

昔加末客家族群中药业的形成与发展

**THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF SEGAMAT
HAKKA'S CHINESE MEDICINE INDUSTRY**

余金霞

YEE JIN XIA

MASTER OF ARTS (CHINESE STUDIES)

拉曼大学中华研究院
**INSTITUTE OF CHINESE STUDIES
UNIVERSITI TUNKU ABDUL RAHMAN
SEPTEMBER 2016**

昔加末客家族群中药业的形成与发展

**THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF SEGAMAT
HAKKA'S CHINESE MEDICINE INDUSTRY**

By

余金霞

YEE JIN XIA

本论文乃获取文学硕士学位（中文系）的部分条件
**A dissertation submitted to the Department of Chinese Studies
Institute of Chinese Studies
Universiti Tunku Abdul Rahman
in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (Chinese Studies)
SEPTEMBER 2016**

摘要

客家族群是马来西亚的方言群体之一，早期客家人南来马来半岛，以开矿为主。当时，客家人多分布于霹雳（Perak）、雪兰莪（Selangor）、森美兰（Negeri Sembilan）、彭亨（Pahang）等以开采锡矿、金矿等矿业为主的州属。至于海峡殖民地，由于缺乏矿业的吸引，客家人多是从事小型服务业的城市居民。

在马来西亚十三个州属中，本论文将锁定柔佛州（Johor）的客家族群，作为研究的对象。柔佛州拥有八个县属，各个县属客家族群所从事的传统行业，有农业、洋服、布疋、当铺、打铁、中药业等。众多小本生意中，本论文将着重于柔佛昔加末（Segamat）的客家籍中药业，探讨其从古至今的发展及演变。

首先，本文先论述中医药业在马来西亚的发展史略，包括早期先贤如何创办与发展中医中药组织、医疗与教育。接着，将以客家族群与中药业的源起，着重论述客家人在柔佛州的拓殖时期，昔加末客家籍中药业所扮演的角色与功能。从客家源流的叙述中，进一步探讨其发展历程，包括中药业经营的演变，以及国家实行政策对中药业的影响。最后，在结论里作个总结。

总结本文的研究成果,希望未来的研究者在马来西亚华人研究的课题上,
多关注以传统行业有关的研究课题。

关键词：柔佛、昔加末、客家族群、中药业、传统中医药

Abstract

Hakka is one of the Chinese dialect groups in Malaysia. The Hakka people came from Southern China to Malay Peninsula at the early stage and mainly worked as miners. At that time, Hakka people mostly distributed in Perak, Selangor, Negeri Sembilan, Pahang after the valuable metals such as tin and gold were discovered in these states. As for the Straits Settlements, due to the lack of mining industry attraction, Hakka people are mostly engaged in miniature service industry.

In the thirteen states in Malaysia, the dissertation will focus on Hakka in Johor state, as the object of the study. Johor is divided into eight districts, traditional industries engaged by Hakka in each districts are such as agriculture, tailor, cloth industry, pawn shop, blacksmith, Chinese medicine industry and so on. Among many of the small businesses, the study will focus on Hakka's Chinese medicine industry in Segamat, Johor, to explore the development and evolution of its ancient times.

Firstly, this paper will be started by discusses the development of Chinese medicine history in Malaysia, to provide information that includes on how antecessor started and develop Traditional Chinese Medicine (TCM) organizations, medical and education. Secondly, the paper continued to explode the formation of Hakka and Chinese medicine industry during the colonization period in Johor, the role and capabilities of Hakka in Segamat Chinese medicine industry. From the

narrative of Hakka origins, to further explore its course of development, including the evolution of Chinese Medicine business, as well as the impact of policies of the national implementation to Chinese medicine industry. Finally, the paper will end up by providing a comprehensive conclusion in the final chapter.

The main contribution of this study is to hope that the future researchers who studies on Malaysia Chinese research, will have more attention into the traditional industry related research.

Keywords: Johor, Segamat, Hakka, Chinese medicine industry, Traditional Chinese Medicine

谢词

研究论文得以顺利地完成，绝非全靠笔者的一己之力。为此，笔者特别感激诸位人士从旁的协助与支持，使得笔者能够克服困难完成资料搜集及撰写工作。

从论文的选题直至研究过程中，感谢张晓威老师为愚钝的笔者赋予悉心的指导与鼓励，提供了笔者许多撰写论文的宝贵意见。张老师丰富的学术观点，开拓了笔者对于学术的视野，使笔者获益良多。此外，笔者也要感谢中文系内的每一位老师，包括校内与校外考委，承蒙诸位老师的教导与辅助，笔者在此深表谢意。

再者，笔者要感谢在搜集资料中给予协助的各个工作单位，分别是拉曼大学图书馆、新纪元学院陈六使图书馆、华社研究中心集贤图书馆、马来西亚华人医药总会、昔加末客家公会和昔加末中医药业公会。在田野访谈中，非常感谢昔加末中医药业公会会长兼马来西亚华人医药总会秘书长郭怡捷、昔加末中医药业公会会务顾问兼前任会长方荣辉、财政李思华、交际李植友及昔加末客家公会会长吴天和，接受笔者的访问，并提供了不少的口述资料。

除此之外，还要感谢昔加末客家公会总务刘进才和中华公会兼中医药业

公会执行秘书张文丽，不厌其烦地提供有关昔加末客家先贤和中医中药方面的历史资料，让笔者得以获知古往今来先贤们的奋斗简史和中医中药行业所面对的难题。

最后，笔者衷心感谢家人与朋友们的一路陪伴，在精神上连续不断地给予笔者支持和勉励，让笔者在无后顾之忧的情况下完成学业。

一言以蔽之，感恩诸位予以笔者在研究方面的指导、激励、关切和支持，是诸位成就了这份因缘，祝愿诸位平安喜乐。

论文核实书

本论文昔加末客家族群中药业的形成与发展为余金霞亲自撰写，是为取得拉曼大学中华研究院中文系硕士学位之要件。

此证

（张晓威副教授）

指导老师

拉曼大学中华研究院院长

日期：_____

拉曼大学
中华研究院

日期：2016年9月5日

硕士论文提交

此证余金霞（学号：10 ULM 01181）在中华研究院中文系张晓威副教授兼院长指导之下，经已完成此一题为昔加末客家族群中药业的形成与发展的硕士学位论文。

本人亦了解拉曼大学将以pdf格式上载本硕士学位论文至拉曼大学资料库，供作拉曼大学教职员生及社会人士查阅使用。

此致

（余金霞）

论文声明

本人谨此声明：除已注明出处之引文外，本论文其余一切部分均为本人原创之作，且未曾在此前或同一时间提交拉曼大学或其他院校作为其他学位论文之用。

姓名：余金霞

日期：2016年9月5日

目录

摘要	ii
Abstract	iv
谢词	vi
论文核实书	viii
论文提交书	ix
论文声明	x
第一章 绪论	1
第二章 中医药发展概述	12
第一节 医学源起	12
第二节 中医药学发展	18
第三章 马来西亚中医药业发展概述	33
第一节 中医中药组织	33
第二节 中医医疗	37
第三节 中医教育	44

第四章	昔加末客家族群与中药业的发展	50
第一节	华人与柔佛的关系	50
第二节	客家族群与柔佛的开拓	54
第三节	昔加末中药业的经营	59
第四节	国家政策对中药业的影响	65
第五章	结论	70
征引书目	73
附录	84
附表		
表一：	受采访者职衔、时日与地点一览表	84
表二：	昔加末中医中药从业员一览表	85
附图		
图一：	柔佛州（Johor）地图	90
图二：	昔加末（Segamat）地图	91
图三：	马来西亚华人医药总会徽章	92
图四：	昔加末中医药业公会徽章	92
图五：	受采访者照片	93
图六：	客家籍中药店之概貌	94

第一章 绪论

客家是汉民族的一支重要民系，客家先民主要生活在北方，由于天灾和战乱被迫南迁，而形成“客家”。最早提出“民系”观点的是客家研究学者罗香林，他于《客家研究导论》中提到：“中国南部，有一种富有新兴气象，特殊精神，极其活跃有为的民系，一般人称它为‘客家’”。（转引自许小平、曾琬琴，2009：125）客家作为民系的说法，说明了客家是汉族内部的一个支系。

至于，有关什么是“客家”的问题，在客家研究的历史上，主要分为“血统论”和“文化论”两种观点。“血统论”观点认为“客家”是纯粹的中原汉族血统，是中华民族中优秀的族群。“文化论”观点则认为，“客家”是一个文化的概念，应该从文化的视角来认识“客家”。谢重光主张“文化论”，认为北方南移的汉人还不能形成“客家”，只有当这批北方南移汉人以其人数、经济和文化的优势，同化了当地原住居民，又吸收了原住居民固有文化中的有益成分，形成了一种新型文化时，客家民系作为这个新型文化的载体才得以形成。（许小平、曾琬琴，2009：125）

谢重光从共同的地域、共同的语言、共同的经济生活、共同的社会心理素质四个要素对客家民系进行了界定。他认为客家民系是具有典型文化特征的居民共同体，即他们共同生活在闽、粤、赣交界地区，形成了一种有别于相邻各民系的语言系统，过着带有显著山区特点的农耕经济生活，还形成了

以团结、奋进、吃苦耐劳和强烈的内部凝聚力及自我认同意识为主要特征的族群心理素质，此居民共同体的成员就是客家人。（谢重光，1995：33）

客家民系在形成之后，客家人不断的外迁和繁衍。客家人漂洋过海移殖南洋群岛诸国和世界各地，其可溯源到宋末元初，当时一部分参加抗元斗争失败的客家人，为躲避元朝的迫害，冒险逃往南洋，成为了客家人向海外发展的先驱。可是，当时冒险至南洋的客家人人数不多，而真正形成一定规模的客家人冒险至南洋的行动，是发生在明末清初。当时出海外的主要原因是由于客家住地人多地少，不足以谋发展，于是一部分敢于冒险的客家人遂相率赴海外经营工商业。

19世纪中叶之后，由于太平天国运动的失败，以及广东西路的土客械斗，又驱使更多的客家人漂洋到海外。这一时期大多数客家人出洋谋生的主要形式，是由于迫于生活的窘困，加上受到西方殖民的诱骗，以华工的身份到南洋做苦力（indentured labourer）。自此以后，客家人以各种途径到南洋乃至世界各国求发展的活动从未中断，逐渐形成今日客家籍华侨、华人遍布世界五大洲近百个国家和地区的局面。（谢重光，2001：288-289）

第一节 研究动机

客家人的迁徙在时间上经历了上千年后，在空间上遍布了世界各地，其中人其中人口超过 10 万的国家有：中国约 6,000 万（包括香港、澳门及台湾）、马来西亚约 125 万、印度尼西亚约 120 万、泰国约 55 万、美国约 28.4 万、新加坡和秘鲁约 20 万、英国约 15.2 万、越南约 15 万、牙买加约 10 万。而闽、粤、赣边区的客家人就有约 3,580 万，是客家人的祖地、客家文化的宝地，也是客家人的最大聚居地，是世界公认的客家文化中心。（梁锦梅，2003：111）从以上数据显示，马来西亚是东南亚拥有最多客家人的国家，客家人分布在雪兰莪（Selangor）、森美兰（Negeri Sembilan）、霹雳（Perak）、檳城（Pulau Pinang）、马六甲（Melaka）、柔佛（Johor）、沙巴（Sabah）等州属。

柔佛州，在19世纪港主制度创立并推行以后，便引进了大批的华裔移民（包括粤籍、闽籍、客家籍、潮籍、琼籍华侨华人）。（吴华，1977：1）根据1947年的人口调查统计，柔佛州当时拥有福建人（包括闽南人和福州人）122,787名；客家人77,109名；广帮人士（包括广东和广西）63,247名；潮州人54,539名和海南人28,327名。（吴华，2002：4）从数据上显示，客家人是续福建人之后，在当时拥有第二多人数的华族群体。然而，柔佛港主制度于1917年废除，柔佛客家族群最早起始于何时？此时期客家人的历史模糊，是值得探讨的问题。

早期客家人南来马来半岛，以开矿为主。由于以矿业为主，客家人早期多分布于霹雳、雪兰莪、森美兰、彭亨（Pahang）等以开采锡矿、金矿等矿业为主的州属。至于海峡殖民地，由于缺乏矿业的吸引，客家人多是从事小型服务业的城市居民。在马来西亚十三个州属中，本论文将锁定柔佛州的客家族群，作为研究的对象。柔佛州拥有八个县属，即麻坡（Muar）、昔加末（Segamat）、峇株巴辖（Batu Pahat）、居銮（Keluang）、丰盛港（Mersing）、笨珍（Pontian）、哥打丁宜（Kota Tinggi）和新山（Johor Bahru）。（苏伟妮，1999：89）各个县属客家人所从事的传统行业，有农业、洋服、布疋、当铺、打铁、中药业等。众多小本生意中，本论文将着重于昔加末的客家族群中药业，尝试探讨其从古至今的发展及演变。昔加末是位于柔佛州北部的一个乡镇，以闽南人居多，相比之下客家族群人数较少。可是，在从事中药业方面，均以客家族群为主，这以早期的职业分配有关，还是村落族群分布而形成的现象，抑或是因为血缘和乡缘的关系，是笔者想试着探讨和解决的问题。

至于，笔者会选择柔佛州昔加末的客家族群，作为研究对象，主要原因在于时至今日，有关柔佛各县客家族群的专著不多，关于客家族群传统行业的形成和发展未有详尽的论述。对于柔佛客家族群移殖和发展有比较系统研究的有安焕然和刘莉晶编撰的《柔佛客家人的移殖与拓垦》（2007），此专著整理和搜集了柔佛各地客家人的相关文献、会馆特刊等进行了论述。不过，此专著多论述各县会馆、地区等历史的变迁，鲜少对各个传统行业或产业作

深入的研究。另一方面，有关马来半岛客家族群研究的文献，比较专注于雪兰莪、檳城、霹靂等州属，而且多在华族组织和文化方面进行研究。因此，笔者希望对有关客家族群经营的中药业作资料搜集工作，以期可以整理出并让人们了解柔佛昔加末客家族群中药业的形成和发展有进一步的了解。

第二节 研究范围

本论文将以昔加末客家族群中药业的形成和发展作为考察个案研究，而在早期客家族群为主的布疋业、打铁业、百货业、当店业等众多产业中，则将以中药业为研究课题。至于，会选择中药业为研究范围，而非农业种植等传统行业，原因是早期开始，昔加末各地区的客家人士还不很活跃，主要从事农业、当铺和中药业。当时当铺还不比中药店来得多，一条街道估计至少有两间中药店，而且所创设的中药行正好均为客家籍人士，他们多数拥有传统的医药知识，懂得望、闻、问、切四诊，利用辨治论证法为患病者把脉看病后在配以处方开药。他们懂得医药知识，这是由于迁徙而习得，还是祖先传承下来进而创立并形成在中药业以独占的局面，是值得探讨的问题。

另一方面，在昔加末这样一个以闽南人居多的乡镇，客家人能在中药业作为主打，其原因何在，是否为昔加末的地理环境有关？这样的特殊情况，加上不少的研究焦点多注重在新山等城市方面，鲜少对乡镇作探讨，是促使

笔者选择昔加末作为研究范围的原因。此外，笔者将从中医药学的起源开始阐述，再逐渐进入中医中药在马来西亚的演变过程，希望透过简述历史的发展再进一步探讨有关客家族群在中药业内面临的考验。唯一不同的是本论文在论述中医药历史中，将重点叙述其形成经过、医事制度、医学教育、重要传统中医药学史籍和中医药学说等的简介，并非着重在中医学派的比较、中医中药学理论、中医治疗法和中医针灸法等。

第三节 研究回顾

至今，以柔佛州华族各方言群体传统产业作出研究的专著非常少，多半是稍微提过的报导，没有详尽的进行分析和研究。关于客家族群的移民史、发展史等书籍则相对比较多。对于柔佛华族移殖与发展方面有相关研究的学者是吴华和安焕然。安焕然在《柔佛客家人的移殖与拓垦》（安焕然、刘莉晶编，2007）中，记录了对于柔佛各县客家族群所进行的调查和访问。书中除了叙述各县客家人的移殖、商业、教育、信仰等简史，还包含了不少的历史照片，对于了解早期柔佛各县客家族群的社会和商业活动有许多帮助。此外，安焕然在《东方日报》所发表的文章，如：〈柔佛客家社群的起始〉（安焕然，2006：A14）、〈柔佛客家人拓展时期〉（安焕然，2006：A15）、〈柔佛客家人的传统行业〉（安焕然，2006：A12）、〈柔佛客家人的小本经营〉

（安焕然，2006：A15）和〈柔佛客家人移殖史概述〉（安焕然，2006：A19），整理并叙述了关于早期客家人在柔佛州的拓殖和传统行业等简史，当中也提供了笔者一些数据，亦是个十分重要的史料。吴华所编著的《柔佛州华族组织概述》（吴华，2002）则倾向独立前后柔佛州华族乡团组织的源起和发展作叙述。此书也大略地叙述了柔佛州的各个商业团体，这点对于本论文所要研究的以客家族群中药业为主的传统产业提供了搜集资料的主要出处。

