

替代療法與另類醫學

-----從中藥的管理問題談起

華夏中醫 吳侃陽中醫師

近期，關於中藥的管理以及使用權等問題又起波瀾，聯邦食品與藥物管理局（FDA）最近公佈了一份有關[替代醫學產品管理指引]草案，以規範各種醫療保健品的生產與銷售，並要求公眾對此草案提出意見或建議，以便定案實施。

顯然，這是令中醫業界兩難的舉措。如若將中醫定性為食品類管理，除了許多帶有毒性的中藥必須被禁止使用之外，還會出現由於亂用中藥導致中毒事故的頻頻發生。如若將中藥定性為藥品類管理，依據美國現行的醫療法規，只有執照西醫師纔有資格開處方使用藥品，我們中醫師也就會因此而失去使用中藥的權力。

這個問題對於中醫業界來說，是個生死攸關的大事，直接關係著中醫師臨床使用中藥的權利。如此一來，中藥就無法歸屬於中醫專業的專用藥物，由此而會衍生出許多不應該出現的弊病來。其實，這也是由於中醫學說定位不明所導致的必然後果。由於在人們眼裏，中醫只是一種替代療法，而並非真正的另類醫學地位，因而，中藥的專業用藥概念不會被人們所認同。

筆者以為，前者劉美嫦中醫師所提出的“將中醫回歸到醫學體系地位”為目的的鬥爭很有意義，如若沒有確立中醫學說獨立的醫學學術地位，中醫療法則永遠只是一種“替代療法”而已；既為療法，當然誰都可以使用。

事實上，中醫藥療法目前所處的地位就是如此地尷尬。人們可以隨意在市場上買到中藥使用，西醫醫生可以肆無忌憚地使用中醫藥，甚至那些足醫、脊醫也都想擠進來分一杯羹。這是一件非常恐怖的事情，就中醫臨床而言，這些人都屬於“庸醫”之類的殺手，他們會由於不懂得中醫藥學而亂用中醫藥療法，以致於會經常出現與中醫藥相關的醫療事故而危害到人們的身體健康、乃至生命。

前段時間，在新聞媒體上又出現中藥龍膽瀉肝丸傷身的新聞報道，所引述的是[探針]醫學周刊所發表的一篇文章。其主要內容為英國醫師要求加強管制中藥，因為有一名 30 歲的華人為了加強肝臟的機能，自行連續服用了 5 年的龍膽瀉肝丸，而後則發現其膀胱不停地長出腫瘤，而且還出現腎臟衰竭，必須洗腎。

可以說這是一個老問題，也是一個新問題。說其老，是指這種事情以前就曾多次發生過，始終未能得到妥善的解決；說其新，是指這種危害使用者健康的現象在不斷的重復發生，如今又見到新的案例，如若不能認真對待，勢必將會又有新的意外出現。

我們知道，每當中藥中毒事件發生並被大肆渲染後，首當其衝的必然就是中醫藥。人們不去追究事故發生的主要原因，不去認識非中醫專業者亂用中醫藥所導致事故的危險後果，卻只是把眼光放在中藥的毒性上，因而最終的結論就是限制中醫藥的正當使用。

前者比利時西醫師亂用木通減肥中毒事件發生後，導致關木通、廣防己、馬兜鈴、青木香、天仙藤等中藥在好幾個國家和地區被禁用。據藥商反映，美國 FDA 除了將木通、麻黃、紫河車、穿山甲等中藥禁止使用以外，現在又將五靈脂、地龍、蟬蛻、鱉甲、龜版、神麴、鹿角等中藥列為限制進口採用的

觀察名單。似此發展下去，若干年後我們中醫師不可避免地將面臨到無藥可用的悲慘境地。

如若真正能夠確立中醫學說“另類醫學”的學術地位，那麼，中醫療法就能回歸自己的本來面目而成爲一種獨立於西醫之外的醫學體系；也就是說，使用中醫療法者必須進行一定的中醫專業知識學習，中醫藥的臨床施用必須依照中醫的學術規範進行。似此，中醫藥就會形成一個“專醫專用”與“專藥專用”的正常局面，各種亂用中醫藥而導致醫療事故頻發的局面也就能夠得到控制。

當然，這是一個很難解決的問題，尤其是在美國，西醫就等於醫學，藥物只能供西醫醫生使用；這是法律明文規定的規範，任何人都不得違反。對於中醫藥的管理來說，要顛覆這種錯誤的概念，就只有走重新立法的一條道路；筆者以為，目前僅僅只是憑著中醫專業人員這點力量一般是難以作到的。

然而，安於“替代療法”角色的選擇，對於中醫專業來說絕非好的抉擇；因爲這樣下去，我們中醫師自己的正當權益將會永遠地遭到人家侵奪，我們中醫專業合理的學術地位也將永遠受到挑戰，我們中醫專業將永遠處於被動挨打的境地；更爲重要的使廣大患者將越來越難以得到安全而有效地中醫藥療法的幫助。

●中西醫分屬兩種不同的醫學體系，有著各自的客觀學術規律。中藥不同於西藥，西醫師在不具備中醫學術知識的情況下，濫用中藥容易導致中藥中毒事故。

顯然，人們不認爲中醫學說屬於獨立的醫學體系的觀念屬於偏見，它不但確保不了消費者的安全，由此而衍生出的許多錯誤做法（譬如西醫醫生使用中藥），必然會危害到患者的身體狀況、甚至生命。

客觀來說，不同的醫學都有著各自的臨床特色。中醫學說就是獨立於西醫醫學體系之外的一種另類醫學體系，它有著自己獨特的學術理論與臨床療法，作爲臨床醫學，中醫同樣能夠在臨床上有效地實施自己的基本醫學職能。

衆所周知，中西醫之間存在著本質的區別。就其學術結構方面，西醫以實質概念作爲主體思維；而中醫則以模糊概念作爲主體思維。也就是說，西醫強調任何學術概念都必須存在相對應的實質物體結構；而中醫的主要學術概念則無需相對應的實質物體結構。

