東亞四國傳統醫學體系之異同

The comparison among the systems of traditional Korean medicine, Vietnamese medicine, Kampo medicine and Chinese medicine

陳裕達[1] *CHAN Yu Tat*

（香港註冊中醫師、香港中文大學中醫學院帶教導師（臨床））

根據中醫課程教材的說法，中醫是指「以中醫藥理論與實踐經驗為主體，研究人類生命活動中健康與疾病轉化規律及其預防、診斷、治療、康復和保健的綜合性科學」。除了中國外，在東亞地區，日本、韓國和越南的傳統醫學也有運用到中醫理論中的如陰陽、五行等哲學理論，甚至六經辨證法等。日本、韓國和越南，在不同的歷史時期，也有不少傑出醫家根據本國的客觀環境，在中醫的理論框架下，增補了一些理論或診治方法。而當中不少為日本或韓國醫家原創，豐富了「東方傳統醫學」的內容。（註一：歷史上「東醫」這一名稱是指朝鮮的醫學，受「華夷五方論」影響，在古代東亞國際格局中，朝鮮都在中國的東面，故以東國自居。中國居中，當時人認為是已知世界的中心，朝鮮居東，故朝鮮的民族醫學也稱「東醫」。越南居中國之南，故越南人稱來源自中國的藥材為「北藥」，原產自越南的道地藥材為「南藥」，結合越南自身原始醫療手段稱為「南醫」。因日本醫學之祖為來自中國、朝鮮的渡來人，加上日本欠缺原生道地藥材，故日本傳統醫學自伊始即稱為「漢醫」，至今不變。）

從《WHO西太平洋地區傳統醫學名詞術語國際標準》一書認可的傳統醫學典籍，各國醫家所佔的比例看東亞四國傳統醫學之異同，根據世界衛生組織編撰的《WHO西太平洋地區傳統醫學名詞術語國際標準》一書收載的傳統醫學典籍，依其作者或編者的國籍作了一個小統計，結果如下：

全部典籍：153

中國：100（65.359%）

朝鮮：24（13.725%）

日本：21（15.686%）

越南：8（5.228%）

而在《WHO西太平洋地區傳統醫學名詞術語國際標準》一書中，傳統醫學典籍又根據其主要內容，分為內經類、傷寒與金匱、診斷學、溫病類、本草、方劑或醫方集、鍼灸類和其他共八大類。在這八大類中，各國醫家專著佔的比例明顯有所不同，當中反映的不只是醫學上水平，更反映出四國不同的文化背景、民族特性和社會發展程度。

1 不同類型的東方醫學傳統醫著中，四國所佔的比例

1.1 內經類典籍合共十部：中國專著佔其九而朝鮮專著佔一（中國專著：佚名《黃帝內經》、佚名《素問》、佚名《靈樞》、秦越人《難經》、楊上善《黃帝內經太素》、劉完素《黃帝素問宣明論方》、劉完素《素問玄機原病式》、張介賓《類經》、李中梓《內經知要》九部；朝鮮專著：李圭晙《素問大要》一部）（內經類典籍：中國專著90%；朝鮮專著10%）

1.2 傷寒與金匱類典籍合共五部：中國專著獨佔（分別是張仲景《傷寒雜病論》、張仲景《傷寒論》、張仲景《金匱玉函經》、張仲景《金匱要略》、成無己《註解傷寒論》五部）（傷寒與金匱類典籍：中國專著100%）

1.3 診斷類典籍合共九部：中國專著佔五而日本專著佔四（中國專著：王叔和《脈經》、施發《察病指南》、滑壽《診家樞要》、李時珍《瀕湖脈學》、林之翰《四診抉微》五部；日本專著：曲直瀨道三《百腹圖說》、蘆川桂洲《病名彙解》、稻葉文禮《腹證奇覽》、多紀元堅《診病奇侅》四部）（診斷類典籍：中國專著55.6%；日本專著44.4%）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

1.4 溫病類典籍合共七部：中國專著佔五而朝鮮專著則佔二（中國專著：吳有性《溫疫論》、葉天士《溫熱論》、吳瑭《溫病條辨》、王孟英《溫熱經緯》、雷豐《時病論》五部；朝鮮專著：金順夢《簡易辟瘟方》、許浚《新纂辟瘟方》二部）（溫病類典籍：中國專著71.4%；朝鮮專著28.6%）

