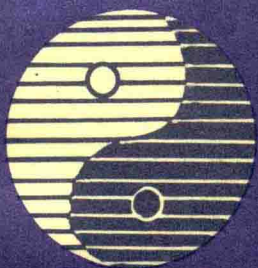


CHA YI KUN HUO YU XUAN ZE



何裕民 主编



# 差异·困惑与选择

—— 中西医学比较研究

沈阳出版社

# 差异·困惑与选择

——中西医学比较研究

主 编 何裕民

副主编 聂菁葆 王旭东 邱鸿钟

聂 广 王宝瑞

沈阳出版社



差异·困惑与选择  
——中西医学比较研究

何裕民 主编

\*

沈阳出版社出版

沈阳市和平区十三纬路2段19号

大连庄河印刷厂印刷

全国新华书店发行

\*

1990年7月第一版

开本:850×1168毫米 32开本

1990年7月第一次印刷

印张:11.75

印数:0001-10000

字数:500000

ISBN:7-80556-451-5 / R · 17

定价:8.70元

再没有比人们无区别地从下述三个论据中作出的同一结论更糟糕的了，即：因为这是引证我们前辈的权威，这是习惯，这是一般的信念，所以是正确的。

——Roger.Bacon

· 理论医学丛书 ·

主 编： 杜治政 刘增垣

理论医学丛书之一

差异 · 困惑与选择

—— 中 西 医 学 比 较 研 究

主 编 何裕民

副主编 (以所写内容先后为序)

聂菁葆 王旭东 邱鸿钟 聂广 王宝瑞

编 委 (按姓氏笔划为序)

王旭东	王宝瑞	关 前	李红升	华伦荣	刘树民
张 晔	张国庆	余国友	何星海	何裕民	武 岩
邱鸿钟	图 娅	姜明煤	聂 广	袁 钟	聂菁葆
顾 璜	柴可夫	高钦颖	徐晓玉	贾雁宾	夏淑贤
程 伟					

## 内容简介

中西医学比较，是一个涉及宽广、理论和实际意义都颇为突出的新兴领域。近年来活跃于理论医学界的一批中、青年学者用了两年时间，系统地进行了这方面的研讨，推出了 50 万字的研究成果《差异·困惑与选择——中西医学比较研究》。这些作者融哲人气质与实干家之缜密，严肃的理性审视与洒脱的诗人韵味于一体，借助当今人类科学技术和文化研究之成果，把中西医学放在东西方文化这个宽广的历史和现实的背景中加以全景式的鸟瞰和局部的剖析，研讨回答了医学领域一系列重大理论问题，反思了近百年，直至今日的中西医交汇之艰难历程和由此激起的众多思潮之深层根源；提出了作者们的选择——中医理论体系的重建，并就后者作了具体的阐述。全书共有五大编，包括历史的轨迹、异质的土壤（文化背景）、范式引力场（理论体系）、临床二重奏和艰难的选择，计 20 余章，近百个小专题，每个小专题都闪烁着作者的智慧和功力，大都有着新颖或独到之见地。

## 序

展现在读者面前的这部中西医学比较研究的著作，是我国一些富有远见卓识的中、青年学者长时间思索的凝结物。本书的作者们从中西两种不同医学体系的种种事实出发，以深沉、明晰和生动的语言，广泛讨论了摆在我国医学科学工作者、特别是中医科学工作者面前的一系列问题：中医与西医两种医学的历史渊源有何相同与不同之处？体系结构、诊断治则、用药立法、思维体系的差异及差异的本质是什么？中医为什么走上了独特发展的道路？在科学技术处于革命性变革的今天，中医面临的困惑与矛盾有哪些？应该怎样选择自己的发展道路？它的命运与前途如何预测？如此等问题，尽管人们对此可以有不同的看法，但当你读完本书后，谁也否认不了本书作者们所阐述的命题与见解，是值得回味与思考的。

人们对于事物的认识，往往是在比较的缝隙中前进的。比较，两个事物或几个事物之间的比较，可以使人看清事物的原委与真象，可以使人们的视野开阔，有助于突破思维的禁锢，展扩思维的海洋。本书作者一反人们那种就中医研究中医的习惯方法，把中医放在整个世界医学发展的历史长河中加以系统全面的比较，放在广阔的世界文化背景的环境下考察，这就向人们展开了一幕幕新的图画，引出了种种耐人寻味的见解。当我阅读本书的一些章节中，总是跟随着作者的思路在思索着作者提出的问题。

医学，和整个自然科学一样，从根本上说是国际性的。医学的民族性，是相对于国际性而言的，只能是国际性的一种补充。早在半个世纪以前，德国的科学家 E·费歇就曾说过：“不管你们喜欢不喜欢，科学是并且永远是国际的。”（转引自《爱因斯坦文选》第三卷，22 页）医学是对人体在正常和异常状态下客观规律的写真。不管在什么时候，也不论在什么地方，人体及其与环境相互关系的运动规律是相同的，各种外界因素引起人体的生理病理反映是同一的。人体之构造，人体各器官、组织、细胞的功能及他们的变化



规律，本质上是不会有差别的。因此，人们对人体及其疾病的认识，最终都会在客观的同一性上得到统一。这也就是当今世界各地的医学家在对人体疾病的研究的交流中越来越有共同语言，越来越有一致认识的原因。诚然，各个国家、民族、地区的医学专家们由于彼此的文化环境、思维模式、整个科学技术进步和经济发展水平的不同，人们在探索人体和疾病征途中会有这样或那样不同的看法，会呈现仁者见仁、智者见智的情景。这也正是历史上曾经出现过希腊医学、埃及医学、罗马医学的原因，同时也是当今还有中国医学、印度医学与西方医学的区分的症结。我们似乎可以形象地把各个国家、民族、地区的医学比做河流的源，这些河流的源经过迂回曲折，最终都会归人体和疾病运动客观规律的这个大海中去的。正是从这个意义上，本书作者大声疾呼拔掉中医周围的篱笆墙，开放自己的边界，大胆地让中医学加入现代科学的大合唱中，并且在这种交流中发展、丰富、完善自己，为整个世界医学做出贡献。历史上无数事实证明，任何一门科学在与其他学科的交流中，得到的是滋润生物生长的雨与露，而失去的则是自身的历史的灰尘与糟粕。封闭政策、隔离政策，是一种自我衰亡、自我毁灭的政策。

医学虽然没有国界，但医学家有祖国的。作为中国的一个医学科学工作者，我们为有中医这样一个医学瑰宝而自豪，也为中医学的许多光彩夺目的思想而感到振奋，我们坚信，中医在其自身的发展中，这些宝贵的思想只会得到发扬光大，因为正确的反映了客观规律的东西是不会消灭的。科学虽然是国际的，但世界上绝大多数科学家同时又都是爱国主义者。因为任何一个科学家，总是立足于一定国家的科学舞台，为自己国家的科学事业贡献力量，所以科学家的行为无疑是爱国主义的。但他们在作出贡献过程中，无疑要吸收和运用世界各国科学家的知识和成果，而其自身获得的成就，也无疑会汇集到世界科学的百花园中，成为人类的共同财富。所以任何一个科学家，事实上又是一个国际主义者。我们必须清楚地认识到，封闭的科学，只能是一种病态的科学。用狭隘的民族主义和

种族主义观点对待科学，只会使科学走上歧途，甚致从根本上断送科学。这样的事例是举不胜举的。医学和文学艺术不同，医学科学的民族特点不是也不可能是医学科学的本质特征，正象国际性不是文艺的本质特征一样。医学和其他自然科学在其发展中，不排斥在表达方式、文字语言、逻辑习惯等方面的某些民族特点，但在概念、范畴、客观规律等根本内容方面，绝不可能存在民族、国家的标记。否则，就不可能是科学，或者说，还未能到客观世界真实面貌相一致的科学境地。

在世界新技术、高技术迅速推进的今天，在现代医学广泛采用物理学、化学、数学、生物学和工程技术等应用科学的今天，中医怎样作出自己的选择？是在自己周围筑起一道道高高的围墙，象过去那样与历史隔绝起来，抑或一同加入到今日大科学的时代中来，在科学百科的大合唱中来表现、舒展自己的英华和潜力？让我们作出自己的选择吧！

日益迅速发展的现代科学技术的浪潮，对我国的中医，提供了一种新的机会，而绝不是灾难。中医在和现代科学技术的交流中，其结果无非是两种情况：中医吸收了现代科学成就，更好地焕发自己的青春，在相当长的时间内，以一种生机勃勃的形象展现在世界医学舞台；或者是汇融到现代医学总体中去，为现代医学增添新的血液，丰富世界医学的宝库。科学是对未来的探求，我们很难在研究前就设计出研究的结果。但无论哪一种前途，都是我们炎黄子孙的骄傲。我们是辩证唯物论者，我们坚信，任何科学，都需要随着时代的进步不断更新，增添自己的内容。万古不变的科学是没有的，除非把它视为非科学的教义或教条。

认为中医在与现代科学技术交流中将会衰弱的观点，是一种对中医缺乏自信力的观点。我们应满怀信心地迎接中医的未来。

一九九〇年四月于大连 杜治政

## 序

理论医学 (*Theoretical Medicine*) 是医学科学经历了经验医学、实验医学之后, 向整体医学发展过程中所产生的一门综合性理论学科。它既不同于生物医学模式的基础、临床、预防、康复医学等实验医学, 也区别于医学哲学、医学辩证法、医学学、元医学的一门新兴交叉性医学学科。因此, 它不单纯是前者的理论研究的狭义概念, 也不完全是后者的标新立异的混同概念, 而是有其独自的内涵与外延、狭义与广义的概念、相应的研究对象与范畴、具体的研究内容与方法。尽管国内、外学者对这一学科的名称和界说至今尚无统一意见, 但是十余年来它却受到世界各国医学界和理论学界的高度重视, 纷纷建立相应的学会组织和研究部门, 并且出版杂志教材和专业书籍。

现在出版的这部《差异·困惑与选择》——中西医学比较研究, 是中国《理论医学研究丛书》中的一部专著。这是我国一批富有远见卓识和具有相当造诣的中、青年学者, 以新的观念、知识结构、理论体系, 在文化人类学和医学文化学的广阔背景下, 在自然观、认识论、方法论的高度基础上, 通过对古代与现代、东方与西文的文化差异和屏障, 对中医与西医两种医学的基本概念、科学方法、理论体系、表述方式不同的历史渊源和区别, 进行全面系统的比较研究, 其目的是探索古代与现代中医学跨时代的发展、中医学与西医学跨文化的认同。这对于中医现代化、西医整体化、中西医结合统一化, 都具有重要的现实意义和深远的历史意义。

中国医学是由中医学、西医学、中西结合医学三支力量组成的。这种鼎立共存的医学理论体系, 既可因其研究同一事物的通约可能性, 而具有并存融合与兼收并蓄的物质基础, 又可因其文化屏障和理论差异, 而成为冲突和拒斥的矛盾根源。如果是: 择优而从, 适者包容, 并存整合, 则会产生积极促进作用, 而有利于中国医学的现代化发展; 倘若是: 二律背反, 竞相贬斥, 两难选择, 则

会发生消极滞后作用，而有碍于中国医学的现代化进程。

从清末开始，我国医学界和理论学界的有识之士，曾在不同层次和从各种角度来研究中医学发展和中西医融合问题，因而有“中西汇通”、“衷中参西”、“中西医结合”之说，然而到今为止，仍然有汇而不通，结而未合的情况。建国以来，我国虽然提倡“古为今用”、“洋为中用”、“推陈出新”的指导原则，实行“百家争鸣”、“百花齐放”的学术方针，执行中医药和中西医结合的保护政策，使中国医学有相当发展和对世界医学有一定贡献，但是由于过去受民族虚无主义“西方认同论”和民族复古主义“传统本位论”的影响，长期的而只在问题的表层关于中医学与西医学究竟孰为科学进行喋喋不休的争论，这实在是无端的浪费医学人才的生命，无益于民族医学的进步和世界医学的发展。

这就充分表明，争论双方：不仅缺乏执着的传统精神及其对自己传统的自豪感和对现代的责任感，也缺乏强烈的改革意识和全球观念及其对特质文化的认真研究和采取特殊包容的文化心态；同时也暴露出只知己而“一叶障目不见泰山”，不知彼而知识结构和学术水平的局限。科学学创始人贝尔纳说过“构成我们学习最大的障碍，是已知的东西，而不是未知的东西。”我认为他只说对了一半，这一半正是只知己的已知东西，各持所长，固执己见，争论不休的原因；另一半是不知彼的未知东西，听而不闻，视而不见，彼此不容的缘故。在这种山穷水复疑无路的情况下，必然会引起知己知彼的而造诣较深的中西医学家、理论研究者，特别是中青年学者的深沉反思，认真研究，探索新路，以求柳暗花明又一村。

生命是整个进化的结果，科学是内在联系的整体。科学之所以被分解为许多独立的学科，主要不是取决于普遍联系不同事物的本质，而是取决于人们对不同事物普遍联系认识的局限。同样，既是研究同一事物的某一学科，例如研究同一人体生命的健康和疾病的医学，也可由于国家、民族、地域的隔离，文化背景、思维方式、研究方法的差异，经济发展、科技进步、学术水平的不同，而有仁

者见仁，智者见智的差别和各自认识的局限。这正是东方重心性、重整体、重内求，西方重理性、重个人、重外求的区别所在，也正是东方与西方出现文化屏障和医学理论体系产生差异的根本原因。

医学科学既然是一种生命科学，那么在其研究人类健康与疾病、自我完善与发展过程中，就必须竭尽一切可能运用整个科学的内在联系来研究整个进化的结果——生命及其内在机制。因此，现代医学不仅要汇集东方与西方各国医学研究之大成，而且还要引进和移植现代各种科学研究之成果，运用各种科学方法进行分析 and 综合研究。否则，将是落后、被动、挨打！在这种状态和趋势下，当然医学科学更不能例外，何况医学还有世界共同承诺性的伦理学特征。这样，各国医学研究中的仁者见仁，智者见智的情况，就必然会向“英雄所见略同”的方向转化；东方与西方的医学理论体系差异，就必然会向融合的趋势发展，最终都在人体生命客观同一性基础上得到统一。这是历史的和逻辑的必然。

本书作者的目的，正象书名和副标题所展示的那样：它是通过中西医学比较研究，追溯这两种医学理论体系产生差异的历史渊源及其本质所在；寻求中医现代化、西医整体化、中西医结合统一化长期困惑和徘徊的深层原因及其解决方法；探索在引进、并存、拒斥、融合过程中所产生的理性二律背反和二难推理的情况下，如何进行两难选择，择优而从，确定“文化整合”和“医学整合”的模式。

东方与西方“文化整合”是其“医学整合”的基础。“医学整合”是古代与现代、东方与西方医学及其还原论与整体论对微观与宏观、局部与整体研究成果的两极发展和两极相通；是精神与躯体心身二元论向“形神合一”心身一元论的回归和发展；是健康概念、卫生观念、医学模式的转化使躯体医学经心身医学向综合医学的发展。因此，可以说：“医学整合”的过程，实质上就是医学理论体系的解构和重建的过程。这是历史的责任，任重而道远。

一九九〇年四月于大连 刘增垣



我们的医学连同整个时代处于夹缝之中，这给了我们能够自由选择的快感。可是，难逢的机缘与深深的困惑和痛苦总是如影随形。于是，一群刚过和接近而立之年的中国大夫们(doctors)默默地低下了头颅，在这里沉思着、比较着，让中西医学开始了一场艰难但必须进行的对话。

## 导言 中西比较医学的确立

归根到底他们是第三代人——边缘人或“伊壁鸠鲁夹缝里的神”。……何必总是一只脚踏在门内，跨出去天地会更加广阔。什么时候你们鲜明的勇敢能够战胜你们同样鲜明的懦弱，中国也许因为你们在颤栗中更加美好。

——《第四代人》

中西医学的比较，其实就是中医学和西医学之间的对话，为了使对话卓有成效，首先得明确：有必要进行这场对话吗？中西医学可以对话吗？怎样开展这场对话？对话所关涉的题旨何在？

**历史和现实的呼唤** 科学技术的发展，特别是交通运输的发达和通讯速度的空前提高，使我们生存这颗行星缩小了。60年代，美国总统肯尼迪把地球称为“地球村”，一代英豪毛泽东则以“小小寰球”命名。古人眼中望而生畏的高山、苍海、茫茫戈壁、冰天雪地，已失去了往日严重阻碍文化交流的屏障作用。大洋此岸和彼岸，东方文化和西方文化，互相不再视对方为遥远难及的天方夜谭。当代世界文化的基本取向——东方文化西方化，西方文化东方化，世界文化综合化——使得中医学以比过去更快的速度、更广的规模、更深的层次向西方传播。伴随时代大潮的“中医西渐”，尽管

不象某些人所想象的那样，中医学将拯救西医学于危难，西医学者对中医学的兴趣虽然具有很强的唯我所用色彩，但是越来越多的学者、医生日趋关注古老而生命力犹存的中医学却是毋庸置疑的事实。当此“天地真小”之际，中国新一代的医务工作者，难道不应该彻底抛弃“自我中心”和“妄自菲薄”的偏见，具备一种真正的世界眼光，把中医学和西医学放在一起进行一番深入的探究和比较吗？

世界文化的新格局，造成了各区域不同文化系统的大汇聚，由此，一大批以“比较”命名的学科，如比较文学、比较史学、比较法学、比较语言学、比较哲学、比较美学、比较自然地理学等等雨后春笋般蓬勃兴起。当前，在近代西医学基础上发展起来的现代医学已成为世界各民族医药卫生事业的主力。与此同时，以中医学、印度医学为代表的东方传统医学，以及非洲、美洲、欧洲等国家的各具特色的传统医学不仅没有被完全取代而销声匿迹；相反，开始普遍复兴，构成现代世界医学之林不可缺少的补充或方面军。在这种背景下，国际上和国内的“比较医学”便愈来愈热闹。

在我国，自西方文化大规模传入以来，民族传统文化经历了前所未有的裂变、震荡，余波至今未息。围绕中西文化的特质、优劣，传统文化的出路和改造等一系列理论和现实问题，人们展开了旷日持久的讨论，在近代，“五四”前后，许多民族精英殚精竭虑，进行了大量有益的探索，留下了弥足珍贵的思想果实。近年来，由于我国社会主义现代化事业的需要，共和国成立后一度沉寂了的東西文化比较研究重新唤起了学者们的热情。根据目前的势头判断，用比较的方法深刻反思中国传统文化，科学分析西方文化，将是一个际会风云、令人瞩目的学术领域，将为当代中华民族文化心理结构的重建产生积极影响。中医学属三大“国粹”之一，本身便是中国传统文化的有机组成部分，而西医学则根植于西方文化，与西方文化存在千丝万缕的联系。当前的文化热不仅为中西医学间的对话提供了难得的学术氛围和可借鉴的成果，更迫使人们把中西医学的比较研究提到日程上来。

中西医学的比较，早在上个世纪甚至更早便已开始。由于西方医学的强大挑战，在这块土地上一一直是“独家经营”的中医学不得不渐渐认可当时的民族敌对者的医药学的有效性。以中西医汇通学派为主力，人们积极主动地或迫不得已地接受、吸收西医学的成就，从理论到临床对两者作了许多比较。王宏翰、毛学权、陈定泰、唐宗海、恽铁樵、张锡纯等，可谓是中西比较医学研究之先驱。不过，由于种种原因这些医学家没有也不可能取得这方面的重大进展，仅仅做了一些可贵的尝试，今天，新一代的中国医学工作者难道没有责任用自己的思考把中西医学比较研究推进到一个崭新阶段吗？

**中西医学可以比较吗？** 根据现代科学哲学家库恩（Kuhn · TS）、费耶阿本德（Feyerabend, P）等的“不可通约性”论点，中西医学显然属于典型的不可通约的理论框架。从科学发生学角度看，两者是在两种异质的文化土壤和社会背景中发生发展起来的。自然观上，中医学属有机自然观，强调整体、恒动、功能、天人相应等，其理论可证伪性弱；而西医学属于构造型自然观，强调结构、局部、静态、分析，其理论具有较强的可证伪性。在概念语言工具方面，中医学的概念术语常常比较多义、歧化、模糊、涵盖面广，具有一种历史感和辩证特色，基本上由日常自然语言所组成；西医学术语则比较单义、明晰、精确，大多为人工或形式化语言。在科学方法结构方面，中医学长于辩证思维、经验总结和猜测性的天才思辨；西医学擅于在系统的实验事实和严格的逻辑体系上构筑理论和学说，在诊疗技术和手段上的不同则更加显而易见，中医学讲究“四诊”“八纲”，辨证论治，以自然药物和养生调理为主要工具，西医学则尽可能动用一切科学技术的发明，讲究辨病施治，以化学药物、手术治疗等为主要工具，以解决局部病灶为首务。

然而，中西医学理论的不可通约并不等于它们之间不可比较。首先，不可通约性字义不等于不可比较性。“不可通约性”是从数学中借来的术语，原义是“没有共同的量度”。库恩等人把该术语用到

不同理论之间的关系上，是一种比喻用法，意为“没有共同的语言”。也就是说，若把理论体系看成语词的集合，则两个理论不可通约意味着没有一种能够把这两个理论不加损失或改变地翻译出来的中性语言。

其次，中西医学的对象、目的是完全相同的，那就是人及其疾病，保持和增进人类健康、防病治病等。因而它们是同一领域中的竞争理论。无论中医学还是西医学。都试图解释，并用相应的方式尽可能有效地对各种疾病加以控制。它们都是人类同疾病进行不懈斗争的经验总结和智慧结晶，是整个世界医学宝藏中的重要内容。只是由于各种社会、历史原因才形成了不同的理论框架。而且随着人类科学和医学的进一步发展，中西医学的许多内在相似正愈来愈多地被揭示出来。因此，从同一关系，如历史过程，社会文化背景、理论范式、临床实践等出发，对中西医学的各个侧面及其特征作客观的比较分析，不仅是合理的、可行的，更是必需的。

再次，中西医学的目的和对象完全一致，在此基础上看它们的不可通约性，则其恰恰成了进行中西医学比较研究的意义所在及客观依据。既然中西医学是两个迥然异趣的“世界”，它们以很不相同的方式观察、分析人体的生命活动与病理过程，以大相径庭的规则处理、安排经验、材料等等，而目标和研究对象却毫无区别，那么，比较中西医学，探讨其异与同特别是同中之异、异中之同，无论对中医学还是西医学，都将有极其重要的启发作用。

**比较什么？** 比较医学包括两个方面：(1) 在医学科学研究中，应用比较法作为基本研究方法而形成的一系列学科。例如，早在古希腊罗马时期的亚里士多德、盖仑就开始了从动物解剖知识推论人体解剖的比较解剖学研究；比较人类胚胎发育与动物胚胎发育的比较胚胎学，以及比较生理学，比较病理学等等，中医学中运用比较方法研究《伤寒论》而形成“比较伤寒论”等。(2) 不同医学体系之间或同一医学体系的不同亚系之间的比较研究。前者如中、西医学之间、中医学印度医学之间、欧美传统医学与西医学之间的比

较等；中医学与日本汉方的比较，汉医与藏医、汉医与蒙医、蒙医与藏医的比较等。这些方面的研究都带有跨文化、跨医学体系之性质。比较中西医学是以中医学和西医学的历史、理论、临床等为研究对象，从不同角度和方面对它们进行客观、深入的比较，分析它们的同和异，特别是同中之异、异中之同，从而科学地认识中西医学各自的特点、优势、弱点，以便更好地发展它们，为现时代世界各民族的卫生保健服务。研究过程中，不仅要注意中西医学表面上的差异与同一，更应透过现象深入本质，从表面上的类似发现本质上的不同，从表面上的不同发现本质上的类似。科学史已经表明：在极不相同的对象或特性中探寻相同点，往往能概括和抽象出更普遍的规律；在相同的对象或特征中探寻相异点，也常常能揭示出更深层次的内容，从而导致重大的科学发现。

中西医学比较没有、亦不应有固定不变的模式。凡中西医学间一切具有可比性的方面均应引起重视。一般说来，有宏观比较和微观比较。前者对中西医学及其主要方面或特征进行鸟瞰式的整体比较，试图高屋建瓴地揭示中西医学的同和异，而后者从某个特定角度进行专题研讨。其实，宏观和微观是相对的。相对中西医学的总体比较，历史的比较是专题；相对于《黄帝内经》和《希波克拉底文集》的比较，历史进程的一般比较又属宏观的；而《黄帝内经》和《希氏文集》的比较，也需从时代背景、哲学基础、人体观、疾病观、治疗思想、方法论、养生论等更小的专题加以深入。宏观比较和微观比较互相依存，没有微观分析的宏观说明很可能成为沙滩上的楼阁，失之严谨和空泛；而没有宏观概括的微观研究则常常流散无穷、意义有限。本书固然以宏观说明为宗，但也不忽视微观分析，并以此为基础，试图把宏观比较和微观比较有机地结合起来。

中西医学比较的目的在于沟通、对话，加强互相的理解，不是武断地评判它们的是与非、功与过，不是简单地论证谁优谁劣，谁胜谁负；更不能凭主观情感之好恶，有意无意拔高或贬抑某一对象，或出于“古已有之”的陈腐信念而专意发现我们的“世界第一”，



争所谓发明权。从事比较研究时，可比性和客观性始终是两大原则。列宁指出：“任何比较只是拿所比较的事物或概念的一个方面来比较，而暂时地和有条件地撇开其它方面。”<sup>①</sup>这样做的目的在于保证可比性。“有条件地撇开其它方面”是要求不能忽略，甚至舍弃其它方面，因为比较研究的客观性原则要求客观、全面、准确地把握所比较的对象或方面，不然，比较研究的结果便是不科学，不可靠的。

**方法论的优势和价值** 当代美国数学家哥德尔的研究表明：每个系统中的各组成要素间存在自我相关性。自然和社会中的环节系统都是有层次的，身处一定系统层次之中的个体，不可能对该系统的一切性质和特征（尤其是总体或带根本性的物质）获得完全清晰的认识，只有跳出原来系统到另一个更高层上，才可望解决原有系统中的关键问题，特别是某些重大疑团<sup>②</sup>“不识庐山真面目，只缘身在此山中。”为了识破中国传统医学和西方医学的“真面目”，除分别可以从中西医本身进行科学的考察外，还需要寻找一个宏观，全新的视角，通过与别的异质医学体系的比较来达到。中西比较医学在方法论上属于跳到一个更高层次，因而能在一定程度上摆脱从中西医自身认识自我所存在的“自我相关”。例如，中医学历史进化的特点是什么？通过中西医比较，也只有通过这种比较，才能发现它稳定而缓慢增长、一脉相承、独立性和封闭性等。正因为特点具有这种方法论优势，故它能获得令人耳目一新的结论，这无论对中医学还是西医学，乃至对中西文化的全面的认识都有着重大的意义和价值。

中西医汇通学派的历史悲剧，近代中西医学论争的不愉快回忆试图消灭中医的逆流，乃至把中西医结合当作我国医学发展的唯一方向等所带来的不良后果……，近、现代中医发展中历历在目

---

①《列宁全集》第3卷，423页，人民出版社。

②参见东秀成编译：《GEB——一条永恒的金带》，四川人民出版社，1983年。

实告诉人们：中西医学体系之间存在着深刻的差异。忽视这些差异，人为地以一方取代另一方，或强拉硬扯地去融合，结局必然是悲剧性的。

中医现代化是时代赋予新一代“岐黄传人”的神圣使命。使用另一个完全不同的社会文化结构中滋生出来的科学理论、科学方法、技术手段等来阐释、弘扬中国传统医学，决非轻而易举之事。中国古代的天文学、数学、物理学、化学、农学等相继成了历史的陈迹，为何独独中医学仍有顽强的生命力？其存在的合理性和必然性究竟何在？今日中医学最需要继承、发扬的究竟是什么？需要扬弃的又是什么？中医学到底给予现代医学，现代科学一些什么？在当今变化不已的世界文化大潮中，中医学怎样才能保持自己的特点或特色；求得更好的生存、更快的发展？比较研究将从新的、宏观的角度为这些问题提供有力的资料或依据。

现代西方医学从根本上改变了人类医学进化的图景，极大地改善了人类卫生和健康状况，其成就和影响是任何传统医学难以企及的。然而，它同样面临一系列严重问题。从理论到实践，西医学有何优势？又有何缺陷？它可从中医学中获得哪些有价值的东西以补其不足？总之，他山之石，可以攻玉，现代医学如何顺利地超越困境，中西比较医学也将对此有所奉献。

中西比较医学还有助于当前我国的中西文化比较研究的深入。中西文化的比较，不能总是停留在一般性的论述和分析。医学从来就是整个社会的事业，它不仅以一定的文化结构为其成长的土壤，而且构成某一文化谱系的重要内容。一般认为，中国传统文化有四大学科即医、农、兵、艺。显然，离开了中西医学的比较，中西文化的比较肯定是不完整的。

中西比较医学是一个崭新的课题，对话是永远无法结束的。本书仅仅对这一领域作了初步的全面考察。唯愿留在这本书里的所有文字将引出许许多多更新颖的话题、更深刻的探究，或者吸引更多的学者关注。

（聂菁葆 湖南中医学院）

# 目 录

第一编 历史的轨迹 .....	1
第一章 医学的滥觞 .....	1
第一节 从本能荒漠中走来 .....	2
救护本能与医疗行为 .....	2
求食活动与医药知识 .....	3
性本能与生殖崇拜 .....	4
植根于生殖文化的中医学 .....	5
生殖文化在西医学中蜕化 .....	7
第二节 巫术幽灵的徘徊 .....	8
禁忌、崇拜与巫术 .....	8
巫医:早期的医学形态 .....	11
第三节 血腥味的解剖知识 .....	14
解剖知识的远古源头 .....	14
解剖与医学的结合 .....	15
不同的结局 .....	16
第四节 早期医学的特征和归宿 .....	17
早期医学的特征 .....	17
经验医学的发展趋势 .....	18
第二章 奠定初基——《黄帝内经》和《希波克拉底文集》 .....	20
第一节 轴心时代 .....	20
古代理性医学的诞生 .....	21
黄河流域和爱琴海地区 .....	22
人类文明的奇迹时期 .....	22
第二节 轴心医学之前因 .....	24
《黄帝内经》的源头 .....	24
希波克拉底的先行者 .....	25
第三节 不期而似 .....	27

巫术和超自然主义观念的抛弃 .....	28
整体观念的确立 .....	28
动态平衡思想的孕育 .....	29
细致的观察与哲学学说的引入 .....	31
第四节 貌合神离 .....	33
功能与实体的离合 .....	33
理论解释的普适与局限 .....	34
哲学与思辨的地位 .....	35
第五节 不被之祖和被遗忘的医术 .....	36
希波克拉底的神化和被遗忘 .....	36
《黄帝内经》的骄傲和悲哀 .....	39
第三章 分道扬镳——盖仑和张仲景 .....	41
第一节 造就医圣的时代 .....	41
古罗马医学 .....	41
医学学派 .....	42
著名医学家 .....	42
东汉三国医学 .....	42
盖仑与罗马帝国的黄金时代 .....	43
仲景与汉末的战乱瘟疫 .....	45
第二节 不同的成就和方法 .....	46
盖仑的解剖生理学研究 .....	46
仲景与临证医学范式的确立 .....	47
盖仑的方法论特征 .....	48
《伤寒杂病论》的辨证思维 .....	50
第三节 异趣的传统和动机 .....	51
亚历山大利亚的医学传统 .....	52
仲景对医经、经方的融汇 .....	53
从医动机的差异 .....	54
第四节 分道扬镳的历史标志 .....	55

第五节 相似的命运 .....	57
第四章 兴盛与低谷 .....	60
第一节 呻吟中的中世纪医学 .....	60
神学的婢女 .....	61
僧侣与“寺院医学” .....	62
幽暗中的“萤光” .....	63
流行病学的成就 .....	64
第二节 繁荣昌盛的中国医学 .....	66
实证医学的摸索 .....	67
晋唐时期的“辨病论治” .....	70
“辨证论治”的确立 .....	71
学术争鸣与医学门户 .....	73
成功的原因 .....	74
第三节 交汇点上的医学 .....	76
融汇欧亚的阿拉伯医学 .....	76
内涵丰富的印度医学 .....	78
第五章 成熟与新生 .....	80
第一节 注入催化剂的近代西医 .....	80
文艺复兴运动 .....	80
科学精神的建立 .....	82
发轫于实验的医学 .....	83
数学与理性的灵魂 .....	84
三个医学学派 .....	85
形而上学的阴影 .....	86
第二节 惯性作用下的明清医学 .....	87
成熟了的体系 .....	88
《本草纲目》的成就与缺憾 .....	88
疏校医籍之风的兴起及功过 .....	89
瘟疫学说的发端与蜕变 .....	90



王清任“解剖医学”的坎坷 .....	92
人痘接种术的境遇 .....	93
第三节 中西医学的交流 .....	95
第四节 轨迹的鸟瞰 .....	97
<b>第二编 异质的土壤</b> .....	102
<b>第一章 锻造精神之链</b> .....	102
第一节 两种魔力的发端 .....	102
何谓文化 .....	103
地势使然也 .....	104
海洋与希腊文明 .....	104
大陆性地理环境与文化“隔绝机制” .....	105
血缘为纽带的宗法制度 .....	106
生殖观念的泛化 .....	107
第二节 需求的支配 .....	108
中国的农耕文化 .....	109
对待自然的态度 .....	110
商业与思想争鸣 .....	112
农耕与“淡化”思维 .....	113
第三节 神话里的真实 .....	114
“英雄神话”的寓意 .....	114
“救灾超人”身上的寄托 .....	115
神的形象 .....	116
性爱压抑背后的“内罚”与内省 .....	116
神的乱爱与行为不羁 .....	117
<b>第二章 冥冥中的陀螺</b> .....	119
第一节 文化屏障 .....	119
文化传统:历史与现实 .....	119
文化传统:特性与共性 .....	120
文化选择 .....	121

第二节 “不为”与“不能” .....	122
一个至为重要的价值命题 .....	122
谋义与谋利 .....	122
人伦与自然 .....	123
“粗守形、上守神” .....	124
智者察同，愚者察异 .....	124
悟性与论证 .....	126
“能而不为”与“欲为不能” .....	126
第三节 挣不断的线 .....	127
相异的传统 .....	127
纯粹理性精神 .....	128
主体的选择 .....	129
第四节 无形的指令 .....	131
文化环境与医学理论变迁 .....	132
似曾相识的背后 .....	132
观念的渗透 .....	132
“最革命因素”的制约 .....	133
历史的必然 .....	134
第三章 冲突与融合 .....	136
第一节 经验与教条 .....	136
“神圣化”了的先人经验 .....	137
医经注释现象 .....	138
根源于经学传统 .....	138
始于经验的不同归宿 .....	140
第二节 医学真理的检验尺度 .....	141
尺度的寻找 .....	141
先验的标准 .....	142
歧义蔓生的根源 .....	143
腾飞的基石 .....	143

真理检验问题的启示 .....	144
第三节 创新冲动与示同意识 .....	145
“越轨”与进化潜能 .....	145
创新精神的推崇与学科进化 .....	146
求同取向中的学派“争鸣” .....	147
历史铸成的问号 .....	147
第四章 符号系统的差异 .....	149
第一节 象形拼音文字 .....	149
汉语造字定则 .....	150
中医部分字形义 .....	150
“目治”意义符号与形象思维 .....	151
象形字与思维的稳定性 .....	152
“耳治”意义符号与抽象思维 .....	153
第二节 分析语和综合语 .....	153
单义的分析语与复合义的综合语 .....	153
语义表达的差异与主体认识程度 .....	154
特殊分析:中英文中颜色词 .....	155
颜色词差异的文化背景 .....	156
第三节 语义——深层的结构 .....	157
语义类型的类同 .....	157
语义场与词汇结构 .....	160
义句结构的转换 .....	163
意合法与形合法 .....	164
歧义现象与训诂 .....	164
语义模糊与学术之争 .....	165
语义清晰性与理论的可证伪性 .....	166
第四节 语音——变调的旋律 .....	167
音素的单纯化与“通假” .....	168
语调与声调语言及音韵学 .....	169

不同的归宿 .....	170
第五节 两种语体——文言文和科技英语 .....	170
名词化和动词化 .....	171
死语与修辞语 .....	173
不同的进化趋向 .....	175
第六节 译不准现象和普遍语义学 .....	176
词义的差别 .....	176
理论的不可通约问题和相对论原理 .....	178
普遍语义因素与跨文化沟通 .....	178
第三编 范式引力场 .....	180
第一章 基质的格调——主导观念剖析 .....	181
第一节 凝固与流动 .....	181
五行与四素 .....	181
阴阳说及其西方的孪生弟兄 .....	184
恒定与更替 .....	187
第二节 两条主线 .....	190
元气与原子 .....	191
无形与有形, 连续与间断 .....	194
歧途之开端 .....	195
动因: 矛盾作用说和重量说 .....	196
感应与碰撞 .....	198
不同的异向 .....	199
汇流之趋势 .....	199
第三节 融合与对立 .....	201
天人合德的文化基质 .....	201
人与天地相参 .....	202
顺应自然 .....	203
天人对立与“人类中心论” .....	204
合与离的评说 .....	205

第四节 一元与分离 .....	206
心身问题:医学的一个主题 .....	207
形神合一, 彻底的传统 .....	207
心身二元, 不散的阴影 .....	209
果实的差异 .....	211
心身医学崛起的思考 .....	213
第二章 带色的眼镜——认识方法论之异同 .....	216
第一节 司外揣内与解剖 .....	217
司外揣内的功能观察法 .....	217
解剖:形态观察法 .....	219
西医学为何未能发现经络现象 .....	222
观察陈述 .....	224
第二节 正名与逻辑 .....	225
正名与概念方法论 .....	226
辩证的逻辑与形式逻辑 .....	229
归纳与演绎 .....	234
假物取譬:归纳的一步之遥 .....	238
第三节 实验与心悟诸法 .....	241
实验方法论的确立和革命 .....	241
言不尽意的心悟诸法 .....	243
两种精神 .....	245
相异的检验尺度 .....	246
第四节 象数之术与数学方法 .....	248
同中有异的信念 .....	249
数学方法的传统与发展 .....	251
唯象和计量, 异中有同 .....	253
第三章 要素的比较 .....	256
第一节 不同的解说 .....	256
实在论与知识体系 .....	256

工具论与解难题 .....	257
信念与约定 .....	257
我们的看法 .....	258
第二节 藏象与脏器 .....	259
“藏象”，一种工具 .....	260
实体的脏器 .....	262
外延扩展的合理性 .....	262
发展的可能趋势：“科学进步的理性重组” .....	266
第三节 精气神与组织细胞 .....	267
精气神：人之“三宝” .....	268
细胞：生命的“本质” .....	269
途殊果异 .....	270
第四节 病因、病机与病理 .....	272
审证求因与三因论 .....	273
科赫与严格的因果律 .....	275
细胞病理学与病机十九条 .....	276
第四章 结构的风格 .....	281
第一节 超稳定结构 .....	281
何谓中医理论体系 .....	281
内在的结构 .....	283
超稳定的特征 .....	284
熟透了的体系：必须越过的障碍 .....	287
第二节 整体网络 .....	289
稳定的构架，膨胀中的“躯体” .....	290
多米诺骨牌效应 .....	292
失衡的重心，遗憾的冷漠 .....	294
第三节 嬗变中的模式 .....	297
生物医学模式 .....	297
文化是的至上命令 .....	298

呼唤新的模式 .....	299
第四节 可供借鉴的范例 .....	300
环境——形神: 模式的主旋律 .....	301
贯穿始终的精神 .....	301
一块璞石 .....	302
第四编 临床二重奏 .....	305
第一章 临床活动结构 .....	305
第一节 临床: 医学的摇篮 .....	305
摸索实践 .....	305
母体分化 .....	307
灵敏的舵 .....	308
判决性检验 .....	309
第二节 病和病人: 特殊的实践对象 .....	310
实践对象的二重性 .....	310
不同的侧重 .....	311
个体化医学与群体化医学 .....	312
第三节 实践主体: 医生的分化 .....	314
历史上的医生 .....	314
伟大的跃迁 .....	315
外科医生与外科学 .....	317
专科分工面面观 .....	319
第四节 手段和工具 .....	320
方式: 经验与理性 .....	320
途径: 个体与群体 .....	322
技术: 能力化与物化 .....	323
第五节 临床与基础 .....	324
医疗渴望理性 .....	325
传染病退位之回溯 .....	326
大循环与加速机制 .....	327

两个循环图 .....	329
<b>第二章 辨证与辨病:诊断认知过程</b> .....	332
<b>第一节 诊断的理论负荷</b> .....	332
诊断与诊断学 .....	332
点、面、线 .....	333
形形色色的辨证 .....	335
分门别类的病种 .....	336
模型的偏爱 .....	337
<b>第二节 资料搜集过程</b> .....	339
病史资料四要素 .....	339
外在资料与内在资料 .....	340
资料客观性的考察 .....	340
异中有同的形象思维 .....	341
<b>第三节 推理判断过程</b> .....	342
按图索骥与随机调整 .....	343
推理形式 .....	344
“取舍”问题 .....	346
一元论与多元论 .....	348
<b>第四节 临床验证过程</b> .....	350
拟诊、确诊与试探 .....	350
“误诊”剖析 .....	352
“隐证”的求索 .....	354
<b>第三章 治疗,多元的归结</b> .....	356
<b>第一节 治则与决策过程</b> .....	356
哲理化的庞大治则体系 .....	356
明快的线条 .....	359
案例的分析 .....	362
决策与诊治 .....	363
待选方案 .....	364



组合与拼盆 .....	365
决策的形式 .....	367
第二节 治疗技术:奇妙的万花筒 .....	368
不同的技术观念 .....	368
丰富的技艺 .....	369
日趋物化、规范的技术 .....	370
五彩缤纷的非药物治疗 .....	372
第三节 疗效比较:临床调研与文献复习 .....	374
对象与方法 .....	374
调查结果 .....	375
回顾性文献复习 .....	380
分析与思考 .....	384
第四节 临床活动外推:养生、预防与康复 .....	385
观念与角度的同异 .....	385
防疫学的突出成就 .....	387
根深叶茂:养生的知与行 .....	388
纷繁的假说,苍白的实践 .....	390
第四章 药学:交汇的排头兵 .....	392
第一节 神农家族与李比希的产业 .....	392
经验,药学的共同源头 .....	392
庞大的神农本草谱系 .....	393
近代精神催生的李比希产业 .....	393
第二节 “魔方”与“魔弹” .....	394
大自然的恩赐 .....	395
经验的升华 .....	396
排列组合中的奥妙 .....	396
三位一体,应对周密 .....	397
试管的产儿 .....	398
疗效专一的“魔弹” .....	399

精确的计量,清晰的“轨迹” .....	400
第三节 旧物新译——中药学现代研究评述 .....	402
“寒热湿凉”四性 .....	402
辛甘苦酸咸五味 .....	403
归经学说 .....	404
炮制中的法度 .....	404
中药新用与新说 .....	405
生物调控假说 .....	407
第四节 回顾与创造 .....	411
令人恐惧的药物公害 .....	411
“三大法宝”的减色 .....	412
回归大自然,药界新呼声 .....	413
互补杂交与统一药学诞生的可能 .....	414
面对交汇的思考 .....	416
第五编 现时代的困惑 .....	421
第一章 夹缝中的中西医结合 .....	421
第一节 光荣和遗憾已成既往 .....	422
值得自豪的历史和严峻的现实 .....	422
沉重的昨天和成就斐然的今天 .....	423
让过去的过去吧! .....	424
第二节 现时代的冲击 .....	425
今日世界:客观压力和主观需求 .....	425
新技术革命的浪潮 .....	426
中西文化的重组 .....	428
改变中的疾病谱和死亡谱 .....	429
第三节 中医学的危机 .....	430
现时代中医学面面观 .....	431
两种危机,孰最堪忧 .....	433
更多一点忧患,少一些自欺 .....	434

第四节 西医学的难题 .....	435
现代瘟疫 .....	435
健康危险因素 .....	437
滥用药物 .....	437
伦理的困境 .....	438
伪科学的泛滥 .....	438
变革, 同样需要 .....	439
第五节 路在何方 .....	439
现代医学的趋势 .....	439
中医学, 需要新的姿态 .....	441
第二章 排拒与交融——中西医交往评述 .....	443
第一节 中体西用——思维怪圈的萦绕 .....	443
特殊的情境 .....	444
绝妙的准则 .....	444
双重的矛盾 .....	445
积淀而成的定势 .....	447
第二节 中西医汇通——悲壮的尝试 .....	448
天演论催化的思潮 .....	448
形异神同 .....	448
拙劣的三招 .....	449
悲剧性的结局 .....	450
几点值得肯定之处 .....	451
第三节 中西医结合——颇有争议的运动 .....	452
伟人拉开序幕 .....	453
轰轰烈烈, 硕果累累 .....	454
争讼纷起 .....	455
“三驾马车”与“主体战略” .....	457
收获时的遗憾 .....	458
第四节 汉医沉浮——一个案例的启示 .....	461

沉与浮:历史表象的背后 .....	461
实用主义:一以贯之的传统 .....	463
“方、药——证——理论”研究模式 .....	465
几点启示 .....	466
第五节 “中医热”——涌动着的暗流 .....	468
中医热的兴起 .....	468
并非“归朴返真” .....	469
廿一世纪:中医学的世纪? .....	471
不容乐观的势态 .....	472
第六节 不能徘徊的叉路口 .....	473
纷杂的路 .....	473
独立发展:一厢情愿的痴梦 .....	474
跨文化认同:无法遏制的潮流 .....	476
第三章 阵痛中的反思——中医学研究现状的考察 .....	479
第一节 理性的躁动 .....	480
一次生存选择 .....	480
两极中的振荡 .....	481
新的尝试 .....	483
新的转变 .....	483
第二节 深层的评判 .....	484
沉重的三部曲 .....	484
“方”、“案”收集:一个封闭圈 .....	485
表层交汇,“结”而不“合” .....	486
寻根热,经学式研究的变形 .....	487
多学科研究中的“两张皮” .....	488
文化反思:带有情绪化的倾向 .....	489
第三节 参照与反馈 .....	490
自体参照系的内化作用 .....	491
外向型参照系的制约 .....	493

“特色”:坚韧的保护带 .....	493
中医研究的调控机制:负反馈 .....	495
第四节 心理与观念 .....	496
危机、挫折情景与心理防御机制 .....	497
陈旧的观念 .....	498
第五节 大控制论的新示范 .....	501
从负反馈到正反馈 .....	501
方法论上的启示 .....	503
目标选择的变异 .....	504
第四章 艰难的选择 .....	506
第一节 从比较到批判 .....	506
中医学是什么 .....	506
中医理论:一个苦涩的酸果 .....	509
传统范式:恼人的两难选择 .....	513
第二节 理论体系的重建 .....	514
解构与重建:时代的选择 .....	514
传统体系的解构 .....	515
事实的确认 .....	517
概念的重建: .....	518
规律的“重建” .....	523
重新作出理论解释 .....	525
可容性研究 .....	526
阴阳五行学说的归宿 .....	528
第三节 重建者自身的建设 .....	533
观念的变革 .....	533
方法的更新 .....	536
知识结构的重组 .....	537
全方位出击 .....	539
必要的张力 .....	541

第四节 条件与氛围 .....	545
需要倾斜政策 .....	546
硬件的保证 .....	549
噪音的消除 .....	549
关键的关键是人才培养 .....	550
代结束语:肩负使命 走向明天 .....	551
后记 .....	554

历史是由活着的人和为了活着的人而重建的死者的生活。所以，它是由能思考的、痛苦的、有活动能力的人找到探索过去的现实利益而产生出来的。

——Raymond Aron

## 第一编 历史的轨迹

历史是一面镜子，它能反映出人类走过的足迹。比较中西医学的历史，除可“以史为鉴”、吸取历史经验，在理论上或在实践上避免失误和减少偏差外，还有着分析、发现、掌握、汲取各种西方医学发展过程中带有普遍性的进步因子，为中国医药学的腾飞提供历史营养的作用。同时，也有将自身民族医药发展之成功经验和特殊规律奉献给全人类的职责。为此，我们应该而且必须站在真正世界医学史的立场上，回顾中西医学业已走过的漫长历程，科学地对待二者的差异、冲突、交融，严肃地分析各自的兴盛、危机、迟滞，冷静地总结经验和教训。只有这样，对中国和西方在不同历史条件下产生的医学体系，出现的医学流派、医学成就、医学人物等的比较研究，才会昭示出人类医学进化的客观过程及其机制，展现中西医学发展的特殊规律和一般规律。

### 第一章 医学的滥觞

太古时代，无论如何总是历史的时代，它对于一切将来的时代，都将有极大的兴趣，因为它建立了全部以后更高发展的基础。

——恩格斯

当人类步履蹒跚地从丛林、洞穴中走出，艰难顽强地脱离动物

界，便开始了漫长的原始社会。在占以往人类社会发展史 99% 时间的原始社会里，皇天后土凭它那博大的胸怀，奉献给人类远祖赖以生存的条件，但也以它那暴戾无常的性格不时地给人类各种摧残。在享受大自然恩赐的同时，远祖们无时无刻不在小心翼翼地防范与抵抗随时可能袭来的灾祸。其中，疾病是与生俱来、最为常见的。古人类化石和干尸证实，远祖们的身躯始终处在病魔阴影的笼罩下。在这些实物上，人们发现了诸如骨折、骨瘤、关节炎、骨髓炎、佝偻病、软组织损伤、梅毒、寄生虫等多种疾病留下的痕迹；对 50 万年前的北京猿人研究结果也表明，死于 11 岁以下的约占 40%。可见原始社会并非《黄帝内经》所云，人“皆度百岁乃去”，而是多病短命、疾苦交加的。

人类脱离动物行列，成为“万物之灵”后，基于动物自救伤病的本能，开始了应对疾病的医疗活动。有了这种活动，形成医学意识就是天经地义的了。由于当时人类对自然的了解极为肤浅，这种意识尚无法铸出东西方的地域差异标志。但即使类同的初始意识，却也潜伏着异质基因，足以在今后的发展过程中分道扬镳。研究原始医学，就是探寻中西医学不同发展轨迹的起始点。

## 第一节 从本能荒漠中走来

鲁迅先生说过：“大约古人一有病，最初只好这样尝一点，那样尝一点。吃了毒的就死，吃了不相干的就无效，有的竟吃到了对证的，就好起来，于是知道这是对于某一种病痛的药。这样地积累下去，乃有草药的记载，后来渐成为庞大的书，如《本草纲目》就是。”从某种意义上说，医学是从本能开始的，东西方上古时代皆无例外，由本能积累经验，靠经验治疗疾病。

**救护本能与医疗行为** 脱胎于动物的人，有着社会属性，也保留着生物特征，即动物性的一面。动物本能在人身上始终时隐时显。



瑞士医史学家西格里斯特 (Sigerist, H.E.) 认为:“人是一种哺乳动物,象其他动物一样具有保存个体、繁衍种族的本能。”“当疾病侵害动物机体时,本能在某种特殊情况下,迫使身体达到克服损伤和恢复健康的要求。”(《原始社会医学》) 观察表明,动物受伤患病之后,每每会有本能的救治行为。如鼠类受毒要饮泥水;鹿患病寻食薇蕨;狗受伤会舐其伤口,生病则吃稻草;猫病则嚼瓦松;埃及红鹤大便秘结时会用嘴呷水插入肛门以导便;非洲熊知道用草蒲治疗胃病;虎中毒箭后食青泥以解毒;雉被鹰伤后,常贴地黄叶于伤口;黑猩猩不仅会用树枝剔牙、抠鼻,还会在伤口流血时寻觅树叶敷贴以止血,甚至能借口对口呼吸来抢救小猩猩。从行为发生学的角度来看,人类的进化无法跳过“本能主导行为”的阶段。因此,可以说动物性的自疗救护行为是人类医疗活动之原型。

**求食活动与医药知识** 求食本能,在漫长的历史中,除了有效地完成保存生物体的功能外,尚有间接地派生医药经验的作用。

中医学素有“药食同源”之说。我国汉代文献《淮南子·修务训》记载:“神农尝百草之滋味,水泉之甘苦,令民知所避就。当此之时,一日而遇七十毒。”上古人在寻找食物过程中发现了药物,积累了经验。而寻找食物本身就取决于人们的求食本能。“牵牛逐水,出自野老;藕皮散血,来自庖人”,也是揭示药物与求食的本能有关。中药中诸如生姜、大枣、葱白、桂皮、秫米、小麦、山楂等许多药物,本身就是食物或烹调调味品。古希腊、古印度早期所用的草药中,也有着类似的情况。

救护、求食之类的动物性本能活动,它们所表现出的医疗行为,取决于条件反射,往往是一种被动行为;这类医学,可称之为“本能医学”。而其后的经验医学则属于非条件反射的操作行为,具有主动性和意识性。因此,两者自有质的区别。但是,非条件反射活动必须以条件反射为基础,本能往往可决定和促进经验的获得。人类只是在其大脑具备超出动物的功能,产生意识、思维之后才有可能形成经验医学。因此,作为经验医学诞生前的医疗行为,人们

无法否定本能在这一过程中的作用。可以说，经验医学是本能医学“进步”的产物；或换言之：本能是经验医学萌发的土壤，是内在的自然条件。当劳动促进了人类大脑的发达，产生了意识与思维，于是意识、思维与本能行为建立起必然的联系。经验医学便得以形成。

**性本能与生殖崇拜** 孟轲曾曰：“食、色，性也。”认为包括生殖和繁衍后代在内的“性”与求食一样，亦是人类最重要的本能。本世纪初的弗洛伊德，被后代西方学者标为与马克思、尼采齐名的近代影响最大的思想家，则创立了他的泛性主义理论，视性本能为一切本能中最基本的东西。性，作为人类生活中既神秘而又重要的本能活动，是古人思想深刻激动的源泉。在人类医学之始，以它神奇的力量影响着医学意识的形成。

从猿进化为人的关键环节，是从树上生活转移到地下，并发展为两只脚直立行走。正是这种由爬行到直立的转变，使人类在性行为上发生了一次大革命——性交姿式的改换。

猿人时代，性交姿式与其他哺乳动物一样，实施背后交合。两足直立后，面对面的性交就有了可能。这种可能的实施，生理上的改变是性高潮的增强。性行为学家指出，背后的交配，雌性动物不会产生人类独有的女性性高潮；而面对面性交则男女双方均可产生强烈的敏感反应。此外，男女双方“面对面”，还会出现感情交流的过程。更重要的是女性由完全的被动状态变得相当主动。这一进化过程，为性本能的升华提供了生理上的基础和审美意识上的依据。

古人在对自然的认识过程中，最早的认识对象之一，是自己身体中最有魅力、最富创造性的器官——生殖器。除去性交的快感、生儿育女的功利，生殖崇拜的基因便是对自身力量的认识和赞美。西方古代神庙墙上的神谕“认识你自己”！为人类提出了亘古不衰而又时刻保持新鲜活力的研究课题。由单纯的本能渲泄，发展成生殖崇拜意识，体现了人类认识水平的提高。

原始社会的生产力极为低下。那时，人们对两性活动、生殖现

象所派生出的生殖崇拜现象，深刻地反映着一个绝对庄严的社会意识——作为社会生产力的人的再生产，人口问题是其主要特征。原始社会中人的增长特点是高出生率、高死亡率、低增长率。因此，只能以增加出生率来求得人口数量的增长。这种迫切的社会需求，导致原始人类产生了炽烈的生殖崇拜意识，东西方的原始人概莫能外。人们已在许多地方发现了远古生殖崇拜的遗迹<sup>①②</sup>。

在我国的长期宗法社会中，有一个至关重要的词——“祖”，表示宗族的源头。其构字的原由便从祭祀所用的男性生殖器模型而来：“示”表祭祀；“且”为男性阴茎之象形。我国发现的人工制成的生殖器模型均称为“祖”，有石祖、陶祖、木祖等等。

出土于西安半坡村的著名新石器时期文物“双面人鱼”陶盆，代表了生殖崇拜的观念：其中鱼纹象征女阴；双鱼中的人面，代表双鱼相交产生的新生命，是生命之神的象征。此外，中国传统文化遗产中的“阴阳鱼”、“八卦鱼”、“龙传人”、“二龙戏珠”等，都来源于这个原型<sup>③</sup>。

**植根于生殖文化的中医学** 中医理论体系的确立，以阴阳五行学说与医学结合为标志。“阴阳”这对基本的哲学范畴，来自对许多具体可感事物的特征——“象”的抽绎。不少学者认为阴阳的符号就是男女生殖器的符号，郭沫若曾指出《易经》中表现阴阳概念的“阳爻”（—）和“阴爻”（--）是两性生殖器的高度抽象。也有人认为阴阳文化是生殖文化的直接升华<sup>④⑤</sup>。概言之，生殖崇拜对中国文化的影响大约有：

1、从“石祖”等实物的功用，可知生殖文化是巫术礼仪的发生

---

①《解放日报》，1988年3月18日。

②《周末》，1987年12月5日。

③据新华社1988年6月9日电讯稿。

④《学习与探索》，1988年第1期。

⑤袁钟：生殖文化·马王堆医书的牝牡·《内经》的阴阳，《中华医史杂志》18（4），193-199，1988年。

土壤之一。

2、从出土彩陶、绘画、石刻中，可以看出生殖文化对传统艺术、尤其是造型艺术有着深远的影响。

3、生殖崇拜影响着古人的审美观念，(新疆岩画中，可以看出这一点)①。

4、伏羲、女娲创造人类的传说，源自对生殖活动的追求。这些最古老的传说，奠定了中国的早期文学基础②。

5、以生殖文化为根基的阴阳符号“—”、“——”，以至它们所组成的“易学”、“八卦”学说，是我国最早的数学模式。

6、易学的精髓“阴阳二元论”、“太极一元论”，决定了中国传统的哲学观念。儒家的中庸思想，道家的“道法自然”思想，从发生学角度来看，都是生殖文化的衍生物。

7、由阴阳范畴派生出的“一生二，二生三，三生万物”的原理，造就了具备中国传统特色的，以类比、推理、辩证为特征的思维方式。

8、服饰、装潢上的鱼纹、花纹等图形，则是民俗学上尊崇古代生殖符号的遗迹。

中医学学术植根于传统文化，在它身上，流动着生殖文化的血液。中医基础理论基本上取源于儒、道二家，其中，儒家对生殖活动的认识，强烈地表现出社会道德的特点，最有代表性的理论是重视子嗣之说“不孝有三，无后为大”(《孟子》)。在它的影响下，中医学尤其强调“性”对子嗣的作用。宋代以后的医书凡涉及性问题的，都要冠以“求嗣”之名。子嗣问题的客观效果是社会生产力的增长，中医学作为一门实用的技术，为此发挥了巨大作用。以温肾壮阳为基本内容的男性医学，以调经养血为基本内容的妇科医学，自古至今都高明有效。

---

① 《解放日报》，1988年3月18日。

② 《中国社会科学》，1988年第1期。

道家则对性、生殖抱着十分直率的态度。道学鼻祖老子说过：“谷神不死，是谓玄牝；玄牝之门，是谓天地之根；绵绵若存，用之不勤。”含义是：女性是人欲产生的源泉；女性生殖器是世间万物的根本；若想精神永存，长生久视，则性交必须有节制。后世多将“玄牝之门”喻为“道”之变化无穷，这是从哲学角度释《老子》。但老子既然用女性生殖器比喻天地之始，并象征性地表述他所鼓吹的“道”，却再公开、坦率不过地表露出他对生殖文化的态度，而《老子》中“好气养精，贵接而不施”的论述，简直就是中医学性保健的理论准则。到了“独尊儒术”之后，这种重人欲的认识对中医学的影响就变得非常潜在，但它在中医学早期的发展过程中却发挥过巨大的作用，影响也十分深远。中医学的一个分支——房中术，可以说是道家养生产理论与中医生理学结合的产物。

概言之，中国理性医学的确立是以阴阳五行思想与经验医学相结合为标志的，而阴阳文化脱胎于生殖文化，因此生殖文化也应视作中医理论的基因之一。由于生殖文化的基本特点是以二元的立场来审视世界，所以中医学千百年来一直讲究中和平衡，却没有陷入绝对化的形而上学，这或许可以说是得力于生殖文化二元论所赋予人们的独特的认识方法。

**生殖文化在西方医学中蜕化** 古代的西方也有着极为丰富而生动的生殖文化，给后代留下了不少美丽的传说和神话。例如：古希腊传说中的爱神（或性交之神）名叫阿弗洛狄特（Aphrodite），这是后来催情剂（激发性欲的药物或食物，aphrodisiac）的词源；阿弗洛狄特与荷米兹神所生的儿子荷梅弗罗第托斯（Hermaphrodtos），是一位同时具有男女两性生殖器的人，因此成为两性人（hermaphroditism）的词源；这个半阴阳之神却与酒神奥尼索斯生下了一个阴茎永远勃起的神普里阿普斯（Priapus），成了阴茎异常勃起（priapism）的词源。在《旧约·创世纪》里，犹太（Judah）死去的长子没有后代，犹太对另一个儿子欧男（Onan）说：与你的嫂子结婚，为哥哥育种。欧男却将“种子”（精

液)撒到了地上。上帝因此杀死了欧男。于是欧男的名字成了“性交中断法”(onanism)的来源。

尽管有着丰富多彩的生殖文化,但在西方医学体系中却仅仅遗留下了诸如上述为数不多的性学名词。这些极为表层的名词,并不代表性与生殖本能对西方医学体系有多少本质性的影响。事实上,古希腊和罗马医学中,它们作用的痕迹即十分有限。文艺复兴后,生殖文化在西医学中完全蜕化了。这里的原因十分复杂,人文地理和社会文化背景等起着决定性的作用。对此,我们将在第二编中进一步加以研讨。

## 第二节 巫术幽灵的徘徊

巫术一方面直接导致宗教,另一方面又直接导致科学。

——丹皮尔

刚从动物中走出的人类,面对万象纷陈的大自然,无不感到神奇莫测,很想弄个明白。但是,由于当时人类的认识、思维能力极为低下,他们很难弄清事物的“真相”;尤其对种种非时人智力所能及的现象,如疾病、死亡之类,只能在战战兢兢之余,穷思竭智地试图加以解释。科学的阐述在当时固属奢望,于是,揣测、臆想就应运而生。这些解释的共有特征是:某些超自然的力量左右着世界。这类超自然的力量,经过极为漫长而复杂的人格化演变形成了“鬼”、“神”的形态和概念。“鬼”、“神”的出现,诞生了人类历史上最早的文化形态——巫史文化。

**禁忌、崇拜与巫术** 早期,人类对许多现象深感迷茫和恐怖,不敢接触它们,遂产生了各种“禁忌”。禁忌的对象,一指不可冒犯的神圣事物;一指不可接受的危险事物。前者的人格化象征即类似“神”,后者则相近为“鬼”。疾病,是人类最为忌讳的现象,所以凡被认定可能引起疾病的因素都视作禁忌。

当一次偶尔的行为与疾病相续或同时发生时，这种偶尔因素常被视为致病之因，因而也是禁忌的对象。远古流行于整个世界的星辰降灾，天之飞鸟、地之禽蛇使人生病等信念，都是禁忌心理的产物。我国古代的禁忌颇多，《内经》、《甲乙经》、《刘涓子鬼遗方》等都有不少禁忌致病的记载。如隋代的《诸病源候论》中的“土注候”即云：五行各有所忌之时辰，如在忌土之时挖掘土地，就会引起遍体浮肿，流黄水……随着时代的发展，这种认识虽不断被纠正，但由于中医学认识论内在的缺陷，禁忌致病的思想直至明、清，乃至近期，仍未能完全消除，于中医书籍中时有所现。它多见于一些病因难明的疾病中，如某些急性突发性危重病，标为“中恶”、“客忤”；或见于某些缠绵难愈的疾病；如“注病”等等。甚至男女不育、不孕也归诸于触犯了冥冥之中的鬼神或“犯忌害”。追溯起来，此类意识的源头便来自远古的“禁忌”。

西方上古时期，同样也产生了种种禁忌。英语中的“Taboo”（禁忌），就来源于古代波利尼西亚（Polynesia）语，类似含义的罗马语“Sacer”、希腊语“Hagios”、希伯来语“Kadausch”也都源远流长。

与华夏一样，西方早期的禁忌只是基于经验而产生的行为限制。如：由于病尸可能传染疾病，故“死”就成了禁忌。毛利族人规定：须断绝与接触过尸体、参加过葬礼的人来往，甚至认为他们触摸过的食物也会腐败。菲律宾群岛的阿古泰诺族的妇女，丈夫死后七、八日内只许晚上出门，且走一步须敲一下手杖，以警告走近的人，这种寡妇就是禁忌。新几内亚某地则强迫新丧夫的寡妇在一段时间内只能象野兽一样徘徊于原始森林中<sup>①</sup>。

出于对梦境之类生理现象的迷茫，祖先们又萌发了肉体与灵魂两类概念，并以灵魂脱离躯体来解释疾病与死亡。澳洲人认为魂藏于肾，Tukano族认为在心，巴比伦和我国则归诸肝。

---

①J.G.Frazer:《The golden bough, II, Taboo and the perile of the soul》

禁忌作为一种信念，远祖们早期只能采取“远而避之”这种方式来逃避那些不可抗拒的力量。在这种信念的作用下，对待病残人员的处理是很残忍的，一般采用遗弃、逐出、处死、活埋等方式。这与当时社会生产力低下、无力供养这些人也有一定关系，但将这些入视为禁忌之物仍是很重要的原因。

然而，天长日久，人们发现采取远而避之的方法并不能阻止灾祸降临或疾病发生，于是认为在“禁忌之物”的上面，还有一种超自然力量在冥冥中操纵、主宰着人类，从而萌发了敬畏心理。这种心理的产生，孕育了“崇拜意识”。

崇拜意识是原始人类在生产力有较大提高、生活相对安定后的产物。只有这样，遂有可能在特殊自然物中选择崇拜对象。由于有了相对丰富的物质与精神上的寄托，人们不再以残酷的方法对待病人，而是照顾备至，千方百计用祈求等方式使其痊愈。因此，可以说崇拜的出现标志着社会的进步。由于病人不再被杀害或遗弃，也使医学研究获得了观察的对象。

此时，借祭祀求得崇拜物的宽恕和保护，达到消灾防病的目的，这类活动日趋盛行。这个阶段的医学活动，有人称之为“图腾幻想医学”。可见，由“禁忌”到“崇拜”，由“远而避之”到“崇而敬之”，是人类对疾病态度的一大转变。

与崇拜意识相适应的治病方法，是藉祈祷、祭祀等方式向崇拜物“献媚”，企求其荫护或宽恕。我国的甲骨文中“武丁疾身，御祭妣己及妣庚”、“武丁病齿，祭于父乙，以求赐愈”、“武丁病舌，祈于亡母庚”等卜辞，就是通过对患者前辈的祭祀来祈求治愈疾病。古代巴比伦亚述巴尼拔皇宫考古发掘出的一千多块与医学有关的、刻有楔形文字的瓦片，也有不少这类祈祷文，祈求善神马尔都克，请求保护不受恶神暗算，并帮助治病。

“崇拜”的另一形式是“占卜”。它以某些方法来求得崇拜物用超自然的能力给人们“昭示”。如古巴比伦人根据动物的肝脏大小、形状、位置、血液来预测疾病的吉凶；亚述巴比伦人用占星术确定手



术及分娩的吉凶日，并认为黑死病与星宿的分布有关。我国则以火烧龟甲、兽骨，从裂开的纹理来判断所占的吉凶。

但是，鬼神之类并非真正的病因，祭祀和祈祷当然也不能经常“奏效”。远祖们意识到“远而避之”或“崇而敬之”都不能达到目的时，就开始了新的尝试，即对鬼神之类“驱而除之”，驱除病邪，保护自己，于是，巫术随之降生。

何休所注《春秋公羊传·隐公四年》释“巫”字曰：“巫者，事鬼神祷解，以治病请福者也。”可见“巫”的职能，一是治病，一是请福。其工作方式，即巫术，以祈祷、祭祀、符咒为主。从禁忌，到崇拜，再到符咒制鬼神、胜邪恶，应该说是人类认识上的一种进步。尽管它也是人类无力征服自然的反映，但毕竟表达了试图征服自然的幻想和努力。巫史文化的重要标志——符，就是由威吓禽兽的图画演变来的；演变为“符”后，更带有借神力征服邪恶，保护自己的意义。古代流行于世界各民族的纹身术和我国殷商铜器上的饕餮纹等，也大多以此为目的，可以说是符的不同衍化。又如西方考古分析表明，新石器时期古人施行穿颅术，是为了治疗癫痫、惊厥或骨折等。手术一旦成功，便赋予患者一种神圣的性质。当他们死后，头骨就会切下，作为护身符而争相佩带，以预防头痛、惊厥等疾病。

**巫医，早期的医学形态** 原始人智力未开，对于宇宙间一切奇异现象，大都惴惴不安，恐怖畏惧，对于疾病更是如此。但也有一些勇者，如部落战争中敢于冲锋陷阵、无畏勇敢之人，他们往往被视为具备“魔力”（Mana），可以与禁忌之物抗衡。于是，渐被推举为部落首领，担任诸如酋长、祭司、大祝、医暨等职务。人们误以为他们因有超常力量而无所不能，这些人也以为自己能够对付“邪恶”、“鬼神”，因而乐意民众进行祈祷、祭祀、符咒等活动以除病息灾。例如，上古时人们视出血为“禁忌”，新婚之夜的处女膜破裂也成为畏避之事，为此，多由巫覡、祭司、酋长、君主之属来执行初夜性交，为新婚人家消灾。研究表明，这是古代人类的普遍

现象，即使王族，如古代东印度王新婚之初亦不例外。这一遗风，迄今仍保留于某些原始部落。

从人类认识的发展过程来看，早期，巫师、酋长们刚开始进行祈祷、祭祀、咒符和执行初夜权之类活动时，大都也是战战兢兢，不免自危的。只是积累经验之后，才渐渐成为职业性行为。巫术之治病，与巫师的其他活动一样，起初完全出乎严肃的动机与神圣的牺牲精神。现在几乎所有国内的医史教科书都对巫医作出“迷惑人民”、“欺骗群众”、“人为制造宗教”之类的评价，这是以今人的认识水平甚至政治水准去臆测、评点远祖们古朴自然的行为，存在着严重的偏见，是特定政治氛围中的畸形儿。

古代的巫术，“是在最原始的时代，从人们关于自己本身的自然和周围的外部自然的错误的、最原始的观念中产生的”，<sup>①</sup>是该时期人类所能选择的少数应付措施之一，且系人类征服自然的愿望的一种流露。也许在巫医盛行的时代，纯朴的人们尚不知道什么叫欺骗，更不知道巫术中还有今天所看到的种种谬误和荒诞。硬说巫师治病是有意骗人，未免有悖历史，至少是过高地估计了古人们的认识水平。

巫医同源并存，是东西方都有过的史实。在中国医学发展进展中，巫术的影响一直存在，如“祝由”术的运用便绵延数千年，是临床十三科之一。长期以来，被认作有效的诊疗技术而保存，即使清朝政府严令废除针灸、按摩、祝由三科，亦无法完全禁绝，民间仍然广泛使用。直至今日，一些中医心理学方面的著述已对祝由术作了较为公允的评价，肯定其中包含着一定的科学成分和实用价值。

又如在古埃及，据埃伯斯纸草书（约公元前16世纪）记载，早期埃及医师分三类：念咒语者、画符者和用草药者。其中前二类便属巫医。古代美索不达米亚的医疗活动中亦盛行巫术，有人称该时期该地区的医学为“魔术医药”。在古印度，《阿闍婆吠陀》

