

26屆系學會 授袍籌備幕後花絮

一等



二等



總籌



《目錄》

- 04 《會長的話》
- 04 《編輯室報告》
- 05 《人物專訪》 —
大春堂中醫診所 林鉅超院長專訪 ◎溫恪瑩
- 17 《學術專文》 —
董氏奇穴漫談 ◎曾文俊醫師
- 21 《杏林之筆》 —
從物質到能量---《人體的彩虹》讀後隨想 ◎王湘雲
- 26 《醫療服務專輯》 —
大安區醫療服務心得（下） ◎第26屆系學會
- 32 《系學會相關事項說明頁》 ◎第26屆系學會

研精醫訊編輯資訊

發行人/陳立德

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/王志豪

■研精醫訊部

部長/黃浥暉、溫恪瑩

編輯群/吳俊毅、白松穎、董晏成、黃瑞興

江孟潔、王子杰、陳昭仁、洪克承

邱冠豪、葉祐安、吳姿嬋、吳美宜

黃豔喬、陳敬宗、蔡昆霖、洪晨昕

■學術部

部長/瞿瑞瑩、劉淑浚

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/高瑜嬪、施鴻儒

部員/楊璽加、張慈福、林逢春、賴明彥

洪至言、林呂蓉、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

《會長的話》

親愛的中國醫藥大學後中夥伴您好，

歲

月如梭，專利了26年的後中人稱呼，現在因應義守後中的正式招生，不得不加些字兒。

志豪是經過轉折來到這裡的在校生，正想著經過轉折離去的系友們。我呼喊著傳承面臨的不易，惶恐於經費日漸的短絀。研精醫訊創刊的精神面臨製作量持續增加，以及學制更動系費收入減少的雙重挑戰。一種逼迫著系刊精神變換的無奈悄然而至，當前到了需要各位伸出援手的關鍵時刻。雖然本刊物對於許多求好心切的讀者而言仍有很大進步空間，然而每期內容必為當時編輯群的最大心血結晶。我們會秉持這份熱誠為此刊物的內容增添可讀性，但現實上經費短缺的窘境，隨屆數增多只會每下愈況，及時採取因應對策有其必要性，尚請各大方同道見諒。因此，希望沒有紙本需要的系友們，請您主動告知改以電子版本研精醫訊寄送到指定信箱。又或許您正好是後中家庭的一員(同一住址內有二個以上後中系友)，也覺得沒必要重複收取本刊，請務必要告訴我們，以減少紙本的浪費，一起愛護地球。

聯絡方式：pbcmyj@gmail.com

小小的忙還請大家多支持，制度因時而異理當如此，就像我們也不再獨享後中人這名詞一樣。

由25屆後中系學會駕駛的穩健船隻接手以來，陸陸續續遇到幾次大風浪，所以決定棄船，當個回頭是岸的自省人。不是狹義的自省於有沒有完成系學會任務而已，舉凡有沒有盡到為人子女的義務、有沒有盡到為人父母的義務、有沒有盡到為人醫者的義務、有沒有盡到未來是醫者的醫學生的義務都是須自省的。然而我們也無須消極，上了岸的我們所秉持的：「態度是活潑多元的花樣百出；情緒是精神抖擻的熱情奔放；理想是醫德醫術的發揚光大。」身處於後中醫學系的學制變革時期，更是要以上述的三個精神，刻苦耐勞的前進。

26屆系學會會長 王志豪 敬上

《編輯室報告》

本

期研精醫訊在《人物專訪》的部分，我們訪問了大春堂中醫診所所長林鉅超醫師。林醫師在中西醫兩方面學問都十分深厚扎實，在訪談的過程給予我最大的震撼是其思考的靈活度與求知知識的熱情活力，提示了我們不需要庸人自擾於中西醫之分、門派之爭，醫學的重點就是把人治好，任何有助於療效的知識都應取為己用，如海納百川，方能成其大。

在《學術專文》的部分，我們請到榮星中醫診所曾文俊醫師撰寫專文為我們介紹董氏奇穴的背景與特色，同時曾醫師也分享了學習的心得體會，給予我們寶貴的指引，其中讓我印象深刻的是要放寬心胸，不宜劃地自限，貴古賤今，同時要學思並重，才不會淪為揀方揀穴套病，方能精益求精。曾醫師的指點與林鉅超醫師給我們的啟發有異曲同工之妙。

本期《杏林之筆》刊登了二十五屆王湘雲學姐的文章，為我們介紹《人體的彩虹》這本書，書中作者用物理學波動、能量的觀點來闡述人體的現象與針灸的機理，衝擊了一般以化學生物為基礎勾勒出的人體圖像，也提出從能量觀點理解人體的可能性。

《醫療服務專輯》延續上期大安區義診心得，刊登了數篇二年級同學們的分享。二年級同學在這次義診擔任初診醫師和針傷醫師，得到了與病人實際接觸並進行診斷擬方、針傷處理的寶貴經驗，參與的同學們都獲益良多。這些心得也記錄下同學們初次穿上白袍面對病人的激動之情。

本期研精醫訊得以付梓，首要感謝林醫師、曾醫師百忙之中給予我們的大力協助，以及王湘雲學姐的精彩分享，還有系學會會長志豪、副會長益銓、顏顏等給予我們的諸多支援與提醒。

恪瑩/滄暉

大春堂中醫診所

林鉅超院長專訪

大春堂中醫診所院長

中國醫藥大學中醫部特約資深主治醫師

大春中醫雜誌社長・發行人・生命醫學季刊創辦人

楔子：台灣的中醫心結與出路

楔子

院裡的同事，曾經在中國大陸考取中醫師執照，擁有大陸合法的中醫師執照，回來台灣因為醫療執業的問題，沒有合法化，所以只好回來做醫護人員。執醫的合法性問題是兩岸教育的模式與品質管控，尤其是基本理念的建立。

跟他聊天，就特別問他在那裏的學的狀況，結果一問十不知，不是考他題目，也不是問他CASE，只是問他讀過的東西，結果是讀過「中醫基本教材」，這些在外面書坊也可買到。「那你們傷寒論那些呢？」，他說有學過，但是都編成整套教材。問：「那還記得多少？」，「差不多都忘光了！」。所

以正規班有修過，經絡有學過，沒有用差不多也忘光了。為什麼會忘記呢？答：「因為學習的內容不實在，不切實用」。

◎學習動機與師承機緣

談到「學習」的問題，不要區分說是中醫還是西醫，就我來說，學中醫是因為喜歡中醫，雖然就讀是七年制中醫系，中西雙學，但是一方面因為有家學的淵源，祖父是中醫，我們家都吃中藥，這個影響很大。嘛，大二開始修中醫普通學分，與你們一樣，但當時主要都是讀原版書，像湯頭歌訣就開始背了，本草備要、傷寒論，整整的一年，上下學期，金匱要略也是讀一年，這些

重要的書都是照上，不會縮水，一直到我出來當住院醫師(987)第二年以後，學校就開始縮水了，慢慢把一些課都拿掉。回想那時候是一個老師帶教從頭帶到尾，傷寒論都是同一個老師教的，所以學習的時候就會與現在英國或外國的制度一樣，學習的不只是學到老師教的東西，而是學到老師的一舉一動，他的精神言教，都學到了，也就是所謂的「師承」。雖然是大班教學，但是我們那個時代比較特殊，除了極少數去從事中醫，其餘的一百個有九十人跑去當西醫，剩下不到十個人當中醫，應該講得更嚴重，不到五個當中醫，事實也應該是這個樣子。

因為有家學淵源，所以對中醫有偏好。其實本來當時我也計劃要當西醫

再一邊從事中醫的(所謂中西雙用)。西醫部份本來打算攻小兒科的，都跟醫院簽約了，但因緣際會引導走向中西結合之路。我在學習當中一開始就一頭專入唸中醫，大一就唸完大三的書籍，大三就唸完大五的，也不只讀一個版本，而且都讀文言原版。所以同儕不知道的都以為我是「西學中」，其實事實上差很多，我大三都已經在臨床看病了，而實際上也比一般中醫師讀的書還多。湯頭歌訣要背，方劑自己要編歌訣，功夫要下得深。

聽到你們在講怎麼課程縮減到那個樣子，那已經把整個 system，包括學中醫最根本的精神都破壞掉了。現在大陸專家學者一直在提倡恢復加強「傳統中醫教學」，他們也是發現這一問題。

於自習鞭策上，目前一個禮拜仍都看四、五本書(從序言到結尾)，包括古代的書或現在大陸名老中醫系列，我幾乎全部都把它大部份看完，為什麼要看他們的書？因為要做比較，不可侷促自己而不知道人家進步到哪裡。所謂進步是，我們從事臨床的是以比較同樣的一種病，當然普通病如：感冒、傷風、溫

病，那也沒什麼好比的。要比當然是比較難的病啦。比較難的那些內科病，像是專重在癌症、免疫問題這些疾病，以這種病來比較，在現代的社會上它都已經確定了，實驗診斷都可以診斷出來了，幾乎你只要進醫院一陣子以後，很快病人的診斷就全部有眉目。在醫院裡面門診，病例上差不多什麼病都寫得很清楚了，那剩下就是怎樣去設計處治的模式，你能不能把這個問題處理成功。就算你處理起來，你的成績是怎麼樣。大部分書籍及報告上寫：此方吃了三帖、五帖以後，病就好了，那個多是吹噓與誇大或是自以為是的盲目揣測！一般的急性普通病，如急性胃炎，縱使服藥症狀立即改善，但病理上也得 2~3 天才能完全修復，兒這已是最簡單的問題了，更別說是過敏、慢性病或癌症之類。三方五方就好，那全部是假的，所以這種資料你看就知道一定是百分之百造假。說中藥有多麼神奇，表示你一定是外行，根本就沒有深入 touch 到究竟，或許只是看到表象，事後的變化與結果沒有看到罷了。所以治療上說的成功，如「癌症」從發病到痊癒，包括抽血、骨髓、血液檢查，評估做個四年、五年、

八年長期 long term，都沒事了，你後面還要追查，哪裡回診都沒關係，回來以後都 OK，那個才真的好！

◎賈伯斯的胰臟癌省思

「蘋果」的老闆賈伯斯患的是胰臟癌，復出說他比較好了，胰臟癌要沒事的，不容易也很少，但能夠這樣子卻也不簡單，算是鳳毛麟角，而且嚴格來說也只是暫時 Partial Remission 沒有全部好。世界上有幾個人能像賈伯斯這樣有錢，用錢去疊出健康。用錢能買到、處理到的，才能夠造就賈伯斯健康傳奇。外觀上看他再復出整個瘦巴巴的，覺得很有精神，但是學中醫的一看就知道他元氣已經大傷了。有幾個胰臟癌的病患有賈伯斯的條件，接受這樣子的治療！可是倒回來說，怎麼比較醫療效果的優劣呢？曾治療過的幾個胰臟癌病人，沒花多少錢，也可以過得很好，追蹤幾年，臉紅潤有神的都比賈先生好看也長期啊！所以我覺得中醫治療重病是一定有效的，但問題是西醫界會說你沒有效果，到底為什麼認定中醫沒有有效，根由是「現在中醫已經被打壓了」。中醫的

