

中華民國七十一年

第二期



行政院衛生署中醫藥年報

許子秋



題

行政院衛生署
中醫委員會 編

中醫藥年報

許立夫題



1961.11.11

行政院衛生署中醫藥年報目錄

目錄

一、學術研究

1 中國醫藥之創始與各家學說概論（續前）	（張齊賢）	1
2 中國歷代醫者之人格與風範	（陳欽銘）	5
3 由中華醫藥的演變看針灸一枝獨秀	（曹成章）	45
4 中醫如何有效地運用中藥	（魏開瑜）	51
5 公共衛生中國化的搖籃	（陳太義）	63
6 醫師職業道德準則	（易權衡）	66
7 望診之驗舌法	（常鳳翔）	69

二、專題研究

1 認識小兒麻痺病——即傷寒之壞病	（曹允貞）	74
2 三焦實質綜述	（莊宏達、陳太義）	76
3 台灣產藜蘆與苦參對於中樞神經系統相互作用藥理學研究（謝明村、陳介甫、林文川、蔡輝彥）		84
4 針灸對顏面神經麻痺之療效	（張次郎）	115
5 報告慢性腎臟炎的症狀與治療	（蔡吉雄）	117
6 眼科攝談（續前）	（張齊賢）	121
7 台灣常見藥用植物（藥物圖片）	（甘偉樹）	125
8 漫談傷科	（沈譚）	129

9. 先君子醫案.....	(董延齡)	131
10. 癌症回春例證.....	(尤弘、劉須仁、韓中石、劉家福、張振榮、謝志明、周貢九、袁心田)	133
11. 中醫的傷科.....	(張拙夫)	138
12. 卅年臨床經驗談(續前).....	(郇舒文)	140

三、中醫藥報導

1. 行政院院長於「中華民國第一屆國際針灸研討會」開幕典禮致詞全文.....	158
2. 中華民國第一屆國際針灸研討會名譽會長陳會長立夫致詞全文.....	161
3. 中華民國第一屆國際針灸研討會許會長子秋致詞全文.....	164

四、中醫藥趣談

1. 紅豆相思.....	(盧扁)	166
--------------	------	-----

五、附 錄

1. 行政院衛生署中醫藥委員會第卅八次會議記錄.....	(本會)	167
2. 行政院衛生署中醫藥委員會第卅九次會議記錄.....	(本會)	169
3. 行政院衛生署中醫藥委員會第四十次會議記錄.....	(本會)	206
4. 行政院衛生署中醫藥委員會第四十一次會議記錄.....	(本會)	229
5. 行政院衛生署中醫藥委員會第四十二次會議記錄.....	(本會)	231
6. 行政院衛生署中醫藥委員會第四十三次會議記錄.....	(本會)	233

中國醫藥之創始與各家學說概論（續前）

張齊賢

三、醫經與經方

醫經、爲研究人體經絡，氣血、骨骼、表裡、陰陽、與寒、暑、風、霜、雨、露、引發疾病之敘述。以黃帝內經，靈樞經爲基礎。由伏羲氏制九針，黃帝、歧伯、俞跗、雷公、相互創作。用針、石、湯、火、藥物、研究治療疾病之經典。

靈樞經、爲上古最完整的一部生理組織學，與內科治療學，以三陰三陽十二經脈，概括分佈於人體內外之五臟六腑，再於醫療上用任督二脈，及陰蹻、陽蹻、陰維、陽維、之奇經八脈，補助其不足，成爲中國醫學歷史不變之理論，此一理論，有其顛撲不破之經驗和依據，及其豐富之內容，並經歷代醫家臨床研究，上窮天紀，包括自然界之變化。下極地理，探測陰陽寒暑之災禍。遠証諸物，近証諸身，毫髮不爽，而成醫經。

醫方之創作，爲應証醫經之學理、病理、而於臨床治療，產生療效作用，繼續研究發展，確有剋制疾病之功能，故經方爲醫方經篩能選而成者

據漢書藝文志，我國醫藥，秦漢以前，醫經三家，1.黃帝內經、黃帝外經，2.白氏內經、白氏外經、白氏旁篇，3.扁鵲內經、扁鵲外經，其間除黃帝內經，素女、訣，流傳迄今，其

餘均已散佚。經方十一家，1.湯液經法，三十二卷。2.神農黃帝食禁，七卷。3.婦人嬰兒方十九卷。4.五臟六腑「痺」十二病方三十卷。5.五臟六腑「癰」十二病方四十卷。6.五臟六腑「疝」十六病方四十卷。7.風寒熱十六病方二十六卷。8.五臟傷中十一病方三十一卷。9.泰始、黃帝、扁鵲、俞跗方二十三卷。10.客疾五臟狂癲病方十七卷。11.金瘡癰瘻方三十卷。以上十一家經方，傳至後漢公元二〇〇年，由醫聖張仲景重行整理，去蕪存菁，集十一家經方之大成，名之曰金匱要略，再將傷寒傳染病，依三陰三陽十二經脈傳變療法，制定方劑，以及加減藥物之方法，分別敘述其功能，名曰傷寒論。成爲萬世臨床治療之模式。亦即現代所稱之經方。

漢書、藝文志云、「醫經者，原人血脈，經絡、骨髓、陰陽、表裡，以起百病之本，生死之分，而用度箴，石、湯、火、所施、調百藥齊和之所宜、至齊之得。」

「經方者，本草石之寒溫，量疾病之淺深，假藥味之滋，因氣盛之宜，辨五苦六辛，致水大之齊，以通閉解結，反之於平，及失其宜者。」此即醫經與醫方創作之定論。

依據古人醫經之分析，其所敘述內容，爲平衡人體之氣血循環，通行於關節經絡，以及臟腑表裡內外，如有疾病，以致

生死危急之際，用藥物針火，使患者體內之氣血循環，細胞病媒，受藥物之刺激，而恢復正常，所謂調百藥齊和之宜，至齊之得，「齊」即平衡之意。

經方之定義，依疾病之症狀，假藥物之性味，寒者溫之，熱者涼之，閉者通之，結者解之之原理，使患者不平衡之病體，受藥物之刺激而恢復平衡健康。

古稱醫爲方技之士，見於漢書者，有三十六家，八百六十八卷。方技者，皆生生之具，王官之一守也。太公有歧伯、俞跗，中古有扁鵲、秦和、蓋論病以及國，原診以知政，亦即我國所謂不爲良相，當爲良醫之由來。

四神農本草經之創作

神農本草經，古稱三墳書之一也。始於神農，成於黃帝，觀其嘗藥，分別酸、鹹、甘、苦、辛五味。及寒、熱、溫、涼、四氣。再由五味四氣，研判藥物之性能，與有毒、無毒、補瀉、表裡、通經絡、祛風濕、扶正除邪、祛病延年。藥分上中下三類，依其性味，別其功能，創立君臣佐使與七情合和的配伍方法，制作方劑，方者法也，有大、小、緩、急、奇、偶、複，之七種處方規則。故有「七方不同，同歸已疾，其制各異，異以從宜。」謂七種處方之規則，依照各種病情之症狀，應大應小，應緩應急，藥之組合，按君臣佐使配伍，以達藥症相應，藥到病除。

「凡制方者，必本乎是，對症主治，施之萬興，無可踰越，苟悖其制，則非法矣。」「非法」，謂不依七種處方規則，

制作方劑，不能藥症相應，或生相反之副作用。

「藥有單行者、有相須者、有相使者、有相畏者、有相惡者、有相反者、有相殺者，凡此七情，合和視之，當用相須相使者良，勿用相惡相反者，若有毒宜制，可用相畏相殺者，不爾，勿合用也。」以上本草綱目序例。以下爲古人七方組合之研究。

歧伯曰，氣有多少，形有盛衰，治有緩急，方有大小。又曰，病有遠近，證有中外，治有輕重，近者偶之，遠者奇之，汗不以奇、下不以偶、補上治上制以緩，補下治下制以急，近而偶奇，制小其服，遠而奇偶，制大其服，大則數少，小則數多，多而九之，少則一之，奇之不去則偶之，偶之不去，則反佐以取之，所謂寒、熱、溫、涼、涼、反從其病也。

王冰曰，臟位有高下，腑氣有遠近，病証有表裡，藥用有輕重，單方爲奇，複方爲偶，近而偶制，多數服之，遠而奇制，少而服之，方與其重也寧輕，與其毒也寧良，與其大也寧小，是以奇方不去，偶方主之，偶方不去，則反佐以同病之氣而取之。夫微小之熱，折之以寒，微小之冷，消之以熱，其大寒熱，必不能與，異氣相格，聲不同不相應，氣不同不相合。藥以寒熱溫涼爲氣，酸苦辛鹹甘淡爲味，氣爲無形，味爲有形，氣爲陽，味爲陰，辛甘發散爲陽，酸苦涌泄爲陰，鹹味涌泄爲陰，淡味滲泄爲陽，或收、或散、或緩、或急、或燥、或潤、或軟、或堅、各隨臟腑之證而施藥之品味，及分七方之制，故奇、偶、複、三方也。大、小、緩、急、四制之法也。

歧伯曰，君一臣三佐九，制之大方也，君一、臣三、佐五

、制之中方也。君一、臣二、制之小也。又曰，遠而奇偶，制大其服，近而偶奇，制小其服，大則數少，小則數多，多而九之，小則一之。

完素曰，大小者制，奇偶之法也，假如小承氣湯，調胃承氣湯，奇之小方也，大承氣湯，抵當湯，奇之大方也。所謂因其攻裏而用之也。桂枝、麻黃，偶之小方也。葛根青龍，偶之大方也。所謂因其發表而用之也。故曰，汗不以奇，下不以偶。

張從正曰，大方有二，有君一、臣二、佐九之大方。病有兼證而邪不一，不可以一二味治者宜之。有分兩大而頓服之。小方有二，有君一臣二之小方，病無兼證，邪氣專一，可一二味治者宜之。有分兩少而頓服之小方，心肺及在上之病者宜之，徐徐細呷是也。

歧伯曰，「緩」：補上治上，制以緩，補下治下，制以急，急則氣味厚，緩則氣味薄，適其所至，此之謂也。

完素曰，急：味厚者爲陰味薄者爲陰中之陽，故味厚則下泄，味薄則通氣，氣厚者爲陽，氣薄者，爲陽中之陰，故氣厚則發熱，氣薄則發汗是也。

王冰曰，奇，單方也。從正曰，奇方有二，有獨用一物之奇方，病在下者宜之。有藥合陽數，一三五七九之奇方，宜下不宜汗。

從正曰，偶方有三，有兩味相配之偶方，有古之三方相合之偶方，古謂之複方，有藥合陰數二四六八十之偶方，宜汗不可下。

歧伯曰，奇之不去則偶之，是謂重方。

好古曰，奇之不去複以偶，偶之不去複以奇。故曰複，複者、再也、重也，所謂十補一瀉，數瀉一補，如傷寒見風脈，傷風得寒脈，爲脈證不相應，宜以複方主之。以上爲大、小、緩、急、奇、偶、複、七法。

「十劑」，劑者從齊、從刀，用以齊其不齊，而成其所以齊也。夫獨用之謂藥，合用之謂劑，而才有長短、大小、長莠之難齊，藥有相益、相濟、相畏、相惡、相忌、相制之不同。劑、有宣、通、補、瀉、輕、重、滑、澀、燥、溫、十者，治法之各異。譬諸良相劑量群才，以成治興之功。良醫劑量群藥，以成治病之功，其義一也。凡和劑者，必本乎是，苟昧其旨，而違其法，即失治療之義。而求疾病之愈，難矣。「宣劑」宜可去壅、生薑、橘皮、藿香、半夏，之屬是也。仲景曰，春病在頭，大法宜吐，是宣劑，即涌劑也。凡胃中實痰、喘嗽、脹滿、水腫之病，非宣劑不能愈也。

完素曰，如痞滿不通，攻其裡而宣者，上泄也。涌劑，則瓜蒂梔子之屬是矣。

好古曰，經有五鬱，木鬱達之、火鬱發之、土鬱奪之、金鬱泄之、水鬱折之，皆宣也。

「通劑」：通可去滯，通草，防己之屬是也。

完素曰，留而不行，必通以行之，如水病及痰澀之類，以木通、防己、滑石、茯苓、芫花、甘遂、大戟、牽牛之類攻其內，則留者行矣。

從正曰，通者，流也。前後不通便溲，宜木通、海金沙

、琥珀、大黃之屬通之。痺病鬱滯，經隧不通，亦宜通之。

「補劑」：補可去弱，人參羊肉之屬是也。經曰，精不足者，補之以味，形不足者，溫之以氣，五穀、五菜、五果、五肉、皆補養之物也。

「瀉劑」：泄可去閉、葶藶、大黃之屬是也。

李杲曰，葶藶苦寒，氣味俱厚，不減大黃，能泄肺中之閉，又泄大腸。大黃走而不守，能泄血閉腸胃渣穢之物，一泄氣閉，利小便，一泄血閉，利大便，凡與二藥同者皆然。

「輕劑」：輕可去實，麻黃葛根之屬是也。

從正曰，風寒之邪，始客於皮膚、頭痛、身熱、宜解其表。內經所謂輕而揚之也。癰、瘡、疥、瘰、俱宜解表，汗以泄之，毒以薰之，皆輕劑也。凡熏、洗、蒸、灸、熨、烙、刺、砭、導引、按摩，皆汗法也。

「重劑」：重可去怯，（虛癆病爲怯症，）磁石、鐵粉之屬是也。

從正曰，重者鎮墜之謂也。「怯」則氣浮，如喪神失守而驚悸、上氣、硃砂、沉香、寒水石之類，皆鎮重也，久病欬嗽涎潮於上，形虛不可攻者，以此墜之。經曰，重者，因而減之，貴其漸也。

「滑劑」：滑可去着，冬葵子、榆白皮之屬是也。

完素曰，澀則氣着，必滑劑以利之，滑能養竅，故潤利也。

從正曰，大便燥結，宜麻仁郁李之類，小便癰閉，宜葵子、滑石之類、前後不通，兩陰俱閉者，名曰三焦約，約者束

也，宜先以滑劑潤養其燥，然後攻之。

「澀劑」：澀可去脫，牡蠣、龍骨，之屬是也。完素曰，滑則氣脫，如開腸洞泄，便溺遺失之類，必澀劑以收斂之。從正曰，寢汗不禁，澀以牡蠣、五味、五倍之屬，滑泄不已，澀以肉豆蔻、訶黎勒、沒食子、亞芙蓉、龍骨之屬。凡酸味同乎澀者，收斂之義也。然此症皆宜先攻其本，而後收之。

「燥劑」：燥可去濕，桑白皮、赤小豆之屬是也。濕氣滯勝腫滿，脾濕、必燥劑以除之。

從正曰，積寒久冷，吐利腥穢，上下所出水液，澄澈清冷，此大寒之病，宜薑、附、胡椒類以燥之。若病濕氣，則陳皮、白朮、木香、蒼朮之屬除之，亦燥劑也，而黃連、黃柏、梔子、大黃，其味皆苦，苦屬火化，皆能燥濕，此內經之本旨也。

「濕劑」：溼可去枯，白石英、紫石英之屬是也。經云，辛以潤之，辛能走氣，能化液故也。鹽、硝、味雖鹹，屬真陰之水，誠濡枯之上藥也，完素曰，津耗爲枯，五臟痿弱，藥衝涸澀，必濕劑以潤之。

神農本草經，乃匯集上古至秦以前之藥物，及其制方之經驗和方法，數千年來，藥症相應，如鼓中桴，今日科學雖昌明，尚不能逾越其所定範圍，足見我先聖先賢之智慧，非今日之藥物學專家，所能望其項背，吾儕同仁，能不勉乎。待續

國地公開歡迎投稿

中國歷代醫者之人格與風範

陳欽銘

中國醫學，源遠流長，乃中國文化之一環，具悠久之歷史，有卓越之成就；醫輩先賢，上下數千年，縱橫幾萬里，林林總總，日夕肩負我中華各民族蕃育、養生、療疾、保健、防疫等責任，婆心救世，民胞爲懷，青芝手探，赤餅胸納；考陰陽五行之理，詳經絡藏府之別，精內傷外感之辨，按四氣五味之度；通古知今，居仁守義，無馳驚利名之心，專博施救援之志，心思純一，志念精誠；歲活人以萬計，日捫心無一疵，其人格之高尙，風範之超倫，光風霽月，令人感德！際此社會大眾，對今日醫者醫術醫德之日趨低落，不斷發出攻訐之時（註一），緬懷先賢，益增懷思。正氣歌云：「哲人日已遠，典型在宿昔，風簷展書讀，古道照顏色。」

茲分敘如次：

一、習醫之動機、願望

一事之作，必先有動機、願望。無動機，無願望，則無事可成。有動機，有願望，方能發生力量；有力量，方能向前推進；故佛門稱動機爲「發心」，稱願望爲「願力」。蓮宗九祖

省庵大師云：「入道要門，發心爲首，修行急務，立願居先。」（勸發菩提心文），「衆生難度而願立則衆生可度，佛道難成，而心發則佛道堪成」（同上），此儒者所謂：「唯天下至誠……可以贊天地之化育……可以與天地參」，「唯天下至誠爲能化」，「至誠如神」（中庸）。但動機有正有邪，願望有大有小，若求一己之名利福壽，妻財子祿，得大富貴，此乃小願而已；若發至誠不二之心，立利他無我，濟世度生之願，則斯願大矣！願心即因心，有因方有果，因大果大，因真果真，所謂「因該果海，果徹因源」！故一人之一生功業成就，爲正爲邪，爲小爲大，常可自其初發心處求之。古醫者之成爲醫者，其習醫之動機，或由于「上以療君親之疾，下以救貧賤之危，中以保身長全以養其生。」（如張機），或由于「君父危困，赤子塗地，無以濟之。」（如皇甫謐），或由于「追虛名，無益也。」（如甄棲真），或由于「父母病」（如高若訥、賀岳、張祉、項昕、陸昂、武瓚、虞搏等），或由于「自療己疾」（如王克明、麻九疇、王翼、周溥等），或由于「托跡江湖」（如段康年），或由于「醫乃仁術」、「人當以利濟爲事」（如黃璠、張靖），或由于「當路不用」、「進士不第」（如高武、李慶嗣、紀天錫、張元素等），或由于「不爲良相，則

爲良醫」(如崔與之)。要之，皆仁愛之士，聰明理達，廉潔淳良，由於種種機緣，故發至誠不二之心，立利他無我之願，拯疾病之厄，壽人壽世也。華嚴經云：「忘失菩提心，修諸善法，是名魔業。」醫學雖爲善法，但若非心存濟世救人，卻以之爲敲門磚、金飯碗，只知自利，不知利他，乘人於危，誣人於急，草菅人命，乃此魔業，有何醫道可言！

茲錄史志或醫書之有關歷代醫者習醫之動機、願望若干則如次，以見一斑。

①

張機，字仲景，南陽人，受業於同郡張伯祖，善於治療，尤精於經方，舉孝廉，官至長沙太守。後在京師爲名醫，於當時爲上手。以宗族二百餘口，建安紀年以來，不及十年，死者三分之二，而傷寒居其七。乃著論二十二篇，合三百九十七法，一百十二方。其文辭簡古典雅，古今治傷寒者，未有能出其外也。其書爲諸方之祖，後世稱之爲醫聖，其作傷寒雜病論集序云：

「予每覽越人入虢之診觀齊侯之色，未嘗不慨然歎其才秀也，怪當今居世之士，曾不留神醫藥，精究方術，上以療君親之疾，下以救貧賤之厄，中以保身長全，以養其生；但競逐榮勢，企踵權豪。孜孜汲汲，惟名利是務，崇飾其末，忽棄其本，華其外而悴其內，皮之不存，毛將安附焉，卒然遭邪風之氣，嬰非常之疾，患及禍至而方震慄，降志屈節，欽望巫祝，告窮歸天，束手受敗，賫百年之壽命，持至貴之重器，委付凡醫，恣其所措！咄嗟嗚呼！厥身已斃，神明消滅，變爲異物，幽潛

重泉，徒爲啼泣。痛哉！世昏迷，莫能覺悟，不惜其命，若是輕生，彼何榮勢之云哉！而進不能愛人知人！退不能愛身知己，遇災值禍，身居厄地，蒙蒙昧昧，惙若遊魂！哀乎趨世之士，馳競浮華，不固根本，忘軀殉物，危若冰谷，至於是也，余宗族素多，向餘二百，建安紀年以來，猶未十稔，其死亡者三分有二，傷寒十居其亡，感往昔之淪喪，傷橫夭之莫救，乃勤求古訓，博采衆方……爲傷寒雜病論，合十六卷，雖未能盡愈諸病，庶可以見病之源，若能尋余所集，思過半矣！」(傷寒論)

②

晉皇甫謐自序針灸甲乙經云：「……天受先人之體，有八尺之軀，而不知醫事，此所謂遊魂耳！若不精通於醫道，雖有忠孝之心，仁慈之性，君父危困，赤子塗地，無以濟之，此固聖賢所以精思極論，盡其理也。由此言之，焉可忽乎？……」(針灸甲乙經)

③

宋·甄棲真，字道淵，單州單父人，博涉經典，長於詩賦，一應進士舉，不中第，歎曰：「勞神敝精，以追虛名，無益也！」遂棄其業。讀道家書以自樂。初訪道於宇山華蓋先生，久之出遊京師，因入建隆觀爲道士，周歷四方，以藥術濟人，不取其報……(宋史本傳)

④

宋·高若訥，字敏之，本并州榆次人，徙家衛州，進士及第，皇祐五年爲觀文殿學士。若訥彊學善記，自秦漢以來，諸傳記無不該通，尤喜申韓管子之書，頗明曆學。因母病，遂兼

通醫者，雖國醫，皆屈伏。張仲景傷寒論訣、孫思邈方及外台秘要，久不傳，悉考校訛謬，行之世，始知有是書。名醫多出衛州，皆本高氏學焉。（宋史本傳）

⑤

宋·王克明，字彥昭，其始饒州樂平人……名醫也。初生時，每乏乳，餌以粥，遂得脾胃疾。長益甚，醫以爲不可治，克明自讀難經素問，以求其法，刻意處藥，其病乃愈。始以術行江淮，入蘇湖針灸，尤精於脉，有難療者，必沈思得其要，然後與之藥。病雖數証，或用一藥，以除其本，本除而餘疾自去。亦有不予藥者，期以某日自安，有以爲非藥之過，過在某事，當隨其事治之，言無不驗。（宋史本傳）

⑥

宋·段康年，父伯從，高宗南遷後，囑康年曰：「宋室日促，非可仕時也，惟醫可托跡耳。」康年遂業醫而晦其名，人有疾，輒以藥濟之，弗責報……。（鎮江府志）

⑦

宋·崔與之，字正子，廣州人，父世明，試有司，連黜，每曰：「不爲良相，則爲良醫。」遂究心岐黃之書，貧者療之不受值。（宋史本傳）

⑧

金·李慶嗣，洛人，少舉進士不第，棄而學醫，讀素問諸書、洞曉其義。大德間，歲大疫，廣平尤甚，貧者往往闔門臥病，慶嗣攜藥與米分遺之，全活者衆……著傷寒纂類四卷，考証活人書二卷，傷寒論三卷，針經一卷，傳於世。（金史本傳）

⑨

金·紀天賜，字齊卿，泰安人，早棄進士業，學醫，精於其技，遂以醫名世。集註難經五卷……。（金史本傳）

⑩

金·張元素，字潔古，易州人，八歲試童子舉，二十七試經義進士，犯廟諱，下第，乃去學醫……（金史本傳）張氏爲金元四大家之首，著珍珠囊等，李時珍稱之爲靈素而後第一人！（古今醫統）

⑪

元·麻九疇，字知幾，莫州人，三歲識字，七歲能書，長通經史，因疾從子和（張從正）學醫，遂盡得其妙，濟活甚多。（古今醫統）

⑫

元·王翼，幼穎悟……應進士舉，因染疾，棄業，遂精醫術，療疾多奇驗……著有素問注、疑難、傷寒歌括。（陽城縣志）

⑬

元·項昕，字彥章……以母病，醫誤投藥死，痛之，乃願志醫術，聞越大儒韓明善名，往拜之，得所藏方論甚富……著書作脾胃後論，補東垣之未備……（餘姚縣志）

⑭

明·陸昂，字季高……自幼習舉進士業，凡經史百家翰墨，無不旁搜博覽。性剛方，與人寡合。已而父病，遂棄其業，攻岐黃書，以醫自給。周旋調護，親獲耆年，聲名大著，叩者

如市。永樂初，辟至京師，預修蘭台金匱元機素要等書。（鄆縣志）

⑮ 明·武璫，字大器，景泰時人，籍石澗里。性聰明，母久病，時無能療者，嘆曰：「爲人子不知醫，不孝也！」乃之縣南抱腹岩，研究內難諸書，三年，人謗爲讀妖書，縣繫鞠之，知爲母攻醫，乃釋。久之，以脉訣未真，遠遊參證，得異人傳授，治病按脉決生死若神。……璫既精於醫，益知醫學之難，作論遺子孫，非甚明理，有救人之心者，戒勿輕學。（介休縣志）

⑯ 明·虞搏，字天民，義島人，幼習舉子業，博覽群書，能詩章，因母病攻醫，醫道大行，求療者不責報。尤精於脉理，數年前診之，生死無不驗。著有醫學正傳等。（金華府志）

⑰ 明·周溥，字文淵……穎敏嗜學。及長，患羸，自度弗起，遇南郡高子明，療之而愈。溥遂從子明傳黃帝扁鵲之脉書及諸秘方。溥受之且錄且讀三年，爲人診視療治，多驗，於是四方迎謁者，絡繹不絕。其贈貽、粟帛之外，奇物異玩悉謝不受……。（河南通志）

⑱ 明·黃瑄，字楚祥，少孤，母教之。業儒，刻苦問學，既而曰：「醫，仁術也，苟精之，亦足以濟人，豈必官可行志乎？」於是從事素難諸家，遂精其業，有名淮揚間。正統初，

徵爲太醫……成化中，遷至南京院判，至則興滯警貪，僚屬敬憚。三載，抗疏乞引歸，詔可。既歸日，與士友昆季爲眞率會，孝母撫弟，篤恩誼，調族睦鄰，鄉人善之……（儀眞縣志）

⑲ 明·高武，號梅，孤負奇，好讀書，凡天文律呂兵法騎射，無不閑習。嘉靖時中武舉，北上，因歷覽塞垣，以策干，當路不用，遂棄歸，所言乾家無不驗。晚乃專精於醫，治人無不立起……所著痘疹正宗，針灸聚英、發揮、直指，各三十卷，行於世。（鄆縣志）

⑳ 明·賀岳，字汝瞻，初因母病盡購岐黃書誦之，且從四方國手講究，遂精其術。病者圭勺嚮口即奏功……（海鹽縣志）

㉑ 明·張祉，字天與，幼習舉子業，爲翰林濮公高第。因繼母疾不愈，遂棄所學，遍訪名醫，傳針灸之法，後益究心詩律字法。爲人尙義，人病多賴以生。更不責報，及卒，邑侯秦禮爲詩哭之，所著有筠石集。（鉛山縣志）

㉒ 明·張靖，字涵高，橫渠後。少習舉子業，既而棄去，謂：「人當以利濟爲事，然窮達有命，必俟顯達而後云利濟，徒虛語耳！」因究心岐黃家言，尤精痧痘，視有神識。親故貧交，餽遺必卻，即富室所贈，仍以飼饑絮寒。晚年修輯譜牒，自宋迄今，凡十八世，尤見敦本睦族之意云。（蘇州府志）

二、孝悌

至德始於孝經親，哀哀父母，生我劬勞，十月懷胎，三年乳哺，推乾去溼，嘔苦吐甘，方得成人。故佛教以念父母恩故，百劫千生，常行佛道，十方三世，普度衆生，以拔濟生生父母，超升人人父母，爲發菩提心之因緣。儒家以：「身體髮膚，受之父母，不敢毀傷，孝之始也。立身行道，揚名於後世，以顯父母，孝之終也。」（孝經）至於孝親之行：「居則致其敬，養則致其樂，病則致其憂，喪則致其哀，祭則致其嚴。」（孝經）。今人則綜合之爲：「尊敬和悅，盡心竭力，養親之生，睦親之親，衛親之身，侍親之疾，誤親之心，解親之憂，順親之意，成親之志，顯親之德，綿親之澤，治親之喪，祭親之靈，追親之遠，傳親之後。」（吳延環初稿）（註二）原機啓微序云：「醫爲儒者之一事，不知何代而兩途之。父母至親者，有疾而委之他人，俾他人之無親者，反操父母之死生，一有誤謬，則終身不復！平日以仁推於人者，獨不能以仁推于父母乎？」孝乃行善之道，唯孝於親者，方能孝於族，孝於國，孝於一切衆生。

中國歷代醫師多奉父母盡孝，事兄弟友愛，居敬養樂，至性過人！或「因父母之疾，躬學醫術，而究其精妙」（如前所引之高若訥、賀岳、張祉、項昕、陸昂、武璫、虞搏、及殷仲堪、許道幼、李元忠、王燾、孟昶、陳景魁、汪機、葉以然、王尚等），或以「人子不知醫而不孝」（許道幼、王勃等。）或「千里尋父，經七八反」（如錢乙），或爲祖母潛舐背瘍敗

膿」（如林頤壽），或「寧歎於己，而必致豐於兄弟。」（如朱丹溪），或「侍母疾，親嘗湯藥，衣不解帶，躬親浣濯」（如王立、吳中秀等），或「割股療親」（如劉彥清、燕士俊等），或「終制未嘗見齒」（如鄭元厚），或「母疾，日跪榻前，曲意承歡」（如鮑大才），或稱「全孝先生」（如周觀道），或「盡色養」（如韓左），或「有所得必獻於母」（如韓德基）。要之，唯能盡孝道者，方能對生存珍重，對生命畏敬，對死亡嚴肅，而確立對自身，對家族，對國家，對一切衆生之無比責任心。

茲錄史志中，歷代醫者有孝悌之行若若干則，如次：

①

晉·殷仲堪，陳郡人也……能清言，善屬文，每云：「三日不讀道德經，便覺舌本間強。」其談理與韓伯康齊，名士咸愛慕之。父病積年，仲堪衣不解帶，躬學醫術，究其精妙，執藥揮淚，遂眇一目，居喪哀毀，以孝聞服闋。（晉書本傳）

②

南齊·徐文伯，子雄，亦傳家業，尤工診察……事母孝謹。母終，毀瘠幾至自滅。俄而兄亡，扶杖臨喪，撫膺一慟，遂以哀卒。（南史張邵傳）

③ 隋

隋·許智藏，祖道幼，嘗以母疾，遂覽醫方，因而究極，世號名醫。戒其諸子曰：「爲人子者，嘗膳視藥，不知方術，豈謂孝乎？」由是世傳……（隋書本傳）

④

北齊·李元忠，趙郡柏人人也。以母老多患，乃專心醫藥，研習積年，遂善於方技。性仁恕，見有疾者，不問貴賤，皆爲救療。元忠族弟密，字希邕，平棘人也。性方直，有行檢，因母患積年，得名醫治療不愈。乃精習經方，洞曉針藥，母疾得除。當世皆服其明解，由是亦以醫術知名。（北齊書本傳）

⑤

唐·王燾，精於醫，著外台秘要，比事摘錄云：「唐有王燾，因母病學醫，因以所學，作書行世。」

⑥

唐·王勃……嘗謂：「人子不可以不知醫」，時長安曹元有秘術，勃從之遊，盡得其要。（唐書本傳）

⑦

蜀主孟昶，心性慈孝，好方藥，母后病，屢更太醫，不效。自製方餌進之，遂愈。群臣有疾，親召診視，醫官服其神。宋太祖伐蜀，孟不忍生民就戮，遂走汴，降闕下，太祖厚封之。（古今醫統）

⑧

宋·錢乙，字仲陽，本吳越王叔支屬，祖從北遷，遂爲鄆州人。父穎，善醫，然嗜酒喜遊，一旦東之海上，不反，乙方三歲，母前死，姑嫁，呂氏哀而收養之。長誨之醫，乃告以家世，即泣，請往迹尋，凡八九反，積數歲，遂迎父以歸，時已三十年矣。鄉人感慨賦詩詠之，其事呂如事父，呂沒無嗣，爲收葬行服。（宋史本傳）

⑨

宋·林頤壽，字襄世，晉江人，父附貢辟雍。祖母楊氏，嘗苦背瘍，潰爛徑數寸，頤壽曰：「敗膿在中，侵食旁肉，若按拭，則不堪痛楚。」乃俟其熟寐，潛舐去，傅藥而愈。廬父墓，有芝產之瑞。事繼母彌謹，繼母卒，廬墓有白鵲數十往來，廬上人以爲孝感。頤壽博覽群經史，尤工大字，精醫業，所活甚衆，切脉言生死，遲速無差，里人爲著孝友傳。（福建通志）。

⑩

元·朱丹溪……簡慤貞良，剛嚴介特，執心以正，立身以誠，而孝友以行，實本平天質。奉時祀也，訂其禮，文而敬泣之。事母夫人也，時其節宣，以忠養之。寧歛於己，而必致豐於兄弟，寧薄於己子，而必施厚於兄弟之子，非其反不反，非其道不道，好論古今得失，慨然有天下之憂……（戴良丹溪翁傳）。

⑪

明·王立，字與權，性至孝，親有疾，衣不解帶，湯藥必親嘗，曰：「人子不可以不知醫，惟理學既講之素，則取術於醫，自無所難。」故其醫鮮有及人者，活人甚衆。明祖初入金華，即召儒醫，而得與權，與之語，大喜，問及家事，即對曰：「臣人口未知存亡，何敢及家事，唯願號令，軍不擾攘，市不易肆。」上聞其言，亟遣使特給號令，赴與權家，時家人男女二十餘口，俱提挈所有，抱嬰兒投溺本家井中，冬月井涸，使臣乃倉皇於井中取出，俱得不死。咸以爲孝親濟物所致。（金

(12)

明·周觀道，字景暹，精於醫術，與浦江戴原禮同時著名。事父母盡孝，人咸稱為全孝先生，洪武辛巳，以醫薦授魯府良醫正，年八十六，乞歸省墓，王甚敬愛之，親製詩文及書「全孝」二大字以賜之。(金華府志)

(13)

明·劉彥清，名曾，以字行，耕雲六世孫。讀書敦義，以醫世其家。母魏疾，藥石不效，露香告天，刲股和粥以飼，疾遂愈。會征廣，以醫選，從行，中途渡江墮水，有牛渡，攀其尾得濟，既歸，過彭蠡，風浪覆舟，人盡溺，獨賴舟板以全，兩免大難，人以爲孝感……(鄱陽縣志)

(14)

明·韓左，字伯尚，資偉才敏，於學淹通，兼善醫，周急濟貧，恒若弗及。父卒京師，兄伯濟蚤世，伯尚與仲伯廣奉母還吳，能盡色養。伯廣卒，伯尚撫其孤，伯濟妻張守志，伯尚使妻事之如姑，年逾七十而卒。(蘇州府志)

(15)

明·鄭元厚，字載之，父宗化，以明經教諭滁陽，延集多士，置講席，四時不輟，有鄭夫子之號。性至孝，居異母喪，終制未嘗見齒，都人士稱述之……精於導引內視之學，病者求其搬運撫摩，法簡功倍，醫藥可省，立愈，人益神之……(江寧縣志)

(16)

明·陳景魁，字叔旦……幼敏慧，善記誦，既長，從鄉先生樊懿齋習舉子業……因父夢椿病疫，諸醫罔效，魁精誠禱天，一夕夢老人書授：「蛇蟪水可愈汝父。」既覺，不辨其物，博訪之，始知爲蚯蚓，搗水飲，父疾立愈，人咸以爲孝感云。

後精心醫學，投劑輒愈，著有醫案，皆奇疾奇方也。(句容縣志)

(17)

明·汪機，幼嘗爲邑諸生，母病嘔，遂究心醫學，凡岐黃倉扁諸遺旨，靡不探其肯綮，殊証奇疾，發黑不中，名高難致……全活甚衆。(祁門縣志)

(18)

明·鮑大才……事母孝，母病，日跪榻前，飲食居恒，曲意承歡，所施圭勾神效，不期報，郡邑大夫俱異數待之，舉飲賓，年六十九卒……(海鹽縣志)

(19)

明·韓德基，字卓甫……少孤，讀書解大意，長精於醫，決人生死多奇驗。見貧者，與其貴藥不求酬，出有所得，必獻於母，或分與親知。舉祖母之喪，營辦皆竭己力，不以責諸父諸弟，孝友好義，其天性也。卒年僅三十九。(海鹽縣志)

(20)

明·吳中秀，字端所，工岐黃之學……六十年間，所全活人，不可勝紀。少有至性，侍母疾，衣不解帶，躬親澆濯。其兄嘗從索十金，中秀檢囊中，得數十金，盡與之，其子女六人悉爲之婚嫁。有姊年十，中秀亦篤老矣，猶謹視起居，故世

尤稱其孝友，生平好聚書，有數萬卷，構天香閣藏之。（松江府志）

(21)

明·葉以然，字懋春，遂昌人。讀書善記，以母病久，偏請諸名醫，因盡得其術。兄弟五人，不異爨者五十餘年。家始清素，晚以醫致充裕，仍以均諸同產者，有餘則以周貧乏婚葬，及修理橋梁道路之費。生平用藥所活者多，而不責其報，且賑其不能具藥者，鄉人咸敬信之。（處州府志）

(22)

明·王尙，休寧人，居儀鳳場口，少習外科，事母以孝聞。母病，往浦江求醫，風雨寒甚，遇虎，徘徊號泣，忽遇異人曰：「我能爲子醫！」延至家，備極恭敬，異人曰：「子能孝母，又天真不整，可以傳道。」因過山中，指道旁一草，示之曰：「以此治人傷，可死中回生！」如言治之，凡跌壓折傷者，即氣絕三日，以箸啓齒，灌藥無不立生。或腦裂額破，則搏腦敷藥，越百日無所損。有腹剖腸出，則浣腸納腹中，用桑皮線縫合，迄無恙，造門乞藥者率以先後爲序，不問貧富，人咸感悅。居恒患瘴疾，邑中稱爲「王瘴」。（杭州府志）

(23)

明·燕士俊，家貧力學，乙酉江南兵敗，入浙，俊奉母避梁渚，母驚憂成疾，禱天剪股肉，母病得痊。後山寇肆掠，母病不起，哀毀幾於滅性，終身布衣蔬食，其至孝性成如此。祖志學，向以醫名，世俊發其秘笈，潛心默識，治病每多奇效，所得即周貧乏。著有保嬰集，未成而卒。其子喜時、來時，皆

善成父老。（仁和縣志）

三高尙

歷代醫者，受中華文化之薰染，或儒或道或佛，皆重人兼重德，修己而愛人！胸中方寸地，無非聖賢之存心，哲人之報負，於富貴利祿等身外之物，多澹泊臨之，無動於心。安貧樂道，少欲知足，口無惡說，身無惡行，不求利養，不好名聞，不作王臣，不爲商賈，不長蓄積，不慕權勢，不愛喧擾，不樂侵暴，不揭人過，不稱己善，心不諂曲，志樂閒靜，清明在躬，清素寂然。或「釣於涪水」（如涪翁），或「不肯仕宦」（如華陀），或「以著述爲務」（如皇甫謐），或「隱於深山」（如葛洪、孫思邈等），或「野服雲遊」（如崔真人），或「以醉代酬」（如袁東），或「高簡自愛」（如王觀），或「工畫善琴」（如丁瓚、郁光始等），或「飄然謝世」（如袁仁），或「不啻不舍」（如過龍），或「山中宰相」（如張謨），或「不交塵事」（如繆坤），或「四壁蕭然不賣琴」（如吳士龍），或「懿才潔行」（如劉琮玉），或「植梅滿谷」（如吳慶龍），或「種杏千株」（如郭東），或「蕭然世外」（如胡銳），或自許「畫禪」（如張培），或「仙風道骨」（如吳邦寧）；要之，皆恒懷質直，常樂謙下，志意高雅者，故能光明磊落，身心安泰，敬愛含識，視物我而無異，慈悲攝受，胸襟曠濟，漸入於至道，所謂：「高山頂頂立，海底深深行」也。

茲錄史志中，歷代醫者有高尙之行者若干則，如次：

①

漢·涪翁……，廣漢人郭玉見有老父，不知何出，常漁釣於涪水，因號涪翁，乞食人間，見有疾者，時下針石，輒應時而見效，乃著針經診脈法，傳於代。弟子程高尋求積年，翁乃授之，高亦隱跡不仕。玉少師事高，學方診六微之技，陰陽不測之術。（太平御覽）

②

漢·華佗，字元化，沛國譙人也，一名重方，遊學徐土，兼通數經，曉養性之術，年且百歲，而猶有壯容，時人以爲仙。沛相陳珪舉孝廉，太尉黃琬，辟，皆不就。精於方藥……曹操聞而召佗，常在左右。操積苦頭風眩，佗隨手而差……爲人性惡，難得意，且恥以醫見業。又去家思歸，乃就操求還取方，因托妻疾，數期不反，操累書呼之，又勅郡縣發遣，佗恃能厭事，猶不肯至，操大怒……竟殺之。（後漢書本傳）

案：沛相陳珪之舉，太尉黃琬之辟，皆不就，而曹操之「召」，竟「常在左右」，其爲「強迫徵召」可知。「強迫徵召」，毫無個人自由意志。以操之奸雄，猶需侍之左右，奉之以針藥，其內心之抑壓、苦楚可知，故「性惡，難得意，且恥以醫見業」。「性惡」，服務態度不良而已！醫者應爲千萬人服務，今竟受大軍閥之豢養，位列班首，視同僕妾，自「難得意」，以醫受召，故「恥以醫見業」也。「數期不反」，即逾假不歸也。一代醫者，竟死于權奸之手！此與一般士人之「伺候於公卿之門，奔走於形勢之途，足將進而趨退，口將言而囁嚅，處穢污而不羞，觸刑辟而誅戮，微幸」^①，老死而後止者

「（韓愈送李愿歸盤谷序），誠「其於爲人賢不肖何如也」（同上）」

③

晉·皇甫謐，字士安……居貧躬自稼，帶經而農，遂博綜典籍百家之言。沉靜寡欲，始有高尙之志，以著述爲務，自號元晏先生……後得風痺疾，猶手不輟卷，武帝頻下詔，敦逼不已，並不應，太康三年卒，時年六十八。（晉書本傳）

④

晉·葛洪……好神仙導養之法，從祖元，吳時學道得仙，號曰葛仙公。以其煉丹秘術，授弟子鄭隱，洪就隱學，悉得其法焉。後以師事南海太守上黨鮑元，元亦內學，遂占將來，見洪深重之。洪傳元業，兼綜練醫術，凡所著撰，皆精數是非而才章富贍。洪見天下已亂，禮辟皆不赴，以年老欲煉丹以祈遐壽……止羅浮山煉丹，著金匱藥方一百卷，肘后要急方四卷。（晉書本傳）

⑤

唐·孫思邈，京兆華原人也。七歲就學，日誦千餘言。弱冠，善談莊老及百家之說，兼好釋典，洛州總管獨孤信見而嘆曰：「此聖童也，但恨其器大而難爲用也。」周宣帝時，思邈以王室多故，乃隱居太白山。隋文帝輔政，徵爲國子博士，稱疾不起。常謂所親曰：「過五十年，當有聖人出，吾方助之以濟人。」及太宗即位，召詣京師，嗟其容色其少（唐書本傳作：「年已老，而聽聰視瞭。」），謂曰：「故知有道者，誠可尊重，羨門廣成，豈言哉！」將授以爵位，固辭不受。顯慶

四年，高宗召見，拜諫議大夫，又固辭不受……當時知名之士宋令文、孟詵、盧照鄰等，執師資之禮以事焉！……庭前有病梨樹，照鄰爲賦，其序曰：「……邈道合古今，學殫數術，高談正一，則古之蒙莊子。深入不二，則今之維摩詰。及其推步甲乙，度量乾坤，則洛下閎安期先生之儔也……」（舊唐書本事）

⑥

明·崔眞人，名孟傳，北水關人。幼喪親，并無婚娶，黃冠野服，隻身雲遊，有「五岳爲廬，十州爲胸」之意。從族兄授醫學，掃雲留月，直得壺公妙術。萬曆朝，太后病篤，眞人應詔自簾孔引線候脉，投劑立愈，上賜官、賜金，皆不受，遂賜以眞人號。後於武當羽化，自號朴庵。（襄陵縣志）

⑦

明·袁東，字春菴，善醫，爲人治病，十常療九，病家歡悅，飲之酒，輒陶然醉，無復計謝，人咸高之，又奇其術。東嘗云：「……予視人病患在人，痛楚若在吾身，返觀五內洞然，有見而後，治人五內，即弗效，病亦弗劇！」其長慎如此。

（金壇縣志）

⑧

明·王觀，字惟顯……爲人高簡自愛，其醫操遠識，集奇效，先後不可勝算。成化以來，江之南北達平京師，稱上醫者，觀爲之冠。（蘇州府志）

⑨

明·丁瓚，字汝器，西門人。丁氏自宋世業醫……醫則奇中，人以仙目之。性好客，客嘗滿，嘗出五十緡脫人於厄，書

畫有米倪風，年六十卒。（休寧縣志）

⑩

明·袁仁，字良貴，父祥，祖灝，皆有經濟實學，至仁愈遽，謂：「醫賤業，可以藏身濟人！」遂隱於醫。崑山魏校疾，召仁，使者三至，弗往，謝曰：「君以心疾召，當咀仁義，炮禮樂，以暢君之精神，不然，雖十至無益也。」卒之日，沐浴更衣，呼筆題詩有：「附贅乾坤七十年，飄然今喜謝塵緣」之句，投筆而逝。（嘉興府志）

⑪

明·過龍，字雲從，吳縣人。豐神超逸，隱於醫，著針灸要覽，十四經發揮，茶經各一卷，時與祝京兆文待詔遊。生平不蓄不畜，所需自足，自號十足道人，年九十三卒……（蘇州府志）

⑫

明·郁光始，字涵春……善醫，不計藥費，貧則施之……三吳巨室羣舟相迎，善撫琴，工畫，藥餌之外，能養人性情，稱醫家逸品。（嘉善縣志）

⑬

明·張謐，字廷策，泗川人，號虛齋，通醫活人。爲人端慎，涉書史，冲淡自如，不求仕進，凡冠婚喪祭，一循古禮，鄉國重之，所著有東園集。張東白贊曰：「脩脩乎，此身之外，無一物焉可累。蕩蕩乎，此身之中，無一塵焉可容。野雲流水，等蹤跡於太虛，涼颼皓月，豐受用於無窮，此翁此翁，林下罕逢，此翁此翁，眼中罕同。」羅一峯詩云：「鉛山張處士

，勞爾問東家，秋月開明鏡，春風載小車，平章回草木，契合動煙霞，歸去依韓斗，清光浸皓華。」費健齋詩曰：「蝸角功名未息爭，丈夫何事力逃名？白沙日與群鷗坐，清露時聞獨鶴鳴，元亮酒深邀客醉，堯夫句好共誰賡，五更風雨長安道，卻羨山中宰相榮。」觀此可想見其爲人矣。（鉛山縣志）

⑭

明·繆坤，字子厚，七世以醫傳坤，名更著。性行惇篤，自審脈辨方之外，端居讀書，不交塵事。嘉靖間，帥府檄至行間，療疫全活甚多，榮以冠帶，非其好也！著方脈統宗行世。鄉飲十七次，壽九十。（江陰縣志）

⑮

明·吳士龍，號渤海，臨溪人，穎敏任俠，初業儒，不售，博通韜鈴擊刺琴簫詩畫，而尤精於醫，岐黃以下書，悉精勘，切脉針灸，投多奇中，群醫莫識考之，皆古方書所載也。起病不責，精稟有蓄，輒散之濟乏。子文袞，夭，未婚妻死烈，士龍傾橐爲上請旌表。貧老，怡然，自題其小齋，有句云：「一錢罄矣還栽菊，四壁蕭然不賣琴。」可想其概，年踰七十卒。（休寧縣志）

⑯

明·劉琮玉，字潤芳，貌修頎，涉獵書史，能詩，以醫隱。其術多奇；往往起人於死，不責報。事母孝，交友重然諾，襟度高曠，所與遊，皆一時名士，部守陶安雅重之，母謂其懿才潔行，幾爲醫所掩……（鄱陽府志）

⑰

明·吳慶龍，字潛初，玉川人，業儒，工詩，後習醫，於內經素問諸書，盡挾其秘。尤精於色脉，卜人休咎，往往妙中，每遇危証，諸醫斂手不能起者，龍輒起之。性頗介，遺之，卻不受。嘗慕董奉，種杏廬山，因結舍屏山之陰，植梅滿谷，吟嘯其間。汪大參尙誼，雅重其人，書其楣曰：「羅浮清隱」，北遊遼鮑……後遊南粵，益以醫鳴博羅……（婺源縣志）

⑱

郭東，本單縣人，世爲名醫。及東，始徙嶧，精診視，明運氣，所投劑，無不立效。晚號元同子，避城市，居邑北凡陽洞山下，種杏千餘株，餘田種胡麻，隱然若仙家。性敦樸簡靜，鄉黨雅重之，年踰八十，精神不衰，家在邑東郊，關外人亦私稱爲東郭先生云。（嶧縣志）

⑲

明·胡銳，雅性恬曠，居恒恂恂若愚人，而胸次軒昂，棄名求閒，築圃豐水之陽，長溪靜碧，遠野凝青，垣深一水，屋背萬竿，日徙倚其中，蕭然世外，時讀黃老。耕樵客至，釣鮮烹葵，陶陶樂也。尤精岐黃術，藥臼自隨，諸以沉疴至者，輒以一匕起之。蓋四十餘年，跡不至籬以外，九十八齡，無疾而卒。（淄川縣志）

⑳

明·張培，字抱一，諸生，有文譽，性澹泊，中年無子，遂以醫自顯。精痘疹，雖貧苦者，不避風雨，趨視之。善寫山水，時攜好友，往來天目笠澤間，自號曰畫禪。疾革，悉取平生名畫書籍古玩器，召諸好友分贈之，又罄橐中金，散諸蘭若

，儻然而逝。（平湖縣志）

(21)

明·吳邦寧，字惟和，黎陽人，本姓施，因紹吳雲川，醫業，遂姓吳。性剛直豪爽，每與人論說，善解人頤，士大夫無不羨其有仙風道骨。以醫濟世五十年，臨危救活者，甚衆。尤精幼科，有痘疹心法一書。教子以聖賢之學，嘗曰：「世事變幻如浮雲，惟讀書明理修身克己爲究竟」……（休寧縣志）

四、學者精神

人體乃舉世無雙之「機器」，有極精密而奇異之結構，錯綜複雜，卓越奧妙，無與倫比。就當代之醫者而言，醫學永無止境，就歷代醫者而言，醫學乃通神明之學，仰之彌高，深不可測！中國醫學經數千年演變，因受時代之限制，未能進入微觀實驗階段；但因其走向與西方根本不同，故能獨立於西方醫學之外，自成體系，表現其簡約而深邃，實用而豐富之一面。此種獨創之體系，當以「經絡論」及「氣化論」爲基礎（註三），而以針灸湯藥（天然藥材之複合配合）之療法爲主。以針灸而言，舉世風靡，但難知其機序。以湯藥而言，迄于今日，僅知若干藥材之若干成份及若干藥理作用而已（註四）；至於方劑之綜合成分研究及綜合藥理研究（註五），尚在可望而不可即之階段！

醫之事，可淺學而易知，醫之理，實幽渺而難明。中國醫學，肇自上古，積數千年嘗試之經驗，歷無數前賢之心血，始創此學。學問所遺，著作之豐，卷帙之多，典籍浩如煙海！或

闡釋經義，或考察本草，或述錄治驗，或探索病源。入其門，如涉滄溟，茫然莫窮其涯涘。登其室，如攀高峯，雲封萬仞而困于巉岩也。兩漢名醫如倉公、華佗、張機，皆擅醫術而深于醫理者，故能成一代之宗祖，啓千載之師承。兩晉歷長期喪亂之後，醫者猶能孜孜兀兀，各自爲學，且踵武前修，蒐葺殘闕，盡其繼述之功：如王叔和之編次傷寒論，成仲景之功臣，又撰作脈經，爲脈學之首作。皇甫謐之作甲乙經，乃靈樞之後第一部針灸專著。葛洪之撰肘后方，名方籍之以傳。陶宏景之名醫別錄，蒐集新藥，定製藥分量之法，服湯進劑之格，共爲成準。至於隋唐：巢元方撰病源候論，純爲一部病源醫理之書。王冰註素問，猶顏師古之註五經。孫思邈之作千金方等，所列奇証異方，於醫藥境界，又能推陳創新。王燾之外台秘要，集方論之大成，成醫學第一部類書。明李時珍撰本草綱目，參考書籍八百部以上，親入生產藥材地區，旅行觀察採集，訪問群眾二十六年（1552—1578 A.D.）足跡遍及鄂贛冀豫蘇浙皖各地；讀萬卷書，行萬里路，識萬般人，成書二百萬餘言，搜集藥方1096條（內861條係李氏苦心搜集所得），藥物1893種（日人岡西爲人氏計算爲1898種，內新藥374種），依綱目分類，以孤老衰病之身，獨立完成此巨著，古今罕有其匹！

歷代醫者治學之勤，專究之精，有如是者！唯其積學於書，方能得道於心，以道心治事，故能成大事，以道心行醫，故能成大醫。況醫之爲學，人命安危之所繫，醫說論醫藥之難，云：「五經四部軍國禮服，若講用乖越者，止於事跡非宜耳！至於湯藥一物，少有乖謬，便性命及之，千乘之君，百金之君

，可不深思戒慎哉！」

歷代醫者，或「誦醫經本草方術數十萬言」（如樓護、馬嗣明），或「布衣蔬食，燃薪寫書」（如范汪），或「題於帷幃，牆屋皆滿」（如李聽），或兒時即能「獨取黃帝、扁鵲之脈書治之」（如龐安時），或能「誦素問本草及二部千金四書，不遺一字」（如楊大均），或「損千金從之學」（如李杲），或「千里求師」（如朱震亨），或「居東垣門下十餘年」（如羅天益），或「日夜讀醫書，廢寢食」（如廖文彬），或「晨夕研究參會」（如滑壽），或「盡購古今醫書，曉夜研究」（如呂復），或「凡軒岐以下諸書，靡不精究」（如趙道震），或「於方書無所不晰」（如俞樞），或「負擔展書，担頭讀之」（如湯文），或「閉門研究，探厥元渺」（如周文銓），或「彈精百家醫」（如吳文獻），或「於書無不讀」（如朱日輝），或「博極群書」（如潘大槐），或「人有重病，我亦病」（如蔡天奇），或「經史性理素靈，無不淹貫博洽」（如吳文朗）。要之，如千金方論大醫習業，云：「凡欲爲大醫，必須誦素問、甲乙黃帝針經、明堂流注、十二經脈、三部九候、五臟六腑、表裏孔穴、本草藥對、張仲景、王叔和、阮和南、范東陽、張、苗、靳、邵等諸部經方；又須妙解陰陽祿命諸家相法，及灼龜五兆周易六壬，并須精熟；如此乃得爲大醫，若不爾者，如無目夜遊，動致顛殞。次須熟讀此方，尋須妙理，留意鑽研，始可與言於醫道者矣！又須涉獵群書，何者？若不讀五經，不知有仁義之道。不讀三史，不知有古今之事。不讀諸子百家，則不能默而識之。不讀內經，不知有慈悲喜捨之

德。不讀莊老，不能任真體運，則吉凶拘忌，觸塗而生。至於五行休王，七耀天文，並須探頭。若能具而學之，則於醫道無所滯礙，而盡善盡美者矣！」

繆希雍分醫爲儒醫與俗醫，其界線即在於讀書與不讀書。其本草經疏祝醫五則云：「凡爲醫師，當先讀書……昔稱太醫，今日儒醫。太醫者，讀書窮理，本之身心，驗之事物，戰戰兢兢，求中於道，造次之際，罔敢或肆者也。外此則俗工耳，不可以言醫矣！」

喻昌論醫者當博極群書，醫門法律治病篇云：「醫者當博極群書，求聖賢之意旨，明造化之會歸……醫之爲道，非精不能明其理，非博不能至其約，是故前人立教，必使之先讀儒書，明易理素問，雖本草脈經，而不少略者何？蓋非四書無以通義理之精微，非易無以知陰陽之消長，非素問無以識病，非本草無以識藥，非脈經無從診候而知寒熱虛實之証。聖賢示人，略舉其端而已，後學必須會群書之長，參所見而施治之，然後爲可！」

梁陽泉稱良醫，必須貫徹達幽，不失細小。其物理理論醫云：「夫醫者，非仁愛之士，不可托也！非聰明理達，不可任也！非廉潔淳良，不可信也！是以古之用醫，必選名姓之後，其德能仁恕博愛，其智能宣暢曲解，能知天地神祇之次，能明性命吉凶之數，處虛實之分，定逆順之節，原疾疹之輕重，而量藥劑之多少，貫徹達幽，不失細小，如此乃謂良醫！」

李梴以七不欺爲醫者之本色。其醫學入門云：「或問一言爲約，曰：不欺而已。」讀入門書而不從頭至尾，零星熟得一

方一論，而便謂醫者，欺也！熟讀而不思悟，融會貫通者，欺也！悟後而不早起，靜坐調息，以爲診視之地者，欺也！診脈而不以實告者，欺也！論方用藥療草而不精詳者，欺也！病愈後而希望貪求，不脫市井風味者，欺也！」

茲舉史志所載，歷代醫者有精勤學習之行者，若干則如次：

①

漢·樓護，字仲卿，齊人，父世醫。護少，隨父爲醫長安，出入貴戚家。護誦醫經本草方術數十萬言，長者咸愛重之。

（漢書本傳）

②

北齊·馬嗣明，河內人，少明醫術，博綜經方，甲乙素問明堂本草，莫不咸誦。爲人診候，一年前知其生死。（北齊書本傳）

③

晉·范汪，字元平！潁陽人。少孤，依外家新野庾氏，廬於園中，布衣蔬食，燃薪寫書，寫畢誦讀亦遍，遂博通百家之言，性仁愛，善醫術，常以診恤爲事，凡有疾，不以貴賤皆治之，所活十愈八九，撰方書百餘卷。（古今醫統）

④

唐·李聽，爲河中晉絳慈隰節度吏，好方書，擇其驗者，題於帷帶，牆屋皆滿。（唐書本傳）

⑤

宋·龐安時，字安常，蘄州蘄水人。兒時能讀書，過目輒記

。父世醫也，授以脈訣，安時曰：「是不足爲也。」獨取黃帝、扁鵲之脈書治之。未久，已能通其說，時出新意，辨詰不可屈，父大驚，時年猶未冠已。而病蹟，乃益讀靈樞、太素、甲乙諸秘書，凡經傳百家之涉其道者，靡不通貫……」（宋史本傳）

⑥

宋·道士楊大均，蔡州人，善醫，能默誦素問本草及兩部千金方四書，不遺一字。與人治病診脈，不出藥，但云此病若何，當服何藥，是在千金某部第幾卷，即取紙書授之，分兩不少差。（醫部集成引避暑錄話）

⑦

元·李杲，字明之，鎮人也。世以貨雄鄉里。杲幼歲好醫藥，時易人張元素以醫名燕趙間，杲捐千金從之學，不數年，盡傳其學。（元史本傳）

⑧

元·朱震亨，字彥修，學者尊之曰丹溪翁。翁自幼好學，日記千言。稍長，從鄉先生治經，爲舉子業，後聞許文懿公得朱子四傳之學，講道八草山，復往拜焉，益聞道德性命之說，宏深粹密，遂爲專門。一日文懿謂曰：「吾臥病久，非精於醫者，不能以起之，子聰明異常人，其肯游藝於醫乎？」翁以母病脾於醫亦粗習，及聞文懿之言，即慨然曰：「士苟精一藝以推及物之仁，雖不仕於時，猶仕也。」乃悉焚棄向所習舉子業，一於醫致力焉。時方盛行陳師文、裴宗元所定大觀二百九十方，翁窮晝夜是習，既而悟曰：「操古方以治今病，其勢不能

以盡合，苟將起度量，立規矩，稱權衡，必也素難諸經乎？然吾鄉諸醫鮮克知之者！」遂治裝出游，求他師叩之；乃渡浙江，走吳中，出宛陵，抵南徐，達建業，皆無所遇，及還武林，忽有以其郡羅氏告者。羅名知悌，字子敬，世稱太無先生……翁往謁焉。凡數往返，不與接，已而求見愈篤，羅乃進之，曰：「子非朱彥修乎？」時翁已有醫名，羅故知之。翁既得見，遂北面再拜以謁，受其所教，羅遇翁亦甚歡，即授以劉張李諸書，爲之敷揚三家之旨，而一斷於經，且曰：「盡去而舊學，非是也。」翁聞其言，渙焉無少凝滯於胸臆，居無何，盡得其學以歸……（戴良·丹溪翁傳）

⑨

元·羅天益，字謙甫，眞定人，東垣弟子，潛心苦學，眞積力久，居東垣門下十餘年，盡得其妙。著有衛生寶鑑二十四卷行世。（古今醫統）

⑩

元·廖文彬，將樂人，質酷鈍，日夜讀醫書，廢寢食，以求通曉，用藥如神。尤好施人，稱仁醫。有司薦太醫，辭，舉醫官，又辭。曰：「吾性愚魯，願爲散人！」（延平府志）

⑪

明·滑壽，字伯仁……王居中，名醫也，客儀眞，壽從之學，授以素問、難經。壽卒業，乃請益曰：「素問詳矣，獨書多錯簡，愚將分藏象經度等爲十二類，抄而讀之，難經又本素問靈樞，其間榮衛臟腑，與夫經絡腧穴，辨之博矣，而缺誤或多，愚將本其義旨，注而讀之，何如？居中躍然曰：「甚然，子之善學也，速爲之！」壽晨夕研究參合。仲景、劉守眞、李

明之三家，既學針法於東平高洞陽，盡得其術……著十四經發揮，通考隱穴六百四十有七……」（明史本傳）

⑫

明·呂復，字元膺，郵人。少孤貧，從師受經習詞賦。後以母病求醫，遇名醫衛人鄭禮之於逆旅，遂謹事之，因得其古先禁方及色脈藥論諸書，討求一年，試輒有驗，自以爲未精，盡購古今之醫書，晝夜研究，務窮其間奧，自是出而行世，取效若神……著有內經或問，靈樞經脈箋……諸書，浦江戴良採其治效最著者數十事爲醫案。（明史本傳）

⑬

明·趙道震，字處仁，金華人。精於醫，凡軒岐以下諸書靡不精究，受學丹溪，所造益深。洪武己巳，徙籍定遠，活人頗多，未嘗言利。（定遠縣志）

⑭

明·俞橋，少業儒，究心理學，兼精岐黃術。嘉靖中以名醫被徵，累官太醫院判。橋於方書無所不晰，更博詢諸名家，得河間、潔古、東垣未刻諸稿及古今秘方，斟酌損益之以治病，無不奇驗。居京師，恥事權貴而貧家延之，必盡心療治，以故名愈藉藉而家日窘，士大夫雅重之，著醫學大原……（海寧縣志）

⑮

明·湯文，字涵春，生嘉靖中。家貧，晝耕夜讀，手不釋卷，行田時，倦則臥畦畔苦吟，或負擔展書，擔頭誦之。時以儒業見一不售，即從醫道，殫究原本，辨陰陽應象六節藏

象之秘，投劑無不效者，常曰：「士遇則爲良相，不遇則爲良醫，皆以燮理陰陽爲道耳！若使診視諸証，莫辨二氣互勝之理，疾何由愈？」王肯堂以爲名言。盛行於世，以不受謝，僅有田四十餘畝，分其半與弟，豐膳奉父，不以煩其弟也……（金壇縣志）

(16)

明·周文銓，少業儒不成，棄去，學醫，視俗工所爲，詬曰：「醫道止是邪？」復棄去，閉門取素難本草諸書，反復研究，探厥元渺，始出應人之求，切脈製藥，一主朱李，迥出流輩，衆大駭然，病者輒愈，乃大服。由此名動京國，公卿恒折節禮下之……卒以窮死，醫效籍甚……（上元縣志）

(17)

明·吳文獻，字三石，花橋人。幼好岐黃術，既補邑諸生，猶不廢方書，久而曰：「古人不爲良相，則爲良醫。」竟辭博士籍，殫精百家醫及素問等書，所著有三石醫教四十卷，藥性標本十卷……（婺源縣志）

(18)

明·朱日輝，字充美，東源人。天性溫粹，篤志嗜學，於書無不讀，長於強記。後棄舉子業，專治岐黃家言，按脈審方，一以儒理爲權衡，所值多全活。邑令周天建重其名，時加幣聘，輝屢晉謁，無私情……（婺源縣志）

(19)

明·潘大槐，字公植，桃溪人，幼嗜學，博極群書，率能得其要領。尤善岐黃術，遇篤疾，投之以劑，多奇效，人驚爲

神。門士從遊者，寶其傳書，皆有名於當世。性孝友，家庭大事直以一身膺之，絕不弛担於二弟，弟方孤弱，賴槐撫育教誨，迄於有成，季弟歿，槐傾己貲理喪具，復撫恤其孤，人咸義之。（婺源縣志）

(20)

明·蔡天奇，浮梁諸生，工醫，醫從素問本草而精，以深思勝，亦不屑屑赴人之召。人有危病，問天奇，天奇輒問他醫診狀，或取其方增減一二而奇中，嘗試諸醫曰：「人有重病，則我亦病病，窮日夜之思，僅可得起一人，汝輩慎之！」天奇不受謝，其行誼又足多云。（饒州府志）

(21)

明·吳文朗，字介夫，城南人。性孝友，少習儒業，屢試不售，紹父岐黃術，凡五經、諸史、性理大全、素問靈樞等書，無不淹貫博洽，遂以醫顯。常以濟人爲心，而道德淵懿，坐人於春風和氣中。一時諸當事，忘分折節，爭相敬禮，賜匾優異，曰：「理學名醫」。然性介欲淡，遊貴人之幕，不爲干謁。終年坐一室，手不釋卷，交遊多名彥，稱爲觀瀾先生，年八十一終。（高安縣志）

五、對患者之至意深心及慎重精詳

西方「醫師之父」希波克拉底斯（Hippocrates 460 B.C—379 B.C）曾作「醫師誓詞」，迄今猶爲西方醫師（包括今日在台之西醫）開業時宣讀之誓言，誓言略云：「奉獻一切爲人類服務，崇敬感戴師長，但憑良心與尊嚴從事醫業，

顧念患者健康，尊重患者所寄托之秘密，盡力維護醫業榮譽及高尚傳統；同業亦視之如同胞，不容任何宗教、國籍、種族、政治或地位之考慮；介入職責與患者之間。對人類生命，自受胎時起，即始終寄予最高之尊敬，即使在威脅下，亦不運用醫學知識以違反人道。」

醫者術業宜精深，固無論矣，而醫者之品格，更不可不講求。醫之爲業，有德有體；唐·孫思邈千金方即云：「凡太醫治病，必當安神定志，無欲無求，先發大慈惻隱之心，誓願普救含靈之苦。若有病厄來求救者，不得問其貴賤貧富，長幼妍媸，怨親善友，革夷愚智，普同一等，皆如至親之想。亦不得瞻前顧後，自慮吉凶，護惜身命。見彼苦惱，若己有之，深心悽愴，勿避險巇。晝夜寒暑，飢渴疲勞，一心赴救，無作功夫形迹之心，如此可爲蒼生大醫，反此則是含靈巨賊！」

此爲醫之德。

又云：「夫大醫之體，欲得澄神內視，望之儼然，寬裕汪汪，不皎不昧。省病診疾，至意深心。詳察形候，絲毫勿失。處判針藥，無得參差。雖曰病宜速救，要須臨事不惑。唯當審諦覃思，不得於性命之上，率爾自逞俊快，邀射名譽，甚不仁矣！」

又云：「又到病家，縱綺羅滿目，勿左右顧盼，絲竹湊耳，無得似有所誤，珍羞迭薦，食如無味，醞醖兼陳，看有若無。所以爾者，夫一人向隅，滿堂不樂，而況病人苦楚，不離斯湏，而醫者安然懼娛，傲然自得，茲乃人神之所共恥，至人之所不爲，斯蓋醫之本意也！」

又云：「夫爲醫之法，不得多語調笑，談謔誼諱，道說是非，議論人物，炫耀聲名，訾毀諸醫，自矜己德。偶然治癒一病，則昂頭戴面，而有自許之貌，謂天下無雙，此醫人之膏肓也。老君曰：『人行陰德，天自報之，人行陰惡，鬼神害之，尋此二途，陰陽報施，豈誣也哉！』所以醫人不得恃己所長，專心經略財物，但作救苦之心，於冥冥道中，自感多福者耳！」又云：「不得以彼富貴，處以珍貴之藥，令彼難求，自炫功能，諒非忠恕之道，志存救濟故。」

又云：「其有患瘡痍下痢臭穢，不可瞻視人所惡見者，但發慚愧悽憐憂恤之意，不得起一念褻芥之心，是吾之志也。」

此爲醫之體。

醫之德，稟救世仁術也。醫之體，重敬業精神也。醫者應循斯規矩而砥礪之，涵養學術，陶冶儀型，精誠無二，方爲良醫。

人體疾病之機序，「玄冥幽微，變化難極」，非「才高識妙，豈能探其理致」？故醫者對患者之診斷用藥，務必慎重、周詳而精確。漢代張機對當時醫者之「省疾問病，務在口給，相對斯須，便處湯藥」，即有極嚴厲之評擊！傷寒雜病論序云：「夫天布五行，以運萬類，人稟五常，以有五臟，經絡腑俞，陰陽會通，玄冥幽微，變化難極！自非才高識妙，豈能探其理致哉！上古有神農、黃帝、岐伯、伯高、雷公、少俞、少師、仲文，中世有長桑、扁鵲，漢有公乘、陽慶及倉公，不此以往，未之聞也！觀今醫，不念思求經旨，以演其所知。各承家技，終姓順舊。省疾問病，務在口給，相對斯須，便處湯藥，按

寸不及尺，握手不及足，人迎跌陽，三部不參，動數發息，不滿五十，短期未知；決診九候，曾無髣髴，明堂闕庭，盡不見察；所謂窺管而已！夫欲視死別生，實爲難矣！孔子云：『生而知之者上，學則亞之，多聞博識，知之次也』。余宿尚方術，請事斯語。」

陳實功·外科正宗有醫家五戒；云：

「一戒：凡病家大小貧富人等請觀者，便可往之，勿得遲延厭棄，欲往而不往，不爲平易，藥金毋論輕重有無，當盡力一例施與，自然陰鷺日增，無傷方寸。」

「二戒：凡視婦女及孀婦尼僧人等，必候侍者在傍，然後入房診視；倘傍無伴，不可自看，假有不便之患，更宜真誠窺覷，雖對內人，不可談此，因閨闔故也。」

「三戒：不得出脫病家珠珀珍貴等送家合藥，以虛存假換。如果該用，令彼自製入之，倘服不效，自無疑謗；亦不得稱讚彼家物色之好，凡此等非君子也。」

「四戒：凡救世者，不可行樂登山，攜酒遊玩，又不可非時離去家中，凡有抱病至者，必當親視，用意發藥；又要依經寫出藥帖，必不可杜撰藥方，受人駁問。」

「五戒：凡娼妓及私夥家請看，亦當正己，視如良家子女，不可他意見戲，以取不正。視畢便回，貧窘者藥金可璧。看回只可與藥，不可再去，以希邪淫之報。」

中國歷代醫者，或「敬重師承」（如許希），或「用意綿密」（如姚僧垣），或「爲聽事以舍病人」（如李修），或「居高位而不懈貧賤」（如崔季舒），或「授藥兼昇烹器」（如

倪維德），或「醫不計貲」（如韓昌），或「暗活以參附」（如唐協極），或「不輕試藥餌」（如劉浩），或「無遠近晦明風雨，皆身親歷之」（如李信），或「寒暑晝晦無倦」（如孫復吉），或「托夢投劑」（如任榮），或「釜鬲煮藥」（如劉承宗），或「晝夜奔問」（如殷榮），或「通夕不寐」（如司馬隆），或「不較亡賴」（如施文彬），或「自攜鑪炭」（如何明鼎），或「小心精篤」（如余紹寧），或「按日立方」（如吳敬泉），或「退而求思」（如王昂），或「暮夜攝衣往」（如雷時中），或「必盡其心力」（如沈惠）；要之，皆宅心仁厚，敬業愛人；省病診疾，至意深心；診斷用藥，慎重周詳而精確。不分貧富怨親，不辭風雨勞瘁，有體有德有戒，較希波克拉底斯之尊嚴誓言，高尚道德，有更超越者。

茲錄史志中，有關歷代醫者對患者之至意深心、慎重精詳之史事，若干則，如次：

①

宋·許希，開封人，以醫爲業，補翰林醫學。景佑元年，仁宗不豫，侍醫數進藥，不效，人心憂恐。冀國大長公主薦希，希診曰：「針心不包絡之間，可亟愈。」左右爭以爲不可，諸黃門祈以身試，試之無所害，遂以針進，而帝疾愈。命爲翰林醫官，賜緋衣銀魚及器幣。希拜謝已，又西向拜，帝問其故？對曰：「扁鵲臣師也，今者非臣之功，殆臣師之賜，安敢忘師乎？」乃請以所得金，與扁鵲廟，帝爲築廟於城西隅，封靈應侯。……著神應經要訣行於世。（宋史本傳）

②

晉·姚僧垣，字法衛，吳興，武康人……葛修華宿患積，時方術莫效。梁武帝乃令僧垣視之，還，具說其狀，并記增損時候，梁武帝歎曰：「卿用意綿密，及至於此，以此候疾，何疾可逃？朕常以前代名人，多好此術，是以每恒留情，頗識治體，今聞卿說，益開人意！」（周書本傳）

③

魏·李修之父亮……針灸授藥，莫不有效。徐袞之間，多所救恤，四方疾苦，不遠千里，竟往從之。亮大為廳事，以舍病人，停車輿於下；時有死者，則就而棺殯，規往弔視，其仁厚若此。（魏書李修傳）

