

編號：CCMP96-RD-008、CCMP97-RD-114

承接岐黃薪火傳承台灣中醫衣鉢 (全程總報告)

賴榮年

台灣中醫家庭醫學醫學會

摘 要

研究目的：

「老中醫之經驗傳承」是台灣中醫藥文化一脈相傳的重要特色，本研究將蒐集彙整台灣中醫名家的獨特診療方法及經驗相關寶貴知識，並將其錄影資訊化後得以永久保存，進而推廣宣導、流傳後世。這些獨特診療方法及經驗已成為台灣中醫藥發展史的重要組成部分。過去因受傳統教學方式的限制，許多名老中醫的經驗、診療技術不易推廣。年輕的中醫師雖有心學習，但礙於名老中醫的體力、時間及各別中醫師想學習卻又交通不便等因素，而往往使名老中醫之診療經驗及獨到心得不易傳承。台灣優異的網絡技術及多元的應用，突破了時間和空間的限制，使得過去的種種限制得以解決。研究成果將成為中醫藥委員會傳承台灣寶貴中醫藥知識的指標，使年輕的中醫師能更便利而正確的學習，以補強中醫臨床教學之不足、提高中醫師再繼續學習的興趣，並進一步了解名老中醫提昇醫療服務的方法及其知識的來源。

研究方法：

本研究計畫共邀請 80 位名老中醫，訪談其診療經驗及獨到心得，研究方法以質性研究的焦點團體及深入訪談法為主，共 51 位參與並完成訪談，本研究將其學術源流、學習歷程、診療經驗，或獨到之心得，以錄影及錄音方式記錄，並整理匯集為文後，得以保存台灣中醫藥寶貴的文化資產。

結果與討論：

二年共舉辦了六場研討會-「資深中醫師經驗傳承研討會」，本研究案蒐集並記載不少資深及名中醫獨特臨床診斷及治療用藥經驗，同時建立 51 位受訪之中醫師其個人學經歷及相關著作資料檔。研究中發現大多數資深及名中醫師的專業養成教育，主要是承襲家傳或者向兩位以上中醫師學習，並且認為需要熟讀經典古籍才能厚植中醫臨床診病實力，例如內科方面《黃帝內經》、《傷寒論》，婦科方面《傅青主女科》、《景岳全書·婦人規》、《醫宗金鑑·婦科心法要訣》是名老中醫較常提到的書名。此外，亦觀察到資深及名中醫師在臨床診治中，皆十分注重養生觀念及衛教宣導，同時妥善運用現代醫學的知識，也就是將西醫辨病與中醫辨證相結合，才能符合時代趨勢。

關鍵詞：名老中醫、臨床經驗、傳承、中醫學

Inheriting the Experiences from Veteran Practitioners of Traditional Chinese Medicine (Final Report)

Jung-Nien Lai

Taiwan Association for Traditional Chinese Medicine of Family

ABSTRACT

Aim:

Traditional Chinese medicine is a great treasure house which is inheriting the experiences of veteran TCM practitioners from generations to generations. This study intends to collect the experiences of veteran TCM practitioners in their therapeutic principles, rich clinical experience, and unique methods of diagnosis and treatment. Using digital technologies, we offer the best promise for the preservation of these precious data, and wide dissemination, flexible access. In the past, the old code of TCM training has followed the way of experiential learning theory and apprentice system. However, the apprentice system was restricted by specific facilities and specific personnel such as stamina and time of master, traffic problem, and hardware support. Because of these limitations, the knowledge of veteran TCM doctors was never well propagated. Now the network is well developed, and this technology offers us a new solution to storage the TCM knowledge from veteran practitioners. Therefore, this study is so important to meet the critical need for new generation of Taiwan TCM doctors, who are eager to learn. Undoubtedly, this research can achieve the goal, such as preserving these knowledge of TCM, imparting new generation TCM doctor more conveniently and efficiently, reinforcing the insufficient clinical training of TCM, raising the motivation of continuing learning, providing patients better treatment and service, and so on.

Method:

Accordingly, we conducted focus groups and in-depth interviews to address this issue. A total of 80 veteran TCM practitioners which were defined as " famous TCM practitioners " and/or "celebrated senior TCM practitioners " are invited through advertising and 51 of them participate in a qualitative study in which audio taped either focus groups or in-depth interviews of 50-90 min duration were used to explore

their academic source, learning tracks, treatment experiences, and unique treatment skills. Interviews were transcribed after each interview and analysis was an ongoing process starting during data collection and ending with themes.

Result and Discussion:

During the two-year project, 6 conferences were held to inheriting clinical experiences from veteran TCM practitioners. The present study confirmed that most veteran TCM practitioners followed their family heritage or learned from more than two other senior TCM practitioners to develop their profession. They emphasized that reading ancient documentations was one of the most important things in strengthening their own clinical abilities. Furthermore, the present study observed that veteran TCM practitioners pay more attention on the concept of good health and the promotion of sanitation education. Interestingly, the concept of good health and the promotion of sanitation education quiet differ from traditional medicine, which were generated by their own experience after integrating the knowledge of TCM and conventional medicine.

Keywords: Treatment experience, inheriting, veteran practitioners, traditional Chinese medicin

壹、前言

中醫傳承兩千多年而綿延不絕，其維護人類健康的療效經歷了長期臨床實踐的檢驗，無論是從先秦兩漢，還是到明清時代，中醫以其卓越的療效惠澤民眾，從而得到不同歷史時期的社會認同。過去中醫的傳承，由於是在農業社會及物質、紙張較缺乏加上交通不便等因素，教學主要以跟師學徒為主，且往往是生徒直接參與臨床，從背誦《藥性賦》、《湯頭歌訣》開始啟蒙⁽¹⁾。二十五年前個人就讀中醫系時，有幸拜師於當時基隆中醫師公會理事長楊清福老中醫師門下。期間由學徒工作做起，從烘藥、熬蜜、做藥團及藥丸等的經驗，非常實務，所背誦的書有《雷公炮》、《湯頭歌訣》、《萬病回春》等，也非常不同於在教學醫院的訓練模式。另外以大陸中醫學家朱良春為例，他自述當時的學習模式是“上午跟診抄方，…他說一個方劑的名字，那你就必須馬上寫出來，你寫不出來就很難堪了，所以我們回去了以後呢就必須認真地讀書，把方劑要弄得很熟。”⁽²⁾這種模式與中醫院校規模辦學、大量培養中醫學生的模式十分不同。目前中醫院校模式與西醫類似，中醫學生先學基礎學科，後學臨床各科，再臨床實習。雖然培養畢業的人數比傳統師帶徒傳承模式大量，但有些現象卻值得注意：學生在校學習陰陽五行卻不知用在哪裡；甚至於本科畢業還有人在四處求教中醫如何入門；臨床診病處方戰戰兢兢，要能靈活變通更是困難重重⁽¹⁾。個人於醫院帶中醫臨床學生超過十年，對此有深刻的感受^(3,4)。

大陸從 1956 年開始中醫院校的教育模式，經歷了五十年後的今天發現，目前大陸的中醫藥碩士、博士生教育體制，不是讓他們在中醫藥領域裏繼續深造，不是在中醫理論基礎及臨床診療技術上加強與提高，而是按照西醫要求，注重儀器實驗，要求碩士做到細胞水平、博士做到分子水平才能畢業。因此，不少中醫碩士、博士甚至不會用中醫理論與技能臨床看病，難以稱為真正的中醫。而這一批老師又主要在中醫院校培養新一代中醫生。故難怪有人擔心，照此發展下去，大陸中醫有消亡的危險⁽⁵⁾。也因此之故，陝西省中醫藥研究院於 2004 年 6 月由鄧鐵濤等 12 位全國著名中醫學家聯名發起“首屆著名中醫學家學術經驗傳承高層論壇”在江蘇省南通市舉行，主題是“承接岐黃薪火，傳承中醫衣鉢”，並選粹彙編成《名師與高徒》一書⁽⁶⁾，希望能將 50 年代以傳統方式培養為數已不多的大陸知名中醫的診療經驗及獨特心得加以彙整保存，以免這些寶貴的中醫診療技法、秘方等面臨失傳的危險。

台灣中醫的發展軌跡與大陸相近，不可避免地將面臨與大陸一樣中醫傳承的議題。衛生署中醫藥委員會高瞻遠矚，號召保存台灣名老中醫過去四十年累積本土的診療經驗及獨特心得，台灣因為地域、氣候、人文的不

同，衛生署中醫藥委員會此舉將比《名師與高徒》一書對台灣年輕的中醫師、生，更具實用性、歷史性、特殊性及啟發性，也表達尊重傳統師徒傳承方式的貢獻，並給予台灣中醫老前輩以一定的學術及歷史地位。

本研究的目的是在於協助衛生署訪察民間確具特殊傳統中醫診療技能及學識之老中醫，藉由深度訪談的方式收集資料，來了解老中醫的學術源流、診療經驗及獨特心得，以便未來中醫教育、臨床訓練或中藥生物科技發展的重要參考及指引。透過錄影、錄音等方法逐一搜集資料，並以質性研究法分析、建構老中醫診療經驗及獨特心得的發展模式，記錄個人相關行醫或藥學經驗整理為文，以匯集保存台灣中醫藥文化資產。

貳、材料與方法

一、研究對象

本研究計畫的名老中醫以”老中醫”及”名中醫”兩種教師之診療經驗及獨到心得為教材，原先的計畫中，是鎖定行醫 50 年以上的「老中醫」為主要採訪對象，但因擁有如此資深資歷的老中醫人數有限，且常因為身體不適、沒有意願或其他理由而不願受訪，致使研究人數不足。故實際執行時，將年限放寬為行醫資歷 20 年以上的「名老中醫」，其中亦包含由各縣市公會、學會（附件一）提供的老中醫、名中醫作為參考名單（附件二），原則上以學有專精，熱心從事教學者及中醫界共同認同之歧老以作為本研究計畫之研究對象。故研究對象的來源，主要透過研究者本身於中醫界的網絡，經由熟識的師長及同儕介紹合適的老中醫，再由研究者主動與有意願者聯繫，針對本研究之目的、訪談進行的方式以及資料的處理加以說明，並確認老中醫之意願（附件三）。對於不願意或無法接受訪問者，本研究將收集該名老中醫發表之論文及著作，作為本研究計畫的成果之一（流程表詳如附件四）。

二、研究方法

本計畫中採用之研究方法為深度訪談法，並且利用質性分析軟體 NVivo7 進行文本分析。NVivo7 是一套以編碼為基礎（Code-based）來協助質性分析的套裝軟體，它結合了電腦強大的索引搜尋及協助形塑理論能力，以有效地管理研究過程中所蒐集到的非數值資料，且具有彈性便利的編碼、解碼和註解的功能，可讓研究者隨時將資料重組並反覆檢證假設的組型，協助分析潛藏理論模式和資料間關係。Nvivo 完全採用視窗化的操作介面，方便研究者的使用。從主介面上，它主要包括 Documents（檔）和 Nodes（節點）兩個不同的介面。檔管理介面主要的作用是幫助使用者選擇和使用需要納入 Nvivo 進行分析的筆錄或其他文本資料，而節點介面則可以讓使用者定義和檢查針對文本建立的節點。

本計畫原預設以焦點團體研究法為主，輔以深度訪談法，預期能引導名老中醫傳承中醫的使命感，將其學術源流、學習歷程、診療經驗，或獨到之心得，做主觀的陳述。但在實際執行的過程中，發現以焦點團體研究法為主並不合適每位名老中醫，因為每位老中醫的師承不同，各自的觀點與理論也不同，在這類背景的限制上，要將老前輩們集合起來開放經驗討論，更是有難度，對主題興趣的動態走向，不能由研究者來主導對談，因此資料本身可能混亂的多，所以老中醫們資料的相互對照比較性也就相對地打了折扣，故最終以深度訪談法為主。

訪談方法在質性研究中是蒐集資料的重要方法之一，本研究主要是想

瞭解資深中醫師行醫的歷程與經驗，其中由於生活經驗與行醫歷程無法以觀察或藉由其他研究方法發現，唯有透過深度訪談才能獲致更深層面的理解，因此本計畫藉由與受訪者彼此交流互動的深度訪談，相關知識及受訪者的生活經驗也將自然流露⁽⁷⁾。

因此本研究改採以質性訪談的方式進行。質性研究的訪談是一種有目的的談話過程，研究者經由談話過程，進一步了解受訪者對問題或事件的認知、看法、感受與意見⁽⁸⁾。半結構式訪談(semistructured interviews)是介於結構式訪談與非結構式訪談之間的一種資料蒐集方式，在進行訪談之前必須根據研究目的與問題設計訪談大綱，作為引導訪談的方針；雖然訪談的問題相同，但是由於受訪者對於問題本身的認知及個人生活經驗的不同，往往導致受訪者的反應會有很大的差異。因此訪談大綱的設計只是為了要讓訪談更為流暢，所以在引導式的問題之後會緊隨著開放說明式的問題，用以詢問受訪者的感受、認知與內在想法⁽⁸⁾。整個訪談過程研究者將會依據實際訪談情況，適時地對問題進行彈性調整，如當訪談者對受訪者所回答之問題希望獲得更多訊息時，可再針對受訪者之回答進行追問其他問題⁽⁹⁾。但有些老中醫不易被引導，如張正懋道長，他表示事前有準備，不想用提問的方式進行，希望由自己陳述；有些醫師著重於講述自己的生活歷練，勝過分享臨床診療經驗，所以並非所有資料皆可順利收集到，主持人也發現有些訪談的內容，名老中醫也不願意明講，例如：處方的成分、劑量等，但基於尊重個人苦心鑽研的成果，便不繼續追問。計劃執行以錄影及錄音方式記錄名老中醫的個人陳述及行醫經驗，並整理匯集為文，故希望老前輩們可以盡量說明個人行醫的心得，作為台灣中醫藥寶貴的文化資產。

