

研精醫訊 第八卷



《人物專訪》— P.04

《學術專文》— P.14

《特別演講》— P.29

86

2010年05月出刊

1989年03月創刊

中國醫藥大學學士後中醫學系



《目錄》

- 03 《總編的話》 ◎林鴻鈞、林俞增
- 《人物專訪》 —
- 04 義守大學學士後中醫系 蔡金川主任專訪
 ◎林俞增、陳采瑩、沈偉舜、周維貞、謝秀英
- 《學術專文》
- 14 “乾坤線” 治失眠 ◎吳宏乾 醫師
- 19 經方的學習與應用 ◎黃 煌 醫師
- 25 「茹」的解釋—有關本草中提到的「茹」
 ◎黃宏庭 醫師
- 《特別演講》 —
- 29 李建祥老師談儒醫 ◎林資原、黃羽羚

研精醫訊編輯資訊

發行人/高尚德

出版者/中國醫藥大學學士後中醫學系

編輯顧問/吳訓旺

系學會會長/黃耀賢

■研精醫訊部

部長/林俞增、林鴻鈞

部員/黃羽羚、陳膺嵩、李松儒、林昱秀

田騏嘉

編輯群/顏錦惠、涂智翔、陳采瑩、林資原

楊文杰、沈偉舜、黃滄璋、周維貞

邱詩方、溫恪瑩、謝秀英、張正隆

陳柏霖、馮紀新、馮越榮、張鈺鈞

■學術部

部長/蕭文和、黃敏琪

部員/吳懿淳、陳右聖、陳寶文、洪崇訓

陳靖淳、張世勳

■公關部

部長/黃筱珊、林怡君

部員/楊璽加、張慈福、林逢春、賴明彥

洪至言、林邑蓉、陳治嘉、黃意淳

系址/台中市北區學士路91號

承印/ 哲興印刷事業股份有限公司

《主編的話》

研精醫訊的編輯出版，是一項光榮的傳統，交到了我們的手上，已傳承了二十年，我們也勢必要讓他延續下去。在新制課程的重擔下，感謝所有組員仍熱心參與採訪、打字及校稿等工作。當然，系學會其他部門的協助及後中每一份子的支持，都是促成研精醫訊順利出刊的助力。

時移至此，台灣的中醫面臨了較大變局，政府制度、醫病關係及同業競爭壓力等方面都面臨了愈見緊繃的狀態，校內的課程、考試、訓練的制度，也隨之愈趨緊湊。但是，不論如何，研精醫訊仍在大家最初發心的地方，持續捕捉智慧與感動。

馮鈞

《主編的話》

仲景在《傷寒卒病論》原序中說：“余每覽越人入虢之診，望齊侯之色，未嘗不慨然嘆其才秀也。”研精醫訊延續了過往學長姐交棒下來的傳統，從歷屆的內容中，可以看出學長姐們積極參與的熱情及團結的心。在繁忙的課業中，我和馮鈞毅然接下了主編的工作。從學期初的努力企劃內容，到採訪、邀稿及出刊作業，無不希望這本精美的小刊物，讓大家讀起來，也能如同仲景讀到越人入虢之診時一樣的讚嘆，並能發現其中的巧思。

在86期的內容中，今年適逢義守大學學士後中醫學系第一屆招生，我們特地專訪了義大的學士後中醫系主任，也是我們中國醫藥大學的師長及優秀系友—蔡金川教授，為兩校今後的交流開創契機。

「失眠」是臨床上常碰到的問題，根據統計，台灣成人每四個人就有一個有過失眠的經驗，我們特別感謝高醫吳宏乾教授，為我們分享了針灸的最新臨床研究—“乾坤線”治療失眠；此外「經方」的學習於應用，也是同學特別感興趣的焦點，因此我們特別邀請了對經方臨床有深入研究的學者—南京中醫藥大學黃煌教授，分享他在這方面的經驗。黃教授曾於2003年蒞臨本校並接受「研精醫訊」的專訪。今年很榮幸能再次邀請到黃教授將他多年來淬煉的心得，以深入淺出的文筆引領大家進入經方學習的堂奧。另外也感謝黃宏庭學長，在準備繁忙的國考之餘，提供了他對於「茹」的本草文獻的研究。本次的學術專文，相信不論是在學的學生或臨床醫師，讀了之後一定會獲益良多。本期也摘錄了李建祥老師的特別演講—談「儒醫」，一方面講述「儒醫」這名稱的由來，也談醫師該具有的人文素養及醫療專業，兩著都是一個成熟醫者不可或缺的元素。

俄國大文豪—托爾斯泰曾說「理想的書籍是智慧的鑰匙」。感謝參與研精醫訊撰文以及受訪的師長、學長姐及同學，將他們的思想及經驗用言語或文字作無私的分享，也感謝研精醫訊編輯小組及所有參與的同仁們的幫忙。希望每一次的出刊，都能使您在思路上有新的啓迪，在智慧上有新的啓發。

俞增

《人物專訪》

◎訪問／林俞增 整稿／陳采瑩、沈偉舜、周維貞、謝秀英 校稿／林俞增

審稿／蔡金川 教授

義守大學學士後中醫系

蔡金川主任專訪

學經歷：

高雄醫學院藥學系學士

中國醫大藥學系學士

高雄醫學院天然藥物研究所碩士

中國醫大中國醫學研究所博士

中國醫大藥學系後中醫系 教授

現任：

義守大學中醫部 部長

義守大學學士後中醫系 系主任

踏入中醫之門的緣由

教授：

我成長在岡山靠近海邊的地方，家中原本就從事中醫，爺爺、外公皆是中醫師。大學完成藥學系學業後，原本認為做藥師前景看似不錯，但後來發現也沒那麼好了。以前藥房就像一間小診所，早期在高雄有一間藥局做的很大，Lincomycin(抗生素的一種)的用量是台灣最大的，公司還招待他們全家去日本旅遊，可是到我們畢業那時候，因醫師法通過的關係，從事藥師就不那麼看好了。原本我預計畢業後要去從事藥廠業務，後來想說家裡有中醫的家學淵源，又沒人接手，於是興起繼承家業的想法而去念中醫。我民國70年左右畢業時，

因為打算要考中醫，正好我哥也是念藥學於旗山開業，所以畢業後就先在他的藥局裡面幫忙，一方面準備考試。當初會走入中醫這一個領域的確也是和自己的興趣相符合，另外也是因為這是我爺爺他們留下來的家業。現在我們家族在梓官蚵仔寮那裡還有一間中藥房，我爺爺過世後就沒人接手中醫的部分，只剩藥房的生意，所以那時才想說念中醫來繼承這薪火。

當時中國醫藥學大學(簡稱為：中國醫大)的學士後中醫系(簡稱後中醫)創辦時每屆是招收五十個學生，到第八屆才改成招收一百個。一開始招生時知道的人並不多，再加上颱風來襲的關係影響考試到考率，那時前兩屆沒招滿，第三屆之後就都招滿了。

同學：黃林煌主委以前來系上演講時曾說過一則趣事，他說他那一屆，因為報名表印的份數有限，加上有人收購，結果有些人就買不到。

教授：

早期是有補習班去收購，學校方面沒注意到。因報名表被搜購一空，結果報名的人就不足。大多是某一間補習班報名了，使得另一間補習班無法報名。

同學：所以原來是真有這件事。

教授：

確有此事。但現在都網路化了，自己下載將表格填好就可以，所以不會有這問題了。那時會這樣是補習班互相之間的競爭。黃林煌主委考上的的是第二

屆，但他考上那年沒去念，他跟我們第三屆一起念，所以他學號是最後一個。因為他年紀最小，所以我們都叫他「小弟」，班導也都叫他小弟。

本身因為有中醫的家傳，當初在學習上遇到的困難或瓶頸是比較少？

教授：

還是有遇到瓶頸的時候，與現在的學生比起來，可能學習狀況會漸漸好多了。學校的部分像中國醫大陳榮洲、陳立德、蘇奕彰老師等人都很努力奉獻所學。醫院的部分，長庚的年輕醫師和奇美的許堯欽醫師等人都努力推動教學。經過這些努力，中醫的教育及學習環境漸漸有比較好，相較於我求學時期大有進步。我們同學當時見習、實習大部分的選擇可能是去一般的中醫診所，選擇醫院的很少，這樣不同環境所造就出來的狀況有很大的差別。所以正規教育一般在野教育本來就差很多。在醫院，教育學分都有嚴格要求，必須於規定的時限之內一定要完成這些學程跟技術，但是個人的診所就沒有這些要求。

所以現在教育和以前是差很多的，像是現在有臨床技能訓練，以前都沒有。以前認真的學生才會去跟診、拜訪名師。那時候幾乎沒有什麼中醫醫院，高雄市立中醫醫院(簡稱高市中)是最早的一間，全班五十個人中只有分發我一個人來高雄市跟診實習。那時比較沒制度，而現在實習制度都很正規化，畢業後還有PGY(post graduate year，畢業後一般醫學訓練計畫)，相較過去現在環境差很多了。

同學：教授當年學習遇到困難時，如何

突破瓶頸？

教授：

我當時運氣還蠻好的，第二屆的學長姊中有一位吳振隆，另一位黃蘭瑛可以說是我的貴人，後者曾任高雄的理事長，現在是高屏區的中保會主委。一年級剛進去就讀時，那些學長就帶我們去認識老師，認識當時的高市中院長——蘇貫中老師，蘇院長告訴我回高雄就去高市中跟診，而且他禮拜四在台中的門診也要我們過去，所以原則上可以請教的人很多。還有包括我爺爺可以請教，當然他後來就過世了。家父雖然沒有走上中醫專業，但是由於他曾抄書，因此

對中醫也有一定程度的了解，所以有問題時我們都會討論。當然請教最多的還是學校老師，尤其是蘇貫中老師。

同學：教授那時除了蘇老師外還有跟過

哪些讓你印象比較深刻的老師？

教授：

我跟診的老師不多，那時名氣最大的可說是馬光亞教授，想跟馬教授診的人相當多，其中又以中醫系的佔多數，我那時實在很難再安插進去，加上那時我已經結婚，所以還是比較多時間會考慮回到南部的家裡。我們同學中，那時候已婚的較多。也有很多人在外面都已經工作過，有的都已經做到經理了再回來求學。早期幾屆的學生都是先在外面打滾過的，所以年紀都比較大。現在學生的年齡層下降，很多是剛退伍的，有的女孩子剛畢業沒多久就考進後中醫了。所以，那時已結婚的我常常回來高雄，中部那邊反而跟診的情況不多，因此我跟診最多的可以說就是蘇貫中蘇老師。

同學：教授當初怎麼結識師母的？

教授：

哇，那是很早以前的事情了！我就讀高醫藥學系二、三年級的時候就結婚了，其實後中醫前三屆已婚的學生較多。前三屆包括第四屆人比較少，大家都很熟，內聚力好，後來幾屆人多了就要找都找不到。

同學：那麼婚姻前期都是師母在支持？

教授：

我們彼此互相照顧！在唸書辛苦時大家感情都很好，還把孩子帶在身邊。我們這南部也好幾個同屆的同學，也都帶著妻子、孩子一起上台中。早期念中醫是真的要很辛苦打拼。現在結婚的多嗎？

