

在医学文化史脉络下提出“风格”(thought style)论的学者。^①而上述核心论点及思想全写入了栗山茂久美学化的《身体的语言》一书中。栗山茂久亲口告诉我,他整本书的旨趣就在“风格”(style)。他将“风格”如其书题所示,改换为一种残余的“表现性”。犹太籍思想家曼海姆(Karl Mannheim, 1893-1947)认为前者是“美学范畴”：“风格所能够达到的深度,标志着人们只有通过共同体验存在于一个既定的时代之中的某些领域”。^②而栗山忽视中医不同时代肌肉感知的微妙变化。我们回顾过去的医学史作品,想象并反省,如巴什拉(Gaston Bachelard, 1884-1962)所说为了“获得创作的天然萌芽”。^③萌芽,是作品新的生命,是新一代汉语医史工作者全新的创作。

我们在追索医学历史不同“真相”的同时虚构它们。不同真相隐藏的言外之“微”。刘熙载(1813—1881)感喟：“史莫要于表微。”^④每一部作品都是“内心写作”,揭露了不同面向的“罗尔沙赫图板”(Rorschach test)。我要用大卫·洛吉(David Lodge)的话作为本文结尾：“设计一个不可信赖的叙事者,当然是为了用有趣的手法揭露表象与真实之间的断裂,让人看见人类如何扭曲或掩饰真实,就叙事者来说,他不必然得意识到这一点,也不必一定是出于恶意。”^⑤

理解当下医学的悖论：思想史的路径

北京大学医学史研究中心教授 张大庆

20世纪70年代以后,西方编史学理论对医学史研究产生了重大影响。医学史的书写从名医传记、技术发明和重大事件转向健康与疾病的话语分析、医学知识的社会建构,强调医学史研究应将健康、疾病等与当时的社会文化背景联系起来。福柯关于“知识/权力”(savoir/pouvoir)的分析,揭示了传统上被认为是进步的医疗干预潜在的消极因素。尽管许多历史学者不认同这类“元叙事”(metanarrative),认为其否定了历史对客观性的探求,但从过去以研究“伟大的医生”的传统转向研究医生和病人语境,从记录医学的成就转向批评医学的霸权,从考察疾病认识过程转向探讨疾病复杂的社会影响,已成为医学史书写的基本纲领。

在相当长的时期里,医学史一直是医生理论与实践的重要资源,医生通过医学史学习前人的诊疗经验并作为自己实践的依据。在西方这一传统持续到19世纪,而中医学至今依然将发掘整理古代医籍与临证经验作为一门重要的学科分支。当医学史退出西方医学的临床实践之后,开始承担塑造医生职业形象与荣耀的职责。因此,20世纪60年代之前的医学史基本上是医生书写的职业史。^⑥然而随后不久,医学史研究发生了显著的变化,一方面由于医学技术的发展,医

① Ludwik Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact*, Chicago and London: The University of Chicago Press, 1979. 希望此书很快能有中译本。

② 卡尔·曼海姆：《文化社会学论要》，刘继同、左芙蓉译，北京：中国城市出版社，2001年，第87页。

③ 加斯东·巴什拉：《梦想的权利》，顾嘉琛、杜小真译，上海：华东师范大学出版社，2013年，第54页。

④ 《刘熙载集》，上海：华东师范大学出版社，1993年，第83页。

⑤ 大卫·洛吉：《小说的五十堂课》，李维拉译，台北：木马文化事业有限公司，2006年，第206页。

⑥ 参见 Charles E. Rosenberg, *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*, Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p. 2.

学院校的人文课程被压缩,医学生更加专注于新知识与技术的学习,临床医生忙于医学知识和诊疗技术的更新,奥斯勒(W.Osler)、韦尔奇(W.Welch)一代的博雅医师已被各学科的专科医生所取代,医生—医史学者的队伍急剧缩小;另一方面由于社会经济的发展和人权运动的影响,人们对健康问题日益重视,公众与大众传媒的保健热情高涨,因此激发了历史学者对医疗保健领域的兴趣。此外,在后现代思想的影响下,对医学历史的研究也不再聚焦于知识发现与技术进步,而更多地关注于对医学家长制的批评及对卫生保健体制的批判。新一代学者对医学史的研究显示出多元化的趋势,如疾病史研究不再限于探讨疾病理论、防治的历史,而将重点放在了公众如何认识疾病以及疾病对个体或公众日常生活的影响上。^① 尽管社会建构论、情境化知识及所有科学知识都不可通约地具有社会性或地方性等观点已有所修正,但很多人依然认同认知方式的多元化。即便是在同一时代同一社会文化环境中,这种差异也不容忽视,尤其是关于疾病和身体的意义应置于特殊的社会文化语境中来理解。^② 不同文化传统关于健康、疾病观念的差异表明健康与疾病不仅仅是生物学现象,而更多的是社会和文化现象。

