

## 第二章 傳統中醫的理論定位

### 2.1 前言

在本章中筆者將探討傳統中醫<sup>1</sup>的理論地位，進而釐清許多圍繞著中醫是否為科學等問題，嘗試做一番概念性的工作。限於篇幅與所學，筆者不會針對傳統中醫做出太多的經驗性或是文本上的研究。大部分筆者的經驗材料，都是取材於目前現代中醫研究。除了一些概念性問題之外，筆者並未對於其中關於文本詮釋或是科學檢證耗費太多工夫。由於現代中醫研究良莠不齊，必須花費許多功夫審辨。筆者認為，黃龍祥的著作《中國針灸學術史大綱》是研究中醫者必讀的一本書。黃龍祥藉由中醫經典和史料的整理，提出經絡學說和針灸學說的產生過程。許多現代中醫爭執不休的議題，譬如說經絡存在問題、針刺穴位的形成等等，可以藉由這本著作獲得有別於過去的理解和發現，從而走向更好的發展道路上。

傳統中醫是否為科學？這的確困惑了許多中醫研究者或是中醫從業者，如果傳統中醫不是科學，為何中醫藥能夠有著治療效果？若是傳統中醫為非科學，那麼迄今為止的中醫科學研究又到底在做些什麼？傳統中醫是否為科學的議題，筆者認為就跟占星術（astrology）、同類療法（homeopathy）、造物論（creationism）是否為科學一般有趣。這些理論都有其文化和社會背景支持這些理論的成立與流傳。然而，這些理論又缺乏一定的科學檢證，而是倚靠個人的體驗和心得作為其基礎。因此，為了充分檢證這些理論的真偽或是可靠與否，首先的工作當然是設法實驗和測試其理論具有的經驗預測和結果。譬如就中醫和同類療法來說，我們必須科學地檢證其醫療實踐和藥物的作用是否有高於安慰劑效應，是否具有其他不良的副作用等等。像中醫草藥常使用一些含有劇毒的物質，譬如說。丹砂、硫磺、蜈蚣等等。在一定程度上，我們都可以透過科學方法加以檢證這些理論的有效性。

然而，如筆者在第一章所言，科學研究和科學化是不同意義的。因此，中醫醫療實踐和草藥的科學檢證，並不直接代表中醫理論是科學的，只能說中醫醫療實踐和草藥是具有經驗有效的。這一點，筆者會在之後詳述。

筆者曾經一度認為，討論「傳統中醫是否為科學」是個沒有意義的問題。原因在於，筆者認為中醫理論是模糊且淪於詮釋，並缺乏客觀測量和控制實驗等等。同時，許多中醫研究者亦明白宣稱，中醫本身絕非科學，因而需要中醫現代化<sup>2</sup>。然而，筆者後來發現該問題仍然是「有意義」的問題，或是說有必要去「討論」。原因倒不是存在著龐大的中醫研究者，筆者從來不認為中醫研究者的存在是重點。譬如說，占星術雖然不是科學，但是現今仍是存在著許多占星資訊、占

---

<sup>1</sup> 在本章中，我們主要討論的對象是「傳統中醫」，而非「現代中醫」。在本章中凡提及「中醫」都是指傳統中醫。

<sup>2</sup> 筆者在本文中，偏向中醫「科學化」的用語，而非「現代化」。這兩個字詞具有不同的意涵，不過對於本論文來說，並沒有太大的差異，故筆者不想討論其間的差異。大部分時候，筆者會選用「科學化」的字詞。若是其他人使用「現代化」一語時，筆者則不會加以更動。

星書籍、信奉占星術的人以及占星術師的存在。然而，有這些人的「存在」並不會使得他們研究的東西成為「合理」，至少，不會是科學上或是知識論上合理。

主要原因在於，社會建構論、科學相對主義以及後現代主義的思潮充斥著現今的台灣社會和中國大陸。許多為傳統中醫辯護者均採取這類立場，辯護中醫理論作為一門科學的立據。只有少數人明白，真的為中醫辯護不是要在這些語言遊戲下工夫，而是要提供確切的論據和經驗證據。因此，針對傳統中醫是否為科學這一問題，社會建構論、科學相對主義以及後現代主義這類立場者<sup>3</sup>，必須反省到他們的論述未若他們所想的如此壯大。至少在科學議題上，他們必須提供更多的適當（right kind）證據出來！

討論中醫理論的科學性時，我們至少有四個立場可以加以考慮。首先將傳統中醫理論視為科學理論。不過若是傳統中醫是科學理論，則與科學化相悖，因此有概念上的問題。不過，這一點，尚不足以構成對這一立場的反駁。真正的問題是，傳統中醫理論並未經過現代科學方法的檢證，無論是理論和醫療技術均是如此。即使目前中醫科學研究，亦尚未對於中醫醫療實踐和草藥的效果做出全面性的評估，因此還有待商榷。再者，現今的現代社會和科學社群尚未將傳統中醫視為科學。因此，這一立場，雖然說不上完全被擊倒，但也沒有確切的證據加以支持。

其次，將傳統中醫視為有待再次科學革命的理論。這意謂著，中醫理論如同Aristotle物理學，以及Ptolemy天文學一樣，都曾被視為當時的「科學知識」，描述著真實世界中的規律。在這意義上，「科學」標準可以與時俱移，在批評一理論的「不科學」之前，必須還原到當時的社會歷史環境。然而，問題在於，傳統中醫若是有待科學革命的科學理論，即是說，中醫理論處於危機重重的處境當中，如此又何必在乎中醫理論？再者，若是科學革命之後，傳統中醫理論也就不復存在。這一立場，不會直接與科學化相違背，因為筆者所用的科學化標準乃是現代科學。然而，這一立場並沒有太多的中醫研究者願意採取。因為，科學革命之後，傳統中醫理論不復存在，甚至面臨被拋棄的可能性。許多中醫醫療實踐可能被化約到現代醫學之中，會失去許多張維波所說的「中醫理論的特色」<sup>4</sup>。

三者，全盤否定中醫理論以及中醫技術的科學性和經驗有效性，將之視為如

---

<sup>3</sup> 必須說明，在台灣或是大陸，後現代主義和相對主義經常會和社會建構論述相混合。因此，筆者並非全盤否定社會建構論者的工作，而是否定某一型態的社會建構論，即是相信科學內容和形式全然社會活動所決定和建構（非只有影響）的立場。

<sup>4</sup> 「……首先，中醫的西化是在消滅中醫，中醫有其本身的規律和特色，概括講就是以經絡氣血臟腑及其活動規律做為人體的解剖生理學基礎，以陰陽五形的哲學思想為分析方法，以多因素的人體宏觀物體表徵為觀察手段，從整體的、因人因時的實際情況出發，高度概括地辯證論治和以植物複方、針灸等獨特手段針對臟腑經絡氣血的治療等等。中醫的特點還可以從很多方面論述，如具有天人合一的思想，注重身、心、環境的相互作用，注重養生、注重預防等等……總之，中醫的發展與現代化應該保持和發揚這些特色，如果消滅了中醫的這些特點，就等於消滅了中醫。我們應該看到，正是由於中醫的這些特色，才使得中醫能夠在世界醫學上獨樹一幟。而且，中醫的基本思想從本質上講比西醫更高明，西醫之所以發展很快是由於它不斷地吸收現代科學技術的精華，而在大思維上，西醫正在中醫學習，向中醫回歸……。」張維波（1999），p.214~215。

同巫師魔法一般，訴諸安慰劑效應的心理效果和人體的「自癒力」<sup>5</sup>（我們能直接稱之為「免疫系統」嗎？）。如此，中醫理論也談不上科學化與否，因為連最基本的經驗有效性也缺乏。在這一點上，中醫理論不僅無用，連其技術亦是如此，可將中醫全盤拋棄。

四者，否認中醫理論的科學性，但卻承認中醫技術的經驗有效性。在這意義下，真正探究的，並非傳統中醫理論，而是中醫醫療技術的經驗有效性。因此，在這意義下，中醫科學化的過程乃是將中醫醫療技術付諸實驗檢證之外，必且進一步尋找解釋其技術有效性的醫學理論<sup>6</sup>。

在本章中，筆者則進一步利用科學三原則來駁斥第一個立場的成立<sup>7</sup>，嘗試說明傳統中醫之所以未能作為科學理論的理由。

## 2.2 傳統中醫的經驗基礎

根據可落實原則，理論分層系統T必須能夠直接或是間接地落實於物質世界

---

<sup>5</sup> 依靠人體自然恢復能力的治療方式（治療技術本身並無效果），被認為是前現代醫學或是「另類醫學」（alternative medicine）的特色之一。

<sup>6</sup> 筆者在這裡區分醫學理論和醫療實踐的區分，前者乃是一個理論框架，解釋疾病的成因和治療的機制；後者乃是各種治療和診斷疾病的方法，譬如說手術、藥物、針灸、脈診等等。當筆者說醫療實踐具有經驗有效性時，乃是說醫療實踐具有高於安慰劑效應的治療作用。但是必須注意的是，醫療實踐的經驗有效性並不等於醫學理論的有效性。因為，人體的疾病和傷害，在多數情況下，也能依靠自身的免疫系統和恢復能力恢復。因此，醫療效果必須進一步排除按安慰劑效應方能正確地評估判斷。同時，在醫學史上，有許多醫療實踐雖然具有高於安慰劑效應的治療效果，但卻缺乏明確的醫學理論，甚至是錯誤的醫學理論。譬如說，目前中醫草藥的科學檢證中，我們即可發現，許多藥物之所以能夠發揮作用，並不是中醫理論有效，而是藥物中包含的化學物質。譬如說，「中藥的有效單體或活性成分，大部份是從單一植物中提取分離的，也有的是從復方中分離的。由單一植物中提取分離的，如從青蒿中獲得青蒿素，從丹參中提純丹參素等，這一類的研究思路和方法相對簡單和成熟。從復方中篩選有效成分，如陳竺等由民間驗方（含砒霜、輕粉、蟾酥）選出代表藥砒霜，進一步研究出三氧化二砷治療白血病的機理，又如嚴永清等從生脈散合煎液中分離出新成分5-羥甲基-2-糖醛（5-HMF），有較強的抗氧化作用，能有效改善心肌缺血。從復方中分離和篩選活性成分，工作相對複雜，難度也大大提高，既要研究處方合煎與合煎在藥效作用和相關成分方面的差異，又要研究合煎過程或分煎合併後化學成分的動態變化，從而才有可能找到新的活性化合物。」<http://www.brightfuture.com.hk/hk/xszl/xsyd01.htm>

在現代醫學中，也有類似的例子，即是ECT。ECT全名為Electroconvulsive Therapy，乃是1930年代治療羊顛瘋的療法，「人們留意到同時患上羊癇和精神病的病人，每每在羊癇發作後精神較為安定。腦電盪治療期間，小量的電流會通過腦部，為時約二至三秒。這會做成一次人為的羊癇發作，它會涉及整個腦部，包括控制思維、情緒、胃口和睡眠的部份。重覆施行治療使腦內化學物質恢復正常的平衡，得以復原。腦電盪治療只會在病人全身麻醉和肌肉鬆弛下才進行。這意味著和羊癇患者的羊癇發作並不相同，你會先入睡，腦電盪治療才告開始。你不會手腳亂抽，一般只會眼皮跳動，你身體上理應絲毫無損，記憶裡對於治療過程亦不會留下印象。一座特別的儀器會精確地調節電流，務求用最小的電量施行治療。」現在，ECT多用於治療重度憂鬱症者（<http://www.mhahk.org.hk/ftpfiles/Ect.doc>）。

不過，ECT雖然十分有效，但是ECT至今的生理機制仍是一團謎。除了一般對於電擊的印象外，由於始終缺乏生理學或神經學解釋，不免也使得ECT始終惹人爭議。進一關於ECT的消息，可參見下列網站：<http://www.psycom.net/depression.central.ect.html>

進一步的區別，可參見Toulmin“Concepts of Function and Mechanism in Medicine and Medical Science”一文。

