

对中医学“痰饮”的认知语言学探讨*

□马子密 贾春华**

(北京中医药大学基础医学院 北京 100029)

摘要:“痰饮”理论在中医学 2000 多年的发展史中具有鲜明的理论特色及重要的临床意义。本文试图从隐喻认知的角度,结合中医发生学方法,探讨了“痰饮”作为一种病理产物,同时作为一种致病因素,以及“痰饮”理论作为一种病因病机理论,如何基于认知科学得以架构并系统化,并展望了以隐喻研究为论理工具的中医“痰饮”理论可持续发展的可能性。

关键词:痰饮 发生学 隐喻认知 原型 范畴 系统

doi: 10.3969/j.issn.1674-3849.2011.05.034

中医学理论领域有一个重要的概念性术语——痰饮,基于此概念基础之上,又形成了中医学一个重要的理论——痰饮理论。历史地看,在古代和现代的中医临床实践中,无论在中医诊断方面,还是在中医治疗方面,痰饮理论都发挥着重要的影响。

痰与饮,本质上都属于机体水液代谢障碍而产生的病理产物,此为同源。痰证、饮证在临床表现、致病范围、治疗法则等诸多方面又存在明显差异性,是谓异流。考证于中医理论和临床经典,如《黄帝内经》、《难经》、《神农本草经》、《伤寒论》、《金匱要略》,无论其名,还是其证,饮字和饮证都远早于痰字和痰证的出现。

一、饮(证)

饮为会意字。东汉许慎《说文解字》“饮,饮也。”

作动词来讲,“水流入口为饮”;作名词来讲,从其字源演变分析,原意为“酒”,后来引申为可以喝的东西。所以,饮的认知起点可以理解为液态的流体。

《黄帝内经》中提到“饮”字共 125 次,其中有病理意义的共有 14 处,如“饮”(7 次)、“溢饮”(2 次)、“水饮”(2 次)、“痞饮”(1 次)、“积饮”(2 次),其他 111 次均为“喝”或“可以喝的东西”。另一部与《黄帝内经》同时代成书的中医药学经典《神农本草经》中有“留饮淡癖”、“肠鸣上下无常处”、“肠鸣幽幽”、“(腹中)雷鸣”等记载。可见,在中医理论成熟时代,“饮”的词义已经从本义“喝”或“可以喝的东西”映射到“与液态流动性相关”的病理意义,而赋予了“饮”以“病证”的含义,并有粗略分类的趋向,直到中医临床经典《伤寒杂病论》的出现,这种分类变得更加明确和完善。《伤寒论》中提到“饮”字共 53 次,其中有病理意义的共有 1 处,“(脉)支饮急弦”(1 次),其他

收稿日期:2011-05-10

修回日期:2011-06-20

* 国家自然科学基金面上项目(30973971):基于认知语言逻辑心理的中医病因病机概念隐喻研究,负责人:贾春华,教育部博士点基金课题(20090013110012):基于认知语言学的中医病因病机概念隐喻研究,负责人:贾春华。

