

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

科學化？西醫化？台灣中醫發展的醫政考察 研究成果報告(精簡版)

計畫類別：個別型
計畫編號：NSC 96-2412-H-040-001-
執行期間：96年08月01日至97年07月31日
執行單位：中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系(所)

計畫主持人：葉永文

處理方式：本計畫可公開查詢

中華民國 97年07月29日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫

成果報告
 期中進度報告

科學化？西醫化？台灣中醫發展的醫政考察

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 96-2412-H-040-001-

執行期間：96年8月1日至97年7月31日

計畫主持人：葉永文

共同主持人：

計畫參與人員：

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

- 赴國外出差或研習心得報告一份
- 赴大陸地區出差或研習心得報告一份
- 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份
- 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

執行單位：中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系

中華民國九十七年七月三十一日

中英文摘要及關鍵詞

摘要

自古以來，中醫一直是國家與社會中具支配性的醫療主體，但當西方的科學醫學傳入之後，中西醫療便進入了一種競爭衝突的關係中。然而這種競爭衝突關係的結果卻讓中醫逐漸退出國家醫政的支配領域，成為民間社會之醫療體系的一環，更甚者，在西醫醫政的意圖操控下，中醫在民間社會上所盤據的地位卻也岌岌可危，顯見中醫在其發展上的困境與無奈。針對 1945 年至 1949 年台灣戰後初期之中醫發展的討論，由於兩岸政權合一的特殊歷史時局，本研究將先考察國府大陸時期和台灣日治時期的中醫發展概況，比較其異同之後再檢視戰後初期的中醫發展概況，從而歸整出這時期的中醫發展與過去有何延續與斷裂關係。為能深入地瞭解這樣的關係，本研究係以醫政上的論述、謀略、和權力等三面向，來分別就當時具支配性的醫療觀念、一些政策佈局、以及中西醫療間的競逐關係進行檢視與分析。

關鍵詞：中醫、科學醫學、論述、謀略、權力

Abstract

For centuries before the introduction of the Western medicine into the Chinese society, the Chinese medicine had been the dominating role in the medication mainstream. However, since then, Chinese and Western medicines were in conflict, and the main role of Chinese medicine was gradually replaced by the Western one. Eventually, the Chinese medicine runs into a developmental dilemma under the control of Western medical police. To explore the development of Chinese medicine during 1945 to 1949, the present study first analyzed and its developmental history in mainland China and in Taiwan before these two were unified politically and then made a comparison which reveals an overall picture of Chinese medicine during this era and its connection with its previous status. It aims to examine and analyze the prevailing concepts of medical cares, medical policy making and competing relationship between the two medicine constructs from the perspectives of medical police with respect to discourse, strategy and power.

Keywords: Chinese medicine, scientific medicine, discourse, strategy, power

報告內容

壹、前言

在近代國家的發展歷程中，現代化(modernization)經常是一個分析「擺脫傳統」的論述議題，特別就非西方國家的發展經驗來看，「現代化」更意涵著一種「沖擊傳統」的順應過程，這係意謂著非西方國家的現代化並非純粹由自身傳統文化之發展而來，它毋寧是一種對西方現代化模式的套用或嫁接，於是便容易與自身的傳統文化產生沖擊效應。所以有論者直言，這般非西方國家的現代化過程勢必將面臨「橫的移植」與「縱的繼承」的兩難困境(黃瑞祺，2001:22)，「橫的移植」即指對西方文化的橫向截取，而「縱的繼承」即指對既存文化的縱向傳續，於是在這兩種文化的撞擊過程中，往往就會產生獨特的現代化發展經驗，而與西方國家的現代化模態存有不同的景觀。因此，非西方國家的現代化雖然受到西方文化的浸染，但決非只是西方文化的複製。

雖然如此，非西方國家中強烈支持「橫的移植」的西化運動者，經常批判「縱的繼承」為一種文化保守的舊勢力並主張廢除之，如此方能達到西方國家的發展景觀，所以現代化就是完全的西化；針對此類敘述，文化道統的極端護衛者則對該現代化模式存有不信任態度甚至完全抗拒，以致現代化論述經常淪為文化政治之論爭。這般景象常存於非西方國家之各種文化領域的發展過程中，同時也造成該文化發展的困境所在，而就屬於文化之一環的傳統醫學來看，中醫發展便是遭遇著這種困境的一個實例。特別是在現代化論述高漲的二十世紀初期，當時陳獨秀即高舉「民主」(Democracy)和「科學」(Science)作為新思想的兩面大旗，以試圖形塑出舊中國的缺陷以及新國家建立的重要標示，而這種「新思想」係深具著兩面刃，即「一方面主張西化，一方面反對傳統」(李雲漢，2001:228)。結果在醫療體制發展上，不但西醫化的主張會日益高漲，而且反對傳統中醫的呼喊也將被擴張。

事實上，已有論者指出「這種被冠以“五四精神”的科學主義觀念與真正的科學精神是相衝突的，它使人們的文化熱情膠著於“新與舊”、“進步與落後”、“中與西”、“傳統與現代”等時空範疇，而忽略對其文化特徵與本質的追問。」(王一方，2006:75)也就是說，在忽略對既存文化特徵與本質的討論下，「橫的移植」與「縱的繼承」成為兩種涇渭分明的發展圖象，並被冠上「科學/玄學、優/劣、文明/愚昧」等這般「新/舊」的文化論述景觀，以致在醫療場域上就如1913年當時的北洋政府教育總長汪大燮所說，「今日之衛生行政，乃純粹以科學新醫為基礎，而加以近代政治之意義者也」，而「舊醫一日不除，民眾思想一日不變，新醫事業一日不向上，衛生行政一日不能進展」(引自吳基福，1980:13)。其間存有「新醫」與「舊醫」之論述，即在突顯科學西醫和傳統中醫的區辨，從而打造

出中醫在現代化過程中已不合時宜的觀感效果，直至 1980 年代，仍有論者依然如此認為「今天，我們所謂『中醫』其實只是尚未現代化的舊醫」。(劉嘉逸，1981)

因此自 1930 年代以來，即使中醫科學化思惟如火如荼地被中醫改革派人士所開展，極端衛道的中醫界仍然充滿著不信任態度甚至完全抗拒，他們認為「中醫不科學是要被廢的，即科學化亦被廢」(趙洪鈞，1989:245)，因為「科學化」就是「西醫化」，亦即中醫被西醫所同化。由此觀之，在中醫現代化的歷程中，由「新/舊」論題所衍生出來的「科學化」和「西醫化」之關連態勢，使中醫發展呈現出相當大的問題與阻礙，這除了有來自西醫界的攻擊外，也包含著中醫界本身因看法紛歧所造成之對立堅持。鑒於此，為釐清中醫發展所必然接受科學化的影響，以及是否能避免西醫化的發展危機，實有必要再對「科學化」和「西醫化」這兩個議題來深入探討。

貳、中醫「科學化」與「西醫化」之問題

廣義視之，文化即是一種「人類生活方式(way of life)的總和」(Jary, David & Jary, Julia, 1991)，其體現在人們的日常活動中且深具著傳統價值的影響，然而文化也存有一種解放的職能，能夠順應與吸納外部社會環境的變化而調整之。(謝高橋，1989:186-187)所以一個特定文化的發展，經常是在「縱的繼承」之基礎上來面對或接受「橫的移植」之浸染，因此不管這般浸染力道是如何的強勢，其文化的繼承與移植必然會交纏與共存，進而開展出自身獨特的文化發展經驗。

就此而言，中醫發展亦存有這般的展現，同時也必然會隨著社會環境的變遷而調整其內涵，如王一方就曾將中醫的發展分為古代中醫、近代中醫、及當代中醫之別，並指出：(王一方，2006:63-64)

這三個概念的本質差別在於知識的純潔性方面，18 世紀之前的中醫純潔性相對高一些，可理解為“自然哲學傳統加經驗主義積累”特色的傳統醫學，而近現代的中醫則必然順應東西方文化大撞擊、大交流的潮流，走向雜合與多元。嚴格地講，“20 世紀的中國醫學”不僅只包括傳統中醫的部分，還應該包括源於西方，但如今在中國落戶，被相對本土化的現代醫學，以及中西醫學在溝通中部分融合的創新醫學。

