

校友專訪

醫學系校友

賴鵬舉

# 新思潮

採訪：黃正宗 李岡遠  
整理：黃正宗

**這**是一次與眾不同的訪問，我們接觸到的是一個很重要，但卻少有人碰觸的領域——整合醫學，有沒有可能把中醫、西醫這兩種從理論，病理，解剖，病名到診斷、治療都截然不同，但卻同樣是在醫治人類疾病的學問，加以綜合運用來達到

更好的醫療效果呢？是“中學為體，西學為用”呢？還是西醫診斷，中醫治療呢，第十屆畢業的賴鵬舉醫師及他的“整合醫學研究小組”成立近十年來，即為這個問題，提供了一個新的思考方向。雖然整個宏觀體系下的實質內容尚未完全建立，卻是很有前瞻性的一個想法，值得

一饜讀者。

**在**台灣，中醫和西醫基本上是分開的，這牽涉到學理，更牽涉到職業與利害，因此，過去這道鴻溝很少有人跨越得過，再加上制定政策的人都是西醫出身，對中醫即使心存“同情”，但也缺乏瞭解，於是乎中西醫就在這成員、理念、語言和層面俱為不同的情形下，始終是兩條永不交會的平行線，沒有溝通，更缺乏共識。

這個情形在其他受中國文化影響的東方國家，雖有比較和緩，但基本上仍未整合，在日本，他們沒有所謂中醫系，但是西醫中想再研究中國醫學者可再繼續深造；在大陸則中西醫有不同的培養管道，但可以互通，西醫師均需瞭解中醫，而且行政體系上也支持中西合璧。個人目前因故微恙在大陸住院，院方所開的處方藥中，有時就會出現幾包中藥，這證明他們在政策上較可以接受中西醫合併的方式。

但是問題仍在，只是在湯劑和藥丸上去合併中西醫並不是個可以互相解除藩籬，携手研究的的好方法。因為這樣依然不存在溝通的環境。當彼此都不懂對方時就一定很難從對方身上學習優點，更談不上互補，舉個例子，你好不容易找了中西醫來同桌討論，結果一開始中醫提出了“火氣”，西醫就會滿腹狐疑「哪有什麼“火氣”」？結果一言不合，彼此聽不懂對方的語言，一下子就散掉了，殊不知和中醫裡的“火氣”和西醫講的“發炎”是有某些程度的重疊，其不互相瞭解可見一般。所以，在深信醫學會因中醫西醫互相瞭解而愈加進步的前提下，能找出一個共通點（如解剖基礎）來進行整合毋寧是我們努力探求的目標，台灣醫學院中醫系的教育有朝此方向努力的意願，但受限於整體理論的發展，他們教的大體上仍然是中醫一套，西醫一套，也還沒有整合兩套學問。因此整合中西醫學的努力，要做的工作仍多。

但所有工作中，最重要也最急切的是人才的培育。中西醫學的整合研究是學術上的新領域，橫跨西醫、中醫及數理三個基本學科。研究的主持人物須同時會通上述三項學科才可勝任整合的工作，以目前的教育體制而言，尚無此種特殊領域西醫人才的培養管道，學院的畢業生因教育過程中即包含數理的訓練，若個人

能用鑽研中國醫學，即可符合上述條件的要求。另外同時接受中西醫課的中國醫藥學院中醫系及學士後醫學系，皆是此種整合人才的可能來源。

然而整合人才的真正治鍊還在於實際參與此類型態的研究工作。以《傷寒雜病論》為研究對象，進行已近十年的「整合醫學研究小組」便是以蘊育下一世紀的整合研究人才為目的。



點子新的一羣(右三為賴醫師)

### 賴鵬舉

- 本院醫學系畢業
- 三峽博施內科診所院長
- 1982年成立“整合醫學研究小組”任召集人

### 成量雖少 原創性高

整合醫學的研究是由一羣同好所組成的小組在默默地推動的。很多人聽到「研究小組」的名稱時，劈頭第一句想問的話便是：「小組是不是公家的研究機構或財團法人的組織？」「小組有多少固定的研究員？」「每年有多少



