

【关注中医教育】

## 从传承模式变迁看中医药教育格局

中医药源远流长,薪火传承一直是中医药继承发展的主旋律和主基调。把握中医药传承的基本规律,推进中医药传承工作,促进中医药全面健康发展,是当今中医药事业面临的首要的、最为紧迫的战略任务。本期,我们邀请安徽中医药大学校长王键教授梳理一下中医药传承的层次、应该重点关注的环节,及传承模式衍变带来的问题等,以期引发更多的思考。

□安徽中医药大学校长 王键  
安徽中医药大学  
文史文献教研室 黄辉

## 最薄弱环节是医道萎缩

中医药传承可分为医术、医理、医道三个层次。其中医术是传承的基本点,医理是传承的基本内容,医道是传承的核心内容和最高境界。

中医医术是指数千年积累延续下来的独特诊疗技术、方法和实用医药知识。医家诊疗经验包括诊疗策略、立法处方用药的思路、自创方和独创的诊疗技术、工具、方法;其中以诊疗策略最为重要,其辨证论治的思维演绎过程和处理策略,如望闻问切四诊的综合判断、重点关注的症候、诊察切入点、治疗着眼点、方证对应点、辨证依据、遣方用药、临床技巧等都是传承的关键。传承就是要从一技之长开始。

医理,顾名思义就是中医理论。中医基本理论有以体质学说、藏象经络、气血津液为基础的生理病理学,以外感六淫、内伤七情等为内容的病因学,以脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证、八纲辨证为方法的诊断学,以寒热温凉四气、酸甘苦辛咸五味和归经引经概括药物性能的药理学,以君臣佐使、七情和合配伍的方剂学,以经络、腧穴学说为主要内容的针灸学,以辩证论治为特色、理法方药理论为路径的诊疗体系等。

医道是指在生命观、健康观、疾病观上所持有的基本思想和核心理念,认知生命和诊治疾病的认识论、方法论和思维方式,以及行医道德规范和行为准则所体现的价值定位。天人合一、阴阳五行、养生治未病,既是中医的思想理念又是认知思维,与以人为本、仁心仁术、大医精诚的价值取向密切结合,构成中医医道层面的基本内容。

中医认为“生气通天”,人与万物共生共荣,治疗的关键在于抓住“生生之机”,采用“生生之术”,改善人的生存环境和生存状态,保持生命的生机活力。

## 传承模式在衍变中前行

自古以来,中医药的传承方式就是灵活多样的,家传、师授、自学、以儒通医、学堂授习不一而足。当代中医药的传承模式,归纳起来大致可分为院校制、师承制、组合型和研究型四种。

院校制是现代中医人才培养的主要形式,也是中医学传承的基本途径和主要渠道。作为最广泛的传承方式,院校教育培养了大批的中医药毕

业生,中医药知识得到了共享和广泛传播,为学生打下了较为全面的中医基础。但因存在教学内容西化、经典学习弱化、中医主体课程不突出,以及模式化、规范化、统一化教育有余,鲜活的临床实践知识不足等问题,毕业生走向工作岗位后不懂望闻问切、不会开方配药,进而出现“废用性萎缩”,为业内所诟病。

师承制作为最直接、最有效的传承方式,自古以来就是培养名医的有效途径。从现代知识管理角度来分析,医家显性知识只是冰山一角,更多的是不易表达、不能直接编码的隐性知识,需要传承人长期跟师,才有机会接触到隐性精髓,并及时捕捉、加以领悟。

师承符合中医药传承的规律,是中医药薪火相传的主轴,1990年起国家已组织开展了五批全国老中医药专家学术经验继承工作。同时我们也须看到,师承也暴露出不少问题和缺陷,如名传而实未传、传承效率偏低以及学术提炼的泛化、神化、简单化等。

为了弥补院校教育和师承培养的不足,取两者之长的组合型模式应运而生。1981年开始的中医专业研究生学位教育是中医药最早的组合型传承方式,2008年推出的中医药专家经验传承博士后工作,则把中医药传承推向了更高的平台。2003年起国家实施了三次中医临床优秀人才研修项目,“跟名师,读经典,做临床”,攻读经

