

中華民國七十年

第一期

行政院衛生署中醫藥年報

許子秋題



行政院衛生署編
中醫委員會

中醫藥年報

序文大題



X. 二二二

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 | 丁 | (張齊賢) | 1 |
| 2 中國醫學古典體系 | | (陳太義、邱清華) | 4 |
| 3 傳統醫學的變易 | | (曹成章) | 7 |
| 4 眼科掇談 | | (張齊賢) | 10 |
| 5 咬文嚼字論三焦 | | (蘇及第) | 15 |
| 6 促進中醫藥現代化之我見 | | (黃德順) | 18 |
| 二、專題研究 | | | |
| 1 歷代名醫治療中風醫藥之研究 | | (莊育民) | 19 |
| 2 卅年臨床經驗談 | 乙 | (鄧錦文) | 38 |
| 3 中醫治療多氯聯苯中毒皮膚症狀之臨床報告 | | (中華民國醫師公會全國聯合會多氯聯苯醫療小組) | 44 |
| 4 針刺時得氣之神經解剖學基礎—應用 Horseradish Peroxidase 做為追蹤物之實驗研究 | (哈鴻田) | (高挺洲) | 49 |
| 5 論針灸醫學科學化 | | (莊育民) | 57 |
| 6 五行腧穴之臨床研究 | | (吳元劍) | 61 |
| 7 中醫脈診脈象圖形化之研究 | | (汪叔游、黃正一、陳秀葉) | 64 |

| | | |
|------------------------------|-------|----|
| 8. 兒科用藥大要 | (魏開瑜) | 84 |
| 9. 職業醫學之臨床觀點 | (鄭隆炎) | |
| 10. 醫院中之醫學記錄 | | |
| 11. 台灣產抗生素材之研究 | (顏焜熒) | |
| 12. 台灣常見抗癌植物 | (甘偉松) | |
| 13. 大腸癌的良藥（菝葜） | (蔡吉雄) | |
| 14. 雜藥談 | (陳榮福) | |
| 15. 神秘的大蒜 | (甘偉松) | |
| 16. 經驗良方十二則簡註 | (梁晉源) | |
| 三、中醫藥報導 | | |
| 1. 中國醫藥應發揚光大—寄望於「世界中國醫藥大會」 | (樂惲人) | |
| 2. 大漢醫藥邁向科技化新境界，世界中國醫藥學術大會摘記 | (孫奕材) | |
| 3. 中國推拿學會的組織任務與研究方針 | (張拙夫) | |
| 四、中醫藥趣談 | | |
| 1. 藥名、聯、詩、詞、信、謎 | (夢萍) | |
| 五、附錄 | | |
| 1. 行政院衛生署組織法 | | |
| 2. 行政院衛生署中醫藥委員會第廿四次會議紀錄 | (本會) | |
| 3. 行政院衛生署中醫藥委員會第廿五次會議紀錄 | (本會) | |
| 4. 行政院衛生署中醫藥委員會第廿六次會議紀錄 | (本會) | |
| 5. 行政院衛生署中醫藥委員會第廿八次會議紀錄 | (本會) | |

6. 行政院衛生署中醫藥委員會第廿九次會議紀錄 (本會)
7. 行政院衛生署中醫藥委員會第三十次會議紀錄 (本會)
8. 行政院衛生署中醫藥委員會第卅二次會議紀錄 (本會)
9. 行政院衛生署中醫藥委員會第卅四次會議紀錄 (本會)
10. 行政院衛生署中醫藥委員會第卅五次會議紀錄 (本會)
11. 行政院衛生署中醫藥委員會第卅六次會議紀錄 (本會)
12. 行政院衛生署中醫藥委員會第卅七次會議紀錄 (本會)

217 209 204 194 188 185 180

中國醫藥之創始與各家學說概論（一）

張齊賢

前言

中國歷代中醫藥名家學說，是以我國歷代有創作及發明之

醫學大名家，以其研究獲得之醫學理論、與辯證論治之要點，和臨床實驗之結晶。上溯三皇五帝，自夏、商、周、秦，以迄漢、唐、宋、元、明、清，五千餘年之歷史文化，無不與中醫藥息息攸關。試觀秦漢以後，歷代醫學大家，所有的學術理論，無不依據自然科學化與社會科學之內經、靈樞、難經、傷寒、金匱雜病、本草等，據以發揮，達到治療理論之輝煌功能。

並經歷代各醫學大家，公認為中醫理論體系之確立。各家學說，均以此一理論體系，予以研究充實和臨床發揮。齊賢秉承

總統經國先生與孫院長運璿先生之指示，以科技方法研究中醫藥，署長力主與中國醫藥學院研究發展中醫藥謹將中國醫學及歷代名家之學說，作全部整理和正確的評估，進行取捨。這是我以行政院衛生署中醫藥委員會之立場確定研究中醫藥之範圍，為述而不作之介紹。

、上古醫藥之發軔

中國醫藥，開始於神農氏，「紀元前三千餘年」，鑒於人民巢穴而居，長期受風、寒、暑、溫、燥之感染，以致疾病。「外紀曰，上古民有疾病，未知藥石，炎帝神農氏始味草木之滋，察其寒溫平熱之性，辨其君臣佐使之義，嘗一日而過七十

毒，神而化之，遂作方書，以療民疾，而醫道立矣。（竹書統箋炎帝神農氏）

迨至黃帝軒轅氏，「公元前二六九八年」乃與醫聖岐伯，相互研討，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。（黃帝內經素問序）

醫之道，源自炎黃，以至神之妙，始興經方，繼而伊尹以元聖之才，（紀元前一七六六年）撰成湯液，俾黎庶之疾疢，咸遂蠲除，使萬代之生靈，普蒙拯濟。（傷寒論序）

上古有神農、黃帝、歧伯、伯高、雷公、少俞、少師、仲文。中興有長桑扁鵲。漢有公乘楊慶及倉公。下此以往，未之聞也。（張仲景傷寒平病論）以上為我國上古及中古有名之醫藥大家，均能起死人而肉白骨。

伊尹以元聖之才，撰用神農本草以為湯液，漢張仲景論廣湯液為十數卷，用之多驗，是仲景本伊尹之法，伊尹本神農之經，得不謂祖述大聖人之意乎。（晉皇甫謐序甲乙鍼經）以上為中國醫藥進化之淵源。

上古之時，醫有俞跗，治病不以湯、液、醴、灑、餽、石、橋、引、案、抗、毒、熨。（撥見病之應，因五臟之輸，乃割皮解肌，訣脈結筋，搘髓滌腦，搘荒爪幕，湔浣腸胃，漱滌五臟，練精易形。俞跗為上古時代，我國首創手術療法之鼻祖

。（載史記扁鵲列傳）

紀元前六七〇年，扁鵲醫號，號太子死已半日，扁鵲至宮門下，問中庶子，中庶子曰，太子病氣交錯，故暴厥而死，扁鵲告中庶子曰，試入診太子，當聞其耳鳴而鼻張，循其兩股以至於陰，當尚溫也。中庶子聞言，舌挾然而不能下，乃以扁鵲言入報虢君，虢君聞之，大驚出迎，扁鵲曰，若太子病，所謂尸厥者也。脈亂，故形靜如死狀，太子未死也。乃使弟子子陽厲鍼砥石，以取外三陽五會，（五會，謂口會、胃會、聽會、氣會、膚會，）有間，太子蘇，乃使子豹爲五分之熨，以八減之齊和養之，以更熨兩脇下，（五分之熨者，謂熨之溫緩，使氣令入五分也。八減之齊者，謂藥之齊和，所減有八，越人當時有此方也。）太子起坐，更適陰陽，但服湯二旬而復故，故天下盡以扁鵲爲能生死人。扁鵲曰，越人非能生死人也，此自當生者，越人能使之起耳。（史記扁鵲列傳）

公元前一六七年淳于意少而喜醫方術，師事臨元里公乘陽慶，慶年七十餘，有古先道遺傳黃帝扁鵲之脈書，五色診病，知人生死，決嫌疑，定可治，及藥論書甚精，受之三年，爲人治病，決生死多驗。臨菑氾里女子薄吾，病甚，衆醫皆以爲寒熱篤，當死不治。意診其脈曰，燒痕，燒痕爲病腹大，上膚黃蟲，循之戚戚然，飲以芫花一撮，卽出蟻數升，病已。三十日如故。（如故者恢復健康也。）病蟻得之於寒溫，寒溫氣宛篤不發，化爲虫，意所以知屬吾病者，切其脈，循其尺，（尺謂尺脈）索刺粗，而毛美拳髮，是虫氣也。中色澤者，中藏無邪氣及重病。如此，經其診者，無不愈也（史記倉公列傳）以上爲上古迄秦漢時代，醫藥大家治療奇症之概況。

二、內經爲中醫基礎學說

內經，包括素問、靈樞各九卷，先聖先賢將歷次疾病診療之經驗，及其精闢之論斷，經歷代醫學家多次修訂而成之醫學鉅著，其間學識之淵博，包括自然界之風、霜、雨、露、寒、濕、燥、暑、火之致病之由，分別臟腑、經絡、病機、診法、治則、針灸等各種精深之分析，與人體生理活動、病理症狀，以及診斷治療之方法。依據自然科學之演變，進行客觀的研究，然後確定了有系統的論述，並經歷代醫藥名家在逐次反復臨床實驗，對其理論之基本原則，均確認爲臨床實踐和行之有效，所以稱爲醫家之圭臬。

內經的敘述，非常突出，主要說明人體內部之病變，與自然界相互感應，而產生變化。上古天真論，對於男女老少生理之變化，以及五藏六府氣血之盛衰，有其精闢之論斷。四氣調神論，生氣通天論，以四時天地之氣，風寒雨露感受之病變，詳作論斷。陰陽應象論、陰陽離合論、陰陽別論，關於人體陰陽之變化，及生理之生髮、病理之消長，均有其獨特之內容，靈蘭秘典與五藏別論，說明十二官能不得相失，確認五藏六腑，各有其不同之功能，而相互之間，是不可分割的整體，如果一臟發生變化，則可影響其他臟或腑的功能。而人體與自然界之間，其存有密切的關係，都是息息相應的。異法方宜論至湯液醪醴論，敘說醫之治病，以東西南北地勢之不同，飲食起居生活之不齊，同一種症狀，而治各有別，皆能獲致同一療效，因其處方，是以湯液醪醴隨地域四時氣候之變化而應用之。脈要精微論、平人氣象論、及三部九候論，對臟腑之診斷，暨脈色氣血之辨別，與病情之變化、生死之判別，爲數千年之醫學界所確認者。宣明五氣篇，敘述酸、辛、苦、鹹、甘，與五臟之損益補瀉，及五氣不和而發生之變化。寶命全形論，人以天地之氣生，四時之法成。總之素問二十四卷八十一篇有關人體

臟腑、經脈、血氣、真邪、虛實、熱病、瘧論、氣厥、五臟卒痛、胃腹中病、風、溼、瘡、厥、消渴、癌瘤、皮色、經絡，以及骨空、調經等。有關人體陰陽之變化、生理、病理、診斷、治療、預防，與自然界之影響，其整個內容，全部與醫學體系不可分割，自然界天候及四時不正之氣，反映人體生理活動的規律，以及疾病之發生與生理肌能之演變，為診斷提供客觀的理論，故有陰平陽秘，精神乃治、陰陽離決、精氣乃絕之高深理論。又云，善診者，察色按脈，先判陰陽，陽病治陰，陰病治陽，這為醫者診斷疾病提出了要點，更為患者療治提出了基本原則。可說人與天地為參，所有的病機變化，都有相互感應。內經學說，雖是哲理，但其論斷，是完全合乎科學邏輯。

內經以五臟心、肝、脾、肺、腎，與風、寒、暑、濕、燥、火、諸氣，來概括常見症疾之病機。而臟腑症候之病變，則各有所歸。如素問至真要大論，「諸風眩掉，皆屬於肝，諸寒收引，皆屬於腎，諸氣鬱鬱，皆屬於肺，諸溫腫滿，皆屬於脾，諸痛癢瘡，皆屬於心，」以上為五臟之症候與病機。關於六氣證候與病機，「諸禁（「禁」應作筋解）鼓慄，如喪神守，皆屬於火，諸瘡項強，皆屬於濕，諸逆衝上，皆屬於火，諸脹腹大，皆屬於熱，諸躁狂越，皆屬於火，諸暴強直，皆屬於風，諸病有聲，鼓之如鼓，皆屬於熱，諸病腑腫，疼痺驚駭，皆屬於火，諸轉反戾，水液渾濁，皆屬於熱，諸病水液，澄澈清冷，皆屬於寒，諸嘔吐竣，暴注下迫，皆屬於熱，故大要曰，謹守病機，各司所屬，」這一高深學術理論，將臟腑與六氣聯繫起來，詳加分析，為辨證提供了學理的依據，不但促進了中醫學說，而且樹立了研究基礎。

其他提供了四診和臨床正治、反治、標本、緩急等學說，無不以學術理論一以貫之。不但行之有效，而為後興診斷與治療之準繩，創立了研究範疇。

（未完待續）

臺灣栽培之蕃茄品種

甘偉松

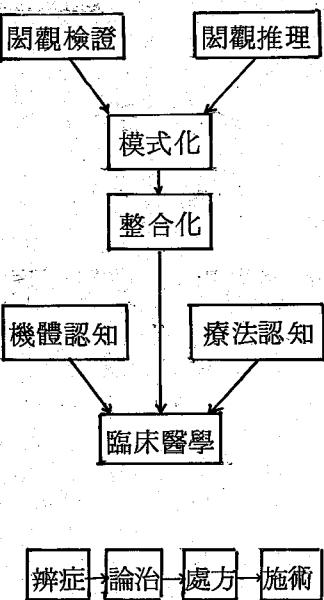
| 品種名稱 | 收量 | 果實 | | | | | 備考 |
|-------------------------|----|-----|----|----|----|----|----|
| | | 形狀 | 大小 | 色澤 | 品質 | 蒂部 | |
| Sutton's satisfaction | 多 | 近球形 | 略小 | 紅 | 良 | 龜裂 | 不正 |
| Sutton's abundance | 多 | 近球形 | 中 | 紅 | 良 | | 甜 |
| Ponderosa | 中 | 扁球形 | 最大 | 赤 | 稍良 | | 夏季 |
| Acme | 多 | 扁球形 | 大 | 紅 | 良 | | 培 |
| Early freedom | 多 | 扁球形 | 中 | 紅 | 良 | | |
| Stone | 多 | 近球形 | 中 | 紅 | 良 | | |
| Micado | 多 | 扁球形 | 大 | 黃 | 良 | | |
| Sutton's A ₁ | 多 | 卵形 | 中 | 紅 | 良 | | |
| Yellow Plum | 多 | 長卵形 | 大 | 紅 | 良 | | |
| John bear | 多 | 扁球形 | 大 | 紅 | 良 | | |
| 札幌蕃茄 | 多 | 扁球形 | 大 | 紅 | 良 | | |
| 櫻桃蕃茄 | 中 | 長形 | 大 | 紅 | 良 | | |

中國醫學古典體系

邱 太 義
華 清 邱

中國醫學發煌於遠古，醫史學家嘗將之與埃及、希臘、印度等醫學並列。溯自公元前二百年左右，內經學者整理其以往的醫藥成果，建立整體綜合的醫學體系以來，延續應用至今，未曾中斷。近數十年並經我國及國際間各方面的專家、學人，以當代的科技方法從事研究，正在積極進展之中。

今天謹用現代語言，介紹吾人初步整理出來的上述傳統醫學體系。一般言之，它是根據閑觀檢證、閑觀推理由數性模式的治學方法；加上整體觀點，將機體認知、療法認知的客觀知識綜合起來，作成醫用模式；而應用於醫療臨床的辨症、論知、處方或施術。有如表格所示：



辨症 → 論治 → 處方 → 施術

據某一些症狀羣，斷爲腎陽虛或腎陰虛，而在藥療學中即有補腎陽或補腎陰的方藥。推而廣之，中醫學中無論基礎和臨床的種種學科，都充滿了這些可以相互映射的模式。換言之，充份利用陰陽五行等模式作爲工具，可將不同學科的學術內涵整合爲統一的程序語言（借電腦學用語）。這在醫學澎湃的時代，對於醫者的臨床決策，有其一定的方便之處，自不待言。請參考內經陰

「模式整合」。這其間在運用模式整合機體内外環境方面，與二次大戰後西方尖端醫學及生態學的觀點上，相當接近；但在憑藉閑觀觀察機體內外環境方面，却與文藝復興以後西方醫學及理化要求的微觀上，大異其趣。

以其陰陽五行的學說而論，本是一種「不限於數」（新數學語）的模式數系。其內容主要包括：相對性的陰陽模式、環化性的五行模式、以及直軸性的三才模式等等。這些模式的運用就是相對性的客觀事物，可以套上陰陽模式，環化性的客觀事物，可以套上五行模式，直軸性的客觀事物，可以套上三才模式……。如此相互錯綜起來，分別整合到醫藥學術的每一學科，和現代治學方法頗爲接近。不過運用陰陽五行模式的好處是：科際之間的模式，均有相互映射的可能。例如：診斷學根

陽應象大論。

二 機體認知・係指醫學對人體的認識與知識的學問，範圍

很廣。中醫學主要包括下列的環節：

1 人形・即解剖學，它的特徵是以所謂經脈（簡稱爲經）的血管神經束系統（此爲俄人比洛果夫的解剖學說），作爲解剖學的體系，每經各有其聯屬的內臟、竅官、以及骨、肌、皮部，這就是十二經脈系統整合全身的實相。請參考・靈樞第十經脈篇、素問第五十六皮部論等篇。

2 六氣・在機體內在環境中指・精（生殖精液）、氣（狹義氣，指氧碳交換的肺呼吸）、津（汗）、液（關節囊液、腦脊液）以及血液等。氣是機體氣液的簡稱，這裏專指機體的一些外分泌。請參考靈樞第三十決氣篇。

3 脏氣・相當於西方醫學所指的內分泌等。請參考素問第十三宣明五氣論。

4 營氣、衛氣・營氣，相當於西方醫學的營養機制；衛氣相當於西方醫學的防禦機制。中醫學強調了其中的運行時向。請參考靈樞第十六營氣篇、七十六衛氣行篇。

5 脏象・包括意識形態與症狀羣等類型。請參考靈樞第八本神篇。

6 痘因・一般分內因（主要強調情緒致病）、外因（主要

強調風寒暑濕燥火致病）、以及不內外因（主要強調飲食男女致病）請參考三因方（書名）。

7 五運六氣・簡稱運氣，五運指天體運行，六氣指風寒暑濕燥火（此爲機體外在氣候的六氣，與上述機體外分泌的六氣名同，定義不同），這門學問主要是討論身體時鐘的一日、一月、一年、六十年種種模式。請參考素問六元正紀大論等七篇。按此七篇本非內經原文，爲王冰所羼入，當屬古代另一有價值之醫學論著。

8 四診・爲望、聞、問、及切（切，包括一切觸診）的診症方法。

9 八綱・爲陰陽、表裏、虛實、寒熱四個相對性的斷症模式。四診八綱請參考素問第二十篇三部九候論、靈樞第四篇邪氣臟腑病形等篇。

三 治法認知・指醫學中各種療法的認知，種類繁多。中醫學主要包涵下列各療法。

1 順養・以四季衛生最爲突出，內容分春夏秋冬四種個人衛生的意識形態、生活起居等模式，與生態學有關。請參考素問第二篇四時調神大論。

2 五養・是用五行模式套上營養的食譜。請參考靈樞五六的五味篇、素問二十二臟氣法時論等篇。

3. 食療・即食物療法。請參考食療本草。

4. 方藥・藥物請參考本草經、及本草綱目；方劑（複方）

請參考傷寒論、千金方等書。

5. 治神・包括心理療法，請參考靈樞第八本神論。

6. 針灸・屬於物理療法，請參考靈樞四十五外揣篇。

7. 導引、按蹠・亦屬物理療法，導引是深呼吸調氣加上自動運動的方法；按蹠是推拿、按摩加上被動運動的方法。請參考素問第十二異法方宜論。

8. 外治・膏藥、敷藥及坐藥之類。請參考理鑰駢文（醫書）。

）。

四、醫療臨床・指醫者治病的臨床實踐。文獻記載，周代即

分十三科，其後歷朝略有變動及增加科目。臨床的過程：

1. 辨證・指醫者以四診診病之後，依據古人從八綱整理出來的病症模式，分辨所病的類型。基本重視非特異性的體徵－「症狀羣」（症狀羣是發病學表面的徵象）；頗不重視特異性的局部－「實驗室診斷」。請參考傷寒論（發病學請參考加拿大韓思塞里「應力學說」）。

2. 論治・醫者從症狀羣類型推斷其機理、病候（例如上述腎陽虛）以後，依照各種療法的歷古模式，優選某藥、某方或

某種醫療技術，例如：糖尿病、腎陽虛候，選用「桂附地黃丸」。

「之類。請參考現代中醫症治書籍，如內科學、外科學、婦科

學等。

3. 處方・中國醫藥早已分業，故醫者如對上述糖尿病、腎陽虛候患者，祇須處方「桂附地黃丸」即告一段落。其餘配藥

、調劑及製造藥丸等等，概由藥局處理。

4. 施術・倘所患須用針灸、按蹠之類施治，則醫者於徵求患者同意後，即行施術。

以上所述，是吾人初步整理中醫學體系獲得的概念。近年

並分兩方面予以推進：一是揭櫥上列體系中各個環節的實況，提出問題，結合西方尖端醫學，進行基礎醫學的研究；一是整理上列體系中歷古的證治模式，編訂表格，交由教學醫院，從事嚴格的臨床考驗，是否有其效應。最終目的是希望在臨床考驗與基礎研究上，能於整合而成一種闊觀的統計醫學新體系，並獲得微觀觀察的理論支持，進而與國際間各民族的傳統醫學合作，以達到微觀說理，闊觀實踐的醫學境界。

編者按：本文係陳、邱二尹於中華民國六十八年（一九七九）

九月四日代表我國出席澳洲國立大學召開的「亞洲傳統醫學國際會議」時所發表的講辭。

傳統醫學的變易

曹成章

(一) 醫的解說

醫是『依』的意思，凡是有身軀之類的動植物，需依賴醫者生存保全；又有一個解說是：醫者『意』也，也就是說醫者治病貴乎隨機應變用意深遠之意。而醫道非精不能明白其中之

道理，非博學不能達到簡約的境界。所以要能預測天時的五種變化及運動之次序。或太過。或不及。推斷在某時期某種現象可能發生某種流行疾病，既生病必要辨別虛實，把握順逆趨勢。斟酌輕重。然後採取何種治法，鉅細無遺，才是良醫。

古稱上工治未病，中工治已病，又說不治已病治未病。

三國時代張仲景看到建安七子之一的王粲名士。粲有病候。張警告王說。君有疾病在身。四十歲以後。眉毛當脫落。半年以後要不幸而死。惟飲服五石湯可免此難。王很不愉快。認為是妄語。雖然接受張的五石湯。但回家並未飲服。過了三日仲景又見到王了。問他服藥否。王答已服。張說觀君色候，均非服藥之兆。你爲何輕易地忽略自己的生命呢。王笑而不注意此語。後廿年果眉落。經過一百八十七日而死。這即是上工治未病之先例。

歷史傳統列『醫』於方技傳中，可見古人認『醫』爲一種技藝之學，西洋古代醫學家也認爲醫是藝術，至於醫事行政是另有制度典章。歷史上每一個朝代均有編制考試等記載，茲不多贅。

(二) 溫故

古代醫學知識限於一地一隅，交流機會不多。其結果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，所以先賢稱此爲知古不知今，謂之「陸沉」。

近代醫學知識來自多方。新奇別緻再加喜新厭舊之心理。竟棄古典而不顧。坐視寶藏無人開發，先賢稱此爲知今不知古謂之「盲瞽」。

如今矯正此種偏差，使其平衡發展。惟一方法就是溫故知新，所謂「故」者，在汗牛充棟之醫籍中，從何讀起呢？鄙意遵循前人途徑研究，還是事半功倍。茲舉各書如左：

內經一書成於春秋戰國之間，並非少數人之智慧，而是黃河流域，長江以北彙集各方的醫術，用文字寫出來的一部較完整有次序之醫學文獻；在內經未出世以前，醫學派系想來一定

是紛岐紊亂，經過內經的取捨。才成為有系統有法則的醫學，

可是難免要有遺漏或偏執之處。

難經似乎晚於內經，有許多言論能補內經之缺，其中尚有新的見解；傷寒、金匱與內難一脈相傳，但用藥多、針灸少，以上是我國醫學之祖，且內難二經又與道家求長生之術諸多吻合，因為道家靜坐貫通督任二脈。然後由奇經八脉再循環十二經脈、十五絡脈，稱為內景隧道。

歷代仙道之流如南北朝時代的葛洪、陶弘景，隋唐的孫思邈等，他們都精通道家學說，而對醫學成就也是非常高超，使後世景仰無既，查葛、陶、孫等諸賢。處方似與仲景有別，其源流來自各方，較為複雜。我們應搜集古書探索究竟或有更多之發現。

考長生之術，就是保健方法，也可以說是醫術。在保健中免不了發生或多或少的疾病，但均有方法可以克服。這些方法彙集成文便是醫學。後人遵其法而行之的確有效績，這雖然是效法前賢，却是溫故而能知新之必要途徑。

內難二經傷寒金匱，前人註解以中日韓三國醫家約計有百餘家之多。我們用比較對照方法，能夠知悉註解者見識之高下與新舊。捨短取長，得到了一個概念。就是「後來居上」。因後來資料豐富，新的知識增加，能使讀者觸類旁通有所領悟。

傳統醫學不是一成不變的，其變易的因素多端：(一)藥味的增多。(二)疆土擴大，外來醫學知識增加。(三)氣候變化地域不同

(三)變易

因而有所變異。(四)新病古方苦難配合等。

在地球上受到日月星辰的互相吸力運動。遂有五種行動、六種氣候的變易。因而發生陰陽盛衰之差別。大約六十年之間。發生週期性循環變易跡象，歷驗不爽。而人類因適應生存環境，對此變化。必然有相當反應。

人體隨天時地理的變化。而發生病態是因人而異的。醫者在此情形之下。不能固執成見。必然求變以應付此一病證。即以傷寒論六個原則性的藥方。當年仲景自己已經加減變化的很多。降及後世愈變愈多。桂枝湯變為四十餘方，麻黃湯變為廿餘方。小柴胡湯變為廿七方。回逆湯變為廿三方。梔鼓湯變為十二方。承氣湯變為廿一方。瀉心湯變為八方。徐之才又創七方十劑，至唐代以後藥方變易更多，千金方就是明證。

金元時代如張潔古、李東垣治病。專以健脾胃為主。朱丹溪等以補陰益火為主。吳又可瘟疫論亦是當時環境使然，不得不變，遂發表急性傳染病之治療法則。明代趙獻可之醫貢多用六味八味丸，也不可厚非。又徐靈胎說。清朝康乾盛世，人病多火旺。用芩連很有效。

清代溫病派的專家們，擅用銀翹、桑菊、清營等方。以及吳尙先專用膏藥治療內外科病症。吳說：膏藥是依據內經用桂心漬酒以熨寒瘻。及白酒和肉桂塗風濕血脉之疾而創始的。綜觀歷代變易，都有時代性或地域性。這些變化古代的成規脫出前人樊籠的。都是高明之士。同時也就是在傳統中的醫學蛻變與進步。

四求新

醫學綱領應該分成「醫學」與「技術」兩個階梯。所謂醫學者就是知識。至於針灸接骨按摩等，都是屬於「醫技」。

知識指導技術，則技術可以進步，而技術經驗又可修正知識之缺點。因果循環，達到很高的境界，這是求新的不二法門。

日本醫學博士間中喜雄說：中國醫學是先有技藝的經驗積累。世代相承。發明對疾病的機能性病理學雖然在治療方面以今日觀點看來不無樸素之嫌。但實有巧妙之體系存在。試看現代西醫用盡方法治療無效之病。若經用漢方治療每多奇效。再看日本西醫學術研究會（東洋醫學會）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。

筆者按經驗積累治病屬於歸納法再由古方中脫胎變易為新法，今舉例針灸在法國一文中，數例於左：

①法國針灸醫師

李莫布 A. Limoge 治療產婦無痛分娩法
將陰極（直徑二公釐）放在印堂兩個陽極其一放在 12 脊椎上另一個放在第三與第四骶柱中間。

電流為方波形包含一個頻率七十五及 100 週波波寬為千分之三秒，電流強度為一至三「千分安培」，電壓為十五伏特，兩種頻率同時用可得到極好麻醉效果。產婦陣痛立即減輕甚至消失在印堂上稍有麻的感覺，別無不良作用，脈搏血壓均正常，胎兒心跳每分鐘 120 ~ 140 次。

②羅席耳（P.F.M.Nogier）耳療法

特色：用（按、壓、冷、熱、光、電）方法、生理（耳心反射

，由按脈判斷）方法及病理方法確定耳上反應點以及確

定用金針、銀針、鋼針，正電（相當於金針）負電（相當於銀針）來治療。（以上為魏凌雲先生所發表）

③耳針療法散見於傳統醫籍中並無系統。現在經過中外人士研究整理成為一種特殊療法。（參閱耳針耳診專書）

④赤羽兵衛氏知熱感測定法。是根據英法原理「有痛灸至無痛，無痛灸至有痛」的定律。領悟到線索而能發明井穴之奧秘。

⑤西方人又根據知熱感之左右差。而發現金針屬補性。銀及鋼針屬瀉性。遂成為補瀉用針之定例。

⑥中谷義雄發現良導絡。是利用母子穴的補瀉作用。得知原穴可以測量十二經之平衡與否。

⑦針麻開刀。先是拔牙麻醉生效。後來擴及全身內臟。以至於僅用耳針即可麻醉開刀。不必再用體針。

⑧赤羽氏發明皮內針。是淵源於古法置針於穴內。很久時間。以最小的輕刺激。給於患者持續作用為目的。益利用皮膚特殊功能。以達到愈病之措施。

⑨法國醫學博士 Jean Lamy 拉米氏採用內經五音治療誘導方法。用音樂波浪代替針刺。其效果良好。（另有專書音波儀器也很精密）。

⑩長濱善夫用針刺發現，白萬祥全身奇經八脈及十二經脈與左書完全符合。近人又在數百例中實驗。發現十三例具有十二經的明顯例證。有一例是奇經八脈及十二經完全出現。又一例是出現十四經的。如此現象已發現一百數十餘例。

⑪脈學方面。最近幾年也有儀器畫線。類似心電圖辦法。可使一望而知。此係絃脈彼是滑脈等等。

眼科掇談

張齊賢

前言

眼科醫學，我國在漢魏以前，猶如一鱗一爪，散記於內科醫學之間，有關眼科全證之記載，甚為缺如。至公元七五〇年唐代天寶之間，大醫學家王焘著《外台秘要》，第二十一卷，有眼疾二十四門，始有篇章之記載。至公元一一五〇年，宋徽宗輯《聖濟總錄》，有眼目門，並將醫學分為十三科，眼科始列專科，見陶宗儀《輟耕錄》。於是眼科醫學，日見完整，眼科病歷，至公元一六六〇年，由七十二症，臨床研究，增至一百八十五症，其間有關眼科之著作甚多，宋楊士瀛《直指方》、嚴用和《濟生方》，金之劉元素，成無己，元之李杲、朱震亨、危亦林，明之戴思恭、李梃、倪維德、徐春甫，及王肯堂，均為眼科大家，將眼科之病因、症狀、治療、處方，均有詳盡說明，使中醫眼科之臨床，由概而詳，由略而精，由中古簡敍之述說、經漢、唐、宋、金、元，之逐漸研究，迄明代諸大家之相繼發揮，其治療之醫案，洋洋乎嘆為觀止。王肯堂可稱為眼科之集大成者也。當時研究眼科，尚有方賢、張三錫、王綸、龔信、虞搏、趙獻可、巢昆、陳實功、陳士鐸、傅仁宇等，均為當時之有名人物，並有著作。清朝醫家，均為內外科兼治眼科，如吳有性、張璐、喻昌、葉桂、徐大椿、陳念祖、吳謙、尤在涇、費伯雄等，均有眼科診治方案，而與明之專究眼科者相較，實有大小巫之

別，清代醫學，多重考古，道光中葉，譯西歐醫書，人心喜新棄舊，中醫藥之衰落，與時代之推移，日有增進，民國肇始，衛生行政及教育之偏向西化，幾致五千年之中醫藥文化，毀於一旦。近年來，世界各國，鑒於化學藥品，藥效雖快，副作用甚大，甲病未愈，因藥物之流弊，發生副作用，引起乙病者，不知凡幾？藥學專家不得不改弦易轍，採取本草植物性藥品，加以研究，僉認療效極佳。故世界各國用我國本草藥物，提煉精製後，減少人體之副作用，及研究中醫之診療法，中醫藥在百年淪落之後，又在逆轉、無他，醫藥無國籍之分，祇求療效耳。希我衛生及教育主管，速遵「總統經國先生之指示」，「加強中醫中藥之研究」。與行政院孫院長提示：「中醫中藥之研究，不宜僅限於中醫中藥人員，必須由衛生署擴大延請專家學者及科技人才，進行專題研究，使中醫藥逐步走向科學化。」如果依照上層之指示，不出十年，中醫中藥，可能形成國際之醫藥，已於去年十月，我國召開世界中國醫藥學術大會，出席歐美及世界各國學者專家，一百二十五人，包括大學校長、研究所長，及我國專家學者共計壹仟貳佰餘人，可以明證。此是中華民國之榮譽，亦是中醫藥宏揚於世界之先聲，特為眼科掇談之前，附記於此，並說明我國眼科醫學之發展，已有一千二百三十年之歷史，促請我國醫者與人民重視，於臨床經驗，辨證論治之療效。超越西洋醫學甚多，唯科技手術，未予管轄，如有良好的醫學教育，與西醫藥並駕齊驅，使中醫藥之傳統

療法，採取科學方法整理，宏揚於世界、造福全人類之福祉，不亦樂乎。

「暴盲」

眼睛突然看不見，中醫稱謂暴盲。暴盲，有三種症狀，1視神經栓塞，2視網膜破裂，3視網膜出血。這三種症狀，都突然失明。

暴盲的原因甚多，1視力過度疲勞，不知保護眼睛，嗜愛書報，喜看電視。2工作時多看蠅頭小字、或勞工受電焊光之影響。3或於情緒不佳、性情暴躁時、飲酒、縱慾。4狂歡、憂思、哭泣。5車禍、假酒及毒品等。茲分別予以說明。

視神經栓塞，先要說明視神經之生理狀況。視神經通達枕骨後之中樞神經，由眼球後端穿出鞏膜，經過眼眶腔，由其後端之神經孔入顱、左右相交，成為視神經交叉，又向後行，經內囊後部以至枕葉之視中樞。如果視神經於進入視神經孔至眼球之部，其中S狀之交叉處發生變化，立即形成視神經栓塞。我國最早說法，內經決氣篇，「氣脫者，目不明」此是三千年前視神經栓塞之病理。內經之氣脫，是言氣血阻塞，不能入於眼內，故目不明。亦可說是哲理的研判。靈樞經，邪氣臟腑病形篇，「十二經脈三百六十五絡，其血氣皆上行於面而走空竅」，空竅，是指眼睛，此於中國三千年前研究人身經絡氣血，皆與眼睛息息相關。公元前五二〇年秦越人著難經，「二十一經栓塞，而成目盲也」。公元六五〇年，唐高宗患頭部眩痛甚苦，目不能視物，召侍醫秦鳴鶴診之曰：風熱上攻，視經阻塞，針百會與腦戶出血，帝曰：我眼明矣。此為我國大醫家治療視

神經栓塞，及留存參考之醫案。

視網膜破裂，視網膜為眼球最內層之膜，由視神經細胞及視神經纖維所組成，外連脈絡膜，其視神經進入部為視神經乳頭、視神經集中分散之處，於其稍外側，有一凹陷，謂之黃斑，此處視物最清，故視網膜在眼球部分，無異照相機之底片，視網膜破裂，多數因脈絡膜之病變發生，視物即感模糊不清。

視網膜出血，中醫稱謂烏內障，就是眼前黑暗，不能視物。病原，青少年患有結核，或色慾過度，或因久看書報、勞視、竭視，視網膜不勝勞視之負荷，微血管受到損害，破裂而出血，醫愈時尚未恢復，又沉於書報電視，致使網膜反復出血，故於每次發作，視覺如暮雨，空中濃烟重霧之狀，屢次發作，視力不能恢復，終至失明。

暴盲，依據上述三種症狀，治療方式，中醫是以辨證論治為原則，多數能於發生時治療，可以十證十愈。例如視神經栓塞，必須研判其發病之原因，如果屬於經絡阻塞者，則以通經活絡之法，方用羚羊角、刺蒺藜、細辛、人參、當歸、黃芩、車前子、夏枯草、木賊草、瞿麥、蔓荆子。視其證狀，作藥物加減，不過三五劑，視力即可好轉。如因氣血虛弱，而致脫陰目盲者，宜用滋養氣血之復明散，羚羊角、生熟地、菟絲子、枸杞子、肉蓯蓉、玄參、人參、當歸、刺蒺藜、黃芩、黃柏、桔梗、茯苓，如因風熱頭痛，視物模糊，幾如失明，則用祛風通經散，川天麻、羚羊角、犀角、防風、羌活、桔梗、刺蒺藜、車前子、草決明、荆芥、薄荷、生地、黃芩，一劑而痛減，再劑而痛止，不過三五劑，視力即能好轉。

屬於視網膜破裂，如於一二日內即行治療，大約一星期內可以好轉，所服藥物，必須具有消炎及迎合裂口之處方，始能見效。如破裂時間愈久，其裂口愈不易接合，必須用西醫之縫

合法，將視網膜縫合，然後再用藥物，使裂縫之傷口，恢復正常，方用復明大造散，川黃連、當歸、生熟地、白芍、川芎、阿膠、黃芩、黃柏、生黃芪、菟絲子、人參、杞子、天麥冬、羚羊角、犀角、視症狀加減服用，但嚴禁三個月內，看書看電視，以免愈後再行破裂。

屬於視網膜出血之治療，第一必需先止視網膜之微血管繼續出血。第二必需先將溢出之血，使其迅速融解。以免凝結於網膜，成爲永恒之盲點斑痕，使視力無法恢復。止血方，生地、仙鶴草、旱蓮草、三七、蘇木、阿膠、白芨、當歸、白芍、川芎、荆芥炭，先使微血管裂口凝合，血液不再漏出。第二，急速清除已出之瘀血，使網膜不起凝固之斑痕。方用當歸尾、蘇木、桃仁、藏紅花、生地、人參、川芎、赤芍，使凝滯之瘀血，迅速融解，必須連續服至視力好轉，再以大補氣血之藥，連服二三月，方能使視網膜之功能恢復正常。

二、青盲「視神經萎縮」

視神經萎縮，中醫的病名，稱謂青盲，兩眼外觀，毫無變化，與好眼無異，但已不能見物，民間所謂青盲白瞎，白瞎是白內障之別名，容後再談。

視神經萎縮之原因甚多，而其萎縮之症狀則「眼爲靈魂之窗，不能不善加保護，茲將其萎縮之原因，作一分析：1.黴毒，2.猩紅熱、麻疹、腦膜炎、高熱，3.外傷車禍，4.甲醇中毒

5.腦部腫瘤，6.糖尿病，7.消尿症，8.其他。

視神經之生理概況，公元一九二年後漢華陀云，「目形類

丸，瞳神居中而獨前，內有大絡者六，乃心、肝、脾、肺、腎、命門，各主一絡，中絡者八，胃、膀胱、大小腸、三焦、膽

，包絡，各主其一，外有旁枝細絡，莫知其數，皆懸貫於腦，（指視神經索）下達臟腑，通乎氣血往來，以滋養於目，外有三竅，（指前房與後房，）以通其氣，內包諸液，出而爲淚，中有神膏，（指葡萄膜、睫狀系統前後動脈之黑色稠膏汁）神水，指（房水），神光，指「黃斑」、視網膜、錐體視細胞，「真氣，指「網膜系統中心動靜脈之血。」真氣，指「眼壓」，爲經絡中往來生生相用之氣。真精，指「玻璃體與水晶體內之液體而言」。眼之所以能夠清晰視物，全賴眼內各部之平衡與氣血之循環，如果其中有一部發生任何變化，皆能影響我之視力。此是我國於一七八八年前，即已研究眼之生理概況，與現代眼之生理解說，大致均能相符。

視神經萎縮之症狀，外觀毫無異狀，既無痛癢，又不紅腫，祇是視力逐漸衰退，除外傷車禍有充血可見之反應外，其他必須仰賴於眼鏡，遂能確定視神經之萎縮與否，不然，無法判定。視神經檢查，必須注意者：1.視神經乳頭，其形略圓，直徑約1~6mm，色呈淡紅，耳側比鼻側稍淡，境界剝然，表面爲淺漏斗狀，而中央略顯凹陷。視神經乳頭之檢查，注意其大小、形狀，尤以色澤甚爲重要。然後乳頭之高低、境界之狀況、及血管等，必須詳細檢視。

2.乳頭溷濁，色如霧狀，境界朦朧，而視網膜靜脈粗壯者，爲視神經炎。

3.乳頭蒼白，或帶黃白色，此是視神經萎縮之特徵。

4.視神經交叉部，兩側視神經纖維，內側之一部於交叉處受到損害，或視神經因其他病變受到壓迫，則視野縮小，發生半盲。

5.視神經受損之概況，視神經是由視網膜之神經纖維，向視神經乳頭集合而成，穿過眼球經腦膜至第一視中樞，由視網

膜黃斑部而來之神經纖維，在乳頭之耳側部而入視神經，走中軸，而視神經纖維束，如果發生病變，兩側視神經纖維受到影響，則產生兩側半盲，如病變發生於兩外側時，可以產生兩鼻側半盲，如病變影響前後側時，則發生兩顳側半盲，嚴重時則導致全部失明。因視神經之營養，全部仰賴氣血之循環，滋潤其活力，遂能保持視力之清晰。如果視神經受黴毒之損害，或麻疹、腦膜炎發高熱，燒壞視神經，或因甲醇中毒，損傷視神經，或外傷車禍，出血瘀滯不散，及腦腫瘤壓迫視神經，而致萎縮者，或糖尿病、消渴症，時日長久，損耗體內營養，破壞視神經之功能，均能使視神經萎縮，因體內之營養，不能上榮於目，濡潤視神經，視神經將如草木之萎枯，如不能適時挽救，消除其病因，使未萎縮之神經，得氣血之滋養，恢復活力，如將枯木之草木，予以灌漑、施肥、保護，使其茁壯。所謂適時挽救，須於病發時一至三星期內，施以藥物控制，先令將萎縮而未萎縮之神經，停止繼續損壞。然後對症用藥，使視力逐漸好轉。並要求患者，於半年內絕對禁止閱讀書報、看電視、或做手工藝，否則，視力不易恢復。如果視力好轉時，不慎染患感冒、發高熱，或飲酒，及高單位營養品，暨人參、鹿茸、桂附等熱性藥品，均能使視力突然惡化。其他如生羊肉、蟹、蝦，及桂圓、荔枝、芒果等水果食物，亦能使好轉之視神經，突然變化，而繼續萎縮，如果患者不克自制，任意食用，發生反復變化，醫者雖盡全力挽救，其變化如達三次，眼必失明，永無藥物可治。故醫與患者，於臨牀上，必須詳加說明，以免眼睛好轉時，再行變壞，而無救治，則悔之晚矣。

視神經萎縮之治療：一、黴毒性視神經、視網膜萎縮，必須先清毒素，注射有效藥品，使毒素不再發展，然後服用加味八正散，肅清餘毒，使視神經之機能，不再萎縮。處方：大黃、

瞿麥、木通、梔子、滑石、甘草、金銀花、土茯苓、車前子、扁蓄。處方二：益陰解毒丸，羌活、石決明、甘草梢、獨活、銀花、土茯苓、川黃連、芒花、草決明、川黃柏、知母、車前子、澤瀉、木通，炎毒已清，再用加味清營湯，犀角、玄參、羚羊角、麥冬、銀花、生地、連翹、梔子、黃連、竹捲心、黨參。使視神經逐漸好轉，然後再用滋陰清補藥物，連服半年。始能使視神經穩定，不再變化。如高熱、麻疹、腦膜炎，則需大劑清涼藥物，始克有救，方用黃連、天花粉、犀角、羚羊角、菊花、薄荷、川芎、荆芥穗、黃柏、連翹、黃芩、梔子、石膏、芒硝、大黃，或視患者病症之輕重加減用之。清肝飲之處方，亦可採用。生地、犀角、石膏、川芎、荆芥、薄荷、梔子、滑石、赤芍、柴胡、黃芩、知母、大黃、黃連、天麻。使炎症迅速消退，然後再用滋養之藥調補之。外傷車禍，第一要著，使溢出之瘀血，先行散去。如果遷延時日，瘀血凝而不散，定將壓迫視神經而萎縮，方用復明飲，人參、當歸、蘇木、桃仁、紅花、澤蘭、川芎、生地、荆芥、梔子。瘀血散後，再服羚羊角飲，促進視神經之功能。方用羚羊角、防風、桔梗、玄參、知母、草決明、黃芩、車前子、夏枯草、刺蒺藜、菟絲子、龜鹿膠、杞子、人參、生黃芪。滋養視神經，使視力逐漸恢復。甲醇中毒，則用葛花飲：葛花、銀花、連翹、生地、梔子、玄參、蒺藜、羚羊角、細辛、黃芩、桔梗，服之一週，覺有轉機，再配服光明丸。人參、杏仁、金石斛、杞子、犀角、防風、菊花、菟絲子、生熟地、青箱子、枳殼、茯苓、蒺藜、山藥、草決明、紫河車、羚羊角、天麥冬、川芎、黃連、五味子、甘草。腫瘤初起，用仙方活命飲加減，方用穿山甲、皂角刺、當歸尾、川芎、生草節、銀花、赤芍、天花粉、防風、貝母、香白芷、夏枯草、陳皮，連服五週，再用X光透視瘤症，

是否縮小，如較初診時，瘤腫見小，則再加大劑量服之，使瘤腫完全消失為止，如不縮小，則須用手術除去，然後再光明丸調補之，但須久服方可。糖尿病之患者，視力已見衰退，迅速控制尿糖及血糖，尿糖，一般採用大八味丸，方用茯苓、澤鴻、山藥、萸肉、丹皮、生地、熟地、當歸、肉桂。血糖，用白茯苓丸，或兩方配合服之。方用白茯苓、覆盆子、黃連、草薢、括囊根、人參、生熟地、玄參、金石斛、蛇床子、犀角、鷄膝腔。方用鷄膝腔，是用鷄的胰臟，來補養人的胰臟，使胰臟功能恢復健康。消尿症之影響視神經萎縮，主因由腎臟虛弱而起，肝熱脾虛，腎移熱於膀胱，故溺蛋白尿，必須補充肝腎之營養，促進肝腎之功能，視力即可逐漸好轉。方用加味明目丸。

熟地、生地、車前子、淮山藥、丹皮、人參、茯苓、柴胡、當歸身、五味子、澤鴻。再用分消飲，調和心腎，方用草薢、黃柏、白朮、茯苓、丹參、蓮子心、車前子。服一二月蛋白尿即清，再用還睛丸補養視力，大約半年，即可恢復。

三、夜盲「視網膜色素變形」

夜盲，俗稱鷄眼，至黃昏時則看不清東西，白天視覺與正常人無異。

夜盲，與先天性遺傳有關，常發現於兄弟姐妹間，能綿延至若干代。並能隔代遺傳，如祖父母有夜盲，其孫及外孫常有受其遺傳者，本症幼兒早期發現，可用藥物治療，十可十愈。如果延誤失治，成人後，雖能治療，但不易痊愈。本症臨床稱為視網膜色素變形，中年後，病情隨著年齡發展，視力逐漸衰退，視野狹小，或致視神經萎縮而全部失明。

夜盲之生理狀況，用檢眼鏡檢視，視網膜週邊濁濁，視野同心性狹窄，白日光線充足時，視野範圍，無顯著縮小，中央視力，完全清楚，但在黃昏光線不足時，網膜之四週，均無反應，不能明辨物體，故於日暮途行，均感困難，本症嚴重時，

用檢眼鏡透視，網膜無色素，並有環狀暗點，眼底赤道部，現梭狀色素之沉積，各梭狀色素，直相連結，形如網狀，網膜色素，多同時消失。故檢查眼底時，顯現無色素，當可判定為視網膜色素變形，但高度近視，在千度以上，視網膜色素亦顯著減退，但邊緣則顯淺霧紅，或深紅，如果發現蒼白色，則視神經與網膜有萎縮之徵，需多加注意。

治療：幼年時之夜盲，十可十愈，但需早期發現，迅速就醫診治，一般處方、夜光散、連服數月，即可使視力恢復正常。

處方一：夜明砂泡製 石決明製研成細粉「水飛粗不可用能傷胃腸。」羊肝一厚片約二兩，用竹刀將羊肝切開，「不可用鐵刀，」取夜明砂與決明合研之粉，放在肝上，再行合好，用麻線扎好，取第二次洗米泔水二碗，將扎好之藥肝，一起和泔水放在砂罐內，煮至半碗，「用小火燒」，晚飯後，將肝藥和水，一並服之，「不可用鐵鍋煮」，夜明砂與石決明，對於夜盲發生之作用，做一簡略說明，以增患者信心。石決明，含有鈣鹽等成份，善清肝熱，能使網膜保持活力，夜明砂，入肝經血分，增進網膜色素，有消炎解熱作用，砂皆蚊盲，故主夜明，米泔水，含有維他命B，主益脾胃。羊肝與肝合，引入肝經，故能見效。

處方二：人參益肝湯：蔓荊子、生黃耆、人參、生甘草、白芍、黃柏、柴胡、熟地，本方取蔓荊子有鎮靜消炎清血改血之功。黃芪，為緩和性強壯藥，能生長肌肉細胞。人參通血脈、補虛勞，有急救元氣、補養衰脫之功，甘草協和諸藥，通行十二經。白芍，和血脈、入肝脾血分、能增進網膜色素。黃柏苦寒，為有力之消炎止血收斂藥。柴胡，能清涼解熱，疏導淋巴總幹，以清血分熱毒。熟地，滋養肝腎、生精生血，能滋潤網膜、通利血脈、增進網膜色素、滋養視神經。以上二方，經常配服，網膜色素漸增，夜盲可以消失，但須長期注意保養，勿使視力過度疲勞，確保正常視力。

咬文嚼字論二焦

蘇及第

三焦者醫學界至今尚認為有名無象之懸玄奧秘也。

先賢立其名使後進者知其然之可由，却不盡知其所以然者，如氣與三焦是也。此為後進者悟而不澈之故也，非先賢立名論渾濶不清之所以然也。後進者因受時代環境影響多注重物證之象。而忽視哲理之象也。為期三焦真理意義更有所澈，因爾咬文嚼字稽古究今，期能更有所得，更有所裨益於醫療診察之事也。

三焦之三者、三也、三種功能也，上、中、下、三也，一主人，二主腐熱水穀，三主出也。

三焦之焦者，物火相觸之意也，或物被火灼、或火物相蒸也，或標的也。體內能輸送水穀之出入，與腐熱水穀者，是體內真氣與真火之功能也。因三種功能之標的，故名三焦也。

靈蘭秘典曰「三焦者決瀆之官水道出焉」則三焦者、水分之入體內，及水分在體內之消化吸收，及水分之排出體外之功能器官也。難經三十一難曰「三焦者水穀之道路，氣之所終始也」，上焦在胃上口，主內而不出，中焦在胃中脘，不上不下，主腐熱水穀，下焦當膀胱上口，主分別清濁，主出而不內」者。此則謂三焦如靈蘭秘典所云有水之功能外，尚加穀之出入功能也，故謂「三焦者水穀之道路」也。人體之真氣，賴氣氣外，更賴水穀之氣以養，因水穀之氣，故謂「氣之所終始也」。上焦在胃上口，主內而不出者，則上焦者，自胃而上，包括食道、咽喉、及口腔也。故謂「上焦在胃上口」也，因其專主水穀之輸送入內功能，故謂「主內而不出」也。中焦在胃中脘，不上不下，主腐熱水穀者，則謂胃與十二指腸，及小腸全部為中焦也，故謂「中焦在胃中脘」也。因胃與十二指腸，與小腸專

主水穀之消化與吸收之功能作用，故謂「不上不下，腐熱水穀也。下焦當膀胱上口，主分別清濁，主出而不內者，「當膀胱上口」而言，當則當中也。膀胱當中，上口者則左右兩腎也。腎有泌尿、排尿、濾清血液功能也。腎小球與彎細管主泌尿分別清濁，收集細管及貝氏管、主聚集尿與輸送尿。均符合「下焦當膀胱上口，主分別清濁」之意旨也。膀胱主貯尿排尿，故謂「主出而不內」也。故腎與膀胱均為下焦也。下焦指腎，是指排泄系統功能之腎也，非平常所言之腎也。中醫平常所言腎者，多指內分泌系統功能之腎、即腎上腺也。三十一難曰「三焦者水穀之道路，氣之所終始也」，上焦在胃上口，主內而不外，中焦在胃中脘，不上不下，主腐熱水穀；下焦當膀胱上口主分別清濁，主出而不內」之論者明矣。

蓋三焦之名者，是功能標的之名也，是各臟器專主水穀消化吸收與排泄功能，分上中下標名三焦也，非三焦另有臟器也，如現代生理學各臟器立名，再標功能作用名稱也，如人體四大組織及十大系統是也，故三焦與此異曲同功也。三焦功能作用等於消化系統，及排泄系統也。由此可見我國中醫診斷學與現代生理學，互相融合也。

手足陰陽十二經絡，與穴道，與奇經八脈等，亦是組織系統功能名稱，亦是中醫對人體特殊認識名詞之一部份也。要知道中醫與西醫，實如經緯有別也，規矩方圓各自有序也。口、鼻、手、足、雖可代用，然自有所異也，自有所長也，勿各自謂萬全也。

補論三焦

難經三十一難曰「三焦者水穀之道路氣之所終始」，「上焦在心下，下膈，在胃上口，主內而不出其治在膻中玉堂下一寸六分直兩乳間陷者是」，「中焦在胃中脘，不上不下，主腐熱水穀其治在臍旁」。「下焦在臍下，當膀胱上口，主分別清濁，主出而不內以傳導其治在臍下一寸」。①口腔、喉頭，在人體上之中心，循中而下，經食道，過於橫膈膜接胃上口之竇門，以上專主食物之攝取與運輸食物之入內，符合「上焦在心下，下膈，在胃上口，主內而不出」也。②自竇門起至闌門止包括胃與小腸，負責食物消化與吸收，亦符合「中焦在胃中脘、不上不下主腐熱水穀」也。③「下焦當膀胱上口，主分別清濁，主出而不內以傳導」，以「當膀胱上口，主分別清濁」而論，應符合於腎及腎之功能也。然「主出而不內，以傳導」亦符合於輸尿管及膀胱與尿道之功能也，然三焦既謂水穀之道路

，上、中二焦水穀道路已備，下焦應亦如是有水穀也，以大腸俱有微吸收水分之功能應可謂「主分別清濁」也，至於「主出而不內，以傳導」者，亦正符合大腸之功能也，是以「下焦」應包括腎、輸尿管、膀胱、尿道、大腸肛門等，以利排泄水穀之渣滓。亦符合「三焦者水穀之道路」且符合「水穀自上焦入下焦出」也。

素問曰。上焦如霧。中焦如漬。霧而不利爲喘滿。漬而不利爲留飲。瀆而不利爲脹脹。以素問內容觀之，中

、下，二焦符合難經三十一難，中、下二焦也。然上焦如霧，霧而不利爲喘滿者，應爲呼吸系統也。呼吸有氣體及液體混合，故如霧。吸入氧氣，呼出二氧化碳，符合三十一難氣之所終始也」呼吸不利卽喘滿也。三焦如以現代生理學觀之，應包括三系統也。則呼吸系統，消化系統，排泄系統也。①呼吸系統爲鼻、喉頭、氣管、肺。②消化系統爲口腔、咽喉、食道、胃、小腸、大腸、肛門。③排泄系統爲肺、皮膚、大腸、腎臟。然消化系統分三部，上部口腔、喉頭、食道。中部胃、小腸。下部大腸肛門。上部主攝取運輸，中部主消化吸收，下部主排泄，三部可謂小三焦也。消化系統尚分爲一二：一消化管，二消化腺，上面所謂屬消化管也。消化腺則唾液腺、肝腺、胰腺，其功能幫助消化維護腸道，亦屬三焦之內也。然則①上焦包括口腔、喉頭、食道、鼻、氣管、肺臟。②中焦包括胃與小腸，即自竇門起至闌門止也。③下焦包括腎臟、輸尿管、膀胱、尿道、盲腸、上行結腸、橫行結腸、下行結腸、S狀結腸、直腸、肛門也。

皮膚屬排泄系統之一，雖無直接於三焦，據素問五藏生成篇云：「肺之合皮，其榮毛，其主心」。素問六節藏象論云：「肺者氣之本，魄之處，其華在毛，其充在皮」。素問經脈別論云：「食氣入胃，散精於肝，淫氣于筋，濁氣歸心，淫精于脈，脈氣流經，經氣歸肺，肺朝百脈，輸精於皮毛」。又云：「飲入於胃，游溢精氣，上輸於脾，脾氣散精上歸于肺，肺通調水道，下輸膀胱，水精四布，五經並行」。觀素問內容所論，水穀之精氣，直接間接皆關三焦，皮膚雖無直接可謂，然皮膚是肺之合，肺屬呼

吸系統，亦屬排泄系統，故皮膚可謂屬三焦之附也。如上觀之，三焦則屬於現代生理學之呼吸、消化、排泄之三系統，可謂完整正確也。

不惟上之所論三系統符合三焦，再研討三焦治病穴道、位置、功能，亦可印證三焦與三系統也，如：上焦「其治在膻中玉堂下一寸六分，直兩乳間陷者是」則上焦針灸治病穴位在膻中，膻中穴屬任脈，膻中位置在玉堂穴之下一寸六分，即在兩乳中間之陷處，膻中穴主治氣病、痰嗽、喘哮、咳逆、肺痛、噎氣、膈食、反胃。中焦「其治在臍旁」臍旁五分名肓俞穴，屬足少陰腎經，主治腹痛、大便燥等，臍旁二寸則天樞穴，屬足陽明胃經，治嘔吐、洩瀉、赤白痢、腹痛、腸鳴或漏下淋濁等。下焦「其治在臍下一寸」臍下一寸名陰交穴，屬任脈，主治小便困難，疝痛或月經不調等。如上所論三焦穴，位置及治病功能，亦可謂三焦符合呼吸、消化、排泄，三系統也。然手足陰陽十二經之手少陽三焦經，其氣受手厥陰心包經之交，

升麻之原植物

甘偉松

中國產：

大三葉升麻 *C. heracleifolia* Komarov. (關升麻)
多自生於東北山野之溪溝。

北升麻 *C. dahurica* Maxim. (東北升麻)

產於山西、河北、東北、陝西、青海、雲南等地，又叫「關升麻」、「西升麻」。

日本產：(J.P.8)

和升麻 *Cimicifuga simplex* Wormskjord (Ranunculaceae) (= *C. foetida* Linne' var. *inferme-*

升麻之藥理作用

升麻有解熱作用，雖自古即被配佐於各種藥方中，但有關之藥理實驗則尚未有報告，直至竹本教授研究以後，成分方知悉，最近竹本教授等一連串的單離出 terpene alcohol 類之物質；因此有關此等成分之藥理實驗則尚有待研究，以便古來即知具有解熱、消炎功效之著明生藥，現代化的被應用於治療上。

漢方中有升麻處方之分析與抗炎症作用

關於漢方中含有升麻處方（升麻葛根湯等 7 樣處方）分析結果，升麻對疲勞倦怠感、食慾不振、關節痛、痔瘡等有效，由此被期待研究抗疲勞、抗炎症作用。又升麻和甘草、當歸、柴胡等組合者很多。基於以上之文獻考證，星藥科大學柴田九博士等由北升麻 *Cimicifuga dahurica* (Ranunculaceae, 中國產) 作數種之抽取分割，調查研究有關抗炎症作用（rat 足趾浮腫）、鎮痛作用（壓刺激法、醋酸法）、體溫下降作用（正常體溫下降、解熱作用），進而檢討肛門部炎症試驗，用 20% 乳酸之粘膜注入法。1) BuOH 抽取物被證明具有有意義之鎮痛作用、正常體溫下降作用。2) 水抽取物可見對肛門部炎症有抑制傾向。3) 乙醚抽取物中含有 isofeulai acid 之含成品，具有解熱、鎮痛、抗炎症。〔柳浦、柴田、鈴木：日本藥學會第 92 年會講演要旨集，1—176 (1972)〕。

其經絡起於手小指之次指端之關沖穴，從手走頭，循手腕、手臂之背、上肩項、至耳後尖角陷處之翳風穴，分走耳前、後，前者至目鏡眞，額突外緣，眉後陷中之絲竹空穴止，再交於足少陽膽經，此為手足陰陽十二經之三焦經，是氣之循環經絡系統，與臟腑器官不同，故三焦經絡與三焦器官有別，各臟腑亦如是。

然有者認為三焦是淋巴系，蓋淋巴系屬循環系統之一，淋巴系分淋巴液與淋巴腺，淋巴液浸潤人體細胞間配合血液供給細胞營養，及吸收細胞廢物，淋巴流是單向靜脈流，淋巴腺製造小部份白血球，消滅細菌，蓋淋巴腺，不分上中下，全身一致，更無三焦所陳之功能，且亦難符合三焦經，言三焦，論三焦，淋巴系既無三焦功能器官等之作用，實難謂三焦是淋巴系統，觀呼吸系統、消化系統、排泄系統，有三焦所論器官，更有其功能作用，故可認定三系統則三焦也，惟此期諸賢者，更精之發現也。

促進中醫藥現代化之我見

黃德順

先總統 蔣公遺訓「實行三民主義，光復大陸國土，復興民族文化，堅守民主陣容。」以發揚固有文化，加速復國建國使命，而且對吾們中醫藥現代化研究案特別注重，與現 總統經國先生諭示：「『加強中醫中藥之研究』必需予以重視和實行。」是相吻合的政策。按中國醫學，自黃帝至今有五仟餘年歷史，代代輩出名醫，行醫濟世，歷盡滄桑，流傳至今，實為民族保健的一大棟樑，自內經靈樞、素問……等典籍是有系統，有組織性之診治研究，注重整體的治療，非西洋醫學，頭痛治頭，腳痛治腳之局部療法可比，悉乃歷代醫家智慧，經驗累積，並符合現代科學精神，但至所遺憾者，醫家各立門戶，以父傳子，師傳徒的所謂祖傳秘方而自秘，不公開濟世，單傳之陋習，致歧見迭出，因之而被世人引認中醫中藥不科學之批評與指責。

因此，我們需要公開秘方濟世，促進中醫藥理論，探求實際，由古典「陰陽五行·邪正虛實。」等等研究為現代化，而一切以基礎教育為首要，建議政府有關機關，共同擬定方案，設立研究機構，並積極發展中醫藥及羅致專門中醫人才，加強教育，促進研究儲備運用，發揚光大。所以我們希望做到以下幾點：

(一) 普及中醫藥現代教育：復興固有文化，增進中醫人才，請教育當局就私立大學院校設立中醫中藥學系及設立中醫、鍼灸專科學校，分別招生，配合當前需要，並羅致人才，整理中醫藥古籍，統一類別，編纂為現代化統一講義，以為教學之用，步伐一致刻不容緩，實為當前之急務。

(二) 設立中醫醫院：建議衛生當局迅速籌設中醫醫院配合中醫藥教育機構，有關學生實習，實施中西醫治療對照，並請衛生署於全國公立醫院，編制設立中醫科、鍼灸治療部，聘請全科醫師主持，使中西醫有互相研討機會，捐棄中西醫之隔膜，促進我國醫學更進一步，增強全民之健康。

(三) 健全中醫藥社團組織：籌備研究發展基金，分科研究，舉辦學術講演與研習，發表論文，公開秘方，宏揚中國醫學療效與精神，並請各級衛生單位，增設中醫師副主管職位，配合行政督導中醫藥作業與技能發展，並請考試院改善中醫師考試，放寬錄取名額，以資實際需要。

(四) 中醫師列入公勞保制度：建議政府准許中醫全科列入公勞保醫療服務，合理收費，以利被保人自由選擇就醫機會，有許多公教人員，勞工等，無法適應西醫藥治療，而自費求診中醫師者，但因收入有限，生活困苦，實不能負擔醫藥費，為全民健康起見，中西醫平等待遇，請有關當局應早日實施。

醫乃仁術，濟世救人為目的，無論中醫、西醫依法地位平等，國人深感西藥劇烈副作用甚多，而中藥藥性中和，更有甚多治本之方，因此鄭重提出意見，願我最高當局重視，提倡中醫藥，扶植中醫發展勢所必然，復興中華民族固有文化，其為事實者也。相信國人都是愛國家，愛民族，愛人民健康，重正義之士，皆不願見歷史悠久之寶貴中國國粹，任其自滅，成敗與否！是否置中醫藥存亡之不顧，應讓大家共同研究發展，使其現代化、科學化成為世界大同醫學，希望執政當局採納，以求實現。

歷代名醫治療中風醫藥之研究

莊育民

△ 葉天士醫案（清代）

虛 中 症

金××，失血有年，陰氣久傷，復遭憂悲悒鬱，陽挾內風大冒，血舍自空，氣乘於左，口喎肢麻，舌瘡無聲，足痿不能行走，明明肝腎虛餒，陰氣不主上承，重培其下，冀得風熄，議以河間法。

處方：熟地、萸肉、牛膝、遠志、柏子、菊花、五味、川斛、茯神、淡蕊、蜜丸。

研究：內經說：「傷于陰則下血」。失血可能指下血，失血

有年，陰氣必傷。憂悲悒鬱，是指七傷；情志失調，

則肝氣挾風升冒，加之血室空虛，肝失血養而妄動於

體左，肝主筋，其位在右，其用在左，所以會口喎而

肢麻，古書上的筋，就是現代所說的肌，舌瘡（竅）

無聲，是舌肌麻痺。足痿不耐行走，都是屬於筋病。

他的斷言；肝腎虛餒，陰氣不主上承，顯然是說：陽是要下交于陰，陰是要上承于陽，陰陽不相互，水火

是要下交于陰，陰是要上承于陽，陰陽不相互，水火

不相濟，而失去平衡現象。現在肝腎俱虧。因此要重培其下，才能使肝臟正常，不妄生風。

劉河間主張用降火益水法，所以採用他的地黃飲子爲

主體，視病症的需要而加減。方意是用地黃，萸肉，柏子以補陰，牛膝降血壓，遠志茯神降心火，菊花石斛，平肝養胃，蕤仁滋潤五臟。減去原方中的桂樹，巴戟，防他重傷其陰。因爲口喎，足痿，內經說：「酸傷肝」。所以連五味子的酸性，一併裁去。

註：喎與鬲同，口眼歪斜，後漢書曹阿曠傳，「卒中惡風」。麻：沈金鰲說：非癢非痛，肌肉之內，如千萬小蟲亂行。

近似現代醫學上說的「知覺異常」。

△ 尤在巡醫案（清代）

虛 中 症

河間所謂肝腎氣厥，舌瘡不語，足痿無力之證，但腎臟坎水，真陽內藏，宜溫以攝納，而肝臟相火內藏，又宜涼以清之。溫腎之方，參入涼肝，是爲複方之用。

地黃飲子去桂附，加天冬、阿膠。

研究：本症處方與葉天士治金姓醫案，相同的是都用劉河間的地黃飲子。因爲河間的立論是以因煩勞則五志過極，動火而卒中，創造降火益水的火熱理論，但是這兩

個醫案記載，研究它的病機：一在失血陰傷造成陰不上承，一在水不涵木，肝風內動。這是兩個主要關鍵，所以葉氏是將原方減去肉桂、附子、巴戟、麥冬、蒲菖，加進菊花、杞子、牛膝，意在平肝熄風以降血壓。尤氏是依據腎爲少陰，陰中藏有真陽，因此減去桂附的辛熱，利用巴戟、茺蔚，溫以攝納腎中的真陽。再加上天冬阿膠以助麥冬一臂之力。

柳寶胎的評論是說：「卽古法而化裁之，參配厥證，斜酌盡善」。鄭養初的評論是說：「肝陽旺者，滋腎不用桂附；腎氣虛者，涼肝多以天冬，所爲盡善之法。」

然趺仆成中，舌強不語，人事不醒，左手足不用。舌質灰紅，脈象大部沉弱，寸關弦滑而數，按之而勁。良由水虧不能涵木，內風上旋，挾素蘊之痰熱，蒙蔽清竅，堵塞神明出入之路，致不省人事，痰熱阻于廉泉，爲舌強不語，風邪橫竄經絡，則左手足不用。「金匱」云：風中于經，舉重不勝。風中于腑，即不識人。此中經兼中腑之重證也。急擬育陰熄風，開竅瀉痰，冀望轉機爲幸。

大麥冬三錢 玄參二錢 羚羊片八分（先煎汁沖）仙半夏一錢 川貝二錢 天竺黃錢半 明天麻八分 陳膽星八分 竹茹錢半 枳實一錢 全瓜蔞四錢（切）嫩鈎勾三錢（後入） 淡竹瀝一兩（沖） 生薑汁兩滴（沖） 至寶丹一粒（研末化服）

二診 兩投育陰熄風，開竅瀉痰之劑，人事漸知，舌強不能言語，左手足不用。脈尺部細弱，寸關弦滑而數，舌灰紅。高年營陰虧耗，風自內起，風擾于胃，胃爲水穀之海，津液變爲痰涎，止阻清竅，橫竄經絡，諸恙所由來也。本證陰虛，風燭堪慮。今仿河間地黃飲子加味，滋陰血以熄內風，化痰熱而清神明，風靜浪平，始可轉危爲安。大生地四錢 大麥冬二錢 川石斛三錢 羚羊片四分（先煎汁沖）仙半夏二錢 明天麻一錢 左牡蠣四錢 川貝母三錢 陳膽星八分 遠志一錢 九節菖蒲八分 金瓜蔞四錢（切）嫩鈎勾三錢（後入） 淡竹瀝一兩（沖服）

△ 丁甘仁醫案（清代）

虛 中 症

年愈古稀，氣陰早衰于未病之先，舊有頭痛目疾，今日陡

研究：內經中說：「年四十，陰始衰（退）矣。」現已七十

餘，陰氣自然早已衰退，向有頭目疾患，就是陰衰的見證。陡然發生跌倒而中風，症狀見到是舌強不能言語，神識昏迷不清，左手足偏枯，正應內經說的「三陰之病偏于左」的指示。舌本質是灰紅，脈象尺部沉弱，寸關弦滑而數，脈證相參，火熱夾痰，堵塞神明出入之路而昏迷，廉泉之下是舌骨肌地區，遭受痰竄，因此舌骨肌麻痺而不能言語，金匱對中風病理分析

是說：「風中干經，舉重不勝，風中于腑，卽不識人」。

引經論證，這就是中經又兼中腑的重證。在治療計畫上，必須育腎以平肝風，開清竅而排濁痰，所以在湯藥之中，加上清心醒腦化痰安神的至寶丹化服。

在第一方服完兩劑後，仍然不能言語，手足不能活動，脈象依然。但神識稍清，似有轉機。在臨牀上看到的，這些病症，變化莫測，所以張景岳說過：「陽失陰而離」。是扶離，亦就是脫節。所以他補充病理說，本症陰虛，風燭堪虛。換言之，是說陰分虧極，危如風中之燭。才仿劉河間地黃飲子加減處方。加減的原則，用生地換熟地，取其清而不膩。羚羊鈎鱗平肝熄風，天麻能治中風所引起的四肢知覺鈍麻，言語障礙等症，半夏去濕痰，川貝潤燥痰，二物相合，就是半貝丸。再加進膽星，化痰之力更強。牡蠣是介屬，爲滋陰潛陽的佳品。

小結：

上列三個醫案，是中風症的地黃飲子證（等於傷寒論

中的××證）。但是從立方來研究，只是以地黃飲子爲骨幹，不用刻版古方，但師其意，視病機的變化，隨時加減，信手粘手，頭頭是道，非胸有成竹，遏克臻此。「用藥如用兵」並非虛語。

△ 葉天士醫案（清代）

虛 中 症

離愁蕪結。都係情志中自病。恰逢冬溫。陽氣不潛。初交春令。陽已勃然變化。內風遊行擾絡。陽但上冒。陰不下吸。清竅爲蒙。狀如中厥。舌暗不言。劉河間謂將息失宜。火盛水衰。風自內起。其實陰虛陽亢爲病也。既不按法論病設治。至當其衝犯。病中暴食。以內風消爍。求助於食。今胃脈不復，氣愈不振。不司束筋骨以利機關。致鼻准光亮。肌肉浮腫。考古人虛風，首推侯氏黑散，務以填實腸胃空隙。庶幾內風可息。奈何醫者不曰清火豁痰，卽曰膩補，或雜風藥，內因之恙。豈有形質可攻。偏寒偏熱。皆非至理。

生牡蠣 生白芍 炒生地 菊花炭 炙甘草 南棗肉

方義：用侯氏黑散中的牡蠣、生地、白芍、滋陰潛陽爲主。菊花驅表裏之風爲助。加南棗、甘草，以扶脾健胃。

研究：本症的起因是由于離別所引起的情緒性病。加上冬天

太暖，保養不當。一到春天，陽氣升動，不但引風擾亂經絡，並且上升而影響到清竅，遂發生中風、音啞。劉河間對這些病的看法，是說陰陽不能協調的，陰虛的代償作用是陽旺症」。以前的醫生，不懂「原因治療」法。拖延到驚蟄雷鳴時，就引起自汗，再到春季節，病態進展到失眠、煩躁。總之，都是陰藏無力，陽氣偏激所造成的現象。同時肝旺則胃受其尅，邪火殼穀，因此賴食物來自救，這是食慾增強的原因。陽明外主肌肉，鼻準光亮，肌肉浮腫，就是它的反映現象。前人治療這病的方法，首推侯氏黑散最佳。

它能補充腸胃的空虛，而使內風平靜。無奈時醫，忽然用清火豁藥，忽然又用滋膩藥，甚而加進驅風藥物。這是不懂內傷七情的病，不同外感病的有形可攻。甚而偏寒偏熱的藥物，都是不合療理的。

以上四個醫案，三個是用地黃飲子，一個是用侯氏黑散。它的關鍵，地黃飲子，是育陰以熄風，侯氏黑散是養陰之外，並能補充腸胃空隙。前賢對這兩方的評價是說：「有侯氏黑散以內填空竅，以防風之復襲。有地黃飲子，以內養血液，以杜風之內生。」在臨床時何去何從，是要慎重斟酌，不能執死方以治活病。

▲ 虞恒德醫案（明代）

痰 中 症

某婦人，年五十七，身肥白。春初，得中風暴仆，不知人事，身僵直，口噤不語，喉中如拽鋸，水飲不能入，六脉浮大、弦、滑，右甚於左。以藜蘆末一錢，加麝香少許，灌入鼻竅，吐痰升許，始知人事，身體略能舉動。急煎小續命湯倍麻黃，連進二服，覆以衣被，得汗，漸甦醒，能轉側；但右手足不遂，語言蹇澀。復以二陳湯加菖蒲、歸芍藥、羌防等，合竹瀝薑汁，日進二三服。若三、四日大便不利，則不能言語，卽以東垣導滯丸或潤腸丸微利之，則言語復正。如此調理，至六十餘，得他病而卒。

註：東醫寶鑑：古代一升，等于現在二合五杓（一升之〇·二五）。

研究：本症是痰中重症，所以先用藜蘆吐痰，止于牙關緊閉，所以用鼻灌，吐出痰汁很多，稍清醒，接用小續命湯。倍加麻黃，以達表邪。連進兩服，得汗漸醒，而略能轉側，因其語言仍然蹇澀，知痰尚未化清。再用二陳加歸、芍、羌、防、合竹瀝薑汁，一日進二、三服。後因便閉，用導滯以開其下而言語復正。

小續命湯（千金方）

麻黃 桂枝 甘草 人參 黃芩 防已 附子

方意：麻黃是仲景治太陽經病的麻黃湯。散體表之邪風。人參通行十二經，能追散失之陽，配以人參甘草，是局方四君之二，可以補氣。附子通行經絡，有斬將奪關之力，陰滯末疾，所必用處。陽滯熱疾，所以用黃芩。風滯末

病，因此用防己。桂枝橫竄絡脈，通行末梢神經，而排風濕，取之爲使。

說明：竹瀝，性寒滑，入肝經，能開關竅，通經絡，爲消風，

降火，輶痰要品，風痰在經絡四肢，非此不達不行，所列爲中風要藥。以前在大陸，各大中藥店均有備售，來台後，百求無得，亦一憾事。

製法：取新生一、二年新竹，鋸成尺許長，用兩塊紅磚側置，竹置其上，在竹兩端用大碗承之，然後用柴火在竹下燃燒，竹的兩端有汁擠出，滴入碗中，這就叫竹瀝。凡遇中風痰塞喉間，閉阻不通，灌入後，痰就隨時滑出，痰出則呼吸通暢，較之現代切喉管取痰法，方便，穩妥，既省金錢，又無危險，請中西醫界共同實驗提倡爲禱。

△ 徐洄溪醫案（清代）

痰 中 症

王敍揆，體本豐腴，又善飲啖，痰流經脈，宜撙節爲妙，一日忽昏厥，遺尿，口噤，手拳，痰聲如鋸，皆屬危證。醫者進參附熱地等藥，煎成末服。余診其脈，洪大有力，面赤氣粗，此乃痰火充實，諸竅皆閉，服參附立斃矣。以小續命湯去桂附，加生軍一錢爲末，假他藥納之，惡旁人之疑駭也。戚黨莫不譁然。太夫人素信余，力主服余藥，三劑而有聲，五劑而能言，然後以消痰養血之藥，調之一月，後步履如初。

研究：身體肥碩，嗜食酒肉，由濕火生痰，痰動風生，風燭

火熾，毫無疑問。觀察案中病情，昏厥，遺尿，口噤，手拳，痰聲如鋸，加之脈象洪火，面赤，氣粗，無一不是痰火閉塞現象，且見遺尿，是屬中腑。前醫用參堪附地，不特辛烈，且粘膩滋痰，不啻火上加油，助桀爲虐，幸未進服，否則入口即斃。用小續命湯去桂附，加大黃峻下，攻破並用，確是對症。旁人物議，乃是常見，在此緊要關頭，如無家屬主藥，則亦無用武之地。所可幸者，病人太夫人深信不疑，才能順利成功。因此，感到病家對醫生，要有信心，這一信心，要從平素道德方面，培養成功，由此觀之，爲醫實在不易。

△ 丁甘仁醫案（近代）

脫 症

羅左：年甫半百，陽氣早虧，賊風入中經脈。營衛痺塞不行。陡仆成中，舌強不語，神識似明似昧。嗜臥不醒，右手足部沉細，寸關弦緊而滑。苔白膩。陰霾瀰漫，陽不用事。幸小

溲未遺，腎氣尚固，未至驟見脫象，亦云幸矣。急擬仲聖小續命湯加減，助陽祛風。開其痺塞，運中滌痰，而通絡道。冀望應手，始有轉機。淨麻黃四分 熟附片一錢 川桂枝八分 生甘草六分 全當歸三錢 川芎八分 姜半夏三錢 光杏仁三錢 生姜汁一錢沖服 淡竹瀝一兩沖服 另再造丸一粒去殼研細末化服。

二診 兩進小續命湯，神識稍清，嗜寐漸減。佳兆也。而舌強不能言語。右手足不用。脈息尺部沉細，寸關弦緊稍和。苔薄膩。陽氣本虛，蕃籬不固。賊風中經，經論脾塞。痰濕稽留。宗氣不得分布。故右手足不用也。腎脈絡舌下，脾絡舌本，痰阻心脾之絡。故舌強不能言。靈機堵塞也。雖見小效，尙不敢有恃無恐。再擬維陽氣以祛邪風。滌痰濁而通絡道。努力前進。以觀後效。

熟附片一錢 雲茯苓三錢 川桂枝八分 姜半夏二錢 生甘草六分 枳實炭一錢 全當歸二錢 光杏仁三錢 大川芎八分 炙殼蠶二錢 生姜汁一錢沖 淡竹瀝一兩沖。

三診 又服三劑，神識較清，嗜寐大減，略能言語。陽氣有流行之機，濁痰有克化之漸。是應手也。惟右手足依然不用，腑氣六七日不行，苔膩，脈弦緊漸和，尺部沉細。腎陽早虧。宗氣不得分布，腑中之濁垢。須陽氣通，而後能下達。經脈之邪風，必正氣旺。始托之外出。仍擬助陽益氣，以驅邪風。通胃滌痰，而下濁垢。腑氣以下行爲順，通腑亦不可緩也。