另外，颜清湟所著的《海外华人的社会变革与商业成长》（颜清湟，2005）中，叙述了马来西亚从1904至2004年间的华人商业活动，有助于笔者了解这一百年从马来半岛至马来西亚时期商业活动的发展状况。在论文方面，文平强的〈华人移民与环境适应——探讨马来西亚客家人的经济适应与变迁〉（2007：19-34）探讨了客家族群在进入二十世纪后于马来西亚的分布，以及对马来西亚经济环境改变的适应，是一篇可让笔者了解客家族群在经济环境的变迁之下，通过迁移至新地点所从事的经济活动。再者，刘崇汉的〈西马客家人〉（1999：159-213）则着重对西马（马来西亚半岛，Peninsular Malaysia）客家人在人口、经济活动、社会组织、华文教育、信仰文化等作了叙述，让笔者对于西马客家人在各方面有了初步理解。而由杨鹤书撰写的〈客家人适应方式的转变与其对马来亚早期开发的贡献〉（1997：81-85），从早期客家族群南来之时所遇到的困境，直到逐步建立血缘、地缘和业缘为组织原则的社团等适应方式的转变，作出了详尽的解释，使笔者了解早期客家族群的生活状况，所面对的问题和作出的贡献。

至于对客家族群产业做出详细分析的著作，要数张翰璧所著并于2013年出版的《东南亚客家及其族群产业》（2013），书中详尽地阐述了新加坡、马六甲和檳城客家族群两种行业，即典当业和中药业的形成过程和发展。此书不仅在历史方面作论述，也透过对客家先贤的口述访谈，还原典当业和中药业在创立过程中所面对的难题。林育建撰写的〈客家族群商业网络的形成与变迁：马来西亚北霹靂州太平市的中药业〉（2010），探讨并叙述了马来西亚北部霹靂州客家族群中药商业网络的形成与变迁，论文中所提出的口述历史访谈，亦是笔者参考的文献之一。而于2014年出版的《南洋大学新加坡华族行业史：调查研究报告》（南洋大学东南亚华人史课程师生编纂（任课导师黄枝连），2014），虽然其研究范围为新加坡的华族行业，但也对医药简史和早期客家人经营药材行业作了疏理，让笔者深入了解早期新马一带客家族群药材行业经营的方式和概况。

关于早期方言群在马来西亚的分布和职业结构，则分别有麦留芳所编著的《方言群认同：星马华人的分类法则》（1985）和王付兵编著的《马来亚华人的方言群分布和职业结构（1800-1911）》（2012）。两部著作皆为笔者在了解方言群体于马来西亚各地的形成和演变、职业分类之外，也提供相关数据以作对比。

综合以上学者的研究成果，可发现对于客家族群的研究，多数以会馆史略、组织团体、信仰文化为主，缺少深入探讨各县客家族群传统行业的形成

过程。由于论及客家族群的经济活动时只是大略带过或刚开始以三州府（新加坡、檳城和马六甲）为主，鲜少对于其他州县的发展和演变进行叙述。因此，笔者希望能透过此项研究，尝试整理出昔加末客家族群中药业的形成及发展过程，并借此探讨中医药业在马来西亚所产生的影响及功用。

第四节 研究方法

本论文将采用考证、综合、分析、和归纳的方法。因此，对所收集的各种资料和文本进行文献分析后是论文内容的主要叙述来源，田野调查和访谈则为撰写论文的辅助资料。

文中所采用的资料来自于部分的历史资料、文献、报章、会务记录及口述田野访谈，在研究文献和历史问题时，将根据史料作考核、证实和说明。因为本文的研究课题面对原始文献的分散和严重缺乏，所以综合前人的研究成果，希望能够作为此研究的起点，为创新课题提供基础。接者，在没有原始资料的情况之下，将尽量搜集到的史料，透过分析和归纳，以期在综合撰写时较为客观。

由于研究范围以柔佛州昔加末客家族群的中药业为例，故到昔加末中华公会、昔加末中医药业公会、昔加末客家公会等进行资料搜集工作和实地考

察，是为获得一手资料的来源。再者，透过受访者的口述历史，有助于弥补文献资料上的不足，从中除了更进一步了解柔佛州客家族群的源起、客家中药业的形成和发展外，还可了解从古至今中医药业的创立和演变过程。这样一来，加上一些参考资料的互补，有望填补史料不足，也可对其他所收集的资料进行比较，以防有误。

第五节 章节结构

本论文的题目为〈昔加末客家族群中药业的形成与发展〉，本文主要对柔佛州昔加末客家族群在其中一项传统行业，即中药业方面的形成和发展作整理。笔者将论文分为五个章节进行论述。第一章为绪论，此章分为五个小节，阐述本文的研究动机、研究范围、研究回顾、研究方法和章节安排。

第二章为中医药发展概述，此章分为两个小节，分别是第一节医学源起及第二节的中医学发展，将依据不同朝代，简单介绍中医中药学在其源地的形成和发展。第三章为马来西亚中医药业发展，分为三个小节，第一节为中医中药组织，在于论述中医中药传入马来西亚后，组织的成立和贡献。第二节和第三节分别是中医医疗及中医教育，阐述早期医疗的创立和中医教育在发扬中医药精神的成果及其演变。

第四章是昔加末客家族群与中药业的发展。此章第一节将对早期华人移殖至柔佛州的起始作探讨，包括所设立的港主制度如何开拓促使本是荒凉的地区发展为人口密集的城镇，进而延伸为客家族群与中药业在昔加末的产生。接着，阐述中药业在昔加末的演变，如何从以专业销售中药材的传统中药行，进而演变为混合商店，其变相原因何在。最后，在第四节探讨在国家政策的实施之下，中药业在经营上的难题。

第五章为结论，将对论文做出总结。由于本论文在于探讨客家族群的传统中药行业的源起和演变，因此将不阐明中医学和中药学的理论。除此之外，本论文的资料搜集期限仅只到 2014 年为止，因而对于马来西亚将在 2015 年所实施之国家政策上，只能作简单论述，有关其对中医中药业的影响，仅能待往后的学者再申论之。又，笔者才疏学浅，在论文的论述仅在于表面，希望研究成果可以激发更多学者关注于马来西亚各方言群体的传统行业，竭尽全力保留传统文化的精粹。

第二章 中医药发展概述

医学（medicine）是以保护人类健康、预防与治疗疾病的一种学科。狭义的医学指的是对于疾病的治疗和有效恢复机体（organism）的功能；广义的医学则包括中国养生学和西方的营养学。医学体系的可分为现代医学（通称西医学）和传统医学（中（汉）医、藏医、蒙医、维医、朝医、彝医、壮医、苗医、傣医等），不同的地区和民族都拥有属于各自相呼应的医学体系，其表现的宗旨和目的也不尽相同（诸国本，2006：57-64）。

第一节 医学源起

关于医学的中心目标，既是为病人解除肉体带来的痛苦，故医学的起源主要原因为：一、救护和寻找食物的本能行为；二、生活经验促成医学；三、医和巫的合与分；四、医学著作的产生。从考古各科学上之证明，原始时代的人们，对于医疗上具有简易的基于本能的处置，例如猫犬在感觉胃不舒适时，即刻食草以催促其呕吐，人与动物一样，在寻找食物时逐渐发现食物不但可带来温饱和作为调剂品，同时具有治疗的功效。由于人类是有理智的，故能通过累积许多生活中的经验，制造出劳动工具，进而产生了如使用砭石制成的砭刀、砭梳等医疗器具。人们逐渐掌握运用这些医疗器具来治疗疾病

后，便开始将此疗法愈传愈广。这种看似简单的生活经验，随着人类的进步而愈发熟练，即成日后医学的萌芽之路。

在还没有文字记载的先史年代，先民们只有一代又一代的口耳相传许多历史内容，这便是传疑时代。虽然流传之中加入了很多神话内容，但在恢复上古的历史内容中，传说和神话仍然有着重要的意义。近代历史学家蒙文通把太古民族分为三系：以燧人氏、伏羲为海岱民族，又称泰族；以炎帝、神农为江汉民族，又称炎族；以黄帝、颛顼为河洛民族，又称黄族。史籍上有关此三系的医药记载如下：（陈邦贤，1984：6）

关于泰族：

谯周《古史考》：“太古之初，人吮露精，食草木实，穴居野处。山居则食鸟兽，衣其羽皮，饮血茹毛；近水则食鱼鳖螺蛤，未有火化，腥臊多害肠胃。于是圣人造作钻燧出火，教民熟食，民人大悦，号曰燧人。”（黄怀信，2003）

《韩非子·五蠹篇》：“民食果蓏蚌蛤，腥臊恶臭，而伤害肠胃，民多疾病。有圣人作钻燧取火，以化腥臊，而民悦之，使王天下，号之曰燧人氏。”（段逸山，1998：216）

《帝王世纪》：“伏羲画八卦，所以六气六腑五藏五行阴阳四时水火升降得以有象，百病之理，得以有类；乃尝百药而制九针，以拯夭枉焉。”（赵璞，1983：7）

关于炎族：

《白虎通义》：“古之人民，皆食禽兽肉；至于神农，人民众多，禽兽不足，于是神农因天之时，分地之利，制耒耜，教民农作，神而化之，使民立之，故谓之神农也。”（班固，2005）

《世本》：“神农和药济人。”（王梓材，2007）

关于黄族：

《中国古代史》：“案神农所创之医，为医之经验；黄帝所创之医，为医之原理，进化之级应如是也。”（朱绍侯，1982）

依据以上诸说，表示中国在上古时期即有医药，或说始于神农或说始于黄帝。由于上古时先民的智力未启发，没有固定的居住处，尚未懂得耕种与畜牧的方法，就以大自然产生的植物，拿来当作生活的食料。其中含有催吐或促泻的植物，也被先民当作食品享用，造成了上吐下泻，消化器病甚多。据说神农氏在当时，对于某种能够催吐，某种能够促泻，某种不可当作食品

的草木作了辨别。神农氏用催吐的草木治疗心窝苦闷的疾患，用促泻的草木治腹胀便秘的疾患，这就是医药知识的滥觞：（陈邦贤，1984：7）

《淮南子·修务训》：“神农乃始教民，尝百草之滋味，当时一日而遇七十毒，由此医方兴焉。”（何宁，1998）

从民俗学的研究，认为医士就是破邪的术士，医术就是对付疾病的“魔术”。这种医术在今日来看，虽然无道理又可笑，但在原始的民族中是难于分开的。当时尚无科学思想的人们，认为疾病是独立的事情，可以像穿衣服一样随便附加或脱离人的身体。对于一切的疾病，人们都向神明祈祷，以为生病就是犯了禁忌，或以为神灵、精怪、鬼魂附体，术士施法所造成。

因为拥有这样的信仰，所以巫医就是原始的医士。原始医士的工作是在发现病源后就设法对付，比如其病源作祟的如果是神明就使用恳求的方法，是鬼魂、妖怪作祟的就使用驱逐、惩罚等方法，他们靠的是直觉和手段的表示，并不查问人们的病症。这点说明，医学始于巫，继而巫和医混合，进而巫和医分立。有关利用巫术来治病的事迹，古籍上有记载：（陈邦贤，1984：9-10）

《说苑》：“吾闻上古之为医者，曰苗父；苗父之为医也，以管为席，以

刍为狗，北面而祝，发十言耳；诸扶而来者，舆而来者，皆平复如故。”（刘向，1987）

“刍狗”是用草扎成狗形，再饰以文采，是在汉代以前巫医必用的一种仪式。

《淮南子》：“若刍狗土龙之始成，文以青黄，绢以绮绣，缠以朱丝，尸祝衿袂，大夫冠冕以迎送之。及其用已之后，则壤土草苴而已。”（何宁，1998）

在巫的时代，除了盛行祈祷，还有诅咒，例如：

《抱朴子》：“吴越有禁咒之法，能以炁禳灾祛鬼，蛇虫虎豹不伤，刀刃箭镞不入；又能禁水使逆流，禁疮使血止，禁钉使自出。”（王明，1985）

《黄帝内经·太素卷》：“病毒，言语轻人者，使唾痈祝病。”（姚春鹏，2011）

由于诅咒之法亦盛行，所以就有祝、咒、训、诅、禱、由、禁等巫术的名词。从古代的遗迹中，发现黄河流域的巫医多数风行祈祷，荆、楚、南越诸地则盛行咒术。到了巫和医混合的时代，人们先使用祈祷诅咒之法来医治

疾病，在知识逐渐进步后，得知患病时全依赖祈祷和诅咒是行不通的，于是巫就逐渐达至医和药的地位了：（杨金萍，2010：184-186）

《说文》：“巫彭初作医。”（许慎，1963）

《吕览·尽数篇》：“巫医毒药，逐除治之。”（陈邦贤，1984：11）

《山海经》：“开明东有巫彭、巫抵、巫阳、巫履、巫凡、巫相，夹窆窆之尸，皆采不死之药以拒之。”（袁珂，1980）

《逸周书·大聚》：“乡立巫医，具百药以备疾灾。”（黄怀信等，2007）

巫与医混合时代的巫医，采用的是简单的对证疗法，初时利用有关神圣的人物或地方的事物来给人治病，比如祝由科用的就是符咒治病法。后来渐变为使用针灸砭石之法，再进变为使用简单的药物治疗。当时治疗所采用的药物，选采的方法是应用同类相治的原理，即由植物或矿物外表的象征，可知道其能治疗何种病症，取的仅只是浮泛的类似性而已。原始的医士认为药草的采摘，必须在一定的时期，进行一定的仪式后，其药性方可有效于治疗病症。因此，他们虽然知道许多种类的药草，可是却免不了在使用时包含了一定的神话色彩。

第二节 中医药学发展

远在上古时代，巫医采用祝由之法为病人治疗，后来人们不断在祝由科的基础上进行增补和修改，逐渐将医药分离，才形成了后来的中医学。医学的由来，虽然历年很古，但医术仍是传统的。至于远古时代，是否有医事制度，已无从稽考。

到了周代（公元前 1046 年至公元前 771 年），据文献记载，开始发展出一套医事制度：

《周礼·天官》：“医师上士二人。下士二人，府二人，史二人，徒二十人，掌医之政令，聚毒药以供医事。”（杨天宇，2004）

上述所指“医师”，即是众医之长。医师不仅分为上士和下士，还设有府（掌管药库，保管的人员）、史（负责记录的人员）、徒（听候遣役的人员）等职位。到了年终，由掌管医药政令的医师进行考查成绩的优劣，可见当时医事制度的完备。据《周礼·天官》记载，当时还设有食医、疾医、疡医、兽医的制度，是自从有文献记载以来，虽未如今日般明确，但就是最早的医学分科。（冯立军，2010：18）

当时王和卿大夫的疾病，都是由医师负责诊治；一般平民百姓的疾病，

则由疾医诊治；食医负责的是以调和王的饮食为主；疡医则专治一切的肿疡和创伤。此外，按《周礼》记载，当时的病理分为外感和内伤两种，外感以阴、阳、风、雨、晦、明为中心；内伤则以喜、怒、哀、乐、爱、恶、欲为中心。这点说明当时的病理学和医事制度一样，与早前相比更进了一步。（赵璞，1983：21-22）

春秋战国时期（公元前770年至前221年），最著名的医师有医缓、医和、长桑君和其徒弟扁鹊，声誉最高的是扁鹊。有关扁鹊的史料，可见于《韩非子》（陈启天，1963）、《战国策》（高诱，1978）、《史记》等。据《史记》记载：“扁鹊名闻天下，过邯郸，闻贵妇人，即为带下医；过雒阳，闻周人爱老人，即为耳目痹医；来入咸阳，闻秦人爱小儿，即为小儿医；随俗为变。”（司马迁，1959：2794）这点说明扁鹊善于诊脉，到邯郸，他为带下医（今称妇科医生）；到雒阳，他为耳目痹医（耳目口鼻科医生）；到咸阳，他则为小儿医（小儿科医生），其医术能随时随地的变化。

扁鹊在行医时，应用了辩证论治的诊断技术，后来中医将其总结为四诊（望诊、闻诊、问诊、切诊），此治疗方法一直沿用至今。经过切脉诊断法后，扁鹊将应用砭石、微针、汤液等法为病人治疗疾病，故在当时他被认为是神医。（刘振民、钱超尘，2004：79）春秋战国时，据记载主要的医学著作有《黄帝内经》、《黄帝外经》、《扁鹊内经》、《扁鹊外经》、《白氏内经》、《白氏外经》、《旁篇》、《黄帝八十一难经》，后来只有《黄帝

内经》（姚春鹏，2011）和《黄帝八十一难经》（孙理军，2010）得以保存下来，其余的著作已经失传。

汉朝时期的中医学可谓是最隆盛的，当时中医的阴阳五行理论已经完备。西汉时期（公元前 202 年至公元 8 年），名医有太仓公淳于意和公乘阳庆，太仓公淳于意为人治病时，注重切脉和经验，与扁鹊同样为实验派的医师，著作有《诊籍》和《决死生秘要》。到了东汉（公元 25 年至公元 220 年），最为著名的医学家是张仲景和华佗。（赵璞，1983：51-56）

张仲景学医于同郡的张伯祖，经过多年的钻研，青出于蓝而胜于蓝，是汉代著名的临证医学家。张仲景的著作有《伤寒杂病论》、《黄素药方》、《辨伤寒》、《评病要方》、《疗妇人方》、《五藏论》和《口齿论》，这些医书已经散失，后人仅依照《伤寒杂病论》的残简加以整理，编撰出《伤寒论》（张仲景著，张景明、陈霖霖主编，2010）和《金匱要略》（张仲景撰，何任、何若苹整理，2005）。其中《伤寒论》是临床诊疗实践的医学专著，而《金匱要略》则是记载杂病的全书，《伤寒论》与《黄帝内经》、《黄帝八十一难经》、《神农本草经》（吴普等述，1981）并称为中医学四大经典著作。（冯立军，2010：13）

