

ĐÔNG Y VIỆT NAM THỜI PHÁP THUỘC (TỪ ĐẦU THẾ KỶ XX ĐẾN NĂM 1945)

MAI THỊ MỸ VI*

Trong thời kỳ Pháp thuộc (1858-1945), hệ thống Tây y được bảo hộ, y học cổ truyền của Việt Nam bị chính quyền thuộc địa không ngừng hạn chế và tìm cách loại bỏ. Tuy nhiên, y học cổ truyền, hay còn gọi là Đông y, vẫn được người dân tín nhiệm và đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe của người dân. Bài viết sử dụng phương pháp phân tích sử liệu và cách tiếp cận của lịch sử y tế để tìm hiểu tình hình hoạt động Đông y dưới thời Pháp thuộc. Đặc biệt là hoạt động Đông y dưới tác động của những chính sách, quy định về y tế được ban hành của chính quyền thuộc địa Pháp.

Từ khóa: Đông y, chính sách y tế, thời Pháp thuộc, nửa đầu thế kỷ XX

Nhận bài ngày: 31/7/2021; *đưa vào biên tập:* 2/8/2021; *phản biện:* 29/8/2021; *duyệt đăng:* 9/9/2021

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cuối những năm 1880, sau khi chiếm toàn bộ lãnh thổ Việt Nam, người Pháp muốn xây dựng một chiến lược gọi là “sứ mệnh khai hóa” để biện minh sự hiện diện của mình, và y tế được xem như là sự hỗ trợ cần thiết cho quá trình thực dân hóa. Họ đã thiết lập hệ thống y tế hiện đại theo mô hình phương Tây để nghiên cứu khoa học về bệnh lý và điều trị các

dịch bệnh hoành hành ở Viễn Đông ảnh hưởng đến người Pháp và người bản xứ, đồng thời mở rộng ảnh hưởng văn hóa Pháp đến vùng đất này. Cùng với việc mở rộng và phổ biến hệ thống y tế phương Tây ở Việt Nam, các hình thức khám chữa bệnh cổ truyền, trong đó có y học truyền thống bị xem nhẹ và bị kìm hãm. Chính quyền thuộc địa đã ban hành nhiều quy định và điều luật hà khắc nhằm kiểm soát chặt chẽ hoạt động của các loại hình y học truyền thống ở Việt Nam. Mặc dù luôn trong tình

* Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ.

trạng bị chính quyền thuộc địa không ngừng hạn chế và tìm cách loại bỏ, y học truyền thống vẫn duy trì sức sống bền vững trong thời kỳ này.

Trong bài viết này, tác giả chủ yếu dựa vào các ghi chép về các tổ chức y tế dưới triều Nguyễn trong các tác phẩm như *Khâm định Đại Nam hội điển sự lệ* hay *Đại Nam nhất thống chí*; báo cáo về luật pháp liên quan đến y tế, báo cáo hoạt động thương mại liên quan đến dược phẩm Tây y, dược liệu Đông y... của chính quyền thuộc địa; và các công trình nghiên cứu trong nước, nước ngoài về dược phẩm, dược liệu và y tế của Việt Nam thời Pháp thuộc để tổng hợp và phân tích làm rõ trọng tâm. Bằng phương pháp phân tích sử liệu và cách tiếp cận của lịch sử y tế cùng với nguồn tư liệu nói trên, tác giả đưa ra những phân tích về vai trò của thuốc men trong chính sách chăm sóc sức khỏe của Pháp ở Việt Nam. Trong đó đề cập đến tình hình hoạt động của Đông y trong bối cảnh thuộc địa, đặc biệt là những ảnh hưởng của các chính sách ban hành của chính quyền thuộc địa Pháp. Bài viết cũng trình bày chi tiết về bối cảnh dẫn đến những quyết định ban hành các chính sách của Pháp đối với Đông y và những nghịch lý, hạn chế khi thực thi ở Việt Nam. Qua đó càng thấy rõ được vai trò quan trọng của Đông y trong đời sống của người dân Việt Nam trong nửa đầu thế kỷ XX.

2. TÌNH HÌNH Y TẾ Ở VIỆT NAM TRƯỚC KHI PHÁP XÂM LƯỢC

Trước khi Pháp thiết lập chế độ thuộc địa và bảo hộ ở Việt Nam, nền y học phổ biến nhất ở Việt Nam là Đông y (thuốc Bắc), nền y học chịu ảnh hưởng của Trung Quốc, và y học cổ truyền Việt Nam (thuốc Nam), được phổ biến trong dân chúng thông qua sự truyền miệng, qua kinh nghiệm chữa bệnh trong các gia đình. Nhìn chung, cả hai hình thức chữa bệnh và điều trị theo Đông y ít nhiều tuân theo quy tắc, phương pháp chữa trị và dùng nhiều nguyên liệu thuốc giống nhau. Về sau, khi Tây y phổ biến ở Việt Nam, sự phân biệt thuốc Bắc, thuốc Nam không nhiều so với sự khác biệt Đông - Tây nên cả hai đều được gọi chung là Đông y.

Từ lâu, nền y học của Trung Quốc (Đông y) đã được các triều đại Việt Nam tiếp thu và xem là dòng y học chính thống. Mặc dù Đông y là một bộ phận quan trọng trong xã hội Việt Nam khi đó, nhưng nền y học này chưa bao giờ được thể chế hóa như một hệ thống đào tạo chính thức hoặc truyền thụ kiến thức trong các triều đại trước đó. Chỉ đến thời Nhà Nguyễn, với việc thành lập Thái Y viện vào năm 1823 (được thành lập dưới thời Gia Long và được hoàn thiện dưới triều vua Minh Mạng) thì nền y học này mới thực sự có một hệ thống đào tạo (cấp Trung ương). Nhiệm vụ chính yếu của Thái Y viện là khám chữa bệnh cho nhà vua, hoàng gia, triều thần và binh sĩ, phòng chống các bệnh dịch; nghiên cứu và soạn thảo sách thuốc; đào tạo y sinh (Đỗ Bang,

