

戰後臺灣中西整合醫學發展的蹟路： 以杜聰明與楊思標為例

劉士永*

中央研究院臺灣史研究所

儘管西洋醫學從日治時期以後成為台灣醫療之主流，但隱身於民俗療法或民間療法的中（漢）醫並未完全於台灣社會褪色。甚且如杜聰明等深受西洋醫學影響者，更在 1930 年代大聲疾呼以科學方法研究傳統中醫與藥材。然而，來自西醫界的反對聲浪始終強烈，不僅戰後杜氏力主在台大設立中醫科與相關實驗醫院的努力功敗垂成，至台大醫學院第 7 任院長（1983-1985）的楊思標力倡中西醫學合治也徒呼負負。本文將以兩人為例，略述戰後台灣發展中西整合醫學的蹟路，並從結構性思考造成此等困境之可能原因。

關鍵字：戰後臺灣、杜聰明、楊思標、中西醫學整合、中醫教育

台灣中西醫間的競合與糾葛超過百年；前有台灣第一位西洋醫學博士杜聰明於 1928 年提議創設漢醫醫院，之後發表有關中醫學研究方法的考察，爾後繼有台大醫學院第 7 任院長（1983-1985）楊思標，力倡中西醫學合治並擬推廣中醫教育於現代醫學院之中。本文擬就個案分析的角度，以杜聰明倡議中醫教育而功敗垂成，以及向楊思標口訪中西醫合治的紀錄，略探戰後臺灣中西整合醫學發展的曲折及結構性的困局，並就此個案提出一些看法。

一、杜聰明漢醫研究的構想

杜聰明幼年在父兄的引導鼓勵下，一面學習漢文，另一方面也入學淡水公學校接受新式教育。即長又考入總督府醫學校；但他的思考理路，基本上仍反映出深刻的日本西洋醫學教育影響。若要說他和時人在中醫學上有何差別，恐不過是帝

國西醫與殖民地西醫的差別。1922 年以後，杜聰明以第一位臺灣人醫學博士之尊，返台任職台灣總督府醫學專門學校教授及中央研究所技師，主持藥理學實驗室。三十幾年間，杜氏儘管環境仍有不遂，但得以自主選擇生藥、鴉片、蛇毒等地方性的素材為研究課題。只是楊倍昌仍認為，杜氏此時「實質的研究內容及分析方法與歐美近代的科學型式差異不大」¹。就算是他標舉中醫藥研究，基本上也未脫當時日本生藥學的範疇與思考。這點恐與和、漢醫學之高度相近及藥材之重疊有關，倒不一定涉及中醫的醫理。² 1928 年，台灣民報刊登一則杜聰明籌設漢醫醫院的計畫。在爾後的一連串新聞中，杜聰明為該籌議辯護許多。他認為中醫與西醫間二元對立的爭論都未嘗有實質研究之基礎，亦缺乏臨床治療上的實證應用。因此他主張藉由漢醫院的設置，系統性地運用西方科學方法來驗證中醫學，「從病理、臨床診斷

* 聯絡人：劉士永，中央研究院臺灣史研究所，115 台北市南港區研究院路二段 128 號人文社會科學館北棟八樓，電話：02-26525355，電子郵件信箱：liumike@gate.sinica.edu.tw

到處方，實地去做比較研究」。³

杜聰明提出成立漢醫院的時間點，與日本國內開始掀起中醫與西醫學理上的爭辯的時間點相當。其中，「皇漢醫道」也大約於 1930 年前後進入台灣，因此不免令人懷疑，以杜氏在殖民醫學教育機構中之崇高地位，此議是否意味著官方既有排除中醫立場的轉變。除了上述疑慮，恐令台灣當時已然成形之西醫主流憂心外，新興「科學中藥」的快速崛起，則是另一個令他們擔心的現象。日本的中藥早在第一次大戰結束後，即透過生藥研究的轉型，以「科學中藥」的新面貌重新進入市場，成為日常用藥的新寵。⁴而現實上，雖然中醫師在日治殖民政策下人數急速減少，但是中藥在台灣的使用率並未隨之降低。杜聰明的籌議，或許正是為了解決此等台灣民間醫療環境中「有藥無醫」的現實矛盾。

杜聰明著《關於漢醫學研究方法的考察》詳述其推廣中醫研究之理念，並及於中醫醫院人力結構及運作構想。⁵藉由是文，楊倍昌進一步以《關於漢醫學研究方法的考察》為重點，評述了杜氏認知下的中西醫學合一觀。楊倍昌認為「杜氏著述除了部分呼應『皇漢醫道』之外，也強調社會需求與知識份子的社會責任。以當時的社會需求來看，杜聰明稱讚中藥的用途，希望透過科學研究來檢視中醫藥，應該也有以『中醫藥科學化』來規範台灣在地的醫療環境的意圖。」⁶其中幾項要旨，尤其顯示了杜聰明的本意，似乎仍是要以西醫為根本去進行中藥材的藥理學分析。舉例而言，在漢醫院的人員配置方面，要有內科學教授一人（西醫）、藥理學教授一人（西醫）、二至三位有名的漢方醫家；並責令與西醫各科的臨床專家建立合作網絡，乃至與植物學者、化學家、以及藥理研究室建立合作關係。而診療運作方面，入院者須先經西醫診斷後，才請中醫學者給予中醫式診斷。而之後開立患者服用的中藥或是中藥抽取物，也都需由內科學者觀察患者之實際治療