依此之見，可得知中醫發展有其自身的獨特脈絡，也就是從傳統中醫到現代中醫的科學化演進，而非如西醫化者所主張是一種從舊醫(中醫)到新醫(西醫)的斷裂式轉變。

當然，從中醫現代化的歷史回顧中也可看出科學化與西醫化這兩股發展取徑的論戰與衝突。依李經緯對二十世紀初期西醫傳入後所形成之中醫思潮發展取徑的分析，點出係存有四種思潮的分類，即匯通思潮、參合思潮、歐化思潮、及

保存思潮，而其思潮內容和其代表人物可以下表表明列出：(整理自李經緯，1998:328)

表一、民初中醫發展思潮之分類

思潮類別	匯通思潮	參合思潮	歐化思潮	保存思潮
思潮內容	認為中西醫相同，力主溝通二者	認為中西醫不同，中西醫各有是非、優劣、長短，主張參合中西醫，取長補短，擇是而從	認為中西醫不同，西是中非，西優中劣，主張廢棄中醫、發展西醫或中醫西醫化	認為中西醫是兩種互不相同而相對獨立的醫學體系，主張中西醫並存，獨立發展
代表人物	張錫純、丁福保	朱沛文、周雪樵	余云岫	惲鐵樵

依此分類之思潮內容可明顯看出，除了保存思潮係屬主張中醫衛道傳統的發展外，另外三者皆可歸為中醫現代化思潮之分派，其中之歐化思潮便是屬於西醫化的發展取徑，而匯通思潮與參合思潮則是屬於科學化的發展取徑。

是以，儘管西醫化仍關連著科學化的層面，但中醫科學化不必然等同於中醫西醫化，因為中醫科學化係包含「橫的移植」與「縱的繼承」兩面向，而非以「橫的移植」來取代「縱的繼承」的單向呈示。或許這就如鄒良對今日中醫發展之期望而所稱，「中醫現代化的結果不是將中醫變成目前的西醫理論，而是產生比目前的生命科學和醫藥學更進步的未來的現代科學理論。」(鄒良，1991:43)因此，為延續及張揚中醫的發展命脈，中醫科學化將是一條必經之途，而在這條路途上所必須注意和避免的即是可能被西醫化的危機，也就是用西醫標準來度量中醫所可能造成的諸多危機，對此著名的漢醫學者 Manfred Porkert 即認為「應該用現在科學的標準，不應用僅適用於西醫的方法來評價中醫」。(引自王敬、陳能進，1991:113)

那麼「現在科學的標準」所指為何呢？這也許可以王鍵(1991:142)指出中醫發展所需要的「科學方法、先進技術和現代化設備」三個基本保障來識別出。所謂科學方法，一般即指數學計量、形式邏輯、以及實驗等方法，這些方法亦是向來著重經驗實效的中醫學所欠缺的，所以民初首先提出中醫科學化之改革主張的陸淵雷，即開始強調要以包含西醫理論在內的各種自然科學知識來研究中醫。(許樹強，1991:88-89)這是一種在「縱的繼承」之基礎上援引「橫的移植」之改革方案，並且更可能讓長期遭受西醫沖擊頗深的中醫發展開創出一個向上提升的新契機，如廖育群(2006:45)在其〈科學對中醫的影響〉一文中即有指出：「近代西方科學也是一種文化，他本身不會摧殘中醫，而只會為中醫發展帶來新的契機與支持。」而陳勝崑(1982:122)亦有言：「如果傳統醫藥是中國文化的一大寶藏的話，我們希望把中醫藥研究或昇至科學的分析層次，唯有如此，才能在這寶藏中進行無窮盡的挖寶工作。」

另外就先進技術和現代化設備來說，「多學科」的協作研究及科技交流將是中醫學發展的趨勢。沈福道(1993:1)在其《中醫與多學科》一書裡開宗明義即說：「所謂中醫多學科研究，就是運用現代科學的理論和方法、技術和手段對中醫學進行多科學、多層次的深入研究。」其間諸如生物學、物理化學、數學等自然科學知識的引入，以及控制論、訊息論、系統論等技術方法的運用，這皆可使中醫科學化過程得以擺脫西醫化的侷限，何況西醫學也必須與其他科學相合作方能取得先進技術的發展，對此關前(1991:6-7)便言稱「多學科的理論、知識和技術論證了中醫理論的科學性，中醫研究方法可行性，並促進了中醫新興科學的建立。」

再由此推之，多學科技術的引用勢必讓中醫得以接觸到現代化設備，這係中醫科學化之一體兩面的進程，也破除了現代化設備為西醫所專屬的迷失，其實長期支持中醫發展的陳立夫(1980:27)早有此見，他說「西醫今日所用的一切工具和材料，大部分為其他科學專家所發明，非西醫可自詡為獨有，中醫儘可使用，蓋凡能有助於望聞問切者，均應學習與應用，此即所謂迎頭趕上，以助益診斷之功能也。」同時，亦有論者直言「應用一些現代儀器更不能說算是西醫化」(王敬、陳能進，1991:114)

所以，多學科的運用是中醫科學化的形塑之徑，如此不但可擺脫中醫西醫化的桎梏，更可讓中醫在其現代化過程中得以快速的發展，這或如沈福道(1993:16-17)對中醫發展之可能性的期許而說，

我們仍應清楚地看到，目前中醫發展還是相當緩慢的，許多理論還模糊不清，有待我們盡快作出科學的解釋，這就要求我們必須從中醫的各個方面去對它進行重新認識和研究。我們認為，動員多學科的力量和技術對其進行探索和研究，將有助我們對生命科學的認識不斷趨於深化。

綜觀之，歷經現代化過程的洗禮，中醫發展主要係呈現著科學化和西醫化這兩個方向，科學化是建基在以中醫發展為主體的模式上來吸取西方科學經驗，其反映出多數中醫界對自身的改革欲求，而西醫化則是呈現出一種去中醫化模式之「捨中求西」的醫學殖民，這除了少數中醫的支持外主要還是西醫界對中醫發展的看法與訴求。因此西醫學雖然也同屬於科學之一環，但科學化決非等同於西醫化，所以中醫科學化是中醫發展的一個出口，也是中醫未來能夠與西醫並駕齊驅甚至是超越西醫的一條康莊大道。

然而在近代中醫發展的進程上，科學化和西醫化問題一直是糾纏於中醫界自身以及中西醫之間的諸多論爭中，這除了呈現出其對科學化和西醫化在意義區別上的模糊不清外，也對中醫發展在面臨西醫強勢的影響下產生相當程度的不信任感。特別是在西醫所主導的國家醫政場域裡，以西醫發展為思考導向的醫政佈局，更令中醫界對自身的科學化過程充滿不確定性，這除了容易造成其在發展上落入西醫化的困頓和扭曲，更可能因此而促使由西醫來主導中醫的發展方向。對

此，本文旨在探討國府遷台後之台灣中醫的發展境況，亦即在面對西醫醫政的管控之下，其所呈現之中醫科學化或西醫化之發展問題。

參、一種「論述/謀略/權力」方法視野的建構

論述(discourse)係指一種言談(utterance)或言說(speech)形式，而經由語言過程來傳遞特定的知識訊息。對此，M.Foucault(1972:276)即曾言稱「所有的知識都必須擁有一特殊的論述運作」，同時也藉由這樣的論述運作而「界定並生產出我們的知識客體」(Hall, 1997:44)。所以論述可視為是一項具意圖性的語言過程，有著強烈的指涉和控制特質，以致通常也都被賦予了諸多政治的屬性，無怪乎D.Macdonell(1986:45)會認為論述是存有顯著意識形態的形式，而且「所有的論述都是在意識形態上採取了某種立場(position)；沒有任何一種是中立的。」(Macdonell, 1986:58)就此觀點視之，論述所具有的知識訊息之傳遞過程並非呈現著一種客觀的普遍狀態，而毋寧是一項排除的展現，亦即是對不同知識立場的排除。所以論述就是指稱態度意義的一組聲明(a group of statements)，從而反映出此論述擁有者的特定意向，或者如 M.Pecheux(1982:111)所指那些論述中的「詞語、表達、命題等等，是依據那些使用者所持有之立場來改變它們的意義」。