<sup>7</sup> 不用說，當第一個立場不成立時，第二個立場自然不成立。

中加以測試並實驗之。雖然中醫理論的確包含了對於經驗現象的分析和歸類，但是筆者質疑，中醫理論是否能夠真正地落實於經驗操作當中。中醫理論邏輯究竟是一個自然法則，或是僅是一個記憶分類的工具<sup>8</sup>？支持筆者的理由主要有二，其一，許多中醫師推論時，實際上並沒有有一個嚴格的理論推論模式，大部分可藉由文本詮釋或是文化理解，引導出不同的理論預測和解釋。其二，中醫理論邏輯缺乏嚴格的經驗證實過程，換句話說，並沒有堅實的經驗基礎，並且有時爲了理論需求，不免有所謂「削足適履」的情況<sup>9</sup>。如此，許多中醫師們的臨床經驗，不論今古，若是未加以反省到這一點的話，在實際操作或是理論建構上，中醫理論邏輯將會產生問題。

譬如就中醫的藏象理論而言，雖然早自《黃帝內經》時代，就以然有粗淺的解剖學知識，但是由於缺乏更加縝密的觀察與相對應的技術<sup>10</sup>，許多記載並非真確，有許多均爲概念的推演。譬如就《內經·六節藏象論》：「……五味入口，藏於腸胃，味有所藏，以養五氣，氣和而生，津液相成，神乃自生……脾胃大腸小腸三焦膀胱者，倉廩之本，榮之居也，名曰器，能化糟粕，轉味而入出者也。」<sup>11</sup>《內經·五藏別論》：「歧伯曰：『胃者水穀之海，六府之大源也。五味入口，藏於胃以養五藏氣，氣口亦太陰也。是以五藏六府之氣味，皆出於胃，變見於氣口。故五氣入鼻，藏於心肺，心肺有病而鼻為之不利也。』」在上述中，已經初步知道腸胃消化的過程。然而，對於五臟功能的認知卻多是零碎的臨床經驗和類比推理，《內經·陰陽應象大論篇》中即將五臟依據陰陽五行思想，分配五音（宮商角徵羽）、五味（酸甜苦辣辛）、五方（四方與中央）、六象（天地風雷谷雨），甚至一此訂立草藥醫療之方或是預防之法<sup>12</sup>。然而，上述過程僅是根據陰陽五行

<sup>8</sup> 筆者認爲，五行系統或是經絡學說主要的功用乃是作爲記憶分類的工具，用來幫助傳統中醫記憶和分類疾病的成因和治療方法。譬如說，湯頭歌的背誦即是記憶各種處方的配合和藥效。在黃龍祥的著作《中國針灸學術史大綱》中，特別討論了中醫針灸和經絡學說的發展。根據黃龍祥所言，透過動脈異常的跳動和上下相應的遠隔部位的異常跳動，即是透過「是動」病而來，不僅產生了診病的切診手法來判斷疾病的成因和部位，亦透過對於相近穴位（接近異常跳動動脈的部位）或是相應穴位（遠隔部位的異常跳動穴位）的針灸來進一步治療疾病。譬如說，當古人發現「目如脫，項如拔，頭眩痛」等症狀時，足太陽脈口可出現異常跳動，直接於該脈口處針灸可以有效地治療上述症狀[黃龍祥（2005），p.147。]。因此，筆者認爲中醫陰陽五行和經絡學說主要乃是一現象觀察的總結和記憶，而非描述實際人體運作機制的理論。其他詳見黃龍祥（2002），p.133~195。

<sup>9</sup> 這一點，黃龍祥在其著作中亦有所批判，「……例如在《內經》時代，關於六腑與足陽經的聯繫已經有了明確的認識，但為了建構手足十二經分別與五臟六腑一一對應的模式，而將大腸、小腸、三焦配屬於手三陽經……」黃龍祥（2002），p.64。

<sup>10</sup> 在這裡，技術非特指現代科學技術或是機械性技術，亦包括個人技術（包括肉眼觀察、觸感）以及表象技術（例如繪畫）等等。中醫解剖學其實並不是十分發達的學科，主要原因在於社會風俗和背景思想之外，實際上也缺乏相對應的繪畫技術。

<sup>11</sup> 佚名（1992），p.14~15。

<sup>12</sup> 《內經·陰陽應象大論篇》：「……帝曰：『余聞上古聖人，論理人形，列別藏府，端絡經脈，會通六合，各從其經，氣穴所發各有處名，谿谷屬骨皆有所起，分部逆從，各有條理，四時陰陽，盡有經紀，外內之應，皆有表裏，其信然乎。』」

歧伯對曰：『東方生風，風生木，木生酸，酸生肝，肝生筋，筋生心，肝主目。其在天為玄，在人為道，在地為化。化生五味，道生智，玄生神，神在天為風，在地為木，在體為筋，在藏為肝，在色為蒼，在音為角，在聲為呼，在變動為握，在竅為目，在味為酸，在志為怒。怒傷肝，

思想，所做出的類比推論。除了零碎的臨床經驗之外，我們並沒有看到一個很好的理由加以支持上述的類比。

#### A. 可落實原則與五行系統

我們從五行觀念落實到藏象學說的過程來看，根據陰陽五行的觀念，人體、天地氣象、方位、草藥、音樂、顏色等等，無不入陰陽五行的解釋範圍之內。因此，藉由陰陽五行的觀念，人體疾病和生理機制，可以與環境、草藥、方位等等聯繫起來，成爲一個有機組合，彼此之間會相互影響，並因此治療疾病，攝氣養生。

---

悲勝怒；風傷筋，燥勝風；酸傷筋，辛勝酸。

『南方生熱，熱生火，火生苦，苦生心，心生血，血生脾，心主舌。其在天為熱，在地為火，在體為脈，在藏為心，在色為赤，在音為徵，在聲為笑，在變動為憂，在竅為舌，在味為苦，在志為喜。喜傷心，恐勝喜；熱傷氣，寒勝熱，苦傷氣，鹹勝苦。』

『中央生濕，濕生土，土生甘，甘生脾，脾生肉，肉生肺，脾主口。其在天為濕，在地為土，在體為肉，在藏為脾，在色為黃，在音為宮，在聲為歌，在變動為噦，在竅為口，在味為甘，在志為思。思傷脾，怒勝思；濕傷肉，風勝濕；甘傷肉，酸勝甘。』

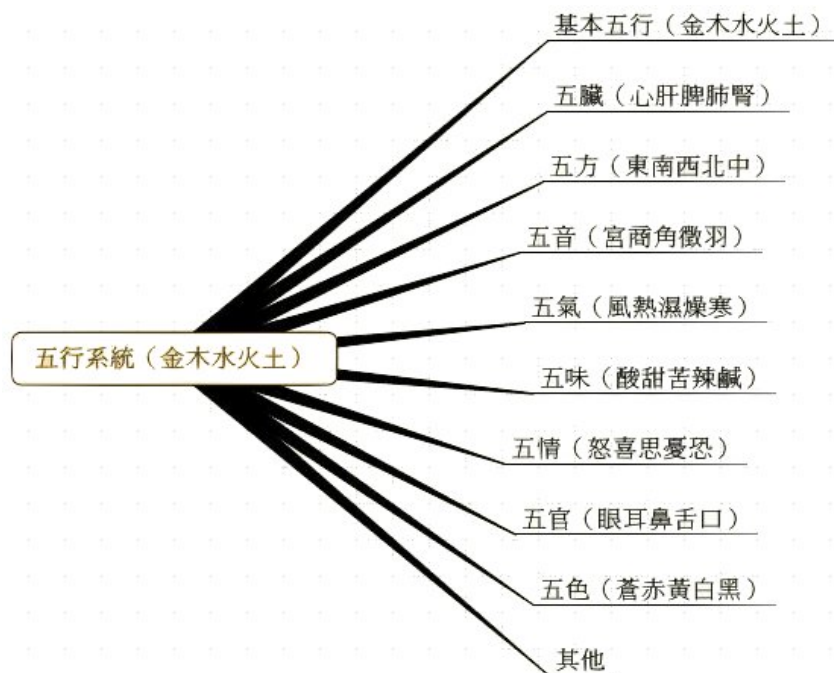
『西方生燥，燥生金，金生辛，辛生肺，肺生皮毛，皮毛生腎，肺主鼻。其在天為燥，在地為金，在體為皮毛，在藏為肺，在色為白，在音為商，在聲為哭，在變動為欬，在竅為鼻，在味為辛，在志為憂。憂傷肺，喜勝憂；熱傷皮毛，寒勝熱；辛傷皮毛，苦勝辛。』

『北方生寒，寒生水，水生鹹，鹹生腎，腎生骨髓，髓生肝，腎主耳。其在天為寒，在地為水，在體為骨，在藏為腎，在色為黑，在音為羽，在聲為呻，在變動為慄，在竅為耳，在味為鹹，在志為恐。恐傷腎，思勝恐；寒傷血，燥勝寒；鹹傷血，甘勝鹹。故曰：天地者，萬物之上下也；陰陽者，血氣之男女也；左右者，陰陽之道路也；水火者，陰陽之徵兆也；陰陽者，萬物之能始也。故曰：陰在內，陽之守也；陽在外，陰之使也……』

『天不足西北，故西北方陰也，而人右耳目不如左明也。地不滿東南，故東南方陽也，而人左手足不如右強也。』

帝曰：『何以然。』

岐伯曰：『東方陽也，陽者其精并於上，并於上，則上明而下虛，故使耳目聰明，而手足不便也。西方陰也，陰者其精并於下，并於下，則下盛而上虛，故其耳目不聰明，而手足便也，故俱感於邪，其在上則右甚，在下則左甚，此天地陰陽所不能全也，故邪居之。故天有精，地有形，天有八紀，地有五里，故能為萬物之父母。清陽上天，濁陰歸地，是故天地之動靜，神明為之綱紀，故能以生長收藏，終而復始。惟賢人上配天以養頭，下象地以養足，中傍人事以養五藏。天氣通於肺，地氣通於噦，風氣通於肝，雷氣通於心，谷氣通於脾，雨氣通於腎。六經為川，腸胃為海，九竅為水注之氣。以天地為之陰陽，陽之汗，以天地之兩名之；陽之氣，以天地之疾風名之。暴氣象雷，逆氣象陽。故治不法天之紀，不用地之理，則災害至矣。』」佚名(1992), p.7~11。



圖表 2-1 五行系統模型圖。

然而，我們必須注意五行系統所代表的意義。在此，筆者區分為兩種：語意以及規律。從語意上來說，五行系統乃是一個根據語意、特徵類比而分類的概念系統。譬如說，我們從「西方生燥，燥生金」<sup>13</sup>來談。在《黃帝內經》中，並沒有關於「西方生燥」的進一步解釋，為何西方生燥呢？是根據當時各地氣候所分配的？亦或是有其他理由呢？我們無法獲得進一步的訊息來判斷。但是，我們可以根據「燥生金」一語，根據陰陽五行的觀念來思考燥與金如何搭配在一起。根據劉力紅的解釋，「《說文》云：『燥者，乾也。』燥就是乾……它（乾）與易中的乾卦是一個字。乾（干）與乾（qián）是同體異音字……乾卦在後天八卦裡處在西北方位，一提西北，大家很可能就會自然地把它與乾燥聯繫起來。」<sup>14</sup>因此，透過《易經》的乾卦、天候，劉力紅將西北方以及燥的意義聯繫起來。再者，劉力紅進一步連接金和燥的意義，「金在五行中是質地最重的一個，為什麼它質地最重呢？就是因為它的聚斂沉降之性。而這個聚斂沉降之性正可以使陽氣沉斂，沉斂則不蒸發，水下而不上，燥便產生了。燥金相配便是因為這個因緣。」<sup>15</sup>如此，我們可以看見，燥和金相配，實則因為某些特徵相似之故。但是，這些特徵並非根據一般現象的推斷，也就是並非根據我們一般的知覺學習而來，而是必須依靠某些概念或是語意的聯繫加以解釋。如此，五行系統的推論，並非僅僅是根據一般現象特徵所進行的類比推理，而是必須依靠某些「源初理論」(naïve theory)來加以做語意的推理和判斷。