---

①恩格斯：《马克思恩格斯选集》，第四卷250页，人民出版社，1972年。

(Atharva-veda, 或译为《禳灾明论》)中既祈祷鬼神而求治,又记载了70多种病名和一些属于经验医学的内容或病案。古希腊医学源头中亦流淌着禁忌、崇拜和巫术的成分。如古希腊人认为疾病是神的惩罚,死亡为最坏的命运。宙斯和阿波罗诸神能用箭射人,使人生病或死亡;更有阿波罗一怒之下撒播了瘟疫的传说。治疗时便采用符咒、祈祷、释梦、献祭等。如公元前8世纪左右,古希腊的巫医们常在尊为医神的阿斯克雷庇亚庙中为人治病,主要形式是让病人睡在神象下过夜,得梦后次日由祭司来释梦。

应该指出的是,印度、非洲、南美洲的传统医学中至今仍颇为重要,依旧发挥着保健、治疗作用的信仰医师,实际上就是巫医的现代翻版,也可视作一些精神疗法的滥觞。巫医在一定程度上还和瑜伽、气功及催眠等疗法有关,是这些疗法得以诞生的众多渊源之一。本世纪在西方世界风行一时,至今仍有很大市场的精神分析疗法,可以说是脱胎于纪元前祭司释梦之原型。

客观地说,带有巫术性质的祝由及现今仍在许多国家和地区盛行的信仰医,是有一定的实用价值的。《灵枢·贼风》曾云:“先巫者,因知百病之胜,先知其病之所以从生者,可祝而已也。”《素问·移精变气论》亦曰:“毒药不能治其内,针石不能治其外,故可移精祝由而已。”汉代刘向《说苑·辨物》记载,祝由是上西苗黎巫医苗父所创,“苗父之为医也,以菅为席,以刍为狗,北面而祝,发十言耳。诸扶而来者,舆而来者,皆平复如故。古祝由科,此其由也。”看来,苗父的祝由术十分高明,抬来的、扶来的都能治好。可见,巫术中存在着某些合理的内涵,只不过被荒谬的、粗俗的外衣掩蔽着。因此,祝由之类巫术的愈病机制,还有待医学家协同心理学家、社会学家、民俗学家等,借助多学科手段共同加以揭示。

毋庸置疑,中西医学源头中,巫术都起着重要的作用。巫与医之间并非水火不相容,相反却存在着某种源与流的瓜葛。上古时期,东西方在这方面并无质的差异,有的仅仅是具体形式上的不同。然而,国内长期以来,却抓住文献中的片语只字,大肆渲染春

秋时期“医与巫的斗争”。对此，重温恩格斯一百多年前的一段著名论述，或许可对这段历史有个较为正确的认识。“科学的历史，就是这种荒谬思想渐渐被排除的历史，是它被新的、荒诞性日愈减少着的荒谬思想所代替的历史。”<sup>①</sup> 巫术医学的日渐消失，并不是斗争的结果，而是“被排除”的结果。中西医学的发展史，也正是由较为正确的认识和方法逐渐“排除”相对荒谬的认识和方法，包括巫术的过程。因此，巫术的幽灵在医学源头乃至后世的徘徊，是东西方的共同特征。只不过由于更深层的文化因素的作用，中西医学源头中的巫术成分，随着巫史文化的兴衰浮沉，在日后的发展过程中出现了不同的转归与结局。

### 第三节 血腥味的解剖知识

自然喜欢躲藏起来。

——赫拉克利特

解剖学最能显现出中西医学的差异，不懂解剖的西方医学工作者，简直是不可思议的；而在中医学界则无关紧要，照样可以成长为名医。然而，东西方早期却都有着不相上下的解剖记载。

原始时代，东西方不存在观念和方法等的本质差异。文化选择机制此时无法发挥作用，人类的发展只遵守“适者生存”的自然淘汰机制。这个机制也左右着医学，尤其是早期解剖学的萌发和形成。

**解剖知识的远古源头** 早期的解剖活动，多半也是一种被动行为。温饱无着的原始时代，人们绝无雅兴去探究自身的内部结构；但在求取生存的过程中，却不期然地获得了许多的解剖知识。

早期人类主要以猎取动物为主。在宰割、分配、噬食动物的过

---

<sup>①</sup>马克思、恩格斯：《关于历史唯物主义的信》，88页，人民出版社，1956年。

程中，对动物内脏的形态、位置、大小、颜色等有了一种被动的认识，并将人和动物进行类比，遂形成人体解剖知识。《礼记·月令》等著作记载远祖们对五脏位置的认识是：肺前、肾后、心中、脾左、肝右；揣测其趣，可能是从动物背上、腹下、头前的观察方位获得的，然后再“类比”于人。

其次，为了生存，原始人经常因争夺食物、水源而发生群落战争。在杀戮、创伤以及对俘虏的宰割过程中，常可意外地积累起解剖知识。

再如，用活人祭祀、殉葬，对罪犯施行包括肢解、碎尸在内的酷刑，是上古各民族的普遍习俗，它有助于获得解剖机会和知识。其中特别重要的是以活人祭祀。须知，先秦以前的奴隶制社会中，我国尚不可能出现以医学为目的而进行的解剖，保留在《内经》、《难经》中的那些令人惊叹的脏器描述，是不可能仅凭杀戮动物、活人殉葬等行为获得的。只有在祭礼中，在循规蹈矩的仪式中，在千刀万剐的刑罚中，对动物或人进行细切慢割，这一切才有可能。

值得一提的是，诸如古埃及制作木乃伊等的过程，亦于解剖知识之长进有所裨益。也许，它对西方医学解剖传统的酿成，具有突出的意义。

**解剖知识与医学的结合** 尽管早期的解剖观察只是一种不自觉的、被动的、附带的行为，但它所获得的知识却很早就为医学所运用。《史记·扁鹊仓公列传》记载上古名医俞跗，能“割皮解肌，决脉结筋，搦髓脑，揲荒爪幕，湔浣肠胃，漱涤五脏，练精易形。”便提示我国上古的某些名医已较精确地掌握了实用解剖知识，并利用其实施外科治疗。

以医学为目的的解剖，在我国所知最早的当为公元 11 年（西汉王莽新朝三年）。据《汉书·王莽传》载：捕获翟义党徒王孙度后，“莽（王莽）使太医，尚方与巧屠共剝剥之，量度五脏，以竹导其脉，知所终始，云可以治病”。此举虽以刑罚为主，但明显带有医学研究性质，它将千百年来一直从属于祭祀等活动的解剖观

察，推到了以医学为目的的主动地位。“太医”、“尚方”、“巧屠”共同解剖罪犯，表明这是一次有目的的医学探索。撇开历史与政治上的功过，仅就医学发展而言，王莽当属我国解剖学的一大功臣。《内经》中大量解剖记载，应包括早期的被动知识和王莽后的人体解剖学记载。

西方解剖的起步稍早于我国。公元前6世纪就有人从事动物解剖。被誉为比较解剖学创始人的亚里士多德（Aristotles，公元前384~322年），已能正确区分“神经”和“腱”，详细叙述动物的内脏和器官，并指出伴行的动脉和静脉。但这些多半也是来自被动的经验，如制作木乃伊或祭祀等。因为亚里士多德本人是一个典型的经验主义者，他完全否认理论的价值，认为医生的任务只是治疗疾病——“重要的不是疾病由何而起，而是消灭疾病。”并认为，医学就是积累从实践中得到证实的治疗方法而已；医生亦只是巧妙的搜集家。亚里士多德有一个最显著的论点：“自然不做多余的事”，据此，有理由认为他对后世解剖学的巨大影响，也只是一个巧妙的搜集家的奉献。

西方真正建立具有医学意义的人体解剖学，始于公元2世纪的盖仑（Galen）。从整体上看，盖仑的成就把西医学牢牢地确立在实验分析、解剖生理学的基础之上。从此至今，解剖学在中西医学中地位便不可同日而语了。

**不同的结局** 阴阳五行、整体观念、脏腑经络、六淫七情等中医学的主要理论观念形成之后，粗浅的解剖学知识便被用作理论体系的“外壳”，或谓“粘合剂”抑或“符号”。由于儒学思想在中国的不断强化，儒、释、道三教合流所造成的中国文化思潮的确立，“格物致知”式的顿悟、思辨，使中医学者们“取类比象”、“运用之妙，存乎一心”之类忽略实证、不注重事实判断的思维倾向登峰造极，使他们完全忘记了中国古老的实证医学萌芽。于是出现了这样一种历史格局：隋唐以前中国的解剖知识与西方尚可相提，宋代以后这方面便停滞不前，到了明、清时代，便被远远抛在后面。甚至

因为在医疗实践中长期注重“身心功夫”，而将解剖学研究视为“不穷天理，不明人伦，不讲圣言，不通世故”，以致使早期大量的解剖成就日渐湮没。

盖仑之后不久，因宗教神学盛行，在漫长的中世纪里，盖仑的解剖学和亚里士多德的力学、托勒密的天文学一起，统统被纳入《圣经》的框架，成了神学“恭顺的婢女”。包括解剖学在内的优秀科学传统被宗教扼杀，有关知识被蓄意曲解或神圣化，成为僵死的历史。然而，“当生活的发展需要它们时，死历史就会复活，过去史就会再变成现在的。罗马人和希腊人躺在墓室中，直到文艺复兴时期欧洲人的精神有了新出现的成熟，才把它们唤醒。”（克罗齐：《历史学的理论和实际》）文艺复兴后，冲破神学藩篱的西方医学，也“唤醒”并选择了盖仑的传统解剖学，使西方医学真正走上了实证的道路。

#### 第四节 早期医学的特征和归宿

存在于人之初始的共同意识中的微小差别，是造成后来东西方医学差异的基因。

早期的医学活动，一个最显著的标志是以经验作为医疗指南。这其中也包括巫术医学。随着医疗实践能力的不断提高、医学知识的逐步积累，在世界观、哲学理论、科学技术、文化环境等因素的作用下，便开始进入到理性医学的历史时期。

**早期医学的特征** 早期的经验性质的医学有几个区别于理性医学的特征。首先，是它的“被动性”。早期的医学尽管积累了不少经验，但尚未发展到主动探索医学实质的程度，一切都是被动的。前文有关解剖知识的获得就是典型的例子。

“非理论性”是早期医学的又一特征。在这样的历史阶段中，经验多为零散、游离而无系统的医疗记忆。同时，总结医学经验的外

在条件，如文字、语言以及哲学、自然科学知识等都不成熟，因此无法形成理论。

早期的医学还具有“无地域差异”的特征。中西医学体系的差异主要是由理论所决定的，没有理论指导的经验医学不会有原则上的相悖，而是基本一致的。例如，以砭石、骨针切割脓肿，是世界各民族的普遍行为，以烧灼止血和压迫止血、对创伤施行缝合术等也是早期医学的共同措施。再如，古埃及寺院废墟中发现的爱德温·史密斯纸草书上有按身体部位进行医生职业划分的记载，如眼科家、内科家、齿科家、头病科家等；而我国殷商甲骨文则有疾首、疾目、疾齿、疾耳、疾舌、疾足等内容。又如，西方早期在选择药物时，往往按其外形类似的某些脏器，用以治疗类似的器官病。这亦为中医的“以脏补脏”疗法所映证。这种无地域性的特征，是因为它们仅仅是实践的真实反映，并没有受过带有具体地域特点的文化环境的熏陶，也没有经历主体意识的雕琢。因此，无论在哪个民族、何种地域环境下，只要具备经验发生的条件，就毫无例外地会获得实践的反映，而形成经验。

**经验医学的发展趋势** 早期医学知识的获取过程是渐进的、零散的，在医学知识未及的范围内，迷信就不会排除，整个医学表现出医巫混杂的局面。此外，由于没有理论的指导，经验在某些情况下是正确的，但在另外不少情况下则是错误的，具有较强的可塑性。这样的医学模式，在不同的文化机制影响下，就有着几种不同的发展趋势。

首先，它可以沿着自身原有的轨迹行进。人们能够从宏观上来把握经验医学，并逐步加以完善，使之系统化，在各种经验之间增加理论的粘合剂，直至形成以宏观思辨为特征的医学理论。中医学的体系基本上就是直接源于经验医学，而中国传统文化环境决定了中医学的这种发展趋势。

早期医学发展的另一趋向，是循微观分析原则，对经验事实进行深入研讨，从而在客观角度把握经验所反映的事实，然后形成纯



科学的医学理论。现代西方医学就是按这个方向演变而成的。而它对经验医学的超越，也依赖着当时当地的文化环境。

早期医学的另一个发展结局，是为今人所不齿的迷信医学。迷信医学的内容在中医体系中或多或少地遗留着，而在西方的中世纪，几乎彻底扼杀了整个医学。

早期的医学知识中难免夹杂有许多错误的东西，在理性医学形成之前，它们可孳生迷信，或为宗教神学所利用。早期，鬼神致病或疗病的意识存在于人们头脑中，此时医学的疗效有可能归诸鬼神，或借助超自然的鬼神理论来解释。在宗教高度发达的氛围中，它还有可能走向极端，蜕变为宗教医学。

(王旭东 南京中医学院)

## 第二章 奠定 初 基

### ——《黄帝内经》和《希波克拉底文集》

今天人们的精神生活仍然导向轴心的时代。中国、印度和西方都曾经出现过企图恢复它的自觉的努力——如各种复兴的尝试。的确，我们也曾有过伟大的、新的精神创造，但是，它们都是由那些在轴心时代所获得观念而导致的。

——Jaspers, K

完全可以把中、西医学的历史看作两台同时上演着的戏剧。而这，便是序曲后的第一场。人物：《内经》的作者、希波克拉底及其先驱者们等。时间：人类历史的轴心时代，约公元前400年前后的几个世纪，即春秋战国至西汉和古典希腊时期。地点：东西半球北纬35°附近的黄河流域与爱琴海区域。

《黄帝内经》和《希波克拉底文集》代表着中、西医学史上第一座高耸的峰巅。它们标志着医学真正踏上了科学、理性、经验和技术的康庄大道，并为今后的进一步发展奠定了坚实的基础，从而构成了中、西医学历史画卷的轴心。今天，当回头审视中、西医学所走过的曲折历程时，对它们的描述就不能浓墨重彩了。

### 第一节 轴心时代

如果历史有一个轴心，那么我们就必须将这轴心作为一系列对全部人类都有意义的事件，……发生于公元前800至200年间的这种精神历程似乎构成了这样一个轴心。……非凡的事件都集中发生在这个时期。……并且是独立地发生在中国、印度和西方。

——Jaspers, K.

**古代理性医学的诞生** 人类医学的历史从最深层的思维结构方面可分为非理性的医学和理性的医学两大时期。前者包括本能医学和巫术医学两个阶段，后者又经历了古代经验医学、近代实验医学和现代医学的演变。古代理性医学的诞生和最后确立构成这个时期医学发展的基本特征。古代科学医学的成长与巫术医学的不可逆转地走向衰落恰好同时发生。

古埃及医学是古希腊医学的直接源头。从整体上讲，埃及医学是巫术和经验的混合。但埃及人写在纸草上的医学著作，表明理性的经验医学确已诞生，巫医正逐渐失去昔日的赫赫威势。这些纸草书写成于4—5千年前，现存五、六种，其中最早的是论述外科的史密斯纸草书，此外还有以医学通论和治疗学为主要内容的埃伯斯纸草书和讨论妇科的卡洪纸草书。

中国古代医学的“独立宣言”发布于周代。首先是医疗工作脱离巫而专业化，《周礼》把“巫祝”列入“春官大宗伯”职官中，而“医师”则属“天官冢宰”管辖。据史籍记载，当时出现了一批不再从属于巫的专职医生，如秦国就有医缓、医和等。专职医生的出现表现了巫与医的彻底分裂。此外，《周礼》还进一步把当时的宫廷医生分为食医、疾医、疡医、兽医，这是人类较早的医学分科。医和用“阴、阳、风、雨、晦、明”等“六气”来解释各种疾病的原因，逐渐取代了巫术医学的超自然的病因学说，成为以后中医病因、病理理论的滥觞。尤其是扁鹊，发展了望、闻、问、切等客观诊断方法，采用药物、针灸、手术等进行治疗，擅长于内、外、妇、儿、五官各科。不仅是第一个有正式传记的古代医生，其本身也成了医疗实践家的集体荣誉之代称。所以，有人称扁鹊为“中国医学之父”。

当然，古代科学医学的真正确立直到《内经》和希波克拉底时代才告完成。换句话说，我们通常所说的“医学”是从人类历史的这个轴心时代才开始。

**黄河流域和爱琴海地区** 黄河，是中华民族的摇篮，它养育了黄帝、神农（炎帝）、女娲及其子孙后代，是中国古代文明的徽章。一群黑眼睛、黑头发、黄皮肤的男男女女在黄河流域——这块与外界相对独立和封闭的辽阔沃野上繁衍生息，塑造龙，修筑长城，不断地构建又不断地修改着一种独特的文明。与此同时，也创造了以《黄帝内经》为代表的医药学。

爱琴海区域包括希腊半岛、爱琴海中的各岛屿、克里特岛和小亚细亚半岛的西部海岸地带。这里海陆交错、地理景象与东方古国的大河流域颇不相同。海洋里岛屿星罗棋布，是发展航海的理想之地。浩瀚的大海赋与希腊人一种为东方大陆民族所缺少的探险、进取的民族个性。陆地上山峦重叠、气候温和。希腊人就在这里辛勤地劳动、尽情地享受生活、无拘无束、自由思索、创造着自己的文化。不大的爱琴海区域，是古代爱琴文明、古典希腊文明的发祥地，也是希波克拉底等医学家们活动、生息之所。

**人类文明的奇迹时期** 公元前5世纪前后的几百年，人类文明史迈进一个为历代学者缅怀追忆、史学家们一次又一次叹为“奇迹”的时期。今日存在于地球上的几个仍有生命力的文化体系，均起始于这个历史上再未有过的辉煌时代。借用一位西方学者的话来说，在黄河长江两岸、在恒河、印度河之滨，在爱琴海区域，人们的心灵和智慧受到某种感化与启发，开始觉醒。这一觉醒，对于后来世界的影响，决非一个世纪复一个世纪的时间长河缓慢流逝，以及历史进程翻天覆地的变化所能消殒<sup>①</sup>。

在中国，首先是春秋战国的诸侯割据、强国争霸。社会的动荡，打破贵族对学术文化的垄断、精神上的禁锢趋于最小值，导致了诸子蜂起、百家争鸣的学术大繁荣。老聃、孔丘、墨翟、庄周、孟轲、韩非、惠施、荀况、屈原……许多大哲人、大智者、大艺术家纷纷活跃于这时期的历史舞台上，形形色色的学说、主张和学派

---

<sup>①</sup>伊迪丝·汉密尔顿：《希腊方式》（中译本），第1页，浙江人民出版社，1988年。

雨后春笋般兴起，私人聚徒讲学风行一时。这是中国古代史上一次空前绝后的文化高潮。

接着，秦始皇统一中国，书同文、车同轨，首创“大一统”的封建体制，雄才大略的汉武帝击匈奴，通西域，完善国家的政治经济制度，发展文化事业，统一意识形态。一个以汉民族为主体的华夏大帝国羽翼已成。以后的中国各朝，只是在这牢固基础上的不断发展。

中国古代文化的基本骨架形成于西汉时期。武帝罢黜百家，独尊儒术，儒学获得了不可动摇的正统地位。同时，中国古代科学技术也日趋成熟而形成自己的体系；史学、哲学、艺术、文学等文化分支的基本方向亦都相应确定下来。

《黄帝内经》的成书年代，学术界一直颇有争议。但许多学者认为：《内经》的基本思想肇始于春秋战国，最后编纂、成书于西汉。这一观点显然有较充分的历史依据。

希波克拉底（Hippocrates）约生活于公元前460—377，享有八十多岁的高龄。处于马克思所说的希腊内部极盛时期，即“伯里克利时代”。此时，希腊的古典民主政治和奴隶制经济高度发展，科学文化领域，更是群星灿烂、万紫千红。当希波克拉底四处漫游行医，在科斯岛的一棵古松下讲授医术的时候，政治家伯里克利正抓紧进行梭伦开创的政治革新，竭力推动学术文化的进步。于是，民主、正义、法律面前的平等，思想和言论自由等等这些现代西方文明最基本的价值观念形成了；费底亚斯把雅典城装扮得雄伟庄严又如花似锦，在大理石上留下了纯正的希腊美的形象；享受“观剧津贴”的人们在剧场里观看古希腊著名悲剧作家索福克勒斯、欧里庇得斯那震撼灵魂的剧作；喜剧家们则嬉笑怒骂，百无禁忌，阿里斯多芬常常挑剔时政，当政者伯里克利更是他讽刺、丑化的重要对象；而苏格拉底、柏拉图正孜孜不倦地追寻“善”和“真”；德谟克利特“找到”了构成世界最基本的物质——原子，并鼓吹人格独立、精神自由；希罗多得则在周游列国，因著述希腊人为自由而战的历史

被后人誉为“历史之父”；修昔底得平静地观察，如实地描述了伯罗奔尼撒战争的全过程，写成西方史学著作的典范；……

没有上述这一切为背景，谁也无法想象希波克拉底医学的出类拔萃。

## 第二节 轴心医学之前因

凡事必合因缘二者而成。因如种子，缘如雨露。无种子，固无嘉谷；无雨露，虽有种子，嘉谷亦不能生也。……先秦诸子之学，非至晚周之世，乃突焉兴起者也。其在前此，旁薄郁积，蓄之者既已久矣。至此又遭遇时势，乃如水焉，众派争流；如卉焉，奇花怒放耳。积之久，泄之烈者，其力必伟，而影响于人必深。

——吕思勉

《黄帝内经》的源头 医学，我国古代称方技。方技一略，《汉书·艺文志》分为医经、经方、房中、神仙四家。先秦医籍，流布于后世者，亦四家：1)《素问》；2)《灵枢》，晋代皇甫谧认为此二书即《汉志》之《黄帝内经十八卷》；3)《难经》，托名扁鹊，学者疑为《汉志》所载《扁鹊内外经》之遗；4)《神农本草经》，《汉志》有《神农黄帝食禁》，孙星衍推测其即为此类。

中国有史记载的医药学，演变的途迹，可约略分为三支：一、从伏羲制九针的传说，到总结成《黄帝针灸》（《灵枢》）；二、由黄帝、歧伯讨论医道、经脉的传说，到总结成《素女脉诀》；第三，由神农氏尝百草的传说，到总结成《神农本草》。《礼记·曲礼》曰：医不三世，不服其药。三世医学，既云治病时经验之重要，更指上述三部古医书。

然而，古籍中的断篇残文终无以勾划出战国秦汉医学灿烂的前因。《汉志》所载七家医经、十一家经方，《内经》为仅存之书。故

长期以来，人们视《黄帝内经》的医学成就，颇似空谷来风，突然而至。本世纪 70 年代在长沙马王堆、80 年代湖北江陵张家山的汉墓中出土的古代医书清楚地表明：《内经》的出现，绝非偶然，而是上古医学的发展，晚周社会情势、先秦学术勃发的必然结果。

马王堆汉墓出土的医书，共有帛书十种，（《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》、《脉法》、《阴阳脉死候》、《五十二病方》、《却谷食气》、《导引图》、《养生方》、《杂疗方》、《胎产书》）竹木简医书四种（《十问》、《合阴阳方》、《杂禁方》、《天下至道谈》）。各书编撰年代并不一致，最早的可能成于春秋时期，最晚的乃是战国末年至秦汉之际的作品。两部灸经，最为古朴，是现今关于经络学说的最早的专门文献。《灵枢·经脉篇》与之有直接的新缘关系。《内经》所述十二经脉，正是帛书十一经脉的基础上完善的。两书中，阴阳的概念已经引入，但应用尚不广。四部竹木简医书，保存了上古养生学、房中术和神仙方术的内容。所论的养生原则，与《内经》基本一致，但比较简略。帛画导引图，是我国现存最早的医疗体操图。它是原始人舞蹈之发展，也是华佗“五禽戏”之祖。《五十二病方》则是已发现的最早医方书，真实地反映了西汉之前我国临证医学水平。书中方药众多，所载手术疗法，亦颇多巧妙之处。

《黄帝内经》之前，有更古老的医药文献，更原始的医学理论，从《内经》本身也可找到佐证。据统计，《内经》所引用的古代医书达二十一种。单是《素问·病能篇》提到的就有《上经》、《下经》、《金匱》、《揆度》、《奇恒》等多种。从《史记·扁鹊仓公传》中也能得到印证。《内经》正是在各类更古老、更朴素的医学成就的基础上，经过医家们不断搜集、整理、综合而成的。

**希波克拉底的先行者** 同样，希波克拉底的医学是希腊人在吸收米诺、埃及、两河流域等东西各民族的医药卫生知识，继承荷马时代以来医学成就的基础上，加以创造和弘大发扬而就的。

希腊原是一个混合的种族，具备遗传学家称为“杂交优势”的特

质。得天独厚的地理环境为其与外界的频繁接触和自由交往提供了良好的自然条件，使其能较早的吸收其他地区的文化而加以融汇。早在古希腊之前，埃及、巴比伦、印度等地的医药学已达到相当水平，并不同程度地影响了古希腊医学。如埃及有“世无伦比的老练医生”（荷马语），所以，包括希波克拉底在内的许多名医都曾到埃及旅行、学习过。荷马的史诗和希罗多德的历史著作有不少篇章描写希腊人对域外文化和医学的浓厚兴趣和如饥似渴的“拿来”心态。《希氏文集》中某些药方类似约公元前 16 世纪埃及的埃伯斯草书中的处方，而埃及医学的灵气学说和原始的体液学说是古希腊病理观念的先驱。此外还有大量药物来源于印度。

古典希腊文明的直接源头是爱琴海区域的上古文化，即公元前 4000—2000 年的克里特和迈锡尼文化。如克里特人在药方上享有盛誉，从那时的皇宫遗址中可以发现坑厕、暗沟等卫生设施。而古希腊的卫生学则与米诺文化有很大承继关系。

在公元前 11—9 世纪的荷马时代，医学是一种高贵的艺术。医生很受人尊敬，被认为是“比其他任何人都价值的人”。医术由精通这门技术的专家来操作。荷马史诗中描述有大量战伤、骨折及其医疗救助。荷马时代以后，希腊医学变得神秘化和僧侣化，变成了在医神阿斯克雷庇亚庙中为人治病的“庙堂医学”。由于神侣们在古希腊社会中并未获得象某些东方国家那样的至尊地位，所以，古希腊医学受宗教神秘主义的影响不大，民间医药的主流仍是经验医学。

公元前 6 世纪的阿尔克迈恩（Alcmaeon）是最早从事动物解剖的人，有人认为四体液学说是他提出的。他是生理学家、医生和哲学家，最早把医术同哲学推理结合在一起。希波克拉底学派深受其思想的影响。

公元前 5 世纪，古希腊出现了不少名医，形成了三个著名学派。克尼达斯派：受美索不达米亚和埃及文化以及毕达哥拉斯哲学的影响，把身体与天象相比，主要代表人物有 Cresias 和



Eurythos, 他们虽不懂解剖, 但临床经验丰富; 意大利南部的西西里派: 受恩培多克勒哲学影响, 注重解剖动物, 喜用哲学的冥想去演绎出疾病的理论和治疗方法。代表人物有 Akron、Pausanisa、Philistion 等; 科斯学派: 这是古希腊最有影响的学派, 它集古希腊医学之大成, 是古希腊医学最高成就的忠实体现者。其代表人物是希波克拉底, 故此派又称希波克拉底学派。

显然, 纵有古典希腊的政治民主、思想自由, 若无先行者们长期医疗实践的积累和医学理论的探讨与争鸣, 则无以成就希波克拉底医学之辉煌。《内经》和《希氏文集》均乃因缘际会之产物。

### 第三节 不期而似

两个相隔遥远的民族, 最初创立的医学体系, 竟存在众多惊人的相似。这给缓缓流淌的历史之河凭添了一种无法言说的悲美和韵味。而它对于今日的中西医家来说, 又意味着什么呢?

希波克拉底生于科斯岛。虽纯系偶合, COS (科斯) 这三个字母既代表着医学, 也代表着《黄帝内经》和希氏医学的三个重要元素, 即 Creativeness (独特的想象和创造)、Observation (客观、准确的观察) 和 Sensibility (敏锐的感悟力)<sup>①</sup>。希氏的著作——《希波克拉底文集》(Corpus Hippocraticum), 和古希腊的许多典籍一样, 是在亚历山大城搜集和编辑的, 汇集了各种来源的医学理论与经验、包括克尼达斯学派的医著。但以希氏及其学派的学术思想为主。全书七十余篇, 要确定哪些是希氏本人所著, 非常困难, 但可以肯定它非一时一人之作。《黄帝内经》由《素问》和《灵枢》两部分组成, 共 18 卷, 162 篇。同样不是出于一时一人之

---

①C.Cliott-Binns: Medicine: The Forgotten Art? Prologue, 1978年。

手。

深入研究、比较《黄帝内经》和《希波克拉底文集》，不难发现许多内在的惊人相似。择其要者分叙如次：

**巫术和超自然主义观念的抛弃** 当代人看来，超越巫术，抛弃超自然主义观念似乎不足为奇。但从人类医学的全部历史进程看，却有异乎寻常的意义。这一特征表明中西医学已真正进入一个全新的历史阶段，即理性地看待人体及其疾病的时期。

《希氏文集》最基本的观点是：疾病是一个自然过程，症状是身体对疾病的反应，医生的作用就是帮助身体的自然力量。《论圣病》说：“被人们称为‘神圣的’疾病（指癫痫和一些精神病患者——引者），在我看来一点也不比其它病症更神、更圣，与其它任何疾病一样起源于自然的原因。只因这些病症状奇异，而人们对它们又一无所知，充满疑惑，故尔将其原因和性质归之于神灵。”<sup>①</sup>（第Ⅰ节）《内经》认为一切疾病的原因不外内伤七情、外感六淫，超自然的原因是不存在的。“夫百病之始生也，皆生于风雨、寒暑、阴阳、喜怒、饮食、居处、大惊、大恐”。（《灵枢·口问篇》）有些病因看不见，听不到，亦非鬼神所致。《灵枢·贼风篇》云：“黄帝曰：今夫子之所言者，……卒然而病者，其故何也？唯因鬼神之事乎？歧伯曰：此亦有故。……其所从来者微，视之不见，听而不闻，故似鬼神。”《素问·五脏别论篇》明确宣布：“拘于鬼神者，不可与言至德；恶于针石者，不可与言至巧”。所有这些，表明中西古代理性医学已具备成熟而自信的风度。

**整体观念的确立** 整体观念是《内经》医学的突出特征之一。《内经》重视人本身的统一性、联系性和完整性。认为构成人体的各个组织、器官之间，在结构上不可分割；在功能上互相协

---

<sup>①</sup>W. H. S. Jones, E. T. Withington: Hippocrates, Vol. 1, Vol. 2, Vol. 3, Vol. 4. Loeb Classical Library. Heinemann, London. 1923-1931. 本书《希波克拉底文集》原文均出于此，以下不再一一说明。

调、相互为用；在病理上互相影响。它从不把五脏、六腑、骨骼、肌肉、皮毛等看作互不相干的系统，而是看成在“神”（神机、中枢）的主动调节下的有机整体，关注整体联系和相互制约。治疗上也重视整体，决不单纯地头痛医头，脚痛医脚。

整体观念也是希波克拉底医学的特点之一。他强调：人体各部分之间的结构和功能互为因果。疾病不仅是某一单个器官的病变，每每牵及整个机体，导致全身的不适和机能失调。身体各部位病变可相继引起其它部位的异常。

《内经》特别强调“人与天地相应”，对人与外在环境间的关系，阐述极多。“人与天地相参也，与日月相应也”（《灵枢·岁露》）。“春生、夏长、秋收、冬藏，是气之常也。人亦应之”（《灵枢·顺气一日分为四时》）。自然界是人类生命的源泉和生存的空间，自然界的运动变化，直接或间接地影响着人，使之相应地表现出不同的生理过程和病理变化。疾病的发生发展与四时寒暖、乃至昼夜变化等均有密切联系。医生治病，不仅要因人制宜，还要因时、因地制宜。“必先岁气、无伐天和”（《素问·五常政大论》）。《素问·异法方宜论》相当系统地论述了这些方面的具体问题。

《希氏文集》也很关注环境因素对人体的影响。《论风、水、地域》一文与《异法方宜论》堪称中、西古代两篇光辉的医学地理学文献。希氏告诫医生必须认真考虑季节气候、城市的座落方向、风的性质、水的质量和居民的生活方式等。他说：“为了在某一特定地区行医，医者须懂得居民的生活方式”，以及他们的嗜好、饮食、劳动、娱乐、风俗之类情况，因为人的器官及其功能随季节等因素的变迁而有所不同。“医生进入某陌生城邦，不得对地方病一无所知”。（《论风、水、地域》第Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ节）。他对不同地区的风俗习惯也有很大热情，并详细分析过不同的环境因素与人的体质、地方常见病等之间的关系。希氏特别指出：“考虑病人的生活模式是必要的，处方用药时万万不可忽视”（《论养生Ⅰ》第Ⅻ节）。

**动态平衡思想的孕育** 既然人与环境息息相关，人是有机的

整体，各组成部分之间、人与环境之间的平衡、协调对于健康便有重大意义。治疗也就意味着力图恢复这一动态平衡。

阴阳是人和天地万物最基本的两类物质属性。人的正常生命活动，是阴阳两个方面对立统一、保持协调的结果。故《素问·生气通天论》云：“阴平阳秘，精神乃治；阴阳离决，精气乃绝”。阴阳失却平衡也就成了疾病发生发展的根本机理；而调整阴阳、补偏救弊，促使阴阳恢复相对平衡，便是治疗过程中最基本的原则。故《素问·至真要大论》曰：“谨察阴阳所在而调之，以平为期”。

中医学的五行学说，以五行属性来说五脏六腑、四肢百骸的生理活动、病理改变。五行之间动态的相生相克，使人的部分功能既不发育无由、也不亢而为害，维持生生不息的生理状态。若这种动态平衡失调，便会出现相乘或相侮等病理现象。

希波克拉底的四体液病理学说也寓有动态平衡思想。此说认为若组成人体的基本元素——血液、粘液、黄胆汁、黑胆汁——在比例、能量、体积等方面配合得当，且完美地混合在一起，人就享受健康。如某种体液与其它体液分离，不相协调，任何一方的过多或过少，人皆会感到不适和痛苦（《论人的特性》第IV节）。健康是体液的和谐配合（Crisis），体液的配合不当必然导致疾病。希氏说：“某种物质的缺乏是有害的，过多亦然”，“如果身体中的热和冷同样混合，则无恙，因为热平衡冷，冷平衡热”（《论古代医学》第IX、XVI节）。

各器官之间的交互关系，即所谓体液所产生的交感平衡非常重要。《论食物》中说：“一切都建立在液体统一会合的基础上，一种统一的和谐、统一的交感的基础之”。（第XII节）。自然界的每种事物都倾向于恢复到一种和谐，即恢复到那种构成生命的完善的协调。这种平衡一旦受到破坏，就需要重新建立秩序与和谐。

《论古代医学》还指出：人体内的四体液又与大自然的四元素——地、气、火、水以及四特质——热、冷、干、湿——互相配合。四种体液的配合失当，有先天的、营养的原因，特别受外界季

节气候等环境因素的影响。这样，人体的四体液便成了整个自然体系的一部分，机体的生命活动就需和外在环境保持和谐与动态平衡。

**细致的观察与哲学学说的引入** 希波克拉底认为客观、系统、仔细地观察病人是医生的基本职责，强调实践、临床观察而非思辨推理的重要性。其观察主要是依据感官，包括肉眼检查、触摸、嗅气味等，一种不成熟的听诊也被实施。整部《希氏文集》，充满大量精细的观察和对疾病过程的准确叙述。《箴言》是《希氏文集》中对后世影响最大的著作，在长达千余年的中世纪被作为医生的圣经，是长期在病人床侧进行全面观察的翔实而生动的记录。对许多疾病的症状、病因预后的描述，至今仍有价值。如“肥胖者比瘦人更易遭受卒死”，“逐渐昏绝，又无明显原因者，可能卒死”，“脊柱畸形常与咳嗽共存”等等。而《论预后》第Ⅱ节对濒死者面容的经典性记述，已被称为“希波克拉底面容”。

临床观察也是《内经》医学的基础，其对自然和人体所作的真实观察同样是天才的。从人与自然的关系阐发、望闻问切等诊断技术记录，到脏腑生理病理的认识，对经络的循行途径的描述，以及各种疾病传变和转归的说明，无不包含着无数人长期、细致观察的结晶。

由观察获得的经验事实虽丰富、真实，但要创立医学体系，当时的历史条件下，只能依附于古代哲学。阴阳五行学说就构成了《内经》的理论骨架和说理工具。没有先秦哲学的大繁荣，没有《易经》、儒、道学说，便不会有《内经》的医学理论。马王堆出土医书与《内经》的本质区别在于，后者有着更浓厚的哲学气息、思辨色彩。

正如《内经》大大地获益于古代哲学，古希腊哲学亦同样嘉惠于古希腊医学。<sup>①</sup> 希氏医学的许多重要思想渊源于毕达哥拉斯、阿

---

<sup>①</sup> 聂青葆：《医学与哲学》，7（3）：42-45，1986年。

尔克迈恩、德谟克利特、恩培多克勒等人的学说。四体液病理说无疑是从希腊哲学的直接演化而来。《希氏文集》中的个性主义倾向的萌芽，则与“原子论”不无联系。据说，德谟克利特因为不信神，故被人说成疯子，有人请希氏给他治病。两人相见后却畅谈起来，完全不提看病之事。事后希对人说，如果有疯子的话，那就是你们，而不是德谟克利特。这说明了两者许多看法上的相近性。所以，19世纪研究《希氏文集》的著名学者 F.Adams 说：“希波克拉底著作中出现的许多医学理论可以在古代自然哲学中找到”。“如果对古代自然哲学没有充分的熟悉，决不可能合理地懂得希氏著作中的理论和思想”。<sup>①</sup> 科斯岛上的这位圣哲则夫子自道：“热爱智慧（哲学即爱智）的医生犹若神灵，医术与智慧之间没有鸿沟”，认为医生的工作永远离不开推理。（《论适宜》第V节）

当然，《内经》与《希氏文集》的类似还不止上述这些。如皆有幼稚的解剖知识；重视养生和预防；强调早期治疗和饮食疗法；确立了相似的治则（“热者寒之，寒者热之”，“虚则补之，实则泻之”；“减其有余，补其不足”）；以及提出“正气”和“自然治愈力”之类近似概念等等。

概而言之，《内经》和《希氏文集》都是以临床观察为基础，在直观和整体水平上，借助哲学理论，从整体、联系、平衡、和谐等观念出发，概括性地表述了一系列医学问题，从而构筑各自的医学理论大厦。它们具有古代科学理论的某些共性。当代科技史学者认为：近代科学是古代科学的发展，但二者有本质的区别，“古代科学，包括古代希腊、中国、印度和中世纪阿拉伯的科学，基本上处于现象的描述、经验的总结和猜测性思辨阶段”。<sup>②</sup> 这段话，也可用来评述《黄帝内经》和《希波克拉底文集》。

---

①F.Admas: The Genuine Works of Hippocrates. Vol.1, London, 153, 131, 1849年。

②钱三强等：《红旗杂志》，(15)：26，1980年。

## 第四节 貌合神离

世上没有两片毫无同性或完全相同的叶子，深刻的比较应致力于揭示同中之异，异中之同。

我们惊异于《内经》和《希氏文集》的相似，但更注重它们之间隐而不显的差异，也许这些差异正是日后中西医学分道扬镳的“基因”或“胚芽”。

受中华民族“求同”思维惯性的影响，人们在比较研究《内经》和《希波克拉底文集》时，首先注意到的是二者的相似之处。以致不少人形成这样一种看法，似乎中国古代医学与古希腊医学在本质上没什么差别。然而，《内经》和《希波克拉底文集》毕竟诞生于不同的社会结构和文化背景中，二者存在不同是理所当然的。

**功能与实体的离合** 在解剖学不发达的情况下，《内经》用取类比象、由表知里的方法，借助当时有限的解剖知识，把相互联系最紧密的生理功能、病理表现，与体表部位归纳在一起，用“五脏”和“六腑”加以概括，形成了以整体、恒动的功能系统为出发点。不对人体各器官组织进行本体性、结构性研究的脏象学说，从此，此说便可不依赖解剖形态的深入研究而取得进展，走上独特的发展道路。而《希氏文集》则不同，它虽然把人作为一个整体，并认识到机体各部分之间及其环境的协调平衡就是健康，但它对人体各组织器官的功能描述，更多的是以具体的客观解剖形态为依据。不妨以关于“心”的认识为例：《内经》从功能之间的联系出发，认为：心为君主之官，主血、藏神，与小肠相表里，在体为脉，在色为赤，在时为夏，在音为徵，其气候为暑，其五行属性为火，开窍于舌，其动应于虚里，在情感为喜，在声为笑，在变动为忧，在味为苦，其荣为色，其液为汗，……。尽管《难经》有“心重十二两，中有七孔三毛，……”之说，但这些论述猜测的成份很大，中

医学的“心”，从总体上说，显然已脱了解剖学上的“心脏”，成了代表一个功能系统的符号。希氏则在《论心脏》等文中指出：心脏有两个室、两个房，右心室供给肺以血液并从肺接受气而互相交换，左心室不含血而含气，是固有热之所在。希氏虽说过心是智慧之所出，但通观全书，他更主张思维、感觉的器官是脑而非心脏。这些认识固然很幼稚，但毫无疑问是建立在心脏的解剖实体基础之上，没有脱离解剖形态。这样，《内经》使解剖形态学研究成了可有可无、不那么重要的了，而《希氏文集》则对人体解剖构造的实证研究留下了余地，突出这方面探索的不可缺如性。

**理论解释的普适与局限** 希氏医学认为人体（包括宇宙万物）均由两种对立统一的干性、热性的“火”和湿性、寒性的“水”构成。日本学者将这种认识称为“水火生成论”。此论与《内经》的阴阳学说有一定的相似之处。但水火生成论基本局限于阐述饮食物的性质和养生问题。阴阳却是高度抽象和普适的，“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”。（《素问·阴阳应象大论》）。阴阳不仅能说明自然的构成和运动变化，更可概括人体上下、内外各组织之间，以及每一组织器官本身的复杂关系，“人生有形，不离阴阳”（《素问·宝命全形论》）；疾病的病理无论怎样变化多端，均可用“阴阳失调”来说明；在诊断、辨证、治疗中，阴阳是提挈一切的总纲。

《内经》和《希氏文集》在具体医学理论上更为接近的莫过于“五行学说”和“四体液说”。希氏四体液学说的主要思想可列表如下：

附图表 1-1

体液 具体内容	粘 液	血 液	黄胆汁	黑胆汁
性 质	冷、湿、咸	热、湿、甜	热、干、苦	干、冷、酸
器官位置	头	心	肝	脾(胃)
季 节	冬	春	夏	秋



医学之父主要用四体液学说进行人的气质分类，说明人体的病理，而且是部分疾病的病理。《内经》中五行学说作用比这要大得多，五行归属亦宽泛得多。可以说，自然界万事万物，人身的各个方面，均可用五行加以配属和联系。而且，五行之间不是静止的，存在着复杂的生、克、乘、侮关系<sup>①</sup>。

因此，中医五行学说能解释生理与病理现象及其联系，综合和分析各种临床资料，并指导临床立法、处方、用药。《内经》进一步将五行与阴阳学说结合起来，五行中有阴阳，阴阳中有五行，并以脏腑、经络作为依据，使之贯串于中医生理、病理、诊断、治疗的每个环节，从而形成了一个博大、自洽、完整的医学理论框架。这个体系不仅能被医生用来圆满自如地说明医学中的种种问题，还能用来解释世界上一切事物的存在及其变化。在理论的完整性方面，《内经》走得如此之远，比较之下，《希氏文集》不仅相形见绌，而且望尘莫及。

**哲学与思辨的地位** 《希氏文集》引入了古希腊的哲学思想，但并不占主导地位，希波克拉底在主张医学不能缺少哲学的同时，又极力反对虚妄的思辨和推理，并不以为哲学可以代替医术的具体研究。他把哲学仅仅当作一种权宜的工具和方法（参《论古代医学》第XX节）。希氏的观察陈述，基本上是就事论事，很具体实际，很少渗透有理论说明。希氏方法论的特点是归纳而非演绎，他不赞成不加限制地推理。从整体看，《内经》的哲学思辨比《希氏文集》要强烈得多。《内经》的不少观察陈述本身便包含了理论解释。“清阳为天，浊阴为地。地气上为云，天气下为雨；雨出地气、云出天气。故清阳出上窍，浊阴走下窍；清阳发腠理，浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六府。”（《素问·阴阳应象大论》）这段文字里，对自然和人体生理的客观现象的观察叙述与阴阳学说的理

---

<sup>①</sup>参见附图表3-1，见本书第184页。

论已水乳般交融在一起。

此外,《希氏文集》固然认为人是有机体的整体,人与环境息息相关。但它的整体观远不如《内经》彻底,它对这个整体的各局部之间的具体联系常常比较朦胧和模糊。

值得注意的是,希氏医学有一种个性主义倾向,而一千六百年后文艺复兴的基本特点就是个性主义。

综上所述,可以清晰地看出:《希氏文集》虽然没有直接为实验分析和解剖研究开辟道路,却提供了可能和导向。《黄帝内经》受“天人合一”哲学信念的支配,以阴阳五行学说为逻辑工具,以脏腑经络学说为核心的理论体系,具有高度抽象、涵容性极广的特点。这个理论是自洽的,具有左右逢源的生命力,其本身差不多臻于至善至美,因而很难证伪,使得理论自身的质变,突破几乎不可能。中医学术两千余年一脉相承,与《内经》体系的这个特征有着深刻的联系。《内经》医学显然不再需要解剖生理学为其进步的前提,更不适宜于实验分析方法的生长,却为临证医学中大量医疗实践经验的理论总结留下了回旋的空间。公元2世纪的张仲景和盖仑使中、西医学彻底分向而行,其来有自。

## 第五节 不祧之祖和被遗忘的医术

我们的骄傲和我们的悲哀,常常就是一码事。

正如一切不朽的古典著作一样,《内经》和《希波克拉底文集》对后世的影响充满曲折和戏剧性。将二者在各自医学历史进程中扮演的角色,所起的作用加以对比,不仅饶有趣味,亦引人深思。

**希波克拉底的神化和被遗忘** 关于希波克拉底医学,意大利著名医史学家卡斯蒂格略尼曾作过一段精彩的概括。他说:“首先我们要知道它(希氏医学)是建立在自然科学的广泛基础上,在临床

医学上有丰富的经验，在因果关系上有清晰而合乎逻辑的推理，并具有奠定在崇高道德基础上的道德观念。这些因素使一种医学体系有了发展的可能。事实上，《希波克拉底文集》是自然科学几乎没有萌芽的时代，在医术上具有先进性的最宝贵的代表文献。希波克拉底学派的医学虽然在解剖学、生理学、病理学的知识上有缺陷，虽然只是很少而粗略地研究过动物，但是它主要是建立在临床经验和哲学推理的基础上，终能使医学提高到难以超过的高度。这是历史上最有意义的现象之一，并可能是最重要的，因为它说明通过经验，实际观察和正确的推理，可以得到极有价值的宝贵材料；但是由于没有解剖学和生理学等基础知识，所以它只能有一定限度而且不免笼统”。卡斯蒂格略尼继续说道：“希波克拉底虽然并不象那些错误的说法那样，是医学科学中的完人，但是，他的确解决了医学历史上具有决定性倾向的开端”。<sup>①</sup> 这个决定性倾向就是科学和理性。也正是基于这个前提，我们说希波克拉底开创了西方医学。

在同代人和后裔心目中，希波克拉底被荣誉的光环包绕着。他的名字已成了医术神圣、纯洁而高贵的象征。在西方医学史上，或许没有一个医生的声誉比希氏更大。被称为“希波克拉底第二”或“当代的希波克拉底”，是西方医生的最高赞誉。柏拉图热情地褒奖他，亚里士多德称他为“伟大的希波克拉底”。盖仑尊他为“圣者”、“一切美好的奇妙创造者”。<sup>②</sup> 自中世纪起，人们把他当作“医学之父”。

在漫长的中世纪暗夜里，古代学术要么消隐了，要么被严重“异化”。希氏及其著作也难逃劫数，与盖仑、阿维森纳等古代重要医学家一道，变成了神圣不可侵犯的绝对权威。他的思想和学说，包括缺陷和错误，都蒙上一层神谕或先知的色彩。

随着近代科学的兴起，古老的医术逐渐变成了一门真正的“科

---

①卡斯蒂格略尼：《世界医学史》第一卷（中译本），175页，商务印书馆，1986年。

②F.B.Lund：Greek MedicinI. Clio-Medical， 16， 1936年。

学”。人则相应地变成了一架“机器”，实验分析、物理化学的手段成了研究人体及其疾病的主要手段。医学呈加速发展趋势。新的总是迅速取代旧的。人们提到的更多地是维萨里、哈维、巴斯德、科赫、魏尔啸、弗莱明等一系列的新人、新成就。一种全新的范式确立并壮大起来，完全取代了原有的范式。于是，希氏及其成就的命运陡然一变。“医学之父”的声音渐弱渐远，几乎被淹没于已逝的历史之河中。

在今天，希波克拉底的著作静静地躺在图书馆极不显眼的一隅，除了少数学者，罕有医学生或医生会有光顾它的雅兴，哪怕是为了消遣。若任意挑选一位医学生或医生，问问知道希波克拉底否？当然，他或她会提到“誓言”，但对其中的内容一定不甚了了。或许还能引用“医学之父”的“人生短暂，医术久长”（Life is short, Art is long），但他或她肯定难以准确回答这一格言的原始含义。显然，由于历史和自然的原因，希波克拉底正在从医学的历史舞台上消逝。他对当今西方医学已不再有任何实质性的影响，成了名副其实的历史人物。虽然时时有人努力复活他，甚至有人呼吁“回到希波克拉底去”，但终究只是整个医学大潮中的一朵小小的浪花，从未形成一个汹涌的潮头。

大可不必为希氏的这一命运而伤感，因为这是近现代西方医学突飞猛进的必然结果。历史的任何进步都需要付出代价，即使是那些曾经极有价值的菁华。否则，历史将停滞，就象中世纪那样。现代医学不再需要希波克拉底，正说明现代医学与古希腊相比，已有了质的飞跃。

恩格斯曾说：“如果在细节上形而上学比希腊人要正确些，那么，从总的说来，希腊人就比形而上学要正确些。”<sup>①</sup>若把这段话里的希腊人和形而上学换成希波克拉底医学和以生物医学模式为核心的近代西方医学，绝大多数当代医学家或医生们或许不屑一听，

---

①恩格斯：《自然辩证法》，28页，人民出版社，1957年。

甚则嗤之以鼻。不过，鉴于人类医学的主题和目标并没有变，病人、医生、疾病依然是医术（或医学）的三个基本要素，希氏毕竟是古希腊的哲人、智者，在当代医学面临的窘境中，虚心地倾听一下“医学之父”的教导，毕竟有益无害。从现实角度上重新咀嚼一下希波克拉底关于人、关于医术、关于疾病、关于医生的各种原则性阐述，肯定会对现代医学有所裨益。他的智慧的魅力永远是迷人的，将不断地给后来者以新的启示。可以断言，希波克拉底决不会、也不应该被完全遗忘。

**《黄帝内经》的骄傲和悲哀**      《内经》全面总结了秦汉以前的中医学成就，标志着中医由单纯积累经验的阶段，发展到系统的理论说明阶段，为中国医学的进一步发展提供了理论指导和依据。《内经》的成就是多方面的，在中国医学史上一直享有崇高的地位。

虽然寒暑交替已经历了二千多载，但《内经》阐述的医学基本原理，至今仍是中医各科的理论基础和创新的源泉。千百年来，它一直是中国医学最重要的经典，指导、规范着一代又一代医药学家的临床实践和思维。在这个辽阔的国度里，无论走到哪里，南方还是北方，通邑大都还是穷乡僻壤，医药人员都使用同一种术语、信奉共同的理论。《内经》以奇特的凝聚力把天各一方、异代不同时的医生、药师、病人紧紧地联系在一起。《内经》是中医学的不祧之祖。这个结论不必引证历代医家对《内经》所作的无法再高的评价，也无须统计历代注解、发挥《内经》的医著的数量，只要翻一翻今天各级中医基础教材的任何一本，便昭然若揭。尤其令人惊叹的是，用《内经》的理论和方法指导治疗，在很多方面能够达到现代西方医学难以达到、无法解释的医疗效果。如针刺对某些疾病的奇效，使不少西方学者瞠目。一部两千多年前的医学著作，竟然有如此长久的生命力，在科学史上确属罕见。就《内经》无疑而言，是它的幸运和骄傲。

可是，《内经》的作者们假若九泉之下有知，对它的两千年

一直作为不祧之祖，是欣慰地含笑还是黯然神伤呢？若换个角度看，作为一门科学，理应后浪推前浪，不断创新，各领时代风骚。《内经》今天的地位，表明当今的中医学术与两千多年前的秦汉相比，还没有质的飞跃，古代的幽灵还时时左右着今天的一切。就中医这门学科而言，不能不说这是一个莫大的遗憾。

20 世纪后期的新一代中医将在何种意义上继承和发展《内经》？他们能够超越《内经》的引力场，从一脉相承的历史惯性中走出来而叩响新世纪的大门吗？这与其说是理论难题，不如看作一个进退两难的实践问题。

(聂菁葆 湖南中医学院)

## 第三章 分道扬镳

### ——盖仑和张仲景

中西医学的历史就象灿烂的秋夜星空，离开千千万万普通的群星，固然构不成壮美的自然星图，而没有少数明亮绝伦的星座，星空的魅力同样荡然无存。历史上杰出的医生就是这些屈指可数的星座，正是他们，构成了医学历史进程的坐标。

公元2世纪，中国和西方几乎同时降生了两位医学巨人，即张机（字仲景，公元150—219年）和盖仑（公元130—200年）。他们在中西医学的历史进程中如此重要，以致被分别尊为“医圣”和“医王”（Prince of Physicians）。他们继承了不同的学术传统、受差别甚大的动机支配，创造了迥然异趣的医学成就。科学方法方面，二者相去尤远。以他们为历史标志，中西医学便踏上了两条完全不同的道路，并按各自固有的格局演进至今。

### 第一节 造就医圣的时代

每一个社会时代都需要有自己的伟大人物，如果没有这样的人物，它就要创造出这样的人物来。

——爱尔维修

科学技术史上总有一些奇迹般的世纪，一如人类之历史。公元2世纪前后，科技天才似陨石纷纷降临人间，便是典型的例证。托勒密、盖仑、卫普士，张衡、华佗、张仲景……，一大串光彩熠熠的科技巨星几乎同时涌现出来。盖仑和张仲景的医学贡献，决不是空谷来风。

古罗马医学 一般将古希腊和罗马医学当作一个整体，其实

古罗马医学有其自身的特点，是古希腊医学之后的一个重要历史阶段。<sup>①</sup>古罗马医学源于伊达拉里亚人的医疗卫生经验。在共和时期（公元前6世纪——前1世纪初），罗马医学并不发达，直到公元前146年，罗马征服希腊，大量希腊医生移居罗马，罗马的医学才迅速发展起来。公元前30至公元401年的帝国时期，罗马医学蓬勃发展，名医辈出，学派兴起，公共卫生和医学教育均相当发达。尤其是盖仑的活动和创造，使医学在罗马达到了鼎盛，从而代表了罗马医学的黄金时代。

**医学学派** 罗马医学除了继续存在希腊原来的学派如独断学派（Dogmatist）和经验学派（Empiricist）以外，还出现了提米森（Themison）创始的规法学派（Methodist），阿西纽斯（Athenaeus）创始、代表人物为阿里塔奥（Aretaios）的灵气学派（Pneumatist），以及阿加提纳斯（Agathinus）创始的折衷学派（Eclecticist）等。

**著名医家** 古罗马的著名医学家除盖仑外，还有药物学家迪奥考理德（Dioskorides）。他曾被誉爲西方古代药物学的先驱者；解剖学家拉弗斯（Rufus），所著《论身体各部位之名称》是人类第一部较详尽记述解剖名称的专书；妇产科家索兰纳斯（Soranus），其《论妇女病》被医史学家称为古代妇产科和儿科的经典性著述；以及与盖仑同时代的古代最杰出的外科学家安提洛斯（Antyllus），其后的奥瑞利安纳斯（Aurelianus）、艾提奥斯（Aetios）等等。

**东汉三国医学** 继《黄帝内经》确立于中医学的理论范式之后，东汉三国时期，临床医学以张仲景的《伤寒杂病论》为标志，药理学以《神农本草经》为代表，分别形成了独特的体系和规范。与此相适应，还出现了一批有名的医生，如擅长针灸的涪翁、郭玉，外科学家华佗，药物学家吴普、李当之等。

---

<sup>①</sup>J.Scarborough: Roman Medicine, New York; London, 1973年。



《神农本草经》系统总结了汉代以前的药物知识，载药 365 种，不仅论述了每种药物的来源、采集、鉴别、药效、主治、加工炮制、贮藏、服用方法等，而且提出了今日中药学仍在应用的基本理论：四气五味、君臣佐使、七情和合。若把中国古代药学史视为典型的“中国套箱”（Chinese Box）式进步，那么，《神农本草经》便是这一系列套箱中的第一个<sup>①</sup>。

华佗（字元化，约公元 141—203 年），在中国医学史上与后世的吴又可、王清任有着极其类似和内在联系的悲剧意味。<sup>①</sup> 华佗，在中国早就成了医术高超、起死回生的象征。他是我国体育运动医学之父，精通临床各科，尤为引人注意的是，他发明了全身麻醉剂——“麻沸散”，从而成功地实施了腹腔手术，还采取了术后抗感染措施——“敷以神膏”。范晔的《后汉书》、陈寿的《三国志》均为他专门立传，而张仲景却无传可查，可见在当时，华佗的名望和成就当在张仲景之上。然而，今日观之，张仲景的成就和地位非华佗可及。自宋明以后，本来比较发达的外科手术便渐渐停滞，中医学把“刀子”遗忘得如此彻底，以致连脓包都用膏药，甚至后世不少学者不仅怀疑华佗剖腹手术的可能性，更对华佗的中国“国籍”产生了疑问。华佗的悲剧，其实是中国古代实验分析医学传统沉沦的一个缩影。

**盖伦与罗马帝国的黄金时代** 盖伦和张仲景的时代在中西历史上是不寻常的。在古罗马，先是安宁、繁盛、稳定、享乐奢华，随之就是全面危机。在中国，整个社会正处于汉末的激烈动荡之中。

自渥大维（即奥古斯都）起，罗马结束了共和时期的纷争，进入到罗马帝国时期。历史学家把罗马帝国初期近两个世纪的稳定和繁荣称作“罗马的和平”。特别是安敦尼王朝（公元 96—192 年）时期，古罗马奴隶制以其中央集权极盛，统治秩序良好，经济和文化

---

<sup>①</sup> 聂葭葆等：《中国医学史百题》，广州文化出版社，1989年。

高度以展，史称罗马帝国的“黄金时代”，颇似我国西汉武帝在位的半个多世纪。

盖仑一生与政治上多有建树的安敦尼父子的执政期相当。当时的罗马，疆域超过了古代史上任何一个帝国，地中海成了帝国的内湖。在巩固的统一政权之下，发达的海陆交通促进了区域间的往来和对外贸易，以及手工业和矿业的发展，加强了各地区文化（包括医学）的交流，帝国的经济、文化呈现出一派欣欣向荣的景象。盖仑晚年，罗马帝国由极盛开始衰败。公元3世纪，内部发生动乱，政治、经济等方面爆发了全面的危机，史称“3世纪危机”，庞大的罗马帝国即将土崩瓦解。盖仑去世后不久，随着罗马奴隶制的衰落，罗马的科学文化也就归于沉寂。经过近千年繁荣的古希腊罗马科学，不得不熬过中世纪的千年黑暗，从13世纪开始，才再一次徐徐复明。

盖仑，生于古代文化中心之一的帕加蒙城。父亲一个神奇的梦使早慧的盖仑决定把自己的毕生奉献给医学。在西方，盖仑是“医学之父”以后最伟大的古代医学家，其知识之渊博，著述之丰富，实属少有。估计他写了二百余部著作，<sup>①</sup>可惜其书房“和平殿”不慎失火，大量手稿顷刻化为灰烬。现存的83部亲笔著作所涉及的内容有：解剖学、生理学、脉学理论、卫生学、饮食学、病理学、治疗学、药理学、《希波克拉底文集》研究、临床各科，以及哲学、语言学、逻辑学、数学、历史、法律、自传材料等，堪称系统的医学百科全书。

不少西方医史学家颇有感慨地说过，盖仑生活于罗马帝国的黄金时代，不仅是古代医学，也是整个人类医学的幸事。只有在这样的社会环境里，盖仑才有可能到处游历、学习，并汇集、整理各地、各派的医学成就，总结东西方各族人民的医药卫生经验；才有条件从事深入的人体解剖生理研究，完成卷帙浩繁的医学著述，集古希

---

<sup>①</sup>C.C.Mettle: History of Medicine.Toronto, 29, 1947年。

腊罗马医学之大成。

**仲景与汉末战乱瘟疫** 张仲景所处的社会环境与盖仑大不相同。公元25年，东汉王朝建立。象历史上任何一个新生的王朝一样，年轻的东汉政权对封建制内部的关系作了某些调整，一定程度上解放了生产力，使社会经济获得了相应的恢复和发展，并出现了继汉武、昭、宣帝时期第一次科技高潮后的第二个高潮，涌现了以天文学家、文学家张衡（公元78—139年，比托勒密大7岁）为代表的一批科学家和技术发明家。但西汉中期我国政治、经济、军事、文化的灿烂辉煌毕竟已成昨日黄花，东汉初期的“中兴”好景也不长。东汉后期（约公元88—220年东汉亡），社会矛盾开始大量积累并逐渐恶化，无组织力量的干扰亦日趋明显，中国社会再次进入大震荡、大破坏阶段。公元184年，黄巾军揭竿而起。189年，东汉王朝名存实亡，各地豪强势力投入疯狂的武装割据之中。190—208年短短的19个年头里，中国境内，特别是黄河流域成了一座大屠场，两汉四百年积累起来的社会财富大部分化为乌有。<sup>①</sup>直到280年，中国才结束长期的割据和战乱，重新归于统一。

战争的频繁，经济的凋败，民不聊生，遍野哀鸿，结果是其时疫病流行之烈，为中国历史上少见。数年一大疫，年年有小疫。据《后汉书·五行志》载：151年，京都、九江、庐江大疫；161年，瘟疫大流行；182年，大疫；185年，大疫；217年，大疫。《后汉书·灵帝纪》亦载：171年，瘟疫大流行；173年，大疫；179年，大疫。曹植在《说疫气》中写道：“家家有僵尸之痛，室室有号泣之哀，或阖门而殪，或覆族而丧。”曹操的《蒿里行》云：“白骨露于野，千里无鸡鸣。”真实地描述了战乱和疫疾所造成的惨象。

张仲景，象许多著名科学家、医学家一样并不见于正史。《李濒医史》载：“张机，字仲景，南阳人也。学医于同郡张伯祖，尽得其传，工于治疗，遂大有时誉。汉灵帝时举孝廉，官至长沙太

---

<sup>①</sup>范文澜：《中国通史》（第二册），人民出版社，194，196，1949年。

守。”张仲景在《伤寒论·自序》中论叙了他写作《伤寒杂病论》的缘由，因为疫疾曾使张仲景宗族的两百余口人在不到十年的时间内死去三分之二，以救贫贱之厄为己任的张仲景，“感往昔之沦丧，伤横夭之莫救”，勇敢地面对严峻的现实，发愤钻研，“勤求古训，博采众方”，写成《伤寒杂病论》，确立了中医临证医学体系的基本原则和规范。《伤寒杂病论》后被分作《伤寒论》和《金匱要略》两书。《伤寒论》以六经辨证论外感，《金匱要略》以脏腑辨证论杂病，理法方药俱全。仲景完成了中医学从单味药治病向复方配伍，从针刺为中心向汤液唱主角的历史性转变。后世的中医临床各科，均视《伤寒杂病论》为圭臬，从中获得启迪。这是《内经》之后中国医学的又一座高峰，恰好与盖仑代表的古代西方医学的第二座高峰遥相呼应。

盖仑、张仲景与其时代关系的研究表明：医学科学的进步与社会政治经济状况之间，决非一种简单的正比或线性关系。一切历史现象及其相互联系都是复杂的。

## 第二节 不同的成就和方法

人体和疾病的奥秘隐没在黑暗之中。上帝说：让他们去吧！于是，一切就开始了。

作为中、西医学史上的坐标，盖仑倾心于探索人体结构和功能，而张仲景则关注着具体疾病的有效防治。他们以独特的方法和成就，规范着一代又一代后来者的思想和行动。

**盖仑的解剖生理学研究** 盖仑对医学的主要贡献在解剖学方面。他强调解剖学对于医学的重要性，认为医生如果缺乏解剖知识就象建筑师没有设计蓝图。其解剖学成就基本上体现在《论解剖操

作》<sup>①</sup>、《论身体各部分的功用》<sup>②</sup>两书中。前者是十六卷的鸿篇巨制。而《论疾病的部位》是病理学专著。

盖仑的解剖学以骨学、肌学和脑神经学部分最为出色。对运动系统，尤其骨学方面的观察、记述，直到近现代被修正者仍不多。他把人体的二百余块骨头分为长骨和扁骨，对骨突、骨干、骨髓等主要的骨标志作了区分；描述了骶骨以上的二十四块脊椎骨，并把它们分为颈、胸、腰三段；命名了组成颅骨的骨块和骨缝；并将关节分为可动关节和不可动关节，还注意到耻骨联合那样的线状关节。他对手、肩等部位复杂的骨、肌肉、肌腱、神经等的记述是人类解剖学史上的珍品。盖仑描述了约三百块肌肉，对其起止和功能的认识，大多仍保留在现代的解剖学教科书中。他区别了脑神经和脊神经，提出前者司感觉，后者司运动；描写了七对脑神经，对神经节也有一定的了解。他对脑的解剖结构的研究甚详，记述了硬脑脊膜和软脑膜、胼胝体、第三和第四脑室、松果体、脑垂体、丘脑下部的漏中等。……总之，盖仑的解剖学著述和发现，在整个古代医学史上是空前绝后的。

盖仑同时是实验生理学的奠基人。他不满足于纯粹的解剖结构描述，还进一步把自己的触角延伸到各组织器官的生理功能，从单纯的解剖学发展到实验性的生理学，试图将希波克拉底的医术变成一门纯粹的科学。故学者们认为，盖仑经久不衰的声誉，显然主要不是因为其临床方面那些贡献，而在于他奠定了实验生理学的根基。<sup>③</sup>

**仲景与临证医学范式的确立** 如果说盖仑的伟大成就，是为西方实验医学的降生作了准备，那么，张仲景则把医学研究的焦点

---

①Galen: On Anatomical Procedure. Cambridge. 1962年。

②Galen: On Usefulness of the Parts of the Body. Ethaca, 1968年。

③T.Meger——Steminey: Studien zur Physiologie des Galen. arch. f. Gesch. b.Med.1912 Vol. VI, 417 页。

集中于具体的疾病，把中医学引入到了另一个境界。《伤寒杂病论》在《内经》理论的指导下，总结前人和自己的宝贵临证经验，确立了中医临证医学的辨证论治原则，仲景的医学成就还向人们证明：中医学最菁华的内容及其生命力在于临床。若盖仑医学体现了西方民族尚纯粹知识，追求智慧的特征；仲景医学则展示了中华民族讲求实际，“实用理性”的民族精神和传统。

《内经》是一部理论性医学经典，虽比较完整，但许多地方尚缺乏充分的实际材料，与临床实践之间还有不小的距离。在治疗上，《内经》提出了许多原则，但这些原则大多是围绕针刺的，与方药治疗有关的许多问题没有充分展开。因此，各种原则性说明难免显得空泛、抽象、粗疏。《素问·热论》虽对外感热病作了专门阐述，却没有体现理、法、方、药的完整性和连贯性。中医学发展到2世纪，历史和现实在呼唤医学理论与具体实践的结合。《伤寒杂病论》的问世，就是对时代呼唤的回答。

《医林列传》云：“仲景之论，文辞简古典雅，古今论伤寒者，未有出其外者也。其书为诸方之祖，时人以为扁鹊仓公无以加之，故后世称为医圣。”清代《伤寒论》研究家柯韵伯认为：“《灵》、《素》已具诸病之体，而明针法之巧妙。至仲景复备诸病之用，而详方药之准绳。其常中之变，变中之常，靡不曲尽。使全书俱在，寻其所集，尽可以见病之后源。”显然，仲景的贡献不仅在于一病一证的具体论述、一方一药的实际效用，更重要的是向后世医家表明：用《内经》的基本理论，结合具体临床实际，提出新观点、新学说，建立论治原则和方法的可行性。张仲景的不朽历史地位，也就是通过启发人们去寻找理论与临床实践相结合的途径而获得的。后世医学家，不论是金元四大家的学术创新，还是温病学家，“卫气营血辨证”和“三焦辨证”等的提出，都是根据临床实践的需要，在《内经》理论的启发下，另建相应的辨证论治大法。

**盖仑的方法论特征** 盖仑和张仲景之所以是中、西医学分道扬镳的历史标志，最本质的差异在于双方的医学成就包含着截然不

同的方法论原则。

科学方法是科学成就的灵魂，是科学理论的生命线。从人类知识的积累和进步看，一种科学方法结构比某个具体的医学成就具有更强大的示范作用，因而价值更高。科学史告诉人们：当科学方法与科学的具体研究程序紧密相联，并使经验上升为系统的理论时，科学方法的功能才会充分发挥，才具有深入和普遍的指导意义。盖仑和仲景的科学方法与各自的医学研究及其成就是有机地联系在一起的，遂可以在各自的医学发展中起到典型范式的作用。

盖仑重视临床观察，把感觉经验当作全部医学知识不可或缺的基础，这与希波克拉底是一致的。他的科学方法更具有突出的特点。第一，注重实验。他不仅强调实验是通向科学和真理的唯一道路，而且亲自做过许多重要而巧妙的实验。如他在活体动物身上，通过不同水平面切割骨髓，证明各种麻痹的机理；通过离体心脏实验，考察心搏肌的生理，确认心搏是独立于神经刺激之外的，这一实验被著名科学史家萨顿作为古代最值得注意的两个实践之一；用结扎动脉的简单而直接的实验，肯定动脉含血，否定了前人动脉只含气的错误观点；在猪体上实验，表明喉返神经的切断可致失音；用动物解剖证明输尿管的位置，通过结扎输尿管提示尿液形成于肾脏，与膀胱无关。……

第二，疾病局部定位思想。在病理学方面，盖仑虽继承了希波克拉底的体液病理学，但他有一种向器官或局部探索疾病病理的倾向。总是试图从具体器官或部位去寻找疾病的原因和机制。他认为，某一功能的失常与某个特定器官的实质损害或结构改变有关，反过来，某一器官的损伤常可导致相应的功能异常，这一思想，与18、19世纪的病理学在观念上是相同的。由于他把病理学思想奠基在局部病理之上，因而确立了西医学至今仍占主导地位的辨证论治的方法论原则。盖仑曾诊治一位诸医束手的患者，病人第四、五指和中指的一半感觉麻痹，双肩曾受外伤，盖仑诊断为脊髓炎症，于是敷药于背部，结果获奇效。他解释此病位在第七颈椎区，指出

