

古代医学教育模式对当代中医教育的启示

王明强

(南京中医药大学基础医学院, 江苏省南京市仙林大道 138 号, 210023)

基金项目: 教育部人文社会科学研究青年基金资助项目 (11YJCZH167)

摘要 在中医学的发展中, 基于中医学特殊的传承规律和社会背景, 形成了师承(含家传)模式、学校模式、讲学模式、自学模式四种教育模式。这四种教育模式支撑起了几千年的中医学传承体系。根据当前的社会背景, 自学模式缺乏现实可行性, 当前最佳的中医学教育模式是师承模式、学校模式、讲学模式的有机结合, 只有如此, 方能培养出真正符合新时代要求的中医医师。

关键词 中医教育; 师承模式; 学校模式; 讲学模式

几千年来, 中医学绵延不绝, 承续发展, 说明我国古代构建起了符合中医学发展规律的传承模式。当前中医教育面临着改革创新的重任, 认真总结中医教育的宝贵文化遗产, 深入探讨中医教育的相关命题, 是中医教育工作者的历史重任。本文通过探讨我国古代中医教育的模式, 旨在对当前的中医教育有所启发和借鉴。

1 古代医学教育的基本模式

教育模式是教育实践的具体载体和形式, 是教育思想的综合体现。综观中国古代医学教育, 其教育模式大体可分为 4 类。

1.1 师承(含家传)模式

师承模式是我国古代民间医学传授的基本形式, 这种模式历史悠久, 具体源于何时, 目前难以确切考证。正史记载最早见于《史记·扁鹊仓公列传》, 长桑君传授医学给秦越人, 秦越人带徒(子阳、子豹等)行医。考之医史, 这种师徒授受的方式在历代都非常活跃, 培养出了许多医学名家。

师承模式的优点是符合古代医学的经验性和实践性, 有利于学徒掌握师傅的医学精髓, 并快速提高临床水平。缺点有以下 3 个: ①授徒规模小。一个师傅所能带的徒弟是有限的。②教学缺乏系统性。师傅带徒弟, 往往以临床实践为主, 理论教学欠缺, 也没有系统的教学计划, 随机性比较大, 考

核也不严格。③在医术上有局限性。再高水平的医师在医术上也有其局限性, 往往会拘泥于一家一派, 学生如不能去认真研读经典, 突破创新, 往往会造成医术的因循守旧, 陈陈相因, 会在某种程度上阻碍学术的发展。张仲景在《伤寒论·序》中即批评当时的世俗庸医曰“不念思求经旨, 以演其所知, 各承家技, 终始顺旧”^[1]。因此, 古代名医往往是多方拜师学艺, 这也正是古人所讲的“转益多师是汝师”, 如淳于意曾拜公乘阳庆、公孙光为师, 孙思邈在《备急千金要方·自序》中则云“一事长于己者, 不远千里, 伏膺取决”^[2]。

1.2 学校模式

医学学校教育是我国古代官办医学教育的主要形式。其起源目前亦难以确切考证。甲骨文中已经出现有关医官的词汇, 叫“小疾臣”。据《周礼》记载, 周代医官设置更为完善, 有主管医药政务的医师, 有食医、疾医、疡医、兽医四科医生, 并且有治疗档案制度和医生考核制度。但当时是否存在官办医学教育, 史料中并无记载。

史料中能看到的最早的医药学教官出现在《魏书·官氏志》中, 北魏道武帝天兴三年(公元 400 年), 置“仙人博士官, 典煮炼百药”^[3], 很可能是受当时道教和长生思想影响而为煮炼丹药等药物而设立的, “博士”一职在当时为研究学问并进行讲学的教官, 应当会有相关讲学存在。但《魏书》中并未明确记载当时的学员情况, 是否有事实上的医药学类教育存在, 目前还无法确定。另

* 通讯作者: wmq918@njutem.edu.cn, 13451823466

外,《魏书·官氏志》中尚列有“太医博士(七品下)”和“太医助教(八品中)”,但具体设置于何时,难以确切考证。目前有史料明确记载的我国历史上官办医学教育的设置最早是在南朝刘宋元嘉二十年(公元 443 年),《唐六典》卷十四“医博士”注中记载“晋代以上,手医子弟代习者,令助教部教之。宋元嘉二十年,太医令秦承祖奏置医学,以广教授。至三十年省”^[410]。这则史料表明,晋代已设有医官教习,但似乎并无独立的医学教育机构,刘宋元嘉二十年始置医学教育机构,但具体是何种机构,并没有明确记载。隋朝太医署是我国历史上有文献明确记载的最早的医学教育机构,也是世界文明史上最早见于记载的、规模宏大的官办医学教育机构。设立于公元 624 年的唐代太医署则“是一所制度比较健全、分科和分工明确的医学教育机构”,“是当时世界上规模最大,也是最完备的医学校”^[9]。宋代设有独立的医学教育机构“太医局”。元代设有医学提举司,负责医学教育事务。明清两代则由太医院兼管医学教育。

