

北方亦多湿续论^{*}

路志正(整理 路洁)

(中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

关键词: 痹症; 湿; 北方

我在20世纪80年代初期,曾发表“北方亦多湿论”的短文,但失之过简,今按四时更迭,主要节令交替详细阐述之。

在未入正题之前,先读一下毛主席的《沁园春·雪》,俾对北方气候有所了解:“北国风光,千里冰封,万里雪飘,望长城内外,惟余莽莽,大河上下,顿失滔滔。山舞银蛇,原驰蜡象,欲与天公试比高,须晴日,看红装素裹,分外妖娆。”这是对北方冬季天降瑞雪,气势磅礴的真实写照。

众所周知,云雨雾露,霜霰冰雹等天气现象,皆源于大气中所含之水汽,而水汽由地面水湿蒸发上升为云,降而为雨雪。当斗柄指寅,太阳北移,春回大地,立春、雨水节后,气温回升,地气上应,冰雪融化,水润土松,阳气施化,万物萌动。春雷响过,百虫惊醒,阳蒸水动,氤氲成湿。湿本寒水,是水与地中阳气从热化幽的产物。湿聚为水,水散为湿,能助其互化者,唯温热与寒凉而已。故湿本阴寒,常从热化,湿与热结,是为湿热。土生万物,为生灵之母,但湿土之气也为病原微生物的孳生、繁殖创造了有利条件,其湿热秽浊毒邪,既可弥漫空际,又可籍风之鼓吹吹拂,成为传播疾病的媒介。故春天风温、流感、疟疾、麻疹等疾病易于发生。而这时正是华北农民紧张备耕,东北顶凌耙地的时节。以黑龙江为例,春天,虽大地回暖,但“冰冻三尺,非一日之寒”,春耕时节冰寒之气随暖而释放,易于侵袭人体,尤其是朝鲜族农民,善种水稻,春种之时,乍暖还寒,为赶农时,常多赤足入水插秧,秧田中水冰刺骨,常为寒湿所伤,所以患寒湿痹证之人甚多。雨水节后,春雨将至,从“雨水有水庄稼好,大春小春一片宝”,“清明前后,种瓜种豆”等谚语,不难想见广大农

民,冒着风寒雾露,披星戴月,奔波于田间、陇亩之中,送粪施肥,为小麦浇水,践地覆湿等一片春播生机盎然的繁忙景象。若素体虚弱,正气不足或过于疲劳,则极易感受寒湿、风湿之邪而诱发疾病。正如前人所说:“春月地气动而湿胜,故春分以后,风湿、暑湿之证多”。而时行感冒、麻疹、疟疾、春温等热性疾病更是时有流行。

从立夏到芒种,阳气方盛,庄稼生长渐茂,大麦、小麦均已成熟。因受“麦熟一晌”的时间限制,农民顶着晨星雾露,趁麦秸潮湿时,赶紧收割,否则遇热以致颖果爆裂而麦粒丢失,造成减产。过去多用手拔麦,或用镰刀收割,手掌往往会起血泡,既有丰收之喜悦,又有“芒种芒种”,什么都种,二次倒茬播种秋季农作物之艰辛。当劳动小憩之际,则湿汗沾衣,经风一吹而濡干,毫毛耸立,阴湿之气、暑湿、湿热之邪即趁虚而入,伤人于冥冥不觉之中。

大暑期间,阳气隆盛,华北气温高达26~28℃。紫气东来,雨水渐丰,水加于阳,湿气加重。昼长夜短,劳动强度大,睡眠少,食欲差,极易疲劳,加之卫生条件差,贪凉饮冷,饮食不谨,用冷水洗澡,只顾当时爽快,致暑湿感冒、呕吐、腹泻、痢疾、风湿痹痛等病经常发生,成为夏秋季常见病、多发病。而这时高粱、玉米、棉花等秋季农作物均已繁茂成长,有的过膝,有的高与人齐,溽暑熏蒸,暑湿大行,人在其中劳作,既有汗湿沾衣,又受农作物上水湿所侵,正如河间所言:“六月湿气太甚,而众物隆起”,“湿病本不自生,因于火热怫郁,水液不得宣通,即停滞而生水湿也。”

建国前,我国北方农业生产工具落后,多是手

^{*} 国家科技十五攻关项目资助(N0.2004BA721A01Z12)