尺神经起于第七颈椎高处，走向第四、五指及中指的一半，这个典型病例颇能代表盖仑诊治疾病的方法论特征。

第三，重视形式逻辑，强调演绎法。盖仑的父亲是位知名的建筑师，精通数学、物理学，和善而多智，对盖仑的教育用过一番气力。在古希腊罗马，数学是学者必须学习和掌握的知识。以演绎公理化方法为基本特点的欧几里得几何学体系深深地影响了盖仑。他断言：如果关于治病的诸项判断均以几何学的方式（即从少数简单的公理、公式推导出一个又一个定理，推导出一切自然定律）来构筑的话，那么，医学将与几何学一样，臻于体系的完美。《论自然的特征》一书第三册的第一章便清楚地表现出了这一思想特征。无疑，这种方法为他探索真理提供了便利，但有时也象目的论一样，使他误入歧途，强迫事实去适应先验的前提。

概言之，盖仑的成就和方法预示着西方医学必将迈入到以实验分析为主要手段，以“还原论”为基本特征的近代医学的新时期。

**《伤寒杂病论》的辩证思维** 辩证思维是对大量经验事实或现有理论知识进行加工处理，以正确反映客观世界及其规律的思维方法。它象血管和神经一样，贯穿于《伤寒杂病论》中，统摄着仲景的全部医学成就。

六经辨证最能体现仲景的方法论风格。仲景根据病邪侵害经络，脏腑盛衰程度，病人正气强弱等，把外感病（伤寒）的发生，发展过程中各个阶段所表现出来的不同症状，借“六经”进行概括和抽象，并以此作为辨证论治的纲领。每经提纲之后列了许多细目，不仅详介了各经各证的症候特点、治则、方药，还论述了各经病证的传变关系，以及合病、并病、变证、坏证等的辨证与治疗。所以，六经病的演变及其辨证论治，生动地体现了阴阳对立统一，邪正斗争和消长，疾病传变、发展、转归的一般规律。

仲景的医学体系与盖仑医学大相径庭。《伤寒杂病论》并不以解剖形态学为指归，撇开了解剖生理学方面研究，更不注重机体局部的结构和功能，不考虑药物方剂的药理，化学、生物、物理过



程，而是按照《内经》的传统，从整体对人体的生理病理、药物功效进行动态的宏观研究。中医学的起点和归宿都是活生生的、与整个生态环境息息相关的有机个体，仲景医学亦如是。

普遍联系是辩证思维的一个重要观点。六经贯串八纲，又联系脏腑经络，六经病证，以脏腑经络和生理病理变化为物质基础，而脏腑经络、表里上下、四肢九窍、皮毛筋脉等组织器官是不可分割的统一体。因此，六经辨证密切注意到脏腑经络病变的互相影响；时时记住用普遍联系的思想分析疾病。临证时不拘泥于一病一证，随时留心病症的演变，脉证的异同，素体的差异，联系起来进行准确的辨证。

《金匱要略》开篇便云：“治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”从基本思想看，这里实际上是时间序列分析或过程分析。此方法显然也是仲景辩证思维的重要侧面。

若没有正确的科学方法贯穿医学研究医疗实践之始终，《伤寒杂病论》将不过是杂乱无章的临床经验记录。若没有仲景的医学成就和科学研究，也不会有其独特的科学方法。仲景的科学方法论原则从未游离于具体的医学论述之外，而是包含在《伤寒论》397条，《金匱要略》25篇的一病一证，一方一药具体叙述之中，借助一条条朴实无华的临床札记表达出来。仲景的医学成就就是他的科学方法的有形载体，而他的科学方法又赋予其医学成就永恒的生命力，使之挣脱了有限经验之局限。这样，《伤寒杂病论》的辨证论治基本原则终于得以一代代地传下来，被无数医学继承着、发展着，形成了与西方医学各异其趣的医学体系和科学方法论规范。

### 第三节 异趣的传统和动机

人们创造自己的历史，但是他们并不是随心所欲地创造，并不是在他们选定的条件下创造，而是在直接碰到的、既定的、从过去承继下来的条件下创造。一切已死的先辈的传统，

象梦魔一样纠缠着活人的头脑。

——卡尔·马克思

不同的文化传统、医学源流和从医动机，决定了盖仑和张仲景以不同的科学方法创造出截然不同的医学成就。

**亚历山大利亚的医学传统** 西方医学从希波克拉底为代表的古典时期，经历了亚历山大利亚阶段，发展到希腊——罗马时期。公元2世纪，各个领域取得了不少进步，出现了许多学派。但是，就整体而言，与希波克拉底医学没有根本的不同。各派的主张和学说缺乏详尽、正确的解剖知识依托，人体生理学亦处于幼稚水平，主要依赖思辨和臆测。严格、细致的实验研究，全面、准确的解剖知识是十分需要的。盖仑正是应这一时代需要而生。他的医学活动和成就使人类在这方面迈出了决定性的一步。

盖仑非常推崇“医学之父”，但他不象教条主义学派的医家那样，把主要精力用于对《希氏文集》进行形式和字面上的研究。希氏的解剖生理描述仅限于一些模糊的认识，而盖仑的解剖学已达到相当的高度，实验生理学的成绩尤为卓著；希氏从整体的角度认识病理，而盖仑则把病理学主要建立在局部的病理变化之上；希氏侧重于人体功能的描述及其人与环境关系的推测，而盖仑医学则以解剖形态学为根基；思想方法上，希氏长于综合和归纳推理，盖仑则偏好演绎推理和实验分析。<sup>①</sup>

继古典时代之后，亚历山大时期的希腊人开始了系统、精确的自然研究。正如英国科学史家 W.C.丹皮尔所说，这一时期的希腊有一种我们现代人比较熟悉的气氛，方法开始发生改变，从无所不包的哲学学说和百科全书式的知识综述，过渡到富有现代气息的专门化和分门别类研究。<sup>②</sup>人们对自然界的基本态度更加科学。确定

①马堪温：《中华医史杂志》，11（3），190，1981年。

②W.C.丹皮尔：《科学史》（中译本）商务印书馆，79，1979年。

的、局限了的问题被逐个地分离，以便单独研究。这个时期，欧几里得建立了内在的逻辑谨严的演绎的几何学体系，几何学脱离自然哲学而独立；阿基米德一个劲儿地做力学实验，努力把实验方法和数学推理联结起来。医学上，这是西方古代史上唯一人体解剖合法的时候。博物馆内出现了专供解剖用的房间，亚历山大城还设有一所医学学校。赫罗菲拉斯（Herophilus）对解剖学，埃拉西斯特拉（Erasistratus）对生理学，特别是消化生理，作了一些初步尝试。这些都影响到了盖仑。

盖仑医学，显然已在一定程度上背离了希氏医学的主导精神，而是亚历山大利亚的科学和医学传统的继续和发展。盖仑曾到亚历山大利亚等地学习五年解剖学和其它科学知识，在那里他接受了动物解剖的训练，并获得过多次观看人体解剖的机会。据考证，盖仑与埃拉西斯特拉可能存在着师承关系。<sup>①</sup>

虽然盖仑一再宣称自己是以希氏医学为宗的，但他绝不是希波克拉底的忠实学生。他把医学从技艺引入到科学之门槛。<sup>②</sup> 他的医学成就和科学方法是亚历山大利亚科学传统在医学上结出的第一个硕果。

**仲景对医经、经方的融汇** 《汉书·艺文志·方技略》有医经、经方之说。所谓医经，“原人血脉、经络、骨髓、阴阳、表里，以起百病之本，死生之分，而用度箴石汤火所施，调百药剂和之所宜”，即以理论医学研究为主，所谓经方者，“本草石之寒温，量疾病之浅深，假药味之说，因气感之宜，辨五苦六辛，致水火之剂，以通闭解结，反之于平”，乃探讨本草、方剂之学，从事临证治疗为主。张仲景属于经方学派，但非狭隘的经验主义者。他的医学成就有机地融合了中医学的医经传统和经方传统。如他在《伤寒论·

---

①G.Sarton: Galen of Pergamon. Lawrence, Kansas, 39, 1954年。

②E.H.Acker Knecht: A Short History of Medicine. Baltimore, London, 73, 1982年。

自序》中云：“撰用《素问》、《九卷》、《八十一难》、《阴阳大论》、《胎产药录》，并《平脉辨证》，为《伤寒杂病论》合十六卷。”《素问》、《九卷》一般认为即《黄帝内经》、《八十一难》即《难经》，这些书属医经无疑，《胎产药录》、《平脉辨证》从书名判断当属经方学派。

仲景之前，中医学不仅形成了以《内经》为标志的较完整的理论体系，而且，临证医学亦有相当的发展，开始形成自具特色的治疗学体系。从长沙马王堆和甘肃武威出土的医学文献——《五十二病方》、《治百病方》，可以窥见当时临证医学的一般状况和某些特点。在应用针刺、单味基础上，随着医疗实践的扩展，中医学已渐次广泛应用复方；并开始出现辨证论治的思想雏型和复方配伍理论。

明代方有执在《伤寒论条辨·跋》中说：“昔人论医，谓前乎仲景，有法无方，后乎仲景，有方无法，方法俱备，唯仲景此书。”认为“前乎仲景，有法无方”，固未必然。讲仲景之书，“方法俱备”，的确中肯。仲景的著作正是在总结、荟萃其前经方家的临床经验（“博采众方”）基础上，以《内经》、《难经》等医经理论和思想方法为指导（“勤求古训”）完成的，它汇医经，经方于一家，溶经验、理论于一炉，成为中医临证医学原则之奠基性著作。

**从医动机的差异** 动机，依行为科学家的观点，是人类行为的原动力，它驱动、刺激、诱发人们从事某种活动，并调节、规定人类行为的方向。文化传统制约医学进化速度和方向的一个重要途径，就是通过影响医学家们的动机结构。

中国文化的重要特质之一是实用理性精神，“医乃仁术”代表了中国文化对医学的基本看法。这一人文精神使中国古代医家的从医动机尽管表面上存在诸多不同，其重实用的本质却是一致的。张仲景告诫人们不要“孜孜汲汲、唯名利是务”，而应“留神医药，精究方术”。因为百年之寿命乃“至贵之重器”，医术上可“疗君亲之疾”，下可“救贫贱之厄”，中可“保身长全，以养其生”。这段话，

典型地概括了中国古代医家习医动机。经方，医经学派无不强调解决实际疾痛。在中国人看来，医学不过是一种防病治病，拯黎民于灾厄的“术”或“技”，而不是研究人体结构和功能的纯粹知识体系。仲景倾心于解决具体的疾病防治，正是其从医动机的必然结果。

古希腊人从事学术研究的基本动机是求知的好奇心和“心灵”的内在满足，而不只是现实的需要。亚里士多德说：“为求知而从事学术，并无任何实用目的。”故古希腊学者一开始就把探索人体奥秘当作医学的重要方向。对于医学家，医学不仅仅只是一种防病治病的技艺（art），也是研究人体生命活动的科学（science）。盖仑属于知识型医生，不同于一般行医者，带有古希腊文化背景的烙印。他把动物解剖获得的知识移到人体上来，重视对人体结构和功能的探求。总之，不同的动机象一只无形的大手，支配着盖仑和张仲景以及其他医药学家的活动和创造，进而深深影响了中西医学的历史进程及其特点。

#### 第四节 分道扬镳的历史标志

医学史实质上是一部艰苦卓绝的探险史。无数人途中倒下，默默无闻，尚来不及留下任何印记。只有极少数幸运者，能在荆棘蓬草的乱石堆中摸索到一条依稀的路，并以他们的生命树立永恒的路碑。

盖仑和张仲景在医学成就、科学方法论结构方面毫无相似之处，这与今日中、西医学体系之间的差异甚为一致。东、西方古代科技体系对各自以后的发展有着强大的模板或示范作用，就象晶种对于晶体、种子对于植物的生长一样。可以说，没有盖仑和仲景医学体系完全相互的示范作用，很难想象会有中西医学今天这般显著差异。

虽然奠基之初，中西医学已显现出某些不可忽视的差异，但《希波克拉底文集》和《黄帝内经》之间的相似毕竟太多了，尤其在方法论和思维方式方面。故有充分理由把它们当作基本近似的医学体系。只是从整个中、西医学演进的历史过程看，它们的裂痕才具有重大意义。正是《内经》和《希氏文集》中包含的分道的“种子”和“可能性”，在不同的社会政治、经济结构、民族精神、文化传统的作用下，生发出两个绝然不同的医学体系。中、西医学的发展如同两条奔腾的大河，在越过本能的荒原、走出超自然主义的巫术丛林后正式汇成河流时，尚是基本平行的，仿佛朝着同一目标，但由于河床的地质构造不同，加上源头上方向的微妙差异，随着岁月沧桑的变迁，日复一日地不断流淌，终于彻底分道扬镳了。

长期以来，中外医学史界存在一种颇为流行的认识，即过分夸大近代西方医学的开拓者对盖仑的批判，而忽视他们与盖仑之间的一致性和继承性。这一误解导致人们把中西医学的分道扬镳界定在16~19世纪。

然而，深入地考察和分析西方近代实验医学的兴起，不难发现：它的发展是以盖仑为起点的。首先，盖仑的成就是近代解剖学复兴的前提和催生剂。13世纪起，盖仑及其阿拉伯注释家的著作的出现和流行，孕育了欧洲解剖学的复杂。维萨里（Vesalius, A.）所进行的解剖研究，则是对盖仑已有成就的深入和发展。维氏本人也把划时代的《人体构造》看作自盖仑以来解剖学的第一个进展。我们无法想象如果维萨里象王清任一样，一切都从零开始，西方近代解剖学将会怎样。哈维（Harvey, W.）发现血液循环亦是以盖仑的成就为起点的。盖仑以结扎动脉的实验证明了动脉含血，这一事实成为任何血液循环概念的基础；他的血液潮动模型又为哈维提供了一个批判对象。<sup>①</sup>而且，也是最重要的，盖仑以大量的生理学实验为血液循环的发现铺设了道路，特别是奠定了方法论

---

<sup>①</sup>邱仁宗主编：《成功之路》，人民出版社，第75页，1987年。

基础。此外，尽管盖仑没有制定出近代医学系统、严谨的实验科学方法，但开创之功实不可泯没。总之，盖仑是当之无愧的近代医学之先驱。甚至可以说，没有盖仑的成就、方法及其示范，也许不会有近代西方医学的一系列突破。因此，医史学家辛格（Singer, C.）称盖仑为“现代的”，并正确地提出：虽然达·芬奇、维萨里、哈维等人的许多工作是忙于证明盖仑的错误，但他们的不朽贡献却是以盖仑的认识为根基的。

## 第五节 相似的命运

医学史不断地讲述着人们总是忘记的那个教训：盲从权威和经典，迷恋昔日的荣光，必将窒息医学的顺利成长，在走向未来的途中，如果乞灵于古代，那么，所失去的将不仅是未来的灿烂，也会断送过去一切辉煌。

盖仑和张仲景以其杰出的贡献使他们在科技史上永垂不朽。盖仑是古希腊罗马的最后一面旗帜，他死后，医学的创造能力沉睡了千余年。盖仑医学和其他学术均成了基督教神学的婢女，盖仑所说的一切都成了绝不许变更的教条。一直到帕拉萨耳苏斯（Paracelsus）以当众焚烧盖仑的著作作为自己学术报告的开场白，维萨里通过描述直接的人体解剖指出盖仑的诸多错误时，盖仑才离开绝对权威的宝座。《伤寒杂病论》一直被誉为“众方之宗，群方之祖”。历代医家为此而发的由衷赞叹，纸墨难以承载，仲景之书“乃医中四书，不有《伤寒》，则众方无出；不有仲景，则生命堪虞。是其书可为万世宝典，而其人不愧医圣之才，安可因年代关系而损益其价值。”直至今日，《伤寒论》和《金匱要略》仍是中医学生的必读经典。

张仲景和盖仑的医学成就的确嘉惠于后世不少，我们无论给予他们多高的评价都不过份。但是，由于后世对权威的盲目遵从，以

及他们成就中的若干错误和不足之处，曾严重阻滞了医学的进步，特别当新范式或新学说萌芽生长时，这种消极作用尤为明显。

盖仑医学思想中的目的论和一神信仰符合基督教、伊斯兰教的宗教教义，在神学统治的中世纪，盖仑的地位远远超过了辩证思想丰富、更有人道气息的希波克拉底。作为科学家的盖仑消失了。医生们必须，也只能背诵盖仑等权威的只言片语。盖仑解剖学中的错误也成了“真理”。由于他的解剖学是建立在动物，特别是猴子的形态结构基础上的，与真实的人体解剖不符自属难免。但人们不愿承认盖仑错了，而不惜荒唐地曲为辩解，如股骨的弯直问题竟可笑地用流行穿紧身裤来加以解释。维萨里纠正了盖仑的两百多个错误，不仅受到教会的残酷迫害，他的老师也骂他是“狂人”，“两腿蠢驴”。<sup>①</sup>盖仑在虚拟的“灵气”说基础上提出了血液潮动学说，曾严重延缓了生理学的发展。16世纪西班牙医生因发现心肺小循环，竟被新教徒活活烧死。盖仑对化脓的认识不仅阻碍了外科发展，更使千百万无辜的患者丧命……。

仲景医学对中医发展亦有双重影响。不管怎样，《伤寒论》毕竟以讨论外感寒邪引起的疾病为主，并未详言温病；《伤寒杂病论》中的方剂毕竟是公元3世纪以前的产物，不能包治百病。温病学派的出现并于明清形成完整的体系，本是中医学对外感热病认识和治疗的一大飞跃，是中医学史上一次较大的创新。但不少正统医家却死死抱着《伤寒论》，把仲景比作孔子，高唱“儒者不能舍至圣书而求道，医者岂能外仲师之书以治疗？”把《伤寒论》视为“上古圣人相传”之书，坚信“一证一方，万选万中，回生起死，万载符合”，提倡“非仲景之书不读，非仲景之方不用”，诅咒温病学家们是“创异说以欺人”。以这些医家主观上为了捍卫仲景的历史地位和尊严，客观上却妨碍了中医学术的健康发展。

过去的一切伟大医学家，是真理的不懈追求者而不是绝对真理

---

<sup>①</sup>F.H.Carrison: An Introduction to Hiatory of Medicine. 116, 1929年。



的占有者，把伟大学者神化，使他们的成就绝对化、教条化，是导致仲景和盖仑医学成就异化的真正原因。盖仑自己从来就不是一个盲目的传统主义者，他倾向于使传统服从经验和实验。也许，矫枉需过正，近代医学家的先驱者们为挣脱盖仑的束缚，不得不采取一些过激之举。但我们可以说，近代医学之所以抛弃盖仑，正是作为科学家的盖仑之科学精神的胜利。

近代实验科学之父伽利略（Galileo, G.）曾用大师的语言倡导了对待伟人和经典的正确态度：“我不是说我们不应当倾听亚里士多德的话，相反的，我赞成那种虚心学习和仔细研究他的人。我所反对的只是那种屈服于亚里士多得权威之下的倾向。因此，盲目地赞成他的每一个字，不想去寻求其他的根据，而只把他的每一字看成颠扑不破的定律。”这些，也启示我们应该怎样来对待张仲景之类的伟人。

不错，历史的尘埃没有也永远不会掩埋住盖仑和仲景的光辉。但是，医学进化的方向总是指向未来而非已逝的过去。当今世界各民族文化正在“地球村”大汇聚，大交融，正逢此际的我们，只有创造出比张仲景和盖仑更伟大的成就，才能告慰往昔的英灵。

（聂菁葆    湖南中医学院）

## 第四章 兴盛与低谷

东西方医学舞台上的基调已经定下。正当人们满怀希望静候华彩乐章出现时，西方的神职人员却砍断了启幕人的双手。从此，欧洲大地黑幕紧垂，被制成木乃伊的盖仑僵视着黑幕后呻吟着的子孙们。而黄河流域的岐黄之乡，却金声玉振，紧锣密鼓，诸彩纷陈，上演着处于高潮期的正剧。

公元 476 年西罗马帝国灭亡，标志着西方历史翻过了厚厚的一章。征服者日耳曼人在奴隶制废墟上建立了封建制国家，开始了漫长而黑暗的西方封建社会。从 5 世纪直至 17 世纪，西方处于古代与近代之间，欧洲史学界统称“中世纪”。与此同时，遥远的东方，黄河和长江流域却处于封建社会的成熟时期，尽管周期性“震荡”规律依然起着作用，但唐、宋、元、明等鼎盛王朝毕竟代表着社会主旋律。因此，在截然不同的社会背景下，中西医学正显示出格调大异的正剧和悲剧特征。

### 第一节 呻吟中的中世纪医学

中世纪只知道一种意识形态，即宗教和神学。

——恩格斯

纪元初，在罗马政权残酷奴役下的下层犹太人，孕育出了基督教。基督教“最初是奴隶和被释放的奴隶、穷人和无权者、被罗马征服或驱散的人们的宗教。”（恩格斯：《论早期基督教的历史》）然而，随着奴隶制土崩瓦解，奴隶主退出政治舞台，基督教神职人员取代奴隶主，发展成为政治上的统治力量，作为平民的宗教——基督教，也蜕变、异化为麻醉、欺诈、统治民众的宗教。基督教作为中世纪的主宰，“乃自完全原始的状态发展起来的，它把古代文

明，古代哲学、政治和法律一扫而光。”（恩格斯：《德国农民战争》）从此，西方社会渐渐拉上了黑幕。

**神学的婢女** 西罗马帝国灭亡后，教皇、主教、修道士、神甫等逐渐获得了统治权，它们在经济、政治、思想文化等所有领域实施了专政。在经济上教会是最大的封建主。西欧有三分之一的土地掌握在少数神职人员手中，民众直接受其剥削和奴役。神职人员享有免税特权，却又要向教徒征税，因此成为永不破产的封建主。

在政治上，教会是最高统治者。恩格斯说过：“教会教条同时就是政治信条，《圣经》词句在各法庭中都有法律的效力。”教皇格利哥里宣称，他有上帝所赋予的废黜帝王的权力。臭名昭著的宗教法庭“异端裁判所”，对人民掌握着生杀予夺的一切权力，无数坚持真理的科学家和无辜平民惨死在基督教的火刑柱上，中世纪欧洲各国被判刑烧死的约有 500 万人！

在思想文化领域，教会对不利于神学观点的所有古典文化和进步思想强加扼杀和摧残。教皇格利哥里一世用一把火烧掉了罗马时代著名的巴拉丁图书馆。羊皮纸上的珍贵古代著作被肆意销毁或刀刮。凡不利于上帝存在的知识都遭到歪曲和篡改。除了基督教外，古希腊、古罗马的优秀文化及其传统几乎荡然无存。

教会的种种倒行逆施，使得西方这段长达十多个世纪的历史成为有名的“黑暗时期”。而西方医学也为整个社会的命运所羁绊，沦为一种腐朽的、毫无生命、毫无活力，恭敬于神学的“半死亡医学”。

在中世纪的医学界，希波克拉底和盖仑的著作是公认的唯一权威，医学研究的唯一目的就是解释和论证希氏、尤其是盖仑学说的正确性。这是因为，按经院哲学的原则：在《圣经》或神父的著作中，已经给予了一切可能的知识。盖仑是“医中之王”，早已进入“神父”的行列，因此他的论述被认为是绝对不会错的；医学家的首要任务是死记硬背盖仑的教条，注释盖仑的著作。实际上，盖仑已被注释家们篡改和歪曲，成了僵死教条和为基督教服务的恭顺“婢

女”。

**僧侣与“寺院医学”** 中世纪的欧洲，神学渗透到一切知识部门，医学亦不例外。当时的医疗工作多由僧侣们所控制。他们替人看病，更为病人祈祷，认为疾病就是罪恶，祛病莫善于祈祷。而一旦病愈，则又归之“圣迹”。治疗过程主要在教堂进行，要求病人作忏悔和祷告，鼓吹神职人员“将手放在病人身上，病人就会恢复健康”。（《马可福音》）据记载，这种“按手礼”的“治疗”方法当时颇为盛行，英国国王就曾用这种方法让成千上万的人在集会时接受他的治疗，他的口中振振有词：“我碰一碰你，上帝令你痊愈”。由于当时的医生都是修道士出身（牧师／修道士医生），而行医又都在教堂和寺院中，故史称“寺院医学”。

以寺院医学为代表的中世纪医学，是整个西方医学发展史上的低谷期。医学的成就，与一千多年的时间相比极不相称。造成这种现象的原因很多，大体上有以下诸种。

**社会因素** 古希腊、古罗马的医学虽然相当发达，但只是由贵族所享有，广大民众是无缘接近的。罗马帝国灭亡前，连年战争，科学研究失去了经济基础。公元410年，未开化民族侵入罗马，人心浮动恐慌，贵族奢侈放纵，民众苦于徭役，文化开始断裂；贵族被外族灭亡后，他们所垄断的文化也随之被消灭。

**宗教因素** 随着奴隶制的结束，基督教神职人员走上统治地位，宗教的影响和权力空前巨大。教徒们无不仰慕天国，认为自己的生存与死亡、上天堂或下地狱，都是由超自然的上帝所裁判。一切科学知识都被否定，医学领域也是《圣经》和教会的讲坛。教徒们认为治病是牧师的特权，祷告、禁食是最好的治疗方法，而患病则是神的惩罚。人心被天国所夺，现实的科学便显得不足为道，医学自然成为不必要的东西。当时，僧侣治病即使用药，也要抽去早期医药的优秀精神，如有一种药称为“盖仑丸”（又名“万病丸”），由70多种东西混合而成，能包治一切疾病。这就从根本上违背了盖仑的传统。科学被蹂躏，迷信便盛行。占星术、妖术、祈祷、咒

言，为中世纪治病的主要方法。直至 14 世纪的波伦亚大学还设有占星术的专任教授。多数医学家都采用占星术治病，巴黎大学的教授会议一直在讨论“慧星与疫病的关系”等问题。青年人宁愿学习神学，不肯学医。

**哲学因素** 公元 8 世纪时，卡尔大帝在宫廷、修道院普设“经院”（Schola），令王侯贵族子弟学习古典哲学，目的在于论证基督教的正确性、神圣性。经院哲学对医学有极大的影响，将医学引向了极为荒唐的地步，如医学家们讨论的主要问题是：上帝从亚当身上取下一根肋骨制成夏娃，亚当痛不痛？亚当是否是 23 根肋骨？夏娃是不是 25 根肋骨？这样的医学界必然无所成就。更重要的是经院哲学影响下的教学所造成的恶果。由于只注重对教本的注释和解说，只重视古代权威的教条，甚至连解剖、生理等实践性极强的科学也要求之于古书本，因此造成了严重的理论脱离实际。法国曾有一张讽刺画，嘲笑这一时期的医生：两位身穿学究式宽袍的医生正情绪激动地争论着盖仑书上的一条原文，他们站在病人床边，背向患者，打开书本，唾沫四溅地互相指责、批驳对方；与此同时，在他们身后，死亡却冷笑着带走了病人。

一千多年的中世纪，西方医学在神学的控制下，历经灾难，理性泯灭，经验亦不复有意义。除了在某些方面有些进步外，基本上处于停滞状态。

**幽暗中的“萤光”** 尽管中世纪的西方医学在水深火热之中煎熬，然而，历史总是千方百计地要前进。在如此漫长的时间内，如此广大的地域中，如此众多的医学家之间，总有不羁的思想之花在迸发，历史事件也制造出不屈的科学之魂。幽暗的中世纪，低垂的黑幕下也透露出点点萤光，酝酿着文艺复兴的熊熊烈火。

**医院医学的雏形** 由教会和僧侣们在寺院内行医，统一执掌医院管理权和治疗权，客观上促进了行医方式的转变，即由个体行医转为集体行医，构成了医院的雏形。这一行医方式的优越性，很快就在 13、14 世纪瘟疫大流行过程中表现出来——医院为防范治疗

传染病提供了必要条件，这对个体行医是不可思议的。此外，瘟疫流行也刺激了医院的发展，为文艺复兴后的医学复苏与振兴提供了场所。这也与中国医学家们长久的个体行医方式形成了鲜明的对照。

**医学院校的建立** 中世纪初，医学教育是在寺院内进行的，11至12世纪，有些学校脱离寺院的控制，如萨勒诺（Salerno）医学校、波伦亚（Bologna）大学、蒙彼利（Mont-pellier）大学等。虽然教师多数仍是僧侣，但医学教育毕竟摆脱了宗教的束缚，转向教授实用的内容。医学院校的建立虽然对推动中世纪的医学发展很少有直接的贡献，但它继承、保留了古代医学传统，使医学教育摆脱宗教的控制，促进医学的自由研究，为以后兴办大学打下了基础。此外，它亦是有别于中医学口传心授的个体带徒式教育法的开端。

**护理团体的诞生** 在社会因素的刺激下，如麻风病大流行、十字军远征等，中世纪出现的大量伤病员急需隔离和救护。为此，诞生了不少救护团体和机构。如著名的阿尔卑斯山中圣伯尔纳（St.Bernard）寺院的救护收容所等。

**流行病学的成就** 欧洲中世纪瘟疫蔓延流行，鼠疫、麻风、梅毒、天花、斑疹伤寒等传染病横扫欧洲大地。瘟疫流行，除了医学不发达之外，与战争、饥荒、社会城镇化、交通日趋便利等因素亦有密切关系。据记载，仅14世纪的一次瘟疫大流行，大城市中枉死者竟占总人口的50~90%！

疫病的大流行充分暴露了中世纪医学的落后，它迫使医学家们首先在疫病方面进行本质性的探讨。部分医学家终于摒弃了经院学派的教条，开始建立卫生法规，兴办医院和隔离所，成立药房，禁止和取缔江湖医生的欺骗行为，加强对妓女和卖淫的管理，改善医学教育……。对于传染病的预防，则采取火烧或冰冻居住环境及杂物，浸泡钱币等措施。当时，麻风、梅毒等病较为猖獗，为此，不少国家设立了麻风病院，将患者与正常人隔离；病人拿东西必须先

以信号示意，并使用棍子挑取等。14世纪中叶，在意大利出现了防疫机关和港督制度，禁止有疫病嫌疑的船只进港，断绝疫区的交通。海港检疫（quarantine）一词，源于意大利语 quarantine，原意为“四十”，这是因为1377年在意大利的拉格里为防止鼠疫的扩散，将来自黎巴嫩和埃及的船只隔离了四十天。检疫一词，作为预防传染病的重要措施，一直沿用至今。

**思辨的火花** 面对中世纪神学统治下的落后医学，黑暗的中世纪亦不乏有识之士，他们面对现状，进行了有益的思辨，追求科学精神，摸索科学方法，力图改善当时落后的医疗面貌。例如，14世纪初波伦亚大学教授蒙迪诺（Mondino），于1315年公开解剖一妇人尸体，最早对人体作了系统解剖；该校另一著名教授奥尔德洛蒂（Alderotti），是融合阿拉伯和希腊精神的学者。此外，西奥多瑞（Theodorie）指出化脓非创伤必经过程；威廉（William, S.）指出水肿乃肾炎之症状，能区别动、静脉出血，倡用烧灼法；艾修斯（Aetius）著《Tetra-biblion》16卷，记述白喉、甲状腺肿、恐水病、癫痫症状，并创动脉瘤结扎法；特拉利安纳斯（Trallianus, A.）对肺结核提倡食物、转地、航海等疗法，并用药物大黄治疗；西奥菲勒斯（Theophrastus, A.）是研究尿生成生理的专家，为检查尿沉渣的第一人。

以上虽为零星、局部的人与事，但他们对现状的反思，对科学方法的追求与运用，客观上对中世纪的医学现状提出了挑战。文艺复兴后逻辑构造型医学的形成，与中世纪沉重而长久的思辨不无关系。

此外，由于中世纪宗教战争频繁，战伤外科亦取得了一些经验。

综上所述，长达一千多年的中世纪西方医学，基本上是一个僵化而缺少生命力的体系。亚里士多德、希波克拉底、盖仑等赋予医学的理性生机被扼杀；原先极有价值的医学成就被僧侣们贴上了神学的标签，纳入圣经的框架而蜕变为维持宗教统治的工具。这一

切，都与当时的文化环境有关，亦受制于生产力和科学技术的不发达。因此，颓废的精神气质充斥西方医学舞台，科学思想在黑幕下呻吟挣扎。

## 第二节 繁荣昌盛的中国医学

唐宋时代，中国温文有礼、文化腾达、科技昌盛和威力远被，同西方世界的腐败、混乱、愚昧和分裂对照得那样鲜明，以至人们不得不要问，是什么促成了这一繁荣？中国的这些领先，为什么没有保持至今？

当欧洲正在黑暗中痛苦呻吟之际，中国人却正在创造灿烂辉煌的东方文化，以至 13 世纪意大利人马可·波罗 (Marco Polo) 来到中国时，对所见的一切惊羡不已。在众多有利条件的催化下，中医学正在向新的高度挺进。

西晋隋唐至五代 (265~960 年) 的七百年间，中国政局典型地表现出战乱和稳定相互交替。自“三国鼎立”，司马氏建立西晋后，“八王之乱”、“南北对峙”、“隋末起义”、“安史之乱”、“五代十国”等动乱之后，分别尾随着一个时期的统一和稳定。在这种环境下，科学文化却以其特有的步态，表现出与西方中世纪相反的趋势。

中国当时的文化环境不至于完全禁锢人们的思想。虽然汉代已“独尊儒术”，但儒学并没象西方的基督教那样走上政治舞台，中国尚未出现“政教合一”的统治形式，道教和当时大举渗入的佛教始终与儒学分庭抗礼，互相牵制又互为补充；战国时期“百家争鸣”的余波仍存。最根本的差异在于：欧洲中世纪是宗教控制着政权，而中国历来皆为政权左右宗教。由于宗教的从属地位，唯心主义神学对人们意识形态的影响有限，即使在战争、灾祸的状况下，也能因为思想意识方面的较为宽松而无大碍于科学思想的形成和科学技术的进步。



继东汉蔡伦发明造纸术后，各种新的科学技术成果不断涌现。火药、指南针、活字印刷等重大发明都出现或成熟于宋代以前。这些科技成果，经由印度、阿拉伯等传至欧洲后，给身处黑暗中的西方人送去了阵阵清风；为文艺复兴运动的爆发，起着推波助澜的作用。马克思在1863年1月给恩格斯的信中称这些成果为“资产阶级发展的必要前提。”并予以极高评价：“火药把骑士阶级炸得粉碎；指南针打开了世界市场，并建立了殖民地；而印刷术则变成新教的工具，总的来说，变成科学复兴的手段，变成对精神发展创造必要前提的最强大的杠杆。”<sup>①</sup>

元代以前，中国在天文、历法、地理、地质、数学、物理、化学、生物、历史、考古等领域内，都取得了大面积的丰收。诸如唐诗宋词、莫高窟壁画彩塑、龙门卢舍那佛雕等文化艺术之灿烂辉煌，皆堪称举世无双。这些成就使我国在世界科学文化领域内独领风骚几个世纪。我国的医学亦在这一文化氛围和科技成就的撑托下，借鉴来自阿拉伯、印度等国的医药成果，迈进了它的黄金时代。

**实证医学的摸索** 在中国医学史中，人们往往忽视了这样一个重要史实，即西晋隋唐时的实证医学倾向。在中医学走上辨证论治道路之后，在医学理论的原理化、抽象化过程中，凡不符合思辨、领悟、类比等中国传统思维倾向的实证科学，都自然而然地成了细枝末节而被舍弃。以至人们今天很容易忽视它的存在。实际上，以解剖、胚胎为代表的实证医学摸索，在当时已具有相当成果。

隋唐时期的医学家们比较注重探求医学自身的特殊规律。他们在玄学盛行，讲究“循名责实”，追求“名实统一”的时尚影响下，力图超越整体自然哲学对医学的束缚，而努力进行着实证观察的尝试。

---

<sup>①</sup>马克思：《机器·自然力和科学的应用》

解剖和胚胎学的成就 这一时期，这方面的研究进展不少，可惜人们总是有意无意地忽略遗忘了，以至不少成果被湮没。例如，对于胚胎的生成，隋唐时已不满足“两精相搏”的理论，而是猜测到有一种类似“受精卵”之类的物质导致了胎儿的形成，这种物质称为“子精”。“子精与血气相遇，犯禁，子精化，不足成子”（《诸病源候论》）。并致力探求“子精”的来龙去脉，从而得出一些解剖发现。如“胞门”、“子户”即是。

“胞门”、“子户”，后世多宗《脉经》而将其作为“气穴”的别名。其实，据《诸病源候论》载，胞门、子户“主子精神气所出入，……禁闭子精”，是“子精”出入的门户，系具有开合功能的通道，且归肾所主。可见，它们是对生殖系统某个通道的描述。通过尸体标本实测：子宫底位置与关元穴平行略高，正常成年女子子宫体近底部直径一般为5~6厘米；而两侧输卵管在子宫腔内的开口，距离约为2~3厘米。据《甲乙经》记载，胞门、子户作为穴位名，分别位于关元穴旁开半寸，两穴间距约1寸。按中指同身寸折量，约合2厘米略多，与解剖位置对照，此二穴竟几乎等同于输卵管在子宫腔内开口处的体表投影！

这一事实，不经过具体而详细的解剖观察是不可能发现的。类似的例子还可以在宋以前的医书中找到许多。这也反映自西汉王莽开始我国第一次医学意义上的人体解剖后，解剖学一度十分发达，完全与两晋隋唐时期医学的飞速发展相适应。

在需要更加精密，细致观察才能发现的胚胎发育学领域，唐宋医学也达到了很高的水平。如北齐徐之才《逐月养胎论》对胚胎生长发育有系统阐述。徐氏著作早佚，其内容收录于隋代《诸病源候论》、唐代《千金要方》、《外台秘要》等著作内。它们对不同时期胚胎的各自形态描述，与现代组胚学的有关论述甚为接近。如：发育一月的胚胎坐高5毫米，当时记载“如珠露”；三个月能初辨性别，当时描述为“分男女”；五个月胎动明显，当时描述为“筋骨成、能动”；六个月胎儿眉毛、睫毛生长，皮肤起皱纹，当时描述

为“毛发生、口目皆成。”六个月以后的胎儿较大，描述与现代更为接近，……如果没有大量的解剖实验和详尽的观察，凭空“推理”是绝不可能走到这一步的。至宋代，已有人以“七天”（周）为单位，将妊娠期分为38个单元，分别描述了每个单元的胚胎形态或生命活动特点（见《简易方》），其内容更加细腻、具体。

宋以后，以辨证论治为特征的方法论占据了中医理论和临床的主导地位，但解剖观察仍在一定范围内进行。北宋末年的《欧希凡五脏图》，依据56具被处死的罪犯尸体，“使医与画人一一探索，绘以为图”。成书于1102—1106年的《存真图》，也是据罪犯尸体绘得。其中图形、文字虽有粗略之弊，但大致正确。

然而，宋以后的解剖实践远不如两晋隋唐时活跃，也不是以“探索”为主要指导思想，而多半为了映证古代的理论。如《欧希凡五脏图》中有“蒙干多病咳，则肺焦胆黑”，“欧诊少得目疾，肝有白点”等等。这些显然是从现成理论为出发点，有目的地在解剖中按图索骥：肺主咳喘，目疾属肝，早有定论，如解剖发现与之相符，便记录在案；反之，必舍弃不用。这种以实用功利价值为出发点的实践活动，预示中医学发展中注重实验的风尚开始走下坡路。

病因学的探求 宋以前的医界，非常注重客观病因的研讨，对病因的认识突破了六淫、七情等传统学说，注重特殊矛盾的特殊根源，尤其注重探索直观的具体病因，反映了实证科学的精神。如《诸病源候论》对流行性传染病（温病）的认识，是“感乖戾之气而生病”；疥疮，是“有细虫甚难见”；均超出“六淫”的水平。漆疮，是因为患者“禀性不耐漆”，隐约提出了过敏体质的问题。对瘰疬（地方性甲状腺肿）的发病学观察，认为是饮用山区沙水或情志因素致病。虽然没有直接指明与缺碘有关，但亦非固守传统病因学的成见，而是真正做到了具体情况具体对待，走出了类比、推理的老路。

量化的尝试 晋隋时期的许多著作，都试图对《内经》等早期经典中的一些问题进行准确地定量描述。如《脉经》、《甲乙经》

等著作就尽可能地对脉象、经络、穴位等进行形、质、量方面的客观描述。

**晋唐时期的“辨病论治”** 魏晋时期，玄学盛行，经学（《内经》阴阳五行思想的渊源）衰败。玄学的主要思想是：名教应该与自然一致，“无不能生有”，“物各自造而无所待焉，此天地之正也”。这显然与以阴阳五行学说推导一切事物原理的传统思想方法有所不同。在这种思潮影响下，科学界也采用了一种客观、求实的科学态度，与玄学招致的政治领域“清谈”之风颇不相同。晋代葛洪评论当时医学研究时说：“分别病名，以类相续，不相错杂”；唐代孙思邈也说：“夫欲理病，先察其源”。这种“分门别类”、“追根求源”，可以说已站在形式逻辑思维门槛上来观察医学现象，说明隋唐医学家们注重探求医学自身发展的特殊矛盾和特殊规律，这也是符合科学技术发展的一般规律。其具体成就如下：

**明确的疾病分类和分科** 当时已按内、妇、儿、外、皮肤、眼、耳鼻喉、口腔、精神病等分科；另有急救、针灸、按摩等；接近现代的医学分科。

**科学的疾病命名** 当时，对许多急性传染病、内脏器官病、寄生虫病等的命名已趋于科学。如消渴、脚气、蛲虫、蛔虫、寸白虫（绦虫）、食噎（食道肿瘤）、肺痿、沙虱（恙虫病）、射工（类似血吸虫病）等。《诸病源候论》甚至将肿瘤专列一门。外科方面，除了当时较为发达的伤科、疮疡等外，皮肤病认识亦很丰富，记载了白秃、疥疮、痤疮、瘤（皮肤良性肿瘤）、赤疵（血管瘤）、黑痣、湿疮、干癣、王烂疮、浸淫疮、风疹、丹毒等近百种病名；妇产科领域已将“妇”与“产”分论，出现了月经不调、子宫脱垂、乳痛、恶阻、胎病、妊娠数堕胎（习惯性流产）、难产、恶露不尽等名称。这些病名大多沿用至今。

**追求诊断客观化** 诊断方法突破了传统的四诊法，注重追求客观的观察指标或特殊指征。如消渴（糖尿病），已知借助尿味发甜来诊断；对黄疸病，“每夜小便里浸少许帛，各书记日，色渐退白则

瘥。”

注重针对病因治疗 如谷皮治脚气（维生素 B<sub>1</sub> 缺乏症）；动物肝脏治夜盲；槟榔杀绦虫；常山治疟疾；水银（汞制剂）治皮肤病等。病因治疗体现在外科疾病上，是采用手术疗法。当时已能进行兔唇修补术、外伤缝合术、接骨术、肠吻合术、肠系膜截除术、金针拨内障术、拔牙术、龋齿修补术等等。

由于“辨病论治”注重的是每一个独立疾病发生、发展及转化的全过程，着眼于贯穿疾病全过程的基本矛盾，强调“病因学治疗”，因此它如果能与阴阳五行学说指导下的辨证论治法则相结合，必然会取得更大成就。但这却不太可能在当时实现。了其因，当时对疾病特征的具体探索尚较粗糙、肤浅，无法与古代哲学指导下得到充分发展的中医一般性整体思想及其具体认识相匹配，加上社会文化的主导思潮也不利于这类研究及两者之结合。

**“辨证论治”的确立** 宋元时期，由于社会文化思想的影响，对具体疾病特性的研究衰减了，思辨、领悟、以不变应万变的思维方式重新占了上风。中医学从此形成了一股强大的、以“辨证论治”为主的潮流。

宋朝以降，周敦颐、“二程”等创立的理学学派渐成声势，受其影响，医学界开始在典籍中寻找辨证素材，并加以推衍，故有《伤寒微旨论》、《南阳活人书》、《小儿药证直诀》等推崇“辨证”之书出现。

南宋，朱熹集理学之大成，“程朱理学”大盛，并为统治者所提倡，取得了思想统治的地位，且长达数百年。此时，隋唐之前深入探讨疾病本质和特征的学术态势受到阻遏。理学家们认为，理（事物的本质、规律）与人的理性是一致的，顺着人的本性，便能认识和把握“理”与“太极”（宇宙）；人心之知与世界之理本质一致，人依靠理性不断“格物”，就可以达到对理的全面认识（致知）。理学家朱熹斥责那些探求事物客观性质的人：“为此学而不穷天理，明人伦，讲圣言，通世故，乃兀然存心于一草一木，器用之间，此是何

学问!”在格物致知思想方法指导下，任何社会实践和科学探索，其措施与手段只能是“学也者，使人求于内也。不求于内而求于外，非圣人之学”。医学界同样崇尚圣人，因此，必然要到《内经》、《伤寒杂病论》等圣人之书中去找“求于内”之法；既然“格物之功只能在身心上做”，医学上的“身心功夫”最好莫过于“辨证论治”，而《内经》等著作中恰好蕴藏着大量为这方面的素材，于是它便成了医学家们最可发挥创造力的用武之地。请看：南宋陈无择，首先在病因学上“返朴归真”，<sup>①</sup>他所倡导的“三因论”影响远广；金元刘完素、张子和，领疾病分类简约化之先，将一切疾病约为“六气（淫）”分类，外加内伤、外伤、内积、外积共十类，隋唐时倡行的科学分科法退居末流；明代张介宾，集宋金元辨证思想之大成，力主八纲辨证，将所有医学实践范畴仅用“阴阳、表里、寒热、虚实”八字概括……。

“辨证论治”的基础是“证”。“证”是疾病过程中一定阶段各种症状和病因、病性、病位及邪正对比等各方面病理因素的综合。针对这种综合的失调状态进行治疗，可以控制和纠正病理过程中的某个或某些环节，同时可以针对性地促进机体的抗病和修复机能，以利根本上治愈疾病。辨证论治包涵着的高度实用性、科学性，是它独领风骚数百年的内在原因。

“辨证论治”法则的最大特点是在治疗上能“曲应其变”，灵活处理各种临床现象，使治疗重心落在疾病和机体功能的现时状态上，因此是一种“发病学治疗”。这一治则的深层又积淀着“以不变应万变”的思维特征，这恰恰是它最明显的弱点。因为它造成了人们头脑灵活但视野狭窄的思维定势——长于“思辨”懒于“循名责实”。只要有临床症状，总能辨出一个“证”来；只要某些药物治好某种病，终归可以根据疾病表现出的“证”，给药物定出一个相应的药性和治疗机制来。正因为它可以利用已有的知识来解释和应付一切新的病理现象，因此，客观上阻碍了中医学对其他科学方法的主动求助，给人们带来了颇为严重的惰性。可以说，该法则在“灵活变通”的特

点背后，确实隐有“保守”的潜在性质；它的再次崛起和核心地位最终确立，为中医学后来的发展缓慢埋下了伏笔。

尽管宋元时期辨证论治法则形成了中医学主流，但尚未达到被人们视为金科玉律的程度，也没有在人们头脑中造成负性思维定势。因此，医学的各种思潮仍可以沿着自身的规律发展。如外伤科方面，宋代的《急救仙方》、《卫济宝书》、元代的《世医得效方》；法医学方面的《内恕录》、《折狱龟鉴》、《洗冤集录》；方剂学方面的《太平圣惠方》、《圣济总录》等都是在观察、比较、分析、实验或实践基础上，研讨某一方面的特殊矛盾与规律所取得的较重要的医学成就。

**学术争鸣与医学门户** 金元时期，中国医学界出现了一个具有特色的历史事件，这就是史称“金元四大家”的学术争鸣。其代表人物是刘完素（1110～1200年）、张从正（1156～1228年）、李杲（1180～1251年）、朱震亨（1281～1358年）。《四库全书总目提要》说：“儒之门户分于宋、医之门户分于金元”，即指这一事件。

这一事件的出现，与辨证论治原则在中医领域确立了主导地位有关。这一原则可以在整体上帮助把握医学事实的一般性质，但缺乏细节的说明，造成了一种模糊朦胧的特征，使人的思维带有较强的、受个体经验制约的直观性、经验性和臆测性。这些特征一旦造成思维定势，就会呈现出满足个体经验需要而随心所欲、无所不能地运用理论的现象，导致“公说公有理，婆说婆有理，公婆都有理”的局面。金元四家正是分别站在各自的经验立场上，充分利用辨证论治原则的灵活性和可循环论证的封闭特点，来证实自己的学术见解。

金元四大家虽彪炳医史，但客观分析却不难发现他们并无多大的理论建树或临床发现，而只是根据自身经验，分别抓住《内经》中的片言只字加以发挥，如刘完素致力于“六气化火”说，张从正阐发祛神论，李杲着眼于“有胃气则生，无胃气则死”之旨，朱震亨则发展了“相火”学说，从而分别主张寒凉、攻下、补脾、滋阴。他们

各自的学术主张，是对《内经》理论某一部分的重申和强调，并没有突破性的发展，只不过给各自所抓住的那一块理论增加了实践的资料。

正由于他们分别从自身的体验来深刻体会所抓住的那一块理论，所以对这部分理论的认识常较透彻，故能在该理论所适用的那部分疾病的临床治疗上创造出新的疗法或提出新主张。然而过分强调自身体验与《内经》中“部分理论”的结合，又不可避免地产生片面性。刘完素主寒凉，自己患伤寒却治不好，反被张元素治愈；①张从正主攻下，语属偏颇，以致被后人攻讦；李杲创温补学派，对后世影响很大，导致喜温补的医风，直至清代叶桂对此提出“养胃阴”学说，才算补偏救弊。可见，这种“争鸣”，客观效果也只能是《四库全书》所说的门户之争和自立流派。

**成功的原因** 促使隋唐宋元时期医药事业空前繁荣的因素很多，大致有：

**稳定的政治局面** 在公元3~14世纪（晋~元）一千多年的漫长历史中，尽管朝代几经更迭，战争时有发生，但每次改朝换代后总会有一段政治稳定、经济繁荣、文化活跃的平静时期。人民在休养生息期间发展生产，钻研技术，使我国科学技术不断上升和强化。在这段时间内，我国一直是世界上最为富庶，社会文明高度发达的大国。在这种政治环境中，医学事业自然能得以蓬勃发展。

**宽松的学术环境** 尽管汉代“废黜百家，独尊儒术”，但中国有百家争鸣的传统，加上早期儒学又有一种较为宽容的学术风气，能以其“中庸”精神兼蓄各家之长。因此，学术界思想意识可以在比较宽松的环境中各自相对独立的发展。这种局面，与中国一直没有出现西方中世纪那种宗教统治有关。南宋以降，人们的思维模式在理学的影响下日趋模式化、单一化，学术环境遂走向僵化、保守。

**重知识的行政制度** 唐宋实行“文人当政”，注重科技，在行政

---

①《金史·张元素传》



上规定出一套一定程度上可以改变轻视医疗事业态度的制度。为了改变医生“流品不高，士人不耻”的社会地位，唐代设太医署，成为世界上最早官办的高等医药学校。到了宋代，著名文人范仲淹提出“不为良相，当为良医”，医生几与“丞相”等同。从此从医成为人们崇尚的职业。从宋代大量医事诏令、行政制度、法律规章中可以看出，朝廷比较重视医药学术和人才质量，为医药事业的发展提供了保证。诸如唐代官办的“养病坊”、“病人坊”、“悲田坊”等，宋代的“和剂局”、“熟药所”、“校正医书局”，都是这种保证在制度上的体现。这些机构，不仅促进了医药事业本身的发展，也使我国具备了世界上较早的医学教育、住院病房、传染病院、国家药局和文献整理机构。

**规范化的医学教育** 重教育，也是当时医学高度发展的促进力。唐代成立世界上最早的高等医药学校以后，几乎历代都有相应机构。所设课目，也比较科学而系统。

**开放式的医药交流** 由于当时的学术界思想尚未陷于封闭与保守，国内外的交往频繁，医药方面的交流也十分活跃，常通过诸如通商、通婚、互访以及战争等方式进行。例如，汉族与藏族的医药交流，最早可追溯到隋代，《诸病源候论》中“氐羌毒”之名即来自藏医之名。唐初文成公主远嫁松赞干布，是汉藏文化交流的高潮。第一部藏医著作《无畏的武器》，就是在翻译中医书的基础上写成。金元时期，北方少数民族大规模南侵，金朝统治者很重视汉族医药成果。著名医书《圣济总录》就被视为珍贵战利品。金宋和谈，金指名索要王唯一的针灸铜人作赔偿。

在与国外的交往方面，除了与邻国有广泛深入的学术交流外，主要通过阿拉伯民族，间接吸收西方的医药成果。

值得一提的是，由于中医学自身的独特风格和先进性，尽管在漫长的中世纪，曾经受到来自各方面的冲击，或者与中亚、西亚以及南亚次大陆、欧洲大陆的医学进行过颇有声色的交流，但始终没有出现类似印度医学因雅利安人入侵而削弱、埃及医学因亚历山大

大帝占领而希腊化、罗马医学因日尔曼蛮族南侵而中断，从而成为世界上唯一一个“万物皆备于我”的，包容性很强的传统医学体系。但这种环境造就的自信心，后来也蜕化为拒绝接受西方文化的封闭保守心理，成为中医学发展的障碍。

### 第三节 交汇点上的医学

探明古代东西文化交流的情况，就不能跳过或忽视阿拉伯文化。……“桥梁”度送了东方文明到西方，反过来又度送了西方文明到东方，同时“桥梁”本身存在的第三文化，对东西两面又各自产生了双向交流。最后是，度送的过程，也把第三文化夹杂了进去，有时产生了三种文化融合的奇景。

——胡道静

公元7~8世纪，阿拉伯半岛上崛起一个强大的封建帝国——萨拉森帝国（Saracen）。领土自印度、中国边境直至大西洋，史称大食国。通常所说的阿拉伯医学，就是指阿拉伯半岛上以阿拉伯语言为主的诸多伊斯兰教国家的医学。

**融汇欧亚的阿拉伯医学** 阿拉伯民族的文明程度偏低，然而却十分好学。伊斯兰教祖穆罕默德口授的名著《哈狄特》（Hadith）说：“要寻求学问，即使它远在中国。”在这种求学欲望的驱使下，中国唐以前的科学技术、希腊人、波斯人、中亚细亚各民族的优秀文化和科技在阿拉伯都得以包容。其医学在唐末宋初时发展成除中国之外最先进的学科体系。

独具特色的阿拉伯医学体系，积淀了西方的医学传统，融汇了中国医药的知识和经验，对文艺复兴运动时期欧洲医学的苏醒和发展影响极大。

10世纪以前，阿拉伯医学主要是孜孜不倦地汲取营养。他们翻译了大量的希腊医学著作和叙利亚文的医书，向基督教徒学会了

希腊医术，接受了中国脉学和炼丹术，容纳了印度的药物经验，同时还吸收了波斯、中亚诸国的有关医学知识。

10至12世纪间，阿拉伯帝国初步形成了自己的医学体系，出现了大量医学著作。如中国炼丹术在此得到了很大发展，健全了化学实验方法，出现了化学制药；著名医学家阿尔·拉兹（Al-Rhazes，860~932年）已在临床使用化学药物，并能鉴别天花与麻疹。他的代表著作《万国医典》，15世纪以前一直被欧洲用作教材。与希波克拉底、盖仑并称为世界三大医学明星的伊本·西拿（980~1037年）（欧洲称为阿维森纳，Avicenna），所著《医典》（Canon Medicinæ）集阿拉伯医学之大成，涉及解剖、生理、病理、治疗、药物、卫生、饮食等等。在《医典》中，既可看到西方医学重观察、实验的精神，也有东方医学擅长实践，注重精神与健康、疾病关系的内容。故此书17世纪中叶以前一直被欧洲尊奉为医学教科书。

12世纪前后，羽翼已丰的阿拉伯医学开始向外扩散。欧洲各国竞相邀请讲学；我国元朝也在1263年聘请名医爱薛为御医，掌管上都医药院；1272年大都又立“回回药物院”，翻译阿拉伯医学著作，如《回回药方》等。

阿拉伯医学的成就，首先在于保存和发扬了以希腊为主的古典医学遗产。而此时欧洲医学正处于荒芜或停滞状态，医学著作几乎毁灭殆尽。文艺复兴时期，西方人不得不在阿拉伯人那里找回自己这段“死亡的历史”，将医学著作转译为欧洲文字。

其次，许多伊斯兰医家将归纳法应用于医学实践，使观察和经验成为理论的基础。药物化学等得到长足的发展。他们发扬了中国炼丹术，成为世界化学工业的先驱。Chemistry（化学）一词，即源于阿拉伯文 Al-Kimiya（炼金术）。他们还发明了大量化学器材，形成了蒸馏、升华、结晶等系列实验方法。这些，给文艺复兴时注重实验，讲求分析的西方科学意识，提供了足够的实物和方法。他们的药学著作，构成欧洲药典的基础。

此外，伊斯兰国家建立的医院和临床教学，成为其后欧洲医院和教学的样板。

最重要的是，阿拉伯医学沟通了东西方医学交流。印度、中国等古典医药知识和经验，通过阿拉伯传到了欧洲，构成欧洲医学的主要基础。有人认为，欧洲 15 世纪后注重血管的研究，就是中国脉学经阿拉伯传入欧洲的缘故，哈维发现血液循环也得益于脉学。而我国也通过阿拉伯医书传入了一些西方传统医药的内容。大宗药物，亦经过阿拉伯，源源不断地出入于欧亚。这些，构成了人类文化交流史上颇为壮观的一章。

当然，中世纪的阿拉伯医学也存在不少缺憾。如过分崇尚尊经，凡盖仑所说的都是真理，未说过的均为谬误；热衷于古籍注释，唯古是好；轻视解剖（可能与回教禁解剖的教义有关）等等。因此，阿拉伯医学的衰亡也是必然的结局。近代西方医学本由它催化，反过来却不动声色地迫使它在世界医学舞台上悄然逝去，成为真正的历史。

**内涵丰富的印度医学** 印度为四大文明古国之一。其文明发端于公元前 30 世纪。如果说阿拉伯医学是以沟通欧亚为特征，印度医学则以自身的丰富内涵出现在世界医坛。

早期的医集《吠陀经》(Veda) 成书于公元前 2000 年至公元前 700 年；而类似于我国《黄帝内经》的奠基之作《阿育吠陀》(Ayur-veda) (又译为《生命经》) 在印度地位甚高。“阿育吠陀”亦因此成为印度医学的代名词。

公元前 3~4 世纪，佛教被奉为印度国教。该教反对婆罗门教的“等级”，主张人人平等，提倡慈悲仁爱；受到被压迫人民的欢迎，因而，传播很快。医学因为有济世救人的职能，加上佛教徒为了传教，颇好医道，故医师的地位极高，可与君主、富户、教师平起平坐。因此，公元前 4 世纪至公元 8 世纪的整个佛教兴盛期，成了古印度医学的黄金时代。如公元 5 世纪，纪摩揭陀国首都的那烂陀寺院是当时印度文化的中心，仅学生即有近万人（《大唐西域

记》)，其中不少来自外国。他们除了学习佛教和婆罗门教的经典外，主要研究医学与数学。

印度医学的水平之高，在某些方面连我国亦难以匹配。诸如内科、外科、五官科、小儿科、妇科、药物、保健、巫术等方面都十分发达。尤其是有关身心医学，瑜伽、眼科手术、五官科手术等方面更为精湛。在它的医学体系中，不仅有注重自然、感情等对健康、疾病的影响，治疗中强调整体观念，强调人与自然相统一等与中国传统医学相似的地方，也有注重化学药物、手术治疗等古希腊医学精华的一面。

早期的印度医学曾影响过古希腊。如希波克拉底提出的“四体液说”，就明显留有《吠陀经》中“三体液说”的痕迹。后者认为健康的身体是气、粘液、胆汁三种原汁正常配合的结果。希氏文集中还记载了许多印度药物，并提到印度的一些药剂和疗法。而希氏的“四体液说”又随着西方侵略者的东征，渗透于印度医学中，发展成为著名的“四大学说”。

中印交往始于公元前 5 世纪，纪元后，伴随着佛教的大举东渐，文化与医学交往日趋频繁。中国西移印度的医药学成就有本草、针灸、脉学、保健术等；而文献记载印度传来的成果更多，涉及医学理论、药方、医疗技术和各类药物等多方面。尤其是医学理论对中医学的影响更大，如南北朝时陶弘景的《肘后百一方》，“百一”二字即源于佛典一百一病之说；《诸病源候论》“四大不调”、《千金要方》“四气合德，四神安和”、《外台秘要》“身者，四大所成也”，皆祖于印度医学中的“四大学说”。一些印度医籍如《龙树菩萨药方》等，亦被翻成中文。

兴旺发达的中世纪印度医学，以其丰硕的成果，分别对东西方医学都有过极其深远的影响，古代西方医学与中医理论中都流淌着印度医学的某些因子。

(王旭东 南京中医学院)

## 第五章 成熟与新生

有时，世界上的事如此离奇：同一类事态，今天与昨天的反差殊似天壤，难以置信。人们在无奈中把它视作偶发之结局。然而细加寻味，却偶然中有着必然，只不过这必然当时被遮蔽在错综复杂的表象背后。

14 世纪，无论对西方还是对中国的医学，都是一个具有重要意义的时代。伴随着宗教改革而来的文艺复兴运动，使西方医学冲破了封建宗教藩篱而得以迅猛发展；在中国，中医学体系完全成熟，且越来越紧地被箍上了保守拒外的封闭环。自此，中西医学体系中潜在的不谐因素完全暴露并进一步扩大。实验科学为西医学插上了腾飞的翅膀；中医学则仍以沉重、缓慢的步履，在固有的惯性下移进。

### 第一节 注入催化剂的近代西医

物极必反是无法抗拒的自然规律。停滞的事态，有时却利于蕴蓄能量，就象满弓搭箭一般。一俟时机成熟，或获得催化因子，便可如同离弦之箭，一发不可收。文艺复兴提供的契机，对西方医学来说，正是这么一种催化剂。

文艺复兴运动翻开了西方历史崭新的一页。而 15 世纪的宗教改革，则是这场轰轰烈烈、意义深远运动的序幕。诱发宗教改革的导火线正是残暴腐朽的教会专制，故它也可以视为一种异化的产物。

**文艺复兴运动** 当基督教从平民百姓的宗教蜕变为统治者的工具后，专制与腐朽便逐渐成了它的特征。在持续了一千多年残暴而黑暗的统治之后，人民终于忍无可忍，掀起了反对教会，要求宗

教改革的浪潮。德国的宗教人士马丁·路德（Luther, M.1483~1546年）首先发难，他对教皇的专制与教会的权力提出了挑战。虽然他仍站在宗教的立场，但这一改革主张反映了广大市民的热切愿望，因此反响异常强烈，是欧洲教会大分裂的起因。在不长的时间内，德国、荷兰、丹麦、挪威和瑞典等国，都先后依附马丁·路德所创立的“新教”。路德派成了欧洲新兴资产阶级的代表。

欧洲新兴资产阶级极力追求具有世俗特点的新文化，他们的兴趣焦点已从虚幻的上帝转移到实在的“人”。他们提出“我是人，人的一切我应该了解”的口号。新文化是人文主义的文化，当时的作家、艺术家们努力打碎宗教神学的桎梏，认真从生活中汲取创作营养，真实地描绘人与自然。科学技术界亦与之相呼应，跳出经院派的束缚而投身探索自然。这与中世纪前的古代希腊、罗马文艺和科技追求自然、纯朴、客观、真实的精神不谋而合。由于优秀的传统是反对腐朽现实的最好武器，因此，重新尊崇、发掘、探究古希腊、古罗马传统科学文化蔚然成风。这一新的文化思潮被称为“文艺复兴”（Renaissance）。它是欧洲封建社会向资本主义过渡这一历史变革在意识形态上的集中反映。在这场运动中，“教会的精神独裁被摧毁了”，<sup>①</sup>它使科学与艺术从教会的囹圄中解脱出来，并得以蓬勃发展。这场运动初始虽以“复古”为口号，但实质在于从古希腊、古罗马文化中寻找可供反对封建文化的哲学和科学武器，以及以“人”为中心的世界观。复兴古典文化，是为了提倡人本主义，反对宗教迷信。故这场运动显示出讴歌世俗，蔑视天堂；标榜理性，取代神启；提倡个性自由，反对独裁统治等特征。欧洲近代科学、文化的开拓者们，在这个主体意识的引导下，广泛发掘欧洲古典文化中的合理内容，汲取各国先进的科学文化营养。弗朗·培根（Bacon, F.）曾指出：“没有中国的三大发明（指火药、造纸、罗盘），就没有欧洲的文艺复兴。”尤其是中国的印刷术，在传播人文主义文

---

① 《马克思恩格斯选集》，第三卷，445页。

化中发挥过巨大作用。

随着实验方法、教学方法等的确立，以实验为根基的西方近代医学也在母腹中躁动，行将足月面世。

**科学精神的建立** 实验为主的实证方法，是科学脱胎于哲学，决裂于神学的主要标志。文艺复兴运动的巨匠里奥那多·达·芬奇（L.da Vinci, 1452~1519年）曾庄严宣告：“科学如果不能从实验中产生，并以一种清晰实验结束，便是毫无用处的，充满谬误的。因为实验乃是确实性之母。”西方近现代科学因此常被称作“实验科学”。当时，整个科学文化领域实验意识日趋浓厚，在这氛围中，医学研究也开始向实验科学靠拢。被马克思恩格斯誉为“英国唯物主义和整个实验科学的真正始祖”的弗·培根在《论科学的价值及改进中》便呼吁医生，必须“放弃一般普通的观点（即牵强附会，形而上学体系的），要面向大自然。”他本人则从事过生理、病理方面的实验，主张研究比较解剖学与病理解剖学。培根的主张，代表了文艺复兴初期医学改革的精神面貌，也代表了对科学精神的迫切呼唤。

医学改革，首先必须变革观念，这就需要对医学研究中的“经院哲学”进行彻底的清算。瑞士著名医生、化学家帕拉萨尔苏斯率先在意识上向经院哲学挑战，对死抠盖仑教条的僵化行为发出战斗檄文。强调：“医生的理论就是经验，没有科学和经验，谁也不能成为医生。”“我的著作不是引证古代权威著作，而是借最伟大的教师——‘经验’写成的。”并嘲讽那些“寺院医生”是“乘航在一只愚人的船上”。他甚至当着医学生的面烧毁盖仑的著作。这些激烈的言行，猛烈地震撼着医界之士的心灵，以其探索医学真理的大无畏气概，强烈地扭转着医学界的观念。

在治疗医学上，有识之士抛弃了背诵或辩论古典医学原文以治病的方法，离开了羊皮纸卷和大书本，面向病人以寻求疾病本质。帕多瓦大学的蒙塔奴（Montanari, G.）公开宣告：“医学的根源只是在病人的床边”，“要学习只能访视病人”。他的教学都在医院中进



行。他们这种对陈旧事物怀疑、批判、决裂的态度以及重视实践、蔑视权威的科学精神，为文艺复兴后兴旺发达的实证科学奠定了坚固的心理基础。

**发轫于实验的医学** 医学领域最能体现人文主义思想特征的就是人体解剖学。自 15 世纪开始，人体解剖学研究真正走上了科学的坦途。

多才多艺的文化巨匠达·芬奇也是现代解剖学的先行者。有足够的证据表明：他第一个发现了上颌骨内的 Highmore 氏窦；最早描述了子宫的正常位置和胎膜的三层结构；率先记录了心室内链锁带（此带又以他的姓氏命名，称为“The band of Leonardo”——里奥那多带）；首次绘出了人体骨骼图，以其精湛的绘画技艺留给后人大量精美的图谱。此外，他还发明了不少解剖实验方法。

被誉为科学“复兴”标志之一的《人体的构造》的作者维萨里（1515~1564 年），公开反对并纠正了绝对权威盖仑的许多错误。如推翻了盖仑有关成人心室隔膜有孔的结论，描述了心脏的瓣膜；指出盖仑关于手臂部、骨盆部、胸骨等构造错误；并开创了以实物、模型、动物实验进行解剖教学的教学法，注重解剖与生理机能的联系。他在人类历史上第一次根据实验的结果，系统地对人体构造做了真实的描述，从而创立了解剖生理学。

其后，英国的威廉·哈维（1578~1654 年）用实验的方法证明了人体血液循环。恩格斯曾称赞他因为发现了血液循环而把生理学确立为一门科学。随即，马尔皮基（Malpighi, 1628~1694 年）又利用改进了的显微镜在 1666 年发现了毛细血管网。

18 世纪，西方解剖学向纵深发展，意大利摩尔干尼（Morgagni, G.B. 1682~1771 年）创立病理解剖学。1731 年出版的《论疾病的位置和病因》一书，首次成功地澄清了病变器官与疾病表现形式之间的关系，成为病理解剖学的奠基作。法国医生比沙（Eichat.M.F.X. 1771~1802 年）则又将病理解剖学推进了一步。他进行了正常组织结构和病理解剖的比较研究，使他获得了组织学

和组织病理学创始人的殊荣。摩尔干尼与比沙的成就，为 1855 年德国病理学家魏尔啸（Virohow, R.L.C.）建立细胞病理学铺平了道路。

文艺复兴运动熏陶了医学家们的科学意识，使他们将眼光聚焦于人体本身，采用观察实验、比较分析的科学方法来研究医学。在这种意识的驱使下，他们既能光大盖仑著作中的科学精神，又能冲破中世纪神化盖仑所造成的禁锢，从而开创了医学科学的新局面。随着文艺复兴运动而来的工业革命，也为医学家们奉献了实现科学意识的手段和工具。试想，如没有虎克（Hooke, R.）研制的显微镜，何以能发现细胞及微细结构？没有桑多里欧（Sanctorius, 1561~1636 年）创制、改进的体温计、脉搏计，何以能进行机体新陈代谢试验，并使生理学在 17 世纪大步走向科学？医学也得益于各门自然科学所提供的成果，恩格斯论述自然科学飞速发展对世界观的影响时说：“第一是由于发现了细胞……第三是由于发现了能量转化律……第五是达尔文证明出一切有机体是由于长期发展的结果而产生的……由于这三大发现，自然界的基本过程得到说明，比起前一世纪来，唯物论的自然观现在是奠定在更加牢固的基础上了。”<sup>①</sup> 唯物主义世界观和实验、实证的科学主义，造就了施莱登、施旺、穆勒、伯尔纳、巴甫洛夫、魏尔啸、巴斯德等大批医学泰斗，他们犹如一块块里程碑，耸立在近、现代医学科学历史进程的两旁。与他们的名字联系在一起的生理学、组织学、病理学、药理学、诊断学、治疗学等学科也渐趋精细、成熟。

**数学与理性的灵魂** 17 世纪，西方的力学、天文学取得了巨大的成就。著名科学家伽利略在天文学、静力学、动力学、物理学等方面有着重要贡献；牛顿进一步发展制定了运动三定律和万有引力定律，创立天体力学，并与莱布尼茨创立微积分。在这些伟大成就的感召下，人们头脑中认为世界上一切物质运动，都将遵循牛

---

<sup>①</sup> 恩格斯：《费尔巴哈与德国古典哲学的终结》，第 35—37 页，人民出版社，1972 年。

顿的力学定律，于是试图采用实验与数学相结合方法来研究生物学、生理学、医学。范·海尔蒙特 (Van Helmont, J.B.) 在实验中广泛应用天平来计量；黑尔斯 (Hales, S.) 在研究血液动力学时，首次用计数的方式测定了动物血压，并指出毛细血管具有收缩与扩张的性能。这种定量分析方法，使医学摆脱了思辨推理的玄想，升华为一门实验科学。