同學：也很多，也有好幾個同學進來讀後結婚的。

教授：

結婚是滿不錯的，會比較有安定感。早期很多同學都有家庭的壓力，很辛苦，回家後還要做筆記、共筆。共筆內容較多，需要花比較多時間消化，就會有幾個比較好的同學一起作筆記整理重點精華，考試前看那兩三張筆記，就去考了，基礎醫學的部分大多是這樣靠

彼此做共筆支持過來的(笑)。

義大醫院中醫部以及義守大學學士後中醫系的先後創立過程

教授：

那時醫院負責人有來找了我兩次，談到義大醫院要成立中醫科，義守大學也要成立中醫學系。林董事長有一個願景希望能回饋鄉里，並且認為醫院裡有了現代醫學的部分還需要中醫才完整，所以邀請我回來。老實說，我當時對於這邊情況不是很清楚，但是既然林董事長有心要回饋，我就義不容辭地回來了。

當時義守大學裡醫學相關的學群有八個學系，如護理、職治、放射、醫學營養、醫院管理等……，但是主幹科系也就是所謂的醫、牙、藥學系還沒有成立。另外有個偏理工科的生物醫學工程學系，約八月就會再加入，加起來共九個醫學相關科系。而後，八月份又成立學士後中醫學系，加起來剛好有十個學系在分部這邊，算是醫學群，學士後中醫學系通過之後就有正式的醫學院。義守大學積極申請成立醫學系已有一段

時間，也經過一番波折！剛開始申請醫學系沒有通過，被評論沒有醫院怎麼成立醫學系，因此就蓋了醫院；現在有了醫院要作為義守大學的附設醫院，但是教育部又認為沒有醫學系怎麼做附設醫院？所以醫院才轉變為「財團法人義大醫院」，義守大學與義大醫院兩者是有從屬關係的。那時邀請我來是兩者合聘，大學聘為生物科技系專任教授，醫院則是中醫科的主任，現在變成中醫科也轉變為中醫部。

就我的生命歷程來說，從讀完博士到任教，又從副教授升等為教授，在台中已經很長一段時間，也在當地置產了，加上也有門診，林林總總可以說是穩定下來了。受到邀請時，認為一動不如一靜，且都已經五十多歲，又要換老闆……，各種考量下，原本決定不來了，但因林董事長回饋鄉里的心志，最後還是答應他九月下高雄，之後就慢慢經營學校及醫院的發展。

教授對義大後中醫系的成立，有沒有不一樣的看法或期許？跟中國醫大有什麼特色上的區

別呢？

教授：

我想中醫是一種很不錯的醫學，當然這需要很多人才進入到這個領域，才能夠創造比較好的環境，簡言之，就是很需要人。但人數多寡與健保總額有關係。點數乘以量有一個總數是固定的，所以在量的控管是很重要的，諺語說：「捏會怕痛，放會怕飛」，所以中醫的總額就那麼有限很難再讓人進來，但是不讓人進來，一旦別的醫事團體向你吐口水你就會被淹沒了。當然這需要中醫這領域的人自己去思考如何去營造更好的環境。義大的後中學系我們申請了兩年，然後很幸運地通過了。那時申請的還有中山、慈濟，每個學校的理念都不太一樣，訴求也都不同。教育部給了我們一些建議，總而言之，就是我們必須要有存在的價值才能成立。如果和中國、長庚都一樣的話，那就不需要設新的學系，直接增班就好了。義守大學是一間完整的綜合大學，除了醫學的部分還稍不完整之外，理工的、材料的都具備了，所以我們學士後中醫學系，除了核心的醫學以外，也會把結合現有的優勢，看看之後有什麼不同的可能性。我

們有一個希望，更有一個願景，我們會盡力去發展。

另外關於國外學歷認證的問題，現在連波蘭的台灣生都可以接受他們考試，可想而知的是大陸學歷的問題，頂多也只能再擋幾年，最後還是會採認的。到時候台灣自己的人要夠，並且已進入市場先卡好，所以我們成立了。中醫這塊園地最好是遍地開花，把種子灑出去，但是量和質之間的掌控也很重要，不能浮濫！再者，中醫一直採取守勢不一定好，中醫人數必須增加，且相關醫事團體的成立也迫在眉梢。最近吵的最沸沸揚揚的就是推拿師的問題，之前我在台中縣中醫師公會寫一個案子，提出成立相關推拿技術學系，公會的理監事會也有說明，並提案給全聯會，但那時因為中醫總額施行沒多久，認為中醫的餅沒那麼大，不要再讓人進來瓜分，想起來當初若有做成，現在這問題或許就不會這麼棘手。

同學：所以公會裡有不同的聲音？

教授：

是的！但是我們也可以用不同的思考模式去看這件事，這不能說是說是誰

對誰錯。那時我們在台中縣提了一個計畫：「針灸標準作業程序的建構和推動」，這個案子是我提的。後來我們在台中中部地區聯合整合資源醫療網裡提出這個計畫。結果中區的中醫同好十分認同，原本我只提給台中縣，他們要我拿回改成中部四縣市的提案，結果那一年，我們提案在裡面排行第一。那時在整合醫療裡大多是西醫的最新醫療資訊、糖尿病的用藥衛教，或者就是醫檢師的標準作業流程，總之，各個醫師團體都可以去提。那時主持的是中國醫大、澄清和台中縣幾個醫院在負責。當時我們提出這個針灸標準作業程序，他們非常肯定，認為對於侵入性的醫療要有所謂的SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)。在這個觀念影響之下：中醫一定要與時俱進，和時代一起進步！那時剛在中區推動就施行得有聲有色，中醫師全聯會長想說我們那裡做的不錯，想進一步把這計畫拿到全國去實施。他去跟費協會協商，說我們中醫要來做標準作業程序，協商的籌碼第一點就是要站在民衆的立場，若是站在醫生的立場去和他談判，是沒有可能性的，所以我們提出的是提升醫療品質來做標準作業程序。醫院裡面

什麼都有，消毒有消毒的程序，外傷也有固定的程序，燙傷有燙傷處理的作業程序。如此作業程序設計的好，施行習慣以後，原本容易疏忽的步驟就不會再疏忽，而且標準化以後，對民衆來說也是有保障的。作業流程施行下去時雖然起初會增加院方額外的成本，那時我們所做標準作業程序，一個多十元。費協會認為中醫這樣做很好，所以願意再增加經費。林昭庚教授遇到我時跟我說：「你這個不簡單，可以留。」從前那些透天涼、燒山火等一堆複式手法，古代沒有考量到消毒是沒錯，但是我們得做一個制度出來。全國標準作業程序的推動時，我為召集人，因每個都多十元，大家也都在意願上很配合，包括消毒等等。我們推動之前有個前測，之後有個後測，後測時人們知道中醫會做消毒、有那些動作，確實讓民衆感受到中醫還不錯。那是民國九十一年、九十二年的事情，接著沒多久就發生SARS。那時我們另外還提了「門診感染管控」以及「藥劑安全」。但是藥劑安全那時我不敢全部投入，我知道這需要慢下來，最後我就沒有介入。因為我思考到藥劑安全做到最後會增加我們同業的成本。

「藥劑安全」提案走下去一定會牽涉到藥師，不只是中藥師，推動到最後便會促成醫藥分業。但是這是時代的進步，我們可以預見這是一條必走上的道路。但是我還是以中醫專業領域為主，因此我仍先專注於中醫本身範疇的部分，像是針灸標準作業程序、針灸安全性等等。至於藥的東西，那是藥師的事情，我們知道藥品藥劑本來就是很專業的，我想還是必需尊重藥學專業人士，因此就不便越界去干涉了。

回來再談談義守大學的後中醫系狀況吧！原則上招生名額是四十五名，這和總額是沒有關係的，雖然看似多出四十五名，有人會認為是不是中國醫大會減少幾名，長庚那邊也減少幾名，其實這些名額和那些都沒有關係。教育部包括衛生署的考量，是認為特考到民國一百年就會結束，那這塊的差額就可以給義守大學。義守大學除了傳統這個核心的中醫專業學習之外，還會加上我們這裡有的生物科技、醫學工程等等，這也是我們課程中所謂必修的特色課程，必要時，在我們這集團裡相關的機構，學生就可以用到這些所學知識，不一定只有走臨床醫師唯一之途。

以往中醫的師資輸出來源，只有中國醫大一間，而且以前想投入教育這方面的人沒有那麼多，因此當初義大在找師資時是否會遇到一些困難，或者是面臨教師人才來源不足的問題？

教授：

我想這是目前台灣教育共同的問題，當然義大也面臨這個困境，而其實中國醫大、長庚也都面臨這些問題。以目前評鑑的狀況來看，因為長庚中醫系沒通過，所以現在減收了，包括中醫研究所，或者是生藥研究院，它募集變成一個中醫系並系所就合一，沒有再另外成立研究所出來。那跟中國中醫相關的，包括後中、研究所碩士班、博士班很多也沒有通過，這裡面最主要牽涉的就是師資。其實我們可以略微算一下，把中國醫大，或是其他地方的中醫師搜尋一下，再聚焦搜尋中醫博士，有這資格的真是不多，將近一百個。這裡面有多少人在中國醫大？又有多少人在長庚？有三十個嗎？老實說，多數中醫博

士並沒有投入到教育領域來，為什麼會這樣子呢？這是個有趣的問題。

同學：待遇嗎？

教授：

這其實是牽涉到很多的問題。有很多人想回到中國醫大教書，但卻沒有辦法。當然你剛剛所談的待遇，也是其中一個很大的問題。當然在這當中我們會再繼續的去努力，把那些有碩士、博士，最好是Ph.D這些人才拉進教育這個領土裡。若不這樣做，可能也多少會用到相關的專業人士，包括大陸或其他地區的中醫專業人士過來。我和陳榮洲老師談過，陳榮洲老師認為我們不需要害怕，也不要急躁地慢慢來，狗急跳牆，挖角大陸的中醫專業人士也不見得好，我們就按部就班一步一步來，還是要自己栽培出中醫專業的師資。我們非常期待約兩三年後，相關的研究也可以陸續設立。

同學：目前中醫教育的相關資源還是以台中最多，其次是北部。可能留在南部的醫師會想要有那種進修的機會，如果他們想再繼續往上讀的話。也不可能全部往台中

跑吧？

教授：

沒錯，所以我們現在有一些中醫師也有博士學位，但非中醫研究所的也不少。例如上一任的中醫藥委員會主任委員林宜信，他是讀清華的輻射生物研究所，他也不是讀中國醫大，這樣的人也為數不少。又如許仁豪博士也是讀高醫天然藥物研究，博士也非在中國醫大就讀。因為中國醫大有其限制，博士班名額不是那麼的多，所以有一些想進修的也沒有辦法，結果就使很多人跑到大陸去，像是明天、後天廣州中醫藥大學在台大國際會議廳將成立一個所謂的台灣校友會，這些人也有很多是對中醫有興趣跑過去進修的。

