

《金匱要略》首篇“十七句”内涵辨识

袁清思

(辽宁中医学院研究生部, 辽宁 沈阳 10032)

摘 要:《金匱要略》首篇之“十七句”, 历代医家对其争论不休, 争论的焦点是因为文中用了一个“伤”字。认为这段原文是仲景把五行学说具体地运用到肝虚病的治疗方法, 由此可以导出脏腑病证的“隔二、隔三疗法”, 对指导杂病学临床很有价值, 正确理解“伤”字及其文中的内涵不仅在本书中有实际和应用意义, 也是中医学中一个重要的理论问题, 应当予以高度重视和充分肯定。

关 键 词: 金匱; 十七句; 探讨;

中图分类号: R251.1 文献标识码: A 文章编号: 1009 - 5276(2001) 06 - 0580 - 03

《金匱要略》首篇第一条第二自然段中有六十九字, 从句读的角度来说, 由十七个句子组成, 故习惯上称为“十七句”。历代注述医家们对其争论不休, 笔者认为这段文字不仅是治疗杂病的重要指导思想, 也是中医学术中的重大理论问题, 有必要进行详细地分析与深入地探讨。

1 “十七句”由来与内容

“十七句”原文为“酸入肝, 焦苦入心, 甘入脾。脾能伤肾, 肾气微弱, 则水不行; 水不行, 则心火气盛; 心火气盛, 则伤肺; 肺被伤, 则金气不行, 金气不行, 则肝气盛。故实脾, 则肝自愈。此治肝补脾之要妙也。”加了标点符号就是这样。需要说明的是, 以上的文字与断句是以日本宝历六年(1756 年) 由日本刻印的赵(开美) 刻《仲景全书》为依据的。1979 年 10 月以来全国统编本科教材(四版《金匱要略选读》、五版《金匱要略讲义》、六版《金匱要略选读》) 都采用了这个版本, 只不过是四版有括弧而五版没有。四、五版都加了校勘。到了六版, 校勘和括弧全被取消, 说明了一种认识趋向。明代赵以德(1368 年) 所著《金匱玉函经衍义》中虽亦是“十七句”, 但其文中“故实脾”变为“肝气盛”, 《金宗全鉴》同此。另外, 还有“十五句”之称, 即在十七句中无“心火气盛”和“故实脾”两句, 代表作是由人民卫生出版社根据《古今医统证脉全书》, 参考明历(1573 年) 赵刻本及涵芬楼藏刊本校对后所印的《金匱要略方论》和尤在泾所著的《金匱要略心典》, 全国函授统编教材《金匱要略讲义》选用了这个蓝本, 没用括弧, 加了校勘。“十七句”和“十五句”在涵义上没有大的不同。

“十七句”是在上文肝(体) 虚病具体治法“补用酸, 助用焦苦, 益用甘味之药调之”的基础上, 进一步阐述其治疗机理, 现分析如下:

表 1 治疗机理分析表

病名	药味、归入、意义	理论参考	虚实
夫肝之病	“补用酸”→入肝一肝体虚补之以本味	《素问·生气通天论》:“阴之所生, 本在五味。” 《素问·阴阳应象大论》:“酸生肝”。	肝虚可用此法, 实则不再用之
	“助用焦苦”→入心一心火为肝木之子	《内经》:“子能令母实。” 王冰:“肝藏血, 心行之。” 《千金方》:“心旺则气盛于肝。”	
	“益用甘味之药调之。” 甘→入脾→伤肾, 肾气微弱水不行→心火气盛→伤肺, 金气不行→肝气盛。故实脾, 则肝自愈。	《素问·五运行大论》:“气…不及, 则己所不胜侮而乘之, 己所轻而侮之。” 《素问·脏气法时论》:“肝苦急, 急食甘以缓之。” 《难经·十四难》:“损其肝者, 缓其中。”	

第一篇中仲景无方治, 第六篇虚劳病中有一证治可以作为作者对肝虚证治法的一个例证。原文是:“虚劳虚烦不得眠, 酸枣仁汤主之。”方剂分析, 请见下表:

表 2 药物性味及作用分析表

方名	药 物	性 味	作 用
酸枣仁汤	酸枣仁	酸、甘、平	滋阴养肝
	知母	苦、甘、寒	助心火, 清虚热
	茯苓甘草	甘、淡、平 甘、平	健脾益气、宁心安神
	川芎	辛、温	疏理气血, 助其用