弗·培根从哲学上阐明了科学方法在认识论中的重要作用，给科学注入了理性的灵魂。在方法论上，他提倡经验归纳法。而法国哲学家笛卡儿 (Descartes, R.) 则提倡人类理性解放，高度重视哲学对科学的指导作用。在方法论上提倡演绎法。这些思想，为西方科学技术的飞速发展起了很大的推动作用，也是西方医学保持至今的思想基础。

**三个医学学派** 17 世纪时，西方医学界出现了物理医学学派、化学医学学派、活力论三大阵营，其不同观点在当时及西方医学的发展过程中影响甚大。

物理医学学派的代表人物有波累利 (Borelli, G.A.)、贝利尼 (Bellini, L.) 和巴利维 (Baglivi, G.) 等人。他们对人体的生理病理现象，均采用机械力学的原理来解释。由于采用了观察实验和定量分析的方法，这在当时反对宗教神学的斗争中有其进步性，但是，把复杂的生命现象给予简单化的理解，难免造成非常大的缺陷。

化学医学学派的代表人物有范·希尔维厄期 (Sylvius, T.)、梅犹 (Mayow, J.) 等。他们应用化学知识来解释生命现象和疾病现象，也采用了观察实验和定量分析的科学方法，并对唾液、胃液、胰液等消化液做了不少研究，故对西方医学有极大影响。但由于当时的化学还未成为一门系统的科学，因此，他们的解释很多地方完全曲解了生命现象。

活力论学派的代表人物有斯塔尔 (Stahl, G.E.)、霍夫曼等人。他们认为生命活动不遵循物理、化学的原理，人体中存在着某

种非物质的、超自然的“活力”，活力是人体一切活动的源泉。尽管他们的指导思想与哲学观念过于虚妄，但由于摆脱了物理医学学派、化学医学学派对生命的简单化理解，所以从不同的角度提出不少合理的见解，如对刺激、机体应激性、兴奋性的详细观察，导致了近代神经生理学、神经病理学的产生，预言了内分泌的存在。

**形而上学的阴影** 自然观方面的深刻烙印，使得形而上学的哲学观自 17、18 世纪起在自然科学中占据了统治地位，也一直影响着西方医学（包括我国的西医学界）。这种思维习惯主导的医学研究使西医学在腾飞的同时，夹带着顽固的并发症。诸如化学药物导致医源性疾病、对某些心身疾病无能为力等均与此相关。这些，给整个人类凭添了较多的忧虑。

机械唯物论是形而上学唯物主义的典型形式，它用机械的观点解释自然和认识论问题。这在当时反封建、反神学、反经院哲学、驳斥“上帝创造万物”的革命中起过积极的作用。文艺复兴后的医学，不满足于古贤哲们对事物的笼统认识，要求搜集大量事实，进行分析、比较和分类记忆，这样，不得不将物体分解，在“静止态”下对“部分”进行观察研究，以得到具体和精确的结论。习以成俗，这种科学方法遂演变成一种传统、一种思维定势，它引导人们只注重局部的机械运动，并以机械运动和局部形态来看待一切。表现在医学界，人也被看作是由个别零件组成的机器，法国拉美特里（Lamettrie）的《人是机器》一书，就将心脏看作水泵，肌肉视为杠杆，消化如锅炉燃烧，大脑是操纵盘；而人胚就是完整的人，成人只是胚胎在量的方面增长，没有质的变化。更有甚者，巴利维把人的身体分解为许多小机械。对此，恩格斯指出：“把自然界的事物和过程孤立起来，撇开广泛的总的联系去进行考察，因此就不是把它们看做运动的东西，而看做静止的东西；不是看做本质上变化着的东西，而是看做永恒不变的东西；不是看做活的东西，而是看做

死的东西。”<sup>①</sup>

形而上学的唯物主义忽视了生物与非生物的区别，以力学等来解释复杂的生命运动形式，必然疏于整体功能的联系，忽视人与自然、精神因素与健康、疾病的关系等重要内容。其价值观念，是以实体观察为基础，由客观存在推导价值关系，注重逻辑学的科学方法论，强调“结构决定功能”，凡是在微观结构上找不到基础的功能，一概不予承认，这就遮挡了科学发现的视野。中医学中诸如经络学说，气功状态情志疗法等都由于颇难确定其物质基础或结构特征，只能一概被排斥在“科学研究”之外。可以说形而上学的阴影，是敦促西医学逐渐回过头来注意中医学的原因之一。

概言之，文艺复兴运动唤醒了人们的科学意识，使人们重新重视古希腊、古罗马的科学精神，并开始医学领域积累素材，收集资料，基础医学逐步得以发展。但临床治疗却依旧无法超越希波克拉底时代的水平。17、18 世纪虽已完全从盖仑的教条中解放出来，然仍时时偏离正确轨道。理论上，机械唯物论和形而上学是医学观念的主体成分，治疗上还笼罩着先验的神秘主义色彩。故这一时期只能视作是现代医学科学的孕育准备阶段。19 世纪初叶，人们开始注重病理解剖学与临床诊疗的联姻；中叶与后叶，实验生理学与微生物学介入临床，对诊治产生较大影响。这些，逐渐赋予临床医学以自然科学性质，导致了诊断学与治疗学的彻底改观，医疗技术也日趋走向精细和复杂，西方医学进入成熟阶段。跨入 20 世纪后，更是紧密地与现代科学技术成果结合在一起，一步步发展成为当今的现代医学。

## 第二节 惯性作用下的明清医学

我们的祖先，有过彪炳青史的伟大成就。然而，到了封建

---

<sup>①</sup>恩格斯：《反杜林论》，18—19页。

社会中后期，却引出了一幕幕的悲剧：先人们创造了指南针，只被后代借以看“风水”；发明了火药，却主要用于制作鞭炮、驱鬼避邪；天文观察也沦为卜算王朝吉凶的工具；……。西方汲取了这些成就，却用来武装坚艇利炮，叩开了闭锁的国门。所有这些，说明了什么呢？

轰轰烈烈的文艺复兴与我国大明王朝的中、晚期同时。此时，欧洲进行了工业社会中现代科学文化的奠基工程，中国则完成了农业社会中宗法制度文化的理论化、固定化。宋明理学攀上顶峰之际，科学技术的发展便被纯思辨的模式牢牢地套上了紧箍，中医学也失去了强劲的动力，依赖着惯性行进。

**成熟了的体系** 经过宋、明两代儒学家们的努力，中国“大一统”的政治、经济、文化体系已经相当“完善”，类比、推理、思辨的思维方式也被人们运用得娴熟无比，阴阳五行学说构建起的理论体系成熟透了，整个医学理论被雕琢得“尽善尽美”，以不变应万变之功能更加“健全”，所有这一切，都使得中医理论体系日趋固定、僵化，从而出现日见停滞的进化态势。

借助历史的惯性，明清两代医家也做出了不少成就，这主要表现在三个方面：（1）对历代中医学术的集大成。如李时珍的《本草纲目》、最大的方书《普济方》等。（2）文献整理式的文本考据。如明清时期大量的医经校注、辑佚。（3）带有近代科学意义的医学意识。如吴有性的温疫学说、王清任的解剖医学等。前二者主要是对历史的总结与整理；后者则是17世纪后受西方科学文化影响的中医学有识之士迸发出的思想火花，这些开拓者们敏锐地察觉到中医学发展的契机。可是，文化土壤非但不能营养、助长这些可贵的科学意识，反而摧残、埋没了许多优秀的医学萌芽。

**《本草纲目》的成就与缺憾** 妇孺皆知的明代大医药学家李时珍（1518～1593年），有感于历代本草著作“舛谬差论遗漏，不可枚数”，决心编撰一部集历代药物学知识之大成的《本草纲目》。

该书历时二十七春，囊括了先贤几千年用药经验和药物理论，提出了当时最先进的药物分类方法，纠正了一些反科学的传统或误解，对世界科学影响很大。全书涉及人体生理、病理、症候、预防、卫生、植物、动物、矿物、物理、天文、气象等诸多分支，基本上是以科学的态度和求实方法完成的。在编写过程中，李氏“渔猎群书，搜罗百氏。凡子史经传、声韵家圃、医卜星相、乐府诸家，稍有得处，辄著数言”。全书载药 1892 种，分为 16 部 60 类。古今中外，对此书的评价极高。1956 年，郭沫若曾题词赞誉：“医中之圣，集中国药学之大成；《本草纲目》，乃一八九二种药物说明；广罗博采，曾费三十年之殚精；造福生民，使多少人延年活命，伟哉夫子，将随民族生命永生。”

《本草纲目》尽管是一部科学巨著，但并未为中医学开拓出一个新境界。首先，医学的发展必须实现观念的更替，而《本草纲目》基本上是一部经验总结式的著作，在思想上是维护传统的。其次，医学的发展必然要在理论、方法上有所突破，《本草纲目》也未能做到这一点。尽管该书在某些问题上有所创新，但对整个中医思想体系并未有丝毫的改革。即便如此，在明清宗法制度文化劣根性影响下的中医界，仍不时有人对该书滥加指责，如清代名医陈念祖便认为它“杂收诸说，反乱《神农本草经》之旨”；甚至主张将其烧毁。窥斑见豹，明清之际中医发展过程中所处文化环境之顽劣岂不昭然若揭？

**疏校医籍之风的兴起及功过** 宋明理学作为中国传统文化的后期代表，基本倾向是反对创新。孔、孟、程、朱这些儒学大师的著作，被奉为不可更易的圣人之言。与之相应，《内经》、《伤寒论》之类的医学经典，也成了不可企及的至圣之书。“儒家不能舍至圣之书而求道，医者岂能外仲师之书以治疗？”在这种深层文化惰性影响下的明清之际，“考据学”成为时尚。这种情形与中世纪的西方对盖仑著作的态度颇为相似。

由于雕板印刷发达，加上考据学潮流的波及，不少人钻进故纸

堆，致力于文献的整理，“文本”研究成了当时医界的主要任务。此时，出现了大量的“全书”、“丛书”，如徐春圃的《古今医统大全》、张景岳的《景岳全书》、王肯堂的《古今医统正脉全书》、《证治准绳》、清代朝廷编纂的《古今图书集成·医部全录》等，明初朱棣主编的《普济方》，是有史以来最大的方剂全书；这些大部头著作几乎将中国明清以前所流传下来的著作收罗殆尽。

除此而外，明清二代对医经的校正、诠释、辑佚、发挥，也是医学研究中的主要内容。出现了大量文献整理性质的著作。尤其在清代，此风更甚，成为清代中医学的一大特色。

医学文献的整理，对保留文化遗产作出了贡献，但成为“时尚”，却反映了“泥古守法”的文化心态。医学作为一门科学、一类应用技术，研究主题始终是活生生的人及千变万化的疾病，医学文献整理充其量只是实现这一主题的辅助手段之一。一旦喧宾夺主，辅助手段成了中心任务和目的，中医学的发展进程便可想而知。中医学绵延二千多年，始终保持其基本结构，与这种文化心态，与这种“述而不作”的古籍整理不无关系。这与现代科学强调突破传统的观念大相径庭。因此，浩瀚的医学文献被保留下来，既是我们的骄傲，也是中医发展的不幸。而更为可悲的是，这股明清遗风影响至今，文献整理研究仍是今天中医学研究的主旋律。近十年来全国各地培养的中医研究生，因受制于多种因素，大多数亦只能或依然热衷于此。此风不正，中医学何以走出匍匐行进之困境。

**温疫学说的发端与蜕变** 1642年，中医史上出现了一部试图超越中医传统模式，从“本体论”角度探求医学规律的著作——《温疫论》。作者吴有性，生活于瘟疫流行的明末。他总结了当时对热性病治疗的经验，结合自己的实地观察分析和诊治实践，从临床上将伤寒与温病区别开来，并认为瘟疫是由不同于六淫外感病因的“戾气”所致，感染途径由“口鼻而入”；特定的“戾气”可以引起相应的疾病，治疗上宜采用针对性较强的方药以“逐邪”；并指出外科感染与传染病属于同一范畴。这一整套的理论，超出了传统的六淫致



病模式，发前人之未发，揭示了传染病的诸多规律，预测到了致病微生物的客观存在。这些，在没有显微镜的条件下，已经达到了科学发现的最高限度。有人甚至指出，吴有性的“戾气说”，“已包含了科学革命的胚胎。如果他能有一台显微镜，他就足以能成为中国的列文虎克和巴斯德”。<sup>①</sup>

然而，在明清时代的文化环境中，中国传统文化思潮中封闭、崇古、内省、求同的特质已经登峰造极。吴有性这样个别的科学天才以及他预示现代病原生物学的杰出假说——戾气说，与整体观念指导下的辨证论治体系显然格格不入，与“儒家不能舍至圣之书而求道，医者岂能外仲师之书而治疗”的医学意识更是水火不相容，因此只能成为“非圣无法”的异端邪说，被指责为“独出心裁，并未引古经一语”，“创异说以欺人”。在这种文化背景和医学环境中，天才的发现只能以夭折而告终。

由于《温疫论》自有其指导临床的独特价值，故后世仍崇吴有性为温病学派的开山祖师。但对“戾气说”这一“群目为怪物”的异端邪说，尽管没有采用象西方送上火刑柱那般残酷手段，却以中国的特产——“中庸”思想那种最大的宽容性加以改造。具体的方法是在《内经》、《难经》、仲景之书为温病学说寻找近似的理论依据，以使其重新归入传统范式之中。叶天士、吴鞠通、王孟英等温病大家的著作，全都从传统典籍中找到了理论根据。他们所创造的三焦辨证、卫气营血辨治法，都是《内经》理论的扩充适用，将温病学派的优秀经验纳入传统医学体系，因而被改造成为可以接受的“正宗”。而温病学说创始人的初衷——戾气论体系，亦被杨栗山、余师愚等吴有性的嫡传弟子们改头换面，复归于六淫病因，成为火邪的一种类型——“疫即曰毒，其为火者名焉”。而吴有性试图对“戾气”进行分解，从实证出发探讨中医学的企图，因“戾气说”的灵魂被抽取，而不甘心地成为以《内经》为代表的中医理论范式之侍

---

<sup>①</sup>常存库，《医学与哲学》（8）：15，1988年。

从。

**王清任“解剖医学”的坎坷** 清代医生王清任（1768～1831年），在文化禁锢最严重的时代做出了一个惊世骇俗的举动——强调人体解剖学对医生的重要性，并大胆对古代医学典籍中解剖记载进行怀疑和匡正。他在《医林改错》中疾呼：“著书不明脏腑，岂不是痴人说梦？治病不明脏腑，何异于盲子夜行？”为了实现自己的主张，王清任以超人的胆略，并付出极大的心血与汗水，亲临刑场、坟冢观察尸体，描图绘形。他正确描述了动静脉，发现了脑神经，指出“灵机记性在脑不在心”，“两目系如线，长于脑，所见之物归于脑”等等。

王氏的伟大，并不在于他所描绘的解剖图谱，因为这在当时的世界范围内已不先进，甚至某些地方还没有《难经》的论述正确；而是在于他的革新、实证精神；在于他敢于冲破封建礼教的束缚，大胆地对古代圣贤持批判态度；在于他是一个充满战斗激情和献身精神的改革者。如果人们沿着他的方向努力，也许以后二百年的中医史就要重写，至少也会得到迅速进步，不至于今天仍陷在泥泞而崎岖的山路上。

然而，历史又一次嘲弄了中医学的探索者。王清任的医学成就，同样逃不脱类似吴有性戾气学说的沉沦命运。薄薄的《医林改错》一问世，“卫道者”们便群起而攻之，指责王清任“越改越错”、“错上加错”，说他“教人于髑髅堆中、杀人场上学医道”。王清任与西方近代实验医学的先驱维萨里有许多相似的学术思想和科学成就。本来，王氏的《医林改错》完全可以它独特的科学精神和思维敲醒沉睡的中医学界，象维氏的《人体构造》为西方医学开辟了一个崭新的天地一样，为中医学的发展提供了一种新的可能。可是，令人惋惜的是，尽管人们“高度地”评价了王清任，这仅仅因为他的气血学说和临床方面的成就，而他孜孜以求的解剖学研究，试图把传统医学建立在一个全新的基础之上的愿望和努力不仅没有被后世继承发展，甚至未引起应有的理解和重视，而被默默无闻的否

定。<sup>①</sup>至今还不时有人埋怨他不尊重经典著作，“缺乏中医学的认识论和方法论”，“拉了历史的倒车”。于是乎，注重实证科学的思想萌芽被传统的劣根性又一次掩埋了，王清任冤魂不死，亦只能幽幽哀怨。错失突破契机的中医学再一次摆脱“干扰”，沿着原来的机制继续运行。

王清任等人的科学创新精神不被中医学接受的关键，在于他们的思想中跳动着一种迫切要求采用严密的逻辑体系和锐利的认识工具来发展中医事业的火种。这正是现代科学所倡导的“构造的、思辨的特征”。但却与传统中医强调整体直观性、模糊性的思想方法相抵牾。清代阮元说过：“良以天道渊微，非人力所能窥测。故但言其所以然，而不复强求其所以然。此古人立言之慎也。”《内经》、《难经》中已经有了较完备的解剖记录，却始终无法建立起解剖学理论体系，甚至容不下王清任探索解剖学的要求，其原因就在于古代解剖成为中医理论体系的一个组成部分后，人们采用了一种“不求其所以然”的认知方法，具体细致的解剖学研究无法在“天人相应”学说的指导下与实用挂起钩来，更不允许对“圣人之言”提出质疑。因此，王清任之辈所要求的医学改革，必然没有滋生成长的土壤。

**人痘接种术的境遇** 天花是世界疾病史上波及面极广，为害期甚长的烈性传染病，千百年来人们对它束手无策。然而，至少在明代，我国的民间医生已发明了预防该病的特效方法——人痘接种术。

据俞茂鲲 1727 年在《痘科金镜赋集解》中记载，明徽宗隆庆年间（1567～1572 年），安徽宁国府太平县的佚名医生开始为人种痘。张琰在《种痘新书》亦有相近年代种痘的记载。

1695 年的《张氏医通》和 1742 年的《医宗金鉴》记载了接种方法。其中的“痘衣法”，是将天花患者的内衣给健康人穿，以获得

---

① 聂普葆：王清任与维萨里的成就及命运，《中医药学报》，（6）：2-4，1988 年。

免疫力。这种方法对染毒量无法掌握，比较危险。另一种“鼻苗法”，取用天花患者的痘浆或痘痂接种入健康人的鼻腔，预防效果较好。遂逐渐流行。

人痘接种术因其有效，很快传至国外。1652年前后，龚廷贤弟子戴曼公在日本介绍了该术。17世纪后，俄罗斯等国派人来我国学习该术。此后，逐渐泽被朝鲜、土耳其、英国等国，受到西方人民的赞扬。法国哲学家、思想启蒙者伏尔泰（Voltaire）赞曰：“我听说一百年来中国人就有这种习惯（指种痘术）。这是被认为全世界最聪明最讲礼貌的一个民族的伟大先例和榜样。”<sup>①</sup>

人痘接种术对战胜天花作出了重大贡献，被称为是人工免疫法的先驱。但对这一事件全面审视后却使人不无遗憾地感到，它与我国其他科学技术成就一样，是由“能工巧匠”们在工作中的天才发现。人痘接种术之所以能广为流行运用，是因为它有着急功近利的效用和客观的眼前利益。但它却无法在中国演变成现代免疫学。倘若任其发展，充其量只能在具体操作方面有所改进而沿用至今。西方人却能在人痘接种术的启迪下，在一百多年的时间内，由真纳（Jenner, E.1749~1823年）的牛痘接种术脱胎成巴斯德（Pasteur, L.1822~1895年）的体液免疫学说乃至梅契尼可夫（И.И.Мечников, 1845~1916年）的细胞免疫学。这除了当时的中国无法提供探索人痘接种机制的科学手段外，传统文化中无意构建纯自然知识体系，注重急功近利的“务实精神”，轻视微观世界纯科学探索的思想惰性，是更为深层的原因。

以上的几个片段，反映了中国医药学在明清时代的一些成就，但多是少数人的较个别的活动，并未对整个中医理论体系的更新改造作出实质性贡献。中医学仍然维持着一贯不变的传统范式，吴有性们撞击出的几点耀眼的火花，由于没有文化环境的支持和科学技术的保证而不足以触动原有的体系，只能落得被兼并或夭折的惨

---

<sup>①</sup>伏尔泰：《哲学通信》，第43页，上海人民出版社，1961年。

局。

### 第三节 中西医学的交流

不同文明之间的交流过去已经多次证明是人类文明发展中的里程碑。……在许多这种交流中，作为“学生”的落后国家最终总是超过做“教师”的先进国家。

——罗素

自唐代贞观 9 年（635 年）至 17 世纪以前，中国与西方在医学领域内进行过不间断的交往。但由于中医学在临床上的处理能力一直高于西医学，故西医学无力改变中医界人士的观念。而西方对中医的引入，亦多半是从诊治方法、药物等临床技能上着眼。双方对各自理论的主动吸收，尚未形成气候，只是在断续的交往中以“互通信息”的形式进行着。

17 世纪以后，随着西方的领土扩张、文化侵略，东西方医学在中国全面相遇了。相遇激起的碰撞促使两者的交往进入了一个新的阶段。西方医学除了进一步吸收中国卓有疗效的治疗措施如针灸、药物等外，也开始对中医的历史、医学理论、脉学等发生兴趣，并进行了研究。而中医学界面对大举渗入的西方实验医学，不少人措手不及；也有一些明智之士面对实验医学的成果，悟出了自身的欠缺，认识到吸收西方之长的重要性。

17 世纪以来，西方陆续出现了一批研究中医学的著作。在这些著作中，西方医学专家们充分运用了“选择”这一主体的能动性和创造性，以中国医学的实用技术充实了西方的实证主义医学。但是，他们对中医学的核心理论却基本未加以重视。

1643 年以后，波兰传教士卜弥格（Boym, M.）在华期间，选译了部分中医医理、脉学、药理学著作，其中 1656 年在维也纳出版的《中国植物志》（拉丁文），是最早传到欧洲的本草学专著。

1671年，法国 Harvieu, R.D. 所著《中医秘典》，1682年 Cleyer, A. 所著《中国医法举例》，都引录了卜弥格译述的中国脉学。后者还介绍了中医舌苔与 289 种中药，附有经络与脏腑插图 68 幅。1707 年末，脉搏计数器的发明者弗洛伊尔 (Floyer, S.J.) 著《医生诊脉表》，亦转译了卜弥格的译著，并指出中医脉学对他的发明有所启发。

我国的针灸术也是 17 世纪传往西方的。1676 年，德国、英国分别出版了关于灸术的书；1683 年，荷兰医生赖尼 (Rhyne, W.T.) 推出了最早介绍针刺术的著作——《论关节炎》；同年，Gehema.J.A 在汉堡撰写了《应用中国灸术治疗痛风》，认为灸术是治疗痛风最好的方法。此后，针灸术开始流行于意大利、西班牙、瑞典、比利时、法国等。

19 世纪后，西方医学界对中国医学史发生兴趣。1813 年 Remusat, A. 著有《关于中国医史研究》；1820 年，Pearson 写下《中国医学史》。

所有这些，虽然多从实用出发，但也为 20 世纪后深入研究中医学开了先河，积累了资料。

本世纪中叶，西方医学界逐渐看到自身医学观中以原子论的间断性、结构性、层次性观念为导向，偏重于分析解剖，强调病理诊断和单纯拮抗性治疗，从不同层次研究人的生理活动和疾病过程的具体细节等探究活动带来的一些弊端，部分有识之士深入研究了中医学元气论为主的基础理论，意识到中医生理观、病理观等中贯穿的矛盾统一整体观方面的长处，从而将中医学看成是西医学的重要补充。

在西方医学的飞速发展形势下，中医界亦有一批有识之士，敏锐地发现实验科学的长处，在强大的保守势力围困下开始汲取西方医学精华，试图为中医学的发展开辟一条新路。中西汇通学派则是其中之代表。

从明末医家方以智开始，清代王宏翰、王学权、朱沛文、唐宗

海，以至本世纪初的张锡纯、恽铁樵、陆渊雷等著名中西汇通派代表人物，他们或接纳西学，提倡汇通，或互验勘比，中西对照，或援西证中，或取长补短，或借鉴西医以使中医科学化，提出了种种主张，汇成了轰动一时的学术潮流。

诚然，中西汇通学派的实绩并不十分坚实，其原因在于当时没有形成开放的文化形境；传统文化封闭、保守的积淀使得他们必然会受到重重围攻。此外，当时的科学方法论并不成熟，不能为他们提供先进的手段；在认识论上，尚不能深入地从哲学、思维方法、医学范式、审美角度等较深层次解析双方体系，无法构建新医学的蓝图，而只能从较浅表的层次进行粗略的比较，牵强的解释和生硬的引用。

#### 第四节 轨迹的鸟瞰

我试图把人类的历史看成一个整体，也就是说，从全球性的角度看待它。

——阿诺德·汤因比

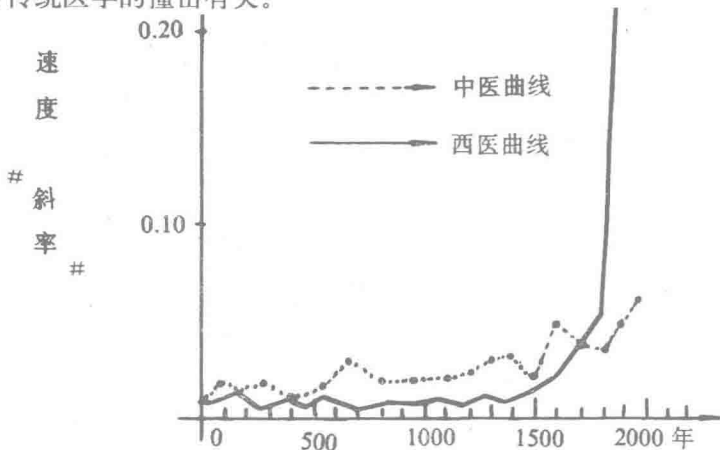
中西医学都共同经历了起源阶段（本能医学）、巫史医学、经验医学等阶段。尽管各自发展情况极为复杂，但相同的内容毕竟较多，且总体上看，13世纪以前的中国医学一直处于世界领先地位。只是18世纪以后，欧洲社会条件和自然科学的刺激，使西医学出现加速发展，中医学相应落伍。

有人曾粗略地比较过中西医学的发展史（见图表1-2），<sup>①</sup>表明：中西医起源时间略同；公元2世纪前基本平行发展；2世纪以后，十五世纪以前（中世纪），西医学明显处于低潮，中国医学平稳发展；16世纪后，西方医学直线上升，中医学虽仍处于上升状

---

<sup>①</sup>录自《医学与哲学》(10): 1, 1982年。

态，但相对较西医学落后了许多，使中医学在比较的意义上处于低谷。但值得注意的是，19 世纪以后西方医学涌入中国，中医学非但未被取代，而且上升的幅度有所增大。这与现代科学技术及西医学对传统医学的撞击有关。



图表 1-2 中西医学发展速度比较曲线图

它也提示我们，不引进加速机制，中医学的发展将永远加快不了。

本编讨论可知，中西医学的差异，主要是发展过程中形成的。文化背景是其重要原因之一（见图表 1-3）。<sup>①</sup> 中医学几千年来的一脉相贯，显示出强大的超稳定性及基此而衍化出的排外、自我封闭等特点；而西医学经过学术中心的多次转移、遂发展成集多民族医学精华于一体的开放型体系。此外，中医学的发展，是在经典理论框架内的微观渐进，始终保持一种低速度的稳步特点，数千年来的学术进步都没能超越《内经》奠定的理论基础，只不过使其更加丰富、更加充实、更加成熟。而西医学则是理论不断更新、框架不断

<sup>①</sup>该图参考邱鸿钟：“中西学术范式之比较研究”，《中医学辩证法专辑》304页，广东科技出版社，1986年第1版。



突破的比较剧烈的革命。

普利高津 (Prigogine, I) 在《对科学的挑战》一书中指出：“我们正向着新的综合前进，向着新的自然主义前进。这种新的自然主义将把西方的传统带着其对实验的强调和定量的表述，与以自发的、自组织世界的观点为中心的中国传统结合起来。”<sup>①</sup> 西方在经历了高度发展后对东方文化进行了有条件的选择，我们如何应对呢？

通过中西医学发展史的比较，而我们有可能深入了解各自的特点，寻找出各自特殊的规律性。瑞士心理学家皮亚杰说：“一个刺激要引起某一特定反应，主体及其机体就必须有反应刺激的能力。”这种能力是由认识结构体现的。上述发展史的比较研究，就是为了健全这种认识结构，加强对西医学撞击中医学这种刺激的反应能力。历史证明，中国传统医学力图用原有的模式去同化西医学是徒劳的。只有对自身作出顺应、调整，创建新模式去适应时代的挑战，才是今天中医学发展的康庄大道。

(王旭东      南京中医学院)

---

<sup>①</sup>普利戈津：《对科学的挑战》。

表 3 中西文化对医学影响比较

中  医	历史分期	夏、商、周	春秋、战国
	文化背景	巫史文化	百家学术争鸣
	医学史	“三世医学”	《黄帝内经》 构建理论框架
	医学形态	演绎与类推医学 (约公元前 2000~前 221 年)	
西  医	文化背景	希腊早期文化	希腊后期文化
	医学史	原始医学	希氏医学
	医学形态	观察与理性思维医学 (公元前 3000~前 200 年)	

两 汉	晋、隋、唐	宋、金、元、明	明、清、近代
儒学、道学	儒、佛、道	儒学（理学）	考据、西学东渐
《伤寒杂病论》 “辨证论治”法则 的创立	《巢源》、 《千金》 经验总结，实证 摸索	《圣惠方》、 金元四家 经验总结、医学 流派	《本草纲目》、 中西汇通 集大成、文本、新思 潮、汇通
经验与思辨医学 (约公元前 206~公元 1644 年)			考据与汇通医学 (公元 1644~1919 年)
罗马文化 基督教神学	中世纪 经院哲学	宗教改革与 文艺复兴	资产阶级文化
盖仑医学	阿维森纳和 阿伯医学*	哈维等对盖仑体 系的怀疑和批判	近代医学
类推与经验医学 (公元 500~1300 年)		实验医学 (公元 1300~1600 年)	

\* 阿维森纳和阿拉伯医学在西医学发展史上有极为重要的承前启后作用。

有一种倾向，忘记了整个科学是与总的人类文化紧密相联的，忘记了科学发现，哪怕那些在当时是最先进的、深奥的和难于掌握地发现，离开了它们在文化中的前因后果，也都是毫无意义的。

——欧文·薛定谔

## 第二编 异质的土壤

特定的菌族只有在特定的培养基中才能迅速繁衍，不同的植物也大都依赖一定的土壤条件和相宜的气候环境。中西医学作为中西方人类智慧和实践的产物，它们的萌发、成长和趋于成熟，亦与各自特定的“土壤”和相宜的“气候”有着千丝万缕的联系，这个土壤和气候就是中西方的自然地理条件和文化背景。

### 第一章 锻造精神之链

各地文化精神之不同，究其根源，最先还是由于自然环境之分别，而影响其生活方式。再由生活方式影响到文化精神。

——钱 穆

#### 第一节 两种魔力的发端

水性使人通，山性使人寒；水势使人合，山势使人离。

——黑格尔

**何谓文化** 在欧洲语言中最初出现“文化”一词时，它不具有今天我们领悟到的涵义。在拉丁语和中古英语中，它通常具有“耕耘”或“掘种土地”的实在意思。在今天的“农业”（agriculture）和“园艺”（horticulture）两词中仍保存着此用法。西塞罗（Cicero, M.T.）使用“文化”一词时赋予了更丰富的涵义。他言及“耕耘智慧”（Cultura mentis），意思正与哲学同一。在十八世纪的法国，伏尔泰（Voltaire）等开始以一种全新的意义使用“文化”一词。对他们而言，“文化”意指训练和修炼心智的结果和状态。很快，这词就被用于形容某位受过教育的人的实际成就。良好的风度、文学、艺术和科学——所有这些都被称为“文化”，因为这些是通过教育获得的。

1871年，泰勒（Tylor, E.B.）在其名著《原始文化：对神话、哲学、宗教、艺术和风俗的发展的研究》中提出：文化“是一种复杂的整体，包括知识、信仰、艺术、道德、法律、习惯及作为社会一成员的人所获得的任何其它能力及习性”<sup>①</sup>。近几十年来，“文化”一词的定义仍欠确定，怀特（White, L.A.）提出“工具+象征符号=文化”的分式<sup>②</sup>，P·巴格比将文化定为“除了在来源上明显地属于遗传的以外，某一社会内成员的，内在和外在的行为规则”。<sup>③</sup>实际上这些是从不同角度观察的结果。总之，人的行为规则靠符号指令，而符号指令依赖训练学习，训练学习的内容是前人长期“耕耘智慧”的结果。显示文化特质的行为规则，从发生学的角度看，可以追溯到“耕耘智慧”的结果。这恰巧也是文化概念形式的逻辑进

---

① E.B. Tylor (1871): "Primitive Culture", London, John Murray. 第五版, 第一卷, 第1页。

② L.A. White: "The Scienca of Culture", New York City, Farrar, Straus and Cudaliy, 1949, 第40页。

③ 菲利普·巴格比著, 夏克等译: "文化: 历史的投影", 上海人民出版社, 1987年第1版, 第114页。

程。因此，文化特质更深层的内容是包括知识、信仰、艺术、道德、法律等的智慧产物。

**“地势使然也”** 要研讨文化的差异及其对医学和医学工作者的影响，首先须就文化本身及不同文化的形成发展作一窥视，这一课题硕大无底，关系到众多方面。从历史唯物主义角度来看，“各个民族文化的差异性，是那些民族所处的地理环境，所从事的物质生存方式、所建立的社会组织形态的多样性造成的。因此，要把握一个民族文化的特征，必须首先了解这个民族的文化得以繁生的独特的自然环境和社会条件。”<sup>①</sup>一般认为：人类文化从源头处看，大约有三类：一为游牧文化，发源于高寒的草原地带；二为农耕文化，发源于河流灌溉的平原；三为商业文化，发源于滨海地带以及近海之岛屿。“三种自然环境，决定了三种生活方式；三种生活方式，形成了三种文化型。”<sup>②</sup>人类智慧在不同环境中得到不同的“耕耘”，遂有不同的产物，古巴比伦文化、古印度文化、古爱琴文化及古中国文化等正是其中的代表。

**海洋与希腊文明** 西方文化的雏形最初存在于克星特、爱琴海各岛、大陆希腊和小亚细亚西部。这些地区与海洋息息相关，海洋对该地区人们生活的影响较之世界其它地区尤为强烈。人民栖息在半岛或群岛上，享有海运之便，因而商业发达较早。海洋提供了丰富的高蛋白食品，从而有强壮的肌体；海洋有利于人们通往四方，强悍的渔民从海上发动战争，并不断扩大贸易；大海的广阔和他们居住岛屿的狭窄，使他们更乐意从海上去扩大自己的活动范围，向外拓展，孕育了这些民族外向的文化心理特征，造成他们的文化系统常处于一种动态的和开放的状况。在这些航海民族的眼里，海洋延伸多远，他们的航船就可以漂向多远。这样，在广阔的

---

①冯天瑜：《中国古文化的特质》，见《中国传统文化的再估计》，第81页，上海人民出版社，1986年。

②钱穆：《中国文化史导论》，第2页，上海三联书店，1988年。

海洋上向四方扩展就成为他们强烈的观念。另外，海洋的广阔和航海的流动性使人们难以据海上某一点为固定活动中心，时常是“四海为家”。所以，航海民族头脑里更多的是向外扩展的四方观念，很少有以什么为中心的中央观念。四素说与五行说中，就可以鲜明地看出这一点。所有这些，也都在古希腊罗马的早期学术思想和医学活动中体现出来。

**大陆性地理环境与文化“隔绝机制”** 中华民族生活在富饶的东亚，周围是一个天然的封闭圈。南有地势险恶的崇山峻岭和大海，西南面是“世界屋脊”喜马拉雅山脉，西为边绵的雪山和不尽的沙漠，北方则是辽阔的大草原，向东南面茫茫的太平洋，除一些荒岛之外，别无他处，大洋彼岸当时又远不可及。一面临海，其他三面陆路交通极不便利，而内部回旋余地又相当开阔，如此造成了一种与外部世界相对隔绝的状态，这对中国文化类型的形成，产生了不可低估的影响，这一半封闭的大陆性地理环境，使中国文化系统在早期就获得了比较完备的“隔绝机制”。<sup>①</sup>这一机制正是一个独立的古文化系统得以延续的先决条件。因此，虽然中国文化曾与中亚、西亚游牧文化和南亚次大陆的佛教文化有过颇为壮丽的交流，但中国古文化始终保持着自身的风格和系统，而没有出现其他文化因异族入侵而被摧毁或中绝那样的“断层”。也正因为这样，滋生了中国文化中强烈的“中央观念”，从五行学说“到”“中华”、“天朝上国”、“中国”等词中，无不流露出“天下之中也”的观念。同时也形成了颇富尊严感的“自我意识”和闭锁保守的心理定势。梁启超曾谓：“亚细亚虽有创生文明之力，而无发扬文明之力。盖由各地孤立，故生崇尚保守之恶风，抱惟我独尊之妄见。以地理不便，故无交通，无交通故无竞争，无竞争故无进步。”<sup>②</sup>于中，也不难寻觅中医理论体系两千年来一以贯之，并无更新，更无革命之源由。

---

①冯天瑜：《中国古文化的特质》，第86页。

②梁启超：《地理与文明之关系》，见《饮冰室合集·文集之十》。

**血缘为纽带的宗法制度** 在东亚这个封闭圈中，以长江、黄河两大流域为主的沃土养育了数万万中华儿女，农业是人们重要的生产方式。土地是人们赖以生存的基本条件。绝大多数人世代代依靠从前辈手中继承而来的土地以谋生，人们祖祖辈辈生息在以自家土地为中心的圈子内，自然而然地形成了若干血缘中心。诸如张家沟、李家坝、唐家村、王家屯、刘家湾等。在同血缘的势力范围内，人们感受到利益的保证和安全的存在。血缘促成共同利益的高度一致，从而产生强烈的排它性，小到对外姓氏族的排斥，大到对异邦势力的抗拒。血缘中心里还有一个家庭中心，建立在固定土地上的家庭中心是人们生存的天堂。于是强烈的、以“家庭为本位”的宗法制度应运而生。陈独秀就曾认为：“（这种制度）是中国文化类型形成的重要原因”。<sup>①</sup>

农业民族对外部势力主要表现为防御，即担心自己的土地被掠夺。这种防御最常见的是依靠血缘势力，因而更增强了趋向血缘内部的凝聚力。家庭如此，宗族如此，国家也是如此，巨大的血缘凝聚力构成了人们的中央观念。皇恩浩荡，庶民万福。从家庭中依赖父母到宗族中依靠长辈，再到国家中依赖天子，人们很难信任毫无血缘关系的异邦、异族人，而强烈地趋向民族、宗族和家庭的血缘中心，遂形成了独具特色的，以血缘为纽带的“家国一体”的宗法社会。

进入阶级社会后，上述制度经由统治阶级及士大夫阶层加工改造，使之理论化、固定化，铸造出了一整套宗法意识，它深刻地影响了中国人的国民性格和文化传统。这种影响首先表现在对血缘关系的高度注重上，中国国民对亲属称谓的区分之细，举世独一无二，便是明证；医家业医，“上以疗君亲之疾”，亦是其表现之一。其二是对祖先的顶礼膜拜，浓厚的祖先崇拜意识直至今日仍顽强地存在于广大农村城镇。正是在此基础上，演化发展成了“三纲五常”

---

<sup>①</sup>参见《独秀文存》卷一。



等一整套伦理体系。就学术领域而言，“忠君敬上”的规范又促使学者们在先圣划定的圈子内谨小慎微，不越雷池一步。再者是造成了人们对传统的极端尊重，并在各个层次上得以展现。如政治上迷信“正统”，“汉贼不两立”，强调“法先王”，“尊先王”；学术上追求“道统”、“心传”，从韩愈到晚清学者，无不以“尧舜禹汤——文武周公——孔孟”体系的继承者自居；文学上推崇“文统”，“文必西汉，诗必盛唐”，成为宗旨；医界则尊奉《内经》和仲景，绝对服从先师和权威，徐灵胎就曾明言：“言必本于圣经，治必尊于古法”，认为《伤寒论》是“金科玉律，不可增减一字”（见《徐灵胎医书八种》）。诸如冯天瑜所指出的那样，“从积极面而言，这种尊重传统的作法大大强化了中国历史和中国文化的延续力，使得中国历史和文化（医学体系亦然）成为世界上少见的不曾中断过的典范；从消极面而言，一味迷恋传统的宗法意识造成中国人向后看的积习和守成的倾向，保守知足，重古轻今，把‘信而好古’，‘述而不作’视作至理，从而消磨了进取和创新精神”。<sup>①</sup>

**生殖观念的泛化** 人类生殖确定了人与人之间的血缘关系，而血缘关系又带来了相互依赖的血缘感情。这在一般动物的利他行为中表现得尤为突出，也是原始氏族社会中人类生存的重要支柱。可以说，血缘为纽带的氏族社会是人类社会进化中的必然阶段，欧洲社会亦不例外。然而，随着社会的发展，它在欧洲受到了新的生产方式的猛烈冲击。古希腊，长期航海的流动性带来了家庭的不稳定性；没有土地的死死束缚，淡化了人们的血缘感情和家庭、宗族观念。海上风暴和战斗又使非血缘关系的航行者加深了相互间的感情。人们不再以血缘关系的远近来确定人与人之间的信赖程度。而更多的是以人的诚实、勇敢和才干来确定，因为航海需要这样的人。因此，氏族制度解体得十分充分。很早就发展成了以等级差异为基础的城邦制社会。进入奴隶社会后，胜利者往往将俘虏中有才

---

<sup>①</sup>冯天瑜：《中国古文化的特质》，第98页。

干的人留下作为奴隶，视为自己的财富。长此以往，人们重视的是个人的才干，而不是血缘关系。于是，人们通过战争获得有用的人才，而不是通过生殖获得可信赖的劳动力。不同的是，土地使中华民族始终保持着家庭的稳定性，也保持着血缘关系和血缘感情的稳定性。在这样的农业民族中，强化着动物原始的利他行为，父母对子女强烈的责任感，子女对父母强烈的依赖感。在医学人才成长中，就表现出承启家学，秘不外授，世代相传等特点。

农业生产是以家庭为单位进行的，家庭内最可靠的劳动力是具有直接血缘关系的子女。为了获得更多的可靠劳动力，人类生殖在这种家庭的作用尤其重要。所以，中华民族很早就有较浓厚的生殖观念，进而繁衍出世界人口最多的民族。在中国的古代战争中，由于对非血缘关系劳动力的不信任，胜利者很少将战俘中的人才作为奴隶，而是统统杀掉或集体赶往边区。由此，古代中国也没形成类似古希腊罗马社会那样鼎盛的奴隶制。

在思想领域，浓厚的生殖意识使古代中国人将生殖观念泛化，并影响着人们对世界本原的探索。出于“一为始”的观察，古代许多民族都认为世界的本源是“一”，由此而逐渐有“多”。这个“一”可以是“水”、抑或是“火”，也可以是上帝。但古代中国却有世界本原是“二”的观念，即使一元之气，亦被分解成两个方面：“天地之气，合而为一，分为阴阳”（《春秋繁露》）。这个“二”是性别不同的阴阳，类似家庭最初的夫妻。《荀子·礼论》云：“天地合而万物生，阴阳接而变化起”。《易传》谓：“天地氤氲，万物化淳；男女构精，万物化生”。天地象“男女构精”一样化生万物。此处的“天地”是阴阳的代表物，同指世界两性本原。由此可见，中国独特的阴阳学说中，以两性划分世界本原，以两性交感作为世界演化的基本方式，以血缘关系作为世界万物间的联系，……。这些只能在农业的土地上，血缘感情丰富的家庭内，重视生殖的社会中才会产生。

## 第二节 需求的支配

不同的环境产生了不同的文化,不同的文化又支配着不同的行为。

“民以食为天”,民族要生存,就必须以一定的方式从事生产。而只有当生产方式发展到一定阶段,有可能提供多余的食物时,才能使人群中分化出一部分人从事非生产性的文化创造活动,因此,生产方式影响着文化创造。而地理环境与自然气候条件等又影响着早期人类的生产方式,这也是造成文化差异的重要因素。

**中国的农耕文化** 中国的先民们早在六千年前,便已超越了狩猎和采集经济阶段,步入了种植为主体的农业社会。“禹”、稷躬稼而有天下”(《论语·宪问》)说的就是这。稍后,中国更素称“以农立国”,“列朝帝王都有耕藉田,祀社稷、祷求雨、下劝农命的仪式和措施,并且无一例外地把‘重本抑末’作为‘理国之道’。”<sup>①</sup>它表明,中国是一个典型的农业社会。这一特点与地理环境密不可分。

前已论及,中国属于大陆型的地理环境。一般来说,大陆环境有几种亚型:中亚一带属大漠大陆型,匈奴、突厥、蒙古人在这里发展了游牧经济,其地以骑兵英勇善战,好向空间扩展为特点;东欧系草原——森林大陆型,斯拉夫人在这里发展了半农半牧经济,成为欧亚文明的过渡形态;中国人则大多繁居在湿润、半湿润的大河流域,属大河大陆型,这些,为充分从事精耕细作的农业经济提供了条件。

与农耕经济相维系,遂逐渐孕育了农耕文化。中国人的主体——农民,大都束缚在土地上,“日出而作,日入而息,凿井而饮”,少有流动。世世代代、年复一年地从事简单的再生产。他们大多“与其耕地相连系,胶著而不能动,生于斯,长于斯,老子斯,祖宗子

---

<sup>①</sup>冯天瑜:《中国古文化的特质》,第89页。

孙世世坟墓安于斯，故彼之心中不求空间之扩张，惟望时间之绵延。绝不想人生有无限向前之一境，而认为当体具足，循环不已。彼之所想象而靳求者，则日天长地久，福禄永终。”<sup>①</sup> 基此，形成了根深蒂固的“安居乐业”、“安于现状”和循环不已等观念，缺乏拓外和进取精神。此外，民族心理中的务实精神，亦是由农业社会导致的一种心理趋向。章太炎有曰：“国民常性，所察在政事日用，所务在工商耕稼，志尽于有生，语绝于无验”。<sup>②</sup> 章氏此言，刻画了以农民为主体的中国人“重实际而黜玄想”的民族性格。“实用理性”之肇基，正始于斯。梁漱溟在《中国文化要义》中指出：（这就是中国）“不足为产生学问的根源”。

再者，农耕社会还造成了一系列特有的观念和行爲。千百个彼此雷同，极其分散而又少有商品交换关系的村落及城镇组成的社会，一方面使生活其间的人们“鸡犬声相闻，老死不相往来”，社会沟通和交流甚少；另一方面，这种社会又特别看重安宁稳定，亟需产生高高在上，君临一切的集权政体和一统思想，这在政治领域表现为“东方专制主义”，文化领域则衍生或强化了崇尚先圣、迷信权威，强求认同，排斥异议的观念或行为。他如崇尚中庸，少走极端；着眼于现世和人伦，不关心来世和自然；“不患寡而患不均”，蔑视技术发明或改进及其推广应用，视作为“雕虫小技”，充其量只用于发展精美的艺术和灵巧的玩具等等，也都是农业民族的典型性格表现或其衍生物。而所有这些，又与濒海的希腊商业文化所表现的特点，相差甚远。<sup>③</sup> 这一深层的差异，或隐或显地存在于中西医家的思想观念、行为活动及有关认识之中。

**对待自然的态度** 面对自然，不同的民族，基源于不同的生产方式，有着不同的应答方式。海上的风暴是自然对航海民族最严

---

①钱穆：《中国文化史导论》，第3页，上海三联书店，1988年。

②章太炎：《驳建立孔教议》，见《章太炎政论选集》下，第689页。

③可参见钱穆：《中国文化史导论》。

峻的挑战。此时，退却意味着死亡，人们必须齐心合力战胜风暴。这孕育了航海民族被迫与自然不断抗争，并力图战胜自然。尽管风暴是猛烈的，然而，通过提高技能和改进工具，人们能在一定程度上战胜它或避开它。这又增添了人们的信心，遂逐渐产生了天人对立的观念。但是，威胁农业民族的干旱及洪水却往往无力避开，无论怎样改进生产工具和生产环境，收效仍微。这一铁的事实使农业民族深感自然的巨大威力和自身的微弱无能。面对无力战胜的对手，农业民族只有两种选择：一是顺从对手（自然），以免遭致更大伤害；二是进行内罚，以求得强大对手的同情。东西方天人观念中“合一”、“相应”与“对立”之差异的深层根源，便在于此（详见第三编分析）。

显然，航海民族和农业民族对自然的依赖程度大异其趣，导致了他们与自然斗争的方式也不一样。技艺高超的船员驾驶性能良好的船只往往能驾风驭浪，战胜风暴，这促使人们对提高技术和改进工具的重视。而使用工具则是人类征服自然的最有力的武器。于是，希腊人早在荷马时期就造出了高头低舷、快速的三层桨座之远航船，同时也出现了一系列的工具发明与改进。相传，阿拉卡雪斯（Anacharsis，公元前 592 年左右）发明了陶工用的转车；格劳卡斯（Glaucus，公元前 550 年左右）掌握了焊铁；提奥多罗斯（Theodorus，公元前 530 年左右）创造了水准器，车床和三角规<sup>①</sup>。而希罗（Hero，公元前 2 世纪左右）制造了虹吸器、测温器、空气抽压机和最早的蒸汽机。

相反，农业民族很难凭借工具与自然抗衡，干旱和洪涝是人类社会至今所发明的任何工具都无法抵御的。所以，人们的兴趣不在发明或使用工具，而在于如何顺应和祈求自然。如洪水到来，便顺应水之自然属性，疏导以引水。并常以同类或动物为牺牲来祈求自然的保护。在这种情况下，孳生了各种自然生成物和充满自然物的

---

<sup>①</sup>G.Sarton.History of Science,Vol.1,Baltimore,1927,txht75dmu。

环境最能体现自然的力量，而运用非自然的工具有可能违背自然的意志等观念。因而，人们多运用体现自然力量的朴素工具。如吃饭用竹筷、木勺；耕田用木犁；观天象用肉眼；炼金丹在深山；诊病也凭医生的自然感觉，治疗用草药……。所有这些在古代中国的农业社会中表现得十分充分。

人们无力对抗自然的强大力量，不仅采取顺应自然的方法，而且还通过对自己“内罚”的方式来祈求自然赐福。东方盛行的佛教就是这种思想的典型产物。人们通过忍受各种“苦行”以乞求来世的幸福。如戒荤、戒色，甚至赴汤蹈火。

**商业与思想争鸣** 古代西方航海民族通过贸易和战争获得了大量财富。战争提供了廉价的劳动力——奴隶，公元前4世纪后半期雅典约有40万人，其中奴隶占了一半，贸易将奴隶生产的大批产品远销海外。如雅典的“红花陶”、科林斯的羊毛和家具、米利都的纺织品和毛毡等。通过中介贸易，不仅商业奴隶主获得厚利，雅典政府也抽得2%的关税。经济的繁荣带来了文化的发展，物质财富的剧增使人们有条件去创造更多的精神财富。著名哲学家泰勒斯（Thales，公元前580年左右）是摆脱神话传统的早期思想家。他首先是一位商人，这奠定了从事纯理论研究的经济基础，使他有条件、有精力去探索自己感到好奇的所有问题，终成一大哲学家、政治家、工程师、数学家兼天文学家。古希腊的许多学者情况皆大同小异。反观古代中国，大商贾吕不韦可谓是一例外，且他的学术研究成果大都系其三千食客所为。孔子、老子、墨子等大都潦倒一生。因此，古希腊时期涌现出阿那克西曼德（Anaximander）、毕达哥拉斯（Pythagoras）、赫拉克里特（Heraclitus）、恩培多克（Empedokles）、留基伯（Leucippus）、德谟克利特（Democritus）、苏格拉底（Sokrates）、柏拉图（Platon）和亚里士多德等一大批著名思想家，绝非偶然。他们基于繁荣的经济和社会背景，醉心于自己的兴趣，广泛汲取各种学说，通过分析批判，形成了各自独特的思想。此外，商业活动中浓厚的竞争意识也深刻

地影响了思想家们的行为。他们之间思想上的争鸣、撞击和言语的争论，是司空见惯之事。如毕达哥拉斯的思想受到过巴门尼德的抨击，柏拉图和亚里士多德则批判了德谟克利特。言语的争论又引起了对语词和句子的重视，柏拉图通过对“理论”的研讨，关涉了字的含义；亚里士多德的“共相论”探索了专名词和形容词。在这些思想碰撞和言语精炼过程中，人类思维得到了明显的提高。

**农耕与“淡化”思维** 就在古希腊锻炼思维的同时，古代中国却出现“恬淡虚无”、“静观玄览”的道家思想。农业民族在无力与自然抗争的状态下，降低了认识和征服自然欲望，向往顺其自然的“无为”境界。道家思想的经典著作《老子》曰：“塞其兑，闭其门，终身不晦。开其兑，济其事，终身不救”（《第五十二章》），反对去探索自然，认识客观世界，更反对用感官去接触客观事物，主张取消感性认识，“不出户，知天下；不窥牖，见天道。其出弥远，其知弥少。是以圣人不行而知，不见而名，不为而成”（《第四十七章》）。甚至鼓吹：“五色令人目盲，五音令人耳聋，五味令人口爽”（《第十二章》）。《老子》提倡用一种静观的方法去认识自然的“道”，“致虚极，守静笃。万物并作，吾以观复。夫物芸芸，各复归其根”（《第十六章》）。这就是说，应使内心清静、虚寂远于极点才能认识自然的“道”。要人把内心打扫得干干净净，不受一点外来干扰，象一面最清澈幽深的镜子，不沾一点灰尘，这样万物自然会呈现在面前。这些观点排斥人的感性和理性，弱化了人类最宝贵的思维机能，是面对强大自然无能为力的流露。人们已经注意到：道家思想是《黄帝内经》的主要源头之一。<sup>①</sup> 道家的上述态度和方法，自然也对中医学产生了深远而复杂的影响。一个有趣的现象是，无论印度，还是中国，古代东方农业民族都主张通过极端的淡化思想来开发机体潜在机能，遂有了充分发展的印度瑜伽术，中国的导引（气功）等。基源于农耕文化的“淡化思维”，不利于发展人的思维

<sup>①</sup>参见严四共主编：《中医学术史》，上海中医学院出版社，1989

能力。

本节结束时，梁启超的观点也许也能说明一些问题。其曰：“海也者，能发人进取之雄心者也；陆居者以怀土之故，而种种之系累生焉”。<sup>①</sup>又曰：“试一观海，忽觉超然万累之表，而行为思想，皆得无限自由。彼航海者，其所求因在利也。然求利之始，却不可不先置利害于度外，以性命财产为孤注，冒万险而一掷之。故久于海上者，能使其精神日以勇猛，日以高尚。此古来濒海之民，所以比于陆居者活气较胜，进取较锐”。<sup>②</sup>

### 第三节 神话里的真实

精神之链是人脑锻造的奇迹， / 它使亚当远离丛林中的芸芸众生， / 它使夏娃开始懂得戒律和禁忌； / 不少人世代讴歌， / 造物主赐予文化的这般魔力。

相传，人类来到这个星球后分成三股，一股向寒带走去，一股向温带走去，另一股向热带走去。去寒带的人沿途死去大半，只有极少数生存下来，但这些人具有强壮的体质和坚毅的性格，并发明了一些抗御自然恶劣环境的工具；去热带的大部分活了下来，他们无需先进的工具和复杂的劳动就能生存下去；去温带的却处于两者之间。这显然是种神话般的传说，但它却客观地描述了不同环境中人们的生活特点，强调了环境对人类发展的影响。

“英雄神话”的寓意 海上风暴来临时，船员们处于孤立无援的境地，要生存全靠自己。用力拉住即将脱落的缆绳，全力划桨逃出风暴区，迅速判断自己所在方位，敏锐识别风向的变化，……生与死的考验锻炼着航海者的智慧、力量与胆略，塑造了他们的探索

---

①梁启超：《地理与文明之关系》，《饮冰室合集·文集之十》。

②梁启超：《地理与文明之关系》，《饮冰室合集·文集之十》。



和冒险精神。而航海没有给胆小、愚笨和体弱者留下生存余地。就是这样一个随时处在死亡边缘的民族，出现了许多勇敢的冒险家和强悍的征服者，也产生流传至今的英雄神话。

在古希腊的英雄神话中，陆地往往对神是敌视的，而海洋才是他们的发祥地。阿波罗神与宙斯神都诞生于海洋。阿波罗甚至好不容易在陆上找到了一个水潭，想喝几口，农夫都不允许。宙斯则是一个上天入地的宇宙主宰，他一会儿飞到西亚，一会儿往来于北非与希腊之间，是一个流动性极大的飞行之神。在他身上，其实凝结着古希腊航海民族和依靠远程海上贸易生活的人们，渴望超越空间限制的幻想。英雄神话中体现更多的是人类与自然界血腥搏斗的故事。宙斯与怪神提福俄斯之间的争斗，普罗米修斯为宙斯禁锢在高加索山崖，任凭鹰鹫啄食等传说，均寓有此层含义。所有这些神话，其实反映了当时希腊人的心态和精神风貌，天人对立、勇于冒险、崇尚探索之所以成为西方主导观念和精神，并非纯属偶然。

**“救灾超人”身上的寄托** 古代中国农业民族也流传着许多动人的神话，神话中突出了救灾的超人，他们帮助人们摆脱干旱、洪水等的灾害，以非凡的本领保护人类，表达了农业民族在自己无力与自然抗争时，盼望救世主的朴素感情。

《淮南子》云：“往古之时，回极废，九州裂，天不兼复，地不周载，火熋炎而不灭，水浩洋而不息；猛兽食颛民，鸷鸟攫老弱。于是女娲炼五色石以补苍天，断鳌足以至四极，杀黑龙以济冀州，积芦灰以止淫水涸；苍天补，四极，淫水涸，冀州平，狡虫死，颛民生。”这里提到的“火熋炎而不灭，水浩洋而不息”就是烈日下的干旱和泛滥中的洪水，女娲则是人们的寄托，盼望能借助神的力量，“补苍天”，消灾祸。

羿是另一个救灾超人。传说原先有“十个”太阳，遂“焦禾稼，杀草木，而（民）无所食。”人们借十个太阳来喻当时干旱之严重，并冀望有“神”能“上射十日而下杀猥猗”，使人们免遭灭顶之灾。

中国古代最典型的神话是“大禹治水”。它也反映了饱经洪水泛

滥之苦的人们，切盼超人能息灾祛祸之愿望。所以，《宋史·符瑞志》云：“禹治水，勤劳历年，救民之害，天应其德而至”。

从东西方神话中可以看出，古希腊诸神表达了人类自身能够战胜灾难或敌人而生存下去的信念；中国诸神却流露出人类无力战胜灾害，无法自我拯救的心态。前者充满了个人自我奋斗的精神；后者体现了乞求上天，依附超人、圣人的倾向。中国人对祖上的特别崇拜，对权威经典的极其迷信，也许与这亦不无瓜葛。

**神的形象** 古希腊神话中的“神”，是现实生活的夸大再现；而中国神话中的“神”，则是主观愿望的尽情发挥。于是，古希腊神话中的神更接近人类自身，他们有着典型的人类外形和人的意志、欲望、性格等，其活动往往直接反映了广阔的社会生活图景，他们也喝酒，也恋爱，也争斗，也喧闹，一如当时的“强者”和氏族贵族。在他们那里，消失了那种古老神祇的恐怖感和神秘感。

然而，古代中国神话中的神在人类社会里不能看见，他们具有鲜明的人兽同体特征，尽管已具有部分人的面目和半人化的心智，但身体还停留在泛灵论的动物世界，表明人们尚未全然摆脱对非人力量的依附心理，从《山海经》中可以看出河神“冰夷”、水神“天吴”、海神“禺京”、沼泽神“相柳”、沙漠神“长乘”等都是人面兽身、人面鸟尾或人头蛇躯的。还有些神干脆表现为完全非人形态，被视作民族象征的龙、凤，就是比较著名的例子。他们大多具有神秘的、超人的灵魂，不可思议的神威或魔力，没有人类所具有的欲望和性格，更具有一般动物的特点。这一方面反映尚未摆脱原始图腾崇拜的影响，另一方面显示人们没能从自己身上看到战胜自然的力量，只能寄托于那些似人非人的神。

**性受压抑背后的“内罚”与内省** 从心理学而言，人类面临强大而无力抗拒的对手时，常反过来惩罚自己，这种惩罚表现在许多方面，但主要是对自己施加痛苦和压抑幸福追求。就人的本能而言，性爱的追求显示着最大的幸福欲望。由此，对性爱的压抑又往往是古代农业民族对自己进行“内罚”的重要手段。在中国古代神话

里，很少涉及性爱故事。我们知道，每一个民族都曾经历过盛行群婚、性关系相对自由的阶段，但对这段历史的回忆与传说，“反映”在中国神话中则是简约、朦胧、轻描淡写的——每一个神都持身拘谨，仿佛都在一致地为了某种高于自己的道德规范而活着。即使是神话传说中的“反面角色”——肆意破坏的共工、蚩尤等凶神，在私生活上也是很少瑕疵的。中国神话里虽有“鲧腹生禹”或“简狄吞卵生商”之类的生殖内容，但其描述却是克制的、零星的，没有铺张的渲染或细节的描写。所有这些，其实都流露出民族思维结构深层的“内罚”心理，这一心理直接导致了后世的内省性格特点和思维倾向，表现为克己守礼、无为而治，以退为进、以柔克刚、含蓄、容忍、礼让、自我压抑等行为特征。而这一切，既顽强地体现在传统文化的深层结构中，也鲜明地反映在历代中医学家思维特点和行为模式上。

**神的乱爱与行为不羁** 与中国神话中神的拘谨形成鲜明对比，古希腊神话中的神放荡不羁充满了风流韵事，“乱伦”、“乱爱”不仅在同辈血亲之间，就是上下辈之间，甚至相隔几代之间，也频频发生。其中最典型的是宙斯，他尽管有七个妻子和一大群形形色色的天神子女，却还有许多“外室”，并擅长逢场作戏式的“浪漫”。如他曾假份成底比斯王，与王后阿尔克墨涅同房，结果生下了伟大的英雄——赫拉克勒斯，他与腓尼基公主欧罗巴、天后赫拉的首席女祭司伊娥各有一段风流故事。宙斯与“大地女神”塞墨勒的爱情“果实”是酒神狄奥尼索斯，与女星神迈亚交欢的“产物”是亡灵的接引神赫耳墨斯，……。这些，与中国神话形成了鲜明的对照。它反映了希腊的风土人情。温和的气候，贸易和战争带来的经济繁荣，使希腊人有条件追求现世生活中的种种享受。而海上航行的流动性使航海者缺乏牢固的家庭观念，男人在性爱方面的追求随着航海而四处体现，从而留下了一路风流韵事。性行为不羁只是个人行为不愿受到过多约束、制约，突出个性自由的典型表现。大海塑造了希腊民族行为不羁的特点，它反映在学术探究中，便是思维活跃，无所

顾忌，尽性而发。这一特点是在中世纪曾一度受到扭曲，但随着“文艺复兴”运动中“人”作为人重新获得确认，便又顽强地表现出来，至今仍鲜明地反映在西方社会中。

如今，当我们欣赏二胡和提琴的不同曲调，观看京剧和歌剧的不同演技，回味国画与油画的不同情趣及阅读鲁迅和雨果笔下人物的不同色彩及身世时，无不感受到两种文化的巨大差异，而这一切，或多或少地在中西医学中都有所体现。可以说，海洋和内陆塑造了不同民族异趣的民族“色彩”，它包括性格、气质、价值取向及思维特征等等，这些既“存放”于各自的神话和传说里，又体现在各自的现实生活及学术探索过程中。

(袁 钟 黑龙江中医学院)

## 第二章 冥冥中的陀螺

横看成岭侧成峰，远近高低各不同；  
不识庐山真面目，只缘身在此山中。

——苏轼《题西林壁》

卡尔·马克思讲过：“人，做为人类历史的经常前提，也是人类历史的经常产物和结果，而人只有作为历史的产物和结果，才能成为前提。”

人们永远也不可能随心所欲地创造自己的历史，因为人是在一定的历史前提下创造着历史的。特定的地理环境、生产生活方式、经济政治制度造就了特定的文化类型，传统在每个人心中，在每个民族的文化心理中生生不息地涌流着。传统是现实的基地，它左右着置身于其中的所有人们的心态结构、思维模式、价值观念和情感态度，同一文化心理的通约性，动态地维持着同一文化中各个亚层次的选择和整塑条件，从整体上保证了该文化内部的稳态和有序，因而避免出现传统的“断裂”和“文化失范”。在这样的历史环境中：所发生的事件可以是偶然的，而发展的指向却是必然的。

### 第一节 文化屏障

作为文化类型中子系统的某一具体学科或领域，无不跳动着母体的脉搏，犹如一条无形无迹而又挣脱不断的红线，将其与文化背景致密地缠绕着。因而，在探讨具体学科发生发展的历史过程时，势必要结合其所滥觞，兴盛和绵延的文化环境，同样，又必须以异质文化中相同学科在不同时空中的横向坐标作为参照，才能更加准

确地作出本质上的说明，既不会陷入“不识庐山真面目”的历史困惑里，也可以避免“盲人摸象”式的肤浅和片面。

**文化传统：历史与现实** 文化传统是历史，在人们创造文化的同时，文化也塑造了人，人类行为的理性选择不可能超越选择的心理环境。文化传统为具体学科预设了价值取向和发展趋势，限定了研究者的心态结构和研究方式，并且，研究者本人就是这种文化氛围中熏陶出来的、“存在决定意识”，跳出三界外，还在五行中，超然行进于文化传统之外的学科和学人，是难以存在于现实之中的，要求某一学科具备这种超越性，无疑是一种无视历史的苛求。

文化传统也是现实。我们寻求发展的每一步，都踏在传统的基础上，都是以新的现实在塑造着传统。鲁迅先生在讨论新旧文化关系时认为：新文化“并非突然从天而降，大抵是发达于对于旧支配者及其文化的反抗中，亦即发达于和旧者的对立中，所以新文化仍然有所承传，于旧文化也仍然有所择取”。<sup>①</sup>传统与现实就是这样如胶似漆地难解难分，因而它既有着内在的逻辑联系，又不可抗拒地要随着经济基础的演变而发生相应的变化。只有在这一前提下，人类才能够走出蒙昧、抛弃迷信、告别混沌而迎来理性的觉醒和科学文明，我们才能有所作为地弘扬民族文化或塑造民族精神。反之，则只能在传统面前束手无策，噤若寒蝉，人类历史将仅仅记录下机械性地循环和重复。

**文化传统：特性与共性** 一切真正怀有科学精神的人们都不会拒绝这种观点：以某一文化类型的发展过程做为衡量其它文化的绝对标准是片面的，借口某一文化类型在历史上形成的特殊性而忽视人类文化发展的共性趋势更是一种错误。在肯定这一总趋势时，又该理解由于不同历史时斯和不同民族地域的差别而选择不同的途径和具体方式，“条条大道通罗马”。在比较文化研究中，既要着眼特殊，又要把握普遍，国粹主义的文化中心论与民族虚无主义同在

---

<sup>①</sup>鲁迅：《〈浮士德与城〉后记》，见《集外集拾遗》。

摒弃之列。鲁迅先生在《致陈烟桥》中亦曾辩证地指出：“有地方色彩的，倒容易成为世界的，即为别国所注意，打出世界上去，即于中国之活动有利。”<sup>①</sup>因此，实事求是的科学精神和严谨客观的治学态度，就是我们探求之舟的航标和帆楫。

**文化选择** 医学做为—门具体的学科，有其内在的特殊性：医学研究对象是具有“社会—生物”双重属性的人，医学既不同于纯粹的自然科学，又有别于一般的应用技术，作为研究对象的患者与担当研究工作的医务人员，都置身于文化环境之中。文化传统中的价值观念必然左右着他们的心态与追求目标，思维模式又限定着他们的研究方法与手段。因此，对同一客观事物现象的认识和判断，势必由于认知主体不同的文化心理、不同的文化视角而运用不同的认识手段，经过不同的取舍选择、经过“去粗取精、去伪存真、由此及彼，由表及里”的加工过程后，就形成了截然不同的医学理论体系。所谓横看成岭侧成峰——这并不是“中西人士脏腑不同”之类的客观差别，而是不同文化环境对其亚层次的学术体系进行的“适者生存”这样无情地选择和调适的必然结果。

文化进化有两条规律是不可抗拒的：一是强制性同化，一是保护性淘汰。在一定限度内，体系保持稳态，没有质的突破时，一切新理论、新发明发现，新方法手段都必须纳入旧有轨道中按部就班地运行；凡是与旧有体系不能吻合相容的新异假说、技术方法，均被拒之于外不予接受，这样才能保持整体的稳态，而同时也带来了整体进化方向上的单一和速度上的凝滞。所以，早在百余年前，虎克的显微镜不可能用于中医学理论中“气血精津”、“六淫”、“戾气”等概念的研究过程，那将会导致巨大的惶怵和愤慨。同样，今天中医学“脏腑理论”堂而皇之地宣讲于谙熟了形态解剖、机能定位、微观分析方法的西方医学界时，仍然多少会引起瞠目和骚动。“文化屏障”这个词汇用于中西医学体系的交流碰撞中，的确是太合适太贴

---

<sup>①</sup>《鲁迅通信集》，上卷，528页。

切了，两种迥异的医学体系差异实质是东西文化的差异。然而，我们不是“文化决定论”的简单重复者，我们所力图表述的是：医学体系是由文化传统选择调适的，它的发展变化必然与文化的变革紧密相伴，既然传统不是凝滞不动的一潭死水，那么医学体系的变革随着时代洪流而前进，则势在必行，势不可挡。

## 第二节 “不为”与“不能”

价值是一种明确或隐涵的观念，它的功能在于表示人的全部存在目的。同时，它制约着人类生存实践中的一切选择，一切愿望以及行为的方式和目标。

不同的文化模式具有不同的价值取向，因而文化传统中对现实、对人群最深刻最直接的作用，就在于它为人们预设了一整套整个社会通行的思维准则、行为规范及价值观念。文化的沉淀和超积累，不仅会使每个社会成员放弃个人清醒的、自觉的价值取向，用社会价值观来支配自己的思想行为，追求和选择，而且往往惯性地制约着社会群体意识而影响社会发展趋向及进程。

**一个至为重要的价值命题** 《庄子·天地篇》中有一段寓意深长的记载，子贡游楚过汉阳时，见一老丈灌圃，“凿隧而入井，抱甕而出灌，搢搢然用力甚多而见功寡”，子贡向他推荐一种“一日浸百畦用力甚寡而见功多”的原始提水工具——桔槔，殊料圃者忿然作色说道：“吾闻之吾师，有机械者必有机事，有机事必有机心，机心存于胸中则纯白不备，纯白不备则神生不定，神生不定者道之所不载也。吾非不知，羞而不为也。”这则寓言可谓生动地反映了中华民族文化心理中深深浸渍着传统价值观念。

