

中華民國中醫藥學會成立六十週年紀念專刊

卯戌己



題

## 中醫聖哲畫像



張仲景（西元 1518 ~ 1593）  
東漢傑出醫學家  
世人尊稱為醫聖

張機，字仲景，河南省南陽縣人。生於西元 150 年卒於 219 年。當時政局動盪，民不聊生。在兵荒馬亂的時候，災荒、瘟疫到處流行，人民顛沛流離，疾病叢生，死亡率高。張機的宗族裏，有三分之二人因患傷寒（一般發熱性疾病，中醫傳統稱為傷寒）而死。張機親見這種淒慘，決心鑽研醫學，誓與疾病作鬥爭，作救死癒疾的偉大工作，終於完成中國醫學第一部醫方巨著《傷寒雜病論》，在醫學上確定了“辨證施治”的規律。此書流傳最廣，自漢代直到今日，在這一千八百多年的漫長歲月中，一直為研究中醫學術的重要典籍。因此張仲景被後人尊稱為“醫中之聖”。



李時珍（1518 ~ 1593）  
明代傑出的藥學家  
世界偉大醫學家

世界藥物學名著——《本草綱目》的作者李時珍，字東璧，晚號瀕湖老人。西元 1518 年出生於湖北蕪州。

李時珍不僅是中國也是世界偉大的藥物學家，亦是醫中之聖，《本草綱目》集中國藥物之大成，乃一八九八種藥物的說明，廣羅博採，費廿七年時間撰成，全書近兩百萬字，造福世人，李時珍不僅是十六世紀中國偉大醫學家，在植物學研究方面，亦為世界先驅。

## 目錄 點下列項目即可開起內文

陳清標 設計

4	政府首長賀詞	
11	本會沿革	
15	本會歷任理事長玉照	
19	本會第十八屆理監事玉照	
31	序	／邱戊己
33	林序	／林宜信
35	賀中華民國中醫藥學會成立六十週年慶	／孫茂峰
37	賀中華民國中醫藥學會 60 週年慶	／張永賢
39	中醫近代文獻摘錄	
41	• 告全國中醫藥界同仁書	／焦易堂
44	• 老病人談中醫西醫	／陳果夫
54	• 我對於中西醫藥的看法	／陳立夫
62	• 中國醫藥之整理與改進	／賴少魂
66	• 中醫藥雜誌發刊詞	／陳九如
68	• 創造中國醫藥新時代	／吳海峰
74	• 中醫師被禁用「西藥西械」之回顧	／魏開瑜
81	• 宏揚國醫貢獻人類	／幸超群
86	• 評溫病條辨	／奚南薰
89	本會近三十年來的重點會務回顧	
101	中醫藥論文及臨床研究心得	
102	• 中醫藥在台灣發展現況之觀感與展望	／黃林煌
104	• 台灣中醫發展簡史	／林昭庚
112	• 中華民國中醫藥臨床研究之現況與挑戰	／黃怡超
113	• 聯合國將針灸列為世界文化財產	／張永賢

115	• 掌握品質安全振興中藥產業	／朱溥霖	237	• 運動神經元疾病	／蘇三稜
117	• 西方辯證法思想與內經陰陽學說比較研究	／陳欽銘	246	• 淺論中醫外科之瘡瘍辨證	／陳秋輝
132	• 探索張志聰《傷寒論集注》論六氣會通之《內經》 原旨附——六經辨治內科病應用範例	／陳逸光	250	• 單純性疱疹（熱瘡）臨床內外用藥心得	／陳風城
137	• 從中醫的五運六氣談自然醫學	／董延齡	253	• 神經性皮膚炎之臨床治療心得	／陳俊明
142	• 癌症之新思維整合療法	／鄭歲宗	255	• 心因性精神病的成因及治療	／董延齡
144	• 中醫藥可減輕放化療的副作用	／邱戊己	261	• 憂鬱症 Depression 傳統醫學自然療法	／黃其昌
149	• 男性更年期症候群的中醫診治	／陳志芳	264	• 淺談中醫美容 Medical Spa 獨特優勢	／劉泄嬉
154	• 老年心血管疾病的中醫辨證治療與食療	／邱戊己	271	• 濃縮中藥臨床運用	／鄭振鴻
162	• 老年白內障的中醫治療	／林文彬	274	• 由病歷探討局方牛黃清心丸的臨床應用	／黃碧松
169	• 男性攝護腺肥大治療臨床心得	／陳風城	284	• 談特殊煎服法與科學中藥粉劑的應用	／洪明和
171	• 老人攝護腺肥大症的中醫治療	／林文彬	287	• 淺論中醫之處方用藥加減變化精微	／黃秋陽
179	• 急慢性鼻竇炎的中醫診治	／林文彬	289	• 人蔘屬多醣體之藥理作用	／陳介甫
188	• 外感咳嗽中醫療法	／江清獅	305	• 臺灣漢醫第一人黃玉階行醫濟世移風易俗	／張永賢
190	• 慢性支氣管炎—常見於老年人受冷後而發作	／翁坤炎	313	• 台北大稻埕迪化街的年貨中藥香	／張永賢
192	• 子宮內膜異位症中西醫的臨床治則	／陳成章	316	本會組織章程	
195	• 眩暈症的中醫經絡調理	／鄭阿乾	320	會員入會簡則	
198	• 中醫談代謝症候群	／陳志芳	321	會員名錄	
202	• 中醫治療糖尿病病例報告一則	／張仁淵	323	中醫藥廠商名錄	
205	• 貧血—漢方使您不再頭暈眼花	／翁坤炎			
207	• 中醫辨證治療類風濕性關節炎	／邱戊己			
213	• 五十肩之病例報告暨中西醫治療	／陳朝龍			
218	• 引起骨質疏鬆症的多種病因與預防	／林文彬			
223	• 類風濕性關節炎	／曹永昌			
229	• 坐骨神經痛的中醫療法	／陳旺全			
232	• 坐骨神經痛不一定要開刀	／蘇聰明			
234	• 中醫觀念探討傳統習俗「轉骨」	／吳元劍			

# 總統、副總統、五院院長 及首長賀詞

嚴副總統訓辭

中華民國中醫藥學會轉全國中醫藥界公鑒  
 今日為三十九屆國醫節中華中醫藥學會暨全國中醫藥  
 界在臺北市舉行慶祝大會萃集我國醫學界專家學者於一  
 堂於學術討論之中示精誠團結之義其事甚盛深用欣慰  
 我國醫學之學源甚早研究極深考諸典籍自軒農以降著述  
 心多不可勝數千百年來對民族之保健繁昌厥功至偉不獨  
 為我中華文化中之重要一環即今東西各國亦莫不予以重視  
 總統提倡復興中華文化期將一切固有學術推陳出新發揚  
 大凡我中醫藥學術人士宜如何共同努力以求發展一本先民  
 寶貴之經驗益以科學研究之方法得見新又新之足與泰西  
 年廿心奧秘庶我國獨有之醫學方得日新月異與泰西  
 醫學並駕齊驅而無愧行見中華文化之光輝將更因此而騰耀  
 於世界幸與諸君子共勉之  
 中華民國五十八年三月十七日  
 吳南薰敬書

先副總統 嚴公遺訓

總統訓辭

中醫藥學會並轉全國中醫藥界人士均鑒我國自神農  
 氏植五穀嘗百草發明醫藥以來歷世相承迭有進展在  
 醫藥學術方面竭畢生精力潛修苦學實地驗證著書立  
 說闡微抉隱者代有其人因此我固有醫藥實已蔚為傳  
 統文化之光輝有裨民族健康之維護乃晚近尠見深切  
 精湛之研究發展致先賢遺緒闕然未彰值茲積極推行  
 中華文化復興之時欣逢第四十屆國醫節我全國中醫  
 藥界人士集會慶祝深具意義所望諸君共矢精誠益加  
 奮勉以求新求本之精神運用科學方法融會時代新知  
 整理我國在醫學上源遠流長偉大淵博之遺產研究其  
 精微貫通其義蘊推陳而出新窮理以致用確實發揮民  
 族保健之功能恢弘濟世活人之效果對於中華文化復  
 興運動作重大之貢獻  
 中華民國五十九年國醫節頌訓

吳南薰恭書



先總統 蔣公遺訓



# 總統賀電

華總二榮電：101110404 號

中華民國中醫藥學會邱理事長戊己暨全體與會人士公鑒：

欣悉訂於本（101）年 11 月 25 日舉辦創會 60 週年慶祝大會，特電致意。至盼藉由此項盛事，發皇中華醫藥深微，推展養生保健理念，精進診治療育品質，共同為建構祥和進步之現代化社會貢獻心力。敬祝活動圓滿成功，諸位健康愉快。

馬 英 九



中華民國 101 年 11 月 14 日

馬總統賀電

# 副總統賀電

華總二榮副：101110157 號

中華民國中醫藥學會邱理事長戊己暨全體與會人士公鑒：

欣聞訂於本（101）年 11 月 25 日舉辦創會 60 週年慶祝大會，特電申賀。長期以來，貴會秉持「博施惠群」精神，籌擘交流研習平台，強化專業職能學養，完善國家醫療網絡，竭智宣勤，殊值嘉勉。際此，敬祝活動順利成功，諸君健康如意。

吳 敦 義 賀



中華民國 101 年 11 月 14 日

副總統賀電



# 行政院用箋

行政院院長賀電 第1011110號

中華民國中醫藥學會邱理事長戊己暨全體會員

大鑒：

欣悉 貴會將於本(101)年11月25日舉辦

「中華民國中醫藥學會成立60週年慶祝大會」

活動，際此盛會，各界賢達與佳賓鼎聚，特電

申賀。並祝

活動順利成功！

與會諸君健康快樂！

陳冲  敬賀

中華民國101年11月20日

行政院院長賀電

惠眾惠群

中華民國中醫藥學會創會60週年誌念

王金平 

立法院院長賀詞

弘揚岐黃學術

中華民國中醫藥學會成立六十週年誌慶

周中 

考試院院長賀詞

弘揚國粹  
濟世利人

中華民國中醫藥學會成立六十週年紀念

司法院長賴浩敏 

司法院院長賀詞



# 中華民國中醫藥學會沿革簡史

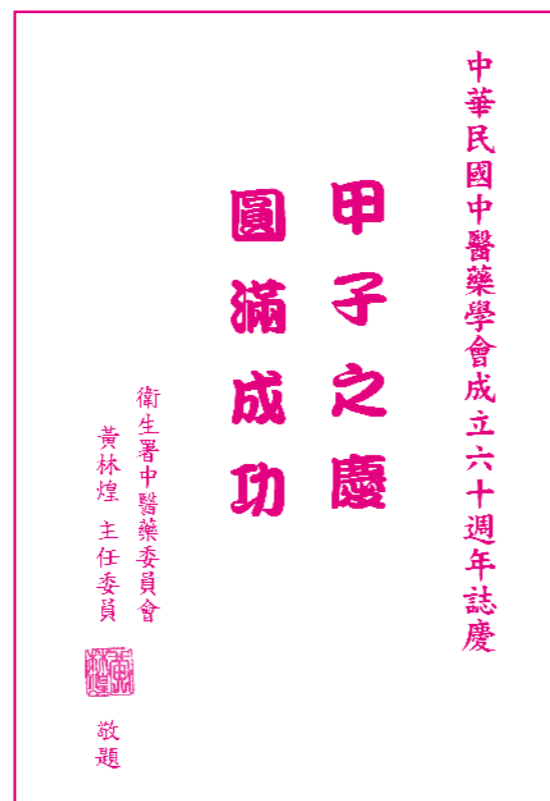
文／邱戊己



內政部部长賀詞



衛生署長賀詞



中醫藥委員會主任委員賀詞

1953年5月24日	本會成立於台北市
1953年5月	賴少魂醫師當選第一屆理事長
1955年5月	賴少魂醫師連任第二屆理事長
1957年6月	陳九如醫師當選第三屆理事長
1959年7月	賴少魂醫師當選第四屆理事長
1962年9月	吳海峰醫師當選第五屆理事長
1965年8月	吳海峰醫師連任第六屆理事長
1969年8月	吳海峰醫師連任第七屆理事長
1973年7月	吳海峰醫師蟬聯第八屆理事長
1977年7月	魏開瑜醫師當選第九屆理事長
1981年5月	魏開瑜醫師連任第十屆理事長
1984年5月	魏開瑜醫師連任第十一屆理事長
1987年6月	魏開瑜醫師連任第十二屆理事長
1990年8月	魏開瑜醫師蟬聯第十三屆理事長
1993年10月	幸超群醫師接任第十三屆理事長
1994年7月	陳成章醫師當選第十四屆理事長
1998年6月	陳成章醫師連任第十五屆理事長
2002年6月	卓播臣醫師當選第十六屆理事長
2006年8月	卓播臣醫師連任第十七屆理事長
2010年6月	邱戊己醫師當選第十八屆理事長

## 前言

中醫藥為中華民族固有的傳統醫藥，數千年來一直肩負著廣大人民的醫療保健，自殷周迄至歷代以下皆設有醫官掌管中醫藥事業，迄至民國以來，衛生行政始由出身西方醫學教育的西醫主管，主其事者輒以中醫不科學，企圖限制中醫，甚至消滅中醫藥。民國十八年，南京舉行中央衛生委員會會議，出席委員一百二十人，全部為西醫，併案通過西醫余岩所提出之限制中醫提案，全國中醫藥界為之譁然，遂有三月十七日上海集會大請願行動，終獲國民政府蔣主席批示不應廢除中醫藥。此後中醫藥界咸感非團結猛晉不能圖生存，非研究改進不能發揚傳統醫學。



為發揚中國醫藥，中醫界先進焦易堂、陳果夫、陳立夫等先進號召黨國大老，於國民黨三中全会，連署提議成立「中央國醫館」，民國二十年國醫館成立，焦易堂先生膺任館長，陳立先生為理事會理事長。民國二十二年，在覃勤道長積極運作下，中醫條例在立法院審查通過，始確立「中醫師」地位，復依中醫條例設立中醫委員會，中醫至此始納入行政體系。民國卅四年鄭曼青、覃勤等前輩籌備成立中華民國中醫師公會聯合會，推舉鄭曼青道長為創會理事長，覃勤為常務理事兼秘書長，從此中醫納入國家職業團體體制以內。在中醫前輩積極推動下，爭取中醫師在立法院及國民大會參政權。

民國三十八年時局紊亂，國民政府播遷來台，全聯會在大陸選出之理監事，多人未隨政府來台。為賡續爭取中醫藥權益，在賴少魂、陳九如、謝樹庭、汪飛白、張百塘、吳海峰、黃維三、涂全福、連德全等道長發起下，集結在台灣的中醫藥人士向內政部申請成立「中華民國中醫藥學會」，民國四十二年五月廿四日中醫藥界在台設立的第一個全國性學術團體於焉誕生，大會推舉在大陸由中醫師公會全國聯合會所選出之國民大會代表賴少魂道長為創會理事長。

本會創會的會員，皆為來自國內中醫藥界的菁英，除以上發起人外，尚有台北市吳惠平、修養齋、鄭曼青、覃勤、奚復一、蘇錦全、陳紹國、涂黻廷、易惠

民、甘偉松、魏吉恆，基隆市陳紬藝、連德全、簡子鑫，台北縣褚萬定、陳天祐、宋孝楚，宜蘭縣廖發財，桃園縣梁錫鈿，新竹縣劉宋彬，苗栗縣李欽，台中市何人豪，高雄市王崇明等，皆為熱心發展中醫藥的人士。

政府播台初期，政經尚未穩定，對於中醫藥政策不但搖擺不定，未予重視，且多歧視。為爭取中醫權益，設立中醫學校，本會第一、二屆理事長賴少魂道長，以國民大會代表身份奔走於中央政府主管機關及立法院、國民大會之間陳情，呼籲抗爭等等，爭取設立中醫學校。民國四十六年，陳九如醫師接任第三屆理事長，陳九如理事長以民社黨中常委名望，繼續為發展中醫藥而努力。民國四十八年賴少魂醫師眾望所歸再度當選第四屆理事長。民國五十一年九月吳海峰醫師當選第五屆理事長。基於本會為國內研究中醫藥學術團體，為落實本會宗旨，培育中醫藥人才，本會於民國五十年十二月及五十一年一月陸續開辦兩期內科研究班培訓學員一九七人，並遴選本會學驗兼優的會員為講師，如推舉本會理事長吳海峰醫師為班主任兼內科學講師，本會理事姜佐景醫師為副主任兼傷寒論講師，本會常務監事黃維三（時任中國醫藥學院教授）為教務主任兼方劑學講師，本會常務理事陳紬藝醫師（時任革新中醫雜誌社社長）為訓育主任兼醫學史講師，本會常務理事魏開瑜（時任中國醫藥學院教授）為總務主任兼兒科學講師，本會常務理事謝樹庭醫師為輔導委員兼婦科學講師，中國針灸學會常務監事陳一清醫師為溫病學講師，本會常務理事張百塘醫師為診斷學講師，本會常務理事魏章坦醫師為內難經講師，本會理事于立忠醫師（時任中國醫藥學院教授）為藥物學講師，本會常務理事張漁帆醫師為生理學講師，本會常務理事朱士宗醫師（時任中國醫藥學院教授）為外科學講師，本會理事惲子愉教授為藥物學講師。本會內科研究班為當時國內惟一養成中醫師教育的研習班，研究班結業的學員大部份於考取中醫師考試後，投入中醫藥臨床工作，其優秀者並成為中醫藥公會及學會領導幹部。

吳海峰理事長任內最為中醫界稱頌，除了開辦內科研究班，並於任內呈請考選部，於五十一年秋恢復中醫師特考、檢覈考試及開辦檢定考試，賡續中醫命脈，培養中醫新血輪，厥功至偉，協助本會常務理事覃勤、及陳固等醫師創辦台中中國醫藥學院，使中醫納入正規教育。吳海峰理事長嗣蟬聯第六、七、八屆理事長，民國六十六年。中國醫藥學院教授魏開瑜道長當選第九屆理事長，並連任第十、





十一、十二、十三屆理事長，任內配合台北市中醫師公會張正懋理事長（時任衛生署中醫藥委員會主任委員）爭取中醫學系列入大學法，使中醫在大學教育生根，爭取立法委員支持立法通過設立衛生署中醫藥委員會等。民國八十三年陳成章醫師當選第十四屆理事長，並於八十七年蟬聯第十五屆理事長，任內運用立法院人脈，三讀通過行政院衛生署中醫藥委員組織條例、國立中國醫藥研究所組織條例，並協助國立中國醫藥研究所成立發展委員會，推動中藥商培訓事宜。

之後本會第十四、十五屆理事長陳成章醫師（歷任台北縣中藥商業公會理事長、中華民國中醫師公會全國聯合會監事會召集人、衛生署中醫藥委員會委員），第十六、十七屆理事長卓播臣醫師（歷任台北縣中醫師公會理事長、台灣省中醫師公會理事長、中華民國中醫師公會全國聯合會特別顧問），第十八屆理事長邱戊己醫師（歷任台北縣中醫師公會理事長、中國針灸學會理事長），任內聯合中醫藥界共同爭取中醫藥權益，提升中醫藥學術水準。

綜計本會成立六十年來，我們向政府抗爭大事者，約有下列數端：請政府設立國立中醫藥院校，呈請恢復中醫師特種考試，中醫師檢覈考試和增加中醫師檢定考試。檢定考試對於增益中醫師新血輪，貢獻最大。蓋凡有志報考者，無論其學歷如何，凡年滿廿二歲即可報考。檢定考試及格，即可參加特種考試，不受醫師法第三條第二款之限制。至於爭取中醫公保勞保醫療服務，雖歷盡艱辛，幸終抵於成。他如呈請於衛生署，設置中醫藥委員會；於教育部設立國立中國醫藥研究所，並歷次護所成功；中醫師英文譯名自草藥醫生 (Herb doctor) 正名為：The doctor of chinese medicine 等，皆為策群力的結果。說明我們在這半世紀內奮鬥的歷程。

中華民國中醫藥學會為國內最早成立的中醫藥團體，之後中國鍼灸學會（首屆理事長為吳惠平博士）、中國藥用植物學會（首屆理事長為成一法師）、自然療法學會（首屆理事長為陳紬藝教授）、中國醫史學會（首屆理事長為李樹猷博士）等，皆由本會分枝而出，蓋其發起人均為本會會員。本會歷屆理監事亦多成為中醫藥界領導，共同為創造中醫藥事業，提昇中醫藥服務品質，增進世人健康，共同努力奮鬥。

## 中華民國中醫藥學會 歷任理事長玉照



第一、二、四屆理事長 賴少魂醫師



第三屆理事長 陳九如醫師





第五、六、七、八屆理事長 吳海峰醫師



第十三屆第二任理事長 幸超群醫師



第九、十、十一、十二、十三屆理事長 魏開瑜醫師



第十四、十五屆理事長 陳成章醫師



# 中華民國中醫藥學會 第十八屆理監事會



第十六、十七屆理事長 卓播臣醫師



理事長 邱戊己



第十八屆理事長 邱戊己醫師



監事會召集人 陳志芳





常務理事  
董延齡



常務理事  
陳欽銘



常務理事  
張景堯



常務理事  
江新發



理事  
詹益能



理事  
白明鈿



理事  
賴深明



理事  
陳朝明



常務理事  
陳秋輝



常務理事  
陳風城



常務理事  
林素貞



常務理事  
王瑞參



理事  
卓錫裕



理事  
何志韶



理事  
葉桂貞



理事  
簡玉燕



理事  
林淑貞



理事  
卓掌權



理事  
陳俊明



理事  
張家瑜



理事  
宋美榮



理事  
陳躍升



常務監事  
郭明亮



常務監事  
翁銘權



理事  
林文彬



理事  
張福元



理事  
邱定



理事  
劉義雄



監事  
辜載讚



監事  
賴玉堂



監事  
黃其昌



監事  
朱金水





監事  
謝世宗



監事  
顏燦林



秘書長  
趙琨



副秘書長  
陳清標



副秘書長  
許延年



副秘書長  
蔡新富



秘書  
吳瑞玲



邱戊己理事長榮獲馬總統頒發「華夏獎章」授證



邱戊己理事長榮獲吳副總統召見合影



### 中華民國中醫藥學會第 15 屆大會活動剪影



本會第 15 屆理監事合影



陳理事長成章主持會員大會



慶祝創會 50 週年大會與會人士合影



邀請英國余漢池醫師專題演講



邀請國立中國醫藥研究所陳介甫所長專題演講



邀請中國醫藥學院林昭庚教授專題演講



會員大會出席盛況

### 中華民國中醫藥學會第 16 屆大會活動剪影



當選第 17 屆理監事合影



卓播臣理事長主持會員大會



會員出席會員大會盛況



大會表揚會員榮譽獎狀



大會表揚資深會員



會員熱烈出席聯誼餐會



第十六、十七屆會務交接儀式



### 中華民國中醫藥學會第 17 屆大會活動剪影



卓播臣理事長主持會員大會



陳志芳監事長財務工作報告



董延齡教授專題演講



陳欽銘教授演講後記者專訪



林文彬教授大會演講



陳風城醫師演講後接受大會獎狀



大會頒獎表揚百歲中醫師姜通常務理事



大會為百歲中醫師姜通道長祝壽

### 中華民國中醫藥學會第 18 屆大會活動剪影



邱理事長戊己主持會員大會



陳志芳監事長大會致詞



陳成章名譽理事長大會致詞



卓播臣名譽理事大會致詞



行政院前副院長朱立倫先生大會致詞



林德福立委大會致詞



林郁方立委大會致詞



會員出席大會盛況



# 中華民國中醫藥學會第 18 屆活動剪影

# 中華民國中醫藥學會第 18 屆活動剪影



本會協辦 2009 台北傳統醫學國際論壇



本會協辦 2010 廣東中醫藥學術論壇



卓播臣名譽理事長第 79 屆國醫節大會致詞



本會協辦 2012 台北國際中醫藥學術論壇



陳成章名譽理事長率團參訪山西



本會代表團與山西中醫藥界座談



邱戊己理事長與邱署長合影



邱戊己理事長與總統府副秘書長合影



本會與湖南省中醫藥學會簽訂交流合作書



陳志芳監事長率團出席福建省中醫藥學術大會



國醫節大會邱戊己理事長接待吳敦義副總統



邱戊己理事長代表大會致贈黃林煌主委感謝狀



本會代表團參訪福建中醫藥大學



本會代表團參訪福建中醫藥大學附屬醫院



本會協辦第 82 屆國醫節大會 (一)



本會協辦第 82 屆國醫節大會 (二)







落實GMP品質管理

# 百年藥廠勸奉堂製藥

## 強調SNQ安全與品質



百年企業「勸奉堂」製藥公司，在台灣實行GMP制度前，嚴格的品質制度早已征服外銷市場，其產品製程更獲得SNQ的肯定，在擁有眾多榮耀的今天，勸奉堂始終以「道德精神」、「精益求精」、「信實經營」的「牛標精神」理念，投入在每一項產品的開發與生產上。

勸奉堂製藥股份有限公司 地址：桃園縣觀音鄉廣興村溝尾32-1號  
服務專線：03-4737998 專真：03-4737995 <http://www.ox.bramd.com>

# 序

本會成立於民國四十二年五月廿四日，迄今已經歷一甲子，一路走來，甘苦備嘗。自民國十八年衛生部通過西醫余岩提議廢除中醫的運動以後，中醫藥的生存，立即受到威脅，引起全國中醫藥界的憤慨，乃聯合向南京國民政府請願，終於獲得主席 蔣公的重視，立即批示中醫藥有功於民族保健，不應廢除，並撤銷衛生會議廢除中醫的原案，中醫中藥始重獲生機，此即「三一七」國醫節的由來。然衛生行政始終掌握在西醫手中，中醫藥生存的空間極為有限。民國卅八年，中樞播遷來台，政府尚未穩定，百廢待舉，衛生當局對中醫藥的政策一仍舊貫，無論在中醫教育、考試、執業、醫療政策以及中藥業者的生存培育等都受到截然不同的待遇與限制。省市中醫師公會雖於民國卅九年陸續成立，但由於人數太少，力量極為單薄。為求生存發展乃由中醫界前輩賴少魂、陳九如、謝樹庭、汪飛白、張百塘等五位道長發起成立全國性的中醫藥學術團體，本會於焉誕生。今已屆六十週年，回首前塵，本會的一切活動無不與中醫藥的生存發展，息息相關，茲值六十年會慶，特編專刊與全體同道共勉。

本會成立以後，一方面積極培育人才，加強學術研究。一方面聯合中醫藥團體爭取應有的權益：在培育人才方面最重要的是爭取設立中醫藥大學，中醫界亟希望有一所國立中醫大學培育人才，自政府播遷來台迄今，因諸多因素及阻力，迄未成功。僅國立陽明大學設立傳統醫學研究所，聊備一格而已。促成私立中國醫藥學院（現已升格為中國醫藥大學）的成立，本會同道則頗多貢獻；在該校傳道授業的朱士宗、魏開瑜、那琦、甘偉松、魏章坦、于立忠、惲子愉、陳欽銘、彭主榮諸教授，均為本會精英。

至於加強學術研究，本會一向非常重視，每次會員大會均舉辦學術演講、出版學術論文及臨床驗方專集，定期出刊簡訊，供會員參閱。其他與中醫藥團體聯合舉辦學術研討會或演講會，亦鼓勵會員參加。在促進海內外學術交流上，亦積極推行。如魏前理事長開瑜、曹成章、陳欽銘等道長數度應邀赴新加坡中醫學院講學，黃民德、陳欽銘道長常率團赴大陸訪問，陳成章榮譽理事長、陳志芳監事長亦常率團赴東南亞及大陸訪問並發表學術演講，期間邀請福建中醫學院杜建院長、北京中醫學院教授、湖南中醫

藥學會、福建省中醫藥研究發展促進會等來台訪問等，對促進海內外及兩岸中醫藥學術交流均有建樹。

在爭取中醫藥權益方面，為建議政府創設中醫藥院校，在醫學院增設中醫學系，推動成立市立中醫醫院，公立醫院廣設中醫門診，創設國立中國醫藥研究所，增設中醫師檢定考試及恢復特種考試，延續中醫命脈，爭取中醫參加公保勞保及全民健保，中藥從業人員之執業資格，本會無役不與，或聯合中醫藥團體爭取，或由本會逕行爭取，無不全力以赴；已經成功者，固足欣慰，其未成功者，仍待我們繼續努力。

以上所述，略誌本會六十年來的奮鬥歷程。由於前輩的努力，我們深深體認，惟有自立自強，才能生存，才有前途，迄今為止，中醫藥的環境雖大有改善，但距離理想尚遠，而學術研究則永無止境，因此我們今後當須不斷努力，繼承軒農志業，融合時代新知，團結中醫藥界深入學術研究，共同創造美好明天，是所企盼。

為慶祝創會六十週年，本會除於十一月二十五日舉行大會、中醫藥資訊展、中醫藥學術大會，並於是日出版《中華民國中醫藥學會成立六十週年紀念專刊》。承 總統、副總統特頒賀電、五院院長、內政部長、衛生署長頒贈賀詞，益增特刊光彩。本刊並摘錄近代文獻，說明中醫先進在半世紀內奮鬥歷程。並彙整國內中醫藥界先進的臨床研究心得近五十篇提供會員參閱。撫今追昔，除了感念先進犧牲奉獻精神，我們更應黽勉奮發，貢獻心力，為提昇中醫藥的學術水準一起努力。

中華民國中醫藥學會  
理事長 邱戎己 謹識  
2012.11



# 林序

全球有超過一半以上的人口仰賴傳統醫學的醫療，WHO、美國FDA及歐盟陸續公佈對傳統醫學及中草藥相關法案及措施。世界衛生組織於2002年5月26日發表【2002年~2005年傳統醫藥及替代醫藥全球策略】，並發表WHO西太平洋區域傳統醫學地區策略(2001年到2010年)，揭示7個策略目標。其後，世界衛生組織在第56次大會中，則作成WHA56.31號決議，敦促會員國調整、採用和實施世界衛生組織的傳統醫學策略；此外，也都對傳統醫藥做了整體性的規範，這些重要進展，終於引起各國的高度重視與興趣。因此，全世界對各傳統醫學之發展更加關注、各種學術、法規制度之研究風起雲湧。

中醫、中藥為我國傳統瑰寶，歷經五千年研究傳承，各時代中皆扮演著生命與衛生的守護者。回顧60年來我國衛生行政與中醫藥發展，最重要之大事之一，應為行政院衛生署中醫藥委員會之成立。關於該會之沿革，早於內政部衛生司即設有中醫藥之諮詢單位，民國60年行政院衛生署成立後，中醫藥委員會仍負責中醫藥有關之諮詢業務。由於各界對中醫中藥的日益重視，民國76年7月29日修正「行政院衛生署組織法」第十七條，明訂中醫藥委員會掌理中醫中藥各項行政事務，而依此規定所研擬之「行政院衛生署中醫藥委員會組織條例」草案，則於民國76年11月21日送請立法院審議。在中醫藥界之敦促與關心中醫、中藥之立法委員大力支持下，於民國83年12月15日經立法院三讀通過，同年12月30日由總統公布實施，84年11月1日正式成立行政院衛生署中醫藥委員會，成為行政院衛生署所屬獨立行政機關。

成立以來，歷任衛生署署長：張博雅署長、詹啟賢署長、李明亮署長、涂醒哲署長、陳建仁署長、侯勝茂署長、林芳郁署長、葉金川署長、楊志良署長及現任邱文達署長等，皆對我國中醫藥之發展，發揮醫定之支持與貢獻。謹藉此本學會成立60週年之慶典，與專刊發行之時機，表達由衷之敬意。放眼全球，根據世界經濟論壇(WEF)日前在日內瓦所發布的「2007-2008全球競爭力報告」指出，台灣最大的競爭力來自教育與創新。衛生署中醫藥委員會成立以來，執行超過1200項計畫，完成出版200多項

出版品，奠定並強化了中醫藥創新的基礎；也落實貫徹了中醫藥政管理與提升民眾就醫及用藥之安全的具體目標。宜信自 2002 年 1 月就任，於民國 91 至 98 年期間擔任行政院衛生署中醫藥委員會主任委員。在歷任主委所擘畫藍圖之基礎上，繼續以宏觀之國際視野，創新的觀念及全新的投入積極推動中醫藥發展，努力營造出優質的中醫中藥用藥安全環境，整合世界潮流加速中醫中藥之創新與發展，奠定中醫藥產業發展之優良利基，也十分重視為臺灣中醫藥發展留下記錄。

欣聞中華民國中醫藥學會成立 60 週年紀念專刊在邱理事長戊己兄及編審委員會等多人的努力下即將出版發行。本書內容涵蓋 1. 專題論述 2. 病例報告 3. 研究報告 4. 臨床心得等，匯集了焦易堂、陳果夫、陳立夫、賴少魂、陳九如、吳海峰、魏開瑜、幸超群、奚南薰等中醫藥發展過程中十分重要之先賢等人之真知灼見。也就學會 30 年來的會務進行綜合性回顧，是極為寶貴的歷史文件。專刊也邀請了陳欽銘、鄭歲宗、董延齡、黃秋陽、鄭振鴻、張永賢及邱理事長戊己等專家學者將其研究成果及臨床心得做了重要分享。這對於中醫藥專業的傳承，十分珍貴。本書內容實用，嘉惠杏林，意義非凡。本書的出版對於中醫藥人員臨床工作，培育具有全人醫療能力之中醫師，很有價值。更是回顧先賢努力，記載 60 年來中醫藥發展軌跡之重要文獻。承蒙戊己兄之邀請，倍感榮幸。謹以數語獻上最的敬意與祝賀。

行政院衛生署中醫藥委員會前主任委員  
國立臺北護理健康大學教授兼所長

林宜信 謹識  
2012.11



# 歧黃傳甲子、杏林揚萬世

## 賀中華民國中醫藥學會成立六十週年慶

民國三十八年時局紊亂，國民政府播遷來台，中華民國中醫師公會全國聯合會在大陸選出之理監事，多人未隨政府來台。為賡續爭取中醫藥權益，賴少魂、陳九如及謝樹庭、汪飛白、張百塘、吳海峰、黃維三、涂全福、連德全等道長發起下，集結在台灣的國內的中醫藥人士向內政部申請成立「中華民國中醫藥學會」，民國四十二年四月二十四日中醫藥界在台設立的第一個全國性學術團體於焉誕生，大會推舉在大陸時期中醫師公會全國聯合會所選出之國民大會代表賴少魂醫師擔任中華民國中醫藥學會創會理事長。

作為台灣中醫界恢復中醫師考試制度後早期成立的醫學會，中華民國中醫藥學會是國內中醫藥界值得敬重的元老級醫學會。政府播台初期，政經未穩定，對於中醫藥政策不但搖擺不定，為爭取中醫權益，設立中醫學校，中華民國中醫藥學會第一屆理事長賴少魂道長，以國民大會代表身份奔走於中央政府主管機關及立法院、國民大會之間陳情，呼籲抗爭等等爭取，設立中醫學校。

為培養中醫藥人才，中華民國中醫藥學會於民國五十年十二月及五十一年一月陸續開辦兩期內科研究班培訓學員一九七人，並遴選貴會學驗兼優的會員為講師。此內科研究班為國內最早養成中醫師教育的研習班，研究班結業的學員大部份於考取中醫師考試後，投入中醫臨床工作，其中優秀者並成為各級中醫師公會領導幹部。

中國鍼灸學會（首屆理事長為吳惠平博士）、中國藥用植物學會（首屆理事長為成一法師）、自然療法學會（首屆理事長為陳紬藝教授）、中國醫史學會（首屆理事長為李樹猷博士）等，皆由中華民國中醫藥學會分枝而出，其發起人皆為中華民國中醫藥學會會員，貴會歷屆理監事皆為中醫中藥界領導者，皆共同為創造中醫藥事業而努力奮鬥。

民國九十九年六月二十日假台北市忠孝西路天成大飯店國際廳召開2010中醫藥學術研討會暨第十八屆第一次會員大會，大會由仙逝的中華民

國中醫藥學會暨前台灣省中醫師公會理事長卓播臣醫師主持，蒞會的貴賓有前行政院副院長朱立倫、立法委員林郁方、台北市議員吳志剛、厲耿桂芳、侯冠群，中國國民黨中央黨部執行長李輝陽及中醫藥界理事長多人與會，大會並選出名孚眾望的邱戊己醫師擔任理事長，足見中華民國中醫藥學會人才濟濟、海內知名，才使得眾多醫界與政界大老及碩望與會。

欣逢貴會創辦一甲子，本人謹代表中華民國中醫師公會全國聯合會，向貴會歷任前輩與醫界先進致上熱誠的祝賀，期待貴會能日新又新、自強不息，為中醫岐黃學術的發揚光大立下歷史偉業與豐碑。

中華民國中醫師公會全國聯合會

理事長 孫茂峰 謹識  
2012.11



# 賀中華民國中醫藥學會 60 週年慶

清光緒 20 年 (1894) 中日甲午戰爭，1895 年清軍戰敗，中日簽訂馬關條約，將台灣與澎湖割讓予日本。日本統治台灣 50 年 (1895-1945)，第二次世界大戰之後，1945 年日本無條件投降，台灣光復脫離日本殖民統治，國民政府設台灣省行政長官公署。1949 年中國大陸淪陷，中華民國政府遷台。1953 年 (民國 42 年) 台灣中醫藥界道長發起，向內政部申請成立「中華民國中醫藥學會」，於 5 月 24 日首度在台灣成立第一個全國性中醫藥學術團體，至今正好一甲子，60 週年慶 (1953-2012)。

日本統治台灣，在 1897 年調查，台灣中醫師人數約 1,070 人 (洋醫 24 人)，經日本統治之後，只在 1901 年舉辦一次中醫師考試，核發執照共 1,903 人，堅持不再發照，讓中醫藥人才逐漸凋亡。而培養西醫師自 1899 年至 1945 年有 2,800 名。在 1945 年光復後，台灣擁有執照的中醫師僅存不到 20 名。以後有部分中醫師隨政府遷台，使中醫藥的香火繼續延續。「中華民國中醫藥學會」積極爭取中醫權益，推動「中醫藥教育法案」，設置中醫學校及成立研究機構，設立中醫藥學院，培養中醫師人才。1958 年成立「中國醫藥學院」(現為中國醫藥大學)，1963 年成立「國立中國醫藥研究所」。另為積極籌備中醫藥人才，在 1961-1962 年舉辦兩期內科研究班培訓學員 197 人，當時教師有吳海峰、姜佐景、黃維三、陳紬藝、魏開瑜、謝樹庭、陳一清、陳百塘、魏章坦、于立忠、張漁帆、朱士宗、惲子瑜等著名中醫師，熱心傾囊相授，後來研究班結業學員大部分考取中醫師特考，投入中醫臨床工作，成為中醫藥公會領導幹部。1964 年考選部恢復中醫師特考、檢覈考試及檢定考試。1966 年中國醫藥學院「中醫學系」成立，1984 年成立「學士後中醫學系」。

「中華民國中醫藥學會」為國內最早成立中醫藥團體，積極培養優秀中醫藥人才，每季發行學會簡訊，定期舉辦中醫藥學術大會，促使教育部設立中醫藥院校及國立中國醫藥研究所，促使衛生署設置「中醫藥委員會」(1971 年)，考試院中醫師特考及檢覈考試。今盛逢 60 週年一甲子大慶，敬佩學會領導中醫藥界菁英，共同為開創中醫藥事業而奮鬥。

中國醫藥大學暨附設醫院

張永賢 謹識  
2012.11





The background of the entire page is a repeating, light gray floral damask pattern on a white background. The pattern consists of stylized flowers and scrolling vines. A solid gray horizontal band is positioned across the middle of the page, containing the title text.

# 中醫近代文獻摘錄

回目錄

## 單元目錄

### 中醫近代文獻摘錄

- |    |                   |      |
|----|-------------------|------|
| 41 | · 告全國中醫藥界同仁書      | ／焦易堂 |
| 44 | · 老病人談中醫西醫        | ／陳果夫 |
| 54 | · 我對於中西醫藥的看法      | ／陳立夫 |
| 62 | · 中國醫藥之整理與改進      | ／賴少魂 |
| 66 | · 中醫藥雜誌發刊詞        | ／陳九如 |
| 68 | · 創造中國醫藥新時代       | ／吳海峰 |
| 74 | · 中醫師被禁用「西藥西械」之回顧 | ／魏開瑜 |
| 81 | · 宏揚國醫貢獻人類        | ／幸超群 |
| 86 | · 評溫病條辨           | ／奚南薰 |



# 告全國中醫藥界同仁書

文／焦易堂

編者按：中央國醫館於民國二十年「三一七」成立，館長焦易堂先生於二十一年十二月發表「告全國中醫藥界同仁書」，對我中醫藥界，頗多策勵，先生一生盡瘁國醫藥事業，於三十九年十月二十八日病逝於臺北。本篇摘錄自革新中醫雜誌第三十四期。

夫醫藥之道，濟世活人之道也，亦健民強種之術也，故未有國家以前，即有醫藥之發明，可知醫藥之關係於人類社會也，是以古昔神農出而御世，首先注重人之疾病生死，苦心瘁力研究百草，定其寒涼燥熱舒散滋補之性質，以為藥餌而救濟之，爾時雖無化學實驗之設備，其悲憫人類之心可謂苦且深矣，嗣黃帝於醫理研求精細，岐伯抒其高深學術，我國醫藥之術於以大成，降及周代更為詳備，所謂瘍醫也疾醫也食醫也均由政府設置，至若歐西，有所謂醫聖赫飽克喇德司氏，於二千年前，創立體液學說，重視人體之組織，與生活之要素，遂為歐西醫學之鼻祖。自是以後，歐西醫學頗由科學推演之途徑，增其進化，仍有今日之發達，而吾中國尚墨守舊章，不求進步，以致中西學術，遂生冰炭不相容之觀，實大背古聖先哲濟世活人之本旨也。學術本無國界，進化亦無已止，時至今日，無學術不足以圖存，然不進亦不足以自立，我國一切學術文明，何嘗不在世界各國之先，若磁針之發明也，火藥之製造也，水銀之煉丹也，無一不為歐西科學之始祖，而在醫學方面，若神農之本草，黃帝之內經，銅人圖之解剖，刮骨術之治療，皆吾先代醫哲，講求實際科學，而非

空談玄理所創出者也。獨惜後世之人，固步自封，不知承先啟後，本前人之發明而光大，亦不知推陳出新，應社會之變遷而進化，且又不知採用人之所長，以補己之所短，革去己之所短，以吸人之所長，竟使皇皇數千年先進之學術與文化，乃遂日趨退步，隱晦不彰，幾不克立足於今後之世界，可勝浩歎！在今日學術競爭劇烈之時代，無論何種文物制度，不適於科學之進步者，均在淘汰之列，醫藥學亦然，不從社會時代之要求，速謀適用之方法，其必準諸進化公例，歸於淘汰而無疑。然我國醫學，淵源於數千年前，雖乏科學根據，要其功績未可泯滅，所設學說之龐雜，納之科學系統可也，治療之紛歧正之於科學範圍可也，是在全國醫藥界有以翻然改圖，乃今日所不可緩之事也，吾於是特就急須先事整理者，約為舉述如下（一）關於理論方面，擇其不背於近世學理者，則用科學方法以解釋之，其方術有效，而理論欠明確者，則採近世學理以證明之，其無效，而欠科學理解者，則悉廢棄而刪除之，務使玄想空談，一掃而去，理論實際，日異月新。（二）關於診療方面，我國雖有望聞問切之法，究屬自然官能之作用，宜利用科學上之所發明者，以補其不足，而增

其效能，如體溫表、聽診器、血壓器、愛克史光、電氣治療機、光學治療機以及各種診病治療等器械，西醫所診斷確實，治療有效，蓋多借重於此等機器之補助，雖然，此等機械，多屬科學家所發明，而非醫家所發明，西醫既能利用，中醫何獨不能利用。（三）關於藥物方面，我國用藥，大抵多以十數味或數十味治為一爐，此固含有複雜之化學作用，然以純用原產粗品，煎熬製劑，不但服者望而生畏，而於攜帶亦多不便，西醫所完全提精擷華，為量雖微，效用則大，豈祇攜帶方便，而在用時，無論注射內服，病者亦感輕快，而不畏難，西醫之所以日臻發達，此亦其原因之一，此後吾人對於中國藥物，應當特別加以研究，採用科學方式，以為分析製造，使吾國藥品在科學方法之下，改良製造包裝貯藏及樣式，期與歐西各國，並駕齊驅。上述各端，乃吾國醫藥界同人急宜注意之事，而亦同人所負之重大使命，今日人類社會，日益發達，學術文化，日益進步，而所謂疾苦病患，無論出於天然，或由於人為，不惟大異於昔，而奇形異狀，亦日趨複雜不已，歐美各國，咸能於科學研究之下，力求進步，以躋國家民族於強健，吾國豈可不急起直追，順應社會進化之趨勢，以謀增進國家人民之康寧與幸福耶？尤有進者，醫藥之術原以濟世活人為重，方今世界人類社會日趨大同之際，吾人甚望全國醫藥同人不為畛域所限，不為派別所囿，咸本大同無私之見，互相融洽，而納人類同登於大同世界之一途。本館成立以來，蓋本斯旨以謀整理吾國醫藥，使躋於世界科學軌範之中，成為世界學術，以濟世界人類之疾苦。故其所擬定之方案，第一先設學術整理委員會，對於吾國醫藥學術，以科學之方法歸納之解釋之，以期理論實

民國三十八年國醫節

蔣總統訓詞

中央國醫館並轉全國各醫藥團體均鑒：國醫節創於民國二十年，十八年來，我醫界同人，沉潛堅貞，精進不懈，紹述軒農和緩之宗風，致力濟世活人之偉業，中西相輔，藝學兼長，其於民族保健之功，良足稱道。此次全國各地舉行盛大紀念，所望淬勵奮發，窮究極研，本數千年寶貴經驗，而予以有系統之科學詮證，然後吾國醫學乃能燦然大明，與世界各國並駕而無愧矣，願共勉之。

中正三月十六日

際，均得於一系統組織之下，而與世界學術相並立，第二再於各省市地方設立醫藥研究實驗所，俾有志改革之醫藥同人，對於各地之病症及治療之方法與藥物，皆可以精確之研究實驗之結果，而納入改良進步之軌道，第三設立醫院以收實際改良之效果，蓋有醫院然後對於病症實際，乃有統計可考，如診察治療處方用藥皆可以每日實際之經驗，為綜核詳確之比較，無論理論實際，均有莫大之功效，歐美醫藥，其所以有今日之發達者，未始不由於醫院林立耳。又況近年以來，西醫醫院遍布我國，中醫醫院竟未一見，此不獨為我醫藥界之缺憾亦實我國家之弱點，故醫院之設立尤吾人所不可緩之要圖也，然考歐美各國文化發達，進步由來，一方固依於政府之提倡，然一方亦由人民之努力，上述各



項事業，雖屬本館之責任，而非我醫藥界群起共圖不足以濟事。際此國難危迫之秋，如不速謀自救，實難圖存於世界。甚願全國醫藥同人秉上述之使命，起而合力共濟，努力奮圖，俾吾國固有之學術與文明，得

以發揚光大於世界，則吾中華民族之興強與光榮於斯寄託，本館當相與共勉之。（轉載自革新中醫第三四期）

之	之	力	銷	民	佔	獨	則	中
藥	醫	圖	行	生	一	確	所	醫
商	藥	補	中	今	位	有	能	精
勢	則	救	國	中	置	保	說	神
必	此	若	年	國	况	存	明	所
因	全	不	增	受		之	機	貫
而	國	提	一	外	總	價	械	注
消	出	倡	年	人	理	值	之	心
滅	產	中	吾	經	創	且	精	靈
於	之	醫	人	濟	三	足	良	所
民	藥	使	應	力	民	以	所	覺
生	品	成	如	之	主	在	能	察
問	與	為	何	壓	義	世	試	決
題	全	中	從	迫	以	界	驗	非
關	國	國	積	自	救	醫	是	科
係	數	有	極	西	國	藥	中	學
甚	百	系	方	醫	首	史	醫	之
大	萬	統	面	藥	重	上	不	法

蔣主席訓詞

吳永恆敬書

焦易堂敬書



# 老病人談中醫西醫

文／陳果夫

編者按：陳果夫先生功在黨國，為世人所共仰。尤其對固有文化之維護，中國醫藥之發揚，不遺餘力。本文為先生最後遺作，載於「陳果夫先生全集」第六冊。蓋先生於三十七年臥病，時癢時劇，延至四十年八月二十五日逝世。本文於病榻上撰寫，開始於四十年三月，完成於同年八月十四日，時歷半載，稿經數易，脫稿時距離逝世之日，僅十一日耳。其關懷中國醫藥，可想而知。本文立論中肯而公正，尤其對衛教當局之寄望，國民自信力之養成，三致意焉。撫今追昔，誠不知感慨之何從也！

## （一）

生病是我生平所承受最大的痛苦，但在四十年痛苦經驗當中，對於醫藥方面，是知道了許多，也見到了許多。

左傳說：「三折肱，知為良醫」這句話有兩種解釋：第一，說明「閱歷」對於醫生的重要，第二，說明久病的人對於醫生好不好懂得選擇，所以做好醫生與辨別醫生的好壞同樣不容易。

古人把良相良醫並提。良相是愛人民有辦法的高明政治家，他能解除人民的痛苦。良醫有高度的同情心，和一視同仁的服務精神，又有正確的經驗和精湛學識，他能夠解除病人的痛苦，他們的成就不同，但是他們的道德學問受人尊敬則是一樣的。

若干年來，我寫過不少有關醫藥的文字。其動機和目的，無非憑著同病相憐的同情心，縷述自己的經驗，希望對生病的人，對關心病的人，對預防生病的人，以及對治病的醫生，尤其是想對於負責衛生行政和健康教育的當局，有些微貢獻。

現在又想來一談中醫和西醫。

我本來反對把醫生分為中西，因為在一個病人的立場上，祇要能治好他的病，能儘速解除他的痛苦，這就是好醫生，根本不必問他是中或西的，但是習慣如此，所以還是用了這個題目。

## （二）

西洋醫藥傳入中國，已有百餘年的歷史，然而中醫和西醫之間的爭執卻是近三四十年間事。

留意這個問題的，認為糾紛之起因有三：

第一、西洋醫藥傳入中國，大都和基督教有關，許多外國醫生都是傳教士兼任，在庚子義和團事件發生之後，滿清政府和官僚士大夫媚外風氣盛行，外國醫生的地位特別崇高，中醫便無形中起了反感，到後來事實上也許已不是如此，但觀念已經養成，一時不易完全改正過來。

第二、習西醫者一部份是出洋留學，一部份是在國內學習的，因為他們的先



生大半是外國人或者是中國人對於本國社會情形隔閡，對於中國固有醫藥也不懂的，因此對於中醫難免有藐視心理。

第三、若干在台上負衛生行政責任者，因本身是留學生，或者是醫生的緣故，所以儘量扶植西醫，打擊中醫。

由於這種種原因，所以中醫和西醫之間常常發生齟齬，有時甚之牽涉到醫生以外的人，這種現象，實在使人——尤其病人，覺得不好，迫切期望他們（中醫和西醫）消弭成見，各從學術上求精進，為病家造福。

### （三）

對於衛生行政當局多年來的設施，我總覺得他們有些偏差，不是說他們祇重在扶植西醫，而是反對他們專憑理想忽略現實，漠視固有文化，他們更不想一想中國地廣人眾，假使民間沒有祖先遺留衛生教條和醫學的效用，何以能維繫五千年民族生存。

全國的中醫究屬有多少？還沒有精確的統計，但大約估計總有幾十萬人，這幾十萬人散居各地，深入農村，替廣大民眾服務，至於西醫，除了通都大邑及台灣全省以外，內地很多地方，一縣裏找不到一個西醫。還有中國農人和一般平民服用廉價的中藥，尚且經濟上感覺困難，要他們買高價的西藥，就無法負擔。

這都是實際情形，不容抹煞，但衛生當局始則要取締中醫，繼則「讓中醫自生自滅」，這種辦法都是不對的。

我是中國國民黨黨員，認為醫藥衛生與國民生活生命有密切關係，而且中醫中藥問題又涉及中國固有文化。我常常體念

國父遺教所說：「保持民族獨立地位，發揚我固有文化且吸收世界文化而光大之……」的遺教，所以對於這種忽視人民康樂和安全；忽視文化的舉措，表示反對。

我主張凡是能夠治人疾病的醫藥都該扶植，不管他是中醫是西醫。

對於中醫，應該在教育上作積極的扶植，我以為至少要做到下列兩點：

- 一、創辦教育研究機關，發揚中國固有醫術上的高深學理，整理數千年來的經驗，而與世界最新的醫學知識相印證。
- 二、國家設大規模的研究所，用科學方法化驗中藥，重新估定中藥的性能。

總之，我是希望中國任何治人疾病的醫生，其學問知識能力，都能迎頭趕上外國，成為大眾化（費用廉而普及）、時代化、科學化的好醫生，讓他們能夠深入民間，替廣大的民眾服務。

### （四）

反對中醫最大的一個理由，是說中國醫藥不科學，這在我看來也是一種武斷。

我以為中國醫藥，積數千年的經驗，已成為有系統有類別的學問，不過和外國的發展路線不同而已！

科學重實驗，中國醫生的觀察病象和斷定病態，以及決定治療方法及用藥，都有他自己的理論和方法。這種理論和方法，也一定經過長期的實驗而成立的，不過和外國現在的說法有所不同而已，——我們不能因為他與外國不同就說他完全不對！不過在這個時代要和這個時代的一切相配合，使大家都容易了解，所以我在民國十八年就主張中醫要現代化。

西洋研究藥物者，每每先以動物試驗，然後用到人身上來，中國幾千年來則以



「人」作試驗而研究藥物的性能，為什麼現在學醫的人反而不相信它呢？幾千年寶貴的經驗，為什麼不能算數呢？

現在學醫的人，有了新的方法，最好鼓舞熱忱去改進從前不合科學的地方，更從其發現作進一步的研究與發明，以發揮更大的效用，那纔是學者應有的態度。

中醫被認為不科學的另一原因，是說中醫講哲學講陰陽五行。

對於這一點我也有一些意見。

中醫講哲學，哲學並非玄學，它是一種與科學相生相成的學問。國父說過，學哲學用來判斷，學科學用來觀察，人類進化的道理，都是這兩方面學得來的。

哲學用之於醫事，是要對於人體組織、人的生活、人的環境等等，作全般性和普遍性的認識，而確立一種顧及「全體」的治療方法，所以頭痛治頭腳痛治腳，大家認為是一種不澈底治療。

至於「陰陽五行」，許多人多有誤解，其實照到陰陽五行的正面解釋，毫無可以誤解之處。尤其學醫的不應有誤解，因為學醫的責任是為解除病人的痛苦。人的身體裏不和常就會生病。有些是陰不和，有些是五行不平。陰陽二字現在學過電氣的人，大概都能瞭解，可以不必解釋。五行金木水火土是五個代表行動的字：水向下，火向上，木向四面發展，金由四面向內凝聚而固定，土是代表鬆緊，（這是我看了一本討論陰陽五行的書在許多解釋歸納起來成此最簡單易懂的解釋）。醫生解除病人痛苦，也就是能夠使人體內陰陽不和者得和，五行不平者得平，醫生既負此種使命，所以行醫用藥之前，不能不先了解陰陽五行道理。至於有些人以為醫學上陰陽

五行，和星相方面的陰陽五行完全一樣，那是誤解之至了。我們若現在另外一個原則上的解釋，亦可以說醫學上的陰陽五行，實在是生物化學的基本原理，陰陽是生物之道，五行是化合中和之理，它又說明了人體各個部門的相互關聯和配合調節，把本來不連屬的現象連屬起來，成為一種理解，又可以說明人與自然界的配合是否適當！和何以致病，如何治病，這是一種辨證方法，並非玄學。

中醫對於陰陽五行很少人能夠完全了解，即使了解而不能用現代話來解釋，如果有人遇到一個解釋不清的中醫，又難免不誤為玄學，綜結起來說，中醫中藥並不違反科學，惟需要新的學理來印證，更求進步，俾對病人有良好的貢獻。

中國醫生的治療方法，當然有他們的根據，但現代既已有新工具發明，就應該拿來應用，可以更切於實際。

## （五）

社會上有些人，對西醫不滿，認為他們之中，有一部份人未能如學其他科學者，能將中西學理融會貫通，接納自己固有的長處，消弭學問上不必有的界限，而以少數壓倒多數的姿態對付中醫。這就難怪要引起反感，而形成中醫和西醫之間不易磨滅的裂痕。

我們常常聽到人這樣說：西醫雖然觀察微細，而判斷並不高超，中醫不能觀察細微，而有時判斷亦能準確，雙方醫生之中固有良醫，這是他們個人資才和經驗所造就，不能算完成了整個的學問。若雙方均能多補其缺，則其成就自必甚大。

現在世界科學發明進步日新月異，醫學在此進步潮流中，自應隨著努力求進，



無論任何醫生，均應吸收新知識，纔可以不落伍，而已有現代科學知識的西醫，如能應用科學知識，來幫助研究中國固有的醫藥，以創造新中國醫藥文化，則他們對國家民族和對人類的貢獻當更是偉大了。

#### (六)

學問本應無界限之分，中醫西醫的爭執，實在是研究學術上的一重障礙，像中國這種情形，似乎沒有人願意從中化解，我從前在江蘇辦過醫政學院，院內附設有衛生特別訓練班，灌輸中醫以科學知識，並在其中選擇優秀人才，預備到西醫正科五年級時對該級學生講解中醫各科，要學西醫的同學，也瞭解中醫常識，這也許是一種融解中西分歧，交換知識的辦法，而當時教育部醫藥教育委員會中竟有若干委員罵我辦出一種非驢非馬的學校。某衛生當局對學院亦多責難，某次遇見這位當局，特為舉個例子給他聽，我說：我們浙江上八府從前凡有負笈出外求學或赴京考試的鄉人或族人向來有集資送盤川鼓勵青年向學的俗尚，等到學成或考試得中歸來，必定要他在學堂裏或者公共場所講學若干天，使鄉黨族人大家接受一點新知識，這種做法就是使得向隅的人也有獲得進步的機會。現在我們國家派學生出國學醫，學成歸國，不但不去啟發他人，反而鄙視一般無機會出國學習的人，口口聲聲說這些人不懂科學，毫無科學知識，應該取消，毋寧有失事理之平。中國的醫學有幾千年來的歷史與偉大的創造，其間化過多少知識份子心血時間與經驗的積累，不能因為我們不肯去研究他，就隨便加以指責，我覺得這種現象，完全是你們當局過分崇拜西洋醫學的心理所造成。其實外國醫學的發達，並不能完

全歸功於醫生，還是人家國家教育發達和其他科學發達協助的結果，譬如有藥物化學家之努力始有若干類之良藥產生。年來外科手術比較進步，也有賴於消毒與麻醉藥品之改進與發明，譬如有物理學家之努力，則 X 光學，及電療等等之發明，得應用於病體之檢查與治療，有顯微鏡之發明，得應用檢查微生物與血球等等之變化，以查病情。中國科學既已落後，又無人肯下功夫，將原有醫學與現代醫學融會貫通，更無高明的人能應用習科學之技能，以改善自己醫藥，還要鄙視自己文化，甚且仇視自己文化，我們中國醫藥要在世界醫藥上立足，或放些光彩，照你們這樣弄下去是永遠沒有前途的。

#### (七)

有人說中醫頑固不化，而中國的西醫中實在也有些人非常偏執，近年來有若干中醫已經懂得科學的重要，希望學習或應用。抗戰期間，我在重慶，那時痢疾流行，西藥進口困難，因此想研究幾種中國的痢疾特效藥，特地和一位中醫商妥，在他診所設立一間房間，並且由這位醫生擬好登報啟事，準備某月某日起至某月某日止專診痢疾，暫時謝絕其他一切病症之治療，凡看痢疾者，必須帶一些大便來，以便檢驗。誰知後來連找三位檢驗師，都不肯與中醫合作，結果痢疾盛行時期已過，試驗不成，這不是西醫之中，也有頑固不化嗎？有若干學過西醫的人，你向他說中國的好處，他不會相信中國人說的話，祇要外國人開口，他纔會注意。那年我們在小溫泉研究常山，他看了認為開倒車，後來英國人注意了，美國人有研究了，於是乎下命令要他們自己附設的衛生實驗院也跟在後

面研究。又譬如我們研究油浸白果，當年請中央醫院為久患肺病的人，作研究試用，院長沒有答應。共產黨「接收」我們的研究所之後，繼續又作了一年的研究，聽說有了相當的結果，那位靠攏院長在油浸白果研究會中就向著類似外國人的共產黨說：「我們最初聽說油浸白果可治肺病，當作笑話，現在纔知道他有價值」云云。從這裏，可以看出這些人的觀念，似乎治肺病的藥祇有外國人可以研究發明，中國人來做這種工作就成為笑話了。可見這些人，對於中國文化，一向蔑視，惟外國是從，雖然學問無界限，可是否定了自己，只服從他人，也不是一個有五千年文化歷史的國家的人民應有的態度。

#### (八)

三十四年前，一般人的觀念，說中醫內科好，西醫外科好，那時我總是請西醫看病，對於這類話不大相信，我以為西醫的內科和外科是並行進步的。但是那時的西醫，看到中醫治好了病，也決不承認中醫有其長處，祇說：「中國的藥本來是不壞的」。這些話我也聽不慣，曾向西醫說過：「如果不是經過醫生的研究應用，藥物本身何以會得發生能力治好人的病呢？」有幾位西醫雖然討厭我的問話，但是他們還是那樣說，毫不變更口氣。

近幾年來，我有一種感覺，中國醫學的內科，固然停著沒有進步，而西洋的內科醫學，似乎近若干年來也進步很慢。舉若干例子來說，譬如你生盲腸炎或膽囊炎的病，從前西醫內科還要想辦法，但是現在一切都推在外科醫生的身上，其實這些病，中醫內科還是有辦法的。又像西醫外科開刀以後，假使不收口，似乎缺少良

法，而中醫外科還有藥可用，用之亦可封口，這都是我個人近年所得的經驗。而在另一方面，西藥的發明卻是日新月異，所以如果說一句笑話，我們仿照一部份西醫批評中醫的話來說便是「西藥本來是不壞的了」。假使近年來沒有盤尼西林一類的新藥發明，西醫對於很多的病似乎沒有方法治了。中醫外科一切當然不及西醫好，但在用藥方面，我也不敢作武斷的說西醫完全比中醫好。因為中國幾千年來，有若干驗方與辦法尚有為西醫所不逮的，所以在比較方面，我愈生病愈留心他人的病與藥，愈不敢隨便作比較的批評，不過歐美各種科學的進步，足以推進醫學的進步。中國在戰亂之中，中醫即使要求進步也無法進步。何況教育當局更無暇規劃完善之中醫學校，社會亦乏人設研究機關，加以過去衛生行政當局又常施壓迫，則更無法進步了。

中醫治病，先索病源，於望聞切之後，然後察病人性格，揣氣候環境之影響。於望聞問切之後，然後決定方針配備藥劑，有主藥有副藥有助藥，即所謂君臣佐使之分。好像軍事家用兵一樣，收集資料明瞭彼此之後，然後研究攻守之宜，我認為在治療前作這種全般性觀察很有道理，值得保留研究。照一般人看法，西醫對於病症有時候不肯用心探源，祇問現象，譬如吐瀉就給你吃消炎片，一向身體健康的，當然無所謂，身體虛弱的或者有腸胃病，吃消炎片就有流弊了。近來新出的西藥，經驗缺少的西醫對醫療更少用工夫，只曉得依賴藥，沒有對藥性詳加研究，更不問其用之於人體整個影響如何，如最近友人某君之死，就是在他久病衰弱的時候用了一



種猛烈的攻藥瀉水，以致虛脫而死。若在中醫的道理說起來，攻藥就不能用於久病之身，所以中醫有半攻、半補，或先補後攻諸方法，若干年前，就有一位有經驗的老年中醫，向我說過這個原理，後來又問過許多中醫，也都說得出這個道理。（事後我曾面詢若干年長經驗豐富之西醫亦知此攻藥不宜隨便應用）所以在某君病重之時，我有函致其女說：你父病久，應顧及整體滋補，不宜單用方面之藥，請其商諸醫生，但主任醫生不注意此點，聽得其肺部停水，十幾天之內一共用了四針半汞製瀉水劑，最後用了半針在數小時內，水固排除，而真元耗盡，聞其主持者尚是一優良名醫。竟不明此理，幸而中國人知道西藥內容的很少，除非碰到我這樣喜歡研究的人，才會知道這位朋友的死還有醫生誤事的成份在內。

再舉一例子，去年我聽得朋友說起，他的親戚已經七十多歲，入某大醫院打了兩針葡萄糖均有反應，後即衰竭而死。又有一個朋友的女兒生產，心臟本來不好，產前產後打了兩針葡萄糖，亦均有反應而死，又聞某委員年齡亦相當高了，入院後打了三針葡萄糖，亦均有反應，影響心臟致死。葡萄糖這樣藥製得不好，就會反應，這是醫生所曉的，那末照常識判斷，年齡大的或則心臟不好的人，就不應該用葡萄糖這類藥當作補藥了。但是這三個人竟死在這個醫院。（知道葡萄糖不好，還要繼續使用，這是醫院辦事人的馬虎）我舉上面的幾個例子，不是攻訐某人，我祇是希望西醫應該不斷研究，不可隨使用藥，因為如果西醫對於藥性人性與用藥方面不作通盤計劃，也不求藥性的了解，則確實是

個大缺點，這個缺點必須改革，同時對於中國醫學還有值得保留研究的價值。

### （九）

我所說過去衛生當局對本國醫學的忽視，不是隨便講的，只要看二十餘年來各醫學院中就從沒有加添過「中醫」科目，甚至禁止設立中醫學校，就是租界上有了中醫學校，教育部廳方面也從不聘請懂得中醫的人去指導推進，實在是對於文化和人民健康一種偏差。

我當年辦江蘇醫政學院，立意即為糾正此種偏差，除了衛生特別訓練班之外，另在醫科三年級之時分別調訓中醫各科之人，使知現代醫學進步之程度，同時可以逐漸使醫科學生也要瞭解中醫的優點，在醫政學院中任何各班次又均需讀中國醫學史（陳邦賢先生編了一本中國醫學史，出版數年僅僅售出三本，直至醫政學院開辦之後，才有銷路，可見全國各醫學院在此之前，並無中國醫學史一課）使每個學醫的人都知道中國醫學有其偉大創造歷史。可惜後因戰事僅得調訓中醫外科一班（中醫外科醫生，在江蘇有五百人，其中年輕可以調訓者有四百人左右，擬分五期調訓完畢，第一期因戰事已起，交通阻隔祇到六十餘人，因學校辦一重傷兵醫院，此六十餘人到校不久，即入傷兵醫院實習）然已提高一部分中醫外科程度不少。自我交卸江蘇以後，江蘇醫政學院因省方無法繼續，乃改為國立江蘇學院，於是一切均照部章辦理，（醫政學院辦了三年未向教育部立案，因該部醫藥教育委員會反對我們這樣辦，如向其立案必遭駁斥或命令停辦也）原來計劃完全被取消。後來我在重慶發現中藥治瘡之功用，研究常山乃另取途徑，想從

研究中國藥物方面開闢新路，於是有中國特效藥研究所之組織，想從研究所藥廠農場，實驗醫院成為一套學術系統，而且從這條路，還可進一步研究中國醫學，辦一融合中西的醫學院，計劃不免迂緩，但進步亦頗神速，數年之內，研究所設備完成，在此時期，我們發現中國特效藥物美不勝收。若環境許可，預料到民國四十年，至少還有三四種中國特效藥品發明，祇要中國自己有發明，那末外國對中國醫藥態度就會不同，祇外國人的態度不同，相信中國衛生當局自然跟他們轉變了。不過中國人對於自己文化的認識，要這樣轉變，未免太可憐了。可惜我這個志願又以政局關係而隨著失敗了，這是我過去所盡的棉力，從這裏可以看出我對於中醫中藥的態度。

我為什麼對這件事會特別有興趣呢？因為我生了四十年的病，接觸的醫生太多，接觸的與注意各種的病人也不少，覺得中醫西醫對於治病，都還沒有達到成熟階段，有許多病西醫認為是無望了，但是中醫竟能治好，也有中醫醫不好的，西醫能夠治好，有許多病看來並非絕症，但是中西醫都無辦法。所以一個病人立場說話，中西醫兩方都無可以自驕之處，都應該力求進步，同時我覺得中國有五千年文化，醫藥的歷史亦甚悠久，倘使衛生當局與教育當局，處處對於研討中醫的途徑加以阻撓壓迫，使今後中國醫學者不再知中國過去數千年中經有人努力於醫藥與其偉大之創造，如果做子孫的竟把這一份極寶貴的遺產棄之如敝屣，實在太可惜了。這種偏見的做法，實是違背 國父吸取世界文化而光大本國文化的遺訓，這是我個人注意於此事的主要原因。至於有些人因為不注意中醫

中藥的改良和進步，就罵我是頑固份子，倒沒有關係，我祇是不意隨便蔑視本國文化，更不願隨便盲從他國文化，主張擇其善者而從之，不善者改進之，為中國學術求進步，為人類健康求保障，這種態度，我想祇要他是個中國人，總不會當作我是錯誤的吧！

我在這四十年生病之中請過不少醫生，有中醫有西醫，而且中西醫的內外科都有，西醫之中又有德日英美之分，我什麼時候請中醫，什麼時候請西醫，都不一定，要看病情來決定，有時候上午請西醫聽了他的理論與判斷，下午再請中醫來聽他的理論與判斷，比較誰合理就請誰看下去。譬如我在廿一年生傷寒時，家裏已有數人患傷寒，知道是由傳染而來。我向來看到親友們患傷寒，都勸他們看中醫，大都安全治好，但在我自己感覺到生傷寒病的時候，請來的中醫並不能夠判斷準確，後來請來一位西醫，卻斷定是傷寒，他也懂得中國老法治療，又有新的方法和新的藥，我知道這位西醫是在求進步的，所以就決定請西醫治下去，也治好了。又譬如廿二年我的肛門口生臟毒，開刀之後西醫用各種的生肌藥，均不能再有生機，祇好改請中醫，最後用中國生肌藥使肌肉重生。又如卅三年我的肋膜炎西醫開刀後不易收口，西醫主張割去肋骨，以消除空隙，我始終認為這種方法不合理，所以沒有依照的主張辦理，而中醫則有補氣之藥，使肺部充實以消除空隙，故採用中醫之法，竟然收效。又開刀地方，因久不收口生一漏管，要去掉漏管，西醫除了用刀括之外，則別無其他藥物可使，但是中國有消除漏管生肌之藥，採用之後也居然收效。我因病求



醫，初無成見，不過我在中西醫之間喜歡互為介紹其他方面理論與優點，批評其本身缺點，在近三十年之內無時不做此工作，用心祇在減少雙方成見，期望互相學習，能夠有兼通中西的優秀醫生出來。在我個人忽請中醫忽請西醫，實在是件麻煩事情，不過麻煩雖麻煩，在這中間確也了解得很多，所以我在民國廿三年自己要擔任江蘇醫學院院長。我認為治病不能有偏見，久病之人辦醫學教育也許會比醫生辦來得好，這同德國政府不許外科醫生擔任醫院院長一樣的道理。中國有些人以為外國的一切都是新的，為了表示他自己是新人起見，所以要反對中國固有的一切，甚至於有一面秘密貼狗皮膏治好腰骨痠痛，一面作文反對中醫，這些人是最不長進的。要知新的不一定好，舊的不一定不好，中國舊的不一定在外國也算是舊的，也許到外國變成更新，這例如中國的針灸醫法，法國人日本人都在研究，變成他們新的醫學了。所以我們對於一種學問，也不能有新舊的成見，在醫學上，只求其能如何治好病，能迅速治好病，才是真正的好。

#### (十)

那末中國醫學應該如何的發展呢？照我的理想，主要的當然還著重於醫學教育，覺得今後辦醫學校不可把中國醫藥一筆抹煞，學醫的人必使先瞭解中國醫學歷史。學科的安排，除了西醫各科仍本其舊或酌量增減外，中醫各科，內科外科以外，按摩針灸，也應列為正式科目，其他如祝由科（精神治病）如哲學，如陰陽五行學說，以及人與生物的本能的研究，氣象變化與人體之影響與藥物性能及其泡製……都應該透過科學，加以研究，這樣才完成中國

醫學教育新系統。至於大眾衛生與疾病預防，為近代福利人群之大端，這裏包括醫學常識，風俗環境之瞭解，與行政方法與專門醫科不同，應當另外設班訓練人才，今後不能再由醫生擔任。還有在最近三十年之內，醫生應分為若干級，以適應時代需要，不必都期望其為全能的醫生，依地方病的種類與環境的簡雜而定某種醫生的需要，祇要經過學校訓練認為合格的醫生，都有機會可以行醫，再將現在行醫之醫生加以訓練，則醫生亦不難普及矣，這樣將來的醫學與衛生行政主持方針，才能步入正軌。中醫西醫之分，也可逐漸消除，所有中國病人求醫之時，也不會再有無所適從之想了。但是這些工作還希望學科學的人多盡點力，更希望現已行醫之中醫亦能努力做去，更希望青年中醫都有接受科學訓練的機會與志向。

醫學教育的進步，相對的也要使藥物進步才配合得上，中藥本來對配合泡製煎服有過研究的，近來也見疏忽了。像在台灣有些地方的中藥舖，簡直馬虎到極點，既不注意炒炙製法等等加工方法，而且往往將各味撮和一起，無法覆核其份量是否準確，我竟發現過某藥舖因那一樣藥（且係主要的藥）沒有，就不放入，也不告知病家，這種情形恐怕大陸各地也是有的。所以醫藥學校也應該大規模的辦理，藥劑人員沒有訓練，製藥無一定標準，就是有很好的醫生，也不能發揮醫的效用，有時還要喫壞人。所以徒有簇新的中國醫學還是不夠，藥的方面，也需要努力改進的地方很多，這是一件大事業，如果大規模的中國製藥廠辦成功，不但可製中藥，而且可製西藥，不知道可以挽回國家多少利益

呢？從前所聽得留學那一國回來的醫生就喜歡用那一國的藥品，好像做了外國藥品推銷員一樣，如果自製藥廠能大規模設立，那種現象就會沒有了。不過這是需要很多的化學技師與原來鑒別藥物專家們合作才能辦這件事。

中國藥物，本草所載已經很多，但藥書沒有提及的藥物還是很多。我個人隨便拿幾種如常山如油浸白果之類，用科子方法加以研究，就能成為一種新的特效藥，可見辦這件事，實在是件大事業，我在民國二十三年時，請一位在上海的德國醫生治病，詢問他拜耳藥廠何以能發明很多的好藥，他笑了一笑說道，還不是他們肯化錢，肯用心。我問他如何化錢與用心呢？他說：「據我所知，拜耳在中國的通商大埠，都派人在那裏查訪中國有效的藥方，搜求了有效的藥方，寄回去研究化驗，從這個工作中得到很多的新藥。」他又對我笑著說：「我聽說中國發明的藥物很多是不是？」我祇好說一聲「是的」。我聽了他的話，我才曉得拜耳之所以出名，一部份還是得之於中國，由此我們應該立志，中國人自己有了很多的遺產，自己應該努力繼承，以成新的創造與發明。

有一次，我在南京到另一位德國醫生家裏去，他是在德國雜誌上看到青苔的用途，正在查閱中國藥學大詞典，翻到青苔一藥時他看我坐定後，立即問我：「中國為什麼在二千年前就曉得青苔可以治喉症呢？」我說：「也許你們德國現在發明的醫師化學師抄襲我們的吧？」他聽了雖然有點不高興，但是他說：「我們的確比你們遲二千年發明。」這可見我們早先發明的東西太多，可惜沒有人繼續去研究發揚

光大。時至今日，我們確應該明白這種道理，向著這個目標去努力了。

我認為有一種病一定有一種藥可以治，所以醫生在治療病的時候，假使說某病絕對沒有辦法，我是不相信的。他祇可以說他自己沒有辦法，或者說現代學問還沒有能到解決這種病的方法，應該不放棄研究探討來達到治療的一種精神。有人說外國科學發達，已經有很多發明，可以解決很多病症，我們不必從這方面去努力，我也不以為然。外國誠然有許多發明且能大量製造，但是稱為特效藥的，最近如「盤尼西林」「鏈黴素」之類，將來是否能繼續保持特效名稱就很成問題。照我個人經驗，在民國卅四年「盤尼西林」初出時，打了廿萬單位，就能把我胸腔裏面的雜菌撲滅，到卅九年繼續打了一千二百萬單位還是撲滅不了，「鏈黴素」我也用過四次，越到後來效用越微，而且生反作用，可見這種藥還不能算是特效根治藥品，還需要尋求進步。中國藥品採入本草的有千餘種之多，聽說經過西洋人化驗提取精華的，不到百分之一二，經過日本化驗提取精華的也不到一二十，則是尚有百分之八九十幾需待我人之努力，何況還有未曾採入本草的藥品很多，其又有若干藥非得中國人自己研究不為功，因為外國人無此環境，而且理想方向與經驗也有不契合的地方，所以我們的藥物化學，和實驗等工作，真是下一輩子孫做不完的。

#### (十一)

我以為如果國人恢復了自信心，對自己的醫藥學問重加認識之後，不僅可以發展自己的前途，而且可以光明世界醫學的前途，這裏我也有些意見陳述：



現在西洋各國有這許多醫生與藥劑師，照理醫學的進步，應該是十分驚人的，但是我們生病的人深深體驗到並不如此樂觀，看得出的還祇是外科手術以及頭痛醫頭腳痛醫腳局部方法的進步。藥物方面同樣如此，除了有些由原來藥品改良以外，其他祇有各種維他命的提煉，各種硫磺製劑之分類，各種黴素之應用等等進步的較為顯著而已，所以多數在幾十年前治不好的病，到現在還是治不好。這種進步遲緩的情形，可能由於科學愈分愈細，祇懂演繹下去，而不懂得歸納的緣故，同時外國社會也因為科學進步的結果，各業分工愈細，人人各備專門知識，對於自己專門以外的事，無暇去用腦筋，病人一入醫院，絕對服從醫生，不論治得慢或治不好以及治療方法是否合理，很少去懷疑批評。本來醫學的進步得之於醫生與病人之間的最多，可是病人不批評不懷疑，在醫療以後究竟是好與不好，就缺少客觀的印證，因此某些不合理的治療方法，也會推行開來，像治肺病的打空氣針，切斷神經和肋膜炎之切肋骨等等，有些是內科應份的事都交給外科去辦了，使得內科醫生更加減少用腦筋想辦法的機會。這種不合理方法的進行，正是阻礙合理方法產生的原因，我們還要知道醫藥發明多半要靠機會，機會往往要在困難中得來。現在美國已有很多完備的醫院，又有很好的交通，凡有病的人，都可以請醫生或入醫院診治，毫無困難存在，機會也就難得，而所有的醫生對於可治的

各種病已有定型的治法，其無法可治者亦有定型的說法，所以希望其有更大的創造與發明確是很難的事了。

所以要世界醫學開創光明，也需要中國人增加自信，然後外國學者會尊重中國文化，肯研究中國文化，才能發現中國醫藥方面的寶藏，在現代西洋學研究方法之外，更開闢一種研究方式，其足以促進世界醫學進步，也是十分可能的。

## （十二）

總括來說，中國早已有通行的醫藥，和習慣上的衛生常識，才能夠使民族延續，人口蕃衍，不過近代世界物質文明進步，而中國這多年來內憂外患之餘，民族意識磨折消沉，本位文化漸被漠視，遂見其落後，所以要保持中華民國獨立生存的地位，無論在那方面都要求長進，求長進先要「尚志」。「尚志」並非自大，而是自信，譬如中國醫藥雖似落後，但亦有所長，若詢問有經驗的中國人，必無人否定其不能治病的事實，有此事實，才說得上拿人家的長處補自己的短處這樣它的前途，才是光明進步的，復次我們既不否定自己的長處，我們一定要下決心整理出一個研究系統來，我個人對於醫藥所見當然甚小，希望我們中國學醫的人，對於這個問題都注意起來，拿我們的研究方式，在西洋醫學進步遲緩的今日，加入一些新血輪，無疑對世界整個的醫學，必有相當貢獻的。



# 我對於中西醫藥的看法

文／陳立夫

編者按：總統府前資政本會名譽理事長陳立夫先生於生前致力推動中醫藥現代化不遺餘力，大聲疾呼復興中華文化，發揚中國醫藥，同時指出中西醫學各有優點缺點，應該愛其所同，敬其所異，乃能進於世界大同。見解超卓，啟曠振聳，當時各大報刊，競相登載；茲值本會成立五十週年，謹再將原文刊出，盼我全國中醫藥界同道，體會立夫先生於生前弘揚中國醫藥學術之心情，團結合作，致力鑽研，日新又新，精進不懈，使我中國醫藥，隨中華文化之精神，傳播萬世，照耀人寰。本篇摘錄自五十九年二月十日台灣中醫雜誌第十九期。

今天兄弟很高興能有機會和大家談談復興中國文化運動中，個人對於中西醫藥問題的看法。首先我們對於文化二字應有一個共同的觀念，我以為凡是人類在精神方面或物質方面一切創造，或發明，都稱之曰文明。此種創造或發明其有影響於人類之生活、或生存者，則稱之曰文化。文化顯然是具備了天下為公的本質，無中西之分，無古今之別，祇要對於人類有益，都應該大度採納，無益始可拒而不受。國父對於中國文化，亦有同樣的指示說：「自己的，好的應該保存，不好的，纔可以放棄。」並且指出「對於吾國固有的道德智能，應從根救起；對於西方的物質科學，要迎頭趕上。」我對於國父的訓示，認為方針十分正確，所以遵守不渝，對於中國醫藥學術問題所採的立場，亦無例外。

人類的進化為的是求生存，所以民生才是社會歷史進化的重心。所以我對於殺

人的工具和方法，求其愈少愈好；活人的工具和方法，則求其愈多愈好。因此，在醫學方面如果中醫和西醫均有治一種病的特效藥和特效治法的發明，我們應該使其並存。又如中醫有桑葉、薄荷發汗，西藥有阿斯匹靈發汗，就不必用阿斯匹靈來打倒桑葉、薄荷，使鄉間病者非走十多里遠路去買西藥不可。二者不可互相詆毀，互相排擠，愛其所同，敬其所異，原是中國文化的特長，故有「道並行而不相悖」之信念產生，有存小異的雅量，乃能進世界於大同。

我國醫藥 體系完整  
中醫理論 以易為基

科學無論是自然科學或社會科學，都不能離開事實的，無數次同樣的事實，給予人們的經驗和統計，再證之以實驗而不爽，才產生了定律和公式，蓋事實勝於雄辯，所以幾乎每一個人對於中醫或西醫難



免帶些偏見。因為如有他的家裏人被西醫醫錯了，險些把命送掉，而被中醫醫好，他一定從此信仰中醫，反之亦然。但是人體的構造是最複雜不過的有機體，科學雖然天天在進步，但是不知道的部份還是太多，同樣的藥用在不同的人身上，其效果未必同，有時候並且會有奇異的反應，由於科學方法的進步天天繼續不斷在研究，所以漸漸深入其堂奧，但是距離目的地太遠哩！舉個例子來說：卅年前西醫都相信小孩的扁桃腺有種種壞處，非乘小的時候把他割去不可，所以醫院中曾看到小孩們排長龍等割扁桃腺，以後復發現了扁桃腺是人身體第一道防線，不能割去，割去了壞處更大，於是再也沒有小孩把好好扁桃腺割去了。前面是科學研究的結果，後面也是科學研究的結果，而後者與前者的理論完全相反，這是從人體實際試驗一段較長時期獲得了經驗後，才有一百八十度的轉變。那麼中國醫藥經幾千年用人體實驗所獲得的經驗統計，難道就可以用「不科學」三字抹煞一切嗎？醫學確是一種最難的學問，必須要極聰明又好學的人，才有資格學醫啊！

西方醫學由於自然科學的突飛猛進繼之而迅速進步，是眾所周知的。但是如果沒有物理學家發明 X 光及顯微鏡，人體內部情形看不到，細菌學無法得到實證，生物化學如果不進步，各種藥物的實驗無從實施，藥物的製造亦難順利進行，其他如電氣、電子、機械、化工，甚至礦冶等專門學問及工程部門對於醫學都有不少直接

間接的貢獻。但是到了今天，許多疾病的原因，或還沒找到，或還沒有根本治法。據一位外國有名的醫生告訴我：內臟的病在西方已經有把握能醫治的至少百分之二十五，所幸在外科進步的快，五臟中不健全的部份，可以動手術割去，若是僅靠藥物來治療，那就時間等不住了。所以在醫學本身方面，有待研究發明的太多了，我們應該多麼虛心才對啊！

中國醫學的理論基礎是易經，他是分析宇宙間的象、理、數的一部鉅著。應該屬於自然科學的範疇。因為他所用的都是符號，後人漸漸不懂了。自從四書五經被剔出學校教程外，其中最難懂的一部易經，自然更沒有人去讀而漸漸失傳了，這是一部中國文化精神之所寄的最重要著作，為四大聖人智慧的結集，是合天道人道為一原理之鉅著。

其中所稱陰陽五行之變化，盡合力學之原理，從永久在動在變的宇宙中，尋求出不變和應變之道理，而以卦爻釋之。此種道理，可用之於人生社會，是為孔學與老莊之學；用之於軍事，是為孫子兵法；用之於治病，是為醫學。其他如名家、陰陽家等等學派無一不源於易經，中國醫學最高原理，即「致中和」三字而已。人體內一部份機能失去均衡（中和）即是病，藉外力「藥物」之助，使之復返中和即是健康，由此原理以研究各種藥物之特性及其所屬於五種基本動力（五行）中為何一種，與其影響者為體內何種機能。

黃帝神農為醫藥專家

### 中醫重視生理心理關係

再研究人體內部各部門相生相剋之道，然後能對症下藥，使復中和，是一套極完整體系的醫學及藥物學。假定人們沒有成見，不誤認為中國文化不值一文錢的話，你一定承認在中國學科中，醫學及藥物學均為自成體系的一門科學，再不會妄以「不科學」三字抹煞一切。如果我們認為「國父的科學定義「凡是有組織有系統的學問就是科學」沒有錯的話，藥物學分類之細，說明之詳，不亞於今日之生物、化學。所不同者其用詞不同，不合乎時代所習用之名詞而已。合動植礦物有七百餘種之多，可謂洋洋大觀了。

有一位懂得醫學的美國傳教士和我談起：他說他很驚奇中國一般老百姓對於醫學常識何以如此普遍地豐富，對於某種食品對某種病可食或應忌食，亦多說得出。我告訴他：（一）我們都是黃帝神農的後代，前者是醫學專家，後者是藥學專家，我們對於藥學知識是應該豐富的，（二）和美國今日一樣，聯邦政府有專管藥品及食品的機構 (Food and Drug Administration)，在三千年前的中國周朝已經有了，在周朝有醫官食官之設置專管民間醫藥及食物的記載。（三）中國醫藥距今一千七百多年前，不獨內科已高度發展，外科亦極其進步，後漢書卷八十二華陀傳（約當西曆一一〇至二〇七年）已有如下之記載「……若疾發結於內，鍼藥所不能及者，及令先以酒服麻沸散。既醉無所覺，因剝破腹背，抽割積聚，若在腹胃，則斷截湔洗，去除疾

穢，既而縫合，傳以神膏，四五月創愈，一月之間俱平復……」，查麻醉劑在西方，一直等到一八四七年才由英國單伯森氏所發明。（四）生理和心理的關係，中國醫書早有詳盡說明，例如息妄念以養心氣，絕躁怒以養肝氣，寡言語以養肺氣，節飲食以養胃氣，淡色欲以養腎氣等。在西醫方面對於此類問題之研究，尚為不久之事。

（五）針灸為中國獨創的一種醫學，完全用物理方法治療。而且製有銅人，以示穴道所在，若非精於解剖學何克臻此。（六）中國食品大都涉及到藥理方面，尤其是補品，所以幾乎每日都有聽到醫藥教育及常識的傳授。食物種類與各種病的禁忌，在西方尚為新的學問。（七）其最主要的是中國醫生開方必寫脈案，首先說明症象，次涉其診斷，再次說到治理方法，最後列舉藥味及其份量故。每一藥方，是一份完善的講義，流傳於民間，其不能寫出脈案者，稱為庸醫。西醫則無此辦法，祇寫洋文藥味，誰都看不懂。多問問還惹他發脾氣，由上述可知道中國人對於醫藥常識豐富的原因了。彼始恍然大悟而去。

中國人很看重醫生，良醫恆與良相並稱。中國醫生認為行醫不是為賺錢而是為救人，和西方醫生看法完全不同。在美國行醫的中國醫生，個個賺大錢，因為他肯詳細答病人之問，半夜三更肯出診，「德本財末」之古訓還未全忘。美國醫生多半是猶太人，他們重利觀念是世界聞名的，中國醫生將來如有過剩，還可以出洋呢？最有趣的消息，是舊金山市政府主管藥物



的美國人，他全家人有了病，都非吃中藥不可呢？

中國有些西醫往往對人說：「中藥還可以，中醫是不成。」因為他們聽得有人因應用科學方法提煉麻黃中藥以治氣喘症，在外國享大名、發大財，所以就作這個斷語。我聽了真是好笑，試問藥能不經過醫生及醫理會自動治好人的病麼？何況在二世紀時張仲景書上早已有麻黃能治氣喘的詳盡記載呢？中國常用藥物，約七百餘種，其藥性功效已有一百餘種為世界醫藥界所公認，所缺的是中間這一段化學分析和說明而已。希望這一種大富藏，有多人去發掘，對於世界人類必有鉅大的貢獻。

### 中國文化偏重人的研究 中國醫藥參贊天地化育

總之中西醫學有基本不同點，一則視人為人，為一小天地，人自身隨時具有調整的功能。一旦均衡失調太過時，祇要稍得適當之外力（藥物）之助，可以回復中和。天地有四時季節，人亦宜與之配合，必要時亦可以人為方法（用涼藥或熱藥之助）強之春行秋令或冬行夏令，使體內毒素（即細菌之別稱）因環境突變盡歸消滅。戰事一了，和平又現，體內某一部有病，其原因或在另一部份所以應通盤計劃對症下藥，故症有虛實而治法各異。西醫則視人為物，體內部份無一不是物，一物有病則治之，不能則割去之，當然頭痛則醫頭，腳痛則醫腳。根據自然科學及機械科學原理，這是一點也不錯的，血液中發現有外來強盜（毒菌）則注入警察（抗毒物）以

捕殺之，此亦不失為方法之一種也。

由於中國文化偏重於人的研究，故一切都從盡人之性入手；而西方文化則偏重於物的研究，故一切都從盡物之性入手。若雙方能相互愛其所同者敬其所異，則必有一天能雙方碰頭，同為參與天地之化育而盡力，醫學者乃參贊天地之化育之重要工作也。舉中庸所云之證明之：「惟天下之至誠，為能盡其性，能盡其性，則能盡人之性，能盡人之性，則能盡物之性，能盡物之性，則可以贊天地之化育，可以贊天地之化育，則可與天地參矣。」盡人之性，既能進而盡物之性，則盡物之性，何以不能進而人之性耶！二者即可貫通，自能互相發明，惟在人之誠與不誠而已！

回憶民國十九年中央醫館在南京成立後，焦易堂先生為館長，本人即被該館理事推選為理事長。當時有不少人問我：「你是一個學科學工程者，何以竟對這種不科學的中醫，感到興趣，你不怕人罵你思想落伍嗎？」我說：「我不怕，因為科學二字照 國父的解釋，凡一切有系統、有組織的學問都可稱為科學。何況中國醫藥學經幾千年以人體作實驗所得的統計結果呢？如果他是精通自然科學又明中國易學來向我證明它不是科學，我可以佩服他。否則，自己既不明科學及易學而又妄指它為不科學，我祇能向他笑笑！一個學西醫的寫的是洋文，說得亦是洋話，對於中國經籍及醫典很少讀過，居然敢以『不科學』三字抹殺中醫，我祇能說他膽大妄為，自己不配作一個科學的醫生！」

### 中醫中藥能起死回生 不應該任其自生自滅

民國二十六年我有一位同事在漢口天主堂醫院患腹膜炎，發高熱。醫生束手，診斷祇有六個鐘頭可以維持生命，方巧名醫張簡齋先生來訪，我就一把拖他去醫院，他說尚有一線希望，開了方煎了藥，我就用熱水瓶帶藥給他吃，居然熱度降下來了，連服一劑，熱度回復正常，不必送太平間而準備出院了。次晨我去醫院，醫生很奇怪，我向他報告經過，並向他道歉說：我不應該將中藥帶進醫院，不過救命如救火，死馬當活馬醫罷了。你們猜猜這位醫生怎麼說？他說：「這不是中醫的效果，是上帝不要他死罷了！」嗚呼！世界上竟有如此不重事實的醫生，成見之深竟至於此者，有了事實而不肯進一步去研究實驗，才真是反科學，阻礙科學進步，為科學界的蝨賊，就是這種人，我當時又氣又怒對他說道：「你是科學的罪人。我才是上帝呢！」所以我不怕人家罵我思想落伍，自反而不縮，雖千萬人吾往矣！不過這還不是我支持中醫的主要原因。

主要原因我是革命黨員，看不入眼社會中不平的事，尤其是假外人的勢力來壓迫中國人，我是要「打不平」的。那時候衛生署成立了，他們的做法是要用政府的力量來壓迫及消滅中醫。後來國醫館成立，他們看消滅不了，改採任其「自生自滅」的政策。他們根本不明白什麼叫「政治」，

國父稱管理眾人之事就是政治，若是把百分九十以上的老百姓的事放棄不管，僅

管極少數老百姓的事，這能稱為好政治嗎？何況這是一種有關人民生死存亡的事呢？那時候西醫僅集中於少數大都市，祇有少數有錢有勢的人（當然連政府官員在內）才請得起，其餘所有的老百姓，都靠中醫在招呼他們的保健。是在「任其自生自滅」的中醫政策保護下苟延殘喘著，到現在主持衛生行政的人，依然沒有放棄這種觀念。

我當時基於義憤，大聲疾呼，勉強減輕了中醫所受的政治的壓力。但是問題的中心，是要靠有足夠的醫生，來擔當七億人民的保健工作才對，即使全用西醫，再加一百倍還是不夠，何況要培養成一個醫生，從大學一年級算起，需要十年，我們不能久待，須得面對現實，所以我在擔任教育部長任內，每省設法建立一個醫學院、培植人才，以應急需，所遺憾的未能同時多成立中醫學校，使中醫有同樣培植的機會。中醫師檢定考試，已經考試院舉辦，但是中醫師始終在「妾身未分明」的地位下受罪。

一件奇特的事在大陸出現了！十餘年前毛澤東有病，史達林派了醫生來為他診治。毛澤東怕蹈捷克共首被史藥死的覆轍，說他祇信中醫，不信西醫為理由以作擋駕！這話傳出，現在大陸每一角落裏，凡有醫務所，就一面中醫，一面西醫，讓人民自己選擇。而對於中醫研究，亦頗有成績，文化大革命也沒有把中醫革去，這果然是由於大陸缺乏外匯向外購置西藥所致，但是事實的需要，使他們不得不在萬惡中做了一件唯一的好事來，我們聽了不免有些



慚愧。

### 中醫不要故步自封 知己知彼才能進步

我一向希望西醫中有志之士挺身而出，將中醫中藥科學化，我更希望中醫不要故步自封，將凡可有助於望聞問切的科學工具先去學會，用熱度表總比用手摸摸頭要準確得多。用科學方法查血糖，量血壓，檢查內臟功能總比憑猜度要精密得多。人類為生存的一切發明，是供全人類無條件享用的，知己知彼才能進步，才能勝於人。但是後來我發現我錯了，中醫和西醫個個都對於其本身業務已忙不過來，那有時間來做這些極艱鉅的工作呢？除非國家拿一筆大經費來養若干專門人才專做這事才行。

有一件事刺激我最深的是當我在紐約長島住家的時候，左右前後的鄰居都曾患癌症而亡，因此我去找了許多有關癌症的書籍材料來研究。我聯想到中國醫藥方面對此問題或可有所幫助，我於是想自己去下番苦功，把匹林斯頓大學圖書館裏的中文圖書館名曰 Geet Library 中收藏最豐富的中國醫藥圖書用科學方法整理一下，這是一位被中國定州眼藥醫好了他的眼病的一位美國工程師所出的一筆錢收聚的中國醫藥書籍，在自由世界中為首屈一指。我的計劃被一個基金會通過了，我同一位教授連署允許第一年補助我兩萬美元，結果那一位幫我申請的教授，見了錢眼紅了，想搶去獨自辦理結果基金會不肯給他，就告吹了。這是十分可惜的事！但是我並不灰心！我現在決定先從研究易經做起，希望

能寫出一部使人人能了解的易學，則中醫的理論基礎，亦可因之建立起來，將來天如能多假我數年，當能再來辦一個私立中西醫藥研究所，使世界兩大醫藥學體系能融會貫通，希望你們不要笑我多事呢！

### 加強研究自救救人 迎頭趕上西方科學

我現在僅僅希望

- (一) 衛生行政機關，要扶掖中醫不再採用任其自生自滅的政策、
- (二) 教育行政機關，不將要唯一的中國醫藥學院變成了一個西醫式的醫學院。將唯一的中國醫藥研究所充實其經費與人才，使中醫藥能向前進步。並頒布中醫學校課程標準，並希望在所有醫學院課程中加入中國醫藥史一門功課。
- (三) 希望社會上多幾位如顧文霞女士之流研究中藥；更希望多幾位如許鴻源先生之流改良中藥製法。
- (四) 希望各基金會對於中醫中藥之研究者予以獎勵，對於有價值之著作如謝如才、楊再華兩先生的合著「臺灣植物名彙」及甘偉松先生所著之藥用植物學等書，予以獎助印行。
- (五) 希望每個中醫暫時多收若干學生，多寫幾本中醫書，多看幾本西醫書。

我深信現在世界上不治之症，將從中國醫藥書中找到藥物和方法而醫治。我們不必等人家來向我們求，我們應以自己研究之所得，貢獻於人類「從根救起吾國固有的道德智能」，不專為自救，而且為救人，「迎頭趕上西方的物質科學」亦是為的是同一之目的啊！

對中華文化所應採取之方針，務必依照  
國父之指示：將我國固有之德性智慧，從根  
救起；對西方之物質科學，迎頭趕上。其結  
果勢必綜合二者之所长，創造出世界最  
新之醫學，為人類造福。醫學為文化中極  
重要之環，尤應遵守此一原則。故凡對中醫  
輕視或對西醫抗拒，均為違反潮流，阻碍  
進步之行為，為學者所不取也。今者日本如

本會名譽理事長陳立夫先生於民國七十二年會員大會對本會會員訓詞。

韓國之西醫名家均努力從事漢醫(即中  
醫)之研究，其醫學法均轉向中西並重，西方  
之醫學與中醫學會議，亦均以傳統醫學與現代  
醫學為中心議題。潮流所趨，豈非明證乎？  
人而能有一所特予，從根救起，使中醫現  
代化，庶幾趕上，使中西一氣化，創造世界  
新醫學以造福人羣，此其時矣。願共

中華民國中醫藥學會諸公共勉之

許嘉禾





# 中國醫藥之整理與改進

文／賴少魂

編者按：賴少魂醫師為本會創會及第二、四屆理事長，民國三十五年當選全國中醫師公會團體國民大會代表，民國四十六年榮膺台北市中醫師公會第四屆理事長，一生維護中醫權益不遺餘力，本篇摘錄自民國四十六年五月賴少魂著《涵生醫論集》。

## 一、中國醫藥應求自存之道

我國醫學有精奧的理論，有豐富的經驗，中藥雖然種繁多，但均有治療各種病症的特效，五千年中華民族命脈藉以延續，四億人民的健康賴以維護，這種優良傳統的我國醫藥學術，其對國家民族的貢獻，確盡了最大努力的，厥功甚偉，無可否認。現在世界各國醫學家因對中醫藥治療疾病，有顯著之功效，故均重視我國這份文化的遺產，競相研究，藉以擴充，企有發明，諸如採取人體經穴以針灸治療疾病，應用植物及動物內臟，發明荷爾蒙助陽固腎藥劑，其說雖新，但仍是中醫以腎治腎，以肝治肝，以血補血，以肺治肺，以胃治胃的論據，我國數千年來，早已廣泛應用，過去國人均所了解，今之新人反生疑惑，皆因報章不肯宣揚，更無政府之扶植力量以為光大已耳。迄民國成立，執政者更圖廢棄國粹，趨向西化，竟誤認數千年遺傳活人之學術，為不科學，妄加惡評，捨本求末，已棄人取，言之心痛。始則設立醫科大學，培植西醫人材，繼則不准中醫用

新械新藥，藉題壓迫，終則明令廢止中醫，以冀滅絕中國文化，若非全國中醫界同人據理力爭，及重視國粹的社會人士協助維護，則民十七年已淪於滅絕之途矣。雖終獲撤銷廢止之令，然中醫遭此事變後，圖以自力更生，益為反對者所仇視，恐再被劫，故當時一般同道，痛定思痛，遂有國醫節的紀念，（以民國十八年三月十七日，全國醫藥代表集議請願之日，經呈請政府明令公佈國醫師節）因此，我中醫藥界同仁，有此慘痛教訓更有所警惕，誠以長此以往，不求整理改進，勢必日見式微，在今日中國醫藥處以絕續存亡之際，應當力求自存之道，自己之事自己做，中醫之學中醫求，團結奮鬥，立志整理改進，繼而發揚光大，俾能躋於世界科學之林，此為當前最迫切之課題，是則中醫藥學校之成立，中醫院之創設，國藥廠之舉辦，實為當務之急，凡吾中醫藥界，應向此道途努力邁進，以求實現。

## 二、中國醫學原理是否符合科學原則？

何謂科學？理論、實驗、效用，三者



俱備之產物也。但是某一種科學，均由理論實驗改進而成，我國醫學經五千年之歷史，早已廢棄神巫之術，而應用石砭針灸，繼重湯藥，醫理藥學，均臻至善，故為人醫，百發百中，其醫學理論，由局部而進至推求全身生機之原因，所有經絡、臟腑、氣血、陰陽、五行、氣化、相生、相剋、亢害承制之理，無不精微探討，凡此學說，已將人生性命之原，詳考無遺，可謂已達理論之最高境界，無論任何醫藥學理無比精奧。試觀西方醫學，在紀元前三百年，希臘波洛拉弟始脫離鬼神時代的祈禱治病，而研究疾病的原因及治療的方法，二千年來，西醫奉為始祖，查希氏學說謂人體有土、木、水、火四種元素，乾、濕、冷、熱四種氣體，黃膽、黑膽、血液、黏液四種液體，此三項於人體不能保持調順與平衡，即致疾病，以比我國之六經，氣化、陰陽、五行等學說，恰相符合，然仍無我國醫學之微妙精奧，更無我國醫藥數千年無量數之實驗，而且在醫療效果方面，我國醫學，治驗方案，累以萬計，寒熱表裡反正偏從之變化無窮，舉凡礦石植物蟲鳥鱗甲均可入藥，運用神奇。更可稱贊的，中醫以醫來配藥，以法來治病；西醫以藥來用醫，以病來就法，此西醫之呆板拘泥，而中醫靈活變通之處，故中醫能治萬病，能治奇疾，能治西醫所不能治之一切殘頑痼症，如近代認為不可救藥之癌瘤、癩痺、肝硬、腎結石等症，均早有特效之療法，及多種的方劑。又如麻黃止喘，苦參子治痢，當歸補血，杜仲療高血壓等，均為現

代醫界所公認，此均為中醫累積實驗之結果，即此可為科學之證明，由此觀之，中國符合最高科學原則，殆無疑義。

### 三、中國醫學需要改進嗎？

我國醫學，雖有其深長歷史，但學無止境，病症不一，以社會人心的演變，釀成各種新病之滋生，在日新又新之原則下，自應數理改進，以適合現代新症奇病之需要，理所當然，試觀西醫藉科學發明，輔助進化，百餘年來，蔚然大觀。如加利略氏發明溫度計，始測人體熱度之高低。比人維沙里氏實行人體解剖，始明人體器官之構造，生理的機能。威廉哈維氏，發現循環系統，始知心臟之舒縮激動，脈搏循環週身輸送營養，排除廢物。荷人克氏發明顯微鏡，始見人體血球、蟲、卵子、細胞的組織狀態，與各種細菌原體，為一切傳染病之原因。英人占那氏，發明種牛痘以預防天花，法人巴基德氏，發明預防疫苗，及狂犬病預防法，美人郎氏首先用醚劑為麻醉藥，使外科手術突飛猛進。艾利氏從染料中提取藥品，為化學治療之開始。法人居理氏發明鐳，首創癌瘤用物理放射治療。德人倫琴氏，發明 X 光線，透視拍攝人體病灶，骨折狀態。英人蘭德氏發明維他命，始注意營養之重要，又如最近各種抗生素之發現，已使西醫界對於診斷及醫療，有顯著之進展。然而，以中醫學理來比擬，實未見有若何高超之處，彼等已綜合世界各國的人力物力集合的成果，僅能得一種理想的成功，凡此所謂發明，只能作正面的運用，不能為反面偏面的判斷，

