

欲加之罪本無罪

華夏中醫 吳侃陽中醫師

中文中有個比較特殊的詞彙叫做“莫須有”，人們常常用它來形容某些人蓄意捏造罪名。這個詞出自於南宋時期，當時的宰相秦檜誣害岳飛要謀反，有人問他有什麼證據時，他卻回答說：“莫須有。”事實上，莫須有的意思僅僅只是也許有、恐怕有而已。就這麼一個莫須有，殺害了抗金名將岳飛，除去了投降派秦檜的最大障礙。

這個詞也使筆者聯想到人們對於中醫學說的認知問題。自從清末民初西方文化進入中國以後，有關指控“中醫不科學”的種種罪名接踵而至，似乎同樣也有著“莫須有”的意思。幾千年以來，中醫為著中華民族的繁衍做出了很大的貢獻，也從來沒有聽說過有著這麼許多的罪名加在中醫學說的頭上；但自從西方文化一進入中國，各種千奇百怪的說法也就隨之而來、中傷著中醫學說。當然，其中有些說法屬於友善的不理解，有的則是屬於惡意的中傷。

筆者了解到指控“中醫不科學”的理由很多，其中的說詞有“中醫臨床治病不以病名為主”、“中醫沒有像西醫那樣規範的科學檢驗方法”、“中醫臨床治病的重復率不高”等等。其實，這裡所有的理由都不成其為理由，因為它只是由於某些不懂得中醫[辨證論治]等臨床理念的個人偏見所致。在這些說法裏，充斥著一個不可否認的不當舉止，就是人們總是將中醫的學術理論拿來與西醫互相套用，總是用西醫的理念來詮釋中醫。客觀來說，這種做法是非常不恰當的。因為中西醫學說並不屬於同一個醫療體系，二者無論是在學術結構上，還是在臨床治療上，都存在著相當大、而且相互之間又難以調和的差異；似此，如何能夠在學術概念上相互套用呢？又如何能夠依據某種醫學的學術理論來苛求另一種醫學呢？

筆者以為，欲加之罪本無罪。由於現代科技的實質概念佔據著現代社會的思維模式，而且中醫的這種以[辨證論治]為主體結構的整體醫學體系屬於模糊的概念，與西醫、乃至現代科技文化相差甚遠，以致於使得許多現代人難以理解到其深刻的內涵，從而常常會出現類似上述的那些偏見。雖然人們強加給中醫學說這麼多莫須有的罪名，但從學術的觀念來看，中醫是無罪的。中醫學說的科學性和實用性是不容否定的，中醫完整的學術理論始終能夠指導著臨床治療而取得顯著的療效，這些足以顯示出中醫學說的強大生命力。

然而這些偏見的存在常常很容易產生誤導作用，使得人們對於中醫的臨床治療缺乏信心，同時也會使得人們對於中西醫之間的學術概念出現相互混淆的複雜狀態，這種混淆也很容易導致臨床醫療事故（諸如中藥中毒等）的發生。筆者以為，對於這些莫須有的“欲加之罪”，如果我們不加以闡釋或者反擊的話，雖然還不至於像岳飛那樣發展到“被殺”的地步，但的確有著討厭的“障目”之嫌。我們知道，中醫整體調節的臨床思維與西醫[辨病]的局部治療理念完全不同，其特色主要體現在[辨證論治]等臨床理念上；事實上[辨證論治]等基礎理論屬於中醫學說所特有的臨床精華，也是中醫臨床能夠取得顯著療效的唯一途徑，更是論證中醫學說科學價值的重要依據，可以說，中醫的[辨證論治]等基礎理論是能

夠經得起推敲的。因此，筆者在此將試著對這些“欲加之罪”進行逐條剖析，並以闡明中醫學說的基礎理論及其臨床思維的方式來明辨是非，以正視聽。筆者以為，如若能夠清晰地論述這些被混淆、以致被歪曲的學術理念，就等於是在為中醫學說脫去上述那些莫須有的“罪名”；只可惜筆者孤陋寡聞，未能收集到更多的“欲加之罪”。

●中醫臨床治病與西醫不同，中醫主要是以[辨證]作為診斷治療依據，而不是病名；所以說，中醫臨床最重視的不是病名。

某些人指責中醫臨床不重病名，著名學者胡適先生就是這麼認為。他認為西醫能夠說出他得的什麼病，雖然治不好，但西醫還是科學的；而中醫雖然能夠治好他的病，但就是說不清楚他得的什麼病，所以中醫不科學。事實上，所謂“說不清楚”應該解讀為他對於中醫的病名及其[辨證論治]等概念不能理解較為恰當。作為一代學者，胡適先生竟然不懂得科學的深刻含義；在他的眼裏或許並不認為醫學的科學效用應該是以“能否治好疾病”為主要觀察依據，反而認為名字大過實質。如若如此看待問題，豈不是本末倒置嗎？說句笑話，人們看重胡適先生並非因為他的名字順耳，而是他的學識和才華所致；胡適先生即使叫做人們所不習慣的“胡不適”，一樣也會大名鼎鼎。可是胡適先生竟然昏憤到將當時對他並沒有實際療效但聽起來順耳的西方醫學稱作為科學，卻將當時實際幫助他解除疾病的苦痛、而他自己又難以理解的中國醫學貶為不科學，豈非彌天笑話？所以說，胡適先生否定中醫科學性的說法過於牽強而不明事理，因為名字畢竟只是一個標誌而已。我們判斷某個事物科學與否應該以其學術結構及其實用價值等特點為主要依據，而絕不能僅僅憑著自己的好惡、甚至只是站在其他某個特定的角度來審視，事實上胡適先生的上述說法恰恰就是站在西醫[辨病]的角度來苛求中醫。

我們知道，病名是西醫在臨床上十分重視的診斷結論；面對患者，他們常常通過各項相關檢驗所獲取的數據來診斷並確認病名，然後再依據病名來決定臨床療法。譬如糖尿病。西醫根據空腹時血糖指數的多少來衡量病情，一旦超過規定值，就可以確認為患上了糖尿病，繼而使用胰島素等藥物來降低體內糖的含量。西醫治病的這種方式應該稱作“辨病名而施治”，因而病名對於西醫臨床治療十分重要，離開病名的診斷，西醫就無法進行相關的治療。但是，中醫臨床治病重在[辨證論治]，這種特殊的治病規律決定著中醫療法不能夠（也不應該）採用西醫那種[辨病]的臨床思維。雖然中醫也有著許多自己的疾病名稱，如眩暈、淋證、消渴、鬱證、遺精等等，但這些病名僅僅只是對於患者所患疾病主症的描述而已，依據這些病名是無法進行中醫治療的。