④

北齊·崔季舒，字叔正，博陵安平人，少孤，性明敏，涉獵經史，長於尺牘……大好醫術……遂為名手，多所全濟。雖位望轉高，未曾懈怠，縱貧賤廝養，亦為之療。（北齊書本傳）

⑤

明·倪維德……世以醫鳴（案：明史外傳云：維德……祖父以醫顯。）維德少受尚書於湯碧山，奇其才，勸之仕，曰：「爵祿以濟物，然有命焉，不可倖致！不若紹承醫學，以濟吾事！」於是取內經，研其奧旨，欣然曰：「醫之道，盡是矣！」操心仁厚，來謁即赴。竇人抱疾求治，維德授藥兼具烹器，客問曰：「藥可宿備，瓦罐亦素具乎？」維德指室北隅，蓋積數百枚……（蘇州府志）

⑥

明·韓昌，洪洞人。世以醫相傳，德厚心慈，醫不計貲，人多重之。時見推車者臥道，憐之，診脈知寒，移暖屋，藥之汗愈。及行，資以粥米，其人叩謝曰：「願公多壽，生貴子！」（平陽府志）

⑦

明·唐協極……世業醫，至協極，術愈精，求診切者，日以百計，貧不受藥值，遇篤疾，活以參附，人不知也……（太平府志）

⑧

明·劉浩，儀封人，從太祖取張士誠有功，授都指揮，不受，願就醫。隨徐武寧調理軍士，遂家山海，為醫審慎，不輕試藥餌。（畿輔通志）

⑨

明·李信，字用誠，祥符人，坦易忱慤，孚於鄉里，世居汴城，精醫術專，療治嬰孩，每有請治者，無遠近晦明風雨，皆身親歷之，一視則生死立決。當正統景泰天順成化間，縉紳先生迎致無虛日，其所報貽，腴薄不較也……（開封府志）

⑩

明·孫復吉，字見心，世習岐黃，精內經素問脈訣諸書，與薛立齋、王肯堂往復參究，互相讚嘆。復古貌古心，鄉士夫訂為素心交，求療者雖極貧，寒暑晝晦無倦。郡邑慕之，登堂旌獎，壽八十餘……（嘉善縣志）

⑪

明·任榮，雲台醫，有陰德，活人甚多。宏治間，年六

十，無疾而終……其曾孫服遠，幼紹祖父業，庚辰歲瘟疫大行，得疾者親友不相訪問，染之即不起，服遠診念之，夢祖謂曰：「何不取黃岡普濟消毒飲服之！」醒覺，即檢閱，果得是方，依方投劑，身親診視，痊活人數千，人咸以神醫誦之，遠近禮迎，子孫濟濟，皆列庠序。（山西通志）

(12)

明·劉承宗，字繼仁，別號培桔，吳縣南濠人。年十五，從其祖授醫方……名大著。嘉靖甲寅倭變，檄客兵來救援，遠騎而馳，多病疫，承宗以釜鬲煮藥飲之，僵踣立起，日應四方延請，風雨不辭。萬曆初，子宏道登第，人以子既貴，不敢以疾求診，承宗輒赴之……（蘇州府志）

(13)

明·殷渠，字度卿，號方山，美姿髯貌，老，猶若童子。家世十全上醫也，至渠獨精於診視，投劑無不奇中，俗呼為殷神仙云。然手目不去書卷，所至輒效，不受人金帛，以救人命為志。萬歷癸未歲大疫，閭巷傳染，至闔門不火，渠部勒甲乙諸戶，晝夜奔問，所活數千百人，皆不受饋！（儀真縣志）

(14)

明·司馬隆，字季平，先世陝之咸寧人。父元亨，家金陵，儒而能醫。隆少勤學，嘗從林龍溪受尚書，後繼父業，遂擅醫名，讀內經丹垣諸書，手不釋卷。每至病者家，或群醫俱集，辨論紛然，隆徐以一言定之，人皆悅服。遇人危疾，端居靜繹，或通夕不寐，必得其病之源，治之而後已。有貧士病疫，親族畏避，隆診視不輟，嘗曰：「人皆有死，豈獨疫疾能死人

哉！……」（江寧縣志）

(15)

明·施文彬，字宗文，父唯德，膺薦入太醫，至文彬，學益明習，定方審藥，無出其右，絕不矜能責報，遇貧者急往治之。嘗曰：「貧人自忽其疾，而我亦忽之，不急往，恐緩不可為矣！」有亡賴嘗侵以非禮，弗較，既病困昏夜往救，投劑立愈，人咸道其心術之良。年六十，事母依依有孺慕情，弟文惠蚤世，撫其遺孤，為之婚嫁焉。（蘇州府志）

(16)

明·何明鼎，麗水人，字丹泉，居心慈祥，秉性狷介，業醫，精方脈，嘗備藥濟世，不分貧富，遇孤苦，自攜鑪炭，煎煮活人。居常尤勤課子讀書……（處州府志）

(17)

明·余紹寧，字義周……幼讀書，二十學醫術，遍訪明師，得異授，精通唐宋朱劉各家及素問針經諸書，能預決人生死，往往奇中。其用藥，不循舊方，但對證發單，邑紳士咸服其小心精篤。又賦性慈愛，尤肯賑恤貧民，常製萬病無憂丸施布，賴全活者甚衆……（新城縣志）

(18)

明·吳敬泉，博通內典，精於醫理。凡延請診視，或貧富齊至，必先其貧者，且贈以藥，而不取其資。若貧而居遠鄉，不能再請者，察其病之淺深，自初疾至愈，按日立方，不爽毫末。（蘭谿縣志）

(19)

明·王昂，廬陵人，通古今醫書，人有危疾，集郡中諸醫，無能療者，昂投劑立應。其不可者，縱郡醫出施巧，不活也。於是郡中言名醫，率歸王氏。久之，上自台省大府而下，莫不走迎，往往著奇驗，多與爲忘形交，稱松峯先生。嘗語人曰：「予每遇疾艱危，未嘗不退而求思，求爲必活之計也。」又曰：「醫以輔養元氣，非與疾求勝也，夫與疾求勝者，非味雜辛烈，性極毒猛，則得效不速，務速效者，隱禍亦深，吾寧持久緩而待其自復也。」人有疾輒往視之，不責其報，閭閻之間，門至戶及，所活人，殆以千計。（吉安府志）

(20)

明·雷時中，伯宗裔孫，善易學，及岐黃諸書。醫能奇中，貧者晝夜叩之，必攝衣往，酬以錢，則辭，蓋醫隱者也。（建安縣志）

(21)

明·沈惠，字民濟，華亭人……有富家子患痘危劇，已治木矣，藥之而愈，取其棺以施貧兒……惠爲人謹厚謙下，無貴賤貧富，必盡其心力。立身有繩檢，郡守子疾，惠入視，夫人從屏後告以病所由，惠若不聞，守訝之，對曰：「夫人自向明府言耳！」其以禮自處如此。（松江府志）

六佈施

宗喀巴菩提道次第略論云：「菩提之事，唯二而已，謂修自他之利也。於修利他，首須以財而作饒益。」瑜珈師地論論觀察菩薩種性，即觀察其人能否實踐「六度道」，便可斷定其

菩薩善根之有無。「菩薩道」，即六度行之實踐也。如有類人，生來即稟賦悲心依此悲心，引之發之，以行六度，即度菩薩。亦有悲心薄弱，但學習菩薩道，修六度行，亦成菩薩。更有類人，悲心本無，但慕菩薩行願，其始也雖覺勉強，久之亦能安其所行，亦成菩薩。生而有悲心者爲上根，以宿已習學，今更加功用行；生而悲心薄弱者爲中根，但能奮志堅毅，勤策自勵以赴；生而無悲心者爲下根，但以勝緣現前，起慚愧心，強以成之，其爲菩薩行則一。故弘願如海，須有實踐之行之大山以填之；以六度之行山，填實弘願之大海，佛果菩提，方能圓滿，否則願即成虛。

菩薩之道，在於實行六度；六度，又以佈施爲首。佈施有多種：（一）身內物之佈施，如施頭目腦髓身命者，曰「內施」。（二）身外物之佈施，如施田園家宅財產者，曰「外施」。（三）內外兼施者，曰「一切施」。惠捨生活資財，不使人匱乏者，曰「財施」。以世間學問樂育人群，或以善法化導大眾者，曰「法施」。或於強權暴力欺壓侵凌，危及大眾生命或自由時，能挺身而出，以種種方法消弭之，保障衆生，令離怖畏，曰，「無畏施」。古往今來，豪傑英雄，仁人志士，捨身成仁，立法施治，保國衛民，皆屬無畏施。要之，能犧牲一己，利益人群家國者，皆爲佈施。

中國歷代醫者，民胞爲懷，孳孳爲善，行醫乃在於濟世之苦厄，悲心天稟，故特多佈施之行。或「不顧千金」（如狄仁傑），或「輒焚積卷」（如宋清），或「時時窮空」（如杜嬰），或「施藥施棺」（如劉歆），或「陰施默益」（如譚仁顯）

(或「清修苦節」(如朱丹溪)，或「贈金資歸」(如羅知悌)，或「濟葬助嫁」(如費傑)，或「醫不取酬」(如王薄)，或「潛金於藥」(如錢同文)，或「盡散家財」(如盛賜祿)，或「家徒壁立」(如吳中允)，或「卒之日，家無餘貲」(如張榮、凌漢章)，或「捐資設局」(如施夢暘)，或「施藥救疫」(如姜辰、黃至)，或「所得金錢悉推予貧乏」(如孟繼孔)，或「俸入多以濟困」(如朱儒)，或「施不責報」(如衛周佐)，或「鬻田賑粥」(如項森)，或「升堂發藥」(如賈汝棟)，或「鬻產代賠」(如陳善道)。自佛教觀點，皆上根之人，修菩薩之行者。

茲舉史志之有關歷代醫者有佈施之行者數則，如次：

①

唐·狄仁傑，性閑醫藥，尤妙針術。顯慶中應制入關，路由華州闌園之北，稠人廣衆，聚觀如堵，狄梁公引轡遙望，有巨牌大字云：『能療此兒酬絹千匹』，即就觀之，有富室兒，年可十四五，臥碑下，鼻端生贅，大如拳石……頃刻將絕，惻然久之，乃曰：『吾能爲也』。其父母洎親屬叩額祈請，即輦千絹置於坐側，公因令扶起，即於腦後下針寸許……疣贅應手而落，雙目登亦如初，曾無病痛，其父母親眷且泣且拜，則以縑物奉焉。公笑曰：『吾哀爾命之危逼，吾蓋急病行志耳，吾非鬻伎者也。』不顧而去焉！(醫部集成引集異記)

②

唐·宋清，長安西部藥市人也。居善藥，有自山澤來者，

必歸宋清氏，清優主之。長安醫工得清藥，輔其方，輒易售，咸譽清，疾病疔瘍者，亦皆樂就清求藥，冀速已，清皆樂然響應，雖不持錢者，皆與善藥。積券如山，未嘗詣取值。或不識遙與券，清不爲辭。歲餘，度不能報，輒焚券，終不復言……(柳宗元集)

③

宋·杜嬰，字大醇，性能讀書，其言近莊，爲人曠達而廉清。自托於醫，無貧富貴賤，請人輒往。與之財，非義輒謝而不受，時時窮空，幾不能自存，而未嘗有不足之色。善言性命之理，其心廓然，無累於物，故多爲賢士夫所知。王安石謂：『予嘗與之語，久而不厭！』(儀真縣志)

④

金·劉敞，字扣中……業醫而精，性樂施與，病者與之藥，貧者施之棺，人感其德，卒之日，無不泣下者。(甌寧縣志)

⑤

宋·譚居士，名仁顯，成都人也，以醫爲事，居郡城東南隅，所居庭廡離落間，偏植草藥，年高而精神愈壯，無喜怒，故毀譽不動其心。手持數珠，常誦佛經於閭巷聚落中，治病所得錢帛，隨即分授於貧者，竟以不言，但行陰施默益之道。每行藥，至午方歸，則閉戶靠壁，瞑目而坐。大中祥符乙卯冬，無疾端坐而逝。(醫部集成引茅亭客話)

⑥

元·朱丹溪先生……四方以疾迎候者無虛日，先生無不即往，雖雨雪載途，亦不爲止。僕夫告痛，先生諭之曰：『病者

度刻如歲，而欲自逸耶？」寔人求藥無不與，不求其償。其困阨無告者，不待其招，注藥往起之，雖百里之遠弗憚也。居室垣墉，敦尚儉朴，服御唯大布寬衣，僅取蔽體，藜羹糗飯，安之如八珍。或在豪家大姓，當其肆筵設席，水陸之羞，交錯於前，先生正襟默坐，未嘗下箸，其清修苦節，能爲人之所不能爲，而於世上所悅者，淡然無所嗜……」

又云：「先生……寤寐先哲，唯日不足，民吾同胞之念，須臾莫忘；雖其力或弗支，苟遇惠利少足以濡物，必委蛇周旋，求盡其心；應接之際，又因人心感發之機，而施仁義之訓，觸類而長，開物成化，所謂風雨霜露，無非君子之教者，要亦不可誣也。致思於醫，亦能搜隱快秘，倡明南方之絕學，嬰疢之家，倚以爲命，先生一布衣耳，其澤物有如此者！」（宋濂集）

⑦ 「余嘗觀太無先生（案古今醫統：「羅知悌，字敬夫，世稱太無先生，精於醫術，得金劉元素之傳，旁通張從正、李杲二家之書，有異見，惟好靜僻，厭與人接，惟丹溪爲得意弟子……）治滇南一僧，遠遊江浙，思親成疾，先生惠之以飲食藥餌，復贈金一鎰，以資其歸。此固我醫道之當然也！今之醫者，或泥古，或吝秘，或嗜利以惑人，其得罪於名教多矣！」（陳自明外科精要，論醫者更易良方，引薛己所云。）

⑧ 明·費傑，字世彥，曾大父子明爲元世醫宗，傑故以醫承其家。性古慤澹篤。邑人患劇疾，雖百里外，必迎候，傑至，

投一二劑，輒效。嘗設藥餌，以週邑之貧獨，葬疏遠無歸者數十人，嫁外姓之孤者五人，郡守戴琬，尤重其雅誼，加賓禮焉。（山陰縣志）

⑨ 明·王溥，邑之名醫，偉貌修髯，望之若仙，遇異人授脈訣，用藥隨証，輒效，不取酬，救濟甚衆。嘉靖間，御史熊按東郡有疾，召問，對曰：「安神定志，不藥而愈。」熊深器重焉。八十健行如飛，至九十七而卒。（觀城縣志）

⑩ 明·錢同文，字養眞，精岐黃術，過危篤疾，投劑立愈，乞療者以先後爲序，不論富貴也。貧者不能具參附，每出筒中蓄，入咀咬，不以告。有荷擔販塩者，家無斗粟，塩爲捕所奪，嘔血數升，匍匐求治，同文潛以白金半錠雜藥中，其人啓函得金，以爲誤也，同文曰：「我安得有金，即遺萬汝，必明告汝矣！」其人得金喜，飲藥立愈。其陰行善，多類此，敝衣徒步，不憚數十里，所至，惟食菜羹，恐以口腹殘物命也。壽七十餘乃終。（海塩縣志）

⑪ 明·盛賜祿，幼遊蘭溪，遇方士授岐黃術，賣藥城市。貧者，施不責償。捐貲助修鹽城橋，佐沈龍宇完婚娶，人多義之。年八十五，盡以家財分散親族而卒。（海塩縣志）

⑫ 明·吳中允，字養素，幼失母，砥礪志操，敦篤友誼。兄弟中有欲分財析產者，輒推與之，家徒壁立，奉養未嘗少缺。

精醫術濟人，凡貧富咸親視診，病痊不責其酬，鄉黨以此推重。
（石門縣志）

⑬

明·張榮，字伯仁，常山人，移家如皋，少精診家學，人以疾請，無早夜寒暑雨雪，無不赴者，投七劑，輒奇效，至報有無，不問也。嘉靖己未，邑有倭寇……軍中大疫，榮起者千餘人。隆慶末，下邳有治河之疫，大興卒徒，皋人負鍾者，千二百而疫死者過半，榮自請往治焉，至則夫役俱就茅蓬下臥，一一療之，皆得生還，不費縣官一錢也。好施予，寡人有謁者，無不應往往折券棄責。卒之日，家無餘貲，子孫今爲皋人。

（如皋縣志）

⑭

明·施夢陽，字應章……習岐黃術，洞悉秘奧，得註籍醫院。萬曆……十五年，吳中歲凶，捐藥資設局海紅坊巷，賑濟自丁亥至壬辰，六月間水旱頻禔，全活無算，今海宏禪寺，即濟貧故址也。（吳縣志）

⑮

明·姜辰，南昌進賢人，以醫久寓高安，頗有儒行。萬曆戊子己丑間連荒，家戶病疫，辰施藥濟困，所活良多，貧者尤德之。（瑞州府志）

⑯

明·孟繼孔，字春沂，亞聖公裔，宋南渡以名醫，世居吳門，洪武初隸太醫院。繼孔幼穎慧，習舉子業，遊焦澹園先生之門，父垂歿，命習世業，道術日進，聲滿都邑。生平存活嬰稚

，未可數計，每痘疹流行間，從群兒遊嬉中預決生死，無不奇中。性通脫不羈，所得金錢悉推予貧乏，隨手輒盡，歿之日，囊無餘物，所著有幼幼集……（江寧府志）

⑰

明·朱儒，由吳江徙居秀水，昆弟四人，儒析產讓弟，以醫顯，入都。會大疫所起，亡算，選授太醫吏目，後積貲爲院使……授方多效，縉紳爭爲倒屣，所得俸入，多以濟困阨。若貧而就醫者，不責其報，且潛置金藥帖中，周其急。每里中入都，儒戀戀桑梓，又客死者倡義經紀其喪，年七十七卒……（嘉興府志）

⑱

明·衛周佐，字輔臣，淮安籍高郵人，精醫術，應手而愈，施不責報。嘗救貧人，施濟丸散，淮人全活者無數。（江南通志）

⑲

明·項森，字子秀，遂昌人……精岐黃術，每以施藥濟人，爲事雖傾橐，勿恤也。萬曆初，邑旱飢，乃鬻田賑粥，多所全活，其輕財重義類如此。……（處州府志）

⑳

明·黃至，字誠甫，浦城人。性孝友，尤樂施予。少治儒，已棄去，精醫。歲大疫，死者載道，捐貲施藥，藉以全活者千百計，仲子秉傳其術，摘平日奇中者爲醫案。享年六十，忽進諸朋輩於前作偈曰：「浩氣無虧缺，幻軀有生滅，乘化還太虛，皎皎秋空月。」飄然長逝。（建寧府志）

②①

明·凌漢章，名雲……以孝感泰山異人，授明堂針術。治秦藩疾，得瘳，孝宗聞之，延見聖濟殿，賜太醫院御醫。年七十七，無疾而終，生平輕財好義，死之日家無餘資。（浙江通志）

②②

明·賈汝棟，字梁宇，精工文藝，旁通岐黃，以明經授襄垣學訓，轉靜樂教諭，所至立法課士，施藥濟人，及陞陝西靈台令，清心寡欲，簿書之餘，惟檢藥料，每日升堂時，先發藥劑，徐理縣務，人呼爲慈母。（隰州府志）

②③

明·陳善道，建昌人，卜居將樂，幼業儒，世精醫，挾術養親，性敦孝義。母死，扶襯歸里，合葬父墓，會大雨雪，墓若氤氲襲人，人以爲異。族苦漕運，毅然贖產代賠，毫不責報，往返京師七載，貧無怨言。（延平府志）

七、廉潔

千金方論大醫精誠云：「醫人不得恃己所長，專心經略財物，但作救苦之心，於冥冥道中，自感多福者耳。」歷代醫者，無間乎儒釋道三教，皆信：「禍福無門，惟人自召，善惡之報，如影隨形。」（太上感應篇），「積善之家，必有余慶，積不善之家，必有余殃」（易經）。「作善，降之百祥，作不善，降之百殃」（尚書）。一切行事，善惡禍福吉凶悔吝之間，有其果者，必有其因，施之人者，報己，如形影之相隨

，聲譽之相應。醫乃仁心仁術，博施濟衆，常存仁義，應無馳騖利名之心，故取予之間，極其嚴謹；他物不悻，自財不吝，衣食足充腹蔽形而已，安貧樂道，不貪欲樂，精勤不怠，唯慧是業。遺教經云：「多欲之人，多求利故，苦惱亦多，少欲之人，無求無欲，則無此患。」故李挺醫學入門云：「醫司人命，非質實而無偽，性靜而有恆，眞知陰功之趣者，未可輕易以習醫。」龔廷賢萬病回春醫家十要，云：「一存仁心，乃是良箴，博施濟衆，惠澤斯深……十勿重利，當存仁義，貧富雖殊，藥施無二。」繆希雍本草經疏云：「醫師不患道術不精，而患取金不多，舍其本業，專事旁求，假寵貴人，冀其口陷，以希世重，縱得多金，無拔苦心，念當來世，豈不酬償？作是思維，是苦非樂。故當勤求道術，以濟物命；縱有功效，任其自酬，勿責厚報；等心施治，勿輕貧賤，如此則德植厥躬，鬼神幽贊矣！」醫說醫通神明云：「凡爲醫者，須略通古今，蠱守仁義，絕馳騖利名之心，專博施救援之志，如此則心識自明，神物來相，又何戚戚沽名，齷齪求利也……」。

歷代醫者，或「不二價」（如韓康），或「不盡取金帛」（如龐安時），或「略不計利」（如吳鎔、鄭疆、崔瑞生等），或「極謹義利之辨」（如何順中），或「平等如一」（如劉勉），或「清儉有士行」（如陶浩），或「非其職不受」（如倪居敬），或「酬以金幣，一無所取。」（如錢瑛），或「布袍角巾，闔門吟咏。」（如徐沛），或「藥每效，而家長貧」（如李法謙），或「拾金不昧」（如蘇廷榮），或「絕不較利」（如崔瑞生、唐祖官、重整等），或「取與不苟」（如曹鶴

、宗文魁等），或「非以醫爲市」（如劉義國），或鄙「區區阿堵物」（如倪守泰、李台春等），或「丐者盈門」（自閔自成），或「煮藥如池」（如趙夢弼），或「賣田貯藥而施」（如白鷗）。

茲錄史志中，歷代醫者有廉潔之行數則，如次：

①

東漢·韓康，字伯休，京兆霸林人也。常采藥名山，賣于長安市，口不二價三十餘年。時有女子從康買藥，康守價不移，女子怒曰：「公是韓伯休耶？乃不二價乎！」康歎曰：「我本欲避名，今小女子皆知有我焉，何用藥爲？」乃逕入霸陵山中。博士公車連徵不至，桓帝乃備元纁之禮，以安車聘之，康因道逃逝，以壽終。（後漢書）

②

宋·龐安時……爲人治病，率十愈八九，踵門求診者爲辟邸舍居之，親視釀藥，必愈而後遣。其不可爲者，必實告之，不復爲治。活人無數，病家持金帛來謝，不盡取也，嘗詣舒之。（宋史本傳）

③

宋·吳鎔，字國器，業儒，隱于醫。全活者衆，略不計利……（寧國縣志）

④

元·何順中……世業醫，至順中，益著工巧，居太醫垣四十年。王公貴人有招延之者，視義不視物，必專敬乃往。往則

疾家有所恃，或以勢臨之，弗能致也。家固貧，極謹義利之辨云。（崑山縣志）

⑤

明·劉勉，字仲勉，世爲瘍醫。至元間，以大臣薦召，爲尙醫，食太醫祿，入侍帷幄，出隨扈從，被遇特加……生平視病者，平等如一，遇顛連無告者，且賑給之。嘗曰：「富者我不利其所有，貧者我不倦其求。」時以爲進乎道者。（蘇州府志）

⑥

明·陶浩，字巨源，世居太倉……能數起奇疾，遠近聞其名，求療者日至。素清儉，有士行，鄉人至今稱名醫，必曰巨源。（太倉州志）

⑦

明·倪居敬，父后手，瘍醫巨擘，敬承家學及諸家方論。除教授至保冲大夫，命同知江浙財賦，以非其職，不受也。民避兵露宿，而疫者籍籍，全活無算。（杭州府志）

⑧

明·錢瑛，字良玉，宗道子，世傳顯醫……子恒、愷、悌、愷、皆世其業。……愷字伯康，與兄齊名，以濟生爲念，酬以金幣，一無所取……（蘇州府志）

⑨

明·徐沛，字澤卿，少從周萊峯遊，以文章行誼相切，讀古書，工詩，涉獵內經，用以診疾，危者輒起，然不售術也。以子三重貴受封，布袍角巾，闔門吟咏。（青浦縣志）

⑩ 明·李法謙，以字行，山東樂安人……家於石埭之七里，隱於醫，術甚精，心甚正，不甚責人酬，以故藥每效而家長貧。既死，人思其德。周其家。（池州府志）

⑪ 明·蘇廷榮，遂昌人，家世業醫，至榮益精其技。歲大疫，遍行診治，其貧不能具藥者，則施之。龍泉陳令得疾請療，道拾囊金七十兩，坐候失主半日，不至，前行十里許，有赴水幾危者，拯起，飲以藥，俟少甦，詰之，云：「是徽州木商汪榮」，即失金之人也。問其故則曰：「金既失矣，奚以生爲。」及驗其帳，數皆合，遂全畀之。……享壽八十終。（處州府志）

⑫ 明·崔瑞生，字衷白，東鄉人，幼業儒，克敦孝友，改習岐黃之術，專以濟世活人爲念，診脈施藥，絕不較利，貧病者，甚德之。得養身妙訣，葆攝天真，年逾九旬，容顏如童，燈下猶能摸黃庭小楷，不用拄杖，疾行如飛，人稱異云。（太平縣志）

⑬ 明·曹鶴徵，絳縣人，素性耿介，取與不苟。家饒，偶遇異人，授以針法，每日門聚百餘人，病愈，毫不索謝。遠來者或贈以酒食，貴介屢以金帛致謝，堅弗受，年九十八歲，面紅鬚白，鶴髮童顏，里中呼爲曹神仙。（平陽府志）

明·劉新國，字師文，陽信人，父夢松，爲德府良醫。生新國，於稷下，盡得所學，而不以醫名。博極群書，由貢授陝西鎮安縣令，橋寓三水數載，歸里。求醫者接踵戶外，應手輒效，間有所酬，正色謝之，蓋其志在活人，非以醫爲市也。安貧樂道，二十餘年，自識長逝日月於壁，後果不爽，時年八十二歲，病者夢之輒愈。（濟南府志）

⑮ 明·倪守泰，號德齋，世業醫，嘗自言曰：「爲良相易，爲良醫難，予業斯醫，惟區區阿堵物是求，殆鄙甚耳！」所以活人者衆，而餘貲無有焉！其子昌應，敬承其道，綽有乃父風！（高淳縣志）

⑯ 明·李台春，字懷川，邵陽人，世精醫理，中無城府，與人藥不同其值，窮民日填戶，無倦容。途遠莫繼者，即斟酌其時日增減，予以方藥，無不驗。與人交，傾誠無所忌諱，赴人之急，不計利，至於緩急阿堵無所計。尤極孝友，延師訓其仲弟藻春，餼於庠，悉以父產讓之諸弟。而弟凡有所須，尙取給焉。歲給棺木若干，賢士大夫樂與之深交。……壽八十餘卒，以樂施，鮮積遺，其子以貧云。（寶慶府志）

⑰ 明·閔自成，錢塘人，善內外科，初術精內外科者，推姚應鳳，自成後起，遂與相埒。仁而好施，見貧乏者，不受值，且診視必先之，曰：「倘後，恐其慚慍不亟來，必殆矣！」丐者盈門，一一應之不厭，故遠近翕然稱長者。年七十一，夢吏

持牒迎，主老塩倉社，至期坐逝，其里人與祠僧亦同夢，於是改塑其像焉！（浙江通志）

(18)

明·唐祖官，幼工岐黃之術，及長而業益精，延請者日踵趾相錯，性樸實醇厚，無貧富，一以至誠予之，而以財利有無弗計也。尤憫恤貧困，輒自袖方藥周旋之，始終無倦容，嘗沾沾作德色，人有言感恩者，輒逡巡退讓如有歉然。於族黨鄉里，嫻睦敦篤，拯厄解爭，尤汲汲焉，品行端正，一時罕出其右者。（鄞縣志）

(19)

明·趙夢弼，字肖野，居江夏，年八十，因呼肖翁，家世受醫。精脈法，凡診諸病者，形神俱往，徐以一二語，發其隱結，投藥立效……赴人之急，百里外中夜叩門，無不應者，既老猶杖而往。歲大祲，煮藥如池，全活甚衆，年八十八，一日遍辭所識而卒。（湖廣通志）

(20)

明·童塾，字原武，號介菴，香溪人，讀書好學，而尤精於醫，擅名一時，活人甚多，絕不計人之酬德也。所交多賢大夫，喜成人之美……（金華府志）

(21)

明·宗文魁，徐州人，醫外科，多奇效，喜施捨，於婚喪多所助。事母以孝，取與不苟，蓋樸素人也。子孫世守其業。

（江南通志）

(22)

明·白鷗，潁川衛人，質直，有古俠士風。精數學，能斷人生死，時刻不爽。會疫起，行道死者相枕藉，遂棄所學，曰：「數知人，能救人乎？」因潛心醫理，賣田貯藥，施不取償。（江南通志）

八公誠正直

維摩詰經云：「我問『道場者，何所是？』答曰：『直心是道場，無虛假故。發行，是道場，能辦事故。』」僧肇釋云：「修心，進道，無亂之境，便是道場耳。若能標心為主，萬行爲場，不越方寸，道自修者，乃真道場也。……直心者，謂內心真直，外無虛設，斯乃基萬行之本，坦進道之場也……心既真直，則能發迹造行，發跡造行，則事業斯辦，衆行俱舉也。既能發行，則樹心彌深，樹心彌深，則功德彌增。直心入行，轉深，則變爲菩提心也。此心直正，故所見不謬。凡弘道者，要始此四心，四心既生，則六度衆行，無不成也。」真直之心，即公誠正直之心，此乃人生最珍貴之稟賦，亦正人君子必備之條件。古賢相能臣之公忠體國，英雄豪傑之直道而行，無一非遇事認真，方正不苟，公私分明，率性蹈道者。唯其如此，方能忘身忘家，不畏強橫，崇尚正義，臨難不苟，維持天地之正氣，保障人間之正道，堅守職業道德之尺度，不失光明磊落之行誼，蔚成一代剛毅之風，彰顯一世忠義之行。中國歷代醫者，或「不貪色」（如何澄、周子幹、陳光遠、盛曠等），或「不諂媚」（如邱處機、陸怡、欽謙等），或「臨難不苟免」（如戴思恭、李肅等），或「不糜公費」（如蔣武生），或「

擲金而詬」（如嚴樂善），或「負氣尚俠」（如李奎），或「因事納忠」（如徐彪、蔣宗武等），或「持挺碎盜」（如徐述），或「一生方正」（如喬士瑛），或「方略救囚」（如尙綱），或「濟人唯誠」（如葛方覃），或「陰于行善」（如霍應兆），或「肝胆真切」（如李應龍），或「戒律精嚴」（如釋湛池），均足堪師範者。

茲錄史志中，歷代醫者有公誠正直之行者數則，如次：

①

宋宣和間，有一士人抱病纏年，百治不瘥。有何澄者，善醫，其妻請到，引入密室告之曰：「妾以良人抱病日久，典賣殆盡，無以供醫藥，願以身酬。」澄正色曰：「娘子爲何出此言！但放心，當爲調治取效，切勿以此相污，不有人誅，必有鬼神譴責！」未幾，士人病愈。（醫部全書引醫說）

②

金末道士邱處機，應蒙古國主聘問：「有好長生之藥麼？」對曰：「有衛生之道，無長生之藥。」故西軒客談云：「歷代方士皆謂有不死藥，以惑時君，既而煉藥不成，或勸服藥，反速其至死者多矣……邱處機可謂傑然不群者矣！」（醫部全書引西軒客談）

③

元·陸怡，字悅道，華亭人，常在杭州得遺珠，值千緡，候求者還之。尤善醫……召至京師，右丞相答剌罕哈刺孫使切脈，竟曰：「丞相無疾，惟左足大姆脉不到。」時哈孫

欲試其藝，先以物約之也。稱爲神人，欲官之，力辭歸，賜號悅道處世。（松江府志）

④

明·欽謙，吳縣人，由都督府經歷改太醫院判，加一級。宣宗數召見，索秘藥，三問皆以不知對，最後切諭之，謙叩頭曰：「臣以醫受陛下官祿，先聖傳醫道者，無此等術，亦無此等書，陛下承祖宗洪業，宜兢兢保愛聖躬，臣死不敢奉詔。」上愧怒，命力士以旃席裹頭，亟持付獄……久之，上悟釋出，復其官。正統末，隨駕出土木殉難……（蘇州府志）

⑤

明·戴思恭，字原禮……洪武時，徵爲御醫，有所療治，立效，太祖愛重之……晉王未疾，思恭療之愈，已再發即卒。太祖怒，逮治王府諸醫，思恭從容進曰：「臣嘗奉命視王疾，啓王曰：『疾今即愈，但毒在膏肓，即復作，不可療也。』今果然矣！」諸醫由是免死。（明史本優）

又云：「太祖得疾，少間，出御右順門，召諸醫侍疾無狀者，悉付獄，獨慰思恭曰：『汝仁義人也，事無預汝，毋恐！』已而駕崩，太孫嗣位，罪諸醫，獨擢思恭太醫院……（明史本傳）

⑥

明·李肅，字杏林……名醫日振。永樂初膺薦拜松江府醫學正科，年幾七旬，復被召拜命即行，奏對稱旨，賜金織緞服二襲，日食大官。未幾扈駕北征，給以從人名馬及諸禦寒之具。或惜其年老，不勝，肅正色曰：「恭逢萬乘爲天下蒼生

而行，吾何敢以老身為惜，不思報上恩哉！」（松江府志）

⑦

明·蔣武生，字用文……父歿，乃習醫，會同黜異，得其要而綜之；決死生，定緩急，治效無一弗中，當路薦入太醫院……上嘗命工部為營第室，用文叩頭謝曰：「臣荷恩遇，莫能報，又敢糜公費，不益愧悚乎？」再辭乃止。甲辰謝病上疏乞歸，詞意懇切，未有：「清心寡慾，慎加調保，以綿聖治，以慰萬方」等語，上覽疏驚嘆，明日遣中貴賚勸慰諭，用文力疾讀之，顧謂其子敬忠曰：「荷國洪休，萬弗酬一，歸語諸兄弟，宜謁忠孝，以繼吾志。」遂終，年七十有四……用文生平嗜學，顏私室曰靜學，有詩，治效方論行世。（儀真縣志）

⑧

明·嚴樂善，業醫，有名。永樂癸巳，理藥星湖市南，突有一男子造其室，出金飾一器，跪而進之曰：「先生請受，而後敢言。」因附耳，語末竟，樂善擲金大詬，且脅之曰：「我今且不發汝隱，汝若更求他醫，殺汝同氣，我必訟汝于官。」踰年，男子感悟來謝。（嘉興府志）

⑨

明·李奎，字石梁，少負氣尚俠，避仇，亡匿湖海間十餘年，始歸。更折節讀書，精於醫，洞究內外經。心揣手追，盡得其妙，善起人痼疾……（鄞縣志）

⑩

明·徐彪，字文蔚，太醫院使樞子也。正統十年，以能醫，薦入太醫院，時代王久病瘧，又昌平侯楊洪在邊，疾篤，受

詔往視，皆不旬而瘳，~~入~~御藥房。十三年擢御醫。景泰二年，遷院判，常侍禁中。每以醫諫景帝，問藥性遲速，對曰：「藥性，猶人性也，善者千日而不足，惡者一日而有餘。」問攝生？以固元氣對，其因事納忠類此……（松江府志）

⑪

明·蔣宗武……明天順間，以明醫徵入供俸，授太醫院御醫，陞院判、院使、進通政使、左通政官，至禮部左侍郎，宗武所治，能取捷效。周太后不豫，宗武投劑輒愈。初上在乾清宮病目，亦以宗武藥愈，至是召至便殿，將驟遷以酬之，宗武固辭……一日進藥，上問以保身養氣之道，宗武對曰：「保身莫若寡慾，養氣莫若省心。」上嘉納之。宗武謹厚寡言，數荷優異，絕無矜色，出入禁掖數十年，人間以宮中事，不答也。既歸，雖襁褓襁褓之夫，以病叩，無不為盡心者……（武進縣志）

⑫

明·徐述，昆陵人……善診……決人生死旦夕歲月，若神……嘗夜讀岳武穆傳，怒甚，持挺起，無所洩忿，碎其盎於爨下，鄰人驚問之，曰：「吾方切齒於檜賊也！」……武進縣志

⑬

明·喬迨，上海人，家世業醫，迨益精其術……子士琰，字仲餘，少好讀書，有介操，名似其父。嘗出遊，遇富家子，死一日矣，士琰以一匕投之，遂甦。其家奉百金為壽，不受。晚年預營葬地，作方塚，自為銘曰：「黔婁之死，正而不足，千載以下，踵其芳躅，不能為圓，不能為曲，規茲方塚，不知

其人，而短其行。」……（松江府志）

⑭

明·尚綱，字御公，補郡庠生。婦翁吳毓昌中書舍人，以醫顯。綱得其傳，故其療人也，幾于洞垣，隨手輒效。性又好義，健行，無宿留者。閩疆之變，婦女多被難入營伍，綱心傷之，謀於素交郭宗臣者，亦偶黨好義人也。千金之家，傾囊爲之，不足，兩人造請諸公，不避風雨寒暑，遠至他郡，募金思贖之。婦女粗惡者，贖以金，其稍有姿色者，率閉留，不聽贖。兩人夜篝燈，相對太息，或躊躇走謀，得數奇士，分行方略，其設心甚苦，履危蹈險，若用兵然。及其人先後出營，母以授子，婦以授夫，姐以授弟，至於道遠者，夫與弟皆未至，則延於家，布帷藜榻，空兩楹橫門楣，甚至移寢室以處之，其救全者，不下千人，而兩人之經營亦瘁矣。已未綱卒，後三年宗臣亦歿。（仁和縣志）

⑮

明·葛方覃，字寅谷，御史萱七世孫也。事繼母晏以孝聞。晏病，方覃親嘗湯藥，衣不解帶者月餘，因歎曰：「爲人子者，不可以不知醫。」遂學醫。嘗書一誠字於座右曰：「凡人立身制行在於誠，況醫，死生大事哉！」里中歲數疫，人多疫，方覃盡心醫療，遇貧不能具藥餌者，輒解囊中金與之，多所存活，里人德之。如阜一孀婦，病邪瘧，數年不愈，方覃至，婦聞鬼語曰：「此正人也，吾當避之。」服藥尋愈……方覃不拘古法，往往以注意爲變通，診視時，問病者所疾苦，輒以手向己身揣度其處，如與同患。年七十卒於家，後數降乩，

廣陵人傳其仙去云。（高郵州志）

⑯

明·霍應兆，字漢明，丹徒人，寓居武進，精岐黃術，天性孝友事八十歲老母，愛敬不衰。爲人正直，與人論古今節義事，輒慷慨奮發，陰行善不求人知，業其道四十年。所著有傷寒要訣，雜証全書。（武進縣志）

⑰

明·李應龍，字熙寰，太醫院吏目，以醫術馳名舒廬之間，爲人灑脫，肝胆真切。（進賢縣志）

⑱

明·釋湛池，字還無，戒律精嚴，功行最高，尤精醫術。證治不執古方，別有刀圭，於針灸疽瘍，取效神速，人或謝遺，一無所受，濟人，至今稱之。（濟寧州志）

⑲

明·周子幹，號慎齋，西隅人，少時行履輕跚，聞長老言，以爲非壽徵，乃對斜拗直，行步遂端。其爲醫務，究五行陰陽道理，意在扶陽抑陰，體驗身心，通己之脉理，以喻人之脉理，全活甚衆。有豔婦以活夫恩，貧無所報，願薦枕席，正色拒絕。嘗經柏葉山、神祠旁見巨石斜縮路口，擔負往來苦不便。謀捐資鑿石，居人謝弗散，乃向神呪云：「神必福民，吾體神意去石，若殃當殃我！」夜神像仆地，石裂爲三。享年七十有九，著醫案數十卷存於家。（太平縣志）

⑳

明·盛曠，字○，之子，穎悟絕人，盡傳家學，來求

必應，未嘗索賄，其治痼疾，甚有奇驗……不可殫述。曠孝仗義好施，嘗有遭喪不能舉者，端所有，周其急。毘陵畫士馬某，以貧來謁，館之數年，馬願以女充側室，曠惻然變色拒之。年五十五卒。（吳江縣志）

(21)

明·陳光遠，不知何許人。成化中，僑居安亭望仙墩，醫術神異……御史行部而病，召視，長揖不拜，且索坐，既診脈，曰：「大人無疾，往時病中服補中湯二十劑，灸臍中二十壯，乃瘥，皆中半而止，所以復發，滿之自愈。」御史驚以為神，改家禮之。他日就訪其廬，茅舍三楹，不蔽風雨，欲為繕修，固辭不受。鹿城富人某，父病且死，延致之，方為療治，聞鼓吹聲，問知納妾，語其子：「吾意不在金帛，脫幸活君父，願以新姬相贈。」子唯唯，夕即出令侍寢。光遠笑舉所佩金牌示之，有「不近女色」四字，文且漫滅，不知年所曰：「吾以試子，父與妾孰重，子無恠情，可謂孝矣！」卒活之。所至有奇效，遺以金，輒不受，後去，不知所終。（蘇州府志）

結論

歷代醫者人格之高尙，風範之超倫，已如上所述。吾人若進行探索：何故中國歷代有如許衆多之賢哲醫者產生？而今又何故七零八落，喪亡殆盡？此中原因，因非三言兩語，所能道盡者，要之，任何一人，其人生之態度，行為之模式，與人格之結構，固有其個人之因素存在，如：遺傳、環境、性格、教育、信仰、機遇、及佛家所稱 根、因緣、修持等，但主要仍

在於整個社會、文化之薰陶，此俗所云：「什麼水，養什麼魚！」——吾人朝夕涵泳於社會文化中，亦朝夕對此社會文化，盡其反哺回饋之功能！

歷史學者於中國歷史之分期，常以秦漢迄於鴉片戰爭為古代或古典之中國，鴉片戰後迄今，則為近代、現在之中國。蓋鴉片戰爭後，中國不僅外貌大變，即內部生活，如政治組織、經濟結構、風俗習尚、學術思想、社會形態、價值觀念等，無一不作空前未有之大變動！此部高壽所謂：「西洋與中國接觸結果，中國天地皆變！」嚴復亦謂：「現代中國世變，迄秦以來，未有如斯之甚！」在鴉片戰爭成為古代中國與近代中國之界碑，久為確論。（郭廷以師即如此主張。）古代（古典）中國之社會究為何等樣之社會，中外學者，論之詳矣！或以為：「一人自由之國！」（如黑格爾）、或以為：「絕對專制之邦」（如維持浮哥），或以為：「封建社會」（如郭沫若），或以為：「前資本主義之生產方法時代」（如李季），或以為：「先資本主義階段，即商業資本與高利貸資本統制小農經濟與家庭小手工業社會。」（如胡秋源），或以為：「亞細亞生產方法……東方式社會之出發點，是宗族制度，宗族的宗教的或農村的公社。」（如馬札亞爾），或以為：「商業資本主義社會」（如梅思平），或以為：「戰國至後漢，為奴隸經濟占主要地位之社會。三國至唐末五代，為發達之封建莊園時期。宋以後為先資本主義時期。」（如陶希聖），或以為：「農村商業社會，既非完全之商業資本主義社會，亦非完全之封建社會。」（如梁園東），（註六）或以為：「士紳社會，儒吏同時

亦爲地主，全國爲士人階級所包辦之官僚治體所統治。」（如 D. Bodde）（註七），或以爲：「專制黑暗之閉鎖社會」（如清末革命黨人之宣傳），或以爲：「平面合理之開放社會」（如錢穆）（註八），或以爲：「理性早啓；文化早熟之倫理本位，職業分途之社會。」（如梁漱溟）（註九），或以爲：「（專制）政權、族權、神權、夫權，代表了全部封建宗法之思想與制度。」（如毛澤東）（註十），或以爲「謎之時代——不可知！」（如王禮錫）（註十一）……總之，若不從經濟制度、價值系統、社會結構、政治體系、人格構造等各方面詳盡分析之，實皆有失之於籠統、偏頗，或自覺，或不自覺含有價值判斷之意，辯之無益。

但影響中國社會制度，乃至於人生態度、行爲模式、人格結構之最深而遠者，莫過於文化中之價值系統。中國文化，極其繁富，故分析其中之價值系統，亦非易事。金耀基氏曾列舉八項，曰：（一）崇古尊老。（二）內聖外王。（三）君子與通才。（四）道德與學問。（五）家與孝。（六）重農輕商。（七）和諧與禮。（八）和平與王道（註十二）。並認爲此八者，實形成古代國人行爲之標桿，具有塑造國人人格世界之作用，茲不贅引。但與中國醫者人格之形成，尤有密切關係者，爲前四者茲申証之，以爲本文之終結。

（一）崇古尊老：古代中國乃一「傳統導向」（註十三）（*tradition direction*）之社會，一切唯古是尚。「堯舜之治」被描摹爲黃金時代之理想型模，自孔子以降，後人唯以遠古爲借鏡，政治上之「禪讓」，經濟上之「井田」，皆成爲後人夢寐以求者。最佳之政治，乃「三代之盛，得以徐還」最

好之人、乃「今之古人」，強烈趨向於「過去」之結果，尊老亦成爲必然之現象，蓋於農業社會中，老年者常爲青年之領航，祖先所遺之智慧與經驗之庫藏在焉，故權威常操於老人手中，使古代中國成爲一「老人取向」之社會。（註十二）中國醫學之崇古尊老傾向，更十分強烈。如內經素問即成爲中國醫學之總源。林億，重廣補註黃帝內經素問序云：「在昔黃帝之御極也……乃與岐伯上窮天紀，下極地理，遠取諸物，近取諸身，更相問難，垂法以福萬世，於是雷公之倫，授業傳之，而內經作矣，歷代寶之，未有失墜。蒼周之興，秦和述六氣之論，具明於左史，厥後越人得其一二，演而述難經，西漢倉公傳其舊學，東漢仲景撰其遺論，晉皇甫謐刺而爲甲乙……惜乎唐令列之醫學，付之執技之流，而薦紳先生罕言之，去聖已遠，其術曖昧，是以文注紛錯，義理混淆……奈何以至精至微之道，傳之以至下至淺之人，其不廢絕，爲已幸矣！」

中國歷史上之黃帝是否真有其人？其資料來源足徵否？其所代表之人類文明社會之演進，已至何種階程？是否有岐伯、雷公之問難？當時以何種文字語言記述？當時之知識，是否能「上窮天紀，天極地理，遠取諸物，近取諸身」？其所獲得之知識，確當否？真實否？此中問題多矣，皆需充分批判估量之。但國人絕不之問，而代之者，却是「歷代寶之，未有失墜」，「授業傳之」，「文注紛錯，義理混淆」！（註十三）

王冰作素問亦云：「素問……其文簡，其意博，其理奧，其趣深，天地之象分，陰陽之候列，變化之由表，死生之兆彰，不謀而遐邇自同，勿約而幽明其契，稽其言有徵，驗之事不

忒，誠可謂至道之宗，奉生之始矣！假如天機迅發，妙識玄通，藏謀雖屬於生知，標格亦資於訓詁，未嘗有行不由逕，出不由戶者也。然刻意研精，探微索隱，或識契真要，則目牛全無，故動則有成，猶鬼神幽贊，而命世奇傑，時時間出焉！則周有秦公，漢有淳于公，魏有張公華公，皆得斯妙道者也。咸日新其用，大濟蒸人，華葉遞榮，聲實相副，蓋教著矣！」

「至道之宗，奉生之始」，故數千年來中國醫學之發展，只爲此古經舊典作註釋訓解，未敢有些微踰越者，學術之發展，總是「去聖已遠，其術曖昧」，偶然「間出」「命世奇傑」，亦「皆得斯妙道者」！「今不如古」，「每況愈下」，甚至「非三代兩漢之書不敢觀，非聖人之志不敢存」（見韓愈答李翱書），如此尊重古典，因襲傳統，缺少社會進化，學術進步觀念，對經典之存在，猶如宗教徒之恪守訓誡，知解不足，篤行有餘，故昔梁任公即曾慨然而言：「並非前人的話完全不對，但若前人全對，便用不着吾人多費手續，至少要對前人有所補充修正才行。吾人對前人的話，要是太相信了，容易爲其束縛。應充份估量其價值，對則從之，不對則加以補充，或換一個方面去觀察！」（註十四）

「換一個方面去觀察」，此亦涉及國人認知方法問題，國人認知，只靠「天機迅發，妙識玄通」，「行不由逕，出不由戶」，「識契真要」，重推想、玄思，而不重觀察、分析、比較、歸納、實驗，此所以二千年來中國醫學「舉世共成一大格套、牢籠，遮天蔽日！」（引喻嘉言醫門法律序）蔽守門戶，抱殘守缺，缺少進步，無突破性成就之故也！

其所以如此，或誠如梁漱溟先生所云：由於古人智慧太高（理性早啓），文化成就太多（文化早熟）之故。

（二）內聖外王：古代中國知識分子，最大願望乃兼有內聖功夫與外王事業。內聖爲最高之獨善之自修，外王爲最高之兼善之他修，此即「已立立人，已達達人」之圓滿境界，亦「修己安人」理念之澈底之實現。大學所示，自誠意正心，修身齊家，以至於治國平天下，即內聖外王，由已而人之作業（註十二）。儒之成聖成賢，釋之成佛祖，道之成眞成仙，皆在於追求自我人格最高之完成，並澤及衆生，惠及後世。故儒有「先天下之憂而憂，後天下之樂而樂」（范仲淹語），佛門有「衆生無邊誓願度，煩惱無盡誓願斷，法門無量誓願學，佛道無上誓願成」。中國知識分子莫不以「君子」爲尙，但絕不以只做到「君子」爲滿足。「學而優則仕」，唯仕，方能安百姓、平天下也。醫爲掌命之職，續人之命，而與天地生生之德合，故醫說隱醫云：「醫之爲道，由來尙矣，原百病之癒，本乎黃帝，辨百藥之味，本乎神農，湯液則本乎伊尹，此三聖人者，拯黎元之疾苦，贊天地之化育，其有功於萬世，大矣！萬世之下，深於此道者，是亦聖人之徒也。賈誼曰：『古之聖人，不居朝廷，必隱於醫人』，孰謂方技之中而無豪傑也哉！」呂誨作醫銘云：「愈世之病，如持國政，常使衆邪不得干。」萬病回春云：「醫道，古稱仙道也，原爲活人，今世之醫，多不知此義，每於富者用心，貧者忽略，此固醫者之恒情，殆非仁術也。以余論之，醫乃生死所寄，責任非輕，豈可因其貧富而我爲厚薄哉！告我同志者，當以太上好生之德爲心，慎勿論貧富，

均是活人，是亦陰功也。」醫說云：「凡爲醫者，須略通古今，蠱守仁義，絕馳驚利名之心，專博施救援之志，如此則心識自明，神物來相。」

醫者，「拯黎元之疾苦，贊天地之化育」，乃「聖人之徒」，「聖人不居朝廷，必隱於醫卜」，「醫道即仙道」，「心識自明，神物來相」，此種「聖化」思想，今人自現代化「世俗化」觀點，已認爲有失於「幻想」！屬「先驗主義」！「未受實証科學洗禮」，「受神秘主義支配」（如Robert H. Storch-Geldern 所云：東南亞地區思想模式，多視宇宙萬物與個體，具有某種神秘結合。）（註十二）其行爲思想是否建立於理性基礎上？其實效否？與「知識即權力」、「進化觀點」、「未來主義——人類唯通過科學方法能改造世界，主宰命運！」等吻合否？此乃另外問題。但中國歷代醫者，唯其以醫業，爲內聖外王之功夫與事業，「上以療君親之疾，下以救貧賤之厄，中以保身長命，以養其生。（仲景傷寒論序），均具此存心及抱負，故能助醫者創立人格，完成典型。

（三）君子與通才：中國儒者基本性格爲人文精神。一切經典與價值活動，均根源於人文思想。君子即人文精神之實際代表，而人文精神則爲一全幅之展現，不能落於一技一藝！故君子必然爲一通儒，一物之不知，乃儒者之恥。儒者並非爲一專才，蓋一爲專才，便無足觀（註十二）。孔子所謂：「君子不器」，此即韋伯（M. Weber）所稱：中國之傳統教育，不在訓練專才，或激勵英雄性格，而在於養成嫻於經典之文化人（註十五）。文化人之基本性格，其本身即「的」，而非工具或手

段。錢穆亦云：「中國知識界，不僅無從事專精自然科學上一事一物之理想，並亦無對人文界專門探求其一種智識與專門從事某一種事業之理想，因任何智識與事業，仍不過爲達到整個人文理想之一工具，一途徑（註十六）。

此種缺少「專業化」，反「職業主義」之傾向，於中國醫者尤明顯，前所引素問林億序，即認爲中國醫學之沒落，即始於唐代之將醫學列入「執技之流」，故「薦紳先生罕言之」，華佗之「恥以醫見業」，袁仁所謂：「醫賤業，可以藏身齊人」，狄仁傑所謂：「吾非鬻技者！」亦然。九靈山房集云：「醫以活人爲務，與吾儒道最切近，自唐書列之技藝，而吾儒不屑爲之。世之習醫者，不過誦一家之成說，守一定之方，以幸病之偶中，不復深爲探索，上求聖賢之意，以明夫陰陽造化之會歸，又不能博極群書，採擇衆議，以資論治之權變，甚者，至於屏棄古方，附會臆見，展轉以相迷，而其爲患不少矣！是豈聖賢慈惠生民之盛意哉！」

醫者應「上求聖賢之意，明陰陽造化之會歸，博極群書，採擇衆議」，以慈惠生民，並非「誦一家之成說，守一定之方」，成爲單純之「技術人員」，此即「君子不器」，儒者不能落於一技一藝也。

明倪維德原機啓微序亦云：「醫爲儒者之一事，不知何代而兩途之，父親至親者，有疾而委之他人，俾他人之無親者，反操父母之死生，一有誤謬，則終身不復，平日以仁推於人者，獨不能以仁推於父母乎？故於仁缺。朋友以義合，故赴其難，雖雖水火兵革弗顧」周其急，急雖金玉粟帛弗吝，或疾，

則曰：「素不審他者。曰：甲審，遂求甲者。渠曰：乙審，又更乙者。紛紛錯擾，竟不能辨，此徒能周赴於瘡痍，而不能携友於死生也，故於義缺。已身以愛爲主，飲食滋味，必欲美也。衣服玩好，必欲佳也。嗣上續下，不敢輕也，疾至而不識，任之婦人女子也，任之宗戚朋友也，任之狂巫瞽卜也，至危猶不能辨藥誤病焉也，故於智缺。夫五常之中，三缺而不備，故爲儒者，不可不兼夫醫也。故曰：醫爲儒者之一事。」

又云：「夫醫之道大矣，自神農黃帝岐伯雷公而下，無非聖哲開其源，賢智遺其流，故能拯黎元之疾苦，贊天地之化育，世道既降，士大夫以此爲技藝，不屑爲之而畀之，凡流是以至精至微之理，而出於至卑至賤之思，其不能起人之疾，反以夭其命者，多矣！此范文正公所以自謂：不爲良相，則爲良醫。……」

針灸甲乙經序，林億云：「通天地人曰儒，通天地不通人曰技。斯醫者，雖曰方技，其實儒者之事乎！班固序藝文志，稱儒者助人君，順陰陽，明教化，此亦通天地人之理也。又云：方技者，論病以及國，原診以知政，非能通三才之奧，安能及國之政哉！」

「醫爲儒者之一事」，儒者，五常——仁義禮智信之表率也。儒者若不通醫術，五常缺三矣！「通天地人曰儒，通天地而不通人曰技」，此即儒必通醫，但僅有技藝之醫者，必非第一等之醫者也。故世之醫者，滔滔皆是，國人唯重儒醫，儒而知醫醫而通儒，亦醫亦儒，其行：仁義禮智信，其慧：通天地人。故千金方論診候，云：「古之善爲醫者，上醫醫國，中醫醫人，下

醫醫病。」萬病回春，醫家十要亦云：「通儒道，儒醫世寶，道理貴明，群書當考。」且儒術與醫術亦有其共通之處，古今醫統。儒醫篇云：「醫術比之儒術，固其次也，然動關性命，非謂等閒，學者若非性好專志，難臻其妙！」又云：「儒識禮義，醫知損益，禮義之不修，昧孔孟之教，損益之不分，害生民之命，儒與醫豈可輕哉！儒與醫豈可分哉！」

醫與儒不分，醫與政不分，在今日時代，已屬不可思議矣！由於工業化、技術革命、專業化或精密分工之結果，今日之社會結構實含有「高度之結構分殊性」(Highly Structural Differentiation) (註十二)，昔日一人或一個家庭即可担负宗教、政治、經濟、教育等所有「功能」，嚴幾道所云：「中國(上自)帝王，下至守宰，皆以身兼天地君親師之衆責。」但現代於經濟發展、技術發展之逼迫下，社會結構自然趨向分殊：教會、政黨、工會、學校、學術團體等均應運而生，每一種「結構」皆扮演其特殊之角色，担负其特殊之功能。士農工商兵之區分，或三十六行分法已毫無意義。即以醫學學會之分科而言，一九七八年十月至十二月，日本全國性各醫學會、研究會，有學術研究報告之活動者，即達八十九個團體，其中如：體質學會、核醫學會、鼻副鼻腔學會、體力醫學會、電氣泳動學會、高氣壓環境醫學會、肩關節研究會、弱視斜視學會、扁桃研究會、腦波筋電圖學會……(註十七)故現代社會結構與古代社會之結構，其分殊性，實有絕大程度之別。由於工業化、技術化結果，大多數工作已非憑經驗與直覺可得而爲，必需具相當之專門知識與技術。李維(M. Levy

（曾云：「現代工業是不問誰是誰，現代工業所問者，僅是彼（他或她）是否具有專門技術功能與特殊技巧！……操作機械之結果，必然如此，因對於一輛大卡車或鑽孔機，其操作者之爲一罪犯或聖人，爲國王或凡夫，均無絲毫差別。」（註十八）

（四）道德與學問。國人對學問與道德最爲尊敬，所謂：「尊德性，道問學」。君子也者，必須兼備此二者而不可缺一焉。

昔日國人最崇敬之「儒吏」，其地位之取得，即繫於經典之考試制度，而經典亦不外乎道德倫理（註十二）。醫學固屬學問之事，但醫者行醫，却不能有背醫德。早期素問述醫者之過，即有徵四失論，論云：「診不知陰陽逆從之理，此治之一失也。受師不卒，妄作雜術，謬言爲道，更名自功，妄作砭石，後遺身咎，此治之二失也。不適貧富貴賤之居，坐之薄厚，形之寒溫，不適飲食之宜，不別人之勇怯，不知比類，足以自亂，不足以自明，此治之三失也。診病不問其始，憂患飲食之失節，起居之過度，或傷於毒，不失言此，卒持寸口，何病能中？妄言作名，爲粗所窮，此治之四失也。」

所謂「不知陰陽逆從之理」，素問疏五過論云：「聖人之治病也，必知天地、陰陽、四時、經紀、五藏六府、雌雄表裏、刺灸砭石、毒藥所主，從容人事，以明經道，貴賤貧富，各異品理，問年少長，勇怯之理，審於分部，知病本始，八正九侯、診必副矣！」此已包括今所謂「基礎醫學」及其他「專業科目」，醫者之備識也，應如此豐富而專精。「受師不卒，妄作雜術」，即不終師術，惟妄是爲，訓練不足，胡搞亂整。「不適貧富貴賤之居……不別人之勇怯……」，蓋貧賤者勞，富

貴者佚，勇者難感，怯者易傷，疾病有遺傳、體質、職業、環境等不同因素存在，唯深心、細心、至心，周詳比類精密研究，方能自明。「診病不問其始……」此即粗率診斷，不辨患者情志憂懼，患難，飲食起居之失節消耗，或傷手毒，不先持寸口之脈，究明其脈象，此皆有失於醫德者。

小兒衛生總微論方醫工論云：「凡爲醫之道，必先正己，然後正物。正己者，謂能明理以盡術也。正物者，謂能用藥以對病也。如此然後事必濟而功必著矣！若不能正己，豈能正物？不能正物，豈能愈疾？……」

「正己，即「尊德性」，正物，即「道問學」。

又云：「凡爲醫者，性存溫雅，志必謙恭，動須禮節，舉乃和柔，無自妄尊，不可矯節，廣收方論，博通義理……疾小不可言大，事易不可云難，貧富用心皆一，貴賤使藥無別，苟能如此於道，幾希！反是者，爲生靈之巨寇！」

醫者或爲蒼生之大醫，或爲含靈之巨賊！此喻嘉言所言：「醫者若病之毫厘千里，動輒顛躓，方難憑，脈難憑，師傳難憑，而以人之身命爲嘗試，所以人之有生水火盜賊禽獸王法所傷殘，不若疾厄之廣！人之有死，天魔外道餓鬼畜類之苦趣，不若地獄之慘！」（醫門法律自序）因醫者心之不明，術之不修，爲病者所造作之格套牢籠，遮天蔽日，所形成之地獄，遍滿鐵圍山界，不如也。

明·陳實功外科正宗有醫家十要，數百年來已成爲中國醫者之生活典範，十要云：

「一要：先知儒理，然後方知醫理，或內或外，勤讀先古

明醫確論之書，須旦夕手不釋卷，一一參明，融化機變，印之在心，慧之於目，凡臨証時，自無差謬矣！

「二要：選買藥品，必遵雷公炮炙，藥有依方修合者，又有因病隨時加減者，湯散宜近備，凡丹須預製，常藥愈久愈靈，線藥越陳越異，藥不吝珍，終久必濟。

「三要：凡鄉井同道之士，不可生輕侮傲慢之心，切要謙和謹慎，年尊者恭敬之，有學者師事之，驕傲者遜讓之，不及者薦技之，如此自無謗怨，信和爲貴也。

「四要：治家與治病同，人之不惜元氣，斷喪太過，百病生焉。輕則支離身體，重則喪命，治家若不固根本，而奢華費用太過，輕則無積，重則貧窘。

「五要：人之受命於天，不可負天之命。凡欲進取，常知彼心順否，體認天道順逆，凡順取，人緣相慶，逆取，子孫不吉。爲人何不輕利遠害，以防還報之業也。

「六要：凡里中親友人情，除婚喪疾病慶賀外，其餘家務及饋送來往之體，不可求奇好勝。凡殮只可一魚一菜，一則省費，二則惜祿，廣求不如儉用。

「七要：貧窮之家，及遊食僧道，衙門差役人等，凡來看病，不可要他藥錢，只當奉藥，再遇貧難者，當量力微贈，方爲仁術，不然有藥而無伙食者，命亦難保也。

「八要：凡有所蓄，隨其大小，便當置買產業，以爲根本，不可收買玩器及不緊物件，浪費錢財，又不可做銀會酒會，有妨生意，必當一例禁之，自絕謗怨。

「九要：凡室中所用各樣物具，俱要精備齊整，不得臨時

缺少。又古今前賢書籍，及近時明公新刊醫理詞說，必尋參看，以資學問，此誠爲醫家之本務也。

「十要：凡奉官衙所請，必要速去，無得怠緩，要誠意恭敬，告明病源，開具方藥，病愈之後，不得圖求扁禮，亦不得言說民情，至生罪戾。閒不近公，自當守法。」

此種精於藝而達於德之醫者，何等坦蕩平易、溫柔敦厚、賢良高雅！因果不昧，人我無間，術德兼修，天人合一，無怪乎湯恩比（A. Forabee）盛讚古代中國爲「隱士王國」（註十九）！青山綠水，雲灑風飄，令人神往！令人懷思！

中國文化乃長期發生於靜態性之農業社會中。自世界眼光視之，實精深而博大，富有而自足，光榮而孤立！二千年來，中國雖偶有適應性或循環性之變遷，但未曾發生全部或澈底之劇變。自鴉片戰後，西方及美日俄列強，挾科技優勢，排山倒海而來，自軍事之攻擊，繼之爲佔領土地，設立基地，強訂種種不平等條約，更繼之爲經濟侵略、金融侵略、政治支配，及文化思想之侵略，百年來，國人受盡屈辱、壓迫、損害與謀戮！列強或自外部攻擊，或自內部破壞，百年來，持續不已，車輪不休，遂使古代中國社會解體，傳統文化蕩然，即古典之倫理道德，價值觀念亦搖搖欲墜！百年不幸，國人血淵骨嶽，淚盡血枯，千迴百折，萬死一生！社會乃國家民族血肉之軀，文化乃國家民族精神之所繫，而價值系統，人格結構乃國家民族靈魂之所在！血肉可再生，精神可重建，若靈魂失落，不啻行屍走肉矣！金耀基云：「西方對中國之挑戰，在形式上，雖屬軍事、經濟、政治之侵略，實則乃西方價值對中國價值之挑戰

！西方文化對中國文化之挑戰！此不只是一個國家民族興亡問題，亦文化絕續問題！」（註十二）百年不幸，對中國之撕裂毀絕，自外而內，自下而上，自血肉之軀而至於精神靈魂，其深、其廣、其大，又何限於區區醫界！吾人若論今日醫者醫術醫德之低落，若不能於此處手眼，精詳「診斷」，又何能治療今日醫者本身膏肓之疾哉！今日，中國之現代化，自同光之後，即已在進行中，且為中華民族生存唯一之路，必由之徑！今日之問題，千頭萬緒，乃在於如何夙興夜寐、發揚蹈厲，迎頭趕上謀在器物技能層次（technical level）現代化，在制度層次（institutional level）現代化，在思想行為層次（behavioral level）現代化，而非「反現代化」，或「非現代化」！質言之，乃速度問題，而非方向問題！分秒必爭，時不我待！但如何能使古德得以發揚，時弊得以救治，使社會源清而流潔，文化根深而葉茂，「為天地立心，為生民立命，為往聖繼絕學，為萬世開太平」（張載西銘），擲筆長歎，四壁悄然！

附註

- 一、詳齊正·洛陽合著：「揭開貴族醫院——中心診所的真面目。民國67年」（自印本）。柏楊著：「按牌理出牌」（星光出版社民國67年）中之「惡醫大陣」、「惡醫大辭典」、「惡醫國」等篇。及趙祖森醫師著：「醜陋的醫生」（一二冊）（四海出版社民國67年）。趙醫師於「我的

吶喊」云：「積十八年的行醫所見所聞，良知的使喚，不忍坐視少數醫藥從業者之特權享受，建立在大多數貧窮病患身上，也不能容忍醫林之敗壞風氣蔓延，為害社會。」

二、見民國六十七年十一月十二日，中國時報。

三、詳劉伯驥著：中國醫學史（華岡出版部民國63年），黃文山先生序。

四、國內諸書可參考許鴻源著：中藥成分最近的研究（國立中國醫藥研究所出版，民國57年）常用中藥之研究，少用中藥之研究（行政院衛生署中醫藥委員會出版民61、63年），顏焜熒編著：植物化學，常用中藥之藥理123等集（國立中國醫藥研究所出版民57年、民59年）及拙編：當代中藥學（協進圖書有限公司出版民66年）。

五、詳那琦先生著：中國藥材之系統研究（中國醫藥學院研究所概況，民67年）

六、參考鄭學稼著：社會史論戰的起因和內容（中華雜誌社出版，民54年）

七、D. Boode · Harmon and Conflict in Chinese Philosophy (University of Chicago Press, 1953)

八、錢穆著：國史大綱（國立編譯館，民45年）

九、梁漱溟著：中國文化要義（集成圖書公司，1963年）

十、葉青著：毛澤東思想批判（帕米爾書店，民63年）

十一、王禮錫云：「自秦代至鴉片戰前，數千年歷史，乃中國社會形態發展史中之一段謎之時代，為何有二、三千

年之不變社會，此乃一個迷惑人之問題！多少中外歷史研究學者，均迷惘於此歷史之泥坑中。」見鄭學稼著：社會史論戰的起因和內容。

十二、見金耀基著：從傳統到現代（時報文化出版公司，民67年）

十三、David Riesman · The Lonely Crowd——A Study of the Changing American Character (N. Y. · Doubleday, 1953)

十四、梁起超著：中國歷史研究法（台灣中華書局，民54年）

十五、Max Weber · Essays on Sociology. Trans and edited by H.H. Gerth and C. Wright Mills (A. Galany Book, 1958)

十六、錢穆著：國史新論（自印本，香港，1953）

十七、Medical Digest, 通卷225號，（第一製藥株式會社，昭和53年）

十八、M. Levy · Family Revolution in Modern China (Cambridge, Mass · Harvard Press, 1949)

十九、A. Foyntbee · The world and the West, (The world Publishing Co. 1964)

二十、關於素問撰述時代問題，可參考拙作：內經撰述時代考釋，本院研究年報第六期（民64年）。



行政院孫院長開幕典禮致詞

由中華醫藥的演變看針灸一枝獨秀

曹成章

引言

滾滾長江東逝水

浪花淘盡英雄

青山依舊在

幾度夕陽紅

張果老（仙道之流，在山西南部中條山修道）對唐玄宗說：「我的年歲不知有若干，但見世上滄海變桑田者數次了。」

於是後世人們每逢登山臨水、觀自然界之變遷、或憑弔古跡、懷人世之興衰之際，悠悠然而生感慨「滄桑」之念。難道醫藥也有滄桑之變嗎？是的！世間萬象無時不變，長江後浪推前浪，所謂「潮流推進」，醫藥亦不例外。（註：根據英人李約瑟 Joseph Needham 所著中國之科學與文明一書對中國醫學發源於道家者甚多）

神農氏原姓姜，起初建都在河南陳州附近，後世遷都山東省曲阜縣，共傳八主，享國520年（之後是黃帝時代）。神農氏第一個君主教導人民稼穡，從事農業，故以神農氏為國號，在位140年。他本人是植物研究學家，選擇稻、梁、粟、麥、黍、稷等草木植物的果籽為食，並教導（按天時地理播種，

由游牧生活而進入農業社會。同時又提倡「嚐百草」，以辨別各種草根、樹皮……等的寒熱溫平及種種特性，做為「治療百病」的根據。在五、六千年以前，原始醫藥發展的時期，神農氏能夠應用這種以人體做嚐試的方法，是相當科學的。直接以人類做實驗其結果當然比動物實驗準確，然而其危險性也高。就以其留傳下來的心得：

紅色入心	苦味屬心	諸根皆升
青色入肝	酸味屬肝	諸葉
黃色入脾	甜味屬脾	諸花
白色入肺	辛味屬肺	諸籽皆降
黑色入腎	鹹味屬腎	

就不知犧牲了若干生命，但是也使得其他的子民及後世受益無窮。（後世誤解以為神農氏是一個人嚐試百草，屢經中毒。神農氏是國號，代表一族的人民。）

這種合乎科學的經驗累積，到了黃帝時代，便出現了「本草經」的藥物專書（另山海經和詩經也各有數十味藥材），是為後世藥物學的基礎。時至今日歷經五千餘年，民食仍然取之於草籽，民病仍需治之以草根樹皮，如果稱為吃草民族並非侮辱。且看我們地大物博，民族優秀，草木之用大矣哉我們追念

神農氏不無由滄海而桑田之感。不禁要吟：滾滾長江東逝水，浪花淘盡英雄（神農氏……），青山依舊在（中華醫藥），幾度夕陽紅——羅貫中詞。

二物競天擇 適者生存

英人達爾文的演化論是「物競天擇，適者生存」。換言之，就是優勝劣敗之公例，試看由古自今，多少動物、植物絕種無存，這是自然淘汰的先例。至於人類文化，雖然所處環境以及人類種族各有不同，然而，自然界及人爲的演變都離不開優勝公例。就以醫學而言，古代的巫醫、祝由等等，現今已經罕見，這也是自然淘汰了。

中華醫學在百年以前可稱爲世界之翹楚，時至今日，大有每況愈下之勢。原因是西方醫學普遍於中華城市約百年時間，最初五十年成績平平，以後利用科學儀器如顯微鏡、X光、心電圖、血壓計，近又加上核子掃描、超音波……等，所謂聲、光、電、化學一起發揮功用，做爲醫療工具，其準確性就高多了，無怪乎要突飛猛進。反觀中華傳統醫學，不免相形見拙，於是有人主張淘汰了吧！然而，絕大多數人還是主張保留，其理由是：中華醫學並不是違反西方醫學的，而是自成一個科學體系。蓋以我國醫學所以形成綜合性者，其來源背景環境與西方迥異，考其優點爲整體之滙合。缺點則在於理論上未系統化、精密化，臨床診斷上缺乏準確方法之故。既然西醫借重於科學知識、科學儀器才有如此驚人的進步，我們爲什麼不也運用科學知識儀器來挖掘與發揚這個歷史悠久、經驗豐富的醫學寶藏

呢？因此，在今日科學發達尚未深入瞭解此中奧密之前，絕不可輕言廢棄。

以日本爲例，自明治維新以後，明令廢棄漢醫。可是百年以來，民間仍然沿用不輟，足證漢醫療效之肯定性，而取信於民也非一朝一夕所能辦得到的。漢醫在日本之所以能經「物競天擇」而保留下來，其主要原因有二：

1. 漢醫爲其千餘年之傳統醫療方法，其療效確實並爲廣大民衆所接受。

2. 西醫對於濾過性病毒引起之疾病以及許多機能性病，無法提供有效的治療。尤其機能性病，往往以科學儀器檢查一切正常，但是，患者痛苦萬分，不復不求諸漢醫治療。

三中華醫藥發展之趨勢

在四十餘年前南京建都時代汪精衛內閣，也有人仿照日本政策，當時民情沸騰反對廢除，使中華醫藥得以保存至今，（正是青山依舊在，且看幾度夕陽紅），可是在這數十年來，我們醫藥同道並沒有力爭上游，而且還發生許多畸形變態，即如國內醫學界，有兩種現象，一爲尙古，一爲崇洋，各走極端，而其失維均，我們分析二者原因如下：

