

# 百年中医思想传承模式变迁史述论

王 峰

(中国社会科学院研究生院,北京 102488)

**摘要:**文章从中医师承模式演变的视角,对近代以来的中医发展史进行了考察。百余年来,中医教育从传统的师承、家传,发展到院校教育占绝对的垄断地位,并通过院校统一的办学模式,以及市场准入制度限制其他中医教育模式,构筑了一个一元化、封闭、教条的中医教育体系。这一封闭的体系成了统一中医思想的工具,使中医院校教育模式缺乏有效竞争,限制了中医知识传播的渠道,传授的中医知识是标准化的,中医思想失去了多元性,从而使中医学学术缺乏活力,相对西医更加缺乏竞争力。

**关键词:**政府与社会;行政垄断;思想竞争;医疗史;中医;院校教育

中图分类号: R-09

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2016)01-059-008

doi: 10.7655/NYDXBSS20160115

中医的传承,自古以来以传统的家传、师承为主。近代以降,传统的中医传承模式受到院校办学的挑战。历经百余年的发展,现代中医院校教育确立了绝对的垄断地位,传统师承模式日渐式微。本文对这一历史过程进行考察,并分析其对社会、对中医发展所产生的现实影响。

## 一、中医院校教育模式的垄断:历史的考察

### (一)近代中医院校办学:有益的探索

古代的中医教育,有朝廷官办的医学教育与民间的师徒、家传之分野。皇家专门设有管理中医的机构(如清代的太医院),承担对内培养医生的职能。民间中医则主要靠师承、家传及等方式传承。当然官民二者之间也有不多的交互作用。中医的传统传承,一直发展到近代被打破。

近代以降,中国社会面临严峻的民族危机与社会危机。在西学东渐,批判传统文化及社会改良的大潮中,作为“西学”的西医在中国的传播与被接受,使中西医之间形成鲜明的对比。与西医相比,古老的中医显得“落后”,并与传统文化一起,被认为是落后、不科学的。中医的家传、师承教育模式,与西医的院校培养模式相比,自然也显得相形见绌。在这种背景下,倡导中医学改良,成为中医学界的主流思

想。中医界采取了诸多革新措施,如办报纸、成立学术团体、兴办中医院校、设立中医院等,试图用西方科学来改良中国医学。

自1885年陈虬在浙江省创办了最早的民办“利济医院学堂”后<sup>[1]124</sup>,中(西)医学堂纷纷在全国各地创办。从清末到新中国成立,上海、北京和广州、江西、重庆、沈阳、山西等地,都有中医学堂创办。1915年丁甘仁等人创办的上海中医专门学校、1916年设立的浙江中医专门学校、1926年的苏州国医专门学校、1927年秦伯未等人发起创办的上海中国医学院、北平医药学校(1930年创办)、上海新中国医学院(1936年开办)等比较有影响。中医院校办学在20世纪30年代达到高峰。全国各地创办的中医院校、讲习所或学社,生生灭灭,到新中国成立前夕,累计有78所之多<sup>[1]190</sup>。对近代的中医院校办学,或许可以从政府与市场、政府与社会的视角,对其特点进行简单分析。

### 1. 中医院校以民办为主,多数学校财务困难

民国中医院校大多是由民间个人、组织出资、管理<sup>[1]194</sup>,多数学校财务困难,办学时间长短不一。清末民初,中医社团如上海中国医学会、上海医务总会(神州医药总会)、上海中西医学会、北平的京师医学研究会均创办了中医教育机构。大多数中医院校教

收稿日期:2015-11-07

作者简介:王峰(1976-),男,安徽砀山人,博士研究生在读,研究方向为公共财政与公共卫生投资。

育机构是由当地名医、社会贤达或中医社团创办,自筹经费,财务拮据,仅有个别学校得到地方政府资助。比如陈虬所办的“利济医院学堂”及附设中医院,主要靠社会各界的捐款、诊费及学费维持,但医院、医学堂终因入不敷出而破产<sup>[2]</sup>。1938年朱小南继任中国医学院院长后,每年还要自掏腰包两万银元补贴学院。北洋时期上海地区的七所中医院校,到1928年3月,仅有上海中医专门学校维持。上述78所中医学校,到新中国成立前,仅有3所还在开办。中医院校要独自在市场中谋求生存,尤其是在波谲云诡的近代,实属不易。