** 通讯作者:贾春华,本刊编委,博士,教授,博士生导师,主要研究方向:基于认知科学的张仲景方证理论体系研究,E-mail:jiachun-hua555@yahoo.com.cn。

52次均为“喝”或“可以喝的东西”。并且通过扩大感官感觉的方式(脉之触觉)来巩固“饮证”之词义的稳固性,如“(脉)沉潜水溢,支饮急弦”。而在《金匱要略》中,关于“饮”的病理描述已然表现系统化的趋向。《金匱要略》中提到“饮”字共109次,其中有病理意义的共有44处,已经将“饮”作为病因中的一种来看待,“食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤、经络营卫气伤……”。不仅将“饮证”进行了分类,如“问曰:夫饮有四,何谓也?师曰:有痰饮,有悬饮,有溢饮,有支饮。”“膈上病痰,满喘咳吐,发则寒热,背痛腰疼,目泣自出,其人振振身目闰剧,必有伏饮。”“留饮者,胁下痛引缺盆,咳嗽则辄已。”而且对“饮证”的临床表现描述得更加具体,如“其人素盛今瘦,水走肠间,沥沥有声,谓之痰饮;饮后水流在胁下,咳唾引痛,谓之悬饮;饮水流行,归于四肢,当汗出而不汗出,身体疼重,谓之溢饮;咳逆倚息,短气不得卧,其形如肿,谓之支饮。”而且进一步通过扩大感官感觉的方式来巩固“饮证”之词义的稳固性,如通过脉诊之触觉:“脉沉者,有留饮。”“脉偏弦者饮也。”“脉浮而细滑,伤饮。”“脉沉而弦者,悬饮内痛。”还有通过望诊之视觉:“色鲜明者有留饮”,“膈间支饮……面色黧黑”等。不仅如此,还将“饮证”的概念进一步扩大,对以“饮证”为主要临床表现的患者还冠以“饮家”的称谓,这样更加突出了“饮”的临床意义。在“饮证”的治疗方面,列举了苓桂术甘汤、五苓散、葶苈大枣泻肺汤等诸多方剂。并提出了“病痰(饮)者,当以温药和之”的重要治“饮”原则。综观上述,《伤寒杂病论》继承《黄帝内经》的理论渊源,对于“饮”的概念研究,已经远远脱离了其为“喝或可以喝的东西”之原义,而演变为有中医临床意义的“证”的概念,对于“饮”的“理、法、方、药”也一应俱全,完成了关于“饮”的范畴的系统化研究。后世关于“饮证”的研究和临床,基本尊奉《伤寒杂病论》所创建的概念和理论系统为准绳,少有实质性创新。

范畴是一个哲学概念,既指领域、范围,也指人的思维对客观事物本质的概括。Berlin, Kay, Lakoff等发现原型在范畴化中起关键作用,并在此基础上建立了现代范畴理论。认为范畴不能用一组充分必要条件特征来定义,对范畴的确定是一个围绕原型建构的模糊的识别过程^[1]。在认知语言学中,我们可以把范畴看作是事物类别的总体。客观事物固有的类别特征经过认知中介在思维和语言中固定下来,这

个过程就是范畴化^[2]。通俗地讲,所谓范畴化,对于人体病理过程而言,就是指什么特征的临床认知目标可以归入“饮类”的范围,同理,什么特征的临床认知目标可以归入“痰类”的范围。根据上述理论,如果我们将“饮”看作一个范畴,就意味着要搞清楚:“饮”的范畴建构所“围绕的原型”是什么。因为,“原型是范畴内的典型代表……这个典型代表对于识别范畴起重要作用。”^[3]前文已经说明,“饮”的词义已经从本义“喝”或“可以喝的东西”转喻到“与液态流动性相关”的病理意义。在这里有必要插入转喻和隐喻的概念的不同。隐喻和转喻是两种不同的认知方式。隐喻建立在相似性基础上,涉及到两个认知域,强调从源域到目标域映射的结果。而转喻建立在邻近性原则上,体现同一认知域中两个元素的相关性^[1]。由于“饮”的本义“喝”或“可以喝的东西”,“饮证”之“饮”为“与液态流动性相关”的病理性产物,同属于“流体物”这一认知域,所以笔者认为“饮”的本义到“饮证”之“饮”的词义演变是通过转喻,而非隐喻。按照中医传统理论,正常津液的生成和输布在《素问·经脉别论》中描述为:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行,合于四时五脏阴阳,揆度以为常也。”这里谈到津液代谢涉及到胃、脾、肺、水道(三焦)、膀胱等脏腑和组织的功能。结合中医脏腑功能理论,上述任何一个所涉及的脏腑、组织功能异常,都可能导致津液代谢的障碍,从而导致本应化为水谷精微的水液转而化为痰饮。也正因其所涉及环节和范围的广泛性,为后文将要论及的“痰”所致病的广泛性、复杂性打下了伏笔。简而括之,痰饮作为一种病理产物,其物质性来源为“变性的津液”。

