

关于中医特点的再认识

严金海^① 郭春丽^② 刘婉^②

摘要:在论及中医时,整体观、辨证论治被公认为是中医有别于西医的两个特点。实际上,其他古代医学体系和现代的西医也具有这两个特点,故这两个特点不具有唯一性。中医的根本特点是其理论体系的哲学模型特征,即以古代哲学观念将基于人类自然感官能力获得的以医学经验为主的经验加以系统化的结果。但该类经验的可靠性及其哲学思辨结论的可靠性存疑。中医的根本特性导致其在现代医学的冲击下一度被否定而失去合法地位,再次获得合法性基于医学科学之外因素的影响。取得合法性地位后中医获得历史上最好的发展条件与机遇,但 60 多年来越来越处于边缘地位,并未取得重要进步。

关键词:中医, 哲学模型, 合法性

中图分类号:R-02, R2-03 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2018)03-0010-06

DOI:10.12014/j.issn.1002-0772.2018.03a.03

The Recognition of Characteristics of Traditional Chinese Medicine YAN Jin-hai, GUO Chun-li, LIU Wan. General Education Department, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China

Abstract: With regard to Traditional Chinese Medicine (TCM), the holistic view and dialectic treatment are known as two characteristics that distinguish TCM from Western Medicine. In fact, these two characteristics are not unique for TCM, but also owned by other ancient medical systems and modern Western Medicine. TCM has a fundamental characteristic of the philosophical model of its theoretical system, namely, the experiences mainly based on medical experiences obtained by human natural sensory abilities were systematized with ancient philosophical concept. However, the reliability of this kind of experiences remained doubtful, as well as the reliability of this kind of conclusions from philosophical speculation. Under the impact of modern medicine, TCM was negated for a time and lost its legitimacy due to the fundamental characteristic, until it was regained because of the influence of factors beyond medical science. After that, TCM got the best development conditions and opportunities in history, but it had been increasingly marginalized over the last sixty years, without significant progress.

Key Words: Traditional Chinese Medicine, philosophical model, legitimacy

在中国医学界,论及中医时,总是提及其与西医相异的两个显著特征——整体观和辨证论治。在笔者看来,这两个特征并不是中医的根本特征。从人类知识发展的角度看,现代的中医具有另外的特征。

1 对学界关于中医两个特点界定的质疑

1.1 中医的两个特点论

在不同出版社出版的、由不同学者主编的中医学基础理论教材中^[1-6],几乎都有明确的关于中医上述两个特点的论述,其主旨相同,只是文字表述上存在细微区别。

整体观包括两方面:一是人体是有机的整体。中医认为人体是一个有机整体,五脏六腑、气血津液、十二经

脉之间在生理上相互联系,保持协调平衡。人体局部的病理变化往往与全身脏腑、气血、阴阳的盛衰有关。诊断时,可以通过外在的变化判断内脏的病变。治疗时,对于局部的病变,也从整体出发确定治疗方法。二是人与自然界的统一性。人类生活在自然界中,自然界的變化(如季节气候、昼夜晨昏、地区方域等)直接或间接地影响人体,而机体则相应地产生反应。

辨证论治是指中医认识和治疗疾病的基本原则,是其对疾病的一种特殊的研究和处理方法。同一疾病的证候不同,治疗方法就不同;而不同疾病,只要证候相同,便可以用同一方法治疗,这就是“同病异治、异病同治”。这种针对疾病发展过程中不同质的矛盾用不同的方法去解决的法则,就是辨证论治的精神实质。

1.2 中医的两个特点不具有唯一性

1.2.1 中医理论及其实践有与这两个特点相反的特点

实际上,中医理论体系中有诸多与此二特点相异的思想与内容,整体观和辨证论治不是中医独一无二的标

①南方医科大学通识教育部 广东广州 510515

②南方医科大学卫生管理学院 广东广州 510515

作者简介:严金海(1964—),男,硕士,教授,研究方向:中医哲学、科技研究规范。E-mail:yjh@smu.edu.cn

志性特点。

一是有与整体相对应的局部认识知识。《内经》《千金要方》《医宗金鉴》都有对人体解剖细节的描述。《内经·灵枢·经水》记载：“若夫八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之。其死，可解剖而视之。其脏之坚脆，脏之大小，谷之多少，脉之长短……皆有大数。”作为重视辩证法的中医，其创立者绝对不会离开局部讲整体。所谓的整体观，实际上是在近代与西医的博弈中，局部知识及获取局部知识的方法输于西医而不得不变通的说法。从另一个角度看，当接触到近现代西方医学之后，中医界深深意识到其理论对人体及生命的细节知识的缺乏。以王清任为代表的医家还利用各种条件，撰写了《医林改错》，试图弥补中医关于人体解剖知识的不足。