中醫的模糊概念體現在各個方面。在病因方面，中醫的致病邪氣“風寒暑濕燥火”不具備外形及其分子結構；在生病的概念中，中醫強調“有症即為病”，並非西醫那種以檢驗數據數字所顯示的疾病概念；在診斷方面，中醫的“辨證”不是為著診斷出什麼病名，而是為著找出患者的[病態證型]；在治療方面，所有中醫療法的制定都是為著臨床“糾偏”，即糾正患者機體陰陽的偏盛偏衰，而非為著改善西醫那種以數字進行顯示的檢驗數據；而療效的認定則更是如此，中醫理論只須觀察患者的臨床病症消失與否，並不需要西醫的那種檢驗方法來認定。

上述顯示，中醫學說作爲一種獨特的醫學學術體系，與現代醫學有著天壤之別，雖然這種模糊的概念很不容易為現代人所理解和接受，但其能夠勝任自己的基本醫學職能的客觀事實應該得到必要的尊重。同理，這些也能充分說明中醫學說具有不同於其他醫學的學術理念，而其他醫學界（包括西醫）人士在並不懂得中醫學說的情況下不應該輕易使用中醫藥，必須進行嚴格的中醫知識的專業培訓。

既然使用中醫療法，就必須遵從中醫的學術理論，這是很自然的事情；並不是說讀了西醫就會自然懂得中醫，就可以不進行必要的針灸考試。如若如此，豈不是像比利時那位濫用中藥、致人死命的西醫

師那樣、視人命如兒戲？事實上，任何專業都有著自己的專業特色，需要進行相關的專業學習，需要通過理所當然的專業考試，方能服務於社會。照理說在講究人權與法制的美國，應該沒有可能由於誰是西醫醫生的身份、就能夠自然獲得其他專業考試的豁免權。

事實上，雖然同為人體醫學，但西醫醫生並不懂得中醫的陰陽五行學說，並不懂得中醫關於生理、病理等方面的模糊概念，並不懂得中醫中藥的臨床使用原理和禁忌；既然對於中醫所有的基礎理論都不懂得，那麼他們又如何能夠正確地使用中醫療法、如何能夠迴避中醫療法的不當使用所造成的人體傷害呢？可見，那種由於自己學習西醫專業的時間較長就以爲可以代替所有其它醫學專業知識的說法是毫無道理的。顯然，在人命關天的前提之下，西醫師不應該具有不經過中醫專業學習、不通過針灸考試而自動獲得使用中醫藥療法的特權。

對於這種怪事，唯一的解釋就是他們不懂得中醫學說是一個獨特的醫療體系，而只是錯誤地認爲中醫療法簡單得如同治療師的水平，因此用不著再另外多花時間進修中醫專業知識。當然，這種論點不值得一駁，只有遊走於中醫殿堂之外的人才會存有這麼膚淺的認識。

客觀來說，中醫學說作爲一種獨立的醫學體系是不容置疑的。既然如此就應該立法規定，中醫的各種療法都只能作爲中醫業界臨床治病的專用手段，其他醫界的醫生必須通過中醫專業知識的培訓學習、並通過相關的考試之後方能使用。

顯然中藥也是如此，對於中藥的使用規律及其臨床禁忌，西醫醫生不可能自然懂得。這就是說，就像西藥一樣，中藥雖然歸類於藥品類管理，但只能屬於中醫專業者使用，沒有通過中醫專業知識學習與考試的西醫醫生無權使用；只有如此，才能算得上是真正地保障消費者安全；這也同時表明，藥物的概念並不僅僅只是專指西藥一種。

● 自貶身價的後果苦不堪言。

客觀來說，如其責怪西醫、脊醫、足醫不應該與我們爭奪針灸、中藥等中醫療法的使用權，倒不如在我們針灸業界自己內部尋找原因。本來，中醫這門醫學不同於現代科技思維的獨特理論體系就已經很難為現代人所理解，但更爲可悲的是我們中醫業界內部的某些人由於受到所謂的[中西醫結合]運動的影響，其自己本身就會排斥中醫的基礎理論，而只是將中醫療法視作改善西醫臨床檢驗數據的一種治療方法。既然我們自己都認爲中醫療法只是一種臨床治療方法，而且只是以西醫檢驗為診斷標準、為改善西醫的檢驗數據為目的的一種臨床療法；既然我們自己只是將中醫療法用來消炎止痛，而排斥[辨證論治]和[整體觀念]等中醫基礎理論；那麼，我們又憑什麼來指責西醫、脊醫、足醫使用中醫療法呢？

可見，如若按照某些執照針灸師對於中醫學說的理解，那麼當然誰都可以使用中醫療法；西醫理所當然地可以使用，脊醫、足醫也應該可以使用。事實上如若我們認真比對一下就會發現，我們某些執照針灸師自己除了擁有一張針灸執照的不同以外，其在臨床上使用中醫療法的指導思維與其他醫學體系醫者應該是沒有什麼區別的。那麼，既然他們自己都不會認爲中醫學說為獨特的醫療體系，當然也就沒有理由來阻止其他醫學體系的醫生使用中醫療法了。所以說，當前這種被動局面的出現還應該歸咎於我們執照針灸師內部某些人自貶身價所釀成的。

正如前述，中醫學說並不是一種替代治療方法，而是一門具有自己完整的醫學理論和有效臨床療法

的醫學體系。中醫有著自己獨特的學術思維，與西醫並不屬於同一個醫療體系。然而不可忽視的事實是，我們許多中醫業者在臨床上將中醫的中藥、針灸、推拿等各種療法隨意撥弄，甚至還加上一些西醫的“雜碎”，以為這樣就可以體現出[中西醫結合]的“科學性”。顯然，這種剪裁拼湊的作法實在是幼稚得令人發笑。說句實說，這種不倫不類的療法是不可能取得滿意的臨床療效的，而且也是很很不安全的。