**谋义与谋利** 孔子曾经明言：“君子喻于义，小人喻于利，”并汲汲于“克己复礼”，一部《礼记》成了垂万世而不易的经典。董仲舒则力倡“正其谊（义）而不谋其利，明其道而不计其功”，并谓：



“能说鸟兽之类也，非圣人所说也。圣人所欲说者，在于仁义而理之。”这些论述，揭示了中国传统文化重义轻利的特点。它使中华民族赢得了礼义之邦的盛誉。有人认为，这是中国传统文化的核心，“它以最强劲的意识形态，规范人们的生活行为、心理情操、是非善恶观念。”<sup>①</sup>它一方面导致中国社会产生了繁杂无比的礼仪，所谓大礼三百，小礼三千，社会和日常生活的各个方面，莫不以礼的形式加以束缚；在严格的礼教枷锁下，驯化了中国人的和顺性格，《周礼·地官司徒》篇中便鼓吹对民施以十二教，教民不苟、不争、不怨、不乖、不越、不逾、不蹠、不怠、不失职、知足、慎德、兴功，这些，从统治阶级立场考虑，有助于社会的安定和政权的持续，却也磨去了人的个性特点和探索、创新精神，以至于整个社会乃至某些具体学科领域常缺乏一种勃勃的内在生机。另一方面，重义务、轻功利之类观念虽对伦理的发展起着积极作用，但对科学技术之类探索性活动，又有着负面效应，它使人们的医疗实践仅仅满足于一种道德上的无形的需求，而缺乏功利方面实实在在的激励。

**人伦与自然** 在重义轻利传统中生息的历代学者，在“究天人之际，通古今之变”的探求中，重点自然是政治伦理的探究。他们不是将“天”——自然界，客观世界做为认识对象去研究，而是将“天”当做具有政治伦理色彩的人格化整体来体验，甚至将其视为人的主观世界的外化，孜孜于“一天人”、“合知行”（道德践履），“同真善”。而对应用科学技术的发明则视为“奇机淫巧”，“雕虫小技”，不屑一顾，“羞而不为”，更遑论纯粹自然科学知识的研究了。所以，我国古代灿烂的文明中，自然科学的发明发现大都没有得到应有的重视和推而广之的运用，在浩如烟海的学术著作中，自然科学技术方面的著述是微乎其微的，因为他们“于功名进取，毫不相关”，社会价值观就是这样无情地行使着它的权力，以至于今人在比较中西

---

①刘志琴：《礼的省思》，见《中国传统文化的再估计》，第121页。

传统文化时，只能发出如此感叹：“中国人讲学问，详于人事而忽于物理；……员云详于人事，却非今之所谓社会科学。……由此遂无科学”。①

**“粗守形，上守神”** 《周易·系辞》提出了“形而上者谓之道，形而下者谓之器”的命题，从那时起，各种学术研讨中重视“形而上”，蔑视“形而下”便成了一种约定的传统。朱熹曾直接了当地抨击过流意于“器物”之辨的学术探讨倾向。曰：“且如今为此学而不穷天理，明人伦，讲圣言，通世故，乃兀然存心于一草一木一器用之间，此是何学问？”这一类观念折射在中医界，表现为根深的重神轻形之价值取向。《灵枢·九针十二原》有曰：“粗守形，上守神”。何谓神，此处之神，并非简单的精神之神，而是一个哲学范畴。荀子有曰：“不见其事而见其功，夫是之谓神”。即指事物变化难测的功用及其规律，属于“形而上”的东西。因此，神与形的关系，就是“行为”、“功能”、“规律”与“结构”、“元素”、“具体器物”之间的关系。这一价值取向使《内经》之后的医家，大多只注重对机体功能变化（神）的考察，而不重视对微观机制和形态结构的研究分析，只满足于以阴阳之类进行生理病理方面抽象的思辨表述而不深入到具体环节。面对中西医学在脏腑认识方面的巨大鸿沟，有人解释为中医学讲的是“功能学单位”，而不是“形态学”意义上的脏器，其实正反映了这一价值取向的必然结果。基此，我们也不难理解，为何后世中医学在解剖形态方面的研究鲜有进展，为什么注重解剖和具体形态研究的医家很难为医学共同体所认同。

**智者察同，愚者察异** 梁惠王曾问孟子：“天下恶乎定？”答曰：“定于一”（《孟子·梁惠王章句上》），其意为天下只有归于大一统，才会安定和发展。这可以说是中国传统文化注重求同，崇尚一统之观念的典型流露。纵观历史，中国自商代起，就有了一个形式上的“中央”；秦以降，则维持了一个大一统的局面；且秦起就尝试

①梁漱溟：《中国文化要义》，第280～281页，学林出版社，1987年。

统一思想，甚至秦始皇企图以极端的手段——焚书坑儒，来实现这一目标，到汉武帝时则基本完成。也正是那个时候起，被“定于一尊”的儒家思想支配了中国人达二千年之久。

社会和意识形态方面的“定于一”观念，反映在学术领域，就是强调“正名”，崇尚“求同”、“存异”。孔子便有“名不正，则言不顺”之训导；墨子则有“一同天下之义”之教诲。正名方法在中国传统文化研究中，包括中医学研究中的地位是举足轻重的（详见第三编第二章）。何谓“正”，在社会学上，它同“政”（孔子曰：“政者，正也”。见《论语·颜渊篇》）。意即治，以“定于一”的观念进行统治；故其反义为“乱”。就“正”之本义言，《说文》曰：“从止，一以止。”《说文系传》亦曰：“从一从止，一以止，”并解释为：“守一以止也”。其反义为“歧见”、“异义”。很显然，对于一些学术问题，特别是自然现象的观察、认识，人们常会歧义纷呈，若推崇个人经验，则势必无法统一。因此，排斥歧见、异议的人们只能先验地确定一个共同的“准绳”，以早期先人的认识为尺度，求得“一同天下之义。”这样，求助于先圣，把早期的学术著作经典化，教条化，便成了必然趋势。且越到后世，此“势”越甚。在这种观念主导下，遂演出了众多中国的学术特点，特别是崇尚先圣，恪守经旨，党同伐异的习弊。

强调“定于一”，“一同天下之义”，“尚同”（墨子），还给人们的思维活动笼罩上了过份夸大事物之间的共性，简化事物之特性，忽略具体探究，只求同一的阴影。这在中医学中体现得比较明显，《素问·阴阳应象大论》所谓的“智者察同，愚者察异”，便是这一倾向的典型体现。历代中医学研究中，有些传统与文化背景中过分求同倾向不无瓜葛。如历代医家热衷于“援物比类”，畸型地发展了这方面的方法，因为类比的逻辑依据正在于事物本身的同一性。又如中医学中“天人相应”、“天人合一”观念得到了充分发展，并渗透到理论体系的多方面，这一观念的更深层核心也在于一个“同”字。再如，纵观中医学对具体病症的特异性考察，比如具体病症的机理

分析，常常或是缺如、或是模式化的，究其根源，过分推崇求同而蔑视特异性的研讨之价值观，可谓同样是其要害之一。

**悟性与论证** 在注重实用理性的价值趋向主导下，中国传统文化表现出了重“悟性”而轻“论证”的特点。张岱年在《中国哲学大纲》中曾分析指出：“中国哲学只重生活上的实证，或内心之神秘的冥证，而不注重逻辑的论证。体验久久，忽有所悟，以前许多疑难涣然消释，日常的经验乃得到贯通，如此即是有所得”。颇有迷人色彩“格物致知”，其本质也只是指启发内心直觉以达到“一旦豁然贯通”，获得对客观事物的认识。这一方法特点渗透在中医学领域，便表现为“重技轻理”，强调“医者意也”，认为医学真谛只有通过直觉、顿悟等思维方法和实际操作才能领会，从而忽略了逻辑演绎和论证。张景岳有言：“医者意也，意思精详则得之”、清代医家吴瑭在《温病条辨·自序》中则说：“瑭进与病谋，退与心谋，十阅春秋，然后有得。”都含有这层意思它使得中医在理论方面表现出浓厚的思辨色彩，在操作方面则形成了鲜明的个体化技艺特征。

**“能而不为”与“欲为不能”** 综而言之，上述这些价值取向、心理特征和方法特点交错成一体，互为因果，表现出鲜明的注重“实用”之精神。它们对中国科学文化的发展，起着深刻的影响。纵观中国传统文化，自然科学技术发展逐渐迟滞，没有形成完整的近代科学技术体系，这绝非偶然。它深深植根于“重道轻器”、“述而不作”、“重神轻形”、“崇古贱今”、“尚无薄有”、“尚同非异”、“重天理人伦而轻物器之性”等一整套社会价值观念中。中华民族的先民并不比古希腊罗马人愚笨钝鲁，这是早已为历史证实了的，我国古代存在着自然科学发展的无限潜在性，张衡，祖冲之，《九章算术》、《黄帝内经》……都可为证。然而，终究成为必然的历史的是：作为一种学术体系，它们毕竟未在这块文化土壤中成长为根深叶茂的参天古树，以至于中医学显示出其“一枝独秀”的风姿。究竟是“能而不为”，还是“为而不能”？就文化模式对其子系统的选择调适作用而言，可谓“能而不为”，人们的行为要以价值判断和现实利益为

标准、“无效作功”是不可取的；而从传统的思维模式来看，元气论为核心的混沌的自然观，化生的、非结构性整体观，重道轻器、重神轻形的价值观和得意忘象的方法论，再加上形态结构研究、实证观测分析手段的阙如，又的确确实导致了“欲为不能”的逻辑必然。苏格拉底的名言“知识就是道德”，倘若移植到此间，势必变成“道德就是知识”。

### 第三节 挣不断的线

习俗在形成个人的行为中所起的作用，远远超过了个人对传统习俗所能发生的任何影响。

——约翰·杜威

有人曾把传统文化形象地喻之为一条很多股线拧成的绳子，或者说一条粗大的“电缆”，里面由各种各样的“线”组成。此“电缆”互贯古今，尽管其中有些细线断了，有些地方又派生出新的，但作为一条总线，却始终未断。这些文化之线构成一个不可分割的有机体，常常潜移默化地主导着生产在其间的人们的思维和行为。

**相异的传统** 相对而言，以航海为生的古希腊民族，在众多方面都表现出了与东方农业民族异趣的传统。文化比较学家一般认为：相对于个性阙如的中华民族，西方人更多地富有个性特征，酒神精神可为是形象的概括。农耕塑造了中国先民安于现状，崇尚一统、求同存异的心理特征，而商业冒险却使西方先民更富有竞争意识和进取精神，崇尚标新立异；须知，西方中世纪的盖伦被神圣化、权威化、是宗教文化使然，随着传统精神的复活（文艺复兴），绝对迷信权威，崇尚先圣在西方学术领域也就渐趋匿迹，商业的赢利原则使西方“义”“利”之间，更重于实实在在的“利”，这尽管是众多丑恶的社会现象之深层根源，却也作为一种强有力的激励

因素，推动着西方社会，包括科学技术乃至医学的发展。类似的差异，还可寻绎出很多，这些差异既和各自的“土壤”环境——人文地理因素，密不可分；又或隐或显地体现在人们的行为及行为的结果——具体的文化学科领域之中。

**纯粹理性精神** 人们认定浸漫在整个中国传统文化之中的是实用理性精神，而以古希腊为代表的欧洲文化则主要表现出纯粹理性特征。希腊人认为：古往今来的一切哲理探究，均起源于对自然万物的惊异和好奇，都是满足人自身愿望的一类行为。尽管在惊异之余，人们探索的目的与所得出的结论常可大相径庭，但这一特点却是确凿无疑的。亚里士多德便多次强调：“研究哲学是为了求知，不是为了实用”，“我们追求这种知识并不是为了什么别的好处”，纯粹是“为了摆脱无知”。<sup>①</sup>而当时希腊社会富裕的生活又为这种追求和研究，提供了物质可能。正是在这种纯粹理性精神的驱使下，西方学者能摆脱实用主义的过分羁束，在众多领域开拓出新开地。

从“希腊七贤”之一的泰勒斯开始，就明确认为整个宇宙是自然的，从可能性来说，是能够用理性的探索加以解释说明的。他开创了希腊文化中十分珍视演绎方法的研究倾向，是欧几里得几何学可追溯的先驱。

公元前6世纪时的阿那克西曼德，也和我国上古贤哲一样，认为世界是由于混沌未分的原质中的对立面分裂而产生的。但他未满足于用混沌来阐述整体，而是力图了解整体的构成。结构性整体观以及由此衍生的方法论原则就这样开始了它们的使命，它激发了人们的理性欲求，引导人们倾向于从多元多层次的角度去开拓自然，不懈地穷尽事物现象内部的构成。

上述观念也影响到医学界，如“医学之父”希波克拉底就坚信疾病服从自然法则，主张进行精微的观察和对现象的底蕴作周密的解释。显而易见，当医学把结构性整体观作为构筑理论的根基时，解

---

<sup>①</sup>参见《西方哲学原著选读》上,第119页,商务印书馆。

剖知识必然决定着医学的发展。正是这一观念，促使亚历山大利亚时斯的科学家们意识到唯有熟知人体内部构造，熟知调节人体生命规律的人才能从事医疗技艺。这也正是现代医学科学的基本信念。

**主体的选择** 意识是反映存在的，但意识又不是消极、直观、机械地反映客体，而是一个能动的主体选择、思维创造过程。因而对于同一客观事物才能产生“横看成岭侧成峰”的主体差异。中医学理论与中国传统的整体观、自然观在本体论上就开始了它们一脉相承的统一。强调人是由充斥于天地之间，聚则有形散则流动的“气”构成的，化生性整体观与混沌大化的自然观有本质的联系。中国哲人们对于“有物混成先天地生”的“道”，对于“太极→两仪→四象→八卦→万物”的宇宙生成模式，对于如“月印万川”般构成宇宙本体的“理”、对于化生天下万物的“有”以及生有之“无”，对于“越各教而任自然”的“自然”，对于“不为尧有，不为桀亡”行之有常的“天”，大都没有萌生进一步探求论述其结构形态等问题的愿望。对于自然万物的惊异而引起的哲理探索，又引导他们回到了他们永恒关注的主题：政治伦理，世道人心，道德践履。“即物穷理”——体验自然之物，穷人生道德之理。论述自然目的在于启迪人心，而无意于自然界姿态各异的客观事物现象的研究，社会的价值取向是君子“志于道，据于德，依于仁，游于艺”（《论语·述而》），对“艺”“只可兼明，不可以专业”（《颜氏家语》），因为其“虽小道，必有可观者，致远恐泥，是以君子不为也”（《论语·子张》）。气生万物，大化流衍，无形无嗅、变动不居，因而本身就缺少形态结构的范畴，无须孜孜致力于其组成结构。而这种自然观（世界观）、即便抽象地、总体地承认了世界的物质性，也由于其从具体、特殊方面忽略了物质构成和层次，使得一切研究具体事物过程和规律的学科成为无源之水，无本之木。或湮灭于滥觞之后，或嬗变于发展途中。象医学这样强烈实用性的“技艺”，因之被迫走上了超形态、非实证、理论与实践貌合神离的道路。中医强调：“人以天地之气生，四时之法成”（《素问·宝命全形论》），而又将人体生命活动的物质

基础表述为一系列“气机”的升降出入运动，强调：“非出入则无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏，是故升降出入，无器不有”（《素问·六微旨大论》），乐津于“味归形，形归气，气归精，精归化。精食气，形食味。化生精，气生形”等的推侧（《素问·阴阳应象大论》），不言而喻，在化生性原则基础上建立的中医藏象学说，气血津液、经络学说等一整套理论、概念，并不要求与之相应的形态结构和物质实体来证明。本体论上的超形态倾向必然选择非实证的研究方法，因此，放弃形态解剖和实证观察，忽略定量分析手段，而依赖于“只可远取诸身，近取诸物”的归纳类比，导致了自然哲学，天文历算，气象物候甚至宗法伦理道德等非医学概念、范畴和原则直接渗入医学体系。《阿维森纳医典》讲：“医学是科学”，而中医不仅讲“医者，易也”，“医者，意也”，还讲“医才，仁术也”，所以医生学习医疗技术的目的也带有浓郁的政治伦理色彩：要事君，要奉亲，要嗣子，“不可不知医”。这在历代医家行医动机中清楚地体现出来。《礼记·曲礼》就赫然记载着“君有疾饮药，臣先尝之；亲有疾饮药，子先尝之”，而历代的孝子忠臣，每每割股疗亲、疗君。连五脏六腑均要伦理化，所谓心者，“君主之官；肺者，”相傅之官”；肝者，“将军之官”；便是其例。这些使中医学与现代医学相比较，表现出强烈的民族性和人文性，这正是中国文化传统特色的浓缩和反映。

我国早在甲骨文中就有了寄生虫和龋齿的记载，《史记》中对公元前数世纪的上古医人“抽割积聚，湔浣肠胃”的外科手术有精彩的描述，《黄帝内经》中亦有在大量的粗浅的形态解剖论述。然而愈往近代就越忽视不论并鄙薄有加。举世闻名的《洗冤集验录》却使中华医界无动于衷，《医贯》的作者赵献可更分明宣称人身太极动气等“无形”、“一属有形……则非真矣、非根矣”。所以“中医之五脏，非血肉之五脏”，这种奇异的文化现象就陈陈相因地绵延至今。中医学理法方药一系列理论也赫然独立于形态解剖之外，“结构与功能统一”的法则似乎不适用于此。



“中国哲学中的宇宙论、颇有尚无薄有的倾向，……一般都认为本根必是无形的，有形的物不足以当之，必求之于无形，于是不肯对于事物之精密的研讨，而崇尚幽远的玄想”。（《中国哲学之大蔽》张岱年）对世界的根本看法决定着认识世界的根本方法，本体论的超形态的倾向必然导致重道轻器的价值观和得意忘象的方法论，使中医学发展绵延的历史过程和认识过程都跨越了一个重要的中间阶段——实证分析。“能而不为”——传统价值观对自然科学研究的束缚；“为而不能”——传统思维方式对人们研究能力与方法的束缚；造成了中医学对人体形态结构——机能认识起点上无法回避的盲点。

在这一节结束的时候，我们愿重温阿尔温·托夫勒的一段话：如果我们不向历史学习，我们就将被迫重演历史。

#### 第四节 无形的指令

最初的、从动物界分离出来的人，在一切本质方面是和动物本身一样不自由的；但是文化上的每一个进步，都是迈向自由的一步。

——恩格斯

人创造了文化，文化桥梁将人类从动物世界的群落中引向人的世界。从人类第一次赤手空拳地直立于世界，到今天令人目不暇给的科学技术文明，雄辩地体现了人的文化主体性。人不是消极被动地接受文化的熏陶和塑造，而且具有创造文化的主动性、积极性。一旦某种文化现象不再为人所需要，成为人类发展的羁绊，人类就会对其进行改造和创造。所以，“环境的改变和人的活动的一致，只

能被看作是并合理地理解为革命的实践。”<sup>①</sup>

**文化环境与医学理论变迁** 既然文化是随着经济基础的演变而发展变化着的——这已被历史证明其必然，既然医学体系的发展是受文化模式支配和制约的，既然传统与现实是相互作用而并非一成不变的，那么我们也必然地要看到文化环境、经济基础、科学水平的变迁所带来的医学理论的变迁和转变。

前面，我们以就两种文化传统所赖以形成的诸多因素作了宏观的审视，现在需要从宏观过渡到微观：考察一下医学体系随经济基础、文化环境而变迁的历史事实。

**似曾相识的背后** 比较医学史告诉人们：医学科学的萌芽和发展具有某些跨越民族界限的共性，所以各民族地域的医药卫生活动有着许多相似的现象，以至我们因司空见惯于本民族医疗卫生活动的史料而对相似的外域医事史料浑然不觉。从本能医学、巫史医学到经验医学的早期，东西方都有着众多的本质上的相似之处，只是随着文明的进步，经济基础的变革，加上主体思维的“雕琢”后，才表现出显著的差异。

**观念的渗透** 早期理性医学诞生的标志是形成了与本民族文化发展中逐渐形成的观念形态相呼应的初级医学理论。它们最早地揭示了医学理论与自然观等的内在联系。《黄帝内经》就是医学与哲学观念相互影响、结合的客观总结记录。先秦时期高度发展的朴素唯物自然哲学“阴阳五行”、“元气论”直接参与了医学理论的建立，朴素的“天人相应”等也广泛地被应用于说明人体与环境的顺应关系。

希腊哲学中有“物质是一群不同的实体的结合物”这种物质形态观念，因而形态结构的研究欲望导致了古希腊自然科学的萌生，医学研究也建构于这种哲学基础上，认为人也是物质世界的一个特殊的部分，以后涌现的众多医学理论，大多皆与此观念不无瓜葛。

---

<sup>①</sup> 《马克思恩格斯选集》卷一，第17页，人民出版社，1972年。

古埃及由于宗教信仰而坚信“灵魂不死”，遂得以发展保护干尸的精细技术。另一方面，他们虽早在公元前 3000 年就熟悉了大脑皮层的沟回，并注意到从心脏发出“22 根血管”，却并没有因此而掌握一些基本的大脑和血液循环等生理概念，继承其文化遗产的希腊人则开辟了从生理角度对人体的科学研究。

古印度是一块瘟疫之地，他们保持着一种信仰，认为水的清洁能够避免疾病，因而早在公元前 2000 年就出现了高度发展的卫生系统。对于传染病的描述及措施也更为详细。个中旨趣，这些差异，正是基本观念在冥冥中发挥“陀螺”功能的结果，它对医学家的探索行为起到了无形然而重要的导向作用。

**“最革命因素”的制约** 古代文明发源在几大河流沿岸并非偶然，当时的生产力水平决定了人对自然界的依赖性，在人类文明初期地理环境的作用远远重于以后任何时期。正如马克思早年说过的：“地理环境的影响，并不是决定的影响，但它可以加速或延缓社会发展的进程。”“自然环境→生产力水平→经济基础→社会文化”的发展关系不仅仅是单向制约的，更是辩证的矛盾运动。文明愈发达，人对自然环境的顺应性和改造能力愈强。文化的发展是以经济为基础的，但它并不是直接由经济决定的，而是由那些在经济基础上成长起来的社会关系决定的。社会经济基础的改变不会立即同步地带来文化传统的更新，所以文化才呈现出某种滞后性。然而，进化与发展毕竟是人类文化的必然趋势。

古希腊和罗马，西方文明不断经历着民族之间的战争，迁徙、碰撞与融合、生产力日趋发展，医学理论也随着文化环境的改变而有所变化和发展。紧接着是历史出现的巨大挫折，宗教蒙昧统治了欧洲，生产力遭到破坏，扼杀一切科学端倪，培植愚昧迷信和盲从，科学发展阻滞，瘟疫流行，迫害异端。直接受到摧残的是科学和理性的精英人物，而历史的惩罚却落到整个西方世界。医学发展也遭致厄运。然而，历史的辩证法是无情的，生产力这个“最革命的因素”终于冲破了桎梏，催生了科学和人文主义的春天，文艺复

兴实质是科学精神和理性思维的觉醒。经历了巨大的历史灾难，人们迫切地意识到科学真理的可贵，作为对经院哲学的逆反，开始了轰轰烈烈的启蒙运动。此期的医学也从权威僵化的阴影中走了出来，与时代生产力水平和科学水平基本同步地前进着。哈维的血液循环理论，巴丢阿大学的解剖生理学派……新发明发现之多日新月异来形容丝毫不算过分。正如一位哲人所说：没有哪一次巨大的历史灾难不是以历史进步作为补偿的。

值得庆幸的是，欧洲黑暗年代里，东方文明古国的医学伴随着发展到鼎盛时期的唐宋文化而熠熠生辉，中华文明代表了这一历史时期内人类理性的希望。中医学在理论和临床方面都迈入了一个新的高峰。唐宋时期一系列的惊人成就是与中国封建社会生产力发展、物质文明空前和社会意识形态的成熟成正相关的。

**历史的必然** 进入近现代，我们的心情格外沉重，由于东西方在 17 世纪前后从生产力到社会形态的巨大差异，在不同文化环境中孕育的两大医学体系出现了无法掩饰的历史文化落差。

马克思在《〈政治经济学批判〉导言》中说过一段意味深长的话：“无论哪一个社会形态，在它们所能容纳的全部生产力发挥出来以前，是决不会灭亡的；而新的更高的生产关系，在它存在的物质条件在旧社会的胎胞里成熟以前，是决不会出现的”。早在 14~15 世纪，英法等国出现了资本主义萌芽，进而进入了“资本原始积累阶段”，16~18 世纪的资产阶级革命，使欧洲率先跨出了决定性的一步：以资本主义制度取代了封建制度。尽管资本主义制度有其自身无法超越的局限性，但根据马克思的学说，毕竟人类社会的最高形态要通过它脱颖而出。这一重大社会变革促使生产力从封建束缚中解放出来，大有一日千里之势，机械唯物论一扫宗教迷信和教条主义的迷雾，坚持用理性精神认识自然、认识人类自身、发展科学技术。资产阶级革命摧毁了支配西方文化达二千年之久的亚里士多德的世界观体系，代之以新的“机械论”世界观体系——世界观的转变是一个根本的转变，转变中不仅创造了近代科学实验体系，更孕

育了科学的辩证唯物主义。正是有赖于这些，科学实证基础上的胚胎学、生理学、细胞病理学、微生物学和药理学、毒理学、免疫学等方得以相继创建。医学作为一门真正的科学才昂步跨入现代科学之林。

中国历史上高度稳定的漫长的封建社会持续两千余年，虽然其间不乏改朝换代的战乱及农民起义的斗争，但总的生产力水平和经济基础没有质的变化，宗法血缘社会结构和自然农耕经济的稳定保证了封建集权制的绝对统治，而且最终窒息了生产力发展和明末一度出现的资本主义萌芽。继之，随着清朝统治者的绝对集权和绝对腐败，国力衰微，各种矛盾加剧，在失去了自我更新能力的国家经济政治体制面前又出现了迅速强大起来的帝国主义列强，“天朝大国”的神威一去无踪，中华民族失去一次腾飞的良机而沦入半殖民地半封建的历史悲剧中。此期不唯中医学，各学科各领域都步入低谷，使国人大有“常恨春归无觅处”的慨叹。中西医学在此期的差距不仅仅是技术手段方面的，而且表现出两种理论体系对创新发展，对异质文化、新鲜事物的不同态度上。

概言之，中医理论体系几千年来接近凝滞状态，正是中国传统文化背景的缩影。然而，在科学的唯物辩证法思想和新技术手段广泛普及的今天，在我国政治经济文化发展到历史新阶段的今天，认为“中医过时”和力图保持它传统“特色”的认识和做法，都是没有摆正社会、时代总体文化环境与具体科学发展辩证关系的结果。中华民族正在腾飞，文化传统正在发展变化，因此，中医学的创新发展也将是势在必行的。

(图娅 黑龙江中医学院)

## 第三章 冲突与融合

一切现存的都兼是合理的和不合理的,在两种情况下有同等的权力。

这就是你的世界! 这就叫做世界!

——尼采《悲剧的诞生》

医学根植于文化的土壤。文化的时代性和多元性导致了价值判断的可变性和多样性,由此又引出了一系列医学体系发展趋向与医学成就检验尺度的不同选择取舍。“凡是现实的都是合理的”,一切现存的东西,都有着它存在的理由:所发生的时代和条件。“同样在发展的进程中,以前一切现实的东西都会成为不现实的,都会丧失自己的必然性,自己存在的权力、自己的合理性”;因而在客观世界的辩证法面前,“不存在任何最终的、绝对的、神圣的东西”。<sup>①</sup>并且恩格斯还告诫我们:“口头上承认这种思想是一回事,把这个思想具体地实际运用于每一个研究领域,又是一回事。”<sup>①</sup>

### 第一节 经验与教条

“经验是没有错误的,犯错误的只是我们的判断,它让经验去办超出能力范围的事情。”

——达·芬奇

经验无疑是理论的基础和直接来源,经验是客观的,无论加以怎样的解释,都不会改变它的本质内容。实践是第一性的,有效的临床实践也不会因表述方式的不同而改变其客观效果。然而,如何对待经验,却反映出认知主体在本质上的差异。列宁说过:在

---

<sup>①</sup>《马克思恩格斯选集》,第四卷,第212~214页。

“经验”这个字眼下，可以隐藏哲学上的唯物主义和唯心主义路线。

**“神圣化”了的先人经验** 差异首先反映对待经验的不同态度上。把某一局部、某一历史时期内的经验夸大为普遍真理，用形而上学的片面、孤立、静止的观点去看待已有经验，并以此来否定事物的变化和新的经验，或者把某一权威的“经验”当做万古不变的真理、神圣不可侵犯的“不刊之论”，就是从一个极端滑向另一个极端：从狭隘的经验主义发展到僵死的教条主义，这是唯心论的形而上学对待经验的一个逻辑过渡。在中外医学发展过程中，这样的事例是屡见不鲜的。

罗马优秀的医学家盖仑，根据自己动物实验的经验，推理提出了“血液在肝内由食物生成”后与“天然元气”混合，又经过心肺获得了“生命元气”，如潮水涨落般营养周身；而大脑产生“动物元气”，沿着神经流动，不与血液混合并完成着人体的各种高级功能的假说，这个假说显然距离客观真理相当遥远。然而毕竟是盖仑最早奠定了解剖学和实验生理学的基础，如果医学科学一直沿着这条探索途径发展，有可能很快接近人体解剖生理的准确描述。

但是，中世纪的宗教文化使得盖仑的经验蜕变为教条，被神学卫道士们奉为不容更改的权威，以至于医学院校都不再设制解剖课程，只是严格地宣讲着盖仑学说，权威的身影堵塞了进一步探索生理解剖科学的道路。即使到了16世纪以后，维萨里以显而易见的解剖事实纠正了盖仑的错误，塞尔维特（Servetus,M）发现了肺循环，进一步打击了盖仑的谬说，哈维出版了《心血运动论》，科学地阐发了循环的生理机制，这些虽动摇了盖仑学说的事实根基，却没有改变盖仑在大多数西方学者心目中的神圣地位。相反，这些卓有成效的探索者却都在不同程度上遭到官方、习惯势力和学术权威的打击或敌视，有的竟被烧死或迫害致死。有些教授长期拒绝承认血液循环的客观事实，仍然按照盖仑学说进行讲授。类似的情况，在中医学术发展史中同样存在。特别是明清之后，达到了登峰造极之境。中世纪西方医学的停滞与近代中医学的落伍，根植于文化

的，对待经验的错误态度是其原因之一。

更有甚者，古希腊哲学家、科学家亚里士多德认为人的神经在心脏中汇合，千余年后解剖学揭示了人的神经中枢在大脑这一事实，当人们邀请经院哲学家来观看时，他们竟然说：“我看到了这一切，但是，假如亚里士多德的著作里没有与此不同的说法，即神经是在心脏里汇合的，那我一定会承认神经在大脑里汇合的真理。”被权威崇拜和教条主义桎梏着的头脑，已经完全丧失了理性思维功能，被权威阴影蒙蔽住的眼睛，已经无法再认清客观事物的真实形象了。

**医经注释现象** 在中医学界，特殊的医经注释现象就是夸大前人经验性总结的代表著作的权威作用，将其做为“万世不变”的教条来垂范后世医界。这种治学方法除了在一定程度内保存了古典医籍的史料价值外，留给医界的是一系列负性作用。纵观中医体系形成的两千年内，从汉侍医李柱国到清末民初的《难经正义》，特别是明清之后，对古典医籍的校注、钩无、考证、类编、直解、发微、汇粹、研读、解惑、问难、心悟、心传等等构成了医学研究和著述的主体。著作可谓汗牛充栋。名医大家无一遗余地要以经言、注经来阐发医旨，没有哪个问题的答案可以不求诸经典而得到承认，甚至很少有人设想过医学发展还存在着注医经以外的途径。笼罩着中医界的是这样一种心理定势：学医最需读经、注经，否则不算名家，凡医经中论及者皆奉为玉律金科，不刊之论；而难以解释时则用衍文、脱漏、错简等搪塞之，因为先贤是不可能错的。后人还须练就一套“读至无字处”的硬功夫，方可体味经典中的无穷蕴奥，这样才可从医经不变的模式中找到各种新问题的“圆满”的解释。

**根源：经学传统** 中医学中的医经注释现象是与中国封建社会长期以儒家经学为正统封建文化主体的历史现象分不开的。清代学者皮锡瑞说：孔子“退而删定六经，以教万世，其微言大义实可



为万世之准则，……故孔子为万世师表，六经即万世教科书”。<sup>①</sup>并明确写道：“孔子之前不得有经”。这是经学家对经学的一种典型解释。概而论之，所谓儒家，特指孔子之后，一切自称承继孔子思想的学者、士大夫。他们大多以“治经”为首务，孜孜汲汲于“经”的研究，遂形成专门的学术体系，这就是“经学”。由于这一思想体系可以较好地适应封建中央集权的需要，秦王朝灭亡后，思想家们便选择它作为封建社会意识形态的精髓、核心，它被抬到了权威的“经典”之学地位。

客观地说，两汉隋唐时期，经学内部并未统一，它本身在不断“变形”中，从孔子到孟荀，到董仲舒，到通学，到今古文学，到郑王学，到南北学合，可以说“公元前2世纪至公元8世纪的经学，其过程便是一部变形记”。<sup>②</sup>在这过程中，既有着为保存先辈传统的努力，也存在着否定传统的创新，以至于映射在文化领域，千余年间充满生气。“整个时代的汉唐文化，基调是进取的，风格是闳放的，色彩是绚烂的，不以弃旧图新为非，不以讳言功利为是。”<sup>③</sup>这也从一个侧面体现于具有勃勃生机的汉唐医学之中。

唐太宗时，召集名家，搞了一个《五经正义》，整理了当时十分混乱纷杂的经义，试图统一思想。不想经学虽然统一了，却逐渐走向没落。随后，宋代出现了经学更新运动，宋代思想家们以疑经为起点，怀疑传统经典和官定经义，虽然他们没有打算从根本上触动经学精髓，却也导致了理学的诞生。经学再一次变形，并获得了新的统一。金元四大家的崛起，正是以这一特定文化氛围为背景的。

明代统治者重视八股文，女人们除了八股以外，很少读书研习。满族入关后，对汉族文人采取高压政策，文字狱触目惊心，人们不再谈论什么微言大义，搞经学的人也大多转入训诂、考证，为

---

①清·皮锡瑞：《经学历史》。

②朱维铮：《中国经学与中国文化》，见《中国传统文化的再估计》，第112页。

的都是免遭杀身之祸。到了这时，作为一种意识形态，经学的消极面彻底曝光，负性作用登峰造极，至高无上的权威性，绝对的垄断性、顽强的延续性，广阔的包容性和水银般的渗透性充分显现。“经学不能研究，只有诵；不能讨论，只能引证；它是包治百病的灵丹妙药。”<sup>①</sup>映射在医学领域，强烈的尊经意识僵化了医人的头脑，束缚了他们对疾病等客观现象的探求欲望，对医疗实践中不断产生的新情况新问题不再感兴趣，只是一味地注释经典，在先人的经验中找答案，一俟在经典中找到证据便大功告成。汪昂曾情辞恳切地谈到：“医学之有《素问》、《灵枢》，犹吾儒之有六经语孟也。病机之变，万不齐恶，范围之不外是，古之宗工与今之能手，师承其说以之济世寿民，其功不可穷殚。”（《素灵类纂约注》）陈念祖亦言：“儒者不能舍至圣之书而求道，医者岂能外仲景之书以治疗？”（《长沙歌括方》）。

由于经学的权威性，一个字也不能动，因此必然走向两个极端，一是为了找到经学根据，必须作出烦琐考证，四个字的经文，竟用了几万字加以解释；另一极端是随意解经，“六经皆为注脚”，把经文作为自己立论的奴仆，任意言遣。这两个极端，都在明清时期的医学研究中普遍表现出来。因此，不应孤立地看待医经注释现象，它自有深刻的背景。

**始于经验的不同归宿** 诚然，接受前人经验是十分必要的，但即便是科学理论也不可能穷尽客观真理，因而经验和理论都是生动地变化发展着的，一旦局限于某一水平便异化成僵化凝固的教条。将历代医家生动多样的医疗实践的新经验硬套入经典的框框，只能是违背人类认识过程和真理发展规律的削足适履般的做法。

由客观的实践活动中形成的经验，不仅在经过主体加工的过程中存在着被歪曲的危险性——“去粗取精，去伪存真，由此及彼，由表及里”的思维加工中主体参与和选择，可导致所得结果的大相

---

①孙长江：《经学与中国文化》，见《中国传统文化的再估计》，第630页。

径庭。经验可以通向真理，亦可能通向谬误。认识的历史早已明证经验通向真理只有一条途径，那就是实践中不断地检验。而且，即便由经验总结出了正确的理论，或是取得了有效的证明，但将其无限扩大地超出其“能力范围”，也会使经验走向真理的反面。明代方有执公然声称：“今非古是，物固然也”、“心仲景之心、志仲景之志，以求合于仲景之道”。（《伤寒论条辩》）便陷入了这一泥潭。试问，《黄帝内经》何书也？战国迄秦汉之际医学理论之总结概括；《伤寒卒病论》何书也？东汉名医张仲景医疗经验之集成。这样的来源于实践经验之书籍竟被用来阻碍后世从事医学实践而探索真理的道路，这不仅是医学研究方法问题，更反映着价值观念和真理检验尺度的重大差异。近现代中西医学发展的历史清楚地昭示人们：现代医学中几乎已经没有了教条主义和经验主义的立足之地，而中医界尊经注经的遗风依然时可见及。对此，我们又应该采取何种姿态呢？每个富有时代感和使命感的严谨的中医工作者，都应该不时地扪心自问。

## 第二节 医学真理的检验尺度

科学和理性可以理解自然界、人和社会，而思辨哲学只不过是科学的前奏。

**尺度的寻找** 当人们终于意识到他们所获得的一切知识都必然具有局限性，意识到他们在获得知识时所处的环境背景对这些知识的制约性时，就开始寻找检验知识的客观尺度。是唯古是信，唯尊是信，还是唯实是信？这个“实”的概念有没有时代环境的局限性？是相信新陈代谢这一宇宙间的普遍规律，还是无视科学的本质在于不断自我更新的运动过程？对此，中西方文化土壤的差异，造成了人们对检验尺度追求的迥然异趣的分歧。

众所周知，医学本身是具有强烈实践性的科学，因而医学理论

的检验尺度只能是医学实践。历史证明，只有坚持在实践中不断检验、修正、补充发展人类对自身生理状态和病变机制，治疗手段的全部理论，才能使医学体系保持永久的生命力和科学性。医学领域内同样没有“终极真理”傲然出现的一天，人类对医学真理的探究永远没有止境。体系的坚持与发展是一对辩证统一关系，只有建立在不断更新的基础上的坚持，才是对医学体系本质上的坚持；而只有沿着客观真理方向的不懈发展，才是能使医学体系确保科学性的发展。

**先验的标准** 中医界普遍存在的医经注释现象，显然涉及中医理论体系中的真理检验尺度的价值判断。尊经崇古的文化传统诱使人们习惯于从经典中寻找解释疾病过程、生理机能、病理机转、诊疗法则等的理论依据，用古圣先贤的思想语言来印证自己观点的正统性和可靠性，这里，“检验”的尺度便是经文和古人之论。事实与实践要象有轨电车一样在先人理论的轨道中行驶。由此，大量的经典引证疏注，注重形式比附而忽略本质内容，不允许有丝毫的“出位之思”、不允许有任何的“越轨行动”，便顽强地表现出来。体系高度稳定的自身保护机制及时地将标新立异之萌芽或是“卡断”，或是纳入“正轨”，或是防患于未然。因而，中医学历史上鲜有在理论上、方法技术上和研究方向上的重大创新与突破。以圣贤之书，先验的理论代替了检验科学真理的实践尺度，后果必然是排斥新生事物，否定后世的医学实践，僵化学术空气而使认识总是停留在先期的低级水平上。

随着科学及生产力的发展和人类对自然界认识的深化，人类思维水平也经历着发展过程。因而，“今不如古”是根本违反客观规律的。实践是真理发生的源头，更是真理价值的归宿。用两千年前的学术理论指导着后世生生不息的实践活动，很难摆脱守株待兔式的结局。况且，医学科学是具体的，用一种即便是正确的自然哲学观念或是古代的理法方药，来应付无限复杂的现实问题，又怎么能避免“捉襟见肘”的困境？那种认为“《素》《难》者，垂万世而无弊”

的“真理观”无疑阻碍着中医理论体系发展、概念更新、手段方法丰富和诊疗效果提高。

**歧义蔓生的根源** 由于把检验医学真理的尺度规定于权威经典，势必造成理论研究中的混乱，用思想验证思想，人们都以自己的理解去“塑造”圣贤。无法以一元的客观真理为指归，如此，只能是歧义蔓生，永无了结之日。殊不见，中医经典研究中，从疑经错简到维护旧论，从“微言大义”的假经说法到章句训诂的“唯古是信”，均未脱出借圣贤经典以立言立身的窠臼，也无法争出个孰对孰错，孰优孰劣，即使万平之后亦然。维护旧论与疑经错简论者经过一番激烈地诟骂，殊途同归地返身向更古更权威的典籍中寻求答案。如果研究的是史学、文物考古学，这样寻找原始资料是无可厚非的。然而我们研究的是医学，是活生生的人体上发生的健康、疾病及其防治问题，因此力图通过研读注释医经，用阐发古圣先贤的无穷“蕴奥”去穷尽医学的客观真理，用“万古不变”的几部经典医籍做为衡量医学理论发展与实践创新的尺度，无异于南辕北辙，弥进弥远。

**腾飞的基石** 西方医学也曾被权威经典的浓重阴影笼罩了相当长时期，也曾有过以权威崇拜来取代实践检验的标准的不幸历程。然而，客观地讲：近现代医学科学之所以有今天的与日俱进，直接导源于它已经走上了实践中不断验证真理，修正错误，弃旧图新的正确途径。客观真理是一元的，人们只是以客观实在，作为检验自己认识正确与否的唯一尺度。而对客观实在的初级认识又包括在高一级的认识之中。随着对人体形态的了解，对人体机能的认识，进而对人体结构和机能一致性的掌握，客观的辩证法就展现在人们眼前：人体是一个复杂的多层次的具有精确形态结构的有机整体，人体组织器官形态结构与其功能作用之间存在着必然联系。借助上述检验尺度，人们对生命机体每一微观局部认识日趋精确。从而，人体多层次、多系统的内在关联的客观事实就逐渐被揭示出来，生命现象的科学认识日益发展。并且，随着研究工作的深入，

手段的更新；认识水平的提高，各个层面上的理论不断地被检验、修正或发展。这一检验过程又与实证研究密不可分，后者不仅能够验证结果，更能揭示过程。它的广泛使用，终于使带有自然哲学性质的早期医学理论——“用理想的幻想的联系来代替尚未知道的现实的联系，用臆想来补充缺少的事实，用纯粹的想象来填补现实的空白”，逐步为日趋接近客观真理的科学理论所取代。因此，科学发展到今天，自然哲学等历史上发挥过进步作用的概念就最终失去了存在的价值。“辩证的自然观使一切自然哲学都成为不必要的和不可能的一样，现在无论从哪一方面，都不再是要从头脑里想出联系，而是要从事实中发现这种联系了”<sup>①</sup>。

**真理检验问题的启示** 总结中西医学发展过程中的“真理”检验尺度问题，有几个值得回味的地方：

一、检验尺度势必涉及价值判断，因而可以反映出该体系的本质特色：中医学的非结构性整体观——重神轻形、重道轻器的价值观必然选择超形态、非实证的方法论原则，因而注重内心体验顿悟、思辨类比的研究方法排斥实验实证结构分析也是有其内在逻辑性的。同时，传统文化中尊经崇古的社会价值观塑造了中医学体系中的崇古非今倾向，势必导致以经典论著和先人观点取代实践检验的客观尺度。

二、检验“真理”的过程本身就是一个区分真理与谬误的过程。并非所有医学理论都是相对真理。当然有些理论也很难将其归为谬误，例如：中医理论中大量存在的古代自然哲学思想，如“阴阳学说”、“五行学说”、“元气论”等，作为哲学观念有其合理性和历史进步意义，然而将它们直接运用于说明人体这一世间最复杂结构的特殊研究对象时，这种说理工具的整套概念必然是超验的——没有什么实验过程和观察指标可能测出人体的“阴阳”，正如没有什么具体东西可以指代“物质”、“矛盾”等哲学范畴一样；将

---

<sup>①</sup> 《马克思恩格斯选集》，第四卷，第253页。

cAMP-cGMP 或将尿 17-羟皮质激素分泌水平直接解释为“阴阳”，实质上是用部分代替了整体，用特殊取代了普遍。这种实证结果与虚设概念之间的矛盾，涉及中国传统的文化渊源和哲学本体论层面，而并非只是一个技术层次的问题。

三、检验尺度不仅要检验结果，更重要的是验证过程。医学科学研究对象是有形态结构的，因而检验时不可忽略对过程（变化、运动）的表述。因为：如果不验证过程，那么对一切结果的解释都存在着或然性。中医理论恰恰是省略了对疾病、生理、药效机制中过程的检验。黑箱方法、援物比类、司外揣内，都是以某种推测来反观过程，或者在头脑中“设计”过程，如宋代名医庞安时针刺治疗难产颇有效验，他竟然解释为：胎儿手误执母肠，针刺令其手松，即产下。这种理论在中医学体系中是经得住“检验”的——卓著的疗效说明了结果，但封闭的视角令人无法直观过程。而一旦超出了自身体系，面对机体生殖系统的客观现象时，我们还能说一声“中西人士脏腑不同”吗？所以，检验医学以及自然科学真理的尺度，必须能够检验过程。而且，没有客观过程而由结果反推出来的“理论”，既是超验的，又是不适于自然科学研究的。因为作为检验尺度的实践本身伴随着科学水平和思维水平深化的，不必耽心它有会枯竭的一天。

### 第三节 创新冲动与求同意识

保守的天性也根植于人的天性之中。

创新冲动与求同意识，不仅反映了医学体系中传统的巨大保守力量，也反映了人自身头脑中的保守倾向。求同无疑是一种普遍的文化心理素质，在某些文化环境中表现尤甚。而创新不仅要突破原有的固定格式，更要突破传统的价值观念、心理定势和旧有轨道。

“越轨”与进化潜能 创新可谓一种“创造性越轨行为”，所谓

“越轨是被社会集团成员判断为违反他们的价值观念或社会准则的任何思想、感情，或行为。”（《越轨社会学概论》）因而，愈是重视传统、经典、一统、稳定的社会价值观念，便愈会对标新立异、离经叛道、重视个性、发展变化等行为和观念产生反感、蔑视乃至压抑、抵制。由此也可推出：一个社会越是处于发展向上、充满生机的时期，对创新和“各种异端”便有愈强大的容受能力；相反如果出现了超常稳定，高度同一的趋势，则表明该社会或体系进化发展潜力的严重的消耗状况。

**创新精神的推崇与学科进化** 希腊医学到现代医学的发展变化，从内容到形式都极为明显，从始至终一以贯之的只是它的研究对象没有改变。自从经验医学初期，人们就不仅仅将实用性作为唯一的追求，同时渴望了解自己的秘密：本质、体质、机体的器官和功能。早在公元前5世纪左右，就出现了致力于发现局部机能结构及其病变原因的尼多斯学派，稍后的西西里学派则对基础形态解剖学十分重视，认为心脏是血管的中心。希波克拉底学派强调人体在结构和机能上都有着严谨的秩序，其后又形成了在发展取向上对立的两派：柏拉图式的“灵气”学派，注重纯学术探讨，忽略经验操作；亚里士多德则持经验主义态度，否认理论，把医生的任务局限在单纯的实践操作上，以为医学就是积累从实际中得到证实的治疗方法而已。亚历山大时期以后，西方医学派别更是层出不穷。从中，似乎可以总结出西方医学体系中创新尝试与学派产生的某些特征：

1. 学术理论由自然哲学思想、解剖形态学、生理实验观察和临床疗效观察等因素构建。

2. 多元发展趋势，不存在划一的准则，各学派探讨侧重不同，从不同角度、层次提出自己见解，各派之间在学术方向、理论总结上没有或很少有相互服从关系。

3. 与中国、印度等古代医学体系相比较，侧重于追求“纯自然”的物质本质，不附加许多道德和政治因素，因而较少人文性、民族



性色彩。

4.注重基础学科的研究，因而生理、病理、微生物、药理及各基础知识的发展较全面和扎实。新发明发现由于有客观验证而较快被体系吸收。

5.体系由于新观点、新技术的不断出现而呈现出开放系统的动态更替变化，摆脱了中世纪黑暗之后，体系巨大的进化潜能得到充分释放。

可以说，创新精神是受到现代医学体系尊崇的希腊医学传统。维萨里曾义愤地说过：“难道为了纪念一位伟大的活动家，就必须重复他的错误吗？”在客观事实的实证过程面前，真伪是非是比较分明的，旧理论一旦为新发现所证伪，很快就会失去立足的客观依据。

**求同取向中的学派“争鸣”** 虽《周礼》已有临床医学分科之雏型，《汉书·艺文志》的“医经、经方、神仙、房中”之记载，似乎又寓有理论探讨与临床诊疗、养生等学科含义，但这些显然不是通常意义上所讲的“学派”。正如纪晓岚所云：“儒之门户分于宋，医之门户分于金元。”堪称具有不同学术观点、研究侧重的学派，当首推“金元四大家”。然而，前已论及，尽管他们的观点对前人的理论有所发挥（姑且不论这种发挥本质上是否属于创新），却又都战战兢兢怀着急迫的求同心理去寻根溯源，觅求经典的“支持”。这一现象的背后，正是传统文化的魔力在神差鬼使。反观历史，传统价值观中，“祖宗之法不可变”与“祖宗不足法”的拚搏几乎持续了整个封建社会，结局多是以试图变法者惨遭屠戮或仓惶败北而告终。因而，标新立异无疑等同于图谋不轨，违背了社会行为规范。如此，新生事物的萌芽势必无法破土而出，茂盛生长。离经叛道是不可饶恕的罪行，招致“神人共愤”、口诛笔伐也是咎由自取。医学体系在这种背景下的价值取向必然是古是今非，崇尚经典、忽视创新和保持高度稳定，甚至趋于封闭。

**历史铸成的问号** 明白的未必是清醒的，得到的或许正是失去的。“辩证法不承认一切绝对的东西”，新陈代谢是宇宙间的普遍

规律。历史需要实事求是的研究而非盲目陶醉于其中“流连忘返”；历史所昭示于我们的，也莫贵于理性和反思。为什么我国早在唐代王焘《外台秘要》中就记载了消渴病人尿甜这种惊人的观察结果，比威尔斯（1670）早出九百余年，却再没有物理诊断学方面的进展？为什么有关寄生虫、炼丹术、过敏性疾患的认识、技术和诊治经验没有形成诸如寄生虫学、制药化学、免疫学等相应学科呢？为什么直到近现代，临床报道与理论探讨还必须扬扬洒洒地引上几段“经云××”以示持之有据、承之正脉呢？为什么有关命门、相火、三焦、阴火之争、持续几近千年，却仍无结论呢？“实践是检验真理的唯一标准”与“言必称仲景”、“祖述歧黄”之间的关系该如何摆好呢？诸如此类历史铸成的问号，不胜枚举。从现代来看，又增加了中西医学交汇中的“体”、“用”问题，“体”与“用”是不可分割的“中学为体、西学为用”，正如梁启超早年所说过的：“其为祸也，始于学术，终于国家”。

上述探讨中可见，中西医学从理论构筑到体系框架、研究手段、检验尺度等一系列差异、是不同时代、民族的文化环境及其传统的差异。然而，文化环境必定随着社会的进步、文明的发展而变化，因而医学体系的发展趋向、价值尺度等等也将必然发生更新和变革。所以，振兴中医学所要做的，绝不仅仅是先进技术的引进，传统理论的整理阐发和临床经验的更多积累之类问题而已。

（图 娅，黑龙江中医学院）

（高钦颖，延安医学院）

## 第四章 符号系统的差异

语言是我们所知的最硕大、最广博的艺术，是世代世代无意识地创造出来的，无名氏的作品，象山岳一样伟大。

——爱德华·萨丕尔

语言，是基本和最重要的人类文化现象之一。可以说，构成语言的材料同构成文化的材料是同一类型的。斯大林认为：“有声语言在人类历史上是帮助人们脱离动物界，结成社会，发展自己的思维，组织社会生产，同自然力作胜利斗争并达到我们今天已有的进步的力量之一”。<sup>①</sup> 中西医学作为人类社会的一种经验和知识体系，显然必须以有声语言和文字作为其思维和社会发展的基础。而语言作为一种精神和社会现象。具有典型的民族性和历史性。一定地域的语言变体是各种相应民族医学体系生存发展的必要条件，这种必要条件给医学活动的整体提供了一种“先验”的精神工具和模式，无声且深刻地影响着主体对生命和疾病世界的观察、经验的积累和知识体系的形成。

### 第一节 象形与拼音文字

语言是文化的结果，一个民族所说的语言是这个民族总的文化的反映；但也可以说，语言是文化的一个部分，……语言和文化都共同发展了几千年。

——列维·斯特劳斯


上古时期，不论是埃及、巴比伦，还是中国，都曾用文字形体来直接表示语言意义。但后来西洋各国逐渐采用拼音文字；而唯其

---

<sup>①</sup>斯大林：《马克思主义与语言学问题》，人民出版社，1953年版。

以大洋、大山隔绝的中国保留着象形文字的这种基因。虽然后来发展了一部分字形来标明读音，但以书写上的字形，作为语言意义的习惯记号，仍为汉字的基本特征。因此，汉语称为表型文字（Hieroglyphic writing）或表意文字（Ideographic writing），而英语称为拼音文字（Phonetic）。

**汉语造字定则** 寻思汉语文字的造化，有六条定则。史称“六书”。即“象形、指事、会意、形声、转法、假借”。<sup>①</sup> 象形为造字之首则。所谓“象形者，图画也，为客观的、模仿的、具体的，先有形而后有字，是为字生于形。”<sup>②</sup> 如独体象形：“气”，云气也，象形，三之者，列多不过三之意也；“心”，象心形，外兼象心包络也；“人”，倚也，人有疾病，象倚箸之形；再如状事象形：“肋”，筋加肉旁，表肋骨也，等等。显而易见，象形文字记录了中华民族对大自然和人体观察的史实。凝固在汉语基本词汇中的有关人体结构的象形字表明：解剖及其形态观察同样曾是中医学认识发展的基本过程。从人类认识发展过程来看，这种观察基本词汇理应是更复杂和高层次的医学思维发展的基础。换句话说，先前建立的“义出于形，因形得其义”的象形文字所蕴含的认识结果，可能影响其后续的认识方向和过程。我们不妨分析一些实例：

**中医部分字形义** “阴”、“阳”，是中医理论的核心范畴。它们为一对极性义场的象形字。日、月是与人类日常生产和生活关系最为密切的两大星体。“日”字， 象太阳之轮廓，一象太阳之精不亏。相应，“月”字象月亮太阴之精不满之形。从日月认识得到的这种“满”与“不满”、“实和虚”、“强与弱”、“明与暗”……的语义，似乎在中华文化中被泛化成一种“二值思维”的倾向。语言学家 Alfred korzybski 等人认为（1978），二值思维的根源存在于语言的本质之中，因为二项对比是一种比其它类型更为普遍的语义现象。一个普

①班固：《汉书·艺文志》。

②杨树达：《中国文字学概要》，第15页，上海古籍出版社，1983年版。

遍的作二项区分的语言范畴，把大自然中实际上不存在的有绝对分明界限事物和过程简单化了，而把一种二项区分的简单结构强加于我们的经验之上。显然，对于一个或一代中医家，包围着他的民族语言先于他的存在，从而自然地迫使他按照一种普遍的语言轨迹来思维。阴阳二字的语义泛化到《内经》时，已经形成中医学思维之定则了。正如《灵枢·病传》篇中所说：“明于阴阳，如惑之解，如醉之醒。”可见，阴阳之语义在整个《内经》中横贯之地位和作用。

阴阳二字还从“卩”，而“卩”从“𠂔”，象用“卩”卫国，故“卩”有国、府、集团、集合等意义。《素问·阴阳应象大论》中说：“阴阳者，……神明之府也，……”仍保留有这种语义。

我们再看肝、脾、肺、肾四脏之名，均从“月”旁。汉、许慎在《说文解字》中释：凡肉之属皆从肉旁（𠂔），但这只表明四脏的质地性质。象形字必有其形可溯，从四脏之外形看，各脏似与不满之月象相近。剖而视之，内又各有其空缺，可藏精气。古时肉写成“𠂔”，与阙“𠂔”无甚大异；而后者象太阴之精不满之形。《素问·金匱真言论》中说：“藏者为阴”；《素问·五藏别论》中又说：“五藏者，藏精气而不泻也，故满而不能实”。这种对脏器生理功能的认识似乎不能从远古的生活经验和观察得出，而显出与“𠂔”字形义演绎的某种关联。中医学言气必言精。精，取象禾实米粒之“米”旁，故对精义之阐述仍不离其去“米”字形义。《内经》里说：“气归精”（《素问·阴阳应象大论》），“人之所受气者，谷也”（《灵枢·玉版》）；“食气入胃，散精于肝”（《素问·经脉别论》）；“营者，水谷之精气也”（《素问·痹论》）。

**“目治”意义符号与形象思维** 表型文字是一种“目治”的意义符号，<sup>①</sup> 每当说到抽象的东西，便总以具体的形象使其具体化。而

---

①参阅张世禄：《语言学论文集》，第555页，学林出版社，1984年版。

这种以“目治”为主的符号系统，必定促进视觉思维<sup>①</sup>和形象思维的异常发达。即便是用途极广、抽象程度甚高的五行学说也被阐释成栩栩如生的形象。如：

“火”（火），象火之形，点则火星迸出，上锐下阔，其性炎上。故《素问·五常政大论》中说：“其气高，其性速，其用燔灼，其化蕃茂，其类火”。

“水”（水），象水流于下和水之波纹。故《内经》云：“其性下，其用沃衍，其化凝坚，其类水。”

“土”（土）二象地之下地之中，丨象物出之形。故《内经》说：“其性顺，其用高下，其化丰满，其类土”。

“木”（木），象草木中杆上枝下根之形。于是，《内经》说：“其性随，其用曲直，其化生荣，其类草木。”

“金”（金），两点象散金，从土，表示金生于土。故《内经》云“其性刚，其用散落，其化坚敛，其类金”。五行的抽象性质显然被其具体化成日常所用之见。

中西文化中同有数字的发明，但两者全然不等值。古汉语中，“一”原指造分天地，化成万物的太极；“二”为地之阴数；“三”象天地人之道；“五”（五），从二，阴阳在天地交午也，“×”象交午之形。如果说“语词的功用就在于能够明显地标记出各种观念”（约翰·洛克语），那么，中国数字反映出是中国文化的物质之一——象数观。

**象形字与思维的稳定性** 汉语象形字的特性和它所代表的意义具有强烈的稳定性和保守性。字形的构造既不随古今读音的差异而发展，也不随南北东西方言的分歧而变更。几千年来，除了书写形式和笔势上略有发展外，字体构造及其词义皆基本未变。因此，汉语的象形字及稳定的特点，对于促进中医学家们的类比思维和形象思维的发展，以及用《内经》奠定的这种思维特点去同化历代医家

---

<sup>①</sup>参阅[美]鲁道夫·阿恩海姆：《视觉思维》，光明日报出版社，1987年版。

的思维，发挥了无形的巨大作用。从阴阳、五行、精、气的象形字到《内经》的广泛取象比类、丰硕的形象思维，再到明清医籍字形义的校勘，一再显现出中医学思维之链中象形汉字的深远影响。

**“耳治”意义符号与抽象思维** 英语是拼音文字，它的字形只与节音直接联系在一起。对其语义的理解是以听觉为基础，跳出了以事物具体形象为材料的视觉思维框架。这种“耳治”的节音符号系统，为发展以抽象概念为基础的逻辑思维提供了更大的可能性。虽然医学英语中也有一些表形的词汇，如锁骨可称为 clavicle（来自拉丁文 clavicula），原意为“小钥匙”，因锁骨弯弯似老式钥匙；肩胛骨似锄面，称为 scapuld（源出希腊文 skaptein）等等，但是，英语拼音文字本身无模仿之功能，义也不体现在形中。况且，这些并非占具医学英语中基本词汇中的主体与大部。

汉字的历史价值和作用固然不可磨灭，但是随着世界文化的大交流，汉字的缺点，便暴露无遗。它结构复杂、笔画繁密、字数众多，难写、难认、难记。伟大的思想家和革命家毛泽东指出：“文字必须改革，要走世界文字共同的拼音方向。”这实为中国文化史上振聋发聩的见解，也许只有这样的背景改革才能真正导致人们完成百余年来未竟的中西医结合之业。

## 第二节 分析语和综合语

我们甚至可以说，语言是文化存在的条件，因为它为文化的各个不同方面的复杂结构奠定了基础。

——列维·斯特劳斯

**单义的分析语与复合义的综合语** 如果按照语言词句的组织来区分，世界上的语言可概括为分析语和综合语两大类型。所谓分析语（Analytical Language）一个语词只包含一个意义，词和意义相当；而凡有两种意义，必分解为两个语词。其语词没有形式的变

化，语法关系不以语根或词尾等变化来表明，而只是以词序和助词来显示。汉语便是分析语种的一个范本。所谓综合语（Synthetical Language）一个语词包含有两种以上的意义，它用词尾等变化来表示其复合的意义，而没有分析为各个独立的语词。古代希腊语、拉丁语和中古英语（1500年以前）均属综合语。而有趣的是，现代英语却有进化成分析语的趋势。

比较而言，分析语的表现手段比较显明简洁，没有错综纠纷的繁杂。在分析语中，句子永远是重要的，词是次要的。而在综合语里，单个的语词词义极为丰富，如英语名词有单复数，动词有时态和语态，代词有数和格，形容词和副词有级的变化等等。由于综合型语言的语词在句子中随表达的意思不同而有极其微妙的变化，故一些语言学家认为，英语在认识表述上较汉语更精确合适，是一种更有利于发展科学的语言。<sup>①</sup>但另一方面，从人类记忆负担的减轻，造句困难的减少，以及言语的容易理解等方面来看，综合语没有分析语的文法简省，形式单纯等优点，而这些优点更顺应人类“思维经济”的规律，故易为世人所接受。因此，当代世界上的各种语言有向分析语发展之大势。

**语义表达的差异与主体认识程度** 尽管分析语和综合语的划分是相对的，但它们在语义表达等方面的差别，似乎隐约地体现在各自的文化产物之中。美国民族语言学家沃尔夫（Whorf B.L.）认为，语言有引起表象和观念的能力，语言的结构影响或决定这些说话者对世界的看法。语言系统之间的差异和说这些语言的人们认知方面的差异是基本一致的。那么，分析语和综合语之间的差别是否会影响对中西医学家在认知方面的差异呢？这一点目前还无法作出明确的结论。不过我们已经注意到，对词语意义的独立分析，是进一步深入细致观察世界和表达其具有多样性的经验的必要前提。一种语言系统提供的语义区分到什么层次，使用这种语言工具的人

---

<sup>①</sup>参见[挪威]加尔通：《结构、文化和语言》，国外社会科学，（8）：11，1985年。



们认识也就只能深入到相应的程度。一个表达新区分出来的语义的词，似乎给认识主体提供了一种去观察和认知的诱饵和路标，促使了主体观察时的选择性注意。有关言语符号标记的研究业已证明，用单一的符号标记不同的刺激，比用不同的符号标记每一种刺激，更难区分刺激信息。下面我们试以颜色词作一剖析：

**特例分析：中英语颜色词** 英语不分蛋黄、淡黄、淡褐色、肤色，都称为 yellow。而中医学区分有几：正常的肤色黄是“黄欲如罗裹雄黄”；不正常的病理肤色黄有：“不欲如黄土”，“黄如枳实”（《素问·五藏生成篇》），“少阴所至，为高明焰为熏（赤黄色）”（《素问·六元正纪大论》），“其色？玄”，“其色？（黄黑色）苍”（《素问·五常政大论》），“其色黄而赤者”（《素问·脉要精微论》），“脾风之状，……色薄微黄”（《素问·风论篇》）等等。

英语把 scarlet（鲜红）、crimson（深红）、vermilion（米红或紫红）包含在 red（红色）里，即从深红到鲜褐间不同色调均可以 red 表示。“微红的”可用 red 的词尾变化来表示，即 reddish。在汉语对“红”的区分在《内经》中有全面的反映。如正常肤色红是“赤欲如白裹朱；不正常的肤色红是“不欲如赭”（《素问·脉要精微论》），“赤如衄血者死”；五藏所生之外色为“生于心，如以缟裹朱；生于肺，如以缟裹红；生于肝，如以缟裹绀；……生于肾，如以缟裹紫”（《素问·五藏生成篇》）。郑玄注《易经》时指出，朱深于赤，而赤又比红深。中国古时“红”只指粉红或桃红，绝不包括深红和大红。“绀”为深青带红的颜色，而“紫”为蓝红合成之色，与英语 purple 相当，但英语 dark purple 即指绀色。可见古汉语对红色的“切分”之精细。

再如“黑色”，英语的基本词汇就是 black 一个。而古汉语中有关黑色的词汇颇多，如：“黑如炁者死，炁为烟炭黑”（《素问·五藏生成篇》）；“面色黑如黧，此血先死”（《难经·二十四难》），黧为黑里带黄；“肌肤甲错，两目黯黑”（《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》），黯为深黑色；还有“肝”，如“焦然肌色肝黯”（《列子·黄

帝》），指皮肤枯焦黝黑；“黧”指脸面之黑色，如“去皴疮黧黧皴皴”（《本草纲目·银杏》）；“黧”，为灰黑色，如《本草纲目》中言牛蒡“其色灰黧”。《灵枢·通天论》中说“太阴之人，其状黧，黧然黑色”，黧为深黑色，此外，还有：“黔”、“黧”、“黧”、“黧”等词可以形容或表示各种深浅的黑色。

**颜色词差异的文化背景** 如果依照纯物理学原理来理解，大自然中的连续光谱和呈现出来的颜色，对于任何民族来说应该是同一和不变的。可事实上，在世界的各种语言系统中，有关颜色的语词却五花八门。1969年，语言学家 Berlin 和 Kay 发表了《表示颜色的基本词汇》（Basic Color Terms）一书，对世界上近百种语言进行了比较，发现英语有基本颜色词十一个，而北美印第安 Nez Perce 语却只有七个，印度 Plains Tamil 语只有六个，菲律宾的 Hanun'oo 语更少，只有四个，新几内亚的 Jal'e 语只有黑白两个。这种差别表明，不同的民族能够用词语把同一的颜色域划分成不同的范畴或曰粗细、大小不一的区段。例如，Jale'语表示“白”的颜色词的范围显然比英语 white 宽泛得多。而从上面的比较可知，古汉语用丰富的语词对色谱所进行的分割，似乎胜过英语。同一客观事物在不同语言系统中有不同的“分类格”，这正是颜色词系列所反映出来的词义的民族特点。在中医理论中，黑、黄、赤三色的区分尤细腻，可能还有一个重要和独特的文化背景。因为中国古代帝王崇信“五德终始”的历史循环论，秦朝尚黑，崇“水德”；汉文帝后改“土德”，尚黄色；西汉末年光武帝则又改“火德”，尚赤色。而《内经》正好成书于这一历史阶段，于是人们接触和注意观察到的颜色会有所不同，其相应区分的经验反映到语词中也就势在必行了。笛卡儿在《哲学原理》中指出，人们容易陷于这样一种错误，即以为被称为对象颜色的东西就是完全同我们感知到的那种颜色相似的东西。实际上我们已经看到，语言对于一个认识主体来说，具有对复杂的来自经验的感知进行分类和综合的范畴作用，或曰“先验”的联结能力。主体对世界的观察图景只能依靠语言系统这支笔来描绘，

这支笔是决定这幅画面清晰、精细、准确与否的必要条件。语言系统也是一块画板，主体对世界图景的描绘决不可能超越画板的边界，主体思维的深度与广度必须依赖语言提供的这块土壤和舞台。语言系统还是一个引力场，一个主——客观世界之间的中间世界（Weisgerber, L 语），凡生活在这中间的人，其思维就不能逃脱这种文化引力场的影响，和这面中间世界之镜的“歪曲”。这也许是人类知识发展的一个文化学原理吧。

### 第三节 语义——深层的结构

对知识的理性批判应涵容对语言、语义、概念及结构的分析。

——成中英

如果说语言是由语音、语法和语义三要素构成的<sup>①</sup>，那么，语音则是一座大厦的建构材料，语法则组织建材的规则，而语义是扎根于现实之土地的地基。生成语义学认为，语义是生成表层结构——语句的深层结构，是波浪灿烂、喧闹奔腾语音之河中的潜流。

**语义类型的异同** 广义上，语义可包括如下的几种类型：

**基本的理性意义** 这是指人们对自然、社会和精神世界中的事物和现象的理性认识的成果在语言中（或言语中）的反映。以“疾病”这个语词为例，古汉语把病名均冠以“疒”旁，象征人有疾病时的无力倚箸之形，这与英语：“weak”（虚弱的）语义相通。《说文解字》说：“病，疾加也”，故“疾病”一词有一个从轻到重之语义范围。英语也有类似认识，即“疾”（恙）与“小病”（indisposition）、“病”与“ill”（恶劣的、坏的）语义接近。另外，英语还有“disease”（dis—拉丁语“非”+法语 aise“舒服”）、“takesick”

<sup>①</sup>参阅：贾彦德《语义学导论》，第13—15页，北京大学出版社，1986年。

(不适、害病，英国通用)、“unwell”（英国通用）、“disorder”（紊乱、病症、障碍）几个词，表达了欧洲民族对疾病一般性质的认识及其定义与中华民族的不同。

科学词汇还凝固了一定历史时期的人们对某一事物的理性认识，通过比较中西医学某些词汇的语源，便可知它们在那相应时期认识水平及其内容的异同。例如，西医学把动脉叫“Artey”，这个词可能源出希腊语“aer”（意为“空气”）和“terein”（保持），其合成后的语义为“保持住空气的管子”。因为那时希腊人以为只有静脉（Vein）一种血管，而 Artey 只是气管的延长，其功能是把空气输往身体各部。直到公元 2 世纪盖仑才首先发现动脉也象静脉一样是运送血液的，当然到哈维以前，西方人还不明白动物和人需要两套血管。<sup>①</sup> 中医学把血管叫“脉”，古文写作“𩚑”或“脈”。“𩚑”（𩚑）象水之衰流，故“𩚑”原意指血流之末流，“脈”则从血管之肉质之意<sup>②</sup>。《内经》已知血管有“络脉”、“经脉”大小之分，脉动之虚实不同，但始终未能从本质上认识动脉、静脉之异。《灵枢·经脉》中说：“经脉者常不可见也，其虚实也以气口知之，脉之见者皆络脉也”，可见此处经脉是指桡动脉，络脉是指皮肤表浅静脉。然而，络脉绝不是概括整个静脉系统的概念。从整体来说，中医学从辨脉等角度主要发展了有关动脉的知识，这与西医学盖仑以前关于血管的认识情形正好相反。有趣的是，中医学也认为脉运送血和气，如《灵枢·邪客》中说：“宗气积于胸中，……以贯心脉……。”由此可见，中西医学在理性认识发展过程中不是没有共性的。

社会性意义 是指反映在词或一段语言中运用该词或语言的社会环境和“言外之意”。这种由于社会环境之异所致的语言变体或获得的社会意义包括：不同人文地理所致的地域方言和社会方言；不同历史时期所留下的特定语义等。通过词源和医著分析可知，宗

