

· 中医教育 ·

中医临床思维培养路径的思考[※]王晓典¹ 占璐¹ 艾斌¹ 翁恺臻¹ 陈天懿¹ 黄慧芬² 郑美玲² 许克祥² 陈群¹ 蔡晶^{3▲}

摘要 针对当前中医人才培养中存在的西医思维主导使中医思维边缘化、四诊采集能力不足、理论与实践脱节、疾病全程把握能力缺失等问题,本文从构建中医思维核心课程体系、强化师资引领、创新临床实践模式、深化理论与疗效研究、营造文化环境五个方面提出改革路径,并构建包括政策引导、医教协同、评价改革、学术支撑在内的保障机制,以期为中医临床思维教育体系的完善提供理论参考。

关键词 中医临床思维;中医教育;教学改革

中医药作为中华民族原创的医学科学,其生生不息的核心动力在于独特的临床思维体系^[1]。当前,国家大力弘扬中医药文化,提出“积极培养优秀中医师”的战略要求。然而,中医临床思维体系的弱化与异化,成为制约人才培养质量的关键瓶颈^[2]。本文通过剖析中医临床思维的现状困境,从教育体系、实践模式、学术研究等方面提出建议,为构建符合中医药规律的人才培养体系提供理论参考。

1 中医临床思维的现状审视与问题剖析

中医临床思维是以阴阳五行、脏腑经络、气血津液等理论为基础,以辨证论治为核心的认知与实践模式,其本质是通过对四诊信息的整体把握,揭示病机本质、确立治则治法,并指导方药的动态决策过程^[3]。这一思维方式贯穿中医诊疗全过程,是衡量中医师临床能力的核心标准。然而,当前中医教育体系下培养的人才,其临床思维能力呈现出明显的弱化与异化特征,主要表现在以下四个方面。

1.1 西医思维主导下的中医思维边缘化 现代中医教育长期存在西医思维主导、中医思维被边缘化的现

象^[4]。医学生进入临床后,面对患者往往首先沿用的是西医的疾病诊断路径^[5],即通过症状、体征、辅助检查推导疾病名称,再依据诊疗指南制定治疗方案,使中医思维在实际诊疗中容易被边缘化为辅助手段。笔者在临床中观察到,这一倾向在病历书写中尤为突出:青年医师常先完成西医诊断部分,再将中医辨证内容机械附加,形成“西医诊断+中医辨证套话”的割裂式记录。虽然现代医学的微观理化指标与中医证候之间存在一定相关性^[6],但仅靠指标对应关系难以替代整体辨证。临床上仍需立足中医整体观念,将微观指标与中医证候信息有机融合,才能发挥中医临床思维的价值。

这种思维倒置容易导致中医辨证趋于形式化:对“咽喉不适”机械套用半夏厚朴汤,对“胃痛”简单对应半夏泻心汤,忽略了“同病异治”“异病同治”的核心思想。更值得警惕的是,部分医师将中医辨证简化为“症状堆砌+方药匹配”的套路化操作,如见“舌红苔黄脉数”便直接判定“热毒证”,而较少顾及患者体质、病程、兼夹证候等关键要素,致使中医诊疗的理论根基被削弱。

1.2 四诊采集能力不足制约辨证准确性 在中医四诊信息采集过程中,主观因素影响较大。该环节对医师经验的依赖程度较高,使得四诊技能在传承过程中难以实现标准化复制,可重复性与稳定性均显不足^[7]。中医辨证准确的前提有赖于全面、精准的症状信息采集,这一过程不仅需要询问“寒热、汗出、饮食、二便”等常规内容,更要捕捉舌脉象的细微差异(如舌色就有舌淡、舌淡红、舌红、舌暗红、舌绛之分)。笔者在临

※ 基金项目 福建省本科高校教育教学研究项目(No. FBJY20230025);福建中医药大学 2023 年教育教学改革研究项目(No. XJJCZ2308)