筆者以為，我們中醫雖然不屬於現代科學技術意義上的科學，但中醫的科學性和實用價值是不容否認的，其具體體現在它的[整體觀念]和[辨證論治]等臨床思維上；雖然這種思維常常難以為人們所理解，但是它所指導的中醫臨床的顯著療效依然被廣大患者所推崇。筆者堅信，這種以人為本的先進醫學學術觀念肯定會成為未來醫學發展的方向。

至於中西醫之間的關係問題，筆者以為，中西醫在臨床上都有著各自的特色，西醫對於急症的處理以及手術方面具有自己的優勢，而中醫則在對於“疑難雜症”、“絕症”等疾病的治療方面有著自己的優勢。事實上，二者的優勢也是對方的劣勢；只有在臨床上發揚各自的特色，進行優勢互補，方才是社會、以及患者的福音。

● 將中藥歸類於食品類管理將使得中藥缺乏傳統的安全有效性。

我們知道，中藥的臨床應用已經有著幾千年的歷史了，幾千年來，中醫藥的使用從來就沒有像今天這樣因為毒性的問題而感到困惑。只有在[中西醫結合]開展之後，中藥中毒的事故才頻頻發生，嚴重地危害著人們的健康。人們不禁要問，直至今日，中醫藥的學術結構本身並沒有發生什麼根本的變化，但為什麼在提倡“中醫現代化”、“中醫科學化”之後、在推行[中西醫結合]之後，中藥中毒的事故反而會越來越多呢？

顯然，中藥中毒事故頻發的本身就已經說明，所謂“中醫科學化”也好，所謂[中西醫結合]也好，如若不依照中醫傳統的用藥方式使用中藥，就是違背著中醫學術規律的行為，其結果必然會使得患者頻頻受害。臨床案例清楚地顯示出，中藥中毒事故的發生基本上源於兩種錯誤思維，一種是認為中藥無毒可以當作食品使用，而另一種則是將中藥亂作他用。

對於中藥的使用，筆者曾經無數次地呼籲人們應該予以重視，並且也不斷地呼籲中藥的運用必須在中醫師的指導下進行，不得隨意亂用。事實上人們對於中藥的認識是不全面的，總是以為天然產品不存在毒副作用，這種觀點當然是絕對錯誤的。中藥是藥，是中醫師進行臨床治病的藥物。“是藥三分毒”，幾乎所有的中藥都會有毒，即使是人參燕窩、冬蟲夏草這類補品也不例外，如若使用不當，照樣會出現中藥中毒事故。

前者有位方姓老太太在甲狀腺摘除手術後，由於喝過一小碗冬蟲夏草烏雞湯，在第二天清晨就感到全身發冷，呼吸不暢而被送進醫院急救，後經中藥調治一個多月方才痊愈。這種狀況是由於中藥所特有的相對毒性中毒所致，主要是因為患者的體質與中藥屬於同一種寒熱屬性（或寒或熱）所引起，這種中毒反應是中醫臨床[辨證論治]概念中由於“藥證相反”所出現的必然現象。

將中藥亂作他用而致毒的事件則更為多見。從許多中藥中毒事故中可以看出，事故發生的原因都是由於使用者在不懂得中藥使用規律的情況之下隨意亂用中藥所造成的。其中那位比利時醫生使用木通減肥，中國的多位患者長期服用龍膽瀉肝丸養生，而這次英國患者所出現的服用龍膽瀉肝丸來“加強肝臟

機能”等等幾乎所有中毒事件，沒有一例屬於中醫師的誤治所致。這些中毒案例的發生都是由於使用者不當地超越了中藥的使用規範、用非所屬所導致的。

前者比利時某西醫擅用大劑量中藥木通給病人減肥，在長達半年之久的使用過程中造成多人腎衰竭、一人死亡的醫療事故發生後，在醫學界一度鬧得沸沸揚揚。我們知道，採用木通進行減肥的做法根本就不屬於中醫的臨床範疇，即使翻遍所有的中醫文獻，都無法找到木通之類的中藥具備減肥功效的記載。而且中醫藥典中也都很仔細地記載有木通不可過量與久服的禁忌。事實上，使用者對於這些傳統的用藥規範或許是毫不知曉，只是由於他胡亂使用中藥，卻使得患者付出如此昂貴的代價。

前者旅英華人為著“加強肝臟機能”而服用龍膽瀉肝丸達5年之久，導致多發性膀胱腫瘤與腎衰竭的發生。這也是由於[中西醫結合]思維將中西醫學術概念相互混淆所導致的不當用藥事件。龍膽瀉肝丸屬於清瀉肝經實熱的方劑，主要用於肝經實火所導致的頭暈頭痛、面紅目赤、煩躁易怒、口苦咽乾、耳聾耳腫等症狀。我們知道，中醫概念的“肝”與西醫“肝臟”的實質解剖概念完全不是一回事，中醫典籍中也不存在龍膽瀉肝丸能夠“加強肝臟機能”的相關論述。患者在[結合]理論的誤導下，也不去探究龍膽瀉肝丸是否能夠久服，以致傷害到自己的身體。

前者中國所發生中草藥製劑[魚腥草注射劑]在臨床上出現嚴重不良反應而被全面暫停使用的事件，也應該歸咎於不當的給藥方式。我們知道，中草藥的臨床使用規則只能依據內服外敷等傳統形式，而不應該採用西醫注射的給藥方式；由於這種“中藥西用”的給藥方式無法掌控中藥的有機成分在機體組織內部的臨床反應，因此是很危險的，很容易出現上述醫療事故。

我們從上述這些事故所顯示出來的問題中可以看出，任何中醫藥療法的不當使用都存在著一定的風險，很容易出現完全可以迴避的中藥中毒事件。所以說，中藥的臨床應用必須置於中醫的學術體系之內，任何脫離中醫學術思維指導而輕率使用中醫藥療法的行為都是不負責任的做法。

