

学术争鸣

用中医的思维方式理解中医 ——兼与李成文、葛燕萍同志商榷

王 振 华

主题词 中医学 @ 中医思维方式

最近有幸拜读了李成文、葛燕萍同志的文章——《心肾相交理论质疑》原载《中医杂志》2005年第 7期 492~493页。以下简称“李文”），颇有收益，但对其观点却不敢苟同，特撰文与李成文、葛燕萍同志商榷。

“李文”认为，心肾相交理论是不成立的，因为：①不同脏腑的阴阳之间无法相通，“李文”所谓“心火与肾阴（水）两者之间没有互相依附关系”；②广义的阴阳与狭义的阴阳无法相通，“李文”所谓“用广义的心阳去温狭义的肾水，则违背了阴阳属性与规律”；③阴阳与五行之间不相通，“李文”所谓“这其实是运用阴阳理论将五行中的水火作为一对（阴阳）范畴进行论述，因此，难以说明心肾之间的关系”；④心肾相交理论不能指导临床实践。

笔者认为，问题的症结在于思维方式。西医的思维方式是逻辑思维，而中医的思维方式则是比类取象思维。逻辑与比类取象是两种具有本质差异的思维方式，并因此孕育了中医和西医两种具有本质差异的理论体系。勿庸置疑，要正确理解中医理论，只能采取比类取象思维方式。李成文、葛燕萍同志恰恰是不自觉地采取了逻辑思维方式来理解中医理论，从而曲解了心肾相交理论。为进一步对“李文”加以分析，下面先对比类取象思维原理及其特征作以探讨。

1 比类取象思维原理及其特征

1.1 比类取象思维原理：中医在认识活动展开前，没有孤立、分离研究对象，也不是将其视为与主体无关的孤立客体，而是将人与自然视为一个具有内在联系的有机整体。也就是说，主体与客体不是分离的，而是融为一体的（天人合一）。逻辑概念的本质是在主客分离思维状态下，主体对客体的一种规定；然而在主客合一思维状态下，根本不存在“主体对客体进行规定”的思维机制，因此，比类取象思维根本不会产生逻辑意义上的概念。

比类取象思维的起点不是概念，而是“象”。“象”与概念具有本质的不同。概念总是针对孤立、单一事物的，因此，概念的基本特征是孤立性。“象”绝不针对孤立、单一的事物，而总是选择两种（或两种以上）相关事物，将它们视为具有内在联系的有机整体，在对它们的对比、互参中使各自的特征自然（同时）显现。比如中医对阴阳的认识，并非先孤立地认识阴或阳，然后再认识两者间的关系，而是直接将阴阳视为具有内在联系的有机整体，在对两者的对比、互参中，使它们各自的属性及相互关系自然显现，孤立的阴或阳是不存在的。因此，“象”的基本特征不是孤立性、局部性，而是联系性、整体性。选择两种或两种以上事物，对其外在象形进行观察，是谓取象。然而，由于观察的范围不是孤立、单一的事物，而是两种或两种以上的事物，这样的观察并非逻辑思维中单纯的观察，而是在对比中观察，而对比属于思维。因此，取象意义上的观察并未与思维分离，而是与思维融为一体；“象”并非单纯观察的结果，而是观察与思维融合的结果；“象”既指具体事物，又不局限于具体事物，而是以具体事物贯通自然万物。将两种或两种以上事物进行对比、互参谓之比类，比类属于思维。比类思维总是针对具体事物，或者说总是与（对具体事物的）观察融为一体，其特点是形象生动，故称形象思维。逻辑思维与观察具有分离性、独立性，其特点是抽象性，故称抽象思维。比类过程也是对事物进行分类的过程，然而作为一种分类方法，比类分类法不像逻辑分类法那样以先验性的逻辑框架为依据，而是以具体、直观的“象”为依据。“象”既指具体事物，又贯通自然万物，因而可以作为对自然万物进行归类的依据。比类分类法的特点是既生动形象，又提纲挈领。取象与比类是相互融合、相互贯通的。取象与比类的融合、贯通即主体与客体、观察与思维、感性与理性的融合、贯通。