▲ 通信作者 蔡晶,女,教授,博士研究生导师。研究方向:中西医结合老年医学。E-mail:caijl@163.com

• 作者单位 1. 福建中医药大学附属第三人民医院(福建 福州 350108);2. 福建中医药大学(福建 福州 350108);3. 福建中医药大学附属第二人民医院(福建 福州 350003)

床教学中注意到,当前医学生在精细化信息采集方面的训练尚显不足:不仅习惯于西医“症状—体征”的线性询问模式,对中医特色诊察内容(如嘿嘿不欲饮食、大便初硬后溏、但欲漱水不欲咽等)的采集意识薄弱;而且对舌脉象性质差异的辨识能力不足,例如无法区分“脉沉细”与“脉微欲绝”。

上述能力短板,根源在于中医症状描述内在的模糊性与量化困难。与西医通过血压计、血常规等客观指标采集信息不同,中医症状多依赖患者主观感受与医师主观判断,如“脉象弦紧”的程度、“舌苔厚薄”的界定均缺乏统一标准。若教育过程中缺乏针对性训练,学生极易在临床实践中陷入“徒知其文,未谙其用”的困境,使辨证论治难以建立在扎实的信息基础之上。

1.3 理论与实践脱节导致临床应用能力薄弱 中医理论的生命力在于临床实践,但当前教育体系中“学用分离”的现象较为突出。例如,在《伤寒论》教学过程中,学生表现出在理法方药灵活应用能力上的欠缺^[8],其中一个重要原因在于学生对病机理解不深入、不透彻:虽能熟练背诵条文,却难以真正把握条文背后的病机内涵,例如“桂枝汤证”中“汗出恶风”与“营卫不和”的病机联系。又如,在《中医内科学》教学中,学生虽能准确默写“脾虚泄泻”的治法方药,面对临床中“脾虚夹湿”“脾虚气滞”等兼夹证却往往无从下手。这种理论悬浮于实践之上的状态,使得课本知识仅能满足考试需求,难以转化为临床能力。

实习环节的不足进一步加剧了这一问题。部分实习基地受限于西医诊疗模式,中医特色教学内容及辨证论治能力训练不够充分^[9];教学门诊中中医思维的针对性培养欠缺^[10],学生缺乏独立处方机会。带教医师日常工作繁忙,难以对辨证思路进行系统讲解,使学生在参与临床实践的过程中仍较难形成系统的中医思维方法,临床思维的系统培养在很大程度上只能依赖毕业后自主摸索。

1.4 疾病全程把握能力的缺失 中医诊疗强调“动态辨证”,即随疾病发展过程中病机的演变而调整治法治则。但笔者在临床教学中观察到,当前医学生普遍缺乏对疾病全程的认知与把握能力,往往仅关注患者就诊时的静态表现,忽略疾病的发生、发展、转归规律。例如,对于外感病,仅知“风寒感冒”用麻黄汤,却不理解其可能出现“入里化热”的转化过程,临证时容易用药僵化,难以随证加减。

疾病全程把握能力与临床培养模式密切相关。现有实习多为短期轮转制,学生难以跟踪患者的完整病程,对“服药后症状变化—病机演变—方药调整”的动态过程缺乏直观体验。加之现代医疗体系中患者流动性大,医师与患者的长期联系被切断,进一步阻碍了全程辨证思维能力的培养。

2 中医临床思维培养的改革路径

中医临床思维的重塑,远非局部改良,而是涉及教育理念、课程体系、实践模式、学术研究等多方面协同推进的系统性变革。基于现存问题,针对高等中医院校的本科教学,笔者从以下五个方面提出改革框架。

2.1 构建以中医思维为核心的课程体系 课程设置是思维培养的基础环节,须突破“中西医课程简单叠加”的模式,建立以中医为主、西医为辅的课程体系^[11]。在课程安排上,低年级阶段应强化中医基础理论的深度教学,通过“阴阳五行与自然现象”“脏腑功能与临床表象”等专题教学,培养学生用中医视角认知世界的能力^[12];高年级阶段则应开设“中医临床思维学”必修课,系统讲授“四诊合参”“辨证步骤”“治则确立”的逻辑关系,同时结合典型病例解析思维路径。