①[美]艾·阿西摩夫《科学词汇探源》，上海翻译出版社，1985年。

②汉·许慎：《说文解字》，第204页，中华书局影印本（1963）。

教、军事、伦理和政治等都是使医学词汇和语句渗入相应社会意义的来源。例如: Sacral Vertebra (骶椎) 源出拉丁词 Sacrum, 意为“祭神的”, 因为祭祀时常用牲畜的这一部分作祭品。中医学的“血”字从皿, 一象皿形。《说文解字》说: 即“祭所存牲血也”; 也可以认为, 从皿指祭祀用血之事。又如军事方面的影响: 徐大椿说: “孙武子十三篇, 治病之法及云矣”(《用药如用兵论》)。英语 toxin (毒素), 源出希腊词 toxon, 意为“弓箭”; thyroid cartilage (甲状软骨), 源出 thyra, 为一种上部有一个缺口的盾牌, 是古希腊战争中常用的一种武器。再如政治制度方面的影响: 如西医学中 immune (免疫) 一词源于 munia, 原指古罗马市民对政府的交税和服役, 而预期不必尽这种义务的人叫“immunia”。英语便引申这个词义来表示患过麻疹一类疾病的人不会第二次再得这种疾病的状况。中医学还尤受中国孔孟伦理学之影响, 如: “视其好恶, 以知其性”(《灵枢·师传》); “六气者, 贵贱如何?”(《灵枢·决气》) 等等, 均含“言外之意”。

**情感意义** 这是反映在词或语句中能表达某种感情和态度的意义。它属于一种依附其它意义范畴的言外之语义, 语言学家萨丕尔认为, 绝大多数的词就象意识差不多所拥有成分一样, 都附带着一种情调, 一种由愉快或痛苦化生的东西, “……(它)是在词身上, 在词的概念核心上长出来的情绪赘疣”。情绪不仅因人而异, 且因民族和时代而改变。但另一方面人类又有某些共同的情绪。在中西文化中, 有关死亡、疾病、性和排泄的语词常常有共同的委婉语和禁忌语。例如, 有关疾病, 中医学中可说“体中不快”(《华佗传》), “违和”(《张氏医通·痿痹门》) 或“负薪之忧”(《礼记·曲礼上》), 唐代孔颖达疏: “不直云疾而云负薪者, 若直云疾, 则反傲慢, 故陈疼之所由, 明非假也。”东汉·班固在《白虎通》中概括了这种委婉语的不同情感意义, 说“天子疾称不豫, 诸侯称负子, 大夫称采薪, 士称犬马。不豫者, 不复豫政也; 负子者, 诸侯子民, 今不复子民也; 采薪犬马, 皆谦也。”英语中 disease 和 indisposi-

tion 也是以“不舒服”和“失去做事能力”来委婉表达患病的语义。

与西方性意识和伦理有所不同，中国性文化一方面受儒家“男女授受不亲”伦理观的影响，忌讳直言性交；另一方面上层封建官僚阶层又淫荡寡耻。所以，中医学著作里有关性交词汇既委婉又发达，如“房事”、“劳事”、“房中”、“入房”、“行房”、“阴阳”等等。这远比英语 intercourse 富有更多的、更复杂的情感因素。

除上述三种语义外，还有搭配意义、主题意义等类型。<sup>①</sup> 对此，不一一赘述。

**语义场与词汇结构** 语言学认为：若干义位 (sememe)，即词义如含有相同的表示共性的义素（即义位的组成成分）和相应的表示差异的义素，那么这些义位就构成一个语义场 (semantic field)。语义场体现了义位的关系和区别，以及语义的系统性，因此，对语义场的研究有助于克服传统语义学孤立地、原子主义地研究词义的弊端，揭示出在词汇结构层次上语义的民族特点和历史特点。

**分类义场** 由标志同类事物（或现象、性质、运动等）的义位构成。中医学很早就有发达的分类义场。“阴阳”是包含两个义位的分类义场，“五行”则是包含五个义位的分类义场，其它还有“六经”、“六淫”、“三焦”、“四气”、“五味”等分类义场。中医学依靠这些分类义场，把对复杂的生命和疾病现象的认识经验纳入了一个条理化的框架。中医学分类义场是一种源出“民俗”的经验，直观性较明显，尤其是表示共性的义素之间常常只是一种类比的联系，而非本质的联系。如东方、风、酸、肝、目，……等同属“木”一行，同属“木”这一共同义素把它们联系在一起。可以说，汉语的日常用法很多都直接引入中医学体系，因此显得比较“通俗”、浅显和粗疏。

西医学的分类义场早期同中医学并无大异，如“四元素说”。近代以来，西医学分类义场发生了根本性的变化。这是由于西医学的

---

①可参阅[英]杰弗里·利奇：《语义学》，上海外语教育出版社，1987年。

分类已经超脱了日常生活的直观经验，用解剖、显微、遗传学手段帮助认识事物，从而使其分类义场中各义位和义素间更具有本质的联系和区分特征。因此显得更加精细，并超越日常的直观经验。另一个重要的差异是西医学分类义场常在变化修改之中，而中医学总是把发展的经验纳入不变的分类义场中。

**顺序义场** 它是由具有某种顺序、等级关系的义位构成。中医理论中的阴阳消长、五行生克、四时循环、子午流注等概念各构成一种顺序义场。顺序义场是人们认识往返运动和与时间有关的变量的反映。中医理论中顺序义场广涉生理、病理等等领域，表明了她对生命时序现象有了较系统的初步认识。尽管这些义场多是封闭和循环性的。与此形成对照的是西医学顺序义场主要局限在结构等级方面。

**关系义场** 由反映人与人、人与事或事与事之间关系的义位所构成。这种语词一般是成对出现（即每个义场包含两个义位），方向相反，具有依存关系。关系义场是中医理论中的普遍现象。如言脉象：“上下左右之脉相如参春者病甚”（《素问·三部九候论》）；言刺法：“凡刺之方，必别阴阳，前后相应，逆从得施，标本相移……”（《素问·标本病传论》）言生理：“故非出入，则无以生长壮老已”（《素问·六微旨大论》）。此外，还有一些三元关系义场，如“寸、关、尺”为反映脉象上、中、下三部的关系义场。一个值得注意的现象是“上下、左右、出入、前后、逆从”等本来均为日常语词组成的关系义场，但它们在《内经》中都获得了特定的医学理论意义，这不能不说是中医语义学的一个特点。作为普通词汇的关系义场，在西医理论中无疑也是存在的，例如上下、左右、前后等。但它们并没有象中医学那样赋予它们一种医理基本范畴的语义并当作建构其理论体系的一种自觉手段。上下、左右、出入、消长、生化被中医学当作象西方自然科学的时间、空间、运动和变化等基本术语广泛使用，这在西医学理论体系中是绝无踪迹的。西医科学词汇中的关系义场有：抑制与兴奋、吸引与排斥、平衡与非平衡、无序和有

序、感染与免疫、抗原与抗体等等。它们在发生学上的一个重要特点是，大多是单一独立地发展起来的，而不象中医学那样，总是成对发生和成对运用的，后者便是所谓朴素辩证法思维在语言上的反映。

**反义义场** 通常由意义正好相反，非此即彼，非彼即此的 X 和 -X 两个义位构成，在 X 和 -X 之间没有过渡带。反义义场在英语、汉语和中西医理论中都普遍存在。如“病形有微甚，生死有早晏耳”（《素问·六元正纪大论》）；“动静相召”（《素问·六元正纪大论》）；“升降出入，无器不有”（《素问·六微旨大论》）等。西医学如：prenatal（产前的）-postnatal（产后的），bradypnea（呼吸徐缓）-tachypnea（呼吸促急）、endocrine（内分泌的）-exocrine（外分泌的）、intracellular（细胞内的）-intercellular（细胞间的）等等。

**两极义场** 由意义上彼此相反的二元语词构成，但两个对立的义位间有一明显的过渡带。中医学理论中两极义场尤为丰富，如“阴、阳”，阴阳在不同时空中的存在形式总是有量的差别。“一阴一阳”、“二阴一阳”、“三阴三阳”、“阴阳消长”等语均显示在“重阴重阳”间存在差一个过渡带。又如“大风在身，血脉偏虚，虚者不足，实者有余，轻重不得，……”（《灵枢·刺节真邪》）；“少水不能灭盛火”（《素问·逆调论》）；浮脉-沉脉、数脉-迟脉、虚脉-实脉、滑脉-涩脉、洪脉-细脉等均构成两极义场，正常生理常作为其中间状态。西医学中两极义场亦有，但不多见。如 hyperglycemia（高血糖）-hypoglycemia（低血糖）、hypertension（高血压）-hypotension（低血压）等。

反义义场和两极义场均属传统语义学所讲的反义词范畴。一般来说，中西医学在这两种语义场方面差异较小。这可能因为认识了某些现象，反转 180° 便会看到它的对立面的存在，这是一种较易实现的、普遍的认识发生机制。

**同义义场** 是由两个以上理性意义相同，但附加成分或用法不



同、或搭配关系不同的义位构成的义场。西医学和中医学词汇中都不乏有同义场。如英语:rachiotomy = spondylotomy (脊柱切开术), hysterocoele = metrocle (子宫脱垂), proctitis = architis (直肠炎)等等。又如汉语:与“死亡”同义的词有“崩”、“薨”、“无禄”、“卒”、“徂”、“落”、“殒”等(《尔雅·释诂》)。中医学家常以同义义场的词互训古籍,如“水者,阴也”,“苛者,重也”,“从,犹顺也”(王冰注《素问》)等。

英、汉语及中西医学理论中虽然都有丰富的同义词,但各有其发生、发展的原因。中国语言学家认为,汉语同义词是词汇发展在词义上的相互“交接”,而在语音上的彼此“分割”的结果<sup>①</sup>。但英语语言学家认为,英语在历史上曾经长期受到拉丁语、希腊语、斯堪的纳维亚语和法语的影响,从而出现了以本族语为一方,外来词为另一方的大量同义词长期共存的现象<sup>②</sup>,也就是说词源不同是英语同义词丰富的主要原因。英语的这种多词源现象是否会给英语世界的多元化思维带来某种影响,目前还无法断定。

**义句结构的转换** 义句,是由词(义位)和词组(义丛)组合而成的句子的语义单位,是表达判断、推理等思想,建立理论的基本的意义片断。也就是说,义位和义丛按照一定的语义结构组合成义句的深层结构,而深层结构通过语法显示的句子(字面)结构叫做义句的表层结构。美国著名语言学家诺姆·乔姆斯基说:“当我们把深层结构定义为由基础部分所生成的结构时,我们实际上是在假定,一个句子的语义解释仅仅依赖于该句子的词项及在底层结构中出现并表示出来的语法功能和语法关系”。<sup>③</sup>在这里,他显然把语法看成是句子的深层结构向表层结构转换的规则。

英语和汉语的义句的深层结构皆由表示对象的成分项

---

①参阅《张世禄语言学论文集》,第313页,学林出版社,1984年。

②黄次栋,《英语语言学》,第43、66页,上海译文出版社,1988年。

③诺姆·乔姆斯基:《句法理论的若干问题》,第134页,中国社会科学出版社,1986年。

(orgument) 和表示运动、变化、状态的成分谓词 (predicate) 所组成, 项和谓语的语义成分或是义位, 或是义丛, 或是低一层次的义句义句深层结构是客观世界中形形色色的事物和现象在主体内部意识中的反映, 为了表达思想和实现交际, 主体必须运用一定的语法规则将只有自己能意识到的深层结构转换成外部表层的言语或语句。对英语和汉语的语句进行比较可知, 不同语言的语法在表现义句深层结构的方式上显示出了极为明显的民族特点。

**意合法与形合法** 众所周知, 英语中主谓结构就是句子, 不仅各种独立的句子, 而且复杂句当中的“子句”和“分句”也都必须要有有限定动词作谓语的主谓结构来构成。因为发源于西方的形式逻辑认为, 只有主项和谓项才构成一个完整的命题。这样, 英语中, 句子表层结构与义句深层结构成分的对应关系就十分清晰。按照这种观点, 古汉语的文言文就显得成分“残缺”了。而无主句和无谓语动词在中医理论的陈述中同样广泛存在。例如: “邪中之, 则腠理开, [ ] 开则 [ ] 入客于经脉, [ ] 留而不去, 传入于经, [ ] 陷而不去, 传入于腑, 廕于肠胃”(《素问·皮部论》)。此段陈述中承前省了“邪”和“腠理”两个主语。汉语主、谓、宾的省略且不需要用任何虚词等成分来表示, 取舍的意义成分只能依靠上、下文的承接方式和语序等传递的信息来理解和注释, 即汉语是靠“意合法”来建构句子的。而英语发明了语法上的形式主语 (It) 等虚词和借助关联词来使一个句子在主谓结构上完整和严谨, 这便是建构英语句子的“形合法”, 显然, “意合法”和“形合法”在如何把语义解释给表层的符号, 以及分配的表达效果等方面有不同的作用。

**歧义现象与训诂** 如果一个义句的深层结构中的义位有两种或两种以上的不同组合关系, 那么语法规则就可以把它们转换成多种不同的表层结构。但实际上, 表达某一理论的句子每次当然只能呈现出一种形式。于是, 一个蕴含两种或两种以上义句意义的句子, 便引起了歧义现象 (ambiguity)。由于汉语广泛使用无主句和无谓语动词句, 靠“意合法”组织复杂的语句, 特别是古医书皆无标

点符号，不加句读。因此，歧义现象在中医著作中比比皆是，其出现的几率要比西医高得多。歧义现象对于一个靠经典指导行动的医学共同体来说，是一个多么沉重、巨大而可恶的障碍啊！于是，“学问如何看点书”（《资暇集》）成为儒学医林治学的基本功。如“十三难曰。经言见其色而不得其脉。反得相胜之脉。即死。得相生之脉者病：即自己色之与脉。当参相应。为之奈何。”（《难经集注》，人民卫生出版社，1963年版）一段，由于把“得相生之脉者，病即自己”误断成“得相生之脉者病”，意思完全弄反。所以，训诂医籍中的歧义现象一直成为古代中医学家负荷的一个沉重文字包袱。

**语义模糊与学术之争** 在义句意义表达的清晰程度或语义模糊与否方面，中西医学显现出明显的差别。人们常说中医理论较模糊，含有模糊的义位和义句较多是重要的缘故。所谓“语义模糊是指语义单位在指称或表述某一对象时是不确切的”。<sup>①</sup>例如中医学使用一些文学色彩很浓的词汇来表述某些脏器的生理功能，结果模糊的语义引起了后世医家的门户之争。三焦、命门之说便是典型的例子。《灵枢·营卫生会篇》中说：“上焦如雾，中焦如沤，下焦如渌”，其语义是模糊不确切的。清代医家罗美认为《灵枢》之言均指胃的“化物之升气”、“沃溢之象”和“济泌分别之象”。而《难经》作者和杨玄操、王好古等则认为“三焦”分别是指肺输布阳气，脾胃变化水谷之味和肝肾通利溲便之功能，……。此等聚讼，自然不会有结果。

语义模糊的句子与歧义句不同，后者在一定的上下文中，歧义往往可以被消除；而前者则不是义位的内涵不明确，就是外延的欠清晰。例如19世纪以前西医学曾使用过的“灵气”、“活力”、“官能”、“燃素”等词，也都是一些模糊义位，用这些义位只能构成在任何语境中都是模糊的义句。

<sup>①</sup>贾彦德：《语义学导论》第220页，北京大学出版社，1986年。

语义模糊具有程度上的语义模糊性和条件组合上的模糊性两大类型。前者例如脉象的沉浮、洪细、迟数、重阴重阳，邪气盛、正气虚等等；后者如“邪气”、“证”、“标”、“本”等等，在不同的语境中和不同证候条件的组合下，邪气有不同的内涵，而证则有不同的特征，但中医学常常很少给出这些义位和义句的充分或必要的条件，以致引起多种注释。对一些多义词在不同语境中的意义也常未加说明，这同样导致语义的模糊性。

**语义清晰性与理论的可证伪性** 以英语建构的西医学理论并非从来就没有模糊性，而只是在近代科学渗入以后，这种模糊性渐为一种科学的量化运动所吞没了。例如以心电图、血压计测量来观察脉象、心律（率）、血压；以体温表测量身之“寒热”；以血细胞计数、抗体测定等判断人之“正气”和外来“邪气”之强弱；以细菌、病毒等分别“邪气”之性质等等。随着西医学的这种认识精确化，西医学词汇力求造词准确贴切，例如peri-为希腊语前缀，和拉丁语前缀circum-同有“周围”之语义，但在造词时利用了它们之间的细微差别以加强应用的准确性。pericardium（心包）、peritoneum（腹膜）与circumocular（眼周围的）、circumpapillary（乳头周围的）的区别在于peri-表达了“包裹”的含义，而circum表达了围绕四周的意义。又如1903年Zsigmندی, R.A.发明了一种暗视野显微镜，他取名ultramicroscope，这是非常准确的。其实希腊语缀hyper-同有表示“超出”的含义，且构词力很活跃，但拉丁语前缀ultra-着重表示在微观方面的“超越、限度以外”的意义，显然后者更贴切。

为了避免泛指带来的语义模糊，英语发明了定冠词“the”，它是由古英语早期的指示形容代词发展而来的。在现代英语早期，定冠词的使用比现在频繁得多，在学科名称前、疾病名称前，表示独一无二的东西前均必须加定冠词，如the fever（发热）、the dropsy（水肿）等等。汉语、古典拉丁语和现代俄语都没有定冠词，尤其在简洁的汉语文言文中，由于泛指所引起的语义模糊，不乏其例。

从波普尔 (popper, K.) 的观点来看, 科学和非科学之间的区别在于前者能提出一些可被检验的预见。而要实现其检验, 关于这些预见的陈述就必须把描述的对象说得尽可能明确些, 否则就无法检验和判断其真伪。英语中, 尤其是科技英语在这方面所作的努力是突出和富有成效的。中医学家同样也付出了数十代人的训诂、考据和点校之辛, 可叹的是, 他们总是回首注视着昔日的经典, 而不是奋力去创造一种更适合科学精确化的新的语言和语体。

当然, 辩证地看, 西医学使用量化来克服语义的模糊性也非万全之策。例如, 把血红蛋白在 12.2g-16.6g (男)、或 11.2g-15g (女) 这一限度以下的人定义为“贫血”; 舒张压超过 90mmHg 的人称为“高血压”等等, 似乎比中医学所说的“血虚”和“肝阳上亢”要精确得多。但事实上, 这只是一种人群统计学的均数。千差万别的个人生理状况的真正判定, 仅仅只是以他(她)以往的常态为基准, 随即刻运动状况而定。如果一个人的常态水平在统计均数以下或以上, 那么, 这种量化并不会给认识主体带来更多的清晰性, 与此相对照的是, 中医学辨证似是模糊, 但实也有其价值。以“血虚”为例, 中医学从面色苍白 (色)、有气无力 (行为)、脉细弱、心悸 (血流动力学)、舌淡唇白 (外周微循环)、头晕眼花、失眠、手足麻木 (神经系统症状) 等多维度的机能信息 (尽管每一信息都可能是模糊的), 来作出一个模糊集合的判别。这种边缘模糊的集合标准可能比边缘清楚的均质标准更适应每一个具体的人和“运动中”的人。

#### 第四节 语音——变调的旋律

我们必须使用语言来交流我们的经验, 而这种经验就其本质而言是超越语言的。

——铃木大拙

语音是语言的三要素之一，所谓语音，就是说话的声音。不论是异国的语言，还是一国之内的不同方言，最显著之异莫过于在语音系统上彼此间的区别。语音现象有四个方面的内容：一是音色，如汉语的声母、韵母，英语的元音和辅音等音素；二是声音的高低起伏变化，即词的声调和句子的语调；三是声音的强弱变化；四是音节的长短变化。

首先，从音色方面来看，英语和汉语有很多相近的音素(sound elements)，但是有些音素又互不相通，如英语的 $\theta$ 、 $\delta$ 两个辅音为中国国语所没有；而后者所用的 $r$ 、 $l$ 两种元音，又为英语所没有<sup>①</sup>。音素是构成语言声音的最小单位，音素的联接则组成一些语音的片断——音节。汉语基本上是“单音节制”，即每个字只含一个音节；而英语主要是“多音节制”。

**音素的单纯化与“通假”** 语言学家认为，古汉语在音色方面演进的趋势是——拼法的限制加深，音素种类的减少，也即语音的单纯化倾向。结果这种趋势愈剧烈，语言上音缀的种类愈加贫乏，而同音语词的数量也就愈增多。接着又更突出了汉语的另一个独特现象——通假。所谓通假是指用读音相同或相近的字来代替本字的用法。通假在古汉语中尤为普遍，以至“不知假借者，不可与读古书，不明古音者，不足以识假借”（清·朱骏声《说文通训定声·自序》）。事实表明，通借现象是造成中医古籍语义理解和诠释歧义的又一个源头。如《素问·四气调神大论》中一句：“道者，圣人行之，愚者佩之”的“佩”字，曾被杨上善、王冰、张介宾等大医学家“望文生义”所误释千余年。直至清代训诂学家胡澍才以古音韵之识，破译了这个假借字是“倍”，“倍”即违背之背。故原文语义当为“愚者往往违背养生之道。”可见一字之差，使整句语义为之颠倒。

本来，语词的语音形式与意义内容是否联系在一起，并没有必

---

①张世禄：中国语言系统的演变，《暨南学报》，第1卷第1号，1936年。

然性和唯一性。但是，用“声训”方法推寻事物命名之真谛一直是中国文人乐于使用的方法。甚至以为“文字之训诂，必以声音为纲领”。<sup>①</sup>东汉末刘熙的《释名》开“声训”之先河，以声音相同或相近的字去解释另一个字，说明被释词的读音与意义是来自训释词的节音与意义。如《释名·释刑体》中说：“胃，围也，围受食物也，”“舌，泄也，舒泄所当言也。”又如释病名：“瘤，流也，血流聚所生瘤肿也”。《难经集注》和《本草纲目》等中医著作深受《释名》之影响，有许多穿凿附会的声训，如“雹，咆也，中物如咆也”等。古人以为学者“治经莫重于得义，得义莫切于得音”。由此可见，语音，主要是音色在中医“世界3”中的重要性。

**语调与声调语言及音韵学** 从节音的高低起伏造成的旋律模式方面来看，这种旋律模式可以与句子结构结合而成语调，也可以与词结构结合而成语调，也可以与词结构结合而成声调。从这一特性出发，可以把世界上的语言分成两大类：即声调语言（tone language）和语调语言（intonation language）。有趣的是正好汉语属于前者，英语属于后者。汉语的独特性质之一就是用“四声”（即阴平，阳平，上声和去声）这种声调的变化，来显示各异的词义和词性，如一个[Yi]的音，读阴平时是“医”；读阳平时是“胰”；读上声时是“以”；读去声时，是“疫”，等等。把同音语词分析为四种各异的声调，对于同音词过多的汉语来说只是一种不完满的补救。

英语则是一种以句子起伏变化为主的语调语言。不同的语调模式与一定句型相联系。如降调用于陈述句、特殊疑问句、命令句和惊叹句；升调则用于一般疑问句和意义含蓄的陈述句。正象汉语句子的抑扬顿挫语调一样，英语的语调除了能造成一些态度和感情方面的色彩变化外，基本上不引起语句的语义改变。因此，西医学史上也就没有中医学那种声训考古之类曲折现象。

由于汉字本身没有显示音变的效用，即字体成为习惯上表明观

---

①黄侃：文字声韵训诂笔记，第194页。

念的记号，而不能随着音读的演变和分歧变更它的结构，所以，一方面，是文字脱离实际的口语，两千年来基本固定，并发展成一种特异的文体——文言；另一方面，文字既不能限制实际语音的变异，各地方言（dialect）和古今语音的变异和变迁便非常之大。于是，一门致力于音韵的学问又成为包括中医学家在内的中国古代学者耗费毕生精力的领域。

**不同的归宿** 当然，西方也有语音学，但他们着重于研究发音语言学（articulatory phonetics）、声学语音学（acoustic phonetics）和听觉语音学（auditory phonetics），为的是传授和推广一种标准的读音系统和方法。而中国的音韵之学，从唐代的《唐韵》、宋代的《广韵》、《古今韵会》，到明清的《古音丛目》、《古音表》等等，却一直致力于训读古音之读法，以求得古典经史书的真谛。胡适曾经对上述差异所造成的近代中西研究方向之分野作过一个比较：“当顾炎武研究语言学，并重新订正了古今字音的时候，哈维则出版了论血液循环的巨著，而伽利略则出版了天文学和新科学方面的两大著作。在顾炎武完成他的划时代的巨著《音学五书》的前一年，牛顿已创立了微积分，并完成了对白光的分析。顾炎武在1680年为他的语言学著作的定稿写了序言，而牛顿则在1687年发表了他的《原理》”。<sup>①</sup>可见，中西方对语音研究之目的和归宿的全然相异。

## 第五节 两种语体——文言文和科技英语

自然科学之所以比社会科学发展得成熟些，主要是因为自然科学多半已从言词之争中解放出来了。然而，咬文嚼字过去曾经并且现在仍然以多种方式在社会科学中泛滥。

---

<sup>①</sup>李约瑟：《中国科学技术史》，第一卷，第311—312页，科学出版社，1975年。



我们先观察比较一下下面两段短文:

(1) “夫人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人”(《素问·宝命全形论》)。

(2) “Man is metazoon, triploblastic, chordale, vertebrate, pentadactyle, mammalian, eutherian, primate... The main outlines of each of his principal system of organs may be traced back, like those of other mammals, to the fishes.”<sup>①</sup> (L.A.B-orradale)

(译文是:人属于后生动物,系五趾,三胚层高级动物,属脊索动物门,脊椎动物亚门,哺乳纲,灵长目……象其它哺乳动物一样,他的每一个器官系统的轮廓可以追溯到鱼类)

不难看出,以上同为对“万物之灵”的人之起源的描述,但第一段文辞优雅,句子工整,富有音韵和节奏美;而第二段术语专业性强,论证严密,语句平淡无奇。这种由于社会因素、文化背景和使用语言的领域或场合等不同,引起的语言表现形式、结构和手法上的变异,称为英语或汉语的变体或语体(varieties of English Chinese)。通过具体的比较分析,可以说西医学“科技英语”的语体来表现自己,而中医学近乎穿戴着一种“文学文言”的语体之衣。试析如下:

**名词化和动词化** 科技英语最显著的特点之一是大量使用名词和名词词组。就是说,在日常英语或其它功能和题材的文体里,用动词、形容词等词类充当的某种语法成分;在科技英语中往往转化成由名词充当。通过加-tion、-sion、-xion、-ment、-ance、-ence等后缀,使科技英语中行为名词的出现频率大大增加。英国语言学家 Simeon Potter 认为,英语中这种爱用名词而不爱用动词

①侯作瑞:《英语语体》第278页,上海外语教育出版社,1988年。

的“名词病”(substantantir seuche)的“病因”是因为西方文明崇尚理智而轻视感情。一个以名词词组为中心构成的句子尽管与一个主谓结构的句子语义相同,但是其观点和反映的重心却不一样,前者为向心结构,它着重强调名词词组的意义;而后者为离心结构,主要表达主语的行为动作。语体中的名词化倾向反映了科技英语领域抽象思维的逻辑性日益增强。

医古文,可以说是“科技汉语”的一个样本。它恰恰显现出与科技英语相反的一种倾向,即把名词、形容词,甚至数词活用成动词的倾向。例如,“水火土石,地之有形可目”(《温疫论·杂气论》),名词“目”与能愿动词“可”结合,活用作动词;“故学者博极医源,精勤不倦”(《千金方·大医精诚》),其中,形容词“博极”与名词“医源”构成述宾关系,形容词活用作动词;“恍惚之数,生于毫厘,…千之万之,可以益大。”(《素问·灵兰秘典论》)此句中,数词在代词前活用作动词。古汉语的另一个动词化倾向表现在使动用法和意动用法上。例如,“安神”、“健脾”中使动词是形容词;“汗之”中使动词是名词。医古文的上述动词化倾向反映了中国传统文化中“变易”、运动的生命观重于静止、抽象的概念化的观念。值得注意的是,18世纪以前的英语同现代英语相比,前者的名词化倾向并不明显,反倒象汉语一样,动词的运用十分丰富。这种历时性变化是否表明了自然科学同哲学等人文科学的分野在语体上的变迁之痕迹呢?值得提出的是现代科技英语在将谓语动词转化为名词主语时,往往同时增添了一个内容空泛的动词或曰中性动词充当谓语,如achieve(完成,达成,取得)、effect(产生,实现)、make(使得、制造)等等,这就使得名词化倾向在句子层次上得以完满实现。

从语言的动能变体角度来看,文学语言讲究的是生动,而不是概念化。要使语言生动,在遣词上就必然多用动词。以动作的描述或拟声(onomatopoeia)来刻画对象。在这一点上,中医学的语体要比西医学,更具有文字语体特色。如脉诊,“蠕蠕然者不病;其

应疾，中手浑浑然者病，中手徐徐然者病；……”（《素问·三部九候论》）。“平心脉来，累累如连珠，……；”“平肾脉来，喘喘累累如钩，按之而紧，……”（《素问·平人气象论》）。“……气盛伤恐者，声如从室中言，……”（《素问·脉要精微论》）等均可证。

**死语与修辞语** 医学英语的一个重要特征是其专业词汇的2/3来自拉丁文，其余来自希腊文、法语等。希腊、拉丁词源的词汇在科技英语中的复现率要比日常英语中高得多。其原因主要在于两种语言都是“死语”，不会因为当代文化之发展而引起词形、词义的变化，最终造成歧义。科技英语正是使用这种凝固、稳定的词汇和平铺直叙的客观陈述句，来表达思想，描述现象。它广泛使用被动语态，尽量减少使用人称代词作主语，以削弱感情色彩，追求叙述的客观性和规范性。它常常是语气雷同，行文方式单一，从句交错，句子长度大。它只有严谨而无生动可言。

中医学的医古文恰恰相反，它广泛运用各种修辞手法来刻意追求文字美，或曰文句表层结构的诗意，试析如下：

西医学直言所指事物，还专以定冠词特指；而中医学医古文却用“借代”方法，用其它的称呼来代替所指事物之本来名称。如“鬲育之上，中有父母”（《素问·刺禁论》）一句中，以“父母”借代“气海”（或心肺）；“八味丸补坎中真火，以通离火”（《医学从众录》）一句中，以八卦的“坎”、“离”借代肾、心两脏。

科技英语在于明了，名词术语力求前后、上下文中保持一致；而中医学却以“错名”、“错序”，造成文彩的奇特多变，如“是以春夏归阳为生，归秋冬为死”（《素问·方盛衰论》）一句，上文讲“阳”，下文却不言“阴”相对应，而以“秋冬”对举；又如，“太过则令人逆气而背痛。”（《甲乙经·经脉上》），句中“逆气”为主谓错序。中医学还以“避复”手法使同一个词义在上下文以不同的语词形式出现。如“咳嗽上气，病在胸中，过在手阳明太阴。”（《甲乙经·五味所宜五藏生病大论》）此句中“病”与“过”为同义词。严格地说，在描述性、表达性和社交性三种意义方面，具有完全的同义关系

(complete synonymy) 的同义词是没有的。所以，在科学文体中一般应力图避免使用同义词，而径直使用同一语词来表示单一的概念。

科学语体不用比喻，尤其是不能用比喻代替下定义；但医古文中明喻、暗喻和借喻比比皆是。如明喻：“真肾脉至，坚而沉，如弹石辟辟然”（《素问·玉机真藏论》）；如暗喻：“人身，一小天地耳”（《本草求真》）；再如借喻：“且其脏腑薄，藩离疏，易于传变”（《温病条辨·儿科总论》）。

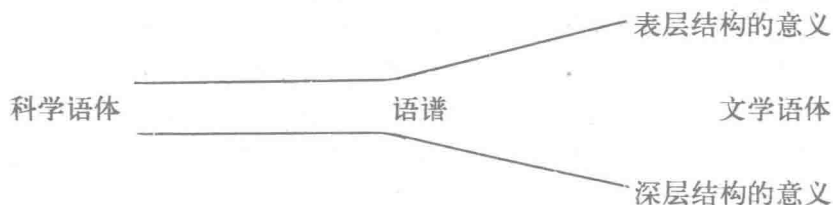
科学语体不容有夸张、比拟，只能客观陈述自然现象或行为操作方式，而中医学却不乏采用此类手法之例。如“其汤方以千里以外水八升，扬之万遍，取其清五升”（《灵枢·邪客》）；“小青龙载肺病腾空而去。”（《伤寒来苏集》）“病久嗽，药已擒病。”（《儒门事亲》）等，皆可为证。

在科学文体中，判断或为特称，或为全称，不能混同；然中医学文体却常举一义或局部之义而其义周遍陈述（举备），或举一义而略去其一，但其义仍包含在文中（连及）例如，“凡十一藏；取决于胆也”（《素问·六节藏象论》），一句中举脏而包含腑在内。

中医学语体风格时如散文，时而又象诗歌韵曲，朗朗上口，可吟可歌，可成对联书写。如“故邪在腑则阳脉不和，阳脉不和则气留之，气留之则阳气盛矣。阳气太盛，则阴不利，阴脉不利则血留之，血留之则阴气盛矣。阴气盛则阳气不能荣也”。（《灵枢·脉度》）一段中，上文末尾的词语是下文的开头，上下递进蝉联，如联珠成串，极富节奏感和音韵美。又如：“审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其血气，各守其乡”（《素问·阴阳应象大论》）。此段几乎就是一首诗。而“法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常”（《素问·上古天真论》），则是结构相同，字数相等，以类似事物对偶的句子。中国古代医学家还极乐于编纂“病证歌”和“汤头歌诀”，使之易记易传。如清代吴谦所编的大型综合性医书《医宗金鉴》（1742），各证均有歌诀一首；陈修园所编的《医

学三字经》，《时方歌括》均为韵语和诗歌体。诸如此类，不胜枚举。

中西医学的不同文体风格在表现其深层意义与表层意义的关系上，作用和功能是有差别的。可图解<sup>①</sup>如下：（附图表 2——1）



由上图可见，在语谱的左端，科学语体中表层结构的意义和深层结构的意义融为一体，即尽可能使深层结构的意义全部转化到字面上，且仅仅在字面上；而向语谱右端移动，两种意义便逐渐分离，正是在这种分离中，文学才获得创新的自由。这种文体不仅引导读者朝着夸张的、拟人的、比喻的等字面意义去理解深层意义，还要求读者从字面的反面意义，甚至“言外之意”去揣测深层意义。所以，不言而喻，尽管我们对中医理论的文学美给予赞赏，但它却是走向中医现代化和中西医结合所必须冲破的一道迷人的光环。

**不同的进化趋向** 处于众多民族和国家不断冲击交融的欧洲世界之中的科技英语，和一个生长在内陆腹地闭关自守的文化中的医古文有着绝然不同的进化趋向。科技英语不仅融汇了希腊、罗马、拉丁文、法语、意大利语和西班牙语、日语等语种的部分词汇，还不断地创造新的学术词汇。据统计，医学英语每年能产生出 1500 个左右的新复合词。如遗传学的术语几乎全是本世纪内创造出来的。如 Gamete（配子）应用于 1886 年，Zygote（合子），Chromosome（染色体）首见于 1891 年，Gene（基因）始见于

<sup>①</sup>参阅：侯作瑞：《英语语体》第 332 页，上海外语教育出版社，1988 年。

1913年, Malecular biology (分子生物学) 出现于 1953 年等等。每一个新术语的出现便意味着某项新发现或新发明的问世, 或一个新概念的形成。因此, 我们说科技英语是一种增长中的开放性语言, 它与西方自然科学的不断进步有着同步特征。

医古文的发展变化并不在于语汇的丰富增加方面, 而主要在于词和语句的不断拼接和修辞, 以复制出大同小异的模本, 其进化的基本模式有: 或由高深晦涩到浅显通俗, 或由综合到分解, 或由简单到复杂, ……。中医学基本词汇从《内经》起, 阴阳五行、脏、腑、气血津液、病机、治则等几千年未变, 也未增加多少新词汇。而所有的学术争论都只是给原术语赋予新含义, 除了极少是药物外来名之外, 中医学词汇基本上处于一种自我封闭和零增长状况。于是, 中医学似乎总是用旧材料新方法去拼凑不同形式的积木; 而西医学却是用新材料和老方法去做有新内容的蛋糕。事实表明: 新的思维带来新的语言, 而新的语言材料又促进新的思维。语言体系的增长开放是医学进化的基本和必要条件。

## 第六节 译不准现象和普遍语义学

世界上并没有任何一套语言系统可以完全翻译另外一套语言, 没有一套语言能包罗万象; 另一套语言涵盖的字词总有一些无法以该语言中的现成字词来转译。

——成中英

世上既有不同的语言文化, 就有文化的翻译和交流。广义上看, 语义学应该包括对翻译的解释。

**词义的差别** 中西医学的交流与翻译早在明清或更早以前便已开始, 明万历年间邓玉函等就编译过一本《人身概说》, 向中国人介绍西医解剖学知识。到本世纪初, 西方人在中国办医院和医学学校, 推广西医药知识, 主要是“英译中”。随着西医学缺陷的暴露和

中医药学地位的日益提高，向海外翻译介绍中医药知识便成为现代国人之重任，且为中西医结合的基础性工作。

中西医学的英汉语对译，关键在于语义，特别是理性意义的对等和准确。但是，过去和现在的许多翻译并非尽如人意。例如，把“手太阴”（经）译成“Hand-Tai Yin”其中“手”并不与 hand 等值，因为英语有 arm（臂）和 hand（手）之分。“hand”只指腕关节以下的部位，而中医学言“手太阴”显然包括循行于臂的经络。且不说中医学：“三焦”、“命门”、“经络”、“卫气营（血）”、“阴阳”、“五行”、“证”之类在英语中词汇空缺，即使连心、肝、脾、肺、肾等脏器一类的概念也不可能做到语义完全等值的翻译。下面我们试用“成分分析法”来揭示中西医学部分词义的差别。

一个语词的意义是由若干意义成分或语义特征（semantic features）构成的复合体。如果一个语词是有某个语义特征，就用“+”号表示，不具有这一特征，就用“-”号表示。试析几例如下：

气 { 中医学：+ 呼吸之气（清气和浊气用  $A$  表示）+ 精微营养之物  
（谷气、营气、宗气，用  $M$  表示 + 温养脏腑，抗御病邪之气  
（卫气、真气，用  $P$  表示 + 脏器之机能活动（脏腑之气，用  $F$  表示）  
西医学：+  $A$ （氧和二氧化碳）-  $M$ ，-  $P$ ，-  $F$

痰 { 中医学：呼吸道分泌物（ $S$ ）+ 病理性粘液物或固态物（ $P$ ）  
+ 癫狂，眩晕，胸闷等病证产生之病因（ $C$ ）  
西医学：+  $S$  +  $P$  -  $C$

心 { 中医学：+ 主神明（ $N$ ）+ 主血脉（ $P$ ）+ 心生血（ $B$ ）+  
心主肺相连（ $S$ ）+ 心开窍于舌（ $T$ ）+ 心合小肠（ $I$ ）  
西医学：-  $N$  +  $P$  -  $B$  +  $S$  -  $T$  -  $I$

从上面的比较分析可知，中西医学的许多概念“貌合神离”，具有完全一致的语义特征的术语和词汇几近凤毛麟角。大体上，其差

异是西医学概念的语义成分单纯、固定；中医学概念的语义成分复杂，可依不同的上下文关系取其不同之语义特征。

由于中西医学极少有两个语义成分定义 (componential definition) 完全相同的同义词，所以在中西医学理论的翻译中便存在着译不准现象。

**理论的不可通约问题和相对论原理** 中西医学理论互译中的译不准现象来源于两种范式的某些不可通约性。也就是说，中西医学对于如何理解生命以及环境的关系，如何完成从疾病现象到本质的认知，如何解决疾病的防治问题等有不同的观点和方法。科学哲学家库恩和费耶阿本德都曾认为，在两个范式的理论间作出逐点比较的共同语言是没有的。这样就把不可通约因素过分地夸大了。实际上，不可通约只是部分的，因为它在成分定义上留下的痕迹只是部分语义特征的不一致。

语言学家沃尔夫说：“同一个物理论据，并不使所有的观察者都得到相同的宇宙图象，除非他们的语言背景是类似的或者能以某种方法互相校定”(《沃尔夫文选》)。这条著名的“相对论原理”显然是以不同语言间的差异为依据的。然而，事实上，如果不同的语言之间在语义上并不存在着许多共同普遍的因子，那么，实际发生着的人类间几千年的文化交流简直就是不可思议的了。

**普遍语义因素与跨文化沟通** 结构语言学家乔斯基 1965 年提出语言中的普遍因素有形式的与实质的两种之观点<sup>①</sup>。前者是指语言结构的一般特点或一般规则；后者是指语言的单位成分中的共同因素。实质的普遍因素又有强式与弱式之分。强式是假设任何语言都有绝对相同的 X (即一切语言都包含 X)；弱式是指若干语言的某一普遍因素是一个集合，每一种语言的 X 是该集合的一个小类 (即 X 是一组普遍特征中的一个成分)。显然，前者是少见的，后者是大量的和常见的。对中西医学概念的成分分析表明，中西医

---

<sup>①</sup>参阅：[英]杰弗里·N·利奈：《语义学》，第325——357页。



学语言间实质普遍因素主要是弱式的。

语义学家们注意到，语义的普遍因素，可以来源于以下几个方面：（1）完全属于语言的普遍现象，如否定词、叹词类；（2）感知和认识的心理普遍现象，如时间、空间和因果关系；（3）文化的普遍现象，如巫医，亲缘关系等；（4）技术的普遍现象，如水、火变化等；（6）在医学领域还包括生命表现的普遍现象，如生、死、患病、外伤等。关于颜色的术语和亲属关系术语的两项跨文化研究已经初步证明，普遍语义现象才给中西医学的理论汇通乃至结合提供了一个语言学的基础。

近代中西医学汇通派的代表人物张锡纯在《医学衷中参西录》中，就尝试在外人以为大相径庭的中西医学理论中寻找一些普通语义因素，以作为他：“衷中参西”工作的理论根据。例如他认为《素问·调经论》中所讲的“血之与气并走于上，则为大厥，厥则暴死，气复反则生，不反则死”的病理学说与西医学所讲的脑血管意外（脑出血）意义相同。他说：“细译《内经》之文，原与西人脑充血（注：即为脑出血）之议论句句符合，此不可谓不同也”。当然，这话不免有失偏颇，但他至少从字里行间看到了两种不同文化的共同认识点和弱式的语义普遍因素。从这一点出发，他以为“沟通中西原非难事”，确为激励后人的一种乐观态度。我们以为，国人切不可虚无主义，也不要夜郎自大，中国文化亦不过是世界文化之一分子，跨文化的普遍语义学研究，将使不同肤色的人们自由、准确地表达和传递思想，并使得中西文化和医学在语义上的沟通和交融更为便利和准确。

（邱鸿钟 广州中医学院）

有了一种范式，有了范式所容许的那种更深奥的研究，这是任何一门科学部分达到成熟的标志。

——托·库恩

### 第三编 范式引力场

范式 (Paradigm)，或译范型、规范，是现代美国著名科学哲学家托·库恩在《科学革命的结构》(1962)一书中提出的核心概念。此概念一经提出，即掀起轩然大波，赞同与反对之见纷呈。发展至今，人们逐渐认定在评价科学的过程中，库恩的学说及“范式”一词至关重要。“今天，如果人们想要继续从哲学的角度开展对科学的研究，无视库恩，包括他的问题、学说、方法等，是不可能的了。”<sup>①</sup>

在库恩的早期著作中，范式一词颇是含混。主要指某一科学共同体成员所共有的信念、价值标准的总和，是一个具有整体性的认识世界的框架（见《科学革命的结构》）。十多年后，库恩在其《再论范式》(1974年)一文中，对范式进一步作了界定，把它确定为由科学家共同体的共同信念和理论等要素构成的学科模型。<sup>②</sup>一般地说，范式涉及某一科学共同体成员（如中医学家、西医学者）共同信奉的基本观念，遵循的方法论原则，接受、使用和藉以交换研究的语辞系统（如符号概括、文字概括之类），及某一学科的结构。

---

①邹立群：库恩的范式理论，见《现代西方哲学概说》第115页，复旦大学出版社，1986年。

②托·库恩：《再论范式》，见《必要的张力》，第315页，福建人民出版社，1981年。

构、经典著作、代表性教科书、公认的科学成就等等。实际上，它含赅了该学科的本质特性，对该学科共同体成员起着约束和规范作用，就象引力场的效应一样。中西医范式的比较直接关涉两大学科差异的深层结构或核心部分。

## 第一章 基质的格调——主导观念剖析

人们创造了观念和精神的世界。这些观念又反过来制约人们的创造，对其新的探索活动进行导航。

如果把一门学科视为一个“生命体”，那么，一些主导该学科共同体成员探索行为的基本观念，就可视为这一“生命体”的“基质”，生命体的各组织细胞大都为这些基质所“浸泡”或“渗透”。对于学科范式的研讨，自然应以这类基质的分析对照为起点。

### 第一节 凝固与流动

假定要用两个词来概括中西医学主导观念的特征，那就是：凝固与流动。中医学的主导观念数千年来一成不变，呈现出恒定、凝固的特征；西医学的主导观念却几经更替，存在着不断变化的趋向。

**五行与四素** 公元前6至4世纪，黄河流域与爱琴海地区同时盛行着两种同中有异的学说——五行说与四素说。作为一种基本概念，它们分别对早期的中西医学产生很大的影响。

基于殷商时的“五方”（指东、南、西、北、中）观念，春秋时期的贤哲提出了“五材”说。《尚书·洪范》又发展成“五行”观，后经邹衍，乃至董仲舒等人的推衍发挥，遂演变成一波及深远和广泛的基本观念。所谓“五行”，“五”是指木、火、土、金、水五种物质；“行”则有两层涵义，一是指“行列”、次序；二是指运动变化。

故可以说“五行指的是木、火、土、金、水五类事物的相互联系及其运动变化。它的含义与仅仅指木、火、土、金、水五种物质材料的‘五材’说有很大的不同，是对‘五材’说的一种发展”。<sup>①</sup>

古代中国学者，包括中医学家，凭籍五行学说，一则试图说明世界万物的物质属性及其构成特点；二则冀能对各种事物或现象，包括人体各脏腑组织的特性及表象作出分类、归纳和解释；三则企求探讨各事物之间，包括脏腑器官之间的相互关系，追索事物运动变化的机制及其规律。如中医学中，人们借助五行，将复杂的人体组织结构归为以五脏为中心的五大系统，大千世界的千变万化亦被分作五类，且两者被有机地联系起来；再以五行属性来阐发论述五脏及其系统的生理、病理特点；以五行的相生、相克，生克的常胜无常胜和乘侮等来研讨、说明五脏及五大系统之间在生理上相互协调、病理上互相影响和传变的规律，从而形成了中医学所特有的、以五脏为中心的基本理论——“藏象学说”。此外，五行学说还用于诸如人的总体特征（气质、体质特点）的把握与分类，临床症状的识别及其意义判断，治则治法的选择和确定，药物性能及功效的认识、归类等众多方面。可见，五行学说浸淀于中医理论与实践的各个层面。它在中医学中的作用，有归类、属性解释等，而借助五行次序和生克等概念研讨事物的相互关系则是最为重要、最富特色的。

公元前6世纪，古希腊的毕达哥拉斯学派把宇宙的本质看作是“数”。他们主张水、火、土、气这四种元素以各种不同的方式互相转化，于是创造出有生命的、精神的、球形的世界”。<sup>②</sup>此说开了“四素说”的先河。约一百年后，恩培多克把火、水、土、气认定为物质性元素，强调万物源于这四个“根”。<sup>③</sup>四种元素按不同比例混

---

①何裕民：《中医学导论》，上海中医学院出版社，62～63页，1987年。

②《西方哲学原著选读》上卷，第20页，商务印书馆，1981年。

③恩培多克：《论自然》。残篇，D6，见上书，第41页。

合，就形成各种不同性质的东西。如肌肉是由四者等量混合而成，神经则由火、土和双份的水结合而成，……。①健康就是这四种元素的平衡、和谐，疾病则是其比例失调，和谐被破坏。而饮食失当，气候异常等均可引起体内四种元素的比例失调，从而招致疾病。此时，四素说已趋于成熟，且影响日甚。

晚于恩氏 30~40 年希波克拉底十分推崇四素说。他以此为基础，发展成了“四体液说”，提出了著名的气质四体液分类学说和体液病理学说（参见第一编第二章第三、四节）。体液成分稍有偏颇，个体就表现出多血质、粘液质、急躁质、忧郁质之不同。疾病是某种原因所致的体液失常，治疗就是设法排除这些失常了的“病态体液”。其后，盖仑完全接受了希氏的四体液学说，并使之进一步系统化。从而，“四素说”对西方医学的影响，经由盖仑等的努力，一直延续到文艺复兴之际，并波及古印度医学。

很显然，五行说和四素说有着众多相同的地方。首先，它们都试图以几种基本元素来解释世界万物的物质同一性；其次，又都希冀借助这几种基本元素对万物作出归类，阐发它们的属性特点，并企望利用这些学说来研讨一些运动变化过程。然而，四素说与五行说的差异也很明显。一方面，五行的生克概念是四素所欠缺的，借助生克，中医学家常可更多地致力于不同事物之间相互关系的研讨，这一点对于复杂的医学研究来说，是至为重要的。另一方面则表现在“四”和“五”这组成元素的数量上，这使得五行说更富含“数”的奥秘，有可能发展成一自洽的，相对来说更为普适的解释工具。因为研究表明，除了以五为基数外，其他任何数都不可能演绎成含义十分深刻的五行生克（调控）关系模式（参见图 3-1）。在这调控模式中，任何一个子系统都和其他子系统发生着方式不同的相互作用。因此，四素说与五行说的雏型——五材说更为接近，它们都只注意用几个基本元素去解释万物，却尚未进一步致力于事物之间

---

①艾修斯：《学述》第22章，见《古希腊罗马哲学》，第77页，三联书店，1957年。

相互关系的研讨。正因为引进了相生相克概念，且利用了“五”这个数的奥秘，上述调控模式方能形成。古医家也才可以运用五行，随意且又得心应手地解释自然，总结经验。所有这些，皆巩固了五行说在中医学中的地位，使之得以渗透到学科各个层面，作用远较四素说为广，且延续至今，也正由于古贤走得如此之远，今人试图挣脱五行之藩篱，仍非易事。



(附图表 3-1)

**阴阳说及其西方的孪生弟兄** 在中国，阴阳学说几乎和五行学说一样古老。

公元前 8 世纪的伯阳父就曾用阴阳变化来解释地震。《周易》中，阴阳已被上升为一类独立的哲学概念。其曰：“立天之道，曰阴曰阳。”“一阴一阳之谓道”。到了《内经》时代，阴阳已渗透进日常生活的各个方面。如《素问·阴阳应象大论》指出：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”。延及隋唐，名医杨上善则以“一分为二”来界定“阴阳”。元代的朱丹溪又指明“阴阳二字，固以对待而言，……”。迄至今日，阴阳说及其现代翻版——矛盾说，仍是中国文化中最为重要的内容之一。

对于阴阳，似乎可以定义为“是对相关事物的相对属性或一事物本身存在的对立双方的属性的概括”。<sup>①</sup>而阴阳学说便相应地成为“通过分析相关事物的相对属性或一个事物对立着的双方的相互关系及其变化，来认识自然、解释自然的一种理性知识”。<sup>①</sup>借助阴和阳的属性特点，及阴阳之间交感相错、相反（对立制约）相成（互根互用）、消长平衡和相互转化等关系，人们可以认识自然界众多复杂的现象，并就其机理作出某种颇为合理的哲学说明。故《灵枢·病传》有曰：“明于阴阳，如惑之解，如醉之醒”。点出了阴阳

<sup>①</sup>何裕民：《中医杂志》30（5），9，1989年。

学说的方法论性质。

阴阳作为一种占主导地位的观念和学说，很早就被引入医学领域。春秋时代的医和，论述病症时便借助了阴阳术语；到了秦汉时期，阴阳已渗透于中医理论和实践的各个方面；而后世医家，如张景岳更把“阴阳”视作为“医学之要”，强调：“凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领。阴阳无谬，治焉有差？医道虽繁，而可以一言蔽之者，曰阴阳而已。故证有阴阳，脉有阴阳，药有阴阳，……没能明彻阴阳，则医理虽玄，思过半矣”（《景岳全书·传忠录》）。可以说，阴阳所含有的二分法思想，引导古代医家在认识生命、健康与疾病的道路上逐层分析，步步深入，从观念的合理性走向理论的稳定性和实践的有效性；帮助古代医家开拓出中医生理、病理、发病、诊法、辨证和治法方药等各个方面与各个层次。阴阳学说在中医学中极其重要的作用，使得五行学说也相形见绌，大为逊色。

阴阳学说在西方有其孪生弟兄。大约在公元前6、7世纪，希腊的米利都学派认为“气的凝聚和稀释造成万物”，<sup>①</sup>稍后的赫拉克利特则有“相反者相成”，“对立的统一”等说法<sup>②</sup>。再后的恩培多克在持四素说时，认为是“爱”和“憎”这两种相反的力量使这些元素结合或分离，从而形成万物，并产生各种变化。这两种力量是永恒的，它们之间的斗争又是普遍的，不断处于消长之中。<sup>③</sup>所有这些，都可以与阴阳学说相互映辉。然而，遗憾的是，这类可贵的思想萌芽，在此后的古希腊、古罗马哲学家中并未得以光大，后贤的论著中再难找到这类思想的踪迹，它们只是消失了的火花，残留于早期部分哲贤的思想片断中。

古希腊贤哲的上述思想片断自然对医学也产生了影响。希波克拉底的理论中就留下了这方面的印记。他那四体液说中又可分解出

---

①《西方哲学原著选读》上卷，18页，商务印书馆，1981年。

②《西方哲学原著选读》上卷，24页。

③全增嘏：《西方哲学史》，上册，第91页，上海人民出版社，1983年。

“热—冷”和“干—湿”两对矛盾的特质，认为“热平衡冷、冷平衡热”，干湿亦然，它们的协调，便表现为健康。希氏并主张万物（包括人体）都是由两种对立统一的物质“水”和“火”构成的。这显然与《内经》中的有关认识如出一辙。然而，希氏医学思想中，这类认识是个别的、支离破碎的，且未贯彻始终，亦未占据主导地位。这显然应归诸当时的哲学界，他们无法提供这类认识充分发展所必须依赖的沃土。更令人不解的是，希氏之后，医学理论和实践中的这类思想别无发展，甚至几近绝踪。只是到了19世纪，德国的克塞尔（Kieser）才明确地主张两极性学说，认为一种物体，一切生命，均由阴阳两极支配。阴阳平衡，则两极之间有正常振动进行，即为健康状态，一极的力量显著强大，阻碍了正常的振动，便发为疾病。但值得注意的是，这时，西方学者在莱布尼茨等的感召下，已开始对中国文化感兴趣。克氏本人在《医学之体系》的著作中，也曾引证了中医的阴阳学说。<sup>①</sup>因此，这一思想很可能是东学西潮的产物。

看来，阴阳说的西方孪生弟兄命运不济，发育不良。当李约瑟（Needham, J.）和一批国外学者在追寻“欧洲的辩证唯物主义来源于何处”时，他们从马克思上溯到黑格尔，“循着黑格尔的踪迹，我们（指李约瑟等）可以追溯到莱布尼茨，可是然后却难以在欧洲找到辩证唯物主义的源头了。不过我们知道，莱布尼茨曾对中国的哲学抱有极其浓厚的兴趣。”<sup>②</sup>莱氏曾从传教士中得到了许多有关中国，特别是11~13世纪理学的资料和信息。因此，他们认为“新儒学（程本理学）对世界的看法同辩证唯物主义是一致的”，欧洲辩证唯物主义的源头在中国，在中国的阴阳学说和理气之说。他们并以此来解释马克思主义哲学为何如此容易在中国流传，为什么那么

---

①贾得道：《中国医学史略》，第290页，山西人民出版社，1979年。

②约翰·梅逊：《西方文化对中国的影响》，见《中国传统文化的再估计》第533页，上海人民出版社，1987年。



多的中国知识分子会轻易地靠拢马克思主义的原因。“这似乎就是他们自己的基本思想重返故里，不过是穿了件新的外套而已”。<sup>①</sup>不管此说依据是否充分，富含辩证思想的阴阳学说在古代中国得到了最充分的发展，而其西方的孪生弟兄却不幸夭殇，这是历史事实。基此也容易理解著名科学家钱学森为什么会呼吁要用马克思主义哲学来对中医理论作出现代阐述。<sup>②</sup>

列宁在《谈谈辩证法问题》中指出：“统一物之分为两个部分以及对它的矛盾着的部分的认识，是辩证法的实质。”<sup>③</sup>这些也可看作是对阴阳学说的评价。阴阳学说以其交感相错（相互作用）、相反相成（对立统一）、消长平衡和相互转化等，深刻而颇为全面地揭示了事物内在的丰富联系。它与充分体现辩证法思想的现代矛盾学说，存在着明确的源流关系，其仅有的差异也不是实质性的。<sup>④</sup>正因为阴阳学说富含辩证法思想，它能够有效地引导古代医家在深奥莫测又屏障丛生的医学领域自由翱翔，在理论和实践方面创造出众多奇迹。可以说，若无阴阳学说，便根本不会有今天这般规模、内容及其意义的中医学。

迄今为止的现代医学研究不断提供的证据表明：生命体内对立统一的现象的存在是客观的、普遍的。从整体的神经系统控制，到分子水平的 cAMP / cGMP 调节；从生理过程，到生化反应；都表现出类似阴阳学说所说的某些变化规律。由此可以想象，若阴阳学说能接受时代的洗礼，脱胎换骨能成为今人普遍接受的现代科学观念，它仍将在现代和未来医学研究领域发挥重要作用。

**恒定与更替** 纵观中医学术思想史，可见两千多年来，尽管发展明显，变化很大，但学科基质却是恒定不变的，甚至有凝固僵

---

①《中国文化的再估计》第534页，上海人民出版社，1987年。

②钱学森：《大自然探索》(3)：1~5，1983年。

③列宁：《哲学笔记》第407页。

④何裕民：《中医杂志》(5)：12，1989年。

化之感。阴阳五行等依旧是主导观念，整体观、形神观、天人观等等皆一如《内经》，今日的认识，其理论根据在秦汉之际悉已确定，后人充其量只是不断作出阐释，局部有所充实、深化而已。基质的恒定，是整个学科体系呈现出超稳定特征的深刻根源之一。

中医学学科基质的恒定，自有多方面的原因。文化氛围中主导观念的数千年一脉相承，几无变化和研讨者的遵经崇古心态等都是重要因素。而秦汉之际的阴阳五行学说及与之密切相关的整体观、天人观、形神观等如此早熟，且发育得如此完备，亦是不可忽略的原因。这些观念所覆盖的内容，足以使因循者乐此而忘彼，终身受用，不会想到从事新的开拓；这些基质所含有的麻痹或抑制成分，又恰好中和了创新者的勇气，扼杀了不羁之才。也正是靠这些恒定的基质之滋养，中医学得以在原有的学科体系中充分发育成熟。

四素说和阴阳说的孪生弟兄对西方医学的影响都是短暂的。四体液说经由盖仑发挥后，中世纪的医家是视作经典的不易之论接受的，文艺复兴后便被送进了医史博物馆；两极说的命运更为不济，似乎希氏后人们就忘却了它。诚如四素说和两极说所揭示的，西方医学的“基质”处于不断的更替变化中。稍后于希氏的“独断学派”选择了柏拉图“理念在先”的主张，认为健康和疾病取决于一种“灵气”。从此，“灵气”主宰机体一切的观念进入医学。柏拉图的学生，被恩格斯称作为希腊哲学家中“最渊博的学者”的亚里士多德亦持灵气说，且经他发挥后，灵气说影响尤大。他认为生物由形体与灵魂构成，灵魂可分为三种：植物灵，司营养；动物灵，司感觉；生命灵，司理性。此说一度广为后世接受。亚里士多德又信奉“目的论”，认为机体的一切构造都是按一定的目的而成的，这一观念对后世的解剖学和生理学亦曾有过影响。公元前3世纪的爱拉塞斯特拉特（Erasistratus）及以他为代表的医学学派，采纳了早期的“精气学说”，以真空填充现象加以推行，认为血液和精气是生命机能的本源。他舍弃了四元素说，并开了对生理现象作机械的、物理的说明之先河。公元前1世纪的名医阿斯克莱庇亚德

(Asclepiades) 则推崇德谟克里特的“原子说”，主张人体是由原子组成的，体内的原子运动正常，它们之间的空隙也就正常，人乃健康，若运动故障或停滞，就发为疾病。故治疗的关键是保持原子运动的正常。公元初期的规法学派 (Methodist) 也持“原子说”，提出一切疾病不外原子拥挤并堵塞毛孔，或毛孔松弛两大类型；以阿西纽斯 (Athenaeus) 为代表的“灵气学派”则承继了“独断学派”的余绪。盖仑则完全接受希氏的四体液学说，猛烈抨击了“规法学派”。并在一定程度上揉合了亚里士多德的“灵气”学说和“目的论”。此后，在神学的统治下，人们的思想僵化，观念凝固，盖仑的学说则在医学论坛上盛行千余年。此时，当然也就无以谈医学“基质”的更替问题。

文艺复兴运动使人们的注意焦点从“神”，回到了活生生的“人”，“我是人，人的一切我都应该了解”就成了当时科学界的主导观念，它直接敦促人们从盖仑的书本中走出，走进解剖房、实验室。如维萨里就强调：“我要以人体本身的解剖来阐明人体之构造。”从而完成了他那划时代的，被认为是结束医学界盖仑统治之标志的《人体之构造》。此后，医学走上了实证的道路，但主导观念的争执依然存在，医学的“基质”仍在变更之中。如著名的医学物理学派接受了笛卡尔 (Descartes) “宇宙为一大机械，身体亦为一精妙之机关，自然界现象无一不可以机械说明”的观点，企图以纯粹的物理学原理来解释人体器官内所发生的一切过程。信奉“化学万能”的医家则形成了医学化学学派，试图把一切动物的生命现象都归纳为化学过程。此外，还有不少医家主张用某种特殊的力来解释复杂的生命现象，如霍夫曼 (Hoffmann) 持张力学说，认为生命就是运动，而运动是由于身体的“纤维”的张力变化引起的；西塔尔 (Stahl) 则接受了“活力论”，认为人类一切生理、病理变化的本源在于“精神”。直至 19 世纪，两极性学说、动物磁气说、寄生论学说、疾病变调说等还此起彼落，相互竞争。不过自 19 世纪后半叶起，西方医学的主导观念趋于统一，“基质”中的主要成份已逐渐稳定。这使

得它进入 20 世纪后，出现了迅速的腾飞。

上述所涉及的，显然不完全属于同一层次的概念。有的与本体有关，有的兼及方法论，有的则属于对医学核心问题的看法，但它们在医学学科体系中的作用，却大同小异，称之为学科体系的“基质”，并不勉强。进一步分析可见，基质的恒定与变更，其实质是观念的选择或扬弃问题。西方医学“基质”的不断变幻，使之在 20 世纪前无法演进成一庞大而丰富的理论和经验体系，因为人们是在类同观念主导下，协调一致，前后承继地积累知识和经验的，这就是库恩所说的“常规科学”的发展模式。然而，有“选择”才会有“进化”，有流动才会富有生机。“基质”的更替，错误的、不太科学、不太合理的、或陈旧的概念之扬弃，是库恩所谓的“科学革命”的前提，西方医学近、现代的异军突起，概缘于此，中医学要脱胎换骨，大步走向现代，亦当以此为发端。

## 第二节 两条主线

西洋哲学中之原子论，谓一切气皆由微小固体而成；中国哲学中元气论，则谓一切固体皆是气之凝结。亦可谓适成一种对照。

——张岱年

众所周知，对于本原问题的认识，很大程度上决定着人们的科学探索及其结果。在东方的中国，关于本原问题，先秦时期曾有“太虚”、“水、地”、“阴阳”、“五行”、“元气”等说，经过纷争，随后皆统赅于“元气说”之下。<sup>①</sup>西方早期则有“火”、“水”、“空气”、“原子”、“四素”等见解，且很长时期内新说叠出，争执不下，亦呈现出

---

<sup>①</sup>程宜山：《中国古代元气学说》，第26页，湖北人民出版社，1986年。

流动更替的特征。然而，细加寻绎，人们在西方科学思想发展长河中，依释可以分辨出一条主线，它沉淀于西方学者的思想深处，影响，甚至主导着他们的探索实践，这就是“原子论”。这两种学说可分别代表东西方，亦包括中西医学中占主导地位的自然观。<sup>①②</sup>

**元气与原子** 元气论，是以“气”来解释宇宙间万物本原的哲学观念。在中国的传统文化中，气的含义庞杂，涉及广泛，但本义却很简单。《说文》曰：“气，云气也。”原指近似于云雾状的物质，在公元前8世纪的文献中，气即已上升为一哲学概念。公元前3、4世纪的庄周在《庄子·至乐》中曰：“察其始而本无生，非徒无生也，而本无形；非徒无形也，而本无气。杂乎芒苟之间，变而有气，气变而有形，形变而有生”。提出了“气变有形”的命题。《知北游》中他又强调：“通天下一气耳。”结合老子“有生于无”的著名论断，无形之气化生万物的“气一元论”，已有雏型。稍后，《鹖冠子》以“元气”相称，谓：“天地成于元气”，提示着元气论的形成。这一观念经《吕氏春秋》、《淮南子》和王充等的充实、论证，到了东汉后期，发展成压倒或含赅其他本原说而影响最大的主导性观念。此后，众多贤哲对元气论进一步加以阐发、修正，特别是宋儒张载的系统研讨，遂使这一学说的主导地位更为牢固，内涵也益趋丰富，成了一博大的学说体系。尽管历史上曾有过关于“理”“气”孰先孰后的争鸣，但气被视作万物的组成（本原），却是根深蒂固，不容置疑的。

在中医学中，它的作用始终如一，即使在今天亦丝毫未受影响。如在《内经》中，论及“气”的共有两千余处，有学者感慨曰：“如果说，《内经》的全部学说都是建立在气的理论之上宾，那并不为过”。<sup>③</sup>而民国时期的著名中医学大家、汇通学派的代表人物恽铁

---

①张岱年：《中国哲学大纲》第64～65页，商务印书馆，1958年。

②何裕民：《中西医学的自然观差异及其汇通趋势》，《医学与哲学》6：16～19，1987年。

③刘长林：《内经》的哲学和中医学的方法，第32页，科学出版社，1982年。

樵在比较中西医学时就认定讲“气化”是中医学的主要特点(《群经见智录》)。当今中医现代研究中,人们又纷纷致力于探讨气论的“本质”,试图赋与元气论以现代科学观念的色彩,以致成为一大热门。

西方本原说的演变似乎纷杂得多。公元前6世纪的泰勒斯提出水为万物之始基,阿那克西美尼(Anaximenes)主张空气为本原,赫拉克利特认定物质性的火。稍后的阿那克萨戈拉(Anaxagoras)则归之为“种子”,恩培多克倡导著名的四根(四元素)说。与此同时,留基伯创言“原子论”,他的学生德谟克里特承继师说,且光大之,形成了原子学派。他们认为万物的本原是“原子”,所谓原子,是一种最后不可分的物质微粒,是绝对的充实体。由于原子论逐渐成为西方学术思想发展进程中的主导观念,德氏也就成了与亚里士多德齐名的,古希腊“哲学家中最强的一位”。<sup>①</sup>

继德氏之后,公元前3、4世纪的伊壁鸠鲁(Epikouros)承启发挥了原子论,并提出原子运动的偏离说。<sup>②</sup>公元前1世纪的卢克莱修(Lucretius)在《物性论》中,以诗歌形式对原子论作了形象的阐述,遂使此说广为布传,并对文艺复兴后的近代科学之崛起和发展,起到了深刻而积极的影响。<sup>③</sup>

神学禁锢下的中世纪,原子论被视作“邪说”,打入冷宫。随着资本主义的出现和渐趋壮大,文化领域掀起了人文主义思潮。而仿效古希腊、古罗马思想家的名著对这一思潮起到了推波助澜的作用。其中,“被利用得最多,影响最大的伊壁鸠鲁的伦理学,古希腊的原子论”。<sup>④</sup>许多启蒙者,如布鲁诺(Bruno, G.)便直接了当地

---

①《古希腊罗马哲学》,第95~96页,三联书店,1957年。

②伊壁鸠鲁:《致赫罗多德的信》,《西方哲学原著选读》,上卷,第161页。

③全增嘏:《西方哲学史》,第233页~234页,上海人民出版社,1985年。

④全增嘏:《西方哲学史》,第357页,上海人民出版社,1985年。

接受并发展原子论思想，他认为事物最普遍、最基本的实体是一种不可分的最小的“单子”，这种单子是构成万物的“原子”，原子的结合与分解就形成现实的多种多样的事物。伽利略也强调物质是由微粒（原子）构成的，原子有一定的体积、形状和运动速度。被马克思誉为“整个现代实验科学的真正始祖”<sup>①</sup>的弗·培根，更是旗帜鲜明地宣传德谟克里特的原子论观点，只不过他结合当时的物理学研究成果，以分子构成说替代了德氏的原子构成说<sup>②</sup>。列宁在《唯物主义与经验批判主义》一书中曾把狄德罗（Diderot, D.）与马克思、恩格斯并称为“伟大的唯物主义者”，而他的突出功绩就在于发展了原子论。他认为自然是“元素”的组合，所谓“元素”，就是“分子”（或称“异质物质”）。<sup>③</sup>此后，19世纪的道尔顿（Dalton, J）又提出了化学原子论，使“原子”这一原属自然哲学的概念，跃迁为近现代科学的核心术语，这“不仅是原子论发展史上的里程碑，也为化学的发展开辟了新纪元”。<sup>④</sup>恩格斯也赞誉说：“化学中的新时代是随着原子论开始的”。<sup>⑤</sup>而普列高津在不久前批评近现代科学的“现实世界简单性”这一基本信念，其实正是传统的原子论观念之余绪。因此，如果说西方近现代科学（包括医学）发轫于原子论自然观，毫不为过。

需要指出的是：人们在接受原子论从事科学探索的同时，又以探索的成果修正、充实着这一观念，带有近代科学理论性质的道尔顿“原子论”，与自然哲学的德谟克里特学说，便有天壤之别。纵然如此，人们注意到原子论历史形态差异的同时，又发现其本质方面所存在的前后相继的一贯性。有学者曾深刻地指出：留基伯、德谟克利特、伊壁鸠鲁的原子论隐含着注重微观，强调还原分析的方法

---

①《马克思恩格斯全集》，第2卷，第163页，人民出版社，1972年。

②同①，第462页。

③《狄德罗哲学选集》，第103页，三联书店，1956年。

④林德宏：《科学思想史》，第251页，江苏科技出版社，1985年。

⑤恩格斯：《自然辩证法》，第269页，人民出版社，1971年。

论传统。<sup>①</sup>在此，我们拟就双方较为本质的传统作一比较，而姑且忽略各自的历史形态差异。

**无形与有形，连续与间断** 尽管元气和原子分别被东西方古贤哲认定为世界的终极本原，属于客观的物质存在，但对这一本原的认识和理解却迥然相异。东方学者认为：万物的本原——气是一些无形（肉眼看不见或细微到缺乏具体形态结构）的物质，故有“太虚无形，气之本体”的说法；其内部没有空隙，外部没有边界（“其小无内，其大无外”）；本身有着阴阳可分；元气就是阴阳混一之气（“阴阳，气也”，“元气未分，浑沌为一”）；而阴阳两者之间又无“毫发断处”，具有连续性的特征。自然界各种有形的具体事物，皆气“聚合”而成（气聚而有形）。空间（即古人常说的“虚空”）亦“弥漫”着气，故曰：“虚空即气”。这样一来，整个天地自然，无论是有着具体形态的实体，还是各实体之间看不见，摸不着“东西”的“虚空”，皆由气所组成，都充满着气。故有“通天下一气耳”的著名命题。只不过实物中和“虚空”中，气的存在形式不一：前者呈现出“聚合”状态，后者表现为“弥散”特征。古代哲学大师王廷相说：“有形亦是气，无形亦是气，道寓其中矣。”便强调这一点。张载更曰：“太虚不能无气，气不能不聚而为万物，万物不能不散而为太虚。循是出入，是皆不得已而然也。”（《正蒙·太和》）如此，整个物质世界就统一于气这一物质本原之中。