然而，正是由於人們缺乏對於中藥藥物特性的認識，錯誤地以為中藥屬於大自然的天然生成之品，猜想著不會具備毒性而濫用；而美國的中藥管理也將中藥納入食品類管理，從而導致中藥目前的這種困境。事實上這樣管理的結果必然會出現兩種狀況：其一、中藥中毒事故依然會頻頻發生。其二、凡是具備毒性的中藥必然會遭到禁用。而這兩種結果都會不利於中醫藥專業的發展。

事態的發展也證實著上述結論。在比利時中毒事件發生之後，人們不將問題的重點放在追究這位醫生的權責，卻將中毒的責任歸咎於中藥的毒性，美國FDA甚至因此而限制包括木通在內的十幾味中藥的進口和使用。這種本末倒置的奇怪現象說明什麼呢？說明中醫中藥由於缺乏法律保護，目前處在一種非常尷尬的境地。

由於中藥屬於食品類管理，因而中藥不能含有毒性，只要是檢驗出含有對人體有害物質的中藥就都有可能被禁止使用。對於管理者來說，他們這樣做並沒有絲毫不當，因為中藥是依據食品類來管理的，既為食品，當然就不能允許含有任何毒性。似此順理成章的是，木通被禁用，麻黃、杏仁也會被禁用，還有許許多多其它中藥都將被禁用。

我們應該都還記得，前者加州議會通過了SB582法案，規定了具有中醫專業知識的執照針灸醫師有著使用麻黃的處方權；但事實卻是麻黃的進口仍然受到層層阻礙，這點許多中藥經銷商都深有體會，我們中醫師也因此而沒有麻黃可用於臨床。再者，既為食品，中藥就應該在市場上可以隨意購買，人們就可以隨意使用，依據中醫藥理論，不要說含有毒性的中藥，隨意使用那些完全不含毒性的中藥也會導致

中藥的相對毒性中毒事件的發生，屆時這些不含毒性的中藥或許也會被列入考慮禁止的黑名單之列。

事實表明，將中藥歸類於食品管理的做法已經清楚地顯示出致命的弊端，如若再不實行藥食分離的管理原則，中藥中毒的事故還會繼續發生，更多的中藥將會遭到無理禁用。如此發展下去，被列入限制使用的中藥黑名單將會越來越長，被列入食品管理的中藥櫃上所陳列的中藥只會越來越少，中醫師則將會面臨著無藥使用的專業死亡境地。

其實作為人工合成的化合物，西藥對於人體的傷害可能會更大一些；因而西藥中毒的案例在臨床上更為常見。那麼，我們應該認真思考一下，為什麼人們對於西藥中毒的問題能夠容忍，而一旦出現中藥中毒時、就好像天要塌下來似的會鬧得滿城風雨。

這個現象說明什麼問題呢？說明一個道理，就是人們能夠理解藥物有毒的事實，但無法接受食物能夠使人中毒的現象。作為藥物，人們難以隨意得到，而且也不敢隨便服用；但作為食物，就可以不經醫師處方而在市場上隨意買到。而這種隨意將中藥當作食物、或作他用的結果，就有可能會發生中毒事件。所以說，正是由於這樣一種思維模式，會使得人們對於中藥中毒現象比較敏感；也正是由於將中藥進行食物式的管理，才會給中藥的使用帶來如此之多的困惑。

●中藥定位不明貽害無窮。

筆者以為，禁止使用某些中藥的逆風時常發生的問題，並非僅僅只是中藥本身存在毒性的問題；作為藥物來說，含有一定的毒性並不是什麼大問題，問題是人們並沒有將中藥當作藥物來看待。我們說中藥是藥，是中醫師治療疾病的藥物。但是這種說法到底會有多少人能夠認同呢？事實上並不多。正如前述，人們倒常常會認為藥食同源，因而會將中藥當作食品來服用。

在美國，FDA 並沒有認為中藥屬於藥品，而只是將中藥作為食物來管理，否則，他們也沒有權力隨意禁用中藥。在中國，雖然對於“毒、麻、劇”類中藥管理甚嚴，但對於毒性較小的中藥就疏於管理了；就像木通這樣一類的中藥，當有人由於不了解而長期服用導致多例中毒事故後，他們才會認識到其危害性；但在處理過程中卻依然沒有將這些毒性較小的中藥納入有效的藥物管理範圍之內，也僅僅只是採取簡單的禁用了事。事實上，這是一種毫無效用的錯誤管理方式，為什麼要禁用這些有效中藥？為什麼不納入“毒、麻、劇”類中藥管理？大凡具有毒性的中藥都應該進行嚴格管理，而不應該僅僅只管“大毒”而忽視“小毒”。

我們都知道，很多西藥合成藥品，對人體都有著相當的傷害；即使從動植物中所提取的某些藥物，也會產生同樣的毒副作用。但由於西藥有著嚴格的處方使用管理規定，對於稍具危害性的藥物都能夠採取嚴格的處方管理制度，因而一般的人不可能隨便得到，故西藥中毒的問題能夠得到較為有效的控制。但由於中醫醫療體系的定位沒有得到確認，因而中藥也就得不到相應的規範管理，人們也不會將中藥像西藥一樣認真對待。所以說，只是由於中醫中藥缺乏一個嚴謹的管理制度，才會使得當今中藥中毒事故不斷出現。

上述表明，中藥中毒的主要問題並不在藥物的毒性方面，而主要在於中藥的管理方面。如若法律規定有毒中藥的使用權只能歸屬於具有中醫知識的中醫師處方使用，人們就不可能從市場上隨意買到並服用，其他醫學體系的醫者也無法自行濫用；似此專藥專用，上述那種中藥中毒的社會問題就能夠迎刃而