例如說加利略氏應溫度針能測人體熱度之高低，不能判斷病症的發熱是因虛、因實、因寒、因熱，蓋人身發熱，當係有病，但病在何處，是因何而發熱？不僅熱症有高熱，寒症亦有高熱，麻痘有高熱，瘟疫亦有高熱，傷寒有高熱，溫病亦有高熱，倘以高熱即用涼治，則寒症立斃，如以麻痘高熱，施以寒劑，則痘之毒內陷，亦必覆杯而殤。再如顯微鏡，X光而論，僅能探查照治正面之形態，有形之結物，不能測驗無形之氣化，痲聚之病源，至剖割治，以及鐳錠X光治療癌瘤，僅能摘除或燒枯病灶之局部。不能療治疾病之根源。故子宮癌病經照治或開刀切除後，不久必復發，發則無法施救，蓋僅知病灶之標，而不知致病之本，僅察菌毒之成形，而不究菌毒之由於氣血變化所滋生，雖能取其已成之毒物病灶，未問其將成未成之菌毒變化原理，是以輕病或可治癒，重病必至敗亡；形質壯實者，或仍可施治，衰弱久病者，難以救逆，良可哀也。作者治病三十餘年，經驗不少，對此誠有如仲師所云：「亂世昏迷，崇飾其末，忽棄其本，莫能覺悟。感往昔之淪喪，傷橫夭之莫救。」的感嘆也。再如麻醉藥、狂犬病藥、種痘等，均為我國醫藥早先發明，惜無具體之整體，繼續精研，反為他人搶先改進為憾耳。總之中醫藥治病法理，藥味運用，無不俱全，包羅萬有，尤以偵察治療之診斷學，如望、聞、問、切四診，更為一種實驗而精確的傳統診斷法，若能精心體認，無不見微知著，故吾人認為中醫藥只要有精詳而合法

的整理，自可改進，只要能運用古籍所載的理論與成法，即能施變無窮，所有一切西醫的治病原理，大致均已包涵其中矣。

至於各種儀器的配用，這是表面技術的「裝修」，儘可及時變通，但此為技術的改進，並非醫理的更張，凡我中醫須注意此點，切勿捨己之長，取人之短，將中醫改為西醫。不過，中國藥物雖有優良療效，為容積太大，須經煎熬，攜帶不便，無可諱言，如能改用科學方法提煉，取其精華，去其糟粕，使容積縮小，藥效增大，更可發揮中藥之效能，（此種改良，作者在廣州與某藥劑師及化學師共同研製，結果照該兩師的意見製成片劑及流汁對治病功能完全失敗。附此以為改良藥物者之參考。）此二者均為現代中醫藥界亟須加以注意者，若能如此加以「裝修」兼予改進，則可使中醫中藥以嶄新之姿態出現，而為世界通用之醫藥。

#### 四、如何整理中國醫藥？

中國醫藥，必須加以整理，進而求其技術上的改進，這是必然的趨勢，因為關乎國民的健康，國家的強弱，故必須由國家負其職責，第一步先有整理之機構，如中醫藥整理委員會之屬，提出精密之整理計劃，第二步即實行整理之計劃，第三步就整理之結果而再施以改進，但改進問題非空言所可達到，改進之法，亦非三言二語可以說完，應將中醫藥一切問題，列入教育系統，設立中醫研究學院，中醫專科學校，中醫院校課程，應以中國固有之醫籍如內經、難經、金匱、傷寒、本草等書



為主體，但須參入解剖，生理、物理、化學、生物、病理、藥物、傳染病等西醫基本學科，以為中醫學理之參考對照，並遍設中醫院以為實用。在學術方面，可為治病效驗之記錄，在社會安全方面，增加人民保育的需求。此種中藥的改進，應由政府設立中藥學院，延聘全國名醫及藥學專家，共同研究整理，可臨床實驗其藥效。分析其成份，以藉用化學同時設立製藥廠，重新參照本藥性能功效，加註學名，規定劑量，製成質量純正之水劑、膏劑、粉劑、片劑、丸劑、針劑，方可適用於醫院軍隊的配方，以及便利醫師的攜帶，與急病的

服用，這才能與西藥並駕齊驅。

## 五、結論——政府民間共同努力！

中醫藥的整理與改進，實為今日急不容緩之要務，此一論調，數十年以來，始終為我中醫藥界所高唱，時至今日，仍無一成，究其原因，無非經濟力弱，工作艱鉅，然中醫中藥既有理論與學術上之價值，政府應保持此文化之精粹，繼以發揚光大，此非僅中醫藥界同人之力量所能逮，必須政府與我同業共同努力合作，始克有濟，事關國家民族保育問題，民命之所繫賴，深望執政當局注意及之。

# 中醫藥雜誌發刊辭

文／陳九如

編者按：陳九如道長榮任本會永久名譽理事長，於其擔任本會第三屆理事長任內，發行中醫藥雜誌。於民國四十七年九月十五日創刊。

中華民國中醫藥學會，為一學術研究團體，所負的使命，在發揚我國固有的醫藥學術，匯通世界醫學文化（見本會組織章程）也就是本會第一次會員大會宣言中所說的：「勤求古訓，博采新知，去蕪存菁，治新舊學術於一爐，發揚光大，躋中華國粹於世界」。

《中醫藥雜誌》為本會同仁發表研究心得及交換學術意見的園地，其工作目標，與服務重心，當然離不開上項的主旨。

當此發刊之初，願再申述其義，與中西醫藥界同仁商榷：

（一）勤求古訓，博采新知。目前我中醫界人士有兩種不同的偏向，一為衷心崇古派，一為盲目崇洋派。前者尊崇古典重視舊經驗，厭惡新學說，如有談起新醫學說者，無論對與不對，一律排斥，其維道統，崇國粹之精神，固可欽佩，其弊則流於泥古不化，妨礙改進創造。後者則一味盲從西洋學說，而完全拋棄吾國固有之寶貴經驗與高深理論，他們

所著的「科學化」新醫書，係將病名、病理、症狀等等，依樣葫蘆從西醫書中照抄無誤，而於治療欄中，套上中醫的方劑，不管是否合拍，硬生生湊合成篇，而美其名曰科學化，不但數典忘祖，而且將中醫最寶貴治療經驗以及精神，幾乎全部抹殺。

以上兩派，均難適合本會「勤求古訓，博采新知。」的宗旨。

吾以為吾們研究中醫藥書籍的態度，第一當然要尊古，第二要疑古，再要革古。所謂尊古者，就是認定中醫藥學術，為前人經驗之累積，能治人所不能治之病，既均有事實可據，內中必定含有真理，我們要在古人經驗中去發掘真理宏揚於世界，如果一概摒棄古書，吾人即不必再談中醫。

但是中醫書籍浩如煙海，並因受時代背景的影響，難免有「穿鑿附會，跡近虛玄之處，際此科學昌明時代，自不能陳言篤守，故步自封」（引用大會宣言中語），應以懷疑的眼光，科學的方法，逐步研究，



加以整理，同時以革命的精神，予以去蕪存菁。此所謂疑古革古之意也。

(二) 溝通中西，熔新舊學術於一爐。中國醫學偏重哲理，講求天人合一。注重七情六慾精神因素，西洋醫學，偏重唯物，著重形質臟器細菌病灶，平心而論，各有短長，誠能利用科學技術，探討中醫真理，彼此截長補短，融匯貫通，則不但中醫科學化，西醫國醫化，且可使世界醫學達到真善美的最高境界。

根據以上推論，經與同人擬訂《中醫

藥雜誌》發行工作方針與服務目的如下：

一、交換國內外醫藥界意見，從現代眼光與精神，研討改進中醫藥及中醫藥有關之學術，使中醫藥之功能發揚光大。二、以誠懇坦白的態度，分析與批判中醫藥典籍之內容，並反證其是否合乎科學，以作中醫藥科學化之階級。三、以淺顯切實之理論，闡述中醫藥之真正價值，俾加強中外人士對中醫藥進步之認識與信仰。四、溝通中外醫藥界之消息，集中中外醫藥界之力量，共同為改進中醫藥學術而奮鬥。

# 創造中國醫藥新時代

文／吳海峰

編者按：吳海峰醫師歷任台北市中醫師公會第七、八屆理事長，本會第五、六、七屆理事長，行政院衛生署中醫藥委員會第一屆主任委員，一生爭取中醫藥權益，呈請創辦中醫師檢定考試，及恢復辦理中醫師特考，維護中醫師命脈於不墜；本篇摘錄自革新中醫雜誌第五期。

教育部次長鄧傳楷先生於五十二年三月廿一日在立法院裡說：「行政院已決定對中國醫藥研究所准予正式成立，並將開辦經費列入下年度預算。不過，行政院希望該研究所最好附設在大學醫學院內，對於這一點刻正在教育部研究中。」與會立法委員於聽取鄧次長報告決定正式設中國醫藥研究所後，一致表示欣慰。但對於將其附設於大學醫學院乙節，經立法委員廖維藩先生、潘廉方先生、李煥之先生、劉贊周先生、喬一凡先生、楊一峰先生等先後發言，仍希望依照立法院立案原意，應獨立設立，不應附設在大學醫學院中。

對於這樣一個消息，我們感覺到萬分的高興。因為立法院於四十五年三月二十七日通過：「函請行政院籌設中醫學校及中醫藥研究機構」一案，四十六年十月，即成立國立中國醫藥研究所籌備處，並任命李煥燊博士為主任，自籌備以來，因我政府在致力反共抗俄的神聖任務之下，宵旰勤勞，萬端待理，而且經費的籌措，在我們國家現在的經濟狀況下，也頗為艱難的。然而我賢明政府明瞭學術和文化對於國家

建設的重要，所以對學術和文化研究的事業，始終不遺餘力。幾個月前中央研究院的恢復物理研究所，接著，現在又批准設立中國醫藥研究所，自然更可證明我們國家要以學術和文化，和世界上其他文明國家相競，這是值得非常高興的消息。（附帶聲明：我們以為，設立中國醫藥研究所後，更要迅予設立國立中醫專科以上學校，這在反共抗俄的總體戰上，也是必需的，因為我們是「為維護文化而戰」！）

但是，設立一個研究所不是容易的事情，設立一個中國醫藥研究所，更為難中之難。以我們思慮所能及的而言，如要這個研究所辦得有意義，則這個研究所必須要負起兩個重要的使命：一是研究中國醫學的醫理和醫術；一是研究中國藥學的藥性和方劑。再進而和西洋的醫理醫術，藥理製劑融會貫通，發揚而光大之。在本質上必須是以「中學為體，西學為用」的。並不是一味以西學馬首是瞻的方法所能勝任的，這裏所有稍涉中西醫藥的人，所公認的。德國許米特醫學博士，年前東來研究中國醫學的傷寒和針灸，在香港發表演



說，他說：「東方醫學的治療，是對人體整個機能的治療，不是藏器的局部治療，這是東方醫學的特點，本人將向世界人士發表。」像他這樣以執世界醫壇牛耳的德國醫學學者，對於中國醫學，尚不辭遠涉重洋，親來東方實地學習，並能知道它的特點所在。反而中國的有些學者，對自己的民族文化，棄如敝屣，一點也不知道它的優點，並且還當它像個古董一樣，不進行歷史陳蹟的研究，兩者比較之下，實未免相形見绌了。而且中國醫學的特點，目前西方醫學知識，還不足以解釋的地方很多，所以許米特教授又說：「東方醫學，應用東方方法解決之，研究之。」真是一針見血之言！所以要研究中國醫藥，絕對不是僅具「現代醫藥知識和普通做學問的根柢的人」可以做得好的！

不料，最近有「新時代」雜誌（五十二年四月十五日出版）社論說：「以我們思慮所能及的而言，如要這個研究所辦得有意義，則這個研究所似乎有兩個重要的使命。一是研究中國醫學和藥學的發達的歷史；一是把古來『所謂經驗良方』一一仔細的試驗過。這兩件事情，都需要有現代醫藥知識和普通做學問的根柢的人才可以做得好。」他首先把中國醫藥萎縮到中國「醫學史」和「驗方」二部門，在大前提上已經錯誤了。因為他還不知道中醫的「十三科」哩！而我「針灸」的原始醫術，還是近世紀世界上熱門醫科之一；其他各科，亦漸漸地熱門起來；而醫學史的研究，和驗方的試驗，雖然也算是其中之一，但

非研究和醫藥的根本問題。說到研究醫史，我們早已有相當研究，現在又有「中國醫史學會」的成立了，更不必責成中國醫藥研究所去研究了。大家想想看，國立中國醫藥研究所設立的目的，在發揚固有醫藥，依照該所組織草案所訂的任務，係對於固有醫藥作全面之整理、研究、實驗與改良，並培育專門人才及中醫院校之師資等等，萬緒千端，使命何等重大，怎麼只希望它去研究「醫學史」和「經驗良方」呢？何況照他說，中國還沒有一兩個像 H.E.Sigerist 對西洋醫學史的研究，所以還沒有到大規模所研究的時候。他的話說對說不對，我們暫不管他，反正中國醫藥研究所的任務，根本就不是專門研究醫藥史的。妙的是他說即說中國還沒有可以找出研究醫學史的人才，一方面又希望把這個研究所設在「他們的醫學院」中，因為「他們的醫學院中，可以有中國醫學史和中國藥學史的科目，但只能算為選科。」這樣一來，把中國醫藥研究所還看個什麼東西？退而言之，如果認為只有他們的醫學院，才有資格研究中國醫學史的話，那麼請恕我們還沒有看到如他們所說的「確能指導青年學生對於中國醫學作歷史的研究的教授」的大作，不知道他們怎樣去指導青年？但是如果都像他們指導出來的某青年學生在某雜誌裡所發表的大作說：「中國醫術比較可考的起源是在殷朝，值稱為鼻祖的是『巫彭』和『巫咸』……中醫所用的『術』，最道地地地的『邪術』，所用的『方法』，是名符其實的『不正當方法』。」如這種離



經背道的謬論，就好像顧頡剛考證大禹是爬蟲一樣，是戴著有色眼鏡的看法，我們是不敢領教的。我們「想到這裡」，正如他們所說的：「我們又不禁為我們中國學術和文化的前途擔憂了！」

至於說到藥，他們說：「在藥物上，他們可以用現代分析化學、生物化學、藥物學等等的知識，把我們本草中的各品藥物，逐一分析它們的成份，逐一推求它們的功效。逐一證實我們舊時本草所記載的對不對。」這條路子，五十年來，日本人走過，歐美人走過，中國人也走過，答案是「從藥效方面說，一切工作，得不償失！」因為中藥每一生藥的運用，不限定是化學的主成份，有時化學分析出的藥效，並不是中藥所說的藥效，而是另外一種新的藥效，對於中醫的治療上，尚感未甚適用。所以現代的藥學專家，大都拋棄這種「大海撈針的科學摸索」，而主張尊重中醫的「臨症經驗」，再從而作科學研究，以求配合。去年美國普渡大學藥學系教授，也是國際間生藥學權威之一的雷士德博士(Prof. Ramstadt)來台研究中藥，滯留半年，除在深山被勾藤勾破腳腿險些墮崖隕命外，便一無所獲。我在國立中國醫藥研究所籌備處碰到他，他對我說：「中藥的藥效，只有你們中醫會運用，依我們西方的研究方法，完全不通，我來台半年，如身入寶山，空手而返。」他這種「知之為知之，不知為不知」的治學方法，才是科學家求知的精神！像他這樣的一個真正西方生藥學權威，專心致志，實地考察，尚且對中

藥無法研究，何況據「新時代」的社論說：

「現在台大醫學院的藥物系雖然有專門學者注意這件事情，但因為別的工作太多，對於這個工作只能「旁及」。這種工作，自然不是「旁及」所能了事的。」我們認為這種工作，不但非「旁及」所能了事，「專及」尚且無濟於事，一定需要和「中醫」的臨症經驗合作，才能有頭緒可尋，所以我們要求設立獨立研究機構，也就是這個道理。否則，以他們的「用近代有限的化學分析」知識來研究「經驗良方」，沒有中醫的經驗指導，只有步雷士德博士之後塵而已，但雷士德博士是外國人，不明中醫藥之底蘊，情猶可原，今天以一中國人，而不明中國文化之特徵，未免貽笑大方吧！

再說，本案是依照立法院決定並根據教育部學術研究機構設立辦法第二條：

「本辦法所稱之學術機構係指國立研究院及公私立大學研究所以外之學術研究機構而言。」本來是獨立性的。就好像中央「歷史研究所」一樣，所負的任務，並不是大學歷史系所能負擔的，如果要附設大學裡，就好像要把「歷史研究所」附設在大學歷史系裡一樣。不用說是違背了當時立案之原意。退一萬步說，就照他們的意思，那麼我們根據「大學研究所暫行組織規程」第二條：「各研究所應與各學系打成一片，並依學系名稱稱為某研究所（例如物理系得設物理研究所）。」第四條：「設置研究所之大學，須具備下列各條件：一、除大學本學系一般經費外，有確定充足之經費專供研究之用。二、系內圖書儀器設



備堪供研究工作之需。三、師資齊備」。第五條：「大學各研究所設所主任一人，由有關學系主任兼任之，系內之教授副教授講師助教等均為研究所之工作人員，不得另支薪津，亦不得因此減少教課鐘點。」據此，中國醫藥研究所如要附設在大學醫學院內，必須具備第一條的規定，即該大學須設有中醫學系，和第四條的規定，系內圖書儀器和師資（即中醫的內、婦、兒、外、傷、針灸、推拿等）齊備。試問現在大學醫學院裡，有那一座具備這個條件呢？如果一定要附設，又勢非在那個大學裡先行添設中醫學系不可了。否則，就好比把原子爐，不設在清華，而附設在法商學院或文理學院一樣，有點不倫不類了。如果一定要勉強湊合，他們裡面的教授講師們即是學非所用，又不得另支薪津，比請牧師來唸佛號還要難受，成績如何，更不必問了！我所認識幾位大學裡的朋友們，都一致謙虛的，認為無法研究。所以那些主張附設在他們的醫學院裡，無非是極少數人士一貫的消滅中醫之妙計罷了！這個妙計，我們本來不太明白，現在我們很感謝「新時代」雜誌，給我們作了很坦白和大膽的揭露，我們不看猶可，看了後，實在使人「難於緘默」！我相信賢明的行政院和教育部的各位首長，看了「新時代」的社論，就知道他們主張附設在大學醫學院，到底是怎麼一回事了！

讓我們再沉痛的回首前塵一說吧！查自民國三年教育總長不准中醫設立學校以來，中醫經過四十餘年的奮鬥，終於贏得

最後的勝利——即四十五年立法院通過本案。這說明了反對固有文化的人士，耽誤了我們的文化前途，而我們在被控制之下，赤手空拳，自強不息，固然由於本身努力所得的結果，同時也是立法委員諸公扶植之所賜。這證明了立法院通過這個案子，正是在搶救先民的遺產！而我中醫藥的得以保存，無異是虎口的餘生啊！今天如果再把它送回虎口，中國醫藥從此就萬劫不復了！我想立法委員諸公，一定不會同意的！我們的行政院和教育部的各位首長，尤其陳兼院長是一向主張中西文化並重，他曾於去年十一月十八日在中華科學協進會年會中發表演說，訓示我們說：「研究科學必須將東西文化融會貫通，取其優點，並確定研究的對象和範圍，這樣科學的發展才有前途。」我們的固有醫藥，有國際人士公認的優點，當然需要一個獨立性的機構，羅致中西專家，融會貫通，並確定研究的對象和範圍，這樣科學的發展，才有前途！

使我們驚奇的是一向仇視固有文化，準備消滅中醫的人們，也會對固有文化和中國醫藥表現友好和關心起來！他們除了把這些阻礙文化發展的責任，推給政府連年困擾於軍閥、外患和共禍之外，接著便一再的毛遂自薦了！大家知道，政府現在撥給台大醫學院的預算經費是每年約一億元，而擬撥給中國醫藥研究所的是一百萬元，佔台大醫學院的百分之一而已。他們如果真的從今天起開始對中國醫藥有興趣，為什麼不建議政府在台大醫學院一億元經

費中撥出百分之一，作為「旁及」研究中國醫藥之需呢？

最後，我們要說到主持人方面，我們認為最重要的是在思想上，一定是一個愛國家、愛民族、愛文化的人；次之，他在學術上一定對中西沒有偏見，而且對固有醫藥，有深切的了解，對世界潮流，也有明確的認識。決不可任用那些「僅具現代醫藥知識和普通做學問根柢的人」能做得好的！像教育部任命的國立中國醫藥研究所籌備處主任李煥燊博士，曾一再表示「平生志業，本為祖國而學，為祖國而用，為祖國而傳。」又說：「嘗見各國醫學耆碩，莫不以顯揚祖國為榮，以改良國產為利。」（見國立中國醫藥研究所工作概況報告）可見他的愛國思想，很是濃厚的。與那些主張全盤西化，專門造就一些「打倒國字號一切」的人完全不同。李博士又說：「以同治同法（亦稱順勢療法 Homeopathy 德人哈內曼所發明），所用藥量僅今日「有效量」億兆分之一之微（何殊「神水」！）在常理言之，不經甚矣！然以同治同法藥典，今日尚為美國之法典，與美國藥典之法律地位同；在許多文明國家，亦莫不如是。道並行而不相悖，殆民主、自由、科學之真諦乎！」（見同前）可見李博士對中西醫的看法，是主張道並行而不相悖的！與那些反對中醫設校，只許自己打針，不容人家開方的獨裁作風；而且把中國醫學，只當作歷史研究，忽視中醫的實用價值，相去真不可以道理計了！

再說李博士對於國藥的主張是：「將

化學研究，留待臨床實驗成功之後舉行，如是則可免漫無目的之化學提煉，而不致徒勞無功。」（見「國藥科學化問題」）和我們所見的也差不多，亦是近代世界藥學界有識之士的共同趨勢，比起他們執迷不悟，還要走「化學分析」的老路子，也高明得多了！何況李博士不但博涉中西醫學，對中國語文，亦深具根柢；即對中西醫學史，亦有相當研究；我們不是阿諛他，實在有他的學術著作，可以覆按！而且六年來籌備工作，也還做得不錯！例如歷代醫籍之整理，已完成者十一種；編纂專著二十六種，已出版者十六種；並在青潭建立藥學館一座，且闢有實驗藥圃等。而且在中醫界裡的人緣也還好，可以做中西合作的橋樑。像這種人選，以現階段環境來說，恐怕找不出第二人來吧！所以在人選方面，我們仍歡迎李博士繼任。即依照一般慣例，也都是由籌備主任真除的。

總而言之，我們海內外六年來期待的好消息，終於來臨了！我們大家一致感謝賢明行政院和教育部各位首長給我們幫助，並希望給我們以獨立性的研究；一方面更希望國立中醫專科以上學校也跟著產生。這就是中國醫藥的新時代的開始，我們預祝它的成功！

（轉載自革新中醫第五、六期）



# 蔣主席批諭

景桂流



民國十八年春季中央衛生會議有逐步廢止中醫一案消息所  
佈輿論大詳三月十七日上海召開醫藥團體聯合會議推存仁  
等五人晉京請願旋奉 國民政府文官處批示原文如次

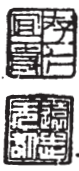
逕啓者奉

主席交下來呈為請願撤銷禁錮中國醫藥之法令摒絕消滅中國醫  
藥之策畧以維民族而保民生一案奉

諭據呈教育部將中醫學校改為傳習所衛生部將中醫院改為醫室  
又禁止中醫參用西械西藥使中國醫藥事業無由進展殊違總理保  
持固有智能發揚光大之遺訓應交行政院分飭各部將前項佈告與  
命令撤銷並交立法院參政等因除函交外相應錄諭函達查照此致  
全國醫藥團體總聯合會請願代表張梅庵等 國民政府文官處

民國三十六年國醫節

陳存仁謹誌



# 中醫師被禁用「西藥西械」之回顧

文／魏開瑜

編者按：魏開瑜醫師歷任本會第八、九、十、十一、十二、十三屆理事長，熱心中醫藥事業，並應聘為中國醫藥學院教授為首屆博士班指導老師，作育英才無數。本篇摘錄自本會民國七十年出版中醫藥文選。

## 一、汪精衛禁錮中醫藥為叛國端倪：

民國十八年春，中央衛生會議（為汪精衛一夥所主持）有逐步廢止中醫一案，消息傳來，輿論大譁。是年三月十七日，全國中醫藥界在上海召開醫藥團體聯合會議，推舉陳存仁等五人晉京請願。旋奉國民政府文官處轉達 蔣主席批示略以：「逕啟者：奉 主席交下來呈為請願撤鎖禁錮中國醫藥之法令，摒絕消滅中國醫藥之策略，以維民族而保民生一案；奉 諭：據呈教育部將中醫學校改為傳習所，衛生部將中醫院改為醫室，又禁止中醫參用西械西藥，使中國醫藥事業，無由進展。殊違

總理保持固有智能，發揚光大之遺訓。應交行政院分飭各部，將前項佈告與命令撤銷……。」

## 二、衛生部悖逆先總統 蔣公意旨禁止中醫使用西藥及注射：

民國卅七年台灣省衛生處案據高雄縣衛生院請示：中醫師可否使用西藥及外科手術並注射等情；經奉衛生部中（三七）字第二五八四八號代電：「茲分別核示如次：

1. 中醫師不得施行注射。2. 西藥凡必須醫

師處方，方准藥商出售者，中醫師自不得施用。3. 外科手術，如確屬醫師（西醫）所專習者，中醫師自不得施行。」消息傳來，全國中醫界均表反對。當時以政府始遷來台，國基未定，加以國際局勢險惡，暫保緘默，未曾公開反對。隨後立法院修訂新醫師法，咸以為醫師受醫師法之監督與保護；醫師法既無限制中醫師使用科學藥品科學儀器。凡行政命令與法抵觸者，應屬無效。拭待新醫師法之施行，以求學術之自由。

## 三、衛生行政當局曲解法令，竟禁止中醫使用膠囊酒精棉花：

詎意新醫師法施行後，衛生行政當局于函復台省苗栗縣中醫師公會為解除中醫使用科學藥品科學儀器之陳情書時，竟變本加厲于其主旨，斬釘截鐵地說：「中醫師不得使用西藥西械。」因之中醫師使用體溫計、血壓計、膠囊、電研磨機、凡士林、紅汞水、維他命、葡萄糖粉（以上均非必須醫師處方，方准藥商出售者。）甚至使用藥棉、酒精、消毒器，亦遭取締。尚且按密醫處罰。苛擾所至，怨聲載道！



#### 四、精衛陰魂不散，近年來，行政命令越來越嚴，涵蓋越來越廣：

(一) 主旨含混，引起誤會：「中醫師不得使用西藥西械」——衛生署 64.9.22. 衛署醫字第七八五一七號函：「中醫師不得使用西藥西械。」：

1. 衛生部中(三七)字第二五八四八號代電，內政部 40.2.24. 台內衛字第六六五四號代電，內政部 47.1.17. 台內衛字第一二八一四二號令及現行醫院診所管理規則第六條均有明確規定。

2. 復請 查照。

本文所依者為三通前令，經辦人員未曾覆按詳細內容，便依據主旨：「中醫師不得使用西藥西械」之規定，凡非醫師必須處方之藥品，非西醫所專習外科手術，均加以取締了。以上三道部令，原無禁止使用西械之限制，至此衛生人員乃對中醫師使用血壓計、體溫計均予以取締了。台北市程同道(痔科)曾受干擾，某次管區衛生人員，到他診所，指消毒器、不銹鋼刀為西械均不得使用，甚至指酒精、藥棉亦為西藥西械亦不能用。

(二) 由須經醫師處方者擴及由醫師指示。

衛生署 65.12.9. 衛署醫字第一三一二八五號函復中醫師全聯會：「『……西藥凡必須醫師處方，方准藥商出售者，中醫師不得施用。』意即非經醫師處方或指示方准藥商售賣之西藥成藥，中醫師自得施用，並非全面禁止。……」

(三) 由禁止外科手術擴及西法外科手術，

西醫醫療方式為病患診斷。

1. 「中醫師使用醫師(西)處方藥房始得買賣之藥品或西法外科手術，應視同醫師不正當行為，請依醫師法第廿五條之規定論處，復請查照！」(見衛生署 67.6.8. 衛署醫字第一九三八四二號函)何謂西法外科手術，意義曖昧，易引人入罪。——按醫師法第廿五條之規定為：「醫師于業務上如有不正當行為，或精神異常，不能執行業務時，衛生主管機關認定後得撤銷其執業執照或予以停業處分。」

2. 「查中醫師以西醫醫療方式為病患診斷處方給予西藥及針劑，應視同醫師不正常行為，前衛生部中(37)字第二五八四八號代電，早有規定有案。」(見衛生署訴字第一九〇九三一號再訴願決定書。)又由西法外科手術擴及「以西醫醫療方式為病患診斷」涵蓋更廣，含義更為曖昧！

(四) 由不得施行施用，遽視為醫師不正當行為。得以醫師法第廿五條之規定論處——即予以撤銷執業執照，或予以停業處分。

註：

1. 內政部 40.2.24. 台內衛字第六六五四號代電略以：「查中醫師診治疾病超過其範圍，施行西醫手術及注射暨使用西藥，應視

同未領(西)醫師證書擅自開業，自可依醫師法第廿五條之規定辦理。」

2. 內政部 47.1.17. 台內衛字第一二八一四二號令略以：「關於彰化縣衛生局請示有關開設 X 光線院、電療院或開設檢驗院(室)如何管理案。經核應依照現行醫院診所管理規則序以管理，令飭聘兼醫師負責。至中醫師開設之診所，如使用 X 光作透視骨折之用，亦應另飭另行聘西醫負責診斷。」
3. 醫院診所管理規則第六條之條文為：「醫院診所負責，應督導本院所聘之醫師或中醫師或牙醫師于其考試及格之學科範圍從事醫療業務。」

## 五、求新求知求行為中醫一貫進步精神

世稱印刷、造紙、火藥、羅盤針為我國四大發明，但至今皆瞠乎人後，惟有中國醫藥尚可與西洋醫學一較短長。故中國醫藥實為中華文化最優秀之一環。中醫藥歷代均有進步，比如在石器時代有砭，在鐵器時代有針，火食後有灸與湯液，隨後有銀針、金針，發展至今則有不銹鋼針、電針、水針療法；至於藥物，則採用各國良藥如高麗參、安南桂、美國粉光、印度之番瀉藥、歐洲印屬之小茴香等，向不以地域分軒輊。所以中國醫藥，實能實踐「日新又新，止於至善。」之聖訓。

## 六、我們有充分理由支持中醫使用「西醫西械」

- (一) 科學儀器為科學家所發明，並非西醫師專利品——蓋此為研究或診斷之工具，自不得禁止中醫使用。是否仍限中醫師用手探測溫度而不准其使用體溫計。用鼻或舌以聞舐尿之甜度而不准其使用試紙測定糖尿病之糖度。吹藥必限其用鵝毛管而不能用吹喉器？病人噤閉，不能吞嚥，必須打斷牙齒灌藥，而不能用鼻飼？
- (二) 衛生行政當局蓄意禁絕中醫使用針灸——近年針灸享譽國際，視為神技，惟在國內衛生官署則指其容易傳播血清肝炎以打擊其聲望。謂必須用高溫消毒方可。此語固屬有理，然如中醫使用高溫消毒器，則復指其中醫師不得使用西械。誠如是，豈非禁絕中醫針灸乎？
- (三) 中西藥參用已成時代所趨——日本廣將中藥列入藥典，即我中華藥典收集中藥亦多，足見中西藥參用，已成時代所趨。何以一面禁止中醫師參用科學藥品，一方面又鼓勵西醫使用中藥？為不公平之競爭。此無他，蓋醫政操諸西醫之手，出于「同行相嫉」之心理，故爾假公濟私而已！
- (四) 中藥西藥之定義殊難畫分——外國產者為西藥乎？則高麗參是否西藥？國產者為中藥乎，則凡我國所



製造之藥如阿斯匹靈等當為中藥矣。若云凡經科學提煉之藥為西藥，則中華藥典所收集之甘草、杏仁、桂皮、茴香等中醫皆不能用之矣！若限謂草根樹皮為中藥，則經科學濃縮成之中藥——如順天堂、勝昌各廠所出品之中藥方劑及單味之濃縮中藥，為中醫界十餘年所普遍賞用，量少效宏，免煎即服之中藥。——中醫師皆當舍之而不用矣。故中西藥定義雖分，亦不必強為區分，藥求對病人速效速愈，何分中西？

- (五) 中西藥參用，確有其優秀之處之實例——譬如維他命 B2 治口角炎，功效並不顯著，若與甘露飲，銀翹散等合用則功效益彰。又如 Chlorpheniramine Maleate 治皮膚過敏，每藥到病除，但藥去病回。如配用中藥防風通聖散、消風散、香蘇散、桂附八味丸等加減治療，則能根治。又如在中醫膏藥內加些少加波力酸，拔膿消毒之力更強。故中西藥併用，常收顯著療效。
- (六) 中醫師參用西藥，為其自然進步之形勢——譬如外科從前用豬脂調藥粉，現在則改用凡士林，難道此亦違法？又如有優良之收斂生肌作用之爐甘石，其主成分為碳酸鋅  $ZnCO_3$  其中含有鐵、鉛、鈣、鎂、鎳等雜質，不如選用西藥之卡拉命 Calamine；砒石成分不純，何如選用三氧化二砷。馬錢子即番木鱉，舊法炮製未

必可靠，何如選用番木鱉較為準確安全！

- (七) 從未聞中藥參用西藥發生弊端——執政者或慮不限制中醫師使用西藥，將使中醫普遍採用西藥或因其不諳藥性而致危害民眾之健康。視之若洪水猛獸，誠屬杞憂！實則中藥有其優點，中醫師不願放棄，除非中西藥合用，有特殊功效者，或是科學藥品品質，確比中藥精純者，如本條第五款所稱各節場合下，始行採用，故祇對患者有益而無害。試就本省而言，自光復迄今，尚未聞中醫師用科學藥品危害國民之案件。而西醫師使用西藥，引起併發症後遺症則時有所聞。何況用藥係由醫師自行負責。如不慣用者即中藥亦罕用，諸如：砒霜斑蝥之類；如能用，即用西藥復何妨乎？查西藥甚多無須醫師處方而可購得者，如衛生署新頒之中華藥典國民處方選輯，凡我國民均得而用之，何獨中醫師不能用，用之乃按密醫取締，不平孰甚？
- (八) 中醫參用西藥必有其選擇條件——如麻黃，合桂枝則發汗，同茯苓則利水，協杏仁則止喘，西藥之麻黃素僅具止喘之成分。故中醫師如用之發汗利水，即麻黃素亦不用矣。縱不禁止中醫使西藥，中醫亦不用。蓋中醫參用西藥，亦有其選擇性，蓋無慮中醫師之濫用西藥也。



(九) 注射為給藥方式之一，注射液亦多為中藥，不宜禁止中醫使用。——如針灸，已由鐵針發展為銀針金針，不銹鋼針，電針和水針療法，以注射配合穴位治療，療效卓著。針灸為中醫師所專習者，且列為中醫師特考選科之一，何以西醫使用中醫師所專習之針灸不犯法，而中醫師使用注射則犯法？查注射液甚多為中藥所製成者，如麻黃素、黃連、黃柏、仙鶴草素等等。注射為給藥方式之一，縱使中醫從前無之，然自今使用之，亦為求進步之表現，何況注射與針灸有協同相乘之績效乎！

### 七、輿論及民意代表仗義執言，抨擊衛生當局，歧視中醫。先賢指點，發人深省

衛生署歧視中醫之命令公佈後，中央日報、中國時報、台灣日報、自立晚報等均撰論評述衛生署歧視中醫之偏失。立法院黃委員玉明曾于六十四年十一月間為追念 蔣公任國府主席時批諭撤銷汪精衛等禁用中醫中藥之辦法，而對今日衛生署所訂關於中西醫藥之事件，有無違反 蔣公當年之意旨，特向行政院提出質詢。

中央國醫館焦故館長易堂先生，早于民國二十一年告全國中醫藥界同仁書曾云：「關於診療方面，我國雖有望聞問切之法，究屬自然官能之作用，宜利用科學上所發明者，以補其不足，而增其效能。如體溫表、聽診器、血壓器、愛克史光、電氣電

療機以及各種診病治療等器之補助。雖然此等機械，多屬科學家所發明，西醫既能利用，中醫何獨不能利用？」

### 八、我們要爭這一口氣！

有人問：「你們不是說中藥比西藥好嗎？為什麼還要爭取使用西藥？這不是表明中藥技窮，而求助於西藥嗎？」亦有中醫同道們認為：「我們有中藥好用，何必去爭取用什麼西藥？」此皆知其一未知其二之看法。吾人應反問：學術本無國界，亦屬自由。何以政府偏面禁止中醫使用西藥、注射科學儀器？為什麼不亦下令禁止西醫使用中藥及針灸？我們爭的是這一口氣？本會曾于六十七年七月十四日函詢衛生署：「敬請釋示西醫師使用針灸及中藥方劑，是否亦應依醫師法第廿五條論處，及以行政命令片面禁止中醫使用科學藥品及科學儀器之用意。」同時復另文函請：「釋示：『西法外科手術』之明確含義。」迄今未得批復。可是衛生署函復劉偉成君，其主旨卻說：「台端函詢西醫可否使用中藥一案，凡專供中醫師使用之中藥品，非西醫師所專習，自不得使用。至于科學中藥一節，因近代科學昌明，藥品之劑型頗有變遷，應不影響其療效。」何謂科學中藥？濃縮劑即為科學中藥嗎？劑型雖有變遷，其辨證用藥，仍不離四診八綱。此固非西醫師所專習。西醫能不能用，卻無明確答覆，只說：「應不影響其療效。」似乎暗示可以使用。聽說修訂中之「中華藥典」將增加甚多中藥。此在患者固屬福音，而在中醫藥者，則甚覺不平。因為政府只



允許西醫使用中藥和針灸，而卻不准中醫使用科學藥品和科學儀器。如此演變下去，也許有一天將限定中醫使用草根樹皮之中藥，凡濃縮或提煉之中藥皆不准其使用了。其實何謂中藥西藥？其定義殊難界定，何況中西醫一元化，已為時代所趨！筆者曾於大陸資料中心看到「赤腳醫生常用藥物」一書，該書收載中西藥物共計五九二種。（中藥二九三種，西藥二九九種。）結合中西之醫理藥理，促進中西醫交流，普遍推廣。又見「中醫內科學——商務版」一書，是中西病理並述，中西藥針灸兼用。中西交流，在大陸已如火如荼地展開（公立醫院由中西醫擔任正副主管，醫院設中西診療部，由病患自由選擇。）蔚為風氣。

至於目前有少數不肖同道，暗中摻用(Prednsolone)以治氣喘、風濕病。此為不道德行為，而非中西藥不能混合問題。凡禁用的西藥，即西醫師亦不能用，何況中醫呢？此等敗類，有損中醫藥界清譽，吾人應鳴鼓而攻之！

### 九、禁錮中醫發展、顯屬違法違憲

衛生機關禁止中醫師使用科學藥品科學儀器顯屬違憲違法——蓋憲法：「教育文化，應發展國民之民族精神……與科學及生活智能。」「國家應獎勵科學之發展與創造，並保護有關歷史文化藝術之古蹟古物。」「人民之生存權、工作權及財產權應予保障。」暨「凡人民之其他自由及權利不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障。」之規定；新頒醫師法對於中醫師使用科學藥品科學儀器並無禁止，衛

生主管機關乃以行政命令限制之，顯屬違法。既悖 國父「發揚民族固有智能」之遺訓；復逆 先總統蔣公「撤銷禁止中醫參用西械西藥」之批論。阻止中醫進步，摧毀中華文化，莫此為甚！

### 十、我們的構想

照衛生部三十七年六五八四八號代電，其中無一語涉及中醫師不得使用西械之字句；而衛生署六十四年七八五一七函，主要依據為上述之代電，且衛生署于 65.12.9. 函復全聯會亦云：「不影響國民健康者，本署同意中醫使用。」故在了解某項器械之功能及使用之目的之中醫師，自可使用。同時希望衛生署中醫藥委員會同意中醫使用。」故在了解某項器械之功能及使用之目的之中醫師，自可使用。同時希望衛生署中醫藥委員會和各地中醫師公會多舉辦講習，輔導中醫師了解現代科學儀器，鼓勵他們充分地加以利用。除介紹非必須醫師處方的一般西藥功能外，並注重西藥所易引起的副作用，如何由中藥加以補救、調理。這種講習，是在於實際智識的吸取，而不是僅僅文憑的取得。不僅使用現行法令所許可內的「西藥西械」，可以參加講習；若懂得使用就可逕行使用，而不是說：凡必須參加某私立大學現代醫學研究班的人，才能使用。我們希望：凡參加某私立現代醫學研究班結業的人，應該進一步享受和西醫師同等使用權利才好。

中醫得使用西藥範圍：查前令規定：「西藥凡必須醫師處方，方准藥商出售者，中醫師自不得施用。」所謂「凡必須醫師處

方者」按「藥物藥商管理法」第卅一條後段：「前項須經醫師處方之藥品，由中央衛生主管機關，就中、西藥品分別定之。」上法施行細則第卅條：「本法第三十一條所稱須經醫師處方之藥品，係指經中央衛生主管機關審定，在藥品許可證上，載明須由醫師處方或限由醫師使用者而言。」則一般成藥和醫師指示藥品，以及中華藥典國民處方選集中所列之方藥均可施用。蓋此處方集係據藥物藥商管理法施行細則第五十六條之規定，無須醫處方而藥商可以自行零售者所編之處方集。（衛生署六十四年編印。）

中醫師能施用上列西藥以輔助治療，減輕病家痛苦和經濟負擔，在臨床上已不虞乏。語云：「隔行如隔山」，再深一點藥品，非中醫師所專習，我們可不必強不知以為知，亦不必強求使用權，留待中西醫師（一人兼具中西醫師雙重資格者）去匯通，或由中醫師和西醫師共同合作。治病以愈病為目的，患者實有兼享中西醫協同照應診療之權利。中西醫公開地為病患作中西雙軌診斷，合璧治療；總比病患盲目地偷偷地服中藥又服西藥，看西醫又看中醫之為佳。可是衛生署竟同意省衛生處禁止：「中醫師與西醫師在同一地址合設

『中西醫診所』或『西中醫診所』或西醫師在中醫師診所執業，或中醫師在西醫診所執業。」之建議（見 67.7.22. 衛署醫字第一九九一一號函。）地方之跋扈，中央之無能，令人搖頭三嘆！

說到注射：針灸之水針療法，不應禁止；其受注射常識訓練者，應准予注射，以便臨床救急之用。

內政部 47.1.17. 台內衛字第一二八一四二號令：「……至中醫師開設之診所，如使用 X 光作透視骨折之用均應聘用醫事放射線技術人員，亦應另飭行兼聘醫師負責診斷。」這很公平！因為目前法令醫事放射線技術人員，無論中西醫師，如有 X 光設備，均應聘用醫事放射線技術人員，亦應另飭行兼聘醫師負責診斷。」這很公平！因為目前法令，無論中西醫師，如有 X 光設備，均應聘用「醫事放射線技術人員」管理。何況我們可委託 X 光檢驗院代辦，亦甚利便！

至於原規定「不得使用」，乃演變「自可依醫師法第廿六條之規定辦理。」偏面處罰，太不合理！我們再要反問一句：「為什麼西醫師使用中藥和針灸，不按照醫師法第廿五條之規定處罰呢？」

# 宏揚國醫貢獻人類

文／幸超群

編者按：幸超群醫師兼具中西醫師資格，除從事臨床工作，並受聘於中國醫藥學院擔任教授，培育中醫新血輪，幸醫師為本會第十三屆理事長。本篇摘錄自民國五十九年四月十日台灣中醫雜誌第廿一期。

為慶祝第四十屆國醫節，我曾寫了一篇「我們這一代應負的責任」，承中國時報、大眾日報、民族晚報、自立晚報、臺灣中醫、新醫藥週刊等先後刊登，並蒙很多醫藥先進社會賢達熱烈鼓勵與指示，本人萬分感謝！茲謹就有關衛生行政與醫藥教育兩點，於此作進一步之公開研究。

## 一、衛生行政應輔導重於限制

過去衛生行政者，對於中醫中藥，不是限制，就是讓其自生自滅，這種事實，已為國人共睹。五十九年二月中旬，黨國元老陳資政立夫先生，以革命者的精神，來推動已受世界重視之中國醫藥；今天衛生處長許子秋先生，又能勇於負起此種時代之責任，提出具體計劃，來讓大家公開研究改進實行，這是值得吾人喝采叫好而又更應及時努力的。過去限制或禁止中醫不能運用科學來從事化驗診療，試問中醫中藥如何進步，那是萬分錯誤的政策。今日如能輔導中醫中藥步入現代的醫療行列，以中醫的學理，中藥的藥效，負起一部份診療工作，為政府為同胞為人類服務，才是劃時代的創舉。

## 二、中國醫師不應分中醫師西醫師

「中醫師」、「西醫師」、是外國人叫我國醫師的稱呼。這有兩種意義：一是表示他們與我們的國籍不同，無可厚非；二是表示他們高高在上，把我們列入「土醫」，去年聯合國世界衛生組織召開的一次會議上，就把我國中醫中藥列入「土醫」，視同當今非洲、印度、埃及的巫醫，這是我們的恥辱。我們應該知恥改過，求本求新。如果我們的醫藥教育，早包括了中西醫藥學術，我國醫師的學能，不但有美國醫師 E.C.F.M.G. 的知識，而且有中國醫師的特長，試問誰還敢把中國醫藥列入「土醫」？再如果我國的衛生行政機關，夠效法 E.C.F.M.G. 考試，凡在我國開業的外國醫師，均應參加中國醫師資格考試及格，這樣不但可以提高我國的醫療學術水準，同時可以提高我國的國際地位。

我們是中國人，我們學的醫術，用的藥物，沒有必要分中西，只要是進步的，有效用的，我們都應該學，應該用。我們是中國人，稱西醫師並沒有光榮，也沒有好處，因為我國目前執有所謂西醫證書的人，

到美國英國或者香港還是開不了業，行不了醫；而我們目前執有所謂中醫證書的人，在世界各地華僑社會中還可以合法看病診療。假如我們能在衛生行政及醫藥教育上再加以上述的改進，做一個堂堂正正的中國醫生，融合中西醫藥學術為世界人類服務不是更光榮嗎？為什麼我們一定要局限於中醫，讓外人認為我們是土醫呢？為什麼我們的衛生行政與醫藥教育還分什麼中醫師西醫師來降低自己國家的地位呢？為什麼我們不能建立一個現代的新的中國醫藥衛生行政與教育制度，來負起發揚國醫，貢獻人類的任務呢？

### 三、醫藥學院、不應中西分設自劃鴻溝

在過去閉關自守的時代，中國人學中醫，自然只有中醫典籍；但是現在時代進步，諸如生理、病理、物理、化學、解剖、生化、檢驗等等、假如你不明瞭，你就無法取人之長，補己之短。相反地，今日我國一般之醫藥學院，如果不設中醫基礎醫學，不去研究內經、難經、傷寒、脈經、金匱、本草等等，你就無法知己之長，去人之短。所以時至今日，設立醫藥學院，其課程必需包括現代基礎醫藥學及中醫基礎醫藥學，絕不能再說中就是中、西就是西，不能合一的喪氣話；更不能專設一個中醫藥學院，僅研究中國古代醫學，固步自封的去抹殺現代的一切科學；尤其不可像現在這樣：設立醫藥學院一點中醫中藥課程都沒有，去掉自己國家幾千年的人體實驗的醫藥成果，永遠跟著外來醫藥後面學而不知恥。生為中國人，有歷代祖宗交

給我們發揚中國醫藥的使命；生為現代人，有研究中國醫藥之責任與義務。今日所有之醫藥學院，如再不設中醫中藥科目課程，實在對不起祖宗、對不起後代，也對不起自己；是行政者的失策，也是從業者的恥辱。難道我們還要等待外人對中醫中藥研究好了，我們再跟著他們走嗎？

### 四、中國醫藥學院、不應分中醫科西醫科

立法院四十五年三月院會決議，諮請政府迅速設立中醫學校及中醫藥研究機構，當時政府因為經費、教材等困難，無從併舉，乃於四十六年僅由教育部籌辦一所國立中國醫藥研究所；而中醫學校，則由當時中醫藥界有志之士覃勤先生等，籌設了一所私立中國醫藥學院。所以這一所一院能設立，可以說來之不易，是全國民意之立法，是政府政策之推行，是從業者有志之士心血之結晶。

按中國醫藥學院設立時，送請教育部立案及司法機關辦理財團法人登記之宗旨：「為開拓民族文化，培養專門人才，融貫中西醫藥學術，建立中國最新醫藥學術體系，以導致世界醫藥學術之進步，而加強人之保健為目的」。其學術思想不可謂不遠。又其捐助章程第九條：「本學院所有財產，非經全體董事之決議及教育部之核准，不得以私人名義擅自處分」。其立意不可謂不公。該院當時所訂課程，中西兼備，是經過教育部召集全國中西醫藥專家名流共同訂定，並經教育部公佈實行的。但是，後來因為人事的動亂不安，今天改



組，明天整理，該院教學宗旨，因此改變，從中西合一之教學，變成中西分立之對抗：設什麼中醫科、西醫科，同一學院自劃鴻溝阻礙進步莫此為甚。使習中醫者，局限於中醫部份，無法探討現代醫藥之長，以作進一步之研究發揚；使習西醫者，無法精究中國醫藥之長，永居西洋醫藥之後，人云亦云，更何言發揚中國醫藥，殊堪痛惜！

民國四十七年及五十一年，教育部核定該院課程係 358-361 個學分，包括共同科目，現代基礎醫學，中醫基礎學理以及中西醫臨床實習等七年修畢之後，有足夠的知識，可以自由參加國家舉辦的中醫師或醫師資格考試，成為一個現代化的中國醫師，也有足夠的力量，為中國醫藥研究之，發揚之。但不幸的是，五十四年不知為何故竟又變成了 291 個學分，六年修畢，且分什麼中醫科、西醫科。可憐在校的莘莘學子，習中醫者，未能探討現代醫學之長，無法作一步之研究；習西醫者，不知中國醫藥之精華，永遠居於西洋醫藥之後，不獨志趣無能展開，兼且受人歧視，認為不中不西，學無專長，試問該校學子，怎能安心學習？

往者已矣，亡羊補牢，猶未為晚。敬請教育當局，勿以人事害教學，勿因私見損公利，速依該學院創辦之宗旨，現代之需要以及學生之前途而改正之。務使該學院畢業之學生，能深知中西醫藥之長，亦深知中西醫藥之短，以負起發揚中國醫藥之時代使命，則該學院幸甚，中國醫藥幸甚？

## 五、國立中國醫藥研究所目前應做些什麼

國立中國醫藥研究所之設立，上節說過，來之不易。其不同於私立中國醫藥學院者：機關是國立，人員是官派，經費是公費，按理依情，好辦多矣，然而事實不然，該所成立之初，曾有：增加國富，裨益國防，發揚國光，造福人類四大目的，以及藥圃的開闢，化學的分析，藥理的實驗，醫理的探研四大方針。迄今十三年來，總以經費之不多，計劃之闕如，人力之不足以及沒有革命之精神去創造，因此除了兩棟房子在那裡風吹雨打，幾部機器在那裡生鏽，幾十本書在那裡看書櫥子外，似乎沒有多大的成就，這是非常可惜的！與當時所定之方針目的，實在差得太遠太遠了！

我們不能說：「今天經費不多，便什麼事也不幹，有一毛錢就幹一毛錢的事吧！畏首畏尾怕難不幹，行嗎？再窮的人，祇要有志氣、肯幹也有光耀門庭的一天。」

我們更不應說：「現今中醫無人，不夠標準。」這是眼高手低自傲低能的說法。試問什麼時代的中醫才夠水準呢？古代的吗？你總不能到墳墓裡去掘出古人來辦事。難道你以為外國人的學問高本領大，才夠水準嗎？你總不能請外國人來研究我國的中醫藥，因為這是不知恥的做法。

我們應從現在起，檢討自己，尊重他人，盡自己之所知，作自己之可行，負自己之職責，群策群力，合力圖成，用最謙恭禮賢踐履篤實的辦法，去達成我們研究

中國醫藥之方針與目的。

本年四月九日，中華文化復興運動推行委員會有鑒於此，乃邀請目前有關中西醫藥同仁，商討如何復興中國醫藥問題，其中討論到中國醫學史及中國藥學史之編訂，中國藥典之編訂，驗方之公開與審訂，中藥之提煉與革新，設立中國醫藥研究發展中心，設立中醫醫院等。這些可行之事，是國立中國醫藥研究所應做而未做的事，今天有黨國元老，革命先進來領導，在復興中華文化的旗幟下，我們應該痛改過去的一切失誤，負起各人已自之責與時代之使命，盡力而為之。

#### 六、公立醫院設中醫診療部並無法令限制或人事阻擾

公立醫院設中醫部，過去雖無明文規定，但亦無法令限制，在服務大眾，發揚國醫之前提下，法律應加保障，人們應予鼓勵。吾人切不可因循苟安，隨便說一聲於法無據，前無成例而不辦。凡屬有益於人類社會的，有組織，有系統，有進步的一切設施，我們就應該及時創立、可以建議、可以立法、可以實行。我們不要因為近百年被外人的洋槍洋砲打怕了，便把自己的祖宗，去了不管，而且把自己豐富的寶藏也奉送給外人去發掘。公立醫院設中醫部，使中醫藥負起一部份保健工作，使同胞就醫有選擇之自由，使中西醫藥比較研究實驗，使中西百年來之鴻溝消滅於無形，此種善政，應速實施。

許處長子秋說：「中醫資格與西醫一樣，都經政府核定，所以不應把中醫列

在一邊，現在的省立醫院及公立醫院，祇有西醫部而無中醫部門，這多少是不公平的。」我認為非但不公平，而且是失策，是損失。合法的中醫師，負起民族保健工作，是神聖的權利與義務，應該毫無疑問，初期或有不適，亦應與時代並進，開誠佈公，互相勉勵共同研究，以求完美，俾使我國醫療學術更邁進一步，以完成中西一元化之現代中國醫藥。

#### 七、中西醫藥同仁、應虛心研究共圖發展

中西醫藥因理論、技術、立場、時代不同，以及文字、言語、生活、習慣之各異，因而互相傾軋，時近百年，實屬可惜可嘆。我們如果虛心研究當可發現，中西治法用藥，殊多相通之處：如急性氣管炎之消炎止咳，急性腸炎之解毒利尿，氣喘之用麻黃杏仁，健胃之用苦味，腎炎之利尿禁鹽，貧血之食肝養血，臟腑之臟器療法，全身之整體治療、慢性病之分期論治以及傳染病之對症療法等，再加中醫所謂之汗、吐、下、和、溫、清、補、消，無不一一中西相合，是我國中西醫藥同仁，如能及時摒除門戶之見，並改正被外人武力征服而產生之自卑感與崇洋心理，來虛心研究，審慎臨床，則我中國醫藥必有發揚於世界之一日。

我們再引證幾個實例：葛根湯治氣喘，其中麻黃之主成分為 Ephedrine，但 Ephedrine 不溶於水，所以單獨用水煎，主成分未被抽出，自無 Ephedrine 之藥效，但葛根湯中有葛根，葛根中之 Starch 其中成



分可以提煉出麻黃中之 Ephedrine，因此二藥同煎，藥效顯著這是中藥複方，缺一不可，多一則變之科學明證。

再如白虎加人參湯治糖尿病、經實驗證明：單用知母，即有效；加入人參，卻減效；再加石膏，又有相乘之效；再加粳米、甘草，更現相加之效，此乃中藥複方相生相剋，君臣佐使之科學證明。

有人謂：「醫學院課程已將處方學刪去，認為已無舉足輕重」，其實並未刪除，臨床教學時非常重要，試問沒有處方如何治病？又謂「藥物學亦改為藥理學。醫學院不讀藥物。」試問沒有藥物何來藥理？藥物改藥理，是加重加深研究而不是輕視藥物。這兩點我們要虛心改正看法。

有人謂：「歐美之研究機構，無一舍單味而研複方，不特不研究複方，即一味

之藥，亦分析無數成分，而逐一研究之。」這是歐美科學研究分工之精細，而不是不研究複方，如果不研究複方，試問目前歐美許多複方製劑是那裡來的？

有人說：「中藥研究，一樣一樣藥材研究即可，不必研究方子。我認為應加考慮。中國藥學研究所研究教授兼所長那琦先生，曾公開在如何復興中國醫藥座談會中表示：研究單味藥不究複方，是不成熟的意見，綜合藥劑，才有研究價值。」這正是我前面兩個例子的說明我們研究學術，不能固執。討論科學，是對事而不是對人，政治可以對立，科學唯有純真，我們不能用政治的頭腦去作科學的研究，我們應該虛心求證。處方學、藥物學、複方、單味、中醫、西醫、中藥、西藥，有其效者研究之、發揚才是真理。



## 評溫病條辨

文／奚南薰

編者按：奚南薰道長，歷任本會常務理事，台北市中醫師公會第九屆理事長，及衛生署中醫藥委員會委員。評溫病條辨一文，原載於革新中醫第三、四期。遺作指出《溫病條辨》妄分三焦之不當，及指出「下焦篇某些不妥的方子」，頗有見解。

考選部為中醫師考試，規定了各科必修書目。替應試者指出一條遵循之路，雖然範圍窄了一點，但畢竟是正確的途徑，便利後學不少，惟其中《溫病條辨》和《幼科三種》兩部書，鄙見尚有可商之處，茲先就《溫病條辨》一書，略為論列其得失。至「幼科三種」容另文詳之。

### 一、妄分三焦之不當

吳鞠通著這部書，對於溫病的病理治療，其主要論據和所用的方子，大部份依據葉天士臨證指南醫案，只能算是「述而不作」，可是他卻存心跟仲景打對台，因為傷寒論分「六經」，於是他便揭出「三焦」來作為對待，全書用三焦篇名，分為三篇，把一個人的身體，截成三段，硬教傳變無定的病情，來遷就他規定的界限進行，豈非荒謬。

傷寒論分六經，乃是就病證的系統，便於立說，各經證候，互相牽涉的很多，方法更是千變萬化，不可端倪，譬如太陽篇中，各經的主方都有，只是隨經名證，隨證用方，仲景並沒有把病人的身體，支

解成為六塊，鞠通強分三焦，這對古人成法來說，是離經叛道，對實際病情來說，是滅裂無理。

說溫病在三焦，原不是鞠通創始，而是劉守真，葉天士先已說過的，但劉氏、葉氏並未將溫病劃成三截，雖然葉氏曾有：「治上無犯中」，和「已過病所」的說法，這確有至理，和鞠通硬分三截，大不相同，葉氏論溫病，只分「衛」「氣」「營」「血」為治療的法程，這才真是大發明，足以補仲景的未備，不單是溫病，即治雜病，亦不能違背這個認病的法則，鞠通祖述葉氏，偏偏捨棄了這極寶貴的發明，而自作聰明，妄分三焦，不知是何道理。

根據實地經驗，溫病有外感溫病，有伏氣溫病，有伏氣溫病，外感溫病，夾濕夾積的很多，一開始就見中焦症狀，伏氣溫病一開始就見下焦症狀，這在治療時，只能隨症投劑，決不能循著鞠通規定的次序，先從上焦開始，再從中及下的，王孟英《溫熱經緯》，治伏氣溫病，先清血分，待透出氣分，再用清氣之藥，這才是圓機



活法，鞠通在這些重要關頭，卻沒有剴切說明，豈不貽誤後學。

## 二、桂枝湯之誤用

吳鞠通的思想，有時候是不可理解的，他跟仲景打對台，教人跳出傷寒圈子，可是他的書上，開宗明義第一張方子，卻是用的傷寒論第一張方子——桂枝湯，大家知道，溫病即是熱病，本書開首所引的內經各條，也都說明是熱病，葉天士溫熱論說：「溫病化熱最速」，至於伏氣溫病，更是內有伏熱，葉天士以黃芩湯為主方，直清裏熱，熱病屬陽，桂枝湯辛甘發散為陽，以陽從陽，豈不犯了傷寒序例「桂枝下咽，陽盛則斃」的戒條。

桂枝湯的主症，在於惡寒自汗，溫病初起，外表每挾風寒，故有惡寒現象，但因裏熱關係，只宜輕劑疏解，惡寒即退，內熱發出，即但惡熱不惡寒了，所以荊防蘇葉可暫用，而桂枝不可用，至於伏氣溫病，內熱壅盛，血液向裏集中，表皮微絲血管貧血，亦有惡寒見症，這種是所謂真熱假寒，桂枝湯更用不得了，王清任說：「發熱有汗之症，未見桂枝湯治愈一人，」（手頭無書，記得是王氏說的。）這當然說的是溫病，而不是「太陽中風」。

內經說：「熱病者，皆傷寒之類也。」難經說：「傷寒有五。」溫病濕溫都包括在內，所以傷寒論的方子，如梔豉、白虎、承氣、麻杏石甘等方，都可以治溫病，獨有麻桂二方，溫病為禁劑。（麻黃湯內麻黃配桂枝，故禁，若麻黃配石膏，即不禁）。

## 三、下焦篇幾張不妥的方子

本書所說的下焦溫病，當然是溫病的末傳了，溫病拖到最後階段，病人陰氣大傷，自是需要養陰，下焦篇第一方是復脈湯，這是無可非議的，但久病之人，胃氣亦已極弱，養陰藥多是滋膩的，最要注意病人的胃氣，是否受得了，所以復脈湯的用量，輕重之間，已經值得考慮，接著是一甲、二甲、三甲復脈湯，再進而大小定風珠，以至專翕大生膏，重用生牡蠣、生鱉甲、生龜板、淡菜、鮑魚、海參之類的腥臭東西，叫久病之人下去，豈不倒足胃口，要知藥吃下去，並不能馬上變成津和血（陰氣）的，必須經過胃的消化，如果胃不能消化，反致停滯增病。

內經說：「病熱少愈，食肉則復，多食則遺，」這類腥臭東西，也都是肉食，用之不當，是會復病的，根據經驗，即使病好後，早吃了這類東西，會使病人面色萎黃虛腫，久久不得復原。

## 四、結論

平心而論，本書大部份方子，都是切合實用的，我不過將書中不妥處，大略指出一二，老生常談，極粗淺，因初學的人，為了將來應試，必須遵照部頒書目修習，深恐惑於謬說而不自覺，所以不憚詞費，草為此篇，其實溫病一門，清朝人的著作指不勝屈。如要作為典範，我覺得王孟英的《溫熱經緯》，比本書好得多。





# 本會近三十年來的重點會務回顧

回目錄

# 中華民國中醫藥學會 第十屆至十八屆重點會務回顧

## 第十屆 (1981.5.24 ~ 1984.5.30)

理事長	魏開瑜
常務理事	陳成章 那琦 魏吉恒 彭主榮 朱士宗 甘偉松
理事	黃民德 惲子愉 龍靈 卓播臣 鄧安中 吳明達 楊永萬 陳春發 朱淦懋 張孟東 李雲飛 官德漢 呂和聰 李益芳 董延齡 陳秋輝 趙其倫 張蔚龍
常務監事	幸超群
監事	陳紬藝 邱錦城 黃銀堂 李大年 張芳添 辜載讚
秘書長	林良藩
秘書	趙琨

- 敦請交通部郵政總局於民國六十九年三月十七日第五十屆國醫節當日發行紀念郵戳與印有醫聖張仲景圖像紀念彩色信封，以資紀念。
- 聯合台北市中醫師暨中藥商公會，精製第五十屆國醫節紀念徽章，中嵌梅花綠十字外鑄「發揚國粹造福人群」於第五十屆國醫節致贈全體會員佩帶，共慶佳節。
- 應中國電視公司「歷史上的今天」節目需要，提供國醫節珍貴歷史圖片資料於民國七十年三月十七日第五十一屆國醫節播出。
- 衛生署將中醫師譯為 Herb Physician 其意為草藥醫生，未能涵蓋中醫之全部意義，經本會博詢專家學者，應以「Doctor of Chinese Medicine」最為洽當，函請衛生署採用，業經六十九年十二月四日以衛署醫字第二九三〇五三號公告，正式採納本會建議之譯名。
- 為加強會員通訊及學驗交流，從民國六十九年十二月份起編印簡訊刊物，作為會內通訊，報導醫藥界新聞及醫藥學新知，並請會員踴躍投稿。
- 民國七十年六月廿八日與台北市中醫師公會、台北市中藥商公會聯合邀請國立交通大學教授魏凌雲博士演講「開創中醫工程」。
- 民國七十一年四月廿四日與台北市中醫師公會、台北市中藥商公會聯合舉辦學術演講，邀請那琦博士演講「中國大麻與印度大麻」。



- 國民大會秘書處來函徵求中醫醫療納入保險給付之意見，本會提供完整之書面意見。
- 函文化圖書公司及各翻譯社，請更正「中醫師」英譯名稱為「Doctor of Chinese Medicine」以正視聽。
- 發動會員捐獻自強坦克基金，直接向本會捐獻者 34 人計二七、八五〇元已於民國七十年九月卅日彙繳中央日報收訖。

## 第十一屆 (1984.5.30 ~ 1987.6.28)

理事長	魏開瑜						
常務理事	朱士宗	陳成章	陳紬藝	黃民德	卓播臣	幸超群	
理事	趙其倫	辜載讚	李益芳	李雲飛	陳春發	楊永萬	朱淦懋
	陳秋輝	張孟東	官德漢	吳明達	董延齡	鄧安中	張蔚龍
	周洪範	翁煥章	陳欽銘	龍 靈			
常務監事	那 琦						
監 事	甘偉松	魏吉恒	張芳添	彭主榮	李大年	林連興	
秘書長	林良藩						
秘 書	趙 琨						

- 駁斥長庚醫院劉祥仁醫師「中醫西醫，優勝劣敗。」之謬論，獲得廣泛回響與支持。
- 向考選、銓敘兩部建議中醫師特考及格人員應准取得公務人員任用資格。
- 向銓敘部陳情請早日將中醫納入公保醫療為眾多公職人員服務。
- 與中醫藥團體共同為舉辦確具中藥基本知識及鑑別能力人員考試催生而努力。
- 參加中華民國中醫藥界於台北市圓山大飯店舉行「中醫藥界奮發自強大會」，研討促進中西醫合作及中醫藥界應興應革事項。
- 參加中華民國第二屆世界中國醫藥學術大會國際針灸研討會聯合大會。
- 本會向中央黨部及立法院等單位陳情，保留醫師法第三條第三款，已獲立法院通過。通過後的醫師法並經總統明令公布實施。
- 醫療法在立法院內政司法兩委員會審查時，本會曾就維護中醫藥權益部份提出修正意見，獲得採納，現醫療法已經通過，並經總統明令公布施行。
- 函請考選部收回成命繼續舉辦中醫師特考——考選部決定停辦中醫師特考兩年，致考生惶惑，輿論譁然，本會立即向考選部陳情，「請為復興中華文化，俯順輿情，繼續舉辦中醫師特考」。嗣獲考選部答覆為使中醫師特考更臻完善，經審慎決定暫停兩年，一面建立各科題庫，一面研訂特考及筆試及格人員接受臨床訓練辦法，使特考制度更臻完善。

## 第十二屆 (1987.6.28 ~ 1990.8.26)

理事長	魏開瑜
常務理事	黃民德 幸超群 朱士宗 陳紬藝 陳成章 卓播臣
理事	趙其倫 辜載讚 周洪範 李雲飛 張孟東 楊永萬 鄧安中 朱淦懋 官德漢 吳明達 李益芳 陳秋輝 董延齡 莊麗水 陳欽銘 龍 靈 張蔚龍 楊萬福
常務監事	那 琦
監 事	林連興 謝朝陽 張芳添 彭主榮 李大年 郭助三
秘書長	林良藩
副秘書長	趙 琨
秘 書	蔡新富

- 本會率團出席第廿五屆世界人類醫學大會：76.8.28. – 30. 在丹麥首府哥本哈根舉行之第25屆世界人類醫學大會，本會常務理事黃民德、理事楊永萬、官德漢、李益芳、陳秋輝、周洪範、會員楊向實、秘書長林良藩等隨中華民國代表團參加大會，由黃民德擔任團長，黃醫師並以「中國醫學的哲學觀」發表學術演講，內容精闢，深受大會重視。
- 力爭國立中國醫藥研究所獨立：本會為維護學術尊嚴，捍衛國立中國醫藥研究所不僅應保持獨立，更應擴大編制，增加員額、寬列預算、附設中醫診所，並應由中醫藥界人士領導，加速研究工作，以提昇中醫藥水準。本會於 76.12.1. 函請教育部建議。
- 力爭西醫系學生參加中醫師檢覈，應比照中國醫藥學院中醫系學生修滿中醫 112 學分方可參加檢覈，不可以象徵性的卅個學分獲得參加中醫檢覈的權利。
- 駁斥勞保局對中醫的污衊——從開放中醫醫院試辦勞保門診以來，勞保局一直在數落中醫門診，將中醫批評得一無是處，本會為維護中醫尊嚴，特針對勞保局的偏見——加以駁斥。
- 鑄造醫聖張仲景塑像以資景仰——張仲景對中醫的貢獻無與倫比，後世尊為醫聖，本會特與台北市中醫師公會聯合以故宮南薰殿李尼摩所繪張仲景畫像為藍本，塑製八寸半身銅像，供會員購用，藉資景仰！
- 參觀大陸中醫院校教育設施及學術交流：本會與台北市中醫師公會於 78.3.25 聯合組團赴大陸作中醫藥尋根之旅，由本會常務理事黃民德（時任台北市中醫師公會理事長）擔任團長，本會魏理事長擔任名譽團長。本會理事陳欽銘、楊永萬、周洪範、官德漢、李益芳、陳秋輝等多人均參加，先後參觀廣州、北京、上海、福建等四所中醫學院及廈門中醫醫院，除作學術交流外並考察大陸中醫藥教育及發展狀況，作為我們發展中醫藥之參考。
- 建議行政院衛生署堅定維護中醫藥立場，掃除公勞保管理機關心理上之障礙，並洞燭公勞保承辦機關延宕擴辦中醫公勞保之真正顧忌，且為維護被保人權益，擇醫自由及尊重公勞保群眾之意願，建議早日促請有關機關擴大辦理中醫診所承辦公勞保。



- 聯合台北市中醫師公會應邀前往福建中醫學院訪問，參加該院海外培訓中心落成典禮，且作兩岸學術交流。
- 本會鑑于坊間中英翻譯手冊，多誤將中醫師譯作：Herbalist 不甚妥切。特函請各出版社于再版時按衛生署公告，正名為：Doctor of Chinese Medicine。
- 函請衛生署為維護投保人權益，擇醫自由及尊重公勞保群眾之意願，請早日促請有關機關迅速擴大辦理中醫診所承辦公勞保。
- 聯合中醫界要求開放中醫醫院住院給付。1. 中醫門診科別依開辦時衛生署公告者全部開放給付。2. 開放中醫住院給付。3. 藥材給付，不論門診住院，原則上一律使用濃縮中藥，其用飲片者，超過部分，由患者自行負擔。4. 開放之醫療服務項目包括診費、處方、藥物、調劑、針灸、臨床病理檢驗及其他醫療服務項目。5. 給予中、西醫住院病人，中西會診的醫療給付。6. 診療報酬支付方式，採分項給付方式藉以保持醫療品質。7. 各項給付費用，比照西醫收費辦理。
- 本會與中國醫藥研究發展基金會、文復會中西醫合作研究推行委員會、中國醫藥學院、台北市中醫師公會等七團體為慶祝第六十屆國醫節，聯合舉辦「中醫中藥常識系列講座」，自民國七十九年三月廿五日至五月廿日在台北市中華文化大樓舉行。
- 由行政院衛生署、中國醫藥學院、中華民國中醫師公會全國聯合會與本會聯合舉辦的「中華民國第三屆世界中國醫藥學術大會暨國際針灸研討會聯合大會」於民國七十九年十一月廿五—廿七日在台北市圓山大飯店舉行。

## 第十三屆 (1990.8.26 ~ 1994.7.3)

理 事 長	魏開瑜 (魏理事長於 1993 年 10 月 2 日逝世，幸超群接任理事長)
常務理事	朱士宗 那 琦 幸超群 陳欽銘 董延齡 卓播臣
理 事	陳秋輝 姜 通 吳明達 趙其倫 楊永萬 辜載讚 官德漢
	周洪範 李雲飛 謝朝陽 張孟東 張芳添 楊萬福 朱淦懋
	彭主榮 鄧安中 李益芳 郭助三
常務監事	黃民德
監 事	陳成章 林連興 曾石龍 莊義雄 陳紬藝 張文雄
秘 書 長	林良藩
副秘書長	趙 琨 黃南興
秘 書	蔡新富

- 中華文化復興運動推行委員會中西醫合作研究推行委員會，由陳主任委員資政立公主持。



- 本會魏理事長被聘為該會委員。
- 聯合中醫師公會全聯會等十個團體假台北市中央圖書館大禮堂，為陳資政立公九秩晉二華誕暖壽，並為立夫醫藥基金會勸募基金。
  - 參加台灣新生報於 79.9.25. 在新生報業廣場舉辦之「中華民國中醫中藥現況與發展座談會」，本會魏理事長特就中藥商執照問題，提出強烈質詢。並向教育部建議，若不辦國立中醫藥學院應承認大陸公立之中醫學院畢業生資格。
  - 財團法人海峽交流基金會於八十年六月十一日邀請本會參加「兩岸醫藥學術交流座談會」。由魏理事長偕同本會國際傳統醫藥學術交流委員會何主任委員出席。
  - 第七回國際東洋醫學會於八十一年十一月廿至廿二日假台中市中山堂舉行，由中國醫藥學院主辦，本會為協辦單位。
  - 民國八十年十一月四日出席中醫師公會及中藥商公會全國聯合會於台北市中山堂復興廳邀請專家學者就衛生署禁令使用販售「硃砂」「鉛丹」問題舉行研討。本會強調辰砂為外科必用藥，辰砂功用大，且不可禁止內服，但宜訂限量列為中醫師處方之藥。
  - 本會聯合國大代表彭有枝同道及中醫師公會全聯會向政府建議將發展中國傳統醫藥列入憲法。頃在憲法增修條文第十八條第三款增列：「國家應推行全民健康保險，並促進現代與傳統醫藥之研究發展。」
  - 北京國家中醫藥管理局科技開發中心主任許明教授來台訪問，本會於八十一年九月廿九日聯合台北市中醫師公會、中華民國傳統醫學會及自然療法學會設宴招待，就兩岸交流問題作深入了解。
  - 民國八十一年十一月廿七日英國環境調查協會 (EIA) 來華，公開指謫我中醫藥界使用並囤積犀牛角，導致犀牛瀕臨絕種，對此誣蔑情事，本會向其提出嚴正聲明：我中醫界已自民國七十九年十一月全力配合政府法令禁絕使用犀牛角，何來販賣囤積之舉？
  - 民國八十二年七月二日應立法院厚生會邀請，出席「國立中國醫藥研究所定位公聽會」，本會呼籲：為弘揚傳統醫藥，維護法制及憲法精神，教育部之國立中國醫藥研究所除應永遠維持獨立，不宜降隸或裁併外，並當擴大組織，延攬人才，寬列預算，充實設備，俾全面提升中醫藥學術研究，研究所之組織條例應早日在立法院審查通過，以利中醫藥科學化、現代化之推動。
  - 民國八十二年十月廿一日本會常務理事陳欽銘教授代表本會出席福建中醫學院成立卅五週年紀念活動及傳統中醫學術交流大會。
  - 配合野生動物保育法及落實野生動物保育觀念，民國八十三年四月本會特函請各位會員同道配合政府保育法案「勿販售、陳列、使用保育類動物」，較常入藥及保育野生動物及其產製品如下：犀角、虎骨、穿山甲、豹骨、水獺肝、玳瑁、麝香、百步蛇、象皮、熊膽等，上列保育動物請勿再使用及陳列，以免觸法。



## 第十四屆 (1994.7.3 ~ 1998.6.28)

理事長	陳成章
常務理事	楊永萬 朱士宗 陳欽銘 董延齡 卓播臣 姜通
理事	趙其倫 陳秋輝 辜載讚 張文雄 陳俊明 鄧安中 林昭庚 李益芳 張家瑜 翁煥章 郭助三 陳清松 何志韶 李松根 王承源 高尚德 黃南興 劉榮森
常務監事	江新發
監事	林連興 賴酒流 張芳添 朱淦懋 張永賢 賴深明
秘書長	林良藩
副秘書長	趙琨
秘書	蔡新富 吳瑞玲

- 民國八十三年十二月聯合中醫藥團體，透過多位立法委員，將延宕多年的「行政院衛生署中醫藥委員會組織條例草案」排入院會議程，並於十二月廿五日三讀通過，完成立法程序，中醫藥委員會成為獨立的行政管理機關。
- 本會聯合中醫藥團體推動「國立中國醫藥研究所組織條例」，於八十四年一月十七日三讀通過。明定該所隸屬教育部下負責掌理有關中醫藥研究、實驗及發展事宜，培訓相關專業研究人員，以提昇中醫藥學術地位。
- 陳理事長成章於民國八十四年四月八日率林秘書長等十六位同道前往大陸做為期十二天中醫藥學術交流訪問，其間參觀北京中醫研究院西苑醫院，拜訪上海中醫藥大學和福建中醫學院，除做兩岸學術交流，參觀訪問交換心得外，並順道遊覽大陸湖光山色名勝古蹟，回程時順道香港拜會港九中醫師公會。
- 本會聯合中醫藥團體，推動「行政院衛生署中醫藥委員會組織條例」，而委員會終於在民國八十四年十一月一日正式掛牌運作。委員會下設中醫組、中藥組、資訊典籍組、研究發展組及秘書室。
- 民國八十五年五月十八日組團參加北京中國中醫研究院中醫藥學術研討會。
- 民國八十五年九月七、八日國立中國醫藥研究所喬遷，為慶祝研究所成立四十週年暨傳統醫學大樓新廈落成，本會聯合中醫師公會全國聯合會、中藥商公會全國聯合會、台北市中醫師公會於研究所新大樓辦理「中醫藥品器材書籍展示會」並邀請中國醫藥學院黃維三副校長、行政院衛生署中醫藥委員會蘇貫中主任委員學術演講。

## 第十五屆 (1998.6.28 ~ 2002.6.23)

理事長	陳成章
常務理事	董延齡 陳欽銘 姜通 卓播臣 陳秋輝 楊永萬 江新發 鄧安中
理事	賴酒流 賴深明 黃進興 翁銘權 莊振國 林素貞 莊良夫 林茂男 趙其倫 陳清松 李益芳 陳志芳 陳朝明 郭助三 李江川 何志韶 黃南興 徐坤榮
監事長	陳俊明
常務監事	楊賢鴻 邱戊己
監事	林連興 陳躍升 張家瑜 王瑞參 辜載讚
秘書長	趙琨
秘書	蔡新富 吳瑞玲

- 民國八十七年十一月六日至八日組團出席「一九九八年福建中國傳統醫藥學術研討會」。
- 發動會員出席民國八十七年九月廿七日由衛生署中醫藥委員會主辦的「全國中醫藥觀摩研討會」。
- 民國八十八年六月六日協助中醫藥聯誼會假永和國父紀念館舉辦「中醫藥界邁向廿一世紀研討會」。
- 民國八十八年六月廿日出版姜通醫師編著「B型肝炎的感染與防治」。
- 民國八十九年二月十九、廿日本會和國內各中醫學會假台北國際會議中心聯合舉辦「二〇〇〇年國際仲景學術研討大會」，有來自國內外的專家學者參與本次的盛會。
- 民國八十九年六月七日至九十年一月十三日辦理會員在職中醫藥研習講座，邀請陳欽銘、董延齡、張家馴、羅明宇、曾文俊、黃建榮等醫師授課。研習課程有：中醫概論、中藥概論、本草備要、刪補名醫方論、四診心法、傷寒論、金匱要略、內經知要、生理學、生物學等。
- 為紀念衛生署中醫藥委員會前主任委員黃民德醫師（本會前常務監事），本會聯合國內各中醫藥團體，於民國九十年七月一日假國立中國醫藥研究所合辦「紀念黃民德醫師國際學術研討會第三屆年會」—未來醫學的挑戰—經絡研究二〇〇一年。
- 民國九十一年六月廿三日本會假台北市國立中國醫藥研究所舉行本會成立五十週年中醫藥學術研討會邀請國立中國醫藥研究所陳所長介甫、台北市中醫師公會陳理事長旺全、長庚紀念醫院中醫分院楊主任賢鴻、中國醫藥學院張教授永勳分別演講「印度傳統醫學」、「常用中藥在臨床上的應用」、「從中西結合看中醫藥發展」、「中藥的品質管制」。
- 民國九十一年六月廿三日本會慶祝成立五十週年出版「成立五十週年紀念專刊」。



## 第十六屆 (2002.6.23~2006.8.27)

理事長	卓播臣
常務理事	董延齡 陳欽銘 邱戊己 江新發 姜通 莊振國 楊永萬 陳秋輝
理事	王瑞參 翁銘權 趙其倫 賴深明 陳清松 盧良德 陳風城 林文彬 李江川 陳俊明 郭助三 何志韶 劉義雄 陳俊明 張福元 陳躍升 林展弘 張家瑜
監事長	陳志芳
常務監事	林素貞 黃進興
監事	辜載讚 張景堯 莊良夫 郭明亮 賴玉堂 楊熊助
秘書長	趙琨
副秘書長	陳清標 許延年 蔡新富

- 91年12月22日假台大景福館會議廳舉辦2002年中醫藥學術研討會，邀請中國醫藥學院附屬醫院主治醫師潘隆森，中國藥學研究所所長張永，立法院醫務室主治醫師董延齡、台北縣中醫師公會常務理事林文彬，分別發表「五十肩、腰痛、梅尼爾氏症候群針灸療法」、「台灣原住民常用藥用植物介紹」、「特殊病例臨床治療經驗」、「頸椎病的診斷與治療方法」。
- 92年9月21日假三軍軍官俱樂部勝利廳舉辦2003年中醫藥學術研討會，邀請中國醫藥大學副教授陳欽銘、台北市立中醫醫院副院長鄭振鴻、美國南加州大學教授陳昌平、台北市中醫師公會理事長陳旺全，分別發表「憂鬱症的中西醫療法」、「中醫對肝炎的防治」、「癌症診斷的最新發展」、「防癌的策略應用」。
- 93年06月05日本會與衛生署中醫藥委員會、中華民國傳統醫學會、中國中醫臨床醫學會、中華民國內科、婦科、兒科、肝病、癌症、抗衰老等醫學會共同合辦「2004溫病國際學術研討會」於6月5、6日假台北市政府大禮堂舉行大會，邀請國內外醫界專家學者四十餘人蒞會專題演講，有來自美國、日本、韓國、香港、澳門、新加坡及中國大陸等十餘國家來賓。大會並集結大會相關論文發行《2004溫病學術研究》專輯。
- 93年7月11日假三軍軍官俱樂部勝利廳舉辦「2004年中醫藥學術研討會」邀請衛生署中醫藥委員會中藥組組長陳崇哲先生、中華針灸醫學會理事長林昭庚教授、國立中國醫藥研究所前研究員歐潤芝先生、中華民國傳統醫學會理事長黃碧松醫師演講「中藥規範《中華中藥典》簡介」、「經絡理論與臨床應用」、「台灣本土常用中草藥」、「從SARS及禽流感談中醫溫病的臨床應用」。
- 94年8月14日假三軍軍官俱樂部勝利廳舉辦「2005年中醫藥學術研討會」邀請中華民國

中醫公會全國聯合會監事長陳俊明博士、台北市中醫師公會顧問董延齡醫師、台北縣中醫師公會理事長陳風城醫師、台灣中醫臨床醫學會常務理事林文彬醫師演講「中藥炮製的臨床應用」、「癌症術後的中醫藥輔助療法」、「人像診斷的建康中醫觀」、「傷科診斷與推拿法應用」。

- 95年8月27日假三軍軍官俱樂部勝利廳舉辦「2005年中醫藥學術研討會」邀請中國醫藥大學副教授陳欽銘醫師專題演講「肺癌中西醫治療與展望」。

## 第十七屆 (2006.8.27~2010.6.20)

理 事 長	卓播臣
常 務 理 事	董延齡 陳欽銘 姜 通 江新發 林素貞 陳秋輝 莊振國 邱戊己
理 事	賴深明 陳風城 張景堯 陳俊明 林文彬 張家瑜 王瑞參 何志韶 郭助三 張福元 劉義雄 陳朝明 邱 定 詹益能 白明鈿 常少偉 葉桂貞 林淑貞
監事會召集人	陳志芳
常 務 監 事	黃進興 翁銘權
監 事	郭明亮 林展弘 莊良夫 辜載讚 賴玉堂 楊熊助
秘 書 長	趙 琨
副 秘 書 長	蔡新富 陳清標 許延年
秘 書	吳瑞玲

- 96年8月12日本會假三軍軍官俱樂部勝利廳舉辦「2007年中醫藥學術研討會」、邀請中國醫藥大學副教授陳欽銘醫師演講「中國領導人養生之道」、本會常務理事姜通醫師演講「糖尿病臨床治療體驗」、本會常務理事董延齡醫師演講「中醫藥治療雷諾氏症特效摘要」、中華民國中醫傷科醫學會常務理事林文彬醫師演講「傷科臨床常見病症針推治療」、台北縣中醫師公會理事長陳風城醫師講「社交禮儀」。
- 97年7月13日本會假天成大飯店天采廳舉辦「2008年中醫藥學術研討會」，邀請台北市中醫師公會理事長陳潮宗醫師演講「中醫臨床十大名方」與台北縣中醫師公會理事長張景堯醫師，演講「從韓醫的發展看台灣中醫的未來」。
- 98年7月12日卓理事長播臣出席衛生署中醫藥委員會主辦，中華中醫學會於台大國際會議中心承辦「2009年台北傳統醫學國際學術論壇」。
- 98年7月26日本會假天成大飯店天采廳舉辦「2009年中藥學術研究會」，邀請德全中醫



診所院長百歲國醫姜通醫師、董延齡中醫診所院長董延齡醫師、林園中醫診所院長林文彬醫師、中國醫藥大學教授陳欽銘醫師，演講「百歲養生及臨床診治心得」、「中醫優生學現代觀」、「穴位經絡按摩養生美容」、「中醫養生法」。

- 99年6月20日本會假天成大飯店國際廳舉辦「2010年中醫藥學術研討會」邀請台北縣中醫師公會理事邱定醫師演講「青春痘辨證與外用藥」、「下肢潰瘍及糖尿病足辨證及用藥」。

## 第十八屆 (2010.6.20~2014.6.19)

理 事 長	邱戊己
常 務 理 事	董延齡 陳欽銘 張景堯 江新發 陳秋輝 陳風城 林素貞 王瑞參
理 事	林淑貞 卓掌權 陳俊明 張家瑜 林文彬 張福元 邱 定 劉義雄 詹益能 白明鈿 賴深明 陳朝明 卓錫裕 何志韶 葉桂貞 簡玉燕 宋美榮 陳躍升
監事會召集人	陳志芳
常 務 監 事	郭明亮 翁銘權
監 事	辜載讚 賴玉堂 黃其昌 朱金水 謝世宗 顏燦林
秘 書 長	趙 琨
副 秘 書 長	陳清標 許延年 蔡新富
秘 書	吳瑞玲

- 100年7月3日舉辦2011年中醫藥學術研討會邀請董延齡醫師演講「赴美義診臨床心得」、鄭阿乾醫師演講「八會穴的應用與保健」。
- 100年7月28日至8月4日本會名譽理事長陳成章率團前往山西省參訪與山西中醫藥學會代表團交流座談。
- 101年3月18日與25日本會協助台北市中醫師公會辦理「2012台北國際中醫藥學術論壇」、新北市中醫公會辦理「第82屆國醫節國際中醫藥學術大會」。
- 101年6月21日本會與湖南省中醫藥學會簽訂交流合作協議書。
- 101年10月21日至28日本會監事長陳志芳率團前往福州出席「2012海峽兩岸中醫藥學術研討會」，並參訪福建中醫藥大學暨附屬醫院。
- 101年11月25日本會於三軍軍官俱樂部擴大舉辦成立60週年慶祝大會暨學術研討會，邀請政府首長及中醫藥界代表蒞會指導。並出版「中華民國中醫藥學會成立60週年紀念專刊」。



The background of the entire page is a repeating, intricate floral and scrollwork pattern in a light gray color. The pattern consists of stylized flowers, leaves, and swirling lines, creating a dense and elegant texture. A solid gray horizontal band is positioned across the middle of the page, containing the title text.

# 中醫藥論文及臨床研究心得

回目錄



## 中醫藥在台灣發展現況之觀感與展望

文／黃林煌 行政院衛生署中醫藥委員會主任委員

隨著兩岸經貿交流日益頻繁，民眾熱烈關切的兩岸經濟合作架構協議 (ECFA)，是否會觸及醫療專業證照相互認證的問題，進而開放大陸中醫師來台執業，讓各界十分憂心是否會對中醫醫療產生衝擊？而民眾對於市面上所販售的大陸進口中藥材，也擔心其品質是否符合安全衛生標準？以下分別就中醫及中藥兩大部分，提出對於大陸中醫藥對於台灣現況與未來發展之影響。

目前我國對於中醫師的培訓，有一套完整的教、考、訓、用的制度，而對於中醫師的養成教育，皆以正規教育體制進行，分為一般大學中醫學系及學士後中醫學系。依據醫師法的規定，無論本國人或外國人，如欲在我國執行中醫師業務，除了完成經教育部認可之中醫師教育學歷外，還需要通過考試院所舉辦的中醫師專技高等考試，並向所在地衛生局辦理執業登記，方可執行中醫師業務。在目前的 ECFA 協議架構中，我國對於所有醫事人員均不採認其大陸學歷，亦未承諾開放大陸地區中醫師來台執業，目前兩岸中醫界僅以學術交流為主。事實上，我國目前中醫師的人力，一直處於飽和平衡的狀態；而大陸地區目前對於醫事人員的需求量相當高，尋求來台執業的機率其實很小，因此短期內大陸中醫師並無來台執業之可能。俗話說「真金

不怕火煉」，為了促進中醫多元發展，並培育具有研究發展能力之中醫師，我國持續推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，督導中醫教學醫院落實中醫臨床實作訓練，並納入教學醫院評鑑標準。另一方面，為了提升中醫醫事人員執業素質，政府將落實中醫師繼續教育，及執業執照更新制度，並提供護理人員接受中醫護理訓練機會，期望建立具有高照護品質的中醫醫療制度。

在民國 99 年，我國中藥材進口值近 30 億元新台幣，其中有 80% 源自於大陸地區；而國人普遍使用的當歸、枸杞與黃耆，幾乎都是進口自大陸地區，因此保障國人對於中藥材的食用與用藥安全，成了政府第一優先考量的課題。在第六次江陳會談中，簽署了「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」，醫藥衛生合作確定成為重要工作議題之一，當中包含了「中醫藥研究交流」與「中藥材安全管理」。目前政府正根據這些方向，推動中藥材及製劑品質管理，分成三階段實施：第一階段為推動中藥材的包裝標示，以確立產品責任歸屬；第二階段為中藥材及濃縮製劑中所含重金屬、微生物及異常物質等，訂定各項限量標準，以確保其衛生安全；第三階段則是完成中藥材源頭管理機制，包括進口產品文書認證、邊境抽驗管制及落地追蹤等工作。近日媒體所報導之大陸進口枸杞農藥殘留過量，正是由



於邊境把關機制發揮功效，在 TFDA 抽批查驗不合格時即退運並限制其進口，並將抽批查驗比例調整為逐批查驗，以保障國人食用安全。

隨著行政院組織改造的腳步，中醫藥委員會也將整併成衛生福利部的中醫藥司。未來是否考量將坊間的部分民俗調理：如按摩等相關行業作適當的管理，期望提升傳統理療的品質。而伴隨著推動的「建構中藥用藥安全環境計畫」，除了確保進口中藥材之衛生安全管理外，也將繼續以科學研究為基礎，開發現代化且高效率的製藥技術，健全產業發展並帶動其升級，提升為具有全球競爭力之產業環境，以創造高品質用藥安全之願景。

# 台灣中醫發展簡史

文／林昭庚 中華民國中醫師公會全國聯合會名譽理事長

## 前言

中醫為中華民族固有的傳統醫學，數千年來一直照護著人民的健康，維繫民族的命脈於不墜，功不可沒。儘管近百年來西方醫學發達，政府大力提倡西醫，且納入完整的教育體系，使西醫在國內快速成長，主導了全國衛生行政與醫療保健的重任，而對於中醫發展不予重視，雖然熱愛中醫的人士極力爭取，迄今仍未能設立國立中醫藥大學、公立中醫醫學中心，幸而中醫深受民間的信賴和肯定，以及國際醫界的重視。政府為因應社會大眾對中醫醫療的迫切需要，陸續開辦中醫勞保公保及之後全民健保，提供中醫醫療服務。台灣地區中醫診所已遍佈各地，執業中醫師達5500餘人，目前中醫醫療已列入全民健保範圍，國內亦有中醫界及民間共同辦理一流中國醫藥大學，培育現代化中醫師人才。為緬懷台灣中醫前輩維護中醫權益奮鬥不懈的精神，特簡述台灣中醫近年來的發展過程及中醫未來發展的期許。

## 壹、台灣中醫師人才培育

### 日據時代的台灣中醫考試

中日甲午戰爭後，中國將台灣割讓予日本，在日據時代(1895-1945)禁用華文，惟中醫名稱不在禁例。光緒二十七年

(1901)，日本政府曾對台灣的中醫師進行過一次考試，然後頒發許可證，當時申請應考者一、一二六人，考試結果：及格一、〇九七人，未經考試即給行醫許可證者六五〇人；考試不及格予以同情許可證者一五六人，合計發給執照一、九〇三人。此後，設定了許多限制，如僅准在當地執業，須受公醫之監督等。繼而便對中醫採取取締態度，對於具備行醫資格的中醫師，不發給執照，不准行醫，以圖逐漸消滅中醫，從而造成中醫師人數逐年減少。從1902年到1945年，台灣持有從事中醫業務許可證者，由一、九〇三人降至數十人。台灣中醫藥文化在藥肆中得以薪火相傳，不絕如縷。也有不少中醫世家子弟，遠赴上海、浙江等地中醫學校就讀，回台後成立「台灣中醫勵進會」，互相討論學術，並與南京中央國醫館連繫，視為台灣分館。台灣光復後，中央國醫館館長焦易堂先生追隨政府來台，即曾住在台灣分館，後病逝台北。

### 光復後的台灣中醫教育及考試

1945年我國抗戰勝利後，醫師法中明定中西醫師地位平等，但醫藥行政與教育部門仍以西醫為主。祇有考試院舉辦中醫師考試，得以維繫中醫命脈，而台籍同胞在日據時代，均受日文教育，無法應付筆



試，便要求當局准予參加檢覈免用筆試，後又增加檢定考試，不限資格，沿襲至今，屢遭人詬病，實係情有可原，事非得已。

1949年國民政府播遷來台後，立法院接受台灣中醫界請願案，咨請教育部設立中醫學院，以培養中醫後進人才，卒於1957年10月教育部僅設立了國立中國醫藥研究所。

1958年私立中國醫藥學院成立。1972年，陳資政立夫先生膺任該學院董事長，私人募款興建中國醫藥學院台中附設醫院與中國醫藥學院北港分部，同時完成北港媽祖醫院的興建。目前該學院已改制為大學設有醫學院、中醫學院、藥學院、公衛學院、健康照護學院、生命科學院，有二十個學系、三十個研究所之碩士班、博士班，附設醫院兩處（台中、北港）為台灣唯一私辦中醫的最高學府。原中國醫藥學院為推動中西醫學結合，1977年設立中醫師現代醫學進修班。1989年增設西醫師補修中醫課程，並接受衛生署委託辦理特考中醫師進修班。1990年又接受考選部委託辦理特考中醫師筆試及格人員訓練班，務期充份利用中國醫藥學院之師資，設備與經驗，聯合國內外之中西醫同道，共同努力，為中醫教育負起承先啟後，繼往開來之使命。

### 現在的台灣中醫教育及考試

我國中醫師的養成教育，分七年制中醫學系（加修醫學系為八年制）及五年制學士後中醫學系兩種制度。中國醫藥大學同時設有這兩種學制：七年制中醫學系每年招收學生120人，自1970年至2011年止，已有畢業生2,954人；五年制學士後中醫學系每年招收學生100人，自1989年

至2011年止，已有畢業生1,944人。長庚大學亦設有八年制中醫學系，自1998年起，每年招收學生50名。此外，修習四十五個中醫必要學分之醫學系畢業生，亦得參加中醫師檢覈考試；至2011年底，修畢是項中醫學分之醫學系畢業生有439人，其中有126人已通過中醫師考試。另為拔擢國內對中醫藥學術有研習心得人士，考選部亦舉辦中醫師檢定考試與特種考試；至2011年止，中醫師檢定考試及格人數為22,053人，中醫師特種考試及格人數為3,600。為增進中醫師特種考試及格人員之執業能力，提升中醫醫療照護品質，考試院於1988年訂定「特種考試中醫師考試筆試及格人員訓練辦法」乙種，規定筆試及格人員須先接受八個月的基礎醫學訓練及十個月的臨床診療訓練，始可取得中醫師考試及格資格；本項訓練，已由考選部委託中國醫藥大學辦理，並由中醫藥委員會協助訓練事宜。又為促進中醫正規教育之正常發展，逐步提高中醫師由正規教育養成之比率，協調考試院及立法院於1999年12月29日完成「專門職業及技術人員考試法」修法工作，使我國中醫師檢定考試制度於2008年落日。另為維護中醫師執業素質，確保中醫醫療服務品質，每年輔導並補助中醫專科醫學會、中醫師公會及中醫醫療機構等相關團體、機構辦理中醫藥學術研討會及臨床病例討論會等繼續教育活動。

### 貳、台灣中醫醫療

為因應台灣地區廣大民眾對中醫藥的需要，尊重中國人患病服用中醫的習性，尤其中醫藥更是祖先遺留下來寶貴的傳統醫藥。幾十年來社會各界不斷的努力爭取，

希望政府衛生保險機關將中醫藥納入保險醫療體系，以嘉惠勞工、農民朋友及政府公務人員，使廣大人民有自由選擇就醫機會，並且藉以提昇中醫師的醫療水平，達成中醫現代化，中藥科學化，中西醫一元化的目標。1984年7月在中國醫藥發展基金會董事長陳資政立夫先生推動下，中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣省、台北市、高雄市等中醫師公會，經與政府衛生主管單位暨公立醫院協調籌備成立中醫部（科）事宜，經過兩年不斷地協調溝通，各級民意代表的支援爭取，以及全體中醫藥界同仁共同努力團結奮鬥，終於完成了台北市立和平醫院（1981.11.20.），省立嘉義醫院（1984.7.15），省立基隆醫院（1984.10.25），省立新營醫院（1985.2.19），省立花蓮醫院（1985.1.29）等成立中醫部門的醫療業務。並於1983年7月在台灣地區分北中南東四區先開放勞保醫療門診。使中醫藥納入正式勞保醫療體制中。今天台灣地區中醫藥的蓬勃發展乃陳資政立夫先生的遠見與大力提倡，功不可沒。

為使各地方想要接受中醫藥照護的民眾，能透過中西醫學結合的方式，獲得完善的服務，並透過中藥臨床療效評估制度的實施，確認中醫治療效果，進而提升中醫照護品質，現各教學醫院已普遍附設中醫部門，並將中醫部（科）納入正式編制；經衛生署於2011年統計已有16家中醫醫院79家醫院附設中醫部（科）。

在公立醫院方面，為滿足民眾對中醫藥照護服務之需求，高雄市於1983年7月即設有市立中醫醫院；台北市亦於1997年12月，將市立和平醫院中醫部獨立為市立中醫醫院，並賦予該院中醫院際合作之重任。另外，衛生署基隆、台北、新竹、豐

原、南投、嘉義、雲林、新營、花蓮、台東、澎湖醫院，台北市立仁愛、中興、忠孝、陽明、婦幼、和平、萬芳醫院及台南市立醫院均設有中醫部（科）。

國內現（2011年12月）領有中醫師證書者計12,767人，其中執業中醫師共有5,556人；中醫醫療院所合計2,506家，其中中醫院36家，中醫診所2,411家，西醫醫院附設中醫部79家。

### 參、台灣中醫醫療保險

台灣地區的勞保業務，於1956年7月1日起開辦，先辦理西醫住院業務，再擴大至西醫門診，中醫的勞保則至1978年一月起才開始試辦中醫傷科門診業務，當時診療範圍僅限於單純骨折與脫臼兩項，給付為每次60元；於1983年7月，擴大診療科目至增有內科、婦科、針灸科，給付金額調高至200元，1985年因中藥價格上漲，每人次調至240元，1987年因中藥價格下跌且多採濃縮中藥，給付又降為200元，民國1991年，中醫診所200元，中醫院220元，科別縮為中醫科，後來給付金額調為中醫診所及醫院一律220元，並增加高血壓、糖尿病、慢性腎炎、甲狀腺腫、氣喘等五種慢性病的專案給付，即7至14日，每人次平均費用350元，15日份每人次500元。

1993年中醫公保農、漁、福保，也依勞保中醫的逐漸開放而開辦，給付金額和中醫勞保大致類同，只是中醫公保之申請特約條件之一是要符合中醫醫院以上的設置，另中醫公保的慢性病種類不設限，傷科、針灸科可拿一張公保就診單而連續使用三次，為主要差異處。

中醫保險逐漸擴大普及特約醫療院所，



其中也是經歷過許多艱辛的爭取路程，在諸位中醫界前輩大老的不畏艱困，執著爭取中醫保險的全面開放，並加上中醫同仁們的夜宿勞委會，走上街頭於立法院抗爭等等，如此的對國家中醫保險制度發出怒吼的抗議，冀望國家中醫保險制度能及時檢討，中醫保險政策有初步的大轉變，擴大辦理至比照西醫方式辦理，而有中醫勞保的全面開放，使開業中醫師，有基本的立足點去執行中醫醫療業務。為順應國人對中醫醫療的迫切需要，政府於民國 1995 年開辦全民健康保險將中醫和西醫同樣納入保險給付，全面開放中醫診所承辦全民健保，使需要的患者得到中醫的醫療照護。

為配合政府健保政策，中醫全聯會於 2000 年 7 月承辦中醫門診總額支付制度，爭取中醫專業自主，並因縝密研議經協商取得較優勢的總額分配，使全國中醫院所，在社會一片不景氣的環境中，仍能使病患得到妥善的中醫醫療照護。

自 1995 年，台灣政府開辦全民健保以來，中醫的醫療照護甚受民眾肯定。為永續推動全民健保業務，全民健保法第四十七條至五十四條明訂應實施總額支付制度，基於醫療資源之合理分配及落實專業自主精神，中醫師全聯會於 2000 年 7 月 1 日承辦全民健保中醫門診總額支付制度。中醫師公會負責專業審查，健保局負責行政審查。為推動總額支付制度，中醫師公會全聯會，成立中醫總額支付制度研議小組，及品質、資訊、法規、審查分組，訂定成立中醫門診總額支付制度保險委員會。依中央健保局六個分局轄區公會，成立中醫總額支付制度台北區、北區、中區、南區、高屏區、東區分會。公會制訂中醫門診總額支付制度品質確保方案、中醫醫療

院所病歷紀錄規範、諮詢及申訴檢舉處理機制、中醫醫療院所中醫門診就診須知、各科臨床治療指引；為提升全民健保中醫門診總額支付制度之專業審查水準，制訂全民健保中醫門診總額支付制度審查注意事項、審查醫師管理要點、審查醫師遴聘辦法、抽審作業要點、修訂中醫專業審核檢理由代碼、專業審查輔導辦法；為有效推動全民健保中醫門診總額支付制度之醫療費用控制，訂定全民健保中醫門診總額支付制度醫療費用控管辦法實施要點；為落實全民健保中醫門診總額支付制度之同儕制約，訂定全民健保中醫門診總額支付制度幹部自律管理要點、會員自律公約、全民健保中醫門診總額支付特約院所會員同儕自治公約。中醫師公會全聯會執行預算總額支付制度 2002、2003 年成果，經衛生署及全民健保醫療費用協定委員會評鑑為特優級。

#### 肆、台灣中醫的公會組織

1944 年立法院通過醫師法草案，始確立「中醫師」法律地位。為確保中醫合法權益，凝聚中醫師力量，1935 年中醫界發起籌組成立「中醫師公會全聯會」，通過組織章程、工作計劃，成為中醫師的正式職業團體。國民政府於 1949 年播遷來台後，1975 年 10 月在台的中醫界領導人士向內政部申請「中醫師公會全國聯合會」在台復會。全聯會現有台北市、高雄市及台灣 20 個縣市等 22 個團體會員。中醫師公會以發展中醫藥事業為其設立宗旨，謀取會員權益，提昇中醫師執業水準。為提昇中醫師素質，中醫師公會辦理會員繼續教育。為強化中醫專科水準，推動中醫學術研究，目前中醫各專科醫學會陸續成立，如中醫