生黃耆三錢 桂枝八分 附子一錢 生甘草五分 當歸三錢 川芎八分 雲茯苓三錢 風化硝五分 全瓜蔞三錢 枳實炭一錢 淡從蓉三錢 半硫丸錢半吞服

研究：年齡不過五十，陽氣早已衰退，經云：「邪之所湊，

其氣必虛。」所以邪氣乘虛而入，爲中風之一的中經

症。語言、知覺神識，都受到影響而言語蹇澀，神識

時清時糊。右手足不用，是內經所說的「三陽爲病偏于右」。脉象尺部沉細，寸關弦緊，亦是腎腸虛而肝

風妄動現象，加之還有滑象，配合舌苔白膩，的是濕蘊成痰之徵。如果進一步而見到遺尿，那就是中腑的重症了，今未有遺尿症狀，這是幸運。爲今之計，用小續命湯以助陽氣，祛風邪。方中加進半夏、竹瀝、姜汁，化濕蘊之痰，痰去則經絡自暢。辨症處方，絲絲入扣，因此兩服之後，卽見效機。第二診看到太陽經見證已解，毅然決然，刪去麻黃，加進枳實，炙殼蠶，以作導停滯，驅風痰之計，連服三劑，病勢大爲好轉，掉過方針，指向補氣以導滯着手。因陽虛而傳祕，加進擅治寒祕的局方半硫丸，溫陽而化陰霾爲治。

之後，大便暢通，神識清明，言語自如，只有手足尙不能自由活動，繼續調理埋，漸趨正常。

小結：上列三位病人，都是小續命湯證。虞氏是將原方倍加麻黃，以去體表之風，徐氏去桂附，加大黃。丁氏是將原方加四物湯之半的當歸、川芎，以行血補血，半夏、竹瀝、姜汁以益痰通絡。所以，用藥處方，在乎靈活，不必泥于古，然亦不能離于古，是在善用其思耳。

△ 李士材醫案（明代）

中 惕 症

燕邱張可貴，自遠方歸，忽然中風昏暈，牙關緊閉，先以

牙皂末取嚏，次以筋撬開，灌蘇合丸一丸，然後以防風散投之。

○連進三服，汗出如洗，此邪自外解矣。去麻黃、獨活、羚羊

角、加秦艽、半夏、膽星、鉤鱗，六十日而痊。

研究：本症是因長途跋涉，內風受外風的衝激，而成痰塞清竅的痰閉。因此，先用祛風開竅的牙皂末，噴入鼻中，取嚏開關。打嚏之後，牙關稍能活動，才可以用筷撬開牙關。用蘇合丸化水灌入，以開閉塞的痰。然後服證治準繩的防風散，三服後已得大汗，才去原方中的麻黃等表藥，加進秦艽、膽星，向化痰的方向進軍，連續調理，至六十天始告痊癒。

因為古代交通不便，在長途中可能受到山霧瘴氣（空氣污染）。所以在牙關能張之後，灌服蘇合丸以辟邪（就是現代說的殺菌）。但是，此藥香竄異常，如用之于脫症，入口即斃，是在醫者臨床上精思明辨，方能應用。

△ 張聿青醫案（清代）

痰閉症

黎左，氣虛多濕之體，加以勞頓掣動陽氣，致陽氣挾痰上升，清曠之區，靈明之府，悉為濁痰所瀰漫，以致神情呆頓。迷沉多睡。右手足運行不利，口眼喎斜。脈弦而滑，苔白質膩。此由肝氣挾痰。阻于心脾之絡，為類中之症，刻在鴟張之際。恐陽氣復上而不語神昏。痰從內閉。姑先開竅滌痰。以備商

進。

製半夏二錢 枳實一錢五分 廣橘紅一錢 廣鬱金一錢五分

菖蒲七分 赤白芩各二錢 炒遠志五分 白僵蠶炒打二錢 白蒺藜炒五錢 製南星七分 人蔘再造丸一丸，先化服。

二診 精神略為靈爽，沉迷多寐之象，亦覺稍退，脈象柔和，未始不為起色。但右手臂不能運用自如，口眼喎斜，舌強言蹇，不飢不納，時見嘔噫，似呃非呃，右關脈沉滑有力，舌苔白膩，中心焦黃，濁痰之瀰漫，心竅之閉阻，固得稍開，而火風鼓旋之勢，尚在熾盛，總期藥能續效，風火庶可弭平耳，方草商之。

製半夏一錢五分 瓜蔞仁打六錢 遠志肉甘草湯炒七分 枳實一錢五分 製南星七分 甜廣皮一錢 風化霜沖一錢五分 九節菖蒲七分 鬱金用明礬三分化水磨沖七分 人蔘再造丸一丸。

三診 昨云火風尚在熾盛之時，今面色帶紅，時欲起坐，即痰鬱化火，火從內擾之象，正虛火風互煽，此際大有出入。再當清化痰火，以制其勢。

羚羊片一錢五分 天竺黃三錢 枳實一錢 茯苓四錢 九節菖蒲五分 沉丹皮一錢五分 廣鬱金一錢五分 製半夏一錢五分 廣橘紅一錢 白僵蠶一錢五分 竹瀝一兩滴入薑少許。

四診 昨臥甚安，起坐不寧之狀已定，面色紅赤較退，火象得以漸平。惟右半不遂，神呆不慧，其清曠之地，為痰濕瀰漫，竅絡被阻，神機不運，不能一時開豁，惟徐徐以圖之而已。

製半夏三錢 茯苓神四錢 天竺黃三錢 白僵蠶炒打三錢

△

橘紅一錢 遠志肉甘草湯炒五分 陳膽星七分 白蒺藜去刺炒

△

朱丹溪醫案（元）

化裁活潑運用。因此可以成爲後學的楷模。

三錢 九節菖蒲六分 枳實一錢二分 竹瀝八錢加入薑汁少許
杜合蘇合丸兩次化服。

研究：從綜合本症的診斷和處方來研究：

一、主要病機是「中氣虛、痰濕重，加之勞動過度，激發風陽挾痰火，上蔽清空，所以一發病就沉迷多睡，但是尚未進入昏迷階段。

二、脈象弦滑，是風痰現象。舌苔白膩，是風邪扶濕

三、在處方上應重視于痰濕閉塞清竅，以及阻遏氣血

行走的通路，所以用二陳湯加膽星、僵蠶化風痰爲基礎。再加枳實以導滯，鬱金、菖蒲、遠志以開竅護心，防止它進一步而入于昏迷。

四、二診：見曰轉機，因此再用強有力的分清降濁的明礬水、瓜蔞仁、風化硝來幫助枳實，促進排便機能。

五、三診：看到病機確曰挽轉，但是痰仍停滯，因此重用竹瀝以滑痰。

六、四診：雖有進步，並不快速，才疑有惡氣（污染

病毒）混合在裏面，所以再用蘇合丸以辟惡氣（殺菌）。

七、同是中風，病機不同。前賢的地黃飲子等都不適宜。所以從羚羊角湯、天麻鈎藤湯、導痰湯隨症

脫症

浦江鄭君，年近六旬，奉養高梁，仲夏久患滯下，又犯房勞，一夕如廁，忽然昏仆撒手遺尿，目上視，汗大出，喉如拽鋸，呼吸甚微，其脈大而無倫次部位。可畏之甚。此陰虛而陽暴絕也。急令煎人蔘膏，且與灸氣海穴、艾壯如小指，至十八壯，右手能動，又三壯。唇微動，蔘膏成與一盞，至半夜後，盡三盞，眼能動，盡二觔，方能言而索粥。盡五觔而利止，十數觔全安。

震按：此種病，今常有之，醫所用蔘不過一、二錢至一、二兩而止。亦并不知有灸法，無效則諉之天命，豈能於數日間用蔘膏至十餘觔者乎，然蔘膏至十餘觔，辨之亦難矣。惟能辦者，不可不知有此法。

研究：如廁而脫的中風，本人著的「針灸與中風專輯」第三〇頁早已說過腦血管因努張激破所致。

此君平素飲食無度，色慾不節，早已造成「腦軟化症」了，撒手、遺尿、戴陽（目上視），汗大出，痰聲如拽鋸（膠粘吐不出），呼吸微細，脈無倫次，已是絕症。能用獨蔘膏灌服，以追尋散失之陽氣。氣海爲元氣的樞紐，大粒艾灸，不但可以挽救垂絕的元陽，並且可大事補充。所以這樣危症，能從死亡邊緣挽救

過來，非獨具隻眼，誰能扭轉。孫真人說：「湯藥而不針灸，亦非良醫也。」旨哉言乎。

針灸創造本在湯藥之前，內經靈樞立法，針灸佔十分之八、九，湯藥佔十分之一、二。因此尊此書為針經。醫以救人為目的，不必以科別分界，能救人的方法，都要研究。丹溪才識，實足使後學景仰。先人推他為金元四大家之一，是有道理。

△ 李士材醫案（明代）

脫 症

徽商汪華泉，忽然昏仆，遺尿手撒，汗出如珠，衆皆以絕症即見，決無生理。余曰：手撒脾絕，法在不治。惟大進蔘附，或冀萬一。遂以人蔘三兩、熟附五錢、煎濃灌下。至晚而汗減，復煎人蔘二兩、耆、附各五錢，是夜服盡，身體稍稍能動。再以蔘附膏加生薑汁、竹瀝盞許，連進三日，神氣漸爽。嗣後以理中、補中等湯，調養二百日而安。

研究：這是中風的脫症。手撒是脾氣絕，遺尿是腎絕。陽向

上越，陰向下沉。陰陽抉離，等于火車的脫節。方用

人蔘三兩、熟附五錢。人蔘是走十二經，可以追尋散

脫之陽。附子辛烈，可以固定未脫之陽。視察全案，

運用得當，非有卓識，就無此膽量。

△ 金子久醫案

脫 症

左脈乍弦乍動，右脈忽散忽聚，目視直，鼻煽，危險之形已見。脫絕之勢在即。無限之假邪，蔓延不已。有限之真氣，持守無多。入於陰財形寒，出於陽則形熱。陰陽即是營衛，營衛附於經絡。營衛既不循序，經絡勢必窒碍。身爲之痛，骨爲之楚。素有之滯攻於中，新積之滯奪於下。腑氣益通，臟氣益虛。升降更爲窒礙，陰陽更難繼續。設或寒熱繼續，便有呼吸垂危。法用龍牡救逆。藉以兩固營衛。而胃被肝擾，仍以旋覆代赭以鎮之。氣被濁蒙，當用鬱金菖蒲以開之。

橘紅絡 濑珠粉 吉林蔘 龍骨 牡蠣 石決明 旋覆

代赭 桂枝 白芍炙甘草 鬱金 石菖蒲 姜半夏

研究：脈無倫次，心臟跳動已不規則，目直視是肝絕，鼻煽是肺絕。陽不下降，陰不上承，已在死亡邊緣，所以急用龍骨以澀真陽，牡蠣以澀真陰。人蔘安撫散之元陽。決明鎮攝浮動之肝陽，不使它立即脫離。其餘豁痰、鎮逆、開閉、安神，以為配使。有條不紊，堪取爲法。

△ 齊有堂醫案（清代）

脫 症

曾治王配周氏，年四十，勤儉過甚，氣血久枯。忽一日早，頭暈仆地人事不省，痰涎滿口，手撒鼻睡，氣息如絲。按之

六脉浮遲，乍有乍無，吾料其不可爲也。勉強與三生飲，濃煎灌之。外以神應散吹鼻，得嚏而甦，乃以六君子湯兼六昧地黃丸服之。一載無功，交春而歿。可見氣血虛甚者，卽治之得法，亦竟不能保其長年。

研究：根據內經論的生理里程，四十歲是下坡的轉捩點。因

她平素操勞過度，精力早已衰極，所以會突然中風。

照脈證來說，是陰極于下，陽虛于上。陰陽脫離的脫症，齊醫生早知其不可爲而爲之。是盡人責而已。三生飲是挽救脫症的不二主方，再用神應散取嚏開竅，再用六君六味，經過一年，沒有見效。到春天陽氣升騰之際而歿，是陰竭缺乏吸斂所致，他亦認爲治之得法，但亦回天乏術了。

△ 丁甘仁醫案（清代）

脫 症

廖左體豐氣虛，濕勝痰多。陡然跌仆成中，不省人事，小溲自遺，喉中痰聲濶濶。汗多脈伏。身熱肢冷。此本實先擾，真陽飛越，氣血渙散。樞紐不交，雖曰中臟，實暴脫也。勉擬一方，聊盡人工。

別直參三錢 熟附子塊三錢 淡竹瀝二兩 生薑汁一錢同沖。

研究：肥胖的人，一定氣虛。經言：「邪之所湊，其氣必虛。」換言之，就是說身體中缺乏抗力，因此會驟然中

風。現在已見到遺尿、自汗、脈伏、手足冰冷。從症狀來說是中氣極度衰弱，陰陽抉離的脫症。在此場合，非人蔘不足以挽元氣，非附子不足以回絕陽。中風離不了痰，所以加入竹瀝、薑汁，以滑痰化痰。後果如何雖未詳述，但是醫者非有卓越的見識，不能下此決策。

小結：中風的閉脫兩症，是中風最危急的重症。就是內經中說的：「不反則死。」所以，難全十之一、二。在臨床所見到的病機及症狀，有兩個類型：

一、閉症：閉是閉塞，像電路的閉塞。道路的阻塞。

病理是邪氣塞住氣血的通路，正氣給它梗塞，閉拒不得流通。

症狀是目張、面赤、口開、手攀、直視、喉中痰壅塞，發出濶濶之聲，呼吸短促、牙關緊閉、脈象弦緊，亦有因氣閉而緩細。

二、脫症：脫是抉離，像火車的脫節。

病機是正氣虛餒，邪氣充斥，心氣飛越，陽不下降，陰不上升，陰陽脫離。症狀是眼閉、口開、面唇慘白、手撒開、指微開、喉中痰聲低微、吐氣多、吸氣少、額出冷汗、小便自遺。前人謂手撒是脾氣絕，遺尿是腎氣絕，危險比閉症尤重。總之，閉與脫形狀攸分，病機懸殊。

在治療方面，閉症還有分陽閉、陰閉兩種。
一、陽閉：特徵是四肢不溫，好動不靜，開竅之後，

宜服至寶丹、羚羊角湯等。

二、陰閉：開闢之後，宜服蘇合香丸、防風散、導痰湯等。

三、脫症：當以三生湯的生南星、生川烏、生附子、木香爲主方。其次是仲景的桂枝加龍牡湯。先賢說：三物大辛大熱，專爲治中風挾寒的重症而設。但是挾寒有輕重，寒輕的病在表，宜發汗以逐邪。寒重的是入裡，非溫中補陽，不能爲力。

如果只知攻衝，不顧正氣，遇到勁敵，亦會倒戈。所以有效亦有無效。因此遇到正氣虛弱的人，又須加入人蔘兩許以駁馱，才能成功。

薛院判說：人蔘三生飲，施于中風挾寒。確係急救良方。

若誤用于積熱釀痰，肝風衝逆，壅塞氣道的病人，則反速其危。所以在臨牀上要慎重考慮，不必將西北多真中，東南多類中。以及眞中屬實，類中屬虛等理論，橫于胸中，總須辨其虛實寒熱而隨症施治。

桂枝加龍牡湯、桂枝、麻黃是專爲外症而設，能解肌表的寒邪。對於內證，也能補虛而調陰陽。龍骨爲礦物，牡蠣爲介屬，都有潛陽攝陰的特效。總而言之，閉是要開，脫是要固，此爲治閉脫二症的不二法門。

△ 李士材醫案（明代）

食中兼痰中症

程曉山，年四十，誕辰慶賀，宴樂月餘，忽謂孫曰：近覺兩小指及無名指，掉硬不舒，亦不爲用，口角一邊常牽扯引動。幸爲診之，六脉皆滑大而數，浮而不斂，其體肥，其面色蒼紫，乃曰，據脈滑大爲痰，數爲熱，浮爲風。蓋濕生痰，痰生熱，熱生風也。君善飲，故多濕，近又荒於色，故真陰竭而脈浮，此手指不舒，口角牽扯，中風之兆也。所喜面色蒼紫，其

李士材診之，左關弦急，右關滑大而軟，本因元氣不足，又因怒後食停。乃進理氣消食藥，得解黑屎數枚，急改用六君子加薑汁服，四劑後暈止，更以人蔘五錢、芪朮半夏各三錢，伏苓研究：類中風項下，有虛中、實中、氣中、食中之分，本症是其中虛中而氣食兼中，依照脈象來說：弦急是肝陽妄動，滑軟爲虛而挾痰。原因是陰虛于下，浮陽挾痰，上擾清竅而暈倒，狀似中風，實則虛暈，前醫以中風治療，所以無效。李先生從問診方面，體會到食後生氣，而發病的動機。所以先用理氣消食法以治其標，再進六君子加薑汁以治其本。四劑暈止，然後用大劑蔘朮，兩月而復健。「藥貴對症」，確是經驗之談。

△ 孫東宿醫案（明代）

中風早期症

神藏，雖病猶可治，切宜戒酒色以自保愛。立方用二陳湯加滑石爲君，芩連爲臣，健脾消痰，撤濕使小便出。加膽星、天麻，以定其風。將竹瀝、薑汁三拌三晒，仍以竹瀝糊丸，取竹瀝引諸藥入經絡化痰外，又以天麻丸滋補其筋骨，標本兩治，服二料，幾半年不惟病痊，且至十年無恙。迨五十歲賀壽如舊，召妓宴樂，亦如舊，甘酒嗜飲，荒淫而忘其舊之致疾也。手指掉硬，口角牽引尤甚，月餘中風，右體癱瘓矣。再邀孫診之，脉皆洪大不斂，汗多不收，呼吸迫促，孫曰：此下虛而上竭之能爲矣，閱二十日而卒。

原編者震按：醫書謂凡人大指、次指，麻木不仁者，三年內須防中風，嘗遠房幃，絕嗜慾、戒酒、戒厚味，以杜其患。觀此案可爲養生者之金鑑矣。

研究：濕生痰，痰生熱，熱生風，此爲中風之要點。中風早期，不知預防，癒後不知自愛，自蹈覆轍，實爲惋惜。指頭麻木，這是中風前一個可怕的訊號。在黃帝明堂灸經說：「凡人未中風時，一兩月前或五個月前，時而足脛之上痠重頑痺忽發，良久方解，此乃將中風之候也。」類經圖翼中指出：「凡手足攀痺，心神昏亂，將有中風之候，勿論風與氣，依次灸七穴則可癒矣。」（中風七穴：百會、風池、大椎、肩井、間使、曲池、足三里。）劉元素是說：「凡人如覺大指及次指麻木不仁，或手足不用，或肌肉蠕動，三年內已有大風之至。」針灸則說：「凡十指麻痺者，中風之

漸，宜速治療。」多是經驗之談。要知中國哲學中說：「礎潤而雨，月暈而風。」大自然中變化，皆有預兆，一個人在突然死亡之前，亦有這些訊號。中年以上的人，宜及早注意。遵守養生之道，毋使滋蔓，才能不步入中風的絕徑。本症是其一例，不可不慎。

△ 虞天民醫案（明代）

非虛非實證

一人年四十五，正月間，路途跋涉勞倦發熱，身體略痛而頭不痛。自以爲外感，而用九味羌活湯三貼，汗出熱不退，前後又服小柴胡湯五六貼，熱愈甚，經八日，延虞診視，至臥榻前，見煎成湯飲一盞在案，問之，乃大承氣湯，將欲飲，切其脈，右三部浮洪，略弦而無力，左三部略小，亦浮軟不足，虞曰：汝幾自殺，此內傷虛證，服此藥大下必死。伊曰：我平生元氣頗實，素無虛損證，明是外感無疑也。虞曰：將欲作陽明內實治而下之歟，脈既不沉實，又無乾潮熱、譫語等證，將欲作太陽表實治而汗之歟。脈雖浮洪而且虛，又無頭痛脊強等證，今經八日，非表非裏，汝欲作何經治之乎，伊無以答，乃用補中益氣湯加附子、大劑與之。是夜連進二服，天明往診，脉略平和，伊猶疑屬前效，欲易外感退熱之藥，虞曰：前藥再飲二服，不效當罪我，又如前二服，脈證俱減半，伊始曰：我幾誤矣，去附子，再煎二貼與之，熱退氣和而愈，但體猶困倦如前，服前藥二十餘貼，始得強健。

研究：在診斷八法中有虛實之分，認證不清，則雜藥亂投，

虞先生斷定爲非虛非實，辟除前議，主用溫補，所以成功。這一理論是爲後人準繩。

△ 張千里醫案（清代）

中風 涼 中 症

向多痰火，氣逆易咳，晨圈痔必翻，非揉擗不能收，甚或痔血大來。此足見肺胃大腸氣血虛久矣。今卒然神思昏亂，並無暈仆，而右肢遠不能用，舌蹇語澀，便閑旬日纔行，乾少瀉多，溲頻數而濁少且赤，嗽痰頗濃，息有音，少寐易煩，不昏聳而間有錯語。此屬老年氣血兩虛，春夏之交，不耐火氣升洩，虛陽化風，挾痰火勃動於中，而外阻其絡脈，內擾其神志也。據現證是中絡兼腑，初時右肢不用，今漸能運動而肌膚痛癢無關。是不仁也。不仁爲血虛，偏右則氣亦虛矣。但舌苔白滿而厚，是氣燥津虛，脉虛而弦，兩寸較大，是心肺兩虛，又有痰，心主血，肺主氣，虛則火易上升而氣易下滯，所以有數圈易怒多煩少寐等弊矣。此時欲益氣而不滯痰，養氣而不膩膈，庶乎虛實兼到。據述愚見，宗古人痰火內中者，先治其內，務使神明不爲痰火所擾，心君泰然，則百體從令矣。即或肢體不仁，未能還復，不妨緩緩圖治，況心主血脉，心既清則血脉之流行自易。西洋參 茯苓 蜜炙甘草 川貝母去心 桑葉 炒山梔 法半夏 醉皮膠 竹葉 枳實 橘皮 藜仁 蓮肉去心。

研究：本症病機的重點，是上有痰喘，下有痔血，氣血兩虧，不言而知。昏亂而未暈仆，與眞中絕然不同。所以不能認爲中風治療。以時候來說，在春夏之間，大自

然中的陽氣升騰，虛陽亦化風，隨之升擾清竅，所以睡眠不安，神識有時錯亂，肢廢脣木（知覺神經遲鈍）。朱丹溪說：「木爲濕痰敗血」。就是「風濤末疾」的見證。至于舌苔白厚，脈虛而弦大，無一而不是氣血兩虛現象。原方中的治療計劃，標本兼施，并井有條，確是明眼高手。

△ 薛立齋醫案（明代）

寒 中 症

車駕王用之，卒中昏憒，口眼喎斜，痰氣上湧，咽喉有聲，六脉沉伏，此真氣虛而風邪所乘。以三生飲一兩，加入參一兩，煎服卽甦。立齋曰：若遺尿撤手，口開鼻睡爲不治。用前藥，亦有得生者。夫前飲乃行經絡，治寒痰之藥，有斬關奪旗之功。每服必用人參兩許，駕馭其邪而補助真氣。否則不惟無益，適足以取敗矣。

研究：原編人按：此治中寒，寒痰壅塞氣道之藥，肥人脉沉伏，無火象者可用之。若脈微細者，必加入參。實非中風藥也。折肱漫錄云：「三生飲施於中風之寒症，妙矣。或有虛火衝逆，熱痰壅塞，以致昏憒顛仆者，狀類中風，恐烏附非所宜服。立齋治王進士，失於調

養。忽然昏憒，謂是元氣虛，火妄發，挾痰而作，急

氣中症

灌童便，神思漸爽。更用麥芽各五錢、芎歸各三錢、

元參柴胡山梔炙草各一錢、服之少定。察其形倦甚，又以十全大補湯加麥冬五味，治之而安。予從弟履中，年方強壯，以勞心憂鬱而得斯證，痰升遺溺，眼斜視，逾時不醒，竟類中風，亦灌以童便而甦。此等證候，皆火挾痰而作，斷非三生飲所可治者，并薑湯亦

不相宜也，同一卒然昏憒，而所因不同，須細審之。

齊有堂醫案

氣中兼痰中症

曾治凌秀才之母年五十，手撒口開，診之寸關如絲，兩尺全無，乃謂其夫曰。經云：上部有脉，下部無脉，其人當吐，不吐者死，令其子燒淡鹽湯三品碗，入童便一碗攪勻，扶起病人，三飲而三吐之，果吐出宿食痰涎碗許，而人事稍甦，乃與六君湯，加芪朮白蔻一劑，是夜即服稀粥一碗，明早乃起床矣。又用歸脾湯數十劑，兼服六味地黃丸而安。

研究：童便、一名還元湯，有推陳致新作用。淡鹽湯能催吐，加入童便，催吐作用更強，所以三飲三吐，人事即醒。

葉天士醫案（清代）

給諫晏懷泉夫人，先患胸腹痛，次日卒然暈倒，手足厥逆，時有醫者以牛黃丸磨就將服矣。士材診之，六脈皆伏，惟氣口稍動，此食滿胸中，陰陽痞隔，升降不通，故脈伏而氣口獨見也。取陳皮砂仁各一兩，薑八錢，鹽三錢，煎湯灌之，以指探吐，得宿食五六碗，六脈盡見矣。左關弦大，胸腹痛甚，知爲大怒所傷也。以木香、青皮、橘紅、香附、白朮煎服，兩劑

嗔怒動陽，恰值春水司升，厥陰內風乘陽明脈絡之虛，上陵咽喉，環繞耳後清空之地。升騰太過，脂液無以營養四末，而指節爲之麻木。是皆辨中根萌。所謂下虛上實，多致顛頽之疾。夫情志變蒸之熱。閱方書無芩連苦降，羌防辛散之理。肝爲剛臟，非柔潤不能調和也。

鮮生地 元參心 桑葉 丹皮 納羊角 連翹心

研究：李士村先生分析類中風症爲火、虛、濕、寒、暑、氣、食、惡八個類型，本症因惱動陽，氣機猝然障礙，

而爲八種之一的氣中，與真中風是大相徑庭。所以本症在治療方面，根據經旨，不用一般中風藥中芩連羌防，重視肝爲剛臟，宜用柔潤之劑來調和。不是明眼，安能對症發藥。

李士材醫案（明代）

食中兼氣中症

痛止。更以四君子加木香、烏藥調理，十餘日方瘥，此是食中兼氣中。

研究：類中風的食中，多兼氣中，凡是情志抑鬱的人，每每在食後會大發雷霆，氣爲食物阻滯，失去通運機能，因而厥仆，此症即是，前醫誤認爲痰厥，所以用牛黃丸。幸而未服，可爲幸運。首方純用化痰吐痰之品。服後用指探吐，其法極妙。凡是欲吐不吐之症，用壓舌板緊壓舌根，一定會大吐。本案即用此法，真可謂萬變不離其宗。比之西醫用抽痰手法，相去有天淵之別。所以不要認爲不科學而鄙視之。吐後六脉盡見，其爲食中兼氣中之特徵。吾輩在臨床時，對於問症一項，絕對不能放鬆。

△ 喻嘉言醫案（清代）

痰中雜合症

季翁稟體豐偉，望七之齡，神采不衰，近得半身不遂之症，已二年矣。病發左半、口往右喎，昏厥遺溺，初服參朮頗當，爲點醫簧以左半屬血，不宜補氣之說，幾致大壞。雲間老醫，以參附療之，稍得向安。然概從溫補，未盡病情也。診得脈體，軟滑中時帶勁疾。蓋痰與風雜合之症；痰爲主、風爲標也。又熱與寒雜合之症，熱爲主，寒爲標也。平時手冷如冰，故痰動易至厥，然厥已復甦，甦已嘔去其痰，眠食自若，雖冬月亦能耐寒，無取重複復架，可知寒爲外顯之假寒，而熱爲內

蘊之真熱。既有內蘊之熱，自蒸脾濕爲痰，久久阻塞竅隧，而衛氣不周，外風易入。加以房幃不節，精氣內虛，與風相召，是以雜合而成是症耳。及今大理，右半脾胃之氣，以運出左半之熱痰虛風，此其間有微細曲折，非只一端所能盡者，何也。治雜合之病，必須用雜合之藥，而隨時以盡無窮之變。如冬月嚴寒用事，身內之熱，爲外寒所束，不得從皮膚外泄，勢必深入筋骨爲害矣。故用薑附以暫撤外寒，而內熱反得宣洩。若時令內蘊之熱相合，復助以薑附，二熱交煽，有灼筋腐肉而已。孰是用藥之權衡，可以一端盡耶。或者曰：左半風廢，而察脈辨症，指爲兼痰兼熱，似矣。痰者，脾濕所生，寄居右畔，是則先宜中右，而何以反中左耶。既已中左，明是左半受病，而何以反治右耶。不知此正病機之最要者。但爲丹溪等方書，說病在左血虛，病在右氣虛，教人如此認症，因而起後人之執着，至內經則無此說法。內經但言左右者，陰陽之道路。夫左右既爲陰陽往還之道路，何嘗可偏執哉。況左半雖血爲主，非氣以統運之，則不流。右半雖氣爲主，非血以麗之，則易散。故肝膽居左，其氣常行於右。脾胃居右，其氣常行於左。往來灌注，是以生生不息也。肝木主風，脾濕爲痰。而風與痰之中人，原不分於左右。但翁恃其體堅，過損精血，是以八八天癸已盡之後，右半先虧，而左半飲食所生之痰與皮毛所入之風，漸積於空虛之府，而驟發始覺也。風脈勁疾，痰脈軟滑。故病大筋短縮，卽舌筋亦短，而蹇於言。小筋弛長，故從左而喎於右。從左喎右，即可知左畔之小筋弛而不張也。若小筋之張，則左喎矣。凡治一偏之症，法當從陽引陰，從陰引陽，從左引

右，從右引左。蓋觀樹木之偏枯者，將溉其枯者乎，抑溉其未枯者使榮茂而因以調暢其枯者乎。治法以參朮爲君臣，以附子乾薑爲佐使，寒月可恃無恐。以參朮爲君臣，以羚羊柴胡知母石膏爲佐使，而春夏秋三時，可無熱病之累。然宜刺手足四末，以泄營血而通氣。恐熱痰虛風久而成癥也。

原編者：按後論風偏中、外寒內熱，辨別疑似。諄諄申明治雜合之病，必須用雜合之方，隨時應變，以盡無窮之旨。爲凡守補氣血以治風廢不利於行持者，廣其識焉。一隅三反，是所望於後之學者。

研究：痰爲有形之火，火爲無形之痰，火生則風動，風煽則火熾。覲其脈象，動則爲風，疾則爲熱，滑則爲痰，軟爲正虛，所言痰與風雜合，熱與寒雜合，則內爲風、痰、熱、蟲動，加之色慾過度，外受寒氣包圍，病情極爲錯綜。在前醫亂治之下，幾成壞症，措手實在不易。依據從陽引陰，從陰引陽，從左引右，從右引左，並用灌木方法來解釋，能近取譬，可爲仁之方矣。

再用針刺方法來疏通氣血，以免進入癥境。論案處方，因時制宜，通權達變，苟非讀書多而融會貫通于其心，奚能辨證清而神明化裁出其手。

△ 王孟英醫案（清代）

痰 中 症

賴母年近古稀，患左半不遂，醫予再造丸暨補劑，服二旬

經以三陰三陽發病，爲痿，爲偏枯。三陰之病，偏於左：

三陽之病，偏於右。操勞過度，心腎營陰皆虧。水不涵木，肝

，病如故。孟英按脈弦緩而滑、顚赤、苔黃、音微、舌蹇，便澀、無痰、曰此痰中也。伏而未化，予犀羚茹貝菖夏花粉知母白薇豆卷桑枝絲瓜絡等藥，服三劑而苔色化，音漸清朗，六七劑，腿知痛，痰漸吐，便亦通。既而腿痛難忍，其熱如焰，孟英令塗葱蜜以吸其熱，痛果漸止。半月後眠食漸安。二旬外手能握，月餘可扶掖以行矣。

原編者按：顧赤苔黃三句，爲肝風內動，氣機失其升降，方義以息肝風調升降爲主要。

研究：本症重點，脈弦、滑、緩。弦爲肝風，滑爲痰，緩爲痰阻經脈。顧赤是陽動，苔黃便澀是熱伏潛音微舌蹇，是痰阻絡隧，無痰是痰竄入絡隧，阻塞氣血交通，因而偏枯，遂斷爲痰潛伏未化的痰症。所以立方從平肝、熄風、降火、化痰、通絡、眼，宜其奏效迅速，逮痰已吐出，便亦通暢，氣血通行，反而肢痛難忍，熱像火灼是伏留之痰熱外透，因此塗以葱蜜而癒，內經說：「手得血而能握，足得血而能行。」氣血循環，逐漸正常，手足自能活動。與內經所述，完全符合。

△ 馬培之醫案（清代）

虛 中 症

陽內風上擾，徒然眩暈，口渴舌蹇，右肢弛緩，不能自持。已年餘，右肢漸能運動，口舌已正，惟不能作勞用心，右少腹

近膀胱不舒。此處爲厥陰部位，木鬱不達，氣滯於經，肺屬金主氣，管攝一身，肺虛於上，不能周行。營衛循環失度，肺與大腸相表裏。大腸爲庚金，肺爲辛金。金水不能相生，致藏陰虧虛，故大便結而不暢。脈象沉細而濡，細爲陰虛，濡爲陽弱。氣陰兩傷，虛中夾痰，剛劑難投。當清養肺氣，兼培心腎以舒脈絡。

生地、當歸、白芍、洋參、續斷、絡石藤、橘皮絡、黑料豆、夜交藤、桑寄生、黑芝麻。肝臟血主筋；腎藏精主骨。肝腎陰虧，寒風濕邪，客於太陽。腰股作痛數年，或輕或劇，夏秋以來，腿膝腰股，強硬不能轉動。經謂曲而不伸者，其病在筋。伸而不曲者，在病在骨，肝腎血脉不榮，已成殘廢，宜培肝腎以利筋絡。

生地、女貞子、秦艽、酒炒木瓜、絡石藤、當歸、川連、淮牛膝、白芍、續斷、狗脊、桑枝。

研究：馬先生依據內經三陰（太陰）三陽（太陽）發病爲偏枯立論，又分析脈象，認爲細是陰虛，濡是陽弱，加之虛中挾熱，痰塞絡隧。病經年餘，已成殘廢。引經據典，論斷精詳，用藥則節經意，不落經方圈套。名數一家，道行千里，良有以也。

編者按：馬培之先生，爲蘇武進孟河名醫，在蘇州開業，曾應召入宮，爲西太后診病，所以名重醫林。民國初年，上海名醫如丁甘仁、謝利恒、賀季衡，俱出其門下。

結論

中風一症，在現代醫學上是稱爲「腦溢（出）血」、「濕血管」或「血栓塞」。它的病機，大概有如下的分析：
1. 動脈硬化。2. 石灰質膠着。3. 結合組織增殖。4. 膽固醇過多。
5. 腦軟化。6. 蜘網膜下出血。7. 血液凝固。（這是在一九五六年，對死于中風的病者解剖所得到的報告。）

它的發作，不限時間、地區、年齡到了四十歲以上，隨時有發作的可能，死亡率很高。據臺灣的報告，列爲十大死亡之二。美國在一項報告中說：每年要奪去十八萬六千人的生命。它的險惡，于此可知。因此本所研究歷代醫案，就將它列爲第一課。

中醫對於中風的病理，內經中是說：「氣之與血，并走于上，則爲大厥，厥則暴死。氣復反則生，不反則死。」換言之；就是說病人的氣和血，合併而向上逆衝，就會立刻仆厥，這個厥是突然昏迷像死亡一樣，但氣未絕。過少許或一段時間，氣血下降，回返正常路線，那就會清醒過來而有生機，否則直達死亡了。這一節，對真中風的病機，不是說得很清楚，和現代醫學上說的腦溢血症狀，完全一致的。對於半身不遂，是說：「三陰三陽發病爲偏枯。」「風中五臟六腑之俞，所中則爲偏風。」金匱是說：「中風辨，身體不能自持，口不能言，冒昧不知痛處，或拘急不得轉側。」又說：「風之爲病，當半身不遂及喎僻不識人，舌難言，口吐涎。」之後，分出「中絡、中經、中臟、中腑四個類型。」

上述經旨，除氣血并走于上，以及中臟、中腑的真中風。

可能都是與近代「腦溢血」相似。其中的閉症，則又與石灰質膠着，或膽固醇過多近似，脫症又與腦軟化近似。其他則都爲類中風症。尤冀中西醫家攜手，共同研討。

到了漢朝，淳于意又提出沓風理論。

後漢華陀，又建立了風中五臟學說。

唐代孫思邈千金方中，創建「偏枯、風痹、風、風痺」

四個症狀來分類。

金元四大家中的三位，河間認爲病起于痰。東垣認爲病起于氣。丹溪認爲病起于濕。可能他們行醫的地方與氣候，以及大司天的年代不同所致。

總之，中醫到了金元時代，已經逐步研討，發展而歸納爲眞中、類中兩個症狀。

明朝李士材，更進一步將類中風詳細分析爲火、虛、濕、寒、暑、氣、食、惡八個病症。

俞嘉言又說：「風中五臟，後世忽略，諸家方論，無可問

津，茲會經旨，以明其治。分別風中五臟的病例表。

人家謂中醫已停止在某一時期，這是無稽之談。

葉天士(1)頁，尤在涇(2)頁同是治虛中。葉治金某，因其失

血陰陽。尤治某某虛火妄動，精濁下漏。所以兩方加減不同，隨症應變，確具卓見。

丁甘仁(3)頁則先用開竅豁痰，然後再用地黃飲子，處方則師其意。不入前人圈套。

葉天士(6)頁用侯氏黑散治虛風，重在填補腸胃空隙。

馬培之(33)頁治某病，虛中偏枯，根據內經三陽三陰爲病來論斷，處理則以經方和時方，兼籌並施。

在痰中方面，虞天民老先生(7)頁先以藜蘆吐痰，繼以小續

俞湯，倍加麻黃表汗，立奏奇效。

王孟英(32)頁治賴母，以病者喉無痰聲，身不知痛，知痰入經絡，不能探吐，遂服通絡蠲痰藥，使伏痰外泄，而腿即知痛，與金匱中說：「冒昧不知痛處。」的理論，完全相符。

齊有堂(28)頁治氣中兼痰中，根據內經說：「上部有脉，下部無脉，其人當吐。」就用淡鹽童便，探吐其痰而癒。

俞嘉言(30)治季翁，痰中雜合症，用雜合法治療，對症處方，別出心裁。

丁甘仁(10)頁治羅君，認係陰盛陽衰，就用小續命湯以助陽化陰。

李士材(13)頁治張君中惡閉症，開闢之後，用蘇丸以辟惡氣痰，循序漸進，以抵成功。

張聿青(14)頁治療黎君痰濁上擾，將閉未閉症，先用開竅化痰，循序漸進，以抵成功。

朱丹溪(16)頁治鄭君脫症，用大量人參以挽散脫之陽，用大粒灸以壯墮絕之陽。灸藥並用，效果卓著。眼明手高，所以能成大家。

李士材(17)頁治汪君，症見遺尿、撒手，汗出如珠，危狀畢

露。而能以參附救治，堪稱旋乾轉坤之手。

金子久⁽¹⁸⁾頁見脈無倫次，直視鼻煽，在將脫未脫之際，用參附牡蠣以救逆，再合代赭旋覆複方，救逆與化痰並進，加以開竅之品，運用靈活，立法奇巧。

齊有堂⁽¹⁹⁾頁見到手撒、鼾睡，氣息如絲，六脈浮遲，用三生飲之外，再用神應散開竅，病入膏肓，回天乏術，但亦盡人事而矣。

丁甘仁⁽²⁰⁾頁治廖某症，脈已渙散，真陽無根，和緩再生，亦不能救。

李士材⁽²²⁾頁治楊太史夫人，依據病理，用理氣消食法，先通便閉，嗣改六君，繼以參芪，井井有條，實屬不凡。

虞天民⁽¹⁸⁾頁治某君非虛非實症，他自以爲身體強實，認爲外感，據進九味羌活湯與小柴胡湯，不效。又自擬大承氣湯，雜藥亂投，幸恒德老人力辨，屬非虛非實證，進以溫補而癒。治病貴在識症，並非虛語。

孫氏⁽²³⁾頁治程君中風早期，先以二陳化痰，滑石利尿，再用天麻膽星，疏風化痰，爲中風早期良好的處方。

張千里⁽²⁴⁾頁治某，由於氣血久虛，痰火內動，成爲似中非中症。按古人痰火內中爲治，不同凡響。

薛立齋⁽²⁵⁾頁治王君寒痰類中，斷然與三生飲，重用人參，

煎服即醒，非有卓識，不敢謬然，在臨床時值得取爲楷模。

葉天士⁽²⁶⁾頁對於某君，則認爲是下虛上實之證，說明不能用芩連羌防，而純用滋潤柔肝之劑，方雖平凡，功效實屬不凡

李士材⁽²⁹⁾頁治晏夫人的食兼氣中，先服陳皮砂仁薑鹽，用手指探吐，此爲絕妙的吐痰法。用之于痰食壅塞上膈者，可以應手而吐。

甘偉松

蕃茄素在試管中對下列微生物有抗生

| 微 生 物 名 稱 | 研 究 者 |
|------------------------------------|--|
| Achorion gypseum (頭癬菌屬) | Fontaine 氏等 (1948) |
| A. Schoenleinii (黃癬菌) | " |
| Aspergillus clavatus (棒形塵狀菌) | Irving 氏等 (1946) |
| Bacillus subtilis (枯草桿菌) | " |
| B astomyces dermatitidis (皮炎芽生菌) | Fontaine 氏等 (1948) |
| Candida albicans (白色念珠菌) | Fontaine 氏等 (1948), Irving 氏等 (1946) |
| Epidermophyton floccosum (絮狀表皮真菌) | " |
| Fusarium oxysporum f. conglutinans | Irving 氏等 (1946) |
| Fusarium oxysporum f. lycopersici | Fontaine 氏等 (1948), Irving 氏等 (1946) |
| Fusarium oxysporum f. pisi | Irving 氏等 (1946) |
| Microsporum audouini (奧杜盎氏小芽胞菌) | Fontaine 氏等 (1948), Irving 氏等 (1946) |
| Phytomonas solanacearum | Irving 氏等 (1946) |
| Staphylococcus aureus (金黃葡萄球菌) | Fontaine 氏等 (1948), Irving 氏等 (1946) |
| Trichophyton mentagrophytes (鬆解菌) | " |
| Penicillium notatum (青黴菌) | " |
| Escherichia coli (大腸桿菌) | " |

三十年臨床經驗談(二)

鄧錦文

第三章

甲、腎虧的併發症

「腎」是吾人之本也，本不固，則枝不榮，腎不固，則心、肝、肺、脾皆受其累，內經六節臟象論云：「腎者主蟄，封藏之本，精之處也。」因此：我國醫學把五臟的「腎」看得極其重要，認為「腎」為先天之本，精神之舍，元氣所繫，精之所以能安者，全賴腎氣充足，封藏不失其職，若「虧」者，則反是。何況腎是各臟的調節中心，豈能容有虧損乎。蓋腎實為人身水庫，精液藏納之所，若不加以保養，祇徒恣意洩露，日久消耗，水必虧涸，腎即病矣，只要腎稍虧損，由此百病叢生，最先敏感者為腰酸、背痛、頭暈、腦脹，繼則精神疲乏、失眠多夢，夢遺、滑精、早洩、陽萎、腎臟炎、糖尿病、肥者血壓不正常（時高時低），心煩意亂、耳鳴、眼花，重則血管硬化、腦血管栓塞，或呈癱瘓，瘦者心跳、腳軟、記憶力減退、失眠睡而不熟、神志恍惚，甚至大腦神經失權、局部或全部呈麻木等現象。設或誤以風濕症治之，貽患無窮，良深浩歎！病家如果發現上列症象時，即是腎虧併發症的預兆。婦女染患腎虧者亦同，僅顯著程度稍差耳，另有月經不調、赤、白、黃帶，子宮等病。

若腎水不旺，則不能滋潤心臟，「心腎不交」，即水火不能既濟，因天一生水，名曰真陰，真陰虧，則不制火，若虛火旺，則肝血虧耗，肝血虧耗，則心無所養，經曰：「氣為血之帥」。今血虛，則氣亦虛，氣虛則不能衛外，因此容易感冒……，諸症生焉。

乙、神經衰弱——是怎樣

神經衰弱之名詞，出自于西醫，經現代化之醫療方法檢查，如透視X光、驗血、照心電圖、各種科學檢驗，都無從獲得確實答案，而病家確患有其症候群，統稱為「神經衰弱」。如易于緊張、恐懼、患得患失、失眠、多夢、心神不寧、頭暈、頭痛、耳鳴、目眩、口苦、口乾、記憶力減退、神思恍惚、……等。

考中醫學對「神經衰弱」的病因；大致可歸納於心、肝、腎三臟，即所勞其心，傷其神、耗其氣、損其精而起，也就說明了我們人類要作息有時，飲食有節，淫慾有度，方保無虞，尤以今日科學倡明時代，工商業突飛猛進期中，人之事業、學

業、社交等繁重的生活，以及物質上之追求，無不運用體腦，凡操勞過度，勞心勞力，憂慮鬱積，以及驚、恐、暴怒，或淫慾不節，或手淫等因，在日積月累之下，而形成了神經衰弱症。其症狀：易于疲勞、容易感冒、四肢痠軟、骨節痠痛、腰背疼痛、夢遺滑精等等。多由腎水不能上升，而至水火不相濟，腎陰不足，而引起肝陽偏亢，是腎虛爲本，我國醫學認爲「腎爲先天之本」，腎中水火關係，可用陰陽關係來概括，虞搏「

醫學正傳」云：「陰爲水、陽爲火」，于是左腎之陰水生肝木，肝木生心火；右腎之陽火生脾土，脾土生肺金，其四臟之于腎，猶枝葉之出根，雖然各臟器都有陰陽，但「景岳全書」和陳士鐸的「石室秘錄」都認爲五臟六腑的陰，皆由腎水來供給，五臟六腑的陽，皆由命門之火溫養，假如一旦腎虧，則百病叢生。茲將日常所見的一般病症，分述於下：

壹、頭痛與眩暈

頭痛一症，因素繁多，無論男女老少都有頭痛症，這裡所談的是常見的頭痛，至於傷寒六經的頭痛，容後討論。

頭痛因素雖多，大致分爲風、熱、濕、痰、氣虛、血虛、腎虛……等等。「風頭痛」：頭目必眩暈、怕風、或汗自出，具有發作性，往往眼瞼發生抽掣。

「熱頭痛」：發熱心煩、目赤口渴，雖在嚴寒冬季，仍喜涼風，略近溫暖，或稍見煙火，痛勢立卽發作更加厲害。

「濕頭痛」：頭重不能舉，逢天陰更甚。

「痰頭痛」：多見於素來多痰的人，每發時兩頰青黃，懶

於言語，並兼眩暈身重，惡心煩亂，兀兀欲嘔，或吐痰涎。

「氣虛頭痛」：朝重夕輕，過勞則甚，痛則微汗，頭暉空虛，眼目眩暈，或兩太陽穴綿綿而痛，更兼倦怠氣短，甚至惡風寒，不思飲食。

「血虛頭痛」：痛雖不甚，而終日惺惺，如細筋牽引，痛連眼角稍，其目澀，下午痛甚，常與心悸、怔忡、嘔惡、眩暈等症並見。

「腎虛頭痛」：腎元虛者，頭痛如破，眼睛如錐刺。此外更有傷食頭痛，胸滿惡食，吞酸噯腐。有卒然頭痛，有久年頭痛，有產後頭痛，還有偏頭痛。（無論左右）因此，頭痛的合理療法，首先尋其所屬主因，辨別其不同類型的症狀，以及寒熱虛實等整體的病理機轉，而予以恰合病情的治療，絕對不能採取頭痛醫頭的消極療法。另有真頭痛：頭痛腦盡痛，手足寒冷過節，古稱絕症，如醫治適時，或可挽救。

「眩暈」：眩謂目視發黑，暈謂頭如旋轉，眩暈相兼，其人卽頭眩眼暗，如立舟之上，起則欲倒，通常叫做頭旋眼黑之病。

眩暈的原因——大概分外感、內傷二種。從外感來的，六淫之邪，風、寒、暑、濕、燥、火。皆可以出現眩暈症狀，以頭爲諸陽之會，耳爲清空之竅，外邪侵襲，表陽與清道，首當其衝之故。從內傷來的，情況較爲複雜：有肝風內動，卽「諸風掉眩，皆屬於肝」，有痰濕壅遏，卽「無痰不作眩」，有屬氣虛的，卽「中虛下陷，清陽不升」之證，有屬血虛的，卽「心脾兩傷，血不充腦」之證。（今日之腦貧血）又有下焦命門

火衰，虛陽上浮，亦令人眩暈，如其下焦腎水不足，虛火上炎，亦常發眩暈，大虛之人，也出現眩暈，內經云「腦髓不足，則腦耳鳴」。以上幾種所說，是眩暈病因大略，外感眩暈，多猝發而暫時，內傷眩暈，多作繫而纏綿，屬實眩暈少見，屬虛眩暈較多，在治療上須細心推敲，方不有誤。

貳、耳鳴與耳聾（重聽）

耳屬足少陰（腎），腎之竅也，耳所致者精，精氣調和、腎氣充足，則耳聰，若勞傷氣血，風邪乘虛而客，使精脫腎憊，則耳鳴、耳聾，是腎爲耳鳴耳聾之原由也，然耳鳴者，聾之漸也，聞之不眞者，爲重聽，靈樞經曰：「上氣不足，耳爲之苦鳴」。又曰：「髓海不足，則腦轉耳鳴」，又曰：「耳者宗脈所聚，胃中空，則宗脈虛，宗脈虛，則下流，脈有所竭，故耳鳴」。內經曰：「一陽獨嘯，少陽厥也」，註：嘯，耳鳴也。一陽，謂膽三焦，膽三焦脈皆入耳，故氣逆上而耳鳴。正傳云：「腎水枯涸，虛火上炎，故耳癢耳鳴，必至聾聵」。醫宗金鑑曰：「痰火上升，兩耳蟬鳴，漸欲聾」。有房勞過度，有腎經素虛，有腎氣不足，有陰虛火動者，有大病之後，耳觸風邪而忽聾者，有肝膽火盛，耳內蟬鳴，漸至於聾者，有火風侵竅而耳鳴者，有暑邪閉竅而耳忽聾者，有因大聲喊叫，或震動其形體日瘦，咳嗽耳聾，有年久耳聾者，以上皆耳鳴耳聾之原由

也，由是觀之，須當察知病因，研究病情，而後對症治療，庶不有誤，否則貽害萬千。

參、失眠

失眠一症，在程度上有很多差異。如有初睡即不入眠，到半夜或天明才能入睡，也有初睡無困難，但一醒即不能再眠，更有睡後時眠時醒，甚至終夜不眠，終多年不愈也有之。形成失眠的原因，亦很複雜，靈樞經曰：「壯者之氣血盛，其肌肉潤，氣道通，榮衛之行不失其常，故晝精而夜瞑，老者之氣血衰，其肌肉枯，氣道澀，五臟之氣相搏，其榮氣減少，而衛氣內伏，故晝不精而夜不眠」。內經曰：「人有臥而有所不安者，藏有所傷，及精有所倚，人不能知其病，則臥不安」。又曰：「肺者藏之蓋也，肺氣盛，則肺大不能偃臥」。又曰：「胃不和則不安，夫不得臥而喘也，是水氣之害也」。回春曰：「傷寒及雜病多睡者，陽虛陰盛也，無睡陰虛陽盛也，喜明者屬陽，元氣實也，喜暗者屬陰，元氣虛也，睡向外者屬陽，元氣實也，睡向壁者屬陰，元氣虛也」。剛目曰：「人臥則血歸於肝，今血不靜，臥不歸肝，故驚悸而不得臥也」。如思慮太過，心脾耗損，血無以養心，或有驚懼，或多妄想，或憂勞過度，心膽俱怯，觸事易驚，或痰濕壅遏，胃中不和，胸膈氣悶，眠不得安，以及肝腎陰虧，相火易動，魂搖神漾，……等等。凡此都能導致失眠，給予病人很大痛苦，輕則影響工作，重則損害健康，而頑固性的失眠，往往有併發症的產生，如頭痛頭暉，健忘，意志不集中、倦怠、懶言、心悸、怔忡等症。在治療上

，千萬不能用安眠藥，及鎮靜劑，當探病因，分別予以適當治療，方收全功。

肆、心悸、怔忡、健忘

心悸者，外無所驚，自覺心下築築，跳動不寧，休作有時不能自主，因心跳不寧，近世都稱心悸。關於致悸原因，大半由於氣血虛弱，心氣不足而起；除此之外，尚有陰虛火旺，或痰火內動，或水飲內停，積瀦心下等等。

怔忡者，是心胸跳動無有寧時，往往上抵心胸，下至臍腹，考其因：思慮過度、氣血虛損，以及驚悸等拖延日久而成。關於怔忡和心悸兩症，從病因、症狀而論，大致相同，不過病情輕重而已，怔忡是胸腹惕惕，無有寧時，心悸則時作時止，休作有時，在病情上，以心悸較怔忡為輕，怔忡比心悸為重，心悸症有虛實，怔忡多偏於虛，這是在臨牀上辨證的要點，同時可依據不同的情況，進行隨症施治。

健忘者，記憶力減退容易忘事也，想了前，忘了後，雖再三思索，終不能想出，因之作事往往有始無終，說話亦是有頭無尾，林義桐云：「夫人之神宗於心，心之精依於腎，而腦爲元神之府，精髓之海，實記性可憑也。」金正說：「凡人外有所見，必其影於腦；小兒善忘者，腦未滿也，老年健忘者，腦漸空也。」靈樞經曰：「上氣不足，下氣有餘，腸胃實而心肺虛，虛前榮衛留於下，久之不以時上，故易忘也。」又曰：「腎盛而不止則傷志，志傷則漸忘其前言。」汪訥庵云「人每記憶，必閉上瞬，而追索之，亦凝神於腦之義。」依先賢所云，

實由於心腎二經虧損，以及腦髓不足為主因，例如：思慮過度，勤政操勞，讀書刻苦，以致心脾兩傷而健忘者，他如痰飲內留，擾亂神明，亦可以導致健忘。健忘之症，概略於此。

伍、腰痛

腰痛者，精氣虛而邪客病。經云：「腰乃腎之府，轉搖不能，腎將憊矣。」又曰：「太陽所致為腰痛。」又云：「巨陽虛，則頭項腰背痛。」從這三條經文研究，前條是言內傷的腰，後兩條是言外感的腰痛，所以腰痛一症，有外感，有內傷，此外另有瘀血、閃挫等因。總言之：凡人精耗腎衰，則膀胱之氣，亦不能獨足，故邪易侵犯，則腎虛其本也。風、寒、濕、熱、痰飲、氣滯、血瘀、閃挫其標也，或從標，或從本，貴乎適其宜而已，風痛者，左右無定處，牽引而足，脈必浮，寒痛者，腰間如冰，得熱則減，遇寒則增，脈必緊，濕痛者，久坐水濕，或著雨露，身重，天陰更痛，脈必緩，火熱痛者，口渴便祕，脈必洪數，痰飲腰痛，脈必滑，氣滯腰痛，脈必沉，瘀血痛者，轉動如錐刀之刺，大便黑，小便或黃或黑，日輕夜重，脈必芤，閃挫跌蹠腰痛者，痛必甚，有勞役負重而腰痛者，有阻抑失志而腰痛者，有憂鬱怒傷肝而腰痛者，有腰痛牽引足膝者，或腰膝痠痛頑麻無力者，有腰膝痛不可忍者，有腎虛腰痛不能反側者，卒然腰痛不可俯仰者，有腰痛日久不止者，老年腰膝久痛，牽引小腹，兩足不堪步履者，所謂奇經之脈，隸屬於肝腎為多者，總之：諸般腰痛，皆屬腎虛，若有外邪，須除其邪，臨床治療，當分別證候緩急而施之。

陸、遺尿、失禁、尿血

遺尿和失禁：雖不能以年齡而論，但一般多見于稚童與老年之人，它的病情及病理的變化，由腎、小腸、膀胱三經之氣

虛病也。而「經」又推及肺、肝、督脈，緣「肺」主氣以下降生水，輸於膀胱，肺虛則不能爲氣化之主，故尿不禁。肝督二經之脈，並循陰器繫廷孔，病則營衛不至，氣血失常，不能約

束水道之竅，故遺尿不止也。「腎」上應於「肺」爲子母，母虛子亦虛，其遺數宜也，小腸主傳送，故其虛，亦患遺尿也。

膀胱者，水泉所藏，虛則不能自攝，而尿自遺也。以上皆小便不禁之由於諸經者，至於小兒睡中遺尿，多由於濕熱，而間或因寒，老人淋漓不禁，多由於虛寒，而間亦有熱，孕婦尿出不禁，或由於脬熱，或由於脾肺氣虛，或由肝腎陰虛，產後小便不禁，或由脬損，或由膀胱氣虛，或由膀胱陰虛，治療此症，當分別審慎之。

尿血者：是血從小便而出的疾病，它和血淋相近，所謂痛者爲血淋，不痛者爲尿血，雖尿血有時也會作痛，但不若血淋的滴瀝澀痛。

考尿血一症：在我醫學文獻中早有記載，如素問氣厥論云

：「胞移熱於膀胱，則癃瀉血。」金匱要略五臟篇云：「熱在

下焦者，則尿血。」可知尿血的成因，未有不歸於熱，但其中又有虛火實火之分，如心火移熱於小腸火，小腸火盛，血滲膀

胱，或肝火內熾，不能藏血；或熱結下焦，痛如血淋，則多屬實火，若房勞傷腎，熱注膀胱，肺、腎陰虛，虛火內動等，則多屬虛火，在臨牀上，不可不辨。

柒、遺精、滑精

遺精與滑精：在臨牀上可分爲二，有夢而遺的，叫遺精，無夢而遺的，叫滑精。

考遺精一症，與肝腎二臟有密切關係，因腎主藏精，肝主疏泄，腎陰之虛，則精關不固而滑脫，肝之陽強，則相火內熾而遺泄，大抵有夢而遺，多由相火內熾；無夢而遺則多屬腎關不固，但是精之藏蓄，雖在於腎，而精之主宰，則在於心；心藏神，神氣安，則精液自藏，若心有妄想，或外有妄遇，則心一動，相火一隨之而動，心相火妄動，精舍失寧，精即隨之以泄，除此以外，尚有手淫，強迫精出，或煩勞過度，脾胃受傷，致心腎不交，以及脾胃濕熱下注，擾亂精宮等等，皆可導致遺精，大小便漏精，小便刺痛，莖中癢痛，（即今之所謂「慢性尿道炎」等症），在治療上，當審其因而分別論治，方不致誤。

捌、早洩

早洩一症：是男性專有的名詞，即與女性行周公之禮時，一觸即洩也，此症是由腎虛有火，腎元虛，虛火妄行，以精海

滑脫，腎關不固矣。求其所屬，則由心肝腎之火相挾而成，蓋心藏神，肝藏魂，腎藏精，心爲君，肝、腎爲相，未有君火動而相火不隨之者，故閨房之樂，欲爲雲雨，則魂化爲形，從而行焉，精亦不容不洩矣。

凡人之勞心過度者，幼年手淫，遺泄失精過多者，有憂慮過多，心神不寧者，有色慾過度，有飲酒，厚味太過者，有脾胃不和，氣機阻滯者，有妄想而所慮不遂者，凡此皆傷腎氣，腎氣傷，則水火不濟，水火不濟，則腎關不固也。此早洩之原因，約略於此。臨床治療，須當辨別因素和病原，否則徒勞無功。

玖、陽萎

陽萎：就是男性陰莖（生殖器）萎縮，無法勃起的疾患。

按陽萎的疾患，與肝、腎、陽明經，有密切關係，因陰莖（生殖器）爲厥陰肝木之所主，又爲宗筋之所聚，陽明主宗筋，陽明氣衰，則宗筋不振，（陽明氣即胃氣也），腎主藏精，腎虛則陽事不舉，陽萎，每每病涉肝、腎、陽明。其發病原因，則多由於少年斷傷太早，或色慾過度，或遺、漏精、滑精過多，損傷腎氣而起，亦由思慮傷、心脾鬱結，或失意之人，抑鬱傷肝，或驚恐傷腎，或命火爲濕所遏；以及濕熱下注等等，都可導致本病，現分述如下：

一、少年斷傷太早，或色慾過度，以致發生陽萎，其症多腰痠背痛、神衰力弱、精薄清冷、尺脈弱無力，此爲命門火衰，精氣虛寒所致，治宜補益腎陽。

二、若因思慮鬱結，損傷心脾，因而陽萎，其症面色萎黃，不思飲食，精力疲乏，治宜補心脾。

三、若失志之人，抑鬱傷肝，肝木不能疏達，亦致陽萎不起，其症精神不悅，胸悶不舒，脈來不暢，治宜條達肝木。

四、若體豐多濕之人，脈形濡滑，舌苔白膩，陽事不舉，此爲濕邪所遏，命火不能用事所致，治宜健脾和胃化濕。

五、若陽萎而睾丸發冷，腎囊陰汗津潤，小便黃赤，便後有餘滴臊氣，此由肝經濕熱下注，治宜疏泄肝木導濕。

六、如先天不足，稟賦素虧，精虛而陽物不舉者，治宜攝陰固精。

七、若胃虛食少，納谷不旺，精髓空虛，證見陽萎者，治宜雙補脾胃。

八、如人不甚衰，腎脈強盛，右尺尤甚，此爲相火甚而萎，治宜滋陰降火。

綜上所述，治療陽萎，絕非一丹方，或一偏方，所能治療的，更不能用興奮劑，或催陽等藥品，雖能收效之一時，而對身體之害，貽患無窮，慎之！慎之！

中醫治療多氯聯苯中毒皮膚症狀之臨床報告

中華民國中醫師公會全國聯合會多氯聯苯醫療小組

召集人：張齊賢 中醫師

組員：蕭秋領 陳筱春 羅源泉

陳寬毅 張次郎 周智夫

李政育 賴天雄 詹昭鈺

摘要

1. 前言

多氯聯苯，是一種油狀的有機物，不溶於水的工業用化學藥劑，其侵入人體而中毒者，乃由於食油之製造過程，利用它來當熱媒，不慎而污染於食油之中，致使食用其油者因而中毒。

本病除了十幾年前，日本國福岡縣地區會有發生之報導外，國內從古至今尚屬首見，現代醫學亦認為無特殊療法，因此中醫對本病治療之體認與探討，並無醫案及資料可循，唯以中醫傳統之辨證論治，分析病情，再決定適當之治療原則與方藥，以達治療之效果。

2. 多氯聯苯中毒患者之臨床症狀。
3. 臨床檢驗對本病之價值。
4. 中醫傳統之辨證論治。
5. 病例與療效統計。
6. 療效分析。
7. 結論。

本醫療小組之成立，乃本着發揚中醫，提高中醫學術地位，協助中毒病患早日康復為宗旨。所需經費均由本小組參加之中醫師樂捐贊助之，因經費有限，開始作業當初，不敢大量收容病人，暫以六十個病例為限，由於病人分散各地，大多數為低收入之工廠員工或鄉村農民，除了少數較嚴重病患外，都不能放棄自己的工作崗位來接受治療。因此為了不影響病人的工作及經濟負擔，本小組所採用之藥物，均以國內中藥廠出品之

科學濃縮中藥為主，針灸為輔，以方便病人不必長期煎藥之苦

，而不收任何費用，對於工廠員工，為了方便就醫起見，本小組則定期派遣醫師前往服務。

本報告是以六十個典型中毒病例，經醫療小組七個月來之治療觀察，所做之治療報告，因尚屬試探性之治療，經驗與籌劃有所不及，錯誤難免，願醫界先進不吝指正。

2 多氯聯苯中毒之臨床症狀

A、主要症狀：

(1) 本病初期皮膚發現異常之瘻疹，其疹頂色黑而堅厚，不易潰破，與一般尋常性瘻瘍不同，較大之疹粒在初起化膿期，內含有乳白色如豆腐般之分泌物，似膿非膿，粘而腥臭，皮膚粗糙，嚴重者皮膚日久狀如象皮。

(2) 顏面膚色變黑，或眼眶黧黑、眼瞼略微浮腫、眼瞼結合膜呈紫紅色，畏光，分泌物增多為粘膿狀。

B、本病特徵：

本病之特徵，患者之瘻疹不是遍體發生，而有特定部位，通常顏面發於前額、眉間、鼻、兩頰、兩頰、頰下，及耳後為多；軀體則以頸項、前胸、後背、腹部、臀部、生殖器附近及四肢屈側為常見，瘻疹密集，嚴重者瘻瘍初發時，有如化膿性面疱，如經擠出分泌物則結痂，去痂後皮膚表面顯現出深凹小洞孔，不易癒合。

C、併發症狀：

(1) 手足指（趾）甲變形，呈凹陷色黑，腳底和手掌皮膚較為

硬化。

(2) 口腔內粘膜及齒齦肉色變黑，皮膚乾燥，發汗增多，關節疼痛，下肢麻木感。

(3) 食慾減退，體重減輕，全身倦怠乏力，大便燥結，不眠、頭痛、情緒不安。

(4) 男性性機能減退；女性月經不調，外陰部分泌腺囊腫。

(5) 少數病例有色素沈積現象，或肝功能異常；或伴有心、腎及消化機能障礙等症候。

D、鑑別診斷：

(1) 現代醫學所稱之阿狄森氏病（Addison's Disease）其面部與手臂膚色均呈黧黑、口唇、齒齦、灰褐與本病之膚色略有相似，但阿狄森氏病，皮膚並無瘻疹出現。

(2) 寻常性瘻瘍，中醫稱為粉刺，通常發於男女青春期，主要生在顏面，嚴重者過而胸背亦可發生，但病人之皮膚表面皆成油性帶光澤且膚色不變黑，多氯聯苯中毒之瘻疹發生年齡不限於青春男女，且瘻疹之表皮較為堅厚，軀體發生部位亦不屬於胸背，膚色變黑而無光澤。

3、臨床檢驗對本病之價值

目前國內對P.C.B.血液中含量多寡之測定，除了幾個研究機構外，一般公立醫院及醫學檢驗所均無此設備，故無法做此項之檢查。由於本病乃屬地區性與集體發生，病狀與體徵均大致小異，而衛生主管當局已將本病患者做過抽樣檢查，確認為P.C.B.中毒無疑，因此本小組針對病人之症候群加予診斷，

對於病情較嚴重者再選做各種有關的檢查項目；諸如肝功能檢查，(Liver function Test)，膽固醇(Cholesterol)，中性脂肪(Triglycerid)，小便一般常規檢查(Urine Routine test)，血液一般常規檢查及白血球分類(Blood Routine test and Classification of WBC)等，在所做的抽樣檢查中，發現各種檢查結果大多數均屬正常範圍，祇有少數病例，在初發面泡化膿期，白血球略為增高及部份血中膽固醇及中性脂肪值略為偏高而已，因此一般臨床檢查對本病之治療沒有很高的價值。

4. 中醫傳統之辨證論治

A、本病中毒後，因臟腑皆受毒素之污染，毒素經吸收而蓄積於體內脂肪組織中，由皮腺強行向外排泄，汗腺及皮下組織由於毒素之影響而發生瘡疹與皮膚變質或產生其他各種併發症。

B、中醫治療本病，針對病人所呈現之症候群，分別中毒之輕重，病情之變化，患者體質之寒、熱、虛、實，遵循中醫傳統之治療指導原則，「實者瀉之，虛者補之，熱者清之，寒者溫之」及「急則治其標，緩則治其本，或標本同治」，並領悟着五行之中，萬物歸土之義，脾胃健運，則毒從土化的道理，以此確立了治療原則。隨患者之證候及體質，再選用各種不同的方劑與藥物，以強化脾胃運化機能，促進新陳代謝，使循環系統及消化系統各器官之功能逐漸恢復正常，藉以慢慢將體內毒素排出體外。

(2) 鈎灸劑量：視病情需要與病人之同意而為之，不是每個病

C、經本小組採用之主要成方有，防風通聖散、黃連解毒散、十味敗毒散、仙方活命飲、普濟消毒飲、柴胡清肝湯、小柴胡湯、桂枝茯苓丸、清上防風湯、麻杏薏甘湯、逍遙散、四物湯、四君子湯、桂附八味丸、人參養榮湯等，單方藥物有豬膽、山楂、車前子、黃連、大黃、茯苓、石膏、連翹、桔子、土茯苓、黃柏、桔梗、薏苡仁、白芍、荆芥、白芨、夏枯草、金銀花、蒼耳子、綠豆、黑豆、紫花地丁、苦參根、生地、當歸、白芍、桂枝、桃仁、黃耆、黨參等，主方決定後再依病人之症候加入單方必要藥物，必要時亦可以二個主方合用，或加入幾個單方藥物，主方及單方選用原則如圖解說明於後。

D、針灸治療：為本小組採用為輔助療法，隨病人的意願及需要配合運用，常用穴以合谷，曲池、足三里、血海、太衝、委中等為主，視症狀需要再增加其他穴位。

E、劑量：

(1) 藥物劑量：本小組所使用方藥之劑量，以濃縮科學中藥為準，通常使用一個主方時，均以六公分至九公分之間，使用二個主方時，均以三、六公分至四、五公分之間，視病情再加入單方時，每個單方藥物以一公分至一、五公分之間，如加入兩個單方以上則以〇·六至一公分之間，整個方藥總量均在九公分至十二公分之間，分成三包，一日三次服用。

人都做，通常取用三至六個穴位留針十五至二十分鐘，病發初期視病情需要委中穴可做放血。

5. 病例與療效統計

A、先後在本醫療小組接受治療之病例共有六十名，分為嚴重、次嚴重，與輕症者三類，以其症狀分類如下：

(1) 嚴重者：顏面、頸項、前腹、後背、四肢關節均有密集之溼疹，大如豌豆，小如粟粒，其大者內有乳白似膿非膿之分泌物，小者疹頂黑尖而堅硬，皮膚變質呈黧黑或青灰色，粗糙狀如象皮，若將分泌物擠出即顯現凹陷小洞孔，不易癒合，計有一〇名。

(2) 次嚴重者：顏面及頸項，均有密集之溼疹，軀體溼疹過而有之，膚色略變青灰，手足指（趾）甲變形或變黑，眼皮略微浮腫，眼瞼腺分泌物增多如粘膿狀，齒齦肉色略呈紫灰色，計有卅八名。

(3) 輕症者：顏面頸項偶而有稀疏之溼疹，膚色淡灰無光澤，全身倦怠乏力、肢麻、食慾減退，計有十二名。

B、在六十個病例之中，男性佔二十人，其中二〇歲以下七人，廿一歲至三〇歲一人，卅一歲至四〇歲五人，四一歲至五〇歲五人，五一歲以上者二人。女性佔四〇人，其中二〇歲以下十八人，二十一歲至三〇歲九人，卅一歲至四〇歲一人，四一歲至五〇歲五人，五一歲以上者七人。

C、病例與療效統計表

| 輕 症 者 | 次 嚴 重 者 | 中毒程度分類 | | 病 例 數 | 百 分 比 | 療 程 |
|-------------|------------------|-------------|--------|-------------|-------------|-------------|
| | | 嚴 重 者 | 一 〇 | | | |
| 二 | 三八 | 一〇 | 一六·六七% | 一〇〇 | 一—二〇天 | 治 癒 |
| 二〇% | 六三·三三% | 七〇—九〇天 | 六三·三三% | 六 | 六 | 有改善者 |
| 五〇—七〇天 | 三一 | 三一 | 三一 | 三 | 三 | 無 效 |
| 三 | 六 | 六 | 六 | 二 | 二 | 治 療 率 |
| 〇 | 一 | 一 | 一 | 六〇% | 六〇% | |
| 〇 | 八一·五% | 八一·五% | 八一·五% | 一〇〇% | 一〇〇% | |
| 一〇〇% | | | | | | |

6. 療效分析

，證明有相當好的效果。

(1)由病例與療效統計表顯示，中毒較輕者，則治癒率高，療程亦短。中毒較嚴重者，則治癒率低而療程亦較長。其中有改善者之病例如能繼續接受治療都有希望治癒。

(2)本病療效之判定標準，因無法做血中P C B 含量之測定，祇能針對病人座瘡之消除程度，膚色之是否改善好轉，併發症與病人自覺症狀之是否消失或減輕做為療效評估之依據。

(3)一般經本小組治癒之病患，座瘡或全消或消之大半，但膚色均慢慢出現光澤；常見之併發症如眼睛分泌物增多，食慾不振、倦怠、下肢麻木感，月經不調，均已消除改善，手足指(趾)甲與齒齦肉色均已恢復正常，雖有少數病例，因中毒較為嚴重且座瘡大而有化膿之經過，脫痂後不易癒合，從外表看來似如未癒，但其膚色已出現光澤，併發症與自覺症狀均已消除，足可判定其體內之毒素已有減輕或全部消除，此類病人如想要使皮膚凹陷之孔洞或座瘡疤痕痊癒如常人，恐怕需要一段較長的時間。

(2)中醫治療本病，在未證實有特效藥方之前，仍依傳統之辨證論治為依歸，尚不敢以相同之藥物來治療所有不同體質之中毒病人，原則上在初發熱盛期以清熱化毒，通裡發表，促進新陳代謝為主。發病中期則以清熱化毒、調養脾胃，促進膽汁分泌為主。後期則以補養氣血、調理脾胃為主。

(3)治療本病除了掌握整個病情變化外，必須體認的是，本病在座瘡潰破後或消散後或病程拖久者，轉屬虛證者為多，所謂久病必虛，瘡潰屬虛是也，不可一概偏主清熱寒涼之品。

(4)中醫因沒有公立醫院之設立，對於較嚴重之病人，無法給予住院治療，又因本醫療小組醫師分居各地，係採定期定時前往服務，因此病人有的因工作關係，無法按時前來就診，更有些工廠員工流動性很大，一經離職即與本小組失去連絡而中斷治療，更有少數病人，不按醫師指示服藥，或擅自斷續治療，如有公立中醫院之設立，醫護人員可以從旁服侍，按時給藥，當可提高治療之成效。

(5)本醫療小組，義診期間，曾受中國醫藥學院黃教授英武醫檢師之協助，完成各種臨床病理檢驗，特此申謝！

7. 結 論

(1)傳統之中醫藥，對本病之治療，本小組經七個月之治療觀察

針刺時得氣之神經解剖學基礎—應用 HORSERADISH PEROXIDASE 做爲追蹤物之實驗研究

高田 哈鴻潛 唐挺洲

中國醫藥學院 針灸研究中心痛研究室

中國醫藥學院及國立陽明醫學院 解剖學科

(民國 68 年 5 月 31 日受理)

針刺穴道時之“得氣”爲針刺效應之要件，是時，施針者手下有沉聚感，於實驗動物，吾人亦證實針刺時有同樣感覺。推斷此種感覺可能是針刺誘發該部位之肌收縮所引起；且此種肌組織活動係一種需要中樞神經參與的反射活動。

本研究係應用 Horseradish peroxidase(HRP) 之軸突逆行性運送特性以追蹤針刺得氣時參與是項反應之神經元爲目的。

就體重 250 ~ 300 公克之大白鼠於其單側之足三里穴施予針刺，於記錄其肌電活動後注射 0.06 ~ 0.08 毫升之 2 % ~ 20 % Sigma VI HRP，20 ~ 36 小時後經心臟導管灌流生理鹽水及 4 % glutaraldehyde。腰神經節及腰髓之冷凍切片經 3,3'-diaminobenzidine tetrahydrochloride 處理後再以 0.01 % cresyl fast violet 染色。

結果在注射側之第四或第五腰神經節中發現被 HRP 標記之中型及大型神經節細胞；同時，在同節段之脊髓前角中（主要在 VII - IX 層帶）發現 HRP 標記之神經細胞。

本研究顯示“得氣”係一種節段性的反射。

緒 言

中醫歷來強調針刺必須引起「得氣」始能收到治療的效果。事實上，針刺之「得氣」與否，與針刺制痛的效果有著非常密切的關係。而且，針刺效果取決於「得氣」程度的強弱。我國最古之醫學經典—內經靈樞九鍼十二原中記載有：「刺之而氣不至，無問其數，刺之而氣至，乃去之，勿復鍼。鍼

* 1. 本院解剖學科助教

* 2. 本院客座教授，行政院衛生署客座專家

* 3. 本院醫學系畢業校友

各有所宜，各不同形，各任其所爲。刺之要，氣至而有效……」⁽¹⁾主論針刺之法，在於得氣之有無，刺之而氣未至則再刺，刺之而氣至，乃去之，氣至則針有效。靈樞小鍼解中又記載「鍼以得氣，密意守氣勿失之。」⁽²⁾意如氣已至，就應守氣，足證古代醫家對得氣之重視。至古人對「得氣」及「氣至」的描述，主要是指針刺時施針者的手下感。氣至之狀，據標幽賦所形容爲：「氣之至也如魚吞飼之浮沉；氣未至也，如處幽堂之深邃。」⁽³⁾意即針刺「得氣」時，施針者手下有沉緊的感覺，同時，受針者在被針部位也會有酸、麻、重、脹，間或也會出現輕度觸電的感覺簡稱爲針感，故「得氣」實涵蓋施針者及被針者雙方的主觀感覺。

至「得氣」感應之生成機轉則尚乏定見。關於「得氣」的成因，標幽賦中曾敘述爲：「如神氣既至，針自緊緻。」⁽³⁾意即針刺穴位時之手下沉緊感與經絡中之「神氣」有關，內經靈樞則指穴位是「神氣之所游行出入」⁽¹⁾之所。但所謂「神氣」之本質爲何則無從論斷。

晚近之神經生理學的研究則認爲針刺「得氣」感應與神經系之反射有關⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾，其主要之根據爲針刺部位的肌電活動與針刺時之手下感、受針者的針感有相關關係。如以局部麻醉藥(Procain, Novocain 和 Lidocain)浸潤穴位深部組織則針刺「得氣」感應即行消失，針刺效應亦不復存在⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾。由此推斷，人體穴位的組織內分佈的感受器，尤其是司深部知覺的本位感受器與「得氣」感應有關⁽⁵⁾⁽⁹⁾。

本項研究係應用 Horseradish Peroxidase(HRP)之軸突逆輸性⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾探討針刺「得氣」之本質，以闡明針刺之原理。

研究材料與方法

本實驗選擇 25 隻體重 250 ~ 300 公克之成熟大白鼠(Sprague-Dawley)爲研究對象，其實驗方法爲：

1. 記錄針刺時穴位部之肌電活動：於大白鼠單側足三里穴施以針刺，用 Grass Model 7 Polygraph 記錄針刺引起「得氣」反應時穴位附近肌電圖(EMG)，以之爲「得氣」之客觀指標(圖一)。

2. 穴位注射 Horseradish Peroxidase：25 隻實驗動物共分爲三組。第一組：將 HRP 溶液注射於當針刺「得氣」時穴位(足三里)之深部組織內。注射量爲 0.06 ~ 0.08 毫升之 2% ~ 20% Sigma Type VI HRP 溶液。第二組：於非穴位處注射與第一組等量及相同濃度之 HRP 溶液。有關上述穴位的確定係以人體穴道之位置爲依據，在穴位附近以腋穴探測儀測出其電阻最低處即是，非穴位則反之。第三組：不注射 HRP 溶液，以之做正常腰脊髓神經節之組織學研究，測量腰脊髓神經節細胞之大小，以此項測值做爲對照值。

實驗動物在接受 HRP 注射後，經過 20 ~ 36 小時生存期間，在 Sodium Pentobarbital (45-50 mg/kg) 麻醉下，打開胸，經由心臟插管先灌流 200 ml，0.9% 生理鹽水，繼之以含 4% Glutaraldehyde 及 4% Sucrose，pH 7.3 之 0.1 M Phosphate buffer 固定⁽¹⁸⁾。固定後立即解剖之，在外科顯微鏡下由穴位部分離支配之神經、神經幹，一直追跡到所屬脊髓神經節及背根。將腰、薦、尾髓及所屬脊髓神經節取出，浸泡於含有 4% Glutaraldehyde 及 30% Sucrose，pH 7.3 之 0.1 M Phosphate buffer 再固定一夜，並保存於 4 °C 之冰箱。經再固定後之第三至第六腰髓及

腰神經節以冷凍切片機切為厚 $40 \mu\text{m}$ 之連續切片，浸於 Tris-HCl buffer (pH 7.6) 含 1% hydrogen peroxide 及 3,3'-diaminobenzidine (DAB)⁽¹⁹⁾ 中半小時後用 Celloidin⁽²⁰⁾ 貼於載玻片上，再以 Cresyl fast violet 染色、封緘、鏡檢之。

結 果

1. 腰神經節細胞之測量：就第三組動物即正常大白鼠第三至第六腰神經節 cresyl fast violet 染色之切片中任選 300 個細胞予以測量，按其大小可分為大 ($54 \times 23 \sim 83 \times 69 \mu\text{m}$)，中 ($37 \times 17 \sim 57 \times 43 \mu\text{m}$) 和小 ($17 \times 14 \sim 36 \times 31 \mu\text{m}$) 三群。其各群平均值為大群 $62 \times 42 \mu\text{m}$ ，中群 $45 \times 28 \mu\text{m}$ 和小群 $25 \times 20 \mu\text{m}$ (圖二)。該項測值供做為對照值。

2. HRP 標記神經元之分佈

(1) 脊髓神經節之知覺神經元：第一組實驗動物即於單側足三里穴深部注射之大白鼠腰神經節中，在針刺同側的第三至第五腰神經節中發現被 HRP 標記之神經元。這些被標記的神經元主要分佈於第四及第五腰神經節。第六腰神經節中未發現有被 HRP 所標記之神經元；第三腰神經節間或有少數之神經元被 HRP 所標記，此一類型之腰神經叢為前置型 (Prefixed type)。被標記之神經節細胞原形質內充滿褐色之微細 HRP 顆粒 (圖三)，並且發現這些 HRP 所標記之神經元對 cresyl fast violet 呈忌染性。就 HRP 陽性反應脊髓神經節細胞 100 個測量結果顯示，被標記之神經元均屬於大型和中型兩群，其測值分別為 $54 \times 31 \sim 83 \times 54 \mu\text{m}$ ， $40 \times 23 \sim 51 \times 51 \mu\text{m}$ ，平均值為 $57 \times 37 \mu\text{m}$ 。而小型群則付闕如。

(2) 脊髓前角細胞：於第一組實驗動物中被 HRP 所標記的脊髓神經節的同一節段，同時也發現 HRP 陽性反應的運動神經元。此等神經元出現於針刺同側的第四及第五腰髓節前角內，但主要於第四腰髓節。此呈 HRP 陽性反應之運動神經元群分佈於腹外側位置的 VII ~ IX 層帶⁽²¹⁾⁽²²⁾。位於第 VII 及第 VIII 層帶之 HRP 標記運動神經元於第四腰髓的尾側部消失，位於第 IX 層帶者則於第五腰髓節上端部逐漸消失 (圖四)。HRP 陽性反應之運動神經元可見較粗大褐色 HRP 顆粒分佈於細胞原形質內及樹突基部 (圖五、六)，並且 HRP 顆粒時常有密集於細胞核周的現象。而且此種 HRP 陽性反應之運動神經元絕大多數為大型者 (α 運動神經元)，僅有少數小型運動神經元 (γ 運動神經元) 被 HRP 標記。

3. 非穴位部注射 HRP 之研究：在第二組實驗動物中，未發現有被 HRP 標記的脊髓神經節細胞，只有在脊髓前角內發現少數大型的運動性神經元被 HRP 所標記。

討 論

近年在人體的實驗結果⁽⁶⁾顯示，針刺時的「得氣」感主要是反射性肌活動所造成的。由於針刺的機械刺激直接或間接地興奮了肌及其附近組織中某些感受器，使它們發放傳入衝動，引起一定程度的酸、麻、脹、重等感覺，同時反射引起局部肌輕度緊張性收縮，導致吸引或阻滯針體，使施針者手下產生「如魚吞餌」似的沉緊感覺。通常在針感出現後，留針並間歇地用手法增強刺激，從而形成更強的針感，以達到「守氣」之目的。Geiger⁽⁵⁾報告：針刺「得氣」感應時在肌電圖上可見到電流量和肌纖維收縮的增加。本研究過程中於針刺大白鼠足三里穴時，觀察到捻針時肌纖維收縮顯著增強。停

止使用手法時其收縮仍維持一定的強度（圖一），表示留針於穴位是一種弱刺激，可維持針刺效果在一定水平。相反地，在臨床上臂神經叢完全斷裂的患者並沒有「得氣」和「肌電活動」現象⁽⁴⁾。此等觀察均顯示「得氣」感應與針刺所誘發之肌活動有關。

本研究結果，在犬白鼠足三里穴位處注射 HRP 溶液後於第三至第五腰脊髓神經節中發現被 HRP 標記的神經元，且此神經元屬於大、中型的細胞。這些大、中型的感覺神經元推定為負責支配肌梭 (muscle spindles) 的⁽²³⁾。

注射 HRP 於足三里穴位部時除標記出前記腰髓神經節內之肌知覺細胞外，其所屬的運動神經元 (α 和 γ 運動神經元) 同時被標記。此結果顯示，應用 HRP 軸突逆輸性標記出針刺「得氣」時參與是項反應之神經元存在於同一脊髓節段的脊神經節和前角中。此種知覺及運動神經元同時被 HRP 標記顯示，針刺「得氣」感應係一節段性的肌反射，即針刺的機械刺激興奮肌內的本體感受器，使它們發放傳入衝動，通過本體感受神經纖維傳入脊髓，引起節段性肌反射的結果。

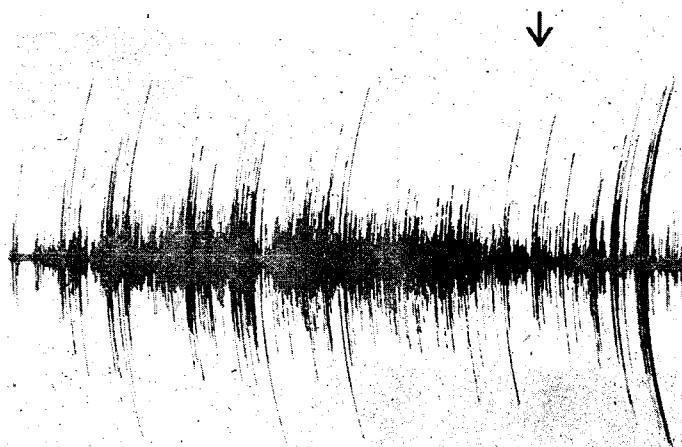
參考文獻

- (1)明，馬元臺、張隱庵合註：黃帝內經素問靈樞合編，九鍼十二原。
- (2)明，馬元臺、張隱庵合註：黃帝內經素問靈樞合編，小鍼解。
- (3)元，竇漢卿：標幽賦。明：楊繼洲著「針灸大成」。
- (4) Department of Physiology of Shanghai First Medical College, and Acupuncture Anesthesia Co-ordinating Group of Hua Shan Hospital, Shanghai. 1973. Acupuncture sensation and electromyogram of the needled point in patients with nervous diseases. Chinese Medical Journal No. 10. Pages 619-622.
- (5) Geiger, H. J. 1973. How acupuncture anesthetizes. Medical World News. Vol. 14, 51-61.
- (6) Acupuncture Anesthesia Group, Shanghai Institute of Physiology, Shanghai. 1973. Electromyographic activity produced locally by acupuncture manipulation. Chinese Medical Journal. No. 9. Pages 532-535.
- (7)針刺麻醉原理的探討，中國醫藥學院圖書館特藏資料。
- (8) Ha, H., R. S. Wu, R. A. Contreras, and E.-C. Tan. 1978. Measurement of pain threshold by electrical stimulation of tooth pulp afferents in the monkey. Experimental Neurology, 61: 260-269.
- (9) Ha, H., R. A. Contreras, E.-C. Tan and R. S. Wu. 1975. Effect of acupuncture on pain threshold measured with electrical stimulation of tooth pulp in the monkey. Conference on Acupuncture Research Sponsor: National Science Council Program & Abstracts. #603.

