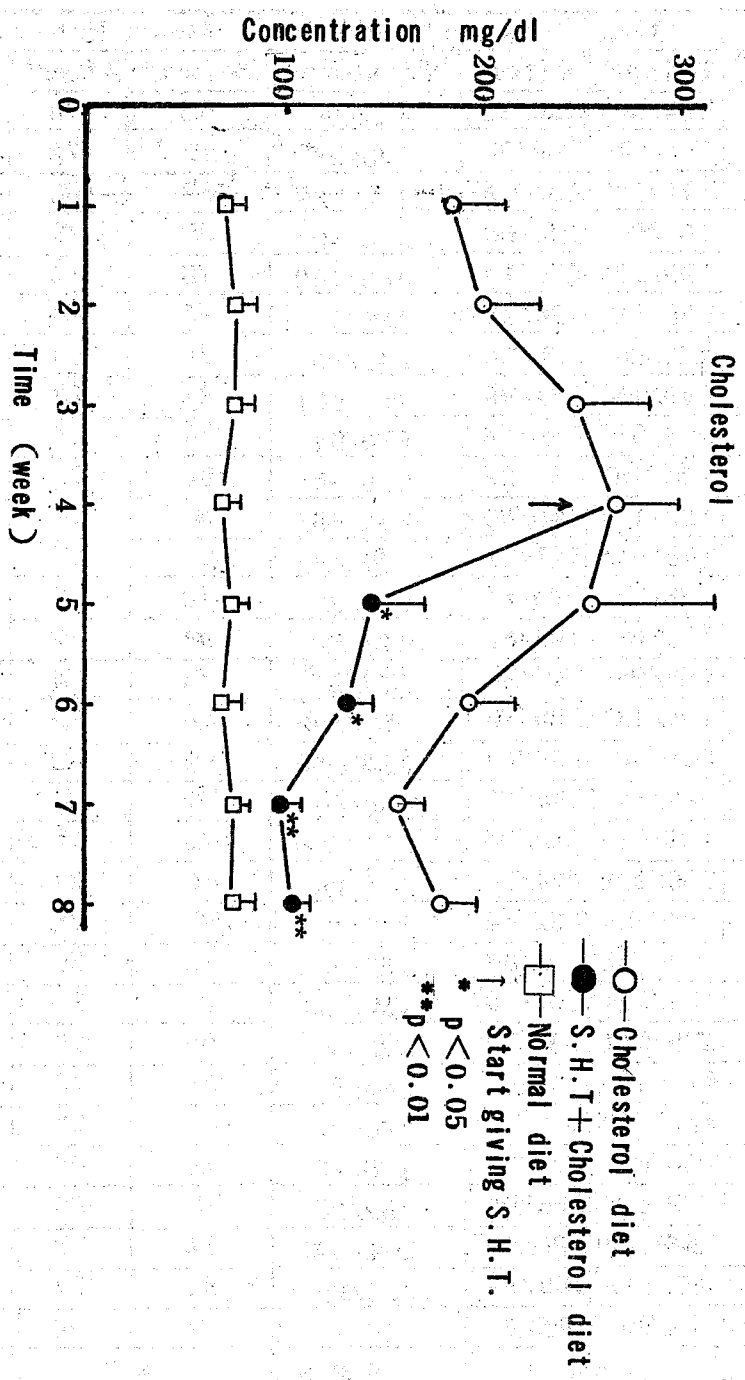


Fig. 1. Effect of alcohol-extracted S-H-T on serum cholesterol in rats

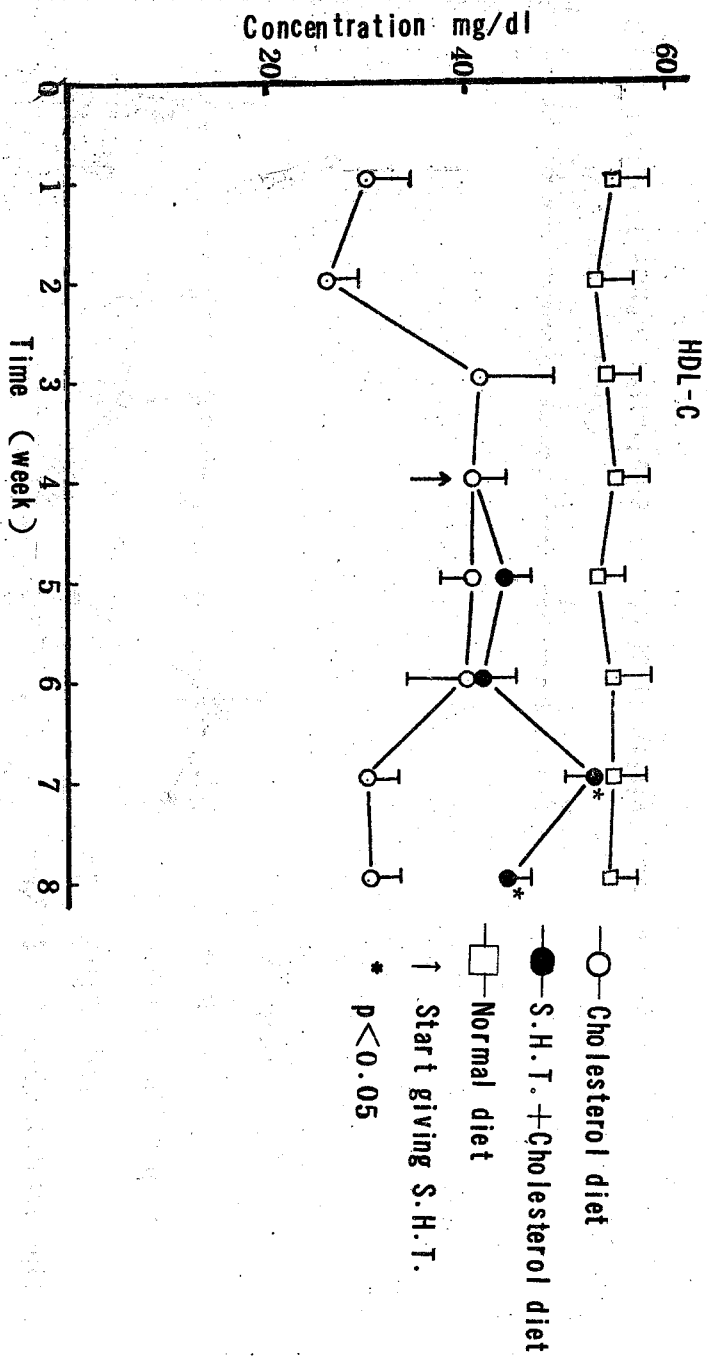


Fig 2. Effect of alcohol-extracted S-H-T on serum HDL-c in rats

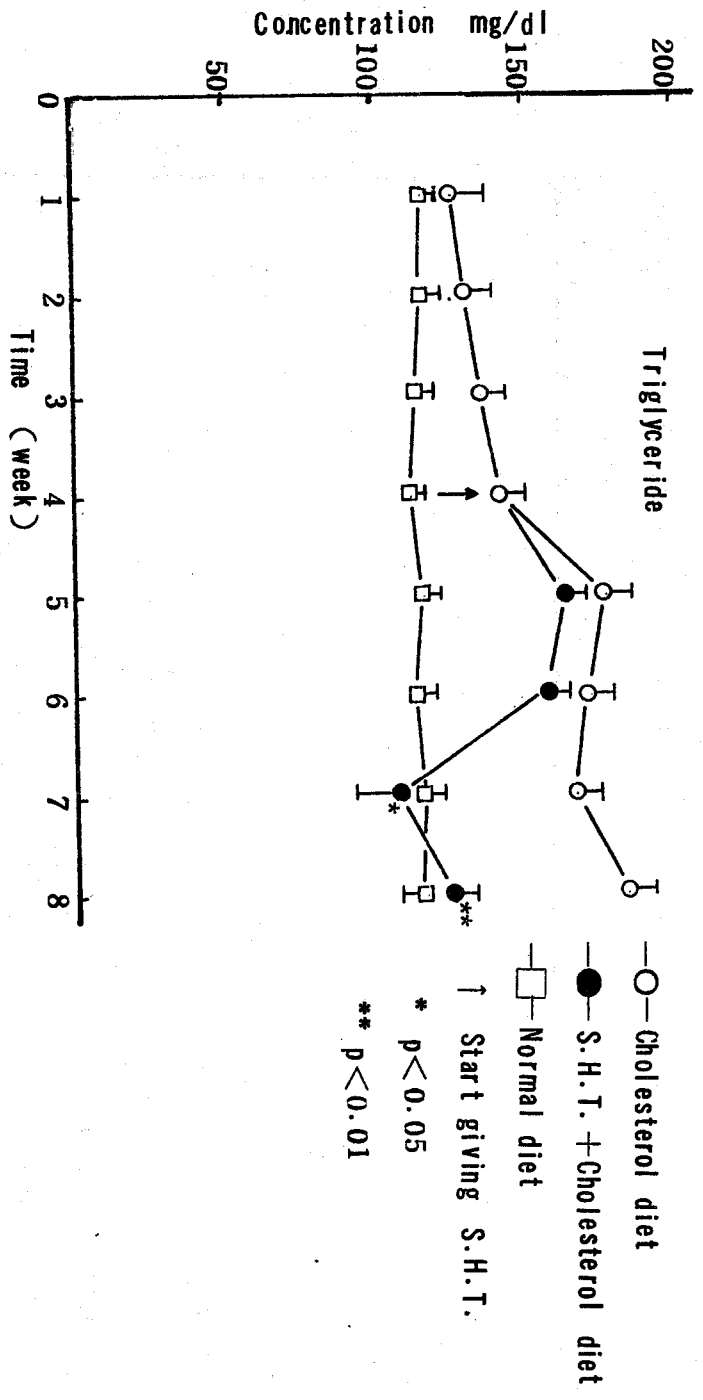


Fig. 3. Effect of alcohol-extracted S-H-T on serum triglyceride in rats

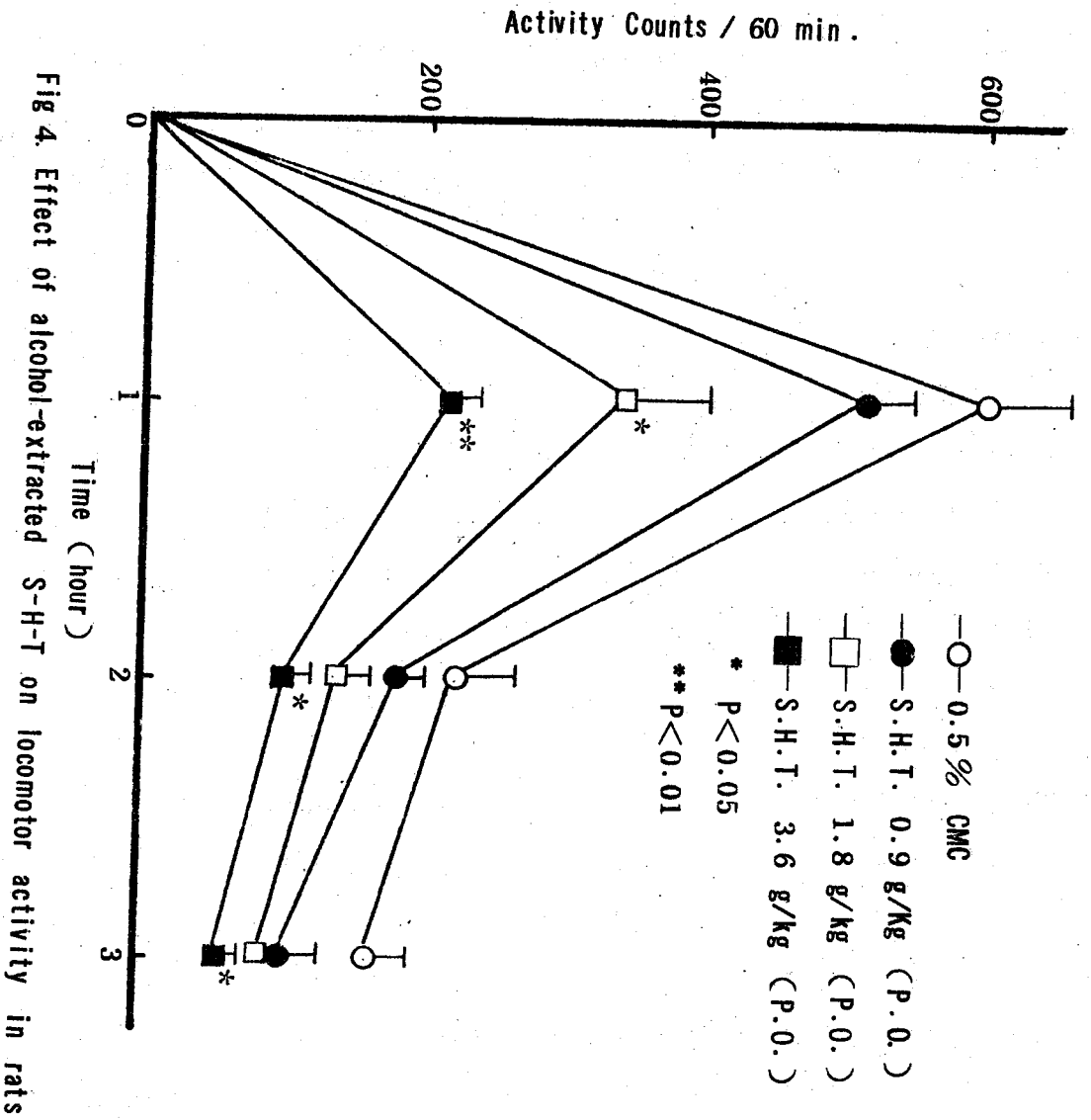
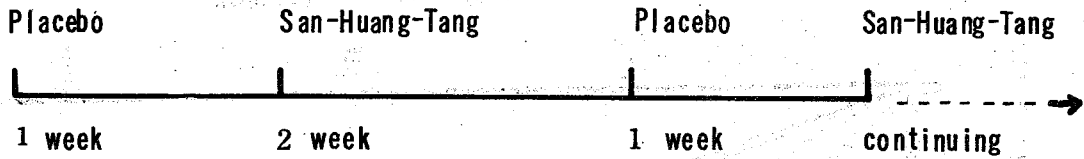


Fig. 4. Effect of alcohol-extracted S-H-T on locomotor activity in rats

PROTOCOL



- (1) RFT & Electrolytes
- (2) LFT
- (3) Chest P-A
- (4) BU routine
- (5) Cholesterol and Triglyceride
- (6) Symptoms and Signs

- (1) RFT and Electrolytes
- (2) LFT
- (3) Chest P-A
- (4) BU routine
- (5) Cholesterol and Triglyceide
- (6) Symptoms and Signs

Abbreviations : RFT : Renal function test

LFT : liver function test

BU : Blood and urine

Chest P-A : Chest x-ray film, posterior-anterior view

Fig 5. The protocol for the clinical trial

Table 4. Effects of "San-Huang-Hsich-Hsin-Tang" on Sarum Cholesterol and Triglyceride. Electrolytes. Side effects and Improved Symptoms

Case	Cholesterol/Triglyceride		Electrolytes		Side effects	Improved Symptoms
	Before	After	Before	After		
1	200/102	180/100	N	N	Increased bowel movement	Headache, Heavy headedness, Flushed face
2	163/206	160/174	K ⁺ ↓	N	None	precordial distress, Flushed face
3	210/170	210/168	N	N	None	Constipation
4	206/307	204/111	N	N	None	Constipation
5	178/304	179/293	N	N	Increased bowel movement	Flushed face, Heavy headedness, Precordial distress
6	182/278	180/206	N	N	Deep yellowed urine	Constipation
7	229/226	230/219	N	N	Deep yellowed urine	Precordial distress
8	254/219	256/205	K ⁺ ↓	N	None	Headache
9	221/223	234/240	N	N	None	Constipation
10	174/134	184/150	N	N	None	Neck stiffness
11	358/141	202/108	N	N	None	Heavy headedness
12	188/95	191/100	K ⁺ ↓	N	Deep yellowed urine	Constipation
13	170/110	146/95	N	N	None	Constipation, precordial distress
14	242/488	250/400	K ⁺ ↓	N	None	Constipation
15	168/107	180/104	N	N	None	Precordial distress
16	245/206	166/150	K ⁺ ↓	N	Increased bowel movement	Neck stiffness, Fatigue, Impotency
17	215/325	201/242	N	N	None	Neck stiffness, Palpitation
18	241/109	252/156	K ⁺ ↓	N	Deep yellowed urine	Neck stiffness
19	202/117	263/97	N	N	Deep yellowed urine	Neck stiffness
20	205/234	181/54	N	N	None	Heavy headedness, Fatigue
21	269/196	199/194	N	N	None	Numbness of fingers, Nocturia
22	206/207	191/184	K ⁺ ↓	N	Deep yellowed urine	Neck stiffness
23	269/180	223/147	N	N	Deep yellowed urine	None
24	196/110	197/100	K ⁺ ↓	N	Deep yellowed urine	Precordial distress
25	221/263	209/145	K ⁺ ↓	N	None	Heavy headedness, precordial distress, Impotency
26	186/100	181/77	K ⁺ ↓	N	None	Neck stiffness, Epigastric fullness
27	216/120	247/140	N	N	Deep yellowed urine	Palpitation
28	237/193	239/145	N	N	Deep yellowed urine	Impotency, Fatigue, Neck stiffness, Hemorrhoid
29	234/283	187/195	N	N	Deep yellowed urine	Constipation, Neck stiffness, Flushed face, Impotency
Mean	217/198	204/162	* Abbreviations : LFT : Liver Function Test RFT : Renal Function Test N : within Normal limit K ⁺ ↓ : Decreased serum Potassium Level			
Standard Deviation	40/90	31/72				
T value	1.4/1.7					
p value	>0.1 / >0.05					

77

糖

尿

病

的

研

究



時代的進化，生活的水準提高，工作繁忙，精神緊張

，糖尿病的發生率亦漸升高。本人臨床三十餘年，因教學關係，有幸參加國立中國醫藥研究所糖尿病研究工作，六年以來，稍有心得。該病如能得到正確的診療，合宜的藥物，平衡的飲食；而又能有適當的運動，標準的體重，愉快的心情，該病是可以痊癒的。茲分別臚陳如後，以供研究者之參考。

一、糖尿病的發展，在中西醫藥典籍的依據

(一)黃帝內經云：「五臟柔弱者，善病消疸(消渴)」

。此可以說明在紀元前二〇〇〇餘年左右，我們的祖先已知糖尿病之體質因素。又云：「肥者令人內熱，甘者令人中滿，故其氣上溢，轉為消渴。」此又可說明那時候已

知糖尿病的病因是嗜食肥甘，身體肥胖者易患本病。

(二)後漢張仲景著金匱要略有云：「男子消渴，小便多，以飲一斗，小便亦一斗，腎氣丸主之。」這可證明在公元二〇〇年左右，已知治療該病的藥方。

(三)唐代王燾著外台秘要有云：「消渴者，……腎虛所致，小便至甜。」這更可以證明在公元七五〇年左右已知該病尿甜含有糖份。其又云：「雖能食多，小便亦多，漸消瘦。」其時已知該病食多、尿多、漸次消瘦等變症。

(四)英人湯姆威立司(Thomas Willis)一直到一六七四年才發現糖尿病者尿中含有糖份，比之我國要晚九二〇餘年。

(五)一九二一年盤汀氏(Banting)和白第(Best)

二氏，製造出含有胰島素（Insulin）之抽出液，西人治療該病始有藥方。比之我國在公元二〇〇年左右之金匱要略中已知用腎氣丸主之要晚多了，也就是說我國治療該病的藥方要比西方約早一七〇〇多年。且腎氣丸證之今日科學化驗結果，仍是治療糖尿病的特效藥方，國立中醫藥研究所曾有多次報告，且正在作進一步之分析研究中。

（六）夏碧落（Shapiro）等人研究合成之 Phenformin（I—Phenethylguanide, DBI）其作用意在促進體內末梢組織利用葡萄糖及減少肝臟釋出葡萄糖兩種作用。但結果并不理想，且有服用者突然心肌梗塞死亡的報告。故目前已有各國家明令禁用。此比之我國歷代常用中藥方劑，如六味地黃丸及由國立中國醫藥研究所六十年來辛苦研究得知的成果，熟地黃、山茱萸、麥門冬，咸豐草等，其對糖尿病的功效較之胰島素（Insulin）亦不遜色。

二、中外歷史上患糖尿病者多係名人

（一）漢書上記載：「司馬相如口吃而善著書，有消渴症。」司馬相如是大文人，患有糖尿病，史有記載。

（二）名詩人杜甫也患糖尿病。他寫過這樣的詩句：「我多長脚病」。（長脚即司馬相如之外號）及「肺枯渴太

甚」等詩句。口乾尿多很明顯的是患糖尿病。

（三）漢武帝、隋帝、韓愈、宰相李通、蘇東坡、慈禧太后、汪精衛、胡適等等我國歷史上的名人，多曾患過糖尿病。

（四）西洋很多偉人亦曾患有此病，例如：

名史學家：威爾斯（H. G. Wells）。

名藝術家：巴爾西靜（Paul Cezanne）。

名政治家：喬治、西名索（Georges Clemenceau）。

名小說家：赫琪、威爾蒲（Hugh Walpole）。

名運動家：比利、特貝地（Billy Talbert）。

凡患糖尿病的人，其體質似乎多係天資聰慧，腦力超人，係腦下垂體分泌失調所致。且多係社會各階層的領導者。

三、糖尿病之各種病因：

（一）遺傳體質的因素：

雙親中父親有糖尿病，則其子女得病率約為百分之二三。

雙親中父母均有糖尿病，則其子女得病率在百分之五〇以上。

（二）身體重量在標準體重以上之過胖者。

- (三) 飲食過量，缺乏運動者。
- (四) 勞心而不知道調節身心者，包括受精神打擊 (Stress) 者。

- (五) 過量使用腎上腺皮質素類固醇 (Steroid)。
- (六) 過量用動情素或 Benzathiadiazine 型的利尿劑。
- (七) 傳染病的後遺症，包括濾過性病毒的侵襲。
- (八) 懷孕時期。
- (九) 生長時期。
- (十) 腦下垂體前葉激素分泌失調。
- (十一) 胰臟 β 細胞損傷，以致胰島素分泌失調。
- (十二) 體內組織對胰島素利用的功能或肝臟儲糖作用等的反應降低。

凡有以上一種或數種情形，均會使人患糖尿病。

四、糖尿病的各種症狀：

- (一) 多尿、多渴、多食、消瘦為主要症狀。——三多症狀。

- (二) 精神不振、疲勞、腳軟、頭暈、神經痛、嗜睡、皮膚癢、傷口難癒等等症狀，漸次發生。——一般症狀。
- (三) 視力減退，白內障，下肢麻木感覺。——對神經。
- (四) 男性性機能減退，女性陰部奇癢。——對性慾。

- (五) 血管硬化，高血壓。——對血管。
- (六) 心臟病，狹心症。——對心臟。
- (七) 腎臟病，尿毒症。——對腎臟。
- (八) 腦溢血、半身不遂。——對腦部。
- (九) 肝功能不全，肝硬化。——對肝。
- (十) 易生壞疽。——對全身。
- (十一) 酸中毒，昏迷。——一般後果。

總之：

- (1) 糖尿病性微血管病變 (Diabetic Microangiopathy)。
- (2) 糖尿病性神經病變 (Diabetic Neuropathy)。
- (3) 糖尿病性視網膜病變 (Diabetic Retinopathy)。

以上均係出自糖尿病本身的慢性病變，而非出自另一病源的所謂合併症 (Complication)。上述各種病變，雖其發生部位不同，但其組織病理學與機能變異，其基本病理變化，可能均與糖尿病性微血管病變 (Diabetic Microangiopathy) 有關。

五、治療糖尿病藥物與方劑。

中醫論糖尿病為消渴，分上消，中消，下消三種。茲將其各主要辨證及治療用藥分析如下：

(一)上消：口大渴，多飲，口乾舌燥，大便如常，小便頻數。

(肺消) 尿清或赤澀，以煩渴引飲 (Acidosis) 為主。

多用：白虎加人參湯 (初期用)、麥門冬

飲子 (咳嗽、膚燥用) 等方劑。

(二)中消：口渴，善飢，飲食倍常，形反消瘦，小便頻數。

(胃消) 大便硬，自汗，以腹部症狀為主。

常用：調胃承氣湯 (大便硬、善飢用)，瀉

心湯 (自汗、消、瀉用) 等方劑。

(三)下消：小便頻數，量多，尿如膏油，飲一澀二，甚或無度。

(腎消) 小溲無度尿量多於所飲，面色黧黑以自覺，

易於疲勞，消瘦，尿多為主。

善用：六味地黃丸，腎氣丸，八味地黃丸

(尿多面黑用)，小建中湯加地黃、人

參，加地黃山藥麥門冬 (疲勞、消

瘦用) 補中益氣 (尿多、消瘦、強

度疲勞用)。

其他對症療法：

(1) 強度疲勞感，視力障礙：

補中益氣湯，十全大補湯。

(2) 皮膚枯燥，體力衰弱，咳嗽：

竹葉石膏湯，麥門冬湯。

(3) 心悸亢進，呼吸促迫，脈弱肢腫：

炙甘草湯、四君子湯。

(4) 腹直肌拘攣，腹部脹滿感之虛腹脹：

桂枝加芍藥湯加人參、地黃。

(5) 口渴而小便少：

五苓散。

(以上(1)至(5)各處方，皆屬虛症用方。)

(6) 口渴，大小便不利，體肥、煩燥，胸脇苦滿：(實

症者用)

柴胡加龍骨、牡蠣湯。大柴胡加石膏。

小柴胡加石膏。柴胡桂枝乾薑湯。

(7) 口渴，大小便不利，瘦弱疲勞，胸脇苦滿：(虛症

者用)

病歷短者：用大柴胡或小柴胡加六味地黃。

病歷長者：用大柴胡或小柴胡加八味地黃。

六、鍼灸對糖尿病補助療法：

(一)上消：(肺消)

肺俞，少商為主穴，加魚際(均瀉)、金津、玉液(出血)。

作用：掃蕩上焦肺經邪熱，而養津液。

(二)中消：(胃消)

中脘，足三里為主穴，胃俞、縮谷、脾俞、水道(均瀉)。

作用：清除胃熱，協調三焦，而養脾陰。

(三)下消：(腎消)

腎俞、關元為主穴，加三陰交、水泉(均補)、然谷、行間(均瀉)。

作用：調整泌尿機能，泄腎火而壯腎水。

(四)整體：肝俞、三陰交、脾俞、腎俞為主穴(均補)，足三里、三焦俞、陽池(均瀉)。

作用：促進胰臟恢復正常分泌機能。

對於上述各穴之治療功效，分析如下：

上消：肺俞、魚際，清上焦之火。少商，消肺氣並退諸臟之熱。金津，玉液出血，疏通氣血，使

津液上輸。

中消：瀉胃俞、中脘、脾俞，清脾胃火。縮谷，瀉陽

明燥。水道，清陽明三焦結熱，胃火清則脾

陰自復。

下消：補腎俞、關元、水泉，滋腎壯水。然谷，瀉

腎火。行間，瀉肝火。

整體：三焦俞、陽池，清三焦壅熱。

足三里，協調三焦，清胃熱，養脾陰。

三陰交，調和內分泌，改善泌尿機能。

肝俞，和肝養血，促進胰臟恢復正常分泌機能。

七、糖尿病的食物療法

要知道糖尿病的食物療法，就是治療糖尿病的最佳療法。但要採用食物療法，什麼是標準體重？什麼是每日所需熱量？什麼是標準體重每公斤所需熱量？以及知道食物怎麼分類？如何配製？怎麼計算您每天需要的熱量？怎麼選擇您每天適合的飲食等等，是值得研究而深加注意的。茲分別臚陳如后：

(一)標準體重等於身高多少公分減100，再乘以0.6，其公式就是：

標準體重(公斤) = [身高(公分) - 100] × 0.9

例如身高 170 公分的人，其標準體重為：

$$(170 - 100) \times 0.9 = 63 \text{ 公斤。其消瘦}$$

限度，應不超過 5% 為度。

(二) 每公斤標準體重所需的熱量，因每人身高體重胖瘦及工作勞力輕重而不同，為便於計算、查閱，列表如下：

工作情形 體重情況	工作情形		
	清閒工作	中等勞動	重工作勞力
超過標準者	二〇〇~二五卡	三〇卡	三五卡
標準體重者	三〇卡	三五卡	四〇卡
輕於標準者	三五卡	四〇卡	四五卡

由上表可以得知，從事清閒工作者，所需熱量較少。

從事重工作勞力者，所需熱量較多。又超過標準體重之胖者，所需熱量較少。而輕於標準之瘦者，所需熱量較多。

(三) 每人每日所需之熱量應等於該人之標準體重，乘以該人依其從事工作之輕重與胖瘦每公斤所需之熱量。亦即

某人之每日所需之熱量等於某人之標準體重乘以某人從事工作每公斤所需之熱量。

例如某人身高一七〇公分，實際體重有七五公斤，是一位肥胖者，其標準體重依本節(一)計算應為六三公斤。當他從事清閒工作時，則每日所需的熱量為：

$$63 \times 20 = 1260 \text{ 卡。}$$

$$\text{至 } 63 \times 25 = 1575 \text{ 卡。}$$

當他從事中等勞動時，則其每日所需之熱量為：

$$63 \times 30 = 1890 \text{ 卡。}$$

再當他從事重工作時，則其每日所需之熱量為：

$$63 \times 35 = 2205 \text{ 卡。}$$

由此得知：因從事工作之不同，每人所需的熱量亦各不同。也就是說每天所需的熱量應依工作之輕重而不同。

又如：某人身高一七〇公分，實際體重祇有五〇公斤，是一位瘦弱者，其標準體重依本節(一)計算應為六三公斤。

當他從事清閒工作時，其每日所需的熱量為：

$$63 \times 35 = 2205 \text{ 卡。}$$

當他從事中等勞動時，其每日所需的熱量又為：

$$63 \times 40 = 2520 \text{ 卡。}$$

再當他從事重工作時，則其每日所需之熱量又為：

由上列二例可以得知：胖子應少吃。但均有一定之所需熱量標準，以維護健康之身體。

(四) 食物怎樣分類以便選擇和配製。

食物有佐料類，蔬菜類，水果類，麵飯類，肉類，油類，奶類等等。其食後於人體內所產生之熱量各有不同，為便於選擇配合每人所需熱量，茲分別條列如后：

(1) 第一類：A. 佐料食物，可隨意酌量採用。(達到調味作用即可)

葱、薑、蒜、檸檬、薄荷、肉桂、荳蔻、胡椒、香菜、橄欖菜、香料、醬油、醋、辣椒、芥辣、茶和咖啡(無糖或乳酪)、酸菜、醬瓜、醬蘿蔔等。

B. 未煮前分量不宜超過二〇〇公分之下列各物：

蔬菜(生吃可較多)、蘆筍、白菜、菜花、芹菜、空心菜、甜菜、菠菜、香菇、青椒、長梗豆、蕃茄、蘿蔔、洋白菜等。

(2) 第二類：含熱量較高之蔬菜。

(一〇〇公分，含有三〇~四〇卡，含糖七公分)

大頭菜、紅蘿蔔、洋葱、豌豆、南瓜、紅蕃芋

(3) 第三類：水果(新鮮水果或無糖之罐頭水果)。

(下列每一份含有四〇卡熱量，含糖一〇公分)

小蘋果一個、鳳梨一小片、鳳梨汁小半杯，(以上每一份，均為八〇公分) 柚子汁半杯、小桔子一個、桔子水半杯、中等大木瓜三分之一個、桃子一個、梨子一小個、李子三個、柳丁一個(以上每一份，均為一〇〇公分)、香蕉半條(五〇公分) 葡萄汁小半杯(六〇公分)、芒果一個(七〇公分) 葡萄十二顆(二七〇公分)、葡萄乾二茶匙(一五公分)、草莓四湯匙(一五〇公分)、西瓜一片(一七五公分) 香瓜半個、杏桃二個(以上每份，均為二〇〇公分)，櫻桃十顆(七五公分)。

上列佐料、蔬菜及水果可以依據所含熱量之多少與自己的興趣及需要之熱量來選擇您所要吃的食物。茲再將麵飯類、肉類、油類、奶類，分別列立如后，以供所需者作合理之選擇。

(4) 第四類：麵飯類。

(下列每一份含有七〇卡熱量，含糖一五公分)

飯四分之一碗(一〇〇公分) 粥二分之一碗(二五〇公分)、麵包一片(二十五公分)、饅頭半個(一〇〇公分)、餃子(無餡)四隻、麥片半碗、麵條半碗、餅乾五

塊、黃豆小半碗、洋蕃芋三匙（以上每一份，均為一〇〇公分）冰淇淋半份（七五公分）、玉蜀黍三匙（八〇公分）。

(5) 第五類：肉類：

（下列每一份，均含七五卡熱量。）

羊、牛、豬、鷄、鴨、略帶肥的瘦肉或肝（均為

8 X 5 X 1公分大小）、魚肉（5 X 5 X 1公分大小）（

約三〇公分）小魚一條（一〇〇公分）、蟹半隻（六〇公分）

沙丁魚一條（五〇公分）、蛋一個（五〇公分）、花生

醬一湯匙（三〇公分）、蝦五隻（不帶殼）（四五公分）

(6) 第六類：油類：

（下列每一份，均含四五卡熱量）

白脫油一茶匙、豆油一茶匙、菜油、橄欖油、花生油

、（以上各一茶匙為一份，均為五公分重），乳酪兩茶匙

（三〇公分）、花生十五顆（一〇公分）。

(7) 第七類：奶類：

（下列每一份，均含一七〇卡熱量。）

卡每份數	總熱量 食物類 分量表 則	1000卡	1200卡	1500卡	1800卡	2000卡	2200卡	2500卡
		至 1070	至 1280	至 1560	至 1820	至 2010	至 2250	至 2550
不計算卡	一類配料調味及一般低熱蔬菜等	均可以酌量依照自己的愛好食用						
30卡	二類蔬菜	1	1	1	2	2	2	3
40卡	三類水果	3	3	4	5	5	5	5
70卡	四類麵飯	3	4	5	6	7	10	10
75卡	五類肉類	6	5	5	6	7	7	8
45卡	六類油類	2	3	3	4	5	6	10
170卡	七類奶類	1	2	3	3	3	3	3

全奶一杯（240c.c）奶粉（35公分）

我們明瞭了上述七類飲食物含有之熱量，為了保健，依照自己實際體重與標準體重，計算出自己工作生活上所需要的熱量，以便選擇自己應用的飲食種類與多少份量。

(四) 怎樣應用配食表，選擇適合你每天所需的食物？

(1) 算出你的標準體重：

(你的目前實際身高 - 100) × 0.9 = 你的標準體重。

(2) 算出你每天所需的總熱量：

你的標準體重 × 每公斤標準體重所需熱量 (查表)

＝ 你每天所需總熱量。

(3) 在下列表中，找出符合你所需的熱量欄，按照各類食物和分配比例參考前列各類 (七類) 食物，以便選擇和分配你每天的正常熱量飲食。

飲食配製舉例如下：

(1) 假如你的體重實際七五公斤，身高是一六六·六公分，

那麼你的標準體重應是 (166.6 - 100) × 0.9 =

60 公斤 (四捨五入計)

如果你目前是從事中等勞動工作，那麼你每天天所需的總熱量：

60×30 (查標準熱量表體重超於標準者) = 1800 卡

左右。

(2) 假如你的體重已降至標準六〇公斤，身高仍是一六六·六公分，那麼你從事同樣中等勞動工作你每天所需總熱量，則要較多：

60×35 (查標準熱量表體重正合於標準者) =

2100 卡。

(3) 假如你的體重降得太低，變成五〇公斤，身高仍是一六六·六公分。

如果你仍從事中等勞動工作，則你每天所需總熱量更要大

50×40 (查所需熱量表體重輕於標準者) =

2400 卡。

由上述三種情形可知：一個人從事同樣的工作，常因其體重之變化而增減食物的熱量，機動的增減才合於保健。

假如每日需要總熱量一、八〇〇卡左右者，其食物可

按下表分配：

第一類 配料及一般蔬菜可酌量採用。

第二類 蔬菜 選二份 含熱量 (30 × 2) = 80 卡。

第三類 水果 選五份 含熱量 (40 × 5) = 200 卡。

第四類 麵飯 選六份 含熱量(70×6)

|| 420卡。

第五類 肉類 選六份 含熱量(75×6)

|| 450卡。

第六類 油類 選四份 含熱量(45×4)

|| 180卡。

第七類 奶類 選三份 含熱量(170×3)

|| 510卡。

全日食物總熱量 || 1820卡。

附註：一般正常人，均係分三餐進食，但糖尿病患者，為免飢感及血糖高低過大，則宜少食多餐，分為六餐用完一天應有的食物。這樣才可達到經常維持正常營養及血糖高低的穩定狀態，以求飲食治療糖尿的效果。

八 糖尿病的根本治療法

糖尿病初期症狀簡單，但其變化進展複雜，治療因人因時因證而各異。惟如能採用平衡的飲食，正確的藥物，而又有愉快的心情與適當的運動，糖尿病者亦可延年益壽，松柏長青。茲將上述各點歸納如后，以供參考。

(一) 平衡的飲食

糖尿病的患者，十人有九人都是喜歡喫東西，而且多數是胖胖的人，若疾病發展到不喜歡喫或者瘦下來，那時候反而不好。所以依照個人四十年來的臨床經驗，當發現糖尿病時，其人肥胖善食，比之其人消瘦不欲飲食者的好治多了。

什麼是平衡的飲食？少喫多餐就平衡了嗎？不！那是要有專門的研究的；要依照各人實際的身高體重與工作，算出標準的體重與工作需要的熱量來選擇各人的應有食物，而分六餐進用。這樣，平衡的飲食，可以維持身體正常的需要，不增加身體的負擔，而可順利進行正常的工作。這是糖尿病控制最好的，但也是一般人不容易做到的，瞭解平衡飲食的好處很可惜。前面第七節糖尿病的食物療法，對於如何按照各人之實際體重，算出標準體重，再按照各人的輕重與工作，計算出各人之所需總熱量，再按各人所需總熱量去選擇各人的飲食而分六餐食用。如有需要請查閱本文前述第七節糖尿病的食物療法。

但應注意：我們知道了自己每天所需要的總熱量，去選擇食物的時候，絕不可以只選擇你喜歡吃的那些食物而造成營養不良。因此之故，對某類食物，依各人之身高體重與工作，攝取應有限制，茲列表如下，提供參考：

(1) 你的標準體重：(你的實際身高 - 100) × 0.9 = 你的理想體重。

(2) 你的標準體重每日所需總熱量：你的標準體重 × 每公斤。標準體重所需熱量。

(3) 蔬菜按每日所需總熱量計，其限度 三〇〇 - 九〇〇卡。

(4) 水果按每日所需總熱量計，其限度 二〇〇 - 三〇〇卡。

(5) 麵類按每日所需總熱量計，其限度 二〇〇 - 三〇〇卡。

(6) 肉類按每日所需總熱量計，其限度 四〇〇 - 六〇〇卡。

(7) 油類按每日所需總熱量計，其限度 九〇〇 - 四五〇卡。

(8) 奶類按每日所需總熱量計，其限度 一七〇〇 - 五二〇〇卡。

(一) 正確的藥物

對糖尿病的用藥是否正確，會影響到該病的改善或加速惡化。因此，以目前而論，我仍以為用飲食治療最為妥當。如要用藥治療，必先明瞭下列幾點：

(1) 注射胰島素 (Insulin)，對無法分泌胰島素之幼年型糖尿病 (JOD) 或稱依賴胰島素型糖尿病 (IDDM)

() 有效。但對於胰外型糖尿病，或稱成年型糖尿 (Adult Onset Diabetes, AOD) 或稱不依賴胰島素糖尿病 (

Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus, NID

DM) 則無效，故胰島素並非萬能。

(2) 口服一般市上可買到的治療糖尿的藥片 DBI，先進國家已經禁售、禁用，因為牠有引起突然致死的副作用。其他如 Tolbutamide 類，亦會加速患心臟病或患中風。再如注射果糖以補充患者的營養，對血脂症則又發現有害無益。

(3) 對糖尿病有益的藥物應合下列的條件：

(A) 促進胰臟 (Islets of Langerhans) 之 β - Cell 分泌胰島素。

(B) 促進體內之末梢組織利用葡萄糖。

(C) 減少肝臟釋出葡萄糖。

(D) 促進體內各内分泌平衡。

(E) 促進腦下垂體前葉的正常功能。

(4) 對糖尿病，目前以什麼藥物最佳。

上面已說過了胰島素的優缺點，口服藥的副作用，以及對糖尿病有益的藥物應有的條件，我從事醫療臨床教學三十四年來，可以說還沒有發現藥到病除的藥，不過從這些年來的經驗以及最近六年來國立中國醫藥研究所對糖尿病藥物研究的結果，我發現糖尿病是可以飲食及中藥來治療的。祇要你能依照我前面所談的飲食療法以及採用我前面所談的中藥方劑，再加以知道用藥的方法：什麼藥宜

於注射？什麼藥宜用大量？小中大量又怎樣確定？什麼人又用什麼量？某藥物對正常人與對患者的反應如何？某藥物對患者其先期與後期藥效反應又如何？什麼藥口服注射均有效？什麼藥用小量中量大量均有效？這些問題因限於篇幅，我準備將來有機會再來詳為分析報告，在這裡我除了請諸位參考本文第五節治療糖尿病的藥物與方劑外，我特別在這裡提出一個國立中國醫藥研究所花了五年的時間與人力物力得來的寶貴結果：那就是證實了我國先聖先賢用來治療消渴症（糖尿病）的六味地黃丸，其藥效比胰島素（Insulin）還要好，同時也證明了中藥麥門冬、熟地黃、山茱萸、咸豐草、無論以注射或口服，對糖尿病，均有顯著的降低血糖的效果。我們歷代祖先，有很多先聖先

賢，花了畢生的時光與精力，累積了豐富的臨床經驗，我們應該珍惜這些寶藏，也應該花畢生的時光與精力，運用現代的科技知能，去予以發掘之，研究之，發揚之；為自己盡力，為祖宗爭氣，為人類服務，為國家爭光榮，願我醫藥同道共勉之。

絲球腎炎(Glomerulo nephritis)之中醫療法

張次郎

一前 言

絲球腎炎又稱腎小球腎炎，是以絲球的炎症為主的腎臟炎，故稱之為絲球腎炎。這種腎炎通常都是對稱性的，即左右二腎同時發生同一樣的病變，而病變又以瀰漫性見稱，即所有腎絲球全部發炎之意。臨床上有急性、亞急性及慢性絲球腎炎之分，這到底是一病的三期或是幾種不同原因的疾病，現代醫學尚未盡明瞭。

臨床上以全身微浮腫、血壓增高、血尿、蛋白尿為主要常見表現，尤以血尿與輕微蛋白尿持續出現為其特徵。

本病在中醫文獻中是無法找出其病名記載，但以其症狀可散見於水腫、血尿、水氣等病篇中；如內經水脹篇云：「水始起也，目窠上微腫如新臥起之狀……。」證治準繩水腫篇云：「有一身之間唯面與兩脚浮腫，早則面甚、晚則脚甚。」這些記載都與急性腎炎有關，與本病似乎不盡相同；本病之慢性期大多數病例僅見顏面蒼白及輕微蛋白尿，血

尿有時是肉眼看不能見，必以顯微鏡檢查始能發現，醫師唯靠臨床尿液常規檢查 (Urine Routine test) 始能確診。

二病因及病理

1 現代醫學認為急性及亞急性之病因相同，都是發生於上呼吸道鏈球菌感染之後，與此有關之鏈球菌多屬 A 族

第十二型 (Hemolytic Streptococcus Group A,

Type 12) 絲球腎炎之發生，絕非直接傳染，而是

由於絲球對鏈球菌或其產物產生過敏反應之故，另有

一種稱之為膜性絲球腎炎 (Membranous Glomeru-

lonephritis) 的病因亦屬過敏反應，但過敏性抗

原為何，尚未盡明瞭，或許與藥物或細菌傳染有關亦

未可知；至於慢性絲球腎炎都是由上述各型演變而來

，亦可說各種腎絲球炎的終站。

2 中醫認為本病與感受外邪有關，外邪包括風寒、風熱

、風濕等，但是僅有外邪之侵襲也不一定會發病，還必須在人體內部臟腑之間失調發生變化之後，如肺氣的宣肅、脾氣的運化、腎氣的開闢發生障礙時，才能誘發；因肺主一身之氣，若肺為外邪所襲，則肺氣不宣，以致通調水道，下輸膀胱的功能發生障礙；脾之運行水濕，若寒濕內侵，損傷脾陽，以致脾的運化散精功能障礙；而肺的通調水道，脾的運化精微又均有賴腎氣的充足，因腎是先天之本，藏有真陰真陽，為全身諸氣之根，故腎氣的充足與否，尤為本病的發病關鍵。中藏經云：水者腎之制也，腎者人之本也，腎氣壯則水還于腎，腎虛則水散于皮，很有道理。

3 臨床上本病大部份病例多發生于咽喉炎，扁桃腺炎、鼻竇炎、猩紅熱、化膿性皮膚病之後。經研究認為與感染（尤其是溶血性鏈球菌）有密切的關係。進一步研究，本病既非細菌直接侵入腎臟而發炎，又非細菌毒素直接損害腎臟所致，而是由溶血性鏈球菌感染後，某些代謝產物經血液循環至腎臟，與腎小球的基底膜結合成抗原；而抗原又引起人體產生自身抗體，從而使腎小球基底膜發生變態反應，同時變態反應還可能通過中樞神經及血管運動神經的反射作用，產生全

身毛細血管及腎毛細血管球的變態反應性神經血管反應，使血管痙攣與血管壁的滲透性增加，從而產生腎臟與血管系統等一系列的臨床症狀。

4 據資料統計大約有百分之五的腎小球腎炎是由于病人體內產生了抗自身腎小球基底膜的抗體與腎小球基底膜結合，并激活補體而引起炎症反應；百分之九五的腎炎則是由于血液中的其它抗原物質與特異性的抗體結合，形成抗原抗體複合物，經腎小球排出時沉着在基底膜，而後激活補體，引起炎症反應，叫做抗原抗體複合物腎炎。溶血性鏈球菌感染後的腎炎多屬此型。若抗體多于抗原，形成複合物的分子大，不溶解在血液下沉積下來，易被吞噬細胞消除。抗原略多于抗體而形成的複合物在血液中保持溶解狀態，通過腎臟時被沉積在腎小球血管的基底膜上，造成組織損害而發病。

三、臨床症狀

本病發病前常有急性感染之病歷，如上呼吸道感染，皮膚感染及猩紅熱等，起病一般在感染後一—三週左右，發病輕者無明顯之自覺症狀，或有輕微的眼瞼浮腫、腰痠

、疲乏等；起病重者可見明顯的腰痠、浮腫，甚至血尿、尿少；嚴重病例尤其是兒童於起病時就出現驚厥、頭痛、尿閉等併發症。臨床症狀以水腫、血壓增高，小便異常（血尿、蛋白尿），貧血最為常見。

1. 水腫：水腫以急性期較為顯著，亞急性及慢性很少。有水腫出現，其形成主要和全身毛細管滲透性增加及機體內鈉貯留有關，首先出現于眼臉和面部，面部浮腫與蒼白是腎炎特有的面容。

2. 高血壓：常出現本病的早期，主要由於腎小球缺血，分泌腎素而引起血壓升高稱之為腎性高血壓（Renal Hypertension）。

3. 血尿：急性期大部份病例均可出現肉眼血尿（Macro Hematuria）常見于發病後數日，以後逐漸轉變為顯微鏡下血尿（Micro Hematuria）後者可延續數月或更長的時間。

4. 蛋白尿：急性期蛋白尿較為嚴重，二十四小時尿蛋白定量多在二〇〇毫克至二克之間，尿定性可出現（卅）以上；慢性者則較為輕微。

5. 尿沈渣：尿沉澱物中有紅血球出現，偶而有圓柱出現。
6. 貧血：慢性病例由於腎臟長期的出血，可導致輕重不一的貧血，故一般慢性病例都有顏面蒼白的表現。

7. 腎功能檢查：少數病例血中尿素氮（Urea Nitrogen）可略為增高，尤以病程拖欠引起腎萎縮或尿毒症時就會顯著的增高。

四 診 斷

本病之典型病例診斷並不困難，通常於鏈球菌感染後出現水腫、血尿再配合做小便常規檢查（Urine Routine test）有蛋白尿出現即可確診，在病狀不明顯的病例則須進行詳細檢查（如細菌培養，X光攝影）反覆觀察，才能確診，尤以慢性病例病程拖欠時，必定要做詳細的檢查，始能診斷無誤。

五 鑑 別 診 斷

1. 腎結核：腎結核亦常有血尿或尿蛋白出現，應做細菌檢查與X光檢查，腎結核小便可培養出結核桿菌，腎X光造影術可看出結核部位之缺損

2. 腎盂炎：腎盂炎通常是由於大腸桿菌 (*E. coli*) 感

染為主，次為葡萄狀球菌 (*Staphylococcus*)

鏈球菌 (*Streptococcus*) 及革蘭氏陽性

桿菌 (*Grams positive Bacillus* 如綠膿

桿菌 *Pseudomonas*) 等，其感染通常僅為

一側，不如絲球腎炎兩腎同病，可從小便沉

渣中發現多數的白血球或細菌來做鑑別。

3. 泌尿系結石：常見的有腎、輸尿管、膀胱結石等，因

結石之大小、形狀不同而症狀不一，均可出

現血尿或蛋白尿，但結石病例發病急驟，且

大部份有腰部或小腹部疼痛的表現，其外表

亦不如絲球腎炎之顏面蒼白，可用X光攝影

鑑別。

4. 發熱期蛋白尿：可發生在任何持續發熱情況，尿中會

有蛋白尿出現偶而有管型圓柱出現，但紅血

球不增多，熱退後就復原。

5. 直立性蛋白尿：或稱體位性蛋白尿，患者在某一體位

時（最常見是直立時）產生蛋白尿，但紅血

球不超過正常數，體位變換時，尿即恢復正

常。

6. 原因不明之泌尿系出血：臨床上常遇到少數原因不明

之肉眼血尿或顯微鏡血尿，或許是藥物或食

物過敏亦說不定，這種病例病程通常不會持

續很久，祇要運用止血涼血療法即可痊癒。

六、治 法

1. 急性絲球腎炎主要應清除抗原，使抗原的量少於抗體

，形成大分子的不溶解的複合物，以便為吞噬細胞清

除，或抑制其異常之免疫反應，換言之就是運用祛邪

的方法，本病初起，一般用清熱解毒祛風利濕或和解

清熱利尿以抑制免疫反應，使其痊癒，下列方藥是急

性期常用的方劑。

(1) 複方地膚子湯：地膚子、黃柏、桑白皮、荊芥、蘇

葉、蟬衣、瞿麥、車前子，咽痛加桔梗、射干，血尿

加鮮茅根。

(2) 小柴胡湯合豬苓湯：適用於寒熱往來、外邪持續不

解之急性絲球腎炎，口渴去半夏加天花，咽痛加桔梗

、射干，血尿加鮮茅根。

(3) 銀翹散加茅根、冬瓜皮：適用於初起咽痛、咳嗽發

熱之急性絲球腎炎。

2 慢性絲球腎炎目前認為多係以腎小球基底膜為抗原，

而產生腎小球基底抗體所引起的自身免疫性疾病，這可能與機體免疫穩定功能失調有關。免疫穩定功能失調，失去識別自身組織的能力，把自身組織當成外來的異己物質而產生相應的抗體，引起免疫反應，造成機體損害，因此治療本病則以調節免疫，增強其機體免疫功能為主要目的，中醫自古即運用補腎陰，腎陽的方法來治療本病，現在又明確了，慢性絲球腎炎是由異常的免疫反應引起，因而有意識地運用中藥來調節免疫，抑制過高的免疫反應，療效有了進一步的提高，下列兩方可做為治療本病的主方：