二是有与辨证论治相对立的一一对应治疗思想。如在中医中经久不衰的所谓经方、验方、偏方，就不是辨证论治，而是对症治疗。屠呦呦因发现青蒿素治疗疟疾获得了诺贝尔奖，其灵感就源于东晋葛洪《肘后备急方·治寒热诸疟方》验方记载：“青蒿一握，以水二升渍，绞取汁，尽服之。”^[7]

1.2.2 与中医同时代的医学体系有相似特点

如果比较与中医有相同知识基础和研究手段的其他古代医学理论，会发现这两个特征同样存在于其他古代民族与文化的医学理论体系中。

实际上，古阿拉伯医学、古印度医学、古希腊医学等都具有类似的特征。该特征反映了当时的认识方式与认知水平。如希波克拉底说医生治病有两个武器：一是药物，二是语言。这就是整体观。又如四体液说，也是整体观的具体表现。《希波克拉底全集》强调：健康是各种体液和谐混合的结果，如果体液混合错误就会生病，而医疗要领就是使体液恢复和谐的状态。盖仑将四体液说应用到临床，将人的脾气与体质分为四类：黄胆质、黑胆质、多血质和黏液质。这一分类法在心理学沿用至今。在临床实践中，四体液理论演绎出特定的治疗方法：放血疗法，即将多余或不好的血放掉；泻吐，即利用泻药或催吐药将不良体液排出；节食，即防止体内产生过多的体液。在欧洲和美洲，直到 20 世纪，放血疗法才完全被主流医学界放弃^[8]。

1.2.3 现代医学有同样的特征

如果从哲学层面梳理现代医学的性质，可以发现现代医学也有与中医同样的特征。

一是现代医学具有整体观思想及其指导下的实践活动。现代医学的诸多维护健康和治疗疾病的理论与方法，都反映了对人体各系统、人与社会和自然环境之间密切关联的重视。例如，生物心理社会医学模式，就是从整体上把握健康与疾病的观念。现代医学关于健康与疾病的总体预防原则被概括为三级预防思想及其指导的实践。一级预防又称初级预防或病因预防，即首

先找出各种致病致残的危险因素，采取针对性的预防措施。具体体现由全社会及专业人员来完成优生优育教育、遗传咨询、婚前检查、产前诊断及围产期保健、传染源阻断、保持饮水和食物卫生、多种内容和形式的健康教育、对儿童实行计划免疫的防疫措施等。这就是充分考虑人的整体性、个体构成的社会的整体性、人类与环境的整体性。又如，看起来是在机械论指导下的器官移植治疗方法，同样体现了整体观的思想。虽然患者失去功能的器官可以通过移植的方法实施治疗，类似于机器换零件，但现代医学考虑到人本身具有的免疫功能，所以实施器官移植的患者，必须终生服用免疫抑制剂。这是局部与整体思想的精妙结合。

二是现代医学具有辨证论治思想及其指导下的实践活动。在现代医学的实践过程中，绝不是一个病只有一个治疗方案或者患同一疾病的所有患者都采取同样的治疗方法。实际上，现代西医在治疗疾病时，总是需要考虑患者的体质、年龄、种族、性别、营养状态、病情轻重、单病还是多病状态、心理特征、家庭条件、所处的文化与自然环境等。例如，细菌感染性疾病的治疗，就有青霉素过敏、细菌耐药性试验等前置条件；营养缺乏性疾病的治疗，必须精准确认患者营养缺乏的种类与程度，只补充必要的成分。器官移植治疗，必须进行精确的配对，以减少排斥反应。这种治疗思想充分考虑患者多方面具体情况，并实施有针对性的处置措施，属于辨证论治哲学思想的现代形式。