针对症状采集能力不足的问题,中医院校应增设《中医症状鉴别诊断学》课程,对“恶寒与畏寒”“自汗与盗汗”“口渴与不渴”等易混淆症状进行对比教学,通过模拟问诊、标准化病人训练等方式,提升学生捕捉症状细微差异的能力。同时,中医院校还应注重现代信息技术的引入,开发“中医症状量化评估系统”,将“轻度”“中度”“重度”等模糊描述转化为可操作的评估量表,帮助学生建立症状与病机的对应关系。

2.2 强化师资队伍的中医思维引领作用 教师是中医思维传承的核心力量,师资队伍建设需从“能力提升”与“评价激励”两个方面协同推进。一方面,中医院校可实施“中医临床名师培育工程”,选拔具有丰富临床经验的医师进行系统性的教学培训^[13],使其掌握中医思维教学方法;定期组织跨院校师资交流,通过“名师示范课”“思维工作坊”等形式,推广“以病例为中心”的教学模式。另一方面,中医院校可完善教师考核评价体系,将中医临床带教效果、学生辨证思维能力培养成效纳入评价内容,并结合岗位职责,将其作为职称晋升、评优评先的重要参考,引导教师更加重视中医临床思维培养。

针对部分青年教师实践经验不足,以及现有培训对思维方式培养重视不够的问题^[14],中医院校可建立“跟师学习”制度,要求青年教师每周随名老中医临床跟诊不少于 2 次,通过“抄方—提问—反思”的循环,体悟中医辨证的思维逻辑。同时,中医院校还应鼓励教师参与中医药临床研究,在科研实践中深化对中医理论的理解,以防范教学中出现“理论空洞化”倾向。

2.3 创新临床实践培养模式 临床实践是思维转化的关键环节,需构建“早临床、多临床、反复临床”的实践体系^[15]。在时间安排上,中医院校可将临床实践提前至大二阶段,通过“社区中医诊所见习”等形式,使学生早期接触中医诊疗环境;实习阶段延长中医科室轮转时间,确保内科、妇科、儿科等核心科室的轮转时长合计不低于总实习时间的 70%。

中医院校还可推广“跟师全程化”的培养模式,为每位学生配备 1~2 名临床经验丰富的带教老师,要求学生每周固定跟诊 3~4 次,全程跟踪至少 5 名患者的治疗过程。带教老师需采用“诊疗示范—思路讲解—学生试诊—反馈修正”的四步教学法,在处方后详细说明辨证依据、选方依据、随证加减依据等,让学生理解处方背后的逻辑。

此外,中医院校可建立“中医临床能力评估体系”,通过模拟诊疗、病例分析、处方点评等方式,全面考核学生的辨证思维能力,以此替代传统以笔试为主的评价模式。考核体系应聚焦于学生辨证思维能力,综合运用多种实践性评估,推动考核从应试导向向能力导向转变,从而更全面地反映学生的中医临床综合素质。

2.4 深化中医药理论与疗效研究 理论的清晰化是思维培养的前提,这就要求加强中医药核心理论的现代阐释。针对“证候”“病机”等模糊概念,中医院校可组织相关研究,运用文献梳理、临床调研、数据挖掘等方法,建立“症状—病机—治法”的对应关系数据库^[16],明确“肝气郁结”“脾胃虚弱”等证候的主要核心症状与次要症状,为辨证论治提供客观依据。例如,《脾虚证中医诊疗专家共识(2023)》将脾气虚证的主要症状明确为“倦怠懒言”“大便溏稀”“食欲减退”,次要症状包括“食后腹胀”“口淡无味”“面色萎黄”等,并结合舌脉规定诊断条件,为临床辨证提供规范化依据^[17]。