(1) 八味地黃丸加薏苡仁、鷄血藤、甘草：適用於腎陽虛、舌質淡白、尺脈無力者。

(2) 六味地黃丸加薏苡仁、鷄血藤、甘草：適用於腎陰虛、舌質絳紅、尺脈有力者。

加減法：血尿不止可加琥珀、茅根、蒲黃，尿少可

加車前。

病程久貧血者加當歸、黃耆，脾胃虛弱者

加白朮、黨參。

七 結 論

本病之治療，現代醫學除使用利尿劑與抗生素外，常使用副腎皮質素來抑制，服藥期間有時或許暫可獲得滿意的療效，但停藥後往往會使病情更加嚴重而不可收拾，最常見的副作用是引起全身浮腫，尚可導致年青人發育異常、老化、皮膚變黑，筆者三年來曾運用中醫療法，共治療二一一個病例，其中二例治療中途失去連絡無法追蹤，一例因併發白血病死亡，其餘十八個病例中有五例因初起時使用副腎皮質 (Prednisolone) 控制效果不顯著正在改善中，十三個病例完全治癒，由此可見中醫對本病有一定之療效無疑，值得重視推廣。

參考資料

- (1) 朱邦獻著病理學
- (2) 中醫內科學
- (3) 中醫免疫學

淋、濁、遺精

部 錦 文

淋、濁、遺精病症，實與腎之關係重大也。古方立說，有五淋之名，分為熱、（血）氣、虛、膏、沙石等名，揭其概要。宋元之後，又論膏、勞、血、氣、冷、石六症。推究原理，皆由陰、陽失調，清、濁相互干擾，或膀胱滯留蓄熱、瘀塞水道、淋瀝澀痛，是尿竅之病。丹溪：「以赤屬血、白屬氣、或又以赤為心虛有熱，由於思慮而得，白為腎虛有寒，因嗜慾而得」，恐非定論。凡淋濁出自精竅，其白色是敗精、其赤色是精氣無以化變白，此乃虛極之徵，淋者，由尿竅出，瀝滴澀痛，濁者，由精竅出、混濁不清，二者絕不能混淆，醫家不能不辨，否則，徒勞無功。淋濁病

灶，概由腎虛、膀胱濕熱所致。經云「腎與膀胱相表裏」，皆主水，水入小腸與胞，行於陰為溲尿。若腎虛而膀胱有濕熱，則小便頻數，如膀胱濕熱，則小便數而澀，淋瀝不暢，小腹弦急，痛引至臍。此乃膏、勞、血、氣、冷、石淋濁病灶之原由。蓋膏淋者，似淋非淋，小便混濁如米泔，或如鼻涕，此精尿俱出，欲出不爽且痛，乃敗精阻滯尿道。

勞淋者，由於強力入房，伐泄無度，勞於腎也。或縱欲強忍精而不泄，以致淫精滲下而致淋者。

血淋者，小腹脹硬，莖中痛不可欲卒，有血瘀也。亦有因血虛者。或血色鮮紅，脈數而有力，乃心與小腸

之實熱。或血色黑黯，面色枯白，尺脈沉遲，乃下元虛冷也。亦有血熱過極，反兼水化而色黑者，非冷也，當以脈症辨別之。

氣淋者，由於氣實阻滯不通，臍下悶痛。亦有氣虛者。

冷淋者，先發寒戰，小便濇而數，竅中腫痛，此乃冷氣與正氣交爭，冷氣勝則寒戰成淋，正氣勝則寒戰解而小便自出也，多係腎虛所致。

石淋者，膀胱蓄熱久積，使沉澱廢物凝固成石（即今日化學所謂草酸鈣之類），無法排出，治須清積熱，滌去砂石，則水道通。

沙淋者，小使有細沙沉澱物，輕則為沙，重則為石，且莖中痛，此乃

膀胱陰火煎熬津液凝結之故。此外有濕痰日久滲下而成者。又有服食金石之藥，行房過甚，敗精強閉，流入胞中而成者。又有婦人產後而成諸淋者。皆須分別辨治。

赤、白濁

濁病之原，皆由腎虛敗精而腐者積留而成，或脾虛濕熱流注膀胱，二者莖中皆水火灼刀割之苦。另有尿自清利，唯尿口時露污物，似米泔、似粉糊、似瘡膿，淋漓不斷，不可以便溺相混，故名精病，並非尿病。

臟腑所主，各有不同，大凡血虛熱盛為赤濁，屬心火，心與小腸主病。氣虛熱輕為白濁，屬肺金，肺與大腸主病。有因脾經不飲而致濁者。或因濕痰下注而致濁者。或因腎虛下陷而濁者。或稠粘似膏，莖中澀痛，乃敗精阻塞尿道，並非熱淋。有莖中不痛，其脈弱，是下元虛冷。或莖中大

痛，尿赤口渴，其脈滑、數。有挾寒者，小便清白。有挾熱者，小便黃赤，以上皆白濁之由來也。

另附：白淫

白淫，由熱鬱致病，一名曰蠱，由於風邪入脾，而傳腎化熱，邪熱內結，則真精不守，故白物游淫於下，名曰白淫，亦名曰蠱，蠱者，菌也；因邪熱內結，火能消燦脂肉，而蠱（細菌）滋生。故腐蝕之物排出，其名曰蠱病白淫，經云：「脾傳之腎，病名疝瘕，小腹寬熱而痛、出白，一名曰蠱」。而腎脈上貫於脊，下絡膀胱，故少腹寬熱而痛，白液排出也。經又云：「思想無窮，所願不得，意淫於外，入房太甚，宗筋弛縱，發為筋萎，及為白淫」，依據經文，闡明縱慾傷腎，腎傷即子和，子和即莖中作痛，痛極則癢，或陰莖挺縱不收，或白物如精，隨洩而出。

遺精

遺精一症，與肝腎二臟有密切關係，因腎主藏精，肝主疏泄，腎陰虛，則精關不固而滑脫，肝陽強，則相火內熾而遺泄，大凡有夢而遺，多由相火內熾，無夢而遺，多屬腎關不固，但精藏畜，雖在於腎，而精之主宰，則在於心，心氣安，則液自藏，若心有妄想，或有外遇，則心一動，相火亦隨之而動。丹溪曰：「主閉藏者腎，主疏泄者肝，二臟皆有相火，而其系，上屬於心，心居火也，為萬物所動，心動則火亦動，動則精自走，雖不交會，亦暗流而疏泄矣」。此乃遺精之大法也。

五臟皆能致病，各有所異，因心病而致遺者，血脈虛虧，本縱不收。肺病而遺者，皮毛枯槁，喘急不利。脾病而遺者，四肢無力，其色黃內消。肝病而遺者，其色青筋痿。腎病而遺者，其色黑髓空，凡此種種病因各有不同，其遺精滑泄亦異，統而言之，治遺精滑泄不外乎下列數端：一、澀之，澀之無功，則瀉相火清理之，又無功，當以補中益氣為主，兼用升、柴、羌、獨以升舉之，甘草、大棗以緩之，山萸、五味、烏梅、棗仁以收之。至於「仲景治手足煩熱、咽乾口燥或悸衄而遺者，此陽上升而不降，陰獨居內而夢失，用小建中湯和之」此則為世俗所不易知也。

消化性潰瘍之治療研究

張蔚夫

消化性潰瘍的定義是：在食道下

端、胃、十二指腸，因為黏液多的胃酸和胃蛋白酶侵蝕，而發生局限性糜爛，有時穿過肌性黏膜而造成的疾病。消化性潰瘍是現代社會中極常見的疾病，臨床常見上腹部疼痛、噯氣、噁心，傳統醫學屬於胃脘痛的範圍，它的疼痛有周期性，得食多可緩解。潰瘍病可合併出血，甚或潰瘍穿孔，故以為本病只是一種胃脘痛，是不夠全面的。現將本病的病因病機，分型辨証和治療，探討如下。

(一)病因病機：對消化性潰瘍的病因和病理機制，現代醫學認為潰瘍的原因還不清楚，但是胃酸分泌過多發生十二指腸潰瘍和發生潰瘍的一個

重要因素。胃酸缺乏的病人不會發生

消化性潰瘍。潰瘍形成的機構中，情緒緊張，心理上的衝突也扮演了一個重要角色。從傳統醫學「邪之所湊，其氣必虛」「百病皆生于氣」「飲食自倍，胃腸乃傷」「木鬱之發」：「胃脘當心而痛」：等的文獻敘述，結合臨床之體會，以為潰瘍病是一個局部病變，但從整體觀念出發，精神緊張，情志抑鬱、肝氣失調、飢飽不節，以致血滯脈急，胃絡損傷，是形成潰瘍病的主要因素。

蓋胃主受納，脾可運化，肝主疏泄。三者之間有相互協調、相互制約的關係。特別是肝氣條達舒暢與否，對脾胃機能活動，影響更大。也就是

說，肝氣失調，能使脾胃的功能活動血液循環及輸津布液等的作用受到影響。而且肝氣的失調與精神緊張有着密切的關係，所以引起「肝氣犯胃」的病變，根本病因在乎肝氣的失調。

中醫認為「腎為先天之本，脾為後天之源」意思是說脾胃的消磨水穀，依賴腎陽的溫煦才能健運，而腎陽的能量，又需脾胃輸布的水穀精微來營養。兩者之間的新陳代謝相互為用，以維持生命的活動。如果腎陽不足，或腎陽虛衰，均可影響脾胃的運化，反之，脾胃運化不良，亦可導致腎精的不足，潰瘍病過程中出現脾陽虛衰，或脾腎兩虛證，可能就是由于這種關係而引起。此外靈樞、百病始生

早就指出：「腸胃之絡傷，則血溢于腸外」病久入絡，由於卒然多飲食，起居不節，或用力過度，以致胃絡破損，引起消化道出血，或潰瘍穿孔，這是病變趨向嚴重的表現。

〔一〕分型辨証：對潰瘍病的診斷，應詳細了解病史及症狀，是診斷的重要方面。一般認為胃痛史較久，疼痛發作有周期性，冬春增劇，夏秋稍輕，并從疼痛發作時間的規律性，可推斷它為胃小彎潰瘍或十二指腸潰瘍，特別是疼痛性質，有脹痛、刺痛、灼熱痛、喜按與不喜按等，對中醫辨別虛實寒熱的屬性，有一定的參考價值。此外對噯氣吞酸的程度，大便的形色，亦須加以注意，如納差口苦、舌苔厚膩，脈象滑數而弦，可能是兼有胃炎或粘膜炎的表現。特別是當前胃鏡檢查，更可以証實這一問題。值得注意的是，在潰瘍病病程中胃痛突

然劇烈，心胸煩悶噁心嘔吐，大便色黑如漆，舌苔垢膩，脈象細數，可能是由於潰瘍穿孔所致，如出血量多，亦可導致虛脫。此外，潰瘍病患者，如飲食減退、體重減輕、嘔吐加頻、腕脹加重，恐有惡變可能，須予警惕。

由於潰瘍病是慢性過程，既可緩解，又可復發，且能惡化。在診斷基礎上，將它分為三類：一為「肝胃不和」：是以上腹部有不同程度節律性疼痛、噯氣、舌苔薄淨、脈象弦為要證。如兼現口苦、吞酸、舌苔黃燥、脈弦有力者，為偏熱症，如痛不喜按，舌質帶紫，脈弦緩者，為兼瘀滯證。二為「中虛」，是以胃痛喜按，飲食生冷，胃中即覺不適，或即作痛，大便常不成形，舌苔白滑、質淡、脈象細弱均為要證，也有自覺胃中灼痛，夜寐不寧，舌光紅少津者，屬陽虛證。三為「溢血」，是以面唇蒼白、胃

腕疼痛較劇，有嘔血或便血為要證，若肢冷、舌苔白膩、質淡、脈象細弱，屬脾不統血證，其舌苔黃濇而乾，脈象弦而滑數者，屬血熱妄行證。但是要注意各型證之間，在病程中是可以相互轉化，不是固定不變的。

〔二〕治療和醫案：基于上述分型和辨證，對肝胃不和型，治以健脾和肝，調氣止痛法，選用芍藥甘草湯合旋覆代赭湯加減（芍藥、炙草、旋覆花、代赭石、黨參、白朮、香附、枳殼）為基本方。取芍藥、甘草斂陽緩急以和肝，黨參、白朮、益氣以健脾，旋覆、代赭降逆以收斂，香附、枳殼寬中以理氣，隨症加減。如屬胃熱吞酸口苦者，加黑山梔、左金丸或烏貝散；瘀滯而痛者，加丹參、川芎。此外，挾痰加半夏，挾食加穀芽，雞內金等，視症選擇。本型治例：患者吳××，男性，三十七歲，胃腕疼痛，多

于食後二至三小時許而發作，吞酸噯氣，痛時肢冷形寒，得食緩解，脉象右關弦有力，重取緩，經××醫院診斷為十二指腸球部潰瘍。中醫辨證為氣阻濕滯，肝胃失調，屬肝胃不和型。投旋覆代赭湯合芍藥甘草湯加減。方用旋覆花三錢、代赭石五錢，薑半夏二錢，黨參三錢，生白芍三錢，香附三錢，枳殼二錢，烏賊骨六錢，象貝母三錢，炙甘草三錢，服藥六劑，吞酸減少，胃痛減輕，但噯氣仍頻，且覺胃中有灼熱感，乃于原方減去蒼朮，半夏，加黑山梔，再服，而痊癒，隨訪兩年未復發。又如患者鄭××，男性、四十七歲。胃脘疼痛，每于食後一小時許發作，其疼痛散于兩脇間，按之亦不覺舒，噯氣頻作，鼓氣腸鳴，或矢氣而稍寬，夜寐多夢，舌苔薄膩，邊質帶紫，脈象右關弦緩。起病已有三年餘，性易怒，且自疑

為癌變，情緒緊張。經××醫院初診為胃小彎潰瘍。中醫分型辨證，屬肝氣犯胃，瘀阻氣滯，以和肝健脾，活血調氣法。藥用旋覆花三錢，川芎二錢、生白芍二錢、香附三錢、枳殼二錢、炙甘草三錢。服藥五劑，噯氣減輕，胃痛未除，加延胡索，金鈴子等，繼服則症狀緩解，按此二例同屬肝胃不和型，前者重在濕滯，後者挾有瘀阻，故用藥略有差異。

對中虛型治療，治以溫中健脾，調氣抑肝法，選用當歸建中湯加減（當歸、生白芍、桂枝、黨參或黃芪、焦白朮、炙甘草、香附等）為基本方，取參朮益氣以健胃，當歸、香附、和血以調氣，桂枝暖中，芍草緩中。其加減法如氣虛且寒者加高良薑，或吳萸，但有大便隱血者，宜減桂枝之動血，對陽虛證，則于基本方去桂枝，加淮山藥、麥冬、石斛或萸肉，取

酸甘以養陰。本型治例：患者黃××，男性、五十八歲，近一年來，每于食後上腹脹痛，遇生冷飲食，疼痛加劇，以致胃納減退，泛嘔白涎，大便溏瀉，日一至二次，且有腸鳴，形寒肢冷、舌苔白膩、質淡、脈象沉細弱而弦。患者體態素豐，且嗜烟酒，西醫診斷十二指腸球部潰瘍。中醫分型辨證，屬中虛型。由于胃氣虛緩，降和失司，脾運不良，停痰成飲，治以健脾溫中，和肝調氣。方用桂枝三錢、生白芍二錢、黨參三錢、吳萸三錢、當歸三錢、焦白朮二錢、薑半夏二錢、香附三錢、陳皮三錢、炙甘草三錢、進藥二劑，胃中即覺溫舒，疼痛減輕，能進稀粥，嘔吐亦止，但大便仍溏，復診時減去吳萸，加炮薑二錢，清炙黃芪三錢，焙雞內金三錢，繼服五劑，症狀明顯好轉。嗣後以本方加減，服藥胃痛消失，隨訪兩年未復

發。

對溢血型治療，治以益氣攝血，溫脾和肝法。方用黃土湯加減（別直參、白朮、乾地黃、炮薑炭、赤石脂、阿膠、側柏炭、生白芍、黃芩、炙甘草）為基本方。取地黃、阿膠、側柏以止血，參朮益氣以統血，赤石脂代黃土以固澀，炮薑代附子之暖胃，當歸、甘草以和肝，黃芩以清熱，但本型也有由于血熱妄行，失血過多，遂成陽虛內熱之證者，可以基本方減去炮薑之辛溫，加用丹皮，赤芍以涼血，參冬、石斛清熱以養陰。本型治例：患者鄭××、男性、三十八歲，有胃痛史已四年餘。突于晚飯後，覺胃中嘈雜不舒，當夜腹痛噁心，大便三次，下醬色血便，量約四百毫升左右，症現面唇蒼白，神疲懶言，肢冷，胃中疼痛不適，尚有鼓腸欲便意，舌苔中微黃，邊白膩、質淡、脈象細

數而弱，證屬血脫氣虛，急投黃土湯加減，方用黨參三錢、乾地黃五錢、炮薑炭二錢，阿膠三錢、焦白朮三錢、側柏炭五錢、陳皮二錢、赤石脂五錢、三七三錢、生白芍三錢、炙甘草三錢，經服二劑，脘腹疼痛減輕，元氣稍復，而大便仍為醬色，舌苔轉糙而乾，于原方減去炮薑，加地榆炭五錢、黃芩三錢，繼服三劑，便色轉黃，舌苔轉潤，脈象濡細，再于原方去阿膠、三七、加淮山藥、雞內金等，調理月餘而恢復。

結論

1. 胃脘痛，一般認為與「肝氣犯胃」或「肝氣橫逆」有關，傳統醫學所謂「肝氣」與分布于胃腸部分之神經的功能相似，所謂「肝氣犯胃」或「肝氣橫逆」，可能為自主神經紊亂所致，而引起胃腸器質或功能性病變之概稱。否則，肝氣何能犯胃？何能

橫逆？是不可思議的。正因為此義，所以中醫對胃脘痛的病機和治療，重視調節肝氣，其意義即在于此。但胃脘痛，仍是消化性潰瘍病的一種症狀，其他疾病，如急慢性胃炎，胃神經痛，胆囊炎、胃癌等，也可發生胃脘痛的症狀，必須加以嚴格鑒別，宜從根本治療，不可僅僅止痛，特別是觀察中藥對潰瘍病的療效更需要有正確的診斷，才能作出正確的療效評價。

2. 根據臨床實踐，消化性潰瘍分為三型。在肝胃不和型又分為屬偏熱證及兼瘀滯證，在中虛型又分為屬氣虛證和屬陰虛證，在溢血型又分為氣不攝血證和血熱妄行證。值得指出，消化潰瘍不管分為若干類型，要辨別氣血之盛衰，是否挾有停痰蓄瘀，氣阻濕滯，為關鍵所在，而且為治本治標，決定主次，緩急的步驟，提供依據。如朱丹溪說：「諸痛不可用參芪白

虛。蓋補其氣，氣旺不通，而痛愈甚。而張景岳對朱氏的說法，提出了不同意見。張景岳說：「丹溪曰諸痛不可用補氣，此惟邪實氣滯者當避之。而曰諸痛皆然則謬矣」，這裡面就有治標和治本之不同。朱氏指的諸痛不宜用補，其症必有停痰蓄瘀，氣阻濕滯之實邪為患，宜先去其實邪，亦即為急者先治其標之法，張氏指的：「諸痛可用補」是指氣血虛衰而無邪實氣滯之症者，宜以補益，亦即為治本之法。至于先標後本、先本後標，宜消宜補，要視病情而決定，不可偏執。

3. 消化性潰瘍，臨床上特別是門診，以肝胃不和型為較多見，因此，我覺芍藥甘草湯和旋覆代赭湯加減為基礎方，通過多年來臨床觀察，療效理想，並且認為有旋覆之消痰降逆，代赭之收斂鎮癭，配合參朮芍草及香

附等，調節腸胃功能，可能有促進潰瘍癒合的作用，從部份經治後多年無復發的逾期療效病例的觀察，作出上述推論，雖不一定很正確，但可作為借鏡。中虛型之患者，由于近年來胃鏡檢查的較廣泛應用。上面已經提及，發現潰瘍病伴發胃炎的病例較前增多，這類病例，舌苔多見厚膩、脈象滑數、口苦納差、腕腹脹痞明顯，即是上面張景岳所指之挾有邪實氣阻濕滯之證，先以調氣化濕，清其濕熱，迨其舌苔較淨，脹痞減輕，繼治其本，見氣虛（或陽虛）者，以甘溫健脾，見陰虛者，以養陰益胃，分別論治，至于溢血型，消化道少量出血，于肝胃不和型或中虛型病程中，常有見到，一般于各型基本方中加入地榆、側柏，或白芨粉 0.5—1.0 公克（吞服）二、三日內均可見效。但出血量多，腹痛較劇者，必須提高警惕，以

防變危。對潰瘍病的治療，藥物僅是一個方面。此外，還有針灸療法，新醫療法等，亦均有一定療效。更重要的是注意飲食，宜少食多餐，禁食辛辣之物及防止情緒過度激動，對控制病變的活動，促使病變好轉和治癒，關係很大，值得注意。

中西醫學對「顏面神經麻痺」之診療與預後

詹鎮遠

「前言」

「顏面神經麻痺」(Facial Nerve Paralysis)

亦名：「面癱」，為腦神經病變中最常見的疾病，任何年齡皆可發病，但以青、壯年(二〇~五〇歲)較為多見，而且男性罹患者較多。

「顏面神經麻痺」一般按解剖生理而分，常分為「中樞型」(Central type)和「末梢型」(Peripheral type)兩大類，而日本的漢醫名宿湯本求真和犬塚敬節兩位先生，又按其致病的病因不同，將其分為中毒性、傳染性、寒冒性和外傷性四大類。

「顏面神經麻痺」主要表現為面部肌肉運動障礙，中醫認為本病的發生係因正氣不足，復感受風邪侵襲，以致面部經絡瘀滯，筋脈失養，或肝氣不舒，氣滯血瘀，經絡受阻所致。

「顏面神經麻痺」，不論中西醫學只要能即時對症治療，本病的預後均十分良好。

一、顏面神經的解剖生理：

1. 胚胎發育來源：

顏面神經 (Facial Nerve) 係由胚胎時的第二對鰓弓 (The second branchial arch) 所發育出來的，它支配了人的臉部之自由表情、咀嚼作用、說話、味覺及保護眼睛的功能。

2. 解剖構造：

「顏面神經」是第七對腦神經，由兩種神經纖維所組成，一種為「運動神經纖維」(Motor fiber) 另一種為「副交感神經纖維」(Parasympathetic fiber)。

(1) 運動神經纖維 (Motor fiber) …

顏面神經的運動神經纖維係由延腦的「顏面神經核」

(Facial Nucleus) 所發出，穿過橋腦 (Pons) 的下部到「小腦橋腦角」(Cerebello-pontine angle)，沿著腦底到「中顱窩」(Middle cranial fossa) 和聽神經 (acoustic nerve)，中間神經 (Intermediate nerve) 及內聽動脈一起進入內聽道 (internal auditory canal)，在內聽道底進入「顏面神經管」(fallopian canal)，在這裡和中間神經的纖維結合而形成「膝狀結節」(geniculate ganglion)，由此向後下方轉彎，沿著內耳的前上方，在骨管內走到中耳的內側；到「錐體部」(Pyramid) 時，作一直角大轉彎而進入「乳突部」(mastoid)。在乳突部的顏面神經脊下垂直下行而出「莖突乳突孔」(Stylo-mastoid foramen)，再分成六條分枝分佈到顏面各部及上頸部。

在顱骨內的神經，有人將它分成四部：

- a、岩部 (Petrous segment)
 - b、鼓室部 (Tympanic segment)
 - c、錐體部 (Pyramidal segment)
 - d、垂直部 (Vertical or mastoid segment)
- (2) 副交感神經纖維 (Parasympathetic fiber) ..

顏面神經的副交感神經纖維係由腦幹 (Brain stem) 的「上唾核」(Superior salivary nucleus) 所發出的中間神經 (intermediate nerve)，進入內聽道，在膝狀結節與運動神經結合，在此有一分枝「大表面岩神經」(Great superficial petrosal nerve) 分佈到淚腺及鼻黏膜；其他的纖維與運動纖維一起走到乳突部的下方時，才脫離運動纖維而成「鼓索」(Chorda tympani)，上升進入中耳而分配到下頷腺、舌下腺及舌前三分之二的味蕾 (taste bud)。

3. 生理機能：

顏面神經 (Facial Nerve) 支配臉部的自由表情、咀嚼作用、說話、味覺及保護眼睛的功能。

三顏面神經麻痺的病因：

1. 中醫的病因學：

中醫認為顏面神經麻痺的發生，其主要的致病原因有二：

- (1) 正氣不足，復感受風邪侵襲，以致經絡瘀滯，筋脈失養所致。

- (2) 肝氣不舒，氣滯血瘀，經絡受阻所致。

臨床上往往是二者合併而成。

2. 西醫的病因學：

(1) 根據解剖學上的損害所導致的病因而分：

① 顱內損害 (Intra-cranial lesions) 包括

- a、腫瘤 (tumor)
- b、多發性硬變 (Multiple sclerosis)
- c、灰白質炎 (Poliomyelitis)
- d、聽神經瘤 (Acoustic neuroma)
- e、腦膜炎
- f、原發性真珠瘤 (Primary cholesteatoma)
- g、血管栓塞症 (Vascular thrombosis)

② 顱內損害 (Intra-temporal lesion) 包括

- a、急性性中耳炎
 - b、外科性損傷
 - c、意外損傷
 - d、顱骨骨折
 - e、腫瘤
 - f、耳疱疹症 (herpes oticus)
 - g、貝爾氏麻痺 (Bell's palsy)
- ③ 顱下損害 (Infra-temporal lesions) 包括
- a、耳下腺瘤或癌 (Parotid tumor or cancer)

b、外科性損傷

c、意外損傷

④ 其他：

- a、顏面神經發育不全 (agenesis)
- b、結節病 (Sarcoidosis)
- c、多發性神經炎 (Polyneuritis)
- d、腺性熱 (Glandular fever)
- e、Melkersson's syndrome

(2) 日本學者湯本求真和大塚敬節認為其病因有四：

- ① 中毒——如：鉛中毒
- ② 傳染病——如：癩病，室夫的里丹毒、流行性感胃
- ③ 接觸寒流——本病有百分之九二係由於顏面接觸冷氣所致
- ④ 外傷——如：初生兒於分娩時，用鉗子手術壓迫顏面所致

四顏面神經麻痺的病理：

1. Taverner 於一九五五年發現「麻痺的神經」一般有下列三種病理變化：

(1) 傳導阻滯 (Conduction block or Neurapraxia)

or Wallerian degeneration)

傳導阻滯為神經的輕度傷害，為一可逆性的病變，在傷害點使神經的傳導阻滯，但只要致病的原因消除後則神經的機能即可復元。

(2) 神經局部變性 (Partial denervation or degeneration)

神經局部變性係有部分軸突 (axon) 變性消失，也有部分神經纖維傳導阻滯。若軸突變性的部分太多則預後不良，反之則預後良好。

(3) 神經完全變性 (Complete denervation or degeneration)

如果神經完全變性，則神經的軸突會完全消失，而且髓質鞘 (myelin sheath) 亦會變成脂肪粒，此時有如切斷了的神經末梢的變化。

Worms 及 Chans 於西元一九三一年發表「神經血管性變化學說」來解釋貝爾氏麻痺 (Bell's palsy) 的病理解變如下：由於自由神經系統的不平衡，使得乳突部顏面神經的營養血管發生痙攣→這種血管的痙攣使得顏面神經產生了原發性的局部缺血 (Primary ischemia)，而使神經腫大→腫大了的神經在堅硬的顏面神

經的骨管內壓迫到血管，因而產生「繼發性的局部缺血」 (Secondary ischemia)，於是神經更加腫大；這種惡性循環使神經愈腫愈大且所受的壓力也愈來愈多，終於產生了病理變化而麻痺了。

3. 顏面神經和所有的周圍神經一樣，在受傷或變化之後會有一種「再生」的現象出現，每天大約可生長一毫米長 (1 mm / day)。如果神經變化的時間太長 (超過三個月) 或變性的範圍較長 (超過 2 cm)，則再生的神經纖維就無法通過變性部而到達末梢，形成了永久性的麻痺，這時很多不良的後遺症即會產生，諸如：

- (1) 顏面的表情肌肉因長久失去神經的刺激而萎縮
- (2) 半側面孔無表情的變化而形成怪相
- (3) 眼瞼閉不起來
- (4) 吃東西時咀嚼無力
- (5) 說話時漏氣
- (6) 笑起來嘴歪一邊

五、顏面神經麻痺的診斷：

(一) 中醫診斷法：

中醫對顏面神經麻痺的辨證主要靠症候診斷：

1. 往往突然起病，多在清晨醒來時，發現一側的眼臉不能閉合或歪嘴。
2. 起病時有耳下或耳後部疼痛、不舒服感。
3. 麻痺多為一側性，耳下或乳突部常有疼痛感覺。
4. 病側的面部表情消失。
5. 由於皺眉肌、額肌、眼輪匝肌等癱瘓，而出現眼不能閉合、流淚，不能皺額蹙眉。
6. 病側的肌肉張力減低而使嘴角被牽向健側，鼻唇溝變淺或歪斜，中醫稱為「口眼喎斜」。
7. 因口輪匝肌和頰肌癱瘓，故說話漏氣，不能吹氣，鼓頰困難，容易流涎，進食時食物常嵌在齒頰間，有的並可出現味覺減退或聽覺過敏的症狀。
8. 如病程延長，可因患側面肌痙攣而嘴角反歪向病側，稱為「倒錯現象」，並有肌肉跳動、面部牽板而不舒服的感覺。

(一) 西醫診斷法：

1. 解剖學診斷法

利用解剖學的知識，來決定顏面神經麻痺的部位是在那一段，這是臨床上最普遍也是最方便的檢查方法，其較重要的功能試驗有三，即流淚、聽覺過敏

和味覺，茲簡述如下：

(1) 流淚 (Lacrimation) 試驗法：

① 原理：顏面神經的膝狀結節分出一條「大表面岩神經」(Great superficial petrosal nerve) 分佈到淚腺。如果麻痺的部位在膝狀結節，則淚腺的分泌會減少。

② 方法：Schirmer 氏方法係用 2×0.5cm

試紙貼於兩側下眼臉，然後用氣刺激使病人流淚，看看試紙潤濕的程度並且兩邊相互比較，如果麻痺邊流淚有顯著的減少，則神經損害部位在膝狀結節。

(2) 聽覺過敏 (hyperacusis) 試驗法：

① 原理：顏面神經在錐體部 (pyramidal segment) 有一分支到蹬骨肌 (Stapedius muscle)。

② 方法：由兩邊的耳朵比較其聽覺的異同，如果蹬骨肌麻痺，則有聽覺過敏現象，很容易檢查出來。但是，如果病人有神經性耳聾，則聽覺過敏即檢查不出來。

(3) 味覺 (taste) 試驗法：

①原理：「鼓索」支配著舌前三分之二的味蕾。

②方法：用鹽、糖及酸來檢查味覺有無失常。如果神經損害在垂直部 (Vertical Segment) 的鼓索發出點以上，則麻痺邊的舌前三分之二部分會失去味覺的功能。

2. 電氣診斷法：

末梢神經的電氣診斷法可鑑別係神經傳導阻滯或神經變性，並可瞭解有無神經再生現象。

(1) 肌電圖 (Electromyography, EMG)

西元一九五五年 Taverner 首先用肌電圖 (EMG) 來檢查顏面神經麻痺的病人，發現其不但可以很正確地查出病理的變化，並且對於預後亦能有很正確的評估。

① 方法：

把一支電極針 (needle-electrode) 插入顏面的表情肌肉內，連到一個震動記錄圖，並叫病人作顏面的表情動作。

② 結果：

a、如果神經正常的話，則肌電圖 (EMG) 上有規律性的動作電位 (action potential)

出現，此係由於顏面肌肉收縮的緣故。

b、如果神經受到壓迫，則會出現一連串的运动電位 (Grouped motor potential)。

c、如果神經已經變性，則會出現「纖維顫動電位」(fibrillation potential)。這種「纖維顫動電位」就是「變性電位」(Denervation potential)，通常在麻痺產生後的十天以後才會出現，所以顏面神經麻痺的病人在麻痺後二到十星期內作肌電圖檢查，如果沒有變性電位，則表示神經並無變性。

d、但是，麻痺一年以上的病人，肌電圖上若無變性電位，則表示麻痺的肌肉已萎縮退化，肌纖維已為結締組織所替代。

e、Boone, Dalton 和 Kettel 分別發表報告，強調肌電圖對顏面神經麻痺的治療方針及預後的重要性，而且神經的「再生現象」(regeneration) 在肌電圖上也會出現特別的電位。

(2) 神經刺激感應能試驗 (Nerve excitability test)

西元一九六三年 Richardson, Campbell, Lar-
mans 和 Jongkees 等人先後發表「神經刺激感應能
試驗」，對顏面神經麻痺的病理變化的評語有高度的
準確性，而且在發病的早期（三~七天）即可知道神
經有無變性或傳導阻滯，有助於及早決定治療的方針
，為近年來認為最有價值的方法。

①方法：

a、用一支單向的電極，在莖突乳突孔上的皮膚
通電刺激顏面神經，先刺激沒有麻痺的那邊
，再刺激麻痺的這一側。當電流能量加到一
個程度，則顏面的肌肉會收縮。

b、每次刺激時間為一毫秒 (msec)，間隔時
間為一秒，電量單位以毫安培 (milli-
ampere, ma) 計算。

②結果：

a、正常的神經在三至十毫安培刺激下，一定會
有反應。

b、如果左右兩邊相差三·五毫安培以上，則表
示神經已有變性。繼續作規律的定期檢查，
更可知神經的變化如何。

這種方法很方便而且又容易操作，診斷上價
值更高。

(3)傳導潛伏期測量法 (Conduction latency test)
西元一九六三年 Taverner 和 Langworth 聯合發
表「傳導潛伏期測量法」。

①方法：

a、用一支單向的電極，在莖突乳突孔的皮膚通
電刺激顏面神經，先刺激沒有麻痺的那邊，
再刺激麻痺的一側。並將皮膚連通於肌電圖
(EMG)，當電流能量加到一個程度，不但
顏面肌肉會收縮，且肌電圖的電位亦會顯示
明確的變化。

b、每次刺激時間為一毫秒 (1 msec) 所用的
計算單位不是毫安培 (ma)，而係刺激後
到肌肉收縮的這段傳導潛伏期的時間 (con-
duction latency)。

②結果：

a、正常的神經之傳導潛伏期時間為 2.5±0.5
msec，很少超過 4 msec。

b、變性的神經，其傳導潛伏期間會延長。

c、完全變性的神經，開始時尚有反應，五天後則很快的消失，因為神經被切斷時，末梢仍可維持七二時左右的激動性。

(4) 電氣味覺檢查法 (electro-gustometry)

西元一九五八年 Krarup 發表「電氣味覺檢查法」

① 方法：

用乾電池的陽極電來刺激舌尖，並測量產生味覺的最低電能，以微安培 (micro-ampere, μA) 為單位。

② 結果：

a、Krarup 發現沒有吸煙的正常人很少超過 10 μA ，且左右兩側相差很少超過 5 μA 。

b、西元一九六四年 Peiris 及 Miles 臨床上使用此法檢查貝爾氏麻痺的病人，發現在麻痺產生後七天以內，就可知道神經的變化及其預後。

茲將各種神經損傷檢查法比較如下：

電氣檢查方法	測定神經變性時所需的時間
神經刺激感應能試驗 (Nerve excitability test)	二—三日
傳導潛伏期測量法 (Conduction latency test)	三—七日
強度—期間測量法 (Strength-duration test)	七—一〇日
肌電圖 (EMG)	一四—二一日

六 顏面神經麻痺的治療：

(一) 中醫療法：

1. 藥物療法：

中醫臨床診治的特徵為「辨證論治」，對證下藥，顏面神經麻痺因其病因病機不同，可分為下列兩大證型，宜分別治療，方得其當。

(1) 正氣不足，復感風邪型：

此類患者平素正氣不足，復因夜睡著涼或風寒吹之，以致經絡瘀滯，筋脈失養，而突然發病，宜用「活血祛風散寒」法治之。常用的處方及藥物有：

☞：蘇葉九克 羌活九克 防風六克 當歸九克
川芎六克 紅花三克 全蠍四·五克

(2) 肝氣不足，氣滯血瘀型：

此類患者平素肝氣不足，多因情緒激動而氣滯血瘀，再復感風寒之邪，則發病矣，宜用「活血理氣祛風」法治之，常用的處方及藥物有：

☞：烏藥九克 蘇葉九克 木香六克 當歸九克
赤芍九克 白附子九克 全蠍四·五克
僵蠶九克 甘草六克

顏面神經麻痺中醫臨床上常用的成方，有下列數方，茲簡述如下：

方名	成分	主治
葛根湯	葛根八·〇 麻黃四·〇 生薑四·〇 大棗四·〇 桂枝三·〇 芍藥三·〇 甘草二·〇	顏面神經發病的初期，尤其發生於感冒後者更為適宜，以「表實」為目標。凡脈有力及肌肉結實者宜之。
桂枝加芍藥附湯	桂枝四·〇 生薑三·〇 大棗三·〇 芍藥三·〇 甘草一·五 茯苓五·〇 朮五·〇 附子〇·五 ?一·〇	顏面神經發病的初期，以「表虛」為目標，患者缺乏氣力，並帶有虛冷症，而脈亦無力。

<p>小續命湯</p>	<p>防風、麻黃、桂枝、杏仁、甘草、川芎、白芍、人參、附子、防己、黃芩、加薑棗煎</p>	<p>顏面神經麻痺已過了急性期而遷延時日未見痊癒，除了麻痺之外，沒有其他顯著症狀者，可用此方。</p>
<p>加味八仙湯〔萬病回春〕</p>	<p>當歸二・〇 熟地二・〇 芍藥二・五 川芎二・〇 人參一・五 白朮三・〇 茯苓二・五 甘草一・〇 陳皮二・五 半夏二・〇 柴胡一・〇 桂枝一・〇 牛膝一・五 秦艽一・五 防風一・五 羌活一・五</p>	<p>因濕痰而起，手足麻痺者氣虛者宜用此方。</p>
<p>黃耆桂枝五物湯</p>	<p>黃耆三・〇 桂枝三・〇 芍藥三・〇 生薑三・〇 大棗三・〇</p>	<p>色白而虛胖的婦人患顏面神經麻痺者頗有顯著療效。</p>
<p>桂枝茯苓丸</p>	<p>桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍藥各等分，以上煉蜜為丸一日三次，每次服用三・〇克</p>	<p>用於因瘀血所引起的麻痺，以瘀血的腹證為目標。</p>
<p>香川解毒劑</p>	<p>山歸來四・〇 木通四・〇 茯苓五・〇 川芎三・〇 忍冬三・〇 甘草一・〇 大黃一・〇</p>	<p>可治療因梅毒所引起的麻痺，有時亦與桂枝加苓朮附湯合併使用。</p>

2. 針灸療法：

(1) 施治原則：

中醫針灸治療顏面神經麻痺，以疏通面頰部經氣為主，主要為陽明、少陽等經。

(2) 體針療法：

- ① 常用穴——風池、陽白、地倉、四白、合谷
- ② 備用穴——人中、挾承漿、太陽、下關、足三里、內庭、禾膠

③ 療法——

- a、「四白穴」宜直刺，或從上向下橫刺。
- b、「陽白」宜透「魚腰」。
- c、「地倉」宜透「頰車」。
- d、如人中溝歪斜較甚，並流涎者，可加「人中」、「禾膠」，「太陽」透「頰車」。
- e、其他各穴可選配應用，上下配合使用，則療效更佳。
- f、針刺宜淺，刺激量中等，每天或隔天針治一次。
- g、針刺除「合谷」外，均取患側穴。

④ 方義——

- a、陽白、地倉、四白、人中、挾承漿、太陽、下關、禾膠等穴均分佈於面神經主管的肌群上，取用這些穴位屬於「局部選穴」的療法。
- b、取「風池」以疎解風寒之邪。
- c、面部屬手足陽明經之分野，故配「合谷、內庭、足三里」以疏通陽明經經氣，係「遠道取穴」的療法。

⑤ 臨床治療處方舉例：

a、面癱：〔新針灸學〕

ㄨ×：翳風、天容、聽會、巨膠、四白、攢

竹、絲竹空、曲鬢、頰車、瞳子膠、

地倉、禾膠

b、口眼喎斜：〔神應經〕

ㄨ×：頰車、水溝、列缺、太淵、合谷、二

間、地倉、絲竹空

c、口眼喎斜：〔資生經〕

ㄨ×：頰車、聽會、地倉

喎向右者灸左，喎向左者灸右，艾柱

如麥粒大，各灸二七壯。

d、口喎：〔普濟方〕

ㄨx：溫溜，偏歷，二間，內庭。

(3) 電針療法：

① 常用穴——翳風、聽靈、地倉透頰車及患部

② 療法

a、每次取一至二穴，通電數秒鐘，每日或隔天一次，十天為一療程。

b、如通電後，輕症能看到面部表情肌肉抽跳，則其恢復較快。

c、如見牙齒咬嚼者，為針刺過深，刺中咬肌所致，應將針退出，重刺。

(4) 水針療法：

① 常用穴——率正、溫溜、太陽、翳風

② 療法：

a、進針五至十分鐘，待有針感後注射維生素B₁₂，每日一次。

b、並可選配「地倉、迎香、合谷」等穴，或輪流交替使用。

(5) 穴位埋線療法：

① 常用穴——

a、耳垂下五分透頰車

b、四白透顴膠

c、地倉透散笑

d、陽白透頭光明穴

加配「合谷、列缺、血海」。

② 療法——

根據麻痺部位輪流取附近一對穴位，用細羊腸線埋於穴位皮下，（不需局部麻醉），每次可加配一至二個遠端穴位，適用於病程久延的患者。

(6) 頭針療法：

常用穴——同側或對側的面運區

3. 刺血拔罐療法：

(1) 常用穴——

地倉、禾膠、挾承漿、頰車、下關、陽白、四白、翳風、太陽等穴（患側）

(2) 療法：

① 用「皮膚針」叩刺，使少量出血。

② 或用皮膚針叩刺後，配合小口徑火罐吸拔五至十分鐘，隔天一次。

(3) 用：

在炎症期或後遺症面部牽板有「倒錯現象」時，效果

較好。

(一) 西醫療法：

1. 治療原則：

- (1) 解除神經傳導阻滯 (relief of neurapraxia)
 - (2) 防止神經的變性 (prevention of degeneration)
 - (3) 促進神經再生能力 (promotion of regeneration)
 - (4) 症狀治療 (Symptomatic therapy)
2. 保守療法：

(1) 血管擴張劑 (Vasodilator)

古典治療法係用血管擴張劑，血管擴張可改善血液循環，使損傷的神經早日復原。最常用且效果良好的血管擴張劑為「菸草酸」(Nicotinic acid)，其副作用少且可以大量使用。

血管擴張劑普遍用於貝爾氏麻痺的病人，尤其那些病理上呈傳導阻滯的患者。

(2) 星形神經節阻滯 (Stellate ganglion block)

西元一九五二年 Swan 主張將頸部的交感神經節用局部麻醉劑阻滯，使交感神經功能被抑制而引起

血管擴張，可用以治療貝爾氏麻痺。

西元一九六〇年 Cohen 認為顏面神經麻痺是一種 medical emergency，須以星形神經節阻滯，和菸草酸、類固醇 (Steroid) 一起來治療。

(3) 類固醇 (Steroid)

西元一九五四年 Taverner 即以類固醇治療顏面神經麻痺的病人，而神經科的醫師們最喜歡用類固醇來治療麻痺，其於一九六四年發現 ACTH 早期及時治療可預防神經變性的產生。

西元一九六四年 Miller 及 Mumenthaler 臨床觀察 Prednisolon 和 Nicotinic acid 的比較，發現此兩種藥品對於麻痺病人的效果完全相同。

3. 外科療法：

(1) 神經解壓手術 (Surgical decompression of Nerve)

西元一九三二年 Baillance 及 Ducl 首次成功的做了顏面神經垂直部的解壓手術，近日電氣診斷學的進步促使解壓手術得以更早且更適當的施行，而發揮其療效。

神經解壓手術主要針對那些不能完全恢復的顏面

神經麻痺的病人，其目的為解除壓迫，防止變性及促進其再生。

Kettel 在西元一九六三及一九六六的兩篇報告中，收集了近年來各專家的意見，作成下列建言，亦即凡有下列情形者須作解壓手術來改善其預後：

① 麻痺開始時有很厲害的耳後疼痛或面部痛，表示預後不好，須作解壓手術。

② 麻痺後經三至四週的保守療法，無一點恢復的徵象者。

③ 肌電圖檢查有「纖維顫動電位」(fibrillation potential)，或神經刺激感應能試驗兩邊相差三·五毫安培以上者。

④ 麻痺已在恢復，而在未完全恢復前，復元却停止進行者。

⑤ 再發的麻痺者 (recurrence of facial palsy)。

⑥ 麻痺三個月以上而顏面肌無萎縮者，可將神經解壓後再做神經移植。

臨床體驗得知，貝爾氏麻痺的病理變化，正是神經解壓手術最好的對象，其他如中耳炎、耳性疱疹

、外傷顳骨骨折等引起之顏面神經麻痺，也須作解壓手術。

(2) 神經縫合及神經移植 (Suture and grafting of Nerve) 。

西元一九二七年 Bunnell 所發表的「Suture of the Facial Nerve within the Temporal Bones」，在其他周圍神經切斷時，所作的「神經修補術」(Nerve plasty)，也可以應用到顏面神經的損傷。

顏面神經移植的手術，由於近代電氣診斷學的進步及顯微手術的改進而大有卓效，而且手術後完全恢復的機會也愈來愈多。

七 顏面神經麻痺的預後：

一般西醫的教科書中，大多認為貝爾氏麻痺的病人大約：

- (1) 百分之七五為傳導阻滯，可以在三~四週內完全恢復
- (2) 百分之一〇為局部變性，恢復得慢而且不完全。
- (3) 百分之一五為完全變性，會永久的麻痺。

但是，各專家的報告却略有差異。

針刺對本病有較好的療效，如配合理線療法，熱敷，按摩或內服中西藥物則見效更快。但癒後宜慎防著涼受風，而且出門宜戴口罩防護。

八、參考資料

1. Internal Medicine, 1983, editors-in-chief : Jey H. Stein, section editors : Martin J. Cline et al.
2. Medicine for the practicing physician by J. Willis Hurst 1983, Butterworth Publishers.
3. Harrison's Principles of Internal Medicine by Peterdorf, Adams, Braunwald, 10th edition, Isselbacher, Martin, Wilson.
4. 中西實用內科學，啓業書局印行。
5. 中醫內科症治，啓業書局印行，七一年版。
6. 常見疾病中西醫診療法，昭人出版社印行，六九年版。
7. 漢方診療醫典，正言出版社印行，六九年版。
8. 台灣臨床醫學一九六九，第五卷第十一期，P. 378 ~ P. 385。
9. 中耳醫誌，JOS, ROC, 16:23 ~ 26, 1981。

B型肝炎——病例報告

李益芳

與B型肝炎病毒感染有關之疾病，包括急性非黃疸性肝炎、急性黃疸性肝炎、慢性持續性肝炎、慢性活動性肝炎、壞死性肝硬化、原發性肝癌及慢性B型肝炎帶原者(1)。

目前在台灣幾乎九成以上之成年人已受過B型肝炎病毒感染，現台灣一般民衆之B型肝炎帶原率達十五至二〇%之多，而美國僅為〇·一%；榮民總醫院小兒科統計四至六歲的兒童，其B型肝炎帶原率已高達二〇%，與成人之帶原率一樣，一至二歲之B型肝炎帶原率也已高達十二%，由此可見台灣B型肝炎之感染發生在兒童時期，而年齡越小的感染者，越易變成長期慢性帶原者(2)。

幾乎所有之人體體液，包括血液、唾液、眼淚、大小便、精液、陰道分泌物、人乳……等，都有傳播B型肝炎

病毒的可能，使B型肝炎帶原者成為環境衛生之危險者(3)。

B型肝炎是台灣目前最重要的衛生課題，因西醫至今對慢性肝炎之治療仍無確實有效的方法(4)，全國上下皆極力研究以求治療與預防，從中醫領域研究治療B型肝炎不失為一捷徑，如高雄醫學院曾實驗證實茵陳、山梔子、水梔子、黃水茄、蒲公英、威靈仙具有強化肝臟功能之效。

病例：一位二十五歲男性，於民國七十三年三月十三日初診。主訴：患B型肝炎已有二年餘未癒，常感疲倦、嘔吐感、右脅肋脹痛、大便正常、小便微黃，GOT為382 U/L，GPT為637 U/L，以前曾上升至千餘U/L。

症狀：脈象弦細、舌苔微黃、眼白無黃、臉色蒼白、

體格中等，曾經檢驗所檢驗，得 GOT 為 382 U/L，G

PT 為 637 U/L，HBsAg(+)。

診斷：B 型肝炎。

治療：以強肝利膽，抗病毒並提高機體免疫力為主。

處方：茵陳^五 山梔子^二 大黃^一 北柴胡^三 五味

子^二 桑椹子^五 貫衆^三 虎杖^二 蠶砂^二

桑寄生^五 旱蓮草^五 (劑量單位為錢) 三帖

二診：七十三年五月十五日

主訴：經連續服用上方藥物月餘日，於五月五日經檢

驗所檢得 GOT 為 44.8 U/L，GPT 為

70.4 U/L，食慾好轉，精神較好，右脇

肋也較無脹感。

治療：以健脾強肝為主。

處方：茵陳^七 山梔子^二 大黃^一 北柴胡^三 五味

子^二 貫衆^二 蠶砂^二 黨參^三 黃芪^五 桑

寄生^五 白朮^三 茯苓^二 甘草^一 大棗^三 枚

桑椹子^三 七帖。

三診：七十三年六月十四日

主訴：經檢查得 GOT 為 23.1 U/L，GPT 為

33 U/L，肝功能已正常，體力也較佳，食慾增進。

治療：以強肝健脾為主，以鞏固療效。

處方：黨參^三 白朮^二 茯苓^二 甘草^一 茵陳^五

山梔子^二 龍膽草^二 大黃^一 北柴胡^三

桑寄生^三 桑椹子^三 五味子^二 大棗^三 枚

七帖。

檢驗報告：

日期	AST/GOT U/L	ALT/GPT U/L
七三年三月十三日	382	637
七三年三月廿七日	199	539
七三年四月一〇日	137.3	170
七三年四月廿四日	64.8	122
七三年五月五日	44.8	70.4
七三年五月廿一日	46.8	61.9
七三年六月十一日	23.1	33