### 2. 中医院校多元化的办学模式

各中医学校在教材、学制、教学等方面,均保持着各自的特点。比如教学年限从一年到五年不等,开设的课程也不完全相同。以教材为例,教材由各中医学校自行编写,统一教材的愿望在民国期间始终没能实现。1928年,11所中医学校在上海讨论教材编写问题。会上,陆渊雷与包识生争论三日,无法对课程、教材、学制等问题达成统一意见,统一教材当然没有什么结果。1929年,全国医药团体联合会在上海再次召开中医教材编辑会议,会上就中医学校入学资格、修业年限、学说采用标准等达成了初步意向,但未能形成全国统一的教科书。后来“中央国医馆”又作了种种努力,但统一的教材始终没有形成。据不完全统计,民国期间各中医学校编成的中医教材数量多达536种,其中《内经》讲义37种,中医基础理论52种,《伤寒》与《金匱》78种,诊法29种,针灸推拿32种,本草药物学53种,处方与方剂类22种,临证各科174种,医案医话医论20种,医史11种,养生类2种,综合类及讲义丛书26种<sup>[3]</sup>。实际上,各个学校均保持着自己的办学模式。

### 3. 中医院校办学的不合法性

中医院校办学不为当局所承认,也不被列入国家教育系统。中医学校难以在政府备案,仅有上海中医专门学校(1915年)和广东中医药专门学校(1917年)备案成功。1912年,发生“教育系统漏列中医案”,随后中医界争取中医纳入国家教育系统的努力失败。1929年南京国民政府通过余云岫等人提出“废止旧医案”。此后,虽然民国教育部在1938年颁布了《中医学校通则》,甚至在1940年还成立了一个中医教育专门委员会,但南京国民政府一直没有真正将中医列入国家教育系统(在台湾,直到1958年民间中医院校才得到当局批准)。中医学校还不断受到政府取缔,如1946年上海中医学院、新中国医学院遭到教育部的取缔,1947年广东光汉中医专

门学校被广东省教育厅取缔。

### 4. 中医院校办学的非主流地位

近代中医院校办学,始终没有成为主流的中医教育模式。虽然中医院校培养了不少人才,但中医的传承主要还是靠家传、师承等方式。近代的名中医,多有家传、师承关系。《名老中医之路》丛书收录了近代多位名老中医,在64位名老中医中,有师传(家传和从师)经历者为35人,占绝大多数(54.7%),自学出身10人,药店学徒出身4人,科班出身的仅15人(占23.4%)<sup>[4]</sup>。

总之,近代的中医院校办学,在政局动荡不安的时代大潮中,其民间办学的性质,多样化的办学模式,以及非主流的地位,显示了中医院校办学的探索性,传统的中医家传、师承模式仍是中医教育的主要方式。

### (二)新中国成立后的中医教育模式:从多元到一元

新中国成立后,中医教育逐渐转移到国家手中。国家控制下的中医教育,采取了多种形式,如中医进修、师带徒和院校教育,但国有官办的中医院校教育,在国家力量的推动下,逐步发展成处于绝对垄断地位的中医教育模式。

#### 1. 解放后至“文革”前:“师带徒”唱主角

新中国国祚初立,百废待兴,5亿国民缺医少药,他们的健康状况,关系到国家的生产建设,甚至新政权的民心向背。但现实的情况是,全国正式的西医不过二万名<sup>[5]</sup>,根本难以满足群众的医疗需要。而且,西医体系需要高昂的费用,完全不符合农村的要求<sup>[6]</sup>。中医则具有人员数量多,分布广,遍及城乡,中药可以就地取材,人民群众信赖等优势。但是中医也有其“短板”:缺乏公共卫生、公共防疫等观念,而这正是西医的长处,再加上中医被认为是“不科学”、“落后”的,因此现实的逻辑是动员中医进修,对中医进行“科学化”改造,而这一过程,恰与“计划经济”的内涵相契合。

中医进修与“西学中”。1951年,在“预防为主、面向工农兵、团结中西医”的卫生方针指导下,通过开办中医进修学校、中医进修班等,国家开展了中医进修和西医研究中医活动。中医进修是后来院校办学的雏形,后来一些省份的中医学院就是在中医进修学校的基础上创办的。

“师带徒”唱主角。仅靠中医进修,还不能满足国家“壮大卫生队伍”的需要。1956年1月,国家开展了大规模的“师带徒”活动,同年国家开始兴办中医院校。当年4月份卫生部制定了《1956—1962年

全国中医带徒弟的规划(草案)》,提出在今后七年内由院校培养大约二万人左右的“高中级中医”,以带徒弟的方式培养“新中医”四十八万名。其后,虽然院校教育取得了长足的进步,但从培养中医的数量看,“师带徒”仍是主要的中医传承方式,当时的《人民日报》在社论中提出:“仅仅依靠学校教育,是还很难完满地向学生传授中医知识的……。数千年来,中医流传的方式尽管很多,但是主要的方式还是带徒弟,……而现在我们仍然需要这种方式。”<sup>[7]</sup>

