

【理论探讨】

金元以前中医学“结”的理论发展

李国祥, 潘秋霞

(中国中医科学院中医基础理论研究所, 北京 100700)

摘要: 中医“结”的学术理论肇端于先秦,形成于东汉,充实发展于金元。“结”理论的产生是中医学建构复杂病机理论的客观需要。《黄帝内经》时期“结”的概念零星出现在医籍中,到东汉时期《伤寒论》开始将“结”作为某种发病机理,隋代《诸病源候论》在继承秦汉以来“结”理论成就的基础上分门别类加以规范、阐释并初步形成更为系统的病因病机理论,金元时期朱丹溪从临床痰饮与瘀血理论出发,突破性地提出痰瘀胶着成“结”,开拓了中医复杂病机的先河,为中医理论和临床治疗提供了新的思想启发和切入点。

关键词: 结; 症状; 证候; 病机; 演变。

中图分类号: R222.15 文献标识码: A 文章编号: 1006-3250(2021)02-0205-04

Research on The Development of Jie Teory in TCM before Jin Yuan Dynasty

LI Guo-xiang, PAN Qiu-xia[△]

(Institute of basic theory for Chinese medicine, Chinese Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

Abstract: The academic theory of TCM "Jie" originated in the pre-qin dynasty, formed in the eastern Han Dynasty, and enriched and developed in the Jin and Yuan dynasties. The emergence of "Jie" theory is the objective need of constructing the theory of complex pathogenesis in traditional Chinese medicine. In the period of *Neijing*, "Jie" appeared sporadically in medical books. In the Eastern Han Dynasty, "treatise on Febrile Diseases" began to regard "Jie" as a kind of pathogenesis. On the basis of inheriting the achievements of Jie theory since the Qin and Han dynasties, Sui Dynasty's theory on the origin of various diseases was standardized and explained in different categories, and a more systematic theory of etiology and pathogenesis was initially formed. In the Jin and Yuan dynasties, ZHU Dan-xi combined the theory of clinical phlegm and blood stasis, and put forward the theory of phlegm and blood stasis to form Jie, which opened up a new way of complicated pathogenesis of TCM and provided a new thought inspiration and breakthrough point for TCM theory and clinical treatment.

Key words: Jie; Symptom; Syndrome Name; Pathogenesis

DOI:10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.2021.02.006

“结”字现存最早的字形为小篆体,《说文解字》云“属糸部,从吉声,与绌、縗互训”,意为“将丝或绳索曲折过来,呈纵横相交状”^[1],由此后世引申出结扣、结合、结束、关键等多重含义。其本意和引申意在战国之后被引入医学领域,广泛应用于中医学生理病理、症状证候、病因病机、临床诊疗的各个方面。“结”的广泛使用并非偶然,而是与中医理论不同时期发展的需求密切相关。从先秦到金元,在不同的历史阶段,中医理论赋予“结”不同的内涵和作用。金元以降,随着中医药学术的丰富和发展,“结”在中医病因病机学理论中呈现出引入瞩目的探索价值。

春秋战国是中国原始经验医学向系统化、理论化过渡(即中医基础理论形成)的重要时期。中医典籍出现了大量结字,而其含义大多数围绕人体生

理结构展开。此时“结”的本意被《灵枢·经筋》《灵枢·根结》《灵枢·经脉》引入,以阐述人体血脉、经筋与皮肉、骨骼的附着、联属、交错、缠绕情况,如“手太阳之筋,起于小指之上,结于腕,上循臂内廉,结于肘内锐骨之后,弹之应小指之上,入结于腋下”。据统计,《黄帝内经》中出现的“结”字多用于人体结构的描述,大部分内涵均与其本意类似。这说明在中医基础理论构建的初期,“结”字以其独特的象形和准确的意义,为相关问题的表达提供了巨大方便。事实上大量的文献证明,医学初期结不但灵活运用于人体的结构表达,其在初步认识和理解疾病的过程中也起到了不可替代的作用,并且在中医理论发展的不同时期呈现出不同的内涵和特点。

