

我對中醫進修教育幾點不成熟的意見

重慶市第一中醫進修班 任應秋

中醫進修教育，可說是促使中醫更科學化的必由之路。它是在解放後中西醫團結的基礎上逐漸壯大起來的。幾年來全國各大城市的中醫60%以上都通過了進修，一般說來都有所提高。即以重慶市而論，兩年來通過進修學校和進修班學習的中醫，當在一千人以上，各個的收穫，儘管是由於文化水平的不一致，而吸收有多寡的不同，但一般的政治覺悟都有所提高。對生理、解剖、病理、細菌寄生蟲等基礎知識都有了一定的了解，尤其是對於預防接種的知識和操作收益更大，所以在各個預防接種工作中，主要的都是依靠中醫們的力量來完成的。重慶市如此，恐怕其他地區的情況亦復如此。從這一點看來，賀誠副部長在北京中醫學會成立會上的講話：「對新中國的經濟建設和國防建設危害最大的是傳染病、地方病、職業病，其中傳染病更佔大多數，因此中西醫應很好的研究傳染病的預防與治療，這樣就可能解決最大的生病率與減少死亡率的問題。在這一點上，中醫方面就必須增加新的科學知識和經驗，才能完成任務，因此不能不聯想到第二個問題，即中醫的進修提高問題……今天要担负這個新的任務，就一定要解決進修提高的問題。」已經獲得證實是完全正確的。

但是，中醫通過進修以後，在預防工作方面獲得一些成就，是不是便等於豐富了中醫醫學，而提高了中醫的臨床治療經驗，逐步進入更科學化？可說還沒有達到這個地步，相反的，在個別的進修教育過程中，還存在有「中醫西醫化」的傾向。有的甚至把在進修中的中醫們的思想弄得一團糟，比較有中醫學基礎的，被「不科學」三個字嚇退了，而發生動搖；中醫學基礎較薄弱的，便「盡棄所學而學焉」，乾脆搖身一變而為「西醫」，即被一般叫做新江湖醫生，這種新江湖醫生，他們無論私人開業或參加聯合診所，信手處方便是醋柳酸、辛可芬、乙醯氧乙苯胺等，甚至於隨便使用青黴素、鏈黴素一類抗生素藥，中藥的處方，隻字不提了。也還有個別中醫儘管通過進修，可能還原封不動，莫名其妙的便期滿結業。最普遍的是一般進修教育都沒有很好的把中醫醫學進行批判，並與中醫治療經驗結合起來。在重慶區居然還有個別的主持進修教育的毫不懂得「在中醫原有基礎上提高」是什麼一回事。因此，我便主

觀的對中醫進修教育在目前提出下列一些意見：

（一）中醫進修究竟是橋樑教育？

還是輔導教育？

中醫進修究竟是什麼性質的教育，這是關係方針方式方法的問題，不能不先有所認識和確定。同一地區，同一進修，而終於得出不同的結果，便是由於各具不同的觀點，沒有確定這一教育性質的緣故。在西南區很早便肯定中醫進修教育是橋樑教育，並說明能夠起到下列幾種作用：

（1）補充幹部的數量。（2）提高質量。（3）補助中級醫士教育的不足。（4）使中西醫務人員在政治團結的思想基礎上，進一步求得在業務上的結合與提高。自從西南區提出橋樑教育的號召後，參加進修的都看中了第一第三兩項，想從此脫產當幹部，做中級醫士或者候補中級醫士，換言之，就是要把中醫完全丟掉，一躍而為政府機關幹部，得到就業的機會。即退一萬步，亦可以取得醫士證書，由中醫一變而為中級醫士，即是說通過這一橋樑教育，可以由中醫而為機關幹部，由中醫而為醫士，至於質量是否得以真正提高，則頗成問題。像這樣的橋樑過渡，我認為是不適合的。因為橋樑兩個字頗含有「過渡」的意義，由甲方而過渡到乙方，這當中是必須經過橋樑作用的。假如以中醫進修為橋樑教育，那不言而喻便是把「不科學」的通過橋樑而過渡到「科學」的，把中醫過渡到西醫，可是，這便與中央「在中醫原有基礎上提高」的政策產生矛盾了。像這樣的橋樑教育，把中醫過渡成西醫，或者過渡為幹部，恐怕都不是進修的原有旨意，重慶市中醫進修學校畢業學員一直存在着就業問題，就是沒有把進修教育的性質明確的緣故。