同學：之前評鑑委員來評鑑中國醫大後中學系的時候，有提到一點問題：老師本身寫的教科書太少了，而且說那內容裡面沒有羅列最新的研究成果，這樣不知算不算故意吹毛求疵？評鑑委員以後也可能以這一點去要求其它學校。因此關於教科書的編寫這方面，教授是不是有什麼看法？

教授：

教科書，這該怎麼說呢？我想也是需要寫。我過去也是在中國醫大受中醫教育，在那裡所學到的觀念都比較古典、保守，所以大部分還是認為古籍是很重要的，包括那些典籍。但是在大陸上面，他們就都會推陳出新，像現在就會出現新的版本，包括知音、承啓版等等。這其實是很理所當然的，現在持續寫教課書有一個好處，就是可以將現代醫學的相關部分加進去，這個很好也很值得投入，不過這個方向有時候也不是那麼好拿捏。

同學：寫教科書我覺得是不應該是單一問學校或系所的事情，例如中國大陸的教科書往往是跨學校系所協力編寫。其他科系不同學校間的共用聖經也可能是同一本，例如教電子學的老師不能因為他用史密斯電子學，教內科學的老師用哈里森而不自編寫教科書而苛責他。這應該是學校上面，比如教育部統一去做的。

教授：

這樣的方式也有！而且很早就有。

黃維三老師的時候，教育部就有補助了，包括以後他交給郭盛助校長，他們也有承辦。郭校長最後也有交給林昭庚林教授，同樣有在編寫教科書，這一直都有在寫。現在比較好的我想可以算是針灸的部份，林昭庚林老師他們有出版了一本新編彩圖針灸學。當時吳勝賢老師在的時候，他也有編寫一個關於傷科的書，且也都已經寫好了，不過最後沒有出版，因為和知音版雷同太多。所以這要怎麼說呢？中醫的發展已經很長久一段時間，核心的主要概念差不多就那些，所以似乎很難再要寫出什麼新理論！像我也曾經編寫過，是和呂明進老師以及吳訓旺老師合作，我們編寫的是溫病學。溫病學裡所謂冬溫、春溫、暑溫、濕溫，就和過去的理论差不多，所以其實只要再加上現在的最新學術研究，其實重覆到過去的理论也是無可厚非的，只不過當然要重新編排過，意思也就是說可以把我們台灣這裡比較常見的這一類型疾病，把臨床上見到的東西編排進去，讓以後的學生能夠直接知道，我們當代在台灣，哪些疾病或證型該如何運用，可以作理論與實踐的結合，如此是更好的。

同學：中國醫大的後中目前是西醫見習一年，然後中醫實習一年。那麼，義大這邊的規劃是如何？

教授：

我們這邊是在學校三年半。那另外的半學期還有包括一個暑假是西醫見習。所以西醫見習的部分我們只比中國醫大小幾週。中醫實習還是完整一年，目前的規劃是這樣。

去西醫見習的時候，需不需要多加強哪些地方？

教授：

西醫以後可能我們還是要去了解。這是一個需要盡量去認識的部分，此一來我們才能在適當的時候與西醫配合，像是能適當而且正確的把它轉介到西醫的治療。我們需要知道哪些部分的治療是我們是可以掌握、我們可以服務的，但每種醫學都有不同的優勢也有限制，所以若能知道什麼處理是對病人最好，應該要能靈活地使用中西醫治療，在需要轉介到西醫時，就要能轉介的過去。而且要知道一個病症是要轉介到那

裡，像有一些病人會喘也會過敏，是要轉介到小兒科？還是過敏免疫風濕科？這些治療相關方式或怎麼處理，我們是需要了解一下。過去我們去西醫見習的時候，首先是要去看有什麼是中醫沒有辦法處理的。再者，中醫和西醫之間應該要有一個良性的互動，包括以後要做那種互相的會診，像現在我們中醫的患者也很多會與西醫會診。西醫某一些科我們中醫可能比較接觸不到或用不到，但是當我們去西醫見習時，可以練習我們的膽識跟見識，這很重要，因為有經歷過就不會害怕了。

同學：現在中醫部跟其他西醫的科別，合作也是蠻密切的。

教授：

現在漸漸合作愈來愈好，也會互相轉介參照，不過目前義大醫院對中醫不是很了解，因此對中醫不會產生排斥感。

同學：目前會診中醫的，大部分哪一科會比較多？

教授：

因為現在有癌症優質門診，所以與

癌症會診有一些：另外CVA腦中風、腸胃肝膽科消化系統的也有會診的情況。

在西醫門診方面，很多也都轉介過來，尤其像是癌症做放射治療、化療之後，一些問題西醫也沒辦法了，就會轉介過來看中醫。現在目前全聯會有幾個計畫，一是癌症的會診，另外一個就是腦中風的會診。現在腦中風的會診，也有部分開放到門診，另外也有氣喘的部分。所以醫院住院的會診話，中醫可以涵蓋的目前就兩個計畫，一個是腦中風計畫，另外一個就是癌症計畫。門診的話就有腦性麻痺門診計畫，以及另一個過敏氣喘的門診計畫也在執行。

同學：那他們會要求實證醫學方面的佐證資料嗎？

教授：

會！他們都會，全聯會都會把資料收集之後，才與費協會報告我們計劃做得怎麼樣。

同學：像以前的學生，一畢業考到執照有的可能直接去診所服務，可是可能2011年之後，會強制一定要在教學醫院待兩年，那這個對我們之後中醫師在社會上的整體形

象，會有所提升與否？

教授：

這是勢在必行的，而且兩年也不大夠，就我認為起碼要三年，不過現在就是規定兩年，兩年的共同執業之後就可以自己開業。這是因為一般的評鑑都是三年，你一定要待過三年，經過評鑑整個流程，才會比較清楚什麼是一個合格的醫師。

同學：因為有的人可能會考量到畢業之後

後他要去診所，拿的錢比較多，然後可以去馬上養家活口。

教授：

這樣的考量確實也有他的顧慮，但卻對整個中醫沒有幫忙，長期下來，這樣的作法是不好的。在醫院裡面的學習，包括病人的安全、隱私、權利等等，你才會學的比較完整，這樣以病人為中心這個概念，一定要在醫院裡面才能夠養成。畢業之後就到診所執業，就完全沒有機會訓練到。

同學：來就診的病人有些回去之後就

看一次或一兩次之後就沒有再回診了，那教授會再去追蹤他們的療

效嗎？因為他沒有回來可能是已經好了，也可能沒有好。

教授：

我們醫院就有這個制度，醫院一些相關單位會去追蹤。

關於醫療糾紛的這一方面，我們在執業的過程中有沒有什麼訣竅去避免醫療糾紛的發生？

教授：

醫療糾紛最主要還是在剛開始的時候，一個議題(issue)剛出來的時候就要馬上處理，當時的態度很重要，其實有很多問題是當事人的感受問題而已。有的患者在跟我們論述時，我們或許沒聽見或看似給予不夠的專注，那麼患者不舒服的感受也是很自然的。這是第一個很重要的關鍵，火苗剛在點，點燃的時候就要處理掉。另外我們要清楚自己能做到的部分，也有看過針灸變成燙傷，後來用中國醫大的藥方「金創膏」強加使用，結果沒有痊癒，最後請整形外科處理，就產生醫療糾紛的，這樣的情形也是存在。當然醫療糾紛個人的跟醫院

裡面的又不一樣，差別很大，公會都會處理，最主要的關鍵仍是在一開始就要處理，態度更是重要。一開始讓病人覺得自己有誠意解決就比較沒有問題。當然我們有些注意事項一定要去注意，像是有時候要先告知，就要盡到告知的權利，然後這也不見得告知了沒事，若在告知病人當時，病人沒有聽到以至有疏忽了，之後不高興還是會提出告訴，但是我們有告知的責任，就一定得盡到告知。在我們醫院，所謂PGY的時候，或者在住院醫師階段，絕對會訓練到。剛畢業、不懂的醫生可能就會出差錯，例如針上灸造成燙傷的疤痕，也可以說灸瘡必效，中醫也是有這樣的理論，古書本來就有如此記載。

同學：現在學校有成立臨床技能課程，但是時間都比較短，蜻蜓點水這樣。

教授：

在中國醫大的狀況，傷科臨床技能是在立夫教學大樓開始，後來在12樓中庭，後來在94或95年呂明進老師做學科主任才開始規劃診斷課程，當時是由我去規劃。那時有整理出一些光碟，以及卓越計畫。所以義守大學這邊診斷課程

時數會比中國醫大更多，我們這邊有診斷課程的20間教室都已經準備好了。

同學：像後中那邊針灸跟臨床技能有些請來的老師，可能他之前不是走這方面的或太久沒碰，有的會顯得很生疏。

教授：

中醫的領域很難說，中醫教育人士的素質不是那麼整齊，這還是需要時間，問題包括大部分的中醫醫學博士很多都在外面，要回學校教書也沒有機會或管道，想請他們回來他們也不見得想，外面的環境總是比較自由，待遇也比較優渥，可想而知是很難邀請回來。然而在西醫的環境就不同，西醫有教育部的講師、助理教授、副教授、醫學教授，在社會上的評價就很不一樣，中醫就沒有這個觀念了，所以包括教考、訓練這些都發展得很慢，包括現在中藥委員會在推，陳榮洲老師現在以及之前推的臨床訓練制度，假以時日就會有固定的模式，這樣的制度對整個醫療水準是有很大的益處。

平時除了診務、行政及教學之

外的樂活人生

同學：教授從您開始當醫生以來，有沒有每天都看的書？

教授：

我看的書類型很多，都會涉獵到，中醫的書當然一定會持續讀，但沒有固定在哪個理論學派的，至於其他種類的書有多少有閱讀，特別是醫學倫理像是陳永興所著《醫者情懷》，或者像醫學歷史傳記如《限地醫生——周瑞醫師傳記》、《一個醫師時代的時代見證——施純仁回憶錄》，又或者像科學思想性的，如《科學哲學：理論與歷史》等，這些都多少有在閱讀。另一方面因為師母對藝術的愛好也影響我對藝術類書籍有興趣，最近看的是《金光啓示錄——台灣金光藝術的起生》。若在閒暇空於時間我則會閱讀較輕鬆的雜誌，像是商業週刊等，可以對社會上的經濟狀況有些認識。若說有什麼我比較少閱讀的，那大概就是政治類吧！

同學：中醫本業的書有沒有從以前到現在還會去翻，複習的書？

教授：

那當然是有，像《本草備要》、《醫方集解》、《溫病條辨》、《傷寒論》……，這些仍然有時會拿出來看一看條文。

同學：據我知道教授對藥膳也是蠻有研究的。

教授：

我學生時期於高市中見習、實習，當時跟在蘇貫中老師身邊學習，蘇老師很擅常煮藥膳，當時他是高市中院長，配有宿舍，私下他會去武廟買些東西回去，頭髮綁起來就開始作菜，我站在旁邊端菜。藥膳部分也是當時跟蘇貫中老師請教學來的，要如何吃、吃什麼，他都知道怎麼採購。例如十條魚一樣大，十條魚幾斤時的魚肉最細緻，太小就太嫩，大隻又太老，就像人參用天地人來區分，幾支多粗這樣來區分，又像大閘蟹中秋最好吃，一樣大隻的大閘蟹，十隻多重最好吃。