教育模式把應該「會的、有效的」醫學教到變成「低效、緩效甚至無效」的結果，這是很糟糕的一件事情，但也不是故意的，主要是因站在「通才教育」去教導學生，扼殺學生的潛能與思考。

我以前跟惲師的診不一定要「抄方」，重點是跟著老師看，看老師今天診了多少難病，「曾經滄海難為水」，講的就是這個樣子。現在有很多人信誓旦旦，說治病有多好云云，像是很多醫院，很多附設中醫部，或大型中醫門診或廣告型的名醫主任、院長，報紙一登，門診人數一百多個、二百個在排隊，很有名氣！有什麼用？所謂的看得多好，看看去其實開的藥跟其他人的處治其實也都一樣。是廣告打得好，還有social做得好，醫院會覺得你是搖錢樹，也只是「搖錢樹」而已囉！但是你對病人本身到底幫助了多少？所以說西醫今天為什麼看不起中醫……

個人自我評估都是以「西醫的眼光」在嚴苛自己現在做的成績「有沒有及格」。為什麼？從cancer癌症講到普通的病(感冒、流感…)，用嚴厲的眼光來挑戰自己，如：患了流感，去看西醫，你說流鼻涕、咳嗽等，西醫給你

打針、吃藥，症狀也可以緩解很多。使用疫苗或克流感啊！再不行，還有immunoglobulin免疫球蛋白！呼吸有困難就住院給氧氣；不能喘氣，呼吸器就給你裝上去；胸腔、腹腔積水就給抽水啊！一搞就是半個月、一個月也差不多好啦！如果鼻竇炎鼻涕流不出來，就請耳鼻喉科(ENT)開刀引流出來。

同樣的病，今天假如交到中醫的手上來治，假如沒有真的學到一點點實用有力的東西的話，可能會搞得很慘喔！或許可能剛開始就治好？常以為發燒，吃中藥一副，燒退、病已經好了。事實是，不是病已經好，而是病人已經到醫院裡面去了。或者是已經肺積水到醫院裡面去抽水了。那有沒有真的治好的？「對」，有的是治得很好。我的要求是藥吃下去，症狀很快要緩解掉，痰要清理掉，使病毒不會再散出去。(西醫)5天好，(中醫)我5天，甚至也可以3天就要好。你一個禮拜，我要5天；你一個禮拜，我一個禮拜。我的要求就是這樣，所以時時一定要努力。學習「中醫加西醫」為什麼？要求的就是「這個」，你要好上加好，速度要快，後遺症要少，所以一定要學好這學問，它真

是救人活命的好東西。

◎中醫或西醫

為什麼學中醫也要懂西醫，因為不明白西醫，就不知道要怎麼評估你的中醫治療成效對或不對？現在的醫學這麼發達，從台灣到大陸，評估都寫了，診斷上都寫得很清楚，流行的是西醫寫什麼診斷，中醫也會有它的辨證法則與處置方式。結果藥方子吃了，請繼續再吃一個禮拜……「唉，人家病患沒有那麼多的一個禮拜讓你治病啦！」，所以現在門診上很多病人常見的就是：「我有去打過針，症狀好一點再回來吃中藥。」。聽到這話，頭上都冒汗對不對？好像中醫就永遠是老二，被瞧不起，事實上長久下來90%也都是次人一等。「中醫是不行嗎？」。答：「不是不行」，而是因沒有學到好用的實用學問。

像現在的教學將來會跟大陸彼岸模式愈來愈接近，大陸方面有專家學者在反彈，一些比較有名的老醫師說：「再這樣下去，中醫會沒落，甚至中醫會幾乎快被消滅掉，名存實亡。」。為什麼

呢？第一，它沒有學到真正的、實際的東西。第二，讓大眾以為中醫不能夠治重病、不能夠治大病、不能看急病。中醫要看重、大、急這三種的話，可真的要有二把刷子。其次西醫底子一定要好，為什麼？肺部積水，咳嗽、乾咳，中醫講這個叫風溫、風寒痰飲！開個藥方子就吃了，那怎麼會知道病人肺積水？還不是X光照出來，或者你要會使用聽診器聽一聽，不然就光只用聞診，乾咳無痰，但這種病可不一定會發燒，很多是不發燒的喔！更慘的是，裡面可能長了瘤，聽到咳嗽，你一直在跟他講乾咳無痰，一直在滋陰潤肺，所以說你能不懂西醫嗎？真確的說，不是懂西醫，而是「懂醫學的東西，懂它的內涵與機轉」，否則講一個「西」、「中」，好像一開始就是在講對立，其實兩者不是對立的關係，它們是一個醫療的過程，醫療的手段而已。

在醫療的市場上做一個區分，這個大餅內有很多的錢，所以政府方面也要你區分，管上層的人是西醫為主，中醫分到的醫療資源是4%，96%都在西醫的手上，你可以想像假如以每個月1億的資

金來講，4%是給中醫領，剩下全都給西醫，所以中醫愈來愈被打壓，打壓到最後，最好中醫都是看西醫末端的病人，不要造成大影響就好。只要治不好，警告病患「誰叫你看中醫，搞成現在肺炎啦！肺積水啦！」。但這不是中醫搞成的耶！而是病本身就會這樣的。

換個角度，今天假如輪到西醫手上會不會變肺積水？也一樣會肺積水啊！但是中醫怎麼可以不懂西醫該懂的東西呢？「應該懂，對不對！」。確實應該「懂」，檢驗數據應該會看，光學檢驗片子(X-ray、CT scan、MRI、PET)，應該要會看，至少你會評估這個病的嚴重度，或讀得懂報告書並能評估嚴重度的。

例如：三個月前，病人家屬要求藉著看檢驗資料，要行處方治病。對象是中風的case。聽家屬描述，剛開始就是小中風而已，覺得頭暈、手腳比較無力，還可以移動，就送到XX醫院去，住院進去以後，再來就手腳不能動。依家屬講完，我跟他說這是thrombosis，病變位置在哪裡，家屬說：「對！，檢查出來就是這樣子。」因為病人跟我很

熟，也算是朋友，他說：「拜託你，趕快開個藥給他吃。」，我說：「好！是開藥方，但你們誰決定給他吃藥？」，他說：「我回去跟大伙講，一定給他吃。」，於就開個處方給他，過24小時後，他打電話跟我說：「本來手腳不能動，神志迷迷糊糊的，吃了之後就清醒過來了，會要東西吃，就會怎麼樣：」。但是問題接著再來了，醫院那邊神經科就開始阻撓：「你吃什麼東西？」「吃中藥」。「吃什麼中藥？來這裡不能隨便吃中藥。你要吃中藥找我們的中醫部吃中藥！不可以隨便吃中藥！吃什麼處方，藥單子給我們看！不然有事情你們要自己負責！我們不管」他嚇到了，要我寫e-mail給他。處方到那邊，當時還特別註明，也是學這門學問的學弟在那邊當中醫部主任。「要會診，不能吃外面的藥，那你就會某某中醫部主任！他是我的學弟，實力也不錯。」，他聽我的話拿處方去給醫院，跟神經科的說：「林醫師說也可以找我們的中醫部看沒關係，請會診中醫部主任，看看行不行吃。」，神經科就會診他（中醫部主任），連同會診一個醫師，一個資深中醫師，一個是神經科曾

經去學針灸的，就在加護病房給病人家做針灸，【註：現在西醫部只要去學幾個月就可以從事針灸了，這是法律的醫療灰暗地帶，但是西醫主導，所以從來不會是違法，現在外面的市場是這樣】。

會診處方簽後，中醫部的主任說：

「這是學長開的，絕對沒有問題。」
第二個說：「他是我老師，老師開的沒有問題。」，第三個是他們神經科的西醫師，去學三個月的針灸術，看一看說：「這藥下太重，藥這麼重，沒有人這樣開的，最好是不要吃，吃了會有問題，要麼針灸就可以了，我來針灸就好。」，最後神經科ICU這邊結論是：「我們還是相信自己科裡面醫生的判斷。」所以就是這些藥就暫時都不要吃了，由我們科的醫師來針灸就好，所以就停掉服藥，沒吃了。結果，再過二十四小時，病人又昏迷了，此後就沒醒，再不到一個禮拜就過逝了，期間ICU插管急救云云。

病人家屬差點抓狂，全家鬧哄哄的，為什麼？因為他們說要吃外面的藥，有事情醫院不負責。家人長輩最後

只好決定不吃中藥，其他的人講話都沒有用了，後來病患死亡，全家人整個臉都綠掉了，爸爸就這樣死掉了，這件事情他們難過了好久。像這種情況，學過中醫嘛要是沒見過大場面的成功經驗，沒見過難的病，不能清楚病程變化，要如何去治病呢？像這種幾乎天天在面對，所以不明究裡的動不動就說中醫看那種病不會好，那是井蛙管見禍延病家！

◎醫貴專精，學忌粗淺

很幸運跟對了老師，當時是經過慎重的考慮。因為大三就開始看病了，回到家在門口就已經有病人排隊等看病。那時候是以傳統辨証的方式，西醫的部份怎麼轉換我當時不會，只會看傳統的方式，但是我知道哪個可以看看，那個不能看，中醫的傳統模式是以經驗為主。也就是治得好就治得好，治不好就治不好，都已經辨証，吃下去沒有效，那怎麼辦？回過頭來是不是要重新來辨証一次。這是「一條線的思路」，既然前面都辨這樣了，處方就開這樣，治療沒有效，就是辨証不對，辨証再改，方子

再改一次，吃了又不對，那是什麼意思呢？那叫「瞎子摸象」，是不是就是在T1y，在試方，以方試病，診斷和藥方是一體的，有診斷才有處方，有治療結果。若是結果不對，又倒了回來，形成一個cycle轉，於是「對就對」，不對就一直改方，該用的都用光了，書上的辨証八綱都用過，又怎麼辦？說這是「□乾」，或是「□不乾」，因為「□乾」、「□不乾」影響辨証與處治。脈浮大、□乾、舌苔厚膩，誰的經驗老到，就可說你辨証錯了，當是如何云云。診斷錯誤，換個處方，抱歉仍是沒效，還是一樣，官階大的說了算數，但問題是用下去就是不對的。就跟我剛剛舉的例子一樣，因沒個標準，缺乏「監測標準」，這個標準，目前是以西醫來訂標準，但西醫說的永遠是對的嗎？答：「不對！」。這裡應該是說「一群醫療的標準」，要達到效果，要搞清楚醫療的標準在哪裡，絕不會因為一個舌苔「厚膩」或「不厚膩」，來決定治療成績的好或壞，醫療不是這樣做的。