1.2 比类取象思维的特征：比类取象思维的根本特征就是贯通性。贯通性也意味着灵活性。贯通性和灵活性是同一问题不可分割的两个方面。一方面，“象”的具体涵义是随具体场合而变的，表现出极大的灵活性；另一方面，又有一种共性的东西贯穿始终，此即贯通性。从某种意义上说，全部中医理论就是由阴阳五行衍化

的,这种现象既可以理解为阴阳五行的贯通性,也可以理解为阴阳五行的灵活性。比类取象思维的贯通性决定,每种理论均非局限于某一有限、狭隘的领域,而是适用于自然万物。既然每种理论均适用于自然万物,那么不同理论之间就是相互贯通的。比如,阴阳与五行并非各管一块,而是水乳交融、相互为用的;并非相互孤立、矛盾,而是并行不悖、相得益彰。比类取象的灵活性决定对中医理论的理解必须灵活,最忌呆板、机械。

2 心肾相交理论真的不成立吗?

逻辑思维的根本特征是孤立性、机械性,而比类取象思维的根本特征则是贯通性、灵活性。李成文、葛燕萍同志不自觉地站在逻辑思维的立场理解中医理论,把原本融会贯通、浑然一体的东西割裂得支离破碎,把原本灵活多变的东西变成了僵化、机械的教条。

2.1 阴阳理论不是一以贯之的吗?“李文”认为,“生理上的心火为心阳,与心阴相对而言,二者相互依附为用;而肾阳与肾阴(水)相对而言,二者互相依附为用;因此,心火与肾阴(水)两者之间没有互相依附关系,故心火也就无法下温肾水……。”这就是说,只有同一脏腑的阴阳才是相互联系的,而不同脏腑的阴阳之间并不存在什么关系。按照这种观点类推,脏与腑之间是否也不存在阴阳依附关系?比如脾属阴、胃属阳,脾主升、胃主降理论是否也应该质疑?如果不同脏腑的阴阳之间没有一以贯之的共性,不存在什么关系,还能将它们通称为阴阳吗?不同脏腑之间是通过什么方式联系的?如何理解人体是一个有机的整体?尽管心阳与肾阳、心阴与肾阴的涵义有别,但相互之间并非孤立的,而是贯通的,它们分则为二、合则为一。将它们孤立、割裂开来,是以逻辑思维中孤立性的概念来理解比类取象思维中贯通性的“象”得出的错误结论。

2.2 阴阳与五行无法贯通吗?“李文”谈到:“这其实是运用阴阳理论将五行中的水火作为一对(阴阳)范畴进行论述,因此,难以说明心肾之间的关系”。这就是说,阴阳与五行是彼此孤立、互不相干的。“李文”认为,阴阳与五行不仅互不相干,而且相互矛盾:“然而,若按五行规律,心火下温肾水的这种生理作用则属于五行中火侮水的病理状态;这既不能解释心肾相交,又与五行相克的有序性,递相克制相矛盾。”如果阴阳与五行是矛盾的,那么两者之中必然有一种是错误的。因此,与其说李成文、葛燕萍同志是在质疑心肾相交,不如说是在质疑阴阳五行理论。根据中医理论,肾阳可以温脾土,按照“李文”的观点类推,这种情形就应该属于水侮土了。

阴阳的协调平衡与五行的生克制化虽然有别,但

并非相互矛盾而是相互贯通、相得益彰的。例如,在生理情况下,心肾阴阳处于平衡状态(心阳与肾阳、心阴与肾阴并非孤立的,而是贯通的,它们分则为二、合则为一),肾阴受到心阳的温煦不致过寒而能生阳(包括心阳与肾阳),心阳受到肾阴的制约不致过亢而能生阴(包括心阴与肾阴);在病理情况下,肾阴(水)过盛,非但不能生阳而反翳阳,此即水乘火,心阳过盛非但不能生阴而反伤阴,此即火侮水。阴阳与五行之间何矛盾之有?“李文”所谓“心火下温肾水的这种生理作用则属于五行中火侮水的病理状态”显然是自相矛盾,于理不通。

李成文、葛燕萍同志之所以得出阴阳与五行矛盾的结论,是站在逻辑思维的角度理解中医理论,认为阴阳和五行也像西医理论那样彼此孤立、各管一段、互不相通,从而将相互贯通、相互为用的阴阳与五行割裂开来,将灵活多变的东西机械化了。