2020: 108). Vào năm 1829, Quan chức Thái Y viện gồm Viện sứ quan hàm Chánh tứ phẩm, các ngự y có Ngự y chính, Ngự y phó, tả, hữu Viện phán, y sinh (Quốc sử quán triều Nguyễn, 1992: 54-55). Cuối triều Minh Mạng, quan chức Thái Y viện có 43 người. Năm 1840, nhà Thái Y viện được xây dựng 5 gian để các quan làm việc (Nội các triều Nguyễn, 1993: 421). Đến năm 1856, vua Tự Đức cho mở nhà dạy học thuốc của Thái Y viện. Ở các địa phương cấp trấn tỉnh đạo, có các cơ quan như Lương y ty và Dưỡng tế sở để chăm sóc sức khỏe quan lại, binh sĩ cũng như người dân sở tại nhưng lực lượng này khá mỏng. Thông thường ở mỗi tỉnh, số lượng nhân sự của Lương y ty gồm có 1 Chánh cửu phẩm Y sinh và 10 Y thuộc, có nơi số Y thuộc chỉ có 5 người, (Viện Sử học, 1993: 173-177). Trình độ chuyên môn của các nhân viên trong Lương y ty không cao, trường hợp trấn Sơn Tây khi thiết lập Lương y ty vào năm 1829 thì “Thị lại Ty Chiêm hậu là Đỗ Công Hiệu ở trấn ấy làm Thí sai Y sinh” còn các Y thuộc thì được chiêu mộ từ dân ngoại tịch “hơi biết làm nghề thuốc” (Nội các triều Nguyễn, 1993: 424).

Mỗi tỉnh đều có ít nhất một Dưỡng tế sở, là nơi chăm sóc cho bệnh nhân và những người nghèo khổ ở tập trung. Tuy nhiên do triều đình không cấp đủ kinh phí và về sau không mấy quan tâm nên các Dưỡng tế sở hoạt động không hiệu quả và không đạt kết quả như mong muốn đề ra lúc đầu. Ngoài

những Dưỡng tế sở, người dân khi ốm đau thường nhờ đến “thầy lang”, người chuyên về thuốc Bắc và thuốc Nam đến khám và chữa bệnh. Những “thầy lang” này giữ một địa vị xã hội rất khó đánh giá (Monnais-Rousselot, 2003: 5).

Có thể thấy rằng về cơ cấu nhân sự cũng như trình độ chuyên môn và mạng lưới y tế ở địa phương của triều Nguyễn còn nhiều hạn chế. Khi địa phương có dịch bệnh thì Thái Y viện phải cất cử người về cùng đội ngũ y tế ở địa phương để chữa trị cho dân chúng (Nguyễn Thị Dương, 2017: 21). Tuy nhiên, các thầy thuốc ở triều đình nhiều khi cũng tỏ ra bất lực khi phải chữa trị hàng loạt người trong các trận dịch bệnh thường xuyên xảy ra ở thời Nguyễn do mất mùa đói kém và do tình trạng kém vệ sinh trong nếp sống sinh hoạt lúc bấy giờ.

Mặc dù nhà Nguyễn có chú trọng đến phát triển nền y học quốc gia nhưng không đem lại hiệu quả, còn nhiều hạn chế, đặc biệt là Đông y, không thể phát triển thành một hệ thống y tế có thể đáp ứng được nhu cầu phòng bệnh và chữa bệnh cho người dân. Điểm yếu của nền y học này càng bộc lộ khi Tây y xuất hiện với thế mạnh của nền y học giải phẫu, chữa bệnh bằng cách hiểu, trị liệu và đề phòng các bệnh truyền nhiễm.

3. CHÍNH SÁCH CỦA CHÍNH QUYỀN THUỘC ĐỊA PHÁP ĐỐI VỚI ĐÔNG Y

Những năm đầu thế kỷ XX, song song với việc thiết lập hệ thống y tế theo mô hình phương Tây, chính quyền

thuộc địa cho giải tán hệ thống tổ chức y tế của nhà Nguyễn ở Việt Nam. Các hình thức khám chữa bệnh cổ truyền, trong đó có Đông y bị xem nhẹ. Nhà chức trách thuộc địa thể hiện thái độ kỳ thị, đồng thời ban hành nhiều quy định nhằm kiểm soát chặt chẽ hoạt động khám chữa bệnh theo Đông y.

3.1. Thái độ của chính quyền Pháp đối với Đông y

Đối với chủ nghĩa thực dân, y học là một công cụ “khai hóa” quan trọng trên khắp các đế chế thuộc địa của phương Tây trong thế kỷ XIX và XX. Tại Việt Nam, “sứ mệnh văn minh” này đã trở thành chính sách chính thức với việc thực hiện chính sách y tế bản địa vào năm 1905. Trong năm này, Toàn quyền Đông Dương Paul Beau chính thức thành lập kế hoạch gọi là Hỗ trợ y tế bản địa (Assistance Médicale Indigène - AMI) nhằm phục vụ nhu cầu y tế cho người dân, nhưng theo mô hình y tế của Pháp. Hỗ trợ y tế bản địa như một phương tiện thúc đẩy để đưa nền văn minh, bằng con đường theo cải cách y tế đến thuộc địa. Ưu tiên của kế hoạch này là phòng ngừa tập thể, tập trung vào công tác chống các dịch bệnh đặc hữu lưu hành (đậu mùa, dịch tả, dịch hạch, sốt rét), và giáo dục vệ sinh (Monnais-Rousselot, 2003: 3).

Với sự thống trị của nền y học độc quyền của Pháp đã thực sự hạn chế quyền tự do tồn tại và hoạt động của các “thầy lang” Việt Nam (Monnais-Rousselot, Thompson, Wahlberg, 2012: 8). Đến những năm 1930, y học truyền