從規律的方面看，五行系統乃是關注於五行間相生相剋的機制。相生之理

<sup>13</sup> 佚名 (1992), p.7~11。

<sup>14</sup> 劉力紅 (2005), p.230。

<sup>15</sup> 劉力紅 (2005), p.233。

爲：金生水、水生木、木生火，火生土，土生金。相剋之理爲：金剋木、木剋土、土剋水、水剋火、火剋金。根據相生相剋之理，可用來解釋天地人體之異變，並進一步加以治療校正。然而，這些原理如何獲得證實？根據可落實原則，類似五行系統等高層理論無法直接獲得經驗上的落實，唯有透過「重新分類」爲次模型類型，方能落實。

不過，筆者認爲，五行系統的成立不在於五臟、五味等之模型落實，而是在於「基本五行」的落實，即是，金、木、水、火、土等自然種類之間的關係。由上述語意的解釋來看，五行系統中的「金木水火土」並不是個自然種類，而是個抽象化的概念。然而，其基本關係和規律，仍是從基本五行推演而來。不過，基本五行之間相生相剋的關係，所根據的乃是一般現象觀察，而非科學觀察。譬如說，我們從地下挖出鐵，即爲土生金。將鐵鑄成斧以伐木，故曰金剋木。伐木以生火，故曰木生火。火燒木成灰，而歸於土，故曰火生土。如此，五行系統的分疇和規律的形成，都是依靠基本五行的觀察和推論所形成。

透過上述，我們可以進一步討論五行系統的落實。根據上述，五行系統的成立主要依據基本五行的解釋。然而，先不論基本五行的解釋和證實是否可行，讓我們先看五行配五臟，即是藏象學說的落實。首先，五行系統如何「重新分類」爲五臟模型？在《黃帝內經》中並未說明五行落實五臟的過程。假設我們套用語意的解釋，則必須針對五臟臟器的形狀或是功能有一實質的描述<sup>16</sup>，幫助我們做語意推理。然而，基本上傳統中醫缺乏解剖學的正確觀察，同時也並未交代臟器形狀與五行範疇之間的語意聯繫。在臟腑功能上，雖然傳統中醫明確地提到各個臟器的功能，然而，缺乏對於功能與五行範疇之間的語意建構。譬如說，就肺而言，肺屬金，在功能上，肺有主呼吸、朝百脈，調節水道之功能。胃部吸收水穀精華，上行於肺，通過肺將水穀精華分佈週身，故稱肺主治節<sup>17</sup>。然而，從功能上，我們看不到任何與「金」相關的特徵或是語意關係。因此，我們必須放棄從語意理解五臟關係的徑路。

從五行規律來看，「飲入於胃，游溢於氣，上輸於脾，脾氣散精，上歸於肺」<sup>18</sup>來看，脾屬土，肺屬金，在精氣的傳遞上，的確可以落實部分的五行規律（土生金）。然而，問題在於，是否全部的五行規律落實在五臟之中呢？事實上，我們找不到任何關於其他臟腑之間的生理聯繫，事實上，也不太可能找到。因爲傳統中醫的解剖基礎十分地不明確。可能的情形是解剖屍體。然而，就算有機會作活體觀察，時間也不會太長，流血加傷口感染，很快會加速其死亡。因此，我們可以進一步地推論，藏象學說對於五行規律和臟腑之間的關係建立，雖然部分建立於解剖基礎上，但應該有大部分是建立在對於人體現象之觀察，以及草藥治療

<sup>16</sup> 此處，筆者先將臟腑當作人體內實存的解剖學臟器，而非僅視爲功能性單位。之所以如此，乃是爲了符合《黃帝內經》和傳統中醫的觀點。關於現代中醫將臟腑解釋爲功能性單位的觀點，筆者將在之後再敘。

<sup>17</sup> 「飲入於胃，游溢於氣，上輸於脾，脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱，水精四布，五經並行。」《內經》語，轉引自唐雲（2005），p.68。

<sup>18</sup> 《內經》語，轉引自唐雲（2005），p.68。

上的臨床經驗。因此，筆者認為，在五行規律上而言，五臟模型和藏象學說並不能說是個良好可落實模型，因為缺乏直接的觀察證據證實臟腑之間相生相剋的關係。

其他關於五行系統的「重新分類」之次模型類型，筆者就不再討論。大致上而言，從語意的觀點來分析，五行系統是個過份抽象的概念，同時在重新分類的過程中，並沒有任何明確和清晰的模型條件出現，我們所依靠的僅是對於五行系統的理解，以及根據基本五行的類比所做的語意推理。在這意義下，五行系統的落實是十分模糊且不明確的過程。從規律方面來看，從基本五行所獲得規律是否能夠經過良好的檢證就是一個問題。譬如說，只要灑足夠的土，來遮蔽火苗與氧氣的接觸，也能止火，這是否要說是「土剋火」？若先不論基本五行的檢證<sup>19</sup>，在五臟上，我們並無法獲得進一步的觀察證據支持五臟的相互關係。另外，就其他模型類型來說，五行系統的落實，不管是語意或是規律上，都顯得荒謬，且缺乏詳細的定義和條件限制。因此，五行系統根本上缺乏一個可落實模型，即是說，不符合可落實原則。

假設上述說法成立，那剩下為中醫辯護的方向即是，透過草藥五味和人體現象之間的因果關係，進一步落實五行系統。譬如說，唐雲在其著作《走近中醫》中即提出，「……芥末辛辣，吃時往往會有明顯的『通鼻竅』感覺，這就說明辛味具有開通、發散的作用……中醫在實踐中發現，酸味具有收斂、澀滯的作用，苦味藥具有瀉火、燥濕的作用，甘味藥具有補益、和緩的作用，鹹味藥具有瀉下、軟堅的作用，淡味藥具有利水滲濕的作用。根據這個理論，我們可以從藥物的味道來推測和發現藥物的作用……五味與五臟的關係，是中醫的一大發明創造，牢記五味入五臟的關係，對治療疾病有很大的幫助。」<sup>20</sup>

上述這段話，我們可以嘗試利用現代科學知識加以設想並解釋之。假若某植物中含有A化學元素，A元素使得人在進食該植物時，能夠產生B味覺，在腸胃吸收A元素時，會產生身體的C現象，而C現象有助於解除某些生理上的不適癥狀。如此，藥物五味的作用或許可用這個方式加以解釋。譬如陳華即說：「……

辛味藥物一般含揮發油和兩親性生物鹼等……碳鏈長度為 $n-C_9$ 左右時，辣味最強。辛味藥物所含揮發油和兩親性生物鹼等具有興奮中樞神經系統，調節汗腺分泌，調節血管平滑肌和內臟平滑肌等作用，因而能發散、行氣、行血。辛味的補益藥多含樹脂和甙類等物質，對人體有強壯作用。」<sup>21</sup>

然而，直接的問題在於，藥物本身並不是僅僅含有A元素，亦包括其他化學元素。這些化學元素的個別效果，或是其相互作用的效果，是不能單單用五味就可以加以解釋的，否則同樣味感的藥物應當能夠治療其對應臟腑的病徵。不

<sup>19</sup> 即使筆者讓步承認基本五行的成立，然而問題在於，基本五行的成立並不會「直接」證實其他次模型類型的成立，而僅是五行系統的例證。因此，這不表示其他五臟、五味、五音等關係會直接成立。然而，這種「一人得道，雞犬升天」的論證方法，遍在於中國思想當中。

<sup>20</sup> 唐雲（2005），p.226~227。

<sup>21</sup> 陳華（1996），p.226。



過，傳統中醫研究者可能會回應說，藥物不僅有五味，亦有四氣（寒熱溫涼），同時一藥有兼味，必須配合四氣加以分辨藥性，是以上述的說法未能成立。

然而，無論一味藥仍有多少變化，重點在於：藥物是否能夠確實形成中醫理論所宣稱的效果！假若 A 元素確實引起 B 味覺和 C 身體現象，我們能夠確定是這些身體現象治療了病證嗎？還是該藥物其他化學元素才是真正治療病證的原因？假若中醫用藥僅依據藥性的四氣和五味的話，那麼在一帖方劑中，我們是否能夠使用 A 屬性的藥來取代方劑中具相同屬性的藥呢？

譬如說唐雲即提到一個例子，由於犀牛被列管為保護動物，因此犀牛角已成為禁品，一般中醫師臨床上多用水牛角來取代。但是水牛角缺乏如同犀牛角一般強烈的寒涼性質，無法達到清血涼心的效果。故唐雲於《本草綱目》中，另尋一藥取代犀牛角，即是「玳瑁」。將玳瑁、銀花炭、蓮芯、連翹等四味藥組合，稱為「代犀散」<sup>22</sup>，用來取代犀牛角的藥效。如果上述情形是遍在於中醫藥物學的話，也許傳統中醫研究者有一個好理由認為，中醫藥物學的確找到某些藥物的普遍原則<sup>23</sup>，並用來治療疾病。

然而，筆者懷疑這僅是個案，不足以應用到其他草藥或是方劑之上。主要的原因在於，不同草藥的複合作用過多，我們很難能預期會發生什麼樣的化學變化。另一方面，假設傳統中醫根據長期的藥物經驗，的確發現了某些藥物的味道對應於治療某些臟腑，然而這是一個可推廣的分類標準或是用藥邏輯嗎<sup>24</sup>？筆者認為這些都是需要進一步堅實的經驗證據來加以說明。有些中醫藥的確具有療效，但是否如理論所解釋的一樣，則是另外一回事。

另外，五味入五臟的關係並沒有在上述情況中獲證，因為根本上缺乏對於臟腑功能的描述，所描述的僅是人體現象（而這些現象被認為是與臟腑相關）。我們最多僅能建立五味關係的人體現象。不過，五味與人體現象的因果關係必須經過進一步的科學檢證方能確立。目前而言，我們只能假定，五味能夠分別引發特定的人體現象。不過，即使我們真能建立五味與人體現象的因果關係，這是否真能夠用來治療疾病又是另外一件事。這是必須注意的地方。

## B. 中醫類比推理的批判

根據上述，五行系統乃是根據基本五行進一步類比和抽象化而形成的。五行系統在「重新分類」的過程中，除了依靠對於五行系統的理解之外，也依靠著基本五行來做類比推理，進而刻畫模型條件和五行分疇。不過，這也是中醫理論最

---

<sup>22</sup> 唐雲（2005），p.218~219。

<sup>23</sup> 這樣的普遍原則並非針對草藥本身的特性或是化學屬性，而是針對草藥引起人體的各種反應和現象所做出的分類，並且臨床上能夠有效緩和或是解除病徵。然而，目前為止，沒有任何一個實驗或是證據顯示這是一個合理的假設。

<sup>24</sup> 假設辣椒味辛，具有通鼻竅，宣肺氣之功用。根據中醫理論，五穀入胃，其精華上行於肺，清者為營，濁者為衛。營行血中，衛行脈外，故能通血活絡，治療淤青或是血流阻塞。而德國辣椒膏確有此一功效。如此，我們可以認定所有辛味的飲食或是藥物具有這一作用嗎？顯然地，並不行。根據歸納法，我們需要更多的資料和個例。若是當成假設測試，則這如此寬闊的條件下，可以輕鬆地否證之。

大的問題，即是類比推理的氾濫，甚至在建構假設和檢證之時。當然，使用類比推理並不會直接否定中醫，現代科學中也經常使用類比推理。問題在於，中醫使用類比推理時，一方面由於其抽象概念內容太過廣泛，其類比推理過程不夠嚴謹；另一方面，中醫類比推理僅是作一 *post hoc* 的說明，缺乏實驗證實。

Dunbar建議區分兩種類比推理<sup>25</sup>，其一為根據表面特徵的類比推理；其二，乃是基於關係性或是結構性所做的類比推理<sup>26</sup>。第一種類比推理，根據Dunbar的研究，最多用在調整實驗條件的狀況下。譬如說，A、B實驗都在研究具有HIV病毒的基因（a gene on the HIV virus）。基因、蛋白質是相同的，唯有實驗溫度有差異。當科學家在A實驗中失敗，而在B實驗中成功。A實驗的研究群會藉由類比推理（表面特徵為基礎），將實驗溫度調整到與B實驗相同，藉此獲得有效實驗<sup>27</sup>。根據Dunbar的說法，科學家在解決實驗問題時，經常使用第一類的類比推理。然而，許多科學家並未注意到這一點<sup>28</sup>。

