

经典心悟

《金匱要略》的识病模式简释

王 维 武

(绍兴文理学院医学院附属医院, 312000, 浙江绍兴//男, 1975年生, 医师)

摘 要:认为,《金匱》认识模式,是颇为先进和科学的,它与“生物心理社会医学模式”不谋而合。《金匱》识病模式是动态的识病观,有利于对于疾病的预防与治疗。可以说,是中国最早有明文论述医学模式之雏形。

关 键 词: 金匱要略; 识病模式; 简释

中图分类号: R251

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2002)06-0783-02

《金匱》向以杂病专书闻名,杂病之杂,当然也有“博杂”的意思在内。然而,细析金匱原文,可知这些博杂的疾病都统一在一个普遍的疾病认识模式之下,这一模式包含了对病因、病位、病势、正邪力量等的综合判断,是一种整体的、动态的综合判断模式。

这种模式是怎样的呢?我们先来温习一段金匱原文。《脏腑经络先后病》篇2条“夫人禀五常,因风气而生长,……千般灾难,不越三条:一者,经络受邪,入脏腑,为内所因也。二者,四肢九窍,血脉相传,壅塞不通,为外皮肤所中也。三者,房室、金刃、虫兽所伤,以此详之,病由都尽。……腠者,是三焦通会元真之处,为血气所注。理者,是皮肤脏腑之纹理也。”这一段,古今注家争议甚多,意见分歧颇大,有的认为是全书之眼目,如《医宗金鉴》、《高注金匱要略》即把该条排于全书之首,认为总括后述诸篇;有的认为该条文义晦涩,“千般灾难,不越三条”的论述理义含糊,标准不清,当属衍文。

撇开上述论争,先来循文释义。千般灾难,不越三条的“三条”,为简便起见,我们姑将之称为“三由”。这样称呼的理由在于:一、原文有“以此详之,病由都尽”之语,“由”(来由)与“因”(原因)意义相近,病由含有病因之义;二、为与后世陈无择提出的“三因”相区别;三、由除了表示原因外,还表示动态,有“经由”之意,与原书对疾病认识动态观相符合。

《金匱》的三由即内所因,外所因,房室、金刃、虫兽所伤。这三者并非专论病因。根据原书“经络受邪,入脏腑”之语,并不能判断疾病的原因是什么,因为“邪”包含的范围是很广的,而且经络、脏腑分明讲的是病变的部位。但同样令人疑惑不解的是,如从病位角度来看,房室、金刃、虫兽所伤又显然并非病位。三者相并而论,颇有鱼鲁之嫌,所以后世医家往往弃而不用,宋代陈无择则将三由演变为三因,著《三因极一病证方论》,后世医家多尊陈氏说,或如尤在泾所言,认为仲景三由与陈氏三因二说并行于世可也。

然而,深入分析原文可知,仲景三由说并不是单纯的病因或病位学说。首先,就语义而言,“内(外)所因”并不等同于“内(外)因”,而是指内(外)疾病产生的过程,所者,有“经过,由来”的意思,与“视其所以,观其所由”(《论语·为政》)用法同。原文既讲述了疾病产生的原因(“邪”、“壅塞”、“房室金刃虫兽”),又讲述了病变部位(“经络”、“脏腑”、“四肢九窍”),还讲述了疾病的发展动态(“入”、“传”、“伤”),故“内

(外)所因”实则包含了对疾病产生的原因、疾病发生的部位、疾病发展的趋势三个层面的理解。

其次,就具体内容而言,该条先讲外在环境的异常变化超过人体正常的适应范围,就可能导致疾病的发生。顺理成章,接下来讨论的是疾病的产生有哪几种方式。对这一问题的探讨也是综合了病因、病位、病势等几个方面。一种方式为感受外邪,邪由表及里,深入经络脏腑,经络脏腑因邪正相搏,阴阳偏胜而产生疾病。因为脏腑经络深居于里,邪由外入内引起疾病的发生有一个向内的趋势,故称“内所因”。《中风历节病》篇“寒虚相搏,邪在皮肤,浮者血虚,络脉空虚……正气引邪,僻不遂”即是这种变化的实例。另一种方式为四肢九窍等形体局部因气血周流不畅、脉道痹阻而产生疾病。因为形体肢窍浅处于表,气血产生于里而壅塞于表有一个向外的趋势,故称为外皮肤所中。《血痹虚劳病》篇“五劳虚极羸瘦……内有干血,肌肤甲错,面目黧黑”可证。还有一种方式,病因既非外界不正之气,又非内部气血壅塞,而是房室之劳损伤精气,金刃、虫兽猝然作用于人体所引起;病位难以确定到底是在内之脏腑经络还是在外之形体肢窍(房劳则既有形体肢窍之劳,又有脏腑精气之虚;病势难以分析由外入内,还是由内出外(房劳则既可外触而内伤也可内感而外应,金刃、虫兽可令机体内外同时受损)。这在附录三篇中时可见之。

