

本草藥學之意義

本草概要教授藥學博士 那琦

1. 本省嬰孩普通有undernutrition之現象。
2. malnutrition. 於四月和一歲，兩段時間較嚴重，此因四月時母乳普遍不足，至一歲時則常因斷奶太遲引起。
3. 在歐美因牛奶吃得太多雖體重增加但Fe不足引起貧血現象。
4. 改進本省嬰兒營養乃以補充蛋黃、牛乳、魚類等副食品為首要。

營養不良之臨床所見：Clinical findings of malnutrition

1. 物理診斷：體重不斷變輕，以迄於羸瘦與憔悴。由於皮下組織萎縮，體壁變薄，腹壁棉軟，失去固有之彈性與張力。最後雙頰凹陷現老人臉，表皮褶皺，脈脈鬆約可見，甚至從腹壁還可以看到腸蠕動。觸診肝腫大，及足偶或水腫。
 2. 臨床檢驗：常見高度淺色性食血，血漿蛋白多數降低，如下降愈多水腫益顯，豫後亦愈不良也。
- ### 營養不良的併發症Complications of malnutrition
1. 腹瀉：按Diarrhea與malnutrition互為因果，即營養不良可引起腹瀉，腹瀉亦可致營養不良。
 2. 肺炎：同腹瀉一樣常見，可以抗生素防治。

營養不良如無其他熱性併發症，則體溫偏低（ 36°C 以下），此由於病體皮下組織（脂肪）短少，表皮褶皺多，表面積變大，則散熱亦多故也。故必須食以高熱食物並以抗生素預防感染。於此特要注意的是必須問清楚病孩之食餌，始能斷定究竟熱量短缺抑或蛋白質熱量短少。

熱量之給予以 $110\sim 130\text{Cal/Kg}$ 為準（愈大愈少，大人則僅 $40\sim 50\text{Cal/Kg}$ 即是）。

又因為蛋白質無由脂肪或醣類轉化而得，故必須充分供給。

此外如病體能接受了可再加 200Cal/Kg 如一時接受不了，暫可不必。其食物之成份先以高蛋白質脂肪者為佳，即先用脫脂奶粉，挨二、三週後再給予全乳，否則易致腹瀉。

又凡malnutrition常伴有脫水現象，故須 fluid Supply，其嚴重者甚至需要輸血。

其腹瀉者多因蛋白質缺乏引起，故給予蛋白質食物即可好轉，若 IV glucose 無意義。

總之，任何一歲以內之門診病童，不論其發熱咳嗽，必須詳問其食事，即目前吃的什麼？發病前又吃的什麼？斷奶是否斷未斷？等等，然後再作食事之處方，庶幾無誤。

2. Infection 感染：

- a. 如結核，粟狀結核，梅毒，腦膜炎等，過去多目前已少，因其在營養不良之症狀未出現前已發病。臺大醫院五年來 200 個病例當中有 T. B. 反應的僅 3~5 個，Syphilis 者僅有一個。
- b. Chronic diarrhea 起初乃由感覺引起，其後轉成習慣性瀉肚其親人或自行主張或聽從醫師之勸告，施行禁食其結果使病童越發無法適應食物，食而越瀉，越瀉而越不敢與食，演成惡性循環。故吾人理應打破禁食之觀念。
- c. 百日咳：病童無法安靜，不能安眠，嘔吐，畏食逐致營養不良。
- d. Measles：麻疹：目前在臺灣一般家長對麻疹病童的護理，多牛欠妥，一些古老的，似是而非的觀念至今還被因襲着。如拉肚子則不給食物，病體乃益虛弱。又如謂麻疹怕風，加衣以至密密層層，使病童因出汗過多以致脫水。因此之故麻疹後的營養不良症在臺灣最為常見。
- e. 寄生蟲：也是常見的原因，在鄉間尤為嚴重。

3. 先天性缺損 (Congenital defects)

- a. 如兔唇、缺嘴的幼兒無法吮奶常致營養不良，如能以濃度較高之奶汁藉 tube 灌給嬰兒吃，當可避免。
- b. 先天性心臟病：因於組織長期處於Cyanosis and anoxic Stage之故。
- c. Cystic fibrosis (of the pancreas) 是一種予後極為不良的先天性疾病，表現為trypsin之減少，消化不良，瀉肚，羸弱，常伴有慢性肺部感染。必須早期發現，早期治療。（治以trypsin or 大量pancreatin），對肺部感染之控制宜長期使用抗生素。
- d. Celiac disease 對glutenin的過敏，（主要是對gliadin fraction的過敏）吃小麥，裸麥，燕麥等便無法吸收一吃就拉。
- e. Celiac Syndrome 此亦由於先天性缺損所引起，主要乃在於對醣類和脂肪食物消化及吸收之不良所致。在臺灣引起小兒營養不良的主要原因仍以食物因素為最。