討論：最近中醫藥界正從免疫學方面研究B型肝炎之診治，發現靈砂、虎杖、貫衆、大黃對HBsAg有抑制作用，尤其是大黃為活血化癥作用之藥，其抑制HBsAg作用最強，對免疫反應引起的肝損害最有效⁽²⁾。茵陳蒿湯是歷來用為清熱利濕強肝利膽之常用方劑，對肝炎療效甚佳^(3,5,6,10)，曾有藥理實驗報告，茵陳蒿湯（含茵陳、梔子、大黃）煎劑能降低小白鼠四氯化碳中毒性肝炎的死亡率，對家兔有促進肝細胞再生作用⁽³⁾。北柴胡有強肝之藥理作用，曾實驗對因餵食霉米（*Penicillium Islandicum Sopp.* 感染者）而發生肝功能障礙之小鼠，同時餵食北柴胡，則谷丙及谷草轉氨酶之升高，遠較不給柴胡之對照組為輕。對傷寒疫苗引起的兔肝功能障礙（尿膽元呈陽性反應），口服北柴胡煎劑（0.5g/1.0g生藥/公斤）有較顯著的改善作用，對酒精引起的肝功能障礙亦有效⁽³⁾。又加以旱蓮草、寄生、桑椹子之養腎陰，在細胞免疫功能有提高T細胞比值，提高淋轉率，增加巨噬細胞功能，升白細胞。在體液免疫方面有延長抗體存在時間，提高B細胞⁽³⁾。五味子粉曾臨床報導對傳染性肝炎有明顯的降低谷丙轉氨酶的作用，且奏效較快，無明顯副作用^(2,3,5,6,10)，以上是本處方運用上列藥物之意義。治療B型肝炎有先以清熱解毒，活血化癥為主，再輔以參、苓、

朮、草，以增強扶正功效，而提高機體免疫力，產生大量抗體與抗原結合，消滅病毒，使機體康復為主⁽³⁾。治療本病，有時難以採用一方以治癒，必須靈活運用處方，辨症論治，有時須以補為主（即所謂扶正）再輔以解毒活血之品（即祛邪），對肝功能之恢復，症狀的改善，療效的鞏固，都較單一治法為優⁽³⁾。

本病例療效佳，僅治療三個月即有明顯的療效，GOT及GPT數字有降無升直至正常範圍，唯因僅是一個病例，祇可供參考而已，還待將來病例多時再作詳細分析。

參考文獻：

1. 在職醫師繼續教育講義，消化系統（華視出版社）
2. 中藥大辭典（新文豐出版社）
3. 中醫免疫（重慶出版社）
4. 臨床免疫學（新士林出版社）
5. 中國方藥學（啓業書局）
6. 中國方劑學（啓業書局）
7. 赫里遜內科學（杏文書局）
8. 肝膽疾病學（嘉洲出版社）
9. 中西實用內科學（啓業書局）
10. 中藥的藥理與應用（啓業書局）

眼

科

掇

談

(續前)

張齊賢

七、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，漸漸成為黑白色斑痕。(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，常遺留白雲狀之夫癍痕。(2)粟粒結核，常發於全身麻疹之症變，眼底現出數個帶黃白色濁濁斑，大約二分之一乳頭大，本症與傷寒，猩紅熱，脈膜炎、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，或有透視之感，遷延數月，並能再發，治癒後，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，應以迅捷方法，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 荆芥穗 黃柏 知母 天花粉

處方二 細辛羚羊角散

羚羊角 細羊 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，用以調補，增進視力。

處方五 黃連鹿角膠丸

鹿角膠 菟絲子 羚羊角 黃連

中藥配合生理治療對痔疾之研究

張蔚龍

壹、研究目的

痔疾之病症，在中國有句俗語「十人九痔」，似此亦可謂國人之一般通病，非僅如此，其在世界各國醫學界；也都認為是一種頑劣而不易根治的疾病，致近期歐美各國普遍採用手術治療方式，予以割除，雖一時短暫收效迅速，但不久又痔病復發，適近如美國前總統卡特，即因患此疾而常住醫院，致常人感染此病，亦未嘗不視為隱憂。

按此種疾病，在我國五千年的醫史中，雖歷代均有記載案例，且不止千萬方，倘能在其中找出療效甚高而又迅速便捷的方劑與方法，則必當有益于患者而易予接納的。

貳、研究內容

歷覽古代中醫典籍，以至近代各家書籍；合于治療痔疾之病症者甚多，實無法予以一一擇錄研究，因之根據近代醫學病名，在痔疾系統內選取表(1)各病為研究目的，至其治療方法，則以中藥方劑配合生理治療，兩方面協同或單獨進行，俾使其產生確實療效。

表(1)

現代醫學病名	中國醫學名稱
外痔	痔瘡，便秘肛門疼痛。
內痔	痔出血，肛門瘙癢。
痔瘻	痔核腫脹，肛門疼痛。
痔漏	陰部瘙癢，內部發炎化膿便血不止。
脫肛	脫肛，墜腸症。

一、藥物治療方劑，是以名藥廠的科學中藥製劑為主，以選取方劑而應用之。如表(2)

瀉肝湯	龍胆	黃連解毒散	乙字湯	方名
	醫方集解	醫方集解	古方彙編	來源
山梔子、	龍胆草、	黃連、黃柏、黃芩、梔子。	柴胡、黃芩、當歸、甘草、升麻、大黃、大棗、黃連。	組成藥物
主治下部炎症性及充血痔疾陰部癢痛。	主治一切內外邪熱之症、對痔疾之便秘散血、消炎化膿均有效	主治一切內外邪熱之症、對痔疾之便秘散血、消炎化膿均有效	對於不太嚴重之痔疾極能奏效，以未曾顯著偏重於虛實之一般性疾狀為目標，凡痔核之疼痛、出血、肛門裂傷、脫肛之初期輕症等均有效。	主治效能

芍藥湯	桂枝加	桂枝茯苓湯	桂枝	金匱要略	黃芩、柴胡、地黃、車前子、澤瀉、木通、甘草、當歸。
	傷寒論方		桂枝、牡丹皮、桃仁、芍藥、茯苓。		
甘草、桂枝、	芍藥、大棗、生薑		主治痔漏之肛門癢痛，消炎化膿等症極為有效。註：炎症化膿，桂枝宜慎用。		
	主治衰弱者之痔核脫肛等症。				

表(3)

三黃錠	金匱要略	大黃、黃芩、黃連	對痔核，便秘，痔出血均有效。
紫雲膏 (外用)	本方係華岡青洲「外科正宗」白禿瘡膏予以取捨而研製	胡麻油、當歸、紫根、黃蠟、豚脂。	擦用本藥膏對痔疾之外部，消炎止血，殺菌，鎮痛均有效。

二、生理治療是以經常保持肛門之潔淨衛生、暨飲用多量的水份，與食用多量之蔬菜水菓為主，然後再輔以適量的運動，及洗滌與按摩肛門部位，以達到「綜合治療各得其所宜」的目標，茲謹依照研究病症列方如下表：

病名	方法	治療原則及配方
外痔	清水洗滌法	于每次通便後，取用潔淨之冷水一盆，予以洗滌至極為乾淨，然後在肛門外部擦以紫雲膏，再於飯前，服用龍胆瀉肝湯等方劑。
內痔	熱毛巾肛門部位按摩法	每天洗澡時，用熱毛巾在肛門部位按摩五分鐘，藉以促進肛門靜脈血液流通，則痔肉球逐漸散開，內痔流血也減少，痊癒再于飯前服用黃連解毒湯。
內外痔	內分泌調整運動	每日晨起飲冷開水三杯(500 cc ~ 1500 cc)再作內分泌調整運動，早晚各作十二次(每次作完後喝兩三小口)，再內服乙字湯，對脫肛內外痔均有效。

叁、研究方法

本研究方法係以臨床治療觀察實際療效為主，並採用統計資料，分析比較其方劑之效能；其研究步驟如下：

- 1 患者須至公立醫院，完成有關檢驗及提出檢驗報告附載於病歷表內。
- 2 根據檢驗報告針對病症之分類，以選取方劑與生理治療作有計劃的醫治，同類病以每十人為一組用同樣方法醫治，再另以十人為第二組，雖病狀與第一組相同，然其選用方劑必須更換，如此每種病症最少分為五組，藉以相互比較療效為原則，俟其自感病症完全消除，再赴原檢醫院複查之。
- 3 患者痊癒後，再給以適量藥劑，以鞏固其療效。
- 4 在二年內隨時追蹤調查。

肆、研究年限

二至三年。

伍、參考文獻

- 1 明、徐用誠：玉機微文
- 2 宋、張杲：醫說
- 3 陳繼文：內科、婦科、兒科辨症處方指南
- 4 虞博：醫學正傳
- 5 漢、張仲景：傷寒論
- 6 明、徐春甫：古今醫統大全
- 7 外科正宗
- 8 王廉：導引治病術
- 9 張哲夫：中醫生理治療學
- 10 宋、釋道原：景德傳燈錄。

談婦女病

沈譚

一二六

前言：

目前已進入科技時代，甚何人，甚何事，隨時隨地在談論着科技，科技確是給人們帶來很多的利益，如衣、食、住、行都為科技而改進方便，醫藥亦為之而日新月異，人們則多數在追求對付疾病的新方法、新藥物，確有藥到病除之效，也可以說理化科學已到尖峯極的時期，可是大多數忽略了自然科學的價值，生物為了科技而病變，甚至有滅種的跡象，大自然生態為了科技有所變質變化，疾病則為了新藥物甲病已癒，乙病又生（副作用），此則決非人們所有的願望，亦是偏頗進展的利益，而造成其他的損害。理化學家居禮發現了鈾為原子能要素，可是他自己都得到了白血病而早亡，可見理化科學有其長處，然亦有其缺點，必須求其適中而不致偏差方為合理。

婦女的生理作用：

婦女有有趣的「七」數字，內經上記載：「女子七歲腎氣盛，齒更髮長，二七而天癸至，任脉通，太衝脉盛，月事以時下，故能有子。三七腎氣平均，故真牙生而長極。四七筋骨堅髮長極，身體盛壯。五七陽明脉衰，面始焦

，髮始墮。六七三陽脉衰於上，面皆焦，髮始白。七七任脉虛，太衝脉衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也」，此乃數千年以前先賢所發現的婦女生理作用，証之於現代西洋醫學，以婦女月經四週來一次，胎兒四十週出生為標準，中西醫學對婦女生理作用之發現，不謀而合，可是我國先賢發現的其他生理作用如陰陽、五行、血氣、經絡、運行、應時等道理以及人如一個小天地，天有日、月、星、辰、風雷、雨電，地有山川、河岳、湖泊、氣候、運轉等之假設，如不予深究其內容，單以字義、名稱看之，真是一種玄學學說，筆者就讀學醫的第一年，亦有此種感想，甚至反問老師「此是何種道理」的不當言論，第二年有所領悟，再加另一位老師用現代化的名詞方法解釋，方知其中的奧妙極深，決非才疏學淺者流所能領會的，亦非一朝一夕所能懂得，所謂爐火純青，更是談何容易。以前面的陰陽等假設說法，如在單純學得西洋醫學的眼裡着重理化科學，輕於自然科學，當然以為中醫不科學，甚至說是一派胡言，不值得一談等理論，可是事實放在眼前，女子之月信必以二十八天為標準，亦即中醫學說「七」數

字，以天數四乘七，為二十八天，亦稱之謂小週天，以天數四乘四十個七，則為二百八十天，為嬰兒出生之標準天數，亦稱之謂大週天。以年數乘七為婦女一生經期的作用亦為適合，而以往先賢對婦女的生理作用的發現、假設，以中國的文字來替代、求証，對現時代的學理名稱，似有不科學的現象，不過到現在為止，尚無人能以現代名詞替之，如能全面大眾化，一看即能知之，則不致於使人誤會為中醫不科學。

婦女的疾病：

婦女病很久以前即列入十三科中的一種，約分為經病，帶下、胎前、產後諸症，內經云：「上古之人，其知道者，法於陰陽，和於術數，飲食有節，起居有常，不妄作勞，故能形與神俱，而盡終其天年。又陰陽四時者，萬物之終始，死生之本，逆之則災害生，從之則奇疾不起。」証之於實際情形，婦女病多數係違反了陰陽、四時、飲食、起居所得，如女子在月信期間，不注重預防，任性隨便，體能強健者一時無所感覺，經年累月，體能較差時，則百病叢生，頭暈、頭痛、經痛、月信或前或後，或多或少，腰酸、腿痛，飲食乏味，得知違反了生理衛生，為時已晚。尤其是產婦在月內（一般稱之謂做月子），得病的機會

更多，其病因不要說中醫師會知道，甚至老年婦人知道的也不少。月內得病發作較速者為兒枕骨痛、頭痛、脚痛、惡露不下、子宮下墜，其他的症候發作時間較遲，所以產婦在月內極應重視預防，產後靜臥為宜，稍微下床行動，不可過度，不可以沐浴，只能以濕溫毛巾揩擦，不可吹風受涼，不可飲食過冷物品，或纖維質過多的菜類，不可過食稀飯（將後會有心嘈症），最好進以麵食、雞蛋，燉雞為佳。可是偏有不信邪的，產房冷氣機整天開，產婦突然發覺少腹部腫脹結塊，疼痛不能忍受，冷汗直流，惡露甚少。經予溫運破血止痛之劑，服後流出紫黑色塊狀物，疼痛即止，結塊消除，此乃兒枕骨痛症，亦有稱之謂二陣痛。產婦在產褥期間受冷得此病者，屢見不鮮。另一種病因為胞衣未能全部取盡，殘留於子宮的，離開組織之物必然腐化發炎，至少腹部疼痛奇甚，子宮腫脹，腹診有結塊現象，甚或排洩膿狀物，治宜速予涼血、破血、止痛之品，能得桴鼓之效。若產婦體能強健者，雖在產褥期受冷者，短期內僅有輕微病症，過後則現頭痛，脚疼、腰酸、背痛、骨節疼痛。自汗盜汗，治療時甲症已癒，乙病發生，乙病已止，甲症再發，有人說尼姑沒有生產過，為何也有風濕病呢？要知道月內預防當然重要，月信期間亦須重視，

但較產褥期禁忌為少而矣，如果婦女在月信期間違反了養生之道，照常會得到類似未做好月內的病症。產婦如在月內未注意而得慢性疾病者，如果能在第二胎產期內，能做事前預防，則前次已得的病症可以消除，此種病例在臨床經驗上屢有發現，所以月內的預防重要，每個產婦必須重視不可馬虎而得後患。

婦女病適用之藥物：

現在一般西藥必須經過實驗、動物試驗，用眼睛看到的結果為科學，然中醫所稱的經驗不過是名稱不同而矣，實際相同於實驗、試驗的結果，得知何藥用於何病，何病須用何藥，數千年來人體的實驗、試驗的方法，總比動物試驗後用於人體的實驗，實際得多了吧？然治療婦女病的藥物，如果用理化科學的眼光來衡量其價值，因為大自然的奧秘以人的智慧來探究，僅為微乎其微的得知，以當歸為當歸素，可是也不一定為當歸全部的成份，然我國藥學以當歸分為三部份，即頭、身、尾，並且必須酒洗，頭為活血劑，身為補血劑，尾為破血劑，在臨床上確有其道理，如果流血過多者必須用當歸身補血，若誤用了歸尾則出血不容易止住，如果有瘀血現象而用歸身，則瘀血一時不易消除，反為延誤病情，如果要確知當歸究竟含有何種成份，因為自然物質非一時可以理化的方法來分析衡量的。其

次中藥配合組織的重要性必須重視，以當歸來說，單味性能與配合其他藥物後的性能有所不同，如出血現象且有瘀血，若用當歸配合黃芪，則瘀血可以消除且不致增加出血，反能止血，所以中醫治療疾病，甚少應用單味，而多用複方配合，少一味，多一味，都影響療效上良好、較差、無效之情形，所以中醫必須臨床經驗，確知病症變化方為良醫。

結論：

總之婦女之經產必須注意其寒熱、運動、起居、飲食力求其平衡適中，所謂過之與不及皆能使人病變，如果逞強任性不注重預防，以為經、產係一種生理作用，與病理無關，農作物、菓樹尚因風、霜、雨、露之侵襲而會減低收成，況人則應事先注意外因、內因、有違反正常生理作用而會影響人體平衡之事物，不使其侵害為良策，因為天時、人體、細菌之因能構成人體之病變，如人有強健之體格，應時的方法，雖有細菌之侵襲，體能有免疫作用必能消滅來犯之病菌，所以中醫治病有治標、治本、正治、反治、標本兼治各種不同的臨床應變治病的方法，不是墨守舊例，一成不變的，而婦女在經、產期間首先重視預防，其次為早日治療，毋使養癰貽患，而病痛終身。

中醫的推拿

張拙夫

一、推拿的含義

推拿，以辭書釋即按摩，按摩一辭，見於內經。為以手於人體某一部分組織或某一特定穴位，所實施之動作，以使其產生預期之效用。推與拿之作用，乃人類因應需要所發明，進而形成有系統之醫療技術。

(一)狹義的推拿

以推拿動作，推與拿可單一應用，亦可連貫運用。單一應用者，稱為手法；連貫運用者，稱為手式。前者亦可稱為單一手法，後者亦可稱為複合手法。此手法或手式之行使，係以針對治療病症之需要而抉取。

(二)廣義的推拿

以推拿技術，有術法與醫術之分，術法，係指獨特之施術方法，為手法與手式所構成之治療技能；稱推拿術法

。醫術，係指一種醫療學術，其非動作之表現所能涵蓋，乃由動作擴大應用之領域，而產生不同之功能所引伸者；稱推拿醫術。

二、推拿的內容

推拿醫術，源自按摩，按蹻，由其發展形成之學術實際而加歸納者。按摩為人類長期與疾病相抗爭過程中，逐漸發展者。當人類初期，於征服自然利用萬物時，偶遇傷痛，必出之本能撫摩，於疼痛減輕或消失，則體認到撫摩之作用，由於認識復加經驗之累積，乃產生按摩術法。

(一)推拿中三術法

一種醫術是由研究發展而形成的，推拿醫術，乃由按摩經研究發展及實驗認識而有正骨，推拿等術法構成的。

於唐代設立專科，並建立一完整體制。如舊唐書職官志：「太醫令掌醫療之法；其屬有四，曰：醫師、鍼師、按摩師、咒禁師。」新唐書百官志：「：按摩博士一人，按摩師四人，掌教導引之法以除疾，損傷折跌者正之。」以按摩博士、按摩師之職稱，其當識按摩術，以「損傷折跌者正之」，自亦習正骨之術，而推拿於明代與按摩分別主治，則推拿之術已涵蓋其中矣。

(一) 推拿中導引術

以唐代按摩博士之「掌教導引之法以除疾」，當擅導引之術。導引，為以呼吸與精神意識互相結合由自己進行運動的一種方法。以其效用，為自動強身與主動練力。葛洪抱朴子云：「夫導引，或伸屈，或俯仰，或依立，或躑躅；或吟，或息，或臥，或行，或徐步，皆導引也。」莊周分導氣與引體，導引即吐納，亦即吟息，引體即四肢全身活動，亦即伸屈、俯仰、徐步等。復按呂氏春秋：「陶唐氏之始，民氣鬱悶而滯著，筋骨瑟縮不達，故作為舞以宣導之。」路史：「陰康氏之時，水隴不疏，江不行其原，陰凝而易闕，人既鬱於內，腠理滯著而多重腿，得所以利其關節者，乃制為之舞，教人引舞以利導之。」內經素問

異法方宜篇：「：其病多痿厥寒熱，其治宜導引按蹻。」王冰註：「導引謂搖筋骨，動支節；按謂抑按皮肉，蹻謂捷舉手足」。陰康氏年代遠在黃帝之前，由此可見導引於中國歷史之深邃。

按摩、推拿、正骨三種術法之行使均賴手力，手力包括指力、腕力、臂力，而此手力之發揮，則須平時對導引有所修練，方能產生力道，而以三種術法治療病症之預後護理，其亦為重要環節。

三、推拿與傷科的淵源

於今傷科中以按摩、推拿等手法用治傷症，此種技術之運用，如何開始及演進，亦為應瞭解之事體。

(一) 推拿於傷科的開始

人類初期，與大自然奮鬥，與萬物奮鬥，必有所傷損，出之本能，按之、摩之、推之、拿之，以按摩等動作，使受傷損的筋骨，消滅腫痛，以推拿等動作，使受傷的骨骼接合復位，此因傷所採取按摩推拿等本能動作，進而為治傷所常使用，乃形成了傷科學中推拿之濫觴。

(一) 推拿於傷科的演變

治傷手法由需要之實驗，而彙集成經驗，於治療上由單一動作而運用數種動作，或將數種動作連貫行使而成為治傷所採取之方法。

推拿，由於應用發展，而形成為「推拿醫術」，此一醫術，包括推拿、按摩、正骨三種術法及導引術。傷科病症中之傷筋傷骨，於治療上則採取「正骨術法」，此以跌打損傷之傷筋傷骨為傷科中重要部門，於是跌打損傷則稱正骨學。推、拿、按、摩等手法及推拿、按摩等手式，均為正骨術法中所使用之動作，但與推拿術法、按摩術法中之推、拿、按、摩等手法動作則有區殊。

四、推拿與傷科的關係

推拿醫術中之「正骨術法」，為治傷所必需，而其為推拿醫術中術法之一，由此當可瞭解推拿與傷科之關係。

(一) 正骨術法應用的歸趨

治療傷筋、傷骨，則須用摸、接、端、提、按摩、推拿等手法，此所謂之正骨八法；或以法探測病情，或以法

接合斷骨，或以法矯正脫位，或以法通經活絡。而傷科病症既以跌打損傷為主要部門，故於術法應用上「正骨」則歸屬於傷科。

再以術法本體論，推拿為術法中之手法，正骨中之推拿等手法，早為先民治傷所用，經研究始創出此完整術法，傷科既以正骨為主要部分，而推拿又為正骨主要手法，以是推拿與傷科的關係至為密切。

(二) 正骨術法應屬範圍

以推拿醫術整體論，正骨為推拿醫術中之一環，於今雖因其由治傷所需而在應用上歸屬傷科，但在學術本質上與推拿醫術不容支離。

現時「按摩」、「推拿」書籍亦有治傷筋、傷骨之技術，尤以推拿學中成人推拿為最。況治療筋骨損傷，有些須同時運用按摩、推拿兩術法中之手法、手式與導引，而三術法動作產生之效能，亦為復健所必需，故於研究獎勵上不能將正骨不予列入。

中醫之推拿，深深感佩我先民靈性之敏，智慧之高，遺留後代之恩澤如天之高，如地之厚，永垂無疆之麻。

「關節移位之治療研究」

吳元劍

第一節 關節的構造與作用

關節就是兩塊或多塊骨頭的連接部份稱為關節，骨與骨相接之處叫關節面，骨端具有關節軟骨，關節周圍有堅固而富有彈性的韌帶，另有堅韌的結締組織形成關節囊，以加強骨和骨之間的聯繫，關節囊的內部有滑液膜分泌滑液，促進關節腔之潤滑與穩定。

關節的作用：人體各部所以能屈伸，靈活運動，全賴骨骼間的各種關節之作用。構成關節之骨的肌肉收縮時，關節即行各種活動完成必要之動作。

第二節 關節的種類

關節的種類，依構造可分為三種：(一)不動關節，(二)纖維關節，(三)少動關節(軟骨性關節)，(四)可動關節(滑

膜性關節)。(一)不動關節：這種關節不能運動，兩骨接合之間有纖維組織，如頭顱之縫，分為鋸狀縫，係二骨之鋸齒，彼此交銜而成。鱗狀縫係二骨摺搭而成。牙齒插入於上下頷骨，也屬這種關節，稱嵌合關節。

(二)少動關節：這種關節兩骨之間有白色軟骨，如椎體間之關節，恥骨連合等。

(三)多動關節：這種關節構成，骨的關節面有透明軟骨，此種關節囊外層為纖維組織，內層是滑液膜分泌液體，以潤關節供給營養，防止骨端之脫離，此外還附著韌帶，可以增加關節的強度與隱定性。

多動關節的活動範圍甚廣，四肢的關節都屬於此類，關節型式，主要分為。

①球窩關節：由圓的骨端，納入骨窩內而形成，是

活動性最大的關節，能作屈曲、伸屈、外展、內收、旋轉及環行運動，如肩關節，與髖關節。

② 屈戌關節：此種關節運動只能屈曲與伸屈。如肘關節，膝關節，及指骨間與趾骨間關節。

③ 平面關節：這種關節之關節面能相互滑動，如胸鎖關節，肩鎖關節。及腕骨之間關節與跗骨之間的關節。

④ 軸柱關節：骨端如車軸能旋轉自如。如上下橈尺關節，及寰椎（第一頸椎），與樞椎軸（第二頸椎）。

⑤ 蹠狀關節與鞍狀關節，能屈曲、伸展、外展、內收及環行，如腕關節、顳頰關節、掌指關節及蹠趾關節。

第三節 關節脫臼概述

脫臼是關節由於某種原因而脫位，使構成關節之骨，喪失了正常活動，所表現出來的臨床病徵。

正常關節骨端之間，依賴其周圍的關節囊、筋膜、韌帶、肌腱、肌肉、以及關節面的形狀維持其相對的穩定狀態。若由於暴力或跌仆或外力的作用，這種「力」超過了關節組織生理穩定的正常限度，迫使構成關節之骨端發生分離脫位，稱為創傷性脫臼。

脫臼的關節，由於關節各骨端彼此脫離正常位置，使形成變異，患部關節活動功能喪失，活動劇痛，局部經絡肌肉出現瘀血斑、腫脹、疼痛等。

脫臼的程度分為全脫、半脫，脫出的方位分為前、後、上、下、內、外脫。診療時更須注意脫位和程度，是否伴有骨折，分別輕重，隨症施治。

創傷性脫位，須用手法整復，若日久遷延失治，則成為陳舊性脫臼。脫臼施術未癒時，隨意運動，再次滑脫，成為習慣性脫臼，則難治。

創傷性脫位，根據病情，施行整復手法，使骨復位，如伴有骨折時，一般先整復脫位入臼，然後再按骨折治療原則處理。

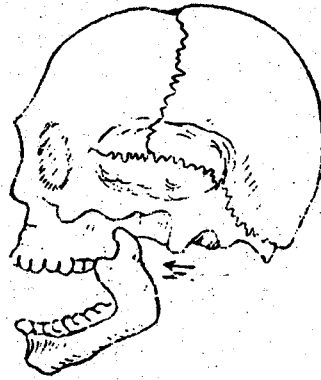
脫臼用藥，可分早期、晚期兩個階段：

早期：局部青紫瘀斑，紅腫硬痛，予以活血化癥，消腫止痛，行氣導滯，內服外敷可辨證施治。

晚期：腫消痛輕，關節活動部位不自如，宜用舒筋活血，通利關節。

第四節 顛領關節脫臼

構成：顛領關節亦稱下頷關節。由顛骨的關節結節和關節凹與下頷骨髁狀突，以及凹與突之間的關節盤所構成。



顛領關節脫位

病因：該關節脫位，常見於老年女性，身體氣血衰弱，肌肉鬆弛，致使下頷脫落。或因輕微碰撞，或呵欠、嘔吐、或張口大笑、或咀嚼硬物，張口過大，致使翼內肌牽拉，急劇收縮，下頷骨髁狀突向前滑動過度，越過了顛骨的關節結節而移向前方，即成脫位。

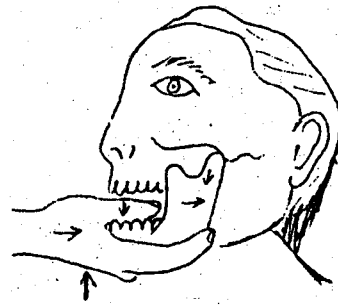
症狀：顛領關節脫位，有單側脫位，雙側脫位之分。

單側脫位，則下頷向健側傾斜，齒縫上下不對應。關節外形不對稱，言語不清晰。

雙側脫位，下頷前突鬆垂，口半開而不能閉合，下頷



整復手法1



整復手法2

關節部位疼痛，骨端脫落處，狀突明顯。無論單側脫或雙側脫，口都不能自由張合，以致飲食、語言，都感困難，甚至有齒齦出血等症狀。

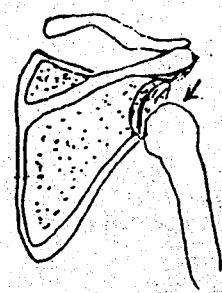
診斷下頷關節脫位，主要特徵為下頷向前突出，用手按下頷關節可觸到髁狀突顯明高凸和耳屏前方向下凹陷，口不能閉合流涎的現象。

治療：①手法整復，令患者低坐，頭背靠牆，（或由助手扶持），醫者立於前面，先在患部按摩數遍，以減輕肌筋和韌帶的緊張，然後用乾淨紗布包住兩拇指，並列伸入患者口內，指腹分別按定兩側的下白齒，食指在外扣住下頷角，起固定保護作用。餘三指托住下頷外部。先將拇指用力下按外拉，拉開咬肌、顳肌之痙攣，使髁狀突下移，並乘勢將手向上推，按推之間，有響聲，即可復位。復位後，將拇指迅速向兩側分開，抽出口外。單脫者，健側拇指不必下按，只起維護作用。

②固定：可用綳帶分別從頭頂上與後枕兜住下頷，以防再滑脫。

第五節 肩關節脫臼

構成：肩關節屬球窩關節由肱骨頭和肩胛骨的關節孟所構成，關節由關節囊及周圍韌帶和肌肉的張力維持穩定及活動。此關節囊前下方較為薄弱，因而肱骨頭從下方及前下方脫位占多數。關節上方有肩峰，喙突及肩峰喙突間韌帶，構成弧形窩，容納肱骨頭不易向上方脫出。



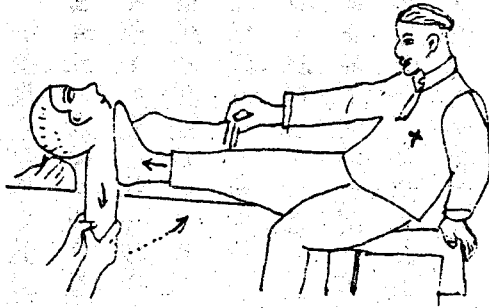
肩關節脫位

病因：肩關節脫位，以成年人為多，若跌倒暴力使臂外展，肩前傾時，則發生前下方脫位。若跌倒暴力迫使上臂外展位仆地，從高墜下臂被擋住，致使肱骨上端受猛擊而成下方脫位。

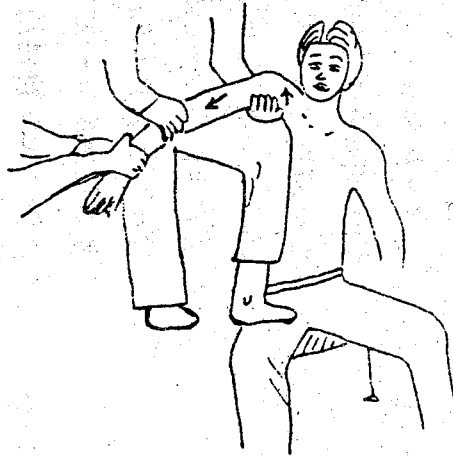
症狀：肩部腫脹，疼痛，臂膊不能抬起。前脫者，肱骨上端向前脫位，肩後方顯出凹陷，前方肌肉被擠突出。下脫者，肩峰突出而肩峰下方顯出凹陷，肩關節外側變為

肩關節脫臼整復手法

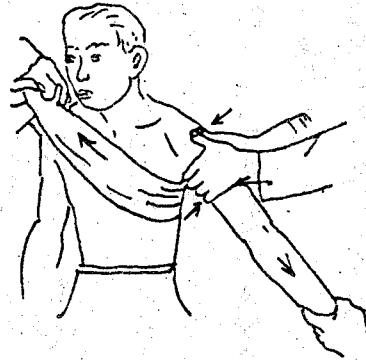
1. 足蹬法



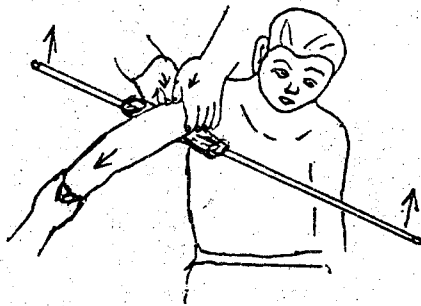
2. 臂提法



3. 牽推法



4. 棍抬法



平坦，腋部前下方肌肉外擁，可摸到脫位之肱骨頭。

診斷：用手摸肩關節，肱骨頭明顯突出，前脫時按之則肩後側凹陷，下脫時則肩關節外側按之凹陷現象。

治療：肩關節脫位的整復手法甚多，最常用的，足蹬法，臂提法，牽推法，棍抬法等視情形選用之。

①足蹬法：患者仰臥床上，用布巾或助手固定患者不令移動。醫者坐於患者側面，用足蹬住患者的腋窩。另一助手，雙手緊握患肢尺、橈骨的上端，用力向外拉展，再慢慢的向患體合攏。正當助手拉展合攏時，醫者足跟，用力上蹬。肩關節內有響聲即可復位。

②臂提法：患者坐於長櫈上，醫者立於患側，若患右側者，用左足踏在患者的右大腿部內側上端，左手臂仰插入腋窩，右手按住肘部，另一助手雙手握住患側手腕向外拉展，醫者左手同時用力將肱骨頭向上升提，即可復位。

③牽推法：患者坐櫈上，一助手立於健側，雙手插於患側腋下，環抱扣緊，或以寬布帶繞過患側腋下，拉住布帶兩端，並徐徐向後牽引，另一助手站於患側，雙手握住患肢尺、橈骨下端，用力向前下方牽拉外展，再緩緩的向胸部合攏。醫者站于患側，一手按住，肩峰，一手按住肱骨上端當助手牽引旋拉時，醫者用力將肱骨按推入臼，即

可復位，此法適用於前脫。

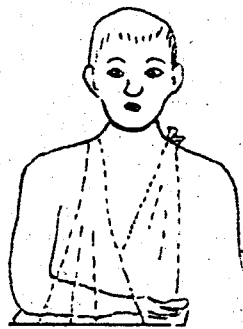
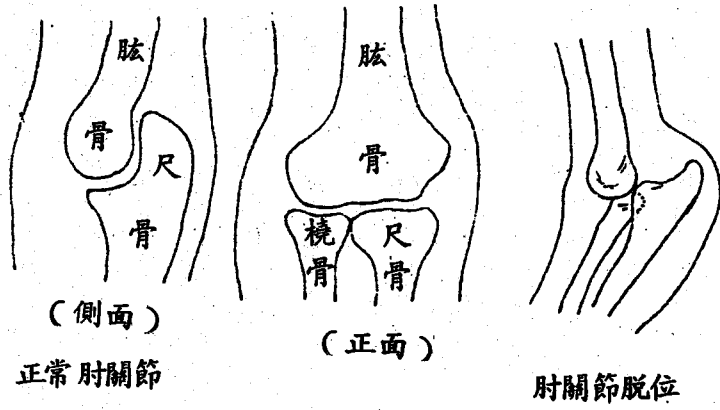
④棍抬法：取圓木棍一根長三尺餘，直徑一寸。中部用棉花包捲以綳帶纏牢。患者坐櫈上，助手將木棍伸入患側腋下，棍中部之棉捲對於腋窩，徐徐上抬，另一助手緊握患肢尺、橈骨端，向外牽拉，醫者雙手按住肱骨端及肩部，乘抬牽之際，用力將肱骨之端推入臼內，有復位響聲，即可復位。

固定法：手術畢檢查確已復位，敷貼藥膏，用綳帶將患處適度固定，腋窩下，並墊入適度棉花捲，以防再度脫出，然後用三角巾將患臂繞頸兜起。

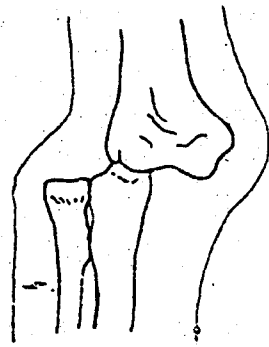
第六節 肘關節脫臼

構成：肘關節由肱骨下端與橈骨頭和尺骨上端構成關節。此關節包括橈橈關節、肱尺關節和尺橈關節。關節的穩定性依靠關節囊和韌帶的維護。

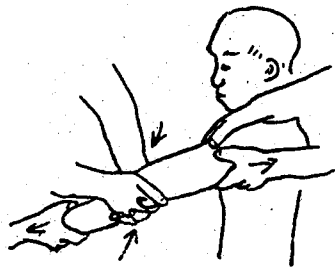
病因：跌倒手肘背伸直着地，致使尺橈骨上端鷹嘴沖出肱骨滑車後方，形成肘關節脫臼。或因一切劇烈運動，拉力過猛致使脫臼，脫臼過程中，肘前關節囊及側方韌帶撕裂較重時，則形成內、外脫臼。



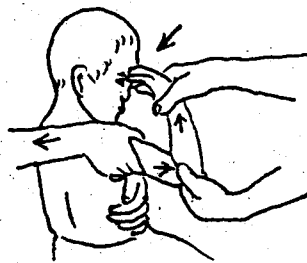
固定法



肘關節側脫位



牽拉推按法



牽拉屈肘法

症狀：無論前後脫或外內脫，都可顯明摸到肱骨異常突出，及鷹嘴尖偏向一側，肘臂不能屈伸，發生腫脹，重則局部有瘀斑。

診斷：肘臂不能屈伸，喪失動作機能，肘部關節之骨突出脫位，能明顯摸出。

治療：①牽拉推按法，患者坐檯上，一助手握定患肢肱骨中部向上用力，另一助手緊握尺橈骨下端，用力向下牽拉。醫者雙手執定脫位之骨，當兩助手用力牽引時，隨將脫出之骨，推按向原位，再將患者肘屈曲，手摸到肩頭再伸直，即可復位，恢復常態。

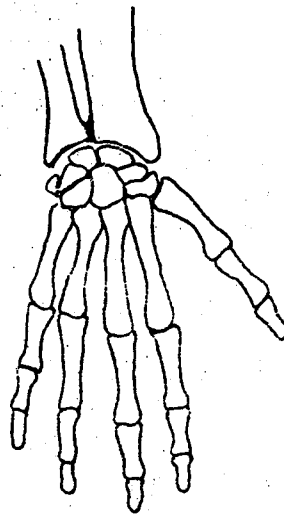
②牽拉屈肘法：一助手緊握患肢肱骨中部，向上用力醫者一手緊握患肢橈尺骨下端，向下牽引，一手按住脫位之骨，食、中、無名指扣住尺骨鷹嘴，在牽拉之際將脫骨推入原位，並同時使肘屈曲，伸直，手指能摸到肩頭，即可復位。

③外用消腫定痛之劑敷患部，內服活血散瘀，即可復原。

固定法：用綳帶適當扎緊，然後用三角巾將下臂兜於頸部。

第七節 腕關節脫白

構造：腕關節為滑膜性關節中的環狀關節形式，構成骨路包括、橈骨、尺骨、及腕骨等，關節的穩定性，有白色纖維軟骨的間盤及掌背側韌帶所維持。

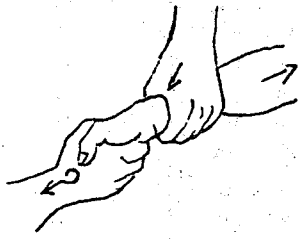


腕骨與指骨

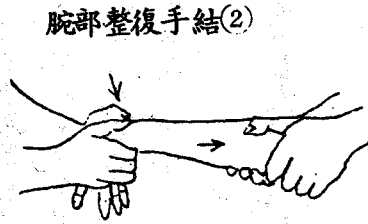
病因：直接跌撲時手掌著地、壓力猛烈沖擊，或因前臂被扭旋過度而致使腕關節脫白。

症狀：腕骨的排列，被壓力脫位突出變形，手腕不能自由轉動，手握物無力，患部肌肉腫脹，重者並有瘀血現象。

診斷：按摩腕骨有重疊或高凸凹陷現象，局部腫痛，或有瘀斑。



腕部整復手結①



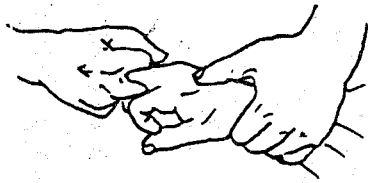
腕部整復手結②

療法：醫者一手按住腕部突出之骨，一手牽拉手掌，

使屈腕旋轉，於牽旋之時另手將脫白之骨推按入臼。腕骨體小且多塊，入臼後，必須再於前後旋轉屈伸活動幾次，使小骨排列恢復正常狀態，再敷消腫定痛藥物。並以繃帶固定，用三角巾兜起，手掌心向上。

第八節 掌指關節脫白

構成：掌骨與指骨構成掌指關節與指間關節。



掌指關節脫白整復手法

病因：跌撲手指觸地，或運動碰擊，或強力牽扯，以致脫位。

症狀：患指紅腫疼痛，不能屈伸，喪失運動能力，關節骨髁偏斜畸形。

診斷：用手按摸患指有明顯的凸凹現象。

治療：醫者一手，牽拉手指上端，一手緊捏住患部，按不同的脫出方向，隨手推之，即可復位。

第九節 指骨錯位

構成：指骨與指骨間之關節。

病因：多由於碰撞或猛力拉扭擷，以致指骨關節脫位

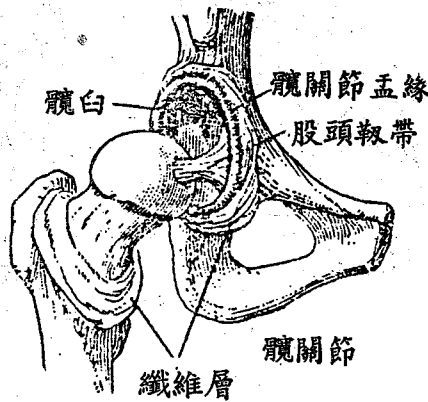
症狀：手指不能屈伸，錯節部位，腫脹疼痛，有瘀血

診斷：錯位關節骨突出不平，腫痛。

療法：醫者一手捏定患指上端關節，一手執定患指下端微力拉展，隨將脫出之骨，推按入原位，能屈伸即復原狀。外敷藥物用繃帶固定之。

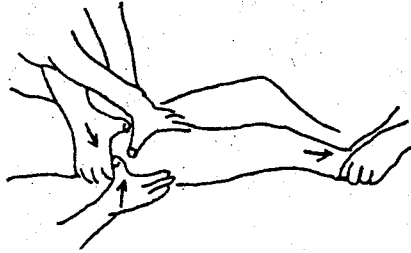
第十節 髌股關節脫臼

構成：髌關節為滑膜性關節屬球窩關節形式，是髌骨的髌白與股骨頭構成，髌白內面及股骨頭外面有關節軟骨，及股骨頭中央有韌帶與髌白底相連，促進關節的穩定性，周圍有關節囊包住。



病因：於跌撲時，股骨受外暴力，腿部強力外展，壓力重點前移，致股骨頭撞破關節囊前方而滑出髌白外，形成前脫位。或因高處墜下時，股骨頭向髌白後上方猛撞，使韌帶及髌白後方的關節囊撕裂，股骨頭滑出髌白後上方，為後脫位。

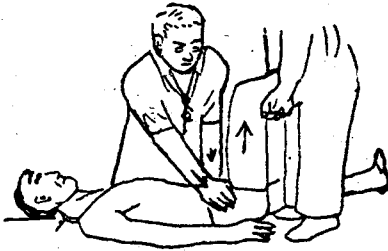
腕骨關節整復手法



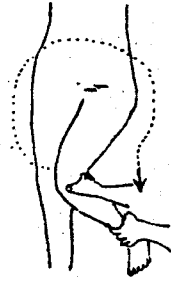
牽拉推按法



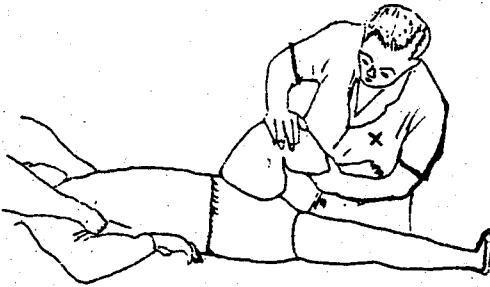
旋轉式 ①



提拉法



旋轉式 ②



旋轉法



旋轉式 ③

症狀：髖股關節的外傷性脫臼，髖部疼痛，活動功能喪失，其脫位類型症狀各不同。

①後上脫：患腿股骨內收，比正常腿相對長度縮短，臀部顯明高突。

②前下脫：患腿比正常腿相對長度長，髖外側凹陷，股骨上端，向腹股溝部會陰部高突，骨端可顯明摸出。

診斷：無論脫出的類型，都可摸出骨端高突的現象，或用X光檢查，以確定脫出位置及有無合併骨折。

療法：①牽拉推按法(一)：患者仰臥床上，一助手兩手分別按住兩胯部位，勿使移動，以固定骨盆。另一助手緊握患肢小腿踝部，用力向下牽引，將股骨頭向內側拉展。醫者雙手按住股骨上端部位，乘牽引之際，同時雙手用力將脫出之骨，推按入臼，即可復位。

②牽拉推按法(二)：患者仰臥床上，由一助手用長布帶，套入股骨上端腹溝部，用力向外拉展，另一助手雙手緊握患腿踝部，用力牽拉，醫者按住脫出之骨，推向外側使其復位，此法適用於前脫位。

③提拉法：患者仰臥床上，一助手按住兩胯部位，以固定骨盆，另一助手雙手握住膝窩部使患肢髖，膝屈曲，小腿夾於兩大腿間，用力上提拉。醫者按住股骨上端，於

助手提按之際，隨手將脫出之骨推入臼內，即可復位。此法適用於下脫。

④旋轉法：助手將身體固定，醫者一手握住小腿下部，一手按住膝部將大腿內收，使髖關節屈曲，股部緊貼腹壁，然後將傷肢，後脫位時，向外旋轉，伸直。前脫位時，向內旋轉，伸直，即可復位。

固定法：患部敷消腫定痛藥物，以綑帶固定。

第十一節 髖骨錯位

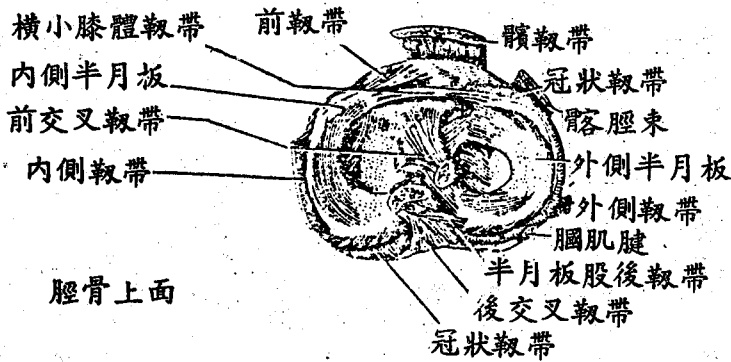
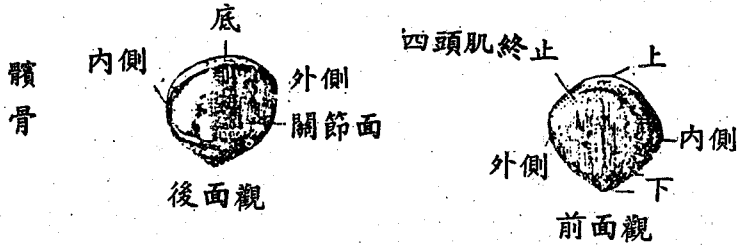
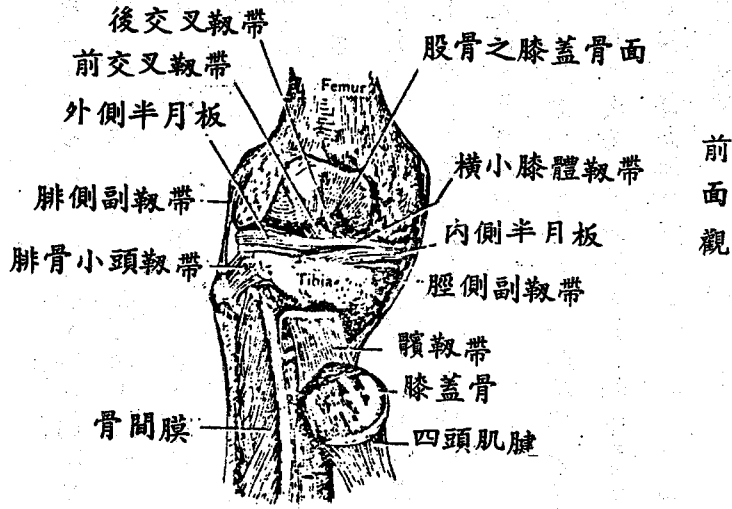
病因：多由於外力碰撞，致使膝蓋骨脫位。

症狀：膝蓋骨錯位時，原部位處凹陷，或上下或旁側高突，膝部腫痛，腿不能屈。

診斷：膝蓋骨摸診有顯明錯位現象，局部腫痛，活動受限。

療法：患者臥床上，醫者一手握定膝部，拇指按住膝蓋骨邊緣，一手握住患肢小腿下方，將傷膝輕輕作一微微屈伸動作，動作間拇指推按髖骨復位，膝能屈伸即復原位。傷肢伸直敷藥，用綑帶包裹，固定以防再脫。

一 膝關節之構造



第十二節 膝關節脫臼

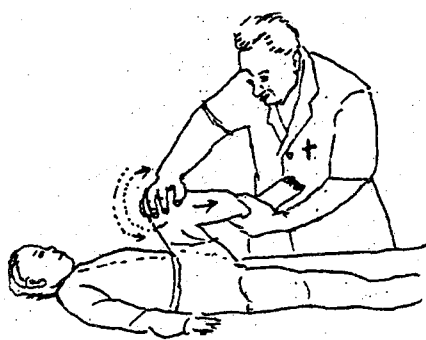
構成：膝關節為滑膜性關節的屈戌關節。構成骨骼有股骨下端之骨髌，與脛骨上端骨髌，及膝蓋骨後面。有關節軟骨韌帶，關節囊有滑液，以穩定關節活動性及肌腱的摩擦。

病因：多由於跌撲、碰撞或扭轉過度所致。臨床上膝關節全脫者，甚為少見。該膝部關節面大，其骨移位者，多屬半脫。

症狀：膝部骨骼移位變形，局部腫脹疼痛，患肢不能屈伸活動。

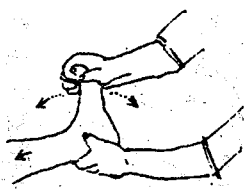
診斷：膝部明顯變形，脛骨上端向側邊突出，摸之有高凸和凹陷的現象。

療法：患者仰臥床上，一助手緊握患肢股骨中部，另一助手緊握小腿下段，醫者雙手按住脫出之骨，兩助手同時向兩端牽拉。醫者隨手推按之使其復位。然後醫者手按膝部，一手握住小腿髌部將膝部屈曲、伸直、活動即可復原。此法綜合牽引、推、按、端、提、屈膝等，視其情形施用之。外敷消腫止痛，疏筋活血之藥，伸足用綑帶固定之。