工操作,如用轱辘浇园灌田,间苗锄草,用手摘棉花谷穗等劳动,均需弯腰曲膝,手脚并用,一天下来,腰酸腿痛,全身酸楚,疲惫不堪。李绅“锄禾日当午,汗滴禾下土;谁知盘中餐,粒粒皆辛苦”的悯农名诗,正是对农民付出勤劳血汗的真实写照。一到麦秋季节,有的年份阴雨连绵,致收割之小麦无法脱粒晒干,而被雨淋湿之麦穗,经日晒热蒸则生芽、发霉、变质,不堪食用,农民十分心痛。现在我国农业在各方面有了突飞猛进的发展,在农业机械化方面更是日新月异,有了收割机、脱粒机、干燥机等等,解决了这一大难题,农民再也不用为此而着急发愁。可是过去在预防湿病方面,由于缺乏卫生知识,如在田间劳动休息,多在树荫下、田埂上乘凉;夜间为了避暑,而在庭院或屋顶上露宿,晚间难免蚊虫叮咬,晨曦中易受雾露之侵;饮凉水,吃冷饭,食凉菜,更是习以为常,这些都给脾胃病、风湿性疾病造成了可乘之机。明代陈实功在《外科正宗》中说:“凡得此者,多发于体虚之人,勤劳之辈,不慎调燮,夏秋露卧,纵意取凉,热体当风,图身爽快……患者又当慎起居,戒七情,远寒就温,俱可保全”。笔者认为,陈氏此论,不仅专指外科,即使对内科、妇科、儿科,亦同样具有临证指导和预防的意义。

秋季,金风送爽,阳热收敛,气候转凉。可是,节虽立秋,昼短夜长,但暑热余焰未熄,仍有一段高温、高湿的“秋老虎”天气,同样令人闷热烦躁不适。若秋天淫雨为灾,连月不开,气温转低,水湿难散,不仅使人胸闷抑郁,情绪低落,且抗病防御能力下降,人极易受湿邪侵犯。《黄帝内经》有“秋伤于湿,冬生咳嗽”之论。就季节而言,此时恰为白露节前的初秋之际。关节痹痛、老年咳嗽、脾胃病等旧患,亦极易复发。到了秋分,天气越来越凉,水气凝聚,为露为霜,农民又忙于深耕细作,施肥浇田,抢种小麦。“白露早,寒露迟,秋分种麦正当时”的农谚,正是北方抢种冬作物的写照。霜降节至,天气转凉,草木黄落。这时华北气温普遍下降 $3\sim 8^{\circ}\text{C}$ 。《诗经》中“蒹葭苍苍,白露为霜”就是对深秋万木萧索、凄凉景象的描述。这时空气中的水汽,遇到地面上低于 0°C 的物体,如草木枝叶、房屋瓦脊等,便会凝结成一层白霜,因其来自空气中的水汽,故曰“霜降”。斯时,农民正忙着收获棉花和蔬菜瓜果,翻耕土地,休养地力,为小麦浇灌越冬水等劳动,同样要付出艰辛的体力和汗水。

冬天,大地冰封,阳气潜藏,水冰地坼,气候寒凉,人们本该深居室内,围坐炉旁,全家融融,闲话家常(华北农民过去一般是火坑,东北是火墙),休养体力,以待来年。但勤劳智慧的新型农民,为发展经济,改变农村的落后面貌,将冬闲变冬忙,大搞温室种植、家禽家畜的饲养、农副产品的深加工及其他庭院经济。在这些生产活动中,人们很难脱离与冷水、寒风、湿气的接触,如在蔬菜大棚中,为使菜蔬果木像夏天一样快速生长,就必须保持棚内较高的温度和湿度,人们长时间在这样的环境中劳作,易生内湿,而经常出入于棚窖内外,棚窖内的高温、高湿与棚窖外的冰天雪地、凛冽寒风形成巨大反差,稍不留意,就会受到外邪侵袭,对人体肌肉、筋脉、关节造成危害。这与《素问·阴阳应象大论》所说“地之湿气,感则害人皮肉筋脉”,《素问·六气正纪大论》所说“寒湿之气搏于气交,民病寒湿,发肌肉萎,足萎不收,濡泻血溢”的论述,无不一致。而冬季,东北人虽家有火炕火墙,但又素喜豪饮,食川白肉粉,及羊肉火锅,内有膏粱厚味,外有风寒湿邪,极易内生湿热,患湿阻之人亦不少见。

据在王兆铭主任主持下,中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会和协作组历经5年,于1995年提交的对我国15个省市自治区27个样本、63539人所进行的“风湿四病”流行病学抽样调查报告显示,“风湿四病”总发病率为19.53%,在自然人群中为17.25%。就地区而言,相对寒冷的黑龙江和相对湿度较大的沿海地区,如江苏、浙江、上海,尤其是海南省“风湿四病”的患病率明显偏高,其中黑龙江省和海南省分别达到30.54%和57.27%。就特定人群而言,长期在野外作业的石油工人和解放军官兵“风湿四病”的患病率,分别为32.6%和39.2%。在潮闷、易汗后当风的纺织工人中,“风湿四病”的患病率最高,为43.85%(见王兆铭主编《中国中西医结合·实用风湿病学》)。以上调查结果表明,风、寒、湿邪,尤其是寒、湿之邪等致病因子,在风湿性疾病众多致病或诱发因素中,仍占突出的位置。