1.2.1 学校模式的优点 经过文献考察,可以看出医学学校教育有 5 个优点。①规模较大:如隋代医学校师生最多时达 580 多人。唐太医署医科有医学生 40 名,针科有针灸学生 20 名,按摩科有学生 30 人(注:武德中,置三十人。贞观中,减置十五人),咒禁科有咒禁生 10 人。历代除中央办学之外,还有地方医学校。据《旧唐书·职官志》记载,唐代对全国各府、州医学校教师、学生的人数及教官品阶都有规定:京兆、河南、太原等府“医药博士一人,助教一人,学生二十人”;大都督府“医学博士一人(从八品下),助教一人,学生十五人”;中都督府“医药博士一人,学生十五人”;下都督府“医学博士一人,助教一人,学生十二人”;上州“医学博士一人(正九品下),助教一人,学生十五人”;中州“医药博士一人(从九品下),助教一人,学生十二人”;下州“医学博士一人(从九品下),学生十人”^[9]。②办学条件优良:比如唐代药科教育,专门在京师“择良田三顷”建成药园用以教学,并且设有专人从全国各地采集药材。③教学内容有系统性:如唐太医署首先集中进行医学基础课程教学,各科共同必修课程有《黄帝明堂经》《素问》《黄帝针经》《本草纲目》《针灸甲乙经》《脉经》等。《唐六典》载云“太医令掌诸医疗之法,丞为之贰,其属有四,曰:医师、针师、按摩师、咒禁师,皆有博士

以教之,其考试登用如国子监之法。”注云“诸医、针生,读《本草》者,即令识药形,而知药性;读《明堂》者,即令验图识其孔穴;读《脉诀》者,即令递相诊候,使知四时浮沉涩滑之状;读《素问》《黄帝针经》《甲乙》《脉经》,皆使精熟。博士月一试,太医令、丞季一试,太常丞年终总试,若业术过于见任官者,即听补替。其在学九年无成者,退从本色”^[409]。在共同基础课考试及格的基础上,才可以参加分科学习,《唐六典》载“医博士掌以医术教授诸生习《本草》《甲乙》《脉经》,分而为业”。注云“诸医生既读诸经,乃分业教习”^[410]。各科又有各科的教学内容,如针博士“掌教针生以经脉孔穴,使识浮沉涩滑之候。又以九针为补泻之法”;针科学生“习《素问》《黄帝针经》《明堂》《脉诀》,兼习《流注》《偃侧》等图,《赤乌神针》等经”;按摩博士“掌教按摩生以消息导引之法,以除人八疾:一曰风,二曰寒,三曰暑,四曰湿,五曰饥,六曰饱,七曰劳,八曰逸。凡人肢节腑脏积而疾生,导而宣之,使内疾不留,外邪不入。若损伤折跌者,以法正之”^[411]。④分科教学:如唐代分医科、针科、按摩科、咒禁科、药科五科,其中医科又细分为体疗科、疮肿科、少小科、耳目口齿科、角法科五科。⑤考核严格:在考核与晋升制度上,唐代医学教育有着严格的规定。除入学考试外,还定期(月、季、年)进行考试。《唐六典》载医师、针师、按摩师、咒禁师“其考试登用,如国子监之法”,注云“博士月一次试,大医令丞季一试,太常丞年终总试”。即由太医博士主月考,太医署令主季考,年终及毕业考试则由太常丞主考。未能按期毕业学生可留级跟读,但最限定在 9 年内完成学业,否则即予以黜退,“其在学九年无成者,退从本色”。考核成绩与选拔任用直接相关,“若业术过于见任官者,即听补替”^[409]。《唐会要》卷八十二载“乾元元年二月五日制:自今已后,有以医术入仕者,同明经例处分。至三年正月十日,右金吾长史王淑奏:医术请同明法选人,自今已后,各试医经方术策十道、本草二道、《脉经》二道、《素问》十道、张仲景《伤寒论》二道、诸杂经方义二道,通七以上留,已下放”^[9]。通七以上留者亦根据成绩高低予以安置,通常上选者可充御工,其次可派各州任医学博士等。

1.2.2 学校模式的缺点 ①招生对象受限制:古代官学对于入学资格有严格的规定,医学教育亦莫

能外。如唐宋时期医学校一般招收士大夫子弟习医,只有药学部招收“庶民”子弟。元代则规定考生主要从在籍医户及开设药铺行医货药人家的子弟中选取。②临床实践较少:官办医学教育也有实践教学,但与师承教育相比,临床实践要少很多。③缺乏个性化的医学经验传承:医生本人个性化的医疗经验是中医非常重要的组成部分,是一笔宝贵的财富,传承发展先贤的医学经验是培养医学人才的重要内容。与师承教育相比,医学学校教育在这方面是欠缺的。