1.5 本草類典籍合共十二部：中國專著獨佔（分別是佚名《神農本草經》、陶弘景《本草經集注》、雷斅《雷公炮炙論》、蘇敬《新修本草》、孟詵《食療本草》、唐慎微《經史證類備急本草》、寇宗奭《本草衍義》、忽思慧《飲膳正要》、朱肅《救荒本草》、李時珍《本草綱目》、繆希雍《炮炙大全》、趙學敏《本草綱目拾遺》十二部）（本草類典籍：中國專著100%）

1.6 方劑或醫方集典籍合共三十部：中國專著佔十四，日本專著佔八，朝鮮專著佔五，越南專著佔三（中國專著：葛洪《肘後備急方》、陳延之《小品方》、孫思邈《備急千金要方》、孫思邈《千金翼方》、王燾《外臺秘要》、王懷隱《太平聖惠方》、陳師文《太平惠民和劑局方》、趙佶《聖濟總錄》、嚴用和《嚴氏濟生方》、危亦林《世醫得効方》、朱震亨《局方發揮》、龔廷賢《萬病回春》、龔廷賢《壽世保元》、汪昂《湯頭歌訣》十四部；日本專著：丹波康賴《醫心方》、梶原性全《萬安方》、有林《福田方》、曲直瀨玄朔《眾方規矩》、吉益東洞《類聚方》、甲賀通元《古今方彙》、和田東郭《導水瑣言》、淺田宗伯《勿誤藥室方函》八部；朝鮮醫著：佚名《鄉藥救急方》、俞孝通，盧重禮《鄉藥集成方》、金禮蒙，柳誠源《醫方類聚》、黃度淵《方藥合編》、韓秉璉《醫方新鑑》五部；越南醫著：阮直《保嬰良方》、黃敦和《話人撮要》、陳吾添《醫方歌括》三部）（方劑或醫方集典籍：中國專著46.7%；日本專著26.7%；朝鮮專著16.7%；越南專著10%）

1.7 鍼灸類典藉合共十八部：中國專著佔九，日本專著佔六，朝鮮專著佔三（中國專著：皇甫謐《鍼灸甲乙經》、王惟一《銅人腧穴鍼灸圖經》、竇材《扁鵲心書》、許叔微《普濟本事方》、王執中《鍼灸資生經》、竇杰《鍼經指南》、滑壽《十四經發揮》、高武《鍼灸眾英》、楊繼州《鍼灸大成》九部；日本專著：梶原性全《頓醫抄》、杉山和一《杉山真傳流》、本鄉正豐《鍼灸重寶記》、菅沼周桂《鍼灸則》、原南陽《經穴彙解》、石坂宗哲《鍼灸說約》六部；朝鮮專著：柳成龍《鍼灸要訣》、舍巖道人《舍巖道人鍼灸要訣》、許任《鍼灸經驗方》三部）（鍼灸類典藉：中國專著50%；日本專著33.3%；朝鮮專著16.7%）其他類典藉合共六十二部，中國專著佔四十一，朝鮮專著佔十三，越南專著佔五，日本專著佔三（中國專著：龔慶宣《劉涓子鬼遺方》、巢元方《諸病源候論》、蘭道人《仙授理傷續斷秘方》、昝段《經效產寶》、劉溫舒《素問入式運氣論奧》、錢乙《小兒藥證直訣》、劉肪《幼幼新書》、陳言《三因極一病證方論》、朱端章《衛生家寶產科備要》、張子和《儒門事親》、陳自明《婦人大全良方》、李杲《內外傷辨惑論》、李杲《脾胃論》、陳自明《外科精要》、李杲《蘭室秘藏》、佚名《銀海精微》、佚名《秘傳眼科龍木論》、朱震亨《格致餘論》、倪維德《原機啟微》、徐彥純《玉機微義》、熊宗立《醫書大全》、朱震亨《丹溪心法》、虞搏《醫學正傳》、徐春甫《古今醫統大全》、李梴《醫學入門》、王肯堂《證治準繩》、陳實功《外科正宗》、武之望《濟陰綱目》、李中梓《醫宗必讀》、張介賓《景岳全書》、傅仁宇《審視瑤函》、喻昌《醫門法律》、趙獻可《醫貫》、李用粹《證治彙補》、程國彭《醫學心悟》、吳謙《醫宗金鑒》、陳復正《幼幼集成》、傅青主《傅青主女科》、王清任《醫林改錯》、林佩琴《類證治裁》、唐容川《血證論》共四十一部；朝鮮專著：崔致雲，李世衡《新註無冤錄》、楊禮壽《醫林撮要》、許浚《東醫寶鑑》、曹倬《頤養編》、尹東里《草窓訣》、李景華《廣濟秘笈》、康命吉《濟眾新編》、正祖《壽民妙詮》、師朱堂《胎教新記》、黃度淵《醫宗損益》、李濟馬《格致藁》、李濟馬《東醫壽世保元》、李永春《春鑑錄》十三部；越南專著：朱文安《醫學要輯註遺編》、慧靜《洪義覺斯醫書》、慧靜《南藥神效》、海上懶翁《海上醫宗心領》、阮停沼《魚樵問荅醫術》；日本專著：曲直瀨道三《啟廸集》、賀川玄悅《產論》、吉益東洞《藥徵》）（其他類典藉：中國專著66.1%；朝鮮專著21.0%；越南專著8.06%；日本專著4.84%）