## 2. 改革开放后:院校教育垄断地位的确立

1956年,国家兴建了北京、上海、广州、成都四所中医学院,到1966年,中医院校增加到21所,文革期间,被撤销11所。文革后1978年,中医院校恢复办学。在国家的大力扶持下,中医院校教育得以发展成主要的培养方式,“师带徒”从文革前“主要的”培养方式,边缘化为“补充办法”。当时《光明日报》在一篇社论中说:“高等和中等中医院校,是培养中医人才的基地,……应当继续坚持师带徒这种传统方式,作为解决中医队伍后继乏人的一种补充办法。”<sup>[8]</sup>

随着国家政策的进一步转变,中医院校教育进一步发展成居于垄断地位的中医传承模式。1988年国家出台《1988—2000年中医药教育事业发展战略规划》,提出“建立起以政府办学为主,多种办学形式并存,规模适应,专业齐全,层次分明,结构比较合理,具有中国特色的中医教育体系”。中医教育转变为“以政府办学为主”。在国家着力发展公办院校教育的同时,开始取缔其他院校办学形式。从2002年起,国家将民办的中医院校取缔,甚至将国家高等自学考试中的中医药专业全部取消,从而使自学的中医不再能报考中医执业医师资格考试,几乎只有院校教育培养的中医毕业生能获得中医执业医师资格。到2013年,全国共有45所高等中医药院校和50所中等中医药院校,另有大量非中医院校设置的中医药专业<sup>[9]</sup>。中医院校教育形成了从中等到高等多层次的教育结构,学位制度健全,可以培养中医药本科、硕士、博士,并设立了许多中医研究所,建立了中医药博士后科研流动站。

国家还将师承教育等形式纳入院校办学体系内。从1978年起,河南省将“师带徒”培养纳入到高考中,中医学徒的招生、管理、出师考核,均仿照普通大学生,并分配工作,评定职称。卫生部推广了这一模式。后来,师承教育又进一步“创新”出政府举办的“高级师承继续教育”、中医医疗机构或高等中医院校开办的师承教育,并与本科、硕士、博士的培养

结合起来。这些形式各异的师承教育,或者异化为院校培养,或者失去了传统师承的精髓。

这样,通过大力扶持国有中医院校办学,取缔民办中医院校,边缘化师承教育等方式,国有中医院校教育在中医教育体制中取得了垄断地位。这种中医教育体制的特点是:

第一,中医院校国家所有。中医院校由国家出资兴办,院校的产权几乎全为公有,这是不同于民国时期的一个重要转变。中医院校办学情况因此受国家政治经济状况的影响。中医教育自然纳入到国家教育系统,中医教育不被当局承认的局面再也不会出现。从“一大二公”的计划经济年代,到市场经济时期,国家对中医院校从基建投资、设备图书购买,到师资力量配置、科研管理、政策扶持,进行几乎全方位的支持。

第二,中医院校采取“国有官办”的统一办学模式。计划经济体制下“国有官办”的统一办学模式一直延续至今。官办的特点,一是管理范围宽,一是管理模式趋于统一。在国家的统一部署下,各中医院校在学科、专业、课程设置方面基本相同,教材基本实现了统一。

以教材为例。中医思想内容丰富,流派众多,信奉不同观点的医者,思想很难统一。如何处理中医学的学术多样性问题以及将哪些内容写进教材,是编写教材的主要困难。1959年卫生部召开中医教材编写座谈会,会上卫生部提出编写教学大纲及统一教材的意见,代表们进行讨论和修改,基本上取得一致意见<sup>[10]</sup>。这并不是因为学术思想统一了,而是行政力量在起作用,从后来吕炳奎先生的讲话中可以看出。1963年,卫生部中医司吕炳奎司长在全国中医教材第二版修订审查会议上说:“我们必须认识到教材是代表一个专业的法定课本,代表一个学术的完整体系,这是我们的共同事业。”教材是“法定课本”,编写统一教材自然是必须完成的政治任务。

改革开放以后,中医院校办学虽然进行了一些改革,但国家对中医院校教材编写的控制并没有减少。不过是由部委直接管理变成部委控制下的协会管理,由“统编教材”,变成了“规划教材”、“协作教材”以及“自编教材”,并且教材还有了“级别”,如国家级规划教材、卫生部“十二五”规划教材、全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材等。虽然多次提出扩大办学自主权,但中医院校整齐划一的办学模式依然没有多少变化。

