

# 我国近代防疫体系的演变

■ 杨念群

我国近代以来的防疫行为从来都不是以个体活动的形式出现的。

历史已经证明,瘟疫控制的程度和时间长短往往与社会和政治应对策略的有效性成正比关系,而不完全取决于医疗对个体患者的实际治愈水平。或者说也可以说,不同的政治与社会组织的应对策略决定着防疫的成效和水平。从“社会史”而不是从单纯“医疗史”的角度观察,正可以看出时疫发生时社会与政府行为在社会动员组织与整合能力方面的差异性。

## 清代:“济贫”“施医”开始分离

清代咸同时期以后,瘟疫的频发程度越来越高,但清政府出面进行官方干预控制的行为和实际作用却在萎缩。深究其原因,就会发现这种悖论现象的产生与清初中央政府与基层社会在对民间生活进行控制方面出现了利益格局的再分配有关。

就清代最为富庶的江南地区情况来看,虽然医疗职能普遍由地方社会承担,如宗族、各种善堂等慈善机构,但它们都具有一个共同的特点,即均不能算是纯粹单独的医疗机构,而是大多在主体救济功能之外兼具施医诊治的作用。比如乾隆时上海的同善堂就兼有施馆、施药、惜字、掩埋的多项功能,所以都不是“专门化”的医疗机构。在地方社会遭遇大疫时,这些零散的救助活动很难真正发挥作用。但另一方面,道光以后,中国地方社会的综合性善堂急速增多,意味着其中所包涵的医疗救治成分也会相应地增多,这就为西方医疗行政体系的介入奠定了基础。后来更有“施医局”这样的机构从善堂系统中分化出来独立运作,从而使原来善堂救济“贫病”的功能内涵悄悄发生了变化,“病”作为救济对象已不只是“贫”的延伸,而是被相对独立划分了出来。所以道光以后的施医局等专门机构的出现是传统医疗资源自身发展的结果,它与西医医院虽在诊疗手段和组织形式上大有不同,但在对疾病治疗进行空间组织方面却有相互衔接与共容的地方。

## 古人的“隔离”观念:不仁

中国古代虽有“预防论”较早出现的记录,但对疾病能够“传染”缺乏有效的认知。这并不是说古人就没有“隔离”的观念,古人虽无法认知时疫由细菌所致,但有瘟疫是由暑湿秽恶之气所致的观念,故避疫法中亦有回避疫气的各种方法。宋代苏轼在杭州任官时即捐资创立安乐病坊,徽宗又诏令各郡设安济坊,

有的安济坊可设病房数间,用于隔离病人以防传染。不过古人隔离观念的完善一直受制于文化观念与机构设置的双重压力。

从文化传统上而言,自古“隔离”观念就受到中国道德观频繁而顽强的阻击,如晋时就有记载说当朝臣家染上时疫,只要有三人以上被感染时,即使没有被染上的人,在百日之内不得入官。这种有效的隔离方法却被当时人讥讽为行为“不仁”。到了清代,江南文献中还有不少弘扬时疫流行,人不敢扣门时坚持照看病人的记载。更有文人写出《避疫论》这样的著作,抨击“隔离”措施是使“子不能见其父,弟不能见其兄,妻不能见其夫,此其残忍刻薄之行,虽禽兽不忍而为”,显然是把本能的“隔离”行为提高到了捍卫儒家道统的角度来认识了。

从机构演变的历史立论,明清以后的系统“隔离”措施确实有日益萎缩的趋势,其功能常常由救济机构如善堂等承担起来。民间社会的传统中医绝大多数是采取坐堂应诊的方式,有时是坐店(药店)应诊,完全处于个体分散状态。所以当瘟疫暴发,并以极快速度流行开来时,虽然中医不乏有特效药方施治成功的例子,但因缺乏防疫隔离的群体动员规模和强制性空间抑制机制,所以在时疫流行控制方面难有作为。

## 统治方式的变化与地方医疗资源的近代性

政府控制疾病能力逐步萎缩的原因固然很复杂,不过宋代以后中央政府与地方社会之间的关系发生了明显的变化应是重要因素。

宋代以后,官府在医疗事业方面所采取的举措很大程度上开始让位于地方基层组织,这大致出自两个原因:第一,宋以后统治区域扩大,导致原先依靠律法监控为主要手段的统治方式,由于无法面面俱到地把触角伸向底层社会,所以必须在基层寻找“地方代理人”以贯彻上层意图,这些被称为“乡绅阶层”的地方代理人逐渐分享和争夺官方的统治资源。第二,官府往往只注意投入更多的精力去稳定社会秩序,而对并非直接关系到统治秩序的地方福利与医疗卫生事业缺乏积极干预的兴趣,而地方社会则通过宗族、乡约等组织从“道德化”的角度承担起维护社会秩序的任务。所以,宋以后的医疗组织往往包涵在慈善组织的运转中,因为慈善组织恰恰是中国整个社会秩序的维系越来越趋于“道德化”的一种体现。

江南医疗机构日益从慈善组织中独立出来,与清中叶以后地方组织日趋活跃有非常密切的关系。从地方社会与国家互动关系



1969年1月,岳阳潼溪公社沙南大队田间,“赤脚医生”为乡亲处理伤口

的角度观察,民间医疗资源在乾嘉以后确实出现了重新整合的迹象,不但在嘉道以后日常性的救治措施渐趋增多,而且许多专门医疗机构如医药局等也逐步从综合性的慈善机构中分离出来独立运作,而能够支撑这种相对独立运作的缘由之一是其经费来源开始依靠稳定而具有灵活性的“丝捐”和“铺捐”等,并通过收取号金的方式累积治疗资金,这样就改变了过去单靠不稳定的乡绅捐助维持慈善事业的旧格局。这些变化都可以说与近代西方医疗体系的进入有相契合的地方。