解。所以說，只要是能夠採用類似西藥的管理措施，中藥中毒的問題應該完全可以得到控制。

由此可見，中藥中毒的問題應該屬於社會問題，而不是學術問題。由於中藥缺乏完善的管理制度，人們很容易從市場上得到；同時由於人們忽視中藥是藥所具有的毒性事實，因而常常促使他們亂用中藥。根據所發生的所有中藥中毒事件顯示，這些人都不是依照中醫治病的原理來使用中藥，而是不恰當地將中藥另作他用。譬如，他們使用麻黃、木通來減肥，使用龍膽瀉肝丸來養身或“加強肝臟機能”等等。事實上，上述中藥並不具備這類功效，而且使用者也沒有遵從中藥的使用規律，因而發生中藥中毒事故肯定是必然的。

顯然，加強中藥的管理措施，堵絕不懂中醫學術者輕易地獲取中藥的渠道，對於防止中藥中毒事故具有相當重要的作用。事實上藥物含有毒性屬於非常普遍的現象，大部分西藥都是人工合成類化合物，這些無機物對於人體的危害一點也不弱於馬兜鈴酸；如若不顧西藥的使用規律而胡亂服用，如若不能按照正常的使用標準而長期大劑量地服用西藥，許多西藥同樣也會造成嚴重的機體傷害。

上述表明，中藥是藥的概念非常重要，要達到人們認同的目的，只有將中藥的定位明確地界定下來。我們知道，正是由於沒有確立中醫醫學體系的學術地位等原因，人們才不會認同中藥屬於中醫臨床治病的專用藥物，才會胡亂使用。如若納入中藥管理制度，採用中醫師的處方管理措施；那麼，許多中藥中毒的事故就不可能會發生。

不過中醫業界必須面對的嚴峻事實是，將中藥定位為中醫專業的專用藥物並不是一件簡單的事情，必須超越美國法律中對於“藥物即西藥”的定性。我們必須讓人們懂得，中藥既不是食品，也不是西藥，而是中醫臨床治病的專用藥物。由於將中藥視作食品、或者歸類於藥物讓西醫醫生使用，都容易導致消費者的身體傷害；因而只有將中藥定位於中醫臨床的專用藥物，嚴格地遵循中醫的用藥規律，才能發揮中醫藥最大的治病與保健的效用，才能保護患者的身體健康。

- 中藥的安全有效性只能體現在傳統的中醫用藥方式之中。在安全用藥的概念中，西藥強調藥物的毒性成分，而中藥強調辨證用藥。

對於每味中藥的毒性問題，雖然中醫學說沒有依照現代醫學的藥理學術理念歸納出藥物各自的毒性化學成分，但中醫藥典中對於所有毒性特點的記載卻是相當仔細而且全面的，鮮有遺漏。

事實上，中醫對於藥物的毒性是相當重視的，並且採用著多種方法來降低藥物的毒性，使其在使用過程中不會給人體造成傷害。譬如在許多藥典和方劑的記載中，有著通過炮製的方法來消除或減輕中藥的毒性（如製附子、製半夏等），也有著通過處方的配伍來減緩中藥的毒性（如麻黃湯中的炙甘草，由於方中麻桂相合，發汗力較強，因而炙甘草在此方中，既扮演著調和諸藥的角色，還具有制約麻桂可能會出現的過度發散之功）。

還有著許多使用禁忌：如規定水蛭、肉桂孕婦忌用，細辛、木通用量不宜過大等等。甚至還有著許多中醫[辨證]方面的學術禁忌：如吳茱萸辛熱燥烈，易損氣動火，不宜多用久服，陰虛有熱者忌用等。此外還有十八反、十九畏等諸多禁忌。

正是這麼許多的臨床禁忌，構築著中藥使用的安全網，只要是使用者懂得遵照中藥的使用規律，可以說根本就不可能出現上述中藥中毒的醫療事故。

我們知道，中藥的藥性、功效、及其毒性反應是前人從臨床實際應用中，逐漸地了解到、並歸納出來的。中藥的這些使用規律來之不易，它是幾千年來難以數計的病人親身實驗的結果，屬於統計歸納學的結晶；每味中藥的性味歸經、臨床效用、使用禁忌等等，無不清楚地羅列著；所以說，中藥臨床使用的安全性和有效性是難以置疑的。

然而，現代人的毒性觀念卻非如此，他們比較注重並追蹤西醫藥理概念中的所謂“毒性成分”問題。譬如麻黃中所含的麻黃鹼大量可致失眠、不安以及震顫；杏仁中所含的苦杏仁甙、三油酸甘油酯容易分解出有劇毒的氫氰酸，過量或生食可引起眩暈、心悸、噁心嘔吐等中毒反應，嚴重者會使得呼吸麻痹而死亡；如此等等。

事實上，找尋中藥的毒性成分問題在中國的[中西醫結合]過程中早就已經大量做過，只不過所得出的分析結論並沒有多大的臨床意義。顯然，除了少部分中藥（如黃連、青蒿）之外，這種成分（包括毒性成分）分析的結論西醫根本派不上用場，而對於中醫臨床用藥也沒有多少實際的指導價值。而且，對於中藥相對毒性的問題來說，人們也無法採用西藥的藥理觀念分析出其毒性成份及其中毒的病理機制。

總之，中藥的臨床使用有著自己的規律，沒有必要按照其他醫學的藥理知識來改變。幾千年來中藥在臨床上經歷過千百萬次、難以數計的實際應用（實驗），已經對於每一味中藥的使用方法及其毒性規律都有著非常詳盡的使用規則記載，臨床使用時只要是嚴格地遵循中藥的使用規則，根本就不可能出現中藥中毒的醫療事故。也就是說，關於西醫藥理毒性成分的認識並不一定能夠幫助臨床使用中藥，但中醫的用藥規範卻是中藥使用過程中不可或缺的用藥規範。

我們知道，古人稱中藥為“毒”，認為只要是藥，就一定有可能會使得機體出現相關的毒性反應。中醫的這個“毒”字包含有兩個概念，一種屬於藥物本身含有對於人體有害的成分；另一種則是指藥物的本身並不含有毒性、但對於處於某種特定狀況下的身體卻存在著一定的傷害作用。因此中藥的毒性觀念比較複雜，既有絕對的毒性概念，諸如“毒麻劇”類有毒中藥；也有相對的毒性概念，即使無毒的中藥使用不當，同樣會傷害到人體。

相對毒性概念屬於中醫所特有的。因為根據“八綱辨證”理論，中醫將臨床證型分為表裏、寒熱、虛實等陰陽概念，臨床治療必須針對這些不同的[病態證型]予以糾正。即表證表治，裏證裏治；寒證熱治，熱證寒治；虛證當補，實證當瀉等等；如若辨證不精，藥證相反，則會出現中藥中毒症狀。譬如，有人吃四物湯補血反而會拉肚子，有人用白木耳養顏卻導致面部浮腫，有人以冬蟲夏草培補身體，卻使得全身發冷、呼吸困難；還有人亂服人參而出現上火、腹脹、甚至染上紅斑狼瘡症。凡此種種，均為藥證相反所至，使得上述毫無毒性的中藥給人體造成傷害。

同理，只要辨證準確，藥證相符，即使是含有絕對毒性的中藥，也會對人體有益。臨床上很多有毒的中藥，都是治病的要品，譬如，全蠍、蜈蚣雖然有毒，但均為熄風止癇之要藥；烏頭、附子均有大毒，卻為溫經散寒、通絡止痛之效藥；還有人以蛇毒治中風，用蜂毒祛風濕；而能夠抗癌治癌的中藥大多數都有著較大的毒性，甚至還有人使用砒霜來治療粒細胞白血病……。臨床療效顯示，雖然功效相同，但許多同類中藥的臨床療效會遠遠不及這些有毒中藥；可以說對於某些重症，不用其毒，難取其效。

上述說明，中醫臨床用藥，並不是以藥品有無毒性成分為指導，而是重在辨證遣方用藥。中藥應用準則所依據的只能是中醫的[辨證論治]，面對患者的身體狀況，辨明[病態證型]，熱者寒之，寒者熱之，虛者補之，實者瀉之，千萬不能用反，捨此別無他途。幾千年來所總結出來的中醫用藥規律為中藥的臨

床應用提供著最大的安全保障。

現代醫學理論認為，由於龍膽瀉肝丸中的中藥木通含有馬兜鈴酸，有可能傷害到腎臟，因而長期大劑量服用會導致中毒。而依據中藥的使用規律，對於這類中藥，即使是臨床治病需要，中醫師一般都不可能會讓患者長期大劑量服用。通常來說只要藥證相符，短期服用龍膽瀉肝丸根本就不可能出現中毒問題。其實筆者自己就常常在服用龍膽瀉肝丸（而且還在繼續服用），從來也沒有因此而出現過任何不適的現象，更不存在腎衰竭的問題。

原因很簡單，就是筆者是將龍膽瀉肝丸當作藥物來吃，每當出現口苦咽乾，煩躁頭痛，尿色深黃等肝經實熱證的體徵時筆者才會服用。也就是說，此時的身體狀況適合於服用龍膽瀉肝丸來調節，該[證]一除，也就不適合服用，就必須即刻停止。

不要說含有馬兜鈴酸的龍膽瀉肝丸，就是任何一種清熱方劑，都不可以長期大劑量服用，久服必定會損傷到機體的陽氣。事實上，大凡祛邪一類的方藥都不可久服，這個道理每位中醫師都懂，只要是能夠循規蹈矩，辨證用藥，其安全性甚至比西藥還要有保障。所以說，中藥的使用必須依據中醫的醫學原理，必須做到藥證相符方能無虞，千萬不可以存有中藥無毒的錯誤概念。

我們知道，中醫對於每味中藥的使用都有著嚴格的規定。譬如木通。中醫文獻中早就指出，使用木通有著量的限制。《本草新編》中曾告誡說，木通“不可多用，多則洩人元氣”。中醫教科書《中藥學》中在述說該藥的使用注意事項時還特別指出，木通“用量不宜過大，孕婦慎用”。上述禁忌，凡是受過正規中醫訓練者，都會謹記於心，切實遵行；只有那些毫無中醫藥理知識的人才敢濫用，因為他們不懂得、甚至會無視木通的使用禁忌。

臨床上所發生的木通中毒的系列案例都已經顯示，那是由於大劑量長期服用木通所導致，而且都不屬於中醫業者所為。這種不當使用說明，作為中藥來說，木通含有什麼毒性成分並不重要，重要的是所有木通中毒案例的受害者都沒有依照中醫用藥的要求來服用中藥；故而說明木通中毒事故發生的責任完全不在中藥毒性的本身，同時也說明不具備中醫學術知識的人不應該隨意使用中藥，即使是西醫師也必須如此。

事實上，作為治療疾病的藥物，中藥和西藥同樣都含有毒性。不論是西藥、還是中藥，當身體需要時，即使是毒藥，也可適當使用；當身體不需要、或者身體難以接受時，即使是毫無毒性或極富營養者，也會因為不恰當的使用而出現中毒現象。所以說，可怕的不是藥物的毒性，而是無知者的濫用。

由此可見，無論有毒無毒，中藥的使用都必須遵循中醫學說的辨證用藥規律；也就是說，中藥的安全有效性只能體現在傳統的中醫用藥方式之中。

●通過立法確立中醫學說醫療體系地位是件非常急迫的事情，既關係到針灸等中醫療法的專業特性，同時也關係到中藥使用的安全有效性。只有立法規定中藥屬於中醫臨床的專用藥物，頻發的中藥中毒事件才能得到有效地遏止。

從上述可以看出，人們之所以會將中藥視為食品，之所以會禁用某些含有毒性的中藥，之所以會在亂用中藥而造成醫療事故後敢于將責任推卸給中藥，其主要原因全在於中醫中藥醫療學術體系的法律地位沒有確立。由於中醫不具備專門的學術地位，中藥也就不能稱之為中醫的專用藥物。由於不具備獨立