张仲景认为伤寒是由外感所引起的疾病，把疾病的发生和发展过程等情况，加以分析并采用辩证论治的基本原则，最后归纳为“八纲”（阴、阳、

表、里、寒、热、虚、实)和“六经”(太阳经、阳明经、少阳经、太阴经、少阴经、厥阴经)的方法。经过“八纲”和“六经”的辩证论治后,采用“汗、吐、下、和、温、清、补、消”八种治疗法则为伤寒病作诊治。由于系统地分析了伤寒病的原因、症状、发展阶段、治疗方法和方剂的运用,《伤寒杂病论》因此为中医学奠定了理、法、方、药的理论基础。(刘振民、钱超尘, 2004: 346-347)

除了张仲景,华佗亦属于东汉末年的医学家,他以精通外科手术和自己发明的麻醉药物——麻沸散而闻名。华佗以本身的医疗经验整理完成的医学著作是《青囊书》,此书也已经失传。除了精通外科手术,华佗还提倡医疗体育,他创立的“五禽戏”就是以运动治疗疾病的方法,是一套使人在运动时可以全身肌肉和关节都能够得到舒展的医疗体操。(陈邦贤, 1984: 57)

王叔和与葛洪同属晋代的医学家,当时的医学除了注重治疗疾病,更着重于保卫生命。王叔和是晋代的太医令(相当于今日高级医院的院长),他精通于经方和脉学,著作有《脉经》(王叔和著;陈婷校注, 2011)十卷,书中记载了二十四种脉象,是现存最早的中医脉学专著。此外,王叔和也对于因战乱而几经失传的《伤寒杂病论》进行整理,使《伤寒论》得以流传下来。葛洪是东晋时期的医药学家,除了精通医药,也崇尚修道炼丹。《古今医统》称葛洪“广览群书诸子百家之言,下至杂文,诵记万卷,好神仙导引之法,炼丹以期遐年”,主要著作有《金匱药方》、《肘后方》等。(赵璞,

1983: 61-66)

到了南朝时期，著名的医药学家是陶弘景，他历经宋、齐、梁三个朝代，对中医本草学作出了极大的贡献。陶弘景整理了《神农本草经》，再从收录汉魏晋名医所采用医药撰成的《名医别录》中的三百六十五种，集撰成《本草经集注》共七卷。《本草经集注》记载的药物有七百三十种，陶弘景针对当时药材出现很多伪劣品的情况，对于采收、鉴别、炮制、制成方剂与合成药取量方面的操作原则和理论作了补充说明。在论述方面，《本草经集注》按照药物本身的自然属性，对七百三十种药物分类为玉石、草木、虫兽、果、菜、米食及有名未用药，这样以来翻查时将更为方便。（赵璞，1983: 72-75）

由于人们在与疾病的抗争中产生了医学，而为了把历代以来所累计的传统中医药学和医疗临床经验传播给下一代，于是就形成了医学教育和教育机构。中医学校的教育体制始于南北朝，当时的医学教育开始逐渐从师带徒、父传子的教育体制，进展为官办医学校的教育。“太医博士”和“太医助教”均是北魏时掌管医药教育的官员，其职责在于对医学生传授医学知识，以培养大量的医药人员。魏晋南北朝（公元 220 年至公元 589 年）是历史上的大动荡时期，当时的医学家，不仅只有士大夫，更有佛教徒。著名的僧侣有如道洪、智斌、行矩、昙鸾等，在传扬佛教的闲暇时间，能够钻研医方，并懂得调制丸散，这种现象是汉代时期未曾出现的。（冯立军，2010，19）

隋唐时期（公元 581 年至公元 907 年），撰述的医学书籍不少于一百数十种，但也因战乱所致，许多古籍已经散佚，现存的巨著有《诸病源候论》、《备急千金要方》（段逸山，2010）、《外台秘要》和《唐本草》。《诸病源候论》由太医博士（负责传授医学知识的职称）巢元方，受奉诏于隋炀帝大业年间编撰，共有五十卷，是一部专门论述病源和证候的医书。至于医事制度，与早期相比，隋朝时期已趋向完善，据《隋书·百官志》（魏征，1973: 776）记载：

“高祖受命，置门下省，统尚药局，典御二人，侍御医直长各四人，医师四十人。太常统太医署令二人，丞一人，太医署有主药二人，医师二百人，药园师二人，医博士二人，助教二人，按摩博士二人，祝禁博士二人。炀帝分门下为殿内省，统尚药局，置奉御二人（正五品），直长贰之（正七品）；又有食医员尚药直长四人；又有侍御医司医佐员；太医又置医监五人，正十人；药藏局监丞各二人；又有侍医四人，典医丞二人。”

以上所述，太医署由太常寺管理，属内分为医、药两个部门，最高职位称为太医令，太医丞为其助理，下有主药、医师、药园师、医博士、助教、按摩博士、祝禁博士等达百人，说明官办医学管理考察制度在当时已经得到发展。“太医署”虽然在南北朝就有，但其医疗机构和教学功能在隋代不断增加，是办理医学教育和医药事务的部门。（赵璞，1983: 111-113）

《备急千金要方》、《外台秘要》和《唐本草》同为唐代的医学著作。

《备急千金要方》（简称《千金方》（孙思邈，2012）或《千金要方》）编撰者为医药学家孙思邈，全书总结了唐代以前的医学成就，内容涉及临床各科如针灸、食疗、药物、预防和卫生保健等，是一部理、法、方、药俱全的医学著作。孙思邈认为“人命至重，贵于千金，一方济之，德逾于此”，所以他将著作冠以“千金”二字。到了晚年时，他再编撰《千金翼方》，以弥补《千金要方》的不足，不过《千金翼方》已经失佚，现有的只是部分内容的影印本。《外台秘要》（张登本，2006）则为王焘所著，是系统地结合前人的理论研究和治疗方药编撰而成的综合性医学著作。

《唐本草》是唐高宗命李勣等二十二入修撰，为首部由官府负责编修的药物学著作，书中附加了药物图谱和文字说明，以崭新的方式论述药物达八百四十四种。除了《唐本草》，其他以药物有关的著作还有孟诜的《食疗本草》（孟诜原著；张鼎增补；郑金生、张同君译注，2007）、陈藏器的《本草拾遗》、萧炳德《四声本草》、杨损之的《删繁本草》和李含光的《本草音义》，说明唐代不仅医学进步，药物学也有所增进。唐代以后，中医学理论和著作开始外传到日本、朝鲜、中亚、西亚等地区，外来药品如龙脑、茴香、胡椒等也在《唐本草》中有所记载（陈邦贤，1984：68）。

到了宋代（公元960年至公元1279年），由于重视医学，因此不仅盛行医学理论的学说，医学著作也相对增加。宋代的官修药物学著作有刘翰、

马志、张素等修撰的《开宝本草》，以及由掌禹锡、林亿、苏颂等编撰的《嘉祐补注本草》和《本草图经》。药学家唐慎微编撰的《经史证类备急本草》，是一部研究中药学的重要文献，其记载药物超过一千种，保存了包括《本草图经》等宋以前所散失的医药文献，也大量收录了历代名医方论约三千余种。

（冯立军，2003：55）因其在学术和实用方面拥有很高的价值，故后来经过几次修订，作为官方版本刊行，前后改名为《大观经史证类备急本草》、《政和新修经史证类备用本草》和《绍兴校定经史证类备急本草》。

在治疗学方面，代表著作有王袞的《博济良方》、王珪的《全生指迷方》、严用和的《济生方》（严用和著，刘阳校注，2012）、吴彦夔的《传信适用方》、董汲的《旅舍备要方》和《圣济总录》（赵佶，2013）。《圣济总录》是宋徽宗赵佶诏令大量的民间验方、历代医籍、医家所献的医方与秘方，由圣济殿的御医整理和编撰，共二百卷。东轩居士的《卫济宝书》和李迅的《集验背疽方》，皆是外科治疗痈疽（疮疡）的专著。

对于小儿科的研究，始于唐末宋初的《颅凶经》。北宋儿科医学家钱乙钻研《颅凶经》，加以自身的行医经验，编撰了《小儿药证直诀》（钱乙著；阎孝忠编集，2006）共三卷，为现存的一部儿科专著。南宋时期，妇科学的著作有陈自明的《妇人大全良方》（陈自明著；刘洋校注，2011），全书二十四卷，是集合宋以前有关妇产科文献编撰而成的专著。其后于宋理宗淳祐七年（公元1247年），宋慈通过本身从事有关司法刑狱工作所累积的经验，

再综合前人研究完成编撰《洗冤集录》（宋慈著；高随捷、祝林森译注，2008）。书中记录了人体解剖、检验尸伤等医疗程序共五卷，是最早的法医学专书。

以上所述的各种医学著作，说明宋代的医学分科更为完善。医事管理制度在宋朝时期有所改革，太医署改为太医局，负责医学教育，韩林医官院则掌管医药政令及承诏视疗众疾之事。宋神宗熙宁九年（公元 1076 年），京府开始设立官方药局，称为熟药所和修合药所。熟药所又称为卖药所，是现代中药店的前身，当时的创立主要在于检验药材，提防把假药冒充为官药出售；修合药所则负责把药材炮制成中成药。

在医药政令的实施下，从药材的采收、检验、管理直到监督制成各种药品（丸剂、散剂、膏剂、丹剂），官府都会在确定药材的质量后盖上官印以防止假冒。宋徽宗政和四年（公元 1114 年），熟药所和修合药所分别改为太平惠民局和太平和剂局，在于控制各州药局药品的炮制和买卖。当时的药局除了售卖药品，也作为官办的医疗机构，为贫困或发生灾荒时的百姓医治疾病兼施药。

金元时期，医学流派开始兴起，出现了四大学派，当时的四大家有刘完素、张从正、李杲和朱震亨。刘完素主张降心火益肾水之医学理论，著有《素问玄机原病式》（刘完素著；孙洽熙、孙峰整理，2005）、《宣明论方》等医书，因喜用凉药治疗病症而成为“寒凉派”。张从正用药也以寒凉为主，

他以古医书的汗、吐、下三法，加以钻研编撰成《儒门事亲》（张从正著；王雅丽校注，2011），成为“攻下派”。除了刘完素和张从正，金代颇有声誉的医学家尚有李应嗣、纪天锡、张元素等。李杲和朱震亨同属于元代的医学家，其他名医还有王好古、齐德之等。李杲认为脾胃为元气之本，强调“内伤脾胃，百病由生”，由于他重视脾胃的治疗，因此成为了“补土派”的代表，著作有《脾胃论》（李东垣原著；王庆其编，2010）、《内外伤辨》（李东垣原著；李一鸣整理，2007）等。朱震亨（人称丹溪先生或朱丹溪）师承罗知悌，授予刘完素、张从正与李杲的医家学说，并推陈出新主张泻火滋阴之法，为“养阴派”的代表，著作有《格致余论》、《局方发挥》（田思胜等，2006）等。

医事制度方面，金代开始改太医局为太医院，掌管医药政令与医学教育。尚药局和御药院与太医院同样隶属于宣徽院，分别负责皇帝的饮食和汤药，不专注于医药事务。元代时期，太医院发展为中央医药机构，将尚药局合并成为尚食局以负责皇帝的饮食药膳，御药院除了制作汤药，也负责掌管来自各地各族进贡至宫廷的药物。官办药局在元代称为惠民药局，与宋代同样为掌管和售卖药品，严禁出售如砒霜、巴豆等毒药。（赵璞，1983：170-172）

随着医学理论、行政管理和医疗机构的演进，有关医学的试验已经从隋代的医学三科（医科、按摩科、咒禁科）进展至宋代时的医学九科（大方脉、小方脉、风科、产科、眼科、疮肿兼折疡科、口齿兼咽喉科、金镞兼书禁科、

针兼灸科)。元代时将医学分为十三科，即大方脉科(内科)、杂医科、小方脉科(儿科)、风科、产科、眼科、口齿科、咽喉科、正骨科、金疮肿科、针灸科、祝由科及禁科，并慎重考核，十三科未能精通一科者不能行医。(陈邦贤，1984：122-123)

唐代以前，医书主要靠手抄或石刻以流传后世，随着北宋时雕版印刷技术趋向完善后，绝大部分的著作才得以更完好的保留下来。由于医学实践与经验累计的日渐深入，明清时期所收录的有关病源、医疗方法、药物种类等内容丰富的医学书籍更大量涌现。戴思恭、薛立斋、张景岳、赵献可同属明代著名的医学家。戴思恭幼年继承父业为一名医家，后来学医于朱震亨，对丹溪滋阴学说进行修订和补充，提出气血盛衰的医学理论，著作有《证治要诀》(戴原礼著；王英等整理，2006)、《类证用药》等。薛立斋精通内科、外科、妇科、儿科等，其治疗特点在于重视脾胃和肾的关系，主张以温补为主。薛立斋的医学理论对于后来“温补学派”的形成颇有影响，著作有《内科摘要》(薛己著；申玮红校注，2012)、《外科枢要》、《女科撮要》、《保婴撮要》等。张景岳与赵献可同样属于“温补学派”的代表，张景岳创制了许多补肾的方剂，编撰了集医学理论、本草、成方和临床验证疾病的医书——《景岳全书》(张介宾著；王大淳等校对，2013)。赵献可创立了命门理论，认为命门在于两肾之中，是人体的生命之源，其学术思想为中医理论带来新的发展，代表著作有《医贯》(赵献可著；郭君双整理，2005)一书。

明代时期，对于药物学拥有最大贡献的是李时珍，其著作有《奇经八脉考》（李时珍著；夏魁周等校注，1996）、《濒湖脉学》（李时珍，2010）和《本草纲目》。《本草纲目》（李时珍，1982）记载的药物数量共有一千八百九十二种，新增加的药物达三百七十四种，收录、修改并补充了历代有关本草著作的不足。李时珍摒弃《神农本草经》以上品、中品和下品的药物分类叙述手法，改以十六部分类，即水部、火部、土部、金石部、草部、谷部、菜部、果部、木部、服器部、虫部、鳞部、介部、禽部、兽部、人部（李时珍，1982：1-4）为药物的名称、产地、功能、炮制方法等进行论述，是近代最具系统性的中医药学巨著。

明代的医事管理分为中央医药机构、宫廷的医事制度、地方的医事制度和民间医学团体，太医院分为南京和北京二处并设有生药库以供给药材，太医令和太医丞则改为院使和院判二职。医学分科在明代虽与元代一样分为十三科，但已稍作修改，除了大方脉科、小方脉科、口齿科、针灸科、咽喉科、眼科和祝由科之外，产科改为妇人科、风科改为伤寒科、正骨科改为接骨科、金疮肿科改为疮疡科、杂医科改为按摩科以及禁科取消，改为金镞科。明代也沿袭元朝的制度，在各府、州和县设立惠民药局为平民百姓诊断病情和售卖药物，唯当时管理制度并不完善而名存实亡。明穆宗隆庆二年（公元1568年），首次创立了民间的医学学术团体，命名为“一体堂宅仁医会”。此医学会由《古今医统》的编撰者徐春甫领导，目的在于探讨各方医药学术，以帮助提升医疗质量和增进医德修养。（赵璞，1983：244-245）

明思宗崇祯十五年（公元 1642 年），各地爆发瘟疫，当时医师用伤寒疗法治疗传染病却毫无起色。吴又可可在亲身经历瘟疫病的情况后，探讨并钻研出一套理论，认为造成瘟疫的原因在于“戾气”而非“风寒暑湿”（由冷风、寒气、中暑和潮湿造成的致病原因），“戾气”会从口鼻进入人体而染病，由此编撰出以传染病学为主的医书《瘟疫论》（吴又可著；何永校注，2011）。清朝时期，叶天士把瘟疫和温热病作了区分，认为温热病是由温邪，即六淫（风、寒、暑、湿、燥和火六种病因）引起的，其著作《温热论》（叶桂撰；张志斌整理，2007）开启了温病学派。叶天士之后，同属温病学派并著有医籍的有吴鞠通的《温病条辨》（吴塘，2013）、王孟英的《温热经纬》（王孟英著；南京中医药大学温病学教研室整理，2005）、周扬俊的《温热暑疫全书》等。除了温热病的研究，有关中医在治疗时对病状的辩证、处方、用药等临床记录的医书——医案也在清代得到发展，代表著作有叶天士的《临证指南医案》（叶天士著；苏礼等整理，2006）、喻嘉言的《寓意草》（喻嘉言，2011）、俞震的《古今医案按》（俞震著；角震廉校释，2013）等。当时的官修医书有《御纂医宗金鉴》（乾隆四年御纂，2005）和《图书集成医部全录》，其中《御纂医宗金鉴》是乾隆初年诏令太医院诸医官和各省医家合力修纂的，是一部从医学理论到临床治疗经验等内容非常详尽，亦是乾隆至同治年间学医者必读的医学丛书。

医事管理方面，清代已经没有惠民药局的设置，地方上的官办社会机构则设有如育婴堂、普济堂和养济院。太医院在清代主要掌管医政和医疗，院

内设有教习厅以供内外教习，内教习学生为太监，外教习学生则为医官子弟。道光年间（公元 1840 年），太医院由于经费不足，医学教育逐渐没落。随着人口的不断增长，医士的需求量也逐渐增加，清代后期的医学教育再以师徒或祖传的教育形式为主，大量出现有如汪昂的《医方集解》（汪昂著；徐英整理，2013）和《本草备要》（汪昂著；郑金生整理，2005）、吴仪洛的《本草从新》（吴仪洛著；朱建平、吴文清点校，2001）、赵学敏的《本草纲目拾遗》（赵学敏，1998）、程钟龄的《医学心悟》（程国彭著；田代华整理，2006）等医学启蒙书，这些深入浅出的普及性医书正符合了当时各临床医师的需求。（赵璞，1983：245-246）