內科醫學會、中醫婦科醫學會、中醫兒科醫學會、針灸醫學會、中醫傷科醫學會、傳統醫學會、中醫藥學會、中醫臨床醫學會、中醫肝病醫學會、中醫癌症醫學會、中醫抗衰老醫學等，以上各醫學團體除辦理各科學術研討並發行專刊，加強中西結合研究，並經常邀請國際及海峽兩岸醫界人士辦理海峽兩岸暨國際學術研討會，大幅度提昇中醫學術水準。

### 伍、台灣中醫行政管理

政府於 1936 年為建立中醫藥行政管理體系在衛生部長下設置中醫藥委員會，掌理中醫中藥行政事務，惟 1949 年政府播遷來台，衛生行政併入內政部為衛生司，1970 年行政院將衛生行政恢復衛生署建制時，亦設有中醫藥委員會，但僅係一諮詢單位，中醫藥行政職掌則分別規劃由醫政處與藥政處管理，因此中醫藥行政管理由中央至地方不僅無專責單位且無專業人員來負責輔導管理，由於中西醫藥學理不同，學術有別，西醫並不完全瞭解中國醫藥，在輔導管理上往往衍生偏差，甚至索性以不屑一顧的態度，任其自生自滅，致使中醫藥長期入於萬劫不復的狀態。

1987 年林庚申（時任全聯會第一屆第五次理事長）等 61 位立法委員為建立中醫藥行政管理體系，挽救此頹勢，以振興歷史悠久之傳統醫藥，並促進中西醫學結合，在醫療保健上能發揮中西醫互補功能以造福社會，乃於立法院 1990 會期聯署提案通過修正行政院衛生署組織法第十七條：「本署設中醫藥委員，掌理中醫中藥各項行政事務及研究發展工作，其組織另以法律定之。」咨請 總統 1987 年 7 月 29 日公佈後，林庚申等 61 位立法委員與行政院同時分別

提出兩個「行政院衛生署中醫藥委員會組織條例草案」版本，1991 年 11 月 18 日提經立法院八十八會期法制內政兩委員會第一次聯席會議併案審查討論經調整後一讀通過在案。中醫藥委員會組織條例在各方努力下，於 1994 年 12 月 15 日在立法院三讀通過，同年 12 月 30 日總統公布實施，確定委員會行政事務及研究發展工作單位，1995 年 11 月 1 日，行政院衛生署中醫藥委員會正式掛牌運作，中醫藥委員會致力提升中醫、中藥的發展，以及提供傳統固有處方之中藥寶貴資料的出版，以達成中醫現代化、中藥科學化及中西醫整合的目標。委員會下設中醫組、中藥組、資訊典籍組、研究發展組四組，分別掌管中醫藥的政策方案的研擬、策劃及相關事項的管理，還有關於針灸、經穴的臨床療效評估、中醫藥典籍的整理、編撰及中醫藥年報的編印事項等。目前工作重點有：一、加強中藥品質管制，二、推動中藥臨床療效評估，三、發揮中醫藥在全民健保應有的功能，四、推動中西醫學的結合，五、中醫藥的國際化，六、致力於發揮中國醫學，及提升中醫藥學術水準與醫療品質，消除中醫藥神秘色彩，促進人類健康。

### 陸、國立中國醫藥研究所組織條例立法

國立中國醫藥研究所為國內唯一中醫藥專屬研究機構，成立於 1957 年 10 月，迄今已四十餘年，其間一直依「組織章程」規範運作，而為因應未來業務發展需要，並進一步使之成為海內外中醫藥研究中心，全國中醫藥界一直積極運作，並透過立法委員協助下，立法院於 1995 年 1 月 17 日三讀通過「國立中國醫藥研究所組織條例」，其中明定該研究所隸屬教育部之下，



負責當理有關中醫藥研究、實驗及發展事宜；培訓相關專業研究人員；並得與各院校、教學醫院和有關機構合作，提昇中醫藥學術地位。

該條例內容包括：中醫藥研究所設中醫基礎醫學、中藥及天然物、藥物化學、中醫藥臨床醫學研究組與資訊組，分別掌理（一）中醫藥之研究及實驗—（1）中醫理論研究；（2）中醫運動醫學、針灸與氣功之理論及應用研究；（3）中醫臨床各科研究；（4）中醫藥臨床效果評估。（二）中藥與藥用天然物之鑑定、品質選汰、種源保存、人工栽培及組織培養。（三）中藥與天然物活性成份之分離、純化鑑定、化學修飾及人工合成。（四）中藥與天然物之藥理、毒理研究及實驗。（五）中藥與天然物生化合成及分子藥理學研究。（六）中藥與天然物對免疫及有關疾病防治機制研究。（七）中藥方劑與製藥研究、開發及實驗。（八）實驗結果與研究資料之資訊化。（九）中醫藥研究及專業人員培訓。（十）其他中醫藥研究及發展。

人員編制方面，置所長一人（比照專科以上學校校長資格聘任）；副所長一人（亦得由研究員兼任）；及各相關人員約一百人。此外，條例中並說明，研究因業務需要，得聘請對中國醫藥富有研究及經驗的專家為顧問，為無給職。

而由中國醫藥研究所出資，陽明大學出地，共同合作興建之中國傳統醫學大樓，於八十四年六月份竣工啟用，對促使雙方共同推動傳統醫藥研究及臨床教學有其正面意義。而未來研究所工作方向將朝加強推動中醫藥在職人員進修，擴充參與研究工作人數及整合各院所臨床用藥心得，以提昇中醫學術地位；此外，對於來源不明

的藥材偽品，將予以嚴格審控並輔助各研究單位及藥廠，開發醫療用藥新配方，造福更多人的健康。

國立中國醫藥研究所已接受中醫藥界委託，辦理各種在職進修課程及培訓研習班，中華民國中醫師公會全國聯合會於2001年9月與國立中國醫藥研究所合辦中醫師復健醫學培訓班，共同推動中醫師在職訓練教育計劃，增進中醫師現代醫學素養，期提供國人更佳中醫醫療服務。

## 柒、中醫的未來展望

回顧1929年3月17日，國民政府衛生部通過「廢止中醫」的提案，引起中醫師的抗爭，後經中醫藥界自立自強，始延續中醫命脈。每年國醫節「三一七」中醫界皆舉行盛大國醫節慶祝大會及中醫藥學術大會，除追思中醫先賢犧牲奮鬥的精神與事蹟並藉研討會，凝聚醫界共識推動中醫的現代化增進醫療品質，維護中醫權益而共同努力，近年來在中醫同仁努力下，已締造了斐然成就，中醫醫療品質經衛生署健保專家評鑑為「特優級」，展現中醫為優勢的醫療。

中醫為我國固有傳統醫學，近年來深受國際醫界的重視。世界衛生組織於2002年5月發表「2002年至2005年傳統醫藥全球策略」，建請全球一八〇餘會員國家，將傳統醫藥納入國家醫療政策。目前台灣地區中醫遍佈各地，執業中醫師達5,556餘人，而全國每年約有三分之一人口接受中醫診治，服用中藥已成為國人生活習慣，況且中醫倡導養生保健，提倡預防醫學，可彌補西醫之不足，充分彰顯了中西醫學整合的迫切性，與廿一世紀醫療科技發展的重要性。民國八十三年我國憲法增修條



文第十條更明訂「政府應推行全民健康保險並促進現代和傳統醫藥之研究發展」，為宏揚中醫文化提昇中醫醫療品質，增進國人健康福祉奠定法源基礎。

當前中醫亟需政府改善的事項：

#### 一、維持「衛生署中醫藥委員會」獨立

行政地位，進而提升為「國家中醫藥管理局」位階：

中國大陸自 1949 年起即重視中醫藥發展，在其國務院下設「國家中醫藥管理局」掌理中醫藥事務，「衛生部」副部長則由中醫師擔任，協助推動中醫藥事業，中國大陸在中醫醫療及中醫藥研究皆有傲世成就。反觀我國「行政院衛生署中醫藥委員會」於民國 1995 年成立以來，受限於衛生署行政體系，中醫藥委員會人員編制、經費及管理尚未能有突破性發展。為配合行政院組織改造工程，及順應世界醫學發展潮流，發展我國特有中醫藥文化，提昇衛生署中醫藥委員會位階為「國家中醫藥管理局」，期與全球醫學潮流接軌。

#### 二、維持「國立中國醫藥研究所」法定地位，加強中醫藥科技研究及人才培育：

基於生物科技與製藥工業，為廿一世紀最具有發展潛力的產業，政府應將中醫藥科技學術研究列入行政院新十大建設「高等教育」計畫。國立中國醫藥研究所為直隸於教育部唯一國立中醫藥學術研究機構，掌理有關中醫藥研究實驗及發展事宜，為順應世界醫學發展潮流，我國應積極推動中醫現代化、科學化，加速與國際接軌，增列國立中國醫藥研究所研究經費及人力編制，加強中醫藥科技研究，並請政府推動國立中國醫藥研究所與國立陽明大學及榮民總醫院共同合作成立國家中醫藥科研

中心，進行中醫藥臨床療效研究，以落實憲法增修條文第十條「政府應促進現代和傳統醫藥之研究發展」。

#### 三、准許中醫師於研習必要課程後使用

現代化醫療儀器，醫療院所設置現代化醫療設備：

過去由於檢驗儀器尚未發明，中醫必需依賴傳統「望聞問切」方式進行診療，如今隨著科技的發展先進醫療器材設備不斷產生，受過訓練的中醫師依理當然可以採用，但衛生署卻加上諸多不合理的限制，政府聲聲要促進中醫藥現代化，但作法卻阻止中醫藥現代化。科技發展之成果應為全人類之共同資產，不應獨厚西醫，而阻礙中醫之進步與發展，因此基於中醫的現代化與民眾健康照護的權益，應准許中醫師於研習必要課程後使用現代化醫療儀器。中醫醫療院所不能設置 X 光機，不能使用向量干擾波、低週波治療儀、牽引機等設備，致使中醫醫療院所無法設置上述現代化儀器設備對病患進行診療。蓋同屬醫療之現代化，經研究改良之針灸現代化儀器允許西醫師、牙醫師為之，反之科技醫療儀器不准中醫師為之，實有違中西醫平等執業原則，對中醫師、中醫醫療院所有欠公允。

#### 四、准許具有中西醫雙重資格者，同時雙登錄執業：

目前持有中西醫雙重執照者，都是經過七年正規中西醫學教育，再分別通過國家考試取得資格的，是中西兼修，學有專長的醫師，政府理應核准其雙登錄執業，但依行政院衛生署 1994 年 7 月 19 日之函釋規定；開業醫師兼具醫師、中醫師雙重資格，限定應擇一資格開設診所或應聘服務，並僅能請領一種執照，不得同時登錄



為中、西醫師，限制過於嚴苛，妨礙中西醫結合，造成人力及醫療資源的雙重浪費。限制兼具中西醫師雙重資格的醫師擇一執業，造成中西界限分明，將不利世界醫學倡導的中西醫結合。

五、維護中醫在全民健保地位，發揮中醫在全民健保應有功能：

中醫藥臨床的實證效果深獲肯定，但因時空背景等因素尚未依西方科學方法，提出足夠的證據來加以驗證，因此推動臨床療效評估對中醫現代化的發展，有積極的意義。目前全民健康保險中醫醫療給付，僅開辦門診部分，住院部分仍停留於試辦階段，住院部分未能正常開辦，不但影響中醫師的住院訓練，更影響中醫藥臨床療效評估的進行。據世界衛生組織的報告，全世界超過百分之八十的人使用傳統醫療，很多國家的財政都被現代醫療的龐大預算拖垮，世界各國正積極致力傳統醫學的研究發展，開放中醫住院給付不但有助於提昇我國中醫藥的水準，做好臨床療效評估及臨床訓練，更能節省國家總體醫療費用的支出。

### 參考資料

1. 台灣中醫發展史
2. 台灣中醫口述歷史
3. 101 年中醫行政要覽

# 中華民國中醫藥臨床研究之現況與挑戰

文／黃怡超 國立中國醫藥研究所所長

幾世紀以來，中醫藥在華人社會一直扮演著疾病治療與健康促進的重要角色。在台灣，幾十年來民眾使用中醫藥療法約占全人口 25-30%，而在全民健康保險每年 4,500-5000 億政府支出中，中醫所占比率為 4-5%，平均每位台灣民眾一年使用中醫療法約 2 次，可見中醫藥在 21 世紀台灣，仍是受政府與民眾支持使用的醫療方式。對於中醫藥現代化課題，有幾個重要面向應重視：(1) 在中醫師提供台灣民眾的針灸中藥等醫療照護服務下，提供更多臨床療效的實證基礎，特別是中醫藥的臨床試驗研究。(2) 提升及確保台灣民眾使用中藥的品質及安全性，包括中藥材含重金屬及有害雜物之控管。(3) 全民健保給付對西醫醫療費用，包括門診及住院與手術等醫療；而只給付中醫的門診醫療，政府是否應考慮某些特定疾病病患住院時，中、西醫併用的醫療給付。(4) 中醫的診斷方式主要為“望、聞、問、切”四診，此四診診斷技術如何在一致性、標準化方面能有所提升、改進為一重要課題。(5) 目前中醫系學生的中醫臨床訓練，在訓練課程與期程尚稱不足夠紮實，如何加強中醫系學生中醫本科在醫院的臨床訓練，為一待改進項目。(6) 如何讓中、西醫師加強交流、對談，以便在病患之診斷與治療上能發揮互補作用，

加強療效，減輕副作用，有待在教育與研究方面去努力充實。(7) 在中醫藥的媒體報導內容準確性甚待加強、提升。(8) 台灣中醫藥可在國際交流方面加強，例如以中醫藥作為國際醫療援助或訓練教育國外醫師在針灸、中醫藥技能。另外與亞洲及世界各國在國際學術交流上，可再擴展、加強。

台灣中醫藥研究之問題與對策，有幾個重要面向應重視，列述如下：(一)、中醫師研究人力、素質相對於西醫界明顯匱乏、欠佳。(二)、西醫界興趣缺乏，對中醫藥在民眾健康照護與疾病之意義與問題欠缺關注、研究。(三)、中醫師之研究多散漫、欠缺焦點，也沒有對一研究課題有多年、持續之探索、鑽研，學術成果尚待提升。(四)、中、西醫缺乏對談、激盪。(五)、如何使中醫藥全球化？1. 如何達到療效 (Efficacy)、安全性 (Safety)、品質 (Quality) 三項指標？2. 中醫治療講究個體化“辯證論治”，如何中醫藥全球化？3. 傳統複方與創新複方之優先次序與輕重比例問題。



# 聯合國將針灸列為世界文化財產

文／張永賢 中國醫藥大學暨附設醫院教授

聯合國教育科學及文化組織 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) (UNESCO) 自 2003 年開始評選非物質文化財產 (World Intangible Cultural Heritage of Humanity)，用意是在全球化的風潮下保存藝術形式和其他風格。申報列入此名錄的文化財產，必須證明官方已制訂保護措施，確保其健康發展。

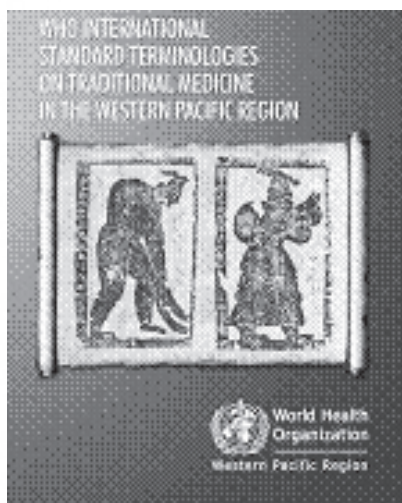
今年 (2010 年) 11 月 16 日在肯亞首都奈洛比 (Nairobi) 舉行會議，將針灸、京劇、法國傳統美食及西班牙佛朗明哥舞等，列入「世界非物質文化財產」。

針灸入選的理由，針灸以天人合一的整體觀和經絡穴道等理論，運用針具與艾葉等主要工具和材料，通過刺入或薰灼身體特定部位，調節人體平衡狀態而達到保健和治療作用的知識系統，這些知識與傳承凝聚中華民族智慧和創造力的獨特文化表現形成，並成為重要的文化認同符號。針灸簡單易操作，安全有效，在針灸理論基礎及臨床，使針灸走向世界的里程碑。

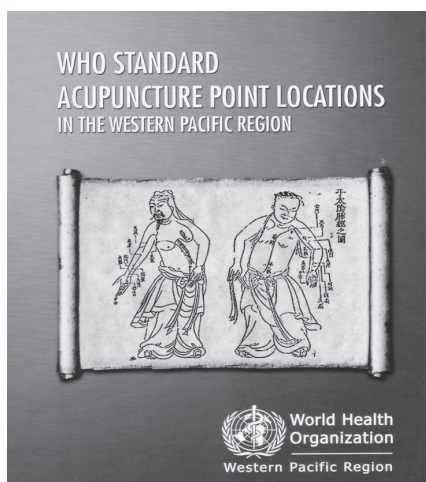
目前國際使用針灸醫學有 160 個國家，世界衛生組織 (WHO) 積極推展針灸醫學，在 1997 年建議針灸可治療 43 種疾病。1989 年公告《國際標準針灸穴名方案》(Standard Acupuncture Nomenclature) 將針灸醫學推廣至國際應用，促進國際針灸學術共同語言拓展交流大道。1995 年發表《針灸臨床研

究規範》(Guidelines for Clinical Research on Acupuncture)。1999 年發表《針灸基本訓練及安全規範》(Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture)。2000 年發表《傳統醫學研究和評估方法的規範》(General Guidelines Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine)。2002 年第 55 屆世界衛生大會 (WHA) 發表《2002-2005 世界衛生組織傳統醫學全球策略》(WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005)。2007 年發表《WHO 傳統醫學國際標準術語》(WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine)，共有 3,543 個傳統醫學術語定義及解釋。2008 年又公佈《世界衛生組織標準針灸經穴定位》(WHO Standardization of Acupuncture Points Locations)。

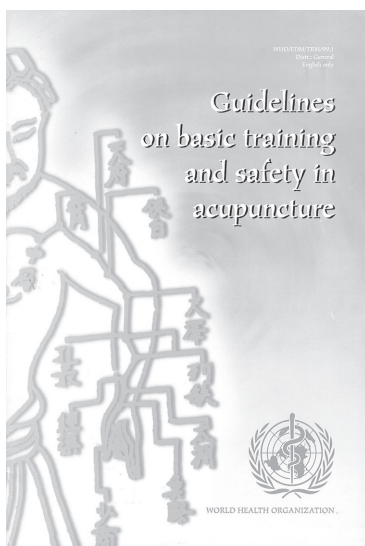
美國國家衛生研究院 (NIH) 在 1992 年成立「另類醫學辦公室」(OAM)，1998 年擴大為「國家互補與另類醫學中心」(NCCAM)，如今是「整合醫學中心」聯盟 (Integrative Medicine Centers)，目前有 45 所醫學院及醫學中心加入聯盟。美國現有針灸師 2 萬名，其中 5 千位為醫師。日本現有 80 所醫學院，自 2003 年列「東洋醫學」為必修課程，甚至列為國家醫師考試必考的題目，因為人民喜好東洋醫學。德國將針灸醫學列為健保給付項目，有 5 萬名醫師執行針灸，並有多項針灸醫學研究計劃正在執行。



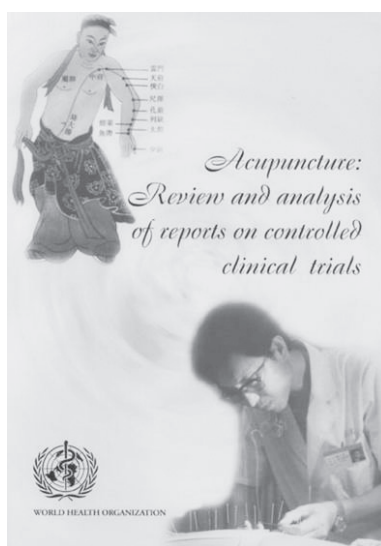
《WHO 傳統醫學國際標準術語》2007



《世界衛生組織標準針灸經穴定位》2008



《針灸基本訓練及安全規範》（1994年）



《針灸臨床對照試驗研究的評論》（2000年）

表一：世界衛生組織（WHO）對傳統醫學（針灸）之態度與工作

1978年	成立「傳統醫學規劃署」
1979年	世界衛生組織刊物《世界衛生》特別介紹針灸專刊，並建議針灸可治療43種疾病
1989年	公佈《國際標準針灸穴名方案》(Standardization of Acupuncture Nomenclature)
1995年	發表《針灸臨床研究規範》(Guidelines for Clinical Research on Acupuncture)
1999年	發表《針灸基本訓練及安全規範》(Guidelines on basic training and safety in Acupuncture)
2000年	發表《針灸臨床對照試驗研究的評論》(Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials)
2000年	發表《傳統醫學研究和評估方法的規範》(General guidelines Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine)
2002年	發表《2002-2005世界衛生組織傳統醫學全球策略》(WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005)
2007年	發表《WHO 傳統醫學國際標準術語》(WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine)。3,543個傳統醫學術語
2008年	公佈《世界衛生組織標準針灸經穴定位》(WHO Standardization of Acupuncture Points Locations)

# 掌握品質安全振興中藥產業

文／朱溥霖 中華民國中藥商業同業公會全國聯合會理事長

中藥是中華民族老祖宗幾千年來的智慧結晶，深入大眾的生活與民眾緊密相關，而隨著生活形態改變及老年人口增加，國人對健康、養生等需求可說有增無減，相對於長期使用會對身體有不良影響的西藥來說，中藥已經過實證具有良好功效，萃取的藥物亦經過美國食品藥物管理局（FDA）認可。當國際經濟局勢出現自西向東傾斜趨勢，中國大陸經濟飛躍成長已躋身全球第二大經濟體，也吸引了各國對東方文化包括中草藥和保健食品在內的濃厚興趣。根據經濟部估算，包括以枸杞、黃耆、西洋參、人蔘為主要成分的保健食品，目前市場已達到約新台幣 90 億元規模，而且每年有增無減，生物科技原材料每年商機更是超過千億元，是個具龐大商機且值得持續發揚光大的產業。

國內中藥市場因國人重視養生保健而不斷茁壯，品質必須不斷精進才能獲得消費者的青睞，掌握藥材來源方可擁有最強的競爭優勢，因此溯源而上尋覓長白山、新疆、內蒙等產地的藥材，直接嚴選與控管，便是業者積極努力的方向。然而，當中藥商努力開發並引進優質商品的同時，仍然傳出農藥殘留等情事，對業界維繫良好商譽造成不小困擾，迫切需要儘速妥善解決。希望從開發生物農藥、有機肥料著

手，以克服惱人的農藥殘留問題，從源頭做好把關工作，讓民眾能內服、外用皆安心。

雖然中藥材及保健食品發展潛力極大，但業者規模較小、原材料來源掌控不足、生產成本普遍較高、缺乏專業管理及行銷人才，加上法規未與時俱進等諸多因素，還有中草藥療效如何做到科學化評估、建立專利等，都導致產業發展遭遇瓶頸而突破不易。不過，產業雖存在著不少問題，但是台灣中藥濃縮製劑技術已達國際水準，又有為數眾多的 GMP 藥廠，業界實無須妄自菲薄，應該在長期建立的穩固基礎上致力研發現代中藥，目標除一般養生保健用途外，還應將眼光放大至華人以外的全球市場，鎖定常見疾病範疇研發優質新藥，絕對有機會奠定我國不可取代的地位。

由全國多達一萬兩千餘家業者組成的中藥商業同業公會全國聯合會，在辦理會員進修訓練、委辦中藥產業人才培訓、加強推廣中藥保健及藥膳工作、檢討中藥相關法令、辦理中藥產業發展交流及研討、規劃公會組織改造等方面都戮力而為，惟近幾年會員數呈遞減趨勢，公會認為「業必歸會」未落實執行、經濟景氣不佳，還有政府對中藥業政策的偏失，都使得傳統中藥愈來愈難經營，比起其他產業也益顯

弱勢。特別是中藥商的經營與業者權益，多年來未受政府重視，遂逐漸陷入生存危機當中。

國內中藥界具有專業能力的中藥材從業人員，有很多長期實際從事此行業，他們對中藥這行知之甚詳，而且有很高的興趣和意願，卻未能取得合法證照，導致產業發展緩慢，老祖宗傳下來的智慧結晶無法快速發揚光大。平實而言，政策優劣對產業興衰有決定性影響，公會期望政府不要限制過多，應儘量放手讓公會自主；對於中藥材的檢測，也可委由公會結合具公信力之專業檢測機構進行認證。公會是社會安定的力量，亦是產業發展的指標，但長期面臨人力、經費兩缺的窘境，迫切需要政府給予經費補助，倘能發放績效評鑑獎金，對公會可發揮實質助益，且可讓績優公會與有榮焉。

中藥具有傳統特色，同時亦須不斷創新研發與時俱進，以多元化方式強化服務品質，才能讓中藥深植大眾心中，成為日常生活不可或缺的重要一部分。期望讓更多專業人士取得證照，並給業者一個健全發展的有利環境。中藥公會始終深信只要業界齊心協力，產業的未來必將光耀中華民族乃至於全世界。



# 西方辯證法思想與內經陰陽學說比較研究

文／陳欽銘 中華民國中醫藥學會常務理事

## 一、西方辯證法思想簡介

西方辯證法思想始發源於希臘的赫拉克利特 (Heraclitus 約紀元前 540 – 前 470)，他相信世界是永久的，但不是永遠停止或同一的，而是常在變化著的<sup>(1)</sup>。他首次提出對立面的鬥爭與統一學說，認為：「統一物是由兩個對立面組成的」<sup>(2)</sup>，對立面的鬥爭是生存和發展的助力。故列寧 (Lenin, Vladimir Ilich, 1870-1924) 稱他是辯證法的奠基人之一。<sup>(3)</sup>

黑格爾 (Hegel, George Wilhelm Friedrich, 1770-1831) 第一次以唯心主義方式表達了矛盾與對立的統一思想，提出：「一切事物本身都自在是矛盾」<sup>(4)</sup>「矛盾是推動整個世界的原則」<sup>(5)</sup>，「矛盾是一切運動和生命力的根源」<sup>(6)</sup>。且明確規定：「既對立而又統一，這就是矛盾」<sup>(7)</sup>。「就本來的意義說，辯證法就是研究對象自身中的矛盾」<sup>(8)</sup>。

馬克思主義 (Marxism) 者的唯物辯證法沿用了這一定義，即認定矛盾是對立面的統一<sup>(9)</sup>。所謂「對立面的統一」，按列寧的解釋是：「承認（發現）自然界（也包括精神的和社會的）一切現象和過程（均）有矛盾著的，相互排斥的對立的傾向」<sup>(10)</sup>。

馬克思 (Marx, Karl 1818-1883) 認為兩個對立面之間的鬥爭並融合在一個新思想，

是辯證運動的實質。他和恩格爾 (Engels, Friedrich 1820-1895) 在青年時期，作為黑格爾哲學學派的左翼活動者，馬克思還這樣評價辯證法，云：「辯證法是內在的純樸之光，是愛的慧眼，是不因肉體的物質的分離而告破滅的內在的靈魂，是精神的珍藏之所」<sup>(11)</sup>及至日後完成世界觀的轉變，創立自己學說之時，他們反覆強調他們的辯證法與黑格爾辯證法的繼承關係和本質區別。馬克思在「資本論」第一卷的跋中云：「在他（黑格爾）那裡辯證法是倒立著的，必須把它倒過來，以便發現神祕外殼中的合理內核」。<sup>(12)</sup>他們深信：辯證法是包括精神發展在內的一切事物發展的動力；辯證法的真正根源不在抽象的精神中，而在客觀世界與現實生活之中。<sup>(13)</sup>

馬克思主義哲學第一次給辯證法下了科學的定義，恩格斯云：「辯證法不過是關於自然、人類社會和思維的運動和發展的普遍規律的科學」<sup>(14)</sup>。他認為自然界到處盛行的對立中的運動，「以其不斷的鬥爭和最後的互相轉變，或向更高形式的轉變來決定自然界的生活」<sup>(15)</sup>。他更進一步把辯證法看作是普遍聯繫的學說、發展的學說和矛盾的學說。與此同時，他還明確指出：「形而上學」是反辯證法的思維方式，即：「把自然界的事物和過程孤立起來，



撇開廣泛的總的聯繫去進行考察，因此就不是把它們看做運動的東西，而是看做靜止的東西；不是看做本質下變化著的東西，而是看做永恆不變的東西；不是看做活的東西，而是看做死的東西」。(16)

辯證法作為一種科學的思想體系，不僅包含著方法論的含義，而且是一種嶄新的世界觀。因為「辯證法突破了形式邏輯的狹隘界限，所以它包含著更廣的世界觀的萌芽」(17)及至列寧，他一生都非常重視對唯物辯證法的研究與應用，其哲學上的主要成果，集中體現在「唯物主義與經驗批判主義」、「哲學筆記」等著作中。對於辯證法，他說：「辯證法即關於包羅萬象和充滿矛盾的歷史發展學說。」「辯證法是馬克思主義活的靈魂」和「根本的理論基礎」(18)，「對立統一規律是辯證法的實質和核心」。(19)又云：「有二種基本的（或兩種可能的？或兩種在歷史上常見的？）發展（進化）觀點：認為發展是減少或增加，是重覆；以及認為發展是對立面的統一（統一物之分為兩個互相排斥的對立面）以及它們之間的互相關聯。」(20)

史大林 (Stalin, Joseph Vissarionovich 1879-1953) 也十分重視對辯證唯物主義和歷史唯物主義的方法論的研究。如：他概括出唯物辯證法的四個基本特徵，即①客觀世界現象之間互相依賴，互相制約的有機聯繫。②客觀世界的變化、運動和發展。③發展是一個由量變至質變的轉化過程，是一個由低至高的發展過程。④事物的內在矛盾是事物發展的動力。(21)

此外他還從理論聯繫實踐的角度，強調要將聯繫的觀點、發展的觀點、質量互變的觀點和矛盾鬥爭的觀點，作為實踐活動的思想指導。(22)

## 二、中國的辯證法思想的故鄉

辯證法其實不是西方發明或發現的東西，中國自古即有之，國人涵泳於斯，深入淺出，早已成為國人思考模式之一，甚至成為現實生活一部分。一代辯證法大師黑格爾在談到社會變遷問題時即認為：以辯證法為內在核心的「世界精神」起源於東方的亞州，中國等古老民族曾經是人類歷史、人類文明的發祥地，「亞州在特性上是地球的東部，是創始的地方」。(23)

英國著名學者李約瑟 (Joseph Needham) 也認為：「辯證法發源於中國，經過馬克思主義的科學改造後又返回他的發源地」。(24)

所以有人云：「中國不僅是人類歷史的搖籃，而且是辯證法的故鄉」。(25) 中華民族有著悠久的辯證思維傳統。在中國古代哲學中「陰陽」便是最古老的對立概念，此外古代哲學家還用「封」、「兩」、「二」等表示之，在各種古典著作中，歷代思想家曾以不同的方式，談論事物的對立統一問題。即以漢晉以前學術史的軌跡而論，中國辯證法的發展便有如下的各種事實：

### 2.1 易經

易經是中國古代文化的泉源。易經，一般認為係周初作品，內容包括八經卦、六十四別卦、三百八十四爻之爻義辭等。易傳，被認為是春秋至戰國時期逐漸完成的。是後世對易經的解釋與發揮之作。其中包括象義、象辭、繫辭、文言、序卦、說卦、雜卦等所謂十翼在內。

易經以八卦形式推測對立（陰陽）為宇宙發展的普遍規律，易傳作者群更強調：

- (1) 「一陰一陽之謂道，繼之者，善也，成之者，性也」（繫辭上，



第五章)。宋·朱熹註云：「陰陽迭運者，氣也，其理則所謂道」（周易本義）。這是先秦諸子對陰陽所做的最高的概括，以陰陽說明道，也說明道的內容是陰陽。故張介賓註云：「道者，陰陽之理也，陰陽者，一分为二也。」（類經·陰陽類）。

- (2) 「在天成象，在地成形，變化見矣」（繫辭上，第一章）。朱熹註云：「象者，日月星辰之屬。形者，山川動植之屬。變化者，易中著策卦爻。陰變為陽，陽化為陰者也……莊周所謂易以道陰陽，此之謂也。」（周易本義）
- (3) 「剛柔相推而生變化」（繫辭上，第二章）。朱熹註云：「卦爻陰陽迭相推蕩，而陰或變陽，陽或化陰，聖人所以觀象而繫辭」（周易本義）
- (4) 「立天之道，曰陰與陽，立地之道，曰柔與剛，立人之道，曰仁與義」（說卦傳第二）。

以上皆說明：陰陽是宇宙間第一基本原理。一切事物皆在陰陽之消長、轉進、變化中不斷發展。

- (5) 「無事不陂，無往不覆」（泰九三）。說明平與陂，往與復的矛盾轉化是普遍存在的。
- (6) 「天地交，泰」（泰象），「天地不交，否」（否象）。這是對立矛盾的轉化觀。且必須有對立矛盾，才有轉化。
- (7) 「履霜，堅冰至」（坤初六）。「坤道其順乎，承天而時行」（坤文言）。「損剛益柔有時」（損卦

象傳）。「時止則止，時行則行，動靜不失其時，其道光明」（艮卦象傳）。此皆說明一切事物的發展變化中，必需注意「時間」這個因數，並配合「時間」的作用。

- (8) 「乾，陽物也；坤，陰物也，陰陽合德而剛柔有體」。（易傳·繫辭）

陰陽既是實體，如天地、日月、乾坤等；也是「氣」，如「潛龍勿用，陰氣潛藏」（易傳·文言）；更是自然或社會一切對立事物的屬性，如動靜、剛柔、進退、往來、開闔、寒暑、尊卑、吉凶、得失、小大、險易、悔吝、貴賤、遠近等，莫不皆然，茲不贅引。易經中有關陰陽約有下列三大原則：①相對的雙方（以陰陽為代表）雖有相互盈虛消長的變化，唯必須共同存在；②太過偏重一方面，其結果適得其反；③相對的一方面失其存在，其他一方亦難獨存。<sup>(26)</sup>

## 2.2 老子

- (1) 「道生一，一生二，二生三。三生無物」。隋·楊上善註云：「從道生一，謂之朴也。一分为二，謂之天地也；從二生三，謂之陰陽和氣也；從三以生萬物……」（黃帝內經太素·知鍼石）。「一」，氣也；「二」，陰陽也；「三」，陰陽之對立與統一也。
- (2) 「萬物負陰而抱陽，沖氣而為和」。萬物既包含著陰，又背負著陽，陰陽二氣之相激蕩，方能達於和諧。
- (3) 「反者，道之勤」。萬物的矛盾

發展至極，就會向相反方面轉變。

- (4)「禍兮福之所倚，福兮禍之所伏」。相反的兩極實相通。
- (5)「有無相生，難易相成，長短相形，高下相傾，音聲相和，前後相隨」。有無、難易、長短、高下、音聲、前後，均為對立的統一，有統一才有相生、相成、相形、相傾、相和、相隨。
- (6)「萬物並作，吾以觀復」。「復」為震下坤上卦，朱熹·周易本義云：「復，陽復生於下也。剝盡則為純坤十月之卦，而陽氣已生於下矣。積之逾月，然後一陽之體始成而來復，故十有一月，其卦為復，以其陽既往而復返，故有亨道。」又云：「內震外坤，育陽動於下而以順上行之象」。

### 2.3 莊子

- (1)「天地者，形之大者也、陰陽者，氣之大者也」（則陽篇）。強調陰陽是「氣」的結合。
- (2)「陰陽四時運行，各得其序」（知北游篇）。陰陽與四季的運行，是有規律的。
- (3)「事若不成，則必有人道之患；事若成，則必有陰陽之患」（人間世篇）。事情失敗了，會有人事上的災禍；成功了，也脫不出自然律的代謝。
- (4)「陰陽相照，相蓋相治，四時相代，相生相殺」（則陽篇）。陰陽消長與四季往來一樣，彼此互相涵蓋，又互相分治，相生又相

剋，相濟又相抗。

- (5)「至陽肅肅，至陰赫赫，肅肅出乎天，赫赫發乎地，兩者交通成和而物生焉」（田子方篇）。萬物都是由於天地陰陽交感融和而產生的，沒有對立、矛盾，就沒有世界。
- (6)「陰陽不和，寒暑不時，以傷庶物」（漁父篇）。陰陽之和與不和，關係到萬物的生長。陰陽和，萬物生。陰陽不和，萬物傷。
- (7)「陰陽於人，不翅於父母」（大宗師）。陰陽之於人，無異於父母。
- (8)「自以比形於天地，而受氣於陰陽」（秋水篇）。圓顛方趾，人之成形於天地之間，乃陰陽所賦予的生之氣。
- (9)「寇莫大於陰陽，無所逃於天地之間，非陰陽賊之，心則使之也」（庚桑楚篇）。傷人莫過於陰陽這一個自然法則，簡直是無法逃脫，萬般無奈。但是陰陽之傷人，主要還是通過人自身的精神的作用。

### 2.4 管子

- (1)「陰陽者，天地之大理也。四時者，陰陽之大經也。」（四時篇）。陰陽是宇宙萬物最根本原理，四季是陰陽最根本的法則。
- (2)「春者，陽氣始上，故萬物生。夏者，陽氣畢上，故萬物長。秋者，陽氣始下，故萬物收。冬者，陽氣畢下，故萬物藏」（形勢解篇）。春夏秋冬四季的往來與萬



物的生長收藏，皆在陰陽氣的上下消長的變化規律之內。

- (3)「日掌陽，月掌陰」（四時篇）。天地、日月、水火，無一不是陰陽兩個對立關係的實體的表現。
- (4)「然則陰陽正矣，雖不正，有餘不可損，不足不可益也。天地莫之能損益也」（乘馬篇）。陰陽運動是有客觀性的規律的，宇宙萬物皆受其主宰，雖天地也無可奈何。
- (5)「人主者立於陰，陰者靜，故曰動則失位。陰則能制陽矣，靜則能制動矣，故曰靜乃自得」（心術上篇）。即以統治術而言，最有智慧的統治者，要能居於陰處，以靜制動，謀而後發，切勿盲目躁進，自暴其短。

## 2.5 呂氏春秋

- (1)「天地陰陽不革，而成萬物不同」（執一篇）。陰陽與四季的運行是有規律的，自反面論證亦然。
- (2)「陰陽之和，不長一類，甘露時雨，不私一物」（貴公篇）。陰陽和，萬物皆普遍受益，陰陽對萬物而言，一視同仁。
- (3)「凡人物者，陰陽之化也」（知分篇）。人與萬物同樣是陰陽二氣所化生的。
- (4)「鼎中之變，精妙微纖，口弗能言，志不能喻，若射御之微，陰陽之化，四時之數」（本味篇）。即使如烹射御之類。其精妙微纖之處，也是陰陽動靜表裡上下的變化的表現。

## 2.6 其他

- (1) 大戴禮：「陰窮反陽，陽窮反陰」。又云：「陰以陽化，陽以陰變，一陰一陽，然後成道」（本命篇）。物極必反，宇宙萬物終不離陰陽對立統一之變化。
- (2) 漢書藝文志：「其言雖殊，譬猶水火，相滅亦相生也。仁之與義，教之與和，相反而告相成也」。相反相成，即表示對立面的統一。相反，是兩個對立面的互相排斥、互相對抗。相成，是在一定條件下，兩個對立面又互相聯結起來，獲得了同一性，推動事物向前發展。
- (3) 春秋繁露：「凡物必合……而合各有陰陽」。又云：「陰者陽之合，妻者夫之合，臣者君之合……君臣、父子、夫婦之義，皆取諸陰陽之道」（基義第五十二）。統一的事物，必含有二個不同的對立因素。陰陽之道，不僅與天同體，即人倫之三綱之道，亦然。

中國古代先民何故有如此深邃、豐盛的陰陽對立統一的思想？原因甚多，譬如：  
①殷憂啟聖。先民長期生活在黃河流域、黃土高原，與天鬥爭，與地鬥爭，與人鬥爭，涵養出早啟的理性，早熟的智慧。  
②天賦睿智，慎於思而敏於辨，「予思日孜孜」（尚書·皋陶謨），故有此超越時代的成就。薛學潛先生在二十世紀四十年代即自易方陣引出「數量場之階度」、「向量理論諸方程式」、「希魯汀洛電子方程式」、「超相對論」、「析空時電磁基本

關係」、「半量子數等」、量子力學、波動力學等，至今猶令人訝異，他曾自問：「八卦作於何時」？曰：「距今約七千餘年。其時軒轅星座第十四星，適在夏至點。故有伏羲八卦的產生」。<sup>(27)</sup>

中國古代天文曆算，淵源甚早，陰陽學說的產生與發展，自與之有密切關係。世本稱黃帝時代：「大撓作甲子，容成作曆，隸首作數」。拾遺記云：「軒轅考定曆，以吹玉律玉璇衡」。路史·疏仡紀云：「（黃帝）乃設靈台，立五官，以叙五事。命叟區區占星，斗苞授規，正日月星辰之象。分星次象應，著名始終相驗，於是乎有星官之書……命羲和占日……尚儀占月……車區占風……隸首定數」。春秋內事云：「黃帝師於風后，風后善於伏羲之道，故推演陰陽之事」。

黃帝存在於何時？據董作賓先生推算：黃帝元年係西元前二千六百七十四年（中國年曆簡譜）。距今四千六百六十年了。

尚書堯典亦記載堯曾命羲仲、羲叔、和仲、和叔至國境四極，觀測太陽部位——陽谷、柳系、南交、幽都，制定時令節候，以為耕耘播獲之依據，所謂「曆象日月星辰，敬授人時」，始有太陽曆法的制定。古代中國有如此豐富精湛的天文成就，當然古人也常以陰陽解釋天象。如淮南子云：「陽氣起於東北，盡於西南。陰氣起於西南，盡於東北。陰陽之始，皆調適相似」（詮言訓）。素問也有類似的描寫，如：「是故冬至四十五日，陽氣微上，陰氣微下；夏至四十五日，陰氣微上，陽氣微下」（脈要精微論）。實則這二段文字意義相似。黃自元釋云：「地球在自轉與公轉的過程中，由於地軸與公轉軌道面呈六十六度三十三分的傾角，並且恆指北極星方向，

造成地球北半球接受太陽輻射能的不同，形成了陰陽寒暑的規律性變化。冬至太陽在赤道以南，太陽輻射能最少，陰氣最盛；太陽南極而北返，陰極而陽生，所以「陽氣起於東北，盡於西南」，「冬至四十五日，陽氣微上，陰氣微下」。夏至太陽在赤道以北，太陽輻射能最多，陽氣最盛；太陽北極而南返，陽極而陰盛，所以「陰氣起於西南，盡於東北」，「夏至四十五日，陰氣微上，陽氣微下」。<sup>(28)</sup>

魏書天象志云：「夫在天成象，聖人是觀日月五星象之著者，變常舛度，徵咎隨焉」。又云：「易稱天垂象，見吉凶，觀乎天文以察時變。書曰：曆象日月星辰，敬授人時，是故有國家者之所以畏也。」易繫辭上傳云：「易與天地準，故能彌綸天地之道，仰以觀於天文，俯以察於地理，是故知幽明之故，原始反終，故知死生之說」。易卦陰陽既適用於天文地理，舉凡各種自然現象，國家政事，社會生活，甚至人之心身，均可包括在內。

### 三、內經陰陽學說——對立統一觀的發展與充實

如上所述，陰陽學說本屬我國古代哲學、天文學的範疇。它是在古代「氣化論」的基礎上，進一步說明宇宙事物與現象運動發展原因，及如何運動、變化、發展的，是古人用於認識自然及解釋自然的方法論。這樣古代樸素的對立統一論向醫學滲透浸潤的結果，在內經及中醫其他經典之作中，留下許多篇章，也成為中國醫學重要的基本理論。以素問而言，論陰陽的篇章便有：四氣調神大論、生氣通天論、金匱真言論、陰陽應象大論、陰陽離合論、陰陽別論、六氣藏象論、玉版論、脈要精微論、宣明



五氣論、寶命全形論、太陰陽明論、瘡論、厥論、脈解篇、調經論、標本病傳論、天元紀大論、五運行大論、氣交變大論、五常政大論、六元正紀大論、至真要大論、著至教論、陰陽類論、方盛衰論等。其他靈樞、難經等，更毋論矣。

內經陰陽學說的主要內容，可約如次

### 3.1 陰陽的普遍性和特殊性

素問·陰陽應象大論云：「陰陽者，天地之道也，萬物之綱紀，變化之父母，生殺之本始，神明之府也」。樊鼎云：「『天地之道』，即宇宙的總規律。『萬物之綱紀』，是說明陰陽的對立統一存在於空間一切事物和現象。即宇宙間一切事物和現象依其性質、位置、趨向、動態等方面的不同，均可分別歸屬於陰或陽兩大範疇。

『變化之父母』，是說明陰陽的對立統一，引起萬事萬物的變化、運動發展。『生殺之本始』，一是說明事物的生成與消亡是以陰陽的對立統一為其根源的；二是說明事物的生成與消亡自始至終都存在著陰陽對立統一，其中明顯的包含著時間和過程。」<sup>(29)</sup>素問·四時調神論更云：「陰陽四時者，萬物之終始也，死生之本也。」

自然界各種事物、各種現象，繁雜紛紜，但歸納之，不外陰陽二大類，在空間上陰陽的對立統一無一事（物）不有，在時間上亦無一時不在，具普遍性。素問·陰陽離合論云：「陰陽者，數之可十，推之可百，數之可千，推之可萬，萬之大，不可勝數，然其要一也」。「要」，即「一分為二」，陰陽的對立統一是宇宙總規律也。

雖然如此，但陰陽矛盾在不同事物、不同運動過程，又有不同階段的特殊性。

中醫學的辯證證治即是同中求異，如人與其他生物，都雖具有陰陽矛盾的普遍性，但人又具有人的特殊性。即使同一個人，不同的階段，也有其特殊性存在。靈樞·天命篇即以十歲為單位，論述健康機體一生的發展變化。素問上古天真論也詳細論述男女不同的發展階段，前者約八年為一階段，後者為七年。

### 3.2 陰陽的相對性和確定性

陰陽既是宇宙間的普遍原理、第一基本原理，則宇宙間萬物萬事莫不可道陰陽，如天地、日月、晝夜、上下、左右、外內、東南與西北、春夏與秋冬、溫熱與寒涼、明暗、男雄與女雌、水火、氣形、背腹、腑臟、氣味、辛甘與酸苦等。所謂相對性，即由於事物和現象彼此各有錯綜複雜的聯繫，故事物的陰陽屬性也非絕對不變的。陰中可再分陰陽，陽中也可再分陰陽。事物世界各有縱橫交錯的複雜關係，所以也使事物表現出無限多之層次，具有無限可分之特性，故陰陽層層對待，也具有無限可分之特性。如素問·金匱真言論云：「平旦至日中，天之陽，陽中之陽也；日中至黃昏，天之陽，陽中之陰也；合夜至雞鳴，天之陰，陰中之陰也；雞鳴至平旦，天之陰，陰中之陽也」。陰陽之劃分具有變動性，即相對性。但在變動中也包含著不變，即在每一特定的條件與場合，陰陽的劃分又是確定的，不能任意的。自具體事物的性質、位置、趨向、動態的屬性上劃分，或歸於陰，或歸於陽，但不能既是陽，又是陰。如素問·六節藏象論所云：「天為陽，地為陰；日為陽，月為陰……行有分紀，周有道理」，不可任意改為地為陽，天為陰，月為陽，日為陰。

### 3.3 陰陽的對立性與統一性

統一，亦稱為同一，或稱互根。陰與陽之所以對立，主要是因為彼此兩者之間，既是相互制約，又是互相牽制。如上升的力量必然與下降力量相牽制，左旋力量必然與右轉力量相制約。故素問·六元正紀大論云：「天氣不足，地氣隨之，地氣不足，天氣從之」。天為陽，地為陰，天氣在上，地氣在下，天地陰陽之氣，原在不斷上升下降運動著的。當在上的天氣不足之時，地下的地氣隨之上升，反之亦然。天地陰陽之氣的上下升降運動，是相互制約、相互牽制的。<sup>(30)</sup>

陰陽的相互制約與牽制的過程，也就是相互對抗的過程，沒有對抗，就不能制約。張介賓類經附翼·醫易云：「動極者，鎮之以靜。陽亢者，勝之以陰」。即指出動與靜、陰與陽兩者相互制約、相互對抗的關係。陰陽兩者的相互制約、相互對抗，方推動著事物的變化與發展。統一體若無陰陽的對立、對抗，就不可能達成統一；統一若不可見，則陰陽的對立、對抗，也將終止，事物便因之消失了。

陰陽互根亦即陰陽互相依存，陽依賴陰而存在，陰也依據陽而存在。無陰即無陽，無陽亦無陰，所謂「孤陽不生，獨陰不長」（類經）。以人體而言，物質為陰，功能為陽，兩者也是互根的關係。故素問·陰陽應象大論云：「陰在內，陽之守也；陽在外，陰之使之」。在外的陽是內在物質能量的表現，在內的陰是產生功能的物質的基礎，陰陽相互為根、相互依存，是既對立又統一的密切的關係。<sup>(31)</sup>素問·陰陽應象大論所云：「陽生陰長，陽殺陰藏」，生氣通天論所云：「陰者，藏精而起亟也；

陽者，衛外而為固也。」等，亦說明人體生命包含陰精（機體物質）與陽氣（生命功能）二者的統一，相互為用，相互交濟，相互依據，不可偏勝。

陰陽的統一，還有一個意義，即二者依一定條件，可各自向自己相反方向轉化。也就是在一定的條件下，陰可以轉化為陽，陽也可以轉化為陰。何以故？即因對立的雙方共居於同一個事物之內，本身互為其根，有其轉化的內在根據之故。此即易經所謂：「無事不陂，無往不覆」，「剝極而復」，「否極泰來」。雖然如此，也是要有條件，此條件，即是「極」、「重」。素問·脈要精微論云：「萬物之外，六合之內，天地之變，陰陽之應。彼春之暖，為夏之暑，彼秋之忿，為冬之怒」；陰陽應象大論云：「重陰必陽，重陽必陰」，「寒極生熱，熱極生寒」，皆自然界普遍的陰陽轉化現象。也就是如此，宇宙事物不斷運動轉化，舊過程舊事物結束，新過程新事物產生，新過程新事物又有本身的陰陽，又對立統一，再發生運動變化。運動不已，變化無窮。

陰陽的對立互根，動靜消長，升降出入，相互轉化，說明陰陽是在不停的運動著的，而且這種運動是永恆的，素問·六微旬大論云：「有期乎？曰：不生不化，靜之期也」。唯有永恆的運動，事物才能變化無窮，若靜止不動，則不生不化，生命便因之停頓毀滅了。

### 3.4 量與變量

內經陰陽學說對人身陰陽，除了做形象描述外，還引進量的概念。內經對陰陽的描述，使用了許多模糊量的辭匯，如盛（多、大之意）、虛（不足、弱之意）、



強（盛、大之意）、衰（小、弱、微、減、降之意）、極（高或盡之意）、亡（失、滅、變為無之意）、竭（盡、亡、滅之意）、絕（無、竭之意）、消（削、弱、減之意）、生（起、滋長之意）、長（多、大、滋生、增長之意）、損（減少、失、損傷之意）、耗（減少之意）、傷（毀損之意）、殺（滅、衰之意）、藏（匿、歸、殘之意）、平（持平、相等之意）、補（人為的設法增加）、瀉（人為的設法減少）、調（調節、調整之意）……歸納而言，內經對人身之陰陽作了量、量變、量之間關係，及人為的調節量的值等四方面的描述。<sup>(32)</sup>顯然，內經為人身陰陽的變量理論，奠定了基礎。何謂變量？在所研究的問題中，取不同值的量，即為變量。如物理學中的頻率，生理學中的心搏率等。當然，每個變量都有自己的度量單位。如頻率的單位是「赫（芝）」。

有些變量人類難以控制，如大氣的氣溫；有些變量是可以加以人工調節，如在物理實驗室中調節某些物理量，有些生理量也可加以調節。變量是重要的概念，在科學技術中已被廣泛使用著。它所體現的哲學觀點是辯證法，和變量相聯繫的數學是高等數學、微積分。<sup>(33)</sup>內經所述人體陰陽與變量概念之間似乎存在有兩個障礙。①內經陰陽學說對人身陰陽只作模糊量之描述，並未賦予確定數值。②人身陰陽無度量單位。但此二個障礙，亦不成其為障礙。①模糊量亦屬於量的範圍，現代科學並不排斥模糊量，並已研究出模糊量的運動方法——模糊數學。②度量單位對於人身陰陽並不重要，因臨床處理之陰陽，是一個比值，而比值並無度量單位。人身陰陽是一個變量，二千年前形成的內經陰陽概念，即含蘊如此豐富的變量意義，誠是世界文

化史上之創舉與奇跡。<sup>(34)</sup>

如前所述，內經陰陽學說之基本觀點，是「陰陽者，天地之道也，萬物之綱紀，變化之父母，生殺之本始，神明之府也。治病必求於本」（素問·陰陽應象大論）。人體的生長、發育、衰老、死亡都源於陰陽二氣，而陰陽二氣有各自的屬性，有分工，其運動變化也有時間的節律及不同的升降出入。人體的疾病無論如何錯綜複雜，其本質是人的陰陽二氣的變化。如何考察人的陰陽二氣，並加以調節之，便是醫者的職責，即「治病必求於本」。所謂「謹熟陰陽，無與眾謀」（素問·陰陽別論），「善用針者，從陰引陽，從陽引陰，以右治左，以左治右」（陰陽應象大論），「審其陰陽，以別柔剛，陽病治陰，陰病治陽」（同上），「調其陰陽，不足則補，有餘則瀉」（骨空論），「謹察陰陽所在而調之，以平為期，正者正治，反者反治」（至真要大論）。古稱良相者，必能變理陰陽，調和鼎鼐，良醫良相，醫身醫國，其理相通。醫道如此，政道亦然。張景岳類經云：「天地之道，以陰陽二氣而造萬物，人生之理，以陰陽二氣而長養百骸。易者具陰陽動靜之妙，醫者合陰陽消長之機……故曰天人一理者，一此陰陽也，醫易同源者，同此變化也」（醫易義）。

### 3.5 人體正常三律

內經陰陽學說既用陰陽描述人體正常的和異常的生命現象，關於人體正常的生命現象，楊學鵬先生於內經陰陽學說歸納之為三個規律，即節奏律、穩定律和演化律。節奏律是「陰陽消長」，穩定律是「陰陽平衡」（「陽平陰秘」），演化律是「陽生陰長，陽殺陰藏」。楊學鵬云：「在人



的一生中，陰陽的變化是螺旋形。陰陽螺旋融生命的穩定性、生命的節奏、生命的演化於一體，是中國式的生命模型」<sup>(35)</sup>

### 3.5.1 節奏律

節奏律包括正常的和病變的節律，節律的周期又有年、月、日、時之分。如內經描述臟腑的年節奏律，素問·六節藏象論云：「心者……通於夏氣。肺者……通於秋氣。腎者……通於冬氣。肝者……通於春氣。脾、胃、大腸、小腸、三焦、膀胱者……通於土氣」。素問·金匱真言論云：「五藏應四時，各有收受。」順之則生，逆之則病。素問·上古天真論云：「至人者，淳德全道，和於陰陽，調於四時」。四氣調神大調云：「陰陽四時者，萬物之終始也，死生之本也。逆之則災害生，從之則苛疾不起，是謂得道」。其他月、日、時之周期，不復贅引。

內經甚至還總結氣血的月節律，如素問·八正神明論云：「月始生，則血氣始生，衛氣始行。月廓滿，則血氣實，肌肉堅。月廓空，則肌肉減，經絡虛，衛氣去，形獨居。」

針灸醫術中有子午流注、靈龜八法等，事實上皆依據年、月、日、時的人體節奏律而研創者。

五臟病情的發展，也合於不同的日節律。如素問·藏氣法時論云：「肝病者，平旦慧，下晡甚。夜半靜……心病者，日中慧，夜半甚，平旦靜……」

### 3.5.2 穩定律

人體穩定律是「陰陽平衡」，陰陽平衡的意義是陰陽的平均值近似相等，或同時近似的等於一個正常值。

人體有力圖保持並恢復平衡的能

力。這個命題與生理學的「內穩態」概念(Homeostasis)相似<sup>(36)</sup>。素問·生氣通天論云：「凡陰陽之要，陽秘乃固，兩者不和，若春無秋，若冬無夏。因而和之，是謂經度。故陽強不能密，陰氣乃絕。陰平陽秘，精神乃治」。陰陽的此消彼長，或此長彼消，由量變到質變，是循序漸進的，二者的消長值要保持一定的比例，一方不能太過，另一方也不能太低，有其一定幅度，這個比值和幅度中的進行是陰陽相對的平衡，只有如此，事物或人體才能正常的運動發展。否則相對的平衡受到破壞，陰陽不能勻平，病變災害便將發生。

### 3.5.3 演化律

人體演化律是「陽生陰長，陽殺陰藏」，其含義是人的前半生，陰陽的平均值或正常值均呈增長趨勢；人的後半生，陰陽的平均值或正常值均呈衰減趨勢。內經醫家很早就注意到生命過程的不可逆性，人的全部生命過程可概括為生、長、壯、老、死五個階段。女子以七為基數，男子以八為基數，成為較具體的規律。素問·上古天真論云：「女子七歲腎氣盛，齒更髮長。二七而天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事以時下，故有子。三七腎氣均，故真牙生而長極。四七筋骨堅，髮長極，身體盛壯。五七陰陽脈衰，面始焦，髮始墜。六七三陽脈衰於上，面皆焦，髮始白。七七任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也。」

何故如此？陰陽是「變化之父母，生殺之本始」，人體的生長壯老本為陰陽之變化，生命演化現象自必包括在陰陽的規律之中。此乃「天地之道」，勉強不得！素問·天元紀大論云：「天以陽生陰長，



地以陽殺陰藏」，陽生陰長，即春夏之時，天地以陰陽二氣養育萬物；陽殺陰藏，即秋冬之時，天地以陰陽二氣殺藏萬物，此乃農作物的生長規律，人身亦然。

### 3.6 人體病變四律

人體異常的生命現象，楊學鵬先生於內經陰陽學說歸納之為失衡律、衰減律、假象律及突變律。失衡律包括「陰勝則陽病，陽勝則陰病」。衰減律是「陰損及陽，陽損及陰」。假象率是「陰證似陽，陽證似陰」。突變率是『重陰必陽，重陽必陰』。人體病變四律與臨床活動，密切相關。<sup>(37)</sup>

#### 3.6.1 失衡律

陰陽的失衡是病態的標志，約可分為七類狀態，即陽盛、陰盛、陽衰、陰衰、陽盛陰衰、陰盛陽衰及陰陽雙衰。「陰勝則陽病，陽勝則陰病」（素問·陰陽應象大論）者，即陰陽有一方偏盛時，往往會迫使對方隨之衰減，出現輕重不同的失衡。

上述七類狀態。中醫界於四診中均有嚴格的標準，如素問·陰陽應象大論云：「陽勝則身熱，腠理閉，喘粗……陰勝則身寒，汗出，身常清，數慄而寒……」。評熱病論云：「邪之所湊，其氣必虛。陰虛者，陽必湊之，故少氣，時熱而汗出也」。厥論云：「陽氣衰於下，則為寒厥；陰氣衰於下，則為熱厥」。茲不復贅。

#### 3.6.2 衰減律

人身陰陽失去均衡的病變規律，多種多樣。若在久病不愈的情況下，人身陰陽的變化將服從衰減律。衰減律是「陰損及陽，陽損及陰」。損，虛損也。當陰陽一方長期虛損偏衰，結果必造成對方的衰微。因陰陽二氣間的作用不是單向的，而是互為因果的。陽盛會使陰氣衰弱，在久病不

愈的情況下，陰氣又對陽氣有反作用，陰氣衰弱又會導致陽氣虧損，反之亦然。損之又損，終造成整個「生命力」的衰弱。

#### 3.6.3 假象律

現象有真有假，真象是指自正面直接表現本質的現象，假象是自反面歪曲地表現本質的現象。假象是給人以虛假的印象，似真實假，易造成錯誤。內經早已注意到人體生命之假象，故有：「大實有羸狀」，「至虛有盛候」；自陰陽二氣觀點而論，即「陰證似陽，陽證似陰」，景岳注釋內經，有寒熱真假篇，辨之甚詳，例云：「寒熱有真假者，陰證似陽，陽證似陰也。蓋陰極反能躁熱，乃內寒而外熱，即真寒假熱也。陽極反能寒厥，乃內熱而外寒，即真熱假寒也」。又云：「假熱者，水極似水也……凡真熱本發熱，而假熱亦發熱，其證亦為面赤、躁煩，亦為大便不通，小便赤澀，或為氣促，咽喉腫痛，或為發熱，脈見緊數等證。昧者見之，便認為熱，妄投寒涼，下咽必斃。」古今此類醫案極多，茲不復贅。

#### 3.6.4 突變律

疾病的發展有時會出現突變現象，如陽證極端嚴重情況下，可能突然化為陰證，陰證亦然。靈樞·論疾診尺篇云：「四時之變，寒暑之勝，重陰必陽，重陽必陰。故陰主寒，陽主熱，寒甚則熱，熱甚則寒，故曰寒生熱，熱生寒，此陰陽之變也」。重，重度、極度也，此表示一年四季寒暑的變化。寒熱一晝夜之間也可能有類似變化。靈樞·營衛生會篇云：「日中而陽隴為重陽，夜半而陰隴為重陰……平日陰盡而陽受氣矣……日入陽盡而陰受氣矣」！

突變率亦與季節有關。素問·陰陽應

象大論云：「故重陰必陽，重陽必陰。故曰：冬傷于寒，春必病溫；春傷于風，夏生飧泄……」

「重」者，又有重疊之義。張景岳云：「重疊之義，謂當陰時而復感寒，陽時而復感熱，或以天之熱氣傷人陽分，天之寒氣傷人陰分，皆謂之重」（類經·陰陽類）。此自屬傳統醫者之見，自今視之，此乃細菌或病毒的基因重組乎？茲不復贅。

#### 四、結論

若以西方辯證法思想與內經陰陽學說相互比較，吾人可得初步結論如下：

(1) 自一九四九年以來，多數中醫著作都強調內經陰陽學說是「中國古代樸素的對立統一論」<sup>(38)</sup>，或「中國樸素唯物辯證法思想」<sup>(39)</sup>。實則此等結論都有待商榷。西方辯證法思想與內經陰陽學說雖有許多近似之處，如普遍性與特殊性，相對性與確定性，對立性與統一性，但前者內容實不及後者深刻精湛，尤其對立互根，相互轉化，及節奏律、穩定律、演化律、失衡律、衰減律、假象律、突變律等。此等規律，楊學鵬所著均有深刻敘述，甚至可以數學模型、聚類分析、坐標系統等表達之，包括陰陽轉化、陰陽量變、質變等命題。內經陰陽學說各種概念及定律，雖說是醫學之作，適用於人之生理、病理、藥理、醫理，但若擴及於政治、社會、經濟、人事等領域，何所不適？中國醫學使用內經陰陽學說治病，少說已歷時二千年，病例數以億萬計，中國之廣土眾民，即為實證。而西方辯證法思想用於某一階段、某一地區的政治、社會、經濟之分析，容或適合，但能應用於醫學嗎？若不能於醫學

上應用，即說明其周延有限，無普遍實踐價值，此非理論上有欠缺處，卻是為何？內經陰陽學說可涵蓋西方辯證法，而西方辯證法卻不能涵蓋內經陰陽學說，即不是內經的西方辯證法樸素古老，而是西方的陰陽觀念太幼稚淺薄，東風強於西風，誰曰不然？

(2) 內經陰陽學說所稱陰陽，固然有對立統一觀念，但是對立不是簡單的一分為二，非「是」即「非」，非「白」即「黑」。更不是只有矛盾、排斥，或你死我活的鬥爭。天與地有矛盾嗎？夫與婦一定要對立嗎？晝與夜要殺個你死我活嗎？陰陽互根、剛柔相濟，陰中有陽，陽中有陰，孤陰不生，獨陽不長，陰損及陽，陽損及陰……陰陽本有交感、協調、平衡、穩定、互助、互生之義，這些觀念，對西方辯證法思想而言，也許正是觀世音菩薩瓶中的楊柳枝水，讓眾生添幾許活水源頭。

(3) 「易，無思也，無為也，寂然不動，感而遂通，非天下之至神，其孰能與於此？」（繫辭上第九）。又云：「夫易，聖人之所以極深而研幾也。唯深也，故能通天下之志；唯幾也，故能成天下之務；唯神也，故不疾而速，不行而至」（同上）。中國學術導源鴻古，至春秋時代，孔子集眾聖之大成，有六經之編撰，巍然為儒學定宏基，而易為六經之首，有「人天大典，鎮國之寶」之稱<sup>(40)</sup>。自傳說的伏羲畫八卦，凡天道、物理、人事、無窮無盡之理蘊，悉包含其中，歷聖相承，頗多推演。內經雖為「醫家之祖」<sup>(41)</sup>，但陰陽學說大部分悉師承之，會通益廣。內經陰陽學說所稱陰陽，最完美、最正常的標準是「和」。如素問·調經



論云：「陰陽勻平，以充其形，九候若一，命曰平人」。上古至真論云：「陰陽和，故能有子」。又云：「有至人者，淳德全道，和於陰陽，調於四時」。西方辯證法思想與內經陰陽學說最大不同之處，大概是在於前者強調對立矛盾的統一，而有新生事物的產生，甚至不惜千萬人頭落地，後者則強調對立矛盾的平衡、消融，統一，盡量維繫，保持原體制、原機體的存在，勿違天和。其實這種思想，不只是易及內經有之，諸子百家，莫不皆然。如前所引老子云：「萬物負陰而抱陽，沖氣以為和」。前所引庄子云：「至陽肅肅，至陰赫赫……兩者交通成和而物生焉」。前所引呂氏春秋云：「陰陽之和，不長一類，甘露時雨，不私一物」。荀子也有：「陰陽大化，風雨博施，萬物各得和以生。各得其養以成」（天論），莫不強調「和」——對立矛盾的平衡、消融與統一。且「和」為貴，「和」為萬物萬類生的泉源。

(4) 如何才可以保持「和」？維繫「和」？和平，和平，唯和才能平，唯平才能和，要得到和平，必需要高瞻遠矚的宏觀，高度專業技術的調控，方克臻之。素問·骨空論云：「調其陰陽，不足則補，有餘則瀉」。至真要大論云：「謹察陰陽所在而調之，以平為期，正者正治，反者反治」。陰陽應象大論云：「治病必求於本」，又云：「善用針者，從陰引陽，從陽引陰，以右治左，以左治右」。又云：「審其陰陽，以別柔剛，陽病治陰，陰病治陽」。標本病傳論云：「凡刺之方，必別陰陽，前後相應，逆從得施，標本相移……夫陰陽逆從標本之道也，小而大，言一而知百病之害」。上古天真論

云：「上古之人，其知道者，法於陰陽，和於術數」……不勝枚舉。故如前所述，醫國醫身，其理相同，良相變理陰陽，調和鼎鼐，與良醫之用針施藥同，術有千百，其要則一，以術數調和陰陽，勿違天和，使「盡終其天年，度百歲乃去」（上古天真論），不留遺憾於人間。生氣通天論云：「自古通天者，生之本，本於陰陽天地之間，六合之內」。又云：「陰陽之要，陽密乃固，兩者不和，若春無秋，若冬無夏，因而和之，是謂聖度」。王冰注云：「陰陽交會之要旨，正在於陽氣閉密而不妄泄爾，密不妄泄，乃生長強固而能久長。此聖人之道也。陰陽和，謂和合則交會也。若，如也，言絕陰陽和合之道者，如天四時，有春無秋，有冬無夏也。所以然者，絕廢於生成也。故聖人不絕和合之道，但貴閉密，以守固天真法也」。以國之政事而言，國之陽氣是什麼？對外講信修睦，維護公理正義，推動互助合作，努力和平安定，對內平等公正，繁榮生息，藏富於民，涵養國力，意志集中，力量集中，教育普及，法治嚴明，資訊進步，科技發達，這些都是陽氣，反之則為陰。陽氣因需培植涵養，但也需閉密，不可妄泄。如此，國之陽氣（生氣）方能強固。有人曾書一中堂云：「力憑理壯，理憑力伸，無理之力必折，無力之理不伸，故謀國者，不可一日不講理，不可一日不培力」<sup>(42)</sup>。理與力，皆國之陽生之氣也。若喪此陽生之氣，國將危絕，人身亦然。

(5) 如上所述，內經陰陽學說內容要點在於「法於陰陽，和於術數」，以術數調和陰陽，不違天和，故其特點是全生命觀

點。生命包括萬類，綿絡大道，變通化裁，原始要終，敦仁存愛，繼善成性，或剛或柔，亦動亦靜，正如方東美先生所云：「生含五義：一、育種成性義。二、開物成務義。三、創進不息義。四、變化通幾義。五、綿延長存義」。(43) 易經的基本原理，就在於持續的創造性。乾元為萬物所自出，一切變化的過程，一切生命的發展，一切價值理想的完成和實現，創造前進都無終了之時，尊重生命，保育萬物，樂天知命，道濟天下。如繫辭上第三云：「易與天地準，故能彌綸天地之道」（朱注云：「易書卦爻，具有天地之道，與之齊準，彌如彌縫之彌，有終竟聯合之道。綸，有選擇條理之意。又云：「與天地相似，故不違，知（智）周乎萬物而道濟天下，故不過，旁行而不流，樂天知命，故不憂，安土敦乎仁，故能愛，範圍天地之化而不過，曲成萬物而不遺」。朱熹注云：「此聖人盡性之事也，天地之道，知（智）仁而已。知（智）周萬物者，天也，道濟天下者，地也；知（智）且仁，則知（智）而不過矣。旁行者，行權之知（智）也，不流者，守正之仁也。既樂天理而又知天命，故能無憂而其知（智）益深，隨處皆安而無一息之不仁，故能不忘其濟物之心而仁益篤……」。繫辭上第五云：「夫乾，其靜也專，其動也直，是以大生焉。夫坤，其靜也翕，其動也辟，是以廣生焉」。繫辭下傳：「天地之大德曰生」。易乾卦云：「乾道變化，各正性命，保合太和，乃利貞」。朱熹注云：「變者化之漸，化者變之成，物所受為性，天所賦為命。太和，陰陽會合沖和之氣也。各正者，得於有生之初。保合

者，全於已生之後。此言乾道變化，無所不利，而萬物各得其性命以自全，以釋利貞之義」。此皆全生命觀點之例。

(6) 內經陰陽學說此種全生命觀點，出發點是什麼？曰：基於對人間的大愛。生之理，原本於愛。愛之情也可取象於易。故易以道陰陽，建天地人物之情以成其愛。方東美先生引易經句有精闢之見，云：「愛有五相四義：五相者，一曰雌雄和會，二曰男女構精、三曰日月貞明、四曰天地交泰，五曰乾坤定位。（銘案：雌雄、男女、日月、天地、乾坤，皆陰陽也）。四義者：一曰睽通。睽在易為「二女同居，其志不同行」（睽象），「二女同居，其志不相得」（革象）。通在易為「天地睽而其事，男女睽而其志通，萬物睽而其事類」（睽象）。二曰慕說（悅）。慕說（悅）在易為「柔進而應乎剛」（兌象）。三曰交泰。交泰，在老子為「天地相合，以降甘露」，在易為「陰陽合德而剛柔有體，以體天地之撰」（繫辭下），「男女正，天地之大義」（家人象），其他歸妹、漸、鼎、升、萃、益、離、臨、同人、泰諸卦，反覆者言之綦祥。又左傳昭公五年正義云：「陽之所求者陰，陰之所求者陽，陰陽相值為有應」。四曰恆久。在易為「恆與既濟定」，恆象曰：「剛柔皆應，恆。亨，無咎，久於其道也……觀其所恆而天地萬物之情可見矣」。(44) 謹錄如上，以為本文之終。

#### 附註：

1. 世界文化史 Lynn Thorndike 著 陳廷翻譯 P.180 民國 48 年臺灣 中華書局
2. 辯證法故鄉的哲學新葩 余源培、夏耕合



- 著 P.71 1992 年 雲南人民出版社
3. 同 2. 所引 列寧全集第 38 卷 P.390
4. 同 2. 所引 美學第一卷 P.154 商務印書館  
1979 年
5. 同 4.
6. 同 4.
7. 同 4.
8. 同 2. 所引 列寧全集第 38 卷 P.277
9. 同 2.P.72
10. 同 2. 所引 列寧選集第二卷 P.712
11. 同 2. 所引 馬克思主義辯證法史 P.9 人民  
出版社 1982 年
12. 同 2. 所引 馬克思恩格斯全集 23 卷 P.24
13. 同 2.P.47
14. 同 2. 所引 馬克思恩格斯全集 第 3 卷  
P.181
15. 同 2. 所引 馬克思恩格斯全集 第 3 卷  
P.543
16. 同 2. 所引 馬克思恩格斯全集 第 4 卷 P.24
17. 同 2. 所引 馬克思恩格斯全集 第 4 卷  
P.174
18. 同 2. 所引 列寧選集 第 2 卷 P.398
19. 同 2.P.61
20. 同 2. 所引 列寧選集 第 2 卷 P.172
21. 同 2. P.50-P.51
22. 同 2.P.50-P.51
23. 同 2. 所引 黑格爾著歷史哲學 P.144 商務  
1956 年
24. 同 2.P.36
25. 同 2.P.1
26. 李約瑟著 陳立夫主譯 中國之科學與文  
明 第一冊前言 P.7
27. 薛學潛著 易經數理科學解 真善美出版  
社 民國 60 年
28. 黃自元著 中國醫學與周易原理 P.30 中  
國醫藥科技出版社 1989 年
29. 樊鼎著 中醫理法方藥精要 P.85
30. 程士德 內經理論體系辯析 P.37
31. 同 30. P.38
32. 楊學鵬著 陰陽——氣與變量 科學出版  
社 1993 年 P.95
33. 同 32. P.97
34. 同 32. P.97
35. 同 32. P.109
36. 同 32.P.121
37. 同 32. P.170
38. 同 29. P.80
40. 熊十力 原儒 上卷 原學統 P13 史地教育  
出版社 民 63 年
41. 此書錄解題，卷十三，醫藥類，黃帝內  
經素問條，陳振孫語。
42. 此為筆者上世紀四十年於臺中市名人書  
畫展中所見閻錫山先生所書之中堂，至  
今記憶猶新。
43. 方東美著 生生之德 黎明文化事業公司  
P.152 民 63
44. 同 43. P.152-153

# 探索張志聰《傷寒論集注》論 六氣會通之《內經》原旨附—— 六經辨治內科病應用範例

文／陳逸光 慈濟醫學中心（花蓮總院）兼任主治醫師

## 壹、摘要

以《內經》六經傳變注釋《傷寒論》自古有之，明朝張志聰撰著《傷寒論集注》，取陰陽開、闔、樞之義，注釋傷寒病與六經常序之關係，並論陰陽之升、降、合、離，此乃六氣會通之原意。以陰陽開闔樞解讀《傷寒論》，有助於八綱辨證之臨床應用，及內科各證之病機分析，本文最後附有臨床應用範例三則，以說明陰陽氣機進退之運用。

## 關鍵詞：

六經、三陰三陽、開闔樞、八綱辨證

## 貳、前言

仲景以《內經》三陰三陽建立《傷寒》六經傳變之順序，明朝張志聰《傷寒論集注》云：「三陰三陽有出、有入、有合、有離，不知陰陽之經常變易，不可與論《傷寒》矣。」，張氏以《內經》六氣陰陽之運行注解《傷寒論》，他個人對《內經》之造詣甚深，著有《黃帝內經素問集注》、《黃帝內經靈樞集注》各九卷，亦是明末清初錢塘學派的重要人物，影響醫林二百

餘年。

本文根據張氏《傷寒論集注》之內容，依《內經》三陰三陽開闔樞之原理，探討張氏所言六經運行之經義，三陰在裏，三陽在表，六氣運行於其中，形成了傷寒六經辨證之基礎。張氏將太陽經氣分成通體及分部之不同，這是中醫整體醫學上的一個重要觀念，宏觀可擴及天地之形氣，微觀可以貫徹中醫之脈因證治。並言《傷寒》太陽病之傳變、六經之運行，以「通體太陽如天，分部太陽如日」之原理來作注解，清楚解說傷寒傳經及直中之難題，並以陰陽開闔樞說明傷寒六經病變。本文將依據上述傳經及開、闔、樞原理，探索張氏之《傷寒》論點。

《傷寒論》是中醫之經典著作，仲景以六經辨病脈證來撰寫《傷寒》，其應用範圍已經不受限於傷寒病，凡證治與八綱辨證相關者，皆可應用六經辨證來分析病證之氣機，文章最後舉臨床病例三種，輔以說明六經辨證在內科疾病之應用。

## 參、本文

一、《內經》與《傷寒》六經之常序與經



### 氣之傳變

1. 《內經》言正常六經之運行：厥陰→少陰（子午）→太陰→少陽→陽明→太陽→厥陰（巳亥）（1）
2. 《傷寒》言六經之運行：太陽→陽明→少陽→太陰→少陰→厥陰。
3. 《內經》言病氣六經之運行：「傷寒一日，太陽受之」，其循行與第（2）點完全相同。
4. 《內經》與《傷寒論》皆有提及六日傳經之傷寒病證，其所描述之症狀，若根據三陰三陽之病氣而言，兩者所言之病機是頗為一致的（見表一）。
5. 張氏明白指出傷寒病，太陽受邪隨即可傳入少陰，對平常人而言太陽六經經氣是正常運行不息的，而傷寒入侵，第一日即傷及太陽，而太陽之正氣夾著傷寒之病邪，很容易傳入少陰，因為太陽、少陰皆從標從本(2.)之故。

傷寒條文〔004〕「傷寒一日，太陽受之，脈若靜者為不傳；頗欲吐，若躁煩，脈數急者，為傳也。」

張云：「此太陽受邪，而即可傳於少

陰也。傷寒一日，太陽受之，言平人六氣周流環轉不息，若以天之寒邪傷人毛腠，則太陽正氣受之，而即以一日起太陽矣，要知傷寒者言邪，而太陽者言正。」

### 總結

仲景序云：「乃勤求古訓，博采方，撰用《素問》九卷、《八十一難》、《陰陽大論》、《胎臚藥錄》，並平脈辨證，《傷寒雜病論》，合十六卷。」可見《傷寒論》之撰著，本於訓詁及上古之經方。中醫有其文化根源，《易經》所論之陰陽無所不容，《傷寒》、《內經》皆受其影響，中醫根源有所本，明矣！運氣七篇言六經、三陰三陽之原理，《傷寒論》則言其用，仲師乃醫學天才，雖是天才其論亦必有所本，讀《傷寒論》若能從《內經》理論著手，對中醫辨證之陰陽判別，必有所得，三陰三陽經氣之應用，非獨傷寒，中醫內科各種疾病皆適用之。

### 二、陰陽開、闔、樞與《傷寒》六經傳變之關係

#### 1. 張氏論太陽經氣之運行

張氏認為《傷寒》言「太陽」有二種意義：通體及分部「通體太陽如天」、「分部太陽如日」張云：

表一：傷寒六日傳經臨床症狀之《內經》與《傷寒論》內容對照

傷寒	《內經》	《傷寒論》
一日	巨陽受之，故頭項痛腰脊強	太陽之為病，脈浮，頭項強痛而惡寒
二日	陽明受之，陽明主肉，其脈挾鼻絡於目，故身熱目痛而鼻乾，不得臥也	陽明之為病，胃家實也
三日	少陽受之，少陽主膽，其脈循脇絡於耳，故胸脇痛而耳聾	少陽之為病，口苦咽乾，目眩也
四日	太陰受之，太陰脈布胃中絡於噤，故腹滿而噤乾	太陰之為病，腹滿而吐，食不下，自利，噤甚時，腹自痛，若下之則胸下結鞭
五日	少陰受之，少陰脈貫腎絡於肺，繫舌本，故口燥舌乾而渴	少陰之為病，脈微細，但欲寐
六日	厥陰受之，厥陰脈循陰器而絡於肝，故煩滿而囊縮	厥陰之為病，消渴氣上撞心，心中疼熱，饑而不欲食，食則吐衄，下之利不止



「太陽為諸陽主氣，有通體、分部之不同。通體太陽如天，主周身皮膚毫毛肌表，一似天之環繞於地外；分部太陽如日，主頭項脊背尾閩血室，一似日之旋轉於躔度。此首明太陽主通體之毫毛，而復有循經之分部也。」又云：「蓋太陽之上，寒氣主之，以寒為本，以熱為標故也。《天元紀大論》云：『太陽之上，寒氣主之，所謂本也。』《六微旨大論》云：『本之下，中之見也，見之下，氣之標也。』六氣皆然。」

張氏言通體太陽周遊一身，按六經順序而行，傷寒一日太陽受病、二日陽明、三日少陽，此太陽經氣外行三陽；四日太陰、五日少陰、六日厥陰，此太陽內行三陰。三陽在外而三陰在內，太陽病出入於表裏，一日太陽從外而入內。三陽傳經乃太陽陽熱，自表入裏而傳，此與三陰傷寒直中之病機與症狀有所不同。

傷寒條文〔008〕云：「太陽病，頭痛至七日以上自愈者，以行其經盡故也。」，張氏言：「通體太陽」是指太陽周遊全身，按六日循經、七日來復之數循行。七日傳經是言太陽陽熱自裏環復出外，可見太陽經氣是外內相通的。

## 2. 陰陽離合變化：開、闔、樞

《素·陰陽離合論》云：「是故三陽之離合也，太陽為開，陽明為闔，少陽為樞。」又云：「是故三陰之離合也，太陰為開，厥陰為闔，少陰為樞。」

張氏言：「夫三陽在外，太陽

主天氣而常行於地中，陽明主闔而居中土，少陽主樞而內行於三焦，此三陽在內而內有陰陽也」、「三陰在內，太陰為開而主皮膚之肉理，少陰主樞而外浮於膚表，厥陰為陰中之少陽而通會於肌腠，此三陰在外而外有陰陽也。」、「夫太陽主司天在泉，運行於六氣之外，而三陰三陽上奉之，故病在太陽，六氣相傳，七日來復，病氣仍在太陽之高而止頭痛，此太陽合三陰三陽之在外也。」<sup>(3)</sup>

張氏引用《素·陰陽離合論》陰陽開、闔、樞之內容，來說明陰陽之離合，通體太陽如天，行六經之外，即故曰：「太陽主司天在泉，運行於六經之外。」，太陽之運行如天與日，可比擬衛氣之運行。

張氏續云：「其衛氣之行，行於脈外充遍周身，一如太陽之通體運行而環於外矣；晝行陽二十五度，夜行陰二十五度，一如太陽之外行肌表，內入地中而出入矣。」<sup>(4)</sup>

## 總結

張氏云：「是以三陰三陽有出、有入、有合、有離，不知陰陽之經常變易，不可與論《傷寒》矣。」<sup>(5)</sup>，陰陽開闔樞，太陽、太陰為開；陽明、厥陰為闔；少陽、少陰為樞，開闔樞應用在《傷寒論》中，太陽運行在六經之外，為衛外之使，張氏稱之為「通體之太陽。」，「腠者，三焦通會元真之處」，少陽主樞而內行於三焦，陽明主闔而內居於胃土之中，通體太陽運行於地中（腠之皮毛），分部太陽之陽氣主開而出入於表裏，便有陰陽離合變化。張氏云：「蓋少陰主出入，太陽主升降，少陰、



太陽主標本相合，故太陽經中有少陰，少陰經中有太陽。」，明言太陽、少陰之標本、升降、出入，所有有關陰陽離合之變化，已包含在其中矣。

故《內經》、《傷寒論》以開闔樞言明陰陽之離合，東方春生之氣自左升，至南方夏而為暑熱，屬陽明而主內闔，西方酉金陽殺陰藏，北方子水而一陽始生至巳而止，午辰一陰生至亥而止。「天以陽生陰長，地以陽殺陰藏」、「木火土金水火，地之陰陽也，生長化收藏下應之」，四時之運轉，三陰三陽之變化，張氏以陰陽開闔樞之規律，解釋傷寒六經之傳變。此乃前人開闔了道路，後人便有行徑可遵從，讀《傷寒論》若能以陰陽離合之《內經》原旨來考量，便可活用於內科各種疾病診治之中。

### 三、臨床論證

#### 例 1：陽不入陰，失眠之辨治

心腎不交，陽不入陰，則不易入眠，手少陰心主離火，足少陰腎主坎水。如前所述陽開於子辰，夜寐則陽入陰中，這是水火（坎離）共濟之原理，元氣得生則白晝精神為之飽滿。因此古人發明交泰丸（黃連、肉桂），黃連能資離中之陰，使君火得伏，肉桂則能資坎中之陽而天一真水得生，陽得陰生，而陰得陽長，坎離共濟，經云：「地氣上升而為雲，天氣下降而為雨，雨出地氣，雲出天氣」。交泰丸臨床用於心腎不交之失眠患病，乃千古之名方，其作用為調治陰陽，使陽得以入陰而為闔，寐者心腎能交則水火共濟，從而元氣得生。

#### 例 2：陽明不闔，太陰不開之黃連湯證

黃連湯治「胸中有熱欲嘔，胃中有寒腹痛」，是《傷寒論》治療寒熱夾雜之驗

方。胃戊屬陽土，脾己屬陰土；胃主受納，而脾主運化。胃熱乃陽明之燥，胃燥熱盛則陰津必耗傷而嘔，陽明主闔，陽明無陰津所濟則不明不闔，故以黃連苦寒之性，使上焦之陽熱得瀉，胃陽安和而戊土之陰津得潤而嘔症自除。中焦寒則腹中疼痛，乾薑能溫己土，太陰為開，陰得陽溫則開，脾氣開則運而上達，脾寒收引疼痛自能消除。方中半夏、人參、桂枝、大棗等藥餌，升降胃中逆氣，君臣佐使明確，陰陽調和，升降得宜，急性腸胃患疾自能癒。

根據「水流濕、火就燥」之原理，寒熱夾雜之病證，自能用寒熱之藥方來治療。人體之構造極為複雜，食物進入身體後，一切都是自動化處理，如白血病患者，只要把捐贈者之骨髓，從靜脈中注入，骨髓細胞自有辦法找到通道，自行進入骨髓中。其實中醫治病之本，常借著患者之恢復能力，自我調息而使疾病得除。從而推斷是加強免疫力、或是內分泌系統得以平衡，這些臆測將有待中西結合時機成熟時，便能得以證實，當今還是趕緊將中醫基本理論，與臨床結合，從新再作整理，中醫為本，西醫為輔，中西自能匯通。

#### 例 3：少陽為樞之小柴胡湯證

「往來寒熱、胸脇苦滿、嘿嘿不欲飲食、心煩喜嘔」，此小柴胡湯之四證，張續云：「此太陽之氣逆於太陰所主之地中，而見五臟之證，但見一證便是，不必悉具，宜小柴胡湯從中土而達太陽之氣於外。」少陽主樞，若證是由經氣輪轉失常所生，如上述之四證，只要少陽之樞轉得利，則四證自能得復。「但見一證便是，不必悉具」，並不是言看到四項症狀之一便可以用小柴胡湯。而是太陽陽熱在太陰濕土之中，要以小柴胡湯之樞轉，使土中之水津

運行得復，而小柴胡湯證自能消除。臨床上小柴胡湯之應用甚為廣泛，主要的病機在於少陽經之樞轉失利。胸氣鬱結可引起少陽陽熱之生成，如近代人壓力所引起之抑鬱，更年期之煩熱、胸悶，辨證得宜，若能從少陽樞轉的角度來考量疾病，往往比逍遙散、柴胡疏肝湯等處方，對疾病之控制更為有效。

#### 肆、結語

中醫文化數千年，代代皆有奇人出，理法根源自陰陽，辨證論治當求之於病機<sup>(6)</sup>，孫安國序《尚書》曰：伏羲、神農、黃帝之書，謂之《三墳》；後世將《內經》、《神農本草經》、《傷寒雜病論》言醫之大道也；張志聰以《內經》之原旨解釋《傷寒論》，六經三陰三陽之理法闡述甚詳。醫理不明確則疑難症不易治癒，理法明確以中醫中藥治頑固性疾病，亦能效若橘井。在此多元化之社會中，現代中醫更應展現容者乃大之胸襟，勤求古訓，法古以通今，離中西結合不遠矣！

#### 參考文獻與注釋

1. 唐·王冰：《天元紀大論篇第六十六》，黃帝內經素問。
2. 唐·王冰：《至真要大論篇》，黃帝內經素問。
3. 張志聰(2009)《注解傷寒論》。以陰陽開闔樞注解三陰三陽之出入合離，詳見於其論，《傷寒六氣會通論略略·注解傷寒論》，第276~277頁。北京市：學苑出版社。
4. 張志聰(2009)《注解傷寒論》。說明太陽之環繞通體之膚表，有似於衛氣之部署，詳見於其論，《傷寒論本義·注解傷寒

論》，第275頁。北京市：學苑出版社。

5. 張志聰(2009)《注解傷寒論》。說明陰陽離合在傷寒論中之應用，《傷寒論本義·注解傷寒論》，第275頁。北京市：學苑出版社。
6. 陳逸光(2002)《中華民國中醫藥學會成立五十週年紀念專刊》。代赭石治療缺鐵性貧血的「辨證求因」思路，第196~199頁。台北市：中華民國中醫藥學會。



# 從中醫的五運六氣談自然醫學

文／董延齡 中華民國中醫藥學會常務理事

## 前言

一些對中醫有初步研究的學者，只知中醫的基礎理論是建立在天人合一和陰陽五行上，但遠古的醫學家為什麼會有如此認知？恐怕就有不同的看法，本篇探源竟委，從中華民族和中國醫學演化的角度，加以探討，以就正於方家。

自然醫學和中醫可以說是同幹異枝的兩門大學問，說到密切處真是「你泥中有我，我泥中有你」，實在難分難解。說到生理、病理的關係，真可以用一對連體嬰來形容。我們只要熟讀《內經》和《醫宗金鑑·運氣篇》即可窺一、二。

若再參之以臨床診斷、處方、用藥、針灸、推拿、按竅、導引等，更了解到中醫即自然醫。因此吾人要研究自然醫學必須先對中醫的核心理論、生理、病理、藥理、診斷有深刻的了解，才能登其堂奧。

自然醫學在諸先進的努力下，又擷取了大部分的科學方法，現已昂首闊步，邁向全人類，希望大家能凝聚共識，更上層樓。

## 摘要

五運、六氣，是中國遠古的醫學家，觀察人和自然的關係，推演出來的一套生理、病理學說，在此學說的基礎上，又發

明了各種養生及治病法則，如《內經·上古天真論》、《素問·四氣調神大論》、《素問·至真要大論》等篇所論各節。實在是醫學中最高保健及治療智慧。

天之五運，化生地之六氣，普潤於萬物及人類，這種深邃的理論，它不是從實驗室裡搞出來的，也不是憑空捏造的，它是中華民族的先知、先覺，觀察人和自然的關係所領悟出來的，它是扎根在宇宙間的醫學原理，更是一種根源於天、地、人的大學問。

天之五運，是指宇宙間五大行星的運行，所產生的五種巨大能量，在一定的因素下或凝聚、或外展、或下行、或上昇、或平行等五種存在的狀態，人生存在氣交之中，必定受它的影響。地之六氣根源於天之五運，它對人的影響更大，如是正氣則生人，如是邪氣則傷人，中國的神農氏及歷代的醫學家、本草學家又發現了自然界很多天然產物，有其補偏救弊的作用與特性，以矯正人體的太過與不及。可以說是順乎天理，應乎人性的最佳醫學。

自然醫學，以擷取自然界的能量與物質來保健，治病為依歸，與中醫的原理不謀而合，希望日後，有更進一步做法。

## 關鍵詞

自然醫學、五運、六氣、外感發燒、

陰虛發燒。

## 本文

中國醫學的核心理論，是陰陽五行、五運六氣，早在三千年前，即已奠定了中醫理論的堅實基礎，中國遠古的大智、大能，如伏羲、神農等，長期觀察、體驗人與大自然的關係，他們發現，自然與人類關係密切的程度，好像魚和水一樣，水的溫度、壓力、流速、清濁、生態、有毒、無毒，對於魚類必定有很大的影響，同樣的道理，人在大自然中，空氣成分，包括：空氣的溫度、氣壓、清濁、風速、濕度等等對人類必有一定程度的影響；更有那些宇宙能量，如聲、光、電、熱、磁，對人體的影響更大、更深。

我們知道，中華民族的很多科學，都發源於《易經》的哲理，中醫是中華文化精粹的一部份，自然也與《易經》有關，《易經·繫辭》有一段話說：「古者庖羲氏（伏羲）之王天下也，仰則觀象於天，俯則觀法於地，視鳥獸之文與地之宜，近取諸「身」，遠取諸「物」，於是始作八卦。」已故總統府資政陳立夫先生曾說：「《易經》為宇宙萬物生存進化之原理，故中國醫學即本此原理以生人者也。」可見中醫與《易經》關係的密切。筆者年輕時，曾追隨國學大師南懷瑾先生修習《易與醫》這門學科。（這是一門醫學邏輯學）南大師，從各個角度探討易經與中國醫學的關係，他認為中國醫學在學理上是易經哲學的延申，在臨床上是易經的科學實踐。易經是中國文化的總源頭，自然也是中醫學術之濫觴。

一種完美的學術，必須有二大特點，其一是該學術的縱深度，其二是該學術的廣袤度，中醫具有五千年的歷史，又具有

天文、地理、人文的縱深度。更有札根在宇宙間的深厚立論基礎。

內經所謂：「天之五運，化生地之六氣。」天之五運，是指太空中的五個星球，即金、木、水、火、土，五大行星在太空中恆久不息的運行；其運動力（所產生之能量）是無法以數據估算的，其對地球的影響，必然是驚人的。人生活在地球上，也必受此五種宇宙能量的影響，此五種能量，我們可以以下列符號表明之。

金↖代表一切凝聚的能量。木↗代表一切外展的能量。水↓代表一切下行的能量。火↑代表一切上升的能量。土↔代表一切平行的能量。

至於六氣的論述：它們必須在一種平衡狀態下才對地球的生物有所助益，我們可稱之為生理的六氣。如太過或不及，都會有損於生物的存在及生長，我們可稱之為病理的六氣。人類是地球上生物的一種，自然也跳不出此一範圍。《內經》所謂「承則制，亢則害。」就是說明此種關係。

六氣（亦稱六淫）的正常運作，是生物所必須的；六氣的異常運作，是萬物致病之源，它們致病的原理與症狀如下：

- 一、風：有外風、內風之別：外風，為百病之長，常與其他病邪結合而致病，如風寒、風熱、風濕、風燥等。《內經·風論》「風者，善行而數變，腠理開，則洒然寒，閉則熱而悶。其寒也，則衰食飲；其熱也，則消肌肉。」。內風，病變中出現動搖、眩暈的一類病症，不屬外感風邪，《素問·至真大要論》：「諸暴強直，皆屬於風」。
- 二、寒：寒屬陰邪，易傷陽氣而妨礙氣血活動。人體陽氣不足，衛氣不密，就易受寒邪侵襲而致病。



較常見的如惡寒、發熱、頭痛、身體痛、骨節疼痛或腹痛腹瀉等症狀。又分外寒和內寒：外寒，指外感寒邪。由於寒邪侵襲肌膚，陽氣不得宣通、疏泄，出現惡寒、發熱、無汗、頭痛、身痛和脈浮緊等症。內寒：指陽虛氣弱，臟腑功能衰退，引起水液代謝障礙，濁陰滯留的病症。《素問·調經論》：「陰盛則內寒」。

三、暑：夏季的主氣。暑為陽邪，致病有季節的特點。臨床表現為頭痛、發熱、口渴、心煩、多汗、脈洪數等；暑邪又易耗傷津液，故常出現口乾、體倦、四肢乏力等症狀。「長夏（指農曆六月）」多濕，暑邪每易夾濕，常出現胸部脹悶、噁心嘔吐或腹瀉等症。

四、濕：濕屬陰邪，性質重濁而粘膩，它能阻滯氣的活動，障礙脾的運化。臨床表現：有外濕、內濕之別。外濕，指機體感受外界濕邪而言。如氣候潮濕，久居濕地，感受霧露之邪，或涉水淋雨，或長期在水中作業等。臨床症狀如：頭重而緊、頸項痠痛、胸悶腰痠、四肢困倦、關節疼痛等。內濕，指體內水濕停滯而言。是由脾腎陽虛，不能運化水濕所生的病症。臨床症狀為食慾不振，腹瀉、腹脹、尿少、面黃、下肢浮腫、舌苔厚膩、脈濡緩等。

五、燥：燥氣易傷津液。臨床表現為目赤、口乾（非糖病）、舌燥、鼻腔乾、口唇乾、乾咳、乾嘔、脇痛、便結等，尤其自人類破壞自然，溫室效應，地球暖化後，燥症更多；其中症候偏熱的為「溫燥」，偏寒的為「涼燥」，也有外燥、內燥之分。外燥，為天氣燥熱，水分補充不及或生活在燥熱環境，無法適時補充水分，引發的一些

燥症。內燥，指體內陰津耗傷而出現的乾燥症候。多因熱病後期，或嘔吐、腹瀉、大汗、出血過多或用藥不當引起的。臨床表現為骨蒸潮熱、心煩、唇燥、舌乾無津、皮膚乾燥、指（趾）甲乾枯等內熱傷陰症狀。

六、火：溫熱，暑熱等均屬火的病邪，其性屬陽，病症均表現為熱性。《素問·五運行大論》：「其在天為熱，在地為火……其性為暑。」生命的動力，為陽氣所化，屬生理上的火。如「君火」、「相火」、「少火」等。病理變化過程中，機能亢進的表現。凡受各種病邪、或七情內傷、五志過極，在一定的條件下都能化火，生理上的火太過，也會轉化成病理上的火。臨床分實火、虛火兩大類。實火多因病邪亢盛，多見於急性熱病，主要表現為高熱、多汗、煩渴、狂燥、面目紅赤、或咯血、衄血、舌紅、苔黃燥、脈數有力等。虛火多因陰液虧損，多見於慢性消耗性疾病，主要表現為煩燥失眠，夢遺失精，五心煩熱，兩顴潮紅、盜汗、咳嗽痰血、舌紅絳苔少，脈洪數或虛數等。

自然醫學之名稱是上個世紀的產物，它的立論亦根源於大自然，它和中醫可以說是同幹異枝的一門學術。人類科學越進步，其對大自然的破力度也愈猛烈，西方醫學講求科學。治病多以消滅細菌、病毒為手段，外科多以割燒為方法，人稱對抗療法。站在天人合一的觀點，自然也對人體破壞有加。君不見現在醫院愈多，醫師愈多，疾病也愈多，病人更多。這固然是人類的生存環境遭受人為的破壞有以致之，但是以我數十年的行醫經驗和臨床體驗，

其中最大原因是，西方醫學太過科學化造成的。它把病人當機器修，以對抗觀念和手法，治病為能事，把醫學分成數十科，大醫院分成上百科，易言就是把一個整人分成數十塊、上百塊來治療，治心不顧肺、治腸不顧胃、治頭不管腳……治好這裡，傷到那裡，無怪乎病越治越多！

自然醫學的最高理念是：養生，治病必須回歸自然，取法自然。採取自然的能量與物質，作用於病體。台灣已故自然醫學創始人陳紬藝醫師為了倡導自然醫學，早在一九八二年，邀同本人創立中華世界自然醫學會，及發行《自然醫學雜誌》，研究及闡揚自然醫學，如今匆匆已逾三十寒暑，今天他的在天之靈能看到「二〇一二年世界中華自然醫學高峰論壇」，在馬來西亞首府吉隆坡召開，亦當含笑於九泉矣！

自然醫學雖和中醫同幹異枝，但既稱醫學必須有治病的方法，淺近的說：「人類吃飯、睡覺」都可稱為自然醫學，但我們總不能叫一個病人只吃飯、睡覺，就可把病治好？在此筆者可下一個簡單的定義：所謂自然醫學，凡是「擷取自然界的物質和能量精華，用以保健治病者，都可稱自然醫學。」在此立論基礎上，「台灣第一屆海峽兩岸自然醫學與觀光醫療論壇」時，有學者指出：自然療法可分五大類：凡自然賦予人體的能力，通過本人局部或全身的活動，作用於組織、器官、臟腑，產生效應，以達到健身、療病的功效者，如吐納、扣齒、吞津、提肛、甩手、散步、體操、舞蹈等。以自然因素直接作用於人體，亦即人們自由選擇自然界的某種能量或物質作用於人體的療法，包括空氣、日光、電療、磁療、香花、登山、森林浴、敷泥、

熱沙、泉水、溫泉、海水等。利用自然因素通過自然醫學治療師，作用於人體的局部，如：推拿、按摩、足浴、蜂蠟、美容、全息、刀療、刮痧、蜂針等療法。利用自然因素，作用於人體的全身。例如：中藥、斷食、生食、熱療、冷療、藥浴、飲尿、芳香、呼吸、飲水、飲茶等療法。利用自然因素作用於人體的精神。例如：心理、睡眠、戲劇、音樂、美術、陶藝、彫刻、色彩、讀書、書法、大笑、娛樂、宗教、工藝、符咒等療法。另有台灣自然醫學教育學會監事長林佳谷教授，在其所著《醫學史與自然醫學》一書內列舉自然醫學療法，共廿五項，與上述略同。

美國勞工局在一九六五年對自然醫學醫師所下的定義是：自然醫學醫師可以診斷、治療、與照護病人。……使用生理的、心理的、機械的治療方法；例如：空氣、水、土、熱、草藥、電療、物理治療、小型手術、機械療法、骨骼調整、天然藥物、天然食物、以及其他一切天然的方法。……很多自然醫學醫師另外接受數年的醫學訓練，額外提供更進一步的醫療服務。包括：自然生產、中醫、針灸、同類療法、心理治療、印度醫學……等等。

由以上的敘述可以知道，自然醫學包羅萬象。但只可惜有治法，沒有理論。須知任何一種學術必須具備二大內涵——理論與實際，前者是指導實際的南針，後者是理論實踐的成果展現。二者必須相輔相成，才能成為一項最有價值的學術。自然醫學有治法，無理論，我建議借用中醫的陰陽五行、五運六氣學說充實其理論基礎，質之高明，是否可行？

## 結論



中醫的陰陽、五行、五運、六氣根源於自然，紮根在宇宙，可說是世界上最早的自然醫學，然而古代有其實而無其名。自然醫學亦取法於宇宙自然，二者同其實而異其名。雖在醫療技術上稍有不同，但卻無傷其求同存異的內涵，希望在「首屆高峰論壇」之後，大家集思廣益，有更上層樓的成果表現。

### 參考書目

1. 黃帝內經：敖青田等譯，四川科學技術出版社
2. 黃帝內經章句索引：台灣啟業書局有限公司
3. 中醫哲學史：程雅君著，四川出版集團
4. 醫宗金鑑：吳謙等編，大中國圖書公司
5. 中國醫學大辭：謝觀等編，商務印書館
6. 神農本草經讀：陳修園譯著，大中國圖書公司
7. 能量體與自然醫學：陳頤遜，孫思邈研究院
8. 美國自然醫學執業範圍：美國勞工局，美國勞工局
9. 醫學史與自然醫學：林佳谷，合記圖書出版社
10. 打開優生之間：董延齡著，正中書局



## 癌症之新思維整合療法

文／鄭歲宗 中華民國中醫醫學會全國聯合會理事長

每年的2月4日是世界癌症日，2010年世界癌症日的主題是“癌症同樣可以預防”。隨著社會經濟的發展，現代人的物質生活變得極為豐富，生活水準也有很大的提高。但空氣、水源、食物、環境之污染，患癌症人數，卻在不斷上升，世界衛生組織統計，每年全球有1,200萬人多數確診為癌症，780萬人死於癌症，如果不採取預防行動，預計2030年全世界將有2,700萬人新增病例，死亡人數達到1,800萬人。所幸是醫學專家估計約有40%的癌症有預防的趨勢。

癌症不可怕，癌症就像一些慢性病如：糖尿病、心臟病、腎臟病、肝病等就是要治療，不要知道得癌症就不知所措、恐懼、心情低落、無奈、崩潰，就被嚇死，應以平常心對自己有信心，與醫師、家屬相互討論找出一套妥善的治療，不要急病亂投醫，病情就會陷入危險期。