2.3 阴阳有广义与狭义之分吗?逻辑思维的特征是规定性,因此,概念易于标准、规范、统一。的确,绝大多数概念是统一的。但在有些情况下,或由于见解不一(如对“文化”概念的理解)、或由于习惯的关系(如大众所谓的“精神病”与精神病学中的“精神病”),会出现对同一概念认识不统一的现象,概念的广义、狭义说便因此产生了。

比类取象思维的特征是贯通性而非规定性,“象”的涵义不是固定不变的,而是灵活多变的,因此,所有的“象”均是多义的。然而“象”的多义性与概念的多义性(广义、狭义)却具有本质的不同:①对于概念来说,多义性仅仅是特例,其本质是人们的认识暂时无法统一,而对于“象”来说,多义性并非特例,而是无一例外,其本质是“象”本身的灵活多变而非认识上的不统一;

②同一概念的各种定义都是固定的,彼此孤立、无法贯通,而“象”的各种涵义不是固定的,而是可变的,相互之间不是孤立的,而是贯通的;③概念的多义性是有限的,而“象”的多义性是无限的。可见,广义、狭义之说是逻辑思维中的概念而言的,并不适合于比类取象思维中的“象”。

“李文”将阴阳分为广义和狭义的:广义的阴阳指位置上、下之阴阳,狭义的阴阳指单一脏腑之阴阳。这意味着阴阳的涵义只有以上两种,这显然是荒谬的。再阴阳分为广义和狭义的,意味着把灵活多变的阴阳视为逻辑意义上孤立、机械的概念,从而把一以贯之的阴阳割裂开来,把灵活多变的阴阳机械化了。“李文”所谓“用广义的心阳去温狭义的肾水”、“若狭义的心阳可以温肾水的话,那么狭义的肾阳又发挥什么作用呢?”

2 4 心肾相交理论难以指导临床吗?最后,“李文”通过对交通心肾代表方剂——交泰丸方义的分析得出结论:心肾相交理论难以指导临床。“李文”认为,“重用黄连苦寒清泻心火,少佐辛温的肉桂,其方义显然是为防止阴阳格拒,而不是引火归原。”肉桂性温,固然有反佐黄连、防止阴阳格拒之义,但其性下行,确有引火归原之功!“李文”进一步分析:“即便是按照心肾相交理论,这时的心火则是亢盛的‘邪火’而非能够下温肾水的心阳,若肉桂发挥引火归原作用,岂不是将引‘邪火’入肾,这难道不与传统的心肾相交理论相悖?”对于比类

取象思维来说,正与邪并非截然孤立(独立)的两种事物,而是同一事物的两种不同状态,它们是相互贯通的。如六气和六淫无非是风、寒、暑、湿、燥、火的正常状态和异常状态。同样,邪、正之心火本为一物,心火以下降为顺,下降即为正火;以上浮为逆,上逆即为邪火。肉桂引火下行,使心火复归正路,是转上浮之邪火为下降之正火,而非引邪火入肾。“李文”将肉桂的引火归原作用理解为引邪火入肾,是站在逻辑思维角度理解中医的正、邪关系,将两者截然割裂开来,其荒谬性、机械性是不言而喻的。

脑心通抑制脑梗死所致的 caspase 12凋亡通路的实验研究

张红菊 夏 斌 赵忠新

caspase 12是 caspase家族成员,是存在于内质网上的促凋亡因子,内质网应激早期可通过 GRP (glucose regulated protein, GRP)的表达增多来保护细胞,但长期过强的应激则启动凋亡通路,最终将导致细胞死亡。本实验的目的在于证实脑缺血后,启动了与内质网应激相关的 caspase 12凋亡通路,并观察到脑心通可抑制 caspase 12凋亡通路来保护细胞。

1 材料与方法

1 1 材料:72只健康成年 Wistar大鼠,雌雄各半,体重 250~300g,由复旦大学动物实验中心提供。脑心通由陕西咸阳市长制药有限公司提供,由黄芪、当归、赤芍、川芎、丹参等 16味中药组成,用生理盐水配制成浓度为 25%的药液备用。免疫组化中一抗、二抗均购于 Santa Cruz公司。引物自行设计,由上海博亚生物技术有限公司合成;T rizo 购自 Invitrogen公司;Taq酶购自 Taka公司;逆转录盒购自 Invitrogen公司。