事實上，Foucault(1972:68)早已指出論述經常是受到一群特定的人所控制，並將其施用於相關的決策、制度和實踐之上。而該決策、制度和實踐係是一種政治謀略運作的考量，屬於論述領域之外的非論述領域(non-discursive domains)範疇，目的在於反映論述所具有的特定觀念或意識形態，進而保證論述的正當性並強化其知識輸送意圖。這是一種論述與非論述之間關係的共謀與操弄，透過決策、制度和實踐等的政治佈署而對論述進行謀劃，已致造成非論述領域的規範化而形構出一種合法性效果。所以非論述是對論述意圖的支持與強化，Foucault 在討論醫學知識時即曾指出這種非論述的政治運作對醫學論述的影響，他說「醫學論述所關連的特別對象領域，當它發現自己是在一群有特定地位的個別人(individuals)手中，以及在社會中有著特定的運作功能時，是如何的基於其論述以外的實踐來與自身勾連在一起，而這些實踐本身並不是一種論述的類別(a discursive order)。」(Foucault, 1972:164)因此非論述可說是一種謀略，透過決策、制度和實踐，甚至是法令規則的規範化佈署來與特定論述形成一種對應關係，並經常以壓抑其它論述形式之方式來達成其特定意識形態方向的政治效果。

於是就論述本身而言，其意義的產出係發生於一種鬥爭關係中，並且也是「因為(for)論述以及透過(by)論述才有鬥爭這種東西」(Foucault, 1981:52-53)，所以論述一詞是深具著衝突特質，對此 R.Barthes(1977:200)就曾直指論述「在它的歷史動因中，是藉由衝突來推動的。」而這種衝突特質實是一項權力關係(power relations)的展示，其所標定的是支配性論述的權力意義，同時也指明對其他論述

所具有的排除意含。如 Pecheux(1982:153)便認為科學論述經常是「透過採取一些特定的詞語、構想、以及表達等等的立場，來反對其他的詞語、構想或表達，並且在知識生產的鬥爭中確切地展現出來。」是故，論述的意義及其鬥爭之間的盤根交錯著實地體現在一種權力關係的介面上，並且是由權力的展示來彰顯優勢論述的可見性，這就如 S.Mills(1997:19)所稱「權力是討論論述的一個關鍵性要素」一樣，是權力保證了論述的優勢存在，亦或是權力構成了優勢論述的一環。

綜觀之，論述並非單純地只指知識傳遞，深層地來看，它更擁有著一種支配控制意圖，因此論述係具有相當的政治屬性，而這般政治屬性更藉由非論述領域的謀略佈署以及鬥爭場域中的權力關係來支持、強化和保證。所以論述、謀略、權力構成了知識備戰姿態的三位一體，進而對不同的知識體系形塑出一種「支配—臣屬」的層級關係，其間，論述是一種支配觀念的鋪陳，謀略是順此觀念而來之法規政策的產出，而權力則是鬥爭的直接體現。是以，這種由論述所開展出來的「論述/謀略(非論述)/權力」之環扣模態，不但對特定知識形成一種閉鎖與霸權的框架，同時也成為對相異知識的一種排除構造，以致「攻擊—抗衡」的衝突景象淪為難以排解的境況。而這般衝突景象，既是構成論述的啓始，亦可說是論述的歸途。

順此方法視野，本文旨在探討國府遷台後台灣中醫醫政發展概況以及所面臨的科學化問題和西醫化困境之所在，而為能較完整地形構出中醫的科學化發展與西醫化困境，本文將以醫政論述、醫政謀略、以及醫政權力等三個層面來分析說明：醫政論述是討論影響當時醫政觀念的一些智識氛圍，醫政謀略則在檢視與中醫發展有關法規裡的一些政策佈局，而醫政權力便是直接彰顯醫政單位對中醫科學化的權力關係。這三個層面架築出本文研究的結構分析圖示，但其實也是針對中醫科學化過程及其西醫化之問題從抽象到具體的文獻解剖。

肆、醫政論述

由於 1945 年日本戰敗後退出台灣以及 1949 年國府遷台所帶來政權的直接移入，過去由西醫主導的國家醫政景觀亦同時複製於台灣，以致於日後台灣的相關醫藥行政和醫學教育皆以西醫為主體，從而在此般由西醫論述所操縱的醫政情境下，中醫發展必然會遭受相當程度的抑制。

1956 年政府當局順從了中醫界請願而同意設立公立的中醫院校與中醫藥研究機構來進行中醫科學化發展之目標，這係標榜著台灣中醫發展的一大里程碑，然而卻因西醫控制醫政的影響，致使該中醫發展規劃的推展產生困難，像是公立中醫院校的教育推展規劃便一直是胎死腹中，林昭庚(2004:109)即認為這是「因為衛生行政及教育部高教委員並無中醫背景者在中」所致。而在中醫藥研究機構

部分，雖然 1957 年成立了國立中國醫藥研究所，但因該機構「一向操在西醫之手」且「研究預算不及西醫的百分之一」(陳俊明，1994:113)，導致在發展上受到相當的局限¹。

另外，1971 年行政院衛生署成立後，雖設置了中醫藥委員會來做為中醫藥發展的最高指導單位，但是在西醫醫政的控制下卻僅淪為一諮詢單位而無實際的醫政權責，導致中醫藥的相關行政職掌係分別由醫政處與藥政處管理，成為西醫主導中醫發展的特殊景觀。結果在中西醫學有別及醫政位階的不平等情況下，就可能如林昭庚(2004:204)所說，西醫醫政對中醫藥「在輔導管理上往往衍生偏差，甚至索性以不肖一顧的態度，任其自生自滅，致使中醫藥長期入於萬劫不復的狀態。」

由此可知，在西醫主導的醫政架構下，中醫發展將勢必會受到介入與抑制，這係因西醫以獨霸其科學論述自居，進而對中醫產生不科學以及不夠水準的醫療認知，所以各種排除中醫的論述聲浪便不斷出現，對此吳基福(1980:335)即曾有此述：

台灣光復後，中醫從滅絕邊緣重振聲威。他們大唱中國文化的高調，發起國粹主義的旗幟，自稱為「國醫」。但可惜的，中醫不圖經由學術及教育的道路以建立基礎，提升水準，卻捨本逐末的，致力要藉「廣告」以起飛，並想從政治上取得與西醫同樣的合法平等地位。

是故在此般論述下，西醫醫政阻礙中醫發展的情事便存有著「科學/非科學」的意識指稱而獲具正當性。譬如戰後受國府所託而接掌台大醫學院兼醫院院長的杜聰明，1946 年意圖在台大醫學院內設立「漢方科」並積極籌備之，但是隔年台大校方便以漢醫藥太落後和不够科學之理由否決。(楊玉齡，2002:228-229)另外，1950 年代中國醫藥學院創辦之初，其所遭遇的阻礙亦困難重重，對此陳立夫(1994:402)即直稱是「因淺學者多數認中醫為不科學，為其最大原因」所致，甚至 1969 年當學院內部紛擾不休時，教育部更乘機指派 15 位董事去改組且其中具西醫背景者便佔了 9 位，這無異是想讓中國醫藥學院朝西醫化來轉向。

其實不管是「漢方科」的成立或是中國醫藥學院的創辦，都是為了中醫科學化的目的而來。受新式醫學教育的杜聰明想以科學的方法來研究與發展中醫，是為實現其於日治時期之中西醫學一元化之夢想，而蔣介石為避免中國醫藥學院淪為西醫所控制並派陳立夫前去接任時也說：「中國醫藥學院依照教部之處理辦法，必將垮台，祇有你去，才能挽救，中醫歡迎你，西醫不便反對你，因為你一向為中醫說話。卻是學科學的。」(陳立夫，1994:402)這種對中醫科學化的論述主張，甚至在 1971 年的中醫藥學會上，蔣介石亦曾明確地指示與會者：(陳立夫，

¹ 這般局限情景可根據陳介甫的陳述而略窺一二。他回憶其在 1988 年任職該機構後，便「發現該所連自來水管線也沒有，而係利用山泉水做為一般用途，政府對此國內唯一之中醫藥重視及應付程度，實不忍睹。」參見林昭庚主編(2004:264-265)。

1980:25)