參、結果

一、計畫執行狀況分析：

計畫執行前，便發文至各地中醫師公會及中醫專科學會，請各會提供具特殊傳統中醫診療技能及學識之老中醫名單，並為之造冊建檔，在此感謝各公會及學會的鼎力幫忙。實際邀請的過程沒有想像中順利，在邀請前輩的時候並非得到很正面的回應，以台灣中醫家庭醫學醫學會之名義發出正式邀請函 80 封，同時以電話邀請 78 人，回函僅 10 封，其中有 6 人同意受訪，4 人拒絕；另有 3 人未回函，但於電話邀請中同意受訪，30 人未回函，但於電話邀請中拒絕受訪，其餘 37 人未回函，也未表明是否接受訪問。電話邀請有 3 人同意，33 人拒絕，1 位已過世，34 人未聯絡上，1 人考慮中，為了表示誠意及把握與名老中醫接觸的機會，甚至需親自前往診所遞送資料與聯繫訪談事宜。

另外，透過研究者本身於中醫界的網絡，經由熟識的師長及同儕介紹合適的老中醫，再由研究者主動與有意願者聯繫，如：羅秀琳、董延齡、張正懋、姜通、周左宇、陳春發、陳旺全、鄭振鴻、林高士、黃碧松、陳俊明、程惠政、王清福、李政育、林昭庚、郭明亮、丘應生、林文彬醫師。

二、第一年完成之工作：

- (一) 為各地中醫師公會及中醫專科學會提供的民間確具特殊傳統中醫診療技能及學識之老中醫造冊。
- (二) 完成採訪名老中醫共 22 位，並錄影保存影像資料。採訪名單如下（依訪談時間排列）：羅秀琳、董延齡、張正懋、姜通、周左宇、張駿、彭新騰、鄭歲宗、陳春發、陳旺全、鄭振鴻、林高士、黃碧松、陳俊明、程惠政、王清福、戴吉雄、李政育、林昭庚、郭明亮、丘應生、林文彬醫師。
- (三) 完成 22 位台灣老中醫於過敏性、退化性、機能障礙性、病毒感染性疾患以及癌症治療上的診療經驗及獨到心得訪談，並且製作訪談逐字稿，依據逐字稿內容進一步分析整理成訪談重點表格。
- (四) 完成培育聯合醫院陽明院區主治醫師葉家豪、中興院區主治醫師沈邑穎，執行主持質性研究及收集資料的能力。
- (五) 將 22 位名老中醫之訪談內容，包括台灣老中醫學術源流、學習歷程診療經驗、或獨到之心得製作成“台灣老中醫醫藝薈萃”光碟片上集，經由攝影公司專業美編剪輯後完成。
- (六) 建立各教學醫院中醫科主治醫師與各地老中醫，長期的臨床諮詢、學習或師生關係，如周左宇醫師與台北市立聯合醫院中興院區主治醫師沈邑穎，張駿醫師與台北市立聯合醫院中醫院區住院醫師何英強，丘應生醫師、陳俊明醫師與台北市立聯合醫院陽明院區中醫科

全體醫師和實習醫師。

三、第二年完成之工作：

- (一) 完成採訪名老中醫共 29 位，並錄影保存影像資料。採訪名單如下（依訪談時間排列）：徐慧茵、吳龍源、呂張卻、高瑞青、林君玉、吳榮盛、潘隆森、郭嘯天、吳元劍、朱士宗、朱樺、陳協順、黃正昌、劉景昇、鄭阿乾、王靜修、張永賢、王人澍、王明昆、陳踐、尤乙清、郭常雄、謝慶良、黃東榮、邱定、張步桃、陳榮洲、陳潮宗、顧明津醫師。訪談人數一覽表見表 1。
- (二) 完成 29 位台灣老中醫於過敏性、退化性、機能障礙性、病毒感染性疾患以及癌症治療上的診療經驗及獨到心得訪談，並且製作訪談逐字稿，依據逐字稿內容進一步分析整理成訪談重點表格。
- (三) 完成 15 位老中醫的第二次深入訪談，回補及確認其個人論述，並且深入探討其專長，結合兩次之訪談內容，製作訪談重點表格。再訪名單如下（依訪談時間排列）：董延齡、周左宇、陳春發、陳旺全、陳俊明、丘應生、吳龍源、林君玉、吳元劍、朱樺、陳協順、鄭阿乾、張步桃、陳潮宗、顧明津醫師。根據訪談對象的基本資料依據性別、年齡(包含平均年齡)、執業年限(包含平均執業年限)之分析請見下圖 1、圖 2、圖 3 表示。
- (四) 收集兩年計畫期間共 51 位受訪之名老中醫的個人著作及發表文章，並且邀請名老中醫撰文介紹其學經歷及專業養成過程，經彙整統合後建立個人資料檔。
- (五) 將 29 位名老中醫之訪談內容，包括台灣老中醫學術源流、學習歷程診療經驗、或獨到之心得製作成“台灣老中醫醫藝薈萃”光碟片下集，經由攝影公司專業美編剪輯後完成。
- (六) 完成培育中醫住院醫師林俐嘉、助理劉軒甫，從事質性研究方法及分析，並完成培育臺大碩士中醫師呂庶熙，執行主持質性研究及收集資料的能力。
- (七) 完成可供禮聘為師帶徒的台灣老中醫導師名錄。
- (八) 積極促成與老中醫，如姜通老前輩與住院醫師林俐嘉，張步桃老前輩與住院醫師陳曉萱，潘隆森老師與住院醫師蔡成輝，吳龍源教授與住院總醫師黃仁璋，長期的臨床諮詢、學習或師生關係。

表 1、訪談人數一覽表

| | 初次訪談人數 | | 再次深度訪談人數 | | 備註 |
|--------------|--------|------|----------|------|--------------------------------|
| | 目標人數 | 達成人數 | 目標人數 | 達成人數 | |
| 96 年度計畫 | 20 位 | 22 位 | 0 位 | 0 位 | 第一年期計畫無編列再度深度訪談之工作預算 |
| 97 年度計畫 | 30 位 | 29 位 | 15 位 | 15 位 | 第二年期計畫編列針對已初次訪談過之對象再度深度訪談之工作項目 |
| 96/97 年度總計人數 | 50 位 | 51 位 | 15 位 | 15 位 | |

老中醫訪談對象的基本分析：

圖 1、依照性別分析

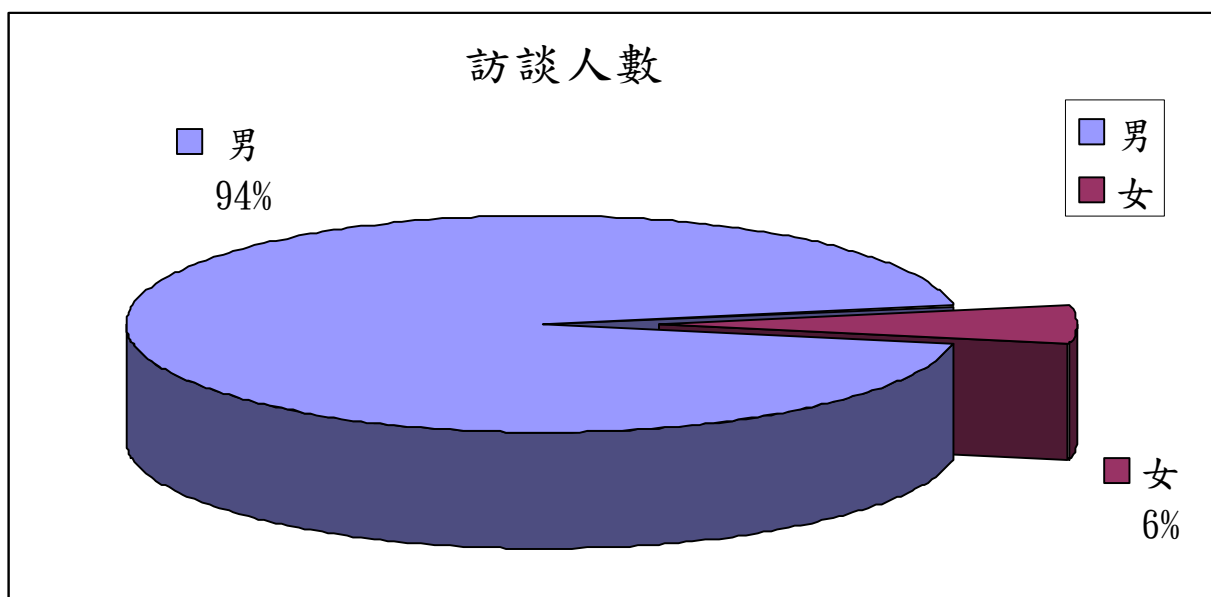
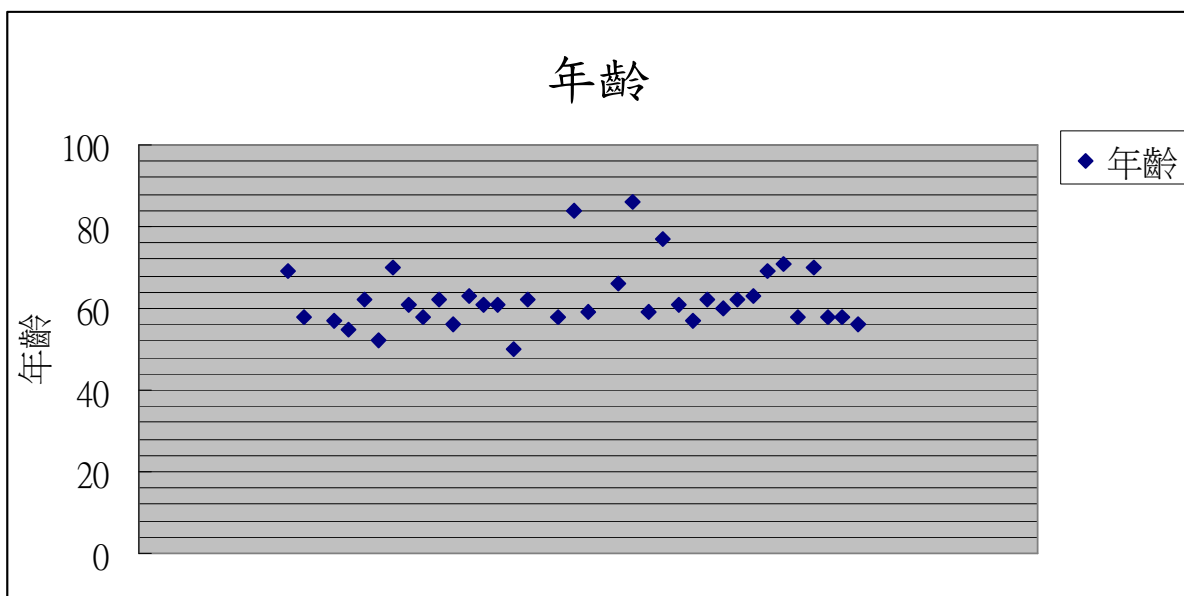


圖 2、依照年齡分析
平均年齡：62.52777778 歲



中藥來辦大學教育。

他認為政府應該把中醫書籍及文獻做個好好的整理。「務法之源其所」黃帝內經是一本很好的古籍，張老中醫希望同道同業能夠幫助中醫的發展，好好的把這一本書詳細著述整理。中國有許多名醫典籍也多有謬誤，篇幅也有缺失散軼。他也希望衛生署中藥委員會能夠把民間偏方做一個整理，不要讓老祖先的智慧失傳。

(二) 第二種模式：舉辦一系列「資深中醫師經驗傳承研討會」

1. 此種模式優點是節省時間，一次可訪談四到五位資深老前輩，並可藉由其他與會醫師的提問來彌補因為時間有限所以需要依重點或分科來訪問之不足。在兩年期計畫中共舉辦了六場研討會，第一場時間在民國96年12月9日，受訪名老中醫有陳春發、陳旺全、鄭振鴻、林高士及黃碧松醫師，與會出席之臨床醫師共60人；第二場時間在民國97年1月20日，受訪名老中醫有陳俊明、程惠政、王清福、戴吉雄及李政育醫師，與會出席之臨床醫師共60人；第三場時間在民國97年3月9日，受訪名老中醫有林昭庚、郭明亮、丘應生以及林文彬醫師，與會出席之臨床醫師共150人。詳見下列表2。

表2、舉辦「資深中醫師經驗傳承研討會」一覽表

| | 時間 | 地點 | 受訪名單 |
|-----|------------|-------------------|-------------------------------|
| 第一場 | 2007.12.09 | 台北市立聯合醫院陽明院區九樓大禮堂 | 陳春發醫師、陳旺全醫師、鄭振鴻醫師、林高士醫師、黃碧松醫師 |
| 第二場 | 2008.01.20 | 台北市立聯合醫院陽明院區九樓大禮堂 | 戴吉雄醫師、程惠政醫師、王清福醫師、陳俊明醫師、李政育醫師 |
| 第三場 | 2008.03.09 | 台北市立聯合醫院陽明院區九樓大禮堂 | 林昭庚醫師、郭明亮醫師、丘應生醫師、林兩傳醫師、林文彬醫師 |
| 第四場 | 2008.03.23 | 台北市立聯合醫院陽明院區九樓大禮堂 | 徐慧茵醫師、吳龍源醫師、呂張卻醫師、高瑞青醫師、林君玉醫師 |
| 第五場 | 2008.07.13 | 台北市立聯合醫院陽明院區九樓大禮堂 | 陳協順醫師、黃正昌醫師、劉景昇醫師、鄭阿乾醫師、王靜修醫師 |
| 第六場 | 2008.08.10 | 高雄縣鳳山市公所4樓多媒體簡報室 | 陳竣醫師、吳元劍醫師、尤乙清醫師、郭常雄醫師 |

2. 針對第二種模式發出了150份之問卷，共有110人交回，有效問卷共有109份。其中，學生14名，醫師95名(醫院醫師8名，診所醫師87名)。問卷結果顯示，對於問答形式進行是老中醫經驗分享

感到滿意、以及贊同明年度再開同樣型態之研討會的醫師皆高達 94%；贊同老中醫之經驗分享對於臨床工作或實習有幫助的醫師有 96%；認為主持人之提問與自己想了解的相符合的有 86%；而若有機會想跟老中醫診的醫師及學生也高達 86%。