1 2 方法

1 2 1 脑缺血模型:大鼠经腹腔注射 10%水合氯醛(300mg/kg)麻醉,采用改良的线栓法制成 Wistar大鼠永久性 MCAO 模型成功的标志按 Zea Longa 5分制评分在 1~3分者为成功。假手术为尼龙线入颈内动脉后不进入大脑中动脉分叉处。

1 2 2 动物分组与给药:72只大鼠随机分为假手术组、模型组和模型加脑心通治疗(脑心通治疗组),每个时间点为 6只,半数供免疫组化使用,半数供 RT-PCR 使用。给药途径:治疗组给预生理盐水和脑心通药液灌胃(2g/kg 药物剂量相当于 70kg 成人剂量剂量的 10倍)。每天 1次,连续 5天,于第 5日灌胃 1小时后手术制备局灶脑缺血模型。模型组仅制备局灶脑缺血模型,不做治疗。假手术组大鼠不做治疗。

1 2 3 免疫组织化学和病理学观察:各组动物在以上各缺血时间点(6小时、12小时、24小时),用 10%水合氯醛 10mg/kg 剂量腹腔注射,开胸暴露心脏,经升主动脉插管,用生理盐水 100ml 快速冲洗,再用 4%多聚甲醛(pH 7.4, 4℃) 250ml 快速灌注,随后慢速灌注 250ml 再用 4%多聚甲醛 4℃浸泡 24小时,

取出脑组织进行脱水,透明,浸蜡,包埋,切片。切片后分别用 HE 染色进行病理组织学观察及进行免疫组化测定。

免疫组织化学采用 SP 法:羊抗鼠 caspase 12 (Santa Cruz C 19)。常规脱蜡至水, PBS 洗 3分钟 3次,加 3%过氧化氢(H_2O_2) 20分钟, PBS 洗 3分钟 3次, 98℃ 20分钟 进行抗原修复,室温冷却, PBS 洗 3分钟 3次,加一抗 caspase 12 (1: 50)羊抗鼠, 4℃过夜。 PBS 洗 3分钟 3次,加 b 兔抗羊 (1: 200) 37℃ 30分钟, PBS 洗 3分钟 3次,加 streptavidin HRP (1: 200) 37℃ 30分钟, PBS 洗 3分钟 3次。 0.04%二氨基联苯胺溴法(DAB)加 0.03% H_2O_2 显色 8~12分钟,水洗。苏木精衬染 1分钟,水洗。常规树脂封片,观察。正常血清取代一抗作替代对照。Caspase 12呈棕黄色颗粒。计算机图像分析经北京中科通用医学图像分析系统(GM IAS 2.0)处理,每片随机取 10个视野($\times 100$)输入图像分析仪,以阳性染色细胞数进行统计分析。

2 结果

2 1 病理组织学观察:模型组大鼠纹状体区神经细胞呈缺血改变,神经元形态不完整,部分细胞核消失,细胞缩小,细胞周围间隙增大。脑心通治疗组纹状体区神经元呈轻度缺血改变,细胞核少量消失,少部分细胞缩小,细胞周围间隙增大不明显。

2 2 免疫组织化学结果:假手术组在各时间点无 caspase 12 免疫染色阳性细胞。模型组纹状体区缺血细胞内可见增多的 caspase 12 阳性颗粒,呈棕黄色; caspase 12 在 6~24 小时均增多, 12 小时达峰值后逐渐下降。脑心通治疗组在纹状体区缺血细胞内可见较少的 caspase 12 阳性颗粒。图略。

2 3 RT-PCR 结果:经琼脂糖凝胶电泳可见 caspase 12 和 GAPDH 的条带分别为 512bp 和 462bp。假手术组无表达,模型组于梗死后 6 小时开始上升, 12 小时达高峰,随后逐渐下降, 24 小时仍有表达。脑心通治疗组在以上各时间点的表达均低于模型组。

3 讨论

我们的实验通过免疫组织化学和 RT-PCR 证实, caspase 12 无论是蛋白表达还是在其 mRNA 转录水平在 6~24 小时模型组纹状体缺血组织细胞内均增多, 12 小时达峰值后逐渐下降, 24 小时仍明显高于正常;脑心通治疗组在纹状体区缺血组织细胞内 caspase 12 明显减少。假手术组在各时间点无表达。