我們知道，中醫臨床只有[辨證]才是中醫的唯一診斷，中醫所有的治療，幾乎全是為著糾正通過[辨證]所確定的[病態證型]而設立的，如果只有病名而無[辨證]，中醫臨床無法進行治療。以眩暈為例，任何一位中醫師都不可能依據眩暈這個病名來治病，只有在找出相關的[病態證型]之後，才能進行以糾正[病態證型]為目的的臨床治療。很顯然，中醫臨床所採用的療法都是針對[病態證型]的，眩暈這個病名無法指導治療。導致出現眩暈的[辨證]

很多，中醫教科書《內科學》上所敘述的就有肝陽上亢、氣血虧虛、腎精不足、痰濕中阻等[證型]；不同的[證型]所用的治則和方藥絕對不可能相同，這就是中醫[同病異治]的道理。從這裡可以看出，“同病”不屬於中醫的臨床診治依據，正是由於存在著不同的[辨證]，才有可能會出現中醫這種[同病異治]的特殊診治規律。此外，中醫的同一[證型]可以出現在不同的病症之中。如肝陽上亢證，其既可以出現眩暈，又可以出現頭痛，還可能會出現面紅、急躁易怒、口乾舌燥、耳鳴耳聾、少寐多夢等等症狀。這樣，僅僅一個肝陽上亢證型就可以同時作為眩暈、頭痛、耳鳴耳聾、不寐等多個疾病的診斷治療依據，這就是中醫[異病同治]的概念。從這裡也可以看出，只要是[辨證]相同，不管其所患疾病是何種病名，中醫臨床都可以採用同一種治療方法。

其實某些[結合醫者]也懂得這點，譬如在《中西醫結合內科學》一書中，編者就在各個病名之下列置出中醫的不同[辨證]和治則，並沒有去掉中醫的[辨證]而在病名下直接羅列出中醫的各種療法。

所以說，中醫臨床的治病思維是[辨證論治]，而不是[辨病]，病名對於中醫的任何療法基本上不具備指導意義。此外，[同病同治]屬於西醫的臨床治病規律，如若以一種醫學體系的學術標準來衡量另一種醫學體系的做法肯定是不恰當的，也是很可笑的；因而不應該使用西醫[辨病]的標準來衡量和苛求中醫，更不應該由此而判定中醫不科學。

●所有的中醫療法都是為著糾正患者的[病態證型]而設定的，因此西醫的檢驗指標對於中醫臨床沒有任何指導意義。中醫的規範體現在嚴謹的[辨證論治]治則上。

有人認為中醫沒有像西醫那樣規範的科學檢驗方法，因而不科學。在他們的眼裏，西醫臨床診斷所依靠的檢驗數據有著量化的規範，而且與現代科技關係密切，因此西醫是科學的。的確，無論從哪個角度來看，中醫都無法做到量化的規範，但沒有量化並不等於不科學；而且作為以[辨證]來[論治]的整體醫學，中醫也無須量化的規範。譬如中醫有關體質的論述屬於模糊的概念，其既有著五臟六腑的部位差異，又有著陰陽、氣血、津液的類別區分，更有著年齡、先後天、生活形態等因素的影響；似此，有誰能夠使用簡單的數據來評定出機體體質的強弱程度呢？

關於西醫重視檢驗的問題，筆者想引用何足道中醫師在《中醫存亡論》一書中所作的論述來說明。他認為“醫學是以治療病人為目的，忽視為疾病所苦惱的病人主訴症狀，而重視既成的智慧體系（指西醫的多種檢驗手段），沒有進入該體系的就不算疾病，或者說成‘心理作用’，這是不負責任的態度。聽取病人的主訴，除去其痛苦，這纔是醫療的使命。西醫臨床醫師獲得一個簡單的主訴之後，立刻便是一系列的儀器檢診。雖然病歷表上首列主訴，但實際上僅僅將它作為儀器檢診的‘綫索’，並不作為診斷治療的主要依據，將主訴視為‘主觀’的感覺，而偏重於‘他覺的’‘客觀的’檢驗指標，甚至不惜將患者的痛苦主訴視作主觀予以拋棄。中醫學截然相反，作為[四診]之一，中醫學將問診視為病人病情產生、變化的活信息，作為診斷的重要依據，甚至列為治療的主要目標。”的確，西醫

臨床並不重視患者不適的感覺，而只是偏重於依賴檢驗數據來診斷疾病，不管患者有著多大的痛苦，只要其檢驗結果正常，一般都不會被認為患有疾病。筆者以為，這種臨床病理觀念是不對的，至少是不全面的。我們知道，檢驗數據是人為制定的，但疾病的發生發展卻不是人所能夠控制得了的，對於千變萬化的臨床疾病的發展規律，僅僅只是依靠這種檢驗手段是不可能全部真實地反映出來的，因為這種人為規定的檢驗數據有著它的局限性。事實上自從西醫問世以來，都在不斷地修改著各種檢驗數據的診斷標準，那麼，是不是說明修改後的診斷標準科學、而以前所設定的診斷標準就不科學呢？筆者以為，作為身體的檢驗數據應該只能作為臨床治病的輔助工具，而不應該作為診斷治療疾病的主要依據，這種捨本求末的做法並不科學，因為真正能夠作為主要依據的應該是患者痛苦的主訴。目前，這種正確的臨床診治理念只有中醫還在堅持，而隨著現代科技的發展，臨床檢驗的各種方法越來越細，這種重視患者主訴的診斷方法被西醫視作“不科學”而早就將其拋棄了。