的研究經費？」「有多大的研究設備？」

若從這些角度來衡量小組，您將不免失望。在組織上這小組既不是公家的研究機構，也沒有民間財團法人的組織。單純是每個人基於共同的愛好而結合的研究團體。在人員上小組沒有偌大的陣容，只有五到七人的核心分子來推動研究；在經費上小組沒有固定的基金，更談不上政府巨額的研究補助，須用錢時都是小組成員臨時湊的；在設備方面，小組並不是一棟巨大的建築內附有隆隆運轉的各式儀器，它是一間三十坪的研究室，幾張喝茶的桌子及一些參考的書籍就是它主要的設備了。

然而這麻雀大小的研究組織卻也有它特殊的一面：在組織上因為非公家的正式機構，故參加的人純基於學問上的熱情，較沒有名、利上的牽掛及行政上的束縛。在人員上，小組所從事的整合醫學研究是一種原創性的工作，又結合中醫、西醫、數理三條的人才縱使從全球性的角度而言也是極為稀有的資源。故小組對研究人員的要求是質要高，要富有創意，量不一定要多，也不可能多。配合好的話，三、五個人也可以有一點成績。

### 不怕錢少，只怕沒腦

在經費上，小組雖窮，但目前窮並不礙事。每一件研究一定須要很多的智慧，但不是每一件研究都須要很多的錢。從事兩知識系統間的整合工作最重要的是建立理論架構的問題，這方面所碰到的困難，倒是「沒腦筋」的問題比「沒錢」的問題多。

在設備上，小組三十坪的研究室雖小但還雅靜，小小的空間裏清一色地由原木構成，由腳底踩的地板，身體坐的桌、椅到觸目所見的櫃檯，都是取其自然、樸素，有利於從事思維及討論。

### 小組成員 三足鼎立

小組成員的知識背景基本上是中醫、西醫及數理三方面的專才加上「整合」的訓練而成的。所謂整合的訓練就是每一個成員除了自己

專門的領域外，須同時涉獵其他二領域的知識。至於涉獵的深度雖不用達到專家一般的要求，但卻要能對其大旨有所掌握，以便在個人思維時，能整合三體系的相關點；在共同討論時，能將所發現的相關點提出討論並交予最有關的專才作進一步的研究，同時能接過別人所提但涉及自己專才的題目。就數學而言，負責其訓練的李言：「不用達到數學家的程度，但卻要求達到物理學家運用數學的程度。」

### 悠閒中見創意的討論

星期日晚上是整合醫學研究小組例行研討的時間。這晚在研究室內聚會的計有中醫師鄧、西醫師賴及陳、物理學家任及數學家李，由賴任召集人。

在一間唐式的房間裏，大家圍坐在一張由「花樟」雕成的大桌緣，香茗，甜點任君品嚐，討論會不疾不徐地進行著。整箇氣氛悠閒而自然。

幾年來小組在傷寒雜病論的研究已找出了經病、腑病、臟病為是論的基本單元。在此基礎上，賴將器官的西醫解剖結構附加上，並尋出了結構上的一箇幾何模式。李用拓撲學的角度將上述的模式修正為一箇完整的橢圓結構；任看了這結構一眼，將手中的茶杯放下，哈哈一笑：「若將場的觀念帶入這幾何結構，則引出的高斯定律至少解答一部分經絡學的現象。」

這便是整合醫學研究的縮影：整合中、西醫及數理三方面的知識來探索醫學的一條新路。

在實際討論的運作裏，大抵先由主持人提出可能的整合點而讓雙方在這點上往復溝通，看能否作出東西。如主持人由中醫方面的討論得知藥方的組成可分為「位置因素」（如經、腑、臟）及「性質」因素（如寒、熱等），故提出以數學中「向量」來進一步處理此問題的可能性。在雙方多次交換內容後，數學方面則發展出了用「向量空間」分析中醫藥方的理論架構。更進一步發現西醫的診斷、疾病皆與藥方相同，可以同一數學架構加以處理啟發了「



診斷」、「疾病」、「藥方」三者間用數學「同構觀念來研究的方向。

整合醫學研究在方法上是以整合上述三方面的知識為工具；在目標上卻是以此新工具試圖來提昇目前偏在敘述層面的醫學知識至符號化層面乃至理論化層面。知識系統的符號化代表對此系統內的諸主要因素能予確認，並對諸因素間的運作關係能予軌範；知識系統的理論化在由數個基本理論出發而能導出或說明系統內的所有現象，這代表了對此系統來龍去脈的了解掌握。

