

温病学说和日本的后世派汉方

肖照岑*

摘要 探讨了日本后世派与温病学说的渊源关系,介绍了温病学说在日本传播和发展情况,并提出温病学说今后在日本会以三焦辨治为主,与汉药提取剂和煎剂一起使用的看法。

主题词 温病学说 日本

来日之前,对日本汉方界的初步印象是日本的汉方医几乎都热衷于《伤寒论》的学习和研究,而对温病学说的了解和认识还很肤浅。经过半年在日本兵库县立东洋医学研究所的研修,我发现温病学说不仅在日本早已起步,正在逐步被认识、实践,并有进一步发展兴盛起来的可能。本文拟就此略述拙见,并藉此让同道们更多地了解一些日本汉方医学史及汉方界的现状。

1 由金元医学起步

追溯我国温病学说的历史,虽萌芽于《内经》、《伤寒论》,但真正发展起来当由宋元论起,特别是金元四大家的学说对温病学说影响很大。刘河间、张从正分别主张寒凉攻下,李东垣、朱丹溪主张补土与滋阴,不仅打破了长期以来以《伤寒论》为依据治疗外感的框框,也使盛行传统《局方》滥用辛热燥烈之弊为之一变。后又经明代吴又可的温疫学说、喻嘉言的三焦逐秽解毒学说等,直至清代温病四大家叶天士、薛生白、吴鞠通、王孟英确立了卫气营血、三焦为核心的理论体系,才形成了独立的温病学说。

目前日本汉方界公认的流派有三派,即古方派(江户时代中期为与后世派相对应而产生的宗张仲景的复古医方学派、又称古方家)、后世派(宗金元医学而产生的学派、又称今方家)、折衷派(折衷古今两家之说、又称杂方家)。其中后世派是日本室町时代(1333~1573)中期在明

代留学13年之久的田代三喜1498年回国时将金元医学带回日本并倡导之,从此以其初代门人曲直濂道三为首人才辈出,使金元四大家学说广泛传播应用而形成后世派汉方。

日本的后世派是在继承金元医学的基础上又不断创造和发展的,如曲直濂道三亲聆田代三喜教诲10余年后,在京都创建“启迪院”大兴李朱之学,与其众多的弟子被称为道三流而名传于世。但是读了他的代表著作《启迪集》就可发现道三医学并非金元医学的翻版,而是加入自己的治疗经验以提倡临床适用日本人疾病的简易的疗法为特征,正如其弟子曲直濂玄朔所说:“医家之要在于临床识变,活用诸家之法。”至江户时代(1603~1868年),玄朔的高徒冈本玄治集道三流三代之经验又加以发挥,在所著《玄治药方口解》中指出伤寒可因证有感冒、伤风、中寒之别,治疗决非等同,主张“伤寒、发热、头痛、无汗、脉弦数。败毒散。”如此,对热甚者用败毒散寒凉清热,对中风者用防风通圣散驱散风热,用香苏散加黄连、黄芩治疗酒积腹痛等,从而一扫当时支配日本全国的《局方》的温补之法,成为“随证治疗”的端绪,对热证治疗的学说也由此兴起。

其后尚有不属道三流,但仍宗李朱医学的香月牛山。他的著作《牛山活套》和《牛山方考》,以及稍后属刘张学派的浅井贞庵的《方汇口诀》等书均为日本临床医家所推崇。我粗读了一下这些方书,最令人注目的是引用了关于温疫的概念。如《牛山活套》中:“对四时感冒一般认为应投以香苏散、参苏饮、(人参)败毒散治之,但若用五六贴仍难解时,当从伤寒、温疫治之。”在《方汇口诀》中也有“若将轻症外感、重症瘟疫、中暑、中湿等均归于感冒门类是完全错误的……”的说法。由此也可证实明代吴又可的《瘟疫论》已传入日本,香月、浅井等后世派医家已

* 天津中医学院温病教研室,天津市南开区西湖村

玉泉路20号(300193)

收稿日期:1992-05-05;修回日期:1992-07-20

吸收了吴氏之学。

此时正值近世日本医学黎明时,明代龚廷贤《万病回春》也直接传入日本,此书为总结宋至金元医学实践的河间派的临床指导书,受到日本医师的好评,一直作为后世派的一大教典广泛使用,如冈本玄治的《玄治方考》、《玄治药方口解》,冈本一抱的《万病回春指南》,冈本玄治的弟子贺通元的《重订古今方汇》以及浅井贞庵的《方汇口诀》等都是以《万病回春》的处方为基础的以擅长寒凉药为特征的著名方书。