1 中医早期“结”的理论萌芽

对疾病的深入研究,都是从症状规律的探索开始^[2],中医学同样起源于症状医学,从症状医学中不断进行总结和探索,逐渐形成中医证的概念。因此疾病过程中表现出的个别、孤立的症状和体征,即中医证候的前身。“结”的理论雏形即根植于中医初期的症状中。战国以后,随着医学实践的积累,中医症状学单纯以病位命名的现象逐渐减少,以病因

作者简介:李国祥(1989-),男,山东济南人,在读博士后,从事中医基础理论研究。

△通讯作者:潘秋霞(1988-),女,山东威海人,在读博士后,从事冠心病的中西医结合临床与研究,Tel: 15011269969, E-mail: pqx1126@sina.com。

命名及专病专名的现象逐渐增多^[3]。并且“结”在中医症状学发展初期仍大量沿用结字的本意,即反映病邪聚集成患且闭塞不通。《黄帝内经》载录“结”的文献,尽管内容较为分散,但仍可窥见其理论架构之端倪。文献显示,古人在早期“结”的理论探索中,首先认识到是气血的瘀塞。《素问·汤液醪醴论》云“夫病之始生也,极微极精,必先入结于皮肤”,反映了早期人们将有形外物的侵入作为基本病因的认识^[4]。再如《素问·举痛论篇》则以“思则气结”说明气结的形成原因“思则心有所存,神有所归,正气留而不行,故气结矣。”《素问·疏五过论篇》则进一步强调“离绝菀结”等可导致“五脏空虚,血气离守”。由此可见,古人不但已经注意到气结的存在,而且对于其形成和后果也有深刻的理解。同时古人发现,人体血脉的滞塞(即血结)不但是疾病形成的根本原因,也是治疗疾病的关键所在,如《灵枢·周痹》所云“大络之血结而不通”,在认识到血结的脉络大多凹陷皮下的同时,并解释这种情况说“陷下者,脉血结于中”。

需要指出的是,《黄帝内经》中“结”的病机一般由于情志或六淫而致气血壅塞滞涩不通,虽然成因较为简单,但由于人体气血流行周身,若有所结聚则必然影响人体经络脏腑功能的正常运行,因此其分布广泛,涉及人体经络脏腑、四肢百骸,所以虽然病机单一但名目繁多。因此《黄帝内经》中有阴结、阳结、脉结、络结、胆结、胃结、大、小肠结、三焦结、膀胱结等。而对于“结”的转归和发展,《难经·三十七难》指出“六腑不和,则留结为痛”,即“腑气以通为顺,若腹气壅滞不通,有形糟粕失于传化,与邪相抟,便为腑结。日久郁而化热,血败肉腐,化脓成痛。”^[4]《灵枢·痈疽》也认为,痈的形成即气血寒凝气滞、郁结化热的结果,即“营气稽留于经脉之中,则血泣而不行,不行则卫气从之而不通,壅遏而不得行,故热……五脏不为伤,故命曰痈”。

除此之外,与之同时代的《神农本草经》载有大量病症名称,在理论上与《黄帝内经》一脉相承,在内容上较之《黄帝内经》更加丰富,涉及寒、热、气、血、津、液、饮食等多种病理因素,并且遍布人体、心、胸、腹、肠、胃、膀胱等不同部位,其中以“气结”“热结”最为多见,并伴有痛、癥、痞、黄等症状记载。针对这些症状的治疗也已经有具体的药物,说明先秦时期对“结”所导致病证的病位、寒热属性、临床特征等已有初步认识,并积累了一定的用药经验。《神农本草经》和《黄帝内经》的临床实践和治结方药的不断积累,为后世诊治这类证候奠定了基础,也促进了“结”证理论的发展与成熟。