毫无疑问,医学编史学思想与方法的转向拓展了医学史研究的领域,丰富了人们对健康、疾病及医疗保健问题的认识,挑战了医学知识的客观性和真理观,有助于人们更好地认识人类医疗保健的多元化特性,但这类研究却忽视了医疗保健领域最为重要的临床医学与实验室医学。一般而言,医学史研究的一种维度是为了让人们更好地理解历史,例如麦克尼尔(W.H. McNeill)的《瘟疫与人》和沃茨(S.Watts)的《世界史中的疾病与医学》,而另一维度旨在让人们更好地理解医学,如西格里斯特(H.Sigrest)的《人与医学》。若从更好地理解医学出发,思想史的路径具有重要的价值。

一、医学思想史的概念与意义

医学思想史研究不是一个新的领域,然而对思想史迄今尚无一个确切的定义,因此,一些题为医学思想史的论著实际上与医学知识史或医学技术史并无明显的差别,例如范行准的《中国预防医学思想史》、^③ 李经纬与张志斌合著的《中医学思想史》等。^④ 最早的科学思想史著作应为英国学者惠威尔的《科学思想史》。他在该书中提出了一组科学史上的观念:空间、时间、数字、运动、原因、物质、元素、自然分类、种类、生命、功能、活力、历史因果性等,并指出这些观念既是科学史研究的基础,也是科学哲学研究的重要内容。他系统地考察了这些概念从最初的起源到最近的理解,以此分析人类从观察自然,到通过归纳科学的哲学来构造真理知识的过程。^⑤ 惠威尔实际上是将科学史与科学哲学融为一体来考察现代科学知识的形成与演化。法国医史学家格梅克在讨论西方古代至中世纪的医学思想时,将社会史与思想史对应起来,认为社会史方法适用于公共卫生史和古代医疗保健史的研究,并指出医学作为一门应用科学,与纯科学相比,似乎更多地受到社会、经济、文化、政治因素的影响;而思想史方法更适用于生

① 参见 Nancy Tomes, *The Gospel of Germs: Men, Women, and the Microbe in American Life*, Cambridge: Harvard University Press, 1999, p. 13.

② 参见 Willem de Blecourt and Cornelia Usborne, eds., *Cultural Approaches to the History of Medicine*, Houndmills: Palgrave Macmillan, 2004, p. 233.

③ 范行准:《中国预防医学思想史》,上海:华东医务生活社,1953年。

④ 李经纬、张志斌:《中医学思想史》,长沙:湖南教育出版社,2006年。

⑤ W. Whewell, *History of Scientific Ideas*, London: John W. Parker and Son, West Strand., 1858, p. iv.

物医学中“纯科学”和“硬科学”的部分,从认识论的视角探讨医学理论、概念演进的内在逻辑。^①这种划分似乎表明存在着“外史论”(externalists)与“内史论”(internalists)之间的冲突,但在实际问题研究上研究者都会观照医疗保健的诸多影响因素而避免极端的观点。美国医史学家伯纳姆(John Burnham)认为对医学思想的研究有三条路径:考察不同时代医学概念与医疗技术的关系、追溯每一时代普遍认可的医学观念的根源以及探究昔日医家的内心世界。^②由此,医学思想史研究可展示不同层次医学知识的抽象概括,对健康与疾病观念的重塑以及导致医学发展方向的转变而发挥的重要作用。例如,18世纪病灶概念的提出,疾病被定位于身体局部的病变,导致流行于西方世界两千多年的体液病理学说开始瓦解,并由此促成听诊器、检眼镜、肠镜等一系列物理诊断器具的发明与应用;19世纪的细胞病理学说将疾病定位于细胞的变性与坏死,人类开始认识肿瘤的性质;20世纪提出的基因概念,奠定了分子生物学革命的基础,并将疾病的原因追溯到基因突变或基因组的改变。