thống của Việt Nam vẫn thường bị các quan chức chính quyền thuộc địa và các bác sĩ thuộc địa tố cáo là “chủ nghĩa kinh nghiệm thô thiển”, và được thực hiện bởi những lang băm vô lương tâm, những người gây nguy hiểm cho sức khỏe của người dân thuộc địa (Monnais-Rousselot, Thompson, Wahlberg, 2012: 8). Đông y được cho là lạc hậu trong bối cảnh thuộc địa, nơi y học phương Tây được coi là chìa khóa của sự tiến bộ. Cụ thể, chính quyền thuộc địa và các bác sĩ Pháp cho rằng việc bào chế thuốc ở Việt Nam không đảm bảo vệ sinh vì không được thông qua bất kỳ các khâu phân tích hay kiểm định nào. Các dược sĩ bào chế thuốc không có một bằng cấp nào cụ thể và các nguyên tắc trong việc bảo đảm vệ sinh cho dược liệu không được xem trọng. Một bác sĩ nước ngoài đã viết: “Ít nhất một nửa trong thành phần của thuốc nước và thuốc viên Trung Hoa là cáu và bụi bẩn” (dẫn theo Bùi Thị Hà, 2014: 59-60). Điều này hoàn toàn khác biệt so với nước Pháp, nơi mà những ngành nghề này đã được hệ thống hóa nghiêm ngặt và lĩnh vực hành nghề y cũng được xác định rõ ràng trong suốt thế kỷ XIX. Một đạo luật của Pháp được thiết lập vào năm 1803 đã quy định về việc đào tạo và thực hành dược phẩm, trong đó các quy tắc bào chế và bán thuốc (quy định về việc chuẩn bị thuốc tại các hiệu thuốc và nhà sản xuất theo chuẩn trong luật về thuốc của Pháp) (Monnais-Rousselot, 2003: 5). Các

nhà chức trách y tế của Pháp bấy giờ coi các phương pháp chữa bệnh bí truyền là mối đe dọa lớn đối với sức khỏe cộng đồng. Cho nên trong bộ luật về thuốc còn có một số văn bản nhằm kiểm soát việc bán các phương thuốc bí truyền, tức là những loại thuốc không được nêu trong luật, không được công bố hợp pháp và không được mua hoặc phân phối công khai bởi chính phủ thì sẽ không được điều chế cho từng bệnh nhân cụ thể theo đơn của bác sĩ hoặc nhân viên y tế. Và mỗi loại thuốc chữa bách bệnh mới phải nhận được sự cho phép từ Học viện Y khoa để được bán bởi người phát minh ra nó (Monnaiss-Rousselot, 2003: 5). Thời kỳ này ở Việt Nam không hệ thống giáo dục nào xác định bằng cấp hành nghề hay đặc quyền của thầy thuốc. Ở trung ương, có tổ chức sát hạch quan chức Thái Y viện để tìm ra thầy thuốc giỏi, còn ở địa phương, các dược sĩ Đông y không được đào tạo bài bản và không phân thành các chuyên khoa. Trong khi các sinh viên y khoa phương Tây phải mất nhiều năm học tập, nghiên cứu thì các thầy lang ở đây chỉ cần học từ 1 đến 2 năm, có khi không học hành gì và một ngày nào đó tự nhiên trở thành thầy thuốc (dẫn theo Bùi Thị Hà, 2014: 60). Họ chỉ cần biết tên và phân biệt được các loại thuốc là có thể mở cửa hàng bán thuốc. Những thầy thuốc người bản xứ bị gọi là lang băm (Charlatan), họ chỉ chữa bệnh theo kinh nghiệm và cảm tính và không trải qua, hoặc ít

qua trường lớp đào tạo bài bản y dược học. Nếu một thầy thuốc kiêm luôn công việc kê đơn, bốc thuốc thì còn có thể chấp nhận được. Nhưng một người bán thuốc tự coi mình có khả năng chữa bệnh, kê đơn thuốc như một thầy lang thì họ quá coi thường mạng sống của người dân và coi thường ngành y. Và đó là nguy cơ lớn nhất của ngành y học cổ truyền. Nếu được hiểu và hành nghề theo cách này thì bất kỳ ngành y nào cũng sẽ trở thành một mối hiểm họa đối với xã hội (dẫn theo Bùi Thị Hà, 2014: 60).

Từ những kết luận về những nghịch lý và yếu kém trong việc chăm sóc sức khỏe của Đông y như vậy nên chính quyền Pháp cho rằng cần phải đẩy mạnh việc du nhập y học phương Tây vào Việt Nam. Đồng thời kiểm soát chặt chẽ đối với những người hành nghề Đông y ở Việt Nam và cả việc sử dụng và phân phối các sản phẩm được coi là độc hại; việc cố định các công thức pha trộn và liều lượng cho các loại thuốc trong Đông y.

3.2. Một số nghị định hạn chế sự hoạt động của Đông y

Nhằm hạn chế hoạt động của y học truyền thống, các nhà chức trách Pháp đã đưa ra rất nhiều luật lệ về thuốc và hành nghề y dược ở Việt Nam. Họ muốn áp đặt tại đây một lối suy nghĩ về bệnh tật, cách phòng ngừa và cách chữa bệnh mới theo Tây y, đồng thời xây dựng một quá trình chuyên nghiệp hóa về y dược ở xứ này. Ngoài ra, không thể không kể đến những người trong ngành công

nghiệp dược phẩm Châu Âu cũng tìm cách mở rộng sản xuất bằng cách dựa vào chính quyền thuộc địa và chính sách y tế của họ.

Khởi điểm cho việc ban hành các điều luật cấm đoán với Đông y dược là sau vụ Hà Thành đầu độc năm 1908⁽¹⁾. Đối với chính quyền thuộc địa, vụ đầu độc năm 1908 cho thấy rằng các nguồn dược liệu bản địa có thể trở thành một thứ vũ khí được sử dụng để chống lại chế độ thuộc địa và nhà chức trách của Pháp ở đây. Sau vụ Hà Thành vài tháng, một điều luật về thuốc được ban hành. Điều luật năm 1908 đã áp đặt một hệ thống kiểm tra thống nhất hàng năm đối với tất cả các địa điểm sản xuất và bán thuốc Tây y và Đông y, cho phép “kiểm tra chất lượng sản phẩm ... [thu giữ thuốc giả, nghi ngờ và không được phép thuốc men, [thu thập] mẫu để phân tích sau này” và, nếu cần, phạt tù đối với những người phạm tội bị kết tội (CAOM, Gougal, dossier 17165). Mục tiêu chính của điều luật này là kiểm soát việc mua bán các chất độc hại nhằm tránh tình trạng đầu độc. Tuy nhiên, điều luật này khó thực thi vì không phù hợp với tình hình thực tế tại Việt Nam. Theo một tài liệu được đưa ra vào tháng 7/1908 đã thiết lập một danh sách các chất nguy hiểm, không được phép mua hoặc bán bởi các dược sĩ và bác sĩ trị liệu bản xứ, nhưng những chất này được đặt tên theo tiếng Pháp gây khó hiểu cho người Việt Nam, và chúng cũng không được sử dụng trong các vị thuốc

Đông y cũng như không được dùng với số lượng lớn ở Việt Nam (Monnais-Rousselot, 2003: 8).