清朝末年，由于受到西方列强的入侵，加上现代医学（西医学）的大量传入，造成传统中医药学的发展面临严重的冲击。许多医学家提倡新医学的发展，认为医学没有中西之分，只有分别为玄学的医学和科学的医学。民国时期，倡导新医学的势力更加蓬勃，当时的教育总长汪大燮认为医学应该现代化，主张废除传统中医学。1929 年，国民政府提出了“废止中医提案”，这样的提案也间接影响了同样属于中医学体系的日本汉方医学与韩国韩医学，引起各地的中医药团体等组织的强烈反对。为了抵制“废止中医提案”，由著名的中医学家组成的请愿团赴京请愿。（陈邦贤，1984：258-261）

自此之后，医学家开始吸取现代医学的新理论，逐渐改革和修订传统中医药学，在继承和发扬方面都有新的发展。随着新式的国立、私立医学院校的

建立，符合教学专用的中医药学讲义开始涌现，代表著作有 1935 年陈存仁的《中国药学大辞典》（陈存仁，1935）和 1938 年杨叔澄的《中国制药学》（杨叔澄，1938）。医学分科在民国时开始逐渐变得更为丰富，医药管理制度方面也更加严谨。迄今，中医仍旧是各地人们用于治疗各科疾病的选择之一。

第三章 马来西亚中医药业发展概述

中医中药起源于中国，其对于人体生理疾病的治疗已经有数千年的历史。隋唐以后，随着对外经济贸易和文化关系的发展，传统中医药在此时开始传入朝鲜、日本、印度阿拉伯和欧洲国家。公元 1405 年至 1433 年间，明代郑和先后七次下西洋，曾多次访问满刺加（马六甲），对于促进中国和满刺加之间的政治、经济、文化和医药方面的交流起着至关重要的作用。据费信在《星槎胜览》（1954：19-20）记载，中国和满刺加在商业贸易上的药物就有珍珠、片脑、燕窝、人参、胡椒、麝香等。明末清初，大量的华族南渡，使得中医中药也逐渐传入马来亚。

第一节 中医中药组织

根据史籍的记载，传统中医药虽然早在十四世纪已经传入马来西亚，可是有关中医中药的组织在十九世纪时才开始出现。最早成立的中医中药组织有麻坡中医研究所、雪兰莪杏林别墅、霹雳药材行和槟榔屿中医联合会，以下为四间会所的简史（李金龙，1996：83-87）：

1924 年，有鉴于当时的时势，麻坡中医药界认为必须团结以求图存，于

是陈裔泽、刘裕光、罗美东等人发起组织公会。正式获得批准注册后，定名为“麻坡中医研究所”，成为最早的中医中药组织，以联络同业之间的感情为主，开始展开会务。1941年，由于日军南侵，会务一度暂停。1945年，日军投降后，会所更名为“麻属中医中药公会”，积极推行各中药店以纯正并合理的价格售卖中药材，会务亦迅速发展。

继麻坡中医研究所成立以后，由李可立、潘木臣、伍桂莆、伍焕堂等发起人，在1925年6月8日假吉隆坡苏丹街（Jalan Sultan）同乐戏院举行大会，正式成立雪兰莪杏林别墅。1931年，该墅联合中华药商公会，举行了中药展览会，籍以宣扬中医中药，是当时中医药界的一大盛事。日军投降以后，该墅更名为“雪兰莪杏林药商公会”。

霹雳药材行也和雪兰莪杏林别墅一样，筹办于1925年间，主要发起人为罗云生、李清溪、黄成学、李嫩泉等。该行初期创办时，仅有数十名会员，大部分是药剂师，随着中药业者及中医师的相继加入，会务才渐有发展。1929年，南京国民政府卫生部欲废除中医中药，消息传至星马¹两地，受到当时中医药界人士的极力反对和抗议。国民政府收回废除的倡议后，该行认为在中医中药界的团结下才能渡过此难关，因而把“霹雳药材行”改为“霹雳中医中药联合会”。1954至1956年间，该会分别加入星马两地中药行，一起反

¹ 本文所提及的“星马”或“新马”，即为早期的星加坡（或新加坡）和马来（西）亚。虽然在1965年8月9日，星加坡脱离马来西亚联合邦，正式成立星加坡共和国（Republic of Singapore），但是坊间对于两地也依旧以“星马”或“新马”称之。（方显，1970；林水椽、何启良、何国忠、赖观福，第二册，1998：80）

对政府加重中药入口税的措施，也响应“正药正价、提高中医中药信仰”的号召，极力反对造假和高价中药在市场的流传。

槟榔屿中医联合会创立于 1928 年，由张显宸、颜润松、戴国良、陈文进、吴轩人等中医师发起成立，该会自创立后会务开始迅速发展。1936 年，为了谋求中医界和中药界的团结，由仁爱堂古国耀和万山栈等协助推动，召开中医中药同仁大会，遂将“槟榔屿中医联合会”改为“槟榔屿中医中药联合会”。1947 年，槟榔屿中医中药联合会为了传播中医药的资讯，在槟城《光华日报》发《中医药》半月刊，共出版 391 期，历时十八年。该会分别在 1964 年 10 月 1 日和 1969 年 3 月 19 日，创办槟榔屿中医学院和主办中医施诊所，以培育中医中药师及为贫病者赠医施药。

综上所述，四间中医药组织均成立于二十年代，其后相继成立的中医药团体还有砂劳越第三六七省中医师公会（1930 年）、居銮中医药业公会（1939 年）、沙巴州中医师公会（1941 年）和雪隆华人药业公会（1942 年）。在日治时期，公会的所有会务和活动亦停顿。战后，各地中医药同仁深知团结的重要性，开始成立中医中药团体以共谋福利和进步，当时发起成立的团体有霹雳中医师公会（1947 年）、中马中医师公会（1948 年）、砂劳越中医中药联合会（1949 年）等。

马来西亚中医药团体除了以团结中医中药界为成立目的，其他因素还包

括旨在于发扬传统中医中药学术和捍卫中医中药业的生存权益。在联系各地的中医药团体方面，马来西亚华人医药总会（简称“马华医药总会”）在此就扮演了重要的角色，而该会的创办可追溯到 1954 年。当时，马来亚的英国殖民地政府以财政收入短缺为理由，于 9 月 22 日宣布中药材入口征税百分之二十五。这样的公布让中医药界深感将加重贫病者的负担之余，同时影响中医药的发展。于是，星加坡和马来亚的中医药界开始共同合作，争取中药入口免税。10 月 31 日，雪兰莪华侨药业公会联合马来亚中国医药促进会、雪兰莪杏林别墅、中马中医师公会、星加坡中医师公会、星加坡中药公会、星加坡中药出入口商公会等十三个单位，于吉隆坡召开星马药业团体代表会，以向政府争取中药材入口免征税。来自星加坡中医师公会的代表提议组织马来西亚华人医药总会，以团结及联系星马两地的中医中药界和争取权益为宗旨，获得与会者的支持。（李金龙，1996：17-18）

1955 年 1 月 30 日，马来西亚华人医药总会正式成立，第一届理事长为雪兰莪华侨药业公会代表骆伯瑾，副理事长由星加坡中药出入口商公会代表林应标担任，总务则是中马中医师公会代表饶师泉。1956 年 7 月 15 日，历经两年的不断争取，英国殖民地政府宣布撤销中药材入口税的征收，中医药界最终取得胜利。1967 年起，马来西亚华人医药总会更名为“马来西亚星加坡华人医药总会”。直到 1973 年，政府发出训令指马来西亚的注册社团不可以和国外的社团合并，因此总会又改为“马来西亚华人医药总会”，沿用至今（李金龙，1996：93-94）。

自创立以来，马来西亚华人医药总会除了争取中草药和中成药的入口免税，也极力向政府争取各种权益，如争取承认中医师的合法地位、争取准许中医师运用现代诊断仪器、争取准许中国药材的转运入口等。此外，为了提高中医学水平和中药商的素质，马来西亚华人医药总会也创办中医药学院并制订中医师和中药商公约，以求培育更多中医药人才之余，再提高医学和商业道德。1976年，根据马来西亚华人医药总会所进行的调查中显示，当时马来西亚已经登记的中医师有 797 名，中药商则有 1958 家。

在马来西亚华人医药总会的积极推动之下，中医药团体也如雨后春笋般纷纷涌现。到了 1982 年，马来西亚成立的中医药团体已达 30 间（砂拉越六间、雪隆六间、柔佛五间、霹雳四间、沙巴三间、彭亨两间、檳城，北马，森美兰和马六甲各一间），其中包括有中医中药联合会 12 间、中药商团体十间和中医师团体八间。（饶师泉，1985：81）迄今，共有 42 间中医中药组织，分布于马来西亚各个州属，而马来西亚华人医药总会仍然是中医中药界团结一致的核心，负起发扬中医药学术和推动东南亚地区中医药的发展。

第二节 中医医疗

传统中医药在马来西亚历史的发展趋势中，是以中医医疗为先，进而成立中医中药组织，随后再创立中医药教育学院，承前启后，以发扬中医药文

化。最早的中医医疗服务机构，是在十八世纪由雪兰莪茶阳回春馆所创办的中医留医所、吉隆坡同善医院和檳城南华医院。

1857年（清咸丰七年），吉隆坡（Kuala Lumpur）建立于鹅麦河（Gombak）和巴生河（Klang）的交汇处，由于锡矿产丰富，逐渐形成大村落。首任甲必丹邱秀在任职一年后逝世，由刘壬光继任。1862年（清同治元年），叶亚来接受第二任华人甲必丹刘壬光的邀请来到吉隆坡，负责处理行政事务和管理锡矿场。当时，吉隆坡面临几次动乱，比如为了锡矿利润的争夺演变而成的内乱和王室土侯之间的内战等。经过几年的战乱，叶亚来终在1873年光复了吉隆坡，获册封为第三任华人甲必丹。吉隆坡在叶亚来的计划之下，从战后废墟中重建，由早期仅有的十多间茅屋，扩张成二百二十间的房屋。（Sharon A. Carstens. 2012: p.13-35）

1878年（清光绪四年），正值叶亚来重建吉隆坡时期，旅居在吉隆坡的大埔人士成立了作为同乡的联络之所，名为“茶阳公司”。“茶阳公司”的创立者因年代久远，已无从稽考，会所的创立除了旨在联络感情，也作为同乡之间在面对危难时给与解救和援助。（张翰璧，2011：307）一年后，会所旁附设“回春馆”，并聘请一名中医师主理，作为大埔同乡患病时的留医之所，亦是同乡人士遭遇不幸死亡时办理丧事殓葬的地方。（张翰璧，2013：20）到了1890年，在吉隆坡文良港（Setapak）一带当矿工的大埔同乡，因患病到回春馆留医，几天之后死亡人数竟达八人。经过政府委派官员调查，

表示是瘟疫造成的感染病，遂以市民的安全为主，下令将回春馆焚毁。当时，已经营十二年的中医留医所，只得暂时停止。

1909年5月，杨振常和杨耀光邀请当时茶阳公司总理王聚秀，召开同乡大会商议复办回春馆中医留医所。经过筹募义款活动，最后在吉隆坡半山芭（Pudu）购得三段土地和一座小洋房，并在入口处竖立门额为“茶山园”，这才拥有了永恒的产业，重新收留大埔同乡的患者。1913年，英殖民政府颁布社团注册法令后，茶阳公司改以“雪兰莪茶阳会馆”和“雪兰莪茶阳回春馆”的名义分别注册。（李金龙，1996：33）此后，回春馆继续为大埔同乡贫病者提供留医之所和处理丧殓之事。凡是在回春馆留医的贫病者，都由该馆负责供给伙食和施医赠药，给同乡人士带来了极大的便利。直到1932年，回春馆接收政府来函，指该馆的留医措施尚未达到完善，不符合卫生条件。该馆必须另外建立适合医院设备的馆舍，并且聘请拥有执照的合格医生监督医务，方可被批准续办。

回春馆经过理事会后，鉴于当时该馆的经费开销不敷甚巨，无法遵从政府的要求，遂在讨论后决定暂行停办。理事会也议决将留医所的患者推荐至吉隆坡同善医院就医，逝世者的死亡殓则入积善堂，费用由回春馆拨付。至此，回春馆中医留医所的医疗事务终告停顿。（李金龙，1996：33）迄今，中医留医所的事务虽早已终止，该馆仍然与茶阳会馆一样，分别改为“雪隆茶阳（大埔）会馆”及“雪隆茶阳（大埔）回春馆”，在新环境展开新事务，

继续慈善活动，为同乡谋取福利和造福人群。

吉隆坡同善医院（Tung Shin Hospital）创立于 1881 年（清光绪七年），至今已有 134 年的历史。同善医院由吉隆坡最后一任华人甲必丹叶观盛所创立，其前身名为“培善堂”。根据记载，叶观盛见当时锡矿场里许多矿工受疾病困扰，严重缺乏医药照顾，因此设立“培善堂”为患病者提供免付费医疗服务。当时，培善堂有两名常驻中医师，除了负责医疗事务，倘若贫病者不幸逝世，甚至施棺助葬。（同善医院 Tung Shin Hospital, 2014）

十九世纪末叶，随着吉隆坡的迅速发展，锡矿区的华族人口急剧增长，前往培善堂的求诊人数也不断增加。叶观盛决定把独资维持十三年的培善堂，从慈善机构发展为社区医院。1894 年，取“善”与人“同”之意，改“培善堂”为“同善医院”。（张翰璧，2013：21）不久，叶观盛获各界人士支持，募集一万多元义款，扩展院址并增建医楼和扩充设备，以便为更多贫病者提供医疗服务。

同善医院初期拥有两座医楼，二百张床位，备有数辆以牛只拖拉的救伤车，从锡矿场运载病重的矿工到医院接受治疗。1970 年，同善医院增办西医门诊部。1976 年再设立“专科医药中心”（西医部），出租给十三位专科医生设立私人诊疗所，同善医院至此成为了一所中西医合璧的民办医院。

1983年8月16日，马来西亚当时的卫生部长陈汉源以同善医院中医部组织完善、设备齐全具科学化，同时又是一所慈善性质的医院为理由，准许中医部免受私人医院法令的限制。随着法令下各项限制获得豁免后，中医部将和西医部享有同等地位，也意味着中医部所提供的中医医疗服务获得政府的准许，是第一所获批准以提供中医服务的留医医院。（周伟民，唐玲玲，2004：446）

1995年，拥有十二层楼的同善中医院建成并使用至今。中医院设立了门诊部和留医部，门诊部又分本地医师和中国医师两部分，目前开设的中医专科有内科、针灸科、心脏科、妇科、儿科、骨科、脊柱神经科、肝病和肠胃学、肿瘤科、中草药、按摩等治疗。

继雪兰莪茶阳回春馆和同善医院在吉隆坡创办后，1883年（清光绪九年），南华医院（Lam Wah Ee Hospital）在檳城筹建完成，开始以中医中药为患病者服务。根据记载，南华医院早在1876年由十二位闽粤两籍先贤陈丽琴、黄进聪、陆天泽、黄达仁、伍积齐、梅福星、黄成章、陆炳时、李云轩、陈明亮、王孟正和罗有盛发起筹建，倘若从筹建年开始计算，至今已有139年的悠久历史。（李松，1986：19）当时，先贤购得Muntri Street的两间屋地，将原住屋拆除兴建医院，完成后于1884年正式开始投入服务。由于贫病者对于该院实施的传统中医药医疗服务深表满意，于是都把Muntri Street称为“南华医院街”并沿用至今。

随着求诊人数日益增加，南华医院分别于 1927 和 1929 年，在“姓陈街”（Beach Street）和“头条路”（Magazine Road）成立第一与第二分院。1941 年，日军南侵，南华医院受到毁坏，致使医疗服务必须停办。1946 年，由于战后经济支配不足，该院只能为病患进行施医服务，停止赠药。南华医院第一分院于 1961 年迁往“青草巷”（Green Lane），并在 1962 年 4 月 2 日开始继续为贫病者施医赠药。（南华医院中医部 Hospital Lam Wah Ee, Chinese Medicine Division, 2014）

到了 1981 年，南华医院大厦在青草巷落成，除了保留中医部，亦开始设立西医门诊留医部，使该院发展成为当时檳城最大的民办西医医院。迄今，南华医院中医部拥有十二名医师，负责专科有内科、针灸科、骨伤科、皮肤科、肿瘤科和心血管科。中医部虽然未设立中医留医院，却拥有看诊室和针灸室，继续以中医中药为患病者提供医疗服务。（李金龙，1996：39-40）

以上所述之在十八世纪发展而成的慈善和医疗机构，在二战时期均受影响而暂时停办。战后四十年代末期开始，怡保和雪隆相继成立以慈善为主的中医医疗机构，当时比较有规模的两所机构是 1947 年成立的霹雳中华医院和 1954 年成立的吉隆坡中华施诊所。

霹雳中医师公会于 1947 年 1 月成立，其宗旨在于团结同业和宣扬中医药学术。当时，怡保侨领刘伯群向霹雳中医师公会建议以中医中药救济贫病

患者，于是霹雳中华医院在是年6月1日正式宣布成立。1991年开始，在霹雳中华医院院长幸镜清的领导之下，该院成立了医疗巡回赠医队伍，定期下乡到怡保华人新村和马来人甘榜（Kampung），为患病者进行赠医和针灸的治疗工作。该项义诊活动除了给贫病者带来便利之外，也可通过中医中药的医疗为友族服务，意义非凡。霹雳中华医院创办至今已有六十八年历史，所执行的赠医施药工作，均由霹雳中医师公会成员负责，目前共有八十名义务医师轮流值勤，充分发扬中医中药为民服务的精神。（李金龙，1996：42-43）