再次,就医理而言,疾病的本质是一定的病因作用于机体,引起机体功能、代谢和形态结构变化的异常生命活动过程,这一过程实质是机体与其所处的外界环境不能谐和及机体内部自稳(homestasis)的失衡。按整体观念,人身作为一小宇宙,与所存在的外界环境间有着非常密切的联系。外界环境是一个独立的层次,人体本身又可以分为两个层次:形体四肢九窍为外在可见的部分,居于较浅层次,所以在部位上属表;脏腑经络为内在不可见的部分,居于较深层次,所以在部位上属里。脏腑经络与形体肢窍之间相互连通,构成一个整体;其中九窍为脏腑功能的外现,与脏腑联系尤为密切,四肢为经络功能的外现与经络联系尤为密切。因此,以人体为中心,由外向内约可分为三个层次:外部是外界环境层(原文所谓“风气”),中间是形体肢窍层(原文“四肢九窍”),内部是脏腑经络层(原文“经络脏腑”)。与此相应,疾病的发展趋势有由外入内、由内出外及内外同病三种;病因有外感、内伤及不外内因三种,病位有在表、在里及表里不确定三种。而

这三者在本质上是高度同一的(统一于以人体为中心的三个层次),这使得有可能建立一种模式,综合这三种显示疾病特征的因素来考察疾病,金匱原文正较好地实现了这一点。

因而可以认为,金匱三由实则是包含了病因、病位、病势在内的一个综合识病模式。病因包含外感诸邪、内生诸邪、房室、金刃、虫兽等特殊因素;病位有深居于里的脏腑经络、卫护于外的形体肢窍以及难以定位的“泛病位病”;病势有从外入内、从内出外、内外同病几种。这在全书各病的辨证中均有体现,如“身劳汗出,衣里冷湿,久久得之”的肾著;“唇痿舌青,口燥……腹不满,其人言我满”的瘀血;“令人吐涎,心痛发作有时”的蛔虫病等。限于篇幅,笔者在这里不一一例举。要注意的一点是,病因、病位、病势的组合是多元的,如外因对应的病位不一定都在表,也可在里(寒疝、阳明病中寒等即是)。故临床应注意到各种疾病的特殊性,善于变通。

《金匱》的这种识病模式,是颇为先进和科学的,因为:¹ 它与现代“生物心理社会医学模式”(biopsychosocial medical model)不谋而合,后者系随疾病谱的变化及人们认识的提高,于上世纪70年代提出^[1]。两种医学模式都重视环境对人的影响,将人放在一个大的背景中观察疾病的发生发展并

探讨其规律,着眼点在“病人”而非“疾病”,真正体现了人本思想。当然限于时代,仲景尚不可能将心理对人的影响提到一个很高的高度,原书虽也涉及一些情绪异常的疾病,但多为身心疾病(physiopsychic disease)而非心身疾病(psychosomatic disease)。^④这是一种动态的识病观。疾病是一个动态的过程,而非静止的现象,因此不能用固滞的眼光去认识、分析疾病。尤其是对病因的认识,因疾病的过程常可发生因果交替,不同的病因在疾病过程中所起作用各不相同,原因不是一成不变的,更需要动态观。^⑤有利于疾病的预防与治疗。根据疾病的发展趋势,一方面可以预先阻断其向不利方向进展,另一方面可以因势利导,调动各种积极因素,使之朝有利方向发展。总之,金匱的“三由”识病模式是古代朴素唯物主义在医学领域的体现,可以说是中国最早有明文论述的医学模式之雏形。

参考文献

- [1] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129

(2002-09-04 收稿; 2002-09-25 修回)