典与跟师临床相结合,又是一种形式的组合。与此同时,很多院校将关口前移,都在探索师承班、教班、岐黄班,不少在校本科生已主动要求拜师学艺。

目前各级各类科研项目包括国家重大科技计划,也会设有老中医学术经验传承研究项目。这种研究型传承,通过“一带多,多带一”“带集体,集体带”“群医带群徒”“团队+团队”的方式,信息技术研究与中医临床文献研究相结合,回顾性研究与前瞻性研究相结合,个体经验总结与群体规律探索相结合,纵向课题与横向课题相结合,以期快速、高效地总结提炼老中医的学术经验,进而提炼出其中规律性的内容,通过科研转化为科技成果加以应用。如建立计算机模拟程序,模拟医家的思路和方法进行疾病诊治。但其很大程度上失去了医生的主观观察、判断和思维能力,加上期望值过高,虚火旺盛,出现了不少纸上和电脑上不切实际的成果,名老中医的学术经验没有得到根本性的继承,表面的辉煌难以掩饰传承乏术的窘境。

欢迎大家投稿阐释自己关于中医药教育问题的思考与建议,投稿邮箱 wangning0331@163.com。

(荆生龙)

## 中医信息化研发要提速

□河南省卫生计生委科教处 徐宏伟

近日,笔者在北京参加一场全科专业学术交流,来自美国一家医疗机构的交流者向与会者介绍了由其团队研发的“全科医生的全程临床辅助诊疗工具”——适用于临床辅助诊疗的临床决策引擎,该引擎旨在根据医生录入的病历信息及检验结果,通过大数据分析,智能判断患者的可疑疾病,并提供疾病详情情况查询、疾病处置建议、患者指导等功能,以便于医生在诊疗过程查询相关信息,快速确诊疾病。

介绍完这个信息系统,讲者还分享了一段中国基层医生试用该临床决策引擎工具的体验和感受的视频,引起了与会者的广泛关注。然而遗憾的是,该决策工具是完全基于西医知识体系及临床经验开发而成,具有丰富临床实践与经验的传统医学在其临床决策体系指导下却没有得到详细的推荐。试想,这样的临床决策工具如果在医疗服务机构中得到普遍的推广和应用,中医将面临一个怎样的境地?在信息化、数字化、网络化加快融入社会各行各业及群众日常生活的时代背景下,“互联网+”战略显得愈发重要。中医及其他传统医学应顺势而为,以创新思维,充分利用现有政策优势,加快中医信息化研发,这不仅为传统医学赢得更多的发展空间,更是契合传统医学的客观需求。因此,必须奋起直追,决不能错失良机。笔者建议:

一是在整理数千年来中医药精髓的基础上,进行数据化、信息化处理,以方便中医的继承和传播。并在此基础上,研发具有中医特色的人才培养资源平台、临床决策体系、中医养生及健康管理日常运用网络资源及管理平台等。同时建议对已开发的现代医学的临床决策系统进行审查,规范和丰富中医辅助临床决策的知识体系,真正贯彻落实全国卫生与健康大会提出的新形势下“中西医并重”的卫生与健康工作方针。

二是加快培训多学科交叉的复合型中医人才。尤其是既熟悉现代信息技术手段,又有中医学专业背景的跨界人才,这是做好中医信息化研发工作的基础和关键。建议尝试探索在本科生或中医硕博研究生招生中,跨专业招收中医新生的方法,培养具有多学科知识的创新型、复合型人才。

三是加大对中医信息化技术研发的经费投入力度。对中医信息化研发专门立项,应保证中央财政及各级地方政府的体制内投资,鼓励社会资本投入到中医信息化研发中来,群策群力,依托中医丰富的典藏资源、数千年的临床经验,紧紧围绕促进人类健康这一核心,运用现代技术手段,努力使传统医药实现质的飞跃。



## 面瘫可选 中医内外兼治

临床上最多见的的面瘫主要是病毒感染导致的面神经炎,乍暖还寒、冷热骤变的时候很容易发病。中医认为,体质下降、正气不足、风邪侵袭是导致面瘫的主要原因。

浙江省中医院专家采用针灸+中药特色为主治疗,在面瘫急性期着重及时消除炎症和神经水肿,改善微循环,恢复期和后遗症期主要促进神经功能的恢复。中医根据辨证分型,除了给患者内服中药外,还研制了外敷中药,可迅速缓解面部疼痛,促进面瘫恢复,并配合西药、理疗、中药熏蒸、穴位贴敷及面肌功能锻炼等多种方法治疗。图为该院一位以色列学生跟师查看面瘫患者。于伟摄