第十三節 足關節脫臼

構成：足關節包括，髌關節、有脛骨、腓骨下端與距骨



足關節手法

，和跗蹠關節及諸跗骨之關節。骨骼第一蹠骨與第一楔骨，第二、三蹠骨與第二、三楔骨，第四、五蹠骨與股骨，舟狀及跟骨等所構成，有關節囊及韌帶。

病因：由於跌閃、重物壓傷或扭旋，使諸骨移位。

症狀：此關節前、後、側方均有脫位的可能，脫位後足部變形，骨頭顯明突出，患部腫脹疼痛不能行動。

診斷：關節異常，可顯明摸出突出之傷骨，屬前、後或側方脫位，然後依法治之。

療法：①醫者一手緊按脫出之骨，一手緊握患足蹠骨部位，微力向外牽拉微旋，用時並將脫出之骨推入白即可復位。

②醫者一手緊握患足跟骨部位，並按定脫出之骨，一手緊握蹠骨部位，用力向兩端分拉轉動，同時並將脫出之骨推按入白，即可復位。

③外敷消腫定痛藥物，用綳帶固定之。

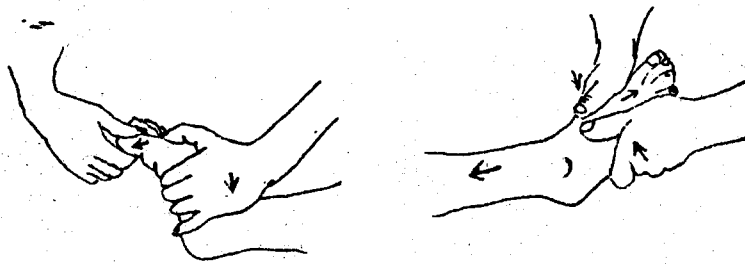
第十四節 蹠趾關節脫白

構成：蹠骨與趾骨所構成。

病因：外力重壓，或足踢東西過重迫使關節過伸而脫

白。

症狀：脫白之關節腫痛，外觀明顯變形。



蹠趾關節整復手法

療法：蹠趾關節脫白，與掌指關節脫白大致相似，為

臨床所常見之症狀，而趾間關節脫白則罕見。

手術之時，醫者一手拇指按住蹠骨，並推脫之骨入白，一手拉住趾骨牽引，使蹠趾關節能屈曲、伸直、即可復位，用綑帶固定。

第十五節 頸椎錯位

構成：由第一頸椎至第七頸椎所構成，第一頸椎與第二頸椎屬軸柱關節，其他頸椎均屬軟骨性關節。

病因：寰樞二椎，多見於老年人。頸部扭轉劇烈，或俯仰側臥彎曲過度，都可能發生脫位。

症狀：頸項不能轉動、疼痛。

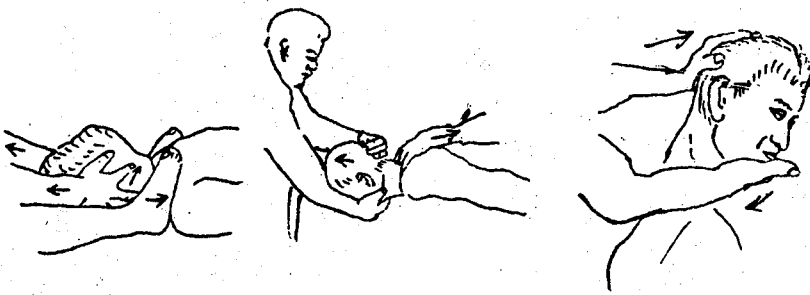
診斷：頸椎脫位嚴重時，必須照X光正側兩片以確診斷，如側位片上，傷椎的下關節突移到下一個頸椎上關節突的尖部，稱為半脫位。若移到下關節突的前方，則為全脫位。正位片上，傷椎向一側偏歪者，為側脫位。頸椎關節全脫位或壓迫脊髓，很可能引起上下肢均癱瘓癱瘓。

療法：整復手法有二視情形選用之。

①患者俯臥，肩與床頭齊，一助手一手扣於枕部，一手托住下頷。另一助手雙手扣住兩肩，分別牽引將頭頸背

伸，醫者兩手拇指按於傷椎的下一個後突棘突，餘指按住頸前部，於牽引之時，醫者同時將突出之椎骨用力向下推按，檢查棘突已平復，即復原位。

②患者俯臥，醫者也坐於床上，兩腳蹬手牽引，將頭頸略背伸並旋轉，於拔伸時用食指推按傷椎即可復位。



頸部手法

第十六節 脊椎錯位

脊椎骨錯位有：頸椎骨錯位、胸腰椎骨錯位、腰骶椎骨錯位、骶尾骨錯位等。

(一) 頸椎骨錯位（見本章第十五節）。

(二) 胸腰椎骨錯位

胸腰椎骨關節小面的傾斜較大，胸椎兩側有肋骨附著，不易滑脫，若有錯位時，則多並有關節突骨折，故胸椎滑的錯位是不常見。

腰椎骨錯位有一側錯位和兩側錯位二種。

病因：被重物壓傷，椎體猛力旋轉，或外力砸傷，均能形成錯位。

症狀：轉側活動受限，疼痛。

診斷：一側錯位：身軀傾向健側，錯位的脊椎棘突旋向傷側。

兩側錯位：身軀呈伸展形態，錯位的脊椎棘突凹陷，下一陷突凸出。

療法：(一) 攀索整復法：此法適用於第八胸椎以下至腰骶的錯位。患者雙手攀繩索，雙足踏疊靴三塊，將腰拿住，抽去靴一塊，雙足離地，自身下垂挺直，借以拉長背部

的肌肉及加寬椎骨，醫者用拇指推按凸出之棘突使其復位。

(二) 墊腹整復法：此法胸腰椎骨錯位時通用。

傷者俯臥，胸腹部用軟物（棉枕等）墊起，助手二人，按住肩部及臀部，上下牽引，醫者推按錯位之棘突使其復正，同時令患者張口，使呼吸暢通，以免氣血阻滯，整復後外敷活血止痛劑，即可復原。

(三) 腰骶椎骨錯位：

病因：腰部前屈，跌仆或打擊。第五腰椎韌帶撕裂椎體移位。

症狀：局部疼痛，腰部不能前屈運動受限。

診斷：第五腰椎前凸，行動及局部壓痛。

療法：整復方法，可同胸腰椎錯位。

(四) 骶尾椎骨錯位

病因：跌仆臀部尾椎尖端着地。

症狀：局部疼痛，起坐活動疼痛加重，有時肛門周圍麻木。

診斷：手按尾骨尖端有活動現象及疼痛。

療法：患者側臥，屈腿使髖股關節成直角，醫者一手按住尾椎根部。同時另一手指將尾骨尖端後推，整平復正，敷消腫化瘀之藥，即可復原。

菊高苣掀起熱潮與神效之探討

謝文全

竹山籍旅日醫學博士楊天和，發現一種類似菊高苣的植物，能夠強化人類視神經機能，治癒包括青光眼在內的各種眼疾，經中國時報七三年一月一日及七三年一月二一日消息披露後，引起許多民衆的興趣。根據楊博士論述，菊高苣是一種蔬菜，不是藥物，一般為露天栽培，使用有機肥料即可成長，葉片有披縮與飯匙葉兩種，研究時是以披縮葉菊高苣為對象。菊高苣的葉可供日常食用，美國人通常生食，把菜葉剝下嚼食即可，也有人製成綜合生菜汁飲用。經楊博士多年追蹤檢查與應用，以 *Endive* 治療成功的眼疾包括白內障、網膜出血、眼底出血、綠內障、眼充血、眼睛疲勞、夜盲症等，尤其對青光眼最有效。

竹山鎮氏代表會秘書巫文連，向楊博士索得種子，在庭院中試行栽培，除了夏季以外，冬季都發育良好，四年來巫秘書花費心力栽培，然後免費提供眼疾患者食用；先後治癒的病例已經難以估計，由此可知，台灣仍

然適合菊高苣之栽培與繁殖，其對眼科之貢獻是不可磨滅，然為了全盤了解該植物之來源、形態、習性、成分、藥理與應用等，特別探討如下，以供參考。

〔來源〕：菊高苣 (*Endive*) 係維吾

爾族習用的藥材，維吾爾文稱為 *Kasime*，其譯名為卡斯尼、卡斯納。原植物產印度，世界各地栽培，爾後野生歸化供藥用，栽培者主供嫩葉生食。其來源為菊科 (*Compositae*) 植物菊高苣屬 (*Gichorium*)，

目前常見者有(1)菊蒿(*Cichorium* *indivium* LINNENNS)一名菊蒿、

苦蕒。(2)美洲菊蒿(*Cichorium* *inty-* *bus* LINNENNS)一名野菊蒿、野生苦

蕒、歐苦蕒、美洲菊蒿。(3)毛菊蒿(*Cichorium* *glanulosum* Boiss et

HOVR.)一名毛菊蒿。藥用時於秋

季採割地上部分全草，除去雜質曬乾。食用者採取嫩葉當蔬菜用。

〔型態〕：菊蒿為多年生草本，高六〇—一〇〇厘米。莖有稜，近光滑，直立，中空，多分枝，具縱溝。根生葉叢

生，呈傘狀排列，鋸齒狀葉片皺縮，邊緣有不整齊的細鋸狀缺刻，栽培者多裂

皺縮；莖生葉互生，無柄，抱莖生，莖生葉少或退化，較小，卵狀披針形或長

圓狀披針形，先端鈍尖，基部近心形或

闊楔形，邊緣通常羽狀深裂，裂片具粗鋸齒皺縮。春夏開頭狀花少數，簇生，

腋生，總苞二列，外短內長，無毛；花

全部舌狀，藍色，聚藥雄蕊藍色，柱頭二裂。果實具稜。微苦，鹹涼。

角。



美洲菊蒿為多年草本，高五〇—

一〇〇厘米。莖有稜，直立，中空，多分枝。根生葉長倒披針形，先端銳

尖，基部狹細，邊緣具疏的不整齊的牙齒及長毛，中脈有粗毛；莖生葉稀

少，較小，長圓狀披針形，有粗毛。頭狀花序腋生及頂生；總苞二列；花

全部舌狀，藍色，聚藥雄蕊藍色，柱頭二裂，有向上的短剛毛。果實有稜



毛菊蒿為多年生草本，原植物與

菊蒿相近，惟全體被硬毛。莖呈圓柱形，稍彎曲，表面灰綠色或帶紫色

，具縱稜；斷面黃白色，中空。葉多破碎，灰綠色，莖中部的完整片呈大

頭羽狀。頭狀花序五—三或短總狀排列。總苞圓筒狀，直徑五—六毫米

；苞片二層，外層稍短或近等長，有腺毛。舌狀花藍色。瘦果倒卵形，有

稜，頂端截形，被鱗片狀冠毛，長一

(二) 厘米，黃褐色或棕褐色。氣微，味鹹，微苦。

生於田野、路旁、草地、山溝。

分布我國中部、東北及新疆等地，日本、美洲、英國皆產。美洲稱為 *blue Sailors*，英格蘭稱為 *Succory*，一般稱其種子為 *Arabian*。

〔成分〕：一八七六年 R. Nietzki 自蒲公英、兔耳菜、菊蒿、山苦蕒等含白色乳汁之植物中分離出配糖苷

Cichorin (野菊苷) 及 Taraxasteral (蒲公英醇)、 β -Anthesterin、 α -Lactuceryl (山菊苷醇)、 α -Anthesterin、Taraxasterin 等成分。爾後於一九二六 J. Zeilner、J. Richling；一九四〇 A. Schmidt；一九五八 M. L. Scarpatti, G. Oriente 等氏於 *Cichorium endivia* 及 *Cichorium intybus* 中分別抽出 α -Lactuceryl、Lactucopicrin (山菊苷素)、Lactucic acid (山菊苷酸)、Cichoric acid (菊酸)。爾後各國學者分別自全草分離出苦味物質及配糖體如馬栗樹皮 (Esculetin)、馬栗樹皮苷 (Esculetin)。

Esculin)、野菊苷 (Cichorin)、山菊苷素 (Lactucin) 和山菊苷素 (Lactucopicrin)。根含山菊苷素、 α -山菊苷醇 (α -Lactuceryl)、野菊苷。葉含單咖啡酰石酸 (mono cafeoyltartaric acid)、菊酸 (chicoric acid) 即二咖啡酰石酸)。新鮮花瓣含花色苷 (Anthocyanin)。

〔藥理〕：野生菊蒿花的浸劑對動物注射，可興奮中樞神經系統並增強心臟活動，促使心臟振幅加大而頻率減慢之正常現象；煎劑有抗菌、收斂作用。根可提高食慾，改善消化功能；高濃度的浸劑可增進胃液分泌，但不增進平滑肌張力。根的乙醇或乙醚提取物有抗菌作用，其有效成分可能是一種倍半萜。根還有輕瀉作用。種子有非特異性植物血球凝集素。尚有部分學者研究報告，謂美洲菊蒿中含致癆煙，其含量高於其他咖啡類飲料。(附註：上述研究乃就花、根、種子等因其效用如同咖啡，故美洲稱之為 *Flavoring Coffee* 而予以研究，葉主供食用而未予以重視)。

〔應用〕：清熱解毒、利尿消腫、健胃。用於肝炎食少，腎炎水腫，胃脘痛。此外尚可清肝利膽，治黃疸型肝炎。維吾爾族多入藥劑用，以菊蒿三錢水煎服，並用適量煎水洗身。

〔藥考〕：其清熱解毒、散結消腫與蒲公英、兔耳菜、山苦蕒等之應用於急性乳腺炎、慢性胃炎及尿路感染有異曲同工之妙。惟其利用於治療眼科疾患，尚未見正式報告，然就其葉含有單咖啡酰石酸及菊酸等成分，具中樞神經興奮、促進心臟活動，但不增進平滑肌張力，使人反應敏捷，提醒集中注意力，視覺予以調整，不增加眼內壓及張力，可能藉此治療眼睛疾患，而此乃屬一過性，若藥物未能繼續服用則無效。其含致癆煙是否可以用久服，有待學者專家研究，以提醒菊蒿掀起熱潮之愛用者留意，其非特異性植物血球凝集素對眼底出血、眼充血、網膜出血等之治療是否有關，亦有待探討。

中藥製劑摻加西藥之檢驗研究

鄭建誌 林麗令 陳本
蔡明哲 王昭昭 謝伯舟
劉宜祝 鄭守訓 秦玲

摘要

中藥製劑摻加西藥成分之鑑定，係將檢品經抽取、分離、精製等處理後，用薄層層析法（TLC Method）與標準品及中藥對照品作對照試驗，若呈「陽性」反應者，取出層析斑點再抽取、精製並測定C.V.光譜圖比對鑑定之。此方法快速、精確，為求準確無誤，可再應用氣相層析法，液相層析法，紅外線吸光度測定法或氣相層析質譜儀作進一步之鑑定，供作涉嫌偽、劣、禁藥物之檢驗基準。

甲、概說

依據藥物、藥商管理法第十四條第一、二款之規定，中西藥品未經核准，不得擅自製造或擅加核准成分外之藥物。惟近年來部份不法藥商，因感中藥藥效較慢，欲達一服見效、競銷圖利之目的，擅自在中藥製劑中摻加西藥，致服後發生不良之反應，或產生嚴重之副作用，引起醫藥界之重視。有關當局有鑑於此，一方面加強輔導外，另一方面加強抽查，以便取締。然而目前尚缺檢驗方法，故擬定本研究計畫，

應用薄層層析法（Thin-Layer Chromatography ; TLC

Method）研究其檢驗方法。薄層層析法，對於中藥混合製劑中，摻加某西藥成分之鑑定，可說在目前是較迅速且正確之方法。惟中藥製劑成分繁雜，唯恐影響檢驗結果之正確性除選擇最適當之溶媒加以抽取、分離、再結晶後與標準品（Reference Standard）及中藥材對照品作對照鑑定外，更調換不同之溶媒系統及發色劑加以檢討而確認之。若呈「陽性」反應者，復由薄層板分離獲得的藥物與標準品，吾人首先採用分光吸光度測定法（Spectro-photometric Method）製製兩者之吸光度曲線，加以比較作進一步之鑑定，以便提高其精確度。關於西藥之解熱、鎮痛及荷爾蒙類等製劑之薄層層析法之研究報告頗多，但有關中藥製劑中摻加此類西藥成分之薄層層析法及分光吸光度測定法，尚無報告，因此由本研究計劃可確立一有系統且完整的檢驗法，供嗣後檢驗嫌疑偽、劣、禁藥品之基準。

中藥製劑種類頗多，本計劃先就目前摻加西藥問題較為

嚴重之感冒鎮咳類製劑，風濕鎮痛類製劑，及補腎、滋補類製劑，調理帶類製劑，解毒類製劑及精神安定類製劑作為研究對象，茲將上述七種中藥製劑分為下列六報，作各別之研討。

乙、研究項目與內容

第一報：中藥感冒鎮咳類製劑參加西藥成分之檢驗法
前言

中藥感冒鎮咳類製劑中，可能參加西藥者，以氨基比林 (Aminopyrine)，索爾比林 (Sulpyrine)，乙醯胺酚 (Acetaminophen)，非那西汀 (Phenacetin)，溴氫酸右旋美蘇仿 (Dextrorphan Hydrobromide)，麻黃鹼 (Ephedrine)，甲基麻黃鹼 (Methyl Ephedrine) 及咖啡鹼 (Caffeine) 等八種成分較為常見。惟中藥製劑中往往含有多種中藥材，而每一種中藥材又含有多種成分，如有些常用中藥製劑處方中含有麻黃及茶葉，則該中藥材本身即含有 Ephedrine 及 Caffeine 等生物鹼類化學成分，致使更難以確認或判定其是否係參加之西藥成分。因此吾人研究其所摻入之西藥成分。除了利用迅速且正確之薄層層析法外，更以分光光度測定法加以確證。在化學上 Aminopyrine 及 Sulpyrine 是屬於 Pyrazolone 系，

Acetaminophen 及 Phenacetin 是屬於 Aniline 系，而 Dextrorphan HBr, Ephedrine, Methyl ephedrine 及 Caffeine 等則屬於 Alkaloid 系，各系之性質不同，對各種試藥之反應亦異，故更換不同之溶媒系統加以展開分離時，選擇再現性較佳之系統作為各成分之分離鑑別之用。同系之成分常有共同之化學特性，檢品溶液點滴在薄層板上，應用薄層層析法加以分離和呈色；其色點與標準品所生成者作同一值，顏色及形狀之比較。然後以同樣的方法作薄層板，由紫外光照射再以小藥匙挖出各成分之斑點，各別溶于溶媒中，以遠心分離機分離，取其上澄液，復以自動分光光度計測定其吸光度曲線，若其曲線上所現之最大與最小吸光度之波長與標準品所劃者相近，即可判定之。如 Caffeine 及 Ephedrine 發現呈陽性反應時，復以檢品溶液與中藥材對照液作其含量測定，以鑑別其是否係參加者。

實驗部份

一、儀器：

1. 薄層分析裝置 (Thin-Layer Chromatography Apparatus; Swiss, Camag) 附紫外光燈 (U.V. lamp; 254nm, 366nm)
2. 自動記錄分光光度計 (Double Beam Spectro-

photometer ; Japan, Shimadzu UV-200)

一〇二標準品、試藥及試液：

1. 標準品：Aminopyrine, Acetaminophen, Caffeine, Dextromethorphan Hydrobromide, Ephedrine, Methylphenedrine, Phenacetin 及 Sulpyrin

2. 試藥：

(1) 強氨水，火硝酸鉍，塩酸，硫酸及二氫節三酮，高錳酸鉀，重鉻酸鉀均為特級試藥。

(2) Kieselgel HF 254 Nach Stahl E. Merck 及 Kieselgel GF 254 E. Merck 製成。

3. 試液：

(1) Dragendorff Spray 取火硝酸鉍 2g 溶于少量塩酸後，加氨水，將生成氫氧化鉍之沉澱物過濾並經水洗後，再溶于少量塩酸，使用時加含有碘化鉀 2g 之 50% 醋酸溶液至 50ml 配成。

(2) 二氫節三酮試液：取二氫節三酮 0.5g 溶于適量的丙酮後，加至 100ml 配成。

一〇三中藥對照品：以目前市售感冒鎮咳類中藥製劑中常用之處方如下：

1. 處方 (一)：川芎 1.250g，白芷 1.250g

甘草 0.625g，薄荷葉 937.5g
羌活 1.250g，茶葉 937.5g
細辛 0.625g，荊芥 1.250g
防風 1.250g，辛夷 1.250g
麻黃 0.625g。

2. 處方 (二)：陳皮 0.3g，川貝母 0.15g

甘草 0.6g，款冬花 0.6g
半夏 0.15g，安息香 1.5g

沙參 0.3g，枇杷 0.6g

遠志 0.6g，百合 0.6g

白糖 12.0g，車前 0.6g

麻黃 0.6g，薄荷 0.9g

3. 處方 (三)：桔梗 0.9g，高粱酒 10ml

葛根 1.3g，生薑 0.7g

麻黃 1.0g，桂皮 0.5g

芍藥 0.5g，甘草 0.6g

大棗 0.7g，Taurine 300mg

Thiamine HCl 5mg。

一〇四檢品溶液之調製：

1. 檢品溶液 (一)：(疑含有 Aminopyrine, Phenacetin,

Acetaminophen 及 Caffeine 成分者)：取檢品約 20 粒(或一日服用量)，粉碎後加氯仿 40ml 振搖抽取三次，合併氯仿抽出液經過濾，濾液置于水鍋蒸乾，殘留物再加約 10ml 之乙醇溶解調配成爲檢品溶液。

2. 檢品溶液 (D)：(疑含有 Ephedrine, Methylphenedrine 及 Dextromethorphan Hydrobromide 成分者)

取檢品約 20 粒(或一日服用量)，粉碎後加少量水研磨，再加食鹽使其飽和，又加氯試液使其呈鹼性，用氯仿 10~15ml 抽取三次，合併氯仿抽出液經過濾，濾液於水鍋蒸乾，殘留物再加約 10ml 之乙醇溶解調配成爲檢品溶液。

備註：1. 因 Sulpyrine 極易溶於水或甲醇故以水或甲醇之抽出液爲檢品溶液。

2. 如檢品爲液劑時，取相當於一日服用量依照上述之 (一)~(四) 之 1. 抽取方法操作之。

一~一~五標準溶液之調製：

各別精確稱取 (一)~(二) 之 (1) 所述之八種西藥標準品各 20mg，加少量乙醇使其溶解後加至 10ml 調配成爲標準溶液。

一~一~六中藥材對照液之調製：

依 (一)~(三) 所示處方 (A)、(B)、(C) 配成之方劑經粉碎或細切後，各別稱取 50g，分別置入還流冷卻抽出器內，加 500ml 之 95% 乙醇於水鍋上，加熱抽取約 3~4 小時，乙醇抽出液過濾後，將濾液濃縮至 50ml，作爲中藥材對照液。

一~一~七加入西藥標準品之中藥材對照液之調製：

取中藥材對照液 (如 (一)~(六) 所示) 5ml 各別加入標準溶液 (如 (一)~(五) 所示) 各 5ml 調製成。

一~一~八薄層板之製作：

將 20 × 20 cm 之平滑的耐熱玻璃板 10 張，依次排於平滑板上，其前後各置 1 張 5 × 20 cm 之預備用玻璃板，稱取 Kieselgel HF₂₅₄ 或 Kieselgel GF₂₅₄ 60g 放入 250ml 附塞燒瓶中，加水 120ml 用力振搖使其均勻後，將此懸濁液迅速倒入 Applicator 中，於玻璃板上作成約 300 μ 厚度之薄層，操作時宜注意不使薄層生成橫紋。放置於室溫約 20 分鐘後移入烘箱於 105~110 $^{\circ}$ C 乾燥 1 小時，使其活性化。將已活性化之薄層板移乾燥器中放冷，保存備用之。

一~一~九檢品溶液之點滴：

在已活性化薄層板上，距下端約 2cm 處之一直線上，以約 1.5cm 間隔用毛細管或微量吸管吸取適量檢品溶液點滴之。其直徑以 1~2mm 大小 (約 5 μl) 為宜。又在同一薄層板上，依上述方法點滴各種標準品溶液。

一~十展開：

展開槽係玻璃製，大小為 22 × 22 × 7.5cm，將已點滴過的薄層板置於已用展開溶媒使其飽和之展開槽中。展開溶媒之量，宜調節至溶媒在薄層板下端約 1cm 處。俟溶媒前線上昇距原點至約 10cm 時，取出薄板迅速將

溶媒前端位置之處做記號後，風乾並按照 Randerath 之 TLC 上昇法測定其 R_f 值。

一~十一呈色及確認：

將已風乾之薄層板置於已用碘蒸氣飽和的展開槽中 2~3 分鐘，可生成黃色或褐色之色點，取出薄層板，使碘揮發後，再噴射 Dragendorff Spray 或硫酸—乙醇噴霧液 (1:1)，氯化鐵噴霧液，酸性重鉻酸鉀噴霧液及高錳酸鉀噴霧液等以碘化或氧化有機化合物觀察其呈色反應。使用 Kieselgel HF₂₅₄ 或 GF₂₅₄ 等含有螢光物質之吸著劑所做成之薄層板，於展開後可用 254nm 之紫外光確認之。

一~二薄層層析法：

一~二 Aminopyrine, Sulpyrin, Caffeine, Phenacetin, Acetaminophen/鑑別

1. 薄層板：

(1) Kieselgel HF₂₅₄, 300 μE, Merck.

(2) Kieselgel GF₂₅₄, 250 μE, Merck.

2. 展開溶媒：

S₁: Ethyl Acetate : Ether = 4 : 1

S₂: Strong Ammonia water : Methanol = 1.5 : 100

S₃: Cyclohexane : Acetone = 4 : 5

3. 顯示作用 (Visualization)：

V₁: Dragendorff Spray

V₂: Potassium Permanganate Spray

V₃: U.V. light (254nm)

4. 結果 (Results)：將檢品溶液與標準溶液各別點滴於薄層板上，用展開溶媒 S₁ 展開，先用碘燻後，並噴以 Dragendorff Spray，此時檢品生成之色點，其顏色、形狀及 R_f 值與標準品比較而兩者相符時，即可初步判定檢品含有與標準品相同之西藥成分。若檢驗結果有

疑問時，其檢品溶液、標準品溶液及中藥材對照液再以上述方法作對照試驗，確認之。

一) 三分光吸光度測定法：

1) 二) 二) Ephedrine HCl Methylphenedrine HCl

Dextromethorphan HBr 之鑑別：

1. 薄層板：

(1) Kieselgel HF₂₅₄, 300 μ E. Merck.

(2) Kieselgel GF₂₅₄, 250 μ E. Merck.

2. 展開溶媒：

S : Strong Ammonia Water : Methanol

= 1.5 : 100

3. 顯示作用：

V₁ : Dragendorff Spray

V₂ : Potassium Permanganate Spray

V₃ : U.V. light (254nm)

4. 結果：將檢品溶液及標準溶液各別點滴於薄層板上，用展開溶媒S₂展開後以過錳酸鉀噴霧液噴霧，此時檢品生成之色點，其顏色、形狀及R_F值與標準品比較，若兩者相符時，即可初步鑑定檢品含有與標準品相同之西藥成分，若檢出結果有疑問時，其檢品溶液及中藥材對照液再以上述方法確認之。

為求得更正確之結果，此時另用不同之溶媒系或改以薄層板 Kieselgel HF₂₅₄ 或 GF₂₅₄ 展開風乾後，于紫外線下觀察斑點，分別以小藥匙挖取標準品與檢品所呈之斑點部份之藥物，以乙醇 2ml 抽取三次，並以遠心分離機分離之。取上澄液用自動記錄分光光度計測定其吸光度曲線，若兩者之吸光度曲線其最大及最小吸光度之波長一致時即可確認之。若測定結果尚有疑問時可另取較多量之檢品，再度抽取，分離，精製獲得較純粹之結晶，然後照上述方法重新操作確定之。

Table 1 Rf-Values of Various Antipyretics Analgesics and Related Compounds in different solvent systems.

	solvent system			Remarks :
	S ₁	S ₂	S ₃	
1.0			.3	2: Acetaminophen 3: Phenacetin 4: Aminopyrine 5: Sulpyrine 6: Dextromethorphan Hydrobromide 7: Ephedrine Hydrochloride 8: Methylephedrine Hydrochloride 9: Caffeine
0.8	.3	.2 .3		
0.6	.2	.5	.4 .2	
0.4	.4 .5 .9	.8	.9	
0.2		.6	.5 .6	S ₁ : Ethyl Acetate : Ether = 4 : 1 S ₂ : Strong Ammonia Water : Methanol = 1,5 : 100 S ₃ : Cyclohexane : Acetone = 4 : 5
0	.6			

Table 2 hRf-Values and Color of Spots for some Antipyretics, Analgesics and Related Compounds

No.	Compound	Developer			Visualization				Shape of Spot
		S ₁	S ₂	S ₃	U.V.(254nm)	A	B	C	
2	Acetaminophen	61	83	58	+	-	-	yellow	round
3	Phenacetin	80	81	95	+	-	-	yellow	round
4	Aminopyrine	47	59	66	+	pink	-	-	round
5	Sulpyrine	40	72	29	+	orange	yellow	-	round
6	Dextromethorphan Hydrobromide	6	29	18	-	orange	yellow	-	round
7	Ephedrine Hydrochloride	-	32	-	-	-	yellow	-	round
8	Methylephedrine Hydrochloride	-	36	-	-	-	yellow	-	extended
9	Caffeine	37	58	43	+	pink	-	-	round

Remarks :

A : Dragendorff Spray B : Potassium Permanganate Spray C : Iodine Vapor

Table 3 Absorption of UV of some Antipyretics, Analgesics and Related Compounds

No.	Compound	UV Absorption (nm)		Solvent
		Max.	Min.	
2	Acetaminophen	248	—	Ethanol
3	Phenacetin	250	—	"
4	Aminopyrine	276、236	255	"
5	Sulpyrine	243	—	"
6	Dextromethorphan Hydrobromide	286、278	284	"
7	Ephedrine Hydrochloride	262.5、256.5、251	260、253	"
8	Methylephedrine Hydrochloride	262.5、256.5、251	261、253	"
9	Caffeine	273	245	"

第二報：中藥風濕鎮痛類製劑添加西藥成分之檢驗法
前言

市售中藥製劑中，以風濕鎮痛類之品種最多，且為國內外銷售最廣的一類，部份廠商為競銷圖利，加強其藥效，可能添加氫化腎上腺皮質素 (Prednisolone)， 9α 氟- 16α -甲基去氫化腎上腺皮質素 (Dexamethasone)，吡嗪丁烷 (Phenylbutazone)，羥化吡嗪丁烷 (Oxyphenbutazone)，水楊酸胺 (Salicylamide) 及氨基比林 (Aminopyrine) 等西藥成分。

上述六種西藥中，Prednisolone 及 Dexamethasone 係屬於 Steroid 系，Phenylbutazone, Oxyphenbutazone 及 Aminopyrine 係屬於 Pyrine 系，而 Salicylamide 則屬水楊酸系；其成份之分離及鑑別法之原理與上述第一報相同。

Table 4 Rf-Values of Various Adrenal Cortex Hormones, Analgesics and Related Compounds in different solvent systems.

	Solvent System		
	S ₁	S ₄	S ₅
1.0		.11	
			.1
0.8			
	.1		
0.6			
			.12 .14
0.4		.1 .10	
		.12 .14	
0.2			
0			

Remarks :



- 1: Salicylamide
- 10: Oxyphenbutazone
- 11: Phenylbutazone
- 12: Dexamethasone
- 14: Prednisolone

S₃: Cyclohexane : Acetone = 4 : 5

S₄: Benzene : Ethanol = 9 : 1

S₅: Methylene Chloride : Dioxane : Water
= 2 : 1 : 1

Table 5 hRf - Values and Color of Spots for some Adrenal Cortex Hormones, Analgesics and Related Compounds

No	Compound	Developer			Visualization				Shape of spots	
		S ₃	S ₄	S ₅	UV(254 nm)	A	B	C		D
1	Salicylamide	63	38	88	+	violet	-	-	-	round
10	Oxyphenbutazone	-	33	-	+	-	yellow	-	-	round
11	Phenylbutazone	-	91	-	+	-	yellow	-	-	round
12	Dexamethasone	-	26	48	+	-	bright-green	blackish brown	pink	S ₄ :  S ₅ : round
14	Prednisolone	-	23	43	+	-	bright-brown	brown	pink	S ₄ :  S ₅ : round

A : Ferric Chloride Spray

B : Vanillin in Sulfuric Acid Solution (Heated at 110°C for 10 minute after Spraying)

C : Sulfuric Acid-Ethanol Spray (Heated at 110°C for 10 minutes after Spraying then detected with U. V. lamp)

D : DPST [2.5-Diphenyl-3-(4-styrylphenyl) Tetrzolum Chloride] Spray

Table 6 Absorption of UV of some Adrenal Cortex Hormones, Analgesics and Related Compounds

No.	Compound	UV Absorption (nm)		Solvent
		Max.	Min.	
1	Salicylamide	235, 302	257	Ethanol
10	Oxyphenbutazone	266		"
11	Phenylbutazone	238		"
12	Dexamethasone	240		"
14	Prednisolone	240		"

前言

第三報：中藥補腎、滋養類製劑參加西藥成分之檢驗法

廠商為加強補腎滋養類中藥製劑之藥效，可能參加甲基
 畢丸素 (Methyltestosterone)、畢丸素 (Testosterone)、育亨賓 (Yohimbine)、及咖啡鹼 (Caffeine) 等西藥成分。惟此類中藥製劑多為動物性及植物性生藥之
 方劑，其中含有類固醇 (Steroid)、生物鹼 (Alkaloid) 及其他成分，而類固醇較其他成分如 Alkaloid 等為複雜，因此對此類中藥製劑參加西藥成分之鑑定，需利用迅速且正確之薄層層析法分離確認之。若檢品中含有西藥成分時，復以分光光度測定法進行加以求證。

性質爾蒙類藥物之成分，多屬於類固醇類，具有 Cyclopentanoperhydro-phenanthrene 之共同結構，故在化學反應上具有共同之特性反應。例如不同之檢品滴加硫酸則生成不同顏色之螢光，即使是微量如 mcg，滴加硫酸亦能產生螢光，此特性對藥品鑑定有很大的裨益。各種不同之荷爾蒙對硫酸之呈色反應與被紫外光線照射所激起產生之螢光顏色亦不相同，如 Table 8 所示。故利用類固醇類之特性，應用薄層層析法更換不同之溶媒系統加以分離，鑑定其是否係屬中藥材本身之類固醇成分，或摻加之西藥成分。

Table 7 Rf-Values of Various Androgenic Hormones and Related Compounds in different solvent systems.

Solvent System	
	S ₁ S ₄ S ₆ S ₇
1.0	• 13
	• 15
0.8	
0.6	• 13
	• 15
0.4	• 9
0.2	• 6
	• 9
	• 13
	• 15
0	
	• 11

Remarks :

9 : Caffeine

13 : Methyltestosterone.

15 : Testosterone.

16 : Yohimbine.

S₁ : Ethyl Acetate : Ether = 4 : 1

S₄ : Benzene : Ethanol = 9 : 1

S₆ : Benzene : Ethanol = 98 : 2

S₇ : Methanol

Table 8 hRf-Values and Color of spots for some Androgenic Hormones and Related Compounds.

No.	Compound	Developer				Visualization			Shape of Spots
		S ₁	S ₄	S ₆	S ₇	UV(254nm)	A	B	
13	Methyltestosterone	90	50	23	65	+	Yellowish-orange	Yellow fluorescence	Round
15	Testosterone	90	49	21	63	+	Green	Yellow fluorescence	"
16	Yohimbine	-	-	-	52	Bluish green	-	-	"
9	Caffeine	37	27	11	50	+	-	-	"

Remarks :

A : Sulfuric Acid - Ethanol Spray(Heated at 110 °C for 10 minutes after spraying)

B : Sulfuric Acid - Ethanol Spray(Heated at 110 °C for 10 minutes after spraying. then detected with U.V. lamp)

Table 9 Absorption of UV of some Androgenic Hormones and Related Compounds

No.	Compound	UV Absorption (nm)		Solvent
		Max.	Min.	
13	Methyltestosterone	238	—	Ethanol
15	Testosterone	238	—	"
16	Yohimbine	274, 224	246	"
9	Caffeine	273	—	"

Table 10 Rf-Values of Various Estrogenic Hormones and Related Compounds in different solvent systems

	Solvent System		
	S ₂	S ₄	S ₆
1.0			
0.8	.19 .18	.17 .18	
0.6	.17 .20		.17
0.4		.19	.18 .19
0.2		20	
0			

Remarks :

- 17 : Progesterone
- 18 : Estradiol
- 19 : Ethinylestradiol
- 20 : Metronidazole

- S₂ : Methanol : Strong Ammonia Water = 100 : 1.5
- S₄ : Ethanol : Benzene = 1 : 9
- S₆ : Chloroform : Ethyl Acetate = 80 : 20

類，故檢驗方法類同第三報所述。

第四報：中藥調經理帶類製劑參加西藥成分之檢驗法
前言
調經理帶類可能參加之西藥成分有四種：Progesterone, Estradiol, Ethinylestradiol 及 Metronidazole, 前三種屬於女性荷爾蒙製劑，其結構式亦屬 Steroid

Table 11 hRf-Values and Color of spots for some Estrogenic Hormones and Related Compounds

No.	Compound	Developer			Visualization			Shape of spots
		S ₂	S ₄	S ₆	UV(254nm)	A	B	
17	Progesterone	67	76	61	+	Yellow	Yellow fluorescence	Round
18	Estradiol	70	73	35	+	Pink	Pink	"
19	Ethinylestradiol	75	43	31	+	Pink	Pink	"
20	Metronidazole	66	16	-	+	-	-	"

Remarks :

A : Sulfuric Acid-Ethanol Spray (Heated at 110 °C for 10 minutes after spraying)

B : Sulfuric Acid-Ethanol Spray (Heat at 110 °C for 10 minutes after spraying then detected with U.V. lamp)

Table 12 Absorption of UV of some Estrogenic Hormones and Related Compounds

No.	Compound	UV Absorption(nm)		Solvent
		Max	Min	
17	Progesterone	240	-	Ethanol
18	Estradiol	280	-	"
19	Ethinylestradiol	280	-	"
20	Metronidazole	277	-	0.1 N Hydrochloric Acid

第五報：中藥解毒類中藥製劑可能摻加西藥成分之檢驗

法

前言

解毒類中藥製劑可能摻加之西藥成分以磺胺劑為主，中藥製劑中可能摻加之磺胺劑，本報告係利用薄層層析法與分光光度法來鑑定之，其操作法請詳閱第一報所述。

常見者有 Sulfadiazine (磺胺嘧啶)，Sulfamerazine (磺胺甲噁嘧啶)，Sulfamethazine (磺胺二甲噁嘧啶)，Sulfisoxazole (異坐磺胺)，Sulfathiazole (磺胺噻唑) 及 Sulfamethoxy pyridazine (磺胺甲氧基吡嗪) 均為 Sulfanilamide (對氨基苯磺醯胺) 之衍生物。

Table 13 Rf-Values of Various Sulfa Drugs in different solvent systems

	Solvent System		
	S ₁	S ₂	S ₃
1.0			
0.8			
0.6		.3	
0.4	.3 .2 .6 1.4	.2.6	.4 .3 .6
0.2	.5	.1 .5	.1 .5
0		.4	

Remarks :

- 1 : Sulfadiazine
- 2 : Sulfamerazine
- 3 : Sulfamethazine
- 4 : Sulfisoxazole
- 5 : Sulfathiazole
- 6 : Sulfamethoxy pyridazine

S₁: Toluene : Chloroform : Glacial Acetic Acid : Water = 20 : 20 : 10 : 0.5

S₂: 0-Dichlorobenzene : Acetone : 0.5N Ammonia Solution = 20 : 30 : 1

S₃: Iso-Octane : Methyl Ethylketone = 1 : 1

Table 14 hRf -Values and Color of spots for some Sulfa Drugs

No.	Compound	Developer			Visualization			Shape of spots
		S ₁	S ₂	S ₃	UV(254nm)	A	B	
1	Sulfadiazine	35	29	30	+	yellow	pink	round
2	Sulfamerazine	41	46	33	+	yellow	pink	"
3	Sulfamethazine	47	58	38	+	yellow	pink	"
4	Sulfi soxazole	35	14	43	+	yellow	pink	"
5	Sulfathiazole	28	21	20	+	yellow	pink	"
6	Sulfamethoxy pyridazine	40	46	31	+	yellow	pink	"

Remarks :

A : p-Dimethylaminobenzaldehyde-Spray

B : p-Dimethylaminocinnamaldehyde T.S.

Table 15 Absorption of UV of some Sulfa Drugs

No.	Compound	UV Absorption (nm)		Solvent
		Max.	Min.	
1	Sulfadiazine	270	—	Ethanol
2	Sulfamerazine	271	—	"
3	Sulfamethazine	269	—	"
4	Sulfi soxazole	268	—	"
5	Sulfathiazole	288, 259	268, 237	"
6	Sulfamethoxy pyridazine	267	—	"

第六報：中藥精神神經安定類製劑摻加西藥成分之檢驗法

前言

中藥精神神經安定類製劑中，可能摻加之西藥者：以巴西妥 (Barbital)，苯巴比妥 (Phenobarbital)，西可巴比妥鈉 (Sodium Secobarbital)，二氮平 (Diazepam)，塩酸氫二氮平 (Chlordiazepoxide Hydrochloride)，美普巴邁 (Meprobamate)，等六種成分較為常見，並加以分析研究，惟中藥製劑中往往含有各種藥材，而每一種中藥材又含有各種成分，致使更難以確認，或判定其是否係摻加西藥成分。因此吾人研究其所摻入之西藥成分，除利用迅速且正確之薄層層析法確認外，更以分光光度測定法分析之。我們了解物理或化學性質上之不同，在化學上 Barbital, Phenobarbital 及 Sodium Secobarbital 是屬於 Barbituric acid 系，Diazepam 及 Chlordiazepoxide Hydrochloride 是屬於 Benzodiazepine 系，Meprobamate 是屬於 Carbamate 系，各系之性質不同，對各種試藥之反應亦異，故更換不同之溶媒系統加以展開分離時，選擇再現性較佳之系統作為各成分之分離鑑別之用。因此利用其化學特性，檢品經用薄層板展開後，用紫外

光照射所產生之吸收斑點，強弱不一，或試液反應呈色不一，故應用薄層層析法加以分離和呈色，其色點與標準品作 R_F 值，顏色及形狀之比較。並利用紫外光照射在薄層板上，有吸收斑點，再以小藥匙挖取各成分之色點，各別溶于所用之溶媒中，以遠心分離機分離，取上澄液，復以自動記錄分光光度計測定其吸光度曲線，若其曲線上所現之最大與最小吸光度之波長與標準品所劃者相符，即可判定之。復以檢品溶液與中藥材對照液作對照分析，以免中藥材成分影響分析結果。

Table 16 Rf-Values of some Various Hypnotics, Sedatives and Related Compounds

	Solvent System		
	S ₁	S ₂	S ₃
1.0			.6
			.5
			.3
0.8			
	.3	.3	
0.6		.6	
0.4			
	.6	.5	
	.4		
0.2	.4	.5	.1
	.2		
	.2		
0	.1	.1	.2

Remarks :

- 1 : Meprobamate
- 2 : Chlordiazepoxide Hydrochloride
- 3 : Diazepam
- 4 : Barbitol
- 5 : Phenobarbital
- 6 : Sodium Secobarbital

S₁ : Benzene : Ethanol = 9 : 1

S₂ : Chloroform : Acetone = 9 : 1

S₃ : Chloroform : Ethyl Acetate
= 1 : 1

Table 17 hRf-Values and Color of spots of some Hypnotics, Sedatives and Related Compounds

No	Compound	Developer			Visualization			Shape of spots	
		S ₁	S ₂	S ₃	UV (254nm)	A	B		C
1	Meprobamate	8	8	21	-	-	yellow	-	Round
2	Chlordiazepoxide HCl	25	12	9	+	-	-	orange	"
3	Diazepam	69	63	87	+	-	-	orange	"
4	Barbitol	26	33	88	+	whi te-gray	-	-	"
5	Phenobarbital	28	35	89	+	whi te-gray	-	-	"
6	Sodium Secobarbital	31	52	92	+	whi te-gray	-	-	"

Remarks :

A : Mercurous Nitrate Spray

B : Vanillin in Sulfuric Acid Solution Spray

C : Dragendroff Spray

Table 18 Absorption of U.V. of some Hypnotics, Sedatives and Related Compounds

No.	Compound	UV. Absorption (nm)		Solvent
		Max.	Min.	
1	Meprobamate	240	—	Sulfuric Acid
2	Chlordiazepoxide Hydrochloride	262, 246	—	0.1 N Sodium Hydroxide
3	Diazepam	287, 242	262	2 N Hydrochloric Acid
4	Barbital	245	—	0.1 N Sodium Hydroxide
5	Phenobarbital	250	—	"
6	Sodium Secobarbital	240	—	"

第七報：中藥降壓利尿類製劑參加西藥成分之檢驗法

前言

降壓利尿類中藥製劑可能參加之西藥成分以胺非林 (Aminophylline)，苄基二氫氯苯噻 (Benzylidihydrochlorothiazide)，氯苯噻 (Chlorothiazide)，鹽酸弗西邁 (Furosemide Hydrochloride)，鹽酸高壓沈 (Hydralazine Hydrochloride)，氫氯苯噻 (Hydrochlorothiazide)，鹽酸普勒若沂 (Prazosine Hydrochloride)，鹽酸普潘奈 (Propranolol Hydrochloride)，蛇根鹼 (Reserpine) 及蘆葶 (Rutin) 等十種成分較為常見。吾等利用迅速且正確之薄層層析法，更以分光吸光度測定法等加以鑑定。

Table 19 Rf-Values of Various Antihypertensives, Diuretics and Related Compounds in Different Solvent Systems :

	Solvent System		
	S ₁	S ₂	S ₃
1.0	.3 .4	.2	.9
0.8	9.2 7.6 .1	6.4 .3 .9	8.7 .5
0.6	.8	.1 .8	.2
0.4	.5	.10 .7	6.1
0.2		.5	.3 .4
0			

1. Aei nophylline
2. Bonzyldihydrochlorothiazide
3. Chlorothiazide
4. Furoseme de Hydrochloride
5. Hydralazine Hydrochloride
6. Hydrochlorothiazide
7. Prazosine Hydrochloride
8. Propranolol Hydrochloride
9. Reserpine
10. Rutin

S₁: Strong Ammonia Water : Methanol = 1.5 : 100
 S₂: n-Butanol : Acetic Acid Water = 7 : 1 : 2
 S₃: n-Butanol : Strong Ammonia Water = 9 : 1

Table 20 hRf-Values and Color of Spots for some Antihyperensives, Diuretics and Related Compounds :

No	Compound	Developer			Visualization				Shape of Spots
		S ₁	S ₂	S ₃	UV (254nm)	A	B	C	
1	Aminophylline	76	78	44	+	orange		yellow	
2	Benzylidihydrochlorothiazide	85	94	65	+		pink	yellow	yellow round
3	Chlorothiazide	93	86	32	+				
4	Furosemide HCl	91	89	22	+	orange	brown	yellow	yellow round
5	Hydralazine HCl	44	19	86	+	orange	brown	yellow	yellow round
6	Hydrochlorothiazide	80	87	44	+		pink	yellow	yellow round
7	Prazosine HCl	79	56	88	+	orange	brown	yellow	yellow round
8	Propranolol HCl	55	67	89	+	orange	violet-brown	yellow	yellow round
9	Reserpine	85	82	94	+	orange	brown	yellow	yellow round
10	Rutin	Tailing 58			+		brown	yellow	yellow round

A: Dragendorffs Spray B: Iodoplatinate Spray, Acidified C: Potassium Permanganate Spray D: Iodine Vapor

S₁: Strong Ammonia Water : Methanol = 1.5 : 100
 S₂: n-Butanol : Acetic Acid : Water = 7 : 1 : 2
 S₃: n-Butanol : Strong Ammonia Water = 9 : 1

Table 21 UV Absorption of Some Antihypertensives, Diuretics and Related Compounds

No.	Compound	UV Absorption(nm)		Solvent
		Max.	Min.	
1	Aminophylline	274,219	244	0.1N NaOH
2	Benzyl dihydrochlorothiazide	314,271,226	294,241	Ethanol
3	Chlorothiazide	280,230	248	Ethanol
4	Furosemide HCl	332,274,231	297,248	Ethanol
5	Hydralazine HCl	314,302,259,238	310,296,250	H ₂ O
6	Hydrochlorothiazide	322,273,224	297,249	0.1N NaOH
7	Prazosine HCl	342,249	303	0.1N NaOH
8	Propranolol HCl	319,288,230	316,247	H ₂ O
9	Reserpine	294,267,228	287,246	Ethanol
10	Rutin	325,269,221	294,250	0.1N NaOH

丙、結果與討論

(I) 結論：

1. 建立一完整系統之檢驗方法：

中藥製劑中摻加西藥成分之檢驗，在目前對嫌疑偽、劣、禁藥品處理過程中是件重要的問題，藥物藥商管理法第十四條第一、二款之規定，中藥製劑中未經核准，不得摻加西藥成分，為配合藥政管理，並加強檢驗業務及研究發展，吾人首先就當時摻加西藥問題較為嚴重之中藥感冒鎮咳類、風濕鎮痛類及補腎滋補類等中藥製劑作為研究對象（請參閱第一、二、三報）；其後為配合業務上之需要，繼續從事中藥調經理帶類、解毒類及精神安定類及降壓利尿類製劑，陸續研究逐步完成（請參閱第四、五、六、七報）。

本研究報告按上述六種中藥製劑類別，分為第一至六報，並以摻加西藥成分按物理、化學性質各別敘述，本研究計劃係應用迅速且正確之薄層層析法分離並予確認摻加之西藥成分，因中藥製劑成分繁雜，惟恐中藥材本身亦會產生與西藥成分類似反應，影響檢驗結果，吾人在實驗過程中特別謹慎，配製各種標準品溶液，中藥材對照液及加入西藥標準品之中藥材對照液做對照試驗，並更換不同之溶媒系統及發色劑，加以檢驗確認，若呈陽性反應者，復由螢光薄層板挖取

斑點粉末，經抽取，精製，再測定 U.V. 光譜圖比對鑑定之。

例如：① Aminopyrine, Sulpyrine 及 Caffeine 三種成分，用薄層法展開，以 Dragendorff Spray 噴射，即均生成紅褐色色點，因其 R_f 值各不同，獲得三者圓滿的分離與確認。

② Ephedrine HCl, Methylphedrine HCl 及 Dextromethorphan HBr 三種成分，因三者色點之顏色均呈黃色且形狀及 R_f 值極相近不易辨別，因此更換不同溶媒系統（如 Strong Ammonia water : Methanol : Acetic Acid = 1.5 : 1 : 00 : 1）及發色劑（如 Dragendorff spray）則獲得良好的效果。

③ Prednisolone 及 Dexamethasone 因摻加成分之量極微，故在鑑定上甚為困難，除用較多量的檢品外，在操作上應特別細心處理，以 DPST Spray 噴射則生成粉末紅色色點，其靈敏度高。

④ Methyltestosterone 及 Testosterone 在展開後，以乙醇：硫酸（1：1）混合液噴射，前者呈橘黃色色點，後者呈綠色，若在紫外光激起下則二

者均產生明亮之黃色螢光，可迅速獲得鑑定結果。

⑤ Progesterone 及 Estradiol 以 TLC 法展開後，用乙醇：硫酸（1：1）混合液噴射，前者呈黃色色點，後者呈粉紅色色點，若在紫外光照射下，則前者呈黃色螢光，後者為粉紅色色點，為鑑定上之一大特點。

⑥ Neprabamate 用薄層法展開後在紫外光線下無吸收斑點，必須以 Vanillin-Sulfuric Acid Spray 噴射，則呈黃色斑點，如再加熱至 110°C 則變為紫色斑點，其鑑定法為薄層層析法操作上之另一種應用方式。

2. 對嫌疑偽、劣、禁藥物檢驗工作之成果：

由於本研究工作完成訂定中藥製劑中摻加西藥檢驗方法，曾為配合本局檢驗業務，經歷年來從事於懷疑偽、劣、禁藥品之檢驗工作，例如司法、警察及有關衛生行政機關檢送之涉嫌藥品共計 4,267 件，經上述檢驗方法檢驗結果不合格者有 356 件，其不合格百分率為 8.3% 由六十三年至六十九年間不合格率有逐年顯著下降之趨勢。由其實際操作鑑定結果顯示本試驗法操作簡單、迅速，且鑑定結果正確，其準確性高已獲得良好之成果（請參閱附表一）。

