

## 浅议中医的范式回归

★ 孙洁<sup>1\*</sup> 李秋芬<sup>2</sup> (1 浙江中医药大学附属第一医院泌尿外科 杭州 310000 2 浙江中医药大学附属广兴医院内一科 杭州 310007)

**摘要:**近百年来,中医临床领地不断萎缩,中医及其从业人员数量和地位持续下降。笔者借鉴库恩的“范式”理论,在分析中医“范式丢失”的起源和发展过程的基础上,从管理、教学、临床和研究等各个方面探讨了“范式丢失”对中医的影响。并提出中医“范式丢失”是引起近现代中医停滞不前的根本原因。“范式丢失”后的中医在管理层面上失去了话语权,并直接导致中医教育、研究的去中医化,从根本上限制了中医自身的发展。寻求中医的“范式”回归是现代中医发展的唯一道路。而打破“科学主义”的霸权,坚持建立、完善独立的管理、经营、教育和临床体系,则是寻求中医“范式”回归之路的关键。

**关键词:** 中医; 科学; 范式

**中图分类号:** R 2-03 **文献标识码:** A

中医不仅是中华民族的宝贵财产,也是人类文化家园的一朵奇葩。但是,她和其他传统民族医学一样,正经受着以西方医学为主的现代医学的强烈冲击。自十九世纪西医大规模传入中国至今,中西医之争几乎从未停止过,而废止中医之言论更是数度喧嚣。与之相伴的是中医临床领地的不断萎缩和中医及其从业人员数量和地位的持续下降。造成中医目前这种尴尬事实的原因是什么?这个问题已经成为中医研究者们无法回避,却又难以解决的关键问题之一。借鉴库恩的“范式”理论,笔者认为,中医是基于中国文化背景的医学理论,其范式与基于西方现代科学的西医是不可通约的。近百年来来的中西医之争所导致的中医“范式丢失”是引起近现代中医停滞不前的根本原因。“范式丢失”后的中医在管理层面上失去了话语权,并直接导致中医教育、研究的去中医化,从根本上限制了中医自身的发展。寻求中医的“范式”回归是现代中医发展的唯一道路。

然而,提出问题永远比解决问题容易,中医“范式”回归之路必将是漫漫其修远。在开始寻求回归之前,我们只能约略地猜想一些可能的方向。

### 1 什么是中医的“范式”

要寻求“范式”的回归,首先要找到正确的回归

方向,即搞清楚什么是中医“范式”。这个问题包括两个方面,一是什么是中医,其次是什么是中医的范式。

虽然中医这个词被广泛运用,但从来没有一个精确的定义。在西方诸国的坚船利炮打破中国国门以前,所有中国医师们运用的理论和技术无疑都属于中医,在此之后问题就变得复杂起来。明末清初之时,为了与西学之医术相区别,将外来者称为西医,本土者称为国医或者中医。由发源而定义中西医在最初当然是很方便的,但随着历史的发展,中西医之间的相互渗透影响,二者之间的界限也变得不那么清楚了。现代中医之研究几乎没有不涉及现代医学理论和技术的,这些研究难以归属于中医之下或者说纳入中医理论系统成为中医界面临的巨大难题。究其根源,乃在于缺乏判断一个理论或结论是否属于中医的标准。因此,我们有必要对中医重新加以定义。

鉴于精确定义中医的困难性,我们可以先寻找一个合理的划界标准。整体观念和辨证论治被认为是中医的两大特点,似乎是最合适的划界标准。但事实上它们并不能担此重任——即使是一些毫无疑问地属于中医的东西也可能不具备,或者不同时具备这两个特点。此外,辨证论治是体现在临床实践

\* 作者简介:孙洁(1975-),男,湖北孝感人,住院医师,研究方向:中医男科学,科学哲学在中医教育中的应用。

中的,基础理论如脏腑经络理论无法或至少很难具备这个特征。整体观念则不为中医理论所特有,现代医学的社会-心理-生物医学模式已经将整体观念引入医学理论,而我们当然不能说具有整体观念的现代医学就是中医。

方药中先生提出的“整体动态观”可能更适合于界定中医。从学科特点来看,中医和现代医学关注同样的研究对象——人,具有同样的研究目标:防治疾病、维护健康,所不同是中医运用整体动态观来分析和研究对象,而现代医学则基于西方自然科学,尤其是生物、化学等学科,用逻辑实证的方法来开展研究。所以,我们可以将“整体动态观”来做为中医的划界标准,在此标准之下,技术和表述方法都不再是中医与现代医学区别的标志。中医可以运用各种现代仪器观察人体生命活动的改变,而针刺穴位、中药处方也可以在现代医学理论指导下进行,成为现代医学治疗学的一部分。区别只是在于运用这些手段时所遵循的方法论不同。这样,我们得到了中医的新定义:用整体动态观来研究人体生命过程以及疾病防治方法的学科。