关于《金匱要略》“痰饮咳嗽病脉证并治第十二”篇,后世研究《金匱要略》的很多学者以及中医药高等教育教科书上也有共识,那就是《金匱要略》中关于痰饮病的记载主要指水饮为患,并不涉及后世所言之痰证。对于通篇论述为“饮证”,篇名却以“痰饮”冠之的现象,也已经有多人对其考证,认为汉晋唐时期,“痰”本作“淡”。与《黄帝内经》同时代的《神农本草经》中有“留饮、淡癰”记载,距《金匱要略》出现年代最近的西晋《针灸甲乙经》中有“心下淡淡”、“溢饮”、“留饮”记载,无“痰饮”之说,也可以反证《金匱要略》中“痰饮”实为“淡饮”。其后西晋《脉经》与唐《千金翼方》中均作“淡饮”。东汉《说文解字》“淡,薄

味也。从水炎声。”唐《一切经音义》：“淡饮，谓膈上液也。”北宋《广韵》《集韵》“淡，或作澹，水波荡貌。”三国曹操“观沧海”诗中即有“水何澹澹”语。总之，“淡”与“澹”相通，义指“水液动摇貌”无疑。又《黄帝内经》中“饮证”多与“留”、“积”字相配用。《说文解字》“积，聚也。”所能聚者，必定要有封闭的限制空间。又根据物质的物理特性，水在地面上原是流动的，使水呈现“摇动荡漾貌”，必然要使水盛在一个有限空间的“器皿”中。其实，基于人类日常生活经验，“饮”的本义为“喝”或“可以喝的东西”，“可以喝的东西”当然为流动性液态无疑，对于流动性液态物质的摄取，我们的祖先在原始社会即发明了盛水的容器，也就是说，“怎么喝”最先会与“盛水的容器”相联系，经验告诉我们只有将水盛在有限空间的器皿中，才能“喝”。据此，我们可以得出结论：“饮证”之“饮”，其性不同于“水病”之“水”。“饮”的特性为“流动性兼积蓄性”，这也可以解释为什么《金匱要略》原文中“痰饮咳嗽病脉证并治第十二”之后，又有“水气病脉证并治第十四”，专门论述了“风水、皮水、正水、石水、黄汗”等水气病。因为，“饮”与“水”同源而异流。

综上所述，我们可以据此发掘出“饮”的原型：津液的病理状态、流动性兼积蓄性。在此原型基础上，对于“饮”病范畴的确定将会变得清晰：凡是表现为“饮”的原型的临床认知目标，均可将其纳入“饮证”的范畴加以考察。而“饮证”的范畴不仅包涵了“辨证”层面的信息，还包涵法、方、药等“论治”方面的信息，换言之，“饮证”的范畴是一个基于“饮”的概念基础之上的系统，我们可以根据需要从中分出许多的子系统，最终使对“饮证”的认知系统化，从而减轻在认知过程中的工作负担，这也是运用认知语言学的相关理论来探究中医理论的意义之一。

二、痰(证)

中医理论的“痰”，较“饮”的认知难度要大很多。不仅字、义文献考证疑点重重，还有“有形之痰”、“无形之痰”辨之复杂性。

成书于公元前99年到公元前26年(西汉)这段时期的中医理论经典《黄帝内经》^[4]中没有“痰”字，但有“痰”的相关记载，如《素问·玉机真脏论》“(夏脉不及)上见咳唾，下为气泄”，《素问·评热病论》“(劳风为病)唾出若涕”，《素问·咳论》“(三焦咳状)使人多涕唾”，《素问·评热病论》“咳出青黄涕，其状如脓，大

如弹丸”，《灵枢·经筋》“其成伏梁唾血脓者”等。首先需要澄清一个观点，笔者发现一些现代研究文献中把“唾”、“涎”、“涕”、“汁”、“沫”等字作为《黄帝内经》中有关“痰”的记载，甚至是“痰”字的演变^[5]，这种说法不准确。因为痰本身是一种水液代谢障碍下所成的病理性产物，绝非正常的生理产物。《灵枢·九针论》“五液：心主汗，肝主泣，肺主涕，肾主唾，脾主涎，此五液所出也。”已经非常明确指明上述物质为人体正常生理下的分泌物，自然就不会指义为病理性质的“痰”。《神农本草经》中也无“痰”字，有“涎唾”、“咳逆”、“瘕气”、“瘕瘤气”、“瘕结气”、“瘕疝”、“鼠瘕”等相关记载。东汉《伤寒杂病论》亦无“痰”记载，如前“饮”所论。