第三,国家意志主宰中医教育模式的选择。从解放后到今天,中医教育体制基本上完全受国家意志

主宰。无论是中医传承模式的选择,还是院校教育的发展,或是对中医进行“科学化”改造,都处在政治力量支配之下。解放初,国家对中医进行“改造”,因为中医学被认为是“不科学的”,是“旧医”,中医大夫也需要改造思想为人民服务,“中医进修”是国家意志干预中医学术发展的开始。再如,1951年的“师带徒”,它与传统的自由带徒并不相同,整个过程都贯穿了国家意志。“师带徒”是“有计划地培养,有计划地使用”,国家对培养方式、师资资格、教学方式、教学内容、学习年限、出师考核、学生毕业后的工作都作了安排,甚至规定了师傅带徒弟的数量。在院校教育办学模式方面,从计划经济时代确定统一教学大纲、编制统一教材,确定教学时间,到市场经济时代下对教材进行规划,对大学进行的各种考评,师资力量配置,国家的作用无可替代。

在院校教育模式取得垄断地位的同时,传统师承、家传等方式则受到严重的歧视与打压,日渐式微;中医社会办学被取消;师承教育也异化成院校办学。这样,中医的传承模式,从多元变成一元,国有中医院校教育在中医教育体制中获得垄断地位。不过,中医院校办学的垄断地位,还需要市场准入制度的维护。

### (三) 中医市场准入制度与中医教育模式的选择

政策和市场准入制度是国家影响中医发展的重要手段。市场准入对于规范市场秩序,取缔庸医具有重要作用。问题在于市场准入的标准。从民国到今天,学历都是获得从业资格的重要甚至唯一条件,由此,中医市场准入的大门,就只向院校培养的学生敞开,那些传统模式培养出来中医,自然被挡在了合法市场之外。

#### 1. 民国期间的中医市场准入制度

民国期间,建立了中医市场准入制度,但因为不符合国情而难以有效施行。1922年,北洋政府出于规范市场,统一医政等目的,由内务部颁布《管理医师(士)暂行规则》,对中医、西医分别管理,规定年满25周岁,中医学校毕业三年以上或经考试合格可以获得从业执照。该《暂行规则》受到上海等地中西医界的激烈反对,内务部只得宣布暂缓实行。此后,南京国民政府颁布了一系列中西医管理的法规,1929年通过“废除旧医案”,要求中医限期进行登记,1936年公布《中医条例》,1943年又颁布了《医师法》。这两部法律基本上是1922年“暂行规则”的翻版,但1943年《医师法》将中西医不作区分,通过考试或者“检核”的方式获得医师资格。这种仿效西方建立起来的现代职业资格认证制度,以学历为主要标准在现实

中缺乏操作性,不能完全符合国情,规范管理与医师群体现实利益难免冲突,难以取得预期的成效<sup>[11]</sup>。新中国成立之初,基本上沿袭了这种中医管理的思路。

#### 2. 建国初期的中医市场准入制度

新中国成立之初,中医市场准入制度重新建立,通过学历选拔和考试遴选,在形式上兼顾了院校教育与传统师承教育。1951年颁行的《中医师暂行条例》、1952年的《医师、中医师、牙医师、药师考试暂行办法》及其他文件,规定公私立四年学制以上中医学学校毕业生(函授除外)可以直接获得中医师证书,其他则需要考试合格方可获得中医师证书,可见,虽然制度上对中医学校毕业生以及对传统师承方式学医者都予以认可,然而更偏爱受过院校教育者。而且,规定以考试方式筛选,却在考试中加入大量西医内容,最终因为不符合实际,导致这项准入制度被废除。比如,对当时华北区68个县的农村中医进行资格审查,有90%以上的中医“不合格”。天津市考试及格的中医还不到应考中医总数的10%。就考试内容来说,必考科目四种,中医科目只有一种,西药科目占绝大部分<sup>[12]</sup>。显然按此方法选拔,将只有极少数中医合格,难以满足社会医疗服务需要。1954年,毛主席批评卫生部对中医的歧视,随后上述《中医暂行条例》等五部法规被废除,主事的卫生部副部长贺诚、王斌被免职,并公开检讨。之后,开始实施职称制度,直到1999年执业医师法施行。