與經過，以及由藥理學者從學理的角度記錄藥物的效用。更重要的是，要求漢方治療無效後即以西藥替補，⁷顯然杜氏仍視西藥為最終之還魂藥方。更重要的是如楊倍昌的說法，杜聰明個人對於西式科學的偏好，強調「對於西醫臨床專家做出正確診斷後的每一個疾病，中醫會如何的試著解說？或者應當給予什麼病名？」⁸，隱喻以西醫為標準病名來檢視中醫的診斷。而在他強調的中醫實驗治療學方面，雷祥麟指出，儘管杜聰明的倡議實際上有其現代西洋醫學的理論基礎與訓練背景，但該主張內含之挑戰科學劃界的意義，卻也因無法見容於當代醫界的傳統、現代二元論，乃至於日本殖民的正當性，終使得杜氏的主張功虧一簣。⁹亦是根據以上幾點觀察，楊倍昌發現，雖說杜聰明與啟源在籌設漢醫院上的主張南轅北轍，但在知識論的本體上卻不見得有太大的不同；「杜聰明漢醫院的研究強調對於事物的直接觀察，實際上跟啟源的立場差異不大，也和經驗派哲學家對於物質經驗 (Empiricism) 的主張雷同」。¹⁰儘管杜聰明或許在對於中醫藥的認識論本質上，仍無法擺脫對於西醫學的最終依賴，但雷祥麟卻也明言，「正由於杜聰明是不容忽視的存在（相較於被視為腐朽、落後的許多漢、中醫支持者），認真對待他關於漢醫藥的研究願景不僅可以使我們窺見東亞醫學現代性的構造、侷限甚至知識論上的暴力 (epistemic violence)，更可以幫助我們認真地去理解、乃至珍視其它許多曾經致力於突破這個歷史結構的努力與成果。」¹¹綜觀各家說法，透過杜聰明構思的漢醫院，中醫學與相應之藥材可在其中得到完整的研究，而此等研究之結果當可受西醫學所檢證。顯然杜聰明在西醫科學信任的基礎上，試圖從本質上把中醫學給統合進來。雷祥麟的解釋，正足以闡明杜聰明所謂中醫藥合一的基礎所在，以及其對於西洋醫學所可能產生之外部作用。

或許正是杜氏的中醫藥合一是建立在臨床實

證與物質的基礎之上，他所偏重的中醫知識，大多是在漢醫院內操作的「有用經驗」。¹²杜氏也承認中醫與中藥經過幾千年的發展，兩者間互相銷融、難以區分，因此在溯源的方面，既然複方的中藥材難以完全用現代化學方法解析，因此杜聰明對於中醫學理或是無法用現代西醫解釋的治法，多半將之推給實證有效或歷史（經驗）有以致之，這類模糊且比較曖昧的說法。舉例來說，為了說明漢、洋醫學史的源流，杜聰明編寫《中西醫學史略》，並於其中視為傳統治療經驗的成形時期；¹³也認為：「鍼灸學是我國最古所發明一種治療方法也，關於經絡經穴因為從疾病治療之必要而發達，不顧慮有無與科學的理論合致乎」。杜聰明遂以內經為本，曾曰：「湯藥攻其內，針灸攻其外，則病無所逃矣」。¹⁴其中，「不顧慮有無與科學的理論合致乎」的說詞，近日看來似乎不盡符合科學醫學的價值觀。

杜聰明編寫《中西醫學史略》之計，亦是戰後在台倡議漢醫科功敗垂成之時。1946年杜聰明兼任台灣大學醫學院第一附屬醫院院長（1945年12月～1947年1月）時，重擬設置漢藥治療科，聘國內有經驗之中醫、實驗藥理學者及西醫內科臨床專家，三者合作診療病人，延續了創設漢醫醫院的構想。1947年陸志鴻校長認為，此舉落後，命令撤銷漢藥治療科。¹⁵1957年在高雄醫學設院附設醫院置中藥治療科，請邱賢添負責，¹⁶1958年高醫附設醫院新院長郭宗波不支持而停辦。¹⁷杜聰明主掌台大醫學院及高雄醫學院期間，幾番嘗試在附屬醫院內籌設漢藥治療科、中醫治療科，結果都一如殖民時期的經驗，不僅不被主事者接納，甚或遭同儕批評為落伍、不科學，終告功敗垂成。杜聰明設立漢醫醫院的計畫，除了當年在報紙上短暫的筆戰之外，至今台灣對於中醫藥相關研究仍舊以生藥為主，看不出對於中醫的學理有那些衝擊，也沒有對於中西醫的醫理內涵的差異性進行深入的論述。¹⁸西洋醫學依舊是學院內

正統醫學診治及教育的主流，之後台灣的醫學界對於中醫與西醫之間匯通的可能性並沒有進一步的論述，自是遑論在西醫學院中設置中醫教育了。

二、楊思標的兩岸中西醫學交流理想¹⁹

曾任台大醫學院第7任院長（1983-1985）的楊思標醫師出身富裕，日治時期一如當時大多數的西醫師一樣，他對於傳統中醫也抱持著懷疑態度，認為中醫毫無科學根據，難以令人信服，並不相信中醫藥具備治療能力。然而，1989年卸任台大醫學院院長後，一場赴大陸的參訪之旅，卻根本的改變了楊思標對於中醫藥的看法，也促成他投身中西醫學整合運動迄今。

