

(b) 宣明地黃飲子：

熟地黃，山萸肉，五味子，肉蓯蓉，石斛，麥冬，石菖蒲，遠志，茯苓，肉桂，炮附子，巴戟天，薄荷各等分。

研末，每服三錢，生薑五片，大棗一枚，煎服。

(c) 王清任補陽還五湯：

黃芪四兩，歸尾二錢，赤芍一錢半，地龍一錢，川芎一錢，桃仁一錢，紅花一錢，水煎服。

上述處方只是中醫治療對高血壓症經驗的一斑，其療效及作用機轉都未能明確瞭解，其一部分藥物有抑制中樞神經系統和降低血壓的作用，重點介紹於下：

(a) 當歸：當歸 (*Angelica Sinensis*·D.) 根含有 0.2% 揮發油，對大腦有鎮靜及麻醉作用，並能使血壓及體溫下降，脈搏徐緩，每日可用 5—10 克，煎服，或用酊劑。

(b) 鈎藤：鈎藤 (*Uncaria rhynchophylla*·M.) 含有鈎藤鹼其化學構造式與育亨賓 (*Yohimbin*) 相似，能擴張周圍血管，使血壓下降，每日可用 3—10 克，煎服。

(c) 天麻：天麻 (*Gastrobia elata*·B.) 為眩暈及頭痛的特效藥，並治因中風而起的上下肢知覺純麻及言語障礙，每日可用 3—6 克，煎服。

(d) 川芎：川芎 (*Cnidium officinale*·M.) 根含川芎酸、川芎酯等有機物質，能使大腦皮質活動抑制、大量能麻痺中樞神經使血壓下降，每日可用 5—10 克，煎服，或用酊劑。

(2) 降低血壓藥：

✓(a) 黃芩：黃芩 (*Scutellaria baicalensis*·G.) 根含黃芩素，在臨牀上能消除高血壓症的主觀症狀並有降低血壓的療效，190/110 毫米水銀柱的高血壓患者，能降低到 135/60 毫米水銀柱。190/95 毫米水銀柱，降低到 140/80 毫米水銀柱，這種降壓作用可能由於對植物性神經影響而起，對惡性高血壓症無效，每日 5—10 克，煎湯分服或用酊劑，每次 1—2 c. c.，每日三次。

(b) 夏枯草：夏枯草 (*Penzeria lanata*) 全草含有苦味質，膽鹼，鉀鹽，其水浸出物能消除高血壓症不愉快的主觀症狀，並能使高血壓持久下

降，每日 5—10 克煎湯分服，或用酊劑，每次 1—2 c. c.，每日三次。

(c) 杜仲：杜仲 (*Eucommia ulmoides*) 樹皮含有樹膠質，小量對中樞神經有興奮作用，大量反呈抑制現象，同時有利尿作用，並使血壓持久性下降，其降壓作用係抑制血管運動中樞及興奮迷走神經的結果，杜仲酊 (10%) 次每 1.5 c. c. 每日三次。

(d) 蚯蚓：蚯蚓 (*Lumbricus Spencer*) 又叫地龍，其含氮成分有降低血壓作用，每次 5—10 克，煎湯內服。

其他有降低血壓的中藥，例如鼠麴草 (*Gnaphalium uliginosum*)，益母草 (*Leonurus Villosum* L.) 地錦 (*Euphobia humifusa*·W.) 槲寄生 (*Viscus album*, L.) 等。

但在高血壓症的治療上，中醫尚無應用的經驗。

(乙) 中醫對高血壓症除藥物治療外尚有針灸療法，據針灸醫師高鳳桐、孫振寰經驗：比較有效的刺激點為天柱，曲池，合谷，足三里，陽陵泉等穴，如暴發中風，可刺十宣穴出血，其他如用熱水洗腳，使下肢充血，以誘導頭部的血液下行，而減輕主觀症狀。

