

从《金匱要略》反思《伤寒论》伤寒之含义

蒋 明

香港浸会大学中医药学院, 香港九龙塘)

通讯方式: mjiang@hkbu.edu.hk

[摘 要] 伤寒是病名, 伤寒的含义问题即是伤寒病的概念问题, 研究其含义可从分析张仲景的疾病观着手。伤寒是一个病, 孤例势难判断求证结果, 《金匱要略》中有多个病, 探索张仲景的疾病观可从《金匱要略》中获得。

[关键词] 《伤寒论》; 《金匱要略》; 伤寒; 张仲景

关于《伤寒论》伤寒的含义, 一直广有争议。纵观既往的研究, 多是着眼于具体内容而论述。本文试从《金匱要略》探讨之。

1 伤寒含义可从张仲景疾病观入手

《伤寒论》的伤寒是病名。六经病证篇中有伤寒字样者 90 余处, 多作病名解, 且有直接出现伤寒病一词者。关于伤寒病, 书中述及到作为疾病所具有的全部临床环节, 显示张仲景是将伤寒作为一个病种来处理的。

因为伤寒是病名, 伤寒的含义问题也就可以理解为是伤寒病的概念问题。针对从《伤寒论》具体内容的角度无法明确伤寒病概念的现状, 笔者认为尚可以尝试通过研究张仲景的疾病观这一角度进行。

临床医学一切活动的终极目标在于疗效的提高。设置疾病、诊断疾病亦莫不如此。那么张仲景的疾病观是否实现及如何实现对临床治疗的指导意义? 这一问题不仅研究较少, 且因当今中医学强调绝对的、不带限制条件的异病同治观, 整个中医界对此问题一直忽视。此思维定势又被折射进《伤寒论》的研究中, 产生“《伤寒论》是一部阐述多种外感疾病及杂病辨证论治的专书”^[1], 其临床意义“既适用于外感热病, 也适用于内伤杂病”^[2]的认识。认识中伤寒与杂病关系的模糊, 反映的正是对于病的意义认识的模糊。

2 《金匱要略》是张仲景疾病观研究的素材库

伤寒病与《金匱要略》中的诸病是对等关系。据《伤寒论》自序推算, 当时伤寒病病例众多。这使医家对该病的认识、治法累积迅速。加之该病高死亡率所致的高危害性, 故将伤寒从一切病中独立出来强调。可以说伤寒与杂病是伤寒病种与非伤寒病种的关系。因非伤寒者涵盖了伤寒之外的多种疾病, 病种芜杂, 故名杂病。鉴于学术思想的一致性, 张仲

景在杂病中所体现的疾病观应当与其对待伤寒病具有一致性, 故张仲景在《金匱要略》中的疾病观可借鉴于伤寒含义的研究中。

这是因为从数量上看, 伤寒是一个病, 张仲景的疾病观仅由一个事例很难得到判断结果, 且即便得到也很难判断这个结果的信度。另一方面, 张仲景所著为《伤寒杂病论》, 杂病部分即今之《金匱要略》。它包含了数十种病, 且其中的相当一部分至今仍在袭用, 这为研究张仲景的疾病观提供了众多的素材与例证。

3 张仲景疾病观由临床客观所抉择

《伤寒论》与《金匱要略》间存在着相当数量重复的证、重复的方。证是诊断, 方是治疗, 区别的只有病, 提示着病对诊断、治疗所具有的指导作用与辨病的重要性。

在《金匱要略》中, 辨病对治疗的指导性主要体现在两个方面: ①间接指导: 通过揭示每病常见证, 以缩小治方的选择范围, 提升用方的重复性, 从而达到疗效的稳定。如胸痹病的常见证为痰浊痹阻证, 主方是瓜蒌薤白类方。而胸痹是使治疗进入此通道的关键要素。没有胸痹病的诊断, 仅凭胸部的疼痛很难确定其常见证是痰阻证; 即便诊为痰阻证, 因化痰类方极多, 也很难清晰地指向瓜蒌薤白类方。②直接指导: 指即便证相同, 但因为病不同, 使所治不同。亦即不异病同治。这个问题既往认识不够。如《金匱要略》对以咳嗽为主症的疾病, 在症见咳嗽、吐黄痰、胸痛、发热时, 若是咳嗽病, 则辨为痰热蕴肺证; 但如诊为肺病, 则于痰热蕴肺之外, 尚强调有瘀血。如果没有肺病病的诊断, 病变早期确定有瘀困难。肺病病的设立, 既是得以揭示其特有病变规律(病分表证期、酿脓期、溃脓期, 痰瘀热为其主导病机)的前提, 也是使用苇茎汤(内含活血药桃仁)的