吉隆坡中华施诊所由中马中医师公会（1989年1月改为“马来西亚中医师公会”）创办，于1954年3月17日中医节举行开幕典礼，正式投入运作。创办初期，中华施诊所首先由中马中医师公会会友捐出六千余元充作药费，并响应公会号召成为义务医师。首批义务医师共有二十名，分别是饶师泉、廖沛如、高哲光、李志儒、陈景臣、涂干廷、王进洪、王天佐、钟宗彝、何钦民、黄侨贞、罗达修、岑君任、许第才、陈瑞堂、黄彦文、谢玉波、黄赫群、丘桐土及叶荪伯。（马来西亚中医师公会金禧纪念特刊编辑委员会，2001：112）

1959年4月26日，位于吉隆坡汉哲拔路（Jalan Hang Jebat）的三层大厦落成，中华施诊所开始设立针灸科为病患作治疗。此后，该所不断添置各种现代化检验仪器如X光机、心电图仪器等，更能有效为患病者进行详细的检验。1977年，诊所分别成立临床专科研究组、高血压组、糖尿病组和危难

病组，以提升中医师的医疗水平。到了 1989 年，中华施诊所正式设立中医专科门诊，分别有儿科、皮肤科、妇科、肛肠（痔疮）科、风湿病科、正骨推拿科、伤科及五官（鼻喉）科。（中华施诊所四十周年特刊编委会，1994：100-103）

1992 年，诊所主席饶师泉表示经过马来西亚中医师公会理事会的讨论，议决中华施诊所未来的发展必须朝向成为一间纯以中医中药治疗的中医院。这项决定在 2012 年得以实现，中华施诊所是年在位于吉隆坡富都汶莱西路（Jalan Brunei Barat, Pudu）增设第一间分所，命名为中华中医院，继续采用现代用药法为患病者提供各中医学科的门诊和治疗服务。

自五十年代末开始，由于中医师不断提升自身的中医水平，逐渐让患病者对传统中医药产生信心，加上各中药店的药源充足和取药方便，促使中医施诊所先后在马来西亚各州成立，继续阐扬中医中药医术和为各族人民服务。

第三节 中医教育

马来西亚中医中药经过医疗机构和成立组织的发展后，促使各族人民逐渐对中医治疗愈加信赖，使得传统中医药不断向前发展。在二战以前，星马的移民条例尚未严格，当时的中医师大部分来自于中国或香港，仅有少数是

由本地老中医师传授中医药知识给徒弟或子女，一些则是靠自修及累计经验而挂牌行医。1950年后，马来亚英殖民政府开始颁布移民限制条例，致使中国或香港中医师不易进入马来亚²。在这样的情况之下，中医师势必日益减少，中医药前途在严重缺乏人才时必定逐渐没落。当时，中医药界有鉴于此，开始筹备创办中医学院以栽培中医药接班人。

1955年10月，马来亚华人医药总会在经过三个月的筹备后，创办了第一间中医药教育学府，名为“马华医药学院”（1992年5月改为“马来西亚中医学院”），并由饶师泉担任院长，副院长为谢又斋。马华医药学院创办初期，在吉隆坡柏屏义学借用教室，历时三年。1959年，在中华施诊所大厦落成后，学院便迁入二楼和三楼作为教室，上课至今。马华医药学院虽由马来亚华人医药总会主办，但由中马中医师公会诸位医师主持教务，并以中华施诊所和同善医院作为学员们临床实习的机构。学院的学制初为四年制，夜间上课，日间实习。直到1978年，学制改为五年制，以加强毕业生的临床经验，入学资格为华校高中毕业生，经过入学考试及格便录取。（饶师泉，1985：82）1990年1月8日开始，马华医药学院正式从夜学制改为全日制，学制同样为五年。

² 马来亚在1957年8月31日以前，一般是指马来半岛加新加坡等地。1957年8月31日成立的马来亚联合邦（Federation of Malaya）则有11个州属，不包括新加坡。直到1963年9月16日，新加坡、沙巴、砂拉越与马来亚联合邦合并，才组成马来西亚联合邦。1965年8月9日，新加坡独立。马来西亚至今共有13个州属，包括马来半岛11州及沙巴、砂拉越二州，另有三个联邦直辖区（吉隆坡、布城及纳闽）。（陈鸿瑜著，2012；林水椽、何启良、何国忠、赖观福，第一册，1998：176；许云樵著，1961）

1992年,马来西亚中医学院与中国广州中医药大学联办一年半制的中医学士学位课程,为学院已经毕业的学员,加修一年制的课程,到广州中医药大学临床实习四个半月,经过考试及格后可获得广州中医药大学颁发本科毕业及中医学士证书。(马来西亚中医师公会金禧纪念特刊编辑委员会,2001:47)

1993年,该学院再与广州中医药大学联办中医学专业五年制学士学位课程,新学员由入学一年级起直到五年级,皆由广州中医药大学选派各科著名教授前往马来西亚中医学院授课及主持考试,也包括到广州中医药大学临床实习两次,共七个半月。五年期满考试及格后,学员可获得马来西亚中医学院的毕业证书及广州中医药大学的中医本科毕业证书和学士学位。(马来西亚中医师公会金禧纪念特刊编辑委员会,2001:47)

马来西亚中医学院创办至今已有六十年历史,除了教授中医传统医药学,兼授西医基础与临床学科,如生理、病理、传染病和现代内科等,已为马来西亚栽培超过五百名中医药人才。

槟榔屿中医学院由槟榔屿中医中药联合会主办,成立于1964年,首任院长为李仰宗,副院长为庞鹤芝。第一届录取学员共有四十三名,讲师则有何约明、陈粹夫、李振宗、李至邑、张敏芝、陈志仁、周志人、容慧中、游廷华、刘作云及张初庆,均是第一批发展槟城中医药教育的先驱者。该学院

的学制为五年制，于夜间上课，日间在南华医院实习，教授学科有生理学、中基学、诊断学、病理学、方剂学、药理学、医学史、儿科学、妇科学、内科学、外科学、推拿学、针灸学、心理学、伤寒论、金匱要略、温病学、内经、各家学说及临床实习，创办至今已有五十一年历史。（马来西亚中医药资讯编辑委员会，2000：122-124）

1989年7月3日，由槟城中医师公会主办成立槟城中医研究学院（创办初期曾名为“槟城中医研究中心”），再为热爱中医药学的人士提供研究和学习的机会。该院也采取夜间修学，学员在完成五年课程后，接着前往中国厦门大学医学院中医系考取中医学士文凭。槟城中医研究学院拥有26年历史，首任院长为陈志仁，讲师有赖开检、胡万生、钟荣甫、卢国祥、林李锡、区兴潮、詹俊喜、翁海水、陆柏泰、陈文进、吕小德、卓焕光、林俊勤、李汉义、黄泽崇、陈慧文、赖嘉玫和骆联海，共十八名医师。（李金龙，1996：76）

继槟榔屿中医学院的成立后，霹雳中医中药联合会在1966年10月31日获得教育部批准主办中医学院，并于1967年8月1日举行开学典礼，正式授课。霹雳中医学院的首任院长为戴钰发，讲师有招知行、幸镜清、谭杰生、倘锡煌、魏锡泉、陈照良、罗建发和两位特邀讲师胡刚瑛及郑拔骏。1971年2月21日，戴钰发院长报告指该学院第二届的学员仅有四名，曾停办一年。（饶师泉，1985：82）

到了 1972 年 1 月 19 日，幸镜清、戴钰发和陈照良发起自筹自办中医学院的工作，是年 11 月 1 日再度开办，共有四十余名学员报读。1981 年 7 月 26 日，决定把八年来自筹自办的教育形式改为由霹雳中医中药联合会直接主办霹雳中医学院第五届开班事宜，并由幸镜清担任学院院长。

马来西亚中医教育在战后十年开始逐渐成立，除了马来西亚中医学院、槟榔屿中医学院、霹雳中医学院和檳城中医研究学院，1960 年代设立的学院尚有诗巫中医学夜校（1961 年至 1963 年）、柔佛中医药学院（1965 年至 1969 年）和砂劳越中医药学院（1966 年至 1978 年），只是三所中医学院因师资或报读学员短缺、经费不足等原因，仅维持几年便相继停办。（饶师泉，1985：82-83）

中医教育乃中医中药发展的泉源，虽然一部分中医学院被迫关闭，但其为患病者赠医施药的中医药组织和医疗机构却屹立不倒。近年来，大专学府如英迪大学（INTI International University and College）、南方大学学院（Southern University College）、拉曼大学（UTAR）、林肯大学学院（Lincoln University College）、International Medical University（IMU）和 Management and Science University（MSU）也先后开办中医系，以培养更多的中医中药人

才，让马来西亚中医药学术得以更加蓬勃发展。³

³ 厦门大学马来西亚分校 (Xiamen University Malaysia) 于 2015 年 12 月开始招生，首批开设的学士学位课程中，概括人文 (新闻、中文)、商科 (金融、会计、国际商务)、理科 (海洋生物技术、化学工程)、信息 (软体工程、数学媒体技术、电脑科学与技术)、工科 (新能源科学与工程) 及医科 (中医学)，并定于 2016 年 2 月 21 日正式授课。(厦门大学马来西亚分校 Xiamen University Malaysia, 2014)

第四章 昔加末客家族群与中药业的发展

马来西亚的华族是由多元方言群体所组成的社会，早期华人移民的原因主要来自于经济因素，对于所要迁入的地点也受经济吸引力影响。马来西亚华人是以不同的迁移方式入境的，绝大部分移民是因为贫困而选择离乡，有的在亲戚或乡人的协助之下获得迁移，仅有少数是为了逃避当时中国的清朝政府而被迫离开家乡。⁴移民群体在迁移至马来西亚的过程中，将会依据自身方言群体的不同而选择适合自己的环境，因此拥有丰富资源的海港和矿场随即成为各方言群的落脚之地。

第一节 华人与柔佛的关系

在马来西亚的州属当中，位于马来西亚半岛南部的柔佛州，其土地开发较为普遍，这主要得力于“港主制度”（Kangchu System）。“港主”在马来语称为 Shah Bandar，英文则称为 Port Master 或 Harbor Master，但在柔佛

⁴ 在鸦片战争后，由于受到内推力和外拉力的影响，促成大规模的华族向海外移民。华族在原地（中国）的推力主要是：一、天灾人祸的发生，使得民不聊生；二、国内的政局动荡不安；三、面对经济的困境，不得不往外迁徙。许多贫苦的乡民在内推力的逼迫之下，选择到南洋谋生，促使马来亚各籍贯的侨民人数剧增，其中大部分来自于闽粤两省的福建人、潮州人与客家人。此外，马来亚在当时被发现蕴藏着丰富的天然资源，需要大量的人力开采锡矿和开垦土地种植橡胶等。于是，英国殖民政府在中国变相的“招募”劳工，加上当时航运业工具的现代化，引发贫苦的乡民出洋谋生的欲念更强烈，其吸引力是促使各籍贯华人往海外迁移的原因之一。（详见林丽华，2012）

州却把港主称为 Tuan Sungai，即“河流之主”的意思。在柔佛华人拓殖历史上，港口的成立和制度占了重要的地位。历史上记载，柔佛州经历三个王朝，前王朝是满刺加王室的嫡裔、旧王朝是彭亨柔佛联合首相王朝和新王朝天猛公押都刺曼（Temenggong Abdul Rahman）。旧王朝自苏丹克只尔（Sultan Kechil）迁都廖内（Riau），政事由新加坡的天猛公押都刺曼管理以后，柔佛各地人口逐渐稀少而荒芜，旧柔佛（Johore Lama）只剩二至三百户居民，麻坡（Muar）和昔加末（Segamat）都沦为穷乡僻地，全州人口不超过二万五千人。（许云樵，1988：93）

1819年，英国东印度公司（British East India Company）的莱佛士爵士（Sir Thomas Stamford Raffles）在新加坡登陆后，就与天猛公押都刺曼商议好，到廖内把东姑隆（Tengku Long）接来，册立他为苏丹胡仙（Sultan Hussein），再和他订立条约，租借新加坡为英国东印度公司的商埠。此后每年，由公司付给苏丹西班牙币五千元，天猛公则获三千元，作为租借之费用。在名义上，苏丹胡仙虽然贵为柔佛苏丹，但实际权力却操持在天猛公押都刺曼之手，而天猛公押都刺曼亦从中获取利益而开始发迹。1824年，英荷条约签订后，新加坡的主权完全转让给了英国，成为英国殖民地。柔佛王朝分为两部分，原先设在新加坡的行政中心，之后迁移至新山，由天猛公统治，该地区也成为了英国的势力范围。（许云樵，1988：93）

天猛公押都刺曼逝世后，儿子继位成为天猛公依布拉欣（Temenggong

Daing Ibrahim)。1855 年，在新加坡的英国当局和苏丹胡仙之子苏丹阿里（Sultan Ali）签订条约，将控制权移转给天猛公依布拉欣。当时，麻坡并不包括在内。到了 1877 年，苏丹阿里逝世后，麻坡才移交给天猛公管辖。（陈鸿瑜，2012：212-213）

天猛公依布拉欣继位后，虽然获得英国政府扶植，执掌柔佛全州的政权，可是当时柔佛州内的田园还是一样荒芜。于是，天猛公依布拉欣就从新加坡招致华人前来开辟垦殖。当时，在新加坡种植香料失败的部分华人，就纷纷前往柔佛。天猛公依布拉欣给以华人种植便利，在每一条河的支流口的区域上种植胡椒和甘蜜（Gambier），将获得一张“港契”（Surat Sungai），以此规定作为“河流之主”的开垦者在某一条河流和一条支流汇合处随即拥有大片土地保留权，于是在 1833 年成立了港主制度。（许云樵，1961：148-151）

柔佛州开港者全为华人，尤其以潮州人居多，闽南人则居第二，他们有的独资开发土地，有的则合股经营。大部分华人在择定好地点，申请“港契”时，会把本身的店号或姓氏附上作为港名，如德兴港（Kota Tinggi）、丰盛港（Mersing）、陈厝港（Tebrau）、黄厝港（Ulu Pulai）、义兴公司（Jalan Ngi Heng）等，有多达一百三十八港。（王付兵，2012：96）

此外，至今在柔佛州还可找到以 Kangkar 为冠的地名，如 Kangkar Ulu（茂盛港）、Kangkar Sungei Mati（和丰港）、Kangkar Bahru（永平新港）

等。Kangkar 实际上是闽潮语“港脚”的译音，因为每一条港都在一条河的支流入主流的地方，故既是“港口”的意思。（郑良树，2004：46）

领到港契的正式港主，可以在其港地之内开采矿藏、砍伐树木、出入口胡椒甘蜜、开设当铺，甚至还有拘留住民的，因此各方言群华人也逐渐增加。在柔佛麻坡一带，港主以闽南人居多，潮州人只有在初期比较显赫。由于土地肥沃，在还未开发橡胶种植，甘蜜和胡椒为其主要农作物。

柔佛州的港主，不受俸禄，只是享有特权的一种官吏，与其它州属的甲必丹（Kapitan）⁵类似。从天猛公依布拉欣到苏丹阿布巴卡两代之间，凭着一百余名的港主，将荒芜的土地和人口稀落的柔佛州，开辟成繁荣的城镇。1894年，柔佛州的人口达到三十万，其中华人占了二十万，是各种族之冠。（许云樵，1988：105）

1895年，苏丹阿布巴卡（Sultan Abu Bakar）逝世，港主制度之盛，已达至极点。当时，柔佛州境内土地都已开发，人口也激剧增加。新任苏丹伊伯拉欣爵士于是在1917年颁布“港主权益（废止）条例”，限定于是年底

⁵ 西方殖民者入侵马来半岛后，在面对不同种族的居民及语言不通的问题之下，推行了一些措施来管制当地的居民，包括了甲必丹制度（Kapitan System）。甲必丹在不同族群社会中拥有着崇高的地位，甲必丹主要为一个族群的公认首领、领袖或头目。当地政府赋予其可施予本族人士身上的某种执行权、行政权与司法权，最重要的还是作为本族人士与政府之间的桥梁。华人甲必丹推行自16世纪，从葡萄牙殖民时期、荷兰殖民时期、英国殖民时期，再到各个马来土邦，经历了几个世纪的发展。1935年后，甲必丹制度全面废除。英国殖民政府全权掌握政权直至1957年马来亚才取得独立。（详见阮湧仰，2013）

将全州所有的港主的特权废止，由政府付给各港主赔偿费。港主制度虽已废除，但在 84 年的开垦下，华族人口与日俱增。根据记载，1955 年 12 月柔佛境内人口共有 947,755 人，华裔占了 434,797 人（华侨志编纂委员会，1959：106-107）。

第二节 客家族群与柔佛的开拓

客家族群在马来西亚的华族之中，其人口比例一般介于百分之二十左右，自 1957 年至 1980 年之间所作的四次人口调查中显示，客家人是西马第二大的华人方言群。在柔佛州，客家人大量移殖的年代比较晚，大约是在 1920 年代前后。（安焕然，2011：185）

根据纪录，柔佛州在 1931 年拥有最多的潮州人（35,935 人），其次为福建人（35,810 人）再来是客家人（33,588 人），接着是广府人（29,585 人）、海南人（23,539 人）和广西人（7,519 人）。到了 1947 年，客家人口逐渐增加至 77,109 人，仅次于福建人（117,304 人）。（安焕然，2006：A15）客家族群虽然在柔佛各族群华人中占居第二，但仍是重要的社群。客家族群在柔佛州集中的地区，大部分以内陆地区为主，比如居銮（Kluang）的拉央拉央（Layang-Layang）、令金（Renggam）、新邦令金（Simpang Renggam）和古来（Kulai）。