經由此份問卷可以了解到此種模式之研討會不但比一對一訪談有效率，也可以使更多中醫同道直接面對面向老前輩們討教，也可強烈感受到中醫同道對於更多老前輩們分享寶貴經驗之渴望，達到培育有興趣向老中醫學習的中醫師 40 人，直接學習到老中醫診療經驗或獨到之心得之目標。

五、名老中醫的臨床經驗彙整：依採訪結果修改成訪談重點整理，並將其內容依病名症狀、病機與看法、治療方式、方藥整理成表格。

(一) 第一年採訪內容整理

1. 董延齡醫師的臨床經驗：

茲以蕁麻疹為例，白天的時候是陽，夜晚的時候是陰。白天就是按正規的治，還是那些的去風清熱解毒的藥，承接皮膚的代謝，消風散可以，像荊防敗毒散也是可以，看狀況定。夜間屬陰，血燥有可能，加一點滋陰的藥像四物、生地、麻仁，還有一個方法就是多喝水，促進新陳代謝，適當地運動，像小柴胡湯，再加藿香正氣散，增進他的胃腸的和肝膽的功能，可能有幫助。

2. 張正懋醫師的臨床經驗：

茲以腸胃不舒服、拉肚子、食慾不振為例，以神麩 3 錢加生薑 3 片來服用，效果很好；若喉嚨不舒服，有感冒、氣管有痰、咳嗽，以梨子 3 片、川貝母 3 錢，一比一混在一起，熱成湯喝，連梨子一起吃掉，這樣能治好病，而且對氣管也有幫助；若眼睛發炎不舒服紅腫，用當歸、菊花、川連、黃芩、加冰片放入開水薰洗眼睛。

3. 姜通醫師的臨床經驗：

茲以過敏性鼻炎為例，過去常用小青龍湯，後來覺得台灣的天氣並不適合使用小青龍湯，現已少用。鼻炎帶有容易出汗的體質，多為肺虛，使用補中益氣湯；玉屏風散則效果不彰。

4. 周左宇醫師的臨床經驗：

茲以瘧疾為例，治療穴道為大椎、委中、中脘，發作兩次以後扎才好，都在瘧疾來的兩個小時以前，但不是第一次扎就有效，還沒得瘧疾扎針，是沒效的，得了瘧疾要兩次以後再扎針，扎針兩次以後，來瘧疾之前兩個小時，一個時辰扎針。一般都是

瀉法。

5. 彭新騰醫師的臨床經驗：

茲以中藥的炮製與處理為例，有些藥彭醫師仍堅持自己處理，如：蜜黃耆、炙甘草、麻黃、細辛等，例如使用米糠來炒藥，先炒米糠，再炒藥，可將藥材的毒或是藥味去除，常用來炒白朮、桃仁、枳實等，科學中藥因為炮製的問題，常聽到有馬兜鈴酸、黃麴毒素，也發生長期服用導致腎衰竭的問題，但透過自己親手處理之後，的確可以將藥中的毒性減低，因此，即使手續繁複，需要花很多的時間，但仍堅持親自處理的程序。

6. 鄭歲宗醫師的臨床經驗：

茲以改善體質為例，現在小孩子體質很差，由於西醫產生的副作用，使得孩子的身體較虛，例如慢性支氣管炎、過敏性疾病等，剛開始只是治標，後來都會建議要調養身體才能把病真正治好。或是像婦女調經，尤其是現在年輕婦女工作或功課壓力大或是愛吃冰，無形中造成經期很亂或是經前症候群很明顯，因此建議要在月經前十天或是月經完後要進行調理，月經調順後可以改善其他毛病。失眠症、睡眠障礙等臨床治療也都有。建議兩三歲的孩子就可以開始調理，尤其是過敏體質的小朋友，看西醫沒有根本治療，因此建議看中醫；兩歲以前建議要吃清淡的東西，少吃肉類、多運動、肉跟牛奶其實都不好，會引起時下許多毛病，建議吃豆漿或米漿。一般月經不正常的原因，可分經前與經後，經前的調理是以滋陰為主，排卵後則以補腎為主，補陽調理，這樣就會比較正常。月經的正不正常，跟懷孕機會有關，甚至更年期症候群也會比較少。

7. 陳春發醫師的臨床經驗：

茲以失眠症為例，統計上失眠的人，十個有八都是肝實證，二個是屬於肝虛證。以酸棗仁湯治療肝虛證；龍膽瀉肝湯治療肝實證；濕的就用歸脾湯治療；情緒不好的可用加味遙逍散；以龍膽瀉肝湯加酸棗仁、合歡皮、夜交藤、茯神亦可治療失眠。

8. 陳旺全醫師的臨床經驗：

茲以精神官能症為例，望診時，舌頭伸出來抖抖抖，這是neurosis，看他不安定，跟他講話，眼睛看來看去，閃爍不定，這個就知道他一定neurosis，這個時候就要想說，這個不是那麼好治，就是說我們可以，但不是只有扎一次就好，扎神門，然後扎內關，如果看他舌質比較暗紅，好像有時候血壓忽高忽低，就

會再扎太衝。

9.鄭振鴻醫師的臨床經驗：

茲以急性肝炎為例，關鍵是在免疫系統，初期的時候，中醫曉得肝炎方面的話是陰濕陰熱。陰濕有黃疸，陰熱的話，GOT、GPT 升高，所以應該是清濕熱，用的是茵陳蒿湯，不喜歡用五苓散，喜歡用胃苓湯，與脾肝腎有關，平胃散加五苓散是在腎，茵陳蒿湯是清熱。急性期的時候會以茵陳蒿湯為治療主軸，所以肝病急性期的治療，以祛濕化熱為主軸來治療。急性發作期的治療，不要因為倦怠乏力，就用補氣的藥，治療肝病最主要的關鍵是在於免疫，免疫強的時候，補氣會造成 GOT、GPT 破壞性更強。肝功能假如很虛弱，用治肝病的藥，用補氣藥一直調補的話，GOT、GPT 一定降不下來，只是造成肝臟的損傷而已，並沒有好處。

10.林高士醫師的臨床經驗：

茲以甲狀腺造成的凸眼症為例，病機大概就是我們的眼底後面，就是眼睛後面的脂肪沈澱在上面，中醫講就是跟痰、跟瘀有關係，治療重化痰軟堅的藥，還可以加活血化瘀劑進去；原發的疾病還是要治療，把甲狀腺功能過高壓下來，整個治療方法，還是以化痰軟堅為主軸，藥物：因為這是一個慢性病，利用朱教授的一個稀痰丸，用 1 號跟 2 號，兩個同時用，脂肪代謝方面，薏仁，重用薏仁；慈菇、殭蠶、絲瓜肉、皂角刺、川芎、赤芍亦可使用；病程長的時候，可以使用海藻昆布，劑量上，薏仁起碼要用到一兩以上，慈菇的話，慈菇有小毒，五錢左右，大概吃個四天休息三天左右炮製上，薏仁先泡水到半個小時。

11.黃碧松醫師的臨床經驗：

茲以憂鬱症為例，溫膽湯或是十味溫膽湯跟甘麥大棗湯這一方面來著手，有時候兩個方子會一起，甚至安神的藥琥珀會加上，憂鬱症的人，脈比較沈細，容易有胸悶短氣，甚至惡寒怕冷的現象，代謝是比較弱一點，有一部分憂鬱症的人是這樣，甘麥大棗湯會一直用，比較虛的話，養心湯、歸脾湯加減，這些藥對於升血清素，應該有幫助。

12.陳俊明醫師的臨床經驗：

茲以蜘蛛網膜下腔出血為例，大量出血刺激腦部的時候，會刺激腦神經，進一步會使血管收縮。而血管的痙攣收縮，會

使血液流出更加嚴重，這種情況下，如果沒有用一些熄風止癢、清熱解毒或是瀉下的藥，就沒有辦法達到治療的效果。而防風通聖散它有芒硝、大黃，在腦壓高的時候，上病下取，使腹壓下降，讓腹壓下降最重要就是瀉下的藥。一般生大黃用到三錢，大黃在這個時候扮演一個非常重要的角色，不但能夠清熱，且中風的病人，像鼻胃管、導尿管的使用很容易引起感染，加上腦部受傷的人整個腸胃的蠕動，就停止了正常的功能，這時如果沒有使用瀉下藥，則腦壓與腹壓都會高。事實上大黃有清熱解毒、瀉下、止血的作用，而大家都不知道大黃在止血這一方面有那麼好的作用，但在臨床上使用確實有相當好的一個效果。

13.程惠政醫師的臨床經驗：

茲以頭痛為例，有可能是鼻子過敏引起的頭痛；若特定在鼻竇的位置，可能是鼻竇炎引起的頭痛，只要把鼻竇炎治療好，頭痛就會改善；若是壓力性的頭痛，午後比較常發生；也有血壓引起的頭痛及真正的偏頭痛。選擇用藥方面，當然還是根據中醫的理論，寒症熱症、腎陰虛腎陽虛，不管是用五臟六腑的辨證，還是用十二經辨證，或用八綱辨證等等，再去選擇用藥。

14.戴吉雄醫師的臨床經驗：

茲以內科運用針灸為例，感冒、咳嗽，特別是咳嗽咳不好，在頭上扎三針，就停下來不咳了，試過很多病人，開藥吃，吃不好不好，扎三針就好了。第一針神庭，神庭下來旁邊有兩個叫胸腔區，頭皮針有胸腔區，一共三針，針下來，再稍微運針一下，咳就停了。另舉間質性膀胱炎為例，看西醫看很久，因有下墜感，而且下面會痛，一站久就痛，可能是中醫方面的中氣下陷，用自己做的太乙神針，灸百會，然後針腳上太谿、太衝，因為中醫講說肝經繞陰器，就扎太衝跟太谿，針了就不痛，並把他的氣提上來，所以從這邊灸，灸完了，就慢慢改善了。

15.王清福醫師的臨床經驗：

茲以腰痛為例，腰痛要用動氣療法的時候，一般都用中渚的穴位，還有合谷的穴位，有的人會覺得說，不是有用腰腿點嗎？腰1、腰2、腰3，其實手部的穴位一般都有效，不一定要找腰腿點的地方。

16.李政育醫師的臨床經驗：

茲以神經肌肉疾病為例，中醫叫痿症，痿症有個叫中樞神經痿、有週邊神經痿、有胸腺痿、有酵素的痿。中樞神經痿就

是像中風，像葛林巴內氏症這個脫髓鞘反應；眼科裡面的瞼廢症這個是痿，像好比說口眼歪斜，顏面神經麻痺，這個是病毒性感染或是中樞性的。那麼胸腺萎的有痰飲、有頑痰怪飲，有氣虛痿，這個在西醫算胸腺萎縮型的佔百分之二十，有淋巴中樞型的佔百分之七十，有腫瘤型的佔百分之十。腫瘤裡面有惡性腫瘤有良性腫瘤，惡性腫瘤很少佔百分之一、百之二而已。這個時候如何把中西醫串聯起來呢？在神經傳導介質引起的痿，在西醫最常用是用乙醯膽鹼，這個痿在中醫叫「痰飲痿」，這是痰熱還是寒飲也是要考慮的問題。

17. 林昭庚醫師的臨床經驗：

茲以針灸的劑量與補瀉為例，劑量的掌握十分重要：強刺激、弱刺激、針刺深度都要能夠運用自如，這些知識可由古籍、文獻中獲得，另外臨床的練習也非常重要，在養成教育的過程當中，奠定好豐厚的學識背景與臨床經驗對之後的診療會非常有幫助。針灸要秉持著「兩害相全取其輕」的觀念，在作用與副作用間做衡量，才可達到最好的治療。

18. 郭明亮醫師的臨床經驗：

茲以靳三針為例，靳三針就是三針便可以治療好病，三次就可以好了。以十二正經為主。規律是以上下，左右巡經取穴。如眼三針，可治療視神經萎縮，黃斑變性，視網膜脫落等，三針的順序分別為：(1) 睛明穴上 2 分，向眼底進針 1.2—1.5 寸；(2) 眶下緣中點，向眼底進針 1.2—1.5 寸，將眼球向上推；(3) 眶上緣中點，向眼底進針 1.2—1.5 寸，將眼球向下推，扎完三針，即可有很好的改善。

19. 丘應生醫師的臨床經驗：

茲以尿蛋白為例，臨床上熱證會用知柏地黃丸加黃耆、益母草 7 至 8 錢，益母草不止婦科好用，泌尿系統方面也很有效，益母草本又能活血。寒證方面，用八味地黃丸。若是小便不利，濟生腎氣丸很不錯，固有成方人家已經設計出來就撿現成拿來用，我會重加黃耆 2 兩、益母草用 8 錢左右。

20. 林文彬醫師的臨床經驗：

茲以傷科用藥為例，一般使用生川烏、生草烏需煎煮一小時以上，以破壞毒性；用於止痛時，會加川烏、草烏、雙面刺。如果使用到馬錢子，需去皮，以煮滾的麻油（溫度約 900 度），煮約一秒，即撈起，研末備用。地龍散一般可以用來治療神經

痛。傷科外薰，常會用到八仙逍遙湯，其中苦參根用 5 錢，其餘藥材 2-3 錢。一般傷科的外用藥，加梅片的目的，可以用來防止皮膚過敏。

(二) 第二年採訪內容整理

1. 徐慧茵醫師的臨床經驗：

茲以台灣婦女基本上的體質分析表為例。本身喜歡用傅青主的東西，更甚於婦人規的東西。其實現在台灣婦女的體質，第一個陰虛為多，第二個肝鬱為多，因為台灣的生活習慣，不管是年輕的是老的，大部份都晚一點睡，因工作壓力蠟燭兩頭燒，故用藥以滋陰藥為主，但要避免太過滋膩而傷腸胃，酌加香附、陳皮最多 1g，嚴重再加佛手柑。因為陰虛易上火，酌加清涼的藥，如丹皮、生地、玄參。