（一）起心動念

1989年剛從台大醫學院院長退休的楊思標，以台灣醫學會理事長身份受大陸中華醫學會之邀，到香港開醫學會，隨後即率團前往大陸進行為期一個月的考察、交流訪問。這一年，台灣剛開放到大陸探親，按理說，台大醫學院退休的楊思標不能到大陸參訪，九十三高齡的他，回憶起二十多年前到大陸參訪一事，思緒拉回1989年4月，「當時，我們一夥人是以訪問學者身份到大陸參訪，所以沒有引起太大的注意。」與楊思標一起到大陸參訪的成員，包括魏火曜夫婦、陳章義夫婦、陳炯霖夫婦、鄭金松、許子秋夫人及楊思標夫婦。他們一行十人在大陸中華醫學會安排下，從香港→北京→西安→蘭州→成都→大足→重慶→上海→杭州→桂林→廣州→香港走一環。

對楊思標來說，這趟旅程打開了他的視野，見識到傳統中醫仍有可取之處；對「疾病治療」這件事，有更深一層的體悟。楊思標坦言，1989年是他第一次接觸中醫，也第一次看到中醫與西醫聯手共同對抗「疾病」，對病人有益無害，回台後，他才積極推動中西醫整合醫學。當時印象，大陸西醫約落後台灣20多年，台灣西醫師待遇約為大陸西醫師30倍，大陸仿間流傳著「拿手術刀，

不如拿剃頭刀」，當時極為大陸西醫叫屈。西醫雖落後台灣，中醫卻比台灣進步，中西醫結合做得比台灣進步，中西醫整合醫學會秘書長李春興說：「這是毛澤東對大陸唯一的貢獻。」六十年前，毛澤東看到中醫地位愈來愈示微，為把傳統中醫保留下來，策略就是讓中西醫並重，如何讓中醫現代化？毛澤東想到西學中的方法，於是在北京成立「中醫研究院」，把全國最優秀的老中醫全部集中在研究院，同樣也把全大陸最精良的西醫也集合在此，叫他們學習中醫看病、診斷，但只能看不能問。

1989年實際到大陸看到中西醫聯合診斷、治療的楊思標，改變過去他對中醫的看法，認為台灣西醫也應學習中醫，才能找到對病人最好的治療方法。返台後，楊思標每年皆率團赴大陸參訪，亦邀請大陸中華醫學會赴台參訪，達雙向交流，其交流重點，包括肺結核防治等項目。由於每年都定期到大陸授課、參訪、演講，楊思標對傳統中醫有更深入了解，開始好奇「中醫理論」，以神農氏嚐百草的精神，嚐試吃銀杏葉、丹參、冬蟲夏草等中草藥。回憶第一次買中草藥服用的經驗，他依稀記得，十年前到大陸雲南考察，在昆明候機時，趁機四處逛逛，發現有人在賣冬蟲夏草，拿起來看一下它的適應症及療效，看到冬蟲夏草有「壯陽」療效，楊思標馬上掏錢買一盒。想起這件事，接受訪問時的楊思標笑得很開心，靦腆地表示所謂壯陽的療效僅是無稽之談。²⁰只是蟲草雖無壯陽效果，但他發現，吃了之後精神、體力確實有比較好。近十年，他開始服用粉光參、冬蟲夏草等中草藥養生，他認為，中草藥要大家接受，要有更多科學證據，而不是放任民間口傳巷議療效就好。

生長在富裕家庭的楊思標，從小到大沒機會接觸中醫，即使在日治時代，生病時也是看西醫；他的學生黃明和則是從小吃中藥長大，知道中醫的好處，創建秀傳醫院時還特別成立中醫科，是

國內最早有中醫科的醫院；之後更積極推動中西醫整合，黃明和表示，為推動中西醫整合，他因此被台大醫院上下屆的學長、學弟罵得臭頭，認為他「包庇」中醫。黃明和為推動中西醫整合被醫界批評，但他認為，「對的事情一定要堅持下去，未來的醫學一定是殺人的武器愈少愈好，救人的武器愈多愈好。」推動中西醫整合是為讓病患能有更多治療方法選擇，但很多醫界大老並不這麼認為，批評他不務正業，甚至在醫院評鑑時刁難他，嚴厲指責他：「黃明和不要管中醫的事。」楊思標的處境也沒有比黃明和好，雖然他在醫界輩份夠，但他的學生對他積極推動中西醫整合，不太苟同，認為老師退休後，變得很「怪」。只是對於外界的批評，楊思標一點也不在意，多年來一直努力奔走、積極推動中西醫整合醫學教育不放棄。問楊思標為何如此堅持推動中西醫整合，他感慨地說，西醫目前在治療疾病上，採取攻擊的方式，發現新病菌、病毒，就用更強的藥物來殺，重點是，人類是一個生物體，病菌、病毒不可能全部殺光。隨著醫療科技的進步，高科技醫療只會讓細菌產生變種，為對抗日益突變的細菌，需使用更多更毒的藥物來殺，這也是近幾年美國發現，現代醫學愈來愈貴、抗生素問題愈來愈嚴重，醫療費用年年上升，保險、政府衛生部門面臨破產的原因之一。現在美國的醫學教育也在改變，以現代醫學為主，中醫為輔，朝中西醫結合的治療方針，提供病人更多治療方法。