## 清末后中西医冲突的焦点:防疫

现代医疗制度的一个重要特征是国家介入地方组织进行统一规划,使之形成一种社会动员式的运作方式,特别是面对疫病流行的场合时,“防疫”作为卫生行政的应急措施启动后,其强制程度更为明显,如强迫隔离、注射疫苗、强行疏散人口和集中消毒等行为,无不与中国地方社会温情脉脉的救济原则和传统医疗模式相冲突,甚至会导致相当普遍的心理恐慌。所以像中医在瘟疫扩散传播时所采取的个体治疗行为,到了民国年间显然已不适应整个国家建设对防疫系统的特殊要求。

由于缺乏对疾病多元传染渠道的认识,中医治疗时疫往往是以施药和针灸等方式进行“个体”诊治,基本没有有组织的空间隔离观念。现代卫生行政的观念直至20世纪初才较为有效地向中国城市推广,但显然很难与遍布农村之中的中医诊疗系统相协调,20世纪30年代发生“废止中医案”与随之而兴起的“中医自救运动”。当时“废止中医案”中批评中医体系的核心论点,就是中医缺乏群体应对瘟疫时的系统整合能力。在“防疫”这种范围广泛的空间协调行为中,中医无法实施有效全面的隔离策略而阻止瘟疫向四处蔓延。

但“防疫”系统的是否完善为什么在清末以后才演变为中西医冲突的焦点问题,倒是值得深思的一个现象。它促使我们不得不考虑中国社会生存和发展的内在需要在多大程度上会受到外来因素的强力制约。比如中国乡村防疫体系要在民国建立以后很长时间才出现,其真正趋于健全的时间就更晚了。而这个体系从出现到健全的程度实际取决于中国作为现代民族国家对基层的控制能力在上个世纪有一个明显变化的过程,20世纪30年代到50年代由于战争和社会分裂的缘故,国家对地方的控制处于调整磨合阶段;而到50年代以后,中国所采取的

领导方式使其有能量重新整合地方资源,在这种条件下,“防疫”行为借助于某些政治意识形态的包装如“爱国卫生运动”才得以成功组织起来,尽管这种政治合法性仍需借助乡间的亲情网络才能真正贯彻下去。

## 现代防疫与乡间亲情网络结合的产物:赤脚医生

现代医疗行政体系一旦与国家制度的有效运作相结合,固然可以在防疫行动中发挥主导作用,然而这种行政控制的形式在基层尤其是乡村地区实施时,如果不能与传统意义上的民间关系网络建立起合理的联系,那么这种卫生行政的有效实施必然是有限的。

据民国初年的统计,当时全国中医人数有80多万,大多分布于农村,而西医只有1000多人,几乎都集中在城市,可民初每当防疫时期来临,中医却总被排斥在外。建国初期,每遇防疫的特殊时期,部分传统中医就被一些由西医主持的巡回医疗队所吸收,发挥其以中药配合防疫的角色优势,同时接受简单的西医注射技术,这样就使它被部分整合进了现代国家防疫系统。但国家在基层所实施的真正有效

的防疫行为仍是依靠逐渐完善的三级保健系统(公社、大队和生产队)中的最底层人员“赤脚医生”加以完成的。而“赤脚医生”制度的实行恰恰就是现代卫生行政与民间亲情关系网络相结合的最好例证。

“赤脚医生”制度与近代由西方引进的标准卫生行政训练机制的区别在于,其培训的基本人员完全从最底层的村庄选拔,虽然在表面上依据的是相当刻板的政治表现和贫下中农出身的硬性标准,但是选拔程序还是使其身份角色与乡土亲情关系网络重新建立起了相当密切的联系。“赤脚医生”不但完全是从本村本乡中选拔出来,而且其训练内容更是中西医兼有,即形成所谓不中不西、亦中亦西的模糊身份。“赤脚医生”由于在乡以上的城市中培训后再返回本村本乡,这样就比较容易形成乡情关系网络与公共医疗体制之间的互动,如此一来,既把宋以后已被“道德化”的基层社会所形成的教化传统以一种特定方式承继了下来,同时又吸收了近代在城市中已反复实践过的西医卫生行政制度的优势。

有趣的是,新中国在上世纪五六十年代基本上把传统自治组织如宗族和各种慈善机构从基层连根拔起,至少从形式上完全摧毁了宋代以来所建立起来的农村道德化基础。可是在推行“赤脚医生”制度的过程中,却又潜在地复原着历史上的“道德化”状态。

1985年人民公社解体,“赤脚医生”在更名为“乡村医生”后被纳入市场经济轨道。其结果是失去了政治与乡情双重动力制约的基层医疗体制,被置于市场利益驱动的复杂格局之中。这种变化很快影响到乡村民众身患疾病后的诊疗状况,原来属于“赤脚医生”职责范围内的防疫监督之责遭到严重削弱,在面临疫病的威胁时,一些地区已无法组织起有效的防疫动员网络。“赤脚医生”体制的瓦解使基层社会医疗系统面临相当尴尬的转型困境,同时也为思考当代中国政府如何与基层社会组织重新建立起合理的互动关系提供了契机。

以上叙述可以证明,近代以来的各种防疫行为并不是单靠纯粹医学的眼光所能解释,它的表现形态常常与空间政治的安排方式有关。应该在具体的历史与现实情境下灵活看待国家与社会之间所构成的张力关系。在近代中国实现全面转型的情况下,国家领导策略显然在防疫的社会动员能力上起着主体协调与支配的作用,但我们无法否认,这种社会动员如果不和基层文化传统中的若干因素相衔接并吸取其养分,就无法发挥正常的运转功能。(据《文汇报》)