…所望諸君，共矢精誠，益加奮勉，以求新求本之精神，應用科學方法，融會時代新知，整理我國在醫藥上源遠流長、偉大淵博之遺產，研究其精微，貫通其義蘊，推陳而出新，窮理以致用，確實發揮民族保健之功能，恢弘濟世活人之效果，對於中華文化復興運動，作重大之貢獻。

所以科學化的醫政論述，也在中醫科學化的呼聲中逐漸成為中醫發展的主軸，這是一種結合文化傳統與現代科學的醫政論述，也是符映著統治者試圖在台灣復興中華文化與國粹的正當性訴求。是以，陳立夫便曾於 1986 年在國民黨三中全會上提出發展科學化的中醫藥全案並獲得支持，而當時任職立委的林庚申亦有言：「蔣總統經國先生召見本人，垂詢基層農民生活動態，以及中醫藥在社會中生態情形，蔣總統非常重視中醫國粹的發展，後來政府撥款伍億元分為五年每年一億元，補助中國醫藥學院」(林昭庚，2004:52)，可見中醫科學化的醫政論述，已使得中醫發展在西醫主導的國家醫政下得以較為順暢地展開，諸如受補助的中國醫藥學院便是以中西醫學一元化之發展為治學目標。

1987 年行政院在其第 2539 次院會中即通過「加強生物科技技術產業推動方案」的修訂方案，其間就有包含中藥為發展重點；到了 1995 年行政院正式頒訂了此方案時，中草藥已被列為重點推動的項目之一。隨後在 1998 年的「第二次生物技術策略會議」中行政院更將中草藥產業列為國家重大發展目標之一，以期能藉由結合學術研究單位及產業界發揮團隊實力來加速中藥的研發與篩選，並嘗試在國內外進行臨床試驗而來創造一個成功的模式；接著，1999 年在台北召開第三次會議，其間就針對中草藥研究開發及建立新藥臨床試驗體系和運作機制等議題進行研討並獲得了若干重要的共識。(林宜信，2006/10/08)於是到了 2000 年的第四次會議時經濟部便提出「中草藥產業技術發展五年計畫」方案，以計畫撥出至少新台幣一百億元來用於生物科技及新興中草藥產品的研發。(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2004:32)

更甚者，為符映發展傳統醫藥的憲政潮流與提升台灣中醫藥的醫政地位，亦有人直籲：(行政院衛生署中醫藥委員會印行，2003:155)

為廣續推動中醫藥現代化及科學化，建造臺灣成為中醫藥科技島，維護「中醫藥委員會」之行政獨立地位，進而提昇為「國家中醫藥管理局」為全國中醫藥界共同努力的目標。

而在 2004 年衛生署中醫藥委員會的第 82 次委員會會議中，其議題 CCMP82-3 裡亦有陳：(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2005:14)

維持「衛生署中醫藥委員會」獨立行政地位，進而提升為「國家中醫藥管理局」位階問題。

儘管科學化論述成爲中醫發展的主要方向，然而這樣的論述卻也常受西醫的抨擊，認爲中西醫學之學理觀念不同以致根本不可能相容，所以中醫科學化的結果很容易會回頭來消蝕中醫的存在，從而轉爲西醫化的發展模態，這就如吳基福所言稱：有許多中醫學了西醫的診療術並使用西藥爲人診治後，中醫便逐漸走上「西醫化」的趨勢了。(吳基福，1980:7)對此張荳雲(2001:181)也曾直指台灣的醫療環境係不利於中醫發展，因爲「西醫主導的醫療場所，中醫的發揮空間是相當有限的。中醫的訓練、執業形式，以及醫療照護的內涵，在中醫科學化的口號下，亦逐漸西醫化。」

即使時至今日，在西醫執掌的國家醫政氛圍下，中、西醫療論述的層級差異依舊顯著，如中醫所倡導養生保健的觀念長期一直於民間社會流傳，然在醫政論述的層面上卻頻遭西醫的制約，除經常被斥爲不科學的無稽之談外，亦無法被納入國民健康教育體系，對此郭嘯天(1994:29)即曾指出「目前國內的保健課程，從小學的健康教育到高中的護理課，全是西醫的觀念及方法，無中醫保健的觀念。」

是以，自國府遷台後受西醫主導的科學論述之影響，中醫發展亦朝向科學化來試圖獲得醫政支持的力量，然而，由於西醫佔據了國家醫政場域中的優勢地位，科學醫學(西醫)依舊阻礙其所認定之傳統醫學(中醫)的發展，甚至認爲中醫科學化即是中醫西醫化，也就是以西醫模式爲中醫的發展導向。

伍、醫政謀略

戰後由於兩岸政權的再度合一，以致 1943 年在大陸所制定標榜中西醫學法律地位平等的「醫師法」也開始適用於台灣，結果配合著 1946 年本省醫事人員登記辦法以及 1947 年內政部所公布實施的「醫師人員甄訓辦法」，台灣中醫界頓時蓬勃發展起來，而中醫人數亦急速暴增了數以千計。²這般情景，促使主掌國家醫政的西醫界紛紛憂慮起來，特別是針對醫師法第三條第三款所指「曾執行中醫業務五年以上，卓越聲望者」得應中醫師檢覈之規定，更讓西醫界對台灣醫業發展產生了不安和混亂感覺，因爲他們質疑「卓越聲望」的條件過於含糊且有魚目混珠之意，可能提供「不科學」的密醫合法化管道而危害大眾生命健康。

再者，面對中醫科學化過程之使用西械技術部分，西醫界更有不同的聲音出現，對此吳基福(1980:35)就有如此的說法：

² 1946 年台灣開始辦理醫師登記，而根據本省醫事人員登記辦法規定，只要憑日據時期醫事人員之證件即可核發醫事人員臨時證書，同時彙報中央考選部核發各該業醫事人員考試及格證書後，再向內政部請核頒職業證書即可申請執業(李悌元，1975:肆 9-2)。另外，1947 年內政部也公布實施「醫師人員甄訓辦法」，其中有規定包括大陸地區的全國非正規學校畢業執行醫師業務者，或執業有年未具法定資格之醫事人員，在該員提供資歷證明及繳交保證書後皆可授與醫師資格(陳金生，1997:123)。這些登記與甄訓的規範辦法雖然顯現出戰後初期台灣醫業的放任與混亂，但同時卻也讓中醫得以重獲身份和發展。

最令人不解的是：中醫既主張保存我國固有文化，則怎麼還反對中西藥業務分離的政策？怎麼還堅持行使未受正規訓練的外科手術，使用不知其學理的西藥，以取代固有文化？此種居心，應視為是不尊重國民生命及不珍視中國文化。

也就是說，中醫在復興中華文化的旗幟下理應以訴求傳統醫療方式為主體，結果怎麼反而用現代醫療技術來取而代之，並且在不知西醫學理的情況下使用現代醫療技術將有害求醫者的生命健康。於是為抑制中醫使用西械技術的科學化醫療景象，此時期便有相關醫政單位進行抵制中醫發展的醫政謀劃出現。

1948 年底，台灣省政府衛生處在台北衛生院所舉行的全省保健工作檢討會中，關於醫政措施上就有決定三個新的工作要點，即：(葉龍彥，1993:111)

- 一、中醫師不再施行注射。
- 二、西藥須醫師處方，方准藥商出售，中醫師不得自行施用。
- 三、外科手術須確屬西醫醫師所專習者，中醫師不得施行。

國府遷台後，1950 年台灣省醫師公會便主張刪除醫師法第三條第三款；而 1952 年台北市醫師公會也曾向立法院提出修正醫師法的請願，其中有包括「中醫師不得施行西醫療法：若恣其施行注射及外科手術，因中西混淆易滋疑慮，釀成事端，有予以嚴格查禁之必要。」之陳述；到了 1957 年時，台灣省政府衛生處不但主張刪除第三條第三款，並且還增列條文來禁止中醫使用西藥和西醫器械。(吳基福，1980:23、336)這皆可顯見西醫所主導的貶抑中醫科學化之相關醫政法規的政策意圖，甚至 1958 年內政部也部分據此而開始草擬醫師法的修正案。