中南區衛生局齊仲桓局長一九五一年一月在廣州市中醫界座談會上的談話說得很對，他說：西醫幫助中醫更科學化的問題，這不是說中醫不科學，而是在二十世紀五十年代的科學成就中，中醫很少運用這些科學成就；中醫也有自己的理論……只是不用今天的科學來解釋，而是用中醫自己的道理方法來解釋的。可是廿世紀的今天不用今天的科學來解釋是不容易給人家明白的。拿一個病來說，這是什麼病原，起了什麼變化，病的經過怎樣，叫什麼病，怎樣治？這才能為大家所了解；

但中醫用氣化來解釋，就不容易為大眾所了解，不易推廣，所以毛主席說：中醫要科學化，因為中醫有科學的內容而沒有科學的形式，中醫有數千年的歷史，有豐富的經驗；但不容易為現代的科學所了解。所以中醫如果了解了現代的科學，用現代的解剖生理病理去和中醫的理論結合，就可以把中醫提高，把中醫的經驗發揚。中醫科學的研究，現在中央已有進修學校幫助中醫們去研究科學的醫學，這並不等於把中醫的東西不要，而是幫助中醫打好科學的基礎，把中醫提高…。[這樣說來，中醫進修絕不是什麼過渡不過渡的橋樑問題，而是運用現代科學的方式方法對中醫進行整理、批判、發揚和提高的問題。因為中醫不僅有他在悠久年代實踐中的經驗基礎，亦有他理論方面的整個體系，這些經驗基礎和理論體系，是被陰陽氣化埋藏着的。通過科學理論的進修學習，就是要把中醫寶貴的經驗的感性理論都變成科學的理性理論。因此中醫進修教育中的生理解剖病理等科學課程，主要是對中醫起到輔導的作用，所謂輔導，就是就中醫原有的基礎輔導之而昇華。例如永類鈴方，摘玄方，簡便方，張潔古等都以綠礬製血崩，血病黃腫，下血虛弱，他們的理論是收澀解毒，能除血分之積垢。通過科學理論的學習，我們知道綠礬為硫酸亞鐵(FeSO_4)，它能夠補充血分的鐵質，當然對貧血病有效。這就是由中醫進修輔導其研究出科學理論的起碼途程，通過這樣的輔導作用，中醫更能發揮他的經驗而提高療效，亦逐漸可能為現代科學所了解而完成其進修任務。

(二) 先從中醫舊的基礎上普遍進行補習教育然後升入進修

中醫的類型是非常複雜的，一般說來，文化水平低下的要佔絕對多數。誠如王克錦氏所說：「醫學成了失第士子的末途（儒醫）及失利商人維持晚年殘生的伎倆，很少有人以畢生之力鑽研中醫，致造成中醫的長期落後性。」我於一九五一年在川東衛生廳工作的時間，曾就川東區萬縣、江津、合川、涪陵、璧山五個文化較高的縣份做過百分比的統計，計全區中醫文化水平的情況如下：

1. 曾受過高級教育（包括大學或專科學校）的1%。
2. 具有普通中級文化程度的20%。
3. 祖傳師授，粗通文字的25%。
4. 僅憑開業取得些經驗，一般文字都不很通曉的30%。
5. 舊文學頗具根底，而於中醫舊的理論亦稍有修養的5%。
6. 具一般科學知識和中醫一般舊的基礎，對