同學：教授除了中醫本業之外，平常還有培養哪些興趣嗎？怎麼調劑平常的生活？

教授：

我很喜歡運動，且運動很好可以產生腦內啡，是排解壓力很好的方式。通常都是周末時帶籃球回去母校雄中，自己投籃或與一些人組隊，家裡也有買跑步機，高雄、台中各有一台。另外我的愛好就是《布袋戲—霹靂系列》，這是我固定會觀賞的影集。

現在有志以中醫為志業的人，應該要具備哪些特質或者人格以及心理成熟度該是如何？

教授：

基本上走上醫療專業的人，人格、特質都差不多，就是要有同理心，且一定要尊重生命，那麼現在的話更是強調團隊精神。專業醫術上當然是需要有一定程度，但個人的技術上仍有很大的差異性，有些醫生一把脈會說腫瘤已經幾公分，也有人一把脈就說膽囊裡面有結石，這就是個人醫術上有所不同。無論如何，以病人為中心的觀念是必需要有的，加上現在都強調團隊工作，因此能與在人際相處上有和諧的關係、團隊精神也是非常重要的。不過身為一個以中醫為志業的人，也一定對中華文化有一

些興趣才行，畢竟這些醫學理論都是中華民族古人對生命、生活的智慧結晶，這些都脫離不了其中華文化的傳統，舉凡氣候、地理關係以至生理狀況與現象等都是習習相關的。總而言之，醫學是一門與人密切相關的專業，因此一個醫學的理論也必需深深連結於其在地性之文化背景，期待後進中醫之輩也能根植於傳統，並在我們的時代發展出屬於我們當代的中國醫學。

“乾坤線” 治失眠

中國醫藥大學中醫研究所博士
教育部定助理教授
中國醫藥大學附設醫院中醫部主治醫師
高雄醫學大學附設醫院中醫部針灸科主任
高雄醫學大學助理教授

前言

現代人多半有失眠的經驗，尤其隨著年歲的增長，壓力日與遽增，更容易有失眠的問題。失眠的定義是以入睡困難和持續睡眠困難的常見睡眠障礙，一般以患者自覺睡眠質量或量不足為描述症狀，根據統計，有13的美國人有睡眠的問題[1]；在北歐五個國家中，有42%的北歐人有嚴重失眠的問題[2]；德國人則是4%的人有嚴重失眠，其中以婦女的失眠盛行率較高，而這些失眠的人口中，有74%失眠超過一年[3]；在台灣，曾經有失眠經驗的成人達25%，也是婦女較為嚴重[4]。

失眠可分為“入睡性失眠”、“睡眠維持性失眠”，和“早醒性失眠”。但大多數患者均都會出現上述

症狀。2005年睡眠疾病國際分類第2版 (International Classification of Sleep Disorders II, ICSD-II) 對失眠的描述為 [5]：

- (1) 患者主訴有失眠，包括難以入睡、易醒、多夢、醒後不易入睡或醒後仍感疲倦等；
- (2) 日常生活受到影響，如白天感到疲勞或想睡、白天注意力不集中，進而影響白天工作或課業學習等，而有煩惱的感覺；
- (3) 失眠病程持續1個月以上；
- (4) 排除由各種精神、神經和軀體等障礙所致。

根據ICSD-II對於睡眠障礙的病因與分類[6]，簡單描述有a.失眠、b.與睡

眠相關的呼吸障礙、c.非呼吸睡眠障礙所致過度睡眠、d.晝夜睡眠節律障礙、e.異態睡眠、f.與運動相關的睡眠障礙、g.單獨症候群，正常變異和尚未定義的專案、h.其他睡眠障礙。

失眠的現代病理機制

睡眠的過程由兩個時相組成，即快速動眼期 (rapid eye movement, REM) 和非快速動眼期 (non-rapid eye movement, NREM)。根據Harrison's principles of internal medicine第16版，失眠的產生與下列中樞神經系統特定結構[7]發生問題相關：

1. 大腦皮質

大腦皮質的相互作用和睡眠產生有

關，因大腦皮質為最高級的神經中樞，其產生的意識活動訊號對睡眠覺醒節律有重要影響。

2·丘腦

丘腦是參與睡眠覺醒節律調節的重要結構之一，可能同時包含誘發睡眠和引導覺醒兩種調節機制。

3·視交叉上核 (suprachiasmatic nucleus)

Stephan於1972年證明人類生物鐘位於下丘腦前部的視交叉上核，它包含晝夜節律振盪器，使內源性晝夜節律系統和外界環境的晝夜變化吻合，維持體內平衡。

4·腦幹背側縫核 (dorsal raphe nucleus)、孤束核 (nucleus tractus solitarius)

(1) 腦幹中縫核、孤束核能誘發睡眠，目前認為腦幹背側縫核頭部、孤束核及其鄰近的網狀神經元是產生NREM睡眠的特定腦區，它們共同組成了上行抑制系統。

(2) 背側縫核的尾部是REM睡眠的觸發區域，位於橋腦背內側的藍斑核 (locus coeruleus) 頭部神經元的軸突被認為

對維持覺醒有作用，而其中、後部及附近神經元則參與REM睡眠的執行。

失眠的中醫病機

正常睡眠的基礎，建立在衛氣的正常運轉，陰陽交泰上[8]。在《靈樞·口問》中詳細闡述了睡眠的基礎：「衛氣晝日行於陽，夜半則行於陰，陰者主夜，夜者臥；陽者主上，陰者主下；故陰氣積於下，陽氣未盡，陽引而上，陰引而下，陰陽相引，故數欠。陽氣盡，陰氣盛，則目瞑；陰氣盡而陽氣盛，則寤矣。瀉足少陰，補足太陽。」

失眠的病機，在內經中有很多論述[9][10]，但重點仍在營衛運行不暢，如《靈樞·大惑論》提到：「衛氣不得入於陰，常留於陽。留於陽則陽氣滿，陽氣滿則陽躋盛，不得入於陰則陰氣虛，故目不瞑矣。」此為衛氣不入於陰所致失眠。也有因邪氣阻滯臟腑，阻礙衛氣運行，而發生不易入睡或多夢表現，《靈樞·邪客》便提到：「衛氣者，出其悍氣之慄疾，而先行於四末分肉皮膚之間，而不休者也。晝日行於陽，夜行於陰，常從足少陰之分間，行五臟六腑，今厥

氣客於五臟六腑，則衛氣獨衛其外，行於陽，不得入於陰。行於陽則陽氣盛，陽氣盛則陽躋陷，不得入於陰，陰虛，故目不瞑。」

根據歷代典籍記載與臨床應用，現代中醫對於失眠病機的認識分別有以下觀點[10]：

五臟功能失調		病機
心腎不交	子病及母	說明 肝血不足、肝失調達或魂不守舍，即可導致心神失養或心神被擾，因此失眠可為心肝二臟氣血陰陽平衡失調所致。 脾胃虛弱，導致氣血生化乏源，心神失養，從而出現失眠；另一方面運化水濕失常，積痰生熱，痰熱擾心，可直接導致失眠。
結合易學和中醫理論，除心腎外，可將體內臟腑分為主上升主向外和主下降主向內兩類，主宰著人體氣機和陰陽的升降出入，因此心腎不交造成的失眠，可擴大思考和脾胃、大小腸、肝膽、肺、三焦、膀胱等相關。	升降失常，濁氣隨經脈上逆沖心，則失眠頭重。	

老年人	人 類 型	失眠病機	書不精，夜不暝	痰瘀內阻	腦的功能失調
	病機核心在於腎本虛損、陰陽氣血之衰憊，病位可涉及心腦腎肝脾；腎衰而不能溫養腦、心、肝、脾，而使水濕痰瘀內生，進而導致失眠。		五神為神、魂、魄、意、志，當其失調是“書不精，夜不暝”發病的內在因素，而情志是“書不精，夜不暝”的促發因素。	血瘀和痰飲是頑固性失眠的重要病理基礎： 當瘀阻脈絡，血不能正常的發揮其濡養功能，導致心失所養，故而失眠；痰濁上犯，阻遏心竅而致心神不安，產生失眠。	《難經一十八難》：「督脈者，起於下極之俞，並於脊裏，上至風府，入屬於腦。」強調治療失眠需注重調理督脈。

對於不同類型的人，對於其失眠病機分析如下[10]：

翳明	安眠 ₁	翳風	穴名	功能	取穴法
息風寧神	鎮靜安神	聰耳消腫	牽正口喎，祛風活絡，當耳根後下凹陷中		
翳風後1寸	點	翳風與翳明連線中			

臨床上我常使用“乾坤線”治療失眠，療效明顯，患者在接受治療當天即可好眠。“乾坤線”位在兩耳後枕骨下橫線，為翳風、安眠₁、翳明、安眠₂、風池等五穴位的連線，其穴位功能和穴位位置上分別如下[11][12]：

“乾坤線”治失眠

大學生	女性	更年期女性
數因勞心過度、情感所傷導致心神失養、神不守舍，進而有失眠的表現。	大學生失眠主病在心，多導致肝的疏泄功能失常，發生失眠。	更年期失眠的主因與情志有關，是以陰虛、血虛為本，肝郁、陽亢、血滯為標。女性情緒易於波動，最易導致肝的疏泄功能失常，發生失眠。

安眠 ₂	同安眠 ₁	翳明與風池連線中點
風池	祛風散熱，平肝熄風，明目開竅	乳突後，斜方肌外側緣，後髮際上凹陷中央

由現代醫家所整理的失眠中醫病因病機來看，失眠的病機脫離不出內經所論述的內容，但幾乎每個醫家都提到“情志”，即壓力，為影響現代人睡眠最大的因素，即便在四種不同類型的人群所做的病機整理，其中便有三種和“情志”、“肝”有絕大的相關，由此便可得知，現代人多半因壓力而導致情緒起伏較大，進而影響睡眠，屬於肝火擾心之證；但又多半因時常過勞工作，或學生常熬夜唸書，身體是呈現“正虧”的現象，因此失眠也可能屬於心膽氣虛化火之證，因此我在醫治現代人失眠多使用“乾坤線”五穴以平肝、祛風、散熱、寧神。

根據現代解剖理論，“乾坤線”位置位在後枕部，依照其解剖位置來看，即在腦幹投射在皮膚之處，而腦幹為生命中樞，負責調節心跳、呼吸和血壓等人體重要生存功能，其中的上昇性網狀賦活系統(ascending reticular activating

system, ARAS), 專司人體的清醒與睡眠, 而根據頭皮針理論, 可將大腦皮層功能區投射到頭皮, 在頭皮上劃分出相應的刺激區進行針刺治療[12], 因此推論針刺“乾坤線”, 可直接刺激腦幹, 藉由針刺的雙向調節作用平衡腦幹的功能。