然而這樣的意圖卻也造成中醫界普遍的危機感，進而紛紛尋求支持性的政治力量來相抵制之，並且以保存國粹文化為口號來聚合國內外中醫團體齊同施壓內政部。於是在團結中醫界力量和立法院眾多委員的支持聲浪下，西醫這波貶抑中醫科學化的醫政謀劃已難有成效，同時為避免與中醫界發生強烈的衝突，西醫界也不再公開主張刪除醫師法中的第三條第三款，而且台灣省衛生處原先所力主增列「禁止中醫師擅施手術或注射或使用西藥」的專條條文，後來也輕描淡寫的改為「凡醫師不依其修習醫學範圍濫施醫療者，由衛生主管官署科以三百元以下罰鍰，其藥械沒收之」。(吳基福，1980:46)儘管如此，這雖是中醫在抗拒西醫醫政時所打出的一場勝仗，但是西醫對中醫科學化所謀劃的貶抑政策卻不會於此際就終止。

即使時至今日，在限制中醫師使用西式醫械方面依舊如故，所以有論者指出「依據衛生署所頒醫療法的規定，中醫師於執業時，不得使用西藥西械，照規定看，很多中醫師在診時，以血壓計替患者測量血壓，嚴格來說，那是違反醫療法的行為。」(陳俊明，1994:131-132)，而戴獻章(1994:19)更以實際例子列舉「如高雄縣岡山鎮駱再添中醫師，因使用衛生棉、酒精消毒、利用注射筒抽膿，而被

鎮衛生所主任檢舉等等。」對此，林昭庚(2004:206)即言，

過去由於檢驗儀器尚未發明，中醫必需依賴傳統「望聞問切」方式進行診療，如今隨著科技的發展先進醫療器材設備不斷產生，受過訓練的中醫師依理當然可以採用，但衛生署卻加上諸多不合理的限制，政府聲聲要促進中醫藥現代化，但作法卻阻止中醫藥現代化。科技發展之成果應為全人類之共同資產，不應獨厚西醫，而阻礙中醫之進步與發展，因此基於中醫的現代化與民眾健康照護的權益，應准許中醫師於研習必要課程後使用現代化醫療儀器。中醫醫療院所不能設置 X 光機，不能使用向量干擾波、低週波治療儀、牽引機等設備，致使中醫醫療院所無法設置上述現代化儀器設備對病患進行診療。蓋同屬醫療之現代化，經研究改良之針灸現代化儀器允許西醫師、牙醫師為之，反對科技醫療儀器不准中醫師為之，實有違中西醫平等執業原則，對中醫師、中醫醫療院所有欠公允。³

1971 年行政院衛生署成立，這不但是代表著國家醫政層級之提升，同時也意含西醫在醫療相關政策上的佈局將有更大的影響力。然而這種代表國家醫政的影響力對中醫科學化的發展來說，在國府統治的時期裡卻可能是一股更大的貶抑力道。

藉由修正醫師法的過程，1973 年衛生署取消單科中醫考試而迫使針灸醫師考試併入中醫師特考，導致針灸醫師從此消失且造成「中草藥醫師精於藥不精於針」的現象，而阻礙了台灣中醫科學化的正常發展。(陳俊明，1994:61)再者，1978 年蔣經國即曾在國民黨中常會中指示要「加強中醫中藥研究」，這聲明使得中醫界大為振奮，但是醫政單位卻對中醫科學化發展依然採行貶抑策略，針對此般情景，林庚申便直言「衛生署並無遵照指示去做，瞞上欺下，陽奉陰違，還處處予中醫藥無情打擊，使中醫一蹶不振。」(林昭庚，2004:110)所以明顯地，就國府遷台後的整體醫政謀略看來，貶抑中醫的科學化發展並以西醫取代中醫的西醫化過程一直是西醫醫政一貫的政策謀劃，甚至當衛生署成立之後，更有人指出其「不但未見發揚中國文化精粹，全盤西化政策下，甚且有計劃地『滅絕』中醫；若非黨國元老陳立夫先生大聲疾呼，中醫早已根斷苗絕。」(陳俊明，1994:61)

關於從「貶抑」到「滅絕」中醫的謀劃，更可在施純仁任衛生署署長時試圖對中醫所採行的一些政策謀略中看出。譬如施純仁就曾試圖要把深負中醫科學化重責的國立中國醫藥研究所從教育部劃隸衛生署管轄，使其降低層級來直接介入控管；又如在 1986 年的行政院第八次技術顧問會議上，當時的衛生署長施純仁即提出取消中醫學系並建議取消中醫師特考兩案，而且兩案也都被列入議題討論。(林昭庚，2004:52)當然這般貶抑及滅絕的政策主張皆引發中醫界的恐慌與不

³ 針對此部分，在 2004 年衛生署中醫藥委員會的第 82 次委員會會議中，亦直接以議題 CCMP82-5 和議題 CCMP82-6，來分別決議要「建請准許中醫師於研習必要課程後使用現代化醫療儀器問題」與「建請准許中醫醫療院所設置現代化醫療儀器問題」。(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2005:14)

滿，也引起中醫全聯會與全國學術界來群情發文攻擊反對，甚至透過陳立夫以政治力量向政府施壓，方才使衛生署作罷。⁴

由此觀之，國府遷台後由西醫所主導的醫政關係下，中醫似乎難以佔有一席之地，在衛生署底下所設置的中醫藥委員會，初期亦不過只具諮詢之功能而已，即使 1987 年中醫藥委員會開始被賦予部分實質上行政工作，以至 1995 年成立「行政院衛生署中醫藥委員會」而正式成為衛生署的獨立所屬機關(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2004:23)，尚一直受限於衛生署行政體系中對該會人員編制和經費等方面的制約，致使「中醫藥體系始終不脫隸屬於西醫體系之地位」(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2005:439)，所以西醫藉由醫政謀略來持續對中醫科學化發展的貶抑壓制便一直不絕於耳。然而實際上，這般對中醫科學化發展的貶抑效果並不只是呈現在直接性的政策壓制部分，對中醫發展之「不作為」的政策放任情況，也是另一種貶抑效果之展現。

綜觀國府遷台後的台灣醫政景觀，醫療政策明顯是採「抑中揚西」之模式，亦即是對西醫採取扶植而對中醫進行貶抑，或如張荳雲(2001:169)所指稱「由於政府對中醫採行自由放任的態度而少有扶殖，故而形成西醫獨大而中醫萎縮的局面。」而這種自由放任的態度，係相當符映陳立夫指責醫政單位對中醫所採「自生自滅」的政策之看法，包括中醫醫學教育以及對中醫藥的輔導皆然。國府威權時期，中國醫藥學院是台灣唯一一所培植中醫人才的學校，解嚴後直到 1998 年長庚大學中醫學系的開辦方始增多人才培育之數額，然這皆是屬民間興學的私立院校，相較於中醫醫學教育，台灣西醫醫學教育的發展便呈顯著蓬勃景象。再者如前述引文所指，西醫醫政對中醫藥在輔導管理上往往衍生偏差，甚至索性以不肖一顧的態度任其自生自滅，致使中醫科學化長期陷於發展滯礙的狀態，像是西醫控制下之國立中國醫藥研究所的處境，在此時期即有如此的發展窘態，即使 1982 年國立陽明醫學院的傳統醫學研究所成立，台灣中醫藥研究機構之不足依然是對中醫科學化發展之最大傷害。

誠如陳立夫在其〈我對於中西醫藥的看法〉一文中，提出對台灣中醫科學化發展之「僅僅的希望」裡所陳：「衛生行政機關，要扶掖中醫，不再採用任其自生自滅政策。」(陳立夫，1980:11)這雖是他對當時主管醫政者的深沉呼籲，但同時也反映出此時期中醫科學化發展在醫政謀略上的諸多困難。所以，壓制排除與自由放任構成對中醫科學化發展產生貶抑效果的醫政謀略，而根據這樣的醫政謀略，在現實具體的中西醫療體系之糾結與互動上，也必然會產生相對應的權力關係。

⁴ 根據馬光亞對這段歷史之陳述，即指出施純仁在「取消中醫考試」的決議過程，係比過去汪精衛時代的余岫雲對中醫的壓制還更顯得「直截了當」，更甚者，當陳立夫後來去函反對時，他竟藉口稱「是記錄錯誤」而已。參見蘇三稜、蔡新富編(2003:149)