2 在東方傳統醫學的不同領域中，四國所佔比例不同的背後原因

香港浸會大學 版權所有 Copyright HKBU All Rights Reserved

毫無疑問，在源頭和比例上，中國對東方醫學佔最大份額。在《WHO西太平洋地區傳統醫學名詞術語國際標準》收載的典藉中只有《黃帝內經》是於成書於公元前（先秦時期），也就證明「東方醫學」源自中國是不爭的事實。內經類經典文獻以中國專著為主。內經類典藉為中醫理論基礎，多為理論闡述，在內經這一理論框架下各醫家有不同的修正和補充，反映中國醫家長於理論闡述。

而朝鮮長久以來採取「事大主義」，對中原王朝的一切衣冠文物照單全收，對東亞大陸文化亦步亦趨，醫學自然也不例外。

但朝鮮只有近代有出版對《內經》類的闡述著作，因朝鮮長期都是直接將《黃帝內經》等中醫經典取來當作教材進行教學或研究。在近代前朝鮮醫家只會對中醫的理論作一些補充，而不會對中醫理論有任何挑戰或質疑。

日本醫家的著眼點是診治技巧等實用性方面，從醫學著作方面，即可見日本民族重視應用和技術創新而輕視理論研究和探索。這種特性為日本帶來一定的優勢和劣勢。優勢為重視實效、發展迅速。取別人的理論，在技術層面加以創新比起研究深奧理論固然成效快得多，比如說日本人直接取用了中國的經絡、陰陽五行、六經辨證理論，在運用上多番驗證，加以微調，因著日本人的思維方式更容易取得實效。縱然如此，日本人技術上雖有創新但在理論層面卻難有突破。

