

可能有两种方法处理反向格义的困境。一种是继续借用西医学的概念来解释中医的术语,但同时指出其用于中医学时的局限和问题。另一种是尽可能不用西医或其它相关学科的现成概念,以避免不必要或错误的理解。目前尚无法证明哪种方法更适合《伤寒论》六经的诠释。在反向格义分析的意义上来说,《伤寒论》六经诠释传统构成了对西医学引入中医学研究的一种挑战,回答这种挑战就可以丰富和发展中医学理论,并有可能创造出一种新的适合于理解和说明中医术语的诠释方法。

参考文献

- [1]孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京:中国中医药出版社, 2002:18.
- [2]张汝伦. 邯郸学步,失其故步——也谈中国哲学研究中的“反向格义”问题[J]. 南京大学学报, 2007, 44(4):60.
- [3]刘笑敢. 诠释与定向——中国哲学研究方法之探究[M]. 北京:商务印书馆, 2009:415-447.
- [4]刘笑敢. “反向格义”与中国哲学研究的困境——以老子之道的诠释为例[J]. 南京大学学报, 2006, 43(2):77-79.

- [5]芮沃寿. 中国历史中的佛教[M]. 常蕾,译. 北京:北京大学出版社, 2009:37.
- [6]皮国立. 近代中医的身体观与思想转型:唐宗海与中西医汇通时代[M]. 北京:生活·读书·新知三联书店, 2008:326-327.
- [7]曹颖甫. 经方实验录[M]. 福州:福建科学技术出版社, 2004:6-15.
- [8]王慎轩. 从巴甫洛夫学说研究张仲景伤寒论的六经证治法则[J]. 上海中医药杂志, 1955, 1(7):16.
- [9]程磐基. 从逻辑学角度对《伤寒论》六经病的探讨[J]. 辽宁中医杂志, 1983, 7(6):8.
- [10]杨麦青. 从细胞和细胞因子水平看《伤寒论》六经学说[J]. 中国中医基础医学杂志, 1995, 1(3):10.
- [11]廖子君. 从现代系统论看伤寒论六经体系[J]. 国医论坛, 1992, 7(3):1.
- [12]冯世纶, 张长恩. 解读张仲景医学——伤寒六经方证直解[M]. 北京:人民军医出版社, 2006:67-69.
- [13]唐晓峰. “反向格义”与中国地理学史研究[J]. 南京大学学报, 2009, 46(2):89.

(收稿日期:2010-11-17;修回日期:2011-02-15)

[编辑:李 巍]

中医诊断学“司外揣内”思维浅析

张 岚^{1*} 刘春强²

(1. 广西中医学院医史文献教研室, 广西壮族自治区南宁市明秀东路 179 号 14 号信箱, 530001;

2. 广西中医学院第一附属医院)

基金项目:广西壮族自治区教育厅科研项目(200810LX096)

* 通讯作者:zhanglanhrb@sina.com, 13597005775

[摘 要] 中医诊断学在诊察方法上表现出鲜明的“司外揣内”的思维特征,在诊察疾病的过程中,注重搜集机体生命活动外在的表面征象,以推断机体内在的病理变化。它既具有与现代医学诊断思维不同的特点,诊断疾病时又表现出一定的局限性,而建立在元气本体论思想和“天人合一”思维模式之上的中医学理论则对这一诊断思维具有约定作用。

[关键词] 中医;诊断;司外揣内

中医诊断学,一方面运用望、闻、问、切四种诊法诊察病情、搜集疾病信息,为辨别证候提供主要依据,另一方面,对四诊所搜集到的临床资料进行综合整理、分析,进行辨证。在这一过程中,中医诊断学在诊察方法上表现出鲜明的司外揣内的思维特征,也就是在诊察疾病的过程中,注重搜集机体生命活动外在的表面征象,以推断机体内在的病理变化。《灵枢·邪气脏腑病形》中将其比喻为:“本末根叶之出候也,故根死则叶枯矣。”

1 司外揣内的含义

司外揣内,即通过观察事物外在的表象,以揣测分析其内在变化的一种认识方法。《灵枢·刺节真

邪论》将这种方法引进中医学中,曰“下有渐洳,上生苇蒲,此所以知形气之多少也”。以取类比象的方式指出,从苇蒲的繁茂程度可以推断其下面湿地的大小肥瘠,那么,机体外部的表象与内在的变化也必定存在相应的关系,《灵枢·外揣》曰:“合而察之,切而验之,见而得之,若清水明镜之不失其形也。五音不彰,五色不明,五脏波荡,若是则内外相袭,若鼓之应桴,响之应声,影之似形。故远者司外揣内,近者司内揣外,是谓阴阳之极,天地之盖。”可见中医学认为,根据各种诊法所搜集而得的机体外在表现,可以推知机体内在的运动变化。中医诊断学史上出现的面部的脏腑划分、舌面的脏腑分部、眼睛的五轮学