#### 3. 改革开放后的中医师市场准入制度

改革开放后的中医职称制度和中医市场准入制度,在师承模式与院校教育之间,更偏向于院校教育,对传统师承方式设置了苛刻的条件,传统师承教育模式被边缘化。1999年5月1日起施行的《中华人民共和国执业医师法》(以下简称执业医师法),再度建立了中医师市场准入制度,形式上既对学历教育予以认可,又专门提出保障传统师承方式的条款,似乎很全面。因为在1998年执业医师法颁布之前,传统的师承家传等模式已经不是主流,但并没有消失。但执业医师法将中医当作西医管理,考试中加入大量西医内容(现在已不作要求),条件严苛,如要求申请个体行医的执业医师,在注册后需要在医疗、预防、保健机构中执业满五年,并办理审批手续才能行医(执业医师法第19条);而配套的《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》等文件、“中医条例”又设置了苛刻的条件,如对师承人员的“师傅”限定了严格的条件,师徒关系要签订书面合同并公证等等<sup>[13]</sup>。在执业医师法立法时,考虑到当时社会上一些个体行医者和游医、假医从事非法行医

活动导致秩序混乱,本着严厉打击的目的,全国人大法工委才建议增加第19条,严格限制个体行医<sup>[14]</sup>。过分注重短期的目标,比如整顿医疗市场的需要,却忽视了中医长期发展的需要。而在实际操作中,主管部门的不作为更让保障民间中医合法行医、保障传统师承模式的条款几乎成为一纸空文。中国社会科学院中医药事业国情调研组在调研中发现,因为影响到现有利益格局,在南方一些经济很发达的地区,到执业医师法颁行十年后(2009年),都没有组织过一次民间中医人才的考试和认证工作<sup>[15]</sup>。因此,执业医师法实际上起到了维护中医院校教育模式垄断地位的作用,反过来说就是对传统师承模式的歧视。

这样,经过百年来的发展,在国家力量的推动之下,中医院校办学从非法到合法,再到在国家中医教育体制中确立绝对的垄断地位,从多元、分散的教育模式,转变成统一的模式,再通过法律将其他的中医传承方式如家传、师承等排除在市场之外,从而形成了一元的、封闭的、教条的中医知识教育体系。这一国家可以直接控制的教育体系,却是以传统师承模式日渐衰落,中医思想的多元性被遏制为代价的。

## 二、中医教育模式一元化的后果

### (一) 中医思想的多元性

中医作为一种“地方性知识”,意味着中医思想是多种多样的,不同的中医知识和思想之间具有某些共性,可以标准化,但更多的表现是其多元性。

#### 1. 多元的中医思想

以感冒(外感热病)为例。中医对怎样治感冒,甚至对什么是感冒等争论颇大,比如中医经方派和时方派就有着不同的分析(辨证)方法。先看看中医经方派是怎样治感冒的。张仲景被尊为中医“医圣”,其所著《伤寒论》也被奉为中医的“圣经”。唐代药王孙思邈将张仲景治疗外感病归纳为三类,分别用桂枝汤、麻黄汤和大青龙汤来治疗,至于《伤寒论》中其他的方子,不过是误治之后的解救法子。现行中医统编教材上的看法却与经典不同。高鹏翔主编的国家级规划教材《中医学》将感冒分为五大类<sup>[16]</sup>:外感风寒、外感风热、外感暑湿、气虚感冒、阴虚感冒。所用方剂分别为葱豉汤加杏仁等,重者荆防败毒散加减、银翘散加减、新加香薷饮、参苏饮、加减葶藶汤。教材与经典《伤寒论》具有明显的差异。

上述差异反映了中医史上的“寒温之争”,即伤寒学派与温病学派的争论,也称经方派与时方派之争。伤寒学派尊崇张仲景的《伤寒论》,以“六经辨证”

为诊治基础,好用古方,被称为经方派。温病学派以“卫气营血”和“三焦”作为辨证论治基础,喜用寒凉药,甚至提出“古方不能治今病”,被称为时方派<sup>[17]</sup>。两派争论已经历数百年之久,直至今日。

中医界的争论还表现在对待《内经》的态度上。今天,《内经》已经成为中医院校教育传授中医知识的理论基础,但围绕内经的争论,百年前甚至更早就开始了。撇开西医界对《内经》的批驳不说,中医界内部也不是铁板一块。近代国学大师章太炎是中医的坚定维护者,但他批驳中医的阴阳五行等理论,只认同张仲景的学说。陆渊雷先生是著名的中医,也是民国期间中西医论战中驳斥余云岫的健将,但他也不赞同《内经》的理论。1934年陆氏著《从根本上推翻气化》,几乎要将中医理论连根铲除,甚至比必欲歼灭中医而后快的余云岫走的都要远<sup>[18]</sup>。以吉益东洞为代表的日本古方派(经方派),同样信奉张仲景的《伤寒论》,将《内经》上的理论贬斥为空头理论,这并没有妨碍吉益东洞医术高明。