中醫藥是中華民族幾千年來治病強身的臨床經驗之累積。尤其對癌症之治療有很多方藥並非著重於局部的腫瘤，而是著重於如何採取最完備的因應對策來治療，因惡性腫瘤為全身性的疾病之一，即便病灶與身體處於「正」、「邪」的對立關係。對病人身上的問題，只有將癌症視為全身疾病，才能治好癌症。中藥有滋養強壯、

活血化瘀、清熱解毒、消腫止痛作用，若能運用此優點，除了調節免疫力外，還可制止癌細胞，抑制腫瘤的成長，同時可減少癌細胞轉移或復發。

癌症的治療須整合治療方法，經過中、西醫師檢查診斷，根據癌症不同的病情及不同階段的變化來選擇適合的治療。癌症整合治療效果應針對癌症治療的過程，比如開刀及化療和放療後應用一些中藥調理治療，使治療後的身體健康、抵抗力強。配合身心靈的輔導、針灸、按摩、氣功、音樂、芳香、藥膳、適度運動等，減少癌症轉移或復發，而既然要有配合治療就應積極成立癌症整合治療小組人員如：中醫師、西醫師、心理醫師、營養師、氣功師、芳香師、能量師等。

再成立癌症康復中心設有醫師詢問室、交誼廳（唱歌、跳舞、吃藥膳、打麻將、練氣功、按摩舒壓），使癌患在康復中心找到同病相憐之朋友才能相互勉勵，相互扶持度過恢復期，使身心靈獲得安逸、身體健康。我見過我的親友、中醫界同道、也有癌症，但多數抗癌成功，就是配合癌症之整合治療，各種癌症有不同的特性，就像人有不同性格，遇到事有不同想法與作法，遇到挫折有不同想法、生活環境、人、事、物都不同。中醫師之治療須經過



西醫檢查診斷後再辨證論治，才處方用藥。

美國荷斯迪克癌症治療協會的團體，在治療上有三項作為提高的治癒力的治療：

1. 靠自己努力的治療：改善生活、飲食、運動、身心靈之舒壓。
2. 抑制癌症的治療：遠紅外線溫熱療法。
3. 提高自然治癒力的治療：按摩、針灸、中醫處方以提高免疫力。

所以癌症之治療原則大家都知道，癌患確實實行起來需要下很大的決心與毅力，還有周邊癌患親朋好友愛心開導及宗教信仰所提供的力量，而要遠離致癌物質、改善不良習慣，執行健康飲食方法，早期發現儘早治療，最重要是預防勝於治療。

## 中醫藥可減輕放化療的副作用

文／邱戊己 竹林堂中醫診所院長

惡性腫瘤已成為目前危害人民生命健康極為嚴重的常見疾病之一，已成十大死亡病因之首，且年年有上升的趨勢，由於多數病人於就診時病情已屬晚期，因此常需要進行放射及化學藥物治療，但這些療法在殺傷癌細胞的同時，也對人體產生了不同程度的毒副作用。因此，如何提高癌組織對放化療的敏感性，減輕放化療的毒副反應，中醫藥更是刻不容緩。

### 一、化療

一般在化療中常見的副反應有：(1) 機體衰弱，多表現為全身疲乏、心慌、氣短等症。(2) 消化障礙，常見食慾減退、噁心、乾嘔、腹瀉等症。(3) 骨髓抑制，多為白血球下降及血小板減少。

中醫認為以上諸症乃因化療毒邪內蘊，致使損傷氣血，脾胃失調及肝腎虧損所致，所以相應的治法是補氣養血、健脾和胃與滋補肝腎等，一般於化療開始前三至四日開始服用，一直服到化療結束後一週為止。

(一) 基本方：黃耆、黨參、白朮、茯苓、半夏、陳皮、雞內金、焦六麩、女貞子、枸杞子、菟絲子等。

(二) 補氣養血藥：潞黨參、太子參、紅人參、白人參、生黃耆、沙參、西洋參、生地、丹參、全當歸、熟地、雞血藤、阿膠、三七粉等。

(三) 健脾和胃：1. 脾胃虛寒，香砂六君子湯加減。2. 肝胃不和，逍遙散加減。3. 噁心乾嘔，屬熱證者以橘皮竹茹湯加減，屬寒證者以丁香柿蒂湯加減。

(四) 滋補肝腎：枸杞子、女貞子、何首烏、山萸肉、菟絲子、補骨脂等。

(五) 經驗方藥：

1. 健脾益腎合劑：潞黨參 15g 白朮 10g 枸杞子 15g 菟絲子 15g 女貞子 15g 補骨脂 10g 製成沖劑，每天二次，每次一袋，化療前一週開始服用至化療後一週止。晚期胃癌用絲裂霉素，5 氟尿嘧啶及長春新甙聯合化療。治療組 94.44% 順利完成化療，對照組 73.7% 完成化療，患者消化道反應，全身情況，血象變化及免疫指標測定，均是治療組優於對照組。

2. 升血湯：生黃耆、太子參、白朮、茯苓、雞血藤、女貞子、枸杞子、菟絲子等能減輕消化道反應，保護免疫功能，提高巨噬細胞吞噬活性，提高 TH (Helper T Cell) 比值，提高 NK 細胞殺傷活性，防止白血球及血小板減少，增強腎上腺皮質功能。紅血球減少常用黃耆、黨參、當歸、



生地、熟地、枸杞子、人參、大棗、阿膠、龜板膠、鹿角膠等；白血球減少常用黃耆、黃精、女貞子、山萸肉、雞血藤、枸杞子、補骨脂、仙靈脾、菟絲子等；血小板減少常用生地、女貞子、山萸肉、紫河車、生黃耆、雞血藤、鹿角膠、龜板膠、花生衣、茜草根、升麻、石葦、陳葫蘆等。

3. 香砂六君子湯加減：消化道反應時加重半夏、陳皮劑量，腹痛腹瀉加重木香、砂仁劑量，體虛乏力加重黨參劑量，白血球劇降時加黃耆、當歸、溫腎中藥。
4. 益氣補血健脾湯：生黃耆 30g、雞血藤 20g、黨參 15g、白朮 12g、茯苓 12g、甘草 3g、熟地 15g、枸杞 12g、首烏 12g、黃精 12g、沙參 10g、女貞子 12g、芡實 15g、淮山 2g、每天一劑，每劑煎三次，五年生存率益氣健脾組 48%，單純化療組 28%。

## 二、放療

(一) 增敏：放療中由於腫瘤組織中含有乏氧細胞不敏感，多採用能改善微循環，增加血流量的活血化療類，藥物為桃仁、紅花、川芎、丹參、全當歸等。有人曾報導川芎、紅花注射液對鼻咽癌放療增敏，也有報導漢防己甲素、馬蘭子素等對放療也有增敏作。

1. 扶正增效方：生黃耆 30g、雞血藤 15g、太子參 10g、白朮 10g、天冬 10g、天花粉 10g、枸杞子 15g、女貞子 15g、紅花 10g、蘇木 10g、臨

床觀察頭、頸、胸部惡性腫瘤 74 例，以醫用電子直線加速器放療，其中肺癌 32 例治療組有效率 68.755%，顯著優於對照組 31.25%。食道癌 18 例治療組有效率 77.78%，對照組 33.33%。

2. 固本益氣湯（沙參、太子參、麥冬、五味子、女貞子、石斛、生黃耆等）與祛瘀解毒湯（丹皮、赤芍、雞血藤、川芎、茜草、銀花、虎杖等）結合使用。於頭、頸部放療時加強養陰生津，清咽利喉之品，如生地、玄參、天花粉、青黛、北豆根等；胸部放療（食道，肺，乳，縱膈）時，加清肺化痰之品，如杏仁、栝蒌、前胡、南沙參、百部等；盆腔放療時加清熱利濕之品，如土茯苓、生地榆、瞿麥、木通、生薏仁等。一例晚期肺癌患者，開胸後無法手術，在中藥配合下做放療 7000rad，順利完成。術後繼續服用中藥迄今已生存 15 年，情況良好。

(二) 減毒：放療除了引起抗體衰弱、消化障礙和骨髓抑制外，多因熱象嚴重（如發熱、大便乾燥、小便黃赤）及熱毒傷陰的症候（如咽乾、口乾、舌燥等），所以除了涼補氣血，健脾和胃和滋補肝腎之外還需要給以清熱解毒和生津潤燥之藥。清熱解毒的藥如銀花、連翹、山豆根、蒲公英等。生津潤燥之藥為大生地、玄參、麥冬、石斛、天花粉、蘆根等。基本方為：生黃耆、大生地、銀花、黃連、麥冬、石斛、陳皮、清半夏、白朮、茯苓、竹茹、雞內金、女貞子等。

(三) 增效加減毒

1. 四君子湯為主加放射治療：動物試驗分放射，中藥，放射加中藥三組，以放射加中藥組效果最好。原發性肝癌治療組其五年生存率 42.97% 中位生存期 53.4 月，對照組五年生存率 14.48% 中位生存期 11.1 月。
2. 扶正生津湯：麥冬 15g、天冬 10g、沙參 10g、生地 12g、茅根 12g、玉竹 10g、銀花 9g、知母 10g、白花蛇舌草 18g、白英（白茅藤）15g、絞股藍 15g、黨參 15g、茯苓 12g、白朮 12g、甘草 3g、辨証加減，每天一劑，每劑煎三次，放療結束後每二天一劑，繼續服 3-6 個月。

三、腫瘤中西醫結合研究的前景

- (一) 腫瘤防治的進展表現在三分之一可以預防，三分之一可以治療，三分之一可以減輕痛苦，延長壽命。
- (二) 腫瘤治療方法目前公認的是手術切除，化學治療，放射治療等，但近年來提出生物調節劑的方法，如轉移因子、干擾素、白細胞介素-2、LAK 細胞、腫瘤浸潤淋巴調節劑的範疇。中藥有豬苓多糖、靈芝多糖、香菇多糖、茯苓多糖。
- (三) 中藥中能否找到化療藥物。當然可能，當歸蘆薈丸→青黛→靛玉紅→異靛甲→N 乙酸靛玉紅、輕粉、三類杉脂鹼，都已成為正規的化療藥物，喜樹鹼、莪朮注射液、雷公藤內酯醇等都在繼續研究中。
- (四) 以誘導分化藥物治療早幼粒型白血病，中藥有六味地黃丸、白朮、冬蟲夏草。

(五) 中藥治療腫瘤仍是以扶正祛邪為綱

1. 扶正：根據氣虛、血虛、陰虛、陽虛、肺虛、心虛、脾虛、肝虛、腎虛，給予補氣、補血、補陰、補陽、補肺、補心、補脾、補肝、補腎。目前較重視的是健脾益氣。
2. 祛邪：根據氣滯、血瘀、痰濕、熱毒、癥瘕給予理氣解鬱，活血化瘀，祛痰化濕，清熱解毒，軟堅散結。有些學者發現活血化瘀有促進轉移之弊，認為若無有力的祛邪措施，如化療、放療、慎用活血化瘀療法。
3. 有些屬於失調性症候，例如肝胃不和、肝鬱脾虛、脾寒肺燥、心腎不交，則用調節性治法，例如疏肝和胃、解鬱健脾、溫脾滋肺、水火既濟等治法。

在用西醫祛邪時，一般中醫就負責扶正，當單獨用中醫中藥治療時，就要考慮扶正，祛邪並舉，視實多虛少或虛多實少，考慮祛邪為主或扶正為主。西醫的優點是祛邪的力量大，中醫的優勢是全面考慮扶正祛邪的綜合性措施。

(六) 晚期癌腫中藥處方舉例：

1. 食道癌：栝蒌五錢、薤白、半夏各四錢、絞股藍七錢、白朮、茯苓各四錢、太子參五錢、生薏仁、石見穿各六錢、白花蛇舌草一兩。
2. 胃癌：白朮、黃精、茯苓各四錢 生黃耆、黨參、芡實、蓮肉、熟地各五錢、白毛藤、白花蛇和草各一兩、沙參、羊肚棗、枸杞子各三錢、大棗六枚、甘草一錢、田三七粉三分、雞內金粉一錢，另包分沖。
3. 大腸癌：白朮、茯苓、破故紙各三錢、



絞股藍、太子參、薏苡仁各五錢、吳茱萸、肉豆蔻各二錢、白花蛇舌草一兩、甘草一錢。

4. 原發性肝癌：黨參、絞股藍各六錢、白朮、茯苓、厚朴、神麴各四錢、枳實、七葉一枝花、梔子各三錢、山查、麥芽各五錢、天冬、半枝蓮各五錢、甘草一錢。
5. 鼻咽癌：黃耆、絞股藍、太子參、女貞子、天冬、肉蓯蓉各五錢 枸杞子、山茱萸、石斛、白朮、麥冬、茯苓、黃精各四錢 甘草一錢。
6. 肺癌：生黃耆、北沙參、栝藹皮、太子參各五錢 天冬、麥冬、白朮、杏仁、川貝各三錢 石上柏、石見穿、白花蛇舌草各一兩夏枯草四錢，冬蟲夏草一至二錢、研細粉分次吞服。
7. 乳腺癌：柴胡二錢、鬱金、桔梗、白朮、茯苓各三錢、太子參、絞股藍、女貞子、生地、熟地、白芍、枸杞子、全栝藹、山慈菇各五錢、野菊花、芙蓉葉、蒲公英各七錢。

#### 四、中醫藥學對腫瘤防治

##### (一) 腫瘤的預防和阻斷

1. 一級預防：通過中醫藥的免疫調整，平衡機體的阻擾，可達到病因預防的目的。經研究顯示，醫學氣功對大腦皮層組織有保護作用，可以改善腎虛症，糾正性激素異常，不同程度地提高機體的血紅蛋白、血小板、免疫球蛋白、補體、T淋巴細胞等數值，增強細胞免疫功能。氣功已由“導引”逐漸發展成傳統醫學氣功學，用於保健、預防癌症。

根據藥食同源原理，經系列研究證明，靈芝、木耳、松茸、冬菇等菌類植物中所含多種糖體對人體細胞免疫有增強作用；新鮮的黃綠色蔬菜中富含的纖維素、維生素 A 及某些微量元素有增強機體免疫作用。

2. 二級預防：近年來，用中藥方劑以及系列儀器早期發現診斷癌症，對早期癌症進行阻斷治療，使之逆轉正常，獲得顯著發展。

(1) 早期發現：中醫四診用於癌症診斷的研究近年來有很大發展，其中以經絡穴位的探測及舌診為常見。根據檢測群體，結合問診、望診與一些儀器或生化檢測指標，提出輔助或鑑別診斷指標，如耳穴電探測儀、多功能腫瘤探診儀等。

舌象與腫瘤的病位與病程有關，舌診中青紫舌的研究引人注目。其暗紅舌及青紫舌為非癌症患者的 2 倍，健康人的 2~7 倍。腫瘤性疾病以青紫舌為多已受到臨床工作者的重視。經臨床長期研究發現，食道癌症患者暗紅及青紫舌高達 86.13%，其次為白血病及肝癌，鼻咽癌佔 22%，病程晚期者暗紅舌及青紫舌多於早期。經實驗研究發現，惡性腫瘤患者舌尖微循環異常率明顯高於非癌症患者，以青紫舌最為嚴重。血液高粘狀態是惡性腫瘤青紫舌及舌下脈具血液流變學變化的指證。

(2) 早期診斷、早期治療：近年來，一些常見腫瘤的癌前病變，如食道上皮細胞重度增生、慢性萎

縮性胃炎、鼻咽粘膜增生病變、甲狀腺良性腫瘤、病毒性肝炎和肝硬化、乳腺良性腫瘤、宮頸上皮細胞增生病變、色素沉著性皮膚病變、放射性損傷等，經中醫藥的阻斷性治療後，逆轉為正常組織，有效地降低了癌變的發生率，以取得令人矚目的進展。

3. 三級預防 用中醫藥防治癌性疼痛，緩解梗阻，降低癌性發熱，治療惡性腫瘤合併的肝、腎功能衰竭等，是對不可逆癌症所施的防治措施，以減輕病患的痛苦，提高生存質量。失笑散、丹梔逍遙散、一貫煎等治療中晚期肝癌、經一梯級治療後，疼痛緩解率 46.1%，再經二梯級或三梯級治療後，93.5% 患者疼痛緩解。用生南星、生半夏等組成的南星半夏湯分三型辨症治療食道噴門癌梗阻，菝葜、烏梅等藥多工序泡製的口服液，治療中晚期食管。



# 男性更年期症候群的中醫診治

文／陳志芳 台北市中醫師公會理事長、台灣中醫男科學會理事長

## 前言

男性更年期症候群（更年期綜合徵）是中老年男子較為常見的疾病，通常是男人生命中的一個相對短暫階段，一般開始於 40～45 歲，波動於 35～65 歲之間，幾乎所有男子都被影響，只是彼此之間的程度不同，大約 40% 的中老年男性可能會出現不同程度的更年期症狀。

## 男性更年期的定義

醫學上所稱的更年期，是指從成年過渡到老年這一階段而言。這一階段所出現的身體、精神和神經等方面的症狀表現，稱之為更年期症候群。

男性更年期由睪丸功能退化引起，主要是老年男性體內雄激素（男性荷爾蒙，睪固酮）部分缺乏所致，所以男性更年期又稱作老年男性雄激素部分缺乏 (PADAM)。男性更年期主要是從測量血中男性荷爾蒙濃度來診斷。男性荷爾蒙，是男性雄性性徵的根源，男性荷爾蒙的巔峰是在 15~30 歲之間，一旦過了巔峰期，就以每年 1~2% 的速率慢慢減退。

台灣男性醫學會調查，發現四十歲以上的男性，每四位就有一位有男性荷爾蒙濃度不足，並且出現有容易疲勞、注意力不集中、性慾低落等男性荷爾蒙濃度不足

等相關症狀。醫界目前已有共識，若男性荷爾蒙低於正常標準，且出現至少 12 種症狀，包括容易疲勞、注意力不能集中、抑鬱、焦慮、失眠、潮紅、盜汗、心跳加速、便秘、皮膚萎縮，以及性慾減低或性功能障礙等，即屬男性更年期症候群（更年期綜合徵）。

本病實質上是指中老年男性因增齡等生理、病理因素導致體內陰陽平衡失調、臟腑功能紊亂而出現的一系列症候群，類似於中醫學中的「虛勞」、「鬱症」、「陽痿」、「臟躁」、「眩暈」、「心悸」、「不寐」等範疇。

## 男性更年期的衰老標誌

男性進入更年期的一些生理變化，可作為衰老的標誌：

- 一、視力：眼球晶狀體隨年齡增長而不斷變厚，男子 50 歲以後會逐漸出現明顯視力衰退和聚焦不準。
- 二、頭髮：隨著年齡的增加，男性頭皮上毛囊的數量日益減少，頭髮越來越稀，頭髮的生長速度也越來越慢，謝頂的男性越來越多。
- 三、心臟功能：男子 20 歲以後心臟在劇烈運動時的調節能力越來越低。一個 20 歲的小伙子運動時每分鐘心率最快可達 200 次，30 歲時減少至 140 次，以



後每增加 10 歲，心臟每分鐘的最快跳動次數減少 10 次。

四、聽力：鼓膜變厚，耳道萎縮變窄，對音調的辨別能力尤其是高頻聲音的辨別越來越困難。這種狀況在 60 歲後變得日益明顯。

五、供氧及耐力：一個 70 歲男子的體力只及 20 歲男子的一半。

六、肺功能：胸腔骨骼越來越僵硬，控制呼吸的肌肉負擔越來越重。呼吸時有更多的有害物質殘留在肺部。

七、脂肪：男子在 25 ~ 75 歲之間，體內脂肪組織的比例增加將近一倍左右，且增加的脂肪大多堆積在肌肉和器官組織裡。

八、性生活頻度：隨年齡性衝動次數減少不可避免。據統計，25 歲左右平均每年可達 104 次性高潮，50 歲為 52 次，70 歲時為 22 次左右。

九、陰莖勃起角度：30 ~ 35 歲間男子勃起角度比年輕時略低，50 ~ 70 歲間則明顯降低，心血管病是其中主要原因。

十、肌肉與骨骼：發達的肌肉逐漸萎縮軟弱，骨骼發生退行性變化。

### 男性更年期症候群臨床表現

男性更年期症候群由於出現時間的不一致以及體質、生活、精神等因素的影響，臨床表現複雜多樣，歸納起來主要有以下四個方面：自主神經（植物神經）功能紊亂、精神症狀、性功能障礙、體態變化。

一、自主神經功能紊亂：主要是心血管系統症狀，如心悸怔忡、胸悶有壓迫感，或血壓波動、頭暈耳鳴、烘熱汗出等；胃腸道的症狀，如食慾不振、腹脘脹悶、大便時秘時瀉等；神經衰弱表現，

如失眠、少寐多夢、容易驚醒、記憶力減退、思想不集中、健忘、反應遲鈍等。

二、精神症狀：主要是性情改變，如情緒低落、憂愁傷感、沉悶欲哭、或精神緊張、神經過敏、喜怒無常，或胡思亂想、捕風捉影，缺乏信任感等。

三、性功能障礙：常見性慾減退、陽痿、早洩、精液量少等。

四、體態變化：全身肌肉開始鬆弛，皮下脂肪較以前豐富，身體變胖，顯出福態。

### 男性更年期的西醫認知

現代醫學認為男性更年期症候群的病因病理並非單一，既可能是發生在下丘腦或垂體水平上的障礙，也可能是發生在睪丸水平上的障礙，因而其內分泌紊亂的類型也是多種多樣的，或者是由非內分泌因素引起。其發病與下丘腦—垂體—睪丸軸系的相互調節、年齡老化對睪丸功能退化的影響、老年男子睪酮水平下降引起的身體組織變化等因素關係密切。此外，亦與其他生理功能的減弱，精神心理、家庭社會等多種因素的影響有關。

### 男性更年期的中醫認知

男性更年期的發生，主要與老年的性腺功能下降，體內雄激素水平降低有關。

中醫學認為：男性到了更年期，由於腎精匱乏，腎氣日衰，天癸漸竭，氣血由盛而枯，形體由強而弱，生育能力由旺而衰，生命即從壯年步入老年。倘若秉賦不足，素體虧虛；飲食失調，起居失宜；憂思鬱怒，七情內傷；勞慾無度，精血過耗等，均可使更年期提早出現。



如果心血不足，肝失調達，脾失健運，必然影響精血的化生、髓海的充盈、氣機的調暢、情志的抒發，最後致腎虧虛衰及陰陽失衡，從而引起更年期症候群的發生。

### 男性更年期症候群的中醫辨治

本病治療主要目的有二：一是恢復性功能及性慾；二是防治骨質疏鬆症，增強骨密度，恢復肌肉的力量，提高心理敏銳力，使生長激素水平正常。

男性更年期主要是由老年男性體內雄激素（男性荷爾蒙）部分缺乏使然，所以西醫治療男性更年期症候群往往採用雄激素補充治療（TST）。

中醫認為本症候群涉及不同臟腑，臨床根據各不同證候之症狀表現而採對應的治法及方藥治療（亦可搭配針灸以加強療效），即所謂的辨證論治，分述如下：

#### 一、腎陽虛衰

症狀：表現為情緒不穩，精神不振，頭痛 眩暈，記憶力下降；陽痿或性慾減退，腰膝無力，四肢欠溫或浮腫，大便溏瀉或不爽，小溲清長或夜尿偏多，舌淡苔薄白，脈沉細無力。

治法：溫補腎陽。

方藥：腎氣丸、右歸丸加減。

#### 二、肝腎陰虛

症狀：表現性格變異，憂慮易怒，記憶力減退，五心煩熱，心悸多汗，情緒不穩，口燥咽乾，盜汗咳血，失眠遺精，舌紅少苔，或乾燥缺津，脈細數或細弱或虛弦。

治法：補肝腎、益陰血。

方藥：左歸飲、二至丸、一貫煎加減。

#### 三、心腎不交

症狀：表現為多夢易驚，失眠健忘，心悸氣短，口乾咽燥，甚則真陰大虧，虛火上炎而咯血，或筋脈拘急，手足癱瘓。舌紅或絳少苔，脈細數或細弱。

治法：交通心腎。

方藥：黃連阿膠湯、阿膠雞子黃湯、一貫煎加減。

#### 四、肝鬱氣滯

症狀：表現為多愁善感，猜疑、憂慮、易怒，性格變異，情緒不穩，頭痛頭暈，脅腹脹滿，噯氣頻作，舌淡苔白，脈弦或虛數。

治法：疏肝解鬱。

方藥：逍遙散、柴胡疏肝散加減。

#### 五、脾胃氣虛

症狀：表現為情緒不穩，神疲氣短，頭重耳鳴，納差腹脹，低熱自汗，大便溏薄。舌苔薄白質淡，脈細緩或虛緩。

治法：健脾益氣。

方藥：補中益氣湯、參苓白朮散加減。

#### 六、氣血俱虛

症狀：表現為精神不振，潮熱盜汗，性格變異，情緒不穩，頭痛頭暈，心悸氣短，納差乏力，驚悸健忘，面色無華，四肢沉滯。舌淡有齒痕，苔薄白，虛細。

治法：益氣養血。

方藥：人參養榮湯加減。

#### 七、痰瘀交阻

症狀：若因勞成積，所願不遂，則氣滯血瘀、脾運受阻，痰濁內生，痰瘀互結。見猜疑憂慮，容易激動或呆癡，性格變異明顯，

或喃喃自語，觸事易驚，心煩失眠，健忘多夢，頭重身痛，胸膈痞塞或疼痛拒按。舌白膩或黃膩，質暗或有瘀斑，脈弦滑或細澀。

治法：祛痰散瘀。

方藥：血府逐瘀湯、溫膽湯加減。

### 男性更年期症候群之文獻參考

大陸的男科專家學者治療本病有諸多成功經驗，茲擷取三例以為臨床參考：

一、上海中醫學院附屬龍華醫院，黃文東醫案。上海：上海人民出版社，1977。

董某，47歲，醫生。1964年5月13日初診。一年來體重下降，神乏體瘦、頭暈目眩、夜寐不安、面熱汗出、胃納不香、大便不實（日行2~3次）、氣短心慌（動則更甚），舌尖紅，苔薄膩，脈弦細而數。

以上各症，係陰虛火旺，肝失所養，脾不健運所致。治以育陰清熱潛陽、健脾開胃安神，處方如下：生地12克、淮山藥9克、麥冬6克、枸杞子6克、丹皮4.5克、牡蠣（先下）30克、炙遠志3克、甘菊6克、黨參9克、炒白朮9克、炒穀麥芽各12克、陳皮4.5克。方藥變動不多，效果甚為顯著，症狀逐漸減輕，胃納漸旺，飲食大便如常，體重增加，眩暈不再發作，調治半載，由全休到半休，最後恢復全日工作。

二、吳沛田、劉德喜，從肝論治男性更年期綜合徵經驗。中醫雜誌，2009,50(1):20-21。

患者蔡某，男，52歲，2000年4月21日初診。患者訴眩暈乏力，潮熱

盜汗半年餘，逐漸加重，伴見烘熱口乾、夜寐多夢、腰痠耳鳴、性慾減退、情緒不穩。

治以滋陰平肝、疏鬱清肝，處方如下：柴胡12克、當歸12克、白芍15克、山茱萸12克、生地黃12克、熟地黃20克、生龍骨（先下）30克、生牡蠣（先下）30克、天冬15克、女貞子15克、黃精20克、知母9克、龍膽草9克、炒梔子9克、黃連3克。

七劑後烘熱口乾及盜汗減輕，原方去龍膽草、知母，加枸杞子15克、製首烏15克、淫羊藿10克、仙茅10克，以激腎氣、調補天癸。服藥30劑，諸症悉除，告癒。

三、龍晉祥，治療男性更年期綜合徵驗案。男科臨證新探，科學技術文獻出版社，1993。

張某，男，58歲，農民。一年前由於家庭不和，心情抑鬱，悶悶不樂。近來時有胸悶心悸，胸脅不適，煩躁亦怒，頭腦昏暈，性功能明顯減退。舌暗，舌下靜脈怒張，脈絡紫暗，脈澀。

證為氣滯兼有血瘀，治宜疏肝解鬱、活血化瘀，方選血府逐瘀湯加減。藥用：柴胡、桃仁各10g、紅花、當歸、赤芍、生地、丹參、枳殼、牛膝、香附、鬱金各10g。每天一劑，水煎服。

進藥15天症狀明顯改善，遂間隔3天，繼用原方10劑，病癒，而後予逍遙丸善後。

### 男性更年期症候群的治療經驗

筆者臨床多年，治療本病有些許經驗，僅以二例驗案以就教於諸先進：



病例一：肝鬱腎虛證。

周先生，55歲（1957年6月生），居台北。1000323初診：自述缺乏性慾、勃起困難，或舉而不堅，或堅而不久（行房中途痿軟）；B型肝炎，平素緊張焦慮，胸悶肋脹，噯氣頻作，時覺視花目澀、邀痠背痛、腳膝無力，胃納好，二便可，睡臥欠安，苔無舌微赤，脈沉弦細。

診為男性更年期症候群，證屬肝鬱氣滯、腎陽虧虛，處方：還少丹7.5克、柴胡舒肝湯7.5克、銀杏葉1.5克，日服三次，七日量。方義：還少丹，溫腎壯陽；柴胡舒肝湯，舒肝解鬱；銀杏葉，活血化瘀。1000401二診：勃起狀況良好（因恐破壞藥效而不敢行房），眼睛較不乾澀，胸悶肋脹不適感亦減輕；處方不變，仍給七日量。1000416三診：勃起狀況很好，行房滿意；因出遠門，故宗原方給十四日量。隨後電話追訪，諸症皆改善許多，現在很好，因忙不便再過來拿藥。

病例二：脾腎陽虛證。

尤先生，49歲（1962年2月生），中等肥胖，住台北市內湖區。1000604初診：自述陽痿有半年之久，平時就有早洩的現象，曾服食浸有海龍、海馬、蛤蚧等藥材的藥酒而未見起色；視物模糊，腰痠背痛、神乏肢倦，肚腹脹悶，納差便軟、難眠易醒，苔無舌淡、脈沉緩。處方有二：一是歸脾湯2.5克、酸棗仁湯2.5克，以治夜寐難安，一包睡前服，七日量；一是參茸固本丸15粒，還少丹6.0克、參苓白朮散6.0克、金鎖固精丸3.0克，日三次飯後丸粉同服，七日量。方義：參茸固本丸、還少丹等以溫腎助陽、健脾益氣；金鎖固精丸，固腎攝精。

1000611二診：難眠及陽痿均有改善，

腹脹減輕，大便較實；仍宗前二方，七日量。1000626三診：陽痿早洩大有改善，可行周公之禮；仍宗前二方，七日量，十日量。1000720四診：謂陽痿早洩已痊，睡眠無礙；因咽中疼痛有痰微黃，故再回診。處方：清咽利膈湯9.0克、栝藹仁1.5克、浙貝母1.5克，日三次飯後服，七日量。

### 結語

男性更年期症候群是中老年男性較為常見的疾病，單純用雄激素補充治療(TST)，如果症狀改善，需要相對地長期服用，可能會出現一些藥物副作用。而中醫治療本病有一定療效，且較無副作用，值得提倡與發揚。

輔助適當的衛教，可以提高療效。向患者說明更年期是男性的生理變化過程，暫時出現的症狀能夠逐漸隨隨著對更年期改變的適應而消失，只要保持愉快及穩定的情緒，按時服藥就能很快改善及痊癒。

# 老年心血管疾病的 中醫辨證治療與食療

文／邱戊己 竹林堂中醫診所 · 林文彬 林園中醫診所

## 一、前言

《黃帝內經》記載：“人年五十以上為老，三十以上為壯，十八以上為少，六歲以上為小”。世界衛生組織提出的亞太地區老年人劃分為，45～59歲為老年前期，60～89歲為老年期，90歲以上為長壽期。近年來 Hayflick 證明人類胚胎到成人死亡，其細胞可進行 50 次左右的有絲分裂，每次細胞周期為 2.4 年，推算人的壽命為 120 歲左右。中醫將人的自然壽命稱為天年，古人認為天年為 100～120 歲。如《靈樞·天年》記載：“人之壽，百歲而死”。《素問·上古天真論》亦載：“盡終其天年，度百歲乃去”。唐·王冰注釋說：“度百歲，謂至一百二十歲也”<sup>[1]</sup>。

## 二、老年期的改變

隨著年齡的增加，進入老年期後，身體的組織結構和生理功能方面的老化改變，可發生在所有的臟器和組織。老年人的心血管系統發生改變，主要有：

- (1) 心房、心室脂肪浸潤，硬化，肥厚；
- (2) 心肌萎縮，心肌細胞內有脂褐質沉著；
- (3) 心臟的間質中可見彈力纖維增加，並伴有肌肉數量的減少。
- (4) 傳導系統內心肌纖維減少，脂肪與纖維組織增加。

(5) 主動脈的血管壁因膠原、纖維組織的增生而硬化，伸展性降。

## 三、老年心血管疾病特點

上述的這些改變決定老年人心血管系統及其疾病有其自身的特點，歸納起來有以下幾個方面<sup>[2]</sup>。

(一) 老年人血壓的特點 老年人的血壓一般輕度升高，並不隨年齡的增長而相應增高。高血壓患者，血壓可明顯升高；嚴重動脈硬化或主動脈瓣關閉不全者，則脈壓差增高；周圍血管的硬度增加則脈搏有力。所以，老年人原發性高血壓一般是收縮壓、舒張壓同時升高，常伴有心臟肥厚、擴大。單純動脈硬化性高血壓往往收縮壓升高而舒張壓不高。血壓的波動性與血壓水平密切相關，大動脈的彈性減退，不能適應心搏出量的微小變動，故在老年高血壓者，無論收縮壓、舒張壓或是脈壓的搏動性均比年輕患者為大，尤其是收縮壓。由於老年人的機體反射性調節血壓功能減退，較易發生體位性低血壓。

(二) 老年人心臟體徵的特點 心臟體徵在老年人的臨床意義不同於青壯年。例如老年性肺氣腫可掩蓋心臟擴大



的發現。青壯年主動脈瓣區或二尖瓣區雜音，往往可判斷為瓣膜病變或心臟擴大等病變引起，但老年人卻可由血管壁硬化或瓣膜纖維化、鈣化以及瓣膜周圍血管壁硬化等改變所致。高血壓或動脈硬化的患者除出現主動脈瓣區的第二心音亢進外，往往伴有收縮期噴射音。大約有 10% 的健康老年人可出現心尖部第一心音分裂；但如分裂過，提示為左、右束支傳導阻滯等病理性體徵。心音模糊、奔馬律、第四心音等則常提示心肌功能不良。

- (三) 老年人循環系統的 X 光線表現：常見有主動脈擴張、延長、鈣化，使主動脈弓突出，升、降主動脈增寬。若為高血壓和動脈硬化引起者，則擴張比較廣泛，但其程度與高血壓不成比例。冠心病患者的心肌纖維化可使心臟輕度或中度擴大，但心影正常並不能排除心臟病或心力衰竭。
- (四) 老年人心電圖的特徵：老年人由於心臟位置變化、胸廓畸形、肺的變化、心肌組織變性和代謝紊亂等，心電圖往往出現輕度非特異性改變，包括 P 波輕度平坦、T 波變平、P—R 間期和 Q—T 間期延長、ST—T 段非特異性改變、電軸左偏傾向和低電壓等。
- (五) 老年常見心臟病的特點 老年人冠心病的臨床表現多不典型，可僅表現為勞動後氣急、心悸而無明顯胸痛。心絞痛部位常不典型，有時呈隨發性上腹痛疼痛，尤在夜間或餐後發作，或表現為反復性左肩部、

腋部及頸部疼痛。另外老年夜間心絞痛比較多見，常伴有左室舒張功能不全（早期心衰）的表現。

老年急性心肌梗塞患者與中年患者相比，女性比例增加，發生 2 次或 2 次以上梗塞者較多，以感染為誘因者較多，前驅症狀不典型者較多。臨床可表現為肺水腫、休克、腦供血不足而引起的神經精神症狀，還可表現為新近出現的心律失常，而不一定是胸痛。老年的急性心肌梗塞較易併發心臟破裂、心室間隔穿孔和乳頭肌斷裂。心肌梗塞的死亡率也隨著年齡增長而升高。

隨著年齡增大，老年人的主動脈硬化，變成幾乎無彈性的管道，心臟射血時主動脈不能充分擴張，動脈系統內驟增的血容量得不到緩衝而導致收縮壓升高。目前認為，收縮壓升高與舒張壓升高對老年人有同等危險。

老年竇房結的纖維化和增厚，影響竇房結的生理功能，加之老年人副交感神經緊張性增強，更易於造成病態竇房結綜合症。心臟左側結締組織的支著處硬化可影響希氏束等傳導系統，使其發生纖維化變性，因而老年人房室傳導系統異常的發生率升高。

老年心力衰竭由於心排出量降低，致使腦部供血不足而較多出現各種精神神經症狀，例如，半夜出現神智模糊、騷動、煩躁不安、失眠等。這些症狀可隨心力衰竭的改善而消失。另外老年心力衰竭常因呼吸道感染而誘發，會出現在原有基礎上發生呼吸困難加重、在呼吸道感染確實控制後呼吸困難仍持續，也是老年心力衰竭的特徵之一。

#### 四、中醫對老年心血管疾病的觀點

中醫認為老年心血管疾病的主要病變部位在心，其本在腎，以氣虛為主，兼有陰虛，日久可發展為陽虛，失治、誤治可致陽脫。心之與腎，在生理上相互依存，“心必得腎水以滋養，腎必得心火以溫暖”。心火下降以助腎陽，腎水上濟以滋心陰，心腎相交則水火既濟。腎陰不足，不能上濟於心，則心陰虧虛，虛熱內生，陰血煎熬則成瘀血。命門附於兩腎，內寄真陰真陽，命門之火是人體生命的根源。心之本，腎也，命門火衰，腎陽虧虛，則心失溫煦而致寒從內生，可引起筋脈攣急，心脈閉阻，此即仲景所言：“陽微陰弦，即胸痺而痛，所以然者，責其極虛也。”所以對於老年循環系統疾病的治療，宜在補心的基礎上，酌加補腎之品，即所謂“欲養心陰，必滋腎陰；欲溫心陽，必助腎陽。”

老年心血管疾病除涉及心、腎外，還與肝密切相關。人入老境，日漸衰憊，情緒易於低落，肝氣多抑鬱。肝性條達而惡抑鬱，主疏泄，調暢人體氣機。氣行則血行，肝氣鬱結，失於疏泄，不能調暢氣機，則氣機鬱滯，不能運行血脈，則致瘀血內停。故治療老年循環系統疾病當注意疏肝，使氣機調暢，則瘀血無由生也。

## 五、老年常見心血管疾病

老年最常見的心血管疾病是冠心病，即冠狀動脈粥樣硬化性心臟病，簡稱冠心病 (Coronary Heart Disease) 是一種由冠狀動脈固定性（動脈粥樣硬化）或動力性（血管痙攣）狹窄或阻塞引起的心肌缺血缺氧或壞死的心臟病，亦稱缺血性心臟病。冠心病的臨床類型大致可分為五型，即心絞痛、心肌梗塞，原發性心臟驟停（猝死）、缺血性心肌病（心力衰竭和心律失常）和

無症狀心肌缺血（靜息性心肌缺血），其中以心絞痛和心肌梗塞最為常見，而原發性心臟驟停、缺血性心肌病和無症狀心肌缺血可以獨立存在，但大多數是和心絞痛或心肌梗塞同時存在。

### （一）心絞痛

心絞痛，是由於冠狀動脈供血、供氧不能滿足心肌代謝需要，而造成心肌急性缺血、缺氧所引起的一組症狀。主要表現為發作性胸前疼痛或壓迫感，主要位於胸骨後部，可放射到左肩、上肢、頸或下頷部，持續數分鐘，經休息或含硝酸甘油可迅速緩解。50歲以前患病率男性明顯高於女性，60歲以後兩性患病率大致相同。

#### 1. 病因

心絞痛大多數由冠狀動脈粥樣硬化引起管腔狹窄或閉塞所致，至少有一支冠狀動脈主支管腔狹窄達其直75%以上。如有側支循環存在時，阻塞至90%~100%時才會引起心絞痛。冠狀動脈痙攣亦是心絞痛發生的主要因素，但粥樣硬化性狹窄的冠狀動脈發生率更高。少數心絞痛可由非冠狀動脈因素引起，如嚴重的主動脈瓣病變、肥厚性心肌病、嚴重貧血等。

#### 2. 中醫觀點

中醫認為心絞痛屬於中醫“心痛”、“厥心痛”、“胸痺”等症狀範疇。《素問·標本病傳論》有“心病先心痛”之謂。《素問·臟氣法時論篇》關於“心病者，胸中痛，脇支滿，脇下痛，鷹背肩胛肩痛，兩臂內痛”的記載，與本病的臨床表現頗為一致。《金匱要略·胸痺心痛短氣病》云“胸痺之病，喘息咳唾，胸背痛，短氣，寸口脈沉而遲，關上小緊數”、“胸痺不得臥，心痛徹背”，這些描述與心絞痛症狀亦相似。



本病的發生與年老體虛，心、脾、腎虧損，過食膏粱厚味，寒邪侵襲，七情內傷，思慮勞倦等因素有關。病位主要在心，但與脾腎密切相關。病肌屬本虛標實，本虛為心、脾、肝、腎虧虛，心脈失養，標實為寒凝、氣滯、血瘀、痰阻，痹遏胸陽，阻滯心脈。臨床表現多虛實雜染，或以標實為主，或以本虛為主，或虛實並重。病情進一步發展，可因瘀血閉阻心脈，而發真心痛，或因胸陽不振，水氣凌心犯肺或水邪泛溢而至咳喘、肢腫等症。

### 3. 辯証論治

本病屬本虛標實，本虛應區分陰陽、氣血、虧虛的不同，標實應區別陰寒、痰濁、血瘀的不同。臨床多虛實夾雜，必須根據証情的虛實緩急，或補中寓攻，或攻中寓補，或攻補兼施。攻邪當以活血化瘀、辛溫通陽，或瀉濁豁痰；補虛當以滋陰益腎、益氣養陰、或溫陽補氣。

- (1) 心血瘀阻：症見胸部疼痛較劇，固定不移，入夜更甚，伴有胸悶，日久不癒，時怔忡不寧，毛髮乾枯，舌質紫暗或見瘀斑，脈澀或結代。治宜活血化瘀，通絡止痛。方藥用血府逐瘀湯加減。桃仁、紅花、川芎各 10g，當歸、赤芍、鬱金各 15g，柴胡、牛膝、桔梗、枳殼、降香、乳香、藥各 12g。
- (2) 痰濁壅塞：症候有胸悶如窒而痛，或痛引肩背，咳睡痰涎，納呆腫脹，肢重倦怠，口粘乏味，形體肥胖，苔白膩或白滑，脈滑。治宜：通陽瀉濁，豁痰開結。方藥：瓜蒌薤白半夏湯加減。瓜蒌 30g，茯苓 20g，薤白 15g，半夏、乾姜、桂枝、枳實、厚朴各 10g，細辛 3g。如痰濁蘊久

化熱者，加膽南星、鬱金、丹皮、黃連各 10g。如熱傷津液而口乾、便秘者加麥冬、玄參各 15g，生地 30g。

- (3) 陰寒凝滯：症見卒然心痛如絞，遇寒即發或加劇，手足不溫，胸悶氣短，心悸，甚則胸痛徹背，喘息不能平臥，面色蒼白，四肢厥冷，舌苔白，脈沉細。治宜辛溫通陽，開痹散寒。方藥用瓜蒌薤白白酒湯合當歸四逆散加減。瓜蒌 30g，薤白 15g，桂枝、當歸、白芍各 12g，細辛、通草各 3g，炙甘草 6g，白酒適量。如見胸痛徹背，喘息不能平臥，面色蒼白，四肢厥冷等，為胸痹重症，加服蘇合香丸。
- (4) 心腎陰虛：症有胸悶且痛，心悸盜汗，心煩不寐，腰膝酸軟，耳鳴頭暈，舌紅或有紫斑，脈細數或細澀。治宜：滋陰益腎，養心安神。方藥用：左歸飲加減。熟地、山藥各 30g，山茱萸、枸杞子、茯苓各 12g，柏子仁、酸棗仁各 15g，丹參、川芎、當歸各 10g。
- (5) 氣陰兩虛：症候見癢痛綿綿，氣短乏力，五心煩熱，汗多口乾，頭暈目眩，遇勞則甚，舌紅少苔或舌淡苔薄黃，脈細數或代或細弱無力。治宜益氣養陰，活血通絡。方藥用生脈飲合炙甘草湯加減。人參、阿膠（烱）各 10g，生地 20g，麥冬、炙甘草、當歸、麻仁各 12g，丹參 15g，桂枝、五味子各 6g，大棗 10 枚。
- (6) 陽氣虛衰：症有心悸動而痛，甚則胸痛徹背，神疲氣短，汗出，畏寒



肢冷，面色蒼白，唇甲淡白或青紫，舌淡或紫暗，脈沉細或結代。治宜益氣溫陽，活血通絡。方藥用人參湯加減。人參 15g，乾姜、附子（先煎）、桂枝各 10g，炙甘草 6g，白朮、茯苓、川芎各 12g。若見面色唇甲青紫、大汗出、四肢厥冷、脈沉微欲絕者，乃心陽欲脫之危候，可重用紅參 20g，製附子（先煎）15g，加煨龍骨、煨牡蠣各 30g，以回陽救固脫。

## （二）急性心肌梗塞

心肌梗塞屬冠心病的嚴重類型，是在冠狀動脈病變的基礎上，發生冠狀動脈血供急性減少或中斷，以致相應心肌發生持久而嚴重的缺血，引起部分心肌缺血性壞死。臨床上有劇烈胸痛，及心肌壞死引起的全身反應，血清心肌酶升高以及獨特的心電圖演變過程，常併發心律失常、心力衰竭和心原性休克，是心臟性猝死的常見原因。本病在老年人常見，起病急驟，病情危重，併發症多，死亡率較高。

### 1. 流行病學

老年急性心肌梗塞的發病率明顯高於一般成年人，而男女發病率的性別差異（男性多於女性）隨著增齡而逐漸縮小。老年人急性心肌梗塞病死率是一般成年人的 2～4 倍。

### 2. 病因

老年急性心肌梗塞的發病危險因素有高血壓、糖尿病、高脂血症、肥胖、吸煙和性格因素等，但血脂升高不是血漿總膽固醇增高而是低密度脂蛋白 (LDL) 膽固醇增高為其危險因素，吸煙在老年人並不像在中年人那樣影響心肌梗塞發病率。老年急性心肌梗塞的發病原因則是重度體力活

動、情緒過分激動或血壓驟升造成左心室負荷與耗氧過度；休克、脫水、出血或嚴重心律失常致冠動脈灌流量銳減；飽餐或攝入大量脂肪後血液粘度增加，血流減慢。這些因素導致冠脈內血栓形成，粥樣斑塊破裂出血或血管持續痙攣，以致冠脈完全閉塞、持續缺血的心肌細胞壞死、炎性細胞浸潤、心肌纖維溶解，以後出現肉芽組織形成癥痕而演變成陳舊性心肌梗塞。

### 3. 中醫看法

老年急性心肌梗塞屬中醫的“心痛”、“真心痛”、“厥心痛”、“胸痹”、“心悸”等範疇。中醫很早就對其發病及危重性有所闡述，如《靈樞·厥論》篇指出：“真心痛，手足青至節，心痛甚，旦發夕死，夕發旦死”。

本病的形成和發病，總因年老體衰或久病，造成心、脾、腎等臟氣血陰陽虧虛、功能受損，造成瘀血、痰濁內生，加之勞累過度，或七情內傷、或飲食不節、或寒冷氣候侵襲等病因，導致心氣驟虛，心陰虧損，或痰濁阻絡、或氣滯血瘀、或寒凝血瘀，甚則出現陽虛水泛或心陽暴脫之証。

### 4. 辨證論治

本病辨證總屬本虛標實，虛實挾雜，其心、脾、腎之虛為本，而血瘀、痰濁、氣滯、寒凝乃至水聚為病之標。治療上，本虛依心脾腎虛之輕重，或補心，或健脾，或溫腎，及氣血陰陽之虛衰，或益氣，或養血，或滋陰，或助陽。標實則根據氣滯、血瘀、痰濁、寒凝之不同，分別予以理氣、活血化瘀、祛痰化濁、散寒開痹之法。“補虛不忘其實”，“瀉實不忘其虛”。應隨症加減，隨証更方，以提高臨床療效。

(1) 心氣不足、心脈瘀阻：證見心胸隱隱作痛，胸悶不適，心悸氣短，



神疲頭暈，倦怠懶言，舌淡紫苔薄白，脈細弱而澀。治宜補益心氣、活血通脈。方藥用養心湯加減。黨參 15g，黃芪 20g，酸棗仁 15g，柏子仁 15g，當歸 10g，川芎 10g，茯神 20g，丹參 15g，五味子 10g，甘草 6g，地龍 15g，元胡 10g。

(2) 氣滯血瘀、脈絡閉阻：證見心痛胸悶，時欲太息，心煩易怒，口唇爪甲青紫，舌質青紫，尖邊有瘀點，脈沉澀。治宜行氣化瘀、活血通脈。方藥用血府逐瘀湯加減。桃仁 10g，紅花 5g，當歸 10g，生地 15g，川芎 10g，赤芍 10g，川牛膝 15g，柴胡 10g，枳殼 10g，元胡 10g，鬱金 10g。

(3) 寒凝陽遏、心血瘀阻：證見心胸劇烈疼痛，胸痛徹背，背痛徹胸，四肢逆冷，面色爪甲青紫，舌暗或青紫、苔白，脈沉弦或沉緊。治宜散寒通陽、活血開痹。方藥用瓜蒌薤白桂枝湯合丹參飲加減。瓜蒌 20g，薤白 10g，桂枝 15g，丹參 15g，檀香 5g（後入），砂仁 5g（後入），黨參 15g，細辛 3g，當歸 10g。

(4) 脾虛失運、痰濁壅塞：證候有胸悶如窒而痛，或痛引肩背，形體肥胖，肢體沉重，氣短喘促痰多，脘腹脹滿悶痛，納呆噁心，舌體胖色暗淡，苔濁膩脈濡緩或滑。治宜健脾理氣、祛痰化濁。方藥用二陳湯加味。陳皮 10g，半夏 10g，茯苓 15g，厚朴 10g，菖蒲 10g，淮山 15g，薏米 20g，砂仁 5g（後入），白朮 10g。若痰鬱化熱，去白朮、砂仁，加茵陳 15g，瓜蒌 15g，草決明 15g，黃

芩 10g。

(5) 氣陰兩虛、心失所養：證候見心悸怔忡，胸悶氣短，面色無華，倦怠乏力，頭暈目眩，口燥咽乾，舌質暗紅，脈結代或遲或數。治宜：益氣養陰、寧心復脈。方藥用炙甘草湯加減。炙甘草 10g，黨參 15g，麥冬 15g，生地 15g，阿膠 15g，麻子仁 15g，五味子 10g，遠志 5g，丹參 15g，鬱金 10g。

(6) 陽虛水泛、上凌心肺：證候有心悸不安，夜臥憋醒或咳喘憋悶，不能平臥，甚則咳吐泡沫紅痰，手足發涼，唇甲淡白或青紫，舌淡白或紫暗，脈沉細或脈弦沉。治宜溫陽化氣，肅肺寧心。方藥用真武湯加味。附子 10g，茯苓 15g，白朮 10g，白芍 10g，生姜 5g，黨參 15g，黃芪 30g，葶藶子 10g，丹參 15g。

(7) 心氣驟虛、心陽暴脫：證候有面色晦暗，肢體逆冷發青，冷汗淋漓，氣短息微，神疲乏力，或神志不清，舌淡紫暗，脈微欲絕。治宜益氣回陽、扶正固脫。方藥有參附湯加味。人參 10g，附子 10g，黃芪 30g，乾姜 10g，煨牡蠣 25g，茯苓 15g，丹參 15g。

## 六、針灸治療

(一) 內關—膻中：應用針刺療法，內關約 60° 角，向心斜刺 0.5 ~ 1.2 寸。膻中約 15° 角，向下斜刺 0.5 ~ 1.5 寸。內關提插捻轉，膻中捻轉，留針 20 ~ 30 分鐘<sup>[5]</sup>。

(二) 至陽：應用按壓療法，發作時，按壓至陽穴 1 ~ 6 分鐘。患者坐位，或側臥

位，垂臂低頭，由肩胛骨下角劃一水平線，相交於背脊正中線處，即至陽穴。術者左手扶患者肩部，右手拇食二指持硬幣一枚，硬幣邊緣橫紋放於至陽穴處，適當用力按壓。

## 七、飲食原則

1. 心血管疾病患者的總熱量應適當限制，並合理以幾餐分配。
2. 心血管疾病患者飲食中應有一定量的動物性蛋白質，如乳類及其製品（優酪乳）等以及植物性蛋白質，如豆腐、豆漿、豆芽等。
3. 心血管疾病患者應限制脂肪，避免進食過多的動物脂肪，可進食適量植物油。
4. 限制飲食中含膽固醇較高的食品。
5. 糖類攝入量應低於正常值，宜採用含纖維素較多的碳水化合物，如有機米、小米、玉米等。
6. 多食含有豐富維生素 C 和維生素 P 的綠色蔬菜和新鮮水果，如小白菜、油菜、西紅、大棗、橘子、檸檬等。
7. 宜食含維生素 E 豐富的食物，如麥胚油、棉籽油、玉米油、花生油、芝麻油及萵苣葉、奶類、蛋類等。
8. 採用含鎂豐富的食物，如小米、燕麥、大麥、豆類、小麥等食物。
9. 應多採用祛脂食物，如酵母、奶豆腐、燕麥、魚類及降脂食物如優酪乳、洋葱、大蒜、蘑菇等。
10. 忌用興奮神經系統和促進血管痙攣的食物，如濃茶、咖啡、刺激性調味料（芥末、辣椒、咖喱）及罐頭類和各種煙薰的食物和酒。盡量少吃含氮浸出物（肉湯、鷄湯）和含

草酸多的蔬菜，如菠菜、莧菜、竹筍、筍白等。

11. 飲食中應少塩。
12. 少食多餐，避免過飽，一日進膳 4～5 次為好。
13. 烹飪方式宜以蒸、煮、燴、燉、炒、生拌涼菜等方法，忌用油煎、炸的方式<sup>[3]</sup>。

## 八、食療選方

1. 豌豆苗 100 克，洗淨搗爛取汁服。每日 1 劑。適用於心血管疾病陰液不足、便秘、口渴有熱象者。
2. 海參 15 克，漲發，加大棗 5 枚，冰糖 10 克，共燉熟服。每日 1 劑。適用於心血管疾病高血脂、高血壓患者。
3. 山楂 50 克，荷葉 50 克，米仁 50 克，粳米 50 克，葱白 20 克，煮粥。適用於心血管疾病高血脂、辨證有痰濕阻遏胸陽者。
4. 白扁豆 50 克，山楂 50 克，韭菜 50 克，加水 1000 毫升，煎取 500 毫升去渣後調入紅糖 25 克。日服 1 劑。適用於心血管疾病脾虛者。
5. 海帶 10 克，泡發切碎，藕 50 克洗淨切碎，加入淘淨粳米 50 克共煮粥，入食鹽 1 克後服。每日 1 劑。適用於心血管疾病高血壓伴心悸者。
6. 黑木耳 6 克泡發，佛手 50 克切片，米仁 50 克共煮至爛，食服。每日 1 劑。適用於心血管疾病氣滯陰虛胸痛者。
7. 蓮子肉 9 克，五味子 9 克，共研末，用百合 30 克或龍眼肉 15 克煎湯送服。每日 1 劑，分兩次服。適用於



心血管疾病心腎氣虛心悸、失眠者。

8. 每日取玉米粉 100 克，粳米 150 克同煮至米開粥稠。分 3 次服食。適用於心血管疾病、高血壓、高血脂，肝陽上亢、頭目眩暈者。
9. 蕃茄 100 克洗淨，開水浸燙，撕去外皮，切成小丁狀。西米 100 克洗淨後浸透。共與 5 克的糖加水 750 毫升同煮至稀粥狀。每日清晨空腹食用。適用於心血管疾病、高血壓患者。

#### 參考資料

1. 杜建，中西醫臨床老年病學，中國中醫藥出版社，北京：1998.1:1
2. 陳可冀，實用老年病學，人民衛生出版社，北京：2000.11:30
3. 施杞，夏翔，中國食療大全，上海科學技術出版社：1998.8:896
4. 黃碧松，中醫內科疾病證候與治療，啟業書局，台北：2001.2:55
5. 陳德成，王慶文，中國針灸對穴療法，吉林科學技術出版社：1985.5:44
6. 陳德成，王慶文，中國針灸獨穴療法，吉林科學技術出版社：1992.9:38

# 老年白內障的中醫治療

文／林文彬 林園中醫診所、台北市立聯合醫院中興院區

## 前言

老年性白內障是指發生於 45 歲以後，又無糖尿病、外傷、皮膚病、內分泌障礙等原因的後天性白內障。是白內障中最多見的一種，年齡越大發病率越高，是目前世界上主要致盲眼病之一，其致盲率居所有老年眼病之首。本病會逐漸發展為雙側性，但兩眼的發病時間及進展程度常不相等。隨著年齡的增長，晶體混濁程度逐漸加重，視力呈進行式減退，終至晶體完全混濁，50~60 歲發病率<sup>[1]</sup>為 60%~70%，70 歲以後可達 80%。

中醫認為老年性白內障屬中醫“圓翳內障”、“如銀內障”的範疇。是指晶珠混濁，視力緩降，漸致失明的慢性眼病，因最終在瞳神中間出現圓形銀白色或棕褐色的翳障而得名。

## 中醫典籍

《龍樹菩薩眼論》曰：“眼不癢不痛，端然漸漸不明，遂即失明，眼形不異，唯瞳人裡有隱隱青白色雖不辨人物，猶辨三光者，名曰內障。”

《秘傳眼科龍木論》云：“凡眼初患之時，眼前多見蠅飛花髮，垂螻。薄煙輕霧，漸漸加重，不痛不癢，漸漸失明。眼與不患相似，且不辨人物，惟睹三光。患

者不覺，先以一眼先患，向後者牽俱損。此是腦脂流下，肝風上沖。玉翳青白，瞳神端正，陽看則小，陰看則大，其眼須針，然後服藥。”

從而將本病的症狀、檢查和治療方法詳盡的描述，由於圓翳內障的發生和發展過程中。其神色形態的不同又分：滑翳內障、澀翳內障、散翳內障、橫翳內障、浮翳內障、沉翳內障、棗仁翳內障、白翳黃心內障、偃月翳內障、仰月翳內障、冰翳內障等。

## 病因病機

本病多因年老體弱，肝腎陰虛，精血不足，目失濡養所致；或脾腎陽虛，脾虛失運，五臟不榮於目；或陰精衰弱，七情內傷，不能配陽，虛火上乘所致；或肝鬱氣滯，鬱久化火；勞心竭思、心火內盛，心肝火炎，晶珠失養，變為混濁，

- (一) 年老體衰，氣血漸衰，精氣日損，晶珠失於涵養，或肝腎虧虛，精血不足，晶珠失養，而變混濁。
- (二) 飲食不節，勞傷形體，脾胃虛弱，脾虛失運，則五臟之精氣皆失所司，不能歸明於目，晶珠失養。
- (三) 憂思或暴怒，肝鬱氣滯，鬱久化火，上擾蒸灼晶珠，晶珠失養而成。
- (四) 偏食肥甘厚味，脾胃溼熱蘊結，熏



蒸於目，上犯晶珠，漸變混濁，或溼熱鬱久化熱傷陰，不能濡養晶珠<sup>[2]</sup>。

## 臨床症狀

白內障患者的自覺症狀是進行性視力障礙。其視力障礙發生的遲早和程度與晶狀體混濁的部分和密度有關。後極部或核部混濁可較早影響視力，而且核性白內障的早期可因核部屈光指數增加而產生核性近視<sup>[3]</sup>，使患者一度出現的老視症狀得以減輕。早期老年性白內障患者常自訴眼前有固定性黑影，視物微昏，有時可出現單眼復視或多視現象，或視燈光、明月有數個，或視近尚清，視遠昏朦，或暗處視清，明處視朦。隨著病情的發展，晶狀體混濁程度的增加，視力障礙逐漸加重，最後可降至眼前手動或僅存光感。

根據晶狀體混濁部位的不同，可將老年性白內障分為皮質性（圓翳內）約佔70%、核性（白翳黃心內障）佔25%、後囊下（沉翳內障）佔5%，三大類。

（一）皮質性內障 為最常見的一類，佔老年性白內障的75%～80%。根據其病程可分為4期，即初發期、未熟期、成熟期、過熟期。

1. 初發期：最初在晶狀體下方赤道部的皮質出現乳白色楔形混濁，基底在赤道部，尖端指向晶狀體中心。以後在上部及二側也出現類似改變，終則呈現放射狀混濁，混濁條紋中間的皮質仍然透明。散瞳後用眼底鏡徹照檢查，可見晶狀體赤道部紅色背影上出現黑色放射狀楔形陰影。裂隙燈顯微鏡下可見混濁位於周邊囊膜下前後皮質內，有時有空泡，其更早的改變是

晶狀體纖維的板層分離，呈羽毛狀。當楔形混濁僅出現於周邊部時，對視力無影響；如混濁位於瞳孔區，則引起視力障礙。

2. 未熟期（或稱膨脹期）：晶狀體赤道部的混濁逐漸擴大並繼續向瞳孔區和深層發展，晶狀體外觀呈現乳白色的混濁，但混濁並不均勻，仍可清楚顯示放射狀條紋。裂隙燈檢查可見放射狀混濁位於皮質的深層，條紋間可見有水裂出現。因囊下的皮質尚未完全混濁，即虹膜的瞳孔緣部與混濁的皮質之間尚有一層透明的皮質，用斜照法檢查時，光線投照一側的虹膜陰影，投照在深層的混濁面上，所以在該側的瞳孔內出現新月形的虹膜投影，這是未熟期的特點。此期由於皮質層吸收水分而晶狀體膨脹，可將虹膜向前推，引起前房變淺，在有閉角性青光眼素質的病人，容易引起青光眼發作。由於晶狀體混濁已到瞳孔區，所以視力障礙較為明顯。

3. 成熟期：晶狀體皮質完全混濁，外觀呈瀰漫性乳白色，但未熟期的放射狀條紋仍隱約可見。晶狀體的膨脹完全消退，前房深度恢復正常，虹膜投影消失。此期視力常減退至指數或手動以下。因這時晶狀體皮質凝成一體，與晶狀體囊容易分離，而且晶狀體體積已恢復正常，晶狀體囊既不像未熟期的過於緊張，也不像過熟期的鬆軟易破，所以是白內障摘除手術的最適合時期。老年性皮質性白內障從初期發到成熟，一般需要數月到數年時間不等。

4. 過熟期：成熟期白內障經過數年以

後，變性的晶狀體皮質纖維逐漸分解變成乳汁狀物，晶狀體核下沉，加上晶狀體皮質水分持續減少，晶狀體縮小，囊膜皺縮，前房變深。由於晶狀體的縮小，虹膜失去支撐，可見虹膜震顫現象。在坐位或立位時，下沉的晶狀體核離開瞳孔區，因而視力可以增加。

此時由於晶狀體囊變性脆弱，有時可自行潰破。變性液化的晶狀體皮質進入前房和玻璃體，可引起葡萄膜炎，稱晶狀體過敏性葡萄膜炎。長期存在於房水的變性晶狀體皮質，可以被大單核或巨噬細胞吞噬，堵塞前房角引起繼發性開角型青光眼，又稱晶狀體溶解性青光眼。過熟期白內障晶狀體的懸韌帶常發生退行性改變，容易引起晶狀體脫位。

(二) 核性白內障：發病較少，但起病較早，多於 40 歲左右開始。進展緩慢，常需數年至數十年。晶狀體混濁多由胚胎核開始，逐漸發展而使成人核完全混濁，呈塵埃狀。混濁的晶狀體核與透明的皮質之間無明顯分界。開始時晶狀體核呈灰黃色，很難與硬化的晶狀體核相鑑別。散瞳後以徹照法檢查，中心部為一棕黑色圓形暗影，周邊為一環狀紅光反射。由於晶狀體核密度增加，屈光力增強，以致病人訴說老視減輕或近視程度增加。核性白內障的晶狀體周邊部可在相當長的一段時間內保持透明，因此對視力影響不大，一般病情發展到相當程度，仍能保持較好的近視力，但在強光下因瞳孔縮小而使視力減退。只有當晶狀體核變為深棕色或棕黑色，或皮質也發

生混濁時，近視力才顯著降低。

(三) 後囊下白內障：在晶狀體後極部囊下的皮質淺層出現 1～2 層金黃色或白色顆粒，其中夾雜著小空泡。混濁隨後囊彎曲度排列，其前界比較清楚，外觀呈鍋巴狀。由於混濁為一圓形呈盤狀，故又稱盤狀白內障。本病進行緩慢，但由於混濁接近眼屈光系統的光學中心，故在早期即影響視力。此類白內障常與核性及皮質性白內障同時存在。

### 診斷依據

45 歲以後發病，常為雙側性，但兩眼的發病時間及進展速度可不相等；慢性逐漸發展的晶狀體混濁不是由糖尿病、外傷、其他眼病、皮膚病、內分泌障礙及中毒等明確的原因引起；慢性進行性視力障礙，終至僅存光感。

### 鑒別診斷

- (一) 老年性核硬化：與核性白內障的鑒別，主要是核硬化多不影響視力，眼底鏡徹照法檢查眼底時，核硬化無遮光現象。
- (二) 併發性白內障：與囊膜下白內障的鑒別，主要是併發性白內障早期在麵包屑樣混濁中有彩色光澤，混濁沿視軸區向前發展，邊界模糊。有眼部其他疾病病史。
- (三) 藍點狀白內障：靜止性先天異常，混濁呈斑點狀，可呈灰白色或天藍色，一般較小，不影響視力。

### 其他白內障

- (一) 先天性白內障

先天性白內障，一般在出生前後即已存在，少數於出生後才逐漸形成，帶有先



天遺傳或發育障礙的白內障。表現為雙眼對稱性晶狀體混濁，其混濁的形態和部位各種各樣，但都比較侷限，一般不再發展，常伴有眼部和全身先天畸形。本病多不影響視力，癒後良好，少數晶體狀混濁較重者可阻礙視覺發育，日久則發展為弱視。根據本病的特點，《祕傳眼科龍木論》稱為胎患內障。

### （二）外傷性白內障

外傷性白內障是指眼睛受到鈍挫傷、穿通傷、及放射線、電擊等損傷所引起的白內障。臨床上除表現為不同程度的晶狀體混濁外，常伴有眼部或其他組織器官的損傷。預後的好壞與損傷的程度有關。根據本病的特點，可歸屬於《祕傳眼科龍木論》中的驚振內障範疇。

### （三）併發性白內障

由某些眼病引起的晶狀體混濁，稱為併發性白內障。其中以慢性葡萄膜炎併發者較為多見。臨床表現在原發眼病的基礎上，晶狀體逐漸混濁。多為單眼，亦可為雙眼發病。因原發病不同，本病可分別歸屬於《眼科統祕》中的金花內障；《諸病源候論》中的青盲翳；《証治准繩》中的銀風內障及如金內障等範疇。

### （四）糖尿病性白內障

併發於糖尿病患者的晶狀體混濁稱為糖尿病性白內障，屬於代謝性白內障之一，佔糖尿病患者的60%～65%。臨床上可分為兩類，一類發生於年齡較大的糖尿病患者，稱為成年性糖尿病性白內障，其症狀、體徵與一般老年性白內障相似；一類發生於青少年糖尿病患者，稱為真性糖尿病性白內障，發病率為10%左右。其特點是發病迅速，發展快，晶狀體可在數日至數月內完全混濁。根據糖尿病的臨床特點，可

歸屬於《內經》中的消渴。《河間六書》謂消渴一證，可見於“變為雀木或內障”。

### （五）後發性白內障

白內障囊外摘除術、線狀摘除術、針吸術或晶體外傷大部分皮質吸收後，未完全吸收的殘餘囊膜、晶體上皮及晶體纖維在瞳孔領內形成一層半透明或不透明的膜組織，稱為後發性白內障，又稱繼發性白內障。近年來由於白內障囊外摘除術、抽吸術及乳化術的日益普及，後發障也較為常見。

## 中醫辨證論治

本病多老年患者，病程較長，以虛證居多，尤以陰虛最為常見。初起僅覺視物微昏。或眼前有固定之黑影，視物逐漸不清，久則加劇，如隔薄煙輕霧，患眼不紅不腫，繼則病情加重，終不辨物或只見手動，甚則僅見日、月、火“三光”。

圓翳內障病程較長，藥物治療適用於初中期，若晶體灰白混濁，已明顯障礙瞳神，則藥物治療難以奏效，宜待翳定障老之後，施行手術治療。本病多虛證，當以滋陰、補陽、益氣、養血立法，視兼證不同，佐以清熱、祛濕等法。

### （一）肝腎陰虛

1. 證候：晶珠混濁，視物昏花，眼前黑影，頭暈耳鳴，腰膝疲軟，潮熱盜汗，舌紅苔白或少苔，脈細。
2. 辨證：以視物昏花，腰膝疲軟，脈細為辨証要點。
3. 病機：肝腎陰虛，精血不足，目竅失養，晶珠漸混則視物昏花；腎藏精，主骨生髓，肝臟血，開竅於目，精血同源，肝腎陰虛則腦髓、骨骼失養，故頭暈耳鳴、腰膝疲軟；而舌紅少苔、



脈細也為陰虛之徵。

4. 治法：滋補肝腎。

5. 方藥：杞菊地黃丸加減。枸杞子 10g，菊花 10g，熟地 15g，山萸肉 10g，澤瀉 10g，茯苓 10g，菟絲子 10g，當歸 10g，白芍 10g，楮實子 10g。陰虛有熱，加知母、黃柏以滋陰清熱；腰膝痠軟，加杜仲、桑寄生以益精補腎，強壯腰膝。

### (二) 脾腎陽虛

1. 證候：晶珠混濁，視物昏糊，視遠不清，形寒肢冷，面色晄白，喜熱畏冷，大便溏薄，小便清長，舌淡苔白，脈沉弱。

2. 辨證：以視物昏糊，喜熱畏冷，大便溏，舌淡，脈弱為辨證要點。

3. 病機：腎陽虛衰，脾失健運，精氣不能上貫於目，晶珠失養，漸變混濁，故視物昏糊；脾腎陽虛，不能溫養形體，故形寒肢冷，面色晄白，喜熱畏冷；陽虛無以運化水濕，水濕下注則小便清長，脾腎陽虛，水穀不得腐熟運化，故大便溏薄；舌淡苔白，脈沉弱皆為脾腎陽之證。

4. 治法：溫補脾腎。

5. 方藥：明目大補湯加減。生熟地各 15g，白朮 9g，茯苓 15g，黨參 9g，白芍 9g，甘草 6g，當歸 9g，黃芪 15g，製附子 6g，肉桂 6g。脾虛濕停，大便溏薄，去當歸，加薏苡仁、扁豆健脾滲濕；四末發涼，改肉桂為桂枝，並加細辛以辛溫通陽；完穀不化，納差者，加焦三仙以開胃化食。

### (三) 氣血不足

1. 證候：晶珠混濁，目暗無神，視物朦朧，不耐久視，面色萎黃，神疲懶

言，肢軟乏力，舌淡苔白，脈細弱。

2. 辨證：以視物朦朧，神疲乏力，面色萎黃，舌淡、脈細弱為辨證要點。

3. 病機：氣血不足，不能潤養於目，晶珠逐漸混濁，故視物朦朧，不耐久視，目暗無神；氣虛血虧，不足以生神及充養周身，因而神疲肢軟，面色萎黃，舌淡苔白，脈細弱。

4. 治法：益氣補血。

5. 方藥：益氣聰明湯加減。黃芪 15g，黨參 9g，葛根 15g，蔓荊子 9g，炙甘草 6g，當歸 9g，枸杞子 15g，心虛驚悸，頭暈少寐，加五味子、遠志、茯神以養心寧神；若納滯無味，加枳殼、焦三仙以利氣和胃。

### (四) 肝熱上擾

1. 證候：晶珠混濁，視物不明，頭昏眼脹，或目澀頭痛，或生眵流淚，口苦咽乾，急躁易怒，便結溲黃，舌紅苔黃，脈弦數。

2. 辨證：以視物不明，眼脹頭昏，急躁易怒，口苦咽乾，脈弦數為辨證要點。

3. 病機：肝熱循經上攻頭目，蒸灼黃精，目失濡養，致晶珠變混，視物不明；肝火上炎，肝之陽氣升發太過，故見目脹頭昏，急躁易怒，甚則頭痛，生眵流淚；口苦咽乾，脈弦數也為肝熱所致。

4. 治法：清熱平肝。

5. 方藥：石決明散加減。石決明 12g，草決明 12g，赤芍 12g，青葙子 12g，木賊 12g，荊芥 12g，麥冬 12g，梔子 9g，羌活 9g，大黃 6g。肝火不盛或脾胃不實者，酌去大黃、梔子；無外邪者，去荊芥，羌活；頭



痛目澀，生眵流淚，加蔓荊子、菊花、白芷以祛風止淚，清利頭目；急躁易怒加柴胡、製香附以疏肝理氣。

#### （五）陰虛挾溼熱

1. 證候：銀障漸發，目澀視昏，眼乾不適，煩熱口臭，口乾不欲飲，大便不暢，舌紅苔黃膩，脈弦細或細數。
2. 辨證：目澀視昏，口乾不欲飲，大便不暢，舌紅苔黃膩為辨證要點。
3. 病機：素體陰虛，中濕化熱，目失陰津濡養，更被濕佛鬱，故晶珠混濁，目澀視昏，眼乾不適；熱擾心神，則心中煩熱；濕熱鬱遏胃腸，升降失常，水濕不化則口乾不欲飲；濁氣上升則口臭；濁氣下降，氣機不利則大便不暢；舌紅苔黃膩，脈弦細或細數也為陰虛挾濕熱之象。
4. 治法：滋陰清熱，寬中利濕。
5. 方藥：甘露飲加減。生熟地各 15g，麥冬 9g，枳殼 9g，甘草 6g，茵陳 15g，枇杷葉 9g，石斛 9g，黃芩 9g。若濕熱重，酌去生熟地，加茯苓、厚朴、黃蓮等健脾清熱利濕；若陰虛重，加枸杞子、菟絲子以滋陰補腎。

#### 其他療法

針灸療法：可針灸並用，選用補法。選穴：光明、太陽、睛明、攢竹、絲竹空、承泣、三陰交，每次 4～6 穴。若肝腎虧虛加太衝、腎俞、百會、太溪、神闕以滋補肝腎；若脾胃虛弱加脾俞、胃俞、足三里、合谷以補益脾胃、益氣養血；若肝熱上擾，加膽俞、風池、陽白以清肝瀉熱；若陰虛濕熱加脾俞、三焦俞、膀胱俞、太溪、陰陵泉以養陰清熱除濕。

#### 護理要點

老年性白內障未成熟時，在用藥治療的同時，除應經常觀察視力變化外，特別要注意眼壓的變化，因為腫脹的晶狀體可導致青光眼的發作。隨著晶狀體混濁度的改變，眼的屈光和視力也會發生相應的變化，所以對患者配戴的眼鏡應及時調整度數。讀書寫字時應盡量避免直射的強光，否則會增加炫光使病人感到不適。外出或室內有強光時，可適當選用有色眼鏡。

#### 藥膳食療

老年性白內障以手術治療為主，成熟期是最佳手術期。用藥物治療並輔以食療<sup>[4]</sup>，可以輕緩病情的發展過程。患者平時應注意用眼衛生，避免用眼過度。

##### （一）飲食原則

1. 老年性白內障以虛證為主，按照中醫“虛者補之”的原則，患者的飲食中應注意對肝、脾、腎各臟腑的食補。
2. 若有脾胃虛弱症狀者，宜選用蓮子、米仁、山藥、扁豆、豌豆、紅豆等健脾利濕的食品。
3. 若有腎虧症狀的患者，宜選用木耳、高蛋白質食物等食品。

##### （二）食療選方

1. 豌豆 15g，赤豆 15g，黃豆 15g，同煮爛熟，加桂花冰糖少許。日食 1 小碗。適用於氣血兩虧的白內障患者。
2. 鴨蛋 4 枚，水煮熟，去殼，加冬蟲夏草 3 克，同煮。食蛋喝湯，分 2 天服完。適用於頭昏乏力、口乾的老年性白內障患者。
3. 糯米 50 克，加生地 15 克所煎之水，煮為稀粥。加蜂蜜 1 匙，飲用。適用

- 於口舌乾燥、顴紅升火者。
4. 日食香蕉 2 支。適用於老年性白內障伴便秘者。

#### 參考資料

- 1 李巧，中西醫臨床眼科學，中國中醫藥出版社：北京 1998.9:331-336
2. 施純全，黃碧松，陳潮宗，台灣中醫五官科臨床治療匯編，台北市中醫師公會中華民國傳統醫學會中國中醫臨床醫學會出版：台北 2004.10:449-452
3. 李傳課，新編中醫眼科學，人民軍醫出版社：北京，1997.4:182-185
4. 施杞，夏翔，中國食療大全，上海科學技術出版社：上海，1998.8:1246



# 男性攝護肥大治療臨床心得

文／陳風城 新北市中醫師公會名譽理事長 聯安中醫診所院長

## 一、前言

攝護腺肥大又名前列腺肥大，是老年男性常見疾病之一，發病率隨著年齡的增長而逐漸增生，輕症者不會引起小便困難，重者小便頻數、困難，急性發作時小便癱閉或小便點滴而出，更甚者須用力掙才能排出，稱為攝護腺腫痛。由於長期無法排尿乾淨，而演變成慢性尿滯留，以致尿液無法控制而自行溢出或遺尿。直腸檢查可觸知有腫大約栗子大小。

### 關鍵詞

小便癱閉者，小便不順是也。癱者，小便不利；閉者，小便不通。為此最危最急之症。

西醫病名：攝護腺（前列腺）增生

中醫病名：小便癱閉

## 二、實例

陳○○，男性，56歲，新北市人，經商，於民國100年7月14日至本診所就診，病患主訴在大陸經商，妻兒在台灣，因為要照顧大陸的生意也要利用時間回台與妻兒團聚，所以兩地奔跑非常忙碌，因此疏於照顧自己的身體而致泌尿系統疾病，經常性的小便餘瀝不盡，在大陸曾經看過很多醫師診治，但效果並不顯著，回到台灣太太去採車前草煎水服用，起初服用以後小便順暢感覺舒服，後來繼續服用就不見

起色了，而且越來小便越困難排出，甚至遺溺癱閉，小便不通，於100年7月14日回國後，經朋友介紹至本診所就診，主訴尿急時到廁所要站約6分鐘，而且要用力掙才能把尿慢慢短澀排出而且肛門會陰部有疼痛感及小腹脹滿疼痛。望診：臉色微黑青無光澤，問診：小便困難點滴而出，聞診：有口臭現象，切診：左右尺脈緊澀脈象，西醫診斷為攝護腺炎，中醫稱為小便癱閉。處方：導赤散4.5公克、清心蓮子飲6克、龍膽瀉肝湯6公克，一日份量分成3次，飯前一小時服用。給藥3日份，同時開給水煎藥分消湯加減方：處方如下：蒼朮三錢、白朮三錢、陳皮三錢、香附三錢、厚朴三錢、枳實三錢、茯苓四錢、木香二錢、砂仁二錢、大腹皮三錢、豬苓三錢、澤瀉三錢、車前草一兩、車前子四錢、地蜈蚣三錢、木通二錢、甘草一錢、水煎服。頭煎以5碗水煎成八分囑病患於早上9時服用。二煎4碗水煎成七分於下午3時服用。開給3劑3日份。

二診於100年7月17日：

經服用三日份藥後，小便順暢、小腹、會陰部疼痛減輕許多，但大便微溏，臉色已落出少許光彩，口臭消失，脈緊微滑。處方：導赤散3公克、清心蓮子飲6公克、龍膽瀉肝湯4.5公克加平胃散4.5公克，日

服3次。水煎藥原方不改，各開給7日份藥量。

三診於100年7月24日：

病患踏進診間向醫師比大拇指並說效果非常顯著，主訴症狀已全部消失，小便通順、小腹、會陰已不痛了。臉色微黑已消失而且紅潤有光澤，大便正常，能睡能吃感覺很好，病患要求開給一個月分藥量，因為還要去大陸經商工作。開給處方如下：清心蓮子飲6公克、濟生腎氣丸6公克，30日份囑病患水藥不必再服用了。

四診於100年11月28日：

於大陸返回台灣再診，病患陳述謂三診開給一個月份藥量到8月已準時服用完畢，要求再開給一個月藥量，經問診病症前症全部消失，小便順暢，精氣神充滿。告訴他不用再服藥了，並做自我照護指導，每天要有適量運動，睡眠充足最好有8個小時之睡眠，多喝水、多吃青菜水果，保持有每天大便的習慣。飲食宜忌指導：少吃刺激性食物、少吃辛辣、燒烤、冰冷食物、少抽菸、少喝酒。病患非常高興並且送給我一份大陸名產。

### 三、診療經過及追蹤報告

1. 病史症狀：是老年（50歲以上）常見之疾病，發病率隨著年齡的增長而逐漸增加。該病患因經商交際應酬過多，菸、酒不斷，大吃肥厚油膩、辛辣物，加上睡眠不足，勞累過度、酒後房室過度，導致前列腺和膀胱頸部慢性發炎而致排尿困難而痛。幸好及時治療恢復健康。以上辨證論治是個人30年來的經驗所得，提供出來共同研究，期望醫界先進多多探討指正。

### 四、診治思維：

1. 小便困難、小便短澀或點滴而出，中醫稱為『癃閉』，小便困難是也，蓋諸淋者，由腎虛而膀胱熱故也，腎虛則小便頻數，膀胱熱則小便短澀。
2. 長期憋尿者，會引起膀胱肌無力，甚者小腹痛，小便不利者，勞倦即發。
3. 所以此患者，用藥思維以導赤散清其小腸熱、歌訣：導赤生地與木通、草梢竹葉四般攻、口糜淋通小腸火、導熱同歸小便中。
4. 用清心蓮子飲者，治其心中煩熱『心與小腸相表裡也』思慮憂愁抑鬱，多夢或遺精，或因酒色過度，此方能清心熱及小腸火。性神經衰弱、遺精夢精者。此方效果顯著。
5. 用龍膽瀉肝湯者，治其肝經濕熱下注導致膀胱熱致膀胱炎症，尿道疼痛。攝護腺肥大、前列腺炎症，小腹疼痛、會陰部疼痛。龍膽瀉肝湯是消炎清熱的要方也。
6. 攝護腺肥大諸症，治療症狀改善後，以濟生腎氣丸收功。此方可治腎虛、腰痛、膀胱肌無力、小便不利、小便頻數，是為補腎虛之良方也。



# 老人攝護腺肥大症的中醫治療

文／林文彬 林園中醫診所 台北市立聯合醫院中興院區

## 前言

中醫古籍中早有記載“癰閉”、“失禁”、“遺溺”、“小便不通”、“小便閉結”等證，而攝護腺肥大症屬於這些範疇內。

《素問·宣明五氣篇》說：“膀胱不利為癰，不約為遺溺。”

《素問·標本病傳論》說：“膀胱病，小便閉。”

《靈樞·本輸》篇說：“三焦……實則癰閉，虛則遺溺。”

《石室密錄》在論述本病時指出“乃腎氣不能行於膀胱也。”說明本病與膀胱、三焦、腎有關。

《醫學綱目》一書論述的更為詳細“閉癰合而言之一病也，分而言之有暴，久之殊。蓋閉者暴病，為溺閉，點滴不出，俗名小便不通是也。癰者久病為溺癰，淋瀝點滴而出，一日數十次或百次。”這些描述與本病頗為相合。

## 流行病學

攝護腺肥大是男性老年的常見病。其發病率隨年齡的增加而遞增。自40歲至49歲佔約10%，以後逐漸上升，50歲以上男性約50%～75%有攝護腺增生的症狀，70歲以上男性90%以上有攝護腺異常(1)。據國外報導，80歲以上患者攝護腺增生發病

率為95.5%。上海中山醫院統計，40～49歲者佔0.5%，60～69歲者高達55%(2)。從以上數字還可看出，歐美的發病率高於中國，東南亞人的發病機率低於白人和黑人，僅有白人的1/6。而中國北方高於南方。

## 病理病機

攝護腺增生的病理生理變化，主要是由於肥大的腺體壓迫膀胱頸部和後尿道，是造成老年人尿路梗阻的主要原因之一。臨床上常見的主要表現有尿頻、排尿困難、急性尿瀦留、尿失禁、血尿等，易併發尿路感染、尿路結石，晚期可出現腎積水和慢性腎功能不全。

攝護腺增生的病因與性激素平衡失調有關。男性老年人隨著年齡增大，其總睪丸酮及游離睪丸酮均減少，雄激素的量低於生理量。通過反饋機制，促性腺激素分泌增加，使攝護腺組織中雙氫睪丸酮的生成和與受體的親和力增加，導致攝護腺增生。攝護腺發生增生改變時，首先在攝護腺尿道段的黏膜下腺體區域內出現多個中心的纖維肌肉結節，然後刺激其鄰近的上皮細胞增殖並侵入增生的結節之內，形成基質腺瘤，使尿道彎曲、伸長，造成排尿時的梗阻。本病發病機制除上述性激素平衡失調的內分泌學說外，還有動脈硬化學說、炎症學說、腫瘤學說、膽固醇積聚學

說等。

## 症狀

- (一) 頻尿：排尿次數增多，這是早期最常見的症狀，且逐漸加重，夜尿次數增多。主要原因為膀胱逼尿肌功能減退，殘餘尿日益增加，而使膀胱有效容量減少，相對地排尿時間的間隔縮短，出現頻繁排尿。
- (二) 排尿困難：小便急時，不能及時排出，需要等待一些時間，逐漸用力才能排出，又稱排尿躊躇。可以逐漸發展為尿線無力，射程不遠，尿流變細等症狀。再進一步則有間歇性排尿現象，至後期尿流不能呈線而呈點滴狀。
- (三) 尿失禁：慢性尿瀦留，膀胱積存大量殘餘尿，當膀胱內壓力日益增高至超過尿道管腔的阻力時，尿液可以隨時自行溢出，如失禁一般，稱為充溢性尿失禁。夜間熟睡時，盆底骨骼肌鬆弛，更易使尿液自行流出，發生遺尿。
- (四) 血尿：攝護腺腺體表面黏膜充血和血管破裂，可以出現血尿，少數嚴重時有血塊。如血塊不能通過狹窄段，尿道嚴重阻塞，則見膀胱膨脹和疼痛均較明顯。
- (五) 急性尿瀦留：由於氣候變化、勞累、飲酒、房事、上呼吸道感染等，使膀胱頸部腺體突然充血水腫，形成尿道完全性梗阻，膀胱過分充盈膨大伴隨脹痛，尿意強烈但排不出，急性尿瀦留患者極度痛苦。
- (六) 腹內壓力增高引起的症狀：由於排尿困難，而長期依靠增加腹內壓力

排尿，促使肛痔、脫肛、便血、疝氣等發生和加重。

- (七) 全身症狀：凡是上尿路繼發感染時，則出現惡寒發熱，膀胱刺激症；而下尿路梗阻伴雙側腎積水的病人，常可出現胃腸道症狀，如消化不良、噁心、腹脹、便秘、消瘦等；晚期可出現腎功能衰竭，可併發高血壓、心力衰竭、腦血管病症狀。

## 分期

根據病性發展可分為三期：

- 第一期：病程發展緩慢，開始出現頻尿，尤以夜間明顯，膀胱內殘餘尿不超過 50ml，腎功能正常。
- 第二期：尿次更加頻繁，尿流變細，排尿不暢，殘餘尿增加，可出現炎症，結石，積水等併發症，腎功能受影響並可發生急性尿瀦留。
- 第三期：排尿困難，尿液可自行流出，腎功能損害，出現尿毒症。

## 類症鑑別

- (一) 神經性膀胱功能障礙：常表現排尿困難和尿瀦留等症狀，與攝護腺增生類似。但神經性膀胱功能障礙患者常有明顯的神經系統損害病史和體徵，往往有下肢運動和感覺障礙，伴肛門括約肌鬆弛和反射消失，必要時作膀胱壓力試驗鑑別之。
- (二) 膀胱癌：多以肉眼血尿為首發症狀，排尿困難出現於血尿之後，全身情況漸差，作膀胱鏡可確診。
- (三) 攝護腺癌：臨床表現類似攝護腺增



生，但病史較短，肛門指診攝護腺堅硬如石，呈結節狀，位置固定，易引起脊椎、骨盆、肝、肺、等轉移。血 AKP 升高。必要時行攝護腺穿刺或切開，作病理檢查以確診。

- (四) 慢性攝護腺炎：多見於青壯年，分為細菌性攝護腺炎和無細菌攝護腺炎兩種，前者常有不同程度的排尿刺激症狀，尿道口常有乳白色黏液，排尿時膀胱和會陰部有不適感，性機能可能受到影響。攝護腺液中紅血球、白血球較多，卵磷脂小體明顯減少。後者症狀與前者頗為相似，常有尿路刺激症，攝護腺多數正常，有的腫脹部份質軟，無壓痛，攝護腺液極易流出，液多質稀，但鏡檢多接近正常。
- (五) 尿道狹窄：常排尿困難，尿流變細，易合併感染，多有尿道炎或尿道損傷史，多見於青壯年，此可與攝護腺肥大鑑別。
- (六) 膀胱頸攣縮：病人有下尿路梗阻症，但直腸指診未發現攝護腺明顯增大。此病常繼發於炎症病變，膀胱鏡檢查可見膀胱頸後唇抬高，後尿道與膀胱三角區收縮變短。而單純的攝護腺增生，腺葉突向膀胱頸部時，被柔軟黏膜覆蓋，膀胱三角區下陷，後尿道延長。
- (七) 異位攝護腺：可發生於不同年齡，亦可在老年時出現症狀。有排尿困難，但多以血尿為主訴，血尿為間隙性或僅為鏡下血尿，亦可有血精。多位於精阜部或膀胱內，呈息肉狀。

## 診斷

(一) 攝護腺增生是老年男性很常見的疾病，發病率很高。因此，臨床上凡遇老年男性有排尿困難，尿瀦留，排尿習慣改變，每日尿量忽多忽少，膀胱炎，膀胱結石，原因不明的腎功能不全時要高度懷疑到此病的可能，並行有關相應的檢查以確診。

(二) 直腸指診為攝護腺增生最簡易實用和必須進行的檢查方法。如係攝護腺兩側葉或後葉增生，則可觸及膨大的腺體，中央溝消失。

第一度增大：腺體大小超過正常 2 倍，約雞蛋大小，估重約 20~25g。

第二度增大：腺體超過正常 2~3 倍，約鴨蛋大小，中央溝可能消失，估重為 25~50g。

第三度增大：腺體超過正常 3~4 倍，約鵝蛋大小，檢查者手指剛能觸及攝護腺底部，中央溝消失，估重為 50~75g。

第四度增大：腺體超過正常 4 倍，檢察者手指已不能觸及攝護腺底部，一側或雙側側溝因腺體增大而消失，估重為 75g 以上。

必須指出：直腸指檢所能摸到的攝護腺大小不一定是其實際體積。症狀典型，但攝護腺增大不明顯者，可能為攝護腺中葉增生。

(三) 直腸超音檢查，以直腸內圓周掃描法檢查攝護腺最為準確，用該法測



出的攝護腺體積與手術切除的標本實重對造，結果相符，誤差小於5%。而直腸指診測出的攝護腺大小與超音波檢查結果很不一致，攝護腺愈大，誤差愈明顯。

### 中醫病因

本病的病位在膀胱，與三焦、肺、脾、腎關係最為密切。上焦之氣不化，當責之於肺，肺失其職，則不能通調水道，下輸膀胱；中焦之氣不化，當責之於脾，脾土虛弱，則不能升清降濁；下焦之氣不化，當責之於腎，腎陽虧虛，氣不化水；腎陰不足，陰不化陽，均可引起膀胱氣化失常，而形成癱閉。肝鬱氣滯，使三焦氣化不利，及各種原因使尿路阻塞均可引起癱閉。本病有虛實之分，一般來說，溼熱蘊結，肺熱氣壅，肝鬱氣滯，尿路阻塞多屬實證；而脾氣不升，腎元虧虛，多屬虛證。

### 中醫病機

- (一) 腎元虧虛：年老體弱，或久病傷腎，或溼熱蘊結下焦，耗傷腎陰。腎藏元陰元陽，無陰則陽無以生，無陽則陰無以化，陰損及陽，陽損及陰。無論陰虛陽虛，最終都可累及腎的氣化功能，氣化不利，必致小便困難，排尿不利，而產生本病。
- (二) 中氣不足：勞累過度，飲食不節，損傷脾胃，脾胃主運化水穀，氣機升降，脾胃虧虛，清陽不升，濁陰不降，小便必因之不利，正如《靈樞·口問》說：“中氣不足，津便為之變。”
- (三) 氣滯血瘀：七情內傷，肝氣鬱結，從而影響三焦水液的運行和膀胱的

氣化功能。氣滯水液代謝不利，聚而為痰，氣為血帥，氣滯血脈瘀滯，痰瘀互結，阻塞尿道，都可導致小便困難。

- (四) 溼熱下注：外陰不潔，溼熱內侵，或脾胃失運，溼鬱化熱，溼熱下注，結於膀胱，使膀胱氣化不利，小便困難。
- (五) 肺氣壅閉：小便排泄，除了腎臟的氣化外，尚需依賴脾的傳輸和肺的通調。肺通調水道，下輸膀胱，濁陰才得由小便而出；若肺臟感邪，氣機壅閉，不能通調水道，下輸膀胱，小便必因之不利。

### 中醫辨證

本病的辨證要細審主證，詳辨虛實。如小便短赤灼熱，苔黃，舌紅脈數者屬熱；口渴欲飲，咽乾氣促者，為熱壅於肺。口渴不欲飲，小腹脹滿者，為熱積膀胱；如尿流變細，時暢時澀，為尿路阻塞；若排尿無力，點滴而下或有尿閉者，為腎虛命門火衰；如小便不利，兼有小腹重脹，肛門下墜為中氣不足。實證發病急，小腹脹或痛，小便短赤灼熱，苔黃膩或薄黃，脈弦澀或數；虛證發病緩慢，面色不華或晁白，小便排出無力，精神疲乏，氣短，語聲低怯，舌淡，脈沉細弱。

### 中醫治療

- (一) 溼熱下注：  
主證：小便頻數不爽，尿急，尿痛，尿道灼熱感，小便短赤，渾濁，伴小腹脹滿，口乾而黏，或口渴不欲飲，或大便不調，祕結，或發熱惡寒，舌紅苔



膩或黃膩，脈滑數。

治法：清熱利濕。

方藥：八正散加減。若兼見心煩，口舌生瘡糜爛等心火盛者，可合用導赤散；若胸悶煩躁，噁心嘔吐等中焦濕盛者，可用黃連溫膽湯（黃連，半夏，陳皮，茯苓，甘草，生薑，竹茹，枳實）加木通、車前子；兼見脅痛，口苦，目赤腫痛等肝膽溼熱者，可合用龍膽瀉肝湯。

#### （二）熱邪壅肺：

主證：小便不暢，伴咽乾，煩渴欲飲，呼吸不利，胸悶氣促，或咳嗽痰喘，舌紅苔黃，脈數。

治法：開宣肺氣，清熱利水。

方藥：清肺飲（茯苓，黃芩，桑白，麥冬，車前子，山梔，木通）加減。若兼見肺陰虛者，可加沙參 10g，玉竹 12g，白茅根 30g；若兼心火盛，可加用黃連 6g，竹葉 10g；大便燥結者，可加大黃、杏仁以宣肺通便。

#### （三）肝鬱氣滯：

主證：小便不利，伴情志抑鬱，或多煩善怒，口苦咽乾，胸脅不舒，善太息，腹脹滿，苔薄，脈弦。

治法：疏肝解鬱，行氣利水。

方藥：沉香散（沉香，石葦，滑石，當歸，橘皮，白芍，冬葵子，王不留行，甘草）加減。若胸腹溝悶，氣滯明顯，可合用六磨湯（沉香，木香，檳榔，烏藥，枳實，大黃），

或用柴胡疏肝散（柴胡，川芎，陳皮，香附，枳殼，芍藥，炙甘草）合胃苓湯；若肝鬱化火可加用龍膽草、梔子、車前子。

#### （四）瘀血內阻：

主證：小便點滴而下，或尿如細線，或有尿痛，伴小腹脹滿疼痛，會陰部刺痛不移，肌膚甲錯，口唇發紫，舌黯有瘀點，脈澀。

治法：行瘀散結，通利水道。

方藥：代抵當丸（生地，當歸，赤芍，川芎，五靈脂，大黃）加減。兼氣滯者，可用血府逐瘀湯（當歸，川芎，赤芍，生地，牛膝，柴胡，枳殼，桔梗，紅花，桃仁，甘草）；若攝護腺質地較硬者，可加鱉甲、三稜、莪朮各 10g；尿後莖痛者，可加黃柏、知母、龍膽草、生地各 10g；兼見血尿者，可服三七、琥珀粉。

#### （五）腎陰虧虛：

主證：時欲小便而不得出，伴頭暈目眩，咽乾心煩，手足心熱，大便燥結，舌紅無苔，脈沉細數。

治法：滋補腎陰，通達小便。

方藥：知柏地黃丸加減，或六味地黃湯合豬苓湯。若骨蒸潮熱，血尿鮮紅，可加白茅根、小蘗、川牛膝各 12g；若兼有下焦溼熱證，可用化陰煎。

#### （六）命門火衰：

主證：小便自溢失禁，排尿無力，

伴面色晁白，神氣怯弱，腰酸膝冷，畏寒喜暖，手足不溫，或有水腫，舌淡苔白，脈沉細或虛弱。

治法：溫陽益氣，補腎利尿。

方藥：濟生腎氣丸加減。若精血俱虧，見形神萎頓，耳目失聰，可用香茸丸（鹿茸，沉香，人參，芍藥，生地，熟地，菴蓉，牛膝，當歸，附子，澤瀉，麝香）治之；若兼見脾陽虛，五更瀉泄，可合用四神丸（補骨脂，肉豆，吳茱萸，五味子）；水腫甚者，可加桑白皮、大腹皮、將軍乾（推糞蟲）各 10g 以增利水之力；兼小便頻數者，可用縮泉丸（烏藥，益智仁，山藥）合菟絲子丸（菟絲子，熟地，白朮，車前子，桂心，杜仲）。

#### （七）中氣下陷：

主證：小便失禁或數頻，伴夜間遺尿，精神疲困，氣短懶言，食慾不振，小腹墜脹，或有脫肛、痔瘡、疝氣等。舌淡苔白，脈緩弱。

治法：升清降濁，化氣行水。

方藥：補中益氣湯合五苓散，或用鞏堤丸（熟地黃，菟絲子，炒白朮，五味子，益智仁，補骨，製附子，茯苓，炒韭子）加減。兼見氣滯者，可加烏藥、沉香、枳殼各 10g；肛門墜脹明顯者，可加烏梅 10g，丹參 30g，訶子 10g 等；如肢冷困重，加乾薑 10g，桂

枝 10g 等。

#### 針灸療法

針刺足三里、中極、三陰交、陰陵泉等穴，反復捻轉、提插，強刺激，體虛者可灸關元，氣海。

#### 其他療法

##### （一）單驗方：

1. 番木鱉去毛，文火煨至鼓起，研末吞服，每次 0.6g，日 2 次。對尿瀦留有療效。
2. 垂柳嫩根 500g，小紅參 10g，煎水服。
3. 玉米須 50g，車前子 20g（布包），生甘草 10g，加水 500ml，煎取 400ml，去渣溫服，日 3 次。適於溼熱下注型小便不利。

（二）按摩療法：在腹部環形揉摩後，以拇指按壓三陰交、氣海、石門、關元、中極、曲骨、等穴，逐漸加力，以病人可忍受為度，再按壓背部的三焦俞、膀胱俞、陰谷、陰陵泉、三陰交等穴。每穴按壓一分鐘，每日行一次。

##### （三）外敷法

1. 藥用白礬、生白鹽各 7.5g，共研，以紙圈圍臍，填藥在內，滴冷水於藥上，瀦留之尿可通。
2. 獨頭蒜頭 1 個，梔子三枚，鹽少許，搗爛，攤紙貼臍部，良久可通。
3. 食鹽半斤，炒熱，布包熨臍腹，冷後再炒熱敷之。
4. 蔥白一斤，搗碎，入麝香少許伴勻，分兩包，先置臍上一包，熱



熨約 15 分鐘，在換一包，以冰水熨亦 15 分鐘，交替使用，以通為度。

5. 以鹽填於臍中，在上灸 20~30 分鐘，排尿困難突然加重時可用。
6. 生甘草 9g，冰片 6g，共研末，加適量麵粉，開水調成糊狀，外敷於臍下四吋中極穴上，直徑 4~5cm，每天 1 換，配合內服藥物治療。

#### (四) 坐浴：

1. 大黃、毛冬青、銀花藤各 30g，川紅花 12g，吳茱萸、澤蘭各 15g，每日 1 劑，溫煎劑坐浴，早晚各 1 次，每次 15~20min。適於尿道瘀阻型。
2. 赤芍、艾葉、澤蘭、苦參、蒲公英各 30g，桂枝、紅花各 20g，用法同上。適於溼熱下注型。

#### (五) 筆者經驗方

以採收後的花生根，乾品，每次用二兩，煎服，有奇效。

### 調攝養生與護理

#### (一) 攝生養生 (3)

1. 保持心情舒暢、愉快、情緒穩定，多與他人思想交流，避免焦慮、惱怒、孤獨。
2. 生活規律化，積極參加有益於身心健康的體育活動，增強體質，抗禦外邪。勞逸結合，不可過於勞倦。房事有節，不可過度。
3. 戒除菸酒，以免誘發急性尿瀰留

#### (二) 護理

1. 對於年老體弱患者，行動均有專人陪伴，尤其老年人夜尿多，應

防止墜床或跌倒。夜間排尿時，動作宜緩，不宜過快，防止暈厥。

2. 注意生活調理，飲食宜清淡，忌過鹹；可飲綠茶、蔬菜汁等。
3. 注重個人衛生，尤其尿滴瀝不盡者或有時失禁者，更應注意清潔衛生，即時更換內褲、床單，保持局部乾燥。進行導尿者，嚴格無菌操作，防止併發感染。

#### (三) 預防

1. 預防感冒、寒冷等誘發因素。
2. 少食辛辣及肥甘食品，慎用壯陽之食品及藥物。
3. 即時治療各種感染，尤其是尿路感染。

### 藥膳食療

#### (一) 萹蓄車前子粥 (4)

配方：萹蓄 30 克，車前子 30 克，粳米 50 克。

用法：將萹蓄、車前子（布包）入砂鍋內，加水至 500 毫升，去渣留汁，粳米煮粥，兌入藥汁，煮 1 至 2 沸，每日 2 次，溫熱服食。

#### (二) 薏米郁李仁粥

配方：薏米 50 克，郁李仁 15 克。

用法：將上兩味常法煮粥，每日早、晚溫熱服食。

#### (三) 南瓜籽方

配方：南瓜籽適量。

用法：每日炒食南瓜籽 50 克，不定時吃，連用 30 天。

### 參考資料

1. 杜建：中西醫臨床老年病學，中國中醫

- 出版社，北京：1998.1:273-284
2. 崔玲等：中西醫結合內科學，中國中醫藥出版社，北京：1996.9:543-549
  3. 陳可冀等：實用中醫老年病學，人民衛生出版社，北京：2000.11:507
  4. 劉炎：中華古今藥膳薈萃，北京醫科大學中國協和醫科大學聯合出版社，北京：1998.7:216-218
  5. 劉炎：中華古今食療薈萃，北京醫科大學中國協和醫科大學聯合出版社，北京：1998.7:308-309



# 急慢性鼻竇炎的中醫診治

文／林文彬 林園中醫診所 · 邱戊己 竹林堂中醫診所

## 前言

鼻竇炎可分為急性鼻竇炎與慢性鼻竇炎，急性鼻竇炎是鼻竇黏膜的急性化膿性炎症，由於各鼻竇開口細小，稍有狹窄或阻塞便影響鼻竇的通氣和引流，易發生急性炎症。且一個竇感染後，往往累及鄰近的數個竇。其中以上頷竇炎發病率最高，其次為篩竇、額竇和蝶竇<sup>(1)</sup>。

慢性鼻竇炎往往是急性鼻竇炎反復發作，引起鼻竇粘膜發生病變，同時竇口粘膜腫脹、肥厚，使鼻竇引流不暢所致。反復急性鼻竇感染，患者全身抵抗力下降，局部鼻竇內粘膜失去原有纖毛上皮功能，更加影響自然竇口引流，致使鼻竇慢性炎症遷延日久。它可單發於某一鼻竇，又可同時罹病，甚則所有鼻竇受累，稱多鼻竇炎或全鼻竇炎。臨床上以鼻流膿涕不止為特徵。一年四季，男女老幼均可發病，以秋冬季節變化時更常見，是鼻部疾病中最常見者之一<sup>(2)</sup>。