2. 吳龍源醫師的臨床經驗：

茲以溼熱型的骨盆腔炎為例。本身注重生理、病理、解剖觀念，藉由病理生理機轉導入中醫傳統理論，方便跟病人解釋，並且強調要唸現代醫學，使得診斷比較明確。詢問病人分泌物情況，是否有感染？這些 discharge 的顏色代表什麼樣的意義？西醫治療用哪一類的 antibiotics 都要清楚。溼熱代表有感染、發炎，方用龍膽瀉肝湯、八正散，或其他清熱解毒藥。

3. 張呂卻醫師的臨床經驗：

茲以月經淋瀝不止為例。本身注重中藥的炮製，認為傅青主女科對於婦科疾病的治療以及藥物炮製也同樣十分重視。傅青主的重點在於補氣血、補腎氣這方面。故從補脾益氣的方面，做了補血、涼血的藥。血崩的使用大量的當歸補血湯；有血熱現象的，使用涼血藥，譬如說像梔子、黃芩、荊芥把它炒黑，黑就是能夠止血，上述藥物本來就屬於涼血的作用，炒黑後就具備了涼血又止血的作用。

(三) 高瑞青醫師的臨床經驗：

茲以經前症候群為例，其認為陰虛內熱佔第一位，經常由眠差、壓力造成，此外還有肝經鬱熱、脾胃氣血虛虧皆為常見證型。用藥注重胃氣調養，幾乎每個處方都會加腸胃藥。基礎方為加味逍遙散，察舌苔，若舌淡紅、苔薄白，則配伍平胃散或六君子湯；若是脈偏沉則合香砂六君子湯；胃陰虛者，加味逍遙散 4~5g 合甘露飲 3g，加減石斛、天花粉。

(四) 林君玉醫師的臨床經驗：

茲以產後調理為例。自然產服生化湯五到七帖，剖腹產服十到十二帖，生化湯組成依據婦人良方，當歸 8 錢、川芎、炙甘草、炮薑、桃仁都是 1 錢半，若腰痠厲害，再加炒杜仲 3 錢；產後乳汁不足，勸產婦多吃、喝水，喝熱牛奶、熱豆漿可幫助乳汁的分泌；乳汁排出不暢者用王不留行 3 錢、通草 1 錢半煮雞湯喝，或是搭配五積散跟導赤散，因導赤散中有木通可通乳；產後欲退奶者，炒麥芽或焦麥芽，一天用 2 兩煮糖水喝，如此慢慢退，大概要喝三四個禮拜。若是過程中產婦乳脹很難過，用擠奶器將乳汁擠出，但是不可讓小孩子去吸。

(五) 吳榮盛醫師的臨床經驗：

茲以更年期障礙為例。婦女更年期一般 45 歲以上，可能出現潮熱、發熱、盜汗、眠差等，主因是卵巢機能衰退。常用方劑為加味逍遙散、六味地黃丸、當歸芍藥散；若月經淋漓用溫經湯；盜汗多用柴胡加龍骨牡蠣湯；眠差用歸脾湯和柴胡加龍骨牡蠣湯。劑量 1 日 12~15g。

(六) 潘隆森醫師的臨床經驗：

茲以過敏性鼻炎為例。本身取穴注重經絡的循行，原則上三針：第一針遠部取穴，可以發揮疏導的作用，第二針局部取穴，可以發揮再次疏導的作用，第三針用特效穴。六條經脈經過鼻子，首選督脈，因為督脈直接貫穿鼻腔，這是最好，第二個就要選大腸經合谷迎香穴，因為大腸經經過鼻旁五分，比較近，第三選胃經足三里或巨膠，因為胃經經過鼻旁八分。所以說督脈第一，這個大腸經第二，胃經第三，至於肺經那是第四，因為肺開竅於鼻，它是一個間接作用，取穴要取經絡循行直接經過病灶，療效才會快速，間接關係的就比較慢。

(七) 郭嘯天醫師的臨床經驗：

茲以癌症疼痛為例。疼痛大概有六七十種，光是癌症疼痛，就佔三四十種以上。治療癌症疼痛時，其重點是以氣陰雙虛來論治。癌症疼痛發作時間，以下午為多，但是通常會在晚上，如果疼痛在早上發作絕對是氣陽為病，就要增強一些陽性(會耗散)的穴道。治療癌症疼痛最常用的穴位第一是合谷穴，合谷穴多氣多血，很好調節，可以讓氣血多也可以讓氣血降，也可以讓這個氣多血少，血多氣少；第二個是中渚穴；第三個是足三里穴。

(八) 吳元劍醫師的臨床經驗：

茲以腰痛為例。可從手臂作診斷，手三里可以影響對側的坐骨

神經，也可以做這個地方的治療。第二是遠道取穴，針少海、手三里，遠道取穴的方法可以用對側的。急性損傷的第一個階段是消炎、化瘀血。消炎常用五黃湯，組成有虎咬黃(白花草)、柳枝黃、大丁黃、鼠尾黃、生地黃。如果說瘀血很多時，加桃仁、紅花、田川七，田川七不但可以處理幫助血液的循環，還有止痛的作用。

(九) 朱士宗醫師的臨床經驗：

茲以皮膚病為例。其主要觀念，皮膚病生在上半身為風，治療以祛風為主；生在下半身為溼，治療以祛溼為主；還有一類是「中毒」和飲食有關。朱士宗醫師認為皮膚病不能吃補藥，要吃涼藥來解毒、排毒；假如病人兼有喘，需要改變體質的，可以吃保養藥、補藥。飲食方面禁食牛奶、羊奶，因牛奶跟羊奶屬熱，而上海有馬奶可以吃，馬奶是涼性。此外，皮膚病兼有便秘的人一定要通便，也是排毒。異位性的皮膚病，其認為跟氣候有關，所以很多小孩子，皮膚病常伴有咳嗽氣喘。

(十) 朱樺醫師的臨床經驗：

茲以子宮內膜異位為例。其主要從中醫外科的角度來切入，婦科的疾病，甚至不孕症，朱樺醫師都把它當成外科來治。因為子宮後傾或前傾，其位置不對、韌帶沒有力，造成經血倒流，故第一要衛教病人做仰臥起坐，改善循環。第二要補氣，因為子宮無力才會倒下來。其在外科方面血分病病人較多，經常氣血雙補，基本方為八珍湯，十全大補湯。婦科的問題，經常使用行氣行血藥，破氣破血藥用的機會不多，最常用的破血藥是桃仁。並且將外科消腫的方式帶到婦科來，在臨床上拿穿山甲用在肌腺瘤，穿山甲是一個乾燥劑，能燥溼，把瘤裡面的水分吸掉，可以把它打散。

(十一) 陳協順醫師的臨床經驗：

茲以骨折脫臼為例。陳醫師認為開放性骨折應該直接送去醫院開刀，開刀後兩週，再開始使用通血路的藥，常用方為接骨通氣方：黃耆、當歸、川芎、赤芍、熟地、防風、桂枝、骨碎補、自然銅、地龍、續斷、炙甘草、桃仁、紅花、牛膝、附子（附子通行十二經，是最重要的藥。）骨折的時候禁止吃甜食一百天，包括香蕉、柑橘、甘蔗等。若發炎嚴重，或抗生素注射太多，導致骨頭無法癒合者，接骨通氣方加上四君湯，或者用八珍湯為底加黃耆，服十五帖，用一碗紅標的米酒一起煎，煎到剩八分服用。

(十二) 黃正昌醫師的臨床經驗：

茲以中風為例。黃醫師認為第一要判斷是出血性的，還是缺血性的中風。若是出血性的必須馬上在十宣穴放血，放血愈多，患者恢復的愈快；若是缺血性中風，瞳孔放大，或是脫症，兩手攤開、盜汗，就不適合放血。另外在肩井穴的上面肩峰穴，用要兩寸、兩寸半針，往肩髃穴方向斜刺，有助於恢復往後手的活動、神經的傳導。用藥方面，當血壓、腦壓兩者都已控制時，可慢慢的用補陽還五湯，從二兩、三兩、四兩慢慢的加；如果血壓、血糖仍高的時候要用北耆；如果血糖不高時，可以用黃耆。

(十三) 劉景昇醫師的臨床經驗：

茲以過敏性疾病為例。其治療過敏性疾病首重補氣，因病人多屬免疫力降低、動能不足、抵抗力不夠。治療採用宋朝古籍處方「不老湯」，三味藥：人參、黃耆、枸杞子煮水喝，拿自己作實驗，當飲料喝了十幾年，過敏性的問題改善，也不容易感冒。後來將之改良做成調養方，用東洋參、花旗參、川貝、黃耆，做成調養方的藥粉。另外，要回到老祖宗的經驗—忌口。其認為所有清熱的東西、退火的東西，都是比較傾向於這個讓免疫力降低、壓制免疫力過度反應的東西。所以儘量建議病人不要吃太寒涼的東西。

(十四) 鄭阿乾醫師的臨床經驗：

茲以過敏性鼻炎為例。診病首重望診，最重要是察氣色，過敏性鼻炎患者眼睛下方經常有黑眼圈、迎香穴上方會黃黃的。其認為過敏就是病人的抗體敵不過抗原，起因常是感冒、生活起居不正常，一而再再而三，抵抗力就會變的不夠。鼻過敏常用方劑為辛夷散、葛根湯；兼有咳嗽、氣喘，用麻杏甘石湯、小青龍湯、杏蘇散；火氣比較大，稍微口乾舌燥，則配合桑菊飲。

(十五) 王靜修醫師的臨床經驗：

茲以腸胃疾患為例。本身認為腸胃受壓力影響，與迷走神經有絕對的關係。腸胃疼痛不舒時，針公孫、內關，有穩定作用；胃痛，用川七磨粉服用。其認為小柴胡湯是肝膽的藥，二陳湯用在胃的方面，參苓白朮散用在腸胃虛弱，容易腹瀉之病患。其經常配合使用桔梗、枳殼來調整腸胃。用藥方面，柴胡、黃芩、桔梗、枳殼為一組；茯苓、半夏、陳皮又是一組藥，如此配合使用能穩定腸胃的神經，以中醫來講是指可以利氣。陳

皮利氣，半夏除痰，柴胡可舒緩壓力，因此臨床上，王醫師喜歡用到四逆散。

(十六) 張永賢醫師的臨床經驗：

茲以中西醫結合為例。本身認為中醫需要現代化，需要利用現代各種儀器將診斷標準化，才能與西醫對話並且與世界接軌。例如使用 CCD 拍攝舌象，用 1677 萬個顏色，可做高品質的定性分析；利用紅外線熱像儀判斷病人整體的寒熱；使用心率變異(HRV)判斷交感與副交感、陽與陰之間的平衡；用壓力感測儀脈象紀錄，同時配合心電圖記錄下來，可以清楚圖示出，什麼是滑脈，什麼是弦脈、澀脈，什麼是結代脈。

(十七) 王人澍醫師的臨床經驗：

茲以過敏性鼻炎為例。其特色是加入西醫的生理機轉來思考，治療方向第一是祛風、解除風鬱；第二是清肺熱；第三如果鼻黏膜 sensory nerve 非常敏感，threshold 很低，一碰到冷空氣就會打噴涕、流鼻水，就必須循涼肝、瀉肝的方式，會用到柴胡、黃芩、梔子，處理所謂的陰虛，由肺熱引起肝熱的現象。在長時間的發炎後，會有陰虛症候群存在，需要加入養陰的藥。此外，診察病人的咽喉，若是屬於 congestion、發炎性充血的，會加入銀花或魚腥草等藥。

(十八) 王明昆醫師的臨床經驗：

茲以過敏性鼻炎為例。主要認為過敏性疾病的病因是人體氣化出問題，肺活量不足，上焦能量不夠，因此水分代謝不掉，於是由流鼻水、打噴涕、流眼淚代償。急者治標，使用清鼻湯（即葛根湯加石膏、辛夷），或蒼耳散；流鼻水用辛夷散；鼻水多痰白用小青龍湯。緩則治本，可用羊肉食療、當歸黃耆燉肉、高能量蛋白等，減少水份攝取以免由小便流失過多能量，不能吃太鹹等。約有 5% 屬於虛寒型，使用大建中湯、十全大補加附子，以增加其能量。

(十九) 陳踐醫師的臨床經驗：

茲以過敏性鼻炎為例。其特色是擅長使用耳穴，早晚流鼻水、打噴嚏厲害的，用兩顆王不留行子，貼在肺點、鼻點、耳內神經、內鼻、外鼻，一次貼五天，五天換一次，共貼三回。交待患者一天要揉一兩分鐘，最多兩三分鐘，有空就揉。用藥方面，常用方劑為辛夷清肺湯、蒼耳散；體質比較差的，用補中益氣湯合辛夷清肺湯；常用單味藥為蒼耳子、辛夷、生薑，

流鼻水常用生薑。

(二十) 尤乙清醫師的臨床經驗：

茲以腹痛為例。重點在於診斷，假如上腹部痛，飯後腹部會脹，則胃發炎的機率較大；如果是餓的時候會痛，大部份就是胃潰瘍或十二指腸潰瘍。常用大柴胡湯去大黃 6 克到 7.5 克，合平胃散也是 6 克到 7.5 克，單味藥如麥芽、山楂、木香、莪朮、黃連、砂仁，各約 0.5 到 1 克，可緩和胃炎造成的不舒服。成人的劑量，一天吃三次，大概 18 公克，還是吃四次比較理想，一般是請病人分四次，晚上要睡覺的時候再多吃一次。

(二十一) 郭常雄醫師的臨床經驗：

茲以咳嗽為例。重點是先判斷咳嗽為新病或舊病。咳嗽剛發作沒多久的為新病，無非是六邪所傷，察其脈象，辨其八綱寒熱虛實，譬如浮脈，便知病在表，風所動，是感冒造成的新病。若咳嗽沒有痰、胸口悶、嘴唇乾、鼻塞，喉嚨很緊很痛，比較燥的，以葛根石膏湯當主方；若咳有濃痰、脈不浮而變滑，便知邪在脾胃，輕症轉成重症了，此時需用胃經脾經藥，例如益母散一合些鎮咳藥、清涼藥加厚朴、附子、蘇子、黃芩等。