2 理论的哲学构建和实践经验支撑是中医学两大特点

2.1 中医理论在人类医学知识发展历史中的方位

从医学知识与技术历史发展的角度看，人类关于健康的知识发展经历了四个阶段：巫术与神秘医学、哲学思辨医学、经验积累医学和科学医学^[9]。

中医，不论是从产生的年代、概念框架、思维方式，还是从知识得到证实的程度、技术的可靠性与有效性等方面，都属于哲学思辨和经验积累阶段的医学知识体系，是哲学医学与经验医学的混合体。这一判断有双重含义：一是中医超越了巫术和神秘医学，较大程度上摆脱了巫术与神秘医学用超自然的神秘因素解释与影响健康的思维框架和实践手段，而是用自然的原因解释健康与疾病现象，以自然的手段影响健康与疾病的进程。二是中医有别于现代基于生物学基础的现代医学知识体系，在解释与控制健康与疾病的过程中，缺乏实证研究基础，不能摆脱思辨和对未经验证的经验的依赖。

中医理论及其指导下的医学实践活动，具有人类农业文明发展成熟时代医学实践的共同特征，是特定历史阶段的产物。将对中医科学性判断置于人类知识技术，尤其是医学知识技术发展的历史背景中，通过纵向比较各历史阶段医学知识技术的特征，横向比较同一历史阶段医学知识技术的特征，可以确定中医朴素哲学经验医

学的基本性质。中医非严格意义上的科学,特指中国历史上基于农业文明基础创立的、汉民族的哲学经验医学体系。其特定的时代、民族、文化、思维方式、技术基础等因素,决定了中医的根本性质^{[10]181}。

2.2 中医理论的哲学模型特征

与中医是特定历史发展阶段的产物相关联,中医理论是一种具有哲学特征的理论模型。其基本特征是基于中国古代哲学框架的经验医学体系。中医理论体系是一种以中国古代哲学思想为思维架构,以构建解释和传承医学经验的朴素理论模型。这一模型与同一时代、同一发展阶段的其他民族的传统医学理论体系具有高度的同质性^{[10]182}。中医理论模型的基本组成包括如下两个方面。

2.2.1 基于人体自然感官能力的经验

基于人体自然感官能力的经验大致分为四个方面:(1)基于肉眼观察能力的初步解剖知识。中医有关于人体的头、眼、耳、口舌、手足、躯干等解剖知识,也有关于体内的心、肝、脾、肺、肾、大小肠、膀胱等解剖知识。由于观念、技术等限制,中医的解剖知识相对于生物医学的解剖学知识显得初级,但却是中医构建其医学理论的重要基础之一。(2)基于个体和群体体验的健康生活经验。在生活中古人发现健康状况与气候变化、地理环境、情绪波动、饮食失调、劳逸失度等存在着某种关联性。这类经验将人置于相对广泛的网络联系之中。(3)基于临床症状经验。不同的疾病有不同的症状与体征。例如,受凉而流鼻涕,继而喉咙不适,甚至出现咳嗽、胸痛等,在长期的经验传承过程中,古人逐渐积累了关于各类疾病的经验。(4)基于试错性的临床治疗经验。如“神农尝百草,一日而中七十毒”,虽然是神话,但反映了先民通过试错的方式,试图解除疾病痛苦和维护健康的努力。在长期的实践过程中,古人积累了以其所能够获得物质或行为治疗疾病的方法集合。

2.2.2 基于古代哲学与文化的概括

对于人类理性而言,仅有零散的经验远不能满足理解与控制世界的需要。在理性的另一端,出现了试图从总体上把握与认识世界的各类哲学观念。在中医的发展进程中,气学说、阴阳学说、五行学说、天人相应学说等中国传统哲学思想,为人们整理理解医学经验提供了思维与概念框架。

在气、阴阳、五行哲学、天人相应等思想的指导下,中医建立起五脏六腑、气血津液、十二经脉、寒热虚实、性味归经、升降浮沉、六经辨证、八纲辨证等复杂的关于健康和疾病的理论体系。其中的气论说明人与万物的起源。如认为人参补气,就是在哲学层面假设人参的细微组成成分与人的细微组成成分一样。阴阳论说明事物的根本属性及其相互作用,以解释事物内部之间的对立统一关系。五行论将天地万物和人的根本类型分为金木水