自民國64年至70年間抽驗中藥製劑，經檢驗不合格者共計有249件，分析其原因發現摻加核准外西藥成分者計有214件，其比例佔85.9%，（請參閱附表二）。

3. 摻加西藥成分之分析：

(1) 自民國六十三年六月至九月間實際從事檢驗中藥感冒鎮咳類、風濕鎮痛類及補腎滋補類三種製劑共計642件，不合格者91件其不合格百分率佔14.2%。其中風濕鎮痛類49件（佔19.4%）為最高，補腎滋補類34件（佔17.0%）次之，以感冒鎮咳類2件最低（請參閱附表三）。

上述三種製劑中摻加西藥成分，業已檢出者，共有Salicylamide等18種，其中以風濕鎮痛類摻加Phenylbutazone成分者28件，Prednisolone成分者13件，Aminopyrine成分者5件，Acetaminphen成分者4件，Salicylamide成分者7件，感冒鎮咳類Salicylamide成分者2件，Sulpyrine成分者1件，Prednisolone成分者3件，Methyltesterone成分者1件，補腎滋補類摻加Methyltesterone成分者27件，Caffeine成分者5件，Aminopyrine成分者1件，Prednisolone成分者1件。其中以風濕鎮痛類含57件佔51.4%最為嚴重，其次為

補腎滋補類含40件，佔36.3%，感冒鎮咳類含9件，佔8.1%（請參閱附表四）。

(2) 迨至民國七十年八月間政府為加強為民服務，行政院衛生署及各縣市衛生局陸續成立消費者服務中心，自該中心成立後，由於該中心或有關單位送驗檢品中經檢驗摻加西藥成分之件數及種類均告增多，究其原因經蒐集消費者服務中心、有關單位抽驗及本局抽購等有關詳細資料加以分類統計之結果，發現來源繁雜，摻加西藥成分之件數自70年9月至11月間160件中有69件含西藥二種或以上者佔43.1%。除上述風濕鎮痛類等三種製劑既含有上述西藥成分外，尚含有抗炎、鎮痛、退熱之Indomethacin，抗過敏症之Chlorpheniramine Meleate，偏頭痛之Antipyrine，鎮痛解熱之Bucetin，氣喘之Theophylline，利尿之Hydrochlorothiazide，清肝解毒Sulfamethoxazole及神經關節痛之Ethoxybenzamide等新西藥成分，其中又有抗生素之發現如Chloramphenicol，Tetracycline等成分。來源方面之統計尤以中醫診所、蛇類販賣店、草藥店、武道館等所調配者為多，若此類藥劑服用過量或長期服用，則對人體具有不

良之副作用，吾人不可不慎重處理，以提供有關單位今後取締及輔導廠商之參考，以利確保國民健康（請參閱附表五、六、七）。

(II) 檢討：

1. 建立中藥製劑摻加西藥之檢驗方法：

本研究擬定之檢驗方法經實際使用於嫌疑偽、劣、禁中藥製劑之檢驗案件至今已達數千件，經一系列之檢討結果，證明本法操作簡單、迅速、正確，且又經濟，似可作為中藥製劑摻加西藥檢驗方法之基準。

2. 本研究採用之試驗方法曾以常用中藥處方之各種製劑作為對照品，調換溶媒系統及發色劑，使試驗結果，不受中藥材本身成分之影響。

3. 本研究應用之薄層層析法，因其呈色之薄層板易脫落不易保存，且每次測定之 R_f 值不盡相同，為其最大的缺點，故每次試驗需與標準品做對照試驗。

4. 本研究係應用薄層層析法做初步的鑑定，後以分光光度測定法做進一步的確認。為使鑑定更為精確，吾人計劃繼續以紅外線吸收光譜分析法、氣相層析法及高速液相層析法等加以求證，必要時進一步測定其含量，俾使更為完美。

附表一 歷年來抽驗中藥製劑結果統計表

年 度	件 數	結 果	合 計	合 格	不 合 格		備 註
					件 數	百 分 率 (%)	
總 計	4267		3911	356	8.3		
六十二年	382		338	44	11.5	前 台 灣 省 衛 生 試 驗 所	
六十三年	513		450	63	12.3	〃	
六十四年	672		579	93	13.8	〃	
六十五年	514		480	34	6.6	〃	
六十六年	353		331	22	6.2	〃	
六十七年	642		618	24	3.7	〃	
六十八年	368		353	15	4.1	藥 物 食 品 檢 驗 局 (67 年 9 月 20 日 起)	
六十九年	341		326	15	4.4	〃	
七十年	482		436	46	9.5	〃	

附表二 歷年來抽驗中藥製劑檢驗案件不合格原因分析表

件數 年度	項目	合計	外觀及一般檢查不符	成分不足或摻加藥物	含量不足	其他
六十四年		93	3	90	0	0
六十五年		34	0	34	0	0
六十六年		22	7	13	0	2
六十七年		24	5	16	0	3
六十八年		15	2	13	0	0
六十九年		15	1	14	0	0
七十年		46	12	34	0	0

附表三 六十三年間中藥製劑摻加西藥成分檢驗統計表
(63年1至9月份)

件數 結果	製劑類別	總計	感冒鎮咳類	風濕鎮痛類	補腎滋補類	其他
合格		551	40	203	166	142
不合格		91	22	49	34	6
不合格率 (%)		14.2	4.8	19.4	17.0	4.1

附表四 六十三年間中藥製劑參加西藥成分分析表 (63年1至9月份)

件數 檢驗西藥項目		製劑類別	總計	感冒鎮咳類	風濕鎮痛類	補腎滋養類	其他製劑
編號	合計		111	9	57	40	5
1	Sali cylamide		9	2	7	—	—
2	Acetaminophen		5	1	4	—	—
3	Phenacetin		—	—	—	—	—
4	Aminopyrine		7	—	5	1	1
5	Sulpyrine		1	1	—	—	—
6	Dextromethorphan HBr		—	—	—	—	—
7	Ephedrine		—	—	—	—	—
8	Methylephedrine		—	—	—	—	—
9	Caffeine		5	—	—	5	—
10	Oxyphenbutazone		—	—	—	—	—
11	Phenylbutazone		30	—	28	1	1
12	Dexamethasone		—	—	—	—	—
13	Methyltestosterone		27	—	—	27	—
14	Predni solone		17	3	13	1	—
15	Testosterone		—	—	—	—	—
16	Yohi mbine		—	—	—	—	—
17	Sulfa-drugs		3	—	—	—	3
18	其他		7	2	—	5	—

備註：本表所列件數係包括一件製劑中摻有二種以上之西藥成分。

附表五 衛生署消費者服務中心暨有關單位送驗檢體檢驗結果統計表

(70年9至11月止)

件數類別	結果	合計	未含西藥成分	參加西藥成分		備註
				件數	百分率(%)	
總計		160	91	69	43.1	
感冒鎮咳類		31	22	9	29.0	包括氣喘類及小兒驚風藥類等
風濕鎮痛類		68	26	42	61.8	
補腎滋養類		29	23	6	20.7	包括調經理帶類等
健胃止瀉類		5	4	1	20.0	
其他		27	16	11	40.7	包括清肝解毒類及精神安定類等

附表六 消費者服務中心等單位送驗檢體摻加西藥成分分類表
(70年9至11月止)

檢出西藥成分		件數	類別	總計	感冒鎮咳類	風濕鎮痛類	補腎滋養類	其他
編號	合計			114	16	75	9	14
1	Acetaminophen	15		15	3	8	1	3
2	Aminopyrine	7		7	—	7	—	—
3	Antipyrine	2		2	—	2	—	—
4	Bucetin	1		1	—	1	—	—
5	Caffeine	19		19	2	11	2	4
6	Chloramphenicol palmitate	2		2	1	—	—	1
7	Dexamethasone	3		3	—	—	3	—
8	Hydrochlorothiazide	1		1	—	—	—	1
9	Indomethacin	7		7	—	6	1	—
10	Ethoxybenzamide	1		1	—	—	1	—
11	Methyltestosterone	2		2	—	—	1	1
12	Phenacetin	10		10	2	8	—	—
13	Phenylbutazone	28		28	2	26	—	—
14	Prednisolone	6		6	2	1	—	3
15	Salicylamide	3		3	—	3	—	—
16	Sulfamethoxazole	1		1	1	—	—	—
17	Theophylline	2		2	2	—	—	—
18	Tetracycline	1		1	—	—	—	1
19	其他	3		3	1	2	—	—

備註：本表所列件數係包括一件檢體中摻有二種以上之西藥成分。

附表七 行政院衛生署消費者服務中心暨有關單位送驗檢體來源分類統計表
(70年9至11月止)

件數 類別	結果 合計	未含西 藥成分	參加西藥成分		含西藥成分總百 分率(%)
			件數	百分率(%)	
總計	160	91	69	43.1	100.0
中醫診所	31	22	9	29.0	13.0
中、西藥房	28	15	13	46.4	18.8
草藥店	13	6	7	53.8	10.1
武道館	12	7	5	41.7	7.2
蛇類販賣店	10	2	8	80.0	11.6
其他	66	39	27	40.9	39.1

誌謝

本研究承國防醫學院黎漢德教授指導，得以完成，謹此
特表謝忱。

參考文獻：

1. E.G.C, Clarke : Isolation and Identification of
Drugs Vol. I&II(1975)
2. E.Stahl : Thin-Layer Chromatography (1977)
3. Renderath : Thin-Layer Chromatography (1963)
4. Bobbitt : Thin-Layer Chromatography (1963)
5. 原昭二：薄層クロマトグラフィー第二集，化學の領域，
增刊No 64 (1964)
6. 石川正幸：薄層クロマトグラフィー（基礎と應用）第五
版 (1972)
7. 日本公定書協會編集：醫藥品製造指針（追補）(1971)
8. Chemical Abstract (1952)
9. The United State of Pharmacopoeia XX(1980)
10. The Japanese Pharmacopoeia X(1981)
11. Karel Macek : Pharmaceutical applications of
thin-layer and Paper Chromatography (1972)

（本文原刊載於行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報
第一及第三號）

利用薄層層析斑點掃描法測定黃連

、黃蘗及其製劑中小蘗鹼之含量

鄭建詒 王昭昭
劉宜祝 劉芳淑

摘要

速、精確度亦高，極為適用。

前言

小蘗鹼 (berberine) 在藥理上具有苦味健胃、殺菌、解熱、消炎等作用。含小蘗鹼的中藥材有黃連及黃蘗等，歷年來已有中外學者多人從事於此等藥材中小蘗鹼之定性及定量法之廣泛研究。本實驗的目的係針對台灣目前市場出售之黃連、黃蘗中藥材及其製劑作一普遍的抽樣調查，以明瞭其所含小蘗鹼量之差異。小蘗鹼之定量法有日本藥局方記載之 Acetone-Berberine 重量法，唯此法繁雜且誤差大，如以分光光度法測定時，除小蘗鹼成分外，尚會受到 Palmatine 等其他色素之影響，結果並不準確，故本次研究改用薄層層析斑點掃描法，發現其操作迅

市售黃連有毛茛科 (Ranunculaceae) 植物野黃連 *Coptis chinensis* FRANOH · 黃連 *C. japonica* MAKINO · 雲連 *C. teetoides* C.Y. CHENG · 峨眉連 *C. celtoides* C. Y. CHENG et Hsiao · 崖連 *C. omeiensis* (CHENG) C. Y. · 三葉連 *C. trifolia* SALISB · 五加葉黃連 *C. quinquefolia* MIO 等植物之乾燥根莖。黃蘗有芸香科 (Rutaceae) 植物黃蘗 *Phellodendron amurense* RUPR · 大葉黃蘗 *P. amurense* var. *japonicum* OHWI · 深山黃蘗 *P.*

amurense var. lavallei SPRAGUE .. 川黃蘗 P.

sachaliense SARGENT .. 廣葉黃蘗 P. amurense

var. sachalinense FR. SOHNLEID. 等植物除

去栓皮之樹皮。黃連中藥材所含成分 Isoquinoline alk-

aloid 中，除 Berberine 外尚有 Palmatine、

Coptisine、Worenine... 等，黃蘗中藥材之主成分係

Berberine。此外尚含 Palmatine、Magnoflorine、

Phellodendrine... 等，一般市售製劑如黃連上清散、濃

縮三黃錠、黃連解毒丸及加味黃連解毒丸等皆含有黃連及

黃蘗。

材料與方法

一、材料：

(一) 儀器：薄層層析斑點掃描儀：CS-920, Shimadzu.

(二) 標準試藥及試藥：

(1) 小葉鹼鹽酸鹽標準品：Tokyo Kasei ; Kogyo Co.

, LTD ; Japan.

(2) 乙醚：E. Merck-G.R.

(三) 檢體：

(1) 黃連中藥材十二種

(2) 黃蘗中藥材十六種

(3) 含黃連、黃蘗中藥製劑四九種

二、方法：

(一) 標準溶液之配製：精確稱取小葉鹼鹽酸鹽標準品 100

mg，置入 100 ml 量瓶內，加水加溫使其溶解，冷卻後

加水至全量 100 ml。

(二) 檢體溶液之配製：

(1) 黃連中藥材：精確稱取已研為粉末且經 80°C 乾燥

之黃連藥材 100 mg，接以迴流冷凝器，加水加熱抽取，

反覆抽取至抽提液呈微黃色（無色為止）。收集各次抽提液

濃縮並加水至全量 100 ml。（以下簡稱 A 檢體溶液）

(2) 黃蘗中藥材：精確稱取已研為粉末且經 80°C 乾

燥之黃蘗 200 mg，接以迴流冷凝器，以乙醚 100 ml 加

溫抽取二小時後棄乙醚液，殘渣續用水加熱抽取，反覆抽

取至抽提液呈微黃色（無色為止）。收集各次抽提液濃縮並

加水至全量 100 ml。（以下簡稱 B 檢體溶液）

(3) 含黃連、黃蘗中藥製劑：精確稱取研為粉末之製劑

一日量或 6g，接以迴流冷凝器，以乙醚 100 ml 加溫抽

取二小時後棄乙醚液，殘渣續用水加熱抽取，反覆抽取至

抽提液呈微黃色（無色為止）。收集各次抽提液濃縮並加水

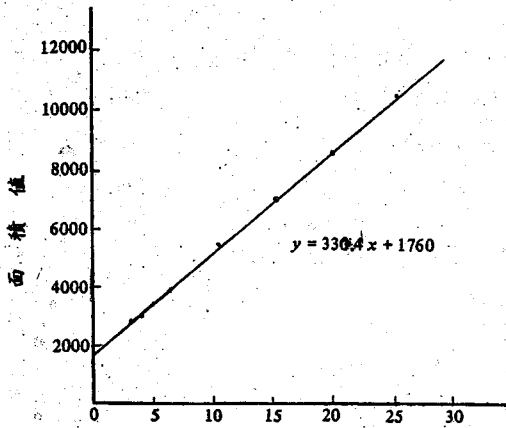
至全量 100 ml。(以下簡稱 C 檢體溶液)

(二) 薄層層析斑點掃描法：

取小葉鹼鹽酸鹽標準溶液 3, 4, 5, 10, 15, 20, 25, 30 μ l (即相當於小葉鹼鹽酸鹽各為 3, 4, 5, 10, 15, 20, 25, 30 μ g) 分別點在薄層板上, 以正丁醇: 醋酸: 水 (4: 1: 5) 之上層液作展開溶液, 展開後風乾, 以 CS-920 掃描求出面積值 (表一), 繪出標準檢量線 (圖一)。然後將上述 A, B, C 檢體溶液各自濃縮至 20 ml 後, 取定量和標準溶液對照點

表一 小葉鹼鹽酸鹽標準溶液面積值

Berberine-Hydrochloride 濃度 (μ g)							
3	4	5	10	15	20	25	30
2738	2938	3412	5551	6874	8368	10306	12250



圖一 小葉鹼鹽酸鹽標準檢量線

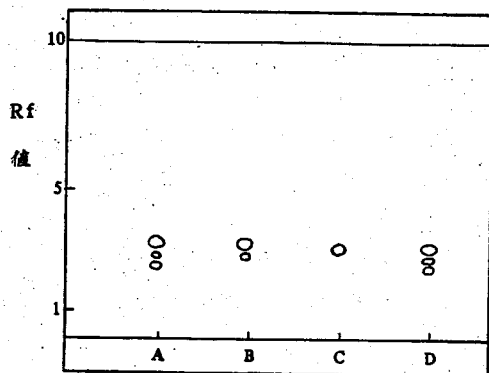
薄層層析板: Silica Gel GF 254 with concentrating zone; Merck.

檢體: 3 μ g, 4 μ g, 5 μ g, 10 μ g, 15 μ g, 20 μ g, 25 μ g 及 30 μ g 等濃度之小葉鹼鹽酸鹽標準溶液。

展開液: 正丁醇: 醋酸: 水 = 4: 1: 5 之上層液。

儀器: High Speed TLC Scanner CS-920; Shimadzu.

激發波長: 366 nm



圖二 黃連、黃蘗中藥材及其製劑於薄層層析板上, 以 366 nm 波長檢視出之斑點

- A: 黃連中藥材
- B: 黃蘗中藥材
- C: 小葉鹼鹽酸鹽標準品
- D: 含黃連、黃蘗中藥製劑

于薄層板上, 展開風乾, 將薄層板以紫外燈 366 nm 波長檢視, 在 Rf 值 0.37 處均呈現明亮鮮黃色螢光斑點 (圖二)。再以 CS-920 掃描求出各檢體之小葉鹼面積值, 並對照標準檢量線求出小葉鹼之濃度。其換算係數如下:

$$\text{小葉鹼濃度} = \frac{\text{小葉鹼鹽酸鹽標準溶液濃度} \times \frac{336.32}{408.82}}{\text{面積值}}$$

參考文獻

1. 第十改正版日本藥局方。
2. 台灣藥學雜誌第二十七卷，第一、二期（1975）

THE APPLICATION OF TLC SCANNING METHOD ON THE QUANTITATIVE ANALYSIS OF BERBERINE IN CHINESE DRUGS

CHIEN-YI CHENG, JAU-JAU WANG, YI-CHU LIU
AND FANG-SUI LIU

ABSTRACT

The use of berberine in therapy is a bitter stomachic, bactericide, antipyretic and antiinflammation. Berberine is the active principle of *Coptidis Rhizoma* and *Phellodendri Cortex*. As so far, the qualitative and quantitative method of berberine have been studied and improved. The aim of this experiment is to determine the amount of berberine in 12 kinds of crude plants of *Coptis* and 16 kinds of *Phellodendron* and 49 kinds of drug preparations which have *Coptis* and *Phellodendron* or one of both sold in Taiwan mark now.

Acetone-berberine quantitative method is recorded in J. P. X., but this method is complex, difficult and not accurate. In U.V. spectrophotometry determination, the absorbance of berberine will be disturbed by palmatine and other color constituents in these drug extracts. So we modified and used the T.L.C. scanning method and found that it is an accurate, prompt and useful method.

(本文原刊載於行政院衛生署藥物食品檢驗局調查研究年報第一號)

點掃描儀測定小藥檢換算其含量結果，黃連含小藥檢量為

高93.7 mg。

黃連、黃蘗中藥材及其製劑之檢體溶液經薄層層析

結果

3.2 ~ 6.0%，黃蘗為1.0 ~ 2.7%，而一般製劑取一日量或6g檢體檢驗，由於處方中黃連或黃蘗之份量各自相異，因此製劑中小藥檢之含量由最低0.43g至最高93.7 mg。

鍼灸銅人滄桑錄

(本稿承 陳立夫先生親賜校閱謹此致謝)

哈 鴻 潛

因晉以前的「明堂孔穴」一書，早已散佚，唐代千金方的針灸圖也是有名無實，而且經輾轉傳抄，以致經絡脈穴的部位非常紊亂，在北宋時，朝廷重視整理醫學文獻，特設校正醫書局，仁宗勅命翰林醫官王惟一考定明堂經絡，撰成圖經三卷，又鑄造銅人經穴模型，並彫刻經絡圖的石碑。經過王惟一的詳加考定，訂定訛謬經絡腧穴的部位，方得到一次大整理，在鍼灸史上是一劃時代的工作。

王惟一所鑄銅人為宋之國定像，堪稱世界最早之醫學模型。共成兩座，初置開封，一置醫官院，一置大相國寺



仁濟殿。

宋代式微，金人入汴，搜掠文物，銅人失散，有一座銅人流入湖北襄陽，曾有章叔恭氏見過，周密齊東野語說：「嘗聞舅氏章叔恭者，昔倅襄州日，嘗獲試鍼銅人全像，以精銅為之，腑臟無一不具，其外俞穴，則錯金書穴名于旁，背面二器相合，則渾然全身。蓋舊都用此以試醫者。其法外塗黃蠟，中實以汞，俾醫工以分析寸，按穴試針。中穴則鍼入而汞出，稍差則鍼不可入矣，亦奇巧之器也。」

金人入汴後，銅人被執，朱彥尊脬穴圖拓本序曰：「靖康之亂，銅人自汴輦入金城，後金宋言和，銅人歸宋。」

宋南遷後，元始祖由宋得銅人，已舊且有破損，至元元年有尼波羅國（即尼泊爾）阿尼哥來朝，元帝請他修理，至元二年（一二六五）修成。在元史藝工傳曰：「中統中，尼波羅國人阿尼哥從帝師入見。帝問何所能？對曰：臣以心為師，頗知畫塑鑄金之藝。帝命取明堂鍼灸銅像示之曰：此按撫王楫使宋時所進。歲久闕壞，無能修完之者。汝能新之乎？對曰：臣雖未嘗此，請試之。至元二年新像成。關脈絡皆備。金工嘆其天巧，莫不愧服。」

元室傾覆後，銅人歸明，留在北京，明英宗時又重修

過，（又一說銅人已不堪用，明英宗仿宋像重鑄之），留在明宮，後為清人所得，放在北京的藥王廟中，後由藥王廟移到清宮的太醫院中，至庚子年銅人失去，清末御醫任錫庚，撰太醫院誌，說出庚子之役失去銅人，為何失去則不詳，流傳何處亦不詳，根據港國醫陳存仁氏考證，銅人已流落日本，現置於日本東京上野東京國立博物館（即原帝室博物院）。

據陳氏於「宋天聖所鑄銅人傳入日本之考察」文中所示銅人一座依日本的記載：「相傳由中國渡來」。

在日本東京國立博物館內共有銅人兩座，一九二五年遠東熱帶病醫學會在日本舉行第六次大會時，曾附帶舉行了一醫事展覽會，在該展覽會中，公開展出兩座銅人。

編號一四七 銅人形，製作年代一六六三，岩田傳兵衛製作，又三郎鑄造。

編號一四八 銅人形，製作年代不詳，原係江戶幕府醫學館舊存，相傳由中國傳來。

上面第一個銅人是日人所作，第二個是中國移過去的，亦即為陳氏考察的對象。

陳氏所見到的那座銅人，用青銅鑄造，銅質甚厚，中空，頭部身體都可以拆開，全身是十一件銅質模型連綴而

成，面貌為一強壯的青年男子，姿勢端正，是一等身大的裸體模型，表面似有一些塗料，又用黑色塗料記著經絡和經穴名稱，每一孔穴，望進去有一分二厘的穿孔。銅人全身古色蒼然，一望而知年代相當久遠，塗料大部分剝落，各部尺寸考定如下：

身長五尺三寸，頭圍一尺八寸八分，胸圍（乳上）二尺九寸四分，腹圍（臍上）二尺七寸四分，手（肩骨到中指尖）二尺六寸四分，股下（肘關節至腕關節）八寸六分，足（環跳至足跟）二尺六寸一分，足（踵跟到足中趾尖）八寸三分，手腕（腕關節至中指尖）五寸九分，項圍一尺二寸二分，口角長二寸，目部長一寸三分，眉部長二寸，耳部長二寸七分，兩乳間六寸六分。

此銅人中空，如照宋仁宗勅命王惟一編的鍼灸經中所說：「……內分腑臟，旁注谿谷，并榮所會，孔穴安在，窻而達中，刻題於側。」等語，而此銅人內空並無腑臟。

陳氏引述日人記述此銅人的來源有三：

- (一) 日本國立東京博物館印刷物，上載「來源不詳」。
- (二) 帝室博物院時代，展覽時寫出：「原係江戶幕府醫藥館舊存，相傳由中國渡來」。
- (三) 昭和二十四年十月戶部宗七郎考證，說是：「豐臣

秀吉從三韓持歸」。

上面三說陳氏逐一考證，總結如下：

(一)「來源不詳」，極不可信，對此一美術性極高之古物，有關針灸歷史的製品，不可能考證不到其來源，而且在日本針灸舊書中也查不到此物之記載，特別是江戶時代（明萬曆四十三年至清同治六年）的針灸書籍中，絕無銅人的記載，「來源不詳」可能是有難言之隱。

(二)「江戶幕府舊存」說，所稱醫藥館就是研究皇漢醫學的最高學府，於一七六三年由幕府醫官多紀元孝設躋壽館於江戶，這是醫學館的前身。

一七九一躋壽館改稱醫學館，由「多紀世家」四代主持，丹波元簡有一篇「銅人針灸圖經考、附銅像考」，載於聿修堂叢書「醫賸」中，這一篇銅像考，引「元史藝工傳，周密齊東野語，長安客話，明史凌雲傳，日下舊聞考，容舍偶闌，宸垣識略」七書，記述銅人沿革甚詳，却未述及銅人放在醫學館中的情形，此文中又引用日本出版的本朝醫考云：「竹田室明，洪武中入明，載銅人歸，聞其製為夏竦所言，正是正統以前做舊式而造者，後毀於明曆之災，實可惜也。」陳氏認為這段話很重要，雖有疑點可是說出燬之於火，又未提及銅人曾置於醫學館中，故「銅

人是醫學館舊存」之說沒有根據，似為「託辭」，表示不是到一九〇〇（庚子）年才流入日本的。

（三）「三韓傳來」之說，所謂三韓，即指今之韓國。

「三韓」兩字，只指朝鮮的上古時代（即新羅、百濟、高句麗）。銅人係豐臣秀吉由三韓持歸的說法不能成立。因以時代論，三韓時代是後漢到隋的時候，中國尚未鑄銅人，朝鮮何有銅人？如三韓兩字只作為舊朝鮮的統稱，而朝鮮僅在「李朝」時代漢方醫學最盛，東醫寶鑑及鄉藥濟生成方等均為那時代作品，針灸僅有針灸經驗方一書，此外針灸書全採中國傳入的，那麼朝鮮不可能自鑄銅人，甚為顯然。

陳氏並引用王吉氏致陳氏函云「一九二六年東京醫史展覽會，其中陳列品有銅人模造形一具，據余等之考據，係庚子年由我國奪去者……」。王氏在其著「中國醫學歷代之發明」中說：「據伍連德在中華醫學雜誌第五卷第一期謂銅人：原物於庚子年拳匪亂時已為外人携去云云。」陳氏為國人對宋鑄鍼灸銅人考證最有力的人，經推理論斷鍼灸銅人於庚子亂中為日人持去，但似仍無法確定。陳氏最後結語寄望淵博之士，繼續搜考。

問題的「銅人」第二次的公開展出是在昭和三十年（

一九五五）四月一日至五日，在日本京都市所召開的第十四回日本醫學總會「醫學美術資料展」會場展覽。

會後出版「醫學古美術聚英」圖錄「銅人像」（東京國立博物館收藏）列在圖版第七十五，為一銅人正面照像。

有關銅人像的說明印在解說的三十三頁：

「中國製作人體模型之歷史，可遠溯至漢王莽。天鳳三年（紀元十六年）莽命醫官解剖罪人活體，並以青銅鑄造人體模型，此即為銅人。後於北宋天聖五年（一〇二七）醫官王惟一奉勅作銅人，為宋之國定像，傳於元，至元二年（一二六五）整修。至明代此像已不堪用，遂依宋制新鑄，為醫家之基準。

正規的銅人係按黃帝內經靈樞之骨度篇所示尺寸製作，中空，胸體內部有內臟模型，頭部及四肢則裝入革袋。體表有按所謂經絡經穴說穿有三百六十五個小孔，示十四經絡。醫師考試時覆眼，以管針（按：我國無管針，係日人習用）採所定經穴，將管針刺入小孔。如取穴正確，則袋中水銀即通過針中流入掌中，以示施術者之正確，如取穴不當，則針不能入青銅之小孔。如是以供學生練習及考試之用。

本像係倣明國定像之略式銅人，今無內臟，亦無革袋

，經穴亦為較大之針孔，無前述之用途。係江戶幕府醫學館之舊藏，為明代鑄造。室町時代之名醫竹田昌慶於永和四年（一三七八）持皇帝頒賜之國定像返日，但本銅人像似與此無關。銅人像施有肉色塗料，約一分二厘大之經穴，以墨註穴名，並有連絡經絡之線，現已剝落露底。實測值為身長五尺三寸，頭圍一尺八寸八分，頸圍一尺二寸二分，眼裂一寸三分，口裂二寸，上肢（由肩峰至中指端）二尺六寸四分，為等身大之中等身材之男子。」

與該銅人像同時展出者尚有銅人腧穴鍼灸圖經（明拓本）亦為王惟一所作銅人腧穴之解說書。

最近一次的銅人像公開展示是一九七五年十月四日至十三日在東京舉行之第二十九回世界醫師會東京總會紀念日本醫學史資料展，由日本醫師會主辦，在東京千代田區神田駿河台的梅澤紀念館展出，依據該資料展所刊行之日、英文解說，銅人像列第六十九，東京國立博物館收藏，解說內容與一九五五年在京都舉行的「醫學美術資料展」圖錄解說大致相同，惟稍簡略，仍記載該銅人像為江戶幕府醫學館舊藏明代之作。並提及最早入日本的銅人像為室町時代名醫竹田昌慶於永和四年（一三七八），由中國持明

之國定像歸朝，但今不傳。

民國七十年國立自然科學博物館籌備處成立，承籌備處主任漢寶德教授之邀忝列顧問末席參予籌劃工作，並負責主持「中國傳統醫藥」展示研究計劃。為觀摩有關中醫藥之展示及收藏曾於七十一年九月赴韓國及日本參觀醫藥博物館，其參觀對象自然也包括重要展示項目之一的針灸銅人在內。

此項被列為日本國寶之鍼灸銅人平日並不公開展覽，必須事先向東京國立博物館提出觀覽許可之申請，始得觀看。雖經昔日在日留學時代之恩師現日本醫史學會理事長，順天堂大學醫史學研究室小川鼎三教授向東京國立博物館長情商，仍未能如願。同年十二月藉出席在日本京都舉行之國際痛會議之便，赴東京請順天堂大學醫史學研究室代為索來該館之觀覽許可申請表，以便翌年得到許可後再行前往。七十二年中忽接獲小川教授來函承其關注，特寄來有關銅人之重要文獻，為日本研究漢方醫學之權威矢數道明博士所著「國立博物館銅人形について」（漢方醫療百話第五集，第四篇、叢談篇五五八—五六二頁，一九七七）。

矢數氏首先提及一段有關銅人之往事，緣有載於日本

醫事新報（一九四一年六月七日）之原田謙太郎氏「御物神農像を溫知社に拜借の事情」一文敘述，溫知社於明治十六年（一八八四）向國立博物館借用神農像及銅人形及醫書之經過。

矢數氏曾詳閱陳存仁氏有關銅人著述及考證之詳情，並於文中指出宋代「天聖五年十月壬辰」，中國初鑄銅人。按東方年表天聖五年相當於一〇二七年，非壬辰應為丁卯。矢數氏曾於一九七六年赴香港晤陳氏，並參觀陳氏自行製作之銅人，與東京國立博物館藏者相似，為銅製，等身大。

有關陳氏所云「銅人於庚子一九〇〇年為日軍所掠」之說，未表同意，因如為庚子年被日軍掠奪，則與明治十六年（一八八四）溫知社借用之說不符。明治十六年該銅人與神農像已同在博物館，則幕府醫學館舊藏說應該是正確的。

矢數氏為追究真象曾數訪國立博物館，但始終未得親睹銅人，但獲調閱博物館所藏品目錄，知悉博物館所藏之銅人形有三：

(1)「銅人形軀、銅造高一六〇，由大小十二片所成，處處穿竅穴」記載為江戶時代之物。此即有名之銅人，陳

存仁氏所說庚子年為日軍所擄者，三者中最大。

(2)銅人形軀、銅造高一四三·九，由大小六片所成。兩足底有銘：寬文二年壬寅、十二月吉日成，考：飯村玄齊、秋田古庵，工：岩田傳兵衛，鑄：又三郎，寬政九年修補，松平賴英贈。

(3)銅人形一軀，康野忠房作，木造高一〇九·七，大小七片所成。貞享元年甲子九月十一日，御大佛師康野三位法印，藤原忠彥花押。

溫知社擬借者為三者之一或全部。總之庚子年掠奪說頗有疑問。但矢數氏對陳氏驅使中、日兩國多數之文獻對銅人所作極為詳盡之調查至為敬佩。

為使我能藉四月赴美之行，經日本時觀覽該銅人，並拍攝其照片以供將來為我國自然科學博物館複製銅人模型參考之用，七十二年三月由博物館籌備處備函日本東京國立博物館，請求給予許可。四月初赴美國亞特蘭大城出席美國解剖學會第九十六屆年會，歸程於四月二十日抵達東京，翌日如約前往上野公園該博物館址求見，由該館彫刻室長金子啓明先生接見，此次因有公函並已獲許可，故得順利瞻仰該銅人，由金子先生引導乘電梯至庫房外一室等候，並召來工役四人入庫房將銅人抬出供覽，在此時此地

與此歷史上有名的醫學美術品驟然相見，心中有一種莫名的感動，須臾不知所措，只凝視那似曾相識的面孔。古色蒼然的青銅色給予人莊嚴凜然的感覺，我用手輕撫，祖先用智慧和科技所創造出來的銅人身體，膚觸雖然冰冷却是滑凝，雖塗料剝落斑斑，却毫無銹跡，可能是由於上好的銅質，優良的鑄造技術和妥善的保存所致。銅人體軀線條優美，體部比例均勻，體表因應皮下結構（骨、關節、肌、腱）之起伏除有少數部分外均頗正確，足見鑄造銅人者具有相當之解剖學基礎。銅人直立，兩臂垂直稍向前伸，右手掌心向前，為近代解剖學上之所謂 Anatomical position，左手反之，拇指與中指相接做環狀，何以做此姿勢，其意未明，可能係以中指節間距表示同身寸。銅人由十二片組成，頭頸、胸腹、四肢均可拆卸，但各片節並非如陳存仁氏所言用金屬線紮緊相連，而係在各片節之間有類似鈕扣之結構連結異常巧妙，頗具匠心。擬分解而視之，未能所許，由貫穿體壁之穴孔向內眺望，可見內部中空無一物，穴孔相當大，孔間有線連絡，以示經絡之走行。銅人體高據記載為一六〇，粗略測量身高為一六三。得金子先生之許可由前後、側、前外側等各方向攝得彩色照片多幅，以及頭頸，上、下身以及手足之近距離照片。金子

彫刻室長專攻古美術，研究佛像，詢以銅人之來源，似一無所知。對銅人係日人由中國掠奪之說不以為然。但金子先生態度異常友好，對我方要求之資料盡量供給，並允給予協助。最後，承允出示該館藏錄，內容記載簡單只聊聊數語，正如矢數氏所記，並無中國傳來等字樣。

綜合觀察銅人所得印象，和參閱文獻所載事實該銅人係中國所鑄，傳入日本似無問題，但是否為宋天聖年代所鑄者因有明英宗時重修及重鑄二說，似不能排除明重鑄之銅人流入日本之可能，且文獻記載有室町時代醫師竹田、洪武中入明；載銅人歸，為做舊式而造者，後毀於明曆之災……。竹田醫師由明持歸之銅人才是由中國傳入日本之第一座銅人，這段史實應無疑問。於「醫學美術聚英」圖錄解說中說博物館現藏之銅人為明代所鑄，亦係巧合。但前者依記載已燬於火，二者間的關連遂斷。銅人的歷史充滿了傳奇和曲折，經過戰亂流離失所，它目前淪落異邦，寂寞的偏處於博物館庫房的一角，背負着曩昔的榮光，默默的蹉跎歲月。但願我國之自然科學博物館重鑄銅人陳列，以使國人得見此一我國歷史上的重要文物。

〔後記〕

銅人除天聖所製以外，其他大小銅人可能尚有數尊。

本文中曾提及在明太祖時，洪武十一年，有日醫竹田來朝，因診馬皇后病癒，明室贈銅人一具，後燬於明曆之災。又毛奇齡後鑿錄張獻忠傳載：「蜀府醫院有銅人，以椿摹其竅，令醫針之。」明嘉靖年間也有銅人記載。

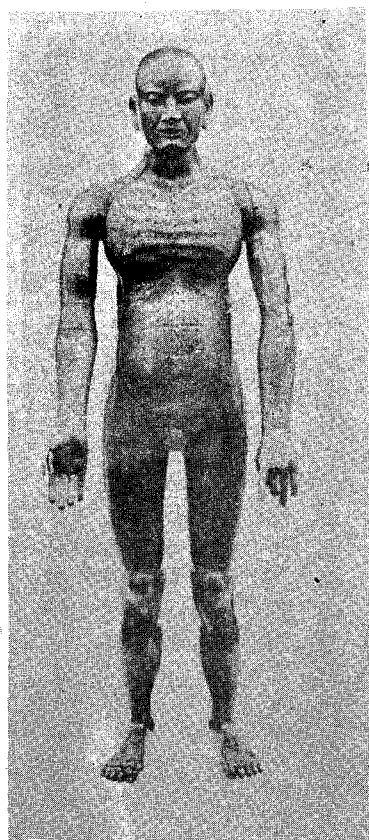
我於七十一年九月間赴日時為蒐集有關鑑真上人把我國醫藥傳到日本的史實，曾訪奈良藥師寺及唐招提寺，由昔日級友武藤達吉博士引導參觀。武藤博士精研中醫，曾詳「傷寒論」。他數度去中國大陸研習中醫，曾於北京中醫學院博物館見一銅人，承他惠贈該銅人照片三幅。此銅人胸體分三層：表層（前胸、腹壁），中層（胸、腹腔淺層），深層（後胸、腹壁），可由前面逐層開啓如門扉。體表刻有經穴及經絡，中層有肺、氣管、橫膈下有肝、胰、脾及腸管，深層有大血管，腎及骨盆器官。銅人約一米高，用黃銅鑄造，顏似童子，據云係清代銅人。此外，在韓國漢城承慶熙大學漢醫科大學崔容泰學長之安排，得以進入漢城昌德宮（李王朝離宮，一四〇五年建），由韓國文化財管理局昌德宮（秘苑）李洪宰所長引導進入該宮庫房，得看到針灸銅人一座，原置於太醫院。李氏說該銅人非由中國傳來，係韓國自行鑄造，年代不詳。銅人一米多高，青銅鑄造，保存良好。陳存仁氏說韓國未鑄銅人，不

確。

又一九五五年日便利堂刊「醫學古美術聚英」（三十頁）載中國製作銅人歷史，遠溯漢王莽時代，天鳳三年莽命醫官解剖活的罪人身體，並以青銅鑄造模型一節，未悉出自何處？我國文獻無可考。我國最古的銅人就是宋天聖五年王惟一所鑄者。

走筆至此，忽接武藤達吉博士計報，今年四月由美返國途經日本，在東京又適逢小川鼎三教授逝世，益友良師，先後作古，令人嘆人事之無常，兩位先生均對本稿提供不少幫助，特誌此，以示感念。

鍼灸銅人：日本東京國立博物館收藏。



行政院衛生署·中國醫藥學院合辦七十二年度研究計劃

「針灸與中醫藥對肝炎之療效」

研究計畫成果報告書

研究計劃主持人
王廷輔

緒論

肝炎是一個廣義的病名，它包括許多不同的類型與症狀，其中危害最大的是病毒性肝炎。A型、B型及非A非B型肝炎中，對人類健康威脅最大者莫過於B型肝炎。

病毒性肝炎是一個世界性的問題，即使是在先進國家的美國，每年也有五萬病例報告，其中三萬五千人為A型肝炎；一萬五千人為B型肝炎。但事實上只有十分之一的病人被發現，因之，在美國每年有十五萬B型肝炎的病例。同時，B型肝炎多為帶原者，推斷美國有七十萬B型肝炎帶原者。

在亞非地區，B型肝炎之蔓延至為嚴重，尤其在中華民國台灣省地區，罹患率之高駭人聽聞，B型肝炎之感染率高達全人口之百分之一五（二〇），比美國約高一倍以上。目前台灣省地區有近三百萬名B型肝炎病毒帶原者，

且其中約有半數年齡在十歲以下，該等帶原者可能在日後轉變成為慢性肝炎，肝硬化或肝癌，而後兩者已成為我國人之主要死因。

政府重視B型肝炎對國民健康之嚴重威脅，已於民國七十年通過衛生署提出的加強B型肝炎防治計畫：設立肝炎患者諮詢中心，進行疫苗效益評鑑，發展自製疫苗，嚴格實施輸血檢驗，與加強肝炎防治衛生教育等方面，以控制B型肝炎之傳染。但對已罹患肝炎之病人，醫學界尚乏理想的治療方法，目前仍止於消極的對症療法而已，而我國自古以來對肝病即有一套辨證論治的療法，應積極探討，在中、西醫的密切合作下，以科學方法發展傳統醫藥及針灸治療肝炎，促進中醫藥現代化，為本研究計畫之主要目標。

在行政院衛生署支持下，本院自民國七十年十二月一日在附設醫院開設「肝炎特別門診」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；七十二年度本計畫溯自七十二年四月一日起到目前為止，診療肝炎病人計三二六名，其中三〇名屬對照組，四一名係前年度之病人繼續接受治療者。茲就其診療及相關研究工作之成果分述如下。

一、中藥治療肝炎病人之效果

(一)病人：

凡患有肝功能異常者，B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。

中藥組將肝炎病人分為三組(A、B、C組)診療。以就診人數而言，A組為九六人(男七八人、女十八人)；B組為六一人(男五五人、女六人)；C組為五〇人(男三七人、女十三人)，共計二〇七人，包括七十一年度之三九名續診病人，則總數為二四六人。在此二四六名就診病人中再加篩選：A組為四八人(男三四人、女十四人)；B組二八人(男二六人、女二人)；C組三四人(男三〇人、女四人)，共為一一〇人，其中包括七十一年度續診病人三九名(男三〇名、女九人)。篩選之一一〇名病患之年齡分布為一〇歲以內至七〇歲，其中以二一至四〇歲者最多(百分之五〇)。

(二)治療方法：

依病人之病情及實驗之目的，A、B、C組均用下列統一方劑：

代號	方劑名	處方
H 1	(枳實梔子湯)	枳實、山梔子、淡豆豉。
H 2	(丹梔逍遙散)	柴胡、當歸、甘草、白芍、白朮、茯苓、薄荷、山梔子、牡丹皮。
H 3	(甘露飲加味)	生地、熟地、麥冬、石斛、茵陳、黃芩、枳殼、枇杷葉、甘草、紫丹參。
H 4	(荊防敗毒散)	荊芥、防風、薄荷、羌活、獨活、川芎、柴胡、枳殼、桔梗、茯苓、甘草。
H 5	(清葉天士方)	白芍、白朮、白朮、白扁豆、茯苓、黃耆、甘草、大棗、生薑。

上記處方均以濃縮劑投與。

(三) 臨床症狀及中醫治療後的改善情形：

A、B、C三組篩選之一一〇位病人經半年以上之治療

後，主要之臨床症狀多有改善，茲將其改善之情形列表如下：

表一 臨床症狀及經中醫治療後改善情形 (單位人數)

組別	人數	症狀	改善情形 (單位人數)												
			黃疸	疲倦	肝腫大	噁心	失眠	食慾不振	便秘	口渴	口乾	小便黃	胃腕痛	右脇痛	
A	治療前	病例數	3	33	7	3	8	28	2	8	4	30	15	4	
	治療後	改善病例數	2	30	6	3	8	27	2	8	4	22	12	3	
B	治療前	病例數	2	20	1	6	7	12	3	13	15	18	16	12	
	治療後	改善病例數	2	18	0	6	6	10	3	10	13	14	14	8	
C	治療前	病例數	2	25	2	3	12	11	7	10	17	18	15	22	
	治療後	改善病例數	2	20	1	3	7	10	6	10	17	18	15	19	

(四) 實驗診斷結果及肝穿刺病理檢查：

實驗診斷檢查：在篩選之一一〇人中其中HBsAg 陽性者共七十二人，經中醫治療後HBsAg 由陽性轉為陰性並產生抗體者有十二名(百分之十六)。

肝功能檢查：包括有Bilirudin, SGOT, SGPT, Albumin, Globulin, ALK-P-tase 等六項。

經中醫治療後SGOT及SGPT都改善或恢復正常，該等病人肝功能至少檢查兩次以上，其改善或恢復正常值

之百分比：長程治療之病人（七十～七十一年度續診者）為百分八五，短程病人（七十二年度）為百分之七九。病理肝穿刺檢查：做病理肝穿刺檢查之病例共十八人（本院病人十二人，外檢六人）。

病理診斷：慢性活動性肝炎十人，慢性持續性肝炎六人。肝硬化一人，穿刺未取得肝組織者一人。

以上病理檢查均係治療前所做之病理診斷，但在施治後，無病人接受第二次肝穿刺病理檢查。

(五) 結果：

1. 中藥治療肝炎，以五組中藥統一方劑（ H_1 、 H_2 ）施治，接受中藥治療之病人，其臨床症狀均有顯著之改善。

2. 肝功能異常者，其 SGOT、SGPT 亦多改善，或恢復正常值，經一年之治療後約有百分之七九，一年以上治療者有百分之八五恢復正常，較對照組之百分之五七為高。

3. 實驗診斷結果顯示：七十二名 HBsAg 陽性病人中有十二名病人，其中 HBsAg 由陽性轉為陰性者佔篩選病人之百分之十六。

二、針灸治療肝炎病人之效果

(一) 病人：

針灸科自七十二年六月起至七十三年二月底止，從肝炎門診病患中選擇合乎下列二項條件之一者，做為研究之對象。

1. 肝功能異常（SGOT、SGPT 等）及 HBsAg 陽性病者。病史已逾六個月者。

2. 肝穿刺病理檢查確定為慢性肝炎者。

經選為研究對象之病人共五〇名（男四〇人、女一〇人），五〇名病人中有二名病人為七十二年三月以前曾來就診，本年度繼續求診者。其年齡之分佈由十歲以下至六〇歲以上，其中以二一～四〇歲之病患最多（百分之六六）。五〇名病人中，同時合乎下列二項篩選條件者，做為本研究報告材料。

(1) 連續接受針灸治療達三個月。

(2) 接受治療期間有三次以上肝功能及血清免疫檢查。

合於上述二項條件者共計二〇人，其中以二一～三〇歲病患最多（百分之六五）。

(二) 實驗診斷及病理檢查：

實驗診斷由本院檢驗科執行，病理穿刺診斷由內科及病理科執行。

肝穿刺：20位病人中，兩人接受肝穿刺，其中一人病理檢查為慢性活動性肝炎。

實驗診斷結果：

(a) 肝功能異常者九人。

(b) HBsAg 陽性者十九人，其中 HBsAg 及 HBeAg 皆陽性者九人，HBsAg 陽性，HBeAg 陰性者一〇人。

肝功能異常及 HBsAg 陽性者八人。

肝功能異常及 HBsAg 陰性者一人。

肝功能正常及 HBsAg 陽性者十一人。

(三) 針灸用具：

(1) 針：使用無菌、用後即丟之針灸針 (Disposable

Acupuncture Needle)。

長度：一吋及一吋五分。粗細：針長一·五吋者為三

〇號，一吋者為三二號。

(2) 灸：使用直徑 1 cm，長 16 cm，雪茄狀之艾條。

(四) 治療方法：所有病人皆同時施以針與灸的治療。

(1) 針刺所用穴道：第一、二組配穴輪流交替使用，每次

均針一組為限，留針三〇分鐘，兩側穴位同時施刺。

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、中封、太衝。

(2) 灸療：灸所用之穴道

① 針刺之各穴位 (第一或第二組)

② 五柱穴 (中腕、巨闕、下腕、梁門二側)

③ 肝炎點 (曲池直上二寸)

以灸條距穴道 2 cm 的高度，每次每一穴道灸二分鐘為度，各灸以上三組穴位。

(3) 時間：以每週三次，或隔天一次，以一個月為療程，並於每一療程後，做一次肝功能及血清免疫檢查。

(五) 結果：

1. 臨床症狀改善情形：二〇位病人中，多數出現臨床症狀，經針灸治療後，大多數有顯著的症狀改善。其症狀改善情形為表二：

治療後改善病例數	人 症 狀 數		治療前症狀病例數	16	3	1	3	2	8	6	13	9	3	3
	倦 怠	失 眠												
治療後改善病例數	18	5	1	1	3	2	3	8	6	13	9	3	3	4
治療前症狀病例數	16	3	1	1	3	2	3	8	6	13	9	3	3	4

2. 肝功能改善情形：二〇名病患中，肝功能異常者共九

人，經針灸治療後其SGOT，SGPT 完全復原者五人，較前降低者及不穩定者為二人。

3. 血清HBsAg 檢查結果：HBsAg 陽性轉為陰性者二人，其中一人產生抗體，HBeAg 陽性轉為陰性者二人，其中一人產生抗體。

4. 血清電泳檢查：十五位接受血清電泳分析者，有五位經分析結果正常，十位異常者有八位免疫球蛋白上昇。

結 論：

1. 求診針灸之肝炎病人中，男多於女(4:1)，年齡分佈二〇~四〇歲間者最多。

2. 治療所選的穴道，乃依傳統針灸之經絡學說及臟象學說為理論基礎，在於「泄木柔肝，扶土壯脾」以調理

肝、胆、脾、胃諸臟腑之機能。

3. 從臨床治療統計結果得知針灸對肝炎病人臨床症狀之緩解，似有很大的幫助，尤其對解除倦怠感，增加食慾及止腹瀉等症狀更為明顯。

4. 治療後肝功能大多有恢復正常之趨勢，其中全癒者佔百分之五六，漸趨正常者佔百分之二二。

5. 十九名HBsAg 陽性病人中，有七人接受五個月以上的治療，其中二人HBsAg 陽性轉為陰性，據學者們研究，由HBsAg至HBsAb產生約須六個月的時間，其餘十二人治療時間皆在五個月以下，無一人HBsAg 轉為陰性。

6. 前年度來診，本年度仍再繼續接受治療者有二人，一名目前仍為B型肝炎帶原者；另一名於七十二年八月追蹤檢查時HBsAg，HBsAb 陰性，肝功能正常，

至七十二年十二月再追蹤檢查時發現HBsAg 陽性，肝功能異常是否再度感染尚待追蹤研究。

7. 電泳分析結果，十位異常者中，免疫球蛋白上升者有八位，表示免疫抗體有增高趨勢。

三、西醫對照組對肝炎之治療

(一) 病人：

自七十二年十二月至七十三年二月間，在本院西醫門診及公保門診中心求診病人中，篩選三〇人（男二五人、女五人），為本研究計畫西醫對照組的研究對象。篩選條件為：肝功能異常六個月以上，臨床上無胆道疾患，不飲酒，不濫用藥物者。病人之年齡分佈由二〇歲至六九歲，以三〇至五九歲之年齡層佔大多數（二四/三四）。