陸、醫政權力

在科學被西醫所獨佔的醫政論述下，其醫政謀略必然偏向「抑中揚西」的佈局局勢，從而在中、西醫學的互動關係中，便容易存在抑制性的醫政權力展現。所以國府遷台後的中醫發展境況，其面對西醫時所呈現出的醫政處境，即經常有著如此的抑制景觀。諸如國家醫政對中醫學教育及其人才培育的漠視即是一例，這不但會使得中醫執業人才的不足與流失，並且也讓中醫科學化發展在此間產生相當大的困難。

1958 年成立的中國醫藥學院，是國府遷台後至二十世紀末時唯一一所培育中醫藥人才及中醫藥科學化的教育機構，然而其創辦之初不但甚少獲得國家醫政的補助與支持，更在學院內部紛亂不休時試圖趁機使其西醫化發展。即使排除萬難後的正常教育過程，就整體中醫人才培育景象而言，其人數之有限尚只聊備一格，況且在西醫導向的台灣醫療環境以及可供中醫臨床訓練醫院不足的情況下，這現實的諸多考量導致了中醫人才紛紛走向西醫界發展。針對此般現象，有人便會依據相關統計數據而提及：「從民國 61 年至 73 年，中國醫藥學院中醫學系計畢業 735 人，其中 517 人取得中醫師資格(70.3%)；在取得中醫師資格者中，有 441 人取得西醫師資格。」(施純仁，1988:11-12)這種高比率中醫人才的西醫化轉向，其實也已明顯點出了西醫潮流的權力抑制效果。

誠如張苙雲(2001:169-170)所分析，

中國醫藥學院成立中醫學系尚不能有效改善中醫的劣勢，因為中醫制度是在比照西醫制度規劃下發展的：一來中醫學系的學生可以修習西醫的課程，大部分畢業生都擁有西醫執照，二來因為中醫教學場所的不足，中醫系畢業生無實習和「住院醫師」訓練，而無住院醫師訓練便和《醫療法》中所要求之醫師開業的條件相抵觸；第三，中醫院的規模成立先天上就有困境，它需要西醫系統內之其他系統，如護理和檢驗的配合。

此已呈現出西醫醫政對中醫的權力抑制關係，因為在西醫制度的模式下，中醫只能服膺於國家醫政所設定的權力規劃，使得在中醫醫療人才的培育上埋下了西醫化之隱憂。

然而，這般人才流失與轉向的情景，卻也又引發西醫界的諸多責難，或甚而有直接主張廢止中醫教育養成機構的聲浪。如陳永興(1985:152)即曾於 1977 年在報章投書〈廢止矛盾的中醫學系〉一文，其內容有言：

勉強來說，在台中的私立中國醫藥學院，當年開辦時是有這種以研究中國傳統醫藥為目標的理想，當初教育當局准予成立中醫學系也許就是希望能以現代化的醫學教育來從事中醫藥的研究。可是沒有想到演變至今，中醫學系成為不倫不類、掛羊頭賣狗肉的學系，中醫學系的學生接受了現

代醫學教育之後，對於其本來科目有關傳統醫藥方面的研究不感興趣，所以唸了中醫學系出來的畢業生不想作醫師法中所謂的中醫師，而想作醫師（一般人所謂的西醫），當然更談不上有幾個人真正樂意埋首於中國傳統醫藥的研究了。（66年3月22日臺灣時報）

職是之故，在具制度化的西醫醫政權力中，中醫人才流向西醫界的景象實是一種體制性間接抑制的展現，而這般人才流動景象進而使西醫界批判中醫學系的存在必要性，以致廢除中醫教育的聲浪紛紛出現，此便是一種醫政權力抑制的直接性展現。

事實上，這種長期以來中醫人才的西醫化轉向，係因中醫系畢業生雖同時可擁有中、西醫師執照但只能擇一開業所致，這種限制在無形中有力地阻礙中醫科學化現有的發展。就這般限制阻礙中醫發展的情景，林昭庚(2004:207)即提出了對國家醫政此般權力謀劃之控訴：

目前持有中西醫雙重執照者，都是經過七年正規中西醫學教育，再分別通過國家考試取得資格的，是中西兼修，學有專長的醫師，政府理應該准其雙登錄執業，但依行政院衛生署八十三年七月十九日之函釋規定；開業醫師兼具醫師、中醫師雙重資格，限定應擇一資格開設診所或應聘服務，並僅能請領一種執照，不得同時登錄為中、西醫師，限制過於嚴苛，妨礙中西醫結合，造成人力及醫療資源的雙重浪費。限制兼具中西醫師雙重資格的醫師擇一執業，造成中西界限分明，將不利世界醫學倡導的中西醫結合。

中醫人才培育實是中醫科學化的基礎，因為現代化教育是孕育科學的搖籃，然而因中醫人才的西醫化導向，致使戰後台灣的中醫科學化目標產生相當大的發展困難。這是由西醫主導的醫政權力之展示，一方面限制中醫人才培育的教育體系，譬如直到1998年私立長庚大學才開辦了台灣第二個中醫學系，另一方面又限制了中、西醫結合的執業模式，促使大批中醫人才往西醫界流動。這般醫政權力著實地勒住了中醫科學化的命脈，也讓台灣中醫發展朝往漂泊不確定的方向。

當然，國府遷台後之中醫人才的培養並非只依靠高等教育這一個途徑，事實上因為台灣中醫學系的短缺，由學院所培育的人才即相當有限，何況學院所培育的中醫人才又經常朝往西醫化轉向，因此為彌補中醫人才之不足，藉由中醫特考制度來網羅或培育民間中醫人才便成了另外一條途徑。所以曾有論者一再建議當局「在中醫人才不足社會需要前每年舉辦中醫師檢特考試，並儘量放寬錄取名額，以應社會急需在案。」(戴獻章，1994:89)，對此林昭庚(2004:200-201)也指出「為拔擢國內對中醫藥學術有研習心得人士，考選部亦舉辦中醫師檢定考試與特種考試；至民國91年止，中醫師檢定考試及格人數為19142人，中醫師特種考試及格人數為3214人。」

然而，此般非依正規教育體系所培育的中醫人才方式卻也引發西醫界的諸多疑慮，並認為這種學院外土法煉鋼的教育模式將造就出一群「不科學」的中醫人才(鄭惠珠，2008:46)，其不但缺乏嚴密的科學訓練，甚至還會妨礙台灣中醫科學化的進展。職是之故，不論是中醫人才的西醫化轉向，亦或是對非正式教育所培育人才之不具科學化能力的質疑，逐漸讓主宰國家醫政權力的西醫界對中醫人才培育的這兩種途徑充滿著不信任感，進而有廢除這兩種培育中醫人才途徑的聲浪出現。

1986年3月上旬在行政院第八次技術顧問會議上，主宰當時國家醫政的衛生署長就提出要廢除中醫學系以及建議取消中醫師特考這兩法案，而且這「兩大案均列入議題」(林昭庚，2004:339)。雖然廢除中醫學系和中醫特考的法案後來因中醫界的強烈抗議及反對而取消，但也造成全國中醫藥界的全體譁然，而中醫發展與人才培育亦成了中醫藥界和西醫醫政所迫切要去思考與檢討的問題要項。於是，為強化中醫特考人員之科學訓練及執業能力，1988年考試院訂定了「特種考試中醫師考試筆試及格人員訓練辦法」來提升其科學能力，亦即規定筆試及格者須先接受八個月的基礎醫學訓練及十個月的臨床診療訓練，始可取得中醫師考試及格資格。

即使如此，這種非經由正規教育過程的中醫人才培育途徑，仍然相當程度地受到國家醫政所質疑，以致最後終於在回歸中醫教育正常發展的論述下，透過醫政權力迫使中醫特考於2011年後停辦，而中醫考試則納入專技人員高考範圍。表面上，這是要讓中醫人才培育途徑回歸正常教育發展，然而在醫政控管的正常教育途徑上，台灣高等教育的中醫學系至今尚仍只有私立中國醫藥大學和長庚大學，其所培養的中醫人才實際有限，更無法能發展到可彌補停止中醫特考後之中醫人才的現實需求。

總之，這是一種醫政權力的展現，一方面國家醫政試圖讓中醫人才培育導向正規教育來發展，同時卻並未讓正規教育的大學中醫學系同步地擴增，另一方面又在西醫所主導的台灣醫政環境下，誘使數量已拮据的中醫人才大量地朝向西醫化發展。這皆著實地影響台灣中醫科學化的進程，或如華夏經緯網(2003/04/09)中一篇「台中醫落後大陸二十年」的文章裡所述，