漢代時，越南北部基本上為中國直接管轄，稱「交趾」。在當時，其民多用巫醫治病，未曾形成完整醫學體系，故自然對大陸上先進的醫學理論，只能照單全收。在東方醫學，「傷寒」二字也有狹義和廣義之分。廣義傷寒是一切外感熱病的總稱。如《素問·熱論》曰：「今夫熱病者，皆傷寒之類也」。外感熱病在今天看來應該就是傳染性疾病。狹義傷寒是感受寒邪，感而即發的外感病，如《難經·五十八難》曰：「傷寒有五，有中風，有傷寒，有濕溫，有熱病，有溫病。」文中前一個「傷寒」為廣義傷寒，後者則為狹義傷寒。了解到在東方醫學體系中，「傷寒」二字是指傳染病則很好理解為何中國古代傷寒專著數目獨佔鰲頭的原因。顧名思義，《傷寒雜病論》就是一部應對傳染病而撰寫的書。在公元兩世紀的東漢，也正是《傷寒雜病論》的成書年代，在中國的中原地區爆發了一場史無前例的大瘟疫，張仲景在《傷寒雜病論》的序言可反映那次慘劇的破壞程度，《傷寒雜病論》序曰「余宗族素多，向餘二百，建安紀年以來，猶未十稔，其死亡者，三分有二，傷寒十居其七」。張仲景有否當過太守雖有待歷史考證，但在當時連經濟條件優越的大家族尚且如此，因瘟疫而死的平民更不計其數了。《五行志》中亦有載「獻帝建安二十二年，大疫」。《魏文帝與吳質書》亦有言「昔年疾疫，親故多罹其災」。甚至曹操本人也有詩文記錄這次大災難，在《蒿裏行》中曰：「白骨露於野，千里無雞鳴。生民百遺一，念之斷人腸」[1]。公元二世紀這一重大瘟疫，很大可能源自中國，經匈奴等遊牧民族傳至中亞及西亞，再傳到歐洲，後波及整個羅馬帝國。在公元二世紀中葉和三世紀中葉，羅馬帝國先後爆發了「安東尼瘟疫」和「西普里安瘟疫」。在公元兩世紀的中國已因瘟疫遭受毀滅性打擊，故急需發展醫藥，改革醫療制度以應付重大危機，因此在客觀條件下，《傷寒雜病論》應運而生。而朝鮮、越南遠離中國中原地帶，受災情度相對較輕，而日本為島國，與世隔絕，亦無史料顯示在公元二至三世紀肆虐中國的瘟疫傳入日本，因此傷寒被中國醫家重視並撰寫大量應對傷寒的書籍可謂合乎情勢。另一方面，《黃帝內經》、《難經》、《傷寒論》、《金匱要略》建立了東方醫學的理論基礎，而東方醫學的四大經典都是在中國出現的原因在於先秦時代中國已積累豐富的醫學知識，早在《黃帝內經》之前，中國已有大量醫學論著，有些可能是收錄在歷史、工藝等著作中，並非專著。但在漢代，據《漢書·藝文志》記載最少已有《黃帝內經》、《黃帝外經》、《扁鵲內經》、《扁鵲外經》、《白氏內經》、《白氏外經》、《旁篇》等「醫經七家」。後因不同原因，其餘六經佚失，只剩內經傳世。但其餘各經皆被後世醫家旁徵博引，得以另一種形式「復活」，如張仲景的《傷寒雜病論》序中言:「…乃勤求古訓，博采眾方，撰用《素問》、《九卷》、《八十一難》、《陰陽大論》、《胎臚藥錄》，并平脈辨證…」。而後來朝鮮、日本醫家只在法、方、藥層面上加以補充使之適應本土環境，在理論層面上都直接繼承自中國醫學傳統理論。

在診斷學情況則有些不同。朝鮮醫家基本上專注研究法、方、藥，在辨證論治方面則直接繼承中國醫學，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

在診斷方面鮮有專著。中國在診斷學方面到了晉代有所突破，如王叔和寫了第一部脈學專著《脈經》。不同於《傷寒論》作系統理論分析和理法方藥完整闡述，王叔和之《脈經》側重於脈診方面。在中世紀時的日本有很多診斷著作，而日本醫家的著作大都側重在診斷和治法，對醫學理論和藥物性狀研究較少。日本診斷學著作中多著眼於腹診，腹診其實早在《傷寒論》時已有提出，例如張仲景在《傷寒論》中，提到腹部的診斷、症候和治療者有一百一十多條[2]。但後世中國醫家不予重視，反在日本發揚光大，中國醫家則較重視舌、脈診，形成「一個宗派，各自繼承」的局面。

在本草學方面，則是中國在東方醫學體系中除醫學理論外又一創舉，古典本草專著，十之其九出自中國。在《西太平洋地區傳統醫學術語標準》收載的本草典藉中全部出自中國醫家手筆。中國幅員遼闊，地跨南北，北方乾燥，南方潮濕，植物品種繁多，加之中國人與外國人通商時常引入外國進口之藥材，如紅花、乳香、沒藥、肉桂等皆為例，中國人本又重視農桑，在千百年積累了豐富的植物學知識，故在歷朝歷代都不斷有本草鉅著問世，到明代李時珍之《本草綱目》可謂達到最高峰，可惜之後鮮有突破。中國在植物學方面的知識，直到十九世紀方被英國人所超越，故中國在本草專著數量獨佔鰲頭。日本列島和朝鮮半島地處北方，屬高緯度地區，植物品種不及中國，越南植物雖多，卻無中國人多個世紀積累之植物學知識。