三、結語。

1. 中醫對高血壓症的本質雖無認識，而對其臨牀症狀已早有認識，並且認為高血壓症的原因是由於勞心 (用腦) 過度及情緒過於激動所致，和蘇聯先進醫學高血壓症的病原論非常接近，因此中醫在醫治這種病症時，用言語撫慰患者的措置也是極其合乎科學的。

2. 中醫對高血壓症的治療經驗比較豐富，特別是中藥治療，而且也採取鎮靜療法與蘇聯睡眠療法的原理暗合，降血壓的藥物如黃芩，夏枯草，杜仲等已被蘇聯醫界所採用，其他如牡蠣，石決明，鈎藤，天麻，桑葉，菊花，羚羊角，地錦等，似有進一步研究及加以利用的價值。

3. 針灸療法：原為調節神經系統機能的民族醫療形式，對高血壓症治療有一定的功效。

* 編者按：本文係朱顏醫師在中華醫學會高血壓症座談會上的發言手稿，已投中華醫學雜誌發表。

中 醫 疾 病 新 論

姜春華 吳挹青*

中 風

風為百病之長。故其發也暴。本病初起即卒

然仆倒，昏不知人，痰涎壅塞，口眼喎斜，面如赭妝，四肢不遂。昔人於此症有真中類中之分；蓋以賊風邪風所中者為真，痰火食氣所發者為

類。金匱中分此病爲四証：曰中經，曰中絡，曰中府，曰中臟，其說較當，大抵口眼喎斜，肌膚不仁者，邪中絡也。左右不遂，筋骨不用者，邪中經也。昏不識人，便溺阻滯，邪中府也。神昏不語，唇緩涎出，邪中臟也。

凡診此病見口開者心絕，目合者肝絕，手撒者脾絕，鼾睡者肺絕，遺溺者腎絕。又有搖頭上竄，汗出如油，脈大無倫，或小如蠶者不可治。

平人四十後如覺大指次指麻木，或不用者，三年內必有中風之患。宜養氣血，節飲食，戒七情，遠色慾以攝生。

按：中風一症古人有真類之別，其爲病也，猝然昏倒，人事不省，痰聲如鋸，手足攣攣，或竟尿屎交流，心膈或呼吸麻痺遂至於死。有幸而蘇醒者，則半身不遂，貞疾延年，（亦有半年內能全愈者）大抵十年之內病必再發，再發則每不救。金元間醫家之論中風者，東垣主虛，河間主火，丹溪主痰，皆悞以藥效爲病因。故所見殊異，至於真中類中，屬氣屬血，入臟入府，諸項則又因患者體質及其所患之原因與部位之不同耳。攷之西說卒中則相當於腦出血，類中則可能爲腦充血、腦貧血、及延髓疾患等。腦出血之故多緣於動脈硬化破裂。而血壓亢進，憤怒，飽食，嗜酒，溫浴，皆足爲出血之誘因。此外梅毒、腎臟炎，萎縮腎等，有損於動脈者，亦可促其發生。腦出血之病灶大小不等，血塊通常大如胡桃，溢流外出之血因破壞腦組織發生機化作用，呈紅棕色，腦組織爲血塊所壓迫，周圍產生浮腫，腦壓增加，急性期過後腫消血塊被吸收，壞去之組織爲吞噬細胞移去，由增生神經膠質細胞及結締組織將空填起。腦之各部均可出血，惟以內囊爲最常見。大腦皮質因受出血之壓迫故知識昏蒙，及出血歇止，病灶收縮，崩壞物漸被吸收大腦皮質之壓迫輕減，則病人轉醒，因運動神經之神經纖維皆出自大腦兩半球之皮質，由皮質之下向後至延髓脊髓交界處，大部分左右交叉於脊髓兩側至運動神經細胞核而終止，由此再生新纖維出離脊髓而分佈於全身隨意運動之器官，此即末梢性運動路徑。上肢之末梢運動路徑出自頸髓胸髓，下肢末梢運動路徑出自腰髓，薦骨髓，因此之故病在大腦半球則對側之半身不遂。若病灶不消滅，則喎僻不遂之半身終不能恢復。肌膚不仁者爲知覺神經麻痺，緣知覺神經之纖維常與運動神經之纖維混於一處，其中樞亦在大腦故不遂之半身常不仁，舌難言口吐涎者，舌下神經及顏面神經麻痺也。在卒中發生時決不可輕視。凡昏迷長久，體溫持續下降，或突然昇騰者，及兩側全癱者，豫後不佳。昏迷中併發肺炎者更危。此症之死亡多在發病起三日內，若此期能體溫下降，意識清醒，則豫後佳良。恢復後遺留頭痛，記憶力減