目前，台灣的醫學院校中，私立中國醫藥學院設有中醫學系及學士後中醫學系，長庚大學設有中醫系，每年合計招收270名學生。中醫系畢業生通過檢核考試，即取得中醫師資格。但該系畢業生多年來留在中醫界執業之比率只有19%，主要是因為中醫系學生也可比照西醫系畢業生，參加考選部西醫師檢核，而基於市場與社會地位的考量，大部分中醫系畢業生還是寧可選擇當西醫。

而這篇文章最後亦直言，

不容諱言，台灣中醫的資源相當有限，中醫地位不如西醫，由於台灣將傳統醫學限定在西醫的大框框內，稱“中醫科”，長期在西醫的陰影下苟言殘喘，這也就限定了中醫的發展，難怪有人說，台灣的中醫落後於大陸至少 20 年。

柒、結語

科學化？西醫化？長期以來即是中醫發展過程的一個問題，然而這問題又常會陷入一種糾結混亂的情境中，亦即把科學化與西醫化混同而論，造成中醫與科學難以交集甚或無可能交集的印象，致使中醫發展經常在「科學化即西醫化」的窠臼中猶豫不決或甚至裹足不前，同時也不時地因此而遭受西醫的嘲諷和阻礙。所以，釐清科學化與西醫化的分際，應是中醫發展的首要之務，如此方能理出一條明晰的前進之道。

從西方現代化的歷史來看，西醫不過是構成整體科學的一環，所以西醫並不同於科學，因為西醫本身也有自己的科學化過程，過程中也需要其他學科如數學物理及生物化學等的知識支持和技術支援。同理視之，中醫的科學化是中醫發展的目標，所以在成為科學之一環的過程中亦需要其他學科的知識和技術協助，因此在科學化的歷程中，西醫發展和中醫發展只有程度高低之區別，而不是斷裂式地從中醫邁向西醫的進化關係。

綜上觀之，中醫的科學化即指由傳統中醫發展為現代中醫之過程，並且是以中醫為主體而引進其他學科之知識和技術的發展方式；而中醫的西醫化則是對西醫取代中醫過程的指稱，亦即是一種去中醫化且以模擬西醫或改以西醫為主體的發展方式。所以中醫的科學化並不同於中醫的西醫化，並且中醫的科學化才是中醫發展的出路，而中醫的西醫化常會使中醫發展陷入困境，甚至可能開啓自身的終結之門。

檢視國府遷台後的中醫發展概況，明顯可知在西醫主導的醫政景觀下，中醫科學化所面臨的主要困境大多在西醫化的問題上，而這困境係可從醫政論述、醫政謀略、及醫政權力等三面向呈現出來。

在醫政論述方面，科學觀念成為醫學意識的主體，所以任何不符合該意識主體時即被冠上不科學稱號而遭排擠，於是在西醫的科學論述框架下，中醫便容易落入其所設定之不科學的窠臼中。是故，為跳脫這般不科學之窠臼，中醫科學化即成為此時期中醫發展的主軸，譬如 1958 年成立的中國醫藥學院便是以發揚中西醫學一元化為其治學目標。儘管如此，在中西醫學之學理觀念不同的認定下，西醫醫政所架築出的科學醫學制度景觀，勢必經常會使得中醫發展落入了西醫化的困境中。

在醫政謀略方面，國府遷台後對中醫發展及其科學化過程進行貶抑的相關醫療政策係不絕於耳，包括要修正醫師法來試圖廢除第三條第三款「曾執行中醫業務五年以上，卓越聲望者」得應中醫師檢覈之規定，以及禁止中醫使用西醫器械技術等。更甚者，1971年衛生署成立以來計劃性地貶抑中醫科學化的情景，更在廢止針灸醫師後，又於試圖取消中醫學系和中醫師特考中逐步呈現出來。雖然貶抑的計劃未能完全竟成，但西醫醫政對中醫科學化過程的另一種「不作為」之貶抑謀略，卻使得中醫發展陷入了自生自滅的政策困境裡。

最後在醫政權力方面，西醫醫政對中醫科學化的權力關係，係可展現在國家醫政對中醫學教育的漠視以及對中醫人才培育的管控情境中。就中醫學教育來說，這情境體現在其被西醫化的危機以及人才的流失與轉向，就中醫人才培育來看，此情境一方面可顯現在正規中醫學系的稀少，另一方面則對非正規訓練的中醫人才培育施以種種限制和管控，甚至在尚未擴增正規中醫教育學系及人才培育數量的情況下，這種非正規訓練的中醫人才培育管道卻已被國家醫政權力劃下了落日時間。

是故，國府遷台後，台灣醫療發展所偏向西方生物醫學的醫政論述，已影響了醫政謀略對中醫發展進行貶抑性佈局，而這佈局更對中醫科學化過程存有醫政權力抑制情境的發生。這是一種從抽象到具體的觀察，亦是對台灣中醫發展進行一項結構層面的剖析。

所以總的來看，爲了免於受西醫醫政批判不科學的醫療圖像，中醫科學化是台灣中醫發展的必經之道，因此深負科學化重責的中醫學教育及研究機構，便於國府遷台後陸續地被開展出來，另外，爲求順暢地進行中醫科學化，其他學科所發明的西械技術與設備，也經常被嘗試結合入中醫的醫療行爲中。如此過程，似乎意味台灣中醫發展擁有了一個相當好的科學化環境，並且指日可待地將能與西醫共創台灣的醫療前景，然而回到現實景象來看，在西醫所掌握國家醫政的境況下，似乎又並非如此。

事實上，西醫醫政除了一再地試圖把中醫打入不科學的境域裡，當面臨中醫科學化過程時，又不斷地試圖將其西醫化導向，也就是說，中醫是不科學的，若中醫欲科學化便必然要擬仿西醫來發展。此般情景，係明顯可反映在三個不利的層面上：首先，中醫科學化所面對的是一個以西醫發展爲佈局的醫療體制和環境；再者，「科學即西醫」的醫政偏向範定西械設備爲中醫業禁用範圍；最後，漠視中醫學教育及人才養成的種種不作為態勢，這些皆讓中醫科學化陷入發展上的困境。

因此，台灣中醫科學化的首要之務便是必須擺脫西醫化的桎梏，同時提高中醫醫政層級並付予獨立和實質的職權，來營造中醫發展有利的科學化環境，這環境包括對國家醫療政策的介入，以及普設中醫學教育和研究機構，如此方能確保中醫科學化的順利進展。所以就如同中醫彭友枝所述，中醫未來的發展成功與否

係有兩個重要的前提：(蘇三稜、蔡新富編，2003:78)

- 第一，中醫教育與中醫部門必須有健全而完整的制度。將來如果各醫學院皆有中醫學系，甚至有國立中醫大學、研究中心的成立，使中醫師的教育兼具傳統與現代專業的水準。學生畢業後可在全省各醫院臨床、看診，才能使中醫邁向科學化、中西一元化的理想。
- 第二，中醫界必須有兼具中醫專業與政治能力的領導者，才能夠在政治界、制度面為中醫爭取發展的空間，提昇中醫行政體制的地位。唯有如此，中醫才具備立足台灣邁向全世界的條件。

其實在邁入二十一世紀的今日，醫療人權的概念已逐漸成為世界各國憲法中之人權保障的一環，而台灣在 1992 年的憲法增修條文中，其第十八條亦有明列「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」的說明，可知中醫發展已受憲法所保障。更甚者，當世界衛生組織(WHO)在 2002 年所提出「2002 年至 2005 年傳統醫藥全球策略」來建請世界各國將傳統醫藥納入國家醫療規劃，以及在 2004 年所發表「2004 年至 2007 年全球醫藥策略」來明確表達傳統醫學應納入國家醫藥政策之論述時，台灣中醫藥地位更應當獲具了世界潮流的正當性保證。

所以中醫科學化是屬於一種「時代之趨」，儘管它仍持續經受著各種困難與挑戰，但有論者還是深切地指出「面臨挑戰，結合傳統醫藥與現代科技，才能繼承和發展中醫藥，積極培養優秀人才和研發，以實證醫學作為基礎，建立知識經濟的機制，二十一世紀是生物科技世代，也是中醫藥發揚光大的契機。」(行政院衛生署中醫藥委員會編印，2005:381)而如何把中醫發展之這般「橫的移植」與「縱的繼承」做有效的整合，亦將是國家醫政的一項智慧考驗。