至者數千人。」

漢書、列傳、游俠傳、樓護傳(2)曰：「護少隨父醫長安，出入貴戚家，護誦醫經、本草、方術，十數萬言，長者咸愛重之。」按樓護西漢末葉人。此時已有本草之書，護得以背誦而出之，可為明證。

司馬遷之史記，終於漢武帝天漢四年(97B.C)，書中迄未見本草之名。故可推定本草一詞之出現，當在自武帝大始元年以迄成帝建始二年(96-31B.C)之六十五年間，而去成帝未遠之際所創製之新名詞。

我國最早之神農本草經，以其藥品產地記有後漢地名，故推定當係後漢之作，證以陶弘景核定神農本草經之自序：「是其本經所出郡縣，乃後漢時制，疑仲景(張機)之化(華佗)所記。」舊稱神農本草經，余以為為信。……但軒輊以前文字未傳……至於雷桐，乃著在於編簡，此書當與素問同類，但後人更多修飾之爾。」蓋神農嘗百草以治病，後世尊為醫藥之祖，惟當時文字未傳，無由成書，其出於後世果次增訂潤色，當屬可信。

我國本草著作，可謂汗牛充棟，自漢魏六朝，中經唐宋，以迄明清近代，亘二千年來之續遞傳承

1965年12月24日 於第十二教室

物整理排列，以支配用藥，予後世本草藥學之進步以重大影響，故金元實為本草藥學黯淡時期。

明清本草，承其餘緒，與宋代以前之實際觀察研究精神，背道而馳。本草品彙精要及價集，為明清兩代僅有之勸撰本草，然究其內容，殊乏價值，李時珍本草綱目問世後，可謂謾譽兼半，稱道者謂「集本草之大成者，無過於此書」；而因其割裂舊文，任意改竄，而予以猛烈抨擊者，亦大有人在。故綱目問世未久，衛道之士繼出，皆欲復神農本草經之舊。明、盧復、清、孫星衍、顧觀光、黃奭、王闓運、姜國伊等，均有復古輯本之著，他如徐大椿，陳念祖等亦有神農本草節本問世。

舊經之復古，導源於綱目本按正統本草之方式，而實行一次改編，舊經既被割裂，復多刪改。使閱讀本草者，祇讀綱目，無由獲知古本草之原態，故必欲復古本草之舊也。明清近代本草，增加之藥材，可資參考之處正多，故近代本草，仍有研讀之價值。

民國以來，國人之從事本草研究者，為數寥寥，進而言「民國本草」之編輯者，更無其人。深望我藥學學子，將來致力於此一方面研究。

註(1)希臘名醫Pedaio Dioscorides 氏(西元前一世紀)所著「De Materia Medica」(77~78 B.C.)，為古典藥學名著，此一著時間世以來，直至十五世紀之間，仍為歐陸植物及藥物之權威著作。

一九三四，經英人Robert T. Gunther氏英譯，名曰「The Greek Herbal of Dioscorides」並附有東羅馬時代Byzantin人所繪之圖及註釋，今人稱曰「希臘本草」。由是並稱本草學為Herbalism。

至於我國之本草，外國學者研究者甚眾，均用其原音作Pentsao，或作Chinese pents'ao以別於Greek Herbal。但亦有人譯我國之本草為Herbal者，而稱本草學家為Herbalist 我國中醫在美洲藥醫者，亦稱Herbalist 義指「草藥師」美國藥民間草藥為medicinal herb, Herbalist一詞蓋即由來於舊。

註(2)據護，前漢末葉時人，王莽盛時，護因緣入其門，莽妻兄呂寬，為莽之政敵，護執寬，莽大喜，徵為前輝光，封息鄉侯，列之九卿。及莽篡位，封為樓里附城，護卒後，子嗣其爵。

註(3)談見陶弘景核定神農本草經自序。

註(4)談見同前陶氏自序。

註(5)談見拙著「神農本草經原本之考察」(臺灣藥學雜誌Vol. 8 No. 1. 19 (1965))

註(6)陶弘景，梁書五十一卷有傳。

，作家三百餘家，成書二千餘卷，形成一貫體系。古本草於古代本草，歷經「漢賦選徒，晉懷奔進，文籍焚靡，千不遺一。」(3)復由於唐代末葉以前，印刷術尚未發明，由於長久傳抄之際，又復出現種種異本。如神農本草經之藥品數：「或五百九十五，或四百三十一，或三百一十九。」(4)可見其繁複矣。南北朝時，齊梁陶弘景，取神農本草經，藥品三百六十五，蓋以漢晉名醫所錄之「名醫別錄」之藥品三百六十五，者為核定神農本草經三卷，書約成於齊之永元二年(500A.D.) (6)。未幾復就每藥加以註解，成書七卷，是為陶弘景集註神農本草經七卷。此書之隋唐唐問手抄本序錄一卷，昔於清光緒三十三年(1907)，經考古學家斯坦因博士(Sir Aural Stein)在我國敦煌千佛洞之土壁中發現，現保存於大英博物館，為本草經古態之僅存者。