(二) 實驗診斷：

1. 肝功能檢查：包括 *Bilirubin*, *Albumin*, *globulin*, *Alk-P-tase*, *Cholesterol* 等各項。
三〇人均正常，所謂肝功能異常者僅限於SGOT, SGPT。異常在兩倍以下者七人，二至五倍者十九人，五至十倍者二人，十倍以上者二人。三〇人中曾做兩次以上肝功能檢查者十九人，有改善者（

SGOT, SGPT 降低者）有十一人，佔百分之五七·九。退步者SGOT 四人（百分之二一），SGPT 六人（百分之三一·六）。有起伏波動者，SGOT 三人（百分之二一·八），SGPT 二人（百分之二〇·五），無變化者一人。

SGOT 與 SGPT 之變化，在十九人中有二人是不一致，餘十七人兩者同時升降。

2. 血清B型肝炎表面抗原等標記檢查：除一人外二十九人檢查過，其中陽性者十七人，陰性者十二人。

HBsAg 陽性者十七人中一人Anti-HBs亦為陽性，HBsAg 陰性者十二人中Anti-HBs為陽性者五人。

(三) 臨床症狀：

治療前僅二人有倦怠，治療中未曾改善，十人有下肢酸累感，治療後亦未消失。

(四) 藥物治療：

投與之藥物為 *Proheprum*, *Essentiale* 及 *Panzymorm*。每一或二週取藥一次，同時詢問症狀果：

(五) 結 果：
1. 西醫對照組之病人，大部分無明顯症狀，均未做肝穿刺檢查。故診斷為慢性肝炎之依據僅依生化檢查及病

史。病史最長為六個月，最長為四年半。

2. 大部分(十九/三〇)病人肝功能異常均輕度，治療後追蹤時間太短，雖有百分之五七·九改善情形，但無法遽下結論，但可做對照組，與中藥治療做一比較。

四、治療肝炎所用中藥之毒性試驗

(一)實驗方法：

本實驗使用體重二〇~二五公克之雄性 ICR (Swiss

Webster) 小白鼠，依 Litchfield and Wilcoxon

方法，測定藥物由口服或腹腔給予一週內，可使實驗動物一半死亡之劑量及其百分之九五可信限，並觀察其中毒症狀。

(二)實驗材料：

- 1. ① H1 (枳實梔鼓湯)——順天藥廠
- ② H2 (丹梔逍遙散)——勝昌藥廠
- ③ H3 (甘露飲加味)——順天藥廠
- ④ H4 (荊防敗毒散)——順天藥廠
- ⑤ H5 (清葉天士方)

以上實驗材料除H5外皆購自市售之順天或勝昌藥廠出品之科學濃縮成品，按研究計畫書所列各處方單味劑量

之比例，稱取，混合均勻而成。

2. 丹梔逍遙散濃縮劑：

將柴胡、當歸、甘草、白芍、白朮、茯苓、薄荷、山梔子、丹皮以等量比例配方，混合共研成粗粉，取一公斤置於圓底燒瓶內，加百分之九五酒精適量，於60°C 水浴中加熱二小時，傾出上清液，抽取直至上清液無色為止，收集抽出液於28°C 用薄膜減壓真空濃縮至黏稠狀，以40°C 乾燥之，然後研成細粉。一公斤藥材抽得一三〇公克粉末，抽取率為百分之十三，保存於乾燥器中備用。投與時以生理食鹽水稀釋至適當濃度。

(三)實驗結果：

1. 小白鼠各別經口服肝炎一，二，三，四號(市販成劑)，以10 g/kg 的劑量給予時，無一隻死亡，亦無出現任何特別症狀。

2. 小白鼠經口服給予丹梔逍遙散濃劑10 g/kg，無一隻死亡。經腹腔給藥10 g/kg, 5 g/kg, 2.5 g/kg 劑量時，各別十隻中全部死亡。2.0 g/kg (I.P.)，1.5 g/kg (I.P.) 劑量時，各別十隻中有六隻死亡。其餘劑量尚在實驗中。

五、肝炎病理

本院和附設醫院自七十二年十月份起建立完善之病理實驗室，開始追蹤病患之病理變化。本研究對象之肝臟病理變化多屬慢性肝炎患者，茲例舉代表性之病理變化為下：

- 一、慢性持續性肝炎：多數慢性肝炎患者屬於此型肝炎，此類患者肝臟病變僅有少量的肝細胞壞死。門脈區（*Portal area*）擴大，有相當程度的單核炎細胞浸潤，但炎症變化僅限於門脈區，不波及肝臟實質（*Fig. 1.2*）。此類肝炎若加以適當的療養，大多數可以恢復正常，但也有少數病患可演變為慢性活動性肝炎或肝硬化。
- 二、慢性活動性肝炎：少數慢性患者屬於此類肝炎，其主要病理變化為門脈區有顯著的炎症反應，而且炎症範圍常常超越門脈區，波及肝臟實質，而造成肝細胞大量的壞死，因此兩門脈區之間常常形成一帶狀炎症反應及壞死，通常稱之為橋樑壞死（*Bridging hepatic*

necrosis），時間稍久，橋樑型壞死將被吸收，而為纖維組織所代替（*Fig. 3, 4*）。此類患者，若得到適當療養，尚有部分可以完全恢復正常，但也有一部分患者不易恢復正常而演變為大結節型肝炎（*Macronodular cirrhosis*）。

三、大結節型肝炎：本研究計畫中有少數患者追蹤檢查發現已變化為大結節型肝炎，此類肝硬化患者，肝細胞經大量壞死後，有部分再生現象，此類再生之肝細胞形狀與排列皆與正常肝細胞不同，稱之為變性的肝細胞，假如壞死的肝細胞太多，再生不易，結果在變性細胞周圍形成粗細不等的纖維組織，被圍困的肝細胞則形成大小不等的細胞團，稱之為大結節型肝炎（*Fig. 5, 6*），此類患者多數將繼續惡化下去，終至不治。

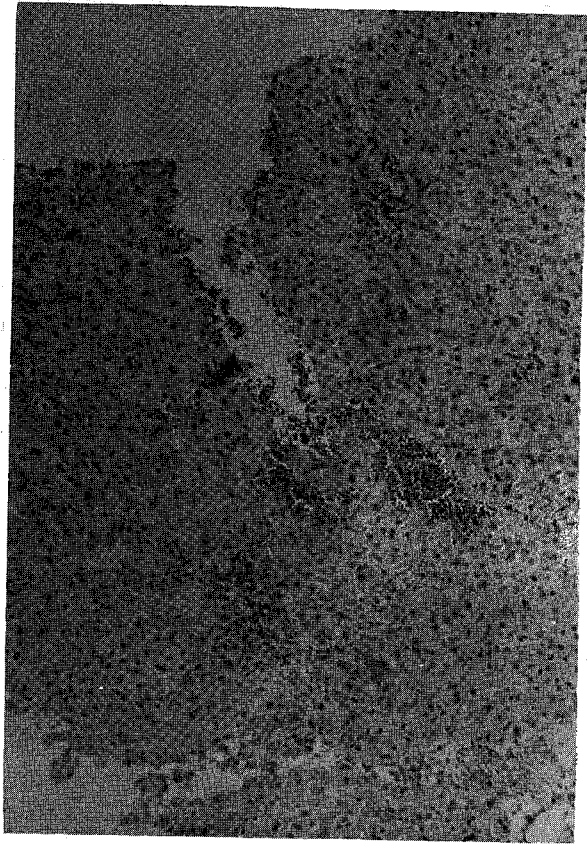


Fig. 1

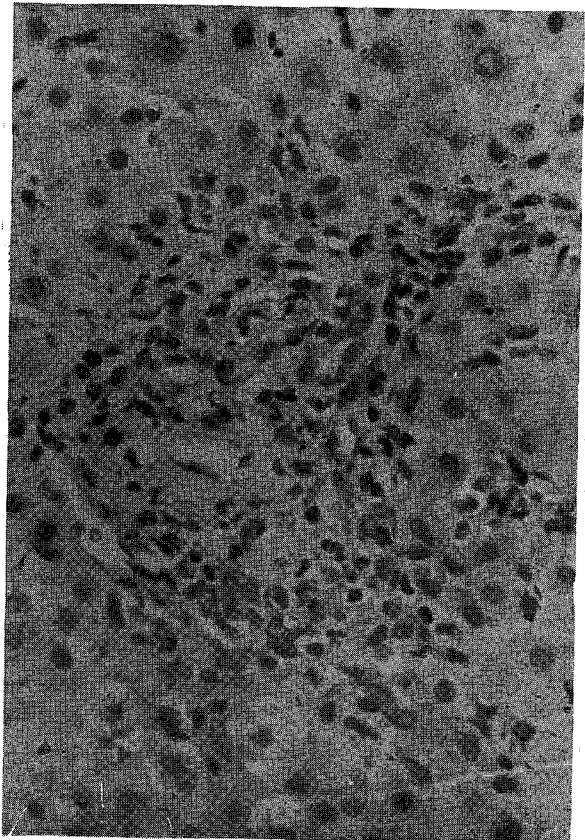


Fig. 2



Fig. 3

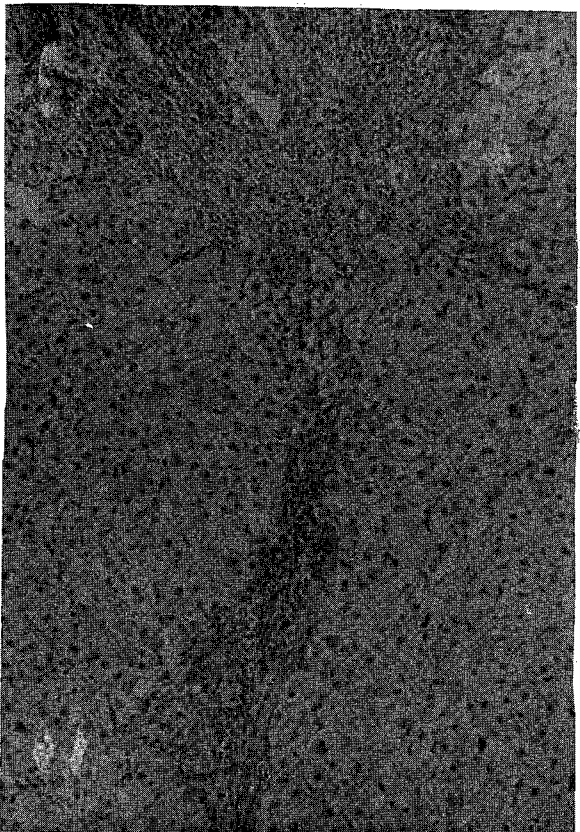


Fig. 4

110111

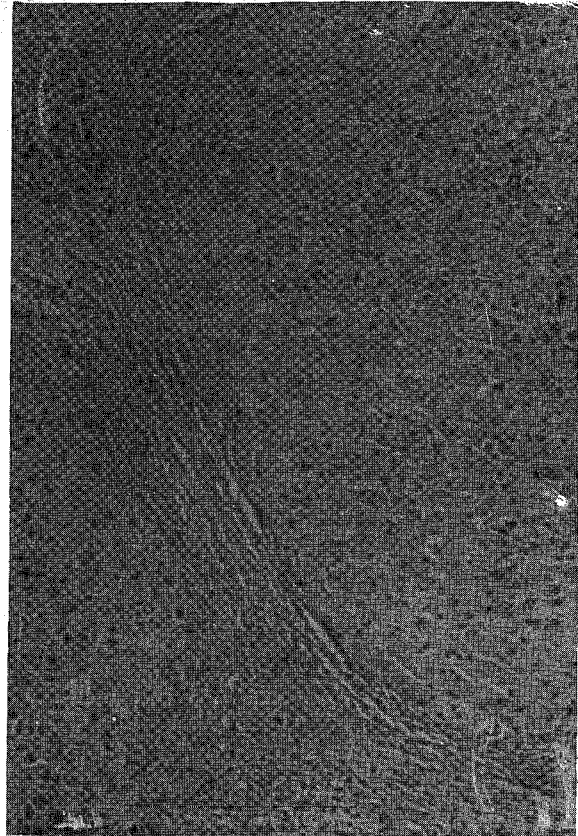


Fig. 5

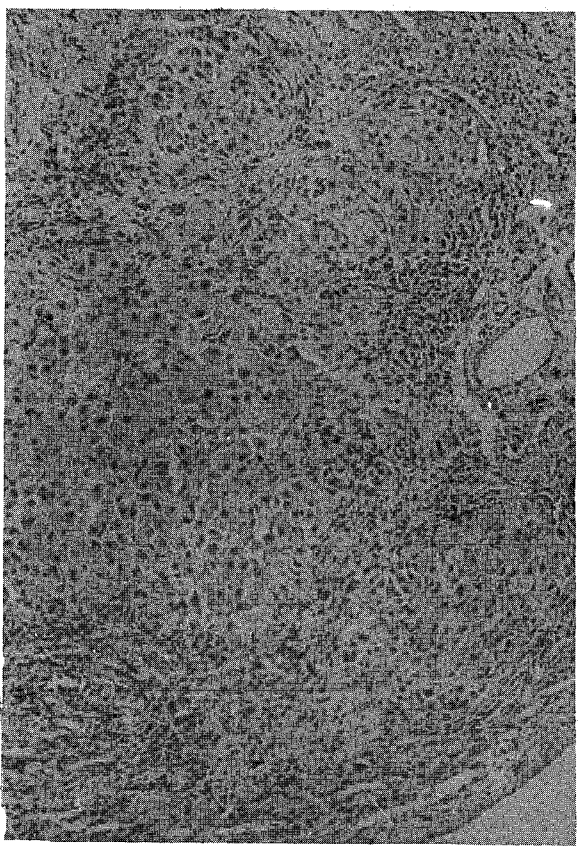


Fig. 6

六、總 結

本報告書之內容為「針灸與中藥對肝炎之療效」研究計畫第二年度研究工作之執行情形及結果。

本院附設醫院「肝炎特別門診」自七十二年四月至目前為止計診療肝炎病人二九六名，其中包括四一名前年度之病人繼續來診者。

一、中藥醫療組以五種統一方劑治療以慢性活動性肝炎為主的病人，其中臨床症狀均有顯著改善；肝功能亦多改善或恢復正常值；最值得注意者為經篩選之一一〇名病人中七十二名之HBsAg 陽性者，有十二名（百分之十六）經中藥治療後轉為陰性。

二、針灸治療對肝炎病人臨床症狀之緩解似有很大幫助；經治療後肝功能大多恢復正常；十九名HBsAg 陽性病人中有七人接受五個月以上針灸治療，其中二人HBsAg 轉為陰性。

三、西醫對照組之病人，大部分無明顯症狀，肝功能異常均為輕度者，治療後有半數以上有改善情形，但不若中藥組及針灸組之顯著。

四、中藥方劑之毒性試驗，經抽取之丹梔逍遙散濃縮劑對小

白鼠經口服 10 g/kg 劑量無一隻死亡，顯示本處方口服不具有毒性。

五、本年度已增強肝炎之臨床病理，開始追蹤肝炎病患之病理變化，對象多屬慢性肝炎病人，包括慢性持續性肝炎，慢性活動性肝炎，及肝硬化。對病人之活體組織檢查 (Biopsy) 有助於診斷，治療效果及預後之判定。

七、參與本研究計畫人員

類 別	姓 名	現 任 職 務	
研究計劃主持人	王廷輔	中國醫藥學院 附設醫院院長	在本研究計劃內擔任之工作項目及範圍。
研究計劃協調人	陳太義	同 副 院 長	綜攬全部計劃，推動並監督計畫之實施。
研究計劃召集人	鄭義齋	同 主 任 秘 書	協調中、西醫師對本計劃之運作。
研究計劃連絡人	哈鴻潛	客 座 教 授	肝炎小組行政工作。
顧 問	王貴譽	附 設 醫 院 實驗診斷科顧問	全部計劃之運作，並擔任學院與衛生署間有關本計劃業務之連絡。
研 究 人 員	朱康初	客 座 教 授	微生物免疫及肝炎病毒專家，負責有關實驗診斷之工作。
"	王逸之	中醫部內科主任	病理專家，負責病理診斷，並發展肝炎之動物實驗。
"	王人澍	中醫部兒科主任	肝炎門診，中醫藥治療組召集人。
			肝炎門診，中醫藥治療組。

類	研究人員								
別	研究人員								
姓名	蘇貫中	姜潤次	潘隆森	張廷堅	徐章虎	謝明村	李世滄	陳富芬	何金滿
現任職務	中醫部婦科主任	附設醫院 針灸科主任	針灸科醫師	內科部胃腸科 醫師	中國醫藥學院中 國藥學研究所長	附設醫院中 藥局主任	肝炎小組技術員 兼秘書	肝炎小組技術員	肝炎小組技術員
在本研究計劃內擔任之工作項目及範圍。	肝炎門診，中醫藥治療組。	肝炎門診，針灸治療組召集人。	肝炎門診，針灸治療組。	肝炎門診，針灸治療組。	肝炎門診，負責西醫對照組。	負責中藥毒性試驗。	負責中藥配方，調劑及治療肝炎中藥之濃縮。	肝炎小組之文書，病歷整理，及門診工作。	肝炎小組檢驗及門診工作。

肝炎之中藥處方研究

委託單位：私立台北醫學院
研究主持人：顏焜熒、楊玲珍

第一報 龍胆瀉肝湯

肝炎依其病態可分為急性肝炎、慢性肝炎，此雖大部為病毒所引起（A型、B型及非A非B型），然其他尚有因藥物過敏、酒精、藥物中毒及自體免疫疾病所引起者。在
我國急性肝炎之患者，大多經靜養及藥物治療可痊癒；部分則轉為慢性肝炎或惡化為劇烈性肝炎、肝硬化及肝癌。而目前肝炎之治療藥物除急性肝炎臨床使用多種維他命、glucuronic acid、cyanidanol、還原性 glutathione¹外，對慢性肝炎，則使用副腎皮質荷爾蒙，然而此等藥物，一般作用很緩慢，而且副作用很強，在臨床上究竟是否有效，尚值得商榷？因此目前臨床上肝炎之根本治療藥物尚未被發現。中國醫藥一向以藥性緩和，毒性小，副作用少，而異於合成藥，在急性肝炎治療上，亦有許多臨床使用而咸認效果良好之處方，可惜均缺少科學依據，無法廣加利用，中醫藥之治療，通常均就病人之證而決定處

方。本方即選用中醫臨床對急性肝炎常用之處方——「龍胆瀉肝湯」，其臨床之適應症狀經診斷為：皮膚鞏膜發黃，黃色鮮明，胸中煩悶，脘痞腹脹，噁心欲吐，口苦口粘，食慾不振，大便秘結或溏泄，小便深黃，苔黃膩，脈濡數或弦數。現代醫學之診斷，則根據肝功能檢查之結果。本處方係由十種生藥材〔龍胆、黃芩、梔子、澤瀉、木通、車前子、當歸（尾）、（生）地黃、柴胡、甘草〕組成（表一）。

本報告，即依醫宗金鑑之藥材組合比例，作各藥材及處方之藥效評估。體外試驗用大白鼠初代培養肝細胞，測定各藥物對四氯化碳（CCl₄）所產生肝細胞障害之抑制效果。（根據GPT值，因不論急、慢性肝炎，在肝細胞病變活動時，GPT值均增高）。

另使用四氯化碳引發小白鼠肝障害之病態動物實驗。

，已被廣泛應用作實驗性肝障害抑制藥物檢討之研究方法。
。本報告利用 ICR 小白鼠，作其對四氯化碳之效果如下

(一) 體外試驗：黃芩效果最好，以 GPT 為準，對照組為 100%，黃芩抑制組 (41 ± 2%)，甘草 (54 ± 0%)，木通 (74 ± 0%)，「龍胆瀉肝湯」(85 ± 1%)，車前子 (86 ± 1%) 而中藥肝炎常用柴胡 (102 ± 1%) 却顯示對肝有毒性 (超過 100% 即為有毒性)。

(二) 對四氯化碳實驗肝障害小白鼠 (ICR) 之抑制效果：「龍胆瀉肝湯」具有明顯之抑制作用。

(三) 投予方式：採用一般臨床用的口投予，及事先投予藥物，再用 CCl₄ 作成實驗性肝障害，檢測其抑制效果如 Table 8 所示，並作肝組織切片 (Fig 1: 1a, 1b) 結果顯示「龍胆瀉肝湯」除有抑制作用外，尚有預防效果。

綜合以上之結果，「龍胆瀉肝湯」對急性肝炎 (以動物病態實驗) 具有抑制效果，但依中國醫學之診斷，病患是屬實證體質者才適用本處方。

實驗材料與方法

一、材料：

由台北生藥市場購入龍胆 [*Gentiana scabra* Bge. (Gentianaceae)]，黃芩 [*Scutellaria baicalensis* Georgi (Labiatae)]，木通 [*Gardenia jasminoides* Ellis (Rubiaceae)]，澤瀉 [*Alisma plantago-aquatica* L. var. *orientale* Samuelsson (Alismataceae)]，木通 [*Hocquartia manshuriensis* Nakai (Aristolochiaceae)]，車前子 [*Plantago asiatica* Linne (Plantaginaceae)]，當歸尾 [*Angelica sinensis* Diels (Umbelliferae)]，生地黃 [*Rehmannia glutinosa* Libosch. (Schrophulariaceae)]，柴胡 [*Bupleurum chinense* DC. (Umbelliferae)]，甘草 [*Glycyrrhiza uralensis* Fisch. (Leguminosae)]。依據醫宗金鑑，自行配製「龍胆瀉肝湯」(表一)。

二、動物：

大白鼠雄性 Wistar 系 200 ~ 250 克重及 ICR mouse

18 ~ 20克重。

三、試藥...

- (1) Ethylene glycol-bis (β -aminoethyl ether)
N,N-tetra-acetic acid (EGTA, Dotite)
- (2) Calf serum (Flow Laboratories)
- (3) Potassium penicillin G, Streptomycin sulfate (明治製藥)
- (4) Eagle's MEM (Eagle's Minimum Essential Medium 日本製藥)
- (5) Insulin (Nove Research Inst.)
- (6) Bovine serum albumin Fr. V Collagenase (type IV) 125 ~ 250 Iu/mg.
- (7) Dexamethasone (Sigma)
- (8) CCl_4 , DMSO, Olive oil (和光製藥)
- (9) Methionine (日本味素)

四、試液之調製...

各藥材 100 mg 及「龍胆瀉肝湯」130 mg，用粉碎機粉碎，各用 50%酒精於 40°C 下迴流抽取，一次六小時（三回），合併濾液，減壓濃縮至乾燥後置於乾燥箱中。

五、體外試驗：(In-vitro test)

(1) 肝細胞之單離：(Isolation of Hepatocytes)

根據 Berry and Friend 法³：大白鼠經十二小時絕食後，用乙醚麻醉，遂順次由腹腔中央，切開皮膚及肌肉，將肝臟下之大靜脈與門脈縫合（東大式生糸一號），其次由門靜脈插入靜脈置留針，將針外之 teflon catheter 留下綁好後移去針，於 shaker water bath 保溫 37°C 之 1% bovine buffer 中通入回流（30 ml/min）；同時將肝臟下之大靜脈切斷，脫血完全後，此時切開橫隔膜，由右心房插入靜脈置留針於橫隔膜，上部插入大靜脈，先切斷大靜脈，再用線結紮縫合，灌流液由橫隔膜上部之大動脈流出，脫血 10 ~ 15 分，灌流液再用 100 ml 之 Ca^{2+} free Hank's buffer 中含 75 mg Collagenase 及 4 mM $CaCl_2$ 之液體，於 37°C，30 ml/min，灌流 10 ~ 15 min 後，循環由肝臟表面溶出酵素，灌流中止後，將肝臟取出置於培養皿中（內置 Hank's solution），肝細胞用機械分散後，過濾，倒入 50 ml 離心瓶中，於 4°C 下離心一分鐘。取下部沈澱物，再用 Ca^{2+} free Hank's buffer 懸濁，反覆操作至上層澄清為止。沈澱物用 10%

CS-MEM 液稀釋至 2×10^6 cell/ml 於 35 mm plastic 培養皿中 (Falcon) 各種入 2 ml, 於 $5\% \text{CO}_2$ incubator, 36.5°C 培養六小時後, 交換培養基, 再培養十八小時, 即為初生代培養肝細胞。

(2) 檢測液之調製及生物檢定:

肝細胞懸濁液為 10% Calf Serum-Eagle's MEM 稀釋至 5×10^5 cells/ml, 35mm (Falcon) petri dish 中各種 1 ml, 於 $5\% \text{CO}_2$ incubator 中 36.5°C 培養。

CCl_4 加 1% 酒精溶解與培養基混合成 10 mM , 而生藥之抽取乾燥物則溶於 DMSO 中成 1 mg/ml 與 CCl_4 相混合 (即為試料液)。培養開始六小時後, 交換培養基 (除去死細胞), 再培養十八小時後, 培養基與試料液交換, 36.5°C , $5\% \text{CO}_2$ incubator, 培養一小時, 測定培養基中之 GPT (glutamic pyruvic transaminase) 值。

六、體內試驗 (In-vivo test)

- (1) 動物: ICR mouse ϕ 18 ~ 20 克重。
- (2) 材料: 各藥材 50% 酒精抽取液溶解 (或懸濁) 於生理食鹽水。methionine 亦溶於生理食鹽水中。

(3) 肝障害程度之測定 (Estimation of the rate of liver damage): 四氯化碳 (CCl_4) 溶於 olive oil 中, 經口投予後, 立即投予被檢藥物, 對照組則投予同量之生理食鹽水。二十四小時後由眼靜脈採血, 遠心分離取上層血清, 測定其 GPT (glutamic pyruvic transaminase) · GOT (glutamic oxaloacetic transaminase) 之活性。

七、GPT · GOT 活性測定:

GPT · GOT 活性之測定用 Karmen' 方法。再用自動血液分析儀 (Autoanalyzer RaBA-Super, 中外製藥)

八、檢定:

平均值士標準誤差之一次分散法。

九、組織學之觀察:

一般肝組織標本之製作, 用 H. E. (Hematoxylin-Eosin) 染色觀察。

實驗結果及討論

根據吳昭新教授等。報告, 臺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% , 而在三〇歲以上，受測中三者皆為陰性者佔 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 (三〇歲以後) 其中 19.5% 變成健康帶原，而另外 69.5% 帶有抗體，換言之，三〇歲以上，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為當務之急。

二、血中 transaminase 之增加分泌，則肝受破壞。而增加分泌量愈多，則肝破壞與之成正比。因此本論文以血清中 transaminase 為指標來討論。

三、「龍胆瀉肝湯」及其組成藥之體外生物檢定結果如表二所示。各藥材及處方之 50% 酒精提取物，對大白鼠初代肝培養細胞培養受四氯化碳產生肝細胞障害之抑制效果，如表二所示，十種構成生藥中依次以黃芩、木通、甘草，顯示 GPT 有明顯之抑制效果。其中以黃芩 50% 酒精提取物之效果最佳 (抑制迄 41±2%)，處方之「龍胆瀉肝湯」則僅抑制迄 85±1% 。

四、一次口投予藥物及處方抽取對小白鼠病態肝障害之抑制效果如表三所示，小白鼠用四氯化碳經口投予之同時，亦投予藥物，經二十四小時後，對血清中 GPT 抑制之效果如表三所示。

各組成生藥除山梔子 (107±2.0%) 顯示對肝具有毒性 (GPT > 100%) 外，其他各藥材均顯示有大小不同之抑制效果，其中以黃芩之效果最佳 (0.06±0.02%)，其次為龍胆、甘草、木通。而處方之「龍胆瀉肝湯」亦具有十分明顯之抑制效果 (迄 0.2%) 。

五、「龍胆瀉肝湯」及其組成生藥抽取物腹腔投予小白鼠對其肝障害之抑制效果。

為了探討除口服外，其他投予方式對小白鼠肝障害之抑制效果如何，乃採用腹腔投予，測其抑制效果，如表四所示。生藥材中，以黃芩之抑制效果最好 (迄 0.15±0.02%) 而且小白鼠均正常生長；澤瀉、木通、柴胡，雖有抑制效果，但却具毒性 (於實驗期間各有死亡) ，而「龍胆瀉肝湯」之效果却無口服效果好，但毒性小。

六、皮下投予藥物對小白鼠 CCl₄ 引起肝障害之效果。皮下一次投予藥物，對 CCl₄ 引起肝障害之小白鼠 (投予 CCl₄ 之同時投予藥物) 其抑制效果如表五及表六所

示。各藥材不論在高濃度(表六)或低濃度下大都對肝臟產生毒性(GPT, GOT 均 > 100), 但組成處方後 5 g/kg 之劑量顯示有明顯之抑制作用。

(GPT $57.0 \pm 13.7\%$, GOT 為 $38.6 \pm 9.9\%$), 而高濃度方呈毒性。

七、為了探討不同劑量於皮下注射時, 對肝障害抑制效果之影響, 如表七所示結果, 為不同劑量, 利用皮下投予, 但採用中藥材每六小時服用一次之方法, 一天注射四次, 結果, 每次投予 6 g/kg 時效果最明顯、最有效。

八、綜合六、七之結果, 高劑量毒性大, 但小量分多次投予, 不但可降低毒性, 而且效果十分明顯。

九、「龍胆瀉肝湯」之預防及治療效果。將藥物之投予, 於投予 CCl₄ 前二十四小時及前一小時先口投予本處方 (5 gm/kg/次), 之後, 經五小時, 十五小時後再口投予藥 (5 gm/kg/次), 二十四小時後, 測血清中 GOT, GPT 活性物質, 結果如表八所示。並將肝游離後作病理切片 (Fig. 1), 由上之結果可明顯的證實本處方可使壞死的肝, 恢復近完全正常。

十、由以上之結果, 本報告對臨床中醫師常用之中藥處方, 「龍胆瀉肝湯」對肝障害之抑制效果, 以任何形式之投予均有明顯之抑制效果, 本研究方法, 採用之病態動物均屬急性。因此本處方對急性肝炎之生物檢測, 確實有

Table 1. Composition Drugs of "Long-Dan-Shieh-Kan-Tang"
(醫宗金鑑)

Drugs	Scientific name	English name	Chinese name
* 1. Gentianae Scabrae Radix	<i>Gentiana scabra</i> Bunge	Gentian	龍胆
2. Scutellariae Radix	<i>Scutellaria baicalensis</i> Georgi	Baical-skullcap	黃芩
3. Gardeniae Fructus	<i>Gardenia jasminoides</i> Ellis	Gardenia Fruit	山梔子
* 4. Alismatis Rhizoma	<i>Alisma Plantago-aquatica</i> L. var. <i>orientale</i> Samuels.	Water Plantain	澤瀉
5. Hocquartiae Caulis	<i>Hocquartia manshuriensis</i> Nakai	Mutung Stem	木通
6. Plantaginis Semen	<i>Plantago asiatica</i> L.	Plantago seed	車前子
7. Angelicae Sinensis Radix	<i>Angelica sinensis</i> Diels	Chinese Angelica Root	當歸
8. Rehmanniae Radix	<i>Rehmannia glutinosa</i> Libosch.	Chinese Fox-Glove Rehmannia Root	生地黃
* 9. Bupleuri Radix	<i>Bupleurum chinense</i> DC.	Chinese Hare's Ear	柴胡
10. Glycyrrhizae Radix	<i>Glycyrrhiza uralensis</i> Fisch.	Liquorice	甘草

抑制效果。但在臨床上尚須注意病人之體質, 本處方適合急性、實證體質者服用。

Each drugs is 1. and the *drugs are 2. units in the Prescription.

Table 2. Effect of crude drugs and prescription of " Long-Dan-Shieh-Kan-Tang " on CCl_4 induced hepātotoxicity

Drugs	Concentration (mg/ml)	GPT(Mean \pm S.E.)	
		IU/1	%
1. Gentianae Scabrae Radix	1	448.4 \pm 4.2*	92 \pm 1*
2. Scutellariae Radix	1	198.5 \pm 9.0**	41 \pm 2**
3. Gardeniae Fructus	1	396 \pm 8.6**	81 \pm 2**
4. Alismatis Rhizoma	1	469.0 \pm 6.8	96 \pm 1
5. Hocquartiae Caulis	1	359.6 \pm 1.8**	74 \pm 0**
6. Plantaginis Semen	1	418.0 \pm 5.8*	86 \pm 1*
7. Angelicae Sinensis Radix	1	471.9 \pm 1.5	96 \pm 1
8. Rehmanniae Radix	1	458.1 \pm 6.7	94 \pm 1
9. Bupleuri Radix	1	496.5 \pm 4.5	102 \pm 1
10. Glycyrrhizae Radix	1	262.1 \pm 1.6**	54 \pm 0**
11. Long-Dan-Shieh-Kan-Tang	1	412.0 \pm 7.3*	85 \pm 1*
12. Treated control		487.4 \pm 9.6	100 \pm 2

$p < 0.05^*$

$p < 0.01^{**}$

Table 3. Effect of crude drugs on the serum GPT level 24 hrs after administration of CCl_4

Drugs	Dose (g/kg) p. o.	GPT % (Mean \pm S.E)
1. Gentianae Scabrae Radix	10	47.3 \pm 2.9*
2. Scutellariae Radix	10	0.06 \pm 0.02*
3. Gardeniae Fructus	10	107 \pm 2.1
4. Alismatis Rhizoma	10	91.1 \pm 7.1
5. Hocquartiae Caulis	10	65.5 \pm 8.6*
6. Plantaginis Semen	10	93.2 \pm 4.8
7. Angelicae Sinensis Radix	10	86.0 \pm 7.7
8. Rehmanniae Radix	10	97.8 \pm 3.7
9. Bupleuri Radix	10	61.0 \pm 2.9*
10. Glycyrrhizae Radix	10	55.7 \pm 6.8*
11. Long-Dan-Shieh-Kan-Tang	10	0.2 \pm 0**
12. Treated control	10	100 \pm 3.7

5mice of male ICR strain were used for each tested drug.

Drugs were p.o. to mice immediately after p.o. administration of CCl_4 (0.05 ml/Kg).

Transaminase activity was determined at 24 hrs after CCl_4 treatment.

Significantly different from control, * $p < 0.01$ ** $p < 0.001$.

Dried crude drugs equivalent.

Table 4. Effect of crude drugs on the serum GPT level 24 hrs after administration of CCl_4

Drugs	Dose (g/kg)	GPT % (Mean \pm S.E.)
1. Gentianae Scabrae Radix	5 <i>i. p.</i>	69.6 \pm 8.3* (0)
2. Scutellariae Radix	5 "	0.15 \pm 0.02* (0)
3. Gardeniae Fructus	5 "	66.6 \pm 9.7* (0)
4. Alismatis Rhizoma	5 "	25.9 \pm 6.4* (3)
5. Hocquartiae Caulis	5 "	99.8 \pm 9.5 (1)
6. Plantaginis Semen	5 "	70.6 \pm 9.2 (0)
7. Angelicae Sinensis Radix	5 "	40.4 \pm 11.7* (0)
8. Rehmanniae Radix	5 "	82.6 \pm 9.3 (0)
9. Bupleuri Radix	5 "	87.7 \pm 13 (2)
10. Glycyrrhizae Radix	5 "	133.5 \pm 0 (0)
11. Long-Dan-Shieh-Kan-Tang	5 "	35.2 \pm 4.0* (0)
12. Treated control	0.05ml/kg (<i>p.o.</i>)	

Drugs were injected (*i. p.*) to ICR mice (male) (n=5) immediately after *p.o.* administration of CCl_4 (0.5ml/kg). Transaminase activity was determined at 24 hrs after CCl_4 treatment. Significantly different from the control, $p^* < 0.01$. Dried crude drugs equivalent.

Table 5. Effect of crude drugs on the serum GOT and GPT levels 24 hrs after administration of CCl_4

Drugs	Dose (g/kg) <i>s. c.</i>	GOT (%) (Mean \pm S.E.)	GPT (%) (Mean \pm S.E.)
1. Gentianae Scabrae Radix	5	85.9 \pm 15.3*	59.6 \pm 9.1*
2. Scutellariae Radix	5	167.1 \pm 9.2	138.1 \pm 38.3
3. Alismatis Rhizoma	5	143.1 \pm 28.2	135.4 \pm 39.3
4. Gardeniae Fructus	5	144.6 \pm 36.3	122.2 \pm 33.9
5. Hocquartiae Caulis	5	137.9 \pm 15.9	99.2 \pm 44.6
6. Plantaginis Semen	5	176.8 \pm 30.4	124.3 \pm 39.8
7. Angelicae Sinensis Radix	5	166.8 \pm 64.1	155.5 \pm 68.0
8. Rehmanniae Radix	5	151.6 \pm 57.5	109.1 \pm 36.2
9. Bupleuri Radix	5	163.9 \pm 45.6	124.8 \pm 43.2
10. Glycyrrhizae Radix	5	68.9 \pm 25.6*	67.8 \pm 23.4*
11. Long-Dan-Shieh-Kan-Tang	5	38.6 \pm 9.9*	57.0 \pm 13.7
12. Treated control	0.05ml/kg <i>p.o.</i>	100.0 \pm 32.6	100.0 \pm 37.2
13. Methionine	300mg/kg	99.8 \pm 12.2	79.4 \pm 8.4*

Drugs were injected (*s. c.*) to ICR male mice (n=5) immediately after *p.o.* administration of CCl_4 (0.5ml/kg). Transaminase activity was determined at 24 hrs after CCl_4 treatment. Significantly different from the control, $p^* < 0.01$. Dried crude drugs equivalent.

Table 6. Effect of crude drugs and "Long-Dan-Shieh-Kan-Tang" serum GOT and GPT levels after administration of CCl_4 (24 hrs)

Drugs	Dose (S.C) (g/kg)	GOT (%) (Mean \pm S.E.)	GPT (%) (Mean \pm S.E.)
1. Gentianae Scabrae Radix	10	172.4 \pm 13.7	179.5 \pm 24.6
2. Scutellariae Radix	10	86.2 \pm 17.2	74.2 \pm 10.1
3. Gardeniae Fructus	10		135.4 \pm 39.3
4. Alismatis Rhizoma	10	155.7 \pm 13	116.4 \pm 12.8
5. Hocquartiae Caulis	10	216.6 \pm 7	221.2 \pm 16.2
6. Plantaginis Semen	10	115.6 \pm 16.4	154.3 \pm 16.3
7. Angelicae Sinensis	10	112.1 \pm 13.3	127.8 \pm 18.6
8. Rehmanniae Radix	10	132.7 \pm 19.6	124.3 \pm 21.4
9. Bupleuri Radix	10	172.2 \pm 10.5	90.5 \pm 5.7
10 Glycyrrhizae Radix	10	234.7 \pm 14.4	106.1 \pm 22.5
11. Long-Dan-Shieh-Kan-Tang	10	246.9 \pm 5.7	253. \pm 14.4
12. Methionine	300 mg	99.8 \pm 12.2	79.4 \pm 8.4
13. Treated control	0.05ml/kg <i>p.o.</i>	100.0 \pm 17.3	100.0 \pm 12.2

Drugs were injected (*s.c.*) to ICR male mice (n=6.) immediately after *p.o.* administration of CCl_4 (0.05ml/kg). Transaminase activity was determined at 24 hrs after CCl_4 treatment.

Significantly different from the control, * $p < 0.01$.

Dried crude drugs equivalent.

Table 7. Effect of dosing period of "Long-Dan-Shieh-Kan-Tang" on the serum GOT and GPT levels 24 hrs after administration of CCl_4

Dose (g/kg) <i>s.c.</i>	GOT (%) (Mean \pm S.E.)	GPT (%) (Mean \pm S.E.)
3	71.9 \pm 13.9	23.1 \pm 16.2
4	79.0 \pm 8.0	38.1 \pm 4.3*
5	68.1 \pm 12.1*	21.3 \pm 14.6*
6	1.9 \pm 0.2**	0.6 \pm 0**
7	208.7 \pm 8.1	138.0 \pm 10.7
Treated control	100.0 \pm 14.9	100.0 \pm 9.5

Drugs were injected (*s.c.*) (4 times/day) to ICR male mice (n=10) immediately after *p.o.* administration of CCl_4 (0.05 ml/kg). Transaminase activity was determined at 24 hrs after CCl_4 treatment.

Significantly different from the control, * $p < 0.01$. ** $p < 0.001$.

Dried crude drugs equivalent.

Table 8. Effect of "Long-Dan-Shieh-Kan-Tang" on the serum GOT and GPT levels after administration of CCl_4 (24 hrs)

Drugs	GOT (%) (Mean \pm S.E.)	GPT (%) (Mean \pm S.E.)
Treated control	100.0 \pm 18.7	100.0 \pm 8.9
Long-Dan-Shieh-Kang-Tang	8.7 \pm 2.1	10.6 \pm 2.9

* Drug was *p.o.* (20 gm/kg/2 days) to mice (n=10)

* - 24 hrs - 1 hr 0 hr 5 hrs 15 hrs 24 hrs

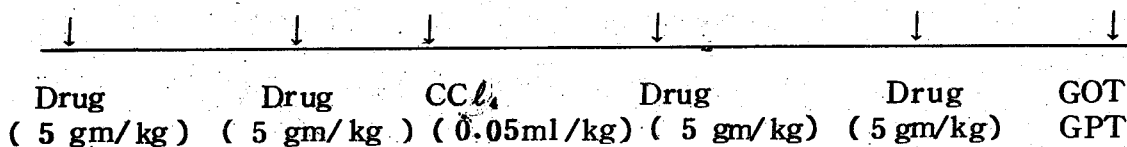
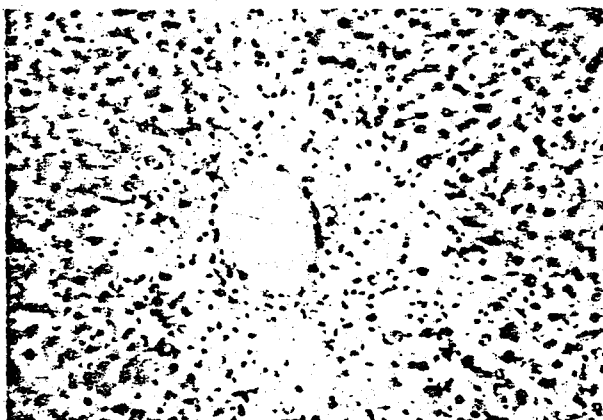
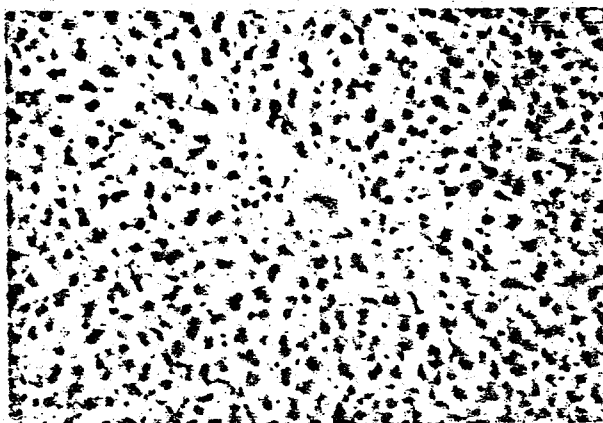


Fig. 1. Microscopic finding of the livers of the mice (H.E. stain x 200).



1a: The liver from CCl_4 group. Note the necrotic area in the centrilobular parenchyma with collapse of the reticulum network.



1b: The liver from CCl_4 \pm prescription (20 gm/kg/2 days) *p.o.* The necrotic area in the centrilobular parenchyma is much smaller than those found in CCl_4 group. And we can still find the hepatic reticulum network.

二一七

誌 謝

本論文之完成，承蒙本學院 謝孟雄院長之支持及日本國立東北大學 野宏教授之協助得以完成，在此謹致謝忱。

參考文獻

1. J. A. Castro, E. V. Cignol, C. R. Castro, O. M. Fenos : *Biochem. Pharmacol.*, 25, 2163 (1976)
2. 李樹猷：病毒性肝炎之防治，p. 51 啓業書局 (1982)
3. M. N. Berry and D. S. Friend : *J. Cell. Biol.*, 43, 506 (1969)
4. W. H. Hauss and H. J. Leppelmann : *Ann. N. R. Acad. Sci.*, 75, 250 (1958)
5. A. Akahori, M. Masui and M. Ando : *Chem. Pharm. Bull. (Tokyo)*, 26, 2316 (1978)
6. R. O. Recknagel : Carbon tetrachloride hepatotoxicity, *Pharmacol. Rev.*, 19, 145 (1967)
7. A. Karmen, F. Wroblewski and J. S. Ladue : *J. Chin. Inves.*, 34, 126 (1955)
8. 吳昭新、陳家如、汪易雄、李元成、李馨華、胡惠德：臺灣醫學雜誌，79, 694, 760 (1980)
9. H. C. Grice, M. L. Barth, H. H. Cornish, G. V. Foster and R. H. Gray : *Food Cosmet. Toxicol.*, 9, 847 (1971)

THE LIVER DAMAGE PROTECTIVE EVALUATION OF CHINESE TRADITIONAL PRESCRIPTIONS I. LONG-DAN-SHIEH-KAN-TANG

SUMMARY

Long - Dan - Shieh - Kan - Tang (龍胆瀉肝湯) is a famous prescription in Chinese medicine. It is traditionally used for treatment of acute hepatitis by Herbal doctor in this country. The prescription is composed crude drugs of Gentianae Scabrae Radix, Scutellariae Radix, Gardeniae Fructus, Alismatis Rhizoma, Haocquartia Ceaulis, Plantaginis Semen, Angelicae Sinensis Radix, Rehmanniae Radix, Bupleuri Radix and Glycyrrhizae Radix.

This paper is attempted to investigate the effect of Long - Dan - Shieh - Kan - Tang on experimental liver damage induced by carbon tetrachloride (CCl₄) in mice and the antihepatotoxic activity in carbon tetrachloride induced cytotoxicity using primary cultured rat hepatocytes.

The transaminase in hepatocyte are release into blood with the development of liver damage, and the amount of the released enzymes are nearly paralleled with the rates of liver damage. The prescription showed marked inhibition of the enzyme release by the in-vitro and in-vivo test. And the crude drug of Scutellaria Radix is the most effective in the prescription.