1991年在风湿病学会副秘书长娄玉铃主持下,对河南省内随机选择的14个自然村(调查点),16岁以上居民18338人,随机进行的“风湿病流行病学调查”结果显示,有2590人患有不同类型和程度的风湿病,总发病率为14.12%。统计数字显示,痹病的患病率与地理、气象等因素有着密切关系。

海拔100m以上的山地、丘陵地区的患病率,明显高于海拔100m以下的平原地区。同样若以年降水量为700mm及年均相对湿度70%为准时,痹病的患病率也同样呈现出上高下低之势。一般说来人们常把气温的高低与炎热和寒凉相联系,然若以年平均温度为14.5℃为准进行统计时,却发现年均温度在14.5℃以上调查点的痹病患病率高于年均温度在14.5℃以下的地区。为什么会出现这一情况呢?为了回答这一问题,首先应弄清‘寒凉’的产生及其如何成为致痹病因的。在这次调查中有26%的患者认为起于寒凉,12.6%的患者说是着风,10.5%的人归为潮湿。然而从发病时间上来看,一年四季均有发生,而严寒冬季的发病率也并不比其他季节为高。这一事实告诉我们,夏暑秋凉、冬寒春暖,正常节律所引起的气温变化,有时甚至是较大变化,如寒流的吹袭,并不一定成为致痹因素,对人体造成明显的伤害。这是因为,从夏季转入秋凉、冬寒,总要经历一定的时间过程。在这一过程中,人们无论从心理上,还是物质上,都会有充分的准备时间,从而逐渐适应这一环境变化,故而冬季发病率并不比其他季节为高。需要说明的是,“寒凉”在任何季节都可能成为人体致痹的因素,比如秋冬涉水,步履冰雪,久居寒湿之地,或违反四时变化规律,暑月过用空调冷风,或汗后贪凉,冷水激头、浸足沐浴,或为追求潇洒,秋冬衣装过单,或初春乍暖还寒之时,过早脱掉冬装等等。这种天气骤变或违反四时规律所引起的,使人的体表长期或突然处于低温环境中,都可能超越人体的适应或应急能力,使人致痹。近些年,空调病、厌食症等现代病的增多,就是明证。故而对于“寒凉”致痹,不能简单地理解为是自然界大环境中,单一的“气温降低”所致;而是使人体全身或局部的体温长期或短时间内迅速下降等因素所为。

其次需弄清三邪袭人的方式。《素问·痹论》指出“风寒湿三气杂至,合而为痹也,其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹也。”由“合”字可知,致痹的病因是复杂的,即便是缘于外邪,也绝非一邪之力,而是合邪的结果。说到差异,唯病邪有主从,痛势有轻重,病位有游走和重着之分而已。然而就风寒湿三邪相比,似乎湿邪更胜一筹。这是因为,对于“风”与“寒凉”人们可用添加衣物,或改变居室等小环境的方法而加以防范,然对“湿”的防范却要难得多,且不够重视。表面看来,黑龙江“风湿四病”的发病率高达30.54%,是

由“寒凉”引发,其实黑龙江省多沼泽、湿地,夏季多雨,冬季多冰雪,湿度较大。据国家气象中心发布的5大城市30年平均相对湿度表明:哈尔滨年平均湿度66%;7月、8月、12月分别为77%、78%、71%,充分说明湿邪偏盛。故“湿”作为发病率偏高的另一原因,绝不能因黑龙江寒冷而忽视。湿邪的危害,由海南省“风湿四病”高达57.27%的患病率,以及在河南省相距仅4公里,地理、气候和习俗上相似的调查点6、7两个村,仅因调查点6正好与一个水库相邻,环境湿度偏高,以致风湿病患病率高出16%的事实,可见一斑。正如《医原记略》所言:“湿之为病最多,人多不觉湿来,但知避寒、避风,而不知避湿者,因其为害最缓、最隐,而难觉察也”。无独有偶,安徽医科大学通过对结缔组织病的系统研究发现,居住环境潮湿是致病首要因素(见《健康报》1993年6月29日第二版)。正因为如此,有的学者认为就环境因素而言,湿度在致痹方面影响更大。湿本阴邪,风性善动,二者均能助寒,加快人体皮表温度的降低,故三者合而袭人,其致痹作用势必将更加强烈。就河南地形而言,北、西、南三面为山地或丘陵,东部为辽阔平原。就气候而言,河南属暖温带—亚热带、湿润—半湿润季风气候,冬季雨雪少而寒冷,夏季炎热而雨量充沛。省年平均气温在12~16℃之间,各地平均气温相差不大。然而14.5℃以上地区,正是年降水量超过700mm,年均相对湿度高于70%,海拔高度在100m以上的山地或丘陵地区,这些地区年均气温虽在14.5℃以上,然其气温年较差、日较差均较大。这样的地形和气候特点,以及经济落后,劳动强度大,正是使其患病率高于年均温度在14.5℃以下地区,并使河南省风湿病的患病率呈现西高东低、南高北低之势的主要原因。