於新醫學理論頗易接受，並可能做一些結合工作，逐漸走向更科學化的1%。

7. 僅憑懂得一些方藥或草藥，而毫無理論根據，只初識文字的10%。

8. 祇認識一些草藥而不識字的8%。

其他文化低的縣城，還不可能達到這個百分比。像這樣複雜而低下的中醫文化水平，我相信不僅川東如此，西南如此，其他行政區或省區恐怕亦在伯仲之間。這樣低下的文化水平的中醫，就連所謂「不科學」的那一套中醫理論都極其淺薄而幼稚。因此，欲使其參加校或班的進修，實有先予補習舊的理論知識的必要，尤其是關於中醫的臨床治療的理論知識，應先給予充分的補習，例如中醫在臨床方面之所以能够靈活運用方藥，解決治療問題，全憑着對病人有機體整體的綜合分析是否正確來決定。這個綜合分析不是別樣，就是所謂陰陽、寒熱、虛實、表裏八大法則。如：太陽、陽明、少陽，都是陽性病，太陰、少陰、厥陰，都是陰性病，太陽、陽明、少陽，都是熱性病，太陰、少陰、厥陰，都是寒性病；太陽、陽明、少陽，都是實性病，太陰、少陰、厥陰，都是虛性病。陰陽、寒熱、虛實之中，又有在表在裏和在半表半裏的不同。太陽是表，少陰也是表，太陽之表，屬熱屬實，少陰之表，屬寒屬虛；陽明是裏，太陰也是裏，陽明之裏，屬熱屬實，太陰之裏，屬寒屬虛；少陽是半表半裏，厥陰也是半表半裏，少陽之半表半裏，屬熱屬實，厥陰之半表半裏，屬寒屬虛；太陽少陰都是表，太陽之表為發熱惡寒，厥陰之表，為無熱惡寒；陽明太陰都是裏，陽明之裏為胃實，太陰之裏為自利；少陽厥陰都是半表半裏，少陽之半表半裏為寒熱往來，厥陰之半表半裏為厥熱進退；太陽少陰都是表，太陽之表可汗，少陰之表不可汗；陽明太陰都是裏，陽明之裏可下，太陰之裏不可下；少陽厥陰都是半表半裏，少陽之半表半裏可以清解，厥陰之半表半裏不可以清解。三陽病惟恐其熱，三陰病惟恐其寒，三陽病惟恐其實，三陰病惟恐其虛。據此寒熱虛實陰陽表裏的判斷，所以同一便秘症，有的要用「大黃附子湯」的強壯瀉下劑，有的要用「大承氣湯」的解熱瀉下劑，有的要用「麻子仁丸」的滋潤瀉下劑，有的要用「大黃甘遂湯」的排水瀉下劑，中醫能够靈活掌握這種對疾病綜合認識的體系概念，在臨床上必能獲得良好的治療效果。但是由於一般中醫文化水平的低下，具有掌握這種認識疾病的體系概念技能的，為數並不多。而這種體系概念，實為中醫臨床治療的最低要求，這也就是中醫的原有基礎。若此最低的原有基礎而不具，便無從進修提高。像這樣的中醫在進修教育裏，可能是西醫既不懂，中醫也不懂。白費時間，無所獲益。

重慶中醫學會所辦的中醫業餘補習班，便是屬於這種形式的補習教育，其目的也就是在給未曾進修的中醫們先行打好一定中醫舊的基礎，預備好參加進修的一定水平，據重慶半年來的經驗，補習教育在未進修前實在有這個必要。而且進修一班又一班地過去，愈在後期，進修成員的文化水平愈是低下，因而補習教育的形式愈是需要。