(上接第771页)张玉五^[18]用丹参-Cop方案治疗(即在Cop方案用药同时每日静脉滴注丹参注射液10ml,相当于20g生药)31例淋巴瘤患者,有效21例(67.7%),略优于单用Cop方案治疗组。高兰平^[19]等用天门冬注射液2ml~4ml(含生药10g/ml)静注;白花蛇舌草注射液2ml(含生药8g/ml),肌注,结合中医辨证治疗及化疗。结果治疗恶性淋巴瘤185例,5年治愈率早期病人可达80%,晚期或复发病例亦可达50%。

4 评价与展望

淋巴瘤的治疗方法,目前都选用放疗和(或)化疗,外科手术仅占次要地位,而放疗或化疗又因副作用大,有些患者难于完成既定疗程,影响疗效。中医药治疗本病,在于调整机体的阴阳平衡,发挥扶正与祛邪的双重作用,有助于提高淋巴瘤患者的近期治愈率和远期生存率,同时减轻放化疗的毒副作用,提高患者的生存质量。但目前仍存在问题,如辨证分型不统一,有些报道在病例选择上和疗效标准方面欠规范,影响结果的可比性、重复性。同时有针对性的单味中药及成方的有效成分研究较少,中药治疗淋巴瘤的机制研究较少。要进一步借助现代免疫药理技术,进行单味中药或成方的药理学研究,筛选提取临床疗效好的单味药或成方,研制出高效、可靠、低毒的治疗新药。

参考文献

- [1] 周维顺, 吴良顺. 恶性淋巴瘤诊治还要[J]. 浙江中医杂志, 1997, 32(8): 345
- [2] 郭良耀, 沈俊, 赵小亭. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤24例观察[J]. 福建中医药, 1992, 23(4): 7
- [3] 王兆麟. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤28例疗效观察[J]. 福建中医药, 1997, 28(3): 3
- [4] 罗秀素, 沈一平, 虞守喜, 等. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤34例临床观察[J]. 江西中医药, 1998, 29(3): 44~45
- [5] 朱力平. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤43例疗效观察[J]. 江西中

- 医药, 1997, 28(2): 45
- [6] 蔡明明, 吴燕波. 综合治疗恶性淋巴瘤55例临床观察[J]. 江苏中医, 1994, 15(4): 5
- [7] 孙桂生, 李永辉, 阮挺强. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤78例临床观察[J]. 实用中西医结合杂志, 1997, 10(1): 13
- [8] 全达芳, 李佐清. 中医药合并“CHOP”方案治疗恶性淋巴瘤73例[J]. 广西中医药, 1994, 17(6): 13~14
- [9] 常振芳. 中医综合疗法治疗淋巴瘤腺癌55例[J]. 中医杂志, 1994, 21(9): 408
- [10] 任玉让. 中药治疗恶性淋巴瘤31例临床观察[J]. 河南中医药学, 1996, 11(4): 36
- [11] 王熹. 中西医结合治疗中晚期恶性淋巴瘤23例[J]. 江苏中医, 1998, 19(3): 27
- [12] 刑涛, 葛新华, 刘孝伟. 中西医结合治疗NHC临床观察[J]. 中国肿瘤临床与康复, 1999, 6(3): 70~72
- [13] 赖启泰. 恶性淋巴瘤的中西医结合治疗: 附50例分析[J]. 中国肿瘤临床与康复, 1996, 314: 96
- [14] 郭秀梅, 李俊秀, 杨学峰. 中药联合化疗治疗非何杰金淋巴瘤112例临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(6): 325~327
- [15] 李双喜. 中草药治疗恶性淋巴瘤的体会[J]. 实用中西医结合杂志, 1997, 10(7): 674
- [16] 秦群, 谭达人, 谭桂山, 等. 灵芝口服液配合化疗治疗恶性血液疾病的临床观察及实验室研究[J]. 中国中药杂志, 1997, 22(6): 378~380
- [17] 李元善, 张亭栋, 李成文, 等. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤27例[J]. 中华肿瘤杂志, 1988, 10(1): 61~62
- [18] 张玉五, 郑清莲, 薛颖, 等. 丹参治疗恶性淋巴瘤临床评价[J]. 西安医科大学学报, 1989, 10(2): 180
- [19] 高兰平, 高国俊. 中西医结合治疗恶性淋巴瘤185例疗效分析[J]. 苏州医学院学报, 1998, 18(5): 500

(2002-10-10 收稿; 2002-11-20 修回)