在此标准下,我们可以尝试寻找中医的“范式”。如前文所述,“范式”是某一科学共同体在某一专业或学科中所具有的共同信念,这种信念规定了他们的共同的基本观点、基本理论和基本方法,为他们提供了共同的理论模式和解决问题的框架,从而成为该学科的一种共同的传统,并为该学科的发展规定了共同的方向。对于中医来说,这个共同信念就是“天人合一”,在此信念下中医师们利用阴阳五行学说为指导思想,坚持整体观念和辨证论治的思辨模式来进行理论和临床研究。而脏腑经络则是中医“范式”的基本理论框架。其传统诊治手段为望闻问切、中药针推等。但只要是在这种中医“范式”指导下进行的诊疗活动,包括经典的西医治疗方法和最新诊治技术,都可以视为中医的一部分。

## 2 加强自信,明确主体,促进中医“范式”的回归

要寻求中医“范式”的回归,第一要务就是加强自信,始终将中医作为各种研究工作的主体。自从中西医论争以来,受西医“科学”大棒的持续打击,中医的自信力已经消失殆尽了。从坚船利炮到火箭上天,科学之力人所共见。于是,无论何人何事,都是言必称科学,以为科学乃真理之本。所有不科学的都是错误的。但是,前面我们已经详细分析了中医“范式”与西方科学是不可通约的,不可能以所谓“科学”来证明中医的正确性。中医师们完全不需为此而耿耿于怀。我们要按住西医的“科学”大棒,

自信地走向中医“范式”回归之路。

2.1 管理独立 中医管理自从商周之时就已经开始,5 000年来从未间断。商代已有管疾病的小臣,而据《周礼·天官》所载,当时有了非常完整的医政系统。包括:(1)设置医师官职,“医师掌医之政令,聚毒药以供医事”,相当于卫生行政官吏,总管医药行政。(2)制定医生考核制度,“岁终稽其医事,以制其食。十全为上,十失一次之,十失二次之,十失三次之,十失四为下”,医生水平的评价及其俸禄等级由医生的技术水平和治疗效果优劣来决定。(3)医生需记录自己所治少者、老者的病,有治之或有不治之状的情况。“凡民之有疾病者,分而治之,死终,则各书其所以,而入于医师”,慎重对待民之病死,相应地建立病历记录和死亡报告,这是世界上最早的病历记录和死亡报告制度。后经历代完善和变化,至清末时不但分科更细,而且建立了明确的医师定期考核制度、注册制度及处理相关医疗事故的法规等<sup>[1]</sup>。

民国以后,为着政治上,而不是医学上的原因,在一批归国的日本医学留学生推动下,1912年7月举行的临床教育会议上故意遗漏了中医教育内容。随后1914年当北京中医代表向北洋政府教育部申请北京中医学会注册时,教育总长汪大燮以“吾国医学毫无科学根据”为由,禁止中医开业。并得到汪精卫主持下的行政院大力支持。后虽中医界屡次全力抗争,但因为政府主要部门都被留洋归国人士掌握,仅立寸功,唯保中医能断续合法行医、教学的权利而已。中医实际上被逐渐排挤出主流医学之外。而中医医政管理也失去其独立性,依附于根据西医范式所确立的法规之下。

建国以后,虽然在第一届全国卫生大会提出了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针,承认了中医的合法地位。但是仍然沿用了西医模式来管理中医,五十年这一趋势不但没有纠正,反而不断加强。目前对中医的培训、注册、执业活动、司法鉴定都与西医实行着几乎完全一样的标准,这显然大大限制了中医的发展。

例如《执业医师法》规定,须有4年以上医学院校学历方能参加资格考试,且考试内容近一半是西医。这使得那些虽有医术,但只是学徒出身、未受过正规西医教育的民间中医拿不到行医资格。

而历代中医所擅长的自制膏丹丸散则越来越受到法律的严格控制。按2001年2月28日颁布的《药品管理法》第二十三条规定:“医疗机构配制制

剂,须经所在地省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门审核同意,由省、自治区、直辖市药品监督管理部门批准,发给《医疗机构制剂许可证》。无《医疗机构制剂许可证》的,不得配制制剂”。最初这一制度只要求医院备案以便管理,但是在2005年6月22日推出的《医疗机构制剂注册管理办法》却要求“申请医疗机构制剂,应当进行相应的临床前研究,包括处方筛选、配制工艺、质量指标、药理、毒理学研究等”。这意味着每一个临床应用多年的中药制剂都必须付极大的人力、物力和时间以满足申请要求,于是大量用之有效的自制剂因此而消亡了。