另一方面,思想史或观念史的研究,不仅有助于理解学科演化的逻辑及相互关系,而且还可揭示出医学观念是如何被建构以及如何获得认同的。例如,Prüll及其同事通过对“受体”(receptor)的概念史研究,讨论了“受体”究竟是一种自然的客观存在,它被发现是科学研究的必然结果,还是如同科学知识的社会建构论认为的那样,只是一个被建构起来的概念,并没有实质意义的物质存在。^③“受体”是现代生命科学与医学最重要的概念之一。所谓“受体”是一类存在于细胞表面或细胞内的,能与细胞外专一信号分子结合进而激活细胞内一系列生物化学反应,使细胞对外界刺激产生相应效应的蛋白质。“受体”的概念是1878年由英国生理学家朗格莱(John N. Langley, 1852-1925)和德国医学家艾利希(Paul Ehrlich, 1854-1915)各自独立提出的,但直到20世纪60年代才为科学界所广泛认同。艾利希受细胞染色的启发,推测某种染料能与细胞的某个部分结合,类似于锁与钥匙的关系。1897年他提出“侧链学说”(side-chains theory),即细胞表面分布着许多侧链分子(1900年改称为受体),用来解释细胞与入侵的病原微生物或其产生的毒素遭遇后,侧链或受体便脱落下来,进入血液,与毒素结合,成为抗毒素,发挥中和毒素的作用,若抗毒素产生不足,毒素或病原体则直接与细胞结合,而导致细胞受到损害。艾利希的受体学说很好地解释了体液免疫的现象,他也因此与梅契尼科夫(Илья Ильич Мечников, 1845-1916)共获1908年诺贝尔生理学或医学奖。艾利希不久又提出受体概念也可用来解释化学药物的作用机理,即药物既能与细胞上的化学受体相结合,又能与病原体细胞上的化学受体相结合,从而发挥其药效作用。

然而,在半个多世纪里,由于受体并未被实际发现,受体假设并未获得医学界的普遍认同,尤其是神经递质的发现,导致医学界更趋于接受药物通过物理方式而不是化学方式作用于机体的。随着研究的深入,20世纪50年代之后,医学家发现神经递质、激素与受体实际上都是体内传导生物学效应的信号分子,并且进一步发现了这类分子的结构及其特性。目前,受体理论是药效学的基本理论之一,是从分子水平解释人体的生理和病理过程、药物的药理作用机制、药物分子的结构效应关系的一个重要依据。受体的概念已成为理解药物如何在体内发挥作用的科

① Mirko D. Grmek, ed., *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*, Cambridge: Harvard University Press, 1998, pp. 14-16.

② 参见约翰·伯纳姆:《什么是医学史》,颜宜蓓译,张大庆校,北京:北京大学出版社,2010年,第78页。与原书表述略有不同。

③ Cay-Rüdiger Prüll, Andreas-Holger Maehle and Robert Francis Halliwell, *A Short History of the Drug Receptor Concept*, New York: Palgrave Macmillan, 2009, p. 18.

学基础，并为新药开发提供了重要动力，也是药物学与制药学研究的基础。在神经科学领域，它同样是理解神经信号传递及其作用的关键因素。实际上，在免疫学、分子生物学、生理学、毒理学等医学分支领域，受体都是一个应用广泛的基本概念。

因此，医学思想史的路径需要一种新的综合，即在社会文化语境中重建医学理论和实践的演化历程，不仅要关注医学理论和医疗技术演变的内在逻辑，也要关注医学界与公众对于健康和疾病理论在认识与理解上的异同及导致其中差异的认识论和传播学动因，还要观照医学理论、概念形成过程中文化、社会与经济因素的影响。因此，医学思想史不是缅怀过去的医学成就，而是基于对过去的理解来分析与批评当下的问题。医学思想史将揭示医学知识生产、传播、应用及其社会后果的复杂性，阐明疾病产生的生物学因素与社会、经济、文化因素之间的相互关联，有助于更好地理解临床治疗的生物、心理、社会、生态医学模式的价值。