過去很多疾病治療以西醫為主，楊思標認為，有些疾病或許可以嚐試中醫療法，當疾病無法根治時，如癌症，中醫療法提供病患另一選擇。基於這個理念，退休後的他，腦海裡一直思考如何推動台灣中西醫整合，1993年學生黃明和成立中西醫整合醫學會，由黃明和擔任創會理事長，第二任理事長由楊思標擔任，現任理事長則由陳維昭擔任。²¹事實上，楊思標1989年大陸參訪回台後，即想推動醫學教育中西醫整合，他找上時任

立委的黃明和一起推動。

(二)投入中醫藥教育的改造

走訪過大陸各省的楊思標，對大陸的中西醫整合醫學教育非常瞭解，返國後，發現中國醫藥學院推動的中西醫整合醫學教育，完全不符黨國元老陳立夫當初創建中國醫藥學院的宗旨「中醫科學化、國際化、中西一元化。」西醫及中醫仍處於對立，感到相當憂心。²² 楊思標說，中醫藥需要現代化、科學化、國際化是時代的潮流，社會之要求，其必然性各界都無異議，其中，中藥的現代化較無爭議，將中草藥材以現代製藥技術，製成所謂「科學中藥」當然也是中藥科學化之一環，要進而以現代科技分析其化學成分，抽出其單一有效成分，研發「新藥」應是中藥科學化之最後目標，也可獲得不少經濟效益，但其各項成本太高，成功之機會不高，當然困難度很高。而且中藥西藥化，也會失掉中藥的好處。將部份純化中藥或方劑開發為健康食品或處方藥，是另一方向之現代化。至於中醫之現代化、科學化爭論最多；由於中、西醫學其理論體系不同，將中醫基礎理論科學化、數值化較困難，只能在臨床面之現代化、科學化，證明中醫跟西醫可相互配合，為病患提供最好的治療模式。

楊思標個人認為，西醫的細分科醫療，高科技導向醫療對醫學教育、醫療倫理、醫療經濟之負面影響，包括醫病關係之僵化，醫師普遍的技術員化，電子化分析之激增，導致醫療糾紛之增加，植物人、洗腎病人、呼吸器依賴病人之有增無減，對醫療費用之步步高升、醫療生態之衝擊等，驅使不少民眾尋找中醫藥。²³ 而中醫之基礎理論體系，對人體健康疾病之觀點，預防勝於醫病、食補勝於藥物、中草藥有時勝於化學藥物、順應自然勝於克服自然等對健康科學之另一套思維，對基層、社區醫療之長處逐漸受西方醫學界認同。儘管其有效機轉仍未充分解開，針灸術目前仍普遍的被西方國家接受。

西方人為何要相信東方醫學，理由很簡單，因為現在中藥的化學成分，有效成份之藥理作用，臨床療效逐漸被證明；中草藥、方劑與化學藥品之各優劣點逐漸被闡明也已獲得中、西醫界之共識。至於現在流行的基因醫學，在老祖宗的中醫典籍裡已有記載，說穿了就是辨證論治，依個人不同體質給予不同的藥方，跟現代醫學基因治療的道理一樣。

看到大陸中西醫發展速度，楊思標不辭辛勞四處演講，積極奔走教育部，並在醫學院長會議中提案，提出未來醫學教育應朝中西醫整合，但均未獲得正面回應，甚至有醫學院長公開反對，楊思標仍以耆老身份，提出各種證據說服教育部及醫學院院長。他認為，大陸中西醫結合的經驗值得台灣借鏡。從中國大陸過去半世紀的發展經驗已獲得證明，即診斷以西醫為主，中醫為輔，治療即以中式為主西式為輔之「中西醫結合醫學」之建立即是，其執業的醫師大陸稱為「中西結合醫師」，在台灣，他認為可稱為「新生代中醫師」，其臨床教學課程，實習方式，住院醫師訓練計畫均以中、西醫結合模式執行。²⁴ 楊思標整理出大陸中醫現代化發展過程提供給教育部及各大醫學院參考，期能為台灣中西整合略盡棉薄之力。

在台灣，新生代中醫師應如何培育呢？楊思標認為，這種醫師於醫界所扮演之角色，社會各界如能有共識，如何教、考、用即不難解決。楊思標在擔任中西醫整合醫學會理事長時，曾針對培育台灣新生代中醫師提出個人以下幾點見解：

- 一、新生代中醫師能以中西醫結合之方式，除細心的問病，作詳細的理學檢查外，能適當的利用於社區常備之西醫診斷儀器，如X光機、心電圖、超音波及一般臨床檢驗、病理檢查作出病名之診斷，而治療即以「辨證論治」，以中式中藥、針灸、氣功等為主，西式為輔，且勇於執行或開發結合中、西醫優勢之療法。
- 二、新生代中醫師儘量避免從事侵襲性、非人性

化診治工作，如臟器外科手術、插管、人工呼吸治療、X光治療等。

三、新生代中醫師不從事醫療倫理上仍有問題的高科技醫療工作，如臟器移植、人工生殖、人工流產、基因操作……等。

四、新生代中醫師，不做產科、眼科、耳鼻喉科、皮膚科、麻醉科、病理科等專科醫師。

五、因此，新生代中醫師最適合全民健保時代的要求，將對社區常見的疾病，以細心與愛心的診療，利用社區常用之一般科學醫療儀器及檢驗設備，提供就近、迅速、正確並且有整體性、繼續性、人性化之中西醫結合，兼顧真、善、美、儉之醫療照顧，因此最能於社區尤其對老人醫療保健領域發揮其功能，將與家醫科或一般科醫師共同做為基層、社區醫療之主流醫師。