高田、哈鴻濬、唐挺洲：針刺時得氣之神經解剖學基礎—應用HORSE RADISH PEROXIDASE做為追蹤物之實驗研究

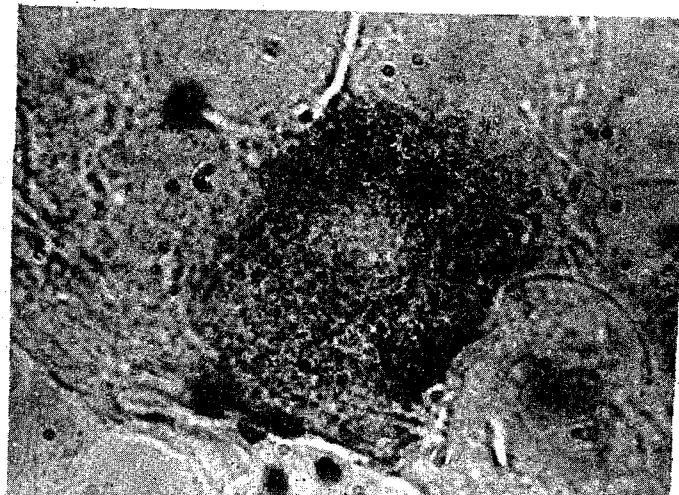
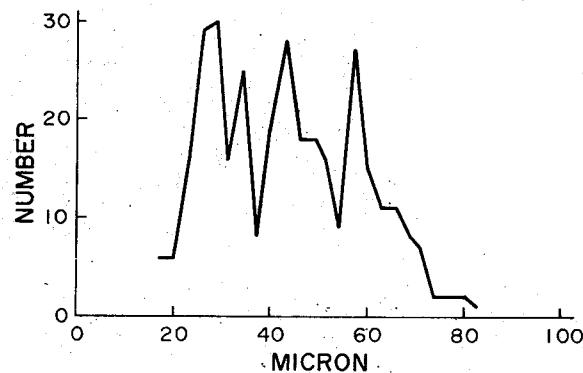
- (10) Kristensson, K. and Y. Olsson. 1971. Retrograde axonal transport of protein. *Brain Res.* 29: 363-365.
- (11) ——— 1973. Uptake and retrograde axonal transport of protein tracers in hypoglossal neurons. Fate of a tracer and reaction of the nerve cell bodies. *Acta neuropath. (Berl.)* 23: 43-47.
- (12) Kristensson, K., Y. Olsson and J. Sjöstrand. 1971. Axonal uptake and retrograde transport of exogenous proteins in the hypoglossal nerve. *Brain Res.* 32: 399-406.
- (13) Lavail, J. H., K. R. Winston and A. Tish. 1973. A method based on retrograde intraaxonal transport of protein for identification of cell bodies of origin of axons terminating within the CNS. *Brain Res.* 58: 470-477.
- (14) Lavail, J. H. and M. M. Lavail. 1972. Retrograde axonal transport in the central nervous system. *Science.* 176: 1416-1417.
- (15) Lavail, J. H. 1978. A review of the retrograde transport technique. Pages 355-384 in R. T. Robertson, Ed., *Methods in physiological psychology:* Vol. II. *Neuroanatomical research techniques.* Academic, N. Y.
- (16) Nauta, H. J. W., M. B. Pritz and R. J. Lasek. 1974. Afferents to the rat caudoputamen studied with horseradish peroxidase. An evaluation of a retrograde neuroanatomical research method. *Brain Res.* 67: 219-238.
- (17) Spencer, H. J., G. Lynch and R. K. Jones. 1978. The use of somatofugal transport of horseradish peroxidase for tract tracing and cell labeling. Pages 291-316 in R. T. Robertson, Ed., *Methods in physiological psychology:* Vol. 11. *Neuroanatomical Research techniques.* Academic, N. Y.
- (18) Karnovsky, M. J. 1965. A formaldehyde-glutaraldehyde fixative of high osmolality for use in electron microscopy. *J. Cell Biol.* 27: 137A-138A.
- (19) Graham, R. C., Jr., and M. J. Karnovsky. 1966. The early stages of absorption of injected horseradish peroxidase in the proximal tubules of mouse kidney: Ultrastructural cytochemistry by a new technique. *J. Histochem. Cytochem.* 14: 291-302.
- (20) Albrecht, M. H. 1954. Mounting frozen sections with gelatin. *Stain Technol.* 29: 89-90.
- (21) Rexed, B. 1954. A cytoarchitectonic atlas of the spinal cord in the cat. *J. Comp. Neurol.*, 100: 297-379.
- (22) Wen, C.-Y., T.-M. Tseng, W.-P. Chen and J.-Y. Shieh. 1975. An experimental neuroanatomical study of the corticospinal system of the albino rat. *J. Formosan Med. Assoc.* 74: 419-441.

- (23) Ha, H., T. Kao and E.-C. Tan. 1979. Muscle sensory neurons in the spinal ganglia in the rat as determined by the retrograde transport of horseradish peroxidase. Anat. Rec. 193: 557.

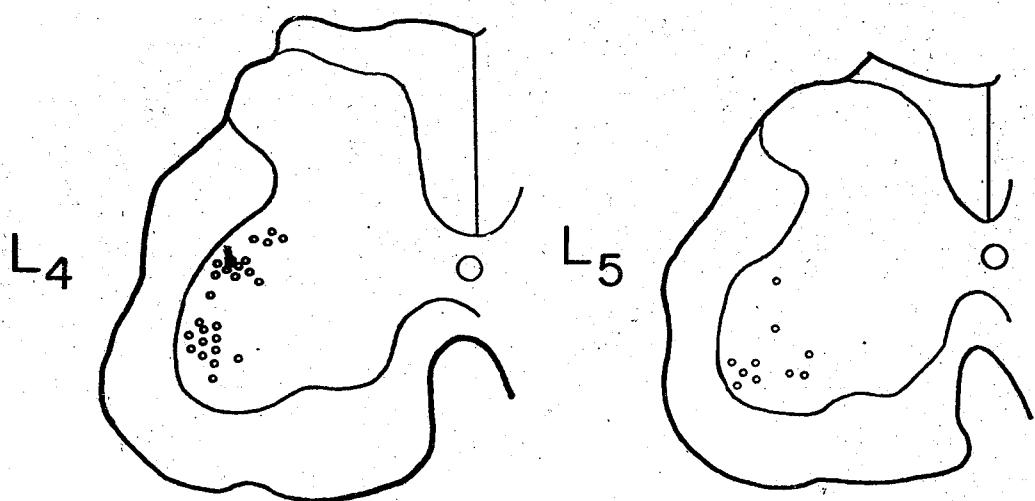


圖一 針刺大白鼠足三里穴得氣時
穴位部之肌電圖，指標(↓)
表示向穴內釋放HRP。

圖二 對照群大白鼠腰神經節細胞大
小之測值分佈。

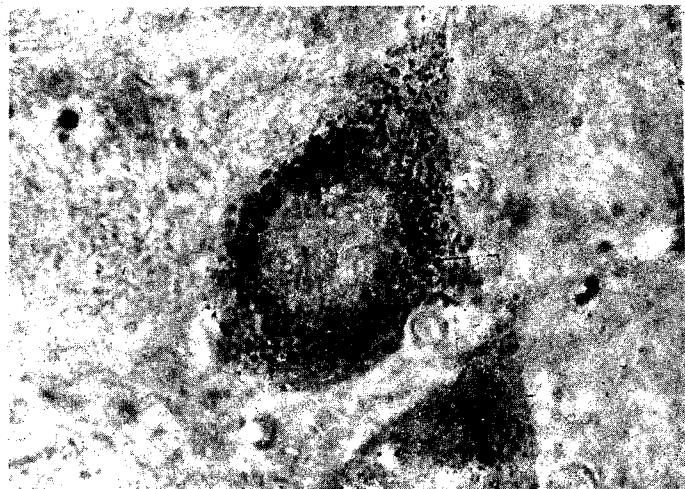


圖三 HRP陽性反應之大型腰神
經節細胞。 $\times 1250$ 。



圖四 HRP陽性反應之脊髓前角細胞在第四(L₄)及第五(L₅)腰髓中之分佈。

→
圖五 呈 HRP 陽性反應之脊髓
前角細胞。× 1250。



←
圖六 呈 HRP 陽性反應之脊髓前
角細胞，HRP 顆粒出現於
細胞原形質內及樹突基部。
× 1250。

論鍼灸醫學科學化

莊育民

最近又有人繼「中醫科學化」之後，提出了「鍼灸科學化」的問題。含義如何？沒有交代。筆者是百分之百贊成科學化的，但不是妄從苟同。

筆者認為「鍼灸科學化」一語，至少應有三層意思：一是認為鍼灸不科學，因而要求其科學化；二是中醫施鍼灸術的不科學，要求以科學方法來行鍼灸術如應利用儀器等；三是以科學方法來研究鍼灸學，一切都要有統計數字作為實質依據，筆者願就此數端，略抒管見，就教於高明。

「鍼灸學是有系統有組織的學問」

首先說鍼灸是不是科學的問題，未討論本題前，我們當先認清何為科學？我國最具權威性的兩部辭書——辭源和辭海，都有科學一詞的註解，兩者雖有繁簡之別，但都以「有系統有組織的智識便是科學」為主要內容，國父也會為科學一詞下個定義，他說：「凡是有組織有系統的學問，就是科學。」這定義是最為簡明要切。中國鍼灸醫學，自黃帝內經，以至歷代諸大家的醫學著述甚多，無一不是有系統有組織的學問，是則鍼灸醫學是為科學，應無疑問，怪只怪某些一知半解自命是科學家的，沒有見過或是看不懂這些鍼灸醫學典籍，便妄指鍼灸醫學為不科學，如果已見過了這些典籍，並看懂了這些典籍，仍然說鍼灸為不科學，那便不知其居心為何了。現在世界各國的醫學界都十分重視鍼灸醫學，並將中國鍼灸典籍翻譯，爭相研究，又據某報載西歐一帶有二萬人以上從事鍼灸醫學的研究或是執業鍼灸，如果說鍼灸是不科學的，則此等科學發達的西方諸國人士，豈不是在開倒車？

二 中醫學上的陰陽五行不是玄學

上面會提到看不懂醫學典籍的問題，中醫典籍的確有許多

令人難懂之處，近數年來有不少醫界精英，欽心鍼灸，都能虛心實地的下研究工夫，鑽研典籍，其中很多是出身西醫，在醫學界已有相當成就，能夠這樣向心學術，這是可喜現象，前途自必大有可觀，但對中醫典籍中的陰陽五行乃至所謂氣血之類，有部份人士不十分了解，西方也有部份人士認為中醫學上所說的經絡是人工想像出來的。筆者願假此機會，略予闡釋，以證中醫學上的陰陽五行，並非玄學，經絡也不是人工想像出來的。

須知中醫學上的陰陽五行，不過是一種代號，並不能當作實質來看，中醫先哲為了便於醫理的說明，採用了這些代號，這種取代號的方式，並非中醫獨有，現代科學上也常採用代號，如電學上有陰電陽電，正電負電，電腦也以「1」「0」作為代號，西醫也常有陰性反應陽性反應，其他科學為了敘述方便，也有用A B C D等來作代號的，中醫採陰陽五行作代號，並不特殊，不過此種代號不是單純的僅是代號而已，其中尚含有至理，不過在典籍中未及載明其所以然吧了。例如說男人胸前為陰，背後為陽，女人則反是，筆者起初也會懷疑過，後來研究鍼灸，始知大有作用，應用若有錯誤，則不但無療效，甚至有反效果，我們知道水面浮屍，有俯的有仰的。但這種俯仰却不是偶然，凡男性都是俯的，女性都是仰的，於此可見中醫學上的所謂陰陽，其中自有道理，並非隨便取代。

五行學說，始見尚書洪範，原本不是醫學上的，中醫先哲，見五行金木水火土諸物性及其相互生剋制化之理，與人體諸臟腑頗多相似，因而採用爲代號，金從革（作改造解）以代肺和大腸，木性曲直以代肝膽，水性向下以代腎和膀胱，火性向上以代心與小腸，土爲稼穡（應引伸爲伸縮）以代脾胃，如此一代，便不僅是單純的代號了。人體諸臟腑，除了各自發生功能外，彼此之間還有相輔相成，相互制衡作用，五行的生剋制化，正足以說明此一連鎖關係，可見以五行作代號，也不是無意義的。

代號中還有用天干的，這也是諸臟腑的代號。鍼灸學上有一較深奧的學問叫「子午流注」，人體內臟的生理活動，按一日二十四小時作規律運動，古代計時不是二十四小時，而是用地支（十二個時辰）故名「子午流注」，醫家循此規律，以診斷治療，這是比較難懂的學問，無法三言兩語說得清楚。但筆者可說明一個事實，以證其科學性，大約二十五年前，西歐有位大夫名雷格爾波格的發表一篇論文，其中有一臟腑活動時間表：

| 活動臟腑 | 間 | |
|------|---------|---|
| | 時 | 點 |
| 肺 | 3 — 5 | 寅 |
| 大腸 | 5 — 7 | 卯 |
| 胃 | 7 — 9 | 辰 |
| 脾 | 9 — 11 | 巳 |
| 心 | 11 — 13 | 午 |
| 小腸 | 13 — 15 | 未 |
| 膀胱 | 15 — 17 | 申 |
| 腎 | 17 — 19 | 酉 |
| 心 | 19 — 21 | 戌 |
| 三焦 | 21 — 23 | 亥 |
| 膽 | 23 — 1 | 子 |
| 肝 | 1 — 3 | 丑 |

我們看上表，除了沒有採用代號外，其他都和我們先哲研究所得的結果是相同的，古代沒有什麼儀器，解剖術也不甚發達，我們先哲能有如此成就，真是令人無比的欽佩。

說到氣血，血是大家知道的，氣便令人覺得玄了，吾人但知氣便是空氣，肺是呼吸器官，吸氧呼碳，人所共知，但人體其他各部又如何有氣？大家知道中國工夫有氣功，這氣功的氣和中醫的所謂氣大致相像，氣血不和，便感病痛。但這種病痛所在，儀器却檢查不出，天氣要變，老年人覺得腰背痠痛，像氣象台一樣，這現象如用儀器也測不出其病變所在，只能說是沒有病，但病痛確是存在，中醫以鍼灸診治，病痛消失；由此可證氣化並不是玄，不過因爲目前儀器尚無從測出其存在吧了。

人體經絡，由內臟以達體表，這是線的分佈，經穴則是經絡上的某一點，目前科學儀器，尚無法測出經絡實質，因而有說它是想像出來的，其實宇宙萬物，有能見到的實質，也有見不到的東西，我們却不能因見不到其實質而否定其存在，從前顯微鏡未發明，看不到微生物，但並不能否定微生物的存在，電磁是看不到的，但我們也不能否定電磁的存在，如果說人體經絡是人工想像出來的，那末既可想像如此，自也可想像如彼，但人體經絡，由諸內臟以達體表，有一定的系統，這是生理如此，不能以想像來改變，在診斷與治療上，如有錯誤，便不能收到療效。因此經絡實是存在，不過目前儀器尚無法探測其存在吧了。中醫先哲經過無數次的實驗研究得來的結果，實是不可等閑視之，研究中醫，經絡學說不可不知，研究鍼灸，更是不可不知，而後方能循經取穴，至於有那些經絡？系統如何？

如何分佈？限於篇幅，只好從略了。

三、確認鍼灸是科學的

根據上列諸點，都是證明鍼灸是科學的，鍼灸學也是科學的學問，筆者鄭重呼籲，我們應共同建立一個基本觀念，確認鍼灸是科學，而後才配執業鍼灸，才配研究鍼灸。

其次再談以科學方法實施鍼灸的問題，所謂科學方法，內涵至為繁複，並非只有使用科學儀器便算是科學方法，儀器是自然科學發展至某種程度以後的產物，自然科學未發達時並無儀器可用，彼時也有醫術（當然不包括巫醫），難道彼時的醫術便不科學？筆者認為仍是科學的。例如如何祛除病毒？如何保健？如何利用藥物以促進人身各器官正常發揮功能等，無一不是科學的，不過沒有今日這樣進步。古今只有程度之差，基本上是一致的，中國鍼灸發明甚早，彼時自無現代科學儀器，但仍能儘可能改進，以當時認為最完善的方法來施醫，如原本使用石鍼，到了商代改用銅針，鐵器發明，又改用鐵鍼、診斷方面，也能想出許多可行的方法來幫助診斷，克服困難，務能達到診斷確實，例如沒有X光，却發明由體表現象循其經絡以探測內臟活動情形，沒有心電儀器，却發明切脈方法，由脈象測定心臟活動情形等，治療方面，如何循經取穴？如何能收最高療效而發明行鍼、刺鍼諸法，最有名的銅人圖是諸多先哲，參以解剖而創造的結果，凡此無一不是科學的，中醫先哲，都能時時追求進步，從不固步自封，凡能有助於診斷治療者，真不設法採用，無可利用時，也能從學理上去尋求答案，不能因未能利用現代科學儀器，便認為是不科學。

四、捨本不顧科學精神

再說目前儀器，尚非萬能，有待科學家繼續努力發明改良者仍很多很多，現時已進入太空時代，人類固能登陸月球，但遠鏡窺探就是不科學，又如某同道發明以儀器測脈，只能測出脈象的速度，對脈象浮沉，七表八裡等，儀器上尚難顯示。（近又有人從心電圖上以測脈象，已大有進步）又如經絡至今無法尋到其實質，可見目前儀器尚非萬能，筆者認為仍不宜摒棄我們傳統的方法，這才合乎科學精神，國父曾說了一個故事，說是有一個碼頭工人買了彩票，把彩票藏在扛抬貨物的竹櫃內，報紙刊出中獎號碼，這工人知道自己中了頭獎，欣喜欲狂，以為自己發了大財，不必再去做工，便把扛抬貨物的竹櫃拋入了大海，殊不知彩票藏在竹櫃內，因此也一併拋棄了，自然無從再去對獎，今日科學儀器尚非萬能，如果我們一切只迷信儀器而摒棄了先哲留下的傳統方法，則無異和這工人一樣，不但發不了財，連工具也失落，工也做不成了。

五、如何以科學方法研究鍼灸

說到以科學方法研究鍼灸，這也是基本原則，到底怎樣才算科學方法？意見很多，有人以為科學方法，便當利用儀器，沒儀器，便要創造儀器，用意至善，但儀器尚非萬能，上面已經說過，創造儀器，則無異要求鍼灸醫師來做發明家，如果真是如此，則勢必將研究工夫大量投向儀器發明上，幸而有成，充其量只有助於診斷治療，於鍼灸醫學本身，又有何補？如無所成，則損失更不待言，有如木匠要求有最鋒利的刀斧，因而自己去打鐵煉鋼，筆者認為這是大大的不合科學精神，我們研究鍼灸醫學的重點，應置於鍼灸醫學本身上，工具的發明只是其中的一部份而已。

還有人認為應重視統計，一切要求以數字為實證，筆者認為這不過是研究方法之一，不是唯一的方法，利用統計，這是歸納的方法，我們祖先很早便應用了，不過古代文字簡約，書寫工具不便，一經研究有了結果，只寫下結果如何，其間的研究過程，統計資料，便只好從略了，頂多只留下某些醫案。也許有人會說這是筆者臆測之詞，並無實據，筆者承認是出於臆測，但却並非完全無據，試問中醫診斷，古代無一儀器，如何能知內臟諸病變？無疑的這是無數次經驗的累積，這便是由統計歸納而來，中醫切脈以測心臟跳動為一息四次，這也是多次測脈統計歸納而得的結果，某病應取某穴，其初也是無數次經驗的累積，先有經驗累積，（統計歸納）而後才能推演出理論，典籍中雖無這些統計資料，但不能便說沒有統計，由此也可見古人研究學問但求結果準確，其過程如何？在文字簡約，工具不便的情況下，記錄中只好不得已從略了。

古人對醫學研究，一方面憑經驗累積（統計歸納），一方面也重視實驗觀察，解剖之術早就應用，因此能對人體生理結構機能等有充份了解，否則如何能知「諸血者皆屬於心」？如何能知某經某穴？而又能在此基礎上推理演繹，決非執一不變，只限於統計歸納一法。

六、科學方法不宜走回頭路

我們知道無論何種科學的發展歷程，在一無所知或所知有限的時候，都是在暗中摸索，神農嚐百草，也是在摸索，由摸索所得，積成經驗，這是統計歸納的範疇，到了所知達某種程度，便不再全靠摸索，甚至完全不去摸索，而從已知的基礎上推理論證，現在的科學，也還是如此，這一階段雖也重視統計數據，但那只是對未知部份，如果對已知部份仍堅持要用統計歸納，那無疑是一種浪費，便不合科學精神了。例如我們由台

北去高雄，當交通未發達時，自然只有徒步或乘騎；到了有火車，便大家利用火車，如要再進步，便從已有的火車為基礎，如何改進，如何改用比火車更好的交通工具，決不會回頭從徒步乘騎等方法去尋求改進之道，鍼灸醫學，先哲們已為我們創下輝煌成就，有完整體系與理論，我們欲求更上層樓，便當由此基礎上向前下工夫，不宜再走回頭路，重來摸索探討，一重作統計，重為歸納，沒有人已在三樓上欲上四樓，而回頭再由一樓一層層走上去的，如能由已成基礎上向前下工夫，方能事半功倍。

七、研究鍼灸科學的前題

因此；筆者認為研究鍼灸科學化，應有三個前題：一、鍼灸的傳統醫術，是歷代前輩先哲經驗累積，耗盡無數心血，是科學的，應予珍視；二、古典籍的記載，雖無統計數據等，但仍是科學的，仍是寶貴資料，當從這些已知的基礎上向前研究發展，不是重做統計歸納；三、不是標新立異，盲目求新，而在我們已成的基礎上利用新科學，新知識，腳踏實地，實事求是，果能如此，而後方足以言研究鍼灸的科學化。

八、中醫界應當仁不讓

以上說得很多，中醫鍼灸學是公開的，凡是有研究興趣的人，都可以研究，也可用你慣用的方法來研究，但如果希望事半功倍，便有賴於熟於此道者專心研究，中醫界更當人人以發揚中醫學術為己任，當仁不讓，但也切莫抱殘守缺，固步自封，而後方能更上層樓，使中國鍼灸醫學在世界醫學上大放殊彩。

中華民國六十九年七月一日

莊 育 民 書于

台北市興隆路一段九十八號二樓

悠然書屋

五行腧穴之臨床研究

吳元劍

針灸醫學是中國傳統醫學之一，目前已成爲世界醫學家所矚目而掀起研究高潮的學術。針灸是以自然哲學爲基礎，有現代科學的理論與實證的系統醫學。但針灸之應用往往有超之於科學，今雖醫學知識日昇，尚部份無法求證究竟用針灸治療者，常有立竿見影，若鼓桴相應之效。五行穴位依據中醫哲學基礎理論體系的特殊針法，在臨牀上如運用得法，其效顯著。

一、五行意義

中國傳統哲學，肇始於易之太極，是生兩儀，兩儀生四象，構成陰陽學說外，並有五行學說，乃戰國時代鄭衍所首創。五行者循易之河圖與洛書之數位的排列，並以陰陽動靜之氣在五行方位的運行生化原理，循此以宇宙間之基本物質用五種代表屬性，配合於人體腑臟各器官聯繫相互關係而成五行學說。

二、五行與臟腑的聯繫

| 五行 | | 表 | 裏 | 經 | 臟 |
|----|---|-------|---|---|---|
| 木 | 表 | | | | |
| 裏 | | 足少陽，胆 | | | |
| | | 足厥陰，肝 | | | |

三、五行生尅之規律

五行哲學，從易理陰陽學說所演進而來，將天地萬物歸納於木、火、土、金、水五種原素，皆依五行相生相尅的原理來說明事物之間的互相關係，應用於醫學以論病理機轉。所謂相生者，有相互資生，促進、助長之意。相尅者，有相互制約、抑制、克服的作用。凡一切事物在其活動過程中若無相互資生、促進、助長或相互制約、抑制，就沒有事物的存在，五行之

| 相 火 | | 水 | | 金 | | 土 | | 火 | |
|--------|---|--------|---|--------|---|-------|---|--------|---|
| 裏 | 表 | 裏 | 表 | 裏 | 表 <th>裏</th> <td>表</td> <th>裏</th> <td>表</td> | 裏 | 表 | 裏 | 表 |
| | | 足少陰，腎 | | 手少陽，三焦 | | 足太陰，肺 | | 手太陽，膀胱 | |
| | | 手厥陰，心包 | | | | | | 足陽明，大腸 | |

間與人體臟腑生理機能互爲相關，此五者的資生及抑制功能在人體若超於一定常度，則臟腑有偏勝之患，且生理機能則產生變化而成疾病。五行相生：木生火，火生土，土生金，金生水，水生木。五行相尅：木尅土，土尅水，水尅火，火尅金，金尅木。

四、十二經所屬五行穴位

1. 陽經：

| 腧 名 | | | 穴位 | | 經別 | 五行 |
|---------|--------|----|-----|----|----|----|
| | 井 | 榮 | 商陽 | 金 | | |
| 胆經（木） | 膽經（水） | 至陰 | 二間 | 水 | | |
| 膀胱經（水） | 膀胱經（金） | 商陽 | 三間 | 木 | | |
| 小腸經（火） | 小腸經（土） | 竅陰 | 合谷 | 屬火 | | |
| 胃經（土） | 胃經（金） | 通谷 | 陽溪 | 火 | | |
| 三焦經（相火） | 三焦經（水） | 內庭 | 東骨 | | | |
| 膽經（木） | 膽經（水） | 後溪 | 京骨 | | | |
| 膀胱經（水） | 膀胱經（金） | 液門 | 昆崙 | | | |
| 小腸經（火） | 小腸經（土） | 中渚 | 陽溪 | | | |
| 胃經（土） | 胃經（金） | 陽池 | 腕骨 | | | |
| 三焦經（相火） | 三焦經（水） | 支溝 | 陽谷 | | | |
| 膽經（木） | 膽經（水） | 天井 | 陽陵泉 | | | |
| 膀胱經（水） | 膀胱經（金） | | | | | |
| 小腸經（火） | 小腸經（土） | | | | | |
| 胃經（土） | 胃經（金） | | | | | |
| 三焦經（相火） | 三焦經（水） | | | | | |

五、五行生尅治療法則

一、直接治療：

難經第六十九難云：「虛者補其母，實者瀉其子」的治療原理，利用十二經本經五行爲主，取本經分屬五行穴位，各有母子穴及尅穴的功能，在本經生理機能減退者，補其母穴，增強經氣，予以興奮。亢進者，瀉其子穴，導引經氣，予以抑制。經云：「當先補之，然後瀉之」凡虛症當先補母穴，然後瀉尅穴。凡實症當先補尅穴，然後瀉子穴，以治療本經之病，謂之直接治療。

2. 陰經：

二、間接治療法：

| 腧 名 | | | 穴位 | | 經別 | 五行 |
|---------|--------|-----|-----|---------|----|----|
| | 井 | 榮 | 少商 | 肺經（金） | | |
| 心包經（相火） | 心包經（水） | 中冲 | 湧泉 | 腎經（水） | 少冲 | 木 |
| 心經（火） | 心經（水） | 勞宮 | 然谷 | 心包經（相火） | 行間 | 火 |
| 肝經（木） | 肝經（水） | 大陵 | 太淵 | 心經（火） | 太沖 | 土 |
| 脾經（土） | 脾經（水） | 神門 | 太白 | 肝經（木） | 中封 | 金 |
| 肺經（金） | 肺經（水） | 靈丘 | 商丘 | 脾經（土） | 少海 | 水 |
| 腎經（水） | 腎經（水） | 陰陵泉 | 陰陵泉 | 肺經（金） | | |
| 心包經（相火） | 心包經（水） | | | | | |
| 心經（火） | 心經（水） | | | | | |
| 肝經（木） | 肝經（水） | | | | | |
| 脾經（土） | 脾經（水） | | | | | |
| 肺經（金） | 肺經（水） | | | | | |
| 腎經（水） | 腎經（水） | | | | | |

人體各臟腑之生理機能，在中醫的整體觀念原則，歸納於五臟系列之五行，具有互相資生與互相制約的作用，故一臟或一經有病，皆與其他四臟或他經有關。依五行學說，凡生我之經謂母經，我生之經謂子經，刺我者謂之刺經，按照本經五行為主，利用母子經或刺經之五行腧穴，以治療本經之病，謂之間接療法。凡本臟經虛者，由於母臟經氣衰而不能生我。故現虛症，當先補母經腧穴，即所謂母能令子實。再瀉刺經俞穴，促使本經不受刺制，則虛能自強。若實症者，由於子臟經氣過盛，無需我之資助故現實症。當先補刺經俞穴，以增強刺本經之力，然後瀉其子經俞穴，導引我而生子，即所謂子能令母虛，則實症自除。

六、醫案

一、患者：陳先生，四十歲，症狀：感冒、頭痛有熱、惡寒等症

。診斷：依症狀為初期感冒乃屬傷寒論之太陽經症。

治療：針三里、陷谷，針後頭痛立見功效。再配葛根湯治療而愈。

意義：按傷寒論曰：「太陽病頭痛……針足陽明，使經不傳」。

二、患者：張先生，四十二歲，症狀：常有腹脹、消化不良，大便溏薄等症年餘久，脈象浮緩而滑。診斷：胃腸機能失調，致消化不良，泄瀉。治療：足三里、解溪，針數次後大便正常，配參苓白朮散，半月痊安。

三、患者：吳先生，卅二歲，症狀：胸脇滿痛，煩悶，呼吸氣短，脈象浮弦。診斷：依症狀胸脇滿痛者肝經病邪引起，致煩悶氣短之症發生。治療：針行間，經渠，內關，藥物配小柴胡湯加桔梗、枳壳、芍藥。連續治療四天而癒。

四、患者：林先生，五十歲，症狀：手臂酸痛引肩背痛。診斷：該身體衰弱，經氣流行不暢，依症診為風濕病之類。治療：曲池、陽溪，肩頸，針後酸痛悉除。藥物配薏苡仁湯加秦艽、鷄血藤，治療十天而癒。

意義：手臂酸痛在大腸經流行部位，故取本經母穴曲池，補土以生金助其經氣，刺穴陽溪予以抑制使症減除，佐肩頸以助效力，使經脈暢通，其效更速，再配合活血祛濕之藥，效果顯著。

中醫脈診脈象圖形化之研究

(三)

Identification of Diagnostic Pulse Wave Patterns in Orthodox Chinese Medicine and Verification by Modern Science (3)

汪叔游 黃正一 陳秀葉

空軍總醫院航空暨太空醫學研究發展組

摘要

本報告是以圖形類比的方法認定脈波中各線段、點、曲面、斜率及角度在座標軸上的變化。儘可能引用西方科技及醫學術語來溝通中醫的脈學。從一千三百餘人次的脈波圖象中用類比法歸納出十種重點變化作為認定的準則。用以選出由三種不同脈象相互搭配變化而衍生的圖型，一一與中醫典籍中所述二十九脈之定義相互印證。這批模型可作為將來電腦程式研究的數值依據。在圖形整理的過程中，已經看出脈波變化隱藏着疾病的線索，例如舒張期抖顫 (diastolic shudder) 之與肝病、水鎚脈(water-hammer pulse) 之與肺病及心臟病、重搏脈 (dicrotic pulse) 之與心律不整 (arrhythmia) 及肺部病變、P 段變化與藥物及情緒變化等。惜乎脈象似乎受生物晝夜韻律 (circadian rhythm) 之干擾而影響其穩定性，故疾病診斷之統計暫時不能完成。再者元滑壽診家樞要的擣、按、尋(浮、中、沉) 的手法即是西方 Poiseuille 定律所導出的血管內外壓力差 (transmural pressure)，本實驗用之以觀察脈象之變化，確有其特異性。此種特異性是否為體內臟腑之訊息將是有趣的展望。

一、前言

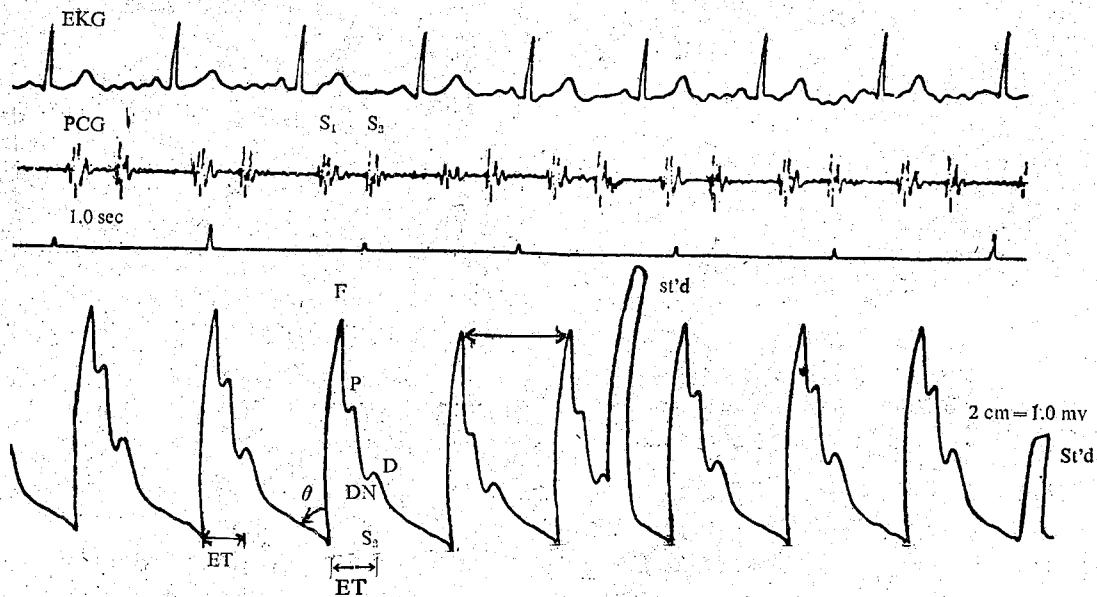
從醫學史上知道不論中西，在古代皆曾試圖由動脈搏動之頻率及每搏的高低強弱變化中窺知內臟的平衡狀況。由古希臘西方醫哲 Galen (138-201) 至維多利亞女王之御醫 Sir William Broadbent (1835-1907) 經十七個世紀之久皆習用脈診以診病⁽¹⁾，在古中國春秋戰國時 (400BC) 的內經，靈樞營衛生會第十八中詳論營衛氣血之週流⁽²⁾。更首倡在左右手「寸關尺」的部位用浮中沉診脈之法，以

三種輕重不同之外壓加於腕後橈骨動脈之上來觀察脈跳之反應。素問及難經皆述及三部九候以觀察病人的虛實^(3,4)，實為中國醫學特色之一，惜乎古代無電子科技之助，僅憑指尖觸覺，欲詳鑒二十九類脈象⁽⁵⁾實有困難，是故歷代以來除了數位傑出天才，大部份人士對脈學認識是「浮」「芤」「弦」「緊」「伏」依稀，「浮」之與「沉」、「洪」之與「實」、「弱」之與「濡」、「微」之與「濇」，雖審精辨微，猶有誤認，更不論數脈相兼之複雜變化。

在西方醫學溯自 Willem Einthoven 在 1903

年創立心電圖之診斷學後⁽⁶⁾，西方的脈學遂告式微。目前經半世紀的考驗，始知心電圖及運動心電圖之不足。故在 1945 年間有心導管技術之盛行。近二十年來非侵入性頸動脈圖之研究^(7,8)，可謂古脈學在觀念上之復活。然此類研究在西方醫學上僅作為心導管技術輔助之參考資料，局限於對心臟瓣膜病的診斷。古中國的脈學歷經素問、難經之理論，再由金匱、傷寒之實證，可以窺探全身的「陰、陽、表、裏、虛、實、寒、熱」八綱之變化，兩者之觀點截然不同。本篇分析統計本實驗室所作的一千三百餘人次的脈波，不計較「寸」「關」「尺」不同

的部位，僅依照在時間的 X 橫軸上所出現各跳之長短 (length of beat cycle)，各跳之間之規律性及收縮期 (ejection time) 的長短。又依照 Y 軸上的波幅度與斜率的緩陡變化，及其收縮期與舒張期的交界點所謂重搏彎曲點 (dicrotic notch) 或重搏點的位置高低，F、P 及重搏波 (dicrotic wave) 的大小變化等分類探討（見圖一）。並儘可能地用西方沿用的專門名詞說明其與中醫二十九脈的關係，及從中醫典籍的記載中將各種獨特圖形可能與疾病之關係，作初步的報導。



圖一 脈波的起點角度，升階斜率，複峰之名稱，波幅，收縮期間，各波間之頻率及重搏彎曲點與心音 S_2 的同步關係

二、資料、方法及材料

(一) 材料

1. 脈波圖形資料取之於各類疾病患者具有西醫臨床例行及特殊的診斷者，例如心臟病者有心電圖、X 光片、小便檢驗及部份有心導管診斷。肺病者除例行之 X 光片外，部份有氣管顯影照片等。肝病者除肝功能檢驗外，尚有 HBSAg 及肝穿刺病理切片等。

2. 從動脈管壁內外壓力差⁽⁹⁾即中醫浮中沉三取診脈手法，使用三種外壓加於管壁 (0~20 mm

Hg, 40~60 mm Hg, 80~100 mm Hg) 在一千三百餘人次之脈波圖形中選出其不同變化之模式。

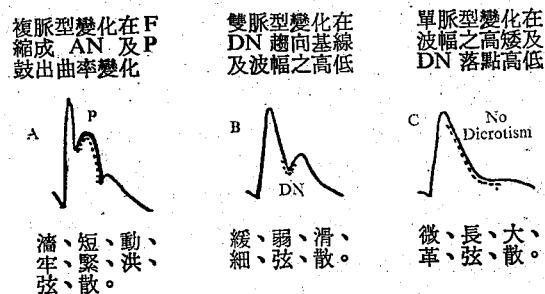
(二) 方法及材料

1. 脈波記錄的方法及材料，參考本實驗室前年之報告⁽¹⁰⁾。

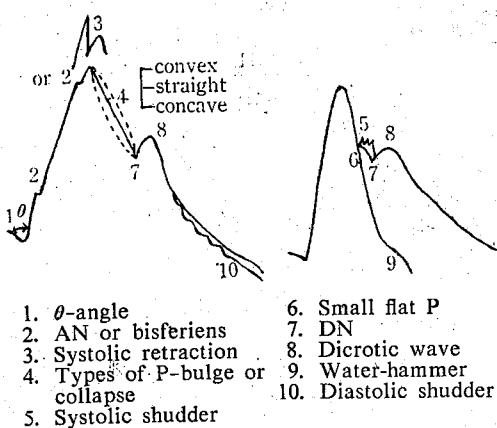
2. 脈波圖形分析的三個類比模式（見圖二）：首先從同步的心音圖中找到第二心音 (S_2)，由於心導管及非侵入性頸動脈之資料顯示 S_2 常與重搏彎曲點 (DN) 同時出現⁽¹¹⁾，所以在 S_2 稍後之處就可找到 DN，如果在 DN 前有二個波 (F 及 P 波) 其後有一波 (D 波) 此脈波就屬複脈 (Bis-

feriens)⁽¹³⁾。如其前後各有一波則屬雙脈⁽¹²⁾，如 DN 前僅有一波，其後無波出現則屬單脈⁽¹²⁾。

3. 脈波圖形分析依照圖三中所舉之十個重點為原則（見圖三）。



圖二 脈波圖形分析的三個類比模式



圖三 脈波圖形分析的十個重點

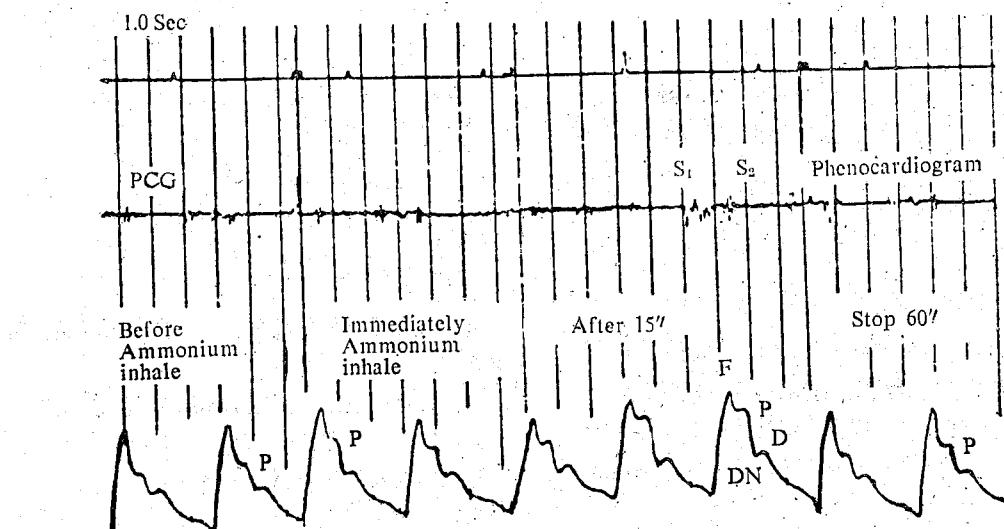
三、結果

(一) 找出圖形的模式及其變化的重點所在，並定出標準使其接近於電腦程式並符合中醫脈象之定義

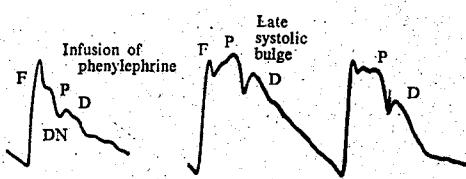
本報告不再採用第一篇⁽¹⁰⁾的六大主脈（浮沉、遲數、滑濇）為六大綱領，亦放棄第二篇⁽¹³⁾以波峯比值 P/F 及 1/F 為標準。要點在分析脈波圖形之第一步為找出重搏點之所在；由圖二之規則決定其為複脈、雙脈或單脈，所謂三大模式。然後再找出有無如圖三中的十個重大之變化，所以三大模式脈及十大重點變化為本報告的重要結果之一。

(二) 脈波圖形與疾病之關係

脈波圖形中有些重要的點與線段其出現似乎具有獨特的意義，此與明朝張介賓先哲所謂脈體之「獨」意相符合⁽¹⁴⁾，這種「脈體之獨」與疾病之關係將是本研究之重心，本報告在分析研究一千三百餘人次之脈波圖資料之後，把中醫抽象的「獨」之變化，實質地範圍到圖形中的點、線段曲面斜率及角度等十點（見圖三之說明）。例如：高位的升階小隆（AN）之出現似與心臟冠狀動脈有關⁽⁸⁾，後段 P 波斜率之改變與受檢者內心喜、怒、哀、樂之情緒及服用藥物、外加壓力等有確切之關係⁽¹⁵⁾，見圖四、五、六。重搏點在患者發燒時可下降至基點

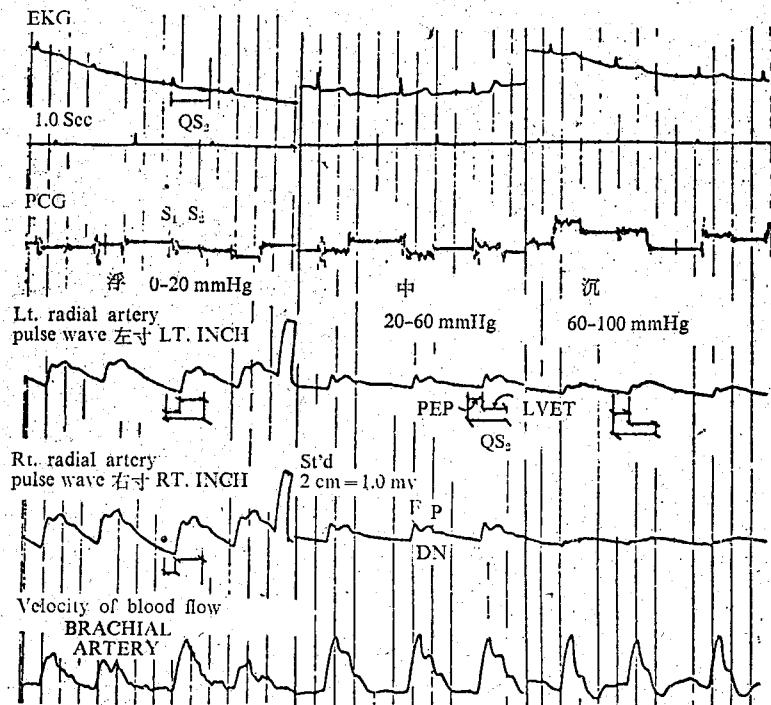


圖四 嗅氨可引起 P 波鼓出，在十五秒時最盛

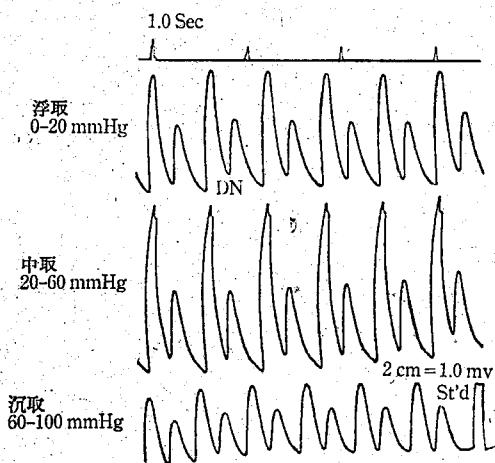


圖五 收縮期第二峯可用藥物而改變其高度

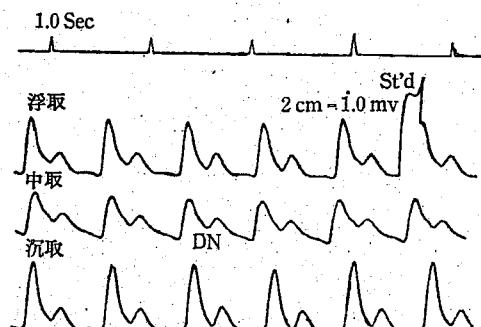
而形成所謂暫時性的重搏脈即中醫之弱脈，燒退後即消失，圖七及圖八。與傷寒辨太陽病脈症：「『弱』者發熱、脈浮、解之當汗出愈」⁽¹⁶⁾之說符合。在所有的心電圖上各種不同的心律不整（arrhythmia），如果有相應脈出現則一定是用較矮胖型重搏脈形態⁽¹⁵⁾，圖九。瘦長型的重搏脈常出現於肺病變時，圖十的特例顯示一肺結核病患者兼有心律不整時



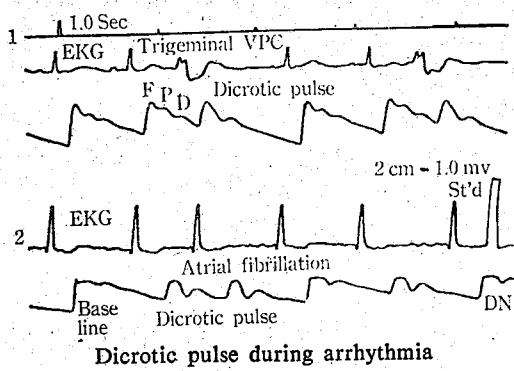
圖六 桡骨動脈波其收縮第二峯可因取脈處之局部外加壓力而改變其形態



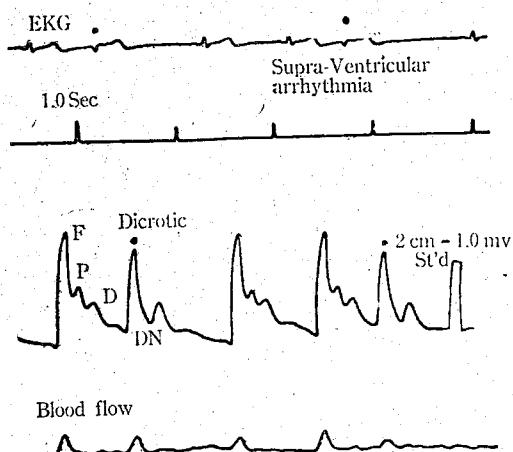
圖七 21歲男性發燒時之弱脈



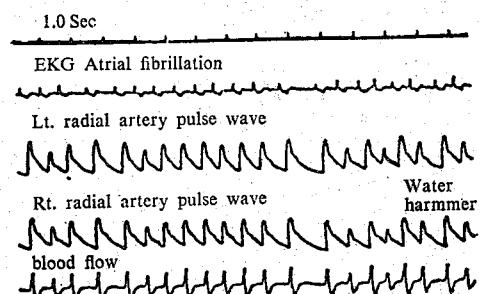
圖八 21歲之男性在燒退後，其弱脈即大部分消失



圖九 矮胖型的重搏脈常為心律不整之相應脈

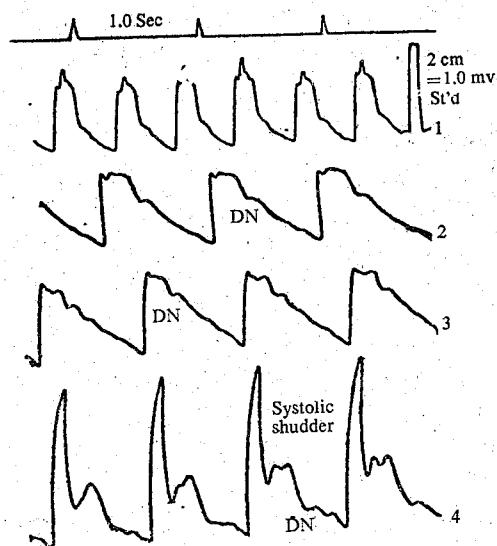


圖十 當肺病變兼有心律不整時其相應脈改為瘦長型的重搏脈

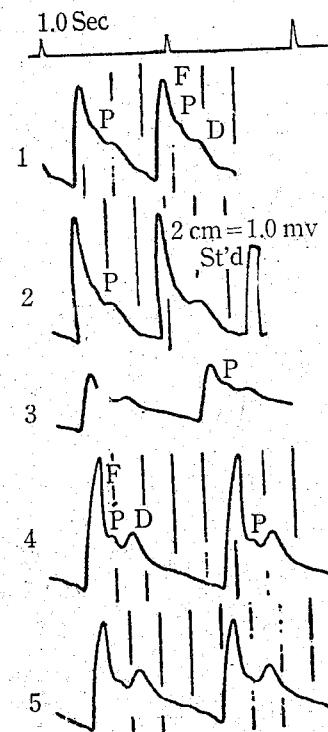


圖十一 心房顫動微小之撓骨動脈相應脈皆呈水鎚形而非重搏波形
(凡加強相應脈必係正常心搏，如第一、四、五、十三、十四、十六、十八、廿跳。在中醫的脈診為散脈)。

其相應脈出現瘦長型的重搏脈，有少數在心房顫動時不規則的 QRS，其相應脈為暫時性的水鎚脈⁽¹⁸⁾，圖十一。當此水鎚形的相應脈發生 Anrep⁽¹⁷⁾效



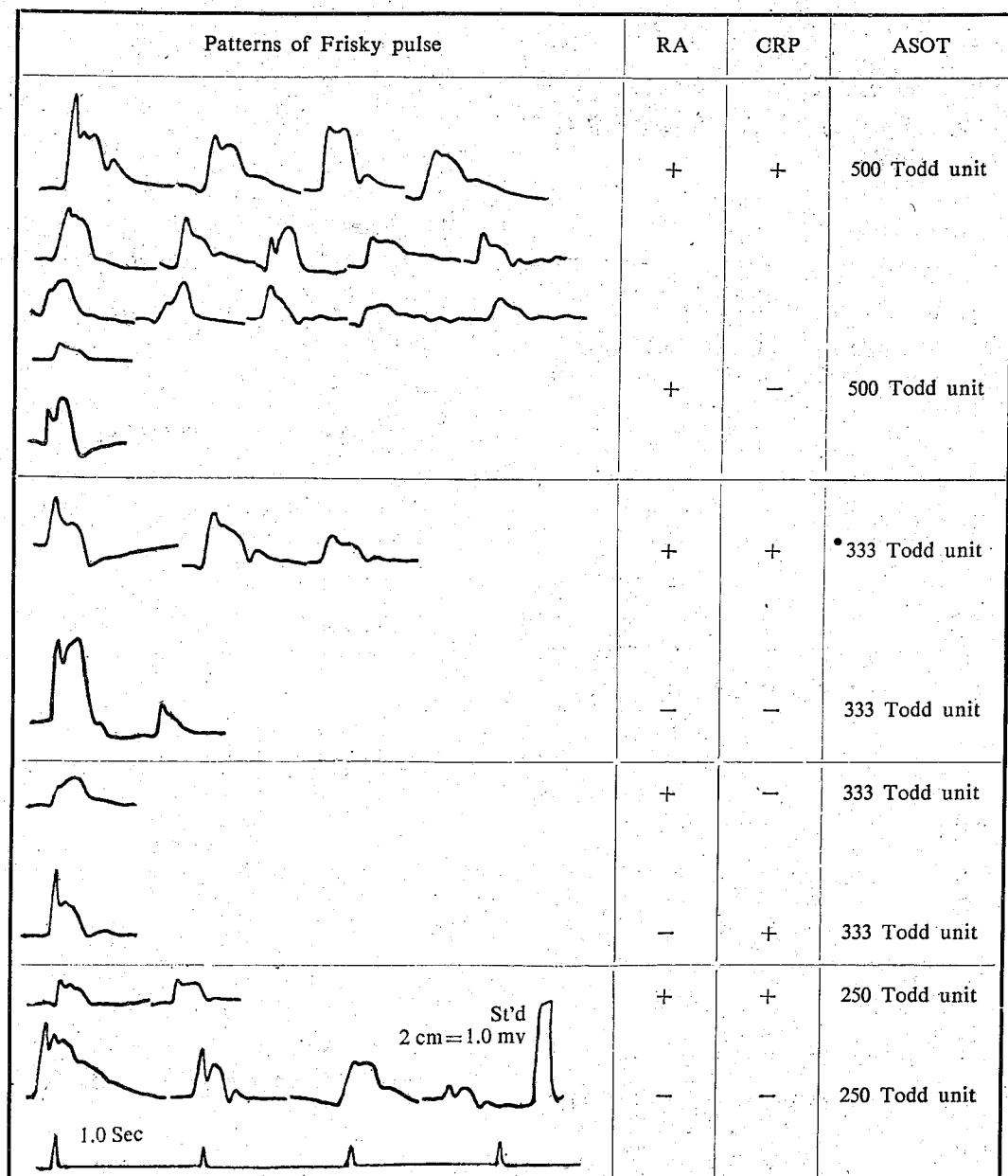
圖十二 心收縮期抖顫



圖十三 僧帽型

應時亦形成中醫所謂散脈，冰鎗脈的本身常出現於慢性肺結核患者及慢性心肺症患者⁽¹⁸⁾。收縮期 P 波的抖顫最先發現於主動脈閉鎖症患者之頸動脈圖中⁽¹²⁾，然而在本實驗室之橈骨動脈圖亦發現到 P 波的複波^(10,18)圖十二，其所代表之意義不明。舒張期抖顫的粗細兩型在肝病的弦脈出現，表六中 1 及 2 圖，其變態脈為牢脈，見表二中 3 圖及革脈

，見表十四中 2 圖。在肺病時的滑脈可出現粗型的抖顫，見表十中 1 及 2 圖。元寶型或僧帽型中陷的 P 波，常出現於慢性肝炎患者之脈波，見表六中 3 圖，合併有舒張期抖顫的弦脈出現，亦可單獨出現如圖十三。圖十四顯示風濕關節痛之患者之脈象出現中醫的「動脈」與西醫臨床檢驗最具診斷價值的 ASOT (AntiStreptolysin-O-titer, O 型抗鏈球菌溶



圖十四 動脈—風濕關節痛之脈象與西醫檢驗 ASOT, RA 及 CRP 之相關性

血素），CRP (C-Reactive-Protein)，(C型反應蛋白) 及 RA (Rheumatic activity 風濕活動因素) 三者的陽性反應似乎有密切的相關性。此外 0 角之出現似與心衰竭有關。

有關於十類脈體之「獨」與疾病的統計似乎受到脈波的晝夜週期⁽¹⁸⁾及四季節律的變化，在目前尚無法作正確之疾病統計。

(二)溝通中西醫診斷的脈診圖形

確定中醫的脈象定義及其脈診主病與西醫診斷之配合，並列舉脈波圖形之類比分析的辨認要點，且以簡單的理想標準圖形作示範（見表一至十四，及其中附圖）。

1. 複脈型 (Bisferiens)

見圖二之 A，每一個單獨脈波可分為收縮期及舒張期，而收縮期又可分成 F 波及 P 波⁽¹⁹⁾。此兩波峯之大小、斜率之委陷或鼓出 (collapse or bulge)，及收縮間期 (ET) 之長短，配合重搏彎曲點位置之高低及在舒張期有無明顯的重搏波，由其高低不同相互構成各類圖形。中醫的洪、動、弦、緊牢、等脈屬之⁽²⁰⁾。此型又可分為八類：

(1)濁脈型 (見表一)：升階上出現低位 AN，且波幅不高大者，常見於心臟血管病，見表一之 1 及 2 圖。升階上出現高位之 AN，且波幅較高大，常見於心臟冠狀動脈病變⁽⁸⁾，見表一之 3 及 4 圖。漢，張仲景金匱記載：胸痺不得臥，心痛徹背。

在西元前二百年 (200BC) 描述心絞痛症狀竟歷歷如繪，故摘錄於中醫之脈診作為引證。

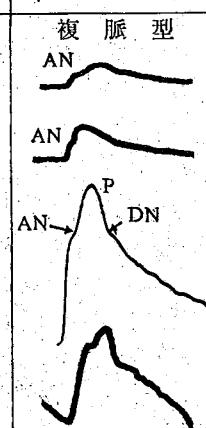
(2)短脈 (見表二)：本實驗室常見胃腸潰瘍患者出現短脈，見表二之 1 及 3 圖，中醫脈診文獻亦與之相符。

(3)牢脈 (見表二之 3 圖)：中醫脈診疝瘕痕似即西醫之臟脹痛。牢脈本身為短脈兼有弦脈之象，故將之附於短脈之表內。

(4)動脈 (見表三)：本實驗室常見風濕性關節痛患者出現動脈，中醫脈象形容其狀有如小火苗在燃燒時之跳躍狀，真是傳神，見表三之圖。漢張仲景之金匱脈診主病描述患者骨節痛，煩掣痛，不得伸屈，近之則痛劇，惡風不欲去衣，或身微腫；聊聊數語竟能表達無遺。故亦錄於中醫脈診之內。本實驗室求證出動脈之脈象是收集大量關節痛患者之脈波，同時引證檢驗資料如 ASOT, CRP 及 RA 或 X 光片等，發現陽性反應者常具有如此類似之脈象。

(5)洪脈 (見表四)：本實驗室去年之報告中⁽¹⁸⁾曾提出高血壓患者之脈波圖例，其一為高大之血流 (F) 波另一為鼓出的壓力 (P) 波，後者稱之為堅長脈⁽¹⁸⁾，查之中醫典籍缺其名稱，僅在素問脈要精微論第十七，謂心脈，搏堅而長當病舌卷不能言。此點留待以後研究之。前者之洪大脈在此為鈎脈，惟此表四之圖，在 F 波萎陷段有微鼓之 P，按素問，至真大要論第七十四，論及諸陽脈不鼓，而

表一 濁 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|--|--|---|
| <p>濁脈 (Slurring or Anocrotic) 細而遲，往來難，短而散，或一止復來 (脈經) 胸痺不得臥，心痛徹背 (金匱)。 寸口脈遲而濁，濁為血不足 (金匱)。 脈濁堅者皆難治 (內經入門，切脈)。 寸濁心虛痛對胸、胃虛脹脈察關中，尺為精血俱傷候，腸結瀉淋或下紅，其註曰： 濁為陽氣有餘，氣盛則血少，故脈來壅滯而肺宜之。又曰：女人有孕為胎病，無孕為敗血，如獨見尺中，脈形同代為死脈 (瀕湖脈學)。</p> | <p>複脈型  </p> | <p>(1)複脈型。 (2)在升階上之任何部位發生 /, / 或 / 三種不同形式之 AN。 (3)升階之斜率不陡 (約 30°~70°)。 (4)波幅不高。 (5)重搏點不明顯，僅可辨認在其前有兩波，其後之 D 波不明顯。 ⊗ 心臟瓣膜病、冠狀動脈病或血管病變。</p> |

表二 短脈及牢脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|---|------------|---|
| 短脈 (Short) 來去縮縮而短（醫宗金鑑，脈訣）。 戴同父云：短脈只見尺寸，若關中見短，是陰陽絕脈，必死（瀕湖脈學）。 四肢惡汗，腹中生氣，宿食不消，氣壅三焦，臟中生寒氣，大瀉通腸必得康（五代，高陽生，脈訣）。 | 複脈型 | (1)複脈型。 (2)F峯尖銳。 (3)升階之斜率甚陡。 (4)升階之波幅較低。 (5)P波及D波之斜率皆小，P ($10^{\circ} \sim 45^{\circ}$)，D ($10^{\circ} \sim 20^{\circ}$)。 (6)D波後段呈水平線。 ⊗胃腸系病。 |
| 牢脈 (Clinging) 沉而極有力（醫宗金鑑，脈訣）。 牢疝癥瘕，心腹寒痛（醫宗金鑑）。 | 複脈型兼舒張期之抖顫 | (1)複脈型兼舒張期之抖顫。 (2)短脈兼弦脈，具短與弦之一切特性。 (3)具有沉伏脈之特性。 ※內臟痛。 |

表三 動 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|--|-----------|--|
| 動脈 (Frisky) 數見關中，動脈可候，厥厥動搖，狀如小豆（宋，崔紫虛，四言舉要）。 數而跳突（何夢瑤）。 動為痛（脈經）。 風濕相搏骨節疼，煩掣痛，不得屈伸，近之則痛劇，惡風不欲去衣，或身微腫（金匱）。 脈至如火薪燃（跳動狀）（素問大奇論）。 | 複脈型 | (1)峯尖銳 ($\sim 30^{\circ}$)。 (2)升階之斜率甚陡，幾成 90° 。 (3)升階之波幅中等。 (4)P波有變態的圓滑後鼓，甚至可高過F峯。 (5)ET較短。 ※關節疼痛。 |

陰脈則鼓甚而盛，則此處之鈎脈其P鼓凸而出，當為手少陰心經之脈，而前文之洪大脈其P稍凹可能為其表裏脈，手太陽小腸經也，此點尚待求證。

(6)緊脈（見表五）：表中之三種脈象皆屬緊脈，從內臟絞痛及肌肉痛之患者觀察出似乎皆有此一雷同之脈象，今後當進一步的分析其究竟與腎結石或膽結石之關係。

(7)弦脈及僧帽形脈（見表六）：表六中敍述弦脈，其中有一特殊脈象稱為僧帽形或元寶形，其本身亦屬於弦脈，在複脈型中如果F波稍尖而高，D

波又甚明顯，P段呈圖二中所示十大變化的第6類，小而扁平的形態出現。此脈象似與肝功能不正常或HAA陽性反應者有關連，是值得發展研究的一個脈型，因其與肝病有關，故置其圖於表六弦脈中的3圖，該圖為僧帽型兼弦脈之象，此型亦可無弦而單獨出現。如圖十三。弦脈本身可分粗與細兩類見表六中1及2圖。

(8)複脈型的散脈（見表七）：素問，脈要精微論第十七謂少陽脈至，乍數乍疏，乍短乍長。其所謂乍短乍長者即西醫心臟科常用之詞彙 Alternans

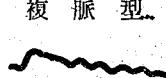
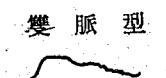
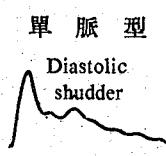
表四 洪 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|---|-----------|---|
| <p>洪脈 (Surging) 指下極大，來盛去衰，來大去長（瀕湖脈學）。</p> <p>脈來前曲後居，如操帶鉤曰心絕（內經）。鉤卽洪脈（醫宗金鑑，四言脈訣）。</p> <p>夏脈如鉤，心也（素問玉機真藏論）。</p> <p>上來應指而盛，下去減力而衰，謂之洪（醫宗金鑑，脈訣）。</p> <p>洪是火（心）傷（醫宗金鑑）。</p> <p>脈洪陽盛血應虛，相火炎炎熱病居，寸洪心火上焦炎，肺脈洪時全不堪，肝炎胃虛關內察，腎虛陰火尺中看（瀕湖脈學）。</p> | 複脈型 | <p>(1)複脈型。</p> <p>(2)主波幅高大。</p> <p>(3)主波峯尖銳且長。</p> <p>(4)P波後段稍鼓出。</p> <p>(5)DN點位置在主波幅下三分之二處。</p> <p>(6)D波明顯。</p> <p>(7)可能出現舒張期抖顫。</p> <p>※高血壓及血管硬化。</p> |

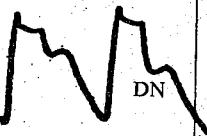
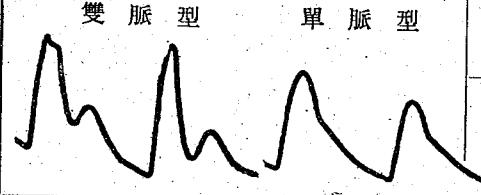
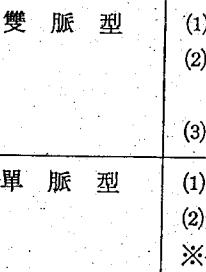
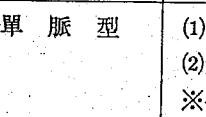
表五 緊 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|--|-----------|---|
| <p>緊脈 (Seizing) 來往有力，左右彈人手（素問）。</p> <p>緊比弦粗勁且彈（醫宗金鑑，脈訣）。</p> <p>諸緊爲寒爲痛（瀕湖脈學）。</p> | 複脈型 | <p>(1)複脈型。</p> <p>(2)F峯尖銳。</p> <p>(3)升階之波幅較高。</p> <p>(4)P波有早段之甚高鼓起。</p> <p>(5)有明顯的收縮中陷。</p> <p>(6)P波後段可發生收縮期抖顫。</p> <p>(7)P波後段之降階斜率甚陡。</p> <p>※內臟或肌肉疼痛。</p> |

表六 弦脈及僧帽形脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|---|--|--|
| <p>弦脈 (String) 端直以長（素問）。</p> <p>春脈弦（內經）。</p> <p>平肝脈來，軟弱招招，如揭長竿末梢，病肝脈來，盈實而滑，如循長竿。死肝脈來，急益勁，如新張弓弦（內經入門，切脈）。</p> <p>弦脈主飲，病屬膽肝，弦數多熱，弦遲多寒，浮弦支飲，沉弦緊痛，陽弦頭痛，陰弦腹痛（宋，崔紫虛，四言舉要）。</p> | <p>複脈型</p>  <p>雙脈型</p>  <p>單脈型</p>  | <p>(1)複脈，雙脈或單脈皆可，較多見於複脈。</p> <p>(2)DN後舒張期的小波幅抖顫 (diastolic shudder) 可分兩類，較粗頻率 (11~12 Hz) 及較細頻率 (~47 Hz)。</p> <p>※肝膽病變。</p> |

表七 散 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|--|--|---|
| 散脈 (Loitered) 三部無力而且大，渙漫不收（醫宗金鑑，脈訣）。 無統紀，無拘束，至數不齊，或來多去少，或去多來少，渙散不收……短濶而散，平脈也。心脈軟散怔忡，肺脈軟散汗出，肝脈軟散溢飲，脾脈軟散脂腫病脈也，代散死脈也（瀕湖脈學）。 | 複脈型  | (1) 複脈型。 (2) F 峰形態不穩定，每跳都在變動。 (3) P 委陷或後鼓之斜率不穩定，每跳都在變動。 (4) DN 之形態及位置高低不穩定，每跳都在變動。 (5) D 波不穩定，每跳都在變動。 |
| 雙脈型 單脈型  | 雙脈型  | (1) 雙脈型，如弱或滑。 (2) 主峯之尖銳度不穩定，每跳都在變動。 (3) 其餘如上列。 |
| | 單脈型  | (1) 單脈——長大脈。 (2) 餘如上列。 ※早期心衰竭症或心律不整。 |

(交替性)，當脈波發生機械的交替性 (Mechanical alternans) 時有兩種可能：或為生理的 Anrep 效應，或為早期心衰竭症候^(12,13)。

2. 雙脈型

脈波共有兩峯，收縮期（在 DN 點之前）及

舒張期（在 DN 點之後）各一，且收縮期峯為較高，見圖二之 B。此型共分三類：

(1) 緩脈：見表八中 1, 2 及 3 圖，其分別在 P 波之斜率變化，中醫定義除圖形外，有一息四至之說⁽⁵⁾。人體呼吸照西醫標準為一分鐘十八次，四乘十八為七十二。所以正常心跳為每分鐘七十二跳。

表八 緩 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|---|--|--|
| 緩脈 (Inert) 四至為緩。許曰：一息四至謂之緩脈（醫宗金鑑，脈訣）。 緩脈去來少駛於遲，一息四至……應指和緩，往來甚勻（瀕湖脈學）。 跌傷脈遲而緩，胃氣如經也（傷寒論，辨脈法）。 衛氣和名曰緩（傷寒論，平脈法）。 太陽病，……脈微緩者欲愈也（傷寒論，辨太陽病脈證並治）。 緩脈有陰有陽其義有三，凡從容和緩浮沉得中者此是平常人之正脈（景岳全書，脈神章）。 | 雙脈型  | (1) 雙脈。 (2) 升階斜率 (80~85°)。 (3) 波幅中等。 (4) 波峯稍尖不鈍。 (5) 降階可稍內凹或直線或稍外鼓。 (6) DN 在中點附近。 (7) D 波明顯，其峯稍鈍。 ※正常脈。 |

至於此三種形別，是否有生理之意義，目前尚不明白。

(2)弱脈：見表九中 1 及 2 圖，此脈型為西醫近年來研究較多者，稱之曰重搏脈⁽²¹⁾，亦為脈波中最有興趣的型態之一，以往西方學者認為其第一類（表九中 1 圖）與體質特異的青年人有關⁽¹⁰⁾，或與發燒有關，本實驗室更發現它與肺部病灶有關。其第二類（表中 2 圖）與心律不整之關係已見去年之報告⁽²¹⁾，參考圖九及圖十。

(3)滑脈：見表十中各圖，常見於肺部或肋膜病變⁽¹¹⁾，與中醫各家之意見亦符合，其脈象為雙脈兼弦，為一極有發展潛力之脈象。

(4)雙脈型之散脈見表七中脈波型別之 2，例如

弱脈或滑脈其峯之高度不穩定或尖銳度不穩定，或 DN 之高低每跳都在變動者皆屬之。

(5)雙脈型之弦脈（見表十）可以滑脈為代表。

3. 單脈型

見圖二之 C，脈波僅有一個在收縮期的峯其舒張期之 dicrotism 皆消失不見。

(1)長脈：見表十一。為西方醫學研究最早脈波之一，曰水鍍脈^(12, 22)。本實驗室去年之報告⁽¹³⁾指出其與心律不整及肺部病變有關。

(2)單脈型之散脈：見表七。在西醫診斷心房顫動（atrial fibrillation）時偶可出現此類以水鍍脈為其相應脈之散脈（圖十一）。波幅較高大之單脈

表九 弱 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及 變化部位 | 脈波之類比分析及 認程式與西醫之診 斷 |
|--|---------------|--|
| 弱脈 (Feeble) 重搏脈 (Dicrotic) 弱脈極軟而沉（瀕湖脈學）。極軟而沉細按之欲絕指下（脈經）。脈弱以滑是有胃氣（素問，玉機真藏論）。秋脈者肺也，其氣來急去散，故曰浮。秋脈太過則令人逆氣而背痛，其不及則令人喘，呼吸少氣而歟，上氣見血，下聞病音（素問，玉機真藏論）。久咳數歲，其脈弱者可治（金匱要略，痰飲咳嗽病脈證並治）。 | 雙脈型 | <ul style="list-style-type: none"> (1)雙脈型。 (2) DN 點下降達或幾達基線。 (3)主波升階瘦高，降階微內屈（第一類）。 主波升階較矮肥，降階稍外突（第二類）。 (4) DN 點極明顯。 (5) D 波極高大，僅稍低於主峯。 <p>※第一類見於肺病變如結核及肺炎。 第二類常見於心律不整之相應脈。</p> |
| | | |

表十 滑 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及 變化部位 | 脈波之類比分析及 認程式與西醫之診 斷 |
|---|---------------|--|
| 滑脈 (Sliding) 應指圓滑，往來前後搏動流利，浮滑風痰。 滑，痰脈也（醫宗金鑑）。 脈滑數為肺癰（金匱）。 滑，氣虛多生痰，女得反為吉（清，周學霆，脈學三指禪）。 | 雙脈型 | <ul style="list-style-type: none"> (1)雙脈型 (2) F 波升階斜率適中 ($\sim 80^\circ$)。 (3) 波幅適中。 (4) F 峯圓滑矮肥。 (5) F 波之降階稍鼓，其斜率大於 D 波之斜率。 (6) DN 點位置在中點附近。 (7) D 波不甚明顯。 (8) 有舒張期抖顫。 <p>※支氣管擴張，肺氣腫，慢性心肺症。</p> |
| | | |