## 急性鼻竇炎

急性鼻竇炎多繼發於急性鼻炎。兒童常發生於急性傳染病之後，老年人可繼發於牙根感染。臨床上以鼻塞，多膿涕，鼻源性頭痛為特徵。嚴重的急性鼻竇炎不僅影響鼻竇粘膜，累及骨質，而且還可發生

感染擴散，引起眶內或顱內併發症。

一、常見的急性鼻竇炎病因有：

1. 急性鼻炎、上呼吸道感染常併發本病。
2. 急性傳染病如猩紅熱、麻疹、白喉等傳染後發生菌血症，由血行感染鼻竇。
3. 患有全身性疾病如貧血、糖尿病等全身非特異性免疫功能下降，容易發病。
4. 鼻腔疾病影響鼻竇引流如鼻腔異物、腫瘤、鼻息肉、鼻過敏反應、鼻中隔彎曲、中鼻甲息肉異樣等。
5. 鄰近病灶感染如扁桃體炎、腺樣體肥大等以及根端炎症、拔牙等所致的齒源性上頷竇炎。
6. 鼻竇外傷，骨折傷口暴露感染或有異物進入竇內。
7. 跳水時將水吸入竇腔，游泳後用力擤鼻將污水壓於竇內。
8. 鼻腔手術後填塞物滯留過久，發生感染。

常見的致病菌有鏈球菌、葡萄球菌、肺炎雙球菌、變形桿菌、流感桿菌等，多為混合細菌感染，如齒源性感染常見有厭氧菌。

二、臨床症狀有：

1. 鼻塞：患側明顯，為持續性，呈閉塞性鼻音，伴嗅覺減退。由鼻黏膜充血腫脹和分泌物增多引起。
2. 流膿涕：為膿性和黏膿性，或有惡臭，重症病人可帶血性涕。
3. 頭痛：由竇內膿性分泌物滯留，壓迫神經末梢引起。當咳嗽、低頭和用力時，頭痛加重，亦可發生眶上神經痛或顛頂區痛。上頰竇炎頭痛多晨起輕，午後重；臥床時可稍減輕，久坐則加重；常位於上頰、前額或上列磨牙處。額竇炎常有前額痛，眶上或全頭痛，多晨起重午後輕，症狀多由於膿液排空時呈真空性頭痛，膿淨即止。篩竇炎有內眦或鼻根頭痛，眼球活動時加重。蝶竇炎為眼球深處鈍性疼痛，可放射性至頭頂或乳突處，一般早晨輕，午後重。

### 三、診斷與治療原則

急性鼻竇炎以鼻塞、頭痛、流涕為主要臨床症狀，鼻腔檢查見中鼻甲紅腫，中鼻道、嗅裂或鼻底有膿性分泌物，檢查鼻竇對應的頭面部解剖區應注意有無紅腫、壓痛，必要時經X光片確診。治療原則為1. 病因治療。2. 保證竇腔的引流通暢。3. 控制感染。4. 預防眶部和顛內併發症的發生。

### 中醫對急性鼻竇炎的看法

本病屬中醫鼻淵、腦漏、腦寒等病範疇，歷代醫家對其有較全面的認識。如《醫醇賸義》卷二所云：“腦漏者，鼻如淵泉，謂之流涕，致病有三，曰風也、火也、寒也。鼻為肺竅，司呼吸以通陽，賊風侵入，隨吸入之氣，上於腦，以致鼻竅不能，時流清涕，此傷風之腦漏也；陽邪外鑠，肝

火內燔，鼻竅半通，時流黃水，此火傷之腦漏也。冬月祁寒，感冒重陰，寒氣侵腦，鼻竅不通，時流濁涕，此寒傷之腦漏也。致病不同，施治各異，宜隨證辨之。”

### 一、中醫病因

本病多因外感風寒火熱邪氣傷肺，或飲食不節，傷損脾胃肝膽所致，多為實熱之證。

1. 風寒犯肺 風寒外襲，內犯於肺，肺失宣降，邪濁壅滯鼻竅而為病；或風寒鬱而化熱，肺中鬱熱不散，上蒸鼻竅而成外寒束內熱之證。
2. 肺經風熱 風熱上侵口鼻，內應於肺，邪熱壅滯於腦，清肅失司，邪熱循經上炎蒸灼鼻竅而現鼻塞，流涕，頭痛之證。
3. 肝膽溼熱 嗜酒厚味，溼熱內蘊；或情志不舒，鬱而化火；或風熱外邪內應肝膽火熱，溼熱上蒸鼻竅而發病。
4. 脾胃溼熱 飲食不節，嗜食肥甘，溼熱內生，復被外邪，內傳陽明，溼熱壅盛，循經上蒸於鼻竅而發本證。

### 二、中醫辨證論治

本病多為火熱實証，論治總則當為祛寒排膿。

1. 風寒犯肺 鼻涕色白，鼻塞，鼻癢，嗅覺減退，惡寒，發熱，頭痛身困，鼻內肌膜淡紅腫脹，鼻甲腫大，中鼻道積涕，舌質淡，苔薄白，脈浮緊。治宜祛風散寒，宣肺通竅。方用川芎茶調散加減：川芎、蒼耳子、辛夷、荊芥、鮮菊花各10g，薄荷、白芷、防風、甘草各6g。並隨症加減。每日1劑。本證較少見，一般為急性鼻竇炎早期，其時間短，就



診時已度過此期。

2. 肺經風熱 鼻流黃白黏涕，量多，持續性或間歇性鼻塞，前額或面頰部疼痛，發熱，惡寒，咳嗽痰多，口乾，鼻甲肌膜紅腫，尤以竇口周圍為甚，或見黃白黏涕從竇口流出。舌質紅，苔薄黃，脈浮數。治當疏風散熱，宣肺通竅。方用蒼耳子散加味：蒼耳子 9g，魚腥草、辛夷花、杭菊花、黃芩、葛根各 15g，白芷、蔓荊子各 12g，薄荷、甘草各 6g。並隨症加減。每日 1 劑。本證常見於急性鼻竇炎早期。
3. 肝膽溼熱 鼻涕黃濁黏稠如膿，量多味臭，鼻塞，不聞香臭，頭痛較甚，伴發熱，口苦咽乾，目眩耳鳴，鼻甲肌膜紅赤，鼻甲肥大明顯，竇口常溢出黃黏膿涕，舌質紅，苔黃，脈弦數。治當清泄肝膽，利濕通竅。方選龍膽瀉肝湯化裁：龍膽草、柴胡、甘草各 6g，黃芩、山梔、澤瀉、木通、車前子、當歸尾、生地、藿香、白芷、本各 10g。並隨症加減。每日 1 劑，本證為急性鼻竇炎的常見證型。

對於本病，無論有無便秘，均可用小量 (3~5g) 生大黃開水泡服，因為小量生大黃既可清熱解毒，活血排膿、消炎消腫退熱、利於細菌內毒素借腸道排出體外，利於鼻竇感染的控制，又不至於損傷脾胃。飲用次數不拘。一般以有輕度腹瀉為度。另外本病發展到此期，雖火熱實證明顯，但同時有食慾下降，故不可選用一派寒涼方藥，以防攻伐太過，傷損胃氣，宜在攻伐之中

顧護胃氣，利於病情早日恢復。

4. 脾胃溼熱 鼻涕黃濁量多，有腥臭味，鼻塞持續，失嗅，頭痛劇烈，頭悶脹痛，發熱，肢倦困重，食慾不振，口乾口臭，便結溲黃，鼻甲深紅腫大，鼻道濁膿量多，鼻塞區叩痛或壓痛明顯，舌質紅，苔黃膩，脈滑數或濡。治當清熱利濕，化濁通竅。方選甘露消毒丹化裁：黃芩、連翹、浙貝母、射干、石菖蒲、藿香、木通各 10g，茵陳 18g，滑石 24g，白蔻仁、薄荷各 4.5g。並隨症加減。每日 1 劑。本證是急性鼻竇炎最常見的證型。

對鼻源性頭痛在辨證基礎上可以按三陽經脈循行路線分別選藥：頭角、額、眉、稜、顛部疼痛者，加用柴胡、蔓荊子，以清解少陽邪熱；面頰及上牙痛者，加用白芷、川芎，配蔓荊子以疏散陽明經火熱；頭頂、枕部痛者，加用藁本，以清散太陽邪熱。療效更加。

### 三、驗方治療

1. 升麻解毒湯：升麻、生草、葛根各 6g，赤芍、黃芩、魚腥草各 12g，公英 20g，桔梗、白芷、蒼耳子各 10g。水煎服，每日 1 劑。
2. 排膿清竇湯：桔梗、黃芩、花粉、浙貝、七葉一枝花、蒼耳子各 10g，銀花 15g，甘草 6g。水煎服，每日 1 劑。
3. 蒼耳解毒活血湯：銀花 15~30g，連翹、蒼耳子、白芷、赤芍、桃仁、紅花、薄荷各 6g，陳皮 5g。水煎 2 次，濾汁混勻，分 2 次涼服，每日 1 劑。



4. 仙方活命飲加味：銀花 18g，防風、白芷、當歸、赤芍、乳香、沒藥、陳皮、蒼耳子、薄荷、川芎、石菖蒲各 9g，甘草、川貝母、花粉各 6g，山甲 4.5g，皂刺 3g，辛夷 12g。
5. 加味川芎茶調飲：川芎 9g，防風、白芷、黃芩各 10g，菊花、辛夷各 12g，蒼耳子、金銀花各 15g，薄荷、甘草各 6g。水煎服，每日 1 劑。

#### 四、其他療法

1. 中藥薰鼻：金銀花、白芷、川芎、薄荷、辛夷、黃芩各 15g。方法是將藥物放入較大水杯內 (500~800 cc) 用開水沖泡，然後將水杯蓋緊，5 分鐘後打開，杯口周圍用手捂住，中間留出空隙將鼻孔對準空隙處，取其熱氣薰鼻，間斷深吸氣，將氣霧吸入鼻腔內，1 次薰 10 分鐘左右，每天 2 次，7 天為 1 療程。
2. 針刺療法：
  - (1) 體針：取迎香、合谷、豐隆、陽陵泉、行間、風池、印堂等穴，每次選 2~3 穴，用瀉法，每日 1 次。
  - (2) 耳針：主穴取內鼻、額、鼻眼點、上頷，配穴取肺、胃、膽、腎上腺。每次選主穴 2 個，配穴 1~3 個，捻轉，留針分鐘，每日 1 次。也可用王不留行仔貼壓。
  - (3) 對穴療法：取攢竹，迎香<sup>(3)</sup>。
3. 物理療法 局部熱敷，超短波透熱，高頻電療，紅外線等理療，均可改善症狀，促進炎症早日消退。

#### 五、防護

1. 提高抗病能力，預防感冒發生。

2. 積極治療急慢性鼻炎，以防繼發本病。
3. 及早使用滴鼻藥物，改善鼻竇通氣引流，切勿用力擤鼻。
4. 平時應注意鼻腔和口腔衛生，減少引發鼻竇炎的因素。不要倒吸鼻涕，以防繼發咽喉炎、氣管炎、肺炎或胃炎。

#### 六、飲食調節

禁食辛辣高粱厚味，忌菸酒；以清淡易消化、含高熱量及纖維素的食物為宜。並可選用下列食療方服之。

1. 魚腥草冰糖飲：取魚腥草 30g 濃煎取汁，加冰糖適量，頓服。每日 2 次。
2. 蒼耳子仁皮蛋：把蒼耳子仁 7 粒炒熱與 2 枚皮蛋混合，頓服。每日 1~2 次。
3. 將軍雞蛋：取大黃 3g 研末裝入 1 枚雞蛋內，濕紙封口蒸熟食之，每日 1 次。
4. 鮮薄荷 15 克，菊花 15 克，銀花 10 克，煎湯飲用，每日 1 劑。適用於急性化膿性鼻竇炎者。

#### 慢性鼻竇炎

慢性鼻竇炎較急性鼻竇炎更為多見，而且常累及多個鼻竇或一側至兩側所有鼻竇，亦稱全鼻竇炎。但往往以某個鼻竇的炎症為主，其中以慢性上頷竇炎最多見。病因與急性鼻竇炎相似，多因在急性期未能及時處理控制病情，或反覆發作所致，亦有病程無急性期，是以慢性炎症開始的如某些齒源性上頷竇炎或篩竇炎等。

##### 一、慢性鼻竇炎病因

鼻竇炎的發生與感染性鼻炎（感冒）密切相關，多由病毒引起，有些研究證實



病毒感染致鼻黏膜上皮損傷，損傷的上皮細胞膜對嗜中性顆粒細胞有趨化作用，因此鼻竇炎的膿性分泌物可由病毒感染或繼發細菌感染引起，在慢性炎症的刺激下，易形成鼻竇黏膜肥厚、息肉或囊性變影響鼻竇引流，加重鼻竇感染，並形成惡性循環。慢性鼻竇炎也常因上呼吸道感染而引起急性發作。

鼻息肉好發於鼻竇內，尤其是篩竇，形成鼻竇息肉。因此慢性鼻竇炎的發生與鼻息肉的形成有相似的免疫機理。在鼻竇炎的慢性炎症中引起上皮基底膜的增厚和成纖維細胞增值，產生細胞因子，促進肥大細胞成熟或脫顆粒反應，嗜酸性、嗜中性顆粒細胞浸潤造成上皮損傷，刺激第三自主神經末梢釋放P物質，加重炎症反應。

小兒鼻竇炎的發生率較高，與反覆的上呼吸道感染及免疫功能低下 IgG2 減少及  $\gamma$  球蛋白缺乏症等因素有關。原發性纖毛運動障礙綜合症伴有反覆發作的鼻竇炎。纖維囊性病常伴有鼻竇炎合併鼻竇息肉，其基本缺陷為上皮細胞表面水分和電解質運輸功能障礙。

## 二、慢性鼻竇炎臨床症狀

1. 流膿涕：前組鼻竇炎易從前鼻孔擤出，後組鼻竇炎有回吸性膿涕，如膿涕較多，與上頷竇有關。膿涕有惡臭應排除齒源性上頷竇炎。
2. 鼻塞：多由鼻腔膿性分泌物阻塞引起，如伴有中鼻甲息肉樣變或下鼻甲腫大，則鼻塞加重；
3. 頭痛：為鈍痛、昏脹感，或為間歇性痛，症狀較急性鼻竇炎明顯減輕；多有時間性或固定部位，一般白天重，夜間輕，前組與後組鼻竇炎疼痛多在前額與枕部。

4. 嗅覺減退：鼻甲腫脹、息肉、膿涕可致嗅覺減退，如嗅區粘膜受長期慢性炎症侵襲變性，可致持久性嗅覺喪失。
5. 全身症狀：可見頭昏，記憶力下降，精神不振等。

## 三、慢性鼻竇炎併發症

常見的併發症有：

1. 球後視神經炎；
2. 慢性咽炎、扁桃體炎；
3. 慢性支氣管炎和支氣管擴張；
4. 鼻竇炎與支氣管哮喘的關係：患有鼻竇炎的小兒易發生肺部感染和哮喘，稱竇一肺綜合症，有的學者認為持續性的鼻竇炎是慢性哮喘、哮喘不易緩解的一個重要因素。積極治療鼻竇炎，控制其發病，能使哮喘症狀明顯減輕。在急性發作的哮喘兒童中約有 40% 患有鼻竇炎，因此在緩解期應重視鼻竇炎的治療，必要時可通過鼻內視鏡進行根治性或功能性手術。在阿思匹林哮喘中約有 8% 合併有鼻竇炎，兩者有密切的關係，從而提示人們應深入研究鼻竇的免疫與病態反應機理。

## 中醫對慢性鼻竇炎的看法

本病屬中醫鼻淵範疇，《素問·氣厥論》曰：“膽移熱於腦，則辛頰鼻淵，鼻淵者，濁涕下不止也”。《醫學心悟》卷四說：“若鼻中常出濁涕，源源不斷者，名曰鼻淵”。同時認識到其證有寒、熱、虛、實之別，提出瀉實補虛治則。《外科證治全書》卷二提出：“鼻流濁涕，經年累月不止，當別寒熱，…涕清不臭，覺腥者，屬虛寒，用八味地黃丸和川芎、升麻、

蒼耳子，所以用腎藥者，腦屬腎也”。

對本病的論述尚有：腦漏、腦滲、腦崩、厲腦、腦瀉等，但現代中醫認為腦漏應為腦脊液鼻漏，以上有關腦滲、腦崩等病名，也應停止使用。早期醫家多從膽熱論證。明清以後則認為外感風、火、寒，內傷肺脾等致病，並認為本病多為熱證，久病轉為虛證。

### 一、中醫病因

本病常因急性鼻淵反復發作未得適當治療，致使肺經、膽腑熱邪久蘊鼻竅；或久病不已，正氣耗傷，肺、脾、腎三臟功能失職，邪毒內生，上犯鼻竅所致。

1. 肺經鬱熱：反復感受風熱邪毒，邪熱鬱肺，滯留鼻竅，蒸腐鼻竇肌膜而流膿涕。
2. 膽腑鬱熱：熱邪累犯，膽腑鬱熱，失於疏泄，氣鬱化火，循經上擾竅而見膿涕不止。
3. 肺虛寒凝：久病體弱，肺氣虧虛，失於溫煦衛外，為外邪所侵，寒邪滯留竅而有本證。
4. 脾虛濕滯：飲食不節，思慮傷脾，脾胃虧虛，清陽不升，濁陰上泛，久滯竅，可見鼻塞，鼻涕色白長流不斷。
5. 腎虛寒凝：久病傷腎，腎陽虛寒，失於溫化，寒濕內盛，上泛於鼻而見本病。

### 二、中醫辨證論治

本病臨床常見膿毒纏綿不去，而正氣多有耗傷，鼻竅不通，故瀉實補虛，排膿通竅為基本治則。

1. 肺經鬱熱：鼻涕黃稠，量時多時少，鼻塞時輕時重，鼻竅發乾，咽喉乾癢，咳嗽痰粘，鼻甲肌膜紅腫，鼻

道積膿，舌質紅，苔薄黃，脈數。治當宣肺瀉熱，解鬱通竅。方用辛夷清肺飲加減：辛夷花、枇杷葉，甘草各 6g，桑白皮、黃芩、山梔、知母、麥冬、百合各 12g，升麻 4.5g，石膏 24g。並隨症加減。若膿涕量多，可加銀花、魚腥草以解毒排膿，鼻塞重者，可加蒼耳子、白芷等。每日 1 劑。本證多見於慢性鼻竇炎急性感染較輕者。

2. 膽腑鬱熱：鼻涕黃綠如膿、量多、味臭，鼻塞甚，頭悶痛，嗅覺差，口苦咽乾，目眩，耳鳴，鼻甲肌膜紅腫明顯，鼻道積膿或生息肉，舌質紅，苔黃厚或膩，脈滑數或弦數。治當清膽瀉熱，利濕通竅。方用奇授藿香湯加味：藿香、茵陳、黃芩、木通各 9g，枳殼、柴胡、甘草各 6g，車前草、白芷、本各 12g，豬膽汁 1 個。並隨症加減。每日 1~2 劑。本證多見於慢性鼻竇炎急性感染較重者。

無論肺經鬱熱，抑或膽腑鬱熱，凡見膿涕黃綠量多，均宜加入生黃芪 6~15g，旨在托毒排膿。

凡見鼻甲暗紅腫脹較甚者，均可加入行氣活血藥物，如川芎、赤芍、丹參、路路通等。因慢性鼻竇炎正氣已耗，濕毒滯留，或鬱熱上擾，或陰血不足，鼻竅失養，皆可致氣血瘀滯，鼻腔及鼻竇微循環障礙，粘膜增厚，纖維組織增生，使用行氣活血藥物可以發揮行氣活血，改善鼻部微循環，消除分泌腺管水腫，抑制纖維組織增生等作用。

3. 肺虛寒凝：鼻涕色白、質粘、量多、



無味，鼻塞時輕時重，嗅覺減退，惡風自汗，氣短懶言，咳嗽痰稀，鼻甲淡紅腫大，或中鼻甲息肉樣變，中鼻道或鼻底積涕，舌質淡，苔薄白，脈緩弱。治宜溫補肺氣，散寒通竅。方用溫肺止流丹加減：黨參、炙黃芪、蔓荊子各12g，荊芥、秦艽、桔梗、訶子、甘草各9g，細辛3g。並隨症加減。每日1劑。本證乃慢性鼻竇炎常見類型。

對於平素易感冒者，合用玉屏風散，以補益肺衛，固護衛表；有時肺脾氣虛，同時俱在，宜兼顧補益後天之本。

- 脾虛濕滯：鼻涕色白、質稠、量多、有腥味、長流不斷，鼻塞較重，嗅覺減退，頭昏悶重，倦怠乏力，納呆便溏，鼻內肌膜暗滯腫脹，中鼻道或鼻底積涕，舌質淡，舌體胖大，苔白或膩，脈濡弱。治宜健脾益氣，利濕通竅。方用參苓白朮散加減：黨參、白朮、茯苓、山藥、扁豆、桔梗各9g，苡仁12g，白茯苓、川芎、白芷、甘草各6g。並隨症加減。每日1劑。本證常發生於小兒，尤其是消化不良、或反復感冒的小兒。此時須注意調理脾胃功能，忌盲目進補。
- 腎虛寒凝：鼻涕色淡、清稀量多，鼻塞，鼻癢，嗅覺差，偶遇風冷異氣則諸症加劇，形寒肢冷，精神萎靡，夜尿頻，鼻內肌膜色淡，晶瑩腫脹，鼻甲水腫或鼻肉樣變，舌質淡，苔白，脈沉細。治宜溫腎益氣，散寒通竅。方選麻黃附子細辛湯加味：麻黃、制附片、甘草各6g，細辛3g，烏梅15g，訶子、藁本、白

芍各6g。並隨症加減。每日1劑。本證常見於併發變態反應性鼻炎或哮喘患者。

慢性鼻竇炎在臨床上往往肺脾腎虛兼見，或肺腎氣虛，或脾腎氣虛，寒濕邪毒久滯竅竅，但反映於全身的症狀有時不顯，故當明辨之，緩緩圖治。反之，受西醫“炎症”概念影響，概用攻邪之法，只會使病情纏綿或加重。

目前的研究表明，本病多混合有變態發生，臨證時可酌情加入具有抗過敏作用的中藥，尤其在慢性期白粘涕或清涕長流不斷時，藥如黃芪、烏梅、秦艽、五味子、訶子、防風等，從而減少或阻斷變態反應的發生，提高臨床療效。

### 三、驗方治療

- 蒼辛三化湯：蒼耳子15g，辛夷花15g，銀花30g，菊花15g，槐花30g，薄荷6g，生地20g，白芷10g，公英30g，蘇葉10g，防風10g，黃芪15g，甘草6g，生薑5片。
- 銀翹蒼耳湯：銀花、連翹、桔梗、辛夷花各15g，蒼耳子9g，川芎6g，白芷20g，魚腥草、板藍根各30g。
- 歸芪白芷湯：當歸、黃芪、白花蛇舌草各30g，白芷18g，桂枝、川芎、蒼朮、半夏、陳皮、赤芍各15g，黃芩12g，殭蠶、蒼耳子各10g，蜈蚣1條（研沖）。
- 蒼辛散：蒼耳子、辛夷、白芷、本、菊花各10g，木通、川芎各6g，升麻、細辛、甘草各3g，雙花15g，蒲公英、地丁各12g，薄荷5g，生石膏

50g~100g。

5. 鼻淵方：白芷、川芎、薄荷（後下）、柴胡、地龍、甘草各 6g~12g，細辛 3g，菊花、蟬脫、黃芩各 6g~15g，夏枯草 9g~15g，龍骨、牡蠣各 9g~20g。
6. 蜂蛹酒：取蜂蛹 40 只，高粱酒 1000g，置密閉容器中浸泡 1 個月後，濾出藥酒，瓶裝飯後服，每日 2~3 次，每次 3 cc，20 天為 1 療程。
7. 豬鼻肉藥酒：取豬鼻肉 60g，刮洗乾，生柏葉 30g，石斛 6g，柴胡 10g，同放砂鍋內，加清水 4 碗，與豬鼻肉共煮至剩 1 碗湯，濾除藥渣，沖入蜂蜜 60g，黃酒 30g 和勻飲服。2~4 劑為 1 療程，連服 3~4 療程。
8. 鼻淵靈：辛夷、蒼耳子、薄荷、白芷、川芎、赤芍、丹皮各 6g，桔梗、甘草各 3g，水煎 2 次，濾液混勻，分 2 次內服，每日 1 劑。本方適用於慢性鼻竇炎急性感染時。

#### 四、其他療法

##### 1. 滴鼻

- (1) 蔥白滴鼻液：蔥白取汁過濾，用生理鹽水配成 40% 溶液。
- (2) 鵝不食草、烏梅、黃芩各 9g 濃煎取清液滴鼻。

##### 2. 吹鼻

- (1) 冰連散吹鼻：黃連 3g，辛夷 3g，冰片 0.6g，共研細末。
- (2) 肅竇散吹鼻：梅片 3g，絲瓜葉粉 30g，共研細末，取少許置指上，放於一側鼻孔，按住另側鼻孔，輕輕吸入。
- (3) 魚腦石散吹鼻：魚腦石粉 9g，冰片 0.9g，辛夷花 6g，細辛 3g，

共研為粉末。

#### 3. 針灸療法

- (1) 體針：主穴用迎香、合谷、上星、百會。配穴有攢竹、印堂、通天、風池、曲池、足三里等。主穴必用，配穴交替使用，每次選 2~3 穴位，每日 1 次，留針 20~30 分鐘，可據病情選用瀉法，或平補平瀉等手法。
- (2) 耳針：主穴取內鼻，額、鼻眼淨點、上頷；配穴按辨證取相應臟腑點。捻轉，留針 20~30 分鐘，每日 1 次，10 天為一療程。
- (3) 灸法：有溫經通絡，行氣活血，宣通肺竅作用。取穴：顛會、巔頂、迎香、上星等。
- (4) 斬三針<sup>(4)</sup> 實證用鼻三針、列缺、合谷；虛證用鼻三針、四神針、合谷。

4. 推拿按摩：以食指按壓、揉迎香穴，以拇指腹沿鼻翼兩側推、揉至產生熱感為度，有扶正祛邪，疏通鼻竅的功效。

#### 五、防護

1. 加強鍛煉，增強體質，預防感冒，及時徹底治療鼻腔及鼻竇的急性感染。
2. 矯治鼻內解剖畸形與病變，保障鼻竇的通氣與引流。積極防治牙病，避免牙源性上頷竇炎發生。
3. 勤洗鼻腔，去除鼻內積涕，保持鼻道通暢，可做低頭、側頭運動，以利竇內膿涕排出。

#### 六、飲食調節

急性鼻竇炎常由外邪、溼熱引起，屬實證，故應以清淡食物為主，如多吃萹苳、



白蘿蔔、大白菜等新鮮蔬菜。慢性鼻竇炎常由脾虛、腎虧引起，屬虛證，故飲食中應注意健脾補腎，如山藥、扁豆、米仁、枸杞、各種魚類等<sup>(5)</sup>。慢性鼻竇炎患者禁食辛辣肥甘刺激厚味，戒煙酒；平素以清淡飲食為主。並可選用下列食療方間服。

1. 老乾絲瓜末方：將老乾絲瓜 2 條，燒灰存性為末。每次取 10g 用熱米酒沖服，每日 2 次。
2. 辛夷花煲雞蛋：取辛夷花 10~20g，雞蛋 2 個加水適量同煮，蛋熟後去再煮片刻，飲湯吃蛋，每日 1 次。
3. 陳醋煮大棗：將大棗 120g 洗淨，用陳醋 250g 煮棗，待煮至醋乾即成，分 2~3 次將棗吃完。每週 2~3 次。

## 案例

例一：黃 X X，38 歲，男，其 20 歲時因感冒引起鼻炎，每日頭痛，以前額痛較甚。鼻塞，嗅覺障礙，感冒後更甚。夜間睡後常開口呼吸，有時憋醒。耳鼻喉科醫師診斷為慢性鼻竇炎，曾服中西醫藥及針灸與打針注射皆無效，來本院求治，經討論後應用針刺療法，採用深刺迎香穴。用 3 寸毫針，刺入 1~1.5 寸，從迎香穴進針，進針約抵 0.2~0.5 寸時，再以 35~40 度角斜刺到下鼻甲前上端。留針 40 分鐘，不用補瀉手法。經針刺兩次後頭痛明顯減輕，自覺呼吸通暢。針刺 5 次後痊癒，隨訪一年未復發。

例二：李 X X，30 歲，女。二年來經常鼻塞，流膿性鼻涕，頭悶痛，頭昏，眠差，記憶力衰退，感冒時症狀加重，頭痛尤甚。此次感冒二天，前額呈刀割樣疼痛，西醫診斷為慢性鼻竇炎急性發作，消炎藥連續治療二天無效。來診後，應用針刺療法，取攢竹穴，用一寸針快速透過皮層後，

針尖向下傾斜，行緩慢的的捻轉手法，留針五分鐘。應本法，針治二次後而癒。

例三：陳 X X，女：48 歲，有慢性鼻竇炎史已數十年，長期服西藥，流涕清白，鼻塞，前額痛，身體虛弱，易倦怠，上樓會喘息，冬天手足冰冷，夜眠會小腿抽筋，已到停經期，有貧血，長年吃素。望診：面色蒼白，輕度浮腫；舌體胖，白膩苔；脈細澀弱。

筆者認為治宜健脾補腎，養血補氣，改變體質，增強免疫力。特別為其製做一套膏滋方以調補培元，這套膏滋方是用補中益氣湯，小青龍湯，金匱腎氣丸，玉屏風散，四君子湯等數個複方組成。再加上養血補血，活血化瘀，溫補腎元的藥物。經過一週後，做第一次訪查，該患者非常高興，直呼太神奇了，原本每天早上必鼻塞的，現在只偶爾鼻塞流涕。四週後做第二次訪查時，患者表示目前已改善很多，幾乎一週才會鼻塞一次。八週後做第三次訪查，患者表示，這二天因不慎感冒，稍有鼻塞。十二週後做第四次訪問，患者說膏滋方已全部服用完畢，未再引起任何鼻部症狀。

## 參考資料

1. 鹿道溫：中西醫臨床耳鼻喉科學，中國中醫藥出版社：1998.1:174
2. 歐陽忠興：柯興橋，中國醫藥科技出版社：1997.10:363
3. 陳德成·王慶文：中國針灸對穴療法，吉林科學技術出版社：1998.5:474
4. 彭增福：靳三針療法，上海科學技術文獻出版社：2000.8:255
5. 施杞·夏翔：中國食大全，上海科學技術出版社：1998.8:1223

## 外感咳嗽中醫療法

文／江清獅 真濟世內科中醫診所

外感咳嗽為最常見的疾病，主要症狀為咳嗽與咯痰。常由感冒引起，故又稱感冒咳嗽。此病的臨床辨治，以風寒、風熱、風燥，肺火、肺虛五證型，較為完備。中醫藥治療外感咳嗽病效果良好，常能治好西醫無法治癒的病人。

外感咳嗽為最常見的疾病，可說是人的一生中，無人能免於罹患的。此病故名思義就可知是感受外邪引起的急性咳嗽病。相當於現代醫學的急性氣管，支氣管炎病。

（西醫學認為是感染病毒，細菌及物理因素而起病）外感咳嗽住要症狀已咳嗽、咯痰為主，並常兼見鼻塞、惡寒、發熱等感冒症狀，故又常稱此病為感冒咳嗽。

外感咳嗽的證治分型，自古以來就很紛亂，新世紀統編教材中醫內科學將它分為風寒、風熱、風燥三個證型，不夠，依個人臨床所見，應再加入。肺火、肺虛二個證型，才較完備。此篇就以此五證型為主，精選當代醫家臨床研究及筆者臨床常用有確實效果的方藥做為治療。供中華民國中醫藥學會 60 週年慶特刊增熱鬧。不當之處，尚望方家指正。

（一）風寒咳嗽證：止嗽散加防風、蘇葉。

（荊芥、桔梗、紫菀、百部、白前、陳皮、甘草、防風、蘇葉。）<sup>1</sup>

應用說明：此方藥主治咳嗽、咯白痰、鼻塞、

打嚏、流鼻水、頭痛、惡寒、發熱、不渴、小便清長、舌苔薄白、脈浮而有力等證。

（二）風熱咳嗽證：桑菊飲加黃芩、魚腥草。

（桑葉、菊花、杏仁、連翹、薄荷、桔梗、甘草、芦根、黃芩、魚腥草。）

<sup>2</sup>

應用說明：此方藥主治咳嗽、咯痰或黃或白、鼻塞、打嚏、流黃涕或白涕、脈浮數等證。

（三）風燥咳嗽證：清燥救肺湯加板藍根、蒲公英、紫花地丁。（桑葉、生石膏、甘草、胡麻仁、阿膠、麥冬、杏仁、枇杷葉、人參、板藍根、蒲公英、紫花地丁。）<sup>3</sup>

應用說明：此方藥主治咳嗽無痰或痰少而粘、難以咯出、咽乾口燥、或兼有鼻塞、惡寒、發熱、小便黃赤、舌質紅、苔白燥或黃燥、脈浮數等證。

（四）肺火咳嗽證：寧嗽散合黃連解毒湯。

（桔梗、石斛、半夏、川貝母、蘇子、茯苓、薄荷、杏仁、桑白皮、橘紅、穀芽、甘草、黃芩、黃連、黃栢、梔子。）<sup>4</sup>

應用說明：此方藥主治咳嗽、咯黃痰、或白痰帶黃、舌質紅、苔白燥或黃、脈滑實或數實等證。

（五）肺虛咳嗽證：小柴胡湯加銀花、連翹、



貝母、車前草。(柴胡、黃芩、人參、半夏、生姜、大棗、甘草、銀花、連翹、貝母、車前草。)<sup>5</sup>

應用說明：此方藥主治咳嗽、咯黃痰或白痰、臉色淡白或萎黃、舌質淡白、苔或白或黃、脈細弱等證。或咳嗽一個月以上未癒者。

外感咳嗽雖是輕微小恙，但台語俗諺有：「醫生驚治嗽，土水師驚捉漏。」之語，臨床上也常見到外感咳嗽遷延二、三個月仍未能治癒的病人。中醫藥治療外感咳嗽有良好效果，並常能治愈經西醫久治未愈的病患。期待專家學者做更深入的研究，以臻完善。

### 參考文獻

1. 王育群 · 止嗽散對 280 例外感咳嗽的療效觀察 · 江蘇中醫 · 1965(9) : 22
2. 李達娥 · 桑菊飲加減治療咳嗽 52 例 · 福建中醫藥 · 1999 · 30(1) : 50
3. 周明賢 · 中西醫結合治療燥熱咳嗽 37 例 · 陝西中醫 · 1992 · 13(11) : 492
4. 著者自擬方
5. 著者自擬方



# 慢性支氣管炎— 常見於老年人受冷後而發作

文／翁坤炎 台南市中醫師公會名譽理事長

## 病因

慢性支氣管炎，是寒冷地域或冬寒季節多發之常見病，目前認為感染，理化因素刺激與過敏三個互相關連的因素而致病。多見於老年人受冷後而發作。除因受冷後抵抗力降低易得感冒外，對寒冷的過敏反應加呼吸道功能調節障礙也是重要原因。

## 症狀

本病多發生於中年以上，病程緩慢，僅部份患者起病前有急性支氣管炎，流感或肺炎等急性呼吸道感染史。多是隱潛起病，以咳嗽、咯痰為主症，痰多呈白色黏液沫狀，尤以清晨明顯感染受涼後，症狀加重。如有細菌感染時，可出現膿性痰，並可伴有惡寒發熱，氣促等，咳嗽亦加劇，部份患者以喘息為主症稱為喘息性支氣管炎。

## 辨症施治

中醫學對慢性支氣管炎之辨症，根據其病程緩慢，多見於老年體弱，或因久病致衰，可辨為內傷虛損咳嗽之類：如發作之前有急性支氣管炎症狀，多屬外感；慢性者多為內傷。慢性之因感染、受涼、疲勞而反覆發作者，當屬內傷兼有外感。現

根據急則治標，緩則治本之精神，按慢性支氣管炎之緩解期、發作期進行辨症論治如下：

緩解期—多為體弱乏力，神疲食少，咳嗽咳痰或少量咳血等虛損咳嗽之狀，乃肺金之虛，腎水不足，正以子令母虛，故治宜壯水滋陰，以養肺氣，可用「六味地黃湯」、「陰煎」、「左歸丸」治之。

※ 久咳體衰或有少咳血者，宜「補肺湯」加杏仁、貝母、阿膠治之。

※ 久嗽不已癢者，可用「三拗湯」，佐「清金丸」治之。

※ 如久病日衰，形寒易汗，乏力少食者，屬脾腎陽虛，可用「人參養肺湯」、「右歸飲」、「八味丸」等治之。

※ 如聲多痰少，五更多咳者，可按火燥肺金辨症，宜「瀉白散」加知母，或「古二母散」等治之。

※ 另有平補氣血之「紫河車丹」、「紫河車丸」、「蛤蚧散」亦適用在緩解期參考酌用之。

發作期—可因感染而有往來寒熱及咳痰加重者，宜根據急則治標原則，控制感染，減輕症狀，可參加急性及氣管炎辨症施治，如「麻黃湯」、「桂枝湯」、「止嗽散」、「杏仁湯」、「桑菊飲」、「銀



翹散」、「涼膈散」、「白朮湯」、「不換金正氣散」、「香薷飲」等方參考酌用之。

- (1) 治慢性支氣管炎 1 號方：生地、熟地、茯苓、山茱萸、丹皮、山藥、杏仁、貝母、炙甘草、炙枇杷葉、紫菀、橘紅、黨參等。（本方適用於慢性支氣管炎緩解期）
- (2) 治慢性支氣管炎 2 號方：金銀花、連翹、黃芩、黃連、杏仁、貝母、桔梗、甘草、紫菀、款冬、百部。（本方為對慢性支氣管炎控制感染解除症狀而設）。
- (3) 治慢性支氣管炎 3 號方：（養肺固本丸）：紫河車、蛤蚧、冬蟲草、人參、鹿角膠、阿膠、炙甘草、山藥、熟地、黃耆、沙參、麥冬、淫羊藿、巴戟、茯苓。（本方對於慢性支氣管炎患者，可長期服用者）。
- (4) 治慢性支氣管炎 4 號方（清肺止咳丸）：杏仁、桔梗、炙草、川貝母、黃蓮、金銀花、沙參、陳皮、紫菀、膽南星、枇杷葉、半夏、前胡、黃芩、括蕁仁。（本方適用於慢性支氣管炎合併感染者）。

### 漢方醫療探討

▲蔡先生：台南縣人，四十三歲，於七十一年八月五日來診。患者自就診一週前，咳嗽不止，胸悶氣逆，泡沫痰、頭痛怕冷、惡風無汗，曾服用多種止咳化痰藥物均無效果，患者於年前在某醫院曾檢查確定為慢性支氣管炎，歷年來經常咳嗽，有痰而不多，每遇寒冷，咳嗽頻頻。診其脈象浮滑，舌質紅潤，苔薄白，投以「清肺止咳丸」方：加蘇子梗、冬花治之，服藥十天，諸症好轉許多，再服藥半個月，

諸症完全消除，隨訪年餘，未見復發。

▲王先生，男五十五歲，任職於某化學公司，於七十二年五月初診。據病者自訴患慢性咳嗽已十多年，每次多因受涼而引起發作，持續二個月左右方可緩解。曾經 X 光拍片檢查，診斷為慢性支氣管炎。此次詢之喉癢發乾，咳聲重濁，痰白而黏，胸膈作悶，氣促納呆，小便清白，大便微溏，診其脈象弦滑，舌質淡胖，苔白微膩，投以「清肺止咳丸」方，加白芥子、茯苓，連服十天，諸症大減，呼吸平穩，黏痰減少，再服用一個月，症狀完全消除。因其素體虛弱，故又予以「養肺固本丸」，以鞏固療效。

# 子宮內膜異位症中西醫的臨床治則

文／陳成章 中華民國中醫藥學會名譽理事長

## 一、前言

婦女疾患真是千奇百怪、名目繁多，諸如月經一項即有前期、後期、閉經、停經、痛經、帶下、卵巢炎、不孕症、子宮出血、子宮脫垂、妊娠嘔吐、胎位不正、子宮外孕、流產、產後腰痛、產後頭痛、產後乳汁過多或過少、乳腫瘤、子宮肌瘤等等均係婦女一生不可避免的多項痛苦。深值了解與同情，尤以當今社會進化大多婦女不但負有家庭多重責任，且兼有公務上、學術界、商業界、技藝界多種不同的職責，誠所謂要內外兼顧必須要能者多勞，否則殊難以勝任，這是不可否認的事實。

## 二、疾狀概略及中醫診斷的依據

子宮內膜異位症，不但是婦科常見的病症，自從 60 年代起，其發病率有逐年上升的趨勢，嚴重影響了婦女的身體健康及生育機能。

查子宮內膜正常的位置，從其名稱可知，是附在子宮腔壁表面上，在每一個卵巢週期中，子宮內膜增長，然後脫落；如不在正常位置，即不能發揮正常的功能，因此；引起一系列病理變化，及臨床症狀與體癥，統稱為子宮內膜異位症。根據其所異的位置，病變、部位不同，又可分為幾類，如子宮內膜組織在子宮肌層形成局

限性的子宮腺肌瘤，其瘤塊由多數較小腺肌瘤組成，切面可見大小不等的含有陳舊的紫黑色斑點；若是卵巢子宮內膜異位症，多形成巧克力囊腫，囊內含有紫褐色黏稠物；若其他部位的子宮內膜異位症，再病變部分除能見到紫褐色斑點外，其組織常因纖維增生，而增厚硬度，呈結節狀態。在傳統醫學上稱為內傷七情，或淋露凝滯。

證之《三因極一病證方論》：認多因經脈失於調理，產蓐不善調護，內傷七情，外感六淫，陰陽勞逸，飲食生冷，逐致營衛不輸，新陳干忤，隨經敗濁，淋露凝滯，而未癥為瘕。

又《景岳全書—婦人規》：瘀血留滯作癥，惟婦人有之，其證則或由經期，或由產後，凡內傷生冷，或外受風寒，或恚怒傷肝，氣逆而血留，或憂思傷脾，氣虛而血滯，或積勞積弱，氣弱而不行，總由血動之時，餘血未淨，而一有所逆，則留滯日積，而漸以成癥。

本病在臨床上的表現，主要是痛經、陰道出血，〈月經過多或經期延長，下腹部經常墜痛感〉及不孕（約 70%）。通過婦科臨床檢查及其他輔助檢查乃可確定本病。而且一定要與盆腔炎症、癌症相區別。從中醫辯證，不易與其他病變引起的痛經、崩漏、不孕症等病症區分。曾經多年臨床



科研觀察，認為本病的中醫診療一定要堅持辯證與辨病相結合的原則，重在辨病上。根據其病理解剖和病理及生理變化等則屬中醫的癥病及瘀血等範疇，可以想見。

### 三、治療概況

基於上述辨證，參照「諸病源侯論」千金要方「皇漢醫學論」，瘀血之毒害，文獻研究，再讀「醫宗金鑑婦科心法要訣」，凡治諸癥積，宜先瞭解身形之壯弱，病情之緩急而治之。如人虛則氣血衰弱，不任攻伐，病勞雖盛，當先扶氣而後治其病，若形證俱實，宜先攻其病，經云「大積大聚，衰其大半而止，蓋恐過於攻伐，而傷其氣血也。」

諸種理論，再依其「主要症候」，如胞中積塊堅硬，固定不移，疼痛拒按，面色晦黯，肌膚乏潤，月經量多或經期延後，口乾不欲飲，舌邊瘀點，而脈沈澀。

臨床症狀分析其血瘀不行，氣機被阻，積結成癥，故積塊堅硬不移，痛而拒按。脈絡不通，血通失常，上不榮於面，外不榮於肌膚，故面色蒼白晦黯，肌膚不潤。瘀血內阻，衝任失調，故月經量多或經期延後。津液不能上潮，故口乾不欲飲。舌邊瘀點，其脈沈澀，均屬瘀血內阻之徵。故而選用活血散結破瘀消癥，暫以桂枝茯苓丸為主方。然後再依辨證而調整各藥的劑量和加味，不但具有療效，且作用平穩。再如發現有氣滯所致者，故屬有積塊而不堅，推之可移。氣聚痛作，氣行則止，故痛無定所。氣滯則血行不暢，故小腹脹痛。脈沈弦亦為氣機不暢之象。又須以行氣導滯，活血消癥，以香稜丸為治。再如經前胸乳脹痛，經行不暢，屬肝鬱氣滯，可加柴胡、鬱金、金鈴子等疏肝理氣藥；如經

期中或經後小腹冷痛或酸墜而四肢欠濕，屬陽虛陰盛者，加乾薑、附子、小茴香以溫經散寒；久病氣虛者，可以黨參、黃耆、山藥等補氣藥類，若淤久化熱、參有熱症者，又可加蒲公英、敗醬草、或三稜、莪朮，如此繼續治療，在二三月間，即可能收到預期而逐漸改善的效果。

### 四、西醫認定的病因

近年來在臨床上又常發現最新而又最多的病患，為子宮內膜異位症，在生殖年齡的婦女中，可稱為是最時髦的疾病；從婦科門整中統計來看，幾佔有15%以上，而其中又高佔30%~35%比例的會出現不孕，它會造成患者經痛，骨盆疼痛、排卵與性交時疼痛，以及不孕症等現象，但究其致痛之因，為什麼子宮內膜會異位，而又為何會游走到子宮以外的地方去生長，又為什麼在最新醫學文獻裡，尚未找到適當的答案，僅知係一項與女性賀爾蒙有關的疾病，其真實引起子宮內膜異位的真正病因，迄今乃各說紛紜，例如：婁瓦克醫師認為係胚胎時胚層細胞遊走錯誤，而辛普森柏事則認為是月經逆流所致，而加非特醫師則認為是子宮內膜細胞經由血液及淋巴腺轉移到其他器官所致，又有不少學者專家們，又從研究發現，認為係自體免疫患者清X值，或組織升高時子宮內膜異位，也隨著增加，依據最近多篇研究報告顯示，凡社會上工作壓力較重及空氣汙染、水質惡化，都是致病之源，同時，近來在臨床上，確有不少的證據如子宮口狹窄，子宮內膜粘連，子宮彎曲過度，這些都較易發生；又如後傾的子宮，當兩側卵巢及輸卵管嵌入後窟窿時，腹腔或骨盆腔發炎時，都易於內膜的種植，他如生產或外因

手術時，也經常有異位的報告出現，又如長期或不當使用女性賀爾蒙，亦常能促使組織及生理變化，而易於讓異位植入，更如月經異常者，遠較月事規則者發生率可多達一至兩倍，他如運動較少的婦女，亦比每週稍有運動者，其發生率會高出兩倍以上等等。

## 五、處置方式

查子宮內膜異位症，為漸進性的疾患，不但人數普遍，且以年輕患者居多；因此，在治療方面，應從早從速，任意拖延，則易使病情惡化，舉凡藥物治療或手術處置，均較不加治療為妥善，也就是說治療都比不治療為好，天下沒有患病而自然可癒的，尤其是嚴重的病患。一般而言，早期（輕微）及腫瘤在六公分以下者，多採藥物治療—①混合性激素及黃體素製劑，②單一黃體素製劑，③雄性激素製劑，④抗腦下垂體黃體釋放製劑，都有很高的治療率。倘若藥物治療失敗，而腫瘤超過六公分以上，骨盆腔或卵巢及輸卵管粘連、不孕、經痛、腹痛、腰痛、頻尿、便秘等，最好接受腹腔鏡檢查等；如此，不但可確實診斷出腫瘤及粘連的位置及病情輕重，也可減少誤診及不必要的手術，並擬定正確的治療方針。在此同時，腹腔鏡可以做腫切除，顯微手術（如粘連分離、輸卵管整形、異位內膜的燒灼等）。倘若粘連十分嚴重，或腫瘤破裂，或大量出血，即可立刻實施剖腹手術，又如最新引用同位素二氧化碳雷射腹腔鏡手術，在臨床使用上，亦有相當績效。

## 六、結論

上項病症在表面上似非嚴重，但其痛

苦實難表述，不但係慢性病患之一，而且是一種難於完全痊癒之徵候，在西醫藥物療法鎮痛雖易，而實際效果欠彰，即使手術治療，亦難免有切除後發現結疤及粘連等等的遺留疾患，為安全起見乃係以服中藥緩緩治療為妥善，亦尚能達其預期效果。務希患有類似病症時，勿作不必要的檢查及輕易手術，最重要者，還是多加注意，以早期發現早期治療最為上策。



# 眩暈症的中醫經絡調理

文／鄭阿乾 新竹縣中醫師公會名譽理事長

## 眩暈的症狀：

眩暈是一種運動的錯覺，感覺自己在旋轉，患者對空間、方向、距離的感覺出現障礙，致平衡感消失，症狀會有頭重、腳輕、站立不穩、眼球震顫，或有嘔心、嘔吐、臉色蒼白等表現，或有伴隨頭痛、耳鳴、健忘、失眠、腰膝酸痛及盜汗…等自主神經失調症狀。

## 眩暈的原因：

根據古代中醫學理論，眩暈是黃帝內經中與肝風、體虛及外邪有關，認為諸風掉眩，皆屬於肝，上氣不足，腦為之不滿，耳為之苦鳴，頭為之苦傾，目為之眩。明清醫家，繼續發展逐漸形成共識，認為無痰不作眩，無虛不作暈的理論，將本病病因及病機概括為風、火、痰、虛四個方面。阿乾即根據這4方面加以分析研究，並經過多年的臨床使用，效果十分良好。

## 眩暈的辨證：

(1) 外感風邪：因受風寒或中暑所引起，風熱或風寒邪氣循風府穴而上稱為腦風或外感邪氣。

症狀：通常發生在後腦勺、小腦，會有眩暈、頭重、胸悶、頸椎酸痛、嘔心、嘔吐、倦怠乏力、面蒼白等症狀。

治療：參考中藥以川芎茶調散、九味羌活湯、葛根湯為主，需配合個人體質，由中醫師診斷配方為主。

經絡療法：主要穴道：風府、大椎、啞門、風池、肩井。

經驗說明：因邪氣上侵腦幹，導致氣血不暢，經絡不通，風為陽邪最易上侵，頭居上部，致引起眩暈及頭痛，如能對症治療，可迅速見改善。大椎、啞門、風府是頸椎通達大腦之要穴，屬督脈。風池穴與肩井穴屬膽經，能去風邪，改善膽經阻塞，可用針灸或直接用手指搓按相關穴位，稱為刮三條，能幫助氣血循環、消除眩暈。

(2) 肝陽上亢：因肝鬱化火，上擾頭心，是為內傷，例如：長期受壓抑、長期失眠，此類症狀病程較長，且易反覆發作，症狀有雙目紅赤、頭暈眼花、心煩嘔心、心情不安、急燥、容易惱怒、口苦口乾、病發在頭頂部或左右兩側，也可能有瘀血致常會偏頭痛，瘀血引起偏頭痛，會固定一側。

中藥療法：大小柴胡湯、抑肝散、加味逍遙散、川三七…等。

經絡療法：百會、四神聰、天衝、

率谷、角孫、太冲、頭竅陰、後頂。  
治療經驗說明：肝陽上亢者，以頭脹痛為主，多在頭心或兩側，常伴有眩暈、目花、心煩、口苦、急燥、易怒、雙眼紅赤等現象，是因為肝經濁氣無法靠膽汁順利排出，會通過三焦經上炎到頭部造成眩暈及頭痛。建議除了中藥治療之外，宜多休息，放鬆心情、消除緊張。經絡療法按壓百會能升陽益氣，安神醒腦，四神聰聯絡諸經脈。

按壓天衝、率谷，平衡左右腦，調和副交感神經。角孫調和內分泌，改善心情。

按壓太冲、頭竅陰，改善腦壓，緩解緊張，幫助睡眠。

(3)痰濁上擾：人體各器官功能都由神經系統調節控制，胃氣不和、精神不佳，就會影響腦部迷走神經，導致胃經不通、痰濁上擾，因胃腸蠕動由迷走神經所操控，前額屬胃經。

中藥療法：香砂六君子湯、二陳湯、半夏天麻白朮湯，以調胃氣為主，需由中醫師診斷，辨證論治，對症下藥。

經絡療法：上星、神庭、頭維、太陽穴、迎香、合谷、足三里、風池，用針灸或按摩。

治療經驗說明：前額頭痛及眩暈是胃經不通、痰濁上擾所致，所以按壓神庭、上星，提神醒腦，按壓太陽、頭維，是維繫精神所在，按壓合谷、足三里能升清氣、降濁氣，聯絡迷走神經，增強中氣。風池、迎香穴是鼻炎治療穴，能祛邪化瘀

除痰。

(4)氣血虧虛：

氣虛者因運動不足或過度勞累，致整個頭都會暈痛。

中藥療法：補中益氣湯、川芎茶調散、獨參湯。

經絡療法：百會、風府、風池、太陽、合谷、列缺。

說明：氣在人體中能推動循環，有生血、行血、固攝作用，氣虛則引起眩暈頭痛，所以宜按壓百會開竅寧神；按壓風池、風府止痛祛邪，按太陽提神止暈；按合谷列缺能升清氣調氣血。

血虛者因肝血不足，不能上達腦部，引起眩暈、失眠、心悸、頭痛、面色黃或蒼白等。

中藥療法：人參養榮湯、歸脾湯、四物湯…等為主，需請教中醫師診斷治療，對症下藥。

經絡療法：百會、後頂、內關、神門、三陰交、陰陵泉。

說明：血在人體中有營養滋潤臟腑及聯絡組織器官、養氣載氣等作用，所以多按壓百會、後頂，調養氣血；內關、神門能安定精神助好眠；三陰交、陰陵泉調理血氣。

氣血兩虛即陰陽失調，內外傷、手術後、生產後過度勞累，引起的眩暈、頭痛，是因氣血虧虛所致。

中藥療法：以調氣養血之方八珍湯、十全大補湯、人參養榮湯為主。

經絡療法：百會穴、大椎穴、風府穴、後頂、命門穴、關元穴、氣海穴。

經驗說明：不論是小腦或內耳不平



衡，都容易引起眩暈和血氣不足或腎氣不足有關，也和大腦、腦幹，甚至五臟六腑都有關聯。氣血虧虛、陰陽失調就會引起頭暈、眼花、頭重、腳輕，甚至跌倒。百會是諸陽之會，能升陽開竅。大椎穴是脊骨中老大，有正中調和之作用，風府將氣送入大腦，命門是十二經之根，後頂能幫助肝經氣血，滋養腦部及幫助視力。按壓關元、氣海幫助元氣提升，加強精氣神。配合中藥調養，補充腦部氣血，則眩暈頭痛即能痊癒。

### 防治眩暈的自我調適和養生方法

要改善眩暈首先要重視早睡早起，並注重早餐營養，所謂「一年之季在於春，一日之季在於晨。」早上五點至七點走大腸經，故早上5至6時起床，先做10個深呼吸，喝二杯溫開水，上個洗手間解決二便，梳洗完畢到戶外運動，由緩而快，讓身體出些汗再回家洗個澡，新陳代謝及循環正常，胃口大開。早上七點至九點走胃經，一天中體能活力取決於早上的餐點，早餐營養：蛋、豆漿、饅頭、飯、青菜、豆腐、水果、瘦肉…等。一定要吃得好，也要吃飽，吃完早餐，走動十分鐘。上午九點走脾經，開始上班，脾主運化，能使心情舒暢，工作效率高，更使腦力、體力增強即能預防眩暈並改善失眠，使身心健康，此外，正常起居、飲食有節、充足睡眠，保持心情愉快，健走運動、喝溫開水、泡熱水澡…等，都是重要的保養方法。

### 防治眩暈經絡按摩操：

(1) 百會穴、(2) 提神醒腦、(3) 太陽

穴操、(4) 鼻眼操、(5) 擦口操、(6) 洗臉操、(7) 耳朵操、(8) 鳴天鼓、(9) 脖子操（止暈操）、(10) 頸部運動、(11) 肩部運動、(12) 雙手反轉。



# 中醫談代謝症候群

文／陳志芳

台北市中醫師公會理事長

台灣中醫男科學會理事長

中華民國中醫藥學會監事長

## 前言

代謝症候群 (metabolic syndrome, MS)，嚴格說來並不是一種疾病，可說是一種病前狀態，表示身體代謝開始出現異狀。MS 疾病已引起國內外醫學專家的關注，儘管原因不十分明確，但從發病的現狀看，它與飲食結構的不合理、生活缺少規律、缺少運動、精神壓力過大、遺傳因素等關係密切，是現代一些不良生活方式造成的。

## 代謝症候群的診斷

對於代謝症候群的診斷，經國民健康局參酌國情，邀集醫學專家與團體，訂出國內臨床診斷的準則為下列五項危險因子中，若包含三項或以上者屬之：

1. 肥胖：腹部肥胖（腰圍：男性  $\geq 90\text{cm}$ 、女性  $\geq 80\text{cm}$ ）或身體質量指數 (BMI)  $\geq 27$ 。
2. 高血壓：收縮血壓 (SBP)  $\geq 130\text{mmHg}$  / 舒張血壓 (DBP)  $\geq 85\text{mmHg}$ 。
3. 高血糖：空腹血糖值 (FG)  $\geq 110\text{mg/dl}$ 。
4. 高密度脂蛋白膽固醇 (HDL-C)：男性  $<40\text{mg/dl}$ 、女性  $<50\text{mg/dl}$ 。
5. 高三酸甘油酯 (TG)  $\geq 150\text{mg/dl}$ 。

其中，血壓 (BP)、空腹血糖值 (FG) 等兩危險因子之判定，包括依醫師處方使用降血壓或降血糖等藥品，導致血壓或血糖檢驗值正常者。當出現上述五個指標當中的任一狀況，就須警覺是否也有其他四項問題，不要只是單看高血脂或是高血壓、高血糖等等問題，應該同時注意其他的問題。

## 代謝症候群的原因及影響

「代謝症候群」主要與體內胰島素功能不良有關，並包含高血壓、糖尿病、高血脂及肥胖等四大危險因子，會導致心血管疾病的機率大增。換言之，病人可能會出現血糖偏高甚至糖尿病，且往往會合併高血壓、中廣型肥胖及血脂肪異常（三酸甘油脂偏高、高密度膽固醇偏低）等。

代謝症候群的發生原因有很多，如性別、年齡、種族、生活型態、肥胖及遺傳等。許多研究指出代謝症候群會增加心血管疾病及第二型糖尿病等慢性疾病的危險性，且會造成其死亡率上升，世界各國代謝症候群盛行率持續上升中，已成為重要的公共衛生議題。



## 代謝症候群的機轉

心血管疾病的主要危險因子有高膽固醇血症、高血壓、糖尿病、抽菸、年紀大，而肥胖亦被視為重要危險因子，尤其糖尿病患者不僅容易產生全身性血管病變，也會促發胰島素阻抗 (insulin resistance, IR) 作用，影響血糖、血脂肪的代謝，損傷血管內皮細胞功能，引發動脈硬化反應。動脈硬化若持續進行則形成動脈粥狀硬化塊，如動脈硬化塊逐漸增大，將造成動脈阻塞及狹窄之症狀，若動脈粥狀硬化塊不穩定而破裂時，將引發血管內血栓形成，並引發危急病症，如急性心肌梗塞及梗塞性腦中風。

## 代謝症候群的中醫認知

中醫認為 MS 的發生原因與先天體質、飲食不當、精神壓力、缺乏運動及年老體虛有關。茲將其病因病機略述於下：

- 一、先天體質：先天因素腎為先天之本，主藏精，內寄元陰元陽，腎虛則命門火衰，不能為脾陽蒸化水穀，運化失職，水液代謝失常致痰濕膏脂淤結幹肢體肌膚，發為本病。體形的胖瘦受先天稟賦的影響，《靈樞·衛氣失常篇》中指出：“人有肥，有膏，有肉。”《醫學實在易·卷四》也說：“素稟之盛，由於先天……，大抵素稟之盛，從無所苦，惟是濕痰頗多。”這大概與現代醫學所指出的本病有遺傳傾向是一致的。
- 二、飲食不當，飲食過多，壅滯中焦之氣，有礙脾胃升降，樞機不得，最終導致運化失職脾氣鬱滯；飲食偏嗜，喜嗜膏粱厚味之品，肥者令人內熱，甘者令人中滿，多滯中焦之氣，脾氣鬱結。

中焦脾胃為氣機升降之樞紐，主運化，脾氣鬱滯，胃氣不降，食滯不化，運化失健，水濕不化，津液不布，濕痰濁邪內生，發為本病。

- 三、精神壓力：情志失調，所思不遂，情志不舒，肝氣鬱結，氣機不暢，血行瘀滯，水液代謝受阻，為痰為濕。肝主疏泄，脾主運化，脾的運化，有賴於肝的疏泄。肝的疏泄功能正常，則脾的運化功能健旺。病理上，肝病可以傳脾，脾病也可以及肝，肝失疏泄，脾失健運，中焦氣化失司，則水穀精微布散失常，津液輸布失常，痰濁內生，病情進一步發展則出現氣滯血瘀，痰瘀互結，進一步加重氣化功能失常，形成惡性循環。
- 四、缺乏運動：過逸少動久臥，久坐，活動過少，能量供給超過需要，也是本病的重要原因。《素問·宣明正氣論》曰：“久臥傷氣”；《醫學入門》也強調久臥久坐“猶傷人也”；《呂氏春秋盡數篇雲》：“形不動則精不流，精不流則氣鬱”。可知久臥久坐，氣虛氣鬱，運化無力，輸布失調，膏脂內聚而為本病。
- 五、年老體虛：年老體虛，腎氣虧虛，蒸騰氣化作用失常，津液不能蒸化而為痰濁；腎精不足，氣化無源，無力推動血液運行，脈道澀滯至血瘀。王清任《醫林改錯》指出：“元氣既虛，必不能達於血管，血管無氣，必停留而為瘀。”

## 代謝症候群的中醫診治

目前現代醫學治療 MS 主要針對其各相關組分分別治療，具有起效快、作用環

節明確的特點，但其不良反應較多。相對地，中醫學在整體觀念的總治則指導下早期干預，不僅能改善胰島素阻抗，還可保護內皮細胞，抑制高凝狀態，緩解炎症反應；長期治療，相對安全。茲將中醫的分型辨證論治略述如下：

#### 一、肝胃鬱熱證

症狀：常見形體壯實、面色隱紅、口乾、口渴、口苦、口臭、多飲、多食、急躁易怒、兩脇脹滿、小便黃赤、大便乾結，舌質紅，苔黃，脈弦實有力。

治法：開鬱清熱。

方藥：大柴胡湯加減。

#### 二、瘀熱互結證：

症狀：除有前證的熱象外，尚有一些早期瘀血的表現，如舌質暗紅或隱紫，可有瘀斑瘀點，舌底脈絡瘀滯等。（MS 患者中病程較長者，多屬此證型。）

治法：清熱活血。

方藥：三黃湯加味。若鬱、熱、瘀都明顯，可將大柴胡湯合三黃湯加味。

（此階段還有其他一些證型：表裏三焦俱熱者，可用防風通聖散；肺胃熱盛者，可用三黃瀉心湯；濕熱較盛者，可用三仁湯；痰熱較著者，可用小陷胸湯；偏於酒食生痰者，可用順氣消食化痰丸；後期氣由熱耗，出現虛實相兼時，又可用枳實消痞丸、健脾丸、枳朮丸等。）

#### 三、陰陽兩虛證

症狀：表現為倦怠乏力、氣短懶言、面色萎黃、畏寒肢冷、腰膝酸軟、頭暈目眩、食慾不振、小

便或短少或清長、多泡沫、腹瀉或便秘、舌淡苔少、脈沉細無力等。

治法：陰陽雙補。

方藥：地黃飲子加減。

#### 四、氣陰兩虛證

症狀：表現為疲倦乏力、氣短自汗、口乾多飲、夜尿頻頻、小便清長、舌質淡紅、少苔、脈沉細無力等。

治法：益氣養陰。

方藥：參耆地黃湯加減。

#### 五、腎陽虛證

症狀：表現為面白無華、肌膚甲錯、畏寒肢冷、動則氣喘、神疲、納差、便溏、下肢水腫、小便清長、舌暗淡、苔薄白、脈沉細或緩等。

治法：溫補脾腎。

方藥：金匱腎氣丸合四君子湯加減。

### 代謝症候群的預防

MS 的兩大主因是過食與少動，因此預防「代謝症候群」的不二法門，就是要健康飲食與規律運動－健康飲食（少鹽、少油、少甜、控制飲食整體的總熱量、多吃不同種類的蔬果；避免加工和油炸的食物；肉類儘量選擇白肉和魚肉，少一點紅肉；戒菸、戒酒）、規則運動（運動可以增加細胞對胰島素的利用，減少阻抗的問題，並且運動可以幫助減輕體重，瘦下來也可減少胰島素阻抗）以保持理想體重，尤其是減少腰圍。同時要調控情志，並定期檢測血壓、血糖、血脂肪。

### 中醫藥防治代謝症候群



現代醫學已逐漸朝向防患於未然的目標前進，而中醫更早有此觀念，內經云：「聖人不治已病治未病，不治已亂治未亂。」中醫學與西醫學一樣，都強調預防的重要性，對 MS 的防治理念就是“治未病—未病先防、既病防變、癒後防復”，對減少或延緩相關心腦血管事件的發生無疑具有重要的臨床和社會意義。筆者認為，中西醫結合必定是今後治療 MS 的趨勢所在，並且中醫藥將會以獨特的優勢在 MS 的防治領域越來越受到人們的重視。

# 中醫治療糖尿病病例報告一則

文／張仁淵 高雄市存德堂中醫診所主治醫師

## 摘要

糖尿病是一種代謝異常的疾病，大多數人可能終身都要與它為伍，控制不好時，全身器官更可能受到血糖的侵襲，而產生許多的併發症，這些併發症包括高血壓、腎病變引起的尿毒症、足部傷口不易癒合最後遭到截肢的命運、視網膜病變引起的失明、性功能失調引起的陽痿、末梢神經反應遲鈍引起的麻木感、血管病變引起的心臟病、腦中風等，在古代的中醫稱它為「消渴症」，分為三消，凡口渴多飲為上消，消穀喜飢為中消，小便頻尿而多渾濁為下消。糖尿病另外一個重要的臨床特徵是體重突然的暴瘦。

關鍵字：代謝異常，血糖侵襲，併發症，消渴症，突然暴瘦

## 前言

糖尿病的病因主要是胰臟分泌胰島素不足，腎臟不能有效的將葡萄糖回收再利用，供人體能量所需，於是血液中的葡萄糖濃度增加，葡萄糖從尿中排出，尿中含糖，這就是西醫所稱的糖尿病。糖尿病人因血中含糖濃度過高，會藉由尿液將糖分連帶水份排出，體內漸漸失去大量的糖分和水分，所以會感到口渴，口渴自然就會喝水，喝水之後又排出，於是就有「多飲多尿」的症狀，另外由於葡萄糖無法攝取

供應能量，人體就會找替代能源，消耗體內脂肪，供人體能量所需，所以體重就會突然的減輕，而且會有「多食」的症狀，糖尿病就是以「三多」為主要症狀。在古代的中醫稱為「消渴症」，並分三消症（上消、中消、下消）與西醫的三多症相對應。

運用中醫的四診、八綱辨症、三消辨症，然後對症處方用藥，通常都有一定的效果。

## 病例報告

### 一、基本資料：

姓名：林×× 性別：女 年齡：51 籍貫：高雄市

病歷號碼：12××× 婚姻：已婚 職業：福利站店員

初診日期：101/05/12

### 二、主訴：

患者自訴，口渴、頻尿、疲勞、倦怠、易飢餓、體重略胖，睡眠不佳，已多年。

### 三、現病史：

這名 51 歲患者，經常覺得口乾舌燥，大量飲水，飲不解渴，連帶伴有頻尿的現象，容易飢餓，疲勞倦怠，曾至西醫檢查及治療，血糖飯前 183mg/dl，糖化血色素 (HbA<sub>1c</sub> 8.2%)，每天口服降血糖藥，口渴現略微好轉，但治療多年，未見顯著效果，經友人介紹，101/05/12 轉至本診所就診，



仍感全身疲勞倦怠，易飢餓，診其脈沈數滑有力，舌邊尖紅有裂紋，頻尿，由於血糖侵襲視網膜，視力明顯減退，經多月細心調治，多年糖尿病已獲得明顯控制。

#### 四、過去病史：

曾患腎結石、更年期症候群（臉潮紅、睡眠障礙）、高血壓。

#### 五、個人史：

無喝酒或抽煙，個性易緊張、健忘，睡眠不佳，易疲倦。

#### 六、家族史：

無特殊家族史。

#### 七、中醫四診：

##### （一）望診：

1. 體型：體態略胖，神疲面黃。
2. 神態：全身倦怠，精神差。
3. 眼睛：眼神無光彩，視物不清。
4. 舌診：舌邊尖紅有裂紋，苔黃厚膩。
5. 四肢皮膚：正常。

##### （二）聞診：

1. 氣味：無特殊氣味。
2. 聲音：微弱，倦怠懶言。

##### （三）問診：

1. 寒熱：怕熱。
2. 問汗：易流汗。
3. 頭身：頭暈，全身疲勞倦怠。
4. 二便：大便三日一行，便秘，小便頻數。
5. 飲食：易渴易飢。
6. 睡眠：睡眠不佳，多夢，半夜易驚醒。
7. 耳：聽力無異常。

##### （四）切診：

脈象：沈數滑有力。

#### 八、西醫理學檢查：

- （一）血糖：飯前 183mg/dl。
- （二）糖化血色素：Hb A<sub>1c</sub> 8.2%。

#### 九、整體回顧：

這是一位 51 歲的女性，患有多年的糖尿病，經西醫治療效果並不顯著，而且漸漸有併發症出現，平常顯得易渴、易飢、頻尿，在中醫的診斷為消渴症，而且三消症（上消：多飲、中消：多食、下消：多尿）俱全，故在辨症論治上，處方用藥應以上、中、下消分別治療，方能達到治療效果。

#### 十、診斷：

- （一）西醫診斷：糖尿病。
- （二）中醫診斷：消渴症。

#### 十一、治則：

三消分治，著重於腎。

- （一）上消：宜清肺瀉火。
- （二）中消：宜清胃瀉熱。
- （三）下消：宜滋陰清熱。

無論上、中、下各消病症，大都涉及腎臟，故凡耗傷及腎，即當注意補腎為主。

#### 十二、治方：

- （一）上消：白虎加人參湯。
- （二）中消：甘露飲。
- （三）下消：六味地黃丸。

#### 十三、理法方藥：

（一）理：病因：1. 上消：肺臟燥熱，津液失布。

2. 中消：胃火內熾，胃熱消穀。

3. 下消：腎氣耗損，下元失固。

病位：肺、胃、腎。

病症：主證：口渴、頻尿、多食。

次證：睡眠不佳，易驚醒，脈沈數滑有力，舌邊尖紅有裂紋，苔黃厚膩。

病患曾接受西醫口服降血糖藥治療，

療效不佳，併發視力減退，全身疲勞倦怠，並引發高血壓症狀，肺臟燥熱，津液失布故口渴；胃火內熾，胃熱消穀故多食；腎氣耗損，下元失固，故頻尿；兼睡眠不佳，易驚醒，舌邊尖紅有裂紋，苔黃厚膩；脈沈數滑有力，腎陰虛虧火旺之象。

(二)法：1. 上消：宜清肺瀉火，生津止渴。

2. 中消：宜清胃瀉熱。

3. 下消：宜滋陰清熱固腎。

(三)方：1. 上消：白虎加人參湯加減。

2. 中消：甘露飲加減。

3. 下消：六味地黃丸加減。

(四)藥<sup>(1)</sup>

1. 以白虎湯中之石膏、知母清肺胃之熱；粳米、甘草和胃養陰；酸棗仁、天花粉、石斛、枸杞子、人參，養陰生津止渴。

2. 以甘露飲，清胃熱，滋陰液；甘草、生地黃、熟地黃、天門冬、麥門冬、石斛治胃之虛熱；黃芩、茵陳清熱而去濕；麥門冬、知母、天花粉，滋養肺胃之陰津；葛根升陽益胃氣。

3. 以六味地黃丸滋養腎陰；熟地黃、山茱萸、枸杞子、五味子、金櫻子固腎益精；茯苓健脾滲濕；山藥滋補脾陰；澤瀉、牡丹皮清瀉火熱；陰虛火熱，失眠可加知母、黃柏滋陰瀉火；全身倦怠乏力加黨參、黃耆益氣；以益智仁、烏藥、山藥固腎縮尿。

#### 十四、療效追蹤

自 101/05/12 服藥至 101/11/10 期間，再去醫院理學檢查，血糖值已獲得初步控制降至飯前 125mg/dl，續以前方加減，並囑咐飲食控制及運動，按時服藥，以鞏固療效。

#### 結語

消渴是以多飲、多食、多尿(三多)以及體重突然的暴瘦為主要的臨床特徵，是一種代謝異常的慢性疾病，其多飲、多食、多尿也是作為上消、中消、下消的臨床分類，其起因大都與過勞、嗜食肥甘厚味、飲食不知節制、房勞等有關。也有部分人來自遺傳因素，其病位在肺、胃、腎而與腎的關係最為密切，在治療上，宜三消辨證，而要著重於腎。

#### 參考文獻

1. 劉燕池，李遇之：糖尿病(消渴)證治概要，志遠書局，2000；5：82-86。



# 貧血－ 漢方使您不再頭暈眼花

文／翁坤炎 台南市中醫師公會名譽理事長

「貧血」兩字，乃近世流行系詞。古時中醫學稱之為血分不足，成稱「血虛血少」。嚴重的本為「血虧」，最嚴重的名為「血枯」。醫聖張仲康稱為「亡血家」，這是指向分不足的程度深淺而言。

## 病症

貧血是病理的現象，即指血量不足，和血液的組成不符生理標準（如血色素不足或紅血球缺乏、畸形等）。有了貧血，就會產生許多的病證，例如皮膚蒼白，疲倦乏力、頭暈耳鳴、記憶力減退、思想不集中以及食慾減退、形體消瘦、頭鬆稀鬆或心悸失眠等症狀。

## 病因

造成貧血的原因，約有下列幾種：

1. 進食偏見所致－很多人對於日常進食的食物，選擇每有偏見，久而成為一種不良的習慣。如對若干食物堅決拒不進食，吃的東西偏於少數幾種，因此所得的營養料，也偏限於某一方面。全身所需的營業料，供應就不能均勻，尤其是不肯吃含有鐵質一類的食物，久而久之，就很容易醞釀成為貧血情況。

2. 由出血所引起－有很多貧血患者，由於身體上失血過多而引起的。一種是屬於一時的大量出血，如嘔血、便血、鼻血、痔血、血崩，產後出血以及手術流血損傷之症，一種是屬於慢性的小量出血，如咯血，牙血，及若干內部病症，隱隱出血，如胃及十二指腸潰瘍出血等。
3. 由患病所引起－有很多人患了疾病，病勢的進展期中。也會引起貧血。如瘧疾、溶血性黃疸，和其他若干傳染病，對紅血球的破壞極為迅速，就是所謂溶血性貧血症候；又如虛勞病症、心病水腫，寄生蟲病，癌症等等，乃長期消耗的病症。即使沒有顯著的出血症象，也能使血份耗損，成為血癌、血虧的現象。
4. 長期營養不良－有些人根本並不是為了選擇食物太苛，或是有許多人為了經濟情況不佳。或當地食品供應不足，以致營養缺乏而造成貧血者。

有些人因為處理事務太忙，勞碌終日，席不暇暖，非但不能按時進食，用餐之時，又不能好好進食，匆匆的但求果腹而已。像這種情形，也可能因為食物待不利造血



所需的營養料，而成為貧血症。

### 辨症施治

#### 1. 心脾兩虛，氣血雙虧：

〔主症〕—頭暈目眩，語聲低微，心悸氣短，四肢無力。飲食無味，面色蒼白，唇色淡白，舌淡苔白，脈虛軟無力，可有鼻衄、齒齦或皮膚出血。婦女則可見月經量少色淡，其財閉經。

〔治法〕—健脾益氣、補血養心。

〔方藥〕—歸脾湯加減。

黃耆、黨參、白朮、當歸、遠志、熟地、陳皮、甘草、龍眼肉、阿膠（融化）。

#### 2. 肝腎陰虛，精血虧損：

〔主症〕—頭暈目眩，目赤耳鳴，腰酸腿軟，遺精盜汗，顴紅潮熱，手足心熱，煩急，舌淡苔少，脈弦細數。

〔治法〕—滋補肝腎，養血益精。

〔方藥〕—六味地黃湯加減：

熟地、山萸肉、山藥、茯苓、丹皮、鹿角霜、當歸、白芍。

#### 3. 血虧氣弱，脾腎陽虛：

〔主症〕—面色蒼白，神疲體倦，畏寒肢冷，腰酸腿軟，心悸面浮，少氣懶言，食少納差，易汗便溏，舌淡苔白，脈沉細。常有便血或經血不止。

〔治法〕—溫補氣血，健脾益腎。

〔方藥〕—人參養榮湯加減：

當歸、熟地、白芍、陳皮、黨參、茯苓、白朮、甘草、五味子、遠志、鹿角膠、炙黃耆、肉桂。

〔預後〕輕症貧血一～二月可治癒，重症貧血三～四月可治癒。

### 漢方醫療探討

▲練小姐，女二十八歲，加工區女工，

患者於七十四年三月曾因腹瀉服用氯黴素而引起貧血，後往院檢查，診斷為再生障礙性貧血，長期治療而效果不佳，此次前來求治，檢查血色素4克%，血白球2,000/mm<sup>3</sup>，血小板5萬/mm<sup>3</sup>，症見面色●白，頭暈頭痛，目糊耳鳴，心跳氣短，神疲乏力，腰膝酸痛，失眠多夢，健忘，怕冷，午後低熱，五心煩熱，口燥咽乾，大便時溏，小便黃，下肢輕度浮腫，四肢皮膚有瘀點，舌質淡，苔白膩，脈弦細數無力，投以「八珍湯和三膠湯」加減方，服用半個月，病症好轉，停止輸血。其後又連續服藥三個月，服藥期間藥味依前方略作加減，服藥後諸症均消失，血液化驗均已正常，精神充沛，恢復工作。

（編者按：再生障礙性貧血屬中醫學的「虛勞」、「血症」等範圍。初起邪盛正旺，邪正相爭，屬於實症。先因陽虛而累及陰損，即功能低下而逐漸貧血，轉為虛症。方中重用附子、鹿角膠、借附子大辛大熱，大壯元陽，附子有興奮全身細胞生活力和升壓作用，鹿角強陽秘精髓，可促進全血細胞生長，有類似激素的作用，取四君子湯、黃耆補中益氣，四物湯滋肝養血，三七、雞血藤、仙鶴草消除瘀血，木香降氣，阿膠、龜板膠有陰，填精益髓。同時補陽藥借補陰藥為基礎，確有陽生陰長之妙，其奏溫陽實脾，滋陰養液、導滯生新之功。）



# 中醫辨證治療類風濕性關節炎

文／邱戊己 竹林堂中醫診所院長

## 前言

類風濕性關節炎從幼兒至老人均可發病，是一種以關節滑膜炎為特徵的慢性全身性自身免疫性疾病，逐漸發展為多發性關節炎，表現為關節痛、腫、強直、變形。其最突出症狀為關節腫痛，晚期可引起關節強直、畸形和功能嚴重受損<sup>[1]</sup>。進而生活不能自理，對社會造成不利。本病多為對稱性的多關節炎，以雙手小關節、膝、腕、足等關節最易遭受侵襲，也可波及踝、肘、肩、髌等關節。

中醫認為類風濕性關節炎相當於中醫的“尪痺”、“頑痺”、“歷節”等病，統屬於“尪痺”之範疇。《三因方·歷節論》云：“夫歷節，疼痛不可屈伸，身體尪羸，其腫如脫，其痛如掣”。《諸病源候論》曰：“歷節風之狀，短氣自汗出，歷節疼痛不可忍，屈伸不便是也。”這些描述與本病頗為相似。

## 流行病學

自嬰幼兒至 90 歲的高齡類風濕性關節炎患者中，中年人發病率高，男女比率約為 1:3，女性多發是其特點之一。發病率隨年齡增長而升高，60 歲以後有下降趨勢。老年發病者少，儘管如此，青、中年期發病的患者，其症狀持續至老年期的也不少

見，因此老年類風濕性關節炎患者較多<sup>[2]</sup>。

本病約 75% 累及多關節，25% 屬單關節性。在多關節中，以手、足小關節最常受累，約佔 60%，其次為大關節約 30%，或大小關節同時受累僅約 5% 左右。單關節性以膝關節較多見，亦可見於肩、腕、髌等關節，少見於踝或肘關節，而小關節更少見<sup>[3]</sup>。

60 歲以後發病的類風濕性關節炎在全部病例中佔 10% 左右，老年期發病病例與老年期前成人期發病病例比較，其發病類型、病程經過多少有些差異。老年期發病的類風濕性關節炎沒有男女之別，沒有女性好發傾向。其原因可能是過了閉經期，內分泌尤其性激素代謝發生了變化。

## 病因

類風濕性關節炎的發病機理尚不明確，有病毒感染學說和內分泌異常學說等，亦有由於家族中發生者眾多而提出的與遺傳有關學說等。最近認識到這是許多致病機制，諸如外環境、細菌、病毒、遺傳、性激素以神經精神狀態等的複雜相互干擾所引起的，它與免疫機制有關。其病理為滑膜炎的持久反覆發作，導致關節的軟骨和骨的破壞，關節功能障礙，最終致殘。

近年來發展了 HLA 抗原的研究，據說類風濕因子陽性的多發性關節炎患者中，

有 HLA-DR4 的患者較多，顯示遺傳因素存在可能性的免疫反應表明，遺傳因子與類風濕性關節炎的發病有關。目前尚無老年發病的類風濕性關節炎的 HLA 抗原的研究報告。在老人必須考慮體內免疫調節的變化導致發病的可能性。

中醫認為本病之形成，多由素體營衛虛弱，腠理不固，風寒濕邪乘虛而入，血氣被邪所阻，不得宣行，日久必致血瘀；或素體濕盛，復受濕邪，內外之濕相合，聚濕成痰，痰瘀互結，阻滯經絡、關節；或肝腎氣血不足，寒濕之邪乘虛侵入，傷及血脈，浸淫筋骨，流注關節而發為本病。

## 症狀

類風濕性關節炎的臨床經過各不相同，但都是緩慢發展，產生多發性關節炎。

### 一、臨床上特點：

- (一) 疼痛特點：常因天氣變化，寒冷刺激，情緒波動而加重。
- (二) 病變最常累及四肢小關節。特別是第 2~5 指的掌指關節及近端指間關節，逐步侵犯膝、踝、腕、肘等關節。
- (三) 至少有一個關節有活動痛或壓痛；至少有一個關節有腫脹，3 個月內其他關節也相繼腫脹。關節痛腫持續 6 周以上。
- (四) 關節晨間僵硬：活動功能受限，可有畸形或強直。
- (五) 可見皮下類風濕結節（多在關節周圍隆突處）。
- (六) 類風濕因子試驗陽性，血沉增快。
- (七) 活片組織檢查有典型的類風濕性關節炎的組織病變。
- (八) X 光片檢查：1. 早期：軟組織腫脹，關節附近輕度骨質疏鬆。2. 中期：

關節間隙變窄及模糊，骨侵蝕。3. 關節強直、畸形或錯位，骨質普遍疏鬆，易有病理性骨折。

### 二、老年期症狀

老年發病的類風濕性關節炎，沒有前驅關節炎症狀，而消瘦、全身倦怠、低熱等全身症狀和肌肉痛、僵硬等多見。確切的關節炎症狀不明顯，手指持續性僵硬，有肩、腕、手關節疼併發時，須與多發性關節病和肩手症候群鑑別。有的患者頸椎、肩、臀部疼痛並僵硬，劇烈的全身症狀使人覺得身患重病，與風濕性多發性肌痛很難鑑別。有的把風濕性多發性肌痛看作是類風濕性關節炎的早其症狀。臨床上也有這兩種疾病併發者，因此早期不能明確鑑別，只能觀察其後的病程發展才能確診。

老年類風濕性關節炎與急性炎症期所致功能障礙相比，其關節破壞所致的變形和功能障礙的問題還要更嚴重一些。關節變形僅僅是關節和關節周圍組織的破壞所致，還要包括肌力減退和肌萎縮導致的肌力失衡、肌腱錯位和短縮。時常可以看到肘、膝、髖關節屈曲攣縮，掌指關節尺偏明顯。若再加上半脫位或脫位，其功能會受到極大損害。拇外翻和錘狀指也是其特點之一。因此老年類風濕性關節炎容易在關節變形的基礎上產生功能障礙。

- (一) 全身症狀：老年患者多伴有低熱、消瘦等全身症狀，肌萎縮和肌力減退也明顯。有時還可發生肌膜炎，長年有肺纖維變性者多見。合併矽肺的患者可有 Kaplan 症候群，即肺部散在有大小不一的硬結節狀空洞。
- (二) 關節外症狀：20%~35% 類風濕性關節炎患者有風濕性結節，一般出現在尺骨小頭、坐骨結節、枕部和跟



腱部等，有時手指關節也有小結節生長。它們通常在炎症活動期生長，腱鞘炎也同樣與炎症活動性程度成比例地發生於手背伸肌腱處。如果炎症繼續發展會導致肌腱斷裂，有的是特發性伸指總肌和伸拇肌腱斷裂。

其他關節外症狀還有炎症性滑膜增殖、腕管、尺骨管和足跟管等部位發生神經嵌，結果神經支配區感覺麻木，夜間或起床時疼痛尤甚。炎症活動期的關節附近會產生關節外滑膜囊腫。隨著關節內壓力升高，關節囊破裂，關節液流出、貯留在滑液囊和周圍組織內，多在關節窩部形成關節窩囊腫，使伸膝受限，行走時疼痛，下肢腫脹。

### 診斷

有的類風濕性關節炎發病時也不能確診，只有通過觀察病程經過才能確診。患者可有前驅症狀和發病時的關節外症狀，盡管有關節炎症狀存在，但可能被全身症狀掩蓋而不能確診。

要注意有時老人發病症狀不典型。類風濕因子的檢查有助於類風濕因子陰性的風濕性多發性肌痛、多發性血管炎以及合併關節炎的腫瘤和肝臟疾病的鑑別診斷。

目前國際上沿用的診斷標準是美國類風濕學會 1987 年推薦的標準：

- (一) 晨僵至少 1 小時 ( $\geq 6$  周)。
- (二) 3 個或 3 個以上關節腫 ( $\geq 6$  周)。
- (三) 腕、掌指關節或近端指間關節腫 ( $\geq 6$  周)。
- (四) 對稱性關節腫 ( $\geq 6$  周)。
- (五) 皮下結節。
- (六) 手 X 光片改變 (至少有骨質疏鬆及關節間隙窄)。

(七) 類風濕因子陽性 (滴度 1:32)。

需具備 4 項以上標準，才確診為類風濕性關節炎。

### 類症鑑別

須與結核性關節炎、強直性脊柱炎、風濕性多發性肌痛、多發性血管炎以及合併關節炎的腫瘤和肝臟疾病做鑑別診斷。

### 中醫辨證

中醫認為本病之辨，重在依病程辨邪正盛衰，據疼痛辨病性，視關節定預後。初病者邪實，多風寒濕侵絡，繼則痰瘀寒相搏，後期多肝腎虧虛，是正虛。凡疼痛走竄、脹痛、酸痛者，多風寒濕為患，病在氣；疼痛固定、刺痛、沉痛者，多寒痰瘀相搏，病已及血；微痛或小痛者，是已傷肝腎。關節不變形者易治，反之，則難治。

(一) 風濕外侵：肢體關節走竄疼痛，沉重麻木，逢陰雨天病情加重，局部腫脹，並有僵硬感，關節運動功能不靈活，舌質淡紅，苔膩脈浮緩。

本症見於疾病早期，邪實為主。此時病位尚淺，需即時治療，以防延誤治療，病邪入裏。風濕之邪侵襲，風為陽邪，其性善行而數變，濕為陰邪，其性重濁粘膩，兩邪合侵，固見肢體關節走竄疼痛、沉重、局部腫脹；邪氣阻絡，阻礙肢體氣血運行，故見肢體麻木，運動障礙；舌淡紅，苔膩，脈浮緩為風濕侵襲之象。

(二) 寒濕侵淫：關節劇痛發涼，沉重僵硬，痛處較為固定，遇濕加重或見關節變形，局部皮膚蒼白，觸之即痛，舌質淡，脈沉緊或沉緩。

此期病邪已入裏，有氣血虧虛之徵象。

寒濕之邪深伏於肢體關節，阻滯氣血，寒為陰邪，濕性粘滯，故見關節劇痛發涼，沉重且痛有定處；濕滯困脾，脾虛濕盛，濕邪聚集於肢體關節，故見關節變形、僵硬；舌苔脈象為寒濕侵襲之象。

(三) 痰瘀凝結：關節強直變形，難以屈伸，麻木刺痛，舌質暗，有瘀斑或瘀點，苔膩，脈弦滑或沉澀。

本期以痰瘀為主，痰瘀膠結，凝聚不散，阻礙氣血正常運行而見關節強直變形，麻木刺痛，難以屈伸；舌苔脈象為痰瘀凝結之象。

(四) 肝腎虧虛：筋脈拘急，關節變形，屈伸不利，微痛或不痛，肌肉萎縮，神疲乏力，腰膝痠軟，頭暈耳鳴。舌紅少苔，脈沉細弱。

肝腎虧虛，筋失所養，骨無所充，則筋骨關節拘急，屈伸不利，甚或變形，肌肉萎縮；腰、膝、頭、耳失其所養，則見腰膝痠軟，頭暈耳鳴，神疲乏力；舌苔脈象為肝腎虧虛之表現。

## 中醫治療

### (一) 辨證選方

本病之治，貴在依辨證祛邪、扶正。病在氣，則任受祛風、散寒，祛風非防風、當歸不可，散寒非烏頭、附子不行；病已及血，則任受且攻且補，攻則乳沒、羌獨活，補則參芪、續斷，末則病已及肝腎，又任受補，熟地、黃精不可避。治療之時，不論其病性、病情，均可伍以蟲類藥物，以通絡止痛。養血之品也可酌加，以取“治風先治血”之意。

1. 風濕外侵：治宜祛風除濕，兼以補氣養血。方藥：獨活寄生湯加減。獨活、秦艽、防風各 15g，桑寄

生 20g，當歸、白芍各 10g，黃芪 10g，牛膝、茯苓各 12g，川芎 9g，甘草 6g。若痛甚加川烏、紅花、絲瓜絡；屈伸不利加伸筋草、絡石藤；濕盛加防己、蒼朮。

2. 寒濕浸淫：治宜散寒除濕，補益肝腎。方藥：三痺湯加減。黨參、黃芪各 24g，炒白朮、川芎、防己各 12g，當歸、白芍、續斷各 15g，肉桂、製附子各 6g，杜仲、秦艽各 10g，細辛、炙甘草各 3g。痛甚去續斷加片薑黃、桑枝、海桐皮；濕甚加豨薟草、千年健。
3. 痰瘀凝結：治宜祛瘀化痰，通絡止痛。方藥：身痛逐瘀湯加減。當歸、紅花、五靈脂各 15g，秦艽、川芎各 12 克，地龍 9g，沒藥、香附各 10g，牛膝 15g，甘草 6g。冷感明顯者可合真武湯以溫陽益氣，陰虛血虧者去香附，加熟地、白芍、雞血藤；關節刺痛加穿山甲、鬼箭羽。
4. 肝腎虧虛：治宜滋補肝腎，佐以活血通絡。方藥：虎潛丸加減。淫羊藿 24g，黃精 20g，熟地、龜板、白芍各 18g，虎骨、鎖陽、秦艽、當歸各 12g，牛膝 15g。若關節變形，屈伸不利加穿山甲、雞血藤；有潮熱盜汗者合二至丸，另加石決明、煨牡蠣。
5. 朱良春對早期患者用溫經蠲痺湯，晚期患者用益腎蠲痺丸<sup>[7]</sup>。
6. 筆者用台灣土產雷公藤，亦取得不錯療效。

### (二) 針灸療法

1. 阿是穴：應用艾灸療法<sup>[5]</sup>。先將艾絨搓成麥粒大小的艾柱，用線香點



燃其一端，待火力燒到正旺，急按在患者的痛點上（阿是穴），讓其自滅，此時患者感到強的灼熱感，每次取 3-5 個部位，每個部位如此反復灸 5 壯，隔日一次，10 次為一療程。麥粒灸治療本病有清熱利濕、祛風散寒、舒筋活絡、宣痹止痛的作用，適用於早、中期類風濕性關節炎，對晚期療效不佳或無效。

2. 局部取穴：一般多按疼痛部位取穴，如上肢取肩髃、曲池、陽谿、大陵、八邪、大骨空、小骨空、中魁。下肢取髀關、陽陵泉、梁丘、膝眼、崑崙、丘墟、八風。隔日針一次，每次留針 30 分鐘，30 次一療程<sup>[6]</sup>。

## 食療

### （一）飲食原則

1. 患者應進富含蛋白質和維生素的飲食。如有貧血和骨質疏鬆，還要補充鐵劑、維生素 D 和鈣劑，或吃富含此類營養成分的食物，如牛奶、豆漿、蛋白質精良食物等。
2. 除急性發作以外，食物均以偏熱性為宜，盛夏要注意少食冷飲之類。
3. 關節炎急性發作期，或素體陽熱內盛，或陰虛內熱之人，飲食仍宜偏涼。
4. 要根據個人具體情況及疾病發展的不同階段決定飲食，一般疾病初、中期仍以清淡、平補為宜，晚期消瘦貧血嚴重者，可用溫補填精的食物，但也不宜過食肥膩甘甜之物。
5. 禁香煙和烈性白酒，可以少量有規律地飲用黃酒<sup>[4]</sup>。

### （二）食療選方

1. 嫩豆腐 150 克，鮮香椿 50 克，精鹽 3 克，香油 6 克，味精少許。香椿洗淨用開水燙一下，冷卻後切成碎末放在豆腐上，加入香油和鹽等，稍加攪拌即可食用。每日 1 次。適用於急性關節炎發作期，關節紅腫痛明顯者。
2. 綠豆芽 500 克，鹽、糖、味精、醋、黃酒、麻油、蔥適量。先將綠豆芽去根，用沸水燙一下，置容器中；然後將鹽、糖、醋等調味拌勻，澆在綠豆芽上，佐餐食用。適用於急性期，關節紅腫並伴有發熱者。
3. 細粉絲 250 克，黃瓜 500 克，醬油、醋、味精、胡椒粉、蔥花、精鹽適量。先將細粉絲用開水泡軟後一下取出，盛於大碗中；然後將黃瓜切成絲，放適量鹽淹一下，瀝去水，倒入裝有細粉絲的大碗內，再加入上述調料拌勻，即可食用，適用於急性關節炎期，關節腫痛微熱者。
4. 銀花 15 克，白菊花 15 克，粳米 100 克，白糖適量。先將銀花、菊花水煎，去渣留濃汁，與淘淨的粳米一同放入鍋內，加水煮熬，待粥稠熱時加入少量白糖即可。早晚各吃一大碗。適用於急性關節炎期，關節紅腫、心煩納差者。
5. 白扁豆 500 克，大棗 10 枚，粳米 100 克。先將白扁豆洗淨，用溫熱水泡脹，粳米淘淨，放入砂鍋，先用旺火燒開，再改用小火煮至將熟，然後將大棗用熱水浸泡去核後加入，一起用小火熬至粥稠厚。分早晚二次吃完。適用於類風關節緩解期，以關節腫脹鈍痛、手足困重、肌膚

麻木、納呆便溏為明顯者。

### 預後

類風濕性關節炎是慢性進行性疾病，早期幾乎無緩解。有些病例預後良好，數年後緩解。60歲以上發病的類風濕性關節炎約1/3預後良好。發病較急的患者，早期採用整體性治療的病例，多數預後良好。延遲治療，多預後不佳。

### 結語

類風濕性關節炎，應提早採用中西醫結合治療，以取得較好的療效，(1) 正確處理好急性期疼痛與緩解期根治的關係。疼痛頻發者，宜中西藥聯合應用，以期達到迅速止痛的效果，緩解期以中藥為主，以期達到根治之目的。(2) 中西藥聯合應用，貴在消除彼此之毒副作用，並提高治療效果。對於關節變形，影響肢體功能者，可考慮手術治療。但在手術的前後，可加服四物湯、四君子湯以增強機體體質。此外術後還可加用一些活血化瘀之品，以促進傷口的癒合。

### 參考資料

1. 書緒性 中西醫臨床疼痛學 中國中醫藥出版社 北京 1997.02:695
2. 劉國平等 老年骨科疾病學 中國科學技術出版社 北京 1998.08:225
3. 劉子君 骨關節病理學 人民衛生出版社 北京 1994.11:379
4. 施杞 夏翔 中國食療大學 上海科學技術出版社 上海 1998.10:1205
5. 陳德成 王慶文 中國針灸獨穴療法 吉林科學技術出版社 長春 1992.09:181
6. 何紹奇 現代中醫內科學 中國醫藥科技出

版社 北京 1992.05:508

7. 何紹奇 朱良春用藥經驗 上海中醫學院出版社 上海 1991.07
8. 林文彬 談類風濕性關節炎 新生報醫藥欄 2007.11



# 五十肩之病例報告暨中西醫治療

文／陳朝龍

中華黃庭醫學會榮譽理事長、全生中醫診所院長

## 摘要

五十肩西醫稱為「黏連性肩關節關節囊炎」，又稱冰凍肩，屬於中醫「痺症」的範圍，常發生於四、五十歲的中年人，且女性高於男性，一般以單側為居多。主要的症狀為關節疼痛難耐，晝輕夜重，上舉、後伸、外展等活動範圍均受限，其嚴重程度因人而異。五十肩可能因退化、勞損、廢退、風邪、急性損傷而引起。

患者自訴，今年4月跌倒後右肩常感疼痛，穿衣如廁，簡單動作均受限。經詳細觸診與治療並教導其伸展運動，配合通絡舒筋之內服藥，兩週即見療效，兩個月左右活動角度大幅提昇。

西醫目前的治療方式以藥物、關節內注射類固醇、物理治療、手術為主；中醫則以內服藥搭配推拿、針灸等治療。可就預防醫學的角度給予適度的護理，減輕患者的不適，使其能得到較佳的生活品質。

## 關鍵詞

五十肩、冰凍肩、肩關節周圍炎

## 前言

門診時常聽到肩關節疼痛的患者問道：「醫生，我這是不是五十肩？」其實五十肩在臨床上有一定特徵，並非所有肩關節

痛都稱為五十肩，更不是五十歲人的專利。

五十肩西醫稱為「黏連性肩關節關節囊炎」，又名「冰凍肩」，為門診中最常見的肩關節疼痛病症<sup>[1]</sup>。常發生四、五十歲中年人，且女性較男性高，一般以單側為居多，右側多於左側，根據文獻指出，五十肩的發生率約占全人口的2%至3%，而糖尿病患者更高達10%至20%，且常是兩側發病<sup>[2]</sup>。主要的症狀為關節疼痛、僵硬，患者於穿脫衣物、洗澡、拉公車吊環等動作均有困難，睡覺時若患側因翻身壓到也會痛得無法入眠。臨床檢查亦可發現患者肩膀的主動及被動活動範圍均受限，其嚴重程度因人而異。

## 一、五十肩的定義及發病原因

五十肩又稱冰凍肩 (Frozen Shoulder)、  
「肩關節周圍炎」，學名為「肩關節滑液囊粘黏症」，屬於中醫「痺症」的範圍，俗稱「漏肩風」、「肩凝症」、「肩凝風」或「肩痺」等<sup>[3]</sup>。中醫認為「不通則痛」，五十肩乃因身體氣血虧虛、過度勞累，經絡、血脈沒有精氣血的潤澤，加上外邪濕、寒，或外傷，使經脈氣血凝滯而形成肩痛。

肩關節為一滑液關節，關節腔內富含關節囊液，具有潤滑的作用。當某些原因造成關節囊液流失或關節韌帶粘黏，進一



步使肩關節周圍軟組織發炎病變，即產生五十肩的症狀<sup>[4]</sup>。因好發於五十歲（40至60歲）的年齡族群，因此而得名<sup>[5]</sup>。

引起「五十肩」的原因不明。但可能與以下原因有關<sup>[6]</sup>：

- （一）退化型：隨著年齡增長，代謝率下降，結締組織老化，加上長期反覆磨損，導致肩關節周圍的肌肉、肌腱、滑液囊出現發炎現象，而有組織纖維化、關節僵硬和鈣化等現象。
- （二）勞損型：是最常見的原因，肩關節為人體中運動範圍最大、最靈活的關節，並且活動相當頻繁，若經常重覆某種動作，將導致肩部軟組織勞損。如長時間書寫黑板、炒菜、使用電腦等。
- （三）廢退型：由於肩關節活動太少，造成肩關節黏連，就是中醫所謂的「用進廢退」，如長期臥病在床的患者，或其他關節疾病（如上肢骨折、肌腱炎等），因需長期處於固定狀態，使關節活動處於保護性的限制。
- （四）風邪型：天氣變寒未加保暖，或睡覺時房間過於潮濕或肩部露出受風邪入侵，導致氣血受阻、經絡不通所致。
- （五）急性損傷型：肩部四周組織受到損害，未及時治療或處置不當造成患處沾黏，日後易形成關節黏連。

此外，一些內科疾病，如糖尿病、內分泌失調患者，也較易發生。疾病的發生通常都非單獨一個原因，所以治療時應從多方面來考量。

## 二、臨床表現

臨床上五十肩疼痛常緩慢開始而逐漸

加重，且晝輕夜重，甚至睡到半夜痛醒。疼痛一般以棘上肌，棘下肌及其上外二側緣和三角肌之附近最明顯，亦可向上臂、前臂、頸、肩部放射。

肩關節各方向的運動無論主動或被動均受到不同程度的限制，尤其以上舉、外展及後措有最明顯的障礙，患者如廁、梳頭髮，穿、脫衣服等簡單的生活起居都受到不同程度的影響<sup>[7]</sup>。

由於疼痛與肌肉痙攣現象持續不斷，使得局部血液循環不良，加上肩關節活動受限後，易造成肩部肌肉萎縮無力，應積極治療。

## 三、治療處方

五十肩的病程很長，往往長達數月至數年，且常因疼痛而影響患者的生活品質，因此初期以緩解疼痛為治療目標。一般患者常認為不經過治療，時間長了，五十肩的症狀也會緩解，但殊不知這是一種惡性循環，所以就醫治療是必需的。

西醫目前對於五十肩的治療方式包括：藥物治療、關節內注射類固醇、物理治療、關節鬆動術、肩關節鏡鬆解術。物理治療主要包含一些強迫性的自我運動，包括鐘擺運動、手指爬牆運動等，若上述療法均無明顯的改善，則需考慮關節鬆動術，或肩關節鏡鬆解治療<sup>[8]</sup>。

中醫認為腎為先天之本，五十肩是由於肝腎氣血虛損以致筋失濡養，加上風寒濕邪氣乘虛侵襲肩部經脈所致。由於寒主收引，風寒侵襲經脈，遂致氣血阻滯、筋脈凝滯而成肩痛。治療上以調理氣血、祛風散寒、化濕通絡為主。方藥的使用宜補氣血、益肝腎、溫經絡、祛風濕來治療。腎虛者可用補腎陽藥調理，如肉桂、鹿茸、



肉蓯蓉等單味藥及腎氣丸、右歸丸等處方。若要除痰化飲、利濕止痛，可選二朮湯做為處方。

由於五十肩病程很長，考慮患者對長時間服用藥物的排斥，可配合熱敷、按摩、藥膏、藥布、針灸等的治療。在減輕疼痛的前提下，利用運動來增加肩關節的活動度，有利於肩部機能的恢復。

#### 四、診斷時應注意之事項

肩部的疼痛並不一定是五十肩，在診斷的時候，必須提高警覺，要排除其他可能的原因，如肩關節附近的二頭肌肌腱炎、滑液囊炎、肌腱鈣化性發炎，長骨刺、神經受傷，甚至如旋轉肌腱破裂、肩部惡性腫瘤、心絞痛等<sup>[9]</sup>。

上肢骨折打石膏的患者，因長期維持固定姿勢，期間若不注意肩關節適度的復健活動，也可能使關節囊膜沾黏。提重物、外力創傷、或運動不慎扭傷，都會引起肩關節疼痛，如果休息幾天後，疼痛並沒有逐漸緩解，就要特別注意<sup>[9]</sup>。