2 “结”证候的进一步丰富

东汉《伤寒论》继承了先秦时期单因素成结致病认识,并在此基础上将“结”证的临床表现进一

步系统化。如《本经》提到茵陈蒿所主治的热结黄疸,《伤寒论》对其成因已经十分清楚“此为瘀热在里”,并且对其证候也较《本经》更加完善和具体:“但头汗出,身无汗,剂颈而还,小便不利,渴饮水浆”且“身必发黄”。再如《本经》所谓“癥结”,在《金匱要略》中更加具体“小便不利,其人若渴”,不但突出了小便的异常,也增添了病人津液病变后所导致渴的表现。再如茯苓所主心下痛,《金匱要略》直接将其纳入胸痹证候,并强调“胸中气塞,短气”,而《本经》所谓主热结的枳实应用于大柴胡汤中。张仲景首先交代了“伤寒十余日”,然后强调其病因“热结在里”,且具体症状为“往来寒热”。关于旋覆花主结气,《伤寒论》补充了“心下痞硬,噎气不除”的证候表现。另外用常山祛痰截疟的桂枝去芍药加蜀漆牡蛎汤,治疗瘀热结于心下的大小陷胸汤,治疗“热结旁流”的大承气汤等,无不显示了《伤寒论》在结证候表现方面的完善与补充。

到魏晋南北朝时期,“结”证发展进入低潮,此时仅《名医别录》《神农本草经注》作为南北朝时代重要的本草学著作,丰富了部分药物在治疗“结”证上的新发现,但是对“结”的理论认识和探索并没有实质性的推进。隋朝以前代医学实践为基础,吸收古代医家对结的新认识,立足于《黄帝内经》以来中医学病因病机理论和辨证原则,对各种病因所致结而产生的病变进行了深入分析与系统总结,使“结”证理论发展重新变得活跃。《诸病源候论》中,“结”证遍布五脏六腑全身各处,涉及筋、脉、肉、皮、骨等结构,如寒致筋结、血结则脉不通、肉结癥瘤、皮结痂疔、骨结成疽。病因有风、寒、暑、湿、燥、火,涉及气、血、津、液、痰、瘀、饮、食等方方面面。书中包括结气候、癖结候、伤寒结胸候、腹内结强候、结积无子候、虚劳脉结候、时气病结热候、温病结胸候、(微)痂癖结候、结筋候、积聚痂结候、患疟后胁内结硬候、乳结核候、痰结实候等有关“结”证病候共16篇,且因结所致疾病的名目更加繁杂与丰富。

除去结证名目的增加,《诸病源候论》对前代结的病机转化认识更加深刻与具体,如同样是气结所生病,不但继承《黄帝内经》“结气病者,忧思所生”,而且指出气结的进一步发展可以导致“忧膈”之病。另外发现气结日久,如果没有与其他病因结合会“气壅不散故结而成癥”,如果与痰饮相结则会发展为痰癥,如“沙水搏结于气,则结颈下亦成癥病”。这是继《难经》“六腑留结而成痛”之后有关“结”证新的发展。另外许多新的结证也被进一步发现,如血脉聚集如蚯蚓状的脉结,受恶风成癥的记载“恶脉者,身里忽赤络,脉起鼈,聚如死蚯蚓状;看乍中似有水在脉中,长短皆逐其络脉所生是也。”同时,对病因认识十分清楚“由春冬受恶风入络脉中,其血瘀结所生。久不瘥,缘脉结而成”,这是类似于现在

静脉曲张的最早描述。水饮与饮食搏结而形成的癖结候亦被认识到,其所发生的病因、病位、症状、脉象均有记载“饮水聚停不散,复因饮食相搏,致使结积在于胁下,时有弦亘起,或胀痛,或喘息,脉紧实者癖结也”。腹内结强的病因为饮食气与冷气相搏,病位不定,并指出可转化成癥瘕病。“此由荣卫虚弱,三焦不调,则令虚冷在内,蓄积而不散也。又饮食气与冷气相搏,结强而成块,有上有下,或沉或浮,亦有根亦无根,或左或右也,故谓之腹内结强。久而不瘥,积于年岁,转转长大,乃变成癥瘕病也”。更有小腹痛、寒疝、结筋、结强、脉不通、乳结核等新的病种,使“结”证的内容进一步得到大规模的扩展与补充。