另一重要原因在政治制度方面，中國自唐代後已有官方編纂本草的制度。唐代蘇敬等編撰的《新修本草》中國也是世界上第一部官方藥典，比歐洲的《佛羅倫斯藥典》早近八個世紀。中國中央政府素有統一修史書、修醫書之習慣。加上中國為大一統帝國，朝廷可動員大量人力物力以修本草，朝鮮雖仿傚中國行中央集權制，可是其原生植物種類不及中國多(註二：朝鮮雖主要為中藥進口國，但也有不少朝鮮獨有地道藥材出口往中國，臨床中醫常用的白附子、高麗參即為一例），而日本直到明治時代才由封建國家轉為中央集權國家。即使在幕府將軍權力最大的江戶時代，幕府的權力和中國朝廷的也不可同日而語。而在日本，修編醫書和本草書籍多為個人行為，官方無修醫書之習慣。即使個別大名（註三：即諸侯）有興趣資助醫家編修本草書籍，但因地域所限（註四：在江戶時代人身被束縛在土地上，人不能脫離出生的藩國，否則即屬脫藩罪論），醫家不能隨心所欲離開所在藩國到他國考察藥物生長、培植等，因此日本的本草著作非常少，而即使關於藥物性味、藥用價值的著作，因客觀條件影響，內容也帶有很大局限性，遠不及中國豐富。

在方劑和醫方集方面，日朝越三國則大放異彩，在《西太平洋地區傳統醫學術語標準》的方劑和醫方集類中，中國方劑或醫方集專著大約佔一半，日本佔八、朝鮮佔五、越南佔三。因日本、朝鮮、越南皆有其獨產之道地藥材為中國所無，（結合從中國進口之藥材，在東方醫學理論框架下互相組合可組成新的方劑，故日朝越三國皆在方劑或醫方處成就最大。但有一點值得注意，日本方劑專著跨越時間最廣，由最早著於平安時代的《醫心方》到著於明治初年的《勿誤藥室方函》幾乎橫跨一千年，反之朝鮮、越南方劑醫方專著皆集中在十三至十九世紀。因為十四至十九世紀，朝、越兩國才基本形成有自己民族特色的醫學，十四世紀前，兩國大夫皆直接學習運用中國方劑，而他們民族藥多為民間偏方或經驗方，與《內經》、《傷寒論》等古典著作理論無關，不受主流醫家重視。（註五：中國其實一樣有相同問題，即為經驗偏方與古典理論的分離，比如在民間，有人說服用某民間偏方可止咳，但完全不符合古典經書的哲學體系，也不一定符合陰陽五行，寒熱虛實辨證。如人痘接種完全沒有運用六經、臟腑、衛氣營血辨證，純粹由經驗實踐而來。尤其是晉之葛洪、唐之孫思邈因多收民間驗方而和張仲景古典理論脫節而長期被貶抑，葛洪的名字甚至不列入一些正統的中醫學史著作[3]）。

越南在明代後才正式獨立，以往斷斷續續為中國控制之省份，受中國直接管轄，一切文化只能是中國漢文化（尤其粵文化）的簡單複製；朝鮮雖為臣屬，但文化上實為中國附庸，但日本則走上一條較獨立的路。在日本，醫學和文字發展一樣，日本自十世紀已開始和中國文化分道揚鑣。日本人之地道藥理應最少，但日本人結合了自身巫醫占卜、陰陽道等而產生一種明顯帶有自身特色之方劑，故在日本也有相當多方劑專著。不同於朝鮮，「漢方醫」在日本的發展到明治時期已結束，因為在十九世紀日本要「脫亞入歐」，「漢方醫」作為傳統醫學被廢除，只在民間作保健目的流傳，直到最近才有復興傾向，故日本在十九世紀後，傳統醫學專著也就廖廖可數了。而另外一點值得關注的是朝鮮和越南的醫家都是儒醫，也都是「以儒通醫」，大部分醫家都精通漢