1. 古代醫學知識限於一隅一地，交流機會不多，其結果容易養成墨守成規，抱殘守缺，而不自覺。演變爲是古非今，與時代脫節。

2. 近代醫學知識來自多方，新奇別緻，加以喜新厭故崇洋觀點之偏見，竟棄古典而不顧，坐視寶藏無人開發。

可是在此畸形狀況下，竟有意外。十幾年前，突然掀起了
一陣針灸熱潮，國內外西醫學者開始對古典的中國醫學產生興趣，紛紛投入了針灸研究的行列，把中醫的發展導入「西醫發展模式」，於是理論與臨床上的報告，一篇接一篇的出現，而國內中醫界，在這種西醫發展模式下發展的針灸，也正如西醫學一樣，有了神速的進步。由此可見醫學應該不分中外古今。而一以貫之，始能符合人類之要求。

四、外國學者的觀點

早在一八一六年（前清嘉慶朝時）L培利俄斯氏寫一本「關於慢性病瀉血及針術提綱」內容略謂刺針於疼痛處，可以收效。其後有P布累托紐氏作了嘗試，還有克魯克氏（Clougart）作更廣泛之臨床試驗，並熱心推廣，自一八二四年至一八三〇年間（道光朝時）針術在歐洲已頗見流行。那時，著名的神經病學者，特盧索（Trousseau）對針術適應症有如下結論：「我相信針術療法，僅有助於風濕性或痙攣性疾患而已，但是也看到治癒三叉神經及坐骨神經痛，以及胸腔痛，多發性關節炎，同時對呃逆、嘔吐、痙攣性神經現象，亦可見到針刺後，立即緩解的效果。」

法國特拉斐博士（Delafue）乃第一屆國際針灸學會主持人。於一九四九年，在巴黎開會，他的著作「中國式順勢醫療」（Homossiniatrie）其內容是利用西方醫學中「和謀派」（Homeopathy）的診斷法，依據威赫氏（Whithe）皮膚壓痛點或自發性痛點，而作藥物治療的方法，主張用適應藥

物注射於某穴，或用電氣針刺入某穴。威赫氏發現人體有一九五個皮膚點，（威氏對經穴毫無所知。此皮膚點類似海特氏等壓痛點）特拉斐博士，又在此皮膚點群中對照。計有一五三點與中國經穴一致，在一五三點中，適應症相同者，為一零五點零一。

一九三三年在巴黎醫院醫事研究會。發表針術治療成績，使法國醫界刮目相見的栗理氏及（Demarant）門人佛蘭丹斐利魯爾博士。（Fervain）他們主張是保守派栗理（Fervain）氏的一脈相傳，完全照中國古典指示，在臨床經驗上收效是準確的，栗理氏在華擔任外交官駐留北平，廣州昆明等地，學習針術而有心得。一九二九年回法國後著有金針大全（法文），創辦法國針術協會，奠定針灸學術在歐洲的基礎。

日本醫學博士間中喜雄，對針灸醫學的觀察，有如下的語錄。

（一）遠在數千年前，從臨床上經驗，得到縱走全身的一種帶狀放射路徑，在西方波特氏麥肯齊氏，卜丁及爾氏等，過敏帶諸家，以及其他西方醫學領域內，是絕對沒有的。我們要指出經絡在治療上的重要意義。

（二）東方技藝，常是技術完成先於理論，例如並無建築工程學與材料強弱學。而能於數千年前，築萬里長城。開數千里大運河，以及大宮殿塔寺等，其在醫學史上亦然，科學以前的醫學，並非迷信，僅起安慰之用，而是先有技藝的經驗積累。然後發揚廣大，尤其是對疾病的機能病理學，雖然個別治療手段有樸素之嫌，但實有巧妙之體系在，何以知之，試看現

代西醫用盡方法而治療無效之病，若經漢醫方法治療，每多奇效，再看日本東洋醫學會爲西醫學術研究會，每年以科學立場，對古代醫學作重新檢討發表過許多成績報告。

(三)中國醫學，所以成爲機能病理的評價尺度者，始終不離開經絡虛實概念，其細節固有討論餘地，但實踐上，此概念並非無意義的，必須用科學立場，觀察經絡現象，研究其本體，此種「反射路」（如果可以如此說的話）或許是由更高級神經所支配，而比脊髓的反射路還要不固定，或許是植物神經系統，緊張力的分佈而產生的機能路線，可與生物學皮膚分節有同等價值。

(四)經絡概念未爲西方醫學所注意，但在臨床上絕不可忽視，蓋各經與身體的皮膚分節有密切關係，各經相互間在「能」(energy)的均衡上起協力與頡頏作用，可以利用於促進身體內部環境的恒定，治療或減輕疾病。

(五)西醫缺乏機能病理學的診斷學，及機能病理學的治疗體系。中醫雖然樸素，却自成一個體系，有許多值得西醫效法之處。

綜觀各家言論。可知針灸醫術確可以治病，並且合乎現代科學之處甚多（1981年三月日內瓦聯合國衛生組織召開世界傳統醫學會議確認針術能治愈四十餘種疾病，此是初步統計將來豈止於此），然而究竟科學與醫學的關係如何。我們不妨分析明白。

所謂科學者，其來源爲哲學之一種。故當初稱爲自然哲學，它是根據事實研究自然現象，以發現其關係與規則之學問。

現今應用廣泛，其定義如以廣義言之，則是凡知識之有系統，而能歸納於原理者皆謂之科學，狹義言之，以一定對象爲研究範圍，用實驗與推理作理論的分類，而於其間求得統一確實之知識，即謂之科學。

至於科學與醫學關係，此處引用祝味菊先生之言，以說明之。

『夫科學者，可以部份實驗之精確知識也。醫學乃別成一系之學術，融合科學與哲學，而自成境界，非科學所能包括，亦非哲學所能範疇，科學分析誠爲醫學中不可缺少之要素，而一般規律，仍是濫觴於哲學，科學知識僅各種現象內之部份統一。而哲學則概括一切學說，得其完全統一，醫學建築於科學哲學之間。因各門科學之發展，哲學觀點亦隨時因之而變遷。因哲學之啓示，科學研究亦因之而有收穫。十九世紀以來，醫學之發展每與各種學說發明相駢馳，相紹繼，相駁，相應，而有萬籟群起之觀，醫學誠爲自然科學之一環，然未嘗叛離哲學，永井潛曰，醫學與哲學猶兩輪之不可分離，以科學方法尋找病原，分析病理，以哲學技術，觀察病候，綜合診斷，相需而又相成也。』

凡創立一種學理，其始必有種種假設，因假設而尋得證據，此所謂演繹法，先有證據，然後產生一公例，此所謂歸納法，醫者認識疾病，了解體氣，靜觀病態之趨勢，爲一種假定方式，以經驗藥物，消除證候，左右體氣，以收預期之證明。法亦演繹法也，醫之賢者，每以個人數十年經驗，融合修正古來衍傳之法，此亦歸納法也。』

醫學與科學之關係，既已了解，然後想想針灸愈病有許多事實，此種證據即是科學真理。

至於有人疑慮此項無原理原則可講之經驗醫案，遠不如西醫之理論有條有理，使人易於接受，而中醫仍是陰陽五行等抽象名詞，令人迷惑不解，實難立足於今世。我認為這個問題，並不嚴重，因為陰陽五行，並非抽象，而是有所代表，成為具體概念的。乃是物理學上同性相斥，異性相吸之理。我們姑用西醫生理學作解釋，例如迷走神經是夜間興奮（陰），交感神經是晝間興奮（陽）此二神經的性質，是相反相成，而能維持平衡的，也即是針灸學中子午流注興衰的道理，亦是五行生剋自求平衡，變矛盾為統一之現象，古人稱為剛柔相濟，譬為母子夫妻等關係。故凡人體機能作用，類似此種情形的，用陰陽五行等作公式以推理，此與西醫的理論，同樣合乎科學的，猶如算術上之二加二等於四、三加一亦等於四，正是殊途同歸，因為醫學真理是愈病，服藥可以愈病，而物理療法亦可治愈同樣的病，二者誰也不能否定誰是左道旁門，不是真理。只好擇其宜於何法治療，即用何法施治。

至於殊途之沿革，由來已久，今引用研究中醫多年的法國人，卜雨雷氏的話，他說中國醫學，乃綜合性的，從外表視之似近原始，若稍加迴想，則知其自古即由認識生活力，與運用生活現象，而致者。此語，是說中醫是合乎科學根據的。

五溫故知新

雲深不知處

就在此山中

根據易經哲理為「否極泰來」，窮則變，變則通，那麼，要使我中醫國粹再發揚光大又該如何變呢？我的答覆是從溫故知新着手，因為新的是由舊的蛻變而來，不懂舊的，產生不出新的。且看法國有許多針灸著作都是由名醫、教授所執筆，極具深度，對內經的金科玉律，都能潛心研究，或應用於臨床實驗，小心求證，毫不以現代醫學之發達拒而不納。我們許多傑出的醫學家，也許對較為簡短的西洋醫學歷史源流十分熟悉，而對於淵遠流長的中華醫學歷史背景却茫然而不知。我們要研究學問，必須瞭解其歷史源流，那就得從古書中深入探討。或許有人要問，古書浩瀚，文義深奧，以言「溫故」談何容易？據我所知，中醫古書約有四千六百餘部，日本、韓國尚不算在內（晚近新書亦未計入）。若以少數人皓首窮經，盡畢生之力，也不過小有成就而已。茲事體大，須集體研究，從浩繁卷帙中有如大海淘金，運用西洋醫學的知識和科學方法，去鑽探研析，分科分系，衆志成城，當有突破性之收穫。舉例言之，今日之針灸麻醉，事實上乃是古方今用。俗傳三國時代，關羽手臂為毒箭所傷，華陀以針麻為他刮骨療傷。其實，那時華陀已被曹操賜死，華陀是曹操的御醫，就是在世也不可能在三國形隔勢禁之下，遠赴蜀國為關羽療傷。在三國時代，針麻開刀已相當普遍，為關羽刮骨療傷是另有其人。針麻之所以能古方今用而享譽國際，完全在於這廿餘年的再整理、研究，成果公諸於世，使人心服口服。那麼以理推知，中醫的其他科系同樣可以脫穎而出。

現在各國學人研究針灸，存懷疑的態度，用科學的分析，不論如何鑽研，如何求證，其主要部份，仍然由古典中尋找線索，然後追蹤窮源，掘發許多奧秘，而公諸於世，茲舉例如下：

在日本有赤羽氏知熱感測定法，是由灸法中得到線索，而能發揚井穴俞穴之奧妙。中谷氏良導絡點，是利用母子穴的補瀉作用，自此二種儀器發明後，醫者臨床採用經穴，有劃時代之改革，蓋受儀器之指示，而非古人得心應手之靈感作用，亦不煩採三經而定一經，取五穴而用一穴之苦。

還有長濱博士，證實經絡之實在性，且發現新經絡，乃是由針法中「得氣」術語（針響）而悟及經絡之流注灌漑。

又有日本針灸醫師們，試驗古典記載。陰經向上行。陽經向下行之語，是否正確，特用皮膚通電測定器，以磁石棒，將測定器的南極北極一面交接，一面接近皮膚上各穴，由經絡上流接觸北極，下流接觸南極，其結果可以發生平衡作用。如肺經中府穴用北極，（上流）孔最穴用南極（下流）。反之如上流用南極，則無平衡作用，由此實驗，而確知經絡有方向性，古人所言並不欺人。

在法國，有拉米（Jéan Lamy）著有兩冊「音波針灸病例」，內容包括四千個病例。他不用針也不用電治病，而是用特製的音樂鐘把音波加到穴道上傳進去，對每一臟腑，用一特殊頻率，相當於音樂的多—Do、來—Re、米—Mi、發—Fa、索—So，有時用二次或三次諧音，治療時一次只選用二或三個穴位。近代西洋醫學很成功的利用聲、光、電、化學等做

為醫療工具，而針灸治療也早就使用了電針及穴道注射化學藥物的水針，拉米在聲方面有了音波的創新。事實上，早在內經裡已提到有陰陽二種人之疾病運用音樂治療的。

以上各例，證明由古方創新的必然性，潛心研究，剝繭抽絲，當能從「雲深不知處」的古書中，找到創新的靈感。

六一枝獨秀

江山代有人才出

各領風騷五百年

針灸麻醉的靈驗效果，啓始了國際醫學界的研究熱潮，而成為七十年代醫學上的一枝獨秀，今以「江山代有人才出，各領風騷五百年」與有志發揚中華醫藥的仁人志士共勉之，再接再勵，切磋琢磨，截長補短，以期在針灸以及中華醫藥其他科系的領域裡，再創一枝獨秀。

（註：江山代有人才出，各領風騷五百年。出自趙翼的詩，意味著世上事物新陳代謝的必然性。）

一九八二年於新加坡

國地公開歡迎投稿

中醫如何有效地運用中藥

魏開瑜

一·本草的涵義與源流

中國的本草之學，爲中華民族列祖列宗的寶貴經驗與智慧結晶。不但源遠流長，爲兩千年來一貫的、有系統、有組織的自然科學，且爲今天仍然運用自如的活科學。

本草一詞，見於我國正史者，首推班固漢書郭祀志（公元前31年）。惟古書對於「本草」之解釋，未徹其義。推定神農本草經之著述，當在後漢末葉，距今（一九八一）約已兩千年。

本草非卽中藥，中藥非僅藥材。——本草者，乃爲中國古代之藥書也。或謂爲中國古代之藥學，亦無不可。惟不得指本草爲中藥。

中國藥材乃指中藥店用于調劑的草根樹皮虫豸金石等藥材，亦可簡稱爲藥材。而「中藥」一詞，不僅包括藥材，尙包括丸散膏丹湯露等製劑，以及浸膏、浸液和顆粒劑。

「藥材」與「生藥」在涵義上等無不同。

什麼是生藥？淺言之：「三大自然界的自然物，取其全形或一部，就其原態，或施以簡單之加工，供用于醫藥者，統

謂之生藥。如樹皮草根之植物性生藥；鳥獸虫魚之動物生藥，岩礦化石之礦物性生藥等皆屬之。」——木村康一博士：生藥學總論

本草與生藥學相互關係——本草可謂爲中國古代生藥學；生藥學可稱之爲現代的本草。

中國本草，據岡西爲人博士統計，作家三三〇家，成書二〇八八卷（隋以前作家62人，成書279卷，唐43家，236卷；宋51家，274卷；金21家，121卷；明82家，518卷；清71家，460卷。）。

陶民校定三卷本以前之本草，可稱之「早期本草」。其後至政和新修經史証類備用本草止爲正統本草。自金元間本草，以專論藥理論，風氣爲之一變，爲金元本草。爲此元素之潔古珍珠囊，李杲之用藥法象，迄王好古之湯液本草而集其大成。至於明清以降，無論本草品彙精要（明弘治十六年——公元一五〇三，施欽等奉勅撰，四十二卷。內庫藏本，未刊行。）及本草綱目，在形式與內容上，均另成體系，與正統本草大相逕庭，故稱之爲近代本草。

以上爲研究本草學者，所下之定義。但在一般臨牀醫師之看法，則無如是之嚴格。每視本草爲中藥（當然不能把本草學當作本草。），而所研究者，除傳統本草所有之藥物外，尚包括後代新增中藥和一些現代民間中草藥。除正統本草外，尙間采用近代本草學說，并利用藥理學作爲佐証。

二·中藥學研究的內容，和道地藥材的含義

中藥學研究的內容甚廣。它須認識每類藥的品種、產地、生態、種植、性味、真偽鑑別，以及藥物對於人體的作用和方劑配伍在治療上的運用（這一點爲臨牀醫師所應切實了解和把握的。）此外對於採集、炮製、貯藏等方面，亦爲其研究對象。道地藥材，本是指某種藥是某地所產的就叫做道地或地道藥材。如潞黨參、浙貝母、杭菊花、川黃蓮、秦當歸等。

現在由于科學進步，知道一種藥，其品種是很多的。比如當歸，在台灣所種植的曾有韓國種、日本種，而日本種之中又有北海道種和大和種之別。而大和種中又以大和大深種爲最佳。台灣曾一度掀起種當歸，雖學者說它的功效，可與秦當歸相伯仲；又說當歸的功效不在于它的香味。但終因氣味單薄，在臨牀上功效不彰，逐漸被淘汰了。因此使筆者憶起，前廿年荊芥因缺貨而身價十倍，以後由于試植成功，價格陡降，不僅不必進口，且可外銷，因其效能是肯定的。

同時由于品種不同，而功用不盡相同。比如薏苡能除濕，日本薏苡能去疣而中國之薏苡不能除疣。若綜合各地所載薏苡之功能而說是薏苡全能，那可錯誤了。故記載藥物效用者，應

該分別註明，某地某藥奏某某功效方確。

以現代的眼光來解釋道地藥材，不能以某物出於某爲滿足。應該是：正種（純正的品種），適地（適合的地帶，祇要氣候、濕度、地土、向陽背陽等環境適合地區，不限于某一地方，尤其行政的區域。）和良栽（良好的栽培方法，適宜的肥料等。）。

又台產的山藥，據專家研究其品種不亞于大陸。但據中醫師述稱，台產山藥之功效比不上大陸產者。比如治喘，用大陸者有效，用台產者則無效。何以兩者所見有此差異？這個管道，應該打通！

用藥如用兵，如果不能驗明正身，無論醫師辨証如何精確，處方如何高明，而所用藥材却是似是而非的偽劣品，必難望其收桴鼓之效，甚至有貽誤病機，釀成大患之虞。驗明正身，應以現代中藥書籍爲依據。根據科屬而以拉丁名爲分類定名標準，符合國際化，才不會把張三認爲李四。近半世紀，中藥研究，有較顯著的進步，因爲有藥用植物學者（他們研究對象是活的，全的藥用植物。）生藥學者（他們研究對象乃是死的，部份的藥材！研究中藥材的外觀形狀、色澤、香氣、味覺以及內部構造等等。）生藥化學學者（成分研究），藥理學者（其化學成分是否爲有效成分的研究。）們共同開發的結果，這是值得慶幸的！

三·應用中藥必須了解四性，五味和升降浮沉

中藥功能是根據中醫理論而運用的。中醫理論，認爲疾病

的產生，實由于體內陰陽失去平衡的反映。所以用藥物一氣之偏，以調理人體之盛衰使歸于中和，使偏勝的局面達到平衡。

故凡屬陽性之熱症，可用陰性寒涼藥調治之；寒者則熱之，上逆者降之，下陷者升之，結者散之，滑者澀之，虛者補之，實者攻之；以藥性之偏勝來調理人身之陰陽，以保合太和。從治反治方法，內經上說得很明白。

中藥性能中，四氣（四性），五味、升、降、浮、沉等理論，就是配合上面基本體系學說而產生的。

四氣（改爲四性，於義方允。）就是寒、熱、溫、涼四種不同的藥性。這四種藥性都可從藥物作用于人身所發生反應上表現出來，而爲我們所體認的。素問：「寒者熱之、熱者寒之。」和神農本草經：「療寒以熱藥，療熱以寒藥。」便是將藥物寒、熱、溫、涼四性，歸納爲治病用藥原則。四性又可包括爲陰陽兩面，寒涼爲陰，溫熱爲陽；寒和涼，溫和熱，僅是程度上之不同。有些藥物，陰陽偏勝之氣不很顯著，性質平和，稱之曰平性。清蔣介繁著本草釋要綱目，即以寒、熱、溫、平四性分類。而珍珠囊藥性賦亦以寒、熱、溫、平四性類括之。寒藥之代表羚羊、犀角、石膏、知母；熱藥之代表爲附子、干姜、肉桂、蜀椒；溫藥之代表爲木香、半夏、蒼朮、羌活；平性藥之代表爲大棗、神麴、茯神、桑寄生。運用藥物，首須分別藥之四性，四性不分，則不知陰陽，每有重虛、重實之弊。

藥有酸、苦、甘、辛、鹹五味。素問：「辛散、酸收、甘緩、苦堅、鹹軟。」後世醫家則綜合爲：「凡藥酸者，能澀能收；苦者能瀉、能燥、能堅；甘者能補、和、能緩；辛者能

散、能潤、能橫行；鹹者能下能軟堅；此五味之用也。」

也就是說：酸味具有收斂固澀的作用：如訶子、石榴皮、王倍子之能治久痢脫肛；山茱萸、五味子、金櫻子之能斂虛汗、瀉精氣等。苦味具有燥濕和瀉下的作用；如黃連、黃芩燥濕而瀉火，大黃瀉實熱而通大便，蒼朮之燥濕健脾等；甘味具有補養和緩和作用，如人參、黃芪之補氣；熟地、麥冬之養陰；甘草、飴糖之甘緩和中等。辛味多有發散和行氣的作用：如薄荷、紫蘇、荊芥、生薑之能發散表邪；香附、砂仁、陳皮之能行氣寬中等。鹹味具有軟堅潤下的作用，如海藻、浮海石之能治痰結瘰癧、芒硝之能通燥結而潤腸瀉下等。

五味外別有淡味一種，雖淡而無味但有利竅滲泄作用，如茯苓、通草、滑石之類都能滲濕而利小便。由于淡味無顯著味道，故一般仍稱五味。

升、降、浮、沉是指藥物的趨向而言。升爲上升，降爲下降，浮有發散之意，沉有滲利作用。故升浮之藥、均主上行而外達，屬陽，具有升提、發散、祛風、疏泄、溫裏等作用；沉降之氣，均主下行而內向，屬陰，有潛陽、降逆、收斂、滲利、瀉下等作用。

本草備要藥性總義中，對於藥之升、降、浮、沉有概括敘述，學者可記誦在心：

「凡藥輕虛者，浮而升，重實者，沉而降。味薄者，升而生（象春）；氣薄者，降而收（象秋）；氣厚者，浮而長（象夏）；味厚者沈而藏（象冬）；味平者，化而成（象土，長夏）。氣厚味薄者，浮而深；味厚氣薄者，沈而降；氣味俱厚者

，能浮能沉；氣味俱薄者，可升可降。

鹹無升，辛甘無降。寒無浮，熱無沈，此外升、降、浮、沉之義也。

凡藥之根在土中者，半身以上則上升，半身以下則下降（以生苗者爲根，以入土者爲梢。上焦用根，下焦用梢，半身以上用頭，中焦用身，半身以下用梢。）藥之爲枝達四肢，爲皮者達皮膚，爲心爲幹者，內行臟腑。質之輕者，上入心肺，重者入肝腎。中空者發表，內實者攻裏，枯燥者入氣分，潤澤者入血分，此上下內外各以其類從也。」

四·用藥須識中醫的病理和生理

中醫的病理和生理，有其特殊意義，亦可說是中醫術語，有時不能以現代的生理學觀點去衡量它。比如說：「健脾開胃」。脾的功能，在生理學上說是1.產生紅血球（胎兒期）；2.產生白血球；3.破壞老衰紅血球；4.貯藏諸臟血液。而中醫此處所指的健脾，是增加小腸吸收能力，說明白些，「開胃健脾」類似「健胃整腸」。又如水腫，古人認爲是脾虛。治療應該「健脾滲濕」，湯頭歌訣：「五皮飲用五般皮，地荻薑桑大腹變，或用五加易桑白，脾虛膚脹此方同。」這裡的脾，是由于脾主四肢，脾屬濕，脾虛不能利水，腎水冷滯，反漬脾土等理論而形成的病理，其實五皮飲主治水病腫滿，上氣喘急，或腰以下腫，主要是改善肺、腎兩臟的功能。

又傷寒：「胃中有燥矢」，乃指大腸而言。調胃承氣湯的胃，乃泛指腸胃而言。至于「肝腎虧」「肝陽旺」「心虛」「

膽怯」皆別有所指，和現代生理，不盡相同。醫方如此寫，藥性如此記載，兩相配合應用，在未建立新的體系之前，祇好順沿舊法去體會運用了。

又古書之腎，確指現代解剖之腎，但不專指泌尿，兼指睪丸，之生殖作用及內分泌作用等。

茲將中醫有關心臟論說舉隅于次，以見一斑。

「心者君主之官，神明出焉。」靈蘭秘典論

「心者生之本，神之變也。其華在面，其充在血脉。」六

節藏象論

「心生血，血生脾。」陰陽應象大論

「在聲爲笑，在變動爲憂，在竅爲舌，在味爲苦，在志爲

喜，喜傷心。」同上

「食氣入胃，濁氣歸心，淫精于脉，脉氣流精。」「中焦

受氣，變化而赤，是爲血。」「血爲榮，榮于內，目得血而能

視，足得血而能步，掌得血而能握，指得血而能攝。」內經。

「血行于脉之中，心爲脉之主。」內經。

「其液爲汗，其榮爲色。」「心惡熱，憂愁思慮則傷心。

「內經。

「脂膜之外（膜內裏心）有細筋膜如絲，與心肺相連者，

心包絡也。」靈樞邪客篇

「故心臟之有包絡，猶蓮花之有囊籥。囊籥空虛，則蓮

子動搖；包絡充足，則心君安逸；包絡不充，則怔忡，驚悸，

心嘈，心跳等証（皆心房內液不敷迴轉之故。故治心先以養色

爲主。」前賢哲言。

葉天士派所謂熱入心包而致手足癱瘓者，用羚羊、犀角、菊花等治之，實即治腦也。

其他各臟亦如是。古人云：「善學者學其精神，不善學者學其形象。」

在臨床上，若遇患者：目赤腫痛，多淚、口苦、口乾、心中煩熱，夜寐不安，脈弦數，舌色赤，在中醫診斷上是屬肝熱。可是有的患者却反詰，我曾作肝功能檢查，沒病呀！

爲了和現代生理功能有所區別起見，所以我們不說：「肝藏」「心藏」而說：「肝經」「心經」。這需向患者說明的。

五·分清功用和主治，識藥兼須識病

一般本草家，統言者多，析言者少。比如治痰之藥，有治燥痰者，有治濕痰者；一般藥書，只是統言治痰。又如治頭痛的藥，有治內傷頭痛者，有治外感頭痛者，兩者相反，未可混施，所以不能統言治頭痛。因而須分清藥之功用和主治。功用不能逐款細註，只能扼要敘述爲：固表、補中、益元氣、破堅積等。主治是適應証的例舉。若能掌握藥的主效主力，則應用上非常便利。

藥書上所言藥品的功用，甚爲繁雜；如人參在本草備要上說：「大補肺中元氣、瀉火、益土生金、明目開心、益智、添精神、定驚悸、除煩渴、通血脉、破堅積、消痰水、治虛勞內傷、發熱自汗、多夢紛紜、嘔噦反胃，虛咳喘促，瘡痢滑瀉，淋瀝脹滿，中暑中風及一切血証。」

我們必須提綱挈領，把它簡化爲：

人參：功用主治

益智添神
補氣生精
增加藥力
通脈強心

1. 驚悸健忘
2. 脾胃虛弱
3. 肺虛喘促
4. 崩漏暴脫
5. 消渴、內傷

如此便易于記憶和運用了。講義上所列各類藥的功用和主治，均經字斟句酌，請毋等閒視之。

既識藥之功用主治，尙須辨識病情病機。比如人參之能「除煩渴」，因其瀉火故除煩，生津故止渴。然當今之紅高麗參，另用藥製過，其性溫暖，又當別論。「通血脉」，由于氣行則血行。「破堅積」，由於氣運則積化，治虛積而非實積。「消痰水」，由于氣旺則痰行水消亦是治虛証而非實証。又爲治「發熱自汗」，須知自汗屬陽虛，盜汗屬陰虛；亦有過服參耆而汗反盛者。若屬陽盛陰虛者，則愈補陽而陰愈虧，則又宜清熱，養血而汗自止。「瘡痢滑瀉」，並非逢瘡痢不論新久，即投以人參；當然要把握：「始痢宜下，久痢宜補。」（治瘡意同）的原則。至于治「淋瀝脹滿」，亦是指虛証而言。由中氣不足而作脹者宜補之，而脹自除，亦即內經所謂「塞因塞用」之意。

讀中藥書時，對於病証定義，亦宜一併溫習。如：

咳——有聲無痰；嗽——有痰無聲；咳嗽——有聲有痰。
嘔——有聲有物；吐——有物無聲；噦——有聲無物。
斑——有色點而無頂粒曰斑；有紅點平鋪于皮膚上者曰斑

，所謂有觸目之色而無碍手之質；其形有稠如錦紋者，有稀如蚊跡者。

疹——厚小而有顆粒者曰疹。有小紅點高起于皮膚上者曰疹。其形顆粒，或如粟粒。

積聚——積者，藏病也，始終不移。聚者，府病也，發作有時，輾轉痛移爲可治。

癥瘕——癥者爲積聚之有形可徵者，牢固不動，按之應手。瘕者腹中積塊，或聚或散無常準者之謂。推之則動，按之則走。

痰飲、懸飲、溢飲、支飲——稠濁爲痰，清稀爲飲。痰、多屬痰濁上壅者；飲多由于外邪內飲，閉塞肺氣而生。痰飲在于腸胃，其流于脇下者爲懸飲（懸于一處）；其歸于四肢者爲溢飲（溢于四旁）；其偏結而上附心肺則爲支飲（如水之有派，木之有枝，附近于藏而不正中也。）然四者至爲影響，難以截然畫分，相互爲病，所在多有。

六·用藥貴在分經

從藥物的四性（四氣），我們知道熱藥可以治寒症，寒藥可以治熱症。但同屬熱病，有肺熱、有肝熱、有胃熱，有膀胱熱種種不同；同屬寒症，有脾寒、有肺寒、胃寒、下焦寒之分。治肺熱藥難以清肝熱，溫脾寒藥不善溫肺寒。此即說明藥物在人體上所發揮作用，各有它的適應範圍。如桔梗、杏仁能治喘咳而歸入肺經；柴胡、青蒿能治寒熱、脇痛、口苦而歸入肝經等。故需要更進一步的分析和歸納，因此又有歸經學說。

古人對於藥物的歸經，有以陰陽五行學說爲依據，採用五色，五味和五行所屬而與五臟六腑十二經相配合的，如：色青、味酸、屬木，入足厥陰肝，足少陽膽等。僅供參考而已！

此外又藉「以氣相求，表裡相通。」之義而引伸的。如手厥心包絡，手少陽三焦，可與足厥陰肝，足少陽膽相通。因厥陰主血，故諸藥入厥陰血分者，并入心包絡。少陽主氣，諸藥入少陽氣分者，并入三焦。又心包絡，三焦同屬于火，所以又可和心與小腸相通。

古人對於藥物歸經之另一派，則憑累積經驗，對於各藥適應範圍，作明確之指標。如：瀉心臟炎症者黃連；瀉肺藏炎症者黃芩；下脾炎症者芍藥；降胃火者石膏；降肝火者柴胡；下腎炎者知母；降膀胱之火者黃柏；降小腸之火者木通；降屈曲之火（潛沈之熱，或是病位不明之熱。）者山梔子；降無根之火者玄參。（醫統說：『腎水枯，而真陰失其守，則無根之火發，陰虛之病起。此時：可用壯水之劑制之，生地黃，玄參之屬是也。』）

在現代藥理學發達，我們可藉其實驗，統計而知其善治因何種病原而引起之病症。比如「腰痛用杜仲」，我們該知道引起腰痛的原因，通常有幾種；而杜仲善治之者又是何証。一般腰部酸痛原因爲下：

1. 椎間盤突出；
2. 腰薦關節角度大于四十五度者；
3. 脊椎橫突變形；
4. 脊骨裂；

5. 退化性，老化性腰部肌肉神經功能衰退；

6. 部分妊婦及生殖泌尿系統有病時，常併腰痛；

7. 身體兩邊發育不對稱者；

8. 長期坐立姿勢不良者；

9. 扭挫傷；

10. 急性腎炎。

杜仲對於1、5、8、9諸項腰部酸痛，均具療效，尤其

對於5項功效，更為顯著。

徐靈胎對於歸經之說，有精闢言論如次：「每藥獨入某經，皆屬附會之談。」「而藥之治病，必有專長之功……；後人即指為何經之藥。」「故以某藥能治某經之病則可，以某藥為獨治某經則不可。謂某經常用某藥則可，謂某藥不復入他經則不可。故不知經絡而用藥，其失也泛，必無捷效；執經絡而用藥，其失也，反能致害。」

七·辨認同品異種、同品異製、同類異效

同品異種，是藥名同而產地、品種不同而其功效亦各有所長，但易混淆，應詳加辨認。例為：

1. 木防己——風濕（馬兜鈴科）——祛風止痛。

漢防己——利水（防己科）——利水退腫。

2. 猪皂角（形象猪牙，個小而短，牙皂，）——善祛風痰。

大皂角（個大而長）——善祛濕痰。

3. 浙貝——味苦性寒，偏于清肺，清熱散結，多用于風熱、

咳嗽、痰多。

川貝——味甘性潤、偏于潤肺，多用于肺燥、陰虛、咳嗽。

4. 甜葶藶——甘淡性緩，肺熱喘咳。

苦葶藶——辛苦性峻，瀉水多用苦葶藶。

5. 苦杏（北杏）——鎮咳（含杏仁苷3%）帶皮尖增加療效。

甜杏（南杏）——潤燥（含杏仁苷0.1%，脂肪50%以上。）

6. 懷牛膝——滋補肝腎力強；

川牛膝——破瘀通經之功較大。

7. 白蒺藜——祛風止痛，疎肝解鬱；

沙蒺藜——明目固精，外益肝腎。

8. 白附子——祛風藥。祛風除痰。

黑附子——祛寒藥。回陽救逆，溫腎壯陽。（一般附子）

9. 南沙參——桔梗科

北沙參——傘形科

10. 川鬱金——活血祛瘀較好；

廣鬱金——行氣解鬱較強。

11. 綿茵陳——清熱利尿作用較好；

土茵陳——芳香化濕力大。

12. 大薊

小薊

涼血止血
涼血止血力強，善消癰腫。
臨床多用于治療尿血。

同品異製，同一藥品因炮製方法不同，而異其用的，如：

1. 生石膏——內服清熱，打碎先煎。

煅石膏——外用。多煅用，生肌保護瘡面。（世人畏

石膏如虎，內服清熱，畏其太涼，乃用煨者，究有何用？

2. 生梔子——偏于清熱；

黑梔子——偏于止血。

3. 生大黃——瀉下清熱大。

熟大黃——多經酒製，藥性較緩和。

4. 生薏仁——清熱利濕，

炒薏仁——健脾止瀉。

5. 生麥芽——性平、消導為主。

炒麥芽——偏溫、健脾開胃。（不宜炒焦，微炒對酶無

影響。越嫩越短者含酶量越高。）

6. 生穀芽——以消食為主。

炒穀芽——增加健脾開胃。

7. 醋元胡——加強入肝止痛（醋炒後使其中生物鹼溶解度

增高。）

酒元胡——重在活血祛瘀（酒炒可使其中部分生物鹼破

壞散失。）

（古書謂：酒炒行血，醋炒止血；生用破血，炒用調血。）

8. 扁豆——治暑濕宜生用，健脾胃宜炒用。

9. 老桑枝

嫩桑枝

祛風通絡

治濕火骨痛，老者效佳。

多用于風寒感冒。

10. 炙黃芪——補益氣血

生黃芪——固表、托膿、生肌。

11. 當歸——生用補血、潤腸、通便；

酒炒用：通行血脈；

炒炭用：溫經止血。

12. 杜仲——生：補肝腎、強筋骨、降血壓、安胎。

炒者：降壓比生強。煎劑比酹劑強。

13. 訶子肉——煨：瀉腸、治久痢久瀉；

生：清肺、治久咳失音。

14. 五味子——生用：入嗽藥。薑製，入補藥。酒製，滋腎

。醋製，飲肺。蜜製，潤肺。

15. 香附子——生用：上行胸膈，外達皮膚；

熟用：下走肝腎，外徹腰足；

薑汁：化痰飲；青塩——補腎氣；

醋炒——消積聚；酒炒——行經絡；

塩水炒——入血分潤燥；炒黑——止血；

童便炒——入血分補虛。

同類異效，是同一性能藥物，作用類同而又異其趣的，如：

1. 羚羊角

犀角

鹹寒，清熱解毒，高熱神昏

入肝，平息

，肝風。

2. 龜板——甘草——入肝腎——滋陰力強，養血強筋骨。

鱉甲——微寒——入肝脾——清虛熱力大，軟堅散結。

滋陰潛陽

強骨益腎

3. 茯苓——利水，長于補益心脾。

豬苓——利水功大，無補益心脾之力。較茯苓為涼，水濕

偏熱者，用之較宜。

4. 乳香
沒藥

活血行氣活絡止痛

味辛性溫，善于行氣活血，止痛力強。
味苦性平，長于活血散瘀，破泄力大。

5. 羌活——善治上半身濕痹，性較燥烈，善發汗解表。

獨活——善治下半身濕痹，性較緩和，發汗力較弱。

6. 藏紅花——甘寒、清熱、涼血、解毒、化癥。

川紅花——辛溫、活血、祛瘀、通經。

7. 柴胡——傘形科，治表熱半表祛熱，上行升散，虛熱忌用。

銀柴胡——石竹科，清熱涼血，治陰虛內熱，無升散性。

8. 蒼朮
白朮
均燥溫
長于燥濕溫脾，多用于濕滯症。
少燥烈之性，善補脾益氣，多用于脾虛証。

9. 草豆蔻
草果
均能祛寒燥濕
多用于寒濕鬱滯，嘔吐胃痛。
多用于濕濁內鬱，溫疫諸症。

10. 白茯苓——健脾功能較佳
赤茯苓——利尿功能較佳
現多不分。

11. 紫苑
款冬
溫潤肺氣，止咳祛痰
重在祛痰，每合用偏於止咳。
(麥冬性寒，款冬性溫，二冬不並用。)

12. 杜仲
續斷
補肝腎，強筋骨，安胎，止崩漏
補腎力強，陽痿遺精，高血壓，通脈折傷。

此外尚宜分別同品異部，同品異時，和同品異量之不同。

同品異部(同一藥品，因藥用部分不同而異其功的)例：

1. 紫蘇——蘇葉長于解表，蘇梗長于寬胸，蘇子長于降氣。

2. 槐花
槐實
涼血止血(炒炭)
涼血止血作用強，清熱降壓之力強，含有破壞紅血球物質。

3. 麻黃——莖發汗，根止血，節發中有收。

4. 鬱金
薑黃
薑科多年生宿根草木植物的塊根
入肝心肺，辛苦寒，行氣之中善解鬱並清心涼血。
入肝脾腎，辛苦微溫，偏溫、通經力強、並祛風濕。

同品異時(同一藥品，因採集時間不同，而異其效的)例：

1. 青皮——未成熟者，入肝膽，猛于走下，破氣。

偏于疎肝止痛。

長于行氣導痰

陳皮——已成熟者，入脾胃，緩而走上，健脾。

2. 枳實——未成熟幼果
枳殼——已成熟果實
破氣、消積、下氣、通便。

猛而走下，長于破氣消積。

緩而走上，長于行氣消脹。

3. 山查肉——成熟果實——多用于消食。

山查粒——未成熟果實——多用于消化不良泄瀉。

同品異量比如用大黃0.1——1.0分可收斂止瀉，三分以上可致瀉，瀉後可發生繼發性便秘。（入藥後下，泄下力強。）

以甘草調和諸藥，則用量少，用七、八分。若治掣痛，或強心復脈，則須重用至三錢，如芍藥甘草湯，炙甘草湯等是。

八·協同使用，擷取湯頭方義精華

用藥不可爾爲爾，我爲我。不可拼湊若干藥以成方。若能運用藥的配伍關係，則收效甚效。比如在：

1. 發散風寒藥裡的防風，常和荊芥並用。然同黃芪，芍藥，又能實表止汗。合黃芪、白朮名玉屏風散，爲固表聖藥。

2. 發散風熱藥裡的升麻，引以蔥白散陽明風邪，引以石膏止陽明齒痛，引以人參黃芪而上行，同柴胡引生發之氣而上行。同葛根發陽明之汗，故升麻葛根湯爲陽明發散之主方。

3. 湧吐藥裡的瓜蒂，得淡豆豉，赤小豆吐中有散。

4. 攻下藥裡的朴硝，得大黃直入大腸，滌垢、通經、墮垢。

5. 潤下藥裡的火麻仁，得當歸，厚朴等辛藥，乃能利大腸

（宜用于老人虛秘）。

6. 滲濕藥裡的茯苓，欲健脾補中，常和黨參、白朮、陳皮、甘草等同用如五味異功散；對於脾虛不運，痰飲內停所引起之心悸、頭暈，每配以桂、朮、甘草，名方有苓桂朮甘湯。

7. 逐水藥裡的大戟，常和甘遂同用，其效益著。

8. 祛風濕藥裡的蒼朮，得防風發汗，得香附快中，下二焦之氣。得山梔解朮性之燥，得黃柏勝濕。

9. 祛寒藥的附子，（附得麻黃，發中有補，生附配干姜，補中有發。

10. 清熱降火藥裡的知母，常和黃柏同用。古人謂：知母入肺腎二經氣分，黃柏入二經血分，故二藥必相須而行。

11. 清熱涼血藥裡的麥冬，得麥冬復脈內之陰，清涼退火，名方有生地麥冬飲。

12. 治咳平喘藥裡的桔梗，合枳殼治胸中痞滿，得甘草治咽痛。

13. 清化熱痰藥裡的貝母，俗常與半夏同用。但二物雖俱治痰嗽，但半夏兼治肺脾，貝母獨善清金；半夏用其辛，貝母用其苦；半夏用其溫，貝母用其涼；半夏性速，貝母性緩；半夏散寒，貝母清熱。臨床應加辨認。

14. 溫化寒痰藥裡的半夏，合陳皮、茯苓、甘草名二陳湯，爲治痰之總劑。

.....

方劑裡方義的解釋，常能繪出各藥的特性及藥和藥間的相互關係。

比如：四君子湯 人參 白朮 茯苓 甘草

方義：「氣虛者、補之以甘。參、朮、苓、草、甘溫益胃，有健運之功、具沖和之德，故爲君子。」

「是方也，四藥皆甘溫，甘得中之味，溫得中之氣，猶之不偏不倚之人，故名君子。」

香砂六君子湯 人參 白朮 茯苓 甘草 陳皮 半夏
砂仁 木香 加生薑二錢，水煎服。

方義：「四君子氣分之總方也。人參致沖和之氣、白朮培中宮、茯苓清治節、甘草調五臟，胃氣既治病安從來。然撥亂反正，又不能無爲而治，必舉大行氣之品以輔之。則補者不至泥而不行。故加陳皮以利肺金之逆氣，半夏以疎脾土之濕氣，而痰飲可除也。加木香以行三焦之滯氣，縮砂以通脾腎之元氣，而積鬱可開也。君得四輔則功力倍宣；四輔奉君則元氣大振，相得而益彰矣。」

又如：

「名麻黃湯者，君以麻黃也。麻黃性溫，味辛而苦，其用在迅外；桂枝性溫，味辛而甘，其能在固表。証屬有餘，故主以麻黃，必勝之算也；監以桂枝，制節之妙也。」——麻黃湯刪外名醫方論，下同。

「治風不外桂枝，治寒不外麻黃。合桂枝、麻黃二湯以成劑，故爲兼風寒中傷者主之。」——大青龍湯。

「若脉微不緩，正未復也；更惡寒者，邪未衰也。……宜桂麻各半湯，小小汗之，以和榮衛，自可愈也。」——桂麻各半湯

「宜桂枝二麻黃一湯，小發榮衛之汗，不用麻黃桂枝各半湯者，蓋因已大汗出，不欲其發榮衛汗，欲其和榮衛汗也。」

——桂枝二麻黃一湯

由以上各節方論，我們可揣知古人所說：「有汗桂枝，無汗麻黃。」之意，對於運用（合用、分用、重用、輕用。）桂枝，麻黃當有分際了。

至于方劑中之加減，實爲古人臨床經驗，大多可靠，必須

牢牢記住：

補中益氣湯下：「如血不足加當歸，精神短少加人參、五味；肺熱欬嗽，去人參；噎乾加葛根；頭痛加蔓荊子，痛甚加川芎；腦痛加藁本，細辛；風濕相搏，一身盡痛，加羌活、防風；有痰加半夏、生薑；胃寒氣滯加青皮、蔻仁、木香、益智；腹脹加枳實、厚朴、木香、砂仁；腹痛加白芍、甘草；熱痛加黃連能食而心下痞加黃連；咽痛加桔梗；有寒加肉桂；溫勝加蒼朮；陰火加黃柏、知母；陰虛去升柴加熟地、山茱、山藥；大便秘加酒煨大黃。」

治痰總劑二陳湯加法：治療通用二陳湯，惟有燥者不相當。風痰（清而多泡。）加南星、白附子、皂角、竹瀝。寒痰（痰色稀白，或有黑點。）加薑汁半夏。火痰（痰色多黃）加石膏、青黛；濕痰（痰滑而易出，色白而多。）加蒼朮、白朮；燥痰（澀而難出，或爲米粒，粘亮而少。）加杭蓂、杏仁；食痰（飲食不消，日久生痰，或挾瘀血，多見痞滿不通，口出臭氣。）加山查、麥芽、神曲。粘痰加枳實、海石、芒硝；澀痰加香附、枳殼；脇下刺痛，手不可按，痰在皮裡膜外，加白芥子；四肢不和，痰在經絡者，加竹瀝。

越鞠丸治六般鬱，氣血痰火濕食因；蒼朮香附兼梔朮，氣暢郁舒痛悶伸。

方義：香附開氣鬱，蒼朮燥濕鬱，撫芎調血鬱，梔子解火鬱，神曲消食鬱；皆理氣也，氣暢而鬱舒痰化矣。

加法：濕鬱（周身痛，或關節痛，遇陰寒即發。）加茯苓、白芷；火鬱（昏瞋便赤，脉沉數。）加青黛；痰鬱（動則氣喘，寸脉沉滑。）加南星；半夏、括蕁、海石；血鬱（四肢無

力、能食。）加桃仁、紅花；氣鬱（求謀不遂，胸滿脇痛。）加木香、檳榔；食鬱（噯酸腹飽不能食）加麥芽、山查、砂仁。挾寒（腹痛腸鳴，泄瀉暴注，足不任身，關節不利，屈伸不便。）加吳茱萸。

諸如以上皆古人臨床累積經驗，處方每收桴鼓之效，不可等閒視之也。

結語

以上係就中醫師立場研究中藥應加注意之點而言。此外對于醫與藥之聯繫，亦宜加以留意，故醫者對于駐堂的藥舖備藥製藥之情形，亦當徹底明瞭。比如：續斷——雷敦曰：「凡採得根橫切剉之；又去向裏硬筋，以酒浸一伏時焙乾入藥用。」其實此藥易腐，浸一伏時即不成藥矣。桔梗——李時珍曰：「用桔梗但刮去浮皮，米泔水浸一夜，切片微炒用。」浸一夜則腐矣，亦不足為訓。又如目前膽星，有的苦味毫無，不知係何所充，效用等于零。又如熟地，原應九蒸九晒；但目前所用之熟地，僅一蒸一晒，效力不足。況加工廠，欲使生者一百斤變為一百廿斤，却使其飽含水分，致易生霉；乃復以硫磺薰之，藉以防腐，而藥味乃變酸，氣質大不同了。他如淡豆豉，大豆卷等藥，製法大有講究，否則差之毫釐，失之千里。故醫師常用實用之藥，必須親自詳加調查和指導炮製方法。

至于醫者處方，對于藥之品種、道地，用藥部分均宜寫得明白。如寫貝母、甘草、柴胡、當歸、紅花均嫌曖昧不明。因為貝母，到底是川貝母抑浙貝母？甘草是生甘草？蜜炙甘草？清水炙甘草？或是甘草梢？甘草節？柴胡是南柴胡抑北柴胡？

當歸是歸頭，歸尾，歸身或全當歸？生用？酒炒？還是炭用？紅花是以川紅花抑藏紅花？固然好的調劑者，可從湯頭揣知其用品，然任由別人揣度，仍不如醫者自己標明為妙！

學問是無止境的。對於日常報章雜誌有關醫藥的報導，均宜隨時剪輯，以資補充、比對。譬如最近報載木耳可能具有抗血小板凝聚作用，所以有出血傾向的人不宜吃木耳。可是有一驗方說吃黑木耳可療痔瘡出血。考本草綱目：木耳、甘平有小毒，斷穀治痔；在其附方下，有治「崩中漏下」「血痢下血」之說。服法均將木耳炒見烟為末，酒調服。是否炒後性質變了。時珍曰：「木耳各木皆生，其良毒必隨木性，不可不審。」外電所報導：吃木耳後全身皮膚會出現一點一點的血斑，但一小時後自動消失，命名為「中國餐館症侯群」，到底是什麼木的木耳呢？這些就要小心求証了。

又如某雜誌「漫談放屁之治療」一文報導，將整個鵝蛋清洗後，放入鍋中加清水煮熟，剝去蛋殼，每日吃二個，吃一次就見效了。連吃了三天，就獲得痊癒。綱目：鵝卵主治：解瘡毒痘毒，并未云能治屢屢放屁。凡經後人發明，經驗者皆可附益於某品條下，以供參考。

語云：久病成良醫，凡病家之敘述，亦宜細心聽其傾訴，體質特殊之人，對于某藥每有特殊的反應。凡有價值者，均宜隨時筆記，以作日後參考。至於平日多和同道交換經驗心得，尤為重要！選用當地中草藥配合于君臣藥中，亦不失為發揚中醫藥之道。以上係筆者對中藥研究重點之看法，隨感所得，拉雜寫下，提供參考而已！

公共衛生中國化的搖籃

陳太義

自從民國元年，政府內政部設置衛生局，改革了清朝太醫院的傳統以後，十六年國民政府奠都南京，成立衛生司，十七年擴充爲衛生部，直轄行政院，以至遷台所稱衛生司、衛生署至今，整整六十八年中，我國的公共衛生行政，可以說都是模仿西方的制度行事。

至於工作人員，起初幾乎完全由西醫師充當，後來稍稍有出國進修專門學問的少數人回來服務，甚至目前公共衛生學系畢業的衛生官仍然並不多見！這當然由於專門人才的缺乏所致。

近來台灣大學醫學院和我們中國醫藥學院，均開辦公共衛生學系，台大並設有公衛研究所。相信假以時日，我國衛生行政的人事方面，將有大量學以致用的專才投入行列。尤爲可喜的是，國內衛生專家，對於適合國情的公共衛生問題，已引起莫大的興趣。

事實上，我國辛亥革命成功，六十八年以來，儘管主張全盤西化的呼聲響徹雲霄，也確實籠罩了整個社會，可是國內無論維新或守舊人士，在環境衛生、個人衛生、疾病防治、醫療服務，以及身心健康的實踐上，却處於傳統與西方模式的綜合之中，這或許就是愛國家、實事求是的衛生行政官員、公共衛

生教育家、專家，甚至在同學，爲適合國情的公共衛生行政，而耿耿於懷的原因。

怎樣才能適合國情面對大國民的實際需要？我想從融合傳統與現代的研究著手，可能是最正確的途徑。不過傳統的衛生行政制度，西方的衛生行政制度，我們首先須要進入情況；然後才談得上相互比較、現代化或與中國化的可能。這其間，西方的衛生行政模式，是人人得而知之的顯學；傳統衛生行政的模式，却恐怕亟須嚴肅的探討了。

中國衛生行政，由周官所載的官制起，可以說史不絕書。近人不求甚解，往往說：太醫院祇是爲皇室而設的機構，企圖一筆抹煞兩千多年的中國衛生行政歷史，當然不是持平之論。而今我們不妨約略的看看我國歷代衛生行政的組織，相信就會引起文化自專的信心了。

一、衛生行政中樞

太醫院是管理全國衛生行政的中央機構，這個名辭面世較晚，曾經叫過太醫署、太醫局……而且最初祇有一群醫官處理業務，並沒有官署的名稱。

它們的上級，在周代是隸屬少府，後來有時換屬奉常、太

常、門下省、殿內省，也有時獨立爲所提舉判局，或醫學提舉司。大致與近代衛生機構，由內政管轄、由行政院管轄的變動，無大分別。但它的範圍較大，時常包括醫藥教育、醫藥考試以醫院性醫療單位等在內；而且每每附設兼顧皇家醫藥膳食事務的單位。可是也有另設御醫院、御藥局的時候。

太醫院性質的機構或朝廷醫官，中心任務是執掌醫藥的政令。主管人員：判院事、領導下屬、管理醫事、藥事。較詳細的分工，有考較全國各地醫生的課義；試驗太醫教官（教授）的成度；校勘名醫選述的文字；辦驗藥材；以及訓誨醫學生。如此說來，除本門的藥物食品的管理而外，還要管理到現在考選部、教育部、國立編譯館等有關的部份了。

人事方面，周官是三十人的編制，後來有些朝代，曾經增加到數千人之多。官名也更更改改，這是由於歷代官制變革的關係，本質上是不斷的進展。

周官編制的官名祇是醫師上士、下士和府、史、徒之類，後代逐漸擴充和更改的官名計有：太醫令、太醫丞、太醫監、醫工長、醫令史、太醫正、太醫下大夫、小醫下大夫、小醫上士、中士、下士、醫正上士、中士、下士、醫監、醫生、提典、太醫院使、判官、醫官、吏目、醫士、以及侍醫、御師、侍御、御醫、典御、奉御、醫待詔；此外還有針師、按摩師等，不一而足（詳後），都是由周官醫師上士、下士衍變而來，府、史、徒等附屬人員尚不在內。

它們的官階，前稱：秩千石、六百石、三百石；後稱正二品、正五品、正八品，從五品以至從九品不等。

藥事方面各單位，才屬於太醫院，但有時也獨立起來，尙藥局的名稱，却用了很久。執掌藥局、和劑、辨別藥材、炙製方法和以時種、蒔、收、採諸藥；此外也有執掌御湯藥的部份。官名有，太醫藥丞、太醫方丞、尙藥監、藥丞、尙藥局丞、主藥士、藥園師和中藏藥丞、尙藥典御、尙藥局侍御師、御藥提典、直長之類。

二 醫療各科

醫者執掌診候業務和醫療業務。周官各科祇有食醫、疾醫、瘍醫及獸醫：食醫執掌食療、飲食營養，兼管宮廷有關的事務；疾醫（內科）及瘍醫（外科，包括腫瘍、潰瘍、金屬物傷、折傷的用藥與施術）分別執掌萬民內外科疾病；獸醫執掌獸類（牛、馬等）的內外科疾病。疾醫與瘍醫，還要爲死亡人寫下死亡原因，交給主管醫師備案。

最饒興趣的是：食醫要管理各種的尋常食物，精製食物，珍貴食物、飲品和配料的五氣之養（營養）、五味之節（節制、戒口之類），和現代所謂營養的要求，頗爲一致。

其後各代，逐漸分工，醫官執掌的科目更分更細，對民間的醫藥發展，影響很大。粗計約有：內、外、大、小方脈、婦、產、小兒（少小）、風（相當於神經、精神等科；麻瘋、風疹之類也包括在內）、眼、口齒咽喉、外傷、正骨、金創（包括箭鏃、砲銃傷）、以及體療、傷寒等科。

除此而外，還有以療法稱科的，如針、灸、按摩、推拿、角法（拔火罐）等等；再加上心理治療的祝由和禁科，可以說

是洋洋大觀了。而且這些科別，在四、五十年前，雖然當時衛生行政不聞不問，民間醫師的科際壁壘，仍然分別很嚴，和現在中醫不分科的混雜局面，不可同日而語。

三醫學教考

我國有關醫藥的教育和考試，或許由於過份專門之故，也是由太醫院之類的中央衛生機構統司其事。曾經設有醫博士、教授、助教、或太醫博士、太醫助教、針博士、按摩博士及典醫等公教官員，執掌教授諸生：本章、甲乙經、脈經、孔穴等科目；並考教各地醫師的課義。

專科肄業，分別教習，最好的規模是：病體（內科），七年成（畢業）；瘡腫（外科），少小（兒科），均五年成；耳目口齒（五官科），四年成；角法（拔火罐之類，或許包括一般物理療法亦未可知），三年成的學制。此外也有針科，教授針坐、按摩科，教授導引之法的學制，要比現在分清；至於藥學的專業訓練，也很精密，這裏暫不贅述。

考試登用方面，有一個時期，曾和國子監考選士子的方法相同。這是相當嚴格的。程試各科，每三年一試，地方考試秋天八月舉行，中選後，來年春天二月到中央接受省試。

後來也有過：醫子弟自行擇師教導，政府三年、五年中兩次考試的制度，並且是二次、三次應考以後，倘若仍然落榜，就被取消考試資格，試想何等嚴格。

在中國醫師管理中，最進步的一項，是考程制度，很早就已推行。起先祇是：無論醫師、醫正、醫工、醫人、疑病（特殊病

例），以其痊癒多少，作成紀錄，作為考課；後代更加嚴格，醫師執業要不斷統計，年終彙報治癒和不治的百分比數字，作為賞罰的標準。

從此可知，我國歷代衛生行政，絕非文化自卑，任意全盤西化的人所可想像，何況以上所述，不過是應邀於公共衛生學會，從手邊些項資料敷衍而成，其目的在於：希望專家學人從嚴肅的研究之中，走上公共衛生中國化的正途，不要被御醫二字蒙蔽，以為太醫院祇是皇帝的私人醫院，忽略了衛生行政的輝煌傳統。

現在令人興奮的是，我國培育公共衛生學術的搖籃，已經在台灣大學醫學院並我們中國醫藥學院的公共衛生學系裏穩步發展，加以公共衛生的官員、教育家、專家、教授和同學們，大部份屬意到公共衛生中國化的問題。這其間，台大的公衛系和公衛研究所的努力何如？雖屬個人仍未有機會前往觀摩；而我們中國醫藥學院的公共衛生學系，早經開了有關中國醫藥的課程——針灸學，從而發揮中國醫藥學院的特色，形成公共衛生中國化的搖籃，自在意中。

在公共衛生學會演講，却討論傳統公共衛生政制問題，未免班門弄斧，相信專家學人所知，當必比我深入百倍。可是個人却很期望系方合作，在我們中國醫學研究所先行增開公共衛生小組，進行公共衛生中國化的研究，從而爭取學院設立獨立的公共衛生研究所，這將不僅對我國的衛生行政有促進的實效，而且對世界衛生組織，將也會有一定的貢獻。

醫師職業道德準則

易權衡

報上常刊登有關醫師醜聞，如：公立醫院醫師要病人送紅包；公立醫院醫師與藥商勾結拿回扣；醫師與護士升職要打通關節；危急病人送醫院不收；醫師與計程車司機勾結送來車禍病人可獲巨額紅包；醫師診斷不實，誤診懷孕爲腫瘤；肚子痛均作盲腸炎，開刀手術治療；醫師手術後貽留病人體內紗布剪刀等等；故一般輿論咸認國內醫師職業道德不振，必須重新建立。

職業道德是一種倫理責任。違反了倫理道德，雖不受法律制裁，但外慚清議，內疚神明，良心不安。爲求心安理得，當醫師者自應重視道德責任，蓋凡以學識與技術服務他人爲職業者，有其應盡之責任與義務，此種職業之團體必須公認並遵守其職業道德爲要件，藉道德標準以規範執業者與其當事人、雇主、僱用人員、同業及社會大眾之關係。茲不揣謏陋擬訂醫師職業道德準則草稿，希我同業予以修正，以爲我醫界、大家共同遵守，發揚職業道德爲禱。

我認爲醫師職業道德之德目應從三方面去考慮：其一爲人處世之道即任何人皆必須具備，而爲醫者更應特別注重者。如誠實公正、謙和態度、遵守法律、尊重重道等是。其二爲社會責任乃爲醫者服務社會應有之貢獻，如博愛施仁、廉潔之行爲等是。其三爲敬業精神，如不濫用藥物與手術、精益求精、愛惜團體榮譽等是。若一位醫師能從爲人處世、社會責任與敬業

精神三方面着想必爲一品德優良之醫師。

一、誠實公正：所謂誠實即不虛僞，孔子言「至誠如神」。惟天下至誠，可以贊天下之化育，可以與天地參。所謂公正即大公無私一視同仁，不厚彼薄此。醫師應以正直公正、無所偏袒及嚴謹態度執行業務。誠實乃人生最珍貴之稟賦，亦正人君子必備之條件。古先聖賢能公忠體國，英雄豪傑之直道而行，皆遇事認真，方正不苟，始能維天地之正氣，堅守職業道德之尺度，不失光明磊落之行誼，蔚成一代剛毅之風，彰顯一世忠義之行，西哲希坡格拉氏（Hippocrates）授徒哲言中云：「余當依吾能力與判斷，以治病人，永不存損害妄爲之念，凡入人家皆爲治病，不作任何謬妄之企圖，尤不冒瀆人身，不論其爲自由男女或奴隸」亦爲誠正之意。醫師法第廿二條亦規定：「醫師受有關機關詢問或委託鑑定時不得爲虛僞之陳述及報告」。醫師本人無法醫治之疾患，爲了不誤病情，應對患者說明，請其另覓良醫。或介紹專家。亦爲誠實公正之表現。

二、謙和態度：明代名醫陳實功醫家十要中云：「凡鄉井同道之士，不可生輕侮傲慢之心，切要謙和謹慎，年尊者恭敬之，有學者師事之，驕傲者遜讓之，不及者荐拔之，如此自無謗怨，信和爲貴也」。語言：「謙受益滿招損」。謙者虛心，不自誇自滿，勿以自己之一知半解而認爲飽學。必須有虛心，而始能容納更多之知識。和善待人必能獲致人之好感而後能使

人接受我之意見。我所欲知者，人必盡情吐露而無所疑忌，我所欲言者人必樂聞之，言之至當，人必從之。爲醫者，若能以謙和之態度而臨病人，病之精神必感稍安，對診斷及治療工作裨益甚大。又勿隨便批評其他同道，因病人常聽第三者之言而提出控告，糾紛皆由多言而來。近來醫師常有誇大廣告，實有損謙和之美德。

三、遵守法律：人人皆有遵守法律之義務，自不待言，此處所指特別對病人病情應有保密責任，履行正當醫療業務行爲。

因醫師對其業務所獲得之資料應予保密、除對法律或職務規定外不得洩漏並有保證其雇用人員及有關人員堅守業務秘密之義務。隱惡揚善爲我國人固有之美德，而且對任何人的隱私權不容侵犯。應受到尊重與保護。醫師法第廿三條亦規定：「對於因業務而知悉他人秘密不得洩漏。」而西哲希波格拉氏授徒之誓言中亦云：「尊重患者所寄託之秘密」。揭人隱私爲世人通病，但究屬不道德之行爲，尤其醫師爲明瞭病情而患者查詢所獲得之若干隱私，如不守密，往往影響患者之信譽，又若干患者之疾病如癌腫、性病等不欲他人知曉者若不守密，常使病情加重，或污損患者之人格，或導致家庭糾紛。故爲醫者對此問題必須慎重處理。尊重患者所寄託之秘密若不遵守除損失醫師本身之人格外，或因此纏訟。更影響患者對醫師信任程度而不吐露真言。履行正當醫療業務亦至爲重要，切不可趁人之危而作敲搾，對女性病患應謹慎，作檢查時更要有女護士或患者家人在旁，勿作無禮無理診斷，保持病歷完整，因醫療糾紛鑑定之憑據，惟有病歷最重要，司法官即據此判決。若施行危險性

之手術更要獲取病家書面之同意，爲病者承諾之依據。不要對病人承諾太多，例如常有醫師輕易告訴病人「沒有問題」，結果却出了問題，甚至病人死亡。最後找上醫師算帳。

四、尊師重道：師者傳道、授業、解惑者也。古今中外對師長均極尊重，尤以我國爲甚。在西哲希波格拉氏授徒誓言中曾云：「余當尊敬師長如父母，與之同甘苦，通有無，視其家屬如昆季，倘彼等須學醫者，余當授之以業而不取酬。」與我國人之尊師重道不相上下。飲水思源，師長們予吾人知識技術之傳授，更指導做人做事的方法，吾人爲醫者更要尊師重道，能尊敬他人，他人才能給我們尊敬。

五、博愛施仁：所謂「仁心」即是「同情心」亦即佛家所謂「慈悲心」，儒家所謂「惻隱之心」。「博愛思想，仁愛的意念爲我國固有的哲學思想，樊遲問「仁」。子曰「愛人」。仁以同情心爲本，故愛人爲仁，慈發於仁，而仁爲萬物之核心種子，於人即人道之本，於性即性道之元，發則爲惻隱之心。慈心之人，必然親其至親，仁所當仁，愛其所愛即廣義之仁愛，廣德於人類，推己及人，兼善天下。凡爲醫者必先具備此種思想，才能視人之父母如己之父母；視人之子女猶己之子女；視人之病如己之病。不論貧富貴賤，一視同仁竭盡所能治人之疾病。在目前公醫制度尚未建立之時，貧而無錢就醫者，醫者必須減免其醫藥費。對一般患者精神上予以安慰及鼓勵更可使疾病加速痊癒。吾人生存於群體社會中，社會給予吾人許多物質與精神的滿足，吾人更應回報社會，爲社會提供服務，才能建立安和樂利的社會，取之於社會用之於社會，是吾人應盡之責。

任。

六、廉潔之行爲：廉潔之行爲對行醫者至爲重要，爲達此目的，必先有樸素之生活。語云「儉可養廉，生活儉樸不爲物慾所迷惑，功名富貴視若浮雲而無動於中，則廉潔自可見諸行動。行爲廉潔則人人必親之，近之，而信任之。醫者必能如是，而後始能以治療工作爲本身應盡之義務，不容利慾參雜其間，惟救急扶危是務。此種觀念亦即近代之服務觀念，人人爲我，我爲人人，但現代工業社會，人人皆追求高級享受，醫者非聖賢，豈能例外？尤其現代醫院設備，更要鉅額投資，故今日社會人士亦僅要求私人診所勿求重利，爲醫者更要本着愛心作合理收費。對貧病者切勿苛求，多予施捨，診療與收費應按公認標準實行。追索診療費用宜緩和。病人常被醫療費用所迫，而惱羞成怒提出控告，更是得不償失。

七、不濫用藥物：藥物應用不當常傷及病體，近來西醫濫用抗生素、荷爾蒙、維他命等製劑甚爲普遍，因而產生抗藥性或中毒或副作用者甚多。藥物即毒物爲醫者必須慎重。補劑或營養劑過量亦可造成營養不平衡現象。非必要之開刀手術更要謹慎將事。對心理病患儘量利用心理治療。

八、精益求精：醫師執業應確切符合其專業之技術標準在不違背誠實公正之原則下執行業務，應僅接受其本身所能勝任之工作，精進不已，才可對人類作更大之貢獻，服務國家社會，知之爲知之，不知爲不知。學無止境，尤以研究人體爲對象之醫學爲然；因人體結構精密，錯綜複雜，許多機轉今日所知仍屬不多。醫學書籍汗牛充棟，典籍浩繁，窮必生之力亦難登

堂入室，故爲醫者必須養成讀書習慣，吸取他人知識與經驗，學習不已，精益求精，切勿自滿，自欺欺人，追求醫學新知及相關知識，以開拓醫學新境界。

九、愛惜團體榮譽：現代醫學已走向集體創作，醫學上遭遇之困難，可提出同業或職業團體共同研究解決，互相交換經驗集思廣益。又職業福利之爭取與保障均有賴職業團體辦理，故吾人對醫學團體如同業公會等必須熱誠服務爭取團體之榮譽。尤其對團體信譽有不良影響者切不可爲，以維護團體榮譽，以免影響一般人對醫師職業之形象。

總之：一位醫師除了應負醫務職業責任以外，還要負倫理責任（職業道德）才可稱是術德兼優的醫師。



大會司儀衛生署孫桂雲小姐

望診之驗舌法

常鳳翔

望聞問切謂之四診，爲醫家診病辨症之主要法則。四診之中望診尤居重要。觀神察色可知病體之虛實，驗舌辨苔可知病癥之所在，臨症驗舌一門亦一診察辨症之準繩。

舌乃心之外候，苔爲胃之明徵，一切外感伏邪，氣血疾滯，內有所病，莫不形諸於舌苔。故人之有病無病，邪之淺深，但觀其舌苔，即可知其概要。於是臨症之下，於舌必看其形，審其色，合諸脈症，以辨虛實陰陽，鑑諸臟腑不差，主方不誤，治療自有心得。

驗舌分虛實法

經云：「邪氣盛則實，正氣奪則虛。」又云：「有餘者瀉之，不足者補之。」竊謂虛實，是攬病機之領；補瀉是提治法之綱，蓋人之有病，不出一虛一實，醫之治病，不過一補一瀉，如虛實稍有疑心，則補瀉難決，參症切脈以審虛實，固爲臨症要義。乃有疑似實，而脈則虛；脈似實，而症則虛者。如捨脈從症，既難信以爲真，而捨症從脈，又惟恐其是假。奈何！凡物之理，實則其形堅斂，其色蒼老；虛則其體浮胖，其色嬌嫩，而病之現於舌也，其形與色亦然。故凡病屬實者，其舌必堅斂而兼蒼老；病屬虛者，其舌必浮胖而兼嬌嫩。如此分別，

則爲虛爲實，是假是真，雖未參症切脈，而一目了然矣。

驗舌分陰陽法

虛實既分，補瀉法已有則，然虛實各有陰陽，則於虛實必辨分陰陽，臨症不可混也，而分之不得其法，則有以陰盛爲陽盛，陽虛爲陰虛，而不能無誤者。總之陰陽混雜，虛實模糊，但憑脈症分晰，亦難於辨清。如云陰虛出盜汗，陰言手太陰，虛言肺氣虛；又云陰虛夜發熱，陰言足太陰，虛言脾氣虛。同曰陰虛，而其有手足太陰之分，名曰陰虛，而其實是脾肺氣虛之症。往往以脾肺氣虛，認爲腎水不足，而以滋陰降火之劑，朝朝重陰下逼，直至土困，金敗便溏聲嘶，置之死地而不悟者。因陰分辨之誤，自古迄今，不知貽害凡幾，吾儕其可忽哉。詎知陰虛陽盛者，其舌必乾；陽虛陰盛者，其舌必滑；陰虛陽盛而火旺者，其舌必乾而燥；陽虛陰盛而火衰者，其舌必滑而濕。如此分別，則爲陰爲陽，誰實誰虛，顯然可見，更何有似陰似陰之疑，而致重陰重陽之誤，貽害於人耶。

驗舌分臟腑以配主治之法

虛實不爽，而後補瀉無不應，陰陽不謬，而後寒暄無不確

，然必臟腑不差，而後補瀉寒暄，對其病，施以治，以去其根，完成事功。則就虛實陰陽臟腑，而定以主方，臨症審慎，不可忽也，以臟腑之分，不越青黃赤白黑，主方之配，須合酸苦辛甘，爰按內經，分臟別腑，檢以成方，酌定主治。

肝膽經驗舌治法

舌見青色，肝膽病也。

舌見青色，而堅斂蒼老者，肝胆兩經，邪氣盛也。肝胆兩經實邪，多致脇痛、耳聾、胆溢、口苦、筋痿、陰腫、陰痛、白濁、溲血、等症。宜以瀉火清肝飲治之。

舌見青色，而浮胖嬌嫩者，肝胆兩經，精氣虛也。肝胆兩經精氣虛，多致小便淋漓不利，婦女月經不調，兩脇脹悶，少腹胸乳作痛，此鬱怒傷肝脾，血虛氣滯為病也。以滋水生肝飲治之。

舌見青色，而乾燥者，非胆腑陰虛火鬱，即肝臟血虛火旺也。肝胆兩經鬱火，多致脇痛頭眩，或胃脘痛、或肩胛絆痛，或兩目赤痛連及太陽，皆肝火上沖也。婦女鬱怒傷肝，致血妄行，赤白淫閉，沙淋崩漏等症，皆肝火下流也。俱宜逍遙散加丹皮梔子加減治之。易曰風以散之，此方是也。

舌見青色而滑潤，屬胆腑氣怯者，心虛、胆怯、氣鬱、生涎，涎與氣搏變生諸症，觸事易驚，或夢寐不祥，或短氣悸怖，或自汗虛煩，口苦嘔涎，疾盛不眠，及夢遺驚惕等症。以十味溫胆湯去枳實治之。

舌見青色而滑潤，屬肝臟氣虛者，肝臟氣虛，不能生火，

以致火不能生土，脾胃不和，飲食不進，兩脇寒痛，大便泄利，少腹墜痛，以當歸建中湯去膠飴治之。

舌見青色乾燥，而形色反見胖嫩者，肝胆氣血兩虛也，肝胆血虛，筋無所養，變為寒症，以致筋骨疼痛，腳軟懶行，傷寒木中無火，手足牽引，肝經血虛，以致火燥筋攣，變為結核等症，以七味飲倍肉桂治之。

舌見青色滑潤，而形又兼胖嫩者，肝胆木氣虛寒也，凡屬大虛之症，勿論其脈與症，以養榮湯倍肉桂治之，虛寒甚者，加附子更為切合。

脾胃經驗舌治法

舌見黃色，脾胃病也。

舌見黃色，而堅斂蒼老者，脾胃兩經邪氣盛也。脾胃伏火，口燥唇乾，口痞口臭，煩渴易飢，熱在飢肉者，以瀉黃散治之。如有厚胎，或焦黃，或焦黑，而糙刺燥裂，其症痞滿，燥實堅斂悉具者，實症也，須急下之，以存津液，以大承氣湯治之。