唐代之新修本草，宋代之開寶，嘉祐，政和諸本草，均係勸撰本草，與私家著述之本草有別，其意義蓋相當於今日各國之藥典(Pharmacopoeia)。唐宋二朝間，並曾兩度實行全國藥材大普查，由各產地分別送致生藥標本於中央。繪製藥材之寫生圖，新修本草之藥圖二十五卷，圖經七卷，即為我國首次藥材大普查之成績，其藥圖並為丹青彩色。彌足珍貴。惜今已失傳。其圖經之一部分，流傳於後蜀之「重廣英公本草」中。即後世本草所引「蜀本草圖經」云云之部分。第二次藥材大普查，即於嘉祐本草編纂之時而進行引編纂之本草圖經，其藥圖為木版圖，即今證實本草中所載之藥圖是也。

降及金元，由於北宋末葉實施「官立藥局」制度，醫家逐漸遠離藥物，能如唐宋之跋涉山野實際觀察而著作本草草書者絕少。醫家現遠離本草藥物之實際觀察，由是徒事空談，而將陰陽五行之說附會於本草藥物。即所謂「金元流藥學」由是而生。如張潔古之珍珠囊，李杲之用藥法象，用藥心法，王好古之湯液本草等書為其代表。夫中國藥材之有功效，實由於先哲實際體驗之累積所得，本無附會空洞理論之必要。我國本草大師陶弘景(6)，乃「讀書破萬卷，工草隸，善琴棋；好道術，明陰陽，五行，地理，醫藥」之學者，所著神農本草經中，並無陰陽五行之說以支配用藥之記事。可見南北朝時本草與陰陽五行毫無關聯。如有關係時，則陶氏早已屢為之矣。金元醫家之空洞的藥理論，當時頗以新說自命，於明代李時珍本草綱目之「發明」項下，可以窺知其餘緒。蓋陰陽五行應用於中國醫學而另成體系，自當別論；如以此說而幾欲將所用藥

前言：

現代之小兒科學並不僅是治療和預防而已，還要研究病因及其與生活環境之關係即所謂「Social pediatrics」者是。為此首先必須列舉臺灣小兒健康與衛生狀態以與外國之情形相比較。

第一 臺灣人口之變遷：

民國前七年(1902年)本省人口共有三百一十萬人，民國十一年(1922年)已增至六百一十萬人，到民國五十二年已接近一千二百萬人。民國五十二年(1963年)的一年中本省人口共增加 371,795 人，即相當於一個臺南市或宜蘭縣的人口。

Crude birth rate：即不分男女老幼每千人中一年所增加之數。自1910以來多半在最高時的47~40之間起伏，最近則為36.3 (1962)。

Death rate：即一千人口中每年死亡之數字。臺灣自1910年之35已降至最近的6.1這無非是因為衛生的改善以及藥物進步有以致之。

Nature increase 36.3 - 6.1 = 30.2 (1962)

第二 人口的構成以及依賴人口之比例如附表：

Table with 4 columns: 地區, 各年齡所佔百分比, 依賴人口指數, 年度. Rows include 臺灣, 日本, 美國, 英國 for years 1963, 1961, 1959, 1958.

本省出生率較高，因此幼年人口在總人口佔着極大的比率，觀上表可知本省每一百個生產人口必須負擔一百卅一個依賴人口，這確是一個極沉重

的負擔，對經濟之成長是一項極為不利的壓力。

第三 嬰兒之死亡率：

Infant mortality (在1000個活產幼兒中於一年之內死亡之數字) 臺灣過去的數字高達185/1000，接近20%。意即每十個活產生下來的嬰兒當中將有兩個在一年之內死亡的。現在的數字是 37/1000 (1961)，降低很多，其下降之曲線在1940年以前大致成緩慢之下降，至1940年以後始作陡峭之下降。可是從臺灣目前仍有新生兒破傷風的事實，可以看出，這個數字並不太可靠，因為在鄉下仍有許多未經助產士接生者(有的在未及報戶口前已死亡)，自不免於影響於其對戶口之登記與人口之報告者。

第四 各國 Infant mortality 之比較：

Table with 4 columns: 0~1yr, 0~4yrs, 臺灣, USA, 北歐(瑞典), 日本. Rows include 臺灣, USA, 北歐(瑞典), 日本 for years 1961, 1954, 1954, 1961.

我們自認臺灣的衛生不錯，但從上面0~4yrs的數字看我們仍須努力。此外我們的幼兒在各期間死亡率之比例如下：

0~1 m/0~11 m = 40%
0~1 yr/0~4 yrs = 60%
0~4 yrs/0~14yrs = 88.5%

可見越大死亡率越低，四歲以後死亡率很低，小兒科病90%見於4歲以下。

在各先進國家，幼兒滿一月後即很少死亡，因其預防醫學遠為進步。通常幼兒在未滿月前因受有先天性條件之影響，死亡率難劇予改善，但滿月後，是應當可以預防的。