Copyright HKRCTCM All Rights Reserved

學。古代朝鮮行「兩班制」，也就是文官官僚和武官貴族皆為世襲。和中國不同，朝鮮的科舉制只開放予兩班子弟，平民（尤其是白丁）只能考「雜科」即醫科、算科、翻譯等技術類科目。故不少精通文墨，但父母是罪人、賤民或白丁等知識分子只能靠考雜科提升自身地位，最著名例子是朝鮮宣祖及光海君時的御醫許浚。朝鮮醫科考試考有關「內景」（內科）、「外形」（外科）、「雜病」、「湯液」（藥學）、「鍼灸」等五科的知識，考核的內容和教材全部直接取自中國經典著作，因此朝鮮醫家幼年大都習過儒家經典和漢學，越南情況亦相近，故只有儒生官僚階級在兩國佔主導地位後，才形成自己的民族醫學專著，更為重要的是，朝、越當時所有醫學著作皆用漢文寫成，不但用漢字，更仿傚中國醫書格式，多只是加入諺文（即今日之韓文）和喃字（越南依漢字而創之文字，現已廢除）加以註釋，故此這些醫家漢學水平必然甚高。在十三、四世紀前，朝、越兩國不少民間大夫已有豐富的經驗或偏方積累，但當時兩國尚未有自己的文字，要如實記錄必須依靠漢字。在漢學尚未在朝、越兩國普及的時代，漢字是一種控制在貴族手上的奢侈品。民間經驗只能靠師徒相授，口耳相傳，直到十六世紀後方有一批「以儒通醫」之人把先代相傳的經驗加以整理，並和自身的醫理相結合，用漢字將其如實保存下來。日本情況不同，歷史上日本無「儒生官僚」這一階級。日本精通漢文化的人雖然相當多，如平安時代的菅原道真、江戶時代的林羅山等皆為精通漢文化之學者，可是他們的角色只是一個背後無任何勢力支持，勢孤力弱的顧問，不像朝鮮李朝中宗時代的趙光祖是一個階級的代言人。中國、朝鮮、日本在漫長的封建時代皆有「士、農、工、商」的說法，但日本的「士」和中國、朝鮮之「士」的概念上是不同的，正確說，日本應為「侍、農、工、商」，「侍」即武士，日語稱「さむらい」，是弓馬嫻熟之輩，中、朝之「士」即上文所提到之儒生官僚階級，為精通筆墨之徒。兩者所持之信念、價值觀，背後所代表之利益，所擁護之制度也決不一樣，兩者截然不同。因此如果說中國、朝鮮、越南都是「以儒通醫」，那麼日本則是「以佛通醫」。事實上日本無儒生階級，最精通漢學的為僧人。在早期日本，漢學和僧人是分不開的，日本最早派到大唐學習先進大陸文化很多即為留學僧。鑒真和尚被日本視為「日本漢方醫藥之祖」，也就反映出早期完整的中醫理論都是透過僧人傳入日本，另一方面，在早期傳入日本的中醫理論中，也帶有佛教影子。在平安時代，日本的醫學體系中「祝由科」的比例相對較重。由平安到鎌倉時代，醫學皆掌握在僧人手中，一直到室町時代末期，醫學才有分離獨立出來。