退，及各種病灶病狀，如常見之部分或全部之偏癱使病灶對側之上下肢、顏面及舌之運動癱瘓，癱肢肌肉萎縮有時並有失語症等。其癱瘓能恢復多在一月之內完成。若此期不能恢復，則多爲永久性矣。然每多中風發作以後幸而醒覺，漸次趨向於恢復，不期中風再度侵襲，以至於死亡之例亦多。有時卒中症狀並非急劇，乃徐徐出現，如最初僅爲精神異常，及偏側上下肢痿弱，經若干時間後，乃陷於完全麻痺而不省人事，此即所謂緩慢性或遷延性卒中發作。重症卒中發作之外亦有輕症發作者，此際病人僅一時不省人事，或有眩暈頭痛之感而已。卒中發作後一日乃至二日發生炎症反應，其時出血灶周圍有炎症現象，體溫亢進上昇攝氏二度以上，並有譫妄嗜眠等症，且屬於麻痺肢發輕微之痙攣，間或有疼痛。此爲近世科學醫學對此病之綜概，往昔中醫於此病雖對病因說理聚訟紛紜，而臨床治療處方用藥，若大黃之誘導，峇連之降輯，羚羊角、玳瑁、鉤藤勾等之鎮靜，細求之未嘗不衷於學理。至若賊風、邪風、真中、類中之幻玄則又匪夷所思焉。

傷 風

六氣襲人深者爲中，次者爲傷。凡人坐臥當風，或起居失於衣被，風邪之氣從毛孔及鼻中而入，所感者淺，在於經絡腠理之間。故腠理疏者善病風，其症惡風有汗，脈浮頭痛，鼻塞聲重，鼻涕時流，咳嗽痰多，或憎寒發熱，甚則有見嘔吐下利胃呆等症，因其人衛氣有疏密故感冒有深淺，而見症有輕重。

又風熱之邪上干於腦，則鼻流濁涕，頭痛鼻塞。病深則鼻孔熱而痛，涕流穢氣，且有見鼻衄者。

按：本症即普通所稱之感冒，其病因西說爲濾過性病毒，侵襲上呼吸道粘膜，使局部粘膜抵抗力減退，遂予原寄存於呼吸道之細菌以侵入之機會。故濾過性病毒多爲原發感染，隨以細菌之續發感染而發病。典型之病變乃上呼吸道或鼻副竇之加答兒炎症。病變多由一病灶開始，然後蔓延至其他部位，局部粘膜常引起血管擴張，使鼻海綿組織充血而腫脹。粘膜發炎而變厚，上蓋多量之漿液性分泌物，繼則變成膿性液體。因病變部毒性產物之吸收，則產生全身性症狀。本病極易傳播，普通在病人症狀前數小時及發現症狀後最初一二日傳染力最強。嗣後其力則漸減。傳染多緣患者之噴嚏、咳嗽、痰、涕，揚起之飛沫而傳染於人。本病多發於冬季、晚秋、與早春，氣候急遽變化之受寒及過勞，與潮濕等因素不能直接造成傷風，但能使局部或全身抵抗力減低，予濾過性病毒或細菌以侵入之機會。故僅可爲傷風之誘因耳。中醫古說因見此病初起之侵犯鼻粘膜，