六、部份新生代中醫師應進修中醫或中醫臨床研究所，從事中醫基礎理論之科學的解明，有效中藥之研究開發等，擔任中醫藥科研人員及教師。

楊思標認為目前台灣中醫學系八年制雙主修學制，是現代醫學與傳統中醫學之全部教學課程納入在一起，由不同教學理念的中、西醫教師分別上課，臨床實習仍在西醫教學醫院受業，即使拿到中、西醫雙執照也無能力執業中西醫結合醫療業務。對於台灣現代化中醫醫學教育之爭議，楊思標就其歷史沿革及其爭議提出解決辦法。1996-2002年，楊思標擔任中華民國中西整合醫學會理事長期間，提出「台灣新生代中醫教育之展望」，要求設置中醫教學醫院（病棟），建立中醫住院醫師訓練制度俾得有能執行及發展中、西醫結（整）合之醫療，如此「教」、「考」、「用」的問題，即可迎刃而解。²⁵他並希望今後其它醫學中心有意設立「中醫學系」者，無論是七年制或學士後五年制，均能依是書建議，經公私立醫學院院校長會議通過，提出教育部同意的教學課

程及臨床實習模式為藍本，培養出能對民眾提供中西醫整合醫療之「現代化（新生代）中醫師」。

據此，1996年，中國醫藥學院7年制中醫學系改為8年制，雙主修，以便畢業後得參加中、西醫師之考試。其目標為培育能對民眾提供中西整合醫療之學制，因衛生署仍稱醫師雖持有雙執照，開業時，僅能選一登記，最後大部分畢業生選擇從事西醫，與中醫學系任務、系名不符。

1998年，長庚大學成立8年制中醫學系，雙主修，畢業後期望與中國醫藥學院成立8年制中醫學系一樣，拿雙執照，或能對民眾提供中、西醫整合之醫療工作。2003年，支持中國醫藥學院升格為中國醫藥大學。2003年，中國醫藥大學中醫學系分成7年制單主修，招生60名，畢業後只能參加中醫師檢覈考試（做傳統中醫）；及8年制，雙主修，招生60名，畢業後可參加中、西醫師檢覈考試（做西醫）。2006年，中國醫藥大學中醫學系，分成甲、乙兩組，甲組學生得依「中國醫藥大學中醫學院中醫學系修讀醫學院醫學系雙主修辦法」之規定申請加修醫學系為雙主修，乙組為七年單主修制，畢業後只能參加中醫師檢覈考試。不過這段時間的中醫藥教育發展，倒也不完全都是如楊思標的理想。如2010年義守大學申請成立5年制學士後中醫學系，其教學課程採用傳統中醫教學模式，加些西醫基礎及臨床課程卻無臨床實習，每屆招考45名學生，畢業後考中醫，從事傳統中醫醫療工作。楊思標就認為這樣的作法不但違反中國醫藥學院開設中醫學系之宗旨，也逆行時代之潮流。

為推動中西醫整合，楊思標花了相當多心力草擬新制中醫學系教學課程及培育規劃。他表示，在新制中醫學系教學課程上，應就現行的課程加以改良，七年制中醫學系，主要以完成新生代中醫師，新生代中醫科技人員及教師之本科教育為目標；學士後五年制中醫學系，以完成新生代中醫臨床醫師之本科教育為目標。至於新生代中醫

的教學課程，應儘量將中醫之基礎理論教材白文化，平易化；將四大經典中重要內容分別摘入相關學科內，如中醫概論等，並加強中醫臨床實地講授「辨證論治」之功夫。中醫內科、外科、小兒科、婦科僅上總論，而（西醫）外科僅上總論。所有臨床科課程均按臟器系統別（organ system）疾病分類，而以「中、西醫結合」教學內容之新教本授課，即不再以中醫內科，西醫內科，中醫外科，西醫外科……分別上課。臨床實習二年，包括針灸學實習，必需在評鑑合格之「中醫教學醫院」（醫學中心或區域醫院加評鑑合格的設有獨立病房之中醫部）實習中西醫結合之診療。建議台灣的中醫教學醫院之組織，應採用北京的中日友好醫院之組織模式而不是建立獨立的「中醫教學醫院」。

楊思標認為台灣至今仍無法培育出新生代中醫師之最主要原因是，雖然中國醫藥學院以中西醫一元化為創校宗旨，但事實上對其中醫學系之教育目標，中醫系一直在爭取的是如何才能考西醫、拿西醫執照、做西醫；而不是改革中醫的教學課程，包括臨床實習方式，訂定中醫教學醫院之設置標準，建立中醫住院醫師訓練計畫。因此他認為，惟有改革現行的中醫教學課程，才有能力執行及發展中西結合之醫療。其次，設立中西醫結合研究所培育科研人才及教師，而完成新生代中醫師之培育架構，這才是台灣中醫現代化應走之路。並在訪談中多次強調，西醫學之發展與西藥之研發，已漸入瓶頸，此應是中西醫結合、中藥科學化、中草藥生物科技之研發等，皆是兩岸互補、共創雙贏之最佳時機。

相較於日治時期的發展，杜聰明設立漢醫醫院的計畫，除了當年在報紙上短暫的筆戰之外，至今台灣對於中醫藥相關研究仍舊以生藥為主，看不出對於中醫的學理有那些新穎的發明，並沒有對於中西醫的醫理內涵的差異性進行深入的論述。²⁶ 自此以降，西醫依舊是學院內正統醫學診