3 “结”的病机理论进一步深化

经过从《黄帝内经》到《诸病源候论》的不断发展,中医对“结”的影响、诊断和治疗等有了更深入的认识和总结。结的称谓更具备概括性和代表性,且含义和作用也渐渐从原始的证名向病机方向逐渐进化。随着临床经验的积累,对许多疾病的病因病机以及证候的认识不断加深。临床医家逐渐认识到气虚、气滞、血瘀、痰湿、痰饮、痰浊、寒凝、气郁等在疾病变化的过程中是相互联系甚至相互转化的。而单一的病因病机概括不能有效地解释临床复杂疾病的证候特点和变化,这类疾病往往带有2种或多种上述病因的特征,并在这个基础上表现出性质更加严重、更具特殊的临床症状以及变化规律。疾病的治疗就是要掌握这些病机之间的相互影响,分清复合病机的主要矛盾与次要矛盾。“结”的出现恰好对解决相兼病机的问题提供了启示。

古代先贤经过不懈的努力和探索,推动了复杂病机理论的最后形成,最具代表性的痰瘀互结病机理论深刻体现了这一点。痰瘀是痰瘀互结形成的基础,痰病的形成从《黄帝内经》开始经历了相当长的历史时期,到隋·巢元方时,痰病成为独立的病因病机理论。而瘀血病在《伤寒论》即被提出,并在临床中不断被发掘和认识。金元时期,基于历代临床的积累,朱丹溪发现痰饮的长期郁滞最终会引发血行的失常,凝血产生,痰挟瘀血而形成痰瘀互结,这一新的致病因素除具备痰瘀的大部分致病特点外,更融合发展出新的症状特点,即“局部肿块刺痛,或肢体麻木、痿废,胸闷多痰,或痰中带紫黯血块,舌紫黯或有斑点,苔腻,脉弦涩等为常见证候”^[5]。在这个基础上,又根据不同脏腑而出现不同的疾病特征。痰瘀互结脱胎于中医痰瘀学说,痰瘀互结理论认识到气虚、阳虚、阴虚以及五脏虚衰是导致人体津液代谢失调、津液积滞遂成湿生痰的根本原因,虚郁成湿、湿郁化痰是痰瘀互结形成前的必经阶段。由于人体津血同源,两者相互为用、互为补充,所以痰滞则血瘀,瘀滞亦可加重痰阻最后形成痰瘀同病,构成

痰瘀互结的病理基础,逐渐成为痰瘀共存之后的胶着状态。痰疾病反复发作,更加缠绵难愈且虚实夹杂,甚至呈现多脏腑病变。它是中医复杂病机的典型代表,也是中医临床病机理论的突破性认识,是中医临床家在长期、多层次、全面地对不同阶段的证候进行分析、归纳、提炼、升华的基础上所产生。痰瘀互结之后,各种结如雨后春笋层出不穷,影响较大的有痰瘀互结、肝气郁结、湿热相结、痰热互结、瘀热互结等,为复杂病机理论的发展与创新提供了思想启蒙与突破口。

4 “结”证的诊疗理论的发展

伴随“结”的内涵发展和丰富,“结”证的诊疗理论也逐渐建立,主要集中在东汉时期的《伤寒论》中。《伤寒论》在总结《黄帝内经》《难经》《神农本草经》的基础上,对结的来源、结的形成及致病特点及结对人体的影响和作用、结病的诊断和治疗等,有了深刻的认识和总结,将“结”的医学理论以及临床诊疗发展提高到一个新的水平。在治疗方面《伤寒论》在《黄帝内经》的基础上,“根据邪结的性质、部位、表现,以‘结者散之’为原则,提出了具体的治疗方法”^[6],而且其方药亦有所继承和突破。随着《伤寒论》的开拓和创新,结在诊治和方药总结方面,已逐渐形成条理和体系,开启了中医对结的研究,使之进入了新的发展阶段。