作為一位醫者我們應該懂得，人們求醫的目的是為了減輕自己身上的病痛，並非只是為著觀察自己的檢驗指標到底如何；即使有人這樣做，也只是想通過檢驗數據來了解自己的身體狀況而已。然而，人們通過這種觀察也注意到檢驗過程中所出現的某些奇怪現象。譬如許多人在前一年體檢中檢驗數據完全正常，但在第二年卻被診斷出患上了癌症。這個現象的出現，是不是說明患者的癌變僅僅只是發生在第一年體檢之後？或者是說西醫的檢驗數據規定癌細胞必須在某個額定數據以上才能診斷為癌症（就是說第一年體檢即使發現癌細胞，由於其指標還不到某個規定值就可以忽略不計）？事實上癌症的突發現象比較少見，如若屬於前者，則說明檢驗無法顯示出癌症的前期表現；如若屬於後者，則可視為醫療診斷方面的疏失。事實表明，檢驗數據再怎麼科學，也無法準確地反映出患者的病痛。試想，既然這類檢驗數據甚至連臨床疾病的診斷尚且都無法做到十分準確，我們怎麼能夠將其作為判斷科學的依據呢？

筆者曾經聆聽過無數患者的抱怨，主要是訴說由於自己感覺不適而去看醫生（西醫），而醫生認真進行檢查後，認為他的各項檢驗指標均屬正常，診斷結果是沒有患病，因而也就無從處置或者只能進行帶有安慰性質的處置。人們曾別出心裁地稱這種狀況為“亞健康狀態”，這個名字很有趣味，其意指患者的身體狀況比健康狀態稍差一點，但還不到生病的狀態。這裡人們不禁要問，既然發現患者的“健康狀況稍差一點”，為什麼不去制定特定的檢驗數據來說明患者的健康狀態到底差多少？為什麼不去採用醫療手段來改善患者這種“稍差”狀態、而非得讓其生病後才進行治療呢？筆者以為，作為臨床醫學，醫生面對患者時只應該存在是否患有疾病的問題。如若患者患有疾病，就得醫治；如若患者沒有患病，就不需要進行治療；所以說，“亞健康狀態”的說法過於曖昧，應該屬於不負責任的醫療概念。

嚴格說來，所謂“亞健康狀態”概念的出現應該屬於西醫臨床診治理念上的一種缺失。由於西醫過於倚重檢驗數據而輕視患者的主訴，因而對於患者有不適感受而檢驗數據正常的所謂“亞健康狀態”無法做出明確的診斷和有效的治療。面對上述狀況，中醫臨床不會顧及檢驗數據正常與否，一般都會認為患者的身體狀況屬於病態；而且由於中醫的臨

床診治特點偏重於患者的臨床症狀及其舌脈狀況，因此能夠根據患者的不適體徵進行適當的臨床調治。在此我們應該認真思考一下，上述這種醫患之間的矛盾能夠說明什麼問題呢？很顯然，說明檢驗數據雖然能夠為西醫臨床提示某些方面的問題，但並不一定能夠完整地反映患者的病痛；既然不能得出中肯的疾病診斷結論，當然也就談不上進行有效的治療；所以說，所謂“亞健康狀態”概念並不符合以治病為主體的臨床醫學的最終目的。

事實上臨床檢驗數據和結論不能夠準確而有效地反映出患者病情的案例很多，筆者曾經治療過一位女性患者，其因尿血兩週一次而求（西）醫，雖然連續不斷地進行過多項檢查（諸如超聲波、膀胱鏡、斷層掃描、血液化驗等等），但始終無法找出病因。依照西醫的臨床診治規律，由於各項檢驗結果均為正常，醫生無法確診其所患疾病；因而在這種情況下，醫生只能是給其一點消炎藥來應付搪塞而已。可是，患者的尿血卻變得越來越嚴重，直至發展為一週數次，其心情惶恐至極；在這種無奈的情況之下，患者只得求助於中醫治療。筆者接診後，發現患者骨蒸潮熱，盜汗顴紅，舌紅脈細，呈現出典型的陰虛火旺徵象。[辨證]顯示患者尿血的病機為腎陰虧虛，相火妄動，灼傷脈絡，以致逼血外出。筆者治以滋陰降火，安絡止血，方用知柏地黃丸加減。很快，患者的尿血等症狀立即隨藥而愈。上述表明，筆者在使用中醫療法治愈此例尿血的過程中並沒有、也不需要西醫的檢驗結論，而主要只是偏重於觀察她的尿血狀況及其全身徵象。

其後不久，這位患者的兒子在尿檢過程中突然發現紅細胞計數超標，故立即請筆者予以調治。筆者經[辨證]後認定患兒屬於脾不統血證型，治以補中益氣湯加味而愈。表面看來，筆者的治療是為驗尿的檢驗數據所指引，其實筆者只是將此數據僅僅看作患者的主訴（一個主要臨床症狀）而已，因為這個尿檢數據無法作為筆者處方用藥的指導依據。必須強調，即使沒有尿檢數據顯示，患兒身上所表現出來的其他症狀（如神疲、倦怠、納呆等）也已經顯示出其中氣虛衰的體徵。由此可見，筆者所進行的調治並不僅僅只是為了消除患兒尿中的血紅細胞，而是為著糾正患兒脾不統血的[病態證型]；正由於患兒的[病態證型]得到糾正，其機體脾不統血證型所導致的所有兼症則均會消失。事實也的確如此，治療後除了患兒的尿檢結果隨即顯示出正常之外，其他的症狀也都得到改善乃至治愈。所以說，筆者的治療依然還是遵循的[辨證論治]治則。以上事實表明，僅僅只是依賴檢驗數據進行治病並不是恰當的醫療行為；而且，除了[辨證]以外，任何檢驗數據都無法指導中醫的臨床治病。

同樣，使用中醫療法來改善西醫的臨床檢驗數據的做法也是不恰當的，因為任何中醫療法的設定，其目的都不是為著改變西醫的檢驗數據。由於中西醫療法的[道]各不同，筆者常常無法滿足患者關於使用中醫療法來改善西醫檢驗指標的要求。由於西醫療法的設置都是為著改變這些檢驗指標，所以筆者認為也只有西醫療法才能有效而可靠地作出這種改變。客觀來說，就改變西醫的檢驗指標而言，某些中醫療法或許能夠起些作用，但任何中醫療法都不可能具備穩定的改變作用；可以說在這個方面，中醫療法根本不可能超越西醫，直接使用西醫療法纔是最合理的選擇。從這裡可以看出，[結合醫者]硬要使用中醫療法來取代西醫療法的做法是十分幼稚而又笨拙的。