(三) 精簡課程，重點進修

目前一般中醫進修教育的課程，除社會科學外，大致都有生理、解剖、藥理、細菌、寄生蟲、病理、診斷、內科、外科、傳染病、公共衛生、眼科、兒科、中藥、針灸、中醫學術研究等，甚至還有比照北京中醫進修學校的課程，加授醫史學、組織療法、皮膚花柳等科的。課程儘管這樣繁複，而進修的時間卻又極短。以重慶為例，進修學校脫產進修半年結業，進修班不脫產進修，每天下午上課，也是半年結業，如果脫產，便是三個月結業。一般中醫尤其年事較大的中醫，對於科學的吸收都比較遲鈍。這樣在課務進行當中，他們都感覺負擔沉重，消化不了。如我在重慶主持第一中醫進修班教務，這個班是不脫離生產的，上午同學們照常開業，下午一點三十分鐘來班開始上課，六點三十分鐘休息，整整進行四小時的課程，一小時的複習，但有些時候連這一小時的複習時間也被課程佔却了。於是同學們紛紛反映複習時間不夠，個個對課程都有消化不良的現象，我們在沒有辦法當中，才把全班一百一十五個同學各就地區街段分別組成十多個課外複習小組，放學各返回地段小組去的夜間進行複習，這雖是一個辦法，同學們在思想上仍然感覺負擔過重，因為一週裏的六個晚上，衛協會的小組學習佔去兩天，責任組學習佔去一天，有時要聽報告，有時中醫學會的小組也要開會，還有些臨時任務，加上這樣「密不通風」的課程，他們委實熬熬不住。因此，無論從客觀方面、主觀方面來講，中醫進修教育的課程實有考慮精簡，重點教授的必要。

我的意見是：

1. 基礎醫學：應以生理學為中心，圍繞生理學的應以病理學為首要，解剖組織可以在講授時順便提示。如講到心臟和血液循環的生理時，順便把心臟構造、血管淋巴管構造及其分佈情況一提，主要繼續提出的就應該是局部充血、局部貧血、出血、血栓的形成、壞疽、水腫、休克、以及高血壓病、動脈硬化病、心肌炎、心包炎、心力衰竭等循環系的病理。這樣既可以避免解剖組織、生理學、病理學鼎足而三的平均發展的多佔時間，同學們亦可能做到有系統的綜合接收。

2. 臨床醫學：應以中醫臨床治療為中心。中

醫進修的目的既是在充實中醫的內容，進修以後當然是仍以中醫治療的方式方法來解決人民的疾病問題。更好的為人民服務。因此後期的臨床醫學課程，便應以中醫臨床治療為主要課程。誠如齊仲桓局長所說：「中醫治療經驗，方劑、藥物、針灸裏面一定有許多寶貴的東西。」假如授以一般的內科學，據我個人的經驗，經常發生下列幾個問題：（一）教師認為整套的內科學，內容太多，很難講授，許多知識不容易為中醫吸受。（二）比較年高或臨床經驗稍多的，聽起不感興趣，認為自己用不上。（三）比較青年的，很想狼吞虎嚥的把它多吸收點，想結業後藉此做西醫，但終於消化不良，畫虎類犬，貽害滋大。所以我認為把內科學整個作為中醫進修臨床課程，是不很妥當的。