Năm 1914, “Quy chế buôn bán của các hiệu thuốc và dược liệu Đông y ở Đông Dương” (Réglementation du Commerce des officines et des médicaments Sino-Vietnamiens⁽²⁾ en Indochine) được ban hành. Quy chế này tập trung vào yêu cầu tối thiểu mà người Pháp cho là cần phải có để có một hiệu thuốc có thể hoạt động, đó là hiệu thuốc cần phải có sự cấp phép hoạt động cũng như quyền sở hữu, đồng thời phải có sự quy định về chất độc hại trong dược liệu. Những chất này phải được liệt kê trong sổ đăng ký đặc biệt, và được bán độc quyền khi có đơn thuốc của bác sĩ, liều lượng vừa phải và danh sách các sản phẩm đó rất ngắn (dẫn lại Monnais-Rousselot, 2003: 8). Quy chế này bị bác bỏ vì sự phản đối của Tiến sĩ Paul-Louis Simond, Tổng Thanh tra Dịch vụ Y tế Đông Dương, người am hiểu khá rõ về Đông Dương. Ông phản đối ý tưởng đưa ra những hạn chế nghiêm trọng đối với các hoạt động y tế địa phương, cho rằng “nhiều loại thuốc mà chúng tôi tìm thấy trong dược điển Châu Âu cũng có trong dược điển bản địa” (CAOM, Gougal, dossier 17172) và các hiệu thuốc Đông y có thể hữu ích trong việc phổ biến những lợi ích của một số loại thuốc Châu Âu đang được sử dụng hiện tại ở xứ này. Mặc dù những ý kiến của Simond cho thấy một thái độ cởi mở hơn đối với các phương pháp trị liệu của người bản xứ, thì sự công

nhận chính thức vai trò của y tế bản xứ vẫn chưa bắt đầu.

Từ năm 1920 đến năm 1937, một loạt các phán quyết khác nhằm kiểm soát hoạt động của Đông y được ban hành. Cụ thể, vào năm 1920, chính quyền thuộc địa đã ra nghị định hạn chế số lượng thầy thuốc Đông y ở Nam Kỳ, cho phép không quá 500 người hoạt động (dẫn theo Bùi Thị Hà, 2019: 147). Ngày 24/2/1936, Toàn quyền Đông Dương Jean Decoux ban hành quy định về hành nghề y ở xứ thuộc địa, trong đó có nhiều quy định hạn chế sự hoạt động của Đông y. Ngày 15/6/1937, Sở Y tế Nam Kỳ ra quy định cấm các cơ sở Đông y sử dụng các loại dược chất có độc tính. Lúc này giới Đông y Nam Kỳ đã đưa ra kiến nghị Sở Y tế nên quy định cụ thể loại hóa chất nào được sử dụng và loại hóa chất nào thì cấm sử dụng (dẫn theo Đỗ Hồng Ngọc, 2001: 30). Nhiều phán quyết đưa ra khá hà khắc, còn mang nhiều bất cập cho nên việc thi hành các phán quyết này cũng bị trì hoãn hoặc đình chỉ. Trong mỗi trường hợp, các phán quyết đưa ra đã gặp phải sự phản ứng của người dân dường như đã khiến chính quyền Pháp phải lùi bước trong nỗ lực kiểm soát các hiệu thuốc Đông y. Vì vậy, đến năm 1939, Toàn quyền Đông Dương lại ra quyết định cho phép giới Đông y sử dụng các chất có độc tính nhưng yêu cầu giới y sĩ Đông phải chịu trách nhiệm phân hình lẫn phân hộ (dẫn theo Đỗ Hồng Ngọc, 2001: 30). Ngày 17/7/1943, De Coux -

Toàn quyền Đông Dương ra nghị định ấn định các điều kiện buôn bán và hành nghề thuốc Bắc, thuốc Nam nhằm hạn chế hai nghề này ở Việt Nam: Cấm sử dụng tất cả các máy móc dành cho bào chế Âu dược; Cấm sử dụng hóa chất; Đông y sĩ nào muốn cấp thuốc cho bệnh nhân phải theo điều kiện hành nghề của Viện Dược (Hồ Đắc Duy - Bùi Văn Quế, 1998: 21).

Với mục đích xây dựng một hệ thống tổ chức y tế theo kiểu phương Tây ở Việt Nam và Đông Dương nói chung, chính quyền thuộc địa đã đặt ra những hạn chế ngày càng hà khắc đối với thuốc cổ truyền và y học cổ truyền. Mỗi năm chính quyền thuộc địa đưa ra rất nhiều quy định hà khắc và tưởng tượng khó có thể thực thi được. Tầm nhìn và những chính sách mà Pháp triển khai nhằm hạn chế hoạt động của y học truyền thống của Việt Nam dường như không phù hợp với ý định ban đầu của các nhà chức trách Pháp là đưa ra một chính sách chăm sóc sức khỏe tối ưu cho những người dân thuộc địa. Điều này cũng cho thấy sự mơ hồ đặc trưng cho sự hiểu biết của phương Tây về giá trị của y học cổ truyền và Đông y, các phương pháp trị liệu và chữa bệnh.

4. NHỮNG TRỞ NGẠI TRONG THỰC THI CHÍNH SÁCH VÀ TÌNH HÌNH HOẠT ĐỘNG CỦA ĐÔNG Y THỜI PHÁP THUỘC

4.1. Quá trình “tái khám phá” Đông y và những hạn chế về tiềm lực y tế phương Tây ở Việt Nam

Có một điều nghịch lý là trong suốt thập niên 1920, đồng thời với việc chính quyền thuộc địa đặt ra những quy định, những hạn chế ngày càng hà khắc đối với y học cổ truyền, họ cũng bắt đầu “tái khám phá” giá trị tiềm năng của dược liệu tại địa phương. Lý do đầu tiên cho sự “tái khám phá” này xuất phát từ sự quan tâm nhất định của người Pháp với Đông y và y học truyền thống của Việt Nam. Sự quan tâm này đã bắt đầu từ nửa sau thế kỷ XIX. Mỗi quan tâm này mang tính chất khoa học thuần túy, là một phần trong phong trào rộng lớn mà các nhà văn Pháp ghi nhận tiềm năng của một số loài thực vật địa phương và khám phá ra sự đa dạng sinh học đáng kinh ngạc của Việt Nam (CAOM, Gougal, dossier 9831, 9848). Mỗi quan tâm này là cơ sở của một phong trào khác đã hình thành trong thập niên 1920 trở đi, phong trào hướng tới việc khám phá rộng rãi hơn về y học địa phương và tiềm năng điều trị của nó.