及全身症狀之憎寒發熱，而以爲病由鼻孔與毛竅而入也。西說更別傷風與流行性感目爲二病，中醫注重証候之治療故每相混。考流行性感冒與傷風極相似頗難加區別。一般而論流行性感冒多伴有嚴重之毒血症現象，且具有大流行之特徵。傷風中如鼻炎持續十日以上者則可能已蔓延爲鼻副竇炎，故有發紅腫脹，流出帶臭味之膿性及粘性鼻涕，此則中醫所謂風熱上干於腦之鼻淵。其實鼻副竇炎之成每有由外傷、鼻內手術、及某些傳染病牙齒病等所引起，非僅由傷風所誘起也。

瘰

瘰風勝之病也。形其強直謂筋之收引緊急而不舒，其症身熱足寒，頸項強急，頭獨搖，腰反折，手足抽搐，牙關緊閉，其病在筋。筋者血之所榮，外爲風寒濕熱之邪所中則成瘰。風散氣，故有汗而不惡寒曰柔瘰。寒滯血，無汗而惡寒曰剛瘰。原其所因多由亡血傷陰，筋無所養，故邪得以襲之。因此傷寒汗下過多，與夫病瘡人及新產婦人每易成此疾也。故宜滋營液以治本，疏風濕以治標。

薛立齋曰：「瘰以有汗無汗辨剛柔，又以脈逆不脈逆辨陰陽，仲景雖曰瘰皆身熱足寒然陽症不脈逆，其脈逆者皆陰症也。」

按：以近世科學醫言，瘰係一種症狀而非一獨立之病。舉凡神經系疾患，及數種傳染病均可見此症狀，中說之剛柔二瘰，皆以項背強爲主症，此不過項背間末梢運動神經之麻痺。瘰攣則因血燥津傷神經失於營養之故。血之所以燥津之所以傷，則因感受外邪或傳染病之故，千金所謂：「太陽中風重感於寒濕則變瘰是也。」至於新產婦人，金瘡，小兒腦風小兒風瘰等，則該破傷風與腦脊髓膜炎混同列論，殊不當。破傷風由破傷風桿菌傳染，主要之傳染途徑爲創傷，故老法不知消毒之接生，其產婦與嬰兒易於感染，侵入之破傷風桿菌所分泌之毒素與運動神經末梢及脊髓的前角細胞相結合，致使全身肌肉產生強直性之瘰攣。古人不知病原菌，故金匱以爲瘡家之瘰由誤汗所致。巢氏病源更以爲金瘡之瘰由中風中水所成也。

痺

痺者：因經絡之氣血爲邪所閉不得通行而爲病也。內經痺論曰：「風寒濕三氣雜至爲痺」凡風勝者爲行痺。行痺爲痛無定處之症；蓋風性善行數變也。寒勝者爲痛痺，痛痺爲痛有定處苦楚之証；因受寒邪氣血凝滯不通，故不通則痛。濕勝者爲着痺；着痺爲肢體重而頑木微疼之症，因經絡受濕，濕邪留滯於經絡而不泄。凡行痺、着痺，其知痛知癢者易治。

內經又以四時與五臟而分五痺，如冬得之爲骨痺，春得之爲筋痺，夏得之爲脈痺，長夏得之爲肌痺，秋得之爲皮痺，若五痺久不愈復重感於邪則各傳其臟，如見胸滿、煩喘、咳嗽、是皮傳肺爲肺痺，嘔吐痰涎、心下痞硬、四肢懈惰、是肌傳脾爲脾痺。心煩心悸、噤乾、善噫、恐懼、是脈傳心爲心痺。多驚善怒、脇脹多飲、小便頻數，是筋傳肝爲肝痺。腎脹、足攣、尻以代踵、身踣脊以代頭，是骨傳腎爲腎痺。更有衆痺、周痺、之名，謂各在其處歇而復起左右相移更發更休名曰衆痺。若在血脈之中，祇隨脈以上下而左右相移名曰周痺。綜上諸痺皆以風寒濕三氣爲患，特以受病之所在而區別，要其病本則一也。