有关在港主制度时期，至今仍未有正式记录是否有客家籍港主，只知客家人是在英国殖民柔佛以后才大量移殖至此。二十世纪初中期，柔佛州产业经济变动，橡胶开始取代了港主时期的甘蜜种植，内地地带的土地大量改为种植橡胶。因此闽南人、客家人和海南人相继大量迁移至柔佛各内陆地区，从事橡胶、凤梨等新兴的经济农作物，新园口和新社区也开始涌现，这样的情况也发生在昔加末。

昔加末在柔佛州的历史中，是有一段抗敌的史料记载。昔加末地名的由来，根据马来历史学家 Tuan Haji Hassan Bin Haji Muhammad 所记录的史料中显示：在 1511 年，马六甲苏丹玛末沙（Sultan Mahmud Shah）及马六甲最后一任宰相德博（Bendahara Tepok），战败于葡萄牙军，与数以千计的马六甲臣民撤退。他们分两个方向退出马六甲，一队自麻坡河退至麻属巴莪，另一队与宰相退至昔加末。当时宰相因双脚麻痹不能再行走，并且已经是八十岁高龄，因此由臣民扛扶他抵达昔加末的落莫峇株（Lubok Batu），在河边休息时喝了口河水，随口道出“Segar Amat”，因此将河水取名为 Segamat。（Tuan Haji Hassan bin Haji Muhammad, 2013; Drs. Ungku Mohd. Zaman Bin Tahir. 2001: p.11-13）

这段历史无从稽考，只知原来昔加末名为 Rantau Panjang，到了二十世纪才改为 Segamat。昔加末位于柔佛州最北部，是与森美兰州和彭亨州交界的城镇，面积有 2,825.4 平方公里，人口总计在 1991 年时为 178,266 人，到

了 2010 年, 其人口增加至 269,709 人。全县拥有十一区, 分别是 Mukim Sungai Segamat, Mukim Gemereh, Mukim Bekok, Mukim Jabi, Mukim Sermin, Mukim Buloh Kasap, Mukim Jementah, Mukim Pogoh, Mukim Labis, Mukim Chaah 和 Mukim Gemas。 (Masjid Daerah Segamat, 2014) 迄今, 昔加末县内的华族大部分以种植橡胶、处理果园为主, 方言群以福建人居多。

根据记载, 昔加末在 1921 年时华人人口才逐渐增加。到了 1931 年, 其总人口在 42,000 人左右。(麦留芳, 1985: 60) 华族聚居与城镇发展的关系中所涉及的原因有四个, 即华人的社会组织、技术水平、天然物质的开发方式及城镇的人口架构。因此, 华人的聚居地乃是劳动力市场的供给要求。在十九世纪至二十世纪中期, 星马的经济命脉是系于锡矿和橡胶两种基本工业。虽然, 橡胶在经济上与锡矿相比略为重要, 但是锡矿的开发加速了马来联邦四州的发展, 其他比较次要的原产品尚有甘蜜、胡椒、油棕、蔗糖、椰子、豆蔻、咖啡、金矿和铁矿等。(王付兵, 2012: 206-207)

此外, 在英殖民政府的主导之下, 完成了马来半岛南北铁路的铺设。贯通马来亚经济大动脉的火车铁路, 基于开拓新生产资源的考量, 采取沿着内陆山线建立而成, 并非设立在原来经济比较发达的柔佛西海岸。因此, 铁路的建成开拓了柔佛内陆地区新的经济资源, 也带动了火车驿站附近市镇的发展, 吸引客家族群迁移至此。(安焕然, 2011: 214)

作为早期华人移民中少数方言群体的客家人，非常活跃地创办方言会馆，最早的方言会馆是于 1801 年在檳城创立的檳城嘉应会馆。（吴华，1980：117）华族会成立会馆的原因在于少数群体的不安感，协助同乡解决危难等。在海峡殖民地，客家会馆的发展与马来半岛其他地区的会馆发展不一样，尤其在十九世纪中期马来半岛发现开采锡矿提供了发展契机，需要大量的人力，促使海外劳工的需求量激增。然而，港口贸易早被福建人独占先机，客家人因此在缺乏商业经验和资本不足的情况之下，作为比较晚迁移的族群，此举却为锡矿业提供了劳动力，同一时期也带入大量的客籍人口。移民南来的客家人多属于个体行动，客家会馆的成立对于辅助移民起着至关重要的作用，与其他华人方言群相同，其社会功能皆在于照顾同乡，协助解决同乡所面对的问题等。（利亮时，2010：38）由于早期客家人在柔佛州是少于潮州和福建人，因此大部分还不会说其他华族方言的客家人仅只能寻求会馆的协助处理事宜。

昔加末客家公会成立于 1936 年，会馆初时于敏多街十二号楼上作为筹办处，翌年迁至东姑亚末街二十三号店屋为会所。创办者为吴柏棠、官徵吉、张泗桂、彭寿伍、邹松、黄霖、罗民生、黄热诚、黄寿华、何裕扬、黄忠兴叶炳华诸乡贤。1940 年，会馆复募资于亚意街（Jalan Aji）购置会所，次年日军南侵，会所中的文件物品皆损失殆尽，会务被迫中断四年。（吴华，1980：121）

1946年，由罗民生、黄寿华、蓝万明、温东刚等筹备复办，并于次年1月1日开幕，会务才逐渐步上轨道。会馆创立后，以客属人士精神为号召，为各系客家族群解决危难和谋求福利，包括经济问题、成立奖励金等。（刘进才，2014年2月20日）

客家族群具体在何时迁移至昔加末，已是年代久远而无从稽考，据1967年资料显示，昔加末县属客家族群所繁衍聚居的地区是以武吉士砵（Bukit Siput）居多，接着是亚罗加什（Buloh Kasap）、大港（Gemas Baharu）、峇都安南（Batu Anam）、利民达（Jementah）、拉美士（Labis）、三合港（Chaah）、彼咯（Bekok）、丁能（Tenang）及北根也美（Pekan Jabi）。（吴天和，2014年12月28日）在众多经济产业中，锡矿业、典当业和中药业，是新马客家人的族群产业，各业均有其特定的原乡来源，追究其原因：一、特殊殖民政策的经济结果，分业而治之，或分族群而居之；二、既然分业和分组群而从业，网络自然形成，二者使得某些产业或行业为客家族群所独有（萧新煌，2010：41）。比如在中医药业方面，客家族群就占了超过百分之八十。在昔加末客家公会会员当中，从事传统典当业与中药业者就占了多数，现任会长吴天和亦是中药行的配药师之一。

第三节 昔加末中药业的经营

在十九世纪至二十世纪的华族社会，方言群和职业之间存在着密切的关系，即某一方言群的华人从事着某一类职业。一般而言，在柔佛州各市镇里，潮州人执掌甘蜜胡椒种植、米粮杂货和鱼菜市场，客家人的传统行业是洋货布匹、当铺、打铁和中药业，广府人从事木匠、服务业和金铺，海南人主要从事咖啡茶餐室，福建人则多是橡胶和建筑商人。由于客家人早期南来以开采矿业为主，因此聚居点都在马来联邦（雪兰莪、森美兰、霹雳和彭亨），反之在柔佛州的客家族群到了矿业比较没落后，少数才从马六甲、雪兰莪、森美兰、新加坡陆续移殖至柔佛南部。

有关客家人为何大部分以从事中医药业为主，资料显示与矿业有些关系，因此早期马来西亚的中医医疗都由客家族群开办，如叶亚来在 1865 年设立的“德生号”药材店（南洋客属总会编辑委员会，1967：A89）、雪兰莪茶阳回春馆、吉隆坡同善医院等，均设立在矿场附近为患病的矿工带来便利。新加坡与马来西亚未分家时期，客家族群所设立的中药业占了百分之八十以上，其中由大埔客家籍创立的中药行为属最多，其次为永定客家籍中药行，这样的情况也维持至今（区如柏，1991：52）。

马来西亚最早的中药店是檳城的仁爱堂药行，创业至今已超过二百年的悠久历史。（周伟民，唐玲玲，2004：445）1796 年（清嘉庆初年），仁爱

堂药行在檳城椰脚街（又称唐人街）创办，创办人为古石泉，原居广东省嘉应州梅县松口镇府西乡。当时，清朝海禁未开，古石泉为了向海外发展，不惧劳苦才抵达檳城谋求创业机会。古石泉顺利抵达檳城后，发现当地华人对于中国草药的需求极盛，又想到中草药可治疗各种病症，促进人体健康，认为往这方面发展是件好事，因此决定开设中药店。（李松，1986：10-12）

古石泉创立仁爱堂药行时，是英国人莱特氏上尉（Francis Light）开辟檳城后的十年。由于是开埠初期，各方面的发展还是非常落后，对外交易也不方便。因此，古石泉是靠“水客”供应的方法来采办中药材。基于其经营宗旨在于以服务人群为主，获得当地各族群的信任，业务也与日俱增。到了1925年，鉴于古石泉兄弟和子孙众多，经家族召开会议，才把仁爱堂药行归于古石泉嫡派子孙掌管。

1950年，为了配合现代商业的需要，由古石泉曾孙古国耀出任董事主席兼经理，把仁爱堂药行注册为有限公司，改为“仁爱堂有限公司”。古石泉的后人亦热心于中医药事业，古国耀曾是檳城中医中药联合会的发起人之一，古国璇则在1955年马华医药总会成立时首届的理事会代表之一。1981年，仁爱堂进行改组，决定提拔后进有为的亲朋戚友接受经营仁爱堂有限公司。

以上所述，是有文献记载的马来西亚第一间中药店。在昔加末县内，最

早成立的中药店因年代久远未有记录。为了让各药行团结一致，于 1960 年成立昔属药业公会（Chinese Drug Dealers Association），首任会长为罗合生，副会长为唐柏垣。根据记录，当时有二十六家会员，分别是恒春堂、德安堂、万和堂、怀安堂、万安堂、永昌堂、新新药商、和安堂、万济堂、民生药房、泰和堂、广济隆、永春堂、永春和、德仁堂、万乐安、万和堂、天和堂、人和堂、联华药行、星洲药房、广生堂、太生堂、长生堂、扶生药房和元安堂，绝大部分的药行是由客家族群所设立。（昔属药业公会会议记录，1960）

早期昔加末客家族群设立的中药店占了百分之九十以上，福建籍和琼州籍中药店的代表是德仁堂和万安堂。昔属药业公会的创立除了旨在联络感情，也不时解决各药行所面对的问题，并确保所售的中药材属于“真药正价”。为了更好的把中医和中药业联系起来，昔属药业公会在 2000 年 4 月 16 日正式改为“昔加末中医药业公会”（Persatuan Tabib Dan Peniaga Ubat Cina）。时至今日，昔加末中医药业公会会员已增加至四十名，其中客家籍中药店就占了百分之八十，即 32 间由客家族群所经营，8 间则由福建族群营运。此外，40 间中药店中，拥有问诊服务的中药店有 8 间，其中 6 位为客家籍中医师，2 位则是福建籍中医师（郭怡捷，2014 年 8 月 13 日）。中医药业公会举办的活动有常年大会（两年一届）、神农诞辰、配药师培训（分初级班和高级班，也旨在传达中药业者有关政府即将施行的法令）、理事就职礼、各项慈善义诊等。

中医药文化在马来半岛已有悠久历史，在现代医学（西医）尚未普遍前，中药已经是华、巫、印三族赖以治疗疾病和保健的主要途径。因此除了华人各方言群体，一些巫、印族到中药店购买中成药的情况相当普遍。传统中药店在早期不乏人手，一间店面有超过三人打理，营业时间为上午七时至晚上十时，营业日则为周一至周日。近十年来，由于不断发生抢劫、人手不足等社会问题，一般中药业者已经把营业时间改为上午九时至傍晚六时，并选择在周日时休假一天。（郭怡捷，2014年8月13日）虽然时间有些更动，但也非正式规定每一间中药店必须遵守营业时日，因为不少中药店属于家族经营，所以一些业者也会在周日时开门营业，以解决患者或顾客的需求。（吴天和，2014年12月28日）

在昔加末县内，各方言群体多从事农业种植，例如福建人以橡胶为生，巫族多生活在偏远的甘榜，印族则生活在油棕园内，林中到处充满瘴疠和疟疾，加上不时发生水患造成的皮肤病等，因此各族都会常到中药店购买中药材的习惯。有鉴于宗教的考量，巫族常购买中成药用以外敷，华族和少数的印族则会因为身体不适到中药店请中医师把脉开药，配好药材后再领回家煎药。由于进行销售时的需要，故客家族群多半会说几种语言，以便可以和各族群沟通。早期，客家族群在中药业的创办中占了绝大部分，近年来这样的情况有所改变，其原因除了是经济上的改变，还有就是面对接班人等问题。如今，年轻一代大部分拥有高学历，毕业生绝大多数从事文工，不再要待在传统中药店内，并表示药材的处理方式繁琐。因此，即便是业内人士，也未

能确保本身的孩子愿意继承父业。（李植友，2014年9月19日）。

在不同的历史时期，由于本身所处于的环境和拥有的自主性不同，这对于个人如何进入中药业的记忆也不相同。不同职业在不同的社会文化，也代表不同的社会象征。早期的华人移民，普遍认为中药业是一个社会阶层比较高的行业。（林育建，2011：324）当时，大致认为要进入中药店工作，需要透过许多“关系”，因此“关系”被当作是一种经济的社会策略。换言之，一个学徒之所以能进入一间中药店工作，是因为与店主有着亲族或同乡的关系。

对于“血缘性”是获得学徒身份的重要条件，其次便是“地缘性”之说，在昔加末中医药业前会长方荣辉看来，并不反对。方荣辉今年八十岁，是昔加末中药店创办者中最年长的中药师。据方荣辉透露，早年昔加末中药行几乎是由客家族群所创办，而且店内伙计学徒均是客家人。客家人南来后，依照本身在原乡所学而逐渐创业，一些则是自学或祖传而挂牌行医。方荣辉是在1958年，二十三岁时开始踏入传统中药店当学徒，当时他并不会因为本身是福建人而被拒绝。方荣辉表示，当学徒并不容易，训练十分严谨，至少需要五年以上才可以有资格在中药店堂前负责抓药和配药的工作。

此外，学徒必须多阅读《本草纲目》等中医药书，以掌握中医药学知识，因为中药业讲究的是医德，避免一知半解而造成不必要的错误。学徒只有透

过艰苦的训练，掌握百药柜各种中药材的药性、形状、处理方法等，熟练后才再学习中药八种炮制法，即火煨、水挥、米酒、米醋、盐水、蜜蜂、老姜和甘草，对药物的进行炮制去除毒性和副作用，或增强药物的作用，提高治疗效果，或便于贮存。方荣辉前后在两家中药行当学徒长达十八年，1970年才创业成立昔加末福安堂有限公司。他认为现今很少年轻一代愿意当学徒，除了工资非常少，工作时间也很长，所以中药业面对了继承者的困境，出现青黄不接的情况。（方荣辉，2014年3月18日）

昔日，患病者对于中医药充满信心，若病情不好才转而接受西医治疗，可是时过境迁，如今患病者多对传统中医药没信心，这是造成中药业生意渐谈的原因之一。现今讲求快速，认为中药的疗效比较缓慢，再加上多半无法忍受中药汤药的苦甘，使得中药草的销量下降。在六十至八十年代，中医中药唇齿相依，具有共同的方向，双方配合。当时，中医师挂牌行医，中药店让出一小部分地方给中医师诊病开方，悬壶济世的医德受人敬重。中医师诊治患病者后，开出药方，患病者到一旁中药店领取配药，所以中药店都是专业在卖中药材。

从九十年代开始，中医师逐渐自立门户，开创医务中心，中医师与中药店不再互惠互利。如今，中医师减少开出中药单，患病者经过诊断后，就会配给中医师自调的药水、丸剂或散剂等现成药，无需到中药店“抓药”。这造成中药材的销量与早期相比，下降了百分之二十。传统中药店因得不到中

医师的配合，唯有改变生意的方式，逐渐走上多元化的生意。据知，最早改变经营方式的中药店是由吴江海和吴天送创立的第一药行，在 1976 年即把奶粉、罐头等日常用品列在中药店内销售（吴天和，2014 年 12 月 28 日）。虽然对于这点未有史料记载，不过确实在考虑到“药食同源”的情况下，在 1975 年左右，传统中药店开始对于经营方式进行改变。（郭怡捷，2014 年 8 月 13 日）目前，凡是市场上有利润的货品会放在中药店里销售，结果有些中药店渐渐变成杂货海味店、迷你市场、五金行等。中药店逐渐变为混合商店，不过药店的招牌仍然存在，只是换了经营方式，多了销售其他物品的准证。这样的改变，对于方荣辉和现今昔加末中医药业公会会长郭怡捷来说，并非传统中药店业者的错。传统中药业所发生的情况是环境所逼迫，只要秉持着专业、公正和诚实的售药心态，继续发扬中医药文化，就可保留先贤的苦心经营。

第四节 国家政策对中药业的影响

传统中药业在面临接班人问题和经济转型的改变，使得原来以客家族群为主的中药行业逐渐失去主导的位子。此外，中医药教育体系的成立，各方言群体可以自由选择进入中医学院研修，毕业后即可创业也是导致客家族群中药业逐渐变少的原因。对于逐年在私立大专学府成立的中医中药科系，吴天和表示认同，因为既可透过以全职的学习方式，快速学到中医药理，也能