在这里笔者有一个疑问：作为中医经典的《黄帝内经》、《伤寒杂病论》，为什么对“饮”的记载具体而明确，反而对“痰”有记载而不明确呢？笔者认为，除了通常所说的任何理论的发展都是一个历史的过程外，人类的认知规律也是其中一个重要原因。从认知科学的理论来说，对一个事物能够被认知，进而形成定义或概念，认知因素起着非常重要的作用。心理学研究结果表明，感觉是人脑对事物的个别属性的认识^[6]。人类对机体内、外世界的感知，首先也必然凭借的是人类的感官，即视觉、触觉、听觉、嗅觉，哲学范畴所谓感性认识。也只有在此感性认识基础上，人脑的意识(思想)才有可能进一步地行动，即通过思维的机制进行理性加工，从而产生对事物的定义或概念。隐喻认知研究的是概念，概念的实质是思想。这也正如传导隐喻理论开创者雷迪(Michael Reddy)所言，隐喻的原生地是思想，不是语言^[7]。对于“痰”和“饮”的认知因素而言，什么因素可能成为古人的认知动力呢？根据语言学一般的词义形成规律，在诸多的感官感觉中，刺激最强烈、感觉最突出的典型体验会得到人们的较早关注，从而产生一种表达它、指称它的需要，也从而较早获得一个名称，在语言符号系统中留下人们关注的痕迹^[6]。比较《黄帝内经》中分别对相关“痰”病以及“饮”病描述，发现“痰”是通过人体的本能反应“咳”、“唾”、“呕”等方式排出来的，即邪气可以外排，自然会相对缓解对机体的损害。而“饮”则是“积”、“留”于体内而难以通过本能反应排邪外出，所以我们发现，“饮”病的症状描述确实比“痰”病的要严重，给人印象更深刻。如《素问·气交变大论》“饮发中满食减”，《素问·五常政大论》“水饮

内稽,中满不食。”《素问·六元正纪大论》“饮发注下……积饮否隔”等等,“饮”病往往导致食物摄取和消化方面的症状。按照马斯洛的“需求层次”理论,食物摄取显然属于人们生理需求中“更加低层次”的需求,因而这些症状较早受到古人重视并赋予其名称,也在情理之中了。

“痰”字,东汉《说文解字》无记载。但“痰”字缺失情况至南北朝时期有了转机。丹波元简考证“痰”字的首次出现,“在我医方,始见《肘后》,乃痰饮耳。”^[8]其所指《肘后》为南朝陶弘景增补东晋葛洪《肘后备急方》所成的《肘后百一方》。这一点和现在的“主流”观点“痰字首现于隋代巢元方《诸病源候论》”相左。但“痰”义则始出于《诸病源候论》:“痰者,涎液结聚在于胸膈。”又唐代佛教经典训诂书《一切经音义》:“津液因气凝结不散如筋胶,引挽不断,名为痰瘿。”^[8]北宋司马光训诂著作《类篇》“痰,病液。”南宋杨士瀛《仁斋直指方论》“夫痰者,津液之异名。”可见“痰”的来源为正常津液,其实质为病态下的津液。那么,古人是如何认知这种病态下的津液呢?考《黄帝内经》,对“痰”最初的形象描述为,《素问·平热病论》“咳出青黄涕,其状如脓,大如弹丸。”可见古人首先以直接的视觉认知“痰”的体状:可以“咳出”,可见“青黄”色,形状“如弹丸”。这也是最早的“有形之痰”的辨别途径。我们知道,中国传统逻辑采取的最常见的推理原则为“推类原则”,荀子指出,推类是“以类推类”,“类不悖,虽久同理”。在“对人体病理状态进行考察”这一“同一语境”下,对于可见或可触及的“弹丸状”病理产物或病理表现的定义,自然会首先以“归类”加以冠名,如《黄帝内经》、《神农本草经》中均有“瘰”、“瘰瘤”、“瘰癧”、“鼠瘰”等另一种“有形之痰”的记载。据此,可以推论“有形之痰”的“原型”为:津液的病理状态、可感观(视觉、触觉)、粘附性。