其次，當科學家嘗試形成假設時，經常使用第二類的類比推理。近代有名的例子，有DNA的雙螺旋模型，將原子類比於太陽系，以及在血流動力學中，將血流被類比為電流。必須注意的是，科學家利用類比推理形成假設時，其來源（source）和標的（target）的結構一致性相當地高，也就是說，類比推理的過程遠比前者來得嚴謹。另外，類比推理僅是用來形成假設或是解釋新概念，但並未能直接作為其推理的有效性基礎。因此，Giere曾言：「總之，類比模型的構思對於瞭解新的模型也許是十分有用。但是，當嘗試評估（evaluate）新模型時，類比模型則沒有太大作用。」<sup>29</sup>

按照上述的區分，中醫使用類比推理時，經常是運用第一類的類比推理，即是，僅藉由表面特徵作為基礎。不過在這意義上，如筆者上述所言，由於中醫的抽象概念包括太廣，因此中醫的類比推理，甚至比科學家解決實驗的類比推理還更加鬆散而不嚴謹。同時，缺乏實驗證實，以及充斥著 *post hoc* 說明。因此，中醫的類比推理並沒有太多的解釋和治療能力

在上述討論之下，筆者看不出中醫的類比推理是嚴謹有效的，或是具有任何經驗基礎。中醫藥的有效性，或許是因為藥物或是治療辨證的分類方法具有某種

<sup>25</sup> Carruthers et al. (2002), p.159。

<sup>26</sup> 根據不同的理論，類比推理可有不同的區分。Dunbar的區分算是最普遍的一種。其他譬如，Dietrich區分三種相似性（similarity），類比相似性（analogical similarity）、表面特徵相似性（superficial similarity），以及字義相似性（literal similarity）。類比相似性，即是結構和客體之間的相似；表面特徵相似性，則是客體和其屬性之相似；字義相似性則是最嚴格的相似性，即是結構、客體、屬性之相似。Dietrich (2000), p.271。

<sup>27</sup> 根據陳瑞麟的論文“*The Structure of Experimentation and the Replication Degree*”，雖然Hertz、Perrin以及Thomson的實驗器材不盡相同，但是三者的實驗設置均具有某種程度的相似性。在這個意義上，對於實驗設置的修正亦是種類比推理的過程，因為Perrin與Thomson不是僅僅重複Hertz的實驗而已，而是針對其實驗設置和目的作了修正。

<sup>28</sup> Dunbar總結類比推理在科學活動中的特點。其一，日常類比（mundane analogies），比諸於奇異的類比（strange analogies），更是科學家常用的類比。其二，類比做為認知架構，當使用過後，即當丟棄之。其三，類比亦用於其他認知過程，譬如演繹，或是其他諸如實驗調整、形成假說、科學說明等等。Carruthers et al. (2002), p.160。

<sup>29</sup> Giere (1997), p.22。

程度的經驗有效性，但是這與中醫理論或是類比推理並沒有太大的相干。譬如說，唐雲解釋雄鼠脊骨長齒的藥效，「鼠在十二生肖中稱為『子鼠』，而『子』在方位上又屬於北方，屬水，這表明鼠是秉受『腎氣』最足的動物……而脊骨又是老鼠的腎氣最集中的地方（腎主骨和脊髓），用它來長牙，其中蘊涵的深意是非常值得我們玩味。」<sup>30</sup>

先不論老鼠脊骨是否真的有此效果，問題在於這樣的解釋，理論邏輯本身是作為一種 post hoc 的說明，或是一種預測？上述整個推論過程，並沒有嚴格的理論或是邏輯關係存在。我們可以很容易地去解釋鯊魚牙齒亦具有相同的藥效。譬如說，假設鯊魚牙齒能夠長牙補骨，因為鯊魚生存于大海之中，腎主水，同時大海之水乃具有鹹味，鹹入腎。鯊魚牙齒又如同老鼠一樣可以不斷生長。因此，鯊魚牙齒亦可達到補骨長牙之效。當沒有效果時，我們也可以將其「失效」歸諸於服用者的體質，或是說，鯊魚乃是魚類，其生活在海中，其性寒涼，又腎主水主骨，故其骨濕寒更甚，反傷腎陽等等。

執此之故，筆者不認為中醫理論邏輯確實落實於經驗實證當中。因為中醫理論的說明，多是 post hoc 說明，而類比推理又多流於虛浮。當預測或是治療失敗時，可以利用詮釋方法，來挽救中醫理論。以上諸種原因，筆者不得不懷疑，中醫理論是否真的具有良好的經驗基礎，並且具體地落實經驗實驗之中。此中首惡者，莫過於詮釋問題，在下面筆者會進一步談到詮釋問題對於中醫理論發展的影響。

### 2.3 CVA 與中風

中醫的經驗問題除了上述有關理論落實於經驗實驗，以及嚴格實驗控制之外，另一個常為人所批判的即是，許多中醫理論所描述的實質臟器或是理論實體，或是不存在，或是不夠詳盡，甚至是錯誤的。譬如說，陰陽定義問題，經絡實存問題，以及五臟定位問題等等。林永豐舉俗稱的腦中風為例。腦中風，其明確稱呼為「腦血管猝變」(cerebral vascular accidents, 簡稱CVA)，乃是由於腦部血管有了局部性的阻塞或出血，使腦組織受到損傷，而產生出各種神經學症狀。這些症狀包括肢體麻痺（半身不遂）、感覺異常、意識模糊或昏迷、言語不清、嘴歪眼斜、流口水、暈眩、嘔吐、步態不穩及大小便失禁等，若不及時有效醫治，則病情會越趨嚴重<sup>31</sup>。中醫理論雖然知道大腦的存在，但並不知道大腦的功能為何，故名之為「奇恆之府」，乃是說這些臟器具有部分臟腑的功能<sup>32</sup>，但又並非

<sup>30</sup> 筆者並不清楚是否有經驗研究指出這個效用。唐雲所引用的，乃是清朝陳士鐸的著作《石室秘錄》的記載。唐雲（2005），p.75。

<sup>31</sup> <http://www.sfit.org.tw/health/page2-8.htm>

<sup>32</sup> 在《內經·五臟別論》中：「黃帝問曰：『余聞方士，或以腦髓為藏，或以腸胃為藏，或以為府，敢問更相反皆自謂是不知其道，願聞其說。』岐伯對曰：『腦、髓、骨、脈、膽、女子胞，此六者地氣之所生也，皆藏於陰而象於地，故藏而不寫，名曰奇恆之府。夫胃、大腸、小腸、三焦、膀胱，此五者，天氣之所生也，其氣象天，故寫而不藏，此受五藏濁氣，名曰傳化之府，此不能久留輸寫者也。魄門亦為五藏，使水穀不得久藏。所謂五藏者，藏精氣而不寫也，故滿而不能實。六府者，傳化物而不藏，故實而不能滿也。所以然者，水穀入口，則胃實而腸虛；食下，則腸實

臟腑。

不過，奇恆之府在藏象學說一直未受太多的重視，許多奇恆之府的功能都被五臟所解釋。據此，林永豐即指出，中醫以心為腦，不知腦的功能以及結構，根本無法治療CVA。其次，批判CVA沒有治療文獻、也無動物實驗，更沒有臨床實驗的科學檢證，如何治療CVA？在中醫歷史上，許多人均有討論到CVA的案例，譬如說劉完素認為「心火暴甚」為CVA的病根；李梴認為乃是「正氣自虛」；朱震亨認為乃是「溫痰所致」等等<sup>33</sup>，都沒有指涉到腦<sup>34</sup>。

再三，林永豐明確否認中醫望聞切問四診，對於診斷CVA並無實際效果。由於奇恆之府並沒有與之對應的外顯特徵，因此望診、聞診無用。CVA患者陷入昏迷，故問診亦無用。至於切診，林永豐先是否認中醫所言的「脈」，乃是一般人現今認為的「動脈」<sup>35</sup>，再認為脈診僅是輔助診斷，是以缺乏實際上的診斷效力<sup>36</sup>。

先不論中醫研究者如何回應，我們從科學史的角度來看，林永豐的批判是否具有足夠的理由。在現代，我們可以承認許多中醫理論在認識或是描述上的失誤，譬如說大腦一例，即是如此。直到清代王清任透過屍體才發現，大腦乃是「靈機記性」之所在<sup>37</sup>。不過，這認識上的錯誤，或是理論上的錯誤並不能作為該理論是否為科學的判準，最多僅能作為宣稱該理論作為「退步的」研究計畫（degenerating research program）或是被拋棄的研究計畫<sup>38</sup>。理論內容的錯誤並

---

而胃虛。故曰：實而不滿，滿而不實也。」佚名（1992），p.17。

<sup>33</sup> 補張璐談論中風，「石頑曰：『中風之脈，皆真氣內虧，風邪得以斬關直入，即南方類中卒倒，雖當分屬虛屬火屬痰，總由腎氣衰微，不能主持，是以脈不能沉，隨虛風鼓激而見浮緩之象，昔人有云：中風之脈，每見沉伏，亦有脈隨氣奔指下洪盛者，當知中風之人，皆體肥痰盛，外似有餘，中實不足，加以房室內賊，遂致卒倒昏迷，其初中之時，周身之氣，閉滯不行，故多沉伏，少頃氣還微省，則脈隨氣奔而見洪盛，皆風火痰濕用事也，大都中風之脈，浮小緩弱者生，堅大急疾者危，蓋浮緩為中風之本脈，兼緊則多表邪，兼大則多氣虛，兼遲則多虛寒，兼數則多虛熱，兼滑則多痰濕，皆為可治之脈，惟兼瀉者，為脈不應病，多為危兆，以痰證脈瀉，為正氣虛衰，經絡閉滯，難於搜滌也，所以中風之脈，最忌伏瀉不調，尤忌堅大急疾，素問云：胃脈沉鼓瀉，胃外鼓大，心脈小堅急，皆鬲，偏枯，男子發左，女子發右，不瘡舌轉可治，則知堅急瀉伏，皆難治之脈，況見聲瘡舌機不轉，腎氣內衰之證乎。』」

<http://www.ccmp.gov.tw/public/public.asp?selno=714&relno=714&level=C>

<sup>34</sup> 林永豐（2006），p.2。

<sup>35</sup> 林永豐的立論依據乃根據《內經·五臟生成論》：「諸脈者皆屬於目，諸髓者皆屬於腦，諸筋者皆屬於節，諸血者皆屬於心，諸氣者皆屬於肺，此四支八竅之朝夕也。」一語。然而，《內經》並非一時一地一人之作，許多部分有其矛盾與衝突之處。所以，中醫研究者亦可舉例來反駁之，譬如《內經·脈要精微論》：「夫脈者，血之府也，長則氣治，短則氣病，數則煩心，大則病進，上盛則氣高，下盛則氣脹，代則氣衰，細則氣少，瀉則心痛，渾渾革至如涌泉，病進而色弊，其去如弦絕，死。」

<sup>36</sup> 林永豐的立論乃依據《內經·征四失論》：「診病不問其始，憂患飲食之失節，起居之過度，或傷於毒，不先言此，卒持寸口，何病能中？」又以《史記·扁鵲倉公列傳》為例，雖然天下把脈以扁鵲為宗，但扁鵲診病實際上乃是依賴類似X光的透視眼，而非把脈。

<sup>37</sup> 王清任（1990），p. 16~17。

<sup>38</sup> 「退步研究計畫」和「被拋棄的研究計畫」兩個詞，筆者主要借用Lakatos的術語。根據 Lakatos 的定義，**"In fact, I define a research program as degenerating even if it anticipates novel facts but does so in a patched-up development rather than by a coherent, pre-planned positive heuristics."**