在实习过程中学得一些西医理论。这样一来，中医药和西医药可以互补，从而减少成药药性的副作用，并提升中医中药师的素质（吴天和，2014年12月28日）。

虽然，通过全职学习，短期可以解决中医中药师的需求，但其中也存在着一些隐忧。由于大专学府大部分以英文教学为主，强调入学资格必须为理科学生，因此对于传统中华文化有兴趣的报读者如一些退休教师等大众人士只能放弃报读。早期，一般中医学院的报读收费约马币 50,000，在大专学府则需要约马币 160,000，亦是不少报读者望门兴叹的原因。再者，尽管大专学府也提供一些中医药短期课程，但对于只有在周末才有空闲学习，并希望借此考取执照的社会工作人士如中药业者，也是无法适从的。目前，马来西亚华人医药总会属下之中医药学院共有十三间⁶，面对教育政策的约束下，正在艰难的维持当中（郭怡捷，2014年8月13日）。

除了教育体系的问题，由于受国家政策的影响，各地中药业面临褒贬的问题，致使客家族群乃至各族群创办的中药业数量只有下降而无增加的趋势。根据报道，经过世界卫生组织（World Health Organization, WHO）的调查，全球有百分之七十至百分之八十的人口曾经以中医等传统医药的疗法为疾病

⁶ 马来西亚华人医药总会属下之中医药学院分别是：马来西亚中医学院、槟榔屿中医学院、砂拉越中医药学院（前身为砂劳越中医药学院，现今亦称为砂拉越中医药学会）、霹雳中医药学院、檳城中医研究学院、首都中医科技学院、东方中医药进修学院、吉隆坡中医学院、北马中医药学院、柔佛州中医学院、霹雳仁爱中医学院、吉亭中医学院、仲景中医药学院。（马来西亚华人医药总会，2016）

作治疗。即使马来西亚很早就确立了以西方医学为主的现代医疗体系，但却大量推崇与建立更新的医疗设施，可是传统医学仍然屹立不倒。早期，因为缺乏法律的保护和相应的管理政策，造成中医和中药业的市场十分混乱，一度出现庸医和假药以昂贵价格出售的情况，严重的降低了中医和中药业的形象与地位。

卫生部既往任由传统医学自生自灭，也曾存有偏见和排斥态度。随着中医中药在许多医学领域上的卓越表现及受到世界卫生组织日渐的重视下，政府亦开始关注传统医药学的存在与发展，并设立了传统医药委员会来了解，研究及协助传统医药的发展。

1984年，为了贯彻卫生部所颁布的药物及化妆品管制法令，通过传统药物注册法令的实施及通过全国传统医师的登记入册，开始对传统中医药进行管制。同年6月，卫生部公布实施透过GMP（优良药品制造标准，Good Manufacturing Practice）的推行，将大量淘汰不符合资格的药厂。在这项制度的要求下，从原料或物料入厂、验收、制造、抽样检验到成品包装出货，全部的流程及动作都须纳入严密而有组织的管理，以确保所生产的药品都能符合品质一致、药效确实和安全可靠。（李思华，2014年9月19日）这样一来，将确保中药业所售卖的中药符合卫生和安全标准，增加消费者对中药品的信心。

1992年，卫生部开始对传统药物产品进行管制，最初以对待西药的标准来审查中药产品，导致在鉴定含有毒素的中草药被禁止，中药进口商和制造商无所适从，中药业也面对没有足够的草药应付中医师开出的处方而陷入困境。因此，在马来西亚华人医药总会和各中医药团体的极力争取之下，卫生部设立了传统药物鉴定小组，要求马来西亚华人医药总会派出代表，参与传统药物的鉴定工作，事情才获得解决。

到了2012年，卫生部表示为了更好地解决市场上假药的流量，以及配合世界卫生组织认同及推广中药的药效，将在不久实施五项法令，即传统医药法令、新药剂法令、医药器材法令、医药广告法令和野生动物法令，意味着传统中医药业者从以往的自我发挥年代已经成为过去，必须严守法令以避免违规。

2013年，《传统及辅助医药法令》正式通过，在法令第25（1）条文下显示：任何未向卫生部登记或未获得卫生部认证的人士，都不能直接或间接处方用药，抵触者面对三万令吉或坐牢两年。（〈卫生部将实施5法令·中医药业者须避免违规〉，2014）换言之，中药业者从前可以在药店自配售卖的汤药剂等，现在必须禁止，只有取得卫生部认证才可开出处方配药。这样的规定对于全国逾六千间传统中药业具有好也有负面的影响，其褒在于中医药在马来西亚有了法定位子，其贬在于中医药业难免受到管制。由于法令势在必行，因此部分中药业者选择结束生意或转行，以免触犯法令。郭怡捷表示，为了

让各中药业免受影响，已开办“中药配药师培训课程”，强化中药师的草药知识及素质，各中药业者必须要以文化教育的角度来经营，否则中药业将出现萎缩的现象（郭怡捷，2014年8月13日）。

2014年，根据各项报道，已经肯定马来西亚将在来临的2015年4月1日，施行消费税法（Goods and Services Tax），简称消费税（GST），其销售及服务税税率为百分之六，取代先前实施的销售及服务税（Sales and Service Tax）。在此税法实施之前，中医药业已经面对改革政策所带来的各项问题，之后其将促成中药店与中医诊所提早休业。（郭怡捷，2014年8月13日）其原因在于税法实施后，中药业者必须通过电脑为中药店的营业和销售进行呈报。因此，对于老一辈中药业者，面对记录上的呈报，在无法跟进的情况之下，将选择结束业务（方荣辉，2014年3月18日）。无论如何，消费税法的实施，需要三到五年才可见到其成效。（吴天和，2014年12月28日）因此，对于这项即将实行的国家政策仅能在往后再申论之。

时代的变迁，中药业亦面临了新的问题和挑战，中医药业要在未来有健全的发展，惟有抛开生意的角度来看待，积极自我提升，朝向制度化和规范化的目标前进，努力捍卫并为中医和中药业的继承作出贡献。

第五章 结论

人类在生活中，面对病痛是一个永恒的问题。各个古老文明都有属于自己的传统医学，以造福人群，而中医药学的发源地——中国既是医药文化发祥最早的国家之一。由于生态环境的剧变，迫使人们从起源到以后的体质演化，都必须与自然环境展开艰巨的抗争，其中就包括了与疾病和损伤的斗争。在漫长的原始社会时期，先民们为了生活与健康，面对与自然的抗争和疾病的斗争中，利用自身的艰苦劳动和聪明智慧，即创造了远古文明，也逐渐建立了医药卫生的知识与经验。因此，医疗活动的源头，在远古时期已经萌发。

原始社会时期，人类开始学会利用火和保存火种，逐渐形成语言和开始制作石器工具。由于对火的认识和掌控逐渐成熟，使得人们得以摆脱气候、地域和昼夜的限制，从而减少了因风寒引起的外感疾病和长期居住在黑暗潮湿之处所导致的风湿病。火的使用和发明也为热熨、灸法、汤药等中医治疗方法的产生提供了重要条件。此后，人们透过长期生产和生活实践中，不断累积有关植物药、动物药和矿物药的知识，创造了最初的医疗方法并懂得利用医疗工具，医药因此逐渐形成。

早期的医学是经验医学，具有主动性和意识性，人们通过劳动去认识和掌握医疗方法后，将医疗行为化为经验医学，证实了社会实践为医学起源的决定性作用。在具备一定的思维能力后，人们对于自然力量的不解敬畏和恐

惧，形成了巫术的产生和发展的基础。到了奴隶社会，巫术逐渐定型，巫师成为了具有丰富知识和崇高思维能力的阶层，具备了为人们治病的职能，而巫师为人们治病的情形亦在古籍中有记载。可是，医学毕竟是自然科学，随着人们对于疾病的进一步认识以及实践经验的累积，巫术逐渐成为了医学发展的束缚。因此，到了公元前5世纪，扁鹊开始把“信巫不信医”作为其“病有六不治”的条件之一，医学开始摆脱了巫术，逐渐确立了本身的价值标志。

之后，人们通过生活和劳动实践的观察，再认识到疾病的产生与气候、情绪、环境和饮食有关联，形成了病因学说的萌芽。此外，医家们在诊治疾病方面也积累了不少的临床经验，从而为后世医学理论体系的形成和治病防病的水平不断地提高奠定了良好基础。在医事制度、医药组织和医学教育方面，也从无到有，为中医药学的蓬勃发展趋向完善。中国与其他国家开始进行医药交流和往来始于汉代，从宋金元时期开始，由于海陆交通的日渐发达，中外医药交流也更广泛展开。

随着正式的对外关系、经济贸易和华族的迁徙，传统中医中药传入马来西亚已经有超过五百年的历史，长久以来为各方言群体提供了医药治疗服务。早期，“血缘性”和“地缘性”是重要的产业发展基础，运用这样的发展基础，衍生出同一关系的社会资本。因此，寻找相同理念和信任的人当学徒、员工甚至合伙创立中药行业，进而演变为客家族群的经营模式，稳固和独占中医中药产业的局面逐渐形成。

然而，随着历史不断地演进，社会结构与国家制度也随着时代而变迁。岁月的不断流逝，客家族群在中药业上从以往的独占局面演变至今，其色彩已经逐渐淡化。许多客家籍传统中药行从昔日父辈坚持以世袭制传授下一代，到寻找各方言群体继承行业，甚至随着姻亲的改变把经营权分给了其他方言群体的女婿或媳妇管理，使得其族群企业经营模式开始多样化。

此外，大部分没有中医师驻诊的中药行，为了守住祖业扩展成为混合商店，多半售卖丹、膏、丸、散等药剂保健品，鲜少再以中草药或中药材为主。打从开始变相为迷你市场，传统中药业只有渐渐减少的趋势。目前，马来西亚逾六千间中药行，约两万名中药业者，包括中药师、制药厂从业员、传统医药进出口商正面临历来国家实行政策的影响，唯有团结一致，不断自我提升，中医和中药的文化和前景才得以维护。

征引书目

安焕然（2011），〈马来西亚柔佛古来客家聚落〉，萧新煌主编，《东南亚客家的变貌：新加坡与马来西亚》，台北：中研院入社中心亚太区域研究专题中心，页 185-219。

安焕然、刘莉晶（2007），《柔佛客家人的移殖与拓垦》，士古来：南方学院出版社。

安焕然，〈柔佛客家社群的起始〉，《东方日报》第 A14 版，2006 年 7 月 3 日。

安焕然，〈柔佛客家人拓展时期〉，《东方日报》第 A15 版，2006 年 7 月 12 日。

安焕然，〈柔佛客家人的传统行业〉，《东方日报》第 A12 版，2006 年 7 月 19 日。

安焕然，〈柔佛客家人的小本经营〉，《东方日报》第 A15 版，2006 年 8 月 11 日。

安焕然，〈柔佛客家人移殖史概述〉，《东方日报》第 A19 版，2006 年 11 月 24 日。

班固撰，[明]陈选集注（2005），《白虎通义·御定小学集注》，长春：吉林出版社。

陈邦贤（1984），《中国医学史》，上海：上海书店出版社。

陈存仁（1998），《本草纲目拾遗》，北京：中国中医药出版社。

陈鸿瑜（2012），《马来西亚史》，台北：兰台出版社。

陈启天（1963），《增订韩非子校释》，台北：台湾商务印书馆。

陈自明著；刘洋校注（2011），《妇人大全良方》，北京：中国医药科技出版社。

程国彭著；田代华整理（2006），《医学心悟》，北京：人民卫生出版社。

戴原礼著；王英等整理（2006），《秘传证治要诀及类方》，北京：人民卫生出版社。

段逸山（2010），《备急千金要方通检》，上海：上海辞书出版社。

段逸山（1998），《医古文》，上海：上海科学技术出版社。

方显（1970），《星马史》，新加坡：新加坡世界书局。

费信著；冯承钧校注（1954），《星槎胜览校注》，北京：中华书局。

冯立军（2003），〈古代华侨华人与中医药在东南亚的传播〉，《华侨华人历史研究》，第1期，页54-61。

冯立军（2010），《古代中国与东南亚中医药交流研究》，昆明：云南美术出版社。

高诱（1978），《战国策》，台北：台湾商务印书馆。

何宁（1998），《淮南子集释》，北京：中华书局。

华侨志编纂委员会（1959），《马来亚华侨志》，台北：华侨志编纂委员会出版。

黄怀信（2003），《古文献与古史考论》，济南：齐鲁书社。

黄怀信，张懋镕，田旭东（2007），《逸周书汇校集注》，上海：上海古籍出版社。

李东垣原著；李一鸣整理（2007），《内外伤辨惑论》，北京：人民卫生出版社。

李东垣原著；王庆其编（2010），《脾胃论译注》，北京：中国人民大学出版社。

李金龙（1996），《马来西亚中医药发展史略》，新加坡：新加坡中医药出版社。

利亮时（2010），〈新马客家会馆角色的演变（1945-1990）〉，何炳彪主编，《茶阳之声》第47期，新加坡：新加坡茶阳（大埔）会馆。

李时珍（1982），《本草纲目》，北京：人民卫生出版社。

李时珍（2010），《濒湖脉学》，太原：山西科学技术出版社。

李时珍著；夏魁周等校注（1996），《李时珍医学全书》，北京：中国中医药出版社。

李松（1986），《马来西亚中医药的发展（1405-1986）》，吉隆坡：新华文化。

梁锦梅（2003），〈客家文化形成、传播与地理环境关系刍议〉，《嘉应大学学报》（哲学社会科学），第21卷第2期，页111。

林丽华（2012），〈吉隆坡客家人与循人学校的发展〉，八打灵再也：拉曼大学中文系硕士学位论文。

林水椽、何启良、何国忠、赖观福（1998），《马来西亚华人史新编》（第一册），吉隆坡：马来西亚中华大会堂总会。

林水椽、何启良、何国忠、赖观福（1998），《马来西亚华人史新编》（第二册），吉隆坡：马来西亚中华大会堂总会。

林育建（2010年8月），〈客家族群商业网络的形成与变迁：马来西亚北霹靂州太平市的中药业〉，发表于“东南亚客家的变貌国际研讨会”，台北：台湾大学人类学研究所。

林育建（2011）〈客家族群商业网络的形成与变迁：以马来西亚太平中药业为例〉，萧新煌主编，《东南亚客家的变貌：新加坡与马来西亚》，台北：中研院入社中心亚太区域研究专题中心，页315-336。

刘崇汉（1999），〈西马客家人〉，赖观福主编，《客家渊远流长——第5届国际客家学研讨会论文集》（页159-213），雪兰莪：马来西亚客家公会联合会。

刘完素著；孙洽熙、孙峰整理（2005），《素问玄机原病式》，北京：人民卫生出版社。

刘向（1987），《说苑校证》，北京：中华书局。

刘振民、钱超尘（2004），《医古文基础》，上海：复旦大学出版社。

马来西亚华人医药总会（2016），〈马来西亚华人医药总会属下之中医药院校名表〉，*Senarai Nama-nama Kolej dan Pusat Latihan TCM Di Bawah FCPMDAM*，吉隆坡：马来西亚华人医药总会。

马来西亚中医师公会金禧纪念特刊编辑委员会（2001），《马来西亚中医师公会50周年金禧纪念特刊》，吉隆坡：马来西亚中医师公会。

马来西亚中医药资讯编辑委员会（2000），《马来西亚中医药资讯》，吉隆坡：马来西亚华人医药总会中医发展委员会出版。

麦留芳（1985），《方言群认同：星马华人的分类法则》，台北：中央研究院民族学研究所。

孟诜原著；张鼎增补；郑金生、张同君译注（2007），《食疗本草译注》，上海：上海古籍出版社。

南华医院中医部 Hospital Lam Wah Ee, Chinese Medicine Division. Retrieved Jun 20, 2014, from <http://www.hlwe-cmd.com.my/>

南洋大学东南亚华人史课程师生编纂（任课导师黄枝连）（2014），《南洋大学新加坡华族行业史：调查研究报告》，新加坡：八方文化创作室。

南洋客属总会编辑委员会（1967），《南洋客属总会第三十五、三十六周年纪念刊》，新加坡：猛虎印刷出版。

乾隆四年御纂（2005），《御纂医宗金鉴》，长春：吉林出版。

区如柏（1991），《祖先的行业》，新加坡：胜友书局。

钱乙著；阎孝忠編集（2006），《小儿药证直诀》，北京：人民卫生出版社。

饶师泉（1985），〈中国传统医药在马来西亚〉，洪天赐主编，《科技与医药论集》（页 73-83），雪兰莪：马来西亚雪兰莪中华大会堂。

阮湧仰（2013），〈吉打客家籍甲必丹与华人方言群社会的互动——以戴春桃与罗启立为个案〉，八打灵再也：拉曼大学中文系硕士学位论文。

司马迁（1959），《史记》，北京：中华书局。

宋慈著；高随捷、祝林森译注（2008），《洗冤集录》，上海：上海古籍出版社。

苏伟妮（1999），《马来西亚中文地名手册》，吉隆坡：华社研究中心出版。

孙理军（2010），《全注全译黄帝八十一难经》，贵阳：贵州教育出版社。

孙思邈（2012），《千金方》，西安：三秦出版社。

田思胜等（2006），《朱丹溪医学全书》，北京：中国中医药出版社。

同善医院 Tung Shin Hospital（2014）.Retrieved Jun 20, 2014, from <http://www.tungshin.com.my/>