西方原子论者认定世界的本原是“atomos”（希腊语，意为“不可分割”，亦即“原子”）。它是一种最小的，不能再分的物质微粒。原子在数量上是无限的，其性质则相似，只有形状、大小、位置和次序之异。<sup>②</sup>因此，它们都具有一定的几何形状，是“有形”的。“宇宙万物的千差万别就是由它们本身的构造，即原子的形状、大小和排列次序、位置的不同所造成的”。<sup>①</sup>事物性质的差异归因于原子形

---

①邱仁宗：《科学方法和科学动力学》，第2页，知识出版社，1984年。

②全增嘏：《西方哲学史》，第96页，227页，226页。



状和构成的不同。然而，假设万物的本原是一类无性质差异而又有形的实体，就意味着同时须承认这类实体的种类是有限的。<sup>①</sup>从而，无限的宇宙万物与有限的有形本原之间就产生了矛盾。对此，原子论哲学家们作了多种努力，试图自圆其说。<sup>①</sup>但终因摆脱不了原子有着固定形态这一基本假设，各种努力均无济于事。

其次，对于“虚空”，德谟克利特认为是“空洞的空间”。伊壁鸠鲁也主张是“绝对的无”，“它既不能作用于原子，也不能承受原子的作用，而只能给原子提供运动的场所”。<sup>②</sup>“宇宙就是许多物体和虚空”。<sup>②</sup>这样一来，物体与“虚空”便互不相涉。再一方面，原子既然是有形的，其内部则一定是绝对连续、不可分割的；其外部则是绝对间断的，没有联系的。德氏便认为：“原子是绝对的充实体，每个原子中间没有任何空隙，……（它是）不可穿透的”。<sup>②</sup>由它集结而成的有形之万物，亦只能是一个个孤立地存在于空间的实体。因此，原子论孕育了原子内部绝对连续与原子及实体之间绝对间断的观念。故有人认为原子论“布下了近代形而上学唯物主义的种子”。<sup>③</sup>

**歧途之开端** 元气论和原子论关于物质形态的认识都带有自发的唯物主义倾向，它们“十分自然地把自然现象的无限多样性的统一看作不言而喻的”，并且试图在某种本原性物质中寻找这个统一。<sup>③</sup>这表现了人类早期认识的某种一致性。然而，在这一一致性的背面，又存在着重大差异。正是这些差异，促成了东西方学术循着各异其趣的道路演进。

作为东方贤哲天才猜测的结晶，无形之气既与感觉到的许多经验相吻合，又把物质世界的间断与连续统一起来，并能思辨地解释众多自然现象，且避免了诸如无限之实体与有限之有形本原，内部的绝对连续与相互间绝对间断等的矛盾，故不能不说是当时社会一

---

①伊壁鸠鲁：《给赫罗多德的信》，《西方哲学原著选读》，上卷，160～174页，161页。

②全增嘏：《西方哲学史》，上册，第226页，100页。

③恩格斯：《自然辩证法》，第164页。

种比较完美的学说。正因为它的“完美”，诱使人们津津乐道于接受和颂扬此论，满足于大千世界，“一气牵系”等的解说。而绝少想到要再去作进一步的深究或改弦易张，重建新的自然观。更为消极的是，以“无形”（亦含有无法深究之意）之气作为实体的本原，且避而不谈实体的性质与其构成本原之间的关系，遂酿成了不注重对实体的具体组织特点、形态结构和微观机制进行研讨的文化“基因”缺陷，中医理论中的概念，大都带有这一缺陷的烙印。

作为西方古代学者思辨的精华，原子论肯定物质世界的本原是有形的，且认定这些本原在形态等方面的差异是造成实体千姿百态、性质迥异的根源。这一认识尽管给它带来了麻烦，使之陷于“悖论”中，但又导致了一种倾向，塑造出西方文化肇始之初便有注重结构分析，还原研究的传统。并演变成一种深刻的方法导向：“自然界万物变化都是原子的组合和分解，因此，观察到的变化应该用更低的组织层次上发生的过程来解释，宏观变化应该用微观相互作用来解释，以及把宏观层次的质变还原为原子层次的量变”。<sup>①</sup> 这正是近现代西方科学（包括医学）得以冲破思辨之樊篱，逐步逼近真理的动力机制所在。

**动因：矛盾作用说和重量说** 持元气和原子论者大都觉察到物质与运动不可分，气和原子既是客观存在的物质，又运动不息。这一认识体现了他们的睿智，也表明思辨对于认识真理的一定价值。然而，这一问题的认识上，东西方同中又有异。东方元气论者认为：气本身便具有运动不息的属性。其动因缘于气的内在矛盾，亦即阴阳两个方面，并不依赖外界的推动，也丝毫无神秘之处。“天地之间，有阴阳之气”（《春秋繁露》），“二气交感，化生万物”（《楚辞集注》），“太虚之气，阴阳一物也，然而有两体，健顺而已”（《横渠易说》）。气本身可分成既对立制约，又互根互用的两个方面（两种势力），它们之间的相互作用，使得气处于运动不息状态，表现

---

<sup>①</sup> 邱仁宗：《科学方法与科学动力学》，第2页。

出升降出入、引吸排斥、聚合弥散等形式。在这些过程中，气凝聚而成实体，实体又散而为气，物质的连续和间断状态处于不停的转化中，一物亦可向他物转变。气的永恒不灭性就体现在其永无休止的运动（转化）中。由气聚合而成的各种实体自然也就同样处于运动不息、变化不止状态。这一观念纯系思辨的产物，但却弥足珍视，因为它充满着辩证思想，因为“矛盾……是一切运动和生命力的根源”。<sup>①</sup>

德谟克利特等认为运动为原子本身所固有的属性，但他们没能解释原子的动因。伊壁鸠鲁和卢克莱修亦持德氏之见，并向前迈进了一步，认为动因在于原子自身的重量。因此，其主要形式是下坠。“无数的原子在无限的虚空中象下雨一样，用同等的速度平行降落”。<sup>②</sup>在直线降落过程中，伊氏还认为有的原子可自动地偏离原来的直线运行轨道，向旁边倾斜出去。他说：“原子永运不断在运动，有的直线下落，有的离开正路，还有的由于冲撞而向后退”。<sup>③</sup>正是这种偏离运动，引起了原子的互相碰撞而结合成万物。德谟克利特等也认为原子的凌乱运动，造成了涡旋，在涡旋中不同形状和体积的原子结合起来，形成了各种各样的混合物。这些观点强调了原子的不可生和不可灭及其运动属性，且突出了在运动中原子本身形状和大小的不变性。这些思辨的认识，“实际上是一种机械的运动观”。<sup>④</sup>文艺复兴后的学者们大多更新了对原子动因的解释，但在许多基本点上却依然遥承了早斯先哲的见解。如伽利略在接受原子论的同时，便强调物质的运动就是机械的运动，他的观点甚至比“古希腊的原子论带有更多的机械唯物主义性质”。狄德罗的“移动”和“激动”说，亦留有伊氏学说影响的痕迹。这些观念当然也在近代

---

①列宁：《黑格尔（逻辑学）》一书摘要》，第65页，人民出版社，1971年。

②全增嘏：《西方哲学史》，上册，第228页。

③伊壁鸠鲁：《致赫罗多德的信》，《西方哲学原著选读》，上卷，第161页。

④全增嘏：《西方哲学史》，上册，第100页，403页。

自然科学领域起到了某种规范作用。

**感应与碰撞** 中国古代贤哲认为：各事物之间存在着相互作用，这种相互作用的主要方式是“感应”。万物由气聚而成，虚空亦气。且“气有潜通”，能渗入或逸出实体而进行内外交换。故气能感物。“二气感应以相与”（《易大传》）。远近距离的实体借助气而发生相互作用。或曰：一物能“感知”它物的变化而作出相应的反应。元气论者以“感应”来解释自然界的种种相互作用现象。如乐器共鸣、磁石吸铁、阳燧取火于日，海水受制于日月而为潮汐，……。并认为：“天地间只有一个感应而已，更有甚事”（《二程遗书·卷十五》）。在这些感应过程中，气为中介，光是气的“蕴发”；声是气的“窍激”；鹤唳夜半，鸡鸣将旦，也缘于“天气感物”（《论衡·变动》）。而“人之气与天地之气常相接无间断，人自不见”（《语类》卷三）。借助气的中介，“人与天地相参也，与日月相应也”（《灵枢·岁露》）。自然界的种种变化都影响着人的生理病理过程，“天人相应”的机理也得到了某种解释。

持原子论观点的西方贤哲大多认定原子之间的作用方式主要是“碰撞”。留基伯和卢克莱修认为：没有直接的接触和碰撞，“就永远不会把什么东西创造出来”。<sup>①</sup>伊壁鸠鲁也把事物的作用方式主要归之直接的碰撞。在他们看来，原子组合而成的物体之间，也只能通过直接的接触与碰撞，或者通过物体发出的由原子组成的“射流”，才能互相作用。这一观念在解释诸如磁石吸铁等复杂现象时，便陷入困境。德谟克利特曾令人费解地提出是磁石中精细的原子，“钻进铁的微粒中，并使这些微粒运动起来，导致铁原子向外扩散，流向磁石，于是铁本身也就被拖向磁石。”<sup>①</sup>这些观点，在文艺复兴后的一些大思想家的论著中，其痕迹依稀可辨。如霍布斯（Hobbes, T.），这位曾被马克思称作“把培根的唯物主义系统化

---

<sup>①</sup>《古希腊罗马哲学》，第414页。

了”的大思想家，<sup>①</sup>就认定物体的“运动”，只是直接接触所引起的单纯位置移动。“运动就是失掉一个位置而获得另一个位置”。<sup>②</sup>也正因为这样，“人与天地相参，与日月相应”等观念，就西方多数学者看来，是不可思议的。

**不同的导向** 元气论与原子论在物质观、运动观等方面的本质差异，对东西方学者的探索活动，起着不同的导向作用。可以说，“这些差异，使得西方文化表现出偏重于结构还原，个别分析和宏观机械运动形式的研究等传统倾向；而东方文化表现为偏重于功能研究，整体综合和自然感应现象的思辨性探讨等特长”。<sup>③</sup>因此，从某种意义上说，“中西医学学术范式的主要差异，都可以在东西方自然观的比较中找到某些原型”。<sup>④</sup>

比如说，原子论把运动的原因归结为重量，形式归纳为下坠和碰撞(实质上都是吸引)，就很难使西方学者在这些问题上摆脱外因论、机械论和形而上学的陷井。基此，也不难理解，注重宏观的机械运动研究，会成为西方文化的传统倾向。而以还原方法为手段，被标记为科学发展的“分析时代”的近代科学，兴起于西方，且正好发轫于宏观的机械运动之研究，更非历史之偶然。因为原子论存在着孕育近代科学，包括医学的“基质”。

**汇流之趋势** 一般说来，作为一种文化传统，元气论和原子论并不存在绝对的优劣高下之别。各自都有可取之处，蕴含着某些科学成分与合理性。正因为这样，它们才能击败其他自然观而各在东西方雄居主导地位。但两者又皆非尽善尽美。数百年来文化交流并没使一方完全退出历史舞台就是明证。而事实似乎提示人们：在不同的历史背景和科学技术发展阶段，元气论和原子论的科学价值是不完全相同的。元气论由于先天性地蔑视形态结构的具体分

---

①《马克思恩格斯全集》，第2卷，第164页。

②《16——19世纪西欧各国哲学》，第69页，商务印书馆，1957年。

③何裕民：《医学与哲学》，6：18，1987年。

析，故长期以来只能停留于对自然界笼统模糊的认识，缺乏对事物特性、原因及结果等的深入研究，因此始终未能在理性上有突破性的飞跃；忽略具体的分解研究，又使得实证科学无法在中国顺利地扎根发芽，缺乏实验依据的支持，遂使中医学在精确性与可变性上黯然失色；再加上沉缅于自然感应等现象的思辨性研讨，不愿意从研究宏观的、具体的机械运动着手，因而牵强附会成分颇多。这些，都阻滞了中医学的近代和现代的发展。

然而，螺旋式上升也许是历史进步的常见形式。原子论主导下的科学成就，却又使得原子论观念本身遇到了严峻的挑战，陷入了危机中。如原子论的间断性观念所追求的事物的不可再分的终极本原，不仅至今尚无法发现；相反，人们不断攻破原子论中一个接一个的壁垒，相继找到了电子、质子、中子、光子等一系列基本粒子。如今，绝少有人再坚持原子的不可分了，要探讨物质终极本原的固有形态，也成了海市蜃楼，可想而不可及。在运动观等方面原子论也碰上了自身难以克服的麻烦。传说原子论大厦的根基动摇了。这一动摇几乎震撼了所有的实证学科。以物理学为例，杰出的现代科学家普列高津指出：“物理学正处于结束‘现实世界简单性’信念的阶段，人们应当在各个单元的相互作用中了解整体，要了解在相当长的时间内，在宏观的尺度上组成整体的小单元怎样表现出一致的运动”。<sup>①</sup>而这些观念与“中国的学术思想更为接近。”<sup>①</sup>被誉为不列颠之脑的科技史专家李约瑟也认为：中国的元气论（有机论）比原子论（构造论）更容易与现代科学结合。看来，普列高津所说的“西方科学和中国文化对整体性、协和性理解的很好的结合，将导致新的自然哲学和自然观”，<sup>①</sup>至少是值得重视的。因为在一些领域，如现代物理学的物质观、现代宇宙学的“大爆炸学说”及现代系统论等中，都不同程度地显现出元气论与原子论在观念上的某种汇

---

<sup>①</sup>普列高津：《从存在到演化》，见《自然杂志》，1：11～14页，1980年。

流趋向。<sup>①</sup> 这些，将对中西医学的汇通及整个医学科学的发展，起到积极的示范作用。

### 第三节 融合与对立

对西方文化深厚的价值加以引进，对其浮面内容有所排拒，这种姿态才可能在东西方文化交汇中取得切实的成果。

人与自然的关系（天人观）不仅是个深刻的科学问题，也是个重要的哲学问题。这方面观念的差异，在中西医学理论和实践中留下了深刻的印记。

**天人合德的文化基质** 孔子即持天人合德的观念，子思、孟子等则言“天人合一”，后说经董仲舒发挥后，影响深远。如今，无论是激进的反传统派，还是温和的现代儒学家或拆衷派，都把“天人合德”或“天人合一”视作中国传统文化的基质。

所谓“天人合德”或“合一”，强调“天道”与“人道”，“自然”与“人为”的合一。认为天与人本源为一体，同是生生不已的生命，这是起点的一致；天与人相互交流而无间隔，天人为创造而实现同一目的，即生命的丰富与充实，这是终点的一致；天人均必以动与创造来发挥其本源，实现其目的，故过程上也是一致的。<sup>②</sup> 朱熹便说：“天人一物，内外一理，流通贯彻，初无间隔”（《语类》）。因此，从古人看来，文化探索活动，包括医学实践，也就成了实现天人合德（合人）的过程。“一切文化之创造本源均必溯之于天人合德的宇宙真实”。<sup>②</sup>人对自然之理的把握，源于天人合一，又实现着、完善着天人合一的过程。

前已论及，这一观念自有其人文地理和社会历史根源，是农业

---

①何裕民：《中医学导论》，第234页。

②成中英：《中国文化的现代化与世界化》，第46页，中国和平出版社，1988年。

民族无力抗争自然的一种文化表现（参见本书第一编第一章）。发展到后来，它演变成一庞杂的宇宙本体哲学，既可为董仲舒建立封建伦理纲常和封建神学体系提供“天不变、道亦不变”及“天人（互相）感应”等的理论依据；其讲究“合”、“和”（一般认为“中庸之和”是这一观念的核心和根基），强调以同容异，以简御繁，又对国人的思维向着精确化、个体化方向发展，设置了严重的路障，“使之只停留在一种普泛化的、模糊化的群体水平之上，从而窒息了人的巨大创造力和标新立异的思维在改造自然和改造社会中的发挥”。其消极后果甚至应对国人缺乏独立性、自主性的依赖人格或“自觉的奴性人格”承担责任。然而，从积极方面来看，有学者认为，开发天人合一等观念中的合理成分，“亦足以解决当前多元文化相争相持的冲突问题，使世界文化逐渐进于大同之世”。<sup>①</sup>……总之，这一观念对人们的影响是极为错综复杂的。它渗入医学界，则又是一番气象，其社会的、伦理的色彩大为冲淡，却提供了人们理解健康与疾病和自然的关系，并循此关系以从事医疗保健实践的一把钥匙。

**人与天地相参** 天与人本源为一体，天与人相互交流而无间隔的观念，进入《内经》中便被改造成人系自然的产物、受着天地间众多因素的影响，这一带有更多自然科学成分的理论认识。

《素问·宝命全形论》曰：“天覆地载，万物悉备，莫贵于人。人以天地之气生，四时之法成。”清楚地表述了人是天地自然的产物，且是演化到较高级阶段的结果。因此，要研讨人的起源与本质，必须首先探究与人关系最为密切的，人赖以生存的自然环境。对此，《素问·六微旨大论》指出：“言人者，求之气交。……何谓气交？上下之位，气交之中，人之居也”。“天地气交，万物华实”（《素问·生气通天论》），天地之间的运动变化及由此产生的物质交换，为万物，包括生命的形成和发展，提供了物质基础。其中，犹以太阳的作用为重要。故《素问》曰：“天运当以日光明，”强调

---

<sup>①</sup>成中英：《中国文化的现代化与世界化》，第55页。



“生气通天。”天地宇宙具有时空特性，生命过程亦然。《素问·藏气法时》等便着意探讨生化于不同空间的藏气在时间过程中的盛衰移易变化。《内经》又把整个机体的这类变化概括为：“人与天地相参也，与日月相应也”（《灵枢·岁露》）。从天人合德，天人合一到“人与天地相应”，外延明显窄了，内涵则更为具体，深刻。这一观念一经确立，便促使人们把生命过程和健康疾病问题等放在最为宽广的背景中加以考察。而通过数千年的探索，人们发现：季节、气候、时间（包括昼夜、年月）、地理因素等都影响着人的生命过程，都与健康与疾病存在着某种或强或弱的关联，且表现出一定的规律性。从而，中医学得以在诸如时间医学、气象医学及地理医学等众多与生态学有关的领域积累经验，形成学说。以致于近年来这些新兴学科兴起后，热衷于“寻根”者大有人在，且大都能获得一定的收获。如果说“人与天地相参”这一观念倡了医学生态学研究之先导，也未尝不可。

**顺应自然** 从“人与天地相参”的观念出发，必然得出养生和防治当“顺应自然”的实践原则。《素问·四气调神大论》便专门讨论“调神”和养生如何顺应自然问题。指出：“夫阴阳四时者，万物之终始也，死生之本也。逆之则灾害生，从之则苛疾不起，是谓得道。道者，圣人之行，愚者佩（违背）之。从阴阳则生，逆之则死，从之则治，逆之则乱”。“……所以圣人春夏养阳，秋冬养阴，以从其根，故与万物沉浮于生长之门。逆其根，则伐其本，坏其真矣”。并列出了春夏秋冬的不同养生方法。这一原则对养生实践来说，是有价值的。

防治实践也应考虑时空特性，参照日月天地等变化因素而适当作出调整。中医临床治疗学遂有“因时制宜”、“因地制宜”等重要治疗原则。在丰富的临症实践基础上，人们总结出了众多切合实用的具体大法，如“用寒远寒”、“用热远热”、“用凉远凉”、“用温远温”，“月生无泻”、“月满无补”，“月廓空无治”及“子午流注”、“灵龟八法”等，且在药物的具体选择运用上，也积累了不少经验。许多名医反

复强调在选择运用麻黄、桂枝、附子、黄连、大黄等性味偏峻猛的常用药物，包括决定剂量大小时，必须考虑季节特点和区域差异，甚至昼夜之别。而现代研究结果，如实证研究揭示的生理、病理变化的昼日、周月等节律，<sup>①②</sup> 群体调研所提示的人群体质构成的时空差异，<sup>③</sup> 及诸如桂枝、大黄毒性作用的昼夜变化，<sup>④⑤</sup> 等等，都支持或印证了中医学的有关认识。可以说，顺应自然这一原则帮助人们从理论认识走向具体的实践操作，有助于解决一些临症问题。

**天人对立与“人类中心论”** 就象其它观念不断更替一样，西方的“天人观”，也经历了一个演变过程。寻绎其脉络，约可分为三大阶段：古希腊罗马时期，存在着类似于中国古代“天人合一”的“有机的自然”的概念，认为自然界是个不断成长中的有机体，“人和自然是同质的和谐”。<sup>⑥</sup> 同时，由于航海的薰陶，也孳生了征服自然，对抗自然的意识（参见第二编第一章）。观念被禁锢了，蜕变成由“异质的”“神”、“人”和“自然”构成的三级等级结构，在这个结构中，三者是相互对立的。神超越一切，创造和支配一切；人则为神所创造，为神而存在；自然则是纯粹的“外物”，是没有生命的被动世界。文艺复兴运动是以否定上帝和神，解放人自身为宗旨的，因此，神就被从“天人观”中赶了出去。于是，中世纪的，由神、人、自然构成的三级结构，变成了人与自然对立的，以人为中心的新结构。这一新观念的意义十分重大。

众所周知，人文主义吹响了“文艺复兴”的号角。它打出“我是人，凡人的一切我都要了解”的旗号，强烈反对以神为中心的旧教义，鼓吹“一切要以人为中心”。这其实是希腊精神的某种“复兴”，

---

①伊藤真次：《人体昼夜节律》，重庆出版社，1983年。

②何裕民等：《辽宁中医杂志》，11：1～5，1987年。

③何裕民等：《中医杂志》，5：46～51，1986年。

④何裕民等：《浙江中医杂志》，11：46～47，1987年。

⑤何裕民等：《中药通报》，13(2)49～50，1988年。

⑥《自然辩证法原理》，第11，13页，上海科技出版社，1985年。

与该地的人文地理条件和生产方式等都有着内在的联系（参见第二编第一章）。这些观念被某些学者称作“人类中心论”。它不再把人类单纯地看作是有机自然的构成部分，或附庸，而是自然界的对立面，“人和自然都是独立的”。并突出人类在认识自然，改造自然中的力量。笛卡儿便强调：人类应成为：“自然之主宰和统治者”。认为人能够认识自然和控制自然，而要控制自然，首先须通过“实验”来解剖自然。所有这些，不啻给近代自然科学探索者注射了“解剖”自然的勇气，指明了研讨的对象——自然界及人的自身；而且在方法论上也有大胆的提示：可割裂人与自然、局部与整体，把要考察的对象从整体的错综关系（统一性）中抽取出来，分门别类，就事论事地深入了解各个细节。另一方面，人与自然的分离，天人对立，引导人们“把自然看作一种威胁，而不是归宿，强调人与自然之间的不可调和的对立关系。对立导致冲突，冲突必然在导致人的恐惧、痛苦、神秘感的同时，激发出人类想要征服自然，改造自然，使自然为人所有所用的强烈欲望”。新的观念对人们探索实践的有形或无形的驱动作用是巨大的，她敦促人们大胆解剖自身，分解对象，并不断获得确凿的科学知识。因此，有人如是说：“正因为西方人的观念中，把自然作为人类的对立面，……才能创造出发达的自然科学，使人对自然的改造……飞跃性地发展，并使人的思维能力日益提高”。

**合与离的评说** 人与自然“合”与“离”的评价，不是一个简单的是非、优劣和高下问题。无可否认，没有人与自然的分离，很难想象会有深入的实证研究，文化领域的“天人合德”观念也的确对国人的思维和个性方面消极成分的滋长起着不良影响。更何况中医学对天（自然）的认识，带有明显的、闭合的空间观（以天地为上下限）和循环的时间观（以昼夜、四季的周而复始的变化为主要标志），因此，古人特别注重人体生理机能的潮汐样“振荡”（循环）变化——生物节律，并“造成了偏重、甚至夸大事物统一性和一般

性的倾向”。<sup>①</sup> 这些，都无助于人们客观、深入地探析自然的奥秘，了解人与自然的本来联系，对此，应该有所认识。

天人对立，人与自然分离，对于认识的深化来说，是积极有益的，但它也造成了一些负面的效果。一是易使研讨倾向于割裂事物间的联系。如在观察人的健康、疾病等情况时，每每忽略外界因素的错综影响，而仅仅把众多生理参数看作是恒定不变的，在病因病理上亦常陷入线性因果联系的泥潭。另一方面，这一观念趋使人们过分肯定人的主观性、能动性及征服力量，强调人对自然的征服。而事实表明：近几十年来，许多世界性灾难都源于人类的过分自信和她对自然肆无忌惮的“征服”。美籍华人学者成中英教授公正地指出：“有许多错误观念的形成是由于认为自然与人是对立的，如果这种天人相对立的观念是对的，人显然会遭受自然的迫害，或人将为自然所完全控制。”<sup>②</sup> 现代科技界的精英们亦积极呼吁：人们应该“更好地了解我们的环境，并与大自然建立一种较少破坏性的共存关系”。<sup>③</sup> 总之，人与自然的关系中，统一与对立，和谐与矛盾是并存的；“顺应”就是“征服”的一种方式，一味的征服，必然使人无法顺应自然，而顺应和征服的目的都是为了更好地利用自然，发展人类，故执“合一”或“分离”，“顺应”与“征服”之任何一端而不顾其他，都是欠妥的。我们倾向于认为，应注意它们之间的相互联系和相互补充，而把每一个都用到该用的地方。现代系统论和现代生态学的崛起及发展，可以说是贯彻这一精神的成功范例。

#### 第四节 一元与分离

哲学智慧有时比具体知识更重要。

---

①刘长林：《内经的哲学和中医学的方法》，第133页。

②[美]成中英：《中国文化的现代化与世界化》，第68页。

③G.尼科里斯，I.普利高津：《探索复杂性》，序，四川教育出版社，1986年。

回答了人与自然的关系后，人们的视野自然而然地集中于人本身。人的外在可以把握的现象只有两类：心理的和生理（躯体）的。前者常简称作“心”或“神”（心神）；后者则概之为“身”或“形”（形骸）。人类对于自身本性及千奇百怪的心理现象之关注，决不晚于对生理和躯体变化的观察，而这两个问题皆十分错综复杂。因此，早期的史料中，这方面的论述斑驳陆离，色彩异常。医学家们更多关注的是心与身，形与神之间的相互关系问题。

**心身问题,医学的一个主题** 当人类走出本能医学阶段，医疗实践上升为有目的的探索行为，并成为一种社会分工时，人们很自觉地把医学的探视重点聚焦于“人”及他的健康和疾病问题上。当时，直观加猜测是人们的主要认识手段，这些方法使人们在考察人的问题时，每每易把心理现象和躯体异常扯在一起，或混作一谈。而凭藉直觉和经验，又不难发现心与身都和健康及疾病相维系。如春秋时的管仲说：“思索生知，慢易生忧，暴傲生怨，忧郁生疾，疾困乃死”（《管子·内业》）。古希腊的斯多葛学派也强调精神安愉可促进肉体健康。希波克拉底倡言的“四气质说”，揉合了身心两方面的特点。他的名言，“知道谁生了病，比知道他生了什么病更为重要，”影响深远。迄止当代，1948年，世界卫生组织成立宪章中通过的关于健康的定义：“健康不只是没有疾病或虚弱现象，而是躯体上、心理上和社会上的完满适应状态”，更是有所承启。可以说，研讨医学，诊治和防范疾病，不可能不涉及心身问题，它是医学研究中的一个主题，然而东方（包括中国和印度）与西方在这一问题的认识上却迥然相悖，由此衍生出双方的多方面特点。

**形神合一，彻底的传统** 早在春秋战国时期，一些思想家就从直觉中洞悉了形神之间的某些关系。如荀子在《天论篇》中指出：“形具则神生”。体现了唯物的心身一元观。中医学则承继和发展了这一观念，《灵枢·经脉》曰：“人始生，先成精，精成而脑髓生。”名医张景岳在《类经》中也反复强调：“神依形生”，“无形则神

无以生”，“血脉和则精神乃居”。这一形在神先的一元观，是中医学有关形神问题认识的出发点。基此，人们又提出了“形神合一”，“形质神用”等具有辩证思想的观点。《灵枢·天年》说：“血气已和，营卫已通，五藏已成，神气舍心，魂魄毕具，乃成为人”。《素问·上古天真论》也认为“形体不敝，精神不散”，人方泰然长寿，主张“形与神俱”。张景岳则指出：“人身血气为本，精神为用，合是四者以奉生，而性命周全矣”，强调“形神相即”。这些论述体现了一个基本观点：人的生命过程，是由形与神两方面相互协调、和谐，综合而成，故考察生命及健康和疾病问题，切不可忽略精神心理活动，而应综合心身，作出全面考虑。

上述观点促使医家进一步倡导了“形质神用，神可御形”的理论，使中医学对形神关系把握，更为深刻。南北朝著名学者范缜曾把形神关系形象地喻之为刀的“刃利”，指出：“神用形质”，“神之于质，犹利之于刀；形之于用，犹刀之于利。利之名，非刃也；刃之名，非利也。然而，舍利无刃，舍刃无利。未闻刃没而利存，岂容形亡而神在？”（《神灭论》）基此，刘完素也把形神关系概括为“形质神用”，认为形体是心理活动的物质基础，心理活动则是形体的功能表现。张景岳亦指出：“形者神之体，神者形之用；无神则形不可活，无形则神无以生”。形神体用一源的认识，敦促中医学家重视形神之间的相互依存，相互作用关系。同时肯定了心神对形体的影响，不只是一种从属的、次要的，在某种特定情况下，它甚可起主导作用。刘河间把这种作用称之为“神能御其形”。张景岳则发挥曰：“虽神由精气所生，然所以统摄精气而为运用之主者，则又在吾人心之神”。<sup>①</sup>明末清初的医家绮石的论述更为精辟，“以先天生成之体论，则精生气，气生神；以后天运用之主宰论，则神役气，气役精。”<sup>②</sup>这些认识肯定了形在神先，形神一元，形神合一，形质

---

①张介宾：《类经》，第659页，人民卫生出版社，1965年。

②绮石：《理虚元鉴》，第10页，江苏科技出版社，1982年。

神用，又突出了精神心理对躯体生理的某种十分重要的调控作用，显然是深刻的，猜度到了形神之间的辩证关系。而这一认识又与《素问·上古天真论》所说的“恬淡虚无，真气从之；精神内守，病安从来，”遥相承启，且为《内经》反复强调的“上工守神”之治疗原则的最好注脚。因此，形神合一观是中医学的一个彻底的传统，它既体现在前后认识的承启性、一贯性上；又表现在认识本身的内在相互衔接、较为彻底上。

**心身二元，一个不散的阴影** 古希腊时代，是贤哲叠出的时代，学者们对于心身问题，仁智互呈，并无一致的看法。有不少学者持有较正确的观点。大哲学家柏拉图却持有心身对立，心身二元的观点，甚至“吸取了关于灵魂不死和转世的神秘主义说法”。<sup>①</sup> 柏拉图的哲学体系对后世影响很大，故心理学史专家发现“从柏拉图时代起，大多数学者采取所谓二元论的观点，认为心和身是具有两种不同的本质”。<sup>②</sup> 有些学者甚至走得更远，认为心身两者是彼此独立，互不相干的。古罗马覆灭后，神学占了主导地位，宗教教义就成了解释心身关系的唯一权威，从此，精神与肉体对立，心身二元的观念更成了西方对这一问题认识的主旋律。其阴影不散，可以说一直笼罩至今。

文艺复兴运动是以向神学宣战为主要旗帜的。而 18~19 世纪，神学已被全面击溃，故人们通常戏称这一时期“上帝死了”。然而，尽管如此，上帝的余威仍在，西方学者在心身问题上依旧陷于二元论的泥潭中，而表现出一些极端的看法。如不少学者遥承中世纪的观点，认为“心与身彼此的关系就象演木偶戏者与其木偶连在一起的那种关系一样，……心俨然是以绳子拉着身体的演木偶戏者”。<sup>②</sup> 如此割裂心身，一味强调心的作用，自然走向了极端。

笛卡儿，这位被视作文艺复兴后对心理学作出了重大贡献的人

---

① 全增嘏：《西方哲学史》，上册，第133页。

② [美]舒尔茨：《现代心理学史》，第21页，人民教育出版社，1981年。

物，则走向了另一极端。他无法否定心可影响身这一事实，却反复强调身对心的作用更强，并“把注意力集中在严格的心——身的二元论上”，<sup>①</sup>将心身完全分开，视作两个不同的实体，力图对心理现象作出纯机械的解释。故心理学史权威杜·舒尔茨认为：顺着笛卡尔的思路走下去，“迟早要把人的心只归结为一架机器”。<sup>②</sup>稍后于笛卡尔的拉美特里在这方面走得更远，把心灵视作人这架机器上的附庸。<sup>③</sup>他们的思想影响延续至今，19~20世纪的心理学家如赫尔姆霍茨（Helmhoitz, H.V.1821~1894），冯特（Wandt, W.1832~1920）乃至今日仍盛行于美国的行为主义，都有笛卡尔等观点留下的痕迹。

上述两种极端的认识深深地影响了近代西医学界，使他们有意无意地割裂了心身两者的关系，其中，后一种观念的作用更为明显。以致许多医学家在探讨有关健康或疾病问题时，对心理问题不屑一顾，或者仅仅视作是躯体的附庸，寄居物。如比利时医生房·爱尔蒙（V.Helmont）就认为心灵只是寄居在“幽门”部位的，有的医生则认为“心灵住在胃里”，或住在脑中，只是身体的从属，他们大都赞同心身、二元的观念，据此，人们自然不难理解，为什么“生物医学模式”这个没给心理和社会因素留下立足之地的观念，会演变成统治西方医学数百年，且一直延续到今天的，教条化了的“至上命令”控制着一代又一代的西方医学工作者。令人感叹的是，恩格尔教授，这位以激烈抨击传统的生物医学模式，反对心身二元论，提出社会——心理——生物医学模式而著称的现代医学家，其本身观点中亦残存着心身二元的阴影。<sup>④</sup>可见，无形的观念，就象如 go 佛的掌心一样，要想摆脱它，绝非易事。

---

①同②第21页。

②[美]舒尔茨：《现代心理学史》，第22页，25页，人民教育出版社，1981年。

③拉美特里：《人是机器》，见《西方哲学原著选读》，下册，第106页。

④何裕民：《医学与哲学》4(10),38~41,1983年。



挖掘中西方对心身关系认识差异的根源，是困难的，复杂的。首先，其渊源在于早期的哲学传统：割裂或对立心身两者的观念，在先秦时期的中国并未占据主流；而柏拉图则确立了心身二元之信念。其次与宗教的地位有关。众所周知，中世纪的欧洲，是神学占统治地位，宗教为了自身的目的显然竭力强化心身对立的观念；在中国，宗教从未占据过统治地位，相反，由于主导观念的恒定、凝固，使早期从直觉中获得的心身一元认识得以一脉相承，不断深化。再次，文艺复兴后，机械主义成为当时风行欧洲整个自然科学界的时代精神，因此，笛卡儿和拉美特里的观点之产生及成为主流，是很自然的事。这些观点虽可以驳倒早期带有宗教色彩的二元论，却无法深刻揭示心身之间辩证的一元关系，因为简单的机械主义观念，对于心理活动及心身关系这类极为复杂的对象的研讨，是无能为力的，它本身亦不足以贯彻到底。最后，有西方学者认为：文艺复兴后，在自然科学家的攻击下，宗教神学溃退了，把很多原先宗教教义中已有“定论”的领域，无可奈何地拱手让给自然科学家，让他们根据自然界的本来面貌加以研讨，当时，宗教界和自然科学界就人的问题的研究似乎达成了一项默契，生物躯体问题允许人们自由探讨，而心灵问题，依然是神学的领地，不希望自然科学界染指。正因为这样（当然也包括前几项原因），心理学从神学和哲学中分化得最晚，它真正走上科学化道路，只是缘于19世纪后叶冯特的开创性研究。而这一时期，自然科学家系统探讨心理问题的也确属罕见。心和身分别由神学家和生理学家加以研讨，心和身之间的“鸿沟”自然无法弥补。

还应该指出的是，19世纪末，马克思、恩格斯从哲学角度很好地揭示了心身之间的关系，然而，这些深刻的思想似乎对西方医学界和心理学界影响不大。倘若人们能重视这些观点，循此而作出探究，近百年下来，也许生命科学在不少方面会大为改观。

**果实的差异** 观念的分歧，使得中西医学在这一问题上呈现出一系列不同的特点。强调形神合一，形质神用，便使得中医学形

成了注重心身，密切结合形神两者来研讨健康和疾病的传统。这一传统又产生了一系列硕果，表现在医学理论、医学方法和临床实践等各个环节。如在理论方面，藏象学说中就把生理和心理综合起来考察，“五脏五志”说，感觉与五脏的联系说等揭示了脏腑与精神活动之间的特异性关系，而心藏神、肝藏魂；“血者，神气也”等等强调的又是脏腑与心理活动之间广泛而非特异性的联系；中医学对心理活动，心理结构的认识也很有特色，它以“神”来概括各种精神心理活动，又以“魂”、“魄”作出进一步的区分；神、魂、魄、意、志、思、情、性、欲等构成了中医学所特有的，对人的心理结构的系统认识。<sup>①</sup> 它把“心”（脑）作为整合躯体机能和精神活动的中枢，曰：“心者，五脏六腑之大主”；心，“神明出焉”，猜测到了心与身交互作用的主要作用点，并在此基础上建立起心身系统结构理论；<sup>②</sup> 这也是中医学整体观念的重要支撑点。<sup>③</sup> 在病因病理上，它也提出了一系列实用而又深刻的认识，如从《内经》起，就把精神心理因素视作病因之一，后世更发展成“内伤七情”说；对于引发精神情绪的各种因素，也作了较全面的总结，以至今日仍有重要的指导意义。<sup>④</sup> 在病理机制上，中医学的认识是宏观的，却又是丰富和实用的。<sup>⑤</sup> 在对具体病症的认识上，中医学家从临床经验中体会到许多病症都与精神心理因素有关，且作了一定深度的探讨，留给今人以翔实的经验性资料，可补新兴的心身医学这方面之缺陷。<sup>⑥</sup> 另一方面，国外学者发现，在对于心身病症症状特点的描述方面，中国人远远地走在前头。而在防治实践中，它又首先确立了必须注重患者精神心理活动这样一个基本原则；其次，在具体治法上，她一方面积累了大量药物治疗的经验，创制了诸如小柴胡汤、逍遥散等有效方剂，另一方面形成了独特的情志疗法系列，这些在今天仍备受

---

①何裕民、叶锦先主编：《心身医学概论》，上海中医学院出版社，1989年。

②何裕民：《整体观念之我见》，上海中医学院学报(2)1988年。

③何裕民：《七情内伤探赜》，上海中医药杂志。

重视，以致一度形成研究热潮。此外，不可忽视的是，经络的发现，气功的形成和发展，皆和实践中注重形神合一有关，可以说亦都是心身功夫所结出的硕果。古代印度关于心身问题有过与中国类似的观点，因而印度的瑜伽术会独秀一枝，高度发展。

心身二元显然给西医学带来了更多的消极后果。它的理论和实践几乎不涉及心理问题。很长一段时间，诊治中的心理因素亦被撇在一边，不予理会，更不用说把它视作重要的致病因素和影响因素。即使在今天，对于临床常见的，与社会适应及心理因素有关的病症，西医学不是推给“精神病学”，就是套上一顶本身命名就不太确切，而外延又无边际的“神经衰弱”、“神经官能症”之类帽子。一般医生与精神科医生则老死不相往来，而精神医学至今仍蒙上了一层神秘、可怕的阴影，以至社会舆论迫使人们谈精神病而色变，不敢自动地寻求精神科医生的帮助，更不敢跨进精神病院之大门。在另一方面，近百年来，心理学获得了极大的发展，许多学科都主动与心理学攀亲，心理学也的确渗透到了这些学科领域，发挥着积极作用。然而，与心理关系最为密切的医学却异乎寻常，无动于衷。医学心理学是心理学家前来与医学家联姻，但在西医学界，人们的反应近乎冷漠；相反，中医学界却非常积极；从所发表的论文，所作的介绍和参加全国几次医学心理学学术会议的出席者人数等多方面都泾渭分明地显现出差异。再者，许多对于解决躯体病痛颇有效果的心理疗法，也都是心理学家所奉献的，这些疗法尽管文献中反复推荐，却很少有西医学想到要试一试，临床用一下，也很少有人对此表示兴趣。他们还只是迷信手术刀及化学药物。所有这些，寻绎其认识论根源，皆在于心身二元观上。它已阻碍了现代医学的健康发展。

**心身医学崛起的思考** 本世纪 30 年代，一些精神病学家和临床心理学家创立了心身医学这门新兴学科。这是站在医学角度探索心与身和健康与疾病关系的有益尝试，它发展迅速，且在不少领域已取得令人瞩目的实绩。它的崛起和迅速发展，至少给人们以下

几点启迪:

首先, 医学研究必须定位于完整的人, 定位于人的健康和疾病, 而不只是躯体正常与异常。完整的人有着相互作用, 却层次不一的生理和心理两大机能。心身医学研究所提供的大量事实表明, 心理因素与健康及疾病的关系及其重要性, 并不见得次于生理或生物因素, 所不同的仅是作用方式和机制的差异而已。忽略心身中的任何一方, 或不能把握两者的相互关系, 都无助于医学问题的解决。在疾病谱发展迅速演变, 纯生物躯体性疾病日趋逊位于有社会、心理、生物等综合因素参与其间的心身病症的今天, 这显得尤为重要。也正因为这样, 不少心身医学专家视心身医学为现代医学发展的健康方向。如日本的池见西次郎教授认为: “所谓心身医学, 是依其采用正确意义的心理学以期对医学进行重新调整为目的的学问”。<sup>①</sup> 秋本教授说得更精辟, “对心身相互关系的探讨是所有医学领域的研究者和所有专门领域的临床家都应该关心的问题, 并非特别人的专有物。也就是说, 不可能有心身医学者这样的专门家。如果主张其存在理由的话, 就是现代医学依然故态, 站在机械的心身分离的疾病观点上, 对医学对象的人, 不能作为统一存在来认识。反过来说, 当心身医学的出现, 渗透于所有医学领域之时, 也正是心身医学丧失其存在理由之时”<sup>②</sup>。

其次, 要顺应医学健康发展的趋势, 真正做到把医学研究的对象定位于完整的人及其所生的病, 就必须变革心身对立、心身二元的传统观念, 接受正确的思想认识之指导。从一元论的基点出发, 把握心身之间相互维系、相互作用的辩证关系。这可以说是现代医学发展进程中不得不经历的、艰难的过程。

最后, 在变革观念, 全方位地透视人和他的健康及疾病的艰难过程中, 西医学可以从中医学中获得良多的启发和借鉴, 甚至可直

---

①池见西次郎:《现代心身医学》,第6~8页,医歯药出版,东京,1972年。

②石川中:《心身医学入门》,第10页,人民卫生出版社,1986年。

接引进一些科学成份。中医学在这一方面从理论观念到具体实践操作等都有着不少可取之处。另外，在这一过程中，中医学的有关内容又可借助现代医学科学及心理学所具有的现代科学精神及科学技术手段的洗礼、提炼，上升为科学知识。可以说，这一领域很可能是中西医学交融贯通的前沿阵地之一。

(何裕民,上海中医学院)

## 第二章 带色的眼镜——认识方法论之异同

构成科学的并非是事实本身，而是整理事实的方法。

——毕尔生

一部医学史同时也是一部医学方法论的发展史，因为“方法并不是外在的形式，而是内容的灵魂和概念”。<sup>①</sup>可以说，任何一个历史时期的医学范式，都以与之相适应的方法论作为其理论发展的杠杆。中西医学范式的差异，从其外部因素来看，打上了人文地理和文化背景等的烙印；而从其内在因素分析，方法则具有最深刻本质影响。

“方法”一词源出希腊文 *μεταόδός*，原意为沿着某条道路行进。黑格尔认为，“方法”即是主观方面的某个手段，它是许多已知规定的集合，主观通过这个手段和客体发生关系，并运用已有的知识概念对经验材料进行思维加工，从而获得新的认识。<sup>②</sup>方法有认识方法和实践方法之别，本章拟只就黑格尔所说的认识方法加以讨论。认识方法是主体观念地掌握客体的手段，认识方法之结构是医学理论和范式的深层结构。而所谓方法论，则是对某一认识方法体系的形成、特点和运用以及与理论结构的关系的一种哲学反思。我们试图通过对中西医学认识方法论的共时态研究，揭示出形成中西医医学理论和范式差异之内因。

---

①黑格尔：《小逻辑》，第427页，商务印书馆，1982年。

②引自《列宁全集》，第38卷，第236页，人民出版社，1959年。

## 第一节 司外揣内与解剖

### 观察渗透理论

中西文化比较研究的先驱之一梁漱溟先生早就敏锐地看到，同一种疾病在中医学说是中风，西医学说是脑出血，这种差异主要是由于中西医学观察同一椿事所操的方法之不同。<sup>①</sup>观察，是医学活动主体在一定的认识目的、意向和知识背景下，有意识地发挥感觉器官的功能或借助一定的工具，从客体获得有关科学事实的基本认识方法。无疑，观察在中西医学理论体系的形成和发展中都具有重要的基础性意义。如《内经》中已明确提出“察病人之态”、“察色按脉”、“察其形色气泽”、“察其寒热”等观察内容，以作为认识之始基。

然而，观察决不是消极被动的直观，也不是简单的看、听、嗅、触的感知活动，客体如何成为主体的观察对象，这取决于对象的性质以及与之相适应的主体本质力量的性质，因为正是这种关系的规定性形成一种特殊的、现实的肯定方式。<sup>②</sup>虽然梁漱溟先生看到了中西医学观察方法的差异是：西医学所操的是解剖法，即一种“总是变更现状的看，试换个样子看，解剖了看，不拿那个东西当那个东西，却拿别的东西来作他看”的方法；<sup>①</sup>中医学所操的是猜想直观的方法，即一种“不变现状的看，囫圇着看，整个着看，就拿那个东西当那个东西看”的方法。<sup>①</sup>但是，对于人类生理和疾病这样同一个对象，中西医学为什么会有这样截然不同的观察方法和它所体现的不同主体的本质力量？以及这两种方法的各自利弊和互补性，梁先生却远未论及。这恰恰是我们要继续思考的问题。

**司外揣内的功能观察法**      如果说中医学不曾有过形态解剖方

---

①梁漱溟：《东西文化及其哲学》，第28页，商务印书馆，1922年1月初版，1987年影印版。

②《马克思恩格斯全集》，第42卷，第125～126页。

法，那显然是不公平的。因为早在《内经》里就有不少解剖学的记载，甚至《灵枢·经水篇》中已明确声称：“夫八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而视之”。但是，遗憾的是这种解剖研究方法两千多年并没有为后世医家所弘扬，并且也始终未能登上中医教育之殿堂。形态解剖的观察方法在中医发展的早期便夭折了，取而代之的是司外揣内的功能观察方法。

所谓司外揣内，就是“视其外应，以知其内藏，则知所病矣”（《灵枢·本藏》）。中医学为何要使用这种“由表知里”的方法，而不适用“解剖而视之”这种更直接的方法呢？《灵枢·决气篇》中说：“人有精、气、津、液、血脉，余意以为一气耳”，而“气之不得无行也，如水之流，如日月之行不休，……终而复始”。可见中医认为生命之本质乃在于“气”的生化运动，而不是形。因“气合而有形”（《素问·六节藏象》），“形归气，气归精，精归化”（《素问·阴阳应象大论》）。《灵枢·胀论》中也说得很明白：“藏府之在胸胁腹里之内也，若匣匮之藏禁器也，各有次舍，异名而同处，一域之中，其气各异”。所以，中医学观察注重气之运动，而轻视形态，而观察气之运动必须在机体活体状况下才能做到。这就决定了中医学家对认识方法之取向必然是一种功能观察法而不可能用静态的解剖法。这正如对“命门”的认识，清末医家何廉臣说：“（命门）视之不见，求之不得，附于气血之内，宰乎气血之先。非解剖法所能知，非显微镜所能窥”（《通俗伤寒论》）。

“司外”又何以“揣内”呢？中医学认为，“形精之动，犹根本之与枝叶也，仰观其象，虽远可知也”（《素问·五运行大论》）。这就是说“藏府”虽隐而不见，然其气象性用必显之于体外。正如《灵枢·外揣》形象之比喻，“日与月焉，水与镜焉，鼓与响焉。夫日月之明，不失其影，水镜之察，不失其形，鼓响之应，不后其声，动摇则应和，尽得其情。……若是则内外相袭，若鼓之应桴，响之应声，影之似形，故远者司外揣内，近者司内揣外”。具体说来，《内经》提出与规定了“内藏”与外应之“象”的关系：如“心之合脉，其



荣色；肺之合皮，其荣毛；肝之合筋，其荣爪；脾之合肉，其荣唇；肾之合骨，其荣发”（《素问·五藏生成》）。又如：“五官者，五藏之阅也”，“鼻者，肺之官也；目者，肝之官也；口唇者，脾之官也；舌者，心之官也；耳者，肾之官也”（《灵枢·五阅五使》）。由于作为客体事物的“内藏”本身是许多属性和关系的总和，它们在活动状况下的表现必然是复杂多维的，显然，对生命机能的认识远不如解剖形态的认识之直观和单纯。故中医学创造了从音、色、脉、舌等多个维度的“象”，来获取内藏生理和病理信息的四诊方法，以求达到全面系统的观察。

从观察要素来看，中西医学的明显差异是中医学仅仅使用人类自然的五官和四肢作为认识工具，而西医学则借助仪器和设备。我们姑且不说后者对人感觉器官能力的扩大和延长所带来的革命，仅就观察结果来说，工具的使用就具有极其重要的意义。也许有人以为，感觉器官的天然观察界限必然导致结果的粗陋和简单。其实恰恰相反，无论是否诊，还是脉诊，其观察结果之繁细竟是拥有无数电子设备的西医学所望尘莫及的。而观察工具的使用使得观察的对象、内容和结果被限定在非常有限的范围内。因此，可以说，感觉器官和直接观察和以客体不加干涉的自然观察方法，才正是观察结果之繁密和释义域（或解释阈）增宽的渊薮，而这又必然带来医学命题的歧义和不精确性。

**解剖——形态观察法** 与中医学轻解剖方法相反，西医学从古希腊起就具有良好的解剖传统，这种传统可能发源于古埃及制作木乃伊的风俗。早在公元前6世纪时，希腊学者已意识到解剖对医学的重要性。至盖仑时代，解剖学已成为当时医学教育的基础课程。文艺复兴后，西医学的进展大多与解剖学及观察方法的进步有关。如列文虎克（Leeuwenhoek, A）和马尔比基把显微镜引入解剖学，便使西医学的形态观察进入了一个新的历史台阶。

解剖，是一种主要的形态观察方法，它在西医学中之所以发达，主要的乃是主体的认识信念与中医学不同。西方的哲学家、生

物学家和医学家都普遍倾向于认为，动物进化所表达的语言和音节就是生命体的各种形态结构。亚里士多德认为，在无生命的自然界，“物质”高于“形式”，而在有机界，则是“形式”支配着“物质”。黑格尔也曾说：“形态是动物的主体”。<sup>①</sup>他们还认为，人体是世界构造的反映，是大宇宙的缩影，是造物主的伟大杰作。于是，艺术家们和解剖学家们试图通过研究人体这种完美的杰作来认识造物主，这成了与他们宗教信念一致的自觉行为。即使在所谓中世纪的黑暗时期，医学家们仍然紧紧抓住机体形态结构这个要素，只不过是更赋有造物主合目的的构造这种神学色彩而已。

解剖及其形态观察同样是西医学研究疾病的主要方法。早在埃拉西斯特拉斯时，他就认为研究病理解剖学是了解局部疾病的关键。盖仑甚至认为疾病原因的根本就在于局部。1761年意大利解剖学家摩尔干尼的《疾病位置和原因的解剖学研究》一书，开创了器官病理学，把西医学的病理观建立在形态观察的基础上。继而，法国比沙把这种病理形态观察推进到组织学层次，创立组织病理学。1858年，德国病理学家魏尔啸应用显微镜技术开创了细胞病理学，从而找到了细胞——西医学这个“最根本的形态学成分”。魏尔啸宣称：任何生命现象皆表现在细胞中，这是所有生物学说（包括医学）的唯一可能的出发点。<sup>②</sup>

解剖形态观察法的应用与发展给西医学带来了不断的革命，这正如魏尔啸所概括的那样：“只要我们对医史作较为广泛的回顾，就能了解医学的持久进步总是有解剖学的革新作为标志的。每一个较为重大的新纪元，都曾直接地由一系列人体结构的重要发现为前导”。<sup>③</sup>然而，从方法论的角度来看，解剖法的重要性不仅仅如此，还在于它为西医学破除迷信，排除谬误，根除思辨，检验假说

---

①黑格尔：《自然哲学》，第498页，商务印书馆，1980年。

②魏尔啸：《细胞病理学》，第3～11页，人民卫生出版社，1963年。

③魏尔啸：《细胞病理学》，第2页，人民卫生出版社，1963年。

和发展理论提供了一种有效的方法和尺度。如盖仑说：“不仅要研究希波克拉底的拥护者和反对者的观点，而且要直接观察自然，观察动物，通过对自然状态下真实情况的研究，才能判定他的学说是否其实，是否正确”。<sup>①</sup> 哈维更是明确地提出：“我申明：解剖学不能根据书本或哲学的教条，而只能在自然的作坊中进行学习和讲授”。<sup>②</sup> 以血液循环的发现为例，从亚里士多德到盖仑，再到维萨里、哥伦布（Columbus, R.）和哈维，血液循环假说几经解剖形态观察的检验和修正才得以确立。解剖法把理性从书本引向对象的彼岸，并加以实证检验，从而使西医基础理论的发展进入了一个“假说→检验→修正”或“推翻→提出新假说”的良性循环机制中。

毫无疑问，解剖方法的发达是西医学获得巨大成功的基本条件。但是我们也不能不看到这种方法似乎助长了近代西医学中形而上学思维方式的蔓延。诚如恩格斯所分析的那样：“把自然界的事物和过程孤立起来，撇开广泛的总的联系去进行考察，因此就不是把它们看成运动的东西，而是看做静止的东西；不是看做本质上变化的东西，而是看成永恒不变的东西；不是看做活的东西，而是看做死的东西。这种考察事物的方法被培根和洛克从自然科学中移到哲学中以后，就造成了最近几个世纪所特有的局限性，即形而上学的思维方式”。<sup>③</sup> 西医学在相当长的一段时期内正是以这种思维方式堵塞了自己从了解部分到整体，从因果联系到普遍联系的认识道路。难怪黑格尔一再提醒人们，在解剖学家手里处理的只是尸体，而各肢节只有在它们的相互作用的联合中才保持其有机体的存在。<sup>④</sup> 因此，解剖法也只能说是完整认识人体生命之奥秘的一个必要环节和窗口之一，历史发展的必然性已经向我们昭示：它与整体

---

①[美]路易斯等：《生命科学史》，第88页，华中工学院出版社，1985年。

②[西德]文士麦：《世界医学五千年》，第90页，人民卫生出版社，1984年。

③恩格斯：《反杜林论》，第20～21页，人民出版社，1970年。

④黑格尔：《小逻辑》，第271页，商务印书馆，1980年。

的机能观察方法的互补是可能和必要的。

**西医学为何未能发现经络现象？** 经络学说及其针灸是中医学的瑰宝之一，现代医学的大量调查和实验研究足以证明了经络现象的存在以及针灸治疗的客观有效性。这就从方法论角度提出了一个值得深思的问题：为什么在古希腊罗马时期就已正确区分了动脉和静脉、感觉神经和运动神经的西医学却未能发现经络现象和发明针灸？

首先须看看，“经络”是什么。《灵枢·本藏》中说：“经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。”“血”之概念与西医学无异，关键在于“经气”之异。经气，即经络之气。它“所受于天，与谷气并而充身也”（《灵枢·刺节真邪》）。真气在“经脉留行不止，与天同度”（《灵枢·痛疽》）。即使是五络（指手足少阴太阴足阳明之络）经气终绝，也会异致“形无知，其状若尸”（《素问·缪刺》）。很明显，“经络”运行气血的生命现象只是在活动状况下的一个过程。气之为气，全靠其运行发挥，唯有经过运行发挥，气才存在和显现于生命过程中，气之运行发挥亦即气之本身。这正如辩证法大师黑格尔所说：“形态作为活着的东西，实质上就是过程”。<sup>①</sup>并且这个过程是受制于“谷气”等物质的消耗作用的。可见，“经络”作为活体状况下一种运动的形态，实质上是与营养物质消耗及生理功能的发挥等生命机能过程并行存在的“共时结构”。生命一旦停止，气顷刻消散，经络现象也就不复存在。于是，不难理解，以尸体为标本的解剖法是无法发现“经络”的。

经络现象的发现必定产生于对活体的机能观察，特别重要的是主体对自我的观察。即中医学所说的“内景返观”。这是一种特殊的自我机能观察方法，华佗、葛洪都曾论述过这一方法。李时珍在奇经八脉考》中说：“内景隧道，唯返观者能照察之”，是说唯有用自我机能观察（或曰内视、内照）的方法，才能观察和理解“经络”

---

①黑格尔：《自然哲学》，第525页，商务印书馆，1980年。

(即使在今天,对循经传感现象的调查,还必须借助受试者自我感受的报告)。当然,我们不能不注意到,早在中世纪,奥古斯丁(Augustine,S.T.)也提出了类似的自我观察方法,亦称内省法。这一方法在18世纪到19世纪初甚至被推崇到十分重要的地位。但是,与中医学对自我生理现象的“内视”有所不同,它只是把这一方法用于意识和经验,以了解人自我的灵魂。两者所观察的目的、对象和内容亦都截然相左。

这里,便表明了一个更为基础性的问题:即“观察渗透理论”。即使中西医学观察同一个对象,不仅仅观察的方法不同,而且观察什么,观察何处,如何记忆和分类观察的结果,都会因主体先前所接受的理论的不同而相异。试以对病人的肤色的观察为例。中医学有一个具有普遍意义的命题,“夫精明五色者,气之华也”(《素问·脉要精微》),如“五藏已败,其色必夭”(《素问·三部九候》)。而西医学只有关于一病一征肤色改变的认识。这种理论的普遍性程度如何,直接影响着观察的范围和主体观察时的选择性注意。其次,观察病理性肤色必有一定的参考系。在西医学只是以一个民族普遍的和“均匀的”肤色为唯一的参照标准;而中医学对肤色的观察却是多色谱的,即“五色微诊,可以目察”(《素问·五藏生成》)。“以五色命藏,青为肝,赤为心,白为肺,黄为脾,黑为肾”(《灵枢·五色》),此为其常色。那么,正常与不正常的肤色又如何鉴别呢?《素问·脉要精微》中说:“赤欲如白裹朱,不欲如赭;白欲如鹅羽,不欲如盐;青欲如苍壁之泽,不欲如蓝;黄欲如罗裹雄黄,不欲如黄土;黑欲如重漆色,不欲如地苍”。赭、盐、蓝、黄土、地苍等色皆为五藏精微之败象。此外,中医学还对观察五色之色部,观察肤色的内容(浮沉、荣枯、夭泽、散等)皆有详细的理论规定,这些都是西医学所没有的观察理论负荷。可见,观察方法对医学理论并不是保持中立的,它受理论的传统范式和历史发展的影响,这就不能不使我们注意到,中西医学在如何获得以及获得怎样的科学事实方面,已经有了基石性的差异。

**观察陈述** 观察的目的是为了查明有关客体的事实，掌握现实的感性经验材料。但是，这些感觉、知觉和表象形式的感性经验只具有不可复得的短暂性。为了保持这些感性材料，以便对它们作进一步的思维加工，或者为了传递给他人，就必须运用语言对观察过程和结果加以记录和描述，对有关客体的事实给予陈述。中西医学不仅观察方法及其理论负荷不同，而且观察陈述也大异其趣。

首先，表现在使用不同的语言系统，语言是“思维本身的要素”（马克思语），观察陈述必须借助这种符号系统来指称被观察的客体现象。然而，在不同的民族用什么符号及其符号系统来指称客体，表达事物之间的关系，却常常有很大的差别。例如，英语句子靠形合法（hypotaxis）来连接，而汉语则靠意合法（parataxis）串联。挪威著名学者 J. 加尔通（Galtung）认为，在语言的时空表现上，英语呈直线、僵硬、明确的表语型特点；而汉语呈灵活、多义（甚至具有超含义）、模糊的关系型的特点。<sup>①</sup>显然，用英语所作的观察陈述单义和明确，易于检验；而用汉语所作的陈述多为隐喻、借喻、类比，文学色彩浓厚，不易作出证实或证伪的检验。

其次，在中西医学不同的语言系统中，对生命现象有不同的“切分”程度和方法。如英语不分“粗”、“厚”、“浊”、“密”，都称为 thick，而汉语则区分很细。如“气之大别，清者上注于肺，浊者下走于胃”（《灵枢·清浊篇》）；“密理厚皮者三焦膀胱厚，粗理薄皮者三焦膀胱薄”（《灵枢·本藏》）；“味厚者为阴，薄为阴之阳”（《素问·阴阳应象》）等等。

再次，中西医学各自使用自己的词汇和术语来指称独自发现的客体现象。如中医学对“气”、“六淫”、“穴位”、“经络”、“神”等的观察描述，在西医学无法找到对等的词汇；同样，西医学的“细胞”、“组织”、“变性”、“坏死”等观察陈述在中医学中也缺乏互译的确切概念。根据美国民族语言学家沃尔夫的假说，同一个客体的论据，并

---

① 《国外社会科学》(8):11, 1985年。

不使所有的观察者都得到相同的宇宙图象，除非他们的语言背景是类似的。可见，要对中西医学观察陈述进行比较和检验，非得从这些“语言的细胞”——词汇的分析开始不可。

最后，观察陈述所使用的术语、符号以及陈述的结构还直接地影响着中西医学各自陈述的精确性（关于这些，详见第二编第四章）。

观察只是整个认识方法和过程中的一个环节，仅仅凭靠这个环节得到的经验，是决不能充分证明必然性的。医学家只有在这个基础上，进一步运用理性思维，对经验的事实进行加工处理，才能建立具有普遍必然性的理论或认识。

## 第二节 正名与逻辑

我们的意见之所以不同，并不是由于一些人所具有的理性比另一些人更多，而只是由于我们通过不同的途径来运用我们的思想，以及考察的不是同样的东西。因为单有良好的心智是不够的；主要在于正确地应用它。

——笛卡儿

任何科学都是应用逻辑的，逻辑方法是一切科学技术体系的核心要素之一。正因如此，爱因斯坦把形式逻辑与实验并称为西方科学发达的两大杠杆。在近代中国，当西方学术涌入黄土地时，首先受到学者们关注的也就是中西方逻辑方向和方法的差异。他们认为逻辑学是“一切法之法，一切学之学”（严复语），试图通过中西逻辑思想的比较，找到根治中国旧学弊端之良方，抓住振兴中国精华的根结。

值得研讨的是：中西医学的逻辑思想及其方法是如何影响各自理论体系的建构和发展的。

从总体上看，中国没有现代意义上的形式逻辑，除了象《墨

经》个别著作外，绝大多数逻辑思想是与政治伦理或治学等问题混杂在一起的，其中心是谈名实关系的“正名论”。与此相应的是，中医学的逻辑也是一种蕴含在各种具体问题之中的应用逻辑。相反，西医学由于医家和逻辑学的关系，很早就十分关注自己理论的无矛盾性和概念、命题表达的清晰性。如作过医生的亚里士多德就堪称形式逻辑的开山祖；而著名的古罗马医生赛尔苏斯(Celsus)也写过许多关于逻辑修辞和哲学方面的著作；毛细血管的发现者马尔比基甚至还担任过逻辑学的讲师。从19世纪初起，有关《医学逻辑学》专著不断问世。这些是我们理解中西医学逻辑思想与方法之异同的必要背景。

**正名与概念方法论** 日本著名逻辑学家末木刚博等认为：中国的逻辑是以正名（相当于概念）论为中心，印度的逻辑则以推理论为主题，西方的逻辑又是以判断论为核心的。<sup>①</sup>的确，正名逻辑在中医学中始终具有重要的地位。“循名责实”、“按实定名”，通过“名”来辨别现实的同异，一直是中医学家所追求的。

《内经》“以名举实”，系统地总结了前人和当时医家对人体各个部位脏器、穴位、经络以及部分病种的命名知识。如明确提出了“其病各异，其名不同”（《素问·风论》），以病名界说其病种的逻辑要求。书中提到的病种名称有200多个，其中百余句是专门界说或讨论病种概念的。其格式多为：“征候现象描述 + 病机分析 + 名曰……”。

“名者，名形者也；形者，应名者也”（战国·尹文《大道》），名作为概念，具有“正形”的作用。《内经》以讨论病种名来区分同类不同种的疾病或同类异名的事物。如对同类的“风病”，中医学根据其发病的诱因，区分为“漏风”、“内风”、“首风”等不同病种。又如对阴阳和气血的辨析：“阴之与阳也，异名同类，上下相会，经络之相贯，如环无端”（《灵枢·邪气藏府病形》）。“营卫者，精气也，血

---

①参阅末木刚博：《现代逻辑学问题》，中国人民大学出版社，1983年。



者，神气也，故血之与气，异名同类焉”(《灵枢·营卫生会》)。

正名逻辑在中医学的另一个重要表现是概念划分的相对发达。划分是明确概念全部外延的逻辑方法。“阴阳”是中医学二分法的纲领。以人的机体划分而言，“外为阳，内为阴；背为阳，腹为阴”……(《素问·金匱真言》)；“以证而言，则表为阳，里为阴；热为阳，寒为阴；……以脉而言，则浮大滑数之类皆阳也，沉微细濡之类皆阴也；以药而言，则升散者为阳，敛降者为阴；辛热者为阳，苦寒者为阴，……”(张介宾《传忠录·阴阳篇》)。几乎所有的普遍概念都可以进行这种二分法的划分，难怪“阴阳”被誉为“万物之纲纪”。“五行”则是中医学多划分法的纲领。《内经》把五行“推而散之”，以五行论“五形之人”、“五气之变”、“五邪所见”、“五劳所伤”、“五虚”和“五味所入”等等，广涉中医学的生理、病理、诊断、方药和治则，是中医学对生命的复杂现象之网认识的一个主要逻辑工具。

中医学正名逻辑还突出地表现在各家学说的学术争鸣中。如《难经》首先提出了“三焦有名而无形”的说法，引起了持续至今的名实之辨。又如对“六经”的名实之辨，有认为六经即经络，有认为六经主要指六气，现在又有人指热性病的几个不同阶段。诸如此类，不胜枚举。中医各家学说异常之发达，在世界医学史上实属少见。这是因为中国的学者认为，“万物俱存，不以名正之则乱；万名俱列，不以形应以则乖”(伊文)。把名实关系看作为认识之基本需要。然而，症结在于中医学的名实之辨其要害常常是抱住“先圣”所定的“名”不放，去争论与此相应的“形”(实)是什么。而不是相反，去反思一下称谓某个“形”的“名”之准确性、清晰性和唯一性如何？结果因“正名”而失去对“实”的新发现和旧概念的更新。

中医学维护“名”的传统突出地反映在训诂学方面。所谓“诂者，古也。古今异言，通之使人知也。训者，道也。道物之形貌以告人也”(唐·孔颖达《毛诗·周南·关雎诂训传疏》)。狭义上，训诂学主要是讲字音词义的。它的意义和作用在于通过互训、推原

和确定义界等手段，以明确古籍中词的概念界限，保持概念的古今一贯或一致性而避免歧义。一本《内经》和《伤寒论》两千年间竟有数百家注释和训诂著作，耗费了无数医家学者的心血和精力，其最终目的只是为了维护一个权威的理论范式。因此，似乎可以说，正名逻辑是一个不利于医学革命和创新的篱笆。

在西方逻辑发展史上，第一个使用并定义“概念”一词的是与中国墨子同时代的古希腊哲学家德谟克利特，而真正奠基概念论的则是苏格拉底、柏拉图和亚里士多德。黑格尔和爱因斯坦则最后确立了概念方法论在科学发展中的重要地位。

西医学的概念论有三个明显特点：其一是对定义理论的特别关注和实质定义的相对发达。早在亚里士多德的论著中，就对定义的概念、下定义的方法和规则以及种类等都作过详尽的讨论。他认为，“定义是表明事物本质的短句”，而且“只有本体可作定义”。因为“凡自然所创造者，我们均称之为本体”。“我们对每一事物之充分认识必自本体始，然后再进而及其质、量或处”。<sup>①</sup>西医学正是以这种反映事物本质的实质定义方法来界说事物的，这与中医学对事物的描述性定义或正名不尽相同，特别是由于实质定义明确地揭示了概念的内涵，从而使西医学概念具有可操作性（所谓概念的可操作性<sup>②</sup>，是指概念的意义等同于一套相应的操作解释。例如“体温”、“肺部罗音”、“肌力减退”、“细胞”、“组织”等等西医学的基本概念均可找到一套相应的操作方法来作出本体的解释）。这样，西医史上许多思辨性概念（例如：“灵气”、“燃素”等）由于最终无法由操作找到本体论的解释，而逐渐被淘汰。这种对虚假概念的放弃精神和对概念检验的定义基础，正是中医学正名逻辑所缺乏的。其二，与西医学形态解剖观察方法的发达相适应的是西医学有关结构的概念丰富。西医史上不断有新的名词出现来指称那些新的解剖发现，

①引自杨百顺：《西方逻辑史》，第62页，四川人民出版社，1987年。

②这一思想是由美国著名物理学家，诺贝尔奖获得者布里奈(Bridgman, P.W.)提出的。

而中医学似乎在《内经》就已一下子完成了这个命名过程，以后几千年竟没有多少新的有关人体机能和结构的概念出现。结构概念的不断涌现，说明西医理论的形成经历了一个归纳和概念积累的过程，只有当有关某个系统的结构概念积累到相当程度时，那个系统的整体理论才可能建立。以血液循环系统的概念为例，西医学明显多于中医学。后者只有“心”、“心包”和“脉管”几个结构概念；而西医学在希波克拉底时就区分了心脏的左右两室、两房；亚里山大利亚时区分了动、静脉，也观察到了心脏二尖瓣和三尖瓣、室壁间的腱索等结构；文艺复兴时又证明了心脏瓣膜具有阻止血液逆流，保证血流方向的作用；以及否定了左右心室间隔小孔存在；近代又有了静脉瓣的概念。因此，到哈维建立血液循环理论时，有关心脏、动脉、静脉的结构和功能概念的认识已经完成，剩下的发现不过只是如何把这些认识串联起来，作出一个逻辑严密的整体解释而已。到哈维时，由于毛细血管还没有发现，因此，哈维的理论在解释动静脉之间沟通方面，仍然是不完善的。可以说，理论的形成与概念的发育是携手并进的。正如没有点、线、角的概念就不可能构成三角形理论一样，中医学没有关于血液循环系统的各个关键性的结构概念，也就不可能建立科学的血液循环理论。其三，科学发现是概念的运动。黑格尔和爱因斯坦都深刻地意识到科学革命在于由最少数的概念和基本关系所组成的基础发生了变革。西医学的发展正是这样一个不断摧毁旧概念，创立新概念的过程。在西方学者看来，概念不是感性事物本身，而是人类思维的自由创造，因而为了科学就必须反反复复地批判和检验那些基本概念。西医学古典时代的那些“四体液”概念、“灵气”、“活力”概念，一个个为后来建立的“细胞”、“内环境”、“新陈代谢”等科学概念所取代，就是明证。而这种概念修正与更替运动永远不会停止。与此形成对照的是中医学概念的多量性和稳态。正名逻辑则正是这样一个“称职”的卫士，它不是陈腐了“奇理那氏”对这个早熟稳态体系的神圣和担忧。