在神經分布上, “乾坤線”五穴所位之處, 恰好為迷走神經(vagus nerve)由頸靜脈孔(jugular foramen)離開頭顱之後, 沿頸部走向胸腔的必經之路, 並在頸部有神經分支, 通往心臟、咽喉部與皮膚淺層等[13]。臨床研究發現, 迷走神經對於調節睡眠規律, 增加睡眠深度, 促進睡眠品質有直接的關係[14-16], 因此針刺“乾坤線”可直接改善失眠疾患, 並有立即的效果。

此外, 後枕部為許多肌肉的起始點, 如胸鎖乳突肌(sternocleidomastoid muscle, SCM)、斜方肌(trapezius muscle)、和頭夾肌(splenius capitis muscle)等[13], 因此針刺“乾坤線”可放鬆後頸肌肉, 間接促進血液循環, 使大腦獲得足夠的氧氣和養分, 則睡眠

品質將有所改善。

此五穴的連線, 我將之命名為“乾坤線”, 以求其卦象泰卦之意義: 「泰卦象徵陰陽交合, 萬物生養, 萬事亨通之意。陽者盛而來, 陰者衰而往, 即象傳所謂君子道長、小人道消之時。故獲吉祥而通泰。」此陰陽交泰、陰陽平衡之意, 則失眠問題便迎刃而解。

參考文獻

- [1] Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *1. Sleep.* 1999 May 1;22 Suppl 2: S347-53.
- [2] Chevalier H, Los F, Boichut D, Bianchi M, Nutt DJ, Hajak G, Hetta J, Hoffmann G, Crowe C. Evaluation of severe insomnia in the general population: results of a European multinational survey. *J Psychopharmacol.* 1999;13(4 Suppl 1): S21-4.
- [3] Hajak G; SINE Study Group. Study of insomnia in Europe. Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001 ;251(2):49-56.
- [4] 陳崇賢, 陳昭源, 林忠順, 失眠之評估與治療, 家庭醫學與基礎醫療25(3): 92-99, 2010.
- [5] 李岩, 周鳳翔, 陳嘉峰, 失眠的原因及相關因素, 中國老年學雜誌29(1): 115-117, 2009.
- [6] American academy of sleep medicine. The international classification of sleep disorders, revised diagnostic and coding manual: p.15-20, 2005.
- [7] Kasper, Dennis L./Harrison, Tinsley Randolph, 1900-. Harrison's principles of internal medicine 16th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, c2005.
- [8] 刁麗, 梅劉泰, 從《黃帝內經》理論淺析失眠的病因病機及治療原則, 浙江中醫雜誌43(2): 73-74, 2008.

- [9] 周國琪，張宇鵬，《內經》失眠病證的證治探討，中國中醫基礎醫學雜誌 13(11)：818-819, 2007.
- [10] 張穎穎，劉蘭英，馬驍，中醫對失眠的病機認識，光明中醫23(12)：2068-2069, 2008.
- [11] 林昭庚等編著，新編彩圖針灸學，知音出版社，2009年初版。
- [12] 張吉主編，針灸學，人民衛生出版社，2006年第二版。
- [13] Frank H. Netter, Netter's atlas of human anatomy, 2nd edition, Novartis, 1997.
- [14] Palesty O, Zeitzer JM, Conrad A, Giese-Davis J, Mustian KM, Popek V, Nga K, Spiegel D.. Vagal regulation, cortisol, and sleep disruption in women with metastatic breast cancer. J Clin Sleep Med. 2008 Oct 15;4(5):441-9.
- [15] El-Sheikh M, Erath SA, Keller PS.. Children's sleep and adjustment: the moderating role of vagal regulation. J Sleep Res. 2007 Dec;16(4):396-405.
- [16] Irwin MR, Valladares EM, Motivala S, Thayer JF, Ehlers CL.. Association between nocturnal vagal tone and sleep depth, sleep quality, and fatigue in alcohol dependence. Psychosom Med. 2006 Jan-Feb;68(1):159-66.

經方的學習與應用

經方是中醫的根本

對中醫來說，方是極其重要的。古時稱中醫為方脈家，醫術

為方技，日本則稱中醫為漢方。無論是傷寒派，還是溫病派，是古典派，還是現代中西醫結合派，是講臟腑辨證，還是講六經辨證，到最後交給病人的都是方，所以，日本古方家吉益東洞說：“醫之學也，方焉耳”。方，是中醫的內核，是根本。

中醫的方劑，數量多得讓人興歎。宋代的《太平聖惠方》有100卷，方16834首；《聖濟總錄》有200卷，有方2萬首；明代的《普濟方》有426卷，方61739方；我編寫的《中醫方劑大辭典》收錄醫方達96592首。要熟悉掌握這麼多的方劑，既不可能，也無必要。

因為關鍵的方劑，不過上百首，這就好比漢字的字根，英語的詞根，是組成千萬張處方的基本構成，可稱之為“方根”。

方根在那裡？在《傷寒論》，在《金匱要略》。這兩本書的方劑，並非張仲景一個人獨創，而是總結了漢代以前的用藥經驗，而且經過後世數千年無數醫家的臨床驗證被證實並發展，可以說是中華民族幾千年與疾病作鬥爭的經驗結晶，是我們中國人經自身試驗篩選出的臨床有效良方。只有把這兩本書弄通了，才能在臨床上左右逢源，觸類旁通。後世名醫雖多，其臨床的基本法度都不出仲景學術的範圍。所以，成無己說“仲景之方，最為群方之祖”。張元素說“仲景藥為萬世法”，王好古

說、執中湯液，萬世不易之法，當以仲景為祖”，朱丹溪說“仲景諸方，實萬世醫門之規矩準繩”。筆者說仲景方當為中醫之根，為中醫之魂。可是，現在古典的東西往往被視為不合新潮的，是陽春白雪的，是束之高閣的供觀賞的古董。這是對中醫學的無知。中醫學的經驗性是極強的，經驗的東西就需要經過歷史和時間的考驗和錘煉，時間越久，經驗提煉得越精，就像好酒一樣，越陳越香。《傷寒論》《金匱要略》之所以被稱為經典，是因為在數千年的實踐中證明它是有用的，是科學的，在臨床上是能解決問題的。學經方，離開了仲景方，那就成了一句空話。

方證是規範

1956年生 江蘇江陰人

1973年開始跟隨名中醫葉秉仁先生學習中西醫內科

南京中醫學院碩士

日本京都大學進修老人醫學

京都聖光園細野診療所進修漢方醫學

日本順天堂大學醫學博士

南京中醫藥大學教授

學《傷寒論》《金匱要略》，最好讀白文，也就是未加注釋的原文。古往今來，注《傷寒論》的有數百家，注《金匱要略》的也有幾十家，其中雖不乏精品，但大多數是隨文演繹，無大發揮。這些注釋看多了，往往把你帶入大空世界，使你在所謂理論的解釋裡混混沌沌，雲裡霧裡，而臨床實用功夫則十分貧乏。其實《傷寒論》《金匱要略》兩書的文筆十分樸實，多為臨床實際的客觀表述，少有空洞的解釋，故讀白文是可行的。不過，兩書的體例為條文式，孤立地讀常常不得其要，必須採用分類比較的辦法。按什麼分類？古時候有按六經分，有按治法分，有按症狀分，有按主方分，分法較多。筆者傾向于按主方主藥分。按主方分，清代醫學家徐靈胎的《傷寒論類方》最好。這位醫學家研究《傷寒論》三十餘年的心得之作，形成初稿以後，竟反復修改二十餘年，其間五易其稿，最後他才在序言寫上“乃無遺憾”四字。他採用的方法就是將《傷寒論》方分為12類，如桂枝湯類、麻黃湯類、葛根湯類、柴胡湯類、梔子湯類、承氣湯類、瀉心湯類、白虎湯類、五苓散類、四逆湯類、理中湯類等。筆者拙作《中醫十大類方》是以

主藥分的，其特點是以藥類方，以方名證，主要便於初學者，便於記憶。本書並非中醫經方的全書，而僅僅是為讀者提示一種認識並掌握中醫經方的一種方法。經方何止十類？本書之所以題名為《中醫十大類方》，只不過為讀者閱讀本書增加一點輕鬆的氛圍而已。應當指出，無論按方分或按藥分，關鍵是要抓主治，識方證。許多人對方論以及方劑功效的解釋比較熱衷，而對其主治則輕描淡寫，含糊其辭，一筆帶過。這可以說是混淆了主次。對中醫來說，經方的主治是最要緊的，解釋在其次。方證最關鍵，功效在其次。

藥物的應用指徵稱之為“藥證”。方劑的應用指徵為“方證”。如桂枝的應用指徵為“桂枝證”，桂枝湯的應用指徵為“桂枝湯證”，這是古人應用藥物和方劑的根據和證據，是中國人幾千年積累起來使用方藥的最為實用和重要的經驗。如把桂枝比作箭，桂枝證就是目標，目標對準了，命中率就高，同樣，藥證、方證相對了，療效自然會出現。換句話說，藥證相對了，這就是必效藥、特效藥；不對應，則是無效藥。這是中醫取效的關鍵。《傷寒論》《金

匱要略》的用藥十分嚴格。有是證，則用是藥；無是證，則無是藥，加藥或減藥，都以臨床見證的變化而變化，決不能想當然地隨意加減。故惡風、汗出、脈浮用桂枝湯，如汗出多，惡寒關節痛者，必加附子，名桂枝加附子湯。如發汗後，身疼痛，脈沉遲者，又必加人參，名新加湯。如無汗而小便不利者，則要去桂枝，加白朮茯苓，這就是桂枝去桂加茯苓白朮湯。茯苓桂枝白朮甘草湯主治心下悸，茯苓桂枝五味甘草湯則為咳逆上氣。大劑量藥與小劑量藥的主治也不相同，同樣是桂枝湯的組成，但桂枝加桂湯的桂枝5兩，其主治為氣從少腹上衝心者；桂枝湯倍芍藥主治腹中急痛，方名也改為小建中湯。又雖用過某藥，但其證未去，則仍可使用某藥，如《傷寒論》“柴胡湯病證而下之，若柴胡證不罷者，復與柴胡湯……”（101）“太陽病，下之後，其氣上衝者，可與桂枝湯，……若不上衝者，不得與之”（15）。這種用藥法，即方證相應法，《傷寒論》所謂“病皆與方相應者，乃服之”（317）。又《傷寒論》中有“桂枝證”、“柴胡證”、“病形象桂枝”等說法，都為藥證相應、方證相應的體現。藥證相應與方證相應，體現了經方的極

為嚴格的經驗性。這是中醫辨證論治的基本內容。離開了古人的用藥經驗，辨證論治只能是空想的遊戲。

“方證相應”是《傷寒論》《金匱要略》的基本精神。清代傷寒家柯韻伯說：“仲景之方，因證而設，……見此證便與此方，是仲景活法”。其所以為“活法”，是因不同於辨病論治，常常是異病同方或同病異方，非常靈活。不理解者，則謂中醫不規範，難以掌握。但從另一角度看，方證相應則是不變應萬變的方法，如徐靈胎說：“方之治病有定，而病之變遷無定，知其一定之治，隨其病之千變萬化，而應用不爽”（《傷寒論類方》自序）。正因為有定，才能變化，這就是有規矩方能成方圓。有是證用是方，就是強調規範。方證就是規範，這是中醫學的靈魂。