汪昂著；徐英整理（2013），《医方集解》，太原：山西科学技术出版社。

汪昂著；郑金生整理（2005），《本草备要》，北京：人民卫生出版社。

王付兵（2012），《马来亚华人的方言群分布和职业结构（1800-1911）》，昆明：云南美术出版社。

王孟英著；南京中医药大学温病学教研室整理（2005），《温热经纬》，北京：人民卫生出版社。

王明（1985），《抱朴子内编校释》，北京：中华书局。

王叔和著；陈婷校注（2011），《脉经》，北京，中国医药出版社。

王梓材（2007），《世本集览》，北京：北京图书馆出版社。

〈卫生部将实施 5 法令·中医药业者须避免违规〉，《星洲日报》〈大柔佛·社区报〉，2014 年 7 月 1 日。

魏征（1973），《隋书》，北京：中华书局。

- 文平强（2007），〈华人移民与环境适应——探讨马来西亚客家人的经济适应与变迁〉，《马来西亚华人研究学刊》第10期（页19-34），吉隆坡：马来西亚华社研究中心。
- 吴华（1980），《马来西亚华族会馆史略》，新加坡：东南亚研究所。
- 吴华（1977），《柔佛新山华族会馆志》，新山：东南亚研究所出版。
- 吴华（2002），《柔佛州华族组织概述》，新山：陶德书香楼出版。
- 吴普等述（1981），《神农本草经》台北：台湾中华书局。
- 吴塘（2013），《温病条辨》，北京：中国医药科技出版社。
- 吴仪洛著；朱建平、吴文清点校（2001），《本草从新》，北京：中医古籍出版社。
- 吴又可著；何永校注（2011），《瘟疫论》，北京：中国医药科技出版社。
- 昔属药业公会会议记录（1960），《昔属药业公会会议记录簿 1960-1963》
昔加末：昔属药业公会。
- 厦门大学马来西亚分校 Xiamen University Malaysia（2014）.Retrieved January 16, 2016, from <http://www.xmu.edu.my/>
- 萧新煌（2010），〈东南亚客家的社会学考察〉，何炳彪主编，《茶阳之声》第47期，新加坡：新加坡茶阳（大埔）会馆。
- 谢重光（1995），《客家源流新探》，福州：福建教育出版社。
- 谢重光（2001），《客家形成发展史纲》，广州：华南理工大学出版社。
- 许慎撰；徐铉校定（1968），《说文解字：附检字》，北京：中华书局。

- 许小平、曾琬岑（2009），〈论客家文化的海外传播〉，《科学、经济、社会》，第 27 卷第 4 期，页 125-128。
- 许云樵（1961），《马来亚丛谈》，新加坡：青年书局。
- 许云樵（1961），《马来亚史》，新加坡：青年书局。
- 许云樵（1988），〈柔佛华人拓殖史〉，《柔佛州中华总会四十周年纪念特刊》，麻坡：柔佛州中华总会，页 93-105。
- 薛己著；申玮红校注（2012），《内科摘要》，北京：中国医药科技出版社。
- 颜清湟（2005），《海外华人的社会变革与商业成长》，厦门：厦门大学出版社。
- 严用和著；刘阳校注（2012），《严氏济生方》，北京：中国医药科技出版社。
- 杨鹤书（1997），〈客家人适应方式的转变与其对马来亚早期开发的贡献〉，《中南民族学院学报（哲学社会科学版）》，第 2 期（总第 85 期），页 81-85。
- 杨金萍（2010），《汉画像石与中医文化》，北京：人民卫生出版社。
- 杨天宇（2004），《周礼译注》，上海：上海古籍出版社。
- 杨叔澄（1938），《中国制药学》，北京：北京中药讲习所。
- 姚春鹏（2011），《黄帝内经》，北京：中华书局。
- 叶桂撰；张志斌整理（2007），《温热论》，北京：人民卫生出版社。
- 叶天士著；苏礼等整理（2006），《临证指南医案》，北京：人民卫生出版社。

俞震著；角震廉校释（2013），《古今医案按》，上海：上海浦江教育出版社。

喻嘉言（2011），《寓意草》，北京：中国医药科技出版社。

袁珂（1980），《山海经校注》，上海：上海古籍出版社。

张从正著；王雅丽校注（2011），《儒门事亲》，北京：中国医药科技出版社。

张登本（2006），《王焘医学全书》，北京：中国中医药出版社。

张翰璧（2013），《东南亚客家及其族群产业》，台北：中央大学出版中心。

张翰璧（2011），〈族群政策与客家产业：以新马地区的典当业与中医药产业为例〉，萧新煌主编，《东南亚客家的变貌：新加坡与马来西亚》，台北：中研院入社中心亚太区域研究专题中心，页 289-313。

张介宾著；王大淳等校对（2013），《景岳全书》，杭州：浙江古籍出版社。

张仲景撰；何任、何若苹整理（2005），《金匱要略》，北京：人民卫生出版社。

张仲景著；张景明、陈震霖主编（2010），《全注全译伤寒论》，贵阳：贵州教育出版社。

赵佶（2013），《圣济总录》（校点本），北京：人民卫生出版社。

赵璞（1983），《中国古代医学》，北京：中华书局。

赵献可著；郭君双整理（2005），《医贯》，北京：人民卫生出版社。

赵学敏（1998），《本草纲目拾遗》，北京：中国中医药出版社。

郑良树（2004），《柔佛州潮人拓殖与发展史稿》，士古来：南方学院出版社。

中华施诊所四十周年特刊编委会（1994），《中华施诊所四十周年纪念特刊》，吉隆坡：马来西亚中医师公会。

周伟民，唐玲玲（2004），《中国和马来西亚文化交流史》，海口：海南出版社。

诸国本（2006），〈论民族医学——中国少数民族的传统医学〉，《中国民族医药学会》，第8卷第2期，页57-64。

朱绍侯（1982），《中国古代史》，福州：福建人民出版社。

Drs. Ungku Mohd. Zaman Bin Tahir. (2001). *Segamat, Sejarah dan Mitosnya 2*.

Johor Bahru: PGI Cipta Sdn. Bhd.

Masjid Daerah Segamat. *Sepintas Lalu Sejarah Segamat*. Carian maklumat dibuat pada 10 Mei 2014 di URL:

<http://www.mdsegamat.gov.my/web/guest/sejarah-segamat>

Sharon A. Carstens. (2012). *Histories, Cultures, Identities: Studies In Malaysian Chinese Worlds*. Singapore: National University of Singapore.

Tuan Haji Hassan bin Haji Muhammad (2013). *Sejarah Segamat*. Carian maklumat dibuat pada 10 Mei 2014 di URL: <https://ms.wikipedia.org/wiki/Segamat>

方荣辉（2014年3月18日），“昔加末早期中药业的形成”。（余金霞[访问人]）

郭怡捷（2014年8月13日），“中医药业的发展”。（余金霞[访问人]）

李思华（2014年9月19日），“现今中药业的经营”。（余金霞[访问人]）

李植友（2014年9月19日），“现今中药业的经营”。（余金霞[访问人]）

刘进才（2014年2月20日），“昔加末客家公会的形成”。（余金霞[访问人]）

吴天和（2014年12月28日），“昔加末客家人的生活动态”。（余金霞[访问人]）

附录

附表（一）

受采访者职衔、时日与地点一览表

姓名	职衔	采访日期	采访时间	采访地点
方荣辉	昔加末中医药业公会 会务顾问	18/03/2014	下午四时至 六时三十分	福安堂药行 有限公司
郭怡捷	昔加末中医药业公会 会长	13/08/2014	上午九时至 十二时	诚利制药厂
李思华	昔加末中医药业公会 财政	19/09/2014	中午一时至 二时四十分	祥海记饭店
李植友	昔加末中医药业公会 交际	19/09/2014	中午一时至 二时四十分	祥海记饭店
吴天和	昔加末客家公会 会长	28/12/2014	上午十时至 十二时三十分	福兴药行 酒庄
刘进才	昔加末客家公会 总务	20/02/2014	中午二时至 三时十五分	昔加末客家 公会会所 三楼办公室

附表（二）

昔加末中医中药从业人员一览表

编号	中药店名	中医师	中药师	方言类别
1	保安药行酒庄		罗智宪，罗瑞强 罗瑞昌，郑秀霞 钟晓薇	客家
2	诚利制药厂	郭怡捷	郭怡胜，郭志亮	福建
3	德安堂药业有限公司	唐崇杰	彭淑凤，彭莲凤	客家
4	德仁堂药行（五金）		陈庆顺，俞财 张明发，陈淑娟	福建
5	东峰参茸药行		余金城	客家
6	福安堂药行有限公司		方荣辉，王连庆	福建
7	富和药行百货	何富和	何富和	客家
8	福和堂		李兴利，郑家燕	客家

编号	中药店名	中医师	中药师	方言类别
9	福健药行	廖丙丁	廖奎鉴，廖谚楞 刘利鸯	客家
10	扶生药行		余思庆	客家
11	福泰参茸药行		彭瑞棠，梁新梅	客家
12	福祥药行		林福翔	客家
13	福兴药行酒庄		吴天和，赖雪珍	客家
14	广生堂	邱广发	张永燕	客家
15	和利参茸药行		郭伟利	福建
16	恒春堂药行有限公司		罗启发	客家
17	华兴药行		吴富源	客家
18	联合药行		张英达	客家

编号	中药店名	中医师	中药师	方言类别
19	联华药行		陈国松	客家
20	民生药行		张志华	客家
21	民众百货药行		刘锦昌, 李秀婉	客家
22	民众参茸药行		刘锦强, 陈玉春	客家
23	民众药行		刘锦坤, 陈有妹 钟伟祥	客家
24	仁春行药业		彭海济	客家
25	仁泰参茸药行		李永昌, 彭美华	客家
26	泰和堂		林伟达	客家
27	天然药行		李明珠	福建
28	万和堂药行酒庄		何富源	客家

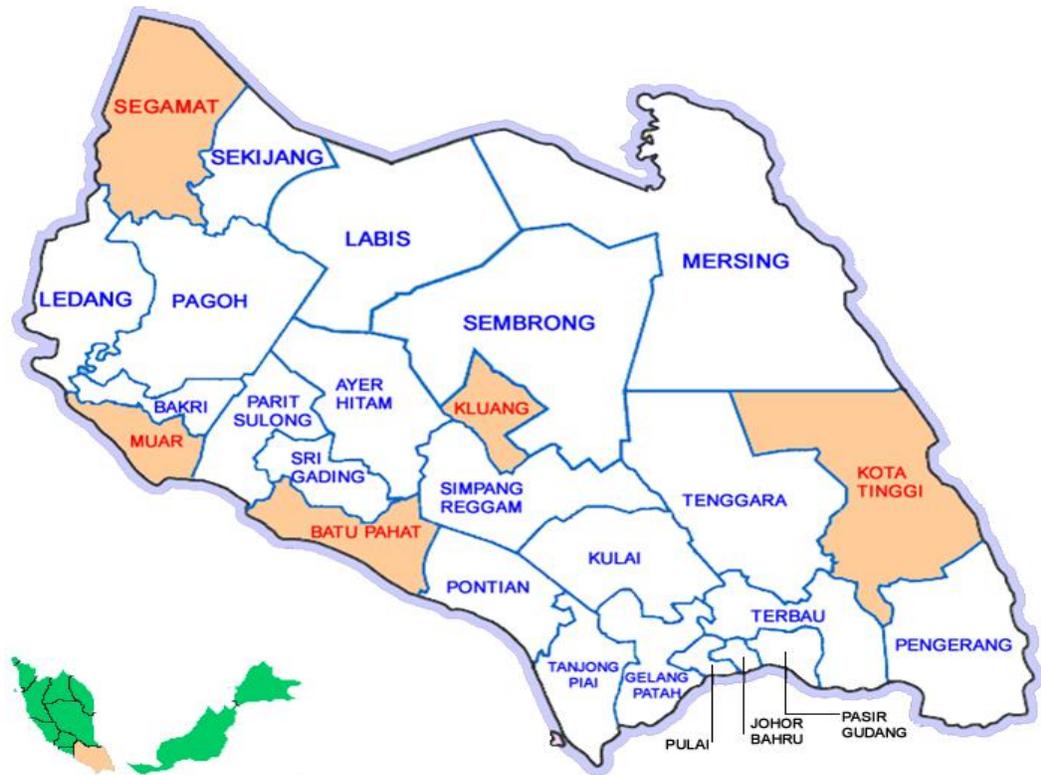
编号	中药店名	中医师	中药师	方言类别
29	万济堂		李振法, 李法融 吴瑞花	客家
30	万山药行		何镇辉, 颜佩金	客家
31	万源隆参茸有限公司		黄清片	福建
32	新福兴酒庄药行有限公司	李思华	李思华, 刘丽玲 刘丽薇	福建
33	杏林春药行	赖顺昌	赖必有	客家
34	应和堂		李天送	客家
35	永春和药行		吴江湖	客家
36	永和堂(龙记)药行		刘宝龙	客家
37	永泰参茸药行百货商店		李锦璇	客家
38	元和堂药行有限公司		张英权, 张春熙 张黎明, 杨云华	客家

编号	中药店名	中医师	中药师	方言类别
39	致和堂	吴立友	吴立友	客家
40	中友药行酒庄百货公司		李植友, 蔡莲蓬	福建

资料来源：笔者整理自昔加末中医药业公会所提供之手写会员资料表格

附图（一）

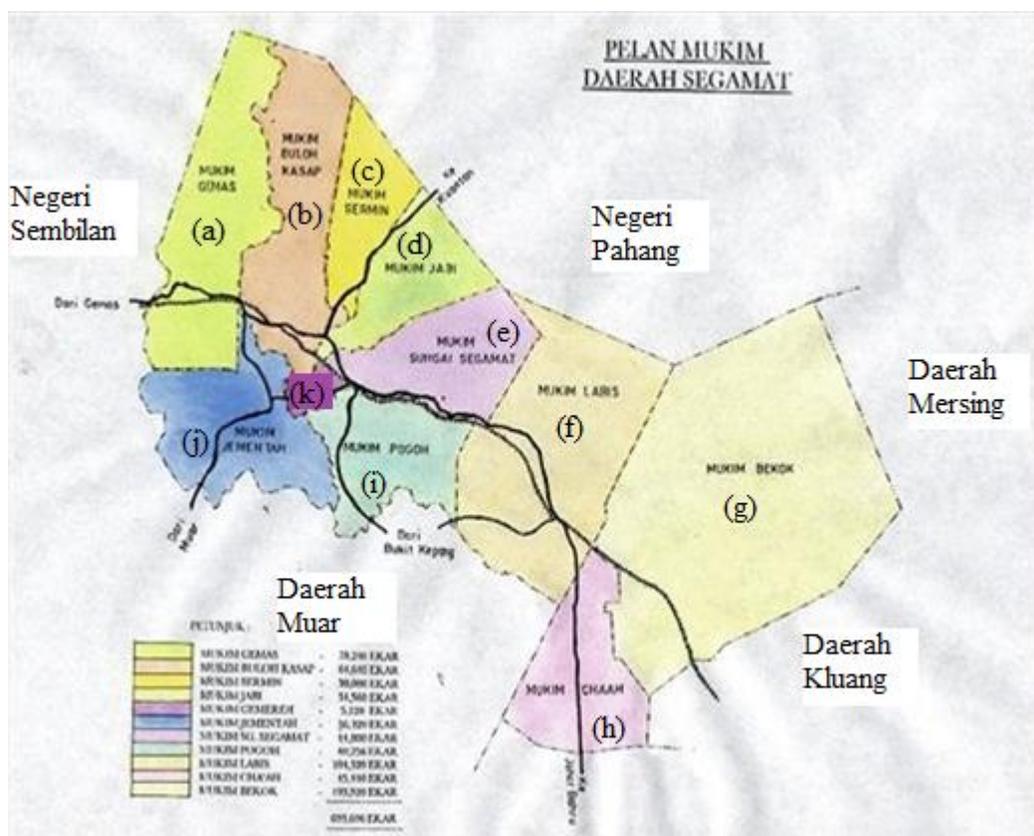
柔佛州（Johor）地图



资料来源：<http://spm.um.edu.my/news/20120319-crp/>

附图（二）

昔加末（Segamat）地图



昔加末县共拥有十一区：

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| (a) Mukim Gemas | (g) Mukim Bekok |
| (b) Mukim Buloh Kasap | (h) Mukim Chaah |
| (c) Mukim Sermin | (i) Mukim Pogoh |
| (d) Mukim Jabi | (j) Mukim Jementah |
| (e) Mukim Sungai Segamat | (k) Mukim Gemereh |
| (f) Mukim Labis | |

资料来源：笔者整理自 https://en.wikipedia.org/wiki/Segamat_District

附图（三）

马来西亚华人医药总会徽章



Federation of Chinese Physicians and Medicine
Dealers Associations of Malaysia (FCPMDAM)

资料来源：笔者自摄

附图（四）

昔加末中医药业公会徽章



Persatuan Tabib Dan Peniaga Ubat Cina Segamat, Johor

资料来源：笔者自摄

附图（五）

受采访者照片

(a) 昔加末中医药业公会会务顾问
方荣辉



(b) 昔加末中医药业公会会长
郭怡捷



(c) 昔加末客家公会会长
吴天和



(d) 昔加末客家公会总务
刘进才



资料来源：笔者自摄

附图（六）

客家籍中药店之概貌

(1a) 福健药行由家族营运，
从业人员为中医师与配药师。



(1b) 店内设有茶水柜，为中医师
冲泡药散之用。



(1c) 福健药行之百子柜



(1d) 百子柜上刻有各种药材名称



(1e) 百子柜内部构造



(1f) 格子由实木制成，间隔存放药材



(1g) 捣药盅与切药刀



(1h) 药架上特制的各种药散



(2a) 福兴药行酒庄由家族营运，
从业人员为配药师。



(2b) 店内销售之中成药与日用品



(2c) 店内销售之各类药酒与补酒



(2d) 由昔加末执照注册局授令之酒类
禁售对象告示



(2e) 福兴药行酒庄之百子柜



(2f) 由于配药师已熟记药材的摆放，因此百子柜不刻有药材名称。



资料来源：笔者自摄