## 哪裡開始整合起

形態學與建立其上的運作（生理與病理）是醫學研究的兩大對象。就數千年來人類醫學知識的整合而言，形態尤有其重要性，儘管中西醫描述方法不同，但人體有形的解剖卻是前後一貫的，「形態學」可謂是大自然替醫學領域定下來的共同語言。這也是整合醫學所踏出的第一步。

西方醫學的最大特色及精神可以「形態學」一詞來把握。其貫穿了西醫的基礎醫學（組織學、解剖學）、病理學乃至臨床的診斷（如各種攝影）及治療（如外科的手術）。形態學的意義在有形可徵，此令西醫可立於共同認同的基礎上來討論疾病的病理、診斷及治療。此「相」上的優點正是傳統中醫所缺少的。

相對地傳統中國醫學對疾病「性質」的了解及治療則有很精微獨到的成就。如即使是同一器官的疾病亦應分別其風、寒、暑、熱、濕、燥之異。且此種診斷分類有相應的治療意義，亦即每一相異的性質須由相異的藥物來治療。而此「性質」上的特點亦正是傳統西方醫學所缺乏的。

就哲學的意義而言，中醫的「性」與西醫的「相」兩者應為一體之兩面，一「性」必有其相，一「相」必有其性。亦即基於同一人體疾病的研究，可結合「性」、「相」二者分別由二箇不同的角度來了解同一箇疾病。

故將「形態學」的研究帶入中醫領域將對中醫由「理論」至「臨床」的整箇範圍產生根

本而長遠的影響。

首先在高的層面上將開拓出「整合」中、西醫的一條可行路徑。既然解剖是醫學千年不變的語言，則可立於此共同的基礎來整合中西醫雙方面在理論、診斷及治療上的所有知識。這可從兩體系的物質基礎—「臟」、「腑」間的對應關係（如中醫的五臟是西醫的那些內臟）著手，如此則綱目既合，其他枝節亦可相疊。在此方向的所得將是豐碩的。

其次在中醫的基本理論上，形態學的導入令黃帝內經的理論基礎—「五臟」及傷寒雜病論的物質基礎—「經」、「腑」、「臟」得到具體的解剖意義，並立於基礎上推演整箇中醫如下的形態化。

在病理上，令辨症所描述的疾病位置明確化。如傷寒雜病論所描述的太陰病為解剖上「胰臟」的病；厥陰病為「肝臟」；大青龍湯症為「肺炎」；雜病的「瘧母」為「膽結石」或「肝內結石」。

## 以“群論”來分析傷寒論

中國醫學的基本理論雖源自黃帝內經，然將此理論實際運用於臨床並形成一完整體系的，當首推漢代張仲景所著之傷寒論（原名傷寒雜病論）。傷寒論在大體上以臨床可得之「證」、「脈」來界定諸病，然後開出對治的「方劑」。然而論在理論方面的敘述則則較少。因為「證」、「脈」直接來自病人身上的觀察，較少隨時代的變遷而不同。所以傷寒論以證、脈等立書的用意，在為後世的臨床醫師留千古不易的準則。

傳統中醫學者對於「傷寒論」中「證」的鑑別診斷下了甚深的研究工夫而發展出一套臨床上適用的「八綱辨證」。然而對於傷寒論中病理證狀與人體內臟的實質關聯，數千年來一直較少人闡明。吾人相信若能將隱藏於「證」底下的「形態基礎」描繪出來，則不但能使臨床的鑑別診斷探得病源，而且也可在傳統中國醫學與西方醫學間架起一座相互溝通的橋樑。

外在的「證」與「脈」多半是內在器官疾病的表現<sub>1</sub>。故若欲對傷寒論作進一步的研究

，須針對隱於「證」、「脈」下的臟腑為目標。

傷寒論將所有的疾病分成六大類：三陽病（太陽、陽明及少陽）及三陰病（少陰、太陰及厥陰）。吾人如將其中一陽一陰依以下方式配成三對：太陽—少陰，陽明—太陰、少陽—厥陰，則每對將形成一個完整的形態結構，其中包含三個基本組成：經、腑（中空的器官），臟（實心的器官）。在這結構中，疾病及其病理變化，藥物及其藥理作用形成的結合將會滿足數學「羣」，如下的特性：