火土五类,并用五类之间的相生相克的关联性,解释万物之间、人与万物之间、人体内部之间的密切关系,天人相应论试图解释个体与社会、自然环境的关系。

2.3 哲学理论模型的缺陷

2.3.1 直观经验的不可靠性

以青蒿素的研究为例^[11]。屠呦呦进入“523”项目组后的基本研究思路是:第一步,收集中医典籍中关于疟疾治疗的各种经验方,命名为《抗疟单验方集》,包括 640 多种草药,其中就有青蒿。第二步,利用现代医学化学方法对药物所含的化学活性成分进行提纯、分析和药效试验。在第一轮的筛选和试验过程中,青蒿的提取物对疟疾的抑制率只有 68%,且效果极不稳定,所以青蒿并没有成为重点关注对象。后来,东晋葛洪《肘后备急方·治寒热诸疟方》中的文字触发了屠呦呦的灵感:“青蒿一握,以水二升渍,绞取汁,尽服之。”绞汁使用的办法,和中药常用的煎熬法不同。这是不是为了避免青蒿的有效成分在高温下被破坏?就是这个灵感敲开了青蒿素发现之门。

这一过程反映出一个十分重要且关键的问题,即经验的不可靠性,或称为经验的可错性。在“523”项目关于疟疾治疗方法研究的过程中,至少在三个层面上显现了经验的可错性。现代研究已经证明青蒿对疟疾有效,可是文献中关于青蒿的使用方法记载至少包括两类:多数记载的煎熬法和葛洪的水渍绞汁服法。煎熬法又分为两类:一是单一用青蒿,二是与其他药物配伍。屠呦呦的研究表明,没必要与其他药物配伍煎熬。换言之,多数文献中记载的方法不可靠,只有葛洪的记载可靠。如果将视野扩展,可以得出一个更有意思的结论:《抗疟单验方集》中收集的 640 余种经验记载,绝大多数不可信。

“经验”一词的含义是经过验证的意思。但中医与现代医学关于验证有两个根本性的区别。一是个案验证与系统验证的区别。个案验证是用某法解决某个个案有效,即证明这一方法的可靠性。系统验证是在经验提示某法对某个对象可能有效时,因生物多样性、因果关系的复杂性等,避免偶然因素对某法效果的影响,通过特定的抽样方法,从群体中抽取有代表性的样本进行系统的验证,以查明排除控制变量影响的自变量和因变量的确切关系。这是现代科学发现的发现规律的有效方法。二是经验验证与精细验证的区别。经验验证就是个案有效的验证,精细验证是指对系统验证确定有效的经验,在结构功能观念指导下,确定产生效果的具体物质成分与结构、该成分的作用过程与方式等。精细验证推动对事物内部结构、过程和关系的准确认识。葛洪关于青蒿治疗疟疾方法的记载属于经验验证,屠呦呦确定青蒿素是治疗疟疾的有效药物成分,并确定其化学结构、分子式、化学性质等,属于精细验证。

2.3.2 思辨结论的主观性

历史背景、哲学框架等因素限定了中医构建理论的思维方式。中医构建理论的具体工具是形象思维。形象思维方法决定了中医理论主观性强的性质。这是因在缺乏实证思维与实证方法的时代,不得不采取的相对可靠的路径。相对于巫术医学而言,中医理论是理性文化的表现,但其理性化的基本方向是哲学化的思辨路径,并将相关的经验纳入经思辨构建的理论框架中。随着时代发展,理性化的另一个方向——科学化的实证路径,将所有可能的解释进行实证确定,构建出相对可靠的知识体系。

还是以青蒿素的发现为例。在“523”项目组中,广州中医药大学李国桥教授用另一试验证明了思辨理论的不可靠。在中医典籍中,根据脏腑经络等理论,理论上可推导出用针灸的方法治疗疟疾,并有具体的穴位和施针方法记载。李国桥出身中医世家,中医科班毕业。加入“523”项目后,李国桥在云南梁河县亲自“以身试法”。他从疟疾患者身上采血注入自己的体内,主动感染恶性疟疾。当症状出现后,李国桥先不服用氯喹,而是让同事用针灸方法治疗。坚持 4 天后,疾病不是减轻而是加重。李国桥这才开始服用氯喹。11 天后痊愈。类似的多次试验证明了针灸治疗疟疾不可行,否定了有一个有文献记载、从中医理论推论应该有效的治疗疟疾方法,结束了针灸治疗疟疾的研究^[12]。