五十肩患者年齡約五十歲左右，常是單側發病，會有肩關節劇痛，尤其晚上痛到睡不著，臨床上X光檢查和關節造影是正常的，透過理學檢查將患側外展，若感到肩胛骨隨之向外運動，即表示關節已有黏連，肩部活動範圍受限制，造成患者日常生活上許多的不便，例如穿脫衣服、如廁、舉手過肩等動作的困難，肩部肌肉常會萎縮，尤以三角肌為最等症狀；且疼痛範圍往往會放射到上臂甚至頸部等區域，苦不堪言，若有以上症狀才診斷為五十肩。

#### 五、病例報告

##### (一) 基本資料

##### 1. 個人基本資料

姓名：陳○○

性別：女

年齡：57歲

職業：家庭主婦

病歷號碼：6XX50

初診日期：101年7月10日

##### 2. 主訴

右肩關節痛，於今年(101)4月時曾跌倒。

##### 3. 現在病史

57歲的陳太太於4月跌倒後，右肩常有疼痛情形，患者一開始不以為意，自行貼藥布，以為過幾天就會好，但時間久了，症狀未見改善，反而越來越嚴重。

患者於101年7月10日於本院初診，自述時常覺得右側的肩膀特別酸痛，尤其晚上常會痛到醒過來，也無法側睡，平時也沒有辦法扣上內衣釦子和拿高處的東西，生活上造成很大的不便。經詳細檢查後診斷為五十肩，至本院，每週推拿治療3次且投予內服藥，並囑每天熱敷與運動，情況迅速獲得改善。

##### 4. 過去病史：

無

##### 5. 家族史及個人史

無家族病史。

藥物過敏：無

食物過敏：無

有喝酒習慣。

##### 6. 中醫四診

望

神色：意識清醒

體格：略胖

舌診：舌紅苔薄白  
皮膚：無異狀  
聞  
聲音言語正常，無特殊氣味，無口臭。  
呼吸無異常。  
無咳嗽現象。  
問  
飲食正常。  
二便：大便小便均正常。  
睡眠：不易入睡，又因半夜翻身時右肩壓痛導致睡眠中斷，睡眠品質不佳。  
切  
脈診：弱

## (二) 治療方法與過程

### 1. 治則

五十肩在中醫屬於「痺症」。所謂「痺症」，是指邪氣閉塞經絡，氣血運行不暢，引起筋骨、肌肉、關節等處的疼痛、酸楚、麻木，甚至屈伸不利等症狀。所謂「不通則痛，痛則不通」，主要是由於內臟氣血運行不順與臟腑機制不健全所導致。

中醫認為「肝主筋」（筋包括神經、肌腱、肌肉等軟組織）；「腎主骨」（腎精虛損，筋骨失養），所以對於五十肩，中醫主要是針對「肝」、「腎」來進行調養。

在五十肩的治療上，西醫建議服用肌肉鬆弛劑、止痛消炎藥物，中醫則根據個人的體質做藥物的調理，配合針灸與推拿以及自我運動的治療。

### 2. 處方與治療

#### (1) 針灸

針灸治療取穴在肩井、天宗、肩貞、肩、手三里、列缺、合谷、肩、曲池、肩、陽陵泉穴及三角肌

區和肩胛區部位<sup>[10]</sup>，以針刺激同時囑患者活動肩部，引氣至患處。再搭配皮內針治療，更有療效。

#### (2) 筋結推拿法

利用系統肌筋膜整骨法之原則，在疼痛的關節附近找對側做比較，來確認疼痛關節附近的肌肉筋膜張力是否與健側不同，以肩關節附近的斜方肌、胸大肌、岡上肌、岡下肌與大小圓肌為主。急性期手法要輕柔，避免過重導致損傷使黏連加重。

#### (3) 內服藥

以桂枝茯苓丸、芍藥甘草湯、小活絡丹加減為藥方。

#### (4) 自我運動

教導患者平日可熱敷、做簡單按摩及伸展運動，有助於肩部機能的恢復。如手指爬牆運動、毛巾操、摸耳朵運動等，運動的強度與頻率，從輕而重，有空就做，勿過於勉強，以致使關節再度損傷。

### 3. 複診

患者因疼痛影響日常生活起居，故初期每天至門診治療，每次治療後皆以皮內針加強療效，兩周後，自述症狀明顯改善，夜間疼痛減輕，睡眠品質因而改善。患者於7月26日後因症狀緩解，一周至門診治療3次，給予熱敷、針灸及推拿治療，內服藥隨症加減。自述治療後疼痛次數逐漸減少，上舉角度也隨之增加，囑患者可做簡單運動如手指爬牆運動、毛巾操等，但勿勉強。至9月28日回診時，已可繞過頭頂摸至對側耳朵，上舉角度也與健側無異，後搯時拇指已過腰際。

## 六、體會與討論

現今都會區的民眾，活動量嚴重不足，使五十肩發生年齡有提早之傾向，五十肩雖不是致命疾病，但長期疼痛易使患者日常生活起居不便，更因病程長，許多患者缺乏耐心配合治療，但根據臨床經驗，患者通常在經過三到六個月的治療，可以緩解大部分疼痛和僵硬的症狀，應儘早就醫，可讓治療時間縮短，早日恢復健康。

藥物、針灸治療之外，自我運動復健是極重要的治療，傳統中醫傷科的治療是協助肩關節外展、高舉，於縮短病程，自我復健運動可訓練患側肌肉的力量，並改善關節活動度；治療五十肩時，應避免肩膀的過度操勞，給予肩部適當的休息，讓治療效果更好。

實例患者經由中醫傷科「筋出槽」與肝腎氣血虛損的辨證思路下，施以傷科手法配合內服藥及每晚耐心復健運動等條件，故能在最短時間內取得明確療效，特撰此文，野人獻曝，敬請同道先進不吝賜教。

## 參考文獻

1. 楊南屏：生鏽的肩膀 五十肩不是中年人專利。自由時報 2003 年 10 月 4 日，取自：<http://www.tlshih.idv.tw/n01-014.htm>
2. 謝霖芬：五十肩的保健與運動。新光醫訊 164 期 2005 年 7 月 1 日，取自：<http://www.skh.org.tw/Mnews/164/4-1.htm>
3. 張凱智：五十肩的中醫治療。台灣中醫網 2009 年 2 月 14 日，取自：<http://www.tcm.tw/articleview.php?id=731>
4. 力邁運動專欄：冰凍肩 / 五十肩 -- 肩關節囊沾粘症。國家衛生研究院電子報 164 期 2006 年 8 月 23 日，取自：<http://blog.xuite.net/u8400020/fro/30750233>
5. 陳泰佑：中醫治療惱人的五十肩。優活健康網 2009 年 9 月 24 日，取自：<http://www.uho.com.tw/sick.asp?aid=7366>
6. 陳潮宗：淺論五十肩之辨症論治。中華民國內傳統醫學雜誌 2005：187-193。
7. 陳潮宗：中西醫合併治五十肩。中醫藥論叢 2004：83-90。
8. 蔡耀彬：淺談五十肩。（無發表日期），取自：<http://tw.myblog.yahoo.com/jw!aJ5ql4qBCBG5Sn8IivPyhf2DVB2R/article?mid=317>
9. 司晏芳：瘋平板！五十肩怎麼辦？。康健雜誌 44 期 2002 年 7 月，取自：<http://www.commonhealth.com.tw/article/index.jsp?id=3438>
10. 林昭庚（召集）：針灸臨床治療經驗集。台北市中醫師公會 2001；170-178。

# 引起骨質疏鬆症的多種 病因與預防

文／林文彬 林園中醫診所

## 一、前言

骨質疏鬆症已不再是中老年人的專利，根據多項調查顯示，越來越多的年輕人骨質健康已亮起紅燈，而且有許多疾病或原因會引起骨質疏鬆症。中醫把骨質疏鬆症歸屬“骨痿、骨枯、骨痹”範疇，認為其發病機理為腎虛及脾虛，故針對病機而採用補腎壯骨、益氣健脾的治療法則，因而中醫藥在防治骨質疏鬆症方面具有很多優勢。

## 二、糖尿病人易生骨質疏鬆

糖尿病人發生骨質疏鬆較為常見，是由於血中胰島素不足，引起糖、蛋白質、脂肪、鈣、磷、鎂等代謝異常，發生骨礦物質含量減少，骨礦密度降低，從而發生骨質疏鬆症，屬於繼發性骨質疏鬆症。表現為腰腿痛、背痛和四肢無力，容易發生骨折。糖尿病性骨質疏鬆症的發生，除與性別、年齡、種族、人群活動狀態、飲食習慣、營養狀態、體質、居住條件等因素有關外，主要與多種激素和礦物質以及微量元素代謝有關。糖尿病骨質疏鬆與高尿鈣、高尿磷、高尿鎂、低血鎂，甚至低血磷有關，血鈣一般較正常，但可呈負鈣、負鎂平衡，骨礦含量減少，骨礦密度低。

糖尿病發生骨質疏鬆的原因有：

- (1) 胰島素不足，使蛋白質分解增加，合成受抑制。造成了負氮平衡。蛋白質是構成骨架的基本物質，蛋白質減少可導致骨基質減少，使鈣、磷不能在骨中沉積，而造成骨質疏鬆。另一方面胰島素又是軟骨和骨生長的調節因數，對軟骨和骨的形成有直接刺激效應，能激發糖蛋白及膠原蛋白的合成，還參與骨礦化效應，對鈣吸收和骨礦化可能起間接的作用，即通過1,25-二羥維生素D3介導。因為腎合成維生素D3代謝物是需要胰島素的，故認為糖尿病骨質減少和缺乏胰島素及維生素D代謝異常有密切關係。
- (2) 骨代謝異常：患糖尿病時血中鹼性磷酸酶水平升高，其升高水準與骨質疏鬆程度呈平行關係，而且糖尿病時的成骨細胞和破骨細胞功能失衡，使骨表現為骨礦物質減少與骨密度降低，骨形成減少，骨形成與骨丟失平衡失調，常常骨丟失大於骨形成，從而發生骨質疏鬆症。若每日鈣的攝入量偏低，加之糖尿病人嚴格控制飲食，不注意鈣的補充，



血鈣水平低，可引起繼發性甲狀旁腺功能亢進，甲狀旁腺激素分泌增多，可動員鈣進入血循環，又加重了骨質疏鬆。

(3) 鈣、磷代謝異常：糖尿病時血糖與尿糖的增多，可引起滲透性利尿而發生高尿鈣，尤其尿糖與尿鈣呈正相關係，而且糖尿病時胰島素缺乏對於腎鈣排出有重要影響，並可改變腎小管排鈉、鉀與磷等功能。腎失鈣過多，再由於腸鈣吸收減少，會導致骨量減少，骨鈣降低。一般胰島素可拮抗高尿磷，使尿磷減少，血磷正常。糖尿病病人胰島素絕對或相對不足，降低了拮抗高尿磷作用，因此可致腎小管重吸收磷減少，尿磷增多，血磷降低，從而發生骨質疏鬆。糖尿病時，從尿中大量排出葡萄糖的同時，鈣也從尿中排出，排出量比非糖尿病人更多，因此糖尿病人比非糖尿病人容易發生骨質疏鬆。

(4) 鎂、維生素 D 代謝異常：糖尿病病人可出現低血鎂、高尿鈣。這是因為糖尿病病人多食導致大量攝入碳水化合物及營養物質，可促進腎小管對鎂和鈣的排出，患者多尿本身就使鎂大量排出，呈負鈣、負鎂平衡，骨形成減少而產生骨質疏鬆。患糖尿病時體內活性維生素 D 水平下降，從而導致骨形成減少，發生骨質疏鬆症。糖尿病人合併腎病時，維生素 D 在腎臟激括受阻，不能轉變成有活性的維生素 D，結果導致小腸鈣吸收減少，腎臟排泄鈣、磷增多，骨鈣沈著減少。

治療上，應針對骨質疏鬆的原因，積極進行治療。如胰島素過低引起的，應注射胰島素；如鈣攝入偏低引起的，可靜脈注射鈣劑或口服活性鈣劑，同時在醫生指導下補充維生素 D 製劑。

### 三、慢性疾病能導致骨質疏鬆症

有些慢性疾病能夠導致骨質疏鬆症，發生原因是營養不良，運動減少，某些激素的變化等。容易導致骨質疏鬆症的慢性疾病有：

- (1) 影響飲食的慢性疾病，如腸胃疾病，食量減少或腸吸收功能不良，使鈣、磷、蛋白質、維生素等營養素吸收量減少，使骨量不能有效地補充，出現骨質疏鬆症。
- (2) 影響身體活動的疾病，如偏癱、長期臥床的病人，身體活動減少，骨骼、關節、肌肉運動量減少，對骨骼的刺激變弱，骨量不能有效沉積，骨丟失大於骨沉積，出現骨質疏鬆症。
- (3) 影響某些激素變化的疾病，如甲亢、甲低、糖尿病等。某些疾病引起降鈣素、甲狀旁腺素、雌激素的改變，使骨骼中的鈣、磷等成分丟失，出現骨質疏鬆症。

### 四、吸菸導致骨質疏鬆症

長時間吸菸可促進骨質疏鬆症的發生。絕大多數吸菸者是從青少年開始吸菸的，此時正是骨密度峰值（骨骼單位體積內骨量最高值）形成期間，吸菸可能直接影響骨密度峰值的形成，為老年後骨質疏鬆症的發生打下了基礎。吸菸降低骨密度峰值的途徑，以及對內分泌鈣調節激素的影響，

可歸納如下：

- (1) 促進骨吸收：吸菸者血鈣增加，尿鈣和尿吡啶 排出量增加。
- (2) 抑制骨形成：骨組織形態計算量學研究表明，吸菸者骨小梁體積、骨形成率和骨礦鹽沉積率明顯降低。
- (3) 對內分泌激素的影響：研究表明吸菸絕經婦女、吸菸妊娠婦女比非吸菸女性雌激素水平低，說明菸鹼抑制卵巢雌激素的合成。最新研究表明，菸鹼和新菸鹼對雌激素合成有影響，發現上述兩種物質能夠抑制雄甾烯二酮向雌激素的轉變，因而抑制雌激素的合成，此抑制作用是劑量依賴性的。而且吸菸促進雌激素的分解代謝，降低血雌激素含量，還可降低血甲狀旁腺素水平，使骨吸收增加，血鈣增加反饋抑制甲狀腺素分泌。有些報導認為，吸菸對睪丸酮也有一定的影響，但報導不一樣。總之，過量吸煙可不同程度地導致骨質疏鬆症的發生，應提倡不吸菸，尤其在青少年中提倡不吸菸。

## 五、過量飲酒能導致骨質疏鬆症

長期過量的飲用啤酒和蒸餾酒（白酒），是導致骨質疏鬆症原因之一。葡萄酒對骨質疏鬆症的發生作用不明顯。

各種酒含有的酒精濃度不同，而酒精的化學成分是乙醇，乙醇進入人體後，可以和其他無機物或某些有機物發生化學反應，產生一些新的物質。這些新物質會導致骨質疏鬆症的發生。其發生機制是乙醇具有抑制成骨細胞功能的不良作用，抑制骨生長因數。

長期過量飲酒，會使人體血液中保持一定濃度乙醇，從而對骨骼的生長、發育產生影響，加快骨量的丟失。所以長期過量飲酒不僅是骨質疏鬆症發生的誘因，對骨質疏鬆症病人而言又是病情加重的因素，因而不提倡過量飲酒。

## 六、不良飲食習慣導致骨質疏鬆症

飲食習慣與骨質疏鬆有較密切的關係，一個人的飲食習慣決定著攝取食物的種類，繼而影響著營養素的利用。人體需要的營養素有 40 餘種，可概括為 7 大類：蛋白質、碳水化合物、脂類、礦物質（又稱無機鹽，常分為常量元素及微量元素）、維生素、水和食物纖維。它們各有其特殊的生理功能，在代謝活動中又密切聯繫，共同參與推動和調節生命活動。任何種類的單一天然食物都不能提供人體所需的全部營養素，多種食物按一定原則搭配成膳食後，才能滿足人體的合理營養要求。

以下不良飲食習慣是骨質疏鬆症發生的危險因素：

- (1) 偏食：長時間喜歡吃某一種或某幾種食品，忽視進食含鈣較高食品，不能做到合理食物搭配，使鈣、磷攝入不足。
- (2) 過量飲酒、碳酸飲料、咖啡等影響鈣、磷吸收。
- (3) 食含鋁、鉛等重金屬量較高的食物影響鈣、磷的吸收。

## 七、30 歲後須預防骨質疏鬆

正常人在 30 歲開始，骨質會產生自然的流失現象。所以除了骨質流失時期的鈣質補充，也應該從日常生活中入手，一點一滴的儲存骨本，以免造成中年後骨質流



失過多，引發骨質疏鬆症。以下是對抗骨質疏鬆症的有效方法：

- (1) 均衡膳食：飲食結構與骨質疏鬆症的發生有很大關係，人到中老年，脾胃功能常不足，影響營養吸收而致骨質疏鬆。故飲食中既要吃富含蛋白質和鈣豐富的飲食，如牛羊肉、奶類、海鮮、豆類、魚類等，又要注意吃淮山、黨參之類健脾運脾的食品，使脾胃消化功能強健，營養物質充分吸收利用。另外，可選用胡桃肉、黑芝麻、阿膠等滋補保健品增強老年人的體質，保持一定的體重對骨質丟失有積極的預防作用。同時還應戒除煙酒。
- (2) 運動療法：太極拳、體操、步行與站立等對骨質疏鬆症的治療也有很大意義。如果每日累計 2～3 小時的站立與步行可防止骨脫鈣引起的尿鈣流失，腹背和四肢適當的負重可使肌肉保持適當的張力，對抑制骨質疏鬆有良好的作用，對防治絕經後婦女的骨質流失亦有良效。

## 八、骨質疏鬆婦女易發生骨折的部位

骨質疏鬆是指骨量減少到不足以支撐機體重量並使得骨折的危險性增加的一種狀況。更年期婦女約 25% 可發生骨質疏鬆，其中 80% 發生於絕經後期，它為絕經後婦女最嚴重的併發症。

骨質疏鬆的特點是在衰老過程中，骨質喪失，而骨化學成分無改變。骨小梁喪失更顯著，而且發生更早。老年人幾乎不可避免地都有不同程度的骨礦物質的喪失，女性較男性多見，並較男性早 10～15 年發生，男性一般在 70 歲前不出現明顯的骨

質疏鬆，而女性在卵巢功能衰退後，即見骨質逐漸減少，尤以體型瘦長或吸煙婦女為劇，早期作過卵巢切除術或性腺發育不全病例則更為嚴重。

骨質疏鬆的臨床表現大多為非特異性，如能仔細詢問病史，病人常主訴腰背和四肢慢性疼痛，骨質喪失本身無明顯症狀，但骨質喪失使骨礦質減少，骨孔增多和脆性增加，導致骨骼強度下降，骨骼不能支持正常或輕微增加的壓力，極易發生骨折。椎體為最易發生骨折的部位，其他如肱骨、股骨上端、橈骨下端與肋骨都易發生骨折。

- (1) 脊柱壓縮骨折：為絕經後婦女最常見的骨折，60 歲以上白種人發生率為 25%。
- (2) 橈骨下端骨折：更年期婦女此種骨折增加 10 倍，而男性無此種增加傾向。
- (3) 股骨頸骨折：絕經後婦女，股骨頸骨折的發生率隨年齡增長而升高，股骨頸骨折後對病人生命有很大威脅，15%～20% 病人在 3 個月內死於骨折或其合併症，有三分之一的病人在 6 個月內死亡，生存者皆嚴重殘廢。

## 九、合理補充鈣

補鈣是防治骨質疏鬆症的必要途徑。那麼怎樣才能更合理地補鈣呢？人體補鈣有以下幾種方式：

- (1) 食用含鈣量較高的食物，如牛奶、豆類製品。新鮮蔬菜等。
- (2) 對食物注意合理搭配，不僅攝入鈣成分，還要攝入磷、蛋白質、維生素、微量元素等成分。
- (3) 吃鈣強化食品。鈣強化食品是人工



將某些食品中加入大量鈣成分，使這種食品成為高鈣食品，成為治療骨質疏鬆症的補鈣食品。

- (4) 服用補鈣藥物。這是治療骨質疏鬆症常用的方法，根據骨質疏鬆症的病因、病情選擇不同類型的補鈣藥物。

在採用以上補鈣方法的同時，還要注意以下問題：

- (1) 補鈣的同時要注意補充磷、維生素 D，這樣會促進鈣的吸收。
- (2) 補鈣的同時加強身體運動鍛煉，因為運動能促進骨骼的代謝、骨量的沉積。
- (3) 注意多進行戶外活動，“曬太陽”，因為“曬太陽”能使維生 D3 增多，能更有效地促進鈣成分的吸收。

只要施行以上方法，持之以恆，人體就能攝入更多的鈣成分，同時骨骼就能更有效地吸收鈣，從而達到防治骨質疏鬆的目的。



# 類風濕性關節炎

文／曹永昌 台灣中醫臨床醫學會理事長  
台北市中醫師公會監事長  
鼎昌中醫診所院長

## 定義：

- 類風濕性關節炎 (RA) 是一種全身性自體免疫疾病，特徵為滑液性關節 (synovial joint) 的慢性，對稱性與糜爛性的關節炎，會導致重要的殘疾。也伴隨著有關節外的症狀以及針對免疫球蛋白的自體抗體，稱為類風濕因子 (rheumatoid factor, RF)。

## 臨床特徵 (clinical features)：

- 一開始的表現：關節腫大、壓痛、疼痛與僵硬，在早晨特別嚴重，而隨著日常生活的活動而改善，但在晚間會復發。
- 手與腳的小關節一開始是不對稱地受影響，逐漸變為對稱性，接下來會波及較大關節如膝關節與肩關節。其中清澈的關節液可以作為證明。
- 通常是潛隱性的發作，不對稱的關節侵犯，變動起伏的關節疼痛、腫脹、僵硬，常伴隨著疲倦與無力。疾病剛開始時的臨床身體檢查可能是正常的，但通常更表現出滑囊炎的典型症狀：

- 極為對稱分佈的近端指間關節 (PIP)，掌指關節 (MCP)，腕關節以及足部的掌趾關節 (MTP) 會呈現發熱、腫脹與壓痛感。
- 腱鞘炎 (tenosynovitis) 是早期顯著的特徵，常影響手背伸側的腱鞘 (tendon sheath)。

## 探查 (Investigation)：

- 可發現急性發炎反應 (ESR、CRP 上昇，而  $\gamma$ -球蛋白增加)。
- 類風濕因子 (RF) 在大多數的病人 (85-90%) 為陽性，但在疾病早期可能不會出現 (剛發病時只有 70% 可測得)。
- 血清中抗類風濕性關節炎協同核抗原抗體 (抗 RANA 抗體) 陽性 (95%)。
- 典型的 X 光片會出現軟組織腫大，而糜爛性變化常常在發病後兩年內出現，通常一開始會出現在足部。

## 流行病學：

- 約佔全部人口的 2.5%
- 多見於中年女性，男女比為 1：3
- 發病年齡高峰在 35~45 歲之間
- 50% 的患者最終導致不同程度的功能障礙，10% 的患者最終不能自理

生活

美國風濕病學會診斷標準：

- 清晨關節僵硬
- 至少一個關節活動時疼痛或壓痛
- 至少一個關節腫脹（軟組織腫脹及滲液）
- 在3個月內出現另1個關節腫脹
- 同時發生對稱性關節腫脹
- 在近關節伸側骨突處有皮下結節
- 典型X線改變
- 血清類風濕因子陽性
- 滑液加稀醋酸後黏蛋白凝塊形成較少
- 滑膜病理組織改變
- 類風濕結節的病理特點

本病屬於中醫“痺證”。又因為本病可損及多系統，故近年來統屬於“痺病”的範疇之中。

不少學者認為本病更近於“歷節病”，或改稱“頑痺”、“尪痺”，以區別於其他痺證。

- 急性發作期，其主要是邪實，風、寒、濕、熱為主，病位在表，症狀表現以邪實為主。
- 慢性緩解期，病位在裡，臨床以正虛為主或以正虛邪戀。臨床中常見發作與緩解交替出現，病情日益加重，以致虛實互見，寒熱錯雜，給辨證用藥帶來困難。

#### 1. 活動期—衛陽不固，痺邪阻絡証

- 症狀：發熱，惡風，畏寒，汗出，晨僵明顯，周身關節疼痛劇烈，甚則骨節屈曲不利，遇冷則痛甚，得熱熨則可安，舌淡，苔薄，脈浮緊或沉緊。

- 治法：祛寒除濕，和營通絡。
- 方藥：防己黃耆湯合防風湯加減。

#### 2. 活動期—邪鬱而壅，濕熱痺阻証

- 症狀：惡風，發熱，關節紅腫熱痛，得涼則痛減，關節活動受限，手不能握攝，足難以履步，骨節灼熱、腫脹、疼痛、重著感，晨僵，口渴或渴不欲飲，溲黃赤，大便不爽或不實，苔膩或黃膩，舌質偏紅，脈數。
- 治法：清熱除濕，宣痺通絡。
- 方藥：宣痺湯合三妙散加減。

#### 3. 緩解期（穩定期）—痰瘀互結，經脈痺阻証

- 症狀：關節腫痛且變形，活動時痛，屈伸受限，肌肉刺痛，痛處不移，皮膚失去彈性，按之稍硬，肌膚紫黯，面色黧黑，或有皮下結節，或肢體頑麻，眼瞼浮腫，舌質暗紅或有瘀斑、瘀點，苔薄白，脈弦澀。
- 治法：活血化瘀，祛痰通絡。
- 方藥：身痛逐瘀湯合指迷茯苓丸加減。

#### 4. 緩解期—肝腎同病，氣血兩損証

- 症狀：形體消瘦，關節變形，肌肉萎縮，骨節煩疼，僵硬活動受限，關節功能IV級，筋脈拘急，或筋惕肉潤，常伴見腰膝酸軟無力、眩暈、心悸、氣短、指甲淡白，脈細弱，苔薄，舌淡無華，或舌淡紅。
- 治法：益肝腎，補氣血。
- 方藥：十全大補湯合獨活寄生湯加減。

針灸治療

- 上肢常用穴位：肩、曲池、外關、



腕骨、合谷。

- 下肢常用穴位：環跳、承扶、梁丘、膝眼、陽陵泉、丘墟、崑崙。
- 背部常用穴位：大椎、身柱、腰陽關。

視其發生在何關節：

- 股關節刺環跳、委中。
- 膝關節則針犢鼻、陰陽陵泉、委中。
- 踝關節刺崑崙、太谿。
- 肩關節刺肩井、肩、大椎。
- 肘關節則針曲池、尺澤、手三里。
- 腕關節針合谷、腕骨、陽池、中渚。

辨證取穴：

- 行痺加膈、血海養血活血。
- 痛痺加腎、關元補腎溫陽。
- 著痺加足三里，商丘健脾化濕。
- 熱痺加大椎、曲池解肌清熱。
- 方法：1. 行痺、熱痺以針為主，並可用皮膚針叩刺。2. 痛痺多灸，痛痺可用隔鹽灸。3. 著痺針灸並施，或用溫針、皮膚針、拔罐等法。
- 針刺時，須使痠麻通上達下方妙，大抵十次左右可以根治。

其他療法 - 穴位注射：

- 複方當歸液或骨寧注射液穴位注射。
- 主穴：肩、曲池、合谷、環跳、足三里等穴，或根據疼痛部位而定穴。配穴：指關節取八邪，腕關節取陽谿、大陵、上八邪，脊椎取華佗夾脊。每次注射 2-8 個穴位，隔日 1 次。

其他療法 - 耳針療法：

- 主穴：相應部位、腎上腺、內分泌、枕小神經點、心血管系統皮質下，

耳尖放血。

- 配穴：腎、肝、脾、三焦。

其他療法 - 外治法 1

- 生川烏、木瓜、炒艾、防風、五加皮、地龍、當歸、羌活、土鱉蟲、伸筋草各一兩。將上藥用紗布包後入盆中加冷水置火上煎煮，沸騰 5 分鐘左右離火，趁熱薰蒸患處，待稍冷後用藥湯浴洗患部。每日 1~2 次，每次約 1 小時左右，連用 5~7 日。

其他療法 - 外治法 2

- 威靈仙、蠶砂各 3 兩，紅花 1 兩，用米醋 1000ml 浸泡 7 天後，用藥液揉擦患部，每日 2~3 次。

其他療法 - 藥棒療法

- 用特制的木棒蘸上配好的藥液，在人體適當的穴位上進行扣擊，使拘急之經脈舒緩，閉阻之經脈通暢，以溫為通，以振為通，通則不痛，使經脈流暢而取效。
- 取穴以痛為腧，以點及面，請參照針灸取穴法。

其他療法 - 康復療法

- 發病後早期和長期地進行康復醫療，有利於保持或恢復肢體功能。經過康復醫療可以達到緩解疼痛、消退腫脹、改善功能障礙、預防及糾正關節畸形等目的。
- 對於康復療法，可按患者病理過程及不同病期，採用不同的方法，如理療、體療、按摩自我按摩、日常生活動作訓練、輔助裝置的應用、支架及輪椅的應用等。

轉歸預後

- “類風濕性關節炎”病程多變化，約 10% 的患者能自然緩解，症狀自行消退，10% 的患者病程呈進行性，大多數病人的病情波動、不穩定，呈波浪型，時起時伏，反復發作，經及時合理治療，其臨床症狀也能逐漸減輕，關節功能得到改善。
- 本病易於反復發作，不易根除。但應用中西醫結合治療，內外科結合，配合理療、體療等綜合治療措施，對截斷疾病變化，控制病情，還是能夠解決不少問題的。

#### 期刊選錄 1.

“三伏”針灸治療類風濕性關節炎 30 例

【刊名】中國針灸 1999 年 09 期

【機構】馬鞍山市人民醫院針灸科 / 安徽 243011 / 梁用華

【摘要】筆者從 1975 年 5 月開始對類風濕性關節炎進行試探性治療觀察，病人來源都是經西醫檢查確診為類風濕患者，並經西醫中醫多方治療無效，來本科要求針灸的門診病人。

(一) 臨床資料共治 30 例，男 12 例，女 18 例，年齡最小 6 歲，最大 80 歲，病程最短 1 年，最長 40 年。

(二) 治療方法在每年夏季三伏天進行，進伏第 1 天開始，出伏一天結束，共針 30 次至 40 次。輕者一季即愈，重者第二年伏天續治，有的三年四年連續治療均可，方法同上。

取穴：主穴為風池，太衝，太谿，風市，曲池，合谷，每穴每次必用“配穴”，根據關節病痛部位不同，而

相應取之：

1. 肩關節痛取肩，肩，臂臑。
2. 肘關節痛取外關，陽谷，陽池。
3. 膝關節痛取血海，陽陵泉，梁丘，足三里。
4. 踝關節痛取解谿，丘墟，崑崙，商丘。
5. 手指小關節痛取內關透外關，合谷透後谿。
6. 足趾關節痛取三陰交透懸鐘，八風等。

#### (三) 療效觀察

療效標準：

1. 經數年不發病，陰雨天均無疼痛處，無紅腫積塊，各大小關節均無不適等症狀，血沉正常，類風濕因子陰性為治愈
2. “平時無痛處，但在兩季之交，陰雨天，表現不適或關節疼痛，但不需服藥和針灸，病痛自然緩解為有效。
3. 經針治一季，到當年秋冬季或第二年春季，又發病者，雖比治療前減輕為無效”。

結果：治愈 20 例，有效 8 例，無效 2 例“療程最短 1 季，最長 3 季。

#### 期刊選錄 2.

【篇名】針灸治療類風濕性關節炎療效觀察

【刊名】針灸臨床雜誌 2004 年 08 期

【機構】天津中醫學院第一附屬醫院針灸部 / 天津 300193 / 高淑紅

【摘要】目的：觀察針灸對類風濕性關節炎的臨床療效。

方法：將 172 例類風濕性關節炎隨機分為治療組（針灸組）86 例，



對照組（中藥組）86例，治療時間14天。

結果：治療組有效率97.67%，對照組有效率81.40%。

結論：針灸治療類風濕性關節炎療效顯著，且其效果優於中藥治療。

### 治療組

取穴：風池，曲池，外關，八邪，風市，足三里，三陰交，解谿，丘墟。

1. 筆者採用針刺與溫灸相結合的方法治療本病，取得了較好的療效。
2. 風池，風市具有祛風通絡之功。
3. 曲池，外關，八邪共奏活血通脈，行血止痛之效。
4. 解谿，丘墟具有通經止痛之力。
5. 足三里為足陽明胃經之合穴，具有培補后天之本的作用；
6. 三陰交為足三陰經脈交會之穴，可達到補益三陰經脈的目的
7. “採用溫針灸法，是借針體將艾柱的溫熱之性導入體內，從而達到鼓舞全身陽氣，補氣助陽，扶正祛邪的目的“使經絡通！氣血暢痺証除”正如后世醫家在備急千金方中提出：「夫歷節風著人，久不治者，令人骨節蹉跌，……但于痛處灸三七壯佳。」

### 對照組

- 本組病例根據中醫辨證採用中藥治療“風痺用獨活寄生湯加減，寒痺用烏頭湯加減，濕痺用羌活勝濕湯加減，熱痺用桂枝芍藥知母湯加減，每日服2劑，每劑150ml，14天為1療程

### 療效標準

- 治愈：關節疼痛消失，外觀如常，

無壓痛，屈伸無礙，無晨僵，復查RF及ESR均正常，隨訪6個月無發

- 顯效：關節疼痛明顯減輕，略腫脹，輕壓痛，屈伸受限，晨僵不明顯，ESR測值降低
- 好轉：關節疼痛減輕，仍腫脹，有壓痛，屈伸受限，晨僵尚存
- 無效：治療前後無變化

### 治療結果

治愈：治療組48例，對照組28例；顯效治療組29例，對照組23例；好轉治療組7例，對照組19例；總有效率治療組為97.67%，對照組為81.40%。

### 通治法舉隅：

1. 六味地黃丸與桂枝芍藥知母湯合方加蕪蛇、全蠍、蜈蚣、蜂房、薏苡仁急性發作期，關節紅腫熱痛，如刀割虎噬，夜重晝輕，發病急驟，壯熱口渴，呼吸迫促，小便紅赤，燥燥不安。
2. 當歸拈痛湯
3. 白虎湯加桂枝
4. 犀角地黃湯（去犀角用水牛角代）
5. 宣痹湯和四妙勇安湯合方急性發作期有發熱、惡寒、無汗或汗出而熱不退，關節疼痛劇烈，遍及全身，關節屈伸不利，天氣由熱轉寒或晴天轉陰雨更痛，痛處如用熱敷法或烤火，疼痛會緩解。
6. 烏頭湯和薏苡仁湯合方。
7. 小活絡丹和薏苡仁湯合方。肌膚麻木不仁，肢體關節重著，腫痛，酸脹，陰雨天疼痛加劇。

8. 陽和湯
9. 薏苡仁湯。關節炎長期反覆發作，關節屈伸不利，局部有輕度之紅腫熱痛，夜晚痛甚，白天較緩，並有頭暈、目眩、耳鳴、咽乾、心煩、五心煩熱，失眠多夢，腰腳痠軟諸症。
10. 左歸丸和桂枝芍藥知母湯合方，並加蕪蛇、全蠍、蜈蚣、蜂房、薏苡仁。病程已久，骨節變形僵硬，活動受限，屈伸不利，疼痛悠緩麻木，面色 白，頭暈耳鳴，腰痠，下肢乏力，尿頻，小便清長，怕冷，常自汗出。
11. 右歸丸和桂枝芍藥知母湯合方，並加蕪蛇、全蠍、蜈蚣、蜂房、薏苡仁。

### 治驗舉偶

林 X 珠

女 52 歲

台北市敬業 X 路 XX 號 X 樓

病歷號：XX49

初診日期：97-10-13

處方：薏苡仁 2 兩 當歸 4 錢 川芎 2 錢 生薑 4 片 桂枝 4 錢 羌活 4 錢 獨活 4 錢 防風 4 錢 白朮 4 錢 麻黃 4 錢 粉防己 3 錢 茯苓 3 錢 山藥 3 錢 蒼朮 3 錢 香附 3 錢 威靈仙 1.5 錢 甘草 1 錢 薑黃 3 錢 一條根 5 錢 雞血藤 倒地蜈蚣 5 錢 乳香 3 錢 沒藥 3 錢 七帖



# 坐骨神經痛的中醫療法

文／陳旺全 考試院中醫師高考典試委員  
中醫師公會全聯會常務理事  
行政院衛生署中醫藥委員會委員

## 摘要

坐骨神經痛是多種神經痛當中最普通的一種，大部分都發生在腰椎神經的出口，主要是由於骨、韌帶的異常，使神經受到壓迫而引起的。其發生因相當複雜，治法也因人而異，使用中醫藥及針灸治療可以獲得滿意的效果。

關鍵詞 坐骨神經疼 中醫藥 針灸

## 前言

坐骨神經痛是指坐骨神經通路及其分布區的疼痛。分為原發性與繼發性坐骨神經痛兩種。原發性坐骨神經痛即是坐骨神經炎，是屬於坐骨神經本身發生的病變，其發病多與感染有關，而受冷、潮濕常為誘發因素。坐骨神經炎在臨床上較少見，主要是坐骨神經的間質炎，多由牙齒、副鼻竇、扁桃腺體等處病灶感染，及因其血液而侵及神經所引起，常與肌膜炎及纖維組織炎一併發生；繼發性坐骨神經痛主要是由坐骨神經通絡其鄰近組織病變影響所導致，如脊椎關節炎、椎管內腫瘤、腰椎間盤突出症以及 髖關節骨盆等部位病變，另外如妊娠子宮的壓迫、糖尿病和下肢的動脈內膜炎亦會有坐骨神經痛的病徵表現<sup>(1)</sup>。

## 臨床表現

坐骨神經痛好發於青壯年男性，最近老年發生的機率也逐漸提高，以單側性為多，起病常急速，初發病徵常為下背部酸痛和腰部僵直感，不出數日即出現沿坐骨神經通路的劇烈疼痛。亦會在發病前數週以步行或運動而牽伸神經時引發短暫的疼痛，逐步發展為劇烈的疼痛。疼痛呈陣發性、或持續性，如燒灼樣、刀割樣的疼痛，沿著臀部或髖部向下擴展至足部，夜間更為加劇，常使患者苦不堪言；在腰、臀、大腿後側、小腿外後側、足背等沿坐骨神經通路均會有壓痛點，而凡如牽拉坐骨神經的動作，如患肢伸直抬高，或患肢伸直、背屈，均可使疼痛加劇；影響患者生活作息之嚴重可見一般。此病之病程依病因而異；疼痛的嚴重程度和時間長短亦各不相同，在發病最初的五至十天疼痛最為劇烈，此後便逐漸減輕，在適當的中醫治療下，一般病人在六至八周經臥床休息可使疼痛迅速緩解或消失。但有些病例會變為慢性，時好時壞，常持續至數月，一般說來，急性發作而疼痛劇烈的，其復發機會較緩慢性發病者為少<sup>(2)</sup>。

## 病理



從中醫理論而言，坐骨神經痛是屬於“痺症”〈筋痺〉的範疇，如肢體、肌肉、關節等處的酸痛、麻木、重著以及關節腫大、變形、屈伸不利等一類的病症，通稱為“痺症”；痺症的發生，一方面由於外邪的侵襲，另一方面由於正氣的虛弱，以致風寒濕邪趁虛而入，留於肌肉、筋絡、關節，氣血就不得宣通，不通則痛；如遷延日久，氣滯血瘀，纏綿難癒。治法應活血去瘀止痛。

### 臨床內科治療選方

#### 一、獨活寄生湯：

組成與用法：

獨活三錢 桑寄生二錢 杜仲二錢 牛膝二錢 細辛一錢 秦艽二錢 茯苓二錢 肉桂二錢 防風六錢 川芎二錢 人參二錢 甘草一錢 當歸二錢 芍藥一錢 乾地黃二錢。水煎溫服，每日一劑，連服十五劑。

效用說明：

祛風濕，止痺痛，益肝腎，補氣血。方中以獨活為君，取其散伏風，善祛下焦與筋骨間之風寒濕邪，佐以細辛發散陰經風寒，搜剔筋骨風濕而止痛；防風祛風邪以勝濕；秦艽除風濕而舒筋；桑寄生、杜仲，牛膝祛風濕兼補肝腎；當歸、川芎、地黃、白芍養血又兼活血；人參、茯苓補氣健脾；桂心溫通血脈；甘草調和諸藥。根據藥理研究此方主要有抗炎，鎮痛，擴張血管等作用<sup>(3)</sup>。

辨證加減：

1. 疼痛較甚者，加制何首烏、地龍、紅花以搜風通絡活血化瘀；
2. 痛遇濕加重者，加薏苡仁以祛濕止痛。

#### 二、二妙散加味

組成與用法：

黃柏五錢 蒼朮五錢。水煎溫服，每日一劑。

效用說明：

清熱燥濕。方中黃柏苦寒，寒以清熱，苦以燥濕，且偏入下焦；蒼朮苦溫善能燥濕，二藥相伍，合成清熱燥濕之效，使熱祛濕除。現代藥理研究本方具有解痙、鎮靜、解熱作用。

辨證加減：

1. 疼痛遊走不定，關節屈伸不利，遇風加重者，加防風、秦艽、當歸以疏風通絡止痛。
2. 疼痛較劇者，痛有定處，得熱痛減，遇寒痛劇者，加制何首烏、乾薑以溫經散寒止痛。
3. 疼痛重者，酸痛或有腫脹，痛有定處，手足沉重，肌膚麻木不仁者，加薏苡仁、桂枝、桑枝以除濕通絡。
4. 疼痛灼熱紅腫，得冷稍舒，痛不可觸者，加石膏、知母、桂枝以清熱祛濕通絡。
5. 疼痛時輕時重，屈伸不利，皮下結節，舌質色紫或有瘀點，苔白膩，脈細澀者，加當歸、川芎、雞血藤、地龍、藏紅花以養血活血，化瘀祛風，通絡止痛<sup>(4)</sup>。

#### 三、當歸四逆湯

組成與用法：

當歸三錢 桂枝二錢 芍藥三錢 細辛一錢 甘草二錢 通草一錢 大棗三錢。水煎溫服，每日一劑。

效用說明：

溫經散寒，養血通脈。方中當歸辛甘溫，補血和血，與芍藥合而補血虛，桂枝



辛甘而溫經散寒，與細辛合而除內外之寒。甘草、大棗之甘，益氣健脾，既助歸芍補血，又助桂心通陽，更加通草通經脈，使陰血足，客寒除，陽氣振，經脈通而痛止。藥理研究表明本方的單味藥分別具有改善血液循環、鎮痛、鎮靜、抗炎、解痙等作用<sup>(5)</sup>。

辨證加減：

1. 見有大便溏薄、嘔吐、胃寒冷痛者，加吳茱萸、生薑以溫中散寒；
2. 面色蒼白，乏力短氣者，加黃耆、黨參，以益氣補虛。

### 臨床針灸治療法

主穴為腎俞、環跳、承扶、殷門、委中、陽陵泉，針刺深度依病人同身寸為主，行運氣手法，使酸麻感向下肢遠端放射，可達足背或足底，能促進療效。急性患者每日針一次，緩解後隔日針，七至十日為一療程，休息三天，再繼續下一個療程。

### 預防與保健

坐骨神經痛最常見的病因是腰椎間盤脫出壓迫引起神經傳導功能障礙，因此，避免使腰椎間盤發生病變在預防坐骨神經痛上是非常重要的。及時控制體內炎症，減少外在寒冷、潮濕等誘因，提高機體免疫力也是十分必要的。而急性患者要臥床休息，最好睡硬板床。或在足下〈與足有一定間隔〉放熱水袋。患者常因疼痛而食慾減退，應建議其進食，以保持營養，增加抵抗力。並且可以自行以上面的經穴為主，熱敷後，在穴位上做適當的按摩，達到疏經活血、減緩疼痛的目的。

### 參考文獻

1. 詹正嵩，實用中成藥手冊，第一版，中國

- 中醫藥出版社，北京，1992：434—435
2. 陳奇，中成藥與名方藥理及臨床應用，海天出版社，深圳，1995；293、416
3. 徐濟群，方劑學，上海科學技術出版社，上海，1995；134，192
4. 李世滄，臨床常用中藥方劑手冊，台灣醫藥工作室，2001；116—117
5. 中醫方劑學，啟業書局，台北，1979；103

## 坐骨神經痛不一定要開刀

文／蘇聰明 高雄市中醫師公會前理事長

坐骨神經痛使很多患者痛苦莫名，根據統計，八成患者可用中藥治療改善症狀。因此，建議病患還是先考慮保守療法，或許可免開刀之苦。

調查顯示，坐骨神經痛，無論是否開刀，五年後仍可能復發，再度受苦。因此，先用保守療法應是最佳的選擇。

人體的脊柱是由 30 塊脊椎骨連接起來的長條柱子，在每塊脊骨間夾有一塊富彈性的軟墊，可減少脊椎間衝擊，增加身體的彈力，這軟墊稱為「椎間盤」。

椎間盤外面有一層韌帶環繞著，如果這一層的韌帶因受到傷害而破裂時，椎間盤裡面膠狀骨髓就會從裂口突出，並壓迫到脊神經，而引起坐骨神經痛。

在人類學會站立後，在腰背垂狀態下，體重重心自然落於雙腳，而上身的重量則靠脊椎來支撐，這與動物四肢著地，脊柱水平不承受體重壓力的情形不一樣，因此一不小心，脊椎就容易受到傷害。

通常有兩種情況會導致椎間盤突出症，一是步入中年後，由於脊椎骨的軟墊長期受壓迫已有退化跡象，若偶爾猛然用力，就可能使軟墊移位。另外年輕人運動前未做適度的暖身且用力過猛，也會導致椎間盤爆裂。

坐骨神經痛常會因腰椎管狹窄症、腰椎骨關節炎、變形性腰椎症（骨刺）、腰

椎滑位及腰椎腫瘤等症狀而引起，不過最常見的病因仍是腰椎間盤突出症。

坐骨神經痛不同於一般的腰痛，侷限於腰部而已。患者除了腰或臀部痛楚外，有時痛感會一直延伸至大、小腿上，甚至會麻到腳趾，嚴重時連行走、起床，甚至自椅子站起來都發生困難。目前可用電腦掃描，或以顯影的藥物注射入腰椎腔，再經 X 光攝影清楚呈現，並據以判斷是否因椎間盤突出而造成坐骨神經痛。

另外，也可以利用簡單測驗來確定是否坐骨神經受壓迫。方法是令病患仰臥、伸直及舉高腿部，如果疼痛加劇無法舉到七十度以上，就可以斷定是坐骨神經痛。

腰椎間盤突出所造成的坐骨神經痛不需要開刀？其實只有少部分患者因壓迫的程度太厲害，無法以藥物或復健有效治療時才需動刀，一般只要藥物及物理治療可治癒。

據報載，目前國際上多已認同椎間盤突出保守療法的療效；反觀國內、椎間盤突出手術比率仍偏高，在市場競爭下，部分醫師多鼓勵病人手術，不少病人甚至物理治療不到六週，還未到一定的療程，便被醫師「開掉」，由此可見一斑。所以，理論上，若沒有特殊的理由，最好不開刀。

坐骨神經痛屬於中醫的痺症範圍，（痺含義就是閉阻不通的意思）中醫對疼痛的



產生原因，認為是氣滯血瘀所致，因此，治療坐骨神經痛主要是按照「不通則痛」的原理，採用活血化瘀的藥物，「舒筋活絡湯」進行治療、使氣血、經絡暢通，以達到「通則不痛」之目的。

「舒筋活絡湯」是由乳香、沒藥、元胡、當歸、丹參、川芎、杜仲、續斷、血藤、獨活、靈仙、川牛膝、地龍、甘草等十四種中藥所組成，具有祛散瘀結，通絡止痛的作用，能使局血腫處的血流旺盛，加速血腫消散，一旦腫脹消除，就不會再壓迫到神經，而疼痛也就隨之解除了。所以，對椎間盤突出所引起的坐骨神經痛，中藥的治療效果仍不可忽視的。但在使用該方時，還需隨證加減，才能發揮良好的療效。

坐骨神經痛，主要是脊椎或支持脊椎的肌肉長期受壓所引起的，腰部的壓力愈少，治療所需時間越短，因此坐骨神經痛的患者，需要充分休息，有些病患症狀一直無法改善，主要是臥床休息的時間不夠，不妨請假一至二週，徹底臥床休息，使脊椎完全鬆弛，效果會比物理治療更佳。

至於椎間盤突出所誘發的神經痛，要看是站久了或走久了會疼痛的機械性壓迫，或是晚上睡覺時，因躺太久不動而感到疼痛，或天氣變化所引起的炎症性疼痛。大致來說，合併有花性症狀的，就用藥物治療，而合併有機械性壓迫的，就配合牽引治療，可暫時把兩個椎體拉開，協助關節周圍軟組織的消腫。

要避免坐骨神經痛的復發，最重要的是保持正確的姿勢，對於坐辦公桌的人，應避免長時間坐著不動，要經常做體操或散步。其次，若要提重物最好是蹲下去拿，不要在彎腰搬運時，用腰部支撐，以減輕腰部負擔。此外，游泳對坐骨神經痛的防

治亦頗為有效，慢性患者則可在戲水中，獲致治療此病的效果。

## 中醫觀念探討傳統習俗「轉骨」

文／吳元劍 玉安中醫診所院長、台灣省中醫師公會前理事長

何謂「轉骨」？傳統習俗兒童成長進入青春時期的發育過程稱為「轉骨」。因此；「轉骨」乃指青春期前後青少年由兒童時的體態，發育轉換為成年男、女生理變化與體態的過程，而傳統使用的「轉骨方」就是用來促進青春期生長發育的中藥方。

黃帝內經曰：「女子七歲，腎氣盛，齒更髮長；二七天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事以時下，故有子。三七腎氣平均，故真牙生而長極。四七筋骨堅，髮長極，身體盛壯。五七陽明脈衰，面始焦，髮始墜。六七三陽脈衰於上，面皆焦，髮始白。七七任脈衰，太衝脈衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也。」

「丈夫八歲，腎氣實，髮長齒更。二八腎氣盛，天癸至，精氣溢瀉，陰陽和，故能有子。三八腎氣平均，筋骨勁強，故真牙生而長極。四八筋骨隆盛，肌肉滿壯。五八腎氣衰，髮墜齒槁。六八陽氣衰竭於上，面焦，髮鬚頹白。七八肝氣衰，筋不能動，天癸竭，精少，腎氣衰，形體階極。八八則齒髮去。」

從這段經義很明確的記載，女生約十四歲、男生約十六歲時人體的成長發育變化對成年後的健康有密切的關係，因此，傳統習俗在這段期間稱為『轉骨發育期』，習慣透過中藥調養以促進生長發育，即是

青少年是否能有效增高潛力的最佳黃金期，且對日後身體各器官的機能有很大的影響。

中醫學認為腎與骨骼的生長有密切的關係，故稱「腎主骨」，更是轉骨觀念的延伸。腎主藏精，而精能生髓，髓居於骨中，骨是依靠骨髓得到充養而勁強。因此腎氣的盛衰將主導人體骨骼的生長。腎精充足，骨骼也能得到充分的滋養，於是就正常生長茁壯堅固。如果腎精虛少，骨髓的生化之源不足，不能營養骨骼，就會出現孩子生長遲滯。

「腎」為先天之本，與體質有關，主導骨骼發育。「脾」是後天之本，與腸胃攝取營養有關，主導肌肉生長。發育期從腎、脾二臟做好調理，對於小孩生長增高茁壯就會有很大的助益。

### 中醫的轉骨觀點

補腎：補腎強筋健骨的藥材，能促進骨骼的發育，幫助長高，應依體質辨別處方，若是使用不當，也可能會造成荷爾蒙分泌異常、早熟，甚至導致反效果。

健脾：轉骨期的消化能力極佳，應有適當的調理，否則會影響到營養的吸收，而對發育造成負面的效果。

### 轉骨期調養的好時機



男生和女生的青春期末齡並不相同，一般而言，第二性徵發育是青春期的重要指標。在這段時間之前的半年左右，是轉骨進補調理的好時機。

女生初經前成長較為明顯，初經後成長趨於緩慢。男子的青春期末會有喉結出現、聲音改變、夢遺等生理變化。

傳統習俗老一輩的人習慣在於青少年發育期，用「雞、鴨」及中藥轉骨方來燉補，尤其講究的是到每年國曆八月初前後，節名「立秋」，時序進入秋天，氣候轉涼，萬物紛紛累積養分準備過冬，正應「春耕、夏耘、秋收、冬藏」的規律，是轉骨期進補調養的好時機，所謂適時進補得身體健康。

「轉骨」傳統習俗進補的概念，在時序「立秋、白露」這段期間，利用中藥藥理的補血、補氣、補腎方法，並以配合九層塔根部作為藥引，用來燉補最為適當。

男生要注意筋骨及氣的調理，預防運動氣傷及筋骨損傷。女生因有經期，所以要調經補血，預防貧血及經期腹痛的發生。

### 轉骨期適當進補對身體的影響

轉骨發育期是身體的生長潛力最大階段，若有先天遺傳與環境或營養因素的體質，常在轉骨期間的正常發育而改善。若轉骨發育期間有適當的調養更會改變代謝機能，穩定免疫力，增強身體各組織器官功能。有些疾病如過敏性鼻炎、氣喘等，在轉骨發育期因體質的改善不藥而癒。

青春期的生理變化，青春期末間有些青年男女感到困擾的症狀，如青春痘、肥胖、第二性徵發育遲緩、矮小身材，女生月經失調、經痛，或心理壓力性症候有焦慮、急躁、憂鬱、失眠、疲勞、眩暈、頭痛、

食慾不振等等，都可以請示中醫師用中藥來調理治療。特別是發育期有些青少年，卻因為愛美減肥而節食，很容易影響日後身體生長與健康。

### 轉骨期的養生

(1) 適當的運動：發育期多作運動，尤其跳躍、跳繩、打球，可刺激腿部骨骺板活化，助益腿的發育，若過青春期末骨骺板閉合，就會影響長高。

科學研究證明，適當的日光照時間有助於兒童的生長發育。紫外線能殺死皮膚和空氣中的細菌，加速體內維生素D3的合成，改善血液中鈣、磷代謝，促進兒童長高，因此，適時的給兒童戶外活動時間，是可以促進其生長發育的。

(2) 維持正確的體態：保持良好的姿勢，可使發育中的骨骼端正，避免駝背、脊椎側彎等身材缺點產生。

(3) 發育期骨骼成長需要大量鈣質，含鈣質的食物有牛奶、小魚干、魚骨、蝦類、蛤、牡蠣、紫菜、海菜、乳酪、豆腐、等。

(4) 應有足夠的蛋白質：魚、肉、蛋、奶、豆類。

(5) 青春期的青少年因肌肉量與血液量增加，需要大量補充鐵質和鈣質，食物可選擇瘦肉、蛋、深綠色蔬菜來攝取足夠的鐵質。

### 發育期注意事項

#### 1. 忌冰冷

寒涼會影響萬物生長發育緩慢，因此在發育期，盡量避免冰涼飲品，以免影響發育。

#### 2. 放鬆心情

心理愉快會影響生長激素的分泌，若

心理壓力過大、長期憂鬱，生長發育也會受影響。因此生長發育期要保持愉快的心情，可助益身體長高。

### 3. 乖乖睏、一暝大一寸

台灣俗語常說：「渣坡(男生)大到二五，渣某大到肚」。睡眠時會分泌生長激素，與長高有密切的關係，而生長激素須入睡後一小時後會由淺眠到深層睡眠，再由深層到淺，睡眠深淺的變化像連續的波浪，稱慢波期，此時，生長激素分泌最旺盛，當然睡眠充足會容易長高。

### 青春期按穴增高法

青春期是指女性在初次月經後約至 18 歲。男生則在開始長鬍子、喉結及變聲時期到 19 歲。正值青春期的青年男女都想要長高，傳統經絡有 3 個穴位，平日常與按摩，刺激、推按每個穴位每次至少 30 下、每下持續 3 秒鐘，配合適度的運動與藥膳，才能幫助增高的效果。

#### (1) 湧泉穴

位置：足底，腳趾 2、3 指下方，上 3 分之 1 處。

#### (2) 足三里穴

位置：膝蓋骨凹溝下四指寬處下方、脛股的外側凹陷。

#### (3) 三陰交

位置：小腿內側、足內踝上四指寬處，脛股內側、後方凹陷。

### 轉骨藥材參考方須經中醫師確認後使用

#### 1. 男子=補腎益氣，以十全大補湯。

藥方組成：當歸、川芎、熟地黃、白芍、茯苓、黨參、白朮、甘草、肉桂、黃耆及紅棗。益於調整胃腸功能，大補氣血及改善生長發育體

質。

#### 2. 女子=調經養血，以四物湯加參耆。

藥方組成：黃耆、人參、熟地黃、白芍、川芎及當歸。可調理少女初經來潮前後體質。

#### 3. 胃對於營養吸收機能，為氣血生化之源，因此發育期亦應給予健脾益氣用四君子湯、參苓白朮散。

補氣健脾藥材如：黃耆、黨參、白朮、芡實、山藥、茯苓和薏仁等可調整腸胃功能。

#### 4. 腎主骨、主髓、主骨骼發育。補腎的藥材有強筋健骨，能促進骨骼的發育，幫助長高，如鹿茸、巴戟天、杜仲、山藥、續斷、杜仲、鎖陽、肉蓯蓉、冬蟲夏草、枸杞、黃精。

#### 5. 強化骨骼生長的藥材：如當歸、川芎、赤芍、熟地、九層塔頭、含殼草、川七、骨碎補、續斷、狗脊。

#### 6. 養血活血藥；如當歸、川芎、川七、大棗、丹參、熟地等，

#### 7. 鈣質與膠質藥；如龍骨、牡蠣、鹿茸、珍珠、龜板。



# 運動神經元疾病

文／蘇三稜 三稜中醫診所院長、中華民國中西結合神經醫學會理事長

## 概述

運動神經元疾病（motor neuron disease MND）是一組主要累及上下運動神經元的漸進性退化疾病，其特徵是選擇性的破壞支配隨意運動的神經系統，病變範圍包括脊髓前角細胞，腦幹運動神經元，皮質錐體細胞以及錐體束等，而感覺神經、認知力、自主神經功能及其它器官系統皆不受影響，大、小便功能和眼球肌肉運動亦屬正常。

本病多數為散發性，僅約有 10% ~ 15% 為家族遺傳性，大多起病隱襲，進展緩慢，據統計平均年發病率約 0.4 ~ 2.6/10 萬人，有些個別地區發病率特別高，如關島的 chamorro 部落為 1.79 ~ 12/10 萬人 (1944 ~ 1985)，新幾內亞的兩個偏僻小島為 147/10 萬人 (1975 ~ 1980)，日本 Kii 半島為 55/10 萬人 (1957 ~ 1972)。發病率隨著年齡增加而升高，50 ~ 59 歲漸增多，75 歲達到高峰，男性較多，男女比例為 1.2 ~ 2.6 : 1.0。

本病的病程約 1 ~ 7 年，平均 5 年，呈致死性，在死亡鑑定研究中發現其患者有 80% ~ 90% 會因本病而死亡，晚期患者常死於其併發症呼吸衰竭。

## 病因

由 charcot 於 1869 年第一次描述本病

至今已有 100 多年歷史，許多學者作過廣泛的動物模型實驗研究，包括重金屬中毒，植物和藥物中毒，營養代謝障礙、細菌和病毒感染、自身免疫及遺傳學等病因研究，均未獲得定論，直到 1991 年才在家族性 ALS 發現遺傳基因，並定位於 21 對染色體長臂，更於 1993 年確定其為銅鋅的 SOD 基因突變，Cu/Zn SOD-1 基因突變可導致 SOD 喪失，使其解毒作用消失，導致氧自由基過量聚集而造成細胞損傷。之後再於散發性 ALS 亦發現可能與 22 對染色體長臂上的基因連鎖有關。

綜合現在學者的研究，得知其誘因可能和環境毒素（重金屬，有機殺蟲劑）、內分泌疾病（甲狀腺或 / 與副甲狀腺功能低下）、免疫或淋巴浸潤性疾病、感染（脊髓灰質炎病毒或 HTLV-1 病毒）、

堅果神經毒素或水與土壤中的礦物質含量（低鈣、高鋁）等有關；意即在某些遺傳易感性人之中，誘因經 10 ~ 20 年潛伏期之後，由於清除毒物作用缺陷而導致由不同因素參與的神經變性而發病。

## 分類

由於病損部位不同，可分為 1. 下運動神經元型，包括 (1) 侵犯脊髓前角細胞的進行性脊髓肌肉萎縮症 (PMA)，及 (2) 侵犯腦幹運動神經核的進行性延髓麻痺 (PBP)，



2. 上運動神經元型〔1〕，主要為錐體徑路退化的原發性側索硬化症 (PLS)，及〔2〕侵犯支配腦幹運動神經核之皮質延髓徑路的假性延髓麻痺；3. 混合型，即同時傷及脊髓和腦幹(延髓)的上、下運動神經元者，稱為肌萎縮脊髓側索硬化症 (ALS)。分類表格如下(表一)：

### 臨床表現

臨床表現因受侵犯神經不同，而有不同特性，於下運動神經元損害多見肌群萎縮，無力，於上運動神經元則多見錐體束損害的症狀及體徵，參考表如下(表二)。以下就四個病症類型分述如下：

#### 1. 肌萎縮脊髓側索硬化症 (ALS)

ALS 依臨床表現可分為四型：

- (1) 家族型，約有 5% ~ 10%，為 21 對染色體長臂發生異常，其病灶並不完全局限在於隨意運動系統，還能影響到小腦及感覺等系統。
- (2) 續發性，少見。
- (3) 關島型，與蘇鐵核果毒素及環境毒素誘發有關，它的症狀除了有運動系統症狀之外，也常合併有其他系統病變，如肌萎縮側索硬化症—帕金森—癡呆症候群。
- (4) 散發性，最常見，多數患者為 50 歲以上老年人，首發症狀常為手指運動不靈活，對某些動作執行困難，及肢體力量減弱，隨之手

表一

		病灶位置	下	上
延髓		腦幹運動神經核	進行性延髓麻痺	
		腦幹皮質延髓徑路		假性延髓麻痺
脊髓		脊髓前角細胞	進行性脊髓肌肉萎縮	
		錐體徑路退化		原發性側索硬化症
延髓 / 脊髓		脊髓側柱及灰質前端	肌萎縮脊髓側索硬化症	

表二

	上運動元病灶	下運動元病灶
肌肉無力	輕度	明顯
肌肉萎縮	無	明顯
肌束抽動	無	常見
肌腱反射	加強	減輕
肌肉張力	增加(痙攣)	減低
Babinski 氏徵	有	無
肌電圖去神經現象	無	有

\* 摘錄自：吳進安、蔡清標《基礎神經學》P.266 合記圖書出版社,2007



腳肌肉萎縮，逐漸向前臂、上臂、肩胛帶肌群發展，開始即可能為兩側對稱性發病，如果是單側開始者，其症狀也很快會發展到雙側。除了肌肉萎縮無力之外，還經常併隨肌肉痙攣，肌束抽動，以及體重減輕的現象；下肢呈痙攣性癱瘓，剪刀步態，肌張力增高，腱反射亢進，Babinski 陽性徵等。上述症狀亦有少數病例，是從下肢先起病，才逐漸波及上肢者。

延髓麻痺的症狀亦常見，如吞嚥困難、構音障礙、舌肌萎縮、舌頭動作不靈活等。

患者的智能、眼球運動，感覺和大、小便功能不受影響。

患者隨時可能感覺呼吸困難，咳嗽無力，痰粘咯不出來，故常伴肺部感染，故最後通常因伴發肺炎及呼吸衰竭而死亡。其預後亦主要取決於是否影響其呼吸及吞嚥的功能；一般 ALS 經確診後很少可存活超過 5 年，尤其一旦出現延髓麻痺及呼吸困難症狀時，則預後更差。

## 2. 原發性側索硬化症 (PLS)

本型最少見，只有上運動神經元被侵犯，起病多在成年後，病變常先侵犯下胸段的皮質脊髓束，臨床症狀通常於兩側下肢開始發病，類似於 ALS 的早期，下肢出現對稱性強直無力，痙攣步態，腱反射增高，Babinski 陽性，肌萎縮不明顯，無感覺障礙。倘若頸段皮質脊髓束也被波及，則上肢將出現運動神經元癱瘓，及影響說話和吞嚥的功能，若以說話和吞嚥症狀始發者，稱之為假性延髓麻痺。本證型進展緩慢，預後良好，壽命不受影響。

## 3. 進行性 ( 脊髓 ) 肌肉萎縮 (PMA)

發病年齡多於 30 歲左右，與 ALS 的差異是除了不侵犯上運動神經元，及病程較為緩慢之外，其餘症狀幾乎都相同，表現為肌無力、肌萎縮及肌束震顫。首發症狀常為一手或雙手遠端肌肉萎縮、無力、漸及手臂及肩胛帶肌肉，很少從腿或近端肢體開始，因其發展速度緩慢，存活時間較 ALS 為久，甚至有超過 15 年者。

## 4. 進行性延髓麻痺 (PBP)

多為中年以後起病，及下腦幹的運動神經核受累，而出現第 V，VII，IX，X，XII 對顱神經的障礙，出現臉部，咀嚼，舌頭及咽喉的肌肉萎縮，表現為構音不清，吞嚥、咀嚼困難，咳嗽無力，飲水發噎，若皮質延髓束亦受累，則出現下頷反射亢進，後期伴有強哭、強笑，呈真性和假性球麻痺並存的現象。本症進展較快，預後不良，多在 1～3 年死於呼吸肌麻痺和肺感染。

## 中醫的病機

本病的主要症狀是肌肉萎縮，肢體無力，肌束跳動等，待出現症狀，多數已經歷長期間隱匿的發展，一旦發病，多表現為虛損之象，或虛實夾雜症候群，以下就其表現分述之。

1. 肌肉萎縮：本病常有對稱或不對稱性四肢、軀體及舌頭等肌肉萎縮。古謂脾主肌肉、四肢，若脾胃虛損，則受納失司，氣血生化之源不足，無力生長肌肉，筋脈肌肉失養而致形瘦肉萎，病至晚期、大肉脫盡，更是脾之真陰真陽虧損難癒之象。
2. 肢體無力：本病常表現在不同程度的肢體無力，或上肢不能舉高，下

肢不能行走，或頸軟頭傾，甚至語言不清，咀嚼無力。古謂腎為作強之官，久病腎陽已衰，又缺乏脾胃的濡養，乃至骨髓空虛，腰脊四肢痿軟無力。

3. 肌束抽動：本病常出現不同程度的肌束震顫，甚臨床意義為運動單位不隨意的放電，表淺者肉眼可見，深部者不易查覺。古謂肝主筋，血虛不能養筋，則筋惕肉，陰虛更可致動風，故出現肌束顫動，反射亢進。
4. 構音障礙：本病常出現發音不清，重則不能言語。古謂肺主聲音，氣血虧虛不充養肺金，氣機無力鼓動

聲門，以致發音不利。

5. 吞嚥困難：本症常有吞嚥困難，飲水發噎，時發噎咳。古謂咽為腎關，脾主運化，胃主受納，腎、脾、胃諸臟氣之不足，乃至運化無權，吞嚥功能低下。
6. 其它症狀：包括肢體不溫、關節拘攣如爪、痰涎壅盛、多汗、便秘、舌膩、舌剝苔、口臭等，或合併感染、發燒，都因初病氣結在經，久病之後傷血入絡，或兼感濕熱邪氣，或挾痰，挾瘀為患，乃至病變蜂起。

### 治療

以鄧鐵濤教授醫案為例（如下）：

例一：

陳○○	女 48 歲 發病：1999 年 1 月 初診：1999 年 4 月					
病名	病史	症狀	舌象	脈象	大、小便	辨證
進行性炎髓麻痺	於 3 月前出現右上肢無力，逐漸波及右下肢，並出現肌肉跳動，語言含糊不清，症狀日漸加重	發音不清，咽反射減弱，舌肌萎縮震顫，右側肢體肌張力低下，肌肉萎縮肢圍比健側小 1cm，肌力 IV 級，腱反射減弱	舌淡胖苔薄白	細弱	？	脾腎（陽）兩虛

治則	藥物	針灸	治療時間	效果	追蹤
健脾補腎	黃耆、五爪龍、千斤拔、牛大力、黨參、雞血藤、杜仲、茯苓、白朮、陳皮、甘草、桑寄生	肩、曲池、手三里、合谷、髀關、伏兔、足三里、陽陵泉、陰陵泉、懸鐘、太溪、脾俞、膈俞、腎俞、風池、上頸段夾脊	4 個月	右側肢體肌力從 IV 級恢復至 V 級，走路平穩，舌肌萎縮明顯改善，仍有鼻音及舌肌震顫	續服中藥半年，已正常工作



## 例二：

蔡○○	男 46 歲 發病：1996 年 初診：1996 年 6 月					
病名	病史	症狀	舌象	脈象	大、小便	辨證
肌萎縮側索硬化症	左上肢無力，漸發展至全身性萎縮，於馬來西亞、新加坡經 Riluzole 治療一個療程，病情逐漸加重	全身肌肉萎縮，四肢無力，肌束震顫，吞嚥困難，只可進食少量流質飲食、飲水返噎，痰多難咯，張口困難，舌縮不能伸，眼矢多、口臭、煩熱不渴、四肢肌力 II 級，肌張力強腱反射亢進，巴氏徵 (+) 雙踝陣攣 (+)	舌淡嫩苔白中根膩	右手反關左脈輕取浮弦沉按弱而無力	大便排解困難，只能靠泄藥或灌腸	脾腎陽虛痰瘀

治則	藥物	針灸	治療時間	效果	追蹤
溫補脾腎化痰通絡祛風	北耆、黨參、五爪龍、巴戟天、桑寄生、白朮、雞血藤、歸頭、川芎、赤芍、全蝎、僵蟬、水蛭地龍、柴胡、升麻陳皮、法夏。 外洗方： 海桐皮、細辛、吳茱萸、川烏、艾葉羌活、獨活、續斷、荊芥、防風、歸尾紅花、生蔥、酒、醋。 灌腸方： 五爪龍、枳實、玄明粉	懸灸：百會、足三里、三陰交。 黃耆針注射脾俞、腎俞、大腸俞、陽陵泉、	住院治療 2 年	2 年的治療當中曾有 4 次外感，完全用中藥治療，不用任何西藥，而病情穩定，每餐進食 2 碗流質。	已存活超過 5 年

## 例三：

張○○	女 56 歲 發病：2000 年初 初診：2002 年 12 月					
病名	病史	症狀	舌象	脈象	大、小便	辨證
肌萎縮側索硬化症	於 2000 年初因摩托車撞傷腰部後致腰部疼痛，繼而出現右手、右下肢無力伴肌肉震顫，右手魚際肌萎縮逐漸波及對側上下肢萎縮，並見四肢無力，飲水返噎，吞嚥不順、構音不清，頸軟無力 抬舉，於上海口服 Riluzole，皮下注射轉移因子，病情進行性加重	呈慢性病容，精神疲乏，被動體位，構音不清，張口困難，舌縮難伸，舌肌震顫，咀嚼肌無力，口腔有痰涎分泌物，頸軟無力，全身肌肉萎縮，雙上肢肌力 II 級，雙下肢肌力 II~III 級膝腱反射亢進	舌淡胖苔略濁	虛弱	排便乏力，3 日一行，量多	脾腎虛損

治則	藥物	針灸	治療時間	效果	追蹤
健脾補腎，強肌壯力	黃耆、五爪龍、牛大力、千斤拔、全蝎、地鱉蟲、杜仲、何首烏、巴戟天、淫羊藿、太子參、白朮、陳皮、甘草	?	27天	神清、精神好、四肢肌力明顯增加，可在家人攙扶下走5~10分鐘，下肢肌力增至IV級，上肢肌力III級，張口較前大，舌可微伸出外，構音較清痰涎減少，膝腱反射亢進減弱。	12月29日出院，續以前方加減煎服

例四：

謝○○ 男 41歲 發病：2001年 初診：2003年11月						
病名	病史	症狀	舌象	脈象	大、小便	辨證
肌萎縮側索硬化症	2001年初發現右肩，右手乏力，上抬受限，當時未曾重視，到夏天時發現右上肢肌肉萎縮，以近端肌肉為主，乏力逐漸加重 2002年1月累及右上肢，7月於美國哥倫比亞醫院確診為ALS，經西醫系統治療，病情無好轉。高脂血症治療中。	四肢無力，以近端肌肉為主，手不能手舉、腳上抬受限，下肢肌肉跳動雙手大、小魚際肌肉輕度萎縮，雙腳四頭肌輕度萎縮，雙上肢肌力II級，下肢IV級。	舌質淡苔膩	細弱	?	脾腎虛虧痰濁阻絡
治則	藥物	針灸	治療時間	效果	追蹤	
益氣健脾補腎活血通絡化濕祛風	北芪、五爪龍、薏苡仁、僵蟬、全蝎、當歸、川芎、赤芍、巴戟天、雞血藤、防風、甘草、陳皮、法夏、黨參	肌生針肌注足三里	一個月又2天	四肢乏力，改善肌力好轉	繼續以上方調理，隨訪至今？（資料於2004年11月出版）病情穩定	

例五：

鄭○○ 男 36歲 發病：2002年10月 初診：2003年12月						
病名	病史	症狀	舌象	脈象	大、小便	辨證
肌萎縮側索硬化症	2002年10月出現雙手無力，握筷子不穩，並漸見肌肉跳動，雙手輕微顫動，消瘦、2003年4月，在紐約治療效果不明顯。胃痛3年餘	雙手無力，以大拇指為甚，雙手大、小魚際萎縮，雙下肢乏力，偶有左上腹隱痛，頭暈、脊椎側彎，肩胛部和雙上臂肌肉跳動，手指略彎曲，可見顫動、雙膝腱反射略亢進。	舌暗紅苔薄白	細弱	大便略乾	脾腎虛弱筋脈失養



治則	藥物	針灸	治療時間	效果	追蹤
補氣利濕 治血通絡	全蝎、僵蟬、薏苡仁、北芪、 五爪龍、 柴胡、升麻、雞血藤、雲苓、 白朮、秦艽、甘草、陳皮、 桑寄生	肌生針 肌注足三 里	40 天	肌跳減少， 肌力略有增 強，腿乏略 有好轉	隨訪至今？病 情穩定

## 例六：

高〇〇	男 49 歲 發病：2002 年 12 月 初診：2004 年 8 月					
病名	病史	症狀	舌象	脈象	大、小便	辨證
肌萎縮側索硬化症	2002 年 12 月出現 構音障礙，語言不清，吞 嚥困難，2003 年 6 月症狀 加重， 於北京協和醫院服「澳斯 的明」未見好轉，7 月出 現左上肢無力，持物困難， 逐漸波及右上肢、右肩、 頸部、雙下肢，並有進行 性肌肉萎縮，肌肉跳動， 2003 年 11 月北大第三醫 院確診為 ALS 進行 2 次幹 細胞移植，未見好轉。	語言不清，全身無力， 以左側為甚， 雙手持物無力， 雙下肢肌張力稍增高， 步行困難，肌肉跳動， 四肢和軀幹肌肉不同程 度萎縮，動則汗出，飲 水反噎，舌肌萎縮伸舌 左偏，咽反射減弱，吞 嚥稍困難 右側聽力減退，視物模 糊，腱反射亢進。	舌尖 紅 苔黃 厚膩	細澀	調順	脾腎 虛損 濕熱 內蘊
治則	藥物	針灸	治療時間	效果	追蹤	
健脾益 氣強肌 活血通 絡化痰	黃耆、五爪龍、黨參、僵蟬、全蝎、 當歸、升麻、柴胡、薏苡仁、膽南星、 法夏、陳皮、白朮、 雲苓	穴位注 射足三 里	4 天 + ?	舌苔黃膩變 薄，語言不 清等症狀好 轉	續以上方加 減治療	

## 例七：

楊〇〇	男 49 歲 發病：2002 年 12 月 初診：2004 年月					
病名	病史	症狀	舌象	脈象	大、小 便	辨證
肌萎縮側索硬化症	2002 年 12 月出現 右下肌肉跳動，進行性乏 力，肌肉萎縮，逐漸波及 右上肢、右肩、左上肢 頸部，2003 年 3 月 北大第三醫院確診為 ALS 2003 年 12 月行幹細胞移 植 3 次，未見改善，近 3 月症狀更加嚴重。	步行困難，右下肢頸 部乏力，肌肉跳動， 舌肌萎縮構音不清， 飲水時噎咳，腱反射 亢進，雙側踝陣攣 (+)。	舌尖 紅 苔黃 膩	細澀	大便乾 日 2 行 小便調	脾腎虛 損 濕熱 內蘊

治則	藥物	針灸	治療時間	效果	追蹤
補脾腎 益肺氣	北芪、五爪龍、黨參、 當歸、牡蠣、 雲苓、陳皮、柴胡、 升麻、全蝎、白芍、 狗脊、僵蟬、薏苡仁、 甘草、白朮、 肉蓯蓉、桑寄生、 龍骨	?	4天+?	肌肉跳 動、無 力、晨僵 皆有改善	續以上 方加減 治療

### 結論

運動神經元疾病，類似於古之「萎證」範疇，多數呈進行性加重，並且大都預後不好，由其常見症狀分析，屬虛證者多，故根據「虛則補之」原則，治宜健脾補腎，並且重在補益脾氣為主，即借重補後天，以實先天。分析鄧老處方中，重用健脾補腎藥，以期脾氣旺，則腎氣充，脾腎功能旺盛，則諸虛得以改善。歸納其用藥有以下幾個特點：

1. 以基礎方「強肌靈」治療該病，其組成為：黃耆、五爪龍、太子參、白朮、肉蓯蓉、紫河車、杜仲、山茱萸、當歸、何首烏、土鱉蟲、全蝎、甘草。方中以黃耆為君，取其益氣效果，故仍需重用，由45g逐加重，最多達180g，臣以太子參或黨參、白朮等補脾益氣，再輔以補腎之河車、杜沖、巴戟天、蓯蓉、熟地、綜合二大類以治脾腎兩臟之虛損，再合以養肝之山茱萸、當歸、何首烏則肝之陰血得以滋養，共達到生肌柔筋的效果。再加上祛風除顫、活血通絡的僵蟬、全蝎、蜈蚣、地鱉蟲而成全方。
2. 借用五爪龍、千斤拔、牛大力等草藥，取五爪龍補氣而不燥，故可長期、大量使用；千斤拔性味甘平，功能補肝腎，壯筋骨；牛大力性平微甘，功能補氣益腎，理勞療損，三藥皆能強肌健力，並使之補而不燥，同桑寄生、杜仲共用，則補腎之力更強。方中並常加入雞血藤，取其能補血又活血，補中有通之意，以使補而不膩。
3. 若有濕熱浸淫，或虛實挾雜等。則靈活加減運用，如肌束震顫甚者，加僵蚕或蜈蚣；痰涎多者加猴棗散；舌苔濁膩者加川芎、薏苡仁；兼外感者加千層紙、豬簽草；有瘀者用地鱉蟲、水蛭；春、夏多濕季節，加蒼朮、半夏、陳皮、膽星等化痰利濕；秋冬偏燥，加淮山以補脾之陰，取其陰中求陽之意。
4. 視其需要，鄧老亦重視外用藥及艾灸，穴位注射，按摩等多種方法，可見其不泥於古，並屢見其創新。

蘇三稜整理 2012.7.8

### 參考文獻

1. 吳進安編著，《基礎神經學》，國立編



- 譯館主編，合記出版社發行 2007 年二版
2. 曾峰毅譯《圖解神經醫學及神經外科學》，合記圖書出版社發行 2008
  3. 陳金山、徐淑緩編譯；《人體解剖學圖譜》，合記圖書出版社發行 2008 年二版
  4. 曾廣文編譯，《彩色圖解神經解剖學》，合記圖書出版社發行 2002
  5. 孫怡、楊任民、韓景獻主編，《實用中西醫結合神經病學》，人民衛生出版社 2011
  6. 邱士居主編，《鄧鐵濤醫案與研究》，人民衛生出版社 2004
  7. 鄧鐵濤編著，《鄧鐵濤醫學文集》，人民衛生出版社 2001
  8. 李世綽、程學銘、王文志、吳建中主編，《神經系統疾病統行病學》，人民衛生出版社 2000
  9. 高維濱主編，《神經病中醫新療法》，軍事醫學科學出版社 2001
  10. 王維治主編，《神經病學》，人民衛生出版社 2001



# 淺論中醫外科之瘡瘍辨證

文／陳秋輝 陳秋輝中醫診所院長

## 前言

中醫外科學的歷史悠久，最早可以追溯到西元前十四世紀時。在出土的商周時代甲骨文中，就可辨識出有「疥」、「瘡」二字的記載。而《周禮·天官冢宰》中也將醫家分為疾醫、瘍醫、食醫、獸醫等四類。其中瘍醫是「掌腫瘍、潰瘍、金瘍、拆瘍之祝藥，剗殺之齊。」可見在周代就有瘍醫名稱，且有運用藥物臨床治療瘡瘍。

爾後經過歲月更迭，外科醫家對於瘡瘍證治的論述與發展也更加詳盡和深入，除了診斷、辨證、治療、護理之外，亦整合了部份西醫外科技術和理論以補強中醫外科之不足。以下將淺論中醫外科之瘡瘍辨證，餘不贅述。

## 本文

檢視疾病需要四診，外科瘡瘍亦不例外。而在初步望、聞、問、切四診之後，就需要進一步將局部或全身症狀結合起來作綜合分析，也就是說將辨病與辨證來作一統合。

## 壹、整體辨證

### 一、八綱辨證

#### 1. 辨陰陽：

- (1) 陽證瘡瘍：發病急，病程短，病位淺，高腫色紅，邊界清楚，發

熱疼痛，未成易消，已成易潰。全身伴有表、實、熱證的邪盛表現。

- (2) 陰證瘡瘍：發病慢，病程長，病位深，皮色不變，漫腫平塌，邊界不清，不熱不痛，未成難消，已成難潰。全身伴有虛、寒、裡證的正虛表現。

#### 2. 辨表裡：

- (1) 瘡瘍表證：發熱惡寒，肢體酸痛，舌苔薄白，脈象浮數。
- (2) 瘡瘍裡證：發熱口渴，食慾不振，小便黃，大便秘結，舌苔黃，脈數有力。

#### 3. 辨寒熱：

- (1) 瘡瘍熱證：局部紅、腫、熱、痛，膿液稠厚。全身伴有發熱，口渴，小便短赤，大便閉結，舌苔黃厚而膩，脈滑數。
- (2) 瘡瘍寒證：皮膚色蒼，按之無覺或微痛，膿液清稀。全身伴有畏寒、肢冷，消瘦，小便清長，大便溏泄，舌苔薄白，脈沉細。

瘡瘍多屬熱證，寒證則較少見。

#### 4. 辨虛實：

- (1) 瘡瘍實證：局部紅腫疼痛，易發成膿，潰後膿汁黃而腥臭。身伴



發熱口渴，胸悶腹滿，小便赤澀，大便燥結，舌質紅，苔黃厚，脈數而有力。

- (2) 瘡瘍虛證：患處平塌，成膿緩慢，潰則難斂，膿液清稀。身伴精神萎靡，食少便溏，尿頻色白，舌質淡，苔薄白，脈虛無力。

一般瘡瘍初期、中期多屬實證，潰後多屬虛證。

八綱辨證的臨床運用並非一成不便，瘡瘍在不同階段有不同的見症。在正邪不斷消長的過程中，陰、陽、表、裡、寒、熱、虛、實亦可能在一定條件影響下例如失治、誤治等而朝向各自相反方向轉化。複雜者甚至於會出現陰中有陽、陽中見陰、半表半裡等錯綜症狀。所以在治療用藥上要隨時注意變化和調整，如此才能獲得良好的療效。

## 二、病因辨證

當瘡瘍發病原因無法經由問診明瞭時，我們就需要以辨證求因的方法來推求是否為外感六淫或內傷七情為病。

### 1. 外感六淫：

風：風為陽邪，發病雖急驟，然消退亦快，病程短，痛無定處，體表發紅，身伴有熱，汗出畏風。其往往夾以溫邪、濕邪、熱邪、火邪、寒邪等病邪存在。風溫、風熱、風火三者以程度不同來區分。溫為熱之輕，火為熱之甚，所引起之瘡瘍多生於頭部、耳下、頸、項、腮等部位。其症狀為色紅灼熱，腫勢較大，疼癢難耐。

寒：寒性凝滯，多侵犯經絡、筋骨

關節。夾風、濕、痰者腫勢漫腫平塌，痛有定處，不熱不痛，遇熱痛減，遇寒痛重。

- 暑：暑性炎熱，易傷元氣，損津耗液。暑多夾濕，輕則生疔，重則發癰。
- 濕：濕性重濁，多犯下肢，發病緩慢，病程稍長。瘡瘍多由濕熱引起，偏熱者，局部掀熱腫痛，血肉腐壞液化成膿；偏濕者，患處搔癢難當，破流汁水，經久難癒。
- 燥：單純由燥邪誘發瘡瘍者，臨床極為少見，一般見於皸裂等症。
- 火：由六淫所傷者為熱，由臟腑內生者稱火，一般可以統稱，是瘡瘍發病的主要病因。火熱可以侵犯全身各處，發病快，變化多，除局部紅腫熱痛之外，常伴發熱、汗出、口渴、小便黃、大便秘。

### 2. 內傷情志：

情志內傷在瘡瘍發病的發展過程中佔有重要地位。對瘡瘍而言，七情致病雖可傷及五臟，但臨床觀察上，主要影響以心、肝、脾居多。比如心症主證則面赤口渴，口舌生瘡，心煩失眠，甚者狂躁不安等。肝症主證則氣血郁結，神志抑鬱，易怒不安等。脾症主證則食少納呆，食後脘腹脹滿，倦怠無力等。

## 貳、局部辨證

### 一、辨證分期：

#### 1. 初期：

瘡瘍初期主要是氣血瘀滯，或挾濕挾熱。陽證瘡瘍按照病位可分深、淺兩部。深部表現為局部漫腫，略微隆起，皮色微紅，可觸腫塊，

重按劇痛。淺部表現為紅腫高大，或可見到膿頭，掀熱疼痛，按無波動。陰證瘡瘍則局部腫勢平塌，皮色不變或蒼白，腫腳散漫，無熱或微熱感，不按不痛，進程極緩慢。

## 2. 中期：

在初期氣血瘀滯的基礎上，瘀久化熱，肌腐成膿，故又稱為成膿期。此期辨證要點在於膿的有無和成膿部位的深淺。若有膿，當即擴瘡引流，托毒外泄；若趨將釀膿，則當促其成膿，托毒外出。如此才可縮短治癒時間。至於成膿與否的指標可以依下辨別：

- (1) 發病五、六日後，患處有雀啄樣疼痛。若是陰證瘡瘍，則轉化為脹痛或跳痛。
- (2) 局部隆起，瘡腳收束，按之波動，皮色反赤或透紅。
- (3) 患處表面溫度明顯高於周圍溫度。

潰膿之後，膿汁稠膩，色呈赤黃，略帶腥味，此是氣血充足的表現；若膿汁稀薄，色白伴有絮狀物，則是氣血不足的表現；若先出黃稠厚膿，續出黃稀者，為收斂佳象；反之膿稀似污水，腥穢惡臭著，多為氣血衰敗之徵。

## 3. 後期：

又稱為收斂期，無論手術引流或自潰之後，正常體質者全身症狀消退，腐肉外脫，瘡面紅活，肉芽漸生，知覺無異狀。反之若膿水清稀，腐肉不脫，新肉不生或生長胬肉，瘡口不斂，不知癢痛甚或形成癭管者，皆為氣血不足所致。

## 二、辨順逆：

- (1) 瘡瘍初起：由小漸大，瘡頂高突，

掀紅疼痛，根腳收束，為順證。反之，初起時形如粟米，瘡頂平塌，根腳散漫，不紅不熱，為逆證。

- (2) 瘡瘍成膿：頂高根收，皮薄色紅，易潰易腐，為順證。反之，腫硬紫暗，不腐難潰，瘡頂軟陷，為逆證。

- (3) 瘡瘍潰後：膿液稠厚黃白，色鮮不臭，腐肉易脫，腫勢易消，膿出熱退，為順證。反之，皮膚破潰但肉堅無膿，污血滲流，氣味難聞，腫勢不減，身熱不退，為逆證。

- (4) 瘡瘍收口：瘡面新鮮紅活，肉芽易生，瘡口易斂，為順證。反之，腐肉難脫，新肉不生，色敗臭穢，創口經久難收，為逆證。

所謂順證多為陽證、實證；逆證多指陰證、虛證，但是在治療過程中常常因為用藥施術的改變和患者氣血虛實的轉化，順逆之間也有所影響。比如逆證施術得當，也可轉為順證；順證因患者氣血突衰，亦會轉為逆證。掌握順逆辨證的目的，主要是指導臨床正確治療和對其預測評估，積極地把不利因素變為有利因素，使得瘡瘍早日治癒。

## 結語

由於現今國內的醫療法規對中醫外科卻有著諸多的限制，往往國內的中醫外科只能施行推拿、按摩、正骨、及治療一般癰疽等醫療行為，雖美其名中醫外科，然其並不能施行類似西醫的大小手術。可是遠在春秋戰國及三國時期，扁鵲和華佗氏已會應用麻醉藥來施行開胸手術、骨科手



術和剖腹手術！為什麼中醫外科學二千年來卻遲遲未能有進展與突破，這決不能歸咎於吾輩技能的缺乏和法令的限制，古代時並沒有種種的醫療法規限制，而且有驚人技術的中醫外科醫生在史籍上一樣歷歷可見。除了歷代醫家無完整的病例記錄留下，加上西風東漸使得許多傳統外科知識相繼失傳外，探討其主要原因是中醫外科尚未能把握西醫外科學的四個最基本條件：

1. 準確的人體解剖學。
2. 控制出血的方法。
3. 麻醉。
4. 創傷及手術後併發症感染的原因及預防方法。

只要中醫外科能確實掌握以上四點原則，我們相信有關單位一定會放寬中醫外科醫師的執行項目。

醫學科技日新月異，文化傳統歷久彌新，吾輩應繼往開來，積極推動法令修改，致力培養中醫外科手術人才，提升中醫外科水準並整合中西醫外科技術，如此才是苦病蒼生之福！

### 參考文獻

1. 明·陳實功《外科正宗》卷一，1617。
2. 明·薛己《外科樞要》卷中，1571。
3. 明·申斗垣《外科啟玄》卷三、卷九，1604。
4. 唐·孫思邈《千金翼方》卷二十三，682。
5. 北宋，王德懷等《太平聖惠方》卷六十一，978。
6. 清·高秉均《瘍科心得集》，1805。
7. 張贊臣《外科診療學》，1956。

# 單純性疱疹（熱瘡）臨床內外用藥心得

文／陳風城 新北市聯安中醫診所院長 台灣中醫皮膚科醫學會名譽理事長

## 一、前言

單純性疱疹是由單純疱疹病毒所引起，常發生在臉部和外生殖器部位或口腔牙齦部位，呈成簇小水疱，症狀單純較輕微，但容易復發，由於身體虛弱、抵抗力差時容易感染，其中單純性疱疹病毒第一型常侵犯口腔周圍皮膚粘膜，第二型則常侵犯外生殖器或肛口周圍。經由短暫的前兆期騷癢或疼痛感後，會出現 0.5 ~1.5 公分成簇的密集小水疱，水疱基底皮表有炎症紅腫，7 至 14 天後開始慢慢痊癒，可能反覆的復發造成結痂及皮膚萎縮或皮表膚色變暗紅或灰黑色。中醫相關病名稱爲『熱瘡』（諸病源候論：瘡病諸候、熱瘡候）

## 二、案例

蔡○○，男性 52 歲，台灣新北市人，經商，於 2011 年 8 月 9 日至本診所就診，病患主訴在中國大陸經商，妻兒在台灣，因為要照顧大陸的生意，但也要利用時間回台與妻兒團聚，所以兩地奔波，非常忙碌。也因為密集性的應酬，常大吃大喝，且最喜歡吃魚、蝦類及烤、炸食物，配合啤酒飲料，加上缺乏運動流汗，導致經常反覆發作，單純口腔疱疹及腹股溝疱疹樣熱瘡，在大陸經常進醫院看診，但效果不顯著，回台灣後，太太帶他到本診所看診。

望診：口腔疱疹，腹股溝大腿內側成簇小水疱，有騷癢及疼痛感，告知罹患單純疱疹。聞診：呼吸有口臭現象。問診：口腔粘膜疱疹，吃到刺激食物如辛辣胡椒、辣椒或鹽物，口內會疼痛或流汗時腹股溝小水疱會刺痛感。切診：左右脈象浮弦數三種脈象兼具。現代醫學診斷病名【單純疱疹】中醫稱爲熱瘡、疱疹。

1. 內服處方：龍膽瀉肝湯 6 公克、十味敗毒散 6 公克、五苓散 3 公克、蒲公英 1.5 公克、白茅根 1.5 公克，共 18 公克，一日份用量分 3 次，早、中、晚餐飯後 30 分鐘服用。給藥 7 日份，同時加服水煎藥 7 日份，處方爲參苓白朮散 + 麻杏薏甘湯加減湯。
2. 飲片處方：黨參三錢、茯苓三錢、白朮三錢、炒扁豆三錢、豬苓三錢、澤瀉二錢、陳皮二錢、淮山三錢、甘草二錢、紅蓮子畔三錢、砂仁二錢、薏苡仁五錢、桔梗二錢、麻黃三錢、杏仁二錢、白鮮皮三錢、銀花三錢、連翹二錢、紅棗三粒、生薑三片水煎服。頭煎以五碗水煎成八分碗。二煎四碗水煎成七分碗，早晚服用。
3. 外敷藥處方：黃連、大黃、石膏、



甘草少許（以原藥材粉末）直接噴於患處，每日數次。

### 三、診療經過及追蹤報告：

1. 二診於 2011 年 8 月 17 日，經服藥 7 日後，口腔疱疹，大腿成簇水疱已慢慢乾枯，癢疹及疼痛感已消失，但大便微溏，臉色已出現笑容，口臭消失。脈象浮滑，表示體內熱毒洩除，氣血循環較通暢。

(1) 內服處方：龍膽瀉肝湯 4.5 公克、十味敗毒散 4.5 公克、白茅根 1.5 公克、蒲公英 1.5 公克、六君子湯 4.5 公克，劑量共 16.5 公克，分 3 次服用，於早、中、晚餐飯後 30 分鐘服用，給藥 7 日份。

(2) 飲片處方：黃耆三錢、白朮三錢、陳皮二錢、升麻一錢五分、柴胡三錢、黨參三錢、甘草二錢、當歸二錢、澤瀉三錢、豬苓二錢、茯苓三錢、桂枝一錢五分、紅棗三粒、生薑三片。此方以補氣利水為輔助療法。

(3) 外敷處方：黃連、大黃粉等分直接敷於傷口即可。

2. 三診於 2011 年 8 月 26 日，病患以愉快的心情踏進診間，告訴我直說效果非常顯著，症狀已全部消失，皮膚表面疱疹已痊癒，大小便正常，臉色恢復昔日光彩，能睡能吃，感覺很好。望診：精、氣、神充足，告訴病患不必再服藥方了。並指導病患自我照護方法：每天要有適量的運動，最少 10 分鐘以上，睡眠要充足，每天建議 8 小時，多喝水、多吃蔬菜水果，保持每天大便的習

慣，少吃辛辣刺激性食物，如燒烤及冰冷食物、罐頭類等，禁吃不新鮮魚、蝦類。病患非常高興並且送給我一條領帶。

### 四、診治思維：

1. 單純性疱疹第 I 型感染可造成急性牙齦口腔炎、鼻炎、角膜結膜炎、腦膜腦炎、疱疹性濕疹及傷害性疱疹、全身性單純性疱疹。免疫力差的病人，初次感染或再復發會引起食道潰瘍或組織皮膚潰爛。

2. 單純性疱疹第 II 型感染屬於病毒或性病，有時稱為人型疱疹病毒，此病毒在許多組織皆能繁殖，包括淋巴球中，當它存在細胞內時，可逃避抗體之攻擊。第二型病毒可能與子宮頸癌有關。若男女任一方有疱疹症狀者，容易感染給對方，此時應絕對禁止性交，以免傳染。若男性病人感染，其龜頭或陰莖上會有小水泡，小便有灼熱感，尿急且頻，水疱分泌為水狀。女性病人被感染，在小陰唇、大陰唇之內面及子宮頸可見小水泡，初次感染若發生於懷孕中，則可能經由胎盤傳給胎兒。

3. 在中醫根據症狀與部位認定，認為單純性疱疹乃風熱相搏於皮膚所致，若阻於肺胃二經，則發生於口腔粘膜或外生殖器，故其治則為疏風清熱解毒為主藥，佐以補氣固脾胃之藥方，立可見效。而現代醫學則認為單純性疱疹乃一自限性疾病，只要預防繼發性感染即可，除非免疫功能不良之病人。但以中醫辨證論治法，則能縮短病程，減輕病人痛

苦，能達到提高免疫力而痊癒。

4. 該病患因為經商忙碌，應酬又多，加上睡眠不足，致免疫力下降，所以反復發作疱疹病毒感染，幸好太太帶他來本診所看診，經過2次的給藥治療，配合外敷藥，效果非常顯著，提出共同探討，希望中醫前輩們多多指正。
5. 用龍膽瀉肝湯者，治其肝膽經實火濕熱，因為該病患常應酬又喜歡吃烤、炸食物，口腔粘膜過度刺激易致免疫力下降，所以疱疹病毒易侵犯第I型、第II型疱疹，也因為過度飲酒造成風濕熱合於下焦為邪，厥陰肝脈絡於陰器，故下焦濕熱為病也。
6. 用五苓散者，降心火利小水，引熱毒從小便出，此者傷濕之見證也，濕勝則脾不運，土不能制水，溢於皮膚或粘膜則起疱也，故以五苓散為佐藥也。
7. 用（飲片）參苓白朮散者，補其虛、除其濕、行其滯、調其氣也。用補中益氣湯（飲片）者，治其煩勞內傷，一切清陽下陷，調理免疫功能，增強抵抗力，預防反復發作的作用也。
8. 配合外敷藥黃連、大黃粉末者，有消炎止痛作用，促使傷口加速癒合。



# 神經性皮膚炎之臨床治療心得

文／陳俊明 新北市中醫師公會監事長

## 案例

林○○，男，26歲，未婚。

一診：101年6月7日。

主訴：皮膚癢已半年。擦西藥膏，反覆發作。

現病史：左頸側部一長約4公分，寬約3公分之皮膚，因癢常不自主的搔抓而致

皮膚呈現暗紅色之圓形斑塊，皮膚稍粗糙、稍增厚，可見皮膚之紋路。

個人史：晚睡，經常半夜1點以後睡，淺眠，易醒；二便正常，納可，胸悶；平素頸筋緊，易疲倦，易胡思亂想。晨起時打噴嚏流鼻水，鼻眼癢。體重67公斤，身高170公分。

四診：舌稍紅局部帶淺紫，舌邊齒痕，舌少津，苔白薄，面色稍不華，語音正常，無特殊氣味，沉細稍數脈。

過去病史：過敏性鼻炎。

家族病史：過敏性鼻炎，地中海型貧血。

處方：柴胡2錢半、赤芍2錢半、枳實1錢半、甘草2錢、荊芥5錢（另包、分2次、以熱藥汁沖泡）、防風2錢半、蒺藜2錢半、桂枝3錢、乾薑2錢、麻黃2錢、葛根4錢、歸尾2錢半、生地4錢、川紅花2錢、桃仁2錢半、白蘚皮2錢半、連翹2錢半。水煎服，1日1劑，7日份。

醫囑：勿食冰冷及刺激之物，需早睡，需適度運動，心情放輕鬆。

二診：101年6月14日。

服藥後，皮膚癢稍有減緩，但皮損尚未改善，大便1日2—3次，大便稀，仍易疲累。

處方：上方加茯苓4錢、蒼朮3錢、丹皮2錢半。同時抹擦紫雲膏，一日4次。

三診：101年6月21日。

服藥後，皮膚癢有減緩，皮損粗糙增厚部分有改善，大便正常，淺眠，易醒，易疲累。

處方：二診方加牡蠣8錢、去茯苓、麻黃。仍抹擦紫雲膏，一日可多次不限。

四診：101年6月29日。

服藥後，皮膚癢及皮損粗糙增厚部分有再改善，色變淺紅，淺眠易醒有改善。仍持續配合抹擦紫雲膏，一日可多次不限。

共經3個半月之治療，皮膚已不癢，皮損部分也已痊癒，只見遺留一淺褐色之痕跡。

神經性皮膚炎的“神經性”可以說是“神經質”的意思，患者常不由自主的覺得皮膚癢而去搔抓，尤以頸側部位為多。因此神經性皮膚炎百分之百是自己抓出來的皮膚炎，患處呈現圓形紅斑塊，越抓皮膚漸厚，皮膚紋路也越明顯，甚至會呈現



苔蘚樣變性，又稱為「慢性單純苔蘚」，最後也會變為「牛皮癬」。

《諸病源候論》有「攝領瘡」之記載：「攝領瘡如癬之類，生於頸上癢痛，衣領拂著即劇，云是衣領揩所作，故名攝領瘡也」。《外科正宗》有「頑癬」之記載：「牛皮癬如牛項之皮，頑硬且堅，抓之如朽木」。

中醫之病因，多因情志不暢，肝鬱化火，以致氣血運行失調，凝滯於皮膚，且日久傷陰耗血，血虛化燥生風所致。而中醫云：「癢者為風」，「治風先治血，血行則風自滅」。因此本案例之處方以疏肝理氣、滋陰養血、活血化瘀、驅風止癢為主，再配合滋陰活血潤燥之紫雲膏外抹，內外同治，終至獲得良效。中醫治療總以辨證論治為依歸，若有脾虛者可加健脾藥；若有胃熱者可加清胃火之藥；若有心火者可加瀉心火之藥；如是即可萬全而萬當矣。



# 心因性精神病的成因及治療

文／董延齡 董延齡中醫診所院長

## 前言：

人類的精神活動，範圍無限，可以說上穹碧落下及黃泉。但人類的精神活動朝大方向來說，有正負二面，若其精神活動向正面發展，非但提升他本人的生命價值，對國家、社會，更是一大助益；若向負面發展，非但造成他個人的損傷，對國家、社會更是一種傷害。因此吾人認為，不論立身、處世都要把自己的思想情緒導入正途，導正之法，莫如多讀聖賢之書，尤其修身養性之書，孔子說：「誦詩三百，一言一蔽之，曰思無邪。」就是最好的說明。

古人認為人的一切精神活動，都發源於「心」，及至近代因為解剖學影像學的發展，始知人的精神（情緒）活動發自下視丘的邊緣系統，對於精神活動的認識向前邁進了一大步，各大醫院也設有精神及心理治療專科，但對精神疾病的治療，僅限於壓抑性的控制療法，實則精神病涉及到「身、心」二大層面，臨床必須雙管齊下，甚至多管齊下，始能澈底治療。本文僅就精神病的成因及個人一點臨床心得，提出下述粗淺的看法，請讀者卓參。

## 摘要：

上古中醫把精神病稱為七情病，《內經》認為七情統屬於五臟，在以五臟為中

心的思想影響下，又將七情歸納為喜、怒、憂、思、恐，名為「五志」（把悲和驚隸屬於憂和恐），並分屬於五臟。即不同的情志（七情、五志）活動與五臟間存在著一定的關聯性。如肝「在志為怒」，心「在志為喜」，脾「在志為思」，肺「在志為悲」，腎「在志為恐」。又《素問·宣明五氣篇》指出：「心藏神」、「肝藏魂」、「肺藏魄」、「脾藏意」、「腎藏志」。以七情、五志與五臟相應；旨在說明人的情志活動是以五臟為基礎的。臨床治療以歸納法（歸經）把複雜的神志外觀徵候歸納為五大特徵，判定病在何臟、何經，以便循根施治。西方醫學把精神分為十大類，對精神病的認識非常深入而細緻，但治療不外鎮靜安神及心理分析。如能中西合參，結合中西醫之特長，相信對精神病的患者將是一大福音。

## 關鍵詞：

精神病、七情病、心主神明、五志。

## 本文：

精神病也稱心理病，即一般人所說的神經病。此病是現代人多發的疾病之一。最可能的因素是由於現代社會變遷太過迅速，人際關係複雜，生存競爭劇烈，工作學業壓力過重，居住環境擁擠，空氣的污染，

電磁波，食品、飲料的添加劑，藥物的毒副作用等，對身體的損害以及生離死，別，久病折磨，失業影響，更年期障礙等對身心的衝擊，以致染患此病的病人相對比以往往增加很多。而且愈是工商發達的國家，罹患精神病的人愈多。學者預測，二十一世紀中頁以後，全世界罹患精神病的人數，可能超過三分之一，這實在是一個很可怕的警訊。