筆者曾拜讀過一篇題為《優勢互補-中西醫結合根本動力》的文章，文章說“與西醫相比，辨證論治是中醫學的優勢，但是中醫又有自己的不足，那就是對病的客觀診斷不夠清晰。”這段話很有意思，既然承認[辨證論治]屬於中醫學的診斷優勢，又如何存在中醫對疾病的診斷不夠清晰呢？其實作者的“清晰”觀還是建立在檢驗數據的基礎上，他還是沒有能夠搞清楚中醫的診斷就是[辨證]，仍然還是將西醫的檢驗數據當作中醫臨床診斷所必須遵循的唯一參考標準。在這些人看來，中醫[辨證]很“抽象”，不如西醫檢驗有著數據的規範。這種認識當然屬於偏見，也是出於對於中醫[辨證論治]的診治法則不理解所致。

事實上，[辨證論治]理論並非人們所想象的那麼“抽象”，而應該理解為具有嚴謹規範的模糊概念。在上述病例中，筆者通過[辨證論治]，認為母親尿血的直接原因為“虛火逼血外出”，而虛火的形成則由於“陰虛”所致，如果沒有“骨蒸潮熱、盜汗顫紅、舌紅脈細”等臨床脈症的支持，就無法得出“陰虛火旺”的診斷，也就更談不上制定和使用知柏地黃丸加減的治療方案。而對於其子的診治也是一樣，沒有“納呆、神疲、倦怠、脈弱”等臨床脈症的支持，也就無法得出“脾不統血”的[證型]診斷而治愈疾病。從上述母子兩人同屬尿血、其治各異的案例中可以看出，中醫學說的臨床[辨證論治]非常嚴格而且靈活，那種所謂中醫“診斷不夠清晰”的認識只是由於人們暫時還不能夠完全理解中醫的模糊概念而已。

上述表明，人們對於西醫檢驗手段的認同，主要還是出自於檢驗手段的實質概念與現代人本身所具有的實質思維能夠產生共鳴所致，當然，這種主觀上的共鳴並不能夠說明這種診斷方法就一定科學，而不具有這種檢驗手段就一定不科學。

由此可見，中醫臨床治病的對象主要是患者本人，而不是患者的檢驗指標；中醫臨床治療的目的是使患者的臨床病徵消失，而不是為著改變患者的檢驗指標。所以說，中醫的規範體現於嚴謹的[辨證論治]，而不是所謂的量化；中醫臨床的[辨證]思維決定著不需要類似西醫那樣的檢驗手段。

總之，量化屬於西醫診斷規範的一種形式，而[辨證]屬於中醫診斷規範的一種形式，兩種不同的規範只是形式有別而已，不應該因為中醫學說不具備西醫量化的檢驗手段就理所當然地被排斥為“不科學”。

●中醫的重復率體現在[辨證論治]方面。

人們常常喜歡斥責中醫的“重復率不高”，並以此為依據而攻擊“中醫不科學”。譬如對於同樣的疾病，在張姓患者身上療效較好的方劑，用在李姓患者身上卻毫無作用，因而就可以說明中醫的“重復率不高”。

所謂“重復率”，是指一次又一次地使用相同的方法而得出同樣結論的機率，是使用統計數據的比值來衡量某種方法是否具有社會價值的一種方式。由於每種學科的“相同方法”都有著各自不同的使用規則，因此，衡量“重復率”高低的條件必須是嚴格遵循各種方法自己的準則，不可以概念錯位。很顯然，上述所出現的錯誤指責主要源於“相同方法”

的概念錯位。

中醫臨床的“相同方法”是指以中醫療法糾正患者的[病態證型]，而這些人卻糊塗到將中西醫視為同一門醫學，因而在觀察臨床療效的問題上也出現以西醫的[辨病]觀來取代中醫[辨證]觀的思維錯誤。事實上，這些人所說的“同樣疾病”的概念是指所患疾病的病名相同，而非患者的[辨證]相同。前面已經說過，中醫臨床治病不是依病名而為，“同樣疾病”的概念並不是指導中醫療法的依據。在這裡，筆者需要強調的還是那句話：如若使用中醫療法治病，所依據的必須是中醫的[辨證論治]理論。患者的[辨證]相近，即使所患疾病的病名不一樣，使用同一方劑都可以取得療效；患者的[辨證]不同，即使所患疾病的病名相同，所使用的方劑也不可能一樣。

所以說，[辨證論治]是中醫臨床無法改變的治病規律，對待西醫的病名如此，對待中醫的病名也是如此。張姓患者的藥方不能用於李姓患者的道理肯定是由於他們所患疾病的[證型]不同，因此會必然無效；當然，如若以西醫[辨病]的角度來衡量中醫療效的話，肯定就會得出上述“重復率不高”的偏見。

此外如前所述，肝陽上亢證型可以出現在眩暈、頭痛、耳疾、睡眠障礙等疾病中，由於[辨證]相同，即使上述病名各異，也可以使用同樣的方劑（如天麻鉤藤飲、杞菊地黃丸等加減）進行治療；而在眩暈、頭痛、耳疾、睡眠障礙等疾病中，由於存在著許多其他的[證型]，因此使用肝陽上亢證型的治則與方藥不可能都能取得療效。

由此可以看出，[辨證論治]就是衡量中醫臨床重復率所應該使用的唯一標準，決定中醫臨床重復率高低的關鍵全在於醫者處方能否達到[證治相符]的合格率。筆者以為，指責中醫“重復率不高”的那些人應該首先弄明白中醫臨床這種不變的治病規律，應該懂得患者所患疾病的病名（更不要說是西醫的病名）對於中醫臨床處方用藥沒有多大指導意義的道理；這種獨特的[同病異治]和[異病同治]的中醫治病規律，與西醫[同病同治]的臨床治病概念相差十萬八千里，切不可再將二者混為一談。