更精確的講，應該是有什麼可以做為「實驗佐証」。你說病人血流不好，

治療後腦血管的血流就是通了。若說「症狀」有症狀評分表，也可以評分啊。臨床上訂的一些表格，這樣的病有它的scale，帕金森有其scale，這些評分表，幾分及格，幾分不及格，訂得很清楚，所以中醫在症狀學裡面以「資格老練」著稱是沒出息，況且說「治好」，可是你自己說的，沒有人會承認。但有一種是，病人沒有病，純粹是來找你聊天的，跟你聊得很爽病也好了七八成，這種病人佔門診數的七成以上。換言之，真正的病人不多，很多是來聊聊天，拿個藥吃心理安慰或精神放鬆的身心病居多。

以治療來說，剛開始在學的時候，什麼都要學，臨床理論一定要懂，做的時候才能夠知道治療的成功或失敗。至於經營業務的好不好是另外一回事！我們不談將來保證是看一百個或看二十個病患，這是見仁見智，看個人機運，牽涉開業的地點好不好，上班的地點好不好，這差別可不一樣喔！很多人都把這連成一條線，當成是一件事情，所以說為什麼學中醫也不可放棄西醫。

當初跟隨惲師學醫，我是自己先寫

論文給老師看，對老師說：「老師請你幫我改，幫我看一下，我寫這樣對不對？」，老師看：「咦，怎麼有學生會寫這種東西？」因為針對他講的，又去找最新的醫學資料，本來是打算推翻老師教的，可是後來我發現找到的資料只能證明老師講的是對的，於是把它整理成一篇小論文，他很驚訝說：「你寫這個東西很特別喔！」，問：「老師我可不可以跟診？」，答：「可以，可以！」我是這樣子開始從師學習的。

反觀現在某甲某乙曾經教過學生的課，show一下，上個一兩堂課，合出考題，以後就說某某同學是我的學生云云！所以如果有人說自己是惲師的學生，我也笑笑的說沒關係。我們這一代仍算是老派，老派的規矩很多。第一，你的東西不可以跟老師雷同，寫東西假如用到老師的思想跟理論，要註明這是老師的，要講得很清楚。老派很注重「智慧財產」。其次，「弟子規」，你跟隨老師應該做的，灑掃應對進退都要做！我不覺得吃虧，因學到一個真正的醫師養成之路，所以現在唸古書都心有戚戚焉！葉天士不是跟了十七個老師

嗎！所以他學到很多東西，真的都消化吸收到。這種精神的傳承可以學到，但你們現在可能有點困難，要列舉一兩個心儀的老師為例，可能也只會說這個老師不錯，「因為他不會考試當人」。

【訪者】：我們現在都很少有一整個學期都同一個老師上，學分數多一點就拆成三個、四個甚至五個老師。

林醫師：

難免啊！大家都要有工作。其實上課要上得鞭策入裡，剛講到精彩的地方，他的時段已經講完了，又換另外一個來接棒。而且可能兩個人講法不太一樣。有的甚至南轅北轍，使成學生無所適從。因為你們還在學習，看不到case，看不到實際的病例，若是老師說得天花亂墜，空氣中抓了一把，說是抓到「補中益氣湯」的氣，你們眼睛閉起來，有沒有聞到補中益氣湯的氣？對不對，冷暖自知？所以笑話說「身穿八卦炮，手拿桃木劍」，能幹什麼都不知道，抓幾隻鬼都不清楚，很可憐啊！書

本讀得很灰心，不光是你們，我所認識家長的孩子，是中醫系的，進去讀，可嘆息得很。「才一、二年級而已」，我只能這樣安慰他，說「那你把西醫部分好好唸，大不了以後幹西醫去了」。

◎學派之爭，中西之門

講派別之異，這可不是故意分的，漢以後，金元、明清，民國以來就這樣分了！大陸現在還是這樣區分，不同派別的基本思路就不一樣，其領悟與處置的方法就不一樣，你不能用別派的思想來評論另一派的思想是對或錯，這是完全不一樣的。大陸民初的施今墨，他的處方很好，也有其門派弟子，為人也很有格調，那別派會說他不好嗎？大陸上比較不會，而我們這一派「中西改革」在大陸也是很有名，雖然盡量被淡化被矮化，但是他們也不會把它抹煞掉，為什麼？因太有名了！以「惲鐵樵」為代表，是中西改革學派，若說「惲鐵樵」你不認識的話你就會知道「張錫純」，對不對？一般他們會「尊張貶惲」，故張錫純為人所樂道。

其實惲鐵樵跟張錫純比起來，論實力惲鐵樵比較高竿，但是為什麼他要貶惲，要把張顯出來？因為張錫純的實力是比較符合大眾的，惲派是比較難的，因為那時候能夠看懂西醫書的人不多，看懂洋文書的更如鳳毛麟角，但惲先生就是會看洋文書，家中富有，又是報社總編輯文采風流，也是高中英文老師出身，有幾個人的條件能跟他相提並論？他自己發刊藥叢叢書！買最早的解剖書回來唸。當時的Neurology算是很粗糙的，談到脊髓、腦神經功能區，張錫純不會的，惲鐵樵會啊！所以惲鐵樵治病的種類比他多，惲鐵樵救的人比張錫純還多，但是為什麼今天惲鐵樵會較少被提起？你可查書查資料去多加探究。

畢竟這一派，要很用功才能有收穫，若是混口飯吃絕對沒有問題，看得好病也不是大問題，但你還是要繼續保持相當的精進。我覺得用功是因人而異，見仁見智，有人說你讀書很辛苦。讀書怎麼會很辛苦？讀書是大腦放鬆的事情，所以看情況啦！

學派的特色各有專長，吸收不同的專長，來改善治療品質，提升自己的能

力，最重要的是不要讓西醫看輕壓扁。現在很多人都以西醫為主，學兩三個月中醫，出來就虎虎生風，好像做的事情都非常科學化，享受的都是科學化的結果，盡量向西醫靠攏，把中醫的包袱盡量丟掉。但是好的東西不能丟掉，包括大陸，他們也一直在反省這件事情。傷寒金匱是最基本的，這兩者一定不能丟。「內經」是相當難的書籍，不能以解剖或陰陽之說輕鬆帶過，能力夠深你越看得懂，能力不夠就看不懂，它能刺激你的思考，其內容講的不一定百分之百對，但是一個治療的參考準則

再談「中西醫之門」，大家都以為自己治病治得很好。西醫用免疫球蛋白一針打下去，比中醫治得還要好。呼吸困難，送來醫院終得要插呼吸器，昏迷還是要送進加護病房，到最後都是到西醫那邊去嘛！所以說中醫好？好在哪裡看不出來？病人以類固醇一針打下去，明天症狀就改善很多，尿就出來了，腫也消下去了，而中藥還要搞四一五帖，吃到拉肚子，有意義嗎？以這個角度看中醫，好像變得浪費時間，浪費生命，浪費金錢？

但事實是要怎麼比較？「人」不是實驗動物不是老鼠，同樣兩隻老鼠，全部都製造同樣條件，一個用這個，一個用那個，當然實驗可以這樣做，問題是你不能用甲病人與乙病人去比，兩個背景是不一樣的。所以西醫搞到不行了，沒辦法了，換中醫就把他治好，這樣總可以吧！這是目前能證明中醫還行的一個辦法，這是剩下還行的途徑！就是一口氣嚥不下去啦！

很多人說我是西醫，中藥西開。其實藥不分中西，醫學就是醫學，那有甚麼「中醫皮，西醫骨」，皮跟骨能分嗎？我們要講的是「治療成效」的問題，把病處理好了那大家扯平沒話說，有必要這樣說嗎？我很客氣說這病本來就要好了啊，而就是你處理得快好了，剛好接到我手上罷了！假如你（西醫）處理得很差，那就當成都不知道這些事情，大家算了都扯平。就爭一口氣而已。為中醫爭一口氣，自己過得爽。

學習到一個程度，你可以知道自己的定位到哪裡。基本的書籍，假如學校不教，你們就要自己唸。我很感觸的是這十幾年來，大陸走的路線就是我們

現在講的，而求學「讀書之道」是舊的書你可以去圖書館查，或是買。中醫的內容已大量的縮水，縮水的結果就變得「不中不西」，中醫的東西變少了，西醫的東西增多了，學完了以後又不知道怎麼用。到後來只知道難的病要送西醫，而中醫就是以教你的去用，若治療沒有效就往西醫推！大陸上現在的中藥多會做藥理實驗，更進一層的要求做研究報告，現在各省級的醫療院所，有一半經費跟中央申請補助，另外一半要自己設法籌措經費，從門診、住院病人裡面拿經費，賺越多那是你的。做越多，申請越多，做越少會申請少。因此中醫會較受到重視。

◎理念引導治療模式

傷寒論談桂枝湯治表衛不固，藥理上因「桂枝」可以擴張末梢血管，改善血小板，抗血小板凝集，但這不是中醫治病的說法，也不是西醫的見解。正確的說是藥理上的片面解釋，很多人都把這當成現代的中醫來看，不對啊！這不過是藉以說明微變化的細節，其實這對學西醫理論的人是很有用的，但用

在治療上卻幫不上忙。實驗甚至做到補體C3、C4...、Φ1(macrophage 1)、Φ2(macrophage 2)，講到這麼細的東西，但也間接証實我們的想法是對的(思考的模式)。現在大陸與學界研究系統，多走這個路線。新藥要上市，也要做研究。

以前說你學中醫的，幹嘛學西醫？說桂枝擴張血管，老派就開始批評是拿西醫的東西來講中醫，反觀現在，過了14-15年以後，你沒有這個研究，在學界無法抬頭。因此不是只有我們在講，如今全中國，甚至學界都在講。可是早期我們被打壓得好慘，他們說你就是「西學中，中藥西開」。

【訪者】：如果人家知道桂枝可以擴張末梢血管，有一個人如果四肢冰冷，開藥的人只知道桂枝有這個功能，那看到病人四肢冰冷，就開桂枝，因為可以擴張末梢血管，這樣的話感覺中間有很多東西被抽掉了，就只是說桂枝有這個功能(擴張末梢血管)。

林醫師：

你們學的就是學到這個啊！這不是我們以前學習上的問題，而是你們現在所教的是「中醫所忌諱」的東西。學習中醫是要這樣學的。「要學一整套」。我撰寫《醫學易今經》這書的時候，目的就是要把中醫和西醫講的內容系統化，但真得很難，只能儘量把理論統合起來而已，況且那是1997年寫的，當時還特別把年份打在書背上以示更新的決心。因為醫學是一定會進步，理念會更新，本來打算每4年改版一次，到現在沒改版，就接著一直出版別的書本。一直寫，不斷的寫，要回頭來重寫可是興趣缺闕。倒不是內容上又錯誤，再版雖是可以修正新的微觀內容，但此書是屬於比較Basic基礎醫學理論，要修版也要有一定的銷售量啊(哈哈……)。這類理論的書沒有多少人讀得下去，更好笑的是，以前你們的學長，看到我出的書都會買，有一次他看了，在網路給我留言，說這書一個禮拜就看完了，我笑一笑。開課教學此書的時候，一章一章的教導很多東西，他一個禮拜就看完，沒有臨床就純看書，有看沒有懂，就跟囫圇