(二十二) 謝慶良醫師的臨床經驗：

茲以中風為例。其特色配合西醫生理病理機轉用藥，治療中風急性期使用丹皮、槐花、赤芍抗發炎反應；延胡索、赤芍可防止鈣離子到細胞內，而補陽還五湯可調節 NO、自由基，防止鈣進入細胞、避免細胞死亡。其治療經驗在中風急性期必開四味藥為黃耆、天麻、石菖蒲、地龍，其中天麻在急性期、慢性期皆可用。

(二十三) 黃東榮醫師的臨床經驗：

茲以能量醫學為例。其特色為注重精神心靈層面，治療觀念中融合大量道家思想，運用氣功提升自我能量。因此在衛教中鼓勵病人做呼吸訓練、做觀念的導正、心態的調整、環境的擇居、必須的吃食、非必須的排除，幫助患者的思想觀念、人生觀、價值觀的納入正軌。此外，幫助病人完全的放鬆，可從靜坐或打坐開始。其認為靜坐或者打坐時，不只是肉體放鬆下來，而是 CNS 的完全的穩定，對於疾病的修補才有正面實質的效益。

(二十四) 邱定醫師的臨床經驗：

茲以胃病為例。若是急性的炎症，使用黃連解毒或葛根芩連湯合芍藥甘草湯、延胡、川楝子；慢性胃病常用方劑為

參苓白朮散、香砂六君子、安中散、理中湯；晚上特別痛，因晚上屬陰，故用安中散加蒲黃、五靈脂；若胃酸很多、容易打嗝、常常噯氣，用旋覆代赭石湯加海螵蛸、浙貝母、白芨，打嗝多就加丁香、柿蒂。

(二十五) 張步桃醫師的臨床經驗：

茲以妊娠皮膚癢為例。其經驗方第一個用紫蘇，將紫蘇洗乾淨後，用 100°C 的開水沖泡，一方面可以喝，一方面可以外用，哪邊癢就擦哪邊。第二個用韭菜，去掉黃的、髒的葉子，洗淨後切段，用開水滾幾分鐘，撈起韭菜當燙青菜吃，煮菜的水同樣可以外用，把水放溫了洗會癢的地方。第三個可以用延荖即香菜。

(二十六) 陳榮洲醫師的臨床經驗：

茲以更年期障礙為例。其認為熱潮紅是因腎精虧損造成水虧火旺，火正旺的時候要先緩解症狀，火旺到極點，類似溼熱的症狀，或口乾、口苦，需用苦寒來瀉火，常用知母、黃柏等，或依傅青主用藥方法搭配知母、地骨皮。此時若用菟絲子、枸杞反而會火上加油，因菟絲子助陽，枸杞有滋陰也有助陽功效。天癸精血不足所引起的水虧火旺，常用兩地湯、一陰煎加減。

(二十七) 陳潮宗醫師的臨床經驗：

茲以頭痛為例。其特色為善用時方，運用川芎茶調散治療除了胃痛以外各式各樣的疼痛，甚至在骨折的調整、脫白的復位之前，先給予此方。其認為川芎茶調散是中藥的普拿疼，對肌肉骨骼疼痛、痛經都有效。此方需配合茶服用才有效，因為茶葉含咖啡因，可加強鎮痛作用。一般用 9 公克的茶葉泡一杯，或者 3 個茶包泡一杯，使用紅茶、綠茶、茶葉茶皆可。

(二十八) 顧明津醫師的臨床經驗：

茲以急性腰扭傷為例。委中放血加刮痧，或者直接在閃挫的痛點部位，從經筋的角度做一個刮痧的動作，通常馬上能獲得舒緩。用藥方面，必須考慮肝主筋、腎主骨的概念，一個經常容易腰閃挫的人，其體質屬腎虛為多，因此臨床上經常以六味地黃丸或獨活寄生湯為主方。除了腎虛以外，也要考慮氣虛、風的部份，故九味羌活湯是一個思考點，若欲使用單味藥，可考慮羌活、防風、白芷、藁本、葛根等類。氣虛可加四君子湯；偏氣滯血瘀的，使用逐瘀湯系列，如血府逐瘀、身痛逐瘀，甚至通竅活血湯一類。

肆、討論

一、科學中藥粉於辨證論治的處方模式：

在臨床實踐中，辨證論治是傳統中醫學的核心。辨證是望、聞、問、切四診所得的基礎上進行診斷的辨證思維。把四診所得的資料，在八綱初步分析的基礎上，作進一步的分析與統合，抓住疾病的本質，然後判斷出證型及疾病。辨證的方法很多，在長期的臨床實踐中形成了病因辨證、經絡辨證、氣血津液辨證、臟腑辨證、六經辨證、衛氣營血辨證、三焦辨證等。但是目前台灣中醫師的養成教育方式所訓練出來的中醫師已逐漸轉向採用辨病論治，綜觀這一系列的老中醫對談過程中，不乏某病症用某專方治療或是某穴位是治療某症的特效穴等論述。例如：陳春發醫師提到臨床上遇到急性外感咳嗽咽痛的患者會使用銀翹散與麻黃湯合方來治療，個人臨床施用亦印證了他的臨床經驗。本研究發現有不少的前輩中醫師在辨病論治的基礎上酌加辨證論治的精神，如：痛甚加何藥、血瘀加針何穴等。這樣的辨證論治與傳統的辨證方法已有極大的差異，就臨床療效來說，卻仍能保有一定的水準，我們依此經驗重新思考「科學中藥粉於辨證論治的處方模式」的可行性？大陸研究傷寒論的專家劉渡舟老中醫亦於其提倡的古方經方接軌論中，特別指出六味地黃湯與麻黃湯之接軌用法，提出治療小兒尿床醫案⁽¹⁰⁾，我們運用這個觀念於臨床用科學中藥粉治療小兒尿床⁽¹¹⁾也達到不錯的療效，透過老中醫經驗傳承，本研究發現辨病論治可能需列入中醫師未來診治、開藥處方的臨床思路或教育訓練，而如何開立科學中藥粉也可能需有不同的臨床思維⁽¹²⁾。

二、辨病與辨證的結合

本計劃所採訪的資深名老中醫師只有周左宇醫師不用現代醫學的觀念，其餘的資深中醫師或多或少均提到現代醫學在臨床上的運用。例如謝慶良醫師表示目前看到西醫住院會診中醫的病人，往往表現出來的症狀從頭到腳各式各樣，沒有辦法統合歸納出一個恰當的證型，因此經常在辨病的原則之下，再輔以辨證用藥。以治療中風的慢性期為例，此階段以促進細胞再生、活化星狀細胞為首要，因此處方中幾乎都有黃耆、天麻、川七、赤芍、鉤藤等中藥，再根據病人脈數或脈遲、口乾與不乾等症狀酌加清熱或溫通藥。

我們都知道辨證論治是中醫學的基本特點之一。辨證，就是將四診所收集的症狀和體徵資料，通過分析、綜合，辨清疾病的原因、性質、部位以及邪正之間的關係，概括、判斷為某種性質的證。論治之時，皆據證議方，處方、用藥，著眼點全在於證。西醫臨床在於辨病，病是對疾病發展過程的概括，而證則是疾病發展過程中某一階段的概括。一個西醫疾病可有多個中醫證候，而一個中醫證候可見於多個西醫疾病中。病證結合既針對中

醫的證，又針對西醫的病，使證變化規律與病變化規律相結合，以求從病、證兩個方面獲取疾病的本質⁽¹³⁾。

陳榮洲教授的臨床思維，主張排卵前後之用藥不同，另外如果病人是屬器官(organ)的疾病，需要加入辨病的用藥才有療效或有時直接採用西醫療法等，此皆為辨證與辨病結合。另外，臨床上也有不少病人無任何自覺症狀，飲食起居、睡眠各方面均無異常，而經醫療儀器檢查卻可發現異常。如 B 肝帶原者，往往是在體檢時發現肝功能及 B 肝病毒血清學標誌不正常，訪談的幾位老前輩，會提出加用有抗病毒的中藥治療，這又再一次證明，在現代醫學檢驗儀器日益精密的情形下，中醫師在臨床上除需要學習判斷患者是屬於臟象的問題？是氣的失調？抑或有實質的病變？等外，辨證辨病整合的療法⁽¹⁴⁾，或許會愈益受到重視。

三、西醫病理生理機轉指導中醫用藥

西醫的微觀症狀及病機推演也能提供中醫辨證的資訊來源。在訪談朱樺醫師過程中，朱醫師認為生理、病理、藥理，這個西洋醫學中的這三個理是基本功，並且推薦「生理病理學」一書給後進學子。以王人澍醫師治療過敏性鼻炎及氣喘為例，使用鼻鏡或氣管鏡觀察病人呼吸道黏膜是否無充血、紅腫，有紅腫的話則判斷屬於風熱；並且以 sensory nerve threshold 降低來解釋慢性發炎的病機，依據敏感的程度而酌情使用解除風鬱、清肺熱、涼肝瀉肝等治療方式。

李政育醫師在處理中風及骨折病人時，十分強調要配合現代生理學、病理學的觀念運用中藥。唯有瞭解骨折癒合的發展過程，才能在水腫期、機化期、骨痂形成期、骨化期等不同階段，選用最適當的中藥。在處理危急重症的病人亦是，例如李政育醫師認為治療中風急性期病人要看得懂腦壓、血氧濃度，本態性的高腦壓高顱內壓，用大柴胡湯或黃連解毒湯加大黃降腦壓，若是腦壓已穩定下降，也使用過類固醇者，則處方頓時轉換成補陽還五加乾薑、附子、肉桂。諸如此類的例子在訪談名老中醫過程中俯拾即是。

此外，目前一般中醫較少接觸到危急重症的病人，由於西醫靜脈注射、呼吸插管等維生機器的介入，導致今日我們在 ICU 看到病人的舌象、脈象等訊息已和古籍記載大不相同。例如打過類固醇的，或者輸過血的或靜脈輸液的，脈象每每都是洪大有力，那麼如何辨熱證寒證呢？因此中醫師需要熟悉現代醫學病理生理機轉的觀念⁽¹⁵⁻¹⁶⁾，在照顧危急重症病人的這一塊，中醫療法便較容易導入。

四、推展中醫的實證醫學

由於大多數的資深名老中醫均運用辨證與辨病做結合，因此現代醫學知識的獲得就顯的十分重要。然而現代醫學的知識日新月異，想要快速熟悉現代醫學知識，實證醫學將會是一個重要的捷徑。張永賢醫師認為西醫

最近的進步是從經驗醫學跳到實證醫學，而中醫要現代化也需要跟上實證醫學的腳步。故其致力發展各式儀器，試圖將中醫四診標準化，例如使用 CCD 攝影機拍攝舌苔、以心率變異(HRV)看交感-副交感與陽-陰之間的關係、用紅外線熱像儀判斷病人整體寒熱的情形等等。期待運用現代科技，將老祖宗的寶貴的智慧 and 經驗，更好地傳承與闡釋發展。

上述理念也是顧明津醫師推動成立“中華中醫藥實證醫學會”，並擔任第一屆理事長的原因。而衛生署中醫藥委員會近幾年來大力推動中醫師對於實證醫學的認識，並推動相關中醫實證之研究⁽¹⁷⁾也是符合潮流的舉動。希望藉由實證醫學觀念的推廣，以改善醫療服務的品質，並提高醫療資源的有效運用。改善臨床教學、繼續學習、與醫療服務的內涵及其知識的來源。促進專業人員間的合作及互動，以團隊的方式來進行系統的文獻評估，使中醫師更能掌握中醫實證醫學，以提昇中醫師對於中醫藥相關研究的興趣⁽¹⁸⁻²⁰⁾。

五、師徒制是一重要的傳承模式

(一)現代醫學教育體制無法取代傳統師徒制

「醫療知識」的歷史，應該是與人類存在的時間一樣長。因為人會生病，會感到不舒服，人類累積各種應對的方法及經驗，隨著時間及文明的推衍，逐步的形成獨特的理論及體系，以現存的傳統醫學並廣為世界流傳使用的中國、印度等傳統醫學，古代資深睿智的中醫師不僅協助後輩了解醫理，進而行醫濟世，立足社會，更以實際行動來傳承寶貴的個人經驗，此種由來已久的「師徒制」(Mentoring)可說是中醫傳承知識、技能最傳統有效的方式。由古籍記載可知，古代資深睿智的中醫師透過結構性或非結構性的一對一或一對多指導方式，經由一定期間的共同進行實務操作，使得學習者能夠充分領會其師傅所具備之專業素養與能力，進而成為具獨立行醫能力的個人。

本研究發現，臺灣目前資深的中醫師，大多向兩位或以上的老師學習，如周左宇老師，周師的師承之一為近代針灸大家承澹齋先生。承師善用透穴法，周師亦常用此法，如液門透中渚、腎俞透志室、曲池透少海、養老透間使(應用於腰扭傷)等。其學術師承及臨床思路，顯示標準中醫傳承的模式，可喜的是，這種傳承模式依舊在進行中，臺北市立聯合醫院中興院區針灸主治醫師沈邑穎中醫師，受業於周師的門下，除了宣揚周師的學術思想，沈醫師亦觸類旁通有所創見，如周師養老透間使原本應用於腰扭傷，沈醫師根據養老為小腸經郄穴，間使為心包經經穴的針灸基礎理論推演，運用於臨床多種病症；另外除了養老透間使外，依周師的學理，再針透

神門，兩組透穴合用，以二針透三穴，治療眼底病變兼有退化、血循障礙者，如視網膜、黃斑病變等眼科疾患。

(二) 台灣目前缺乏師帶徒並公開檢驗老師臨床經驗的風氣

張步桃老師、戴吉雄及潘隆森老師亦教學多年，桃李滿天下，三位老師又都有清楚明確尊崇特定古籍的學術思想，且著書立說，不過如沈邑穎一樣，對三位前輩師承多做闡述及發揮的後輩醫師尚不多，這個現象非常可惜，因為門下學生若是能經常運用發表文章或開研討會的方式，將老師學術思想的臨床運用公布出來，則一些師徒傳承過程的體會及心得，則有機會公開的受到老師們的檢證，如此老師們的學術地位得以樹立一家之格。