不直接代表著理論是非科學，主要原因在於，目前為止，沒有真正Plato意義下的「知識」存在<sup>39</sup>。縱使是目前的科學知識也可能會被新的理論所加以淘汰之，假若人類確實能建構出來的話。在這意義下，現代知識最多僅能標明某些理論或是知識不再可靠，而非不再為科學。況且即使一個理論已被新的理論取代，也不必會立刻放棄之，或是排斥之。反之，可能基於教育訓練，或使用方便的緣故而被保留下來。

譬如說，Newton的絕對時空觀已然被相對論所取代。然而作為一個方便計算的工具來說，Newton理論在地球上以及各個應用學科中，比諸於相對論而言，仍然是方便有效的。在這意義下，Newton理論雖已被相對論取代，但是由於其計算方便以及高度經驗有效性，仍然在現今的物理科學中教導。如此，林永豐最多僅能做到批判中醫理論作為被拋棄的研究計畫，或是退步研究計畫，或是質疑中醫理論的經驗有效性。然而，上述均未能證實中醫乃是「非科學」的理論。

然而，問題在於，林永豐可以安心地承認上述的退步，但是這一退步卻非許多現代中醫研究者所能接受。Newton理論在今天仍然是個有用的計算工具，那麼中醫呢？中醫最少應當也能如同Newton理論一般，作為一種「方便的計算工具」吧？抑或是中醫本身就是一門獨立的「科學」呢？筆者在此，想進一步宣稱一點，即是中醫理論並不像是現今Newton理論的地位一般，最多僅能如同Ptolemy天文學一樣，宣稱一種工具論式的經驗有效性<sup>40</sup>。甚至，就筆者的科學化三原則而言，中醫理論的地位甚至不如Ptolemy天文學。原因在於，Ptolemy天文學所處理的對象，即是天體運行，比諸於中醫理論而言，具有較高度經驗公開性。因此，Ptolemy天文學在經驗上的檢證與否證性，遠高於中醫理論或是前科學時期的醫學。這是由於其處理對象和範疇所形成的差異。

回歸正題，為何筆者認為中醫無法具有類似Newton理論般的地位呢？讓我們先看一下燃素理論的例子。當氧化理論「正式」取代燃素理論之後，燃素觀念就已經不再教導，如同Michelson-Morley實驗證明以太(ether)假設不再適用一般<sup>41</sup>。為何燃素理論不會如同Newton理論一樣，作為化學的入門課程或是教育，

---

Lakatos (1978), p.112。一個研究計畫被拋棄，至少必須滿足兩個條件，：其一當研究計畫停止預測新的事實時，理論硬核(hard core)必須被拋棄[見Lakatos (1978), p.49。]；其二，當競爭的研究計畫能夠解釋舊研究計畫的成功，並進一步地展現新的啟發能力(heuristic power)。  
[Lakatos (1978), p.69。]

<sup>39</sup> 有人認為，數學是相當接近Plato意義的「知識」。

<sup>40</sup> 在筆者的定義中，「工具論式的經驗有效性」乃是說明一個理論T本身在經驗上的控制和預測十分準確有效，即使，其理論實體並不存在，或是僅為虛構。像Ptolemy天文模型中所增設的雙軌道等等，並非真實的運行路線，但有助於其經驗上的解釋和預測。

<sup>41</sup> 整個實驗裝置由一片45度的半鍍銀鏡(光線一半穿過、一半反射)，及兩片玻璃構成，光線射入半鍍銀鏡後形成兩道光線，穿過的那道射入「鏡2」再反射回來；反射那道則射入「鏡1」再被反射，而由獨立觀察者觀察這兩道被反射回來的光。

整個實驗裝置是被安裝在地球上的，所以會有一個系統相對於以太的速度"v"，而光行進的速度是"c"。

設 t1：為光自半反射鏡反射，射入鏡1，再反射回來而被觀察者看到的時間

t2：為光自半反射鏡穿透，射入鏡2，再反射回來而被觀察者看到的時間

t1及t2的計算可透過實驗裝置圖中的速度說明來瞭解。注意t1與t2兩式的分子都是一樣的

而是被認為不再適合教導呢？筆者認為，燃素理論和Newton理論最大的差異在於，燃素理論在解釋和預測能力之上，除了遠低於氧化理論之外，也不會增加計算和運用上的方便<sup>42</sup>。況且，相對論與Newton理論具有一種理論傳遞關係<sup>43</sup>。之所以如此，乃是Einstein的相對論在許多理論術語上，仍是與Newton理論術語相聯繫，譬如說「質量」(mass)、加速度 (acceleration) 等等。然而，同樣的情況下，氧化理論與燃素理論之間卻缺乏其中的傳遞關係<sup>44</sup>。筆者認為，中醫理論之所以無法如同Newton理論一樣的關鍵在於，中醫理論與現代醫學之間，許多概念和理論上的連結，並不若Newton理論和相對論一樣如此相關。我們無法從現代醫學中定義或是推導出中醫理論。基於這個理由，筆者認為中醫理論不可能作為現代醫學的一種「補充醫學」，也不會是個「方便的」(efficient) 工具 (中醫理論也許有用，但不會是「方便」的)。

現在，讓我們再回到現代中醫研究者對於林永豐的可能回應。現代中醫研究者可能的回應主要可分為兩種：要不是否認傳統中醫的理論術語與現代知識不合，就是退守到功能論的立場。筆者認為，前一個立場並不是值得辯護的立場，而後一個立場則或多或少邁向中醫科學化的方向。不過值得指出的是，上述的立

---

( $2L/c$ )，但分母不同，而當  $v=0$  時， $t_1=t_2$ 。

因為有  $v$  的存在(即以太存在)， $t_1$  與  $t_2$  就會有時間差，只要實驗能測出這個時間差，便能得到地球相對於以太的速度  $v$ 。(PS.實際上是要測量兩道反射光產生的干涉效應)

經過Michelson-Morley精密的實驗，始終無法觀察到時間差，即 $t_1=t_2$ ，而 $v=0$ ，即沒有地球相對於以太的速度。那是不是因為地球本身的運動是跟著以太在走的，導致我們量不出相對速度，不！因為地球是以圓形軌道，大約30km/sec的速度繞著太陽走的，所以一年之中總有一段時間，地球和以太會有相對運動。那麼唯一的解釋就是----以太是不存在的。

<http://www.taconet.com.tw/crisp2/a02/a02.htm>

<sup>42</sup> 事實上，燃素理論根本與現代化學完全不相容。

<sup>43</sup> 在速率低於0.1c的情況下，相對論和古典力學的經驗預測誤差極小。 $v=0.14c$ 時，古典動量表示式與相對論動量表示式只有1%的誤差。即使當 $v=0.2c$ 時，古典動量表示式與相對論動量表示式分別只有2%和3%的誤差。唯有速率高於0.3c時， $p=\gamma mv$  (古典力學公式為， $p=mv$ ) 中的 $\gamma$ 會快速增加(在地球上而言， $\gamma$ 近似1)。因此，就經驗預測來看，在一定程度下，兩者並沒有多大的差異。而相對論的許多公式，亦是承繼著古典物理學的公式。

此外，Steven Weinberg 也曾寫道：「……在科學革命之前與之後，我們使用的字眼以及方程式裡的符號，意義已經改變。譬如說在發明相對論之前與之後，物理學家所說的質量完全不是同一碼子事。事實上，在愛因斯坦革命中，質量的概念曾經相當不確定，有一段時間甚至有所謂『縱向』與『橫向』質量之分，認為會與質點的速率相關，在沿著或垂直於運動的方向抵擋加速度。但是這些都已經解決掉了，現在沒有人再談縱向或橫向質量了，事實上今日所謂的『質量』通常是指『靜止質量』，是物體的內在性質，與運動沒有關係，這種理解和愛因斯坦之前的物理學家對於質量的認識，幾乎是一樣的。意義是會發生改變的，但是通常來講，它們會沿著增加定義內涵及精確度的方向改變……」Weinberg (2003), p.250~251。

<sup>44</sup> 筆者在此藉重Ronald Giere對理論演化的看法，”…evolution theory has played in naturalist theories of science, namely, as a model for changes in scientific knowledge over time. The strongest position is that the evolution of scientific knowledge is structurally isomorphic to the evolution of populations of organisms……They note the great amount of chance in (i) what the ideas get proposed or what experiments get done (variation), (ii) what ideas and results become accepted and used (selection), (iii) what ideas and results get passed on for future researchers (transmission)……As a general framework for thinking about the historical development of science, such evolutionary thinking provides a useful counterbalance to the Kuhnian stage theory and other developmental accounts of scientific change.” Giere(2006), p.8。

場涉及到一個區別，即是illata與abstracta的區分<sup>45</sup>。

<sup>45</sup> abstracta與illata的區分最早由Reichenbach所提出，illata乃是被推論的具體存在物，根本上來說，illata的存在不受任何理論的影響，而是實存於物質世界中的事物：

”……On the other hand, if an indirect statement is connected to direct statements through a projection rather than through a reduction, then the indirect statement denotes a projective complex and the direct statements refer to external elements. Reichenbach gives the following example of a projection:

“We imagine a number of birds flying within a certain domain of space. The sun rays falling down from above project a shadow-figure of every bird on the soil, which characterizes the horizontal position of the bird. To characterize the vertical position also, let us imagine a second system of light rays running horizontally and projecting the birds on a vertical plane which may be represented by a screen of the kind employed in the cinemas. We have, then, a pair of shadows corresponding to every bird ... every proposition concerning the movement of the birds is co-ordinated with a proposition about the changes of the pairs of shadows. (Reichenbach 1938, 108).

“In this example, every single bird is represented by a unique system of marks, in the sense that each movement of the bird corresponds to a movement of the shadows. The birds are however not identical to the shadow pairs, no matter how the latter are arranged with respect to each other. Instead, the birds are only projected on to the screen and the soil: they constitute projective complexes of which the shadows are the external elements. This means that no proposition about a bird is completely reducible to a proposition about a shadow pair, and hence that between propositions about the birds and propositions about the shadows only probability connections exist:

“if we see the marks only, we may infer with a certain probability that they are produced by birds, and if we see the birds only, we may infer with a certain probability that they will produce the marks. ... there is no strict relation between the truth values of the co-ordinated propositions. The proposition about the birds may be true, and that about the marks may be false; conversely, the proposition about the birds may be false, and that about the marks may be true. (Reichenbach 1938, 109).

“Projective complexes such as the birds are called illata, i.e. ‘inferred things’ (Reichenbach 1938, 212) -- other examples of illata are radio waves, atoms, and all sorts of invisible gases. In general, illata exist not only in time but also in space.”

Abstracta 乃是邏輯建構的圖式 (pattern)，是根據理論所存在的，譬如說重心 (center of gravity) 等等：

“Reichenbach calls the probability connection a projection, and the equivalence relation a reduction. An example of a reduction is the relation between (1) «The species of wallabies has its home in Australia» and (2) «All wallabies descend from ancestors that lived in Australia» (the example is a modified version of Reichenbach's example). (1) is an indirect statement, for it contains indirectly verifiable terms: ‘the species’ does not denote a concretum, and neither does ‘home’. It is however completely reducible to (2), which contains, besides logical terms such as ‘all’, only terms that refer to what Reichenbach calls concreta, i.e. physical objects or processes supposedly accessible to direct observation. In Reichenbach's words, (1) denotes a non-concretum that is a reductive complex and the expressions in (2) refer to the internal elements of this complex (Reichenbach 1938, 110). Another example of a reduction is the relation between a wall and the bricks of which it is built. Every statement about the wall (the reductive complex) can be translated into a statement about the bricks (the internal elements). Of course, the bricks can only form a wall if they are arranged in a particular way: the wall is not dependent upon just bricks, but upon a certain configuration of the bricks. Thus Reichenbach says that the reductive complex is equivalent to the internal elements together with a «constitutive relation».