认为,要重视气血冲和、脉络通调、玄府开通。眼科疾病可通过检查血脉经络进行诊断,无论外障、内障都能通过病变部位、脉络形态及盈亏变化推断眼部乃至全身的气血虚实和运行状态,这是眼科的独特优势。其中,气虚辨证尤其成为内障眼病的重要辨证方法。

## 传承好中医就是最大的感恩

谢立科教授教导我,做医生要有一颗善良的心,一颗进取的心,一颗感恩的心,一颗平常心。他又说,做医生,单纯善良是不够的,想做一名好医生,就得不断充电。我在临床摸爬滚打逐渐成长的这些年来,几乎没有一天是早于晚上12点前休息的,白天忙工作,晚上忙学习,白天遇到的特殊病例我会把书再翻一遍,不懂的就向谢立科教授请教。

我成长的每一步,都离不开谢立科教授的悉心指导。在我看来,把中医传承好,发扬好,是对老师最大的感恩。

## 温中止痛吴茱萸

“独在异乡为异客,每逢佳节倍思亲。遥知兄弟登高处,遍插茱萸少一人。”唐代著名诗人王维的这首千古绝唱朗朗上口,家喻户晓,表达了我国自古向往和谐美满、世人团圆的美好愿望,使得中药吴茱萸世人皆知,耳熟能详。

春秋战国时期,诸侯兵戈相见,权谋之术层出不穷,百家争鸣的文化盛世塑造了我国波澜壮阔的历史,国与国之间的交往错综复杂,中药吴茱萸此时展示了救人于危难的神奇。

吴茱萸产于吴国,称为吴萸,被视为国之瑰宝。有一年,吴国为联楚抵御别国,将吴萸作为贡品进献楚国。楚王未闻此物,视为欺辱大为不悦,吴臣有苦难诉,被赶到殿外。幸亏楚国有位博览群书、周游天下、精通医道的朱大夫熟知此植物,便在自家种植。某日,楚王受寒而旧病复发,胃剧痛难忍,众医诊治,诸药无效,此时朱大夫将吴萸煎汤后呈献给楚王,楚王病去而痊愈。当楚王得知此乃吴萸后,随即派人前往吴国道歉,并号召楚国广为种植吴萸。楚王为感恩朱大夫治病之恩,向天下颁布诏令,将吴萸改为吴茱萸。

吴茱萸是临床常用的一味中药,味辛、苦,性温,有小毒,入肝、胃、脾、肾经。能驱除除臭、利五脏,消食积等,具有散寒止痛、理气止痛、温中止泻等功效,可用于寒症寒丸、冷痛、脐腹部的寒气作痛,以及寒滞所致的脘腹疼痛、泄泻、呕吐酸水等症。现代药理研究表明,吴茱萸含有吴茱萸碱、吴茱萸内脂醇、脂肪酸等化学成分,对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、结核杆菌及多种皮肤真菌有较强的抑制作用,并能驱除胃气和抑制肠内异常发酵,还具有较好的镇痛作用。(黄哲敏)



通科植物,川木通来源于毛茛科,按药典记载它们功效相同,但也有实邪所致的经脉不通、阻滞气滞诸证用木通,湿热带血所致经脉不通、阻滞气滞诸证用川木通的说法。所以,医师在处方时还是要分清它们的区别。

大青叶和蓼大青叶:大青叶为十字花科植物菘蓝的干燥叶;蓼大青叶为蓼科植物蓼蓝的干燥叶。大青叶、蓼大青叶虽均含有抗肿瘤、抗菌活性的靛蓝和靛玉红,但成分含量不同。药理实验证明,在抗肿瘤、抗菌、抗炎和解热作用方面,大青叶优于蓼大青叶,而蓼大青叶具有抗甲型流感病毒的作用,使用时予以区分,不宜混淆。

以上这些药物名称相近、功效类似,易被误认为是一种药物,医生在使用时要清楚它们功效主治上的区别,药师也要了解它们的不同来源,不能当成同种药物随意替换使用。

## 我与中医缘

## 恩师带我入岐黄

□中国中医科学院眼科医院 眼底病眼外科副主任医师 郝晓凤

年幼上学时,老师教我:“不为良相,便为良医”。于是,我高考报志愿时选择了学医,毕业后来到中国中医科学院眼科医院。由于我学的是西医,来到中医医院可谓大开眼界,走上西学中之路也便成了必然。