这些争论,今天仍然以不同形式存在着。介绍这些争论,不过是想说明中医思想的多元性,中医思想很难统一和标准化,占据主流地位的学说,也未必是唯一的真理。

#### 2. 保持中医思想多元性的意义

多元的中医思想的存在和传播,其意义有二:一是通过不同思想之间的相互争论、竞争,推动中医学的发展。中医思想之间的学术争鸣,让不同中医思想得以取长补短,符合实际需要,从整体上使中医思想保持开放,使中医学术内部保持着勃勃生机,从而推动中医学术水平的不断提高。二是为中医人才提供了选择空间,促进中医人才质量的提高。中医思想的多元性,为中医人才完善其知识结构提供了选择。通过对不同的中医思想进行比较,并将之应用到实践中,结合时间、地域以及患者个体情况,医者会选择那些更“有用”的中医知识和技能,更好地服务于人民群众的医疗需要,并促进自身理论修养水平和诊疗技术的提高。掌握不同中医思想的中医人才,其诊疗效果可能有相当大的差别。

### (二) 多样性的中医教育模式与中医思想的多元性

传统的师承、家传、私淑等方式与中医思想的多元性具有内在一致性。传统的师承、家传、私淑等方式,没有统一的传承模式,没有统一的教学规定,师傅自由带徒,得以保持不同的理论和经验。通过师傅带徒个性化的培养,通过师徒、父子朝夕相处,师长得以将中医的理论与独特经验,甚至个人品德修养传授给徒弟。徒弟接过接力棒并将其传承下去,并且结

合自己的医疗实践经验,还能有所创新。正是通过传统的家传、师承等方式,培育了历代众多的医家、大师,还形成许多中医世家;经过家传、师承世代经验的积累,形成并延续了中医的“特色”诊疗技术,形成了多样的中医流派。但传统的家传师承方式,也有其不足之处。首先是中医人才水平参差不齐。这种自由传承的方式,培养的徒弟诊疗技术和理论修养参差不齐,虽然名医辈出,但也不乏庸医。其次,医生各自固守门派知识,具有一定的保守性。然而,正是在这种参差不齐之中,包含着中医思想的多样性。

对于院校教育来说,其优点是:首先,这是一种批量培养模式,可以在短时间内大规模培养人才,其中不乏很多佼佼者,满足了社会对中医的医疗服务需要。其次,院校教育培养的人才水平整齐,理论基础扎实。院校教育传播的是“标准化”的知识,标准化意味着知识水平、诊断能力都是基本相同的,与传统的师带徒相比,院校教育传播的知识、培养的学生都是一个模式的。并且,在国家的掌控之下,中医院校也为国家推行各种医疗政策,如“中西医结合”、“中医现代化”提供了便利。但院校培养的人才虽然水平整齐,却不意味着都处于高水平,因为中医在很大程度上依赖经验,中医知识除了可以标准化的部分,其独特的经验却是难以标准化的,在院校教育批量培养的方式下很难传授。

以上对中医院校教育与传统师承教育的分析,目的不是论证各种中医教育模式之间的优劣,而是试图说明,在中医教育体系中,当一种模式占垄断地位的时候,其他教育模式与之竞争的机会就大大弱化了,不同教育模式相互竞争、相互学习,取长补短的情形就很难产生,教育的功效就很难提高。而且,在院校教育单一模式下,中医知识传播的渠道是单一的,传播的内容是单一的、“标准的”中医知识,从而很难保持中医思想的多元性,中医人才缺乏对各种不同中医思想的比较和鉴别,失去了选择“合适”中医知识的可能。

### (三)中医教育模式一元化的不利社会后果

中医既然已经实现了与国际接轨,采取了院校教育这种现代的形式,纳入到国家教育系统,有了自己的教材,学科齐备,层次多样,实现了学士、硕士、博士的培养,似乎已经变得“科学化”、“现代化”了。而且中医院校教育的确培养了大量的人才。但是中医院校教育所取得的成绩,与国家大量的财政投入似乎并不相称,而且,这一切并没有消除人们对中医科学性的怀疑,时不时还会弄出“废除中医”的闹剧,并带来许多不利的现实后果。