中医院校可强化经方临床疗效的实证研究,开展多中心、大样本的临床试验,以验证经典方剂的适用

范围与疗效特点。如针对《伤寒论》经方,开展“桂枝汤治疗太阳中风证”“麻黄汤治疗太阳伤寒证”的随机对照试验,明确经方的临床疗效与适用指征,从而为学生提供“方证对应”的实践依据。此外,中医院校可鼓励名老中医经验传承,通过“个案总结—规律提炼—临床验证”的研究路径,将名老中医的个体化诊疗经验转化为可推广的辨证思维范式,如编印“名老中医辨证思路案例集”等资料,系统呈现“从症状到病机”的思维推演过程。

2.5 营造中医药文化浸润式环境 中医思维的培养离不开文化氛围的滋养,因此需构建“校园—医院—社会”协同联动的中医药文化环境。校园内可设立“中医文化长廊”“经典诵读角”,定期举办“仲景学术研讨会”“中医病案辩论赛”,让学生在耳濡目染中强化中医身份认同,增强文化自信和弘扬中医文化的使命感^[18]。医院可推行“中医诊疗模式”^[19],要求医师问诊时使用中医学术语,病历书写突出辨证分析,形成“以中医为主导”的临床氛围。社区可开展“中医进家庭”活动,通过健康讲座、义诊咨询等形式,让学生在服务群众中深化对中医思维的理解与应用。

中医院校还可利用现代媒体技术创新文化传播形式,开发“中医思维动画教程”“经典病例解析短视频”等资源,通过微信公众号、短视频平台等渠道加强推广,让学生随时随地可以学习;建立“中医虚拟诊疗系统”,模拟不同疾病的发展过程,使学生在虚拟环境中反复进行辨证论治方法的练习,进而提升学生应对复杂病情的思维能力。

3 保障机制与实施路径

针对大学本科的教育培养进行中医临床思维教学改革是一项长期工程,需建立多方面的保障机制确保改革落地见效。笔者认为涉及以下四个方面内容。

3.1 政策引导与资源保障 国家中医药管理部门应将中医临床思维培养纳入中医药人才发展规划,出台中医临床思维培养指南或实施方案等纲领性文件,明确各级院校、医疗机构的职责与要求;加大财政投入,设立“中医临床思维改革专项基金”以支持课程建设、师资培训、实践基地建设等项目落地;同时在本科教育培养的中医医师资格考试中增加临床思维考核比重,通过设置“情景模拟”“病例分析”等题型^[20],引导教育机构重视思维培养。

3.2 院校与医疗机构协同联动 中医院校应建立

“医教协同”机制,推动中医院校与附属医院、基层中医医疗机构建立紧密合作关系,助力临床资源向教学资源的转化。中医院校的附属医院应设立“中医教学门诊”^[21],安排资深医师承担带教任务;基层医疗机构作为教学基地,应提供常见病、多发病的诊疗实践机会,让学生熟悉中医在基层医疗卫生机构的应用场景。中医院校则需根据临床需求调整教学内容,避免理论脱离实际。

3.3 评价体系的导向性改革 中医院校应构建“过程性评价+能力性评价”的综合评价体系,将学生的跟诊记录、病例分析、处方质量等纳入日常考核内容,替代传统的“一考定终身”模式;建立“中医思维发展档案”,跟踪记录学生从入学到毕业的思维能力变化,进而实施分层分类的针对性带教指导;此外,可引入第三方评价机构,通过匿名病例考核等方式,客观评估培养质量,避免自我评价的局限性。

3.4 学术研究的支撑作用 中医院校应鼓励开展中医临床思维的学术研究,设立相关研究课题,支持学者从认知科学、逻辑学、教育学等多学科交叉视角,探索中医思维的形成机制与培养规律;定期举办“中医临床思维学术论坛”,交流研究成果与实践经验;出版中医临床思维研究等方面的校内刊物,搭建学术交流平台,为改革提供理论支撑。