Thực tế, các chuyên gia Tây y hành nghề tại Việt Nam phải chịu nhiều hạn chế thực tế như: ngân sách thiếu và không đủ, cơ sở vật chất, nhân sự, thuốc men thiếu nhất quán và thiếu thông tin khoa học đầy đủ về các bệnh nhiệt đới và triệu chứng đặc thù của nó (Monnais-Rousselot, Thompson, Wahlberg, 2012: 9). Trong một bài diễn văn của Tổng Thanh tra Sở Y tế vào những năm 1930 đã phản ánh tiềm năng trị liệu của y học truyền thống: “không phải tất cả các dược sĩ

Đông y, rất cuộc, đều là những kẻ giả mạo hay đầu độc; một số thậm chí còn có kiến thức hữu ích (Monnais-Rousselot, Tousignant, 2006: 17). Một số bác sĩ người Pháp⁽³⁾, thậm chí đã gần thừa nhận mối quan tâm đến y học địa phương. Bởi vì, trong một số phương pháp điều trị phương Tây dường như không có khả năng chữa khỏi cho bệnh nhân. Cụ thể trong bối cảnh chính sách chăm sóc sức khỏe được “nhân đạo hóa” vào những năm 1920 và những năm 1930, những bệnh nhân mắc bệnh phong đã khiến một số bác sĩ Tây y ở thuộc địa yêu cầu sự giúp đỡ của các nhà trị liệu truyền thống (CAOM, RST NF dossier 3823).

Những trường hợp phải nhờ đến phương pháp trị liệu của y học truyền thống như vậy thực tế đã diễn ra thường xuyên trước năm 1930, nhưng phải đến những năm 1930, nhiều bác sĩ người Pháp mới thừa nhận. Ở một góc độ nào đó, việc tiếp xúc nhiều với môi trường nhiệt đới Việt Nam đã dạy cho một số bác sĩ phương Tây sự khiêm tốn nhất định, và họ thừa nhận rằng thuốc Tây không phải lúc nào cũng có hiệu quả với bệnh nhân địa phương, mà một số sản phẩm trong kho thuốc điều trị của họ thậm chí có thể gây nguy hiểm cho người dân (dẫn lại Monnais, Laurence, 2003: 8). Sự thừa nhận đối với Đông y đã phần nào giải thích sự thất bại luật pháp của chính quyền thuộc địa về thuốc men, và xung đột với thái độ xem thường của họ đối với y học truyền

thống từ những năm 1920 như chúng tôi đã dẫn chứng ở trên.

Nhằm tìm hiểu rõ về y dược học truyền thống Việt Nam, vào năm 1933, Tổng Thanh tra Vệ sinh và Y tế công cộng (Inspection Générale de l'Hygiène et de la Santé Publique) thành lập Ủy ban Nghiên cứu dược liệu Đông y. Đây là một tổ chức được đánh giá là không thể thiếu trong việc soạn thảo một văn bản pháp luật phù hợp, và trên hết là một sáng kiến thực tế trong nỗ lực kiểm soát ngành dược liệu của y học truyền thống và Đông y. Đến năm 1938, một Ủy ban điều tra thứ hai đã giao cho một Tiểu ban nhiệm vụ nghiên cứu lại quy định về các chất độc hại (CAOM, Gougal SE, C49 c 2 (2)). Một trong những báo cáo được trình bày cho tiểu ban nghiên cứu câu hỏi về quy chế dược liệu Đông y năm 1938 đưa ra kết luận:

“- Kết hợp một số sản phẩm và một số loại thực vật bản địa vào dược phẩm phương Tây;

- Trồng trọt và thu hoạch cây thuốc với số lượng công nghiệp, nhằm xây dựng một nguồn tài nguyên mới cho Đông Dương, nơi hiện đang nhập khẩu 80% nhu cầu từ Trung Quốc.

- Nghiên cứu một cách hệ thống về dược liệu Đông y với thái độ khách quan khoa học cần thiết, để sinh viên ngành y hoặc dược có thể tận dụng lợi thế – nhưng cũng tránh được những nguy hiểm – của dược lý này.

- Bản dịch các cuốn sách về y học Trung Quốc, tích lũy công việc đã

được thực hiện về chủ đề này trong một thư viện trung tâm để các học giả có thể tiếp cận được” (CAOM, Gougal SE, C49 c2 (2)).

Những điều nêu trên chứng tỏ các bác sĩ Tây y và những nhà chức trách thuộc địa đã thừa nhận rằng có nhiều hiểu biết về các hoạt động y tế địa phương sẽ giúp chống lại các lang băm địa phương cũng như giáo dục tốt hơn và Tây hóa các bệnh nhân bản xứ (Monnais-Rousselot, 2003: 18). Bên cạnh đó việc đưa vào giảng dạy một khóa học về Đông y tại Trường Y khoa Hà Nội vào năm 1938 nhằm đào tạo một đội ngũ bác sĩ bản xứ, hạn chế hoạt động của các lang băm.

Ngoài nhu cầu tìm hiểu về giá trị chữa bệnh, lý do khiến người Pháp quan tâm đến dược liệu Đông y là vì giá thành của dược phẩm. Các dược phẩm, các chất được các bác sĩ và dược sĩ Pháp ở Đông Dương sử dụng thường được nhập khẩu trực tiếp từ Pháp. Vì thế, các nguyên liệu đó đắt tiền và thường xuyên không có sẵn, ngay cả những sản phẩm cần thiết nhất: một số báo cáo y tế cấp tỉnh cho thấy vấn đề nguồn cung này là kẻ thù số một của các dược sĩ và bác sĩ làm việc ở đó (Monnais-Rousselot, 2003: 20). Nguồn cung dược phẩm này không chỉ phụ thuộc vào chất lượng vận chuyển mà còn liên quan đến chất giả và thậm chí khí hậu nhiệt đới - gây khó khăn trong khâu bảo quản thuốc.