按：古人對本病之如此詳析証候，主要祇爲便利於治療，概中醫診斷之目的，爲欲用藥，以其用藥憑証候，故診斷惟務審證，不必深察病灶及病菌以命其病名。是以中醫之於病名，本在無足輕重之例，至其所言病理大都不足爲訓，中醫之風、寒、濕、熱、等皆係症候之代名，而中醫之藥理亦係根據証候而說明；所謂濕熱利小便，寒濕宜溫燥之類。本病所舉証候似該括近世科學醫學之末梢神經病，運動器病，新陳代謝病等。因其証候多爲不遂，爲疼痛，疼痛與不遂之証古人以爲皆風寒濕所使然。中醫於此証外更另立血痺與歷節二症，血痺者身體不仁乃知覺神經麻痺也。歷節則今之痛風及關節炎之病。

痿 躄

痿者，痿弱無力，舉動不能。躄者，足弱不能行也。內經曰：「手得血而能握。足得血而能行。」若血衰而不能營養百骸故手足痿弱也。又曰：「凡五臟之病皆能使人痿弱」故色枯毛落，喘呼不已，屬肺病者爲皮痿。色赤脈溢，脛腫不任地，屬心病者爲脈痿。色蒼口苦，爪枯筋攣，屬肝病者爲筋痿。色黃肉潤，肌痺不仁，屬脾病者爲肉痿。色黑耳焦，腰脊不舉屬腎病者爲骨痿。

古人治痿獨取陽明，蓋因陽明爲臟腑之海，陽明虛則五臟無所稟，不能行氣血濡筋骨。且陽明又爲宗筋之長，陽明虛則宗筋縱。宗筋縱則不能約束筋骨而流利關節也。

痿躄二症每易相混，其實痿爲手攤足軟。痺則身肢疼痛此其別也。

按：痿者萎也。如草木不得雨露之灌溉則萎。故欲草木之榮茂必資雨露之濡潤，欲兩足之不萎，必賴肺液之輸達。中醫學說以肺爲水源百脈朝宗之所，肺熱葉焦則津液不能灌輸於經脈而成痿痺。故病者多衰弱及營養不足之人爲多。其肥胖患者，可能爲動脈硬化與脊髓疾患。中醫方書論痿有五，實則不外濕熱兩端，有如植物之過濕

亦痿，過燥亦痿，欲明其為濕為熱，可以其體之肥脊，肌膚之枯潤而別之。此等症須病者耐心服藥，確守勿懈，庶克有濟。倘信心不堅，則難收功。

脚 氣

古無脚氣之名，有之則自宋齊之後始，然其腫痛頑麻即內經所謂痺也。縱緩不受則內經所謂痿也。甚而氣上衝心腹即經所謂厥逆也。病由濕致或水飲內注。然其為濕熱之患則一而已。北方高燥，多飲醃醢肉食及醇酒，濕熱下流足胫所致。南方地下卑濕，故清濕之氣中於下必自足始。內經所謂：「清濕襲虛則病起於下」是也。初起多屬寒，故祇見頑麻，其後濕鬱成熟，遂為腫痛。緣濕熱蒸發則腫，血氣壅滯則痛。若加以風寒外襲則熱愈不得泄，而痛益甚，以兩脚之氣血既壅滯不行，則週身之氣血亦不宜通鬱而發熱。氣不宜通則不用於表，故酒酒惡寒證類傷寒矣。