保证。

就肺系病种而言,《黄帝内经》只有咳嗽病种,《金匱要略》则增设了肺痿、肺痛、肺胀、支饮等病,这些增设的病种也以咳嗽为主症,它们是从咳嗽病中分离出来的。分出这些病种,正是为了实现病对临床治疗的指导性。因为病对临床治疗的意义,故《伤寒杂病论》在结构上以病为论述对象,于临床的第一环节即是这些病的辨别,即病的诊断。这些内容在《金匱要略》中反复出现。这一围绕疾病构建的临床医学模式,虽然有张仲景主观上权衡的因素,但其更主要的,还是由为满足临床疗效的要求所抉择,选择这种模式的客观要求非常值得重视。今天如果试图走将伤寒向杂病回归、模糊其与杂病差别的途径,将此路不通。

4 特病种疾病观与伤寒含义

中医学所设的病种之间,就病因、病机、病程三个因素,存在不同的重叠性。如肺痿与肺癌完全不重叠,咳嗽与肺胀可重叠。前者姑且称为特(特有病理变化)病种,后者称为非特病种。非特病种可涵盖多个特病种。那么张仲景的疾病观对这两类的倾向性如何?

4.1 特有病种的疾病观

与当今中医学的现状一样,张仲景所厘定的病种也存在着特有(如肺痿)与非特有(如咳嗽)两类。那么在这两种情况里,张仲景是否有所推崇?

在前期的论文中^[3-6],我们曾反复探讨过这一问题,认为《金匱要略》鲜明地体现出追求特有病种设置的倾向性,或者说设置特有病种是张仲景的主导思想。以什么设置病种,看似好像是人为主观取舍的结果,其实决定性的因素还在于客观的要求,这个客观要求即临床疗效,诊断是为治疗服务的。辨病即是为满足提高疗效的要求而产生的必然选择。但由于客观条件的限制,医学对所有疾病的认识不可能都处在同一个水平上。而因为临床的需要,医学又不能对了解未深之疾病采取摒弃不述的态度。所以在张仲景的书中有许多的非特病种。这里需要注意的是,张仲景在病种设置上的这种倾向性,并未形成如西医学般对抗性的治疗观,也并未形成西医学般单一性的治疗观。说明选择什么治疗观不是由是否辨病决定的。因为病是客观存在,而治疗观则有主观选择性^[6]。这一点最为重要。

4.2 特有病种与广、狭义伤寒观

广义伤寒观指一切外感热病的总称^{[2]9}。与之

相对者为狭义伤寒观,即外感风寒之邪,感而即发之病。因《伤寒论》中有伤寒、中风、温病、风温的内容,故对其含义多持广义伤寒观^{[2]9}。由于最初起源状态时的有关文献已经无从获得,故以下的观点主要是基于对人类认识从粗到精,由浅入深的一般规律的推断。

从构词关系看,伤寒即伤于寒,亦即被寒所伤。寒表病因。类似的例子还有如伤暑、伤食等。这时的伤寒是一个与字面内容等同的普通名词。即凡被寒邪所伤(致)之病皆名曰伤寒。这个病因的认定可能相当早,甚至早于《黄帝内经》。推测或许与中国历史上所经历的寒冷气候阶段有关。《殷墟卜辞综类》搜集卜辞,其中记“祸风有疾”共四例。四例系时均在一月、十二月^[7]。竺可桢《中国近五千年来气候变迁的初步研究》表明,“周孝王时,长江一个大支流汉水,有两次结冰,……表示公元前第十世纪时期的寒冷”^[8]。此可以视为对伤寒认识的第一阶段。它的含义主要指向致病原因。