舌見黃色，而浮胖嬌嫩者，脾胃兩經，精氣虛也，脾胃虛寒，寒水反來侮土，而嘔吐不食，或肚腹作痛，或大便不實，手足逆冷等症，以益黃散治之。

舌見黃色，而乾燥，屬胃腑陰虧火旺者，腎水乾枯，虛火上蒸脾胃，陰土受虧，以致飲食不進，大便燥結，甚至三陽癰閉，將成噎膈，速以左歸飲去茯苓加花粉歸地治之，無不愈也。

舌見黃色，而乾燥，屬脾臟血虛火盛者，思慮傷心脾，鬱

怒傷肝膽，以致三經血少而燥，漸至心口有塊如拳，或左右肋下有塊如手掌，且時作痛，及健忘怔忡驚悸不寐等症，宜以歸脾湯去木香加白芍丹皮山梔治之。

舌見黃色，而滑潤，屬胃氣虛弱者，飲食不進，致成疾癰，不能咳唾，胃氣虛寒，動成嘔惡，以七味白朮散加半夏治之。

舌見黃色，而滑潤，屬脾氣虧損者，脾胃不和，飲食不進，泄利虛飽，以五味異功散加白芍治之。如舌後半節滑膩而有微苔者，乃脾胃氣虛下陷，須補中益氣湯。

舌見黃色乾燥，而形質反見胖嫩者，脾胃氣血兩虛也，惡寒發熱，嘈雜健忘，怔忡不寐，懈怠不臥，四肢疲倦，虛勞等症，以參芪八珍湯治之。

舌見黃色滑潤，而形質又兼胖嫩者，脾胃中氣虛寒也，脾胃虛寒，飲食不進，運化失恃，嘔逆時顯，大虛之症，均宜以薑桂養榮湯治之。

心與小腸經驗舌治法

舌見赤色，心與小腸病也。

舌見紅色，而堅斂蒼老者，心與小腸邪氣盛也，心火炎熾，口苦舌瘡，小腸鬱結，不能通利等症，以瀉心湯治之。

舌見赤色，而浮胖嬌嫩者，心與小腸精氣虛也，心虛血少，神氣不寧，怔忡驚悸等症，以養心湯治之。

舌見赤色而乾燥，屬小腸陰虛火旺者，腎水不足，肝火上炎，以致吞酸吐酸，脇痛頭眩，口苦咽乾，大便艱澀，小水短赤等症，以滋水清肝飲去柴胡加生地木通治之。

舌見赤色而乾燥，屬心臟血虛火盛者，心衰血虛火盛，制金不能生土，以致土困金敗，咳嗽吐痰，寒熱往來，盜汗，脾胃虛弱，飲食少思，大便泄瀉等症，以濟生歸脾湯去木香加丹皮麥冬治之。

舌見赤色而滑潤，屬小腸陽氣虛墜者，氣虛不能升舉，由內傷以致外感，勞倦發熱，氣虛發熱，其舌必滑，凡屬中宮虛損，內傷脾胃，病後調攝，均宜以補中益氣湯加山梔川烏治之。舌見赤色而滑潤，屬心臟陽虛氣弱者，心力俱勞，氣血俱傷，思慮鬱結，脾胃虛弱，飲食少進，以濟生歸脾湯加丹皮肉桂治之。

舌見赤色乾燥，而形質反見胖嫩者，心與小腸氣血兩虛也，心與小腸氣血均虛，凡屬大虛之症，勿論其脈與症，均宜養榮湯治之，心小腸氣血虛，加棗仁之。

舌見赤色滑潤，而形質反見胖嫩者，心與小腸火氣大虧也，宜以附子養榮湯治之。然其分兩，心肺位近宜制小，肝腎位遠宜制大，以適應而服之。

肺大腸經驗舌治法

舌見白色，肺與大腸病也。

舌見白色，而堅斂蒼老者，肺與大腸邪氣盛也，肺熱咳嗽，以瀉白散加減治之。嗽加桔梗、百合，痰加貝母，如面赤咳嗽，心火刑金，加人參、茯苓、青皮、陳皮、五味、麥冬、知母。爲人參平肺散，以瀉金中賊邪，如咳嗽而鼻塞身重者，風寒傷肺也，參蘇飲，或金沸草散以散之。

舌見白色，而浮胖嬌嫩者，肺與大腸精氣虛也，肺金氣虛，不能生水，以致水不制火，虛陽上炎，而生咳嗽等症，以補肺湯治之。

舌見白色而乾燥，屬大腸血虛火盛者，大腸無血，大便燥結，以潤腸滋水飲加生地、當歸治之，其效甚捷。

舌見白色而乾燥，屬肺臟火旺者，傷寒熱退後，有易動之陽，或汗後煩躁未除，口乾微熱，大便艱澀，小水短赤，火燥生風，手足腫痛等症，以生金滋水飲，加柴胡黃芩治之。

舌見白色而滑潤，屬大腸陽虛氣陷者，脾胃虛弱，內寒注瀉，水穀不分，下痢膿血，赤少白多，脹滿腹痛連心，食少力乏等症，以補中益氣湯煎湯送固腸散治之，切忌酒肉魚腥油麪生冷。

舌見白色而滑潤，屬肺臟陽虛氣弱者，肺脾氣虛下陷，而土冷金寒，內傷脾胃不運，外感勞倦發熱，以補中益氣合參附湯治之。

舌見白色而乾燥，而形色反見胖嫩者，肺與大腸氣血兩虛也，肺與大腸氣血均虛，以十全大補湯去肉桂，加炮薑治之。

舌見白色滑潤，而形色又兼胖嫩者，肺與大腸精氣虛寒也，宜以參附養榮湯去茯苓加炮薑治之。

腎膀胱經驗舌治法

舌見黑色，腎與膀胱病也。

舌見黑色，而堅斂蒼老者，腎與膀胱邪氣盛也，腎水虛虧，不能制火，以致肝火上炎，吞酸吐酸，脇痛頭眩，口苦咽乾，

大便艱澀，小水短赤等症，以清肝飲治之。

舌見黑色，而浮胖嬌嫩者，腎與膀胱精氣虛也，男婦氣血俱虛，精神失守危劇等症，以補元煎治之，虛者倍加茺朮，寒者重加薑附。

舌見黑色而乾燥，屬膀胱陰虛火盛者，小便不利，而莖中痛連小腹者，係火逼膀胱所致也，以六味飲合滋腎丸治之。痛止便利，即止勿服。

舌見黑色而乾燥，屬腎陰虛火旺者，腎水不足，虛火上升，變爲潮熱、咳嗽、沿渴、虛勞、及水沸爲痰等症，以六味飲合生脈散治之。易曰兩以潤之。

舌見黑色而滑潤，屬膀胱陰盛火衰者，脾腎虛寒，腰重腳腫，濕飲留積，小便不利，此則莖中痛而不連小腹，乃寒逼膀胱而氣不能化也，或肚腹腫脹，四肢浮腫，氣喘痰盛，或已成水症，以金匱腎氣丸治之，其效如神。

舌見黑色而滑潤，屬右腎陽虛火虧者，命門火衰，元陽虛憊，變爲泄瀉，腹脹陽痿，精寒不育，兩膝痠痛，腰軟無力，兩目昏花，不能遠視，悉以八味地黃丸治之。易曰日以煊之。

舌見黑色乾燥，而形色反見胖嫩者，腎與膀胱陰陽俱虛也，腎與膀胱陰陽俱虛，腎臟虛冷，面黑足寒，耳聾膝軟，小便不利，以枸杞養榮湯治之，繼用十全大補丸。

舌見黑色滑潤，而形又兼胖嫩者，腎與膀胱元氣大憊也，勞役過度，飢飽失時，思慮鬱結，以致脾肺氣虛，榮血不足，畏寒發熱，食少無味，四肢無力，嗜臥身倦，飢瘦色枯氣短，驚悸怔忡，健忘少寐，元氣大虛之症，以附子養榮湯治之，繼

用右歸丸。

更有其舌同一黑色，而一屬寒水侮土者，係陰盛於內，逼陽於外，外假熱而內真寒，格陽症也，其黑色止聚於舌中，宜用附子理中湯治之；一係腎氣凌心者，係陰盛於下，逼陽於上，上假熱而下真寒，戴陽症也，其黑色直底於舌尖，宜用人參八味治之。然未有不胖且嫩，乾燥滑潤，惟實火兩症，則其形必堅斂，色必蒼老，而萬無胖嫩者耳。

驗舌決生死法

生死之決於脈症者，內經規劃甚明，而佐以驗舌，則尤顯而易見也。謹將素所經驗，附列，以爲臨症之助。

舌如去膜豬腰者危。

舌如鏡面者危。

舌糙刺如沙皮，而乾枯燥裂者危。

舌斂束如荔子肉，而絕無津液者危。

舌如火柿者危。

舌如烘糕者危。

舌光無胎，胃氣絕也不治。

舌卷而囊縮者不治。

舌本強直轉動不活，而語言蹇澀者危。

舌起白胎如雪花片者，脾冷而閉也不治。

舌因誤服芩連而現出人字紋者不治。

以上所列，皆爲危候，然有不必如此而死者，有卽至如此，而能辨臟腑陰陽虛實竭力挽回，則亦得生。吾輩果操活人

神技，須存壽世仁心，卽有百不一活之症，當作萬有一生之想，雖終於莫救，致招物議，病家歸咎，吾心固無愧也，倘畏避嫌疑，而於危症，再假庸劣之手，則必無生理矣，詎不痛哉。

驗舌法之編後語

中醫四診大法，雖能包括內經難經傷寒之菁華，惟尙缺重要之望診驗舌之法，爰集諸家臨症驗舌之法，以助臨症診斷，則諸病之寒熱虛實，無不一目了然矣。

蓋舌者，心之苗也，五臟六腑，其氣通於此，其竅開於此也，查諸臟腑，脾肺肝腎無不系根於心，核諸經絡手足陰陽，無脈不通於舌，則經絡臟腑之病，內外雜症，無一不呈其形，着其色，於其舌，所以驗舌辨舌，可知病癥之所在。是以驗舌一法，臨症驗舌，鑑諸臟腑陰陽虛實，遂條辨別配方，既簡且易，瞭若指掌；按症施治，效如桴鼓。此誠吾臨症之準繩，治療之指南也！

爲往聖繼絕學

爲萬世開太平

認識小兒麻痺病——即傷寒之壞病

曹允貞撰

小兒麻痺病，患者一腿廢，甚者兩腿皆廢，終其一生被病腿所困，造成人生之大不幸。

三十八年初至台灣，見小兒麻痺患者甚衆，吾甚異之。斯病，乃台灣地區特有之病乎；或係醫療不當，而引致之疾病？茲事體大，固不宜驟下結論，然亦不宜置而不問，任其自然發展，貽害人群。唯如是重症，究非短期能究其底蘊。今之患者衆多，醫師束手，雖然疫苗注射，全力施爲，而仍不足以挽救危疾。故願略述已見以就教於方家，亦略盡國民之職責而已。

(一)

小兒麻痺病爲俗名，西醫謂之脊髓灰白質炎，中醫無特定名詞，其屬於傷寒之壞症。所謂壞症者，係指斷症錯誤，施治偏差，而產生對人體的傷害，故不予命名。小兒麻痺病既屬於壞病之一種，故古醫籍不列病名，非謂古人不懂得小兒麻痺病也。

夫，人之病熱也，或中風，或傷寒。姑不論其患病者爲何，皆以太陽經肇其端。

如其人體質素健，則發病也微而易愈，如體質素虛，則抵抗力差，發病重。故飲食起居之不可不講求也。

如不幸而罹患傷寒或中風：（下述括號內爲摘錄傷寒論之

經文）

「其脈浮，自汗出，小便數，心煩微惡寒，腳攣急。反與桂枝湯欲攻其表，此誤也。得之便厥，咽中乾，煩燥吐逆者作甘草乾姜湯與之，以復其陽。」

此太陽傷寒也。因體質素虛，其發病重，致使腳攣急，而厥。所謂厥者，上下氣不通順，上氣不能下達於腿及足脛。遂成所謂小兒麻痺之症狀。

「若厥愈，足溫者，更作芍藥甘草湯與之，其腳即伸。若胃氣不和讞語者，少與調胃承氣湯。若重發汗復加燒針者，四逆湯主之。」

經文中所謂，腳攣急，厥者，即今之所謂小兒麻痺症之徵候。此乃傷寒症，而醫師反予治中風病之桂枝湯，用藥有誤，故致厥也，此言中風與傷寒誤治而引起之小兒麻痺症。

「問曰證象陽上，按法治之，而增劇，厥逆，咽中乾，兩脛拘急而讞語。」

師曰言夜半手足當溫，兩腳當伸，後如師言，何以知此

：答曰：寸口脈浮而大。浮則爲風，大則爲虛；風則生微熱，虛則兩脛攣病證象桂枝，因加附子參其間，增桂，令汗出

，附子溫經亡陽故也。

厥逆、咽中乾、煩燥、陽明內結、譫語繁亂，更飲甘草乾姜湯，夜半陽氣還，兩足當溫熱，脛尚微拘急，重與芍藥甘草湯爾乃脛伸。以承氣湯微瀉則止其譫語，知病可愈。」

陽旦即桂枝湯，蓋言病邪仍在太陽膀胱經，依法應用桂枝湯。但是使用桂枝湯後，病反增劇，兩脛冰冷而厥，拘急而譫語。現小兒麻痺的現象。

考其所以然之故，蓋因桂枝湯增桂加附子溫經亡陽故有此失。當更飲以甘草乾姜湯，以復其陽，至夜半陽氣還，兩足當熱。重予芍藥甘草湯則脛伸。

可見，治療傷寒症，或中風病大不易。認症宜準，切脈宜確，否則，多用一味藥，即造成無窮之禍患。爲醫者可不慎乎。

(二)

人之患中風或傷寒也，傷人形體，壞人氣血，故古之醫者，必慎重將事，恐引致無窮禍患，造成永久傷害，無可彌補。其病變化繁多，不勝枚舉。故傷寒論，詳予條列，然仍未能盡述。今仍以傷寒論爲準則，略述其要。

人之中風或傷寒也，其脈中風則浮緩，傷寒則浮緊。當此時也，中風者服桂枝湯，傷寒者服麻黃湯，汗出邪去，病愈。

若其人素虛，病邪乘虛入，深入經脈，故有前段所述不愈之症，且有傳化爲小兒麻痺之危險。如依法施治，則腳伸，攣急愈；如治不依法則脛仍拘急，腳不得伸，厥逆而成小兒麻痺，終其生將殘缺不全。

今之治法，迥異於古時。咸以人體解之末學爲準則以病

發之果爲病因；故受醫者，非死即殘。

蓋，中風或傷寒，皆係病邪乘人體之虛而入於人體，其所入處，皆從太陽膀胱經肇其始，病久則有所傳化，或因其虛邪所在之處而住。

據說，小兒麻痺病者，西洋原名脊椎灰白質炎。按中醫十二經脈分別，應屬於其經之督脈。督脈亦屬於足太陽膀胱經。故知小兒麻痺病者，實際即督脈病，亦屬於足太陽膀胱經之範疇。施治時，惟治足太陽膀胱經，或用桂枝湯，或用麻黃湯，病邪未有不去者。若病已深入於督脈時，則服用甘草乾姜湯、調胃承氣湯，或四逆湯，依法施治未有不拘急除而愈者。

而今之治法則非是，惟以發病之表象爲施治之法，故常誤也，終於產生小兒麻痺之怪病，此醫之過也。

蓋，太陽之受外邪侵襲，正確治法，本應驅逐外邪，發汗即爲最佳之驅邪方法，故傷寒論用桂枝湯或麻黃湯爲最正確之療法。近之醫者則非是，惟以降低體溫爲能事，則邪不得外出，而反驅邪入裏，督脈與之最近，故邪氣受藥物之驅使而入於督脈，致成脊髓灰白質炎。脊髓之下段，常有又支通下腹部，下腹部肚臍下，稱爲氣街者常因脊髓灰白質炎而發病，於是氣血不能下達腿部與腳部，致使兩腿與腳殘廢矣。

人體之下腹部爲諸種荷爾蒙產生處所，因小兒麻痺之故常引致荷爾蒙異常症。其爲禍之烈足以造成終生殘廢。

余之研究所得僅此而已，粗疎簡略，不足以供方家評鑑，甚望有專業知識之專家，詳予敘述，使永絕小兒麻痺之患，國民甚幸。

三焦實質綜述

莊宏達 陳太義

三焦一辭，首見於成書在西元前兩百年的內經，爲臟腑和經脈的名稱。就三焦腑而言，到了難經問世時，已不知爲何物，乃直稱「有名而無形」。近世對三焦腑的看法，以爲是胸腔內的系膜，或以爲是涵蓋胸腹腔內所有的器官而言。然而，若以內經中有關三焦的四十多則文獻，來與現代解剖學中的淋巴系統對照，二者的走向和分佈則若合符節。故本文乃提出淋巴系統即爲三焦腑的解剖實質來討論。並兼探討三焦氣的生理實質的內容。

甲、三焦腑

三焦腑綜述內經原文

胆、胃、大腸、小腸、膀胱、三焦，六府皆爲陽。（素四19）

三焦者，決瀆之官，水道出焉。（素八12）

胃、大腸、小腸、三焦、膀胱者，倉廩之本，營之居也，名曰器。能化糟粕而轉味入出者也。（素九43）

夫胃、大腸、小腸、三焦、膀胱，此五者天氣之所生也，其氣象天，故瀉而不藏。此受五藏濁氣，名曰傳化之府。此不能久留輸瀉者也。（素十一3）

三焦者，中瀆之府也，水道出焉，屬膀胱，是孤之府也。（靈二19）

由以上的敘述，可知三焦與胃、大腸、小腸、膀胱並列，應爲一有形的器官。同俱有納受傳瀉的作用，其生理功能與食物的消化吸收、體液的傳送有關。

一、上焦腑

上焦腑內經原文

上焦出於胃上口，並咽以上，貫膈而布胸中。走腋，循太陰之分而行。還至陽明，上至舌，下足陽明。常與營俱。（素十八8）

上焦者，受氣而營諸陽者也。（靈六三4）

茲按淋巴系統的分佈，敘述上焦腑所涵蓋的範圍（參見圖

一）：

上焦出於胃上口——上焦腑的始部源自胃賁門旁淋巴結。

並咽以上——循著食道之淋巴網上行。

貫膈而布胸中——穿經橫膈膜後，即分佈於胸腔內諸淋巴系。其

所屬的淋巴結包括：食道兩側後方的後縱膈淋巴結、後肋間淋巴結、後橫膈膜淋巴結，和食道前方的氣管旁淋巴結、支氣管淋巴結、肺門淋巴結、心後和心下淋巴結。以及胸腔前側的前縱膈淋巴結、胸骨旁淋巴結、前肋間淋巴結和前橫膈膜淋巴結。

走腋——由胸腔內之淋巴系循腋動靜脈外走至腋淋巴結。

循太陰之分而行——自腋淋巴結以下，沿太陰經所支配的範圍，

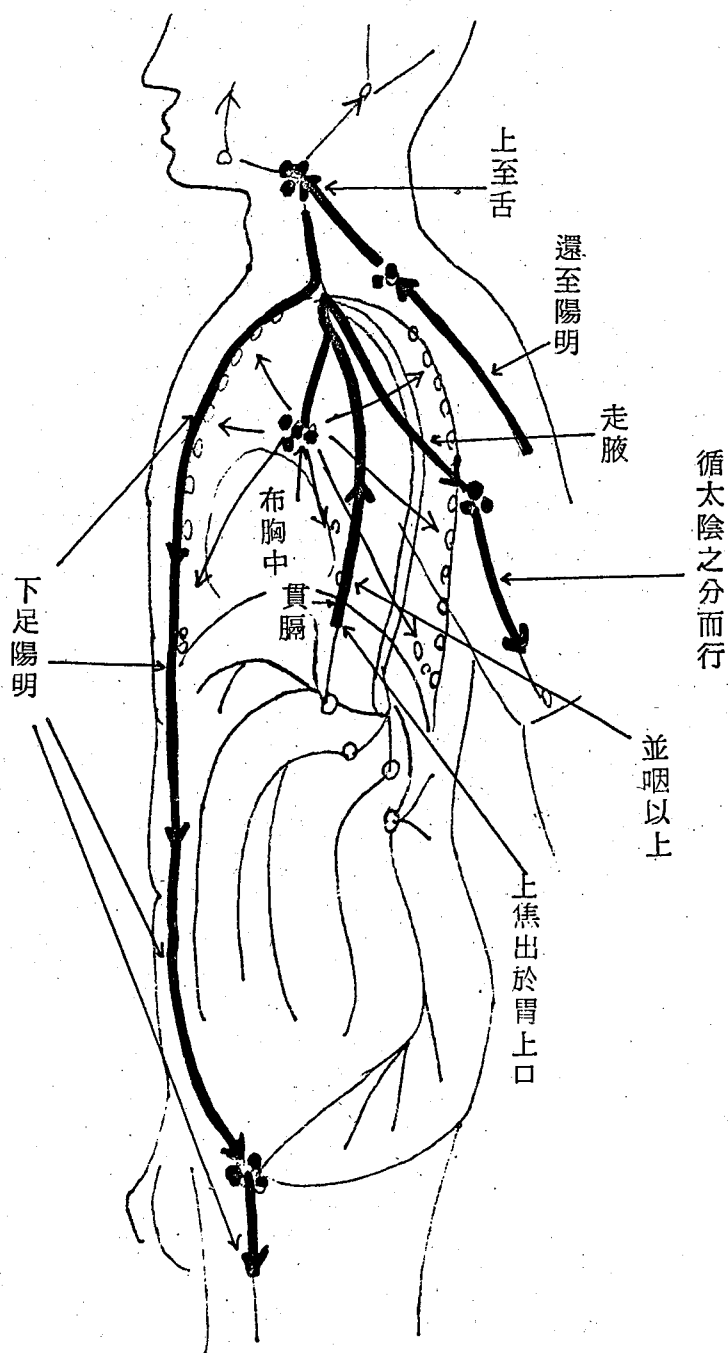
即肱動靜脈、橈動靜脈循行的路徑，而分佈於上肢陰面的

淋巴網。

還至陽明——返行路徑，乃沿手陽明經而走。即上肢陽面的淋巴

網，沿頭靜脈上達於肩前的三角胸肌淋巴結。

圖一 上焦腑



上至舌——由肩前區經淺層頸淋巴網而到頷下、頰下諸淋巴結。

由此而上再與頸部前後內外的淋巴系統相連絡。

下足陽明——循頸部沿足陽明經而下，經軀幹的前方達到並分佈於下肢。其循行的路徑，先沿頸動脈和深頸靜脈旁的深頸淋巴結而下，在缺盆處接足陽明經之直者，即內胸動靜脈、上腹壁動靜脈、下腹壁動靜脈等旁之淋巴系而至氣街，即腹股溝淋巴結。由此再沿下肢的血管旁淋巴系分佈於下肢。

常與營俱——以上所言屬於上焦的淋巴系統都是和血管併行的。

以上所述上焦腑的範圍，包括胸腔、頭部、四肢和軀幹體的淋巴系統。這正符合內經所說：「上焦者，受氣而營諸陽

」的說法。「陽」即指體表和四肢而言。也唯有如此大範圍的分佈，才能發揮「上焦出氣以溫分肉、養骨節、通腠理」（靈八—1）的功能。

二、中焦腑

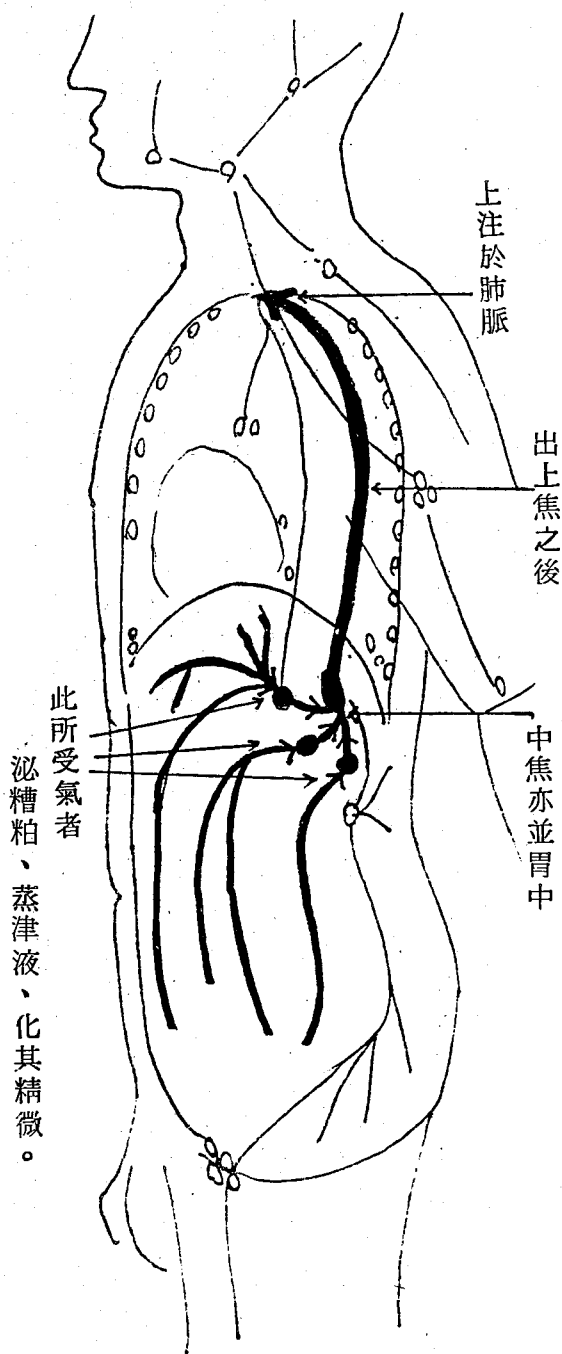
中焦腑內經原文

中焦亦並胃中，出上焦之後。此所受氣者，泌糟粕、蒸津液、化其精微。上注於肺脈，乃化而為血。（靈十八10）

中焦腑的解剖實質與腹腔內的淋巴系統有很密切的關係。

茲述如下（參見圖二）

圖二 中焦腑



中焦亦並胃中——指中焦在胃部之後，會聚腹腔淋巴結、上腸系膜淋巴結、下腸系膜淋巴結形成乳糜池。

出上焦之後——自乳糜池以上即成胸管，走於食道的後方，進入胸腔。

此所受氣者，泌糟粕、蒸津液、化其精微——此言形成乳糜池的淋巴系來源：有腹腔淋巴結的脾臟、胰臟、胃、肝臟、胆囊和大網膜等淋巴系；上腸系膜淋巴結的十二指腸、空腸、迴腸、昇結腸和橫結腸前半等淋巴系；下腸系膜淋巴結的橫結腸後半、降結腸和乙狀結腸大部份之淋巴系。

上注於肺脈——言胸管上行注入左側鎖骨下靜脈和頸靜脈的交會處。

乃化而爲血——胸管內的淋巴乳糜液乃入於血流之中，中焦腑即

止於此。

故知中焦腑乃包括腹腔中絕大部份的淋巴系統和乳糜池、胸管，而與今日解剖學中的淋巴乳糜系統是一致的。

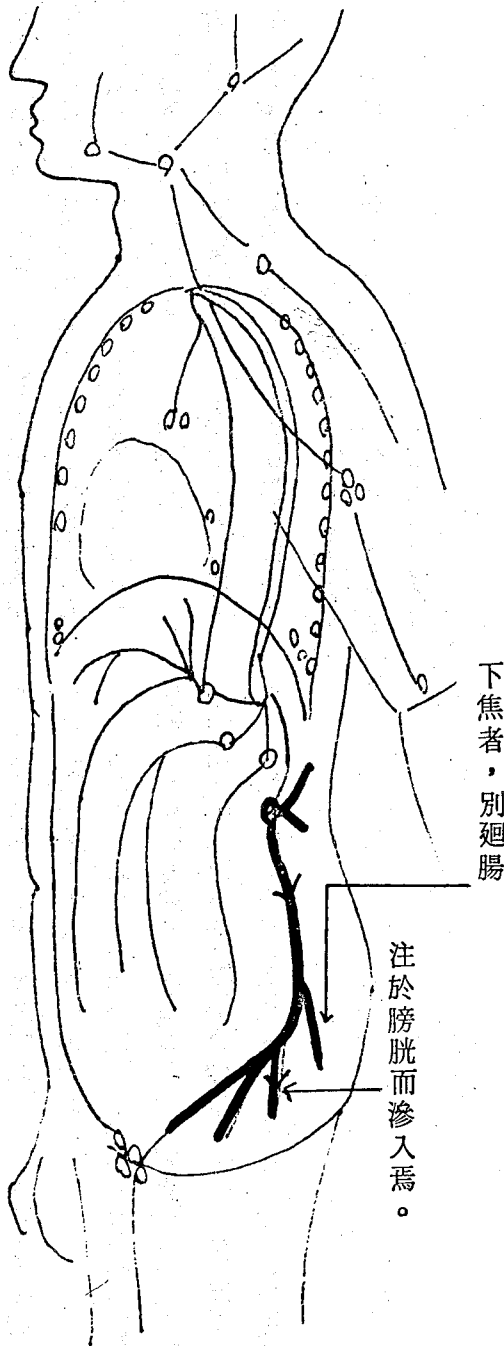
三、下焦腑（參見圖三）

下焦腑內經原文

下焦者，別迴腸，注於膀胱而滲入焉。（靈十八12）

下焦者，別迴腸——指下焦腑的分佈，乃在於迴腸以下。內經中的迴腸乃達到乙狀結腸上半（詳見拙作「內經腸段範圍的探討」一文），故迴腸以下部份，乃指乙狀結腸下半及直腸的部份而言。下焦腑實包括骨盆腔（內經稱之「辟」）內的所有淋巴系，即腸骨淋巴系統。

圖三 下焦腑



下焦者，別迴腸

注於膀胱而滲入焉。

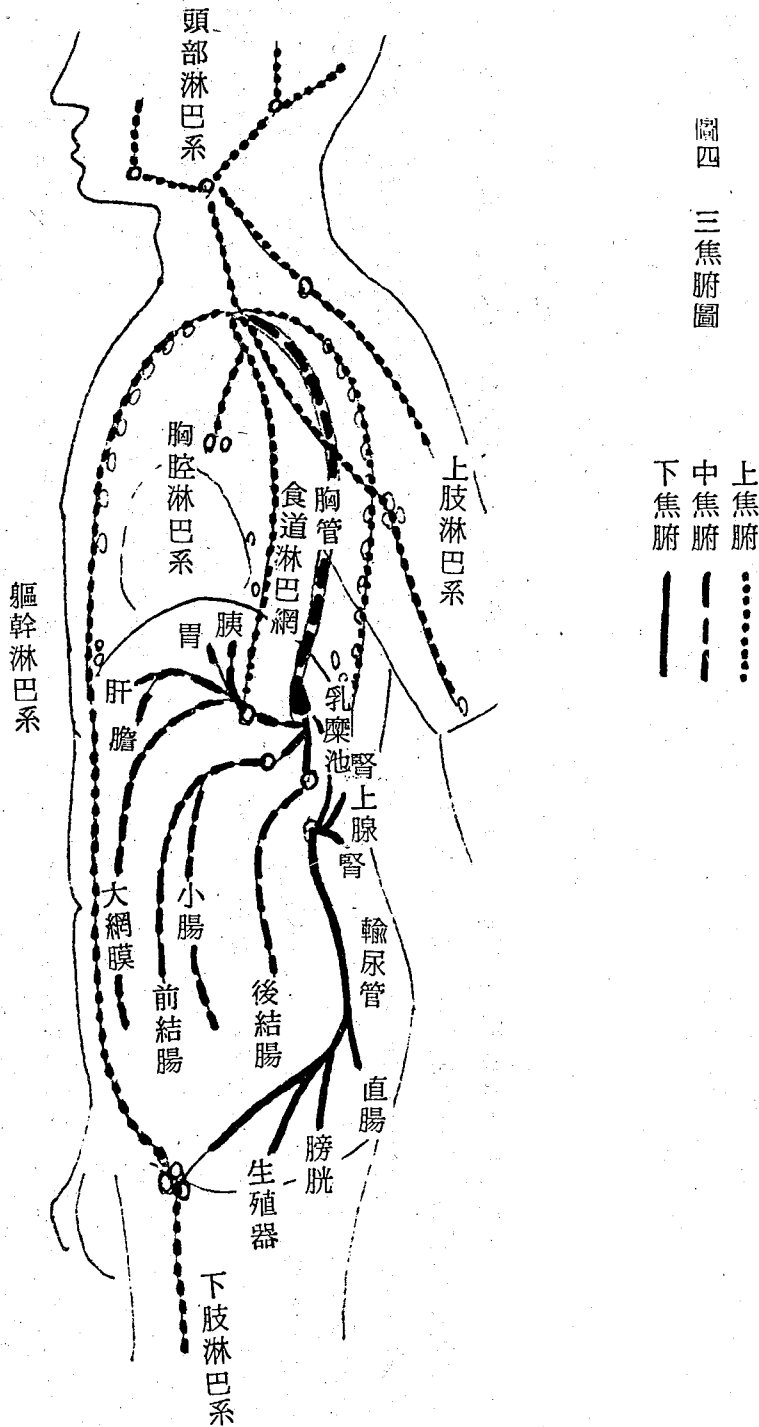
注於膀胱而滲入焉——言下焦之淋巴液滲入膀胱而成尿。這種想法與今日泌尿生理的敘述是不符的。然而，位於腹腔後面的腎上腺、腎臟、輸尿管等泌尿器官，其淋巴系乃屬於下腹腔淋巴結的範圍，自可看作下焦腑的一部份。

故下焦腑的範圍，包括腹膜後的下腹腔淋巴結，其淋巴系的範圍有腎上腺、腎臟、輸尿管，以及下腸系膜動脈始部以下

的主動脈兩側淋巴結，骨盆腔內的外、內腸骨動脈旁淋巴結——分佈範圍有直腸、膀胱和內外生殖器。

由以上的討論，很清楚地可知三焦腑的解剖實質就是今日解剖學的淋巴系統。（參見圖四）內經對於三焦腑分佈的敘述和解剖學中淋巴系統的描述是完全一致的，只有簡略和詳細的差別而已。由此更可證明內經內容的實證性、科學性。

圖四 三焦腑圖



乙、三焦氣

三焦腑既相當於吾人所熟知的淋巴系統，則三焦氣自然與淋巴體液有很密切的關係。故內經言「三焦脹者，氣滿於皮膚中，輕輕然而不堅。」（靈三五七）「三焦不瀉，津液不化，水穀并行於腸胃之中，別於迴腸，留於下焦，不得滲膀胱則下焦脹。水溢則爲水脹。」（靈三六八）「三焦病者，腹氣滿，小腹尤堅，不得小便，窘急。溢則水留，即爲脹。」（靈四三）這些「氣滿」「水脹」的現象都和淋巴組織間液的留聚有關，所謂「氣」者，即指淋巴體液而言。

一、上焦氣（上焦腑的功能）

上焦氣內經原文

陽受氣於上焦，以溫皮膚分肉之間。（素六二42）

上焦不通行，則皮膚緻密，腠理閉塞，玄府不通。（素六二44）

衛出上焦。（靈十八7）

上焦如霧。（靈十八14）

上焦開發，宣五穀味，熏膚、澤身、充毛。若霧露之溉也，是謂氣。（靈三十二2）

上焦泄氣，出精微，慄悍滑疾。（靈三二3）

上焦者，受氣而營諸陽者也。（靈六二4）

上焦出氣，以溫分肉而養骨節、通腠理。（靈八一1）

綜述起來，上焦腑內之氣即衛氣，故內經亦言：「衛者水

穀之悍氣也，其氣慄疾滑利，不能入於脈也。故循皮膚之中，分肉之間，熏於肓膜，散於胸腹。」（素四三24）「衛氣者，所以溫分肉，充皮膚，肥腠理，司開闔者也。」（靈四七1）「衛氣和則分肉解利，皮膚調柔，腠理緻密矣。」（靈四七2）所以三焦之氣，其性慄悍滑疾，行於脈外而與營俱行。主要分佈於胸腹的肓膜、四肢的分肉、皮膚、腠理等組織之內。其作用爲溫分肉、熏皮膚，通腠理、開玄府，充毛髮，養骨節。熏澤所及無微不至，若霧露之溉，故言「上焦如霧」。

按淋巴管內含有淋巴液和淋巴球。故屬於上焦腑的周邊淋巴系統乃俱有防衛和調節組織間液的功能。至於溫皮膚、分肉或開闔玄府（汗孔），則與體表交感神經的興奮性有關。若其興奮性降低時，則體表的小動脈擴張、體表紅潤、溫度上升、汗液外泄；反之則皮膚蒼白、冰冷、乾燥。所以上焦氣的實質，除了周邊體表的淋巴流外，還包含體表的交感神經系統以調節體表溫度和汗液排泄的功能。

二、中焦氣（中焦腑的功能）

中焦氣內經原文

營出中焦。（靈十八7）

中焦所受氣者，泌糟粕、蒸津液、化其精微。上注於肺脈，乃化而爲血；獨得行於經隧，命曰營氣。（靈十八10）

中焦如漚（靈十八14）

中焦受氣取汁，變化而赤，是謂血。（靈三十二2）
血脈者，中焦之道也。（靈六三3）

中焦出氣如露，上注谿谷而滲孫脈，液相調，變化而赤爲血。（靈八一1）

故知中焦腑內之氣即營氣。所謂「營者，水穀之精氣也」（素四三23）與「中焦所受氣者，泌糟粕、蒸津液、化其精微」（靈十八10）是一樣的意思。中焦氣（營氣）即指經由消化道所吸收的種種營養素，包括：葡萄糖、氨基酸、乳糜、維生素、礦物質和水。所以中焦氣的實質範圍，除了中焦腑所流送的乳糜之外，仍應包括門靜脈所傳送的各種營養素。即內經中所謂「食氣入胃、散精於肝」（素二一15）的「精」，廣義上，仍屬中焦的範圍。中焦腑至注入肺脈後即截止，然而其氣繼續行於脈管之中而溉於全身。故言「皮膚之內，胃腸之外，此營氣之所舍也。」（素三五6）中焦的營氣流於血脈中，如水之泡也，故曰「中焦如漚」。

中焦營氣的功能，按內經云，爲「營覆陰陽，筋骨勁強，關節清利」（靈四七2）「和調於五藏，灑陳於六府」（素四三23）。此即爲營養的功能。至於「變化而赤爲血」，則指中焦營氣參予造血的作用。由蛋白質、鐵、菸鹼酸和維生素B12與造血作用的密切關係，可知此種閎觀推理是不錯的，唯成人造血的場所，已知乃在於骨髓之內，而不在孫脈之中。

三、下焦氣（下焦腑的功能）

下焦氣內經原文

水穀者，常并居於胃中，成糟粕而俱下於大腸，而成下焦。滲而俱下，濟泌別汁，循下焦而滲入膀胱焉。（靈十八12）

下焦如瀆（靈十八）

流於下焦腑中的淋巴液，滲入膀胱則爲尿。此爲內經時代對於泌尿過程閎觀推理的說法，所以說下焦如瀆。然而此泌尿過程的推理，顯然與今日經由腎單元的血液透析而泌尿的說法不合。然而，腎淋巴流的確與尿液的濃縮有很密切的關係。只有在腎髓質中的淋巴循環保持通暢，使髓質間質與直管間維持適當的滲透壓差距時，才能使由腎小管再吸收的水份進入直管而完成尿液的濃縮作用。所以下焦泌尿功能的實質應包含俱有泌尿功能的腎單元——即腎絲球體和腎小管、腎皮、髓質內的小動靜脈，以及與尿液濃縮有關，影響腎內組織間滲透壓距的腎淋巴循環。

丙、結論

三焦腑的解剖實質與三焦氣的生理實質並不完全一致。後者所包含的範圍，要比整個淋巴系統的功能來得廣些。在上焦氣除了淋巴體液的循環和防衛功能外，還包括體表交感神經對血管舒縮、汗腺分泌的調節功能。中焦氣除了淋巴乳糜系統輸送乳糜的功能外，也包含門靜脈系統對其他營養素的傳送功能。至於下焦氣則爲腎臟的泌尿及濃縮作用。

爲天地立心

爲生民立命

茲把三焦腑、三焦氣的實質摘要列表如下：

三焦腑	解 剖 實 質	三焦氣	生 理 實 質
上焦腑	胸腔內各器官、頭部、上肢、下肢、軀幹體廓的淋巴系統。	上焦氣	淋巴組織間液的循環和防衛功能。體表體溫調節和汗腺開闔作用。
中焦腑	腹腔內所有消化器官的淋巴系統和乳糜池、胸管。	中焦氣	消化道的營養素吸收後經由淋巴乳糜系統和門靜脈系統的輸送。
下焦腑	腎上腺、泌尿器官和骨盆腔內的淋巴系統。	下焦氣	腎臟的泌尿和農縮作用。

民國 69 年 10 月

中國藥材配合禁忌之研究 (I)

臺灣產藜蘆與苦參對於中樞神經系統 相互作用之藥理學研究

謝明村、林文川、蔡輝彥、陳介甫

第一章 緒 言

中國藥材運用之極致，在於複雜方劑之高度運用，而其基本理論，有單行、相須、相使、相畏、相惡、相反、相殺之說，即所謂藥之七情。蓋由來於悠久歲月經驗之累積，尤以相反一項，無論醫師處方、或執業藥局，均視為最注重之基本知識。綜合古來文獻，所謂十八反，自一般的概念言之，均指為絕對的不能配合使用，然試作深入檢討，相反藥物中，其作用之機轉，未必皆同，亦非完全產生毒性而致人於死。故必須各別加以究明，以求印證古說。

神農本草經集注七卷，其序錄之陶弘景注中⁽¹⁾，指出相反藥 18 種（按實際為 19 種），唐之新修本草⁽²⁾，後蜀之重廣英公本草⁽³⁾均因襲之。累見於宋王懷隱之太平聖惠方⁽⁴⁾及後世諸方書。金張從正之儒門事親⁽⁵⁾有十八反歌訣，明繆希雍炮炙大法⁽⁶⁾十八反歌已有增補。及民國王心一著新醫本草又有所增加*1。儒門事親⁽⁵⁾「諸參辛芍叛藜蘆」之句。所謂諸參，指人參、丹參、沙參、玄參、苦參。李時珍本草綱目⁽⁷⁾，去玄參而舉紫參，實出誤記。

十八反之研究，由於所包括之藥材多達 19 種乃至 25 種，其相反作用，包括運用化學及藥理學等方法，始得以一一究明，非短期間內所能畢其事功。本研究乃就臺灣所產之藜蘆與苦參二藥材，運用藥理學方法，以闡明其相互作用之機轉。藜蘆 (*Veratri formosani Rhizoma*) 為百合科 (*Liliaceae*) 植物 *Veratrum formosanum* LOESEN 之根莖。苦參 (*Sophorae Radix*) 為豆科 (*Leguminosae*) 植物 *Sophora flavescens* AITON 之根，均屬本經正品。前者由著者等親自由合歡山區採得；後者（苦參）以產量不豐，經採得標本後，自台中市全壽堂中藥店購得藥材，經與所採標本比較鑑定，確認由來於同一植物後，作為研究材料。復以中藥方劑，概用煎劑者多，因而抽取其水溶性成分，進行藥理學實驗。以小白鼠及大白鼠為實驗動物，除分別測藜蘆及苦參之 LD 50 外，並試驗二者對於中樞神經之相互作用，且進而檢討其可能作用的情形。

第二章 總 論

藜蘆爲本經下品⁽⁸⁾，並記其性味曰：「味辛。寒。」別錄曰⁽⁹⁾：「苦。微寒。有毒。」由於作用激烈，方劑中少用。本草經集注之七情條下，列有相反之藥凡七：細辛、芍藥、人參、丹參、沙參、玄參、苦參。

苦參爲本經中品⁽¹⁰⁾，並記其性味曰：「味苦。寒。」別錄曰⁽¹¹⁾：「無毒。」

考集注本草藜蘆係引雷公藥對⁽⁸⁾之文曰：「反細辛、芍藥、五參。」苦參係引雷公藥對⁽¹⁰⁾之文曰：「反藜蘆。」由於藜蘆及苦參之中外生藥學及藥理學文獻，二者之來源、成分、藥理方面，已有若干研究報告；加以二者於臺灣地區均有出產，材料之入手與既有文獻頗豐，可資參考之處頗多，易於着手，故選用此二藥，進行其藥理學研究，其有關本草及現代藥學文獻經整理如次：

第一節 藥之七情與十八反之概念

神農本草經序錄曰⁽¹²⁾：「藥有陰陽配合，子母兄弟，根莖花實，草石骨肉，有單行者；有相須者；有相使者；有相畏者；有相惡者；有相反者；有相殺者。凡此七情，合和時視之，當用相須相使者良；勿用相惡相反者。若有毒宜制，可用相畏相殺者，不爾勿合用也。」

後蜀韓保昇⁽³⁾：重廣英公本草就本經 365 品藥統計其七情曰：

「單行者凡 71 種。

相須者凡 12 種。

相使者凡 90 種。

相畏者凡 78 種。

相惡者凡 60 種。

相反者凡 18 種。

相殺者凡 36 種。」

明李時珍本草綱目⁽¹³⁾就七情加以詮釋曰：「藥有七情。單行者，單方不用輔也。相須者，同類不可離也。如人參甘草；黃柏知母之類。相使者，我之佐使也。相畏者，受彼之制也。相惡者，奪我之能也。相反者，兩不相合也。相殺者，制彼之毒也。」

考十八反歌訣，可歸納爲下列三種：(1)金張從正儒門事親⁽⁵⁾：「本草明言十八反，半樓貝欬及攻烏，藻戟遂芫俱戟草，諸參辛芍叛藜蘆。」(2)明繆希雍炮炙大法⁽⁶⁾：「本草明言十八反，逐一從頭說與君，人參、芍藥與沙參，細辛、元參與紫參，苦參、丹參並前藥，一見藜蘆便殺人，白及、白欬並半夏、栝樓、貝母五般真，莫見烏頭與烏喙，逢之一反疾如神，大戟、芫花並海藻，甘遂以上反甘草，若還吐蠱用翻腸，尋常犯之都不好，蜜蠟莫與葱相諸，石決明休見雲母，藜蘆莫使酒來浸，人若犯之都是苦。」(3)民國 33 年，遼北開源縣名醫王心一：新醫本草：「本草明言十八反，半樓貝欬及攻烏，藻戟遂芫俱戟草，諸參辛芍叛藜蘆。蜜蠟莫與葱相見，石決明休見雲母，更有藜蘆醋蘇酒，人若犯之命立殞，若還吐蠱用翻腸，有病當之方無苦。」

由上述歌訣，可見歷代相反歌訣，其品目有遞增之趨勢，爲清理其遞增之原因，茲就歷代諸家本草之序錄及序例等總論部分所著錄之相反事項，一一予以考較其錯綜複雜情形，以期究明其淵源，茲錄其始末如下：

(1) 陶弘景：神農本草經集注，卷第一 序錄 頁14 七情項下（1972 日本森立之之復古輯本⁽¹⁾），將相反各藥一一疏出如下：

草藥上部

甘草反甘遂、大戟、芫花、海藻。

人參反藜蘆。

細辛反藜蘆。

沙參反藜蘆。

丹參反藜蘆。

草藥中部

芍藥反藜蘆。

貝母反烏頭。

栝樓反烏頭。

玄參反藜蘆。

苦參反藜蘆。

海藻反甘草。

草藥下部

甘遂反甘草。

芫花反甘草。

藜蘆反細辛、芍藥、五參。

烏頭烏喙反半夏、栝樓、貝母、白欬、白及。

半夏反烏頭。

白欬反烏頭。

(2) 唐、蘇敬等奉敕撰：新修本草 序例 卷下第二 頁76 （日本岡西爲人博士1940復原⁽²⁾，1964，1978刊行本），將相反各藥疏出如下：

草上

黃精反昌蒲。

甘草反甘遂、大戟、芫花、海藻。

人參反藜蘆。

細辛反藜蘆。

草中

芍藥反藜蘆。

貝母反烏頭。

栝樓反烏頭。

丹參反藜蘆。

玄參反藜蘆。

沙參反藜蘆。

苦參反藜蘆。

海藻反藜蘆。

草下

甘遂反甘草。

大戟反甘草。

芫花反甘草。

烏頭烏喙反半夏、栝樓、貝母、白欬、白及。

半夏反烏頭。

藜蘆反細辛、芍藥、五參。

白欬反烏頭。

(3)重修政和經史證類備用本草 卷二 序例下 頁 73 (金泰和甲子下己酉 [1249] 晦明軒本之復影本)⁽¹⁴⁾，將相反各藥疏出如下：

草藥上部

甘草反甘遂、大戟、芫花、海藻。

人參反藜蘆。

細辛反藜蘆。

沙參反藜蘆。

丹參反藜蘆。

草藥中部

芍藥反藜蘆。

貝母反烏頭。

栝樓反烏頭。

玄參反藜蘆。

苦參反藜蘆。

海藻反甘草。

草藥下部

甘遂反甘草。

芫花反甘草。

大戟反甘草，臣禹錫等謹按藥性論云反芫花、海藻。

藜蘆反細辛、芍藥、五參。

烏頭烏喙反半夏、栝樓、貝母、白欬、白及。

半夏反烏頭。

白及臣禹錫等謹按蜀本云反烏頭。

白欬反烏頭。

(4)明、李時珍：本草綱目⁽¹⁵⁾ 卷二 序例下 頁 62 「相反諸藥」：凡三十六種：

甘草反大戟、芫花、甘遂、海藻。

大戟反芫花、海藻。

烏頭反貝母、栝樓、半夏、白蘇、白芨。

藜蘆反人參、沙參、丹參、玄參、苦參、細辛、芍藥、狸肉。

河豚反煤炰、荊芥、防風、菊花、桔梗、甘草、烏頭、附子。

蜜反生葱。

森氏集注本草：沙參⁽¹⁶⁾、丹參⁽¹⁷⁾本係中品藥，此處列於草藥上部。大戟反甘草正文中本有⁽¹⁸⁾，而此處漏列。正文與序錄皆無白及反烏頭，然卻有烏頭反白及之記事。

岡西爲人博士復原之新修本草；黃精反昌蒲係出誤記。沙參⁽¹⁹⁾、丹參⁽²⁰⁾屬草上之下品，此處列於草中。大戟反甘草此處已增補。唯正文與序例仍無白及反烏頭之記事，然有烏頭反白及之文。

重修政和本草：沙參、丹參正文與本欄均列爲上品。大戟反甘草，此處已有增補。並有嘉祐引藥性論所述反芫花、海藻之記載，正文亦有此記事。但考芫花⁽²¹⁾、海藻⁽²²⁾項下均無反大戟之記事。嘉祐引蜀本云 白及反烏頭，於此處可見。芫花正文移於木部下品，此處則仍列草藥下部⁽²¹⁾。

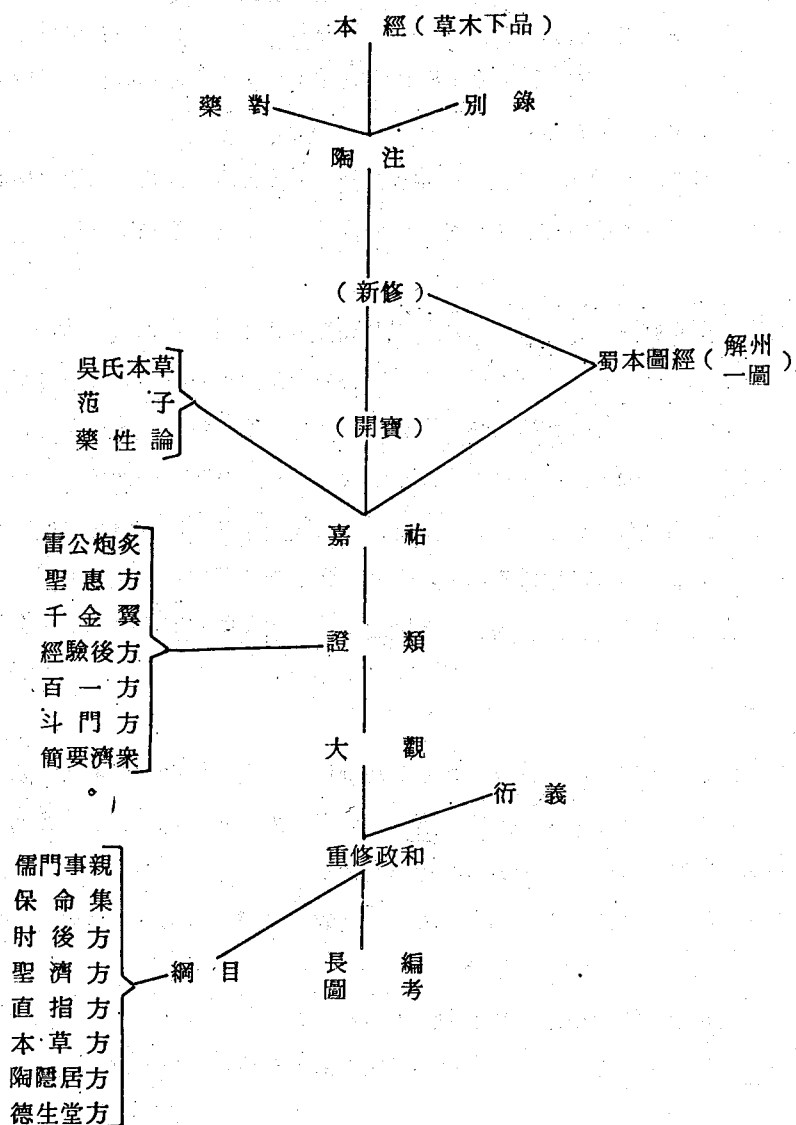
綱目增加「藜蘆反狸肉」；「河豚反煤炰、荊芥、防風、菊花、桔梗、甘草、烏頭、附子」及「蜜反生葱」，即增加 12 項。計與舊文 22 項，合計 34 項，時珍謂「凡三十六種」，係出誤記。上述新增 12 項，爲前代本草所未記，爲特值注意之點。時珍所增者，「狸」之狸肉項下雖記有「反藜蘆」⁽²³⁾，惟藜蘆項下則無反狸肉之記事。「河豚」⁽²⁴⁾條，時珍曰：「煮忌煤炰落中。與荊芥、菊花、桔梗、甘草、附子、烏頭相反。」考煤炰 乃指煤煙，並非藥品，煮河豚時忌煤煙落於中耳，並非相反。復考荊芥⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾等六條項下原文，並無反河豚之記事。又序例下相反諸藥項下，復浮出防風一則，亦屬架空虛構。至於蜜反生葱一則，見綱目「蜂蜜」⁽³¹⁾條「氣味」目引孫思邈之說曰：「不可與生葱、萵苣同食，令人利下。」又「葱」之「葱莖白」⁽³²⁾項下復引思邈之說曰：「生葱同蜜食，作下痢；燒葱同蜜食，雍氣殺人。」時珍所記蜜反生葱之說，蓋由來於此。

第二節 諸參辛芍判藜蘆之概說

所謂「諸參」見本經草部上品「沙參」⁽¹⁶⁾條，陶注曰：「此沙參并人參是謂五參。其形不盡相類，而主療頗同，故皆有參名。又有紫參，正品牡蒙，在中品。」可見陶氏所指，於五參之外又有中品之牡蒙，即紫參也。至綱目⁽³³⁾「沙參」條，時珍引仲弘景之說曰：「此與人參、玄參、丹參、苦參，是爲五參。其形不盡相類，而主療頗同，故皆有參名，又有紫參，乃牡蒙也。」然又於「藜蘆」⁽⁷⁾根條之「氣味」目，引仲藥對之文曰：「反細辛、芍藥、人參、沙參、紫參、丹參、苦參。」去玄參而用紫參，前後矛盾，可見出於誤記。至繆希雍炮炙大法⁽⁶⁾之「十八反歌」則並列上述六參矣。按理本草所謂五參，當指人參、沙參、玄參、丹參、苦參。另加細辛、芍藥均與藜蘆相反是也。

第三節 藜蘆之本草考察

藜蘆之本草系統圖



一、藥名

藜蘆爲本經草部下品⁽⁸⁾、別錄⁽⁹⁾、陶注⁽⁸⁾、新修⁽³⁴⁾、蜀本圖經⁽³⁵⁾、嘉祐⁽³⁶⁾、圖經⁽³⁷⁾、衍義⁽³⁸⁾、證類⁽³⁹⁾、綱目⁽⁷⁾、圖考長編⁽⁴⁰⁾，以及圖考⁽⁴¹⁾等歷代諸家本草皆有著錄。綱目⁽⁷⁾之釋名曰：「黑色曰藜，其蘆有黑皮裹之，故名。」

至於藜蘆之別名，本經曰：「一名葱苒。」別錄曰：「一名葱莢，一名山葱。」嘉祐引吳氏本草：「藜蘆一名葱莢，一名豐蘆，一名蔥莢。」圖經：「今用者名葱白藜蘆。」均州土俗亦呼爲鹿葱。「今萱草亦謂之鹿葱，其類全別，主療亦不同耳。」綱目曰：「根際似葱，俗葱管藜蘆是矣。北人

謂之蔥蔥，南人謂之鹿蔥。」

二、形態、種類、產地

關於藜蘆之形態，陶注曰：「根下極似蔥而多毛。」嘉祐引蜀本圖經（按即新修圖經）云：「葉似鬱金、秦艽、蕤荷等，根若龍膽，莖下多毛。」圖經本草曰：「葉青似初出櫻心，又似車前，莖似蔥白，青紫色，高五六寸，上有黑皮裹莖似櫻皮，其花肉紅色，根似馬腸根，長四五寸許，黃白色。」綱目引吳氏曰：「大葉小根相連。」

藜蘆之種類，圖經曰：「此有二種，一種水藜蘆，莖葉大同，只是生在近水溪澗石上，根鬚百餘，莖不中入藥用；今用者名蔥白藜蘆，根鬚甚少，只是三二十莖，生高山者佳，均州土俗亦呼爲鹿蔥。」

關於其產地，以嘉祐所引范子計然即吳越時范蠡所指「藜蘆出河東，黃白者善。」爲最早，即今山西省地。至魏晉時期之別錄曰：「生太山山谷。」指山東省泰山爲古來之名產地。至南北朝時，陶注曰：「今近道處處有。」嘉祐引蜀本圖經曰：「今所在山谷皆有。」蓋已逐漸普及成爲各地熟知之物矣。至圖經本草則綜述其產地曰：「藜蘆生泰山山谷，今陝西山南東西州郡皆有之。遼州、均州、解州者尤佳。」指出湖北省長江以北，漢水以西，陝西省終南山以南，河南省北嶺以南，四川省劍閣以東，大江以南之地，所謂山南東道與山南西道各州郡之廣大地區皆有出產。而以遼州（今山西省遼縣）、均州（今湖北省襄陽縣）、解州（今山西省解縣）三地所產者爲最佳。

三、性味、藥能

關於藜蘆之性味，本經曰：「味辛。寒。」別錄曰：「苦。微寒。有毒。」嘉祐引吳氏本草曰：「神農雷公：辛。有毒。岐伯：鹹。有毒。李氏：大毒。大寒。扁鵲：「苦有毒。」藥對曰：「黃連爲之使。反細辛、芍藥、五參。惡大黃。」均指爲毒物。

關於藜蘆之藥能，本經曰：「主蠱毒、欬逆、洩痢、腸澼、頭瘍、疥癢惡瘡、殺諸蟲毒、去死肌。」

別錄曰：「療噦逆、喉痺不通、鼻中息肉，馬刀爛瘡。」

嘉祐引藥性論曰：「藜蘆。使。有大毒。能主上氣，去積年膿血，泄痢，治惡風，瘡疥，癰頭禿。殺虫。」

圖經曰：「此藥大吐上膈風涎，開風癰病，小兒嘔衄，用錢七一字，則惡吐人。又用通項，令人噉。而古經本草云療嘔逆，其效未詳。」

衍義曰：「藜蘆爲末細調，治馬疥痒。」

綱目曰：「噦逆用吐藥，亦反胃，用吐法去痰積之義。吐藥不一，常山吐癰痰，瓜丁吐熱痰，烏附尖吐溼痰，萊菔子吐氣痰，藜蘆則吐風痰者也。按張子和儒門事親云：一婦病風癰，自六七年得驚風後，每一二年一作，至五七年五七作，三十歲至四十歲則日作，或甚一日十餘作，遂昏癡健忘，求死而已。值歲大饑，采百草食，於野中見草若蔥狀，采歸蒸熟飽食，至五更忽覺心中不安，吐涎如膠，連日不止，約一二斗，汗出如洗，甚昏困，三日後遂經健，病去食進，百脈皆和。以所食蔥訪人，

乃蔥蒨苗也，卽本草藜蘆是矣。圖經言能吐風病，此亦得吐法耳。我朝荆和王妃劉氏，年七十，病中風不省人事，牙關緊閉，群醫束手。先考太醫吏目月池翁診視，藥不能入，自午至子，不獲已，打去一齒，濃煎藜蘆湯灌之。少頃，噫氣一聲，遂吐痰而甦，調理而安，藥弗瞑眩，厥疾弗瘳，誠然。」

綜上述，藜蘆之毒性極高，主要爲外用殺蟲，並作爲催吐劑。

四、修治、方用

藜蘆之修治只有下列二則，陶注曰：「用之剔取根，微炙之。」雷公炮炙論曰：「凡採得去頭，用糯米泔汁煮之，從巳至未，曬乾用。」

關於方用，證類所引六方：

- ①聖惠方 1：治身面黑痣。
- ②千金翼 1：治牙齒蟲痛。
- ③經驗方 1：治中風不語。
- ④百一方 1：治黃疸。
- ⑤斗門方 1：治疥癬。
- ⑥簡要濟衆 1：治中風不省人事。

綱目所引蓋舊六新十三，舊六如同證類所引，新十三實爲新十二，茲摘錄新十二於下：

- ①經驗方：治諸風痰飲。
- ②聖惠方：治諸風頭痛。
- ③保命集：治久瘡痰多。
- ④飲食時後：痰瘡積瘡。
- ⑤時後：胸中結聚。
- ⑥聖濟方：鼻中瘡肉。
- ⑦時後方：白禿蟲瘡。
- ⑧直指方：頭生蟻虱。
- ⑨本事方：頭風白屑。
- ⑩聖濟錄：反花惡瘡。
- ⑪陶隱居方：羊疽瘡癢。
- ⑫德生堂方：治誤吞水蛭。

第四節 藜蘆之生藥學文獻考察

藜蘆屬植物之種類極多，在美洲主要的爲 *Veratrum viride*（綠藜蘆），在歐洲主要的爲 *V. album*（白藜蘆），在日本的主要的爲 *V. grandiflorum*（山藜蘆），在中國大陸上主要的爲 *V. nigrum*（黑藜蘆），而 *V. formosanum*（臺灣藜蘆）爲臺灣固有種，分布於臺灣全境海拔 2500～3570m，向陽草原地帶。

依據中國藥材學對黑藜蘆之根橫切面組織學上之描述爲：①表皮爲一列細胞，木栓化；②根被的

細胞壁皺縮，扁平形；③皮層佔根的極大部分、薄壁細胞中，含有草酸鈣針晶束及澱粉粒，內皮層細胞呈類方形，側壁及內壁木栓化增厚，外壁薄而皺縮；④中柱部維管束輻射型，髓部較小，細胞壁木化，不含澱粉粒。

關於其成分⁽⁵²⁾，Veratrum alkaloid一詞係指由 Veratracae 所抽得之 alkaloids，Veratracae 包含下列 Veratrum, Zygadenus, Schoenocaulon 三屬。Veratrum alkaloid 主要具有 steroid 結構，而在環中含有二級或三級 N。主要可分成 Jerveratrum alkaloids 及 Ceveratrum alkaloids 二大類。Jerveratrum alkaloid 之結構與 cholesterol 相似，含二級 N，以 free alkaline 或與一分子 D-glucose 結合成 glycoalkaloids 而存在。Ceveratrum alkaloids 為 tertiary amine，在植物中與各種 alicyclic or aromatic organic acid 結合，以 ester form 存在。其中 Zygadenine, Veracevine 皆為 monoester，而 germine, protoverine 為 polyesters 可分為下列各類，並列舉其代表性化合物。

Jerveratrum alkaloids: veratramine, jervine.

Glycosidic alkaloids of the jerveratrum group: Veratrosine, pseudojervine.

Ceveratrum alkaloids: Zygadenine, Veracevine, cevine, germine, protoverine.

Esters of Zygadenine: Zygacine, angeloylzygadenine, vanilloylzygadenine,
veratroylzygadenine.

Esters of veracevine: cevacine, cevadine, vanilloylveracevine, veratridine.

Esters of germine: germitetrine, germitrine, neogermitrine, germerine, germidine,
protoveratridine.

esters of protoverine: protoveratrine A, protoveratrine B.

另外 veriloid 係指由 *V. viride* 所抽得之生物鹼混合物。Veratrine 亦為一混合物，主要含有 cevadine, veratridine。

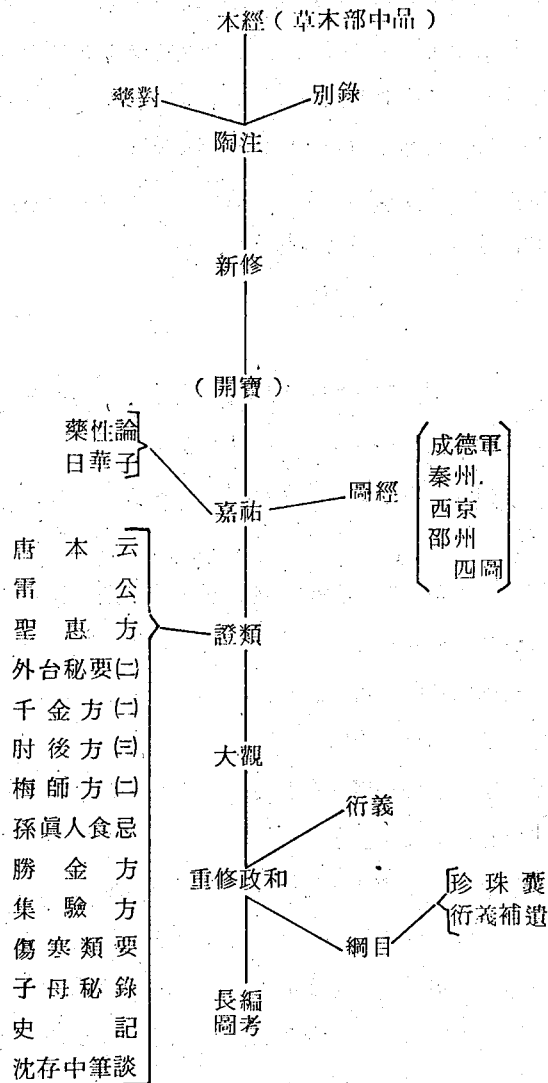
第五節 藜蘆之藥理學文獻考察

1867 年 von Bezold⁽⁵²⁾發現 veratrine 可以造成反射性降壓，使心跳減慢之記事開其端緒，迄今有關 Veratrum alkaloids 之藥理學文獻日趨豐富，新近報告繼續推出。由於 Veratrum alkaloid 對易興奮細胞皆有作用，因此藥理作用相當廣泛，諸如降壓、催吐、神經傳達物質之釋出等。其中較重要之文獻有 Kraye, O. et al 1946⁽⁵³⁾，Benforado, J.M. 1967⁽⁵²⁾，Minchin, M. C. 1980⁽⁵⁴⁾。

至於臺灣藜蘆有關文獻有 Hsieh, M.T., Lin, W.C. et al 1980.⁽⁵⁵⁾ 其水粗抽取物之降壓作用具有 Bezold-Jarisch reflex 之效應。

第六節 苦參之本草考察

苦參之本草系統圖



一、藥 名

苦參爲本經⁽¹⁰⁾ 草木部中品，別錄⁽¹¹⁾、陶注⁽¹⁰⁾、新修⁽⁴²⁾、嘉祐⁽⁴³⁾、圖經⁽⁴⁴⁾、衍義⁽⁴⁵⁾、證類⁽⁴⁶⁾、綱目⁽⁴⁷⁾、圖考長編⁽⁴⁸⁾、以及圖考⁽⁴⁹⁾等歷代諸家本草均有著錄。至於苦參之別名，本經曰：「一名水槐、一名苦藟。」別錄曰：「一名地槐、一名菟槐、一名驕槐、一名白莖、一名虎麻、一名岑莖、一名祿白、一名陵郎。」新修將虎麻寫成虎林，岑莖寫成祿莖，陵郎寫成陵郎。而重修政和和將陵郎寫成陵郎。綱目另有別名曰：「苦骨、野槐。」

綱目之「釋名」曰：「苦以味名。參以功名。槐以葉形名也。苦識與菜部苦藟同名異物。」弘景曰：「葉極似槐樹故有槐名。」圖經曰：「葉碎青色極似槐葉故有水槐名曰。」至於其他名稱未見有加以注釋者。

二、形態、產地

關於苦參之形態，陶注曰：「葉極似槐樹，故有槐名，花黃，子作莢。」圖經曰：「其根黃色，長五七寸許，兩指^六細。三五莖並生，苗高三四尺已來。葉碎青色極似槐葉，故有水槐名。春生冬凋，其花黃白，七月結實如小豆子，河北生者無花子。」綱目曰：「七八月結角如蘿蔔子，角內有二三粒，如小豆而堅。」綜如上述，大體上可以認定爲豆科植物。

關於苦參之產地，別錄曰：「生汝南山谷及田野。」即今河南省地。至南北朝時，陶注曰：「今出近道，處處有。」蓋已逐漸普及成爲各地熟知之物矣。

三、性味、藥能

關於苦參之性味：本經曰：「味苦。寒。」別錄曰：「無毒。」藥對曰：「玄參爲之使、惡貝母、漏蘆、菟絲、反藜蘆。」綱目曰：「伏汞。制雌黃煨消。」

關於苦參之藥能：本經曰：「主心腹結氣、癥瘕積聚、黃疸、溺有餘瀝、逐水、除癰腫，補中明目，止淚。」

別錄曰：「養肝膽氣，安五藏，定志益精，利九竅，除伏熱，腸癖，止渴醒酒，小便黃赤，療惡瘡下部^蠱，平胃氣，令人嗜食，輕身。」

陶注曰：「患介者，一兩服亦除，蓋能殺蟲。」

新修曰：「久服輕身不老，明目，有驗。」

嘉祐引藥性論曰：「苦參能治熱毒風，皮膚煩躁，生瘡，赤癩眉脫；主除大熱，嗜睡，治腹中冷痛，中惡腹痛，除體悶，治心腹積聚。」

嘉祐引日華子曰：「殺疔蟲，炒帶煙出爲末，飯飲下，治腸風，瀉血，并熱痢，其法用苦參五斤切以好酒三斗，漬三十日，每飲一合，日三，常服不絕，若覺痺，即差。取根皮末服之，亦良。」

衍義曰：「苦參，有朝士苦腰重，久坐旅拒，十餘步然後能行。有一將佐謂朝士曰：見公日逐以藥揩齒，得無用苦參否？曰：始以病齒，用苦參已數年。此病由苦參入齒，其氣味傷腎，故使人腰重。後有太常少卿舒昭亮用苦參揩齒，歲久亦病腰，自後悉不用，腰疾皆愈。此皆方書舊不載者。有人病遍身風熱細^疥，痺痛不可忍，連胸、頸、臍、腹及近隱皆然，涎痰亦多，夜不得睡。以苦參末一兩，皂角二兩，水一升，揉濾取汁，銀石器熬成膏，和苦參爲丸，如梧桐子大。食後溫水後二十至三十丸，次日便愈。」

證類引新修之別抄本曰：「治脛酸，療惡蟲。」

綱目曰：「炒存性，米飲服，治腸風，瀉血，并熱痢。」

由上觀之，苦參主要用於解熱、鎮痛、殺蟲、治疹。但久服有引發腰重之副作用。

四、修治、万用

關於苦參之修治，別錄曰：「三月、八月、十月採根暴乾。」陶注曰：「酒漬，飲之多差。」新修曰：「以十月收其實，餌如槐子法，久服，輕身不老，明目、有驗。」圖經曰：「五月、六月、八

月、十月採根暴乾用。」證類引雷公炮炙論曰：「凡使不計多少，先預用糯米濃泔汁，浸一宿，上有腥穢氣，並在水面上浮，並須重重淘過，即蒸，從巳至申出，曬乾，細剉用之。」

關於苦參之方用，證類所引計有：

1. 聖惠方：治傷寒。
2. 外臺秘要二：一治傷寒結胸，一治小兒身熱。
3. 千金方二：一治狂邪發惡，一治飲食中毒。
4. 時後方三：一治穀疸食勞，一治時氣垂死者，一治卒心痛。
5. 梅師方二：一治飲食中毒，一治傷寒。
6. 孫真人食忌：治中惡心痛。
7. 勝金方：治時疾熱病，狂言，心躁。
8. 集驗方：治毒熱足腫疼。
9. 傷寒類要方：治瘟氣病欲死。
10. 子母秘錄方：小腹熱痛。
11. 太倉公方：治齩齒。
12. 沈存中筆談：久用苦參，致腰重。

綱目所引稱舊 9 新 19，然出入頗大，茲摘錄如下：

1. 千金方：熱病狂邪。
2. 外臺秘要二：一治傷寒結胸，一治小兒身熱。
3. 時後方四：一治穀疸食勞，一治上下諸瘕，一治鼠瘻惡瘡，一治中惡心痛。
4. 集驗方：毒熱足腫。
5. 保壽堂方：夢遺食減。
6. 子母秘錄：小腹熱痛。
7. 梅師方：飲食中毒。
8. 仁存堂方：血痢不止。
9. 醫方摘要：大腸脫肛。
10. 普濟方二：一治齒縫出血，一治鼻瘡膿臭。
11. 御藥院方：肺熱生瘡。
12. 和劑局方：腎存風毒。
13. 直指方：下部漏瘡。
14. 備急方：瘰癧結核。
15. 衛生寶鑑：湯火傷灼。
16. 積德堂方：赤白帶下。
17. 蘇頌：治大風癩疾。
18. 衍義：遍身風疹。
19. 太倉公方：治齩齒風痛。

20.時珍：治產後露風。

21.金匱要略：妊娠難下。

第七節 苦參之生藥學文獻考察

關於苦參之生藥學研究，最早見於藤田直市⁽⁵⁰⁾博士於1953年就 *Sophorae angustifolia* 之根予以剖檢，並繪製組織圖。

苦參之成分，據顏焜熒博士常用中藥之藥理一書指出，主要含有 alkaloids 及 flavonoids 其中以 matrine-alkaloid 為主。所含之 alkaloids 可分為下列三型：

matrine 型：d-matrine, d-oxymatrine, d-sophoranol, l-sophocarpine, l-sophoramine,

sparteine 型：l-amagryrine, l-baptifoline.

cytisine 型：l-N-methyl cytisine.