至於在鍼灸範疇的專著來說，中國十八佔九，日本十八佔六，朝鮮十八佔三，剛好是中國佔二分一，日本佔三分一，朝鮮佔六分一。鍼灸是建基於中國醫學中之經絡理論，鍼灸即以針刺經絡上之腧穴以調經氣，沒有經絡則沒有鍼灸，毫無疑問，鍼灸療法來源於中國。中國之先民，先用砭石，後用打磨過之金針治病，透過實踐摸索出經絡的規律。經絡完整成理論大約不晚於漢代，漢武帝時派兵攻滅衛滿朝鮮置樂浪郡，將朝鮮直接置於中國控制之下，中國醫學從那時起開始傳入朝鮮。鍼灸在中醫發展史中比方劑湯藥歷史更悠久，但在發展初期即各有門派，各有說法尚未完善，比如成書於秦末漢初的馬王堆帛書有足臂十一脈灸經、陰陽十一脈灸經甲本和陰陽十一脈灸經乙本，顯示當時尚流行十一經脈之說，手厥陰心包經為漢代後之醫家所加入。鍼灸達到最完善頂峰應在宋代的《銅人腧穴鍼灸圖經》，第一次標準化了經絡和腧穴，後世只在治療配穴時有所增減，但腧穴位置大致固定下來。日本人在針灸上也有所成者，何解?日本人素來重視鍼灸，日本之「鍼」字也保留了「針」之古字。（註六：說文解字注曰:「所已縫也。縫者、以鍼紩衣也。竹部箴下曰。綴衣箴也。以竹為之、僅可聯綴衣。以金為之、乃可縫衣。从金。咸聲。職深切。七部。今俗作針」。今日中國人用針灸之針字實為鍼字之通俗字）。日本人鍼灸發展蓬勃不難理解，由於日本為一島國，資源較貧乏，植物種類也遠不及中國多，可藥用之植物則更少，在此情況下，日本人必須另辟蹊徑，鍼灸療法在一定程度也可以替代湯藥，加之日本地處北方，天氣寒冷，亦受北太平洋暖流影響異常潮濕，灸法可通經散寒除濕，故值得推廣。其次，鍼灸與內科湯藥相比，較少像哲學一般的抽象理論，反之重實用，加之鍼灸在「東方醫學體系」中已率先完成「標準化」，對於處事喜執標準的日本人來說自然更樂於接受。越南地處南方，氣候濕熱，灸法則有助火之弊，故較少用。加上中世紀越南在四國中，文明程度較低，自然也較少醫學家撰寫專著。

Copyright HKRCMR All Rights Reserved

3 總結

縱觀東亞四國，不可否認中醫是「東方醫學」的支柱和源頭。東方傳統醫學雖以中醫為理論骨架、源頭和主流，可是日本、朝鮮和越南也不約而同在這一理論的大框架加入自己經驗、看法或見解，並作出增減。因此在論及「東方傳統醫學」的同時，也不應磨滅他們的貢獻，而且四國各有所長。中國醫家率先建立了「東方傳統醫學」的理論體系，而日本、朝鮮和越南醫家也因應其地理、氣候和風土民情作出增減。中國醫家長於闡述理論和探討病因病機，如中國之傷寒學派則善於探討病機、疾病發展過程和傳變等。這可反映中國醫家善於求因。不少中醫典藉如《三因極一病證方論》即努力尋找疾病原因並歸納出疾病是由外因（環境等外在因素）、內因（身體體質因素）和不內外因（意外等其他原因）所致。除理論外，中國醫家也長於本草學、植物培養和控制瘟疫。

朝鮮醫家善於醫方或方劑一類，日本醫家則長於診斷和針灸。因應日本人的民族性，日本善於在實際臨床診療方法上做功夫，弱於理論闡述，而且日本漢方醫皆推崇張仲景，但和中醫的「辨證論治」有所不同，漢方醫理論核心是「方證相對」，也就是出現某一症狀即服用某一方劑，不問病因病機，強調「標準」。加上日本漢方醫無論藥量和味數皆依原方，不會隨症加減。較之中國人辨證和用藥之靈活，日本人顯得相對「死板」這點在傳統醫學上已可反映。因此，在傳統中醫經典和現代醫學知識外，在大學中醫課程內也可適量加入韓國、日本和越南醫家的經典選讀，以使學生們更明白在歷史上中醫在東亞地區的傳播和在各國的整合。

文獻參考

[1] 陳邦賢，中國醫學史 北京：團結出版社，2005

[2] 高德林，孟玉琴。《傷寒論》腹證觀初探[J]. 廣西中醫藥, 1991(14)6: 270-271

[3] 區結成，當中醫遇上西醫 北京：生活·讀書·新知三聯書店，2005

[4] 世界衛生組織（西太平洋地區），WHO西太平洋地區傳統醫學名詞術語國際標準 北京：北京大學醫學出版社（原北京醫科大學），2009

（編委：張群湘審校2017.07.11）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved