

## 西(醫)藥殺人無罪·中(醫)藥救人無功?

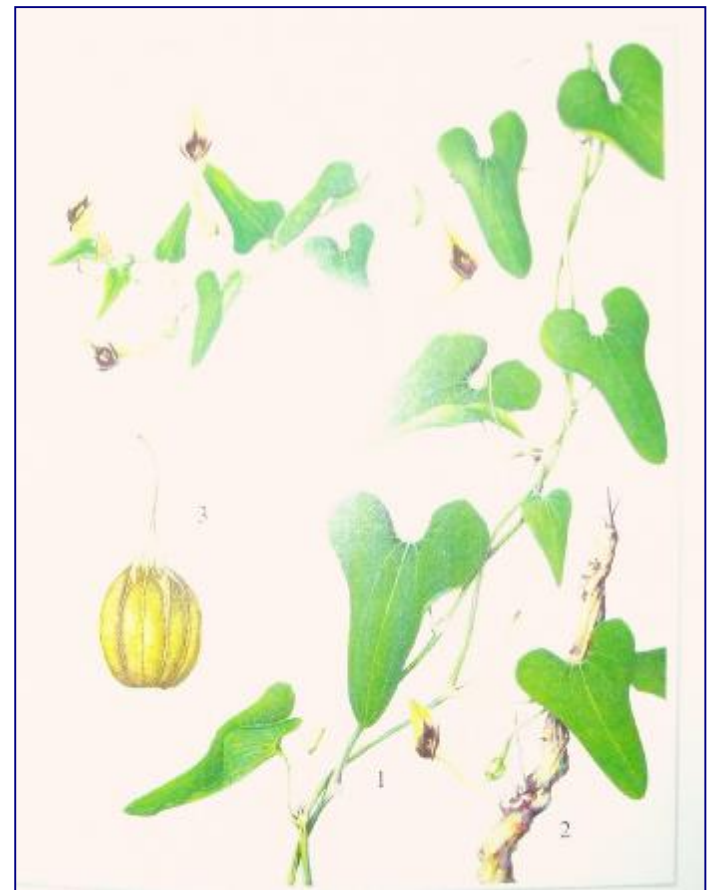
# 若馬兜鈴酸死罪難逃 那抗生素早該就地正法!

衛生署中醫藥委員會在未事先照會中醫師及中藥商公會之下，於 92. 11/18 日草率宣布禁用含馬兜鈴酸的五種中藥材及其製劑(馬兜鈴、關木通、廣防己、青木香、天仙藤)。其相關的五十張藥證隨即被註銷，業者必須在三個月內完成產品下架回收。違者以偽藥論處，最重可處五年以下有期徒刑，必要時可勒令關廠。

這誠如今天台中市某家餐廳有個客人在用餐當中被飯噎死了，於是乎台中市的官員便片面規定：今後，凡餐館內的飯，一律煮成稀飯，還需用筷子插之不致倒下的稀度才算安全般的荒謬。

我們社會向來每有事件發生，尤其是會引起國際矚目者，一蓋不分青紅皂白，立刻選邊劃清界線。此次馬兜鈴酸禁用事件，衛生單位也不管其後續對中醫藥界的傷害及民衆用藥權益的損失有多大，反正先禁再說，以免落人口實。千錯萬錯，錯並不在“藥”本身，而是錯在使用者的誤用、濫用，及大劑量使用與久用。如新加坡政府即允許馬兜鈴酸的合理使用，規定只能連續使用兩週；中國大陸也只禁用龍膽瀉肝湯中的青木香而已。衛生署這種矯枉過正的魄力，若能運用在到處充斥的各種非醫師處方與民間偏方，及民俗療法與美容美體業明目張膽撈

過界所衍生的諸多醫療糾紛，並已嚴重危害中醫藥界的生存權益與聲譽上，予以大力整頓，才能正本清源。身為中醫師面臨如此不堪的處境，目前惟有自立自強，以實力與療效來捍衛祖先的智慧心血！



而這個被媒體炒得沸沸揚揚的“馬兜鈴酸”，到底有何可議之處呢？中國傳統醫學的藥物經典-《神農本草經》，將藥物分為上、中、下三品，上品藥為無毒、可常服，並常被當成養生保健的食品，久服可成仙，誠所謂“藥食同源”；中品藥為養正祛邪各半，無毒或有小毒，用以治病，以其性味之偏性以治病矯弊，使機體的功能趨於正常者；下品藥為有小毒或大毒，亦“以偏糾偏”，然須中病即止，不可常服、久服，其中更包括多種外用之金石礦物類。西方藥學領域有謂

“藥即是毒”，當指部份中、下品藥而言，用藥恰如一刀兩刃，救人、殺人之間，但看使用者臨證的拿捏尺度而定，水能載舟亦能覆舟，豈可就此因噎廢食。

據台灣腎臟醫學會的統計，截至 90 年底為止，台灣洗腎病患共計 31,876 人，平均每 702 人中，即有一人須靠洗腎活命，比例十分驚人。健保局 91 年度重大傷病醫療支出總計 769 億元，第一位即是洗腎經費 245 億元，較之前年成長近一成，耗費龐大社會資源。國人末期腎臟病盛行率和每年新發生率均高居全球第二位，僅次於日本和美國，洗腎比例也排名世界第一或第二。何以致此？

藥物的毒副作用，包羅萬象，肝腎毒害只是其中較易發生，且較受矚目的一環而已。因為腎臟是許多藥物的主要排泄途徑，其重量雖只佔體重的 0.4%，但其血流量卻高居心輸出量的 20~25% (1/4)，具有豐富的毛細血管，其內皮細胞的表面積更高達 1.5 m<sup>2</sup>，所以它與藥物或其代謝產物接觸的機會也遠比其他器官來得大。而各類毒性物質隨著血液循環到達腎臟後，經過腎小球的過濾，腎小管的分泌、重吸收，其溶液會被濃縮，使血藥濃度增高，其中的毒性物質即易造成腎小管及腎間質的損害。

如下表列統計二種最易誘發腎毒性的藥物排行榜，及造成腎損害的臨床藥物不良反應。顯示藥物不良反應：58.85% 為急性腎衰，19.73% 為急性腎損害，9.61% 為血尿，4.55% 為急性間質性腎炎，2.69 為腎功能不全等。而肝臟和腎臟一樣，是機體中毒的易感器官，這也就是藥源性肝腎毒性的主要成因。

表列中藥的平均腎毒性為 7.93%，不僅遠低於排行榜第一名抗菌藥的 37.44%，及第二名利尿脫水類的 30.02%，甚至比感冒常用西藥“解熱鎮痛劑”的 8.09% 都還低。相形之下，中藥的腎毒害有如此罪不可赦嗎？且統計中只以籠統的“中藥”一詞意圖涵蓋所有的中草藥，也未免過於偏頗。且想當然爾，他們會以挑選

具有疑似或明顯毒副作用者為主，相較之下，那中西藥間的毒副作用比例勢將重新洗牌，其結果只會使中藥毒副作的發生率更低，相對的卻更凸顯出西藥的毒害。

氨基糖苷類抗生素的腎毒性高居抗菌類總值的 40~80%，而其中的廣大黴菌更高達 90%。其最著名的耳毒性，會損害前庭神經與耳蝸神經，停藥後其耳毒性症狀仍可繼續進展數週、甚至數月之久，嚴重時還會造成耳聾，甚至禍延子孫。而其腎毒性主要損害近曲小管，形成蛋白尿和管型尿，繼而尿中出現紅血球，尿量減少或增多，嚴重者更可出現氮質血症、腎功能減退、尿鉀排出增多等。如鏈黴素(Streptomycin)、廣大黴菌(Gentamicin)、新黴素(Neomycin)、阿米卡星(Amikacin)、卡那黴素(kanamycin)、妥布黴素(Tobramycin)等。

解熱鎮痛劑，是極為常用的感冒、消炎止痛藥，其作用機轉是抑制炎性介質前列腺素的合成，從而發揮解熱鎮痛、抗炎、抗風濕的作用。但當前列腺素合成減少時，會使腎血管收縮、腎血流減少和腎小球濾過率降低，引起缺血性腎損傷、水鈉瀦留、高血鉀、腎乳頭壞死及腎間質炎性病變等腎功能衰竭症狀，且會造成食道炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍等腸胃道損傷。如著名的阿司匹林(Aspirin)、吲哚美辛(Indomethacin)等即是。且新近發現阿司匹林有抗利尿作用，且會誘發代謝異常：大劑量可導致高血糖和糖尿，而對糖尿病患者則會引起血糖降低，並有致畸胎、死胎的作用……等。試想，如此大名鼎鼎的老藥，至今仍不斷有新的毒副作用被報導出來，更惶論近期開發的新藥了。

磺胺藥，其腎損害發生率為 37.44%，在酸性尿中溶解度低，易在腎小管形成結晶沈澱引起尿路刺激和阻塞，而導致血尿、尿閉。如磺胺嘧啶(Sulfadiazine)、磺胺甲噁唑(Sulfamethoxazole)等。

誘發腎毒害的藥物		誘發腎損害的前十種藥物		593例腎損害的臨床藥物不良反應	
抗菌藥	(37.44%)	甘露醇 (Mannitol)	29.34%	急性腎衰	58.85%
氨基糖苷類(Aminoglycosides)	22.43%	廣大黴素 (Gentamicin)	20.23%	急性腎損害	19.73%
磺胺藥 (Sulphonamides)	5.23%	磺胺藥 (Sulphonamides)	5.23%	血尿	9.61%
抗核結類 (Tuberculostatic Agents)	5.06%	雷公藤	5.23%	急性間質性腎炎	4.55%
青黴素類 (Penicillins)	1.85%	利福平 (Rifampicin)	4.05%	腎功能不全	2.69%
頭孢菌素類 (Sephalosporins)	1.35%	卡托普利 (Captopril)	2.70%	尿崩症	1.01%
喹諾酮類 (Quinolones)	0.67%	感冒通	2.70%	腎性尿崩症	0.84%
硝林唑類 (~nidazole)	0.51%	青黴素 (Penicillin)	1.35%	慢性腎衰加重	0.51%
四環素類 (Tetracyclines)	0.17%	速效傷風膠囊	1.01%	腎病綜合徵	0.51%
多肽類 (Polypeptides)	0.17%	阿米卡星(Amikacin)	0.84%	狼瘡性腎炎	0.34%
利尿脫水類 (Diuretics)	30.02%	(前十種藥)	(72.68%)	腎小管中毒	0.34%
解熱鎮痛類(Antipyretics & Analgesics)	8.09%	其他藥物	27.32%	壞死性膀胱炎	0.17%
中藥	7.93%			慢性間質性腎炎	0.17%
循環系統藥(Circulatory System Drugs)	3.02%			腎小管損傷	0.17%
抗炎鎮痛藥 (Anti-Inflammatory Drugs)	1.52%			腎小球炎	0.17%
消化系統藥 (Digestive System Drugs)	1.01%			溶血尿毒症	0.17%
其他類藥	10.79%			類狼瘡綜合症	0.17%
合計	100.00%	合計	100.00%	合計	100.00%

這些有腎毒性的西藥，在說明書上明白記載者，臨床仍然被使用，並沒有被全面禁用、要求回收下架，只是須運用藥物動力學，監控其血中濃度，尤其對腎功能不全的患者尤須小心謹慎（實際上真的有監控嗎？著實令人懷疑！）。西藥誤用、或長期使用所造成的肝、腎損傷，有些雖可以藥物相互作用的方式減低，如磺胺藥可與Probenecid併用，以減少結晶積滯。但絕大部份的毒副作用，並不能如中藥材可運用適當的炮製、配伍及製劑等環節來減輕或消除，以確保用藥安全。如半夏有小毒，可用薑製以殺其毒、緩其烈性。西藥其他眾所周知的毒副作用還有：副腎皮質素“美國仙丹”的月亮臉、水牛肩、青蛙肚；青黴素的過敏反應（即變態反應）：從各種皮膚反應（蕁麻疹、斑丘疹、過敏性脈管炎、水泡疹、血小板減少、藥物熱等）到嚴重的過敏性休克、過敏性支氣管哮喘、血管神經性水腫等；及四環素的禁用於8歲以下小孩及孕婦，以免造成永久的齒黃……等等，更是不勝枚舉。

一般實驗性的藥理研究，鮮少考慮藥材的炮製、配伍及製劑等問題，其結果並不能與實際的臨床應用劃上等號。日前台北榮總吳明玲醫師在

醫學會上發表百餘種中草藥肝毒性及誤食中藥導致幼兒死亡的個案，引起中醫藥界一片撻伐聲。

試想，依其標準，那該禁用的西藥又該如何計數呢？

中醫治病是依“辨證論治”來處方用藥，《素問·六元正紀大論》說：“婦人重身，毒之如何？”岐伯曰：“有故無殞，亦無殞也。”此為針對懷孕（重身）時的用藥法則，前“無殞”是指對母體無損害，後“無殞”是指對胎兒無損害。孕婦用藥最忌傷胎，一般應慎用或禁用破氣破血、大寒大熱、滑利沈降及通竅走竄之藥，否則輕則動胎，重則墮胎。若罹患非此藥不可的病症時，只要辨證得當，仍可大膽用之，不必拘泥忌諱，即“有是病用是藥”，但需“中病即止”。此法則亦可通用於其他病症。

《素問·五常政大論》又說：“大毒治病，十去其六；常毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八；無毒治病，十去其九；穀肉果菜，食養盡之。無使過之，傷其正也。”治病的本質原為祛除病邪，調整機體的氣血陰陽，使臟腑功能正常、經絡通暢，恢復正常的生理功能。然而祛邪

之法，用之得當，方能除病；用之失當，反會戕害正氣，

衍生病變。因此，須權衡所感病邪之輕重、淺深，並根據藥性之峻猛，即大毒、常毒、小毒、無毒之分，決定用方之輕重、大小。攻邪不可過劑，應留有餘地，並非“除邪務盡”；若除邪而傷正，亦是“醫過”。

馬兜鈴酸的危害報告，源自 1993 年比利時的一家中藥減肥中心，在其治療方案中加入漢防己和厚朴，導致衆多個案引起腎衰竭而需作透析、腎移植，甚至誘發癌變。從而掀起醫藥界對中草藥毒副作用的研究風，他們認為漢防己和厚朴可能會引起慢性間質性腎炎。

去年 SARS 風暴襲捲全球，世衛組織有鑑於傳統醫藥適時發揮了控制疫情的潛力，已承認世界各國的傳統醫學，尤其是中醫，它不僅有堅實的理論基礎，更有豐富的典籍依據，才不致被歷史的洪流吞沒，如古埃及、印度等古老醫學般的式微。WHO 明白建議各會員國，從 2002~2005 年應全力發展傳統醫學，讓傳統醫學的定位從“另類療法”提昇到“互補醫學”，和西方醫學

平起平坐。台灣對中醫的發展至今仍沒有明確的藍圖，中醫何去何從實令人憂心！

更有甚者，台灣對中醫長久以來的漠視與幾近打壓，令中醫的養成教育與專業提昇嚴重面臨困境。諸如衛生署限制中醫師不得執行西醫業務，包括使用血壓計、聽診器、電療儀器、心電圖、超音波、核磁共振造影技術(MRI)等，及施行打針、開刀業務。傳統中醫藥的典籍可謂汗牛充棟，吾人窮畢生之力都難以翻遍，何以西醫師在修習 48 個中醫學分後即可處方中藥，而中醫師卻無法透過再教育的訓練課程，學習先進的科學儀器。試問，三、四十年前的西醫師有誰懂得什麼叫雷射治療？什麼叫 MRI？什麼叫脈衝光？但他們卻能經由臨床再教育的方式，不斷成長。救人的方法本應愈多愈好，中國大陸及香港的中醫師可中西藥併用，彼此截長補短。我等臨床中醫師若能自勵自強，積極汲取西醫的研究精神，及療效數據化的優勢，以西醫微觀的檢驗、分析數據，結合中醫整體的宏觀思維，勢將構成“望、聞、問、切、檢驗”五診的辨證鐵五角，那才真是衆生之福！

(92. 12/16)