2 “十七句”争派观念与焦点

对于“十七句”之争, 由来已久, 众说纷纭, 但归

纳起来不外两大派别、四种说法。

第一派为肯定派,支持和赞同这一理论。其中第一种是“五行相制”观点,以徐忠可(《金匱要略论注》作者)、程云来(《金匱要略直解》作者)为代表:徐氏云:“此处之论只重救受传之脏,故曰治未病。谓之所以迁延不愈者,如木必克土之类,故以必先实脾为治肝之要妙,即为治诸脏之总法也。是故补母,不如直补本脏之初,而又助其子,子能令母实,则本脏更旺,乃又扶肝木所克之脾土,委曲以制仇木之肺金,谓既虚不堪再损,故以安其仇,为急。”程氏云:“夫五味入胃,各归其所喜,酸先入肝,苦先入心,甘先入脾…是见肝之病,当用甘实脾,使土旺能胜水,水不利,则火盛而制金,金不能克木,肝病自愈矣。此治肝补脾治未病之法也。愚谓见肝补脾则可,若谓补脾伤肾,肾可伤乎?火盛则伤肺,肺可伤乎?然则肝病虽愈,又当准此法治肺治肾,五脏似无宁日也。”“伤”字当作制字看,制之则五脏和平,而诸病不作矣。”第二种是“隔二、隔三”观点,以吴谦(《医宗金鉴订正金匱要略注》作者)为代表,吴氏云:“上工不但知肝实必传脾虚之病,而且知肝虚不传脾,虚反受肺邪之病,故治肝虚脾虚之病,则用酸入肝,以补已病之肝;用焦苦入心,以助不病之心;用甘入脾,以益不实之脾。使火生土,使土制水,水弱则火旺,火旺则制金,金被制则木不受邪,而肝病自愈矣。此亢则害,承乃制,制则生化,化生不病之理,隔二隔三之治。故曰此治肝补脾之要妙也。”

第二派为否定派,反对和否定这一理论。

其中第一种是“述中工谬论”观点,以陈修园(《金匱要略浅注》)和曹家达(《金匱发微》)为代表。陈氏云:“是述中工之误,以为补脾能伤肾…伤肺…为治肝补脾之要妙。”如此“则是治一脏而殃及四脏,恶在于肝虚之治法哉。”曹氏云:“述中工谬论,不著紧要。”主张删除。第二种是“谬添注脚”观点,以尤在泾(《金匱要略心典》)和陆渊雷(《金匱今释》)为代表。尤氏说:“酸入肝以下十五句,疑非仲景原文,类后人误添注脚,编书者误收之也。盖仲景治肝补脾之要,在脾实而不受肝邪,非补脾以伤肾,纵火刑金之谓。果尔,则所全者少,而所伤者反多也。且脾得补而肺将自旺,肾受伤必虚及其子,何制金强木之有哉!”陆氏说:“酸入肝至要妙也六十九字,迂谬不可为训,上文言补用酸,助用焦苦,益用甘味,可知补为主,助益为辅,此处专从甘入脾立论,置补与助于不问一误也;治肝而伤肾伤肺,五脏俱受牵动,是诛伐无过,二误也。此段当是后人旁注,传写并入正文,

故以为当删。”由此可见,持否定态度两者之差别,只在于前者认为仲景原文,后者认为是旁注误入。

从以上各家的观点可以看出,争论是非常激烈的,对统编的教科书影响也很大。其产生的原因就是一个“伤”字,持否定态度者把“伤”字作伤害理解,持肯定态度者把“伤”字作制约理解,真可谓“一字之差,失之千里。”1023年王洙在蠹简中所得《金匱玉函要略方》中是“伤”字,而151年后的1174年(南宋淳熙年间)陈言(无择)在《三因极一病证方论·卷八·内所因论》中说:“观《金匱》之论…肝虚补用酸,助用焦苦,益用甘味之药。酸入肝,焦苦入心,甘入脾,脾能制肾,肾气微弱,则水气不行,水不行则心火气盛,心火盛则肺金受制,肝气乃舒,肝气舒则肝病自愈。”这是《金匱》遗失800多年重新问世后较早的医学大家的观点,在这里不是完全引证原文,只是引了大概,但把“伤”字改为“制”字是否合理呢?从《说文解字段注》“山海经谓木束为伤”中可知,秦汉时期的“伤”字不完全是伤害、戕害、毁伤或伤病之义,还有制约、抑制、管制等意思,在这里“制”与“伤”即可认为是“克”的同义词,这是符合仲景本义的。但应当指出,历代医书中类似这种情况,一般都用“制”而不用“伤”字,陈言以后,凡推崇“十七句”之论者,多以他的论点为依据。

3 “十七句”的内涵及其临床指导意义

从理论上讲,“十七句”是五行生克制化理论在杂病学治疗原则上的体现。《金匱要略》第一篇,并没有对具体病证的辨证施治,只是论述杂病学中一些具有普遍指导意义的原则,以五行学说为例,开篇第一条首先提出治未病脏腑的理论,肝(木)病传脾(土);紧接着论述肝(虚)病的治法,又运用这一理论,是自然的。用这一理论作指导,去调整脏腑失调的病变,使之归于平衡,达到治愈疾病的目的。由于脏腑失调的情况比较复杂,结合本条是肝虚有热的病变,故仲景提出味备酸甘焦苦,功兼补助益调的具体治法,以恢复脏腑相互制约的生理平衡,这一“五行相制疗法”正是仲景著述的精义之一。五行学说的运用在本篇望诊和切诊中也都有明确的体现。对如此重要的问题,切不可因一字一词的理解不同,而因噎废食,轻易否定。