那末，中醫內科治療課程究應如何講授呢？我認為疾病的分類儘可以按照內科學系統劃分，但內容絕對採用中醫治療經驗和理論。例如呼吸器型感冒，鼻腔因發炎而閉塞，而分泌過多，而噴嚏不止，上犯額竇，則眉間疼痛，惡寒發熱，咳嗽頻作。像這樣的證候，中醫恰好是使用「杏蘇散」。理由是：溫病條辨上焦篇秋燥勝氣論說：「燥傷本臟，頭微痛惡寒，欬嗽稀痰，鼻塞咽塞，脈弦無汗，杏蘇散主之。」吳塘又在這條的註文裏說：「杏蘇散，乃時人統治四時傷風欬嗽通用之方，本論前於風溫門中已駁之矣，若傷燥涼之欬，治以苦溫，佐以甘辛，正為合拍。」吳氏所指的燥涼欬嗽症候，也即是呼吸器型感冒的證候。因為呼吸器型感冒，鼻腔發炎，因而閉塞的證候特別顯著。氣管炎證亦最常見，「咽塞」便是由於氣管發炎而來。同時還要說明中醫舊說「咽是食管」，這是錯誤的，中國醫學大辭典說：「咽為喉下之食管」，尤為錯誤，解剖所見，喉上是咽，喉下是氣管。素問說：「咽不容粒」，靈樞說：「下咽還出」，正因謂它是氣管，所以才「不容粒」，才會「下咽還出」。吳塘亦說：「咽塞者，咽為肺系也。」益足說明咽是氣管而不是食管，咽塞是氣管發炎的感覺。脈弦，是脈管壁的收縮神經興奮的結果，它和「惡寒無汗」有密切關係。杏蘇散具有弛緩神經，消炎鎮欬，發汗祛痰等作用，善於掌握，必見良效。若舍此不圖，竟教以先服 Aspirin，或用 Codein，Paracodin Eucodal 等鎮欬劑，及遠志、吐根等祛痰劑內服，既不一定可以完全掌握，其效力未必便優於杏蘇散。

3. 預防醫學：傳染病和公共衛生學，應在全部課程中佔得適當的比重，使一般中醫都能進一步搞好羣衆衛生工作。

(四) 要有最低限度的形象教學設備

「耳聞不如目見」，這是最通俗最容易聽到

的俚語，這句話尤其適用於中醫進修教育。因謂一般中醫的科學水平都差，又兼之是「中年出家」，年事稍大，感受性都覺遲鈍，所以在教學時最好是利用形象啟示的方法，可以收到事半功倍的效果。所謂形象教學，就是理論與實際結合的教學方法，把理論與實際結合如形之與影一樣的不可分離，這樣就能避免教條主義和經驗主義用空洞理論來談一大套，而提高了學生對課程的認識和理解。所以形象教學是最切合實際的最新形式的教學方法，它應該包括「形象環境」「形象講義」「形象講授」三個內容。所謂形象環境，就是說每上一堂課必須有適合這堂課題內容的客觀現實，如同戲劇一般，每出一台戲，就有一台戲的切合其內容表現的佈景。當然科學醫學教育的佈景比之於戲劇還要複雜與科學。所謂形象講義，是力求文字的節省精當，多用圖表公式來代替，使其一目了然。所謂形象講授，就是理論與實際結合的教學，先生口講手動，學生則聽看做合一。這就是理論指導的實踐教學。然而一般中醫進修教育，都是額限於經費，不僅屍體沒有，標本沒有，模型沒有，甚至掛圖也不可多得，甚至講義都沒有發給，如北京中醫進修校那樣簡單的設備，在全中國還是絕無僅有的鳳毛麟角。中醫科學化，決不是僅憑一張嘴巴可以把科學叫得出來的。中醫科學化，就是要拿出科學的武器來幫助中醫，才「化」得了。否則，中醫進修教育是不容易搞好的。

（五）設置門診治療，進行實習

實驗教學法，也是新的教學方法的一種，而且是學得理論後最需要的一種教學方法。也就是實際去做的問題。所以在「百聞不如一見」之下，應加上「百見不如一做」。如果動手去做一番，就更切實的多，生動的多。我們把聽、看、做加在一起去學習，並又要着重在「做」。這樣馬上接受馬上就能用。也就會合乎我們現實的要求。由做的當中了解理論，反證理論，證實理論，使理論與實際結合起來，並提高理論，而不使他被死板的理論束縛在那裏，硬從做的當中來解決實際問題。因此中醫進修教育設置門診部來進行治療實習工作，是有這個必要的。