说、寸口脉的脏腑定位、尺肤诊法等等,以机体某一局部变化诊整体疾病也属于司外揣内的内容。

2 多诊合参是司外揣内的前提

中医学诊法种类虽多,但都不是孤立的,而是彼此相互关联,临床运用上主要是四诊合参。关于四诊合参的重要性,历代医家每有论及。如《素问·阴阳应象大论》说:“善诊者,察色按脉,先别阴阳;审清浊,而知部分;视喘息、听音声,而知所苦;观权衡规矩,而知病所主;按尺寸,观浮沉滑涩,而知病所生。”强调望、闻、问、切当合参运用。《金匱要略》也运用了脉证合参,发展了诊法,从而在内科杂病方面确立了脉证并重的诊断原则,提高了内科的诊断水平。王叔和的《脉经》和李时珍的《濒湖脉学》虽以论述脉学为主,但也强调四诊合参的重要性,“百病根源,各以类例相从;声色证候,靡不赅备”(《脉经·序》);“世之医、病两家,或以脉为首务,不知脉乃四诊之末,谓之巧者尔,上士欲会其全,非备四诊不可”(《濒湖脉学》)。

历代医家之所以如此重视多种因素的综合分析,就是因为,在临证实践中发现,机体生命现象中的表面征象也是有真有假的,仅凭个别症状或体征是无法达到对资料进行分析,进而指导治疗这一目的的。因此,为了更好地指导治疗,中医诊断学就要关注患者表现于外的大量的症状、体征,诸如面色、舌象、脉象、神情、体态等等,然后根据中医学理论进行分析、取舍,这就要求四诊合参,甚至多诊合参,强调详细而全面地搜集资料。正如《灵枢·邪气脏腑病形》中所说:“色脉形肉不得相失也,故知一为工,知二则为神,知三则神且明矣。”因此,可以说,多诊合参是达到司外揣内这一目的的前提条件。

3 重视外在表象具有局限性

中医学没有建立在构造性自然观基础之上,中医诊断学也没有构造性理论为其技术提供依据,这就决定了中医学的诊法技术也不可能依据对象的结构进行操作。因此,只注意机体外在的表面征象会使诊断缺少对机体构造性改变所引起的疾病进行定量诊断。中医学中存在确定证候的定性指标,如舌红苔黄、脉数等为热象,舌淡苔白、脉迟为寒象等。而现代医学的各项指标却有着严格的量的规定和界限。例如,对于尿量增多这一症状,中医学认为,“小便清长量多、畏寒喜暖,属虚寒证”,仅仅进行了定性分析。同样面对这一症状,现代医学则要进行一系列的定量检测,如成年人每24h尿量超过2500ml

即为多尿,可见于内分泌功能障碍、肾脏疾病、精神性多尿等疾病,如果每24h尿量多达5~10L,尿比重在1.005以下,尿渗透压在50~200mOsm/kg,即可考虑是内分泌功能障碍而导致的尿崩症等等^[1]。还有一些比较严重的疾病,比如房间隔缺损的幼儿期、病毒性乙型肝炎的病毒携带期、某些肿瘤的早期等,其机体的外部没有任何病变征象,但人体某一组织、器官的内部结构已经发生了变化。中医学学术体系对这类疾病无法做到早期诊断、早期治疗。

4 “司外揣内”思维是中医学理论对诊断技术约定的结果

中医学认为,人体的外部,特别是面部、舌、寸口脉等部位通过经络的循行,直接或间接地与五脏六腑相通,局部的病变可以影响到全身,而体内的气血、脏腑、经络等的病理变化,必然会在其体表相应的部位反映出来。因此,观察神、色、形、态、舌、脉等外部征象的变化,不仅可以了解人体的整体情况,而且可作为分析气血、脏腑等生理病理状况的依据,仅以望形体和姿态为例,从《黄帝内经》中的内容可以看出,无论是形体强弱、胖瘦、体质形态、局部组织,还是人的动静姿态、异常动作等都与脏腑精气的盛衰和气血的有余不足相关联,都可以预测疾病的易感性和病后的转归。其中心思想就是认为人体的外形是标,内脏是本,人的健康或疾病的根本在于内脏功能是否正常,其中尤其重视根据体质特征判断对不同疾病的易感性和对治疗原则的选择问题。

解剖学最能显现出中西医学的差异。然而在早期,两种医学关于解剖的记载差别却不大。因为那时的解剖活动,多是一种被动行为。例如对猎获的动物进行的宰割,对战俘的宰割,用活人祭祀及对罪犯的酷刑等等,都能积累一些零散的解剖学知识。《黄帝内经》中粗浅的解剖知识可能就是这样积累起来的。但是作为中医学的奠基之作,为什么没有将中医诊断学建立在解剖学的基础之上,却更加重视外在表现与内在变化之间的联系呢?