“……Reductive complexes, on the other hand, are abstracta (Reichenbach 1938, 93; Reichenbach 1951, 263). Abstracta mostly have no spatial qualities at all, although one could say that they have an existence in time. Thus the species of wallabies and a family's furniture are abstracta, as are the political state, the Bodleian Library, the spirit of the nation, and the financial crisis.” 以上引文，來自於Peijnenburg (1999) “Are There Mental Entities? Some Lessons from Hans Reichenbach”一文。

[http://72.14.235.104/search?q=cache:KRCuE2W3e-IJ:www.sorites.org/Issue\\_11/item07.htm+illata%2Breichenbach&hl=zh-TW&gl=tw&ct=clnk&cd=5](http://72.14.235.104/search?q=cache:KRCuE2W3e-IJ:www.sorites.org/Issue_11/item07.htm+illata%2Breichenbach&hl=zh-TW&gl=tw&ct=clnk&cd=5)

就五臟定位來看，中醫陰陽五行思想具現於人體之上即為五臟，這形成了中醫獨具一格的藏象理論。藏象理論的重點在於，人體五臟可分別代表五行，同時亦具現著五行間相生相剋的系統。在這意義上，疾病的產生乃是體內陰陽五行的失衡。恢復原來的平衡狀態乃是中醫治病之法。這種「恢復平衡」的觀點是前科學時期醫學的主要特色。

然而，問題在於，中醫雖然自《內經》時代就有了初步解剖學的基礎，但是，中醫診斷的主要方法乃是「司外揣內」，藉由望聞切問四診，根據病證以及經驗常規來推斷病灶究竟是在哪一個部位。在這一點上，可以質疑的是，若是五臟機能真的出現問題，外顯特徵是否與特定臟腑有一定的因果連結？亦或僅是根據經驗常規所做出的計算和歸納？簡單地說，五臟究竟是理論實體（theoretical entities），是 *illata*，或是計算的圖式（patterns），是 *abstracta*？

不過討論藏象理論時，我們必須先區分兩個意義下的「五臟」觀念。首先，在藏象理論中，五臟乃是人體內心、肝、脾、肺、腎等五個內臟。這個觀念一方面建立在粗陋的解剖學基礎之上，另一方面建立於外顯特徵與五臟之間的因果連結。

其次，在經絡學說中，有分心經、肝經、腎經、脾經、肺經等等，是指經脈由體表入於五臟的循行路線。依據黃龍祥的考證：「早期經脈學說<sup>46</sup>揭示的是人體體表上下聯繫的規律，與內臟不發生關係。後來陰經由四肢內側順勢入行胸腔，逐漸與五臟相聯繫，而陽經與六腑的聯繫則出現的很晚。」<sup>47</sup>可見藏象理論與經脈理論乃是獨立分支的系統。後來經過脈診觀察，以及對於「是動」病<sup>48</sup>的治療，逐漸將五臟和經脈聯繫在一起，形成所謂心經、肝經、腎經、脾經、肺經。雖說如此，然而在臟腑概念與病證分析上，兩者仍有衝突之處。因此，在傳統中醫的討論上，必須明確區分經脈理論「五經」的觀念，以及藏象理論的五臟概念。

無疑地，在藏象理論中，五臟主要指的乃是人體內五個主要的臟器，即是心、肝、脾、肺、腎。譬如從王清任的《醫林改錯》一書，即可發現傳統中醫的確將五臟視為實際的個體<sup>49</sup>。林永豐即是根據現代醫學知識否定藏象理論。如此，要

<sup>46</sup> 早於《內經》時代，主要是長沙馬王堆出土的資料。

<sup>47</sup> 黃龍祥（2002），p.288。

<sup>48</sup> 依據黃龍祥的定義，「是動」病乃是，「此脈動異常（包括平時不搏動或搏動不明顯而病時明顯跳動者）則可出現（以下）病症。」黃龍祥（2002），p.136。

<sup>49</sup> 《醫林改錯·腦髓說》：「靈機記性不在心在腦一段，本不當說。縱然能說，必不能行。欲不說，有許多病，人不知源始，至此又不得不說。不但醫書論病，言靈機發於心，即儒家談道德、言性理，亦未有不言靈機在心者。

因創始之人，不知心在胸中，所辦何事。不知咽喉兩傍有氣管，兩根行至肺管前，歸並一根，入心，由心左轉出，過肺入脊，名曰『衛總管』。前通氣府、精道，后通脊，上通兩肩，中通兩腎，下通兩腿。此管乃存元氣與津液之所。

氣之出入，由心所過，心乃出入氣之道路，何能生靈機，貯記性？靈機記性在腦者，因飲食生氣血，長肌肉，精汁之清者，化而為髓，由脊骨上行入腦，名曰『腦髓』。盛腦髓者，名曰『髓海』。其上之骨，名曰『天靈蓋』。兩耳通腦，所聽之聲歸于腦。腦氣虛，腦縮小。腦氣與耳竅之氣不接，故耳虛聾，耳竅通腦之道路中若有阻滯，故耳實聾。兩目即腦汁所生，兩目系如線，長于腦，所見之物歸于腦，瞳人白色，是腦汁下注，名曰『腦汁入目』。鼻通于腦，所聞香臭歸于腦。腦受風熱，腦汁從鼻流出，涕濁氣臭，名曰『腦漏』。看小兒初生時，腦未全，囟門軟，目



不是從「五經」的方向辯護，認為腦中風所關係者，乃是「肝經」，而非「肝臟」；就是拓深藏象學說，設置ad hoc假設，使得藏象理論可以解釋腦中風，而無須明白大腦結構。

不過，前一種的可能性並不高，首先肝經的說法乃是屬於經絡學說，而經絡學說的形成，依照黃龍祥看法，乃是從針刺和脈診經驗上形成。換句話說，當說某病證屬某經時，乃是說患有該病證時，某經的脈動不尋常，或是可由該經的「五輸穴」針刺治療之。是以將病證推諸「五經」，僅是尋一治療方法，而非尋找病因。因此，前一立場並不成立。

後一種立場則或許可行。譬如說，唐雲將CVA視為「內風」，即是人體內在平衡的失調。「……而中醫正是類比了風的這個『動』的特性，將人體因為內在平衡的失調而導致的身體動搖為特徵的疾病……都稱為『風』。」進一步，唐雲開始利用藏象學說來解釋腦中風，「……肝在志為怒……大怒可以使氣血上衝於頭部，使人出現眩暈昏撲、頭搖肢顫、半身不遂、口眼歪斜等『風氣內動』的症狀……肝所藏的精器是『血』，所以，怒這種情志變化當然也會影響到肝所藏的血的運動變化。」同時，唐雲又引《內經》：「諸暴強直，皆屬於風，諸風掉眩，皆屬於肝。」<sup>50</sup>如此，唐雲的主要方法是將「內風」與「肝」的關係聯繫起來，藉由肝藏血的說法，用來解釋CVA。

不過，必須說明的是，在唐雲的解釋之下，大腦雖全然無涉，但是唐雲必須提出CVA與肝臟功能的關係。換句話說，雖然中醫理論肯定「內風」與「肝」的關係，但是鑑於現代解剖學的知識，唐雲必須進一步確立CVA或是有關「內風」的一切外顯特徵與肝臟的因果關係。唐雲最多僅是作為概念詮釋和推演的工作，但沒有經驗實驗以及證實的過程。

況且，唐雲的推論中存在著一個問題，不管是「外風」或是「內風」，或是「內火」、「內濕」等等，都是體內平衡的失調所形成的外顯特徵。風寒火燥濕等「五邪」乃是這些外顯特徵的分類，並進一步與藏象理論聯繫之。在這意義下，相同的病因或是病毒，可能因為人體體質的不同，而產生不同的外顯特徵。如此，我們如何從外顯特徵去鎖定病因呢？如果「肝」是實存個體的話，那麼上述對於CVA的推論，乃是說明肝功能的異常乃是CVA的原因。如此，筆者認為，唐雲的解釋未能成功，而林永豐的批評可以成立。因為，唐雲未能進一步將「肝藏血」、

---

不靈動，耳不知聽，鼻不知聞，舌不言。至周歲，腦漸生，囟門漸長，耳稍知聽，目稍有靈動，鼻微知香臭，舌能言一二字。至三、四歲，腦髓漸滿，囟門長全，耳能聽，目有靈動，鼻知香臭，言語成句。所以小兒無記性者，腦髓未滿；高年無記性者，腦髓漸空。

李時珍曰：『腦為元神之府。』金正希曰：『人之記性皆在腦中。』汪庵曰：『今人每記憶往事，必閉目上瞪而思索之。』

腦髓中一時無氣，不但無靈機，必死一時，一刻無氣，必死一刻。試看癇症，俗名羊羔風，即是元氣一時不能上轉入腦髓。抽時正是活人死腦袋。活人者，腹先無氣，胸中氣不知出入，暴向外出也。正抽時，胸中有漉漉之聲者，因津液在氣管，腦無靈機之氣，使津液吐咽，津液逗留在氣管，故有此聲。抽后頭疼昏睡者，氣雖轉入于腦，尚未足也。小兒久病后元氣虛抽風，大人暴得氣厥，皆是腦中無氣，故病患毫無知識。以此參考，豈不是靈機在腦之證據乎。」王清任（1990），p. 16~17。

<sup>50</sup> 唐雲（2005），p.100。

「內風」等觀念聯繫到大腦。因此，假若唐雲認為傳統中醫所說的「肝」，就是實存臟器的話，則唐雲的解釋未能挽救藏象理論（事實上，唐雲否定這一看法）<sup>51</sup>。

面對類似林永豐的批判，以及現代解剖學的研究下，許多中醫研究者已然放棄五臟作為illata可能性，「五臟」的理論地位已由illata轉變為abstracta。譬如在王唯工的共振理論中，五臟並非特指五個臟器，而是指由五個臟器為核心的血流循環網絡。將illata轉變為abstracta，現代中醫研究者藉由傾向「功能論」的觀點，來挽救中醫理論。譬如說，陳華明確認為藏象理論在解剖學的認識錯誤，但又認為「……但是，藏象學說基本上是正確的、科學的。它真實地反應人體器官功能的本質和內在規律性。」<sup>52</sup>現代解剖學，在許多現代中醫研究者的眼中，尚未能作為反駁中醫理論的充實理據。因為他們可以論證說，中醫在解剖學上的確產生錯誤，但是中醫藉由「司外揣內」的方式，發現人體的功能結構，並進一步利用陰陽五行系統，將人體功能關係表述出來。在這意義下，中醫理論實體乃是計算的圖式，而非物理實體的存在。

不過必須注意的是，功能論者並非站在傳統中醫的立場之上，至少功能論者的確放棄傳統中醫「五臟」作為 illata 的有效性與精確性。在這意義上，藉由傾向功能論來挽救中醫理論的策略，基本上乃是邁向中醫科學化的道路。另外，為了進一步將中醫理論落實於經驗實驗中，功能論者不是僅僅將五臟視為功能單位或是功能描述即可。事實上，必須更進一步界定並測量相關的數值，以及定義許多中醫理論的概念。譬如說，腎水不足、肝火、陰陽等等。這些量值都必須能夠以客觀的方式加以界定並測量，方能用來檢證藏象理論或是中醫理論。僅僅作出功能論的宣稱是不夠的，必須有實驗加以說明。

再者，若是如唐雲所言，將中醫臟腑看成是一個功能性的單位或是系統<sup>53</sup>，為何不接使用「消化系統」、「呼吸系統」等名詞，來取代傳統中醫所說的「五臟」？一方面減少困惑和混淆，另一方面，在進行實驗檢證時，我們也能確切知道要處理和檢證對象為何。譬如說，《內經》云：「飲入於胃，游溢於氣，上輸於脾，脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱，水精四布，五經並行。」<sup>54</sup>即是說，脾主升清，將胃部運化的水穀精華，進一步輸送到肺臟的過程。根據陳華的解釋，「脾主升清有兩重意思。其一指的是消化後的營養物質由是十二指腸吸收並通過胰十二指腸靜脈→門靜脈上輸至肝的過程。其二指的是胰腺分泌胰高血糖素促進糖原、蛋白質和脂肪的分解，使血中營養成分增加，已供給全身的需要。」<sup>55</sup>先