談到中醫臨床治病的重復率，可以說中醫的重復率不是一般地高，凡是能夠運用[辨證論治]來指導臨床的所有治病過程都是在進行中醫的重復治療；只不過這種重復不是遵循西醫的[辨病]規則，而是依據中醫[辨證論治]的指導原則。那些指責中醫“重復率不高”的人站在西醫[辨病]的角度如此地指手畫腳，難道不怕將自己逼入到那種“非得顯示出自己荒唐無知”的窘境嗎？

事實上，由於中醫學說不具備實驗室研究，中醫師的每一次臨床治病，都應該看作是一次實驗過程，這個實驗過程就是中醫的重復。當然，由於中醫臨床治病需要進行[辨證論治]；而[辨證論治]的整個過程靠的就是中醫師個人的臨床主觀判斷，因此醫生的專業修養不同決定著臨床療效的優劣。所以說與其他專業一樣，某些個別專業素質稍弱的中醫師臨床療效較差的事實，並不代表中醫療法的臨床療效差，更不能據此來證實中醫的重復率低。當然，能夠在臨床上次次做到[藥證相符]的中醫師並不多見，即使再好的醫生也會有臨床療效不夠理想（實驗失敗）的時候；但這些並不能說明什麼，西醫的基礎實驗不是有著更多的失敗嗎？重要的是中醫的發展就是從這些成功和失敗的臨床經驗中得到的。

我們知道，在臨床上如果沒有深厚的基礎理論、沒有豐富的臨床經驗、沒有靈活的臨床思維、沒有認真負責的醫療態度，就不可能進行準確的[辨證]，更難做到[藥證相符]。所以說，中醫臨床治病重復率的高低並不在於中醫療法的有效與否，而主要在於醫者臨床治病水準的優劣；也就是說，由醫者對於中醫理論的領悟程度和臨床技巧的運用等方面來決定。事實上，中醫療法的有效性（即重復率）是不容置疑的，除了千百年來難以數計的臨床案例可以證實外，所謂[中西醫結合]醫學不就是標榜著自己是以顯著的中醫療法為臨床治療手段嗎？如若連這個[結合]的基礎都要否認的話，那還搞什麼[中西醫結合]呢？

臨床事實表明，許多[中西醫結合]醫者在“將中醫療法用於改變西醫的檢驗數據”的[結合]過程中發現，這種改變缺乏穩定性，故他們常常會由此而認為中醫療法的重復率不高。這種觀點當然就更不值一駁，因為它同時否定著[結合醫學]自己。事實上[結合]療法的本身就是屬於亂點鴛鴦譜，中醫療法只是為著中醫臨床改變[病態證型]而設定的，不應該用於西醫檢驗數據的改變，所以說這種“重復率不高”是必然的；如若使用中醫療法來改變患者的[病態證型]，就不會出現這種現象了。所以說，[結合醫者]這種“重復率不高”事實應該屬於他們錯誤地使用中醫療法的常見現象，但這並不能說明中醫不科學，反而能夠證實[中西醫結合]的做法違背著事物的客觀規律。

其實世界上所有具備自己醫學理論以及能夠在其理論指導下進行臨床治病的醫學，都不應該被指責為“重復率不高”；因為如若某種醫學不具備較高的重復率的話，這種醫學很快就會被人們淘汰掉，許多風靡一時的臨床療法（如中國文化大革命中所出現的雞血療法、鹵水療法等）很快都消聲匿跡的事實最能說明這個問題，怎麼還可能像中醫這樣源遠流長、而且具有如此顯著的臨床療效呢？

據悉近些年來，在西醫藥領域內，曾掀起一波波否定中醫藥學的狂潮。他們之中某些人對於中醫缺乏實驗室研究感到不可理解；也有些人對於中醫沒有像西醫那樣隨著現代科技的發展而發展感到驚奇；還有些人對於某些中藥以及穴位的作用和機理都是被西醫研究人員所發現而感到難以理喻；……如此等等。在他們眼裏，似乎中醫專業屬於行將滅亡而又不可救藥的過時學說，似乎中醫業者都屬於不務正業的紈袴子弟。事實上，這些發難並不足為奇，因為發難者根本就不懂得中醫學說不屬於現代科技範疇的事實，他們只是錯誤地以為中醫學說的模糊概念能夠通過西醫實驗室而進行研究，他們甚至會對中醫與現代科技不同步而感到詫異。出於上述偏見，他們硬是要將他們所能夠理解的西醫實質思維強行往中醫學說的頭上套，硬是要將他們不當地使用西醫的學術理論和研究方法、進行中醫學說錯位“研究”的做法強加給中醫業界，以致於出現上述這類奇談怪論。

●模糊的中醫概念決定著中醫無法進行實驗室研究，中醫的實驗科學體現在每一次的臨床診治過程之中。

有人認為“中醫中藥學缺乏實驗科學的系統支援”。筆者以為，雖然現代科技社會常

常將實驗室研究看得很重，但對於科學這個整體結構而言，實驗室科學只能是屬於科學的一個重要組成部分，並不能等同於科學。事實上，實驗室裏所進行的任何實驗只能表示事物在某種特定條件下的特殊規律，並不等於事物的全部；如若僅僅以人類目前所掌握的實驗室檢測手段來觀察大自然以及人體的各種現象，可以說是遠遠不足的。以雌激素試驗為例。實驗室研究發現，直接輸入雌激素對於更年期症狀的緩解有著較為明顯的作用，臨床試用也證實著這種療效。然而，短期的實驗室研究畢竟無法發現雌激素對於人體的致命傷害，由於不少使用者由此而罹患中風、乳癌等疾病，因而美國[國家衛生研究院]被迫停止了這類試驗。事實上，會導致遠期人體傷害的西藥何止千百種，其主要原因均應歸咎於短期的實驗室研究無法讓人們掌握其對於人體的遠期傷害。我們再以地震的監測為例。人類可以通過實驗室裏的各種儀器來監測地震，但如若我們僅僅只願意死守著地震儀器所顯示出來的數據，而忽視大自然中各種飛鳥蟲獸在地震前的各種反常表現，忽視地震前使用土辦法所觀測到的地應力、水氫、早震（從氣象上預測）等方面的大自然環境變化，錯誤地認為那種觀察結果“缺乏科學根據”而輕易拋棄的話，那是非常危險的。因為地震儀所顯示的科學數據，始終無法預知地震的大致時間，屆時不知道會有多少人被這種所謂的“科學”觀念所耽誤而失去生命。所以說，科學的概念並不僅僅只等於實驗室研究，觀察事物發展的外在表現同樣屬於科學的一部分，而且西醫對於某些疾病的診斷（如自閉症等）同樣也只是憑著觀察患者的外在體徵而進行的。可見，觀察事物各種異常現象的做法與實驗科學同樣都應該具有科學的價值，只不過現代科技思維目前還暫時無法理解某些事物之間的必然關係而已。