1. 以每對結構內的疾病及藥物為「元素」，構成此羣的「集合」。
2. 此羣的「運算」定義為疾病的病理或疾病、藥物間的相互作用。
3. 疾病的消失及生理狀態的回復是為「單位元素」。
4. 此「集合」對此「運算」而言具有「封閉性」。（所謂封閉性就是任兩元素經過運算之後的結果，仍留在原集合內。）
5. 對集合內的任一疾病，可覓一特定的對治藥物。兩者互為「反元素」。

在引入這些數學觀念之後，吾人可得到二個初步的結果。首先傷寒論原本只由證候來描述，在此吾人假羣的觀念而將隱藏在臨床證候下面的「形態結構」發掘出來。其次抽象數學的結構，可隨羣觀念的腳步後，被利用來分析、組織目前尚是千頭萬緒的衆多臨床資料。

物理學的發展無疑地可給大部分停留在敘述性層面的醫學作為借鏡。

一九八三年，整合醫學研究小組出版了「整合醫學導論」一書，可謂是往大目標邁出的第一步。是書的理論中心在「器官羣」，其乃是由中醫的腑臟、西醫的器官系統（如呼吸系統、消化系統）及數學的「羣」等觀念而導出的結構，企圖在衆多而複雜的生命系統中尋找出一箇簡單的運作單元，作為醫學朝向符號化、理論化的基石，並以此整合醫學的理論、診斷乃至臨床治療。但嚴格地來說，是書僅可視為諸觀念的提出而並未實際地達到了符號化或理論化的工作。

一九八四年小組對外發表了「用數學羣論分析傷寒論」一文。是文首次將抽象數學重要的「羣論」引入中醫經典傷寒論的結構分析。除進一步建立「器官羣」的理論基礎，得出其具有數學羣的大部分性質，開啓數學與醫學技術的管道。

一九八五年五月，在小組對內的第一次研討會上，「傷寒論的向量空間分析」、「器官羣的拓撲結構」及「器官羣的符號表示」等題目的初步結果被提出。

## 展望中的未來

整合醫學可見將來的努力將集中在給傷寒論建立一個理論的架構。此架構將循下述二個方向前進：一是「器官羣」的拓撲結構，另一是「器官羣」的物理結構，其中物理學中的場的觀念將被強調。最後結合此兩方面的結論來處理及開拓臨床的領域。

另張仲景的傷寒雜病論二千年來一直作為臨床醫學的典範，但所依的是殘缺不全的版本（割裂為傷寒論及金匱要略兩部分）。一九八六年小組尋找到大陸出版的完整版本（桂林古本），將其條文編號，及附索引之後重予付梓。並於一九八七及一九八九年出版《整合中醫學》1、2期，用專題的形式對古本《傷寒雜病論》作考證、中醫角度、西醫角度、數理角度四方面的研究。

## 建立廣大時空的眼光

最後以一則個人的想法來結束本文。一個國家或民族的活力直接由其學術思想來反映。而學術的第一項要求是原創性，亦即要有眼光來開創新的觀念及領域而不能僅止於吸收及模仿。

眼光的培養有時、空二途，而求其涵蓋最長的「時間」及最大「空間」。就整合醫學的視野而言，吾人所處的時空交會具有最大的醫學資源。就空間而言，台灣乃是中國醫學與西洋醫學兩大體系的交會點，交會處每孕含無窮的新領域；在時間上吾人此時的一刻已具備了



處理這兩大醫學體系銜接的必要知識與技術。

即是眼光遠大、作法正確的話，吾人具有成爲「醫學大國」的潛在條件。

者大學六年以來，採訪過不少校友，賴醫師是相當獨特的一位。

# 筆

五年前，當筆者和一大羣學佛的學長姐來到賴醫師的診所來參觀，聆聽他們學佛的心得交換時，不禁十分好奇，「這是您的診所嗎？」是很多當時一二年級的學弟妹最大的「疑惑」因爲沒有診所「該有」的藥水味，沒有掛號領藥的小窗口，也沒有候診坐的長木椅或天空色的塑膠椅；裡頭卻是像個古色古香的「書房」一般，到處都是書—全套的大藏經及其他經典，隨處可見典雅的木雕，飄來的是一陣陣的檀香味。更令人好奇的是，他在看診時，“居然”不用聽診器，而是把脈，用著聚精會神地情緒，開了一些方劑給患者帶回服用。——沒錯，他是母校第十屆醫科畢業的校友，賴鵬舉。