藥證是基礎

經方醫學有一非常關鍵，就是藥證。中醫理法方藥，藥是基礎，沒有藥，何談方？沒有方，何談理法？但是，許多搞經方者，往往停留在方證的層次，就缺少變化。這就是徐靈胎先生所謂的“有方無藥”的毛病。仲景書中，許

多方證條文下，均有加減法，不加減，是不容易取得最佳的臨床療效。而要正確的加減，就必須瞭解每味藥物的主治，也就是藥證。

張仲景的書，是方書，他沒有留下專門論述藥物的專著。那麼，《神農本草經》如何呢？這本書是中醫現存最古老的本草書，但是，其中的神仙家的味道太重，對臨床醫生用藥還不是非常適合。比如它收錄365味藥，與天數相應；以上、中、下三品分類法，與臨床指導用藥相距甚遠；至於書中許多關於“輕身”“不老”“延年”等藥性記載，具有濃厚的道家色彩。所以，本人推論《神農本草經》與《傷寒論》《金匱要略》的經方家醫學尚不是同一流派的書籍。顯然，要學好用好經方，必須有一本張仲景的藥物學，一本古代“疾醫”所用的本草學。本人所著的《張仲景50味藥證》就是在這方面作了一些探索，通過對仲景原文的比較分析，試圖破譯出一本《張仲景臨床藥物學》。這個藥物學，就是藥證。

從本質上來說，方證與藥證，兩者本無區別，同屬一門。所以，宋代傷寒家朱肱說過：“藥證者，藥方前有證也”。他將藥證與方證是合稱的。考慮

到中醫用藥的習慣，我還主張分論。單味藥的主治，稱為藥證，複方的主治，稱為方證。藥證，是方證的基礎，是經方加減變化的前提。它的好處，一是可以更清楚地理解方證。比如四逆散，方中柴胡甘草治療往來寒熱、胸脅苦滿，枳實芍藥治療痞痛，芍藥甘草則治療腹痛腳攣急，所以，四逆散能夠用於四肢冷、腹痛腹脹者。有比如同樣是治悸，藥證不同，其所主治的悸也不同，如黃連黃芩治煩悸，桂枝甘草治動悸，龍骨牡蠣治驚悸，半夏茯苓治眩悸，人參麥冬阿膠甘草治虛悸。二是能組合成新的處方，而且不離經方精神。本人的四味健步湯（芍藥、牛膝、石斛、丹參）就是根據藥證的思想創制出來的。我的八味逐瘀湯，就是根據藥證對血府逐瘀湯進行修正後得來的。

用經方要辨“人”也辨“病”

經方醫學的又一特徵是著眼於“人”。如果說西醫是治“人的病”，那麼，中醫是治“病的人”。這個“人”，就是整體，就是全身。中醫沒有剖開肚子去尋找在器官細胞水準上的病理變化，也無法看到天地間各種致病的微

生物，但我們的先人卻能從宏觀上把握住機體的變化，尋到消除疼痛的辦法。清代傷寒家錢潢說得好：“受本難知，發則可辨，因發知受”。這就是經方醫學的疾病觀。這個“發”，是“人”在疾病中出現的全身性的反應。

張仲景是如何著眼於“人”的呢？

一是望形。仲景書中的所謂“尊榮人”、“失精家”、“濕家”、“強人”、“羸人”等均有明顯的外觀特徵。如尊榮人“骨弱肌膚盛”，即為缺少運動、肌肉鬆軟，稍動即易汗出傷風的體質類型。失精家則多為男子，面色白、肌膚柔薄，瘦弱，脈大而無力等。濕家多面黃而形腫，鼻塞身痛等。

二是切脈。脈浮、脈沉、脈浮緊、脈滑實等，並不表示某種疾病，而是反映患者全身所處的狀態。如浮脈與出汗、出血有關；沉脈與腹瀉、過量發汗有關；脈浮緊，提示可以使用強烈的發汗劑；脈滑實則提示可以使用瀉下劑。換句話說，脈象可以辨人的寒熱虛實表裡，不可辨食道癌、胃炎、痔瘡、關節炎。所以脈象不可不重視。

三是問所苦。如惡寒與惡熱，口渴

與口不渴，小便利與不利，不大便與下利不止，能食與不能食、煩還是但欲寐、自汗還是無汗等。這些體徵反映人體的基本生理狀態，是非特異性的診斷指標。其作用主要是用於辨“病的人”，而不是辨“人的病”。

需要指出，後世比較重視的舌診和日本的腹診，其本質也是辨體質狀態，辨寒熱虛實，補充經方方證，故在臨床應用經方時，是完全應當使用的。經方的舌證，散見於後世各家醫著中，代表性的有清代張登的《傷寒舌鑿》、葉天士的《外感溫熱論》、俞根初的《通俗傷寒論》、梁玉瑜、陶保廉的《舌鑿辨正》等。各經方家的醫案中則這方面的內容尤為豐富。經方的腹證，《傷寒論》《金匱要略》中已經有較多的表述，可以細細揣摩。日本漢方家研究古方腹證較深，其中古方家吉益東洞的《類聚方》以及稻葉克文禮和久田寅叔虎的《腹證奇覽》記載較詳，值得參考。

筆者通過研究張仲景醫學和吸收後世各家辨脈、望舌、切腹的經驗，認識到臨床上尋找經方與“人”的對應點，是運用好經方的關鍵。筆者的話是：未

識方證，先辨“藥人”。即尋找和辨別某種藥證方證的出現頻率比較高的體質類型，以此作為辨方證的先導。《中醫十大類方》中提出了五種“藥人”，即所謂“桂枝體質”、“麻黃體質”、“柴胡體質”、“大黃體質”和“黃耆體質”。

“藥人”絕不止五種，以上五種則是本人比較熟悉和臨床常見的。這些體質類型的識別，主要運用中醫傳統的望診、切診、問診來觀察患者的體型、皮膚、脈象、舌象而完成的。書中有“附子脈”、“黃連舌”、“桂枝舌”的提法，是為了更為直觀地反映“病著的人”與藥物的對應點，便於記憶和臨床應用。筆者認為，若使用中醫方劑，唯以辨病為主，不診脈，不看舌，不診腹，不認體型，沒有“人”的指徵，那就失去了中醫的特色。

但是，用經方也辨病。經方治病，也其主治範圍，這就是主治疾病譜。經方方證的古典表述常常採用整體證與局部證兩種表述方式，整體證就是前面所講的“人”，多以形神脈寒熱汗渴等為主，如羸人、強人、煩、但欲寐、其人如狂、脈微細、寒熱、自汗無汗等。局部證多有局部的表現，如咳、悸、利、

嘔、頭痛、痞、痺、小便不利、少腹急結等。這些局部證常常用“或……”來表述，可稱之為或然證。這其實是相關系統疾病的略稱。如咳為呼吸系統疾病，悸為循環系統疾病，利為下消化系統疾病，痞為上消化系統疾病，少腹急結為盆腔系統疾病等。當然，如果搞清楚現代疾病的診治範圍，那就更好了。

重視加減法及煎服法

經方方後的加減，不可忽略。張仲景加什麼、減什麼，是有嚴格的指徵的。這是研究藥證的重要內容。如咳加五味子、乾薑、細辛；腹痛加芍藥；口渴、小便不利加茯苓、白朮；氣上衝加桂枝；咽痛加桔梗；不嘔，去半夏；無汗、小便不利去桂枝；咳去人參。

仲景對煎服法也極為講究。煎法有去浮沫、先下、後下、去滓更煮。煎藥用水有水、酒的不同。服法有頓服、日二服、三服、四服、五服、少少咽之等。還有藥後喝粥或不喝粥的不同。如桂枝湯服後要喝粥和溫覆取汗，這在臨床是極為重要的一環。有實驗研究證明這樣能增強桂枝湯對流感病毒性肺炎

的抑制作用。以上這些臨床護理技術，經方應用中不可忽視，用清代傷寒家陳修園的話說，“古聖人之心法在此”（《長沙方歌括》）。

醫案和驗方要研究

要真正活用經方，光研究《傷寒論》《金匱要略》也是不夠的。揣摩後世名醫的醫案，特別是經方家的醫案，尤有實用價值。如葉天士醫案中關於運用桂枝湯、梔豉湯、苓桂味甘湯、真武湯的經驗；尤在涇醫案運用金匱腎氣丸的經驗，近代名醫範文虎醫案中運用四逆散、桂枝湯的經驗；徐小圃醫案運用麻黃湯、四逆湯的經驗，吳佩衡醫案運用附子的經驗，都是學習經方時的重要參考資料。本人所編著的《醫案助讀》中選擇了不少經方家醫案。這些醫案，或為大病奇病，或立法有新意，或處方用藥別致，或議論精闢，值得細讀。

在讀名醫醫案中，應注意兩方面的內容，一是如何把握經方的應用指徵的？二是如何加減變化的？

此外，研究歷代名家小方的主治和藥證，也很有必要。這些小方，藥味在3

味左右，主治比較明確，對於理解經方的主治以及配伍規律是有較大幫助的。有人統計《傷寒論》《金匱要略》《千金翼方》《普濟本事方》等古籍中，4味藥物及其以下者分別占各書方劑總數的38.7%—64.5%，可見經方中小方數是佔有極大比例的。研究小方與研究經方具有相同的意義。

實驗結果不是臨證指南

近年來，國內外一些醫藥研究人員對一些常用經方進行了大量的藥理作用和配伍的研究，其實驗結果對經方藥效的證明、方證的明確，經方劑量、服用方法和劑型的改進等，都有積極的意義。這是學習與研究經方時所必須瞭解並加以利用的。但也應該認識到，由於實驗室與臨床尚有較大的區別，動物試驗與人體實驗不同，單因素研究與多因素研究不同，傳統水煎與提取物不同，所以，實驗室的結果只能作為臨床應用的參考，而不是臨床指南。如現代藥理學研究證明，黃耆對心血管系統、血液系統、腎功能、物質代謝以及腫瘤等均有良好作用，可使減少的心細胞數恢復正常，可擴張冠狀動脈，改善心臟功

能，增加抗缺氧能力，防止脂質過氧化，改善腎臟功能，防止肝糖元減少，抗衰老等。但是否臨床是所有心血管疾、腎病、腫瘤都可以使用黃耆呢？顯然是不符合臨床實際的。所以，要正確使用經方，注重臨床是關鍵，這是根本。經方的方證目前尚難作出公認的動物模型，只有在臨床，在具體的病人身上，才能體會到經方的使用方法，才能悟到經方的精妙之處。筆者對經方發生興趣，完全是在臨床培養的，不是信而好古，而是經方的療效確切，如桂枝龍骨牡蠣湯治哮喘胃痛，防己黃耆湯治療汗出而腫的糖尿病，黃連阿膠湯治療漏下不眠，白虎加人參湯治出血……使筆者嘗到了應用經方的甜頭。

經方的運用經驗，來之不易，如有名師指點，那比自己在臨床摸索要強許多許多。此外，同道之間多交流，注意收集各種雜誌上有關經方應用的報導，也有利於自己經驗的積累和臨床水準的提高。