此外，對於現代科技來說，實驗室研究屬於重要的一環；但對於中醫學說這種以模糊概念為主體結構的醫學，實驗室研究既無效用，也沒有意義。這個問題我們從幾十年的[中西醫結合]的歷史中就已經得到證實。例如，經絡、穴位、三焦、命門等都屬於模糊的概念，人們在[中西醫結合]的過程中發現，中醫學說的這些生理概念根本就不可能進行實驗室研究，似此，如何能夠接受解剖學、組織學的支援？又如何進行分子生物學和生物化學、免疫學等前緣科學的研究呢？所以說，弄清楚科學的定義，確定中醫學說模糊概念的本質，對於科學地觀察問題有著重要的意義；否則，就會出現科學概念上的偏差，如同人們動不動就使用西醫以及現代科技的思維來觀察和評論中醫的學術概念一樣。

事實上，中醫學說的本身就是來自於臨床實驗的結果，中醫從來就不乏廣泛的實驗研究，只不過這種實驗不是在實驗室裏面進行，而是貫穿在每一次的臨床治病過程之中。面對著每一位患者，中醫師使用著“四診”來收集臨床病態資料，再依據所收集的資料進行[辨證論治]。從收集資料到進行[辨證]的過程中，醫者必須確定患者的[證型]診斷結論。我們知道，臨床疾病千變萬化，錯綜複雜，醫者必須從眾多的[證型]規範中診斷出與患者病情相對應的[病態證型]；同時，由於中醫沒有西醫那種實驗室基礎研究，也就是說沒有規範的檢驗指標數據提供臨床，因此，中醫師的這種診斷過程比起西醫臨床來說要複雜許多。其次在治療方面，西醫師有著通過實驗室研究所核定的特定藥物及其服法，而中醫師面對著所[辨證]出來的[病態證型]，在絕大多數的情況下都沒有完全合適的現成方劑可供差遣，

因而遣方用藥又是一次重要的臨床選擇。所以說，醫者要真正做到藥證相符是相當不容易的。由此可見，中醫師臨床的每一次診斷和治療都是一次完整的實驗過程，至於實驗的結果如何，須得在下一次患者復診時方能知道，因此人們常常將中醫這種對於患者的初診過程稱之為“投石問路”。而且，中醫師的每一次復診除了核對前一次診治的實驗結果之外，也與初診一樣，同樣都得進行認真的[辨證論治]，容不得半點馬虎。在臨床上，某些個別醫者有時會在復診時忽視上述問題，以為可以一勞永逸，未能再次地認真進行實驗，因而常常會出現患者進服頭三服藥時療效較好、其後卻不見療效的奇怪現象。這個現象發生的原因主要在於經過初診治療之後，患者的[證型]已經發生了變化，而醫者卻仍然墨守原方，以不變來應付已變，藥證不符，因而必然無效。所以說，中醫臨床這種[辨證論治]程序的本身就是一次完整的實驗過程。

上述表明，由於中醫學說的整體學術結構不同於西醫，中醫臨床無法借助（也不需要）西醫那種實驗科學的系統支援；而且，中醫的臟腑組織概念並非專指實質解剖器官組織，因而也無法借助（也不需要）所謂的解剖學、組織學的支援以及進行分子生物學和生物化學、免疫學等前緣科學的研究。可以說，如果某些人只懂得認定所有學科都必須具備這類“支援”和“研究”方能算得上科學的話，那他們將永遠不可能接受中醫學說，因為中醫學說的模糊概念永遠無法通過現代高科技設備來進行測定。

●中醫學說並不隸屬於現代科技的範疇，現代科技的任何發展都不可能促進中醫的發展，因而中醫不存在與時俱進的問題。

有人認為“近五十年來，西醫科學獲得了日新月異的突飛猛進，大量的新發現、新發明、新技術不斷湧現，而中醫藥學始終在原地踏步，裹足不前，沒有與時俱進。”這種說法並不為錯。的確，西醫隨著現代科技的發展而發展得很快，對於人類來說，這是一件好事；但我們必須懂得中醫學說的發展規律，弄明白中醫為什麼“沒有與時俱進”的道理。客觀來說，能夠“與時俱進”的醫學只能是西醫，因為它的思維模式就是屬於現代科技的實質概念，西醫這種實質概念的深入研究必須依賴於科技新成果的不斷出現。譬如，隨著清晰度越來越高的顯微裝置的出現，西醫才能進行基因方面的研究；只有依賴於生物化學更深層次的發展，西醫才能進行分子生物學方面的研究。所以說，借助現代科技的發展，西醫能夠在近代取得較大的發展。然而，中醫學說並不隸屬於現代科技的範疇，也就是說現代高科技的任何新發現對於中醫學說的幫助並不是很大。事實也的確如此。譬如，使用顯微鏡不可能觀察到“六淫”的實質結構，那麼，即使現代科技的水平再高、即使顯微鏡的清晰度提高成百上千倍也會無濟於事，仍然無法觀察到“風寒暑濕燥火”等邪氣的實質結構。再者，分子生物學對於中醫的元氣概念毫無所知，既不能了解其分子結構，也無法證實其客觀存在；那麼，即使現代生物化學發展得再怎麼先進，其對於人體元氣的培補也不可能存在任何實質意義。所以說，中醫學說的發展與否與現代科技的關係並不呈現必然的因果關係，既然如此，也就不必苛求中醫的發展應該“與時俱進”了。