二、梳理健康—疾病观念的演变

虽然医学史的宏大叙事已饱受批评，但从思想史的视角来看，某一时期占主导地位的医学模式（medical model）影响甚至决定着该时期的正常与病理标准、治疗策略以及社会干预程度，恰好反映出抽象的形而上观念与医疗实践之间的复杂互动。“你得什么病了”这一句很简单的日常问话里却保存着最原始的疾病观念。原始医术常把疾病解释为外来物，如魔鬼、敌人的灵魂对身体的入侵，因此驱魔祛病则是最重要的治疗。当医生询问“你哪里不舒服”时，依据的是病理解剖学的“病灶”观念。医生发明了各式各样的检查仪器设备来寻找病灶，从病变的器官直至突变的DNA分子。将疾病看成是异己，或一个外物，这是疾病的本体观（ontological conception of disease）；而在古代经验医学体系里还有一种将疾病看成是身体自身变化的结果，如身体内体液平衡的紊乱，或是阴阳平衡的失调，则疾病的治疗是调整或恢复失衡的体液或阴阳，这是疾病的生理观（physiological conception of disease）。在人类历史上，这两类观念此消彼长、相互交织，以不同的知识形态表现出来，发展出器官病理学、组织病理学、细胞病理学、分子病理学、稳态学说、内环境学说以及内分泌学、免疫学、神经内分泌免疫学等。

1977年，美国精神医学教授恩格尔在《科学》杂志发表《呼唤新的医学模式：对生物医学的挑战》一文，呼吁当代医学应从生物医学模式向生物—心理—社会医学模式转变。^①随着医学的发展和疾病谱的转变，尤其是传染病、营养缺乏性疾病得到较好控制之后，心理、行为、社会、环境因素对健康与疾病的影响已成为医学界的共识。新的医学模式旨在重构医学观，涉及对生命、死亡、健康、疾病概念的再定义。近代医学初兴之时，心身二元的机械论策略成功地摆脱了复杂系统不确定性的纠缠，疾病与病人的分离有助于医生寻找各种手段来祛除疾病、消灭疾病。随着医学的发展，心身二元论的策略受到了挑战，医学家意识到应当突破心—身分裂的格局，突破生物医学及还原论方法的局限性。恩格尔以精神分裂症与糖尿病的比较，区分躯体疾病与精神疾病的差异，以突显现代疾病的类型意义，通过多元解释、多元关怀以及构造多元的解释模型来阐释疾病的本质及其原因，为那些慢性、复杂性的疾病以及与生活、社会因素相关的疾病提供了社会、心理、文化的解释路径，从而为建构新的医学模式奠定了基础。

以往的医学思想史书写基本上聚焦于医学的理论与话语，病人与一般公众的观点是微不足

^① George L. Engel, "The Need for a Medical Model: A Challenge for Biomedicine," *Science*, vol. 196, no. 4286 (Apr. 8, 1977), pp. 129-136.

道的,即便谈论医疗问题也是沿袭医生的话语。不过,这种状况自20世纪60年代“病人权利”运动兴起之后开始发生改变。主要原因,一是对第二次世界大战期间纳粹医生藉科学实验之名行非人道的人体实验之实的深刻反省;二是在消费者权利、妇女权利、黑人权利等一系列人权运动的推动下,病人对医生的家长制权威发起了挑战,强调病人有参与临床决策的权利。在后现代思潮的影响下,人们开始质疑医生的权威、医院的中心地位以及卫生保健制度和医疗服务体系的价值与功能。更为激进者怀疑甚至否认医生在医疗保健中的作用,他们认为在药厂和医疗器械产业巨大利益的诱惑下,医生难道还会将病人的利益放在第一位或承担对病人的责任吗?在这种怀疑论思潮的影响下,对现代医学的批评此起彼伏,人们对通过发展医学技术来提高和改善健康水平和生命质量的承诺感到失望,对现代医疗保健制度的效益和公正性提出怀疑。有学者指出:“医学有时似乎由主要对发展它的技术能力感兴趣的精英领导,而他们很少考虑它的社会目的和价值,更不用说病人个体的痛苦。”^①也有学者感到:“正如我们不相信军火工业的目的是保卫国家安全一样,我们也难以相信医药保健产业的目的是为了增进人类的健康。”^②他们批评现代医疗保健体系已演变为“医疗产业复合体”(medical-industrial complex),批评在自由市场经济体系中,“高技术—高费用—高利益”已成为“医疗产业复合体”的目标。因此,病人对医疗保健的批评正在形成一股强大的势力,如美国成立了国家病人安全基金会(NPSF),与医学界就临床诊断治疗过程中的病人安全展开协商,创建关于病人安全的知识体系,并教育医务界人员。叙事医学的兴起为人们了解“自下而上”疾病观念提供了丰富的资讯。病人参与医疗保健活动、分享医疗保健话语权的能动性随着其知识水平(包括医疗保健知识)的提升而增加,尤其是在互联网时代,医学知识获取的便捷导致了医疗保健的民主化趋势。普通公众通过网络便可获取百科全书式的信息以及医学期刊上刊载的最新进展,医学知识不再为医务人员所独占,这种变化必将改变人们健康与疾病的观念。