的學術地位，人們便可以隨意使用中藥；由於不具備獨立的學術地位，其他任何醫學界都可以使用中藥；由於不具備獨立的學術地位，所發生的中藥中毒事故就無法追究其違法使用的責任。

似此，中藥中毒的醫療事故將會持續地不斷發生下去，廣大患者將會逐漸失去使用中藥療法以維護身體健康的權利，到時候，越來越多的中藥會由於中毒事故的發生而遭到禁用，我們中醫師也必然會面臨無藥可用的可怕境地。筆者以為，上述描述決不是危言聳聽，而是非常現實的問題，我們已經有不少的中藥遭到禁用了，還有十幾味中藥正在接受使用資格的審查；如若我們依然對此無動於衷，或者繼續將精力放在那些無謂的爭執上，其結果必然會傷害到我們賴以生存的中醫專業，也就必然會傷害到我們自己。

筆者在臨床上曾接診過許多西藥中毒的患者。他們中間有由於過量使用卡拉黴素導致腎衰竭的患者，也有服用抗內風濕藥物所導致的淋巴癌症患者。事實上，這類西藥中毒的事故也在時常發生，只不過由於西藥存在著有效的管理機制，因而不可能會引起像中藥中毒那樣的軒然大波。

所以說，藥物具有一定的毒性應該屬於很自然的現象，只是善醫者都會將其對於人體的傷害降至最低點而已，因而要求使用者必須具備必要的專業知識。說得難聽點，如若不具備相應的知識，醫者則可以稱作為投毒者，用來治病的藥物則有可能會變成殺人的毒藥。臨床上所發生的幾乎所有的藥物中毒事件都離不開這個道理。所以說專藥專用、以及藥物專門的規範管理非常重要，西藥如此，中藥也是如此，不然的話，任何不具備使用資格的人都能夠隨隨便便地使用藥物就很容易出現問題。

正如前述，中藥的管理目前還存在著許多問題，人們能夠在市場上隨意購買中藥，而真正需要治病時某些中藥卻由於受到限制使用的管制而無法買到，許多中藥業者也缺乏必要的專業知識訓練，這樣就使得中藥的管理顯得毫無效率；很容易導致由於亂用中藥而中毒的事故時常發生，也會由於某些中藥的禁用而使得患者失去使用中藥治病的權利。

事實上中藥當然不是食品，也不能夠隨意食用。就拿龍膽瀉肝丸來說吧，它的出現是為著糾正肝經實熱證型而產生的，並不是為著充當食品。中藥一族，雖然包括部分食品，但主要還是供中醫師用來治病的藥物。雖然中藥屬於天然生成之品，但每一種藥物都有著自己的特性，如果不懂得中醫理論，不區分寒熱虛實而濫用，則很容易使自己無法迴避即將發生的新的中藥中毒事故。

《方劑學》中早已標明，龍膽瀉肝丸屬於大苦大寒之品，不可以隨便使用；萬一用在虛證或寒證患者身上，就會雪上加霜，損傷患者的脾腎功能；輕者會出現胃寒、拉肚子，重則會導致腎衰竭、尿毒症。即使是肝經實熱證型患者，也不可以長期服用，否則必然會損傷正氣而出現醫療事故。這個道理很簡單，中醫理論認為“熱者寒之”，機體有熱，寒藥制之，此為[辨證論治]之道。但當機體熱證消失之時，寒藥也須立刻停用，稍過即會損傷機體陽氣。這就是中藥中毒的學術理念，與西藥的藥理有著極大的差異。

筆者曾經有一例尿血症患者，當時使用知柏地黃丸治療三日後其尿血已愈；但接下來由於該患者見療效甚好，竟然不遵醫囑減量、反而自行加大用量，隨即很快就出現渾身酸軟、口吐冷氣的傷陽體徵。所以說，不懂得中醫知識的人亂用中藥很容易給機體造成相應的傷害。

筆者以為，應該爭取通過立法建立規範的中醫中藥管理制度；像西藥一樣，凡是具有毒副作用的中藥，必須憑著中醫師的處方方能購買。法律應該規定，不懂得中藥的使用規律、不具備中醫師資格者不得自行隨意使用中藥；如若哪位病人使用中藥出了問題，可以通過查閱處方來追究中醫師的法律責任。由於有了法律的規定，人們就會像看待西藥一樣看待中藥；這樣，既不會侵犯廣大患者使用中藥的權利，

又能夠控制中藥中毒的醫療事故發生。

故筆者希望所有的同道同聲呼籲有關部門正視這個問題，迅速制定相關法規，規範管理中醫中藥，以利於大眾的身體健康。同時筆者也希望那些不懂得中藥藥理的患者不要隨便使用中藥，以免出現類似上述中藥中毒事件而貽害自己或者他人。在此，筆者還想提醒那些不具備中醫藥理論知識的其他醫者，或許您在自己醫學界內是位佼佼者，但如若您想給患者使用中藥，則敬請事先仔細認真地研究中醫藥相關論述。因為這門具有模糊概念的整體醫學，不同於您所掌握的醫學理論，盲目使用中藥肯定會有“庸醫殺人”之嫌，屆時既傷害患者的身體，又毀損自己的清譽，實在是得不償失。當然，如若他們通過了中醫藥知識的學習和考試，那就另當別論。

前者，由於濫用中藥麻黃減肥，導致不少消費者健康受損、甚至喪命，加州議會為此通過了SB582法案，規定了中藥麻黃的使用限制，藉以保護消費者的利益。同時，SB582法案還賦予具有專業知識的執照針灸醫師使用麻黃的處方權，對於中醫業者來說，應該是一個值得重視的好現象。