从《黄帝内经》、《神农本草经》等早期中医经典文献记载来看,由于这一时期中医病因病机理论的不完善,此时对“痰”的理论认识尚处于萌芽状态,甚至都没有一个相应的汉语名称加以称谓。直到隋代,中医首部病源证候学专著《诸病源候论》的出现,“痰”作为一种病理产物,同时作为一种致病原因,才被巢元方明确界定并分类,书中有“痰饮候”、“诸痰候”、“解散痰癖候”等多篇专论。巢氏而下,历代“痰证”理论的发展从此日新月异。且巢氏首倡

“百病皆为痰作祟”说:“诸痰者,此由血脉壅塞,饮水积聚而不消散,故成痰也。或冷,或热,或结实,或食不消,或胸腹痞满,或短气好眠,诸候非一,故云诸痰。”可谓后世“无形之痰”论的“始作俑者”。并指出,痰的生成是由于“客热”:“客热者,由人腑脏不调,生于虚热。客于上焦,则胸膈生痰实。”《仁斋直指方论》也指出:“痰涎者,由热甚则水化制火而生。”可见,“痰”生成的重要机制之一为“火加于水”,这一点对于“无形之痰”理论的理解非常重要。我们都有烧水煮粥的日常经验,随着火的持续加温,水会蒸发,粥会变稠,锅中液体会由最初的流动性逐渐变得粘附性。《素问·阴阳应象大论》“水火者,阴阳之征兆也”,说明人体阴阳关系本质上是一种类似于水与火的关系。人体中的津液与人体中的热量在病理状态下实质上就是一种水火关系,当这种火加于水的过程发生于人体内部,并未以可见或可触及的形式表现出来,就成为中医对“无形之痰”的辨证依据。当这种病态津液的粘附性出现在体表,就表现为瘰瘤、瘰癧等“有形之痰”;当这种病态津液的粘附程度尚不足以固定成形时,就会随人体气机升降而运动,则表现为历代众多医家所言流窜性及致病广泛性,如《丹溪心法》“痰之为物,随气升降,无处不到”,《格致余论》“百病中多有兼痰”,《赤水玄珠》“痰乃津液之变,遍身上下,无处不到”;当这种流窜之“痰”运行至主神之心窍,如窍孔被“痰”阻塞,即为金代张从正所提“痰迷心窍”说,如肢体经络被“痰”阻塞,又为后世“痰阻脉络”说等等;又推而广之,鉴于人体津液无处不在,凡有“火”即有可能随处生“痰”,所以元代王圭倡“痰火”之说,清代汪昂《医方集解》有“痰即有形之火,火即无形之痰”之论。凡此种种,均为“无形之痰”论的各种表现形式。究其“原型”,虽然不似“有形之痰”之可见、可触,然综合以上可以推论:“有形”、“无形”皆为津液之“同源”,“无形”实为“有形”之“异流”。“无形之痰”的“原型”可以归纳为:津液的病理状态、粘附性或(及)流窜性或(及)阻塞性、与气机升降及火、热、燥等因素密切相关。

基于以上“痰”的“有形”与“无形”之原型发掘,“痰”的范畴也可分为“有形之痰”范畴和“无形之痰”范畴两个子类,我们可以依据这样的划分,建立针对中医临床认知目标的“痰证”的理论系统,从而实现认知的清晰化。