《伤寒论》认识到结证的形成有3种情况。首先是疾病自然发展的结果。如太阳病不解、邪热循经入府,造成血热下结膀胱“太阳病不解,热结膀胱”。其次,结的产生是由于体质差异,其内早有潜在因素,会导致2种或多种病因相互结合,在人体不同部位形成癥瘕痞结,并且产生一系列严重的临床表现,“脏结无阳证,不往来寒热”(脏结)如结胸状,“时时下利”“病胁下素有痞,连在脐旁,痛引少腹,入阴筋者,此名脏结,死”“寒实结胸无热症者,与三物小陷胸汤主”。最后是临床的误治更加重了复杂的病理变化。除去典型如大结胸的产生,“病发于阳,而反下之”,而使“邪气与物相结聚”而致的潮热、烦渴、从心至少腹硬满、疼痛、不可近的大结胸证,也有太阳表病误汗、吐、下后,胸中阳气不足而成正气虚弱、容邪之所,邪气乘虚留于胸中,出现“胸中懊侬、胸中窒、胸中结痛”的栀子豉汤证。此外尚有心下痞硬的旋覆代赭汤证,发汗不彻形成水蓄膀胱的五苓散证,太阴病下后的心下结硬,均是疾病误下之后形成的变证,其病机更加复杂,临床症状表现也更为多样。此外,还有虽未命名为结证,但其病机却是血瘀气结的误下情况。如“本太阳病,医反下之,因而腹满时痛者”“服桂枝汤,或下之,仍头项强痛,翕翕发热,无汗,心下满,微痛,小便不利者”,此在疾病症状中并没有结证,但深究其病机都是因为“邪与正气相互搏结,而致机体气机凝结不

利者”^[7]才导致病症形成,上述条文《伤寒论》虽没有明确指出是结,但其深层实质仍然是结的病机,属于结的范畴。

不但如此,《伤寒论》在继承前代对结证认识的基础上,已经开始注意结合脉证对其进行判断和认识。如“问曰:病有脏结,有结胸,其状何如?师曰:寸脉浮,关脉小细沉紧者,名曰脏结也。按之痛,寸脉浮,关脉沉,名曰结胸也”。此时不但已经在症状上进行辨识,而且在脉象上对不同的结进行区别,并善于将脉证结合起来,这是对结证在脉象探索中的重大突破。另外需要指出的是,《伤寒论》将结胸的形成过程通过脉证的变化进行阐释“太阳病……医反下之(脉)动数变迟”而出现邪气入里,动数之脉变成沉迟,热与水结出现一系列复杂的症状表现,如“膈内拒痛……短气躁烦,心中懊憹……心下因硬”。且在结胸证中尤为强调脉象对病位、病性的判断意义,如同为结胸,除了在症状上进行区分其病变程度外,还要关注脉象的浮沉。对于“脉沉而紧,心下痛,按之石鞕者”用大陷胸汤治疗。而对于症状缓和、病位正在心下、按之则痛且“脉浮滑者”用小陷胸汤进行治疗。这种脉证结合的方式在结的诊断中频频出现,《伤寒论》对于病因与发展的清醒认识以及脉象与症状的结合互参,使临床诊疗等更加成熟。

5 结论

“结”是中医药学术体系中重要的概念,被广泛应用于中医生理病理、症状证候、病因病机、临床诊疗等各个方面,具有丰富的学术内涵。先秦时期“结”被引入医学领域后仅作为一种证候或者症状名称出现在医籍中,“结证理论没有得到应有的传承与发扬”^[8]。伴随中医药学理论不断发展,到《伤