至於所含之 flavonoids 有 isoanhydroicaritin, nor-anhydroicaritin isoxanthohumol 及 xanthohumol。

第八節 苦參之藥理學文獻考察

依最近文獻：苦參煎劑在試管中，高濃度(1:100) 對結核桿菌有抑制作用。煎劑(8%)，水浸劑(1:3)於體外對若干皮膚真菌有不同程度之抑制作用。醇浸膏在體外尚有抗滴蟲作用，其強度弱於黃連，而接近蛇床子。

Matrine-alkaoid 之主要藥理作用，依石坂友太郎氏⁽⁵¹⁾(1903)報告指出：matrine 對於中樞神經系具麻痺的作用，先大腦被麻痺，漸次使痙攣中樞興奮引起強度痙攣，終至於橫膈膜及呼吸運動神經末梢麻痺停止呼吸而致死。對於溫血動物，施以少量靜脈注射則因刺激延髓之血管運動中樞，而使血壓上升，脈搏弛緩、不整，但瞬間即可恢復；大量時則因血管運動中樞麻痺，致使血壓下降，呼吸停止。

第三章 實驗之部

第一節 實驗材料之製備

臺灣藜蘆 (VFR) 根莖陰乾後，研成粗粉，取 100 公克置於圓底燒瓶內加蒸餾水 2 公升，於 60°C 水浴中加熱 12 小時，傾出上清液，抽取直至上清液無色為止。收集抽出液，於 60°C 減壓濃縮至呈黏稠狀，再分散於蒸發皿中，置於烘箱內在 60°C 定溫下烘乾，然後研成細粉。100 公克生藥抽得 45 公克粉末，抽取率為 45 %。於乾燥器中保存備用，臨用時取出粉末以生理食鹽水溶解，離心取其上清液，投與時以生理食鹽水稀釋至適當濃度。

苦參 (SR) 根陰乾後粗切，其製備方法與臺灣藜蘆相同，100 公克生藥抽得 14 公克粉末，抽取率為 14 %。臨用時取出粉末以生理食鹽水溶解，離心取其上清液，投與時以生理食鹽水稀釋至適當濃度。

本實驗所使用之動物，小白鼠為 ICR 係 Swiss webster，大白鼠為 Sprague-Dawley。

第二節 實驗方法

一、急性毒性試驗及中毒現象之觀察

本實驗使用體重 20 ~ 25 公克雄性小白鼠，依 Litchfield and Wilcoxon 方法⁽⁵⁶⁾，測定藥物由腹腔及尾靜脈給予後，臺灣藜蘆 (VFR) 在 24 小時內；苦參 (SR) 在 72 小時內，可使實驗動物一半死亡之劑量及 95 % 可信限，以作為以下各實驗用藥劑量之指標，並觀察其中毒症狀。

二、苦參與藜蘆併用時對一半致死劑量之影響

本實驗使用體重 20 ~ 25 公克之雄性小白鼠，先投與苦參 120mg/kg S.C. 15 分鐘後，再由腹腔及尾靜脈給予不同劑量之臺灣藜蘆，依上述方法，測定苦參與藜蘆併用時，在 24 小時內，可使實驗動物一半死亡之劑量及其 95 % 可信限。並觀察其中毒症狀。

三、苦參與藜蘆併用對作嘔症狀發作時間及導致死亡時間之影響

使用體重 20 ~ 25 公克雄性小白鼠，先投與苦參 120mg/kg S.C.，15 分鐘後，再給予臺灣藜蘆 500mg/kg i.p.，記錄其引起作嘔症狀之發作時間及導致死亡之時間，與臺灣藜蘆單獨投與所引起作嘔症狀發作及導致死亡之時間為對照組比較之。

四、苦參與藜蘆併用對作嘔症狀發作次數之影響

使用體重 20 ~ 25 公克雄性小白鼠，苦參 30, 60mg/kg 與臺灣藜蘆 15, 30, 45mg/kg 分別同時併用，由尾靜脈注射，測定其引起作嘔症狀發作之次數，與臺灣藜蘆單獨投與所引起作嘔症狀之發

作次數作為對照組比較之。

五、苦參與藜蘆併用時對自發運動量之影響

運動量之測定是使用「動物運動量測定裝置」(MK-Animex)，以體重約 20 公克雄性小白鼠，每群 5 隻，臺灣藜蘆 15, 30, 60mg/kg；苦參 60, 120mg/kg 分別於上午 8 時及下午 1 時由頸部皮下注射，投藥後 10 分鐘開始連續 5 小時記錄觀察。對照組係以生理食鹽水作皮下注射。

又苦參 120mg/kg 與臺灣藜蘆 30mg/kg 於上午 8 時同時皮下注射，投藥後 10 分鐘開始連續 5 小時記錄觀察，而檢討其對運動量之影響。

六、苦參與藜蘆併用對改變腦內單胺系統物質所引起自發運動量之影響

本項實驗所使用於改變腦內單胺系統之物質的劑量及時間分別為：DL- α -Methyl-p-tyrosine methylester (α -MT) 100mg/kg i.p.，2 小時前處理。Dexamphetamine sulfate (d-AMPH) 0.5mg/kg S.C.，同時投與。5-Hydroxy-L-tryptophan (5-HTP) 50mg/kg i.p.，同時給予。DL-P-Chlorophenylalanine (PCPA) 200mg/kg i.p.，(溶於 0.5% CMC)，24 小時前處置。Pargyline hydrochloride 50mg/kg i.p.，1 小時前處置。Reserpine 5mg/kg i.p. (以少許醋酸助溶)，20 小時前處置。以上物質之配製，除特別註明外，皆溶解於生理食鹽水。

臺灣藜蘆 30mg/kg S.C. 單獨給予，及臺灣藜蘆 30mg/kg 與苦參 120mg/kg 同時投與(S.C.)，和上述物質分別併用，依前述(方法五)測定其自發運動量。

七、苦參與藜蘆併用對大白鼠腦內單胺濃度之影響

本項實驗使用體重 250-260 公克雄性大白鼠，每組 6 隻。臺灣藜蘆 30mg/kg S.C. 苦參 120mg/kg S.C. 各別投與，及臺灣藜蘆 30mg/kg 與苦參 120mg/kg 同時併用(S.C.)，各別在上午十點至十點半間皮下注射，注射後 30 分鐘及 4 小時，斷頭，取出全腦，將此腦組織在冰粒中保持冷凍，使用 homogenizer 研勻之。單胺及其代謝物之濃度係使用高速液態層析儀(HPLC Model 440 waters) 檢出器 U.V. 280nm; U-Bondapark phenyl column) 測定之。分離溶出物面積係使用 Data Model 730 型記錄之。

第三節 實驗結果

一、急性毒性試驗及中毒症狀之觀察

小白鼠經腹腔及尾靜脈注射，給藥後測定臺灣藜蘆 (VFR) 在 24 小時內，苦參 (SR) 在 72 小時內，使實驗動物一半死亡之劑量 (LD₅₀) 及其 95 % 可信限如表 1 所示。

Table 1. LD50 and 95% confidence limits of VFR and SR in mice.

Drugs	Route	LD50	(95% confidence limits)
VFR	i.p.	325mg/kg	(276.0-382.0)
	i.v.	100mg/kg	(62.0-161.3)
SR	i.p.	1,200mg/kg	(744.0-1,935.5)
	i.v.	600mg/kg	(486-741)

中毒症狀之觀察

小白鼠由腹腔及尾靜脈注射臺灣藜蘆後，活動性減低，及產生作嘔症狀 (retching movement) ——即以小白鼠嘴張開，嘴部向下，頸部向上突之動作，及吐出粘液為指標，如圖 1 所示。以尾靜脈注射時初期可見小白鼠有較明顯之頭部震顫現象，且有的呈現暫時性的休克。大劑量時，呼吸困難、發紺，最後死亡。

(1)小白鼠由腹腔及尾靜脈注射苦參後，活動性減低，蹣跚於一隅，最後抑鬱而死。尾靜脈注射大劑量時，可見嘴巴張開，噴出泡沫的現象。

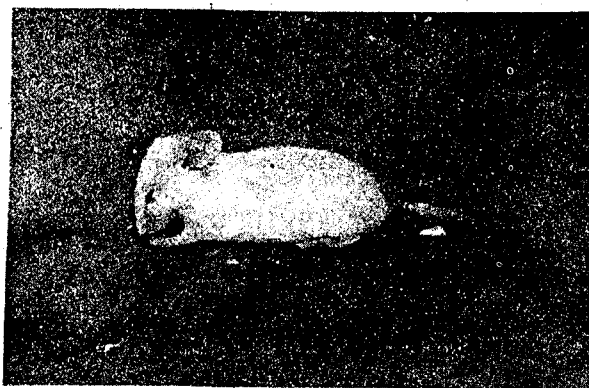


Fig. 1. The retching movement syndrome induced by VFR in the mouse.

二、苦參與藜蘆併用時對一半致死劑量之影響

如圖 2 所示，小白鼠先投與苦參 120mg/kg S.C. 15 分鐘後，再由腹腔及尾靜脈給予臺灣藜蘆，在 24 小時內可使實驗動物一半死亡之劑量及 95 % 可信限降低。其中毒症狀無顯著現象產生，唯作嘔症狀之發作有增強之現象。

三、苦參與藜蘆併用時對作嘔症狀發作時間及導致死亡時間之影響

苦參 120mg/kg S.C. 15 分鐘後，再給予臺灣藜蘆 500mg/kg S.C.。如表 2 所示，臺灣藜蘆單獨投與所引起之作嘔症狀發作時間及導致死亡時間，由於與苦參作用而呈現顯著縮短。

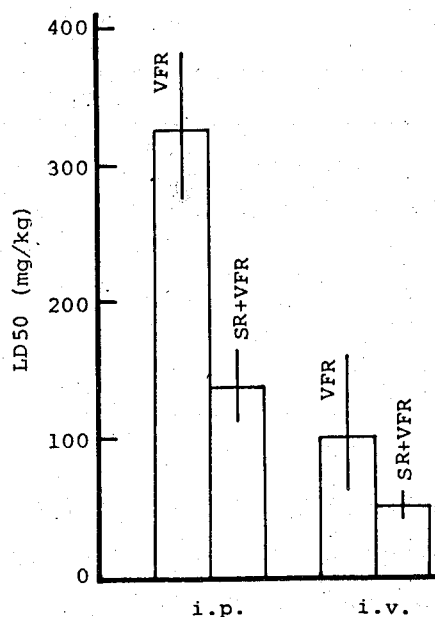


Fig. 2. The influence of SR on the LD50 of VFR. All mice were treated with SR 120mg/kg S.C. 15 minutes before administrating VFR. Vertical bars represent the LD50 and 95% confidence limits.

Table. 2. The influences of SR on the onset of retching macement and the time of fatality of VFR in mice.

Drugs	onset of retching movement (min.)	time of fatality (min.)	No. of animals
VFR	2.45±0.96	12.62±1.34	8
SR+VFR	1.79±0.09***	4.37±0.71***	9

Mice were treated with SR 120mg/kg S.C. 15 minutes before administrating VFR 500mg/kg S.C. *** $P < 0.001$ compared with VFR 500mg/kg S.C.

四、苦參與藜蘆併用對作嘔症狀發作次數之影響

臺灣藜蘆靜脈注射所引起作嘔症狀發作之次數，隨劑量之增加而增加，以給藥後 5 分鐘內發作之次數最多，其消失之時間亦隨劑量之不同有所差別：15mg/kg 於 10 分鐘後消失，30mg/kg 於 20 分鐘後消失，45mg/kg 可延長至 25 分鐘，如圖 3 所示。

苦參 60mg/kg 分別與臺灣藜蘆 15, 30mg/kg 同時併用 (i.v.)，對臺灣藜蘆所引起作嘔症狀發作之次數有增加作用，尤以與臺灣藜蘆 15mg/kg 同時併用較為顯著，於前 5 分鐘就有增加作用，並可延長至 15 分鐘。與臺灣藜蘆 30mg/kg 同時併用時，只在第 10 及 15 分鐘有增加現象。苦參 30mg/kg 與臺灣藜蘆 15mg/kg 及苦參 60mg/kg 與臺灣藜蘆 45mg/kg 同時併用時 (i.v.)，苦參對臺灣藜蘆所引出作嘔症狀發作之次數並無影響，如圖 4 所示。

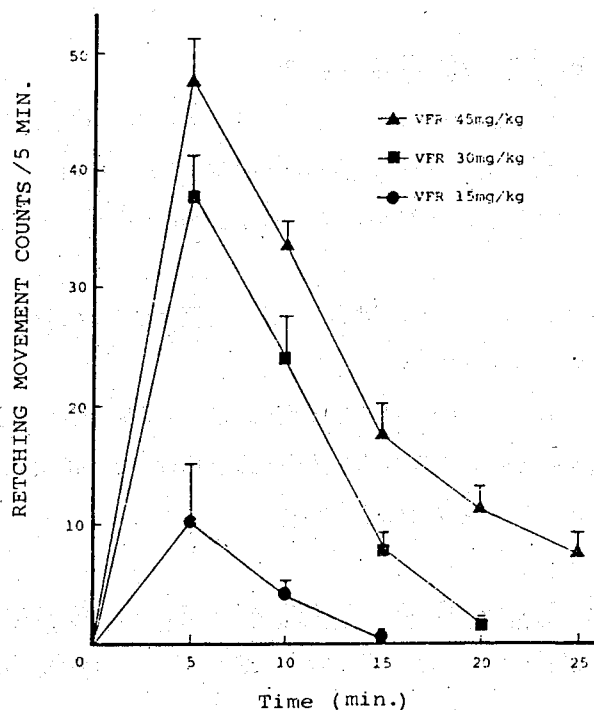


Fig. 3. The effects of VFR on the retching movement in mice. Drugs were administered by the intravenous injection. Vertical bars show mean±S.E. (n=12).

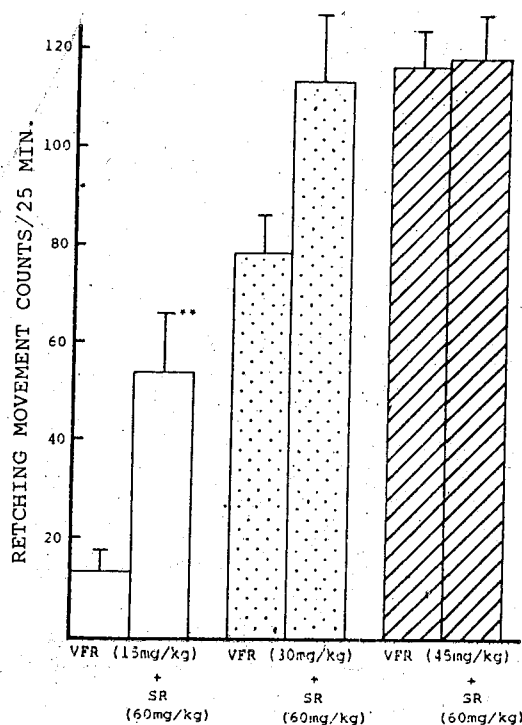


Fig. 4. The influence of SR on the retching movement induced by VFR. Vertical bars are shown the means±S.E. (n=12). * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ compared with each control group, respectively.

五、苦參與藜蘆併用時對自發運動量之影響

如圖 5 所示，臺灣藜蘆 15mg/kg S.C. 單獨投與之自發運動量初期無變化，於 240 及 300 分鐘時呈現增高之傾向。30mg/kg S.C. 於 60 分鐘時之運動量有減少現象，於 240、300 分鐘時，有增加之傾向。60mg/kg S.C. 自發運動量數於 60 分鐘時有更減低之傾向，於 240 及 300 分鐘時呈現更顯著之運動量增加。

如圖 6 所示，苦參 60, 120mg/kg S.C. 單獨投與之自發運動量僅於 60 分鐘時有減少之傾向，其他與對照組比較之，在統計上無顯著之意義。

如圖 7 所示，臺灣藜蘆 30mg/kg S.C. 單獨組於 60 分鐘時所呈現之運動量減少現象，由於與苦參 120mg/kg S.C. 併用而呈現統計學上有意義之減少，且其單獨組於 240 分鐘所呈現之運動量增加現象，亦由於苦參 120mg/kg 併用而呈現統計學上有意義之增加。

六、苦參與藜蘆併用對改變腦內單胺系統物質所引起自發運動量之影響

由使用 Animex 裝置，臺灣藜蘆與苦參併用，對改變腦內單胺系統物質所引起自發運動量之影響，其結果如表 3 所示。

1. 由 α -methyl-p-tyrosine (α -MT) 所引起之運動量，當與臺灣藜蘆 30mg/kg S.C.；及與臺灣藜蘆 30mg/kg 和苦參 120mg/kg 同時併用時 (S.C.)，不受影響。

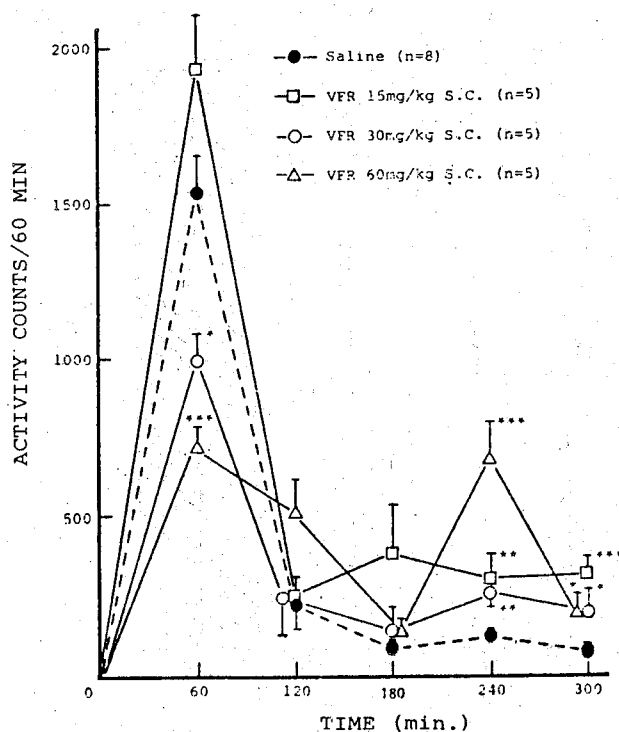


Fig. 5. Effect of VFS on the locomotor activity in mice. Vertical bars represent means \pm S.E. * P < 0.005, ** P < 0.01, *** P < 0.001 compared with control group at same period.

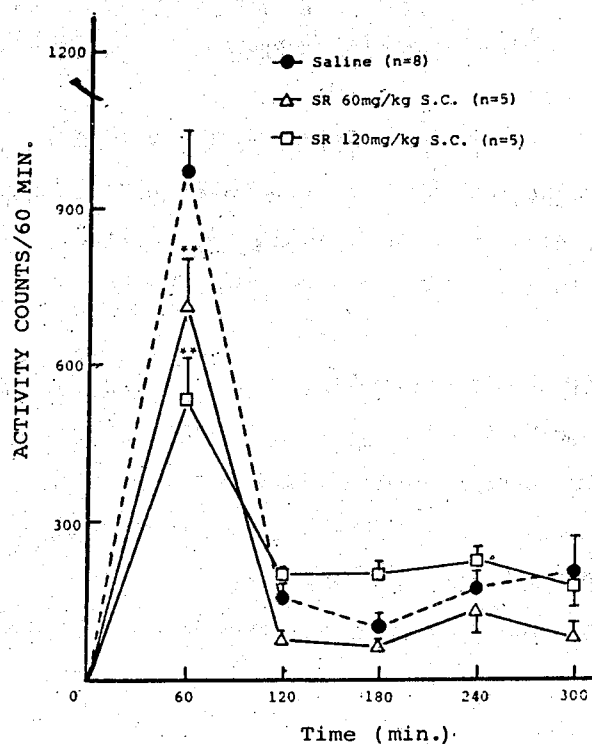


Fig. 6. Effect of SR on the locomotor activity in mice. Vertical bars represent means \pm S.E. ** $P < 0.01$ compared with control group at the same period.

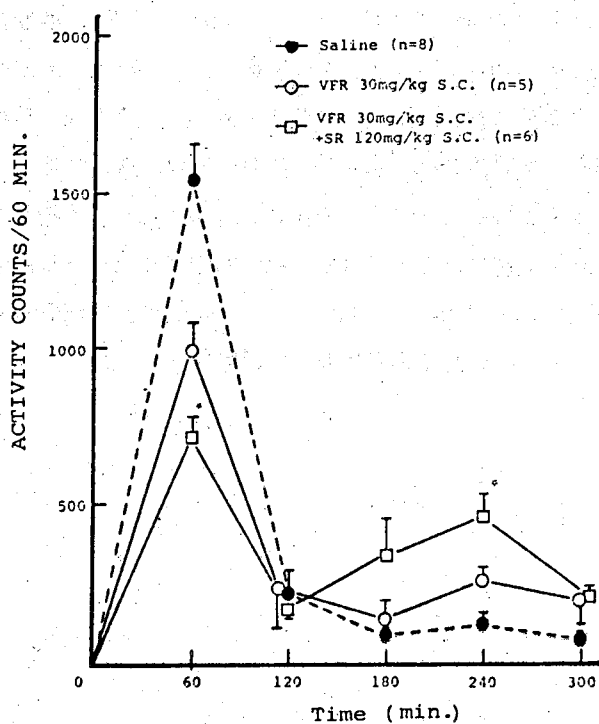


Fig. 7. The influence of SR on the locomotor activity induced by VFR in mice. Vertical bars represent the means \pm S.E. * $P < 0.05$ compared with VFR group at the same period.

2. 由 dexamphetamine (d-AMPH) 所引起之運動量，當與臺灣藜蘆 30mg/kg S.C. 併用時不受影響，但當臺灣藜蘆 30mg/kg 與苦參 120mg/kg 同時併用時 (S.C.)，則 d-AMPH 所引起之運動量被抑制。

3. 由 5-Hydroxytryptophan (5-HTP) 所引起之運動量，當與臺灣藜蘆 30mg/kg S.C. 併用時不受影響，但當與臺灣藜蘆 30mg/kg 和苦參 120mg/kg 同時併用時，則 5-HTP 之運動量被抑制。

4. 由 p-Chlorophenylalanine (PCPA) 所引起之運動量，與臺灣藜蘆併用時，則 PCPA 之運動量被抑制。當與臺灣藜蘆 30mg/kg 和苦參 120mg/kg 同時併用時 (S.C.)，PCPA 之運動量更顯著的被抑制。

5. 由 pargyline 所引起之運動量，與臺灣藜蘆 30mg/kg S.C. 併用時，pargyline 之運動量被抑制。當與臺灣藜蘆 30mg/kg 和苦參 120mg/kg 同時併用時 (S.C.)，pargyline 之運動量更顯著的被抑制。(120 分鐘時，pargyline 單獨組運動量為 744.2 ± 123.36 ，pargyline+VFR 運動量為 374.6 ± 99.36 $P < 0.5$ ，pargyline+VFR+SR 運動量為 62.4 ± 4.65 $P < 0.001$)。

6. 由 reserpine 所引起之運動量，與臺灣藜蘆 30mg/kg S.C. 併用時，reserpine 之運動量不受影響，但當與 VFR 30mg/kg 和苦參 120mg/kg 同時併用時 (S.C.)，則 reserpine 之運動量被抑制。

七、苦參與藜蘆併用對大白鼠腦內單胺之影響

如圖 8 所示，臺灣藜蘆 30mg/kg S.C.，苦參 120mg/kg S.C. 於投藥後 30 分鐘，對於大白鼠腦內 Dopamine (DA)，Serotonin (5-HT)，Norepinephrine (NA) 濃度無變化。但可使 DA 之代謝物 Homovanillic acid (HVA)，及 5-HT 之代謝物 5-Hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) 濃度呈現顯著之增加。當臺灣藜蘆 30mg/kg 與苦參 120mg/kg 同時合併給藥時 (S.C.)，其對 DA，5-HT，NA 濃度亦無影響，但可使 HVA，5-HIAA 的濃度呈現顯著之增加。

如圖 9 所示，臺灣藜蘆 30mg/kg S.C.，苦參 120mg/kg S.C. 於投藥後 4 小時，對大白鼠腦內 DA，NA，HVA，5-HIAA 的濃度無變化，但可使 5-HT 的濃度減低。當臺灣藜蘆 30mg/kg 與苦參 120mg/kg 同時併用時 (S.C.) 對 DA，NA，HVA，5-HIAA 的濃度亦無影響，5-HT 的濃度雖有減少現象，但與臺灣藜蘆 30mg/kg S.C. 單獨組比較並無統計學上的意義。

Table. 3. Effect of various drugs on the locomotor activity produced by VFR and SR+VFR in mice.

Treatment [†]	NO. of group	1hr activity (mean±S.E.)	Probability ^{††}
α -MT (control)	5	623±150.36	
α -MT+VFR	5	271.8±72.93	N.S.
α -MT+SR+VFR	5	309.4±30.07	N.S.
d-AMPH (control)	5	1815±192.6	
d-AMPH+VFR	5	1392.8±100.18	N.S.
d-AMPH+SR+VFR	5	955.4±148.12	P<0.05
5-HTP (control)	5	877±78.63	
5-HTP+VFR	5	585.4±104.46	N.S.
5-HTP+SR+VFR	5	457.4±32.34	P<0.01
PCPA (control)	5	2739±247.75	
PCPA+VFR	5	1727.6±269.93	P<0.05
PCPA+SR+VFR	5	547.4±37.63	P<0.01
pargyline (control)	5	1054.6±255.59	
pargyline+VFR	5	308±72.43	P<0.05
pargyline+SR+VFR	5	269±51.75	P<0.05
reserpine (control)	5	1350±200.32	
reserpine+VFR	5	628.6±117.27	N.S.
reserpine+SR+VFR	5	405.4±71.86	P<0.05

[†] Different groups of mice were pretreated (or simultaneously treated) with drugs, then they received either VFR 30mg/kg S.C. or VFR 30mg/kg S.C.+SR 120mg/kg S.C.. The drugs were: α -MT (100mg/kg i.p., 2hr before), d-AMPH (0.5mg/kg S.C., simultaneously), 5-HTP (50mg/kg i.p., simultaneously), PCPA (200mg/kg i.p., 24hr before), Pargyline (50mg/kg S.C., 1hr before), reserpine (5mg/kg i.p., 20hr before).

^{††} Probability was calculated according to students' "t"-test. The statistic significance (P) is shown that each drug combined with VFR or VFR+SR was compared with control group of each drug, respectively.

N.S. denotes "non-significant".

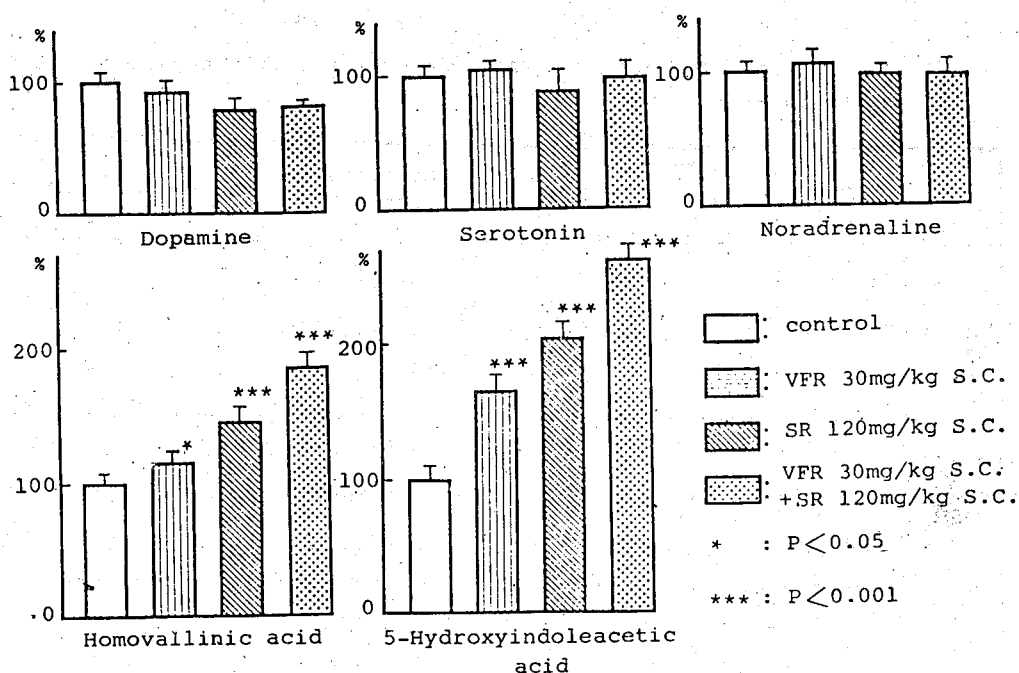


Fig. 8. Effects of VFR, SR, and VFR+SR on whole brain monoamine levels of rats. Rats were decapitated 30 minutes after administration of VFR, SR alone or VFR+SR simultaneously. Each column is shown the increased percentage of monoamines or its metabolites (control group is considered as 100%). Each bar represents the mean \pm S.E. of each group (n=6).

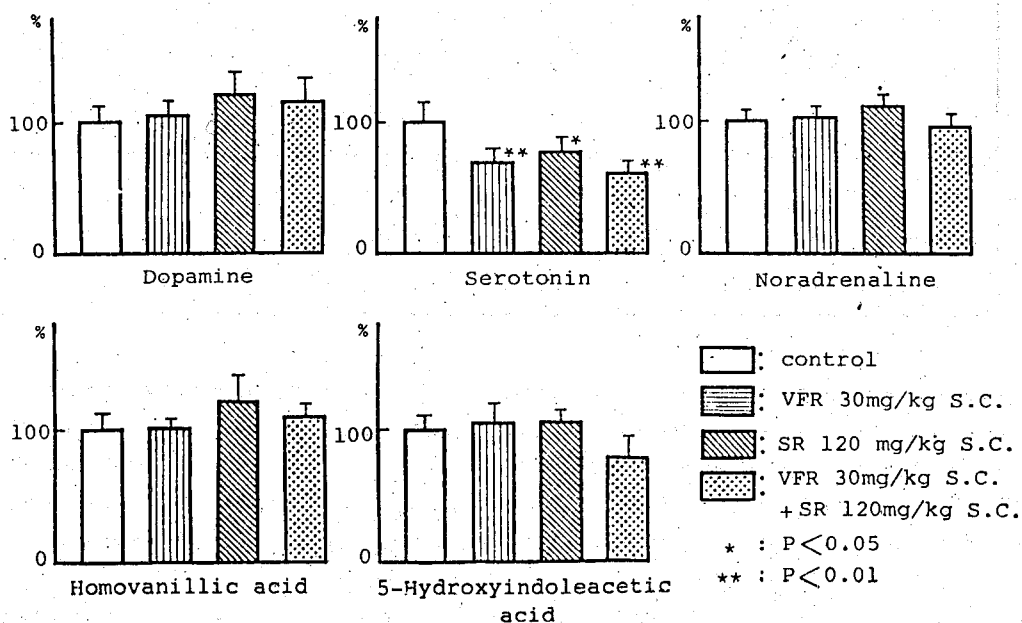


Fig. 9. Effects of VFR, SR and VFR+SR on whole brain monoamine levels of rats. Rats were decapitated 4 hours after administration of VFR, SR alone or monoamines or its metabolites (control group is considered as 100%). Each bar represents the mean \pm S.E. of each group (n=6).

第四節 討 論

本研究乃就臺灣所產之藜蘆與苦參二藥材，運用藥理學方法，以闡明其對於中樞神經系統相互作用之機轉。首先測定對小白鼠之半致死劑量，臺灣藜蘆與苦參係使用乾燥之水粗抽取物，臨用時以生理食鹽水配製，經離心，僅取上清液部分供實驗。若不計溶解問題，依原生藥重量及粗抽出物重量之比例，將 LD₅₀ 之劑量換算成相當原生藥之重量，則臺灣藜蘆腹腔給藥及尾靜脈給藥之 LD₅₀ 分別為 722.2mg/kg 及 222mg/kg。而苦參腹腔給藥及尾靜脈給藥之 LD₅₀，分別為 8.57gm/kg 及 4.28gm/kg。由上可知臺灣藜蘆之毒性極強，而苦參之毒性較為緩和。

小白鼠先投與苦參 120mg/kg S.C.（此為苦參腹腔給藥 LD₅₀ 的十分之一劑量），15 分鐘後再給予臺灣藜蘆，則苦參可以顯著的使臺灣藜蘆腹腔給藥之 LD₅₀ 降低，然對臺灣藜蘆尾靜脈給藥之 LD₅₀ 影響較小；二者 LD₅₀ 之 95% 可信限上下限有互相重疊之情形，此可能因臺灣藜蘆靜脈給藥時，作用相當快以致不易顯出。

在中毒症狀之觀察，當臺灣藜蘆以尾靜脈注射時，有些小白鼠會有短暫性休克出現，此可能與注射之速度，及臺灣藜蘆本身具強降壓作用有關⁽⁵⁵⁾。又小白鼠給予臺灣藜蘆會有流涎的情形發生，偶而有左右擺頭的症狀；當尾靜脈注射大劑量時有的初期會有頭部震顫的症狀出現，這種症狀與 Serotonin⁽⁵⁷⁾ 是否有某種程度的關係，有待進一步求證。

小白鼠先投與苦參 120mg/kg S.C.，15 分鐘後再給予高劑量之臺灣藜蘆 500mg/kg S.C.，則臺灣藜蘆所引起作嘔症狀發作及導致死亡之時間，呈現顯著縮短現象。由以上結果顯示臺灣藜蘆及苦參之間有相互作用的存在，且苦參可以加強臺灣藜蘆的毒性。

又於中毒症狀之觀察時，發現苦參對臺灣藜蘆之作嘔症狀有加強作用。以作嘔症狀為指標——即小白鼠嘴巴向下，頸部向上突，及嘴巴往前張開，計數其自給藥後開始發作至消失時總共發生的次數。當臺灣藜蘆分別投與 15, 30, 45mg/kg i.v. 時，作嘔症狀發作次數隨著劑量增高而增加。苦參與臺灣藜蘆合併使用時由尾靜脈給藥，苦參可以增加臺灣藜蘆單獨組之發作次數，其中以苦參 60mg/kg 臺灣藜蘆 15mg/kg 合併使用的增加作用最顯著，苦參 60mg/kg 亦可以使臺灣藜蘆 30mg/kg 的發作次數增加。但苦參 30mg/kg 與臺灣藜蘆 15mg/kg 及苦參 60mg/kg 與臺灣藜蘆 45mg/kg 併用並無加強作用。故苦參與臺灣藜蘆併用所引起作嘔症狀發作次數之增加作用，可能與二者劑量比有關。

525958

藜蘆生物鹼所引起的嘔吐作用，被認為是經由 nodose ganglion（或其附近）反射而造成的，與 apomorphine 之作用於 dopamine receptor 者有所不同⁽⁶⁰⁾。它雖不能被 atropine, dimenhydrinate⁽⁶¹⁾，及 phenothiazine derivatives⁽⁶²⁾ 所拮抗，但 veriloid 對於狗所引起嘔吐的 ED₅₀ 却能被 Rauwiloid 所提高⁽⁶³⁾。Rauwiloid 係由 *Rauwolfia serpentina* 抽出的 fat-soluble fraction，其作用與 reserpine 相似，亦具降壓作用。*Rauwolfia serpentina* 所含的生物鹼能使腦中貯存的 catecholamine 及 serotonin 排空，當腦中單胺排空時，能提高藜蘆生物鹼致嘔的 ED₅₀，是故腦中單胺系統與藜蘆生物鹼的致嘔作用可能有關，此關係有待進一步加以探討。苦參所含最主要的生物鹼為 matrine，其對於中樞神經具有麻痺作用，然無致嘔之作用⁽⁵¹⁾。本質

驗在中毒症狀觀察時，發現苦參於高劑量下能使小白鼠嘴巴往前張開，甚至有流涎的情形，惟並無臺灣藜蘆那樣明顯的作嘔症狀，此症狀或為 *matrine* 以外之成分所造成。苦參能加強臺灣藜蘆對於腦內單胺系統之作用，因此其對於作嘔症狀之增強作用，可能與此因素有關係。

藜蘆生物鹼中，其 tertiary alkalines 如 *cevine*, *veracevine*, *germine* 會有反射興奮性增加現象，如使動物有跳躍的情形發生；而其 secondary amine *veratramine* 及其 glycoside *veratrosine* 則會有產生震顫及痙攣，此作用可被 *mephenesin* 及 *ether* 對抗掉。其 ester alkaloid 如 *protoveratrine A and B*, *veratridine*, *germitetrine B* 等會引起作嘔症狀，對於中樞無興奮之作用⁽⁶⁴⁾。臺灣藜蘆對於小白鼠之自發運動量，於 60 分鐘時，15mg/kg S.C. 無影響，而 30, 60mg/kg 有作嘔症狀出現，且呈抑制作用，此抑制作用被認為非真正的抑制作用，乃是由於藜蘆生物鹼對心臟——呼吸及週邊骨骼肌作用的結果⁽⁶⁴⁾。然而臺灣藜蘆給藥後 30 分鐘對於大白鼠腦內 DA 的代謝物 HVA，及 5-HT 的代謝物 5-HIAA 有顯著的增加現象，因此臺灣藜蘆 30, 60mg/kg S.C. 於 60 分鐘的抑制作用似可能與中樞神經系統有關；又臺灣藜蘆 15, 30, 60mg/kg 各別於 240, 300 分鐘時，小白鼠自發運動量有上升現象，且其對大白鼠腦內單胺之測定於 240 分鐘時顯示 5-HT 有減少之情形，故此運動量之上升亦可能與中樞神經系統有關。苦參 120mg/kg 與臺灣藜蘆 30mg/kg 同時併用時，皮下注射，其運動量比臺灣藜蘆單獨組於 60 分鐘時之增加現象呈現更有意義之增加；且腦內單胺濃度之測定結果顯示於 30 分鐘時苦參 120mg/kg S.C. 可以加強臺灣藜蘆 30mg/kg S.C. 使 HVA, 5-HIAA 濃度增加的情形。

藜蘆生物鹼可以使易興奮細胞的興奮性增加，延長其 negative after-potential，而使細胞膜再興奮，單一刺激時造成 repetitive discharge。此乃因藜蘆生物鹼可增加膜對鈉的通透性，而造成去極化作用⁽⁵²⁾⁽⁵⁴⁾⁽⁶⁵⁾。藜蘆生物鹼對神經的去極化作用，可使各種神經傳達物質釋出⁽⁵⁴⁾⁽⁶⁶⁾。第一個被證實的是 *veratridine*, *protoveratrine* 可使經切斷迷走神經的腎上腺髓質及阿託品處理過的狗，增加 catecholamine 之釋放，因此在大劑量下可造成血壓上升⁽⁵²⁾⁽⁵⁴⁾。*veratridine* 可使 striatal synaptosomes 之 endogenous, exogenous 之 dopamine 釋出，此作用可由 superfusing fluid 中移去 Ca^{+2} 而部分被抑制⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾。Hypothalamus 所製備之 synaptosome 可因 *veratridine* 之作用，而增強 noradrenaline, 5-hydroxytryptamine 之釋出，此作用也需要 Ca^{+2} 的存在⁽⁶⁷⁾，另外尚可使多種神經傳達物質釋出。本實驗對於大白鼠腦內單胺之測定，30 分鐘時對 DA, NA, 5-HT 之濃度無影響，但卻可使 DA 之代謝物 HVA, 5-HT 之代謝物 5-HIAA 增加，於 4 小時可使 5-HT 之濃度減少，此結果顯示臺灣藜蘆可能具有使神經細胞膜去極化作用而使神經傳達物質釋出。至於苦參也有相同之情形，其可能之原因有待進一步證明。而此作用當二者合併使用時呈現加強現象。

α -methyl-p-tyrosine (α -MT) 係 tyrosine hydroxylase 抑制劑，能阻斷 catecholamine 之合成，而使小白鼠之自發運動量減少⁽⁶⁹⁾。*dexamphetamine* 係釋放 catecholamine⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾ 而使自發運動量增加。此二者與臺灣藜蘆併用時，運動量雖有被抑制的傾向，但統計上無意義，顯示臺灣藜蘆對 catecholamine 系統影響不大。但當與臺灣藜蘆及苦參同時合併使用時，雖然對 α -MT 之運動量無影響（可能是 α -MT 本身運動量太低之緣故），但卻能抑制 *dexamphetamine* 之運動量，此顯

示苦參能加強臺灣藜蘆對抗 catecholamine 之作用。

腦內 serotonin 與 catecholamine 之間存在某種關係，serotonin 可以影響 catecholamine 的各種行為⁽⁷¹⁾，當投與 p-Chlorophenylalanine (PCPA)——為 tryptophan hydroxylase 抑制劑，使腦內 5-HT 水平降低⁽⁷²⁾，反可引起 catecholamine arousal 而使自發運動增加⁽⁷³⁾⁽⁷⁴⁾⁽⁷⁵⁾，而此種作用可因投與 5-HT 或 5-HT 之前驅物質 5-hydroxytryptophan (5-HTP) 所反轉。臺灣藜蘆可以對抗因 PCPA 所造成 catecholamine arousal 之運動量增加，且此種作用可因臺灣藜蘆與苦參併用而使運動量更降低。臺灣藜蘆可以增強因投與 5-HT 前驅物質 5-HTP 所引起運動量減少的作用，且此作用可因臺灣藜蘆與苦參同時合併使用，而使運動量更為減少。

許多報告指出 MAO 抑制劑能加強 amphetamine 運動量增加的作用⁽⁷⁷⁾，然而 pargyline 於 1 小時前處置，可使腦內 5-HT 的量顯著上升，對 DA、NA 的量無影響，以致使運動量下降⁽⁷⁵⁾。臺灣藜蘆對 pargyline 的運動量有抑制作用，顯示其能加強 pargyline 因 5-HT 含量增高所導致的運動量下降。當苦參與臺灣藜蘆同時合併使用時，能使運動量更為降低，此顯示苦參可以加強臺灣藜蘆對 5-HT 的作用。

reserpine 可使腦內 catecholamine 及 5-HT 排空，而產生抑制作用，與臺灣藜蘆合併使用時，雖能使 reserpine 之運動量降低，但統談上並無意義。但當苦參與臺灣藜蘆同時合併使用時，可使運動量顯著的下降，顯示苦參與臺灣藜蘆同時合併使用時，可以加強 reserpine 使腦內單胺排空而產生的抑制作用。

綜合上述，臺灣藜蘆單獨投與可以使由 PCPA、Pargyline 所引起的運動量呈現下降；臺灣藜蘆與苦參同時併用，可以使由 dexamphetamine、PCPA、5-HTP、pargyline 所引起的運動量呈現更顯著的下降。本實驗顯示臺灣藜蘆與苦參併用時，可以增強臺灣藜蘆對抗 catecholamine，及協同 5-HT 之作用。

第四章 結 論

本研究以臺灣所產相反藥藜蘆與苦參，探討二者之毒性，及在中樞神經系統相互作用的情形，獲致如下結果：

1. 臺灣藜蘆水抽出物對於 ICR 系小白鼠 (Swiss webster) 之 LD₅₀ 及 95 % 可信限，得到由腹腔注射時為 325mg/kg (276.0-382.0mg/kg)；由尾靜脈注射時為 100mg/kg (62.0-161.3mg/kg) 之結果。苦參水抽出物對於 ICR 系小白鼠之 LD₅₀ 及 95 % 可信限，得到由腹腔注射時為 1,200mg/kg (744.0-1935.5mg/kg)，由尾靜脈注射時為 600mg/kg (486-741mg/kg) 之結果。

2. 臺灣藜蘆與苦參之水抽出物併用時，對於 ICR 系小白鼠，先以苦參 120mg/kg 皮下注射，15 分鐘後再投與臺灣藜蘆，其 LD₅₀ 及 95 % 可信限，得到由腹腔注射時為 137mg/kg (113.16-165.85 mg/kg)；由尾靜脈注射時為 50mg/kg (41-60.97mg/kg) 之結果。可證苦參可使臺灣藜蘆之 LD₅₀ 顯著降低。

3. 苦參 120mg/kg 皮下注射前處置，可使臺灣藜蘆 500mg/kg (s.c.) 對於小白鼠引起作嘔症狀

(retching movement) 之發作時間及導致死亡之時間顯著縮短。

4. 苦參 60mg/kg 與臺灣藜蘆 15, 30mg/kg 同時併用，由小白鼠尾靜脈注射時，可使臺灣藜蘆作嘔症狀之發作次數顯著增加。

5. 臺灣藜蘆 30mg/kg (S.C.) 單獨投與所呈現之運動量，於 60 分鐘有減少之現象，而於 240 分鐘有增加之現象。與苦參 120mg/kg (S.C.) 同時併用時，比原來在 60 分鐘時之減少現象呈現更有意義之減少；而在 240 分鐘之增加現象，則呈現更有意義之增加。

6. 臺灣藜蘆 30mg/kg (S.C.) 與影響中樞神經單胺系統之釋放、合成、代謝之 dexamphetamine 0.5mg/kg S.C. (同時給與)、5-HTP 50mg/kg i.p. (同時給與)、PCPA 200mg/kg i.p. (24 小時前處置)、pargyline 50mg/kg i.p. (1 小時前處置)、reserpine 5mg/kg i.p. (20 小時前處置) 等物質同時併用時所產生之運動量呈微弱之抑制現象，由於與苦參 120mg/kg (S.C.) 併用者，呈現更顯著之抑制作用。

7. 臺灣藜蘆 30mg/kg (S.C.) 單獨組於 30 分鐘，對於腦內單胺 NA、DA 及 5-HT 濃度無變化，但對於其代謝物 HVA 及 5-HIAA 濃度呈現增加現象。與苦參 120mg/kg (S.C.) 同時併用時，於 30 分鐘，對於腦內單胺濃度亦無影響；但對於其代謝物 HVA 及 5-HIAA 濃度則呈現更顯著之增加作用。

由於上述之結果獲悉，苦參對於臺灣藜蘆毒性之增強，作嘔症狀發作次數之增加，運動量之變化，及腦內單胺代謝物濃度之增加，顯示統計學上之意義。本研究推定臺灣藜蘆與苦參併用時，對於中樞神經系統顯示其具相互之作用，故昔中醫藥文獻將藜蘆與苦參列於十八反之內，當不無意義。

參 考 文 獻

1. 南北朝，陶弘景：集注神農本草經（小島尚真、森立之重輯），卷 1，13-17，1972，橫田書店。
2. 唐，蘇敬等：新修本草（岡西爲人復原），卷 2，序例，76-95，1964，國立中國醫藥研究所。
3. 民國，那琦：本草學，107，1974，南天書局。
4. 宋，王懷隱：太平聖惠方，卷 2，藥相反。
5. 金，張從正：儒門事親，卷 14。

- 6.明，繆希雍：炮炙大法，用藥凡例。
- 7.明，李時珍：本草綱目，卷17，草部，毒草類，16/47，673，1976，國立中國醫藥研究所。
- 8.同(1)，卷5，草木下品，60/130，86。
- 9.魏晉：名醫別錄（那琦、謝文全重輯），卷2，草木部下品，65/127，112，1977，中國醫藥學院中國藥學研究所。
- 10.同(1)，卷4，草木中品，30/88，64。
- 11.同(9)，卷2，草木部中品，31/87，77。
- 12.同(1)，卷1，3。
- 13.同(7)，卷1，序例上，24。
- 14.宋、唐慎微等：重修政和經史證類備用本草（金泰和甲子下己酉[1249] 晦明軒之復影本），卷2，序例下，73，1976 南天書局。
- 15.同(7)，卷2，序例下，62。
- 16.同(1)，卷4，草木中品，29/88，64。
- 17.同(1)，卷4，草木中品，22/88，62。
- 18.同(1)，卷5，草木下品，9/130，78。
- 19.同(2)，卷7，草木部上品之下，10/38，177。
- 20.同(2)，卷7，草木部上品之下，11/38，178。
- 21.同(14)，卷14，木部下品，73/97，360。
- 22.同(14)，卷9，草部中品之下，7/78，221。
- 23.同(7)，卷51，獸之二，24/38，1572。
- 24.同(7)，卷44，鱗之四，14/37，1381-1382。
- 25.同(7)，卷14，草之三，芳草類，50/56，532。
- 26.同(7)，卷15，草之四，陸草類，1/53，541。
- 27.同(7)，卷12，草之一，山草類，6/31，415。
- 28.同(7)，卷12，草之一，山草類，1/31，400。
- 29.同(7)，卷17，草之六，毒草類，18/47，674。
- 30.同(7)，卷17，草之六，毒草類，22/47，684。
- 31.同(7)，卷39，蟲之一，卵生類，1/23，1260。
- 32.同(7)，卷26，菜之一，葷辛類，3/32，904。
- 33.同(7)，卷12，草之一，山草類，4/31，412。
- 34.同(2)，卷10，草部下品之上，11/35，240。
- 35.五代，韓保昇：重廣英公本草，見重修政和經史證類備用本草所引，同(39)。
- 36.宋，掌禹錫等撰：嘉祐補注本草，見重修政和經史證類備用本草所引，同(39)。
- 37.宋，蘇頌：本草圖經，見重修政和經史證類備用本草所引，同(39)。
- 38.宋，寇宗奭：本草衍義，見重修政和經史證類備用本草所引，同(39)。

39同(4), 卷 10, 草部下品之上, 15/62, 251。

40清、吳其濬: 植物名實圖考長編, 卷 14, 毒草, 18/49, 1975, 世界書局。

41清、吳其濬: 植物名實圖考, 卷 24, 毒草類, 5/33, 1974, 世界書局。

42同(2), 卷 8, 草部中品之上, 15/37, 205。

42同(2), 卷 8, 草部中

43宋, 掌禹錫等: 嘉祐補注本草, 見重修政和經史證類備用本草所引, 同(4)。

44宋, 蘇頌: 本草圖經, 見重修政和經史證類備用本草所引, 同(4)。

45宋, 寇宗奭: 本草衍義, 見重修政和經史證類備用本草所引, 同(4)。

46同(4), 卷 8, 草部中品之上, 7/62, 198。

47同(7), 卷 13, 草之二, 山草類, 12/40, 465。

48同(4), 卷 6, 山草, 36/53, 364。

49同(4), 卷 8, 山草, 5/59, 175。

50藤田直市: 日本藥學雜誌, 43, 闕版 10, 1923。

51石坂友太郎: 漢藥苦參, 成分[マトリン], 生理的作用二就テ, 東京醫學誌, 17: 460-495, 1903。

52 Benforado, J.M.: The veratrum alkaloids. In, Physiological pharmacology. Vol. 4, The Nervous system-Part D: Autonomic Nervous System Drugs. (Root, W.S., and Hofmann, F.G., eds) Academic Press, Inc., New York, 331-398, 1967.

53 Kraye, O., and Acheson, G.H.: The pharmacology of the veratrum alkaloids. Physiol. Rev. 26: 383-446, 1946.

54 Minchin, M.C.: Veratrum alkaloids as transmitter-releasing agents. J. Neurosci. Method. 2: 111-121, 1981.

55 Hsieh, M.T., and Lin, W.C.: Pharmacological studies on the central nervous system of *Veratrum formosanum* LOESEN. Chian Medical College Annual Bulletin. 12: 111-120, 1981.

56 Litchfield, J.T., and Wilcoxon, F.: A simplified method of evaluating dose-effect experiment. J. Pharmac. Exptl. Ther. 96: 99-113, 1949.

57 Hess, S.M., and Doepfner, W.: Behavioral effects and brain amine content in rats. Arch. int. Pharmacodyn. Ther. 134: 89-99, 1961.

58 Borison, H.L., and Fairbanks, V.F.: Mechanism of veratrum-induced emesis in the cat. J. Pharmacol. Exptl. Therap. 105: 317-325, 1952.

59 Borison, H.L., and Sampson, S.R.: The vagal body: receptor site for emetic action of veratrum alkaloids? Federation Proc. 20: 169, 1961.

60 Kraye, O.: Veratrum alkaloid. In, Pharmacology in Medicine. (Drill, V.A.) McGRAW-HILL Book Company, Inc, New York, 515-524, 1958.

61 Swiss, E.D.: The emetic properties of veratrum derivatives. J. Pharmacol.

- Exptl. Therap. 104: 76-86, 1952.
- 62 Brand, E.D., Harris, T.D., Borison, H.L., and Goodman, L.S.: The antiemetic activity of 10-(7-dimethylaminopropyl)-2-Chlorophenothiazine ((chlorpromazine) in dog and cat. J. Pharmacol. Exptl. Therap. 110: 86-92, 1954.
 - 63 Gourzis, J.T.: Influence of Rauwiloid, an alkaloidal extract of Rauwolfia serpentina, on veratrum-induced emesis in dogs. J. Pharmacol. Exptl. Therap. 113: 24, 1955.
 - 64 Tanaka, K.: Studies on veratrum alkaloids. XX. Actions of veratrum alkaloids upon the central nervous system of mice. J. Pharmacol. Exptl. Therap. 113: 89-99, 1955.
 - 65 Ohta, M., Narahashi, T., and Keeler, R.F.: Effects of veratrum alkaloids on membrane potential and conductance of squid and crayfish giant axons. J. Pharmacol. Exptl. Therap. 184: 143-154, 1973.
 - 66 Levi, G., Gallo, V., and Raiteri, M.: A reevaluation of veratridine as a tool for studying the depolarization-induced release of neurotransmitters from nerve endings. Neurochem. Res. 5:281-295, 1980.
 - 67 Mulder, A.H., Van den Berg, W.B., and Stoof, J.C.: Calcium-dependent release of radiolabeled catecholamine and serotonin from rat brain synaptosomes in a superfusion system. Brain. Res. 99: 419-424, 1975.
 - 68 Patrick, R.L., and Barchas, J.D.: Dopamine synthesis in rat brain striatal synaptosomes. I. Correlations between veratridine-induced synthesis stimulation and endogenous dopamine release. J. Pharmacol. Exptl. Therap. 197: 87-96, 1976.
 - 69 Dominic, J.A., and Moore, K.E.: Acute effects of α -methyltyrosine on brain catecholamine levels and on spontaneous and amphetamine-stimulated motor activity in mice. Arch. int. Pharmacodyn. 178: 166-176, 1969.
 - 70 Costa, E., Groppetti, A., and Naimzada, M.K.: Effects of amphetamine on the turnover rate of brain catecholamines and motor activity. Br. J. Pharmac. 44: 742-751, 1972.
 - 71 Pycock, C.T., Horton, R.W., and Carter, C.J.: Interactions of 5-Hydroxytryptamine and γ -Aminobutyric acid with Dopamine. In, Advance in Biochemical Psychopharmacology. Vol. 19, Dopamine: (Roberts, P.J. and Woodruff, G.N.) Raven Press, New York, 323-341, 1978.
 - 72 Koe, B.K., and Weissman, A.: pChlorophenylalanine: a-specific depletor of brain serotonin. J. Pharmacol. Exptl. Ther. 154: 95-104, 1966.

- 73 Mabry, P.D., and Campbell, B.A.: Serotonergic inhibition of catecholamine-induced behavioral arousal. *Brain. Res.* 49: 381-391, 1973.
- 74 Segal, D.S.: Differential effects of para-chlorophenylalanine on amphetamine-induced locomotion and stereotype. *Brain. Res.* 116: 267-276, 1976.
- 75 Breese, G.R., Cooper, B.R., and Mueller, R.A.: Evidence for involvement of 5-hydroxytryptamine in the action of amphetamine. *Br. J. Pharmac.* 52: 307-314, 1974.
- 76 Costall, B., Naylor, K.T., Marsden, C.D., and Pycock, C.J.: Serotonergic modulation of the dopamine response from the nucleus accumbens. *J. Pharm. Pharmacol.* 28: 523-526, 1976.
- 77 Lew, C., Iversen, S.D., and Iversen, L.L.: Effects of imipramine, desipramine and monoamine oxidase inhibitors on the metabolism and psychomotor stimulant action of d-amphetamine in mice. *Eur. J. Pharmac.* 14: 351-395, 1971.

針灸對顏面神經麻痺之療效

張次郎

一、前言

顏面神經麻痺古代稱之爲面癱或口眼喎斜或口僻，中醫仍屬中風之範疇，亦是中風證中的一種症狀，也有不兼見其他症狀而單獨發病者。通常所謂之中風係兼見六經形證，除口眼喎斜外，尚兼半身不遂，其證初發猝然昏倒後，即神識模糊，人事不省，喎僻偏廢，此乃現代醫學所稱之腦溢血，腦血栓、腦栓塞、腦血管痙攣、通稱腦血管意外，這些病症通常均伴有高血壓或膽固醇 (Cholesterol) 三甘油脂 (Triglycerid) 過高之現象。而本文所指之中風係不兼見這些症狀而局限於眼面部位之神經麻痺而已，與高血壓無關。

二、病因

本病多由風寒之邪襲入於手足陽明，手太陽之經絡（經氣正虛時）以致經氣阻滯，經筋失養，筋肉縱緩不收而成。

三、症狀

初起患側眼眶偏頭痛，眼不能閉合，眼脣下垂，若強令閉合則眼珠上翻露出白睛，流淚或無淚，口角向健側歪斜，笑

時更甚。嚴重病例口角下垂，口脣閉合不全，飲水時常由患側流出，人中不正，面部表情喪失，不能皺額、蹙眉。甚則言語不清，味覺部分消失，聽覺亦略致過敏。

本病發病急驟，病者常因乘坐舟車時，因門窗不關，面頰部當風而起，常兼頭痛，鼻塞等表證，脈象浮緊或浮弦，舌苔白薄。

四、治療

本病施治原則當以疏通局部經氣爲主，取穴着重於手足陽明經，也可患部或耳部適當配合取穴。

1. 體針：常用穴位以地倉、頰車、太陽、足三里、太衝、迎香。其中頰車、地倉兩穴可針，灸交換使用。以上穴位分成兩組，每次選用三個穴位，留針30分鐘嚴重者一天可以施針兩次。

2. 耳針：口 M84，枕 M29，眼 M8，頰 M11，下顎 M3，上顎 M2，肝 M29，每次可選用3至4個針刺點留針30分鐘。

3. 梅花針：對嚴重或病程較久之病例可配合梅花針刺激患部，通常以眼眶周圍及從人中穴沿着迎香，大迎，頰車

，下關，循着陽明經所行部位刺激之，但不可刺令出血。

4. 藥物輔助：初起有表證者小命續湯，大秦朮湯可選用。病程較久或口角下垂，嚴重病例大小活絡丹，牽正散亦可兼用。如療效不顯著病程較久體虛者，可以補中益氣湯加減治之。

5. 熱敷按摩：除針灸與藥物配合治療外，還可囑病人，經常自做患部附近穴位按摩，或以熱乾毛巾覆蓋患部，手指輕輕按摩之，對疏通經氣亦有幫助。

五、療效評估

針灸對本病有極高之療效，本診所自1978年至現在，共醫治了287人，其中痊癒者255人，有進步者23人，無效者9人，這些病例接受針灸次數最少的五次，最多的36次，平均以16.15次最多。

根據療效觀察，治癒率與病程之長短有密切之關係，一般得病在一星期內接受針灸治療者，其治癒率最高，療程亦短，得病越久其療程亦長，治癒率亦相對的降低，因得病太久患部肌肉，神經均呈痙攣現象，故療效不理想。

附註：本病得病後或在治療期間，應囑令病人避免患部再受風寒侵襲，否則會影響療效。



(一右) 長署許席主會大

報告慢性腎臟炎的症狀與治療

蔡吉雄

慢性腎小球炎是慢性腎炎，也是慢性腰子病，因為兩個腎臟會同時破壞，病人到後來可能難免因尿毒症而死。不過一般人似乎常把曾經有過水腫、蛋白尿或血尿等一概當作是得了「慢性腎炎」其實這是不對的。因為這些症狀是運動過劇的短暫性變化。也可能是腎臟輸尿管或膀胱有細菌感染或有腫瘤、或是過敏現象引起的，這些病大抵可以治療對身體無礙，不可與本症混為一談。

慢性腎小球腎炎的定義：所謂慢性腎炎是指兩邊腎臟所有的腎小球整體發生慢性發炎，不可能恢復正常，反而一直進行不已，發炎變化，使腎小球後來變成「硬化」和結疤（宛如肝硬化一樣）最後不免妨礙腎臟功能，因而引起腎功能失全，甚至腎衰竭常因而致死。

慢性腎炎的發生：

(一)有些病人是急性腎炎未能痊癒而來，病人雖已經沒有急性症狀，但是輕度蛋白尿及其他慢性腎小球腎炎的表現則歷久不去，這些變化，往往終身存在，但病人可能始終不曾發覺，直到好些年（十幾年或廿年）後，有一天腎功能失全的症狀明顯才發現。為什麼有的人得到急性腎炎後會「癒」，有的却不能呢

？這個問題和「有那麼多的人有過扁桃腺炎，為什麼只有少數人會得急性腎炎。」一樣。目前恐怕沒有人能提供令人滿意的答覆。因為急性腎炎和慢性腎炎都不是細菌或毒素直接引起的，而是這些細菌或其產物（即抗原）在體內刺激身體的免疫反應，產生抗體，然後和抗體發生作用，或形成結合體。這些結合體因血液循環在腎臟排泄的緣故，因而在腎小球引起發長時間的反復發作的結果就是「慢性腎炎」。

(二)慢性腎炎一部份由急性腎炎未能痊癒而來，不過這不會超過五分之一，剩下大多數病人都是從頭就是慢慢發生的，根本不知道是怎麼來的，什麼時候得到的。有的病人是由先前的腎小球腎炎演變而來，有的則是全身性疾病（像常犯女性的紅斑性狼瘡）侵犯腎臟而起。

(三)慢性腎炎的臨床表現變化多，很多病人是在例行體檢的時候才發覺有「蛋白尿」和「血尿」也有不少人是先有「水腫」水腫程度有時很輕，時間也短，但發現蛋白尿厲害。有的病人因發生「高血壓」才發覺有慢性腎炎，慢性腎炎的病人，遲早會發生高血壓（繼發性高血壓）。有的病人則是已經發生「尿毒症」才發覺。有的病人上呼吸道感染，引發「急性腎炎發作」（血尿加劇）才知道，慢性腎炎的臨床表現，病人可能有蛋

白尿、血尿、水腫、腎病綜合病徵、高血壓或尿毒症。

慢性腎炎要靠種種檢查

最簡便而很有用的就是驗尿，在潛伏期（沒有症狀的時候，蛋白質很輕微）在慢性腎炎有活動的時候蛋白質會顯著增加。如果發生腎病綜合病徵，則一天從尿中排泄的蛋白超過三公克，甚至高達二、三十公克。不過蛋白尿的程度，也深受身體活動和姿勢的影響。

驗尿也可以看到尿沉澱中紅白血球的增加，一般來說血尿的程度反映著小球發炎的程度。急性發作時血尿顯著加劇有時甚至肉眼就能看得出來。尿的檢查結果，雖然仍不能作成診斷，但對診斷極有幫忙，並且可以作為判斷病變的程度和活動性的依據。反之如果病人尿的比重大於1.030（表示尿的濃縮能力正常）且沒有蛋白尿和血尿，我們就可以放心的說病人沒有慢性腎炎了。

與慢性腎炎有關的警號

一如果一年以後仍有「持續性蛋白尿」很可能已變成慢性腎炎，急性腎炎的病人，大多數會好轉。

二氮質血症不是好兆頭，在每一百西西血中，不超過35毫克，如果腎臟功能不好，血中的尿素氮就會升高。

三高血壓也是影響預後很重要的一個因素，如果病人有了氮質血症和眼底視神經乳頭水腫（因高血壓之故）或舒張壓（低血壓）超過一百二十（正常不超過九十）時，情況特別不樂觀

，病人往往已近末期了。

四厲害而持久的「水腫」對預後也不好，至少在成人是如此。

病人應注意事項

最重要是預防感染，因為鏈球菌感染會引起急性腎炎發作，故特別容易患上呼吸道感染的人，可以用盤尼西林預防，一旦發生感染應迅速治療。

（本文參考腎臟及泌尿器官的疾病。正中書局印行）

報告二位慢性腎臟炎治療經過

甲：

姓名：謝×珠

性別：女

年齡：二十七歲 已婚

經過：在嘉義基督教醫院，治療三個月有餘，蛋白質保持十十一十十十十十並常有尿血。

來診時情況：慢性腎臟炎已經六個月餘，左腰脇痠、喘氣、常欲嘔吐、口淡、流涎、腳氣、面水腫、小便少、面色微黃蒼白。蛋白尿十十十十。腎臟出血（尿血）。紅血球十。白血球十十。狀極疲倦，胃及腎脈呈弱象。

治療經過：

初診：七十年二月十八日。處方：

白朮 一兩 川茯苓 五錢 乾薑 一錢 赤小豆 五錢 蘇党參 一兩

晉著 六錢 桂枝 二錢 北仲 三錢 山芋根 五錢 連服十劑

二診：七十年二月二十九日。

經檢查尿液，蛋白質十，血尿一。

同右方再服七劑。

三診：七十年三月七日。

經檢查尿液，蛋白尿一。

同右方加小本山葡萄五錢。再服五劑。

四診：七十年三月十五日。

經檢查尿液，蛋白尿一。其他一切症狀均已痊癒，恢復以往健康。

同右方再配十劑。

五診：七十年五月十二日。

經檢查尿液，蛋白尿一、尿比重1.020，妊娠二月，

腳痠無力，有時候心悸動，微嘔吐。處方：

黨參 一兩 炒白朮 五錢 川茯苓 五錢 甘草 一錢 陳皮 二錢 只壳

二錢 姜製半夏 二錢 乾薑 一錢 晉著 五錢 北仲 二錢 山芋根 五

錢 赤小豆 五錢 連服十劑。

七十年八月其丈夫陪來買良人參一斤，詢其經過情形滿面

笑容回答說最近檢查尿蛋白，萬事OK，深深的謝謝！

乙：

姓名：蒙玉蘭

性別：女

年齡：四足歲，其父親是職業軍人，母親是阿美族山胞

經過：在榮民醫院治療四個月左右，蛋白尿保持十十十

十十十，而後又經許多中西醫師，甚至民間驗方的治療，

不但蛋白尿沒有減退而且腹部漸漸脹大，水腫更加嚴重，如此

約一年時間。

來診時情況：腹部腫大但不甚硬，面部微有浮腫，大便正

常，小便量少，食慾正常，微有咳嗽，膚色黝黑。診斷為慢性

腎臟炎，及脾臟腫大。檢查尿液，蛋白尿十十十、尿血（潛

出血）十。

治療經過：

初診：六十九年二月十日。

科學中藥：五苓散 100g

山葡萄 30g

杏仁 10g

丁堅朽 30g

作二星期藥份。

二診：六十九年二月二十九日。

檢查蛋白尿十十十、血尿十。

腹腫大較消一些，小便正常，面尚微腫。

科學中藥：五苓散 100g

山葡萄 50g

丁堅朽 50g

作二星期

份量。

三診：六十九年三月十六日。

蛋白尿十十十 潛出血十 頭頂上生粒仔（痘）。

藥帖：赤小豆 五錢 金蟬 二錢 赤茯苓 三錢 商陸 二錢 小本

山

葡萄 五錢 茵陳 三錢 大小薊 五錢 配十四劑。

四診：六十九年四月二日。

蛋白尿十 潛出血十

四診：六十九年四月二日。

四診：六十九年四月二日。

科學中藥：同二診處方。

五診：六十九年五月十八日。

患者偷吃鳳梨數日，面又浮腫，蛋白尿十十潛出血十

。

藥帖：赤小豆 五錢 金蟬 二錢 商陸 二錢 赤茯苓 三錢 小本山

葡萄 五錢 四季春 三錢 配十四劑。

六診：六十九年六月十七日。

因流感發高熱三十九度五，經榮民醫院打針治療。六月

十九日熱已退，但面部浮腫，比以往較重。

藥帖：小本山葡萄 一兩 金蟬 二錢 赤小豆 五錢 赤茯苓 三錢

商陸 二錢 配十劑。

七診：六十九年七月六日。

蛋白尿十十、下痢、小便少、口渴。

藥帖：猪苓 二錢 澤瀉 二錢 白朮 五錢 川茯苓 五錢 赤茯苓 三

錢 赤小豆 五錢 商陸 二錢 金蟬 二錢 配十劑。

八診：六十九年八月一日。

尿蛋白十，其他良好。

藥帖：白朮 五錢 金蟬 二錢 赤小豆 五錢 赤茯苓 三錢 商陸 二

錢 配十四劑。

九診：六十九年八月二十三日。

數日前又偷吃鳳梨與香蕉，致使小便少，食慾不佳。

藥帖：蓮子 五錢 芡實 三錢 川茯苓 五錢 蘇淮山 五錢 赤小豆

五錢 小本山葡萄 五錢 炒白朮 五錢 蘇党參 三錢 配十四劑

十診：六十九年九月十六日。

蛋白尿十、沒有其他症狀。

小本山葡萄 一兩 木賊 三錢 赤茯苓 三錢 赤小豆 五錢 金蟬 二

錢 商陸 二錢 配七劑。

十一診：六十九年十月二十六日。

蛋白質十其他一切正常。

科學中藥：五苓散 100g 山葡萄 100g 長期服用二個月。

七十年元月二十五日來診：蛋白質一、潛出血一、尿的比
重1.030而停藥。

由以上的治療過程中，慢性腎臟炎的患者最忌感冒，感冒則
易引起感染，使病狀加重，治療過程則更加緩慢。禁忌尤為重
要，如少吃鹹的食品、或辣的食品，如古月粉或番仔姜（辣椒
）、酸性水果如鳳梨、李子。凡腎臟有毛病（急慢性腎炎、糖
尿病……）絕對不可吃香蕉。但是吃甘蔗則多多益善。

七十一年中秋

蔡吉雄

為天地立心

為生民立命

為往聖繼絕學

為萬世開太平

眼科掇談（續前）

張齊賢

四 飛蚊症 玻璃體濁

飛蚊症，爲眼前時有物體移動，視之則有，揮之則無，有時如蚊影，有時如草根，或似飛虫蝶影之類，初起僅一點一絲，後則變化多端，困擾情緒，非常不安，初不知病因爲何？經用檢眼鏡檢視，則發覺玻璃體濁，本症爲眼科中最爲難纏之病症，非有恒心耐心，長期服藥，不易消除。

玻璃體之生理概況，玻璃體，爲視網膜與水晶體間之透明物體，其構造爲構成網狀之纖細纖維，佔據眼球後部五分之四，其內中液體，均爲透明膠質，前面有凹，曰玻璃體凹，接合水晶體，前後均呈透明，如有異物滲入，立即呈顯於眼前。

飛蚊症之病因甚多，而症狀則一：1. 腎臟炎發生分泌功能衰退，黃色液體滲入玻璃體中，則移動之影陰，爲黃白色小圈或絲狀狀之物體。2. 流行性感冒，拖延時日，發熱不退，致玻璃體纖維發生變化，使纖維中之液體滲入玻璃體，發生青灰色之透明物，在眼前移走。3. 傷寒或麻疹發高燒，使網膜之微血管破裂，血液滲入玻璃體中，而成爲黑色絲狀點狀之物體。4. 動脈硬化，眼底網膜之微血管反復出血，血液流入玻璃體中，成爲片狀絲狀之紅黑影陰，因玻璃體內之血液，濃度甚厚，滲

入之異物，拒不融合，亦不吸收，致使滲入之物體，永以原形狀態在其內活動，藥物之功能，經過腸胃，達於眼內，藥力已薄，而玻璃體內滲入之異物，受稀薄之藥力衝擊，不易立即見效。如無其他併發症，藥療非半年之時間，不能使飛蚊消失。5. 有人如念珠累累成串，或如昆虫草根，浮游於玻璃體中，仰視天空、或陽光之一面，則顯現其在移動。西醫採取玻璃體內注射，亦無濟於事，故謂難纏之病症。

治療，按病因療法，如因腎炎而起，方用滋陰地黃丸，豬苓散，配合服食，滋養肝腎，調整內分泌。如因流行感冒、傷寒、麻疹、高熱而起者，方用羚羊活湯、薤仁丸，清其餘熱，滋養纖維神經，促進其循環功能。如因動脈硬化、視網膜出血，先服蘇木歸尾飲，清其溢出之血，不再滲入玻璃體，然後選服知柏八味丸、黑參湯、清營湯，上列方劑，須視症狀之演變，隨症論治，不可拘泥，所提方藥，僅作模式之參考，使醫者於臨床治療，有一規範而已。茲將方藥提示如左：

1. 滋陰地黃丸：熟地、菊花、山藥、茯苓、黃肉、丹皮、澤瀉、黃柏、知母、胆星、半夏、杞子、楮實子、菟絲子、青箱子、蒺藜。

2. 豬苓散：豬苓、木通、補骨脂、蒼朮、酒軍、黑狗脊、滑石、

梔子、車前子。

3. 羚羊活湯：黃柏、甘草、羚羊角、羌活、黃芩、山肉、車前子、人參、青箱子、決明子、澤瀉、柴胡。

4. 蕤仁丸：蕤仁、地膚子、茯苓、細辛、人參、白朮、石決明、石胆、地骨皮、熟地黃、楮實子、空青、防風、青羊胆、鯉魚胆。

5. 蘇木歸尾飲：蘇木、桃仁、歸尾、川芎、藏紅花、人參。

6. 知柏八味丸：熟地、黃肉、山藥、茯苓、丹皮、知母、澤瀉、黃柏。

7. 黑參湯：玄參、黃芩、生地、赤芍、菊花、青箱子、白蒺藜。

8. 清營湯：犀角、玄參、青冬、二花、生地、丹參、連翹、黃連、竹卷心。

五、白內障 水晶體濁濁

白內障，俗稱白瞖，因水晶體內之透明膜，由黑色瞳孔變為白色，而視覺全部喪失，與瞎子無異，故有此稱。因白內障之進行，不痛不癢，有時僅感視力模糊、視覺疲勞、乾澀、痠脹、漸至失明。朱震亨心法，「凡昏弱不欲視物，內障見黑花，瞳子散大者，皆裡病也。」樓英醫學綱目，「內障先患一眼，次第相生，兩目俱損者，皆有醫在黑睛內遮瞳子而然。」此是元明時代，對於內障之論斷。真正原因，彼時已在研究中。

內障之生理概況：水晶體位於虹膜與玻璃體之間，形狀如一凸鏡，有前後兩面，兩面之移行處，謂之赤道。前面與虹膜及前房相接，其中央謂之前極。後面與玻璃體相接，謂之後極。

赤道與虹膜之間，有小韌帶相連，水晶體之中心部謂之核。包圍核之周圍，為透明膜，其間為透明液體。乃屈光體之一部，因睫狀體之收縮或弛緩，而使小韌帶弛張，影響水晶體曲度之增減，使屈光力增加或減少，因此具有調節作用。

內障之成因，除兒童先天性外，其他均與七情六慾攸關，如果七情六慾，發而皆不中節，則能傷神失志，神志既喪，則吾人之精氣，不能充分供養眼睛，則眼球之組織，發生供調失衡而生變化，內障為水晶體內之液體供養不足，使晶體內透明膜發生硬化，而成內障。

症狀：1. 前極性內障，為水晶體之前面透明膜硬化。2. 後極性內障，為水晶體後面之透明膜硬化。3. 中心白內障，為水晶體之中心核發生硬化。4. 內障依症狀之輕重、硬化面之大小，分為初期、中期、成熟期，三階段。初期服用藥物，可以完全治愈。中期可以阻止其擴展，使硬化面縮小。成熟期，必須用手術治療，藥物已不能見效。5. 內障之檢查，檢眼鏡之電光進入瞳孔，徹照見黑色，斜照見灰白色，則內障成熟矣。6. 糖尿病白內障，此症在糖尿進行中發生之，進展甚速，可於短期內影響視力。7. 併發性白內障，例如虹膜睫狀體炎、或青光眼，均能併發。8. 外傷性白內障，多由銼傷或外傷穿孔所引發。

治療，內障之治療，以協和氣血、強化精神，增進眼內營養、阻止透明膜硬化，為臨床之先決條件，處方須視症狀之情況，及身體之強弱，按各個患者之體質定之。大要以滋陰養氣補血為主。茲選數方以作範式。

處方一：石斛夜光丸：此是阻止白內障之名方，唯功效甚緩。

，須耐心服用之。

天冬、麥冬、人參、茯苓、生地、熟地、杏仁、淮牛膝、杞子、草決明、川芎、金石斛、犀角、枳殼、羚羊角、白蒺藜、菊花、淮山藥、菟絲子、五味子、青箱子、甘草、防風、川連、肉蓯蓉。另有還睛丸、增杜仲、黃柏、知母耳。

處方三明目地黃丸：熟地黃、生地黃、山藥、澤瀉、山萸肉、丹皮、柴胡、茯苓、歸身、五味子，肝腎兩虛之患者，服之較宜。

處方四睡眠不佳，患有內障者，則用千金磁珠丸，活磁石、硃砂、神麴，三味，齊賢另加沉香一味，合爲四味。古人對於此方之研究，非常神妙，不但寧心安神，並能子母相生，磁石，補腎而益肝，硃砂補心而強脾胃，再用生熟神麴，以促進其子母功能，脾胃強則肺氣實，藥不過三味，而能使五臟子母相生。古人之製劑，不能不嘆爲功參造化。齊賢加沉香者，升降其水火，水得金而滑，則相火不攻自去矣。

處方五龜鹿二仙膏，此方大補氣血，促進眼內營養。方用鹿角、龜板、枸杞子、人參、本人再加熟地、麥冬，其效尤佳。精、氣、神人之三寶也。鹿角、龜板，爲動物精氣凝聚之處，鹿得天地之陽氣最全，善通任脈，精足故能多淫而壽。龜得天地之陰氣最厚，善通任脈，氣足故能伏息而壽。角與板爲二物精氣神之最聚者，取其膏而補之，是以動物之精氣，補養吾人之精氣。人參爲陽，補氣中之水。枸杞爲陰，益神中之火。余加熟地、麥冬者，熟地爲陰，能利血脈而滋陰。麥冬爲陽，能補氣機而明目。精氣足，人安得不祛病延年。

處方六三仁五子丸：栝子仁、生苡仁、肉蓯蓉、車前子、酸棗仁、菟絲子、覆盆子、枸杞子、茯苓、歸身、五味子、熟地黃、沉香。本方心臟衰弱白內障之患者，可以配合服之。

處方六明目還睛丸：黃柏、天冬、麥冬、生地、白芍、山藥、杜仲、牛膝、百部、當歸、知母、黃耆。附註，體虛而有熱，眼乾而澀，可用本方配合服之。

處方七沖和養胃湯：白茯苓、柴胡、人參、生草、歸身、茅芩、升麻、生黃花、白芍、羌活、防風、五味子、黃連、生薑。本方脾胃虛弱，消化不良，可以配合服之。

六青風障（青光眼）

青光眼，中醫稱謂青風障，其導致原因甚多。1.時有情緒不佳，憂鬱善感，精神衰弱者。2.工作繁重，過度疲勞，常有失眠者。3.神經質之婦女及肝臟燥熱之人，均易引發青光眼。青光眼，爲眼內前後房之循環發生障礙。

影響青光眼之生理概況：1.眼球之前房及後房之房水，於睫狀體分泌後，由後房經瞳孔進入前房，前房隅角之櫛狀韌帶發生障礙，使房水之循環不能暢通，而使眼壓增高。2.或因玻璃體與水晶體之膨脹，而虹膜不堪其壓力，向前逼進，使前房變淺，前房隅角形成狹窄。3.虹膜腫脹發炎，或因瞳孔散大，致前房隅角狹窄時。4.前房出血、前房蓄膿，因虹膜炎而前房內之滲出物進入前房隅角，發生阻塞。5.前房隅角正常，而房水之分泌，異常激增，使經路阻塞。以上情形，皆能促進青光眼之產生。

青光眼之症狀，有急性與慢性之分。急性青光眼，於未發作時，如常人一樣，唯眼之前部，常有輕微虹膜炎，或蛛網狀之球結膜充血。看燈有彩虹光圈，發作時，頭痛、腦痛、眼內脹痛、嘔吐、體溫上升、眼壓亢進、視力突感模糊，或視野縮小，嚴重時，視覺突然失明、或臉腫、角膜混濁、瞳孔散大、前房變淺等。慢性青光眼，看燈火之周圍，有虹輪彩圈，徐徐進行，時發時愈，自覺視力減退，發時頭痛，或偏頭痛，視覺如霧，症狀反復，尤以夜間睡眠不足，身心疲勞時，更加嚴重，眼內常有壓迫感，重時惡心嘔吐，虹膜變色，角膜如雲霧，前房變淺，瞳孔散大，反應遲鈍，重症，眼臉浮腫者甚多。

治療：急慢性之藥物，大致相同，而急性必先注意經絡之疏導，使眼之循環與排洩正常，眼壓即可自然下降。

處方一：羚羊角散：羚羊角、防風、澤瀉、木賊草 去節、茯苓、黃芩、生地、桔梗、赤芍、車前子、龍胆草、川連、梔子、燈心草、木通。

處方二：綠風羚羊飲：玄參、防風、茯苓、知母、羚羊角、細辛、黃芩、桔梗、車前子、酒軍、人參。

處方三：羚羊角湯：人參、車前子、玄參、地骨皮、羌活、羚羊角。

處方四：半夏羚羊散：治頭痛、嘔吐、眼壓上升。羚羊角、薄荷、羌活、半夏、菊花、川烏、川芎、防風、車前子、細辛。

名醫婁全善曰，治眼諸方，青光眼則以羚羊、玄參、細辛、羌活、防風、車前等為主，羚羊角入厥陰肝經，非常快捷，故能直達於眼，玄參入腎，乃樞機之劑，管領諸氣，清肅上下

而不濁。羌活瀉肝氣，搜肝風，以理本經頭痛。車前清風熱，去目赤，並能促進循環，使熱血而清涼。如經絡乾枯，眼內澀痛，則加夏枯草，以純陽之氣，散肝經鬱火，補養厥陰血脈，故治厥陰目痛，非常神效。嘗試之有效。然於以上諸方，蓋先明其藥效，如氣脹者，當佐以獨參湯相半服之，氣虛者，補胃人參湯、益氣聰明湯，皆可相半服之。血虛者，如與熟地黃丸之類相互服之，方能見效。



美國加州大學教授 Dr. John. C. Liebeskind 致詞



21. 羊蹄 (*Rumex crispus* L.)
蓼科。根味苦酸、性寒。
。清熱解毒。治白血病、淋
巴瘤。用量30克。



23. 鳳尾蕉 (*Cycas revoluta* Thunb.)
鳳尾蕉科。葉味甘澁。活血止痛。治胃癌
、肺癌、宮頸癌、肝癌。用量15~30克。



24. 九節茶 (*Chloranthus glaber* Makino)
金粟蘭科。全株味苦辛。化痰止痛。治跌
打、牙痛、胰腺癌、胃癌。用量10~30克。



22. 八角蓮 (*Dysosma pleiantha*
(Hance) Woods.)
小檗科。根莖味甘微苦
。清熱解毒，活血散瘀。治
消化系癌症、皮膚癌、腮腺
癌、肝癌、卵巢癌。用量3
~10克。



25. 虎杖 (*Polygonum cuspidatum* S. et Z.)
蓼科。根味苦甘澁。活血止痛。治跌打、
各種腫瘤。用量15~30克。



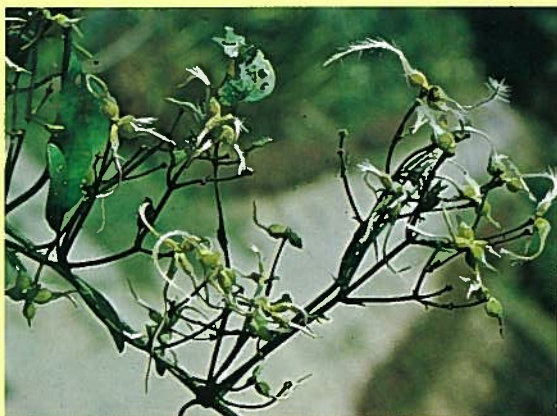
26. 木防已 (*Cocculus trilobus* DC.)