治及教育的主流。但時空推移下，是杜聰明的構想中設立研究機構及教育人才的想法，以楊思標為例，仍在 20 世紀末期的台灣逐漸執行。不只是醫療體系中，中醫看診納入健保，中醫科也併入一般以西醫為主的醫院中，提供正規的門診服務，而且使用率相當高，每個人每年平均中醫門診利用率約在 1-2 次左右。²⁷ 與杜聰明所受到的挫折相比，楊思標推動中西醫合一的理想似乎更有希望許多。然而，最重要的差異恐怕是，楊思標並不從追求中醫或中藥科學化出發，而是訴諸於民間醫療市場與需求的現實，在這個現實上，把原本西醫意欲「視而不見」或比之以「草根樹皮」的中醫，重新再實用的角度上，要求醫學教育的殿堂予以重視。只是，楊思標的實用或市場需求例證，經常來自於對岸的醫療經驗與體系，這一點反又時常讓楊思標困窘於 90 年代以後台灣政治的對立氣氛中。

代結語：隨想一傳統醫療在現代醫藥市場下的為難

傳統中國社會習慣把醫療行為視為救世濟人的善行義舉，因此一般百姓即便不免有人間醫術不過是「略盡人事」，生死依然「聽憑天命」的態度。影響所及，醫術既是補天命之不足，則醫術與技藝自是難有區隔。是以，有為皇室胄裔診治而稱名醫者，但在史冊分類上卻無異免於巧工藝匠。如《魏書》卷 91 述北魏一代名醫「周澹、李修、徐騫、王顯、崔彧方藥特妙，各一時之美也」²⁸，不過把這些名醫列入〈術藝傳〉，幾乎與晁崇（占星）、張淵（觀象），或范寧兒（棋碁）等同列一流。儘管明清之際，中國傳統醫家出現了儒醫、經方、驗方等，區隔醫療施作者身分與診治基礎的演變，但下迄清末民初，寄望醫者「聞聲救苦、施治無分貴賤」的中國傳統期望依然強烈。此等期望即上如《後漢書》卷 28 下〈方術傳〉所言：「（郭玉）雖貧賤廝養，必盡其心力

」²⁹，下迄清代有清代醫家張天澤、章光裕、許麟瑞等十餘人「能以藥活人，貧病者不取一錢……以藥濟世，為嘗受謝。常備藥材，以待貧乏（《懷寧縣志·道醫傳》）」³⁰只是這些醫者的仁心與仁術多為個人選擇，無關社會整體的醫療或福祉保障，雖有施藥局、善堂等舉措，背後仍難稱有現代公共衛生或福利社會的概念。

相較於西方醫學的發展，尤其是 1913 年美國醫學改革後的趨勢，醫學診療已然走向高度資本化的模式，用高額診療費與研究費堆疊出來的醫學快速發展，成為二十世紀以來西方醫學發展的一大特徵。而這樣的邏輯，更因為西方公衛思想與健保制度，而得到意識型態上與制度性的穩定支持。換言之，醫學之所以成為一門值得尊敬的專業，與其被設計成為一個「高貴」的行業，有著密不可分的關係。³¹只是相對於西方醫學這般的發展，傳統中醫學卻似乎受限於社會想像與歷史經驗，一直處在補充與替代西醫的地位上。然而，過去並非沒有把中醫與西醫等量齊觀的努力。早在日治時期，杜聰明就曾呼籲對中醫學，尤其是中藥進行科學化的研究。只是他的理想不僅在日治時期無緣完成，到了戰後依然徒呼負負。而 1930 年代中國的國醫運動，甚至是日本更早的皇漢醫學復興運動，都曾致力於提升中醫，使之成為與西醫並駕齊驅之醫理與治療之道。然而，上述對中醫學理的努力，卻因為不敵擁有國家支持的西醫發展，終究無法在近代東亞的國家醫療體系中取得平等地位，以致長期蹣跚於民俗療法與傳統秘方的陰影中；少數受到以西醫為主的醫學體系所關注者，無非是以「科學方法」研究漢藥材的想法罷了。只是，企圖以中藥研究取代中醫學，作為科學醫學研究對象的思考，恐怕就割裂了醫理與臨床實作的關係。純然把中醫學定位為有效治療經驗的累積，因此希望透過分析有效漢方，找出也能為西醫所用的藥理成分，不過沿續西醫尋找、純化藥物的思路。這樣的思考自有其

在西洋醫學裡的脈絡可尋，但對中醫學而言，卻不免是一種割裂中醫、成就西醫的作法。此外，在臺灣的日常生活裡，中醫也似乎總是患者西醫用藥之外的補充性資源。造成這般的社會想像，當然有其近代中醫的發展理路。李建民有關中醫外科演變的新作³²，就透露了不少值得參考的訊息。但另一方面，民間視中醫為相對廉價、無害的治療方式，卻或許也是讓中醫相對西醫長時間處於劣勢的原因之一。

回到前面所提近代西洋醫學的發展假設，不難發現資本密集投入，隱然成為西洋醫學進步的保證；於是乎，西醫院大量投入各式各樣的先進醫療「軍備競賽」。而過剩的醫療設備，加上醫師或患者對高科技的迷思，無意義且氾濫的理學檢驗，也就成為患者求診必經的苦難。³³從近來相關的研究不難看出，以慈悲救贖為出發點的許多教會或慈善醫院，就因為無法符合這套資本市場的遊戲規則，無可避免地淪為貧民求診的次級醫院。套用這般的思考脈絡，如果中醫一直被視為相對廉價，或是西醫的次級選擇，那麼中醫是否會落入如西醫慈善醫院的困局，也許是一個值得進一步思考的方向。