讀傷寒論一樣啊！「傷寒中風，脈浮頭項強痛：」，不過是這樣唸過去而已，每一句話的意思沒有真確的搞懂。

【訪者】：我想請問，我們同時參考西醫的東西，要怎樣避免剛剛那樣的問題，就是真的只看他投影到西醫生理病理上的作用的話，那這樣會不會變成把桂枝在傳統上的意義，像溫陽、化氣、利水這些意義，就好像把這些意義都抽掉了，只是去看桂枝擴張末梢血管的功能。

林醫師：

你現在講的都還是在文字上做修飾而已，為什麼會「溫陽」？溫陽的本質是啥？它的臨床意義為何？真的了解了嗎！

「溫陽」一定會有血管動量，此所以講血管動量（詳見「醫學易今經，第三章」）。「陽」是動力的問題，一個動量能產生多少效應，它產生的效應就是醫學研究的微血管變化、血球的變

化，再進而提到怎麼樣才能夠去「活血化療」，因此不是只有活血化療藥才可以「活血化療」，你也可以「溫陽化療」。而「溫陽」的前提條件就是在「動量」本身，所以訂定一個System的東西，就好像在學電腦語言一樣，這本書的編排法是以書寫電腦語言教材循序漸進的模式，先教你認識電腦語言結構，語言的定義，再來是基本迴路怎麼去寫，因為我本身是也學電腦的，所以當時是如此的設計，用心良苦在每章節後面還設計有對應題目，題目是呼應這個單元，讓讀者回顧這個單元有沒有徹底搞懂，就因為這學問真的很難，一個題目就可以講好久，說法見仁見智，但總要自己下功夫專研。

建議諸位「功夫要下得深，古書要好好唸，好的書籍要好好唸」，不要急著去批評，胸納百川，多去跟學長請教，再來就是有機會就多接觸臨床。臨床不是要你不曉得開藥方給病家吃。多去看看病房裡哪些是真正的病。有些同學去跟診，常都是只看到醫師在跟病人閒聊。最好找像樣的疾病去跟診，因為你看過這樣的疾病，以後再遇上，心裡

有一個底，這種疾病大概就是這樣。假如你跟到不會治病的醫師，他就教說這種病若嚴重一點就要找西醫；，也就是遇到肉腳的醫師！心裡有個底，那些吃了會好，反應會怎樣，不管從理論到臨床，我自評估約九成掌握，若沒理論與經驗認定非常嚴重，對這個病的中醫療效不信任，只學過一些針灸技術，認為光用針灸再加上西醫的治療就可以了，雖然符合醫學「處理流程」，也是無法成功治病。因為不符合流程將來就會吃醫療官司，中醫就是這樣「幹下去」，因沒有碰到病家反咬你一口。現在醫學知識越來越抬頭。律師越來越多，哪天被人咬一口，就知道中醫學得好不好了。自己能力夠就知道疾病能不能處理，該處理多久？沒有啥好氣餒的，因為中醫給的工具就是這樣啊！

◎去莖存菁，窮究醫理

中醫處方是講組配「君臣佐使」以對應疾病，事實上你越是想了解一個人的生理變化，了解他的結構流程，疾病發展的流程，就要有扎實的西醫底子了（這可從自修努力學到）。從六淫的傷害，

一直到痰、瘀的形成，毒、腫瘤的出現，治好了以後是怎麼樣的變化，病理上來回變化是怎麼樣，還是這當中又會變局？

治肝硬化，書上記載肝硬化的處方就抄一個給病患吃，吃了之後「吐血」。奇怪了，書上都沒有寫到服藥後吐血，怎麼那麼倒楣，他吃了就吐血？這就是對病的了解不夠，醫學底子不夠深厚，對病人的條件是什麼不清楚。要知道，每個人的條件都不一樣啊！文章歸文章，看病歸看病。所以有的人很認為老師沒有教，不是沒有教而是用功不夠多，功夫下得不够深。知道嗎，*liver cirrhosis*(肝硬化)，西醫可以是一本一書。中醫呢？驗方單方，寫起來大不超過十頁就很了不得了。會超過十頁的都是把各家學說抄起來才會超過十頁。中醫薄薄一本就把全身從頭到腳的病都涵蓋了，有沒有厲害！其差別在哪裡？西醫是有其大型醫學制度的，在戰亂、急救、流行病學，非常有用。中醫可說是成為「小型醫學、精緻醫學、高級醫學、昂貴醫學」。中醫藥物成本比西醫還貴，將來的社會更是如此。

◎學習的建言

很多同學人進了附設醫院實習，看不到大case，或是case療效不彰，結果以為中醫治病到此而已。醫院裡瑣碎雜事多，作paper work，天天交作業、報告、做評鑑，根本沒空去讀書，更何況好好想東西。不要以為中醫僅就這種東西而已，它可以排列組合，千變萬化得不得了。從單方複方，看你怎麼取。那麼多排列組合看你怎麼弄。

再來，是覺得你們應該多找找你們畢業的學長，可以給你們經驗，跟學長聊天，不管是臨床經驗，還有將來讀書過程怎樣去應付考試，這些都可從學長那邊得到比較好的分享。我已經是退到幕後去了，要回來再跟各位講case的東西我覺得也不知道要講多深才能入耳中聽。我常常笑說「大鐘大叩、小鐘小叩」，什麼水準問我，我就回答你什麼問題，因為回答多了也聽不懂。那是真的會聽不懂。譬如講「中風」，簡言之就像一個血管網一樣的調節註：以下是高級的思考問題。現在拿一個水龍頭，或舀一杯水，啪，倒一些水把它噴到紗

窗去，「中風」你能懂多少？在高級課程裡我是這樣子教的牽涉到流體力學及動量分配。一個東西上觸發後，它有很多網格，水怎麼流怎麼跑，講到流體力學，講到阻力。表面上不是在教醫師，而是在討論「一件事情的現象」。「高級醫學」是這種，領悟了你什麼病都會看，為什麼？在人體的就是這種變化現象。

以醫學的語言來說，一個位置「觸發中風反應」，周邊的細胞怎麼樣變化，受到了多少阻力，本來沒病變區變成有問題，這個範圍發展有多大或多少，這些狀況要去解深究。然後去討論可能發生的現象，相對在腦筋裡面，一直要再思考，有什麼辦法可以「處理這種現象」，中醫有趣的地方就在這裡。所以學習這門學問不會累，很有挑戰性。

談腫瘤方面，例如：肺部長個異物，若是肺癌就是艾瑞莎趕快吃啊，化療藥趕快施行，不然要開刀割掉什麼的。如果病人太虛弱，根本不能夠接受，那你要怎麼去處理這問題。答：「吃中藥」，有一些處方不錯，證明

很有效，如：「平消丸」有用，XXX有用，大陸證明有一些偏方，聽說什麼「犁頭草」有用，就拿來吃。在我的觀點裡，這不叫做「醫師」，要動腦筋啦！要設想這東西長在這裡，要如何去調控那些環境，用甚麼樣的辦法讓他的血管怎樣去運動，如何把藥帶到病灶，或者先從病灶外面來包圍。因此中醫是藝術啊！這樣才有趣。張仲景也是已經告訴你，什麼樣的情況吃藥，被子要蓋，使之流汗，什麼樣情況不能蓋被子，什麼時候要吃熱的，什麼時候要吃冷的，寫得很簡單，但Key point都有寫到，每一句話都有很深的涵意。

像費曼的書整套我都讀過了，讀那個做什麼，就是碰到問題啊！碰撞理論我不懂，怎麼個碰撞法，在細胞裡面天天都在碰撞啊，要想知道怎樣去控制那個碰撞，有甚麼樣的辦法控制這個碰撞。學物理的人，跟你講這個，會計算公式：。太難的我也看不懂，但他的精神我看得懂啊。

有人說你們都是怪胎學這種東西，但我們是在解決難題的呀！學到後來差不多疾病變化都知道，因為整個狀況都

模擬過了。到了相當的程度與經驗累積就可以設計模擬了。因此你說不必學西醫，但這跟「西醫」已經沒關係，我剛剛講的干「西醫」何事？不學新的東西，不學好的理念的學問，光用制式中醫的內容，就是矇著眼睛亂試，別人家說有效，就拿來試，也只能做到這樣！

我的做法是，依對象設計模型，模型哪裡錯誤，還是只是某一個環節的錯誤，這都有脈絡可循，可以抓住這個問題。當然，這當中免不了會有Lay的性質，但是實驗以後，我可以反推回來修正，這不是一種叫City。

所以有些人不動腦筋，只會問「牛頓」怎麼會知道要有那些定律，我只能告訴你，「那是被蘋果砸出來的？」，不然你要我怎麼回答呢？你知道牛頓學問底子多深厚？他舉足輕重，但無知者一句話就輕描淡寫予以否定。「牛頓他是怎麼知道那些定律的」，問這個話真太粗淺了！牛頓「吹肥皂泡泡」，那個泡泡裡面有多大的學問，計算表面張力，用甚麼東西可以讓這些泡泡的分子連結在一起，不會破掉：，牛頓是玩這個。這觀念拿來學

「中醫」也很好用啊！例如：可以想辦法讓血液能夠控制到相當的黏稠度，讓藥效發揮到最好。因此很多東西是可以學，可以再進步的。所以我說：「大鐘大叩，小鐘小叩。」！

【訪者】：現在西醫書很少會寫到這種

思辨？

林醫師：

這當然不在西醫的範圍。

【訪者】：有時候我也會想用物理角度去想。

林醫師：

可以想，這樣想會很精彩！

【訪者】：有時候想找西醫的參考資料，發現他們寫的不是從這個角度去看，他們可能只是記載一些數據，或是造影的內容。

林醫師：

所以說西醫部分要多唸，要多去思

考，西醫是片段的，中醫是連貫的，不過我現在聽你們這樣講，中醫也是片段的，所以用片段去看片段的，你看不出什麼好東西出來，中醫還是要唸整本整套的。好好唸，提早唸。我的建議是「越早接觸越好」，不要心存芥蒂。有很多人就講「這個學派」不能學，因為學了這個學派會「中毒」，會說這些話的人，是用另一個眼光來看他所不懂的，所以這些人去跟診又能看到什麼？學到什麼？寫的「書」你又看不懂，認為寫的內容不好用，又沒有根據，這些如浪評語就一個一個跑出來。我不必針對這些評語，一個一個去回答你，不會針對單一對象，浪費我寶貴的時間與精神。我決定寫書就好了，有興趣的人就看，看得懂的就愈看愈懂，有問題再討論。「有緣者得之，有福者居之」，又何必針對一兩個挑撥的人？