2 一贯堂医学

至明治、大正时代(1868~1926年)从森道伯创设“一贯堂”起,后世派进入了新的发展时期。所谓“一贯堂医学”是矢数道明先生之兄矢数格为总结其师森道伯的学术精华,并取其师显示复兴汉方医道“一贯堂疗院”之名而命名的。一贯堂医学的内容和本质在矢数格的《汉方一贯堂医学》、矢数道明的《汉方后世要方解说》及松本克彦的《汉方一贯堂的世界》等书中均有详细的介绍和说明,本人谈谈粗浅的看法。

首先,一贯堂医学的特征是重视人体体质因素。将人体分为瘀血证体质、脏毒证体质、解毒证体质三大类,解毒证体质又分为小儿期、青年期、壮年期三个阶段,并分别举出相应的易发病,定出基本治疗方剂,如驱瘀血剂的通导散、驱脏毒剂的防风通圣散、解毒剂的柴胡清肝汤(小儿)、荆芥连翘汤(青年)以及龙胆泻肝汤(壮年),总合起来即所谓的三证五方,辨证治疗基本以此为中心,实际是将体质因素作为疾病的诊断、治疗、预防的主要基准。

其次是强调“毒”为发病的重要原因。矢数格先生认为:“脏毒是体内各种毒的总称,即为新陈代谢的障碍物,其体内各脏器内弥漫蓄积,如风毒、食毒、水毒、梅毒(血毒)等即为脏毒……。”中医理论有“毒从邪入,热由毒生,瘀由毒结”的说法,特别是温热病发病与毒有关,因此可以认为一贯堂医学的三证学说实际是指温热病而言。

第三是进一步将解毒证分为风热和湿热两大类型。例如认为柴胡清肝汤证多由肝胆风热

引起,荆芥连翘汤证多由阳明实热引起,而龙胆泻肝汤证则多表现为肝胆湿热证。

以上一贯堂医学的三个特征与明清时代吴又可的“疫气学说”、叶天士重视体质的学说及将温热病分为风热、湿热两大类的学说很相近,其原因是由于后世派与温病学说同源源于金元医学,或是因为对温热病的规律在日本和中国产生了相同的认识。不过仅此一点来看,后世派与温病学说有“一脉相承”的关系,也可以说后世派是孕育温病学说的温床。

3 后世派的现况

昭和年代(1926~1989年)以来,日本的后世派大体有东京的矢数道明先生门下及神户的中岛纪一先生两大支流。

矢数道明先生因其师和其兄属于后世派,以后世派的发展为研究中心,用长达45年的时间,集室町至江户时代440年的日本医学的变迁著成《近代汉方医学史》,被公认为对日本医学史具有历史意义的巨著。此外还从一贯堂常用方和自己的经验方中精选最适于日本人的体质和风土、临床上确有实效的125个方剂,编集成《汉方后世要方解说》。其中金元及明代方51方占40.8%,宋代方33方占26.4%,一贯堂及日本经验方25方占20%,其他方16方占12.8%。目前在日本全国广泛应用的汉药提取物制剂(将汉药煎剂的提取液干燥加工而成的冲剂),近半数是从这些处方中选出的,可见其对日本汉方的影响。

矢数道明先生对日本汉方的发展抱有卓见,在其著作的最后曾向后学者提出诚恳的希望:“现今西洋医学普遍发达,而且新的医学体系也要求适应时代需要的医学革命,正如当年举起革新旗帜而兴起的刘张李朱医学的出现一样,如何使李朱医学更适应时代的要求是今后学者面临的最大课题。”实际上这个希望正在实现中。例如兵库县立东洋医学研究所的松本克彦所长受矢数格传授的中岛纪一先生的影响,一直在为改变明治以来日本的医学全面西化的倾向而努力,同时在全国的医师中看到过去被轻视的东洋医学将成为未来医学的出路的人也

越来越多。

4 今后的展望

正如中国清代温病学说的形成有其必然性一样,在慢性炎症多发的日本,温病学说更具有实用性。

自《温病条辨》在日本被介绍以来,认识到在日本温病类疾病比伤寒类疾病更多的人在逐渐增加。《温病学》《温病纵横》被翻译成日文出版。近年日中医学交流日益兴盛,其中温病学者大量介绍了温病学的基础理论和辨证方法。目前日本医师自发组织的以《温病条辨》《湿热条辨》为主要内容的汉方学习会也屡见不鲜。本人感到今后在日本温病学说会很快地普及和广泛