常有乍高乍短之形態出現，當無心衰竭症候出現時，此類散脈是否即為內經素問平人氣象論第十八所述之少陽脈，亟待研究。

(3)微脈：見表十二，此圖型與西醫心導管在右心房所得之脈形極類似，依本實驗室之資料，此脈

型常出現於浮脈之沉取時或沉脈之浮取時，極少見到持續出現於全部三取。

(4)細脈：見表十三。此圖型與西醫心導管在左心房所得者極類似。一如微脈，此細脈常見於浮脈之沉取時，或沉脈之浮取時，極少持續出現於全部

表十一 長 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|---|-----------|---|
| 長脈 (Bounding, hyperkinetic, water-hammer or corrigan) 來去迢迢而長（醫宗金鑑，脈訣）。 太陽之至大而長（素問，平人氣象論）。 長則氣治（醫宗金鑑）。 陽毒在臟三焦熱（脈訣）。 | 單脈型 | (1)單脈。 (2)主峯之升階斜率 ($\sim 80^\circ$)。 (3)峯尖較不銳亦不鈍。 (4)降階萎陷稍鼓而不凹。 (5)波幅高大。 (6)無 DN 點，或 DN 點甚低。 (7)無 D 波。 ※偶見於肺病變，心臟病及甲狀腺功能過高症。 |

表十二 微 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|---|-----------|---|
| 微脈 (Obscure) 微，不顯也，依稀輕細，若有若無（元，滑壽診家樞要）。 長病得之多不可救者（明，李中梓，診家正眼）。 | 單脈型 | (1)單脈。 (2)升階斜率 ($20^\circ \sim 30^\circ$)。 (3)波幅極小趨近於零。 (4)降階緩慢。 (5)無 DN。 (6)無 D 波。 ※休克等。 |

表十三 細 脈

| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及變化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|---|-----------------------------|---|
| 細脈 (Trifling) 細之為義小也，狀為線也，微脈則模糊難辨，細脈則明顯易見（明，李中梓，診家正眼）。 形盛脈細，少氣不足息者危（素問，脈要精微論。） | 單脈型 suspicious DN | (1)單脈。 (2)升階斜率 ($\sim 30^\circ$)。 (3)波幅極矮小。 (4)降階緩慢。 (5)有 DN 但不太明顯。 (6)D 波不太明顯。 ※休克等。 |

三取。

(5)大脈：見表十四，此為曲線變化最少之脈型，甚為少見。

(6)革脈：見表十四，為大脈與弦脈之兼脈。極為少見。

(7)單脈型之散脈：見表七之圖例，實際上最常見者為細脈在沉取時兼有不規則的濶脈出現，而形成散脈（圖十五）。

(8)單脈型之弦脈：見表六之圖，其特殊者以革脈為代表（見表十四）。

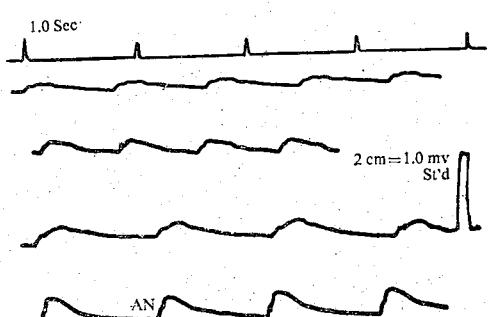
四、脈波圖形在浮、中、沉取時發生的變化

中醫的浮、中、沉三取是指醫家加於病家燒骨

動脈血管壁外的壓力變大或變小，故在沉取時如所加外壓大於血管內壓時血管的半徑就會變小，這是 Laplace 與 Poiseuilli 氏等的西方觀念認為沉取時管內外的壓力差 (transmural pressure)⁽¹⁹⁾較浮取時為遞減。換言之中醫的沉取是在管外增加壓力，但在西醫的觀點則反之，認為是管內外壓力差之減少。中醫的舉按尋是在觀察管內外壓力差改變時脈象之變化。依照醫宗金鑑之脈訣是把虛、實、微、散諸脈列為一類，其定義為三部有力曰實脈，三部無力虛脈稱。素問通評虛實論第二十八曰邪氣盛則實，精氣奪則虛……所謂重實者言大熱病，氣熱脈滿，脈氣上虛尺虛是謂重虛；又曰，經絡皆實是寸脈急而尺緩也。總之脈之虛實即搏力之大小，在圖

表十四 大脈及革脈

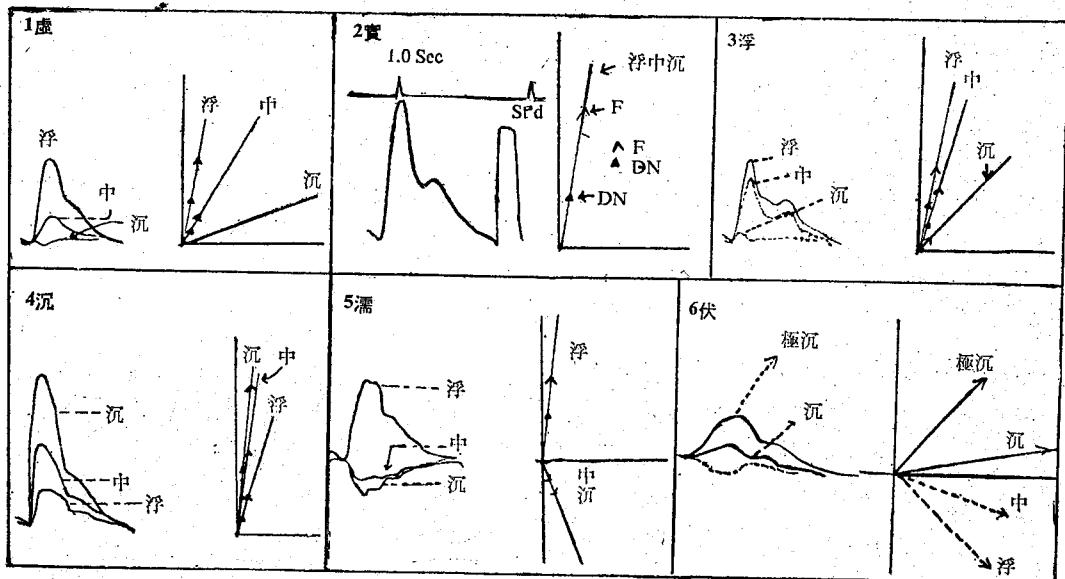
| 中醫脈象名稱、定義及其脈診主病 | 脈波型別及化部位 | 脈波之類比分析及其辨認程式與西醫之診斷 |
|--|-------------------|--|
| <p>大脈 (Large) 脈形粗大豁然者，謂之大脈（醫宗金鑑，脈訣）。</p> <p>大者，多氣少血（靈樞，邪氣藏府病形篇）。</p> <p>大則氣病（宋，崔紫虛，四言舉要）。</p> <p>氣盛則脈大，脈大則不得偃臥（素問，大奇論）。</p> | 單脈型 | <p>(1)單脈。</p> <p>(2)形態似肥矮之等邊三角形。</p> <p>(3)升階斜率 (~70°)。</p> <p>(4)峯尖稍銳。</p> <p>(5)降階稍內凹。</p> <p>(6)無 DN。</p> <p>(7)無 D 波。</p> <p>※待研究。</p> |
| <p>革脈 (Tenacious) 寸口脈弦而大……此名為革，婦人則半產漏下，男子則亡血失精（金匱要略）。</p> | Diastolic shudder | <p>(1)單脈型之大脈兼弦脈（舒張期之抖顫）。</p> <p>※待研究。</p> |



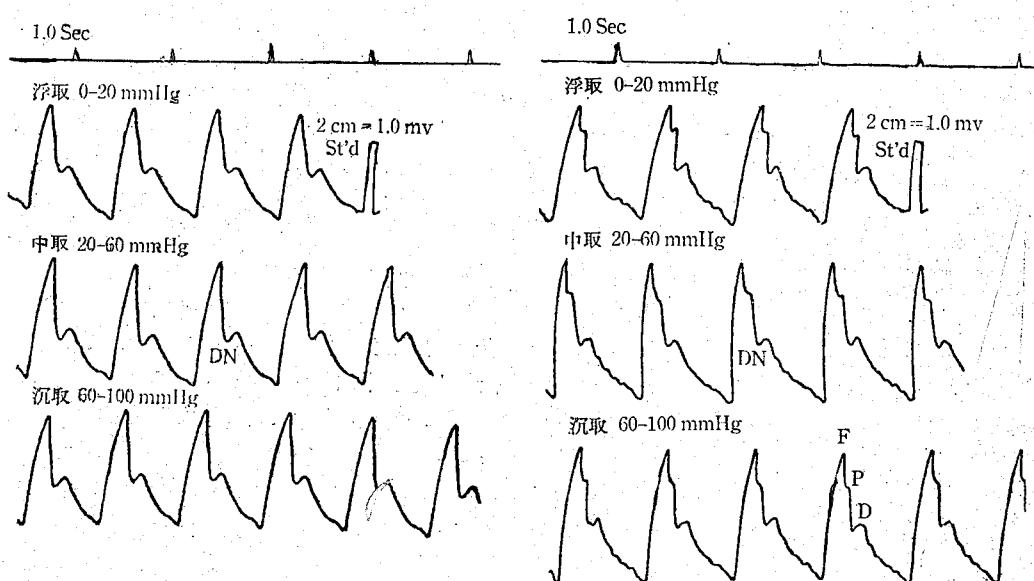
圖十五 升階上不規則的出現升階小隆 (AN) 而形成濶脈型的散脈

形當為升階斜率之陡緩，波幅之長短及重搏點之高低，參考圖十六。

1. 穩定不變型：中醫之實脈屬之，圖十七 a 及 b。
2. 發生主峯高度大小之改變，中醫的浮沉脈屬之，圖十八 a~i。
3. 如果在沉取時斜率變為緩平，中醫的虛脈屬之，如果發生主峯升階斜率急陡之改變，中醫的實脈屬之，圖十九。
4. 發生複脈，包括升階小隆之改變，圖二十 a, b。
5. P 段之改變，圖二十一 a, b。



圖十六 波幅、升階斜率及 DN 對管壁外壓發生遞變時的穩定性，因人
因時而變異，由而形成中醫的虛實、浮沉、濡伏等脈象



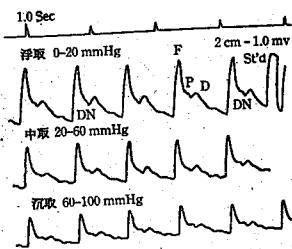
Invulnerable pulse during decreasing
transmural pressure

(a)雙脈型

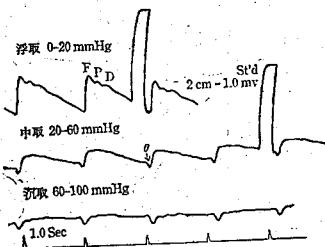
Invulnerable bisferiens during diminution
of transmural pressure

(b)複脈型

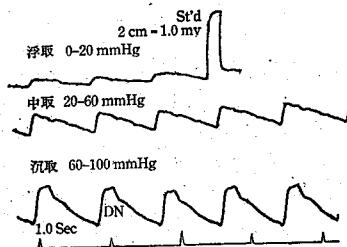
圖十七 穩定不變型中醫之實脈屬之



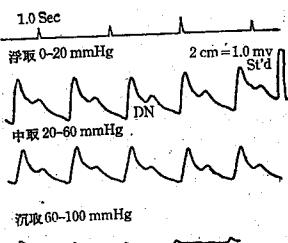
Miniature of shape during diminution of transmural pressure
(a)發生主峯高度大小之改變，其形狀不變，僅縮小而已。中取時浮脈屬之。



Decreased amplitude, lessen dicrotism and its slope, and increased θ -angle simultaneously then collapsed finally during diminution of transmural pressure
(a)中取時形狀大變， θ 角甚深，沉取時消失，屬浮脈。

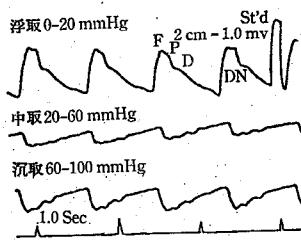


Enhanced ascending limb, bisteries and dicrotism during diminution of transmural pressure
(a)發生主峯高度大小之改變，沉取時波較出，屬沉脈。



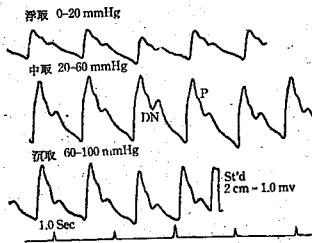
Abrupt shrinkage of size during diminution of transmural pressure

(c)發生主峯高度大小之改變，中取時形狀無大變化，沉取時突然變為細短脈，本型屬浮脈。



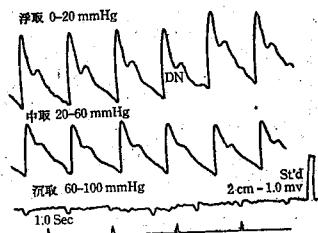
Pulse immediately become indiscernible as transmural pressure decrease

(e)發生主峯高度大小之改變，中取時即消失，屬濁脈。



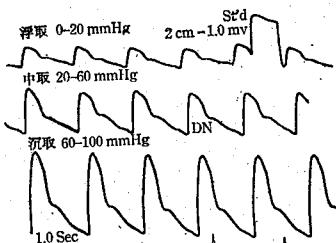
Increased amplitude and dicrotism during diminution of transmural pressure

(b)沉脈，其 F 波之增大甚於 P 及 D。



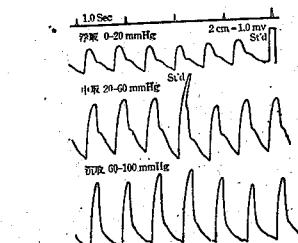
Decreased amplitude and dicrotism then finally all vanished during diminution of transmural pressure

(c)發生主峯高度大小之改變，中取時 DN 變小，沉取時突然消失，屬浮脈。



Enhanced ascending limb during diminution of transmural pressure

(f)發生主峯高度大小之改變，中，沉取時主峯加大 ND 不變，屬沉脈。



Change of sliding pattern to bounding pulse during diminution of transmural pressure

(i)沉脈，由滑脈型變成長脈型。

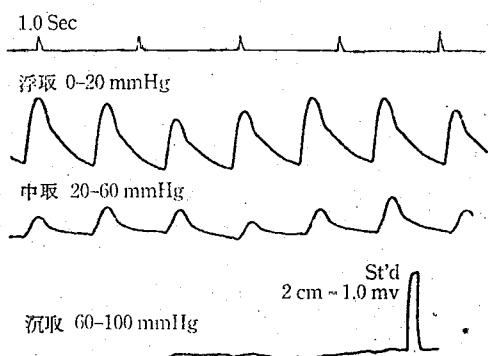
6. 重搏彎曲點上下位置及深度之改變，圖二十二。

7. D波之改變，圖二十三 a, b。

8. θ -angle 之改變，圖二十四 a, b。

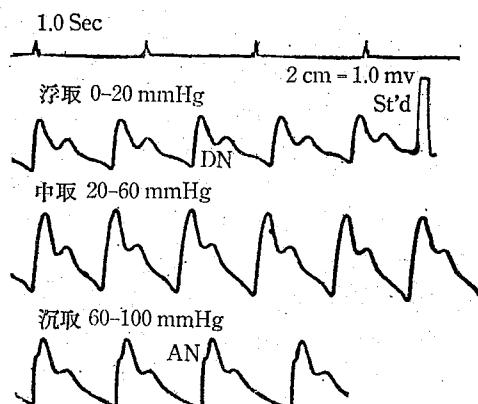
四、討 論

從西方醫學在心導管及非侵入性技術下所獲得之頸動脈圖形資料分析，依重搏彎曲點前後的波峯數目可分為 Bisferiens (複脈)，dicrotic (重搏脈) 及 bounding pulse, hyper kinetic or corrigan



Decreased both amplitude and dp/dt and finally all vanished during diminution of transmural pressure

圖十九 升階的陡度在管內外壓力差遞減時變小為實脈變大為虛脈本圖屬虛脈

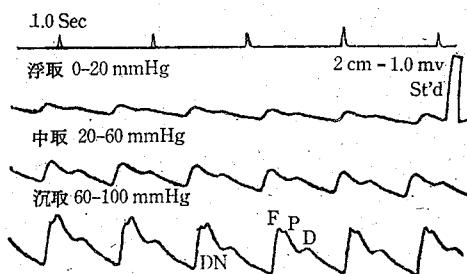


Discernible anacrotic with less dicrotism occur together during further diminution of transmural pressure

(a) 發生複脈，包括升階小隆之改變。沉脈。

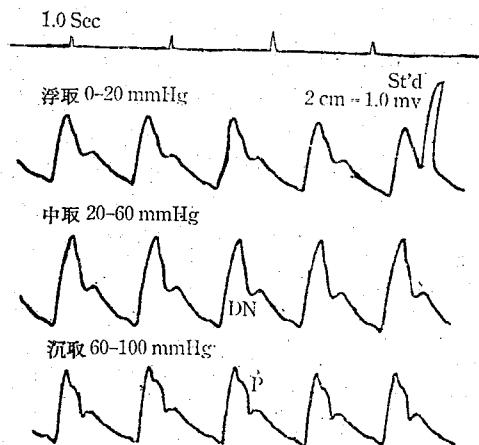
pulse (水鍍脈)，當重搏點下降至基線，可視為一特殊情況。作者參考本實驗室撓骨動脈之脈波資料，當重搏脈的重搏彎曲點不在基線而向上移動趨近波幅之中央時與中醫緩脈的脈象定義及脈診主病符合。故稱之謂雙脈，因在重搏點之前後，各有一波也，由之可衍生出兩種特殊脈象，其一即為西方醫學所熟知之重搏脈，其二為本專題中報告之滑脈，發現兩者皆出現於肺部病變之時。內經素問玉機真藏論「脈弱以滑是有胃氣」⁽²³⁾，弱之定義，王叔和脈經云「極軟而沉」，脈理求真云「沉小軟弱」，⁽²⁴⁾沉小極易辨認，一如琴弦之振動，軟硬乃是觸覺上之區別。當音波在圖形上斜率直而急者為硬，彎曲而緩者為軟。脈波在圖形上之軟硬將決定於重搏彎曲點之高低，及各段升階及降階斜率之緩急。當脈波重搏點在標高之中點或較低，將有軟之觸覺，當此點甚高，將有硬之觸覺，所以一個有正常胃氣的脈將是一個高度適中或稍偏低的弱滑型。滑的定義，經云「往來流利」⁽²⁵⁾，而複脈型之曲線在觸覺的震動上是有弦緊的感覺，微細脈型為瀦弱欲絕，滑脈則有往來流利感，其重搏彎曲點在標高中央稍上處，收縮期的單獨波峯稍圓鈍而不尖銳，舒張期之重搏波斜率甚緩，所以弱脈與滑脈的混合型態將是最正常的緩脈型。

水鍍脈亦為一特殊例子，其重搏彎曲點亦趨近基線，在重搏點前有一高大波峯，其後無波。與中醫長脈的脈象定義及脈診相符合。其普遍型之主峯



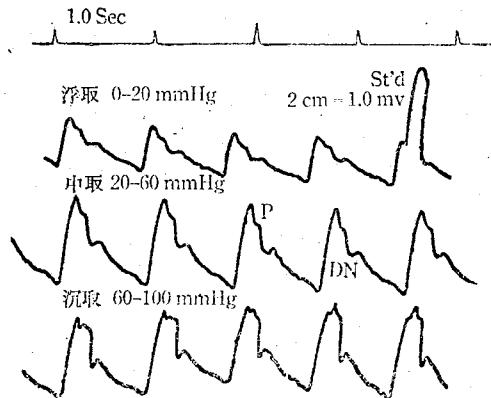
(b) 本例由雙脈型的微脈變成複脈型的緊脈，且其升階陡度在沉取時遞增故屬實脈。所以本例為沉實的兼脈。

圖 二 十



Enhanced convexity of P-bulge and dicrotism during diminution of transmural pressure

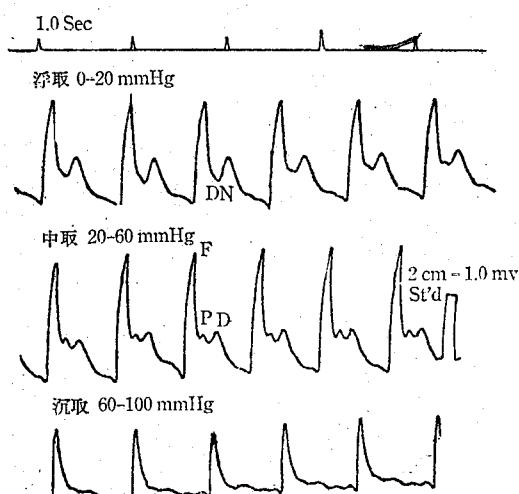
(a) 沉取時使浮、中取時之雙脈，由於P段之鼓出而變為複脈，因素問云諸陽不鼓，陰脈鼓之而盛，所以本例當屬陰脈。



Increased P-bulge and dicrotism during diminution of transmural pressure

(b) 沉實脈，P段凸面鼓出外更形成收縮期抖顫。

圖二十一



Enhanced P-wave and decreased dicrotic wave occur simultaneously then both become indiscernible as transmural pressure declines further

圖二十二 浮取時不明顯之僧帽型脈在中取時由P之鼓出而益顯，沉取時因重搏點之下降形成水鉢脈更在舒張期出現抖顫之弦脈

不若水鉢脈之高大，本文稱之謂單脈，由其可衍生出五類脈象：

(一) 為西醫所熟知之水鉢脈即中醫之長脈，偶出現於肺病或心臟病。

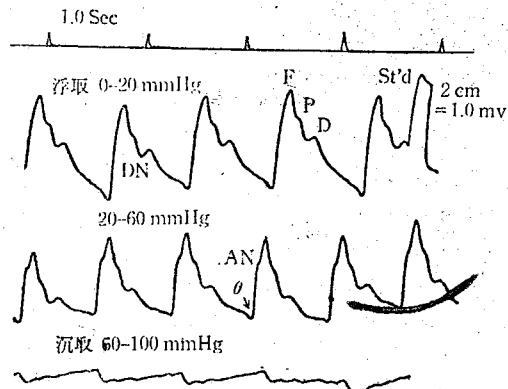
(二) 為中醫微脈。

(三) 為中醫之散脈之一。

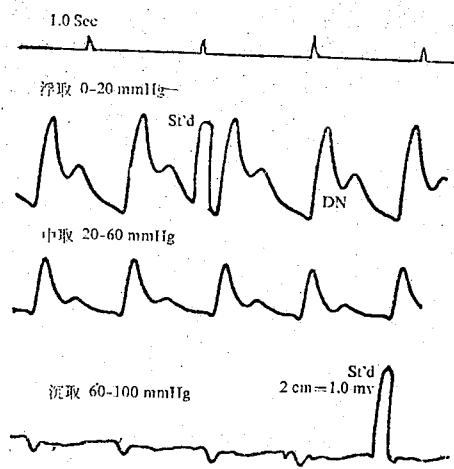
(四) 為中醫大脈。

(五) 為中醫革脈。

複脈為三大脈型中最複雜的一種：① 當重點放在升階之變化上在西醫稱為升階小隆之變化，其特例為中醫之濬脈，出現於心臟病變。② 當重點在P波變化時西醫有三個特殊名詞，一為收縮中陷(Systolic retraction⁽⁸⁾)，當收縮中陷甚深時為形成中醫緊脈之必要條件之一，出現於內臟疼痛之時。再為收縮後鼓(late systolic bulge⁽⁹⁾)，此為中醫動脈的必要條件之一，出現於關節肌肉疼痛時。另一為收縮期抖顫(Systolic shudder⁽¹⁰⁾)在本實驗室亦有發現，但其臨床意義及生理機轉無法明瞭，在複脈型式下衍生出之中醫脈象，除上述之濬、緊、動之脈外尚有短脈及牢脈，至於散脈及弦脈可視為自由配合單元，當然可配合複脈之型式出現。本實驗室前兩年依據內經⁽²⁾及醫宗金鑑⁽⁵⁾之傳統脈學分類方法，從二十九脈中取出浮、沉、遲、數、滑

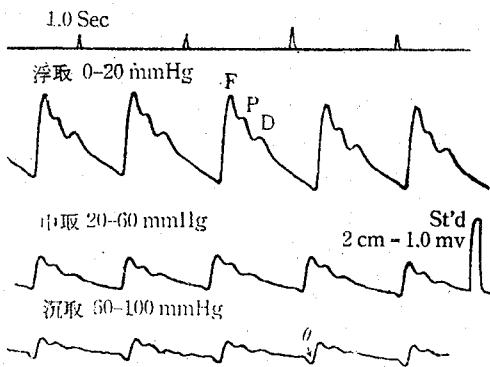


Appearing anacrotic, lessening both dicrotism and θ -angle then all vanished finally during diminution of transmural pressure
(a) D 波之改變，中取出現 AN，沉取脈體消失—浮虛脈。

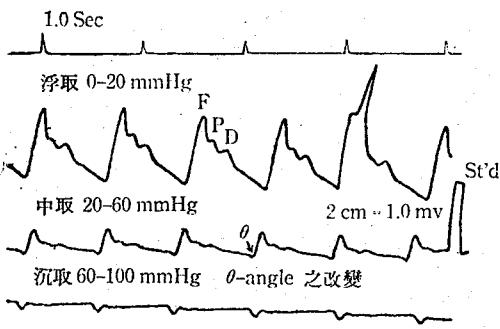


Lessening both amplitude and dicrotism then all vanished finally during diminution of transmural pressure
(b) D 波之改變，中取脈體變小，且由雙脈變為弱脈，沉取時脈體消失—浮脈。

圖二十三



Exaggeration of θ -angle and miniature of size during diminution of transmural pressure
(a) θ angle 之改變。中、沉取時主峯變小， θ 角加深—浮脈。



Decreased amplitude, increased θ -angle then all vanished finally during diminution of transmural pressure
(b) 中取時成短脈，沉取時脈體消失—浮脈。

圖二十四

、濬六大脈象作為主要綱領，曾提出兩篇報告^(10, 11)，其中僅從脈跳之至數分析出遲數緩疾結促代的系列稍有成績，其他從脈波的高度分析系列及脈波之形狀分析系列皆顯出混亂無法深入，尤其試圖從 F/P 比值或 I/F 比值分析皆無結果。因為古代脈診之入手在手指之感覺，講究脈之鼓、搏、溢、從等字義，此點詳見於清朝張石頑之診宗三昧中所探索之高、章、樸、卑所謂綱損脈象，如改用視覺圖

形來判讀就無法與之全部相吻合，所以本報告改用重搏彎曲點為重點而分出脈象之三大型別，又以波形上的點、線段、曲面、斜率、角度及幅高等來識別而分為十大變化，似乎可收事半功倍之效。

中醫的浮中沉三取手法其要點，在觀察脈波圖形對外加壓力之變化，此點在西醫的基礎醫學上亦有詳細之探索，如1840年 Poiseuille 定律對血流、管徑及黏度應力關係之研究；又如 Laplace 定律計

論管內外相對壓力之平衡問題與 Young's modulus 效用，及 Bernoulli's 理論對脈管內部流層的位能與動能之闡述⁽²⁶⁾，皆博大精深。但是在西醫的臨床上，如心導管技術僅測定一個側壓 (Lateral pressure) 而已，雖然在十三世紀，元朝滑壽的診家樞要早就注意動脈半徑改變的哲學觀念，但是較之 Poiseuille 等學者的科技求證，在深度上是不可同日而語，此點亦可窺知中西看法在脈學上的同異之處，今後如何能應用到臨床診斷，將是一個嶄新的領域。

誌謝

本研究之完成承蒙行政院國家科學委員會之經費補助，及行政院核能研究所核儀組全體同仁之協助，謹此致謝。

參考文獻

1. Broadbent, W. H. 1980. *The Pulse* (Cassell, London, ed.), 1879 Lea Brothers, Philadelphia, reprinted by Dabor Science Publications, Oceanside, N. Y.
2. (唐) 王冰撰。黃帝內經素問，pp. 42-44。旋風出版社，民國 62 年版。
3. (唐) 王冰撰。素問三部九候論第二十，黃帝內經素問，pp. 112-119。旋風出版社，民國 62 年版。
4. (明) 王九思等輯。難經集註，卷二，十八難，pp. 26-28。臺灣中華書局印行，民國 62 年版。
5. (清) 吳謙等編。乾隆四年：平脈法全篇，辨脈法全篇。四診心法要訣：切脈診法。脈訣：脈部位歌訣。醫宗金鑑。內科卷二，p. 102, p. 116 卷三，p. 195，外科卷上，pp. 13-15。大中國圖書公司，民國 63 年版。
6. 李煥榮，1974。百年來衛生醫藥研究之進步，醫林小草，pp. 44-45。國立中國醫藥研究所出版。民國 63 年版。
7. Wayne, H. H. 1977. *Non-invasive Techniques in Cardiology* (ed.), Year Book Medical Publishers Inc., Chicago, London.
8. Benchimol, A. 1977. *Non-invasive Diagnostic Techniques in Cardiology* (ed.), The Williams and Wilkins Company, Baltimore.
9. Berne, R. M. and M. N. Levy. 1977. *Cardiovascular Physiology* (3rd ed.), pp. 72-73, Mosby.
10. 汪叔游、陳李仲惠、黃正一、呂恩增、張一華，1977。中醫脈診脈象圖形化之初步研究。科學發展月刊，5(8), 688-697。
11. Tavel, M. E. 1977. Normal Sounds and Pulses Relationships and Intervals between the Various Events, in *Clinical Phonocardiography and External Pulse Recording* (2nd ed.), Chap. 4, pp. 35-44, Year Books Med. Publishers.
12. Hust, J. W. 1974. Examination of the Arterial Pulse, in Inc., Chicago, London. *The Heart*, Chap. 4, pp. 170-179, McGraw-Hill Book Company.
13. 汪叔游、黃正一、張一華、呂恩增、翁誌宏，1978。中醫脈象圖形化之研究(二)。科學發展月刊，6(9), 812-827。
14. (明) 張介賓。脈神章，景岳全書，pp. 92-94。臺聯國風出版社，民國 61 年版。
15. 汪叔游，1979。橈骨動脈波其波峯變化及對心搏節律反應之圖形研究。中華學術與現代文化醫學論輯八集。(出版中)。
16. 任應秋 (1970)，弱脈，中醫脈學十講，p. 127。文光圖書公司，民國 59 年版。
17. Von Anrep, G. 1912. On the Part Played by Suprarenals in the Normal Vascular Reaction of the Body. *J. Physiol.*, 45, 307.
18. Wertheimer, L., A. Z. Hassen and A. J. Delman. 1970. (Abstract). The 24-hours (Circadian) Rhythm of the Cardiovascular System. *Clin. Res.*, 20, 404.
19. Chung, E. K. 1976. *Non-invasive Cardiac Diagnosis*, pp. 202-203, South Washington Square, Lea and Febiger.
20. Mann, F. 1971. *Acupuncture: The Ancient Chinese Art of Healing and How It Works Scientifically*, pp. 166-172, Vintage Books, A division of Random House, N. Y.

21. Ewy, G. A., J. C. Rios and F. I. Marcus. 1969. The Dicrotic Arterial Pulse. *Circulation*, **39**, 655.
22. Burton, A. C. 1972. *Physiology and Biophysics of the Circulation* (ed.), p. 162, 大學圖書出版社翻印。
23. (唐)王冰撰。玉機真藏論第十九，黃帝內經素問，卷六，p. 111。旋風出版社，民國62年版。
24. 時逸人編。第十四節弱脈。中醫診斷學講義，p. 129。臺灣大同書局，民國64年版。
25. (明)李瀕湖。嘉靖。校正李瀕湖脈學，卷一，p. 4。西北出版社，民國63年版。
26. Caro, C. C., T. J. Pedley, R. C. Schroter and W. A. Seed. 1978. *The Mechanics of the Circulation* (ed.), pp. 42-78 and 88-105, Oxford University Press, N. Y., Toronto.

Identification of Diagnostic Pulse Wave Patterns in Orthodox Chinese Medicine and Verification by Modern Science (3)

Shu-Yu Wang, Cheng-Yi Huang and Shiow-Yeh Chen

*Aerospace Medicine Department
Chinese Air Force General Hospital, R.O.C.*

Abstract

In this article we divided the pulse wave into 10 main criteria of change by its amplitude and slope, and also classified basic models of pulse wave by its integral morphology. For the purpose of communication between occidental and oriental medicine some terms from special field of cardiac catheterization were introduced and some occidental diagnostic term with their equivalent meaning in ancient orthodox Chinese medicine were put together here.

About sixteen characteristic patterns were

sampled by reviewing 1,300 different pulse records in our laboratory. Those patterns fit the definition of ancient Nei-Ching and is being explained by modern science. However the instability of pulse wave hindered its way to success. In Nei-Ching the circadian concept was mentioned which might be the cause of the instability of the pulse wave. The follow-up study of pulse wave records in different times suggested this view so, but it requires further statistical evaluation.

兒科用藥大要

魏開瑜

朱肱活人書云：「小兒大人治法一般，但小分劑，藥性差滯耳！」千金方：「如大人法，但用藥分劑少異，藥稍冷耳。」

古今醫統：「初生曰嬰兒，三歲曰小兒，十歲曰童子。入小各異，切不可一概而藥也。」以上僅注意用藥劑分量之多寡，實則亟科用藥，另有一套方法。茲據拙著實用中醫兒科學整編條述如后，舛漏在所難免，敬請 指正！

「勿輕服藥

1 草木氣味不純，原非嬌嫩所宜。

2 問切無因，惟憑望色；粗疏之輩，寒熱莫辨。

3 急切求醫，無事之中生出有事；無效更醫，任意揣度，藥性不同，見識各異，前藥未停，後藥繼進；各爲臆說，一日間湯丸疊進，嬌嫩腸胃，豈堪此無性惡味，不必病能傷人，而藥即以致死。

4 凡有微疾，不用倉忙，但令乳母嚴戒油膩葷酒，能得乳汁清和，一二日間，不藥自愈。時下餵兒多用牛乳，牛乳爲牛而設，適於牛，而未盡適於人，不若人乳多矣。用米泔調稀牛奶奶不加糖以調和其中氣，待其自愈可也。

二 對症便是靈丹

但求對症，便是靈丹，然對症二字，談何容易，非涵詠日久，學驗俱豐者，不易言也。

三 用藥貴在分經

以寒治熱，人所共知也。然肝經之熱，與肺經之熱不同，苟執治肺熱之品，以治肝經之熱，自難收效。故看症固須分經，用藥尤須分經，效與不效，全在不同之一兩味，蓋入經不同，其作用亦大異也。

四 藥少則力專

用藥如能分經，收效自速，故藥味不在多。方多閒藥，難免互相牽制，並浪費病家財力。藥少則力專，仲景用藥亦少。有病則病受，無病則元氣受之。小兒元氣幾何，濫用藥，能無陰受冥損，而變生不測乎？故切不可遇一病，不辨其虛實寒熱，採藥海戰術，悉用散風、消食、清痰、降火行滯，利水之劑，洋洋廿餘味，一套混用，謬稱穩當。

五 勿拘積滯莫執純陽

俗以小兒飲食不節爲執見，最重消磨；更以純陽之子爲定論，恣投苦寒。孰知易停滯者，脾氣必虛，若圖見小效于目前，則常貽大害于日後。況小兒易虛易實。所謂虛者，正氣易於

虛也；實者，邪氣易于實也。然邪湊之實，必乘正氣之虛。若不顧正氣之虛，惟逐邪氣之實，其有不敗者幾希？

至云純陽者，以無陰而謂，乃稱陽耳！其陽幾何？陰氣未全，而復敗其陽，將何以望其生長耶？況賦薄之兒，稟父母之陽氣不足者，多犯氣虛中滿；稟父母之陰血不足者，多犯陰虛發熱，不可概作純陽。至云小兒陽火有餘，實由水之不足。壯水以制陽光，先賢至論；服寒涼百不一生，古哲格言。

六、慎用肥兒保和

常見有愛子者，因其清瘦，每以爲慮，而詢之庸流，不云痰火，則言食積，動輒以肥兒丸保和丸之類，使之常服，豈知肥兒丸以苦寒之品，最敗元陽；保和丸以消耗之物，極損胃氣。謂其肥兒也，適足以瘦兒；謂其保和也，適足以違和耳。凡此剋伐之劑，最當慎用。

故必見真火正證疳熱，乃宜肥兒丸及寒涼等劑，真正食積脹滿，乃投保和丸及消導等劑。真正痰火喘急，乃宜抱龍丸及化痰之劑。

七、隔一隔二

治病有隔一隔二之法，幼嬰體嫩，應用尤多。比如小兒咳嗽，而又泄瀉頻頻，審其火盛，本可投以清肺火之劑，原屬不誤，惟患者服藥之後，咳嗽未去，而泄瀉更頻。蓋肺與大腸相表裡，清其肺火，熱入大腸，泄瀉愈甚，是未見其利，先見其害也。識者一見此症，審知肺之所以熱，乃由心火上迫之故，所謂火刑金也。舍治肺而治心，心與小腸相表裡，使熱由小腸而出不犯大腸，心火既戢，肺金不受火迫，泄瀉止而咳嗽亦愈。

。若見肺治肺，則屬下乘耳！

八、初、中、末

「初用猛法，以攻病之藥去之，不可惡攻而愛補，反助其邪爲兒之害。中用寬猛相濟，病久不除，乳食必少，脾胃大倦，于補脾藥中加攻病藥，看兒強弱加減之。末則用寬法，兒病既久，久則成疳，只以補脾胃爲主；正氣完則邪氣自盡矣。」

【萬氏育嬰家秘】

九、合色脈，辨虛實

內經云：「能合色脈，可以萬全。」蓋上醫之治小兒疾也，「以色合脈，以脈合色。」「實則瀉之，虛則補之。」不違則制，萬全之道也。且如，兩腮紅者，色實也；脈急數者，脈實也；大便祕，小便黃，渴不止，上氣急，足脛熱者，實證也；有此三實者，宜以寒涼之藥瀉之。所謂不可服熱藥者有七者，此也。如面㿠白者，色虛也；脈微沈者，脈虛也；糞色青，腹虛，嘔乳，眼珠青，足脛冷，虛證也。有此三虛者，宜以溫熱之藥補之。所謂不可服寒藥者，有七者，此也。

六、勿輕汗下

按仲景傷寒法，不應汗而汗之者，爲癰瘍，警惕，汗不止之證。所謂桂枝下咽，陽盛則斃也。不應下而下之者，爲痞滿，腹脹，吐瀉，腸滑不止之證，所謂承氣入胃，陰盛乃亡也。但：孩兒實熱下無妨。歌曰：「面赤睛紅氣壯強，脈上弦洪肚上熱，齦紅喉痛尿如湯；屎硬腹脹脅肋滿，四肢浮腫夜長。遍身生瘡肚隱痛，下之必愈是爲良。」

士、藥擇其良

良謂氣味和平，無毒之藥也。毒謂峻利，瞑眩之藥也。故小兒之方，實則瀉之，如瀉青、導赤、瀉白、瀉黃之類，虛則補之，如安異功、阿膠、地黃之類；如涼驚治熱，理中治寒，抱龍治癆，肥兒治疳之類，皆和平無毒之劑。此皆傳統之良方也。如巴豆、牽牛，雖未嘗不用，亦不可專用也。嗟乎！今之行幼科者，每以礞砂治積，輕粉治癆，以砒治瘧，以硫治寒，皆是大毒之藥，小兒之腸胃嬌嫩，安能當此毒也。

三中病則止

服藥之後，中病即已，勿過其制。勿過其制者即內經所云：「大毒治病十去其三；小毒治病，十去其五；無毒治病，十去其七。」之法也。內經云：「及其衰也，待其來復。」謂病衰其半，即止其藥，以待其真氣之發生；又以乳食之養，助其發生之氣。諺云：「藥補不如食補」者是也。一切症狀減退後，仍須休息與病程經過相等之時日，以達身體與精神方面之完全康復。

三注意忌口

如發高燒時，應減少其食量，以減輕其腸胃負擔，傷風咳嗽，忌食魚腥；痰多忌食油膩；泄瀉下利，忌食魚腥、酒、油膩，發熱忌吃燥物如牛肉、雞肉之類，皆信而可徵。

三貴在對症

廣省兒科名醫楊學齡先生曾云：「治病如配鑰匙開鎖，庸手以鑰一大束，但擇其相類者試之，細微處不及辨，一鑰不合，易以他藥，一易再易，但求倖中。不知鎖未開而機件已壞。中工選鑰較精，落手雖或不中，亦不致有損，再經細擇，尚可開啟。」

其識卓技純者，則不用鑰，但察鎖外情形，鎖內機竅，便可明了。卽以鐵線作鑰形，雖堅如夾萬，無不應手而啟。且也，一鎖有一鎖之機竅，人皆知未可執一鑰以啟多鎖也。然以其鐵線所製之鑰，曲折之處，驟視之每相彷彿，外人又安知其技巧卽在此其異之處乎？」比喻實當而切，其義亦遠而深。

三調其乳母

「小兒週歲有病者，勿妄用藥，調其乳母可也。不得已而用，必中病之藥，病衰則已，勿過其則也。」——育嬰家秘

夫小兒不宜妄針灸湯丸

「芽兒嫩小不耐傷，針灸湯丸莫妄嘗；破肉損筋成瘦疾，壞腸敗胃作餘殃。」——育嬰家祕

三五臟治法大要

「心肺脾三臟，有補有瀉；肝則有瀉無補，腎則有補無瀉也。色脈證治，本諸五臟，心中了了，謂之上工。」——萬氏育嬰家祕

「治療之法，大抵肝病以疏風理氣爲先，心病以抑火鎮驚爲急；脾病當溫中消導；肺病宜降氣清痰，腎病則補助真元，斯得其治法之大要也。」——魯伯嗣學嬰童百問

六不宜服涼，熱藥之證候

知足脛熱，兩腮紅，煩渴不止，頭面好露，揚手擲足，大便閉，小便黃，身壯熱不退，凡此皆宜涼解，不可服熱藥補藥也。

如足脛冷，面㿠白，口中氣冷，熱進退不定，身常悶人，眼珠青，吐瀉不止，肚腹作痛，凡此皆宜溫補，不可用涼藥，

利藥也。——金劉完素六書

夫似病非病——變蒸

「變蒸非病也，乃兒生長之次第也。」「兒生之後，凡卅二日一變，變則發熱、昏睡不乳，似病非病也。恐人不知，誤疑爲熱而汗下之，誅罰太過，名曰大惑。」——幼科發揮。

蓋變者變易也，每變畢卽性情有異於前。何者？生長藏府之意也。蒸者，蒸蒸然熱也！萬物生于春，長于夏者，以陽主生長也。于人亦然，所以變蒸足，始乃成人，血氣充實，骨肉堅牢也。小兒此證，譬如蠶之有眠，龍之脫骨，虎之轉爪，而變化同也。

故每三十二日有一變蒸，至五百七十六日大小變蒸足矣。

輕則發熱、微汗，其狀似驚。重則壯熱，脈亂而數；或汗，或煩啼，躁渴，輕者五日解，重者八日解。

其候與傷寒相似，亦有變蒸之餘感寒邪者，但變蒸則耳冷，上脣發泡，狀如濁珠，若寒邪搏之，則寒熱交爭，腹中作痛而啼哭之聲，日夜不絕。

治此之法，輕者不須服藥。重者或微表，或微利，隨證治之。

凡小兒當變蒸之時，不熱不驚，別無他證者，是爲暗變，此爲胎氣壯盛故也。——幼科全書

手藥期勿藥
注重護養

止當薄衣——「小兒始生，肌膚未實，不可緩衣，止當薄衣，但令背暖。薄衣之法，當從秋習之，不可於春夏卒減其衣。否則令中風寒。所以從秋習之者，以漸稍寒，如此則必耐寒。

。冬月但著兩薄襦（短衣也）。可耐寒，若不忍見其寒，當略加耳。若愛而緩之，適所以害之也。」

無令汗出——「又當消息，無令汗出，如汗出則表虛、風邪易入也。晝夜寤寐，常當慎之！」

哺乳有節——「其哺乳之法，亦當有節，不可過飽，或宿滯不化。」（陳氏所謂：忍三分寒，喫七分飽。頻揉肚，少洗澡。（作者按：此語要活看。）及要背暖、肚暖、足暖；要頭涼、心胸涼，亦至論也。）——魯伯嗣學嬰童百問

、喫熱、喫軟、喫少——「喫熱、喫軟、喫少則不病，喫冷、喫硬、喫多則多病。忍三分寒，喫七分飽；頻揉肚，少洗澡。」——徐春甫古今醫統養子日用法

熱，以引氣與體溫相近者，最易吸收益人。古代浴室設備不良，證治準繩引寶鑑云：「莫抱簷下澡浴，當風解衣。」蓋恐其外傷風寒，故戒洗澡，今則不然也。

乳哺得法——「乳者，奶也；哺者，食也。乳後不得便與食，哺後不得便與乳。嬰兒脾胃怯弱，乳食相並，難以剋化。

「怒乳、氣乳、病乳、醉乳、淹乳，以上諸乳，急欲乳兒，能生諸病，不可不忌也。」——證治準繩

考古人亦重洗澡。小兒衛生總微論方洗浴論：「兒自生之後，須依時洗浴，以去垢污。又不可數數。若都不洗浴，則皮皴毛落，多生瘡疥（癧）。凡洗浴時于背上則微微少用水，餘處任意。既不可極淋其背，亦不可久坐水中，則引驚作病，切

須慎之！如常能依法用之，令兒體滑舒暢，血脉流通，及長少病，無不驗也。」

「兒科藥物之分量

1 西法對於小兒用藥之劑量，頗為嚴格。根據「最新醫師臨床手冊」有下列各種之計算法：

(1) 弗氏公式 FRIEDS RULES

$$\text{成人量} \times \text{月數}$$

150

$$= \text{嬰兒用量}$$

(2) 楊氏公式 (YOUNGS RULES)

$$\text{小孩年齡} \times \text{成人量}$$

$$= \text{小兒用量}$$

(3) 克氏公式 CLARK'S RULES

$$\text{小孩體重 (磅)} \times \text{成人量} = \text{小兒劑量}$$

(4) 卡維 (GOWIN) 氏小兒用量

$$\begin{aligned} &\text{一歲以下} \parallel \text{成人量 } 1 / 15 \sim 1 / 12 \\ &\text{一~二歲} \parallel \text{成人量 } 1 / 8 \\ &\text{二~三歲} \parallel \text{成人量 } 1 / 6 \\ &\text{三~四歲} \parallel \text{成人量 } 1 / 4 \\ &\text{四~七歲} \parallel \text{成人量 } 1 / 3 \\ &\text{七~十四歲} \parallel \text{成人量 } 1 / 2 \\ &\text{十四~廿歲} \parallel \text{成人量 } 2 / 3 \end{aligned}$$

2 然若干藥物，對小兒用量，不能以年齡為根據。比如阿力平 (Atropin) 、巴比士 (Barbiturates) 對嬰兒尚未發

育之大腦皮質，僅有輕度作用；然鴉片劑對於皮質下層之作用較強，嗎啡用於嬰兒，須格外注意或避免之。

3 中藥性質和平，故用量勿須西藥之嚴格。據編者經驗，下表亦頗安全有效。

八~十二歲用成人量二分之一

二~六歲用成人量 四分之一

六個月~一歲用成人量六分之一

出生~三月用成人量八分之一

但用藥時仍須注意，患者體質之強弱，病情之輕重，及對藥物之敏感度，以為增減之權衡。凡各藥最初劑量，不可過大，待用後觀察其反應及效用後再決定。因藥物作用，常因人而異，尤以小兒為然。

「兒科解熱劑之應用

1 小兒病多發熱，故發熱劑之應用甚廣。然發熱有利於患者抗病機能及辨認症候，不可妄退。否則徒足減低其抵抗及貽誤診斷。

2 但熱度太高，對病人有生命危險；或熱雖不甚高，但因熱而引起頭痛等，足以妨礙病人之休息及疾病之恢復時，則非解熱不可。

3 西藥解熱劑如阿司匹靈、披拉米同等，雖力大而捷，服之汗出熱退，然非治本之法，輕症感冒，固可一汗而退，若逢其他傳染病，僅能獲一時之舒適，藥去而病復來。且藥量太多，有大汗出而致虛脫之虞。

西法解熱有用水療法者，即以溫水抹身，但為力甚暫，不

善用且招感冒。

中藥解熱劑，藥性平和，且合多種解熱藥，可減低副作用，收協同之效。同時發汗利尿，殺菌各劑，又多合併使用，所以熱退而病亦愈。

中藥之優秀退熱劑：柴胡、前胡、黃芩、白薇、蟬退花、地龍、大青葉等。

三、兒科鎮靜劑之應用

鎮靜劑能安靜小兒，有益於恢復體力，惟不可過用，致終日昏睡，有妨排毒作用。

西藥之鎮靜劑，為溴劑、鎮痙劑、安眠劑、嗎啡（慎用）等。鎮靜劑與催眠劑用法，除口服外，可用稽留灌腸法與皮下注射法。

中藥之鎮靜劑：牛黃、猴棗、珍珠、羚羊角、鈎藤、龍骨、牡蠣、象牙絲，及各種蟲類，如地龍、蟬退花、全蠍、殭蚕、蜈蚣等均有鎮靜作用。

四、兒科鎮痛藥之應用

西藥解除疼痛劑，常用者有兩類，其一為鎮痛藥，如鴉片及其脣鹹類，另一種為退熱性鎮痛。嬰兒有急性中毒，高熱，或腹脹者，嗎啡應絕對禁用。其他雖有必要，亦忌連續使用。如有心臟病，須配成混合劑應用。

病必有因，治病必求其本，為中醫治痛之根本療法。因熱而痛者，熱去則痛去；因寒而痛者，寒除則疼除。

五、兒科瀉下藥之應用

瀉下劑為兒科常用藥，可以去積食、清腸胃、挫高熱昏譁

之勢。每見小兒發熱腹脹（酵酵）煩躁不寧，單用瀉劑而病安

。此外用于驅虫X光攝影檢查之前，及非腐蝕性毒性之驅除。

仲師極善用下劑，後世濕熱家對之較為疏遠。揆厥原因，蓋由：1. 猛瀉能引起虛脫；2. 醫者不求有功；3. 痘家畏忌；4. 誤以大黃能引邪入裡。

大黃、元明粉、冬瓜仁為中藥常用之通劑。

六、九、兒科利尿劑之應用

中醫極善用利尿劑，幾乎無方不用。蓋解熱常併利尿，如竹葉、蘆根、菊花、扁豆、薏仁、冬瓜仁等皆是。利尿可以排毒，間接亦足以退熱，其法甚善，時醫未之喻也。

七、兒科祛痰藥之應用

祛痰與補水須相輔並用，若僅注意祛痰，缺乏水份補給，雖用祛痰劑亦不易將痰祛出。

中藥之化痰劑有：桔梗、甘草、黨參、皂角、膽星、川貝等。

西藥祛痰劑，常喜用鴉片類製劑，致使增加痰之粘度與抗祛作用，轉使急性變為慢性，遷延難愈。

八、兒科發汗劑之應用

西藥之解熱劑如阿斯匹靈等，均具有發汗作用，力專而強。中藥之發汗劑，如荆、防、蘇、薄、桂、薑、薷之類，力較緩，服之僅微汗出，合乎發汗之原則。發汗劑亦如利水劑有退熱排毒作用，感冒者宜之。

九、兒科強心劑之應用

中醫雖無強心劑，僅有強壯劑、興奮劑，實則此二劑均有

強心作用。

西法對小兒之心臟衰弱，呼吸迫促者，每用強心劑，爲中法所無。強心劑用之恰當，確有起死回生之妙。然臨床醫者，每有濫用之弊。中醫救急，無此神藥。然中醫對虛寒性泄瀉，咳嗽，常用強壯劑、興奮劑而奏奇功，又爲西法所不及。此外中藥含有維生素者甚多。

三、兒科磺胺劑之應用

磺胺類藥物，一般而論，僅能抑制細菌，奪去細菌生長生存所必需之營養物，使細菌無由生存而衰退，並無直接殺菌能力。最後仍有賴本身之抵抗力。磺胺類藥物，內服後由腸吸收，入血後，一部與血漿蛋白結合，另一部則保持游離狀態。起結合後之磺胺失去抗菌能力，故服後之效力與其結合之百分比大有關係。

毒性反應：其在治療過程中，發生輕重不等，形形色色之毒性反應。輕者嘔吐、耳鳴較爲常見；重者血液變化，發生貧血，白血球減少症。泌尿系病如閉尿、血尿、結石等，消化道之妨礙、皮膚疹、心肌炎、關節炎等。

用藥注意：1. 檢查病兒有無過敏反應；

2. 測定血中藥之濃度；

3. 每日檢查小便，視有無磺胺藥形成之結晶；

4. 檢查血液有無貧血或白血球減少症；

5. 多服水及重碳酸鈉；

6. 確實細菌診斷，選擇適宜藥物；

7. 劑量必須充分，維持有效水準，症狀消退，尚須投藥三

日，掃蕩殘菌；

8. 腎機能障礙，日在一五〇cc以下者，用藥宜慎；

9. 宜口服或靜脈注射，非必要，以不用皮下輸入爲宜，不但發痛，且其吸收亦不規則；

10. 對於孕婦應用過量之磺胺類藥物，可使胎兒缺氧致死，而引起流產。

劑量：兒童排洩本類藥品較速，且耐受性亦高。三歲以下可用成人量 $\frac{1}{4}$ 至 $\frac{1}{3}$ 。三~十二歲可用 $\frac{1}{3}$ 至 $\frac{2}{3}$ 。十二歲以上視其體量可用等量或其 $\frac{3}{4}$ 。

主要適應症：丹毒、急性扁桃腺炎、敗血病、膿毒性喉頭炎、肺炎或雙球菌性肺炎，其他細菌性肺炎；流行性腦膜炎，其他化膿性腦膜炎、中耳炎、花柳病、鼠疫等。

三、兒科抗生素之應用

抗生素能直搗病巢，直接殺菌，爲對症特效藥。現代醫學頗有朝此方向發展趨勢。惟其頗有副作用，且多用久用之後，細菌能生抗毒藥性，數十年後，恐無用武之地也。故小病不必用，重病方可用，今人則過嫌濫用之。實則成人亦不宜濫用也。

盤尼西林優於磺胺類者有四：1. 在體中仍繼續發揮作用；2. 對葡萄球之傳染病療效特強，非磺胺類所可比擬。3. 純粹之青黴素，並無毒性；4. 細菌對磺胺類藥物具有抗藥性者，對本品仍屬敏感。

副作用甚少。其見惡寒發熱、紅疹者，殆係製品不純。最好施行注射，口服之效果不佳（被胃酸破壞或阻礙）。

口腔傳染病可用舌片。

兒科通常用于急性中耳炎、膿胸、粟粒性結核、結核性腦膜炎及其他急性傳染病。

職業醫學之臨床觀點

鄭 隆 炎

職業醫學雖然是一種預防醫學形式與治療醫學雙重型態，但是常常發生臨床問題，而且在這方面工作的醫生們都很重視這個問題。職業病、復健及機能障礙勞工的安置問題，還沒有像非職業問題那樣受到研究人員和臨床醫師的同樣重視。因此在這方面工作的醫師們，由於文獻太少或因當時沒有文獻，往往難以找到資料，往往沒有富於職業問題經驗的顧問醫師。而且以請醫師來說，臨床問題往往雖然簡單，但是工作需要、心理因素以及人際關係的運作能將這種問題擴大不少。由於這些原因，職業臨床條件可以證明甚為困難甚至麻煩，但給有良知的醫師帶來最佳挑戰，就是給他一個機會，在其工作當中影響一個人的調適、復健或長壽。

職業病

Occupational Diseases

診斷問題 Problems in Diagnosis

職業病係因病人對其工作環境的病理性適應所引起，所以爲了適當的診斷職業病（或由工作環境關係引起的任何疾病）醫師必須研判病人及環境的暴露。只有少數職業病才和特定病徵、臨床或實驗室的發現有關聯。因此無法適當的把苯中毒引

起的貧血、丙烯中毒引起的末梢神經炎、棉屑沉着病引起的支氣管炎、石棉沉着病引起的纖維性病變、鋸屑沉着病引起肉芽腫以及石末沉着症引起的結節診斷，爲在臨床及實驗發現的病源媒介而已。除了臨床因素以外，惟有知道職業暴露才能作出正確的診斷。一般開業醫師，尤其是在這方面沒有經驗的醫師，想要得到適當的環境資料以及衡量其重要性爲病因的因素，可能是個非常困難的問題。但是一般醫師應用本文所說的原則，往往就能作出正確的診斷，或在比較困難的情形當中，在向其他專家請教以前，能夠作出初步的評估。

醫師應該承認，情緒因素會使診斷和治療職業病患者變得複雜，患者可能表示敵對和憤怒、沮喪、關心自己能否繼續工作或被辭退，視其對於雇主的感受而定。他可能認爲自己碰到了一個不識貨和冷淡的雇主，現在在拋棄他，工作已經使他生病。雇主的態度愈是開明和明智，既有的關係愈無問題，這些消極的情緒愈不可能產生。不過那怕是在最佳的環境，這種情形還是十分普遍，可能導致患者作出不合理的結論，而且預先斷定自己患了職業病。於是這個病人對於和他意見相同的任何人都十分懷疑，這種情緒十分普遍，並不一定表示裝病，不應

該造成醫師方面的消極態度。

不幸在許多情形當中，勞工補償與其他保險之間的賠償有很大的差別，引起一種強烈的經濟動機，把病指為職業病。第三者代表雇工或雇主，固執己見，使得客觀性更為困難，醫師應該謹防傾向偏見。雇工的私人醫師診斷一種職業病，可能感受壓力，因為代表雇主的醫師可有相反的感受。醫師雖然側重某一方面的觀點，不過身為一個真正的專家，必須評估事實，不要顧慮外界的壓力。

職業病的症狀

職業病可能影響身體的任何系統。主要器官或系統可能以十分特定或特殊的方式感應那種暴露。例如石末沉着病及煤礦工人的塵肺病有其相當特定的病理發現；這些發現能使病理學家用活組織檢查或屍體剖檢標本來作診斷。暴露於其他毒物可能沒有特別的病理發現，但有相當特定的臨床症狀及（或）生理變化，這些因素配合實驗室的發現，顯示暴露於毒物，形成一組特殊的症狀。例如一氧化碳中毒，頭痛、虛弱及眩暈（特殊的而不是特定的反應）配合實驗室的發現大約百分之三十五的碳oxy紅蛋白（特定的實驗室發現），就會形成一組特定的顯示一氧化碳中毒。又如鉛中毒、頭痛、便祕及腹部絞痛（非特定的而是特殊的反應）配合實驗室的發現血鉛濃度一百毫升中有一百微克（實驗室發現特定的暴露），就會形成一組合理特有的症狀「鉛中毒」。

當然，必須注意不要忽視某些例外，例如肚腹絞痛及便祕可能是許多其他情況的症狀，而且可以看出一百毫升血中鉛的

濃度一百微克，並無臨床中毒。所以雖有這些情況，一個人可能很久暴露於鉛，其血中鉛量甚高，但無臨證中毒，且無急性腸梗塞引起的肚腹絞痛，亦屬可能。醫師應該注意這些例外。

大多數職業病都有其一系列的特有症狀，雖不完全特定，但是表示職業暴露。身體器官對於外界的各種影響都有一些有限的反應，並且可能以一種方式反應許多媒介。這些反應往往都是發炎、壞死、組織增殖，例如纖維化、癌或肉芽腫，且其特有的反應可能無法和許多其他媒介引起的反應加以區別。例如暴露於棉塵引起的慢性支氣管炎加以區別，而三氯乙烯引起的毒性肝炎無法和酒精引起的毒性肝炎加以區別。同樣道理一成不變的慢性職業病消除媒介以後，可能在實驗室找不到暴露的證據，那是因為表示早已消除急性暴露。

患者評價

病歷與體檢——醫生應該運用在任何情況的診斷當中所用的相同過程，即症狀學、病歷、既往病歷、家族病歷及症狀研究，特別的職業病歷容後討論。

體檢應該包括一般檢查，特別注意可能受到影響的器官系統以及在檢查當中可能看到的身體上的特別發現；例如鉛中毒當中的鉛線、過度暴露於甲苯看得到的肝腫大、過度暴露於苯看得到的脾腫等等。醫師略去患者一般研判，逕行檢查有關經常暴露的部份，就會診斷錯誤，不能發現非職業病。

關於職業病形成所作的實驗室試驗共有四種：

健康一般評估與排除其他情形。研判可疑中毒的情形照例應該包括完整的血球計算、胸部X光透視、心電圖、尿分析、「連

續多項分析器」(SMA-12)或類似的實驗室過程。

非特異暴露試驗。其中若干已如上述，諸如此類試驗包括暴露於血毒素物質(Hematoxi Agents)當中的平均細胞容量及平均細胞血紅素濃度，暴露於肝毒素Liver toxins

(LDH)、病人工作時暴露於肝刺激物減少每秒強制呼吸量(FEV)，鉛中毒當中以血球內戊氨基左旋糖酸，以及例如對木屑有可疑反應性的嗜伊紅白血球分類計箱或痰試驗。這些試驗並非專為某一暴露，而是表示在許多情況當中包括職業暴露在內可能有解剖或生理變更。

工業環境物質或其新陳代謝物試驗以顯示其暴露情況。其中有許多基於有關物質的新陳代謝知識。例如已知逐漸吸收無機鉛，其特徵為血液含鉛量增加。分析尿內馬尿酸，可知暴露於甲苯；分析尿內之氯醋酸和呼吸的物質，可知暴露於三氯乙稀。其中大多數試驗都只表示媒介物吸入體內及(或)其新陳代謝。由於病人的反應多異，並不一定表示中毒。不過，既然發現若干物質，例如碳氧血紅素，其濃度到達某種程度可能中毒。有些試驗並非特定，例如尿內之氯醋酸。有些通常表示暴露已久，例如血內含鉛，可是有些則與最近暴露之久暫有關，例如發現呼吸管中有某些物質。這些試驗不但對於確定最近已經發生暴露，而且對於確定暴露的程度，都可能十分有幫助。

確定對於職業暴露可能刺激、助長或惡化一種病情的過敏性試驗。其中有些試驗，石大金吉(Stokinger)和席爾(Scheel)君已經說過，茲述如左：

1. 遺傳性血清抗胰蛋白酶不足及慢性阻塞性肺疾病。
2. 葡萄糖一一六一—磷酸鹽脫氫酶不足及對滲血性化學品的過敏性。

3. 對二硫化碳的過敏性試驗。

4. 對有機異氰酸塩的過敏性免疫屏障試驗。

吾人往往不願說明輕微暴露之後如何變成重病。上述試驗表示遺傳性素因對於某些病情的發展，可能是由職業暴露而引起或惡化的。例如血清α抗胰蛋白酶不足可能與一個人來暴露於肺部刺激物而患嚴重氣腫有關。認為輕微的職業暴露可能加速發病或者混淆由於無關的原因而得了病的人之真相。若干工業醫療部門在用人以前就用這些試驗作為屏障檢查。諸如此類的試驗次數及用處會在將來增加。

暴露評價——這種評價在診斷有關工作的病情當中是必要的，增加其他臨床方面往往未曾發現的職業醫學領域。但有許多醫師在這方面沒有經驗，感到為難。在一個具備工業衛生服務的大公司裡工作的醫師在這方面就有一種方便，可是大多數醫師尚無辦法接近精密的工業衛生服務。話雖如此，應用幾個原則，並且知道何處求助，會在大多數情形當中作到令人滿意的診斷。

必先確定暴露的性質，即化學品、灰塵或媒介物之屬名或種類。此外需要知道病人暴露於物質或媒介的情況。是灰塵、煙氣、瓦斯或固體嗎？其次，醫師應該確定物質或媒介發生作用的地點以及在這種情形之下可能已經發生的接觸，對於毒性危害初步加以評價。例如一個工人暴露於百分貝的噪音，如

其好好的戴上適當的防護裝置，不會因為噪音而繼續使其聽力惡化。雖然他為噪音所苦，但在這種情形之下，傷害量不會到達耳蝸。同理，一種物質要和呼吸系統接觸才有毒性，除非可以吸入，原則無法接觸。例如皮膚接觸金屬形態的鋁，則不會有毒性，如其變成可以吸入的塵或煙，那就可能有毒性。

醫師也必須問：「暴露的程度和時間如何？」通常要多少媒介物才能致病，醫生應該有個概念。要多少時間才生病？如果在很短的時間輕微暴露，則不足以致病，就要避免誤診為職業病。在職業醫學裡面，安全暴露量的方面係容許限值（TLV）的概念表示，時量平均暴露，本文其他地方另加評述。

一個醫師沒有在一個大工廠工作，如果得到上述資料？可能困難而且費時，但在大多數情形當中並非不可能，而且如其打算要作適當的診斷，可能對於自己最有好處。關於職業暴露的資料通常是從下列資料得來：

1 患者職業史

2 工業衛生資料

職業史——如果職業史是要確定暴露或未暴露於可疑的物質或媒介，可能十分詳細而且費時，對於忙碌的醫師來說，這是往往辦不到的。集中於可能產生最多資料的問題，則可節省時間。

醫師應該確定病人是在那裡工作，他在那裡已經工作多久。

單是這一點就可能很有幫助，尤其是在一個小社區，這裡的醫師大概知道這個地區的工業。醫師如不熟悉公司或工廠，則應確定是什麼產品。關於這一點，力求明確甚為重要。例如紡織品，產品是否為棉紡織品或各種合成纖維之一，其中大不相

同。公司如係製造鑄體，用鐵還是用銅？如係製造金屬產品，只是裝配產品還是實際鑄造上述金屬？其他有幫助的一般資料則與公司的安全及衛生措施有關——工廠有無職業衛生計劃？員工是否實施定期健康檢查以及職前檢查？

上述資料對於形成可能暴露的一個概念很有幫助。次一問題對於確定病人的工作是什麼，應該更為明確。病人通常會用術語敘述他的工作，醫師可能十分陌生，除非對於這種行業已有經驗。如未看過操作，雖然往往十分難以明確的確定病人是作什麼，但如要他明確的說明操作，或許重演有關動作，並且說明工作所用的材料，往往可能直接從病人身上得到很多資料。例如，如其是在一條輸送線上工作，醫師可以假定涉及許多推和舉的動作。這也許對，也許不對。有關物體的尺寸及其大概重量、舉起和距離地板的高度、搬動的距離以及舉起的次數等等明確的問題，就會澄清這些要求事項。

工作說明應該包括雇工工作所用的材料，雇工可能或不能知道自己接觸的材料。最近將來頒佈職業安全衛生法案標準，要求容器要貼標籤，告訴雇工在用毒性材料工作，則應更加知道。病人往往只知道該材料的品名或俗名。設若如此，醫師可從雇主那裡得到更為明確的資料，或如沒有這種資料，就讓雇工說出明確的品名及其製造廠商的地址。大多數製造廠商對於醫療人員提出的要求，都會提供有關其產品內容的資料。

病人應該描述物質的形式及其接觸的種類。是液體嗎？如果是液體，會蒸發成氣體被他吸了進去嗎？他的皮膚接觸過嗎？他有防護裝置嗎？如果有，保護他的效果如何？如其戴個口罩

，公司方面有無防護計劃？是否已經教過他適當的清潔和保養？透過口置他還聞得到化學品嗎？口置戴得合適嗎？

應該問問雇工，他的同事是否遇到類似問題？確定症候和工作如何發生關係，甚為重要。職業病的特徵如為急性症候，則患者症候可能在工作時間加重，而在週末及假期稍微減輕。有些暴露引起急性症候，在工作日一開始不久就看得出來；有些可能變成急性不適遲發的症候，在雇工晚上回到家裡以後才發作。棉屑沉着病屬於前者，暴露於加拿大紅杉及鋅氣可能屬於後者。慢性病如為暴露所致，可能在任職以後數週、數月甚或數年逐漸出現症候，暫時離職，此種症候可能或不可能好轉。在這一方面，確定任職以前有無類似症候，甚為重要。職業性暴露往往會使既有的病情或潛伏發展的病情惡化，尤以既病症候極輕的肺氣腫暴露於引起肺塵沉着病的媒介及肺部刺激物為然。

最後，醫師應該確定有什麼其他緊張和暴露不是與工作有關的緊張和暴露。在許多肺部職業病當中，吸煙是個重大的因素。除了職業暴露以外，吸煙產生一種影響。噪音暴露往往由於嗜好或副業。在經驗當中，許多相當年輕的人由於噪音引起聽力損失，都是第一次到有噪音的工廠工作。有些噪音暴露的病史，可能往往由於是在軍中、農場上、駕駛重機械或射出步槍。

工業衛生資料——雇工的職業史可能對於他的情況可能的病因提供很有價值的了解。但更精確的顯示暴露可從工作地點的工業衛生資料上看得出來。執業醫生應該熟悉得到這種資料

的方法。大公司往往有工業衛生職員，如果有，他們往往都會十分願意提供執業醫生所需的任何資料。

透過公司可能得到更詳細的資料，公司能夠提供化學品或媒介物的確切名稱及其種類，並且詳述有關過程。處理這種病情的執業醫生如果熟悉本地工廠的作業，對於自己及其病人都有好處。許多工廠都很歡迎醫師前去訪問並且了解其作業過程。小工廠可能往往有工業衛生問題，醫師並不知道或不知道如何得到資料。有許多私人顧問醫師會作工業衛生調查，有經驗的職業病醫師和工業衛生專家都知道這一點，向他們請教就可以得到調查資料。工業衛生調查的高度知名度是美國 1930 年頒佈職業安全衛生法案要求的結果，不幸已使許多部份有資格或根本沒有資格的人都在作各種職業衛生調查。由於大多數則無需執照，醫師或公司訴諸此種服務，應該很小心的選擇其中已知可靠而且合格的。

美國許多大都市都有職業衛生部門，並且能夠應乎請求，提供職業衛生調查。同樣的，各州設有衛生處或勞工處或工業委員會，往往都有合格的工業衛生專家及工業衛生實驗室，能夠從事調查。美國許多州已經負起職業安全衛生法案規定的責任。由於有關該法案的視察可能得到獎勵，所以有些州的衛生處已經着手視察，選擇工業諮詢，而且有些州在推展有關該法案的活動。

美國國立職業安全衛生研究所很好的工業人員和設備，會對工業當中無法例行調查出來的特殊關係問題或無法解釋的衛生問題實施危險抽查。同樣的，美國職業安全衛生署也有工

業衛生專家，但其視察乃是配合執行職業安全衛生法案。目前如不予以獎勵，沒有辦法請求該署視察。不消說，雇主如果合作而且急欲解決雇工衛生問題，差不多就是產生最佳效果的氣氛。不過任何雇工，其實或者任何有關人員，包括雇工的醫師在內，關於工廠衛生問題和請求視察，都有權利向該署申訴。

判斷或配合過程——一旦醫師已經評估他的病人，得到必要的實驗室研究以及有關暴露的資料，就必須在診斷當中作臨床判斷。在職業病情當中對於醫師而言，這不應該是一個不正當的問題，因為還有許多病情沒有正確的診斷試驗。江士騰（Johostore）和米勒（Miller）二君說：「在配合過程當中必須儘量遵守特異律（Law of specificity）。特異律要求一個人問答諸如此類問題：已知可疑物質有無毒性問題？所研究的病例當中的反應與已知確定的反應是否一致？可疑化學品是否能被吸收？如果是，已經影響什麼系統？一種不正當的暴露實際是否已經發生？實驗室資料是否證實中毒或系統傷害？」由於診治職業病患的臨床醫生初期往往不能作出正確的診斷，爲了切合實際起見，可以確立一種試驗性的診斷，使其能夠作出有關治療的必要建議，或建議於必要時脫離暴露。此後醫師就能根據治療期間觀察的結果，作最後診斷或法醫診斷。職業病診斷往往失之診斷太快。在有問題的情形當中，這會引起工廠、醫師、雇工、保險業者或工會之間的爭論，很快導致敵對的情況。這種情況對於好的診斷和治療都沒有好處。要處理這種情形的執業醫生如果熟悉勞工安全衛生法、勞工賠償法規，對於自己會有好處。

由於有許多情形，診斷困難，問題重重，醫師應該在必要時向合格的顧問醫師請教。執業醫生似乎在診斷職業病時比在診斷其他病時更忽視這一點。許多醫生不知道有些合格的專家可以幫助他們診斷。在職業醫學界的醫生雖然往往是在一個大工廠裡全日工作，但是往往隨時可以而且願意提供有關如何協助解決某些問題的資料。許多大醫學院都應該設有合格人員研究特別的職業病問題。醫師和雇工往往把這種願意討教視為表示公正無私，因爲執業醫生所作的診斷如有疑問或不適當之際，往往向人請教。執業醫生一開始就向人請教，那就好得多。

職業病治療遵循與其他疾病治療相同的原則。但在治療當中，還得考慮脫離暴露或加以防護。

和其他病情一樣，醫師必先確定有無特效治療。在有些化學品暴露之下，例如一氧化碳中毒、變性血色蛋白血症及鉛中毒，就有特效治療，用以中和或消除有害物質，或使人體生理恢復正常狀態。這些特效治療在其他部份和標準臨床毒物學書籍裡面均有敘述可以查考。

不幸由於許多職業病的顯示都不明確，故其治療不會特定。煙氯化物和酒精引起的肝病，二者治療並無不同。吸入灰塵和吸煙引起的肺部慢性阻塞性肺病，二者治療相同。職業接觸皮膚炎和毒長春藤引起的非職業接觸皮炎，二者治療原則相同

。當然往往需要防止暴露。一個共同的錯誤是只考慮一種暴露防制，就是離開工作，醫師應該考慮這個事實……那些患職

業病的人往往擔任一種工作已經多年，這是一個人的職業和生計。因其職業病徵，尤其慢性病徵，不到晚年不會出現，要他辭去工作往往是個最困難的問題。不用說，這種事不能掉以輕心。的確，永遠辭去一份工作應該是一種最後的辦法。尤以比較高度熟練的工作爲然。

應該解答這個問題：這個人對於暴露是否相當敏感以致合理防制未必可能影響所想望的減輕暴露？如果是，想要這個人留住原職就可能辦不到。然而這個人經常暴露並無必要，調整周圍環境可以減輕暴露。如果一個工廠的員工過份的暴露於一種有害的媒介物，則應盡力控制此種暴露達到目前標準可以接受的程度。醫生可以協助其病人，即向公司當局討論這種問題，以便可把暴露減到最低程度。往往略加改變，所費不多，就能大大減少暴露程度，這是經驗。防制原則就是通風、包圍、屏蔽、工作習慣等等。

醫師基於其考慮到員工離職與環境控制針鋒相對，應該考慮情況之嚴重性。顯然一種無法改變的情況，那怕只有最少的暴露，就得換工作了；但是自我限制或急迫情況通常可以完全改變，可藉限制未來的暴露加以處理。在這種情形之下，往往可使員工安心，未曾發生永久性的傷害，而且如果合理的控制暴露，則其情況就不應該再發生了。

防護裝置是另外一種控制暴露的辦法，惟其使用不無問題，而且在可行的工程控制之際，認爲這是不能接受的長期暴露控制辦法。再者，往往此種防護裝置，尤其是呼吸防護裝置，最需要這種裝置的人最難戴。例如一個患慢性阻塞性肺病的

人暴露於灰塵最會受到影響，也需要戴防護呼吸的裝置。可是口罩增加呼吸阻力，而且員工既已受到傷害，呼吸再增阻力，往往使人難以忍受，也會感到十分疲乏。

但在某些特別情況之下，使用防護裝置可能最有幫助，尤以需要短時間或間歇性的使用爲然，因爲間歇性的暴露強烈。例如評估一個終生與染料爲伍的紡織工人，他的煙癮很大，患肺氣腫和慢性支氣管炎，他已注意到最近幾年由於與染料爲伍，他的呼吸症狀日益惡化。這些染料形式的灰塵會引起咳嗽、痰和呼吸短促，他的私人醫師勸他換個工作。因爲他在這一行是個熟手，離開自己十分喜歡的工作，要在中年去學另外一種技術，工資勢必大減。於是他就問工廠當局，有什麼辦法可以使他留任現職。以很技巧的問他，發現他只是在偶然接觸到染料灰塵的時候才會加重咳嗽和呼吸困難。這和使用幾種灰塵似的刺激性染料有關。他表示這種混合染料的工作每週只有一兩次，因爲他的阻塞性肺部疾患並未加重，他在混合嗆鼻子的染料之際才戴呼吸防護裝置，這種防護配合用以因應其基本情況的措施，就是停止吸煙和服用抗生素等等，使他可以毫無困難的繼續工作。

得了職業病的勞工需要醫生教他安心，當然疾病總是對大多數人的一種威脅。職業病不但威脅個人健康，而且尤其對他繼續供養自己及其家人的能力造成一種不吉利的威脅。由於就是工作使他生病，勞工往往會遽下結論：認爲自己再也不能擔任工作。這種否定的想法和擔心妨礙其康復。運用上述原則，醫師往往十分可能教勞工安心，可以恢復工作。當然多半要看

雇主的態度、願意控制造成這種情況的環境、對於員工的整個態度及其教員工安心而定。執業醫師如果已和雇主及勞工建立友善的關係，則在調停和造成一種對於康復有利的趨勢當中居於優勢。一切都得當心，醫生和病人都不要作關於病人不能繼續工作言之過早的結論。如果病人顯然不能繼續其目前的工作，但是十分可能作其他事情，應在治療初期教他放心。

醫學安置

Medical Placement

安置前檢查 Preplacement Examination

安置前檢查的價值如下：

確定個人擔任某種工作的身心能力。

評估個人的一般健康。

為流行病學及法醫學建立身體狀況的基本資料。

確定擔任工作的身心能力——這已經是而且應該仍是實施

安置前體格檢查的首要目的。在理論上說，根據個人的性向及身心能力，可以使其配合某種工作。如果配合得當，大概可以成為一個快樂而且健康的員工；如果配合不當，該員不會成功，因為缺乏身心能力，或許由於工作關係，就會得病或使既有的病情惡化，或者辭去工作。雖然似乎這有健全的理論根據和重大的經驗證實上述各點，但是許多成見沒有充分的統計效果。需要研判體力仍是需要確定一個人能作往往需要勞力既不損己亦不損人的工作，由於有了勞工補償的先例，雇主們都害怕員工既有的情況惡化。

這些論點雖然正確，但是不幸已經發生若干嚴格應用適任

標準的情形。在很容易得到勞動力從事繁重的勞動之際，有時職前檢查變成一種「挑選過程 Culling process」，其中那些「略有缺點 Slight blemish」的人或有點擔心工作能力的人，都被淘汰了。

雖然仍有許多工作涉及危害健康的重大暴露，但是改善的工業衛生、許多工作減少動用體力、自動化、熟練工人難求和高度的人事變動率，似乎已經減少職前檢查所要求的身體適應了。

不過仍然有些工作需要暴露在熱、化學品、灰塵、費力和其他有害的情形之下。由於勞工安全衛生法的標準期定某些工作的體格要求，亦即以暴露於化學品及媒介物為特徵的那些要求，這種職前檢查似乎會扮演一個日益重要的新角色。

人分為下列幾種：

1 穩定性傷害造成若干限制，但如妥當安置員工，工作活動不會使其惡化。切斷、關節強硬、痙攣狀態、脊髓灰白質炎後遺影響、盲、聾及大腦癱瘓就是一些例子。此處的重點考慮是「員工能否有效而且安全的擔任工作而其本身並不過度緊張？」

2 固定性或非固定性傷害可能由於工作暴露以致惡化。這一類的例子為把患慢性皮膚病例如牛皮癬的員工安置在需要皮膚暴露於溶劑的工作崗位上，以及把患肝病的員工安置在涉及暴露於溶劑的工作崗位上。如有這種情形。應該小心研判病情及工作需要，藉以確保員工的健

康情形不致因其工作而變得更糟。

3. 進行性病情，慢性阻塞性肺病、充血性心臟衰竭及馬莉史壯貝爾（Marie Striimpell）氏病（慢性脊柱關節黏連病）就是這一類的例子。雖然可以安置在坐着不動以外的工作崗位上，但是應該承認，病情的蔓延可能要在最近的將來安置在要求較少的工作崗位上。

4. 間歇性傷害結果，不控制的癲癇，控制不良的糖尿病易患間歇性酸中毒和胰島素休克，就是這一類的例子。有了這種病情，機能不全可使員工變得突然不能從事他的工作。

有各種病情的人就業指導要點依政府的規定而辦理。

對於擔任體檢的職業衛生醫師而言，判斷一個人的體格是否適於某種工作，係一重責大任。醫師對於這種責任應該採取一種合理的途徑，所作的決定要基於富於經驗的臨床判斷，這是根據其所知道的目前工作情況以及該員的身體狀況。