Và một điều quan trọng khác, đó là giá thành của thuốc Tây luôn cao và khó tiếp cận hơn dược liệu của địa

phương. Thực tế, có những bệnh nhân ở Việt Nam sẵn sàng tiếp cận với người chuyên về bốc thuốc tại địa phương và có thể yêu cầu bốc cho họ những gì họ muốn, và không nhất thiết phải hỏi ý kiến bác sĩ. Nhưng ngược lại sẽ càng khó khăn hơn đối với người bệnh bản xứ khi tìm đến một dược sĩ người Pháp. Đầu tiên là sẽ giới thiệu những sản phẩm mà người bệnh hiếm khi biết đến, những sản phẩm đắt tiền hơn và đặc biệt dược sĩ sẽ yêu cầu phải có đơn thuốc của bác sĩ (CAOM, Gougal, dossier 17171). Những vấn đề này đã khiến cho các bác sĩ Pháp yêu cầu thành lập một ngành công nghiệp dược liệu thô sơ của địa phương và sử dụng các phương thuốc địa phương được người bản xứ tin tưởng vì tính hiệu quả của chúng (dẫn lại Monnais-Rousselot, 2003: 20). Vào cuối những năm 1930, một số bài viết xuất hiện trên báo chí ở Đông Dương đã đồng loạt minh họa những trở ngại này. Tờ *La Tribune Indochinoise* (Diễn đàn Đông Dương), số ra ngày 27/7/1938 có bài *Vận động ủng hộ Đông y* minh chứng khả năng tiếp cận thuốc Tây y của người bản xứ: “Sự biến mất của những người chữa bệnh thường được gọi là lang băm không nhất thiết sẽ dẫn đến sự gia tăng số lượng những người theo phương pháp Pasteurian⁽⁴⁾... Nhiều trở ngại hiện đang cản đường - và sẽ tiếp tục như vậy - về sự chấp nhận rộng rãi các phương pháp trị liệu ở Châu Âu trong số đông đảo đồng bào của chúng ta, đặc biệt là những người sống ở nông

thôn và những người có địa vị xã hội khiêm tốn. Ngay cả khi họ hoàn toàn tin tưởng vào các đệ tử của Claude Bernard và Marcellin Berthelot, những thư ký khiêm tốn của chúng tôi, những người kiếm được 40-60 piastres mỗi tháng sẽ từ chối trả 3-5 piastres cho một lần đến phòng khám. Đồng thời, những người dân nông thôn sẽ không tự mình đi một vòng 100km để được chữa trị bởi những loại chuyên nghiệp vốn chỉ có ở các tỉnh lẻ, nếu không phải ở thủ đô Sài Gòn hay Hà Nội”⁽⁵⁾.

Thực tế cho thấy rằng phong trào “tái khám phá” này được thúc đẩy bởi một số nhu cầu về khoa học, chính trị cũng như kinh tế và xuất phát từ yêu cầu thực tiễn. Và tất nhiên, phong trào này còn vì nhu cầu của ngành dược phẩm Pháp trong cuộc cạnh tranh với các nước về tìm kiếm các chất có thể được sản xuất, chiết xuất, hoặc phân phối theo cách kinh tế nhất. Tuy nhiên, thực tế phong trào này xảy ra trong bối cảnh các điều luật về y tế của chính quyền thực thi không đạt hiệu quả, những áp lực chính trị do một số nhóm lợi ích nhất định quan tâm khi thấy dược liệu Đông y tiếp tục tồn tại.

4.2. Ảnh hưởng của những người kinh doanh và hành nghề Đông y ở Việt Nam

Các điều luật về thuốc của chính quyền đã ít nhiều ảnh hưởng đến lĩnh vực kinh doanh thuốc của các thương nhân bản địa, dẫn đến sự can thiệp và tranh luận về việc bác bỏ luật pháp của chính quyền thuộc địa liên quan

đến lĩnh vực hành nghề của họ. Trước khi Pháp đầu tư và khai thác ở Việt Nam, hoạt động sản xuất và buôn bán thuốc rất sinh lợi, đặc biệt là đối với cộng đồng người Hoa, phần lớn ở Sài Gòn - Chợ Lớn, Hà Nội, Hải Phòng. Bên cạnh đó, một số tờ báo quốc ngữ ra đời, tham gia quảng cáo về thuốc men và các vấn đề về sức khỏe, như *Phụ nữ tân văn*, *Nam phong*⁽⁶⁾ đã đem đến những bằng chứng để tin rằng những người buôn bán này được hưởng lợi đặc biệt từ nhiều loại “phương pháp chữa bệnh bí truyền” ở Việt Nam. Trong số đó, các phương pháp chữa bệnh chống hoa liễu đường như được bán rộng rãi nhất (CAOM, RST NF, dossier 3856), cũng như những phương pháp chữa bệnh khác từ các nước Trung Quốc và Nhật Bản. Bên cạnh các hoạt động kinh tế của cộng đồng này, thì sức nặng chính trị của các thầy thuốc người Hoa và Việt ở Việt Nam cũng minh họa cho những trở lực không nhỏ trong việc thực thi các chính sách của chính quyền thuộc địa. Các thầy thuốc Đông y hầu hết được liên kết lại trong các hiệp hội bảo vệ quyền “nghề nghiệp” như Y Hiệp hội (1900), trụ sở Bến Vân Đồn, hay Hội Đông y Nam Kỳ (1937), để phản đối một số luật mà chính quyền áp đặt lên Đông y. Vào tháng 4/1939, ông Đặng Thúc Liêng, Chủ tịch Hội Đông y Nam Kỳ cùng ông Phó Đức Thành, Chủ tịch Việt Nam Y Dược hội ở Vinh (Nghệ An) đã tổ chức Hội chợ và Hội thảo Chấn hưng Đông y toàn quốc tổ chức tại Vinh, nhằm tập hợp ý

kiến của các thầy thuốc cổ truyền đấu tranh cho việc duy trì các hoạt động Đông y Đông dược (dẫn theo Đỗ Hồng Ngọc, 2001: 34).