防已科。根味苦、性寒。
祛風除濕，解毒止痛。治
蛇傷、筋骨痛、腫瘤。用量
10~20克。



27. 地榆 (*Sanguisorba officinalis* L.)

薔薇科。根味苦，性寒。
涼血止血，消腫止痛。治
消化道腫瘤、肺癌。用量 3
~15克。



28. 威靈仙 (*Clematis chinensis* Retz.)

毛茛科。根味辛，性溫。祛風除濕，通絡
止癢。治食道癌、肺癌、骨肉瘤。用量 15~30
克。



29. 蛇莓 (*Duchesnea indica* Forcke)

薔薇科。草味辛苦，性寒。清熱解毒，散
結。治甲狀腺癌、胃癌、肺癌、肝癌。用量 15
~30克。



30. 苦參 (*Sophora flavescens* Aiton)

豆科。根味苦，性寒。清熱解毒。治消化
道腫瘤、皮膚癌、宮頸癌、肝癌。用量 15~30
克。



31. 輪葉沙參 (*Adenophora triphylla* DC.)

桔梗科。根味甘，性寒。
潤肺止咳，生津益胃。治
各種腫瘤虛症。用量15~30
克。



33. 夏枯草 (*Prunella vulgaris* var. *linacina* Nakai)

唇形科。草味辛苦，性寒。清熱解毒，散
鬱結。治甲狀腺癌、乳腺癌、肝癌。用量15~
30克。



34. 梔 (*Gardenia jasminoides* Ellis)

茜草科。果味苦，性寒。消炎解熱，祛瘀
利濕。治譫語躁狂、肺癌、肝癌。用量3~10
克。



32. 薊 (*Cirsium japonicum* DC.)

菊科。根味苦、性涼。
破血行瘀、涼血止血、解毒。
治肺癌、肝癌。用量20~
30克。



35. 木鱨 (*Momordica cochinchinensis* Spr.)

瓜科。種子味苦微甘，性溫，有毒。散瘀
消腫，解毒殺蟲，祛濕止痛。治炎症、惡瘡、
癌症。用量1~1.5克。



36. 鳢腸 (*Eclipta prostrata* L.)

菊科。草味甘酸，性涼。
止血排膿，補腎黑髮。治
婦女腫瘤。用量20~30克。



37. 韭 (*Allium tuberosum* Rottl)

百合科。草味辛甘。強
壯興奮，補腎止血。治遺精
、食道癌。用量20~30克。



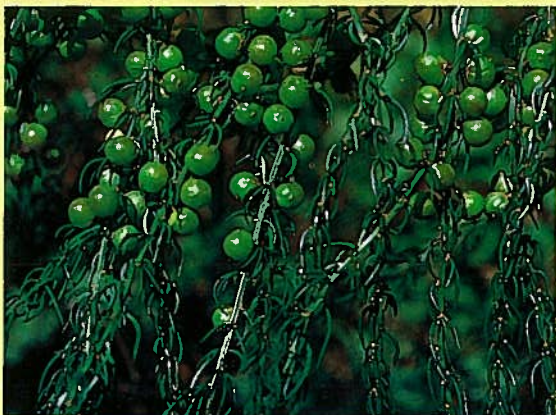
38. 栝樓 (*Trichosanthes kirilowii* Maxim.)

瓜科。種子味甘，性寒。寬胸散結，消痰
止咳。治肺癌、淋巴瘤、縱隔腫瘤、乳腺癌。
用量10~30克。



39. 半邊蓮 (*Lobelia chinensis* Lour.)

桔梗科。草味辛，性平。利尿消腫、清熱
解毒。治胃癌、腸癌、肝癌。用量30~60克。



40. 天門冬 (*Asparagus cochinchinensis* Merr.)

百合科。根味甘微苦，性寒。養陰清熱，
潤燥生津。治肺癌、乳腺癌、白血病。用量10
~15克。

漫談傷科

沈 譚

傷科含有內科學、外科學、軍陣外科學，以往統以跌打損傷稱之謂傷科，書籍的記載僅有傷科補要，傷科大成，以及醫宗金鑑正骨心法，因為以前走江湖，跑碼頭、賣膏藥者都以治療跌打損傷為號召，所以正統中醫書籍反少記載，甚至專門研究中醫傷科的人員亦少，至於走江湖、跑碼頭、賣膏藥者門規甚嚴，所謂傳子不傳女，學徒則根本談不上，調配藥方也在密室中進行，深怕被人偷學去，損害了他的傳家之寶，影響了他的生活問題，影響了他的名望，這是發揚中醫的致命傷。記得在新中醫學院讀二年級的時候，傷科學老師給我抄錄傷科驗方，可是四年級的同學却發生了誤會，聲言「不給將要畢業的四年級同學抄錄，反而給二年級的同學抄錄，他有偏袒之心，不給我們學習研究」。待我聽到了，報告老師說讓我抄錄完後給四年級同學抄錄可以嗎？原來老師是一番好意，以一本抄為二，二本抄為四，四本抄為八，這樣可以減少時間，（當時寫腊紙，油印講義都由我做。）不至於你爭我奪，一場風就此平息。可是這本傷科秘方在逃脫共匪魔掌時未曾帶出，實在可惜。

依以往的治療傷科心得，中西醫療法各有長處，各有缺點，止血、止痛西式是有獨特的效果，如果血管斷了，血管鉗夾止或結扎血管效果比中藥止血來得迅速有效，如果瘀血在體內，西式是必須手術取出血液，中醫則用藥物祛瘀活血，血液可以反迴血管，不致損少血液數量，此乃「治療跌打損傷的大

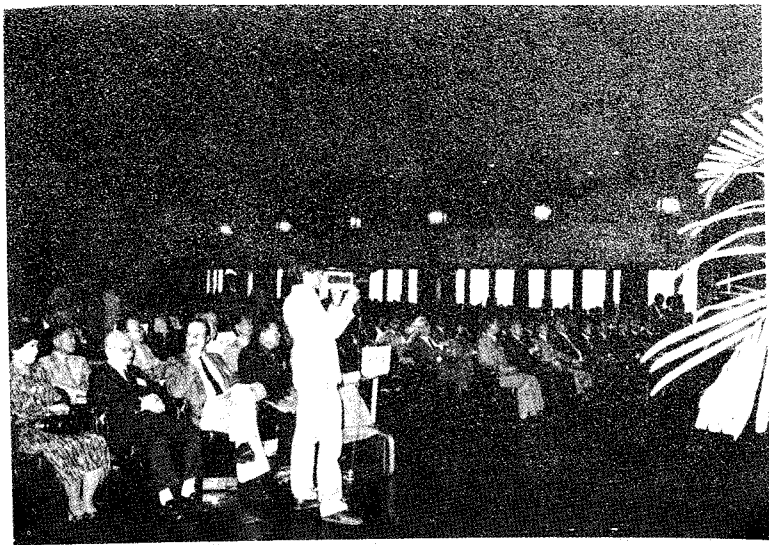
優點，例如有位被日本鬼子兵以三八槍子彈洞穿胸部肋骨間，穿透肺部，血液流向胸腔橫隔膜上，自覺沉重難受，胸背各有小洞一個，但無血液外流，證明血液皆流向胸腔，西醫主張穿刺抽出瘀血，我則主張中藥內治有效，研究結果病患接受中藥治療，予以祛瘀活血止痛止血之複方飲片治療，經一日夜該病患主訴沉重已消失，精神覺得爽快。另有一位騎車摔倒傷及右肘部，皮下出血，腫大如棒球一樣大，依西式的治法必須抽出血液，方可痊癒，可是用中藥內服外貼祛瘀活血止痛之品，三日後血液回歸，腫大消退，痛止病除。還有一位病患左脛骨中部被子彈擊去約八公分一塊骨，骨髓尚有一半存在，西醫主張鋸斷方可保生命，我意尚有部份骨髓不會發生下肢敗壞現象，經研究後決定由我治療，予以內外並治，內服中藥重用自然銅、地龍蟲等，整整治療六個月，骨質再生痊癒，唯局部稍微微下凹，行動正常，一年後再加入游擊陣容，給日本鬼子嚴重的打擊，不過局部消毒防腐止痛用西藥比較乾淨有效。上例治療傷科臨床經驗之數例，中醫對傷科確有獨特之療效，如果中西醫學界人士能摒棄私見，中西互用，適西者應用西法，適中者施用中藥，視情況之適症或變化而施治之，熟為有效有利，熟為不當不該，臨症研判應用中西治療法，病患則幸甚多多矣。

我不是騎牆派，中也好，西也好，我們應該以我國的固有道德文化，吸收外來的「知識內容，容匯貫通，研究發展成為中

華民國的醫藥，如本草綱目上的藥物有胡字、番字、西字等，不是都是吸收外來藥物加入原有不足之數嗎？什麼中醫、西藥、德日派、英美派，你擠我奪，如日本欲排斥漢字，可是不用不夠應付，到現在仍用中文；我們有完整的一套中醫學原理，不想去研究發展，反而要排斥不用，而要用部份西式方法來獨創局面，今日是特效藥，明日則為禁藥，用少量無害人體，用多量則為殺人毒品，如果以王道能延用數千年的中藥為基礎，其缺點則以應用少量有效之西藥為補充，則不是完美的醫療法術嗎？所以中醫要現代化，西醫要中國化，進一步中西成為一元化，此乃為中國醫學應走的道路，所謂現代化並不是懂懂的向西方人學習，而以固有的藥方能否適應於工業社會，原有的中藥飲片比丸、散、膏、丹迅速有效，可是目下自來水不適於煎煮，因為自來水已經消毒過，含有消毒成份，如果飲片遇到化學原素，部份飲片一定會發生化學變化而無效，有一次用自來水調配藥膏，一夜過後化為稀爛，考慮結果原來是鈉遇到了氯，接觸空氣而潮解。在目下工業社會中中藥飲片之用水是一個大問題，有時病患還以為醫師技術欠佳，或指責非道地藥材，安知用水、用火、用具都有研究之價值，應與時代潮流並進方可。

最後以以往所稱跌打損傷與現代的跌打損傷有所不同，工業社會的機械衝力過大，受傷的程度較重，治療用藥亦應有所變化，如果墨守成規，效果則不彰，我們應時時學習，刻刻研究，成方是有效，不可能適合每個病患或同一病症，必須先要找到病源，然後思考應用藥物之重量，配合是否適症，研判成

果方為上策，所謂發揚中醫藥此乃為重要之一環。如僅靠廣告宣傳，賺錢做生意，失缺了中醫開業行醫，治療疾病的目的意義，談何進展？談何發揚？



大會學術講演

先君子醫案

董延齡

先父子祥公的醫道因爲繼承了先祖父的臨床心得，又肯自己下工夫研究，在當地是頗受人稱道的，在他數十年的臨床經驗中，有很多獨到的見解，他常說：「治病容易，認病難。」底確，除非絕症，只要我們認病正確，對症立方，很少不是藥到病除的。對於治療重病急病，他認爲醫者須要具備二個條件，第一須要胆，第二須要識，前者告訴我們，只要診斷正確，處方用藥不要猶豫；後者告訴我們，臨床診斷，須據病理和經驗，不可魯莽或剛愎自用。

歲月匆匆，轉眼間先父謝世已十六年，我追憶他從前講過的一些醫案，多已隨着時間的洪流，消失的無影無蹤，在我的記憶中，只能略舉下述三案，以供讀者參考指正。

一、黏食內結

筆者的家鄉盛產小麥，農民的主食是煎餅，做煎餅的原料多是高粱或小麥，每年的五六月間，當小麥成熟的時候，一般百姓都喜歡吃小麥煎餅，因爲新做的小麥煎餅，既香且脆，非常爽口，缺點是粘性太大，入胃之後，少一飲水，膨脹力特強，一些沒有健康常識的農民，不懂這個道理，以致每到夏天常有因吃小麥煎餅過量鬧出人命的。在我八九歲的時候，有一王姓隣居，因吃小麥煎餅過多，吃後又喝涼水，形成內結，幾乎不治，幸經先父以大劑承氣湯（大黃、芒硝、枳實、厚朴）挽

回性命。當時的情形是這樣的：王姓患者爲一農夫，六月天氣在田中工作，中午家人送來午餐，王某一見是小麥煎餅，即狼吞虎嚥的大吃一頓，吃後口乾，遂即飲涼水二碗，不到一小時工夫，即感胃痛，勉強回家，腹痛漸次加重，至晚間十點左右，胃痛更劇，痛得滿床打滾，哀號悲啼，幾欲昏厥，他的兒子眼看病情危急，來請先父往診。

先父既至，略詢病情，即知病勢十分危篤，不容猶豫，當即告知病家，此病命在一二小時，其間只容服藥一次，如服藥後能順利瀉下結物，當可挽回生命，若服藥後不能瀉下結物，亦無能爲力。到此地步，病家已無主張，只得聽信醫師，當時的外科手術尙不發達，除服藥內攻外，別無他法，先父隨以上方，重用大黃二兩，予患者服下，不到一小時工夫，只覺腹內呼啦作響，如怒潮翻滾，急欲排便，隨瀉下結物如碗口粗大，立即輕鬆舒暢，其病若失。

關於上述病例，先父所以如此放胆重用大黃，乃因故鄉方圓七、八十里的居民，日常飲用的水，是一種含有某些礦物質的重水（燒開水時，壺底或鍋底常有結晶物質）。一般人肚腹較硬（不易瀉下）成年患者瀉肚子非用八錢以上大黃不能收功，此用二兩大黃，在臨床上是罕見的病例。此更足以說明水土、體質、生理、病理四者之間的密切關係，對於醫者在臨床上有不可忽視的參考價值。

二春瘟舌黑

我國北方地勢高亢，氣候乾燥，有些地區每到春天，常常瘟疫流行，一般百姓稱爲「瘟窩子」；「此病來勢凶猛，傳染迅速，被感染後，患者二三天內高熱，口渴、頭劇痛。若有一家患病，很快的就會傳偏左鄰右舍，甚至全村；四五天後舌苔變黃，口渴更甚，患者往往出現神昏譫語，意識昏迷，此時若不急速治療，很快就會舌苔變黑，進入危險階段。」

筆者幼年時，每到春瘟流行季節，先父經常整日出診，至夜間十一、二點才回家，因爲那種病傳染性很高，一般胆小的醫生多不願出診，先父救人心切，很少想到自己被傳染的事情，也可能是對某一種傳染病看多了，自己體內產生了免疫力，也從未被傳染過。這種病雖說來勢凶猛，危險性頗大，但是只要及時治療，預後都很良好，假如拖延時日，失去治療時機，等到熱毒攻入心胃，舌苔發黑，即難挽回生命，先父在多年臨床實踐中發現大劑白虎湯（生石膏、知母、甘草、粳米）加犀角，對於救治瘟病舌苔發黑療效卓著。此湯當時在故鄉救活不少生命，於是先父把瘟病末期舌苔發黑，命名爲犀角白虎證。

三久勞虛癱

離故鄉六十七里路，有個大地主，家中田產甚多，因爲患者之夫過世，子女幼小，偌大產業無人操理，大小事務全落在一個婦人身上，白天操勞過度，夜間睡眠不足，不久之後，婦人病倒；在當地請了不少名醫治療，均未奏效。她的娘家姓楊

，也是一個大戶人家，家中老老少少有病，都請先父治療，對先父醫道信任有加，她的父親力荐先父往診，記得所用的方劑爲歸脾湯（人參、白朮、茯神、酸棗仁、元肉、木香、炙黃耆、當歸、遠志、炙甘草）加減，囑患者連服二十劑再換方子，豈料患者服二十劑後竟毫無起色，即欲停服，更不欲換方，後經其父力勸，換方又服十劑，即能起床走動，此時患者信心大增，再服十劑，竟霍然痊癒，四十劑藥，不多不少，當時鄉里傳爲美談。

這個病案迄今已有四十餘年，當時筆者少不更事，先父過世前在一次閒談時，曾談到此事，我曾問他，此病爲何不用理勞傷之類的方劑，而用歸脾湯呢？先父說：「治療虛勞方劑甚多，此病是屬憂思傷脾，煩勞損心所致，當用歸脾湯爲宜。」



孫院長巡視大會藥用植物展覽

癌症回春例證

肝癌康復報告

尤弘

內子黃女士，六十八年初，自覺胃之上方及右肋下側有硬塊隱隱作痛，他人觸摩疼痛更難忍受。四月間突感胃腸不適，用X光先照胃腸均稱正常無病，再以同位素掃描肝臟，斷為肝癌，告以無適當方法可以治療，并謂最多能活三個月而已。囑回家休養云云。當時面對朝夕相愛的妻子，知其不久人間，悲痛欲絕。想到坐以待斃，不如多求良醫，萬一上蒼佑我出現奇蹟，未嘗不是絕路逢生，思之再三，乃決心廣求中醫良藥。

六月初獲悉中國醫藥研究發展基金會總幹事蔡志謙先生，曾患癌症，由中醫藥治療。乃造訪該會，經介中醫師楊向實先生醫治。經多次處方治療，每日服食中藥兼用耳鈎草、半枝蓮等煎水作茶，約三個月，右肋硬塊與痛遂消失，食慾恢復，體重日增，服至年餘，一切情形穩定，過着正常生活，迄今三年照作家事，無何不適感覺。

回憶當年，幸賴有中醫藥的治療，得以起死回生。在我來說，可算是一件天大的喜事，在醫療方面來說，更是一件重大而值得深入研究的病例。希望政府與社會人士重視祖先遺下的寶貴醫藥，積極培育學貫中西的優良醫師，廣為人群造福。（按尤弘先生係台北市忠孝東路四段三一〇號光復大樓益華公司工務部副經理）

胃癌康復報告

劉須仁

須仁江蘇人，七十五歲，現服務於台北市南海路孔孟學會。多年來左肋及左邊腹內時常隱隱作痛，時發時止，六十九年秋，左肋近胃處疼痛加巨，乃往醫院檢查，謂係胃癌，必須手術切除，否則最多能活六個月，經反問醫師，如切除又能活多久，醫曰很難確定。病者自忖如予切除，活存既難預料，那又何必先挨刀圭之苦，於是出院休養。其時服務單位獲悉上情，即囑前往中國醫藥研究發展基金會請荐中醫診治，乃於六十九年十二月卅一日前往基金會訪求中醫，承該會介紹中醫師楊向實先生醫治。當時症狀，左肋近胃處很痛，觸摩更難忍受，晚間無法平睡，須起坐倚靠才稍舒服，左腹部壓之亦有痛感，大便秘二天一次，小便多而黃，每天下午常有發熱感覺，口苦而乾，夜間睡至下半夜兩三點時常出冷汗。且不論中午或夜間入睡後，常覺有物自左邊腹上衝而醒來不能再睡，食慾平平，經楊醫師診治，服藥兩星期後，左肋疼痛稍有減輕，晚上睡眠也較服藥前好些。一月廿三日四診時，每日下午的虛熱已無，食慾漸佳。一月卅日五診時，晚間左肋已不疼痛，白天也減輕很多。此後，每隔一或二星期診治一次，至七十年三月初不論晚上白天疼痛均無。但在二月底右腮淋巴突然腫脹，經再調整方藥，至三月底又漸漸縮小，七十年四月下旬一切症狀消失。為個

療效，醫囑仍繼續服藥一月始停，計先後共服藥半年才完全恢復正常。自六十九年底至今，將近兩年。上月底（七十一年八月廿八日）楊醫師來孔孟學會，見須仁身體壯碩，精神旺盛，連聲的說吾兄體力過人，不似年近八旬的老先生咧。

腸 癌 康 復 報 告

韓中石

內子 三年前患子宮癌，曾在醫院手術治療。七十年七月間往香港一行，應酬較多，乃感身體不適，尤以腹部為最，急回台北住院，經檢查為癌症。七月底切開腹部始悉大小腸等器官，均有癌細胞蔓延，無法割除，又予縫合。當時症狀肚腹膨脹，脹痛，手足微腫，尿量小，大便無，食慾不振，每日賴注射葡萄糖類營養針劑數大瓶維持生命。并因肚腹膨脹，禁飲茶水，如口太乾則用濕棉球在口唇上塗塗，整天躺在床上不能動彈，痛苦自不待言。在此垂危之時，醫已束手，并告知家屬謂最少能活三天，多也不過一個月而已，聞之憂心忡忡，一面電囑兒女回國，一面四處訪求中醫，希望出現奇蹟。嗣悉中國醫藥研究發展基金會蔡總幹事曾患癌症以中醫藥治療，乃由同鄉譚庚甲先生陪往基金會與蔡先生晤談，承介楊醫師診治。（住台北市敦化北路155巷66弄30—1號）經楊醫師細心診察後，告知病情沉重，回生恐非易易。幸上蒼保佑，服藥數帖，居然奇蹟出現，腫脹逐漸消除，時僅半月，已能起床，行動自如，食慾也慢慢恢復，兩個月後離院回家調養，現已一載有餘，身心至為健康。

當內子 住院期間，垂危待斃，使我憂心如焚，無法可想之

時，幸得中國醫藥研究發展基金會指示，以中藥方法挽回生命，使我心中有無限的高興和感激。高興的是內子托天庇佑，在死亡邊緣慶幸生還，感激的是我國固有醫藥竟將西方醫藥束手無策的絕症治療回生。因此，我在這裏大聲疾呼，盼望政府和社會人士對療效卓著的中國醫藥，應予積極扶植使之現代化。尤其希望中醫藥界，更應發揮團隊精神，同心協力把固有醫藥發揚光大。

胃 癌 康 復 報 告

劉家福

家父 六十八年初患胃癌，經醫院切胃三分之一。六十九年春間，胃癌復發，又經醫院開刀，發現癌細胞充滿胃中，已無法割除，亦無他法治療，乃予縫合，囑俟刀口癒後出院休養，并謂最多能活三至六個月而已。當時我們全家聽到這個消息，個個憂心忡忡，不知如何是好，為救父親，朝夕求神拜佛，四處訪求中醫，及其他驗方草藥。正在苦無良策之時，幸得友人指點，獲知中國醫藥研究發展基金會蔡總幹事曾患癌症，由中醫治療。乃訪基金會。經介台北市敦化北路155巷66弄30—1號楊向實中醫診治。承楊醫師駕臨舍下，見到家父躺在床上，肌瘦神疲，整日呻吟，狀至痛苦，亦深感難過。經詳細診察，認為病情非輕，經與家福研商後再行處方，採用中藥濃縮劑予服，約一個月時間，乃能下床行動，食慾亦漸恢復，中午且需進食饅頭一個始夠果腹，好轉如此之快，謝謝上蒼之庇佑我也。再服藥半年，身體日漸活力日強，曾由家人陪遊青年公園、外雙溪、博物館等地，不覺疲勞。八個月後又遊花蓮，歸來亦

無異狀。之後，經常各地走走，舒暢身心，迄今兩年又半，健康有如常人。（按劉家福先生在忠孝西路一段中德貿易公司服務）

舌 癌 康 復 報 告

張振榮

振榮 台灣彰化人，民國二十二年十月四日生，住彰化市東方里永方路八號。七十年春間，舌下生一如刺樣的東西，慢慢擴大，至七月初開始潰爛如一粒米大的傷口，很痛。七月往醫院檢查係惡性舌癌。

當開始生長如刺樣的東西之初，以為是發炎，并不介意，隨便買些消炎藥吃吃，或看看西醫，同時也服過一段時間的草藥，却都無效果，且越吃越厲害，後經醫院檢查，謂須開刀切除，考慮再三，未予接受，乃出院回家，又一連看了幾個醫生服了很多草藥，也一直沒有收效。十一月下旬再往台北住入醫院，住不幾天，得悉隔鄰病房正請楊醫師看病，乃央請診治，此時右邊舌體已潰爛大半，右邊下牙床潰爛多處，極為痛楚，全賴注射止痛劑止痛，既不能言語亦不能吃東西，飲水也困難，且不能起床走走，整天睡在床上，病情嚴重可知。經楊醫師診斷後，與家人研商很久，才處方，囑自到台北擇店購藥煮服，并囑服藥一星期後將病情告知楊醫師，一星期過去了，舌體的疼痛已覺輕些，又過一星期潰爛處也開始生長新肉，也能起床行動，進食食物，不禁喜出望外，小兒知道上情也高興不已。乃迅即電話通知楊醫師，并問是否需要修改藥方，承示仍繼續服用原藥方。

七十年十二月九日晚由小兒陪同至台北市敦化北路155巷66弄30—1號楊醫師處請予診察，因無法說話仍由吾兒代說病情，楊醫師看了破爛的舌體已癒很多，牙床幾已全癒，因而大感驚異，連聲的說，如此重症，居然能在很短時間內好轉過來，真是天賜奇蹟，并一再的說，原方如此神效，真是難得，囑仍繼續服用不必改方。

七十一年一月七日晚，又由小兒陪同往見楊醫師，一進楊府客廳即高聲道謝，并報告一月來飲食大增，大小便正常，牙床及舌體均復常態，且無絲毫痛楚，說話發音清晰，一切已如過去未病之前一樣，但楊醫師認為身體仍很虛弱，乃另處一恢復元氣藥方，囑與原開藥方間隔服用一段時間，以期根治。回家後遵囑又服藥多時，今已康復。

肺 腫 瘤 康 復 報 告

謝志明

志明 江西人，民國十六年六月廿日生，住台南市開元路樂群新村九六號。七十年十一月間，每到晚上體溫升高，食慾不振。胸腔左腋下側隱隱作痛，殊感不適。經住醫院治療後，僅體溫趨向正常，餘仍依舊。為明究竟，經八〇四醫院X光照片檢查，認為可疑，須作進一步檢驗方明。為期檢查確實，因而前往台北市檢驗，初以氣管鏡檢視，似為可疑，再以X光照片檢查，發現肺左上部有一腫瘤。乃於七十一年一月八日就診於楊向實中醫師，經數次診斷處方服藥，食慾漸佳，體重日增，胸痛亦慢慢消失，至四月下旬，飲食正常，睡眠很好，體力精神均佳。乃於四月底自台中以電話向楊醫師報告健康已如

常人，準備到台北照X光片看看胸部腫瘤已否消失，經X光片證明，胸部已無影點，完全恢復正常。

肝硬化康復報告

周貢九

貢九

四川人，民國十四年六月十四日生，住台北市泰順街26巷33號。六十四年七月間患急性肝炎，因未澈底治療至復發數次，體力精神日漸衰弱。六十九年二月十四日晚突發吐血，乃即住醫院治療，經檢查出血原因係肝硬化而引起脾臟腫大與食道靜脈出血，先止吐血，繼而割除重達五磅之脾臟及結紮食道靜脈，病情似覺好轉甚多，五十天後出院。同年八月又感不適復住醫院檢查治療，此次再住院不過二十天而體重由六十五公斤降至五十九公斤，食慾差，夜失眠，自覺病情不輕，及繼續服藥年餘，但效果不大。

今（七十一）年四月由家伯岳父陳大榕先生（按陳先生係監察院監察委員）介由中醫師楊向實先生醫治。自服楊醫師之藥起，以前每天大便三、四次甚至五、六次的情形已逐漸改善為每日一次，發黑的臉色也慢慢消失，食慾方面，每餐需飯兩三小碗，消化力極強，工作方面整日忙碌也毫無倦容。記得改服楊醫師方藥，不過三個多月時間，而有如此效果，中醫藥自有其存在和加以研究發展的價值，希望政府與社會人士多予扶植與鼓勵。此外，楊醫師每次處方係交由病家自行購服，藥方公開并不自秘，此種作法尤值得頌揚。

前列腺癌康復報告

袁心田

袁心田、男、湖南人，現年七十三歲，生於民國前三年己酉十二月十一日，住台北市雙和街31巷9弄17號，係卅八年大陸淪陷逃由香港以義胞身分輾轉來台，隻身獨處，年老失業，更無積儲，端賴市政府貧民救濟及救總臨時救助維生。

今年初，偶感小便不適，經住醫院檢查，診係攝護腺腫大，經手術治療，小便雖勉強有通，但次數頻繁（每晚約十餘次）通宵不能安眠。繼經切片檢查，發現患有膀胱癌，遵醫囑用「鉍六十」治療將近一月，雖病情穩定，但嚴重影響食慾，每餐僅能勉強用飯一小碗，然猶口味奇差，食難下嚥。語云：民以食為天。以本人羸弱之軀，平日粗茶淡飯，已感營養不足，加之疾病糾纏，食量退化，自認為日無多，惟有坐以待斃之一途也。

絕望之餘，經人指點去第一中醫醫院看楊向實醫師。

據云：楊醫師有治癒湖南籍立法委員韓先生的夫人腸癌實例。

先是韓夫人（六十餘歲）患有腸胃癌，經某大醫院開刀，發現滿腸滿肚都是疙瘩，醫生認為無法挽救，縫合後囑其回家休養。經人介紹向楊醫師求治，當時楊醫師亦認病入膏肓，不肯處方，經再三情商，始允以試探方式下藥，詎料幾劑下肚，病情大有起色，繼續治療，霍然全癒。

我於四月初某晚，抱着慕名求救的心情去看楊醫師，見他態度和藹，診察細心（我前面有一病者與他磨咕了將近一個鐘頭，而他還是輕言細語，有問必答）經他處方四次，現已顯著進步，食慾大振，不但食量增加，而且任何食物到口都覺津津有味。小便次數減少（每晚四次）晚間睡眠充足，精神自然充沛，近經醫院檢查，認為已無問題。

查中醫藥，乃我國國粹，惟近年台灣地區西醫藥發達，無形中使中醫藥日近式微。尤其世界科學猛進的今天，惟對癌病一科，積極研究，儘管各國均投以無可數計之人力、財力、物力及時間，仍得不到一個具體的結論，以致群醫束手，談癌色變。而今楊向實醫師治癌竟有如此突破性成就，謂為奇蹟中之奇蹟，並不為過。如能將此道公諸於世，其有益社會，造福人群，豈可道里計耶。

惟渠一人力量有限，況自我宣傳，恐亦難昭大信；似應以政府機構或社會有力人士登高一呼，自是萬方響應，因而使我國粹從此宏揚於世界，光耀於寰宇，慶何如之，幸何如之。

（按上述各篇報告係病者或病者家屬於七十一年九月四日奉總統府資政 陳公立夫先生召見垂詢癌症康復情形報告詞）

園地公開

歡迎投稿



孫院長巡視大會藥用植物展覽

中醫的傷科

張拙夫

傷科，是中國醫學的科別之一，與內科、婦科、外科等居於同等地位。而其單獨成爲一科，乃因醫術演進而作之明確釐定。有其成立的條件，與存在的必要，殊非其他科別所可概括。茲爲使人們對其有深刻瞭解，特闡釋以明之。

一、傷科的由來

一種學科，於其釐定之先，必須衡量其有無成立的條件，因其具有成立的要件，始能構成其存在因素，與形成存在的必要。傷科之成立，係以病證的性類而創設，應證而命名。乃基於事實之需要，或謂外科可以包括傷科，似無須單獨設置。按中醫之外科，係於清代光緒末年兩江總督端方實施醫師考試時，乃將已往分科之名援引西醫之科別所設之科類，而西醫之外科，乃以病症治療方式而命名，凡用手術於人體進行治療的病證皆屬之。但中醫外科，則須沿襲周代傷醫所掌「腫瘍、潰瘍、金瘍、折瘍」治療範圍，惟對治療「金瘍、折瘍」之證者，非識治「腫瘍」、「潰瘍」者所熟諳，因此彼時之外科，只重「腫瘍」與「潰瘍」。有關「金瘍」與「折瘍」，尤其折瘍，多標榜治療跌打損傷，以從事醫療業務。從事農工業者以其工作關係，受到傷害者甚多，尤其各地鄉村，較城市者爲夥，治療跌打損傷者，爲人所需，以是因應醫事建制之需要，與適應人民治療之需求，嗣經中醫界交換意見，對跌打損傷證類，亦

即古之金瘍與折瘍之證屬，定爲傷科凡由外而致於內之病證，屬於傷科範疇，由內而形於外者，屬於外科，亦即古之腫瘍與潰瘍之病證範圍。

二、傷科的證類

傷科病證，大致可分兩大類，一爲外傷，一爲內傷。所謂外傷，如皮膚受外來物器的撞擊，或受物類的侵襲等而成傷者，由傷重及於肌肉、筋骨、臟腑者則爲內傷。此係以病證之現象所作之區分，但若以病證性質分類，則由外力所造成之傷而有形跡者，謂之外傷。如骨折、脫臼、傷筋等，傷及臟腑惡血凝內或瘀血泛注及其他轉變者，則爲內傷。於今研究者多以以後者作研究範疇，故從事醫療業務者，則多爲治療跌打損傷。

由於在治療上爲跌打損傷，而此病證則多爲骨折、脫臼、傷筋，故研究傷科，必須研究正骨學。但今從事正骨醫療業務者，對治傷則倡稱「骨科」。須知骨科，是以骨傷爲治療範圍，即骨之矯正或接合，所謂「正骨」、「接骨」。而傷總括爲跌打損傷，進而入體受到各種傷害。骨科爲傷科一部分，殊不能代表傷科。

進言之，於醫療上傷科可以正骨，而骨科醫師却不盡能療傷。因一人如受到損傷，非僅骨節挫折脫臼，而往往體之內部——臟腑，受到傷害，設由正骨醫師爲之治療，其只能接骨，却

不能療傷，故傷科能兼理骨科，骨科者則不能兼理傷科。由此可以瞭解傷科與骨科之差異，亦可對傷科之證類，增加認識。

三、傷科的醫學體系

按傷科病證，吾人早有認識。殷墟發現之龜甲獸骨，據考古學家考證，對疾病記載者有二十一種，其中分有「跌傷病」、「骨病」等，由此可知商代對跌打損傷之病症，即有治法與記載矣。而醫事制度，以史籍考稽，於周代始行建立。周禮天官：「瘍醫下士八人，掌腫瘍、潰瘍、金瘍、折瘍」。此中之「金瘍」與「折瘍」，即屬於傷科之範圍。「瘍醫」，為政府所設置掌現有關傷科之官職。於南北朝後周時期，仍有瘍醫之設置。

隋、唐時期，則有按摩博士之設立。新唐書、百官志云：「按摩博士一人，按摩師四人，掌教導引之法以除疾，損瘍折跌者正之」，按此可知，此一時期醫事制度有關傷科為按摩博士等掌理。

宋、元、明、清各代，醫事區分，均較明細，宋代分九科，有「瘡腫兼折瘍」、「金鏃兼書禁」兩科，折瘍與金鏃，均屬傷科範疇。元代分十三科，「正骨兼金瘡腫科」亦然。明代亦分十三科，惟對正骨一詞改為「接骨」，與「金鏃」各設一科，另對「按摩」亦設一科，想係由醫術之演進，所作之區分。清代於分十一科中，亦設有正骨科，今為配合醫學之發展，切合醫療之範疇，亦設立傷科。

基上，中國之傷科，其立科是由「按」、「折瘍」、「

正骨」比等相繼嬗遞而來的。歷代雖名稱不一，而以醫之術法言，則是相連貫的。

四、傷科的醫術價值

傷科之成立，不僅於醫籍上早有設科之依據，且此一學術於醫學史上亦早有記載，有其弘揚價值。一種學術，其有價值，纔值得發掘與闡揚。

以傷科學術之歷史，其遠溯於先民之本能醫術，時間雖不斷的邁進，空間亦不斷的遞變，而人與自然界接觸，仍脫不了往昔的窠臼。由於文明的進步，知識的提高，而所受的傷害，有了差異，但無論受何種傷害，其需要治療是不變的。況我國由農業社會，進入今日之工業社會，於農工並重之社會中，以其工作關係，受到傷害者，又較往日增多，均急需於治療。而治療方法，又不與其他各科相同，因其所需者為特殊之術法與特效之藥物。

於今西醫之外科，雖有其優良之成就，而與中國傷科相較，就成效論，我固有者；有過之而無不及，如對骨骼折斷，所採取矯形措置，既免開刀治療之苦，且愈後亦無後遺症。另如內傷之瘀血泛注等證，所採用之藥物治療，尤非現代醫藥之治療所能及。

傷科學術於人日常生活上，有密切關係，且因應時代，不斷演進，以適應人類之需要，一種學術能歷久不為時代所揚棄，是有其存在價值的，其經數千年之經驗積累，建立了於學術上之地位，其單獨成科，實有其不移之道理者。

卅年臨床經驗談

邵錦文

甲、肝氣病——與肱、脇、肋之原因

肝爲五臟之一，乃將軍之官，屬足厥陰經，合少陽經「膽」爲游部，在脾之下，腎之前，其位在兩脇、兩肱，其經起於足趾，通於顛頂，其臟爲太陰，少陰之交盡處，其表爲少陽膽，所以一陽發生之氣，起於厥陰，而一身上下，其氣無所不乘，肝和則氣運，氣運則發育萬物，爲諸臟之生化也。若衰與亢，則能爲諸臟之殘賊，焉能不重視乎！綱目云：「肝有積，其脈弦長，」今肱、脇、肋痛，乃肝經之病，然肝與膽二經之脈分佈於脇肋，如肝火偏盛，木氣邪實，故流於肱、脇、肋間而作痛。凡人之肩下曰膊，膊下曰臑，臑對腋，腋下爲肱，肱下爲脇，脇後爲肋，肋下爲季肋，俗名爲肋梢，季肋之下爲腰，部分如此，今肱脇肋痛，是由於肝邪之實，所謂邪實者，不外乎氣、血、食、痰、風寒五種，先述五者之由，再論症之所屬。大凡氣鬱、暴怒、氣逆、憂慮過度，都能使肝火動甚，導致肱、脇、肋痛，此其一也。由於惡血、死血、留滯肝臟，停於脇下，以致肱脇肋痛，以手觸之則痛更劇，此其二也。由痰飲流注於厥陰之經，亦使肱脇肋痛，痛則咳嗽氣急。此其三也。由於食積停滯脇下，用手摸之，似有一條粗筋扛起，亦使肱脇

肋痛，此其四也，又由外感風寒之邪，留着脇下，以致肱脇肋痛，此其五者，凡此五者，雖足以致痛，惟有怒氣、瘀血居多也，審其證治，先分左右，再察虛實，大致左痛多於瘀血，或暴怒傷陰，或跌撲毆鬥傷血，致瘀血阻滯，或肋下痞塊，皆可致痛，而右痛爲肝邪入肺，惱怒鬱結不伸，是爲氣痛，右脇肋痛，似走注痛有聲者爲痰痛，亦有右脇肋痛似一條筋扛起者爲食積痛，此乃左右分氣血之痛也。如左屬血，而痰氣亦有流於左者，然必與血相搏而痛者有之，是無關於血也，右屬氣而瘀血停滯於右脇而痛者，然必與氣相阻而後痛者有之，是無關於氣也，如是：則左痛，不專屬於血，右痛亦不專屬於氣，屬氣、屬血，何以別乎！蓋瘀血按之痛，不按亦痛，痛無時息而不膨。氣痛時止而膨，打噯及寬，旋後又痛，此乃氣血之分辨也。

至於肱、脇、肋之區分，本近一處，故其爲痛，亦不必細分何部，祇以脇痛概之。脇痛者，俗名肝氣痛也，與腰腹等並列，特附於肝也，再言左脇痛，多半是實邪，在此不得輕言補肝，補則能使肝脹也，治實又大忌柴胡，若川芎則必用。若暴怒傷血，必和血：宜當歸、香附、山梔、甘草之類。若死血阻滯，必日輕夜重，午後發熱，其脈象短澀，當先去瘀：宜桃仁、紅花、香附、赤芍、沒藥、苡仁根之類。若有硬塊，必軟堅

：宜牡蠣之類。再言右氣痛，須調氣：宜和脇飲；香附、青皮、枳殼、姜黃、甘草，有痰，須導痰：宜蒼朮、陳皮、半夏、白芥子之類。食積，當消導：宜吳萸、枳實、砂仁、黃連之類。

以上所述氣、血、食、痰分見於左右者也。若風寒者，則不論左右也，如有外感之邪，理當表散：宜葛根、桂枝、防風、川芎之類，有兩邊俱痛者，則於前藥加減參用，若痛甚，加醋少許，乃治實之法也，亦有痛時目眴眴無所見，耳無所聞，善恐，如人將捕之者，其脈必虛，切不可作實治，須看大便，大便通順，咳嗽，肝火侮肺金也：宜小柴湯、加山萸、橘葉之類，若連胸腹脹痛，大便不通，為瘀血停滯，當先導之：宜歸尾、紅花、大黃、香附、玄胡索、蘇木、橘葉之類，後用補益：宜參用歸脾湯、或加味逍遙散，又有酒色過度，當脇一點痛不止，名乾脇痛，甚為危險之候，祇有大補氣血：宜補散：川芎、當歸、地黃、白芍、防風、姜獨活，共為末，此乃治虛之法也，而又有左痛，由肝實火盛者，宜枳殼疏肝散：枳殼、枳實、香附、陳皮、川芎、白芍、柴胡、炙草。若左痛不移，由死血凝結者，宜桃仁承氣湯：桃核、大黃、芒硝、桂枝、甘草、加別甲、柴胡、當歸、川芎、柴胡、青皮之類。若右痛由痰積氣滯兼有者，宜推氣散：穿山甲、枳殼、陳皮、青皮、姜黃、肉桂、木香、甘草之類。若右痛而氣喘者，宜分氣紫蘇飲：紫蘇、桑白皮、陳皮、大腹皮、桔梗、甘草五味子、生姜、食鹽少許，若右痛由怒氣所傷者，宜香附湯：香附、青皮、川芎、柴胡、當歸。跌撲肋痛，由氣血凝者，宜復元活血湯：當歸、紅花、柴胡、穿山甲、花粉、桃仁、大黃、芒硝。若右痛由悲傷

肺氣者，宜推氣湯。（方見上）。以上不過概略之治法也。另有肝火、肝風之說。

乙、肝火之原由

肝火一症：亦為肝臟病變中常見的疾患，其原因：不外乎情志不暢，鬱怒傷肝而起；或由腎陰不足，水不涵木所致。大凡由前者所引起的多屬實火、鬱火，由後者所引起的多屬虛火，至其症狀的表現亦各不同，因此在臨床上必須分別論治。

一、實火

實火：凡目赤額紅、咽痛脇痛，善飢煩渴、嘔吐不眠、癢厥狂躁，吐血便血、淋閉瘡瘍、脈顯弦勁有力，皆屬實火之症，至於治法：初起宜用羚羊角、黃芩、山梔、連翹、丹皮、竹葉、夏枯草之類以清肝火；火盛用龍膽瀉肝湯、當歸龍薈丸之類以瀉肝火；如果清肝、瀉肝之法不應，又當入甘草、黃連，以瀉心火。此即實則瀉其子之義。

附當歸龍薈丸之方：龍膽草、當歸、山梔、黃連、黃柏、黃芩、蘆薈、大黃、青黛、木香、麝香、蜜丸、姜湯送服。

二、虛火

虛火：其症頭面烘熱，額紅骨蒸，不眠煩躁，嘈雜易飢，脈象弦細而數，或寸關弦數，尺部細小，此為水不涵木，木旺生火所致，治宜壯水制火，如六味丸、大補陰丸之類；若火盛又可配用瀉南補北之法：如黃連阿膠湯之類，虛實兼顧，則療效顯著。

三、鬱火

鬱火：證見寒熱往來，嘔吐、酸苦，或乳房結核，或頸生瘰癧，或脇肋作痛，其脈顯鬱結不揚；此爲鬱火爲患，宜用疏木條達平肝之法：如局方逍遙散之類。若煩熱脇痛、脹滿吐血，此爲肝鬱化火，氣逆動血所致，宜用清解疏肝之法：如青皮、丹皮、山梔、白芍、澤瀉、貝母等之類，以清解化肝經鬱熱；夾痰可加海蟄、青黛、瓜蒌霜，以清火化痰，夾瘀可加旋覆花、新絳、鬱金等之類，以去瘀通絡。

丙、肝風之原因

肝風也是肝臟疾病中的一種，它的形成，其標多從火化而來：其本多由於陰虧血少。陰虧則陽盛，風從陽化，血虛則生熱，熱則生風，因此前人有內風多從火之說。大抵肝風上冒巔頂，陽亢居多：旁走四肢，多屬血虛。至於治療之法，則不乎涼肝、熄風、滋陰、養血等法，此外濕熱病中痙攣抽搐，亦爲熱極生風，肝風內動的證候，容後在風濕病中討論。

肝風初起，上冒巔頂，證見頭目暈眩、耳鳴、或頭痛火升：治宜熄風和陽，如羚羊角、鉤藤、石決明、刺疾藜、甘菊、丹皮、桑葉、天麻之類。如兼胸悶泛惡，舌苔白膩，又宜參用半夏、陳皮、茯苓等，以和胃化痰。若肝風上逆，用熄風和陽不效，即當用熄風潛陽。蓋肝風之來，由於陽亢，陽亢之本，由於陰虧：治標之法，當清風火，治本之法，當育陰滋肝，熄風潛陽，養肝之體，即所以柔肝之用：常用藥物，如牡蠣、生地、女貞子、元參、白芍、阿膠、沙苑、菊花之類。若肝風上逆，中虛食少，當宜培土寧風：如白芍、人參、扁豆、懷山、

浮小麥、甘草、麥冬、玉竹、甘菊、大棗之類。若肝風走於四肢，經絡牽掣或發麻，治宜熄風，前人所謂治風先治血，血行風自滅，用藥：如生地、首烏、歸身、枸杞、秦艽、牛膝、鉤藤、天麻、桑枝之類。無論治肝病或任何疾病，當須審察病因、症狀的虛實、表裏、寒熱、內因、外因等，切不可拘泥也。

風濕病的症狀是怎樣

考「風濕」二字，淵源於我國第七世紀醫學文獻——醫聖張仲景的「金匱要略」。原文說：「病者一身盡痛……名風濕」。以後歷代文獻論及甚多，如巢氏病源論云：「風寒濕三氣，合而爲痺。」又云：「風濕者，是風氣與濕氣共傷於人也。」

西醫對風濕症，原名「RHEUMATISM」，早先譯名爲「痺麻質斯」。後來日本人認爲這個譯名不妥，在我國中醫書籍「金匱要略」中發現了「風濕」二字，經日本人研究後——也從用「風濕」二字的病名爲確當。

風濕病在台灣爲什麼會這樣多，因南方卑濕，而台灣本身是島嶼，四面環水，每逢濕令，濕氣彌漫，再加海風侵襲，寒氣霧雨交加，皆易導致風濕病症。尤其是中年以上患風濕病症居多。

近代西醫書籍，對風濕病症，約分爲五大類，而我中醫書籍，早已分爲風、寒、濕、着、行痺五大類，茲分別敘述如下：

壹、風痺（急性風濕性關節炎）

風痺，是受風邪感染——而突發的一種病症，舊稱「白虎症」。形容它的兇猛而突然，西醫稱謂「急性風濕性關節炎」。其症顯現週身不舒、倦怠、喉嚨腫痛，眼角微痛，關節伸屈不適，易令人誤為感冒。

正式發作時，手足關節部位，紅腫熱脹和劇痛，甚至關節強直，伸屈不靈，手指足趾，失去常態，時發高熱，胃納欠佳和便秘等現象，若遇氣候變化和陰雨天時，病痛更加嚴重。

風痺（急性風濕性關節炎）一症，多發生於成年人，尤其中上之年，體力虛弱，患此症者更多，因氣血不旺，關節鬆馳，稍受風濕，即留戀不去。每當關節疼痛發作時，其痛苦之狀、呻吟之聲，喊叫得片刻不寧，疼痛部位，由一處移作他處，如今日左腿痛，而明日右腿疼，又一日右肩大痛，再隔一日左肩亦疼，甚至牽連頸項，不能旋轉，其流竄無定，危害人體健康，當不能忽視。

另有風濕病患者，往往延醫誤治，或亂服成藥，接着會發生心臟病，在行路、上樓梯、登高、或勞動時，容易心跳，呼吸急迫，脈搏跳得特別快，病重時，腿部作腫，咳嗽有血，氣喘心慌，不能睡平，嘴唇手指，發紫等狀，這是最嚴重的表現。我中醫所謂「心痺症」。西醫叫「風濕性心臟病」。心律紊亂，心力衰弱，氣息心悸和足部浮腫等現象。很多人患心臟病，都因風濕而起，如果發現心跳氣急等象，那麼就要請教於高明的醫師了。

貳、寒痺

（慢性風濕性關節炎）

寒痺，是指慢性風濕症，西醫舊稱「僵麻質斯」。慢性風濕症最纏綿，也使人們最厭惡，該症部份由於風痺而轉變，另部份一開始即發生。人若患此症，可以拖延數載，甚至間歇性的發作達十餘年之久，病勢時發時癒，如身體強壯，氣血旺盛，病勢較輕，痊癒亦速，如患者營養不良，氣血衰弱者，不但病勢困苦，而且纏綿時間，亦較長久，其症最先發作在關節部位輕微疼痛，能使關節彎出不利，似有強硬狀態，使肌膚與骨節之間呈現燒灼現象，久後轉為劇烈疼痛，令人哀號淚下。此症與急性風濕症最大的差別，就是來勢較輕，沒有寒熱，少數人或有寒熱，但熱度亦低。

寒痺除了關節疼痛外，連肌肉也會萎縮或拘攣，當關節發生變形狀態，最普通的是手指第一節，成為強硬彎曲狀，無法伸直，有的在肩膊和手部，強硬如弓，或向外彎曲，穿衣取物，都發生問題，稍許一動，也會疼痛，這樣症候，說來已極可怕，患者的痛苦，更難以言宣，至於下列症狀，那就更討厭了。

參、濕痺（多發性風濕症）

濕痺，也是綜合各型態的風濕症，包括各項症候，即西醫所謂「多發性風濕症」，這種症候，隨著濕令季節而發作居多，久而關節部份，不能伸屈，而且腫大，西醫叫做「變形性風濕炎」。

初起時，僅有骨節部位，好似摩擦時發生軋軋之聲，這就是肌肉筋腱受到風濕侵蝕，關節強硬所致，漸漸覺得一個關節連接一個關節：發生紅腫現象，在此部位，如有擦破，即會流出黃水，跟着就會發生變形狀態，手指強直，腳趾彎曲，脊柱

姿勢不正，或在膝蓋之處，腫脹如球形，名「鶴膝風」。或因骨節部位擴大，脫出原來骨白位置，在肘骨節、或肩頭骨，完全不能彎曲，名「肩頭風」。這種症候在腰部，名「纏腰風」。皆都是風濕性神經痛的症候，老年人患者亦多，主因是平素營養不良，血氣衰弱，以及早年飽受風濕之故。本症雖不危及生命，但給人的痛苦，是各種疾病中所罕見的。

肆、着痺

（肌肉風濕症）

着痺，是指風濕留着肌肉不移不動的症候，西醫稱作「肌肉風濕症」。這種症候，多數是範圍很小的，留於某一部位，一般人所說的神經痛、腰痛、坐骨神經痛，其中大部份都是「着痺」的症候。

初由感冒起，患者的肌肉，似乎比通常硬些，一經按捺，即發劇痛，動作也不方便，多發生在頸項、手背、肩頭、肋肌、腰肌等部位，如果治療適宜，短期即可告癒，可是滯留越久，便不能在短期內奏效了。痛的程度也有輕重，若干人在某一處肌肉部位，好似中箭一般，發生劇烈疼痛，俗名「鬼箭風」，即指此症。

伍、行痺

（游走性風濕症）

行痺一症，不論是關節發炎，或肌肉風濕痛的部位，沒有固定處所，到處游走流竄，所以中醫稱謂「行痺」。西醫叫做「游走性風濕症」。指其症狀，好似行走一般，譬如：第二日在左手部位，第三四天會移至右手，第五六天又移動右腿，或左足，游走不定，而且會一處未癒，一處又起，像這樣的風濕症，多般是神經性的，患者時有不自由的動作。如雙手拿不

住東西，或拿筆寫不成字等等。

尚有其他關節炎：如淋菌、梅毒，以及結核性等等……當不列此，容後專題討論。

筆者積卅載之經驗，對風濕症的各種病機，在臨床觀察以及變化過程中，曾經詳細研究之累積心得，作成如上的簡介，至於治療，就要請教高明的醫師了。

婦女經、帶、崩、漏之原因

一、月經

婦女之病，多於男子，究其原因，不外經、產、崩、帶是也。岐伯曰：「女子七歲，腎氣盛，齒更髮長，二七而天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事以時下，天謂天真之氣，癸謂壬癸之水，故云天癸也。」然衝脈為血海，任脈主胞胎，二脈暢行，經血漸充，當以三旬，適時而來，以像月盈則虧也。若遇行經，應宜謹慎，否則與產後症相類。若受驚恐，或勞役過度，則有傷血氣，令經脈不行，多所勞瘵諸症，若逆於頭面肢體之間，則重痛不寧，若氣傷肝，則頭暈脇痛嘔血，而瘰癧瘡瘍，若經血內滲，則竅穴淋瀝不已，凡此六淫外襲，而變症百出，能不慎哉。

按血者，水穀之精氣也，調和五臟，洒陳六腑，在男子則化為精，在婦女上為乳汁，下為血海，故雖心主血、肝臟血，亦皆統攝於脾，補脾和胃，血至生矣，凡經行之際，禁用苦寒

辛散之藥，飲食亦然，詩云：「婦人和平，則樂有子。」和者陰陽不乖，平者氣血不爭，經云：「平和之氣，三旬一見。」可不慎乎。然月經屬衝任二脈，上爲乳汁、下爲月水，如其爲患，是因脾虛，而不能生血，或因脾鬱而血不行者，或因胃火而血消燦者，或因脾胃損而少者，或因勞傷心血，而血少者，或因怒傷肝而血少者，或腎水不能養肝而血少者，或因肺氣虛不能行血者等也。治療之法，若脾虛而不行者，調而補之，脾鬱而不行者，解而補之，胃火盛而不行者，清而補之，脾胃損而不行者，溫而補之，肺氣虛而不行者，應補脾胃，腎虛而不行者，當調補腎陰、腎陽，經云：「損其肺者益其氣，損其心者調其榮衛，損其脾者，調其飲食，適其寒溫，損其肝者，緩其中，損其腎者，益其精。」此乃調經之大法也。當宜審慎施治之。

二、崩漏

凡婦女自天癸既通，氣血調和，則經水如期行之，自無崩漏之虞，若勞動過極，以致臟腑虧損，而衝任二脈亦不能約束其經血，使之如期而下，故或積久、或不須積，忽然暴下，如山之崩，如器之漏，故曰崩漏也。究其原，不外下列六大類是也。一類由火熱，二類由虛寒，三類由勞傷，四類由氣陷，五類由血瘀，六類由虛弱之故也。然火熱之由，係因脾胃傷損，下陷於腎，與相火相合，濕熱下迫，血色紫黑，臭如爛肉。中挾白帶，則寒作於中，脈必弦細。中挾赤帶，則由於熱作，脈必洪數。其症兼腰臍下痛，兩脇急縮，心煩悶，心下痞，不眠、欲崩，先發寒熱，平時臨行經，亦發寒熱，此必大補脾胃而

升降氣血，宜補中益氣湯，與涼血地黃湯：生地、歸尾、黃芩、黃連、黃柏、知母、川芎、防風、羌活、荊養、細辛、藁本升麻、蔓京子、紅花、甘草，相合加減，或心氣不足，心火熾烈於營血之中，又脾胃失調，而心火乘之，肌膚色澤如常，此爲心痛，經水淋漓，或暴下不止，治以大補氣血，兼顧脾胃，鎮墜心火，以治其心，補陰瀉陽，而崩至止矣，宜六味加黃連、麥冬、或肝經有熱，血得熱而下行，宜四物加柴胡、山梔、蒼朮，或風熱鬱於肝經，血得風妄行，宜加味逍遙散，或怒動肝火、肝家血熱而沸騰，宜小柴胡湯加山梔、丹皮，或悲傷太過，損傷胞絡，令血下注，宜四君子加柴胡、丹皮、山梔，或血爲熱傷，脈象虛洪，所下皆紫黑色，宜河間生地散：生熟地、白芍、黃芪、枸杞、柴胡、地骨皮、天門冬，或血室有熱，崩下不止，服藥不效，宜金華散：當歸、丹皮、玄胡、威靈仙、瞿麥、乾姜、石羔、桂心、蒲黃，或天暑地熱，陽來乘陰，經血沸溢，宜簡易黃芩湯：黃芩末三錢，用秤錘燒紅淬酒中，名霹靂散酒送下。以上皆火熱所統之病也。

虛寒之由：或心氣不足，又勞役飲食不節，其脈兩弦緊而洪，按之無力，其症臍下如水，求厚衣被以禦寒，白帶白滑之物雖多，間下如屋漏水，下時有鮮血，不多，又尺脈時微洪，屋漏水多，暴下者，是急弦脈爲寒多，而洪脈時，見乃熱少，合而言之，急弦者，北方寒水多也，洪脈時出者，命門包絡之火也。黑物多，赤物少，合成屋漏水之狀，宜丁香艾膠湯：當歸、川芎、白芍、熟地、丁香、艾葉、炒阿膠（註此條脈症與方李東垣），或經候過，其色瘀黑，甚者崩下，呼吸少氣，

臍腹冷極，則汗出如雨，尺脈微小，由衝任虛衰，爲風冷客乘胞中，氣不能固，宜鹿茸丸：鹿茸、附子、當歸、熟地、川斷、赤石脂、禹糧石、艾葉、柏葉，或氣血勞傷，衝任脈虛，如經來非時，忽然暴下，或如豆汁，或成血片；或五色相雜，或赤白相兼，臍腹冷痛，經久未止，令人黃瘦口乾，飲食減少，四肢無力，虛煩驚悸，宜伏龍肝散：川芎、伏龍肝、赤石脂、艾葉、熟地、麥冬、當歸、乾姜、肉桂、甘草，或經血適下，過服寒涼之藥等物，因愈崩漏，肚腹痞悶，飲食不入，發熱煩燥，脈洪大而虛，由脾經氣血而發燥，緩之則不救，宜八珍湯加炮姜，以上皆虛寒所統之病也。

勞傷之由：或因勞役，令脾胃虛弱，氣短氣逆，自汗不止，身熱悶亂，惡見飲食，肢倦便洩，漏下不止，其色鮮明，宜當歸芍藥湯：當歸、芍藥、熟地、生地、黃耆、白朮、蒼朮、柴胡、炙草、陳皮（此條亦東垣），或思慮傷脾，不能攝血，致令妄行，並健忘、怔忡、驚悸不眠，且心脾傷痛，怠惰少食，宜歸脾湯，或憂思鬱結，勞傷心經，不能爲血之主，遂令妄行，宜柏子仁湯：柏子仁、香附、川芎、鹿茸、茯神、當歸、川斷、阿膠、遠志、炙草、生薑。或緣卒然大怒，有傷肝臟，而血暴下，宜養血平肝散：當歸、白芍、香附、柴胡、川芎、生地、醋青皮、甘草，以上皆勞傷所統之病也。

氣陷之由：或經漏不止，血色鮮明，項筋急，腦痛、脊骨強痛，不思飲食，宜柴胡調經湯：柴胡、當歸、葛根、紅花、羌獨活、升麻、薑本、蒼朮、炙草。或露下惡血，月經不調，或暴崩不止，多下血瘀之物，皆由飲食不節，或傷形體，或素

有心氣不足，因飲食勞倦，致令心火乘脾，必怠惰嗜臥，四肢不收，困倦乏力，無氣以動，氣短上氣，逆急上衝，其脈緩而弦急，按之洪大，得之脾土受邪也。脾主滋榮週身也，心主血，血主脈，二者受邪，病皆在脈，脈者血之府也，血者人之神也，心不主令，胞絡代之，故曰，心之脈主屬心系，胞絡命門之脈也，主月事，皆由脾胃虛而心胞乘之，故漏下，血水不調，況脾胃爲血氣陰陽之根蒂，當除濕去熱益氣，氣上伸以勝其濕，又云：火鬱則發之，宜調經升陽除濕湯：黃耆、當歸、蒼朮、羌獨活、防風、薑本、柴胡、升麻、炙草（此條亦本東垣）。或衝氣虛，經脈不調，崩中漏下，宜斷下湯：人參、熟地、酸艾葉、烏賊骨、酒當歸、阿膠、川芎炮姜，以上皆氣陷所統之病也。血瘀之由：或血大至，純下瘀血，成腐、勢不可止，甚則頭目眩暈、四肢厥冷、腹痛，宜艾膠湯，或血崩不止，昏迷不省，宜五靈散：（五靈脂炒熱爲末溫酒送服壹錢）或瘀積血崩，所下皆成五色，宜香附子散：香附子爲末米湯送服。或瘀積久而血崩，臍腹疼痛，宜立效散：香附、當歸、赤等、良姜、五靈脂，共爲末，酒煮童便少許宜服。或室女二七之期，從未有月經，而忽有崩漏者，或卒然暴下，或淋漓不斷，其失血必多，宜加減四物湯，以上皆瘀血所統之病。虛弱之由：或崩中不止，結作血片，如雞肝色、碎爛，宜小薊根湯：小薊葉搗汁生地搗汁各一盞白朮五錢煎水和服。或崩血無度，虛損羸瘦，宜鹿茸散：鹿茸、肉從蓉、熟地、白芍、別甲、白石脂、龍骨、川斷、烏賊骨。或諸血不足，久不受孕，骨蒸羸瘦，而崩中帶下，宜補宮丸：懷山藥、白朮、茯苓、白薇、牡蠣、

白芍、鹿角霜、烏賊骨。或帶下漏不止，及風、寒、冷、熱、勞損衝任，崩中暴下，腰重裏急，淋漓不斷，宜芎藭湯：川芎、吳黃、黃芪、白芍、生地、炙草、當歸、干薑。（如經後有赤白不止者，去生地、吳黃，加人參、杜仲）以上皆虛弱所統之病也。就此六者，而分類之，以究其原，崩漏之病，寧有遺哉，然其治之，亦必有道矣。方氏云：「血屬陰，靜則循經榮內，動則錯經妄行，凡人七情過度，則動五志之火，五志之火亢甚，則經血暴下，久而不止，謂之崩中，如風動木搖，火燃水沸之類，治崩次第，初用止血以塞其流，中用清熱涼血，以澄其源，末用補血以還其舊，若止塞流而不澄源，則滔天之熱不可遏，若止澄源而不復舊，則孤子之陽無以立，故本末不遺，前後不紊，方可言治。」方氏此論，乃治崩之要法，為醫者，洞悉六之由，以塞源、澄源、復舊三法而運用之，則庶幾其得之矣。

三、帶下、淋濁

大凡赤白帶下，皆由七情內傷，下充虛憊，以致濕熱下流，內經云：「任脈為病，男子內結七疝，女子帶下瘕聚。」夫崩中帶下，皆起於風寒所傷，或產後早起，七情之火飛越，男女色慾過度，是皆虛損之所致，風邪乘虛而入胞中，或中於經脈，流於臟腑，以致崩中帶下之患，若傷手少陰心經，其色如赤紅津，若傷手太陰肺經，其色白形如涕，若傷足厥陰肝經，其色青如泥澤，若傷太陰脾經，其色黃如爛瓜，若傷足少陰腎經，其色黑如衄血，此為危矣。以致濕熱結於下焦，帶脈之分，滲流而下，治法以清濕為主，務却厚味，防治濕熱。如血虛者

：以四物湯加減。氣虛者：以四君湯加減。氣血俱虛者：以八珍湯加減。如相火動：以滋陰藥倍加黃柏。如滑者：加龍骨、赤石脂。如滯者：加葵花、白帶加白葵、赤帶用赤葵。如有濕痰者：以二陳湯加蒼朮、香附、滑石、蛤粉之類。如寒者：加干姜。或下元虛損，赤白帶下，腰痛不思飲食，帶下既久，精血俱傷，法當補血為主：以當歸、白芍、熟地、阿膠、續斷，補血補精，地榆，清下焦濕熱，牡蠣上固滑脫。如腎元虛敗，濕痰乘虛下流而為白帶，法當補腎：清熱、燥濕、豁痰，用黃柏清熱而滋陰，陳皮、半夏、南星，豁痰，茯苓、蒼朮，理濕川芎、牛膝，行穢積血，甘草緩中和藥，如婦人有孕而患白帶，乃胎氣壅聚鬱成。濕熱下流，法當清熱疏濕：以蒼朮、白芷，理濕，黃芩、黃連，清熱，黃柏、山藥，補腎，白芍、椿皮，止滑瀉，大凡治帶下、淋濁諸症，不外以上列舉法則耳。

附錄：吳梅坡、薛立齋二先生之論述於后：

女科指掌吳梅坡曰：「婦人下赤白不甚稠者，名曰淫，與男子白濁同，由於龍雷之擾，而不澄清也，屬足少陰太陰，治當清補，若有清白稠粘者，名帶下，屬心包手厥陰，心包系于脊，絡於帶脈，通於任脈，治宜血肉之劑以培之。」此探本窮源之論也。

薛氏立齋曰：「白滑之物，下流，未必全拘於帶脈，亦有濕痰流注下焦，或肝腎陰淫之濕勝，或因驚恐而木乘土位，濁液下流，或思慕為筋痿、戴人以六脈滑大力，用宣導之法，此瀉其實也。丹溪用海石、南星、椿根皮之類，乃治其濕痰也。竊謂前證皆當壯脾胃，升陽氣為主，佐以各經見症之藥，色青