疾病思想史或疾病观念史的研究不仅关系到医生的诊断、治疗,而且也关系到病人及社会对疾病的反应、医患之间的利益与冲突,关系到社会经济问题与人的健康权利。例如2013年5月美国精神病学协会(APA)公布的《精神疾病诊断与统计手册》(DSM-5),引起医学界的激烈争议,其核心问题是诊断标准的扩大,更多的是基于专家共识,而不是客观的实验室检测数据。有学者担忧,DSM-5可能会导致正常人被错贴上疾病的标签,导致被诊断患有疾病的几率大大增加,加剧药物的使用;而APA又与制药工业有着千丝万缕的联系,若该协会独占了给病痛命名的权利,不能不引起公众的担心。在精神病学界内部也存在着明显的分歧,美国国立精神健康研究所(NIMH)就表示不支持DSM-5作为新的诊断标准。^③

同样在2013年5月,好莱坞影星安吉丽娜·朱莉由于被查出家族性乳腺癌易感基因BRCA1缺陷,经医生评估,她未来患上乳腺癌的几率高达87%,随后她选择采取预防性措施——切除双侧乳腺。由于朱莉的影响力,乳腺癌易感基因检测迅速火爆,并由此引发了如何管控癌症风险的争论。由于朱莉具有“卵巢癌家族史”,且她的BRCA1基因存在缺陷。研究表明,在乳腺癌高发家族中,BRCA1/2基因的突变率为45%;而在乳腺癌与卵巢癌均为高发的家族中,突变率高达90%。这意味着,她未来患上遗传性乳腺癌和卵巢癌的几率很高。但是,这两种基因突

① 罗伊·波特:《剑桥医学史》,张大庆主译,长春:吉林人民出版社,2000年,第11页。

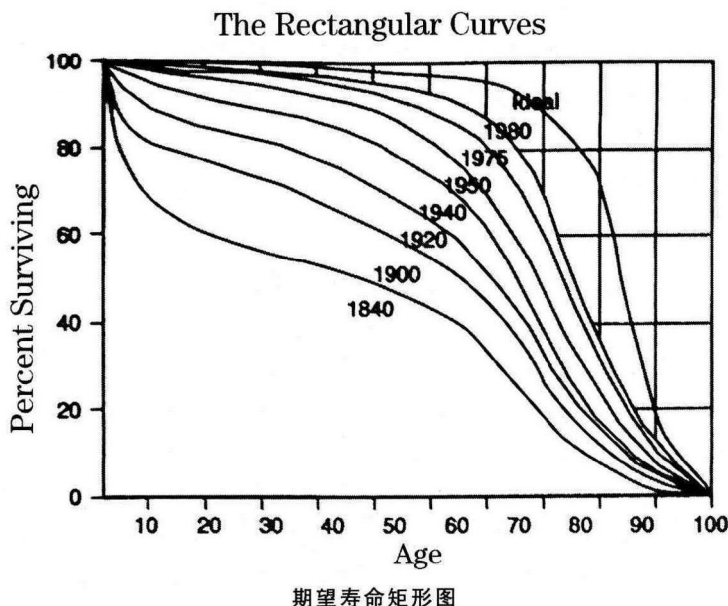
② Edward S. Golub, *The Limits of Medicine: How Science Shapes Our Hope for the Cure*, Chicago: The University of Chicago Press, 1997, p. 215.

③ 参见 <http://www.psychologytoday.com/blog/side-effects/201305/the-nimh-withdraws-support-dsm-5>.