雷祥麟教授有篇廣為流傳的研究，談到衛生為何不是「保衛生命」。³⁴其實，現代西洋醫學發展的資本結構，本來就不利於保衛生命，而是由另一種專業「公共衛生」代行其職。然而，漢醫裡長期存在著「養生」的概念。成功的養生，相對地就會造成治病需求的減少；如此一來，中醫在現代醫療中所需的發展資本又該如何累積呢？日本在 1930 年代以「保健」一詞對譯西文「公共衛生（public health）」，其關鍵點在於健康（health）狀態的維持。³⁵只是這般觀點並不全然等同於漢醫的「養生」觀，部分差異在於養生還有著順時與適性的考量。此一部分則顯然與西醫，尤其是西醫臨床治療或預防醫學的思路不盡相同，而將責任落在個人自我節制的範疇之中。

就此一觀點來說，現代受西醫主導的公共衛生與健保體制，亦恐不盡然有適當的位置擺納中醫的「養生」思維。

總的來說，把中藥脫離中醫學來思考，是一種為西醫主導的公衛與健保體制的鑿納。其間以西洋醫學為宗、中醫為輔的結構性矛盾依然存在。這種矛盾存在的前提，除了近代以來西洋醫學強勢的趨勢外，也還受著中國社會對醫學與臨床治療想像的限制。換言之，中醫在現代醫藥市場與公衛制度的為難，不完全能歸責於西醫勢張，對於醫術的傳統想像也該分攤一部份的責任。或許，如何重建或提升中醫在現代醫藥市場的地位，不僅僅是一種制度的改革，也會是一番思想的革命。

參考文獻

- 楊倍昌：〈杜聰明對漢醫學的科學想像與中醫體制化〉，第三屆 STS 年會會議論文（台北：陽明大學，2011），頁 2。
- 鄭志敏：表 3-24「日治至戰後初期杜聰明及其研究團隊有關漢藥生藥研究成果一覽表」，〈第三章 杜聰明與臺灣人醫學研究事業的興起〉，參見鄭氏著《杜聰明與臺灣醫療史之研究》2005 年，（台北：國立中國醫藥研究所出版，2005），頁 214-223。
- 〈杜博士が漢醫醫院の設立計畫林嵩壽及其他有志が一切の費用を寄附する〉，《臺灣民報》，第 215 號，1928 年 7 月 1 日，頁 12。
- 劉士永：〈醫學、商業與社會想像：日治臺灣的漢藥科學化與科學中藥〉，《科技、醫療與社會》第 11 期（2010 年 10 月），頁 150-197。劉士永的研究指出南拜山在 1927 年創立「東洋醫道會」，隔年在臺灣設立支部，以乾元藥行陳茂通為支部長，將擁護中醫的「皇漢醫道」引進台灣。1928 年 7 月 1 日，臺灣民報刊登杜聰明設立漢醫醫院的構想。1928 年 8 月 5 日起，臺灣民報刊登啟源對杜聰明設立漢醫醫院構想的批評。1928 年 9 月 -1929 年 3 月，杜聰明寫了 6 萬多字回應啟源的批評。1930 年「東洋醫道會」臺灣支部發起復興漢醫之請願活動，並請南拜山在台灣巡迴演講。由時間順序顯示，杜聰明與啟源的爭論可以算是日本「皇漢醫道」與洋醫之爭的台灣版。
- 杜聰明：〈漢医学の研究方法に関する考察〉第二十六 - 二十九篇；原著發表於《台灣民報》1928 年 9 月 2 日至 1929 年 3 月 31 日。原文亦收入鄭志敏輯錄，《日治時期《台灣民報》醫藥衛生史料輯錄》（台北：中國醫藥研究所，2004），頁 172-215。
- 楊倍昌：〈杜聰明對漢醫學的科學想像與中醫體制化〉，頁 11。
- 杜聰明：〈漢医学の研究方法に関する考察〉第二十六篇，《台灣民報》1928 年 9 月 2 日。
- 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察〉，第二十九篇。
- 雷祥麟：〈杜聰明的漢醫藥研究之謎：兼論創造價值的整合醫學研究〉，《科技、醫療與社會》第 11 期（2010 年 10 月），頁 199-284。
- 楊倍昌：〈杜聰明對漢醫學的科學想像與中醫體制化〉，頁 14。
- 雷祥麟：〈杜聰明的漢醫藥研究之謎：兼論創造價值的整合醫學研究〉，頁 208。
- 杜聰明：〈關於漢醫學研究方法的考察〉，第二十七篇。我國古代醫學幾乎完全是治療學。特別是傷寒論，它應該是世界上治療學之代表名著。
- 杜聰明：《中西醫學史略》（高雄：高雄醫學院，1959），頁 311。
- 杜聰明：《中西醫學史略》，頁 275。該文字實與內經有異，原型或許來自《黃帝內經·素問·湯液醪醴論》：「岐伯曰：『當今之世，必齊毒藥攻其中，鑿石鍼艾治其外也。』」