<sup>51</sup> 「在講臟腑之前，首先要建立一個概念，那就是中醫所稱的臟腑並不同於西醫學解剖意義上的臟器……在中醫上，一臟一腑都是人體某一功能的集合體，也就是說，中醫把人體某一系統的功能綜合在一起，將其命名為某一臟或是某一腑，而不是單一解剖學上的臟腑。中醫上的一個臟腑就相當於西醫的一個系統，而一個系統功能的完成，要很多物質作為基礎，中醫就將這些完成這一功能的物質看作是臟腑中所蘊含『精氣』。」唐雲（2005），p.64~65。

<sup>52</sup> 陳華（1996），p.83。

<sup>53</sup> 唐雲（2005），p.64~65。

<sup>54</sup> 轉引自唐雲（2005），p.68。

<sup>55</sup> 陳華（1996），p.58。

不論《內經》說法是否正確，先看陳華的解釋而言，為什麼不直接將五臟和名詞捨棄，直接以系統的說法加以取代。因此，假設補脾藥乃是經驗有效的，則應該能夠改善上述系統功能失常的情況。譬如說，十二指腸無法充分地吸收營養物質時，是否可利用補脾藥來加以治療呢？如此一來，我們可以確認補脾藥的確切療效和作用部位，又能釐清中醫五臟的諸種觀念何樂而不為？

另外，即使能夠利用現代醫學知識「解釋」中醫理論術語，也不代表中醫理論是「科學的」，或是經驗有效的。譬如說，陳華嘗試結合中醫的陰陽觀念與現代醫學知識，賦予中醫「現代科學內容」。「血漿的陰陽：一般來說，血清總蛋白升高，白蛋白升高，A/G增大，纖維蛋白原升高為陽；血清總蛋白下降，白蛋白下降，A/G減少，纖維蛋白原下降為陰……凡使cAMP升高，cGMP降低的激素屬陽；凡使cAMP降低，cGMP升高屬陰……」<sup>56</sup>

上述的問題在於，陰陽作為一個範疇概念是相當廣泛的，如同許多二元分立的範疇一般，譬如是非、對錯、美惡、正邪、天地等等。我們可以自行利用不同的分類法則，來將人體各個部位、外顯特徵或是有機體加以分類。然而，問題在於，這樣的分類是方法是否能夠指導我們理解疾病發生，以及找尋治療方法？

雖然陳華花費相當大的工夫，利用現代醫學知識來說明陰陽概念。但實際上，並未測試整個理論的經驗有效性。問題在於，陳華的區分並不能說服我們為何僅僅附上現代醫學知識，就可以說明中醫的科學性。這樣的分類，是十分任意而缺乏實際的經驗證實。Ronald Munson曾經說過：「……使用『科學方法』本身並不會使得一項活動成為科學。」<sup>57</sup>筆者將會說：「賦予現代科學知識來解釋，並不會使得該理論成為科學。」

由於醫學理論始終是關於人體生理和病理的知識，考慮到不同物理尺度的問題，中醫理論乃是個人尺度（personal level）的鉅觀現象研究。在這意義上，中醫理論可以視為現代醫學的「替補」，只要中醫研究者願意退到這一立場。如此，中醫理論作為一種「替代醫學」，在某個程度上，可以提供不同診治觀點和技術，作為現代醫學的參考。如此，中醫最多僅是提供一個醫療的新可能性，而不會因此自動成為科學，而是有待檢證的技術。譬如說，假設非洲土著懂得哪些藥草可以治療 AIDS。依據非洲土著的解釋，乃是因為該藥草可以召喚強大神靈，來驅除惡鬼。藥草仍是具有功效，但是這不會使得非洲土著的解釋成為科學或是可信的。

## 2.4 主體際性問題與詮釋問題

自主體際性原則而言，筆者認為這是中醫理論最大問題之所在，即是一般批評中醫缺乏現代意義下的控制實驗，以及缺乏客觀測量和檢證程序。中醫理論許多診斷和施治方式，都是依靠有能力的認知行動者（skilled agent）作為中介。這使得中醫理論和技術無法進一步達到客觀評估和定義。並且，客觀資料也無法逐

<sup>56</sup> 陳華（1996），p.9~12。

<sup>57</sup> Munson（1998），p.8。

步累積，藉以形成反省治療和建構理論的基礎，而是伴隨著漫長的訓練過程與主體認知建構，成爲一種「醫療實踐」，而非「醫學理論」。在這意義下，筆者可以同意中醫是有效的醫療實踐，但未能同意中醫乃是一個科學理論。這一直接後果，首先在於缺乏一套明確的標準程序作業，作爲指導學生和否證理論的依據。藉由主體詮釋和技能的熟練度，面對異例時，會以詮釋方式加以解決，即是說，陷入詮釋問題當中。

#### A. 主體際性問題與經驗實驗

針對中醫缺乏經驗實驗的說法，亦有人加以反駁。當中以劉力紅爲代表，其回應是：中醫亦有「實驗」存在，不過不是西方科學下的「控制實驗」，而是中醫特有的「內證實驗」。「傳統文化裡沒有實驗，這個問題楊振寧教授只說對了一半。確實，在中國文化裡我們看不到像現代這樣的實驗研究……但是在傳統文化裡，存在著很細微、很精深的內證實驗，卻是不可否認的事實……它完全是通過自身修練來實現的一種能力。一旦具備了這一能力，就可以自在地進行各種有別於在機體之外的實驗。」<sup>58</sup>然而，筆者可以姑且同意劉力紅對於內證實驗的說法，但是筆者否認藉由內證實驗，可以提供有效的經驗基礎，並由此宣稱中醫可爲另一門科學。事實上，在這意義下，中醫如同騎單車一樣，僅僅作爲一種「技術」存在。

必須注意的是，筆者無意否認或是證實主體經驗的存在與否，而是否認主體經驗的公開性。舉例來說，筆者並不想否認或是證實中醫師可以透過手指來區分 28 種脈象，或是判定下針得氣與否的經驗內容爲真爲假等問題。因爲筆者僅將中醫視爲「技術」時，這並不與上述主體經驗衝突。爲什麼呢？如果根據第一人稱報告的話，許多打坐的人會宣稱周身發光、看見佛陀之類的報告；或是妄想症病人確實承受著幻聽、幻象困擾；或是籃球選手在教導其個人練球經驗等等之類的情形，筆者並無意否認這些主體經驗的真實性。但問題在於，這些經驗或多或少並不是個可公開的經驗，即是說，無法透過一套標準程序加以產生或是檢證之。然而，這種「程序確定性」對於現代科學來說，卻是不可或缺的重要環節。缺乏程序確定性則直接破壞現象穩定性，意即，沒有任何一組固定或是可穩定產生的現象可作爲科學探問的起點。如此，假若缺乏程序確定性，筆者質疑該理論可以稱作「科學」，或是經驗有效的知識嗎？缺乏程序確定性的理論或是知識必定在經驗上缺乏有效性。如此，該理論甚至不能稱爲一種記憶分類工具！除了該理論並沒有經驗預測能力之外，甚至可說是與經驗無關的。在這意義下，即使該理論可能作爲一種「知識」，卻是與經驗無關的一種知識，如此，該理論絕不可能爲一門科學，僅是一門非科學的知識！

譬如就脈診而言，把脈雖然有一定的法度，譬如得考量病人體態肥瘦、男女、年齡、診脈的姿勢等等，還得考慮醫者自身的呼吸調節、布指疏密、把脈時間長短等條件，方能真正地摸清脈象。《脈經·平脈視人大小長短男女逆順法》上即

---

<sup>58</sup> 劉力紅（2005），p.14。

有記載：「凡診脈當視其人大小長短、及性氣緩急，脈之遲速大小長短，皆如其人形性者則吉，反之者則為逆也，脈三部大都欲等，只如小人婦人細人脈小軟，小兒四五歲脈，呼吸八至，細數者吉。〔千金翼云，人大而脈細，人細而脈大，人樂而脈實，人苦而脈虛，性急而脈緩，性緩而脈躁，人壯而脈細，人羸而脈大，此皆為逆，逆則難治，反此為順，順則易治，凡婦人脈常欲濡弱於丈夫，小兒四五歲者脈自駛疾，呼吸八至也，男左大為順，女右大為順，肥人脈沈，瘦人脈浮〕」<sup>59</sup>雖然把脈具有一定的法度，但問題在於，個人把脈的主觀經驗和判斷不同，同時也沒有客觀的紀錄保留下來。這造成把脈時，仍必須依靠師傅引門和個人經驗累積，缺乏非主觀的觀察方式。

另外，甚至同一病人，不同的中醫師亦會得到不同的「脈象」，並作出不同的判斷。這問題不在於其主觀經驗的有無，而是在於其經驗的公開性不足所致。因此，張路玉在面對脈學問題時，也不得不求諸於禪宗思想，《診宗三昧·師傳三十二則》：「或問診切之法，何者為宗？答曰：『診切之法，心空為宗。得其旨，言下可了；不得其旨，雖遍讀五車，轉增障礙。只如日月，豈不淨耶？而盲者不見，是盲者過，非日月咎。』」<sup>60</sup>作為一種「技術」，筆者可以同意張路玉看法；但若是作為一門「科學」，則張路玉的說法就未免淪於詮釋或是模糊，不足以作為科學實驗和檢證的標準。

不過，我們或許可以藉由現代認知科學的幫助來進一步將脈診教學和經驗加以客觀地紀錄和描述出來。譬如說，在過去，chicken sexers能夠有效率地準確分辨小雞的性別。不過，chicken sexers通常宣稱在分辨小雞的性別時，並沒有明確的觀念和意識，通常他們僅是觀察小雞的臀部（vent sexing）或是羽毛（feather sexing）就可以分辨小雞的性別。在過去，許多研究都嘗試找出其中的知覺學習機制，判斷到底哪一項知覺特徵影響chicken sexers的判斷，不過大都失敗收場。在學習上，chicken sexing也不是容易學習的技術，同時由於chicken sexers並不知道實際分辨性別的過程，也無從教起。因此，只能嘗試錯誤地教起<sup>61</sup>。

不過在 1987 年Irving Biederman的實驗中，卻成功地讓初學者，在給予幾個關鍵性的指導之後，成功提升初學者分辨小雞性別的機率。Biederman先讓初學者和chicken sexers觀看 18 張小雞的生殖器部位，初學者成功分辨的機率是 60.5%，chicken sexers的機率是 72%。在第二次的實驗中，Biederman先將初學者區分兩組，第一組給予適當的指導，並說明小雞在生殖器部位的差異；第二組完全不給予任何回饋。然後重新將 18 張照片重新亂數排列，再進行分辨。結果，第一組辨識率高達 89.9%，而第二組則落到 54%。因此，根據Biederman的建議，

<sup>59</sup> 王叔和（1974），p.5。

<sup>60</sup> <http://www.theqi.com/cmed/oldbook/book18/>

<sup>61</sup> “.....formal training was first given in Britain in 1940, prompted by the threat of imminent invasion. Expert ‘spotters’—aircraft enthusiasts who had a high level of skill in aircraft differentiation—did exist, but there were too few of them. Training centres were therefore set up, but the problem was that the experts had no idea how they had acquired their skills in the first place, or how to transmit those skills to others. Training regimens therefore had to be developed some what by trial-and-error.” Horsey（2002），p.3。

圖形分籌的視覺學習過程，可藉由簡短地指導非偶然的形狀對比，而獲得相當大的改進<sup>62</sup>。

如此，根據上述，我們可以透過認知科學的幫助進一步研究中醫脈診的知覺學習過程，增加我們對於脈診判斷的客觀資料，並形成可以用來增加學習效率和形成辨識的標準化程序，增加脈診經驗和操作的公開性。不過，必須注意的是，即使我們有辦法形成一套標準的訓練程序，並不代表脈診即為準確的診斷方法。不同於 chicken sexing，脈診所判斷的對象和其結果的關係並不十分明顯或是具有因果關係。Chicken sexing 根據生殖器部位的判斷與小雞的性別有直接的因果關係，然而，脈象和病因是否具有類似的因果關係則是另外一件事。因此，必須加以區別並注意之。