一般健康考慮事項——由於工作變得不大吃力、與工作有關的各種保險以及醫療福利均已增加，尤以大公司為然，已經逐漸考慮到員工受雇以前的一般健康狀況。不幸目前許多雇主都抱這種態度，認為未來的員工是一種保險的冒險。淺見認為研討保險的風險不是職業醫生扮演的適當角色。如在雇用以前有其必要，則應依照保險公司既定的標準，這是基於保險統計的原則。保險理由不合適的責任不應該由職業病醫生承擔。

雇主有權希望員工工作相當準時，任職相當長久。這對於高度熟練的工作日益重要，因其需要花錢訓練及投資。在這一

方面，衛生組對於雇工和雇主都作了一種有益的服務。職前檢查提供了一個很好的機會和員工商談有關矯正其以後可能引起機障的身體狀況。

目前冠狀危險的因素的知識甚至顯示治療緩和的高血壓，對於防止腦充血都有好處。吸煙及超重的嚴重冒險對於醫師及（或）護士提供了一個很好的機會和雇工商談。應把有助於治療的情形告訴私人醫生以作更一步的研判和治療。通常最好是由醫療部門追蹤確定已經作到的最有效治療。在工廠兼職而且自己開業的醫生應該小心避免利用這種機會作爲自己擴展業務的手段。（台灣地區醫生拉病人的風氣很盛）

爲流行病學及法醫學建立身體狀況的基本資料——由於立法強調預防職業病，職前檢查這一方面變得日益重要。職業醫學興起之初，醫生們注意到許多明確的職業病況，但是現在更加了解，職業病況通常都不十分明確、而且在臨床方面甚或病理方面都無法和其他病情加以區別。肺氣腫、支氣管炎以及某種肝臟病都是著名的例子。適當的醫學研判和員工的鑑而不捨提供了一個很好的機會，根據已知的職業暴露發展各種病況影響範圍的比較資料。此外這對於員工提供一種真正的保障，因爲任何變化均可使其提高警覺。

美國有些州准許使用職前資料計算機障，可得職業病勞工補償金。其中最著名的是職前聽力敏度圖。有些州明定失去聽覺的津貼，以前失去聽覺要扣津貼，故在雇用以前必須精確研判診斷。否則雇主就得津貼一個雇工失去聽覺的全部津貼，因其不能提出以前失去聽覺的證件。這種觀念可能擴展到其他方

面，即肺部疾病。同樣的，許多州在其勞工補償法規當中對於第二次傷害及（或）機障都有明文規定，准許以前的部份職業病應從員工的津貼或從雇工的保險費中扣除。有些州已經設立一種特別經費，准許員工領取因其殘疾應得的全部津貼，但是以前的部份職業病津貼是從普通經費而非雇主保險費項下給付。顯然在有這種法規的地方，雇主決定雇用員工之時，決定其健康情況，甚為重要。

儘管有上述考慮事項，許多地方的職前研判還是不受歡迎而且不予以採用。這對於雇主或雇工的好處，往往令人懷疑。在人事變動得快但是危險性很低的工廠，可能有一個很實際的問題，就是適當的「成本利益比率」。因為柯林斯（Collings）發現適當的「成本利益比率」，然而韋廉生（Williamson）懷疑職前檢查的價值。有些工廠使用一種簡略的職前病歷和雇工工作數週或數月以後才作的一種比較完整的檢查，藉以因應此一問題。其他工廠則用一些準醫療人員，包括護士在內，來做這種職前檢查。以我個人和其他人的經驗而言，這些辦法似乎十分管用。當然計量成本利益比率必定是一種彼此很不相同的事情，視工廠而定；負責的醫生可用書面提出任何重大的利害分析，以期對於此事有所貢獻。

某些危險的工作情況需要接觸化學品而且引起身體上的傷害，職前檢查當然似乎必要。也許有些職前檢查不受歡迎，並非由於沒有職前檢查所能獲得的好處，而是由於職前檢查和應用從此種檢查當中得到的資料素質欠佳。

如果醫生評估體能需求失之過寬，不但使得許多無法勝任

工作的人冒險，而且也使員工因其原先就有問題而冒險重傷害的風險。例如把一個以前就有心臟病的人安置在有燠熱或很緊張的環境當中，要以前就背痛的人去作時常舉重的工作。如果多次發生這種情事，雇工和雇主都對有關醫生作的職前檢查過程失去信心。

另一方面，如果評估的標準失之過嚴，就會使得許多十分勝任工作的人找不到工作做。醫生應該不吝建議安置某種工作時候，必須衡量此種不能勝任的嚴重性和此種事件發生的可能性。

因為關切提供均等機會和一視同仁，建立一種工作的體格標準 Physical Standard for a job 有些好處。這樣可能很有幫助；可是不幸，嚴格的體格標準並未考慮到一個人的動物和人體彌補缺點的驚人能力。因此訂定這種標準最好依據所需的能力而不依據損傷。例如一種標準應該明定：「必須具有時常舉重的能力」，而非「必須沒有以前背部受傷的病歷」；或「必須沒有突然失去知覺的可能」，而非「以前任何癲癇病歷均不合格」。與熱和化學品有關的某些工作危險，勞工安全職業安全衛生法所定標準當中行將明定一般指導要點，醫師應該熟悉這些規定。

總之，有關工作能力的分析必須是一種醫學上的決定。消除此種判斷因素的任何企圖都會引起不必要的拒絕錄用或不當位置。醫生應該面對自己的責任而作這種判斷，不應該為勞資任何一方所左右。余及兩位有經驗的職業病醫師合作多年，從

事職前檢查，應用上述原則，我們的判斷前後一致，值得注意。而且醫師只是依據自己所了解的個人體能及工作需要而提出建議，應該說明某人是否十分合格或有某種程度的限制。如有限制，應該特別加說明。最後決定雇用與否，則不屬於醫學範圍。

在評估適合工作的當中，病史是一種最重要的過程。以往的病情和手術，目前的抱怨和心理因素，都由病歷決定。在職前檢查當中得到的病歷，其可靠性可能有問題，尤以如其認為肯定的答案可能導致不錄用一個有希望的人。

在得到一種可靠的病歷當中所花的時間和約見人員的技巧都是很重要的因素。淺見認為若干自己擬的問卷十分不可靠。最近就有一次經驗，在示範獲得一種職前病歷的當中，我有一個機會約談一個管理員，問他關於職前檢查格式的問題。該員對於十個問題均作肯定的回答。於是確定在前幾個月採用直接發問的技術以前，他本人就會答完同樣的問題。這種問卷是從檔案內抽出來的，顯示只有五個問題才是肯定的答案。該員是一個很可靠的職員，且其資料很好，因其完全不懂這些問題，故易解釋其中矛盾之處。以我的經驗，定期自動化健康審查當中自己擬的問卷似乎有點價值，但是一般自己擬的職前問卷不無限制。重大的病歷肯定答案應該包括診斷、治療地點、主治醫師姓名、殘疾以及有無任何殘留的傷害等等，查閱追蹤治療的病歷也很重要。

在大多數情形當中，可以很快作完體格檢查，而且應該包括一種基本的一般檢查，把重點放在矯正檢查以及任何其他可

能容易緊張的系統上；例如化學工廠要注意皮膚，加熱工廠要注意心臟血管系統。依以往的經驗，執業醫生為工業服務所作的職前檢查最受忽視的方面之一就是矯正檢查，而最過份重視的就是疝氣的評估。脊椎和四肢關節的簡單運動檢查範圍對於確定任何主動的矯正問題很有幫助。這只要花幾分鐘的時間，而且十分有價值。

某一員工因為重病而未上班，往往會請職業病醫生看病。如果是勞心或勞力的工作，如有一種重病，可能引起殘留的傷害，雇工和雇主都要知道在體力方面，該員是否能夠回來工作。醫生和廠方如有連絡，往往最能客觀的評估工作的需要，把這種資料和他所知道的病人情形結合起來。顯然他應該和主治醫師合作無間，對於有問題的情況，彼此的看法應該儘量一致。主治醫師往往左右為難，可能受到病人的壓力，因其很想儘快回去工作，或是儘量多多休息。如不了解工作情況，醫生就難客觀的研判工作說明書。

另一方面，如是一個非常重要的員工，雇主可能施以壓力，要他提前回去工作；如是一個不想要的員工，可能延長病假、永遠殘疾或是不必要的換另外一個工作。主治醫師是對病人負責。職業病醫師除對病人負責以外，還要負責保障其他員工的安全和健康以及請他去作檢查的雇主的利益。儘管似乎是利害衝突，吾人已發現明理的醫生，如有高度的敬業精神，很少不可能使彼此意見一致。

通常評估回去工作的原則類似上述體能評估、一般健康、流行病學和法醫學的考慮事項。可是醫師對於熟練員工病後回

去工作和一個新來的員工，不能用相同的標準。員工已經工作多年，比較可能得到傷害賠償，因其對於工作已經了解並且知道如何工作最省精力。同理，在一般健康方面，職業醫學評價回去工作提供機會決定追蹤措施，鼓勵員工充份利用主治醫師所建議的追蹤行動，並且提供職業病醫療部門的某些便利。例如在追蹤血壓讀數或數料當中，主治醫師及公司政策均表同意。

可是職業病醫生如果只作病人的評估，就會失去許多真正康復的機會。病後回去工作還有一個要素不在職前檢查之列，就是正在庫復的員工剛才經過身心的劇變。如不注意此一明顯的事實，可能使得回去工作不成功。為了切合實際起見，可在兩方面考慮復健：

1. 離職復健 OFF THE Job rehabilitation
2. 在職復健 ON THE Job rehabilitation

離職復健包括主治醫師及復健專家的一切努力，例如物理治療、職業訓練、復健中心護理、庇護（保護）工場、特殊工作能力決定，例如在心臟工作研判中心實施，以決定適合特殊情況的工作。這種工作研判的特殊過程要在本文其他地方敘述。在困難的情形當中運用這些方法行將增加員工可以復健的百分比。然在大多數情形當中，甚至重大的殘留傷害或情緒壓制，職業衛生組也可做到在職復健而不利用特別服務。Rehabilitation on THE Job Without Utilizing Specialized Service。

在職復健是一種合作的辦法，運用主治醫師、職業醫生及（或）職業衛生護士和雇主的聯合服務。在職復健是離職復健

的延伸，二者重疊，因此主治醫師及復健中心的復健可在員工回去工作以後繼續實施；另一方面，在職復健措施暗示此種措施是從工作地點來的，甚至在員工就要回去工作以前開始。

對於在職復健而言，下列各項是必需的：

1. 患病當中雇主及職業衛生組的關懷。
2. 返回工作之前從職業觀點來作醫學評價。
 - a. 身體的 Physical
 - b. 心理的 Psychologic
3. 身體與情緒要求的觀點之工作評價。
4. 雇主對勞工問題之瞭解。
5. 勞工的激勵與信心。
6. 調整工作或全部工作之恢復。
7. 職業衛生組追蹤工作。

「雇主及職業衛生組的關懷」——從員工不能工作之後儘早開始，職業衛生組應鼓勵管理員、人事經理以及其他主要人員在員工生病期間表示主動而且不斷的關懷。在本質上這種關懷應該誠懇而有幫助，絕不威脅、監視或要求提早回去工作。除非有壓倒性的證據支持，否則主治醫師、職業病醫師、工業衛生護士及雇主提到退休、改變工作計劃或需要，直到復健情況已經明朗為止，都是大幫倒忙，應該鼓勵雇主不要過早遽下結論，不要要求最後復健的迅速預後，但是要有耐心對於員工能作什麼作一最後決定。雇主應該鼓勵員工回去工作，告訴員工有其價值，並且表

示願意採取所需一切合理的措施以配合其復健。

「返回工作之前從職業觀點來作醫學評價」——主治醫師在

病人生病當中和復健期中已和病人接觸，研判病人。職業衛生組也應參加回去工作以前的研判。在許多地方，主治醫師是職業衛生組的一員。該組應該確定病人疾病的性質，任何併發症、可能影響工作所需的任何藥療法以及任何其他重要資料，例如對盤尼西林的嚴重過敏症。應該特別注重確定復健的情形，因其關係病人工作的要求。在某些特殊情況當中，很可能需要特別的研判；例如一個須做繁重工作的員工，在患心肌梗塞之後恢復健康。此種研判應向心臟工作研判診所請教，應由主治醫師及職業醫生一致同意。回去工作以前，醫生不應要求完全康復。往往這使員工處於不利的地位不妨礙其復健，然而在其自然防衛能夠對付工作當中物理化學危險之前要他回去工作，可能使其舊病復發或者使其病情加重。在體力恢復之後和完全康復以前，有一個很好的時機回去工作。在有病的或受傷的器官強壯得足以應付工作要求之前，不應該建議回去工作。受傷或有病的器官康復所需平均時期的指導要點，例如髖骨骨折、疝氣修復或心肌梗塞之後，基於心臟病專家、外科醫生、矯形外科醫生以及其他專家當前的最佳意見，應該而且能夠建立。不過醫生應該始終記住，要回去工作的是病人而非「斷臂」、「心臟病」或「疝氣修復」。病人準備好與手臂、心臟或疝氣準備不一樣。這種決定仍是一種藝術，所以涉及許多因素——工作種類、環境情況、病人工作表現的技藝、改變工作的可能、以往健康狀況、病人的態度及動機以及雇工的態度——無法用科學方法確定正好回去工作的時間。經驗、判斷、願聽病人傾訴並和病人合作，要比任何不變的辦法更會幫助醫生。

勞工的激勵與信心——職業衛生組和雇主合作誘導回來工

心理評價是職業衛生組所作醫學研判當中很重要的一部份。病人對於回去工作的態度——他自信能夠工作嗎？他害怕不能工作嗎？他如何和管理員及其他員工相處？他盼望回去工作還是寧願退休？——所有這些重要問題當然都有一種非常重大影響，甚至在大多數情形當中也許遠比實際的體能重要。任何醫生都知道，一個雇工認定自己不能回去工作，最難應付。身體與情緒需要觀點之工作評價——這包括工作所需的員工業能。由於時間不夠，醫生也許無法親自來作；但如可能，職業衛生組的成員，例如護士，應該觀察操作情形及工作能力。一個訓練有素的專業人員能夠推測有關的精力消耗、所需的身體移動、要舉起物體的高度及其重量等等可以估量的分數！這是實際的在職視察。如無此種資料，則由員工及（或）管理員詳細說明工作情形，很有幫助。

雇主對勞工問題之瞭解——雇主需要詳細了解員工的體能及其工作上的限制。以我的經驗來說，雇主雖不需要知道診斷及治療的細節，但他通常已有這種資料。醫生及職業衛生組的其他人員應該了解，在一個生產導向的社會上，一個部門的生產受到獎勵，則其主管人員對於接納一個能力有限的員工回去工作，總是猶豫不決。在這一方面，應向各級主管指出，這樣工作有很大的好處。除了人道方面的考慮以外，繼續發工資給有殘疾的人是一種浪費；不過雇主使得員工適當復健，這個員工工作起來，往往比其他員工勤奮而且忠誠。因此雖然這個員工的生產力可能暫時減退，但是結果往往增加。

作的員工，並且使其安心，對於員工最終復健有莫大的影響。

主治醫師、職業醫生或護士或雇主對於員工工作能力表示懷疑之際，往往會傳到該員的耳朵裡，會使該員得併發病。員工及雇主都需要相當的安心；該員回去工作沒有問題。醫生如果甚為疑慮，應該考慮調整工作或是逐漸恢復工作。

調整工作或全部工作之恢復——即令是一個沒有生過病的人，在停止工作幾個月之後突然恢復很吃重的工作，都會非常困難或許有害。預防這種突然的工作改變，可由病人先作運動，例如散步，藉以增進體力，不過如其可能安排，逐漸恢復全部工作或暫時調整工作，可能對於復健過程非常有幫助。逐漸恢復工作可以採取部份時間工作的方式，逐漸增加到全天工作，交互配當比較繁重的工作和比較輕鬆的工作，或是暫時調整一種不太吃力的工作。請求調整工作或部份時間工作，逐漸增加到全天工作，應由醫師特別說明。職業衛生組員如已檢討其工作，則可使員工和雇主更加安心，認為醫護人員了解其工作需要。醫師如不完全了解其工作，應該列舉工作時數、舉重、彎腰、屈身及用力等等的限制。如果醫師認為員工可以恢復「輕鬆工作」，這是不夠的，而且往往引起員工根本不回去工作，直到完全認可可以全天工作為止，或許使其回去作的工作比以前更為吃力。

職業衛生組追蹤工作——如果建議逐漸恢復工作或調整工作，難作適當的安置或對復健有點半信半疑，應該安排醫療人員適時追蹤工作。如有可能，可以安排駐廠護士、醫師的護士或醫師本人去看員工，視情況性質而定。這一點非常重要，

可以確保「工作處方」令人滿意，員工復健不出所料。

定期健康檢查

本文其他地方詳述定期健康檢查，但在此處要從臨床醫師的觀點略加敘述。定期健康檢查根本分為兩種：一般檢查與有關危險特殊檢查。一般檢查為健康保養計劃的一部份或有可能由於各種工作環境引起某種不明確、輕度或微妙的危險。有關危險檢查乃是察看有關特別危害健康的員工健康情形，這種檢查可能是完全檢查或有關危險部份檢查，例如確定鑄銅廠員工的血液含鉛量、研究接觸氯氣化物的員工肝酶、作鍛鐵廠員工聽力敏度圖以及測驗暴露於灰塵的員工肺部機能。所有員工每年都作一次完全檢查，最為理想，顯然所有工廠都辦不到。因此醫師必須確定適於涉及危險的檢查種類。通常這種檢查可由訓練有素的準醫療人員擔任，但是醫師應該始終對於計劃的方針及其結果的說明負責。

本文係參考美國 1978 年卡爾森慈醫師所著職業醫學撰述而成。

復興中華文化

醫院中之醫學記錄

所需要的空間方面也比較經濟。

對每一個住院的病人，應該準備一份標準的統計記錄摘要（「罹病率死亡率呈報表」）其中至少必須包括以下各項：

醫院病案之參考號碼

出生年月日（或入院時的大概年齡）

性別

入院與出院之日期

出院時的情況和以什麼方式出院

主要的診斷

如果需要而能力又允許時，也要包括以下的資料：
其他的診斷

婚姻狀況

外科手術

入院時的診斷

死亡之原因

對於產科病人最好是保存一張單獨的住院病人摘要記錄表

雖然以上的項目包括了住院病人記錄的基本要點，在有些國家內可能需要修改以預留餘地使門診部和急診部也能採用。

醫學記錄之保存

現有的醫學記錄不能滿足現在的需要，因為沒有有效準確和可靠的保存病人醫學資料，或把該項資料供給作記錄醫生之外的人使用之方法。該小組強調所記錄的資料和記錄之方法，以及記錄卡之大小都應該一致。醫學記錄和記錄串連與查閱程序上的統一性，使記錄有伸縮性和互換性。而在印刷費和貯藏

關於醫學記錄保存之法律要求各國不同。有些臨診專家認為這些記錄或是將原本或是把它作爲縮小影片永久保存。但是這樣作費用很大，五年未曾使用的記錄，再行翻查的機會極低，所以永久保存記錄的方法不切實際。並且如果記錄中沒有特

別反常的情況，應該在病人出院之後，某些文件就要銷燬。但是在銷燬之前一定要先與醫院的醫學人員商議，普通說記錄應保存多久完全要看醫院中本身的情況而定。在不同的國家內，應該舉行研究工作來決定醫學記錄保存的最好和最合理的時間。

病人資料的收集和記錄的串連

收集病人的資料應該充份。應該能從記錄中就知道病人是誰。也應該能夠臨床療護，準備總索引，和收集病人療護統計等工作之用。

記錄串連的工作在未來個人醫療，發展疫病學遺傳學或其他研究工作上都很重要。有若干國家已經進行這項工作。一個代表病人的號碼、和入院號碼、以及一個記錄的編號，在進行記錄串連的時候缺一不可。最好是以前人為本位，而不要以出院病人為本位，特別是避免重複記錄的時候，更應該以前人為單位

記錄的中央管理

醫學記錄應該在醫學人員需要的時候就能拿出來。如果記錄是保存在醫院的各科，那麼各科之間交換資料就一定不多，且也不可能有完全和準確的醫院索引。這種制度也有不必要的工作重複之弊。所以只要有可能，就應該把記錄的貯藏集中在一處。這樣不但對綜合性的病人療護有貢獻，並且在抽取某些特定病人的統計和診斷資料時也方便。這種中央管理的制度，也能僱用特別受過這種訓練的人來保存醫學記錄。

醫界中有些人所表示的恐懼認為集中管理的方便就會造成

秘密資料的洩露，在設立集中管理制度時，要把這一點考慮在內。

醫學檔案室

每個醫院應該有一個中央檔案室，有足夠的受過訓練的人員在一個具有科主任等級的醫學記錄主任指導之下工作。為幫助醫學記錄主任制定政策方面的決定要成立一個醫學記錄委員會。該主任是當然委員之一，他的責任如下：

- (1) 設計計劃和執行醫院中或健康中心的醫學記錄工作；
- (2) 把各種記錄索引和與病人療護有關的報告書等各項制度加以配合及集中。
- (3) 計劃本部門之人員、工作地點、和設備等方面之需要。
- (4) 建立控制貯藏和抽閱檔案的程序；
- (5) 計劃口述和聽寫的工作並設計記錄表的格式；
- (6) 發展使用收集和提出統計資料的方法；
- (7) 計劃和進行在職訓練計劃，來訓練醫學記錄人員和參加訓練有關的人員使用記錄；
- (8) 提出有關公開醫學檔案資料的政策；
- (9) 參加醫學記錄內容和病人資料系統之研究工作，協助醫療人員估計記錄的素質和發展這種估計工作的方法；
- (10) 提供醫療人員分類法，這樣就可以由記錄中抽取適當的資料和協助他們進行科學研究；
- (11) 收集有關出生死亡和法定呈報疾病之適當資料；
- (12) 參加醫院內和衛生療護機構內之醫學記錄委員會和其他

(13) 在需要時準備教學材料；

(14) 協助決定資料串連的方法。

但是對於當地特殊的需要應該小心考慮，並且醫學記錄的人員之任務，應該與當地和醫院本身的需求吻合。

在醫院中大量的記錄最適用的方法，就是數字排列的檔案制度。這種制度應該以人名索引為根據，以便能查到任何一個病人的記錄。而另一個診斷的索引能查出曾作過該項診斷的所

有人之記錄。如果能力允許就應使用字母排列之索引，不過倘若病人數目太多而記錄的書記教育程度不夠，就可能需要使用其他方法，例如利用有病人檔案號碼之診療證等。

在醫學記錄時常要使用大檔案室，一般都認為末端數位方法最為有效。在儲藏檔案的時候。如果用架子比用卷柜更能節省空間和時間。

醫學記錄原理訓練

現在大學程度之醫學教育，並不包括一般的醫學資料和特殊醫學記錄技術之實用教學在內。國家衛生統計和怎樣做出這些統計之方法，在法律上醫學記錄有什麼涵義等問題，都應該使所有醫學學生清楚瞭解。如果可能，他們應該參觀醫學記錄部門，以便把基本的原理和技術能向他們解釋和示範。此外醫生應該學習尋找和整理醫學資料的現代方法。

醫學記錄人員所用的名詞各國不同，不過可以大致分為兩類：專業醫學記錄人員（圖書館員），他們受過訓練來監督整個檔案室；技術員或稱為記錄書記，他們只能擔任醫院的例行工作。

人員之訓練應適合指定地區檔案室的要求。對於專業人員的短期訓練班可能很有用，但是需要時不一定就能有那麼多好的教員。

非專業人員的問題長期解決之方法，就是規定一種分成若干等級的職位，各級有適當之薪金標準。專業人員在受訓前應該有完備的醫院經驗。

研究工作

過去三年間WHO已經主辦了幾次研究工作，研究在藥品傳報工作上改善記錄素質的方法。如果一個病人的臨床歷史格式加上化學治療所發現的任何有害副作用一欄，就可以隨時抽出有用的資料供給國家藥品傳報中心使用。

雖然在醫院行政和醫學研究工作上早已使用了電腦，但是很少把電腦應用在醫學檔案方面，原則上電腦是做這種工作最理想的工具。至於實際應用之方法還需要研究之後來決定。應該考慮訓練醫學記錄人員使用電子資料整理的技術。這種技術在將來必然是醫學記錄部門的主要工作。

不同的索引方法和編號的記錄方法，以及各種方法之貯藏、檢查的工作成本，如果能作國際性的比較研究，必然有收穫

進行散發醫學記錄系統和研究工作的消息，需要國際參考中心。其任務必需包括在需要的時候，供給關於某種疾病例如癌症、心臟、血管病、神經病等醫學檔案中選出的文件。

強壯強精藥——冬蟲夏草

處 方

甘 偉 松

中國產蟲草已知者有24種，計有：

1. 鈍狀蟲草 (*C. aciculans* Ravene)

1治老人衰弱者、慢性氣管炎方：冬蟲夏草¹⁰、桑白皮、款冬花⁵、甘草³、小茴香、加水六〇〇公撮 (cc)，煎至1100公

撮，一日三回分服。(重量為公克)

2滋肺補腎方：冬蟲夏草、黨參、山藥、杞子。

3治虛勞久咳帶血方：冬蟲夏草、沙參、杏仁、麥冬、川貝、阿膠。

4治腰膝間痛楚方：以酒浸夏草冬蟲數枚，日啖之。

5. 懶老鴨法：趙學敏(1765年)于「本草綱目拾遺」卷五、草部指出：「夏草冬草，功與人參同」。老雄鴨一隻去肚

襍，納夏草冬蟲三、五枚于肚內，以線紮好，加醬油、酒如常，蒸爛食之，用干病後調養，補虛壯腸。

中國之蟲草

「中醫藥用昆蟲之採訪」中報知。

Edward A. Steinhaus¹¹(1963)于「昆蟲病理學 (

Insect Pathology)」273~289頁，青木清(1957)于「昆蟲病理學」116~162頁記載。Kobayashi¹²(1941)報告：全世界之蟲草屬 (*Cardyceps Robertii*) 植物計125

種。

1. 鈍狀蟲草 (*C. aciculans* Ravene)

寄生于土中的甲蟲類幼蟲體上。產于江蘇、海南、華北、華中、北美。

2. 多枝蟲草 (*C. arbuscula* Teng)

寄生于一種金龜的幼蟲體上，海南產。

3. 甲蟲蟲草 (*C. aspera* Patouillard)

寄生于一種甲蟲的成蟲體上。產華北、華中。

4. 蟬螬蟲草 (*C. barnesi* Thwaites)

寄生于一種金龜的幼蟲體上。海南、錫蘭。

5. 蟬體蟲草 (*C. cicadicola* Teng)

寄生于一種蟬的成蟲體上。海南產。

6. 美鄉蟲草 (*C. geotrupis* Teng)

寄生于一種雪蠅金龜的成蟲體上。華北、華中、浙江。

7. 鰣幼蟲草 (*C. gracilis* Durieret Montagne)

寄生于一種蛾類的幼蟲體上。華北、華中、江蘇、歐洲

生物學講義」，以及最近國立中興大學昆蟲學系教授張書忱博士

于中國文化學院實業計劃研究所博士班研究生楊天行博士論文

8. 蟑蟀蟲草 (*C. grylli* Teng)

寄生于一種鱗蝶的成蟲體上。海南產。

9.似疆蟲草 (*C. isariooides* Curtis et Massee)

寄生于一種蛾類的成蟲體上。華南、華中、華北、北美產之。

10.珊瑚蟲草 (*C. martialis* S. pegazzini)

寄生于一種甲蟲的幼蟲體上，其子實體數目多且分枝，形如珊瑚狀，故名。產于華北、華中、浙江、西印度、巴西。

11.鱗蛹蟲草 (*C. militaris* (L. et Fries) Link)

寄生于蛾類的蛹體上。產于雲南、廣西、安徽、陝西、河北、吉林、日本、錫蘭、歐洲、北美。

12.螞蟻蟲草 (*C. myrmecophila* Cesati)

寄生于螞蟻體上。產于海南、浙江、江蘇、安徽、華南、華中、華北、中南半島、婆羅洲、錫蘭、歐洲、北美、巴西。

13.林蠋蟲草 (*C. nawkessi* Gray)

寄生于落葉不的蛾類幼蟲體上。產于江蘇、塔斯馬尼亞。

14.椿象蟲草 (*C. nutans* Patouillard)

寄生于一種椿象的成蟲體上。產于華北、華中，如海南、廣西、貴州、浙江、安徽等省，分佈于日本。

15.櫟綠蟲草 (*C. olivaceovirescens* Hemmings)

寄生于一種甲蟲的幼蟲體上。產浙江、福建。

16.胡蜂蟲草 (*C. oxycephala* Penzig et Saccardo)

寄生于一種胡蜂的成蟲體上。產于海南、廣西、廣東三省，分佈于日本、中南半島、爪哇、婆羅洲、巴西。

17.蛾蛹蟲草 (*C. polyantha* Moller)

寄生于一種天蛾的幼蟲體上。產于華南如雲南，分佈于巴西。

18.繭蛹蟲草 (*C. pruinosa* Patch)

寄生于一種天蚕蛾的繭蛹體上。產于華南、浙江、江西，分佈于錫蘭、日本。

19.冬蟲夏草 (*C. sinensis* (Berkeley) Saccard)

寄生于一種天蚕蛾的繭蛹體上。產于華南、浙江、江西，分佈于錫蘭、日本。

20.蝮蠍蟲草 (*C. sobolifera* (Hill) Berkeley Broome)

寄生于蠍之幼期體上。一名蟬花。產于華中、華北、四川、江蘇、浙江、福建諸省，分佈于日本、錫蘭、馬加拉西、西印度、中美。

21.黃蜂蟲草 (*C. sphecocephala* (Klotzsch) Saccardo)

寄生于一種黃蜂的成蟲體上。產于華北、華中、浙江、安徽，分佈于日本、西印度、巴西。

22.塔頂蟲草 (*C. stylophora* Berkeley et Broome)

寄生于朽木中的甲蟲幼蟲體上。產于華北、華中、吉林、浙江、廣西；分佈于日本、北美。

23.吹沫蟲草 (*C. tricentri* Yashuda)

寄生于一種吹沫蟲的成蟲體上。產于華中、華北、浙江、河北；分佈于日本。

24.夜蛾蟲草 (*C. tuberculata* (Lebert) Maire)

寄生于一種夜蛾的成蟲體上。產于華南如雲南、浙江、江西。分佈于印度、錫蘭、西印度、紐西蘭、巴西、委內瑞拉、北美、歐洲。

臺灣產抗生藥材之研究

• 頭焜熒 •

民間常用抗生藥材對病原性大腸菌性之檢測

抗生素之發現實為人類對抗疾病方面輝煌的勝利，可惜好景不常，有些微生物與抗生素經一段時間的接觸後，能漸漸對其產生抵抗力，而呈現抗藥性菌株，此種現象在腸內菌羣及金黃葡萄球菌尤為嚴重，腸內菌羣常經由有性結合（conjugation），將抗藥性由某一屬或某一細菌傳遞至他屬或他種腸內菌，此種抗藥菌株在臨床治療上，帶來許多困擾，因此尋找天然抗生物質，實為當前醫藥研究者，刻不容緩之工作。

台灣位居亞熱帶，山脈綿延，雨量充足，因此植物資源，非常豐富，種類亦多，一般民間藥用植物亦復不少。近年來，由於政府倡導開發天然資源，而居天時、地利的我們，若能由省產藥材中找尋天然之抗生物質，不僅可解決目前醫療上之難題，同時，能自給自足，而不須仰賴進口藥材，當可節省數目龐大的外匯。前台大顧文霞教授，林墉基教授及著者亦曾作省產藥材之抗生研究，而取材之菌種，均為標準菌種。為配合臨床應用之參考，因此於本報告中，著者等乃首先收集民間常用抗生藥材三〇種，分別利用極性（polarity）不同

之溶劑（solvent），順次用正己烷（n-hexane），哥氣彷（chloroform），N醇（ethyl alcohol）及水抽取。菌株，則由醫院腹瀉患者之大便中，分離出腸內病原性大腸菌（E. coli），而此四九種 E. coli 菌株亦已被證實對常用之抗生素盤尼西林（penicillin）、四環素（tetracycline）、氯黴素（chloramphenicol）及（oxytetracycline, streptomycin, ampicillin, neomycin, kanamycin等，至少有三種至七種以上具有抗藥性。

此抗菌活性檢測法是將各個病人分離之E. coli菌株，分別種於各抽取物用瓊脂稀釋法作成之培養基中，以觀察攝氏三十七度（三十七度C）及四八小時後之抗菌情況。

結果三〇種藥材中，水製抽取物之烏麻（*Sphenomeris chinensis*）埔鹽（*Rhus semialata* var. *roxburghiana*），大本木一香（*Ludwigia octovalvis*）及半枝蓮（*Scutellaria virularis*）N醇抽取物之大本鰻頭果葉（*Glossyodon hongkongense*）及埔鹽；正己烷抽取物之海金沙

抗癌植物

甘偉松



龍牙草(*Agrimonia pilosa*
Lebed.)

薔薇科。味苦性溫。止血、補虛、強心。為治癌良藥。用量15-30克。



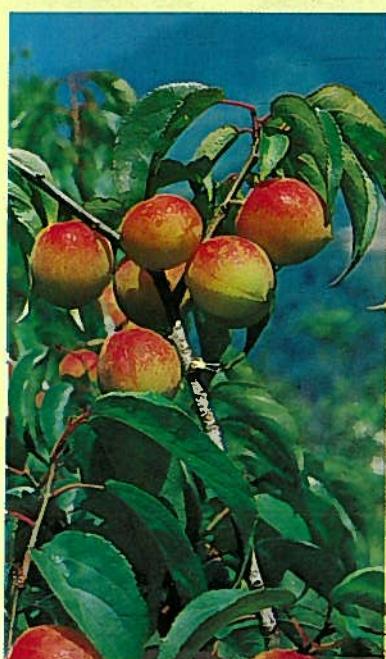
蕺(*Houttuynia cordata Thunb.*)

三白草科。味辛性寒。清熱解毒。消癰。治肺癌。用量15-30克。



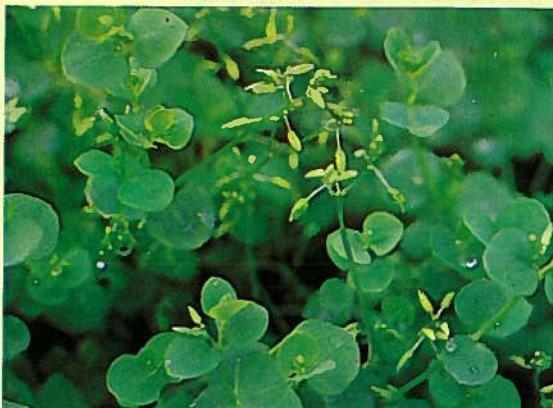
木蓮(*Ficus pumila L.*)

桑科。果味甘滋、性平。活血消腫。治各種腫瘤。用量10-15克。



梅(*Prunus mume S. et Z.*)

薔薇科。烏梅味酸澀、性平。斂肺止咳、生津止渴。抗癌。



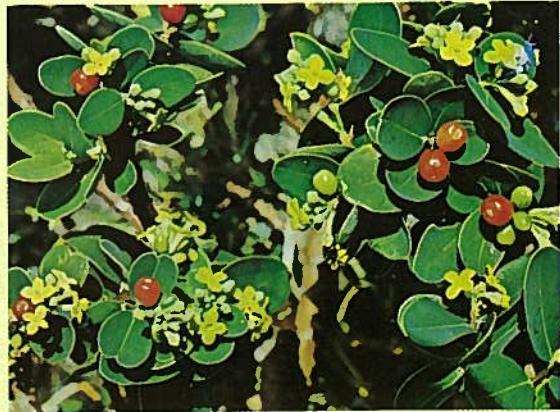
蕓芳草(*Drymaria cordata Willd.*)

石竹科。消炎解毒。治毒蛇傷奇效。臺灣大學林墉基教授研究治血癌。



鳳仙(*Impatiens balsamina* L.)

鳳仙科。急性子微苦、性溫，有小毒。破結消癰。治食管癌。用量15-60克。



南嶺蕘花(*Wikstroemia indica* C. A. Mey.)

瑞香科。味苦性寒。有毒。性熱解毒、消腫散結、抗癌。用量15-60克。



旱蓮(*Camptotheca acuminata* Dcne.)

旱蓮科。味苦性寒。有毒。破血化痰。含旱蓮鹼campothecin、治血癌。



馬利筋(*Asclepias curassavica* L.)

蘿摩科。草興奮、祛痰、催吐、瀉下。美國研究抗癌。



長春(*Catharanthus roseus* G. Don)

夾竹桃科。味苦性寒。涼血降壓、鎮靜安神。含vinblastine, vincristine。治療Hodgkin氏病、絨毛膜癌、小兒急性淋巴球白血症等。



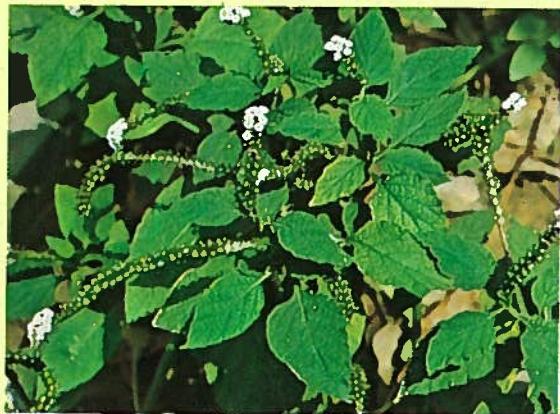
康復力(*Symphytum officinale* L.)

紫草科。根含 symphytine, echimidine。動物實驗有抗癌作用(Carcinoma, mammary, Spontaneous)



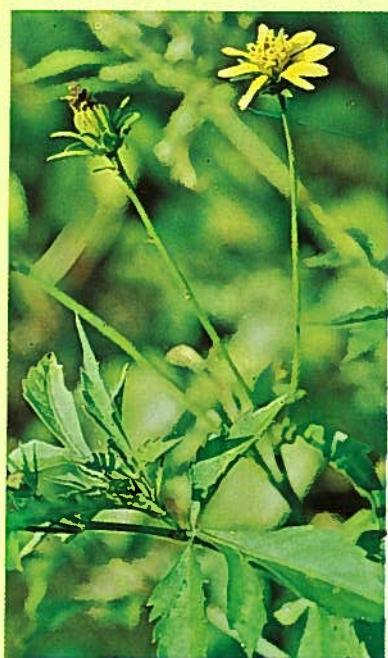
山馬茶(*Tabernaemontana divaricata* R. Br.)

夾竹桃科。幹含 coronaridine，金明儒博士研究有抗癌作用。



狗尾蟲(*Heliotropium indicum* L.)

紫草科。祛風解熱。含 indicine-N-oxide。動物實驗有抗癌作用(W-256carcinosarcomas C-1210)。



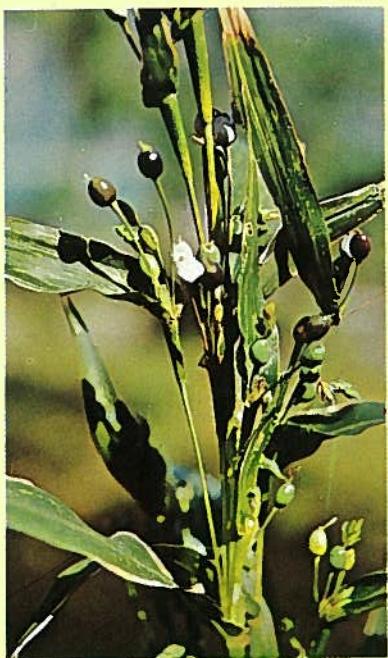
鬼針草(*Bidens bipinnata* L.)

菊科。味甘、性平。清熱解毒、散瘀。治食道癌。用量15-30克。



半枝蓮(*Scutellaria rivularis* Wall.)

唇形科。味辛性寒。清熱解毒、消腫、治多種腫瘤。用量30-120克。



薏苡(*Coix lacryma-jobi*
L.)

禾本科。苡仁味甘、性
微寒。化濕抗癌。治各種腫
瘤。用量30-60克。



莎草(*Cyperus rotundus*
L.)

莎草科。味辛酸苦、性
平。理氣、解鬱、調經、止
痛、抗癌。用量5-10克。



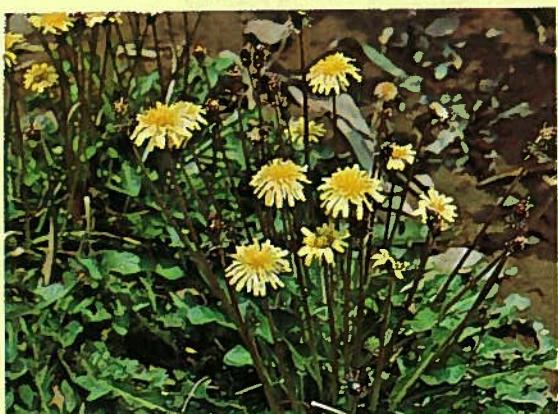
山煙草(*Solanum verbascifolium* L.)

茄科。味苦辛性微寒。小毒。清熱涼血。
抗癌。用量30-60克。



忍冬(*Lonicera japonica* Thunb.)

忍冬科。金銀花味甘性寒。清熱解毒、通
經消腫、治各種癌症。用量30-120克。



臺灣蒲公英(*Taraxacum formosanum* Hay.)

菊科。苦甘、寒。清熱解毒。治乳腺癌、
腫瘤發熱。用量15-30克。

(*Lygodium japonicum*)、鳳尾草(*Pteris ensiformis*)、構樹(*Broussonetia papyrifera*)以及老公根(*Cetella asiatica*)均顯示有抗菌作用，而哥氣仿之抽取物則全部無抗菌作用。其中，正己烷抽取物之海金沙、鳳尾草及老公根，水製抽取物之埔鹽，酒精抽取物之小本謾頭果葉對四九種病原性大腸桿菌之生長均有抑制作用。

由上觀之，本研究僅作體外(*in vitro*)之初步檢測，進一步有效成分之分離，實驗藥理學之體內動物實驗，目前正在進行中，以期能發現廣效而對細菌無抗藥性之天然抗生素質之後，再進行臨床實驗，更進而利用於臨床治療。

實驗方法

研究材料：收集台北市近郊，野生之民間常用藥材，取其藥用部分，計三〇種。

試藥之調製：

(1) 正己烷抽取物，哥氣仿抽取物，以及乙醇抽取物之備製。

各種乾燥植物取五〇公克，先用正己烷加熱抽取完全，濾液減壓濃縮至乾涸，再溶解於六毫升之丙酮中或作成懸濁液，以備用。用抽取完之殘渣再如上法順次以哥氣仿、乙醇作成哥氣仿抽取液及乙醇抽取液。

(2) 水製抽取物之備製。

另取乾燥之藥材五〇公克用水加熱抽取，減壓濃縮至三〇毫升。

培養基之備製。(Preparation of culture medium.)

肉湯及瓊脂混融液(Heart infusion broth or agar

(Difco))為本次實驗所用之培養基。

菌株之備製。(Preparation of bacterial strains)
所有病原性大腸桿菌系四九種，是由醫院中腹瀉患者四九位之糞便中游離出來的。

抗菌活性檢測。(Assay for antibacterial activity)

取適量之試驗抽取液加入溶融之瓊脂液中，倒入滅菌之培養皿內，各別作成濃度四%，二%，以及一%。再用一個100 pfu 之大腸菌(*E. Coli*)接種進去，於攝氏三七度，經過四八小時後，觀察其生長之情況，若無細菌生長，則顯示該藥物具有殺菌效果。

實驗結果

三〇種材料之正己烷抽取物，哥氣仿抽取物，乙醇抽取物和水製抽取物，所具之抗菌活性全然迥異。其結果如次：

(1) 烏蕨、埔鹽、大本水丁香、老公根、半枝蓮之水製抽取物，顯示有抑制大腸桿菌之生長。其中埔鹽對四九種病例，分離之病原性大腸桿菌均有效。半枝蓮對四九個病例中，僅四個病例有效；烏蕨則對三五個病例有效，老公根則四個病例有效，大本水丁香則僅對二個病例有效。

(2) 乙醇抽取物部分則僅大本水丁香及埔鹽二種顯示有抗菌效果。前者對四九個病例所分離之病原性大腸桿菌均有效，後者則僅對一四個病例有效。

(3) 三〇種之哥氣仿抽取物對四九個病例所分離之病原性大腸桿

菌均無殺菌作用。

取物部分進行有效成分之分離，以供給將來藥理學實驗及臨床之應用。

(4) 正己烷抽取物中有四種藥材具有抑制大腸桿菌之作用。即海金沙、鳳尾草及老公根對四九個病例均有效，構樹，僅對四個病例之菌株有效。

(5) 主要之各個有效抽取物所用之濃度以四%為主。即使再稀釋至一%或一%，其抑制菌株生長之數目亦不會低於四%時之結果。

討 論

(1) 由以上依極性之大小將藥材分別以正己烷、哥氣仿、乙醇及水抽取，與一般民間僅用水抽取，顯示有其不同之結果。由本實驗結果，有僅對其中某一種溶劑之抽取物有效，對其他抽取物則無效。其中較特殊者，為埔鹽，其水製抽取物及乙醇抽取物雖都有效，但抑菌之效果則不一樣；水製抽取物對四九個病例分離之病原性大腸桿菌都有效，而乙醇抽取物僅對其中十四個病例之菌株有效。老公根之正己烷抽取液，即使再稀釋至一%亦對四九個病例有效，而水製抽取物僅對四個病例之菌株有效。由本結果觀測，選擇適當之溶劑進行科學化之分離抽取亦是十分重要之工作，而有效抽取物中有效成分之分離，更是當前我們重要的工作，因此計劃將有效抽

(2) 本次所用之菌株，係由中興、馬偕、仁愛醫院之腹瀉病患糞便中所分離之病原性大腸桿菌，此四九個病例，其對常用之抗生素（*colistan*, *chlaramphenicol*, *oxytetracycline*, *streptomycin*, *ampicillin*, *neomycin* 及 *kanamycin*），

至少對其中二種以上具有抗藥性。但對植物藥材之抽取物却易受傷害。而由上述之結果可知，抽取物中之抗菌性化合物和常用抗生素間無交插性抗藥性（*cross-resistant*）存在。因此上述之有效民間藥材似乎可應用作殺菌劑，然而本研究雖僅作體外（*in vitro*）研究，進一步之動物實驗（*in vivo*）目前正在進行中，若能再進一步證明有效，則對臨床之應用，更有希望，將來經臨床實習有效，則可廣作藥物治療，以解決因抗生素抗藥性所帶來之醫療困擾。同時台灣蘊藏豐富之植物資源亦可加以利用，以利新植物藥品之開發及新藥之發掘，對台灣經濟發展亦可提供新的途徑。

註：本研究由王正怡、楊玲玲、蔡淑桂、顏焜熒等共同實

施。

植物材料

| No. | Scientific name | Family | Chinese name | Location | Date | Part used | 中名 |
|-----|---|----------------|--------------------------------|----------------|-------|-----------|-------|
| 1. | <i>Lygodium japonicum</i> (Thunb.) Sw. | Lygodiaceae | hae - jin - sha | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 海金沙 |
| 2. | <i>Sphenomeris chinensis</i> Maxon | Liddsaceae | u - jyue | Yang-ming-shan | Sept. | herb | 蕨 |
| 3. | <i>Pteris ensiformis</i> Burm.f. | Pteridaceae | jiann - yehiang - woe itsao | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 烏尾草 |
| 4. | <i>Polypodium hastate</i> (Thunb.) (Ching | Polypodiaceae | er - jeang jin - shing tsao | Yang-ming-shan | Sept. | herb | 鶴掌金星草 |
| 5. | <i>Broussonetia Papyrifera</i> L' Herit. | Moraceae | gow - shuh | Mt. Muh-tsu | Oct. | herb | 欖 |
| 6. | <i>Cudrania cochinchinensis</i> (Lour.) Kudo doet Masamune var. gerontogea (Set Z) Kudo et Masamune. | Moraceae | Hwang - jinguey | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 黃金桂 |
| 7. | <i>Polygonum chinense</i> L. | Polygonaceae | huoc - tann - muu - tsao | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 火炭母草 |
| 8. | <i>Polygonum perfoliatum</i> L. | Polygonaceae | gan - bean - guei | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 扛板歸 |
| 9. | <i>Alternanthera sessilis</i> R. Br. | Amaranthaceae | maan - tian - shing | Mt. Muh-tsu | Oct. | herb | 滿天星 |
| 10. | <i>Amaranthus viridis</i> L. | Amaranthaceae | yee - chiaann | Yang-ming-shan | Sept. | herb | 野亮 |
| 11. | <i>Portulaca oleracea</i> L. | Portulaceae | maa - chy - chi ann | Mt. Muh-tsu | Oct. | herb | 馬齒莧 |
| 12. | <i>Glochidion hongkongense</i> Mude- Arg. | Euphorbiaceae | dah - been - man - tour guoo | Mt. Muh-tsu | Oct. | stem | 大本饅頭果 |
| 13. | <i>Glochidion hongkongense</i> Mude- Arg. | Euphorbiaceae | dah - been - man - tour - guoo | Mt. Muh-tsu | Sept. | leaf | 大本饅頭果 |
| 14. | <i>Stepenia cephalantha</i> Hay | Menispermaceae | tai - wan - dian - jin terng | Yang-ming-shan | Sept. | herb | 台灣千金藤 |
| 15. | <i>Urena lobata</i> L. var. <i>tomentosa</i> Mig. | Malvaceae | shy - muu - tzzyz | Yang-ming-shan | Sept. | root | 虱母子 |

| | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|--------------------------------------|----------------|-------|-----------|-------|---|
| 16. | <i>Rhus semialata</i> Murr. var. <i>roxburghiana</i> D.C. | Anacardiaceae | buu-yan | Yang-ming-shan | Sept. | stem leaf | 埔山 | 鹽 |
| 17. | <i>Ampelopsis brevipedunculata</i> var. <i>hancei</i> (P lanch.) L. | Vitaceae | shan - pwu - taur | Yang-ming-shan | Sept. | root | 葡萄 | |
| 18. | <i>Melastoma candidum</i> D. Don | Melastomaceae | yee - moou - dan | Yang-ming-shan | Sept. | root | 丹 | |
| 19. | <i>Oenothera tetraptera</i> Cav. | Oenotheraceae | sheau - been - shoei - ding - shiang | Mt. Muh-tsu | Oct. | root | 野牡丹 | |
| 20. | <i>Ludwigia octovalvis</i> (Jacq.) Raven | Onagraceae | dah - been - shoei - ding - shiang | Mt. Muh-tsu | Sept. | root | 小本水丁香 | |
| 21. | <i>Centella asiatica</i> Urb. | Umbelliferae | lao - gong - gen | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 大本水丁香 | |
| 22. | <i>Leucas mollissima</i> Wall. var. <i>chinessis</i> Benth | Labiatae | -bair - hua - tsao | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 根 | |
| 23. | <i>Scutellaria virularis</i> Wall | Labiatae | beun - jy - lian | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 茱萸 | |
| 24. | <i>Solanum nigrum</i> L. | Solanaceae | long - kwei | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 白花菜 | |
| 25. | <i>Plantago asiatica</i> L. | Plantaginaceae | che - chyan - tsao | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 老公根 | |
| 26. | <i>Paederia scandens</i> (Low) Merr. var. <i>mairei</i> (Leveille) Hara | Rubiaceae | ji - shy - terng | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 白花菜 | |
| 27. | <i>Artemisia capillaris</i> Thunb. | Compositae | in - chern - hau | Yang-ming-shan | Sept. | herb | 前 | |
| 28. | <i>Bidens pilosa</i> L. var. <i>minor</i> (Blume) Sheriff | Compositae | shyan - feng - tsao | Mt. Muh-tsu | Sept. | herb | 車前草 | |
| 29. | <i>Bupatorium formosanum</i> Hay. | Compositae | shan - tzer - lan | Yang-ming-shan | Sept. | root | 蕨 | |
| 30. | <i>Kyllingia brevifolia</i> Rottb. | Cyperaceae | shoei - wu - song | Mt. Muh-tsu | Sept. | rhizoma | 山澤蘭 | |
| | | | | | | herb | 水蜈蚣 | |

所有植物之正己烷、哥氯仿、乙醇抽取物之材料係1976年採集自台北近郊，而水製抽取物之植物藥材則採集於1977年2月。

臺灣常見抗癌植物

松化學

抗癌試驗

首先 介紹美國研究抗癌植物之研究方法。美國國家癌病研究所 (National Cancer Institute) 癌症化學療法國家服務中心 (Cancer Chemotherapy National Service Center) 的科學家們，十年前曾搜集全世界一萬種植物樣品，其中六千種為顯花植物，從 116 科之 400 種植物中提取精華，經過長期一再重複的試驗，對實驗動物確有治癌之效。

當然 離成功之日為時尚遠，對這些已露曙光之植物亟待繼續作臨床試驗，或因毒性太強，或因功效不確，以及其他之原因而功虧一簣。

每種 樣品先送到華盛頓之美國農部植物檢查站 (VSDA Plant Inspection Station)，首先檢查其病害及虫害，並用燙蒸消毒以殺滅危險之疫病；次由 Beltsville 地方農部之植物學家確切鑑定其植物。

再由 實驗室提取其有效成分，並作抗癌試驗 (antitumor testing)，化學家將各種植物之有效成分，注射于罹癌病之病鼠體上，觀察其療效，以查明是否比未經注射藥物之對照組為佳。

一種 有效成分提取物如果證明有阻止癌病進行之功效後，即行第二次、第三次、四次之反復試驗其抗癌效果 (antitumor activity)，如果不幸失敗，即應放棄該植物之一切試驗；如果通過第四次之抗癌效果試驗，即視為確切有效。因此，即可進行深入的研究目標，分離其成分，確定其化學分子式，進行而試驗其化學成分之抗癌效果。

依 上述試驗方法證明確切有效之植物，植物學家再從同一地點，且在同一季節採集 23 公斤以上原植物，在 1965 年底，已有 300 種以上之再搜集 (recollection) 原植物樣品業已完成。

家們進一步試驗此再搜集之原植物樣品，是否一如最初試用之原樣品具有抗癌效果，如果此次試驗失敗，以及第二次試驗再失敗時，此種再搜集之原植物樣品即行放棄，而宣告無效；植物學家另探新的樣品，按步就班的作抗癌試驗。

再 搜集之原植物樣品經此抗癌效果視為確切有效後，化學家仍仔細的分提，分析並確定其化學成分。

Perdue 氏指出：此種抗癌試驗乃長期研究工作，試驗最初樣品約需時 1 ~ 2 年，而再搜集之樣品常不能列入時間表，一般多為最初樣品試驗後 3 年不為功。單僅分提常需時 1 ~ 2 年以上。同時，臨床前期評價及臨床試驗亦需很長的時間。因此，抗癌試驗乃精細而需時久遠的研究工作！

常見抗癌植物

依植物分類系統次序將台灣常見抗癌植物茲 35 種，簡介以供同好。

1、石上柏

名稱：學名為 *Selaginella doederleinii Hieron.* (卷柏科 Selaginellaceae)，一名深綠卷柏、生根卷柏、多德卷柏、爬柏。

產地：自生于全省森林陰濕地或溪畔之多年生蕨類。

性狀：長 12~35 公分，主莖有稜，常在分枝處生支撑根，側枝密生。葉深綠色，甚小，長 2~3 公厘，腹葉長橢圓形，背葉卵狀短圓形，枝頂着生四稜形之孢子囊穗。孢子葉卵狀三角形。(圖 1 據棣慕華博士)



圖 1 石上柏

抗癌：全草晒乾稱石上柏，為新近發現之抗腫瘤良藥。一般對化學抗癌劑或放射治療敏感的腫瘤均有療效，其中尤以對體積較小的腫瘤療效較好，或與其他化學、放射諸療法合用又能發揮協同作用，使療程縮短，腫瘤縮小，消退加速。常用于滋養葉腫瘤（絨毛膜上皮癌、惡性葡萄胎等）、鼻咽癌、肺癌、肝癌等。

石上柏味苦，性寒，有較強的清熱解毒作用，又能清利濕熱。用量 15~60 公分，加瘦肉 30~60 公分，或紅棗數粒，水煎服，宜久煎。

成分：全草含生物鹼，少量還原性物質，植物甾醇、配醣體等。

2、鳳尾草

名稱：學名為 *Pteris multifida* Poir. (鳳尾草科 *Pteridaceae*)。一名鳳尾蕨。

產地：自生于全省庭園牆腳，井邊石縫上之多年生蕨。

性狀：植株高 10~70 公分，根莖短，密生褐色小鱗片。葉叢生，有二型，葉柄細長，有 3 穎。營養葉長卵形，一回羽狀深裂；孢子葉葉軸有狹翅，羽片較營養葉為狹而短，孢子囊群着生于葉邊連續成線狀。（圖 2 據牧野富太郎博士）



圖 2 凤尾草

抗癌：帶根莖之全草鮮用或晒乾，稱鳳尾草。〔在台灣與箭葉鳳尾草 (*P. ensiformis* Burm f.) 混用。〕

鳳尾草味苦，性寒，清熱利濕，涼血解毒。治胃癌、腸癌。常與半邊蓮、半枝蓮、獵猴桃等合用。用量 15~30 公分，水煎服。

成分：全草含黃酮類、甾醇、氨基酸、內酯或酯類、酚性成分。

3、鳳尾蕉

學名為 *Cycas revoluta* Thunb. (鳳尾蕉科 *Cycadaceae*) (圖 3 據牧野富太郎博士)



圖 3 凤尾蕉

葉片鮮用或晒乾稱鐵樹葉，長約 30~45 公分。水煎服。星馬人士視為治肝癌靈藥。

4、三白草

名稱：學名為 *Saururus chinensis* Benth. (三白草科 *Saururaceae*)，台灣一名水薑。

產地：自生于本省西部潮濕地或水邊之多年生草本。

性狀：高 30~80 公分，莖有縱稜數條。葉長橢圓形，全緣，具 5 脈。夏季開黃花，花序下 2~3 片葉常為乳白色。果實分裂為十個近球形之分果片。（圖 4 據牧野博士）



圖 4 三白草

抗癌：全草晒乾稱三白草、水老。用量3～30公分。治肝癌、腹水與半枝蓮、半邊蓮合用。

5、木蓮

名稱：學名為 *Ficus pumila* L. (桑科 Moraceae)，一名薜荔。台灣名石壁蓮、風不動、愛玉子。

產地：自生于全省山野，路旁之常綠攀緣灌木。

性狀：莖粗如著，有氣生根，嫩枝和果實折之有乳汁。小枝被棕色絨毛。營養枝上葉小心狀卵形，殆無柄；結果枝上葉大而厚，倒卵形或橢圓形。隱頭花果球形或橢圓形。形似無花果，花單性，着生于肉質花托內。果皮堅硬。(圖5 據牧野博士)

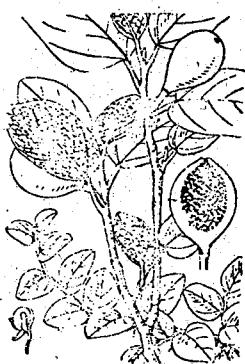


圖5 木蓮

抗癌：7～8月採果實晒乾稱木蓮、薜荔果、鬼球、木饅頭、鬼臼、鬼饅頭。

味酸，性平，活血消腫解毒，補腎固精，通乳。治子宮頸癌。與紫草根、半枝蓮、墓頭回等合用。用量15～30公分，煎服。

成分：果含中肌醇、芸香苷、 β -谷甾醇、蒲公英甙乙酸酯、 β -香樹精乙酸酯。

6、蕘草

名稱：學名為 *Polygonum orientale* L. (蓼科 Polygonaceae)。

產地：自生于本省西部原野濕地之一年生草本。

性狀：全草被白色絨毛。莖直立，高約1

公尺，中空，節部膨大。葉卵形，全緣，托葉鞘筒狀，具環狀翅。花淡紅或白色，總狀花序。瘦果小，黑褐色。(圖6 據孔憲武氏)



圖6 蕘草

抗癌：瘦果晒乾稱水紅花子。味鹹，性寒。散血，消積，止痛。治各種癌症。治甲狀腺腫瘤，常與夏枯草、海藻、昆布等合用。治消化道腫瘤，常與玫瑰花、八月札、石見穿等合用。用量3～10～30公分，煎服。

成分：果含維生素C、澱粉等。

7、台灣馬兜鈴

學名為 *Aristolochia mollis* Dunn (馬兜鈴科 Aristolochiaceae) (圖7 作者原圖)

抗癌：根含馬兜鈴酸 (Aristolochic acid)，為治癌新星。

8、番杏

學名為 *Tetragonia tetragonoides* O. Kuntze (番杏科 Aizoaceae) (圖8 據牧野氏)

抗癌：(日本)民間以全草治胃癌、食道癌、子宮癌，乃至各種癌症。

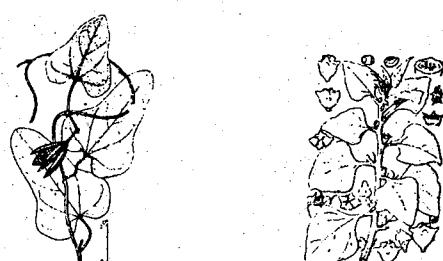


圖7 台灣馬兜鈴

圖8 番杏

9、野梧桐

學名為 *Mallotus japonicus* Muell-arg
(大戟科 Euphorbiaceae) (圖9 據牧野氏)

抗癌：(日本)民間治各種癌症，尤以胃癌良效。剝取根、枝或樹幹之皮，煎汁，日服3次，每次2杯。

10、蓖麻

學名為 *Ricinus communis* L. (大戟科)
(圖10 據牧野氏)

抗癌：董大成博士稱：種子含蓖麻白蛋白(ricin)，抗腹水癌之力較相思素(abrin)尤佳云。



圖9 野梧桐



圖10 蓖麻

11、八角蓮

學名為 *Podophyllum pleianthum* Hance
(小檗科 Berberidaceae)，(圖11 據陳建
鑄)

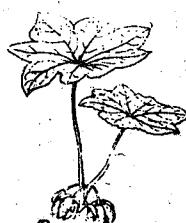


圖11 八角連

抗癌：根莖含有抗癌作用之八角連毒(*podophyllotoxin*)。廖日京教授稱：南投霧社居民用根莖治乳癌。在臨牀上以中毒量投予，并無顯著的療效。

12、蛇莓

名稱：學名為 *Duchesnea indica* Forcke (薔薇科 Rosaceae)，台灣名蛇婆、蛇波。

產地：自生于全省原野、路傍之多年生匍匐性草本。

性狀：全省密生白毛。莖細長，隨處生根。掌狀三出複葉，小葉菱狀卵形。春夏開黃花，瘦果細小，鮮紅色，散生于球形，淡紅色之花托上。(圖12 據牧野氏)



圖12 蛇莓

抗癌：全草鮮用或晒乾稱蛇莓、蛇果草、蛇婆、蛇波。用量30公分。

本品味甘淡，性微寒，清熱解毒，散結，利尿。治癌腫。與白花蛇舌草、龍葵、白英、山慈姑等合用。治胃癌，與龍葵、半枝蓮、白英、石見穿合用。治鼻咽癌、肺癌、子宮頸癌。與半枝蓮、葵樹子合用。

13、相思

學名為 *Abrus precatorius* L. (豆科 Leguminosae) (圖13 據李惠林博士)



圖13 相思

抗癌：董大成博士稱：種子含相思素(abrin)，抗腹水癌極效，徐千田博士在臨牀上試用于子宮癌病例多人，良效云！

14、農吉利

名稱：學名為 *Crotalaria sessiliflora*

ora L. (豆科)，一名野百合、羊屎蛋。

產地：自生于全省山野之直立草本。

性狀：高20~100公分，有毛。單葉線形，長4~10公分。4~10月開黃花，總狀花序，頂生，花3~5朵或單生。莢果長橢圓形，長約1公分，內有種子10~22粒。(圖14。據莊清漳、黃嘉二氏)



圖14. 農吉利

抗癌：全草鮮用或晒乾稱農吉利，為新發現的抗腫瘤藥材。味甘，性溫。多用于皮膚癌，取鮮草搗爛外敷最佳，或研末，水調為糊狀，敷貼患處，配合離子透X為主，亦可治其他內臟腫瘤，以口服及肌肉注射為主。對宮頸癌、陰莖癌、直腸癌，亦以局部用藥為主。

口服糖漿或片劑，生藥每日60~120公分。注射劑有濃度50%或100%兩種，每支2mg，注射於病灶邊緣，或肌肉注射，每次1~2針，每日1~2次。一般療程為3~4月。

成分：本品含抗癌成分之生物鹼（農吉利甲、乙、丙素等），尚含酚性物、氨基酸、粘液質、鞣質、樹脂等。

藥理：農吉利甲素對實驗腫瘤(S-180及S-37)有顯著抑制作用。

臨床：農吉利對皮膚癌的作用，或由於對癌細胞選擇性的抑制和破壞的結果。病灶範圍縮小，癌細胞分化較好的則效果較佳。

15. 多花紫藤

學名為*Wistaria floribunda* DC. (豆

科)。

抗癌：(日本)紫藤瘤治癌症，與菱角、蔴子及薏苡仁合用，稱WTTC，治胃癌良效云！

16 牦牛兒苗

學名為*Geranium nepalense* Sweet (牻牛兒苗科 Geraniaceae)。(圖16。據牧野氏)

抗癌：治胃癌、子宮癌，乃至各種癌症。取牻牛兒苗全草與番杏、薏苡仁、決明子各20克，菱角5個，水0.7升，煮沸至存水0.35升，日服3次，飯前飲用。



圖15. 多花紫藤



圖16. 牦牛兒苗

17. 凤仙

學名為*Impatiens balsamina* L. (鳳仙科 Balsaminaceae)。通稱鳳仙花，台灣名指甲花。

產地：原產印度之一年生草本，本省各地庭園栽培以供觀賞。

性狀：高約40~60公分，莖多汁，葉披針形，邊緣有鋸齒。夏季開花紅或白色。蒴果密被短毛，熟則彈出圓球種子，褐棕色，十餘粒。(圖17。據牧野氏)

抗癌：種子晒乾稱急性子、鳳仙花子。微苦，性溫，行瘀散結。治食道癌，與半枝蓮、威靈仙、生牡蠣、瓜萎、石見穿等合用。用量1.5~12公分。水煎服。孕婦忌用。一般初服時症狀減輕，但遠期療效不明顯。

再生丹：治食道癌、胃癌。急性子、知母、硼砂各15公分，枯礬、靈脂各9公分，雄黃

6公分。

18、菱

學名為 *Trapa japonica* Flerov (柳葉菜科 Oenotheraceae)。台灣名菱角、龍角。

(圖18 據牧野氏)

抗癌：(日本)治癌症。菱角果實5枚，煎水服。或治子宮癌、胃癌。果實一回用10枚，水煎代茶飲，或與番杏等合用。

19、雨傘仔

學名為 *Ardisia cornudentata* Mez。(紫金牛科 Myrsinaceae) (圖19. 據劉棠瑞)

抗癌：(台灣)民間以莖解毒，治癌症、子宮癌。用量20~220公分。雨傘仔或與六月雪、羊帶來頭、雙面刺、金銀花頭、細號鐵牛入石、鈕仔茄、蚊仔烟頭，倒地青，黃藤合用，煎水服。



圖18. 菱



圖19. 雨傘仔

20、長春花

學名為 *Catharanthus roseus* (L.) C. Don (夾竹桃科 Apocynaceae) (圖20. 王仁禮繪)

抗癌：作者(1963)于「癌症良藥長春花」首先介紹給國人。

美國禮來藥廠利用長春花素(vinblastine)製成兩種抗癌藥物，市售之硫酸塩製劑有Velbe，日本鹽野義有Exal。禮來藥廠利用vinchristine製成市售之硫酸塩製劑有Oncovin。全世界的醫生們用以治血癌及子宮癌了



圖20. 長春花



圖21. 山馬茶

21、山馬茶

學名為 *Tabernaemontana divaricata* R. Br. (夾竹桃科) (圖21. 據劉棠瑞博士)

抗癌：(台灣)山馬茶，一名山馬茶頭、白馬茶、山馬蹄，根及莖治癌症。用量2~20公克。煎水服。

治各種癌症。山馬茶、蒼耳頭、武靴藤、雙面刺及刺公牡各20公分，金銀花、皂刺及山甲各8公分，大丁廣12公分。用烏糖煎水服。

22、半枝蓮

學名為 *Scutellaria rivularis* Wall. (唇形科 Labiate) 台灣名向天盞。(圖22. 據伊藤武夫博士)

抗癌：全草晒乾稱半枝蓮、向天盞。味辛、性寒。清熱解毒，利水消腫。治肺癌、肝癌、結腸癌、胃癌等癌症。治肺癌與魚腥草、白英、蔡風骨等合用。治胃腸，食道癌，常與白花蛇舌草、半邊蓮、八月札、石見穿等合用。用量9~30公分，水煎服。

陳一萍醫師治胃癌驗方。半枝蓮15公分，白花蛇舌草60公分，蘆根30公分，梔子9公分，黑姜3公分，水煎服。并以蘆根代茶飲用。

成分：本品含生物鹼、黃酮苷、酚類、甾醇、鞣質等。

23、苦蘗

學名為 *Physalis angulata* L. (茄科)。台灣名呼炮仔草。(圖23. 據牧野氏)

抗癌：燈籠草治癌症、肺癌。全草9~30克、煎水服。治肺癌，六君子湯加燈籠草20克，胡桃枝長約30公分，燉4小時服。



圖22 半枝蓮



圖23 苦蘿

24、白英

學名爲 *Solanum lyratum* Thunb. (茄科 Solanaceae) (圖24. 據牧野氏)

抗癌：全草晒乾稱白英、白毛藤、蜀羊泉。味微苦，性微寒。清熱解毒，利水消腫，祛風濕。用量9~60公分，水煎服。

預防及治療癌病。白毛藤40公分，水煎代茶飲。

白毛藤治子宮癌、脊椎癌、食道癌、肝癌、肺癌。

治肺癌、胃腸道癌症。與白花蛇舌草、龍葵、蛇莓等合用。治肺癌，與半枝蓮合用。



圖24 白英



圖25 龍葵

25、龍葵

學名 *Solanum nigrum* L. (茄科)。(圖25. 據牧野氏)

抗癌：全草晒乾稱龍葵、龍葵草、黑子仔菜。

龍葵味苦微甘，性寒。清熱解毒，利尿降壓，祛痰止咳。用量9~120公分。

治肝癌、胃癌、食道癌。與白花蛇舌草、白英、荳葵、蛇莓合用。本物對消除癌腫轉移所致的胸水、腹水良效，每日用120公分。

成分：龍葵含4種生物鹼及皂素等。

26、假烟葉

名稱：學名爲 *Solanum verbascifolium* L. (茄科)，台灣名土烟、山烟草。

產地：自生于中南部山野之常綠灌木。

性狀：全株被黃褐色毛。葉廣卵形，全緣，長約10公分，寬約5公分。春夏開白花，聚繖花序作繖房狀，漿果球狀，黃熟。(圖26. 據劉棠瑞博士)

抗癌：根稱假烟葉根，味苦辛，性微寒。清熱涼血，治慢性粒細胞性白血病。每次用量9~18公分，每日三次，水煎服。

成分：本品含微量羥龍葵苷。



圖26 假烟葉

27、蛇舌草

名稱：學名爲 *Hedysarum diffusum* Willd. (茜草科 Rubiaceae) (圖27. 據牧野富太郎博士)

抗癌：全草晒乾稱白花蛇舌草、龍吐珠、珠仔草。味甘淡，性涼。

治腸癌。蛇舌草400公分，白茅根110公分，黑糖110公分，清水6碗，文火煎5小時。

星馬民間認爲治腸胃癌奇效；印尼民間則試用于子宮癌及肺癌，療效良好。

成分：全草含三十一烷、豆甾醇、烏索酸

、土當歸酸、 β -谷甾醇、對香豆酸等。

28、忍冬

學名為 *Lonicera Japonica Thunb.* (忍冬科 *Caprifoliaceae*) (圖28 據牧野氏)

抗癌：花晒乾稱金銀花、雙花、銀花。味甘，性寒。清熱解毒。

1. 治癌症：金銀花 110 公分蜈蚣十條，或加甘草 11 公分，煎水服。對癌症疼痛之制止此方頗效而且藥力持久。

2. 治各種癌症。①神農丸：製馬錢子 450 公分，生麥芽及甘草各 75 公分，研末，水泛為小丸。

②湯劑：金銀花 38 公分，茯苓 15 公分夏枯草 11 公分，枳實 8 公分。煎成一碗，將雄黃末 0.8 公分沖入，和勻，分早晚二次送服神農丸。每次服丸藥 0.8 公分，用湯劑半碗送服，該丸藥每隔日每次增加 0.28 公分，天天服食，直至患者覺抽搐為止，則停止再減，照服二天後，可繼續每隔日每次增加 0.28 公分，一直服至患者皮膚痕癢，或輕度抽搐時，即以此量長期服用，不再遞增，每次極量為 4.0 克，至全愈時為止。患者初服時，病狀或許稍增，繼續服用，自會好轉，短期奇效。



圖27. 蛇舌草



圖28 忍冬

29、半邊蓮

名稱：學名為 *Lobelia chinensis Lour.* (桔梗科 *Companulaceae*)，台灣名鑊力仔草。

產地：自生于全省田原水濕處之一年生小草。

性狀：高 9~20 公分，莖細長，直立或匍

匐狀，隨處生根。葉披針形，葉緣有小齒。夏秋開白花，帶紫紅。蒴果倒圓錐狀棍棒狀，熟則開裂。(圖29. 據牧野氏)

抗癌：全草鮮用或晒乾稱半邊蓮、鑊力仔草。味辛，性平。利水消腫，解毒。用量 9~15 公分。治胃癌，直腸癌。與白花蛇舌草八月札合用。治肝癌。與半枝蓮、石見穿合用。

成分：全草含生物鹼、黃酮苷、皂苷、氨基酸。



圖29 半邊蓮

30、山澤蘭

學名為 *Eupatorium formosanum Hayata* (菊科 *Compositae*) (圖30. 據劉棠瑞)

血癌救星

筆者與袁行毅 (1955) 蔡啓榮博士 (1966) 等先後合作研究：山澤蘭之根及莖有抗癌之功，并有減少白血球之作用。治血癌殊驗，一白血球過多達 40 萬之患者，服藥一月後，白血球正常。用量 10~75 公分，水煎服。

最近 (1972)，高雄醫學院黃煥章教授與美國北 carolina 大學李國雄博士等合作研究，發現莖含一種新抗癌成分 eupatolide，該成分在人類之咽喉癌細胞 (H.Ep.-2) 的組織培養中，具有極顯著的抗癌作用！

31、薏苡

名稱：學名為 *Coix ma-yuen Roman* (禾本科)，台灣名鴨母株。(圖31. 據牧野氏)

)。

抗癌：(日本)薏苡仁含抗癌成分名薏苡酮(*coixenolide*)，對Ehrlich腹水癌之增殖有抑制作用。

日本千葉大學附屬醫院中山外科，發表薏苡仁與菱角、藤瘤皮、鬚子合用，稱WTTC，對胃癌頗具療效云！



圖30 山澤蘭

圖31 薏苡

32、白茅

名稱：學名為 *Imperata cylindrica* Beauv. (禾本科 Gramineae)。

產地：自生于全省原野、山地之多年生草本。

性狀：高30~80公分，根莖匍匐地中，有節，葉線形，長20~50公分，寬約1公分，葉緣鋒利如刀。春至秋開花，花穗銀白色，長10~20公分，復穗狀花序，頂生，圓筒狀。穎果橢圓形，暗褐色。(圖32 據牧野氏)

抗癌：根莖鮮用或晒乾稱茅根、白茅根。味甘，性寒。清熱生津，涼血止血。用量15



圖32 白茅

~30公分，水煎服。

治宮頸癌。與白花蛇舌草、紅糖各30公分，水煎服。對病人放射治療後，直腸反應患者，14人中大半症狀改善或消失。

33、金絲草

學名為 *Pogonatherum crinitum* (Thunb.) Kunze (禾本科) 台灣名筆仔草。

(圖33 據牧野氏)

抗癌：筆仔草治癌症。全草4~60克煎水服。

34、台灣蚤休

學名為 *Paris formosana* Hay. (百合科 Liliaceae) 台灣名七葉蓮、七葉連、青木香。(圖34 據伊藤博士)

抗癌：顧文霞博士(1969)研究：塊根有抗癌作用。



圖33 金絲草

圖34 臺灣蚤休

35、黃獨

名稱：學名為 *Dioscorea bulbifera* L. (薯蕷科 Dioscoreaceae)。一名黃藥。

產地：自生于全省山野之蔓性草本。

性狀：地下塊莖單生，球形或圓錐形，皮暗黑色，密生鬚根。莖圓柱形。葉心狀卵形，長5~15公分，寬6~14公分，全緣，脈7~9條，腋生球形珠芽。春末至秋開花，雌雄異株，雄花黃白色，雌花序長達18公分。蒴果矩圓形，具3翅。(圖35 據那琦、鄭炳全二博士)

抗癌：塊莖晒乾稱黃藥脂、黃藥子、黃獨

、本首烏。味苦，性平。軟堅散結，涼血止血。
用量 3~30 公分。

治食道癌、胃癌、子宮癌、乳腺癌、甲狀腺腫瘤等。多製成酒劑或丸劑服用。主治甲狀腺瘤，與海藻、昆布、川芎、浙貝、台烏、八月札、浮海石等合用。或用黃藥子每日 15 公分燉服，連服 5~8 周，少數僅有口乾副作用。

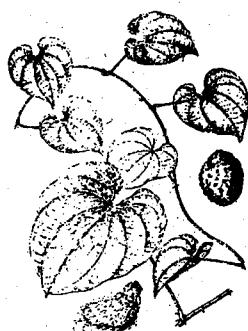


圖 35 黃 獨

黃藥子酒：治消化系統癌，如食道癌、胃癌。用黃藥子 0.5 公斤，切片，浸于 1.5 公斤白酒中，密封，用糠火煨 24 小時，取出置冷水中，浸 7 夜，過濾取汁。每次服小量，一日服 50~100 毫升。肝癌患者慎用。

展 望

國科會宣佈國家癌症研究委員會已于四月廿三日正式成立，該委員會宣稱：「初期工作以國內常見癌症，如肝癌、鼻咽癌及子宮癌為研究重點，從事抗癌藥物與致癌的問題研究評估民間偏方與中醫，建立實驗動物純品系供應試驗中心。」但願「台灣常見抗癌植物」一文，能引起該委員會之重視，并進而研究之，自足慰筆者芻蕘之獻矣！

大腸癌的良藥——菝葜

蔡吉雄

十月二十一日爲華僑節亦爲本隊生草藥採集日，筆者

China-root Grenbrier China Prieo.