实际上相关医药法规中将西医“范式”强加于中医之上者触目皆是,难一一列举,其它如医疗质量及事故鉴定等更是完全按西医一套,不待多言。因此,中医“范式”回归之第一要务就是寻求中医管理的独立,在中医思想指导下建立一套完整的、符合中医“范式”的管理体系。实际上数千年来,我国已经在这方面积累了丰富的经验,之所以迟迟没有这样的政策出台,主要还是受科学主义的影响,一切都要接受西方的“先进思想”,而罔顾中医自身特点造成的。中医界自身纠缠于中医科学论,始终没有发出有力的呼声也是重要原因之一。

然言则易,行则难。一部法规的推出所涉及者不仅仅是医学专业上的问题,还包括政治、经济、各方利益等许多问题,实非一人所能为。做为一名中医师,我们能做的除了保持清醒头脑,大声为中医疾呼外,就只能是深入研究相关的专业问题,尝试从医学角度提出我们的管理方案,以备察人风者得之了。

2.2 经济独立 在当前商品经济环境下,经济问题实际上是束缚中医发展的最现实问题之一。“穷”是上至到中医药大学,下至县中医院遇到的共同问题。除了中医人员“唯愿人皆健,何妨我独贫”的“旧思想”以外,中医收费被严重低估也是重要原因,甚至相当多的技术根本没有定价。在《全国医疗服务价格项目规范》规定的3966项服务项目中,中医只有97项,占2.45%。其中针灸收费项目包括电针、仪器针在内只有14项,而《内经》中就至少记载了9种针具,26种针法<sup>[2]</sup>。

其次,收费标准也与中医特色格格不入。还以针灸为例。针刺取穴讲究少而精,针刺时要全神贯注,一些特殊针法甚至要求手不离针。可是现行收费标准却按针数收费,而且越是扎后不用管的电针、仪器针,收费越高。若医者取穴精当,再辅以太极针法这样的特殊针法,恐怕一名针灸医师一天的工作

连饭钱都赚不回来。具有良好疗效的中医手法正骨也因为收费低廉的原因逐渐在中医院中消失,现在省级中医院几乎难以看到手法正骨的身影,取而代之的是各种先进的手术。一个肱骨干骨折手法复位收费150元,而肱骨骨折切开复位内固定术则收费1050元,再加上围手术期治疗,两者经济利益差别之大不言自明。

医药分家更让中医“贱卖”现象雪上加霜。众所周知,中医的主要治疗手段是中药汤剂,而按现行医药分家政策,中草药也属药品之列,不计入医疗收入,也即不计作医生的工作量。这样一来,中医教师们无论治好了多少病人,只要没有用现代检查、治疗技术,都算做无所事事。他们甚至不能同时进行传统的中医临床治疗,因为现在许多大型中医院里的非针灸科医师甚至连针灸针都不能合法获取,又何谈中医治疗呢?不正确的经济政策让中医和中医院完全失去了经济竞争力,只能向西医化方向发展。2004年,我国中医院医疗质量监测中心公布,中医院住院药品收入中草药仅占4.66%,中成药占17.58%,而西药则占77.76%<sup>[3]</sup>。没有条件西化的基层中医院甚至连维持运作都存在困难。

可见中医要真正独立,就必须在经济政策上先独立起来。只有中医的价值真正地在价格上体现出来,中医才能获得足够的资金完成其教育、科研和临床的全过程,才能避免因为经济因素远离中医“范式”。另一方面,适当提高中医诊疗技术价格不但不会增加医疗负担,反而会因为激发了中医院的潜力而为国家节约大量的卫生资源。新价格体系的建立当然需要国家和中医管理部门的政策支持,但更为重要的是尊重市场规律,让市场定价格,给中医以自由的经济发展空间。

2.3 教育独立 自1956年创办北京、上海、广州、成都等四所中医学院以来,至2000年时我国已有27所中医学院或中医药大学,3所民族医药院校,51所中等中医药学校,并有22所高等医学院校和近100所中等卫生学校设置中医或中药专业<sup>[3]</sup>。加之并行发展中医药继续教育、岗位培训、师承教育和函授、夜大等多种形式的中医药成人教育,中医药教育的规模可谓空前“强大”。然而在如此强大的教育背景下,中医执业人数却从建国时50万人下降至如今的19万人。对于现行中医教育的失败,原因很多,讨论也不少。但是根本的原因还是中医“范式”丢失后,失去了在政策、管理层面的话语权。结果现代中医教育缺乏独立性,不能按照中医的需要来进行。

中医“范式”在教育层面的回归是必在管理层面的回归之后的。中医教育要得以改善,首先就要求给予中医教育以足够的自我空间,让中医按自己的需求进行传承。只要能做到这一点,具体的教育方式不成问题。因为中医教育历史悠久,实际上已经形成了一套行之有效的教学系统,那就是学院与师承并重。这一方法完全可为今日中医教育借用。