像以前你們的學長劉君是後中數一數二的高手，在學校期間是響叮噹的人物，讀很多書，當時也常常跟我抬槓，抬到現在，現在三不五時就介紹病人來看，有時自己還親自跑來。如今做傷科比較多，在北部做得非常成功，他自

己說：「老師我現在都看你的書，看得很有趣，以前不懂老師你講的是什麼：」，我說「抬槓沒關係呀」，因為我知道他很用功，很多書他都讀了，還寫心得，他就拿那個來跟我抬槓。

所以剛開始「分別心」不要那麼大，學校老師講了一大堆，什麼這個不可學，那個不可學，沒有所謂「可學不可學」。

董氏奇穴漫談

中國醫藥學院中醫所醫學碩士

榮星中醫診所主治醫師

中國典籍研究學會講師

豐原天心中醫醫院醫師

一、楔子

九七二年，美國總統尼克森率
同記者的中國之行，驚異於針

灸麻醉的神奇，在媒體的推波助瀾之下，國際間掀起學習針灸熱潮。同此時期，在台灣的中醫界也出了一位針灸大師，曾治愈難以計數的患者，他曾如此形容自己的醫術：「中共的針灸醫師，能用針灸麻醉病人，讓醫師動手術；本人則是直接以針灸醫術將該動手術的病人治愈！」此等豪氣者誰也？就是以董氏奇穴聞名的董景昌醫師。

二、董氏奇穴淵源簡介

董氏奇穴是已故之董景昌醫師以家傳絕學為基礎，研究發展出自成一派的

獨特針灸療法。由於療效顯著、收效迅速，而廣受好評。尤其擅長於危奇重症之治療與各種疼痛之消除。

董景昌醫師是山東省平度縣人，生於民國1916年，逝於民國1975年。1949年隨軍播遷來台。臨床四十年，臨診約四十萬人次。其中最為人稱道的一件事，曾在1971年至1974年間五度應聘前往高棉為龍諾總統診治半身不遂療效奇佳，在當年相當轟動。龍諾總統因中風而半身不遂，曾赴美就西醫治療數月未癒，返國後復遍求泰國、高棉、香港、中國針灸醫生多人治療仍未見起色，直到董醫師往診時，才針治兩天後龍諾即已感到神奇的效驗，他對其副總統說：「八個月來不知有左腳，今乃知之！」，由於董醫師功在邦交，因而獲得老蔣總統頒發勳章褒揚，也讓針灸醫

界對董氏奇穴刮目相看。

三、董氏奇穴特色

董氏奇穴所以稱「奇穴」，因為此門學術和傳統經穴或其他奇穴有著相當不同的特色：

1. 遠部取穴，不在患部：董氏奇穴基本上都是以遠離患部之遠部取穴法。而且強調穴少而精，一般一次治療不超過六穴。
2. 多在四肢，避開軀幹：董氏奇穴之穴位主要分為十個部位，其中一至四為上肢部：一 一部位在手指、二 二部位在手掌、三 三部位在前臂、四 四部位在上臂；五至八為下肢部：五 五部位在足趾、六 六部位

在足掌、七七部位在小腿、八八部位在大腿；九九部位在耳部，十十部位在頭部。至於胸背部穴位一般不扎針而只做放血之用。

3. 手法單純，簡單易學：董氏奇穴不做複雜的補瀉手法，也不講飛經走氣，而是以正刺斜刺等單純手法要求所針穴位得氣，讓穴位自己發揮其作用。

4. 倒馬針法，穴組概念：董氏奇穴多以臨近的二至三穴為一組配合施治，稱為「倒馬針法」；因為馬如果只有三隻腳就會倒下來，因此得名。舉例而言，臨近合谷穴旁的董氏靈骨、大白這兩穴同時施針，就比單用一穴的效果增強許多，產生一加一大於二，甚至等於三至五的效果。在董氏奇穴就有許多本身就穴組型態的穴，例如：拇指上的制污穴是三穴為一穴組、小腿內側的下三皇穴也是由三穴構成一個穴組。當穴組同時使用時，效果是明顯加成的。

5. 動氣療法，療效迅速：董氏奇穴取遠部穴位下針後，要求活動患部，使經氣發揮最大作用。疼痛症狀往

往立可在留針而活動患部當中明顯得到紓解。而非疼痛症狀，亦可設法使患部有動作而得到療效。此種應用，不僅在董氏奇穴有效，傳統經穴也都可應用此法以加強療效。例如：胸悶呼吸不暢，針刺內關，請患者配合做吐納深呼吸，就可使氣藉呼吸而作用於胸腔而改善胸悶氣滯等問題。另舉一例，像咽痛在少商點刺放血，請患者一邊吞口水或作咳痰清喉嚨動作，一邊擠血出來，就會使咽痛紓解較速。總之，動氣療法是可以廣泛應用在痛症或非痛症，可以明顯提升療效的。

6. 稜針刺血，屢創奇效：董氏奇穴基於「久病、重病、怪病、痛病必見瘀」之醫療經驗，因此遇到危奇重症，多會細察身上血絡之見瘀者而以稜針刺血，往往獲得神奇療效。

四、學習董氏奇穴之啟發與心得分享

個人是在執業多年後，基於要突破臨床上頻見的疑難問題，才開始學習董氏奇穴。從一個謹守傳統的針灸醫師，

到兼習董氏奇穴，將之合併應用於臨床，此間歷程，也因董氏奇穴得到不少啟發，和大家分享如下：

1. 住痛移疼以遠部取穴收效最捷：治療疼痛原本就是針灸醫術的強項，但是傳統針灸療法多在患部或其週邊下針操作，雖然亦可獲效，但是能讓疼痛當下立解的畢竟有限。相對地，如在對應的遠部穴位施針，配合動氣療法，下針後讓患者活動患部，幾乎百分之八九十都可讓患者疼痛立得明顯減輕。例如治療踝扭傷，取健側小節穴（拇指本節後指掌關節偏橈側赤白肉際）朝重仙穴內方向貼骨直刺一寸至寸半，提插或捻針使得明顯針感，接著請患者輕輕活動患部足踝，試著輕踢幾下，頓足幾下，再讓患者在留針當中，一邊緩步行走，往往患者在邁步當中即已感到患部疼痛減輕，隨著留針一邊走動當中，愈走疼痛愈減。（當然，萬一踝關節如有錯位的問題，還是得先用手法整復。）

2. 動氣療法需針感強留針久：前述取遠部對應穴位作動氣療法，除了

正確選穴取穴外，還有非常重要的兩個關鍵：針感要夠強、留針要夠久。有些初學者指力指覺鍛鍊不夠，如果沒使穴位產生足夠得氣針感，當然無法產生明顯療效。留針要夠久，是我早年鬧過個笑話得到的切身經驗。由於我診所開在捷運站附近，就曾治療一位年輕人的踝扭傷，原本痛到不能履地，就用前述扎小節穴採動氣療法，約一兩分鐘左右患部就痛減大半而可以行走，由於患者有事急著要離開，加之當天來診患者多，我也較忙，所以我讓那位年輕人留針五分鐘就起針了，當患者歡歡喜喜地離開我診所後大約五分鐘，就打了電話告訴我：「腳踝本來已經不痛，奇怪，怎麼才走到捷運站就又漸漸痛起來了！」博君一燦之餘，請您以後使用動氣療法記得留針再多留一會兒，不要病人說患部不痛了就起針放人，尤其是重症或久病者最好是能留超過十五分鐘至半小時。前輩楊維傑醫師甚至要求留針應達四十五分鐘。

3. 勿固步自封有於傳統經穴：個人早

年初接觸董氏奇穴時，也曾有過排斥心理。尤其是見到其中有些「聳」到爆的穴名，例如：海豹穴、姐妹穴；加之董氏穴位分區依照肢體部位，但卻未見如傳統經穴有經脈分屬規律，因此初見時僅將之視為江湖醫術。直到試用其法、其穴，屢見奇效，才自我檢討學醫之人實不應先具成見，但有一法能有益於患者，焉能不學？更何況是一門歷經多少前輩驗證有效的醫術！

p.s.古云：「凡諸孔穴，名不虛設。」董氏奇穴的穴名也都各自有其涵義和命名當時的診療背景有關。

4. 奇穴療效仍基於臟腑經絡原理：董氏奇穴效驗雖奇，乍見難明其理，但經楊維傑醫師等前輩用心分析，其實仍不離傳統臟腑經絡原理。例如體應針法，就像前述深刺小節穴治踝痛，就是所謂「以骨治骨」：用臨近骨邊的小節穴治療踝部屬骨的關節問題。再者如前輩楊維傑醫師闡明的臟腑別通三陰三陽開闔樞，大家讀內經時都很熟悉的，太陽太陰為開，陽明厥陰為闔，少陽

少陰為樞，在臨床常會利用此原理，以上下左右遠部對應來取穴，配合動氣療法或倒馬針法取得良好療效。此理在非董氏奇穴的其他醫家也有相近的心得，就像近年以消痛革命走紅的遠絡療法，柯尚志醫師也是根據此原理為主，只是取穴以傳統絡穴與其研究所得之按點為異耳。另外，全息律的概念，不僅是董氏奇穴的許多穴位可用全息律的對應來瞭解，甚至耳穴、足底反射區等，都有這樣的原理在。

5. 臨床尋穴宜詳細觀察用心體會：不少醫師臨床久了會以慣用的配穴治療，而忽略了患者個別差異之體徵表現。在前輩胡文智醫師流傳的董氏奇穴著作，董氏奇穴穴數多達七百四十個。而單以董氏奇穴分布手上一與二部位之細密程度，就有董氏手針療法專書介紹，足見穴位在人體的分布情形，是相當精微的。所以我有時在學思之餘，常會感嘆「何處無穴」？但未必盡明其用耳！所以臨床若不是詳細觀察、用心體會去因人因時對證尋穴取用，而只是制式化地使用某些醫

書或期刊中的驗方配穴，療效定然
是受限的。

6. 治神為上：數位董景昌醫師的嫡傳弟子都曾不約而同地記載到，當董醫師遇到疑難重症而無法速明其病因的患者時，董醫師會在診室閉目如入定狀沉思三至五分鐘，接著就能明察應針穴位，下針之後，往往使患者纏綿宿疾一朝得愈。猶記靈樞九針十二原篇：「粗守形，上守神。」董景昌醫師不正是「上守神」的範例嗎？唯有心靈澄澈清明，自能洞燭真正病因病機，此為明鑑。