### 1. 限制了大量“民间医生”的发展空间

对于民间中医的过度管制与歧视,导致了大量学有专长的民间中医“非法行医”。这个问题在开国之初就存在,比如,1956年被免职的卫生部副部长贺诚在公开检讨中曾说,《中医师暂行条例》使得大量中医变成了所谓“政府取缔、人民批准”的“地下医生”<sup>[19]</sup>。1956年12月,中央宣传部在给中央的报告中称,由于被当时法规限制,仅1956年上半年,“北京市就有800名左右的所谓‘无照医’一直在偷偷摸摸地暗中替群众治病。”<sup>[20]</sup>到了上世纪末1999年执业医师法施行后,问题又重现。根据中国社会科学院中医药国情调研组的估计:掌握一定中医药知识技能,能够有效治疗一种以上疾病,但不具备合法行医资格的,全国大约有50万人左右,真正能达到独立行医、专业行医的中医药人员,也在25万人左右。按照2009年的统计数据,执业医师法把至少一半左右的中医药人才关在了大门外<sup>[21]</sup>。这就导致如下悖论:一方面是群众看病贵、看病难,另一方面大量的能够治病的中医药人才不能合法行医,国家还要花费大量的人力物力去围剿“非法行医”。固然,只要有管制就会有非法的市场,但无视传统和实际需要,使大量的“民间中医”被迫“非法行医”,造成的如此巨大的非法医疗市场,管制政策本身是值得反思的。

### 2. 导致中医流派濒临消失

一元化的中医知识教育体系,还导致中医流派的濒临消失。据卫生部机关报《健康报》2006年报道,国家中医药管理局课题组初步调查表明,中医学学术流派发展极不平衡,大多数中医流派面临断层甚至消失<sup>[22]</sup>。2010年的一份调查显示,54家海派中医流派中,如今保留较好,仍然活跃在临床第一线的有26家,11个曾经名震一时的海派中医流派正濒临断代失传,另外17个流派已经失传<sup>[23]</sup>。随着传统师承等方式的日渐式微,中医知识传播渠道单一,院校教育传播“标准”的中医知识,学术流派存在的多元性思想基础被破坏,流派濒临消失是必然的。

### 3. 中医院校培养毕业生不能有效满足市场多元需求

院校教育统一培养、批量“生产”的毕业生,具有基本相同的知识结构,是“标准化”的“产品”,正像1984年“全国高等中医教育改革座谈会纪要”中所说,(中医院校)“培养的学生一个模式、一种规格,难以适应社会的多种需要。”<sup>[24]</sup>随着国家不再对毕业生“包分配”,加上中医药大学扩招,相当多的中医药专业学生毕业后不从事中医工作,甚至找不到工作。院校培养的毕业生,其中确有不少优秀者,但从总体上

来说不能适应市场的多元化需要。大陆中医院校毕业生与台湾的情况有些类似。

1960年代以前,台湾中医教育主要靠师承、家传等方式,1958年台湾当局批准了民办的中医院校教育。台湾各界对中医院校教育寄予了厚望,然而院校培养的中医毕业生,大部分没有做中医,而是转行做西医。为解决这一问题,又设立了“学士后中医学系”,招收非中医专业大学毕业生学中医,但结果同样令人大失所望,大多数学士后中医毕业生转行西医。1989年台湾的中医诊所中,正规院校培养出的执业中医师仅占2%;没有经过正式院校培养的则占90%<sup>[25]</sup>。总之,不管台湾中医院校教育发展如何,中医院校学生毕业后不从事中医却是事实。

### 三、结 论

近代中医院校教育,具有积极的时代探索意义。中医院校办学在使中医免遭到反中医力量剿灭方面起了重要作用;中医院校培养了不少中医人才;促进了近代中医学学术及其教育变革<sup>[26]</sup>。此外,更积极的意义在于,它与传统中医教育模式一起,保持了中医教育模式的多样性,表现为中医院校的民间办学性质,私有的产权,多元化的院校办学模式,传播了多元的中医思想,至今仍有借鉴意义。

现代中医院校教育的地位今非昔比。以院校教育为主的中医教育体系培养了大量中医人才,满足了社会对中医医疗服务需要,促进了社会经济的发展。但是,这一教育体系却是以院校教育占绝对垄断地位的。通过居于垄断地位的中医院校教育、院校的统一办学模式,以及中医职业资格认证制度,将中医的传统教育模式基本上排除在市场之外,从而创造出一个一元化的、封闭的、教条主义的中医教育体系。中医院校教育变成了统一中医思想的工具,培养出“标准化”的人才,由国家掌控中医人才的供给,极大地遏制了中医思想之间的竞争,遏制了各类中医人才之间的竞争,将中医界变成一个内部缺乏竞争的、对外(相对于西医)缺乏竞争力的封闭体系,不能很好地满足人民群众对中医服务的需求,并导致大量民间中医的非法行医,中医流派日渐消失,中医院校培养的毕业生在保障社会医疗需要的同时,并不能很好地适应市场经济条件下多元化的市场需要。

在实行市场经济的今天,中医教育模式应当是多样的,传承的中医思想也应当是多元的,中医思想体系应当是开放的。中医教育模式不应当是一元化的,尤其是这种一元化是行政选择的结果。因此,有