另外以臺北市中醫師公會名譽理事長陳旺全醫師為例，其尊前臺北市立中醫醫院院長，現任臺北中醫家庭醫學醫學會陳春發理事長為師，但於訪談後發現兩位內科的治療處方又不盡相同，而陳旺全中醫師談到針灸療法時，明確說明其用針取穴的發展思路及融合西醫機轉的創見；現任臺北市中醫師公會理事長陳潮宗醫師，亦尊陳春發理事長為師，而也提及其家傳中醫的背景及經歷，談訪中，他於十大傳統名方獨特的見解及經驗，又與陳春發理事長與其家承的觀念，大相逕庭。此現象，個人認為陳春發理事長所曾傳承給兩位先後任的臺北市中醫師公會理事長的，是偏屬於非明言的經驗知識，這種內化的醫療經驗，在未整理成書籍論述及學術思想之前，較不易於陳春發理事長傳承的大量宣揚；另外一個理由就是，兩位中醫師公會理事長都是診治經驗豐富的資深名中醫師，無論其創見與其師承有無直接關係，在累積大量而豐富的臨床經驗後，原本深藏於個人內在只能意會的醫學理論，已能有效的外化移轉成口述或書寫方式予以傳承，在某些看法或論點已具青出於藍的立說風範。

(三) 師徒制需要重新受到重視，獎勵資深中醫師帶徒意願

無論上述那一種形式的傳承，都體現出中醫學傳承過程師徒制的重要性及需求性，本研究發現有創見的資深中醫前輩，具獨幟一家的豐富見解及經驗，除了張步桃老師出版一系列書籍外，大多由於沒有助理有系統地整理或因本身忙於診務而未做傳承的準備，臺灣中醫界在這方面應師法大陸所謂“師帶徒”的作法來傳承傳統中醫藥的醫療知識，依據本研究訪談的成果，可以年齡、傳承意願等為基準，先由中醫藥委員會聘為老中醫藥專家 10 名，再遴選 20 名中青年中醫、中藥師為“繼承人”。採用“師帶徒”方式，由老專家結合自己的專科特色和多年辨証施治心得，對“繼承人”進行“望、聞、問、切”的臨床指導，並定期聚集“繼承人”依研討會形式報告過程的體會及心得。

伍、結論

一、傳承資深名中醫師之寶貴臨床經驗實刻不容緩：

隨著時間的流逝，許多老中醫開始凋零，因意識到老中醫獨特臨床診療經驗與心得為台灣中醫藥文化寶貴的資產，如未能將其臨床經歷傳承下來，甚為遺憾，故於 2006 年 10 月，提出此計畫，列出預計採訪的老中醫名單，當時張家駒道長亦列入其中，待計畫於 2007 年 4 月份正式執行期間，張家駒道長卻已辭世。張道長平日熱心教學，對於公會的會務與活動皆積極參與，卻未能即時邀請訪問，甚為可惜，又計畫開始執行之後，首先邀請 90 歲以上的年長長輩：姜通、張正懋、周左宇，其中，張正懋道長在 2007 年接受訪問時，活動自如，說起話來神采奕奕，且事先做了準備，即使沒有提問，也可以一口氣暢談一個多小時的學習經驗、養生秘訣與現代營養學，沒想到於 2008 年 2 月，突然接到張正懋道長去世的噩耗，非常錯愕。張家駒道長熱心參與公會活動，又願意提出自己見解；張正懋道長無私地分享自身寶貴經驗，兩位道長的隕歿實為中醫界的重大損失，更突顯出經驗傳承的重要。

二、訪談及蒐集老中醫語言及非語言性經驗，需投入龐大人力物力

由於經費減縮，所以實際上第一年、第二年通過的經費不足以訪談 50 個老中醫，大約只能完成 25 位的採訪，但先前計畫書中已載明兩年共訪談 50 位，因此我們還是勉力而為訪談完 51 位資深及名老中醫，其中超支的費用實際上皆由學會的經費加以補貼。本研究採取訪談模式，故而時有需要登門拜訪，在沒有帶禮物的情況下，似乎是一個較尷尬的狀態，因此大多數皆由主訪的醫師自掏腰包買見面禮，也礙於經費的關係，參與訪談的工作人員需自行負擔交通費，增加了參與人員本身的開銷。此外，有些資深前輩的口音較重，無法清楚瞭解其語意，對於所講述的藥方與處置，製作逐字稿時無法完全還原呈現，又，有的老前輩經驗非常豐富，也樂於分享，但一次訪談兩個小時是較適宜的時間，受訪者不易感到疲累，也不至於佔用太多時間，因此需要分次採訪，如姜通、周左宇、陳春發、戴吉雄、丘應生、陳旺全幾位老前輩，訪談時間不足，尚有許多議題可以深入探討。例如：丘應生醫師，其專長遍及婦科、用藥、不孕與針灸，舉針灸為例，丘醫師教導長庚醫院中醫孫茂峰主任運用頭皮針，使腦性麻痺的孩童能有明顯的改善，造福許多病童家庭，以致於後續需進行第二次的深入訪談及補強。由於沒有編列再次登門拜訪的經費，但考慮到研究案的完整性，依然由學會補助經費，而得以完成 15 人次的再訪文稿。另外在拍攝示範手法的時候，常需要雙機或三機拍攝，計畫的經費無法支付，因此改以重複拍

攝取鏡的方式替代，同一受訪者約需拍 2-3 次，才能將手法最完整地呈現，未來的計畫需改良此部分的經費問題。

本研究由一位專任研究助理負責邀約訪談人選、訪談前收集資料、前置工作、聯絡攝影公司、安排研討會等事項，並做後續的資料整理，參與影片後製。每位老中醫的訪談時間平均為兩小時，需聽打成逐字稿，一個小時的訪問打成逐字稿需花 6 小時的整理與確認，每次訪談的逐字稿平均約 20,000 字，51 位老中醫加上再訪 15 位老中醫，共有 64 份逐字稿，約有 1280,000 字，另動用住院醫師進行逐字稿校稿、實習醫師整理訪談重點表格，一份逐字稿共需花 4.5 小時校正，一位老中醫需訂校正三次，平均要花 8 個小時在影片的製作上，有些受訪者講話較隨性，需要花更多的時間去剪接，去蕪存菁，因此實際完成一位老中醫的訪談資料，光後製就需 24 小時以上，51 位老中醫需超過 1224 小時，加上事前的聯繫、資料收集與前置作業更是難以估計。

三、台灣資深及名中醫師受訪意願不高，師帶徒學習制度未建立

實際上，邀請的過程沒有想像中順利，國內資深名老中醫對於經驗傳承的觀念沒有很強的意願及感受，在邀請前輩的時候並非得到很正面的回應，除了可能是一開始的邀請方式不夠正式，曾被誤認為是詐騙集團，也可能因為聯繫資料不完整，聯絡電話大多留診所的號碼，很難直接聯絡到本人，或只能在看診的時間打電話邀請，但如此又常打擾到看診，甚至因為在看診而拒接電話，喪失很多直接聯絡的機會，另外，雖然有住址，但不免有漏接郵件的情形，信件的回收率也不高，以台灣中醫家庭醫學醫學會之名義發出正式邀請函 77 封，回函僅 9 封，其中有 5 人同意受訪，4 人拒絕，所以為了表示誠意及把握與名老中醫接觸的機會，常需親自前往診所遞送資料與聯繫訪談事宜，在上述各種情況之下，前置工作變得十分費時，也顯示出人力的吃緊。計畫執行的過程，雖然受到很多的限制與困難，但在全體同仁的努力下，還是順利將計畫完成，亦和幾位名老中醫建立良好的關係，例如：周左宇醫師與台北市立聯合醫院中興院區中醫科主治醫師沈邑穎，張駿醫師與台北市立聯合醫院中醫院區住院醫師何英強，王清福醫師與台北市立聯合醫院陽明院區中醫科主治醫師葉家豪，均有維持密切聯繫。另外丘應生醫師、陳俊明醫師亦同意撥空指導本院中醫科住院醫師與見實習醫師。事實上，這些名老中醫超過一半以上沒有在醫院看診，能夠直接跟著他們學習的機會少之又少，透過此計畫的進行，建立一座良好的學習平台，對中醫後輩無疑是一大福音。將拍攝資料有系統地整理成影音檔，包含專病、養生與針傷科手法（皮內針、推拿等）示範，更是造福廣大的中醫同道，讓未能親臨現場的人，透過影音檔原音重現，學習老

前輩的經驗與精髓。有鑑於多數名老中醫為自行開業，建議貴委員會或全國中醫師聯合公會可研擬出一套配套措施，使名老中醫們有意願教學，或是由政府建立一套實質補貼或是榮譽獎牌等無價鼓勵的榮譽制度，鼓勵名老中醫們以「師徒制」的方式參與培育優秀中醫後輩的行列。

四、訪談資深及名中醫，心得總結為以下五點：

(一)中醫專業養成教育：

- 1.傳統古籍：大多數資深及名中醫師均認為熟讀古籍是基本並且必要的。其認為需要熟讀經典古籍才能厚植中醫臨床診病實力，例如內科方面《黃帝內經》、《傷寒論》，婦科方面《傅青主女科》、《景岳全書·婦人規》、《醫宗金鑑·婦科心法要訣》是名老中醫較常提到的書名。
- 2.師徒制：大多數資深及名中醫師曾向兩位以上的醫師學習，例如周左宇醫師一生有四位重要的老師。
- 3.家學淵源：多數資深及名中醫師若不曾向外拜師求學，便是家學淵源，擁有世代祖傳的臨床經驗，例如姜通出身江蘇中醫世家，他是第十代中醫師；張正懋醫師的外祖父、舅父皆為中醫師，從小在耳濡目染之下立志從醫；陳潮宗醫師及其弟弟同樣祖傳三代皆為中醫。也發現愈資深愈早期的中醫師愈是有這種傾向，屬於這一類型的中醫師普遍有接觸中醫領域的年齡較早，擁有較多非明言知識等特點。

(二)重視養生觀念及衛教宣導

在訪談中觀察到資深及名中醫師在臨床診治上，皆十分注重養生觀念及衛教宣導，認為花時間向病人進行積極衛教是必要的。尤其在飲食禁忌方面，以現代人經常食用之冰品包括水果等強調最多。例如朱樺醫師認為做醫生最困難的，是跟病人良好溝通，尤其在診治皮膚疾患時，讓病人瞭解飲食及生活習慣對自身的影響，其效果遠勝於處方開藥。

(三)臨床診治

- 1.知識來自病人：在治療方面，資深及名中醫認為中醫師在臨床上應具有實驗的精神，將文獻上的有療效的治療方式不斷重複運用在病人身上，並反覆驗證，因此臨床上學習中醫的相關知識，仍必須從病人身上獲得。
- 2.西醫的知識：透過仔細觀察病人的病證並且與理論基礎結合，同時妥善運用現代醫學的知識，也就是將西醫辨病與中醫辨證相結合，才能符合時代趨勢。因此現在中醫臨床診治不能拋棄現代醫

學的知識。

(四) 台灣中醫教育體制現況

1. 建立臨床師徒制：目前中醫的學制並沒有所謂的師徒制，經由本計劃的實施我們建議應該從臨床上來建立中醫的師徒，以減少年輕資淺中醫師摸索的時間。
2. 中醫住院病房訓練：藉由資深的名老中醫師來進行巡房會診，以訓練年輕資淺的中醫師。目前已訪談的名老中醫，例如：陳潮宗、陳旺全、吳龍源、丘應生等均已口頭同意進行中醫住院的巡房會診教學。
3. 超過1半以上的名老中醫師，沒有在醫院層級的中醫部門進行教學。
4. 建議政府主管機關對於有意願從事教學的資深及名中醫師給予相對的榮譽制度，以茲獎勵。

(五) 影像錄影保存資料之必要性

1. 手法操作：關於針灸手法、養生功法、老師自身特質等方面，礙於文字敘述無法完整傳遞原貌，藉由錄影保存資深及名中醫的手法操作實為必要。其優點一、能夠較為清楚接收老師所傳達的經驗，藉由影音在腦海中建構出具體概念；其二、正由於影像資訊能夠方便快速的散播，以達到學習及傳承的目的。缺點：往往需要雙機或三機進行錄影拍攝，以取得最佳角度，然而受限於有限的經費，很難做到雙機或三機同時進行錄影拍攝。
2. 影片內容需要校稿及剪接以求完整：由資深及名中醫口述其學習歷程與臨床經驗的部份，未能讓親臨現場參與的資淺中醫師有很好的臨場感。主要原因是由於受訪者在口述時，往往隨性而談，忽略層次感或條理分明，但本研究期望能引導受訪者自然流露其生活經驗，故保留其發揮空間，然而此舉必定加重後續工作，需要進一步剪接及校稿，而校稿通常需要進行2-4校。

五、資深及名中醫診療經驗或獨到之心得整理

(一) 婦科需熟稔中西醫學，辨病辨證結合

陳榮洲教授認為，婦科臨床治療時，以中醫辨證為主，在繼承先人婦科治療思想方面，陳教授主要推崇明代·張景岳所提倡之「陰陽命門學說」，重視先天真陰，認為腎水精血不足會影響後天脾胃，治療主要以填補真陰，培補命門為主。陳教授曾表示，由於台灣屬亞熱帶環境，氣候濕熱，且人民重物慾，臨床較常見肝腎虧損的病證，景岳之用藥較符合目前患者之需求。但學習中醫的眼界要廣，

不要單單拘泥於一家學說，因不管在診斷、辨證或處方，各家都有我們值得學習的長處，廣納百川，才能造就無際的海洋。而且當用辨證方法無法追溯出根本病因時，宜以西醫辨病方式鑑別。臨床治療方面，以處理最緊急之症狀為主，當急性症狀緩解之後，再來處理引起症狀的主要因素。而當問題無法用中醫立即解決時，亦應採用西醫的方式先治療。