在西南區的中醫進修學校，學員結業後都會到各個醫院去實習一至兩個月，原則上這是不錯的，但中間我發現了兩個問題，（一）中醫進修並不等於整個學的西醫那一套，進修以後也不是要搞西醫那一套，在醫院實習，實無取義。（二）有一部份比較青年的中醫，由於舊的基礎不很好，又由於個別進修的領導人不够正確，於是他們到醫院去實習，嚴重地存在着「丟包袱」的思想，想把中醫丟掉，把醫院的一套搬回診所去

用，但是又不可搬回去，於是弄得非中非西，似驢非馬。因此，我建議自行設立中醫門診部來進行實習。

因為本質上是個中醫，通過了進修，可說是已經過科學知識裝備起來的中醫。在門診部裏，除了所接收的物理知識可以運用外，最主要的還在憑藉已學得科學知識和舊的經驗結合起來靈活的掌握治療。例如「惡寒」這個證候，憑舊的經驗告訴我們：「病有發熱惡寒者，發於陽也，無熱惡寒者，發於陰也。」這時候我們便要結合到所學的生理病理知識來研究它，所謂發熱惡寒，是一時生理機能失調，皮膚的淺層動脈收縮的原故，多見於一般感冒初期，所以傷寒論說：「汗出微發熱，惡寒者，外未解也。」所謂無熱惡寒，便是心臟衰竭，體溫低落的原故，多見於營養不良、貧血、虛弱的病人，所以傷寒論說：「少陰病，得之一二日，口中和，其背惡寒者，當灸之，附子湯主之。」中醫能够這樣既知其然又知其所以然地判斷疾病，掌握處方，這便是逐漸躋於科學之域。如不能這樣辯證論治，就是披上白衣服，拿着聽診器，仍然是不科學的。

（六）最後的希望——政令要貫徹，幹部要重視

中醫進修教育，是個新的教育，也無可諱言，正是由於是個新的教育，這工作是頗艱鉅的。目前儘管是在全中國都開展了這一工作，但還是任何一個地區也沒有很成熟的經驗給我們做榜樣。甚至於可以說還是在萌芽階段。以量而言，中醫進修教育工作不過僅及於各大都市，省以下的專區和縣城，可能還沒有「開步走」。以質而言，解放幾年來，儘管在北京、上海、天津、武漢、重慶等大城市開展了一期二期三期的進修，這些通過進修的中醫，是否已經科學化了呢？可以肯定的說：在他們的思想轉變上不過才是萬里長征第一步的開始，距理想的科學化路徑還遙遠，這就是由於進修教育的方式方法还不够成熟的原故。進修教育工作的開展為什麼這樣遲緩呢？我認為各級的幹部不够重視，政令的不够貫徹，是其主要原因。中央早於一九五一年便通令全國：「中醫應由各大行政區衛生機關，在城市有計劃的逐步設立中醫進修學校或中醫訓練班，或由現有的中醫學校與中醫學會或市醫藥界聯合會中附辦進修學校、訓練班、業餘夜校等，授以基本的科學醫學知識和政治知識，如基礎醫學、預防醫學、社會科學等。」這個指示執行得怎麼樣，我認為是值得檢查的。西南區的四川是國內較大的省，而它的中醫進修教育真薄弱得可憐。

齊仲桓局長在中南區第一屆中醫代表會議的總結報告中說：「教育幹部，明確中醫政策。什

麼是中醫政策呢？總的說就是「團結中西醫」，為什麼要團結？因為全國中醫是一支龐大的力量，需要通過團結、組織起來，以求發揮。另一方面對於中醫本身來說，所存在的弱點前面已經說過，是從舊社會遺留下來的，也都需要通過團結、學習改造，互助合作，達到真正提高的目的。所以說通過團結、組織發揮好的一面，教育改造不足的一面，這才是對中醫真正的愛護和幫助，這就是中醫政策的基本內容。教育幹部明確中醫政策，應該是着重教育專署、縣、區衛生幹部，因為他們掌握具體業務，隨時接觸具體問題，不明確中醫政策，就容易發生偏差。」這話真對，一個政令的貫徹與否，是和幹部對政策的明確與