2.4 中医与西医的异质性

近现代西医与近现代其他自然科学研究传统相一致。西医的研究传统摆脱了整体哲学思辨形式,以观察、实验为基础,应用数学和逻辑方法,通过对认识对象的分析与综合,建立严格意义上的科学。文艺复兴创立的科学研究传统对整个人类社会的思想解放和物质文明的进步起了巨大的推动作用。

文化与研究传统的差别是中西医不同的决定因素。中医自创立之日起,始终处于常规的研究氛围中,没有出现科学革命,医林的范式没有发生过根本性的改变。现在高等中医院校的《中医学基础》是对创立于约两千年之前的《内经》的主要内容的重新编排、解释和扩充。中医学历史上的创新和进步只是范式应用范围的扩大。西医虽不是从中医蜕变而来,中医与西医虽不是科学革命前后的科学,但从人类整个发展历史看,可以把二者看成是科学革命前后的医学,其范式具有根本性的区别。

特别需要指出,现代西医的科学性也存在着一个逐渐发展完善的过程。其肇始于欧洲的文艺复兴之后的解剖学、生理学研究,直至病理学、细菌与病毒学、消毒技术、输血技术、抗生素和代谢性药物的应用、免疫技术、各类物理和化学检查技术等诸多知识与技术的逐步改进与完善,才有了今天西医的面貌。但是,西医的发

展仍然没有结束。

3 中医两大特点对中医发展的制约

3.1 中医在近现代合法地位被否定与再确立

3.1.1 中医在中国近现代合法地位被否定

严格地讲,“科学”一词的内涵与外延都是欧洲近代化过程中的产物,有别于人类历史上曾经创造的知识和技术体系。现代医学属于医学发展到科学阶段的产物。中医肯定不是现代意义上的科学,不具有严格意义上的科学性。

从全球的历史进程看,中医在全球现代化的过程中,尤其是在现代西方外来的科学文明因素冲击下,自然发生了衰落,并一度退出政府主导的医疗卫生体系。随着清政府的消亡和民国的成立,中医事实上从主流的医学领域消失了(如民国时期的中国、现在的港澳台地区),其基本进程是受到内外质疑、逐渐边缘化、最后被否定^[13]。

这与西方近现代医学在全球扩张的进展相一致。西医不仅在其产生之地替代了古希腊医学,也替代了古印度医学、古阿拉伯医学、印第安医学。在原来的中华文明圈的日本、朝鲜、越南等国,同样的替代过程不可逆转地发生了。

3.1.2 中医合法地位的再确立

目前,在曾经占据医学主导地位的中华文明地区,仅在中国大陆地区,中医在 20 世纪 50 年代再次获得合法地位,再次进入由政府主导的国家医疗卫生体系。

在建国之初,中医仍然没能进入政府的卫生行政体系之中。当时的最高领导人毛泽东同志的亲自干预,才导致在原卫生部成立专门管理中医的中医司^{[10]125}。可以明确地说,中医合法地位的再确立不是因为其科学性得到学术界和全社会的肯定,或者是中医在中国的医学界具有不可取代的地位,而是基于当时的国际国内政治、经济、文化、科技发展水平,特殊情感等复杂的因素影响。这一结果属于科学建制受其他社会建制影响与制约的典型表现^{[10]117-126}。

3.1.3 中西医并存属于世界医学界的特殊现象

在世界范围内,只有中国存在中医、西医两种医学范式并存的现象。扩展来看,我国的关于自然的各类知识技术体系及其建制,只有医学存在这种典型现象,理学、工学、农学等都不如此。这一独特性后来还上升到法律层面。我国 1982 年《宪法》第二十一条规定:“国家发展医疗卫生事业,发展现代医药和我国传统医药,鼓励和支持农村集体经济组织、国家企业事业组织和街道组织举办各种医疗卫生设施,开展群众性的卫生活动,保护人民健康。”《宪法》的规定为中医再次成为体制内医学奠定了法律基础。