需要指出的是,在河南有关致痹病因的调查报告,除49.1%的患者归为风寒湿三邪的侵袭外,尚有9.1%的患者是由跌打、扭拉、碰撞等外伤所引发,3.8%出现在产后,除部分原因不详外,有高达31.4%的患者归结于过度劳累或体质虚弱。就痹病部位而言,总体格局是下肢多于上肢,右侧肢体多于左侧,腰部多于颈、背、骶部。其中腰部病变竟占全部痹病患者的41.4%。故《素问》云:“伤于湿者,下先受之”。再就年龄段看,各段虽均有发病者,然16~20岁发病率仅为2.5%,26~30岁为8.1%,到31~35岁时增至13.4%,以后每5岁一段,患病率约以3~4个百分点的速率递增,

这种趋势直至50岁以后才趋于减少。累积起来,36~60岁的痹病患者占痹病总人数的56.3%(见娄玉铃主编《中国风湿病学》)。

以上调查表明,风寒湿邪固能伤人,然而“邪之所凑,其气必虚”,诚如《灵枢·百病始生》篇所言:“风雨寒热,不得虚,邪不得独伤人……此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形”。为什么30岁以后风湿病发病率明显增高?这是因为30岁以上的人,多为农村的主要劳力,经常从事繁重的体力劳动,尤其在海拔100m以上的山区,道路崎岖,肩扛人背超负荷劳动的机率更大。而这一点也恰与痹痛部位所统计的下肢多于上肢、

右侧肢体多于左侧肢体,而腰部患病率最高的调查结果相吻合。因此,外伤是致痹的另一诱因,而劳累或产后体虚是致痹的主要内因之一。在年龄分布上,患病高峰在40~70岁。这说明随着年龄的增长,尤其是40岁以后,三阳脉衰,阳气竭于上,人体各组织器官的代谢进程减缓,功能活动下降,气血不足,抵抗力减弱,对外界环境变化的忍受、应急和适应能力降低,故而气血亏虚是导致40~70岁人群痹病患病率居高不下的主要原因。

上述大量资料表明,北方同样多湿,但较南方则相对为少,而作为一个医务工作者,决不能以北方干燥而忽视湿邪致病的危害。

(收稿日期2006年3月20日)

•论著•

清朝御药房建制与规模初考

徐江雁

(中国中医科学院,北京100700)

摘要: 依据《总管内务府现行则例》等史籍和现存于中国第一历史档案馆的清宫内务府原始档案,对定都北京后的清朝宫廷医药卫生机构——御药房的设立、裁撤与复设等进行较为系统的梳理。以朝代有序,对清代十朝的御药房职官、差役等各类人员规模进行了初步考证,从一个侧面反映了清朝宫廷医药卫生机构发展与变化的状况。

关键词: 清朝;御药房;建制;规模;考证

Textual Research on Organizational System and Scale of Imperial Drug Institution of Qing Dynasty

Xu Jiangyan

(China Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100700)

Abstract : According to the historical records such as The Rules and Regulations in Force of the Ministry of Internal Affairs and rawfiles of the Ministry of Internal Affairs of the Qing Dynasty (1644—1911) kept in the First Historical Archives of China, a systematic study was made on the establishment, cancel and restoration of the Imperial Drug Institution, the medical organization of the Qing Dynasty after Beijing was established as its capital. A textual research was made into the scale of all the personnel such as officials and bailiffs in the Imperial Drug Institution throughout the Qing Dynasty. All the researches reflect the course of change and development of the imperial medical organizations in the Qing Dynasty.

Key words : the Qing Dynasty; the Imperial Drug Institution; organizational system; scale; textual research

依据《总管内务府现行则例·御药房》、《钦定宫中现行则例》(乾隆朝)、五朝《大清会典》、纪昀和黄本骥编撰之《历代职官表》,以及收藏于中国第一

历史档案馆的清宫内务府原始文档等史料,对清朝自建都北京始十个朝代的御药房建制与规模初步考证如下。