变都属于“常染色体显性遗传”，并不是所有突变基因携带者都会患癌。因此，朱莉这种“先发制人”的手术究竟有无必要引起了医学界的争议。切除了双侧乳腺自然除去了乳腺癌存在的根基，并将患病的几率降至5%。然而，应当指出的是，携带 BRCA 基因突变阳性同时又有家族病史的女性，除了预防性切除，还有其他选择，例如定期做预防性检查等。医学应该追求用最小的代价拿到最确切的诊断证据之后，再实施有针对性的治疗。医学技术的应用除了追求早期发现和治疗之外，更应关注人的生活质量和心理承受能力，应当警惕过度诊断与过度治疗。

三、认识医学的限度

医学以“增进健康、减少病痛、延长寿命”为目的，在过去两百年里取得了巨大的成就。20 世纪 80 年代，美国医学家弗里斯（James F. Fries）绘制了人类期望生存曲线变化的矩形图，显示出随着医学的发展，早期死亡率明显下降，理想的生存状况是从出生到 85 岁左右都保持健康，然后经过短期的衰老而陡然死亡（见下图）。^①



人类是否能够通过发展医疗技术来不断延长寿命呢？迄今的研究表明，医疗技术发展的早期平均期望寿命提升明显，但随着寿命的增加，医疗技术所能产生的效果却逐渐减少，因为人类的寿命是有限的，所以医疗技术在延年益寿方面所发挥的作用也有自身的限度。在过去两百年里，人类经历了从急性传染病、寄生虫病、营养缺乏性疾病为特征的疾病向慢性病、退行性疾病和行为等与生活方式相关疾病为主的疾病谱的转变。这种转变是逐渐发生的，并潜移默化地影响着人们的健康观与疾病观，以至于人们认为这是理所当然的。当下显现出的医疗卫生危机本质上是一种现代化的危机，即人们相信通过理性地认识自然与自身，通过科学的不断发展，医学技术终将能够解除人类所有的病痛，人类将进入一个健康、长寿的新世界。然而，或许我

^① 转引自 Edward S. Golub, *The Limits of Medicine: How Science Shapes Our Hope for the Cure*, p. ix.

们忽视了衰老本身也是生命进程的一部分,人类的生老病死还存在着许多不确定性。很多人难以达到健康长寿的理想目标,在大多数情况下,与长寿相伴随的很可能是造成人体长期不适的退行性疾病和精神损伤,如老年性痴呆。我们需要的是理解死亡的意义、以正确的心态来面对死亡。当人类的期望寿命在30岁左右时,减少死亡是至关重要的任务;而当人类的期望寿命超过80岁时,我们更需要重视如何面对死亡和如何走向死亡,即应当树立正确的死亡观。

20世纪以来,维持生命的技术迅速发展,从世纪之初采用心脏按压和心内注射肾上腺素进行人工复苏,到50年代人工呼吸机的广泛使用,医生凭藉生命维持技术挽救了许多濒临死亡的病人。然而人们同时也发现,花费巨大的维持生命技术常常面临着是否应维持处于不可逆昏迷病人的尴尬境地,即机械通气装置可使患者在较长的时间里维持呼吸及循环功能,但是病人的脑功能却已丧失且不可逆转。于是,1968年,哈佛大学医学院的学者提出应将“不可逆性昏迷”视为判定死亡的新标准。“脑死亡”概念的提出,意味着人们不得不重新审视生与死的问题:人类在维持生命方面究竟能走多远?

当代医疗保健危机的重要原因之一是人们期待医学技术最终将解除人类所有的病痛,呈现给人类社会一个健康、长寿的世界,但生命的过程性却决定了每个人必将由健康走向衰弱并最终死亡。“错误的医学目的,必然导致医学知识和技术的误用”。要化解这场全球性的医疗危机,须对医学的目的作根本性调整:把医学发展的战略优先从“以治愈疾病为目的的高技术追求”转向以“预防疾病,促进健康”为首要目的。与此同时,强调治疗和照料那些无法治愈者,并增加了避免早死和追求安详死亡。理想的医学应当是有节制和谨慎的、经济上可持续的以及公正、公平的,尊重人的选择和尊严。

四、理解医学的悖论

现代医学或医疗保健已成为社会批判的主要领域之一,无论是发达国家还是发展中国家,医疗保健问题都是社会发展与改革的难题,也是医学思想史研究所面临的挑战。思想史研究者要解释为什么医学越发达,疾病越多;医生认为自己做得越好,而病人却感觉越糟的悖论。

应当承认,无论对于医生还是病人,当下的医学技术与卫生保健是以往任何时代所不能比拟的。现代医学在诊断、治疗的精确性与有效性方面有了极大提升,但带来的却是疾病的增多。人们既期待医学技术的不断进步,又抱怨医学技术所导致的经济压力。人们期望寿命的提高和死亡率的降低,伴随而来的却是病痛和伤残的扩展以及经济的代价。