应用。但是也应看到日中之间存在有不同,如气候风土的差别、日本人的体质、常见病、汉方药的使用方法及医疗保险制度均有不同,因此推测或许温病学说在日本会以三焦辨治为主,与现有的汉药提取物制剂和煎剂一起加减使用。

5 结 语

总之,要探讨日本后世派汉方与温病学说的关系,定要从后世派的起源论起,日本汉方的后世派从室町时代田代三喜携金元医学归国开始,经历无数优秀的临床家创造发展,其中温病学说已逐渐导入,现在正在实践中。

本文承蒙松本克彦先生指导,在此表示感谢

任达然治疗中风续发呃逆的经验

张恩树* 任光霞*

任达然老中医业医五十余年,钻研医理,注重临床,学验俱丰。治疗中风续发呃逆,有其独到之见。兹整理如下。

任师认为本病是肝阳亢盛,极而生火,横逆犯中,胃气上逆所致,诚如《内经》所谓:“诸逆冲上,皆属于火”。此外,中风续发呃逆亦是中风病节外生枝之征象,颇为棘手。因此,必须抓紧时机,审证求因,审因论治。任师主张应用镇肝降逆一法,自拟“镇肝降逆方”,常用药物为:代赭石 15~30g(先煎),天麻 10g,茯苓 10g,橘皮 10g,竹茹 10g,柿蒂 10g,川郁金 10g,炒枳实 10g,上沉香片 2g(研细末和服)。每日一剂,每剂煎两次,口服或鼻饲。若出血性中风续发呃逆者并有手足拘挛,可加羚羊角粉 5g(冲服),双钩藤 10g(后下),石决明 15~30g(先煎);若缺血性中风续发呃逆,可加丹参 10g。

病案举例:王××,男,58岁,职工,1986年2月16日初诊。素有高血压、脑动脉硬化病史10余年。5天前,因饮酒过量,后突然半身不遂,口眼歪斜,不省人事,血压:28.0/21.3kPa,急诊住入西医内科病房(住院号:583),诊断为:脑溢血。入院后,经输液、降压、止血等处理,病性略稳定。但昨晚续发呃逆,至今晨仍未止,病房邀请任师会诊。

患者呃逆频作,声音响亮,神志稍清楚,口眼歪斜,

语言蹇涩,半身不遂,手足时有拘挛,舌苔黄,脉弦有力。证属肝阳亢盛,横逆犯中,胃气上逆。病势重笃,虑防生变,亟投潜阳镇肝、降逆止呃之剂。处方:羚羊角粉 5g(冲服),双钩藤 10g(后下),石决明 30g(先煎),代赭石 30g(先煎),天麻 10g,茯苓 10g,橘皮 10g,竹茹 10g,柿蒂 10g,川郁金 10g,炒枳实 10g,上沉香片 2g(研细末和服)。3剂。

2月19日复诊:迭进上药后,呃逆控制,面赤、手足拘挛亦好转,血压 20.0/13.3kPa。后经中西药物治疗三周,恙入坦途,好转出院。

中风续发呃逆在医刊上披露较为鲜见,任师从1980年至1991年8月治疗本病数十例,均用镇肝降逆一法,效果满意。任师认为本病与一般的寒性或热性呃逆迥然有别。若单纯运用止呃药,难以奏效。必须遵循“高者抑之”(《素问·至真要大论》)、“凡肝阳有余,必须……潜之”(叶天士《临证指南医案》)的治疗法则。方中的代赭石能镇逆气上冲,与天麻相伍,加强镇肝之力;橘皮散逆气;茯苓、郁金、竹茹、柿蒂、枳实、沉香片行气和中降逆,全方共奏镇肝降逆之功。俾肝阳平静,气不上逆。

任师还指出:出血性中风者,若肝风内动显露,加用羚羊角、双钩藤、石决明平熄肝风;缺血性中风者,加用丹参活血通络,辅助治疗。对尽快地控制呃逆有所裨益,并对中风后一阶段的治疗,提供有利条件。

* 江苏省扬州市苏北人民医院(225003)

收稿日期:1991-09-10 (C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net