陳教授指出子宮內膜異位為常見少腹瘀血之因，欲處理其造成的痛經，除一方面處理內膜異位，另一方面要顧到免疫問題。治則主要為補益脾腎、活血化瘀、養陰清熱，補益脾腎能提高細胞免疫功能，而活血化瘀、養陰清熱則能抑制異位內膜血管生成、減少細胞因子分泌抑制免疫發炎反應，及降低體液免疫功能。至於多囊性卵巢（PCOD）則病情又更為複雜，臨床表現為月經三至四個月以上不至之月經稀發，有的人會因男性荷爾蒙過高引起多毛症，同時會造成腦下垂體功能紊亂（卵泡期 FSH>LH），為造成婦女不孕的主要因素之一。其病機主要涉及腎虛和痰濕此外亦有人認為屬痰瘀，因其將卵泡內膜細胞的不正常增生歸為瘀證，而多囊的內容物屬痰證。除了臨床症狀外，亦需要現代醫學影像檢查協助判斷，以辨病與辨證結合。治療首先要區分泌乳激素有無升高。如果泌乳激素沒有升高，就按中醫一般補腎調經法治療，但不一定要按文獻上使用補腎化痰去瘀的方法，雖然在病理上 PCOD 歸為痰瘀，但造成不排卵的主要原因還是和荷爾蒙有關，所以在治療上還是著重在荷爾蒙的調整。如果 FSH/LH 的比值調整好，可以產生排卵，其實可以不必處理痰瘀的問題。

西醫辨病，無論是精密儀器的診斷，或是對婦女生理、病理、內分泌及解剖也已了解頗為透徹，在訪談的幾位中醫婦科前輩，皆顯見其於中西辨病辨證整合的見解及其必要性。

(二) 「辨證論治」與「專病專方」的融合

在這兩年的訪談名老中醫情況底下發現，有佔大多數的受訪者在治療病人上面並不必然採用中醫持傳統之辨證論治，現任台北市中醫師公會陳潮宗理事長直言「川芎茶調散做成湯包來服用效果幾乎可等同於西醫之普拿疼，在對於大部分的肌肉骨骼酸痛之止痛效果非常好。」另外以他對於更年期之治療，他認為更年期就是卵巢之功能衰退，卵巢是中醫腎的一部份，功能衰退就是虛之現象，所以無論更年期婦女表現出來的是陽虛的性慾減退、代謝變慢、筋骨酸痛，或是陰虛的潮熱、盜汗、陰道乾澀，實際上其本質皆為由於

卵巢之功能衰退所產生之偏陰或偏陽之變化。基於此理論，陳理事長研發了此種無論是陰虛陽虛症狀皆採用補陽的治療原則，因此他研發了加入八戟天、肉蓯蓉、菟絲子、杜仲、紫何車等成分之補陽湯包，對於更年期婦女給予服用，他認為在上述這兩種之治療經驗上，往往有非常卓越之效果。他也認為透過這個研發過程能夠簡化中醫辯證之複雜度，也是中醫科學化、實證化之開始過程。另外前台北市中醫醫院院長陳春發，現任之台灣中醫家庭醫學醫學會理事長，行醫長達 40 年，也是名中醫如陳旺全等理事長所敬重之老師，他在治療上呼吸道之疾病，只要徵詢問到病人有喉嚨痛之症狀的咳嗽，他都會採用麻黃湯、銀翹散兩個科學中藥等分之份量再加減玄參、清燥救肺湯來做這類咳嗽之治療，據他說效果是非常顯著，個人也採用陳前院長的作法，在臨床上面此類病人採用這類處方，咳嗽雖然難治，但是在陳前院長的處方模式底下，病人可往往在一個禮拜之內解除此現象。雖然由他的製方麻黃湯和銀翹散分屬傷寒跟溫病兩學派不同之用藥精神跟疾病轉規，但陳前院長將兩者合併作為基礎方，在台灣這種濕熱型的氣候來治療肺熱咳嗽卻也有良好之療效，因此這又再次舉出，依循原來之辯證論治並不必然能夠結構出此處方，再次說明除了辯證論治的中醫診斷方法外，實際上也存在著有些病症式要靠臨床仔細觀察及經驗之累積作為治療發展模式，的確這可能也是中醫發展的必然過程，在不同的地方及氣候下，其整體的學派還未完整成熟發展之前，臨床醫師每天面對病人都有著需要治癒病人的渴望及壓力，演化出來的臨床經驗實際上也是一種彌足珍貴的重要資料。

(三) 單純「專病專方」，不利於全人醫療的精神及中醫療效

訪談中幾位中醫婦科前輩，雖然認為中西辨病辨證整合有其必要性，但在處方用藥時，主張中醫「辨證論治」、「量身訂作」精神之重要性，同樣也是凸顯中醫療效的必要條件。不可掉入「專病專方」的開方思維，否則就違反了中醫「全人醫療」的精神。陳榮洲教授指出辨證時，須清楚的分出主證兼證，主證為主要治療的目標，選擇方劑以此為主；而兼證可能與加減藥味或服藥方式相關。

(四) 臨床中醫師必須不斷吸收新知

在大部分訪談的名老中醫被發現，對於新知的吸收及追求皆不遺餘力，以高齡 92 的張正懋理事長，也是在訪談之間侃侃而談對於現在營養學的學習及認識，他甚至提到向醫院的營養師求教以了解現代營養學治病的見解及看法，高齡已 101 歲的姜通醫師，自己

的養生之也是使用好利克以及泡牛奶等營養學之觀念來加入中醫養生方法，以台北市名譽理事長陳俊明理事長也是中醫婦科界之佼佼者，醫術卓越，在訪談之間也表現出對婦科西醫的理論及知識之熟捻以至於能夠在病人的中西醫調理上達到最好之療效，陳榮洲教授亦是台灣中醫婦科重量級老師在訪談間也提到西醫相關婦科知識以做為治療學上的想法及根據，例如陳教授提到周期療法，也就是在排卵期前後分別屬於腎陰及腎陽之用藥不同而有所區隔，以上所述皆為台灣非常資深且醫術高明之老前輩所言，也都呈現出西醫知識的吸收以及在中醫治療病人上的衛教或療效上的重要性。

(五) 食用水果需講究體質及病症轉歸

高瑞青醫師主張子宮偏虛冷者，不適合晚上吃水果。而痛經患者以及月經不規則、月經量偏少者，也必須注意不可吃冰冷食物。此外，坐月子期間，也是禁生冷食物。而姜通醫師則認為感冒初期，絕對不能吃一點生冷食物，包括水果。如果吃了水果，感冒三天五天都好不了，不但好不了還有併發症，增加肺炎咳嗽。感冒的中醫病機為風寒在表，沒有出汗，表還沒有解，就吃冷東西，風寒犯肺，風邪鬱住更甚，當然咳嗽不止，一滋陰就咳嗽。感冒病人十個中有五個看過西醫，經常問為什麼好的慢？就是因為冷東西吃太快，發汗的藥吃太少，中醫要稍微透發一下。發燒完全退了，可以吃水果，在發燒沒有完全退，脈搏還是很強的時候，絕對不能吃水果。

(六) 治療婦科疾患需重視調理脾胃

高瑞青醫師的處方特點是幾乎每個處方都會加胃藥，並且依據舌苔，若是舌淡紅苔薄白，則酌加平胃散或六君子湯；若是脈偏沉則加香砂六君子湯。帶下量多，平時保養就要用脾胃藥，如加味逍遙、平胃散、六君子湯等。吳龍源醫師認為到疾病後期，都是要固脾胃再來調補腎氣，再配合疏肝理氣。張呂卻醫師在調理更年期婦女症狀時，主要從補後天觀點切入，強調以健脾益氣來固腎。整理各資深及名中醫師的臨床觀點，不難發現在治療婦科疾患時，調理脾胃是最突出也最常見的治療策略。

(七) 景岳全書、傅青主及醫宗金鑑，台灣醫家使用率高

張呂卻醫師認為傅青主重視炮製，且臨床上運用其方劑療效很好，所以在婦科裡面，推薦後進學生要讀《傅青主女科》這本書；高瑞青醫師推薦《醫宗金鑑·婦科心法要訣》、《婦科良方》、《葉天士女科》、《傅青主女科》；陳榮洲老師推薦《醫宗金鑑·婦科心法要訣》、《景岳全書·婦人規》、《傅青主女科》；張步桃醫師認為《醫宗金鑑·婦科心法要訣》、《傅青主女科》一定要看；

徐慧茵醫師以《景岳全書·婦人規》、《傅青主女科》為中醫婦科必讀書籍；吳龍源醫師認為《中醫婦科學》、《醫宗金鑑·婦科心法要訣》非常重要；董延齡醫師在婦科臨床上使用《醫宗金鑑·婦科心法要訣》的方子最多，其次也使用《傅青主女科》及張錫純的方子。根據訪談中結果，大多數資深及名中醫在婦科必讀書籍的看法上幾乎一致，常用方劑幾乎出於《傅青主女科》、《醫宗金鑑·婦科心法要訣》、《景岳全書·婦人規》這三本書。

(八) 取之於生活，善用食療驗方

張步桃醫師對中草藥之研究廣泛，除了臨床使用藥物講究簡便廉效，對於日常保健，也常鼓勵患者多使用新鮮食物保健強身，例如對於腫瘤患者，鼓勵多吃荸薺，因其植物生命力強，可適應各種環境，而且臨床研究發現它可化石消堅，因此腫瘤患者可多吃，平常人吃也有預防之效果。另外對於心血管疾病患者，如中風，張步桃醫師建議患者多喝蓮藕汁，對於心血管阻塞，可以有溶解血塊的效果，對於心血管破裂，亦有修補的作用，張醫師稱它為人類血管的清道夫。對於皮膚過敏之患者，張步桃醫師也提供止癢的小偏方，如利用繖形科植物之精油，如芹菜、香菜等取其枝葉，加入少許米酒及開水浸泡一段時間，製成的天然止癢水，對於皮膚癢有很好的止癢效果。另外對於常見的氣管問題，此皆為取之於自然的生活食療方式，不僅健康，對於身體同時有治療效果又不會增加負擔，是張醫師臨床治療常使用的食療技巧。

(九) 過敏性鼻炎從虛證論治多

過敏性疾病，是當前影響孩童發育重要的因素之一，過敏性疾病尤以過敏性鼻炎及異位性皮膚炎最為常見，過敏性鼻炎患者之治療，陳春發及鄭歲宗醫師認為多是氣虛，陳春發醫師認為久病必虛必瘀，除了補肺氣之外經常酌加活血化瘀藥，如：桃仁、紅花、牡丹皮；鄭歲宗醫師則經常使用補中益氣湯；張步桃醫師臨床心得首辨寒熱，鼻涕清稀透明者屬寒，當以溫藥治之，《黃帝內經》提到“心肺之陽有礙，鼻為之不利”，心肺之陽有礙則可呈現陽虛之寒證，表現在鼻過敏之臨床可見鼻涕清稀且多，而在張步桃醫師熟稔的傷寒金匱方中，又提到“夫短氣有微飲，當从小便去之，苓桂朮甘湯主之”，微飲短氣，是水停阻礙呼吸而短也，若呼之氣短，是心肺之陽有礙也，用苓桂朮甘湯以通其陽，因此苓桂朮甘湯可治療過敏性鼻炎屬寒者，另外在其經驗方中，發現蟬蛻、與荊芥具有良好的抗過敏作用，而葛根湯也可以治鼻子的毛病，其中的桂枝有強心、擴張血管的作用，葛根、芍藥有鬆弛作用，鼻塞也可以加通竅的藥，遠志、菖蒲等。

陸、建議

一、對衛生政策之建議：

(一) 建議中央衛生單位支持本研究案進行第三年計畫

誠如結論第一點所言，傳承資深名中醫師的寶貴臨床經驗實為刻不容緩之事。隨著時間流逝，許多資深中醫師開始凋零，這些珍貴的台灣中醫藥文化資產也隨著前輩逝世而遭到埋沒，因此需要政府機關有計畫地保存台灣在地中醫名老中醫師的相關臨床資料，並且透過質性分析研究，將中醫界耆老的學術思想作有系統的整理，以出版光碟或書籍之方式，以利後進學者學習，並且加速中醫知識及技藝廣泛的傳播，提升中醫學習風氣及能見度。而訪談及蒐集老中醫語言及非語言性經驗，需投入龐大人力物力及時間，要建立完整的老中醫資料庫也並非一蹴可幾，此番作為需要由政府中央單位有長遠的規劃並且編列預算，才有徹底實踐的可能性。本兩年期計畫只是個開端，拋磚引玉以喚起更多中醫同道認同經驗傳承的重要性，並期待中醫界耆老加入傳承的行列，公開其學以饗後人。

(二) 建議中央衛生單位擬定獎勵計畫，公開鼓勵資深名中醫師傳承其學

誠如結論第三點所言，在執行計畫中發現台灣資深名中醫師受訪意願並不高，多數中醫師對於經驗傳承的觀念沒有很強的意願及感受。除了可能一開始邀請方式不夠正式之外，中醫界前輩們大多忙於診務，無暇接受訪問及規劃教學工作。因此建議貴委員會或全國中醫師聯合公會可研擬出一套配套措施，使名老中醫們有意願教學，或是由政府建立一套實質補貼或是榮譽獎牌等無價鼓勵的榮譽制度，鼓勵名老中醫們以「師徒制」的方式參與培育優秀中醫後輩的行列。

(三) 建議逐步收集歸納老中醫之臨床經驗，並進而成冊出書

經由此兩年計畫可發現受訪之資深中師大致上分為三大類，第一類其聚焦於對中醫界發展中之努力為訪談主要論述，至於在治療論述上佔訪談內容比例相對較少，第二類的老前輩侃侃而談，在約略一到兩小時訪談中可以很清楚的交代治病的療效及看法，第三類的老前輩則為不但侃侃而談，而且由於累積經驗非常豐富，無法在一二次的錄影訪談中，完全收納吸收其經驗來做傳承，只有或許訪談到十分之一或百分之一的部份，因此建議未來如果還有延續資深名老中醫傳承工作，應該以第三類的醫生為主要的訪談對象，並且將其論述、思想及經驗有系統的完整收納並進而成冊出書。