Ngoài việc liên hiệp lại để bảo vệ quyền lợi nghề nghiệp, các hội Đông y ở Bắc - Trung - Nam còn tham gia vào việc phát triển dược liệu và chấn hưng Đông y. Thời kỳ này có nhiều cuốn sách về y dược học Đông y được xuất bản, như: *Vệ sinh yếu chỉ* của Bùi Văn Trung ở Giao Thủy, Nam Định; *Bí truyền tập yếu* của Lê Tư Thùy ở Duy Tiên, Hà Nam; *Trung Việt dược tính nhược biên* của Đinh Nho Chấn ở Hà Tĩnh; *Ngoại khoa bí yếu y lý phương Đông và Nam dược bộ* của Nguyễn An Cư ở Nam Bộ; *Việt Nam dược học* của Phó Đức Thành, Hội Y học Vinh; *Y học từng thư* của Nguyễn An Nhân, Hà Nội (Lê Trần Đức, 1990: 49).

4.3. Tình hình thực tế sử dụng thuốc men của người dân Việt Nam

Khi người Pháp thiết lập nền y tế phương Tây ở Việt Nam thì họ cũng gặp phải một số trở ngại về những thực tế văn hóa xã hội ở đây. Vào năm 1895, bác sĩ Péralle (1895: 17-27) đã nêu ra những lý do giải thích cho việc người Việt Nam không tin tưởng vào y học phương Tây là: người Việt Nam sợ đổi mới; chi phí tư vấn và kê đơn dược phẩm cao, người bản xứ thiếu hiểu biết về “nghị thức hấp thụ” của thuốc (chẳng hạn uống thuốc trong bao lâu, liều lượng ra sao), người Đông Dương quan niệm rằng thuốc Tây không được sản xuất phù hợp cho thể trạng ốm yếu của người

Châu Á; họ từ chối các biện pháp phòng ngừa và phẫu thuật; và tất nhiên “hành vi mê tín” liên quan đến nỗi sợ hãi những người dùng thuốc Tây có thể bị tổ tiên đánh giá xấu vì đã bỏ truyền thống của Việt Nam (dẫn lại Monnais-Rousselot, 2003: 19). Các bác sĩ Pháp trong những năm 1920 cũng đã ít nhiều đưa ra những lý do tương tự để giải thích cho sự thờ ơ của người dân bản xứ đối với thuốc của phương Tây.

Ở một khía cạnh khác, người Việt Nam từ chối sử dụng thuốc Tây không phải là từ chối dựa trên sự tin tưởng mà là dựa trên sự cần thiết. Điều này dẫn đến một xu hướng là nhiều bệnh nhân tìm đến các nguồn thuốc cổ truyền địa phương. Ngoài trừ các bệnh viện nơi bệnh nhân được chăm sóc miễn phí và được tiếp cận miễn phí với các loại thuốc kê cho họ, người Việt Nam ít được tiếp cận với các sản phẩm thuốc của Tây y mà họ có thể mong muốn sử dụng. Việc ít có khả năng tiếp cận có nghĩa là sẽ ít biết về chúng, và do đó thuốc Tây hay Tây y sẽ không thể nào xuất hiện trong thế giới quan về y học của người dân.

Ngoài ra, hệ thống các cơ sở y tế, cơ sở vật chất, nhân viên y tế... của chính quyền thuộc địa chưa đủ đáp ứng được nhu cầu của số đông dân chúng lúc bấy giờ. Chính vì thế, trong thời kỳ Pháp thuộc, sự trường tồn của Đông y không chỉ là hiện thực mà còn là điều cần thiết.

Như vậy, từ cuối những năm 1920 trở đi, chính quyền thuộc địa ít nhiều thừa

nhận vai trò của Đông y. Trước thực tế sử dụng Tây y và yêu cầu ngày càng gay gắt của các hiệp hội thầy thuốc Đông y chống lại các quy định quá nghiêm ngặt thì chính quyền cũng từng bước nói lỏng, không hoàn toàn khuyến khích nhưng đã bớt cấm đoán, làm nơ cho các cơ sở Đông y của người bản xứ được hoạt động. Trong bối cảnh luôn bị chính quyền không ngừng hạn chế và tìm cách loại bỏ, y học cổ truyền và Đông y ở Việt Nam đã phát huy sức sống bền vững của mình trong đời sống người dân, vừa phải vươn lên, đấu tranh chống lại sự kỳ thị của chính quyền thuộc địa. Và sau hơn cả nửa thế kỷ chiếm đóng của người Pháp, Đông y vẫn giữ vai trò quan trọng trong nền y học Việt Nam. Đông đảo dân chúng thuộc địa chưa có điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế hiện đại, việc chữa bệnh của dân chúng vẫn phụ thuộc vào Đông y là chính.

5. KẾT LUẬN

Trong những thập niên đầu thế kỷ XX, nhằm phục vụ cho công cuộc khai thác quy mô lớn về kinh tế, người Pháp đã cố gắng áp dụng một số yếu tố của nền y học hiện đại vào Việt Nam, đồng thời đưa ra nhiều chính sách nhằm hạn chế và loại bỏ y học truyền thống của Việt Nam. Tuy nhiên, với những khó khăn trong việc ban hành các điều luật nhằm hạn chế hoạt động của y học cổ truyền Việt Nam của chính quyền thuộc địa, cùng với thái độ của người Việt Nam đối với sức khỏe và thuốc men, đã khiến

hoạt động y tế ở Việt Nam trở nên vô cùng phức tạp. Một phần nguyên nhân của sự phức tạp này bắt nguồn từ những đặc thù về môi trường, bệnh lý và văn hóa xã hội nơi đây, có nhiều khác biệt so với những đặc điểm mà các nhà quản lý thuộc địa và bác sĩ phương Tây đã quen thuộc. Những khác biệt này rõ ràng đã tác động lớn đến việc áp dụng mô hình y tế phương Tây và thực tế hoạt động y tế ở Việt Nam.

Thông qua việc tìm hiểu tình hình hoạt động của Đông y Việt Nam trong thời Pháp thuộc, phần nào cho thấy sự xung đột giữa hai nền y học Đông và Tây y, nhưng đồng thời cũng tạo tiền đề cho sự giao thoa giữa hai hệ thống y tế và sự phát triển hệ thống đa

nguyên về y tế của Việt Nam giai đoạn sau này.