筆者當時曾在《麻黃議案的啓示》一文中對此作過相關呼籲，希望全體中醫同仁“盡力保護麻黃議案的成果，努力爭取通過更多的中醫藥管理法規，規定其他有毒中藥不得用於健康食品業和其他醫療專業，只能屬於中醫師處方使用，否則，中醫藥臨床將處於一個進退不得的尷尬境地。”並認為“建立起單獨而健全的中醫藥管理體系比較重要，這樣將會更有利於中醫事業在美國的發展。”然而十分遺憾的是，這種呼籲人微言輕，沒能起到什麼作用；而且時至今日，就連法律規定的中醫師使用麻黃的權力都沒有得到落實，對於這類重要的事情我們中醫界都沒有多少人願意去追究，當然也就更談不上繼續擴大戰果了。

事實表明，只有通過立法將中醫中藥的醫學體系地位確立之後，才能夠明確地規定中醫療法屬於中醫業者專用，才能夠明確地規定中藥的使用必須憑著中醫師的處方。任何人使用中醫療法，都必須通過中醫中藥的專業知識學習，都必須進行中醫的專業考試，即使西醫師也不能例外；這種要求完全符合學術的客觀規律、醫學的道德規範以及美國的法律精神，這也是保護消費者權益所必須具備的必要條件。

實施這種類似於西醫西藥的規範管理，完全能夠限制人們對於中醫中藥的胡搞亂用；由於脫離了食品類管理的無毒概念，許多含有毒性的中藥也就能夠名正言順地進口以提供中醫師所專用，這樣，既可以杜絕中藥中毒的醫療事故的發生，也能夠保障我們中醫師和廣大患者使用中醫中藥權利，更能夠維護我們中醫專業的尊嚴。

當然，要做到將中藥歸于藥物類管理是相當的困難。對於藥物的概念，人們習慣於使用西醫的概念作為鑑定標準。即某種藥物的化學成分如何，其對於人體的各種實驗結果如何，其對於動物試驗的反應如何，其試用於臨床的各種統計數據如何等等；一句話，就是必須將中藥當作西藥來審視。如若沒有這些相關數據類的使用說明文件，恐怕無法使得當權者同意將中藥視作藥物。

這種概念上的刻板模式比較難以克服，我們既無法使得中藥的研究達到上述西藥式的標準，又必須要爭取到類似西藥似管理的法律規範，因此我們只有一條路可走，就是爭取建立另類藥物的學術概念。因為此舉可以標明，中藥既不是西藥，也不屬於食品，中藥屬於另類醫學——中醫的專用藥物，這樣來處理較為妥當。

綜上所述，聯邦食品與藥物管理局（FDA）最近公佈的[替代醫學產品管理指引]草案是一分極不負

責任的方案，因為這份草案完全無視“中藥為中醫業者臨床治病的專用藥物”的客觀學術規律；顯然，無論是將中藥歸屬於食物類別，還是歸屬與藥品類別，都是對於中醫專業的最大歧視。事實上，不管該草案所徵求意見的結果如何，都會對於中醫事業產生巨大的衝擊。

我們知道，如若將中藥視作食品類管理，就會持續不斷地出現中藥中毒的醫療事故，同時中醫師可使用的中藥品種只會越來越少；如若將中藥視作藥品類管理，中醫師從此就失去使用中藥的資格，而且在中醫知識方面，西醫師與一般非醫學界人士一樣都缺乏中醫藥學的學術理念，不當使用中藥都有可能出現中藥中毒的醫療事故。

由此可以看出，強調中醫學說為另類醫學的觀念非常重要。我們必須大聲疾呼，儘管我們迫切要求將中藥歸屬於藥物類管理，但中藥只能歸屬為中醫師臨床治病的專用藥物，若要維護消費者的安全，就必須規定不懂得中醫學說的其他醫學類業者無權使用中藥；也就是說，中藥只能歸類於另類醫學——中醫的專用藥物，其它醫學不得染指。只有這樣，才能杜絕越來越嚴重的中藥中毒現象，才能保障廣大患者的安全用藥，才能維護患者使用中藥來治病以及養生的權利。

表面看來，這種努力直接關係著針灸等中醫療法的安全有效性，也關係著中藥臨床使用的專業性及其中毒現象；但其實質則關係著中醫專業的生死存亡，也關係著中醫業者的生活大計，更關係著廣大患者的身體健康。面對關係如此重大的問題，作為中醫業者來說，應該是團結的時候了，應該是行動的時候了。所以筆者會認為，要糾正目前中藥使用的這種被動局面，就必須從這個方面努力，只有中醫學說的專業地位得到法律上的認可，我們中醫的各種療法才不至於被其他醫學無理佔用，中藥專藥專用的法規才能夠得以實現。似此，那種被[結合醫學]所糟蹋的中醫療效能夠得以顯現，中藥中毒的事故也能夠得以遏止。

事實上，規範的中醫藥管理制度既能夠維護中醫師的權益，又能保障廣大消費者的權益，所以說，促成立法是最能起到根治作用的“治本”療法，所有的中醫業者都應該義不容辭地去努力爭取，而不應該存有任何“曲綫救國”的改良想法。當然，正義之舉並不一定會立即得到勝利，但只要我們努力，終究有一天會成功。因為在我們身後還有著那麼多的中醫道友，當他們明白我們是在進行一場以“拿回自己被奪走的財物”為目的的正義鬥爭時，當他們了解到這場鬥爭同樣也關係著他們的身體健康時，他們肯定會熱情地支持我們。

客觀來說，中藥的使用已經具有廣泛的民衆基礎，是不可能輕易地被取締掉的；因此輕率地將中藥歸類於食品類管理、或歸類於西醫生才能使用的藥物類管理的做法都是不恰當的。這樣不僅不能從根本上解決中藥中毒的問題，其結果還會傷害到患者使用中醫藥的權利。所以說，將中醫回歸到另類醫學的體系地位、並將中藥定位為中醫臨床的專用藥物，這是正當的學術歸屬，這樣做對於保護廣大消費者的健康有著相當大的意義，對於臨床醫學的發展也將有著很大的促進。

上述陋見，旨在拋磚；望更多的中醫業者都能夠奮起參入到這種努力之中。

（本文載於加州針灸中醫師工會會刊 2007 年 5 月）