者屬肝，用小柴胡加梔子、防風，濕熱壅滯，小便赤澀，用龍膽瀉肝湯，肝血不足，或燥熱風熱，用六味丸。色赤屬心，用小柴胡加黃連、山梔、當歸，思慮過傷，用妙香散等藥。色白者屬肺，用補中益氣加山梔，色黃者屬脾，用六君子加山梔、柴胡，不應用歸脾湯。色黑者屬腎，用六味丸，氣血俱虛，用八珍湯，陽氣下陷，用補中益氣湯，濕痰下注，前湯加茯苓、半夏、蒼朮、黃柏，氣虛痰飲下注，四七湯送六味丸。」

大凡婦人之淋帶，雖有分別，實則類同，不過帶輕，淋重而已，貴者臨床，細心推敲，焉能不慎哉乎！

摘錄名家醫案

一、頭痛

火升頭痛、耳鳴，心下痞滿，飯後即發，此陽明、少陽二經痰火之鬱，得食氣而滋甚，與陰虛火炎不同，先以清理，繼以補降。

竹茹 茯苓 橘紅 炙草 半夏 石斛

羚羊角 嫩鉤藤

按：案語分析病機，極其精鍊圓到，立方用藥，頗切時宜，惟陽明顧及稍偏，不妨加枳殼、知母，如何。

頭痛偏左，耳重聽，目不明，脈寸大尺小，風火在上，姑爲清解。

羚羊角 生地 甘草 菊花 丹皮 連翹

石決明 薄荷

按：此乃火風上越之症，方如石菖蒲、鉤藤，如何。風熱上甚，頭痛不已，如鳥巢高巔，宜射而去之。

製軍 犀角 川芎 細茶

按：方劑藥味精簡，頗值效法，然製軍，係酒炒大黃也。以上三案，摘錄靜香樓醫案。尤在涇先生著。

高巔之上，惟風可到，到則百會腫痛且熱，良以陰虧之體，陰中陽氣每易隨之上越耳。

生地 歸身 白芍 羚羊角 石決明 煨天麻
甘菊 黑梔 丹皮 刺蒺藜

按：案語清晰，立方平實，陰虛風陽上越，藥用滋熄耳。頭痛，取少陽，陽明主治，是爲正法，即有前後之別，不過分手足而已。

石膏 竹葉 生地 知母 甘菊 丹皮

黑梔 橘紅 赤芍 桑葉 蔓京子 天麻

按：方案平實，恰合病機，頭痛偏於風火，藥用着重清泄以上兩案，摘錄繼自堂藥案。曹仁伯先生著。

二、眩暈

情懷鬱勃，肝膽風陽上升，右目昏蒙，左半頭痛，心體不寐，飢而善食，內風掀旋不熄，痛勢倏忽無定，營液耗損，慮其瘥厥，法以滋營養液，清熄肝陽，務宜暢抱，庶克奏效。

大生地 元精石 阿膠 天冬 羚羊角 石決明 女貞子 滌菊 鉤藤 杭白芍

按：論證切實不浮，立方亦頗妥貼。

再診，服滋陰和陽法，風陽稍熄，第舌心無苔，心體善飢，究屬營陰消燦，胃虛而求助於食也，議滋柔甘緩。

大生地 石決明 麥門冬 阿膠 白芍 西洋

參 火麻仁 女貞子 茯神 橘餅

按：滋柔乃養陰，甘緩能扶正，與復脈，阿膠雞黃，等法意義相仿。

該案，摘錄環溪草堂醫案，王旭高先生著。

肢麻頭暈，此肝病也，便溏食減，脾亦病矣，宜節勞養氣，毋致風動爲佳。

羚羊角 白朮 刺蒺藜 茯苓 炙甘草 明天

麻 白芍 廣皮

按：案語簡要，方義周詳。

眩暈嘔惡，胸滿，小便短而數，口中乾，風動於上，飲積於中，病非一端也。

羚羊角 細生地 鈎藤 天麻 茯苓 廣皮

半夏 竹茹

按：腎水虧於下，肝風動於上，中宮脾陽不運，而飲積於中宮。制方非精於義者，所不能也，精巧之至耳。

再診 前方去生地，加麥冬。

三診 人參 茯苓 麥冬 羚羊角 明天麻 半夏 炙甘草

石斛 廣皮

肝陽化風，逆行脾胃之分，胃液成痰，流走肝膽之絡，右腿麻痺，胸隔痞悶，所由來也，而風火性皆上行，故又有火升、氣逆、鼻衄等證，此得之飢飽勞鬱，積久而成（一）一朝一夕之故

也，治法清肝之火，健脾之氣，亦非旦夕可圖已。

羚羊角 廣皮 天麻 甘草 枳實 半夏 茯苓 白朮

麥冬

按：議論病理分明，立方精鍊老到，乍看無奇，細推周匝，當非飽學之士，經驗豐富，所不爲也。

脾失運而痰生，肝不柔而風動，眩暈食少，所由來也。

白朮 天麻 首烏 廣皮 半夏 羚羊角 茯苓 鈎藤

按：議案精簡如畫，制方平實無瑕。

以上四案，摘錄靜香樓醫案。

久患肝風眩暈，復感秋風成瘧，瘧愈之後，週身筋脈跳躍，甚則發厥，此乃血虛不能涵木，筋脈失養，虛風走絡，痰涎凝聚所致，擬養血熄風，化痰通絡。

製首烏 紫石英 白蒺藜 半夏 陳皮 羚羊角 石決明

煨天麻 茯神 棗仁 西洋參 竹瀝 薑汁

按：論病深中肯綮，方中可增歸、芍。

以上醫案，摘錄環溪草堂醫案。

三、遺精、夢洩

遺精無夢，小勞即發，飢不能食，食多即脹，面白唇熱，小便黃赤，此脾家濕熱，流入腎中爲遺滑，不當徒用補之藥，恐積熱日增，致滋他族。

草薢 砂仁 茯苓 牡蠣 白朮 黃柏 炙草 山藥

生地 豬苓

按：該證如誤服補瀉之藥，則病症愈重，先生急呼，深值驚惕耳。

再診 服藥後，遺滑已止，唇熱不除，脾家尚有餘熱故也。

前方去砂仁、黃柏，加川連、苦參

按：脾胃濕熱雖去，惟餘熱尚存，方減砂仁、黃柏，易川連、苦參之妙，非道中老手所不能也。

遺精傷腎，氣不收攝，入夜臥著，氣冲上膈，腹脹呼吸不通，竟夕危坐足跗浮腫清冷，小便漸少，此本實先撥，枝將敗矣，難治之證也。

都氣丸加牛膝、肉桂

按：識見老到，議論精確，選前人之方，加牛膝、肉桂，實煞費心思。

以上兩案，摘錄靜香樓醫案。

腎者主蟄，封藏之本，精之處也，精之所以能安其處者，全在腎氣充足，封藏之不失其職，虛者，反是，增出脛痠、體倦、口苦、耳鳴、便堅等證，亦勢所必然，然左尺之脈，浮而不靜，固由腎氣下虛，而關部獨弦、獨大、獨數，舌苔黃燥，厥陰肝藏，又有濕熱，助其相火，火動乎中，必搖其精，所謂肝主疏泄也，虛則補之，未始不美，而實則瀉之，亦此證最要之義。

天冬 生地 人參 黃柏 炙草 砂仁 龍膽草 山梔

柴胡

按：持論頗有卓見，敘病確切。方主三才封髓丹，加味頗符。

再診 大便秘行，口中乾苦亦愈，左關之脈大者亦小，惟弦數仍然，尺亦未靜，可以前方增損。

三才封髓丹 加茯神 龍膽草 栝子仁

三診 久積之濕熱，下從大便而泄，然久病之體，脾腎元氣內虧，又不宜再瀉，當以守中法。

異功散 加白芍 荷蒂葉 秫米

四診 大便已和，脈形弦數，數為有火，弦主乎肝，肝經既有伏火，不但順乘陽明，而且容易搖精，精雖四日未動，究須小。

三才封髓丹 加陳皮 白芍

另豬肚丸 苦參 白朮 牡蠣 豬肚

按：水虧木無所養，今左關脈，獨大、獨弦、獨數，症現口苦、便堅，方中除以養陰外，而直折肝之鬱火，重用龍膽草、黑山梔以瀉濕熱之邪從大便解矣。

夢中遺泄，久而無夢亦遺，加以瀉後漏精，近日無精，而水之淋漓而下者，亦如漏精之狀，始而氣虛不能攝精，繼而精虛不能化氣。

三才封髓丹 加蛤粉 芡實 金櫻子

按：論證推理，頗為中肯，選方用藥，恰合病機，若加五味子，較為妥貼。

氣虛不能攝精，精虛不能化氣，所進飲食，徒增痰濕。

六君子湯 加菟絲餅 炮薑炭 韭菜子

按：案語灑脫如畫，方從脾臟着眼，周詳之至也。

以上三案，摘錄繼志堂醫案，曹仁伯先生著。

病由喪子，悲憤抑鬱，肝火偏盛，小水淋漓，漸至遺精，一載有餘，日無虛度今年初正，加以左少腹，舉丸，氣上攻胸，心神狂亂，衄血目青，皆火亢盛莫制也，經云：腎主閉藏，肝司

疏泄，三臟皆有相火，而其系上屬於心，心爲君火，君不制相，相火妄動，雖不交合，精亦暗流而走泄矣，治法當制肝之亢，益腎之虛，宗越人東實西虛，鴻南補北例。

川連 黑梔 延胡 赤苓 沙參 鮮地 知母 川棟子

黃柏 龜板 芡實

另當歸龍薈丸一錢開水送下

按：案語分析，極爲確切，而遺泄亦有專屬肝者，即此等證也，先生步前人之法，制方劑之巧，可引以爲例耳。

再丸方 川連 鹽水炒 苦參 二兩 白朮 米泔浸 牡蠣 三兩

共研末，用雄豬肚一個將藥末納入肚中，以線紮好，以水酒各半煮爛，將酒藥末，共打，如嫌爛，加建連粉拌乾作丸，每朝服三錢。

左尺極細，寸關微而似數，右三部俱絃滑，下有遺精暗疾，肚門癢而出水，上則頭眩耳鳴，舌苔粉白，以脈合證，腎陰下虧，而濕熱相火，下淫上混，清竅爲之蒙閉，法當補腎之陰，以清相火，清金和胃，分利膀胱，以化濕熱。

大生地 蛤粉 龜板 牡蠣 懷山藥 麥冬 革薺 澤瀉

赤苓 丹皮 知母 黃柏 半夏

按：分析病源，深爲中肯，立方用藥，恰合病機。

四、尿血

陰虛之體，心火下鬱於小腸，傳入膀胱之府，尿中帶血，時作時止，左脈沈數，小水不利。

生地 木通 甘草 竹葉 火府丹

另大補陰丸

按：案語簡潔，方以清心火而滋陰，虛實兼顧耳。

經曰：胞移熱於膀胱，則癰溺血，又曰，水液渾濁，皆屬於熱，又曰，小腸有熱者，其人必痔，具此三病於一身，若不以涼血之品，急清其熱，遷延日久，必有生命之憂。

導赤散合火府丹 加燈心草 又丸方 固本丸合大補陰丸

豬脊髓丸 加革薺

按：案語分析病源明確，選方急以清熱，而後養陰。

以上二案，摘錄繼志堂醫案。

煩勞四十餘天，心陽自亢，腎水暗傷，陽隆入陰，故洩數便血，不覺管窒痛痺，實與淋證不同，其中雖不無濕熱，而寢食安然，不必滲泄利濕，宜寧心陽，益腎陰，宜通腎氣以和之。

熟地炭 人參 霍石斛 丹皮 澤瀉 茯苓 遠志

柏子仁 湘蓮肉

按：論病親切，立方妥貼，乃治本之方。

該案摘錄靜香樓醫案。

五、淋濁

營淋血淋同病，未有不因乎虛，亦未有不因乎熱者，熱如化盡，則膏之物，必且下而不痛，始可獨責乎虛。

大補陰丸 加瓜蒌 瞿麥 牛膝 血餘

按：案語明捷，方藥平實。

再診 所下之淋，薄且少矣，而當便之時，尙屬不利，既便之後，反覺隱痛，肢膝不溫，脈小弦，唇紅亦乾，熱未全消，虛已漸着。

瓜蒌瞿麥去附湯 加來 革薺 黑梔 豬脊筋

按：證現唇紅隘乾，係脾胃二陰未復，則熱未消，理當兼顧。

曾患淋證，小便本難，近來變爲癰閉，少腹硬滿，小便腫脹，苔白不渴，脈小而沉，下焦濕熱，被外寒所遏，膀胱氣不行，最爲急證，恐其喘汗。

肉桂五苓散 加木香 烏藥 枳殼

另葱一把、麝香三厘，搗餅貼臍。

按：用藥獨具巧思，惟由淋變癰，想必氣虛，補中益氣等法，亦宜參酌。

以上二案，摘錄繼自堂醫案。

淋濁日久，口常甜膩，此皆腎虛而有熱也。

蒼朮^{四兩}分作四分 一分用米泔水浸透曬乾 一分用鹽水炒、一分用酒炒 一分用破故紙三錢研末拌炒去故紙

黃柏^{四兩}分作四分 一分用鹽水炒、一分生晒、一分酒炒、一分用益智仁末三錢拌炒，去益智仁

蓮鬚 馬料豆 製首烏 茯苓 生甘草

共研細末懷山藥粉煮糊爲丸。

按：腎虛而兼濕熱者，用藥極其困難，觀此方義，實費苦心耳。

腎開竅於二陰，前有淋濁之新患，後有腸紅之舊疾，皆由於陰虛而有濕熱也，寓育陰於利水清熱之中，猪苓湯合加味槐花散主之。

茯苓 猪苓 阿膠 生地 槐米 枳殼 六一散 血餘炭

側伯炭

按：論證明析，用藥慰貼。

再診 便血已止，淋漓未清，今當固本。

芡實 炙草 洋參 麥冬 黃柏 生地 茯苓 沙苑 砂仁 蓮肉 山藥

另八仙長壽丸，服三錢開水送下。

按：方案簡明了當。

以上二案，摘錄環溪草堂醫案。

六、風濕

脈虛而數，兩膝先軟後腫，不能屈伸，此虛熱乘陰氣之虛而下注，久則成鶴膝風矣。

生地 牛膝 茯苓 木瓜 丹皮 苡米 山藥 萸肉

澤瀉 萆薢

按：體質素虛，濕熱乘之，方以六味治陰虛，增入牛膝、木瓜、薏仁、萆薢，而除濕熱，此乃虛實兼顧。

摘錄靜香樓醫案。

膝骨日大，上下漸形細小，是鶴膝風證，乃風寒濕三氣，合而爲痺，病之最重者也，三氣既痺，又挾肺金之痰以痺肘，所謂肺有邪，其氣留於兩肘，肘之痺，偏於左，屬血屬陰，陰血久虧，無怪乎腰脊突出，接腫而來，至於咳嗽、鼻流清涕，小水色黃，肌肉暗削，行步無力，脈形細小，左關獨見弦數，是日久正虛，風寒濕三氣，漸見化熱之象，擬用痺門羚羊角散加減。

羚羊角 歸身 白芍 杏仁 羌活 知母 製僵蚕 桂枝

薏仁 藜丸 茯苓 竹瀝 桑枝

按：推究病理，極其深透。論病情，漸引漸深，膝肘之邪，已能兼治，於脊突一層，似宜斟酌矣。

人年四十，陰氣自半，從古至今如是，惟尊體獨者，蓋以濕熱素多，陽事早痿耳。近又患臂痛之證，此非醫書所載之夜臥臂在被外，招風而痛，乃因久臥竹榻，寒涼之氣，漸入筋骨，較之被外感寒，偶傷經絡者，更進一層，所以陽氣不宜，屈伸不利，痛無虛日，喜熱惡寒，仲景云，一臂不舉爲痺，載中風門中，實非真中，而爲類中之機，豈容忽視，現在治法，首重補陽，兼養陰血，寓之以祛寒，加之化以痰，再通其經絡，而一方中之制度，自有君臣佐使焉。

熟地八兩 當歸四兩 白芍二兩 虎掌乙對 阿膠三兩 半夏四兩
橘紅二兩 枳殼二兩 沉香五錢 黨參四兩 於朮四兩 茯苓八兩
熟附一兩 炙草一兩 風化硝一兩 桂枝一兩 羌活一兩 綿耆二兩
海桐皮一兩 薑黃一兩

共爲末，用竹瀝、薑汁、和蜜水泛丸。

按：論病用藥，極俱精到，非胸羅經綸者，焉能立此方義，可法可師矣。

以上二案，摘錄繼自堂醫案。曹存心仁伯。

七、婦女病 (經、帶、崩、漏)

脾虛生濕，氣爲之滯，血爲之不守，此與血熱經多者不同。

白朮 澤瀉 白芍 廣皮 炙草 茯苓 牛角腮灰
川芎

按：方案簡明確實，用藥切合病機。

腹滿、足腫、泄瀉，此屬胎水，得之脾虛濕。

白朮 茯苓 澤瀉 廣皮 厚朴 川芎 蘇葉 薑皮 黃芩

按：案語簡潔，方亦精當。

胎前喘咳，是脾濕不行，上侵於肺，手足太陰病也，治在去濕下氣。

茯苓 陳皮 白芍 澤瀉 厚朴 當歸 蘇梗 杏仁

按：審證用藥，靈巧切實，方入紫苑，如何。

產後惡露不行，小腹作痛，漸見足腫，面浮咳嗽，此血滯於先，水漬於後宜兼治血水，如大黃、甘遂之例。

紫苑 茯苓 桃仁 牛膝 青皮 杏仁 山查肉 川朴

延胡

按：原方過峻，用其例而易其藥也。

再診 瘀血不下，走而上逆，急宜以法引而下，否則衝逆成厥矣。

歸身 滑石 蒲黃 通草 牛膝 瞿麥 五靈脂 赤芍

三診 膈寬而腹滿，血瘀胞中，宜以緩法下之。

大黃 青皮 炙草 丹皮 桃仁 赤芍 歸身

又丸方

牛膝一兩 赤芍 延胡 蒲黃 五靈脂 桃仁各五錢 歸尾

丹皮各八錢

按：本案迭換四方，由淺入深，層層次序，以符病機相契耳。

以上四案，摘錄靜香樓醫案。

內熱日久，經停兩月，養陰調血通經之劑，得熱減經行，可

謂效矣，然猶未也，脈數不和，舌仍光赤，乃陰津未充，虛陽未斂也，仍宜小心安養爲善。

生地 當歸 白芍 丹皮 阿膠 香附 黨參 茯苓

陳皮 地骨皮

按：立論不浮，方亦妥貼。

再診 脈數已和，舌色光紅已退，但有時尚覺微熱，仍以前法增損。

前方去丹皮 阿膠 加麥冬 狗脊

經事不來，足腫腹滿，臍下偏左有塊，上攻作痛，此瘀凝氣滯，病屬血分，慮延成癥。

三稜^醋 莪朮 香附 當歸 神糲 查肉 延胡 砂仁

另大黃廬蟲丸，每服五粒，日三次。

按：藥證相符，以制先機。

再診 經停腹滿，形瘦色黃，氣血瘀凝，防其成癥。

香附 延胡 枳殼 茯苓 蘇梗 川樸 大腹皮 冬瓜皮

另大黃廬蟲丸。

憂愁抑鬱，耗損心脾之營，而肝木僭逆，胸中氣塞，內熱夜甚，經事兩月不來，脈沉而數，熱伏營血之中，擬用柴胡四物湯，和營血以舒木鬱。

黨參 白朮 生地 當歸 白芍 香附 青蒿 白薇

生熟穀芽

按：病性需細心調治，否則，易入損途。

病起當年產後，雖經調理而痊，究竟營虛未復，是以至今未有，而經事乖而且多，亦營虛而氣不固攝之故，自上年九秋，又

感寒邪，入於肺爲咳嗽，痰中帶血，此謂上實下虛，血隨氣逆，蔓延旬日，加以內熱，漸成勞損，姑仿仲景法，扶正化邪，以爲下虛上實之法。

生地 黨參 炙草 當歸 豆卷 前胡 茯苓 懷山

麥冬 阿膠 杏仁 桂枝 枇杷葉 川貝

按：案理分明，獨具卓見。步古人之法，非胸羅經訓，當所不能，隨證施法，焉能望其項背。

再診 進薯蓣丸法，補氣血，生津液，徹風邪，咳嗽已減，所謂上實下虛，病情不謬，據云，當年產後，腹中常痛，至今未癒，顯見營分有寒，已非一日，但內熱淹纏，心悸頭暈，久虛不復，終爲勞損，茲從八珍加減，複八通補奇經，王道無近功，耐心安養爲是。

十全去耆芍 加阿膠 艾絨 炮薑 紫石英 陳皮 麥冬

款冬花 川貝 神糲 大棗

三診 溫補奇經，病情俱減，今仍前制。

十全去耆、芍、草 加阿膠 香附 炮薑 陳皮 吳茱萸

年將五十，經事頻來且多，是衝脈不司收攝故也，防其崩決，補之攝之。

黨參 白朮 黃耆 當歸 棗仁 陳皮 茯神 阿膠

荷葉蒂 藕

按：方以歸脾湯加減，補則有之，攝則未也，擬加牡蠣、熟地炭、茜草炭，以佐之。

痛而經來，肝木橫也，經事參前，血分熱也，色黑有瘀，和而化之，可也。

川棟子 延胡 丹皮 當歸 白芍 澤蘭 香附醋 木香
茯苓 查炭 砂仁

按：案語爽朗，立方平善。

再診 經來色黑而痛，當與化瘀。

生地 桃仁炒 紅花 澤蘭 黑梔 香附醋 當歸 川芎
醋炙大黃

養血以調經，理氣以止痛，補肝之虛，以平眩暈，助脾之運，以除惡心。

熟地 六分 一分砂仁炒鬆、一分薑汁炒焦、一分陳酒煮爛

當歸 三分 一分吳萸一錢煎汁炒、一分茴香一錢煎汁炒、一分酒炒

白芍 二分 一分肉桂一錢煎汁炒、一分炙甘草三錢煎汁炒

香附 四分 一分黑梔三錢煎汁炒、一分鹽水炒、一分醋炒、一分酒炒

川芎 酒炒 沙苑 鹽水炒 茯苓 三兩 陳皮 鹽水炒
一兩 三兩 一兩五錢

黨參 炒三兩 丹參 酒浸晒乾、再浸晒
如此七次焙研三兩

按：持論中肯，立方製法精巧，養血理氣，兩擅其長也。

寒氣客於下焦，瘀凝停於少腹，阻塞胞門，膀胱陽氣失化，以致癰閉，產後八日，而小便不通，脈細肢寒，腹中覺冷，恐其氣逆，上攻發厥，法以溫通下焦，化瘀利水，冀其應手為妙。

當歸 八錢 川芎 四錢 查炭 五錢 桃仁 三錢 車前 五錢 炮薑 五錢

益母草湯同陳酒各一碗代水煎藥。

另肉桂 五錢 血珀 五錢 分共研末藥汁服。

按：案語清析，辨證明確，用藥周匝，與膚浮者不同。再診 小水癰閉已通，瘀凝未下，少腹仍然板滿，再以溫通洩濁。

肉桂 延胡 紅花 桃仁 丹參 兩頭尖 歸尾 查炭
炮薑 冬葵子 車前子 牛膝

按：用藥絲絲入扣，非此道中老手所不為也。

前年小產，惡露數日即止，因而腹痛結塊，心神妄亂，言語如顛，此所謂血風病也，胞絡下連血海，上系心胞，血凝動火，火熾生風，故見諸症，診脈弦搏，肝陽上亢之象，防加吐血，治法當以化瘀為先，稍佐清火可也。

丹參 延胡 五靈脂 川連 川貝 赤苓 蒲黃 黑梔

充蔚子 香附

另回生丹一粒

按：論證鑿確，非熟讀經綸者所不能也。

產後瘀凝未淨，新血不生，身熱日久，少腹疼痛，小溲淋漓，帶下血筋，此肝經鬱熱，兼挾凝瘀為患，殊非小恙，姑擬洩肝和營，化瘀為法。

鮮生地 薑汁拌 生薑渣 鮮生地汁炒 黑梔 延胡
炒焦一兩 黃三錢

金鈴子 丹參 龍膽草 赤苓 歸鬚 猩絳 甘草梢

青蔥管

按：論證用藥，恰合病機，惟少腹疼痛，化瘀一層，尚須着意，擬加紅花、烏藥等味。

經事來多去少，似崩非崩，是血虛有熱也，所謂天暑地熱，則經血沸溢，用白薇湯加膠主之。

女貞子 白薇 阿膠 米粉 黃岑 醋炒 歸身炭
 沙苑 鹽水 黃柏 白芍 旱蓮草 蓮心
 按：藥證相符

經停少腹痛，小溲淋漓有血，縷此肝火，與凝瘀交阻，當導而通之。

龍膽草 小蘗炭 桃仁 大黃 酒炒 山梔 冬葵子 車前子
 延胡 海金砂 丹皮
 按：方義切實。

經行後，奔走路急，冷粥療飢，少腹疼痛連腰脇，兼及前陰，此肝腎受傷，又被寒侵而熱鬱也，經云，遠行則陽氣內伐，熱金於腎，冷粥入胃，則熱鬱不得伸，故痛也。遵寒熱錯雜例，兼腹痛治法。

川連 酒炒 炮薑 桂枝 白芍 吳萸 三分 煎汁炒 全當歸 木通
 香附 查炭 黑梔 旋覆花 猩絳

按：推究病源，親切不膚，立方用藥，切實中肯。

乳房屬胃，乳汁血之所化，無孩子而乳房膨脹，亦下乳汁，非血之有餘，乃不循其道，以下歸衝脈，而為月水，反隨肝氣，上入乳房，變為乳汁，事出反常，非細故矣。夫血，猶水也，氣，猶風也，血隨之氣行，如水為風激，而作波瀾也。然則順其氣，清其火，熄其風，而使之下行，如風迴波轉可也，正何必參堵截之法，濫其源而止其流哉，噫！可為知者道，難與俗人言也。

元精石 赤石脂 紫石英 寒水石 牡蠣 大生地
 杭白芍 西歸身 茯神 烏藥 麥芽 郁李仁

按：案語精心結撰，議論意境如畫，叙乳汁變化之道，絲絲入扣，非熟讀經綸者不能道也。方去郁李仁，加丹參、牛膝如何。

以上十四案，摘錄環溪草堂醫案。

痛經數年，不得孕育，經水三日前必腹痛，腹中有凝滯，狀似癥瘕伏梁之類，納減遲遲，形瘦神羸，調經諸法，醫者豈曰無之，數載之中，服藥無間，何以漠然不應，詢之閨閣之時，無是病，既嫁之後，有是疾，痛之來源，良有以也，是證考古却無，曾見於濟陰綱目中，姑勿道其名目，宗其意而立方，不必於平時服，俟其痛而進之，經至即止下期再服。

荊三稜 一錢 莪朮 一錢 延胡 一錢 香附 一錢 製軍 一錢
 西歸身 五分 丹皮 一錢 川芎 四分 桃仁 二錢 枳實 七分

按：案語顯釋中肯，製方確切病機，所謂「名目」二字，遵原著人之意恕不解說，關鍵在「閨閣之時無是病，既嫁之後，有是疾。」先生之靈思，實所敬仰也。

再診 前方於第二期，經前三劑，經來紫黑，下有似胎非胎一塊，彌月不腹痛，而經至矣，蓋是證亦係凝結於胞中者，今既下矣，復何慮乎。

白芍 一錢 石斛 三錢 川芎 五分 醋炒柴胡 三錢 橘白 一錢
 半 錢

白朮 一錢 歸身 一錢 丹皮 一錢 穀芽 一兩
 五分 五分 五分

按：病却扶正，理所然也。

經停三月，驟然崩衝，閱五月而又若漏卮，詢係暴崩屬虛，虛

陽無附，額汗頭震，聞聲驚惕，多語神煩，脈微虛軟，勢將二氣脫離，其危至速，擬回攝陰法，急安其氣血。

附子 五錢 鹿角霜 一錢 枳子炭 一錢 熟地 七錢 五味子 七粒

白芍 一錢 人參 一錢 龜板 一兩 天冬 一錢 懷山藥 三錢

按：論頗明透，方亦中肯，證情既急，當須重劑，惟藥味分量過於輕耳。

再診 脫象既除，經漏較稀，脈由濡細，神思尚怯，氣血乍得依附，再宗暴崩屬之例，擬溫補法。

人參 一錢 熟地 一兩 枸杞 一錢 鹿角膠 一錢 杜中 三錢

巴戟 一錢 白芍 一錢 歸身 一錢 阿膠 一錢 天冬 一錢

上臘嚴寒生產，受寒必甚，當時瘀露未暢，臍下陣痛，迄五月未止，閱所服藥，皆宗產後宜溫之例，固屬近是，惜未考經穴經隧耳，譬諸鎖則買矣，何以不付以匙，買者不知，賣者當知，病者不知，醫者當知，致使遠途跋涉，幸遇善與人配匙者。

肉桂 二錢 細辛 五分 同研末，飯丸，勻五服，每晨一服。

按：議論非但精闢，而且語重心長，方藥頗奇特，不識一衷途，所謂用藥如用兵，出奇致勝耳。

以上三案，摘錄愛廬醫案。張仲華先生著。



覽展業作療醫針會大視巡長院孫政資陳

行政院
孫院長

於「中華民國第一屆國際針灸研討會」

開幕典禮
致詞全文

各位貴賓、各位學者專家：

中華民國第一屆國際針灸研討會，今天在台北市舉行。全世界愛好針灸醫療及中醫中藥之專家學者，相聚一堂，共同研究針灸及中醫藥的醫療，彼此交換心得，為世界人類的健康幸福而努力，運籌在此敬表欽佩，對遠道而來的各位貴賓並申誠摯的歡迎之忱。

中國傳統醫藥及針灸創始於黃帝時代，至今已達五千餘年，在中華民族醫療保健的使命感中擔任一個重要的角色。針灸醫療，由漢唐以迄明清，不但應用於神經痛、關節炎，而且擴及於內、外、婦、兒、眼各科的診治範圍。近二十年來，因交通電訊發達，醫藥學術交流，針灸及中醫藥更傳入世界各國，並經各國專家深入研究，已在臨床上確認其醫藥效能。足見中國醫藥有其深厚的基礎，和實用的價值，值得大家繼續研究改進，以提高治療的功效。

中華民國的醫療工作，雖有中醫、西醫之分，但維護國民健康的目的則一，都屬我國憲法所定的衛生保健事業，不論中醫或西醫，我們都要以科學的方法來研究發展。目前我國有二千五百名中醫師，為提高中醫素質，達成中醫科學化的目標，我們設有國立中國醫藥研究所，從事中醫藥研究工作，另有私立中國醫藥學院一所，培育現代化的中醫藥專門人才，每年有中醫學系畢業生一百二十名。政府並與該學院合作進行中醫藥科學研究，諸如：中藥材栽培試驗，已有十一種獲得成功；

成立肝炎治療門診中心，以現代化檢驗技術診斷肝炎後，再用中藥及針灸治療；對於多氣聯苯病患的治療也有初步效果；合辦中醫師現代醫學進修班辦理繼續教育，已訓練中醫師五百名。此外，計畫於公立醫院成立中醫門診部，對於內、外、婦、兒、眼等科病患，採用針灸與中醫藥進行臨床治療，評估其療效。

行政院衛生署為宏揚中國固有醫學，鼓勵民間持有驗方者，申請審查，作臨床療效判定，以期公諸社會，推廣使用，已選出三十二方進行毒理化驗中。

衛生署又於今年一月邀請海內外二百餘位專家學者，以現代科學方法，將中國傳統醫學及藥學，由明末清初迄今三百年未予整理的典籍，去蕪存菁，訂正補遺，着手編輯「中醫師典」及「中藥典」，以供全世界中醫藥教育及愛好中醫藥人士研究的參考。

我們為了維護國民健康，對於中醫、西醫同樣重視，也同樣的鼓勵採用科學方法研究發展，並有相當成果。諸位學者專家愛好針灸醫療、熱心中國醫藥的研究，希望提供寶貴意見，深信由於各位以高度的智慧，集思廣益，朝既定的方向，繼續鑽研，必能發揚中醫藥、針灸學術，為醫藥界促進治療的功能，給全人類增加健康的保證。

敬祝

各位身體健康，大會圓滿成功！

THE FIRST INTERNATIONAL SYMPOSIUM
ON ACUPUNCTURE AND MOXIBUSTION
REPUBLIC OF CHINA.

WELCOME ADDRESS BY PREMIER Y. S. SUN

Ladies and gentlemen:

The Republic of China is holding its first Symposium on Acupuncture and Moxibustion here today. I have the pleasure to join with you and welcome scholars and specialists on acupuncture, moxibustion and Chinese medicine from all over the world. In meeting here to study acupuncture and Chinese medicine, you are making contributions to the health and well-being of people everywhere.

Chinese acupuncture and traditional medicine originated in the time of the Yellow Emperor and have a history of some 5,000 years. Their contributions to the health of the Chinese people are extensive.

Acupuncture therapy has been widely applied in neurodynia, arthritis, internal medicine, surgery, gynecology, pediatrics and ophthalmology. During the last 20 years, acupuncture and Chinese medicine have spread to a large number of countries as a result of increased travel and communications.

Foreign scholars and specialists have studied and researched Chinese medicine at home and abroad. They have given wide recognition to its clinical efficacy. Further study has followed with awareness that Chinese medicine has depth and greatness.

Medicine of the Republic of China is divided into two categories: Chinese and Western. The purpose of both is the same: the maintenance of the health of the people. Both are approved under the law; both are subjects of research and scientific development.

As of today, our country has 2,500 doctors of Chinese medicine. To augment the quality of Chinese medicine and contribute to its scientific approach, we established the National Chinese Medicine Institute. We also have the Chinese Medical College graduating 120 specialists annually.

The government is adding several Chinese medical studies to the college curriculum, including the cultivation and experimental use of Chinese herbal drugs; a hepatitis clinic utilizing experimental methods to treat the disease with Chinese medicine and acupuncture; and a modern Chinese medicine class for the continuing education of 500 doctors of Chinese medicine.

Chinese medical clinics are planned at public hospitals to treat patients in internal medicine, surgery, gynecology, pediatrics and ophthalmology with acupuncture and Chinese medicine. Results will be scientifically evaluated.

To promote and disseminate Chinese traditional medicine, the Department of Health encourages those who develop formulas to submit them for review as to clinical efficacy. If the formula is effective, it will be publicly announced and put to wide use. The government has chosen 32 formulas for experimental use.

As of last January, the Department of Health invited some 200 scholars and specialists from at home and abroad to begin the editing of two books: "Encyclopedia of Chinese Doctors of Medicine" and "Chinese Medical Pharmacopoeia." These will serve as reference tools for Chinese medical educators and for those who are interested in Chinese medical study and research. The contents of these two books will be drawn from collections and revisions of Chinese medical books published during the last 300 years, or from the start of the Ch'ing Dynasty down to the present.

To serve the health of the people, Republic of China puts equal stress on Chinese medicine and Western medicine. The government encourages both fields of medicine to pursue the scientific approach in research and development. Achievements are of considerable significance.

I sincerely hope that we can work together for the advancement of Chinese medicine and acupuncture and assure the improved health of humankind.

中華民國第一屆國際針灸研討會名譽會長陳立夫致詞全文

孫院長、許會長、各位貴賓、各位會員：

國際針灸研討會，首次在中華民國台北市舉行，國內外中、西醫學專家踴躍參加，本人敬致由衷的歡迎之意。尤其對遠道從世界各地前來參加的各位專家，表示誠摯的謝意。

針灸為中國醫學的一環，是一門具有悠久歷史的科學。中國最古的醫書「黃帝內經」中之「靈樞」篇，又名「鍼經」、對經絡、穴道及鍼技做了系統的論敘，可以視為中醫解剖、生理學的濫觴。從現代的醫學觀點來看或謂這些古典的醫學不夠科學，殊不知科學有其時代和歷史的背景。凡是有系統、有組織的學問都是科學的原則雖然不變，但隨時代之變遷、科技之進展，醫學新知，日新月異，醫療技術不斷創新，鍼灸科學亦和其他科學一樣，必須在理論上及技術上有所蛻變、有所突破，不可故步自封。易言之，我們必須從經驗醫學走向實驗醫學的途徑，我們必須應用現代科技使針灸科學更科學化，捨此無他。

在此大前提下，中華民國積極促進並推動針灸科學化的工作已有十年的歷史。開始由國家科學委員會及衛生署共同或分別支持我國各醫學院校、教學醫院，和研究機構，以我國傳統針灸為基礎，佐以現代醫學生物科學的技術及學理，觀察針灸對治療疾病、鎮痛與麻醉之臨床實效，並探討其

生理、生化等反應，進而找出其作用原理，以此等研究成果於民國六十四年五月在台北召開第一次中華民國針灸研討會，由國家科學委員會主辦，為我國針灸科學化奠基。民國六十八年四月又由衛生署和中國醫藥學院聯合主辦第二屆中華民國針灸研討會，是屆大會有中、西醫及中、外科學家兩百餘人參加，發表論文四十餘篇，其中並有三位貴賓由美國、瑞典和日本來華，在大會做特別演講，那次小型的國際性會議，經過兩天的熱烈討論，圓滿閉幕，在中華民國的醫學史上留下重要的一頁。以上兩次研討會有不少在我國具有領導地位的西醫和科學家參與，此點顯示過去西醫與中醫分道揚鑣的情形已不復存在，為復興中醫藥聲中一可喜的現象，也為中醫現代化，和中西醫一元化奠定了良好的模式。

今天，我們在這裡舉行中華民國第一屆國際針灸研討會，意義更不同凡響，我們希望藉着本次大會結合舉世的力量，不分國內、外，不論中、西醫愛其所同，敬其所異，團結一致共同努力把已經被肯定的中醫、藥、針灸科學更發揚光大，以造福人羣。深信，本次大會收穫更豐、成就更大，將為針灸科學之發展樹立一新的里程碑。其豐碩的成果將為人類健康帶來更大保障，解除更多的病痛。

最後，敬祝各位會員、各位貴賓健康愉快，並祈大會成功！

THE FIRST INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON ACUPUNCTURE AND MOXIBUSTION

KEYNOTE ADDRESS BY HONORARY PRESIDENT Dr. L. F. CHEN

Distinguished guests, the Honorable Premier Sun, the Members of the Symposium, Ladies and Gentlemen:

Having had the honor of addressing the First International Symposium on Acupuncture and Moxibustion of the Republic of China, I want to express my hearty welcome to all of you here, particularly to those delegates from abroad who have travelled a long distance to join us. We would like to express our sincerest gratitude for your participation in this important event.

As you know, acupuncture and moxibustion, the ancient art of healing, have been an important part of traditional Chinese medicine enjoying a long history of achievements in contributing to human health. In the classic Chinese medical text "Huang-Ti-Nei-Ching," rather detailed and systematic description of meridians, acupoints and techniques in acupuncture were made in "Lien-Su," a chapter of NeiChing, known as "The Textbook of Needle." It can be considered as the origin of anatomy and physiology of Chinese medicine. From the point of view of modern medicine, what was said in Lien-Su may not quite meet the standards of science today. However, we must realize that all sciences have their cultural and historical background. As time passes by, great progress has been made in scientific technology and modern concepts in medical sciences have made revolutionary changes in medicine. Acupuncture is not different from other sciences-innovations must be made to meet the new era. We must convert the classic medical science, which has been built upon experiences, into experimental medicine and to make the acupuncture more scientific by using modern medical instruments and technology.

Ever since 1972, our Government has launched a program to promote research in acupuncture and moxibustion. It was mainly through the joint effort of the National Science Council and Department of Health that funds were made available to major medical institutions in Taiwan for research in the theoretical and clinical application of acupuncture. Moreover, the emphasis has been placed on the application of modern medical knowledge to traditional acupuncture in order to clarify the mechanism of acupuncture analgesia and to determine the effectiveness of acupuncture in the treatment of diseases from physiological and biochemical points of view. The efforts of such studies have resulted in two symposia at the national level during the past 8 years. The first held in 1975 was sponsored by the National Science Council and the second in 1979 sponsored jointly by the Department of Health and Chinese Medical College. Over 200 scientists and physicians, including one each from The United States, Sweden and Japan, have participated. More than 40 papers were presented at each symposium. This is truly the result of traditional Chinese medicine joining hands with Western medicine in opening up a new vista in the history of medicine in China and the medical world.

Today, we are here to celebrate the most meaningful gathering at the Republic of China's First International Symposium on Acupuncture and Moxibustion. We sincerely hope that through the aggregated efforts of scientists from all over the world. That Chinese medicine will be further developed for the benefit of mankind. I firmly believe that the achievements of this symposium will set a new milestone for the development of acupuncture sciences and will bring more assurance for the health and happiness of human beings.

Finally, I wish great success for this congress and good health for all participants and a pleasant stay while you are in this country. Thank you.

院長、陳資政、各位貴賓、各位專家學者：

行政院衛生署舉辦中華民國第一屆國際針灸研討會，今天由世界各地遠道而來之針灸專家，及國內研究中醫藥之學者，共聚一堂，研究中華傳統文化針灸醫術，使其應用於臨床，能公認其療效，使全世界人類之健康，更獲保障。子秋謹以大會會長之身分向各位致衷心之歡迎。

中華傳統醫學之範圍甚廣，在診斷方面，有脈學、有四診心法。在治療方面，有方劑、有湯液、有丸散、膏、丹，在醫技方面，有針灸、有推拿，今天我們研討的針灸，是屬於中華傳統醫學中之醫技，自黃帝、歧伯、俞跗、扁鵲，相繼研究發明，迄今已有五千餘年，對我民族之保健，有很大的貢獻。二十世紀，因電訊交通之發達，世界各國愛好中醫藥、針灸之學者專家，紛至我國研究，今天我國舉辦針灸研討會之目的，是先以中華傳統醫學中之醫技針灸提出研究，希望國際醫學人士，將針灸之新知，相互溝通，共同為人類健康而努力。

子秋謹向各位貴賓學者專家，提出二點意見：

一、我們願意提供針灸手術，作臨床現況說明，使所針之穴位，如何得氣。如何補瀉？如何通經走氣。並融會國內外針灸專家研究之觀點，集思廣益，發展新的醫術，以達療效之目的。

二、統一針灸學術思想，能使國際針灸學術，相互溝通，使東西醫學文化相互交流，能使我國五千年歷史傳統之中華醫學，針灸古法今用，繼往開來，提升為醫療中之尖端科技，今天的研討會，是好的開始，將必有好的收穫，希望各位學者專家，盡量提供問題，共同研究討論，能獲圓滿結果，希望中華針灸國際化，前途大放異彩，預祝大會成功謝謝各位，祝各位健康愉快！

OPENING REMARKS BY DR. T. C. HSU.

DIRECTOR-GENERAL DEPARTMENT OF HEALTH EXECUTIVE YUAN

R. O. C. AND PRESIDENT OF THE SYMPOSIUM.

Your Excellency, Premier Sun, Senior Advisor to the President Dr. Chen, distinguished specialists and guests, ladies and gentlemen:

The Department of Health is pleased to hold the First International Symposium on Acupuncture and Moxibustion here in the Republic of China. Today many specialists in the field of Acupuncture and Moxibustion from all parts of the world meeting with their local counterparts in the exchange of ideas and experience which will no doubt bring forth new concepts and methods in clinical applications and will raise the level of therapeutic effectiveness and advancement. I, as President of this Congress, wish to extend to everyone of you my heartfelt welcome.

The traditional Chinese medicine has exerted its influence on occidental medicine for many years. In diagnostics—the doctrine of pulse reading, and the principle of the four diagnostic methods (四診心法)。In therapy, in the forms of usage; herbs in solution, pulvis, ointment, acupuncture and acupressure(推拿). Although acupuncture has been in use in China for about five thousand years since the time of the Yellow Emperor, Huang Ti, Chi Po, (岐伯), Yu Fu, (俞跗). Pien Ch'iao (扁鵲) and many other outstanding figures, only until somewhat recently the occidental medical profession began to show more serious interest in this field. I believe, as the result of this Symposium; the delivery of research papers and the exchange of ideas, you will have contributed greatly to the advancement in the field of Acupuncture and Moxibustion and thus the health and well-being of mankind will be better served.

In this meeting there will be a demonstration of the use of classical Chinese acupuncture technique to effect Teh-Chi (得氣); how to bring about sedation or tonification; and how to impel the Chi going through from one meridian to the others (通經走氣), which will be of interest to you.

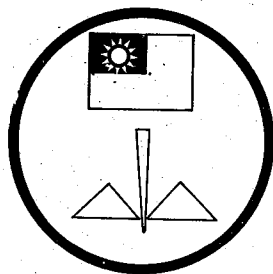
It is also my expectation that the result of the Symposium will bring about a better understanding and cooperation between our two groups, the Occident and Oriental professionals who are attending and that Acupuncture and Moxibustion will become a more scientific and effective tool for the treatment of disease and ill health the world over. As a result of your discussion and deliberation you will gain a sense of satisfaction and accomplishment. Finally, I wish you great success and good health.

紅豆相思

盧 扁

半夏逢佛誕
神曲嚮塵寰
檀香繞廟宇
鳳仙滿盆栽
蓮子池塘種
黃柏蔭庭階
玉竹遍山野
紅花處處開
生地相逢日
佛手指迷津
淮山分勞燕
續斷轉瞬間
京芥傳消息
當歸人未還
靈犀通一點
紅豆最相思
防風簾遮月

燈心照影單
芙蓉鏡裏瘦
沒藥解愁懷
連召樓台會
決明事莫耽
靈芝已屬意
黃岑喜且歡
貝母好高興
麻姑心也安
陳皮新郎伴
杭菊伴新娘
澤舍行嘉禮
八珍酒席排
六味樣樣好
生花湯更甘
桂心愛河浴
首鳥到白頭



爲萬世開太平

爲往聖繼絕學

中華民國 第一屆國際針灸研討會

主辦單位：行政院衛生署
中國醫藥學院

THE FIRST
INTERNATIONAL SYMPOSIUM
ON
ACUPUNCTURE AND MOXIBUSTION

Sponsored By
DEPARTMENT OF HEALTH
EXECUTIVE YUAN
REPUBLIC OF CHINA

And
CHINA MEDICAL COLLEGE

NOV. 19-21. 1982
TAIPEI, TAIWAN,
R. O. C.

行政院衛生署中醫藥委員會第三十八次會議紀錄

時間：中華民國七十一年二月十七日上午九時○分正。

地點：本署第二會議室。

出席：魏開瑜 張次郎 周智夫 陳欽銘 曹成章 郭令賜

陳筱春 陳太義 陳恭炎 邵錦文 陳金清富 辛超群

林庚申

列席：葉朝邦 張兆庚 覃砥柱

主席：張主任委員齊賢

執行秘書：覃砥柱

紀錄：劉重民

一、主席報告：

張處長、葉主任、各位委員：今天是本會第三十八次委員會議，也是七十一年第一次會議，追溯以往，研討將來，本會自成立至今已有十餘年，而真正地推動中醫藥工作是自去年開始，過去的中醫藥委員會是有名無實，但是現在已依據上級的指示，一步步展開中醫藥研究、策劃、發展工作。

今天我們所要討論的是如何研擬中醫藥發展方案，這是中醫藥界劃時代的創舉，凡我中醫藥人士均應好好的珍惜此機會，放棄門戶之見，本位主義，共同為中醫藥發展貢獻一份心力，現在開始討論真正關於我們中醫藥發展的問題。

二、署長致詞：

主席、各位委員，非常抱歉，因為剛才參加另一個重要的會議，所以比較晚到。

各位都知道下年度中央政府經費短絀，各方面的預算均祇有減少而無增加，今年度全國衛生經費僅占全國總預算的千分之一，而明年度將再減少以千分之一不到的經費來辦衛生工作，實在很吃力，但這並不是說政府不重視衛生工作，再反過來看，明年度本署各單位的預算普遍大幅度的減少，但是對中醫藥委員會的預算却完全通過，沒有削減一毛錢，由此可知如果有好的方案計畫能提出，相信經費方面不會有多大的困難，這表示行政院、立法院也都很重視中醫藥發展的工作。

過去衛生署對中醫藥發展的工作編列了不少預算，也做了不少的事，因為缺乏整體性計畫，以致中醫藥發展工作無法有顯著的成效，因此本人即指示張主任委員應找出一可行性的方法，將其工作歸納於有系統的方案內，送請行政院核定後即可付諸執行，使我們在宣揚中華文化，發展中醫藥方面能夠達到科學化、現代化，俾對歷史有所交代。

最近本署為了「思廣益，並奉行政院核准成立了國民

衛生諮詢委員會，其目的也是學中醫藥委員會的先例，對食品衛生、環境衛生、肝炎防治……等工作能作一統合性的整合，因為衛生行政工作並不是單靠醫師來完成的，而是整體性的工作，當然專業人才也是非常重要的一環，而本人在此委員會中所以未將中醫代表列入，其目的並不是排斥中醫無法擔任國民衛生諮詢的工作，而是認為中醫中藥的發展工作由中醫藥委員會來承擔，更有實質意義，況且在該委員會中安排一兩個中醫代表，如遇到事情也無法起什麼作用，相反的中醫藥發展工作甚至還會受到阻礙。

目前中醫藥科學化發展，仍然在口號階段，所以希望各位委員能夠研究出對中醫藥整體性的發展方案多費點心力，使其能進入實行階段，謝謝各位。

三、討論事項：

如何擬定「中醫藥發展方案」請討論案。

決議：由委員會根據現有資料並依照各委員意見擬定草案，

陳請署長核定後報院實施。

四、散會。

歡迎投稿

園地公開



陳資政院長巡視大會針灸醫藥作業展覽

行政院衛生署中醫藥委員會第三十九次會議紀錄

時間：中華民國七十一年四月三十日上午九時三十分

地點：本署第二會議室

出席人員：

吳惠平、陳太義、陳筱春、陳金清富、郭令賜、鄧錦文、周智夫、張次郎、陳欽銘、辛超群、林庚申、魏開瑜。

列席：林明道、葉朝邦、覃砥柱

主席：張主任委員齊賢

紀錄：劉重民

執行秘書：覃砥柱

一、主席報告：（略）

二、工作報告：（略）

三、討論事項：

（一）中醫師典編輯綱要草案經本署多次召開分組會議，分別研討，現已完成初稿，特再提請本次委員會詳加研議案。

提案人：本會

決議：照編輯綱要草案修正通過。（如附件）

（二）本會主任委員、委員等之研究費、車馬費，請比照本署其他單位外聘委員之待遇標準支給，以期公允案。

提案人：本會

決議：照案通過。簽報署長請酌予調整，以利會務。

（三）本會似應增聘副主任委員一人襄助處理會務案。

提案人：鄧錦文、吳惠平、周智夫、張次郎、陳筱春等委員。

決議：保留（與本署組織法第十七條抵觸）。

（四）發展中醫藥空中電視教育案。

提案人：鄧錦文、林庚申、陳太義、吳惠平、陳筱春、周智夫等委員。

說明：教育為培植人才之搖籃，尤以現代空中教育，廣及社會各階層，無遠弗屆，在政府釐訂發展中醫藥政策，促進中醫藥現代化，當以發展中醫藥空中電視教育為當前之急務，既可節省建校經費，又可達到教育目的，茲分二方面進行：

1 執業中醫師進修教育，由衛生署舉辦。

2 中醫藥空中電視大專教育，由衛生署、教育部、中國醫藥學院或其他院校，共同籌辦，入學資格以高中、高職畢業或具有同等學力，畢業後由教育部、衛生署認可其學歷。

辦法：1 現代中醫師進修班，以現行開業之中醫師為進修主要對象，於空中電視定時授課，以臨床診斷、

生理、病理、生化檢驗、X光、細菌微生物等課程為主，使執業中醫師均能獲得新知，成為現代化之中醫師。

2. 為節省政府籌辦中醫大學之經費，由衛生署、教育部、中國醫藥學院或其他大專院校，先行籌設中醫藥空中電視大學分中醫學系、中藥學系授課。所有課程以現行中國醫藥學院所授之課程為依據，修習期滿經考試及格後由學校及教育部，授予畢業證書，再由考選部檢覈考試及格，由衛生署發給中醫師證書，然後分發至各省市中醫院實習二年，再領取中醫師開業執照。

決議：先與教育部、中國醫藥學院研商其可行性後，再簽請署長核定轉請行政院採納。

四散會。

復興中華文化

加強中醫藥發展



孫院長由本署署長陪同巡視大會靈芝展覽

中醫師典編輯綱要草案

目錄

- 一、總論
- 二、內科
- 三、外科
- 四、婦科
- 五、兒科
- 六、眼科
- 七、針灸
- 八、傷科
- 九、耳鼻咽喉科
- 十、推拿

一、總論

(一) 中國醫學發展史

由何委員東燦主稿，初稿完成後，請劉伯驥先生、李煥榮先生、杜聰明先生校正。

(二) 人與自然之關係

1 自然變化對人體生理心理之影響。

2 自然變化對疾病關係。

3 自然環境與治療之關係。

由陳委員欽銘主稿。

(三) 陰陽五行之基本概念及具體應用。

由陳委員太義、姜委員潤次、莊委員宏達主稿周治華先生校正。

(四) 五臟六腑、奇恒之腑及臟腑間相互關係。

由陳委員欽銘主稿。

(五) 精氣神

由陳委員欽銘主稿。

(六) 十二經脈之走向規律、循行部位、流注次序、經絡表裡及氣血分配。

由陳委員太義、陳委員聰榮、莊委員宏達主稿。

(七) 奇經八脈之分布及其功能。

由陳委員太義、陳委員聰榮、莊委員宏達主稿。

(八) 病機。

1 病因：六淫、七情、飲食勞倦。

2 病理：臟腑、六氣及經絡之病理。

由董委員伯生主稿。

(九) 診斷。

1 望診。(神色、形態、舌診)。

2 聞診。

3 問診。

望、聞、問三部份由馬委員建中、奚委員復一主稿。

4 切診。(切脈、觸診)。

由汪委員叔游、呂委員明進、馬委員建中主稿。

(十) 治則。

1 治未病(攝生、預防、疾病之傳變)。

2 因時、因地、因人之制宜。

3 標本治則。

4 正治、反治。

5 辨證。

6 論治。

7 配方(藥物性能、方劑配伍、制藥宜忌)。

8 飲食、宜忌。

以上部份由辛委員超群、郇委員錦文、周委員智夫、唐委員湘清四人主稿。

9 精神治療。(神經精神科、食療科)。

由陳委員欽銘、邱委員清華、方委員永來、詹委員鎮卿主稿。

(十一) 五運六氣。

1 五運(十干統運、主運、客運)。

2. 六氣（十二支與六氣、主氣、客氣與主客之加臨）

3. 五運六氣之過與不及、平氣及運氣同化。

4. 運氣與發病關係。

5. 標本中氣。

由李委員政育主稿，再請郭德淵先生、周治華先生校正。

二、內科

（一）概論。

由馬委員建中、陳委員欽銘主稿。

（二）分論

1. 傷寒部份：

- (1) 六經總論 (2) 太陽總論 (3) 太陽經病 (4) 救誤總論 (5) 太陽府病 (6) 陽明總論 (7) 陽明經病 (8) 陽明府病 (9) 少陽病 (10) 二陽併病：① 太陽經陽明經併病 ② 太陽府陽明經併病 ③ 太陽經陽明府併病 ④ 太陽府陽明府併病 ⑤ 太陽明經府錯雜病。
- (11) 太陽少陽合病 (12) 陽明少陽合病 (13) 三陽合病 (14) 太陰病 (15) 少陰病 (16) 厥陰病 (17) 太陰兼陽經病：① 太陰兼太陽病 ② 太陰兼陽明病。 (18) 少陰兼陽經病：① 少陰兼太陽病 ② 少陰兼陽明病 ③ 少陰兼少陽病 ④ 少陰兼三陽病。 (19) 厥陰兼病 (20) 差後病。

由陳委員欽銘、吳委員國定主稿。

2. 溫病部分：

- 總論 ① 風溫 ② 溫熱 ③ 溫疫 ④ 溫毒 ⑤ 冬溫 ⑥ 濕溫 ⑦ 暑溫 ⑧ 秋燥 ⑨ 溫瘧。

由辛委員超羣、馬委員建中、奚委員復一主稿。

3. 雜病部分：

其分類以古今圖書集成醫部全書所分六十九門為主，所有各證均表格化，以一覽表方式列舉之。（其表格如附件四）

資料來源以醫部全書為主，并以清及民國重要醫籍如張路之景岳全書，傅青主之男女科，徐大椿之洄溪病案，喻昌之醫門法律，吳謙醫宗金鑑中雜病心法，唐宗海中西匯通醫書五種，程國彭之醫學心悟，張錫純之醫學衷中參西錄等及現代日韓發刊之新醫學資料補足之雜病目錄。

（一）頭部

1. 頭痛

2. 偏頭痛

3. 眩暈

4. 頭風

5. 腦疽

（二）面部

1. 疔腫

2. 面腫

3. 面瘡

4. 酒渣

5. 面熱

6. 時毒

(三)唇部

1. 口糜

2. 口瘡

3. 口破

4. 口臭

5. 齒唇

6. 唇腫

7. 唇瘡

8. 口渴

9. 口乾

10. 唇裂

(四)齒部

1. 牙痛

2. 牙宣

3. 牙腫(牙牀腫痛)

4. 骨槽風

5. 牙癰

6. 牙蛀(蟲蝕痛)

7. 走疳

8. 固齒

(五)舌部

1. 舌乾燥、燥裂

2. 木舌、重舌

3. 舌生瘡

4. 舌生胎

5. 舌爛

6. 舌腫長

7. 舌縮入

8. 舌吐出

(六)鬚髮部

1. 鬚髭發毒

2. 眉瘡

3. 眉風毒

4. 眉疽

5. 皮三槁落

6. 眉眶痛

7. 髮瘡

(七)頸項部

1. 瘰癧(及馬刀瘰癧)

2. 項疽毒

3. 項中疽

4. 天柱疽

5. 腦疽

6. 頸癰

7. 項背強痛

8. 瘰氣

9. 結核

10. 痰核

(八)腋部

- 1 狐臭
- 2 漏液
- 3 瘰癧
- 4 腋疽
- 5 腋發
- 6 腋癰

(九)脅部

- 1 脅下痛滿
- 2 內丹（脅下至腰下腫發赤色）
- 3 脅下脹滿
- 4 上下肋癰
- 5 脅熱
- 6 脅鳴
- 7 脅疽
- 8 脅癰
- 9 脅生癰疽

(十)背脊部

- 1 背痛
- 2 發背（包括兩頭發、腎俞發、對心發、連珠、連珠發、散走流注、蜂窩發等）

3 背瘡

- 4 背疽（包括陰陽疽、禽疽、酒毒發疽、雜疽等）

(十一)胸腹部

1 胸痺

2 胸痞

3 胸痛

4 胸滿

5 腸滿

6 腹痛

7 膈痛

8 小腹諸病

9 腸癰

10 臍癰

11 肚癰

12 胃脘癰

13 臍突

14 臍悸

15 胸腹部各種疽發

16 心痛

17 痞滿

18 結胸

19 胃脘痛

(十二)腰部

1 腰痛

2 腰重

3 腰熱

4 腰疽

5. 火腰帶毒

6. 石疽

7. 纏腰火丹

(三) 四肢部

1. 四肢腫重、痠疼、不仁、攣搐拘急等

2. 轉筋

3. 脚弱（足軟）

4. 四肢風毒癰疽發背脫疽

5. 脚氣

6. 臙瘡及四肢各種瘡證

7. 臂足疼痛、肢節痛、足跟痛、脚心痛

8. 鶴膝風

9. 各種疔症、無名腫毒等

10. 鵝掌風等

(四) 前陰部

1. 陰蝕瘡（陰瘡）

2. 囊縮

3. 各種疝證（小腸氣）

4. 陰癰、陰蝕

5. 陰囊毒

6. 腎癰

7. 囊癰

8. 懸癰

9. 下疳

10. 便毒

11. 楊梅

12. 魚口

13. 胞瘻

14. 陰痿

15. 陰莖痛

16. 痿陽不振

17. 強陽不倒

(五) 後陰部

1. 痔漏

2. 脫肛

3. 臀癰坐馬癰、臀疽瘡、跨馬癰

4. 臍毒

5. 腸風下血

6. 肛門蟲出等雜症

(六) 皮部

1. 皮膚不仁

2. 皮膚甲錯

3. 皮膚皴揭

4. 皮膚乾燥

5. 皮膚搔痒

6. 皮痹

7. 皮開裂

(七) 肉部

1 肉不仁

2 肉痿

3 脾痺

4 肉潤惕(潤動)

(六)筋部

1 轉筋

2 攣急

3 癱瘓筋惕

4 筋縮

(七)骨髓部

1 骨痿

2 骨痠痛

3 節痛(歷節疼痛)

(八)風部

1 中風(包括偏枯、風痲、風懿、風痺)

2 肝中風、心中風、脾中風、腎中風、中藏中府中經

中絡等)

3 中風各證(口眼、喎斜、半身不遂、口噤等之治法

(九)痺部

1 風痺、寒痺、濕痺、熱痺、氣痺

2 風寒濕合而爲痺

3 周痺、胞痺、腸痺、着痺、痛痺等

4 痛風、白虎歷節風

(十)寒部

1 中寒

2 寒中太陰

3 寒中少陰

4 寒中厥陰

(十一)暑部

1 中暑

2 中暍

3 注夏

4 傷暑

(十二)濕部

1 中濕(濕病)

2 濕痺

3 風濕

4 濕溫

5 暑濕

6 濕熱

(十三)燥部

1 燥證(包括風燥、熱燥、血燥、火燥等)及表裏內

外之分

2 秋燥

(十四)火部

1 陰虛火動

2 火不足

3. 火急而重

4. 虛火盛

5. 實火盛

(三) 痰部

1. 痰飲四飲(痰飲、懸飲、溢飲、支飲)

2. 伏痰

3. 老痰

4. 熱痰

5. 鬱痰

6. 食痰

7. 氣痰

(四) 欬部

1. 欬嗽各證(內傷外感虛實新久各證)

(五) 嘔吐部

1. 嘔吐各證(乾濕、腥酸、冷熱、痰、血、蟲、虛實)

—

(六) 泄瀉部

1. 泄瀉各證

(七) 霍亂部

1. 霍亂

2. 絞腸痧

(八) 滯下部

1. 痢疾滯下

2. 腸澼下血

3. 休息痢

4. 蟲瘕

5. 虛痢

(九) 大小便部

1. 大便難

2. 大便秘

3. 小便頻數

4. 小便不利

5. 小便不禁

6. 小便不通(癰閉)

7. 小便赤澀

(十) 淋濁遺精部

1. 小便不利

2. 小便渾濁

3. 白淫

4. 赤白濁

5. 石淋

6. 遺精

7. 夢遺

8. 精滑

(十一) 血部

1. 吐血

2. 嘔血

3. 衄血

4. 尿血

5. 下血

6. 腸風臟毒

7. 便血

8. 欬血

9. 嗽血

10. 舌衄

11. 牙宣

12. 汗血

13. 虛勞血證

(美) 汗部

1. 自汗

2. 盜汗

3. 頭汗

4. 手足汗

5. 心汗

(美) 渴部

1. 消渴證

2. 傷寒渴證

3. 三消

(美) 哮喘部

1. 喘證

2. 哮喘

(美) 疸部

1. 黃疸瘰癧病發黃

2. 酒疸

3. 穀疸

4. 女勞疸

(平) 瘡部

1. 瘡病

2. 肝瘡

3. 胃瘡

4. 心瘡

5. 六經瘡

6. 寒瘡

7. 熱瘡

8. 風瘡

9. 溫瘡

10. 瘰癧

(平) 厥部

1. 厥逆 (包括傷寒厥逆)

2. 陽厥

3. 陰厥

4. 冷厥

5. 熱厥

6. 蛇厥

7. 尸厥

8. 血厥

9. 傷濕

10. 陰毒

(罇)癲狂部

1. 癲狂

2. 傷寒發狂、狂越、罵詈、狂言、譫語

3. 心風

(罇)癇部

1. 癇證（五癇、風癇、驚癇）

2. 痴獸證

(罇)癱痿部

1. 風痺痿厥

2. 骨痿

3. 痿證

(罇)虛勞部

1. 虛勞

2. 虛損

3. 藏府虛勞

4. 傳尸

5. 勞瘵

6. 五勞六極

7. 胃脾虛

8. 陰虛

9. 三尸九蟲

10. 五蒸

11. 勞嗽

(罇)腫脹部

1. 腫脹

2. 水脹

3. 腹脹

4. 陽水陰水

5. 中滿

6. 鼓脹、脹滿

7. 蟲脹

8. 陰腫

9. 穀蟲癥痞

(罇)噎膈反胃部

1. 胃反（反胃）翻胃

2. 噎

3. 膈

4. 噎塞

5. 關格

(罇)飲食部

1. 宿食

2. 傷食

3. 內傷（飲食內傷）

4. 傷酒

5. 不能食

(罇)積聚部

1 積聚繫氣

2 癥瘕痞塊

(𠄎)驚悸怔忡健忘部

1 驚悸

2 健忘

3 怔忡心悸

(𠄎)情志部

1 情慾恐懼等之治法

(𠄎)煩躁部

1 煩躁

2 傷寒煩躁

3 虛煩不得眠

(𠄎)臥部

1 嗜臥多眠

2 不得臥

(𠄎)聲音部

1 不能言(包括中風、失音、不語等)

2 暴瘡及舌瘡、喉瘡

(𠄎)呃部

1 噦病

2 吃逆

3 乾嘔

4 欬逆

5 呃逆

(𠄎)噫氣部

1 噫氣吞酸

(𠄎)懊懷部

1 心中懊懷

2 煩

3 心熱

(𠄎)懈惰部

1 怠惰

2 嗜臥

3 四支不收

(𠄎)太息部

1 太息

(𠄎)中蠱部

1 中蠱毒

(𠄎)中毒部

1 解百藥毒

2 解一切飲食毒

(𠄎)中惡部

1 飛尸鬼疰鬼擊卒忤

2 中惡中邪五尸疰

(𠄎)卒中暴死部

1 尸蹶

2 卒中

3 暴厥

4. 卒死（暴死）

（國）諸哽部

1. 骨哽

（錫）五絕部

1. 縊死

2. 卒魘

3. 溺水

（美）諸蟲部

1. 狐惑

2. 九蟲（虻蟲、寸白蟲、小兒疳蟲）

（錫）頤養補益部

1. 頤養補益方

（美）種子部

1. 種子方

2. 男女虛損用方

本部分由全體委員分攤主稿。

4. 一般內科部分

其分類以 *Merk Manual* 之內科學分類為主（附件目錄），其內容以下列各書（附件）中有臨床報告之中醫療法為主，所有各病診治之敘述均表格化（一覽表）其表格如附件一。

5. 癌瘤之中醫內科療法

資料來源同前亦以表格化（一覽表）方式由幸委員超羣主稿。

6. 飲食療法

由邱委員清華、陳委員太義主稿。

7. 內科治療範例（如附件三、四）。

三、外科

（一）概論

1. 癰

2. 疽

3. 癌瘤

4. 瘰癧

5. 腫毒

6. 痔瘡

（二）分論

1. 頭面部

2. 頸部

3. 四肢部

4. 腰背部

5. 胸腹部

6. 發病無定處：①疔瘡②流注③癌瘤④赤白遊風⑤白駁風

⑥癰瘍風⑦丹毒⑧粟瘡。

7. 雜症：①疥瘡②癬瘡③黃水瘡④瘡疽⑤血風瘡⑥痞瘡⑦火赤瘡⑧骨痿瘡⑨血疳⑩漆瘡⑪血箭⑫破傷風⑬燙傷

8. 外科藥物

9. 外科手術

10. 外科治療範例。(如附件五)

由朱委員士宗主稿，其他各類瘡瘍由外科編輯委員分別撰寫。

四婦科

(一) 概論

1 中醫婦科理論

2 女性生殖器官及生理

3 卵子與黃體

4 生理與月經

5 生理衛生及護理

6 婦科與全身組織之關係。(項目另訂之)

7 陰部檢查

① 陰道檢查——視診。

② 腹部及直腸檢查，非月經時之疼痛。

由魏委員開瑜、奚委員復一主稿。

(二) 分論

1 調經

① 月經異常、先期、愆期、過少、過多、經閉、居經、

季經、逆經、帶下、經來腹痛。

② 經期乳痛、經期眼痛、經期浮腫、經期發熱、經期性

疹、經期泄瀉、嘔吐。

③ 逆經、鼻衄、咯血、嘔血、便血。

2 帶下

3 胎前

4 產後

5 嗣育：① 避孕② 求嗣③ 子宮外孕。

6 崩漏

7 癥瘕

8 雜症：① 更年期疾病② 藏躁③ 交媾出血④ 陰挺。

9 婦科治療範例：(如附件六)

上項由魏委員開瑜、董委員延齡、常委員鳳翔主稿，初稿完成後再送請陳委員九如、伍委員卓琪、吳委員海峯校正。

五兒科

(一) 概論

1 遺傳胎教

2 初生兒調護與解毒

3 進乳宜忌

4 溫涼調節

5 變蒸與出牙

6 種痘須知

(二) 分論

1 幼兒驚、癇、疳

2 幼兒吐、瀉、痢

3 癰、疹、痧、痘

4 電斃、暑症

5 感冒、咳、喘、痰症

6 淋疝

7. 頭痛
 8. 腹痛、腹脹
 9. 黃疸
 10. 水腫
 11. 熱證
 12. 汗證
 13. 積滯
 14. 血證
 15. 雜證
 16. 兒科治療範例。(如附件七)
- 由魏委員漢良、林委員幼春主稿，初稿完成後再請莊委員育民、林委員先和、伍委員卓琪校正。

六、眼科

(一) 概論

1. 眼科沿革史
2. 眼科生理組織
3. 五輪辨證
4. 八廓辨證
5. 眼與三陰三陽藏府之關係
6. 眼部經絡與氣血之關係
7. 表裡療法
8. 眼科診察：①視力檢查②視野檢查③翻臉檢查④散光檢查⑤旁照⑥透照⑦眼底檢查。

(二) 分論

1. 眼瞼病：①眼瞼帶狀疱疹②瞼緣赤爛③眥角赤爛④例睫拳毛⑤上胞瞼下垂⑥瞼裂縮小⑦眼瞼外翻⑧瞼球粘着⑨胞瞼異常⑩瞼板腫大痙攣⑪土疳。
2. 眼胞瞼結合膜病：①粟瘡②椒瘡③目疣④雞冠蜆肉⑤胞生痰核⑥胞腫難開⑦眼癢(風癢)⑧瞼緣濕癢。
3. 淚道病：①溢淚症②迎風冷淚③無時冷淚④迎風熱淚⑤漏膿眼⑥小眥漏⑦陰漏⑧陽漏。
4. 結膜病：①赤絲虬脉(結膜炎)②赤絲如縷(慢性結膜炎)③暴風赤眼④流行赤眼⑤大頭火毒⑥來復赤痛⑦胬肉攀睛⑧赤膜下垂。
5. 角膜病：①凝脂翳②花翳白陷③黑翳如珠④蟹睛⑤冰翳⑥陰陽翳、瑯瑤翳、垂簾翳⑦聚星翳⑧逆順翳⑨玉翳。
6. 鞏膜病：①鞏膜炎②白睛腫如魚胞③鵝眼癢睛④眼球脫出⑤金疳⑥水疳⑦睛球痛⑧白睛痛⑨白睛青藍⑩火疳。
7. 虹膜睫狀體脈絡膜病：①赤痛如針刺②抱輪紅③眼球萎縮④黃液上衝⑤爛蔓性視網膜脈絡膜炎⑥脈絡膜結核⑦交感性眼疾⑧脈絡膜炎⑨瞳孔縮小⑩血貫瞳神(瞳孔閉鎖)⑪綠風障(綠內障)⑫青風障(急性青光眼)⑬乾澀視弱⑭瞳孔散大⑮神水枯竭。
8. 水晶體與玻璃體疾患：①視力昏朦(初期内障)②暴怒

後而起之內障③過度視勞而成之內障④聚開障
⑤棗花障（畫盲）⑥遮睛障、水晶障、劍脊障
、魚鱗障、偃月障、銀障⑦內障手術⑧玻璃體
症、雲霧飛花。

9. 視神經與視網膜病：①半盲②視神經炎③青盲④黑夜睛
明⑤視正反斜⑥視定反動⑦視赤如黃（色盲）
⑧視物顛倒⑨汔尿視盲⑩糖尿視盲⑪暴盲⑫夜
盲⑬螢光滿目、閃輝症⑭烏內障、青年反覆性
視網膜玻璃體出血。