否分不開的。今天的中醫進修教育沒有很好的貫徹下去，可能就是由於執行的幹部對中醫進修的政策不夠了解，不夠明確，因而便不重視，由於不重視，就把進修教育搞不好，甚至於不搞。要知道中醫愈在縣、區、鄉，他的量愈大，他的質愈低。縣、區、鄉的中醫進修教育搞得與否，這是改造整個中醫的關鍵所在，何況今天的中醫進修教育僅初步及於大都市，縣、區、鄉裡還原封不動呢！今天各大都市的中醫進修教育，也不過就是辦得這個樣，然而各大都市還保持一個比較縣、區、鄉優良幾上百倍的現實客觀條件。如果在縣、區、鄉展開起來，幹部不特別重視，盡心力地來主持辦理，所得的結果是不難想像的，

對於中醫進修學校增加中醫課程一些意見

北京中醫進修學校
第八班學員 沈剛如

一九五三年十月，我參加了北京中醫進修學校第八班的學習，到現在為止，已經學習了三個多月了，再一個多月，課堂上的學習，就要全部結束，（我們上課時間是從一九五三年十月十九日到一九五四年三月二十四日止，以後到醫院實習一個月。）就要按着各人專長科別和志願，分派到各醫院去實習，除了中醫針灸以外，全部是實習西醫診斷，處方，手術，化驗等等。由於從我們第八班起，增加了十分之三的中醫課程，相對的現代醫學課程，就被刪除了十分之三，所以解剖組織學，生理學，講授次數減少了，實習完全改為示範，並且次數也減少，診斷學縮減到未能講完，病理學也縮減了講次，外科，兒科，婦科，可能不講了，這就大大減少了我們新理論的學習，我個人感覺對於現代醫學認識，是不夠的，即將到來的實習，就要發生困難，同學們一般反映，也是這樣。這種情形，學校已經知道，可能要考慮變更，因為學校的課程，每班都有點不同，隨着發展形勢來改。這一次要增加十分之三的中醫課程，據說是根據全國許多中醫的意見，他們的意見是寶貴的，而且被採納了，可是我們親身體會的是怎樣呢？當我們聽了幾次傷寒論的講授，仲聖原文，是兩千年前的經驗紀錄，無可非議，但是夾雜着十分之九的後來註解，就有問題了，空洞的理論，亦即非稽證唯物

的理論，怎麼也不能聯系到實際，結合到今天解剖病理上的根據。我們一面學着新的知識，現代醫學，重又聽到中醫舊的論調，不能不感到矛盾，學校終於接受了我們要求，中止了傷寒論的續講。其它中醫課程，問題也是一樣。總結起來，全部中醫課程，在今天既沒有整理出系統的理論，又不能配合着現代醫學理論來講，就只有按照中醫學術研究方式，減少講授時數，待全部基礎醫學和部份臨床醫學講完後，根據學員們的專長科別，由兼通中西醫的教師來領導大家分別研究討論，或者能得出一些結果，促進中西醫學的統一，擴大中藥的應用。如果照現在分傷寒，金匱，溫病，婦科，中醫診斷等勉強抄湊些講義來講授，不但在教材方面，師資方面，問題都很嚴重。而且所起的作用不大。我是一個中醫，並且相信中醫能治療很多疾病，我自己也能治療一些病，但是我沒有能在中醫經典裏，找出我治好那些病的理論根據，（科學的根據），所以我要參加進修，希望在這裏獲得科學知識，或是現代醫學治療的原理，來尋求中藥的有效所在，更提高中醫的治療功能，相信來進修的中醫，多數是抱着這個目的的，今天在中醫進修學校增添這些尚未整理的中醫課程，是不能滿足我們的要求，希望今後有關部門加以考慮。