事實上，中醫的發展是無法強求的，我們從中醫的發展史中可以看出，每一次大的發展，都與當時的社會環境息息相關。東漢時代出現了大瘟疫，促使醫家認真地研究《黃帝內經》等醫籍，並廣泛地收集民間驗方，因而就出現了傷寒學說，出現了張仲景所創的[六經辨證]。到了清代又出現瘟疫大流行，運用[六經辨證]無法取得好的療效，因而就發展了溫病學說，出現了葉天士所創的[衛氣營血辨證]和吳鞠通所創的[三焦辨證]。隨著時代的進步，西醫以其與現代人的親和思維方式佔據著大部分的醫療市場，許多疾病都輪不到中醫治療；而且西醫有效的預防措施能夠阻遏許多流行性疾病的大面積發生，使得中醫失去了很多刺激發展的機會。但是這些並不等於中醫就沒有發展前景，我們應該看到，中醫仍然存在著許多發展的空間，譬如隨著生活條件的富足和安適所出現的大量現代文明疾病，隨著不當的醫療行為所產生大量醫源性疾病和藥源性疾病，還有著西醫目前暫時還不具備療效的許多疑難雜症等等；這些空間對於中醫的發展依然有著重要的意義，我們中醫業者依然可以發掘更多的中醫有效療法服務於社會。問題是在我們中醫業者中間，有許多人在自己都還沒弄清楚中醫發展的特殊規律時就忙著想去發展中醫，就想讓“中醫現代化”，殊不知這樣做顯得既幼稚、又滑稽。您要想去改變某種東西，您就得深入了解這種東西的客觀規律，就得真正讀懂這種東西，否則就會畫虎不成反類犬。

某些人將中醫現階段在醫療市場上的這種補充作用視為“現代中醫滿足於作為西醫治療的輔助手段”，這種看法是不客觀的。雖然在充滿著實質思維的現代社會中、西醫顯然佔據著主導地位，但在現代文明疾病、醫源性疾病、藥源性疾病以及其他疑難雜症中，有許多都是現代醫學所無法治療的，只能依靠中醫療法才能得到幫助。客觀來說，西醫目前能夠治療的許多疾病，我們中醫同樣能夠治療；西醫目前還無法治療的許多疾病，我們中醫也能夠治療。所以說，中醫學說的地位並不是由誰說了算的問題，而是由著社會的需求所決定的。筆者以為，中西醫之間的關係應該屬於互補的性質，中醫不是誰的輔助手段，也不存在滿不滿足的問題。

筆者以為，雖然目前西醫的發展正在勢頭上，還有著一定的發展空間；但是，實質思維的學術概念注定著其發展會有著時代的局限，因為分子的分解畢竟總會有個盡頭，到了一定程度之後，再分解下去的意義到底有多大還是個未知數。而中醫學說的整體性卻是永恆的，即使再經歷幾千年的風霜，依然還會顯示出其實用價值，這就充分地證實著中醫學說學術思維的科學性。在現代科技社會中，人們比較能夠適應西醫的思維，但隨著時代的發展，人們或許不會滿足於那種輕易摘除機體器官組織的局部療法，而轉向求助於能夠進行整體調節的人體醫學；未來醫學的發展到底如何誰也說不清楚，屆時中醫學說的地位又有誰能夠界定呢？

對於某些人所認為的中醫療法“缺乏有系統的探討與研究，沒有令人信服的可重複療效結論”之類的說法，筆者絲毫不以為然。關於這點筆者在前面已經談到過，因為中醫療效的重復是依據中醫的[辨證論治]規則的，如果不存在系統的探討和研究，那麼中醫師依據什麼來進行重復治療呢？所以說，這種指責屬於不負責任的說法。我們知道，中醫與脊醫、足醫不同，脊醫和足醫仍然隸屬於西醫的醫學體系，而中醫卻有著自己獨立的醫學理

論以及在其理論指導下獨特的臨床治療方法。因此，要研究中醫學說，就不能站在西醫系統的角度進行探討和研究，就必須讀懂中醫學說的基礎理論；如若不能做到這點，只是站在西醫角度來說三道四地亂加“評論”，其結果也只能證明自己無知。

上述表明，中醫學說的發展有著自己的規律，不可能像西醫那樣“與時俱進”。

●使用西醫的醫學理論來研究中醫中藥不屬於中醫所研究的範疇，中醫中藥的使用法則必須遵循中醫基礎理論的指導。

有人說“一些中藥的毒理作用和機制被現代西醫研究發現，一些針灸療效與穴位無關等重要原理均非我們中醫中藥研究人員發現，而由西醫研究發現並提出。”這種說法所存在的問題就在於沒有界定這類研究的實質特性。我們必須知道，這些所謂的“機制”和“原理”無非就是中藥的成分認定，就是中醫中藥對於機體的神經、體液、內分泌等方面的改變等等，其實這些都不屬於中醫學說的學術內容，這些東西由西醫研究發現並提出的事實一點也不令人感到意外。的確，許多人通過對於中醫中藥的研究，找出了中藥的“有效成分”結構，也進行過毒性成分的研究，也試著詮釋一些部位和穴位的治病原理；但不可忽視的是，這裡所有的研究方式及其結論，都是以西醫的思維方式進行指導的，其實質當然也就完全隸屬於西醫的範疇；而且，西醫也具備進行實驗室研究的相關設備，因此，筆者會認為這些東西由西醫研究發現並提出應該屬於很自然的事情。事實上，上述的許多內容在中國[中西醫結合]的過程中已經進行過無數次的重復，直到今天，有些東西還在重復；而且其對於中醫臨床或者西醫臨床到底有著多少實質的指導意義誰也說不清楚，那麼，又憑什麼來責求中醫藥業者要按照西醫的模式來研究中醫中藥呢？