精神病的外在表現，有三大特徵：一是行為異、二是語言失常、三是生活反常，有此三者之一即可認定其精神有問題，醫者臨床只要仔細觀察、詳細詢問，即可判定其精神是否有病；又目為靈魂之窗，是精神的外現器官，如能深度觀察患者雙目，則於診斷上更有助益。

人的精神和情緒有密切的關係，中醫在這一領域內很早就有深刻的認識。如《內經》中把人的情緒表現分為七種：即喜、怒、憂、思、悲、恐、驚合稱七情，七情雖然發自內「心」，但也因外界不同環境的刺激而有不同的表現，此種表現不能太過，也不能不及，《中庸》說：「喜怒哀樂之未發，謂之中，發而中乎節，謂之和，中也者，天下之大本也，和也者，天下之達道也，致中和，天地位焉，萬物育焉。」文句中的「致中和」就是平衡；一個人的情緒如能隨時保持動態的平衡，靜態的穩定，則天地間無生命的東西即可各安其位，互不干擾，有生命的東西，即會欣欣向榮，生生不息。

中醫又認為人的情緒主控在「心」，此處的心，即是指的腦，古代典籍上所稱的心，除了包括循環的心之外，其他大部份都是指的掌控思維、鑑別、記憶及情緒的心，其中在病理上尤其強調情緒的心，

因此心易受外界環境的影響，以致變化多端，起伏無常，難以捉摸，如《素問·靈蘭秘典論》也說：「心藏神」，「心為君主之官。」、「君主」，是指統帥高於一切的意思，中醫常用取類比象地描述，認為心在臟腑中居於首要地位。「神明」或「神」是指高層級的中樞神經機能活動。這些功能意識活動，都是由心主宰和支配，所以說：「心主神」、「心為君主之官」。

以往的醫學家，對於精神病的患者，只從外在行為表現，觀察出一些異於常人的徵候。自從上個世紀中頁後，生物化學和現代影像技術學的快速進步後，醫學界對腦的結構和如何運作，已經有了進一步的認識，對於人的情緒究竟發源於腦的那個部位？醫學科學家認為丘腦和丘腦週圍的邊緣系統主控著人的情緒表現。前幾年有二本很暢銷的書，一本是美國學者丹尼爾·高曼所著的《Emotional Intelligence》簡稱《EQ》，一本是日本學者春山茂雄所著的《腦內革命》，二書均對情緒發生的種種問題和作用作過詳細的論述，他們認為情緒的主宰者，是腦內的杏仁核也，就是在人腦內有一個如杏仁狀的小小器官，它能分泌一種情緒賀爾蒙來控制人的七情六慾，這是對情緒主控部位的又一大發現。

現代醫學把精神病從各個層面的認識歸納，共分為十大類別，因篇幅所限，在此僅把心因性精神病提出來，略加探討，和大家分享：

一、心理生理障礙病：神經性嘔吐病，症見：心中懊惱、噁心、嘔吐。噎膈、胃中飢餓，但無法進食。此病在情緒緊張，工作壓力大，思慮過度，睡眠不足，飲食不正常時易發作。經過醫院檢查，並無明顯病灶。此病中醫治療，功效



頗佳，臨床選用方劑有小半夏加茯苓湯，或橘皮竹茹湯，或二方合用，氣虛者加四君子湯，或六君子湯，血虛者或婦人懷孕者加四物湯。針灸可用中府、意舍為主穴，選用中脘、內關、足三里為配穴。厭食症，症見：身體消瘦，面色萎黃、不知飢、不思食、疲勞乏力，無神嗜臥，此病多發生於女性，現代醫學不明病因。中醫認為「脾主運化，胃主受納」。能吃不能消化是脾的問題，能消化不能吃是胃的問題；中醫講脾胃是指的整體消化系統。因此治療厭食症，宜脾胃雙補，若有熱，再加以消火之劑，若有心理問題再輔以心理治療，改變其觀念，日久自然思食，常用的處方有參苓白朮散、資生丸、香沙養胃湯，安中散合六君子湯等。

二、性功能障礙症：此病一部份是生理障礙，一部份屬心理障礙，如男性之陽萎、女性之陰道痙攣或女性性冷感等。陽萎宜用陽起石丸（本品只可暫用，不可久服，陰虛火旺者勿用），陽萎湯等。陰道痙攣可用芍藥甘草湯或柴胡加龍壯湯，女性性冷感可用龍馬八味丸等。若有心理問題者需輔以心理治療，方可有濟。

三、睡眠障礙症：此病可分輕度、中度、重度，和極重度四種類型；此病與患者中樞神經結構、工作壓力、居住環境（電磁波干擾）以及年齡有關，筆者臨床治療此種疾病甚多，臨床發現凡屬天生神經系統敏感型或極敏感型者，再加上後天因素，極易導致睡眠障礙，本病臨床可分五種症型：氣虛血弱型，除失眠外，又兼神疲乏力，

面色蒼白，飲食不下，可以歸脾湯加合歡皮、夜交藤，心悸者再加龍骨、牡蠣。陰虛火旺型，症見：失眠、口乾舌燥、心煩氣躁，或口舌生瘡，可用溫清飲再加炒棗仁、遠志、合歡皮、夜交藤。肝鬱脾虛型，症見：心煩失眠，易發脾氣，心煩意亂，坐立難安，方用逍遙散加炒棗仁、遠志、合歡皮、夜交藤，肝脾火旺、兩關脈洪數者，宜加味逍遙散再加以上四味，多夢心悸者，再加龍骨、牡蠣。心虛氣弱型，症見：失眠、氣虛、乏力，稍動即累，語言無力，可以高枕無憂散治之。一般型，即不偏實，也不偏虛，可用酸棗仁湯治之。若用針灸，可取神門、內關、三陰交，安眠1、安眠2，但此法與服安眠藥無異，只可暫時收效，無法根治。嗜睡，症見：神疲嗜睡，中醫認為與脾虛有關，應用六君子湯加山楂、麥芽、神麩；若屬膽實嗜睡者，症見：嗜睡、口苦咽乾，可用生棗仁研末清茶調服二~三錢。

四、癡症性精神病，又稱歇斯底里(Hysteria)是受精神刺激或不良暗示所引起的一類神經精神障礙，臨床分四種病型：神經障礙，主要症狀情緒暴發，意識障礙及短暫性的精神病狀態。症見：突然情緒失控，狂笑不已，痛哭不能自制，或狂言怒罵，不辨親疏。運動障礙，症見：暫時痙攣、癱瘓、呆立、舞蹈樣動作或半身麻痺等。感覺障礙，症見：感覺極度過敏，身體任何部位不願他人觸及，見人迴避，喜居暗室，厭惡聲響及一切氣味、味覺、嗅覺、視覺異常。癡病性癲癇，症見：心悸、亢奮、咽喉感覺狹隘，同時發生痙攣，

類似癲癇，但無吐白沫，羊叫聲，咬舌現象。上述諸病之治療，可視病情選用甘麥大棗湯、柴胡加龍牡湯、硃砂安神丸。針灸治療宜取肺俞、心俞、三焦、次、中脘、關元、氣海、三陰交，如有癲癇發作時，只取膻中、中脘、大陵、氣海即醒或以右手舉起患者左臂以醫者拇、食、中三指捏住患者胸小肌，用力拉扯數次即醒。

五、焦慮症，症見：焦慮不安，思想紛亂，遇事顧慮太多，患得患失，精神易於疲勞，肉體日見消瘦，頭重、頭昏，心悸、氣虛、健忘，注意力不集中、記憶衰退，失眠多夢，精神恍惚，工作乏力，心力焦瘁，終日惶惶不安。臨床用方如屬熱象，而兩關脈旺者，可用加味逍遙作底方再隨症減（詳見拙著《雜病診治經驗談》），或用朱砂安神丸，陰虛者用天王補心丹。如用針灸，可以神門、內關、三陰交、中脘、關元、氣海、血海、足三里，調補氣血，兼以調理脾胃，而重在安神定志。

六、心因性精神障礙，如恐懼症，症見：接觸新事物時即心生恐懼，不敢獨處，須隨時要人陪伴。適應性精神障礙，症見：個性孤癖，喜一人獨處，不欲與人往來，終日鬱鬱寡歡，對任何事情都不滿意。此二症與遺傳有關，需心理輔導行為矯正治療或用「情志對沖療法」治療。情志對沖療法：起源於《內經》是上古中醫一項獨特的治療情志病的方法。如《素問·陰陽應象大論》指出：「怒傷肝、悲勝怒」，「喜傷心，恐勝喜」，「思傷脾，怒勝思」，「憂傷肺，喜勝憂」，「恐傷腎，思勝恐」。在此基礎上，明代

的朱丹溪提出情志療法，他在《丹溪心法》上說：「怒傷於肝者，以憂勝之，以恐解之；喜傷於心者，以恐勝之，以怒解之；憂傷於肺者，以喜勝之，以怒解之；思傷於脾者，以怒勝之，以喜解之；恐傷於腎者，以思勝之，以憂解之。」這種以情治情的對沖療法，可以說是心理治療的最高境界。金朝的張子和也是一位心理治療大師，他有數則醫案，都是以情志對沖法治癒，可以說是全世界一種最省錢、省事而又快速的治病法。如今崇尚以理化治療的時代，可惜這種療法已漸被人遺忘。

### 實證舉例：

#### 一、十六年憂鬱症

呂小姐原先是中學的生物老師，但後來因憂鬱病纏身、兒子日漸叛逆，她便決定辭職在家休養、教子。她的先生為留美物理博士，據說在某科技大學擔任校長。

我會與呂小姐結下一段醫緣，是由於呂小姐的姊姊在美國擁有精算師執照，後來在美國加州中醫學院學習中醫，畢業後經其表兄賴醫師介紹，回國在我診所實習。有天與我討論其妹妹病情，她說她的妹妹遭受精神病的折磨已十六年，希望我能為她診治。但她的妹夫知道後，抱著反對的意見，以「好多大醫院都看不到，小診所又怎麼可能看得好」的理由，對中醫治療有所懷疑。我聽說如此，倒也不堅持，因為人說醫有醫緣，緣份未到便不必強求。

不過呂小姐的姐姐眼看返美的日子愈來愈近，心裡放不下，便私下遊說，說我是老中醫，也曾去外國為外國總統診治。即使治不好也沒有壞處。呂小姐終於被說



動，由家人陪伴前來。她自述每天懶洋洋地，也不定時吃飯，成天毫無精神、昏昏欲睡，毫無生氣，內心的痛苦說不出來，自謂生不如死。我看她面色沉暗、氣息奄奄，兩眼直視無神，毫無生氣。

我為她診脈，認為正適合歸脾湯，並將人參、黃耆等補藥加重，又加一味合歡皮，囑咐她要認真吃一定會有效。第二週呂小姐帶著笑意來到診所，說十六年都覺得人生沒有希望，現在好像總算透進來一絲光亮了。服藥到了第五週，她說現在已經不想成天躺著，偶爾會想進廚房作些小點心吃。第一次看診後，呂小姐看起來皮膚黑黑、髒髒的。現在她的鼻頭髮亮，像老樹發芽，覺得人生很有意義不須再服藥。

她說自己還有一種病，那就是她的小便會失禁，每當咳嗽、走快時，小便就會漏出，經我針灸關元、氣海、曲骨、三陰交，以呂小姐兩尺脈軟弱無力，我用桂附地黃丸加山藥、芡實、覆盆子供其服用，其後很久未見呂小姐再來。數週後有一天我經過敦化南路時，在書店巧遇，她笑容燦爛，與先前判若兩人，表示正準備再從事教書工作。

## 二、十年哭病

青年學生哭病醫案，是一位家住板橋，父母經營牛肉麵店以維持全家經濟的吳×燈，他初次發病是在高中二年級。病狀是每天清晨六點都會準時起床、吃過早點後，便開始莫名的哭泣，一直哭到早上十點即會自動停止。

他來看診時，看起來相當鬱鬱寡歡，他自述病程已歷十年，除了止不住的哭泣外，另外還有一項困擾，就是只要一閉上眼睛，就覺得腦中有一道強光照他，他全身不自在，令他無法好好休息。父母對他

的病情相當不理解，認為他能吃、能喝、能睡，看起來身體壯壯地，而他自己也覺得平時沒有什麼值得哭泣、傷心的事，但不哭就不舒適。曾因此赴某醫學中心治療二~三年，效果不佳。

凡事如果要整理出脈絡總要有個頭緒，便詢及他發病的時候是否有任何壓力？病患沉思後，說高中時確實有來自家中的壓力。因為家中對男孩子期望殷切，希望他可以考上大學的前三志願。不過他當時功課不好，雖然也覺得要回報父母的期望而拚命地讀書，但無論怎麼努力，成績就是不理想。看見父母屢次失望的神色，他之後便經常失眠也開始感到憂鬱，硬撐著唸到高二。

在那期間，他曾瞞著父母偷偷到家裡附近的中藥店就診，中藥店老闆看了看他，說這是他體虛，只要買一斤人參，全服完後病情就能得到改善，當時他便斥巨資，拿出自己長年的積蓄兩萬元，買了分裝成四包的人參。返家服用到第三包，便覺得腦中如有一百燭光的電燈，睡眠品質就更差了。

我診其脈，兩關脈特旺。故擬為其兩病同時治。一方用加味逍遙散加龍骨、牡蠣、合歡皮、遠志、酸棗仁，在早飯及晚飯後服用；另一方則用甘麥大棗湯治哭病，在午飯及睡前服用。

一週後病人回診，自述腦中的亮度沒原先那麼高了。判定應有療效，便要他繼續服藥治療，總共治療三個月即告痊癒。後來電話追訪都未再發病，又返校繼續他未完成的學業。

## 三、恐慌症

另一位恐慌症的何先生，是名四十一年次的生意人，他外表很壯，聲音洪亮，

屬陽熱體質，但經常害怕、心慌意亂、六神無主，遇事無法下決斷，看起來是陽剛型的人但決斷力差，病程已十年，中、西醫都看過，臺北數得出來的名醫都看過了。我診其六脈，發現兩關脈皆旺，處方用加味道遙散加龍骨、牡蠣，第三次來診時就已經好多了。

卅四年次的陳小姐也是心慌害怕，每天都好像世界末日般的惶惶不安。她是更年期症狀加恐慌症，二病合一。曾接受荷爾蒙療法，但前陣子報紙上廣泛報導更年期荷爾蒙療法可能致癌，讓她更加恐慌，欲改用中藥治療。我處方加味道遙散加山藥、紫河車，她的不適終於改善了。中醫治療精神或情緒方面的疾病比鎮靜劑、百憂解更加有效，而且副作用少。

#### 結語：

很多學者認為，中醫善歸納，西醫善演繹，在精神病的範疇內，尤見突出。現在和未來是一個精神病盛行的時代，吾人如能以西醫的觀點，透澈、精細的把精神病的實質和現象認識清楚，再配以中醫的全方位，多層面的治療方法，在精神病的領域內，相信不論談中西醫結合或中西醫一元化，必是另一種新途徑，對精神病的患者，必能給予快速而根本的治療方法。

#### 參考書目

1. 黃帝內經：聯合圖書公司
2. 黃帝內經：章句索引，啟業書局
3. 仲景全書：集文書局，漢張機
4. 丹溪心法：五洲出版社，元，朱丹溪
5. 儒門事親：旋風出版社，金，張子和
6. 中西醫結合診斷治療學：中國醫藥科技出版社，陳貴廷、楊思樹

7. 中庸：正言出版社，孔伋
8. 腦內革命：創意出版公司，春山茂雄
9. Emotional Inetlligence：時報文化出版公司，丹尼爾高曼
10. 國醫董延齡開藥方：元氣齋出版社



# 憂鬱症 Depression 傳統醫學自然療法

文／黃其昌 國立中國醫藥研究所前顧問  
台灣傳統中醫藥研究總會理事長  
行政院衛生署中醫委員會諮詢委員

目前人類的醫藥雖然日益進步，但憂鬱症是二十一世紀的隱形殺手，在世界衛生組織 (WHO) 公布「憂鬱症」與心臟疾病、癌症並列為二十一世紀排行前三名的流行疾病，困擾人類健康的隱形殺手是「憂鬱症」將對社會造成沉重的負擔，但目前景氣的低迷、心情不穩定與沮喪、焦慮不安、失眠症狀引起憂鬱症亦隨之而來，因此我們應該重視認識「憂鬱症」這個疾病，如何遠離憂鬱症的危機要素。

## 一、探索憂鬱症的病因：

憂鬱症是躁鬱症的先發期，憂鬱症是一種抗焦慮症狀，被誤以為是心理問題，或是壓力造成。其實依目前醫學研究結果，憂鬱症是生理因素引起，簡單的說，就是腦部組織掌管「焦慮」的神經細胞過度敏感所致。我們的內臟受自律神經系統支配，為非意控制的，例如：我們無法控制自己的心跳加速，呼吸急促，自律神經系統支配全身臟器，如心臟、肺臟、胃腸、汗腺、、、等疾病。自律神經因內因性焦慮而反應，導致工作、生活都受到很大的影響。

## 二、憂鬱症的情緒因素：

憂鬱症是一種情緒上像「感冒」的狀態，常來得突然又不易被察覺，容易讓人

在不知不覺中就失去了自我。生活中，情緒沮喪是極為普遍的現象，偶而如此，是面對壓力和挫折時的一種正常反應，可在短時間內恢復。但如果反應過大，或是無法週適恢復，繼而讓不良情緒嚴重影響生活作息，就極可能是罹患了憂鬱症。如果憂鬱症患者而情緒若持續低落，甚至跌至谷底，使生活各方面如睡眠障礙、飲食均嚴重脫序，並常有焦慮不安及悲觀的想法，此時身邊的親人不及早發現，給予支持，是治療憂鬱症重要的因素。

三、如何克服憂鬱症，分為情緒、生理與心理三方面症狀反應作為判斷。

### (A) 情緒症狀反應：

若發現過去感興趣的事物突然變得無趣、無望感、自責、心情天天低落、緊繃的情緒造成恐慌症。

### (B) 生理症狀反應：

身體感覺毫無食慾或暴食，體重突然猛烈上昇或下降造成失眠、睡臥不起、整天覺得疲憊、身體不舒服、胸口悶、心肝不清，是生理反應。

### (C) 心理症狀反應：

發現注意力難以集中，對自己失去信心，經常出現想死的念頭，覺得未來無望無助，都可能是早期憂鬱症的徵兆，此時



自己與周邊親友可以特別注意適時幫助憂鬱症患者改變生活規律。

#### 四、現代醫學治療原則：

現代醫學療法，常以精神安定劑、抗憂鬱劑及安眠藥等來治療憂鬱症，並佐以心理復健治療改善身心狀態，惟此類藥物作用甚大，長期服用的結果引起副作用，導致時常令人兩眼呆滯無神、食慾不振、胃腸衰弱、腦筋反應遲鈍、注意力無法集中，必須謹慎使用抗憂鬱症藥物劑量。

#### 五、傳統醫學療法概論：

傳統醫學認為憂鬱症為情緒所引起，其症狀以胸悶為主，多屬肝器和氮氣鬱結，或陰虛肝火所導致，因生活的壓力及情緒心理的影響，使循行於胸部肝、膽經的經絡氣運行不暢，氣行在胸部有了阻滯，導致產生胸悶的症狀，亦即肝氣鬱結，除了漢方以藥物來調養身體，並配合情緒及心理調節，但憂鬱症亦可配合按摩穴道及蹲身甩手功調和週身運動，促進週身血液流暢，四肢舒展，精神抖擻來緩解及治療憂鬱症狀效果最佳。

##### (一) 傳統甩手功健康原理：

古老中國健康療法「蹲身甩手功運動」，必須勤練甩手，祛除心理壓力，如何使用，甩手運動為手腕前後連續振動五臟六腑，可促進全身血液循環暢通，有益憂鬱症患者的身心愉快，且對於壓力祛除，甚至延緩老化，改善憂鬱症都有非常好的效果。

##### (二) 如何運用甩手功治憂鬱症概論：

A. 甩手功運動依據中醫經絡學理論，可經絡活血、舒筋骨，

以達到促進全身血液循環，依據人體的十二經絡，來聯繫相關的臟腑、經絡、氣血並進行調節，使用甩手功反射性調節

全身血液循環，具有增強機體抗病能力的作用，甩手功運用，促進手三陰經（手太陰肺經、手少陰心經、手厥陰心包經絡），手三陽經（手陽明大腸經、手太陽小腸經、手少陽三焦經）已達反射經絡氣、血、津液之循環與通暢，甩手以手腕前後連續振動，可增進人體大腦隻終會產生類以嗎啡樣物質稱為腦內嗎啡 (Endorphine) 而自然出現類以服用嗎啡一樣的狀態，使人腦力清晰、鎮定安神、穩定情緒、身心舒暢以達腦益智之功效。

B. 甩手功基本手法應用，前振時以鼻吸氣法，後振時徐徐吐氣法，最好在空氣新鮮的空曠通風處練習甩手功，也可以在家自行練習甩手功。甩手功基本運用必須雙腳分開站立，與肩同寬，左右肩膀輕鬆自然，背脊自然直伸，雙眼平視前方，雙手手腕自然下垂，身體重心置於下肢，左右手腕均勻前後搖擺再用力向後甩去，連續甩手初習者約 50 至 100 回即歇，不必任何勉強，甩手噲反而逐增加次數至 500 到 1000 回，以促進全身血液循環，裨益身心之神效，出人意料，以保持腦波興奮，防止腦部老化，抗憂鬱症改善明顯效果，甩手後會感覺有精神愉快。

甩手功注意事項：甩手功在晚上不可練習，因為腦波危險是細胞活躍較強，導致心臟興奮的亢進，引起睡眠障礙之因素。甩手功反射區表：

#### 六、以經絡穴道推拿療法：

傳統醫學以推拿是預防疾病和治療疾病為目的，是一種用手指押壓人體的外表，



促進自然痊癒能力的活動，除去憂鬱症，疲勞以增進健康療法，臨床上常用一些穴道以推拿療法，這些穴到部位在傳統醫學臨上亦有治療，心悸、鎮靜、安神之作用，可由耳穴按摩療法及腳底按摩療法來改善抗憂鬱及抗焦慮、失眠障礙、、、等。

(A) 耳神門穴：

穴位於耳三角窩，對耳輪上，下腳分叉處，偏對耳輪上腳之下三分之一點。

應用功效：主治心悸、驚悸、怔忡、失眠障礙、健忘、老人癡呆症、、、等。

(B) 安眠穴(一)、安眠穴(二)：

穴位於耳後的後方約一公分與二公分處。

應用功效：主治暈眩、失眠、精神性不眠、、、等。

(C) 泉湧穴：

穴位於腳底掌中心凹陷中。

應用功效：主治休克、中暑、開竅寧神、臟躁心煩、失眠、頭頂痛、善恐(很容易緊張、恐懼)。

(D) 行間穴：

穴位於足大趾縫間。

應用功效：主治頭暈目眩、頭脹頭痛、精神不集中、耳鳴。

(E) 內庭穴：

穴位於足次趾外側，及第二、第三趾間的縱紋端。

應用功效：誘發睡眠，對於憂鬱、焦鬱等現象有緩解作用，如吃得太飽，以致無法入眠、睡不著時，即可按摩內庭穴而舒解。

以上所介紹的各式穴位都是依其功能而命名，如湧泉穴即有使全身生命力泉湧之意。所以靠著甩手功、按摩療法以促進全身血液循環來治療憂鬱症，必須每日按

摩於各式穴道 5~10 分鐘，達到改善治抑鬱不樂、憂鬱症、心神不安、焦慮不安、睡眠障礙等一切氣鬱的現象。

# 淺談中醫美容 Medical Spa 獨特優勢

文／劉泄嬉

經國管理暨健康學院

中華民國美容經營管理學會芳香療法講師

中華養生藥膳研究學會養生美容講師

## 摘要

美容保健所展現的美學藝術，是一個先進國家所不可或缺的重要部分，近來來，人類對健康促進觀念的重視、養生保健觀念意識抬頭，對於自然、養身、保健逐漸被重視，以預防醫學為主的中醫、中藥美容保健方法受到人們青睞，全球化之競爭下，醫療保健產業勢必要走向國際市場。

隨著國內老年人口的增加，台灣正逐漸邁入高齡化社會，醫療保健產業未來的成長潛力不可小覷，在全球，中醫、中藥保健已具有一定的民族特色形象，中醫美容保健具有文化創造優勢及市場持續競爭優勢之特點，Medical Spa 將是中醫醫療保健所應積極扮演的角色。

關鍵詞：中醫美容、Medical Spa、健康促進、高齡化社會

## 一、前言

世界衛生組織<sup>1</sup> (World Health

Organization，簡稱 WHO) 把傳統醫學定義為「利用基於植物、動物、礦物的藥物、精神療法、肢體技法和實踐中的一種或者多種方式來進行治療、診斷和防止疾病或者維持健康的醫學。」其中也包括中醫學體系內的多種保健方法。

工研院研究的調查指出，臺灣雖是 SPA 界的後起之秀，卻是亞洲 SPA 的重鎮，年產值超過 250 億元，且每年以 25% 的驚人速度成長，SPA 相關產業將在九十五年於全球創造出 2 千 20 億美元的市場規模。

本文之探討共分四個部分，一、問題陳述；二、研究什麼議題（背景），本研究議題為什麼值得研究（理論面、實務面），本研究議題有什麼重要性、必要性，預期本研究可以得到什麼樣的結果或是產生什麼樣的貢獻；三、研究動機；四、研究目的，分別敘述於下。

### （一）問題陳述

人口老化已成為當前全球性普遍而深

<sup>1</sup> 世界衛生組織（簡稱世衛組織或世衛）是聯合國屬下的專門機構，國際最大的公共衛生組織，總部設於瑞士日內瓦。世界衛生組織的宗旨是使全世界人民獲得儘可能高水平的健康。該組織給健康下的定義為「身體、精神及社會生活中的完美狀態」。世界衛生組織的主要職能包括：促進流行病和地方病的防治；提供和改進公共衛生、疾病醫療和有關事項的教學與訓練；推動確定生物製品的國際標準。



遠的社會現象，根據世界衛生組織（World Health Organization，簡稱 WHO）對健康的定義：「是生理、心理及社會適應三個方面全部良好的一種狀況，而不僅僅是指沒有生病或者體質健壯。」中醫藥除了“整體觀念”和“辨證論治”也重視“心靈層面”，中醫獨特理論受到世界醫學界的重視。

## （二）研究背景

國家政策研究基金會研究報告指出，根據聯合國世界衛生組織的定義，六十五歲以上老年人口占總人口的比例達百分之七時，稱為「高齡化社會 (ageing society)」，達到百分之十四時稱為「高齡社會 (aged society)」，倘若老年人口比例達到百分之二十時，則稱為「超高齡社會 (super-aged society)」。截至九十九年五月底止，我國老年人口的比例為百分之十點六九，在民國八十二年時已超過百分之七，已是一個「高齡化社會」，而隨著人口快速老化，依照經建會推估，台灣將在民國一百零六年時成為「高齡社會」。

國際 SPA 協會<sup>2</sup>(International Spa Association) 的統計，近幾年，全球 SPA 產業呈現出驚人的快速成長，高達 20% - 30% 的年發展率；台灣 SPA 協會調查，台灣的 SPA 產值已超過 250 億台幣，每年成長速度 25%。

## （三）研究動機

「高齡社會 (aged society)」到來，伴隨的是醫療照護和養老院所的相關社會問題及年輕人的負擔沈重等問題一一浮現檯

面，除了要提供缺乏自我照顧能力者長期照護外，也需儘速教導養身保健的觀念及建構以中醫體系為主的 Medical Spa 之場所。

## （四）研究目的

經建會統計，由於低生育率，加上現代醫學發達，人類的平均壽命延長，台灣 65 歲以上的高齡人口，將在 2017 年達 14%，即國際慣例所稱的高齡社會，也因為逐步邁向高齡化的過程，帶動龐大的銀髮商機。

高齡化與健康意識帶動下，本研究擬達成之研究目的如下：

1. 發展中醫藥並結合 SPA 產業、觀光產業及休閒產業，不同面向進行全面性的整合，提供美容、養生及保健的生活型態。
2. 了解目標消費族群主要訴求之目標，發展獨特的中醫藥 Medical Spa，推廣中醫「上醫治未病」的理念。

## 二、文獻探討

本研究共有四個部分，依序探討有關一、世界衛生組織健康促進相關規章。二、中醫美容保健的當代價值探討。三、中醫美容學相關實證研究情況。四、中醫美容保健特質之相關文獻等各構念的定義及其衡量構面，進而探討各構念間關係的文獻，經搜集相關文獻的論述後分述於各節。

### （一）世界衛生組織健康促進相關規章

1978 年世界衛生組織 (WHO) 於阿瑪阿塔宣言 (Declaration of Alma-Ata) 中提倡健康社區的概念，強調健康是政府和人民共

<sup>2</sup> 國際 SPA 協會是世界上最大的 Spa 組織，成立於 1991 年的國際 SPA 協會，目前會員人數囊括了來自 6 國家超過了 2000 個會員。

同負有的責任，藉由落實基層保健醫療來促進民眾的健康，以達成全民健康的目標（Health for All），強調運用民眾全力參與的策略來共同創造一個持續性健康的環境。

學者 1986 年世界衛生組織 (WHO) 召開第一屆國際健康促進會議 (1st International Conference on Health Promotion)，並制定渥太華憲章 (Ottawa Charter)，依據該憲章所下的定義，「健康促進」(Health Promotion) 係指「推動人們加強控制及促進身體健康的過程」。該憲章並強調，健康促進應採取多種策略，主要可分為「建立健康的公共政策」、「創造支持健康的環境」、「強化社區行動」、「發展個人健康技能」及「調整衛生服務取向」等 5 大行動綱領。

1998 年，聯合國再次於渥太華提出宣言，強調世界各國都應致力於建立「健康家園」、「健康學校」、「健康社區」、「健康城市」，以至於「健康國家」。

## (二) 中醫美容保健之當代價值探討

中醫美容所涵蓋的範圍廣泛，中醫美容保健方法積累了豐富的美容醫學經驗，因此其產業的發展潛力備受各國的重視。近年來，中醫美容保健概念也構成了一種正在發展的流行趨勢。本研究將相關文獻的探討研究彙整於下：

中醫美容保健法是隨著中醫藥的產生而萌芽，又隨著中醫藥的發展而進步（王雅麗，2002a）。學者（呂斌，2009）研究觀點認為，中醫美容方法之所以受到越來越多人們的歡迎，是因為其美容原理都是以中醫學理論為基礎，無論是刮痧、拔火罐、薰蒸、經絡推拿、穴位按摩、足療、香薰 SPA、耳燭、精油排毒、針灸減肥等，都是古代中醫治病，或者是養生保健常用的方法，其目的是根據個人的不同身體狀況進

行對症調理，具有一定的養生保健作用。

學者（馮居秦，2005）研究觀點認為，中醫美容大致可分為中藥、食膳、針灸、推拿按摩、氣功五大類，此外還有心理、養生等方法。其次，中醫美容學崇尚“質”美，追求自然。在人體美的塑造中特別注重人與自然的協調統一，強調通過天然藥物、針灸、按摩、氣功、膳食等多種方法調節五臟六腑，補益氣血精液，達到抗衰駐顏的目的（楊嵐，沈靜，許婧，王玉梅，& 伍景平，2006）。

其次學者（王雅麗，2002）研究提出，中醫學注重整體觀念，因此，美容保健強調內外治相結合，調節人的陰陽、臟腑經絡、形神、氣血精津，以保養身體、增強體質、延緩機體衰老、預防損容性疾病。中醫美容保健，包括：中藥、飲食、運動、氣功、針灸、按摩、情志調節等多種方法，每種方法中又包含著諸多的具體措施。

更有學者（吳慧金 & 何智健，2009）研究認為，中醫美容是屬整體美容。中醫美容著重的是整體的養內榮外，長久的美，講究“治本”；通過文獻考證和研究，我們不難發現，在長期實踐中發展起來的中醫美容學是頗具特色的。

## (三) 中醫美容學相關實證研究情況

本研究針對研究學者對於中醫美容學相關論文的實證研究，分析、瞭解學術期刊在此學術研究領域的影響力，也可提供領域專業人員學術文獻參考，本研究依研究學者、年代、篇名及期刊，相關研究整理列於表 1。

本研究文獻探討發現，一部分的研究是針對生活環境的概念進行討論（王雅麗，2002b；陳浩宏，2003）。另一部份則在收集、文獻整理與探討，歸納上述學者研究



表 1 中醫美容相關論文實證研究情況

作者	年代	篇名	期刊
潘遠根 曠惠桃	2011	從人體內環境治理解讀中醫	ASPT 來源刊 CJFD 收錄刊 ISTIC 收錄
吳慧金 何智健	2009	論中醫美容學研究思路與方法	ASPT 來源刊 CJFD 收錄刊
呂 斌	2009	日漸風靡的中醫美容法	ASPT 來源刊 CJFD 收錄刊
楊 嵐 沈靜等	2006	前景廣闊的中醫美容學	ASPT 來源刊 CJFD 收錄刊 ISTIC 收錄
馮居秦	2005	淺談中醫美容的國際化	ASPT 來源刊 CJFD 收錄刊 ISTIC 收錄
陳浩宏	2003	現代美容醫藥學概論	ASPT 來源刊 CJFD 收錄刊 ISTIC 收錄
王雅麗	2002	略論中醫美容保健	ASPT 來源刊 CJFD 收錄刊 中國期刊方陣 ISTIC 收錄 PKU 收錄

資料來源：本研究整理

觀點，本研究歸納、整理中醫美容保健法彙整表如下表 2：

#### (四) 中醫學美容保健特質

學者（李超英，2008）研究觀點認為，中醫美容的方法是從整體調理入手，在機體各部充分發揮生理作用的前提下，達到美容養顏、保健防衰及保持身心健康的目的。其主要有如下特點：“標”“本”兼治、綜和調理、治病保健、四時不同；中醫美容的選擇包括植物、動物、海洋生物、礦物質等多種天然物質，簡便安全、無副作用是它的另一個特徵。

有學者（王超凡，2006）提出觀點，中醫美容學注重整體，辨證施治。整體辨

證論治，美容法是在天人合一思想指導下，注意局部，又重視整體，因時、因地、因人制宜地進行辨證論治。包括治病陰陽平衡美容法和亞健康調理美容法和保健美容法三大類。

另外，有些學者提出中醫學的領域特色，本研究就相關文獻的探討，歸納出以下觀點，摘要分析如下：

學者（匡調元，2002）則將中醫學的主要特色概括為：中醫學是以《易經》象論思維方式為主的，以元氣為物質基礎的、天人合一的整體功能醫學，是一種宏觀層次的，與人文、藝技相結合的醫學。恰好與西醫學以形式思維邏輯論證為主的、以



表 2 中醫美容保健法彙整表

年代	研究學者	中醫美容保健法
2009	呂斌	刮痧、拔火罐、薰蒸、經絡推拿、穴位按摩、足療、香薰 SPA、耳燭、精油排毒、針灸減肥等。
2008	李超英	經穴按摩是人類最古老的一種物理療法，近年來，又推出美容藥膳、芳香美容、刮痧美容等
2006	楊嵐 沈靜等	天然藥物、針灸、按摩、氣功、膳食等多種方法。
2005	馮居秦	中醫美容大致可分為中藥、食膳、針灸、推拿按摩、氣功五大類，此外還有心理、養生等方法。
2002	王雅麗	中藥、飲食、運動、氣功、針灸、按摩、情志調節等多種方法，每種方法中又包含著諸多的具體措施。
2000	劉鍵	採用中藥、食膳、針灸、按摩、氣功等方法，來進行身心、臟腑、經絡及氣血的全面調整。

資料來源：本研究整理

原子為物質基礎的、局部結構醫學相對立，後者是一種微觀層次的、非人文的機械定量醫學。中醫學特色是：易象醫學、元氣醫學、天地人三才醫學、人文醫學、宏觀整體全息調控醫學、人體體質學、體質病理學與體質食療學、養生醫學、智慧醫學。

在重視局部美容的同時，強調機體以及機體與外在環境的整體統一，積極維護五臟六腑、氣血功能的正常，提高機體抵禦外邪的能力，辨證治療一些損容疾病，才能達到健康的美。這是中醫美容的基本方法，也是中醫美容的一大特色（劉洪 & 董雅琴，2003）。

返璞歸真，回歸自然的觀念，逐漸受到重視，中醫美容將成為未來全球主流。

（劉洪 & 董雅琴，2003）學者提出，在美容方面，人們對美容與健康方面的關係已越來越重視，更容易接受無傷性美容。用於美容的中藥大致可分為三類，即植物類、動物類和礦物類。植物類美容藥包括植物的根、莖、皮、葉、花、果等。實踐證明，這些完全來自自然界的藥物，不僅可以治

病，而且具有相當好的美容效果。如目前，單就外用化妝品而言，其中使用的中草藥已達 500 種以上，而其中很多中藥又可通過內服而達到治病美容的效果。由於中藥美容所具有的優點，已引起國際社會的重視和研究，德國、日本、法國等已將中藥美容列為科研課題。

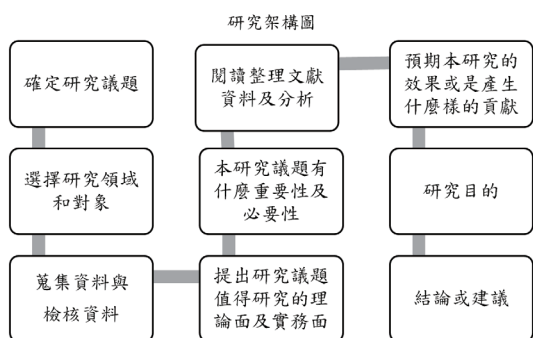
### 三、研究方法與步驟

本章主要說明本研究理論架構之形成，共分為二個部分，分別為方法與步驟和研究流程。

#### 一、研究方法與步驟

本研究根據研究動機、研究目的，並綜合相關文獻整理分析，提出本研究架構圖，如圖 1 所示。本研究步驟：先確定研究議題 → 選擇研究領域和對象 → 蒐集資料與檢核資料 → 提出研究議題值得研究的理論面及實務面 → 本研究議題有什麼重要性、必要性 → 閱讀整理文獻資料及分析 → 預期本研究的結果或是產生什麼樣的貢獻





資料來源：本研究整理

圖 1 研究架構圖

→ 研究目的 → 結論或建議。

## (二) 研究流程

本研究文獻探討部分包含了四個部分，分別為：一、世界衛生組織健康促進相關規章。二、中醫美容保健的當代價值探討。

(三) 中醫美容學相關實證研究情況。四、中醫美容保健特質。

## 四、結論

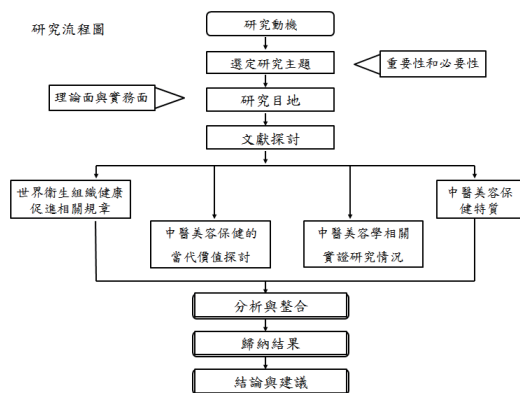


圖 2 研究流程圖

近幾年，女性的美容保養觀念有極大的轉變，對美的標準越來越高，強調身、心、靈健康美容的訴求，無論是心靈層面的健康或是生理層面的健康和身心靈美容，

皆是中醫美容保健健康促進的範疇，強調人體是一個整體觀念。

學者（張盈，2006）提出，傳統文化所蘊涵的代代相傳的思維方式、價值觀念、行為準則，一方面具有強烈的歷史性、繼承性，另一方面又具有鮮活的現實性、變異性。

Spa 產業近年來逐漸有了嶄新的面貌，許多正朝向複合式經營的路線發展，一次提供多樣化的配套服務，不管是複合式服務或提供單一服務的專門店，充分的專業與優異的品質，都是贏得消費者信賴的個性化與多元化的服務模式，是時下消費者所需要的消費體驗，了解目標消費群的心理後，設計出獨特的商品的外型。

中醫美容保健方法有其獨特的風姿，受到各國專家的高度關注與肯定，也獲得西方學界重視，如何將中醫藥美容學保健方法特點取得一個適合未來發展的平衡點，乃今日全球各國的關注重點。

## 五、建議

根據本研究的結果，本研究建議：需落實中醫「上醫治未病」的理念，推廣中醫美容、養身、保健之健康促進，教導民眾自我健康管理之方法，並規劃以中醫藥體系為主的 Medical Spa，且需有效統整與應用健康資源，協助民眾重視自我養身、保健、健康習慣的養成，是目前不容忽視的課題。

卓播臣中醫師也表示，中西醫都很重要，許多西醫無法治療的部份也要靠中醫相輔相成，才能達到更好的醫療養生效果，闡發各自的優勢服務于人類的保健醫療事業，應是中醫與西醫的共同願望。

（中央網路報，2008，五月二十六



日)

## 致謝

恩師卓播臣醫師於二零一二年四月十七日晚上十一點三十五分辭世，公祭儀式中靈柩覆蓋黨旗及針灸協會會旗，告別式莊嚴隆重。卓播臣醫師一生貢獻於中醫藥界，致力於行醫、中醫教育與弘揚中醫藥文化，德高望眾、品行高潔、廉潔清正。

感念恩師卓播臣醫師從小對我的鼓勵與愛護，並在專業 域上的指導與提攜，恩師除了注重醫學知識外，也注重人格培養和學習待人處世之道，更重視醫格與醫德，恩師身教重於言教的風範，使我獲 匪淺。

謹致此文深表悼念之情。

## 參考文獻

1. 王超凡 (2006). 漫談中醫美容法 · 時珍國醫國藥, 17(7), 1329-1331.
2. 王雅麗 (2002a). 略論中醫美容保健 · 遼寧中醫雜誌, 29(11).
3. 王雅麗 (2002b). 略論中醫美容保健 · 遼寧中醫雜誌, 29(11), 691-692.
4. 匡調元 (2002). 論傳統中國醫學之特色 · 浙江中醫學院學報 (03), 1-4.
5. 吳慧金, & 何智健 (2009). 論中醫美容學研究思路與方法 · 中國民族民間醫藥, 51-52.
6. 呂斌 (2009). 日漸風靡的中醫美容法 · 健康博覽 (10), 28-29.
7. 李超英 (2008). 淺談中醫美容的特點 · 中國實用醫藥, 3(20), 202.
8. 張盈 (2006). 淺論中國傳統文化的基本特徵及其影響 · 重慶電力高等專科學校學報, 11(1), 44-48.
9. 陳浩宏 (2003). 現代美容醫藥學概論 · 現代中西醫結合雜誌, 12(7), 673-674.
10. 馮居秦 (2005). 淺談中醫美容的國際化 · 中國美容醫學, 14(6), 758-759.
11. 楊嵐, 沈靜, 許婧, 王玉梅, & 伍景平 (2006). 前景廣闊的中醫美容學 · 中華醫學美學美容雜誌 (05), 319-320.
12. 劉洪, & 董雅琴 (2003). 淺談中醫美容的特點 · 山東中醫藥大學附屬醫院, 25(4), 285-286.



# 濃縮中藥的臨床運用

文／鄭振鴻 台北市立聯合醫院林森中醫院區院長

## 壹、前言

俗稱科學中藥是日本研發的漢方濃縮製劑，在健保給付以科學濃縮製劑為主，因此是台灣目前使用最多的製劑。如何依中醫辨證論治原則，使用濃縮中藥來治病是現代中醫師應該知曉的方法。但中醫劑型發展從湯、散、丸、膏、丹，進展至今濃縮製劑，應該把目前常稱呼科學中藥正名為濃縮製劑或濃縮中藥，將來若有新發明的劑型才有名稱可稱呼。中醫現代化，中藥科學化，有新的劑型應該有新的思考模式，方能順應時勢，治好病人。

方劑是中醫依理法方藥通過辨證或辨證辨病相結合，決定治療原則，確立治法的基礎上，依據治療的需要，選擇與病情相適宜的藥物，恰當的劑量，按照一定組方原則而成。法是方的理論依據，方是法的具體表現，只有在掌握治法後，才能以法統方，執簡馭繁，做到靈活地選方用藥。因此組方選藥，加減進退，均以切合病證病機，治癒疾病為終極目的。

## 貳、方劑組成原則

### 一、君臣佐使的配伍原則

君藥：指針對主病主證起主要治療作用的藥物，是方中必不可少藥物，藥力居方中之首，通常君藥的藥味較少，其用量

較方中其它藥物重。

臣藥：有雙重含義，一是指輔助加強君藥治療主病主證的藥物，二是指針對主要兼病兼證起主要治療作用的藥物。

佐藥：意義有三，一是指佐助作用藥物，即指配合君臣藥以加強治療作用，或直接治療次要症狀的藥物。二是指具有佐治作用藥物，用以消除或減弱或制約君臣藥毒性作用和峻烈偏性的藥物；三是指具有反佐作用的藥物，即根據病情需要，配用與君要性味相反而又能在治療中起相成作用藥物。

使藥：意義有三，一是引經藥，即能引領方中諸藥以達病所藥物，此藥歸經一般與病位所屬臟腑相一致；二是調和藥，即具有調和方中諸藥作用的藥物，三是指調和和矯正口味和賦形劑。

總之任何處方組成，君藥不可缺，而其他藥物從全方位而言，不外乎增強藥效，減輕毒副作用，擴大適應範圍，配合君藥達到安全高效目的。

### 二、配伍技巧

利用藥物的功用各有所長，各有所短，彼此之間功效各自有各自特點，所以要通過合理的組織合理的配伍，能夠調整藥性的偏勝，制約毒性，增強原有功能，或者改變原有功能，消除緩解人體的不良因素，

發揮作用有相輔相成的，有相反相成的綜合作用，使各具有特性藥物群體組合成一個整體，以符合辨證論治的要求；運用藥物整合過程，中醫稱之為配伍。

### 三、整體觀動態觀

運用藥方時既要基本結構又要強調一定變化，源於中醫整體觀，就是考慮因人因地因時制宜情況下，要照顧到複雜關聯性，不同的地域環境對人體影響，不同的季節氣候、時間對人體影響，不同人的體質年齡性別等處方都要思慮到，所以辨證論要把握共性的基礎上，還須兼顧個別的差異性。

“知犯何逆，隨證治之”病情是動態的變化，要在整體辨證論治的基礎上，隨證加減運用，同時根據不同情況，藥物劑量、劑型以及服用方法，可能都有變化。

### 參、科學中藥臨床運用的影響

#### 一、辨證論治對方劑影響

中醫四診八綱辨證審因，而後據證立法，以法立方選藥，因此方藥確立必須在辨證準確、立法合理、選藥恰當的基礎上才能發揮預期的療效。如麻杏石甘湯，主證是高熱、咳喘，僅有汗無汗決定證候病機的差異，石膏與麻黃的配伍比例就發生變化，無汗者重用麻黃，且用生麻黃，有汗則反之，用炙麻黃，石膏宜重用。治病不辨證，多見於現今使用科學中藥，如果不懂辨證論治，治療難以取效。

#### 二、藥量因素的影響

藥在體內達到一定的有效濃度時，才能發揮治療作用。處方藥量是根據年齡大小，體質強弱，生活習慣，地理環境，病情輕重緩急等不同，因人因時因地制宜，不能強求一致。同樣一首藥味相同的方劑，

隨著各藥之間比例不同，其療效有很大差異。中藥複方由多味藥物組成，其療效發揮不是組成單味藥功效之總和，而是各藥之間以及藥物與身體作用之後所產綜合效用。因此只有方劑中各藥之間達到最佳配伍比例才能發揮最佳療效。配伍比例不合理，臨床用藥會產生事倍功半的效果，尤其慢性病，用藥更須循序漸進。

### 三、配伍組成因素

方劑配伍組成藥物對方劑療效有決定性作用，合理組方選藥，酌定計量，對方劑發揮療效十分重要。複方組成配伍不同藥物或藥物配伍用量比例不同，都會導致有效成分含量不同，作用差異。中藥的相須/相使/相畏/相殺配伍理論，俱有一定指導意義。

### 肆、中醫現代用藥審思

1. 中醫治病時必須辨證乃是中醫應用自然藥物，而藥物有四氣五味，疾病在人體反應也有陰陽虛實等狀態表現，臨床上，必須用病性與藥性是相對來治療，即藥物的辛溫熱，去治人體的陰性狀態，用寒性藥物去治療人體的陽性狀態，用甘味藥物去治人體虛性狀態，用藥物的甘淡去治人體的濕性狀態。因此藥物組成與人體狀態要相對應的治療，這就需要辨證。
2. 方劑的雙重療效

方藥如同中藥亦具雙重療效，那就是氣味與藥理，現代中醫藥有兩個層面，一是辨出方劑的氣味，以對應人體的狀態。二是疾病的病因，以對應方劑的藥理，方能達到療效。



### 3. 以多重氣味的方劑判斷治療狀態

以抓住主方主要藥物的氣味來判斷，從屬藥物可能是兼證狀態，或是調和藥物，即可判定方藥氣味。

### 4. 舊藥新用 / 古方新用

臨床正發展著日新月異變化，中藥製劑隨著現代化邁進，已有對於提高療效，方便應用，發展出科學濃縮中藥，傳統的用藥經驗要提高，千百年來，以辨證論治為基礎的臨床應用，已積累了寶貴經驗，形成一套理法方藥治療體系，新疾病產生，除依中醫辨證，應該知曉西醫病因、病理、生理的辨病，用濃縮中藥治現代西醫疾病名是創造台灣新中醫學和新藥學的新途徑。

人民衛生出版社，1998,221-231

5. 徐大椿：醫學源流論，中國古籍出版社，1986,34-56

## 伍、結論

以西醫辨病，中醫辨證，配合方藥歸經性味，對應人體不同的生理反應類型與病理反應狀態（寒熱虛實瘀鬱燥濕），達到治療效果。

1. 西醫辨病，中醫辨證。
2. 根據疾病主證確立治療方向，選方組藥。
3. 選擇治療相對應方劑加單方或拋開方劑，從中醫理法選藥組方。

## 參考文獻

1. 黃泰康：中醫配方學，北京，中國醫藥科技出版社：2000,17-29
2. 劉學華：古今名方現代研究與臨床應用，北京：人民軍醫出版社：2010,25-32
3. 李飛主編：方劑學第二版，北京 人民衛生出版社：2011 ,3-14
4. 陳奇：中成藥名方藥理與臨床，北京：

## 由病歷探討局方牛黃清心丸的臨床應用

文／黃碧松 台北醫道堂黃中醫診所院長  
台灣中醫皮膚科醫學會理事長  
遼寧省中醫藥研究院名譽院長  
遼寧 廣州 湖南中醫藥大學客座教授

### 局方牛黃清心丸的源流與應用：

牛黃清心丸的組成應以《太平惠民和劑局方》原汁原味最為有效，坊間大路、香港、台灣藥廠所出之牛黃清心丸已失原味，實在可惜，牛黃清心丸原方組成是這樣的：

牛黃一兩二錢研、麝香研、羚羊角末、龍腦研各一兩、當歸去蘆頭、防風去苗叉枝、黃芩、白朮、麥門冬去心、白芍藥各一兩半、柴胡去苗、白茯苓去皮、桔梗、杏仁去皮尖并炒黃雙仁者麩別研、芎藭各一兩二錢半、肉桂去粗皮不見火、阿膠碎炒、大豆卷碎炒各一兩七錢半、蒲黃炒、神麩研炒、人參去蘆各二兩半、雄黃八錢飛研、甘草剉炒五兩、白斂、乾薑各七錢半、犀角末二兩（可用廣角代）、金箔一千二百片內百片片為衣、大棗一百枚蒸熟去皮核研亂成膏、乾山藥七兩。以上除棗、杏仁、金箔三味，及牛黃、麝香、雄黃、龍腦四味外為細末，入餘藥。勻煉蜜與棗膏為圓每兩作一十圓，用金箔為衣。（犀牛角已保育，可以廣角代之）

每服一丸，溫水化下，食後服，小兒驚癇，即酌度多少，以竹葉湯溫化下。

其實局方牛黃清心丸為《金匱要略》薯蕷丸的加味方，牛黃清心丸由 29 味藥組

成，薯蕷丸有 20 味藥，薯蕷丸方出自血庫虛勞病脈證并治篇，主治虛勞諸不足，風氣百疾。全方由 薯蕷 30 分、當歸、桂枝、麴、乾地黃、豆黃卷各 10 分、甘草 28 分、人參 7 分、芎藭、芍藥、白朮、麥門冬、杏仁各 6 分、柴胡、桔梗、茯苓各 5 分、阿膠 7 分、乾薑 3 分、白斂 2 分、防風 6 分、大棗百枚為膏。

由此可知，局方牛黃清心丸是可以久服的一味方藥，只可惜成本太高，雖然療效極佳，終非平民化藥品。

翻開《太平惠民和劑局方》牛黃清心丸原方主治如此敘述：治諸風痲癱不隨，語言蹇澀，心悸健忘，恍惚去來，頭目眩冒，胃中煩鬱，痰涎壅塞，精神昏憤。又治心氣不足，神志不定，驚恐怕怖，悲憂慘戚，虛煩少睡，喜怒無時，或發狂昏亂。用現代藥理學解釋：牛黃清心丸主要有鎮靜，鎮驚，降溫、解熱、抗高溫，提高缺氧耐力，降血壓作用。適應用在心腦血管及精神疾病的治療。

請注意：大陸中醫教科書方劑學也有牛黃清心丸，書中的牛黃清心丸方出《痘疹世醫心法》，《痘疹世醫心法》之牛黃清心丸和局方牛黃清心丸雖都名為「牛黃清心丸」，



但是組成及藥理不同，使用時應與之區別，《痘疹世醫心法》之牛黃清心丸又稱萬氏牛黃清心丸，其組成為：黃連5錢、黃芩3錢、山梔仁3錢、鬱金2錢、辰砂1錢5分、牛黃2分半研細末，臘雪調麵糊為丸，如黍米大，每服7、8丸，燈心湯下。

市售牛黃清心丸品牌很多，要注意，此為生死救急之藥，應以《太平惠民和劑局方》之藥物組成方或組成最接近原方者為最佳。如能自己按《太平惠民和劑局方》原汁原味自製，那是最理想不過了。

### 局方牛黃清心丸使用注意：

- ◇只能用於邪氣實而見口噤，兩手握固，脈象有力之實證，不能用於汗出肢冷，氣微遺尿，口開目合之脫證。
  - ◇陽明腑實不宜使用開竅劑，即使兼有邪陷心包，亦應根據病情，或服開竅，或二者合併。
  - ◇只可暫用，中病即止，不可久服。
  - ◇孕婦忌用。
  - ◇如用於冠心病久服，需配合補養藥。
- ◎但是，本人的經驗，臨床應用上並非神昏竅閉時才能使用開竅藥，對症的急性病症也可辨證用之。

我的臨床經驗，局方牛黃清心丸臨床上常用於腦血管意外、腦震盪、腦炎及腦膜炎、肝昏迷等有中樞神經症狀者，另心絞痛、心肌梗塞、心律不整亦可用之，惡性高血壓、焦慮、失眠如狂者、重症健忘、精神分裂症、躁鬱症躁症發作、復發性口瘡、頑固性嘔逆，皆有良效。尚可用於視神經炎、視神經萎縮、突發性耳聾及血管炎急性期。

我曾經在 2009 國際中醫學輔助醫學學

術研討會及 2010 國際精神醫學論壇報告從實際應用局方牛黃清心丸治療神經及精神疾病的案例，也在國內多場演講報告局方牛黃清心丸的臨床經驗，希望讓中醫界知道，中醫也能治療急症及重症。

### 局方牛黃清心丸驗案：

#### 案 1：精神分裂的女孩

一位 24 歲的妙齡少女，1 年前被精神科診斷為青春型精神分裂，平日有明顯的精神分裂人格，月經常多月未行，由同行某醫師介紹來診，初診時月經已 3 月未行，乳房脹痛手不能觸，精神亢奮，整夜不睡，狂亂多語，幻聽幻視，口乾欲飲冰水，大便祕結，多日未下，脈弦滑有力，舌紅苔黃滑膩，《內經》：“諸躁狂越，皆屬於火”，…“重陽則狂”，又加上月經多月未行，下焦蓄血，瘀熱相結，上擾心神，故狂亂更甚，開方如下：桃仁泥 4 錢、桂枝 3 錢、酒大黃 3 錢、炙甘草 2 錢、芒硝 2 錢（沖服）、局方牛黃清心丸 2 丸（配服）、給藥 3 劑，以桃核承氣湯破血下瘀瀉熱，用局方牛黃清心丸清熱解毒，豁痰開竅。

3 日後再診，病人坐在候診室候診時，已能默默靜候，其母云服藥第 2 天，月經來潮，狂亂亢奮之狀大減，整個人萎頓臥床，熟睡一天一夜方醒，還喊肚餓吃了一大碗外面買來的廣東粥，瘀熱已解，火勢大衰，改處方科學中藥：桃核承氣湯 15 克 3×7/PC、礞石滾痰丸 3 克 睡前服、針刺十三鬼穴。並囑以後兩天針次一次。

礞石滾痰丸《泰定養生主論》的組成為：大黃（酒蒸）、片黃芩（酒洗淨）各 8 兩、礞石 1 兩（捶碎，同礞硝 1 兩，投入小砂罐內蓋之，鐵線縛定，鹽泥固濟，晒乾，火煨紅，候冷取出）沉香半兩、上為細末，

水丸如梧桐子大，每服4、50丸，量虛實加減服，清茶、溫水送下，臨臥食後服。

礞石滾痰丸能瀉火逐痰，主治實熱老痰之證。《泰定養生論》說道此丸能治：“痰證，變生千般怪證，”癲狂驚悸，因痰火上蒙而生，用礞石滾痰丸瀉火逐痰，即為此義。

### 要特別注意滾痰丸服法：

《泰定養生論》的著者王珪交代了礞石滾痰丸的服藥法及服藥後可能的反應：

“大抵服藥，必須臨睡就床，用熱水一口許，只送過咽，即便仰臥，令藥在咽膈間徐徐而下。如日間病出不測，疼不可忍，乾嘔噁心，必予除差者，須是一依臨睡服法，多半日不可飲食湯水，及不可起身坐行言語，直候藥丸除逐上焦痰滯惡物，過膈入腹，然後動作，方能中病。每次須連進兩夜，先夜所服，次日痰物既下三五次者，次夜減十丸；下一兩次者，仍服前數。下五七次，或只二三次，而病勢頓已者，次夜減二十丸。頭夜所服，並不下惡物者，次夜加十丸。壯人病實者，多至百丸。

大抵服罷仰臥，咽喉稠涎壅塞不利者，乃痰氣泛上，藥物相攻之故也。少傾藥力

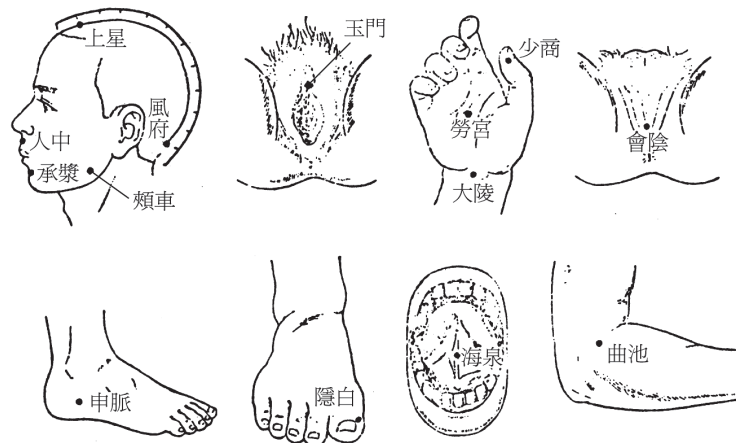
既勝，自然寧貼。大抵次早先去大便一次，其餘遍次，皆是痰涕惡物，亦有看是溏糞，用水攪之，盡係痰片黏涎。或百中有一稍稍腹疼，腰腎拘急者，蓋有一個頑痰惡物滯滯，閉氣滑腸，裏急後重，狀如痢疾，片餉即已。此藥並不洞泄刮腸大泄，但能取痰積惡物，自胃腸次第穿鑿而下，腹中糟粕，並不相傷。”（《泰定養生主論·痰論》）泰定養生主論一書，世少傳本，轉載其方者，都略其服法。一般醫者，於服法亦未盡悉。服後，患者竟腹痛便泄。及詳其服法，依法服之，患者不僅腹不痛，即多年頑固之便秘，亦從此通暢無阻。可知王氏經驗，洵不我欺。

### 百邪所病者，針有十三穴也：

人中（鬼宮）、少商（鬼信）、隱白（鬼壘）、大陵（鬼心）、申脈（鬼路）、風府（鬼枕）、頰車（鬼床）、承漿（鬼市）、勞宮（鬼窟）、上星（鬼堂）、男會陰、女玉門（鬼藏）、曲池（鬼腿）、海泉（鬼封）；舊說精神疾患是由鬼崇所致，故名鬼穴。

※ 古書用十三鬼穴時曲池用火針，海

### 《千金要方十三鬼穴》：



泉（放血），我用此針法，皆下針後馬上出針，既不放血也不用火針，只是每個穴道的針感都非常強烈，用在這類病患，還需家屬從旁幫忙穩住病患才能順利下針。

3 診：情志安定，門診時羞澀微笑，脈仍弦滑有力，舌紅苔白，但舌苔黃黏膩之象已無，排便通暢，仍開方：桃核承氣湯 12 克 3×7/PC、礞石滾痰丸 2 克 / 睡前臥服、針刺 勞宮 少府 行間 人中 上脘 大鐘 豐隆 太衝、配合針刺有平肝瀉火，清心豁痰之功。

以後 3 個月同方續服，並一星期 3 次針刺，大底前組輪穴處方及十三鬼穴輪流針刺，精神狀況持續改善，據其母云已能自行出門參觀郵展矣。

由於症狀穩定，痰瘀熱結已退，改方科學中藥加味溫膽湯加琥珀以善其後。

溫膽湯 10 克、遠志 1 克、西洋參 1 克、生地黃 1 克、酸棗仁 1、克 琥珀 2 克 / 日 3 服。

此女從狂亂神志不清，到神志清明，除了初發病曾赴台 × 醫院精神科求診，並取得青春型精神分裂診斷外，從未服用西藥，一直以中醫藥及針刺治療，當狂亂亢奮之時，局方牛黃清心丸取得關鍵性的速效，也取得病患家屬的信任，才得以繼續使用中醫療法治療而取得滿意的療效。

#### 案 2：躁鬱症躁症發作：

病患：女性，43 歲，未婚，為某大學副教授，父母健在，父親從事醫療器材生意，個案除學校的授課及必要的教學研究外，也幫忙經營家族事業，該病患有一位哥哥，多年前在不同時間自殺身亡，3 年前

個案結束了一段經營 5、6 年的感情後，開始出現躁鬱症的病情，第 1 次躁症發作出現亢奮、多日不眠、幻聽幻視、被神明附身現象，剛發病時，被認為「衝煞」而尋求不同宗教的幫忙未獲療效，後住院精神科治療才緩解出院，出院後就一直服用精神科所處方的藥物。

此次會前來門診是因為個案到新店刷卡同時預訂 10 間別墅，父、母親發覺不對勁，又觀察個案已有數天不太睡眠，整晚狂打電話親朋好友因之困擾與困惑。

初診時覺得個案長得還算漂亮，可是太瘦了（由此可知個案沒有遵循醫囑服藥），情緒有亢奮現象，應答講話節奏快，聲音洪亮，脈滑有力，舌紅苔黃膩，此為肝鬱痰火，上擾神明，以至神魂失調，開方局方牛黃清心丸每日 2 丸 / 3 日，早晚溫開水送服。用以清熱豁痰，醒腦安神。

3 日後再診，亢奮之勢已減，晚上睡眠改善，舌苔黃膩轉白微黃膩，痰火稍減。改方黃連溫膽湯加味配服礞石滾痰丸 7 日與服：半夏 3 錢、陳皮 3 錢、茯苓 3 錢、竹茹 3 錢、甘草 1 錢半、枳實 2 錢、黃連 2 錢、遠志 2 錢、鬱金 2 錢、天竺黃 2 錢、紅棗 5 枚、礞石滾痰丸 1 錢（臨睡前臥服）溫膽湯用於本證，恐清火之力不足，故加黃連清火，菖蒲、遠志、鬱金養心安神，祛痰開竅，天竺黃清熱化痰去內鬱之火。配服礞石滾痰丸以強化清熱豁痰之用。

3 診：神情安定，改方加味溫膽湯和甘麥大棗湯合方繼續調養，其間如遇有躁症將要發作的現象，改服局方牛黃清心丸或礞石滾痰丸都能緩解病情。

#### 案 3：腦血管意外又有躁鬱症的病患

個案 65 歲，女性，住新北市金山區，



宿有躁鬱症及高血壓病史，長期服西藥，因無病識感，又常常有未服藥之空窗期，屢次因躁症發作亢奮狂亂不眠，才被家人送院治療，個案因而成為全家人的困擾及負擔。

初診：初診時正值暮雲春樹，烏雨花香的春季，但在亞熱帶的台灣卻以薰風拂面，頗有夏意，個案由其兒子與女兒攙扶前來門診，主訴今天剛出院，3星期前腦梗塞中風，左半身偏癱無力，在某醫院入院診治，個案住院期間精神一直處於亢奮狀態，對自己中風的病情不是很擔憂，整晚不眠，不停語言，主治醫師除中風用藥外，也開鎮靜劑使個案安靜睡眠以利病情恢復。初診所見及處方：

BP154/96，脈弦滑有力，舌紅苔滑膩，大便祕結，精神亢奮，喋喋不休，口渴引飲，毫無中風後之體倦乏力，但會愁訴頭暈頭痛，此時需要解決的有兩個病機：

1. 個案平素肝腎陰虛，痰熱內蘊，因風陽內動，氣逆鬱於血分，著於腦絡，則腦梗塞生焉。此時應育陰潛陽，鎮肝熄風，滌痰通絡。
2. 躁鬱症躁症發作，此時火邪作祟，臟火燔灼，躁擾躁動，煩熱擾亂而不寧，應與清熱豁痰開竅。

處方鎮肝熄風湯加減，配服局方牛黃清心丸。給藥5日份，方如下，因個案畏針，故不予針刺治療，囑其配合西醫復健。

處方如下：

懷牛膝6錢、代赭石6錢、生龍骨6錢、生牡蠣6錢、龜板6錢、赤芍5錢、天門冬5錢、玄參5錢、綿茵陳5錢、川棟子3錢、生麥芽5錢、生甘草1錢5分、西紅花2錢、天麻3錢、鉤藤1兩（後下煎20分鐘）、局方牛黃清心丸1粒配服。

處方之義鎮肝熄風湯加減用以鎮肝熄風，滌痰通絡，而局方牛黃清心丸用來清熱豁痰，滌痰開竅之用。

2診：

此次由兩位女兒陪診，個案自訴服藥後眩暈頭痛改善，會覺得疲勞，晚上能睡眠，兩位女兒也說母親情緒安定多了，話也少了，不會再喋喋不休，大便通暢，脈仍弦滑有力，舌質仍紅，苔黃膩已較為薄化，BP138/91，效不更方，仍用鎮肝熄風湯加減，局方牛黃清心丸減為每日1粒，於睡前2小時前服用，給藥7天。

為何局方牛黃清心丸減量為1粒，由於局方牛黃清心丸價格昂貴，考慮家屬的負擔，故為之減量。

第2天個案家屬來電話，告訴個案每日只服1粒局方牛黃清心丸藥力不夠，睡前服丸劑仍可安眠，但早上醒來又訴說頭痛，煩躁而坐立不安，吵著非要再服1粒牛黃清心丸不可，家屬只好予服，服後不久頭痛止，也不煩躁不安了，問我怎麼辦？

顯然個案仍處於重陽則狂，臟火燔灼的病象，建議家屬仍然早晚各服1粒局方牛黃清心丸，丸劑數量不夠請家屬再來診所補足。也由此可見局方牛黃清心丸對躁鬱症躁症發作是有顯著的效果。

3診：

個案自訴：晚上能睡，但早醒，已不眩暈頭痛，左手腳較為有力，情緒安定，脈弦滑洪大之勢已減，舌紅，苔黃膩之象更薄，煎劑不更方，丸劑改為早服礞石滾痰丸1錢，睡前2小時服局方牛黃清心丸1粒。

躁鬱症為痰火上擾清竅則發為癲狂之症，個案病實，礞石滾痰丸用以瀉火逐痰之用。



個案連續服用3診之處方3個月，中風復健也持續在當地醫院復健科配合治療，神情安定正常，手腳偏癱無力改善，能自行洗澡，自己1個人出外不用家屬陪同照顧。

改方科學中藥：

天麻鉤藤飲10克、黃連溫膽湯8克、每日配服大活絡丹1粒、處方之義：天麻鉤藤飲用以平肝熄風，清熱活血，調補肝腎；黃連溫膽湯去臟腑痰熱；大活絡丹能祛風活絡，此方藥性溫和，除邪而不傷正，作為中風偏癱善後調養之藥頗為恰當。

\*個案直至目前仍陸續服用以上之處方已有1年3個月，曾有2次又有躁症發作現象，再服局方牛黃清心丸都能緩解病情。

#### 案4：嚴重焦慮連續5天不眠如狂

個案為女性，53歲，公務員，晚婚，丈夫有離婚2次之婚姻史，所以個案為其丈夫之第3任妻子，結婚後個案對婚姻沒有安全感，所以極為努力去經營婚姻，個案之丈夫個性較為暴躁，因此夫妻常有磨擦，皆因個案的隱忍而無太大的衝突。5天前因為意見不合遭受丈夫嚴重的語言暴力，因個案覺得有離婚的威脅而忿怒及惶恐，已有5天無法入眠，精神有即將崩潰之感。初診：

個案精神有點恍惚，敘說婚姻的期望及這幾天的衝突過程，眼淚直掉，看得出傷心憤怒與恐慌，頭暈頭痛，極為焦慮煩躁，脈弦，舌質較紅，苔黃，一派痰火壅盛扔擾亂心神之狀，處方局方牛黃清心丸以鎮心滌痰，鎮靜安神，每日於早上及睡前2小時各服1粒。給藥3日份。

3日後再診：

已能睡眠，心情較為平靜，思維較為清楚，能用理智分析所發生的事情過程，處方局方牛黃清心丸日1粒，睡前2小時服。

※以後因其他病情來診，個案自訴，當婚姻發生風暴之時，心煩意亂，似要發狂，局方牛黃清心丸能安定個案心神，讓個案度過精神的黑暗期。

#### 案5：高血壓飆高不降頭痛欲裂

個案男性，為退休的教育人員，之前擔任小學教師，高血壓病史將近30年，由於個案的父親及1位兄長都因腦血管意外而死亡，因此生活作息及飲食都極為小心，20多年來一直服用西藥降血壓藥而不敢稍有間斷，也因身體健康問題只要台北有中醫課程皆會報名上課，希望從中醫藥上得到健康的幫助。也因為此種原因上了不少我在台北市中醫師公會所開的課程。也開始嘗試服用中藥，個案平素體壯實，夜臥艱寐，常口咽乾燥，脈弦有力。

記得兩年前的一個傍晚正在門診，接到個案打來的電話，語氣十分惶恐，個案因血壓飆高到BP220/135，頭痛欲裂，從中午就到××醫院急診室，經過6個多小時的急診處置，血壓一直降不下來，擔心自以就要中風了！怎麼辦？想了一下，請診所人員送6粒局方牛黃清心丸到醫院去，囑個案兩小時服用1粒。

第2天個案來診，敘述服下1粒丸藥，3分鐘後頭就不痛了，6小時後服了第3粒，神清氣爽，血壓正常而出院了。診其脈仍弦而滑，舌紅苔微黃膩，肝陽偏亢，給藥天麻鉤藤飲加味7劑，用以平肝熄風，清熱活血安神：鉤藤8錢（後下）、天麻3錢、

生石決 8 錢、山梔子 3 錢、黃芩 3 錢、懷牛膝 8 錢、炒杜仲 3 錢、桑寄生 5 錢、益母草 3 錢、夜交藤 4 錢、茯神 3 錢、生白芍 5 錢、生牡蠣 5 錢、川棟子 2 錢、紅麴 1 錢半（沖服）、用方之義以天麻鉤藤飲平肝熄風，清熱活血，並補益肝腎之陰以制肝陽之偏亢，由於牛膝善引上部之血下行，故重用之；加白芍滋陰柔肝，牡蠣善平肝潛陽，加之共助斂火以熄風；川棟子善引肝氣下達，條達肝氣之鬱滯；紅麴能化血管之痰瘀也。

7 日後再診，每夜皆好眠，血壓穩定正常，改開科學中藥：天麻鉤藤飲 12 克、紅麴 4 克，1 日分 / 日 3 服 / PC、用以治療兼調養，個案還自行準備局方牛黃清心丸 1 打在家以備不時之需。

#### 案 6：暫時性腦缺血 (TIA)

個案為 65 歲的家庭主婦，體態豐腴，宿有高血壓病史，在一個嚴冬的早晨正準備出門晨運時，忽然間右半身麻木不能動，由子女急送到 ×× 醫院急診，經過檢察診斷為暫時性腦血管意外，但從早上 8 點到 10 點左右半身麻木尚未緩解，由於個案的女兒是我的熟病人，×× 醫院又在我的診所附近，被邀請出診，往診中風病患我習慣性會隨身攜帶局方牛黃清心丸，到急診室時見到個案尚能語言，吞嚥能力正常，馬上給藥 1 粒吞服，大約 15 分鐘後麻木之手腳就恢復正常了，藥效之迅速令人嘆為觀止。

短暫腦缺血發作的特點是瞬息症狀發作，常為某種神經功能的突然缺失，症狀不會從身體一處擴散至另一處，病程不呈“進行”。症狀歷時短暫，數分鐘或數小時（一般不超過 24 小時）內逐漸恢復而不

後遺重要功能缺損。絕大多數並無意識障礙。患者常呈反覆發作，多則每日數次，少則數月或數年才發作一次或一陣。反覆復作的臨床表現大同小異。局灶性腦功能缺失症狀常按一定的血管支配。

暫時性腦缺血不論是一次或多次，均應視為可能發生中風的訊號，並做詳細的檢查及必要的持續性治療。根據一些追蹤此症自然史的研究報告顯示：約有三分之一的患者在五年內發生腦梗塞（完全性中風）；身為一位醫生，須記住前述之“完全性中風”通常在暫時性腦缺血後六個月內發生，所以對此症病人須特別注意。平常身邊可帶上 3 粒牛黃清心丸以便救急之用。

#### 案 7：腦梗塞

個案男性，56 歲，在台南縣鄉下小鎮經營雜貨店，妻子在 5 年前因病死亡，但最近新交一位小十餘歲的女朋友並同居在一起，1 個月前腦血管意外（梗塞性）被送往台南市 ×× 醫院急診，出院後右半身偏癱，右下肢尤其軟弱無力，生活無法自理，由於惟一的獨生子在台北市上班，因此將個案接到台北市就近照顧，經朋友介紹前來診治。

初診時個案由兒子背負進診所，右半身偏癱無力，也無法利用助行器幫忙行動，三餐飲食、大小便、洗澡都要第三者從旁協助，語言應對正常，但語音低微，情緒低落，艱寐，排便不暢，血壓稍高（服西藥降壓藥），脈弦細澀無力，舌質紫淡苔白膩，氣虛血瘀兼有痰濁，處方補陽還五湯加味，配服局方牛黃清心丸：生黃耆 1 兩半、西紅花 2 錢、桃仁泥 2 錢、赤芍 2 錢、當歸尾 2 錢、地龍乾 2 錢、雞血藤 8



錢、烏梢蛇 3 錢、桂枝 2 錢、懷牛膝 4 錢、桑寄生 5 錢、全蠍粉 5 分（沖服）、紅麴 1 錢半（沖服）、局方牛黃清心丸 1 粒、處方之義以補陽還五湯加味益氣活血通絡，牛黃清心丸豁痰開竅，這裡要說明：開竅藥不只可以用在竅閉昏迷，清醒時用之，對腦細胞及血管的發炎有保護及治療作用，教科書認為牛黃清心丸內含香竈，當中病即止，不宜過服、久服，但我的臨床經驗，只要配合補氣藥同服即無妨害，而且持續服用對心、腦血管疾病的療效更佳。

除服用藥物外，並兩天針刺 1 次，以三穴組輪流治療：

第 1 穴組：

方氏頭皮針伏象、伏臟、倒象、倒臟相應麻痺肢體相應穴位

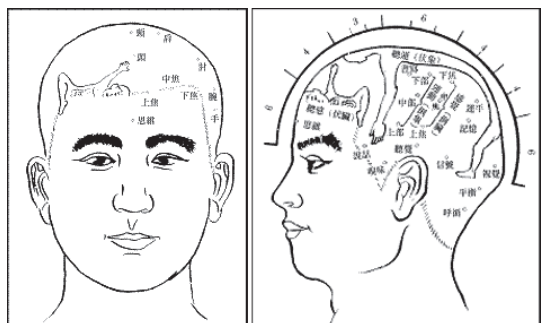
第 2 穴組：

肩胛 曲池 外關 合谷 環跳 風市  
陽陵泉 懸鐘 太衝

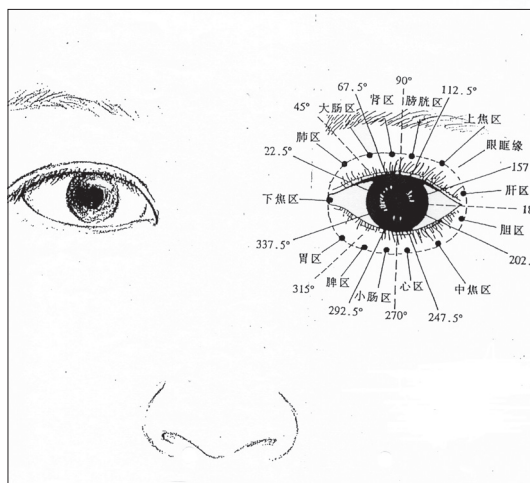
第三穴組：

眼針上焦區 下焦區 肝區 腎區  
眼針及方氏頭皮針各位可能較不熟悉，簡圖如下：

以後每兩天針刺 1 次，一星期針刺 3



方氏頭皮針示意圖



眼針示意圖

次，補陽還五湯方中黃耆劑量由 1 兩半漸加至 4 兩，每天仍服 1 粒牛黃清心丸。3 個月後手腳有力，生活能自理，高高興興回台南去了！

回鄉之前，個案兒子問我能不能繼服丸藥而不服煎劑？於是讓個案帶 30 粒牛黃清心丸，並開 30 天科學中藥補陽還五湯和炙甘草湯合方與服。如此每個月回診 1 次，連服 3 個月停藥。

大約半年後，個案的兒子因睡眠障礙來診，談到父親近況，說過案仍照顧著雜貨店，右手腳稍為無力，但看不出曾經中風過，和同居人感情好得不得了哩！

### 案 8：心律不整

這是我自己的經驗，有一次因為多場演講不斷的趕稿準備講義，覺得有點心力交瘁，忽然間心跳快速如擂戰鼓，整個心臟像要彈跳出來一般，急忙含 1 顆局方牛黃清心丸，約半分鐘心跳就恢復正常了。以後曾因過勞心悸再發作 1 次，一樣，1 粒牛黃清心丸仍是半分鐘內恢復正常心跳，療效神速。

### 案 9：心律不整

用局方牛黃清心丸治心律不整的深刻

治驗是一位從事田野文史調察的教授，個案為×博物館的研究員，也在學院兼課，由於對工作的過度投入，2年前常於壓力大又熬夜時引發嚴重心悸，每當心悸發作時會眩暈，並有兩次暈厥的記錄。××醫院診斷為陣發性室上性心博過速，經過治療還時常發作，個案宿有高血壓，脈弦，舌紅苔白，處方天麻鉤藤飲加代赭石、生牡蠣、珍珠母平肝熄風，清熱活血安神，並給局方牛黃清心丸3粒，囑其心悸發作時嚼服。往後個案一直在我的診所調治身體，心悸發作時局方牛黃清心丸都發揮快速的療效。

#### 案 10：因再生不良性貧血做自體骨髓移植先後引發感染及腦血管出血

個案男性，24歲，因再生不良性貧血在我的診所診治，服了將近2年的培補脾腎中藥，雖然血象有上升，已不必每星期輸血1次，但仍不理想，因此接受××醫院血液腫瘤科安排做自體骨髓移植手術，誰知道，因此而開始了人生最大的生存挑戰；當個案以充滿著希望的心情接受自體骨髓移植，祈望對身體的健康有一勞永逸之效，誰知天不從人願，卻發生巨細胞病毒感染？，出診到××醫院加護病房，看到個案昏迷在床，為升血壓急速輸液而全身腫脹，並用葉克膜維持生命機能，此時舌脈無法了解，和主治醫師討論病情後同意配合灌服局方牛黃清心丸，但也擔心灌服後引起嘔吐而影響生機。

從第1天每日灌食2粒牛黃清心丸直到第3天終於甦醒，此種感染中醫溫病稱為熱陷心包，痰蒙心竅，吳鞠通治以涼開三寶（安宮牛黃丸、紫雪丹、至寶丹），用來清熱解毒，豁痰開竅，用局方牛黃清

心丸亦常有良效。

個案甦醒後住在該院無菌病房約1個半月後出院。以後一直在原醫院進進出出接受治療，記得是出院後半年左右，有一天晚上個案在家中忽然全身無力倒地神識不清，經家人緊急送至同醫院急診，經神經外科醫師診斷腦內血管破裂出血（中醫稱中臟腑），又入加護病房治療及觀察，脈滑有力，舌紅苔黃膩，經主治醫師同意，再日服局方牛黃清心丸每日2粒，經過12天又甦省。

往後的復健及調治暫且不表，這個醫案要表達的是，同一個個案，不管熱陷心包，或腦中風中臟腑，發生神昏竅閉而昏迷，牛黃清心丸皆能開竅使之甦醒。

#### 案 11：腦震盪

個案女性，82歲，體胖，因衰老已臥床3年多，平日行動不便，日常生活及飲食大小便都委由外勞照護，有一日外勞扶起小便時不小心跌倒，頭部撞擊到馬桶，而引起頭痛嘔吐，嗜睡昏沉，有腦震盪現象，由於臥床已久，其子不想送去醫院診治，詢問中醫有無治療方法？我心裡思考個案兒子是不是老人家臥床多年已有「久病無孝子」的心情？但不送醫又怕親朋好友說其不孝的考慮？給與3粒局方牛黃清心丸每6小時服下1粒，3粒丸藥服完頭不痛嘔吐止，老人家發揮生命的韌性又持續臥床3年多，才魂歸離恨天而往生。

#### 案 12：血管炎急性發作

個案女性，43歲，為台北市××國民小學校長，罹患類風濕性關節炎及血管炎病史將近20年之久，體瘦，十指關節已經畸屈變形，全身多處關節疼痛，四肢逆冷，脈弦細，多年來一直在××醫院免疫風濕



科某醫師處診治，病情反覆，雖未完全康復但也維持「平盤」狀態，直至某醫師在一次出國墜機身亡，才想到是否能以中醫幫助病情？經人介紹前來求診。

初診時個案病情正處於發炎狀態，多個大小關節腫痛，觸之微熱，屈伸不利，肌膚乾澀暗沉，手足皮下有長條形結節，按之疼痛，脈弦細，舌質較淡，苔薄白，這是痰瘀互結，經脈痺阻之證，處方身痛逐瘀湯合四妙勇安湯加減配局方牛黃清心丸：當歸 5 錢、元參 5 錢、金銀花 5 錢、懷牛膝 3 錢、桃仁 3 錢、西紅花 3 錢、川芎 3 錢、五靈脂 3 錢、乾地龍 3 錢、沒藥 3 錢、秦艽 3 錢、羌活 3 錢、獨活 3 錢、甘草 2 錢、製半夏 3 錢、枳殼 3 錢、局方牛黃清心丸 1 粒（配服）、給藥 7 劑，處方之義為活血化瘀，祛痰通絡，養陰清熱。

2 診時諸症改善，效不更方，原方再給 7 劑。

3 診時關節腫痛更為緩解，皮膚條索狀已消，改用科學中藥調養：右歸丸 7 克、身痛逐瘀湯 7 克、黃耆 1.5 克、吉林參 1.5 克、玄參 1.5 克、以後個案緩解期服用科學中藥緩治，發作期則改用煎劑配牛黃清心丸大力蕩滌，如此連治 3 年症安停藥，但偶有小發作個案都會來診，每次給科學中藥 2 星期就會症狀緩解而安。

### 結論：

安宮牛黃丸在《溫病條辨》稱為涼開三寶的急救藥，也有甚多臨床醫師用在急症，我們將局方牛黃清心丸和安宮牛黃丸作比較：

我們看到甚多治療精神及神經疾病的臨床報告，也有使用安宮牛黃丸者，但我仍然以局方牛黃清心丸為優先考慮，吾人

以冉雪峰對兩方的比較作為結論：

冉雪峰在《歷代名醫良方注釋》對局方牛黃清心丸與安宮牛黃丸作比較，冉氏認為：“查此方（安宮牛黃丸）除熱解穢，宣竅透絡，亦鎮靜腦神經要方，…彼方（局方牛黃清心丸）只用甘寒鹹寒，不用苦寒，方制頗較優越。…本方（安宮）涼藥較重，…除熱力大也。…溫病深層義蘊，溫邪無形無質，徒攻胃腸無益，徒用苦寒亦無益。三黃除熱，究竟苦寒，邪熱圍蒸，固為適應，瀰漫蒙蔽，非苦寒可了了。邪有虛實，證有聚散，此中分際均不可不細密較量也。”

## 談特殊煎服法與科學中藥粉劑的應用

文／洪明和 雲林漢昇中醫診所院長

科學中藥問世使用雖已近半世紀，然與中醫藥的歷史相比，究竟還非常短暫，故在傳承、教學、研究、鮮少人涉獵；使用者也只各自摸索，故在療效，使用習慣，皆不及飲片。現就其優缺點稍加探討並提出改善淺見，並參考古籍有關特殊煎服法及使用經驗加以檢討，期盼能增加中醫的可近性。

科學中藥是指現代化中藥廠已標準製程所生產的中藥製劑，使用上的確有其方便性，尤其在全民健保中醫處方用藥及藥量。藥價方面有相當的貢獻，然在加減及特殊煎服法卻反不如飲片可運用自如，醫師處方只能加而不能減，或可以小方，單方加以組合，然始終不如原方嚴謹；但病人即可服用，卻大大改善了中醫藥的可近性，增加對中醫的接受度，煎煮調製也只賴藥廠的專業與良心，而服法則需醫師稍加斟酌運用。

煎服法在中醫的特別意義，他契合八綱理論，如大黃黃連瀉心湯；以滾沸之湯浸漬大黃，黃連須與去渣，使得無形之氣，不重其有形之味，取氣味俱薄，不大瀉下，得攻痞而不傷氣；附子瀉心湯；炮附子去皮別煮汁，另大黃、黃連、黃芩三味以麻沸湯漬之，須與去渣，內附子汁，分溫服，義在瀉痞之意輕，扶陽之意重；又大承氣

湯，小承氣湯，調味承氣湯，所用大黃，後下，同煮，酒浸各有含意；銀翹散；各藥先杵為散，每服六錢鮮葦根煎，香氣大出即取服，勿過煮，肺藥取輕清，過煮味厚，則藥入中焦；桂枝湯；溫服已，須與餪熱粥溫覆取微汗；益氣聰明湯；臨臥服，五更再服；雞鳴散，清晨空腹和冷開水緩緩服下；四逆湯、四味香；薺飲；須冷服，亦各有深義，特殊煎服法或許所佔比率不高，然皆有其奧妙之處；而每位醫師定都了然於胸，在飲片處方調服皆能運用自如，然在科學中藥卻常忽略，或不知如何著墨。

現從幾則病例，談特殊煎服法，在科學中藥臨床處方的應用，這是多年來的心得，希望以野人獻曝的精神，拋磚引玉，讓更多中醫賢達能提出更有用的高見，祈使中醫師在使用科學中藥更具療效，方便。

### 1. 瓜蒌薤白白酒湯治胸脾症

陳某，為水泥工，時年 35，時胸悶，胸痛，左甚，或心悸，短氣不能續息，經西醫診斷冠心病，病治療三年，猶時發作；觀其體型略瘦，臉色恍白，舌淡紅嫩，聲音稍弱，按其脈，寸脈虛而尺脈弦，與中醫胸脾症相似，故給予瓜蒌薤白科學中藥一週，並囑咐以米酒調溫水和服；初診頗佳療效，復診處方依舊，然再復診時卻訴說療效不佳，問其原由，他竟然用補藥酒



和服，後復給予前方，服一月後，有相當的改善，至今已五年多竟然未再復發，從此案例可以推測：1. 溫水調酒可適度取代酒煮，2. 不當的調服足以改變原處方影響療效

## 2. 酒製防風通聖散治髮際瘡

為一計程車職業司機，髮際瘡歷三四月，年齡43，體型壯碩，面赤，唇紅，舌赤苔黃，脈滑，頸項後髮際掀紅腫痛，大便硬，小便黃赤，經看診後決定以外科心法酒製防風通聖散療治；當我在書寫處方時，竟然阻止說：不必開藥了，虎尾廖醫師已給予相同處方，兩個療程，未見成效；一問是溫水調服，心思一動，請以米酒調溫水和服，服後身發熱冒汗，並未有利，髮際紅腫明顯改善；經兩次療程共六天，竟然痊癒，是症用防風通聖散欲取其輕解之功，未經酒製，上行汗解之力恐有未怠。

## 3. 葛根湯治身癢如蟲行皮中

是一高中生，身癢歷三月餘，時值深秋，先至皮膚科就診，患症同前，始前來就診，脈浮，面赤，皮膚乾燥時癢，抓後起紅疹，先予消風散未效；後想起傷寒論：陽明病法多汗，反無汗，身癢如蟲行皮中狀，陽明久虛，故也，葛根湯小發汗；故給予葛根湯三天，未見療效；參考原文，葛根湯服如桂枝法，故復予三天藥服法同前，症狀消失，痊癒了，服藥不如法，則其胃氣不升，邪氣不解，卻有明證。

中醫藥發展不易的確有諸多問題，然民眾的接受度也是很大的原因，尤以煎煮麻煩，湯劑熬口難嚥，對成人如此，年輕人、小孩甚尤，而科學中藥對煎煮及難嚥問題有極大的改善；且中藥處方飲片的重

量及計價也多方分歧，藥材的品質也不易管理，這些問題也有所改善。

師古不泥古，故有四診八綱、理法方藥等，証之有效的原則，當然要遵循，但有好的現代產物，為何不加以利用？但役物，勿為物所役，取其長，補己短，如現代醫學的理學檢查，生化數據，光學影像，都能增加診斷準確，當然可參酌使用；科學製劑的方便也應多加利用，然而處方盡量以原方的複方為主，再單味藥加以組合，如此較能契合處方精神；如有溫膽湯就不要以二陳湯加枳實、竹茹；如沒有異功散就可以四君子湯加陳皮；玉屏風湯就不要用黃耆、防風、白朮、單味藥調合；麻黃湯不要以麻黃、桂枝、杏仁、甘草組合；二陳湯就不要以半夏、陳皮、茯苓、甘草、生薑調混；畢竟處方藥物在煎熬過程中，相互制約、加成、定非單味藥物臨時湊合可比；其次特殊煎煮，材料，方法，則請藥廠盡量貼近原方，並在仿單上說明，如有特別需要，再由醫師斟酌；服法亦然。

善用現在製劑的方便，增加中醫藥的可近性，增加服務層面，照顧更多人的健康，請不妄自菲薄，中醫不治急症、重症，科學中藥不能治病；端看你是否掌握病機等施治原則否？再次提醒，中醫看診，治病，最重要是他獨特方法及精神，而不在藥物的劑型，不論針灸、湯液、傷科調治，皆須秉持理法，不是嗎？

## 參考書目

1. 醫宗金鑑·訂正仲景全書傷寒論註
2. 醫宗金鑑·刪補名醫方論
3. 吳塘：溫病調辨
4. 汪昂：醫方集解
5. 李杲：東垣試效方



6. 呂明進：溫病學 · 中正書局 · 民國 75 年
7. 陳脩園：時方歌括
8. 焦樹德：方劑心得十講 · 知音出版社 · 民國 89 年



# 淺論中醫之處方用藥加減變化精微

文／黃秋陽 中華民國中醫學術會理事長

所謂方劑是由若干藥物配伍而組成，各藥味經配伍成劑之後，便與單味藥物的原有效果不同。方劑的組成格式，自古以來就以「君臣佐使」為原則，〔內經素問至真要論〕說：主病之為君，佐君之謂臣，應臣之謂使，也就是：

(1) 君藥是方劑中的主藥，是針對疾病所出現的主要症狀，能起主要治療作用的藥物。

(2) 臣藥是輔助君藥，而加強君藥功效的藥物，也可以說是次要的藥物。

(3) 佐藥的功用有二種：

第一種—是針對主藥產生制約作用；  
例如主藥有毒性或性味太偏的場合可以制約它。

第二種—是協助主藥治療一些次要證候，適用於病人出現兼證較多的場合。

(4) 使藥也有兩種意義：一是具有引導諸藥直達病灶的作用，就是所謂引經藥。另一是具有調和諸藥作用的藥物。

不過方劑的組成也並非一成不變，必須要因應病情而加減變化，例如：桂枝湯，是由桂枝、芍藥、甘草、生薑、大棗等五味藥所組成，主治外感風邪，以有頭痛、發燒、惡寒、自汗及脈浮弱或脈浮緩等症狀為目標。如果服了桂枝湯後，這些表證尚未解除，而又出現喘咳等症狀者，則加「厚朴」以溫

中寬氣，加「杏仁」以降逆定喘，就是〔傷寒論〕所說的：「喘家作桂枝加厚朴杏子佳」是也。再舉一個例子說：如果桂枝湯證未除，醫師因誤用瀉下藥而發生胸滿時，便須把性味酸斂而不利於胸滿的「芍藥」減去，專事解肌散邪，即〔仲景傷寒論〕裏的「太陽病，下之後，脈促胸滿者，桂枝去芍藥湯主之。」此外，方劑配伍的不同、主藥的易位也可產生不同作用。例如：麻黃湯是汗法的主方，但若用在表實證時，宜配伍「桂枝」，來發汗、解表，若用於表未解卻又兼裏證的時候，必須抽去「桂枝」，換入「石膏」〔變成了麻杏石甘湯〕以解表清熱，若用在表未解而兼裏寒證的時候，則須改用「附子」為配伍，變成「麻黃附子甘草湯」。

其次是主要藥易位的不同，也就是方內組成藥物完全相同，只因藥量不同，便使主藥易位因而治療對象也就有所差異，例如〔金匱要略〕裡，就記載有三個取名不同的方劑，即是：小承氣湯、厚朴三物湯、厚朴大黃湯，同樣是由大黃、厚朴、枳實等三種藥所組成，但因由於藥量在各方中用量不同，主治病疾亦因之而異了。如：

一、小承氣湯以「大黃四錢」為君藥，「枳實三錢」為臣藥，「厚朴二錢」為佐使藥，用於治療陽明腑實、大便秘結、潮熱譫語等症。

二、厚朴三物湯，以「厚朴四錢」為君藥，

「枳實三錢」為臣藥，「大黃二錢」為佐使藥，用於治療氣機阻滯而腹滿便秘之證。

三、厚朴大黃湯，以「厚朴」與「大黃」各三錢為君藥，「枳實二錢」為臣使藥，用於治療支飲胸滿之證。

以上這樣換湯不換藥及君臣佐使的變化之後，主治疾病即迥然不同，我們對中醫師的處方用藥分量輕重之嚴謹、辨症論治之精微實不得不由衷敬佩。

本文參考資料：傷寒論、金匱要略。



# 人蔘屬多醣體之藥理作用

文／廖志飛 國立陽明大學藥理研究所 志英植物研究發展基金會  
 沈郁強 國立中國醫藥研究所  
 黃怡超 國立中國醫藥研究所  
 陳介甫 國立陽明大學藥理研究所 志英植物研究發展基金會

## 摘要

在中國傳統醫學，人蔘屬植物之人蔘大補元氣，補腎、脾、及肺，生津止渴、安神益智，西洋蔘補氣養陰、清火生津、二者同為補益藥。而三七化瘀止血、活血定痛，為止血藥。人蔘屬之主要生物活性成分是人蔘皂苷，它們分類為達瑪烷(dammarane)，齊墩果酸類(oleanane)及歐克弟醇(ocotillol)。西洋蔘含有上述三類皂苷，人蔘含 dammarane 及 oleanane 類，而三七只含 dammarane 類。三七根所含皂苷量最高(6.24~10.32%)，而西洋蔘次之(4.50~6.45%)，而人蔘最低(3.50~4.84%)。

除了化學及生物活性被研究最詳細的人蔘皂苷，很多學者也研究人蔘屬植物所含多醣體、多勝肽及脂肪酸。在本論文中，人蔘多醣體之分離、鑑定，免疫調整、抗發炎、抗癌、抗潰瘍、抗細菌附着、抗糖尿、降血脂作用加以綜述，也述及引起人蔘連作障礙的原因，討論及建議將來如何發展人蔘屬植物。

關鍵詞：人蔘多醣體、人蔘皂苷，人蔘屬，連作障礙。

## 前言

傳統中醫學相信不同器官藉產生及強化“氣”以發生作用。所稱之器官為“心”是“君主之官”與情、志、思維、記憶、意識有關；為“肝”主藏血，促血液運行與津液代謝、調暢情志活動、明目；為“脾”是氣血生化之源，主運化(消化、吸收)、儲存、推動，清除內穢；為“肺”，血脈皆聚于肺、主皮毛、通調水道、肺腎相關；為“腎”，主生殖、生長發育、及血液之生成、充腦、生髓、主骨(Liu and Liu 1980)。

在五加科(Araliaceae family)的人蔘屬植物中，人蔘、西洋蔘及三七是最常用的植物藥。中醫認為人蔘大補元氣，補腎、脾、肺、生津、安神益智，多服、久服無毒，而在公元二世紀之“神農本草經”中列為上品。西洋蔘為汪昂於1694年所著之“本草備要”中首度列入，其補氣、養陰、清火生津。人蔘及西洋蔘均為“補益藥”。三七則於李時珍(1518~1593)所著之“本草綱目”中始列有，其化瘀止血、活血定痛，為“止血藥”。

皂苷是人蔘屬之主要生物活性成分。迄今，已有100種以上的皂苷從五加科植物被純化及鑑定出來(Jia and Zhao 2009; Jia 等 2009)。這些皂苷可分類為達瑪烷(dammarane)、齊墩果酸(oleanane)及歐克弟

醇 (ocotillol) 類。西洋參含前述三種皂苷，人蔘含 dammarane 及 oleanane 類，三七僅含 dammarane 類。三七所含皂苷之量最高 (6.24~10.32%)、西洋參其次 (4.50~6.45%)，人蔘最低 (3.50~4.84%)。但一英畝之地能生產 600~700 公斤人蔘，300 公斤之西洋參，或 180 公斤之三七根。

人蔘皂苷之化學及生物活性被詳細的研究過，而其多醣體及多肽也被不少學者研究過。人蔘、西洋參及三七之所含皂苷的藥理作用已被綜述過 (Vogler 等 1991；Ellis and reddy 2002；Cheng 等 2005；Ng 2006；Zhang 等 2006；Chen 等 2008；Chio 2008；Jia and Zhao 2009；Jia 等 2009)。從研究人蔘的結果，顯示人蔘合乎適應原的條件 (Brekman and Dardymov 1969)，及傳統中醫學所述的作用。在本綜述中，人蔘多醣體之分離、鑑定及藥理作用將分述之，引起連作障礙的原因，及將來怎樣從事人蔘的研究也加以討論並提出建議。

### 人蔘多醣體之分離與鑑定

由於分子量、酸鹼性、醣的組成，醣之結合，醣鏈之形成的差異，及所有的不同生物活性，多醣體仍是有待研究的神秘地帶。

從人蔘屬植物分離、鑑定多醣體及研究其生物活性的工作，曾經報導過。它們包括雙醣、三醣、寡醣及多醣體 (Takiura and Nakagawa 1963a, 1963b, 1963c)。Li (1987) 測定過人蔘 (吉林及韓國人蔘) 的多醣體含量。Konno 等在 1984 年從人蔘根分離出五種降血糖的多醣體成分 (Panaxans A.B.C.D.E)，同年 Tomoda 等報告 Panaxans A 之部份化學結構。

繼之從長野及日本與韓國人蔘根水提取物中，分別分離到 Panaxans (Q.R.S.T.U) 及

I.J.K.L。這些 Panaxans 在正常及 alloxan 引起之高血糖小鼠，都有降血糖作用 (Konno 等 1985；Oshima 等 1985)

Smolina 等 (1998) 從人蔘根及培養人蔘細胞純化到 Panaxan-1 及 Panaxan-2，並觀察到它們在人類白血球，可以誘發干擾素及腫瘤壞死因子。Oshima 等 (1987) 從西洋參分離到降血糖成分異多醣體 (heteroglycan) quinquifolans A.B.C。Gao 等 (1989) 從人蔘根、葉製備水溶及鹼溶多醣體，再細分為強酸、弱酸、中性多醣分劃。Gao 等 (1990) 再從人蔘葉製備出二種酸性異多醣體 (I A 及 II A) 並研究其組成，發現 II A 比 I A 含更多鼠李糖。Gao 等 (1991) 純化到中性 GL-N1a 及酸性 GL-Ala 二種效果強的抗補體異多醣，並研究其組成。Gao 等 (1996) 從三七製備到四種免疫刺激作用的異多醣體 (PF3111, 3112, PBGA11, 12)，其分子質量 (molecular mass) 為 37 至 730 kDa，是由葡萄糖 (glucose)、半乳糖 (galactose)、阿拉伯糖 (arabinose)、甘露糖 (mannose) 及木糖 (xylose) 依不同比例組成。

### 果膠多醣 (Pectic Polysaccharide)：

Sun 等 (1992a, 1992b) 從人蔘葉水溶粗多醣體 GL-4 純化到抗潰瘍作用的多醣體 GL-411b1 111，其分子質量約 16,000，主由半乳糖及半乳糖醛酸 (galacturonic acid) 及少量鼠李糖 (rhamnose)，阿拉伯糖、甘露糖、葡萄糖及葡萄糖醛酸 (glucuronic acid) 組成。同組織研究人員 (Kiyohara 等, 1994) 又從人蔘葉純化到另一抗潰瘍多醣體 GL-B111 並研究其組成。

Shin 等 (1997) 從人蔘葉分離到由 15 種單糖組成之果膠多醣體 GL-411b2，並測其結構及分子質量 (約 11,000)。Zhu 等 (2005) 研究三七根細胞壁多醣體之性質，不同多醣體



(果膠多醣、酸性鼠李糖、半乳糖體、非細胞壁多醣體、木糖體、異甘露糖體、纖維素) 之比例。

#### 酸性多醣體：

Tomoda 等 (1993a) 從人蔘根分離到二種酸性多醣體 ginsenan PA 及 PB，也對它們的組成，分子數加以測定。Tomoda 等 (1993b)，又從人蔘分離另二種酸性多醣體 ginsenan S- I A 及 S II A，並研究其 molecular mass，組成不同糖之比例，結合情形。Lee 等 (1997) 從人蔘乙醇不溶部份純化到分子質量約 150,000，及不含 lectin 性質的酸性多醣體 ginsan，它是具有抗腫瘤作用的免疫刺激劑。

Zhu 等 (2006) 從三七強鹼 (1M 氫氧化鉀) 粹取層的高分子量聚合物，用陰離子交換色層分析法，繼之用膠透析色層分析，及與 DEAE 陰離子交換管柱結合，製備到含具免疫活性的多醣分割 (1MD3-G2)，分子質量為 1140 kDa。它是由酸性多醣體，中性多醣體，及一些蛋白質組成的。Lee 等 (2006) 從人蔘製備到一個酸性多醣體 (PG-F2)，可以選擇性的對致病性細菌，有抑制其附着的作用。PG-F2 是果膠型的多醣體，分子質量為  $1.2 \times 10^4$  Da，主由半乳糖醛酸、葡萄糖醛酸及少量鼠李糖、阿拉伯糖、半乳糖體組成。Wu 與 Wang (2008) 從三七根在 pH7.0 的磷酸緩衝液取得粹取物，先以冷水預處理，再用離子交換及膠過濾色層，純化到具清除自由基的多醣體 (arabinoglucogalactan)，並測定其組織架構。

Xu 等 (2008) 報導，從日本的竹節人蔘粹取多醣體的步驟，包括酸鹼度的控制 (pH5.0)、溫度 (50°C)、溶媒的量 (人蔘的 50 倍)、粹取時間 (2 小時)、纖維質 (1-2%) 與果膠 (1.0%) 的量，而使粹取率達到 14.3%。