五、結語

對於有心精進針灸醫術的中醫學
生，區區一些拙見與您分享：

1. 放寬心胸，拓廣眼界：學醫之人要有寬闊的心胸，不要畫地自限；要有廣博的眼界，切勿貴古賤今。只要是對患者有助益的醫術，都應虛心學習。

2. 經穴基礎，立根須穩：在學校期間

務先紮好經絡腧穴基礎，之後再學習董氏奇穴，方能觸類旁通，明解其理，進而可以變化無窮。如果未將經絡腧穴基礎紮穩，而只是片面擷取董氏效驗配穴應用，到頭只是人云亦云的醫匠，很難更上一層樓。所以請珍惜在學校的教學資源，好好將基礎紮穩。

3. 學思並重，精益求精：其實在中醫的浩瀚領域中，針灸學是最明確不含糊、療效最快的一門學術，在學習過程中，初起當然會先模擬複製老師所教、醫籍所載的驗方配穴與手法技術，但是漸漸在臨床實踐中，最好要常思考其原理，為何取此穴？為何如此配穴？手法為何如此作？如果沒達到預期效果，問題會出在哪兒？有沒有更精簡、更有效的方法？在醫療實踐當中多去驗證所學、釐清觀念。另外，多與師友同道切磋交流心得，精益求精，自然醫術就進步快了。

以上漫談，希望對剛接觸董氏奇穴的同學能提供初步概念。其實有太多前輩與同道比我更精於董氏奇穴，謹以此文拋磚引玉。

從物質到能量

《人體的彩虹》 讀後隨想

學士後中醫學系第二十五屆



ISBN：9789866362156

張長琳 著
橡實文化 出版

前言

在 上期研精醫訊中，我為大家介紹了《信念的力量》這本書，

在此，我還要向大家鄭重介紹另一本書……《人體的彩虹》。儘管出自不同作者之手，但書中的核心觀念，竟有驚人的異曲同工之妙，著實令人拍案叫絕！若是說《信念的力量》是給我們開了一扇小門，那麼《人體的彩虹》就像是門

後的荒煙漫草中，已被人踏出的一條羊腸小徑，引領我們通向令人興奮的未知世界！

在介紹本書之前，不得不先介紹作者張長琳教授。他是旅德的中國科學家，本行做的是生物物理，但他感興趣的題材卻是最古老的中醫經絡。這本書，可說是他寫給普羅大眾看的“研究心得”。書中雖有大量物理概念，但他巧妙地運用淺顯生動的语言，讓這些內容親切易懂。這是最難能可貴的地方。

盲人摸象的啟示

在第一、二部中，作者看似叨叨絮絮地說著無關的歷史故事，其實完全是

為了後三部而鋪路。在此他引用了“盲人摸象”這個再通俗易懂不過的故事，作為人類探索世界歷史的一個象徵。當我們回顧歷史，會發現人類探索世界的手段，從最原始的感官開始，一路演進到今日複雜的科學儀器。憑著這些儀器，讓我們“看到”、“聽到”、“摸到”過往所不知道的事物本質，使我們對於世界有了更上一層樓的認識。而上個世紀的量子力學發展史，就是這種過程的最好例子……由於觀測技術的進步，科學家們驚訝地發現，這個世界原來是由分子、原子、甚至更小的粒子所組成。若再往下探索到一種層次，粒子也不再只是單純的粒子，而是隨時可能搖身一變，轉成幽靈般的波動穿牆而去。而這段“從物質到能量”的探索

史，給我們的啓示是，人類知識體系中的其他學門，例如生物學與醫學，也將走上同樣的道路，也就是從物質為基礎的分子生物學，轉向以能量為基礎的生物物理學。

在第二部中，作者也客觀地分析了為何今日西醫成為主流醫學的原因。簡單來說就是三件事：抗生素、手術刀、科學相容性。因為抗生素的發現，所以感染症、急性傳染病能被有效地控制；有了進步的外科手術，使得戰爭中的死傷人數大幅下降；因為科學相容性，所以能在教育系統中廣為傳播。

談到這裡，讓我想起之前頗受好評的一齣日劇《仁醫》。故事大意是一個活在二十一世紀的腦外科醫生，意外掉進時空隧道，回到江戶時代的日本，所發生一連串的故事。這齣戲很巧妙地點出了一個問題……當西醫在沒有CT、MRI、電動開顫器械、甚至連抗生素都沒有的情況下，醫學究竟還剩下什麼？醫生到底還能做什麼？的確，離了這些支撐現代西醫命脈的科技，就算來自未來世界的醫生，恐怕也要大嘆「英雄無

用武之地”吧。

然而，風水輪流轉，當年把西醫拱上寶座的時空背景已經不再，對醫療的需求也今昔大不同，於是西醫開始出現各種捉襟見肘的窘境。（無法根治、只能美其名“控制”）而過去被西醫“趕下台”的各種“替代醫學”，又再度受到重視。在這股風潮下，吸引了不少優秀的西方醫師前來尋寶。而中醫的針灸、經絡理論研究，就是在這樣的時空背景下開始進行的。

簡單來說，“先講求療效、再研究機轉”的信念，成了這一波研究中的中心思想。而這種“臨床跑在理論前面”的事實，讓作者提出了一個全新的觀點。那就是，這類的基礎研究，其意義並非為了得到現代科學的“認可”，而是對現代科學的一種強大挑戰，促使科學繼續進步。所以，不要再成天吵“中醫到底科不科學”這種老梗了，而是要問“中醫到底能給科學帶來什麼啓示？”

化學身體 vs. 電磁場身體

第三、四部開始進入本書的核心地帶。作者在此用了最淺顯易懂的方式，從

“駐波”、“干涉”等最基本的物理概念開始，一路來到針灸的作用原理。簡單來說，作者認為人體內的能量呈現非均勻分佈，可視為一張立體的電磁波干涉圖紋。當疾病發生時，這些干涉圖紋就會發生變動。而針灸的方法，就是定向地去干擾、改變這種干涉圖紋，進而改變能量分佈、使病人恢復健康。而針灸能發生干擾的可能機制是：

- (1) 引入外源性的電磁波（c.x.針）
- (2) 改變諧振腔的邊界條件（c.x.針）。對於後者，作者作了更進一步的討論。比如說，為何針得扎在特定穴位，而不是任意一處？這是因為穴位的所在，已被前人證實是電磁場能量密度高的地方（波峰集中處）。針扎在這裡，才能有效干擾駐波所形成的干涉圖紋，進而產生療效。

這裡，我不禁想到《靈樞·九針十二原》中的一段：“所言節者，神

氣之所遊行出入也，非皮肉筋骨也。”聽起來很玄不是嗎？內經其實花了很大的篇幅在談針灸，而其中又牽涉了很多像是“神氣”這樣玄之又玄的東西。如果我們試圖從物質的角度去解釋它，恐怕只會得到“很玄”這種沒有結論的結論。（非皮肉筋骨也，內經不是都這麼說了嗎？）但如果我們從能量的觀點來看，很多事情都會有合理的答案。或許我們可以這樣大膽假設，內經其實就是用另一種語言所寫成的“操作手冊”，談的就是如何判斷並介入調整系統的能量，好使之回到平衡狀態。藉著這本“操作手冊”，我們得以一窺人體系統在能量一面的運作法則。

所以千萬不要以為內經古老、不合時宜，其實這下面藏著很多現代科學都還跟不上的未開發寶藏，只等有慧眼的人來開採它。或許，在將來的某一天，除了歷代諸家的註釋外，我們能讀到有人用現代的物理語言，寫出“內經現代物理新解”這樣的書也說不定呢。

再回到正題。如果我們把能量的觀點更進一步推行，就來到本書的另一個

核心概念。還記得生物課本裡這樣的比喻嗎？人體內的訊息傳遞，內分泌系統的通訊就像是傳統的郵寄，而神經系統則像是電報。但隨著通訊科技的日新月異，這樣的比喻，仍有不足之處。於是作者提出了第三種方式，就是經絡系統所代表的無線通訊。人體內的前兩種通訊方式，拜上個世紀分子生物學的突飛猛進所賜，科學家已能從物質的角度，清楚勾勒出一幅“化學身體”的圖像。而後者，作者稱之為“電磁場身體”，僅管古老的東方醫學為我們提供了若干線索，但對於現代的科學家而言，這仍是一塊充滿未知的中國大陸。然而，要想探索這個新大陸並非易事，因為電磁場身體的研究有三點先天上的困難。

第一是方法學的問題。電磁場研究基本上是能量研究，得用複雜的物理測量技術小心進行，這和現代以分子為基礎的生物醫學所慣用的那套方法學是大相逕庭的。要克服這種方法學轉換上的障礙，本身就是一大挑戰。

第二是電磁場身體高度動態、高度複雜的本質。不僅如此，這樣的電磁場

身體還是個開放系統，極容易受各種因素（心理的、生理的）的影響而變動。因此，研究進行時要處理的訊息量是超乎想像的大、變數是超乎想像的多！

第三則是最根本的問題所在，那就是電磁場身體的不可分割性。（例如，你總不可能把某條經脈從活人身上抽離出來單獨研究吧？）這種特性，可說是化約論的頭號天敵。這也意味著當代科學最主流的化約論思維，在這裡是完全行不通的。沒有化約論，恐怕很多科學家都將面臨“繖械”的窘境。這裡的問題恐怕不只是研究方法學而已，還有腦袋裡的全盤思維！恐怕得先“換腦袋”，才有可能研究得下去！

儘管有這麼多先天上的困難，作者還是樂觀以對。因為在過去一、三十年來，在不同領域的研究中，已經發展出不少從整體論和非線性角度來處理實驗資料的方法（諸如渾沌理論、碎形理論……等）。所以還是有路可走，有工具可用。儘管這是我們所不熟悉的。但從量子力學史的先例來看，這種研究的轉型，是勢在必行的！

另外，作者在第四部中，不只解釋了中醫的經絡、針灸，他還從共振的觀念，試圖解釋印度醫學中的“脈輪”，以及起源自德國、作用機制至今仍被認為非常神秘的順勢療法。(Homeopathy 註一)在這裡，我不禁想起“微波爐有害健康論”這個被某些人斥為“沒有科學根據”的“無稽之談”。如果我們從物質的觀點來看，被微波的食物不過就是靠著自身水分子的共振而被加熱了，除了溫度的上升外，沒有造成任何的改變。然而，從能量的觀點來看，真的沒有任何改變嗎？這樣的改變真的對人體全然安全無害嗎？從順勢療法的可能機轉來看，這種過去被認為危言聳聽的論調，似乎不是全然荒謬無稽！

從這裡我們也看到了人性，那就是對於自己不熟悉的事物，否認是往往是最直覺的反應。然而我們得永遠銘記在心的是，眼睛看不到的，不等於不存在；目前科學無法驗證的，不等於永遠無法被驗證為真。對於許多被現代科學認為是“沒有根據”的謬論，先別急著否定它們。因為從能量的觀點來看，它們很可能都不是空穴來風！