寒论》时期,“结”开始用于阐释和概括病理的发生发展,“形成了有一定发病规律且同时出现错综复杂的多环节发病机理”^[9],并应用于对痰水邪热互结的大小结胸、气痞、脏结等形成、病变、症状、诊疗的具体论述中,这成为“结”的理论形成的重要标志。此后“结”的理论发展稍缓,直到隋代《诸病源候论》集中对其内容分门别类地加以规范,并初步形成更为系统的“结”病因病机理论。金元时期,朱丹溪从临床痰饮与瘀血理论出发,突破性地提出痰瘀胶着成“结”,开拓了中医复杂病机的先河,为中医理论与临床治疗提供了新的思想启发和切入点。随着近现代病因病机学的深入发展,“结”的病机理论成为中医理论研究的热点,也成为中医解析、认识疾病的一种有效途径。

参考文献:

- [1] 黄易青.上古汉语同源词意义系统研究[M].北京:商务印书馆,2007:177.
- [2] 于越.秦楚简病名研究[D].北京:北京中医药大学,2015.
- [3] 于越,王育林,马燕冬.秦简病症名述略[J].中华医史杂志,2016,46(3):131-139.
- [4] 杨莎莎,王庆国,张仲景.“结”病机溯源[J].世界中医药,2012,7(3):255-256.
- [5] 李经纬,余瀛鳌,区永欣,等.中医大辞典[M].2版.北京:人民卫生出版社,2006:1866.
- [6] 卢月英.“结者散之”在《伤寒论》中的运用[J].河北中医,1986,8(1):41-42.
- [7] 章浩军,郭永健.《伤寒论》“结”之内涵探析[J].江西中医药,2003,34(4):12-13.
- [8] 李艺,冼绍祥,李南夷.《黄帝内经》结与结证初探[J].新中医,2016,48(8):6-8.
- [9] 肖森茂.对原发性肾小球病中医病因病机的探讨:兼谈“三阴结谓之水”中的“结”[J].辽宁中医杂志,1982,9(10):11-13.

收稿日期:2020-05-13

(上接第191页)

型,建立了《黄帝内经》脾藏象理论语义类型的二级架构,为确立《黄帝内经》脾藏象理论概念体系、构建《黄帝内经》脾藏象理论语义网络奠定了坚实基础,为中医古籍语义类型研究提供了思路与方法,亦为完善中医药语义类型做出了新的探索。

参考文献:

- [1] 徐永红.中医药典籍的现代“话”与中医药文化的传承[J].中医教育,2016,35(1):83-85.
- [2] 王永炎,崇尚国故,继承创新——《中国中医药重大理论传承创新典藏》序[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(1):4.
- [3] 田甜,高思华.本体在中医药学领域的应用现状及展望[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1832-1834.
- [4] SOWA JF, STUART C, SHAPIRO. Semantic Networks In Encyclopedia of Artificial Intelligence[M].Wiley,1987:37-49.
- [5] 贾李蓉,于彤,李海燕,等.中医药语义网络的顶层框架研究[J].中国数字医学,2015,10(3):54-57.
- [6] 张登本,孙理军,李翠娟.《黄帝内经》与中国传统文化的再思考[J].中医药文化,2018,13(5):37-43.

- [7] 潘桂娟.中医理论建设与研究若干问题的思考[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(1):3-5.
- [8] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局,中国国家标准化管理委员会.中华人民共和国国家标准·中医基础理论术语[M].北京:中国标准出版社,2006:10.
- [9] 中医药学名词审定委员会.中医药学名词[M].北京:科学出版社,2005:3.
- [10] 李经纬,余瀛鳌,蔡景峰,等.中医大辞典[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005.
- [11] 袁钟,图娅,彭泽邦,等.中医辞海[M].北京:中国医药科技出版社,1999.
- [12] 李振吉.中医药常用名词术语辞典[M].北京:中国中医药出版社,2001:9.
- [13] 胡雪琴,李莎莎.中医药学语言系统中语义类型的语境分析[J].辽宁中医杂志,2012,39(12):2362-2363.
- [14] 贾李蓉,董燕,田野,等.中医药学语言系统中的语义类型分析[J].世界中医药,2013,8(5):563-565.
- [15] 朱玲,崔蒙,贾李蓉,等.中医古籍语言系统中的语义类型分析研究[J].中国数字医学,2012,7(4):5-7.

收稿日期:2020-06-08