其實，從上述研究中所得出的中藥毒理機制的發現和對於針灸療效的詮釋，基本上屬於西醫的學術內容，其對於中醫臨床一點也不重要。舉例說明。譬如人們一直鬧得沸沸揚揚的木通中毒事件。依照西醫的藥理知識來看，導致腎衰竭的毒性成分為木通所含的馬兜鈴酸；但是，這個結論對於中醫是沒有意義的。首先，中醫沒有腎衰竭這個病名，因為中醫腎的概念並非西醫解剖的實質腎，中醫的腎氣衰竭[辨證]不同於西醫的腎衰竭疾病。其次，木通中毒事件是在長時間和大劑量的持續狀況下才會發生，這種不當使用方法違背著中醫的用藥原則。事實上，中醫使用木通從來就有著嚴格的量的限制，如《本草新編》中曾告誡說，木通“不可多用，多則洩人元氣”。中醫教科書《中藥學》中在述說該藥的使用注意事項時還特別指出，木通“用量不宜過大，孕婦慎用”。上述禁忌，凡是受過正規中醫訓練者，都會謹記於心，切實遵行；客觀事實也清楚表明，在臨床上由於大劑量長期服用木通而導致腎衰竭的所有案例，都是人們將木通亂用在減肥、解毒、加強肝臟機能等西醫臨床過程中所造成的，根本沒有涉及到中醫業者。筆者自己間斷性地服用龍膽瀉肝丸已逾三十餘年（而且至今仍在繼續服用），也從來沒有感到有任何不適的現象發生。由此可以看出，木通中毒現象的出現應該歸咎於服藥的方法，而不應該歸咎於中藥的本身。

筆者以為，與中藥的“有效成分”一樣，中藥的毒性成分研究對於中醫臨床並沒有多

少實際價值。我們都知道，中藥臨床的實際應用都是飲片，不論是草藥的煎煮，還是丸藥的製作，都不是使用人們所提煉出來的“有效成分”；同樣，中藥的毒性概念也不是人們所研究的所謂“毒性成分”。或許中藥木通含有馬兜鈴酸之類的研究對於西醫（實際上是對於[中西醫結合]的“中醫西醫化”研究）很重要，但從中醫的角度來看似乎沒有多大的意義。事實上，中醫臨床對於中藥的毒性成分如何並不是看得那麼重要，重要的是中醫業者必須牢牢記住中醫藥典中關於使用木通時“不可多用”、“孕婦慎用”等禁忌規定。此外，中醫理論還認為，與木通一樣，大凡苦寒方藥均易敗胃，內傷中陽，故所有的清熱類方藥都不可久服，也不可隨使用於陽氣虛衰之人，否則必傷機體正氣。由此可見，不僅木通由於含有馬兜鈴酸而有毒，如若使用不當，所有的苦寒方藥都會有毒；至於這些中藥是否含有西醫概念的毒性、以及依照西醫的藥理知識所分析出來的毒性成分如何，這些對於中醫臨床無法起到有效指導作用。所以說，中醫師臨床用藥除了需要進行[辨證論治]外，主要還是應該注重所有中藥的使用注意事項。

此外，中藥還有相對毒性的概念，即使是像人參、冬蟲夏草之類的補品，儘管其不具備絕對毒性，但如若使用在寒熱屬性相同的機體上，同樣都會出現中藥中毒的問題；那麼，這種毒性的機制又是什麼呢？借用西醫的藥理理論是難以做出合理解釋的。

其實，西藥對於人體的危害並不弱於馬兜鈴酸，僅僅以對於腎臟的傷害為例就不少。如磺胺類藥物會析出結晶阻塞腎小管，維他命 D 等藥物可誘發腎結石，阿斯匹林等藥物會導致間質性腎炎，青黴素等藥物會導致腎小球腎炎，布洛芬等藥物會導致腎功能衰竭，噻嗪類利尿藥會降低腎小球過濾率等等。如若不能按照正常的的使用標準而長期大劑量地服用西藥，許多西藥不也同樣會造成機體的傷害嗎？上述表明，藥物含有何種毒性成分並不重要，重要的是在使用過程中必須遵循所屬醫學的學術規律。

所以說，對於中藥的毒性問題進行西醫式探討的做法，對於中醫臨床並不具備多少實質的指導意義。中醫有著自己的理論，不可能認同西醫的藥理；可以說，西醫所研究的那種中藥的毒性作用和機制觀念完全不屬於中醫學術體系的範疇，也無法指導中藥的臨床應用。既然如此，強求中醫藥研究人員去研究這些對於中醫學說毫無用處的東西並不合理，他們還有著許多中醫自己的重要專業課題需要研究；況且，我們中醫師在臨床上使用中藥也只需要嚴格地依照中醫學說的藥理知識就行了。

總體來說，雖然詆毀和攻訐中醫學說的說詞很多，但歸納起來，基本上都是出自於批評者對於中醫學說不甚理解、以至於擅用西醫的學術理念來觀察和理解中醫學說。這種不理解可以出現在社會的多個層面，既有患者、其他醫學體系醫者、醫療管理者，也有某些中醫業者，他們的共同特點就是容易接受西醫的實質概念，容易將中西醫的學術概念相混淆而不明所以，以至於張冠李戴，概念錯位；當然，這種角度錯位的觀察必然無法得出正確而客觀的結論。

其實所有“欲加之罪”的出現，都是加罪者將中醫學說歸屬於現代科技範疇後所產生的錯誤看法；事實上，中西醫學說完全是兩個毫不相干的兩個醫療學術體系，只有在認清

楚這個問題後，人們纔有可能真正認識到使用西醫的醫學概念來觀察和評論中醫是多麼大的錯誤，纔有可能真正認識到將上述各種不實指控強行加在中醫學說的頭上是多麼大的荒謬。上述表明，人們所歷數的中醫之“罪”並不能證實中醫學說本身有罪，這種“欲加之罪”只是具備現代科技實質思維的人們對於以模糊概念為主體結構的中醫學說不理解所產生的一種偏見而已。

在這裡筆者想起孫思邈先生的一段話：“世有愚者讀方三年，便謂天下無病可治；及治病三年，乃知天下無方可用。”雖然孫真人此話的本意是用來告誡初學者應該深悟中醫之道，但筆者亦想藉此奉勸那些自以為是的人，希望他們能夠想一想自己對於中醫學說到底了解多少，不然千萬不要信口開河。如若想要評論某個東西或者某種學問，應該好好學習西方學者的學術精神，應該腳踏實地地深入進去進行實質性的探討。讀方三年，尚為愚者；如若想要評論中醫學說的科學性，須得在“愚者”的基礎上，再嚴格地遵循中醫[辨證論治]的治療原則進行為時三年以上的臨床治病；似此，你才有可能體會到何謂“無方可用”，才有可能領悟到中醫學說的奧妙之所在；也只有這樣，你纔能獲得發言的權利。