偕數位同道好友蔡東烈、陳老師建和、方藥師福慶，以及中國藥用植物學會，陳編審委員炯宏、曾栽培委員建龍等，往吳鳳鄉新美村茶山採集，上午七點坐嘉義客運大埔線的客車，抵達曾文水庫的大埔橋頭，已將近十點，我們沿途欣賞山明水秀的美景，並採集研究，抵達茶山村，時已中午一點多鐘，這次目標在茶山山脈及搥仔子溪，採集廿二種（一點癀、山蓼仔、紅筋仔草、百部、烏曜草、鐵拳頭、天花果實……等），產量最多的是走馬胎、鱉殼刺、虱母子花的盛開，及茶山坪頂的排錢草（紙錢草）甚爲豐富。本文的重點是鱉殼刺（菝葜）的研究，首先引用古代文獻及最近諸前輩的著作，作爲參考。

一、經史證類大觀本草（第二四二頁）

菝葜有江州菝葜、成德軍菝葜、海州菝葜、江寧府菝葜等，菝葜，味甘平溫無毒，主腰、背寒痛風痺，益血氣，止小便利。生山野，一月八月採根晒乾。

（以江州菝葜，接近鱉殼刺，有待考證）

二、植物學大辭典（人文出版社）第五冊三三〇頁。

別稱：山歸來、鱉殼刺、鱉殼藤、土茯苓、山薑解、溝谷刺、金巴斗、金剛刺、豺狗刺。

主治：腰背寒痛、風痺、益血氣、止小便利。

性狀：蔓性灌木、莖粗硬，常作膝曲狀，具疏鈎刺，葉爲革質、卵形、卵圓形或橢圓形，先端圓而具一微凸頭，

基部圓形、心形或楔形，長 $4 \sim 10$ 公分，寬 $2 \sim 8$ 公分，脈 $3 \sim 5$ 條，平滑，葉柄長 $8 \sim 16$ 公厘，中上部具有卷鬚二條，雌雄異株，繖形花序多花，腋出，花被 6 片，長約 4 公厘，外側 3 片，橢圓形，內側 3 片較狹，均向外方反曲，雄花具雄蕊 6 枚較花被爲短，雌花具退化雄蕊 3 枚，漿果球形，熟時紅色。處方用根莖。主治：梅毒痛風、關節炎，又爲利尿及發汗藥。

成份：根莖含菝葜皂素，ABC，金鷄納鹼鞣質及樹脂等。

三、中國藥學大辭典（陳存仁主編）第一三五八頁。

採取： $2 \sim 8$ 月間，採根晒乾。

製法：凡使以米泔浸，削去皮用。

性質：甘酸平溫無毒。

成份：含有斯密拉辛、樹脂、色素、單寧、澱粉等。效能：止渴、治痢，用作發汗劑。

宋大明日華，諸家本草論菝葜曰：治時疾瘧瘴。

元王好古湯液本草論菝葜曰：補肝經風虛。

明，李時珍，本草綱目論菝葜曰：治消渴、月崩下痢。

配合應用：

1. 治小便滑數：金剛骨爲末每服三錢溫酒下睡時服。（儒

門事親方）

2. 治砂石淋疾：用菝葜二兩爲末，每米飲服二錢，後以地

椒煎湯浴腰腹，須臾即通。（聖濟總錄方）

3. 治消渴不止：拔殼即菝葜，咬咀半兩，水三盞，烏梅一個，煎一盞溫服。（普濟方）

4. 治下痢赤白：金剛根、蠟茶，等分爲末，白梅肉搗丸，芡子大，每服五七丸，小兒三丸，白痢甘草湯下，赤痢烏梅湯下。（衛生易簡方）

5. 治風毒腳弱，痺滿上氣，田舍貧家用此最良。用菝葜洗剉一斛，以水三斛煮取九斗，漬麴去渣取一斛，漬飲如常釀酒，任意自飲之。

四、台灣地區出產中藥材圖鑑（許鴻源主編）第三四五頁。

菝葜在日本用做土茯苓，土茯苓有利濕解毒之功能。主治淋梅毒瘡、筋骨攀痛、瘡腫等。在日本亦用於驅蟲藥。在本省本屬植物有十九種之多。

五、藥用植物事典（日，村越三千男著）第五七八頁。

菝葜：金剛莖，山歸來，地茯苓，山奇糧，山萆薢。藥用：微毒的有效劑，楊梅瘡毒、瘰疬、胎毒等應用。又爲發汗劑、利尿劑、止瀉等有效。

六、台灣野生可食植物（國立中國醫藥研究所出版），第廿九頁。

菝葜：別名：金剛根、鐵菱角、王瓜草、山歸來、靈殼蘿。

供藥用：根莖爲鎮痛解熱、利尿藥、治消渴血崩、風濕。葉

止痛敷惡瘡。

七、嶺南采藥錄上冊（第廿四頁）

金剛頭別名假東蔥、山菱角、能利水去濕、敷火疔瘡、能消紅腫，能治牛鴉血。

根據莊兆祥先生按其形態：其根大如薑、多尖利突起，心略帶紅色，頗堅硬，莖粗如箸，長丈餘亦粗硬，莖面綠色滿枝刺，葉互生闊大如掌心，質柔而光滑，葉面有眞紋三、五條，葉脚有卷鬚2~3間，由葉腋抽花軸密生淡黃色小花作叢，雌雄異株，結實大如黃豆，圓滑，生青熟黃。筆者細察莊兆祥先生詳述金剛頭與台灣的靈殼刺相符合。

筆者等研究本品的結果，可分爲二類，圓葉形的多生長在山頂平坦處，（海拔較高），長橢圓形大部份生長在山坡地或密林內，或路邊。（海拔高低均有）

性味：頭味甘微澀。葉味酸澀。無毒，性平。

歸經：入胃、大腸以及肝腎經。用量：五錢至二兩。

功用：葉搗糊能消腫止痛，敷癰疽。

頭內服是大腸部腫痛痔瘻的良藥。

筆者使用本品得自六腳鄉崩山村一號，李金棋老先生秘傳。李先生其先父爲當時著名痔科專家，內服以本品爲主劑。

內外痔瘻痛，以靈殼蘿二兩，半酒水燙豬大腸頭。空心服

之，試用於二十名內外痔患者：五名無效，十名根治，另五名效果良好，但以後再發。（服藥三劑至十劑）

試用於三位大腸癌患者（直腸部尚未轉移者），其中一位痊癒，一位進步，一位無效。茲簡述那位進步患者的治療過程作爲研究。

就診日期：六十八年一月十二日

患者：吳 琦，年齡六十七歲，性別：女，住於嘉義市民族路，體格中等，平時就有便祕習慣，面色微黃，脈稍虛，但右尺沉而有力微緊。約一年前發現，大腸頭痛，結粒，大便下血紫赤色，有時似血水，右下腹痛並有結塊，即經省立嘉義醫院作切片檢查，診斷爲直腸癌，但治療一月餘沒有進展，後求治於數家私立醫院均作同樣的診斷，治療不起色，反而多生一粒於原發處旁，痛苦難當，然後求治於某醫，每隔二日或三日，就打針（止痛劑）一次，沒有間斷。患者求診筆者時，右脇骨部痛脹，便祕、裏急，下腹部脹風痛。處方：鱉殼刺一兩五錢，蘆薈頭三錢、八角蓮五錢、晉芪一兩、川朴三錢、只實三錢、白芍五錢、山芋麻五錢、刺波頭一兩，水煎服二劑後，其小的癌腫塊潰破，流出許多污黑血水（但要潰破前患者患處痛劇），一月二十日二診，癌腫部較爲輕鬆，痛減輕，但右脇下痛脹，大腿頭抽痛，大便亦裏急，瀉下黃粉紅色樣狀膿水許多，同上方再配一劑。一月廿二日三診，尚有裏急，腹脹，右下腹痛，大便正常，但大便後有黃血水少許，癌腫痛又減輕些。同上方再配二劑。因患者懼藥遂停服。（非常可惜如患者肯續服藥，說不定治癒指日可待。）

結語：本品如能徹底研究，對於大腸癌初起患者，確是一大福音，後學謹不揣淺陋略述對鱉殼刺的研究與治驗，是以拋磚引玉，請各位同道先進，共同臨床經驗，以祈早日研究完成爲病患解除痛苦，並爲中醫藥發揚奮鬥到底！則中醫藥揚眉吐氣的日子，必將到來。

蕃茄的營養價值

美國農部曾對日用新鮮水果的維生素含量詳爲分析。茲摘錄本省最重要之 6 種果品如下表：

臺灣重要水果之維生素含量

甘偉松

| 水 果 維 生 素 | 鮮葡萄汁 | 鮮蘋果 | 鮮香蕉 | 鮮鳳梨 | 鮮橘汁 | 鮮蕃茄 |
|-----------------------|------|-----|------|-----|-----|-----|
| 維生素 A | + | + | +~++ | ++ | ++ | ++ |
| 維生素 B | +~++ | + | + | ++ | ++ | +++ |
| 維生素 C | + | ++ | ++ | ++ | +++ | +++ |

黃色種蕃茄果實的一般分析

甘偉松

| 可食部 | 水分 | 氮素 | 蛋白質 | 脂肪 | 碳水化合物 | 纖維 | 維灰分 | P ₂ O ₅ | CaO | Fe ₂ O ₃ |
|------|-------|-------|------|------|-------|------|------|-------------------------------|-------|--------------------------------|
| 90.0 | 95.60 | 0.128 | 0.80 | 0.40 | 1.50 | 0.80 | 0.62 | 0.013 | 0.114 | 0.018 |

雜談藥

陳榮福

在人生數十寒暑的旅程中，生、老、病、死是無法避免的經歷，爲了使病體早日康復或改善體質起見，乃求助於「藥」

， 在國內流傳最久的便是原始的藥物，當歐風東漸後，吹來了化學藥品，國人才以中藥、西藥加以區分。

我國的醫藥理論皆以陰陽五行爲基礎，從望、聞、問、切的診斷經辨證論治，而處方用藥，由於藥物的性味進入人體，發生升降浮沉，而歸經達到療效。西方醫學以解剖及物理、化學理論作基礎，建立細胞、器官、組織系統，經由觸視及生化檢驗數據進行診斷，確定病情決定用藥，於體內發生化學作用而產生療效。這兩大迥然不同的體系各有各的出發點，不論其優劣情形，目的皆爲治病，祇是方式有所差異，是否能互爲呼應，進而使中、西醫學融爲一體？這還有待先進專家學者們加以突破。

爲了便於編排，下面區分爲幾方面，提出個人淺見，尚請前輩先進不吝指正。

一、藥物的因素

每一味中藥均有性味，即所謂寒、熱、溫、涼四氣，辛、酸、甘、苦、鹹五味。由於中醫將疾病分爲陰陽虛實與寒熱虛

實等類，依類別而決定使用寒熱溫涼補瀉藥物，一般以治陽病用陰性藥，治陰症用陽性藥之原則。其配合情形如表(一)：

| 疾病性質 | 選用藥物 | 藥物性味 | 藥理作用 |
|------|------|------|----------|
| 陽，熱症 | 寒涼，陰 | 辛 | 發汗、理氣、散結 |
| 陰，寒症 | 溫熱，陽 | 甘 | 緩和、調補 |
| 虛，虛症 | 助正，補 | 酸 | 收斂、止瀉 |
| 實，實症 | 祛邪，瀉 | 苦 | 燥濕、泄降 |
| 逆，向上 | 鎮逆，沉 | 鹹 | 軟堅、潤下 |
| 陷，向下 | 提陷，升 | 淡 | 滲泄 |

中藥的品質以道地爲主，爲求適應醫療與製藥的需要，採炮製方式以便祛毒、矯味、賦色、賦形、防腐、增強功效，製劑採用丸、散、膏、丹、飲片、膠法，這是中藥的製劑學上一大特色。

西藥不論化學合成或由植物抽取物所得的精製品，都是經純化精製的成品，所以皆可依化學性質區分爲中樞、心臟、神經、胃腸……等作用部位的藥品。爲求藥效的發揮或給藥的方法

便度而有皮下、肌肉、靜脈注射劑，膠囊、粉散、酊配、片錠的口服劑及外用膏等不同的製劑。

二、藥物的吸收與運行

中藥傳統的劑型主要爲丸、散、膏、丹、湯及酒膠麩，均可內、外服用。中藥以歸經的理論解釋藥物如何運行，而歸經也是選擇用藥的法則，所以寒性藥物用來治療肺熱、胃熱和肝熱就有所差異。所謂歸經，自然是藥物在體內行走到達臟腑的經絡原則，這種以經絡學爲基礎，透過引經、補瀉、潤燥的概念，配合五行五臟的關係（表二），以結合藥物的性味和病體，形成發揮藥效的專門理論，是中藥特色之一。

西方醫學將人體視為由細胞組合為器官結合成組織形成系統，最基本的單位體為細胞（圖一），在細胞膜內外側聚集許多

多離子，彼此所荷電荷雖然不同，但整體在正常情況下維持着平衡，使人體進行着正常的生理表現。當病變發生後，該部位細胞膜的通透性改變，內外側的離子進出細胞膜，兩側的電荷量呈現不平衡，影響到生化作用，表現不正常的生理現象。

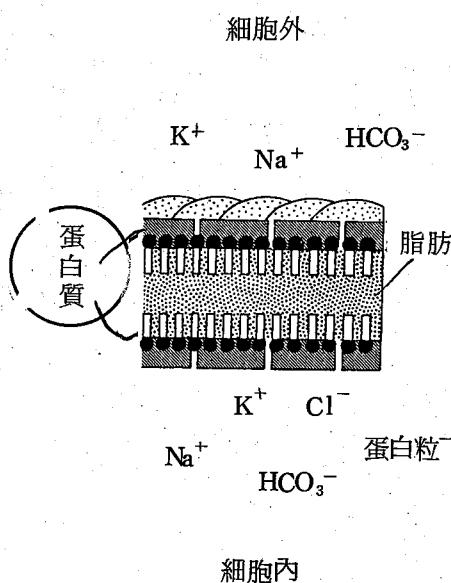
除在表面塗敷的藥物停留在局面外，藥物不論直接進入血液或經由肌肉吸收、腸部吸收後均可進入血液，由血蛋白攜帶運行，到達病灶附近和特定的作用基結合，進行化學變化，當細胞膜內外側重建平衡時，身體便可痊癒。

三、藥物的配伍與禁忌

藥即爲毒，而藥與毒的分野，端在於如何使用，配伍和禁

表二 藥物與臟腑關係表

| | | | | | | | | | | | |
|--------|-----|--------|-----|-----|-----|--------|--------|-----|-----|-----|-----|
| 黑 | 白 | 黃 | 赤 | | 青 | 色 | 藥 | | | | |
| 鹹 | 辛 | 甘 | 苦 | | 酸 | 味 | | | | | |
| 腐 | 腥 | 香 | 焦 | | 躁 | 臭 | 物 | | | | |
| 水 | 金 | 土 | 火 | | 木 | 五 行 | | | | | |
| 膀 胱 | 腎 | 大 腸 | 肺 | 胃 | 脾 | 君 火 | 相 火 | 臟 | 腑 | 經 | 絡 |
| | | | | | | 小 腸 | 心 包 | | | | |
| 足太陽 | 足少陰 | 手陽明 | 手太陰 | 足陽明 | 足太陰 | 手太陽 | 手少陰 | 手厥陰 | 手少陽 | 足少陽 | 足厥陰 |



一

忌是使用藥物必須注意的要點，其目的除了防範藥物間有相剋外，更預期能使藥物達到相加或相乘的效果。

在中藥方面，君臣佐使提供了如何針對病症來組成方劑以達到最高的預期療效。而藥物的單行、相須、相使、相畏、相惡、相殺、相反等七情，是藥物一種極致配合藝術的表現。神農本草經上記載着「凡此七情，合和視之。」又「當用相須相使者良，勿用相惡相反者，若用毒宜制，可用相畏相殺者，不爾勿合用也。」在說明有相反或對抗性的藥物，少用為宜。當然，有特定的目的，如張仲景甘遂半夏湯，為利用其對抗作用來達到滻痰逐飲的效果，不惜甘遂甘草同共。

中藥的禁忌，有妊娠禁忌和服藥禁忌，前者談論在病情輕重之際，為取捨母體和胎兒方面而決定使用藥物，所以內經強調「有故無損，亦無殃也。」後者則專門注重忌口，就是服藥期間對食物的禁忌。這是中藥特色之三，依現代的觀點，有些食物所含成份的確足以影響藥效的發揮。

在西藥方面，配伍與禁忌不分列，稱為配伍禁忌。主要談論處方中所列藥品互相配合是否會引起不良的化學變化，沈澣，變色，分解等現象，而削減了彼此間的藥效。或者使其中某幾種藥品產生強烈的副作用，導致其他不良的生理反應。這些配伍禁忌的決定因素在於化學作用、藥理作用，其中也有禁止某些食物共同服用的現象，不過情形不像中藥來的普遍。

在人生歷程中，藥物是不可或缺的，中藥和西藥的分野，

在於外形和成分，中藥常以較原始的形態，直接提供所含混合肥分。在一劑處方熬煮後的湯液所含之成分，應包括每單味藥所能溶出的成分和彼此間互相作用產生的化合物，所以單味藥的成分抽取已經是件困難的事，論及方劑更是千頭萬緒，所謂難，不是無法操作，而是難以下結論。至於西藥，幾乎都是精製的純化學成分，組合，製成片劑，針劑、粉劑、膠囊劑、……等。

我們常說中藥西藥間有作用時間快慢，藥效顯着否的問題存在，其實這些完全是以無法評論的事實來加以比較，也就是說，完全是不同立足點的討論。我們由上述幾方面知道，中西藥物的用藥法則不同，其發生療效的依據理論又各異，那麼又如何能加以評論？

今天我們發展中醫藥，企求中西醫藥間能夠融為一體，使歷經五千年的中醫藥能廣泛讓世界各國接受，而非停留於讚歎「神奇」，知其然而不知其所以然的階段。必須尋求將中醫藥的理論，納入現代的科學方式闡釋，而非以現有的西方醫藥理論來解釋。由於多年來生藥學界、植物化學界，一直孜孜於中藥材成分分析，化學結構判定，從而推演藥理作用，今後似乎應該進入方劑的成分探討，生物利用率方面的追蹤，俾便了解中醫藥存在奧秘之所在。

神秘的大蒜

甘偉松

大蒜不只是調味的香辛料、佐食的佳肴、主婦的家庭藥；而今已視為營養之珍品、抗生素之寵兒、中藥之驕子、價廉物美之良藥。但願當我們正為營養不良而苦悶、疾患而煩惱的時候，千萬不要忘記神秘的大蒜！

萬能藥之謎

大蒜是我們婦孺皆知的香辛料調味品，它與韭、薤、葱、薑合稱爲五辛，是家庭主婦烹調時不可或缺的常用品，尤其是我國北方各省的同胞更視爲桌上珍品，一顆一顆的津津有味地吃着，其驚人的程度就好像四川人吃辣椒一樣的令人嘆爲觀止矣！

我國自古民間即有流傳着：「大蒜能治百病，惟獨傷眼」的說法，而中外民間文獻對大蒜自古即有崇高的評價，它所能治的疾病，汗牛充棟，多得不勝枚舉，以至令人難予相信，彷彿大蒜就是「萬能藥」似的，由於古人僅知其然，而不知其所以然；因此，關於大蒜的醫藥效用，一直存于莫測高深而神秘的傳奇式中。現在讓我們來揭開它神秘的外衣，使我們認識它的廬山真面目，以解開這千萬年

視為神祕之謎！

廿世紀六七十年代的科學一日千里，這位小巧玲瓏，其貌不揚的臭姑娘，也成了世界科學家發掘的對象，它經過第一流的化學家分析其有效成分後，藥學家發現它具有極強的殺菌作用，醫學家臨床應用證明它是平民化的保健食品，傳染病的救星，中藥之驕子，不由人不由衷的敬佩它，而且深深的感受宇宙的主宰的萬能，讓我們歌頌讚美牠！

請問芳名

蒜有大蒜、小蒜之分，大蒜則有紅皮蒜、白皮蒜之別，另有原產歐洲之西洋大蒜，以及日本栽培之日本大蒜等五個品種。

1. 我們一般所說的大蒜，東北通稱紅皮蒜（

Allium sativum L. var. pekinense F. Makawa), 異名 *Allium sativum L. f. pekinense* Makino, 原產西亞, 我國北方各省與日本多栽培之。葉寬2公分以上, 葉之先端下垂。鱗莖外皮紫紅色, 鱗莖小形, 小鱗莖亦小形。風味甚佳。本草綱目指出: 名醫別錄稱葫, 一名大蒜、葷菜。

2. 白皮蒜 (*Allium sativum L. forma*), 東北通稱白皮蒜或蒜, 外皮白色, 鱗莖大, 小鱗莖小形。收穫量多。

3. 小蒜 (*Allium scorodoprasum L.*), 本

草綱目卷26收載。蒜(別錄下品), 一名小蒜(別錄)、茆蒜、葷菜。原產東亞, 我國南北各省多有栽培。鱗莖較小, 瓣數亦少, 苞被1~2片, 與花等長或稍短, 花間混生少數珠芽, 花白色。

4. 日本大蒜 (*Allium sativum L. var. japonicum* Kitamura), 日本栽培。葉狹, 先端不下垂。莖較西洋大蒜為高, 而葉較寬, 苞長, 珠芽亦大。

5. 西洋大蒜 (*Allium sativum L.*), 歐洲栽培者, 形似大蒜, 葉不卷曲, 包被鱗莖之鱗狀葉呈淡紅色, 苞不長, 花序二層, 珠芽亦小。

化學成分

一、鱗莖的一般成分

| 成 分 | 水 分 | 含氮物 總 量 | 蛋白質 | 脂 肪 | 碳水化合物 | 纖 維 | 灰 分 |
|-----|-------|---------|------|------|-------|------|------|
| % | 77.01 | 0.23 | 1.27 | 0.24 | 20.41 | 0.48 | 0.59 |

鈣價5.6, 鋼(P_2O_5)0.095, 鈣(CaO)0.126, 鐵(Fe_2O_3)0.0095, 鈉(NaCl)0.222, 熱量91卡。

大蒜的碳水化合物為一般成分中之最多者, 日本木原芳次郎(1929)分析結果如次:

風乾物100分中(鮮品水分64.34%)

| 成 分 | 水 分 | 全可溶性碳水化合物 | 戊 糖 | 五炭配醣物 | 粗纖維 |
|-----|------|------------|------|-------|------|
| % | 5.48 | 59.38(六碳糖) | 2.33 | 2.10 | 2.35 |

日本安部淺吉與岩切三雄二氏(1938)曾研究東北產大蒜鱗莖之化學成分, 知水分63~65%, 可溶性碳水化合物15~23%, 戊糖(Pentose)1.5%, 失水戊糖(Pentosan)1.5%, 粗纖維3.0%, 灰分2~3%, 粗脂肪0.4~1%, 純蛋白4%等等。

二、特殊成分

1. 鱗莖 安部氏等(1938)研究東北產大蒜鱗莖, 除上述一般成分外, 尚含有硫、磷、氮等之有機酸、檸檬酸、草酸, 特以不溶於酒精之碳水化合物占20%, 為大蒜成分之主要部份, 主為Scorodose之Tetrafractan。

黑澤淳造(1927)研究東北產大蒜鱗莖, 謂主成分為丙烯硫醚($Allylsulfide$) $(C_3H_5)_2S$, 類胱氨酸(Homocystine) $C_8H_{16}O_4N_2S_2$, 菊糖(Insulin), 多量的檸檬酸、磷酸及肌糖(Ino-

sit), 含氮物為多量的蛋白氨基酸(Arginine), 少量的嘌呤(Purine)鹽基, 脲胱氨酸(Cystine)等。

黑澤氏(1928)繼稱: 含硫化合物中尚含有半胱氨酸(Cysteine)、硫化乳酸 $CH_3-CH(SH)-COOH$, 及硫黃與含氮物縮氨酸類(Peptide)樣有機磷酸鹽之存在。此硫化乳酸為 α 與 β 兩異性體存在, 而半胱氨酸及硫化乳酸在常溫下可發生硫化氫(H₂S), 此硫化乳酸純品無惡臭, 而放置於水溶液之初, 則分解而具惡臭之硫化氫。

鱗莖含揮發油0.195%, 此油為褐黃色透明液體, 具大蒜特有的臭氣, 有灼熱感, 其蒸氣能刺激眼及鼻之粘膜。

Semmler氏(1892)分析西洋大蒜的揮發油

成分，而得多種硫化丙烯及少量的倍半萜（Sesquiterpene）。

加來天氏（1926）分析日本大蒜與韓國產大蒜的成分，結果與西洋大蒜相同。

| 成 分 | | 西洋大蒜% | 日本大蒜% |
|--|----|-------|---------|
| Diallyldisulfide $(CH_2=CH-CH_2)_2S_2$ | | 60 | 23~39 |
| Propylallyldisulfide $CH_2=CH-CH_2-S-S-CH_2-CH_2-CH_3$ | | 6 | 3.7~4.5 |
| Diallyltrisulfide $CH_2=CH-CH_2-S-S-S-CH_2-CH=CH_2$ | | 20 | 13~19.3 |
| S ₄ 以上多硫化丙烯 | 存在 | | — |
| Diallylsulfide $CH_2=CH-CH_2-S-CH_2-CH=CH_2$ | 痕跡 | | — |

大蒜的特殊臭氣成分乃：硫化二乙烯（Diallylsulfide） $(CH_2=CH-)_2S$ ，硫化双丙烯（Diallyl-sulfide），重硫双丙烯（Diallyl-disulfide），三硫双丙烯（Diallyl-trisulfide）及四硫双丙烯（Diallyl-tetrasulfide）。 $CH_2=CH-CH_2-S_x-CH_2-CH=CH_2$ ($x=1,2,3,4$)。

亦有學者認為大蒜臭氣成分為硫化双丙烯，因其臭氣相似，而西大蒜之含量極微，故其臭味亦較日本大蒜為小。

大蒜的各種硫化物在植物體中均呈配醣體的形式存在，日本小湊潔自大蒜臭氣成分母體分離出一種配醣體，名 Glucomin I，此物含有碳、氫、氧、氮及硫，為針狀結晶，融點91°C，因酸及配醣體分解酵素芥子酶素（Myrosin），而加水分解為果糖與具有殺菌性之揮發油，此揮發油名曰 Glucomin II。

西洋大蒜亦有同樣的成分，Rundqvist 氏（1910）將此配醣體命名曰大蒜氨酸（Alliin），分解酵素曰 Allisin。

Alliin 乃氨基酸之一種，無味，無臭的結晶物質，溶點163~165°C，細胞破壞時，因大蒜酶素（Allinase）的作用，而分解為奇臭之大蒜精（Allicin） $C_6H_{10}OS_2$ ，Cavallito 氏等（1944）謂：大蒜精之構造式為 Allyl-S-S-Allyl 或 $Allyl-S-S-O-Allyl$ O

Cavallito 及 Bailey 氏（1944）謂：大蒜精對熱不穩定，冷藏之則甚安定，稀酸無影響，對稀鹼亦不活動，對半胱氨酸亦無影響，可溶于水、乙醇、苯及乙醚，純大蒜精具大蒜氣味，對皮膚有刺激性。藤原元典（1952）稱：大蒜精易與維生素 B₁ 結合，不但有助于人體對維生素 B₁ 之吸收，

且不受維生素 B₁ 分解酵素（Aneurinase）之分解，故松川泰三氏等（1952）遂利用此種特點而製一種不喪失維生素 B₁ 作用之安定化合物，曰 Allithiamine，本品極苦而奇臭，容易且迅速為消化管吸收，並能增強維生素 B₁ 之作用，現用 Methyl, Ethyl, Propyl 基以置換 Allyl 基，而得同族體中比較無臭之 Thiamine-propyl-disulfide，即 Alinamine 是也。

左右田德郎及赤崎廣節二氏（1931）用 Rundqvist 氏同樣之方法，自臭氣母體而得配醣體及其分解酵素之同樣結果，尚含 Gluthathione 93.5 mg%，維生素 C 5.3mg%。

大蒜尚含內氨基酸（Alanine），溶氨基酸（Lysine）及多量之硫胺素 B₁。

Datta 氏等（1948）分析出 Allistatin I 及 II。

小湊潔（1953）自大蒜中提出一種新的維生素，而榮獲博士學位。

Fenerolli 氏謂：大蒜揮發油之主成分為二硫化丙烯 $C_6H_{10}O_2$ 及二硫化丙烯丙基，Walton 氏稱：尚含有丙烯醛。

2. 全草 安部淺吉及岩切三雄二氏（1938）自大蒜全草中提出 Glucominal，水解而得含硫之精油。

安部氏等又將韓國產大蒜加以水蒸氣蒸餾時，得奇臭之精油約 1%，主成分為 $C_6H_{12}S_2$, $C_6H_{10}S_2$, $C_6H_{12}S_3$ 等之含硫化合物；以及其他之蛋白氨基酸（Arginine）、半胱氨酸（Cysteine）、Thiomilic acid 等精油。

菜的成分為硫化双丙烯、菊糖、Leek 油及維生素 C 等。

抗生素之寵兒

1. 神秘的抗生素

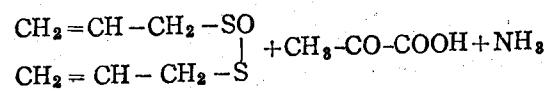
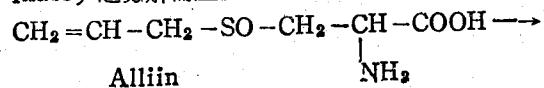
俄國 Tokin 氏 (1928~1930) 從大蒜中提出強力抗生物質，稱為植物殺菌素 (Phytoncide, Fitontsidy)，簡稱植殺素，或稱植物抗生素。

Cavallito 及 Bailley 二氏 (1944) 謂：大蒜鱗莖用水蒸氣蒸餾，而得一種無色液體之抗生素，曰大蒜精 (Allicin)，而 Cavallito, Bailley 及 Buck 三氏 (1945) 謂：雖然大蒜精之名稱易與市面上之藥品同名已被摒棄不用，惟此成分至今尚無人另擬新名也。

Walton 氏大蒜含二硫化丙烯、二硫化丙烯丙基及丙烯醛，故其蒸氣有殺菌能力。

Cavallito 氏等 (1944) 提出大蒜精 (Allicin^n)， $\text{Allyl 2-propene - 1-thiosulfinate}$ $\text{C}_5\text{H}_5-\text{SO-S-C}_3\text{H}_5$ (Small 氏等 1947 合成)，當大蒜壓搾時，先質因酵素之影響而分解，始釋放 thiosulfinate。

Stoll & Seebeck 二氏 (1947) 謂：大蒜的殺菌成分係一種含硫的植物揮發油約 0.1%，稱大蒜精 (Allicin) $\text{C}_6\text{H}_{10}\text{OS}_2$ ，一名大蒜素或大蒜辣素，乃強刺激性油狀物質，在化學上為一種含氧的二硫化丙烯，需由一種含硫的新氨基酸，即大蒜氨酸 (Alliin)， $\text{C}_6\text{H}_{11}\text{O}_3\text{NS}$ ，經大蒜酶素 (Alliinase) 之分解而產生。



同時尚有硫化雙丙烯 (Diallyl-sulfide) $(\text{CH}_2=\text{CH}-\text{CH}_2)_2\text{S}$ ，重硫雙丙烯 (Diallyl-disulfide) $(\text{CH}_2=\text{CH}-\text{CH}_2)_2\text{S}_2$ 和三硫雙丙烯 (Diallyl-trisulfide) $(\text{CH}_2=\text{CH}-\text{CH}_2)_2\text{S}_3$ ，以及大蒜配醣體之 Glucominal，丙氨酸，即初油氨酸 (Alanine)、溶氨酸 (Lysine)、半胱氨酸，即半胱氨酸 (Cysteine)，和多量之硫胺素 (VitB₁) 及維生素 C。

他們認為先質因酵素之關係，並敘述先質之分離，大蒜氨酸 (Alliin)， $\text{Allyl-Cysteine Sulfide}$ ， $\text{C}_{12}\text{H}_{24}\text{O}_7\text{N}_2\text{S}_2$ ，旋後認為其分子式為 $\text{C}_6\text{H}_{11}\text{C}_3\text{NS} \cdot \frac{1}{2}\text{H}_2\text{O}$ 。

Machado 氏等 (1948) 謂：大蒜含 Garlicin，對格蘭姆氏陽性及陰性細菌均有抗生素作用。

Datta 氏等 (1948) 謂：從大蒜分離出兩種抗生素，即 Allistatin I 及 Allistatin II。

2. 萬能的殺菌作用

日本馬場武 (1924) 指出：大蒜含硫的揮發油有強力殺菌性，其 0.5% 水溶液能於 5 分鐘內使傷寒桿菌死滅，於培養基中加入 3% 的大蒜壓汁，對於各種細菌，殆可完全制止發育。

日本黑澤淳造 (1927) 謂：大蒜之壓搾液汁對霍亂菌有相當強的殺菌性，對傷寒菌、赤痢菌、大腸菌、葡萄球菌等均有阻止發育的作用，但在 100°C 加熱半小時，此大蒜汁即無抗生素。

Tokin 氏等 (1942~1944) 自大蒜提出之植物殺菌素 (Phytoncide)，具有極強之殺菌作用，又大蒜蒸氣對軟體動物之卵曝露 5 分鐘，即呈殺滅之作用；對於原虫亦有毒害。

Cavallito 及 Bailley 二氏 (1944) 研究大蒜精 (Allicin) 在試管中之抗菌作用，發現對溶血鏈球菌 (*Streptococcus hemolyticus*) 之濃度為

$\frac{1}{85,000}$ ；而對下列各細菌之抗菌濃度為 $\frac{1}{125,000}$ ，

即枯草桿菌 (*Bacillus subtilis*)、摩爾根氏變形桿菌 (*Proteus morganii*)、腸炎沙門氏菌 (*Salmonella enteritidis*)、副傷寒沙門氏菌 (*Salmonella paratyphi*)、修牛特勒氏沙門氏菌 (*Salmonella schottmuelleri*)、傷寒沙門氏菌 (*Salmonella typhimurium*)、*Salmonella typhimurium*、痢疾志賀氏菌 (*Shigella dysenteriae*)、副痢疾志賀氏菌 (*Shigella paradysenteriae*)、金黃葡萄球菌 (*Staphylococcus aureus*)、草綠色鏈球菌 (*Streptococcus viridans*) 及霍亂弧菌 (*Vibrio cholerae*) 是也；對 *Streptomyces griseus* (鏈絲菌屬) 之抗菌濃度為 $\frac{1}{10,000}$ ；對薰衣色塵狀菌 (*Aspergillus fumigatus*) 及 *Penicillium cyclopium* (青黴菌屬) 之抗菌濃度為 $\frac{1}{25,000}$ 。

Huddleson 氏等 (1944) 謂：大蒜抽出物在試管中對大腸桿菌 (*Escherichia coli*)、流產布魯氏菌 (*Brucella abortus*) 及金黃葡萄球菌有抗生素作用。有效成分為一種樹脂 (Resin) 或樹膠狀殘餘 (Gummy residue)，可溶于哥羅彷、乙醚及苯，對鹼不活動。哥羅彷抽出物可破壞對大腸桿菌之抗生力。

Paramecium caudatum (草履虫屬) 在有效成分稀釋為 $\frac{1}{10,000}$ 時不活動，荷蘭豬腹膜內注射本品85mg，而無毒害影響。

劑量5mg，一日二次，荷蘭豬不受豚布魯氏菌(*Bacillus suis*)之感染。

大蒜之多種其他抽出物可阻止金黃葡萄球菌(Osborn氏 1943)、大腸桿菌(Osborn氏 1943, Sander氏等 1945)及枯草桿菌(Sander氏等 1945)之生長。

Rao, Rao及Venkataraman 三氏(1946)試驗大蒜精(Allicin)在試管中之抗菌作用，發現對產氣桿菌(*Aerobacter aerogenes*)，枯草桿菌、草分枝桿菌(*Mycobacterium phlei*)、人型結核桿菌(*Mycobacterium tuberculosis hominis*)、侯氏沙門氏菌(*Salmonella hirschfeldii*)、副傷寒沙門氏菌及金黃葡萄球菌等之抗菌濃度為 $\frac{1}{48,000}$ 。

Gohar氏等(1946)，Andrew氏(1946)用Allyl thiosulfinate之油膏油輪癬有效。

Lesnikov氏(1948)謂：大蒜對菌類疾患之治療，可以試用。

Machido氏等(1948)謂：*Garlicin* 對格蘭姆氏陽性細菌及格蘭姆氏陰性細菌均有抗生作用。

Cavallito & Bailley 二氏稱：大蒜精(Allicin)對金黃葡萄球菌、草綠色鏈球菌、枯草桿菌、傷寒桿菌及大腸桿菌等均顯敏感性，其制菌作用較殺菌作用為強，對大多數格蘭姆氏陽性細菌及格蘭姆氏陰性細菌均有同等之抗菌力。

大蒜油具極強殺菌作用，其殺菌力為石炭酸的15倍。

雅瑞魏齊稱：不但揮發性成分，就是大蒜汁的30~40倍溶液，也對白喉菌有強度的殺菌力。

朱之覆及白施恩二氏曾用大蒜蒸氣及大蒜汁在玻璃器內進行抗菌力試驗，結果發現大蒜汁對葡萄球菌、痢疾桿菌、霍亂弧菌、傷寒桿菌、副傷寒桿菌、大腸桿菌以及炭疽桿菌等，均有強度的抑制力，蒸氣的抗菌作用較弱；惟對綠膿桿菌與變形桿菌，即用最高濃縮大蒜汁，亦不能制止其生長。

徐仲呂用98種中藥作志賀氏痢疾桿菌的體外抗生素試驗，發現12種中藥有抗生作用，而以大蒜之作用為最強。

朱錫華(1951)謂：大蒜在培養基中能抑制頭

癬的繁殖，將誘發頭部白癬及黃癬的病原菌分離培養後，再將黃癬菌與生理食鹽水混合，種植于Salmonelland 平板培養基上，于培養基中央部放入搗碎之大蒜汁0.25公分，在室溫保存一週，則大蒜的周圍有45~47毫米直徑的無菌透明帶，在無菌帶外圍的菌落，也呈變形變色。

大蒜對臺色髮癬菌及犬小芽胞有抗生作用。

張永聖(1952)謂：大蒜所含的揮發性物質，在試管中對*Schoenlein* 氏黃癬菌、渦狀癬菌、堇色菌、鐵銹色小芽胞菌、紅色表皮菌、趾間白癬菌、蒙古黃癬菌，以及鼠蹊表皮菌等，均有顯著的殺菌作用，惟對後二者之殺菌力則較弱。

日本木村氏謂：大蒜不但有殺滅阿米巴的功能，且能殺滅原虫、八聯球菌、葡萄球菌、鏈球菌、痢疾桿菌，以及副傷甲乙菌等，故治一切細菌性腸炎，在日本已廣為採用。

日本木村康一博士(1966)謂：大蒜精油成分含大蒜精(Allicin)及其還原體之重硫雙丙烯(Diallyl disulfide)，粗物質有強力殺菌作用。

藥理與毒性

(一) 藥理作用

Lehmann 氏(1930)稱：大蒜汁如與血液相混，即少至 $\frac{1}{1,000}$ ，亦引起血色蛋白變性。Loepper 氏等(1921)謂：由人體及犬之動物試驗，證明大蒜之酊劑可使血壓降低，血壓過高者尤為顯明，並引起白血球增加。宮本田守(1938)研究東北產大蒜之水溶性酒精不溶性成分，發現能使流血中之紅血球、血色素、鐵等及血清中之鈣、鉀、蛋白質等減少；而使白血球、血糖、殘餘氮量、水分等增加。此白血球、血糖、水分等之增加，乃由於間腦之調節中樞之刺激。榎本義衛(1939)繼稱：該物質對於家兔靜脈注射之最小致死量，體重1公斤為0.5公分，其生理作用微弱，僅限於大量投與時，使平滑肌及橫紋肌呈痙攣作用而已。

林啓壽及閻佩衡二氏稱：大蒜的殺菌作用，可能是由於大蒜精中氧原子的存在與半胱氨酸基相結合，而使其不能轉變為胱氨酸，以失去硫氫基，半胱氨酸基為微生物生長繁殖的刺激劑，亦為微生物生理氧化作用的必需品之一。大蒜精既能毀壞半胱氨酸基，因而能抑制細菌的生長。

大蒜的硫化雙丙烯及多化丙烯的同系物，僅具大蒜的臭氣，而無特殊的殺菌作用和生理作用。

大蒜抗菌作用的濃度雖僅為青黴素的1%，但

其效力因不受對氨基安息香酸存在的影響，抗菌作用廣泛，價格低廉，且可口服，故大蒜為價廉物美的殺菌劑。

(二) 藥物毒性

大蒜配酵體有抑制呼吸及循環系統的作用。杉原德行(1938)曾用家兔體重每公斤給予60公分的劑量，結果引起血壓急降下降，遂至呼吸運動停止而死亡。

Cavallito & Bailley二氏(1944)謂：大蒜精對老鼠50%致死量(LD_{50})，靜脈注射為 60mg/kg ，皮下注射為 120mg/kg 。

伊澤凡人博士(1966)指出：長期連續服用大蒜，而可引起維生素B₂群之缺乏，甚至肝臟抗能減退，故不可大量亂食為宜。

前賢醫語 本草綱目卷26指出：葫(別錄下品)，一名大蒜(弘景)，氣味辛、溫，有毒，久食損人目。

陶弘景曰：性最熏臭，不可食，俗人作薑以噉餉肉，損性伐品，莫此之甚，惟可生食，不中煮也。

蘇恭敬曰：此物煮羹臘，為餽中之後，而陶弘景云不中煮，當是未經試耳！

陳藏器云：初食不利目，多食却明，久食令人血清，使毛髮白。

李時珍曰：久食傷肝損眼，故嵇康養生論云：葷害目，此為甚耳，今北人嗜蒜宿炕，故盲瞽最多，陳藏器乃云多食明目，與名醫別錄相左，何耶？

朱震亨曰：大蒜屬火，性熱喜散，快膈，善化肉，暑月人多食之，傷氣之禍，積久自見，養生者忌之，化肉之功，不足論也！

蘇頌曰：多食傷肺、傷脾、傷肝膽，生痰，助火、昏神。

孫思邈曰：四月、八月食葫傷神，令人喘悸，口味多爽，多食生葫行房，傷肝氣，令人面無色，生葫合青魚鯉食，令人腹內生瘡、腸中腫，又成疝氣，發黃疾，合蜜食殺人，凡服一切補藥，不可食之。

李時珍又云：葫蒜入太陰陽明，其氣薰烈，能通五臟，達諸竅，去寒濕，辟邪惡，消癰腫，化癥積肉食，此其功也，故王禎稱之云，味久不變，可以資生，可以致遠，化臭腐為神奇，調鼎俎，代醯醬，携之旅塗，則炎風瘴雨不能加，食鍋腊毒不能害，夏月食之，解暑氣，北方食肉麵，尤不可無，

乃食經之上品，日用之多助者也。蓋不知其辛能散氣，熱能助火，傷肺損目，昏神伐性之害，在苒受之而不悟也。由以上藥理之研究與前賢之醫語，可知大蒜確有毒害，少吃則為保健食品，多食則有害身體，慎之！

保健之珍品

(一) 調味佳品

大蒜的鱗莖與葉片均供食用，是一種良好的食品，不但烹煮為料理，且可生吃，香脆可口，風味奇佳，真是別有一番滋味在心頭，我國北方人尤深知其中三昧。它與肉類，特別是牛、馬肉烹煮，不但有祛腥臭之功效，且能增進肉類之美味，誠不可多得之香辛調味品。

(二) 健胃助消化

吃生大蒜時，由於味覺的反射作用，和對胃粘膜的直接刺激作用，使胃液分泌亢進，增加胃液中的蛋白分解酶和糖分解酶的作用，並使胃中鹽酸量增加，同樣對腸液的分泌，也有直接與間接的增強作用，但對脂肪分解酶却呈抑制的作用，對胃蠕動機能初期呈一時性減弱，繼以反射性的蠕動亢進，復因纖維、硫胺素(B₁)及維生素C，與乎美味之增進，均有促進食慾之功，對於健胃，助消化，也有相輔相成的作用。

(三) 與器官機能

Vincent氏(1925)謂：吃生大蒜時，其硫化雙丙烯於體內成硫化氫，由肺臟排出，有殺菌及抗發炎的作用，對血壓心臟及呼吸均有影響，硫化氫由延髓，迷走神經刺激各器官，傳達其效能，有促進血液循環，增進新陳代謝的作用。

(四) 藥補與食補

大蒜富于營養成分，可以補充營養。例如：有機性磷質，可以補腦健腦；易于消化吸收的碳水化合物，是發熱的泉源；蛋白氨基酸是優良的主要氨基酸，乃補充消耗，構造新組織的原動力；纖維雖無營養價值，但可充堆體，刺激腸的蠕動，有通暢大便之功，間接有助消化之效；硫胺素(B₁)缺乏時，神經發炎，食慾不振，甚至發生腳氣病，維生素C缺乏時，易罹壞血病，牙齦鬆腫，皮下出血，因大蒜含有多量之硫胺素(B₁)與維生素C₁，自有預防與治療之效。

同時大蒜含有多種強力抗生素，可預防傳染病之感染，且可增進食用者之健康，故日本學家如小湊潔博士認為韓國人以大蒜為生食，故身體健康，

誠食亦樂也。

中藥之驕子

(一) 古代的寶藏

1. 藥能

主散癰腫、瘡，除風邪，殺毒氣，獨子者亦佳，歸五臟，久食傷人，損目明。（別錄）

下氣，消穀，除風破冷。（唐注）

去水惡瘴氣，除風濕破冷氣，爛瘻癬，伏邪惡，宣通溫補，療瘻癬，殺鬼去痛。（陳藏器）

健脾胃，治腎氣，止霍亂轉筋腹痛，除邪祟，解溫疫，療勞瘧，冷風傳風損冷痛，惡瘻蛇蟲蟲毒，溪毒沙蟲，並搗貼之，熟醋浸經年者良。（日華子）

溫水搗爛服，治中暑不醒；搗貼足心，止鼻衄不止；和豆豉丸服，治暴下血，通水道。（寇宗奭）

搗汁飲，治吐血心痛；煮汁飲，治角弓反張，同鯽魚丸，治膈氣；同蛤粉丸，治水腫；同黃丹丸，治痢瘧瘧；同乳香丸，治腹痛，搗膏敷臍，能達下焦，消水，利大小便；貼足心，能引熱下行，治泄瀉暴痢，及乾濕霍亂，止衄血；納肛中，能通幽門，治關格不通。（李時珍）

2. 前賢驗方

背瘡灸法，凡覺背上腫硬疼痛，用濕紙貼尋瘡頭，用大蒜十顆，淡豉半合，乳香4公分，細研，隨瘡頭大小，用竹片作圈圍定，填藥于內，二分厚，着艾灸之，痛灸至癢，癢灸至痛，以百壯爲率，與蒜錢灸法同功。（外科精要）。

疔瘡惡毒，用明白灰一撮，羅細，以獨蒜頭或新蒜，染灰擦瘡口，候瘡自然出少汁，再擦少須，即消散也，雖發背癰腫，亦可擦之。

五色丹毒，無常色，及發足踝者，搗蒜厚敷，乾即易之。（時後方）。

關格脹滿。大小便不通，獨頭蒜燒熟，去皮綿裏，納下部，氣立通也。（外臺秘要）。

乾濕霍亂、轉筋，用大蒜搗塗足心，立愈。（永類鈞方）。

水氣腫滿。大蒜、田螺、車前子，等分，熬膏，搗貼臍中，水從便瀉而下，數日即愈，象山人民患水腫，一人者傳此，用之有效，仇遠碑史。

山嵐瘴氣，生熟大蒜各七斤，共食之，少頃腹鳴，或吐血，或大便泄，即愈。（攝生妙用方）。

瘡疾寒熱。肘後，用獨頭蒜，炭上燒之，酒服

方寸七・箇○便方，用桃仁半片，放內關穴上，將獨蒜搗爛罨之，縛住，男左女右即止，隣嫗用此治人屢效，○普濟方，端午日，取獨頭蒜搗熟，入麝紅等分，搗丸梧子大，每日湯嚼下一丸。

寒瘡刺冷，端午日以獨蒜頭十箇，黃丹7公分，搗丸梧子大，每服九丸，長流水下，甚妙，（普濟方）。

泄瀉暴痢。大蒜搗貼兩足心，亦可貼臍中。（千金方）。

下痢禁口。及小兒泄痢，方並同上。

腸毒下血。蒜連丸，用獨蒜煨搗，和黃連末爲丸，日日米湯服之，（濟生方）。

暴下血病。用胡蒜五七枚，去皮研膏，入豆豉，搗丸梧子大，每次飲下五六十九，無不愈者。（寇宗奭本草衍義）。

鼻血不止。服藥不應，用蒜一枚，去皮，研如泥，作餠大餅子，厚一豆許，左鼻血出貼左足心，右鼻血出貼右足心，兩鼻俱出俱貼之，立愈。（簡要濟衆方）。

血逆心痛。生蒜搗汁，服二升即愈（肘後）。

心腹冷痛，法醋浸至二、三年，蒜食至數顆，其效如神。（李時珍瀕湖集簡方）。

夜啼腹痛，面青冷證也，用大蒜一枚，煨研日乾，乳香2公分，搗丸芥子大，每服七丸，乳汁下。（危氏得效方）。

寒濕氣痛。端午日收獨頭丸，同辰粉搗塗之。（唐瑤經驗方）。

狗咽氣塞。喘息不通，湏臾欲絕，用獨頭蒜二枚削去兩頭，塞鼻中，左患塞右，右患塞左，候口中膿血出立效。（聖惠）。

喉痺腫痛。大蒜塞耳鼻中，日二易之。（時後方）。

魚骨哽咽。獨頭蒜塞鼻中自出。（十便良方）

牙齒疼痛。獨頭蒜煨熟切，熨痛處，轉易之、亦主虫痛。（外臺秘要）。

眉毛動搖。目不能交睫，喚之不應，但能飲食，用蒜110公分，杵汁，調酒飲即愈。（夏子益奇疾方）。

腦瀉鼻漏。大蒜切片，貼足心，取效止。（摘玄方）。

頭風苦痛。易簡方，用大蒜研汁，畜鼻中。

小兒臍風。獨頭蒜切片，安臍上，以艾灸之，口中有蒜氣即止（黎居士簡易方）。

小兒氣淋。宋寧宗爲郡王時，病淋，日夜凡

百起，國醫岡措，或舉孫琳治之，琳用大蒜、淡豆豉、蒸餅，三物搗丸，令以溫水下三十九，曰，今日進三服，病當減三分之一，明日亦然，三日病除，已而果然，賜以千緡，或問其說，琳曰，小兒何緣有淋，只是水道不利，三物皆能通利故也。（愛竹翁談叢）。

產後中風。角弓反張，不語，用大蒜三十瓣，以水三升煮一升，灌之即甦。（張傑子母秘錄）。

婦人陰腫作癰。蒜湯洗之，效乃止。（永類鈐方）。

陰汗作癰。大蒜淡豉，搗丸梧子大，硃砂爲衣，每空腹燈心湯下三十九。小便淋瀝。或有或無，用大蒜一箇，紙包煨熟，露一夜，空心新水送下。（朱氏集驗方）。

小兒白禿。團團然，切蒜日日揩之。（秘錄）。

蜈蠍蟹傷。獨頭蒜摩之即止。（梅師）。

蛇虺蟹傷。孟詵曰，即時嚼蒜封之，六七易，仍以蒜一升去皮，以乳二升煮熟，空心頓服，明日又進，外以去皮蒜一升搗細，小便一升，煮三四沸，浸損處。梅師用獨頭蒜酸草搗絞敷咬處。

脚肚轉筋。大蒜擦足心，令熱即安，仍以冷水食一瓣。（攝生方）。

食蟹中毒，乾蒜煮汁飲之。（集驗方）。

療毒瘡腫毒，號叫臥眠不得，人不能別者，取獨頭蒜兩顆，搗爛，麻油和，厚敷瘡上，乾即易之。（兵部手集方）。

3. 祖母的單方

腹脹大，扣如鼓鳴，大蒜去皮，棉裹使溫，放入肛門，冷之則易，如此數次，此外大便不通，用此法亦效。

水腫小便不通，尤以粘液性水腫，用大蒜頭2個，剉浸于葡萄酒，每次服一小碗，日服三次，奇效。

心臟病，將大蒜搗爛，用糖合爲丸，每餐飯後服一匙，良效。

白癬，用大蒜頭搽白癬患處，一日搽數次，半月愈。乾癬類，一切頑固皮膚病，用蒜頭絞汁，同蜜研和，外敷即治。

瘡癧，大蒜頭切成薄片，放在瘡癧上，再用香火去燒，燒至有痛癢的感覺爲止，如此反覆燒四、五十次而愈。

拔除雞眼，用大蒜搗敷患處，每日取換，隔日用灰洗。

肛門頻癢，大蒜煎湯，時時洗之。

腫毒初起時，將大蒜頭切成薄片，貼患處乃至四週，一日二、三次，數日即可根治。

疣痔，蒜頭去皮，用布包好，燒熟，使大蒜油出，將油搽患處，日搽四、五次，一週即愈。

狂犬病咬傷時，飲鮮大蒜頭汁半杯，即安。

毒蛇咬傷，用硫黃與大蒜苗共搗爛，敷蛇傷處。

寒粘液腫及疣贅魚目，胼胝狀硬肉，搗蒜頭貼之，則漸漸軟化除去。瘰疬腺腫，或寒性壞疽，用之亦有效。

寒粘液性，及多粘液痰之咳嗽，或痰涎壅塞哮喘，用蒜頭作浸劑、泡劑或煎劑，均能將痰疏豁，使易咳出。

蒜頭十餘粒放米酒一瓶內，二月後即成蒜酒。凡傷風咳嗽，每日小飲三、五茶匙，數日便霍然而愈；或嚼咀大蒜瓣，開水送服，保溫發汗，治感冒奇效。

肺病，用大蒜頭、炒黑芝麻、木魚屑片、辣大豆醬各等量，文火煮爛，臨睡前服一大湯匙，良效云；或將蒜頭置熱灰中燒熟，沾醬油，日服2~3個，治肺病奇效；或用蒜頭20顆，與鹽鮭一個黑燒，研末服，治肺病，尤其對盜汗奇效；大蒜膏治肺結核病，能增進食慾，止咳祛痰，大蒜膏或大蒜酒均效，而生大蒜尚有殺菌作用。

吐血，蒜頭或蒜苗煎汁飲之，即止。

哮喘，每日蒸食大蒜頭即效，如咳嗽甚劇時，即用蒜頭或蒜苗絞汁，飲一小杯，咳嗽即止。

蛔虫、蟇虫、線虫，用大蒜頭切三片，空心嚥下，或浸水服，或細剉用水或乳汁送下，或乳汁煮服，或滲於飲食物中服之。此大蒜頭用于諸藥罔效之虫症，能將虫驅泄，勝於各種苦味殺虫藥，多獲殊效；小兒虫症，用蒜頭水煮搗爛成泥，貼臍及胃部，亦可下虫；線虫用蒜頭2個細剉，每日空心，用茶湯，或冷水送下，連服類日，則其臭氣鑽透，刺激線虫，增進腸之蠕動，致隨大便泄下，此時宜兼服瀉劑將虫驅除；蟇虫，搗蒜頭浸湯中，用其蒸氣，時時薰肛門，則虫死泄下。

失眠，每日飲大蒜酒三、五次，每次一茶匙，因有安靜之功效，故對失眠有治療之妙用。

我國北方苦力，營養不良，而身強體壯，此乃食大蒜之故。大蒜頭爲強壯劑，和糖煮，日服少許，一月見效，天寒不畏冷，夏天不懼熱，功效可與當歸、人參媲美。

日射病昏倒，不省人事時，立用蒜汁灌入，少

頃即蘇醒，奇方也。

高血壓、動脈硬化症，吃大蒜亦效。

衄血不止，大蒜搗如泥，作成厚約 8 公分，4 公分見方，貼于足底即止。

牙痛，蒜頭搗爛，貼患處，或煨熟灰貼，治傷冷牙痛，尤佳。

未有抗衡之傷冷毒耳聾，及由粘液壅塞而起之耳聾，將蒜頭搗爛用棉花蘸其汁，每日滴耳孔內，至耳孔恢復，即治。

胃痙攣時，用大蒜搗汁，飲半杯即止。

(二) 外國的月亮

(日本) 藥學權威木村康一、刈米達夫諸博士均一致推重大蒜為健胃、發汗、利尿、殺菌、祛瘀、整腸、驅蟲劑，民間亦用為壯陽劑、強壯劑。

醫學博士伊澤凡人(1966)對大蒜的療效備加讚揚：

1. 驅虫 大蒜頭搗汁，稀釋 2~10 倍，灌腸，可驅除蟇虫；大蒜汁內服，可治蟇虫、蛔虫、十二指腸虫、線虫；如與牻牛兒苗合用，療效尤佳。

2. 治皮膚病 香港腳，可將水泡刺破，用大蒜擦患處；頭生白禿，將頭髮剪短，以鮮大蒜汁外搽；鬼剃頭(圓形脫毛症)，日搽大蒜汁數次。

3. 治扁桃腺炎 用鮮大蒜汁外搽，對喉頭窒狹症亦效。

4. 治脚氣病 大蒜頭 1~2 個，與米糠合用。

5. 大蒜灸 可自由移動灸之位置，且灸後不留疤痕之優點。如灸足三里，可使白血球增多，增強抵抗力，足部的疲勞減除；如灸下腹部，可治腎盂炎、膀胱炎、子宮發育不全；又如患肩凝、五十肩、腰痛，可灸患處。胃痙攣時，可灸右側肋骨之下側。腎結石，則灸患側之腹至腰一帶有效。如不用大蒜灸法，而用大蒜汁外搽，亦效。

大蒜灸之使用方法：乃將大蒜頭橫切，厚約 3~4 公厘，其上放黃豆大之艾絨，將艾絨團點燃，如覺過燒感，可移動大蒜片之位置。

6. 大蒜酒 可治稀發月經不調，以及由該症而引起之不妊、低血壓症、冷症、慢性便祕諸症，服大蒜酒均效。

(韓國) 民間視大蒜頭為強壯劑。

(歐洲) 民間自古即用以治急性及慢性傳染性胃腸炎、赤痢、傷寒病、動脈硬化症及高血壓症等。

(菲律賓) 大蒜與洋蔥均為菲律賓與西班牙調

理之調味品。置于肛門內可治 Transient 熱。蒜頭搗爛充反對刺激劑，外敷於皮膚治瘻麻質斯良效，敷于有毒動物咬傷之患處亦效。

(印度) 大蒜為輕瀉劑，用于發燒、咳嗽、痔疾、麻風諸疾患，為驅風、利尿、健胃、變質、通經及強壯劑，常用以治神經疾患。大蒜汁外用治耳聾及疼痛，種子油亦入藥。珠芽亦可治瘻麻質斯。大蒜之藥效乃由於揮發油，可由鱗莖用水蒸氣蒸溜之。服大蒜時，其油之氣味可至身體各部，有驅虫之效。

混醋時，可充收斂劑，以減輕喉痛及弛緩聲帶。亦治哮喘、普通癰瘍、痛風及坐骨神經痛，且胃腸氣脹之疝氣亦多用之。外用可防止頭髮變白(Emerson 博士)。可充慢性瘤之解凝藥。廣泛用為小兒驚風症。神經疾患及痙攣性疾患之搽劑，亦常作泥罨劑治膀胱虛弱之閉尿。

(馬來亞) 用途甚廣，常與其他藥草合用，內服治胃腸氣脹，與姜黃合用，亦用為小兒出生後之強壯劑。

「馬來藥物(1930)」指出：大蒜與其他藥合用，內服治各種腸部疾患，與 *Tinospora* 合用為驅蟲劑；與高良姜及胡椒合用以治腹瀉；與蘆薈及胡椒合用治泄瀉；與姜黃、*Nigella* 種子、小茴香、胡荽及 *Massoia* 合用治嘔吐；與 *Citrus hystrix* 皮、*Nigella* 子及丁香合用治胃痛；與 *Lengsekap* 及檳榔治胃痛而有腹瀉者；與 *Cnestris*、*Artocarpus* 及 *Nigella* 合用治慢性結腸阻塞；與 *Trachenospermum ammi* 合用以治咳嗽。此外可治頭痛、痛風、疼痛、肝充血，以及各種婦科疾患。

外用為佐藥，與辣木合用為引赤藥；與 *Clerodendron serratum* 葉及 *Nigella* 種子共搗，治睾丸炎。(Burkill & Haniff 二氏 1930)。

鱗莖搗爛，外敷蜈蚣與蠍咬傷。「馬來藥物」中許多處方，治皮膚疾患，充皮膚刺激劑。

Hadjji Ahmad 處方(1907年)治哮喘，以 *Hydrocotyle*、*Ocimum*、姜、*haliya merah* 及大蒜嚼服。

(三) 傳染病的救星

1. 阿米巴痢疾 一般每日食生大蒜 6 公分，數次分服，連服 5~10 日；同時每日用大蒜 5 公分，搗爛，置於裝有沸水 150 毫升的密封瓶中，浸一小時，再用紗布濾過，製成 5% 大蒜浸劑，作為灌腸劑，該液可保存一週左右，先用生理食鹽水或普通灌洗浸腸，再進行大腸存留灌腸約 15 分鐘，第一次

多有疼痛，可投予鎮痛劑，第二次疼痛即減輕，第三次疼痛即完全消失，每日如灌腸一次治療後，平均第四天大便檢查即為陰性，第5~10日，大便即恢復正常。

2. 桧菌性痢疾 大蒜製成大蒜素，對慢性桿菌性痢疾兒童試用，雖經磺胺劑及系統的噬菌體療法無效之嚴重病例，按體重每公斤用大蒜素0.2公分（10%水溶液2毫升），空腹一次服下，同時另外每天每公斤體重用大蒜素0.3公分，配成5%水溶液，做存留灌腸一次，連續4天一疗程，一般患者經過初期大蒜治療以後，糞便性狀恢復正常，粘液和血液全部消失，排便次數顯明減少，裡急後重停止，食慾亢進，體重增加。

3. 肺結核 用大蒜治療肺結核是我國民間的一種單方，每日食蒜瓣4~5片，服食百日有效。德國亦有大蒜能治肺結核的報告。日本亦以大蒜製劑治療肺結核。小湊潔（1953）試驗後，有令人滿意的結果。

Tokin 氏謂：大蒜汁對肺結核B.C.G.菌株的培養，有決定性的抑制作用，其實結核菌會發生組織變化，任何合成性的殺菌劑，也沒有與大蒜汁相等的力量和速度。

4. 白喉 雅瑞魏齊謂：不但揮發性成分，就是大蒜汁的30~40倍溶液，對白喉菌亦有強力的殺菌作用。

5. 傷風鼻塞 奧國醫學界從大蒜頭提出的含硫揮發油，製成乳劑，滴入鼻孔內，治傷風鼻塞不通，殊效。

6. 流行性感冒後續發的上呼吸道炎症，如慢性氣管炎等，可用生大蒜日服2公分，日服三次，效果良好。

7. 百日咳 用量因年齡增減，5~10歲兒童用大蒜40公分，沖沸水250毫升，浸漬十小時，濾過，每2小時服一湯匙；5歲以下小兒用大蒜25公分，如上法製成250毫升（C.C.），加糖漿20~30毫升；成人用大蒜60~80公分，製成250毫升，連續服用3~4星期，200病例中，10天全癒者佔60%，15天全癒者佔25%。製法：去皮大蒜60公分，切碎，加冷開水300毫升，浸十小時，濾取浸液，加適量的白糖。5歲以上兒童每次服15毫升，5歲以下減半，每二小時服一次。

8. 皮膚絲狀菌病、疥癬及其他皮膚病 大蒜對微生物病療效極佳。製劑有三種：（1）細塊乳狀劑用大蒜搗爛製成，貼于手掌、足蹠等皮膚較厚部位的汗

竇狀白癬，用繩帶固定，每日換藥1~2次。（2）用乳狀液濾過，置放於冷暗處，用時以棉球蘸抹患處。（3）大蒜濾液製成30%，50%，70%的凡士林軟膏，用于陰囊、面部等皮膚嬌嫩部位，應每日換藥一次。

9. 化膿性傷口 大蒜頭搗碎，取汁一份，加開水3~4份以稀釋之，用以洗滌傷口，如膿液的產生已被抑止，創面乾淨以後，可用10%的稀釋大蒜汁沖洗，使化膿停止，而加速傷口的愈合。

10. 十二指腸虫 日本中條、黑川二氏曾用大蒜的酒精浸出物口服，治療十二指腸虫病，用量每次10公分，有驚人的療效。我國民間係將蒜頭搗爛，以飽皮包裹，食前吞服；或切成小粒，開水送服，劑量每日用大蒜頭1~2枚；分三次服用，連續7~10日；或用蒜頭蒸熟，每日食四、五個，淡食或蘸醬油食均可。

11. 癌病 維也納醫學週報稱：東南歐某處居民有吃大蒜的習慣，該地極少癌症患者，此因大蒜含有蒜氨酸，能調整腸寄生菌，有解毒作用，消除腸內腐敗物，故有制癌之效。

12. 日本小湊潔博士（1953）稱：大蒜治神經痛及乳汁障礙患者，良效。

（四）主治

大蒜為健胃、整腸、祛痰、消腫、利尿藥，並具驅蟲滅菌作用。治腸內寄生蟲、細菌性腸疾患、霍亂、傷寒、痢疾、傷風流行性感冒、續發性上呼吸道炎症；並能增加腸胃之分泌，促進消化機能，治消化不良、便瀉水腫、腹滿、咳嗽不爽、小便不利諸症；此外也可用治肺結核、百日咳。咸具卓效。外用治疥瘡瘍，為皮膚刺載劑。用量3~10公分。

（五）新藥

Allisatin（瑞士Sandoz），Allus（日新醫學社），Osello（Osello洋行），Scuna。

神秘乎？

雖然原子時代的科學已達登峯造極之境，但對於大蒜硫化物的成分仍在摸索階段，許多新的抗生素尚未繼續發現，至于殺菌範圍以及前賢驗方，亟待大批科學家深入研究，以解開萬能藥之謎。

最後，筆者大聲疾呼：大蒜是保健之珍品，抗生素之寵兒，中藥之驕子、傳染病的救星；但願當我們正為營養不良而苦悶，頑疾未除而煩惱的時候，千萬不要忘記神秘的大蒜！

經驗良方十一則簡註

梁晉源

(一) 常流鼻血根治方

處方：黑荊芥六錢、防風四錢、牡丹皮五錢、甘草三錢、生

地六錢、元參六錢、川麥冬八錢、黃芩四錢、黑梔子四錢、枳一錢半、側柏葉炭五錢、桔梗四錢。

附註：本方爲散，每服三錢，飯後溫服。本症患者不宜食用燥熱物、刺激物、油炸物等。

(二) 各種喉痛必效方

處方：元參四錢、山豆根一錢半、射干一錢、半夏二錢、黃芩二錢、川麥冬五錢、黃柏一錢半、烏藥七分、蘇子一錢、桔梗三錢、甘草一錢半、卜荷二錢。

附註：本方以清水三碗煮取一碗，於飯後溫服之。本症患者

(三) 流行感冒驗方

處方：荆芥一錢半、防風一錢半、川芎一錢半、生白芍一錢半、生地一錢、半夏二錢、陳皮一錢半、川茯苓三錢、細辛七分、桔梗三錢、杏仁一錢半、羌活五分、連召一錢、枳一錢半、黃芩一錢、卜荷一錢、生姜一錢、烏棗二錢。

附註：本方通治一般性感冒，其症狀諸如：頭疼、發燒、口

渴、咳嗽、吐痰、流鼻涕等症狀均可以本方治之。

(四) 牙縫出血驗方

處方：川麥冬七錢、生地一兩、元參五錢、淮山五錢、川茯

苓四錢、澤瀉三錢、牡丹皮三錢、山萸肉五錢、仙鶴草三錢、骨碎補一錢半。

附註：本方由六味地黃湯加味而成。牙縫出血肇因於腎元不足，故用腎氣丸補其虛，以仙鶴草、骨碎補一味欒止

其血，本症患者須連服三帖煎藥後，將本方乘以五倍，改成蜜丸，連服二、三料，身體自能轉弱爲強，牙縫也就不再出血。

(五) 急慢性支氣管炎驗方

處方：荆芥一錢、防風一錢、黃芩一錢、杏仁三錢、桔梗三錢、枳二錢、旋覆花一錢、卜荷一錢、五味子七分

、蜜杷葉一錢半、紫蘇葉一錢半、生姜一錢半、烏棗二錢半、川貝母二錢、川麥冬四錢。

附註：本方由清肺飲與金沸草散二種方劑加減而成。主治肺經素有虛熱之人，原有吐痰、咽喉不利、舌絳之證者，復因感冒而致上焦痰盛，久咳不癒，致成慢性支氣管炎者，本方視實際需要，亦可加入川茯苓一味以補脾祛濕，達成化痰效果，一般而言3~5帖可痊癒。

(六) 胃潰瘍驗方

處方：川七五錢、浙貝五錢、海七錢、甘草三錢、黃芩

三錢、生白芍四錢、半夏四錢、淮山六錢、川茯苓六錢、養飯花頭一兩

附註：本方宜研粉，於飯前一個鐘頭內服下，使藥物能充被胃腸吸收，達成治療效果。其中「養飯花頭」一味，可用藥精加入混合來使用；本症患者忌食：刺激性物品、冰凍物品、糯米物、難消化之物等刺激胃粘膜之物，方能早癒。

(七) 中氣閃含驗方

處方：北柴胡三錢、黃芩三錢、生支子三錢、澤鴻四錢、炙

甘草二錢、陳皮二錢、川芎三錢、桔梗五錢、枳三

錢、赤芍三錢、百合六錢、蜜杷葉五錢、北杏仁五錢

附註：本方主治因負重物而致中氣不順，經常咳嗽、多痰、胸疼、胸口窄悶均有特效。本方宜研成粉末，每次服三錢，於飯後用溫開水服下即可。本症患者忌食糯米類、刺激性物品。

(八) 肛門下血驗方

處方：川銀花七錢、川麥冬七錢、黃芩二錢、甘草一錢半、黑地榆七錢、川歸四錢、生白芍四錢、元參五錢、生

苡仁四錢

附註：本方主治因直腸發炎而轉成肛門口生外痔，大便時因用力過度，而致大量下血者，本方水煎服二、三帖即可痊癒。患者平時不宜久坐，並且忌食刺激物品、辛

辣物、魚蝦海產等。服藥痊癒後，應常羹食黑木耳，以免復發。

(九) 過敏性鼻炎驗方

處方：北柴胡一錢半、黃芩一錢、川歸一錢半、生白芍三錢

、半夏一錢半、炒白朮一錢、川茯苓三錢、桔梗三錢

、川芎一錢半、白芷一錢、甘草一錢、陳皮一錢半、生姜一錢、葛根五錢

附註：本方主治過敏性鼻炎，其症狀如：一遇天氣轉涼，即打噴嚏，流清涕，非常敏感。或是慢性鼻竇炎，常流黃涕，感冒後，鼻癢，鼻塞等種種症狀，均可用本方治癒。

(十) 實症高血壓驗方

處方：牡丹皮一錢半、炒白朮三錢、澤鴻三錢、生白芍三錢

、山萸肉四錢、淮山五錢、炙甘一錢半、川茯苓三錢

、川麥冬五錢、川歸二錢半、北柴胡一錢、生地五錢

、黃芩一錢、元參五錢、草決明五錢

附註：本方主治中老年人實症高血壓，心悸失眠、頭眩、耳鳴、血管硬化、容易疲勞、面赤等症。本症患者忌食刺激性物品；膽固醇含量較高之食物，勿勞心過度，以免血壓升高，招致中風。

(十一) 腰部閃挫驗方

處方：川歸四錢、川紅花一錢、牛膝四錢、甘草二錢、熟地

一兩、炒白朮一兩、狗脊四錢、桃仁六錢、澤蘭四錢

、防風四錢

附註：本方宜研成粉末，於飯後每服三錢，溫服之。凡是腰部因閃挫而致不能伸舉者，服之有效。

(2) 心悸怔忡，夜難入寐驗方

處方：川歸三錢、川芎二錢、熟地三錢、生白芍三錢、桂枝二錢、川茯苓三錢、炒白朮三錢、甘草一錢半、紅棗三錢、酸棗仁三錢、柏子仁三錢、蓮子心一錢半。

附註：本方主治心臟虛弱之人，經常心悸怔忡，喘噓不安，夜間難以入寐，爲補血滋陰，強脾助消化，安心寧神之良方也。

冬蟲夏草

甘 偉 松

植 物

查冬蟲夏草乃隸于真菌門 (*Fungi*) 囊子菌綱 (*Ascomycetes*)、肉座菌目 (*Hypocreales*)、肉座菌科 (*Hypocreaceae*)、冬蟲夏草屬 (*Cordyceps*) 之植物，其學名爲 *Cordyceps sinensis* (*Berkely*) Saccard。

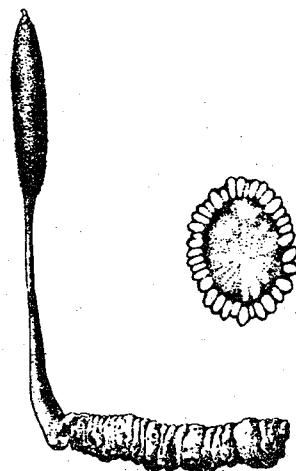
本品係真菌類植物，因鱗翅類昆蟲幼蟲在冬季時均居土中，而吸取寄生之冬蟲夏草菌爲養分，以至幼蟲體內佈滿菌絲而死亡，至夏季時，冬蟲夏草菌即由幼蟲之頭部抽出子座（俗稱菌柄），此種子實寄生于鱗翅類昆蟲體中，冬季幼蟲內之菌絲發育，至夏季則生孢子而出土，此種帶菌類子座的乾燥蟲體，二者合稱曰冬蟲夏草。

1 採收：5~8月俟雪溶後，起土中帶有菌柄之蟲體，

藥 材

產 地

全國均產，主產四川、青海、西康高原，以四川產量最大，銷全國并出口，雲南、西藏、新疆、貴州、甘肅亦產。



圖一 冬蟲夏草

菌座單生，間有2~3個，出自寄主頭部，向上則漸次細小，上部稍膨大，褐色，作圓筒形，幼時內部中間充實，成熟後則空虛，外皮具粗點而突出的球果，係出自菌座外皮，基部稍凹下，卵形至橢圓形。子囊線形，頂端尖形，具短柄，子囊孢子多隔膜，不分裂。（圖一）

形 態

洗淨，晒八成乾燥毛貨，再晒全乾，噴酒，將小條紮成小把，再綑成大把，重約1100公克，稱把蟲草，再用炭火烘乾，稱冬蟲夏草，習稱蟲草，一呼冬蟲草、夏草冬蟲。

2. 品質：以枝粗、菌柄（子座）黑色、蟲身似蚕、外表黃

亮色、內肉色白、半滿肥壯者為上品。蟲色黑，斷碎者次之。

以大小分擣，過去分蟲草王、散蟲草、把蟲草三等，剔選大條者為蟲草王，選去大條後或未經挑選的原貨曰散蟲草；枝細而蟲小，一般以6~8條用紅繩繫成小把，再紮成方形之大塊，每塊約重一五〇公克，外包紙封，稱把蟲草。現規格分為

：小把、散貨、次貨。

3. 商品：(1) 爐草：西康之巴塘、里塘所產，以打箭爐（康定）為集散地，品質最佳。(2) 灘草：四川松潘地區所產，以灌縣集散，品質稍次。(3) 滇草：康南滇西出產，以昆明集散，質最次。

4. 性狀：市場上出售之冬蟲夏草，幼蟲長 $1.5\sim 3$ 公分，直徑 $3\sim 5$ 公厘，淡黃棕色至暗棕色，頭部生有子座，單生，或 $2\sim 3$ 個，長 $3\sim 6$ 公分，亦有至11公分的；子座基部直徑 $1.5\sim 4$ 公厘，上部稍膨大，近圓筒形，黑棕色，幼時充實，熟則空虛，于擴大鏡下可見具粗繩的凸出點，是為子囊瓶。如將鮮品子座橫切，可見每個子囊瓶中有數子囊，每一子囊中，含有隔膜的子囊孢子，氣味均微弱。

成 分

本品含蟲草酸 (cordycepic acid) ~%，乃至寧酸之異

構體，尚含冬蟲草菌素、蛋白質等。

Nicholas 及 Armand 11氏 (1961) 於「生物化學雜誌」

」236期3300頁標出鱗蠅蟲草 (*Cordyceps militaris*) (L. et Fries) Link.) 的菌絲含 homocitrullyl-amino-denosine。

藥 理

本品有擴張支氣管的作用；并有鎮靜、催眠作用。

寄生于冬蟲上的一種好鹽性無色菌，對老鼠抗癌試驗，療效80%，且有預防之效，并對癌症特別具有免疫力。

效 用

冬蟲夏草味甘酸，性平，氣香，無毒，入肺、腎二經。有強壯、益肺腎、補精髓、保肺氣、實腠理、補虛、解毒、止血、化痰之功。

現主用為強壯劑，適用於肺結核、老人衰弱之慢氣咳嗽氣喘、吐血、盜汗、自汗等，有強壯而兼收斂鎮靜之功。又用于貧血虛弱、神經性胃病、胃痙攣、嘔吐反胃、食不下，以及坐骨神經痛、腰膝痛、陽痿、遺精、病後虛弱、老人畏寒、涕多、淚出、小兒疳積等症，為溫和之壯補藥。

新近科學家研究：寄生于冬蟲上的一種好鹽性無色菌，臨床試驗結果，對肝癌、喉癌、食道癌、胸腔癌及子宮癌等有效。用量 $3\sim 13$ 公克（1~4錢），作煎劑，或酒劑，民間多和老鴨煮食。

中國醫藥學應發揚光大

樂 惡 人

前 言

由「中華民國中醫師公會全國聯合會」所主辦的「世界中國醫藥學術大會」，已於六十九年十月八至九日，在臺北隆重召開！

據悉：該會已向國內及世界各地有關機構、團體及個人，發出請柬，歡迎參加，為數將在一千二百人左右。

大會的宗旨是：

「開拓中國醫藥學術之領域，融匯西方醫藥新知，加強彼此學術交流，以期建立世界最新醫藥學術體系，而增進人類之健康為目的。」

會議內容，計分三大類別：

(一) 醫學：又區分為：醫史典籍、解剖學、生理學、病理學、診斷學、醫療臨床、社會醫學、理療學、陰陽五行模式等。

(二) 藥學：又區分為：本草學、生藥學、植物化學、藥理學、方劑學等。

(三) 针灸學：又區分為：針灸醫史學、針法學、灸法學、針灸治療儀等。

準此以觀，本次大會將為空前大規模性質之世界性會議；對於中國醫藥學術的發揚光大，以及對人類的健康都將有所裨益。

當代中醫藥在世界的地位

李約瑟所著《中國科學文明史》中論及《中國醫學》一篇時曾指出：

「今天很多人一想到中醫，就憑空認為它只是一種『土醫』，是古怪而又相當落伍的東西，是毫無意義的古董，事實上以這樣的態度來看它，完全錯了，我們應當說，它是一種極為偉大的文化產物。」

我們再從近年來的情況加以觀察，就更足以證明中國醫藥學在當代世界上的地位。

首先以筆者僑居國日本而言：

公元六百年後，日本人初至中國隋朝學習醫藥，中醫藥學術在日本曾有過長期的興盛時代，直到明治維新前一百年的十八世紀中葉——江戶時代中期以後——一部份日本醫生，才從長崎荷蘭人處學習到西洋醫術，稱為「蘭醫」，後來又譯述德國的「解剖學」，又學會了種痘和簡單的外科手術；於是，西洋醫藥學術開始抬頭。

在明治初年（公元一八六八年起數年間），據正式資料所載，日本漢醫和西醫的比數約為一百人對二十一人，以後因明治朝大力提倡西化，及到日清、日俄兩戰全勝，國富兵強，愈益崇拜歐洲的一切；於是西洋醫藥學術就取中國而代之。

第二次大戰後，日本醫學界仍然是西醫的天下，但實際上仍未完全消滅所謂「漢方醫」，不過，極少數的「漢方醫」，先要取得醫科大學的學士位，才准懸壺問世，這類醫生，實際上是以西法診斷，漢法處方的醫生，可稱為「漢方西醫」。

在日本，漢方醫生雖然沒落，但漢方藥店則一直有其不可輕視的地位，即以東京一地而論，漢方藥店即有近一百家，漢方中的湯劑藥丸等，打起「和漢古傳」的招牌，仍然為不少日本人所服用。

特別近十年來，因為兩種原因，中國醫藥學術，又呈現復興的現象。

第一：中共為了爭取外匯，香港中藥廠商為了爭取市場，同時向日本開拓，漢方藥丸湯散之類，逐漸多了起來。

同時，針灸醫術突然流行起來，在日本老的一代人，早就習用艾火之類的灸療，在農村裏更見普遍。

不過，以金針刺激穴道關節，實施麻醉等手術治療，到還是近十年來才經專門醫院、醫學機構加以研究和實施。

第二、五六年前，東京「每日新聞」出版了中國醫藥學術的古籍「千金要方」，此書出後，日本各大中等製藥會社，就推出了許多漢方湯散丸劑之類的成藥，藥店掛起宣傳的市招，一部大百貨公司甚至設立專門出售漢方藥品的櫃檯。

同時，日本近幾年來流行的醫藥保健專門刊物如最流行的「壯快」「我的健康」等月刊，更是連篇累牘，由學者專家撰文介紹漢方醫藥中的湯頭丸散，以及針灸效能等。

另就歐美各國而言，在西方醫藥學術佔有領導地位者應數德國和美國。

西德在研究中國醫藥學方面，據悉為歐洲之冠，試舉一例為證。

男性在五十歲以後即漸為普遍的排尿器疾病——攝護腺肥大症，除極端嚴重非動取除手術不可外，普通中等或輕微症狀，祇需服用西德根據漢方草藥研究炮製的內服特效藥 E V I P R O S T A T (國內譯名為「惠美壽」) 即可治療，並可防止膀胱炎等。