脚氣有乾濕之異；乾者血脈痞澀，皮膚癢痺，脛細痠疼，食減體瘦，臍腑秘滯，上衝煩悶。濕者脚先腫滿，或下注生瘡浸淫滋水，或上攻心腹，咳嗽喘息而浮膝腫見食嘔吐。

李東垣曰：「脚氣之疾自古皆尚疎下為疾壅故也。然不可太過，太過則損傷脾胃。又不可不及，不及則使壅氣不能消散。」誠可謂治此疾之準則。

千金曰：「脚氣之病，其小腹頑痺不仁者，多不腫，小腹頑後不過三五日即令人嘔吐名曰脚氣入心死者朝夕。」

按：中醫舊說謂脚氣多由水濕，南方卑濕疾起於下是為外感。北方常食醃乳，又飲酒太過脾胃不能運化，水濕下流此由內及外也。西醫在維生

素未經闡發之前，對脚氣病原，亦莫測所由，或以為傳染病，或以為中毒，或以為神經疾患，其後學者，雖轉向營養不足之問題，以為本症係一種營養不足之病，然亦祇認為因食物中蛋白質太少，及炭水化合物太多，直至公元一八九五年Eijkman氏以精白米以飼鷄，引起脚氣之徵狀，及病理變化，於是脚氣為以白米為主食而起之說興。其他學者試之亦然，故咸信其說。迨公元一九一三年Funk氏等，由酵母提出抗神經炎性維生素，用以治鳥類脚氣，殊有卓效，至此脚氣由維生素乙缺乏之學說遂定，各國學者亦有相同之研究業績，更進而為人體之試驗，更知人類如以精白米為主食，亦起脚氣症狀，藉知人類脚氣亦由缺乏維生素乙而起。

本病昔者汎見於我國、南洋羣島、日本、非洲、印度、巴西等國。在歐洲極為少見，大體言之，凡一國人民之以白米為主食多見此病。近代營養知識普及，漸較少見。

脚氣因人體內缺乏維生素乙一而起，以此為主要原因，揆之目下智識，已無可疑，據現時學者所知，人體內之所以缺乏此素不外（一）人體內殆不能合成此種維生素，亦不能將大量貯藏於任何器官內。是以倘食物中之維生素乙輸入量不足抵補人體之日耗量歷時稍久即將召致脚氣。（二）身體過勞、發熱、氣候濕熱、甲狀腺機能過旺等，凡能促使新陳代謝旺盛及增加維生素之耗量者，不論維生素乙之供給是否充分，皆可誘發脚氣。（三）數種病態可使食物之消化、同化、及吸收發生障礙，例如妊娠、哺乳、胃腸障礙、慢性消耗病等；均有誘發脚氣之可能。

維生素乙缺乏病

脚氣病的鍼灸療法

廣 東 龐 中 彥

「歷史」早在四千餘年前，我國已有類似脚氣病的記載。直至二千年前，亞洲及東印度群島諸地，都已有脚氣病的發現。歷來因此病死亡或殘廢的為數已在數百萬人以上。1884年日本海軍部隊內也發現本症，後經用豆類和肉食替代白米，就自行絕跡。以往病因未明。1897年歐格曼氏用實驗法使鵠發生脚氣病，並稱之謂多發性神經炎。1911年蘭克氏報告所謂抗神經炎素。1926年傑森和唐納斯首先分提出維生素乙。1937年威廉氏等首先用化學法合成維生素乙。從此維生素乙，即能廣售於市面，供臨床上普遍的應用。

「化學和來源」維生素乙即硫胺素，能溶解於水，故烹煮時易失去。如酸度減低，就易被熱所毀壞，故烹調飲食加燻時則為之消毀。暴露于空氣中不易氣化，但在溶液內極易氧化。

含量最富的天然食物為釀母，植物的穗子（糠，麴，及其他食物的研下物），麥胚等。豆類、蛋黃、瘦肉和動物內臟器官如肝、心、腎等含量亦豐。

「生理功能」維生素乙，與炭水化合物的新陳代謝，有密切的關係。若缺乏後，炭水化合物就不能完全氧化和產生熱能。它的新陳代謝將中止於丙酮酸階段，而滯積於人體血液內，以致損