科學之外的美麗新世界

在本書的最終部，作者從整體論的觀點出發，試圖帶領我們進入一個美麗新世界。或許是作者從事音樂治療研究使然，他用交響樂團作了個生動的比喻……即使每一種樂器都能正確無誤地被演奏，但把它們都加在一起，並不保證能得到打動人心的優美樂章。從這個比喻，再次凸顯了以化約論為中心、信奉“人即機器”的現代生醫研究本質上的謬誤。

讀到這裡，我不禁想到，在這個時代裡，一天到晚都有人高呼“中醫現代化”的口號。然而，中醫的現代化，絕對不是靠撿拾化約論中心的方法學，淨做些二流的模仿工作。因為這種作法，就好像試圖把交響樂拆解成一堆音符來研究般的荒謬可笑。所以，每當我看到又有人宣稱“某某中藥提煉出抗癌成份”的新聞時，心中只有搖頭嘆息。因為這些研究，基本上還是在one disease/one gene/one target/one compound/one drug的思維模式下鬼打牆中。不明究理的人還沾沾自喜，以為自己又往前邁進

了一大步，事實上，他們一直在原地踏步而不自知！

然而，作者並沒有只停留在化約論與整體論之爭，他乃是看的更高、更遠。所以當你看到他在書中大談文化、宗教、甚至世界的起源時，千萬不要驚訝。因為這是站在頂峰的科學家才有的胸襟與視野。記得不久前我才讀了本有趣的“史書”……《上帝擲骰子嗎？：量子物理史話》(註二)。讀完後，我不禁要感嘆，當人類的科學發展到一種極致的時候，等在我們前面的，就是“我們為何在此？”“我們從何而來？將往何去？”……等等這類的“終極大哉問”，好像是一種無可逃脫的宿命。對於量子物理學史上的那些大頭們是如此，對做經絡研究的作者何嘗不是呢？也許我們能力有限，無法靠一己之力登上這種境界，但我們至少可以跟著作者的脚步，來一趟心靈之旅，看看在科學之外的美麗新世界吧。

後話

幾個月前當我剛看完這本書，正準

備動筆寫心得之際，我看到了某個正在討論減肥的談話節目。當那個總是濃妝豔抹的知名中醫師，興沖沖地大談針灸局部瘦身療效時，一個西醫不待她說完，便用傲慢的口氣打斷她說，“你那個是民俗療法，不是實證醫學！”然後便自顧自地接下去大談西醫的減肥之道。

以前遇到這種場景，我總會義憤填膺地恨不得當場“教訓”這些輕視中醫的人。但現在有了這本書，突然間，事情變得再簡單不過了。往後對付這種角色，再也不必多費唇舌，只消問他：“你看過《人體的彩虹》了沒？”“什麼，沒看過？”“很好，那你回家看完再來！”因為身為科學家的張教授，已經幫我們把話都說得一清二楚了，我們要做的，就是把這本書儘可能的推薦出去。推薦給相信中醫的人，也給懷疑中醫的人，更該給那些反對中醫的人！因為知識就是力量，改變就從閱讀本書開始！我想，這該是讀完此書最實在、也最有用的結論了吧。

註一

順勢療法理論根源，最早可以追溯到西元前五世紀的希波克拉底。然而直到十八世紀末時，才由德國醫師Samuel Hahnemann建立起完整的架構。順勢療法的核心概念是，任何天然物質使人產生的症狀，如果和某種特定疾病類似時，這種物質經過高倍稀釋後，就可用來作為解除此疾病的藥物。在順勢療法中有兩個最重要的法則分別是：

1. 相似法則(principle of similarity): 以毒攻毒。
2. 藥物強度法則(potency rule): 稀釋倍率愈高，藥物效力愈強。

作者在書中討論的，就是以上兩項法則。網路上關於順勢療法的介紹中，還有提到其他的法則，但以上兩種是最重要的。

註二

《上帝擲骰子嗎？……量子物理史話》曹天元著 八方出版

這是一本非常有趣、非常神奇的科普書，不但得到科普寫作大獎的肯定，還有無數網友熱情背書。（此書原本是在

新浪網上連載，後來才集結成冊。）所以它的口碑是毋庸置疑的。讀者大可不必擔心自己的物理程度太差而讀不懂，因為作者是個極優秀的說書人，把原本枯燥乏味的歷史，轉成一篇篇扣人心弦的演藝故事。從這本書裡不但能學到歷史，也能學得來自歷史的啟示，總之是值得你讀一讀的好書。

《醫療服務專輯》

大安區醫療服務心得（下）



後中26屆 張益銓

醫療服務，又或許俗氣的說，義診的目的在
西 哪裡？曾有老師說到：『義診，即不義之診』，我想這句話一定澆熄許多我輩對於義診的熱情，讓義診淪為學習臨床的工具；不可否認的，臨床學習的機會，對修習中醫的學生們是非常重要的，少了臨床實戰就不能叫做中醫，缺乏驗證的理論也絕不可能讓同學真的踏進中醫之門，但這就只是義診僅存的功能嗎？所幸，這次的義診活動讓我看到了一線曙光，義診不像過去同儕之間所傳遞的訊息般那樣消極，而背負的是更重要的使命。

沒有錯，對我輩初踏入中醫之門的學生而言，唯有在臨床上才能突顯自己的不足，從望、聞、問、切到擬藥開方，甚至是與病人的溝通上，這一整個環環相扣的流程之中，每個人或多或少都有能再精進的地方，更不用說在團隊精神的合作上，與自身職責之實現的學習了；但對中醫不甚了解的偏遠地區，義診絕對有很大的成分是在『推廣中醫』，讓一般較沒有機會接觸中醫或是對中醫仍帶有錯誤觀念的民衆，有不同於到醫院或是診所的中醫經驗，畢竟我們還是學生，帶著比醫師還要多一分的青春活力，讓我們盡心地和一般民衆溝通，讓民衆了解中醫的價值，讓我們的關心深刻的對民衆有所影響，透過我們的無心插柳，或許讓民衆願意萌發對中醫新的種子，除了西醫的療程外，今後也願意嘗試透過中醫介入，進而維護自己的健康。同樣的，在義診的過程中，我們也會將自身對中醫的認知投射出來，除了能看到自己在理論基礎或是臨床操作的不足外，也能檢視自己的中醫態度，並與同儕相互切磋、交流。

站在中醫的理論角度來看，單就要以義診一次的介入，就要讓病人有非常具體的幫助，而後續也沒有管道去追蹤，當然可以說是『不義』，更何況還都是學生的我們，就算有隨隊醫師的指導，半斤八兩的功夫不要害到人就不錯了，但若跳脫理論的框架來看，我們所到之處若都能撒下中醫的種子，向民衆宣導中醫的強項，以及中醫能夠所給予一般大眾所謂『簡、便、效、廉』的幫助，又何嘗不義之有？

只要心念一轉，『醫療服務』仍然能擁有無限可能，有為者亦若是！



後中26屆 王哲彥

淅瀝淅瀝的雨點聲把我從睡夢中喚醒，窗外的天空是一片灰，我迅速地盥洗、穿好衣服、繫上鞋帶、宛如回到服役時的緊張。插進鑰匙，加足油門往學校出發，駛在顛簸的路面上，我的心也隨之撲通撲通地悸動著，因為今天是讓我魂牽夢縈的醫服部出隊日。事前的運籌帷幄，只為今天綻放光芒，我們辛勤的汗水，絞盡腦汁的思索，只為給出最高品質的服務。午後的那一抹陽光，帶來了繽紛的彩虹，隊員們猶如時鐘裡緊密契合的齒輪，環環相扣地互相咬合，井然有序地推動事件的進行。拿出隨手帶著的相機，在底片中烙印了居民感謝的那一笑，也在內心深處留住了那一瞬間的美麗回憶。



後中26屆 邱詩方

這是我第一次參加醫療服務的活動，同樣也是我主辦醫療服務的第一次。面對未知的考驗，抱著既期待又怕受傷害的心情展開這一次大安區中醫醫療服務的旅程！過程中遇到了許多不同的人、事、物，一切都顯得十分陌生，卻也十分新鮮，更重要的是從中我獲得了許多。第一次與刺蝟頭的搭檔，從客氣到磨合到至今的默契；第一次走出門外，操著不輪轉的台語與全然陌生的人交涉抬槓，學習著如何『聊天』；第一次參與一個醫療服務從無到有的誕生過程，偶而辛苦忙亂，更多的是滿滿的成就感；第一次見到病人，體會到欣喜若狂與如釋重負交雜而成的奇妙感覺。這一切的一切，讓我學習

到很多與人相處之道，也令我忽地發覺『中醫』不僅僅存在於我們每日每日搏鬥的書本中、講義裡，更是真實存在於生活中、病人身上，老師平日的諄諄教誨，躍然紙上，頓時鮮明起來。我想，經由這次的醫療服務，讓我學習到即使在這醫療發達的現代，還是有許多需要幫助的患者被忽視，如果能夠把中醫推廣到台灣的各個角落，更真實地貼近病人，我們的中醫之路才不至偏頗。

最後，我想一個活動的完成，不只是兩個人的努力，更是需要每一個人的幫助與協助；這次活動，有幸得到各界的無私貢獻，像是大一到大三參與活動的每一位夥伴，熱心奉獻的四位醫師：呂孔文醫師、蔡旻谷醫師、林文濱醫師、劉達源醫師，也要感謝中庄里里長、大安區區公所的鼎力相助。還有在我們無助時，伸出手的前任部長：光前學長與明雯學姊，最後當然要感謝的是最棒的刺蝟頭部長。希望，下次的醫療服務會更好！



後中26屆 瞿瑞瑩

很开心有機會來參與今天醫療服務的活動，也謝謝兩位部長勞心勞力的前置作業準備才有今日快樂又充實的旅程。這次是我第一次的醫療服務經驗，將這一年半來所學的東西融合起來、面對每位不同的病人時種種挑戰，確實讓人印象深刻又深感值回票價。

早上一開始時是初診組，沒想到突然要上陣當初診醫師了！對於自己的診斷和理法方藥，首次總是令人感到緊張。第一位伯伯真是辛苦他了，由於本身台語不是講得很流利、加上第一次問初診問法很零碎沒有組織，讓他東回答一個、西回答一個真是不好意思。但是後來伯伯檢查出膝蓋有退化性關節炎且五十肩，也接受了我的

針灸後顯得相當開心。但這次經驗讓我注意到醫師的緊張和不安也會讓病人同樣感染到這樣的氣氛，所以這位伯伯也相當的緊張，把脈時手也會顫抖、針灸時肌肉會收縮而抽動，讓我更重視身為一位醫者應該要有的沉穩和信心。而後來的病人中，有摸到心律不整的結代脈、裝心導管伯伯的脈濡軟、職業傷害的阿姨用圍刺處理局部腫起、或熬夜時典型的陰虛症狀與舌診，在在和書本學習經驗的結合是件令人雀躍的經驗！而在診斷和擬方時會發現到自己的不足，和老師的討論會讓自己在不斷的修正中學習到更多，是個很有成就感的學習經驗。