随着观察的累积,发现同是感受寒邪(即伤于寒)之病,在病程中,有部分会转变为热病。这个热病在病势病程、传变方式、转归等方面都呈现出一些可循的规律,并且有着极高的致死率,引起了医学的高度重视,故医学上将这一类伤于寒但会演变成热病的病命名为伤寒病。伤寒病名的确立,标志着从此“伤寒”一词已从普通名词转变为专用名词。作为专用名词的伤寒,其含义已经与字面意思不完全相等,有了人为规定的内容,即寒邪致病,但必须有转为热病性质的病理过程,也即《素问·热论》所谓“今夫热病者,皆伤寒之类也”。

专用名词的出现标志着认识的深入,即已注意到伤于寒邪之病不尽为伤寒病(寒邪也可以导致伤寒之外的其他病)。如果说部分的寒邪与热病之间是存在着必然关系的话,那么也就意味着病因寒邪里有着此寒(导致伤寒病)与彼寒(不导致伤寒病)的不同内容,这就有了关于此寒与彼寒的分辨与指认的要求。它较之之前作为普通名词阶段模糊笼统泛称的伤寒更加深入。这一阶段可视为现在所谓狭义伤寒说的成形阶段。之后随着对伤寒病认识的再加深,发现不但是寒邪,还有温邪、热邪等也可导致类似病变过程的发生,继而出现了著名的《难经》“伤寒有五”说,形成了广义伤寒论。这时伤寒的含义已经转变为仅热病性质一个关键要素,即伤寒病的本质是热病,而无论其所感病邪是否为寒邪。此可以视

为对伤寒认识的第三阶段。

持广义伤寒说的代表性著作是《难经》。《难经》与《黄帝内经》一样,属理论性的著作,在理论上,随着对疾病原因认识的逐步深入,不囿于成见,将新认识的内容不断置换进去是可以理解的,也是可行的。

现存最早的医方书《五十二病方》中未见有治伤寒的方剂。《居延汉简》^[9]《武威汉简》^[10]《敦煌汉简》^[10]中皆载有治伤寒方1~2首。虽然这些文献的成书年代无法精确定义,但早于《伤寒杂病论》应该是无疑的。从内容来看,相较于对伤寒已多有理论阐述的《黄帝内经》、《难经》,这些文献所载的治方无疑少得多,说明其时经验积累尚有限。理论如果不是来源于对经验的总结与升华,说明《黄帝内经》《难经》对伤寒的认识应该是一种带有假说性质的理论探讨。到了张仲景的时代,因为治疗方法的极大丰富,这些假说必然会经受临床实践的检验与修正,从而可使对伤寒的认识进入一个新阶段。至少张仲景在《伤寒杂病论》落笔之前,对伤寒的含义问题有过深思熟虑应该是肯定的。

从可能性来说,张仲景可以有三个选择:或是从广、狭义伤寒中任取其一,或是用自己的新认识。如果张仲景持同意广义伤寒的态度,因为广义伤寒是一切外感热病的总称,这就意味着除伤寒之外再无其他外感热病病种。则伤寒病里应该再包含数十个小病种。此时伤寒的结构也就应该像杂病部分一样,也是以病分篇。但《伤寒论》是以三阴三阳分篇。且在论述三阴三阳病之前,有一篇“辨痉湿喝第一”。此痉湿喝病,《伤寒论》的《金匱玉函经》、唐本、宋本、及日本《康平本伤寒论》四个古传本文字虽然略异,但都有目的在于与伤寒作鉴别之内容:“伤寒所致痉湿喝三种宜应别论,以为与伤寒相似,故此见之。”痉湿喝、霍乱、疟疾等都可在广义伤寒范畴,但张仲景却将其与伤寒分设,故知张仲景不可能同意广义伤寒观。另一方面,由痉、湿、喝、霍乱等亦可由伤寒邪所致却被从伤寒中分立出去可知,张仲景亦不可能同意狭义伤寒观。

由此认为,张仲景对伤寒的含义应该是树立了自己的认识,但这个认识未在书中亲自说明。以张仲景所持推崇特有病种的疾病观推测,因为伤寒一病的高发病率与高致死率,张仲景一定主张将该病与其他外感热性病分设,并且其分设的着眼点是在试图以该病特有的病理变化来把握。如此,以确切的诊断,构筑将研究引向深入筛选有效治法的稳健

平台。所以才会书中反复出现伤寒与痉湿喝等病鉴别的内容。

但是主观态度是一回事,现实条件是否具备实现的可能则是另一回事,张仲景的这一主观态度在现实中将会受到什么制约?结果又如何?