中國醫藥學院

附設醫院簡介

醫院規模簡介

一、本院位於台中市育德路七十五號，中正公園旁，醫院大樓佔地三、七〇〇建坪，地上八層，地下一層，全部中央空調系統，各種安全措施，應變設備，均經地方政府鑑定合格。

三年來，由於醫院業務成長快速，門診部、住院部、手術室、重症加護病房，均已不敷使用，現正計劃在本院前左側增建醫療大樓一棟，計十一層，預估將耗資貳億捌佰餘萬元，本年三月底將可發包開工，約一年六個月完成使用。

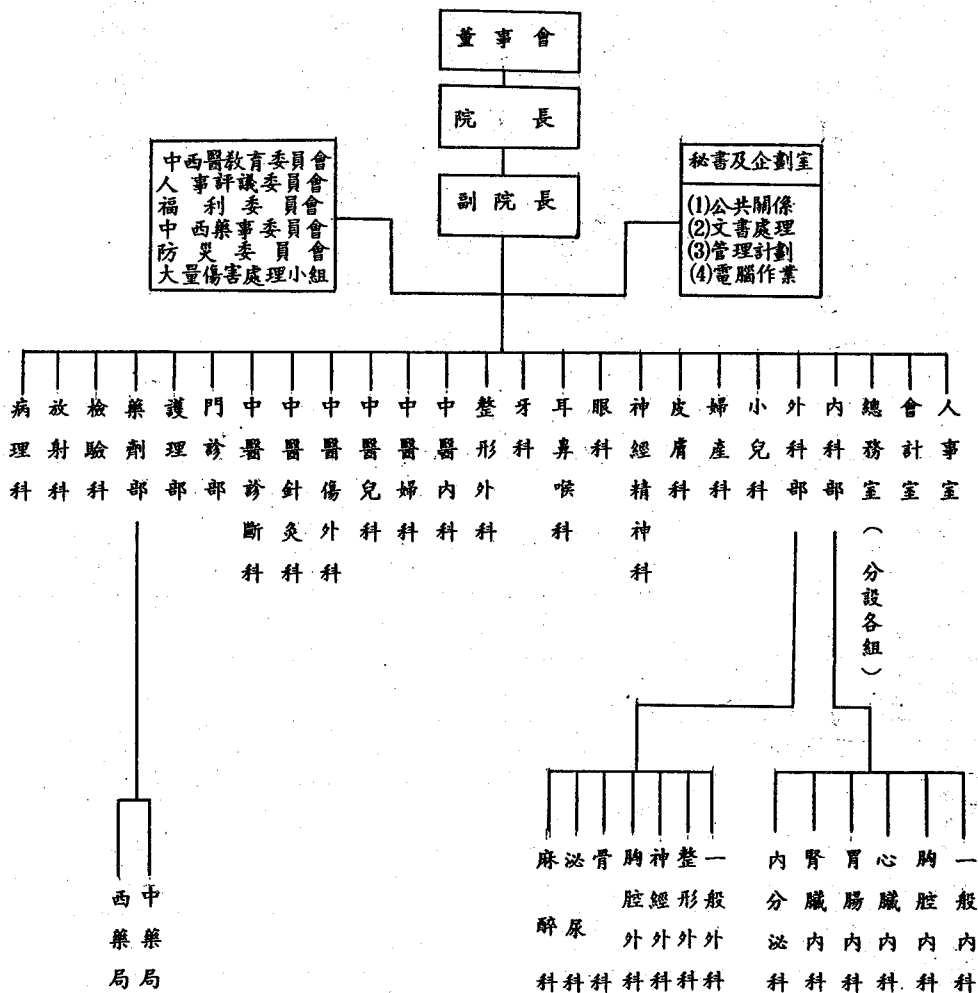
二、本院現有現代化醫療儀器如X光機頭部斷層攝影、心臟掃描、腹部掃描、全自動生化分析儀、各種外科器材、加護病房監護設備、婦產科儀器、小兒加護裝置，計壹億肆仟餘萬元，今年核定添購醫療儀器貳仟餘萬元。

配 分 床 病

類 別	現 有 數
一 般 病 床	205
加 護 病 床	6
新 生 兒 加 護 病 床	4
急 診 觀 察 床	5
血 液 透 析 床	5
嬰 兒 床	38
手 術 恢 復 室 病 床	5
待 產 床	5
針 灸 床	11
病 嬰 室 病 床	16
合 計	300

中國醫藥學院附設醫院組織系統表

組織系統表



中 西 醫 師 人 數 概 況

部 別	科 別	人 數	區 分	專 任	住 院	半 勤	小 計
				主 治 醫 師	醫 師	主 治 醫 師	
中 醫 師	內 科	2		2	9	12	23
	婦 科	1		1	0	2	3
	兒 科	1		1	0	0	1
	傷 科	1		1	1	0	2
	針 灸 科	2		2	2	7	11
西 醫 師	內 科	6		6	15	4	25
	外 科	6		6	11	5	22
	婦 產 科	3		3	8	6	17
	小 兒 科	3		3	9	1	13
	耳 鼻 喉 科	1		1	2	0	3
	眼 科	1		1	0	0	1
	牙 科	2		2	4	4	10
	皮 膚 科	1		1	3	1	5
	放 射 科	1		1	0	1	2
	麻 醉 科	1		1	1	1	3
病 理 科	1		1	0	0	1	

醫 護 人 員 分 配 概 況

類 別	人 數	人 / 床 比 例
主 治 醫 師	31	1:9.68
住 院 醫 師	65	1:4.62
護 理 人 員	151	1:1.99
藥 劑 師	23	中醫師(含技師): 12 西藥師: 11
檢 驗 師	13	
營 養 師	2	
其他醫技人員	23	(含放射、心電圖、超音波、腦電波、病理等)

實施中醫醫療制度化

- (一) 建立中醫分科制度。
- (二) 頒訂中醫各科住院醫師訓練制度。
- (三) 中西醫會診制度之建立。
- (四) 提供醫學院中醫系、中藥系實(見)習場地、病例。
- (五) 舉行中西醫聯合病例研討會。
- (六) 利用西醫醫療儀器，研究中醫之療效。

中醫之研究發展

- (一) 中藥對B型活動性肝炎之研究(衛生署資助)。
- (二) 中醫部開設原發性高血壓特別門診。
- (三) 三黃瀉心湯(中藥)對高血壓療效探討。
- (四) 茵陳蒿湯與單味黃連對新生兒生理性黃疸之研究(與西醫部合作)。
- (五) 針灸對近視療效之探討。
- (六) 人體背部膀胱經穴直刺安全深度之研究。

門 診 人 次

年 份	門 診 人 數			累 計 人 次	每 日 平 均 人 次
	中 醫	西 醫	合 計		
69 年	4962	21154	26116	26116	209
70 年	25653	109363	135016	161132	450
71 年	30984	132091	163075	324207	544
72 年	52818	135819	188637	512844	629
備 註	本院於69年7月28日開診。				

急 診 人 數

年 份	急 診 人 數			累 計 人 數	每 日 平 均 人 數
	中 醫	西 醫	合 計		
69年	0	1707	1707	1707	12.02
70年	0	6512	6512	8219	17.84
71年	2	7792	7794	16013	21.35
72年	4	8810	8814	24827	24.15
備 註	本院急診診療作業自69年8月12日開始。				

平 均 住 院 天 數

年 份	區 分	住 院 人 天 數	出 院 人 數	平 均 住 院 天 數
69 年	中 醫	68	4	17
	西 醫	4615	692	7
70 年	中 醫	436	29	15
	西 醫	48856	4999	10
71 年	中 醫	653	47	14
	西 醫	73150	8273	9
72 年	中 醫	747	57	13
	西 醫	83643	9892	9

平 均 每 日 住 院 人 數

年 份	住 院 人 天 數			平 均 每 日 住 院 人 數
	中 醫	西 醫	合 計	
69 年	68	4615	4683	31
70 年	436	48856	49292	135
71 年	653	73150	73803	203
72 年	747	83643	84390	231
備 註	本院於 69 年 7 月 28 日開診。			

會 診 人 數

年 份	會 診 人 數			累 計 人 數
	中 醫 會 西 醫	西 醫 會 中 醫	合 計	
69 年	20	139	159	159
70 年	165	989	1154	1313
71 年	325	1627	1952	3265
72 年	535	2140	2675	5940
備 註	以上人數為中西醫相互會診，西醫各科會診未計入。			

手 術 人 次

年 份	手 術 人 次	累 計 人 次
69 年	86	86
70 年	669	755
71 年	1073	1828
72 年	1714	3542

新 生 兒 人 數

年 份	接 生 人 數	累 計 人 數
69 年	63	63
70 年	707	770
71 年	1380	2150
72 年	2802	4952

放 射 科 檢 查 人 數

年 份	檢 查 人 數			累 計 人 數
	中 醫	西 醫	合 計	
69 年	0	1204	1204	1204
70 年	0	6848	6848	8052
71 年	2	15436	15436	23488
72 年	9	21305	21314	44802

檢 驗 科 檢 驗 人 數

年 份	檢 驗 人 數			累 計 人 數
	甲 醫	西 醫	合 計	
69 年	19	2732	2751	2751
70 年	1837	39284	41121	43872
71 年	2994	43426	46420	90292
72 年	5425	52727	58152	148444

洗 腎 人 次

年 份	洗 腎 人 次	累 計 人 次
70 年	191	191
71 年	781	972
72 年	1614	2586
備 註	本院自 70 年 3 月成立血液透析室，開始洗腎醫療作業。	

心 電 圖 檢 查 人 數

年 份	檢 查 人 數	累 計 人 數
69 年	512	512
70 年	2305	2817
71 年	3722	6539
72 年	4723	11262

胃 鏡 檢 查 人 數

年 份	檢 查 人 數	累 計 人 數
69 年	14	14
70 年	320	334
71 年	710	1044
72 年	932	1976

腦 電 波 檢 查 人 數

年 份	檢 查 人 數	累 計 人 數
71 年	392	392
72 年	656	1048
備 註	本院自 71 年 4 月 20 日起成立腦電波檢查室。	

中醫脈診儀診斷人數

年 月	診 斷 人 數	累 計 人 數
72年11月	15	15
72年12月	25	40
73年1月	32	72
73年2月	17	89
備 註	本院自72年11月14日開始使用中醫脈診儀。	

瞻 望

本院由於發展快速，目前病房、手術室、門診部、重症加護病房等均不敷使用，計劃在本院前門左側興建第二醫療大樓，連同地下層共十一層，建坪約五、〇〇〇坪，已由張德霖建築師設計完成即將發包開工，預算款為貳億捌佰零捌萬陸仟壹佰貳拾元。分別項目如下：

(一) 房屋建造：壹億伍佰零玖萬肆仟元。

(二) 給水蒸汽醫療氣體：貳仟壹佰零壹萬捌仟捌佰元。

(三) 電氣設備：貳仟陸佰貳拾柒萬叁仟伍佰元。

(四) 空調設備：叁仟壹佰伍拾貳萬捌仟貳佰元。

(五) 固定木器：捌佰肆拾萬柒仟伍佰貳拾元。

(六) 電梯消防廚房通訊：壹仟伍佰柒拾陸萬肆仟壹佰元。

以上共需貳億零捌佰餘萬元，連同將添購之醫療儀器耗資約三億元，預計三月底開工，落成後將有五百張床位可容納較多的醫學生見實習，且可提供中部地區病患之醫療服務，對社會福利工作做更多之貢獻。

中國醫藥學院附設醫院經費概況

(甲)說明：

本院於66年7月1日開工，因工程較大，不同於一般建築，醫學院無預備金興建附設醫院，除請政府補助外，均由董事長致函社會各界人士暨校友予以捐助，不足之數係向銀行申貸，於69年10月31日完工，同年11月16日正式作業，爰將經費概況，報告於下：

(乙)收入：

- (1) 行政院衛生署補助玖仟萬元（係分66.69.70.三個年度各補助叁仟萬元）。
 - (2) 中美基金會補助貳仟萬元（67.年度）。
 - (3) 台灣省政府補助伍佰萬元。
 - (4) 董事長致函社會各界人士及校友捐助伍仟貳佰捌拾萬柒仟捌佰肆拾肆元。
 - (5) 台灣土地銀行貸款肆仟萬元。
 - (6) 醫學院墊付貳仟貳佰肆拾叁萬捌仟零貳拾伍元。
- 以上共計收入貳億叁仟零貳拾肆萬伍仟捌佰陸拾玖元。

(丙)支出：

- (1) 醫院工程費（包括土木、水電、空調、廚具、固定傢俱等）壹億伍仟肆佰陸拾壹萬貳仟伍佰壹拾玖元。
 - (2) 醫院開業購置醫療儀器及各種醫療用品柒仟伍佰陸拾叁萬叁仟叁佰伍拾元。
- 以上共支用貳億叁仟零貳拾肆萬伍仟捌佰陸拾玖元
- 本院自69年11月開業以來，績效顯著發展快速，財務結構良好，奉財政部台財稅字第 38815 號函可列入扣除額，已如簡報所述，現有醫療大樓，限於空間不足容納，急需另建第二醫療大樓，目前已完成設計，預訂三月底即可發包開工，除建築費貳億捌佰餘萬元外，連同新購醫療儀器及醫院用品，需款約叁億元。一俟完成，除對社會作更多之服務外，對本學院實（見）習學生將可容納，不必再轉往其他醫院，俾收教學相長之效。

趣味小品

杏 林 文 虎

王 惠 中

前言：文虎一稱燈謎，古已有之，多為文人雅士於茶餘酒

後，作為消閒活動，趣味盎然。東漢時，有所謂「黃

絹、幼婦、外甥、蕘白」之語，影射為「絕妙好辭」

者，即屬于燈謎之類。曹雪芹紅樓夢中，記有榮國府

上元燈節，於大觀園舉辦燈謎欣賞，閤家歡樂，連平

日端方正直，不苟言笑之賈政，也都樂此不疲，引得

賈老太君笑逐顏開，合不攏嘴，可見燈謎之引人入勝

。燈謎之製作，要能文詞典雅，語義清新，始為上品

。同時復有甚多格局，如白頭、玉帶、粉底、梨花、

徐妃、曹娥、蝦鬚、燕尾等格。筆者粗俗不文，附庸

風雅，特就我中醫藥文獻資料，選擇一二，製成三十

餘題，名之曰：「杏林文虎」，以博醫林賢達之一粲

一、中醫先賢及文獻兼各資料類：

(1) 大樹將軍妙計多

射中醫典籍書名一

○○○○

(2) 江淹夢魂中

杏林增光彩

射中醫典籍書名一

○○○○

(3) 禮樂射御書數

醫林唯我是尊

射中醫典籍書名一

○○○○

(4) 一灣流水畫胭脂(捲簾)

射中醫先賢人名一

○○○

(5) 教我誨我者，移山之公。

射清代名醫人名一

○○○

(6) 桂花飄蕊滿山陂

射清代名醫人名一

○○○

(7) 肝胆病文獻

射中醫典籍書名一

○○○

(8) 孔孟文章孝順多

射中醫典籍書名一

○○○○○

(9) 八十老公頑似鐵

兩鬢霜雪尚烹茶

射傷寒藥方劑名一

○○○○

(10) 經期準確

射中藥名一

○○○

(11) 一言不合

大打出手

射中藥名一

○○○

(12) 妊娠足月

射中藥名二

○○○○○○

(13) 大吃大喝後患無窮

射中醫病證名詞五

○○○○○

○○○○○

(14) 望聞問切，佐使君臣，

神而明之，存乎其人！

射中醫典籍書名一

○○○○

(15) 年年三月暢風和，

冬夏之間乾旱多，

溽暑炎威常滯下，

冰天雪地損如何？

射中醫病證名四

○○○○○○○○○○

二、中藥藥名類：

(1) 東坡兩遊赤壁

射中藥名二

○○○○

(2) 春秋年年餘

射中藥名二

○○○○

(3) 劉阿斗

射中藥名一

○○○

(4) 馭者，駕駛員也。

射中藥名二

○○○○○○○○

(5) 妻妾歸寧

射中藥名二（玉帶格）

○○○○○○○○

(6) 牧童

射中藥名二（夾日）

○○○○○○○○

(7) 老驥伏櫪在千里

射中藥名一

○○○

(8) 千山萬水任遨遊

射中藥名一

○○○

(5) 涇渭之別

射經穴名二

○○○○

三、針灸經穴類：

(6) 服觀四面耳接八方

射經穴名二

○○○○

(1) 新竹

射經穴名一

○○○

(7) 天父之宮

射經穴名三

○○○○○○

(2) 御前行走

射經穴名二

○○○○

(8) 三疊歌聲早晚聽

射經穴名三

○○○○○○

(3) 穴口

射經穴名一

○○○

(4) 腎右之宮永不衰

射經穴名二

○○○○

杏林文虎謎底

王惠中

一、中醫先賢及文獻兼各資料類：

(1) 大樹將軍妙計多

(馮氏錦集)

(2) 江淹夢魂中

杏林增光彩

(筆花醫鏡)

(3) 禮樂射御書數

天下唯我是尊

(六科準繩)

(4) 一灣流水畫胭脂 (捲簾格)

(朱丹溪)

(5) 教我誨我者移山之公

(余師愚)

(6) 桂花飄蕊滿山陂

(葉香巖)

(7) 肝胆病文獻

(甲乙經)

(8) 孔孟文章孝順多

(儒門事親錄)

(9) 八十老公頑似鐵

兩鬢霜雪尚烹茶

(白頭翁湯)

(10) 經期準確

(月月紅)

(11) 一言不合大打出手

(急性子)

(12) 姪娠足月

(大腹皮 大腹子)

(13) 大吃大喝後患無窮

(傷食 溢飲 積滯)

嘔吐 泄瀉)

(14) 望聞問切 佐使君臣

神而明之 存乎其人

(醫學心悟)

(15) 年年三月暢風和

冬夏之間乾旱多

溽暑炎威常滯下

冰天雪地損如何

(春溫 秋燥

熱痢 傷寒)

二、中藥藥名類：

(1) 東坡兩遊赤壁

(蘇子 熟地)

(2) 春秋年年餘

(王孫 當歸)

(3) 劉阿斗

(使君子)

(4) 馭者駕駛員也

(馬錢子 車前子)

(5) 妻妾歸寧(玉帶格)

(大茴香 小茴香)

(6) 牧童(夾日)

(牛蒡子 牽牛子)

(7) 老驥伏櫪在千里

(遠志)

(8) 千山萬水任遨遊

(路路通)

三、針灸經穴類：

(1) 新竹

(風市)

(2) 御前行走

(內庭 天應)

(3) 穴口

(合谷)

(4) 腎右之宮永不衰

(命門 長強)

(5) 涇渭之明

(水道 水分)

(6) 眼觀四面耳接八方

(睛明 聽會)

(7) 天父之宮

(神門 神庭 神闕)

(8) 三疊歌聲早晚聽

(陽關 日月 耳門)

本署中醫藥委員會第五十次委員會暨研究委員會聯席會議紀錄

時間：中華民國七十三年二月二十七日上午十時三十分。

地點：本署第一會議室

出席人員：林庚申 邵錦文 陳太義 陳金清富 李政育

吳元劍 蕭秋領 莊辰雄 謝明村 董伯生

張次郎 周智夫 陳筱春 林昆倫 張蔚龍

李益芳 陳欽銘 劉明偉 張三郎 詹輝次

幸超群 彭有枝 吳明達

列席人員：葉朝邦 覃砥柱

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：

（一）中醫師

中藥 典定稿有關事項，請討論案。

中藥 中醫師

決議：中藥 典定本二月底截稿，審查工作應於三月

開始，五月底完畢并定稿。

（二）有關台灣省各縣市中藥商業公會聯名陳請政府儘速舉

辦「確具中藥基本知識及鑑別能力人員」考試，請討

論案。

決議：請藥政處儘速另行定期邀請法務部、考選部暨

各有關單位研商解決辦法。

（三）宏隆製藥股份有限公司對「宏隆」保肺寧散，請准予

維持原核准適應症及標籤仿單登記申覆案，請討論案

。

決議：移請本署藥政處卓辦。

（四）有關本署醫政處會知本會之「中醫師特種考試規則第

五、八條文修正草案」及「特種考試中醫師考試錄取

人員學習辦法草案」，請討論案。

決議：茲事體大，請各位委員於會後儘速將修正意見

送回本會，以便彙集後送還醫政處。

四、散會：（下午一點）。

本署中醫藥委員會第五十一次委員暨研究委員聯席會議紀錄

時間：中華民國七十三年四月三十日上午九時三十分

地點：本署第一會議室

出席人員：

委員：陳金清富 陳太義 幸超群 郇錦文 陳筱春

曹成章 周智夫 陳欽銘

研究委員：蕭秋頌 沈譚 張蔚龍 李益芳 吳元劍

吳明達 張三郎 劉明偉 莊辰雄 李政育

董伯生。

列席：席：覃砥柱 嚴蘭清 傅悅娟 高雁華 張蔚炎

主席：張主任委員齊賢 紀錄：劉重民

一、主席報告：

各位委員、研究委員：今天我們編輯中醫師典、中藥典，可以說是一項非常浩大的工作，也是自前清

吳謙編醫宗金鑑至民國肇始，近三百年來，醫學上一項劃時代的創新，我國醫學受西方醫學的衝激，其發展與變遷很大，所以我們不但要整理歷代各醫家學理並總其成，也要吸收新的學術精髓，揉合其中。但是要保持我國固有傳統醫學的精神是最重要的。今天借重各位的專長在此審查中醫師典傷科的稿件，希望諸位能多提供寶貴意見。

二、工作報告：（略）

三、討論事項：

中醫師典傷科編輯綱要經初步修正（如附件），擬將稿件再送請李政育委員依照編輯綱要重新整理後送還中醫藥委員會另期再行審理是否有當請公決案。

四、決議：照辦。

五、散會。

中醫師典傷科編輯綱要

傷科發展史

概論：

肌肉筋骨臟腑氣血與損傷之關係

筋骨肌腱之功能

第一章 損傷分類辨症

一、外傷

二、內傷

三、診斷

四、檢查（包括X光）

五、諸竅出血

六、瘀血凝注疼痛

七、嘔黑血

八、發熱

九、胸腹悶痛脹痛

十、眩暈

十一、煩躁

十二、喘咳

十三、昏憤

十四、嘔吐

十五、乾渴

十六、便秘

第二章 傷科常用手法

一、傷骨手法

二、傷筋腱療法

三、關節脫位療法

四、解剖生理

五、手法使用原則

第三章 骨折

一、骨折治則

(一)骨折原因

(二)分類

(三)臨床症狀

(四)常見併發症

(五)癒合過程

(六)現場急救處理

(七)治療手術

摸、接、端、提、按摩、推拿、外敷、內服

(八) 護理

(九) 預後概況

二、頭部

三、頸部

四、肩部

五、肱肘部

六、腕與指部

七、腰背部

八、胃肋部

九、臀部

十、股部

十一、腿膝部

十二、踝與足部

第四章 筋腱傷治則

一、筋腱傷治則

(一) 筋腱傷原因

(二) 分類

(三) 臨床症狀

(四) 筋腱傷治療手銜

揉、捏

(五) 內外展活動檢查

(六) 外敷、內服

(七) 護理

二、頭部傷

三、頸部傷

四、肩部傷

五、肱肘部傷

六、腕與指部傷

七、腰背部傷

八、胸肋部傷

九、臀部傷

十、股部傷

十一、腿膝部傷

十二、踝與足部傷

第五章 傷科常用藥

一、外治藥

二、內服藥

三、傷科方劑

附錄

本署中醫藥委員會第五十二次委員暨研究委員聯席會議紀錄

時間：中華民國七十三年六月十六日上午九時三十分

地點：本署第一會議室

出席人員：

委員：陳欽銘 顏焜熒 陳筱春 鄧錦文 陳金清富

張次郎 辛超群

研究委員：詹輝次 林昆倫 董伯生 張蔚龍 吳元劍

彭有枝 李政育 沈譚 李益芳 莊辰雄

列席：醫政處 徐致亮

張蔚炎

執行秘書：章砥柱

主席：張主任委員齊賢

紀錄：劉重民

一、主席報告：

七十三年會計年度即將結束，我們尚有許多事情需要檢討與協商。回顧上一年度由於中醫師典及中藥典有少經費來不及開支以致繳庫之教訓，今年我們在作業上應特別小心。中醫師典及中藥典將在本年內完成定稿，但在審查過程中發現有部分來稿不合乎要求，必須重新整理，如此一來又加重了本會工作上之負擔，今天在討論事項中仍有部分中醫師典和中藥典之稿件請各位審查。謝謝各位。

二、工作報告：（略）

三、討論事項：

（一）七十三年度推行發展中醫藥工作事項請檢討案。

決議：通過。

（二）中醫師典及中藥典部分稿件請審查案。

決議：通過。

四、臨時動議：

（一）本署於民國七十一年十一月召開「中華民國第一屆國際針灸研討會」迄今將屆兩年，依當時之決定，每三年召開一次，則應於七十四年繼續召開第二屆國際針

灸研討會，是否之處，請討論案。

決議：為發展中醫中藥針灸，應繼續舉辦中華民國第

二屆國際針灸研討會，會期暫定民國七十四年

十一月十七日至十九日，並請中醫藥委員會於

七十五會計年度寬列預算，儘早進行籌備。

（二）為使中醫師及中藥調劑人員之服裝能統一，並具代表

性，宜訂定統一型式，請討論案。

決議：暫緩，先行徵詢中醫、藥公會意見後再行考慮。

五、散會。

二四一

本署中醫藥委員會第五十三次委員暨研究委員聯席會議紀錄

時間：中華民國七十三年八月十八日下午一時。

地點：本署第一會議室。

出席人員：

委員：邵錦文 陳春發 陳金清富 張次郎 林庚申

陳筱春 陳欽銘 周智夫 何東燦 汪叔游

鍾傑 謝明村 顏焜熒

研究委員：李政育 吳明達 李益芳 莊辰雄 吳元劍

張三郎 劉明偉 董伯生 林昆倫

列席：覃砥柱

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：

案由：建議修正本署組織法，成立中醫藥處，提請討論

案。

說明：

(一)目前中醫中藥之行政管理，依據本署組織法規定，係由醫政、藥政兩處分別辦理，對於中醫中藥業務之發展、管理、指導、監督以及訓練教育等工作之推動，事權不能集中，難以週全。

(二)本署雖設有中醫藥委員會，終非本署行政單位，囿于法定權責亦僅止於學術性之探討、研究而已，對中醫藥行政無法負責。

(三)鑑於以上缺失，為使中醫藥行政之管理及研究發展合成一體，建議修正本署組織法，成立中醫藥處。

決議：通過。

四、臨時動議：

(一) 報載「行政院俞院長關切尿毒症病人洗腎之困難問題」，由於此類慢性疾病，現代醫藥目前並無完全治癒之良好對策，而中醫藥在此範疇具有相當療效，本署應進行此方面研究探討之工作，提請討論案。

決議：通過。

(二) 中華民國中醫師全國聯合會來函建議請准中醫師刊登廣告之科別內容以本署編輯之中醫師典大綱為準，提請討論案。

決議：通過。

五、散會。

本署中醫藥委員會第五十四次委員暨研究委員聯席會議紀錄

時間：中華民國七十三年十月三十日下午二時。

地點：本署第一會議室

出席人員：

委員：陳金清富 汪叔游 陳春發 鍾傑 幸超群

周智夫 陳筱春 林庚申 鄧錦文 張次郎

研究委員：董伯生 吳明達 林昆倫 吳元劍 詹輝次

劉明偉 莊辰雄 彭有枝 張三郎 張蔚龍

列席：醫政處 徐致亮代 中醫藥委員會 覃砥柱

主席：張主任委員齊賢 記錄：劉重民

一、主席報告：(略)

二、工作報告：(略)

三、討論事項：

(一)案由：為中醫師公會全國聯合會建議政府將中、西醫

藥政分開管理以利中、西醫藥之研究發展案。

說明：中、西醫藥各有所長，管理辦法亦有不同，故

不應混合管理。

辦法：中、西醫藥應請政府主管部門分別管理，以免

混淆，庶可促進中醫藥之發展。

林委員庚申報告：依據行政院衛生署組織法之規定，

中醫藥委員會並無行政權，而中醫藥行政權歸

併於醫政、藥政兩處，由於缺乏中醫藥專業人

才，對中醫藥之認識不足，以致造成中醫藥發

展工作室礙難行，兄弟曾多次在立法院提出質

詢，但答覆均是「已進步很多」，但實際並非

如此。在七十二年度立法院預算審查會中本人

提出中醫藥委員會改制方案，由行政院交由衛

生署辦理，至今仍毫無結果。此次又再度於七

十四年會期質詢之中提出強烈質詢。欲達到發

展中醫藥之目標，恢復舊日中醫藥委員會之行政體制，是在所必行的。

部委員錦文報告：本案自從在六年前提出一直延續到今天，中醫藥委員會在去年曾蒙署長許可呈報行政院增加編制，擴展業務，據說人事行政局認為涉及組織法規定，應在署裡編制人員下調配，又再交由署裡重新研議，其發展程度如何就不知道了。今天我們在此都希望本案能儘早誕生。

覃執行秘書砥柱報告：中醫藥委員會自成立時只有一個人一張辦公桌至今有正式員額七人，發展中醫藥之預算經費高達一千多萬元，但是我們並不以此為滿足，而是向著健全中醫藥行政體系，以發展中醫藥現代化，中西醫藥一元化之目標前進。因為政府做事是必須配合預算及施政計畫一步步地達成預定之目標與成果，希望各位委員能像主任委員一樣地全力為中醫藥發展業務而犧牲奉獻，並與民間團體聯合為一體共同努力。

決議：照案通過。簽請署長核定後再行報院准予修改

編制。

(一)案由：為中醫師公會全國聯合會建議藥師修習適當學分者，仍須經國家考試及格後，方得執行管理、製造中藥案。

說明：1. 現行規定修習中藥學分僅十六學分，且可由在校修習學分抵充，所謂適當，其實甚不當。

2. 建議必須經國家考試取得執照方得管理、製造中藥。

3. 同時應注意按藥師法規定：只能管理中藥製造。

張主任委員齊賢報告：關於藥師修習十六學分即可管理製造中藥乙案，事先藥政處並未會知本會，而是在會同教育部公布實施辦法後才知道，當時我曾向署長報告過，此案將會有很大的問題，因為依據實際上藥師在校修習過的七個生藥學分可以抵充，真正補修的學分僅有九個，自然對於中藥之藥性、功能、炮製等認識不足，掌理醫藥之事乃與人民生命福祉攸關，因此在本會之立場不太同意如此做，今天中醫藥師公

會全國聯合會提出此案是非常對的。

辛委員超群報告：今天全聯會提出了本案非常重要，

是負起了該會應負的責任。五年前我為了反對

「藥師經修習十六學分即可管理製造中藥」乙

案，得罪了不少人，實際上許多方面都在維護

藥師，不少藥師在補修了學分後仍然無法分辨

許多中藥，何況談到管理製造和販賣？此無異

是閉門造車，因此一定要經過考試才能測知其

程度。

部委員錦文報告：辛委員所說的是我們的心聲。應該

舉辦考試才是公平的途徑。

陳金委員清富報告：本人於十月十五日出席了署裡召

開之藥管法修正會議，有一最大感想是我國之

法令應有適合自己國情之特性，不應該儘將日

本法令之模式拿到國內來用。

林委員庚申報告：考試是國家遴選人才之最公平大典

，應該建議藥師在修習十六學分後參加考試及

格後始可管理及製造中藥。

決議：照案通過，建議署長納入本署修正藥管法草案

內。

(三)案由：為中醫師公會全國聯合會建議市面藥房所販賣

之各科成藥（西藥）一般民眾均可購買服用，

醫師在治療上如需使用一般成藥是否適用案。

說明：如案由。

張主任委員齊賢報告：一般藥品依照目前藥政上可分

為成藥、醫師指示使用藥物，及醫師處方使用

藥物等三種，而今天我們站在研究發展中醫中

藥之立場，不應該提倡使用西藥之成藥。

林委員庚申報告：本提案是爭一個原則問題，因為成

藥為一般人均可隨便使用，但是中醫師却不

如一般人，不可以使用一般人可使用之成藥。

辛委員超群報告：本人百分之一百贊成此案，目前雖

然中西有別，但實際上中西是不可分家的。今

天要爭取的是中醫師之基本人權。

彭委員有枝報告：本人深感此案由中華民國之中醫師

所提出而感到遺憾，我們不是要使用西藥成藥

，而是原則上之認定，同時西藥與中藥並不能

劃分一定之界限，我們應該隨時代進步給予中

醫藥足夠力量去現代化。

決議：中醫師在治療上如需使用一般成藥時應不受限

制。

(四)案由：為中醫師公會全國聯合會擬設立「中華民國中醫藥醫療糾紛鑑定委員會」擬具該會組織簡則草案乙種，報請本署鑒核，提請討論案。

說明：見附件一。

林委員庚申報告：本案是因為中國醫藥學院附設醫院一位中醫師因醫療糾紛，由西醫所組成之醫療糾紛鑑定委員會所鑑定結果被法院判處徒刑，而認為中醫界應該有屬於自己的醫療糾紛鑑定委員會處理自己的業務。

決議：建議署長准予比照醫師醫療糾紛鑑定委員會辦理。

(五)案由：為台北市中醫師公會建議「籌設台北市立中醫醫院」擬具計畫乙種，提請討論案。

說明：見附件二。

張主任委員齊賢報告：在去年我曾經與台北市衛生局協調過，請台北市比照高雄市立中醫院成立中醫院。台北市衛生局謂：市立和平醫院將蓋一大樓成立一中醫科，而仁愛醫院與中興醫院亦可成立中醫科，此為發展中醫藥之首步。

決議：籌設台北市立中醫醫院乙案由本委員會協調辦理。

四、臨時動議：

案由：本署為發展中醫中藥進行稀有中藥材栽培試驗計畫，在南部墾丁藥園種植了不少中藥材，為能使各位委員能實地了解業務狀況，擬將第十五次委員會移至墾丁台灣省林業試驗所墾丁分所召開，以便參觀墾丁藥園並順道參觀天一及港香蘭等中藥廠實施 GMP 之成效，提請討論案。

說明：一、擬請本署提供交通車輛，其他餐飲及住宿費用由各參加委員自行負擔。

二、附 行程 表

日期	上午	午餐	下午	晚餐	備註
廿二月廿四日	8:00 出發	台南	參觀港香蘭、天一藥廠	屏東或墾丁	夜宿墾丁
廿二月廿五日	參觀墾丁藥園	高雄	參觀員林縣立醫院、北返	員林	

決議：照案通過，簽請署長准予提供交通車輛。

五、散會。

本署中醫藥委員會第五十五次委員暨研究委員聯席會議紀錄

時間：中華民國七十三年十二月二十三日 上午八時

地點：台灣省林業試驗所恒春分所（墾丁接待中心）

出席人員：

委員：顏焜榮 陳欽銘 汪叔游 周智夫 謝明村

林庚申 陳金清富

研究委員：吳元劍 董伯生 林昆倫 張蔚龍

李益芳 劉明偉

驗方審查委員：甘偉松 張三郎 郭令賜

台灣省林業試驗所：李新鐸 代

台灣省林業試驗所恒春分所：李新鐸

本署醫政處：徐致亮

會計室：劉大超

中醫藥委員會：覃砥柱 傅悅娟

主席：張主任委員齊賢

一、主席報告：

紀錄：劉重民

各位委員：今天是七十三年最後一次會議，我們除了檢討這一年來的工作外，更要策畫擬定明年的工作目標。在此我們感謝省林業試驗所恒春分所為我們安排了稀有中藥材栽培試驗的成果報告，及參觀熱帶藥園種植中藥材的情況。現在請李主任開始為我們簡報。

二、報告事項：

- (一) 李主任新鐸報告：（如附件一）
- (二) 甘教授偉松報告：（如附件二）

三、業務報告：
覃執行秘書砥柱報告：（如附件三）

四、討論提案：

案由：為培育中醫人才，以配合將來發展中醫藥衛生行政體系及成立中醫醫院所需人力擬建議由本署編列預算，每年培育中醫公費生五名至十名，提請討論案。（提案人：本會）

決議：照案通過。

五、臨時動議：

(一) 案由：建議由本署組織市售中藥材真偽鑑定委員會，以保障病患權益，請討論案。
(動議人：謝明村)

決議：留供本會研參。

(二) 案由：建議本署應與國科會、中國醫藥學院及各學術單位定期合作辦理「中醫藥學術研究會」，提請討論案。
(動議人：謝明村)

決議：留供本會研參。

六、散會。

藥用植物之 栽培及試驗

林業試驗所恒春分所

中華民國七十三年十二月

一、前言：

恒春地區屬熱帶性氣候，冬無霜害，對熱帶藥材之培育，條件優越，區內原有藥用植物五、六百種，因資料不全，未受重視，應需調查此自然資源，提供中醫藥學上之參考。

恒春熱帶植物園規劃之初即設「藥用植物區」，面積約一公頃，區內栽有檀香，土肉桂，欖仁樹，魚藤，刺桐，大風子，衛氏大風子，使君子，古柯，阿仙藥，麵包樹，胡椒，白金雞納，酸果樹，蘇鐵，樟樹，油桐，烏柏，

香水樹，蘭嶼肉豆蔻等，便於集中管理，生長定時觀察採種，供應全省需求。

目前園內尚有許多熱帶林藥材，諸如：紅花八角，南五味子，恒春哥納香，菲律賓肉豆蔻，千金藤，安石榴，石栗，台灣山漆莖，金午時花，皂莢，胡桐，爪哇高卡，扛香藤，金剛纂，綠珊瑚，決明，柯子，羅望子，腰果，山漆，苦楝，烏面馬，火焰木，圓葉茯苓，家山藥等等，種類包括自生種或為引進種，皆以木本為主，藤本次之。

民國六十二年政府積極推展國藥研究，首由衛生署專款補助而有「中藥栽培試驗與採收之研究」計劃，中國醫藥學院在林試所、農試所、台大農場各地試培，本分所恒春熱帶植物園，闢設藥用植物專用苗圃，擴大栽培品種，增加草本藥用植物。

二、栽培目的：

增設「藥用植物苗圃」之目的，乃在於搜集恒春地區及本省各地之稀有野生藥材。長久以來，由於人們肆意濫採，數目銳減，其中較具代表性者，如金線蓮，一點癩，一條根，錫蘭七指蕨，倒地拱等瀕臨絕跡，均注意收集，同時加強國內稀有種源（如雷公藤、大甲草）與國外熱帶區域，如南洋、非洲、夏威夷等地，交換種子培育試驗觀察適應性，生長情形，收穫量等以供推廣價值之參考；經常與國外藥學專家或植物園保持連繫，交換資料，增進科技情報，供為選育高經濟性之藥材，藉以嘉惠民生，富國強民為宗旨。

三、栽培現況：

一般說來生長情形頗為良好，其中以少數寒帶、溫帶

之牡丹，台灣黃蘗無法生存外，杜仲生長緩慢，柴胡，甜菊化分速，開花多而呈早衰現象。但恒春地區的熱帶植物生長常受雨季、旱季、風季之影響，收穫量差異顯著，若要加以探討，需另行設計研究，始能推廣本省各地參考。

「中藥栽培試驗與採收」之研究計劃，在極有限的經費及本分所的同仁不辭辛勞，翻山越嶺採集、引種、繁殖、培育下，迄今已有十一年歷史，茲將主要種類，學名，花果期，產地生長情形，收穫量及繁殖法，列敘於次。

四、藥用植物栽培名錄

1. 鷄母珠 (*Abrus Precatoris* L.) 花期：八~十一月。果期：五~六月。原產：華南、台灣、琉球。根葉代甘草，可泡茶；種子含毒蛋白，治子宮癌。繁殖法：種子播種。
2. 土牛膝 (*Achyranthes obtusifolia* Lam.) 花期：四~七月。果期：七~八月。原產：台灣、琉球。莖葉治肝、腎及治毒蛇傷。繁殖法：分根或播種均可。
3. 紫莖牛膝 (*Achyranthes rubrofascia* Wight) 花期：四~七月。果期：七~八月。原產：雲南、台灣。根健胃，全草治感冒、高血壓，禁治瘧疾。繁殖法：分根或播種均可。

4. 白珊瑚 (*Adhatoda vasiga* Ness) 花期：十~二月。
原產：印度。葉治哮喘，葉治痢疾。繁殖法：扦插法。
5. 龍舌蘭 (*Agave americana* L.) 花期：三~五月，
原產：南美。根利尿，治梅毒。繁殖法：分蘗法或播種法。
6. 樹蘭 (*Aqlaia adorata* Lour.) 花期：四~五月。
原產：廣東。葉為強壯劑，根解熱治咳。繁殖法：以高壓法繁殖。
7. 龍茅草 (*Agrimonia pilose* Ledeb) 花期：三~五月，
果期：五~六月。原產：中國、台灣、韓國、日本。
。胃潰瘍、出血、子宮出血、強心作用。繁殖法：播種法。
8. 石栗 (*Aleurites moluccana* (L.) Willd) 花期
：三~次年一月。果期七~八月。原產：馬來。種仁可
製菜、榨油，為優良緩瀉劑。繁殖法：以種子繁殖。
9. 軟枝黃蟬 (*Allamanda cathartica* L.) 花期：四~
十二月。原產：南美。葉及乳汁為瀉劑。繁殖法：扦插
為之。
10. 黃蟬 (*Allamanda nerifolia* R.Br.) 花期：二
~十二月。果期：七~八月。原產：南美。全樹有毒，

- 能墮胎。繁殖法：種子或扦插法均可。
11. 月桃 (*Alpinia speciosa* K.Sch) 花期：五~七月。
果期：十~十一月。原產：台灣。種子製仁丹。繁殖法
：分根或種子繁殖。
12. 蜀葵 (*Althaea rosea* Cav.) 花期：五~七月。果
期八~九月。原產：四川。根利尿，花治白帶。繁殖法
：種子繁殖。
13. 都咸子 (腰果) (*Anacardium occidentale* L.)
花期：三~六月。果期：二月。原產：熱帶美洲。皮、
葉止渴潤肺，去煩除痰，果治尿道炎。繁殖法：高壓或
種子繁殖。
14. 日本當歸 (*Angelica acutiloba* (S. et z.) Kitag)
原產：日本。強壯劑，含維生素B₁₂繁殖法：種子繁殖。
15. 港口馬兜鈴 (*Aristolochia kankoensis* Hayata)
花期：十~十一月。果期：十二~一月。原產：港口、
香蕉灣。蛇傷藥，葉為黃棠鳳蝶飼料。繁殖法：扦插或
種子。
16. 台灣馬兜鈴 (*Aristolochia mollia* Dum.) 花期
：七~九月。果期：十~十二月。原產：台灣。止痛、
腹痛、蛇傷。繁殖法：分根法。

- 17. 麵包樹 (*Artocarpus communis* Forst.) 花期：二
 月。果期：六月。原產：南洋。葉治脾腫。繁殖法
 ：種子繁殖。
- 18. 馬利筋 (*Asclepias curassavica* L.) 花期：四
 月。果期：十月。原產：中國、台灣。全草為
 興奮劑、祛痰劑。繁殖法：種子繁殖。
- 19. 蜘蛛抱蛋 (*Aspidistra elatior* Bl.) 花期：七
 月。果期：九月。原產：華南、日本。根莖強心
 ，利尿，祛痰。繁殖法：分根法。
- 20. 荖盤腳樹 (*Barringtonia asiatica* (L.) Kurz.) 花
 期：五月。果期：二月或十一月。原產：台
 灣。果可以毒魚。繁殖法：種子繁殖，扦插次之。
- 21. 水茄苳 (*Barringtonia racemosa* Bl.) 花期：七
 月。果期：九月。原產：台灣。果止咳，治哮
 喘。繁殖法：種子繁殖。
- 22. 洛葵 (*Basella rubra* L.) 花期：全年。原產：華南
 、台灣、日本。解熱、利尿、通便。繁殖法：扦插為之。
- 23. 射干 (*Belamcanda chinensis* DC.) 花期：四
 月。果期：七月。原產：中國、台灣、日本。根治
 扁桃腺炎、祛痰。繁殖法：分根或種子均可。
- 24. 重陽木 (*Bischofia javanica* Blume.) 花期：十
 月。果期：二月。原產：中國、南海及台灣
 。葉治肺炎，根治胃病，皮治哮喘。繁殖法：種子繁殖。
- 25. 白蒲姜 (*Buddleia asiatica* Lour.) 花期：三
 月。果期：六月。原產：華南、台灣。治膚養、風
 疹。繁殖法：種子繁殖。
- 26. 柴胡 (*Bupleurum falcatum* L.) 花期：四
 月。果期：七月。原產：華北、福建、台灣、日本。治
 黃疸、瘧疾、解熱。繁殖法：播種法。
- 27. 旱蓮 (*Campytheca acuminata* Dcne.) 花期：四
 月。果期：八月。原產：江西、湖北、四川、
 江蘇。治血癌。繁殖法：扦插或種子。
- 28. 香水樹 (*Canarium odoratum* Baill.) 花期：九
 月。果期：十二月。原產：華南、南洋。樹皮
 及根治痢疾，花治瘧疾，花含香水油。繁殖法：種子繁
 殖為主，扦插不易成活。
- 29. 香椒 (*Capsicum annuum* L.) 花期：全年。果期：
 全年。原產：南美、台灣。治痺麻質斯，神經痛。繁殖
 法：種子繁殖。
- 30. 朝天番椒 (*Capsicum annuum* L. var. *fascicula* -

tum Irish.) 花期：全年。果期：全年。原產：中國、台灣。治瘋狗咬傷，洗脚氣。繁殖法：播種法。

31. 番瓜 (*Carica papaya* L.) 花期：全年。果期：全年。原產：熱帶美洲。治心痛、哮喘。繁殖法：種子繁殖。

32. 長春花 (*Catharanthus roseus* (L.) G. Don) 花期：全年。果期：全年。原產：西印度。治白血病、子宮癌、痢疾。繁殖法：種子或扦插均可。

33. 望江南 (*Cassia occidentalis* L.) 花期：八~十月。果期：十一月~一月。原產：西印度。治腹痛、下痢、便秘、頭痛。繁殖法：種子繁殖。

34. 決明 (*Cassia tora* L.) 花期：七~九月，果期：九~十二月。原產：中國。強壯利尿，明目醒腦。繁殖法：種子繁殖。

35. 菲律賓朴樹 (*Celtis philippensis* Blanco.) 花期：四~五月。果期：九~十月。原產：華南、馬來、菲島。治霍亂、疝痛。

36. 白皮金雞納 (*Cinchona calisaya* Wedd.) 花期：七~八月。果期：五月(翌年)。原產：印度。皮含奎寧，為瘧疾聖藥。繁殖法：種子或分根法。

37. 過山香 (*Clausena tunulata* Hay.) 花期：四~八

月。果期：八~九月。原產：台灣。治蛇傷、腹痛。繁殖法：種子繁殖。

38. 化石草 (*Clerodendrum calamitosum* L.) 花期：六~八月。果期：九~十一月。原產：爪哇。治膀胱結石、胆結石、腎結石。繁殖法：扦插或分根法。

39. 白龍船花 (*Clerodendrum paniculatum* L. var. *albiflora* Heieh.) 花期：四~六月。果期：七~九月。原產：台灣。月經不調、赤白帶、腎虧、下消、淋病，葉敷腫毒。繁殖法：種子繁殖。

40. 海州常山 (*Clerodendrum trichotomum* Thunb.) 花期：五~七月。果期：八~九月。原產：中國、台灣。治高血壓、解熱、利尿。繁殖法：種子繁殖。

41. 咖啡 (*Coffea arabica* L.) 花期：三~五月。果期：十月。原產：非洲。種子健胃，興奮劑。繁殖法：種子播種。

42. 朱蕉 (*Cordyline terminalis* Kunth var. *baptistii* Rohd.) 花期：五~六或十~十一月。果期：八月。原產：台灣，治咳嗽。繁殖法：以扦插為主，種子次之。

43. 破布子 (*Cordia dichotoma* Forst.) 花期：九~

十一月。果期：五～七月。原產：華南、台灣、印度、

菲島。子宮炎、子宮脫出、癌症。繁殖法：種子繁殖。

44. 台灣魚木 (*Cratava adansonii* DC. ssp. *formosensis* Jacobs.) 花期：四月。果期：九月。原產：廣東、雲南、台灣、琉球、日本。葉治感冒、痢疾，根

莖治脾胃、驅風除濕，止瀉。繁殖法：種子播種。

45. 允水蕉 (*Crinum asiaticum* L. var. *sinicum* Back.) 花期：五～七月。果期：八～十月。原產：台灣。葉治頭痛。繁殖法：分根法或播種法。

46. 義朮 (*Curcuma zedoaria* (Bevq.) Rose.) 花期：七～八月。原產：華中、華南。芳香健胃、驅風藥。繁殖法：分根法。

47. 薑黃 (*Curcuma longa* L.) 花期：七～八月。果期：九～十月。原產：華中、華南、台灣。根為芳香興奮劑、染色劑。繁殖法：分根或播種均可。

48. 曼陀羅 (*Datura metel* L.) 花期：九～十一月。果期：十二～二月，原產：中國、台灣。有劇毒，癡狂症，解農藥毒。繁殖法：播種法。

49. 大花曼陀羅 (*Datura suaveolens* Humb et Bonpl.) 花期：七～八月。原產：墨西哥。治哮喘。繁殖法：扦插

法。

50. 魚藤 (*Derris elliptica* (Roxb) Benth.) 花期：三～四月。果期：六～八月。原產：華南、台灣。殺蟲劑(農藥)。繁殖法：扦插法。

51. 田薯 (*Dioscorea alata* L.) 原產：台灣。滋養強壯劑。繁殖法：扞幹體分殖法或零餘子、種子法。

52. 山藥薯 (*Dioscorea benthamii* Prain et Burki) 原產：台灣。強壯劑。繁殖法：同上法。

53. 黃藥 (*Dioscorea bulbifera* L.) 花期：四～五月。果期：八～九月。原產：中國、台灣。強壯劑。繁殖法：零餘子或種子法。

54. 白藥 (*Dioscorea bulbifera* L. f. *domestica* Makinoet Yamamoto) 原產：華南、台灣。塊根解熱、止血、消炎、止瀉。繁殖法：種子或扞幹體分殖法。

55. 恒春薯蕷 (*Dioscorea doryophora* Hance.) 花期：四～五月。果期：八～九月。原產：台灣。強壯劑。繁殖法：種子、零餘子或扞幹體分殖法均可。

56. 白薯蕷 (*Dioscorea hispida* Dennst.) 原產：華東、華南、台灣。根有毒，治疔疔、柳毒。

57. 薯蕷草 (河蓬豆草) (*Drymaria cordata* Willd.)

花期：三～四月。果期：八～九月。原產：南海、台灣、日本、琉球。毒蛇傷：治血瘰。繁殖法：扦插或播種均可。

58. 檀梧 (*Elaeagnus oldhami* Max.) 花期：三～四月。

果期：四～五月。原產：華東、華南。治風濕神經痛、跌打、肺癰。繁殖法：播種法。

59. 古柯 (*Erythroxylum coca* Lam.) 花期：三～七月。

果期：四～八月。原產：南美。局部麻醉劑。繁殖法：播種法。

60. 刺桐 (*Erythrina variegata* L. var. *orientalis* Merr.) 花期：二～四月。果期：翌年四～六月。原產

：台灣。海桐皮，止痛生肌，散血涼皮膚，皮治霍亂、赤血痢、疥癬、牙痛。繁殖法：扦插或播種均可。

61. 杜仲 (*Eucommia ulmoides* Oliv.) 原產：四川、貴

州。補氣益精，治腰、背痛、高血壓。繁殖法：播種法或扦插法。

62. 大甲草 (*Euphorbia formosana* Hay.) 花期：四～

六月。果期：八～十月。原產：台灣大甲溪。治蛇傷、疥癬。繁殖法：扦插法。

63. 猩猩草 (*Euphorbia tirucalli* L.) 花期：全年。果

期：八～十一月。原產：廣東、台灣、香港。治胃痛、疝痛。繁殖法：扦插法。

64. 土沈香 (水賊仔) (*Excoecaria agaliocha* L.) 花

期：三～四月。果期：六～七月。原產：廣東、香港、台灣。根為壯陽劑，全草有毒。繁殖法：播種法。

65. 梧桐 (*Firmiana simplex* Wight.) 花期：六月。果

期：九～十月。原產：中國大陸、台灣。樹皮祛風去濕，洗腸痔、脫肛，花治癩痢頭、火傷。繁殖法：播種法。

66. 毛瓜馥木 (*Fissistigma oldhami* (Hemsl) Merr.)

原產：華南、台灣。治小兒百病、筋骨萎縮。繁殖法：播種法。

67. 金錢薄荷 (*Glechoma hederacea* L. var. *grandis* (

A. Bray Kudo) 花期：三～五月。果期：五～六月。原產：台灣、日本。全草為解熱利尿劑，治膀胱結石。繁殖法：分根或扦插法。

68. 台灣哥納香 (*Goniothalamus amuyon* Merr.) 花期

：五～七月。果期：九～十二月。原產：台灣恒春半島、菲律賓。種子治膨脹病，外擦風濕病。繁殖法：播種法。

69. 白花蛇舌草 (*Hedyotis diffusa* Willd.) 花期：五

六月。果期：六、七月。原產：華南、台灣、韓、日、琉球。繁殖法：播種法。

70 洛神葵 (*Hibiscus sabdariffa* L.) 花期：十、十一月。果期：一、二月。原產：印度。根為強壯劑，花為清涼飲料，降血壓、利尿。繁殖法：播種或扦插法。

71 山芙蓉 (*Hibiscus taiwanensis* Hu) 花期：五、六月。果期：十一、十二月。原產：台灣。解毒、清肺、涼血、解熱。繁殖法：播種法。

72 台灣百合 (*Lilium formosanum* Wall.) 花期：六月、七月。果期：八、九月。原產：台灣。鱗莖治肺炎、咳嗽、氣管炎。繁殖法：鱗莖分殖或種子播種法。

73 蕺 (魚腥草) (*Houttuynia cordata* Thunb.) 花期：四、六月。果期：六、七月。原產：中國、台灣、日本。治淋病、尿道炎、梅毒、狹心症、胃炎、中耳炎。繁殖法：分根法。

74 玉蝶梅 (*Hoya carnosia* R.Br.) 花期：四、五月。果期：五、六月。原產：台灣、華南。尿道炎，補氣血。繁殖法：扦插或播種均可。

75 大風子 (*Hydnocarpus anthelmintica* Pierre) 花期：十月。果期：四、五月。原產：印度支那及泰國。

果治風癱、楊梅、疥癩、楊梅及皮膚病。繁殖法：播種法。

76 紅花八角 (*Illicium arborecens* Hay.) 花期：四、五月。果期：九、十一月。原產：台灣。果為健胃劑。繁殖法：播種法。

77 鳳仙花 (*Impatiens balsamina* L.) 花期：五、六月。果期：八、十月。原產：東北、山東、浙江、福建、廣東。花治胸痛；莖治跌打；種子有通經、催生、祛痰。繁殖法：播種法。

78 甘薯 (*Ipomoea batatas* Lam. var. *edulis* Makino) 花期：六、九月。果期：九、十月。原產：中國。塊根健胃，強腎陰。繁殖法：分根或扦插均可。

79 馬鞍藤 (*Ipomoea pes-caprae* Roth.) 花期：六、九月。果期：九、十月。原產：南海、台灣、日本。驅風、利尿、治神經痛、淋病。繁殖法：扦插法或播種法。

80 白馬鞍藤 (*Ipomoea stolonifera* Poir.) 花期：七、九月。果期：九、十月。原產：華南、台灣。治赤白帶、神經痛、夢洩。繁殖法：扦插法、播種法。

81 仙丹花 (貴子木) (*Ixora chinensis* Lam.) 花期：全年。原產：福建、廣東。枝葉治跌打損傷、安胎。繁

殖法：扦插為主。

82 茉莉 (*Jasminum sambac* Ait.) 花期：五～十二月

83 麻風樹 (*Jatropha curcas* L.) 花期：四～十二月。

果期：七～八月。原產：台灣、南海。種子為吐劑、瀉劑、治皮膚病。繁殖法：扦插或播種法。

84 南五味 (*Kadsura japonica* Dun.) 花期：七～八月。

果期：二～三月。原產：廣東、台灣、日本。根及藤止渴，治蛇傷。繁殖法：播種法。

85 紫薇 (*Lagerstroemia indica* L.) 花期：六～八月

果期：十月。原產：四川、廣東。花治小兒爛頭、胎毒。繁殖法：扦插或播種法。

86 大花紫薇 (*Lagerstroemia speciosa* Pers.) 花期：五～六月。果期：十二～一月。原產：印度。葉治糖尿

尿病殊效，皮治止瀉。繁殖法：扦插或播種法。

87 馬纓丹 (*Lantana camara* L.) 花期：四～九月。果

期：十～十一月。原產：華南、台灣。根治漏精，葉治風濕病。繁殖法：播種或扦插法。

88 益母草 (*Leonurus heterophyllus* Sweet.) 花期：六～七月。果期：七～八月。原產：中國。全草治月經

不調、利尿、活血調經。繁殖法：播種法。

89 白花益母草 (*Leonurus sibiricus* L. var. *albitiora* Mig.) 花期：六～七月。果期：七～八月。原產：中國、台灣。全草治月經不調、利尿、活血調經。繁殖法：播種法。

90 參門冬 (*Liriope spicata* Lour.) 花期：五～七月

原產：華南。消炎、滋養、強壯劑、祛痰。繁殖法：分根法。

91 半邊蓮 (*Lobelia chinensis* Lour.) 花期：六～八

月。原產：華南、台灣、琉球、日本。治蛇傷、痢疾、吸血蟲。繁殖法：播種法。

92 枸杞 (*Lycium chinense* Miller.) 花期：十～十一

月。果期：十二～一月。原產：中、日、韓、琉球、台灣。果實為強壯劑，治糖尿。繁殖法：扦插法為主。

93 忽地笑 (*Lycoris aurea* Herb.) 花期：十～十一月。

原產：中國、台灣、日本。鱗莖治小兒麻痺。繁殖法：播種法或根莖法。

94 血桐 (*Macaranga tanarius* (L.) Muell.-Arg.)