Guan 與 Li (2010) 測定含人蔘、西洋蔘與三七等九種中藥在酵素水解下所得多醣體的特性。

#### 人蔘多醣體的免疫調整及抗發炎作用：

從人蔘葉得到的水溶及鹼溶性多醣體比人蔘根得到的，具有更好的抗補體作用。中性的多醣體 (GL-NIa) 及酸性多醣體 (GL-Ala)，在低濃度就具有強烈的作用 (Gao 等, 1989, 1991)。組織培養的人蔘所含的多醣體對多型核白血球及巨噬細胞有刺激作用 (Solo' vera 等, 1989)。而像 GL-P I, GL-P II, GL-P10, PF3111, PF3112, PBGA11, 及 PBGA12 等具抗補體及免疫刺激作用的多醣體也被鑑定出來 (Gao 等 1990, 1996; Park 等 2001; Lim 等 2004)，被命各為 ginsenan PA 及 PB 的酸性多醣體，隨劑量的加大，可以強化網狀內皮系統的活性 (Tomoda 等 1993a)。Tomoda 等 (1993b) 再鑑定出具刺激吞噬及抗補體活性的多醣體 ginsenan S- I A 及 S- II A。

Ma 等學者 (1995) 發現人蔘多醣體，促使健康人及腎病人，單核細胞製造白細胞介素 (interleukin) 的作用。三七的水溶性多醣體，PF3111, PF3112, PBGA 12 在體外實驗，除了抗補體活性也有刺激干擾素，腫瘤壞死因子的作用。Lee 等 (1997) 證明人蔘酸性多醣體 ginsan，對鼯鼠脾細胞及腹腔巨噬細胞，可以促使腫瘤壞死因子、干擾素，一氧化氮合成酶 mRNA 的表現。

Ginsan 也加強鼯鼠脾細胞的存活率及分裂 (Ko 與 Joo 2010)。Ginsan 也刺激樹狀細胞 (dendritic cell) 的成熟 (Kim 等 2009a)，加強鼯鼠口服沙門桿菌抗原引起的抗體反應，這作用與環氧酶有關 (Na 等 2010)。Smolina 等 (2001) 報導，從人蔘根找到的 panaxan-1，及從培養的人蔘細胞找到的 panaxan-2，對

人類白血球，可以促使腫瘤壞死因子及干擾素的製造。從人蔘葉找到的果膠多醣體 GL-411b2, 可以加強巨噬細胞 Fc 受體之表現 (Shin 等 1997)。從人蔘莖與葉得到的多醣體 PGP-SL, 對鼠脾臟淋巴細胞有免疫加強作用 (Zhang 等 2010)。

從西洋蔘含有寡醣及多醣體的水粹取物 CVT-E002, 刺激正常鼠淋巴細胞的增生, 加強巨噬細胞生產白細胞介素, 腫瘤壞死因子, 及一氧化氮 (Wang 等 2001), 及加強鼠脾細胞因伴刀豆球蛋白 A (ConA) 引起的白細胞介素及干擾素之生產 (Wang 等 2004), 調整全身的免疫反應及影響腸道相關的免疫力 (Biondo 等 2008)。連續三天, 每天給予 5g/kg 劑量之 CVT-E002 予鼯鼠 (C57BL/6J), 並不影響不同代謝藥物的酶的活性, 所以 CVT-E002 引起代謝性的藥物相互作用的機會很低 (Ueng 與 Chen 2002)。

Choi 等 (2008) 証實紅蔘酸性多醣體和干擾素, 同用在鼠黑素瘤細胞 (B16) 可以因為作用在 NF-kB 途徑, 而加強巨噬細胞功能的協同作用。這種對免疫刺激的協同作用, 也在環磷醯胺 (cyclophosphamide) 引起的免疫抑制, 人蔘酸性多醣體與 Pidotimod 共用時出現 (Du 等 2008)。

Lim 等 (2002) 報導, 一種人蔘多醣體, 因對巨噬細胞的刺激作用, 而具有強烈對抗黃金葡萄球菌之敗血作用。而 Song 等 (2002) 報導, ginsan 活化腹腔巨噬細胞的分泌作用及殺腫瘤細胞的活性。相似的, Ahn 等 (2006a) 証明了 ginsan 對金黃葡萄球菌因抑制細胞早期急性發炎反應及加強繼之的抗微生物活性, 而保護受感染的鼯鼠。進一步的, 更證明 ginsan 的抗敗血作用, 是通過可辨識微生物代謝物的譯受體 (Toll-like receptor) 途徑而加強清除細胞, 減少發炎性細胞素的產

生所致 (Ahn 等 2006b)。Ginsan 對鼯鼠因白蛋白引起的氣喘, 因加強環氧化酶的表現及前列腺素 E2 的生產, 而有抗過敏作用 (Lim 等 2009)。Ginsan 由於抑制氧化壓力及發炎反應, 在鼯鼠有防止四氯化碳引起肝損傷的作用 (Shim 等 2010)。對轉化生長因子  $\beta$  (transforming growth factor-beta, TGF- $\beta$ ) 引起的纖維化, ginsan 因為阻斷鼠或人類正常肺成纖維細胞 TGF- $\beta$  信息途徑, 而成為有效的抗纖維化劑 (Ahn 等 2011)。

三七提取物之抗發炎及免疫抑制作用在細菌內毒素脂多醣體, 活化的巨噬細胞 (RAW264.7) 比皂苷 Rb1 及 Rg1 還要強 (Rhule 等 2006)。三七花之提取物也因阻斷 RAW264.7 巨噬細胞 NF-kB 信息, 而降低內毒素引起的發炎 (Jung 等 2009)。在培養的樹狀細胞 (DC2.4), 於活化類譯受體後, 三七提取物可抑制所發生特殊發炎分子, 及天生的免疫反應 (Rhule 等 2008)。三七根分離出的多醣體 (arabinoglucogalactan) 有清除自由基 2, 2-diphenyl-1-picrylhydrazyl (DPPH) 的作用 (Wu 與 Wang 2008)。

三七高分子量提取物, 其強鹼 (1M 氫氧化鉀) 分割, 及其次分割, 1MD3-G2 在人類多型核中性球及週邊血單核球細胞, 具有最好的補體固定活性, 及促使反應性氧屬產生之作用 (Zhu 等 2005,2006)。

抗癌作用：

在黑素瘤細胞 (B16) 及 benzo(a)pyrene 誘導的肺癌, ginsan 在動物實驗具有明顯的抗癌作用 (Lee 等 1997), 其部份原因在於使自然殺手細胞及 T 淋巴細胞製造多種細胞素 (Kim 等 1998)。Ginsan 對骨髓細胞也具有輻射保護作用 (Kim 等 2007), 這是降低輻射引起的對基因的毒性 (Ivanova 等 2006)。鼯鼠全身照射伽瑪線時, ginsan 對



小腸之損傷有保護作用，表示 ginsan 在放射治療癌症時，可以當作胃腸道的保護劑 (Park 等 2011)。Ginsan 對環磷醯胺於處理移植有癌細胞小鼠的毒性，有降低之作用 (Shim 等 2007)。

人蔘多醣體可以增強鼻咽癌病人接受放射治療的免疫功能 (Xie 等 2001)。紅蔘的酸性多醣體加強小鼠移植有肉瘤 (S180) 及黑色素瘤 (B16) 細胞，對抗癌藥紫杉素 (Paclitaxel) 的抗癌作用 (Shin 等 2004)。在移植有肉瘤的細胞 S180 的小鼠，以胃管給予人蔘的中性多醣體，可以抑制肉瘤的生長，與抗癌藥 5-fluorouracil 共用，也有協同作用及對免疫系統的傷害有降低之作用 (Ni 等 2010)。

在人類大腸癌細胞，比較不同人蔘的多醣及這些多醣體經過溫度處理過後，的抗增生作用，發現果膠具有抑制細胞週期，而溫度處理之多醣體，其抗增生作用加強 (Cheng 等 2011)。相反的，人蔘多醣體不具直接殺死癌細胞 (K562, 4L-60 及 KGI alpha 細胞) 的作用，但可以加強小鼠腹腔巨噬細胞對這些癌細胞的毒殺作用 (Wang 等 2010c)。

抗潰瘍及抗細菌附着的作用：

1985 年，Cheng 等報導過多醣體的抗潰瘍作用。山田 (Yamada) 的研究團隊，(Sun 等 1991, 1992a, 1992b；Kiyohara 等 1994) 報導人蔘根，及葉之果膠多醣體具有抗潰瘍及保護細胞之作用。Belogortseva 等 (2000) 證明人蔘酸性多醣體可以抑制幽門桿菌，引起的紅血球凝集。Lee 等 (2004a, 2004b) 證明人蔘酸性多醣體，在 0.2~2.8mg/ml 之濃度，可以抑制幽門桿菌附着在人類胃上皮細胞的腺瘤及抑制細菌 (*Porphyromonas gingivalis*) 使紅血球凝集的作用。Lee 等 (2006, 2009)，再次證明果酸性多醣體，抑制伴放線菌放線桿菌、痤瘡菌、金黃色葡萄球菌、附着於宿

主細胞之作用，但對乳酸菌、大腸桿菌、表皮葡萄球菌則無作用。這些酸性多醣體經化學或酶完全水解，則失去抗附着之作用。

二種人蔘熱水提取物所得之果膠多醣體，GP50-dHR (56.0 kDa) 及 GP50-eHR (77.0 kDa) 增加由於抑制輪狀病毒與細胞連接，而增加被引起嚴重下瀉的輪狀病毒感染細胞之存活 (Baek 等 2010)。

抗糖尿及抗高血脂作用：

Kimura 等 (1981) 在 alloxan 引起糖尿病的小鼠證明人蔘根一定含有皂苷以外的降血糖成分。之後，Hikino 與他的研究團對 (Konno 等 1984；Tomoda 等 1984；Konno 等 1985；Oshima 等 1985；Hikino 等 1986；Oshima 等 1987)，從人蔘根分離到 panaxans A, B, C, D, E, I, J, K, L, Q, R, S, T, U 及從西伯利亞人蔘根分離到 eleutherans A, B, C, D, E, F, G 及西洋蔘分離到 quinguefolans A, B, C 並在 alloxan 引起糖尿病的鼠證明這些多醣體的降血糖作用。在糖尿病鼠 (ob/ob mice)，西洋蔘果所得之多醣體，由腹腔注射給藥，也有抗高血糖之作用 (Xie 等 2004)。人蔘多肽及醣肽也具有降血糖作用 (Wang 等 1990a, 1990b, 2003a, 2003b)。但 Yang 及 Wang (1991) 報告，人蔘多醣體 GHI 會減少肝中之肝糖，及增加小鼠 cAMP 及腺苷酸環化酶 (adenylate cyclase) 活性，除了免疫刺激作用及抗癌作用，紅蔘的酸性多醣對大鼠由於 Triton WR1339 (內生性高血脂誘導劑) 及玉米油 (外生性高血脂誘導劑) 靜脈注射，引起的急性高血脂有抑制作用 (Kwak 等 2010)。

其他藥理作用

人蔘屬及人蔘皂苷的學習、記憶增強作用及抗健忘作用，曾經被報導及綜述過 (Ellis 與 Reddy 2002；Cheng 等 2008；Chio



2008; Jia and Zhao 2009 Jia 等 2009)。但只有 Lyubimov 等 (1997) 在主動逃避反應實驗證實人蔘多醣體，在大鼠可以加強學習及記憶。口服人蔘根的酸性多醣體 WGPA( 每天 100mg/kg 共七天 )，對鼯鼠的自發性活動，及似焦慮的行為 ( 迷宮實驗 ) 並無影響。但 WGPA 在強迫游泳中，具有類似抗沮喪之作用，增加社會相互交往，及減少侵略行為 (Wang 等 2010a)。鼯鼠口服 15 天的人蔘多醣體、中性多醣體，及酸性多醣體在強迫游泳中，有抗疲勞的作用，而且酸性多醣體之作用，強於中性多醣體 (Wang 等 2010b)。在慢性缺氧實驗模式，人蔘多醣體具有抗缺氧、抗氧化及增進能量的作用 (Li 等 2009)。在鼯鼠腹腔注射 ginsan(100mg/kg)，對血中 AST、ALT、ALP 的活性及膽紅素、白蛋白之量均無影響，表示 ginsan 不會引起肝損傷 (Song 等 2004)。

### 人蔘屬植物的種植

人蔘、西洋蔘及三七是最通用植物藥。人蔘屬種植以採收其根部的時間很長，要有遮光棚以阻止陽光的直接照射，又有所謂的連作障礙，這些都增加人蔘製品的成本，並使產量、產質惡化。土壤環境因素 ( 土壤中，空氣、濕度、養料、微生物 )，生物活性成分 ( 植物毒素、殘留物分解物，微生物產生之毒素 )，及在苗圃的繁殖情況，與連續耕作穀類、植物、水果的連作障礙的關係，都被介紹過 (Gao 與 Zhang 1998; Wu 與 Zhao 2003; Zheng 等 2005)。

Guan 等 (2006) 敘述過人蔘根腐爛與土壤微生物之關係。Chun 等 (2009)，從西洋蔘根部纖維分離到水溶性 9 種酚類及 5 種脂肪性自體毒物，這些物質也在培植市售西洋蔘的土壤中找到。所以，連作障礙與過度種植，農作化學物的處理，或有害微生物增生，

鹽類堆積，土壤酸化、植物長期培植產生的自體毒素有關 (Lin 等 2009)。Jian 等 (2008) 綜合有關人蔘屬連作障礙的研究，而結論出用消毒土壤，利用黴菌分解自體毒素，利用肥料、輪作、雜作以控制連作障礙。輪作或雜作人蔘，就要找新的農地，這更惡化生態。

以生技方法取代在田野種植人蔘已進行過。如 Chang 與 Hsing(1980) 就在確定化學成分的培養基，培養人蔘根的癒合體，用這些胚胎，不需要一般的播種，就可以得到花、受精的花粉。Yoshikawa 及 Furuya(1987) 培養人蔘的根毛。Yu 等 (2002) 培養人蔘的不定根，而用茉莉酸去增加皂苷的製造。Asaka 等 (1993)，在生物培養槽培養人蔘的胚胎組織。Furuya 與 Ushiyama(1994) 及 Wu 與 Zhang(1999) 利用細胞培養法培養人蔘。Wang 與 Zhang (2002) 利用加入茉莉酸鹽培養三七。Choi 等 (2000) 利用生物培養槽培養人蔘不定根。Kim 等 (2004) 研究培養人蔘時，用甲基茉莉酸對人蔘不定根之生長，及製造皂苷的影響。

更基礎的研究，如如何生合成多環烯生物合成中間體鯊烯 (squalene) (Kzuyama 2002)。Jung 等 (2003) 定出 11,636 人蔘表現序列片斷 (expressed se quence tag, EST)，以找出人蔘皂苷生合成的基因。鯊烯合成酶 (PgSSI) 也從人蔘無性繁殖 (cloned) 出來，而甲基茉莉酸鹽對 PgSSI 的影響也被研究 (Lee 等 2004)。Choi 等 (2005) 鑑定出甲基茉莉酸處理的人蔘根毛上 3.134 ESTs。Han 等 (2006) 列出人蔘譯成 dammarenediol 合成酶的基因。而 Tansakul 等 (2006)，研究人蔘 dammarenediol- II 合成酶的性質。Kim 等 (2009b) 報導，甲基茉莉酸處理的培養人蔘根毛，皂苷的合成、調控及基因表現。這些從基因體學及蛋白質體的研究，對將成功的



用生物工程的方法來生產皂苷是很有價值的。

### 結論與建議

Zhu 等 (2006) 利用人類補體系統、多型核白血球，週邊血管單核細胞，以測定人蔘多醣體的酚乙酸水，熱水，弱及強鹼可溶分割的固定於補體，促使氧化自由基產生，及促細胞分裂之作用。他們發現人蔘澱粉不具任何作用，弱鹼分割作用最強，但其他分割也具免疫調整作用。這報告讓我們考慮純化所謂藥效成分的必要性。在人類胃腸中，胃中之 pH 值為 2，而小腸為 8.6，這是溶解多醣體的好地方，當然消化酶及腸內的細菌落會加強對多醣體的消化，因之多醣體可以被人體消化，其活性也會在人體發生。

對於人蔘，將來研究的方向為，

1. 研究不同生物活性成分的不同與差異。
2. 學習更完整的利用植物的不同部位。
3. 改進大量分離生物活性成分方法。
4. 研究人蔘多醣體、多肽、醣蛋白等生物活性成分的安定性。
5. 研究不同人蔘生物活性成分的藥物動力學。
6. 鑑定出生合成及生物活性成分的基因及蛋白質，並瞭解其功能。
7. 發展細胞、組織、培養及生物工程的方法，以取代農場栽培。

### 參考資料

Ahn JY, Choi IS, Shim JY, Yun EK, Yun YS, Jeong G, Song JY (2006a) The immunomodulator ginsan induces resistance to experimental sepsis by inhibiting Toll-like receptor-mediated

inflammatory signals. *European Journal of Immunology* 36(1), 37-45

Ahn JY, Kim MH, Lim MJ, Park S, Lee SL, Yun YS, Song JY (2011) The inhibitory effect of ginsan on TGF- $\beta$  mediated fibrotic process. *Journal of Cellular Physiology* 226(5), 1241-1247

Ahn JY, Song JY, Yun YS, Jeong G, Choi IS (2006b) Protection of *Staphylococcus aureus*-infected septic mice by suppression of early acute inflammation and enhanced antimicrobial activity by ginsan. *FEMS Immunology and Medical Microbiology* 46(2), 187-197

Asaka I, Li I, Hirotsu M, Asada Y, Furuya T (1993) Production of ginsenoside saponins by culturing ginseng (*Panax ginseng*) embryogenic tissues in bioreactors. *Biotechnology Letters* 15(12), 1259-1264

Baek SH, Lee JG, Park SY, Bae ON, Kim DH, Park JH (2010) Pectic polysaccharides from *Panax ginseng* as the antirotavirus principals in ginseng. *Biomacromolecules* 11(8), 2044-2052

Belogortseva NI, Yoon JY, Kim KH (2000) Inhibition of *Helicobacter pylori* hemagglutination by polysaccharide fractions from roots of *Panax ginseng*. *Planta Medica* 66(3), 217-220

Biondo PD, Goruk S, Ruth MR, O'Connell E, Field CJ (2008) Effect of CVT-E002 (COLDFX) versus a ginsenoside extract on systemic and gut-associated immune function. *International Immunopharmacology* 8(8), 1134-1142

Brekman II, Dardymov IV (1969) New

- substances of plant origin which increase nonspecific resistance. *Annual Review of Pharmacology* 9, 419-430
- Chang WC, Hsing YI (1980) In vitro flowering of embryoids derived from mature root callus of ginseng (*Panax ginseng*). *Nature* 284, 341-342
- Chen CF, Chiou WF, Zhang JT (2008) Comparison the pharmacological effects of *Panax ginseng* and *Panax quinquefolium*. *Acta Pharmacologica Sinica* 29(9), 1103-1108
- Cheng H, Li S, Fan Y, Gao X, Hao M, Wang J, Zhang X, Tai G, Zhou Y (2011) Comparative studies of the antiproliferative effects of ginseng polysaccharides on HT-29 human colon cancer cells. *Medical Oncology* 28(1), 175-181
- Cheng XJ, Liu AJ, Wang BX (1985) Studies on the anti-ulcer action of four polysaccharides. *Yao Xue Xue Bao* 20(8), 571-576
- Cheng Y, Shen LH, Zhang JT (2005) Anti-amnestic and anti-aging effects of ginsenoside Rg1 and Rb1 and its mechanism of action. *Acta Pharmacologica Sinica* 26(2), 143-147
- Choi DW, Jung JD, Ha YI, Park HW, In DS, Chung HJ, Liu JR (2005) Analysis of transcripts in methyl jasmonate-treated ginseng hairy roots to identify genes involved in the biosynthesis of ginsenosides and other secondary metabolites. *Plant Cell Reports* 23(8), 557-566
- Choi HS, Kim KH, Sohn E, Park JD, Kim BO, Moon EY, Rhee DK, Pyo S (2008) Red ginseng acidic polysaccharide (RGAP) in combination with IFN-gamma results in enhanced macrophage function through activation of the NF-kappaB pathway. *Bioscience, Biotechnology, and Biochemistry* 72(7), 1817-1825
- Choi KT (2008) Botanical characteristics, pharmacological effects and medical components of Korean *Panax ginseng* C.A. Meyer. *Acta Pharmacologica Sinica* 29 (9), 1109-1118
- Choi SM, Son SH, Kwon OW, Seon JH, Paek KY (2000) Pilot-scale culture of adventitious roots of ginseng in a bioreactor system. *Plant Cell, Tissue, and Organ Culture* 62(3), 187-193
- Chun NH, Wei WG, Tia XY, Wu B, Xue SZ, Yang TS (2009) Identification of autotoxic compounds from fibrous roots of *Panax quinquefolium* L. *Plant and Soil* 318(1-2), 63-72
- Du XF, Jiang CZ, Wu CF, Won EK, Choung SY (2008) Synergistic immunostimulatory effect of pidotimod and red ginseng acidic polysaccharide on humoral immunity of immunosuppressed mice. *Die Pharmazi.* 63(12), 904-908
- Ellis JM, Reddy P (2002) Effects of *Panax ginseng* on quality of life. *The Annals of Pharmacotherapy* 36(3), 375-379
- Furuya T, Ushiyama K (1994) Ginseng production in cultures of *Panax ginseng* cells. In: Shargool P, Ngo TT (eds) *Biotechnological application of plant cultures*. CRC, Boca Raton, pp 1-22
- Gao H, Wang F, Lien EJ, Trousdale MD



- (1996) Immunostimulating polysaccharides from *Panax notoginseng*. *Pharmaceutical Research* 13(8), 1196-1200
- Gao QP, Kiyohara H, Cyong JC, Yamada H (1989) Chemical properties and anti-complementary activities of polysaccharide fractions from roots and leaves of *Panax ginseng*. *Planta Medica* 55(1), 9-12
- Gao QP, Kiyohara H, Cyong JC, Yamada H (1991) Chemical properties and anti-complementary activities of heteroglycans from the leaves of *Panax ginseng*. *Planta Medica* 57(2), 132-136
- Gao QP, Kiyohara H, Yamada H (1990) Further structural studies of anti-complementary acidic heteroglycans from the leaves of *Panax ginseng* C.A. Meyer. *Carbohydrate Research* 196, 111-125
- Gao ZQ, Zhang SX (1998) Continuous cropping obstacle and rhizospheric microecology I. Root exudates and their ecological effect. *Chinese Journal of Applied Ecology* 9(5), 549-554
- Guan HL, Chen YJ, Lin SQ, Zhang WD, Xia CF (2006) On the relationship between root rot in *Panax ginseng* and soil microbes. *Journal of Southwest Agricultural University* 28(5), 706-709
- Guan J, Li SP (2010) Discrimination of polysaccharides from traditional Chinese medicines using saccharide mapping-enzymatic digestion following by chromatographic analysis. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis* 51(3), 590-598
- Han JY, Kwon YS, Yang DC, Jung YR, Choi YE (2006) Expression and RNA interference-induced silencing of the dammarenediol synthase gene in *Panax ginseng*. *Plant and Cell Physiology* 47(12), 1653-1662
- Han SK, Song JY, Yun YS, Yi SY (2005) Ginsan improved Th1 immune response inhibited by gamma radiation. *Archives of Pharmacal Research* 28(3), 343-350
- Hikino H, Takahashi M, Otake K, Konno C (1986) Isolation and hypoglycemic activity of eleutherans A, B, C, D, E, F, and G: glycans of *Eleutherococcus senticosus* roots. *Journal of Natural Products* 49(2), 293-297
- Ivanova T, Han Y, Son HJ, Yun YS, Song JY (2006) Antimutagenic effect of polysaccharide ginsan extracted from *Panax ginseng*. *Food and Chemical Toxicology* 44(4), 517-521
- Jia L, Zhao YQ (2009) Current evaluation of the millennium phytomedicine-Ginseng (I): etymology, pharmacognosy, phytochemistry, market and regulations. *Current Medicinal Chemistry* 16(19), 2475-2484
- Jia L, Zhao YQ, Liang XL (2009) Current evaluation of the millennium phytomedicine (II): collected chemical entities, modern pharmacology, and clinical applications emanated from traditional Chinese medicine. *Current Medicinal Chemistry* 16(22), 2924-2942
- Jian ZY, Wang WQ, Meng L, Zhang ZL (2008) Research progress of continuous cropping obstacle on Chinese medicinal plant in

- Panax. *Modern Chinese Medicine* 10(6), 3-5
- Jung HW, Seo UK, Kim JH, Leem KH, Park YK (2009) Flower extract of *Panax notoginseng* attenuates lipopolysaccharide-induced inflammatory response via blocking of NF-kappaB signaling pathway in murine macrophages. *Journal of Ethnopharmacology* 122(2), 313-319
- Jung JD, Park HW, Hahn Y, Hur CG, In DS, Chung HJ, Liu JR, Choi DW (2003) Discovery of genes for ginsenoside biosynthesis by analysis of ginseng expressed sequence tag. *Plant Cell Reports* 22(3), 224-230
- Kim HJ, Kim MH, Byon YY, Park JW, Jee Y, Joo HG (2007) Radioprotective effects of an acidic polysaccharide of *Panax ginseng* on bone marrow cells. *Journal of Veterinary Science* 8(1), 39-44
- Kim JA, Lau E, Tay D, De Blanco EJ (2010) Antioxidant and NF- $\kappa$ B inhibitory constituents isolated from *Morchella esculenta*. *Natural Product Research* 16, 1-6
- Kim KH, Lee YS, Jung IS, Park SY, Chung HY, Lee IR, Yun YS (1998) Acidic polysaccharide from *Panax ginseng*, ginsan, induces Th1 cell and macrophage cytokines and generates LAK cells in synergy with rIL-2. *Planta Medica* 64(2), 110-115
- Kim MH, Byon YY, Ko EJ, Song JY, Yun YS, Shin T, Joo HG (2009a) Immunomodulatory activity of ginsan, a polysaccharide of *panax ginseng*, on dendritic cells. *The Korean Journal of Physiology & Pharmacology* 13(3), 169-173.
- Kim OT, Nang KH, Kim YC, Hyun DY, Kim MY, Choi SW (2009b) Upregulation of ginsenoside and gene expression related to triterpene biosynthesis in ginseng hairy root cultures elicited by methyl jasmonate. *Plant Cell, Tissue and Organ Culture* 98(1), 25-33
- Kim YS, Hahn EJ, Murthy HN, Paek KY (2004) Adventitious root growth and ginsenoside accumulation in *Panax ginseng* cultures as affected by methyl jasmonate. *Biotechnology Letters* 26(21), 1619-1622
- Kimura M, Waki I, Tanaka O, Nagai Y, Shibata S (1981) Pharmacological sequential trials for the fractionation of components with hypoglycemic activity in alloxan diabetic mice from ginseng radix. *Journal of Pharmacobio-dynamics* 4(6), 402-409
- King ML, Murphy LL (2010) Role of cyclin inhibitor protein p21 in the inhibition of HCT116 human colon cancer cell proliferation by American ginseng (*Panax quinquefolius*) and its constituents. *Phytomedicine* 17(3-4), 261-268
- Kiyohara H, Hirano M, Wen XG, Matsumoto T, Sun XB, Yamada H (1994) Characterisation of an anti-ulcer pectic polysaccharide from leaves of *Panax ginseng* C.A. Meyer. *Carbohydrate Research* 263(1), 89-101
- Ko EJ, Joo HG (2010) Stimulatory effects of ginsan on the proliferation and viability of mouse spleen cells. *The Korean Journal of Physiology & Pharmacology* 14(3), 133-137
- Konno C, Murakami M, Oshima Y, Hikino H (1985) Isolation and hypoglycemic activity of panaxans Q, R, S, T and U,



- glycans of *Panax ginseng* roots. *Journal of Ethnopharmacology* 14(1), 69-74
- Konno C, Sugiyama K, Kano M, Takahashi M, Hikino H (1984) Isolation and hypoglycaemic activity of panaxans A, B, C, D and E, glycans of *Panax ginseng* roots. *Planta Medica* 50(5), 434-436
- Krylova NV, Besednova NN, Solov'eva TF, Loenko IuN, Faustov VS, Konstantinova NA, Smolina TP, Eliakov GB (1990) Anti-inflammatory effect of polysaccharide obtained from ginseng cell cultures. *Antibiotiki i Khimioterapiia* 35(4), 41-42
- Kuzuyama T (2002) Mevalonate and nonmevalonate pathways for the biosynthesis of isoprene units. *Bioscience, Biotechnology, and Biochemistry* 66(8), 1619-1627
- Kwak YS, Kyung JS, Kim JS, Cho JY, Rhee MH (2010). Anti-hyperlipidemic effects of red ginseng acidic polysaccharide from Korean red ginseng. *Biological & Pharmaceutical Bulletin* 33(3), 468-472
- Lee JH, Lee JS, Chung MS, Kim KH (2004a) In vitro anti-adhesive activity of an acidic polysaccharide from *Panax ginseng* on *Porphyromonas gingivalis* binding to erythrocytes. *Planta Medica* 70(6), 566-568
- Lee JH, Park EK, Uhm CS, Chung MS, Kim KH (2004b) Inhibition of *Helicobacter pylori* adhesion to human gastric adenocarcinoma epithelial cells by acidic polysaccharides from *Artemisia capillaris* and *Panax ginseng*. *Planta Medica* 70(7), 615-619
- Lee JH, Shim JS, Chung MS, Lim ST, Kim KH (2009) Inhibition of pathogen adhesion to host cells by polysaccharides from *Panax ginseng*. *Bioscience, Biotechnology, and Biochemistry* 73(1), 209-212
- Lee JH, Shim JS, Lee JS, Kim MK, Chung MS, Kim KH (2006) Pectin-like acidic polysaccharide from *Panax ginseng* with selective antiadhesive activity against pathogenic bacteria. *Carbohydrate Research* 341(9), 1154-1163
- Lee MH, Jeong JH, Seo JW, Shin CG, Kim YS, In JG, Yang DC, Yi JS, Choi YE (2004) Enhanced triterpene and phytosterol biosynthesis in *Panax ginseng* overexpressing squalene synthase gene. *Plant and Cell Physiology* 45, 976-984
- Lee YS, Chung IS, Lee IR, Kim KH, Hong WS, Yun YS (1997) Activation of multiple effector pathways of immune system by the antineoplastic immunostimulator acidic polysaccharide ginsan isolated from *Panax ginseng*. *Anticancer Research* 17(1A), 323-331
- Li LG. (1987) Determination of the polysaccharide content in Jilin red ginseng and Korean ginseng. *Zhong Yao Tong Bao* 12(6), 40-41
- Li XT, Chen R, Jin LM, Chen HY (2009) Regulation on energy metabolism and protection on mitochondria of *Panax ginseng* polysaccharide. *The American Journal of Chinese Medicine* 37(6), 1139-1152
- Lim DS, Bae KG, Jung IS, Kim CH, Yun YS, Song JY (2002) Anti-septicaemic effect of polysaccharide from *Panax ginseng* by

- macrophage activation. *The Journal of Infection* 45(1), 32-38
- Lim TS, Na K, Choi EM, Chung JY, Hwang JK (2004) Immunomodulating activities of polysaccharides isolated from *Panax ginseng*. *Journal of Medicinal Food* 7(1), 1-6
- Lim YJ, Na HS, Yun YS, Choi IS, Oh JS, Rhee JH, Cho BH, Lee HC (2009) Suppressive effects of ginsan on the development of allergic reaction in murine asthmatic model. *International Archives of Allergy and Immunology* 150(1), 32-42
- Liu F and Liu YM (1980) *Chinese Medical Terminology*, the Commercial Press Ltd, Hong Kong
- Liu L, Liu DH, Jing H, Feng GQ, Fan ZH, Yang WZ (2009) Overview on the mechanisms and control of continuous cropping obstacle of *Panax notoginseng* F.H. Chen, *Treatises Collection*, International Forum on Special Local Herbal Medicines Represented by Sanqi in Wenshan Yunan China, (2009 12.17-12.18), pp. 85-89
- Liubimov II, Borzenkov VM, Chepurnova NE, Chepurnov SA (1995) The effect of the polysaccharide fraction of Korean ginseng on learning and memory in rats (exemplified by active avoidance reactions). *Fiziologicheskii Zhurnal Imeni I.M. Sechenova* 81(8), 169-173.
- Lyubimov II, Borzenkov VM, Chepurnova NE, Chepurnov SA (1997) Effect of a polysaccharide fraction of ginseng root on learning and memory in rats (using an active escape response as an example). *Neuroscience and Behavioral Physiology* 27(5), 555-558
- Ma L, Zhou ZL, Yang Q (1995) Study on effect of polysaccharides of ginseng on peripheral blood mononuclear cell induced interleukin-2 production and activity of its receptors in vitro. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*. 15(7), 411-413
- Na HS, Lim YJ, Yun YS, Kweon MN, Lee HC (2010) Ginsan enhances humoral antibody response to orally delivered antigen. *Immune Network* 10(1), 5-14
- Ng TB, Yeung HW (1985) Hypoglycemic constituents of *Panax ginseng*. *General Pharmacology* 16(6), 549-552
- Ng TB (2006) Pharmacological activity of sanchi ginseng (*Panax notoginseng*) *Journal of Pharmacy and Pharmacology* 58(8), 1007-1019
- Ni W, Zhang X, Wang B, Chen Y, Han H, Fan Y, Zhou Y, Tai G (2010) Antitumor activities and immunomodulatory effects of ginseng neutral polysaccharides in combination with 5-fluorouracil. *Journal of Medicinal Food* 13(2), 270-277
- Oshima Y, Konno C, Hikino H (1985) Isolation and hypoglycemic activity of panaxans I, J, K and L, glycans of *Panax ginseng* roots. *Journal of Ethnopharmacology* 14(2-3), 255-259
- Oshima Y, Sato K, Hikino H (1987) Isolation and hypoglycemic activity of quinquefolans A, B, and C, glycans of *Panax quinquefolium* roots. *Journal of Natural Products* 50(2), 188-190



- Park E, Hwang I, Song JY, Jee Y (2011) Acidic polysaccharide of Panax ginseng as a defense against small intestinal damage by whole-body gamma irradiation of mice. *Acta Histochemica* 113(1):19-23
- Park KM, Kim YS, Jeong TC, Joe CO, Shin HJ, Lee YH, Nam KY, Park JD (2001) Nitric oxide is involved in the immunomodulating activities of acidic polysaccharide from Panax ginseng. *Planta Medica* 67(2), 122-126
- Qian BC, Zang XX, Li B, Xu CY, Peng XY (1987) Effects of ginseng polysaccharides on tumor and immunological function in tumor-bearing mice *Zhongguo Yao Li Xue Bao* 8(3), 277-280
- Rhule A, Navarro S, Smith JR, Shepherd DM (2006) Panax notoginseng attenuates LPS-induced pro-inflammatory mediators in RAW264.7 cells. *Journal of Ethnopharmacology* 106(1), 121-128
- Rhule A, Rase B, Smith JR, Shepherd DM (2008) Toll-like receptor ligand-induced activation of murine DC2.4 cells is attenuated by Panax notoginseng. *Journal of Ethnopharmacology* 116(1), 179-186
- Shim JY, Han Y, Ahn JY, Yun YS, Song JY (2007) Chemoprotective and adjuvant effects of immunomodulator ginsan in cyclophosphamide-treated normal and tumor bearing mice. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology* 20(3), 487-497
- Shim JY, Kim MH, Kim HD, Ahn JY, Yun YS, Song JY (2010) Protective action of the immunomodulator ginsan against carbon tetrachloride-induced liver injury via control of oxidative stress and the inflammatory response. *Toxicology and Applied Pharmacology* 242(3), 318-325
- Shin JY, Song JY, Yun YS, Yang HO, Rhee DK, Pyo S (2002) Immunostimulating effects of acidic polysaccharides extract of Panax ginseng on macrophage function. *Immunopharmacology and Immunotoxicology* 24(3), 469-482
- Shin HJ, Kim YS, Kwak YS, Song YB, Kim YS, Park JD (2004) Enhancement of antitumor effects of paclitaxel (taxol) in combination with red ginseng acidic polysaccharide (RGAP). *Planta Medica* 70(11), 1033-1038
- Shin KS, Kiyohara H, Matsumoto T, Yamada H (1997) Rhamnogalacturonan II from the leaves of Panax ginseng C.A. Meyer as a macrophage Fc receptor expression-enhancing polysaccharide. *Carbohydrate Research* 300(3), 239-249
- Smolina TP, Orlova TG, Shcheglovitova ON, Besednova NN (1998) Interferon-inducing action of polysaccharide-containing biopolymers from ginseng root and cell culture *Antibiotiki i Khimioterapiia* 43(11), 21-23
- Smolina TP, Solov'eva TF, Besednova NN (2001) Immunotropic activity of panaxans-biopolymers isolated from ginseng. *Antibiotiki i Khimioterapiia* 46(7), 19-22
- Solo'veva TF, Besednova NN, Uvarova NI, Faustov VS, Konstantinova NA, Krylova NV, Tsybu'lski AV, Ovodov IuS, Eliakov GB (1989) Phagocytosis-stimulating effect



- of polysaccharides isolated from ginseng tissue culture. *Antibiotiki i Khimioterapiia* 34(10), 755-760
- Song JY, Akhalaia M, Platonov A, Kim HD, Jung IS, Han YS, Yun YS (2004) Effects of polysaccharide ginsan from *Panax ginseng* on liver function. *Archives of Pharmacal Research* 27(5), 531-538
- Song JY, Han SK, Bae KG, Lim DS, Son SJ, Jung IS, Yi SY, Yun YS (2003) Radioprotective effects of ginsan, an immunomodulator. *Radiation Research* 159(6), 768-774
- Song JY, Han SK, Son EH, Pyo SN, Yun YS, Yi SY (2002) Induction of secretory and tumoricidal activities in peritoneal macrophages by ginsan. *International Immunopharmacology* 2(7), 857-865
- Sonoda Y, Kasahara T, Mukaida N, Shimizu N, Tomoda M, Takeda T (1998) Stimulation of interleukin-8 production by acidic polysaccharides from the root of *Panax ginseng*. *Immunopharmacology*. 38(3), 287-294
- Sun XB, Matsumoto T, Kiyohara H, Hirano M, Yamada H (1991) Cytoprotective activity of pectic polysaccharides from the root of *Panax ginseng*. *Journal of Ethnopharmacology* 31(1), 101-107
- Sun XB, Matsumoto T, Yamada H (1992a) Anti-ulcer activity and mode of action of the polysaccharide fraction from the leaves of *Panax ginseng*. *Planta Medica* 58(5), 432-435
- Sun XB, Matsumoto T, Yamada H (1992b) Purification of an anti-ulcer polysaccharide from the leaves of *Panax ginseng*. *Planta Medica* 58(5), 445-448
- Takiura K, Nakagawa I (1963a) Studies on oligosaccharides. IV. Separation of oligosaccharides and identification of disaccharides in radix ginseng. *Yakugaku Zasshi*. 83, 298-300
- Takiura K, Nakagawa I (1963b) Studies on oligosaccharides. VI. Ginseng trisaccharides. (2). *Yakugaku Zasshi*. 83, 305-308
- Takiura K, Nakagawa I (1963c) Studies on oligosaccharides. V. Ginseng trisaccharides. (1). *Yakugaku Zasshi*. 83, 301-304
- Tansakul P, Shibuya M, Kushihiro T, Ebizuka Y (2006) Dammarenediol-II synthase, the first dedicated enzyme for ginsenoside biosynthesis, in *Panax ginseng*. *FEBS Letters* 580(22), 5143-5149
- Tomoda M, Takeda K, Shimizu N, Gonda R, Ohara N, Takada K, Hirabayashi K (1993a) Characterization of two acidic polysaccharides having immunological activities from the root of *Panax ginseng*. *Biological & Pharmaceutical Bulletin* 16(1), 22-25
- Tomoda M, Hirabayashi K, Shimizu N, Gonda R, Ohara N, Takada K (1993b) Characterization of two novel polysaccharides having immunological activities from the root of *Panax ginseng*. *Biological & Pharmaceutical Bulletin* 16(11), 1087-1090
- Tomoda M, Shimada K, Konno C, Sugiyama K, Hikino H (1984) Partial structure of panaxan A, a hypoglycaemic glycan of



- Panax ginseng roots. *Planta Medica* 50(5), 436-438
- Ueng YF, Chen CF (2002) Effects of CVT-E002, a proprietary extract from the North American ginseng (*Panax quinquefolium*) on hepatic drug-metabolizing enzymes in C57B2/6J mice. *Journal of Chinese Medicine* 13(2), 89-96
- Vogler BK, Pittler MH, Ernst E (1999) The efficacy of ginseng. A systematic review of randomized clinical trials. *European Journal of Clinical Pharmacology* 55(8), 567-575
- Wang BX, Yang M, Jin YL, Cui ZY, Wang Y (1990a) Studies on the hypoglycemic effect of ginseng polypeptide. *Yao Xue Xue Bao* 25(6), 401-405
- Wang BX, Yang M, Jin YL, Liu P (1990b) Studies on the mechanism of ginseng polypeptide induced hypoglycemia. *Yao Xue Xue Bao* 25(10), 727-731
- Wang BX, Zhou QL, Yang M, Wang Y, Cui ZY, Liu YQ, Ikejima T (2003a) Hypoglycemic activity of ginseng glycopeptide. *Acta Pharmacological Sinica* 24(1), 50-54
- Wang BX, Zhou QL, Yang M, Wang Y, Cui ZY, Liu YQ, Ikejima T (2003b) Hypoglycemic mechanism of ginseng glycopeptide. *Acta Pharmacological Sinica* 24(1), 61-66
- Wang J, Flaisher-Grinberg S, Li S, Liu H, Sun L, Zhou Y, Einat H (2010a) Antidepressant-like effects of the active acidic polysaccharide portion of ginseng in mice. *Journal of Ethnopharmacology* 132(1), 65-69
- Wang J, Li S, Fan Y, Chen Y, Liu D, Cheng H, Gao X, Zhou Y (2010b) Anti-fatigue activity of the water-soluble polysaccharides isolated from *Panax ginseng* C. A. Meyer. *Journal of Ethnopharmacology* 130(2):421-423
- Wang J, Zuo G, Li J, Guan T, Li C, Jiang R, Xie B, Lin X, Li F, Wang Y, Chen D (2010c) Induction of tumoricidal activity in mouse peritoneal macrophages by ginseng polysaccharide. *International Journal of Biological Macromolecules* 46(4):389-395
- Wang M, Guilbert LJ, Ling L, Li J, Wu Y, Xu S, Pang P, Shan JJ (2001) Immunomodulating activity of CVT-E002, a proprietary extract from North American ginseng (*Panax quinquefolium*). *Journal of Pharmacy and Pharmacology* 53(11), 1515-1523
- Wang M, Guilbert LJ, Ling L, Li J, Wu Y, Pang P, Basu TK, Shan JJ (2004) A proprietary extract from North American ginseng (*Panax quinquefolium*) enhanced IL-2 and IFN-gamma productions in murine spleen cells induced by Con-A. *International Immunopharmacology* 4(2), 311-315
- Wang W, Zhong JJ (2002) Manipulation of ginsenoside heterogeneity in cell cultures of *Panax notoginseng* by addition of jasmonates. *Journal of Bioscience and Bioengineering* 93(1), 48-53
- Wu FZ, Zhao FY (2003) Study on root exudates and continues cropping obstacle. *Journal of Northeast Agricultural University* 34(1), 114-118
- Wu JY, Zhong JJ (1999) Production of ginseng and its bioactive components in plant cell culture: current technological and applied aspects. *Journal of Biotechnology* 68(2-3),

89-99

- Wu Y, Wang D (2008) Structural characterization and DPPH radical scavenging activity of an arabinoglucogalactan from Panax notoginseng root. *Journal of Natural Products* 71(2), 241-245
- Xie FY, Zeng ZF, Huang HY (2001) Clinical observation on nasopharyngeal carcinoma treated with combined therapy of radiotherapy and ginseng polysaccharide injection. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 21(5), 332-334
- Xie JT, Wu JA, Mehendale S, Aung HH, Yuan CS (2004) Anti-hyperglycemic effect of the polysaccharides fraction from American ginseng berry extract in ob/ob mice. *Phytomedicine* 11(2-3), 182-187
- Xu B, Chen P, Chen X (2008) Study on extraction process of polysaccharide constituents from Panax japonicus by enzyme method. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi* 33(13), 1549-1551
- Yang M, Wang BX (1991) Effects of the ginseng polysaccharides on reducing liver glycogen. *Zhongguo Yao Li Xue Bao* 12(3), 272-275
- Yoshikawa T, Furuya T (1987) Saponin production by cultures of Panax ginseng transformed with *Agrobacterium rhizogens*. *Plant Cell Reports* 6(6), 449-453
- Yu KW, Gao WY, Hahn EJ, Paek KY (2002) Jasmonic acid improves ginsenoside accumulation in adventitious root culture of Panax ginseng C.A. Meyer. *Biochemical Engineering Journal* 11(2-3), 211-215
- Zhang JT, Chui DH, Chen CF (2006) The chemistry, metabolism and biological effects of ginseng. Chemical Industry Press, Beijing
- Zhang SD, Yin YX, Wei Q (2010) Immunopotential on murine spleen lymphocytes induced by polysaccharide fraction of Panax ginseng via upregulating calcineurin activity. *APMIS* 118(4), 288-296
- Zheng LY, Hu JF, Lin CH (2005) The production of succession cropping obstacles and its prevention and cure steps. *Chinese Journal of Tropical Agriculture* 25(2), 58-62
- Zhu Y, Pettolino F, Mau SL, Bacic A (2005) Characterization of cell wall polysaccharides from the medicinal plant Panax notoginseng. *Phytochemistry* 66(9), 1067-1076
- Zhu Y, Pettolino F, Mau SL, Shen YC, Chen CF, Kuo YC, Bacic A (2006) Immunoactive polysaccharide-rich fractions from Panax notoginseng. *Planta Medica* 72(13), 1193-1199



# 臺灣漢醫第一人 黃玉階行醫濟世移風易俗

文／張永賢 中國醫藥大學暨附設醫院教授  
肖林榕 福建中醫藥大學暨閩台中醫藥文化文獻研究中心教授

## 一、前言

黃玉階先生（1850-1918年）（圖一）一生熱心公益，醫術精湛，以醫濟世，活人無數；且醫德高尚，仁愛為本，尤其為臺灣地區傳染病的防治，作出了不可磨滅的貢獻。診療之餘，對社會的改良亦有建樹，受到百姓的敬重，大家敬稱「玉階先生」。他是日據時代獲中醫師執照第一人，並與西醫合作防治傳染病，鼓勵其弟黃瑤琨學習西醫，成為西醫校在臺灣第一屆畢業。也影響少年杜聰明，在幼小的心靈，灌注學醫濟人的宏願及對漢醫藥的啟蒙。



黃玉階先生 (1850-1918)

## 二、三十而立前的歷程（1850-1881年）

黃玉階先生，字冥華，清道光30年（1850年）4月25日生於彰化縣大肚堡五漢港（今臺中縣梧棲鎮人）。原籍福建泉州，其先祖於乾隆間渡海來臺，經商為業。黃玉階自幼聰穎，勤奮好學。少年便隨黃邦老師學習中國文化，熟讀經史，從小感受中國傳統文化的薰陶，這也為他日後學習中醫藥及為人處事奠定扎實的人文基礎。及長，清同治8年（1869年）20歲追隨漢醫師李清機研習中醫，感悟生命之奧秘，深得岐黃之術。清光緒2年（26歲）（1875年）即自立門戶，開始其懸壺濟世的生涯，不斷積累臨床經驗，醫術與日俱進。因其診治每每多奇中，藥到病除，故求治者日益增多，聲望亦逐漸高漲；並且，每遇貧窮苦難的患者，常常免費施捨，彰顯醫家之大愛。

## 三、遷居臺北大稻埕的期間（1882-1894年）

台灣早期發展有「一府二鹿三艋舺」，「艋舺」（今萬華），位於大漢溪和新店溪的交會處，淡水河重要港口；隨著台灣經濟重心漸向北移，艋舺便藉此而興起，

並與大陸港口來往貿易，奠定今日台北發展的根基。在 1860 年「天津條約」，台灣開放安平、高雄、基隆及淡水四個通口岸，西方船舶可以直入台北。外商以大稻埕為中心，設立洋行，從事茶與樟腦等國際貿易，再加後來台灣巡撫劉銘傳在此推動各項近代化建設，使得大稻埕一躍而成全省最主要的出口中心，從事茶、糖、樟腦、藥材等運輸。為此，清光緒 8 年（1882 年）（32 歲），黃玉階遷居臺北大稻埕，一邊經營醬菜坊，一邊行醫濟世，醫術高明，為人診病治療，常免費施捨。二年後（光緒 10 年，1884 年），中法戰爭爆發，他便投身於抵禦法軍孤拔 (Anatole Courbet)（1827-1885 年）侵臺的戰鬥中，協助巡撫劉銘傳（1836-1895 年）招兵募勇，英勇奮戰參加歷史上有名的「滬尾大捷」抗法保台勝利。因表現突出，在戰鬥結束後榮獲清朝廷頒授的五品軍功銜。與此同時，黃玉階精湛的醫術已經嶄露鋒芒。清光緒 10 年（1884 年）臺灣臺北一帶發生霍亂，患者全身厥冷，脈細聲嘎，吐瀉不止，相繼死亡。此時，玉階先生不懼被傳染的危險，慎選良方，精配丸散，奮不顧身地到各村莊施濟診療，因之而治癒者八百餘人；並以臺灣地區的風土疫癘之防治為主題，撰寫了《療養新方》一卷，闡述其防治之法，且廣為刊佈，讓更多的人掌握其自救之道。

#### 四、日據時期積極對抗傳染病施醫濟藥（1895-1918 年）

歷代對於傳染病，總有醫家積極參與，並總結豐富經驗，著書立說。在東漢有張仲景《傷寒雜病論》，總結疫病診療經驗的專著，外感傷寒以六經辨證為依據。明清溫病學說，對外感熱病學有重大突破，

有明吳又可《溫疫論》(1642)，葉天士《溫熱論治》(1792)，吳鞠通《溫病條辨》(1798) 等著作。

1895 年（清光緒 21 年，明治 28 年），臺灣在日清馬關條約的議定下，由清廷割讓予日本，從此臺灣地區進入了長達半個世紀 50 年之久的日本統治殖民地時期。時局的變化，給時年 45 歲的黃玉階人生發展產生了極大的影響。乙未之變（1895 年），正值夏季，氣候濕熱，霍亂、瘧疾、紅痢、傷寒、腸炎、腳氣等傳染病肆虐，每日因病死亡者達 10 餘人；臺灣醫療機構嚴重不足，當時臺北地區霍亂疫情再發，勢甚猖獗；翌年鼠疫（黑死病）、斑痧症又相繼發生，蔓延數年，死亡枕藉。在此期間，黃玉階乃不顧個人性命的安危，奔走鄉間，施醫濟藥，治人無數，且醫德高尚，常減收或不收診金；並撰著《霍亂吊腳痧醫書》、《黑死病疙瘩瘟治法新編》等有關治療霍亂、鼠疫的書籍，且自行印發遍贈全臺，以讓更多的人們可以無償地得到他的恩惠。在這幾年瘟疫流行期間，日本官方醫事制度尚未完備，依靠黃玉階以中藥療癒之患者，至少有數千人之多，對台灣人生命健康之救護，功勞不小。同時，針對當時臺灣地區鼠疫頻發，嚴重危害百姓健康和生命，且有不少百姓衛生知識貧乏；為了避免疫情擴大，於是他更是向臺灣總督府請求，提出設立「黑死病治療所」的建議，藉以通盤防治，遏阻疫病的傳染；這也使得他在防治傳染病方面名聲大噪，醫術與聲望卓著。所以，黑死病治療所成立後，他即被聘為「醫生主任」；其他公私醫事機構團體亦競相延攬，使其一身同時兼任「臺北縣黑死病治療所」醫務囑託、仁濟院（仁濟醫院的前身）委員囑託、傳染病



預防委員、「艋舺保安醫院」傳染病隔離所醫務主任、臺北茶商公會回春處醫務主任等 10 餘要職；而且募資建濟安醫院與共濟醫院，任勞任怨，可謂對臺灣地區疫病的防治嘔心瀝血，貢獻良多。在 1901 年倡設「漢醫研究會」招集各方漢醫定期於天然足會處開會，找出適當療法，以對疫情控制有所功益。

### 五、日據漢醫執照第一人，發揚中醫藥特色

日據初期，日本政府統計台灣共有漢醫 1,046 人，洋醫 24 人。日據時期，殖民當局對中醫藥發展採取限制、扼殺的政策，實施西方醫療的管理，對漢醫實行登錄制；並在 1901 年 7 月 23 日，公佈「臺灣醫生免許規則」，加強漢醫管理，嚴格要求全臺從事漢醫執行醫業行為者，限定於同年 12 月底前應向員警機關登記，期限一年，對於沒有登記立案或新養成的漢醫或其他從事傳統醫業者，一律加以嚴格取締。該年日本殖民臺灣總督府對臺灣的中醫進行考試，然後頒發許可證，合計發給執照 1,903 人，許其限地執業，對漢醫採取自然淘汰制，只舉行一次考試後，堅持不再許可。此後，臺灣總督府即停止漢醫的考選，且強力取締所謂的非非法中醫醫生，從而造成臺灣地區合法漢醫逐年減少，使得在日據末期臺灣地區執業中醫僅有 97 人，中醫藥事業在臺灣的發展受到嚴重的摧殘。為此，黃玉階先生也就成為這一歷史時期的見證人。

面對臺灣中醫發展的這一艱難局面，黃玉階先生並沒有選擇放棄，而是積極應對。為了發展臺灣中醫藥，他忍辱負重，於 1897 年獲得了臺灣總督府頒發的中醫師

執照，是日據時期臺灣省人領有此證照的第一號，其登記執照號碼為“001”。儘管日據時期中醫的發展十分困難，但是他憑藉精湛的醫術，在日據初期數年的瘟疫流行期間，以中醫藥治癒的患者至少有數千人之多，對於臺灣民眾健康的救護功勞不小。可謂執北臺灣中醫界之牛耳，連對中醫採取扼殺政策的日本官方，對他也不得不敬畏三分。

### 六、高徒滿堂，精研醫術

黃玉階先生在懸壺濟世的過程中，還積極傳授中醫藥教育，弘揚中醫藥文化，招收不少弟子，當時臺北許多著名的中醫師，多出其門。我們從其弟子的醫術可見其老師高超水準之一般。例如：

尤子樵，原居臺北大稻埕，後遷艋舺歡慈市街。初學儒，後跟黃玉階學習岐黃之術，為中醫之翹楚，疑難病症幾著手回春，與葉煉金齊名。一婦女，患“子宮炎症”，延請不少中西醫生診治，皆無效，後經尤子樵診治，服藥疼痛即止。又如一“傷寒症”患者，雖經多方診治罔效，病情日漸沉重，瀕臨危境，經其治療，病人轉危為安。卒於民國初年。

葉煉金，清代板橋港仔嘴人，移居稻江永樂街市場邊，為黃玉階先生之高徒，臺北名中醫之一。開設藥房號「恒升」。葉氏醫術特異，參以中西。日本侵佔臺灣初期，臺北鼠疫流行，稻江避病院常延到院，後腸病及霍亂盛行，亦常延請醫治，活人頗多。性滑稽，與人談笑，不知移時，又能詩能書能畫，好酒喜茶道。卒於民國初年。

陳迪卿，清代臺北大稻埕中北街人。自幼讀書，擅詩文，師事於黃玉階醫師，

學習醫術，與陳直卿，世稱雙璧。日本據臺中期卒。

陳直卿，清代臺北大龍峒人，祖籍福建泉州。自幼讀書，夙志學醫，師事於黃玉階醫師，勤思研究，經過4年，不僅深知本草諸譜，而且詳悉煎樟煎腦之法，跋涉新竹、宜蘭山中，經營腦寮。日本據臺中期卒。

黃玉階先生行醫濟世、精專岐黃的精神，不但對其弟子教誨終身，而且也深刻的感染著世人，其中對於臺灣名人杜聰明的影響就是一個典型的事例。

## 七、鼓勵其弟學習西醫—日據醫學校西醫畢業第一人

日本本國在1906年以法律47號公布施行「醫師法」，始正式全國進入西醫制度。日本傳統醫療是依靠漢醫，明治維新推行西化，日本政府才決定全國推行西方醫學，採行「漸禁制」。一方面要求漢醫登記，一方面積極養成西醫。日本據台之初，推行西醫，因西醫人才欠缺，故做法也與日本本國以漸禁方式相同。

黃玉階並不因為自己的醫術及聲望而自滿，還能審時務實，針對日本殖民當局對中醫的既定政策及其惡劣的發展環境，為了有利於救死扶傷，他鼓勵他的學生及台灣漢醫去瞭解西醫，更主動擔任殖民政府的公醫。日本人在1895年在台北大稻埕創設「大日本台灣病院」，1894年改名為「台北病院」。鑒於1897年臺北病院院長山口秀高主張在臺北病院內設立「土人醫師養成所」時（即台灣人醫師養成所），報考者甚少，他即果斷地鼓勵其弟黃瑤琨報考學習。「醫師養成所」只試辦二屆，大部份學生都中途退學。1899年由「土人

醫師養成所」成立正式醫學校，為「台灣總督府醫學校」，第一任校長由當時台北病院院長山口秀高擔任。招收優秀公學校畢業生（相當於國中二年修畢業生），修業5年（預科1年，本科4年）。1902年黃瑤琨畢業於由該養成所改制而成的「台灣總督府醫學校」，（畢業時為校長高木友枝），成為該校第一屆僅有的三名畢業生中的一位（黃瑤琨、蔡章勝、蔡章德）（第二屆只有1人，第三屆10人）。黃瑤琨在校成績優異，為第一屆第一名畢業，日後成為開業名醫。1904年在稻埕開業「日新醫館」。1906年受日本人重用，出任台中廳員林公醫，創下日據時期台灣人出任公醫的先例。杜聰明是台灣總督府醫學校第13屆畢業生（1914年畢業，第一名），翁俊明（台南市著名中醫翁紹煥的長子，也是旅日紅星翁倩玉的祖父）（畢業第三名）（杜聰明與翁俊明二位曾至北京當小刺客，要用細菌去除袁世凱）與賴和（1894-1943）同是第13屆畢業生，也為杜聰明同班同學。賴和在彰化開設「賴和醫院」。蔣渭水（1891-1931）是14屆畢業生，在大稻埕開設「大安醫院」有「台灣孫中山」之稱。日本人統治臺灣50年期間，共培育1,888名臺灣人醫師。台灣總督府醫學校（1899-1919年）（五年制）（共28屆）（畢業生722人，原住民3人，中國籍2人，其餘均為台灣人）。1919年改制為「臺北醫學專門校」（1919-1936年）（舉辦15屆，畢業生1,096人，包括日本人414人）。1936年改為「台北帝國大學附屬醫學專門部」（1936-1945年）（共8屆）（畢業生266人，含日本人135人）。

而醫師（西醫師）在日據末期1945年統計共3,426人（台灣人2,170人，日本人



1,249人，韓國人3人及外國人4人）。

## 八、影響少年杜聰明學醫及漢醫藥啟蒙

杜聰明（1893-1986年）於1893年出生在今日臺北縣淡水鎮百力戛腳的鄉村地區。9歲那年，便開始跟師學習中國文化，在進入公立學校學習之前，已經打下了堅實的漢學基礎。並且深固的漢學文化造就了他一生的做事風格。同時，緣於杜聰明父輩與名中醫師黃玉階之間的深交，其父親杜日鳳受黃玉階先生指導研究佛教，一年數次訪問；其母親陳愛拜黃玉階先生為義兄，將黃玉階先生家視為娘家，且每年數次到黃玉階的齋堂拜佛念經，研究佛教。使得他從小跟隨父母到大稻埕黃玉階住處拜訪，成了其童年難忘的回憶。正如他撰寫的《回憶錄》中所言：「記得最大的旅行，就是跟隨母親往滬尾街，乘小輪船渡上淡水河過關渡峽往大稻埕。昔時的大稻埕河岸，洋樓行郊櫛比，非常壯觀熱鬧。我們登陸往黃玉階先生公館及齋堂，有時候父親或二伯父亦帶自己芋園所產的芋，贈送玉階先生，尊敬他為佛教指導者」。杜聰明自小在黃玉階先生處的耳濡目染，所感受的那段童年經驗，可以說給他日後一生的作為，特別是對於漢醫藥研究的提倡應有不少的啟示和影響。「我小時候，最快樂的記憶，就是被母親帶著，由淡水坐著小輪船，到大稻埕去訪黃玉階先生，且在其家住兩三天的事，當時只要聽到「坐船」兩個字，我那小小的心房就會跳個不停了。當一面看兩岸風景，一面溯江而向淡水河上流。直到踏上大稻埕，看到熱鬧的街市，這真是有趣極了。而給我最強烈刺激的，就是黃玉階先生，黃先生每向我幼小的心靈，灌注了宏大的志望」。杜聰明先生的

弟子葉炳輝的說法更直接「黃玉階可以說是一位傑出的偉大人物。杜聰明博士得與此偉大人物接觸。在耳濡目染中，受了此人的莫大感化。那幼小的心苗，就不斷開始茁長著「將來一定要做一個像黃玉階一樣的偉人，來為社會盡力」的宏大志願。

杜聰明16歲（1909年）考入台灣總督府醫學校，1914年第一名畢業（13屆）。在1915年（大正4年）拿著堀內次雄教授介紹信（第三任總督府醫學校校長，後來是首任台灣醫學專門校校長）自費前往日本留學，進入日本京都帝國大學鑽研內科及藥物學，1922年（大正12年）（30歲）畢業，成為台灣人第1位獲得醫學博士，也是台灣人開台第一號博士。回台後擔任總督府醫學專門學校教授，台北帝大醫學部教授等職，積極從事鴉片、蛇毒、嗎啡、中藥等研究。二次世界大戰後，台灣光復，任命為台大醫學院院長，台大醫院院長。民國42年（1953年）到高雄，成立高雄醫學院，擔任校長及教授12年。二次世界大戰後，台灣的醫學教育界及醫療界，許多人都是出自他的門下。

台大醫學院及附設醫院前院長杜聰明博士一生以鴉片、蛇毒及漢藥為他一生三大研究主題。當時日本在明治維新之後，確立以西洋醫學為醫療主流的政策，有計劃地制壓非西洋醫學。而杜聰明在1928年奉派到歐美留學回台後，即對於使用植物、動物或礦物藥材作為治療的漢醫，確實對某些人類疾病，具有療效，其所造成的副作用，也遠小於化學合成的藥物，認為應該以現代研究方法，將漢藥適用於現代醫療體系中。

杜聰明在1928年返台後，在7月1日接受《台灣民報》記者採訪，發表「漢醫



醫院設立計畫」，藉由「西醫與漢醫同時診療，考察記錄正確的服藥經過，藥則全部使用漢藥，綜合作其藥學上的研究，藉此以觀察住院病人服用漢藥之後的效果，進而對漢藥的實驗治療學研究」。9月2日起在《台灣民報》發表一系列長文「漢醫學研究方法考察」，每週一次，共登31集，直到1929年3月31日共5萬字。

杜聰明在台灣光復後，擔任台灣西醫醫療體系龍頭的台大醫學院及附屬醫院院長等要職，但他對於創設漢醫治療一事，依然念念不忘。在1946年，即向台大校方提案（這是杜聰明第三度向當局提出設置漢醫藥治療學科的建議），要求在附屬醫院設立「漢醫治療科」（提案：國立台灣大學醫學院第一附屬醫院漢藥治療科新設備費四萬圓支出理由書）。杜聰明找他的學生邱賢添出任主任教授，楊克明任副教授出任副主任，任職台大醫學院第一附屬醫院第一內科翁廷俊，也自願放棄原職到漢方科當講師。但後來只有翁廷俊一人獨撐大局。時至1947時，「校方認為如此落後的東西，怎可以設在台大醫院內」，而以一紙命令撤銷，翁廷俊本人回任第一內科主任。遺憾在228事件後遭到撤銷，他也免去附屬醫院的兼職，1953年被迫自台大醫學院院長去職。1954年南下高雄創辦高雄醫學院，1957年高醫開辦附設醫院，他的第一任博士弟子邱賢添被聘為第一任院長。杜聰明也以邱賢添為「漢醫治療科」主任，但一年後邱賢添離職，繼任者停辦該科，杜聰明也在後數年1966年離職。

杜聰明在光復後在台大醫學院，自己講授「中醫藥學史」、「中醫藥物學」及「傷寒論」等。在高雄醫學院醫學系，開設「中西醫學史」課程，後來這份課程講義，集

結出版成《中國醫學史略》（1959年出版）。

杜聰明在著作《中國醫學史略》的序言，他提出「中西醫一元化」。「現在台灣的現代醫學與中醫藥學，是二元的存在，依照余之見，深信真理唯有一個而已，中西醫學當然需要一元化，希望受過系統的現代醫學教育同仁，對中醫藥學加以研究，協力來解決此問題」。

### 九、移風易俗、教化社會—自己率先剪除髮辮，妹妹也率先解纏足示範

黃玉階先生平生除了以醫濟世，救死扶傷之外，對於臺灣社會風俗的改良與社會的教化也是熱心參與，貢獻不小。基本上他並不是一熱衷政治的人，應說他是盡醫師的天職及對宗教的熱誠。

黃玉階18歲時在五漢港皈依先天道（後稱佛教先派、齋教先天派），此後茹素禁慾，終生不娶，日後升至全臺先天道的最高領導人「頂航」。他積極整頓教務，整合其他佛道宗教團體，並創建「至善堂」會所和「普願社」講堂，移風易俗，教化社會，樂於施善。鑒於清代以來，臺灣社會沿習清朝大陸傳統，一般男子結辮、女子纏足的舊俗頗盛。日據初期，日本官方尚未強制台灣人改變舊俗。黃玉階首先提倡斷髮放足，他出面邀請紳商40人成立「臺北天然足會」（1898年）提倡放足運動（三寸金蓮的纏足）（圖二），鼓勵婦女解開腳布，解放雙足，也希望家長不要再替女兒纏足，其妹妹率先解纏足示範，致力台灣風俗改良，是開啟臺灣婦女解放纏足運動的開端，與女子上學受教育，成為文明的現代女性。黃玉階在被推為會長，該會會規中規定會員於入會後，所生的女兒，如果仍然繼續纏足，將拒與其聯姻，會員





三寸金蓮，「台北天然足會」。(1898年)

10歲以下的兒子，今後不得娶纏足女子為妻，會員所生之子女應互相通婚，非會員而無纏足者也可與之聯姻，隨著社會風氣的轉變，纏足的女子越來越少。1911年辛亥革命成功，中國大陸興起剪辮之風，這風潮也影響到台灣，黃玉階再發起「斷髮不改裝會」(1911年)(剪除辮髮)(圖三)，也被奉為會長。自從清代康熙之後，台灣男性不分老幼，和女子一樣留著長髮，每天早上得梳頭而將頭髮編成一條長長的辮子垂在背後。他認為辮髮不合時宜，不衛生，不方便，而剪除髮辮，為「文明」，



圖三：清朝辮髮，「斷髮不改裝會」(1911年)  
出自《親子圖說臺灣名人》

或「時髦」的象徵，並掀起全臺一個斷髮熱潮。當時女子放足者約48萬人，男子斷髮者多達133萬人，在臺灣形成新的社會風俗。黃玉階的努力，功不可沒。此外，他還任監獄誨師，教誨犯人改過遷善。

日人對此名流，為示攏絡，總督府頒授紳章，1900-1917年間他擔任大稻埕區長(18年)，並於1910年起兼任大龍峒區長(8年)，對地方發展有所建樹。1912年(大正元年)被選派為參加明治天皇喪禮的台人代表之一，與辜顯榮(1866-1937)、蔡蓮舫和許廷光代表台人等赴日，並謁見新上任的大正天皇。1915年11月，因致力公益事業有功，獲總督府勳六等，頒授藍綬瑞寶褒章。

1918年(大正7年)(民國7年)7月26日因糖尿病逝世，享年69歲。

## 十、結語

黃玉階，台灣台中縣梧棲鎮人，20歲開始學習中醫，26歲起懸壺開業，32歲遷居台北大稻埕。在中法戰爭，法軍侵台，協助巡撫劉銘傳招募兵，勇禦法軍，獲清朝廷頒授五品軍功。

日本佔據台灣初期，積極對抗傳染病，醫術精湛，熱心濟世，救人無數，擔任醫務主任，並撰著作印贈全台。日據時期，日人提倡西醫排斥中醫，只舉辦一次中醫師考試，黃玉階獲中醫師執照第一人。他除以行醫濟世，並對台灣社會風俗的改良及貢獻不少，籌組「台北天然足會」及「斷髮不改裝會」，且擔任會長。他妹妹率先解纏足示範。

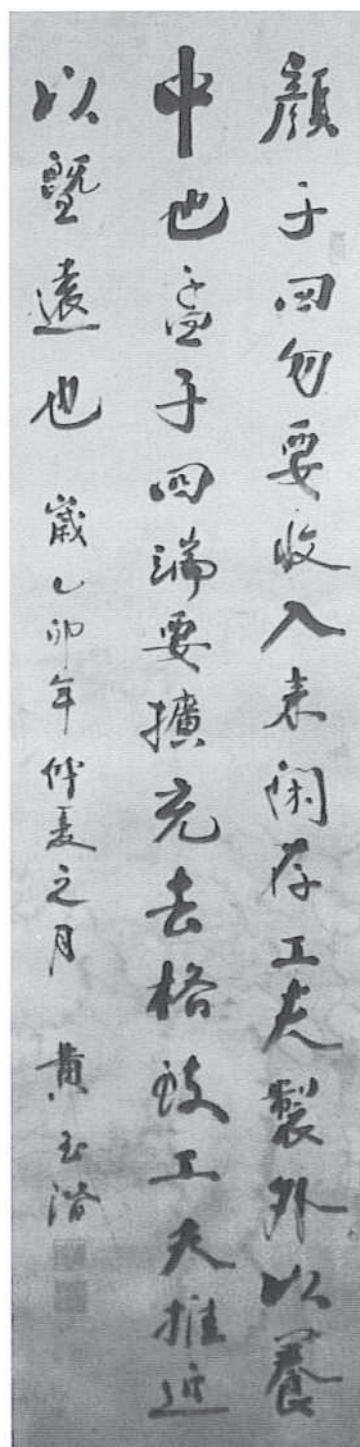
日人設立「台灣總督府醫學校」，即鼓勵其弟黃瑤琨前往學習，為第一屆畢業生，也影響少年杜聰明學醫及對漢醫藥給

予啟蒙。

作為台灣漢醫第一人黃玉階先生行醫濟世，我們應作為楷模，緬懷學習他的醫道及醫德。

### 參考文獻

1. 張子文、郭啟傳，臺灣歷史人物小傳日據時期，國家圖書館，臺北，2002。
2. 陳永興，臺灣醫療發展史，月旦出版社，臺北，1997。
3. 許雪姬等，臺灣歷史辭典，文建會，臺北，2004。
4. 蕭林榕、林端宜，閩台歷代中醫醫家志，中國醫藥科技出版社，2007。
5. 小田俊郎（日）原著、洪有錫譯，台灣醫學 50 年，前衛出版社，1995。
6. 莊永明，臺灣醫療史，遠流，臺北，1998。
7. 遠流台灣館，台灣史小事典，遠流出版公司，2000。
8. 鄭志敏，杜聰明與台灣醫療史之研究，國立中國醫藥研究所，2005。
9. 楊玉齡，一代醫人杜聰明「開台第一位博士」，天下文化書坊，2002。
10. 炳輝（許成章譯），南天的十字星—杜聰明博士傳，新民書局，1960。
11. 楊蓮福、褚填正，親子圖說臺灣名人，台灣閱覽室，2008。
12. 黃元興，台北杜聰明，茄苳出版社，2007。
13. 杜聰明，中國醫學史略，高雄醫學院，1959。



黃玉階書法《台灣先賢丹青書畫展圖錄》台北市文獻委員會出版（陳光偉醫師提供）釋文：顏子曰：勿要收入來閑存工夫製外以養中也，孟子四端要擴充去格致工夫推近以暨遠也。歲乙卯年仲夏之月（1915年）

# 台北大稻埕迪化街的年貨中藥香

文／張永賢 中國醫藥大學暨附設醫院教授

## 一、前言

每年過年辦年貨或中秋人潮不斷，南北貨種類繁多，大家總會想到台北熟知耳聞的「迪化街」，其實迪化街是指台北大橋以南的迪化街一段。就空間位置來看，「迪化街」仍指大稻埕最早形成的市街（今大同區）的一部分。迪化街最早有商店，是在清咸豐6年（1851年）。兩年後（1853年），艋舺地區（今萬華）泉州同安人因商場競爭區民爭鬥，領導人林右藻被迫率眾從艋舺遷至大稻埕，在迪化街中段重建家園，林右藻被尊稱為「大稻埕開基人物」。大稻埕名稱是由於清朝在此開始過農耕生活，由於當時空地很多，人們利用大的空地晒稻穀，因此被稱「大稻埕」。這正式名稱在清道光、咸豐年間才開始稱呼。

台灣早期發展有「一府二鹿三艋舺」之稱。在明朝末年，台灣南部已有大量漢人墾拓，而台北盆地在300多年前是平埔族「凱達格蘭族」人活動領域。後來漢人移民到台北較晚，歷史上正式記錄，是清康熙48年（1709年）泉州移民「陳賴章」墾號申請獲准墾拓台北平原開始，先到「新莊」，逐步開墾至艋舺一帶，移民才隨之日漸增多。台北盆地最早的物產集散地及行政中心是「新莊」。後來由於碼頭河沙淤積，「新莊」日漸衰微，被較下遊的「艋

舺」取代。「艋舺」位於大漢溪和新店溪的交會處，淡水河重要港口，有優越的水運條件。從清嘉慶後，北台灣因物產豐富，人口增殖極快，使台灣經濟重心漸向北移。艋舺便藉此而興起，並與大陸港口來往貿易，奠定今天台北發展的根基。從道光到咸豐年間，為艋舺鼎盛時期，即有「一府二鹿三艋舺」的聲譽。艋舺區有龍山寺（1783年建，乾隆3年）、媽祖宮（1746年建，乾隆11年）、祖師廟（1784年建，清乾隆52年）、艋舺教會（1879年建）。而由於艋舺區民爭鬥，失利的同安籍移民到「大稻埕」，沿河邊建立街肆，利用淡水河對外貿易，商業日盛，北台灣最大的水系是淡水河，由大漢溪、新店溪和基隆河匯流而成。當時正逢淡水開放為通商口岸（1860年清朝根據天津條約，台灣開放四個通商口岸一府城（台南的安平），打狗（高雄旗津），淡水及雞籠（基隆）。西方船舶可以直入台北。外商以「大稻埕」為中心，設立洋行，從事茶與樟腦等國際貿易，再加上後來台灣巡撫劉銘傳在此推動各項近代化建設，使得大稻埕一躍而成全省最主要的出口中心，從事茶、糖、樟腦等運輸。1875年，台北設府，在艋舺與大稻埕之間的東方田園上，興建「台北府城」。1885年（光緒13年），台灣建省，劉銘傳做第

一任台灣巡撫大力革新，除了使大稻埕成為國際商業區（台灣第一個外僑區），在城內則是行政機關集中地，跟原先的艋舺連成一氣，「台北」成為台灣政治、經濟文化的中心。台灣第一段鐵路是劉銘傳從大稻埕至基隆建成的鐵路，於1888年建立，1891年（光緒17年）完成，全長28.6公里。

## 二、大稻埕迪化街發展史

「大稻埕」以一座「霞海城隍廟」（建於清咸豐9年）（1859年）為信仰中心，慢慢形成聚落，後來又加上交通地理位置鄰近港口的優勢，讓迪化街繁華，不少洋行商行也在此落腳。「霞海城隍廟」是大稻埕最著名的寺廟，每年的城隍祭典更是台北盛大的祭典。「霞海」是因神像由福建泉州同安移民，從同安的下店鄉城隍廟奉請而來，當地又稱「霞城」，而原廟建於城南的「臨海門」一帶，因此人們就稱神像為「霞海城隍」。城隍廟被指定為第三級古蹟。城隍，是指城牆與護城壕，後來演變為城池的守護神，掌管陰間的司法，有如行政首長。民間認為城隍爺賞善罰惡，有求必應，極為靈驗，現城隍廟也擔任月下老人的工作，相當靈驗。2007年共有7,215對佳偶來答謝月下老人，促成好姻緣。霞海城隍祭典是每年農曆5月13日。諺語「5月門人看人」，指的就是大稻埕在慶典期間，人山人海的熱鬧場面。

「迪化街」是大稻埕最早的市街，它的位置靠近淡水河岸的碼頭，方便貨品起卸運輸，又保有適當距離，避免河水暴漲的災害。貨品上岸後，由後門送入店裡，經過整理或再製，便可直接在前門店面展示銷售。「迪化街」是台北市現存最完整也是最具歷史意義的老街，不但是大稻埕

最早的市街，而且從清末至今，都是大稻埕商圈的核心，一直保持著舊日的風貌和活躍的商業活動。迪化街是光復後，台北市各街道重新依大陸行政區域來命名，以新疆省會「迪化」來做名稱為「迪化街」。迪化街從清末到日據初期，以南北雜貨，茶行為主，進入日據中期，米業和布帛，中藥等，也逐漸占有一席之地。1910年，配合「市區改正」，道路取直拓寬，房屋的外觀有極大改變。從樸實的閩南式店鋪面，改做繁華的「巴洛克」(barroco)裝飾，形成今日的主要面貌。光復後，持續做為南北貨，中藥和布帛批發商集中地，並且同行逐漸聚集，是全省這三行業最大的批發零售市場。

## 三、迪化街中藥材批發中心

從城隍廟到民生西路口，這一段以前稱為「南街」，是現在迪化街中藥行最密集的地區，是國內中藥重要批發市場，也兼零售，可認識豐富的中藥材。「乾元行」初創時（1896年），迪化街上中藥行寥寥可數。當時，藥材是由南北貨業者兼帶而來，後來因藥材種類繁多，更需要專業人才判斷藥材品質的好壞，才與南北貨分開，自行從香港、上海、日韓等地進口。迪化街的中藥材普遍是師徒相傳，父子相授，「乾元行」即是典型傳統代表，許多學徒出師後，在附近租店開業，中藥行在南街一帶越聚越盛。在日據時期，迪化街一帶已是台北主要藥材批發地。光復後，經過數十年來的擴張，現已聚集100多家中藥行，其中90%是批發商，成為全省最大的中藥批發中心。

中藥材取自大自然，總數可達7,000多種，主要分為植物、動物和礦石3大類，



其中尤以植物類佔多數。一般中藥行為管理貯存的方便，會再細分出貴重的藥材和含有毒性的藥材等。植物類可供藥用的部份，包括從根、莖、外皮、葉、花、果實、種子等。現存中國最古老之本草書為漢代《神農本草經》，收載藥品共有 365 種，內容分上品 120 種，中品 120 種及下品 125 種。南北朝、梁代陶弘景編成《神農本草經集注》，共收錄 730 種藥物，南北朝雷斅著《炮灸論》記述各種藥物通過適宜炮灸，可以提高藥物的功效，減輕烈性或毒性，發展藥物加工炮製方法，後人尊稱此書為《雷公炮製論》。唐代由政府組織李勣、蘇敬等編寫《新修本草》（659 年）收錄中藥 844 種，於公元 659 年頒行，這是全世界最早的一部藥典學著作，比 1542 年出版的歐洲紐倫堡藥典要早 800 餘年。宋代唐慎微總結前人經驗，編著《經史證類備急本草》（1098 年），收錄 1,746 種中藥。明朝李時珍著《本草綱目》（1590 年）記載 1,892 種藥物，並附 11,000 種方劑，附圖 1,160 幅，為世界性影響的中藥學巨著。在十七世紀初就流傳國外，曾被譯成英、法、日、德、俄等數種文字，對世界醫藥學作出偉大的貢獻。

#### 四、出版「迪化街常見中藥 100 種」

中藥街在台灣有台北「大稻埕迪化街」，香港有「高陞藥材街」，韓國首爾有「京東藥令市場」，韓國大邱有「大邱藥令市場」等等。雖然大稻埕迪化街歷史至今有 157 年，有閩南特色及仿巴洛克式的建築特色，但房屋逐漸老舊，以致重建。部份尚保存原有建築風格，部份已採用現代建築，失去原汁原味的建築特色。雖然尚存迪化街，甚至整個大稻埕的繁榮，

逐漸轉移至大賣場、超市和百貨公司，但是由於台灣大稻埕迪化街有巴洛克建築的中藥材批發中心尚保留很好，也寄望迪化街中藥街繼續保留，並且繼承及發揚光大。等於年貨大節，與中國醫藥大學中藥資源學系畢業生陳大真書寫介紹「迪化街常見中藥 100 種」，使大家對於中醫藥更為認識，也呼應世界衛生組織 (WHO) 對於傳統醫學的重視及政策發展。



巴洛克風格建築中藥迪化街



大稻埕迪化街商圈



迪化街中藥批發行

# 中華民國中醫藥學會章程

立案證書字號：台內社字第八五八二三一六號

本會成立於民國四十二年五月廿四日  
六十二年六月三日第八屆第一次會員大會修正  
六十六年十月卅日第九屆第一次會員大會修正  
七十年五月廿四日第十屆第一次會員大會修正  
七十八年八月廿日第十二屆第三次會員大會修正  
八十七年六月廿八日第十五屆第一次會員大會修正  
八十八年六月廿一日第十五屆第二次會員大會修正  
九十九年六月廿日第十八屆第一次會員大會修正

## 第一章 總 則

第一條：本會定名為中華民國中醫藥學會，對外得簡稱為中華中醫藥學會。（以下簡稱本會）

第二條：本會以發揚中醫藥學術，匯通世界醫藥文化，促進人類醫療保健為宗旨。

第三條：本會會址設於中華民國中央政府所在地。

第四條：本會得於各省縣市設立分支會，其章程通則另定之。

## 第二章 任 務

第五條：本會之任務如下：

1. 關於中醫藥學術問題之研究事項。
2. 關於中醫藥學術文化之宣傳事項。
3. 關於國際醫藥之匯通事

項。

4. 關於中醫藥救護工作之策動事項。
5. 關於中醫藥機構建立之協助事項。
6. 關於中醫藥團體之協助事項。
7. 關於醫藥衛生之建議事項。
8. 關於中醫藥教育、中醫院、中藥廠之建立協助事項。

第六條：凡中醫師及中藥從業人員，對中醫藥學術素有研究而有成果表現者，經會員二人之介紹，常務理事會之通過，得為本會會員。

第七條：凡對中醫藥學術有深刻研究或傑出表現之個人或團體，得參照第六條之規定為本會個人會員或團體會員。



第八條：會員之權利如下：

1. 發言權及表決權。
2. 選舉權及被選舉權。
3. 其他本會所規定應享之權利。

第九條：會員之義務如下：

1. 遵守本會章程。
2. 服從本會決議。
3. 繳納本會會費。
4. 擔任本會所指派之任務。

第十條：會員退會應申述理由，經常務理事會之核准。

第十一條：會員違反本會章程，或有其他不法情事致妨礙本會名譽信用者，得經理事會之議決，按其情節之輕重，予以警告停權或除名之處分。

第十二條：會員被除名後須繳還一切會員憑證，並繳清一切欠費，已繳各費概不退還。

## 第三章 組 織

第十三條：本會以會員大會為最高權力機構，在會員大會閉會期間，由理事會代行其職權。

第十四條：本會設理事二十七人、候補理事九人，監事九人、候補監事三人，由大會選舉之，組織理事會監事會。

第十五條：本會得聘請名譽理事長

名譽理事及顧問。

第十六條：本會理事會互選常務理事九人，組織常務理事會；理事長由理事就常務理事中選舉之，負責主持日常一切事務。

第十七條：本會監事會互選常務監事三人，組織常務監事會，監事長由常務監事互選之，負責主持日常一切事務。

第十八條：本會得設各種委員會，各設正副主任委員一人，委員若干人，均由理事長提請常務理事會通過聘任之。

第十九條：本會理事會下設秘書長一人，副秘書長三人，秘書三人，幹事若干人，由理事長提請常務理事會通過聘任之。受理事長之指導，處理日常事務。

第二十條：本會理監事及正副秘書長均為義務職。

第二一條：理監事任期均為四年，連選得連任之。理事長之連任以一次為限。理監事中途出缺時，由各該候補人依次遞補之。

## 第四章 職 權

第二二條：會員大會之職權如下：

1. 審議理事會監事會之



會務報告。

2. 通過本會章程。
3. 選舉理監事。
4. 其他重要事項之決定。

第二三條：理事會之職權如下：

1. 指導並處理日常事務。
2. 召集會員大會。
3. 執行會員大會決議。
4. 辦理理監事會移付執行案件。

第二四條：常務理事會之職權如下：

1. 指導並處理日常事務。
2. 執行理事會決議。
3. 編造經費預算。
4. 召集理事會議。
5. 核准會員入會。

第二五條：理事長之職權如下：

1. 執行常務理事會決議。
2. 處理日常會務。
3. 對外代表本會。

第二六條：監事會之職權如下：

1. 稽核本會收支帳目。
2. 審核業務進行狀況。
3. 考核職員工作成績。

第二七條：常務監事之職權如下：

1. 執行監事會之決議。
2. 召集監事會議。
3. 處理監事會日常會務。

## 第五章 會議

第二八條：本會會員大會每年開會一次，如理事會、監事會認為必要或會員五分之一以上之請求時，得

召開臨時大會。

第二九條：本會理事會每六個月開會一次，常務理事會每三個月開會一次必要時得召開臨時會議。

第三十條：本會監事會每六個月開會一次，必要時得召開臨時會議。

第三一條：理事會監事會如遇必要時，得由常務理事會或常務監事會一方之建議，而經雙方同意時，得由理事長召集理監事聯席會議。

第三二條：理事會監事會開會時，候補理事候補監事均得分別列席：如遇理事有缺席時，並得分別依次遞補，並有臨時表決權。

## 第六章 經費

第三三條：本會經費分三種：

1. 會費一分入會費及年費二種，入會費每個人會員繳納新台幣參仟元，每個團體會員繳納新台幣伍萬元，於入會時繳納之。年費每個人會員每年壹仟伍佰元，每個團體會員每年壹萬元正，於每年度開始時繳納之。
2. 自由捐—會員自由認



捐。

3. 補助費—遇本會經費不敷支配而致虧空或有其他特別開支時，須經會員大會議決設法籌措之。但如有急迫需要時，得由理監事聯席會議議決設法籌措後，提會員大會追認之。

第三四條：本會經費之收支，須編報會員大會追認。

第三五條：本會解散或撤銷時，其剩餘財產應依法處理，不得以任何方式歸屬於個人或私人企業所有，應歸屬於自治團體或政府所有。

第三六條：本會各項辦事細則另定之。

第三七條：本章程經會員大會通過，呈請內政部核準備案施行，修改時亦同。

# 中華民國中醫藥學會新會員入會簡則

本會成立於民國四十二年五月廿四日  
立案證書字號：台內社字六七六四六九號

- 一、依據：本會章程第六條、第七條。
- 二、入會資格：中醫師、中醫藥從業人員及對中醫藥學術有深刻研究而有傑出成就者。
  - 癌症研究委員會、傳染病研究委員會、針灸學研究委員會、民俗療法研究委員會、兩岸交流發展委員會。
- 三、入會手續：
  - (1) 須經本會會員二人介紹，始得入會。
  - (2) 填具入會申請書一份，附繳二吋半身相片四張，身份證影本一份，並提供驗方一則，親至本會辦理申請，申請書及驗方表請向本會索取。
  - (3) 遠道者可委託本會會員代為到會辦理，不接受通信申請。
  - (4) 繳費：入會費三、〇〇〇元，年度會費一、五〇〇，捐金五、〇〇〇元，一次繳清，爾後每年繳納常年會費。
  - (5) 經本會常務理事會審查通過後，發給中英文會員證書及研究委員聘書。
  - (6) 本會設下列學術研究委員會，請會員擇一參加：
    - 藥物學研究委員會、方劑學研究委員會、診斷學研究委員會、生理學研究委員會、病理學研究委員會、內科學研究委員會、婦科學研究委員會、兒科學研究委員會、外科學研究委員會、傷科學研究委員會、五官科學研究委員會、痔科學研究委員會、神經精神科研究委員會、
- 四、本會會址設在  
台北市青島西路 11 號 3 樓  
電話：(02)2314-0359。  
郵政劃撥帳戶號碼：00036907 中華民國中醫藥學會戶。
- 五、本簡則如有未盡事宜得隨時修訂之。
- 六、本簡則經理事會通過後，自八十五年一月一日起實施。





# 中華民國中醫藥學會會員名錄

方淑珍	鄭金益	何志韶	沈世凱	林振達	皇甫建中
王承源	鄭錦坤	何金火	沈昆金	林根旺	范姜新煙
余婉如	鄭鴻孟	何國昭	沈樹木	林益誠	范春梅
余慧君	謝君旺	何進益	卓天鎮	林悉玄	范誠達
李淞睿	謝堯墻	余世村	卓玉玲	林清泰	倪文貴
林文彬	謝樹圖	兵采芹	卓佩君	林淑貞	倪克清
林和平	簡士凱	吳欣樺	卓掌權	林祥壽	徐樹
林金生	顏燦林	吳淑女	卓播儒	林連興	徐坤榮
林素貞	羅振文	吳朝慶	卓錫裕	林晴朗	徐金光
侯樹三	方貴蘭	吳詹阿玉	卓羅麗玉	林欽裕	徐發球
姜德福	王文雄	吳慶仲	周永俊	林進中	徐燈瑩
徐必德	王民堂	吳鴻麟	周基柱	林睿紘	翁國人
張家瑜	王旭立	吳瀛洲	林盞	林慶厚	翁銘權
張素禎	王志忠	呂禮知	林天樹	林憲清	高巧姿
張嘉松	王怡芳	宋美榮	林文松	林濱雄	高泉益
莊守豐	王明村	李文貴	林本彰	林鎮國	高陳順潤
郭助三	王振東	李木村	林西亮	林蘭丰	涂南
郭登文	王國晋	李兆榮	林志商	邱助	涂國臻
陳吉陣	王智玄	李志榮	林秀	邱戊己	常少偉
陳俊明	王瑞參	李宗興	林育志	邱定	康全村
陳風城	王德清	李明賢	林享勇	邱芳章	康明堂
曾馨儀	王澤林	李松根	林宗寬	邱連聰	康清東
楊熊助	田瑞昌	李信志	林明儀	邱鼎龍	張文東
葉義男	白明鈿	李振鏗	林俊雄	姚貴文	張正俊
董延齡	吉永安	李海如	林彥鈇	洪文樺	張石龍
詹秀蘭	朱金水	李益芳	林皇光	洪書能	張次郎
詹益能	朱錫元	李清山	林茂男	洪連登	張明松
劉坤楷	江春秋	李深浦	林茂榮	洪進興	張芳添
鄭存喜	江新發	李詩文	林展弘	洪興贊	張阿波

張炳祥	陳江秀線	游添進	葉明雄	鄭易宗	魏秋明
張振煌	陳志芳	游博明	葉琳明	鄭明來	羅文琪
張海深	陳佳成	買評貴	詹周林	鄭朝男	竇德敏
張偉慶	陳宜華	辜載讚	詹金水	鄧安中	蘇炳南
張國寶	陳俊明	黃久娟	詹阿烈	盧永嵐	鐘文良
張強	陳秋輝	黃文通	詹理惠	盧永燦	葉桂貞
張紹樑	陳致全	黃世銘	詹萬光	盧良德	
張勝利	陳致彰	黃吉成	詹輝次	蕭武雄	
張勝雄	陳致福	黃老居	廖世輝	賴玉堂	
張景堯	陳振聲	黃其昌	廖春松	賴羿妃	
張朝鈞	陳翁連信	黃明元	廖德易	賴酒流	
張福元	陳清松	黃松梅	廖慕堯	賴深明	
莊文欽	陳清標	黃金峰	管治川	賴楚卿	
莊志信	陳翊鳳	黃俊仁	趙其倫	賴賜	
莊育誠	陳朝明	黃南興	劉柄榮	賴鎮源	
莊良夫	陳欽銘	黃建業	劉美華	戴文斛	
莊振國	陳善明	黃春田	劉崇元	戴秀霞	
莊義雄	陳鈞榕	黃秋陽	劉清山	戴進福	
許世金	陳義信	黃英助	劉朝宗	戴漢堂	
許延年	陳榮斌	黃國書	劉黃美珠	謝世宗	
許阿景	陳福行	黃進興	劉新松	謝東岳	
許聯議	陳潮宗	黃萬基	劉義雄	謝振文	
連讚興	陳曉義	黃銀堂	劉嘉雄	謝榮輝	
郭一夫	陳躍升	黃蘭惟	劉漢魂	謝耀林	
郭明亮	章信雄	楊文祺	劉德富	鍾金標	
郭登元	彭主榮	楊金來	劉德貴	鍾益正	
陳 村	彭武成	楊國治	蔣滌墻	簡玉燕	
陳文程	彭國霖	楊通河	蔡文貴	簡阿明	
陳正杰	曾土水	楊賢鴻	蔡長裕	簡春霞	
陳光暉	曾全安	楊錦華	蔡進添	闕王美玉	
陳成章	曾昆華	葉宏明	鄭介恩	魏吉恒	
陳江全	曾炳山	葉尚義	鄭文祥	魏明鳳	



## 廠 商 名 錄

廠商：國科生技製藥(股)公司

地址：桃園縣龍潭鄉三水村大北坑 50 號

電話：(03)479-3146

傳真：(03)479-4781

網址：www.kuoko.com.tw

E-mail：gabriel@kuoko.com.tw

服務項目：濃縮科技中藥、傳統丸散膏丹、

OTC 成藥、健康食品、專業代工

聯絡人：顧煜瑩

廠商：順天堂藥廠股份有限公司

地址：台北市羅斯福路 2 段 11 號 3 樓

台北經銷：順吉成實業有限公司

地址：台北市重慶南路 3 段 114 號

電話：(02)2332-5962~3

網址：www.sunten.com.tw

服務項目：濃縮科學中藥、安全藥材、丸劑、

保健品

連絡人：盧惠蕊、何傳福

廠商：勸奉堂製藥股份有限公司

地址：桃園縣龍潭鄉三水村大北坑 50 號

電話：(03)479-3146

傳真：(03)479-4781

網址：www.ox-brand.com

E-mail：webmastert@ox-brand.com

服務項目：濃縮科學中藥、保健食品、散劑、

單味粉末、丸劑、濃縮丸劑、錠劑、

濃縮錠劑、藥酒劑、傷劑、膠塊劑

(勇骨龜鹿膠)、膠囊劑、外用劑、

軟膏劑

聯絡人：蔡岱原、呂豐吉

廠商：銓崧實業有限公司

沅芳中藥有限公司

地址：台北市士林區社中街 390 號

電話：(02)2811-3427

傳真：(02)2388-4112

服務項目：中藥材進口、炮製飲片銷售

聯絡人：黃奇全



廠商：勝昌製藥廠股份有限公司  
地址：台北市和平西路 2 段 56 號  
電話：(02)2301-1268  
網址：www.herb.com.tw

服務項目：中藥濃縮製劑、濃縮顆粒劑、濃縮錠劑、一般丸劑  
聯絡人：陳忠益、李俊賦

廠商：生春堂製藥工業股份有限公司  
地址：台南縣永康市興工路 6 號（永康工業區）  
電話：(06)232-5155  
網址：www.shengchun.com  
E-mail：sct@herbalmed.com.tw

服務項目：GMP 科學濃縮中藥、丸劑、痠痛貼布、軟膏、噴劑、液劑、膠囊、錠劑及同劑型保健食品。美容保養品、清潔用品 OEM、ODM。  
聯絡人：鄭育修

廠商：港香蘭藥廠股份有限公司  
地址：台北市南京西路 274 號  
電話：(02)2552-3365、0800-317317  
傳真：(02)2550-3820  
E-mail：kpt@kaiser.com.tw

服務項目：GMP 濃縮中藥、細顆粒、錠、丸散、保健食品、茶包。  
聯絡人：徐玉卿

廠商：科達製藥股份有限公司  
地址：台北市士林區磺溪街 47 巷 20 號  
電話：(02)2833-1806  
傳真：(02)2834-1353  
網址：www.koda.com.tw/

服務項目：濃縮科學中藥、濃縮顆粒劑、濃縮錠劑、丸劑、保健食品、天然物化粧品。  
聯絡人：林虹好、黃震宇、林彥昌

廠商：莊松榮製藥廠有限公司  
地址：台北市民權東路 3 段 106 巷 15 弄 16 號  
電話：(02)2546-0199、0800-039039  
傳真：(02)2546-0133  
網址：www.csz.com.tw

服務項目：高濃度科學中藥藥劑、丸劑、細粒。  
聯絡人：莊孝武、戴坤煌



廠商：天明製藥股份有限公司	
地址：台北市民權東路3段106巷15弄16號	服務項目：
電話：(02)8521-8883、0800-866889	1. GMP 科學濃縮中藥、丸劑、OTC 產品
網址：www.timing-pharmacy.com	2. 痠痛藥布、青草膏、噴劑、推油
E-mail：service@timing-life.com	3. 天明資訊中醫醫療軟體
	4. 診所開業資訊與物流供應
	聯絡人：許育珮

廠商：莊松榮製藥廠有限公司	
地址：新北市新莊區中山路1段67號13樓	服務項目：高濃度科學中藥藥劑、丸劑、細粒。
電話：(02)2546-0199、0800-039039	聯絡人：莊孝武、戴坤煌
傳真：(02)2546-0133	
網址：www.csz.com.tw	

廠商：天一藥廠股份有限公司	
台北辦事處：新北市永和區保安路156號	服務項目：GMP 科學中藥、錠劑、傳統丸劑、
電話：0800-800616	女性調理、健康管理、樂活茶飲、
傳真：(02)2925-5677	養生點心、保健食品系列。
E-mail：tiani@tian-i.com.tw	聯絡人：陳俊凱、周奇璋

廠商：六鵬貿易股份有限公司	
地址：新北市中和區民德路394號2樓	3. 排便順暢乳酸菌（便秘）
電話：(02)2958-8790、0910-465716	4. 天然草本消炎、止癢、抗過敏益生菌軟膏（不含西藥）
傳真：(02)8954-1618	5. 中醫調劑糖粉
E-mail：hung.kuoshan@msa.hinet.net	6. 草本潤喉錠
服務項目：	聯絡人：柯茂杞
1. 天然保健營養產品	
2. 抗六大過敏益生菌	



廠商：亞莫士股份有限公司

地址：台北市大安區信義路 2 段 230  
號 1105 室

電話：0800-580898

網址：www.amos.com.tw

E-mail：service@amos.com.tw

FB 粉絲專頁：<http://www.facebook.com/amosfans/>

服務項目：

1. “有身分” 科學煎藥專用中藥飲片
2. “有認證” 藥液分包專用膠膜
3. “有認證” 科學中藥粉專用分包紙
4. “韓國原裝” 神氣灸組
5. “韓國原裝” 科學煎藥機、煎藥分包機
6. “日本原裝” 科學中藥粉專用分包機
7. 生命能量水生成機

聯絡人：張榮棋、何峻宇、丁義峰

廠商：文盛彩藝事業有限公司

地址：台北市和平西路 1 段 150 號 4  
樓之 2

電話：(02)2301-7980

傳真：(02)2332-1644

E-mail：ws.art@msa.hinet.net

服務項目：廣告設計、雜誌編排、印前製作、  
彩色印刷、一貫作業

聯絡人：黃樹風

廠商：知音出版社

地址：台北市金山路 2 段 159 巷 15 號  
1 樓

電話：(02)2393-3505

傳真：(02)2397-2127

E-mail：jyin@ms31.hinet.net

服務項目：中醫藥專業圖書出版

聯絡人：何志韶



4/4      ♩ = 112

### 中 醫 師 頌

詞：李明泰·吳元劍  
曲：郭金發

|| 3 2 3 5 6 5 | 6 ——— | 5 6 5 3 2 3 | 6 ——— |  
 ↓ 5 6 1 6 1 2 | 1 2 3 2 3 5 | 6 1 6 5 3 5 | 6 ——— ||

|| 3 6 3 1 | 2 ——— | 2 1 2 6 3 2 | 3 ——— |  
 濟世研岐黃                      生民萬世崇

| 2 3 6 1 6 | 1 6 ——— | 6 1 6 1 6 5 | 6 ——— |  
 病因時在握                      醫理竹成胸

| 6 1 6 — | 1 2 5 3 3 | · 5 3 3 — | 5 3 6 — |  
 論醫聖              推仲景                      稱藥帝              頌神農

| 1 6 1 6 6 | 6 1 2 3 — | 2 1 2 5 3 | 3 2 1 2 — |  
 功佐良相              延人壽                      為民保健作先鋒

| 6 1 6 6 3 | 2 1 2 — | 6 1 1 6 1 6 | 1 5 6 — |  
 術德回春              無畛域                      仁心救苦              有溫恭

| 3 — 2 — | 3 6 — — | 3 5 — 2 — | 3 — — — |  
 天 地              立 心                      民 立              命

| 2 — 3 — | 6 1 — — | 5 — 3 — | 3 6 — — — |  
 拯 溺              扶 危                      展 笑              容

| 3 3 5 6 — | 5 3 — — — | 5 5 3 2 — | 3 — — — |  
 杏林花              發                      橋井泉              香

| 5 — 6 — | 6 5 3 — — || 1 — 5 — | 6 — — — ||  
 中 醫                      國 粹                      永 流              芳

|| 1 — — — | 5 — — — | 6 — — — | 6 — — 0 ||  
 永                      流                      芳

## 中華民國中醫藥學會第十八屆理監事會

理 事 長	邱戊己
常 務 理 事	董延齡 陳欽銘 張景堯 江新發 陳秋輝 陳風城 林素貞 王瑞參
理 事	林淑貞 卓掌權 陳俊明 張家瑜 林文彬 張福元 邱 定 劉義雄 詹益能 白明鈿 賴深明 陳朝明 卓錫裕 何志韶 葉桂貞 簡玉燕 宋美榮 陳躍升
監事會召集人	陳志芳
常 務 監 事	郭明亮 翁銘權
監 事	辜載讚 賴玉堂 黃其昌 朱金水 謝世宗 顏燦林
秘 書 長	趙 琨
副 秘 書 長	陳清標 許延年 蔡新富
秘 書	吳瑞玲

---

## 中華民國中醫藥學會成立六十週年紀念專刊編輯委員會

召 集 人：	邱戊己
副召集人：	陳志芳
編輯顧問：	陳成章
總 編 輯：	陳俊明
副總編輯：	董延齡 陳欽銘 張景堯 陳秋輝 陳風城 林素貞 王瑞參 郭明亮 翁銘權
編輯委員：	林淑貞 卓掌權 陳俊明 張家瑜 林文彬 張福元 邱 定 劉義雄 詹益能 白明鈿 賴深明 陳朝明 卓錫裕 何志韶 葉桂貞 簡玉燕 宋美榮 陳躍升 辜載讚 賴玉堂 黃其昌 朱金水 謝世宗 顏燦林 趙 琨 陳清標 許延年 蔡新富
執行編輯：	蔡新富



唐 孫思邈 千金方：

凡大醫治病，必當安神定志，

無欲無求，先發大慈惻隱之心，

誓願普救含靈之苦，

若有病厄來求救者，

不得問其貴賤貧富，

長幼妍媸，怨親善友，

華夷愚智，普同一等，

皆如至親之想。

亦不得瞻前顧後，

自慮吉凶，護惜身命。

見彼苦惱，若己有之，

深心悽愴，勿避嶮巖，

晝夜寒暑，飢渴疲勞，

一心赴救，無作功夫形迹之心，

如此可為蒼生大醫。

國家圖書館出版品預行編目資料

中華民國中醫藥學會成立六十週年紀念專刊 / 邱戊己、陳俊明主編，  
-- 初版 -- 臺北市：中華民國中醫藥學會，民 101

面；公分。

參考書目：面

ISBN 978-986-80418-1-3 (平裝)

1. 中醫文獻、中醫藥論文

版權所有 · 翻印必究

---

---

## 中華民國中醫藥學會成立六十週年紀念專刊

中華民國中醫藥學會  
台北市青島西路 11 號 3 樓  
電話：(02)2314-0359

發行人：邱戊己

主編：陳俊明

出版者：中華民國中醫藥學會

地址：台北市青島西路 11 號 3 樓

電話：(02)2314-0359

傳真：(02)2314-0559

郵撥帳號：〇〇〇三六九〇七

印刷者：文盛彩藝事業有限公司

地址：台北市和平西路一段 150 號 4 樓之 2

定價：新台幣 500 元

中華民國一〇一年十一月出版

ISBN : 978-986-80418-1-3 (平裝)

---

---

回目錄