“新中国成立后,基于多因素的影响,中医自 20 世纪 50 年代再次进入国家医疗卫生体制内,建立起与西

医几乎对等的、但又相对独立的中医体系。标志性事件是 1954 年原卫生部成立中医司,并且由“中医泰斗”吕炳奎担任第一任司长。随后各省市的卫生行政部门也成立专门的中医管理机构。这是太医院被取消后,中医时隔四十多年后重新进入国家卫生行政体系,成为国家医疗卫生政策的制定者和执行者。”^[14]

3.2 合法地位再确立之后是中医最好的时代

从中医的发展历史看,目前的中医处于最好的历史时代。相对于清代及以前的中医,目前的中医,在人员从业数量、教育水平、行业规模、可支配资源、可利用条件等,都处于历史上最好的时期。

第一,专门的管理系统。我国政府现设的医疗卫生管理部门是卫生与计划生育委员会,其下有一个相对独立的“国家中医药管理局”,专门管理中医的各项事宜。

第二,专门的教育体系。“截至 2009 年,全国共有高等中医院校 25 所,中医专科学校 9 所,总共培养博士毕业生 1 035 人,硕士毕业生 7 708 人,本科毕业生 40 942 人,专科毕业生 24 197 人。”^[15]该教育体系专门负责传授中医知识体系。

第三,专门的医院体系。我国的医院分西医院和中医医院,或者在大型医院中设立与一般的内外妇儿科相对应的中医科。在中医医院,也有内外妇儿科之分,但没有设立西医科。

第四,专门的医师考试制度。政府认可的医生在我国分两类:学习现代医学并获得执业资格的称医师,学习传统医学并获得执业资格者特称中医师。

第五,专门的研究机构。1955 年我国成立了国立的中医研究院,是独立于中国科学院的相对独立的专门研究机构。多个省市也设立中医药研究所,或者其他少数民族医学研究机构。截至 2008 年,全国独立的中医药科研院所 90 个,中医专职科研队伍约有 13 000 余人。科研机构包括三个层面,即部委属中医药科研机构、省属中医药科研机构、地市属中医科研机构,截至 2008 年,其数目分别为 10 个、48 个、32 个^[16]。

第六,专门的药物体系。我国存在中、西医学的另一直接后果是药物相应分为中药和西药两类。截至 2011 年末,我国共有中药企业 2 010 家,占全国医药工业企业(6 440 家)31.2%^[17]。应该指出的是,即使在发达国家,除了正式的医学建制之外,体制外也存在着所谓的替代医学现象。例如,2000 年 3 月,美国克林顿政府任命成立白宫补充替代医学政策委员会,负责解决与 CAM(complementary and alternative medicine)有关的问题。CAM 的中文表述有三种,即补充替代医学、补充医学、替代医学。该委员会于 2002 年 3 月发布了最终报告^[18]。特别需要指出的是,美国等发达国家现实存在的替代医学与中医在中国的情形存在重大差别,即替代医学是体制外的存在。只有少数的例外,如中医的

针灸,在美国是合法的存在,但其执业范围受严格的限制。

3.3 中医仍然没有走出困境

3.3.1 名义上有中医实际上没中医

中医虽然在中国大陆地区获得了体制内的合法地位,但其实际生存状况与欧美的替代医学相似。研究显示,虽然我国存在两种医学范式,并且中医得到前所未有的地位和支持,但在实际的运转过程中,西医占有绝对主流的地位,中医在不知不觉中,受西医的影响与牵引,自觉不自觉地走向西医。在我国的正式卫生体制内,存在着“名义上有中医,实际上没中医”的现实。这一判断有两层含义:(1)中医在解决人类疾病方面,实际上处于边缘地位,绝对不是与西医平起平坐的、维护公众健康的主力军。(2)以中医身份行医的所谓中医师,在实际解除患者疾病痛苦的过程中,主要应用西医的知识与技术^[14]。

3.3.2 自 1954 年以来中医没有取得重要的进步

与其他历史上出现的前科学时代的医学体系不同,中医是在科学时代有机会进入与科学医学分庭抗礼的传统医学体系,获得了历史上最好的发展机遇。但是,自 1954 年以来,中医在中国和世界其他地方,都没有取得重要的进步。

中医曾经引起关注的热点之一是针刺麻醉,在 20 世纪六七十年代曾经在大陆地区较广泛地实行。但其不能对所有人有效(暗示性高的患者有效性好,不信或独立性高的患者无效)、存在内脏反射不能抑制的缺点等,被批评者认为是心理暗示现象的特殊应用。