三、结 语

综合全文,中医“痰饮”理论的发展遵循了这样一条认知路线:“饮证”、“痰证萌芽”→“饮证”、“痰证”分立→“痰证”理论的不断深化。笔者想强调一点,即“无形之痰”理论对中医的重要意义。可以说,正是“无形之痰”概念的创立,中医“痰证”理论才获得了一个跨越式发展。正因为“痰”本身所具有的“随气升降,无处不到”的特性,才有了“百病皆为痰作祟”、“百病中多有兼痰”、“怪病多痰”等理论或认识,而这些理论或认识对于中医临床来说,无疑开阔了临床视野,扩充了临床武器。古代临床家们运用这些理论取得了怎样的成就,有大量的验案为证。现代在许多疾病的治疗方面,如冠心病、高脂血症等,都取得了新的治疗经验和有意义的新进展,也有大量的文献、报道为证。有人提出,“伴随中医痰病学说的膨胀,多种不同质、不同因、不甚了了的病证多被认为与“痰”相关,而“有形”与“无形”、“狭义”与“广义”的“痰”往往被同样论治。“痰”概念的混乱不仅是临床疗效与副作用的问题,对于中医病因学以及治疗学的深化和发展,都起到了阻碍作用……只有回归仲景旧论,扬弃“无形”、“广义”之“痰”的概念,痰、饮、水、湿的鉴别诊断以及相关领域的研究,方才真正成为可能。”^[9]笔者对此观点持否定态度。爱因斯坦说:“我们现在所拥有的一切都源于先辈的想象力,而我们的想象力又将构筑世界的未来。”对于中医理论的可持续发展而言,中医继承者的想象力,在某种程度上也意味着中医的未来。从认知的角度看,如果人们只能从一个视角去观察世界,对事物只能有一个看法,便没有深入对比的可能,

便没有使用隐喻的可能。隐喻的强大威力,在于它容许人们从不同的角度去认识世界,对不同事物建立种种不同的联系,作出千变万化的解释^[7]。中医理论中就充斥着大量的概念隐喻,甚至可以说中医理论是构建在隐喻的基础之上^[10]。而隐喻认知的重要基石就是——想象力。从本质上说,“痰饮”理论作为中医理论的一部分,和脏腑、经络学说等中医理论一样,都是基于中医先贤想象力之上而被人为构建的中医理论工具,并基于其自身理论的系统化及中医理论整体的系统化,在中医临床中发挥着不可替代的作用。所以,对中医“痰饮”理论进行深入地认知,具有深刻的理论和实践意义。

参考文献

- 1 卢丽萍. 原型范畴理论下的一词多义研究. 长春理工大学学报(高教版), 2009, 4(6):99~100.
- 2 姜文心. 原型范畴理论视角下的词义扩大与缩小. 安徽教育学院学报, 2006, 24(2):88.
- 3 岳好平, 向友青. 原型范畴化理论视域下“from”的空间隐喻拓展. 湖南大学学报(社会科学版), 2009, 23(4):95.
- 4 王洪图. 王洪图内经讲稿. 北京:人民卫生出版社, 2009:12.
- 5 王东坡, 王琦. “痰”道源流论. 中华中医药杂志, 2007, 22(4):195~197.
- 6 吴芳. “寒”“冷”词义辩证发展的认知动力. 江汉大学学报(人文科学版), 2009, 28(4):95~99.
- 7 胡壮麟. 认知隐喻学. 北京:北京大学出版社, 2005:64.
- 8 日·丹波元简. 医膳. 北京:人民卫生出版社, 1983:26.
- 9 戴昭宇, 孙基然. 归真返朴论“痰饮”——日本考证学派的研究启示. 咸阳:中华中医药学会第十七届仲景学说学术研讨会论文集, 2009.
- 10 贾春华. 张仲景方证理论体系研究. 北京:人民卫生出版社, 2011.

Cognitive Linguistics Discussion on "Phlegm & Fluids" of TCM

Ma Zimi, Jia Chunhua

(Preclinical Department, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract: The "Phlegm & Fluids" theory of traditional Chinese medicine (TCM) has special characteristic and important clinical meaning during 2000-year history of development. The "Phlegm & Fluids" is pathogenic product, as well as pathogenic factor. The "Phlegm & Fluids" theory is both etiology and pathogenesis theory in TCM. This paper studied the subject of how the "Phlegm & Fluids" theory was founded and systematized on the basis of cognitive science. Meanwhile, it prospected possibilities of the sustainable development of the "Phlegm & Fluids" theory which uses metaphorical cognitive theory as theoretical tools.

Keywords: Phlegm, fluids, genetics, metaphorical cognitive theory, prototype, category, systematic

(责任编辑 李沙沙 责任译审 王 晶)