Ngoài ra, các chính sách của Pháp đối với Đông y cho thấy sự xung đột giữa lý thuyết và thực tế thực thi ở thuộc địa, giữa ý định của nhà cầm quyền và hành động thực tiễn, giữa các mục tiêu của y tế hóa và ứng dụng của chúng trên thực địa, giữa môi trường thành thị và nông thôn ở Việt Nam thời kỳ này. Việc nhìn nhận vấn đề như vậy có thể sẽ mang đến hữu ích nhất định trong việc cố gắng hiểu một số khía cạnh của chính sách y tế ở Việt Nam hiện nay, cũng như ở các quốc gia khác, nơi các hoạt động y tế truyền thống vốn là lối sống, đã bám rễ trong văn hóa truyền thống của địa phương. □

CHÚ THÍCH

⁽¹⁾ Đây là vụ mưu sát và binh biến trong hàng ngũ bồi bếp và binh lính người Việt Nam phục vụ cho quân Pháp đóng ở thành Hà Nội diễn ra ngày 27/6/1908. Mục đích của những người bồi bếp và binh lính là nhằm đầu độc quân Pháp (bằng cà độc dược) để chiếm Hà Nội, thêm sự tiếp ứng và chỉ đạo từ bên ngoài của nghĩa quân Hoàng Hoa Thám, cùng với sự tham gia của Phan Bội Châu trong việc vạch kế hoạch để tạo cuộc khởi nghĩa đánh đuổi người Pháp.

⁽²⁾ Des médicaments Sino-Vietnamiens tức dược liệu Đông y, bao gồm tất cả các thực hành cổ truyền không phân biệt vùng miền, nguồn gốc hoặc nội dung cụ thể (cả thuốc Bắc và thuốc Nam). Điều này phù hợp với cách mà chính quyền thuộc địa và các bác sĩ Pháp mặc định cho nền y học của Việt Nam.

⁽³⁾ Điển hình là Albert Sallet ở Huế (ông có nhiều sách viết về các loại thuốc này, cả tên và cách dùng của nhiều loại thuốc).

⁽⁴⁾ Là phương pháp thanh trùng là hay còn gọi là tiệt trùng, khử khuẩn. Phương pháp này được nhà vi sinh vật và hóa học người Pháp Louis Pasteur nghĩ ra nên đã được đặt theo tên ông.

⁽⁵⁾ *La Tribune indochinoise* (Diễn đàn Đông Dương). "Plaidoirie en faveur de la médecine sino-annamite" (Vận động ủng hộ Đông y). Ngày 27/7/1938.

⁽⁶⁾ Các tờ báo, tạp chí này cũng là một nguồn thông tin không thể thiếu về các vấn đề y tế và dược phẩm.

TÀI LIỆU TRÍCH DẪN

1. Bùi Thị Hà. 2014. “Sự phổ biến y học Pháp”. *Tạp chí Xưa và Nay*, số 451 (tháng 9), tr. 59-61.
2. Bùi Thị Hà. 2019. *Y tế phương Tây ở Bắc kỳ từ năm 1873 đến năm 1945*. Luận án tiến sĩ. Học viện Khoa học Xã hội.
3. Centre des Archives d’Outre-Mer (CAOM), Fonds du Gouvernement général (Gougal) dossier 6719, 9831, 9848, 17171, 17172, 17165.
4. Centre des Archives d’Outre-Mer (CAOM), Gougal “Service économique” (SE), C49 c 2 (2).
5. Centre des Archives d’Outre-Mer (CAOM). Résidence Supérieure du Tonkin Nouveau Fonds (RST NF) dossier 3683, 3823, 3856.
6. Đỗ Bang. 2020. “Thái y viện triều Nguyễn – Đỉnh cao trong lịch sử phòng, chữa bệnh, tổ chức và đào tạo lương y Việt Nam thời quân chủ”. *Tạp chí Khoa học Đại học Huế: Khoa học Xã hội và Nhân văn*. Tập 129, số 6E, tr. 105-113.
7. Đỗ Hồng Ngọc (chủ biên). 2001. *Y tế Sài Gòn - TPHCM 300 năm (1698-1998)*. TPHCM: Trung tâm Truyền thông - Giáo dục Sức khỏe.
8. Hồ Đắc Duy - Bùi Văn Quế. 1998. “Y tế Sài Gòn xưa”. *Tạp chí Xưa và Nay*, số 55B.
9. *La Tribune indochinoise*. “Plaidoirie en faveur de la médecine sino-annamite”. 27/7/1938.
10. Lê Trần Đức. 1990. “Sơ lược lịch sử y học dân tộc”. *Tạp chí Nghiên cứu Lịch sử*, số 3.
11. Monnais, Laurence, Tousignant, Noémi. 2006. “The Colonial Life of Pharmaceuticals: Accessibility to Healthcare, Consumption of Medicines, and Medical Pluralism in French Vietnam, 1905-1945”. *Journal of Vietnamese Studies*, Vol. 1, No. 1-2 (February/August), pp. 131-166. Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/10.1525/vs.2006.1.1-2.131>.
12. Monnais-Rousselot, Laurence, Thompson, C. Michele, Wahlberg, Ayo. 2012. *Southern Medicine for Southern People: Vietnamese Medicine in the Making*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
13. Monnais-Rousselot, Laurence. 2003. “Which Medications Did They Trust? The Role of French Colonialism in Vietnamese Attitudes Towards Pharmaceuticals, 1858-1939”. *Paper Presented at Princeton Workshop in the History of Science: Science Across Cultures – Historical and Philosophical Perspectives* (24 October). New Jersey: Princeton University.
14. Nguyễn Thị Dương. 2017. “Chính quyền nhà Nguyễn với việc cải cách Đông y (thế kỷ XIX - nửa đầu thế kỷ XX)”. *Tạp chí Nghiên cứu Lịch sử*, số 1.
15. Nội các triều Nguyễn (Nguyễn Danh Chiên dịch). 1993. *Khâm định Đại Nam hội điển sự lệ* – Tập 15: Q.244 - Q.262. Huế: Nxb. Thuận Hóa.
16. Péralle, Dr. 1895. “De la diffusion de la médecine européenne en Cochinchine”. *Bulletin de la Société des Etudes indochinoises*, pp. 17-27.
17. Quốc sử quán triều Nguyễn. 1992. *Đại Nam nhất thống chí* – Tập 1. Huế: Nxb. Thuận Hóa.
18. Viện Sử học. 1993. *Nội các triều Nguyễn: Khâm định Đại Nam hội điển sự lệ* – Tập 2: Q.10. Huế: Nxb. Thuận Hóa.