這種攝護腺肥大特效藥，不為中國人所炮製救人救世，反為德國人「越俎代庖」，思之良可嘆息。

又如在美國，近年來各醫藥機構及民間人士，無不對針灸一道，一方面加以研究，一方面臨床實施，已有愈加普遍而受到重視的趨勢。

再則，我們站在「知己知彼」的立場，對中國大陸上在醫藥方面的情況，亦不能忽視。

大陸赤化後，醫藥學術趨向中西醫藥並重，進而融合研究、診治的情勢。

尤其是在針灸方面，具有不能忽視的進展和成就，就事論事，筆者即在東京某一電視台，看了三十分鐘中國大陸某醫院，實行針灸麻醉，而動用「破腹生產」的手術。

這一項大手術，即為合用中西醫術工具而達成的，金針係以電氣設備操縱，孕婦在不知不覺中，言笑如常時，嬰兒即行呱呱出世。

自由中國所在地的臺灣，最近亦由「三軍總醫院」完成新的嘗試，施行針灸麻醉，切除胃癌；成績已近百分之百的良好。還有一件在世界各科學工業先進國，以及中國人本身正着手研究的以草藥預防治療癌症。雖然還待繼續努力，但已呈顯曙光，為人類帶來非常值得重視的福音。

如何振興中國醫藥學術

迎數年來，政府大力提倡復興中華文化，世界潮流所趨，國內諸賢達或中醫藥界先進又奮鬥不息，中醫中藥乃有轉趨復興和發揚的大好形勢。

在臺中設立的「中國醫藥學院」，經數年籌備，其附設的「中西合作醫院」，建設工程已全部完成，目前正積極從事內部裝潢的安裝工作，預定在今年六月內正式開幕。

據「中央日報」刊載：

「『中西合作醫院』將是國內第一所中西兼容的綜合醫院。西醫方面，各科皆備；中醫方面，則設五科，患者可選擇由中醫或西醫來醫治。但在檢驗方面，則完全採用西德及美國的高級科學器材，來進行檢驗工作。如有疑難問題，則由中西醫聯合會診，透過兩種醫術的長處，來為患者治病。」

準此，中國醫藥界已由昔年「故步自封」的態度，進而適應時代，謀求中西醫藥學術的融會貫通，無論在研究與治療方面，應是一種高瞻遠矚，前進開明的風度與作法。

筆者相信，「中西合作醫院」正式開放應診以後，其對中國醫藥學術的發揚，中西醫藥臨床的成就，必將在世界上引起廣大的注意，也必將為人類疾患帶來可貴的福音。

世界中國醫藥學術大會即將於本年十月在臺北隆重召開，此為劃時代的創舉，筆者不揣冒昧，敬向朝野提出幾項意見，藉收羣策羣力，共謀中國醫藥學術發揚光大之道。

第一：主辦協辦和贊助各單位，應全力以赴，多多籌劃協商大會召開的有關事宜。
第二：政府有關機構及民間財團，更須積極在財力方面予以補助和支援。

第三：大眾傳播機構，義不容辭，應該大力予以介紹宣揚。

第四：中國醫藥學術界既已倡辦「中西合作醫院」，則國內外由中國人所主持辦理的西醫藥學術機構，亦應捐棄門戶之見，予以支持；甚至進而策劃在本次大會之後，在不久的將來，聯合舉辦中西醫藥學術合作研究會。最初為全國性的，然後再進而召開世界性的合作大會。

筆者認為，此次大會選在中華民國多采多姿的十月慶典期中舉行，更具有發揚國力國威，提高國家地位，和促進國民外交等崇高而偉大的各種意義和目的！

更重要的是，中共正在準備召集此項大會，我們非謀對抗反擊不可。不然更予中共以振興中華文化為號召的藉口。

當此國際形勢風雲變幻，橫逆不斷襲擊的今天，我們如果能在多方面增進國力，發揚國萃，使我在國際上聲威日強，地位日高；則我中華民國縱不能立即達成光復大陸的神聖使命，但它在國際上必然會更受到重視和尊敬。國運的昌隆，人民的幸福，我們無疑地會是第一等國家。而且將會被世界上尊為「文化大國」，屹立寰球而無愧怍！

發展中醫中藥

復興中華文化

大漢醫藥邁向科技化新境界 ——世界中國醫藥學術大會摘要——

孫奕材

近百年來，被西醫擠在一個黯然無光角落裏的中國醫藥，由於十月初六至八日在我國召開第一屆世界中國醫藥學術大會，使一千多位與會的中外人士，對我國醫藥有更深一層的瞭解，使對我國醫藥有心力求發展者，將會更具信心和毅力，使不瞭解我國醫藥優異特性的西醫師，可能會從此另眼相看，重新估價！

一個不爲人知故事

舉辦一個一千多人的世界性的醫藥大會，的確不是一件易事！別說籌備工作的艱難和辛勞，就是三天會期的安排，以及與會人士的照顧，便是一件吃力而不一定討好的工作！

然而，此次世界中國醫藥學術大會，却開得非常成功，絕不亞於曾在我國舉行過的任何國際性的醫學大會！

六日上午九時，由鄧錦文代表主持揭幕典禮時，圓山飯店十二樓一千三百廿一個座位全部坐滿外，兩旁以及後面的走道，還站了不少無處可坐的與會者。八日下午四時閉幕時，同樣也有八百多位中外專家學者，要不是大會的辦得成功，絕不可能有此種場面。

世界中國醫藥學術大會的辦得如此成功，除歸功於籌備委

員主任委員兼大會主席覃勤，副主任委員張齊賢等十一人，以及全體工作人員外，最主要的是國內中醫藥界人士的緊密大團結，他們不分彼此的有錢出錢，有力出力，是非常難能可貴的功臣！

爲什麼會召開這次世界中國醫藥學術大會？是由一個不爲外人知道的故事所促成。不然，即使同樣會召開，時間可能要延後幾年。大會主席覃勤說，韓國人籌辦「國際東洋醫學會議」，來函邀請我國中醫師參加，發現文件中印有韓、日和英文，却沒有中文。覃勤看了非常生氣，乃去電提出嚴重抗議？說明所謂「東洋醫學」，就是中國醫學，既是中國醫學，何以沒有中文？

中文是加上了。但在開會時，韓國人說，中國醫藥已在韓國開花；日本人又說已在日本結果。這是使我國與會人員，很難忍受，也是很沒有體面的一件事！

覃勤強調，他竭力舉辦「世界中國醫藥學術大會」，一方面讓世界各國對中國醫學有興趣，有研究的專家學者，認識與了解我國醫藥奧妙精深之處；另一方面是要使中國醫藥在世

界各國開花結果！

百篇論文洋洋大觀

這次大會的召開，足足準備了兩年。籌備會主任委員覃勤，就是於籌備期間辛勞過度，積勞成疾住院無法主持大會。由於準備充分，出席會議者，除國內九三三人外，國外部份有來自美國、英國、法國、西德、泰國、日本、韓國、印度、香港、印尼、加拿大、新加坡、菲律賓、馬來西亞等十四個國家和地區的大學校長、研究所長、教授、副教授、副敎授、助理敎授、加拿大三位部長、政府的專業官員、以及具有博士、碩士學位者二十七人。

這些中外專家學者，先後送來有關中醫藥的醫經醫史、解剖、生理、病理、診斷、臨床醫療、社會醫學、本草、生藥、植物化、藥理、方劑、針法、灸法等論文一八八篇。經分組審查，孫揆賀勉發揚光大。

六日上午九時舉行揭幕典禮，行政院長孫運璿頒發書面賀詞指出，中國醫藥學術，是我國傳統文化的重要一環，有悠久的歷史及卓越的成就。此次學術大會，在團結全世界致力於中國醫藥學術的專家學者，共同以現代科學方法，研究中醫、中藥，並交換經驗心得，互相觀摩，俾能促使中國醫藥學術的繼續發揚光大與長足進步。

大會主席覃勤致開會詞強調，中西醫藥在基本方面，乃是

中西文化本質上的差異。西方醫藥的發展，得力於西方科學的進步，而中國醫藥則是中國基本文化所產生。西醫着重局部治療；中醫則注重整體調治。由此充分顯示出中西文化本質的不同。如何融匯中西醫藥學術兩大系統而成為一個兼容盡善的完整體系，正是召開此次大會的主要目的，也是多年來以及今後奮力追求的目標。

事實上，醫藥事業不分中西，都是解除人類疾苦，造福人群的偉大事業，是一種超越國界，超越時間與空間的人類共同事業。我們必須從弘揚中國醫藥學術的努力中，促成中西醫藥兩大系統的精深發展，必須從對人體治療的境界中，升高到對人心對人性治療的境界！

把脈科學化最震撼

大會開始後，首先由空軍總醫院航空太空發展研究組長汪叔游上校，以「中醫把脈科學化」作特別演講，由於他發明以電子儀器代替傳統的用手把脈，且已進入電腦即時分析，能將潛伏性的疾病，西醫無法診斷的疾病，甚至患者能活多久的診斷情形，以中、英文提出報告，獲得與會的中外專家學者一致的讚譽，稱讚是一項空前的成功研究。

美國伯納德大學校長柯達斯博士，研究中國生藥二十餘年以「藥用植物之性質與變異」為題發表論文，與會者莫不交口讚絕其研究之獨到。

以「多發性硬化症之針灸與食物療法」作專題演講的英國魏里斯博士，在演講時指出，多發性硬化症，是一科退化性疾病，致神經傳導無法順利暢通，因而發生麻痺，視力受損，肢體不平衡等現象。他十年來用針灸配合食療——嚴格採用無麩

質飲食，同時採取低糖，低動物脂肪及高不飽和脂肪；補充維生素與礦物質，均可化腐朽為神奇的治癒患者。

魏里斯還說，聯合國對中國針灸十分重視，時常舉辦世界針灸大會。他建議我國應主動爭取出席該項會議，以求中國醫學宏揚於世界。

香港中藥聯商會代表團副團長張錦濤，以「如何發展中藥」為題發表專題報告，希望祖國能早日將中藥實施科學化，並培養中藥人才，使之能真正成為人類的健康藥品。

張錦濤在演講時，除說明中藥存在的價值，近年來藥材研究的進展與前景，如何發揮醫藥一家的精神，從業人才的培養

，中藥科學化的推動外，並提出發展中藥的意見如下：

①醫學院應設立中醫科與中藥科。②中藥進出口應設立中藥檢定單位，以加強使用者信心。③統一中藥名稱。④貨源應作合理調節，以防暴漲暴跌。⑤中藥應開放進口，以平抑價格，並防控少數人控制與操縱。⑥中藥進口課稅，會加重病人負擔。

決設立永久性機構

出席世界中國醫藥學術大會的各國家地區的代表，為設立永久性的「世界中國醫藥學會」，七日晚間曾召開代表會議，討論會章草案，推舉每一國家地區「一至三人為理事，隨即舉行理事會議，一致公推大會主席覃勤擔任首屆理事長，我國部主任委員張齊賢，陳欽銘為正副秘書長。

覃勤獲頒哲學博士

七日下午，我國七十八歲的中醫師莊育民與張駿，作了一項針灸治病示範，使中外專家學者讚嘆不已，咸認中國醫術的確神奇！

一位加拿大的醫師羅勃，因胸口不適，呼吸不順接受針灸治療，由莊育民醫師在心窩處、左手等處針刺後，病人立刻感到舒暢，症狀隨即消除。

一位因吹電風扇致嘴歪，右眼無法合攏的張小姐，經張駿醫師針灸後，將症狀改善不少，使英國的魏里斯博士稱讚不已。

出席此次大會的美國加州伯納德大學校長柯達斯博士，於問的同時，頒贈覃勤榮譽哲學博士學位，以酬庸他一生推展中國醫學，創辦中國醫藥學院的功勞和貢獻。

第一屆世界中國醫藥學術大會，經三天的躊躇與會，熱烈研討醫藥學術，於八日下午四時舉行閉幕典禮，由中國醫藥學院研究所所長陳太義教授主持，參加的中外專家學者八百餘人，一致認為這項大會辦理十分成功，對促進中國醫藥全面發展為現代化，具有莫大的鼓舞和貢獻！由汪叔游醫師等提出的「從針灸反應的徵候推測其可能的生化機轉」、章樂綺的「中西膳食療養比較」、邱清華醫師的「以現代營養學觀點探討民間進補」的問題，於八日最後一天提出論文報告，聽講者仍極為踴躍，由此證明大會舉辦的成功。

正如覃勤理事長所說，這項世界中國醫藥學術大會的召開，從時間上看，是歷史性的創舉，從空間上，是世界性的創舉。由於大會的成功，必能積極的弘揚我國醫藥學術，也必能促進中西醫藥的融匯貫通，造福世界人類，使全球男女病患得到最理想的醫藥治療！（孫奕材）



最近投奔自由，曾任大陸醫師的楊慶鏘（左），應邀在會中講述大陸中共的罪行。

抗癌植物——忍冬

成 分

甘 偉 松

花含木犀草黃素($\text{Luteolin}, \text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_5$)其甜味成分
為穀巴六醇($\text{Inositol C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6$)，肌糖 1% 及精油。
葉之一般成分：含氮物 13.74% ，鞣質 3.06% ，灰分
 6.6% ，乾品之可溶成分 43% ，水份 7.8% 。
莖含皂素(Saponin)及纖粉。

藥 理

忍冬具有廣泛的抗菌作用，凡傷寒、副傷寒桿菌、

效 用

證類本草卷7，本草綱目卷18收載。忍冬莖、葉及花，功
用皆同。金銀花性寒，味甘，功能清熱解毒，治溫病初起，熱
在上焦，遍體發毒，亦為消炎劑，治化膿性疾病，瘍瘍，亦解
、肺毒、惡瘡、腸炎、梅毒、關節疼痛以及淋病、赤痢等症。
用量 $2\sim 10\sim 15$ 公克。

痛 痛 救 星

癌症之中藥療法，以活血行氣，軟堅滻滯，散結通絡為主。

佐以養肝滋腎，強筋健骨。便標同治，攻補兼施。如能早期
發現，及時治療，重用人參、當歸、黃耆、黨參一類大補氣血
，則癌症早日全愈，重延癌症狀，延長壽命之功。

1. 治癌症常用方：金銀花 $1\sim 10$ 公克，蜈蚣十條，或加甘
草 1 公克，煎水服。對癌症疼痛之制止，此方頗效而且藥力持
久。

2. 金銀花治胃潰瘍，常服之，治胃癌良效。

3. 治各種癌症。金銀花、白刺、山甲各 8 公克，蒼耳頭、
雙面刺、刺公牛、山馬茶、武靴藤各 20 公克，大丁殼 12 公克，
紅糖少許，水煎服（台南白河與勻）。

4. 治各種癌症。①神農丸：製馬錢子 450 公克，生麥芽及甘
草各 75 公克，研末，水泛為小丸。

②湯劑：金銀花 38 公克，茯苓 15 公克，夏枯草 11 公克，
枳實 8 公克。煎成一碗，將雄黃末 0.8 公克沖入，和勻，分早晚
二次送服神農丸。每次服丸藥 0.8 公克，用湯劑半碗送服，該丸
藥每隔日每次增加 0.2 公克，天天服食，直至患者覺抽搐時，則

減少丸藥量，至不抽搐為止，則停止再減，照服二天后，可繼
續每隔日每次增加 0.2 公克，一直服至患者皮膚痕癢，或輕度抽
搐時，即以此量初期服用，不再遞增，每次用量為 4.0 公克，至
全愈時為止。患者初服時，病狀或許稍增，請放心繼續服用，
自會好轉，短期全愈。

中國推拿學會的組織任務與研究方針

張拙夫

中國推拿學會研究的範圍，包括我國傳統的推拿學、按摩學、正骨學，並及於導引學。

研究之學科，均屬於現代所謂的物理療法。與鍼灸、電療等同屬一科。依其特點言之，大抵憑體力施術，很少借用外物，作為幫助。所以又可稱為被動或自動的運動療法。

此等醫學，在世界各民族間，亦有相似的療法，不過內容似不及我國之博大，方法亦不及我國之精深；且在我國醫學範疇中，可說自古有之；而且不斷的精進。

近二、三十年，鍼灸獨立治病的價值，很受世人重視，因而群起研究；而推拿、按摩等獨立治療的價值，除受惠患者讚嘆而外，尚未為世人所知曉。其實它們的方法更比鍼灸方便；功效更比鍼灸神奇。這是本學會集合專家，從事現代化研究發揚的動機。

基本上，推拿、按摩、正骨三種術法，總稱為「推拿醫術」，本文係就舊有文獻作一有系統之整理，對其來源、內容、功用及相互間之分別處，與整體性，加以釋述，俾社會大眾有所瞭解與接受。分述於次：

一、推拿

推拿，是醫者用特定的手法，在患者穴位上進行刺激的一種物理療法，由古代按摩醫術演進而成。因係採取按穴治病，

治療效用，與鍼灸醫術可收異曲同工之效。

推拿術法，有十六種手法，經驗證實，對於治療疾病，確收一定的效用。十六手法為：推、拿、按、摩、揉、搖、搓、運、搖、刮、分、合、鍼、灸、焦、焫。其中鍼灸等後四法，乃用以彌補手力之不足，是以鍼刺穴，以灸納熱，或其他火力，烟燐入穴的輔助方法。主要還是用醫者指力，於患者體表的穴位施治，以鍼灸則多採獨穴治法，與鍼灸醫術往往同時對多個穴施術，稍有區殊。

推拿治病的特點，是安全有效；且可減少吃藥，或不必另服藥物。古人用推拿治病對成人與小兒本來沒有分別。惟後代多用於小兒，此中原因並非為成人治病收效較少，而是由於用手的力量及用法的數量不同，對於成人必須依年齡遞增，醫者鍛鍊手力，未到火候者，每有不勝負荷之感，以致多用於治療小兒疾病。所以有小兒推拿術的分枝學派。

按推拿學，是不分醫治成人或小兒疾病的。本學會有數位會員同仁。鍛鍊手力，會經下過工夫，經常治療成人，效用的百分比亦高，可證推拿治病，不分成人或小兒，世俗認為推拿專醫小兒，是為無稽之談。

此外推拿行使手法時，有者尚須應用介質；介質，是醫者以藥物或其他物質，沾置手上而後行使手法，旨在保護患者之

皮膚，與保護醫者手指皮膚，及加強手法之效果而已。

二、按摩

按摩，也有人名之爲推拿，它是用手力或足力在患者肢體進行撫壓的一種物理療法。上溯當由導引、按蹠等術發展而來。發明之早，可推至岐伯所著的按摩十卷書，其中大綱一曰按，二曰摩，三曰推，四曰拿。

按摩術法，也有十六法，即按、摩、搘、揉、推、運、搓、搖、拿、捏、搗、蹠、踩、蹬、踹。其中有用手者，有用足者，亦係因應治療之需要，而逐漸增創的療法。擷取應用，療效百分比也很高。

按摩術法的功用爲舒筋活絡，宣通氣血，及減低或解除肌肉痙攣等等。

在應用上，分爲兩種形式，一爲經穴按摩，一爲部位按摩。前者是醫者以手之指力，由經穴之定點，施以點、壓、揉、捏等動作，使患者得到刺激，而促進生理變化，產生療效。後者是醫者就患者身體某一部位，以其治療上之需要，採取特定之動作，而達到治療之效用。

按我國按摩療法，於一千年前即傳至法蘭西及日本等國，於此等國家早已加以研進，並予推廣。我國則於明代具有長足之發展。這其間亦有一轉捩之點，即前此也會多用於治療小兒的疾病，而逐漸形成一些專治小兒疾病的手術；於今按摩仍用於成人與小兒，已是復入正軌。

按摩的另一功用，是健康的人接受按摩，亦有舒暢身心的效果，而世人每每誤以爲按摩是一種賤業，實在多有誤解。

三、正骨

正骨，一稱接骨。它是治療人體骨骼折斷與關節脫臼等一種整復手法。這在我國醫籍上，具有悠久歷史，乃經實驗體認深具療效的巧妙法子。要比剖割接骨優異不知幾許。

正骨術法，有八種基本手法，與其他多種手式。基本手法爲摸、接、端、提、按、摩、推、拿，乃診斷上治療上合併應用的手法。當然這些手法和手式，亦係適應治療需要而創出的，如中國接骨圖說所列，及中國傷科所舉，均極明白易曉。

治療骨傷，除手式而外，尚須對輔助的藥物與器具，有相當的知識。醫者將斷骨接合後，如以藥物作輔治，可收事半功倍之效。用藥，分內服與外敷，內服是將藥物服食於體內而發生功能，外敷，是將藥物施於體外而產生療效的。內服藥，初以消瘀、活血，繼以接骨、續筋，再以養血、補氣，與強壯筋骨等劑爲用。外敷藥，初以化瘀、活血、消腫、止痛，繼以接骨、續筋，再以堅骨、壯筋、化堅、伸筋等藥爲用。於臥床上，則多應用外敷藥。而使用器具，乃治療折傷必須採取之措施。如斷骨經過接合，必須加以固定，始免再次脫落之虞，故固定折傷部位之重要性，與手法佔同等地位，我們通常所用的固定方法，係「夾紮固定」，此種外用的局部固定法，是用夾板固定，再用繩帶加以紮紮。以功效言，實較採用其他材料與方法之固定，利多於弊。非僅檢查方便，利於治療；且愈後亦無後遺症之患。夾紮固定法，近來西方骨科，已有吸收運用，足見良好的醫術，永遠不會被時代淘汰的。

四、導引

導引，爲我國醫學之一，乃藉精神安靜，呼吸調整與配合意念，及協調身心，以預防式治療疾病。是一種以呼吸與精神意識互相结合，由患者自己運動的一種方法。

導引能強化身體抗力，是預防疾病侵害的整體療法。若就其效用言，可分爲兩端：主要爲自動的效用，用於導引醫者傳授一般人的自動療法，次之爲鍊力。因之，直接、間接，皆對人體健康，具有維護作用。

據醫籍記載，我國最早之醫重內經，即有「導引」的名辭出現，而隋代「諸病源候論」已錄入許多導引行功的方法，後來這門學問，滲入了道家的吐納術，佛家的禪定，而成現在所謂的氣功。

導引的被動方面，對於上述推拿、按摩及正骨三種療法的醫者，有一定的作用，這由於從事推拿醫術醫療業務者，須有適當的體質，強化其臂力與指力，方能於運用手力施術時，達到預期之目的。此種功力的養成，則賴平日對導引氣功之類的修習。故導引與運用手法治病之推拿醫術有不可分離的關係。

至於導引或氣功，在治療方面，可以說無所不包，此於諸病源候論一書中，有詳細的記載。

總之，我國傳統的推拿、按摩、正骨及導引等學術，相互之間有一定的聯帶關係，是一門以功力爲主的治病方法；是一門獨特的藝術；也是一門中國的功夫；不是率爾操作便可奏效

。本學會爲發揚此一藝術，於創設之始，即於組織上設立了

六個委員會：一、研究教育委員會。二、編審宣傳委員會。三、國際聯繫委員會。四、推拿勵進委員會。五、按摩促進委員會。六、正骨協進委員會。

六個委員會中，研究教育，是就此一藝術之成就，作深入的研究；並籌畫成立傳習班所，或專科學校，培育新血輪，使此一藝術能發揚光大。編審宣傳，是將學科的史實，從文獻文物中，用研究歷史的方法，將前人未闡發之古代成就，作一有系統的整理，及與國際間類似的學術作一比較，以增進國人與外人對此一藝術的認識。國際聯繫，是對國際間類似的學術團體，加強聯繫，以溝通知能，交流學識，及增進情誼。推拿勵進、按摩促進、正骨協進，三個委員會的組織，亦是以研究發展學術爲目標，肩負着承先啓後的任務，爲本學會實體工作的主導。

本學會爲配合推拿醫術之研究發展，又成立了「中華醫學研究委員會」與「中華藥學研究委員會」；前者係對導引，祝由等醫術及有關推拿、按摩、正骨等術法所應用之醫學知識技能，加強研究，俾使推拿醫術發揮更高效用。後者係對藥學知識與藥物效用，作更精深之研究，以恢宏藥物於推拿醫術之價值。

本學會在研究方面，是就前人的成就，作基礎探索研究之新的知識，新的理論與新的技術，並以實際證驗的效果，開創學術與技術的新里程。此爲本學會研究的方針。亦即本學會的任務。

藥名、聯、詩、詞、信、謎

夢萍

藥名詩大家認為是宋代太常卿陳亞開的先河，不知在宋之

前，唐人張籍已很著名，如答鄱陽客詩：

一溪甘遂心

江皋歲暮相逢地，
黃葉霜前半夏枝；
子後吟詩問松桂，
心中萬事豈君知。

其實早在六朝時便已有了，當時如：王融、梁簡文帝、庾肩吾、沈約、竟陵王，都是個中能手，例如梁簡文帝：

獨映合歡被，惟飄蘇合香；
否墨聊書賦，鉛華試作粧。

月舫集。

到了唐代，非常盛行，如盧受采，權張皮陸之徒紛出。宋

朝，如錢穆父、黃山谷等輩，也多傑作，但以陳亞爲最出風頭，便以爲是他創始的。

古人以藥名嵌入詩詞、函牘、謠語中的著作不多，今人更成絕響，甚至有些人終其一生，聞所未聞，爲免失傳，特選錄各一首，以饗本刊讀者。

▲藥名聯：

四海無遠志。

▲藥名函：

從容待，烏頭變黑，枯柳生秭。

味墉調，懶懶病，沒藥能醫！

▲藥名詩：

蟬蛻連翹纏半夏，柴胡逞毒肉從容；
蒺藜刺若細辛箭，荆介芒同大戟鋒。
獨活急當歸草果，苦生（參）還續斷蜈蚣；
破故紙同香白紙（芷），從今防己更防蜂（風）。

這首詩是名儒江道行，夏天遭遇了蜂螫之毒，找不到治療的處方而戲作。

▲藥名詞：

「閨怨」調寄夏初臨，江蘇如皋女詩人范洛仙作，著有貫

竹葉低斟，相思無限，車前細問歸期，織女牽牛，天河水界東西，比似寄生天上，勝孤身，獨活空閨。

人言郎去，合歡不遠，半夏當歸；徘徊鬱金堂北，玳瑁牀西，香燒龍麝，窗飾文犀，稿本拾來，絹囊故紙留題，五

蘇州妓女寫給她的情郎周心恒——

檳榔一去，已過半夏，更不當歸耶？盼望天南星，大腹皮，忍冬藤矣，誰使君子，效寄生草纏繞他枝，使

故園芍藥花無主耶？妾盼不見白芷書，茹不盡黃連苦

，古詩云：「荳蔻不消心上恨，丁香空結雨中愁」，奈何！奈何！

周心恒覆書——

紅娘子一別，桂枝香已凋謝矣，幾思菊花茂盛，欲歸紫苑，奈常山路遠，滑石難行，況今木賊竊發，巴戟森森，豈不遠志乎？姑待從容耳！

卿勿使急性子，罵我曰：「蒼耳子，狠心哉！不至白頭翁而亡，則不僂回鄉時，自有金銀花相贈也。」

▲藥名謎：

詩謎三首——

一幅花束決不欺

(信實)

相煩寄與我親兒

(附子)

休圖自己營生計

(獨活)

泪念高堂白髮稀

(知母)

醫生舖裏盡皆空

(沒藥)

修寄家書無筆踪

(白芷)

船行水急帆休掛

(防風)

雨過街頭跌老翁

(滑石)

江上乘騎赴○(海馬)，
不勝將軍垂甲逃(敗醬)；
赤壁溪前棲過夜(宿砂)，
曉來帶露掛征袍(砒霜)。

強壯強精藥——冬蟲夏草

甘偉松

臺灣之蟲草

1948年，筆者在植物園省林業試驗所任職時，在研究室曾看到日人酒勾秀雄在竹東採集之冬蟲夏草標本。本年7月筆者以此事告清水大典博士，他認為不可能，或許是鑑定錯誤。

日本細菌學協會清水大典博士與鈴木安夫二氏于本(65)年7月來台採集冬蟲夏草之標本，10日中午在台北承省農業試驗所技正楊永裕之邀共餐，筆者會分別贈拙著藥用植物學、台灣植物藥材誌與清水、鈴木，24日在恒春墾丁公園招待所，又與清水、鈴木二氏晤晤，承研究冬蟲夏草馳名于世之清水大典博士相告：

全世界產蟲草300種，實際上為120種；日本產160種，新種有120種；琉球、釣魚台有13種，中國有8種，最近十餘天，他們採集之蟲草計日月潭3種，蓮華池6種，溪頭鳳凰山3種，高雄六龜扇平5種，共計22種，計有新種11種，因此全世界產蟲草共計251種。

他們共採得蟲草標本220個，此外尚有省林業試驗所蓮華池分所呂錦明主任，省林業試驗所六龜分所康佐榮主任于協助他們採集時，也採到一些蟲草的標本。清水博士願將一份蟲草標本贈送給台灣大學，以供台大教學以及參考之需。

清水博士語筆者，冬蟲夏草生長在森林潮濕有水流處，在日月潭冬蟲夏草之寄主有爲螞蟻，在扇平之寄主有爲螳螂，其中以寄主爲蜘蛛者最爲名貴。

現清水、鈴木二氏已于本(8)月初返日本，正將台灣採集標本詳加研究繪圖中，不久的將來，台灣產22種冬蟲夏草的研究報告將問世，在學術上的成就是輝煌的，至于藥用方面尚待進一步的研究，但對於台灣中醫藥的貢獻將永遠令人敬仰與懷念！

行政院衛生署組織法

中華民國七十年一月三十日
總統令修正公布

第一條 行政院衛生署（以下簡稱本署）掌理全國衛生及環境保護行政事務。

第二條 本署對於省（市）衛生及環境保護機關執行本署主管事務有指導、監督之責。

第三條 本署就主管事務，對於省（市）政府之命令或處分，認為有違背法令或超越權限者，得報請行政院停止或撤銷之。

第四條 本署設左列各處、室：

- 一、醫政處。
- 二、藥政處。
- 三、食品衛生處。
- 四、防疫處。
- 五、保健處。
- 六、企劃室。
- 七、祕書室。

第五條 本署設環境保護局，掌理全國環境保護及公害防治

第六條

業務；其組織以法律定之。

第七條

醫政處掌理左列事項：

一、關於醫事人員之登記及給證事項。

二、關於醫事人員執業之管理及監督事項。

三、關於醫療事業之輔導、獎勵、管理及各項標準之擬訂事項。

四、關於醫事團體目的事業之督導事項。

五、關於醫事人員之臨床進修及其他進修事項。

六、關於區域醫療及緊急醫療之策劃及督導事項。

七、關於精神病、地方性疾病防治之策劃及督導事項。

八、關於放射性物質醫療之應用事項。

九、關於屍體解剖、利用及保存之研究事項。

十、其他有關醫政事項。

藥政處掌理左列事項：

一、關於藥品之查驗、登記、給證及管理事項。

二、關於藥商之管理事項。

三、關於麻醉藥品、毒劑藥品之管理事項。

四、關於生物學製品之管理事項。

五、關於化粧品之衛生管理事項。

六、關於醫療器材、衛生材料及用品之管理事項。

七、關於中華藥典之修訂及編纂事項。

八、關於藥物安全之管制事項。

九、其他有關藥政事項。

第八條 食品衛生處理左列事項：

一、關於食品衛生有關法令之研擬事項。

二、關於食品、食品添加物、食品器具及容器包裝

之查驗、登記及給證事項。

三、關於食品衛生管理之指導及監督事項。

四、關於食品安全之管制事項。

五、關於輸入食品衛生之管理事項。

六、關於玩具衛生之管理事項。

七、關於食品衛生廣告之管理事項。

八、關於食品業者衛生之訓練、輔導及管理事項。

九、關於食品中毒等事件之處理事項。

十、關於食品衛生教育及宣傳事項。

十一、關於食品衛生資料之蒐集及研究事項。

十二、其他有關食品衛生事項。

第九條 防疫處理左列事項：

一、關於傳染病之防止、調查、研究及處理事項。

二、關於疑難病症及地方病學之調查事項。

三、關於國際檢疫業務之規劃及管理事項。

四、關於各種防疫設施之督導事項。

五、關於防疫藥品及器材之儲備事項。

六、其他有關防疫事項。

第十條 保健處理左列事項：

一、關於地方衛生綜合性工作之督導事項。

二、關於國民優生之指導事項。

三、關於婦幼衛生事項。

四、關於家庭計畫事項。

五、關於護產業務之督導事項。

六、關於國民營養研究、規劃、促進事項。

七、關於學校衛生之輔導事項。

八、關於口腔衛生事項。

九、關於心理衛生防治事項。

十、關於國民衛生教育事項。

十一、關於衛生保健人員之訓練事項。

十二、關於職業病及工礦衛生之調查、研究事項。

十三、關於殘障復健工作之輔導事項。

十四、關於成人病之調查及防治事項。

十五、關於老人保健事項。

十六、其他有關保健事項。

第十一條 企劃室掌理左列事項：

一、關於年度施政計畫之研訂事項。

二、關於醫學及公共衛生之研究、發展事項。

三、關於各項衛生技術之研究及改進事項。

四、關於綜合性醫療保健計畫之研究、策劃事項。

五、關於醫藥保健之科技發展及研究事項。

六、關於國民健康保險之配合、策劃事項。

七、關於醫藥衛生資料之蒐集、建檔及評估事項。

八、關於國際間衛生技術之協助與交流事項。

九、關於衛生業務研究、發展與管制、考核事項。

十、其他有關衛生及環境保護、企劃事項。

第十二條 祕書室掌理下列事項：

一、關於文書之收發、繕校及保管事項。

二、關於印信之典守事項。

三、關於經費之出納及保管事項。

四、關於財產及物品之保管事項。

五、關於庶務及其他不屬各處、室事項。

第十三條 本署置署長一人，職位比照簡任一級，綜理署務，並指導、監督所屬職員及機關；副署長二人，簡任

，輔助署長處理署務。

第十四條 本署置主任祕書一人，技監一人，參事三人，處長

五人，室主任二人，副處長五人，專門委員四人至

六人，均簡任；技正十七人至二十一人，其中四人

至六人簡任，餘薦任；視察五人至七人，其中二人

簡任，餘薦任；祕書四人至六人，其中二人簡任，

餘薦任；科長二十九人至三十五人，專員十人至十

二人，均薦任；技士四十九人至五十五人，其中十七人至十九人薦任，餘委任；科員四十人至五十四人，其中十三人至十七人薦任，餘委任；技佐十七人至二十一人，辦事員四人至六人，均委任；雇員三十八人至四十二人。

第十五條

本署設人事室、會計室及統計室，各置主任一人，均薦任；依法規規定，分別辦理人事、歲計、會計及統計事項；所需工作人員，應就本法所定員額內派充之。

第十六條

本署得設中央衛生實驗院、藥物食品檢驗局、預防醫學研究所、國際港埠檢疫所、麻醉藥品經理處及其他醫藥衛生與環境保護機關；其組織另以法律定之。

第十七條

本署設中醫藥委員會，策劃改進發展中醫藥有關事項，置主任委員一人，委員八人至十四人，就富中有中醫藥學識者聘用之；所需工作人員，應就本法所定員額內調用之。

第十八條

本署於必要時，經行政院核准，得設各種專門委員會，委員為無給職；所需工作人員，應就本法所定員額內調用之。

第十九條

本署因業務需要，經行政院核准，得聘用專家五人至七人為顧問。

第二十條

本署辦事細則，由署擬訂，報請行政院核定之。

第二十一條

本法自公布日施行。

行政院衛生署中藥委員會第二十四次會議記錄

時間：中華民國六十八年十月廿日下午二時卅分正。

地點：本署五樓簡報室。

出席：陳恭炎 吳明達 曹成章 莊國俊

張正懋

莊育民

羅源泉

張駿

魏漢良

鄒錦文

魏開瑜

朱淦懋

卓播臣

陳金清富

魯道南

陳筱春

請假：吳惠平 那琦 周慧仙 郭令賜

缺席：

列席：張副署長、醫政處林處長桐龍列席指導。戴雲江中醫師

列席說明。

主席：張主任委員齊賢。

執行秘書：覃砥柱。

紀錄：陳榮福。

一、主席報告：

今天召開第二十四次委員會議，討論內政部十月三日檢送修正勞工保險中醫科診療支付標準草案，此案係試辦中醫勞保一年間所發現問題，經過會議討論，修正診療支付標準的草案，徵求本署同意。請各位委員就此案提出寶貴意見，作爲內

政部研商修改的參考。

中醫傷科參加勞保僅是試辦階段，如果成效良好，建立聲譽，必可爭取中醫各科參加服務。今天特別邀請台北市實際參加勞保服務的戴雲江醫師報告參加勞保概況後再請各委員發表高見。

二、醫政處長官致詞：

林處長：

1 中醫師參加勞保由傷科試辦，此次修正重點在於診療費用，以及增加打撲、挫傷、捻傷等項目，其中診療費調整比西醫之增加二〇%略高。此案由地方而省到內政部層層協調，內政部送到本署希望本署提供意見。

2 我們最大的願望是中醫師全面參加勞保進而公保，因此希望在試辦時能獲得良好成效。

三、報告事項：

覃執行秘書報告：

1 上次會議決議案執行情形：

本會上次會議決議案經與各單位協商研究，尚未獲得具體結果。

2 工作報告：

本討論案原為醫政處主管業務範圍，林處長特別重視本案所以先行徵求本會意見，請各委員詳加審查，提供寶貴意見。

四、討論事項：

1. 案號：(一)

2. 案由：專案討論「修正勞工保險中醫傷科診療支付標準草案」。

3. 提案人：本會。
明：戴中醫師雲江。

中醫傷科參加勞保醫療服務開始於六十六

年十二月十九日勞保局以台閩地區；基隆、台北、台中、台南、高雄五地區中醫師公會推派

五家中醫師參加簽約。契約中規定勞保傷科醫療範圍，僅有單純性骨折、單純性脫臼、以及

一些骨折、脫臼的處置整復。當時本人提出說

明：單純性骨折、單純性脫臼，很少發生，如

此狹窄的醫療範圍恐怕無法對患者有所幫助，

因為碰撞、擊打的傷害比較多見，且一般很少

傷及筋骨，引起骨折、脫臼，最多僅是挫傷、

腫傷，而依條例此又不在診療範圍，不得施與

治療。是以當時我們五人均不簽約，後來考慮

到中醫拓展的不易，不得不簽。六十七年五月

勞保局召集投保單位，醫療單位舉行座談會，本人建議將挫傷、骨裂傷列入醫療範圍，六十

七年十月勞保局通知勞保單位及有關單位舉行檢討會，會中提到一些違規情形，同年十二月勞保局通知契約期滿，並稱不再續辦傷科勞保業務。今年五月又因投保單位要求續辦，然其

中單純性骨折、單純性脫臼，仍未達成協議，但增加挫傷、打撲、捻傷的診療項目，目前各

位所見到的草案雖幾經波折增加項目，提高收費標準，但從診療成本上計算，仍有一段差距

，例如大腿骨骨折必須使用副木固定一組一五〇元，伸縮繩帶四吋五五元，紗布棉花普通繩帶等五〇元，敷藥材料一五〇元，共計四三五

元而草案僅給付一三〇元，其它還有許多實例，俯拾可取。

5. 研究意見：

蕭研究委員：

勞保局開辦全省五家傷科勞保，經辦以來

，一直因診療費受到許多困擾，今年五月省公會，基隆市、臺南市、高雄市等四位理事長參

加會議，決定收費標準比去年增加八分之一，

一次給付門診費，處置費每天在一百元內，其

它情形大致相同，因此中西醫的診療費給付差額有限。對於今天專案討論，我認為原則上可

以同意，若有其它意見大家研討後作為內政部

下次修改的參考。

部委員：勞保局、內政部經過多次會議協調，其所謂

單純性骨折，已成定案，無法推翻，今天我們

爲了開創中醫的新局面，參加勞保診療服務，

在當初是抱着一種犧牲精神，以西醫的收費爲

藍本，由五縣市公會推派代表參加，六十七年

的檢討會，勞保局提出病歷記載不詳，非勞保

本人治療等違約現象，依勞保局規定有違約者

二年內不得簽約，因此六十八年重新推介，並

且依增加二〇%的新給付標準，成爲今天的草

案。所以我認爲戴先生的意見應該作爲今後修

正全面開辦中醫勞保的參考意見，而對於此草

案不宜過份苛求。

張委員：

1. 建議擴大勞保醫療項目開辦內科、婦科等各科。

1. 中醫參加勞保醫療服務，當初同意比照西醫收費是爲了開創新局面，盡義務，但在西醫有高額手術費而中醫沒有，這就顯得有些不公平，而且中醫的系統不能完全和西醫相同，因此這個收費標準有商榷的必要。是否應先建立一套中醫的系統，收費標準、診療項目、開辦項目等等比較妥當。

2. 我們中醫同道應該瞭解目前的處境，抱着犧牲精神來辦好勞保，並應一面向上級單位爭取開辦各科勞保。

置費用有的極低應該提高。

3. 本案收費標準，本會不可作「同意」之決議

，以免有失立場。

6. 主席結論：

(1) 爲了爭取時效，今年的傷科仍應參加勞保，以便加強中醫服務的對象及擴展，希望各單

4. 各縣市擔任勞保服務單位，其態度不一致，應會同省市公會再加以研商、協調。

卓研究委員：

1. 爲了擴大中醫服務對象，參加傷科勞保醫療，其中手術處置費可以犧牲，不予要求，至於用藥方面，中醫常使用道地藥材，價錢較高，在藥價上應該先調查市場狀況，訂定合理價格。

羅研究委員：

1. 本案原則上同意此草案，但在文字上宜略加斟酌，對於醫療費用採建議方式，再提高幾成。

2. 勞保局應該有中醫參加業務。

魏委員、莊委員：

1. 建議應刪去「單純性骨折」的單純字樣。

2. 藥費收費標準偏低，應先行調查市場上一般藥廠價格，按實際情形加以調整，其手術處

置費用有的極低應該提高。

3. 本案收費標準，本會不可作「同意」之決議

，以免有失立場。

位犧牲一些，本案收費標準我們原則上同意。

抗癌植物——忍冬

甘偉松

(2)建議勞保局對於中醫傷科的診療項目，收費標準應加以通盤性研究，增加診療項目，刪除「單純性」字樣，普遍調查市場藥價釐訂合理收費標準。

(3)勞保局內的編制，如顧問、監理、委員等應有中醫師參加，以示公平，以後有關中醫勞保規定事宜的修正案，應有中醫師出席。

五、臨時動議：

1案 號：(一)

2案 由：請建議考選部對六十八年度中醫師特種考試試題範圍，請以實際應用之範圍為主，勿以冷僻或超出範圍以外命題。

3提案人：周智夫委員、郭令賜研究委員。

4說明：(1)中醫師特種考試，為取得中醫師資格之考試

，俾便執行診療業務，故考試試題應以實際運用範圍及臨床經驗為主。

(2)中醫院校迄未設立，中醫師之延續，端賴政府舉辦之檢考特考。醫師職司醫療，關係病患生命甚鉅，故醫師考試之試題，應求嚴正與真實，勿失於偏頗冷僻。

5決議：通過。

六、散會。

1葉：全年可採，以秋末冬初（日本：6~9月）採集者為佳（混有切莖者為次），晒乾，稱忍冬（別醫別錄）。

2莖：全年可採，將粗大（粗在0.公分以上）較老之藤截成長約60公分，紅色外皮已剝去，一般2公斤捆成一把，不宜過嫩、過細或過粗，不得帶梢枝，晒乾，稱忍冬藤、忍冬陳、金銀花頭、銀花頭。

3嫩藤葉：全年可採（本草綱目），大陸各省多于秋冬時採收，江蘇省在清明節與冬初採之，割取藤葉梢枝，多繫成小把，因係枝梢幼嫩枝條帶葉者，長短不定，直徑約2~6公厘，外皮紅色，晒乾或陰乾，稱銀花藤、金銀花（本草綱目）藤、忍冬藤。

4花、夏季花盛開時採收，花以黃色者良，色白者乃尚未成熟，次之。黃稱金花，白稱銀花。在太陽未出前，及時採摘。含苞待放的花蕾，將花摘于水泥地或蘆席上攤開，當日晒乾，應注意防止用手翻動及接觸水分，否則，花變黑色，影響質量。陰天可將採摘的花，涼乾或文火烘乾，惟烘乾者，色澤較暗，質量均不及晒乾為佳，此乾燥之花蕾稱忍冬（別錄）花、金銀花（綱目）、雙花、金花、銀花。商品有：密銀花，一名南銀花；濟銀花，一名東銀花及山銀花之分。

行政院衛生署中醫藥委員會 第二十五次委員會議記錄

時間：中華民國六十八年十二月二十四日下午二時三十分正。
地點：本署五樓簡報室。

出席：曹成章 王雨青 莊國俊 鄭錦文 吳惠平 莊育民

周智夫 魏漢良 張正懋 那琦 幸超群

請假：委員陳恭炎 魏開瑜 研究委員吳明達

缺席：委員陳金清富 研究委員周慧仙

列席：研究委員魯道南 羅源泉 郭令賜 朱淦懋 朱訓

陳筱春 卓播臣 江一舟 蕭新懷 張駿

張副署長列席指導

林處長桐龍 李處長族祺（許科長漢榮代）列席指導

主席：張主任委員齊賢

執行秘書：覃砥柱

紀錄：陳榮福

一、主席報告：

張副署長、醫政處林處長、藥政處李處長、各位委員先生：
今天是本委員會68.年度最後一次會議也是一年來的工作總檢討，齊賢於今年元月奉署長副署長之命接任本會主委一職，深感才疏學淺，經驗不足，承蒙署長副署長不時指導，林處長李處長隨時協助，以及各位委員全力合作，齊賢能夠順利推展各項

工作，謹以十二萬分誠意對長官和各位委員表示感謝，其次要謝謝執行秘書覃砥柱兄，給我的幫助和啟發性的建議，使我獲益不少。並感謝本會同仁的協助，我們一年來的工作，可分為五項：

第一、交辦事項：行政院於67.年交辦「先總統遺命加強中醫藥科學化案」經本會提出專案討論三次研討結果，僉認中醫藥現代化必須加強中醫藥教育，和設立現代化中醫醫院。

我們請署長與教育部洽商，爭取公立醫學院設立中醫學系、中藥學系，從事中醫藥之研究。

其次請本署編列預算成立中醫醫院，先行開辦門診部，俟有績效再辦住院部，進行病理檢驗、臨床治療、病歷整理，使同樣的病情同樣的處方，發生不同樣之療效，分門別類作有系統的記載整理，兩案均蒙署長指示專案辦理。

第二、中醫藥雜誌：民國六十一年本會成立時第一屆主委吳海峯先生創刊五期，因事而停刊，齊賢接任後第一件工作乃先復刊中醫藥雜誌，蒙署長副署長的支持，及醫政、藥政兩位處長大力幫忙，中醫藥雜誌第一、二期已發行，第三期正在排版中，第四期稿亦進行收集編排，雖然期間有些問題，但都一一克服，這是足以告慰大家的。

尤其我們的編輯砥柱兄全力以赴任勞任怨，絲毫不苟，認真工作的精神值得欽佩。

我們雜誌的內容，不能算第一流，但是夠水準，這是值得欣慰的。

第三、民間驗方的處理情形：驗方處理要點於今年四月二十八日提會討論、通過、呈核後本會立即將積壓之申請書，全部進行整理，申請書、藥材、樣品不全者，通知補送。

資料齊全者一四六件於十二月五日召開第一次審查會議，先作初步審查，確定驗方標準，俟驗方標準核示後，依據標準重行複審。

第四、關於中藥栽培：本署自六十三年起與中國醫藥學院訂定長期「中藥栽培與採收」計畫，本會於今年六月十六日邀請各委員往台中及屏東墾丁等藥圃實地瞭解中藥種植情形及栽培狀況，然因限於經費仍在試種階段，其中引種栽培部分非常成功，從栽種成果看來本署貼補的經費，沒有白費。現在本會正在研究下年度如何擴大種植計畫。本署計畫明年度將麻醉藥品經理處嘉義古柯農場交由本會種植中藥，此項計畫如能實現，本會計畫將該處十六甲山地經營為衛生署藥用植物示範農場，按地形規劃，先種黃柏、杜仲、山藥，然後依據種植情形再種其他藥物，將來作為提供國際愛好中藥人士前往觀摩研究之場所。

第五、中醫醫院：高雄市王市長撥款肆仟萬籌設市立中醫醫院現在進行規劃，台中中國醫藥學院實習醫院預定明年三月可以完成，正式為社會服務。

有一點署長和醫政處林處長曾經擔任，中醫醫院籌備完成後是否有中醫師願意前往服務，對於此點，我想向各位委員報告我的看法，此中醫醫院，排除一切困難，籌設完成後，如果中醫界不能刻苦耐勞，按照醫院作業程序，抱着學習和犧牲的精神集中力量，為民服務，則中醫醫院可能會改頭換面，由西醫接辦，而第二所中醫醫院一定無法誕生，我們將永為中醫界之罪人。

將來醫院成立，駐診中醫師比照公家待遇，目前西醫可以接受，我認為我們中醫師沒有理由不接受。因為我們為維護既得的成果，使其茁壯強大，即使沒有待遇，我們也要服務犧牲，為中醫藥爭取一席地位，何況還有公平的待遇呢！所以醫院設立，如果要徵選中醫師請踴躍參加，放棄個人利益，為全體中醫爭取榮譽，希我中醫界共同勉之。

各位委員先生，都是全國中醫藥界碩彥之士，我們全力犧牲小我，完成大我，發揮團隊精神，以答謝總統、院長以及各級長官們的高瞻遠矚，提倡中醫藥，同意籌設中醫醫院，使中醫藥得以發展的心意。

我們一定不能眼看我們的中醫醫院，甫告誕生，即見夭折，我們希望中醫醫院有如雨後春筍，由台中、高雄，繼而台北，甚至全省各縣市都有一所完整的中醫院達到我們最高當局提倡中醫藥發展中醫藥確能使中醫藥遍惠社會病患的期望。

今天68年行將逝去，69年即將來臨，我們全體委員必須繼續努力加強合作。國家把中醫藥的責任交付我們，我們必須能夠向歷史交代。明年是自強年我們更要團結奮鬥，合作去完成

許多尚未完成的工作，謝謝各位，祝各位新年快樂健康。

二、長官致詞：

張副署長：

嘉義古柯農場，多年來僅種植些古柯，由於地幅遼闊又在嘉義郊區，必須花費許多人力、財力來保養，就土地的利用價值方面似乎不夠經濟，因此麻醉藥品經理處準備繳還國有財產局時，本署有意收回由中醫藥委員會經營藥材種植農場，目前既定的原則是種植中藥，至於如何進行，還待進一步計畫，籌備。

中醫醫院的事已經着手許久，大概在高雄、台中先行設立，希望這些醫院能夠促進中西醫的合作互相瞭解，在學理的研究方面提供一最佳場所，當然要達到此一境界，必須先建立一完整制度，以便作為今後各方面的參考。

三、報告事項：

1. 工作報告：

賣執行秘書工作報告：

本會過去在討論議案或研究問題時，常常牽涉的範圍過於遼闊，以致難獲有效的決定和不易着手進行，所以在今年一開始本會對處理問題上力求精簡，先從幾個重點作起，討論一個作一個，全力執行。

關於雜誌復刊方面前後就經費、內容等問題，我們花了許多心血，如今第一期、第二期已出版，第三期已經沒有問題，這也是由於各位委員的大力協助所致，并請多多批評指教，也請多賜鴻文，以光篇幅，而壯聲色。

農場方面，本會幾位委員也已查勘，該農場座落在嘉義吳鳳廟附近海拔不超過四〇〇公尺，共約二十多甲為一丘陵地，作為中藥種植場所是極理想，前經本會與麻醉藥品經理處，國有財產局多次接洽換文，我想接收時機已近成熟階段，俟正式接收後加以計畫經營。

此外我順便說明一些有關本會在衛生署內並非諮詢單位，我們有組織章程，有辦事細則，負有實際權責，處理有關中醫藥事務。

至於提議組多氯聯苯醫療小組，我個人認為這是一極佳構想，目前的問題是應該如何進行，如人選經費等問題理應先有把握後再行呈請署長核定。

最後對於民間中藥驗方處理問題也已展開審查工作，收件齊全者計一四六件。

四、討論事項：

1. 案號：(一)

2. 案由：對於本會一年來的工作成效請予檢討以利改進。

3. 提案人：張主任委員。

4. 說明：(略)。

5. 研究意見：

部委員：本委員會一切行事都是朝著為中醫藥的發展，為中醫藥的團結而努力。舉行會議討論方案皆為政策性，當然牽涉範圍必定極廣闊，然而必非議而

不決，所以如有人以此點雞蛋挑骨頭到處渲染，

惡意攻擊本委員會的作爲，我認爲他是逞一時口舌，並且不瞭解本會性質，因爲從本委員會成立的九個年頭一一看來，我們不難發現本年度的各次會議相當有份量，我們可以問心無愧，但我希望大家更努力，爲中醫藥奮鬥，一致支持主任委員。

陳委員：本委員會的各次會議記錄均有獨立性，就本年度看來又不失其連貫性，當然這些記錄可能是有些瑕疵因此爲求委員會的進步，任何人提出建設性的建議都應該歡迎，但千萬不宜讓中醫界某幾個壞人，弄得整個團體分裂，這是不應該也不值得，在此歲末檢討會上，我認爲除了檢討過去外，更應該策勵將來。

那委員：中國藥學會分函教育部及本署建議修訂藥學課程科目表，增加中藥課程六學分以配合藥師法第十五條第二項之規定，我認爲有下列幾點意見：

一、所謂修習中藥課程達適當標準之藥師，乃在討論修畢該項課程的藥師是否具有執行中藥業務的學識與能力，而藥物藥商管理法中所謂確具中藥基本知識及鑑別能力人員，不過是要求中藥商必須具備從業的經驗、知識與從業技術而已，因此對於大學畢業程度之藥師而言，自然必須從藥學基礎上樹立起完整健全的科學體系，所以自中國藥學體系觀之

，除應增加中藥必修科目外，並應強化現有相關課程，以期使整個體系銜接無間，而達於理想境地。

二、藥師法在立法院審查期間，提出此項請求者，爲研修五年藥學課程的中國醫藥學院藥學系畢業生，彼等以一年時間修習中藥課程達四十三學分之多，今其他院校藥學系竟欲研修六個學分，相形之下，似乎所謂中藥課程漫無標準，亦缺任課教授，究竟此等課程之教授內容，是否能與現行課程密切銜接，且是否能充分發揮專長，勝任中藥調劑業務，不無疑問。

三、擬請由本署函該會轉請各校提出課程內容、進度、師資並與現有課程銜接的狀況詳加說明後，由本署會同教育部再行詳加研議，事關國民健康，不得不慎重。

決議：本紀錄奉核定後專案簽請署長核示。
1 案號：(二)
2 案由：有關多氯聯苯患者採用中藥療法案。
3 提案人：張主任委員。

4 說明：目前本省中部地區罹患多氯聯苯中毒的病患已超逾千人，本署特別成立一服務小組，邀請台大、榮總許多醫師參加。本會有鑑於中醫師不應放棄此一服務機會，擬組醫療小組前往實地

研究，貢獻力量。預定本月二十九日下午前往

台中，三十日下午在台北開會研討處方，元旦

、二日實地用藥，而後每週前往觀察，瞭解效

果狀況。

魏委員：本會亦為衛生署單位之一，同負維護國民健康之

責，對治療因中毒病患不妨由中醫採用中藥及針灸試行治療，希望能有濟於事，達到治病救人的

目的。我認為有下面各點步驟：

(1)成立多氯聯苯中毒中醫治療委員會或小組，為工作最高決策單位，本會主任委員為委員會或

小組，當然主任委員或召集人，委員由中醫、

中藥針灸五人至七人組成並聘請顧問若干人，

由對本症有研究之中西醫擔任以備實際諮詢之用。

(2)聘請治療醫師以中部中醫師或中國醫藥學院教授為優先，分綜合（中藥、針灸）中藥或針灸治療以觀效果追蹤調查。

(3)工作地點設於私立中國醫藥學院內或其他地方，惟以交通方面為原則。

(4)病患志願選擇中醫治療者應先經公立醫院生化檢驗，確定毒性及身體各部門情形後由中醫治療，經過一定時間後再請公立醫院檢驗求證結果，以明療效。

(5)請撥專款設立藥局、或委託經營，加強監督免

費供應藥物，各類人員酌給補助津貼。

江委員：我們中醫界應該貢獻力量參加治療工作，先實地

瞭解狀況認為以中藥可以獲得療效時，再成立小組。

幸委員：一般治病方面誰都不敢斷言把握，何況這種中毒

症狀，然而中醫一向採經驗治療，臨症才能決定用藥，所以我想治療三個月和西醫比較效果，屆

時才能斷言。

周委員：於公於私本會均應參加治療，中醫的清瀉溫補如何配症。

莊委員：運用之妙完全存乎一心，所以我認為先瞭解再研究如何治療。

王委員：關於醫療小組我想先訂名為研療小組，俟有成效再發表為醫療小組。

結論：推選醫療小組成員：陳筱春、羅源泉、李政育

、陳寬毅、蕭秋領、周智夫、張次郎，以張主任委員為召集人。

決議：通過。

五、臨時動議：

1案 號：(一)

2案 由：高雄市籌備成立市立中醫醫院請支援其計畫。

3提案人：魏委員漢良。

4說 明：(一)高雄市籌備成立市立中醫醫院經該市中醫師

公會與中醫藥界人士多年努力，獲得市議會

大多數議員之支持，且衛生局正依照王市長指示積極辦理籌備工作，得來不易令人興奮。

抗癌植物——忍冬

甘偉松

名 種

學名.. *Lonicera Japonica* Thunb.

異名.. *Lonicera Japonica* Thunb. var. *semper-*

villosa Hay. *Lonicera Shintenensis* Hay.

別名：金銀花、金銀藤，藥材名：忍冬、忍冬藤、銀花藤

忍冬花、金銀花。

5. 辦法

(一) 本會成立研究小組。

(二) 請高雄市中醫師公會將設立市立中醫醫院，籌備計畫隨時提供，參考研究。

決議

儘量予以協助。

1. 案號

由：為台中民聲日報元旦社慶建議本署核頒獎狀。

2. 案人：羅研究委員源泉。

3. 提案

4. 說明：(一) 台中民聲日報，每週定期出刊「中華醫藥」專刊，自創刊迄今，均能按期出刊不斷，而其內容充實，篇幅適宜，對我中醫藥宣傳不遺餘力，應以精神鼓勵。

(二) 茲以該社元旦社慶，請以本署名義核頒獎狀，以示激勵，並請台中市衛生局局長代表署長就近頒給以昭慎重。

5. 決議：保留。

六、散會。

英名.. *Japonese honeysuckle*。
產地

自生于本省北部低海拔叢林，分佈于華北、東北各省，韓國、日本。

形態

常綠攀緣性灌木，金株幼嫩部份密被絨毛并有腺毛，故中日學者多呼本種為毛金銀花。葉具短柄，對生，橢圓形，先端銳形或作短突尖；基部心臟形或截形，長3~6公分，寬2~3公分。3~10月開花，花初色白而帶紫暉，後變黃色，腋出，雙立。小苞1對，葉狀，長印形，長約8公厘；萼分裂；花冠長漏斗狀，長3.5~4.5公分，有毛，2唇，上唇4裂；雄蕊5枚；子房3室。11月果熟，漿果球形，熟呈野色。

行政院衛生署中醫藥委員會第二十六次會議紀錄

時間·中華民國六十九年三月七日下午二時正。

地點·本署五樓簡報室。

| | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|
| 出席 委員·莊育民 | 張次郎 | 曹成章 | 鄧錦文 | 那 璞 |
| 陳金清富 | 陳恭炎 | 魏開瑜 | 吳江河 | 陳太義 |
| 周智夫 | 陳寬毅 | 幸超群 | | |

請假 委員·吳惠平(出國)
列席 指導·署長、張副署長、醫政處林處長、藥政處鍾技正

旺益代

主席·張主任委員齊賢

執行祕書·覃砥柱

紀錄·陳榮福

一、主席報告：

今天為本年第一次會議，齊賢在此報告五點有關去年本會尚未完成的工作，希望繼續努力使其完成。

1.先總統 蔣公遺命加強中醫中藥科學化之研究案，本會已

於20.21.22三次會議中專題討論獲得二點結論：

(1)請教育部於國立大學或醫藥學院成立中醫學系、中藥學系，使中醫藥教育專業化。

(2)請本署編列預算，先行成立中醫門診部，確實整理病歷，使中醫療效進入現代化。

目前高雄市中醫醫院已開始籌建，台中中國醫藥學院教學醫院在署長、副署長全力支持下先後補助經費達一億貳仟萬元，預訂今年六月可為社會服務。署長於去年審查七十年度預算時指示提出協助中國醫藥學院附屬醫院預算。

我們非常感激署長重視中醫藥之推展，祇有衷心以工作成效來報答。

2.中藥方面，本署非常重視，近期內將研究由麻經處經營之嘉義古柯農場二十二甲土地酌撥作為種植中藥之用。本署自六十三年起與中國醫藥學院訂約進行中藥試種栽培，六年來按照計畫雖僅停留在試種階段，效果尚佳，現在擬由本會進一步加以推廣種植試種成功的品種。本會準備詳細計畫，和生產良好除供應內銷節省外匯外，並洽商外銷，爭取外匯，此為利國利民之事。因此我們尚須共同研究，如何使中藥產銷計畫，達到理想階段，且使古柯農場成為衛生署藥用植物示範農場，供國際愛好研究中藥人士觀賞研究。

3 中醫師再教育和實習問題，時代天天在進步，可說日新月

二、長官致詞：

異，我們中醫師由於教育關係，如果跟不上時代一定落伍

署長致詞：

，為使我們同道能不斷充實新知，在專業化教育未實施前不被時代淘汰。目前為使經由特考的中醫師增加醫療臨床經驗，似乎該擬訂一具體辦法，以進行中醫師再教育和特考及格人員的實習制度，希望各委員先生就實習重點、期限等細節加以研討。

4. 確具中藥基本知識及鑑別能力人員的登記：該案早為社會人士所重視，本會在去年八月份第二三次會議專案討論時，對於藥物藥商管理法第二條明文規定考試一節，認為政府不設學校，不予教育而由考選部舉行考試要考國文、憲法、等科目勢必及格率偏低，失去考試意義，且藥商業者乃以藥物藥性及真偽鑑別為本位，我們不能不予以重視，所以如何合情合理地將現有問題予以處理是一刻不容緩的事情。今年初藥政處曾召集藥商及專家們座談，但仍未獲致結論請各委員研究討論解決的方法。

5. 民間中藥驗方審查問題：本會第二次會議通過民間中藥驗方處理要點，規定分驗方審查、藥材鑑定、青草藥研究三小組進行，於十一月召開審查會議時，發現幾個問題尚未獲得具體結論，(1)處方依據古傳典籍醫書所載，提出申請可否列入驗方，予以通過。(2)在指定醫院試驗藥效時所需藥物，應由申請者供給試藥或由本署按方配製。

以上五點均為本年度本會施政要點，請各位委員多多提供寶貴卓見。

中醫醫院的設立尚有許多問題，如組織、人事、管理、經

常重要的單位，本署對委員會的期望，是要因應全體國民健康的需求，除不斷研究改進業務外並擬修改組織法，充實委員會的組織編制及強化功能。本署將覃祕書調到中醫藥委員會兼任執行祕書，專辦中醫藥研究發展工作，便是一個很好的例子。

本署對中醫藥的重視可見一斑，今後也將本此原則，凡一切有關中醫藥的問題必須請委員會詳加籌劃，擬訂詳細步驟，更進一步幫助衛生署推展工作。過去一年來委員們獲得極好的成績，希望今年有更好的表現，達到各種預期目標。

將來我們研訂有關計畫時；不求空冷的大問題，而是適於目前國人實際需要問題。大家精誠團結，目標一致，要在自強年更表現出我們同心協力，自立自強的精神，至於中藥栽培方面，從育種試種、栽培所獲得經驗，我們要如何大量種植，使這些成果更為輝煌，仍須靠全體委員努力。

張副署長致詞：

委員會依組織法規定為政策諮詢，因此委員會每二個月舉行一次會議，就政策上、學術上提供意見，作為衛生署的執行業務參考。關於利用嘉義古柯農場種植中藥的可行性方面，必須俟下週一再進行勘查後，才能決定如何劃分以及詳細的規劃。當然方針釐定後就得需委員會研擬進一步計畫，就種植品種、着手方法等深入討論。

費、等必須深入研究。雖然有重慶中醫醫院可作藍圖，但現在的時間、環境，如與二、三十年前的規格，似乎無法完全合適。

那如何加以籌劃，請多提供意見。

三、報告事項：

賈執行祕書報告：

1.二三次會議紀錄因與藥政處業務範圍有關，必須在該處舉辦座談會獲得具體結論後才能執行，所以延遲到現在。此外會中決議組成小組其成員為八名，建議增加吳委員江河一名共為九人如何之處，尚請委員會考慮。

2.高雄市中醫醫院之籌設林處長非常重視，應以過去大陸設立的中醫醫院以及台灣省立醫院組織規程為藍本。

3.今年的工作仍準備先就去年未完成的事項繼續着手進行，關於古柯農場經與國產局麻經處等單位協商後已達成熟階段，在此次勘查後將可提出詳細種植計畫與經營方法。

四、討論事項：

1.案 號：(一)

2.案 由：檢討本會去(68)年一年來各項工作之進展，
請討論案。

3.提 案 人：張主任委員齊賢

4.說 明：(略)

5.研究意見：

曹委員成章：一、關於古柯農場種植中藥方面，利用公地似宜由私人經營才易獲致成功。

二、民間中藥驗方應由本署指定獎金及實驗

方法，於指定醫院實驗，確切實際療效後發給獎金。

三、本署經費運用請勿偏失。

那委員琦：一、目前高雄市中醫醫院正籌備中，我認為

中藥局的組織規程也應該費心研究釐訂典範，此外教學實習醫院的組織尚未建立，似乎應該一併研討使中國醫藥學院實習醫院一完成即可上軌道，發揮教學醫院的效果，不論醫或藥均可平衡發展。

二、對於嘉義古柯農場種植中藥在基本上，

古柯應該保留且大量種植不斷改良收成率而免戰時匱乏。現在既準備改種中藥，政府更應當有完整機構，自品種研究、收成、銷售等階段一起建立系統，和農發會、國貿局等單位組成會報，隨時掌握中藥材的市場狀況。

三、中藥驗方的處理步驟，有關化驗和藥理實驗部分，若由本署藥物食品檢驗局負責，則該局並無中藥人才存在，且對於中藥丸散膏丹等化驗工作無系統程序建立试，因此本會如何處理此二階段尚待研究。

陳金委員清富：一、中藥種植往往需要長時間，如黃柏

杜仲不到幾十年不能剝皮，因此種植計畫必須詳細研究。

二、民間中藥驗方的處理不應再拖延，以免

社會人士誤會，而且有失政府威信。

三、確具中藥基本知識及鑑別能力人員的登記問題，請本會儘速召開小組會議，從根本上研究，再和藥政處協調。

魏委員開瑜：除了同意幾位委員先生對古柯農場種植中藥方面，確具中藥基本知識及鑑別能力人員登記等問題應該儘速詳細研討等觀點外，本人尚有幾點意見：

一、中醫師特考及格後應該建立臨床實習制度，此是否與考試院職權相抵觸，宜加以研究。

二、中醫醫院事屬首創，自應擘劃周詳，雖然從前大陸上有中醫醫院的設立其組織規程可為規範，但日、韓等國目前存在的中醫醫院似乎亦有借鏡之處，本會最好編列預算，派員前往考察，經費如有困難可採公家補助半數，自費半數方式。

辛委員超群：一、承蒙署長蒞臨指導無任感荷，希望今後

能多撥時間指導。

二、中醫醫院成立、台中中國醫藥學院實習

醫院設立，皆為中醫藥界令人興奮之事

，為使此二醫院能夠茁壯順利完成，本會責無旁貸應該加以協助。

三、中醫中藥在整個社會同樣擔負醫療保健工作，政府部門對於經費補助、法令釐訂等方面不應該有薄此厚彼現象。

吳委員江河：本人以中藥方面一點小成就能參加此會議覺得非常榮幸，有幾點意見供大家參考：一、中醫醫院設立已進行籌劃，其中當然有困難存在，祇要我們有決心最後必可成功。

二、中醫中藥同道間一般對於公眾事務都不太關心，才導致目前這種局面，我們應該努力爭取中醫學系、中藥學系的設立

，使中醫中藥在正軌上延續。

陳委員太義：一、希望對中醫與西醫的研究能予同等重視

。二、我們中醫藥延續數千年未曾中斷，且早在三十年前就進行現代化的現象，被世界衛生組織認為是各民族傳統醫學之冠。目前高雄市中醫醫院籌建又為中醫藥業務等等，詳加規劃，大家提供意見。

張委員次郎：一、高雄市中醫醫院據目前的組織規程草案

尚有可議之處：護士編制多達二十六人

，檢驗、X光均無編制，我認為中醫醫

院內應有技術員、調劑人員、X光師、

檢驗師等編制。

二、為適應大醫院的作業狀況，對於目前開業中醫師應舉辦職前訓練。

鄧委員錦文：首座中醫醫院已籌備在高雄市興建，對於此醫院我們認為是全國性的，整個中醫藥界都賡躍參與和支持，使其達到盡善盡美的境地，至於組織上的缺點，尚待大家提供意見。

主席結論：一、關於中醫醫院的種種情形，再作進一步討論，前往日、韓等國考察問題由本會

研商後報請署長裁示。

二、有關「中藥基本知識及鑑別能力人員的登記」日內召開小組會議，再行報請

署有關單位處理。

三、高雄市立中醫醫院籌建問題，應就實際問題協助解決，必要時會同醫政處前往

高雄市輔導籌設。

四、古柯農場改種中藥材計畫方案，應先行召開研究委員會議，初步進行籌劃。

五、臨時動議：

案

號：(一)

由：為提高中醫師臨床診斷技術水準，請行政院原

子能委員會與本署聯合舉辦X光診斷技術講習

班案。

動議人：陳寬毅委員

說

明：執業中醫師每感於臨床上遇有特殊疾病，諸如骨折、脫臼、結石、潰瘍等務需X光照片配合參證，方能做到精確診斷與治療。因此醫用放

射線知識與技術之吸取，對中醫師也同樣重要。

辦

法：比照行政院原子能委員會、行政院衛生署聯合舉辦醫用游離輻射防護講習班辦法，招收有志

接受X光講習中醫師，施以五天講習，成績合格者由行政院原子能委員會、行政院衛生署發給結業證書，並准予操作使用。

決

議：先請本會草擬執行祕書根據本提案內有關機關或單位接洽後提交下次會議報告再行決定。

案

號：(二)

由：請衛生署在化驗技術上支援中華民國中醫師公會全國聯合會在中部的「多氯聯苯」中毒醫療

工作方案。

動議人：陳寬毅委員

說明：中華民國中醫師公會全國聯合會在中部地區的多氯聯苯中毒醫療工作，已進行幾個療程，從

一般患者的表徵看來，病況有顯著改善，足見中醫對毒害有顯著良效。惟P、C、B含量測定技術至感欠缺，致使資料統計未臻完整。請本署洽請國內專家支援，使此醫療工作順利進行。

1. 藥物。須說明處方依據。配合方法、藥理。

2. 鈑灸：說明病理、機變、配合方法，針或灸的作用機制。

決

議：本案暫保留，俟該會將療程療效等有關詳細資

七、治癒後證明文件

報請署長裁示，料送署後，先由本會召集醫療會議，將其結果

率謹署長表示

議・保留。(由本會洽商醫政處後再行決定。)

病例卡式

病例卡式

2

動案案

動議人：莊育民委員

法：一、填寫病例卡（式附後）。

一、病名：以中醫病名爲主，西醫病名爲輔。

例如：偏頭痛（三叉神經痛）、中風（腦溢血）。

三、主訴：先詳述病人自覺症，再將西醫治療經過，詳細記載。同時向病者取得治療醫院診所的掛號單影本附在附錄中，以便追蹤查核，若能取得檢驗表、會診書等影印

證件，更爲完美

四、診斷：以中醫四診爲主，但血壓、體溫、血糖等度數亦可列入。

五、治療方法：

六、散會：（下午五時卅分）

| 病者姓名 | 病名症狀 | 主訴 | 診斷 | 治療方法 | 治療經過 | 明治文 件後證 |
|------|------|----|----|------|------|------------|
| 別性 | | | | | | |
| 齡年 | | | | | | |
| 業職 | | | | | | |
| 地址 | | | | | | |

行政院衛生署中醫藥委員會第二十八次會議紀錄

時間·中華民國六十九年六月二十一日下午七時〇分正

地點·假員林萬國大飯店

出席·陳太義 幸超群 那 琦 陳金清富 吳江河 陳寬毅
吳惠平 江一舟 周智夫 鄒錦文
羅源泉 張次郎 陳筱春 魯道南 蕭新懷 朱淦懋
請假·吳明達 莊育民 陳恭炎 卓播臣 周慧仙 曹成章。

缺席·

列席·醫政處林處長桐龍

主席·張主任委員齊賢

執行祕書·覃砥柱

紀錄·陳榮福

一、主席報告：

此次依據第二十七次委員會提議到嘉義實地勘察社口古柯農場，因便在員林開會並參觀鹿港文物及民間中藥等事宜。明天實地勘察後請各委員提供有關農場，規劃、土壤研究

、中藥種植的卓見，以便作到因地制宜，地盡其用。關於整理中醫藥典籍，已獲得署長同意編修，時代不斷進步，中醫藥如果不迎頭趕上，定將遭人遺棄。我們中醫藥同仁為服膺先總統蔣公遺訓加強中醫中藥科學化，應該擬定詳細計畫逐步完成。

中藥典，中醫師手冊的目標在於統一中醫臨床辨證，診斷處方，達到有系統，有規則的程度，完成中醫藥的科學化系統化，使中醫藥臨床和治療納入完整體系，尤以現在，台中中國醫學院附設醫院將於近期開幕，高雄市立中醫醫院亦在規劃中，故中醫師手冊及中藥典這兩部書，都是當前急需編纂的。我把我的構想先行提出，請各委員共同研究①定名②編纂內容包括各科生理病理、檢查、辨證、診斷、治療、古今名醫示例、處方、加減藥方、有效成方及單方草藥。③編修人員，延攬國內外學者專家，擬定編修程度及內容。④進度⑤預算經費，編修人員無薪給，按稿計酬必要時發給編修人員交通費。⑥參考書籍書目。以上各點在討論時，請各位多多提供卓見，這是我們

中醫藥界一大事，我們應動員國內外專家學者集中智慧，發揮整個力量，來完成這二部鉅作。謝謝各位。

二、醫政處林處長致詞：

關於中醫師手冊，中藥典兩部書可說是中醫中藥最重要的典籍，貴會應該詳細討論擬訂編寫方針，慎重地籌劃，以作為中醫中藥界的典範依據。

高雄市衛生局負責中醫醫院的籌設，準備請中醫藥委員會參加籌備委員會，並且希望組團前往韓國、日本考察，以作為借鏡。此亦與貴會準備前往外國考察用意相同，大家的目的都在於他山之石可以攻錯，使中醫中藥趨向更完美的發展途徑。

三、報告事項：

覃執行祕書工作報告：

首先謝謝彰化縣中醫師公會蕭理事長和張委員的安排。目前市面上有種火罐淨血器，係將古老的拔火罐改良，用幫浦抽氣達到拔火罐的相同效果，請教各委員應否納入管理，使用是否對人體有害，請大家臨時動議時討論。今天的討論案第一案，由於行程變更擱於下次討論。此外，人事室要求本會對委員們出席率應列入考核，委員們有二次未出席會議的紀錄依規定應了解聘希望委員們今後儘量多出席會議。

藥政處會希望本會提供藥政法規以及藥政業務方面的改進意見，其詳細內容請大家過目。

四、討論事項：

1. 案號：(二)

2. 案由：關於編纂「中醫師手冊」「中藥典」之計畫工

作如何進行案。

3. 提案人：本會

4. 說明略

5. 研究意見：

吳委員惠平：中醫師手冊，中藥典的編輯是一件重要的事，其人選不宜太多，應精選學術專門人才組織編輯團。

幸委員超群：此二本鉅作早在十年前就有此構想，到現在未完成，我們應感覺慚愧，趕快急起直追，在參考書籍方面，宜由「醫宗金鑑」起。人事上，由中國醫藥學院為主，並應視爲全國性，全世界性。編排上應分科並配合藥材，化費時間約需五年。

陳金委員清富：這種龐大編纂工作光說不練的話再十年仍然完不成了。因此大家認爲有意義，有目的，應該立即着手。

魏委員開瑜：一、參考書籍應該加上考選部典試的必讀書籍，大陸上可供參考資料，以及學者專家之論著。至於編纂時間不宜太

久，一年已足夠。並且成立小組推動

二、在中藥典方面應該加入本地藥材。

那委員琦：關於中藥典，藥政處目前完成的中華藥典，進行的中藥集皆屬中藥典的範圍，前者

以西洋生藥爲主，後者以東方生藥爲主，

本會應要求藥政處提供中藥集，國民處方

集的稿件，以便本會提供意見。

陳委員太義 目前中醫藥界所最缺乏的乃是整套的典章

制度，因此這一本鉅作的編輯意義重大。

陳委員寬毅 一、中醫師手冊是否改爲中醫師典，更堂

皇。

二、經費，人才遴選均宜有完整計劃。

江委員一舟 分科編纂應先擬定分科標準而後收集資料

，如黃帝內經，醫宗金鑑等努力執行。

張委員次郎：應由本會組織推動小組，延聘專家，必要

時請中國醫藥學院研究生參與。

主席結論：一、名稱是否應修正，俟下次會議研討。

二、成立編纂委員會，延攬國內外專家，

提出計畫，編寫大綱，分科狀況。並

成立審查委員會審查來稿，一經採用

發給稿酬。

三、參考書籍書目包括國內外一切有關書

籍，資料，參考書目應求廣博。

四、編纂時間必須五年。

1案 號：(三)

2案 由：本會鑑於國際間對中醫中藥發展與研究之愛好

趨勢，以及近年來由美國藥學專家組團前往匪

區研究中藥藥理之舉，擬由本會組團前往日本

、韓國、香港等地考察中醫中藥之狀況，以利

研究發展案。

3提案人：本會

4說明略

5研究意見：

陳委員太義：一、前往考察之地區應包含韓國慶熙大學及

醫院，日本部分漢醫研究所，新加坡、

吉隆坡等地中醫院。

二、考察的用意應在取他人之長，補己之短

，但由於國內中醫藥的水準並不比國外

差，因此我們也不用懷着自卑的心理去

一味地學習外國。

吳委員惠平：新加坡、吉隆坡的中醫院，採取一貫作業方

式，從診斷到藥物治療一律使用中醫方法，

因此效果顯著，也惟有如此才能發展中醫藥

，我們應研究別人的方法。

那委員琦 前往考察應着重於他國中醫院的組織、制度

、建築、行政體系等系統建立問題。

江委員一舟 我們不應該閉門造車，學習別人不是一件可

恥的，出國考察在於避免永遠自我陶醉。

主席結論 為編纂中醫師手冊，中藥典以及建立完整中

醫醫院規劃，擬由本會組團前往日本、韓國

等地考察，經費原則由個人負擔，預定考察時間為七十年度。

五、臨時動議：

1. 案 號：(一)

2. 案 由：請修正醫師業務廣告管理辦法。

3. 動議人：羅委員源泉

4. 說明：一、本辦法係本署六十四年九月九日署醫字第

七八四四四號令頒布至今五年左右，執行以還尚有部分條文不堪適用，致執行頗感困難，有掣肘而偏差，觀點看法不同，影響法規尊嚴，須作局部修正必要。

二、執行基層單位對上項辦法尚難認真作業，如現行報紙、雜誌、電台新聞廣告大小不分，大幅刊登，一次再次，層發不窮，有失政府威嚴，若此下去，不如提早檢討修正不適之處，以資實踐。

三、經常發現某健診中心醫事業務廣告，多次違規，關係某衛生局局長主持，如此現狀

，其他一般不在言中，僅舉例而已足資參考。

四、建議修正慎重行之，須採適用範圍，完成

草案，多方蒐集執行基層單位意見，同時邀請平日好刊廣告醫院診所業者主持醫師參加意見。

羅委員源泉：應納入管理。

江委員一舟：火罐淨血器的使用是否一如古老的火罐，且

能獲得相似療效，應該再加觀察。

主席結論：火罐淨血器應否納入管理，送請醫政處參考。

1. 案 號：(二)