4 结语

中医临床思维是中医药传承发展的核心要素,也是中医人才培养的必备核心能力。针对现阶段中医临床思维培养中存在的思维边缘化、四诊能力弱、理论与实践脱节等问题,中医院校亟须建设涵盖课程体系、师资建设、实践模式、学术研究、文化培育的全方位教育改革路径,并配套完善多维保障机制,形成系统化、可落地的人才培养方案。这一培养方案将为今后的中医临床思维培养提供参考思路,也有待进一步开展实证研究以证实和完善。未来,可依托校院医教协同机制,优化落实培养模式,以推动中医临床思维培育常态化、系统化,助力中医药人才队伍提质增效,为中医药事业的传承创新发展筑牢根基。

参考文献

- [1]周立美,刘艳骄.中医临床思维研究之现状[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(11):1291-1294.
- [2]周晓娜,杨若俊,杨隼,等.基于中医临床思维能力提升的中医药传

统特色鲜明的中医临床人才培养的探索与实践[J].云南中医药大学学报,2024,47(3):67-70.

[3]车艳娇,庞立健,吕晓东,等.中医临床思维模式的科学构建思路和方法[J].中华中医药杂志,2019,34(2):443-447.

[4]许仕杰,郭朝,刘媛,等.新时代中医药学科专业人才培养的目标与路径剖析[J].湖南中医药大学学报,2024,44(1):153-157.

[5]陈谦峰,高也陶.中医式微与未来发展思考[J].医学与哲学,2026,47(3):75-80.

[6]夏淑洁,张立国,蔡晶,等.代谢综合征中医证候与理化指标的典型相关性分析[J].中华中医药杂志,2021,36(12):7361-7367.

[7]亢泽峰,赵林华,薛崇祥,等.中医四诊现代化研究进展[J].世界中医药,2025,20(2):354-359.

[8]姚舜宇,楼倩文,刘敏.从医案出发化解伤寒论教学难点[J].中医教育,2025,44(2):117-121.

[9]康睿,赵涵琪,钱丝诗,等.实习满意度视角下中医临床教学基地建设路径探索[J].医学教育研究与实践,2026,34(3):516-522.

[10]胡凯玲,徐丽,李琳慧,等.中医教学门诊本科实习带教的实践[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(18):54-56,69.

[11]方传明,黄宏,刘晓谷,等.基于诊断逻辑培养中西医结合思维的教学改革初探:以中医诊断学课程为载体[J].中医药管理杂志,2024,32(22):9-13.

[12]樊香,王庆宪,牛乐.关于中医教育“先中后西”的哲学思考[J].医学与哲学,2024,45(19):77-81.

[13]李涛,王韶华,孙辉,等.师承制床边教学模式在中医临床实习生中的调查反馈及其改革探索[J].中医药通报,2025,24(6):24-26.

[14]麻京豫,王永霞,刘红军,等.提升青年教师中西医结合临床教学能力的探索[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(4):203-205.

[15]王涛,李佩芳,张友贵,等.基于临床案例的Seminar教学法对中医类别临床医学专业学位研究生综合素质的影响[J].陕西中医药大学学报,2025,48(5):162-166.

[16]宋红梅,赵书君,吴颖敏,等.新医改背景下中医电子病历系统临床应用探讨[J].中国卫生事业管理,2023,40(11):829-834.

[17]胡玲,唐旭东.脾虚证中医诊疗专家共识(2023)[J].中医杂志,2024,65(12):1300-1308.

[18]吴文思,王志汕,占璐,等.课程思政融入中医院校急诊医学实习教学效果分析[J].中国中医药图书情报杂志,2024,48(3):245-248.

[19]付广威,郭逸文,程伟.人工智能时代中医诊疗模式的思考[J].医学与哲学,2025,46(14):64-69.

[20]思瓊桀,江海燕,王新月,等.临床胜任力导向的情景模拟式中西医结合内科规培教育及评价模式探索[J].中国中医药现代远程教育,2025,23(9):5-8.

[21]孙玄忬,蒋健,何逸潇,等.中医内科分阶段教学门诊探索[J].中医教育,2020,39(6):82-85.

(收稿日期:2026-03-28)

(本文编辑:贾丽燕)