1.3 书院讲学模式

书院始于北宋,它不仅仅是教学机关,更重要的是学术研究机构,教学与学术研究紧密结合是其显著特色。医学教育的讲学模式正是在我国古代讲学风气中形成的非常独特的医学教育模式,是古代医学教育中学术争鸣和科研探讨的医学教育模式。

书院至明清时期鼎盛,受此风气影响,清代在繁荣富庶而又文化艺术鼎盛的浙江出现了中国书院式医学教育机构。浙江首创医学教育“讲学”的是钱塘人卢之颐,卢之颐承其父卢复医业,撰有《金匱疏论》《学古诊则》《痰症论疏》《本草乘雅半偈》等多部医著,并以所撰著为讲义,开讲医学,听讲者颇多,其中就包括张志聪。1664年,张志聪在胥山筑侣山堂,继承卢之颐的“讲学”事业。张志聪故后,由高世栻主持侣山堂,一直延续到清代光绪年间。书院讲学式医学教育模式的最大特点是集医学研讨、医学教学和医疗服务于一体,尤其是注重医学理论的研讨。他们不但精究医典,首创集体编注医经之先例,还精于临症和理、法、方、药。侣山堂培养了一批学生,其中有史可考、医术不凡者就有高世栻、莫仲超等19人。书院讲学医学教育模式的缺点则是临床实践比较少、教学内容不系统、规模小等。

1.4 自学模式

中医理论可以通过对自身及自然环境的观察体悟来获得,而且不需要借助医学仪器就可以通过望、闻、问、切四诊法进行辨证施治,中医的这些特性为自学通医提供了可能性。我国历史上,自学通医的医家不乏其人,比如明代的王肯堂、李中梓,清代的徐大椿等。这种模式的优点是学习者首先本人具有很强的兴趣和动机,而兴趣和动机在学习和事业上往往具有决定性的作用。自学通医不拘泥于一家,往往会有融汇创新。自学通医的缺点主要是对学医者个人素养的要求比较高,不具有普

性,临床实践比较少,也缺乏对师傅个性化医学经验的传承等等。古代自学成才的医学名家往往是在自学的基础上再拜师访学。

2 古代医学教育模式对当下中医学教育的启发意义和借鉴价值

在探讨这个问题之前,首先要明确当前中医教育的背景:①社会背景:人民群众对医疗的需求大幅度提高;②科技背景:现代科技发展迅猛;③文化背景:国民的传统文化素养普遍欠缺;④医学背景:中医学必须要吸纳、融合现代医学。中医为体、西医为用,衷中参西,是当前中医教育的一大背景。基于上述几点,我们可以对古代医学教育模式在当前的应用作出如下基本判断。

师承模式无法成为中医教育的主要形式。古代民间医学教育以师承教育为主,当前无论从学习现代科技和现代医学的需要,还是对人才培养规模的要求,师承模式都已经无法成为中医教育的主流。学校教育模式应是当前中医教育的主要形式。但据上述分析,古代医学学校教育的临床实践与师承教育相比就显得不足,当前更是如此。因此,学校教育应与师承教育相结合,以实现优势互补,扬长避短。针对当前学校教育中医学经典研讨的不足,书院讲学模式应引入到学校教育中来,尤其是要引入到研究生教育和继续教育中去,以增强经典研读和研讨交流的风气。自学模式缺乏现实可行性。当代人普遍不具备自学通医的文化基础,况且现代医学很难通过个人自学来完成。

据上所述,目前中医学的教育模式,应该是学校教育和师承教育的融合,并引入书院讲学模式。

参考文献

- [1] 陈亦人. 伤寒论译释 [M]. 上海:上海科学技术出版社,2010:1.
- [2] 唐·孙思邈. 备急千金要方 [M]. 高文柱,沈澍农,校注. 北京:华夏出版社,2008:15.
- [3] 北齐·魏收. 魏书 [M]. 北京:中华书局,1974:2973.
- [4] 唐·李林甫. 唐六典 [M]. 陈仲夫,点校. 北京:中华书局,1992.
- [5] 李经纬,程之范. 中国医学百科全书:医学史 [M]. 上海:上海科学技术出版社,1987:92.
- [6] 后晋·刘煦. 后唐书 [M]. 北京:中华书局,1975:1915-1919.
- [7] 宋·王溥. 唐会要 [M]. 北京:中华书局,1955:1525.

(收稿日期:2013-10-25;修回日期:2013-11-28)

编辑:黄 健