「茹」的解釋

有關本草中提到的「茹」

學士後中醫學系 十二屆

【前言】

中醫基礎理論、本草、經絡學等知識，是學習中醫的重要基礎科目。

因為對台灣藥用植物的涉獵與栽培，在求學歷程中，一直潛移默化地影響末學對於藥用植物、中草藥的鑽研。謝謝俞增學弟的邀稿，在準備國考之中，盼能以一篇簡單的文章，發揮拋磚引玉的功效，讓更多中醫界的先進、同好提供更好的經驗傳承。

在研讀本草過程中，很常發現「茹」字，除了寫八股文章會用到的成語「茹毛飲血」，再來就是偶爾會見到有美女會取這個字為名。本文針對「茹」字文字學部份作簡單的探討，加上本草的幾本重要書籍中，對於「茹」字的檢索，希望對初學者有觸類旁通，

或可增加對於本草的熟悉度。

在本草學的發展中，末學很遺憾地發現，因為中國地大物博（物種豐富），地區性語言（方言）眾多，以及植物形態學的發展不明確深刻，往往造成同名異物、同物異名等等情形發生，在本草的經驗傳承中，可能會發生老師講的和學生所領會的相左，謬誤從此大矣！逝者已矣，來者可追！盼望學弟妹能夠在本草的學習中，以實物辨識為起點，感受更直覺的學習經驗。

說文解字

【卷一】（艸部）



小篆 茹馬也。從艸如聲。人庶切

動詞

形聲。從艸，如聲。本義：吃

茹（ㄖㄨˊ、ㄩˊ）

茹，食也。吳越之間，凡食飲食者謂之茹。《方言》。注：“今俗呼能粗食者為茹。”

舜之飯糗茹草也，若將終身焉。《孟子·盡心下》

飲其血，茹其毛。《禮記·禮運》

柔則茹之。柔亦不如。《詩·大雅·庶民》

回之家貧，唯不飲酒不茹葷者數月矣。《莊子·人間世》

茹啖其草木實。明·劉基《苦齋記》

又如：茹葷飲酒（吃肉喝酒）茹：毛（太古時人們連毛帶血捕食禽獸）；茹草（吃草）；茹恨（飲恨，含恨）；茹素（吃素食，不吃魚肉

包含	貪:恣	喂 【牛馬】	
引申為忍受。如：含辛茹苦(受盡辛苦)；茹恨(飲恨，含恨)；茹荼(比喻受盡苦難。荼，苦菜)	茹，恣也。《廣韻》	茹，飯牛也。《玉篇》	等葷腥；茹菜(吃蔬菜)；茹葷(本指吃蔥韭等辛辣的蔬菜。後指吃魚肉等)；茹薇(採食野菜)；茹齋(吃素食) 茹苦含辛 比喻飽受辛苦 茹苦含辛，更百千萬億生而後成。宋·蘇軾《中和勝相院記》 也作“茹苦含酸”、“含辛茹苦” 茹毛飲血 茹：吃。指原始人不懂得用火，捕到禽獸就連毛帶血生吃，即求食，飽即棄餘，茹毛飲血，而衣皮葦。漢·班固《白虎通義》

形容詞		名詞					
柔軟	植物的地下部分的真根、球根、塊根或其他變莖	蔬菜的總稱	腐爛	塞	雜揉	包，圍，裹	猜想
茹，柔也。《玉篇》 攬茹蕙以掩涕兮，沾餘襟之浪浪。《楚辭·離騷》	拔茅連茹(黃按：形容白茅根的根系相連)	菜茹有畦。《漢書·食貨志上》 白露之茹。枚乘《七發》	以茹魚去蠅。《呂氏春秋·功名》 又如：茹魚(腐敗發臭的魚)	諸船人行船、茹船、寫漏、安標宿止不如法，…答五十。《唐律疏議》	辰放氏作，時多陰風，乃教民擻木茹皮以禦風霜。宋·羅泌《路史》	《齊民要術》 十月初凍尚暖，未須茹蕪……	我心匪鑿，不可以茹。《詩·邶風·柏舟》

《本草備要》中的「茹」

名詞	基原
蘭茹 大戟科狼毒大戟 Euphorbia fischeriana Steud	本品為禾本科Gramineae 植物
竹茹 淡竹 Phyllostachys nigra (Lodd.) Munro var. henonis (Mitt.) Stapf ex Rendle、青稗竹 Bambusa tuldoidea Munro、大頭典竹 Sino calamus beecheyanus (Munro) Mc-Clure var. pubescens P. F. Li之莖稈除去外皮後刮下之乾燥中間層。	
★文獻節錄	
△目錄▽草部	
△篇名▽蘭茹 (狼毒大戟 Euphorbia fischeriana Steud)	
內容：瀉，破血	
辛寒，有小毒。蝕惡肉，排膿血，殺疥蟲，除熱痺，破症瘕(《內經》同烏賊骨。治婦人血枯)。根如萊菔，皮黃肉白，葉長微闊，折之有汁，結實如豆，一顆三粒。甘草為使。	
參考：本草綱目中，時珍曰：蘭茹本作蘆茹，其根牽引之貌。	

△目錄√木部
△篇名√竹茹
內容：瀉上焦煩熱，涼血
甘而微寒。開胃土之郁，清肺金之燥，涼血除熱。治上焦煩熱（皮入肺，主上焦。溫膽湯用之），溫氣寒熱，噎膈嘔逆（胃熱），吐血衄血（清肺涼胃，齒血不止，浸醋含之），肺痿驚癇（散肝火），崩中胎動（涼胎氣）。

《神農本草經讀》中的「茹」

名詞	葷茹	基原
	(葷茹)	茜草科茜草 (<i>Rubia cordifolia</i> L.) 的根及根莖
竹茹	略	
★文獻節錄		
△目錄√卷之二十上品		
△篇名√茜草		
內容：氣味苦、寒，無毒。主寒濕風痺，黃膽，補中。		
陳修園曰：氣味苦寒者，得少陰之氣化也。風寒濕三氣合而為痺，而此能入足少陰，俾上下交通而旋轉，則痺自愈矣。上下交通則中土自和，斯有補中之效矣。中土和則濕熱之氣自化，而黃膽愈矣。又《素問》以葷茹一兩，烏側魚骨四兩，丸以雀卵，飲以鮑魚汁，治氣竭肝傷、脫		

血、血枯，婦人血枯經閉，丈夫陰痿精傷，名曰四烏鬮（*ㄆㄨˋ*）骨一葷茹丸。葷茹即茜草也，亦取其入少陰以生血，補中宮以統血。汁可染絳，似血而能行血歟。（後人以此三味入烏骨白絲毛雞腹內，以陳酒、童便、煮爛，烘乾為丸。以百勞水下五七十丸，治婦人倒經血溢於上、男子咳嗽吐血、左手關脈弦，背上畏寒有淤血者。）

△目錄√本草附錄《別錄》、《唐本草》、……
△篇名√竹茹
內容：氣味甘、微寒，無毒。主嘔，溫氣，寒熱，吐血，崩中。（《別錄》）
張隱庵曰：此以竹之脈絡，而通人之脈絡也。人身脈絡不和，則吐逆為熱矣。脈絡不和，則或寒或熱矣。充膚熱肉澹滲皮毛之血，不循行於脈絡，則上吐血而下崩中矣，竹茹通脈絡，皆治之。

《本經疏證》中的「茹」

名詞	繖形科	基原
茹草葉	柴胡（北柴胡） (<i>Bupleurum chinensis</i> DC) 和狹葉柴胡（南柴胡） (<i>Bupleurum scorznerifolium</i> Willd) 的根或全草。	

皮茹
竹茹
竹皮
同上述之竹茹，略

茹蘆
茜草科茜草 (*Rubia cordifolia* L.) 的根及根莖

茹根
禾本科白茅 (*Imperata cylindrica* Beauv. var. *major* (Nees) C. E. Hubb.) 的根莖

★文獻節錄
葷茹（黃按：即為柴胡）

味苦，平、微寒，無毒。主心腹，去腸胃中積氣、飲食、積聚、寒熱、邪氣，推陳致新，除傷寒心下煩熱，諸痰熱結實，胸中邪逆（一本作氣），五臟間遊氣，大腸停積，水脹及溼痺拘攣，亦可作浴湯。久服輕身、明目、益精。

一名地薰，一名山菜，一名茹草葉，一名芸蒿，辛香可食。生宏農川谷及冤句，二月、八月採根，暴乾。（得茯苓、桔梗、大黃、石膏、麻子仁、甘草、桂，以水一煮取四升，入消石二方寸匕，療傷寒，寒熱，頭痛，心下煩滿。半夏為之使，惡皂莢，畏女苑、藜蘆。）

竹葉
：至若皮茹，原係運輸津液上朝之道路，其中雖有屬陽之節為阻，其外實一線上行，並無留滯，內之阻正以外之通而得生，故治中氣之有阻而逆者，如相

激為嘔噦，相爭為寒熱，相迫為吐血，相逐為崩中，何莫非以陽格陰，陰不流通，奔突外出之候，若在外得通，在內自可轉旋，即不能自致通暢，更為或其陰，或和其陽，亦自有力而少隔闕，如橘皮竹茹湯之治噦逆，乃於中宮用陽和陰；竹皮大丸之治婦人乳中虛煩亂嘔逆，乃於中宮用陰和陽，皆一舉可平，故目其功能曰安中益氣。以是知竹皮之功，全從在外轉旋在內之氣，比之竹葉從在上解陰翳而暢在中之陽者，又不侔矣。

茜根

味苦，寒，無毒。主寒溼風痺，黃疸，補中，止血，內崩，下血，膀胱不足，踈跌，蠱毒。久服益精氣、輕身。可以染絳。一名地血，一名茹蘆，一名茅蒐，一名倩。生喬山川谷，二月、三月采根，暴乾。（畏鼠姑。）

茅根

味甘，寒，無毒。主勞傷，虛羸，補中，益氣，除瘀血、血閉、寒熱，利小便，下五淋，除客熱在腸胃，止渴，堅筋，婦人崩中。久服利人。其苗主下水，一名蘭根，一名茹根，一名地菅，一名地筋，一名兼杜。生楚地山谷田野，六月采根。

參考文獻

- 1 · 漢典 <http://www.zdic.net/zd/zi/ZdicE8Zdic8CZdicB9.htm>
- 2 · 本草學教科書，上海科學技術出版社
- 3 · 本草備要，清，汪昂
- 4 · 神農本草經讀，清，陳修園
- 5 · 本經疏證，清，鄒潤安

李建祥老師談儒醫

國立政治大學中文研究所碩士
中國醫藥大學 講師

有

一個人去看病，醫師問這個病人說哪裡痛？他說：「我心痛」。醫師問他：「你什麼時候開始心痛？」病人就說：「我看到你的時候就開始心痛。」為什麼病人會這樣回答？表示這個醫師沒辦法給人信任感、沒有給人同理心。