5 可辨识性与伤寒含义

5.1 辨识疾病的三个传统条件

张仲景虽倾向于特有病种,但其书中非特有病种亦甚多。这应该是受限于认识条件的缘故。在张仲景所处的环境里,将设置的病种纯化到特有病种的地步,应该至少需要满足以下三个客观条件:其一,有特别的临床表现,且只出现于一种特有病种时,如肺痈病吐特别气味的脓血痰。否则只能是非特有病种,如咳嗽、水肿。其二,必须在较短的时间内完成其病变的全部病程。历史上的中医多是以民间医生个体行医的方式,缺乏大的协作团队,加之资讯不发达,信息欠畅通,病程较短暂的病被医生观察到完整病程的机会,要远远大于病程漫长的病,这还不仅是一个认识速度的问题,一个甚至不能全程跟踪到的疾病,其认识的难度无疑要大得多。其三,充分的病例数。因为疾病有时会以不典型的表现方式出现,新病种的确认唯有依赖不断重复出现的病例累积,才有可能从诊断、病变过程、治疗、预后判断等疾病的诸环节中,将其准确完整地辨识出来,并且通过临床疗效的反馈来确认认识的正确性。

只有在较短的时间内,根据特有的体表表现,重复多次地观察到其病程的演变情况,才有可能确认出一个特有病种。可以想见,以张仲景所处的历史条件,要能全面实现这一点是不现实的。因多数疾病不能同时符合这三项条件,所以在虽然主观希望,但因客观条件不够、无法实现的情况下,就必然有其他形式的病种出现。以非特有的症状(如胃痛)、病机(如痰饮)等所形成的病种即是最常见的辅助病种形式。

5.2 伤寒不可能是特有病种

伤寒是感受外邪急性起病的疾病,意味着不感受此外邪则不发此病。说明邪在伤寒病中地位重要。但观察手段的原因,其邪无法亲见亲识。鉴于寒邪是多种疾病的致病因素,虽然特别的病因才是导致特有病种的决定因素,但中医学无法通过对寒邪的辨识以满足伤寒病特有病种的诊断要求。

因张仲景无法围绕病因予以确认、鉴别,在临床表现方面又不能见到一个病独有的脉症,故只能凭

短时间内大量出现长幼皆相类似的病情与病理过程进行诊断,使伤寒不可能是特病种,也使张仲景主观上希冀以特有病理变化设置伤寒病种的夙愿止步于半途。诊断上的模糊性,为后世广义、狭义伤寒之争埋下了伏因。

根据张仲景的疾病观推测,伤寒是其所深刻认识到外感热病之一,该病的典型特征为感受寒邪、急性起病、过程中化热。但若病以痰、或吐利(霍乱)、或黄疸、或水肿、或一身剧痛(湿病)持续疾病全程;或是暑邪所致者,则即便符合此典型特征,亦必须从伤寒病中排除。以排除法而不是相反的方法进行伤寒的规定与诊断是由于可辨识性的限制。

注意排除法虽然是有欠完整的认识,但仍具有其积极意义。如传染性非典型肺炎(SARS)的最初病例是按照肺炎认识的,治疗过程中发现了与普通肺炎的不同,于是提出了“非典型性肺炎”的诊断,“非”即是“排除”。将其从典型肺炎中排除的意义在于,使该病从一般肺炎中隔离了出来,获得了揭示其特殊规律的机会。直至终于认识 SARS。所以排除法是使认识提升的一个过渡性方法。