下午在藥局部。覺得動線的規畫可以再作考量，在等包藥的過程，病人可以先做衛教和填寫問卷才不會空等浪費時間。然後藥品要先和醫師溝通好哪些藥方沒有，不然醫師的慣用藥一直沒有也是挺令人困擾的事。而湯匙的劑量大小要先量好，才不會在衛教時教錯病人。藥局和衛教應該密切配合，才不會有雞同鴨講的情形產生。

這次經驗給了我很大的震撼教育和學習上的期待與成就感，希望能更精進自己的中醫基礎實力、也不忘了培養自己沉著應對的特質與親切服務人群的個性，期望在未來可以更接近理想的自己、做個良醫。



後中26屆 林家揚

由於這次是我第一次參與這類活動，所以出發前的心情可說是相當複雜。一方面覺得有點期待，可是一方面又覺得很緊張，尤其是在得知了要先進行基本四診、開方等的任務之後。本來我還天真地想說去幫忙量量血壓就好的…。這下好了，完全沒經驗的我，開始覺得「書到用時方恨少」了！不管如何，在經過了一些小小的準備之後也只好「聽天由命」了，只希望盡量不要沒幫到病人，還反而害到他們就好。

雖然天氣狀況不是很好，還是有民衆早早地就來

了。一旦開始，心裡也沒什麼機會去想太多，只能盡力將所學展現出來。一整天下來，其實是有一點累，不過大概是太早起來的緣故吧。真要說的話，我覺得初診的時候感覺時間過得很快，總覺得也沒有做那麼多，可是一轉眼就到了休息時間，這大概就是專心吧。這一天，我覺得我學到了不少東西，也發現了自己不足的地方，或是原本知道但卻在上陣時會不小心漏掉的地方。很感謝當地民衆和醫服部給我一個學習的機會，對於醫病的應對，也算是有一個初步的瞭解了。也很感謝學長姐、老師的指導，讓我對於診斷和用藥的連結增加了更多概念。在此，也衷心希望今天來就醫的民衆們可以抒緩他們的病痛，也期盼下一次再舉辦這麼有意義的活動。



後中26屆 劉淑波

充分的掌握與準備。下午安排的工作時是初診的工作，這是第一次模擬醫生，從事望聞問切及開方的工作。在學識及技巧極為不佳的情況下，根本無法完成。在此次看診醫師耐心的指導下，教我如何去判斷所收集的資訊並指引我辨證論治的方向，讓我有實際的學習。雖然只有服務了四位病人，但由於自己能力的不足，讓我更加的體會到要好好的學習中醫才能真正的幫助到病人。

這次的義診，真開心，能會後中的同學們一同參與此活動，大家共同付出小小的力量將中醫帶一個沒有中醫醫療的鄉鎮中。我想是那同學們的滿腔熱血化為鄉民在風雨中外出看診的動力吧！或許短暫的醫療並不能完全改善他們的病痛，但我相信他們能感受到我們中醫人的真誠。

今天有幸參學系所舉辦的大安區中醫義診活動，真的讓我獲益良多。因為天氣不佳外面下著雨，很擔心會來看診人數不多，但又不忍心鄉民人在冷風細雨中來就診，無奈，真是天公不作美啊！不過出乎意料的是來看診的人數有達到將近60位，還真是不錯。

早上安排的工作是掛號，和兩位學弟妹一起合作。本以為只是一個填寫基本資料與量個血壓，可以說是個還不算難的工作，沒想到其中仍有許多自己不懂的地方須要學習。第一是測量時以右手為佳、第二血壓計有分成人與兒童兩種、第三學習了血壓計簡單的修繕。所以不要輕忽任一個小細節，在行前訓時對自己的工作要更



後中26屆 蘇信昌

帶著既期待又怕受傷害的心情參加人生第一次的醫療服務，儘管天公不做美，一整天陰雨綿綿，不過同學們的興致依然高昂。到了當地才發現場地寬敞又乾淨，與印象中醫療服務都在較為克難的環境中進行的刻板印象大不相同。由於上午我是被分發在藥局部，因此和其他同學合力將藥物依順序排好。原本以為天氣不佳患者應該會比較少，結果十點以後病患就開始變多了，在有壓力的情況包起藥來有點手忙腳亂，不過等到熟練之後情況就比較好了。

下午被分發到針傷組，針傷組的患者以中老年人為主。我有試著幫一位老太太扎足三里、陽陵泉等穴位，結果她說都沒啥感覺……>.<…看起來針灸真的要再好好練習才行。這是我第一次幫病人扎針，說不緊張是騙人的，而且老人家的穴位比較不好找，像是腓骨小頭怎麼摸都摸不到，只能抓大概位置。除此之外，大部分的患者都需要推拿、理筋等傷科手法，這方面的技術是目前我比較欠缺的，因此做起來還蠻心虛的，只能一邊做一邊向學長和同學請教，雖然技術不足，不過我還是很努力做。當最後患者跟你說有改善的時候，真的蠻令人開心的。

醫療服務是很有意思的活動，一方面可以讓醫學生提早接觸病人，有機會實際應用書本上所學的知識，多增加自己的經驗。另一方面，透過醫療服務才發現很多偏遠地區的醫療資源的確是相當缺乏，有很多患者急需醫療人員的照顧，將來畢業之後也要多參與這樣的醫療服務活動。



後中26屆 高瑜嬪

二零一一年三月二十七日那個下大雨的日子，大安區醫療服務隊出發了。一路上想著，我的破台語要怎麼跟病患溝通呢？學了一堆方劑要怎麼應用呢？胡亂想著也就到達活動中心，大夥合作布置場地，紛紛穿上醫師袍，白袍的純淨、莊嚴，讓我更加戰戰兢兢，一邊調適心情一邊準備迎接我的第一個病人。從一開始的手足無措到後來能跟阿公阿嬤們閒話家常，聽著他們說著這裡痠痛那裡不舒服，漸漸的越來越熟練。印象最深刻的是一個三歲的小男孩，媽媽和我連哄帶騙，軟硬兼施終於讓他伸出小手讓我把脈，小朋友的脈象更需要仔細的去感受。初診結束後他搖搖擺擺的說了聲謝謝，那樣的感動難以言喻。這次的義診經驗令人難忘，在兩位醫服部長精心策劃和大家的合作無間，整體的流程動線都很順暢，體驗了一個初診醫師的角色，跟在學長身旁學習如何診斷病情、開立處方，真的獲益匪淺。看著阿公阿嬤們滿足的笑容讓我的心溫暖了、充實了。



後中26屆 廖偉成

禮拜日清晨的天空掛著灰暗且濕重的陰霾，冷冽刺骨的寒風細雨不間斷地撲襲在英才門集合的一群熱血青年的臉上，看到這一幕早起的人們心中不免會有疑惑為何有一群大學生會心甘情願離開溫暖的棉被窩，八成是學生要去出遊旅行吧？相信很多人看到這樣的場景不免連想到學生生活糜爛到出遊才肯早起；事實上，這一群青年浩浩蕩蕩的不畏風雨聚在校門口是參與台中大安鄉的義診，把假日寶貴時間奉獻給需要幫助的朋友和鄉親們，這種喜樂是很難用言語去闡述。

之前有大學有修習人文關懷與服務課程，深覺做而言不如起而行，要真正關懷醫療弱勢族群必須實際親身體驗和接觸人群，才能發揮大醫精誠的精神。對我而言，這次的活義診動背後吸引我的誘因有兩個。一是大安鄉相對於台中市是醫療資源比較少，該鄉鎮同時沒有存在中醫診所，身為學士後中醫的學生一份子當然很想去投入這次的義診活動，將中醫醫療實用又方便的優點推廣、照亮到每個無中醫的黑暗角落。二是想去瞭解當地的人文社會及幫助更多需要醫療協助的人群，希望能參與此活動去體認和發揮真正的人文關懷，這對我並無參加過義診活動的我，是很難得可貴的自我成長回憶。

我抱持以上這兩個想法就毅然的參加禮拜日的義診活動，到了大安鄉之後就是不間斷忙碌的義診活動，始料未及的是到一批醫師袍上陣就要幫病患施行針灸治療和推拿，接到一張張處方單子都猶如莫名沈重的驚濤駭浪湧在心口，遇到遺忘生疏的穴位和手法就更顯得手足無措和內心驚慌偏又要在就診長輩前面故作鎮定，我無時無刻不後悔沒事先在家裡多做功課，或許一開始心存僥倖地想說只是過來擔任幫忙醫師的志工角色而非直接擔任治療醫師的角色，我似乎忘記我們就是未來的中醫師必須時時懷有醫師的天職和責任，而不是等畢業拿到證書那時才覺悟自己是醫師。

之前對義診醫師和學生志工的印象都認為義診團隊能將醫者的大愛、無私、奉獻的精神去散播互濟互助的真善美種子到其各地角落，都是很溫暖的感動。很開心學校能提供這機會讓我親身參與，感受很多喜樂的體驗。此外，印象最深刻的是大安鄉每位來義診的阿伯、阿姨和小朋友們的可愛臉龐，與他們聊天的過程中不單是醫病關係的望聞問切，更是重要的是體驗他們生命中純真、率直又純樸的美好和個性。

26屆系學會相關事項說明

親愛的後中學長姐們:

後中系學會希望能提高與系友互動的機會!!後中有很多優秀的學長姐們在中醫以及其他領域都有很優秀的表現，系學會想藉由徵書、期刊文章、徵研精醫訊的稿件，將傑出系友介紹給各位學弟妹!! 系友們若有通訊資料要更新，也請來信或email告知，以方便收到最新一期的研精醫訊以及系上相關資訊!!

最後，也希望學長姐能夠贊助系學會執行各項龐大費用開支活動(如研精醫訊發行、醫療服務隊、授袍典禮等)。有任何問題與建議，均可藉由以下信箱聯絡我們，來信請附姓名與聯絡方式，學弟妹們會盡快與學長姐聯絡!

學士後中醫系學會聯絡信箱 cmupbcm@gmail.com

◎徵書說明:凡有系友發行在市面上的暢銷書籍、發表至報章雜誌的優良文章(寄送報章雜誌)可以寄送至中國醫藥大學學士後中醫系系學會收!!倘若手頭若無書籍也可來信建議何處可以找到學長姐的大作，系學會會盡力找尋這些珍貴的資料放在系圖給學弟妹們瀏覽，謝謝學長姐們!!

◎若想投稿研精醫訊，可寄到以下信箱：

研精醫訊信箱 pbcmyj@gmail.com

※若經刊登，每篇稿費為一千元整

◎貼心小提醒

提醒您!在發表期刊論文時使用的英文名字建議與護照名字一樣，以免日後想到國外就業或技術移民需要時，因為英文名字與護照不同而無法算在內!!

100年6月學士後中醫26屆系學會 敬上