另一个引起中医热情高涨的重要事件是屠呦呦因发现青蒿素而获得诺贝尔生理学或医学奖。但如果认真分析,其基本结论是青蒿是中药,但青蒿素是西药^[11]。屠呦呦本身是学习研究西药的科学家,且是用西医药研究的方法发现青蒿素。

3.3.3 发展中医的两条路径遭遇困境

自中医遭遇生存危机之后,出现过两种试图改造中医的路径,即中医科学化与现代化、中西医汇通与中西医结合。从百余年的进程看,这两条路径取得的成就乏善可陈,未能从整体上产生科学化或现代化的中医,或者是催生完全不同于西医的新医学体系。

两条发展思路面临的共同逻辑困境是:引入近现代科学技术研究方法促进中医现代化,有可能创立从整体上超出现代医学体系的另一个现代化的医学体系吗?在现代科学技术领域,现代医学是人类运用理性方法建立的关于健康和疾病的现代科学理论和技术体系,所以中医现代化不存在异于现代医学发展道路的另一道路,中医现代化发展的可能结果不是现代化的中医,而是融入现代医学。即使是如愿以偿,成功引入(下转第 19 页)

- 363—365.
- [2] JIN L, WU J S, CHEN G B, et al. Unforgettable Ups and Downs of Acupuncture Anesthesia in China[J]. World Neurosurgery, 2017, 102:623—631.
- [3] 朱新轩,王顺义,陈敬全. 见证历史,见证奇迹:上海科学技术发展史上的百项第一[M]. 上海:上海科学技术出版社,2015:103.
- [4] 上海市立第一人民医院耳鼻喉科,上海市立第一人民医院针灸科. 针刺应用于临床局部麻醉的初步观察[J]. 上海中医药杂志,1959(1):25—27.
- [5] 韩济生. 针麻镇痛研究[J]. 针刺研究,2016,41(5):377—387.
- [6] 《针刺麻醉》编写小组. 针刺麻醉[M]. 上海:上海人民出版社,1972:2.
- [7] 新华社. 中国医务工作者和科学工作者创造成功针刺麻醉[N]. 人民日报,1971—07—19(1).
- [8] 黄艳红. 对针刺麻醉机理研究的回顾与反思:韩济生院士访谈录[J]. 中国科技史杂志,2005,26(2):155—166.
- [9] 北医基础部针麻原理研究组. 人体针刺镇痛现象[J]. 中华医学杂志,1973(3):151.
- [10] 中共中央文献研究室. 毛泽东年谱 1949—1976:第 2 卷[M]. 北京:中央文献出版社,2013:215.
- [11] LIU L G, FAN Y, ZHOU H, et al. The history of acupuncture anesthesia for pneumonectomy in Shanghai during the 1960s [J]. Jour-

- nal of Integrative Medicine, 2016, 14(4):285—290.
- [12] 周 嘉,沈卫东,李国安,等. 针刺复合麻醉下重度肺动脉瓣狭窄切开成形术[J]. 中国针灸,2007,27(3):203—204.
- [13] 翁恩琪. 痛与镇痛[M]. 上海:上海科学技术出版社,1987:237.
- [14] 韩济生. 针刺镇痛原理研究[J]. 石家庄:河北教育出版社,2003:9.
- [15] ZHOU J, CHI H, CHENG T O, et al. Acupuncture anesthesia for open heart surgery in contemporary China[J]. International Journal of Cardiology, 2011, 150(1):12—16.
- [16] 沈 华,陈轶菁. 电针对高血糖冠心病老年患者全麻手术围手术期心肌损伤的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2012,32(12):1607—1610.
- [17] 陈冰凝,章放香. 针刺在围手术期的应用及器官保护作用[J]. 上海针灸杂志,2016,35(4):493—496.
- [18] 郑 洁,徐世芬,吴君怡. 围手术期针刺镇痛临床应用的研究进展[J]. 中医药导报,2015,21(15):97—101.
- [19] 柯渊旋,洗国新,王 奇,等. 扁桃体摘除术中穴位电针麻醉法初步应用[J]. 武汉医学院学报,1958(4):391—393.
- [20] 王 琦. 关于中医原创思维模式的研究[J]. 北京中医药大学学报,2012,35(3):160—163.
- [21] 刘立群. 德国原创式思维的启示[J]. 博览群书,2011(12):10—14.
- 收稿日期:2018—01—04
修回日期:2018—01—26 (责任编辑:孔祥金)