首先,疾病谱已改变但人们的疾病观念尚未转变。19世纪末病原微生物的发现以及细菌学的发展,为20世纪公共卫生和传染病控制奠定了基础。通过改善环境(家居、学校、厂矿、军营等)、预防接种和抗生素治疗,天花、鼠疫、霍乱、伤寒、斑疹伤寒、百日咳、白喉、猩红热、麻风、疟疾、结核病等严重危及人类健康的急性传染病、寄生虫病得到了有效控制。全球范围内天花的根除,是人类经过从人痘接种到牛痘接种的千年努力而完成的壮举。脊髓灰质炎或许是第二种将被消灭的人类疾病。在过去的一百年里,人类的疾病谱发生了巨大转变。不过,当1980年世界卫生组织宣布根除天花之时,全球大多数国家的主要疾病威胁已变为心脑血管病和恶性肿瘤等慢性病。更为遗憾的是,人们依然以控制传染病的观念来应对慢性病问题。人们期待快速、彻底、干净地除去病因,期待出现诸如青霉素那样的特效药物。当疾病谱已变化而疾病观念依然固守着祛除、杀灭、根治时,人们对医学的抱怨便是不可避免的了。

其次是公众处于对医学技术信赖与对医疗职业怀疑的矛盾之中。20世纪医学家在遗传、神

经、免疫、内分泌等领域的重大突破，揭示了生命与疾病的本质与机制，在临床医学领域，抗生素、激素、化学药物、心脏外科、器官移植、人工器官等的应用，让人们相信现代医学什么都能做，也应当做。技术的力量助长了医学的权威。正如萨斯所言：“当宗教强大、医学微弱之时，人们误将魔术作为医药，而现在科学强大而宗教式微之时，人们又误将医学作为魔术。”^①人们相信医学技术的力量，相信医学技术的进步将逐步解决所有的疾病问题。然而另一方面，人们对医学的不满也在增加，20世纪60年代之后这种批评日渐增强。批评者认为医学界更愿意从事对应急重症的高技术服务而不愿意为大众提供预防保健服务。更有激进者指出，医生已从守护生命的科学家堕落为贪婪的技术垄断者，成了兜售药物的生意人。^②

在信仰科学的时代，人们总是希望以科学的方法来化解矛盾，然而即便有了科学的解决方案，医生依然会面临选择的难题。时下围绕“循证医学”（Evidence-Based Medicine）的讨论证明了标准化实践的难驾驭性。一般真理并不等于具体真理——基于大数据群体的诊疗标准是否适用于千差万别的个体病人，无论在技术决策上还是道德选择上都是医生所面临的难题。即便是最有经验的临床医生，也经常不得不在多个不确定的方案中做出选择。实际上，并不存在临床医生和医院始终遵循被认为是完备的临床实践指南。

临床医学在技术的支配下显现出非人格化和去人性化的取向。将在医院诊室和病房里就医的病人转变为检验单上的数字、超声图像及CT中的阴影，治疗疾病而不是医治病人，成为临床实践的核心，由此导致出现手术成功但病人死亡的尴尬局面。此外，医药技术的推动者——制药企业和医疗器械厂商对临床实践的参与，也不能不引起人们的警觉。人们对医生的权威、医院的地位以及医疗保健制度展开了一系列的批判，并提出病人甚至会在就医过程中发生医源性疾病（iatrogenesis）。^③人们不得不追问，医务人员究竟承担多少对病人的责任？另一方面，医学界也抱怨官僚化的管制太多，而各类制度措施最终都落到医生头上。医患关系紧张的重要原因之一便是医生作为个体要承担医疗服务体系应该承担的责任。医生实际上成为医疗体制的牺牲品。

再次是无限扩大的保健需求与有限的医疗资源之间的矛盾。现代医学已陷于一个难以自拔的泥潭：社会经济的发展提高了人类的保健需求，从而不断推动医学的发展，医学技术的发展导致人类期望寿命普遍延长和老年化社会的到来，随之而来的是巨大的人口压力以及慢性退行性疾病的激增，这又进一步刺激了人们的医疗保健需求，越来越多的社会资源将投入医疗保健服务，甚至最终可能达到难以承受的境地而导致社会崩溃。^④为了控制医疗费用的急剧上涨，各国制定了一系列的卫生政策，设立管理机构来控制费用。然而，具有讽刺意味的是，这些官僚化的机构与各类政策不仅没有很好地控制费用，反而还增加了费用，并使得医生和病人对当代日益增加的市场导向化医疗感到不满。罗森伯格将之称为“治理的危机、公共政策的危机和价值取向的危机”。^⑤

① Thomas Szasz, *The Second Sin*, New York: Anchor Press, Doubleday & Company, Inc., 1973, p. 115.