二、對醫學教育及人才養成之建議：

(一) 建議建立現代醫學教育體制與傳統師徒制之間的橋樑

在學習中醫的歷程中，現代醫學教育體制無法完全取代傳統師徒制，由本研究中也發現臺灣目前資深的中醫師，大多向兩位或以上的老師學習。而過去資深睿智的中醫師不僅協助後輩了解醫理，進而行醫濟世，立足社會，更以實際行動來傳承寶貴的個人經驗，此種由來已久的「師徒制」(Mentoring)可說是中醫傳承知識、技能最傳統有效的方式。因此臺灣中醫界不能只依靠醫學院的體制來訓練下一代，而應該師法大陸所謂“師帶徒”的作法來傳承傳統中醫藥的醫療知識。依據本研究訪談的成果，建議可依年齡、傳承意願等為基準，先由中醫藥委員會聘為老中醫藥專家 10 名，再遴選 20 名中青年中醫、中藥師為“繼承人”。採用“師帶徒”方式，由老專家結合自己的專科特色和多年辨証施治心得，對“繼承人”進行臨床指導。並依疾病別分類，定期“繼承人”聚集依研討會的形式，報告學習過程中的體會及心得，並有系統的收集相關中醫藥的醫療知識，為老中醫藥專家準備著書立說的出版內容，並且預期經過一年有系統的收集，應可以將 10 名老中醫藥專家的學術思想，完成到可出版的內容。

(二) 建議建立公開討論老師臨床經驗的風氣

許多資深中醫師，例如：張步桃、戴吉雄及潘隆森老師教學多年，桃李滿天下，但實際上能對上述三位前輩的學術思想多做闡述及發揮的後輩醫師並不多，十分可惜。有鑑於此，建議能提倡公開檢驗老師臨床經驗之風氣，鼓勵其門下學生透過發表文章或開研討會的方式，將老師的學術思想及臨床經驗公布出來，則其師承經驗之體會及心得，便有機會公開受到老師們其各位同道的驗證，以裨於後進者之學習，並刺激中醫藥的研究發展，如此老師們的學術地位也得以樹立一家之格。

(三) 建議公開培訓年輕醫師為接班人，為資深中醫師著書立說

一般而言知識可大略分為兩種，凡是可以口頭表達、印成書本者，都屬於明言知識 (explicit knowledge)⁽²¹⁾。明言知識可以編碼，可以保存，可以複製，還可以大量傳播出去。以中國醫學為例，古籍記載著千年前的人類醫療知識，就是一種明言知識。而明言知識往往產自於非明言知識 (tacit knowledge)，有些知識無法明示、只能意會，稱為非明言知識。難以明言的知識常常是一種很個人化的技藝，而且涉及使用知識的環境與脈絡。如同哲學家波蘭義 (Michael Polanyi) 在《無言的次元》(The Tacit Dimension) 一書中所說的：「我們知道的，比我們能說得出來的多」，可見隱性知識是我們人類知識的主體，顯性知識它僅是知識冰山浮出水面的一角。以針灸為例，即使資深的中醫師不想藏私，但指下的針感及

訣竅未必能夠用語言清楚歸納出來。其中的奧秘，不經過長期的觀察、模仿與實習不可能學到。非明言的知識既然不易傳播，並且不易模仿，因此若資深的中醫師有心要傳承，要對更多的後輩中醫師創造更有效率的學習，必須將這些非明言的知識明言化，才能快速推廣與利用。個人淺見，大致上有幾種傳承的模式，將資深中醫師已累積的既有知識來創造新知識。一是將資深中醫師既有知識，透過師徒之間的分享與互動，從資深中醫師非明言知識轉化到後輩中醫師（仍為非明言知識）；二是將資深中醫師既有知識，透過後輩中醫師（已學習到資深中醫師知識精髓，往往需要追隨數年的時間）或資深中醫師本人，將其學識撰寫成冊轉為明言知識；三是把資深中醫師已發表的論文、書籍等，透過擴散與重新組合，而產生該資深中醫師的學術思想；四是透過該資深中醫師的學術思想把原有的非明言知識更為廣化與深化，即是「內在化」。本研究乃透過類似二、三的模式，進行傳承工作，有其執行上實際層面的限制，由於訪談的資深及名中醫師多達 51 位，因此本傳承的研究工作先求其廣度，在過去的兩年，儘可能的邀約合適的受訪者，並逐一完成錄影及逐字稿的記錄，當然在過程中，計劃主持人及研究團隊主要質性研究分析的中醫師，如林俐嘉、呂庶熙及陳曉萱中醫師等，已默默的進行傳承模式一的知識轉化，未來除了持續邀約更多具足資經歷且有心傳承的資深中醫師外，應開始深化傳承模式一、二、四的工作。

如何深化傳承模式一、二、四呢？以張步桃老師為例，已經一系列的出版了各種經驗傳承書籍，從這些有系列出版的書中可看出，呈現出張老師在食療養生、傷寒專論、臨床處方用藥等的面向，完整的呈現他的學術思想。針對張步桃老師知識傳承工作，則建議透過如賴正均、曾素真及陳曉萱等有師徒關係的中醫師，分享張老師臨診病案與依據老師的學術思想在臨床施用後的心得，將張老師已發表書籍重新整合，把張老師的學術思想深化。再以 101 歲的姜通老中醫為例，經過兩次訪談依舊有很多豐富的臨床見解及經驗等資料未及收錄，而姜老前輩自己還在默默的門診看病並親自的逐字撰寫病例以送審健保，耗掉老前輩非常多的時間，因此雖有心將其經驗集結出冊，但是多年都還未付諸實行。針對姜老前輩知識傳承工作，則建議透過經本研究已訓練過，懂得如何有系列收集資料的中醫師，如林俐嘉、陳曉萱醫師及吳欣潔、吳淳惠、陳世峰、陳怡真、黃茵婕、李高魁、黃俊平等實習醫師與姜老前輩建立師徒關係，定期跟診並與老前輩互動及分享其豐富的臨床見解及經驗，並於計劃執行過程，定期分享老師臨診病案與依據老師的學術思想在臨床

施用後的心得，集結成冊並撰寫為可發表之專業傳承書籍。

三、對民眾養生保健之建議：

建議將資深及名中醫師衛教內容彙整成教材，以推廣中醫養生觀念

經由訪談資深中醫師的過程中，體會到向民眾詳細衛教之重要性。尤其在過敏性疾病方面，包括氣喘、過敏性鼻炎、蕁麻疹、異位性皮膚炎等，患者是否能配合禁食冰冷及刺激性食物，包含燒烤炸辣等是非常重要的，並且直接影響治療效果的。此外，建立固定運動習慣，適合的運動包括慢跑、快走、氣功、打坐、深呼吸等，以及建議民眾在十一點之前就寢，皆是老中醫們經常苦口婆心勸導民眾遵行的衛教內容。而採訪影片中亦有資深中醫師親自示範之簡易健康操，如此珍貴並且平易近人的中醫養生知識，實在值得大力推廣。因此建議貴委員會可考慮將眾多資深中醫師之衛教內容，作更完整之彙整編排，並出版衛教教材或者燒錄製作成養生光碟，以供民眾索取、購買，或者安排一系列中醫養生課程或線上影片教學，提供民眾多元化之學習管道，以達到推廣中醫保健養生之目的。

四、對中醫執業同道之建議：

(一) 建議注重中藥飲片之炮製，以增進療效並降低藥物副作用

資深及名中醫師普遍有使用水煎藥之經驗，其中更不乏專精運用水藥以治療危急重症或疑難雜症之高手，當中也不難發現善用水煎藥之醫師通常有注重飲片炮製，並且親自參與炮製之特點，例如：彭新騰醫師自己炒製蜜黃耆、炙黃耆、炙甘草，並堅持細辛、馬兜鈴須用甘草水沖洗；呂張卻醫師醋炒延胡索，以增加酸縮、止痛效果；張駿醫師認為熬煉蜂蜜須至滴水成珠，製作藥丸才能長久保存。另外，不少醫師擅用各種傳統劑型，如丸、散、膏、丹、外洗等以提升療效，例如：張正懋醫師使用特定藥店製作之膏滋，認為其優點為不寒不熱不涼不燥。

因此，在目前健保不給付傳統劑型之環境下，中醫執業同道們欲提升治療醫療品質及拓展業務者，使用合格中藥飲片並經過適當的炮製以供使用，或開發多元之中藥劑型，著實為一良好之思考點。

(二) 建議未來中醫需朝向專科化發展

我們從名老中醫訪談中，可以顯而易見的，是諸位中醫界耆老們幾乎都有其擅長治療的特殊疾病病種，或是專科、專病化發展之傾向。例如：陳榮洲、陳俊明醫師為中醫婦科之翹楚；謝慶良、李政育醫師為治療中風之專家；朱士宗、朱樺醫師為中醫外科聖手。訪談中，中醫界前輩們也清楚指出，中醫朝向專科化發展是未來不可避免之趨勢，由目前蓬勃發展的各中醫專科醫學會即可見一斑。

因此，除了社區一般性的照護，積極朝向專科、專病化發展，是我們對未來中醫同道執業上的建議。

(三) 建議建立科學中藥處方模式，以供中醫同道參考學習

由於目前健保給付規定，大多數中醫醫療院所處方皆以開立科學中藥粉為主。由於科學中藥發展期間只有短短不到六十年的歷史，與傳統水煎藥累積千年的知識相比，實屬萌芽階段。其既行開方模式不同於以往，並且除了張步桃醫師出版一系列書籍中有提到科中的使用之外，目前沒有專書指引如何開立科學中藥，故關於科學中藥之每日劑量及單複方組合模式尚無一致公認之通則。因此建議有豐富經驗並且在臨床上有一套個人的處方見解之資深中醫師，可舉辦教育課程或將其經驗集結成書，透過多方交流及臨床試驗之結果，逐漸形成科學中藥處方標準模式，以供中醫同道參考使用，並且利於後進末學有所學習依循的方向。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會計畫編號 CCMP96-RD-008、CCMP97-RD-114 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

計畫執行的過程，受到諸多的限制與困難，如人力有限、校稿過程繁雜瑣碎，但在全體同仁及實習醫師的努力下，使計畫順利完成，並且和幾位名老中醫建立良好的關係。非常感謝 51 位參與受訪名老中醫無私的指導，不僅願意將所學寶貴知識經驗分享傳承，並且不吝其寶貴時間而接受我們進一步的採訪，或是親自來院指導後輩醫師，使其珍貴之臨床經驗得以傳承，並且讓老中醫豐富的知識經驗得以化做影音、文字呈現，在中醫藥發展歷史上留下足跡。

柒、參考文獻

1. 劉舟、鄧中甲：淺析方劑學科在中醫學術傳承中的作用。成都中醫藥大學方劑教研室，成都。[cited 2006 Nov. 10]。Available from: URL: http://www2.bjucmp.edu.cn/fangjixuefenhui/xuehuiluntan/new_page_114.htm
2. 承接岐黃薪火 傳承中醫衣鉢。中國首屆著名中醫藥學家學術傳承高層論壇，南通。[cited 2006 Nov. 10]。Available from: URL: <http://big5.cctv.com/program/zhyy/20050810/100605.shtml>
3. 行政院衛生署中醫藥委員會。中醫醫療品質提昇會診計劃，2004。
4. 行政院衛生署中醫藥委員會。中醫醫療品質提昇教學門診計劃，2005。
5. 熊展鶴：長沙一些老中醫建議 確立中醫“師徒傳承”合法性。[cited 2006 Nov. 10]。Available from: URL: http://news.xinhuanet.com/society/2006-03/12/content_4294396.htm
6. 朱良春：名師與高徒--首屆著名中醫藥學家學術傳承高層論壇選粹。[cited 2006 Nov. 10]。Available from: URL: <http://www.haotushu.com/book/1100687/>
7. 劉宏鈺：雙生涯家庭女性繼續學習歷程與經驗之研究。中正大學成人及繼續教育研究所碩士論文，2003。
8. 潘淑滿：質性研究，心理出版社，2005。
9. 賴榮年等編譯：實證醫學的運用-臨床診療指引，合記圖書出版社，台灣台北，2004：14。
10. 劉渡舟：劉渡舟醫學全集，台灣，啟業書局，1998；79-80。
11. 施至玲、賴榮年、卓雨青、葉家豪：小兒夜尿之中醫治療病例報告。台灣中醫醫學雜誌，2007;5(2):3-13.
12. 賴榮年、楊曜旭、李長興、黃瓊箴：更年期科學中藥處方模式分析-以1997 到 2004 健保 20 萬抽樣歸人資料庫為例。中醫藥研究論叢，2007;10(2):91-107.
13. 黃啟福：中西醫結合病理學和病理生理學研究思路與方法，中西醫結合學報，2004；2(4)：245-251。
14. 劉克林：中醫辨證與西醫辨病之我見，河南中醫學院學報，2007；22(132)：9-11。
15. 邱仁輝、賴榮年：中西醫結合治療更年期障礙。當代醫學，2008;35(5):400-410.
16. 邱仁輝、賴榮年：中西醫結合治療骨質疏鬆症。當代醫學，2008;35(6):448-459.
17. 林宜信等：攜手迎向未來共創中醫藥新契機，台灣中醫藥現代化暨國際化之策略與成果，行政院衛生署中醫藥委員會編印，2006；51-62。

18. 賴榮年、呂庶熙、吳炫璋、葉家豪：實證醫學運用於台灣針灸醫學之初探。中華針灸醫學會雜誌，2004;7:43-52.
19. 賴榮年：2005 國際中醫藥實證醫學研討會(International Society for Chinese Medicine)—台灣推展中醫實證醫學借鏡。北市醫學雜誌，2005;2(7):676-684.
20. 賴榮年、葉家豪：臺灣中醫界推動實證醫學種子教師現況。台灣中醫臨床醫學雜誌，2007;13(3):171-180.
21. 董安琪，中央研究院經濟學研究所，《科學發展》2002 年 5 月，353 期，62~68 頁。