《周礼·天官》中记载“疾医”,“以五气、五声、五色视其死生。两之以九窍之变,参之以九脏之动”。先秦时期,阴阳五行、整体观念、脏腑经络、六淫七情等中医学的主要理论也都已形成,而所有这些又都是建立在在元气本体论、天人合一论等中国古代文化基础上的理论观念,它们没有结构,不可分析。因此,人体的生命现象只能从形态上去加以描述。又由于中医学的自然观强调不施以人为干扰以保持自

然而然的状态,所以《黄帝内经》认为“有诸内必形诸外”,可见“司外揣内”探究内部结构的认识方法不是在西汉,甚至更早的时候就已经开始应用了。

有什么样的哲学本体论,就有什么样的认识方式。元气本体论是中国古人用以解释物质世界万物运动变化规律的学说,它是古代朴素唯物论和自发辩证法的代表,是对世界的根本看法。元气本体论认为,宇宙天地和世界万事万物都是由“气”氤氲和合而成,“气”稀微无形,虽然肉眼察觉不到,却弥漫宇宙空间;元气处于不停的运动状态中,它聚生而成万物,万物又离散而为元气。元气的运动,即元气中阴阳两种属性的矛盾冲突,构成了宇宙万物及其运动的多样性。作为万物的始基,气具有无形性、连续性、有机性、化生性和无限性的特征。战国时期,《管子》把气作为宇宙万物的本原,指出自然界的一切事物都根于“天地之气”,人也不例外。人体也是由一气化生的,是没有结构的整体,这一有机整体不能分割分解。正是这一本体论思想和“天人合一”思维模

式决定了中华民族在认识方式上缺少结构分析的传统,它也是中医学的整体观念的来源。元气本体论和整体观念,排除了结构思想,因此,认为认识整体不必探究局部结构。没有有形的结构,认识事物就不能依对象的结构建立知识体系,只能通过事实经验进行现象的猜测,而努力寻找事实经验的结果就是在整体观念指导下重视对表现于机体外部的现象进行搜集。

中医学理论,不是对人体解剖结构、生理、病理进行实证研究的结论,也不是简单经验堆砌,而是人们对临证经验进行哲学、文化概括的结果,它既是中华民族对人体生命现象的认识结论,也是医家作为认识主体对疾病进行认识活动的内在的认识建构,是对病情信息进行选择的背景和加工处理的结论。

参考文献

[1] 戚仁铎. 诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 367.

(收稿日期: 2010-10-22; 修回日期: 2011-02-25)

[编辑: 李 巍]

浅谈人类免疫缺陷病毒/获得性免疫缺陷综合征发热的的基本病机

郭会军¹ 于晓敏^{2*}

(1. 河南中医学院第一附属医院国家中医药管理局艾滋病重点研究室, 郑州市人民路 19 号, 450000;

2. 成都中医药大学 2010 级博士研究生)

基金项目: 国家科技重大专项资助项目(2009ZX10005-019, 2009ZX10005-015)

* 通讯作者: 13603988178@163.com

[摘要] 发热是艾滋病常见的症状之一。通过对新疆、广东、河南三地区 78 例人类免疫缺陷病毒/获得性免疫缺陷综合征(HIV/AIDS)发热患者的临床流行病学调查, 结合在艾滋病高发区救治的临床体会, 认为脾气虚损为 HIV/AIDS 发热的基本病机。

[关键词] 人类免疫缺陷病毒; 获得性免疫缺陷综合征; 发热; 基本病机

人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)是一种嗜人 T 淋巴细胞病毒, 可引起获得性免疫缺陷综合征(acquired immune deficiency syndrome, AIDS)。由于该病毒选择性破坏 CD4⁺ T 淋巴细胞, 使宿主抵抗力下降而引起诸多机会性感染。而在各种机会性感染中, 发热是其常见的症状之一。自 2008 年 10 月至 2009 年 10 月, 我们对新疆维吾尔自治区、广东省、河南省三地区 78 例 HIV/AIDS 发热患者的流行病学现状调查, 结合近年来在艾滋病高发区救治的临床体会, 将其基本病机阐述如下。

1 脾气虚损为 HIV/AIDS 发热的基本病机

1.1 脾与 HIV/AIDS 发热

中医学认为, 脾为后天之本, 气血生化之源。有学者认为, HIV 侵入人体后首先犯脾^[1-2], 导致脾气虚弱, 运化功能失调。一方面, 脾虚精微物质生成不足, 气血生化乏源, 机体失养, 导致五脏气血阴阳俱损, 引起内伤发热; 同时, 脾虚运化失健, 水湿痰饮蓄积, 且与瘀血互为影响, 亦可引起内伤发热。另一方面, 脾虚卫气化生无源, 卫外不固, 易致六淫之邪入侵, 导致外感发热。临床上 HIV/AIDS 病情复杂, 多外感发热与内伤发热同时存在, 常缠绵难愈。

1.2 脾与免疫

现代医学认为, 艾滋病是由于 HIV 侵入人体导