10. 屈光症：①遠視②近視③亂視④散光⑤老花。

11. 雜症：①婦科眼疾②兒科眼疾③異物化學品外傷傷害。

12. 眼科藥物：

13. 眼科治療範例：（如附件八）

由張總編輯齊賢、李委員政育、楊委員蒼曉主稿。

七、針灸科

（一）概論

1. 針灸沿革史

由郭委員家樑主稿。

2. 經穴之定義

由馮委員文質主稿。

3. 十二經穴

由江委員潤次、陳委員太義、郭委員家樑主稿。

4. 奇經八脉

由陳委員太義、江委員潤次、郭委員家樑主稿。

5. 經外奇穴之功能
由馮委員文質主稿。

6. 耳部經穴

7. 新穴發明

由鍾委員傑主稿。

8. 針刺疾徐久速之論述

由修委員養齋主稿。

（二）分論

1. 刺熱

2. 刺效

由包委員天白主稿。

3. 刺痛

由江委員潤次、哈委員鴻潛。

4. 刺水熱

5. 繆刺

6. 長刺節

7. 調經

由莊委員育民主稿。

8. 手足陰陽流注

由馮委員文質主稿。

9. 禁刺

10. 死期不可刺

由張委員駿主稿。

11. 刺法、補瀉、得氣通經、透針

由修委員養齋主稿。

12. 五運六氣

13. 井、榮、俞、經、合

14. 子午流注

由崔委員傑主稿。

15. 臨床配穴

由郭委員家樑、江委員潤次主稿。

16. 電針療法、創新

由汪委員叔游、沈委員楚文主稿。

17. 耳針療法

由鍾委員傑主稿。

18. 手足療法

由羅委員運炎主稿。

19. 針藥配合法

由莊委員育民、張委員駿主稿。

20. 雜治法

由包委員天白、張委員駿主稿。

21. 灸治法

由莊委員辰雄、江委員潤次、吳委員元劍主稿。

22. 針灸治療範例（如附件九）

23. 各科疾患：

內科疾患針灸治療：

- ①中風②面癱③暑病④感冒⑤瘧疾⑥痢疾⑦霍亂⑧虛勞⑨咳嗽⑩哮喘⑪膨脹⑫水腫⑬泄瀉⑭噎膈⑮反胃⑯

嘔吐⑰呃逆⑱黃疸⑲便秘⑳脫肛㉑癲狂㉒癰症㉓瘰癧

㉔厥症㉕怔忡㉖失眠㉗眩暈㉘頭痛㉙胃脘痛㉚脇痛㉛

腹痛㉜腰痛㉝腰腿痛㉞痺症㉟麻木㊱痿症㊲脚氣㊳疝

氣㊴陽萎㊵遺精㊶淋症㊷癰閉㊸消渴㊹風疹㊺癰瘡。

婦科疾患針灸治療

①月經不調②經閉③痛經④崩漏⑤帶下⑥產後血暈⑦

陰挺⑧惡阻⑨乳少⑩臟躁。

兒科疾患針灸治療

①小兒癰瘡②積滯③驚風④百日咳⑤疳症⑥遺尿。

五官科疾患針灸治療

①耳鳴②耳聾③聾啞④齒痛⑤鼻淵⑥喉痹⑦色盲⑧目

赤痛⑨青光眼。

傷、外科疾患針灸治療

①破傷風②疔瘡③流火④疔腮⑤瘰癧⑥瘰癧⑦亂癰⑧

腸癰⑨痔疾⑩扭傷⑪落枕。

上項各科疾患由全體針灸編輯委員依類別分證名、病名

、分別編撰並註明文獻出處。

八、傷科

(一) 概論

1. 人體肌肉筋絡骨骼之分析。

2. 內傷（包括撲、打、跌傷、骨折）。

3. 外傷（包括撲、擊、挫傷、碰撞）。

4. 撲擊損傷脈色之研究。

5. 惡血凝瘀之處理。

6. 傷後入房之治療。

7. 損傷針刺之功能。

8. 刀傷之急救。

(二) 傷科生理。

(三) 傷科診斷。

(四) 正骨手法（摸、按、端、提）之論述。

(五) 推拿手法（按、摩、推、拿）之論述。

(六) 應用器材之說明：

1. 綑帶

2. 震棒

3. 夾板

4. 攀索

5. 疊軋

6. 通木

7. 披肩

8. 腰柱

9. 竹廉

10. 衫籬

11. 抱膝

(七) 分論

1. 外傷：①頭面部、顛頂骨、凶骨、山角骨、凌雲骨、眼

眶骨、顴骨、鼻樑骨、中血堂、口唇、上脰頰

骨、齒、扶桑骨、耳、耳門骨（玉梁骨）、兩

鈞骨（曲頰）、頰車骨（山骨、壽台骨）完

骨）、旋台骨。

② 胸背骨、鎖子骨、胸骨、歧骨、蔽心骨、島骨、陰囊、背骨、腰骨、尾軀骨。

③ 四肢部、髑骨、臑骨、肘骨、臂骨、腕骨、五指骨、竹節骨、膀骨、環跳骨、大捷骨、膝蓋骨、髌骨、踝骨、跗骨、足五趾骨、跟骨。

2. 內傷：①內傷鬱血②內傷出血瘀凝③瘀血痛④血虛痛⑤嘔吐黑血⑥發熱⑦肌肉痛⑧胸腹痛悶⑨脇肋脹痛⑩腹痛⑪少腹引陰莖痛⑫腰痛⑬眩暈⑭煩躁⑮喘咳⑯昏暈⑰作嘔⑱作渴⑲便閉⑳挾表。

(八) 傷科藥物

(九) 傷科治療範例：（如附件十）

以上由李委員政育、沈委員譚主稿，初稿完成後送魯委員道南校正。

九耳、鼻、咽喉科：

甲、耳部：

(一) 概論：耳之結構與功能。

(二) 分論：

1. 外耳疾患

2. 中耳疾患

3. 內耳疾患

4. 內服藥物

5. 外敷藥物

6. 耳部治療範例（如附件十一）

乙、鼻部：

(一) 概論：鼻之結構與功能。

(二) 分論：

1. 鼻腔疾患

2. 鼻竇疾患

3. 內服藥物

4. 外敷藥物

5. 鼻部治療範例（如附件十一）

丙、咽喉部：

(一) 概論：咽喉之結構與功能。

(二) 分論：

1. 鼻咽部疾患

2. 咽部疾患

3. 喉部疾患

4. 咽喉異物

5. 口腔疾患

6. 針灸療法

7. 咽喉藥物

8. 咽喉治療範例。（如附件十一）

由李委員樹猷、奚委員復一、李委員耀堯主稿。

十、推拿：

(一) 概論：

1. 考據舊籍、融會新知、承襲道統。

2. 推拿：①成人②小兒。

3. 按摩。

4. 導引。

(二) 分論：

1. 推拿經穴

2. 古代按摩八法

3. 推拿八法

4. 推拿十二手式

5. 推拿新法

6. 按摩新法

7. 臨床認症

8. 器具介質配合

9. 藥物配合

10. 推拿治療範例（如附件十二）

由張委員拙夫、陳委員學讓、蕭委員競民主稿。

一般內科目錄

(附件一)

(A) 過敏性疾病 (Allergic Diseases)

過敏：概論 Allergy : General Considerations

過敏性鼻炎 Allergic Rhinitis

乾草熱 Hay Fever

終年性過敏性鼻炎 Perennial Allergic Rhinitis

過敏性眼部疾病 Allergic Ocular Conditions

過敏性眼結膜炎 Allergic Conjunctivitis

其他過敏性眼疾病 Other Allergic Eye Diseases

支氣管性氣喘 Bronchial Asthma

腸胃過敏 Gastrointestinal Allergy

蕁麻疹：血管性水腫：Urticaria ; Angioedema ;

血清病 Serum Sickness

無防禦性休克 Anaphylactic Shock

藥品反應 Drug Reactions

物理性過敏 Physical Allergy

(B) 循環系統疾病 (Disease of Circulatory System)

I 血液及淋巴 (Blood and Lymphatic)

貧血 Anemia

由於失血過多或破壞過甚引起之貧血。

由於血液形成減少引起之貧血。

赤血球增多症 (Polycythemia)

相對性赤血球增多症

紅血球增多

真性赤血球增多症

母核紅血球症 (Erythroblastosis)

出血性疾病 (Hemorrhagic Diseases)

血管缺陷

血小板缺陷

血漿凝血疾患

粒性白血球缺乏病 (Agranulocytosis)

白血病 (Leukemia)

慢性髓細胞性白血病

慢性淋巴球性白血病

急性白血病

單核球性白血病

淋巴瘤 (Lymphoma)

淋巴肉瘤

何杰金氏病

脾臟疾患 (Splenic Disorders)

脾臟功能

脾臟機能過度

較常見之脾臟疾患

其他脾腫大之綜合病徵

無伽嗎球蛋白血症及低伽嗎球蛋白血症 (Agammaglobulinemia and Hypogammaglobulinemia)

II 心臟血管腎臟 (Cardiovascular-Renal)

血循環動力及肺之功能 (Hemodynamic and

Pulmonary Functions)

先天性心臟血管異常 (Congenital Cardiovascu-

lar Anomalies)

冠狀動脈疾病 (Coronary Artery Disease)

心絞痛 (Angina Pectoris)

心肌梗塞 (Myocardial Infarction)

充血性心力衰竭 (Congestive Heart Failure)

心病性水腫 (Cardiac Edema)

休克 (Shock)

心音及心雜音 (Heart Sounds and Murmurs)

心律不整 (Cardiac Arrhythmias)

心之傳導阻滯 (Hearts Blocks)

心跳停止 (Cardiac Arrest)

神經血循環衰弱 (Neurocirculatory Asthenia)

心肌疾病 (Myocardial Diseases)

細菌性心內膜炎 (Bacterial Endocarditis)

心包炎 (Pericarditis)

動脈硬化：動脈粥狀硬化 (Arteriosclerosis ;

Atherosclerosis)

原發性高血壓 (Primary Hypertension)

動脈瘤：主動脈炎 (Aneurysm ; Aortitis)

靜脈血栓症 (Venous Thrombosis)

靜脈曲張 (Varicose Veins)

周圍血管疾患 (Peripheral Vascular Disorders)

腎炎 (Nephritis)

腎臟功能試驗 (Kidney Function Tests)

毒尿症 (Uremia)

急性腎功能衰竭 (Acute Renal Failure)

③內分泌、營養不足與代謝疾病 (Endocrine , Deficiency and Metabolic Diseases)

I 內分泌 Endocrine

內分泌系統 Endocrine System

甲狀腺 Thyroid

副甲狀腺 Parathyroid

胸腺 Thymus

胰腺 Pancreas

垂腺 Pituitary

腎上腺 Adrenal

卵巢機能不全 Ovarian Dysfunction

男性性腺機能減退 Male Hypogonadism

類癌 Carcinoid

II 營養不足與代謝 (Deficiency and Metabolic)

營養不足 Nutritional Deficiencies

維他命不足 Vitamin Deficiencies

維他命A不足 Vitamin A Deficiency

維他命C不足 Vitamin C (Ascorbic Acid)

Deficiency

維他命D不足 Vitamin D Deficiency

維他命K不足 Vitamin K Deficiency

維他命B₂不足 Vitamin B₂ (Riboflavin)

Deficiency

維他命B₁不足 Vitamin B₁ (Thiamine)

Deficiency

菸草酸不足 Nicotin (Nicotinic Acid)

Deficiency

維他命B₆不足 Vitamin B₆ Deficiency

維他命E不足 Vitamin E Deficiency

蛋白質不足 Protein Deficiency

Kwashiorkor

維他命過多症 Hypervitaminosis

蛋白質過多症 Hyperproteinemia

小孩生長遲滯 Growth Failure in Children

遺傳性代謝異常 Genetic Metabolic Anomalies

包囊性纖維化 Cystic Fibrosis

痛風 Gout

肥胖症 Obesity

糖尿病 Diabetes Mellitus

血糖不足 Hypoglycemia

無機物代謝障礙 Disturbances in Inorganic

Metabolism

水與電解代謝障礙 Disturbance in Water and

Electrolyte Metabolism

酸鹼代謝障礙 Disturbance in Acid-Base

Metabolism

電解質代謝障礙 Disturbance in Electrolyte

Metabolism (Mineral)

手足搖蕩 Tetany

澱粉樣變性 Amyloidosis

(D)耳鼻喉科學 Otolaryngology

耳、鼻、咽喉 Ear, Nose, Throat

外耳 External Ear

耳垢栓塞 Impacted Cerumen

急性外耳炎 Acute External Otitis

癰病 Furunculosis

外耳道黴菌病 Otomycosis

耳部濕疹性皮炎 Aural Eczematous Dermati-

tis

耳部帶狀疱疹 Aural Herpes Zoster

耳部膿皰病 Aural Impetigo

腫瘤 Tumors

異物 Foreign Bodies

外傷 Trauma

鼓膜 Tympanic Membrane

鼓膜炎 Myringitis
 中耳 Middle Ear
 耳咽管炎 Eustachitis
 中耳炎 Otitis Media
 乳突炎 Mastoiditis
 內耳 Inner Ear
 迷路疾患 Labyrinthine Disease
 耳鳴 Tinnitus
 耳聾 Deafness
 傳導性聾 Conductive Deafness
 神經性聾 Perceptive Deafness
 助聽器 Hearing Aids
 外鼻 External Nose
 鼻硬結腫 Rhinoscleroma
 鼻中隔 Nasal Septum
 偏斜中隔 Deviated Septum
 中隔潰瘍 Septal Ulcer
 穿孔 Perforation
 鼻道 Nasal Passages
 急性鼻炎 Acute Rhinitis
 過敏性鼻炎 Allergic Rhinitis
 慢性鼻炎 Chronic Rhinitis
 萎縮性鼻炎 Atrophic Rhinitis
 鼻肉 Polyps

副鼻竇 Paranasal Sinuses
 鼻竇炎，急性與慢性 Sinusitis, Acute and Chronic
 鼻外傷 Nasal Trauma
 鼻衄血 Epistaxis
 扁桃體環，口咽及鼻咽 Tonsil Ring, Oropharynx and Nasopharynx
 急性腺樣體炎 Acute Adenoiditis
 腺樣體肥大 Adenoid Hypertrophy
 急性扁桃體炎 Acute Tonsillitis
 扁桃體周圍膿腫 Peritonsillar Abscess
 慢性扁桃體炎 Chronic Tonsillitis
 贅瘤 Neoplasms
 咽部 Pharynx
 急性咽炎 Acute Pharyngitis
 慢性咽炎 Chronic Pharyngitis
 喉部 Larynx
 急性喉炎 Acute Laryngitis
 急性梗阻性喉炎 Acute Obstructive Laryngitis
 慢性喉炎 Chronic Laryngitis
 結核性喉炎 Tuberculous Laryngitis
 嘶啞 Hoarseness
 贅瘤 Neoplasms
 (E) 眼科學 Ophthalmology

臨床檢查 Clinical Examination

眼睛的症狀與病徵 Ocular Symptoms and Signs

傷害 Injuries

淚器 Lacrimal Apparatus

眼瞼 Eyelids

眼窠 Orbit

眼結膜 Conjunctiva

角膜 Cornea

白內障 Cataract

眼色素層 Uveal Tract

青光眼 Glaucoma

視網膜 Retina

神經：視覺傳導路徑 Optic Nerve ; Visual

Pathways

顫動脈炎 Temporal Ateritis

斜眼 Strabismus

眼球震顫 Nystagmus

屈光不正 Errors of Refraction

(F)消化系統疾病 Diseases of digestive system

I腸胃疾病 Diseases of Gastrointestinal

Tract

嚥下困難 Dysphagia

腹痛 Abdominal Pain

消化不良 Dyspepsia

胃酸缺乏 Achlorhydria

胃炎 Gastritis

消化性潰瘍 Peptic Ulcer

嘔血，黑糞 Hematemesis ; Melena

急性胃擴張 Acute Gastric Dilatation

胰腺炎 Pancreatitis

腸胃炎：食物中毒 Gastroenteritis ; Food

Poisoning

區域性腸炎 Regional Enteritis

闌尾炎 Appendicitis

腹膜炎 Peritonitis

腸梗阻 Intestinal Obstruction

腹瀉 Diarrhea

假膜性和葡萄球菌腸結腸炎 Pseudomembranous

and Staphylococcal Enterocolitis

結腸炎 Colitis

過敏性結腸 Irritable Colon

憩室形成，憩室炎 Diverticulosis ; Diverti-

culitis

便秘 Constipation

吸收不良候群症 Malabsorption Syndrome

消化道結核病 Tuberculosis of the Alimentary

Tract

常見的腸內寄生 感染 Commonly Encountered

Intestinal Parasitic Infections

贅瘤 Neoplasms

肛門直腸疾患 Anorectal Disorder

Ⅱ 肝膽疾病 Liver and Biliary Diseases

肝臟和膽管 Liver and Biliary Diseases

肝機能試驗 Liver Function Test

黃疸 Jaundice

急性肝炎 Acute Hepatitis

脂肪肝 Fatty Liver

類澱粉蛋白疾病 Amyloid Disease

肝硬變 Cirrhosis

循環疾病 Circulatory Disorders

贅瘤 Neoplasms

膽管疾病 Biliary Disorders

⑥ 皮膚及泌尿生殖系統疾病 Disease of Skin and

Genitourinary System

皮膚及結締組織 Skin and Connective Tissue

汗疹 Miliaria

對磨疹 Intertrigo

瘙癢病 Pruritus

皮脂囊 Sebaceous Cyst

多汗症 Hyperhidrosis

多毛症 Hypertrichosis

脫毛症 Alopecia

白癩風 Vitiligo

痤瘡 Acne

酒渣鼻 Rosacea

細菌性皮膚感染 Bacterial Skin Infection

膿痂疹 Impetigo

腳瘡 Ecthyma

細癬 Erythrasma

蜂窩組織炎 Cellulitis

丹毒 Erysipelas

癰及癤 Furuncle and Carbuncles

化膿性汗腺炎 Hidradenitis Suppurativa

甲廓感染 Paronychia Infection

毛囊感染 Follicular Infections

化膿性肉芽腫 Pyogenic Granuloma

單純疱疹 Herpes Simplex

疣 Warts

皮膚結核病 Tuberculosis of the Skin

皮黴菌病 Dermatomycoses

疥 Scabies

蝨症 Pediculosis

皮炎 Dermatitis

接觸性皮炎 Contact Dermatitis

異位性皮炎 Atropic Dermatitis

脂漏性皮炎 Seborrheic Dermatitis

局部抓傷性皮炎	Localized Scratch Dermatitis	血管瘤	Angioma
錢幣形皮炎	Mummulay Dermatitis	上皮瘤	Epithelioma
鬱積性皮炎	Stasis Dermatitis	性病	Venereal
手足之慢性皮炎	Chronic Dermatitis	淋病	Gonorrhea
嬰兒性皮炎	Infantile Dermatitis	非淋病球菌性尿道炎	Nongonococcal Urethritis
嬰兒異位性皮炎	Infantile Atopic Dermatitis	梅毒	Syphilis
脂漏性嬰兒濕疹	Seborrheic Infantile Eczema	後天性梅毒	Acquired Syphilis
嬰兒接觸性皮炎	Infantile Contact Dermatitis	潛伏性梅毒	早期及晚期 Latent Syphilis ;
藥物性發疹	Drug Eruption	Early and Late	
結節性紅斑	Erythema Nodosum	妊娠時之梅毒	Syphilis In Pregnancy
多形紅斑	Erythema Nodosum	先天性梅毒	Congenital
玫瑰糖疹	Pityriasis Rosea	晚期梅毒	Late Syphilis
扁平苔癬	Lichen Planus	神經梅毒	Neurosyphilis
乾癬	Psoriasis	心臟血管系梅毒	Cardiovascular Syphilis
天疱瘡	Pemphigus	腹股溝肉芽腫	Granuloma Inguinale
慢性盤狀紅斑狼瘡	Chronic Discoid Lupus Eryth-	花柳性淋巴肉芽腫	Lymphogranuloma Venereum
ematosus		軟下疳	Chancroid
全身性紅斑狼瘡	Systemic Lupus Erythematosus	泌尿生殖系統	
進行性全身硬化症	Progressive Systemic Sclerosis	泌尿生殖系統	Genito Urinary System
皮膚肌炎	Dermatomyositis	先天性異常	Congenital Anomalies
多數動脈炎	Polyarteritis	外傷性損害	Traumatic Lesions
魚鱗癬	Ichthyosis	贅瘤	Neoplasms
胼胝	Callosity	狹窄	Strictures
雞眼	Corn	結石	Calculi
褥瘡	Decubitus	痣	Nevi

腎盂積水 Hydronephrosis

結核病 Tuberculosis

非特異性感染 Nonspecific Infections

腎臟周圍膿腫 Perinephritic Abscess

腎癰 Renal Carbuncle

輸尿管炎 Ureteritis

膀胱炎 Cystitis

尿道炎 Urethritis , 前列腺炎 Prostatitis

精囊炎 Seminal Vesiculitis

非特異性尿路感染之抗菌性治療 Antibacterial

Therapy of Nonspecific Urinary Tract

Infections

前列腺病況 Prostatism

神經發生性膀胱 Neurogenic Bladder

遺尿 Enuresis

間質性膀胱炎 Interstitial Cystitis

陰囊腫塊 Scrotal Masses

陰莖異常勃起 Priapism

陽萎 Impotence

男性不育症 Male Infertility

(H) 肌肉骨骼系統疾病 Diseases of Musculoskeletal

System

關節炎：相關之疾病 Arthritis ; Related

Disorders

畸形性骨炎 Osteitis Deformans

滑囊炎 Bursitis

痙攣性斜傾 Spasmodic Torticollis

頸神經根症候群 Cervical Root Syndrome

下背痛 Low Back Pain

常見之足部疾患 Common Foot Disorders

骨髓炎 Osteomyelitis

骨骼及關節之結核病 Tuberculosis of Bones and

Joints

骨骼之贅瘤 Neoplasms of Bone

(I) 神經系統疾病 Diseases of Neurological System

神經系統之疾患... 一般性討論 Disorders of the

Nervous System : General Consideration

一般之神經系統症狀 Common Neurologic Manifest-

ations

疼痛 Pain

頭痛 (包括偏頭痛) Headache (Including

Migraine)

意識昏迷病態 The Unconscious Patient

痙攣性發作 (包括癲癇) Convulsive Seizures

(Including Epilepsy)

麻醉樣昏睡 Narcolepsy

抽搐 Ftics

呃逆 Hiccup

震顫 Tremors

眩暈 Vertigo

坐骨神經痛 Sciatica

神經炎：神經痛 Neuritis ; Neuralgia

痙攣性斜頸 Spasmodic Torticollis

神經原性膀胱 Neurogenic Bladder

神經系統感染 Infections of the Nervous System

腦膜炎：急性腦膜炎 Meningitis ; Meningismus

健康者及患者之腦脊髓液發現 Spinalfluid Findings

in Health and Disease

神經梅毒 Neurosyphilis

腦炎 Encephalitis

帶狀疱疹 Herpes Zoster

腦血管系疾病 Cerebrovascular Disease

小孩之大腦性癱瘓 Cerebral Palsy of Children

帕金森氏病 Parkinsonism

贅瘤（腦內：脊髓）Neoplasms (Intracranial ;

Spinal , Cord)

多發性硬化 Multiple Sclerosis

神經系統之遺傳疾病 Inherited Diseases of the

Nervous System

遺傳性運動失調及相關之疾患 Hereditary Ataxias

and Related Disorders

Huntington氏舞蹈病 Hunting'g's Chorea

肝豆狀核變性 Hepatolenticular Degeneration

（見肝硬化：震顫驚）

神經皮膚症候群 Neurocutaneous Syndromes

肌肉萎縮，營養性退化及相關之疾患 Muscular Atroph-

ies, Dystrophies and Related Disorders

脊髓空洞症 Syringomyelia

傳染病與寄生蟲感染 (Infectious and Parasitic

Diseases)

發熱與發冷 Fever and Chills

麻疹 Measles

德國麻疹 German Measles

猝發疹 Exanthema Subitum

水痘 Chickenpox

天花 Smallpox

流行性腮腺炎 Mumps

百日咳 Whooping Cough

脊髓灰白質炎 Poliomyelitis

流行性感風 Influenza

感染性單核白血球增多症 Infectious Mononucleo-

sis

病毒感染 Virus Infection 病毒疾病 Virus

disease

白喉 Diphtheria

A 群鏈狀球菌感染 Group A Streptococcal Infe-

ctions

猩紅熱 Scarlet Fever

風濕熱 Rheumatic Fever

Sydenham 氏舞蹈症 Sydenham's Chorea

醫院內對抗生素有抵抗力的細菌感染 Nosocomial

Antibiotic-Resistant Infections

膿毒病 Sepsis

結核病 Tuberculosis

結節病 Sarcoidosis

沙門氏菌感染 Salmonella Infection

霍亂 Cholera

桿菌痢疾 Bacillary Dysentery

阿米巴病 Amebiasis

內臟移行性幼蟲病 Visceral

瘧疾 Malaria

狂犬病 Rabies

破傷風 Tetanus

脾脫疽 Anthrax

麻風 Leprosy

鼠疫 Plague

布氏桿菌病 Brucellosis

土拉倫斯菌 Tularemia

黃熱病 Yellow Fever

登革熱 Dengue Fever

回歸熱 Relapsing Fever

感染性（螺旋菌性）黃疸 Infectious (Spiroch-
etal) Jaundice

立克次氏體疾病 Rickettsial Diseases

絲蟲病 Filariasis

利什曼病 Leishmaniasis

血吸蟲病 Schistosomiasis

錐體鞭毛蟲病 Trypanosomiasis

雅司 Yaws

全身性菌類植物感染 Systemic Fungus Infections

弓型屬原蟲病 Toxoplasmosis

旋毛蟲病 Trichiniasis

物理學化學傷害 (Physical and Chemical Inj-
uries)

灼傷 Burns

日光所產生的反應 Reactions to Sunlight

熱疾患 Heat Disorders

放射性反應與傷害 Radiation Reactions and

Injuries

注射引起的反應 Infusion Reaction

受傷 Wounds

毒蛇咬傷與螫傷 Venomous Biter and Stings

飛行的醫學觀 Medical Aspects of Flying

運動病 Motion Sickness

解壓疾病及有關的疾病 Decompression Illness
and Related Disorders

溺死 Drowning

電擊性休克 Electric Shock

心肺呼吸法 Heart-Lung Resuscitation Methods

中毒 Poisoning

呼吸系統 Respiratory System

普通感冒 The Common Cold

急性喉頭／氣管／支氣管炎 Acute Laryngotrache-

obronchitis

支氣管炎 Bronchitis

支氣管擴張 Bronchiectasis

肺不張 Atelectasis

肺氣腫 Pulmonary

肺炎 Pneumonia

鸚鵡病 Ornithosis

Loeffler氏綜合病徵 Loeffler's Syndrome

肺膿腫 Pulmonary Abscess

肺栓塞／肺梗塞 Pulmonary Embolism, Pulmo-

nary Infarction

肺纖維化 Pulmonary Fibrosis

肺塵埃沉着病 The Pneumoconioses

肺肉芽腫病 Pulmonary Granulomatoses

結核病 Tuberculosis

咯血 Hemoptysis

氣胸 Pneumothorax

胸膜炎 Pleurisy

膿胸 Empyema

贅瘤 Neoplasms

呼吸困難 Dyspnea

缺氧 Hypoxia

肺泡蛋白質增多症 Pulmonary Alveolar Proteinosis



孫院長參觀大會展示醫療圖表

一般內科資料來源

(附件二)

中文部分

1 新編中藥大辭典(五巨冊)昭人出版社重新打字版(內各方藥之臨床報告)。

2 劉燾山主編中藥研究文獻摘要第一冊(1820~1961)第一冊(1962~1974)中各方藥之臨床報告。

3 陳居霖現代中醫內科學(施風出版社)

4 中醫內科學(啓業書局,原上海中醫學院編)

5 蕭江魁:中醫臨床真髓(新醫藥出版社)

6 中醫臨床手冊

7 新編中醫學概要(香港商務)

8 中醫臨床應用,廣東出版社1976

9 其他(如中國醫藥學院特藏室所見近卅年大陸中醫臨床報告)

10 當代中醫醫案醫話(啓業)

11 馬康慈,中醫師臨床手冊

日文部分

1 矢數道明,漢方治療百話及續漢方治療百話。

2 矢數道明,大塚敬節,漢方診療醫典。

3 矢數道明,大塚敬節,漢方大醫典。

4 矢數道明,漢方主要處方解說。

5 大塚敬節,漢方診療三十年。

6 大塚敬節,中國內科醫鑑。

7 細野史郎,漢方治療之方證吟味。

8 藤本健小倉重成著漢方概論。

9 松充胤編,現代中國癌醫療(1977)。

10 雜誌,漢方之臨床,日本東洋醫學會誌。

11 安西安周中醫的臨床與處方(新醫藥出版社)。

中醫師典內科治療編輯範例草案

(附件三)

一、證名及病名:

二、病因:

三、證狀:

四、診斷:

五、常規檢驗:(參考一般臨床血液例行檢查,一般生化檢查、

X光、心電圖、腦波、超音波、細菌培養等等)

六、辨症:

七、論治:

八、處方:1 主治方劑 2 加減藥物之症別

九、單方:

十、針灸:

十一、預後護理:

十二、禁忌:

十三、參考文獻:

十四、備註:

中醫師典外科治療編輯範例草案

(附件五)

一、證名及病名：

二、病因：

三、證狀：

四、診斷：

五、常規檢驗：（參考一般臨床血液例行檢查、一般生化檢查、

X光、心電圖、腦波、超音波、細菌培養等等）

六、辨證：

七、論治：

八、處方：①主治方劑②加減藥物之症別

九、單方：

十、針灸：

十一、預後護理：

十二、禁忌：

十三、參考文獻：

十四、備註：

中醫師典婦科治療編輯範例草案

(附件六)

一、證名及病名：

二、病因：

三、證狀：

四、診斷：

五、常規檢驗：（參考一般臨床血液例行檢查、一般生化檢查、

X光、心電圖、腦波、超音波、細菌培養等等）

六、辨症：

七、論治：

八、處方：①主治方劑②加減藥物之症別

九、單方：

十、針灸：

十一、預後護理：

十二、禁忌：

十三、參考文獻：

十四、備註：

中醫師典兒科治療編輯範例草案

(附件七)

- 一、證名及病名：
- 二、病因：
- 三、證狀：
- 四、診斷：
- 五、常規檢驗：（參考一般臨床血液例行檢查、一般生化檢查、X光、心電圖、腦波、超音波、細菌培養等等）
- 六、辨症：
- 七、論治：
- 八、處方：①主治方劑②加減藥物之症別
- 九、單方：
- 十、針灸：
- 十一、預後護理：
- 十二、禁忌：
- 十三、參考文獻：
- 十四、備註：

中醫師典眼科治療編輯範例草案

(附件八)

- 一、證名及病名：
- 二、病因：
- 三、證狀：
- 四、診斷：
- 五、常規檢驗：（參考一般臨床血液例行檢查、一般生化檢查、X光、心電圖、腦波、超音波、細菌培養等等）
- 六、辨證：
- 七、論治：
- 八、處方：①主治方劑②加減藥物之症別
- 九、單方：
- 十、針灸：
- 十一、預後護理：
- 十二、禁忌：
- 十三、參考文獻：
- 十四、備註：

中醫師典針灸科治療編輯範例草案

(附件九)

中醫師典傷科治療編輯範例草案

(附件十)

一、證名及病名：

二、病因：

三、證候：

四、診斷：

五、常規檢驗：(參考一般臨床血液例行檢查、一般生化檢查、

X光、心電圖、腦波、超音波、細菌培養等等)

六、辨證：

七、局部解剖：

八、論治：取穴、主穴、配穴、止痛。

九、補瀉手法：(同身寸分法、留針久暫)

十、針藥配合療法：主方加減藥物之症別

十一、禁忌：

十二、參考文獻：

十三、備註：附各種疾病應用參考穴

一、名稱：(受傷部位)

二、症狀：(內傷、外傷、骨折)

三、生理概況：

四、檢查依據：(X光圖片)

五、整骨手法：

六、應用器材：

七、敷藥處方：

八、內服藥方：

九、針灸輔助療法：

十、包紮手法：

十一、護理：

十二、預後：

十三、參考文獻：

十四、備註：

中醫師典耳、鼻、咽喉科治療編輯範例草案（附件十一）

一、證名及病名：

二、病因：

三、證候：

四、診斷：

五、常規檢驗：（參考一般臨床血液例行檢查、一般生化檢查、

X光、心電圖、腦波、超音波、細菌培養、內視

鏡等等）

六、辨證：

七、論治：

八、處方：①主治方劑②加減藥物之症別

九、單方：

十、針灸：

十一、預後護理：

十二、禁忌：

十三、參考文獻：

十四、備註：

中醫師典推拿治療編輯範例草案

（附件十二）

一、證名及名稱：（推拿部位）

二、症狀：

三、生理概況：

四、診斷：

五、推拿手法：

六、按摩手法：

七、導引：

八、器具介質配合：

九、藥物配合：

十、處方：

十一、預後護理：

十二、禁忌：

十三、參考文獻：

十四、備註：

行政院衛生署中醫藥委員會第四十次會議紀錄

時間：中華民國七十一年六月十九日上午九時卅分

地點：本署第一會議室

出席：林昆倫 蕭新懷 莊辰雄 李益芳 吳明達 董伯生

邵錦文 吳元劍 郭令賜 張次郎 陳筱春 陳太義

劉明偉 幸超群 林庚申 陳欽銘 張大謀 李政育

魏開瑜

列席：覃砥柱 劉重民 斯杏軍 傅悅娟 高雁華

主席：張主任委員齊賢 紀錄：王淑珍

一、主席報告：

各位委員：關於「中藥典編輯綱要」草案按年度計畫業經草擬完成，特提請本次會議詳加研議以爲定稿。

二、工作報告：覃執行秘書砥柱

「中藥典編輯綱要」草案經過中藥典編輯委員會多次討論，依年度計畫如期於六月底前完成草案，下年度自七月開始應着手撰寫細目，唯恐收錄不全，特提請本次會議就教於各位委員、研究委員共同研議，以期盡善盡美。

三、討論事項：

(一)案由：研議「中藥典編輯綱要」草案。(如附件一)

提案人：本會

決議：修正通過呈請署長核定及於下年度繼續編寫細目。

(二)案由：研議「中華民國第一屆國際針灸研討會」通知如何分配案。

提案人：本會

說明：按照預定進度國內通知六月下旬可全部寄發，大致分配如附件(二)。

決議：通過。

(三)案由：研議民間中藥驗方臨床判定及有關事宜，應如何處理請討論案。

提案人：本會

說明：關於民間中藥驗方經審查通過在案者共三十二件，經本署多次與中國醫藥學院附設中醫院及台北市立和平醫院中醫門診部洽商臨床判定，據復皆表示諸多不同意見，使驗方不能進行判定。

決議：召集中華民國中醫師公會全聯會、台灣省中醫師公會、台北市中醫師公會及各學術團體研商是否可成立「民間中藥驗方試驗門診中心」後再議。

(四)案由：依據本署醫政處簽會本會以西醫是否可從事針灸業務，提請討論。

提案人：本會

說明：凡醫師從事醫療業務均應依法辦理，如中醫師不能使用西醫醫療器械同，但為使中醫西醫一元化及發展中醫中藥計，西醫從事針灸業務似不應加以限制，以免影響中醫中藥步入科學化之途徑。

決議：請本署本公平原則依法辦理。

四 臨時動議：

(一)案由：高雄市立中醫院即將於明（七十二）年二月開辦，有關人員約聘、作業方法擬定等務請慎重，提請討論案。

動議人：邵錦文

說明：高雄市立中醫院即將於明（七十二）年一月開辦，為全國首創，亦為中醫界之大事，但為其成功，以免失敗，有關院長、副院長人選中醫師、藥師、護理人員等之約聘任用等，均應選擇卓著聲譽及行政經驗、學術豐富者方能使其於創辦之初建立良好之基礎。

決議：請本署函高雄市政府慎重辦理。

(二)案由：修正考試法、考試法施行細則、醫事人員檢覈辦法中有關中醫師之事項，請研議案。

動議人：邵錦文

說明：如附件(三)

決議：轉考選部參辦。

五 散會：下午一時。

植物形態術語說

葉或花瓣之外形 (Leaf or petal form) (表一)

- 1 絲狀 (filiform)
- 2 線形 (linear)
- 3 廣線形 (broad linear)
- 4 線狀長橢圓形 (linear-oblong)
- 5 長橢圓形 (oblong)
- 6 橢圓形 (elliptical)
- 7 圓形 (orbicular)
- 8 鑽形 (subulate)
- 9 線狀披針形 (linear-lanceolate)
- 10 狹披針形 (narrow lanceolate)
- 11 披針形 (lanceolate)
- 12 長橢圓狀披針形 (lanceolate-oblong)
- 13 卵形 (ovate)
- 14 廣卵形 (oval)
- 15 倒披針形 (oblanceolate)
- 16 倒卵形 (obovate)
- 17 心形 (cordate)
- 18 倒心形 (obcordate)
- 19 腎形 (reniform)
- 20 三角形 (deltoid)
- 21 菱形 (rhombate)
- 22 匙形 (spatulate)

附件(一) 中藥典編輯範例草案

一、藥名：(列出處、拉丁名)

二、別名：(常用、現用別名、及出處)

三、來源：(中文學名、原植物拉丁名、分科)

四、產地：中國(特別地名)(國名：如日本、韓國、美國)

五、植物形態：(以圖片為主，加以說明)

六、藥材形態：(以圖片為主加以說明)藥用部位、根、莖、枝、葉、皮、花、子、果。

七、種植與採收：

八、炮製：

九、貯藏：

十、鑑別：(一)官能檢查(經驗)(二)生藥學檢查(顯微鏡)(三)化學

鑑定(1)純度(2)含量測定(3)確認試驗(四)品質管制。

十一、性、味、歸經：(列出處，以本草綱目為主，或其他典籍)

十二、成分：(分離者年代、中文、英文名，以號碼分項目(1)(2)(3)

採用文獻儘量以五年以內者)

十三、藥理(實驗者，年代、動物用量、摘要分類(1)(2)(3))

十四、功用主治：(應用疾病、效能、其他、列出處：如本草綱目

及歷代重要本草著述)

十五、附方：

十六、用法、用量：(以公制gm)

十七、配伍禁忌：(列出處)

十八、參考文獻：(錄有關書籍之記載，分類整理)

(1)雜誌名、卷、頁、年、公元。(成分、藥理、鑑別)

(2)

(3)

(4)

充備考：(附註)

(1)注意事項

(2)同類藥物

(3)類似植物

(4)臨床經驗

(5)根、莖、枝、葉、皮、花、子、果

(6)引種栽培

(7)其他

復興中華文化

發展中醫中藥

附件 (一)

團體名稱	份數	備註
中華民國中醫師公會全國聯合會	40	
台灣省中醫師公會	240	省轄二十一縣市公會計 二會每十份 新竹改制之另 會三兩市公、
台北市中醫師公會	80	
高雄市中醫師公會	50	
中國針灸學會	40	
中國針灸學會台灣省分會	20	
中國針灸學會台北市分會	40	
中國針灸學會高雄市分會	40	
新竹縣鍼灸醫藥學會	8	
台中市鍼灸學會	8	
彰化縣鍼灸學會	8	

中國鍼灸學會基隆市支會	8	
中國鍼灸學會台北縣支會	8	
中國鍼灸學會桃園縣支會	8	
中國鍼灸學會苗栗縣支會	7	
中國鍼灸學會台中縣支會	7	
中國鍼灸學會嘉義縣支會	7	
中國鍼灸學會台南市支會	8	
中國鍼灸學會台南縣支會	8	
中國鍼灸學會高雄縣支會	8	
中國鍼灸學會屏東縣支會	7	
中國鍼灸學會花蓮縣支會	7	
中國鍼灸學會宜蘭縣支會	7	
中國鍼灸學會台東縣支會	7	
中國醫藥學院	40	
合計	711	

中藥典藥物炮製範例草案

一、藥名：（拉丁名）

二、種植與採收：

三、加工：洗、切、寬、厚、大、小、剝去皮尖。

四、炮製：酒、醋、鹽、蜜、土、乳汁、童便、炒、燉、煨、

煑、蒸、浸、泡、泔水、霜、水飛、燂、火炙、薑汁。

五、功能：

六、乾燥：

七、貯藏：

八、參考文獻：

九、其他：

十、備考：說明歷代炮製方法。

爲天地立心

爲生民立命

葉或花瓣之先端與基部 (Leaf or petal apices and bases) (表11)

1—15: 葉尖 (apex of leaf)

1 銳形 (acute)

2 銳尖形 (acuminate)

3 漸銳尖形 (attenuate-acuminate)

4 鈍形 (obtuse)

5 圓形 (rotundate)

6 微凹形 (retuse)

7 凹形 (emarginate)

8 倒心形 (obcordate)

9 鬚尾形 (cirrhous)

10 芒形 (aristate)

11 尾形 (caudate)

12 短尖形 (mucronate)

13 齒形 (bitten)

14 尖形 (cuspidate)

15 截形 (truncate)

16—26: 葉基 (base of leaf)

16 漸狹形 (attenuate)

17 楔形 (cuneate)

18 鈍形 (obtuse)

19 圓形 (rotundate)

20 截形 (truncate)

21 歪形 (oblique)

中藥典草部預定撰寫藥物種類草案

268種

鬱金香	茉莉	山薑	豆蔻	砂仁	黃芩	柴胡	白鮮皮	淫羊藿	白頭翁	黃精	仙茅	甘草
藿香	白茅香	白豆蔻	益智子	薑黃	前胡	獨活	山慈姑	地榆	人參	肉蓯蓉	丹參	沙參
澤蘭	蘭草	華荑	肉豆蔻	芎藭	瑣陽	升麻	白茅根	白芨	桔梗	天麻	紫草	知母
假蘇	香薷	補骨脂	鬱金	藁本	狗脊	苦參	延胡索	龍胆草	黃連	萎蕤	貫衆	三七
紫蘇	水蘇	蓬莪朮	牡丹皮	芍藥	遠志	貝母	細辛	白薇	藜蘆	朮	玄參	黃耆
薰草	香附子 莎草	荊三稜	山奈	甘松香	百兩金	水仙子	白前	胡黃連	防風	巴戟天	紫參	薺芎

蓖麻仁	夏枯草	麥	半邊蓮	瞿麥	紫菀	鼠麴草	石龍芻	紅藍花	牛蒡子	當歸 土當歸	天名精	曲節草	馬蘭
木黎蘆	木賊	扁蓄	留王 行不	女青	萱草	牛膝	地黃	小大 薊薊	豨薟	蛇床子	蘆	青葙子 雞冠花	薄荷
射干	千年艾	燕脂花	穀精草	葶藶	狗尾草	鴨拓草	麥門冬	女苑	漏蘆	白芷	麻黃	番紅花	菊
鳳仙	奴劉 草寄	苧麻	地紫 丁花	馬鞭草	藍	鹿蹄草	淡竹葉	葵	苘麻	木香	龍常草	續斷	野菊
羊躑躅	旋覆花	小青	見腫消	鼠尾草	甘藍	款冬花	迎春花	酸漿	胡蘆巴	高良薑	艾	大青	蓍
玉簪	海金沙	車前	翦春羅	旱蓮草	蒺藜	地膚子	決明子	敗醬	蒼耳子	芫薺子	青蒿	馬蘭子	茵陳蒿

葛(葛根)	清風藤	石松	虎耳草	地錦	香蒲黃	地蜈蚣	蛇含	(山歸來)草薺	使君子	石龍芮	曼陀羅花	雲實	(天仙子)荳蔻
百部	藤黃	何昨草葉	酢漿草	仙人掌	羊蹄	鬼鍼草	連翹	白欬	馬兜鈴	蚤休	半夏	藜蘆	蜀漆
女萎	五味子	卷柏	仙人草	骨碎補	菖蒲	烏頭子天雄	天南星	白附子	大黃	青黛	茜草	牽牛子	芫花
山豆根	懸鉤子	桑花	金紫盤背	石長生	石斛	獨腳蓮	狼毒	商陸	大戟	三白草	(木通)通草	營實即薔薇子	毛茛
紫葳	絡石	木鱉子	馬勃	石韋	金星草	醉魚草	甘遂	澤漆	續隨子	虎杖	羊桃	王瓜	菟絲子
蒔蘿	懷香	罌子桐	狼尾草	石蕊	石莧	防已	栝樓	常春藤	月季花	天仙藤	(金銀花)忍冬	天門冬	覆盆子

梧桐子	杜仲	胡桐淚	簾糖香	楓香脂	降真香	木蘭	柏	中藥典木類預定撰寫藥物種類草案 132種		蒲公英	釣藤	何首烏	甘藤
罌子桐	椿、樗	返魂香	篤耨香	薰陸香、乳香	楠	辛夷	松			葳	木蓮	土茯苓	紫金藤
海桐	漆	藥木	龍腦香	沒藥	樟	沈香	杉			薇	千里光	千金藤	蛇莓
棟	梓	小藥	樟腦	麒麟竭	釣樟	蜜香	桂			藜	澤瀉	黃藥子	番木鱉
槐	楸	黃櫨	阿魏	安息香	烏藥	丁香	天竺桂				石胡荽	龍舌草	威靈仙
檀	桐	厚朴皮	蘆薈	蘇合香	懷香	檀香	月桂				伏仙草人	翻白草	羅勒

寄桑	柞木	楓柳	香	紫荊皮	五加皮	冬青	山茱萸	枳	大風子	緞木	榆	柳	莢蒾
生上	木	琥珀	山茶	木天蓼	枸杞子	枸骨	胡頹子	枸橘	海紅豆	欄木	榔榆	檉柳	秦皮
木	松蘿	木芙蓉	茯苓	竹	搜疏	衛矛	金櫻子	梔子	相思子	櫻欄	蕪荑仁	水楊	合歡
接骨木	扶桑	大空	賣子木	不凋木	石南藤	芸香	郁李仁	酸棗仁	桑	柯樹	蘇枋木	白楊	欒華
竹	穆木	鬼齒	柳寄生	伏牛花	牡荊	檉木	鼠李	白棘	柘	烏白木	烏木	扶移	無食子
黃	仙人村	桃寄生	黃楊木	猪苓	蔓荊子	南燭	女貞子	蕤仁	楮	巴豆	樺木	松楊	櫟
密蒙花	木綿花												
雷丸													

韶子	無花果	大腹子	木威子	(櫚子) (實子)	枇杷	柑	林檎	櫨子	棗	李	中藥典果類預定撰寫藥物種類草案 103種		蠟梅
枳椇	阿勒勃	椰子	菴摩勒	橡實	楊梅	橙	柿	榲櫨	仲思棗	杏			
秦椒	都桶子	無漏子	五釵子	櫟實	櫻桃	柚	棓柿	榲櫨	梨	巴旦杏			
蜀椒	都念子	光椰子	榧實	荔枝	銀杏	枸櫞	君遷子	山櫨	棠梨	梅			
崖椒	都威子	蔞木麵	海松子	龍眼肉	胡桃仁	山嬰桃	安石榴	菴羅果	海紅	桃			
蔓椒	摩厨子	波羅蜜	檳榔子	橄欖	渾阿子月	金橘	橘	柰	木瓜	栗			

密陀僧	自然銅	百草霜	蚯蚓泥	白堊	中藥典礦物類預定撰寫藥物種類草案	80種	刺蜜	五子實	苦棗	芡實	彌猴桃	茗	胡椒
錫	銅青	石鹼	烏參泥	赤土				沙棠果	鹿梨	芡實	甘蔗	臯蘆	畢澄
馬腦	古文錢	鉛	金	伏龍肝				榉子	鉤栗	烏芋	沙糖	甜瓜	吳茱萸
寶石	鐵	鉛霜	銀	白瓷器				麝目	龍荔	慈姑	石蜜	西瓜	食茱萸
雲母	尖砂	粉鉛	硃砂根	煙膠				馬檳榔	毗梨勒	榔梅	蓮藕	蒲萄	鹽麩子
白石英	鐵落	鉛丹	赤銅	墨				地椒	沒離梨	天師栗	蓮紅花白	蔓蔞	醋林子

枸杞蟲	蟲白蠟	蜂蜜	中藥典動物類預定撰寫藥物種類草案	142種	石灰	消石	浮石	朴消	白水石中	慈石	靈砂	紫石英	玉
蛭蝶	紫鯽	蜜蠟			蓬砂	河砂	石硫黃	禹餘糧	砒石	玄明粉	黃土	雄黃	丹砂
蜻蛉	五倍子	蜜蜂				花乳石	無名異	硃砂	石蟹	餘太糧一	窠胡土燕	雌黃	水銀
樗雞	桑螵蛸、螳螂	大黃蜂				白羊石	戊鹽	玄精石	石鍾乳	陽起石	土蜂窩	石膏	水銀粉
斑蝥	蠶	露蜂房				凝水石	石膽	礬石	鹵鹼	礬石	轉蜣丸	理石	粉霜
芫青	九香蟲	獨腳蜂				食鹽	代赭石	麥飯石	石燕	綠礬	爐甘石	滑石	銀朱

麋羊	象	狗寶	駝	羊	孔雀	寒號蟲	鶉	鸚鵡	鼃	鼠婦	炸蟬	蛆	地膽
山羊	犀	諸血	酪	黃羊	駝鳥	斑鳩	鴿	雞	蝌蚪	蜜蟲	蟬蛻	蠅	蜘蛛
鹿	犛牛	獅	酥	牛	鷹	烏鴉	雀	雉	蜈蚣	蜚蠊	蟬花	狗蠅	壁錢
麋	野猪	虎	阿膠	馬	鵬	鵲	燕	鸛雉	馬陸	蜚蠊	蜣螂	牛蝨	螳螂
麝	豪豬	豹	黃明膠	驢	豕	杜鵑	石燕	鷓鴣	(地龍) 蚯蚓	蟾蜍	螻蛄	螻蛄	蠍
貓	熊	貊	牛黃	騾	狗	鸚鵡	伏翼	竹雞	蝸牛	蝦蟆	螢火	蠹蟲耳	水蛭

稷	魯豆	秬	豌豆	胡麻仁	中藥典穀類預定撰寫藥物種類草案		狐	溺白五	水蛇	秋石	蝮蛇	瓜甲	狸
蜀黍	蠶豆	黍	豇豆	白豆			牙齒	鼠	雨傘節	刺猬皮	猩猩	蛇	黃鼠
	粳	糯	玉蜀黍	薏苡			白花蛇	夜明砂	獼猴	蛤蚧	眼鏡蛇	水獺	龍
	大麥	稗	小麥	赤小豆			乳汁	猬	烏蛇	黃領蛇	口津唾	金蛇	兩頭蛇
	蕎麥	大豆	雀麥	稻				鱖	百步蛇	敗筆	蛇蛻	髮髮	守宮
	粟	大麻	綠豆	刀豆				狒狒	兔	石龍子	五靈脂	人胞	鼯鼠

中藥典水產類預定撰寫藥物種類草案			中藥典蔬菜類預定撰寫藥物種類草案									
鯽魚	白魚	鯉魚	胡瓜	茄	土芋	雞腸草	茺	生薑	薑臺	韭	48種	
魴魚	石首魚	鰱魚	絲瓜	壺盧	薯蕷	莧	紫茺	乾薑	菰	茗葱		
鱸魚	勒魚	鱖魚	苦瓜	苦瓠	零餘子	馬齒莧	菠薐	茼蒿	芥	胡葱		
鰕魚	鱗魚	鮭魚	芝	冬瓜	甘藷	苦菜	蘿菜	胡荽	白芥子	薤		
鯊魚	鮓魚	青魚	木耳	南瓜	百合	萵苣	蒺藜	胡蘿蔔	蕪菁	蒜		
鰻魚	鮠魚	鰻魚	香蕈	越瓜	竹筍	芋	薺	水蘄	萊菔	葫		
87種												

中藥典炮製、製劑預定撰寫藥物種類草案												231種
冬葵子	木瓜	馬錢子	藕節	黃芩	鬱金	知母	附子	地黃	玉竹	巴戟天	山慈姑	三稜
白果	木鱉子	小茴香	藁本	黃耆	草烏	苧麻根	遠志	地榆	仙茅	丹參	川芎	土茯苓
白胡椒	巴豆	山茱萸	大豆卷	黃精	香附	貫衆	蒼朮	防風	白朮	烏藥	川烏	大黃
決明子	烏梅	山楂	大風子	紫菀	桔梗	狗脊	何首烏	當歸	白芍	半夏	千年健	大戟
肉豆蔻	牛蒡子	千金子	大腹皮	澤瀉	黨參	羌活	延胡索	赤芍	白附子	甘草	天門冬	山奈
沙苑子	冬瓜子	女貞子	馬兜鈴	薤白	柴胡	薑	青木香	麥門冬	百部	甘遂	天南星	山藥

海藻	黃柏	蒲黃	枇杷葉	荊芥	橘紅	紫蘇子	豬牙皂	桃仁	菲菜子	枳殼	青箱子	芥子	補骨脂
雷丸	竹茹	槐花	側柏葉	益母草	橘核	黑芝麻	甜瓜子	梔子	草豆蔻	枳實	刺蒺藜	芸苔子	訶子
乾蟾	沒藥	杜仲	淫羊藿	麻黃	薏苡仁	槐角	楮實子	括樓	草果	棟實	金櫻子	吳茱萸	陳皮
五靈脂	阿魏	牡丹皮	棕櫚	鎖陽	木賊	蔓荊子	葱子	萊菔子	荔枝核	柿蒂	扁豆	穀芽	杏仁
水蛭	乳香	厚朴	芫花	蒲公英	肉蓯蓉	酸棗仁	胡蘆巴	蓖麻子	覆盆子	胡麻子	牽牛子	佛手	麥芽
瓦楞子	昆布	桑白皮	款冬花	艾葉	細辛	薤仁	菟絲子	蛇床子	益智仁	鴉膽子	砂仁	青皮	蒼耳子

米 粃	蕪 荑 醬	麵	麪	黃 豆	朦 石	鐘 乳 石	龍 骨	虻 蟲	蛤 壳	刺 猬 皮	石 決 明
細 春 杵 糠 頭	醋	神 麵	米 糕	豆 腐	阿 膠	朱 砂	石 膏	桑 螵 蛸	蛤 蚧	虎 骨	血 餘
酸 筍	酒	紅 麵	糲	陳 廩 米	鹿 角 膠	雄 黃	芒 硝	斑 蝥	象 皮	穿 山 甲	金 蝎
	燒 酒	藥 米	寒 具	飯	蘆 薈	滑 石	自 然 銅	蟬 蛻	蜈 蚣	珍 珠	雞 內 金
	蒲 萄 酒	飴 餠	蒸 餅	石 青 飯 乾	乾 漆	礪 砂	爐 甘 石	螻 蛄	鼈 甲	海 螵 蛸	龜 板
	糟	醬	女 麵	粥	大 豆 豉	磁 石	禹 糧 石	殭 蠶	九 香 蟲	蛇 蛻	牡 蠣

- 葉之着生與分裂 (Leaf arrangements parts and types) (表一)
- 1—5. 葉之排列 (Leaf arrangements)
- 1 互生 (alternate)
 - 2 對生 (opposite)
 - 3 輪生 (verticillate)
 - 4 根生 (radicular)
 - 5 葉 (leaf)
 - a 葉身 (blade)
 - b 葉脈 (nervē)
 - c 側脈 (veinlet)
 - d 中肋 (midrib)
 - e 葉柄 (petiole)
 - f 托葉 (stipule)
 - 6—9. 單葉 (simple leaf)
 - 6 全緣 (entire)
 - 7 淺裂 (lobate)
 - 8 半裂 (cleft)
 - 9 深裂 (parted)
 - 10 羽狀複葉 (pinnate)
 - 11 掌狀淺裂 (palmately lobate)
 - 12 掌狀深裂 (palmately parted)
 - 13 鳥足狀 (pedate)
 - 14 掌狀複葉 (palmately compound)

附件 (三)

建議修正有關法規	法規名稱	考試法
	原 條 文	<p>第五條：</p> <p>中華民國國民，具有本法所定應考資格者，得應本法之考試，但有左列各款情事之一者，不得應考。</p> <p>一、犯刑法內亂、外患罪經判決確定者。</p> <p>二、曾服公務有侵佔公有財務或收受賄賂</p>
	擬修正條文	
	說明	

	<p>行爲經判決確定者。</p> <p>三、遞奪公權尙未復權者。</p> <p>四、受禁治產之宣告，尙未撤銷者。</p> <p>五、吸食鴉片或其他毒品者。</p> <p>專門職業及技術人員考試應考人除依前項規定外，並應受各該職業法所定之限制。</p> <p>第八條：</p> <p>高等考試普通考試每年或間年舉行一次，</p>
	<p>此項條文所謂：「應受各該職業法所定之限制」。目前醫事人員檢覈辦法並未列入中醫師。因此對中醫師任用有所限制。</p>

	<p>遇有必要得臨時舉行之。</p> <p>第十三條： 考試及格由考試院發給證書，並登載公報。</p> <p>第十八條： 具有左列資格之一者，得應公務人員特種考試之甲等考試。</p> <p>一、公立或立案之私立大學研究所，或經教育部承認之國</p>
	<p>以前中醫師考試及格證書均依第十八條辦理，目前悉改為第十三條資格之中醫師應有之權利悉予剝奪。應建議恢復第十八條辦理。俾與西醫取得同等權利。</p>

<p>外大學研究院所，得有博士學位，並任專攻學科有關工作二年以上，成績優良，有證明文件者。</p> <p>二、公立或立案之私立大學研究院、所，或經教育部承認之國外大學研究院、所，得有碩士學位，並任專攻學科有關工作四年以上，成績優良，有證明文件者。</p>	

<p>考 試 法 施 行 細 則</p>	<p>件者。</p> <p>四 高等考試及格，並就其錄取類科在機關服務六年以上，成績特優，有證明文件者。</p> <p>五 公立或立案之私立專科以上學校畢業，並曾任民選縣（市）長滿六年，成績優良，具有專門著作者。</p> <p>第三條： 本法第一條所稱之專</p>

	<p>門職業及技術人員， 謂左列各款人員：</p> <p>一、律師、會計師。</p> <p>二、建築師、農業技師、工業技師、礦業技師。</p> <p>三、醫師、藥師、牙醫師、護理師、醫事檢驗師、醫用放射技術師、護士、助產士、藥劑生、醫事檢驗生、醫用放射線技術士。</p> <p>四、中醫師。</p>	<p>三、醫師、中醫師、藥師、牙醫師、護理師、醫事檢驗師、醫用放射線技術師、護士、助產士、藥劑生、醫事檢驗生、醫用放射線技術士。</p>	<p>醫事人員既為專門職業與技術人員，中醫師不宜單獨排列。尤其在第廿五條未列入中醫師在校實習服務資格。</p> <p>原條文四中醫師應刪除之。</p>
--	---	--	---

<p>醫事人員 檢覈辦法</p>	<p>五 六 七 第廿五條： 本細則第三條第三項 醫事人員在校實習， 得以服務論。 第一條： 本辦法依醫師法、藥 師法、助產士法及考 試法規有關之規定制 定之。</p>
	<p>考試法第五條：「應 受各該職業法之限制 」及第十三條與第十 八條之差異，本項條 文又依考試法有關之 規定制定之，對中醫 師之限制不公。</p>

第二條：	<p>本辦法所稱醫事人員指醫師、藥師、牙醫師、護理師、醫事檢驗師、醫用放射線技術師、護士、助產士、藥劑生、醫事檢驗生、醫用放射線技術士。</p>
<p>中醫師檢覈辦法另定之。</p>	<p>本辦法所稱醫事人員指醫師、中醫師、藥師、牙醫師、護理師、醫事檢驗師、醫用放射線技術師、護士、助產士、藥劑生、醫事檢驗生、醫用放射線技術士。</p> <p>中醫師檢覈辦法另定之。</p>
<p>本條文所稱醫事人員，依醫事法規定，應列入中醫師。因此應請修正列入，俾免排斥。</p> <p>修定之條文涵蓋周衍不偏不失應請建議修正之。</p>	
第三條：	<p>中華民國國民具有左</p>

	<p>中醫師檢覈辦法另定之。</p> <p>第三條： 中華民國國民具有左列資格之一者，得應醫師之檢覈。</p> <p>一、公立或立案之私立專科以上學校或經教育部承認之國外專科以上學校修習醫學，並經實習成績優良。得有畢業證書者。</p> <p>二、在外國政府領有醫</p>	<p>第四條： 中華民國國民具有左列資格之一者，得應中醫師之檢覈。</p> <p>一、公立或立案之私立專科以上學校或經教育部承認之國外專科以上學校修習醫學，並經實習成績優良。得有畢業證書者。</p> <p>二、在外國政府領有中醫師證書經中央衛生主管機關認可者</p>	<p>原條文第四條，改列爲第五條餘下類推。</p> <p>增訂第四條之原因爲國內國外均有中醫院校之設立現中醫師擁有碩士博士者大有人在，故請增定之以與法律之平等。且大學法第十七條有中醫學系之設立其資格與西醫相等。</p>
--	---	---	---

<p>師證書經中央衛生 主管機關認可者。</p>

行政院衛生署中醫藥委員會第四十一次會議紀錄

時間：中華民國七十一年八月二十七日 下午二時三十分

地點：本署第二會議室

出席：陳欽銘、陳筱春、陳金清富、奚復一、張次郎、陳恭炎

顏焜熒、陳太義、謝明村、辛超羣、鄧錦文

列席：覃砥柱

主席：張主任委員齊賢

紀錄：傅悅娟

一、主席報告：

首先介紹新委員：謝委員、顏委員、奚委員，今年從春天開過中醫師典中藥典編修會議後，所有的工作一直在進行編寫中醫師典綱要和中藥典綱要，現在都整理完成，各科即將開始編寫細目，請各委員提出寶貴意見希望兩部大典都能做到盡善盡美。

二、工作報告：

覃執行秘書砥柱報告：

(一)本署將在十一月舉辦中華民國第一屆國際針灸研討會，籌備工作進行非常順利，前幾天剛開過籌備會，目前大會場地、辦公室、大小房間都訂妥，至於報名方面即將在月底截止。

參加大會人數原定八百名，目前已「和」，將來以不超過

一千人為原則，另外各位委員對於籌備會的工作，如有寶貴意見請提出參考。

(二)關於中醫師典中藥典編輯以三十九次委員會會議紀錄作為基本，稿紙全部印妥，如有需要可以請各委員帶回去，其他的等討論有結果再分送給各編輯委員。

(三)陳金委員臨時提案，納入臨時動議案討論。

三、討論事項：

(一)案由：中醫師典編輯綱要草案請討論案。(如附件)

提案人：本會

決議：修正通過。

(二)案由：如何使中醫師典編輯工作達到完善之境界，請討論案。

提案人：本會

決議：為集中人力，擬外聘兩位委員駐會做醫典藥典各科整編工作，另聘僱兩人負責協助編輯工作。

四、臨時動議：

案由：請本署儘速協調考選部訂定「確具中藥基本知識及鑑別能力人員」考試或登記辦法，付諸實施，早日核發中藥商執照，以恤商艱，而結懸案。

動議人：陳金清富

決議：由中醫藥委員會查明事實真相後再作決定。

五、散會。

Leaf types (and margins) (表三)

15—24：複葉

15. 奇數羽狀複葉 (impari-pinnate)

16. 偶數羽狀複葉 (pari-pinnate)

17. 二回羽狀複葉 (bipinnate)

18. 三回羽狀複葉 (tripinnate)

19. 三出複葉 (ternate)

20. 二回三出複葉 (biterminate)

21. 卷鬚複葉 (pinnate with tendril)

22. 倒向羽裂 (runcinate)

23. 琴形 (lyrate)

24. 篳齒形 (pectinate)

1—12：葉緣

1. 全緣 (entire)

2. 波形 (undulate)

3. 微波形 (repand)

4. 鈍鋸齒形 (crenate)

5. 鋸齒形 (serrate)

6. 細鋸齒形 (serrulate)

7. 牙形 (dentate)

8. 細齒形 (denticulate)

9. 纖毛形 (ciliate)

10. 流蘇狀 (fimbriate)

11. 重鋸齒狀 (double serrate)

12. 缺刻狀 (incised)

花之組成 (flower composition) (表四)

1—2：花之組成

co. 副冠 (corona)

fl. 花 (flower) s. 子房上位 (superior ovary)

st. 花柱 4. 子房中位 (half-inferior ovary)

p. 雌蕊 (pistil)

a. 花藥 (anther) 5. 子房下位 (inferior ovary)

pe. 花瓣 (petal)

se. 萼片 (sepal)

fl. 花軸 (floral axis)

ped. 小花柄 (pedicel)

br. 苞 (bract)

ou. 外花被片 (outer tepal)

i. 內花被片 (inner tepal)

per. 花被 (perianth)

s. 柱頭 (stigma)

o. 子房 (ovary)

f. 花絲 (filament)

std. 雄蕊 (stamen)

c. 花冠 (corolla)

ca. 萼 (calyx)

b. 小苞 (bracteole)

行政院衛生署中醫藥委員會第四十二次會議紀錄

時間：中華民國七十一年十月二十八日上午九時三十分

地點：本署第二會議室

出席：奚復一、陳太義、林庚申、曹成章、顏焜熒、鄧錦文、陳筱春、謝明村、周智夫、張次郎、陳金清富、陳欽銘、幸超群。

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

紀錄：王淑珍

一、主席報告：（略）。

二、工作報告：

覃執行秘書報告：

本次會議討論內容比較廣泛，所以未列專題討論，各位委員如有寶貴意見請大家提出來討論，關於中華民國第一屆國際針灸研討會，原本預計三〇〇人參加，編列經費一九〇萬元，因應各方意見反應，本次針灸大會既係由政府主辦且為國際會議，應擴大舉辦，至目前為止報名參加的國內外人數統計結果有六百人左右，再加上貴賓及工作人員等約一千人左右，因此所需經費約三五〇萬元，與原來所編之經費相差甚多，已向署長報告。論文方面，經兩（）審查結果，錄用了七

十八篇，相當有水準，大約在下（十一）月中旬可編印完成。從下（十一）月初開始集中辦公。

關於中醫師典、中藥典已開始編寫，依年度計劃第二年度編寫各科各目，第三年度出版，希望能照進度進行。

關於中醫藥年報，上年第一期共發行五千本，寄發各層面，反應相當良好，而本年十二月將出刊的年報，稿源很豐富，可能超過原定二百六十面，可讀性很高。

三、討論事項：

（一）針灸研討會於十一月廿一日結束後，安排國外人士（約五十名左右）到中南部參觀之行程，請討論案。

決議：廿二日上午參觀故宮博物院，中午到台中市，在中醫藥學院午餐並參觀，下午往高雄，晚餐及夜宿均在高，廿三日上午參觀中鋼及中船後，返回台北解散。

（二）關於針灸研討會之部份細節問題請討論案。

決議：1 通知報名者報到時間及地點。

2 識別證應分別製定，以便識別。

3 國外人士資料袋內應放置會後之參觀行程表並附帶回條（）以便統計參觀人數。

4. 十九日上午八時至九時二十分辦理報到時，國內以縣、市別之方式報到。

(三) 外交部轉來第三屆東方醫學國際學術會議，定於七十二年五月十二日至十五日在瑞士洛桑舉行，主題是慢性疾病之治療，請討論是否派員參加及費用支付方式案。

決議：由本會簽請署長准予派員參加，並補助往返飛機票，如獲批准再行報名。

(四) 全聯會來函建議衛生署對死亡醫師之醫師證書准免收回請討論案。

決議：死亡醫師之執業執照理應繳回，而醫師證書乃代表

其個人資格，似可免予繳回，留作紀念。由本會建

議本署醫政處採納。

四、散會：上午十二時。

園地公開

歡迎投稿

花冠 (corolla types) (表五)

1. 輪狀花冠 (rotate)

2. 杯狀花冠 (cup-shaped)

3. 漏斗狀花冠 (funnel-shaped)

4. 鐘狀花冠 (campanulate)

5. 壺狀花冠 (urceolate)

6. 靴狀花冠 (calceolate)

7. 管狀花冠 (tubular)

8. 舌狀花冠 (ligulate)

9. 唇狀花冠 (labiate)

10. 假面花冠 (personate)

11. 十字形花冠 (cruciate)

12. 高盆狀花冠 (hypocrateriform)

13. 蝶形花冠 (papilionaceous)

a 旗瓣 (standard)

b 翼瓣 (wing petal)

c 龍骨瓣 (keel petal)

14. 百合形花冠 (liliaceous)

15. 薔薇狀花冠 (rosaceous)

16. 盔瓣狀花冠 (galeate)

17. 距狀花冠 (calcarate)

18. 石竹形花冠 (caryophyllaceous)

行政院衛生署中醫藥委員會第四十三次會議紀錄

時間：中華民國七十一年十二月二十八日下午二時三十分
地點：本署第二會議室

出席人員：

陳太義、張次郎、周智夫、顏煥榮、陳筱春、謝明村、陳金清富、林庚申、鄧錦文、曹成章、奚復一、幸超群
列席：

醫政處

徐致亮

中醫藥委員會

覃砥柱

主席：張主任委員齊賢

紀錄：傅悅娟

一、主席報告：

今年本會有五個重要的工作：

(一)中醫師典中藥典編輯工作，進行得非常順利，希望初稿能在明年六月以前完成，然後組成審查小組審查，在明後年兩部典籍都能按照預定計畫完成。

(二)與中國醫藥學院合作成立中醫肝門診，經過一年來的工作，情形非常良好，已有四〇〇多位病患。

(三)召開第一屆國際針灸研討會已圓滿結束，大家都非常辛苦，有許多善意或惡意的批評，我們所有的委員都能忍辱負重，此次會議參加人員共有一、〇七〇人，外賓一〇七人

，特別來賓三一人，未繳費而且提供膳宿的七六人，繳費共計一萬一千四百元美金，國內收入七十三萬二千元，與預算加起來約三百多萬元，收支未能平衡，國內外各界評語良好。

(四)高雄市中醫醫院預定明年三月開幕，其中人事方面由衛生署、中國醫藥學院及立夫先生研討協商中，醫師用聘任，院長及各科室主管以具有任用資格考任用，我們以中醫界整個力量來支持這個醫院，一定能辦得很好。

(五)古柯農場因限於經費及種種原因，遲遲未定，最近本署與輔導會合作，由輔導會提供耕種人力，農發會、林業實驗所、農業實驗所提供技術。管理方面則由衛生署負責，現在進行中。

未完成的工作繼續辦理，已完成的工作檢討得失，今年的工作到此告一段落，希望各委員提出缺點可做為我們來年的改進。

二、工作報告：

覃執行秘書報告：

關於本會的工作，主任委員已經說得很清楚，我在此再補充報告，這一年的工作有：針灸大會為今年重要的會議，

其他如中醫師典、中藥典編輯工作、民間驗方審查、年報、現代醫學進修班、中藥材培育、肝炎門診、收集國內外書籍、籌辦有關中醫藥的會議及署長交辦事項等，明年工作目標，除經常性的工作外，最重要的工作是如何推動中醫藥的教育、中藥調劑人員管理考試，據悉考選部至遲明年一定舉辦考試。

這一年來我們做了很多事，各位委員的支持與指導功不可沒，而各委員都能以犧牲小我的精神，奉獻一切，令人感激。

三、討論事項：

(一)案由：有關中國醫藥學院畢業持有中醫師證書，並經醫用游離幅射防護講習醫師班結業者，可否於中醫醫院診所操作X光診斷暨講習班應否繼續開辦，請討論案。

提案人：本會

決議：1為達到發展中醫藥目標，本案維持本署衛署保字第90二二三一號函，請繼續辦理中醫師醫用游離幅射防護講習班。

2建議修正醫院診所管理規則，將該項人員納入管理。

(二)案由：請查究常鑫公司製造益壽保健灸筒是否為民間中藥驗方，該公司有無申請該灸筒許可證，如未經許可，是否為偽藥案。

提案人：本會

決議：應屬民間中藥驗方範圍。

四、臨時動議：

(一)案由：中醫師自製藥丸，沒有標籤、仿單、說明書應不屬成藥管理範圍，但目前衛生局以偽藥案處理請討論案。

動議人：張委員次郎

決議：中醫師對中藥有調劑之權，本案不應以偽藥處理。

(二)案由：關於中醫藥書刊，送內政部登記必須改善案。

動議人：邵委員錦文

決議：建議內政部對中醫藥書刊登記案，應先送本署中醫藥委員會審查。

(三)案由：促進對中醫藥研究發展之途徑一為學術，一為行政，應如何加強辦理，請討論案。

動議人：謝委員明村

說明：1國內中醫藥學者專家與國外中醫藥學者專家交流，可聘請國外學者專家來台演講，依據國科會方法提供機票膳宿，如此可提高我們國內之學術水準。

2設立中醫藥專題研究補助辦法，針對中醫藥逐項研究補助，促進中醫藥發展。

3中國醫藥學院中醫師進修班應延長年限。

決議：說明1、2納入施政計畫中以專題研究編列預算，先提完整資料，審定後逐年辦理。說明3中醫師進修班為充實中醫師新知，由本署與中國醫藥學院協商

五、散會。

增加課程，期限延為二年。

- 花序 (Inflorescence types) (表六)
- 1—5, 12, 13 總房花序 (botrys)
 - 6—11 聚繖花序 (cyme)
 - 1—2 總狀花序 (raceme)
 - 3 穗狀花序 (spike)
 - 4 繖房花序 (corymb)
 - 5 繖形花序 (umbel)
 - 6 二出聚繖花序 (dichasium)
 - 7 多出聚繖花序 (pleiochasium)
 - 8—11 單出聚繖花序 (monochasium)
 - 8 扇形花序 (rhypidium)
 - 9 鐮狀聚繖花序 (drepanium)
 - 10 卷繖狀花序 (helicoid cyme)
scorpioid
 - 11 蝎尾狀聚繖花序 (cyme; cincinnus)
 - 12 圓錐花序 (panicle)
 - 13 複繖形花序 (compound umbel)
 - 14 頭狀花序 (head; capitulum)
 - 15 肉穗花序 (spadix)
 - 16 柔荑花序 (catkin)
 - 17 杯狀聚繖花序 (cyathium)

- 果實 (Fruit types) (表七)
- 1—20 單果 (simple fruit)
 - 1—15 乾果 (dry fruit)
 - 1—7 裂果 (dehiscent fruit)
 - 8—15 閉果 (indehiscent fruit)
 - 1 夾果 (legume)
 - 2 蒴果 (capsule)
 - 3 孔裂蒴果 (poricidal capsule)
 - 4 骨突果 (follicle)
 - 5 蓋果 (pyxis)
 - 6 長角果 (siliqua)
 - 7 短角果 (silicle)
 - 8 節夾果 (loment)
 - 9 翅果 (samara)
 - 10 雙翅果 (double samara)
 - 11 分果 (schizocarp)
 - 12—13 瘦果 (achene)
 - 14 穎果 (caryopsis)
 - 15 堅果 (nut)
 - 16 核果 (drupe)
 - 17 漿果 (berry)
 - 18 瓠果 (pepo)
 - 19 柑果 (hesperidium)
 - 20 梨果 (pome)
 - 21—26 聚生果
 - 21 蓇葖果
 - 22 聚心皮果
 - 23 槲果
 - 24 隱頭果
 - 25 球心
 - 26 合心皮果

行政院衛生署中醫藥年報

第二期

發行所：行政院衛生署中醫藥委員會

發行人：張 齊 賢

編輯人：覃 砥 柱

發行委員：郇 錦 文 富

陳 金 清 富

陳恭炎 顏焜榮 甘偉松

幸超羣 周智夫 奚復一

陳欽銘

印刷者：鴻昌彩色印刷有限公司

社址：台北市華西街一三巷一三號之一

電話：三六一四四八二・三一四二九九〇

中華民國七十一年十二月三十一日

檢討成績
日求精進

為
中醫藥年報題

許文友