另外,张仲景将感受热邪而致者排除在外不是因为对狭义伤寒观的赞同,而是为了治疗的原因。因为其时辛凉解表剂尚未出现。同意把热邪致病者

包含在内即等如同意以辛温的方法治疗,这是原则问题。

参考文献

- [1]李培生. 伤寒论讲义[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985;1.
- [2]熊曼琪. 伤寒学[M]. 北京:中国中医药出版社,2003.
- [3]蒋明.《金匱要略》以病为纲模式对现行中医学的理论示范作用[J]. 河南中医,2006,26(1):17-19.
- [4]蒋明. 中医学发展有赖于对病证关系的再认识[J]. 中医杂志,2004,45(12):889-891.
- [5]蒋明. 论以辨病为前提之《金匱要略》病证结合模式[J]. 南京中医药大学学报,2003,19(2):65-68.
- [6]蒋明. 病是事实,岂因医有中西而不同[J]. 中国中西医结合杂志,2010,30(4):423-425.
- [7]温少峰,袁庭栋. 殷墟卜辞研究——科学技术篇[M]. 成都:四川省社会科学院出版社,1983:322-324.
- [8]竺可桢. 中国近五千年来气候变迁的初步研究[J]. 考古学报,1972,(1):2-23.
- [9]裘锡圭. 居延汉简中所见疾病名称和医药情况[J]. 中医药文化,2008,3(6):16-19.
- [10]张延昌,孙其斌,杨扶德,等.《武威汉代医简》与《伤寒杂病论》方药渊源[J]. 中华医史杂志,2006,36(2):72-74.

(收稿日期:2011-10-04;修回日期:2012-04-10)

[编辑:李 巍]

(上接第1423页)

气血荣养,发为白斑,在治疗上当温通经络、调和营卫气血。应用当归四逆汤、四逆汤、血府逐瘀汤等方化裁。处方:当归 10g,桂枝 15g,白芍 15g,细辛 3g(后下),通草 6g,大枣 10g,炙甘草 6g,(制)附子 15g(先煎 1 小时),干姜 5g,桃仁 10g,红花 3g,熟地黄 10g,川芎 10g,枳壳 10g,柴胡 10g,甘草 6g,桔梗 15g,牛膝 10g,女贞子 10g,墨旱莲 10g,补骨脂 10g,白芷 5g。每日 1 剂,水煎服,分 2 次服。同时外用复方祛白酊,药物组成:附子 15g,干姜 9g,补骨脂 30g,白芷 30g,乌梅 30g,马齿苋 30g,白蒺藜 30g,女贞子 30g,沙苑子 30g,(煨)自然铜 30g,桂枝 12g,丹参 30g,红花 12g,甘草 6g。以上药物用 75%酒精浸泡后即可外用,根据皮肤耐受程度每日外涂 3~6 次,并嘱患者每日晒太阳 5~10 分钟。8 月 5 日二诊:服药 1 个月后,白斑出现大量色素岛,睡眠稍有改善,仍感畏寒,畏风,不能吹电扇,舌淡、苔薄白,脉沉。患者肌肤感受寒邪较重,原方(制)附子加至 30g(先煎 1 小时),干姜加至 10g,加(煨)龙骨、(煨)

牡蛎各 30g,去女贞子、墨旱莲。11 月 8 日三诊:服药 4 个月后,患者白斑消退 90%左右,心情愉快,畏寒,畏风,失眠等症明显改善,睡眠,饮食,二便均正常,复查血、尿、便常规,肝肾功能,心电图未见异常。考虑患者病情明显缓解,药量适当减少,效不更方,继续治疗。用药至 2011 年 3 月,症状消失。

参考文献

- [1]欧柏生,冯杲,黄彦,等. 从肝论治法治疗白癜风 80 例疗效观察[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(3):493-494.
- [2]周峻伟,姚卫海,郭玉红,等. 从肝论治白癜风病因病机浅析[J]. 实用中医内科杂志,2009,23(10):6-7.
- [3]于晓梅. 白癜风从肝肾论治 90 例临床观察[J]. 北京中医,2002,21(6):345-346.
- [4]罗文辉. 欧阳恒教授皮肤病论治特色[J]. 湖南中医学院学报,2003,23(2):21-23.
- [5]李娜,杨钦河. 浅议白癜风中医病因病机[J]. 辽宁中医杂志,2007,34(7):902-903.

(收稿日期:2011-10-09;修回日期:2012-12-10)

[编辑:洪 涛]