15. 楊思標等編：《楓城四十年》，（臺北：國立臺灣大學醫學院，1985），頁 50。相關之時代背景亦請參閱張秀蓉編著：《台大醫學院 1945-1950》（臺北：臺大出版中心，2013），頁 54-66。
16. 杜聰明：〈邱賢添教授歡迎辭〉，《杜聰明言論集第 2 輯》（台北：杜聰明博士獎學基金會，1964），頁 169。杜聰明：〈對高雄醫學院第二學年暑假前的訓話〉，《杜聰明言論集 第 2 輯》，頁 125。
17. 〈高醫學院糾紛重起 教授郭宗波昨舉行記者招待會 公開指責杜聰明並稱譽陳啟川 杜氏曾針對抨擊提出三點說明〉，《中華日報》，1963 年 9 月 4 日，頁 3。
18. 李端容：〈台灣中醫藥研究現況與趨勢之研究—以行政院衛生署中醫藥委員會委辦研究計劃及中醫藥相關研究所學位論文為例〉。2004 年，（國立台北護理學院，中西醫結合護理研究所，碩士論文，2004）。
19. 以下有關楊思標的部分說明，皆採自楊思標院長口訪紀錄，未刊稿，2010-2011 年。本節內容未特別註明出處者，皆採自期未刊口訪稿；惟因文稿尚待彙整出版中，故此等說明不再另作註腳，以維受訪者與出版者日後之版權利益。
20. 楊思標在接受口訪時，有時用詞相當直接，如論及冬蟲夏草的壯陽功效時，他直接以台語「唬爛、騙人」回應，亦可見其對某些中草藥誇大的民間說法無法認同。
21. 有關楊思標及黃明和等人推動中西醫學整合的具體內容，亦可參考呂鴻基：〈促進中西醫整合全人照護模式及中西醫學教育之研究（2-1）〉，《中醫藥年報》第 25 期第 3 冊（2007），頁 113-146。
22. 楊思標對於現代化中醫教育的看法，可參考，楊思標：〈中醫現代化應從教育課程之改革著手〉，《中西整合醫學雜誌》第一卷第一期（1999），頁 1-4。
23. 楊思標：〈對臺灣現行醫療體制及生態之反思—全民健保時代的醫療倫理〉，《健康世界》第 226 期（2004），頁 6-9。
24. 楊思標：〈中醫現代化應從教育課程之改革著手〉，頁 3-4。
25. www.24drs.com/images/version4/ads/edoctorfle/20031014-1%20.ppt (2013 年 7 月 7 日檢閱)。
26. 李端容：〈台灣中醫藥研究現況與趨勢之研究—以行政院衛生署中醫藥委員會委辦研究計劃及中醫藥相關研究所學位論文為例〉。
27. 鄧振華：〈台灣地區中醫醫療資源及民眾特質對中醫醫療服務利用之研究〉（中國醫藥學院，醫務管理學研究所，碩士論文，2001 年）。
28. 〔北齊〕魏收撰，西魏書〔清〕謝啟昆撰，楊家駱主編《新校本魏書附西魏書》（台北：鼎文書局，1980 年），頁 1972。
29. 〔南朝宋〕范曄《後漢書·方術列傳·郭玉傳》（臺北：臺灣中華書局，1981），頁 2735。
30. 朱之英等纂修，《懷寧縣志》，收入《中國方志叢書》第六冊（台北：成文，1983），頁 2060-2065。
31. 對於美國醫學在 Flexner Report 之後的結構變化、價值基礎，乃至於流弊有興趣者，或可參考 Michael E. Whitcomb MD, "Medical Education Reform: Is It Time for a Modern Flexner Report?" *Academic Medicine* 82:1 (2007): 1-2.
32. 李建民：《華佗隱藏的手術：外科的中國醫學史》（台北：東大，2011）。
33. 有關醫療「軍備競賽」對台灣現行醫療體系之影響，或可參考盧瑞芬、謝啟瑞，〈臺灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析〉，《經濟論文叢刊》第 31 卷第一期：1（2003），頁 107-153。
34. 雷祥麟：〈衛生為何不是保衛生命？民國時期

的另類的衛生、自我與疾病》，《臺灣社會研究季刊》，第 54 期（2004），頁 17-59。

35. 有關日本早期格義或比附西洋醫學之名詞與概

念的說明，請參考拙著，劉士永：《武士刀與柳葉刀—日本西洋醫學的形成與擴散》（台北：國立臺灣大學，2012），頁 46-47、49-50。

The Obstacles to Develop Integration of Chinese-Western Medicine in Post-War Taiwan: Preliminary Study in Cases of Du Congming and Yung Sibiao

Shi-Yung Liu*

Institute of Taiwan History, Academia Sinica

Despite increasing domination of western medicine in colonial Taiwan, Traditional Chinese Medicine (TCM) has never faded out by coating with the names of fork therapy. People under the influence of western medicine like Du Congming, had encouraged the scientific study on Chinese medicine and herbs in the 1930s, but been strongly frustrated by his colleagues. Similar hostile attitude keeps crashing the effort to promote education and research of Traditional Chinese Medicine by Du and his successor Yung Sibiao (1983-1985). This paper aims to mark their promotion of TCM education in Taiwan along with author's insight of their failure in conclusion.

Key words: Poat-WWII Taiwan, Du Congming, Yung Sibiao, integration of Chinese-Western medicine, education of TCM

*Correspondence to: Shi-Yung Liu, Institute of Taiwan History, Academia Sinica, 8F, Social Science North Building, No. 128, Sec. 2, Academia Rd., Nangang District, Taipei City 115, Tel: +886-2-26525355, E-mail: liumike@gate.sinica.edu.tw