虽然中医高等学府在建国之后才出现,但官方进行的中医规模教育却由来已久。刘宋元嘉二十年(公元 443年)时,太医令秦承祖奏请设置医学,以便广为授徒,培养医学人才,是为我国官方医学教育之始。其后隋唐宋元历代以降,均有太医署、太医局、太学等专门机构进行学校式的医学教育。而且除了这些中央“医学校”外,各州府也有相应机构培养医学生。这些中医学校由政府设立,有专门的医学博士、医学助教进行教学,有规范的教材和严格的考试制度,自宋以降还为医学生们创造了实习机会,并对其实习经历进行考核以决定其是否可以独立行医。所以中医院校并不是西学东渐后首创,实乃古已有之,而且已经有了丰富的经验。现在中医院校完全没必要照搬西医的办学模式,而大可以参照古时太医局的教学模式培养真正的“铁杆中医”。

师承当然是中医教育中另一重要组成部分,师徒相授对中医传承的重要性已经有很多论述。但是名师难求,好徒弟也不好找,理想的师徒传承并不容易。况且师徒相授效率太低,一个名医数年内只能培养几名徒弟,做为精英教育则可,若以其为普及教育就不太现实了。所以师承应当与学院教育相配合。学院教育进行基础教育,对优秀者再辅以师承学习,使之提高更快,少走弯路。对于学院里高年级的学生则可以尽早地以跟师侍诊的方式接触临床,既能学习中医临床实践,又能为建立良好的师徒关系做准备。

2.4 临床独立 临床是中医核心,没有临床疗效,就没有中医存在的必要。但是目前在临床上,中医仿佛成了西医的附庸。西医诊断、中医治疗盛行一时,中西药同用,或者先手术、再吃药更是屡见不鲜。纯中医治疗少之又少,好象没了西医,中医连病都不会看了。这种现象当然与一部分中医师们水平欠佳,缺乏自信有关,但现在临床疗效评价、医疗质量分析以及医疗事故鉴定都是西医“范式”内的产物

是更为现实的原因。中医如果不能在这三个方面取得自主权,就永远不能进行真正的中医临床,其中最重要的当属医疗事故鉴定。

在当前医疗环境下,医师临证之时都如履薄冰,唯恐一个不慎,就此断送了行医生涯,甚至招来不期之祸。因此,一旦有所争执,如何进行医疗鉴定就非常重要了。现在的鉴定标准都是西医的产物,所以中医师处方用药时就不得不考虑西医的标准,否则就可能面临法律的诘问。例如肿瘤患者只用中药算不算延误治疗?糖尿病人用含糖中药如人参是否合法?急腹症不马上开刀算不算处理错误?所有这些都,如果一药而愈,当然皆大欢喜。但如为药石之不逮,应当如何判断这些处理是否合适呢?肿瘤用中药没治好就是延误治疗,用西药化疗无效,甚至死亡就理所应当吗?糖尿病人为什么就不能因证施药呢,有效成分里不含糖的中药又有几味呢?至于急腹症,中医治疗已经积累了丰富的经验,但是如果有手术指征而尝试中药治疗,效则效矣,一旦不效,可能就演变成医疗事故了。如此环境之下,医师怎么敢用中医治病呢?因此,对临床工作的司法鉴定标准已经成为限制中医临床的一个重要因素。

其实中医自有其医理、药性,只要按照中医理论诊治,就不是“医疗事故”,而不按医理药性使用中药,即使符合西医规范,又何尝不是伤人于无形呢?中医医疗事故只能由中医鉴定,否则中医临床就不能真正运用自己的理论和治法,只能屈从于西医的理论体系之下,导致中医全盘西化。

总之,中西医之争,历经百年,中医数经生死,本质是在西医借助强势的“科学主义”迫使中医“范式”丢失,并失去在管理层面上的话语权,直接导致中医教育、研究的去中医化。要发展中医,就必须加强自信,打破“科学主义”的霸权,坚持建立、完善独立的管理、经营、教育和临床体系,从而寻求中医“范式”的回归之路。

#### 参考文献

- [1]裴莹,郭义.中国古代中医法规考.中华中医药学刊. 2008, 26(2): 352-353.
- [2]陈宁.扭曲的中医链条.医院管理论坛. 2007, 124(2): 26-32
- [3]陆蓬航,刘振民.中医药教育辉煌的50年.中医教育 ECM. 2000, 19(1): 3-9.

(收稿日期: 2010-09-23 责任编辑: 周茂福)

欢 迎 投 稿 ! 欢 迎 订 阅 !