花期：十～一月或四～五月。果期：三～四月。原產：華南、台灣。皮治痢疾，根解熱、催吐。繁殖法：播種法。

- 95 狹葉十大功勞 (*Mahonia fortunei* Fedde.) 花期：八~十一月。原產：湖北、四川。抗金黃葡萄球菌。繁殖法：扦插法。
- 96 粗椴菜 (*Mallotus philippensis* (Lam.) Muell. - Arg.) 花期：三~五月。果期：六~七月。原產：四川、湖北、雲南、福建、廣東、台灣。果為優良蛔蟲驅除藥。繁殖法：播種法。
- 97 扛香藤 (*Mallotus repandus* (Willd) Muell. - Arg.) 花期：五~六月。果期：七~八月。原產：華南、台灣。驅蛔蟲，治肺病，祛風解熱；民間與金針葉同煮，湯治肝炎。繁殖法：播種或扦插法。
- 98 仙草 (*Mesona chinensis* Benth.) 花期：四~六月。原產：中國、台灣。全草治高血壓、淋病、腎臟病。繁殖法：分根或扦插均可。
- 99 紫茉莉 (*Mirabilis jalapa* L.) 花期：全年。果期：七~九月。塊根治胃潰瘍、胃出血。繁殖法：扦插或播種均可。
- 100 桑 (*Morus alba* L.) 花期：四~九月。果期：九~十二月。原產：中國、台灣。利尿、咳嗽，治風寒濕痺。繁殖法：扦插法為主。
- 101 竹節蓼 (*Muehlenbeckia platyclada* Meish.) 花期：七~十月。原產：所羅門島。莖葉敷腫毒、蛇傷。繁殖法：扦插法。
- 102 月橘 (*Murraya paniculata* Jack.) 花期：四~八月。果期：十二~一月。原產：華南、台灣、日本。葉治腸癰、月經不調、蛇毒。繁殖法：播種法。
- 103 夾竹桃 (*Nerium indicum* Mill.) 花期：全年。原產：印度。葉為強心劑，有猛毒，治哮喘，又墮胎、通經。繁殖法扦插法。
- 104 羅勒 (九層塔) (*Ocimum basilicum* L.) 花期：四~八月。果期：九~十月。原產：中國。全草為婦女良藥，治胃痙攣、腎臟病、跌打，種子為眼科藥及避孕藥。繁殖法：扦插或播種均可。
- 105 黏鬚草 (*Orthosiphon spiralis* (Lour.) Merr.) 花期：全年。原產：爪哇、南海。全草鮮用為利尿劑，治腎臟炎、腎結石、胆結石、肝炎、高血壓。繁殖法：扦插或繁殖均可。
- 106 台灣黃蘗 (*Phellodendron wilsonii* Hay. et Kaneh.) 原產：台灣。健胃、腸炎、消炎。繁殖法：播種法。

107 石楠 (*Photinia serrulata* Lindl.) 花期：四、五月。果期：十一、十二月。原產：華南、台灣。葉為強壯劑、利尿、解熱。繁殖法：播種法。

108 川上氏風藤 (*Piper kawakami* Hayata) 花期：六月。果期：九月。原產：台灣。葉治腹痛。繁殖法：扦插法。

109 胡椒 (*Piper nigrum* L.) 花期：四、五月。果期：六、七月。健胃，驅風。繁殖法：高壓或播種，或扦插均可。

110 風藤 (*Piper kadsura* Ohwi.) 花期：六月。果期：九月。原產：我國兩廣、台灣。治風濕麻痺，根治毒蛇傷。繁殖法：扦插法。

111 錢貫草 (*Plantago formosana* Tateishi et Masam.) 花期：三、六月。果期：七、八月。原產：華南、台灣。全草解熱，利尿。繁殖法：播種法。

112 桔梗 (*Platycodon grandiflorum* (Jacq.) A. DC.) 花期：果期：全中國、韓、日。祛痰藥，咽喉炎。繁殖法：播種法。

113 烏面馬 (*Plumbago zeylanica* L.) 花期：四、十一月。果期：七、十二月。原產：廣東、台灣。根能行血通經、墮胎、梅毒。繁殖法：播種法。

114 鷓鴣花 (*Plumiera rubra* L.) 花期：四、六月。果期：七月。原產：印度。治濕熱下痢、痔瘡。繁殖法：扦插或播種法。

115 辣蓼 (*Polygonum blumei* Meisn.) 花期：全年。原產：中國、台灣、日本。莖葉為解毒劑，蛔蟲藥。繁殖法：播種法。

116 虎杖 (本川七) (*Polygonum cuspidatum* S. et Z.) 花期：六、七月。果期：八、九月。原產：四川、江西、江蘇、台灣、日本。根能活血、利尿、通經。繁殖法：分根或播種法均可。

117 多花何首烏 (*Polygonum multiflorum* Thunb.) 花期：六、九月。果期：十、十二月。原產：華南、台灣。鮮品切片曬乾，治神經衰弱，補肝腎，益精血，烏鬚髮之效。繁殖法：扦插或播種法。

118 扛板歸 (*Polygonum perforiatum* L.) 花期：四月。果期：七、八月。原產：中國、台灣、日本。治白血病、河白病(面子腫白)，止痢，降血壓，蛇傷。繁殖法：播種或扦插法。

119 馬齒莧 (*Portulaca oleracea* L.) 花期：全年。果期：七、八月。原產：中國、台灣、日本。治痔瘡，梅

毒、或淋濁、毒蛇傷。繁殖法：扦插法。

120 松葉牡丹 (*Portulaca grandiflora* Hook.) 花期：全年。原產：廣東。全草敷各種腫毒。繁殖法：扦插法

121 安石榴 (*Punica granatum* L.) 花期：七月至十月。果期：十月至十一月。原產：中國。皮為條蟲驅除劑，果皮為腸收斂劑，下痢及痔出血。繁殖法：扦插法。

122 蘿芙木 (*Rauwolfia verticillata* (Lour.) Baillon.) 花期：五月至六月。果期：七月至九月。原產：華東、華南、台灣。清涼解毒、下消、高血壓。繁殖法：播種法。

種法。

123 蚌蘭 (*Rhoeo discolor* Hance.) 花期：五月至六月。原產：墨西哥。治打傷吐血、肺炎、咳嗽。繁殖法：分

藥法。

124 蓖麻 (*Ricinus communis* L.) 花期：五月至七月。果期：七月至九月。原產：熱帶。根、幹治盲腸炎，行血，

止痛；種子含毒蛋白，治腹水癌。繁殖法：播種法。

125 檀香 (*Santalum album* L.) 花期：一月至三月或七月至十一月。果期：四月至五月。原產：印度。治腹痛、淋

病。繁殖法：播種為之。但幼苗需與寄主共生，如木麻黃、月桃、過山香、埔姜。

126 烏柏 (*Sapium sebiferum* Roxb.) 花期：五月。果期：九月至十月。原產：中國、台灣。根治血蟲病，葉治

毒蛇傷。繁殖法：播種法。

127 草海桐 (*Scaevola frutescens* (Mill.) Krause.) 花期：五月至六月。果期：八月至九月。原產：華南、台灣

、日本。葉治腳氣病。繁殖法：扦插或播種法。

128 黃水茄 (*Solanum incanum* L.) 花期：九月至十一月。果期：十月至十一月。原產：台灣。治肝炎。繁殖法：播種法。

129 嶺南槐樹 (*Sophora tonentosa* L.) 花期：四月至五月。果期：翌年五月。原產：華北。治高血壓，止血痢

。繁殖法：播種法。

130 火焰木 (*Spathodea campanulata* Beauv.) 花期：七月至八月。果期：四月至五月 (翌年)。原產：非洲。花

治潰瘍。繁殖法：扦插法。

131 千金藤 (*Stephania japonica* (Thunb.) Miers.) 花期：七月至八月。果期：十二月至一月。原產：中國、台

灣、日本。治毒蛇咬傷、跌打、風濕。繁殖法：播種法

132 裂葉蘋婆 (*Sterculia foetida* L.) 花期：三月至四月。果期：五月至九月。原產：亞洲。根治黃疸病，果殼治淋病。

繁殖法：播種法。

133 蘭嶼山馬茶 (*Tabernaemontana subglobosa* Merr.)

花期：四~六月。果期：十~十二月。原產：蘭嶼、菲律賓。抗瘧，治高血壓。繁殖法：播種法。

134 墾丁山馬茶 (*Tabernaemontana pandacacqui* Poir.)

花期：四~八月。果期：九~十一月。原產：恒春、菲律賓。治高血壓。繁殖法：播種法。

135 訶子 (*Terminalia chebula* Retz.) 花期：四~六

月。果期：十一~一月。原產：廣東。治胃瘧、腸出血、子宮炎。繁殖法：播種法。

136 番杏 (*Teragonia tetragonoides* O. Kuntze.) 原

產：中國、台灣、韓國、日本。全草治胃瘧、食道瘧。繁殖法：扦插或播種法。

137 黃花夾竹桃 (*Thevetia peruviana* Merr.) 花期：

三~九月。果期：十月~十一月。原產：南美。根為催吐劑及瀉劑。繁殖法：播種法。

138 大花鄧柏花 (*Thunbergia chinensis* Merr.) 花期

：四~九月。果期：九~十月。原產：華南。葉治胃疾。繁殖法：扦插法。

139 樟葉鄧柏花 (*Thunbergia laurifolia* Lindl.) 花

期：十二~三月。果期：四~五月。原產：印度。葉汁治月經過多，耳內治聾。繁殖法：扦插法。

140 飛龍掌血 (*Toddalia asiatica* (L.) Lank.) 花

期：三~四月。果期：七月~八月。原產：華南、台灣、日本。根及莖治感冒、咳嗽、蛇傷。繁殖法：播種法。

141 山黃麻 (*Trena orientalis* Bl.) 花期：四~六月

。果期：七~八月。原產：華南、台灣。根治腹痛、血尿。繁殖法：播種法。

142 台灣油點草 (*Tricyrtis formosana* Baker.) 花

期：二~八月。果期：九~十月。原產：台灣。治喉痛、扁桃腺炎。繁殖法：播種法。

143 黃花虱母 (*Triumfetta bartramia* L.) 花期：七

~九月。果期：九~十二月。原產：台灣。解毒清血，降血壓，治蛇傷、疔毒、遺精。繁殖法：播種法。

144 虱母子 (*Urena lobata* L.) 花期：七~十月。果期

：八~十一月。原產：台灣。根治慢性盲腸炎、牙痛。繁殖法：播種法。

145 蔓荊 (*Vitex rotundifolia* L.f.) 花期：七~八

月。果期：八~十一月。原產：華南、台灣。果為解熱強壯及清涼劑。繁殖法：扦插或播種均可。

- 146 南嶺蕘花 (*Wikstroemia indica* C.A. Mey.) 花期：八、十月。果期：一、二月。原產：廣東、台灣。治跌打、梅毒、關節炎、蛇傷。繁殖法：播種法。
- 147 秦椒 (*Zanthoxylum planispinum* S. et Z.) 花期：八、九月。果期：九、十月。原產：中國、台灣、韓國、日本。枝為健胃，果療喉痺、蛇傷。繁殖法：播種法。
- 148 玉簾 (*Zephranthes candida* Herb.) 花期：果期：原產：墨西哥。鱗莖敷蛇傷。繁殖法：鱗莖分根法。
- 149 非蘭 (*Zephranthes carinata* Herb.) 花期：果期：原產：墨西哥。鱗莖敷乳癰。繁殖法：鱗莖分根法。
- 150 大葉樹蘭 (*Aglaia elliptigolia* Merr.) 花期：八、九月。果期：十二、一月。原產：台灣、恆春及蘭嶼。抗癌植物。繁殖法：播種法。
- 151 四葉蘿芙木 (*Rauwolfia teraphylla* L.) 原產：南美洲。催吐、催瀉、利尿和消腫。繁殖法：播種法。
- 152 蘭嶼千金藤 (*Stephania merrillii* Diels) 原產：台東、蘭嶼。治肺結核。繁殖法：播種法。
- 153 衛氏大風子 (*Hydnocarpus heterophyllus* Bl.) 花期：三、四月。原產：緬甸。種子治麻瘋病。繁殖法：播種法。

五、參考文獻

1. 甘偉松 一九八一 藥用植物學(六版)
2. 甘偉松 一九七八 台灣藥用植物誌一~三卷
3. 何豐吉 一九六八~七二 恒春墾丁公園植物之開花結果時期以及花、果色彩之調查
4. 何豐吉 一九七七~八一 台灣熱帶植物彩色圖鑑(一)~(三)
5. 邱年永 一九七三 藥用植物栽培法
6. 許鴻源 一九七二 台灣地區出產中藥藥材圖鑑
7. 許鴻源等 一九七五 中藥成份之化學
8. 許鴻源 一九六八 中藥成份最近的研究
9. 許鴻源 一九七一 藥用植物形態學
10. 許鴻源 一九六九 藥用植物分類學
11. 張光雄 一九八三 原色台灣藥用植物圖鑑(一)
12. 賴榮祥 一九七六 原色生藥學
13. 別達米夫 一九三四 原色藥用植物圖鑑
14. 森田直賢 一九七九 藥用植物
15. 矢數道明 一九七〇 漢方處方解說(中譯本)
16. Quisumbing, E. 1978 Medicinal plants of Philippines
17. Hooper, D. 1969 On Chinese medicine 1~157
18. Bretschneider, E. 1881~1895 Botanicon Sincicum Vol. 1~3
19. Dejeu M.A. 1979 Health plants of the World
20. Perry et al 1980 Medicinal plants of East & Southeast Asia
21. Ayensu, E.S. 1978 Medicinal plants of West Africa
22. Spoerke, D.F. 1980 Herbal Medications

七十三年度中藥栽培成果簡報

一、時 間：七十三年十二月二十三日上午九時卅分

二、地 點：屏東縣墾丁公園台灣省林業試驗所恒春分所會議室

三、主 持 人：中國醫藥學院甘偉松教授

四、計劃名稱：中藥栽培試驗與採收計劃（稀有藥用植物栽培）

(一)緣起：中國醫藥學院董事長陳資政立夫為復興中華文化，宏揚我國傳統醫學，對於中國醫藥之研究發展，大力倡導，承行政院衛生署許署長子秋每年撥專款陸拾伍萬元，由甘偉松教授主持中藥栽培與採收研究計劃。為求本計劃之完美起見，乃邀請全國專家學人協力合作研究。本計劃在本省北部、中部及南部以及高山等五處分別進行試驗。今邀請台灣省農業試驗所劉新裕博士、省林業試驗所生物系主任徐國士、育林系主任胡大維、研究員甘偉航、陳德順、張乃航、黃河清諸先生；省林業試驗所恒春分所主任李新鐸、何豐吉、江秀雄及邱文良三先生；台灣大學園藝系主任兼霧社農場場長康有德教授、蔡牧起先生；大雪山示範林區管理處陳啓源課長、梁震鑑主任主持，從事下列四個計劃之研究，并邀請本院教授王惟主任、葉豐次及謝文全二副教授攝影，陳忠川、張賢哲二副教授、邱年永技正、張永勳、林景彬二講師、廖江川及江雙美二助教、李世滄主任及工讀生李小玲、謝仰志二同學等協助推行。

〔內容〕：中藥栽培試驗與採收之計劃可分四小計劃。

1. 藥園栽培計劃：

在中國醫藥學院（由甘偉松教授主持）、台北植物園（由徐國士主任主持）及墾丁公園（由李新鐸主任主持）各設置藥園一處，分別栽培藥用植物約六百種。擬刊行下列各報告：①中國醫藥學院藥園；②台北藥園；③墾丁熱帶藥園。

2. 藥用植物引種栽培計劃：

本年由林業試驗所胡大維主任主持，向英、美、法、匈牙利、日本、韓及印尼等國引進茵桂、五加、丁香、厚朴、蛇根木、肉豆蔻、杜仲、菊山藥、康復力、南美藤、三七、絞股藍及槐樹種子六十餘種，作引種栽培試驗。其中杜仲之種子計有三十五處次。已刊行報告有：①柴胡栽培法；②杜仲之胚培養；③杜仲育苗法；④台灣黃蘗類種子發芽之研究⑤菊山藥之栽培試驗；⑥杜仲扦插繁殖試驗；⑦杜仲組織栽培。

3. 藥用植物栽培試驗計劃：

①台灣省林業試驗所胡大維主任主持：①杜仲適地栽培試驗；②杜仲扦插繁殖；③杜仲組織培養；④杜仲種子生產之研究；⑤土肉桂之選種及繁殖試驗；⑥愛玉之選種及繁殖；⑦台灣黃蘗種子之生產研究⑧金線蓮之無菌播種及栽培試驗⑨八角蓮之繁殖及栽培試驗；⑩菊山藥栽培試驗；⑪南美藤、三七栽培試驗；⑫絞股藍栽培試驗。

②台灣省林業試驗所恒春分所李新鐸主任主持，在墾丁公園栽培檀香、古柯、大風子、咖啡、杜仲、肉桂、山藥、丁香、柴胡、香水樹、南美藤、三七、絞股藍以及其他稀有藥用植物及山藥標本園之建立。

③台灣省農業試驗所劉裕博士主持，在台中霧峰栽培柴胡、甜菊、澤瀉、山藥、麥冬、當歸、半夏等。①六年生與七年生甜菊產量比較試驗；②土壤pH值對柴胡產量及品質之影響。

④台灣大學附設山地農場由園藝系主任康有德教授主持，計栽培人參、草烏、日本黃連、木瓜、半夏、桔梗、白芷、八角蓮、蚤休、毛地黃、柴胡、虎杖、金線蓮。①人參施肥試驗；②藥用植物高山栽培試驗。

⑤台灣省林務局大雪山示範林區管理處由陳啓源課長、梁震鑑主任主持，計有白芷、柴胡、除蟲菊、毛地黃、半夏、地

榆、貝母、日本當歸及山艸菜等。

擬刊行：①人參引種在台灣；②甜菊之栽培；③杜仲種子發芽促進試驗；④愛玉選種之研究；⑤愛玉扦插繁殖試驗；⑥金線蓮之組織培養及無菌播種栽培試驗；⑦南美藤三七栽培試驗；⑧絞股藍栽培試驗。

4. 中藥採收及推廣：

(1) 刊行報告：

①藥用植物學增訂六版；②台灣熱帶植物彩色圖鑑(二)；③蘭嶼植物；④台灣產葛根，劉寄奴之生藥學研究；⑤屏東縣、苗栗縣藥用植物資源之調查研究；⑥原色台灣藥用植物圖鑑(一)；⑦大自然中的藥草；⑧北海岸的藥用植物；⑨釣魚台之藥用植物研究。

擬刊行：①合歡山藥用植物；②台灣海濱藥用植物；③中國醫藥學院藥園盆栽藥用植物。

(2) 育苗造林：

①柴胡：已在全省由低海拔一百公尺之台東市沙灘至高山二千公尺之大雪山與梅峰，均生長良好，採收品質良好極富經濟價值。現栽培約十五公頃；②甜菊：本省栽培面積約一五〇公頃，每公頃可採收三噸，一公斤約一百元；③淮山藥：現有育苗約二、〇〇〇株，分別栽植於本所，華林農場及輔導會花蓮、台東、嘉義農場；④台灣黃蘗：造林於太平山工作站(海拔一、九〇〇公尺)，面積約一八·五公頃，每公頃造林六〇〇株。省林業試驗所造林二公頃于蓮華池與高雄六龜。輔導會清境、台東、花蓮農場栽植二五〇株；⑤杜仲；(i)造林于碧山、鄒梅農場、太平山、輔導會清境、台東及嘉義農場及太麻里等處約一、四〇〇株，生長良好；(ii)台南市國藥公會理事長郭令賜造林于台南香蕉山，生長良好；(iii)省林業試驗所現有苗木約四、〇〇〇株；⑥槐樹：育苗約有四、〇〇〇株，造林于碧園、鄒梅、華林農場，太平山、六龜，太麻里及輔導會清境，花蓮、台東農場等地約一、〇〇〇株；⑦土肉桂：現有苗木約三、〇〇〇株分別栽植於鄒梅，華林農場及輔導會花蓮、台東、嘉義農場約二、五〇〇株。

(3) 成果展示：

①七十三年八月在中國醫藥學院舉辦第五次藥用植物研習會六天，學員八十一人，由廿一所大專院校學生組成；②七十一年十一月十九日至廿一日在台北市圓山大飯店為中華民國第一屆國際針灸研討會舉辦藥用植物展覽；③七十一年十一月廿三日至十二月二日在台北市台灣省立博物館舉辦藥用植物、靈芝展覽，并舉行中國醫藥學術通俗演講十天，講題四十二個；④七十一年十二月廿七日至七十二年一月三日在台中縣清水鎮公所舉行藥用植物展覽，并刊行「台中縣清水鎮之藥用植物」說明書，收載台中縣清水鎮之藥用植物四百廿一種；⑤七十二年二月五日至八日在嘉義縣朴子鎮舉行藥用植物展覽，并舉辦中國醫藥學術通俗演講十六題，亦刊行「嘉義縣朴子鎮的藥用植物」說明書三千本，收載朴子鎮產藥用植物四百廿八種；⑥七十三年一月至二月在台北榮星花園舉辦藥用植物展覽；⑦七十三年九月五日在印尼舉行台灣抗癌植物彩圖展，并宣讀台灣產桑寄生之生藥學研究；⑧七十三年十一月四日在日本東京演講台灣抗癌植物與長壽藥草。

金線連之藥用植物學考察

甘偉松 程兆熊 張清標

請問芳名

種名 金線連一名，首見科學國藥雜誌，謝阿才、陳建鏞二氏（一九五八）所提出，認為該植物葉片之主脈及側脈如金線相連接而成，故名金線連，以取代恒春縣志（一八九三）之金線蓮。故筆者（一九六四）于「臺灣植物藥材誌」第二輯首先響應而用金線連為種名。

學名 早田文藏博士（一九一四）首先發現金線連之花呈乳黃色，且唇瓣的爪邊緣為細絲長而細，有別于產于華南之花葉開唇蘭（*Anoectochilus roxburghii* (Wall.) Lindley），認為係一新植物，而定名為 *A. formosanus* Hay. 惟應紹舜（一九七七）則認為台灣之金線連應為 *A. roxburghii*（花葉開唇蘭），乃同一種植物。

異名 早田文藏等認為 *A. roxburghii sensu Rolfe, non Lindley; A. Tetsuoi Ohwi ex Hatsumi et Amano*

科名 蘭科 *Orchidaceae*。

別名 台灣金線連、黃花金線連、金線連、黃花糯米蘭。

土名 金線連、樹草連、娃雞草、金錢仔草、戶破草、倚畦草。

藥材名 金線連、金線蓮，本山石松，*Anoectochili Herba*。

英名 *Taiwan anoechilus*。

日名 キバナシユスラン（黃花糯米蘭）。

仙鄉何處

產地 金線連自生于全省暖帶林，海拔五〇〇—一、八〇〇公尺，北自台北縣之北插天山，新竹縣竹東，苗栗縣南庄、大湖，台中縣武陵農場、青山、谷關、白冷，南投縣仁愛鄉蘆山、溪頭，嘉義縣吳鳳鄉、大埔鄉，高雄縣旗山、扇平、阿卑線，南至屏東縣霧台、來義、潮州萬金庄、南仁山，東至台東縣中央山脈出水坡、金山、大麻里、關山而至花蓮縣玉里、鳳林、太魯閣海拔二〇〇公尺處。

分佈 琉球西表山地。

生態 自生于全省山地林蔭、草叢之多年生草本，或栽培于庭園以供觀賞或藥材之用。

名貴草藥

藥材名 金線連、金線蓮、本山石松。

藥用部份 全草。

採收期 全年。

加工法 全草連根拔起，曬乾。各地生草藥店及民間多用鮮品。

年產量 一、〇〇〇公斤。

生產價格 每公斤一〇、〇〇〇

花容月貌

高達二〇公分，莖圓筒狀，常多分歧，肉質。葉互生，平滑，全緣，表面暗綠色，主脈五條，具細小之金黃色網狀側脈故名。背面粉紅色，卵形或圓卵形，先端銳形，基部圓形，長約五公分，寬約三公分。早春開白花，總狀花序，開花數朵，

花軸有毛，苞卵狀披針形，後萼片圓形，凸頭，唇瓣Y字形，中部兩側細裂，裂片線狀絲形，前部深裂為二，裂片線形，距呈囊狀三角形。

醫藥價值

一、(1) 佐佐木舜一(一九二四)稱：金線連，乃民間極貴重藥材之一，全草為滋養強壯劑，治肺病，遺精，遺漏，肝、脾諸臟疾病，及毒蛇咬傷，補血，解熱。

(2) 山田金治(一九三二)稱：山胞常治胸痛、腹痛、發燒。以金線連葉煎服。外用治腫瘍、創傷及毒蛇傷諸症。

(3) 治小兒喜哭。金線連、甘杏、川貝、西牛皮，煎冰糖服(陳錫濤：青草家庭自療法)。

二、作者(一九六四)調查：金線連為生草藥店極名貴之藥材，味甘性涼，有清涼退火，涼血固肺，祛傷解鬱，開中氣，滋養強壯之功。主治五臟六腑虛，面有熱，退心火、肝火，治肺病、吐血、咳嗽、胸痛、胰臟痛、喉痛、衄血、高血壓、小兒發育不良、腎虧諸症。用量四、四十公分。

(1) 金線連清涼，退火(謝萬居)。

(2) 清涼，退火，解鬱，開中氣，治吐血。金線連、一點癩各四十公分，煎冰糖服(李萬結)。

(3) 性似一點癩，退火，解熱，治乾咳、祛傷、解鬱、胸痛、喉痛。金線連四十公分，煎冰糖服(林明權中醫師)。

(4) 金線連主治涼血，固肺，解熱，止咳，退肝火，治肺癆、吐血、衄血(李文海中醫師)。

(5) 金線連為清涼強壯藥，對五臟六腑虛，面有熱者效，主治肺癆。

(6) 治胰臟炎疼痛。金線連、梔子、金鎖匙各四十公分，六月雪、淡竹葉球根各二十公分，水煎服(以上鄭木榮中醫師)。

(7) 金線連祛傷，解鬱，退心火。金線連十二公分，水煎服(許有義)。

(8) 涼血，治肺病。金線連二十公分，煎冰糖服(邱載福)。

(9) 潤肺，治肺病。金線連二十公分，燉赤肉服(王正雄)。

(10) 涼血，治高血壓。金線連二十公分，煎冰糖服(葉海波)。

(11) 水煎代茶飲（林深池）。

(12) 治吐血。金線連二十公分，燉赤肉服（何天送、陳炳耀）。

(13) 治衄血。金線連、一點癩、茅草根各四十公分，煎冰糖服（台中市張樹枝）。

(14) 祛傷，強壯，固腎，治小兒發育不良。金線連十二公分，水煎服（湯登盛）。

三、吳青昌（一九八四）于「中國本草」指出：金線蘭性平微寒，味甘微苦。

(1) 治胃火心火上衝，吐血衄血，內鬱中氣不足。取金線連、一吓草、一點癩、山梔仁各二十克，煎水服（青錫方）。

(2) 治肺病、肺炎、心熱，取金線蘭、白兔耳、一吓草各二十克，酒水各半燉瘦肉服食（黃丹方）。

(3) 療心火上炎，除內傷解鬱，取金線蘭二十克，金石斛八克，白茅根十二克共煎取液服（佳鴻）。

(4) 治熱咳乾咳、胸痛喉痛、祛傷解鬱。取金線蘭、青龍抱柱、半邊蓮、豌豆草各十六克，加冰糖煎水服（青鈞）。

四、嘉義市藥用植物研究會理事長蔡吉雄中醫師稱：金線連，消炎解毒，止血降壓，強心利尿。

(1) 急性肝炎。鮮金線連四十克，虎杖、小梔子各二十克，鮮金針頭一五〇克，水煎作茶飲。有黃疸者，加鐵馬鞭、白有骨消、車前草各四十克。

(2) 慢性肝炎。鮮金線連二十克，赤靈芝、印度羅勒、山芋麻各四十克，水煎服。

(3) 治青春痘。鮮金線連、蚶殼草、生地各二十克，台灣懸鈎根、鷄鵝刺根各四十克，本黃柏十克，甘草三克，水煎服。

(4) 大便出血。鮮金線連二十克，鮮紅田烏草八十克，加冰糖少許，煎水服。

(5) 治小便出血。鮮金線連、鮮鹽酸仔草（酢漿草）各四十克，用水煎好，凍露一宿早晨服。

(6) 治咳嗽有痰或痰中帶血。鮮金線連二十克，扁柏葉、紅竹葉、牛乳房根莖各四十克，加冰糖煎水服。

(7) 治心火不眠、高血壓或衄血。鮮金線連、扁柏葉、綠竹茹各四十克，黃梔子二十克，水煎服。

(8) 治心臟無力。鮮金線連、山參仔各二十克，水二碗，酒少許，赤肉燉服。

(9) 治高血壓。鮮金線連二十克，野山楂根莖八十克，水煎服。

- (10) 治糖尿病。鮮金線連二十克，蛙鷄刺頭（虎刺）四十克，水煎服或水燉豬胰臟（腰尺）服。
- (11) 治婦人產後兒枕痛（血母痛）。鮮金線連四十克，半酒水煎服，速效。

栽培方法

金線連經王博仁、胡大維、張清標、蔡東纂、邱求真與作者等多年之研究，其栽培方法現已研究成功。茲將蔡、邱二氏之栽培經驗方法如下：

1. 栽培場設施

- (1) 遮光：金線連生長所需光線為正常日光的 $\frac{1}{3}$ ，故宜於約二公尺高度處架設九十%遮光網，或六十~七十%遮光網兩層（一面設活動式）。

- (2) 栽培床：栽培床架可用木材，竹材或鐵，鋼架，架設七十公分高之栽培床，床面以透水之塑膠網鋪設，其結構須能承受塑膠籃和種植材料澆水後的重量。

- (3) 通風：栽培場四周宜通風良好，寒冬時宜以塑膠布圍住，以達保溫效果。

- (4) 水份：栽培場屋頂可用透明塑膠浪板或於遮光網上覆蓋透明塑膠布，防止雨水之沖淋。

2. 栽培材料：

栽培材料之調配係以五份之二號蛇木屑和一份之輕蛭石，調和均勻。

3. 栽培方法及步驟：

- (1) 馴化：幼苗移植前加強馴化，將瓶苗置於栽培場中三天，使其適應栽培場之光線和溫度。（切勿打開瓶蓋）。
- (2) 浸苗：打開瓶蓋，將清水灌入瓶中，以超過幼苗高度或至瓶口為宜，停置二十分鐘。
- (3) 材料裝盛：將調和均勻的栽培材料盛裝於十公分深的塑膠籃中裝滿壓平，並充分潤濕之。
- (4) 植苗：以鑷子輕輕夾出瓶苗置於水盆中，將幼苗取出，植於完全潤澤的栽培材料床中，種植深度須達莖頂的次一節，如

苗株過長，可斜斜植之，務使第二節以下之每一節皆可埋於栽培材料中，便利其生根和吸收養份及水份。

(5) 植後處理：種植後以清水噴洒於植床上，及植株上，增加濕度，往後每天澆水，若太乾可酌加水量，早晚並各噴霧一次

4. 病蟲害防治：

- (1) 疫病：疫病可藉洒水傳播，感病時將整籃移去，並噴洒「地特菌」二、〇〇〇倍藥液。
- (2) 細菌軟腐病：此病亦可由噴洒水時傳播，感病時除整籃移去外，可噴「美谷丹」一、〇〇〇倍。
- (3) 蛭蟪：蛭蟪喜食金線連，於栽培場地面上放置聚乙醛可防治之。
- (4) 鳥害：金線連又有「鳥參」之稱，栽培場可以鳥網圍之，預防鳥類噬食。
- (5) 施肥：每兩個月可施用 N. P. K. 二十一—二十一—二十肥料一—三次，或有機液肥一、〇〇〇倍乙次。

類似植物

台灣產金線連計有兩種，另一種為恒春金線連 (*A. koshunensis* Hayata)，其唇瓣兩側各具一三角形附屬物，以與金線連之唇瓣爪部 (中段) 絲裂狀而相區別。

此外，尚有斑葉蘭屬 (*Goodyera* R. Br.) 植物十九種，如鳥嘴蓮 (*G. morrisonensis*)、銀線連 (*G. matsum-urana*)、小小斑葉蘭 (*G. Yangmeishanensis*) 均有混用。

會徽植物

台中市藥用植物研究會前理事長吳國定教授 (一九八二) 以金線連為本省極名貴之草藥，葉片嵌鑲著極為優美的金色線條，有閉目羞花之貌，經大會決定金線連為會徽植物，因此金線連遂揚名于世界了。

培育成功

經本省學者多年之研究，無菌播種，無性扦插繁殖，乃至組織培養均已成功，金線連之子孫將大量繁育于本省每個角落，供吾人欣賞與藥用。展望將來，金線連造福人羣定無限量！

1. 恒春縣志 (一八九三) (臺灣省文獻委員會刊行，一九五一)
2. 佐佐木舜一 (一九二四) 綱要臺灣民間藥用植物誌
3. 佐佐木舜一 (一九二八) 臺灣植物名彙
4. 佐藤武夫 (一九二八) 臺灣植物圖說
5. 正宗嚴敬 (一九三六) 最近臺灣植物總目錄
6. 安江政一 (一九四四) 臺灣產藥用植物一覽表
7. 劉 棠 瑞 (一九五二) 臺灣經濟植物名錄
8. 林 崇 智 (一九五三) 臺灣省道志稿土地志生物篇
9. 山田金治著、許君玫譯 (一九五七) 臺灣先住民之藥用植物
10. 正宗嚴敬 (一九五四) 臺灣植物目錄
11. 謝 文 華 (一九六八) 臺灣自生有用植物圖說
12. 甘 偉 松 (一九六四) 臺灣植物藥材誌第二輯
13. 陳 朝 棟 (一九六八) 臺灣省苗栗縣志地理志
14. 謝阿才、楊再義 (一九六九) 新撰臺灣植物名彙
15. 甘 偉 松 (一九六九) 藥用植物學
16. 甘 偉 松 (一九七〇) 蘭花的醫藥效用
17. 甘偉松、林保定 (一九七〇) 臺灣產蘭科藥用植物之調查研究
18. 初島住彥 (一九七一) 琉球植物誌
19. 林崇智、張慶恩 (一九七一) 臺灣省通志卷一土地志植物篇
20. 許 鴻 源 (一九七二) 臺灣地區出產中藥藥材圖鑑
21. 李 沐 勳 (一九七五) 常用中藥、民間藥手冊

22. 甘偉松、吳進錫 (一九七六) 嘉義縣產草藥之調查研究
23. 初島住彥、天野鐵夫 (一九七七) 琉球植物目錄
24. 林讚標 (一九七七) 臺灣蘭科植物 Vol. II
25. 應紹舜 (一九七七) 臺灣蘭科植物彩色圖鑑
26. 甘偉松、那琦、張賢哲 (一九七七) 南投縣藥用植物資源之調查研究
27. 甘偉松、那琦、江宗會 (一九七八) 雲林縣藥用植物資源之調查研究
28. 劉棠瑞、蘇鴻傑 (一九七八) Flora of Taiwan (臺灣植物誌) Vol. V
29. 郭長生 (一九七九) 藥用植物學
30. 周鎮 (一九七九) Formosan orchids
31. 甘偉松、那琦、魏吉恒、廖江川 (一九七九) 臺中縣藥用植物資源之調查研究
32. 甘偉松、那琦、許秀夫 (一九八〇) 彰化縣藥用植物資源之調查研究
33. 甘偉松、那琦、江雙美 (一九八〇) 臺中縣藥用植物資源之調查研究
34. 人文出版社 (一九八〇) 植物大辭典
35. 高木村 (一九八一) 臺灣藥用植物手冊
36. 藥草會 (一九八二) 藥用植物採集手冊
37. 里見信生 (一九八二) 日本ノ野生植物(1) 草本單子葉類
38. 甘偉松、那琦、廖勝吉 (一九八二) 屏東縣藥用植物資源之調查研究
39. 甘偉松、賴龍柏 (一九八二) 臺灣治療肝炎草藥之調查研究
40. 林柏榕 (一九八二) 臺中市志卷一、土地志生物篇下冊植物
41. 謝文全、李銘生 (一九八三) 會徽植物、金線連
42. 吳進錫 (一九八四) 中國本草
43. 蔡東纂 (一九八四) 名貴的藥用植物—金線連栽培談
44. 甘偉松、那琦、張賢哲、胡隆傑 (一九八四) 苗栗縣藥用植物之資源調查研究

附件二(三)

杜仲 (*Eucornia ulmoides*)

杜仲為名貴的中藥材，主治腰膝酸痛、安胎等，藥理分析更證明杜仲對目前文明病高血壓有降血壓之效，使杜仲價格一斤曾達到一萬元之譜，加以杜仲僅特產於中國，又屬單科單屬單種，樹皮、枝葉、果莢又富含橡膠質，為工業上極佳的絕緣材料，故杜仲頗富經濟及學理上之價值。本所自民國六十二年即開始由國外引種，計七國十一機構，費了四年的研究，突破了種子休眠的困難，唯此法費工費時，民國七十一年時，又大量引種，以不同濃度 GA_3 浸泡種子，結果以 GA_3 0.000 ppm 浸泡三小時發芽率最佳，唯杜仲最佳的發芽方法仍以濕砂低溫 ($5^{\circ}C$) 層積三個月後，在 $15^{\circ}C$ 發芽最佳。

雖然杜仲種子發芽已不成問題，但因種子來源有限，栽植試驗與推廣苗木均不足以供應，因此從民國七十一年又以不同生長激素及濃度做杜仲的扦插繁殖，結果發現不用生長激素處理發根率仍可達八十%，而扦插期可從六月插至十月，利用本所現有有三、五〇〇株苗木，一年可繁殖出二〇、〇〇〇株的苗木，因此杜仲的推廣繁殖已不成問題，由於本所剛開始種子苗數量有限，故野外栽植杜仲的生長資料仍不多，目前在陽明山海拔五〇〇公尺栽植之四年生苗，最高已達三公尺，唯單株間生長差異頗大，因此民國七十二年本所又與退除役官兵輔導會合作，在臺中、臺東及花蓮三處栽植不同種源杜仲，計九七五株，目前已知成活率甚佳，故杜仲在本省之栽培極有希望。

臺灣黃蘗 (*Phellodendron willsonii*)

臺灣黃蘗特產於本省中高海拔之落葉喬木，在中藥界中視為黃蘗類藥材中之良品，價格優於大陸黃蘗，其皮部所含的小蘗鹼 (berberine) 含量高達四、五%，西藥用為健胃整腸，每克鹽酸小蘗鹼為十八元，我國每年進口此類製藥達一百二十萬元，經濟價值頗高，臺灣自光復以來即不斷伐採，目前所知的天然林僅存太平山一處，而臺灣黃蘗皮也在市場上絕跡，為保存並開發此一天然資源，本所自民國六十五年起開始採種育苗，不料仍碰上種子休眠的問題，費時兩年方以 $35 \sim 15^{\circ}C$

變溫處理才打破種子之休眠，民國六十八年在全省設立試區及造林地達十八公頃，目前生長資料顯示以北部五〇〇公尺，東部一、二〇〇公尺，南部一、五〇〇公尺海拔生長最佳，三年生苗最高可達四公尺，生長頗佳，唯單株差異仍大，有待進一步的選種。由於台灣黃蘗的主成份為小蘗鹼，故本所又與高雄師範學院化學系陳阿煌教授合作分析台灣黃蘗枝葉、皮部、木部的成分，發現小蘗鹼含量仍以皮部最高，而葉部含非洲防己鹼（*Palmitine*）最高，非洲防己鹼亦可供做健胃整腸，故台灣黃蘗的利用率頗高，此外又分析三年生黃蘗苗皮部小蘗鹼含量在不同月份之變化，結果以七月份最高，同時又顯示出單株間小蘗鹼含量變化頗大，因此選擇生長快速而小蘗鹼含量又高的品種以扦插繁殖大量苗木將可使收益倍增。民國七十二年本所又與退除役官兵輔導會合作在台中清境農場及花蓮農場各栽植約〇·一公頃左右，目前生長頗佳。

肉桂類（*Cinnamomum* spp.）

肉桂不僅是常用之中藥材，而且也是常用的食品及飲料添加劑，每年均需耗損鉅額外滙輸入，品質最佳的清華桂目前一斤高達八、〇〇〇元，本所雖然在民國六十二年即多方設法引種，但因國外栽植之箇桂（*C. Cassia*）不多，引種非常困難，直至民國七十一年方自國外引進成功，目前正以扦插繁殖法擴大苗木的數量。

另外本省所產的土肉桂（*C. osmophloeum*）本所與台大化學系林耀堂教授合作，就本省土肉桂廣泛的調查、採集並分析各單株成分，結果發現中部、東部及南部枝葉精油成分變化極大，肉桂中的主成分肉桂醛（*Cinnamic aldehyde*）含量有高達九十九%，有的單株却完全沒有，本所即就採集的四五〇單株中選育出肉桂醛含量高的單株六株，以扦插繁殖大量苗木，其味道比大陸的箇桂濃，頗可取代大陸之箇桂，且生長頗佳，在陽明山海拔五〇〇公尺，三年生扦插苗高已達三公尺，為進一步瞭解在本省其他地區栽植之可能性，民國七十二年本所與退除役官兵輔導會合作在台東、花蓮及嘉義農場栽植計約一、〇〇〇株，目前初期生長不佳，不過據北部栽植經驗顯示：土肉桂扦插法苗二年生後生長方開始加速，故有待進一步觀察。

槐 (Sophora japonica)

槐原產我國華北，其果實、花、葉、枝、樹皮均可充當藥用，尤其花蕾中含芸香苷 (Rutin) 含量高達二十三%，可療微血管脆弱而有防治高血壓之效，而且又是觀賞及耐空氣污染的樹種，本所自民國六十四年開始引種，種子發芽率甚高，初期生長亦佳，唯易罹蟲害致樹形分叉，民國七十一年在大同工學院發現一株生長頗大的槐樹，顯示在本省的生長應不成問題，於是本所一方面從日本引進大量種子，又從大同工學院的槐樹上採集種子，大批育苗，目前已育成二、五〇〇株，並與輔導會合作在台中、台東、花蓮及嘉義四農場栽植計三四〇株，現在生長頗佳。

金線連 (Anoetochilus notobilis)

金線連為本省民間之貴重藥材，主治肺病、高血壓、蛇傷、腎虧及小兒發育不良，目前鮮品一斤高達三、〇〇〇元，每年大量採集，而栽培少見，目前已有枯竭之虞，雖然有些研究報告顯示金線連以組織培養大量繁殖已不成問題，然而栽培環境的控制，幼苗的施肥管理，莖葉採割以供藥用的可能性仍付之闕如，本所自民國七十一年即用金線連的種子以無菌的培養皿內繁殖出大量的無菌種子苗，因種子苗成長較慢，故進一步的把這些成長的小苗，每株依莖節切成七、八段移植於含有各種營養元素的培養基內，一個月後即可成長成5~10cm高，即可出栽移植，利用此法，不數月已可繁殖出二、〇〇〇株，目前本所正積極的研究瓶苗出栽前硬化處理，金線連最適宜生長之光度及介質，金線連莖葉採割之可行性，以及在金線連的種子苗中選育出生長快且抗病害的植株。

山藥類 (Dioscorea spp.)

山藥為國人喜食四神湯的成份之一，藥效頗廣，亦供食用，本省用量頗大，且有輸出，唯山藥類的淮山 (D. batatas) 栽培不多，本所於民國七十一年利用零餘子大量繁殖，與輔導會合作栽植於台東、花蓮及嘉義三農場，由於栽植不久即入冬休眠，其生長情形有待進一步觀察。

在山藥類內多含有一種薯預皂苷 (Diosgenine) 的成分，是一種可體松固醇類的前驅物，可作口服避孕藥，而成為舉世矚目固醇類藥物的來源，在本草中可供食用之山藥類薯預皂苷含量均低，故本所自民國六十七年即開始引種薯預皂苷含量高的山藥有下述三種：

1. 銳葉山藥 *Dioscorea spiculiflora* 含薯預皂苷八—十四%

2. 多花山藥 *D. floribunda* 含薯預皂苷六—八%

3. 菊山藥 *D. composita* 含薯預皂苷四—六%

經五年的栽培顯示，以菊山藥生長最佳，唯單株間塊根產量差異頗大，有待進一步的選種與栽培。
其他：

粗糲 (*Cephalataxus* sp.)、八角蓮 (*Podophyllum peltatum*) 等國外已有抗瘧的報告，而本省資源已日益枯竭之植物，本所已完成其無性繁殖，保存了其資源，並向國外引種八角蓮同屬植物 *P. hexandrum* 等二種。

附件三

本署於七十四年度發展中醫藥工作項目下編列了壹千零壹拾陸萬貳千元預算，本會按照施政計畫方針推行下列各項工作（實施進度，自中華民國73年7月1日起至74年6月30日止）。

<p>(一) 審查民間中藥驗方</p>	<p>鼓勵民間驗方持有人提出登記，經審查及試驗合格證實有效發給證明，公開發行。</p>	<p>1. 繼續辦理民間中藥驗方進行審查工作。 2. 委託中國醫藥學院附設醫院對審查合格之驗方進行毒性試驗及臨床療效判定工作。</p>
<p>(二) 中藥對肝炎療效之測定</p>	<p>為取得治療肝炎有效中藥處方之科學依據，使得中醫之臨床效果能以科學方法證實。</p>	<p>1. 以醫宗金鑑所記載之小柴胡湯加減為研究主題。 2. 取得處方之溶媒抽取物使用於被誘發肝炎之小白鼠治療上。 3. 利用臨床生化檢驗方法，測定血液中 GOT、GPT 評估其效果。</p>
<p>(三) 推廣種植中藥材</p>	<p>在本省推廣種植經濟效益高且藥效優良之中藥材，可減少進口之依賴。</p>	<p>1. 與行政院退輔會簽訂合約，在其所屬農場有計畫地種植中藥材。 2. 所需藥材種子本署委託省林業試驗所代為培育。</p>
<p>(四) 稀有</p>	<p>發掘本省中藥材的分佈與藥效</p>	<p>1. 由中國醫藥學院對稀有藥材分佈地區進行調查研究其土</p>

<p>中藥材 栽培試驗</p>	<p>進而擴大代用進口中藥材。</p>	<p>質、氣候之特性。 2. 由省農林業試驗所負責篩選推廣品種，研究育種及栽培方法。</p>
<p>(五)辦理 中醫師 現代醫學 進修班</p>	<p>使中醫師學習使用科學儀器及現代醫療方法，進而利用儀器檢驗幫助診斷。</p>	<p>委託中國醫藥學院辦理，講授病理、生理、臨床診斷、寄生蟲、微生物、儀器、藥物等課程，並安排學術演講。</p>
<p>(六)臺灣 省產中 藥材評 價</p>	<p>繼續對臺灣省中藥材內所含成份進行評價，俾使配合推廣種植，代替進口品以節省外匯。</p>	<p>1. 委託國內教學醫院進行成份鑑定。 2. 每年選定二種中藥材為研究主題。</p>
<p>(七)出版 中醫師 典及編 修中醫 師典附 錄</p>	<p>整理古老典籍，作為中醫師教育的準則。</p>	<p>1. 將已完成編輯之中醫師典予以發行出版。 2. 召集各編輯委員展開附錄編寫工作，重點在中西醫學之媒合。</p>

(八) 出版
 整理古老典籍，並收錄本省產民間藥材資料及近代國內外學者專家的研究心得，作為中藥教育、執業方面的依據。

附錄

(九) 針刺
 研究針刺產生止痛的原因，證實中醫理論，氣、穴位的存在中樞機，以及傳遞因子的軌跡，作為擴展針刺療效的依據。

(十) 培育
 中醫藥人才
 選派中醫藥人員前往外國進修、考察並辦理中醫藥人員在職訓練，以提升中醫藥人員素質。

(十一) 採購
 中醫藥
 彙集我國固有中醫藥典籍，以及世界各國最新資料，加以整

1. 將已完成編輯之中藥典予以發行出版。
2. 召集各編輯委員展開附錄之編寫工作。

依研究計畫訂定各個階段研究重點，聘請教授進行系列研究。

1. 派員赴國外考察、進修，考察時間以三個月到半年為原則，進修時間以一年到兩年為原則。
2. 與國內醫院或大學合作辦理中醫藥人員在職訓練，以普遍提昇中醫藥人員服務水準，每一期以三個月到半年為準。

1. 透過國內各大圖書館蒐集有關中醫藥古版本之書籍。
2. 透過警備總部等單位，收集海外各國有關中醫藥書籍之

書籍

理，作為發展中醫藥之參考資料。

最新期刊等資料。

(三)補助

配合中醫藥臨床研究，進行傳統針灸與現代針灸之優劣比較。

1. 由中醫醫院成立特別門診部，負責診療部門，醫學院負責研究部門。

私立中

國醫藥

學院針

灸科學

研究中心

(四)發行

中醫藥

年報

發行中醫藥年報，以宣導政令，並發揚中醫藥針灸傳統精神。

蒐集國內外，中醫藥學者專家論文、有關臨床文獻、法令、動態，以及有關中醫藥最新研究報導加以編輯印刷。

2. 每年以某一病症為主題，對門診患者採先行篩選方式，依療程進行診療、生化檢驗、投藥、針灸、復診，並於研究部門進行藥理、病理實驗，作為療程的參考。
3. 完成個案後，送請研究部門進行學術研究與資料整理。

本署擬定七十五年度施政計畫繼續上年度未完成之工作項目，並送請行政院核備中，內容如左（實施進度：七十四年七月一日至七十五年六月三十日）。

一、審理民間中藥驗方。

二、辦理台灣省產中藥材之評價。

三、推廣種植中藥材。

四、稀有中藥材栽培試驗。

五、中藥對肝炎療效之測定。

六、針刺止痛之實驗研究——腧穴之微細結構。

七、辦理「中醫藥與針灸對肝炎之療效」研究計畫。

八、培育中醫藥人才。

九、彙集中醫藥書籍。

十、發行中醫藥年報。

十一、出版修訂中醫師典及附錄。

十二、出版修訂中藥典及附錄。

十三、為促進中醫藥現代化——辦理中醫師臨床研究班。

十四、召開中華民國第二屆
世界中醫藥學術大會
國際針灸研討會
聯合大會。

十五、中醫藥治療慢性疾病研究計畫——中醫藥治療腎臟炎、尿毒症研究計畫。

十六、加強配合基層建設醫療保健計畫，充實改善偏遠地區醫療服務，補助北港中正紀念醫院，成立第二所中西合璧，建教合一之醫院。

檢討成績

日求精進

中醫藥年報題

許文友