必要改革中医教育体制,建立中医人才的市场培养机制。放开中医民间办学,赋予传统的师承方式以应有的地位,打破院校教育的垄断地位;在国有中医院校教育中引入竞争机制,扩大院校自主办学权,促进多元中医思想的传播。

中医的发展靠什么?是靠中医内部的思想竞争、人才竞争,还是靠国家对中医的“保护”与“现代化”改造?国家对中医大力“保护”,但却招致中西医界的一致不满。西医支持者,声讨国家对中医偏爱,用纳税人的钱财去补贴半死不活的中医;热心促进中医发展的人士,对国家将中医视作西医管理颇有微词,讥讽其“牧师管理和尚”。对中医怎样保护、选择什么样的保护方式值得反思。国家继续加大投入,选择由“政府主导,社会参与”,不如走市场化之路,大幅度放松对中医的管制。

致谢:感谢中国社会科学院陈其广研究员提出的建议和帮助。

### 参考文献

- [1] 邓铁涛. 中医近代史[M]. 广州:广东高等教育出版社, 1999
- [2] 欧阳钦. 近代温州中医之研究[M]. 上海:上海交通大学出版社, 2013:50
- [3] 农汉才,李莎莎. 民国中医教材现存概况及其学术贡献初探[J]. 中医文献杂志, 2014, 32(5):47-50
- [4] 鲁纯纵,黄波. 近代名老中医成才经验总结报告[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(8):1703-1709
- [5] 贺诚. 中西医团结与中医进修问题[N]. 健康报, 1950-06-08(2)
- [6] 杨念群. 再造“病人”:中西医冲突下的空间政治(1832-1985)[M]. 2版. 北京:中国人民大学出版社, 2013:377
- [7] 积极培养中医, 壮大卫生工作队伍[N]. 人民日报, 1956-05-27(2)
- [8] 认真抓好中医和中西医结合队伍的建设[N]. 光明日报, 1980-03-22(3)
- [9] 国家中医药管理局. 全国中医药统计摘编[Z]. 2013
- [10] 为培养高级中医人才编写统一的教材[Z]. 1959
- [11] 朱英,尹倩. 民国时期的医师登记及其纷争——以上海地区为考察中心[J]. 华中师范大学学报(人文社会科学版), 2009, 48(5):76-90
- [12] 任小风. 批判贺诚同志在对待中医的政策上的错误[N]. 人民日报, 1955-12-20(4)
- [13] 刘晓鹏. 中医执业医师准入制度的相关法律问题探讨[J]. 中国卫生法制, 2010(5):48-50
- [14] 张绪武. 全国人大法律委员会关于《中华人民共和国执

业医师法(草案)》审议结果的报告[Z]. 全国人大常委会公报,1998

[15] 陈其广. 中医影响世界论坛报告[R]. 2009

[16] 高鹏翔. 中医学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2013

[17] 萧敏材. 论伤寒与温病学派之争[J]. 中医杂志,1962(11):23-27

[18] 马伯英. 中国医学文化史(下卷)[M]. 上海:上海人民出版社,2010:610

[19] 贺诚. 检查我在卫生工作中的错误思想[N]. 人民日报,1955-11-19(4)

[20] 中央宣传部关于中医工作的报告[R]. 1956

[21] 陈其广. 民间中医药问题和对策建议[M]//田原,赵月中. 中医沙龙.5,乡土中医绝活专号. 北京:中国医药科技出版社,2013:137

[22] 刘燕玲. 大多数中医流派已经消失[N]. 健康报,2006-08-10(1)

[23] 肖蓓. 三成海派中医流派已经失传[N]. 东方早报,2010-10-21(A06)

[24] 卫生部中医司关于转发《全国高等中医教育改革座谈会纪要》的通知[Z]. 1984

[25] 卢菊昭. 台湾中医师养成与中医师考试制度研究(1949—2001)[D]. 广州:广东中医药大学,2005

[26] 杨文劫,黄瑛. 近代中医学校教育兴起的原因及背景[J]. 中华医史杂志,2009,39(5):266-269

《南京医科大学学报(社会科学版)》  
影响因子排名创新高

近期公布的 CNKI 中国学术期刊影响因子年报 (人文社会科学·2015 版)显示,《南京医科大学学报(社会科学版)》计量评价指标又取得可喜成绩,数据和排名稳步提升:期刊综合影响因子为 0.570(去年 0.550),增幅 3.64%,在影响因子学科平均值下降,增幅为负(-2.35%)的情况下,实属不易;影响因子排名第 41 位(41/632),较去年(45/631)前进 4 位,并且连续 3 年进入全国综合性人文、社会科学学科期刊前 50;总被引频次 726 次(去年 633 次),增幅 14.69%。