因此，雖然筆者不排除中醫醫療實踐的經驗有效性。然而，作為一門科學而言，傳統中醫卻無法滿足主體際性原則的要求，無法獲得足夠的公開性，同時缺乏一套有效學習的標準程序，也導致中醫醫療實踐的客觀性不足，未能滿足程序確定性。除了缺乏程序確定性之外，過份依賴認知行動者的判斷和能力亦是其主要缺點，如此我們很難準確地估計主觀因素影響，會造成醫療判斷上的問題。這部分，也是現代中醫研究所極力完成的事情，「傳統中醫依靠醫生的感覺判斷，主觀性很強，無法標準化，在學習、普及與發展上產生很大的困難。因此，我們的目標之一就是使這些依賴感覺的宏觀物理表徵客觀化、定量化。」<sup>63</sup>

## B. 詮釋問題與 post hoc 說明

再者，經驗資料的公開性和客觀性問題所形成的另一後果則是，在中醫臨床診斷與醫療上產生異例時，並沒有獨立於後果的判斷標準以及解釋原則。換句話說，任何異例均可以透過詮釋或是 post hoc 的方式加以解決。由於陰陽五行系統是個極抽象和任意的產物，五行範疇成員並沒有清晰的劃分，在任何情況下，可以利用瑣碎的詮釋和 ad hoc 假設加以說明。因此，許多爭論所依據的並非堅實的客觀經驗資料，而是主觀詮釋資料。在這意義上，除了結果能作為成功的標準之外，並沒有其他標準作為衡量成功的準則。正是因為如此，我們可以針對理論模型和診治過程加以質疑，而不是單憑其結果作為理論有效性的準則。這一後果，則正好與筆者的看法相合，在這意義上，中醫理論要不是做為一種分類記憶工具，就是僅僅是種 post hoc 的詮釋理論，這兩者均無涉於病理因果機制的問題。缺乏客觀經驗資料和缺乏獨立於後果的判斷標準，僅會使得中醫理論成為任意的語言建構，缺乏經驗檢證和否證的空間。因為總是可以利用詮釋、ad hoc 或是 post hoc 的方式加以挽救理論，清除異例。

舉例來說，劉力紅曾提及到一個病例，該病患雙足都有跟骨骨刺，以致足跟落地，即疼痛不已。劉力紅一開始以一般的補骨之法治療，但沒有成效。後來，劉力紅提到李時珍寫《本草》時，引張銳《雞峰備急方》的一條案例，描述一病

<sup>62</sup> 上述關於Biederman的研究，請見於<http://www.coreknowledge.org/CK/about/print/badnews.htm>

<sup>63</sup> 張維波（1999），p.201～202。

人牙齒漸長，漸至難食，乃是得了「髓溢症」。後用白朮煎湯，漱服即癒。劉力紅接著以陰陽五行系統推論，齒為骨之餘，而腎主骨，腎在五行為水。牙齒漸長，則是骨之有餘，乃是腎水過盛。腎水過盛，乃是脾的功能消退，因為脾屬土，而土剋水也。所以，劉力紅進而推論，骨刺乃是骨骼增生，表示該病人腎水有餘，用補腎之法僅是傷上加傷，必須補脾土以剋腎水。所以使用白朮煎湯，讓患者泡脚，一月痊癒<sup>64</sup>。

讓我們先忽略患者痊癒的病理因果機制，而先針對劉力紅這一理論推演下手。依照劉力紅的思維，我們可以認為是中醫理論發揮效用嗎？上述病例，劉力紅確實把中醫理論邏輯推演到中醫未見的疾病之上，並且治療成功。但是，這裡存在一個問題，我們不能確認是白朮煎湯發揮效用，或是中醫理論發揮作用！現今白朮的藥理研究說明其效用大致可分為七類：(1) 白朮水煎有抗衰老並提高記憶力的效用；(2)能提升免疫調節；(3)幫助腸胃運動；(4)對子宮平滑肌產生作用；(5)對腹膜孔的作用；(6)對腫瘤的作用；(7)具抗炎作用。有不少現代研究指出的作用，都於《本草》中有所記載。然而，這並不能作為劉力紅論述的依據。若是依照劉力紅的推論，則應該是中醫背後的理論邏輯發揮作用，而白朮煎湯僅是其例證而已。如此，順著上述五行系統的推論，我們是否可以利用其他補脾藥物來治療骨刺？若是可行，我們才有證據認為不是白朮煎湯發揮作用，而是中醫理論邏輯之有效。

另外一方面，由於白朮具有消炎作用和增強抗體的功效，筆者進一步認為骨刺並非治癒或是「縮回」，而是骨刺損傷神經所產生的發炎被治療了而已。在先前有人即討論到，「髓溢症」可能為牙周病，因為牙齦日漸萎縮，看起來好像牙齒漸長一樣<sup>65</sup>。假若這個說法成立的話，那麼白朮煎湯的效用應在消炎，而非補脾。從這一點上看來，白朮確實「治癒」髓溢病和骨刺，或僅是消炎而已，這兩者有很大的差異。就現代醫學的觀點，骨刺乃是人體老化的自然現象，多形成於人體脊柱。脊柱在老化之後，軟骨磨損殆盡，骨頭自動增生而形成骨刺。因常在脊節成形成如刺狀物，故稱為骨刺。骨刺形成，若是沒有壓迫到神經，則不用急著開刀，只要適度的運動即可避免骨刺的傷害。若是壓迫到神經，可用熱敷、消炎藥或是止痛藥來治療。若是一直無法改善，才走到開刀一途。由現代醫學的觀點思考，由於未能確認劉力紅是否有運用到X光或是磁核共振技術分析該骨刺在治療前後的差異。因此，我們不能如劉力紅所斷言一般，認為白朮治療了骨刺，使骨頭「縮回」等等。我們反倒可以質疑乃是白朮的消炎效果使然。

再者，筆者質疑，劉力紅是否在先前就判斷出病人乃是「腎水過盛」，亦或是在思考到張銳的案例之後，再解釋該病人為「腎水過盛」？這一質疑暴露了臨床診斷上的問題。如果中醫師在臨床診斷上未能留下明確的診斷記錄，那麼筆者認為，這會直接影響醫生臨床經驗的形成和反省。這一問題直接影響劉力紅病例

<sup>64</sup> 劉力紅（2005）p.65~66，。

<sup>65</sup> 髓溢症是否為牙周病？亦有人提出反論，並區分牙宣和髓溢症，前者乃是一般所稱的牙周病，後者則常發生於小孩長牙時過快，形成疼痛難食的癥狀。不過未在現今聽聞此類病例，故不可考。

的說服性。若是「腎水過盛」，則表現在病人身上的病證，按照傳統中醫理論，可以透過望聞切問四診加以診察而得。若是該病人的確「腎水過盛」，則應當有其他病證顯示這一事實，而非僅有病人所報告的骨刺而已。在這一點上，直接影響劉力紅推論的效力。即使劉力紅推論是有效的，即是的確描述到某些病理因果關係，然而由於未能建立確實的診斷記錄或是加以反省之，筆者會認為這類型不過是 post hoc 的解釋，或是類比推理而已，並沒有任何實質的推論效力和經驗基礎。

在這類例子中，筆者必須說明，理論要不是扮演著一種記憶工具，就是做為一種 post hoc 的說明，並沒有任何經驗上或是「理論」上的「科學」解釋可言。上述的問題在於，理論邏輯並沒有一個清晰、嚴謹<sup>66</sup>的推論過程，所依賴的僅是對於文本的詮釋和類比推理。在這一點上，筆者認為，中醫理論的經驗落實過程淪於詮釋問題，同時，也缺乏精確的實驗控制。如此，筆者不認為中醫理論有任何堅實的經驗基礎或是有效實驗。在這意義上，劉力紅僅是利用詮釋方法來解釋治療骨刺的成功，而非中醫理論奏效<sup>67</sup>。

詮釋問題基本上深深困擾著傳統中醫，甚至說深深影響著中國人的文化與思維。文化的傳承與延續的確需要「詮釋學循環」或是說「詮釋性理解」(interpretative understanding)，作為理解文化、「重活」文化的角色。然而，這並不意謂著「守舊」以及尊崇經典。傳統文化乃是作為孕育的土壤而非箝制。更何況，對於科學而言，這樣的態度無疑是壓抑科學發展空間。正是詮釋問題使得中醫始終缺乏一套檢證和否證的過程與機制。邱鴻鐘針對這一點，亦有批判：「……中醫各家只是以自己對經典的心悟理解，來相互駁斥，因而，一種假說不僅沒有被取代，反而又新添了更多的假說。由此可見，實驗方法決定了中西醫理論體系的不同進化結果……中醫學理論體系兩千年來無根本性的變化，並不是因為它完美無瑕，無須證明，而是因為缺乏一個淘汰機制，即缺乏一個主體之外的檢證標準。」<sup>68</sup>

## 2.5 小結

---

<sup>66</sup> 「清晰」：(1) 理論概念必須盡可能地賦予操作性定義

(2) 物理性質盡可能地加以量化。

「嚴謹」：(1) 最好的形式是用數學和邏輯方式加以推導。

(2) 每一推論最好能夠具有理論或是經驗的支持。

(3) 每一語詞的定義良好。

<sup>67</sup> Paul Thagard曾提過一個醫療類比的例子，”Berlinger describes a dramatic case of a baby born with a cystic hygroma that made it very difficult to breathe. When the baby stopped breathing, it became crucial to insert a tube in the baby’s airway, but a cluster of yellow cysts hid the airway so that it was not clear where to insert the tube. Berlinger fortunately remembered a previous case in which an emergency technician had inserted a breathing tube to save the life of a snowmobiler with a severed windpipe by sticking the tube where bloody bubbles indicated the airway. Analogously, Berlinger pushed down on the baby’s chest to push air out through the cysts, generating saliva bubbles that he could use as a guide for insertion of the breathing tube.” Thagard (1999), p.143。

<sup>68</sup> 邱鴻鐘 (1998), p.55~56。



在上述，筆者主要透過第一章所提出的科學化三原則來審視傳統中醫理論。根據可落實原則，中醫五行系統根本缺乏一個可落實的例證，即是根本未獲得一定的經驗檢證基礎。同時，基本五行類比的氾濫，看似增加傳統中醫的有效性，實則正好將五行系統的經驗落實，變成一文不值的語言建構。

根據主體際性原則，由於受限於認知行動者方法論的影響，中醫醫療實踐過份依賴認知行動者，導致許多診斷和治療資料無法進一步被表達，或是缺乏足夠的公開性，讓其他有能力的他者可以自由檢證。

藉由系統化原則，筆者主要地批判中醫的詮釋問題和 *post hoc* 的說明，認為傳統中醫在面臨臨床案例的矛盾時，經常用詮釋和 *post hoc* 的方式加以解決。然而，一方面，詮釋問題使得傳統中醫理論沒有修正的一天，同時也缺乏進一步的實驗檢證；另一方面，*post hoc* 說明，則掩蓋理論和醫療實踐失效的情形，將所有反例轉變成實證，與系統化原則相悖。

因此，根據筆者所提出的科學化三原則，傳統中醫不能作為一個可靠的科學理論。如此，要不是將傳統中醫視為有效的醫療實踐，要不將之視為全然無效的理論和醫療實踐。然而問題在於，要使第三個或是第四個立場成立，都必須經過現代科學方法檢證中醫醫療實踐的經驗有效性。這項工作乃是目前中醫科學研究正在進行的事，並且迄今未獲得一定的普遍性結論。不過，讓我們先將這一前提暫時擱置，先直接假定其成立。對筆者而言，之所以支持第四個立場的理由，除了文化因素之外，的確也有經過科學檢證的研究支持筆者立場（亦有反證）。不過，最主要的原因在於，筆者認為，唯有透過第四個立場方能充分討論中醫科學化的議題，才能充分地說明和批判現代中醫科學研究的問題，也唯有第四個立場，哲學思維方能發揮作用（第三個立場的成立，完全是需要科學檢證）。因此，在本文中，筆者暫時採取這一立場來檢視中醫科學化議題。