實際上，在台灣當今的醫學教育及醫療體制裡，學西醫而涉中醫的人，雖非絕無僅有，但也是鳳毛麟角：（就連學中醫而就中醫者，都還屈指可數！）他是由於哪些因緣而走出這條與他人截然不同的路呢？

賴醫師答道：「從大四修病理時開始，就覺得西醫的教科書對疾病的生理病理、藥理，診斷及臨床症狀著墨較多，研究得相當深入，但是提到治療，則有太多的 unknown，要不然就是 Symptomatic treatment，這是西醫處理疾病時的一個限制；但是後來我接觸到中醫醫後卻發現有些西醫治療上的困難可以從中國醫學方面得到幫助，這是後來我會走過這個方向的重大因素。」

基於此，他開始鑽研中醫的書籍，起先漫無頭緒，全是基於一股興趣，把原先深奧的古籍逐一推敲，「走和別人不一樣的路總是比較辛苦」他如是說著。後來，無意間發現清代陳脩園對傷寒論（東漢張仲景著，原名傷寒雜病論）的解析相當精細，把他原來讀不懂的地方。清哲地連貫起來，讓賴醫師從此茅塞頓開，也瞭解了傷寒論的博大精深。就這樣，他在仁愛醫院實習及後來榮總住院醫師的生涯中，

便一邊從事西醫必要的臨床工作，另一方面以病人當老師，印證古籍上對脈相，徵象的描述，他回憶：「就拿弦脈來說好了，當時肝炎的患者很多，而傷寒論上提到肝熱者最常見的脈是弦脈，其特色是如琴之弦，我就去把每個病人的脈，就這樣我學會了弦脈的脈相。有些微妙之處一定要接觸病人才知道。就這樣，一點一滴的揣摩，住院醫師的訓練完畢後，在三峽，他開設了「博施內科診所」。

那是一個相當偏遠的三峽小鎮。爲什麼要選擇那樣的地方呢？賴醫師啜口茶，怡然而道：有兩個原因，第一，個人喜歡鄉下的環境，因爲有比較多的機會去接觸大自然。第二，和個人學佛有關，在毗鄰的山郊，有一座僻靜清幽的寺廟——西蓮淨苑，聽經，參加佛教活動在那裡都比較方便。」他笑著說：「有人問我說在那麼偏僻的地方開業會不會餓死？我想不會吧！我直到現在看起來都還蠻胖的……」這段訪問始於九點半休診之後，但仍有幾位患者陸續進來求診，從患者的表情及言談看來，賴醫師肯定是讓他們相當信服的醫者。

再談到診所陳設的特殊。他提到，在這樣的地方平時不算是太忙，診所以類似書房的方式設計可以兼顧到個人的讀書生活，平時「有病人時看病，沒病人時看書」賴醫師還回憶起相關的兩件趣事。他說「第一個走進我診所的是稅捐處的人，他看過之後有點訝異，『這麼小』？」第二個走進來的是衛生局的人，進來之後說，『哦，我是不是走錯地方了？怎麼都是書？』不過相信會進去過賴醫師診所的人會覺得雖不像診所，他卻有另一股溫響，書香之氣洋溢其中。

賴醫師是位虔誠的佛教徒。「學醫與學佛」個人認爲學醫是專業層次的問題，學佛是爲人生層面，但其相同點在於將手頭上能得到的工具作最適當的組合以解決所面臨的難題。」而他及同好所組成的「整合醫學研究小組」也大多是志同道合的朋友，他們的揭櫫的目標——從西醫，中醫，數理等層次去整合中西醫學，使成爲一個對人類更有幫助的醫療方式——雖然只是個開端，但卻也有一些新的想法，爲將來醫學的發展方向，提供可能的建議。