一個人去看病，一進到這個診所後，原先煩躁不安的心情就能馬上平靜下來，當他進到診間的時候，看到這個醫師所散發出來的氣質，就能夠讓病得到緩解。這樣才是最成功的一位醫師。

能夠達到這個地步，我想，是有對人的同理心，具有極高的人文藝術的修養，這是很重要的。

儒醫的起源

儒醫這個名詞最早是見於宋朝。宋朝學者洪邁寫過一本《夷堅志》，甲卷第三面提到，謝與權這個人是位儒醫……這是「儒醫」這個名詞的最早記載。但是原文只說：這個醫師治好一個很奇怪的病，並沒有解釋說他為什麼是儒醫。

儒醫為什麼會興盛於宋朝呢？

- (1) 醫學的地位因為皇帝的偏好而與日俱隆。在歷史上的記載，宋太宗趙匡胤本身懂醫，曾經親自治療弟弟的病，也自己蒐集了一千多個方子，更曾經命令史臣來編纂醫書。

- (2) 儒家的思想在宋朝時特別穩固。大臣大多是儒者出身，而儒士有

格物致知朝向實用主義，也就是實際應用發展的傾向。范仲淹曾經在年輕還沒考上進士很窮的時候，到廟裡面去拜拜。他跟神明說：第一個志願要做良相，神明跟他說，你大概沒辦法做到。范仲淹又說，第二個志願要做一個良醫。有人問他為什麼選擇一個這麼卑微的工作來做？范仲淹講說：「做一個好宰相當然可以治理天下所有老百姓，但是如果做為一位良醫也可以治療很多老百姓。兩者的功用是差不多的。」所以，「不為良相就為良醫」是宋朝非常流行的一句話。

儒醫的貢獻

一、醫師地位提高

在中國古代或者是西方，其實醫師的地位都是很低的。像古希臘時代，醫師是平民擔任的，地位跟工匠一樣，並不崇高。在古羅馬時代，醫師是奴役擔任的，不過他們比奴隸的地位高一點，因為他們有用。要買一個醫師的價錢跟買一個太監一樣。

在中國古代也是一樣，唐朝以前醫師是一個卑賤的職業，韓愈的《師說》，寫道：「巫醫樂師百工之人，君子不齒。」所謂君子不齒，就是不願意把它放在一起。所以醫師的地位非常低下，一般人不願意從事醫師這個行業，尤其是知識份子或菁英份子。

宋朝初年之後，范仲淹曾經上書，他說：現在京師的人口約有上百萬，行醫的醫師約有五千人以上，而且大部分都是道聽而來，並沒有受過完整的醫學教育，希望改革一些教育。在朝廷開始重視醫學之後，做了一些措施，對醫師的地位提高大有幫助。

醫師本來為一個為人親切的職業，在《禮記·王制》裡面說到：「凡執技以事上者：祝史、射御、醫卜及百工。凡執技以事上者：不貳事，不移官，出鄉不與士齒。仕於家者，出鄉不與士

齒。」所謂不貳事，指不能從事其他行業。不移官，指不能升官。出鄉不與士齒，指離開家鄉後就不能排在士的行列。鄭玄對這一段的解釋是賤也，意思是在裡面地位是很低賤的，韓愈對這一段的解釋是巫醫樂師百工之人，君子不齒。

宋儒認為說醫的本質與儒最為貼近，儒家講求仁恕、仁愛、親民，與醫師的本質最為相近。林億在校注《針灸甲乙經》的序裡就說：「臣聞通天地人曰儒，通天地不通人曰技，斯醫者雖曰方技，其實儒者之事乎。」這裡有一個重點，儒除了通天通地之外，最重要的是通人。一般技藝的人可能會做一些其他的技藝，但是如果不能有仁，對人有同理心，有做為一個人基本的素養，就不能稱作儒。所以醫者的本質跟儒最相近。所以范仲淹才說不為良相便為良醫。

宋朝以前醫學的教育似乎沒有非常制度化，沒有屬於國家正式的教育。宋初設太醫局，分科招收學生，隸太常寺。徽宗崇寧二年，始建醫學，改隸國子監。

醫師的培養屬於國子監的意義：

(1) 國子監的主事都是儒者，對醫學倫理以儒家仁民愛物的精神來處理，所以在醫學倫理有很大的進步。儒者有學問，對於教育紀錄的建立、教材的編輯都有極大的貢獻。教育制度改革之後，醫師的素質提高了，社會地位也一定會提高。

(2) 學生的素質也會提高。國子監入學的條件是：第一國子生必須是七品以上官員的子第才能就讀，太學生必須是八品以下子弟就讀，太習生則是由庶民子弟中優異者。也就是說，學醫的人是經過選擇的，最優秀的人才才能學醫。

其實現在國內的醫師的培養，所有考上醫學院的學生都是百中選一的，水準之高都是無庸置疑的。但是我們沒有因為程度有點高就驕傲或自滿？這是應該好好思考的問題。

二、對醫學倫理的正面影響

儒醫對醫學的正面貢獻除了社會地位提高之外，還有對醫學倫理的正面影響。宋以前的醫學大部分以道醫為主流

（雖然有人講說張仲景有儒家的背景，但理由非常牽強，雖然有人講說孫思邈在千金要方中有提到說「又須涉獵群書，何者，若不讀五經，不知有仁義之道」但是沒有人把孫思邈當作儒醫，反而認為是道醫，稱孫思邈是孫真人。）

很多醫學著作資料裡面，如《古今圖書集成》、《醫部全錄》裡，都認為做一個醫師一定要讀很多的儒家典籍。例如明朝李梃的《醫學入門》裡面說，要讀完孝經、論語（這是做人的原則）、小學、文字訓詁之學。如果能懂文字訓詁之學，對於古書真正的含意與內容，才能真正了解。

三、編纂一系列標準教科書

《會要》裡提到：「嘉祐3年，置校正醫書局於編修院，以直集賢院掌禹錫、林億校理，張洞校勘，蘇頌等並為校正。後又命孫奇、高保衡、孫兆同校正。」在校正醫書的過程之中，除了醫師參與之外，還有很多儒者加入。這個校正醫書局直到宋仁宗熙寧二年結束，奉敕校正的醫書有內經素問、難經、傷寒、脈經等二十八部。目前我們還是認為這些書是學中醫的人必讀的書。

為什麼儒者加入醫學典籍的編纂、

整理，有其重要的貢獻呢？有什麼特長才能做出這些貢獻呢？四庫全書總目提要敘述滑壽的《難經》的時候就說：滑壽本儒者，能通解古書文義，所以對難經的註解視他家為多云，因為他的註解比其他的詳細。

儒醫的負面影響

一、醫學的專業——也是道德的必要條件

因為儒醫這個名詞並沒有很確定的定義，儒必知醫或醫必學儒或儒學醫或醫學儒，或兼醫儒，沒有一定的界說，只要有儒學素養的醫師就稱儒醫，懂得醫學的儒者也可以叫儒醫。

但是如果定義如此寬鬆就會有一些負面事情出現，第一個例子要舉聖散子。蘇東坡用聖散子這個方在黃州、杭州都治療了很多民病，都是大規模的傳染病被他給治好了，但是在蘇東坡治好這個病以後，這個方子就有名了，天下風行。可是在後來我們就看到許多用聖散子治病由蘇東坡記載的活人無數變成殺人無數，這是牽涉到醫學專業的問

題。

南宋陳無擇，在《三因極一病證方

論》中有提到：蘇東坡是把治療傷寒方子誤認為治療瘟疫的方子，方子本性溫熱用來治療傷寒正好，用來治療瘟疫卻是火上加油。像這樣的論點在清朝的名醫王士雄《溫熱經緯》裡也有提到。

所以我們會認為，當然人文、藝術的修養對醫師來說很重要，但是畢竟醫學有其專業，我們應該有一個想法，專業也是道德的一個必要條件。有句俗話說，「熟讀王叔和不如臨證多」，也就是說，醫學的確是個專業，如果沒有專業的話也就沒有道德。

二、思想偏失

我們再看看這個儒醫對醫學還有什麼負面的影響。某些儒家思想在醫道上面有所偏失。儒家思想以人為中心，「人之內推是四親」，也就是說對自己的親人。「人之外也是濟眾」。但是這二者如果行之不當，為害甚大。

以「內推」來講，在唐朝陳藏器本草有這樣的記載：人的血可以治療貧病，也就是治療衰弱；人肉可以治療疾，就說會老。因為陳藏器有這樣的記載，所以當時很流行割骨事親，就是割自己大腿上的肉來醫療自己雙親的病。

當時政府是鼓勵的，在武則天的時候就曾經有地方政府報上來有二十八人都是割骨治親結果武則天給他們蓋牌，也給他們表揚。類似的情形一直持續到明朝都還有，甚至演變到殺自己的兒子來醫自己父親的病。甚至有人割掉婦女的乳房來治病，也就是要他的妻子割掉乳房來給父母治病。

儒家弑親的這種思想，有時對醫學倫理反而是一種負面的影響。韓愈批評：上面明明講說身體髮膚受之父母，不敢毀傷，你這樣自己割骨，也算是孝道嗎？如果父母親真的有病，你應該說會幫他找一個好醫師，然後治好。這樣就可以了！

以「外推」而言，因為「仁民愛物」，所以要博施濟眾。施藥也是一種博施濟眾，像蘇東坡的聖散子。某些方面而言，蘇東坡真的很了不起！譬如說聖散子在杭州治療民病，蘇東坡是自己拿錢出來的。在杭州也是自己拿錢出來在寺廟裡面設治療所。這是全世界第一個公辦民營的醫療機構。蘇東坡的道德非常好，可是有負面的影響。所施的藥沒有辦法對症下藥，反而造成不良的後果。清朝俞樾在他的書裡說：「《聖

散子方》自坡公為之作序，士大夫多知之，而不知用之不當，亦以為禍。余生平喜為丸散以施人，書此亦以自鑑也。」畢竟醫學也是一個專業，沒有專業就沒有醫學的道德，醫學專業是醫學倫理裡面必要的條件之一。

結論

儒醫對醫學的正面的貢獻，也有負面的影響。這些正面貢獻或是負面影響在現代社會裡或許已不存在了，但是我們要擷取它的精神。

一、以人為本。這種人倫的關懷，需要很高的人文藝術修養。儒家的教育包含禮、樂、射、御、書、數，也就是運動、音樂、書法、藝術還有自然學科。所以一個完整的醫學教育不只是醫的專業而已，應該是一種全能教育。現在學校裡，往往把通識教育的課程當成營養學分，尤其是同學平時在上課時缺席不到，這是不對的，缺乏人文素養的醫師要變成一個良醫，這是不可能的。

二、醫師是一個專業。社會電視媒體或平面媒體廣告販賣醫療用品都是請名人或藝人代言，一般人因為信任

這些藝人或名人，就跟著相信他們所代言東西的療效，這是很危險的一件事。對一個學醫的人來說，首先要學好在醫學方面的專業。而後假如要做到像前言說的，如果要是能讓煩躁不安的病人，一進到診所診間就平靜下來，看到醫師本身散發出來的氣質，病情就得到緩解，需要有很高的人文藝術修養，希望同學能好好的體會。