从临床的角度来讲,在这一理论原则指导下,产生的疗法叫作“隔二、隔三疗法”。对临床有较大的指导意义。这一提法出自《医宗金鉴》,上文已作引证,不复赘述,要讲清此法,须从“隔一疗法”开始,才能真正理解“隔二、隔三疗法”。

隔一疗法:是针对与本脏有相生(母子)关系的脏腑进行治疗。如肝:肾^母←肝^子→心,每脏都有生我和我生的相生关系,生我者为母,我生者为子,故亦称为母子关系,治疗上“虚则补其母”、“实则泻其子”,补肾^虚←肝^实→泻心,从而达到治疗本脏的目的,因中间隔本脏,因此称为“隔一疗法”。

隔二疗法:是针对“我克”(己所胜)之脏腑进行治疗。如肝^{肝气有余,相克太过(乘)}→脾^{肝气不足,相克不及(侮)},治疗方面前者当泻肝之有余或补脾之不足,后者当补肝之不足或泻脾之有余,这是从调节两脏平衡的角度而言,主要是宜用“实则泻之,虚则补之”的原则,从而达到治疗本脏的目的,由于它是在“隔一疗法”基础上产生

的,隔着的就是自己和所生之脏,故称为“隔二疗法”。

“隔三疗法”是针对“克我”(己所不胜)之脏腑进行治疗。如肝^{肝气不足,相克太过(乘)}→肺^{肝气有余,相克不及(侮)},治疗方面前者当泻其(肺)之有余,后者当补其(肺)之不足,同时对本脏(肝)之气有余或不足加以纠正。

由上可知,三种疗法综合起来,充分体现了五行学说在临床的指导作用,五脏都在其中,无一例外;每一脏都与其它四脏发生着密切的关系:生我、我生、我克、克我、相乘、相侮;形成了一个复杂的虚实补泻的证治系统,若能掌握规律,运用自如,定会在杂病的治疗中取得满意的效果,成为一代“上工”。

(上接第 571 页)

统计学方法:计量资料用均数±标准差表示($\bar{X} \pm S$),统计学方法采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

6 结 果

综合疗效,见表 1。

表 1 两组综合疗效比较

组别	n	临床近期 治愈例(%)	显效例 (%)	有效例 (%)	无效例 (%)	总有效例 (%)
治疗组	306	196(64.1)	51(16.5)	47(15.4)	12(4.0)	294(96.0)
对照组	306	163(53.2)	44(14.3)	47(15.4)	52(17.1)	254(82.9)

经 χ^2 检验,两组比较,无论临床近期治愈率,总有效率均有显著性差异($P < 0.05$)。

两组治疗前后超声心动图检查,心脏左室功能变化,见表 2。

表 2 两组治疗前后超声心动图检查左室功能变化

组别		$\Delta D\%$	$\Delta TPWP\%$	SV	EF	P ₁
治疗组 n=306	前	27.5±12.2	40.5±22.6	50.8±14.1	43.2±16.0	<0.05
	后	30.6±12.2	42.6±21.3	69.3±5.9	56.1±19.1	
对照组 n=306	前	25.7±13.1	40.1±20.9	52.6±13.1	45.2±13.1	<0.05
	后	28.6±12.6	43.6±22.0	70.7±13.9	56.1±17.0	
P ₂		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	

P₁ 自身前后对照, P₂ 两组间同期对照。

两组治疗前后血液流变学变化比较($\bar{X} \pm S$) 见表 3

表 3 两组治疗前后血液流变学变化比较

组别	全血粘度 (比)	血浆粘度 (比)	红细胞压 积(%)	红细胞电 泳(S)	血小板粘 附(min)
治疗组 前	5.02±6.41	1.83±0.24	46.14±3.00	17.14±3.01	40.28±9.36
n=306 后	4.81±5.10 [△]	1.70±0.12 ^{△*}	45.07±2.93 ^{△*}	14.37±3.01 ^{△*}	30.30±7.65 ^{△*}
对照组 前	5.10±6.40	1.72±0.26	45.7±5.70	16.95±2.53	38.21±8.70
n=306 后	4.82±0.46	1.68±0.11	44.92±4.51	15.98±2.73	37.93±6.07

注: * 与同期比较 $P < 0.05$, Δ 与本组治疗前比较 $P < 0.05$

安全性观测: 血、尿、便常规, 肝肾功能, 用药前后无