② 参见 Robert A. Nye, "The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century," *Journal of the History of Behavioral Sciences*, vol. 39, no. 2 (Spring 2003), pp. 115-129.

③ 参见 Ivan Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, New York: Pantheon, 1976, p. xi.

④ 参见 Charles Webster, *The National Health Service: A Political History*, Oxford: Oxford University Press, 2002, p. 253.

⑤ Charles E. Rosenberg, *Our Present Complaint: American Medicine, Then and Now*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007, p. 8.

最后,日常生活医学化(medicalization of life)导致了人们的期待与焦虑。每个社会关于健康、疾病及其治疗都有其接受的观念;每个人也有自己对健康与疾病的认识与理解。中国古代讲“医食同源”,西方古代也非常重视摄生法(regimen),若将这种传统视为生活医学化之肇始,那么其主要限于个人喜好,并不是一种刻意为之的规划。然而,在当代社会,医学化不仅渗透于日常生活的方方面面,而且改变着人们的身体观、生命观与价值观。日常生活医学化是指用医学的观念来塑形日常生活,例如卫生、清洁、减肥、补钙、整容等,似乎人们普遍乐意接受医学(科学)思维对自身行为的指导,不过有批评者发现这种生活医学化背后的利益与权力。福柯及其追随者认为,从18世纪开始,人的身体与行为被带入一个日益致密的医学化网络之中,起初是为了确保健康的劳动力和士兵(state medicine, labor force medicine)。医学化进程为政府所干预,这种生活的医学化转变为医学的政治化,成为民族国家竞争的产物,最后走向极端的种族主义,如人口退化理论、优生学。而在当代消费社会,生活的医学化更多是经济力量的干预,如各种传媒上充斥的保健广告,迫使人们不断担忧自己的身体是否超重、性功能是否下降,以及下一代是否拥有健康的基因。毫无疑问,医学话语已统治了我们的日常生活,塑造我们的健康文化,甚至影响我们对幸福的界定。或许医学化的观念如同民主、自由、平等一样已内化为我们的一种价值判断,这正是我们需要警惕的。

从思想史的视角来认识医学的复杂性,可以对医学进行多维度的评判。医学既是一种人道的保健服务,也是一门认识与处置健康与疾病问题的应用科学,同时还是一类在市场机制中运行的公共产品。当人们抱怨当下医学的问题时,或许可以将这些问题置于一个更广阔的视域,从思想史的视角,联系过去与现在,审视我们的健康观、疾病观与生死观,思考医学职业的价值和责任。

当今中国医疗史研究的问题与前景*

南开大学中国社会史研究中心暨历史学院教授 余新忠

如果年轻的学者能掌握更多有利的分析工具、史料,坚持地走下去,未来的医疗史研究就可建立在更深厚的描写与分析上,逐步向更高的层次、更广的范围发展。只有这样,我们才能有一天找到医疗史的真正活力所在,也才能更全面地了解古近代的中国文明。那时,研究其他文明医疗史的学者,也不得不参考中国医疗史的著作。相信有一天,中国医疗史会真正从“过去的另类”成为“未来的主流”。^①

这是梁其姿教授在其《面对疾病:传统中国社会的医疗观念与组织》一书自序中写下的文字。从中,梁教授不仅表达了她对中国医疗史研究未来的评估与愿景,也间接地点出了目前这一研究尚存在种种不足和问题。当今中国的医疗史研究,诚如梁教授所认识的那样,乃问题与希望并存。

* 本文为中央高校基本科研业务费专项资金资助项目“十九世纪以来现代中医知识的建构与社会文化变迁”(项目号NKZXTD1104)的阶段成果。

① 梁其姿:《为中国医疗史研究请命(代序)》,《面对疾病:传统中国社会的医疗观念与组织》,北京:中国人民大学出版社,2012年,第13页。