參考文獻

- 行政院衛生署中醫藥委員會印行(2003)，《臺灣中醫藥整合與前瞻》，台北：行政院衛生署中醫藥委員會。
- 行政院衛生署中醫藥委員會編印(2004)，《臺灣中醫藥願景》，台北：行政院衛生署中醫藥委員會。
- 行政院衛生署中醫藥委員會編印(2005)，《臺灣中醫藥發展策略與成果：行政院衛生署中醫藥委員會成立 10 週年特輯》，台北：行政院衛生署中醫藥委員會。
- 華夏經緯網(2003/04/09)，〈台中醫落後大陸二十年〉，
<http://big5.huaxia.com/2003627/00018810.html>。
- 臺灣省文獻委員會(1995)，《重修臺灣省通志·卷七·政治志衛生篇》，臺灣省文獻委員會。
- 臺灣省行政長官公署統計室編(1946)，《臺灣省五十一年來(民國前十七年至民國三十四年)統計提要》，臺灣省行政長官公署統計室。
- 王一方(2006)，《醫學人文十五講》，北京：北京大學出版社。
- 王敬、陳能進(1991)，〈現代西醫對中醫的挑戰及中醫發展對策〉，鄭津舟 編《未來中醫—前途、命運及思考》，台北：旺文社股份有限公司，頁 110-117。
- 王鍵(1991)，〈論中醫理論的現代研究方式〉，鄭津舟 編《未來中醫—前途、命運及思考》，台北：旺文社股份有限公司，頁 142-149。
- 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄(1995)，〈1981-1994 年中醫政策研究之回顧〉，譚文海主編《醫療保健服務》第一輯，頁 59-75，台北縣：台灣省公共衛生研究所。
- 李悌元(1975)，〈三十年來的衛生保健〉，收錄於《臺灣光復三十年》。臺灣省政府新聞處。
- 李經緯(1998)，《中外醫學交流史》，湖南：湖南教育出版社。
- 李雲漢(2001)，《中國近代史》，台北：三民書局。
- 林宜信(2006/10/08)，〈21 世紀台灣新中醫願景〉，
<http://www.cgmh.com.tw/new1/new8906-201.htm>。
- 林昭庚主編(2004)，《台灣中醫發展史》，台北：中華民國中醫師公會全國聯合會。
- 邱清華(1990)，《台灣地區中醫醫療狀況及需求之研究》，行政院經濟建設委員會。
- 沈福道(1993)，《中醫與多學科》，台北：旺文社股份有限公司。
- 吳基福(1980)，《中國醫政史上的大革命：「醫師法」修正始末》，中華民國醫師公會全國聯合會。
- 施純仁編著(1988)，《復興基地臺灣之醫療保健》，台北：正中書局。
- 陳立夫(1980)，《對中國醫藥之願望》，私立中國醫藥學院。

- 陳立夫(1994)，《成敗之鑑—陳立夫回憶錄》，台北：正中書局。
- 陳永興(1985)，《醫療、人權、社會》，新地出版社。
- 陳金生(1997)，〈「日治時代台灣醫療制度」的回憶—以台灣乙種醫師制度為主(下)〉。《台灣史料研究》第9號。
- 陳君愷(1999)，〈同文化與異文化的交會點〉，《台灣風物》第49卷第1期。
- 陳俊明等編(1994)，《中醫白皮書》，台北：新國會雜誌社。
- 陳勝崑(1982)，《醫學、心理與民俗》，台北：健康世界雜誌社。
- 許樹強(1991)，〈中西醫結合的歷史、現狀與未來〉，鄭津舟 編《未來中醫—前途、命運及思考》，台北：旺文社股份有限公司，頁87-94。
- 黃瑞祺(2001)，《現代與後現代》，台北：巨流圖書公司。
- 郭嘯天(1994)，〈傳統養生保健觀念應扎根於生活〉，陳俊明等(編)，《中醫白皮書》，頁28-30。台北：新國會雜誌社。
- 趙洪鈞(1989)，《近代中西醫論爭史》，安徽：安徽科學技術出版社。
- 楊玉齡(2002)，《一代醫人杜聰明》，台北：天下遠見出版。
- 張苙雲(2001)，《醫療與社會—醫療社會學的探索》，台北：巨流圖書。
- 廖育群(2006)，〈科學對中醫的影響〉，《科學對社會的影響》第2期，頁40-45。
- 葉龍彥(1993)，〈臺灣光復初期的衛生保健工作〉，《臺灣文獻》第42卷第3、4期，頁101-16。
- 鄭惠珠(2008)，〈中醫專業的興起與變遷〉，成令方 主編《醫療與社會共舞》，台北：群學出版有限公司，頁42-48。
- 劉嘉逸(1981)，〈傳統醫學現代化—以實證為基礎，以科學為依歸〉，《自由青年》69卷4期。
- 鄢良(1991)，〈中醫學，神奇的工具—對中醫理論實質、前途與當代中醫歷史使命的思考〉，鄭津舟 編《未來中醫—前途、命運及思考》，台北：旺文社股份有限公司，頁25-43。
- 戴獻章(1994)，《中醫復興運動血淚史》，台北：作者自印。
- 謝高橋(1989)，《社會學》，台北：巨流出版。
- 蘇三稜、蔡新富編(2003)，《台灣中醫口述歷史專輯》，台北：中華民國傳統醫學會。
- 關前(1991)，〈現代中醫學研究狀況的宏觀思考〉，鄭津舟 編《未來中醫—前途、命運及思考》，台北：旺文社股份有限公司，頁1-13。
- Barthes, Roland (1977). *Image-Music-Text*. New York: The Noonday Press.
- Foucault, Michel (1972). *The Archaeology of Knowledge*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, Michel (1981). "The Order of Discourse," in Robert Young(ed.,) *Untying the Text: A Post-Structuralist Reader*, pp.48-78. Boston: Routedge and Kegan Paul.
- Hall, Stuart (1997). *Representation: Cultural Representations and Signifying*

- Practices*. London: Sage.
- Jary, David & Jary, Julia(1991) *The HarperCollins Dictionary of Sociology*. New York: HarperPerennial.
- Macdonell, Diane (1986). *Theories of Discourse: An Introduction*. Oxford and New York: Basil Blackwell.
- Mills, Sara (1997). *Discourse*. London and New York: Routledge.
- Pecheux, Michel (1982). *Language, Semantics and Ideology: Stating the Obvious*. London: Macmillan.

計畫成果自評

- 1.本研究已清楚地論述台灣中醫科學化過程所可能遭遇的發展困境。
- 2.本研究首先建構出科學化與西醫化兩項問題意識的歷史流脈，並指出科學化與西醫化的差異所在，以強調中醫發展的正途應為科學化，而非西醫化，這般區分係有助於釐清一般對中醫發展所可能產生的混亂認識。
- 3.在這般科學化與西醫化之區分的建構下，本研究接著用以檢視國府遷台後台灣中醫醫政的發展概況，並逐一釐清科學化與西醫化的發展過程。結果顯明了台灣中醫發展的困境問題係在西醫化這面向上，而中醫發展的出路應是正確地走上科學化之途。

是以，依本計畫結果視之，為使台灣中醫發展擁有更健全的科學化空間，本研究將提出底下幾點建議：

一、中醫醫政方面：

1. 設立「中醫藥管理局」或「中醫藥醫政署」以提高台灣中醫藥管理層級，並賦予醫政獨立職權。
2. 開放中醫藥使用西方科學技術與器械設備，以提升其醫療專業和服務品質。
3. 增設大學中醫藥學系暨研究所，以擴大正規和專業的中醫藥人才之培育。
4. 增設中醫藥研究機構，持續中醫藥科學化發展之目標。

二、西醫醫政方面

1. 發展中西醫結合的醫療模式，以拓展中、西醫學的對話與合作關係。
2. 在認同文化差異的基礎上，來分享西醫醫療經驗，同時尊重中醫醫療模式。
3. 與中醫藥共享西方科學的技術與設備，並共同研發新式醫療器械和治療方式。