(上接第 14 页)现代科学技术方法,关于健康和疾病的研究,从总体上看,不可能超出现代医学发展水平。

对于提出通过中医现代化推动医学科学革命,甚至是推动现代科学革命,属于一厢情愿。科学革命是对科学技术发展形式的描述,表明特定时代的科学技术水平取得巨大进步,对世界的认识和控制发生根本性的转变。一般而言,科学革命必须经历较长时间的积累,当原有理论不能够解释经验现象,出现众多反例时才会发生。近代科学革命孕育于古代科学基础之上,现代科学革命孕育于近代科学基础之上,将来发生的医学科学技术革命,其基础是现代医学和现代科学技术。人类认识发展的阶段性,决定不可能从整体上直接借助古代理论推动现代科学技术革命。有必要指出,笔者个人不排除古人的具体智慧有可能对现代科学技术的发展有启发,但绝不能够夸大其影响^[19]。

持发展中医或者中医现代化观点的学者,主张抛开现代医学,用现代科学研究中医学,从而构建一种与现代医学完全不同、并与其并列的新医学,这可能是一种很大胆的设想。但是,人体生命的生理与疾病的客观运行机制只有一种真实,只要这种研究拿不出否定维萨里的人体解剖学、哈维的血液循环论、魏尔啸的细胞病理学、巴斯德与柯赫的微生物学、克里克与沃森的基因理论等现代医学的证据,这种设想就是空想,中医或一种新的医学与现代医学并列的局面,就不可能实现,新的医学革命就不可能到来,中医学就只能是现代医学的补充。

参 考 文 献

- [1] 沈自尹. 中医学[M]. 上海:上海医科大学出版社,1995:7—8.
- [2] 王新华. 中医基础理论[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:12—26.
- [3] 夏 天. 现代中医学[M]. 北京:高等教育出版社,2001:6—8.
- [4] 印会河. 中医基础理论[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:5—8.
- [5] 梁晓春,孙 华. 中医学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2011:6—8.
- [6] 郑洪新. 中医基础理论[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:6—12.
- [7] 屠呦呦. 青蒿及青蒿素类药物[M]. 北京:化学工业出版社,2009:1.
- [8] 波 特. 剑桥插图医学史[M]. 张大庆,译. 济南:山东画报出版社,2007:72.
- [9] 柯 杨. 医学哲学[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:139—145.
- [10] 严金海. 中国传统医学理论体系的科学性研究[M]. 北京:科学出版社,2016.
- [11] 严金海,徐 静,黄 毅. 从青蒿素的发现看中药的发展方向[J]. 医学与哲学,2013,34(4A):4—7.
- [12] 何 涛. 揭秘青蒿素研制史[N]. 广州日报,2011—09—29(A18).
- [13] 郎 栋,严金海,黄 毅. 从被质疑,被边缘化到被否定:近代中医衰落的历史轨迹[J]. 医学与哲学:人文社会医学版,2011,32(9):70—72.
- [14] 严金海,黄婷婷,徐 静. 体制内中医的名与实分析:名义上有中医实质上没中医[J]. 医学与哲学,2013,34(11A):68—71.
- [15] 国家中医药管理局. 2010 年全国中医药统计摘编[EB/OL]. (2012—05—09) [2017—12—21]. <http://news.sciencenet.cn/htmlnews/2012/1/258946.shtml>.
- [16] 蔡秋杰,罗卫芳. 中医药科研发展现状及思考[J]. 中医药管理杂志,2011,19(8):729—731.
- [17] 陆 铭. 我国中药产业的发展现状及趋势[J]. 中国医药工业杂志,2013,44(2):214—215.
- [18] 左言富. 美国白宫补充替代医学政策委员会最终报告评介[J]. 南京中医药大学学报,2005,21(3):195—198.
- [19] 严金海. 中医现代化能够走多远[J]. 医学与哲学,1999,20(7):50—53.
- 收稿日期:2018—01—04
修回日期:2018—02—02 (责任编辑:孔祥金)