2. 案 由：請修正醫師業務廣告管理辦法。

3. 動議人：羅委員源泉

4. 說明：一、本辦法係本署六十四年九月九日署醫字第

5. 決議：本案送請醫政處參考。
六、散會（二十二時三十分）

行政院衛生署中醫藥委員會第二十九次會議紀錄

時間：中華民國六十九年八月十八日上午九時三十分正。

地點：本署二樓會議室
出席：張副署長蒞臨指導

委員：邵錦文 吳江河 陳金清富 魏開瑜 莊育民
陳太義 張次郎 陳寬毅 吳惠平 幸超群

陳恭炎

請假：委員：周智夫 曹成章 那 琦

列席：醫政處林處長桐龍

藥政處李處長族祺（鑑技正旺益代）

企劃室莊主任國寶（馮科長子爲代）

主席：張主任委員齊賢

執行祕書：賈砥柱

紀錄：陳榮福

一、主席報告：

論中醫師手冊及中藥典之編纂工作，由於匪有醫師手冊，我們不能與其採取相同名稱，中醫師手冊似乎應改爲中醫師典爲宜。目前我們已着手研擬進行方案，初步獲得下列四方針：

1. 成立中醫藥編纂委員會，委員成員報請署長延攬國內外醫藥專家學者，依據編纂計劃分別進行。

2. 編纂內容①中醫師典，包括下列各點：各科之生理、病理、辨證檢查、診斷、臨床症狀、治療經過、古今名醫示例處方加減藥物、有效成方及單方草藥②中藥典：包括古籍記載藥材、民間具有療效藥材、分別其療效、學名、所含成份、辦僞、炮製處方等。

3. 編纂進度，各科各部分分別編纂再全部彙集，中醫師典預定三年完成，中藥典預定四年完成，所有參考書籍資料，由衛生署向國內外搜集提供參考。

4. 編纂委員均為無給職，於出席會議時供給交通、膳宿費用，以提高稿酬作為酬勞。編纂計劃與預算將與企劃室、會計室研商後簽報署長，各位委員對本席報告如有意見，請在討論時提供卓見。

孫院長於七月二日蒞署巡視，指示本署「有關中醫中藥的研究，不宜僅限於中醫中藥人員，必須由醫藥、化學等各方面之科技人才共同參與，衛生署應協調國科會擴大延請專家學者進行專題研究，使中醫中藥逐步走向科學化」，院長對於中醫中藥之重視與關切於此可見，本席認為中醫中藥達到科學化，必須具備兩個要素(1)靜的方面：請教育部於各醫藥學院設置中醫學系、中藥學系，從教育到臨床，有系統的、腳踏實地的研究中醫中藥的原理配合臨床與療效。(2)動的方面：由本署籌設中醫醫院研究病人的病況、病理、作臨床實際療效之記錄，加以分析、整理、建立系統。非如此而欲使中醫中藥走向科學化，無異捨本逐末、緣木求魚，所以本席認為在執行方面尚須請署長及各位長官多多指示和支持。

二、報告事項：

1. 醫政處林處長致詞：

在本人任內提出省立醫院設立中醫科及設立中醫教學醫院的構想。承中醫藥委員會多次提供意見，對於目前已開幕的中醫教學醫院——中國醫藥學院附設醫院，其中醫方面竟漏列許多重要診療科目，使教學、診療應並重的教學醫院功能有所缺損，中醫藥委員會在此重要業務方面應盡督導責任。

籌設中的高雄中醫醫院，其組織規程太潦草，計劃目標未列，從整體看來，該院之籌備尚須本署醫政處、藥政處、中醫藥委員會互相協調研擬出輔導方針再加以妥善輔導。

關於中醫師手冊或中醫師典，不僅正名而已，一般來說，典籍代表國家整套學術系統，手冊應作為教學醫院的臨床依據，而目前最需要的在於中醫師手冊，所以中醫藥委員會應妥善規劃，分科繕寫整理，希望早日完成。

2. 賈執行祕書報告：

本會第十六次委員會議臨時動議「為提高中醫師臨床診斷技術水準，請行政院原子能委員會與本署聯合舉辦X光診斷技術講習班」案，經會同醫政處、保健處主辦人員前往原子能委員會洽商，該會稱僅負責講習班技術支援方面，受訓學員的資格問題等有關政策性決議，該會不表示意見，本會醫政處、保健處、中醫藥委員會將專案會商。

關於「確具中藥基本知識及鑑別能力人員登記辦法」小組案，經小組會議研擬登記辦法草擬方針五點，準備召開第二次會議完成草案條文後提委員會報告。

高雄中醫醫院舉辦第一次籌備工作座談會，本會有關人員恰好無法分身前往。而中國醫藥學院附設醫院的設備尚待改善，本會委員咸認，應前往參觀。提供具體意見。其他有關業務問題將進行討論案時討論。

三、討論事項：

一案號：(一)

由：關於中國推拿學會函復仍請將「正骨」二字列入推拿技能獎勵辦法請討論案。

3. 提案人：本會

4. 說明：醫政處送請本會對「中國推拿學會所報推拿技能獎勵辦法」及「推拿技能獎勵辦法施行細則」

「表示意見案」，經本會第廿七次委員會決議「……所謂『正骨』應為中醫師傷科業務範圍：而『導引』則可廣泛歸屬於一般運動吐氣方法，故『正骨』二字不得予以列入，應予刪除。」

「現該會以「我國傳統按摩導引正骨等均屬一體系，新唐書百官志按摩博士：掌教導引之法，以除疾癒折跌者正之，薪火相傳，以迄於今，正骨已成為推拿術中主要技能」由提出異議，請討論案。」

5. 討論意見：

部委員錦文：(1)中國醫學大辭典第一冊

第七七九頁——正骨心法要為醫宗金鑑之一。

第七八〇頁——正骨科為十三科之一，即今之傷科

(2)醫宗金鑑，下冊第一三四頁，正骨心法要

旨分為下列外治法、手法釋疑、摸法、接

法、端法、提法、按摩法、推拿法等八法

(2)學會以學術研究則涉獵廣泛原本無可厚非，

今該學會訂定獎勵辦法有執行業務之嫌，似乎抵觸醫師法。

陳委員太義：學術上科別之分野，總有互助重疊部分，就學術研究方面應該鼓勵。

幸委員超群：正骨為傷科範圍，按摩為推拿範圍，自行政立場應該清楚分割。

莊委員育民：正骨按摩應屬醫療行為。

主席結論：從學術研究上應該加以鼓勵，若執行業務則屬醫療行為與醫師法抵觸，「正骨」二字仍不應列入推拿技能獎勵辦法。

1. 案號：(二)

2. 說明：中央委員會教授同志春節年會建議：「擴大並

強大對針灸科學的研究成果以促進針灸科學的進步，發揚我國文化請討論案。」

3. 提案人：本會

4. 說明：該案經本會針灸組專案研議結果，獲致結論三點：

(1)發揚針灸科學應以發揚傳統針灸醫學為主。

(2)國科會成立針灸科學研究小組應邀請針灸中醫師參加，以進行傳統針灸醫學之研究與發展。

(3)由中醫藥委員會召開針灸醫學專題討論會邀請國科會派員出席。

5. 討論意見：（略）

6. 決議：依針灸組結論辦理。

1. 案號：（三）

2. 案由：高雄市立中醫醫院暨中國醫藥學院附設醫院籌設經過請檢討案。

3. 提案人：本會

4. 說明：（略）

5. 討論意見：

陳委員太義：中國醫藥學院附設醫院創校伊始，一切尚未

上軌道，本會應負歷史責任，因此如何輔導
，希望研究出一套方法。

魏委員閻瑜：醫院的體制，任用資格及中西一元化的技術

問題，應該先有計劃。

邵委員錦文：本會職責所在，應該負責對高雄中醫醫院籌設方針以及中國醫藥學院附設醫院的輔導事宜，先協調本署有關單位作成決議，提會報請求授權執行。

主席結論：高雄中醫醫院及中國醫藥學院附設醫院均為中醫藥界服務大眾、教學臨床並重的兩大醫院，本會應予以輔導與協助。

1. 案號：（四）

2. 案由：「確具中藥基本知識及鑑別能力人員登記辦法

」專案小組研議結果請討論案。

3. 提案人：本會

4. 說明：（略）

5. 討論意見：

藥政處鐘技正：確具「中藥基本知識及鑑別能力人員登記

」案，貴會多次提出有關意見，本人說明

本處以往已進行的工作狀況，藥物藥商管理法頒布，本處於整頓藥商方案中，依該

法第廿四條方式進行臨時中藥商換照時，考選部提出意見：「確具中藥基本知識及

鑑別能力人員屬於特殊技術人員，應考試才能取得資格換發執照。」協調後考選部

同意「舊有人員換照，新進人員考試。」六十四年中藥公會請求考試，考選部認為法無所據，必須修改藥物藥商管理法。因

此本處添加細則廿二條，呈報行政院核准。六十五年考試辦法擬訂時，擬將「確具中藥基本知識及鑑別能力人員」名稱修正，有關公會提出反對。在資格方面考選部

認為應為高中畢業，協調後資格未列，送考試院審理時認為未列資格應先加以訓練，該訓練問題研究迄今未獲結論。貴會研擬的「確具中藥基本知識及鑑別能力人員

登記辦法」，本處尙未知悉，當然本處亦

同意貴會意見，對於條文將研究可行性協

商考選部。

陳金委員清富：對於從事中藥多年人員在新法令未列之前

，不應考試，祇能測驗，本會特推舉小組
，草擬登記辦法，希積極推展。

吳委員江河：中醫藥界並無專業學校設立，對於資格自
難確定，先依登記辦法，儘速處理，以達
到政府「爲政以德」的善意。

醫政處林處長：憲法及考試法規定公務員，專門執業技術
人員，必須經考試而獲得資格。「確具中
藥基本知識及鑑別能力人員」是藥商且非
爲醫事人員，應依藥物藥商管理法第廿四
條規定辦理，不須考試。細則廿二條將登
記變爲考試，已抵觸母法及憲法精神，本
署應該勇於認錯，以便向歷史交代。
主席結論：本案交小組先草擬草案條文核定後，再送
藥政處辦理。

四、臨時動議：

1案 號：(一)

5決 議：留待專案會商時再議。

2案 由：建議現代化醫學進修班結業中醫師准予參加原
子能委員會舉辦之X光醫師班講習案。

六、散會（上午十二時正）。

3. 動議人：陳委員寬毅
4. 說明：本席於廿六次委員會議中，請准予中醫師參加
X光醫師班講習案，深受本會之重視，尤以覃

謝。本案於民國六十五年中醫師公會已經建議
，足證中醫師對X光醫技之需求與興趣，可見
一斑。據當時有關主管部門，以中醫師程度參

差不齊爲由，予以保留。但事隔迄今，中醫師

素質已大提高，內大學畢業、碩士，濟濟人才
，況本署與中國醫藥學院合辦現代醫學進修班

，已有二百五十名結業中醫師，均具現代醫學
知識，有足夠能力接受X光受訓。尤其受訓目
的着重於增加對X光之知識，提高中醫師臨床
診斷水準而已，萬不可能耗百萬之鉅，購X光
機器於診所之內，親自操作使用之理，因此，
對具有現代醫學知識之進修班學員以及高程度
之中醫師均應准予參加受訓。

行政院衛生署中醫藥委員會第三十次會議紀錄

時間：中華民國六十九年十月二十七日上午九時三〇分正。

地點：本署二樓會議室。

出席：張副署長智康

委員：陳金清富 吳江河 陳寬毅 鄧錦文 魏開瑜

張次郎 吳惠平 曹成章 莊育民 陳太義

那 琦 陳恭炎 周智夫

請假：委員：幸超群

列席：醫政處余代處長振威

藥政處李處長族祺（許科長漢榮代）

人事室葉主任朝邦

主席：張主任委員齊賢

執行祕書：覃砥柱

紀錄：陳榮福

一、主席報告：

今年七月院長巡視本署，曾指示「研究中醫中藥不宜僅限於中醫中藥之人員，可與國科會協調，邀請學者專家用科技方法進行專題研究使中醫藥逐步走向科學化。」本會擬訂七十年度工作計畫為（一）與中國醫藥學院合作成立中醫肝膽病研究小組。用科技方法檢驗，用中醫方式診斷、治療，建立檔案，分析以確定中醫藥之治療成效。（二）改組中國醫藥學院之針灸研究中心為針灸科學門診中心，分為研究部門與臨床部門，依病症

分類作傳統針灸與現代針灸之比較研究。

二、報告事項：

覃執行祕書報告：

上次會議決議案執行情形：

上次會議臨時動議：「中醫師參加X光講習班受訓案」，署長已交醫政處、保健處就法令，及可行方式，研商中。

三、討論事項：

1. 案 號：（一）

2. 案 由：與中國醫藥學院合作成立「中醫肝膽病研究小組」，改組「針灸科學研究中心」案。

3. 提案人：本會

4. 說明：本案採委託方式，由該院提成果報告，本署撥予經費。

5. 研究意見：

曹委員成章：關於此案似乎先經幕僚作業擬訂大綱，再提會討論較適宜。

陳委員太義：關於「中醫肝膽病」方面之研究，中國醫藥

學院去年有一篇論文，對此可說已先作了基

礎理論研討。關於「針灸科學研究中心」，

該院已有的「針灸研究中心」僅屬於雛形，尚待加強，我認為本案意義重大。

6. 決 議：通過。

1. 案 號：(二)

2. 案 由：推拿學會再次函請同意將「正骨」二字列入『

推拿技能獎勵辦法實施細則』案。

3. 提案人：本會

4. 說明：略

5. 研究意見：

余代處長：依醫師法規定，惟有醫師始能執行醫師業務，

本處同意貴委員會意見。

6. 決議：依上次會議決議辦理。(未便納入)

1. 案 號：(三)

由：關於內政部函請就「中國藥用植物學會申請舉

辦『中藥材與藥用植物鑑別研究專修班』」案

3. 提案人：本會

4. 說明：略

5. 研究意見：

許科長：關於本案，有興趣研究中藥材人員自辦講習

班，聘請教席，自應鼓勵。但學會開班授課頒發證書，此證書在行政上的效力如何？經備案後本署可能有間接鼓勵性質就應考慮。

部委員錦文：學會成員應該對於該項學識已有相當基礎，其研究成果自可作學術發表。關於學會成員之教育，宜向教育部備案。

6. 決議：請內政部研商逕洽教育部。

1. 案號：(四)

2. 案由：關於中醫師手册、中藥典之編輯人選方式案。

3. 提案人：本會

4. 說明：略

(一) 討論中醫師手册：

部委員錦文：內科屬於大科，若與其他科同樣由三位委員編輯，恐怕不夠。

陳委員太義：這是一項重大的工作，聘請委員不應該是掛名支薪。

莊委員育民：瘡瘍科包括在外科，應該刪除。

覃執行祕書：痔科應單獨成立一科。

葉主任：成立編輯委員會之型態，應先研究該會的範疇，直屬於那單位，才能確定成立的狀況。

張委員次郎：中醫師手册改為中醫師臨床手册，以便利

醫師，實習醫師等參考。並加入法規、病

理、藥理。

陳委員嵩毅：本會先成立各科甄選委員會，再決定各科人選。

勿濫，應包括各方面人才。

陳金委員清富：人選由主任委員決定，不需太多，寧缺

勿濫，應包括各方面人才。

6. 決議：一、添加痔科為第一〇科，刪去瘡瘍科。

二、細部計畫再研商，人選應作妥善安排，並清查已聘人選。

(二) 討論中藥典：

魏委員開瑜：中藥典是否與中藥集雷同，假如加以修改

可否合乎中藥典之條件？

那委員琦：中藥集，中藥典將來使用者爲中醫師、藥師、藥商，署裏各單位意見協商一致，訂定方針才能解決問題。

邵委員錦文：中藥集的初稿已完成，目前進行修改工作

。應該先與本會連繫，徵求本會意見。

6. 決議：一、請藥政處將中藥集全稿送本會參辦。

二、分科方式：編排細目留下次會議研究。

四、臨時動議：

1. 案號：(一)

2. 案由：請本署積極推展「確具中藥基本知識及鑑別能力人員」登記辦法之作業案。

3. 動議人：陳金委員清富 吳委員江河

4. 說明：略

5. 討論意見：

陳金委員清富：該案尚未作一決定，在新法令未頒佈前，

一律應依舊有規章處理，請本署儘速辦理，使中藥界添加新血輪。

吳委員江河：該案十三年未決，而藥師等有關公會又常常撰文干預，無形中造成社會上民眾的誤解，爲求根本解決，應該趕快辦理。

陳委員恭炎：一、十三年來未發照，於是市面無照中藥商充斥，反而無法管理。

二、藥師若完全修習中藥，自然可以參加中藥的行列。

陳委員開瑜：一、藥師修習中藥學分案，本會是否完全瞭

解，藥政處在處理有關中藥業務時應與本會協調。

二、「確具中藥基本知識及鑑別能力人員」之登記案，不應再拖延，否則不好交代。

6. 主席結論：

一、本案交小組會儘速辦理。

二、希望藥政處對於中藥有關業務通知本會。

1. 案號：(二)

2. 案由：高雄市衛生局曾發布：「中醫醫院若設置檢驗室將有違規定。」之消息，請研究案。

3. 動議人：陳委員寬毅

4. 說明：據某報載高雄市衛生局局長曾公開宣稱：「中

醫醫院若設置檢驗室，已設有檢驗室，且檢驗室係由醫事檢驗師負責，應無不合之道理，請研究。

5. 討論意見：

余代處長：一、凡有關醫院診所之設置、管理，本署均依「醫院診所管理規則」處理。

二、有關中醫醫院之組織，本署責成高雄市衛生局先加以規劃，而後訂定章程，再送署

，是以本署尙未知曉該狀況。

6. 張副署長結論：一、關於本案，本署當然不會同意，高雄

市亦未規劃及章程頒布。

二、請藥政處就本案知會中醫藥委員會。

行政院衛生署中醫藥委員會第三十二次會議紀錄

時間：中華民國七十年二月二十五日上午九時卅分正。

地點：本署二樓會議室

出席

委員：曹成章

鄧錦文

張次郎

陳寬毅

魏開瑜

吳江河

陳金清富

周智夫

陳恭炎

幸超群

莊育民

缺席

委員：吳惠平

江副署長蒞臨指導

余代處長振威

李處長族祺（鍾技

正旺益代）

葉主任朝邦

主席：張主任委員齊賢

執行祕書：覃砥柱

紀錄：陳榮福

一、主席報告：

去年一般經常性業務均按施政計畫進行；委託中國醫藥學院進行針灸和中藥栽培方面的研究，而民間中藥驗方的處理，已初步通過二十件，將於下個月舉行檢驗問題座談會。

輔導中華民國中醫師公會全國聯合會去年十月份召開世界中國醫藥學術大會，出席的國外專家學者二百餘人，國內九百餘人，獲得一致好評。是本署輔導民間團體推行國民外交，發揚中華醫藥最有收穫的一項工作，應該感謝署長給我們很多的鼓勵和支持。

今年，本會遵奉孫院長指示：「中醫中藥之工作，不僅限於中醫中藥人員，需邀請專家學者，用科技方法進行專題研究，使中醫中藥逐步走向科學化。」特擬訂重點工作：(一)與中國醫藥學院合作成立肝膽病研究小組，針灸科學研究中心。(二)編輯中醫師典、中藥典。前項工作已和中國醫藥學院進行初步洽商，最近將再進一步協調。編輯中醫師典和中藥典，今天將參考名單提請各位研究並請推薦其他專業人選。

二、長官致詞：

江副署長致詞：

中醫中藥今後的發展途徑，應該朝向科學化、現代化，這不祇是貴會的目標，也是國家的政策。所以每一年度的開始，我們必須依施政計畫配合經費努力執行，而年度終結再依計畫一一追蹤考核。從今年七月開始七十一年度的施政計劃正整理報院中，候核定後，希望 貴會對該年度的施政計畫，努力執行並重視追蹤考核的工作。

三、討論事項：

1. 案號：(一)
2. 案由：修正本會組織規程草案，請討論案。
3. 提案人：本會

4. 說 明：（略，如附件二）

沒修正，對中藥界不知如何交代。

部委員錦文：一、爲求中醫藥委員會能符合國情，應訂定有關國家體制的法令，讓世界各國效法。

周委員智夫：

本署組織法中明訂有醫政處、藥政處，可是又設置了中醫藥委員會，這說明是有其重要性的。過去十年，中醫藥委員會一直沒有革新，若再不賦予職權，今後仍可預見也不會有什麼作爲。

江副署長結論：

依照醫政處余代處長、藥政處鍾技正意見

，將部分條文保留，其餘（如附件二），

請人事室參考。

魏委員開瑜：

本署向來對中醫中藥極重視，對於修正本會規程，署內有關單位應互相協調提供意見，擬訂出一份具有可行性的規程，也正可顯示出本署對中醫中藥重視的決心。

李委員超群：

爲亡羊補牢計，爲使本會能在權限內有所建

樹，今天應該討論本案。而且應使本會能夠

專業專管，所以本會是否應擁有行政權，不

是爲爭取而爭取，純是爲貢獻本會對中醫藥

有關事宜的見解並能賦予實施的目的而努力

陳金委員清富：

一、本會十多年來的組織都停留於策劃發

展事宜，所以幾年來連中藥毒劇藥都

一、爲增加中醫藥委員會的責任感，必須重視專業專管，及促進本署內部部分工合作，應該修正本會規程。此亦遵奉孫院長多與職業團體配合，重視基層需要之指示作合理的修正。

三、委員們車馬費應該調整，十年來物價指數上漲數倍，我們仍是一千元根本無法支應交通膳宿費。

魏委員開瑜：

本署組織法中明訂有醫政處、藥政處，可是又設置了中醫藥委員會，這說明是有其重要性的。過去十年，中醫藥委員會一直沒有革新，若再不賦予職權，今後仍可預見也不會有什麼作爲。

江副署長結論：

依照醫政處余代處長、藥政處鍾技正意見

，將部分條文保留，其餘（如附件二），

請人事室參考。

魏委員開瑜：

本署向來對中醫中藥極重視，對於修正本會規程，署內有關單位應互相協調提供意見，擬訂出一份具有可行性的規程，也正可顯示出本署對中醫中藥重視的決心。

行政院衛生署中醫藥委員會組織規程（修正本）
第一條：行政院衛生署爲策畫專業專管改進發展中醫中藥，特依本署組織法第十七條之規定，設中醫藥委員會（以下簡稱本會）。

第二條：本會掌理左列事項：

- 一、策畫研究改進發展中醫中藥事項。
- 二、關於中醫醫院診所之管理監督及醫療事業之輔導暨各項標準之擬訂事項。
- 三、關於中藥人員之執業管理及監督事項。
- 四、關於中醫中藥團體目的事業之督導事項。
- 五、關於中醫中藥人員之訓練及進修事項。
- 六、關於國外中醫中藥團體之學術交流事項。

七、關於中醫中藥典籍之整理修訂及編纂事項。

八、關於中醫中藥人員之登記及給證事項。

九、其他有關中醫中藥之事項。

第三條：本會置主任委員一人，承署長之命綜理會務；輔助主任委員處理會務。副主任委員一人，委員八十四人

，研究委員八十四人，均由主任委員遴選富有中醫

藥學識者簽報署長聘任之。

第四條：本會置執行祕書一人，組長三人，科員三人，委任，辦事員四人委任，均由主任委員遴選簽報署長

，就本署所定員額內調用。

第五條：本會設中醫、中藥、針灸三組，承主任委員之命，分別辦理有關業務。

第六條：本會主任委員、副主任委員，比照簡任支薪。委員、

研究委員，均為無給職，但視事實需要依照規定支給研究費及交通膳宿費。

第七條：本會議事規則及辦事細則，由本會擬訂報請本署轉請

行政院核定之。

第八條：本規程奉行政院核定後施行。

5. 討論意見：

余代處長：本草案在會議前未提供本處作深入探討以致與本處立場不同，對本草案因涉及權責問題

，故對第一條、第二條一一四款保留意見。

鍾技正：由於本草案涉及藥政方面之行政權，本處對

第二條五、六、八款同意，本條其他各款保

葉主任

留意見，其他條文本處無異議。

人員的多寡。中醫藥委員會在署組織法修正前曾提出龐大編制，因無法單獨成立中醫藥處而改為擴充正式人員。所以今後業務推展方面必須加強與行政單位的協調和分工合作。

覃執行祕書

本案必須先經委員會議討論通過，呈報署長

核定後才能會商有關單位，本會規程不在創新，乃是依據前衛生部、衛生署的組織，求其名實相符。十年來為肆應各方面需要而修改本規程。

1. 案

號：(二)

2. 案

由：擬聘中醫師典、中藥典、編輯委員會委員人選

3. 提案人：本會

4. 說明：(略，如附件三)

5. 研究意見：

鍾技正：本處已編輯中藥集，和貴會擬編中藥典可能相近，而且署裏也不宜兩本發行，似乎大家聯繫協商，以中藥集作藍本比較好，況且都是學術上的作品，應該不致於有太大出入，所以對本案本處並不反對。

鄧委員錦文：藥政處所編輯的中藥集，在六十五年會送台灣

省中醫師公會，我們還特地召開會議研究，

參加的科別。

認為編輯次序前後倒置，加入的新名詞不切

實際，分為第一、二冊和附錄，章節散落，

不適用於專業人員，所以應該再加以修正，

使之盡善盡美，讓該書可以真正作為中醫藥

界的典範。

陳委員寬毅：一、這是一件中醫藥界的大事，本會責無旁

貸一定要辦好，所以有一人兼任兩科以

上時，似乎有失專精之處。

二、人選的遴選應該以中醫藥界為主，不宜

加入西醫方面人員，以免令人有中醫藥

界人才缺乏之譏。

幸委員超群：一、十年前已聘請，二百多名中醫藥界專家

，但一直沒有執行，希望這一次又是另

一局面。

二、先以邀請書代替聘書，俟這些專家到了

，本局由自己決定參加科別，以後再發聘書。

張委員次郎：一、先由本署邀請專家召開會議，依個人意

願決定參加科別。

二、內部作業應該先決定編輯內容、方式、

參考書籍，釐訂進度而後一一實施。

主席結論：一、為了編輯中醫師典、中藥典，我們着重

於人才的網羅，祇要有專長，不論中醫
藥、西醫都應該一視同仁，而且也不限制
主客。

主客

西醫

中醫藥學會

中國藥用植物學會

中華民國青草研究學會

中華民國草藥採製試驗協會

中華民國藥物學會

中華民國中醫師公會

中華民國中藥學會

1. 案 號：四

2. 案 由：針灸治療色盲可行性，請討論案。

3. 提案人：本會

4. 說 明：一位旅居日本的邱君，提供針灸治療色盲的資料，特提會討論，是否送請研究小組參考。

5. 討論意見：

陳委員寬毅：用良導絡探測穴點而治療色盲，在本省已有
人實施，效果也不錯。

張委員次郎：不論用傳統的耳針或良導絡都可以對色弱或
紅綠色盲得到良好效果。

主席結論：送請本會針灸小組研究後再作進一步決定。

四、臨時動議：

1. 議 案：(一)

2. 議 題：為中藥商請命

3. 動議人：吳委員江河

4. 說 明：藥師已無視立法院所訂立及 總統明令公布之
藥物藥商管理法之尊嚴，而故意相背道而馳，

忘本逆行，法、理、情全然不顧，只想一意孤
行的爭取藥無分中西的謬論，藥師所學西藥學
理與中藥學理截然不同，而實物鑑定、泡製、
道地藥材等等難斷真假，何能藥師為萬能，想

藥業為專業，置其他西藥商、藥劑生、中藥商
全滅為目的，倘藥師對中藥有經驗造詣者，歡迎
參加中藥商之行列。藥學科畢業生每年造就

辦

5. 討論意見：

法：請衛生署、考選部等有關機關早日擬定發佈中
藥商發照辦法，登記亦可，考試亦可，已拖延

十四年，切勿再拖延下去。

鍾 技 正：該案已由藥商科主辦，函各市調查未領照

中藥商有意參加考試人員之學歷情形，俟彙
集後送考選部研究。

魏委員開瑜：一、該案已拖延多年，總算到了研究考試有

關事宜階段。但似乎與考試院協商時可
添加「經短期訓練」作為資格之一，以
及可否授權辦理考試以免造成作業負擔
，也可作為漸進資格之準備。

出多少藥師不說，反而對十四年未發照的中藥
商到處陳情，阻止發照，然主管機關却受其陳
情建議影響，而不敢斷然決定如何做？迫使中
藥業者陷於困境十四載。請政府有關各級首長
及各級民意代表首長，想想五千餘年中國固有
文化，中藥國粹先傳後教，就這樣的向歷史交
代嗎？民國十七年北伐統一，國民政府奠都南
京衛生會議時，汪精衛、余雲岫等提議廢止中
醫藥，幸蒙 先總統蔣公了解，殊違總理保持
固有智能，發揚光大之遺訓，交行政院飭各部
將前公布之命令撤銷，實乃 先總統蔣公之德
政，萬民稱頌。

二、考試院會答應考試時要求本署先擬訂對

中藥商的管理辦法，未知現在是否仍堅

持這一點？

陳金委員清富·考試，應該是專門職業人員的資格認定，

確具中藥基本知識及鑑別能力人員應該不

屬專門職業人員，所以登記即可，不須考

江副署長結論：一、本案經本署邀請有關單位研究後，決

定維持藥物藥商管理法施行細則第二十二條規定，以考試處理。

二、本案移藥政處辦理。

附件三

行政院衛生署中藥師典編輯委員會參考名單

編輯中醫師典：

| | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| 于仁平 | 韓 | 于立中 | 王彥 | 王道平 | 朱士宗 | 劉明偉 | 謝永光 | 謝齊孫 | 新 | 簡健全 | 蕭秋領 |
| 朱訓 | 伍卓琪 | 港 | 孔傑 | 汪叔游 | 李樹猷 | 蕭問樵 | 譚述渠 | 譚寶鈞 | 港 | 賴永和 | 龍靈 |
| 朱淦 | 懲 | 朱彩南 | 李雨亭 | 港 | 李政育 | 陳杉源 | 陳紹陽 | | | | |
| 幸超群 | 周慧仙 | 林庚申 | 林幼春 | 沈譚 | 周智夫 | 那琦 | 莊兆祥 | 港 | | | |
| 吳明達 | 吳英鑑 | 港 | 吳海峯 | 林先和 | 吳惠平 | 魏開瑜 | 陳金清富 | 成一 | 顏焜熒 | 甘偉松 | |
| 張正懋 | 張駿 | 張齊賢 | 唐湘清 | 曹成章 | 吳明達 | 那琦 | 莊兆祥 | 港 | 顏焜熒 | 張齊賢 | |
| 張成國 | 魏漢良 | 魏開瑜 | 魏章坦 | 鄧錦文 | 劉國柱 | 劉國柱 | 陳建中 | 馬建中 | 許喬木 | 劉憲法 | |
| 楊永萬 | 楊文門 | 楊性賢 | 莊育民 | 蔡拱星 | 奚復一 | 鄧錦文 | 周智夫 | 陳欽銘 | 崔毅民 | 常鳳翔 | |
| 黃民德 | 黃善德 | 莊育民 | 莊辰雄 | 崔傑 | 黃明德 | 黃善德 | 楊永萬 | 楊維傑 | 林昆倫 | 楊文門 | |
| 雷驚百 | 夏霄春 | 吳元劍 | 李元才 | 蒲榮修 | 謝明村 | 沈譚 | 詹輝次 | 羅清明 | 賴豐樹 | 陳忠川 | |
| 邱和平 | 修養齋 | 饒師泉 | 馬郭家樸 | 蕭新懷 | 陳寬毅 | 詹昭鉛 | 羅清明 | 賴榮祥 | 彭有枝 | 鄭木榮 | |
| 魯道南 | 蘇聰明 | 羅源泉 | 孫饒陽 | 吳午龍 | 吳午龍 | 張壽昌 | 陳瓊雪 | 張鍵官 | 羅源泉 | 陳榮福 | |
| 陳欽銘 | 陳占偉 | 新 | 陳養吾 | 港 | 陳存仁 | 張壽昌 | 莊國俊 | 幸超群 | 鄭木榮 | | |
| 陳筱春 | 陳太義 | 陳紬藝 | 陳九如 | 加 | 港 | | | | | | |

編輯中藥典：

| | | | | | |
|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| 劉明偉 | 謝永光 | 謝齊孫 | 新 | 簡健全 | 蕭秋領 |
| 蕭問樵 | 譚述渠 | 譚寶鈞 | 港 | 賴永和 | 龍靈 |
| 陳杉源 | 陳紹陽 | 顏朝東 | | | |
| 那琦 | 莊兆祥 | 港 | | | |
| 魏開瑜 | 陳金清富 | 成一 | 顏焜熒 | 甘偉松 | 張齊賢 |
| 吳明達 | 劉國柱 | 馬建中 | 許喬木 | 劉憲法 | |
| 鄧錦文 | 周智夫 | 陳欽銘 | 崔毅民 | 常鳳翔 | |
| 黃明德 | 黃善德 | 楊永萬 | 楊維傑 | 林昆倫 | |
| 謝明村 | 沈譚 | 詹輝次 | 羅清明 | 賴豐樹 | |
| 陳寬毅 | 詹昭鉛 | 羅清明 | 賴榮祥 | 彭有枝 | |
| 蕭新懷 | 張壽昌 | 陳瓊雪 | 張鍵官 | 羅源泉 | |
| 吳午龍 | 張壽昌 | 莊國俊 | 幸超群 | 鄭木榮 | |
| 方銘標 | 張壽昌 | 盧勝德 | 賴榮祥 | 陳榮福 | |

行政院衛生署中醫藥委員會第三十四次會議紀錄

時間：中華民國七十年六月二十九日上午九時

地點：本署二樓會議室

出席：陳金清富 郭令賜 周智夫 陳恭炎 鄧錦文 吳惠平

林庚申 陳欽銘 魏開瑜 陳太義 陳筱春 張次郎

曹成章 幸超群

列席：林朝京 張兆庚（徐致亮代） 林明道（鍾旺益代）

覃砥柱

主席：張主任委員齊賢

執行祕書：覃砥柱

紀錄：陳榮福

一、主席報告：

署長到任的首次會報即指示：「中醫藥之研究發展，應進行如何融合中西醫藥，使中西醫均能接受，而成為一種世界性醫藥。」由此可見署長對中醫藥發展的抱負。希望各位委員殫智竭慮提供卓見，完成署長交付的使命。

去年十月召開世界中國醫藥學術大會，有歐美各地學者專家百餘人，和國內學者專家九百餘人，蒼聚一堂，共同研究中國醫藥，中國醫藥若能進而達到成為一種世界性的醫藥，必將

使醫藥學界有革命性改革。

本次委員會是署長履新後第一次召開，謝謝署長親臨指導。

二、署長致詞：

本署自七月一日起將依新組織法重新編組，為匡正目前衛生行政的各種缺失，應對整個制度作一檢討，詳加規劃，使人為因素儘量減少，由健全制度來引導業務推展，避免因人廢事，造成弊端。又為了集思廣益，本署將設立諮詢委員會，延聘專家學者對本署業務提供研究、策劃、發展、興革的意見。本人對中醫藥委員會同樣寄予厚望，希望能有具體化可行性的意見提出，俾使國內中醫藥的發展能突破現狀，成為一世界性醫藥學術。

本人對於一切能提供國民最佳醫療服務的方式，不論中西醫藥都一樣地支持與協助。希望各位委員為中醫藥的發展多努力。

三、報告事項：

覃執行祕書工作報告：
1. 除一般性業務外，關於「確具中藥基本知識及鑑別能力人

員」考試一案，本署尚在會商草擬辦法中。

以規劃。

2. 關於本署麻醉藥品經理處現管嘉義社口古柯農場移轉本署接管，種植中藥材一案，已於日前獲行政院交財政部國有財產局函覆：「……同意備查」。本案將請事務科辦理移轉事宜。

四、討論事項：

1. 案 號：(一)

2. 案 由：討論「行政院衛生署處理民間中藥驗方實施辦法」修正草案。

3. 提案人：本會

4. 說明：略

5. 研究意見：略

6. 結論：修正通過（如附件一）

1. 案 號：(二)

2. 案 由：討論中醫師典、中藥典編輯範例案。

3. 提案人：本會

4. 說明：如附件(二)

5. 研究意見：

陳委員欽銘：一、中醫師典可能包羅太廣，而且複雜，可

由中國醫藥學院、中國醫藥研究所，組織工作小組研究。

二、中醫師典編輯分上篇，傳統病名，下篇

現代病名。上下對照。

魏委員開瑜：一、編輯這麼大套書籍，應分長程、短程加

二、中醫師典改為中醫師手冊，收集精簡資料，由專人負責，寬列專款。添加預後護理項。

陳委員太義：一、病名以傳統為主。

二、檢驗數據與中醫病名無法對照時從缺。

張委員次郎：檢驗數據作為辨證論治方面極具參考價值。
陳金委員清富：已經決定該進行的工作，請儘快研究着手方法。

幸委員超群：由各科主編決定該科人選，參考書目，訂定

編輯時間兩年。

6. 結論：一、中醫師典改為中醫師手冊，中醫師手冊暨

中藥典範例修正通過。

二、積極籌劃展開草擬工作。

五、臨時動議：

1. 案 號：(三)

2. 案 由：一、設立中醫藥圖書館，由本會管理，分三年

完成千部以上藏書。

二、擴充辦公室以壯觀瞻。

由中國醫藥學院、中國醫藥研究所，組

3. 動議人：曹委員成章

4. 說明：略

5. 討論意見：略

6. 主席結論：一、請各委員提供書目，本署當分年購置。

二、本署辦公室將遷移，現正由主任祕書研究分配中。

1. 案號：(二)

2. 案由：有關鍼灸中醫師檢覈及考試事，應請早日卓辦

，以便宏揚鍼灸國粹，爭取國際地位，不致落入其他國家之後。

3. 動議人：吳委員惠平、曹委員成章

4. 說明：一、中央評議委員裴鳴宇先生爲鍼灸檢覈及考試事在十二全會提出後，已由考選部於七

十年三月三十一日以(70)選二字第一三〇〇

號函請行政院衛生署修正醫師法第三條，

增列檢覈資格條款，請早日卓辦云云，三

年前本委員會曾通過送請醫政處辦理在案

，尚未見本署辦理。

二、三十年來我們遵照先總統蔣公復興中華文化宗旨，鍼灸界同仁於民國四十年開始努力發揚鍼灸國粹，由台北而致海外，至今已達六十二國，民國五十年國際鍼灸大會在台北召開時，決議函請聯合國世界衛生組織研究鍼灸，三年前世衛組已發表認定鍼灸確能治病之公報，美、日等國早已有鍼灸專科檢覈與考試，而我發明鍼灸的中華民國亟應舉辦鍼灸檢覈與考試，不致失却領導國的立場。

5. 討論意見：

陳委員欽銘：中醫師特考目前是全科考試，具有權威性，且針灸科之獨立涉及應試人員的素質及分分合合的困擾，有待商榷。

幸委員超群：一、國際針灸現狀，呈現針灸的獨立發展潛力，我們應該配合發展，以免落後。

二、應該以合法考試，合法身分，納入管理

，才能提高醫療水準。

三、目前針灸人員的生計、職業都有困難，造成社會問題。

鄧委員錦文：一、針灸科單獨考試，對應試資格的認同是一件大問題，對取得資格後針灸人員的管理更是困擾。

二、不能爲解決小部分問題，而產生更大的

問題。

6. 主席結論：本案函請考選部研參。

1. 案 號：(三)

由建議本署考慮將副腎皮質賀爾蒙製劑(Steroid Hormone)之類藥品列入管理，以維護國民健康及中藥聲譽。

3. 動議人：張委員次郎

4. 說明：一、目前副腎皮質賀爾蒙製劑之藥品有多種，

諸如(Prednisolone, Dexamethason,

Betamethason, Hydrocortison,

Kenacort^e)等，本來乃為醫師處方之

藥品，但因原料進口未加管制，無論原料

與成品(錠劑、針劑)市面均可隨便買得

到，以致不法藥商、接骨院、密醫，均將

此類藥品標榜為特效藥，以招徠病人，既

便宜又有效，很多不肖之徒，為使病人安

心長期服用，假借中藥之名，以此類藥品

摻入中藥之中給病人長期服用，因而發生

很多不良副作用，使傳統之中醫中藥聲譽

蒙害。

11. 幾年前電視廣告藥品，如(追風透骨丸、七隻鹿風濕丸)等，均摻入此類藥品，雖移送法辦，電視廣告亦因而絕跡，但從此已大量流入地下藥廠與地下買賣，不但如

此一般標榜為治風濕病、氣喘、皮膚病廣告者，均以此類藥品做為特效藥，其使用劑量遠超越一般醫師處方，且服用期間又長，怎不發生副作用呢？不但危及病人身體，亦使社會大眾懷疑斯為中藥之副作用，為了國民之健康與中醫中藥之聲譽起見，特提出本建議，懇請本署考慮將此類藥品列入管理，仿照麻醉藥品管理辦法處理，若蒙採納，無任感謹。

5. 討論意見：略

6. 主席結論：本案移請藥政處研參。

1. 案 號：(四)

由關於「確具中藥基本知識及鑑別能力人員」考

試案，請儘速辦理。

3. 動議人：陳金委員清富

4. 說明：略

5. 討論意見：略

6. 主席結論：本案移請藥政處儘速辦理。

六、散會(上午十二時四十五分)

行政院衛生署處理民間中藥驗方實施辦法修正草案條文對照表

| 修 正 條 文 | 現 行 條 文 | 說 明 |
|---|---|--------------------|
| <p>一、爲鼓勵民間持有之中藥驗方提供研究試驗，藉求廣泛應用，增進國民健康，宏揚中國固有醫學起見，特訂定本辦法。</p> | <p>一、爲鼓勵民間持有之中藥驗方提供研究試驗，藉求廣泛應用，增進國民健康而宏揚中國固有醫學起見特訂定本辦法。</p> | <p>照原條文。</p> |
| <p>二、凡對某種疾病有特殊效能之民間中藥驗方均可申請，其受理次序、驗方種類，由本署另行公告之。</p> | <p>二、凡對某種疾病有特殊效能之民間中藥驗方均可申請，其受理次序、驗方種類，由本署另行公告之。</p> | <p>照原條文。</p> |
| <p>三、申請民間中藥驗方試驗，須具備左列各款資料。</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)驗方內容及全部藥物標本。 (二)製造過程說明。 (三)主治效能說明。 (四)用法及用量說明。 | <p>三、申請民間中藥驗方試驗，須具備左列各款資料。</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)驗方內容及全部藥物標本。 (二)製造過程說明。 (三)主治效能說明。 (四)用法及用量說明。 | <p>照原條文。</p> |
| <p>四、驗方符合第三條之規定者，申請人須填寫處理民間中藥驗方申請登記書(見附</p> | <p>四、驗方符合第三條之規定者，申請人須填寫民間中藥驗方試驗申請書(見附</p> | <p>修正申請書名稱及份數。</p> |

見附件)一份。

件)一式二份。

五、申請之中藥驗方經審查會，審查通過後，由申請人填具切結書(見附件)，檢送原藥材，送請本署指定之公立醫院或教學醫院、中醫診所(醫院)作臨床療效判定。必要時由本署送請檢驗機關作毒性試驗。

六、臨床療效判定以每組貳拾人(患者)進行，於療程完結後有效人數達拾伍人以上即判定有效。

六、經毒性及藥理試驗合格後，由本署送請指定之公立醫院或教學醫院、中醫診所(醫院)作臨床試驗，必要時會同申請人作追蹤抽樣調查。

七、經審查臨床判定合格之中藥驗方，由本署發給驗方證明書。

七、經試驗合格之驗方，由本署發給證明書或獎狀，申請人得持證向有關機關申請專利權益。

八、審查臨床判定合格之中藥驗方，應按藥物藥商管理法規定請領藥品許可證，始得製售。

八、試驗成功之驗方，應按藥物藥商管理法規定請領藥品許可證，始得製售。

九、審查臨床判定合格與否之驗方持有人，如未具醫師資格均不得為患者治療。

九、試驗成功與否，驗方持有人，如未具醫師資格均不得為患者治療。

「增加臨床判定……之」字如上。

增加臨床判定……之中藥字樣修正如上

一、原第六條併入修正第五條。
二、新增第六條。
試驗」等文字，修正如上。
本條「申請資料」四字，修正為「申請人填具切結書(見附件)……作毒性試驗」等文字，修正如上。

藥品無專利權之規定，刪除專利權益，修正如上。

天臺烏藥

顏焜熒

「烏藥」是常用中藥之一，初被列於「開寶本草」，本草書中之記載，係照其出產地之異同而有「天臺烏藥」、「衡州烏藥」等名稱。天臺烏藥是芳香性健胃、鎮痙藥，亦有用於治中風之輕度腦溢血，或是知覺鈍麻及頭痛。配合之處方有「四味烏沈湯」（心痛）、「烏荳通氣湯」（疝氣）、「清痰除眩湯」（眩暉）、「烏藥順氣散」、「烏藥平氣散」（腳氣）等。

「天臺烏藥」傳說是秦始皇時代，派徐福至海外求尋之植物。而衡州烏藥是天臺烏藥之代用品，作驅蟲及利尿劑。

一、烏藥之原植物

1 天臺烏藥 *Lindera strychnifolia* (Siebold et Zuccarini) F. Vill. (Lauraceae) 之根。

2 衡州烏藥 *Cocculus laurifolius* A. P. De Candolle (Menispermaceae) 之根及根莖 (*Cocculi laurifolii Radix*)。

二、烏藥之化學成份

1 *Lindera strychnifolia* (天臺烏藥) 之成分

精油之成分，特別是 sesquiterpene 成分，武田及其協力者，曾有多數之研究成果報告，即 lindesteren, lindenene, linderol (linderene), lindenelactone, isolinderalactone, linderane, linderaa-zulene, linderalactone 等被單離證明。

最近富田眞雄教授等，復由本種之根部證明有 alkaloid-aporphine 型之 laurolitidine 存在。

2 *Cocculus laurifolius* (衡州烏藥) 之成分

根及根莖含有 coccularine; coccularolide (phenol base), laurifoline 及 magnoflorine (phenolic 第 4 級鹽基)。

附：

i) 伊藤氏等作衡州烏藥 *Cocculus laurifolius* 葉部 alkaloid 之成分探索，由 phenolic base 部分分離出 L-reticuline, non-phenolic 部分單離出 erythro-culin, water soluble quaternary base 部分單離出 laurifoline, magnoflorine 等。

[犬伏、古川、十一、伊藤：日藥誌；90, 92 (1970)]

ii) 澤田博士等作天臺烏藥 *Lindera strychnifolia* 根部更單離出 boldine 和 reticuline 。

[小塙、吉川、宮地、澤田：日本生藥學會靜岡大會講演要旨集，49 (1971)]

十、本署處理民間中藥驗方之審查，得成立民間中藥驗方審查委員會設委員九至十一人，其人選由署長聘任之，並指定一人為主任委員。

十一、民間中藥驗方在審查及試驗期中，有關人員應嚴守祕密，不得洩露內容。

十二、本辦法自發布日施行。

十、本署處理民間中藥驗方之審查，得成立民間中藥驗方審查委員會設委員九至十一人，其人選由署長聘任之，並指定一人為主任委員。

十一、民間中藥驗方在審查及試驗期中，有關人員應嚴守祕密，不得洩露內容。

十二、本辦法自公布日施行。

照原條文。

照原條文。

照原條文。

切結書

茲於

年

月

日向

貴署申請

民間中藥驗方登記一案，所填寫「使用經過實例表」均為屬實。如有虛構，除應負法律上一切責任外，並願負責賠償事宜，此據。

謹呈

行政院衛生署

立切結書人：

地址：

中

華

民

國

年

月

日

行政院衛生署處理民間中藥驗方申請登記書

使用經過實例表

(表二)

| 署長 | 形情定核 | 見證簽會 | 果結驗試床臨 | 果結驗試埋藥性毒 | 姓名 | 別性 | 齡年 | 詳細住址 | 病症症狀 | 日發病 | 治療 | 經過 | 現康復情形 | 備考 |
|------|------|------|--------|----------|----|----|-----|------------|----------------|-------|----|----|-------|----|
| 長副署 | 會議處 | 醫政處 | 醫政處 | 醫政處 | 王 | 女 | 三十 | 新竹市中正路二段三號 | 頭痛、發燒、腹痛、嘔吐、拉肚 | 一月廿五日 | 服藥 | 輸液 | 已康復 | 無 |
| 書秘主任 | 會議處 | 醫政處 | 醫政處 | 醫政處 | 李 | 女 | 二十一 | 新竹市中正路二段三號 | 頭痛、發燒、腹痛、嘔吐、拉肚 | 一月廿五日 | 服藥 | 輸液 | 已康復 | 無 |
| 藥中委會 | 會議處 | 醫政處 | 醫政處 | 醫政處 | 陳 | 女 | 二十二 | 新竹市中正路二段三號 | 頭痛、發燒、腹痛、嘔吐、拉肚 | 一月廿五日 | 服藥 | 輸液 | 已康復 | 無 |
| 人辦處 | 會議處 | 醫政處 | 醫政處 | 醫政處 | 林 | 女 | 二十二 | 新竹市中正路二段三號 | 頭痛、發燒、腹痛、嘔吐、拉肚 | 一月廿五日 | 服藥 | 輸液 | 已康復 | 無 |

行政院衛生署中醫藥委員會第三十五次會議紀錄

時間：中華民國七十年八月二十二日上午九時三十分正。

地點：本署第二會議室

出席 委員：吳惠平 陳金清富 郭令賜 陳筱春 魏開瑜

林庚申 鄭錦文 周智夫 陳太義 幸超群

陳欽銘 張次郎

列席：葉朝邦 詹遠華 張兆庚 林明道 覃砥柱

主席：張主任委員齊賢

執行祕書：覃砥柱

紀錄：劉重民

一、主席報告：

遂能使中醫藥成為世界性醫藥。
2. 中醫門診部，署長已經同意先在台北、台中、高雄成立三個中醫門診部，但台中有中國醫藥學院附設醫院，高雄將來亦有市立高雄中醫院，這兩個醫院地點是否適合，請各位委員在討論提案時詳加研究，謝謝各位。

二、工作報告：（覃執行祕書砥柱）

本署與中國醫藥學院合辦中醫師現代醫學進修班，先後已辦畢五期，結業學員共三百多人，唯迭據該結業班學員反應，課程中無藥物學一科，請參酌改進，本案經本會考慮結果，簽請署長擬先函中國醫藥學院，在應否增加藥物科未獲解決前，請該院暫緩辦理開班，旋奉批諭本會討論後再作決定，經查該學院醫學系學生所授藥物課程約每週三小時，全期共六十小時，基於進修班學員上課時數為三百小時（見修習課程時數一覽表）的原則下，擬在實習科目卅小時內劃出二十五小時為藥物課程，是否有當，在討論時請各位委員指教。

醫藥研究機構推介，使能擴大研究和推廣，但研究機構必

需大學院校的支援，方能做不斷的研究工作，以研究所獲得的結論在臨床實驗的醫院作進一步的功能觀察然後再將觀察所得之成果公諸世界各國，經世界各國採用證實後，

提案人：本會。

三、討論事項：

1. 案 由：商討民間中藥驗方臨床判定，係委託中醫院或

說

辦理。

明：依據本署處理民間中藥驗方實施辦法所接受申請之驗方經本會審核通過後必須委託中醫院或中醫診所進行臨床效果實驗判定工作。

決議：授權本會先行擬訂實施辦法及細部計劃後再議。

2案 由商討試辦中醫門診擬委託省立醫院成立中醫門

診部案。

提案人：本會。

說明：本會為發展中醫藥功能，使之走上科學化途徑

，預計在台北、台中（或台南）、高雄三處選擇

公立醫院各一處開辦中醫門診部，擬分下列方

式擇一進行。

1、函請各該市政府轉請各該省市立醫院，先

行開辦中醫內科、針灸科兩科門診，人事

經費由各該醫院自行籌措，一年後視有成

效再正式編列經費與計劃長期施行，以應

患者需要。

2、門診中醫師人選由各該省市中醫師公會負責

責，工作人員由醫院支援，經費採自給自

足方式一年後視有成效根據實際情況納入

各該醫院正式編制。

3、由省市政府、醫院、省市中醫師公會、本

署共同合作辦理，簽訂試辦一年計劃，視

有成效後交由各該醫院自行辦理。

4、必要時函請行政院轉請各該省政府支援

決議：原則上採取第三種方式辦理，並配合第一、二

兩種方式進行。

四、臨時動議：

1案 由本署與中國醫藥學院合辦之中醫師現代醫學進

修班課程應否增加「藥物學」一門學科請討論

案。

動議人：本會。

說明：（如工作報告）

決議：由本會先與中國醫藥學院教務處作全盤協商後

再作決定。

2案 由建議有關中藥材進口關稅高過成本甚多，請海

關更改課稅方式從價課稅，以增加國家稅收，

維護正當商人，減輕患者負擔案。

動議人：郭令賜 周智夫 陳金清富 陳筱春。

說明：一、進口中藥材價格連續兩、三年以來，大幅

跌價，有甚多藥材進口稅捐高過成本非常多，因而造成走私者，大發利市，嚴重損害國家稅收，希望海關能更改不合理之關

稅，從價課稅，加強緝私，以維護正當商人，增加國家稅收，減輕病患負擔，一舉四得。

二、附進口中藥從價及從量課稅偏高比較表乙份，請參考。

進口中藥從價及從量課稅偏高比較表

| 稅類別 名稱 | 香港報價 | 匯率 | 台幣金額 | 稅率 | 計算關稅 | 規定從量 課稅額 | 偏高率 | 備註 |
|-----------------------|----------|------|-----------|-----|----------|-------------|-------|-----------------------------------|
| 三七 | 310.00 | 6.36 | 1,971.60 | 20% | 394.32 | 575.00 | 45% | 二百內田七 360 二百外田七 260 平均 310 |
| 丹參 | 132.50 | " | 842.70 | " | 168.50 | 550.00 | 226% | 川丹參 200 山丹參 65 平均 132.5 |
| 巴戟 | 200.00 | " | 1,272.00 | " | 254.40 | 510.00 | 100% | |
| 地黃 | 19.33 | " | 122.94 | " | 24.58 | 86.00 | 249% | 大生地 26 中生地 20 小生地 12 平均 19.33 |
| 杜仲 | 65.00 | " | 413.40 | " | 82.68 | 915.00 | 1006% | 杜仲 80 杜仲角 50 平均 65 |
| 川貝母 | 800.00 | " | 5,088.00 | " | 1,017.60 | 4,200.00 | 312% | 松潘貝 900 青貝 700 平均 800 |
| 貝母 (蘆貝) | 450.00 | " | 2,925.60 | " | 585.12 | 1,830.00 | 213% | |
| 貝母 (小西貝) | 300.00 | " | 1,908.00 | " | 381.60 | 1,100.00 | 188% | |
| 象貝母 (象貝母) (淨浙貝) | 125.00 | " | 795.00 | " | 159.00 | 290.00 | 82% | 元寶貝 180 淨浙貝 70 平均 125 |
| 赤箭天麻 | 350.00 | " | 2,226.00 | " | 445.20 | 2,740.00 | 515% | |
| 會春花 | 70.00 | " | 445.20 | " | 89.04 | 200.00 | 124% | |
| 知母 | 61.66 | " | 392.15 | " | 78.43 | 400.00 | 410% | 大知母 100 中知母 60 小知母 25 平均 61.66 |
| 柴胡 | 71.66 | " | 455.75 | " | 91.15 | 350.00 | 284% | 北柴胡 130 津柴胡 40 小柴胡 45 平均 71.66 |
| 排草香 | 115.00 | " | 731.40 | " | 146.28 | 290.00 | 98% | 潮排草 160 廣排草 70 平均 115 |
| 地龍 | 17.00 | " | 108.12 | " | 21.62 | 70.00 | 223% | |
| 豬苓 | 100.00 | " | 636.00 | " | 127.20 | 730.00 | 474% | 中朱苓 120 小朱苓 80 平均 100 |
| 全蠍 | 340.00 | " | 2,162.40 | " | 432.48 | 1,500.00 | 246% | 印尼全蠍 280 東全蠍 400 平均 340 |
| 蕷連 | 200.00 | " | 1,272.00 | " | 254.40 | 1,740.00 | 583% | |
| 熊膽 | 3,500.00 | " | 22,260.00 | " | 4,452.00 | 6,400.00 | 44% | |
| | | | | | | | | 以上計算方法以公斤為單位 |

決

議：本案作文字修飾後，函轉財政部參辦。

爭利之嫌。

3. 案 由：有關中藥商確具中藥基本知識人員考試，應請儘速謀求解決案。

決 議：送請藥政處研參。

動議人：陳金清富。

5. 案 由：建議簡化山楂、山藥等中藥進口檢疫手續案。

動議人：陳金清富。

說 明：一、中藥商確具中藥基本知識人員考試，因考試院並無立法根據，如依照藥物藥商管理法是爲測驗即可，應由本署自行辦理；然

說 明：山楂、山藥等中藥材係屬乾燥脫水品物，不會有染疫嫌疑，建議簡化檢疫手續，以資便民。

而考試院認爲依據新法辦理，並要求學歷資格，此事有關中藥管理大事，不宜再拖延。

6. 案 由：國建會於每年召開會議時，建議有關單位應邀請本會主任委員參加，以收集思廣益之效案。

動議人：魏開瑜。

二、衛生署已將管理辦法函送考選部尚未獲得答覆，據悉考選部已編列了參佰萬之考試預算，相信近期必可獲得解決。

動議人：魏開瑜。

4. 案 由：建議當歸、枸杞進口應由中藥商進口不應由物資局進口案。

說 明：鑑於每年國建會討論有關中醫藥問題，爲使中醫藥界有機會進言及了解世界及我國醫藥發展形象。因此建議國建會今後開會時中醫藥界人士亦應有機會參與。至少本會主任委員應參加會並轉知各委員知照。

動議人：陳金清富。

決 議：建議國建會參酌辦理。

說 明：當歸、枸杞等中藥材應開放由民間中藥商進口，不但能調節供需量，穩定價格，而且品值亦可維持一定水準，如由物資局進口，似有與民

五、散會（上午十二時）。

行政院衛生署
中國醫藥學院 合辦 中醫師現代醫學進修班修習課程時數一覽表

| 實驗 診斷 學 | 細菌及寄生蟲學 | 病 理 學 | 生 理 解剖 學 | 修習 科 目 | | 備 註 |
|---------|---------|-------|-----------|---------|--|-----|
| | | | | 授 課 時 數 | | |
| 36 | 36 | 32 | 50 | | | |
| | | | | | | |
| 實 習 | 消 毒 學 | 急 救 學 | 臨 床 診 斷 學 | 修 習 科 目 | | |
| 30 | 16 | 16 | 36 | 授 課 時 數 | | |
| 科 目 另 訂 | | | | 備 註 | | |

行政院衛生署中醫藥委員會第三十六次會議紀錄

時間：中華民國七十年十月十九日上午九時。

地點：本署第二會議室

出席

委員：邵錦文

陳金清富

陳欽銘

陳筱春

郭令賜

陳恭炎

周智夫

魏開瑜

張次郎

陳太義

林庚申

請假

委員：幸超群

曹成章

吳惠平

列席：張兆庚

徐致亮

代

林明道

覃砥柱

主席：張主任委員齊賢

紀錄：劉重民

執行祕書：覃砥柱

一、主席報告：

林處長、徐科長、各位委員：今天是本會第三十六次委員會議，在這兩個月內我們擬訂了很多工作計畫，在此向各位提出報告。

第一點：是創設中醫門診，於省市立醫院中先行成立，計畫在台北、台南先行舉辦，俟有績效後再擴及其他省市立醫院，因台中已有中國醫藥學院附設醫院，而高雄市前市長王玉雲先生在其任內已編列預算成立中醫院，據悉建築工程已經發包

。現就台南、台北二地之門診部而論，我已與二位市長接洽過，並獲同意開辦。但事情還是要我們去推動，所以我想請周委員、郭委員負責台南門診部之洽商工作。希望於七十一年六月前完成一切設施，如期開張為民服務。高雄市立中醫醫院這是我們遷台後第一所公立中醫醫院，我們一定要盡力使它能達到現代水準，我想請邵委員經常與高雄市衛生局聯繫，以瞭解其實況。至於台北市之門診部事宜我會與李市長及魏局長洽商過，其所需地點及房屋尚未作決定，並且本案亦經蔣淦生議員在市議會中提案並獲通過成立中醫院，送請市政府研辦。我想在台北市之各位委員先生對於中醫門診及醫院之創設，有何意見可儘量提供，並希各位利用輿情及私人關係，以產科醫生姿態多作催生工作。

第二點：我們準備在明年召開第二屆中華民國國際針灸研討會，已編列預算，此一工作現在就要積極籌劃，作充分的準備，這次的成果必須要比去年世界中醫藥學術大會要好才行。

第三點：本會所聘研究委員名單已奉署長批准，在此向各位委員提出，以完成認可手續，名單如附件（一）。（全體鼓掌通過）。

二、工作報告：覃執行祕書祇柱

主任委員、處長、各位委員：依據上次會議之決議事項，

辦理之情形如下：

1. 民間驗方之臨床判定工作，經本會與中國醫藥學院張教務主任協商後，原則已獲同意，其實施要點及細部計畫尚待進一步洽商。
2. 試辦中醫門診部案之工作推行情形，剛才主任委員已向各位報告過。本人不再重複。
3. 本署與中國醫藥學院合辦之中醫現代醫學進修班，擬增加「藥物學」一門學科案。經本人與中國醫藥學院張教務主任協商，原則上同意，但該院藥學系仍有意見，相信再作進一步協商後可獲得解決。否則該班可能要停辦。
4. 中藥商確具中藥基本知識人員考試案，本會已送請藥政處參辦，尚未獲覆。
5. 建議當歸、枸杞進口應由中藥商進口不應由物資局進口案，本會已送請藥政處研參，尚未獲覆。
6. 建議簡化山楂、山藥等中藥進口檢疫手續案，經本會送請防疫處研辦後已獲答覆，今後此類乾燥之中藥材不需經過本署核發檢疫證明，直接逕向國貿局洽辦即可。
7. 國建會於每年召開會議時，建議有關單位應邀請本會主任委員參加，以收集思廣益案，經本會數次簽報後認為此係內部協調作業問題，待明年召開國建會時由本會先向國際合作組洽辦，即可獲得邀請參加。
8. 中藥材進口關稅高過成本甚多，請海關更改課稅方式，從

三、討論事項：

1. 案 說 提案人：本會 由：研議本會組織規程修正草案案。

2. 案 說 決議：通過，（如附件〔一〕），送請人事室研辦。
由：研議「本署處理民間中藥驗方實施辦法」再修正草案案。

提案人：本會

說 明：本署處理民間中藥驗方實施辦法與中央法規標準法所定體例不合，曾獲行政院法規會電示，該辦法既不具法規特性之事項，不應訂為命令（法規），宜改為要點，茲再提案將本署處理民間中藥驗方實施辦法修正為「行政院衛生署處理民間中藥驗方實施要點」。

四、臨時動議：

1. 案 說 決議：通過。（如附件〔三〕）
動議人：陳金清富
明：龜板、蛤蚧等中藥材係屬乾燥性中藥材，應無染疫顧慮，但進口時海關仍需要提出檢疫證明

，諸多不便。

，以平抑藥價，杜絕走私，以利稅收。

決議：送請防疫處治辦。

決議：併同前案送請藥政處研參。

2案 由·建議當歸、枸杞進口應由中藥商進口，不應由物資局進口案。

動議人·陳金清富

動議人·郭令賜

說 明·當歸、枸杞等中藥材，目前由物資局統一辦理採購進口，由於不能配合時令以及需要量，而造成滯銷或缺貨情形，同時大量進口品質無法

說 明·大麻仁（火麻仁）與大麻子不同，原為二物，並非麻醉藥品，希望當局能加以鑑定認清，恢復開放進口。

控制，沒有冷藏設備，保管不良，品質容易變壞，更加以價錢偏高，以致走私日益猖獗，國家稅收嚴重受損，應開放民間藥商自由進口，以杜絕流弊。

說 明·兩個月前本人參加全國醫事人員座談會，在會中藥師公會反對舉辦中藥商確具中藥基本知識人員考試發照，並且進行表決，本人即提出嚴重抗議，並表明站在中醫公會立場贊成並支持舉辦考試發照。

3案 由·建議黑棗、紅棗等中藥材開放進口，以杜絕走私，增加國家稅收案。

說 明·黑棗、紅棗之需要量非常大，而且物資局每公斤售價三〇〇元，與底價相差很大，以致不肖之徒走私謀暴利，建議當局能開放自由進口

動議人·郭令賜
決議：再送請藥政處研參。

說 明·建議黑棗、紅棗等中藥材開放進口，以杜絕走私，增加國家稅收案。

說 明·黑棗、紅棗之需要量非常大，而且物資局每公

五、散會。

決議：送請藥政處速即辦理。

動議人·郭令賜

斤售價三〇〇元，與底價相差很大，以致不肖

之徒走私謀暴利，建議當局能開放自由進口

4案 由·建議恢復開放大麻仁（火麻仁）進口案。

研究委員名單

| 姓 名 | 學 歷 | 經 歷 | 備 考 |
|----------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 蕭 新 懷 | 羅 源 泉 | 江 一 舟 | 朱 訓 |
| 中醫師特考及格 | 中醫師特考及格 | 浙江大學畢業 中央軍校第十三期 | 中醫師檢覈及格 中央軍校第十三期 |
| 台灣省中醫師公會理事 本會研究委員 | 台北市中醫師公會理事 本會研究委員 | " | 本會研究委員 |
| 台灣省中醫師公會理事 本會研究委員 | " | " | 本會原聘研究委員 |
| " | " | " | " |

| | | | | | | | |
|-----|---------------------|-----------------------------|--------------------|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| 李政育 | 國立政治大學畢業 中醫師特考及格 | 台北市中醫師公會理事 | 周慧仙出國由李政育遞補 | | | | |
| 董伯生 | 國立台灣大學畢業 中醫師特考及格 | 桃園中醫師公會常務理事 | 卓播臣請辭遺缺由董伯生遞補 | | | | |
| 莊辰雄 | 中國醫藥學院 中醫師特考及格 | 台南縣針灸學會理事長 | 郭令賜調補中醫藥委員遺缺由莊辰雄遞補 | | | | |
| 吳元劍 | 中國醫藥學院 中醫師考試及格 | 台灣省中醫師公會常務理事 高雄縣中醫師公會理事長 | 魯道南年老請辭由吳元劍遞補 | | | | |
| 張大謀 | 中醫師特考及格 | 民衆日報社社長 西門民衆服務站主任 | 盧國扁年老請辭由張大謀遞補 | | | | |
| 林昆倫 | 中醫師特考及格 | 台灣省中醫師公會常理事 彰化縣中醫師公會理事長 | 陳筱春調中醫藥委員遺缺由林昆倫遞補 | | | | |
| 劉民偉 | 中國醫藥學院畢 中醫師考試及格 | 台灣省中醫師公會理事 中醫師全國聯合會監事 | 朱淦懋出國遺缺由劉民偉遞補 | | | | |
| 李益芳 | 台北醫學院畢業 中醫師特考及格 | 考選部中醫師特考典試委員 北市中醫師公會常理 | | | | | |

行政院衛生署中醫藥委員會組織規程修正草案條文對照說明表

| 修 正 條 文 | 原 條 文 | 對 照 說 明 |
|---|--|--|
| <p>第一條 行政院衛生署（以下簡稱本署）爲策劃改進發展中醫國藥特依本署組織法第十七條之規定設置中醫藥委員會（以下簡稱本會）</p> | <p>第一條 行政院衛生署（以下簡稱本署）爲策劃改進發展中醫國藥特依本署組織法第十七條之規定設置中醫藥委員會（以下簡稱本會）</p> | 照原條文 |
| <p>第二條 本會對於各級機關及大專院校團體，執行中國醫藥有關事務有協助指導之責。</p> | <p>第二條 本會之任務如左：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、策劃改進發展中國醫藥事項 二、推行復興中華文化運動有關復興中國醫藥事項。 三、國內外中醫藥團體及學者專家之聯繫事項。 四、有關中國醫藥典籍研究及編 | <p>本條爲新增條文係參照本署組織法第二條模式及精神，予以增訂俾便有關方面執行有關中醫中藥業務時有所連繫與交流。</p> |
| <p>第三條 本會之任務如左：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、策劃改進發展中國醫藥事項 二、推行復興中華文化運動有關復興中國醫藥事項。 三、國內外中醫藥團體及學者專家之聯繫事項。 四、本署交辦研究事項。 | <p>第三條 本會之任務如左：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、策劃改進發展中國醫藥事項 二、推行復興中華文化運動有關復興中國醫藥事項。 三、國內外中醫藥團體及學者專家之聯繫事項。 四、本署交辦研究事項。 | <p>照原條文（條次遞改）</p> |

本款爲新增藉資配合第六條修正條文。

修事項。

五、本署交辦研究事項

第四條 本會置主任委員一人，約聘，承署長之命，綜理會務委員八人至十四人，均由署長就富有中醫藥學識者聘任之。

第五條 本會置執行祕書一人、組長三人、技士三人、雇員一人均由主任委員簽報署長就本書編制員額內調用之。

第六條 本會設策劃組、發展組典籍研究組、分別辦理各組有關業務。

第五條 本會設中醫中藥針灸三組秉承主任委員之指示分別辦理有關業務。前項各組各置主任副主任各一人由主任委員就本會委員中遴選兼任，各組各置研究委員一至三人，由主任委員就著有聲望之中醫藥學者專家中遴選，提經本委員會通過後，呈請署長聘任之。

第三條 本會置主任委員一人，承署長之命，綜理會務委員八人至十四人，均由署長就富有中醫學識者聘任之。

第四條 本會置執行祕書一人，辦事員一至三人，均由主任委員遴選簽報署長就本署現有人員中派兼之。

本條增列「約聘」二字，為使專業專管，加重主任委員權責領導所屬，按時上下班，加強中醫藥發展業務之推行，另於「富有中醫學識」於「醫」字下加一藥字修正如上（條次遞改）。

本條修正「中醫、中藥、針灸三組」為策劃組、發展組、典籍研究組，俾與本署醫政處、藥政處業務有所區分（條次遞改）。

本條修正「中醫、中藥、針灸三組」為策劃組、發展組、典籍研究組，俾與本署醫政處、藥政處業務有所區分（條次遞改）。

第七條 本會設研究委員八人至十四人

，由主任委員就著有聲望之中

醫藥學者專家中遴選提經本委

員會通過後，呈請署長聘任之

第八條 本會委員、研究委員均爲無給職，但應視事實需要依照規定

支給車馬費或研究費。

第九條 本會議事規則及辦事細則，由本

會擬訂報請本署核定之。

第十條 本規程奉行政院核定後施行。

第十一條 民間中藥驗方在審查及試驗期中，有關人員應嚴守祕密，不得洩露內容。

第十二條 本要點自發布日施行。

第六條 本會主任委員、委員、研究委員

、執行祕書及辦事人員均爲無給職，但得視事實需要依照規定支

給車馬費或研究費。

第七條 本會議事規則及辦事細則，由本

會擬訂報請本署核定之。

第八條 本規程奉行政院核定後施行。

照原第七條條文。

本條刪除「主任委員」等四字、「執行祕書及辦事人員」等九字修正如上（原第六條次）。

本條爲新增係將原第五條條文前後段，
分列第六第七條條文（條次遞改）

行政院衛生署中醫藥委員會第三十七次會議紀錄

時間：中華民國七十年十二月十二日上午九時整。

地點：本署第二會議室

出席人員：魏開瑜 林庚申 張次郎 周智夫 陳筱春

吳惠平 陳恭炎 陳太義 陳欽銘 陳金清富

郭令賜 鄧錦文 幸超群

請假：曹成章

列席人員：林明道 張兆庚 葉朝邦

主席：張主任委員齊賢

紀錄：劉重民

執行祕書：覃執行祕書砥柱

一、主席報告：

各位處長、主任、委員先生，今天是本會七十年年終最後一次會議，各位委員在這一年中貢獻良多，非常感謝。我們檢討今年的工作，上半年有許多事情是決而未行，可說是在春

眠狀態，真正的工作我們是在六月份才開始，在這半年中我們的工作同仁都很辛苦默默地做了許多事，例如：簽請署長進行省市立醫院籌設中醫門診部。網羅人才編輯中醫師典、中藥典

。治商中國醫藥學院附設醫院成立肝膽病門診中心，進行中醫藥針灸臨床實驗，在嘉義籌設衛生署中藥示範農場，與中國醫

藥學院合作種植中藥，及籌辦明年十一月召開中華民國第三屆國際針灸研討會……等，共有十四項計畫，均簽報署長批准編列預算陳報行政院核備實施中，上述之工作雖然都在開始階段，但是我們即將邀請國內外學者專家進行各項會議來切實執行，發揮團隊精神，來完成我們的計畫，俾對署長交付我們策劃改進發展中醫藥之責職有所交代，所以我要請各位委員集中我們的智慧與專家學者之才能，來完成我們必須完成之工作。

科學昌明，資訊技術日新月異，在松山機場舉行之「資訊週」展覽，希望各位委員開完會後去參觀一趟，我們中醫界應急起直追，加緊研究進行中醫電腦化，將中醫所有資料依生理證狀，作有系統之整理，納入電腦，使中醫真正科學化，使現代中醫師皆有使用電腦之常識，如何進行，請委員中對電腦有研究者，提供進修之方案。

今天專題討論是七十一年中醫中藥策畫改進發展工作案，請各位委員就中醫、中藥、針灸三方面之改進提供卓見，以便釐定方案，策畫進行，謝謝各位，現請覃執行祕書作業務報告

。二、業務及工作報告：覃執行祕書
各位委員：上次會議決議事項之辦理情形如下：

1. 關於本會組織規程修正案其基本精神受本署組織法之約束，無法完全達到本會理想要求，現已送請法規小組研議中，將於年內報院修正發布。

2. 本署處理民間中藥驗方實施辦法遵照行政院法規委員會指

示修正為實施要點案，本案亦將於年內由本署發布修正。

3. 臨時動議部分有關中藥材進口及中藥商確具中藥基本知識

人員考試等四案，均已送請藥政處參辦。

4. 有關中醫師典及中藥典之編輯委員聘書於下禮拜一即可發出。

此外本署爲了「醫療法」之制訂，曾邀請本會參加，在會議中本人建議醫療法應加入中醫部分條文，並應邀請中醫師公

會全國聯合會參加醫療法之草擬工作會議。

三、專題討論及結論：

陳委員太義：

1. 七十一年之中醫藥發展案除應以肝炎、糖尿病、針灸等中藥研究爲重點外，並建議加一癌症研究。

2. 本署與中國醫藥學院合作之肝炎研究，中國醫藥學院附屬

醫院於本70年十一月一日已開始進行，非常順利，待稍有成效後，希望各位委員前往指導。

幸委員超群：

1. 欲將中醫中藥發揚光大於國際上，必須利用針灸作爲先頭部隊，進而帶入中醫、中藥，並促進其發展。故有關國內

針灸中醫師之考試，希望中醫界人士能協助解決。

2. 希望國內中醫藥及針灸人士均能排除門戶之見，共同爲促

進中醫藥針灸發展改進工作而努力。此次召開中華民國第三屆國際針灸研討會，希望能邀請中華民國中醫藥與會參予籌備工作，以收集思廣益之效。

張委員次郎：

1. 利用電腦技術以促進中醫藥之現代化是一可行辦法，建議本署能延聘電腦專家及中醫師成立一個中醫電腦研究小組，對中醫藥針灸研究均有助益。

2. 目前全省中醫師約兩千五百人，年齡在六十歲以上者約占六〇%，而每年考選部錄取之人數太低，十五年後中醫之人數會比現在更少，所以爲了持續中醫之命脈，應建議考選部提高中醫之錄取率。

鄧委員錦文：

1. 我認爲在七十一年中應該將過去之案件編列成一系統表，把尚未實施之老案加強實施。

2. 建議本署能成立一訓練班，一方面增進中醫師對現代醫學之認識，另一方面促進中醫師對電腦技術之研究，以便奠定中醫電腦化基礎。

陳委員欽銘：

1. 中醫師典之編輯工作內部分甲篇初稿已經完成，目前在繼續進行乙篇編輯之工作。

2. 中醫電腦化不能太過於強調電腦，而否認了中醫師之存在。

3. 建議能成立第一、二所中醫院校，以便培育更多中醫人才。

周委員智夫：

1. 推行中醫科學化之工作應該注重實驗工作，而且中醫、中藥及針灸三者並重合作才能有所成效。

2. 建議應加強對草藥方面之研究工作。

林委員庚申：

本人非常贊成陳欽銘委員之建議，成立第二所中醫院校，請各位委員提供更詳細之資料，以便於立法法院會中提出，推動此項工作。

魏委員開瑜：

1. 建議於成熟之時機，協助中醫加入公保、勞保之內。
2. 應極力促成台北市之公立中醫院及中醫院校案。

結論：

1. 七十一年之中醫藥發展案，應中醫、中藥、針灸三者並重，並建議增加一項痛症研究。
2. 建議本署舉辦一訓練班，增進中醫師對電腦知識之研究，並成立中醫電腦研究小組，以促進中醫科學化。
3. 建議考選部提高中醫師錄取率，以持續中醫命脈。
4. 各位委員提供詳細資料給林庚申委員，以便於立法院院會中提出，以推動成立第二所中醫院校之工作。

四、臨時動議：

1. 案 由：討論「中華民國藥師公會全國聯合會提出該會所屬十一個委員會組織簡則草案」案。

動議人：本會。

說明：十一個委員會中之「中藥研究發展委員會」之五項任務如下：

(1) 關於蒐集現行中藥資料，俾資提供中藥研究發展之參考。

(2) 關於編輯「中藥概論」之內容與講授大綱。

(3) 關於選列「常用中藥」之品名及類別。

(4) 有關中藥（含民間藥）之研究發展與協調之事宜。

(5) 其他有關中藥研究發展事項。

決議：不不同意。

2. 案 由：請面對國際醫學潮流，慎重研究成立針灸醫師制度之必要以及如何成立之方法。

動議人：吳惠平。

說明：一、行政院衛生署頃發出通知，定十二月十八日上午九時召開中華民國第三屆國際針灸研討會第一次籌備委員會議，受邀參與籌備會的中醫藥界人士雖僅寥寥數人（附開會通知名單），仍可見出針灸已受衛生當局及中西醫界的重視。

二、以針灸目前的國際情況言，中外均有不少中西醫師，以專門的針灸醫術治病，且不用藥物，公認效果良好。針灸雖源出中醫，但現已成為國際間所注重的物理療法之一種，不須湯藥，不僅過去所謂「一針二灸三湯藥」的說法已不符實際，現在針灸超越中醫範疇而不虛，建立針灸醫師制度

，乃屬切合潮流與時宜的問題。中國針灸

研究機構，或增加中醫藥委員會的經費
，以加強研究針灸學術為宜。

學會成立之初，即以集合中西醫師，共同
以針灸治療疾病，發揚針灸藝術於全世界
，謀全人類的幸福。全體會員獻身此項神
聖工作有年，自企盼能獲針灸醫師資格，
以為酬庸，合應於此時此刻提出合理要求
，請求衛生當局力促我國針灸醫師制度的
建立。

辦 法：一、研擬修正醫師法，增列針灸醫師。

二、研擬針灸醫師檢覈考試辦法，以憑辦理。

三、研擬辦法設立公立針灸學院，以提高針灸
醫師素質，並以科學教育方法，傳遞針灸
醫術。

議：保留。（吳委員惠平不在場）

案 由：關於本次會議籌備召開的第三次國際針灸研討
會，乃屬臨時性學術研究，宜委由民間醫藥團
體主辦，是否有當，請公決案。

動議人：吳惠平。

說 明：一、本次會議所籌備的第三次國際針灸研討會

旨 在向國際間宣揚我國傳統針灸藝術，用
意良好，但此種臨時性的會議，三天或五
天的研討，不可能有很大成果。化費公款

辦事應有預期的成績，因此，此種會議不
宜由政府部門主辦，政府應辦永久性的針

五、散會。

決 決 議：本案送請醫政處備參。

論 論：陳委員筱春

本人對吳惠平委員之臨時動議案由於吳委
員不在場，其建議中華民國第三屆國際針灸研
討會應由私人團體召開一節表示不同意，現在
政府大力倡導發展中醫中藥針灸特召開國際性
研討會，我們應感到光榮和高興才對，如果召
開幾次有了成效並且上了軌道後再交由民間辦
理才是正途。

議：保留。

由：請本署加強對民間青草藥販賣之管理。

4. 案 決 議：本案送請醫政處備參。

動議人：邵錦文 陳金清富。

說 明：今日民間草藥之販賣廣告宣傳近乎神化，而業
者將草藥研成粉末，並滲入西藥，為害民衆健
康甚鉅。

行政院衛生署中醫藥年報

第一期

發行所：行政院衛生署中醫藥委員會

發行人：張齊

編輯人：覃砥

發行委員：鄧清

陳恭炎 金錦清

顏焜榮

幸超群 周智夫

陳欽銘

印刷者：翔茂企業有限公司

地址：廣州街九二巷四號

電 話：三〇六二六五一

中華民國七十一年十二月三十一日

檢討成績
日求精進

中醫藥年報題

徐玉人