## 从懵懵懂懂到初入谢师门下

2007年从第四军医大学毕业后,刚进入中国中医科学院眼科医院时,我对中医有点懵懂、有点迷茫。在谢立科教授的亲自指导下,我开始学着做

□天津中医药大学 第一附属医院药学部 臧滨

由于历史和地域的原因,中药里同药异名、同名异药的情况比较多。无论是医师还是药师都应该以《药典》为标准,使用规范用名,避免调剂错误,保证用药安全。

一种情况是,名称相近、功效不同的药物,如果出现了错用,有经验的药师比较容易发现。例如在调剂工作中,我们常会发现关于六味地黄的处方中使用了“吴茱萸”,就要及时联系医师改正错误,将其更正为“山茱萸”。类似问题应该引起临床医师及药师的重视,相关文章阐述也比较多。

另一种情况是,两种药物名称相近,功效主治也类似,但来源于不同的两个品种。遇到这种情况,很多中药专业人员也常分不清,甚至认为“小通草”就是小个的通草,“片姜黄”就是

一名中医管床大夫,学着写中医病历,学着去和每一位患者真诚交流……从一窍不通到中西贯通,这点点滴滴都得益于谢立科教授的悉心帮助。此外,谢立科教授的仁爱为人、渊博学识、高尚品德也深深感染着我。

2012年,谢立科教授荣获“中国中医科学院中青年名中医”称号,张伯礼院士为其颁奖。2015年,我通过考试正式拜谢立科教授为师,成为“西学中”大军中的一员。老师喜欢引经据典,讲起中医理论来头头是道,一双灵巧的手似乎就是为眼科高精手术而生的,手术做得精致、美观又神速。

## 老师教导我勿排斥西医手段

临床实践是中西医结合的

切片的姜黄。要知道它们的来源不同,功效主治也有着差别,下面我就谈谈几组容易混淆的药名。

通草和小通草:通草习称“大通草”,来源于五加科;小通草来源于旌节花科或山茱萸科。它们功效相似,都有清热利水、下乳的作用,通草还可以通气,传统认为其下乳的作用更好一些,所有乳汁不下者用通草更好一些。另外,通草属于孕妇慎用,小通草则没有这个规定。通草和小通草外观比较好区别,通草是空心的,内有梯状排列的薄膜;小通草则是实心的。

基础,当面对同一个病人时,尽管中医与西医的诊疗方法不同,但两者的终极目标是一致的,那就是治病救人、维护健康。眼部结构精细复杂,谢立科教授强调在中医四诊中,望诊是中医眼科诊法中首要而独特的环节,借助现代眼科仪器可扩大望诊的范围。

“五轮八廓”学说是中医眼科的传统理论,它将眼的可见部分划分为五个部位或八个方位,用来归纳各部分病症的特性及相互关系,并构建眼和脏腑、经络的联系。它是中医基础理论在眼科的具体应用和理论创新,也是掌握中医眼科独特的解剖、生理、病理、治则、治法等诊疗体系的重要途径。

在眼底血管疾病中,谢立科教授

## 一字之差药不同

姜黄和片姜黄:二者同属姜科,姜黄为姜黄的根茎,片姜黄为温郁金的根茎。二者的药性均为辛、苦、温;都能活血行气,通经止痛。不同的是,姜黄以治气之血瘀所致的心胸胸腹诸痛为宜,片姜黄善治风湿肩臂疼痛。姜黄颜色鲜艳,色泽金黄,气味浓烈,还可以作为调料,也可提取染料。

橘红和化橘红:橘红来源于芸香科橘的果皮,因加工不同分为陈皮与橘红。果皮阴干称为陈皮或橘皮;去掉橘皮内部白色部分后,晒干称为橘红。化橘红来源于芸香科化州柚或柚

的干燥未成熟果皮。《本草纲目》记载“橘红温燥之性胜于橘皮,并兼发表散寒,外感风寒咳嗽痰多者用之为宜”。化橘红无发散之性,兼能消食,咳嗽痰多又兼食积或消化不良者用之较宜。

现在我们所说的橘红大多是指化橘红丸、橘红片、橘红化痰丸、橘红颗粒等,用的都是化橘红。医生应用这些处方时,应该标明化橘红,以免错调成橘红。

木通和川木通:木通来源于木