辩证逻辑与形式逻辑 英国著名科学史家李约瑟注意到：

“当希腊人和印度人很早就仔细地考虑形式逻辑的时候，中国人则一直倾向于发展辩证逻辑。与此相应，在希腊人和印度人发展机械原子论的时候，中国人则发展了有机宇宙的哲学。在这些方面，西方是初等的，而中国是高深的。”<sup>①</sup>的确，中西医学逻辑的差别，并不仅仅是普通逻辑发展程度的不同，更重要的是两种逻辑类型的区别，即一个是带有“固定范畴”的形式逻辑体系，另一个则是带有“流动范畴”的朴素的辩证逻辑系列。辩证逻辑是中国古代逻辑思想的主流。这样人们就不难理解为什么爱因斯坦说，虽然中国没有西方科学发展的形式逻辑基础，却同样做出了伟大的成就。

中医学的辩证逻辑直接承继于先秦的辩证思维。《易经》最先建立了中国哲人的矛盾对立统一和变化的观念。以后老子、《易传》、儒家等许多贤哲都提出过不少辩证逻辑的概念和命题，奠定了中医学辩证逻辑发展的思想基础。古代医家认为，“不知《易》，不足以言太医”，“医易同源者，同此变化也”（《类经附翼·医易义》），主要是指医对《易》的辩证逻辑思想之接受和弘扬。

西医学的形式逻辑特征开始于做过医生的哲学家亚里士多德。他在历史上第一次对判断作了严密的规定。即判断是由主词和谓词相结合构成的，且又有真假可言的表达。正是以这种真假判断及其用于判断正确性的同一律等逻辑原理为核心，建构了整个形式逻辑体系。

形式逻辑和辩证逻辑在概念论、判断和推理等方面均有各自的特点，在医学中的运用亦结出了不同的果实。

首先从概念方面来看，一个是具有多样性之统一的概念，另一个是单一形式的概念。

所谓具有多样性之统一概念，是指一种包含有许多规定和关系的，特别是有对立统一关系的复合概念，例如中医学的“阴阳”、“气血”、“五行”、“证”等基本概念，都是具有这种体现同一与差异，个

---

①李约瑟：《中国科学技术史》，第3卷，第337页，科学出版社，1975年版。

别与一般，确定与灵活等诸多矛盾对立统一性质的辩证概念。如“阴阳”概念，既是对众多事物差异同一性的抽象，即“阴阳者，天地之道，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始”；又是同中有异的具体，即“寒暑燥湿风火，天之阴阳也，木火土金水，地之阴阳也”。它既是确定的，又是灵活的；如“言人身之阴阳，则背为阳，腹为阴”。但是：背为阳，阳中之阳，心也；背为阴，阳中之阴，肺也；腹为阴，阴中之阴，肾也；腹为阳，阴中之阳，肝也。”又如“气”，因不同场合，不同时间有其不同的名，“气合而有形，因变以正名”就成了给概念下定义的辩证逻辑原则。列宁十分称赞黑格尔的这句话：“统一物中的肯定与否定的这两个规定，如果单独来看，没有一个是真的，只有两者的统一才是真的。这就是对这两个规定的真正辩证法的看法”。<sup>①</sup> 阴阳等概念是中国哲人和医学家对人及宇宙世界中正项与反项两个方面规定或矛盾的反映，以这种矛盾复合体的概念，只有在两者的辩证统一的理解中才能真正把握其之真谛。

与中医学不同的是，西医学的概念则是根据“同异分立”的原则，撇开事物的特殊性、个别性和偶然性，只把事物的一个侧面、一个片断或某种规定和关系的共同属性概括出来形成的抽象概念。例如“细胞”、“组织”、“病原体”、“抗原”、“抗体”、“激素”等概念，是对相应客体确定和单一形式的反映，它的指称是固定和唯一的，不具有流动性和灵活性。西医学概念的这种特点与其认识方法和认识活动有着内在一致性，因为概念不过是主体认识结果的观念反映形态而已。例如魏尔啸说：“在身体的所有部位中存在着许多分散的微小中心，……并不存在着能够由解剖学证明的管理身体各种活动的单一中心点。因此，按照我的看法，必须把上述推论作为今后考察全部生命及生活机能的出发点”。<sup>②</sup> 正是从这样一个类似的解析和分隔的观点出发，西医学的概念具有间断性和同异分立的基本特

---

① 《列宁全集》第38卷，第119页。

② 魏尔啸：《细胞病理学》，第225页。

点。恩格斯和列宁都曾正确地指出过，形式逻辑的这种抽象概念是认识进一步上升发展的起始环节，是近代生命科学取得巨大分析性成就的基本的必要条件。

但是，我们不能不看到，“任何一个有机体，在每一瞬间都是它本身，又不是它本身”，<sup>①</sup>生命世界归根结底是流动和连续的，是多样性的统一，而不是凝固的和间断的，也不是单一形式的。显然，如果把形式逻辑抽象概念的特性当成了客观具体事物的性质，认识就会通向形而上学。实际上近代和现代西方医学已经有过这种危险的滑坡。

其次，从判断方面来看，一个是主词和宾词含有矛盾结构的辩证判断，另一个则是只言真假二值的判断。

典型的中医学辩证判断有如下几种形式：（1）宾词中的两部分为辩证矛盾结构：如“阴阳四时者，万物之终始也，死生之本也”（《素问·四气调神》）。（2）主词中的两部分为矛盾结构：如“高下相召，升降相因，而变作矣”（《素问·六微旨大论》）。（3）主、宾词均含内在矛盾的形式：如“虚实以决死生”（《素问·玉机真藏》）。（4）揭示主宾词内在矛盾转化的形式：如“寒极生热，热极生寒。……重阴必阳，重阳必阴”（《素问·阴阳应象》）。在这种辩证判断的基础上可继续建构辩证的推理。后者即是从辩证矛盾的正项的存在和出现，推知其反项也必然存在或出现。反之也成立。如“正气存内，邪不可干”（《素问·刺法》）。“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病》），又以此论治则：“阳病治阴，阴病治阳”（《素问·阴阳应象》），“有余者泻之，不足者补之”（《灵枢·根结》）等等。恩格斯指出：“所谓主观辩证法，即辩证的思维，不过是自然界中到处盛行的对立中的运动的反映而已”。<sup>②</sup>可以说，中医学的辩证思维是一种符合自然及生命运动规律的思维方式，它以其辩证概

---

① 恩格斯：《反杜林论》，第20页。

② 恩格斯：《自然辩证法》，第189页。

念、判断和推理的形式，自觉揭示了事物内在矛盾导致的运动过程、发展与转化，是现代医学仍然应该弘扬的逻辑方法。当然，对于中医学辩证逻辑来说，这是一种借助哲学的天才直觉所达到的高度，是一种尚未弄清和把握细节的直觉，因而也是一种并未奠定在科学基石上的软弱的逻辑。

以形式逻辑为基础的西医学在建构自己的理论大厦时，表现出主体对认识对象属性、关系断定时绝对同异分立性，而较少关注对象自身的辩证矛盾。魏尔啸的一段话可为例证，他说：“神经系统也被分割成无数分散的中心，……在整个神经系统内决没有一个部分可以称是真正的中心点。尽管神经系统各个部分之间有无数的联系，却不能以此证明神经系统就是所有器官活动的中心”。<sup>①</sup>可见，这种以同一律为基础的逻辑思维方式未能跨越单个细胞与多个细胞联系的同异分立的认识之沟。恩格斯针对当时西方生物学的这种思维方法指出，“植物、动物，每一细胞，在其生存的每一瞬间，都既和自己同一而又和自己相区别”，抽象的同一性，无论在自然界还是在无机界，实际上是不存在的。“旧形而上学意义下的同一律是旧世界观的基本原则： $a=a$ 。每一个事物和它自身同一。一切都是永久不变的”，<sup>②</sup>一切都只能“非此即彼”。然而，事实上“这个命题在每个场合下都被自然科学一点一点地驳倒了”。<sup>③</sup>就是说，西医学形式逻辑思维面临的困难是：如何用“同一”来反映对象的既同又异的“同异矛盾”，如何用“确定”来反映对象“运动的连续又间断的矛盾”，以及如何用“单一”来反映对象既是单一又是许多规定的总和的矛盾。黑格尔、恩格斯和列宁都敏锐地觉察到，解脱这种思维困难的唯一途径乃在于根据事物的自身矛盾，发展辩证的思维，使思维由遵循同一律进一步上升发展为遵循对立同一思维律。

当然，要发展辩证思维，不经过形式逻辑这个以确定的、分隔

---

①魏尔啸：《细胞病理学》，第225页。

②参阅恩格斯：《自然辩证法》第192～193页。

的思维形式和方法分析事物的环节是不可能的。特别重要的是，由于以同一性为基础的西医学命题，具有肯定或否定的唯一和确定性，即主词和宾词关系的同异分立是明白无歧义的，因而以这种命题所建构的医学理论相对较易受到检验，或是证实，或是证伪。这样就为旧理论的淘汰，新理论的出现提供了逻辑的可能。例如 19 世纪鲁斯（Roux, W.）提出一个“镶嵌式”发育理论：每一个细胞都可以独立于邻近的细胞而正常发育，整个胚胎的发育则是各个部分分别发育的总和”。这显然是一个肯定主词与宾词同一的命题。1891 年，赫特维希（Hertwig, R.）用海胆卵实验得出了上述主宾词不同一的情况，因而证伪了上述命题。因此，西方哲学家认为，“每一个命题都是指导证实活动的路标。理解一个命题的含义也就是知道它的真假问题是如何被确定的。”<sup>①</sup>而中医学的大量命题似乎不具有这种指导证实活动的功能和确定其真假的条件。如“风伤筋”；“寒伤血”；“肝之合筋，其荣爪也”等命题似乎超出经验之外，在原则上是不可能被检验的。这样，许多虚假的问题和命题在中医学史上长期得不到消除。甚至可以说，直到今天，中医现代化的工作仍只是局限在所谓“精华”部分的继承研究上，而对“糟粕”部分还不知道如何判别和清除，这恰恰是思维发展的更重要的前提，因为在否定中，包含着新东西生成的依据。

以上分析我们看到，近代西医学割断了与古希腊医学整体思考方式的合理联系，把整个西医学奠定在形式逻辑的基础上，朝着分析型的实证科学方向发展；而中医学始终与中国古代辩证思维系在一起，朝着整体有机的经验科学方向发展。显然，这种背向的发展终究要为一种更高层次或阶段的医学所取代。

**归纳与演绎** 当严复把英国哲学家约·穆勒（Mill, J.S.）的名著《推理和归纳的逻辑体系》节译为《穆勒名学》（1905 年）时，他深有感触地说：中国“旧学之所以无补者，其外籀（指演

---

①[美]M·K·穆尼茨：《当代分析哲学》，第270～271页，复旦大学出版社，1986年。



绎)非不为也,为之又未尝不如法也,第其所本者,大抵心成之说,持之似有故,言之似成理,媛媒者以古训而严之,初何尝取其公例,而一考其所推概者之诚妄乎”? (《穆勒名学·部乙》第66页)又说:“吾国向来为学,偏于外籀,而内籀(指归纳)能事极微”(《名学浅说》)。的确,反思中国逻辑史,注重类推和演绎,轻视甚至缺乏归纳,不论是在名家、墨家,还是在儒家皆然,似乎是一个普遍现象。<sup>①</sup>其实这种比较只看到了近代中西方逻辑差异和分化的一面,而没有看到古代中西医学逻辑相近和同路的一面。

古代中西医学同重演绎,但同中有异。这种演绎之理源出两个范本,即《易经》和《欧几里德几何学》。

司马迁说:“《易》本隐而之显。《春秋》推见至隐。”严复深究司马迁之意,认为所谓“本隐而之显”即是演绎。《易传》曰:“夫易,广矣大矣”,“易简,而天下之理得矣”。可见,《易》为中医学提供了一套演绎的原理和一个演绎的范本。《内经》效仿这一范本,把阴阳之理推而广之。正如《灵枢·阴阳系日月》中说:“且夫阴阳者,有名而无形,故数之可十,离之可百,散之可千,推之可万,此之谓也”。可以说,整个中医理论的主线就是把“阴阳”这个“有名而无形”的“隐”推至可见的各种具体,如气血、形体、脏腑、男女、寒热、动静等等。因为在中国传统文化中,“道者,阴阳之理也;阴阳者,一分为二也”(张景岳语),“一每生二,自然之理也”(朱熹《周易本义》)。所以,天地之变化,阴阳二端而已,这成了中医学演绎推理不证自明的大前提之一。且看古代医家是如何演绎的:

例:“四时阴阳者,万物之终始也,死生之本也”(《素问·四气调神》)。

“人生有形,不离阴阳”(《素问·宝命全形》)。所以,人生之阴阳,为生死之本,即“阴平阳秘,精神乃治,阴阳离决,精气乃

<sup>①</sup>参阅周山:《中国逻辑史论》,第243页,辽宁教育出版社,1988年。

绝”(《素问·生气通天》);“从阴阳则生,逆之则死,从之则治,逆之则乱”(《素问·四气调神》)。

除“阴阳”之理作为演绎大前提外,还有“五行”、“四时”之理为中医学演绎之大前提。

例:“天地之间,六合之内,不高于五,人亦应之”(《灵枢·阴阳二十五人》);“五行者,金木水火土也”,(《素问·藏气法时》);“先立五行金木水火土,别其五色,异其五形之人,而二十五人具矣”(《灵枢·阴阳二十五人》)。

例:“春生夏长,秋收冬藏,是气之常也,人亦应之”(《灵枢·顺气一日分为四时》);“四变之动,脉与之上下”(《素问·脉要精微》);“春脉如弦,夏脉如钩,秋脉如浮,冬脉如营”(《素问·玉机真藏》)。

中医学似乎是凭天才的直觉“匆促”地从经验跃到公理(阴阳五行四时),再演绎出中间公理和其它具体的医理来。

西医学发展的早期阶段,同样以演绎逻辑为主导。因为在西方古代科学中,最早兴起和最发达的是数学(特别是几何学)和天文学。古希腊人运用演绎推理的方法实现了“实验几何学”向“推理几何学”的转变和革命。《欧几里德几何原本》就是达到了从公理出发进行演绎证明这一方法论最高峰的典型,故几千年来一直被当成科学精确性的理想范本。演绎方法在几何学上取得的巨大成功几乎影响了古代西方所有其它学科的建构思想和方法。希波克拉底曾说:“如果理论建立在事件的基础上,并演绎出与现象一致的结论,我就赞成提出这种理论”(《希氏文集·箴言篇》)。盖仑也曾一再表示要以几何学的演绎方法来建构医学理论体系的想法。他说:“几何学从原已存在的论据推导出第一定理,从第一定理推导出第二定理,由此继续推出一个又一个定理,直到最后,运用前已获得的一切知识,推导出不仅关于日、月、地的大小,而且关于它们的距离这样一类知识。因此,我所言说关于治疗的诸项判断均以这样的

方式结构起来，那么医学就将与几何学一样，臻于体系的完美”。<sup>①</sup>他甚至以逻辑结合经验来制定治则，说：“治疗正确性的标准有二：推理的和经验的。若有人问为什么给发烧病人用冷水，我们回答有两个理由：第一，是基于发热和冷水两者的性质在逻辑上是背反的，第二，是基于经验，因为当患这类特殊疾病时，在类似环境条件下，已发现应用冷水有好处”。<sup>②</sup>笛卡儿也认为能够通过演绎逻辑来确定物理学和医学的定律，即只要用一种实体（即机械）就可以解释生命的全部内容。在他看来，直观和演绎推理是构成科学知识的主要要素，而用别的方法只能得到错误的或有嫌疑的、危险的知识。18世纪，苏格兰的 J.Brown 竟设想用“应激性”一个单一的概念推导出所有有关健康和疾病的解释。由此可见，西医学并非缺乏演绎的文化基因。中西医学早期皆重演绎，但西方特别注重演绎法的形式化研究，讲究推理规则和推导的严谨性；而中国从《易经》到《内经》，演绎推导从未考虑要以规则和定义来规范，而只是从“天人相应”的“公理”来完成从前提到结论之间蕴含关系的推导。

演绎推理是从一般到个别的认识方法，因此它主要是一种证明（已知之理）的逻辑，而非研究未知之理的发现逻辑。于是，人们不难理解，为什么两千余年来中医学的发展并没有超越《内经》的理论框架。从逻辑上看，阴阳五行是一个可以包容万物的“大类”和公理，而人之气血、脏腑、经络……运动之理均不会超出阴阳一理之外。故张景岳强调“设能明彻阴阳，则医理虽玄，思过半矣”（《传忠录》）。这种逻辑特征，决定了中医学有关生理、病理、诊断、治疗和药理等见解始终只是围绕阴阳之理展开的，而终无具体机制的发现。西医学虽然也经过类似中医学的这样一个摸索过程，但是它不仅没有占据过独一无二的地位，而且当近代实验医学降生时，这种软弱无力的古代思辨性的演绎方法很快被抛弃，取而代之的是一种全新的方法。

<sup>①</sup>Singer,C:A Short History form Greeks to Harvey,P:46~62,1957年.

这种堪称近代实验医学发展杠杆的方法就是弗·培根提出的系统的归纳逻辑体系，它是一个与传统的亚里士多德《工具》不同的《新工具》。这是历史上第一次把逻辑之术放在科学发现的殿堂之上。培根说：“我这种科学的目的，不在于争辩，乃在于发明的艺术，在于发明工作的计划和指导。因为我觉得归纳法这种推论形式可以扶助感官，接近自然”。<sup>①</sup> 培根的归纳法后来经约·赫舍尔（Herschel, J.）、威·惠威尔（Whewell, W.）和约·穆勒等人进一步完善和发展，特别是穆勒制定了归纳法的具体程序和规则——即著名的求现象之间因果联系的“穆勒五法”，使归纳法真正成为推动西方科学发展的重要的发现逻辑。19世纪，对地方性甲状腺肿病因的发现；坏血病病因的阐明；20世纪，对吸烟与肺癌关系的确定等等都是运用归纳法的典型例子。

由于归纳法是依据过去而推断未来，依据个别、特殊而推断一般和普遍，因此，了解事是实进行归纳推理的必要条件。于是我们看到了摩尔干尼在700多具尸体解剖的基础上才写成《疾病的位置和原因》；哈维以每周解剖6具尸体的速度工作才发现血液循环；细胞学说的形成，巴斯德细菌学说的提出，也都经过千百次的观察和实验。归纳逻辑与演绎逻辑最大的不同在于它的推理过程必须时时与实践保持密切的联系和接触。严复说：“内籀（归纳）必资事实，而事实必由阅历。一人之阅历有限，故必聚古人与异地人之阅历为之”（《严复《政治学讲义》》）。因此，归纳法是一种更有利于收集事实和学术交流的逻辑，是阻止思辨和倡导观察、实验的新工具。可以说，归纳法的兴起与运用，是造成近代西方医学加速分化发展的逻辑之因。

**假物取譬：归纳的一步之遥** 在我们感叹中医学缺乏归纳法之时，却又不得不惊叹她在与归纳法只有一步之遥的另一条逻辑道路上硕果累累，这条逻辑大道就是——假物取譬。

---

<sup>①</sup>引自杨百顺：《西方逻辑史》，第307页，四川人民出版社，1987年。

“譬”同“辟”，“辟也者，举也（它）物而以明之也”（《小取》）。战国的惠施把这种“譬”式推理定义为：“以其所知，谕其所不知，而使人知之”（刘向：《说苑·善说》）。东汉王符则界定为：“夫譬，喻也者，生于直告之不明，故假物之然否以彰之”（《潜夫论·释难》）。中国逻辑史家们倾向于认为，它与今日的类比法相似，是一个从已知的个别到未知的个别的推理过程。<sup>①②</sup>

“假物取譬”这种类比方法早在《易经》、邓析和墨翟的时代就已广为运用，如孔子说：“能近取譬，可谓仁之方也”（《论语·雍也》）。至惠施时，已是“无譬，则不能言”，它成为表达思想的一个主要工具。形成于这一时期或稍后的《内经》中，“假物取譬”的类比法亦被广泛采用。《素问·示从容论》中说：“及于比类，通合道理”，“不引比类，是知不明也”。表明区别事物之同异和进行类比推理，是人类早期优先得以发育的原逻辑思维，是理性之本能（黑格尔语）。

中医学的类比常以日月、天地、四季和气象变化这些日常所见所得的经验知识为根据。如：

例1“寒则泣不能流，温则消而去之”，故“血气者，喜温而恶寒”（《素问·调经论》）。

例2“夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎”（《素问·四气调神论》）。

诸如此类，不胜枚举，中医学广用类比说理论证，推测生理、病理之未知。

类比推理，在辩证逻辑的眼光中并不是与归纳逻辑无缘的。亚里士多德认为，类比推理是不完全归纳和三段论的结合。<sup>③</sup>因为在类比推理中，其推理的结论实际上揭示了甲、乙两个个体类同的属

---

①温公颐主编：《中国逻辑史教程》，第17,113,183页，上海人民出版社，1988年。

②周山：《中国逻辑史论》，第57～60页，辽宁教育出版社，1988年。

③《亚里士多德逻辑学说》，第289页，上海译文出版社，1980年。

性或规律性。这样，其结论比前提具有进一步的一般意义，类比推理有着从个别推出一般的逻辑萌芽。而归纳正是在类比的基础上诞生的。黑格尔指出：“归纳推理的真理因此是这样一种推论，它以一个个别性为中项，这个中项又自在地直接是普遍性，——即类比推论。这种推论以直接推论的第三式——‘个别——普遍——特殊’——为其抽象的格式”。<sup>①</sup> 胡适看来，归纳不过是建立在更广泛的事例观察上的类比的逻辑联系。<sup>②</sup>

可见，从类比到归纳并非十分遥远，如果对更多个体的共同属性进行概括和抽象，那么，中医学完全有可能也走上与西医学同样的逻辑道路。

当然，类比毕竟不是归纳。归纳前提中的个别与结论中一般所包含的个别是同一类的，于是得到这类事物的一般性结论，就必须直接对这类事物的若干个个别作具体的考察；而类比推理的前提与结论中的个别既可以是同类的，也可以完全分属于不同类的事物。于是，类比有两个新的特性：一是要对某个事物的性质作出推测时，只需找到任何一个已知的相似物（不管它们是同类或不同类）就可以进行类比推理。如中医学以“性三品”类比药物属性划分，以兵法比针刺治法，以木匠砍削比患者身体素质与病症关系，等等。二是类比作为一种解释方法可以外推（extrapolation）。如《内经》中说：“五藏应四时，各有收受”，肝“其应四时，上为岁星，……（心）其应四时，上为荧惑星……”（《素问·金匱真言》）。故“凡刺之法，必候日月星辰，四时八正之气”（《素问·八正神明》）。对于这样一些超出人地关系范围的“宇宙医学”论断，如果我们不是夜郎自大，以为这是伟大的超前发现的话，那么，这只能从类比外推——这种把局部范围内得出的类比结论，推到一个新的更大范围，以推出一些未能直接证明的结论，得到合理的解释。由此可见，类比是

---

①黑格尔：《逻辑学》，第374页，商务印书馆，1976年。

②胡适：《先秦名学》，第90页，学林出版社，1983年。

中医理论假说诞生的逻辑摇篮。在缺乏实验等可靠论证手段的古代，不失为指引中医学前进的有效路标。但肤浅和轻率的类比也常阻止人们深入思考和把理智引入歧途。

总而言之，中西医学逻辑具有类型、方法和重心等多方面的差异，同时也有历史的同路和分化发展的关系。现代医学的发展不仅依赖比以前更为广泛的实验材料之归纳，而且仰仗以假说为标志的演绎指导，也有求于更大范围的学科交叉和多个领域观念、技术的移植和类比。实际上，在现代医学的思维中，各种逻辑方法的应用已经成为一种连续的辩证组合过程。贬低或抬高任何一种单一的方法，都势必堵塞通向客观真理的正确思维之路。

### 第三节 实验与心悟诸法

真正的科学是实验与理性的密切结合。

——F·培根

中西医学认识方法的差异最明显的莫过于：传统中医学几乎不曾有过真正的实验，而近代西医学却正是借助实验的翅膀，使之挣脱了思辨哲学的怀抱，走上独立的科学之路。

面对这个历史事实，值得反思的是：西医学实验方法论的认识基础是什么？中医学为何没有发展起这种方法论？相反却走上一条与实验方法方向相反的道路？这两种方法以医学理论建构的必然效应是什么？

**实验方法论的确立和革命** 西方科学的实验方法论的确立，是从伽利略和弗·培根开始的。培根认为，过去那种依据经典在书本上苦心编织学术之网的方法，就象蜘蛛网一样，虽然编织之精细令人赞叹，但却空洞无益。我们要窥探大自然的奥秘，就只有依赖自然和经验，设法用替代物来补救感官印象的缺陷，按照一个“稳固设计”的程序进行系统的实验，除此之外，别无其它门径。培根

还提出了实验医学建设的纲领。认为为了求得人体结构和功能的理论知识，应借助动物实验和病理学的解剖检查，而不要对希波克拉底学说估价过高，并强调学习物理和化学知识的必要性。

实验医学开端的两个先驱学派是医学物理学派和医学化学派。显微镜则被称作是“应用物理学献给医学的第一件伟大的礼物”，是实验医学建立的关键性技术。因为没有显微镜的放大术，过去争论不休的假说或命题仍将无以澄清，认识也就无法前进。例如在显微镜下精子和卵细胞的发现才使从亚里士多德就有的“胚中预成论”（Preformation）寿终正寝。不难想象，如果没有细胞的发现，也就不会有现代生物学、遗传学、胚胎学、细菌学等学科的建立。

实验方法在西医学上的应用并非偶然。其实近代以前的西医学与中医学一样，有一个遗传下来的“既定”权威（经典）束缚着人们的头脑和手脚。因此，对“权威禁闭”的冲破，把自己的感觉经验置于认识的最高出发点，乃是实验方法建立的认识基础。西方文艺复兴和宗教改革正是这样一个扫荡中世纪的神学禁闭，解放思想的革命。伽利略说：“任何一个平凡的人，只要他碰巧找到了真理，那么一千个德摩斯梯尼和一千个亚里士多德都要陷于困境。”<sup>①</sup> 维萨里也大声宣布：“真实地描写人体的构造，而不管这种描写与古代权威的观点有什么不同。”值得注意的是，在中国思想史上，比西方文艺复兴时期还早出 600 年的宋代，也曾发生过一场对传统的冲击波。正如清代《四库全书》所评价的那样，“诸儒各争门户，垂数百年”，斥《系辞》、毁《周礼》、疑《孟子》、讥《尚书》，诸儒争相发明经旨，非前人所及。这种思潮也给中医学发展以推动，出现了金元四大家争鸣的繁荣局面。但是，遗憾的是，这种活跃的思想运动，并非是对古代权威经典的超越，也不是学术范式的革命，充其量只是对经典的“各明一义而已”，通过这场振荡，中医学仍然在

---

①伽利略：《关于托勒密和哥白尼两大世界体系的对话》，第67页，上海人民出版社，1974年。



《医经溯洄集》(元·王履撰)和《推求师意》(明·戴原礼撰)这种崇古的道路上匍行,而没能完成从故纸堆向自然的视角转换。

也许17世纪以来的实验医学研究并没有给当时疾病的治疗带来迅速而明显的改观,但这种暂时远离临床的基础研究却为以后西医学的腾飞准备了雄健有力的翅膀,中医学却自始至终没有离开实用主义的传统。

**言不尽意的心悟诸法** 清代医家陈修园在《医学心法》序中说:“孔门一贯呼参,二南诏鲤,师以授之弟,父授之子,皆本心法,以为心传。医道何独不然。……心悟乎古人之言,能畅达古人言中之意,心契乎古人之心,能曲绘古人意中之言。辨其是非,判其偏正,莫不以仲圣为折衷。……殆所谓神明于规矩之中,变化于规矩之外矣。”这段话典型地反映了一种与实验方法截然相反的中医学认识方法和心态。

所谓心悟,是指在学习的基础上,个人对圣贤之言和经典论述,或“某些问题念念不忘,殚心思忖,反复琢磨,终于心领神悟,获得独到见解的一种思维方式。”<sup>①</sup>它与佛教所说的“顿悟”“悟性”有所类同,在早期的中医学著作中,常被描述为“慧然独悟”,“昭然独明”,后期则多称“心悟”、“心法”、“禅悟”等。<sup>②</sup>清代医家吴体仁说:“诚以学非精详,不可以云学,学必会通,乃可以言悟,悟不先之以学,则无师而所悟亦非,学不要之以悟,则固执而所学亦浅”,<sup>③</sup>说明了学与悟的关系。如何悟?程国彭说:“学者读书之余,闭目凝神,时刻将此数语(指经典的某些命题),细加领会,自应一旦豁然,融会贯通,彻始彻终,了无疑义”。<sup>④</sup>心悟,必经一个艰苦的思考过程,如吴鞠通自言“十阅春秋,然后有得”(《温病条辨·自序》)。

---

①何裕民:《中医学导论》,第102页。

②引自程国彭:《医学心悟》,序之二。

③程国彭:《医学心悟·医有彻始彻终之理》。

心悟是中医认识发展史上的一种基本的认识方法，这可以从其引起的“世界3”现象来证明，这就是以心悟和心法命名的医学著作层出不穷。如《伤寒标本心法类萃》（刘完素）、《丹溪心法》（朱丹溪）、《外科心法》（薛己）、《伤寒心法要诀》（吴谦）、《医学心悟》（程国彭）、《金匱要略心典》（尤怡）、《片玉心书》（万全）、《痘疹心法》（万全）、《疡科心得集》（高秉钧）、《伤寒心要》（镗洪）、《四圣心源》（黄元御）、《扁鹊心书》（窦材）等等，这种认同现象在世界医学史上是独一无二的。

心悟和心法，反映了中医学崇古尊经，反省自我的一种思维方式和心态。而这种方法与传统的农业生产方式不无联系，是农业民族“内训”心理的一种表现（参见第二编第一章）。儒家道家都有这方面的传统。孟子曰：“学问之道无它，求其放心而矣”（《告子上》）。在他看来，耳目感官不是认识外界的通道，而是陷溺心性的罪恶根源，只有思考反省，存心养性，向内追求自我完善，才能为完人。中医学心悟、心法时兴之时，也正是儒学的“心学”、“理学”昌盛之际。心学鼻祖陆九渊说：“学问不得其纲，则二君一民”；理学创始人朱熹也提出：“心包万理，万理具于一心”（《语类》）的认识论。王守仁承继陆九渊和朱熹的思想，认为：“人者，天地万物之心也；心者，天地万物之主也，心即天，言心，则天地万物皆举之矣”（《全书》卷云）。这与佛教禅宗的认识方法有着内在一致性。“心者，万法之根本也。一切诸法，唯心所生，若能了心，万行俱备。犹如大树，所有枝条及诸花果，皆悉因根”（《神秀《观心论》》）。农业民族这种轻视自然探索，向内心求学问的方法给中医学的影响是消极的。

心悟等法的宗旨首先是着眼于领悟经典的要义，于是便有这样的“世界3”现象：《内经知要》（李中梓）、《本草备要》（汪昂）、《医学六要》（张三锡）、《素问要旨》（刘完素）等为名的医著应运而生；又因为心悟、心法因个体而异，且获得某种独到心得非一日之功夫，于是，反映中医学家的这种难得之体会的著作，如《外台

秘要》(王焘)、《素问玄机原病式》(刘完素)、《素问论奥》(刘温舒)、《伤寒蒙秘》(陶华)、《伤寒微旨》(韩祇和)常常和众多的“祖传秘方”混行于世;心悟也是为了心传,即避免后世越出先圣所立之规矩和为异端邪说所蒙蔽,于是,从《内经》又不断复制出《类经》(张景岳)、《医学纲目》(楼英)、《医宗金鉴》(吴谦)、《医经原旨》(薛雪)等等大同小异的模板,来一代代地塑造维护传统范式的医家后代。

总之,苦读医经,“取其精微,间附己意,以及考验”(吴鞠通)是中医学家发展理论的基本形式。可以说,整个中医理论体系的发展,大体上是在经典和经验的偶联中缓缓前进的。

**两种精神** 按照伯尔纳对观察科学与实验科学区分的理论,<sup>①</sup>可以认为,从方法论的角度看,中医学是一种对研究对象不加干扰的观察科学,而近、现代西医学则是一种对研究对象的自然状况加以干扰的实验科学。如同对脉象的观察,中医学用“自然工具”的手指进行,而西医学用物化的工具——血压计和听诊器对肢体进行加压干扰,一个用触觉,一个用听力来获得血压变化等信息。这种区别如同居维叶(Cuvier)所说的那样:“观察者听命于自然界,而实验者则质询自然界,并且迫使自然界坦露她的奥秘。”<sup>①</sup>现在要思考的是:这种区别以及心悟诸法、实验方法对各自理论的检验作用和它们所体现出来的主体精神。

一般说来,中西医学对理论的检验程序和要素是基本一致的,即从某种理论或假说出发,施加一定的手段或因素于研究对象,然后从施加对象的效应来推断理论或假说的逼真性如何。但是,细加分析,两者在对待出发点的理论或假说的心态上,以及施加因素和效应解释上都存在根本差别,而方法在造成这种差别时扮演了一个重要的角色。

伯尔纳指出:“实验的真正性质是作为一个外在的、无意识的标

---

<sup>①</sup>伯尔纳:《实验医学研究导论》,第13页。

准，它只给出相对的真理，而不可能证明思想上绝对地认识到了真理。”<sup>①</sup>故实验“除了事实以外，不承认任何权威，并且不受个人权威的影响。”因此可以说，“实验方法在科学上引起的革命就是：确定了一个科学的标准，来代替个人的权威。”<sup>②</sup>使用这样一种方法的西方学者常常自觉地寻找理论的缺陷与错误，并且乐意按照检验的结果来改正错误。而心悟方法熏陶下的中医学家，却很少关注对理论中的不合理成分的批判，他们反思的不是理论，而是主体自我。他们把《灵枢》、《素问》、《神农本草经》、《伤寒论》当成“心始有定见”的“根柢者”（陈修园语）和无可置疑的准绳。可以说，“不向权威屈服的精神，是实验方法所看成的基本信条”；<sup>③</sup>而循规蹈矩，削自我之足适经典之履，则是心悟诸法的基本精神。这种基本精神的差异，决定了中西医理论检验时的思维取向：一个是证伪，一个是认同。对于后者，明代医家方有执的一段话可以彰明。他尽20余载心血写成《伤寒论条辨》，而“心仲景之心，志仲景之志，以求合于仲景之道”，就是研讨心态的自我如实写照。

实验方法的一个特点是它可以被不同的人在不同的时间重复，这就意味着“实验方法是不受个别人影响的，它用统一或牺牲个人特定的观念来消除个性，并且把它们变成借助实验批判证实的普遍真理”。<sup>④</sup>而中医学心悟诸法却意味着个性成分将源源不断地注入理论和经验之中。从古至今汗牛充栋的中医学个人医案集，正是这种个性的丰富表现。于是，我们可以看到：西医学家不以重复别人的实验为耻，而以新的证实，特别是证伪为骄傲；而中医学家却以独有心得的诠释和灵活运用为自豪，即“贵能超乎规矩之外，不离规矩之中”（陈修园：《医法长沙》）。显然，这种个性的有无与理论检验的客观性密切相关。

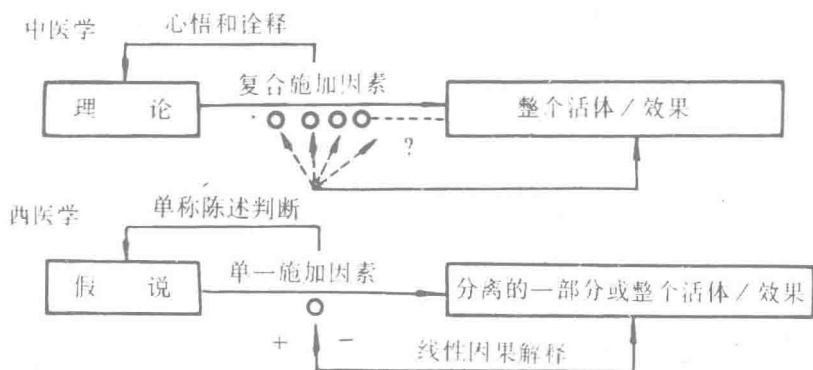
**相异的检验尺度** 为了检验理论，还必须以一定因果观为基

---

①伯尔纳：《实验医学研究导论》，第27页，32～33页，第45页。

②伯尔纳：《实验医学研究导论》，第252页。

础。西医学从科赫准则起，为了求得确切的因果关系，一方面尽量把“因”分离出来，成为一个简单的变量；另一方面以反证实验表明：“消除原因，就不出现结果”。这种因果观是线性的。而中医学的因果观大多是非线性的，或为一因多果：如“风之伤人也，或为寒热，或为热中，或为寒中，或为疔风，或为偏枯，或为风也”（《素问·风论》）；或为多因一果，如“风寒湿三气杂至，合而为痹也”（《素问·痹论》）；或是多因多果，如“以身之虚，而逢天之虚，两虚相感，其气至骨，入则伤五藏”（《素问·八正神明》）等等。这种复杂的因果观，显然给中医理论的检验带来重重困难。加之中医学的施加因素（如中药）也是复合的，其施加的对象又是一个不能加以分割和强令静止的活体，于是，中西医学的理论检验就形成了本质的差别，如下图解：（附图表 3-2）



从图可见，中医学从效果到施加因素，从施加因素到理论的两个环节，都存在着相当大的自由度，这些就成了中医理论逃避反证检验的避难所。

特别值得指出的是，西医学发展了比较实验，以排除那些虚伪的有效理论和偶然呈现的因果联系。而传统中医学医案所载的既不

是对同一类病人治疗的反复验证，也并非对同一种疾病不同方法比较的经验，而多是常人少见的“疑难杂证”。其实，所谓“疑难杂证”是整个疾病谱中的特殊性和个别性，是疾病世界的偶然的一面。借助这种量少而又很难复验的治疗经验，要作出对理论的检验，实属困难。事实上，把这种个人的、局部的经验，上升为普遍的经验，或从理论加以推广移植，并不能取得重复的效果。

“因地、因时、因人制宜”的辨证施治也不应以此来逃避应该是一种实践的逻辑，它不能取代比较和重复这种检验理论的认识逻辑，当然也不能作为藉口来逃避这种检验。

按照流行的说法，发展中医学的当务之急是继承和总结老中医的经验，在我们看来，这其实只能是延续那种言不尽意的心悟诸法。从当代实证科学的基本精神出发，急待解决的是有关中医学的观察方法(如四诊)、基本理论(如八纲)的客观化研究，有关这些理论、方法的比较和重复的检验，把个人内心的东西转变成可以为公众察验的东西。一句话，吸取精华应该与排除谬误齐头并进。

#### 第四节 象数之术与数学方法

人类的任何探讨，如果不是通过数学的证明进行的，就不能说是真正的科学。

——达·芬奇

西医学的精确性不仅仅在于以实验方法为基础，而且表现为无法与数学方法相分离，甚至可以说前者是以后者提供的信念为实践动机的。数学方法赋予西医学以科学的表达形式，它是现代西医学临床与科研的助产婆。基于这一特点，学者们普遍认为中医学是模糊的、唯象的。其实，这只是历史的结果。中国古代数学并非落后，中医学也不乏数与量概念的种子，因此，为什么中医学没能走上科学数学方法的道路？这一问题既有趣，又值得深思。

一 同中有异的信念 一般认为，西方数学方法论形成于古希腊的毕达哥拉斯学派。他们认为，“数”乃万物之原，即自然间万物莫不由数所构成，宇宙的秩序即数的“和谐”。“数”与“和谐”两个概念是毕达哥拉斯学说的精义。作为方法论的意义，它揭示了万物普遍具有量的规定性以及它们之间存在的和谐关系。同时，数为万物之始基，这一论断本身即隐含地提出科学应以精确性作为知识的规范这样一个重要的方法论思想。在近代笛卡儿数学方法诞生以前，西方数学方法主要是几何学的。如柏拉图就怀有这样一个信念：认为神总是按几何规律办事的，它把数学模式印在始基上。

对照中国思想史，我们同样可以发现类似的思想肇基。这就是“生于数，积于数，成于数，变通于数”<sup>①</sup>的《易经》体系。《易经·系辞上》说：“一阴一阳之谓道”，即《易经》以阴爻（--）和阳爻（—）两个基本符号的组合演变来推演万事万物之理。故南宋数学家秦九韶说：“数与道非二本”（《九章算术》）。我们试比较下面两段话：

“夫五运阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”（《素问·天元纪大论》）。

“夫算者，天地之经纬，群生之元首，五常之本末，阴阳之父母，星辰之建号，三光之表里，五行之准平，四时之始终，万物之祖宗，六艺之纲纪”（《孙子算经·序》）。

这种惊人的相似表明：中国学者对数的认识也象对阴阳的把握一样，认为数是万物之根本规定。如宋代李复所说：“物生而后有象，象生而后有数”，“数出天地之自然也。盖有物则有形，有形则有数”。现代青年学者顾晓鸣则迳把“象数”视作“中国文化的一种‘基因’”。<sup>②</sup>然而，值得注意的是中西医学上述信念中的同中之

---

①清·《周住菴楼易学·序》。

②顾晓鸣，《“象”，中国文化的一种“基因”》；见《断裂与继承》第62～83页，上海人民出版社，1987年。

异，即中医学是用数而非定量，用图象而非几何的特殊的数学方法，这就是“以数取象”的象数方法。

象数之术源于《易经》的占筮。何谓“象”？其本指动物象，韩非子释其引申义为：“人希见生象，而得死象之骨，案其图以想其生也。故诸人之所以意想者，皆谓之象也”（《韩非子·解老》）。《易传·系辞上》中说：“圣人有以见天下之赜，而拟诸其形容，象其物宜；是故谓之象”。《易传·系辞上》中又说：“子曰：书不尽言，言不尽意，然则圣人之意，其不可见乎？子曰：圣人之象以尽意，设卦以尽情伪，系辞焉以尽其言，变而通之以尽利，鼓之舞之以尽神。”可见，取象的目的是为了表达圣人对深奥之理的诠释之意。“象”又如何表示呢？这就是数。即“天一地二，天三地四，天五地六，天七地八，天九地十。天数五，地数五，五位相得而各有合。天数二十有五，地数三十，凡天地之数，五十有五，以所以成变化而行鬼神也。”故“极其数，遂定天下之象”（《易传·系辞上》）。

有了这个“象”，表示量的规定性的数的本质便被阉割了，数不需测量，而仅仅充当表证这个“象”的符号。故《素问·五运行》说：“天地阴阳者，不以数推以象之谓也”。这种象数之术渗透和体现在《内经》之始终。

首先，《内经》承认“天地之至数，始于一，终于九”（《素问·三部九候》），以自然数一～九作为一种名称尺度，对生命现象加以分类标识。如《素问·三部九候》曰：“一者天，二者地，三者人，因而三之，三三者九，以应九野。故人有三部，部有三候，以决死生，以处百病，以调虚实，而除邪疾。”

其次，以数论阴阳五行。如（《素问·五常政大论》）中说：“木，其数八；火，其数七；土，其数五；金，其数九；水，其数六”。这一象数理论本于河图洛书。汉代杨雄认为：在河图中，“一、六为水，象北方和冬日；二、七为火，象南方夏日；三、八为木，象东方，春日；四、九为金，象西方，秋日；五、五为土，象中央，四维日”（《太玄·玄数》）。从《易经》开始即用奇数示



阳，偶数表阴，故上述奇偶数的配对是象天地阴阳匹耦的变化。任应秋先生认为，这种“数之所起，起于阴阳；阴阳往事，在于日道”。<sup>①</sup>即古人以数象日道之阳气，地之阴气，一年四季在五个方位的强弱变化。河图中，一、二、三、四、五为生数，六、七、八、九、十为成数，生数少，成数多。故《素问·六元正纪》提出：“太过者其数成，不及者其数生”。河图被誉为“天地生成图”，对中医学象数之术影响极深。所以，清代陈修园说：“河图洛书之理，如能渗透，虽病有千变万化，亦无遁情矣”（《颠倒五行解》）。

图，是数学中的一个主要内容。然而，即使是对待同一幅图，中西方学者会各取其不同的意义加以解析。如同为八卦图，中医学借其言自然、人体阴阳变化之象，而莱布尼茨则从中获得了作为现代电子计算机技术基础的二进制信息！犹可见，中西医学同言数和图象，形似而质异。

**数学方法的传统与发展** 康德曾经指出：“如果说实验方法是近代的创造，那么，数学方法就是近代对古代科学方法论的“复兴”。<sup>②</sup>的确，从古希腊、罗马时期开始，西医学就十分重视数学方法的引入。在古罗马时，数学是否要作为医学生的必修课程，竟一度是医学教育的一个争论焦点。名医索兰纳斯（Soranus）和盖仑认为，几何学对骨外科学，算术对理解内科疾病过程很有帮助，是数学和几何学把医学从皮朗（Pyrrho）的怀疑主义哲学中拯救了出来。盖仑甚至试图用几何学方法建立他的医学方法论模型。<sup>③</sup>11世纪前半叶，许多著名的阿拉伯医生不仅是哲学家，还是数学家或物理学家，这对西方文艺复兴时数学方法的再度兴盛，无疑起着承启之功。可以说，近代科学的开创者们满脑子充塞着毕达哥拉斯学派的精神，以为宇宙这部书，包括人体这个完美的杰作，都是用数

---

①任应秋：《阴阳五行》，第22页，上海科技出版社，1960年。

②引自周昌忠：《西方科学方法论史》，第120页。

③朱潮主编：《中外医学教育史》，第253页，上海医科大学出版社，1988年。

学语言写成的。那时，许多医科大学把“几何学与数学原理”作为内、外科医师的共同必修课，强调要通过对尸体和活体的观察，加深对人体几何图形和结构的理解。是伽利略开创了用实验方法缜密地考察物理事实，与用数学方法刻画及论证对象相结合的科学方法论。科学史家认为，这乃是导致精密科学的两个必要条件。人们只要回顾一下哈维血液循环的发现和孟德尔遗传定律的揭示，就不能不赞叹数学方法在医学研究中的作用，同时也不难确认数学方法在加速中西医学分化中的历史地位。

科学史家评论认为，哈维主要是从“血液的数量和来源”这个角度着眼考虑问题的，他做了许多实验，目的都在于求出每次心跳喷出的血液之准确数量。他以计算的数据论证了，如果全身血液不是连续不断地循环，而是象盖仑所说的那样？是由肝不断合成，以起点流向终点的话，那儿，只能得出每分钟心脏泵出的血液重量将是一个人体重的三倍这样一个逻辑矛盾。可见，在微循环结构发现之前，哈维之所以能证实血液循环，主要得益于数学方法的运用。孟德尔揭示遗传定律亦同样，科学史家注意到，尽管当时进行植物杂交试验是相当普遍，但就是没有一个植物学家曾想到要对所有的杂交种后代作数学处理。正是孟德尔创造性地把统计方法应用于杂交结果的处理，从而得出对现代人类遗传学和医学遗传工程影响深远的两大遗传定律。

当然，医学数学方法的发达与否不仅仅取决于医学的实验基础，而主要取决于作为背景的数学科学之进展，恩格斯发现到19世纪以前，数学在生命科学中的应用几近乎零。后来，随着概率论、集合论、微积分、拓扑学、图论、矩阵和矢量代数、模糊数学等一系列数学理论和方法的建立，才真正扫除了生命科学中应用数学的困难和障碍。数学方法在生命科学领域的广泛应用，使西医学经历了一场洗礼。数学生理学、数学生物物理学、数理流行病学、药物动力学、数理诊断学等一批数理医药学迅速崛起，使得数学方法已成为西医学基础学科和临床实践的支柱之一。在一定的意义

上,可以说,西医学已成为一门计量的医学。

**唯象和计量,异中有同** 西医学重测量与计数,凡脏器大小、重量,细胞多少、种类,机体功能强弱,等等,无一不以公制计量。而中医学以数取象,犹重其象,以象尽意实为中医学一以贯之的方法,如以象推其内藏,以脉象、舌象言气血津液五藏等等。王冰说:“五藏虽隐而不见,然其气象性用,犹可以物类推之。何者?肝象木而曲直,心象火而炎上,脾象土而安静,肺象金而刚决,肾象水而润下。”<sup>①</sup> 中医学正是以这种“木、火、土、金、水”之象来表征和解释五藏之客体的。即以解释象征来理解意义。如《灵枢·动输》言“气之离藏”这一生理现象时,曰:“气之离藏也,卒然如弓弩之发,如水之下岸,上于鱼以反衰,其余气衰散以逆上,故其行微”。从“如”、“故”等逻辑联结词的引入来看,这无疑是一个类比推理的语句。但它与科学类比或形式逻辑的类比的不同在于,它类比的是“形象”——这种比书写和言语似乎能包含更多东西的符号,“象”提供的深奥之理除了把它描述出来,意识是无法说明的。相应地,对于学习者,对这种“象”的理解,只有通过心悟,除此别无良法。正如清代医家周学霆的切肤之感叹:“医理无穷,脉学难晓,会心人一旦豁然,全凭禅语”(《三指禅》)。因脉象在经典论述中全为“象”的描述,如:“夏脉如钩”、“春脉如弦”(《素问·玉机真藏》)、“平心脉来,累累如连珠”、“平脾脉来,和柔相离,如鸡践地”(《素问·平人氣象》)。形象成了中医学理解生命现象的主要工具。难怪梁漱溟先生说中医学与艺术具有相差无几的精神,<sup>②</sup> 钱学森等人说中医学是唯象的科学。<sup>③</sup> 书不尽言,言不尽意,唯象可以尽意尽情,这是为何中医学把数、大小、强弱等全部转变成象来描写的认识基础。

①《黄帝内经素问》,第75页,人民卫生出版社,1963年。

②梁漱溟:《东西文化及其哲学》,第26页。

③钱学森:《中医药信息报》,1988年10月12日第一版。

德国哲学家狄尔泰 (Dilthey, W.C.L.1833—1911) 认为, 人类有三类生活表达式: 一是理性陈述 (如逻辑判断); 二是公开的行为; 三是经验表达式 (如艺术作品等), 最后这种表达式能包含的东西比它们的创造者所认识到的还要多。<sup>①</sup> 中医学的“数”, 已经超越了其计数的意义, 而成为隐含某种不能言传之意的“象”。而“象”作为象征, 并不能在自身中包含被象征者, 于是, 唯象的医学解释永远包含着不完全和不确定因素。正如对一件艺术作品意境的领会远比一篇论文的理解要难一样, 含有大量“象”的中医文本显然比以逻辑语句为结构的西医文本费解得多。中医学发展的两千年, 以这种“象”的理解已产生了无数的新文本, “各一见以自高”。当代还有学者仍试图以这种注释的方法来研究“象”, 和发展现代中医学。<sup>②</sup> 这不能不令人感到惊讶和费解。我们以为, 注释必须以理解为基础, 而理解注定不可能走出传统之外。因此, 再仍以注释的方法为主导, 不可能把中医学导向现代化的道路上。要打破传统中医学靠心悟的释义学循环的唯一办法就是走出注释的怀古之圈, 面向人这个自然。

当然, “象”, 毕竟是一种自然客体的东西, 我们摈弃以经注经, 以经释象的考古式方法, 并不是要抛弃对“象”的研究, 而只是要把“象”当成一种客体, 用科学实验的方法来作出研讨。比如许多“藏象”, 在西医学的解剖刀下未曾被发现过, 它们是活体状况下显现出的生命过程和“现象学”, 是一种比规律更丰富的东西。<sup>③</sup> 如“五官者, 五藏之阅也”(《灵枢·五阅五使》), 从五官之象揭示出的五藏生理和病理变化的信息, 业已为现代医学研究提供了有用的线索或素材。可以说, 唯象的中医学用它细微的活体观察, 为我们

---

①张汝伦:《意义的探究——当代西方释义学》,第50~51页,辽宁人民出版社,1987年。

②《中医药信息报》,1988年10月12日,第一版。

③列宁:《黑格尔<逻辑学>一书摘要》,第80页,人民出版社,1972年。

描述了众多的经验过的“象”。当然这是一种包含了某种解释的知觉或视觉思维。<sup>②</sup>显然，这是一种补偿西医学计数和计量研究之不足的有价值的研究。也许解剖的方法必然带来测量和计数的方法，而唯象的医学也必然产生于活体机能观察的方法。计数测量本身就意味着分析和概念的思维，而观物取象则意味着整体和形象的思考，在唯象的医学中，形状本身作为概念，<sup>①</sup>就是对在客体中发现的机能——这种运动形态结构特征的捕捉。即使是借它物之象来言生命，那同样是为了揭示对象的“象”，因为同类可以互予。

“有物则有形，有形则有数”。而形有静止结构之形和活体运动之形——象之分。传统西医学之计量研究偏重于结构之形，而当代对运动之形的计量研究正日渐增长。形和数同为物之自然的规定，对其形的测量和计数的分析与对运动形态的整体观察，是现代医学对人体生命现象完整把握的缺一不可的两种方法和维度。生命全息律的发掘和建立充分显示了这种方法融合的必然趋热。

(邱鸿钟 广州中医学院)

---

①[美]鲁道夫·阿恩海姆：《视觉思维》。

## 第三章 要素的比较

科学概念是一张系统的相互关系网的结，而定律和理论原理形成这张网的绳。

——亨普耳

从系统论角度来看，某个系统的功能特点取决于组成该系统的要素及要素间的排列与组合方式。中西医学理论体系，就是两个同中有异的系统。各有一些要素影响着它们的总体特点。由于“自然科学的成果是概念”，一个科学理论，如果没有几个基本概念作为它的逻辑出发点，便失去了独立存在的意义。因此，可以说基本概念就是科学理论体系这一系统中的“要素”。而比较中西医学理论中的一些基本概念，也就成了我们认识中西医学理论体系的异同现象之网的网上组结之一。

### 第一节 不同的解说

当科学家觉察到所研究的问题以前并不作为一个问题存在，这时科学变革就开始了。

——[日]广重彻

要比较科学理论概念，首先有必要了解一下人们对这一问题的纷杂认识。

**实在论与知识体系** 近代科学思想史中，传统的、占主导地位的观念是把科学（主要指自然科学），视作为一个系统化了的“实

证”知识体系。科学知识被认为与一般的经验知识、生活知识有着根本区别。它的任务是揭示事物发展的客观规律，获得客观真理。具体说来，它不仅应可靠地概括、确认、描述和解释事实，而且要正确地预见未来。因此，持此见者强调理论概念必须是“实在”的，完全对应于实体。

**工具论与解难题** 近数十年来，不少科学哲学家提出科学是一种探索活动及探索活动的工具。科学最终要靠它的有效性和成效作出判断。持此见者认为：一个科学理论越有用，越有成效，也就越可取。如费耶阿本德指出：科学只是人所发明的，用以应付环境的工具之一。且不是唯一的工具，也不是绝对可靠的。它是有许多优点但也有许多缺点的一个有趣的却决非唯一的知识形式。库恩受工具论的影响，也把科学（范式）看作为是一种工具。“只要范式所提供的工具还能解决它所能规定的问题，那么科学家就会合理地使用这些工具。理由很清楚，科学象做作业一样，更换工具是一种浪费。只有到必需更换时才可行。危机的意义就在于它标志更换工具的时机已经到来。”<sup>①</sup> 库恩把真理比喻为科学家使用的工具，即一种用以解除科学研究中的各种难题的工具。科学研究则被视为解难题活动。而理论概念也只是为了达到这种解题目的的工具。它与实体的关系自然是次要的，关键在于它有没有用，能不能有效地用于解题实践中。库恩在解释新旧理论更替时，也只是认为：“后期的理论在应付环境的变化或解决难题方面是比早期的理论为好”。<sup>①</sup>

**信念与约定** 20 世纪中叶的新思潮把科学理解为是一种整体的理论思维形式。在某种意义上说，科学不仅仅是实证知识体系或探索活动及探索工具，而是一种信念。它为科学家提供了特定的信念，并形成科学家集团的集体信念。如美国学者奎因（Quine, W.V.O.）就认为：“我们所谓的科学知识，或信念，是一个统一的整体。它们组成一个人造的大网络，这个网络的边缘与经验紧密接

---

<sup>①</sup>库恩：《科学革命的结构》，第76页，第205～206页，1970年英文版。

触”。<sup>①</sup> 历史学派也强调：科学不光是逻辑问题，也不只是正确与谬误问题，而且还是一个信念问题。而信念在一定程度上可不受经验的检验。他们认为，科学不是一堆绝对可靠或相对可靠的、已被证实或有待证实的僵化的知识，而是人的活生生的创造活动。

约定论科学观与信念论有所接近。此论的代表者马赫(Mach, E.)和杜恒(Duhem, P.)把科学理论区分为“唯象”的和假设的，前者以描述性为特征；后者以解释性为目的。马赫倡导前者，排斥后者，他主张理论仅仅是预言的工具。杜恒也认为人们接受的任何理论框架都是“约定”，这样一来，理论概念的内涵和外延自然也就常带有人为约定性质。彭加勒(Poincaré, H)并不把整个科学看作约定，他区分了原理和定律，认为原理是约定，经验定律却不然。我们可以试图去修正定律，但不能修正原理。约定的原理不会受到实验的反驳，即使它们被抛弃，也只是因为发现了更为有用的理论。持此见者还可以同时承认两种互相矛盾的理论，把它们分别用于处理两种不同的情况或两个不同的领域。<sup>②</sup>

**我们的看法** 我们不评论这些见解的偏颇，只想从中引出一些有助于对中西医学理论概念认识的旨意。

科学的发展，使关于科学上真理和谬误的概念发生了根本的变化。那种把真理与谬误绝然分开的观点已经陈旧过时，渺无市场了。因为科学研究往往并非在两个不同体系中确定一个、否定一个；或肯定一者为真，另者是谬。今天，普遍适用的方式是通过理性的比较分析，对它们分别作出科学性、有效性和局限性等方面的评价。

我们认为：科学不仅仅是一种经过实践检验的系统化的知识体系，也是人类一种认识探索活动；不仅有其内在发展的逻辑，也是一种社会文化的历史过程；不仅有愈来愈接近于实在世界的描述和

---

①奎因：《从逻辑的观点看》，第42页，1964年英文版。

②参见黄顺基等，《科学的哲学反思》，第118页，中国人民大学出版社，1987年。



解释，同时也愈来愈成为人类实践活动中的有效工具。因此，科学理论必需具备可检验性、相关性、超量内容等特征。

所谓“可检验性”，又称“操作意义”或“经验意义”。<sup>①</sup>指原则上，理论概念可以借助实证手段加以检验，且这种检验要求可以重复，否则就不应纳入科学理论领域，因为它将使人们陷于无休止的争论中，而无法达到科学地解释和预言功能。但应着重指出：不是科学理论，不等于没有意义。<sup>②</sup>

所谓“相关性”，亨普耳（Hempel, C.G.）称“系统意义”，指科学理论概念应能使人们“对经验现象获得一个简单的、系统地连结在一起的说明”。<sup>①</sup>亨普耳把科学概念看作是“一张系统的相互关系网的结，而定律和理论原理形成这张网的绳”。“会聚在某一概念结处或从这里发出的绳愈多，概念结的系统化作用或系统意义将会愈大”。<sup>②</sup>遂更有价值。

超量内容，“指新提出的理论必须具有超过背景理论的知识或信念”。<sup>②</sup>而不应只是原有理论的翻版或简单之和。我们认为这些可视为尺度，来评价中西医学的理论概念。

## 第二节 藏象与脏器

科学是内在的整体，它被分解为单独的整体不是取决于事物的本质，而是取决于人类认识能力的局限性。

——普朗克

一般认为：藏象学说是中医理论体系的核心，它赋予中医理论以一系列特点。而解剖学的脏器概念，又是西医学理论的基本要

---

<sup>①</sup>参见亨普耳：《自然科学的哲学》，第169～179页，三联书店，1987年。

<sup>②</sup>参见邱仁宗：关于科学与非科学的分界，载《自然辩证法研究》，(4)：4,52～59,1988年。

素,生理、生化、病理、诊断、治疗等基础研讨或实践操作都是围绕着脏器概念展开的。然而,人们早就注意到:“藏象学说中的心、肺、脾、肝、肾等脏腑的名称,虽与现代人体解剖学的脏器名称相同,但在生理、病理的含义中,却不完全相同。中医藏象学说中一个脏腑的生理功能,可能包含着现代解剖生理学中几个脏器的生理功能;而现代解剖生理学中的一个脏器的生理功能亦可能分散在藏象学说的某几个脏腑的生理功能之中”。<sup>①</sup>也就是说,对于类同的对象,中西医学有着不同的理论解说,存在着不可通约性。

**“藏象”:一种工具** 唐代王冰在疏注《素问》时说:“象,谓所见于外,可阅者也”。张景岳说得更清楚,“象,形象也。藏居于内,形见于外,故曰藏象”。可见,“藏象”一词,本身具有由外在信息(象)推知内在情况(藏)的方法论含义,亦即前面讨论的司外揣内方法。中医学关于脏腑的理论认识,与这一方法有着不解之缘。它主要是通过对生理、病理等表象信息的观察分析后获得的。

中医学对藏象学说的系统阐述始于《黄帝内经》。藏象学说将人体内脏分成“脏”、“腑”与“奇恒之府”三大类。心、肝、脾、肺、肾组成“五脏”,“所谓五脏者,藏精气而不泻也,故满而不能实”,<sup>②</sup>有着“化生和贮藏精气”之共同生理特点;<sup>③</sup>胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦等组成“六腑”,“六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也”,<sup>②</sup>有着“受盛和传化水谷”等共同生理特点;<sup>③</sup>“脑、髓、骨、脉、胆、女子胞,此六者,地气之所生也,皆藏于阴而象于地,故藏而不泻,名曰奇恒之府”。<sup>③</sup>三者中,详于脏而略于腑,对奇恒之府甚至很少论及,遂形成了以五脏为中心的藏象学说。

无法否认,实体解剖在藏象学说形成之始,曾起过一定的作用。《灵枢·肠胃》和《平人绝谷》等篇对整个消化道的形态、大

---

①印会河主编:《中医基础理论》,第29页。

②《素问·五藏别论》。

③印会河主编:《中医基础理论》,第28页。

小、长短、内外经等的描绘，便足以说明当时已有一定的解剖实践和大体解剖知识。然而，人们不应该过高估计解剖学知识在藏象学说形成和发展的作用和意义。它充其量只是在形成之初，为人们归纳分析表象信息资料，提供了一粗略的内在脏器大体解剖概况，以便外在之“象”可以和内在之“器”在人们构造理论过程中借助思辨对上号。而一旦对上了号，藏象学说雏型初具，解剖知识就显得有点多余了，要重视解剖的呼吁竟成了极不和谐的“噪音”。在元气论和“重神轻形”等观念的导向下，中医藏象学说的发展走上了一条奇特之路，只注重司外揣内，援物比类和经验反证，而放弃了实体观察。发展到今天，遂出现了这样的事实：即使人们最为详尽地加以论述的五脏，亦罕有结构性概念，心、肝、脾、肺、肾无一例外；甚至六腑之一的“三焦”和后世十分重视的脏器“命门”究竟指什么，至今都无法说清楚。面对众多纷纭的争执和“有名而无形”之类怪诞的诠释，人们只能自我解嘲式地指出：“更重要的并不在于确定三焦是属于哪个实质性脏器，而是在于研究和掌握三焦在生理、病理学上的实际意义”。<sup>①</sup>

观念和方法上的特点，使中医学的脏腑等概念，拙于具体形态之类的认识，却又以涵容较多的经验事实为补偿。这一特点源于藏象学说的建构方法，特别是五行学说的归纳络绎。人们借助五行学说，对所获得的一些表象信息和医疗经验加以归类，把六腑、五官（九窍）、五体、以及五志、五液，五动等都一一归并于五脏之下，遂形成了形态结构和心身机能上的五个子系统；又根据五行的相生相克，把五个子系统按构想中的正反馈（相生）和负反馈（相克）机制，联结成一个封闭循环的大系统（见图表 3-1）；援物比类和五行属性归纳络绎等方法进一步促使古代思想家把天人相应观念落实到具体的理论陈述中，遂五个子系统（五脏）又分别与自然界中的五季、五方、五气，五味、五音、五色等存在着理论上的某种对应

---

<sup>①</sup>印会河主编：《中医基础理论》，第29页。

关系。这样一来，有关脏腑之类概念的涵容，不可能不广泛，不可能不大大超越实体脏器之外。结构形态方面的忽略和知识基本缺如，更使得这些概念的涵容可以无限制的膨胀，因为人们无须顾及实际中的体内脏器究竟是怎么一回事，只需根据经验所得和理论需要去构造它、扩充它。这一特点使之能不断容纳后世实践中积累的新经验，以致发展到今天，藏象学说在“相关性”和“超量内容”方面都很有特色，但在可检验性方面却大为逊色。因此，它是有用的“工具”，却非严谨的科学概念。所谓“藏象学说中的脏腑，不单纯是一个解剖学的概念，更重要的则是概括了人体某一系统的生理和病理学概念”。<sup>①</sup>或曰：“是一个功能系统的概念”，或曰：“整体意义的概念”，其实都是对中医脏腑概念实际上有用，却非科学的理论概念之现状的一种凄婉的搪塞。

**实体的脏器** 早在古希腊罗马时期，西方医学即有了较严格地对应于实体的一系列脏器概念，出现了包括诸如血管、神经、乳腺管、心脏瓣膜和腱索、精囊、精索、卵巢、输卵管、脑膜、脑室、脉络丛、听神经、视神经等比较微细的器官概念。文艺复兴后，西医学的进步与更新大都发轫于对实体的更进一步的描述和揭示。作为科学知识的脏器概念，与实体的关系也日趋逼真、精细和清晰。因此，可以说西医学的脏器概念是关于科学理论中“实在论”的典型注脚。这与中医脏腑概念迥然异趣。在此基础上，“功能”严格地同一、对应、确定于相应的“结构”，亦成了西医学有关脏器理论的一个鲜明的特点。

**外延扩展的合理性？** 相对于西医学的脏器，中医学的心、肝、脾、肺、肾概念的蕴含显然要广的多。我们可以以下图作一简单比较：（附图表 3-3）

由图可见，除某些脏器概念的内涵基本相近外，更多的是无法对号的。中医脏腑概念的外延要比西医宽泛得多。这就引出了中医

---

<sup>①</sup>印会河主编：《中医基础理论》，第29页。

脏腑概念外延的扩展有否其一定的合理性这一问题。

表 3-3

西 医 中 医	神经系统 (大脑等)	血液及心 血管系统 (心脏等)	消化系统 (肝肠等)	运动系统 (骨、肌肉)
心	主神明	主血脉	与小肠相 表 里	神明被扰可见 抽搐、循衣摸床
脾	可升清、提 供营养	主统血	主运化	主肌肉四肢
肝	调畅情志	主藏血	主疏泄,促进 脾胃运化	主筋 动肝风可见这 一系统症状
肾	通于脑 (开窍于耳)	主髓	为胃之关	主骨
肺		朝百脉	与大肠 相表里	其体在皮

续表 3-3

生殖系统 (性腺等)	内分泌系统 (肾上腺等)	泌尿系统 (肾等)	呼吸系统 (肺等)
心动、则相火 亦动		与水相济	气为血帅 血为气母
提供后天之 精,不断充实 生殖之精		运化水液	脾为生痰之 源,培土可以 生金
主疏泄,促进 女子排卵月经 来潮,男子 排精	相火寄居于内	调畅气机可促 进津液输布	肝肺协调 气机升降
藏精、重生殖	主生长发充	主水液	主纳气
		通调水道	主气、司呼吸

我们认为:“中医脏腑概念源于人们对脏腑活生生的运动、关系和多样性的反复观察和思维反映。有越来越多的事实表明,其外延的扩展并非纯属主观臆断和哲学推衍,它也和许多经验事实相维系。在此,我们准备借助邱鸿钟的研究成果作进一层的分析。就“肺”而言:藏象学说认为:“肺为水之上源”,“能通调水道”。生理学的研究表明,肺血管系统呈网状分布,其表面积达  $70\text{m}^2$ ,故有极大的细胞外液容量,几乎达肺组织湿重 60%。一般情况下,肺可排出 250ml 水及 350 千卡热量 / 24 小时。此外,肺还通过对肾素

一血管紧张素系统的调节影响醛固酮的分泌，进而发挥对水液代谢的调节作用，可见，“肺主行水”并非没有依据。又如中医认为“肺与大肠相表里”，在解剖生理上，人们尚未找到任何足以支持此说的依据。但临床资料表明，急性呼吸衰竭（ARDS）的病人，有5—30%可发生急性消化道出血；相反，各种病因所致的严重肠道功能异常的病人，常会出现ARDS。实验也证实，钳夹肠系膜上动脉组的家兔，均会出现严重的肺损害，并且有定位于肺脏的特异性。这些都可成为中医有关“肺”的认识的合理性的注脚。

又如，中医理论认为“肾”主骨、生髓。实验表明，肾是体内唯一形成1、25-二羟维生素D<sub>2</sub>（1、25-DHCC）的器官，而1、25-DHCC是促进肠钙吸收和骨钙动员的最强的活性物质，是血钙相对恒定和骨钙钙化的必要因子。临床病理研究也提示，几乎所有的慢性肾疾患病人都有一些“肾性骨营养不良”的证据；相反，许多骨疾患，也导致肾脏疾病的发生，似乎肾、骨之间亦并非毫无瓜葛。又就肾开窍于耳的理论而言，人们发现肾和耳蜗中的某些细胞在功能、结构、酶含量与分布、药物反应等方面具有近似的特点。肾脏中远曲小管和亨利氏髓襻升支中的细胞与耳蜗血管纹细胞，同受醛固酮激素的调节。所以在通过Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>调节水盐代谢，以维持机体内环境和内耳环境的稳态方面，肾与耳具有相同的机制。肾可能通过含铁酶参与内耳细胞呼吸和生物氧化过程。在遗传进行性肾炎，患者耳聋常随肾脏病变而变化，甚至能以耳聋程度预测肾功能的损害情况。可见“肾开窍于耳”有其事实依据。就肾与肺的关系来看，Lee H Y等观察证明，可排除各种肺部疾患的肾功能衰竭者，第一秒呼吸量和肺活量及CO弥散值均低于正常预测值，且其肺功能损害程度与肾功能不良的程度相关。肺肾又不无联系。

再以肝肾关系为例，中医认为“肝肾同源”，即肝肾两脏常是同盛同衰。肝肾综合征是一个例证。Shear等报告，失代偿期肝硬化的氮质血症发生率可达75%。然而，这种肾功能损害是可逆的。因为把肝肾综合征死者的肾脏移植给肝功能正常的肾损伤病人，肾

仍有良好的功能。诸如此类事实，可以枚举出许多。此类事实并不足以认定中医藏象学说的科学性，它只是表明这一学说以一定的经验事实为依据，存在着某种“合理性”；但它却足以揭示西医脏器概念的某些不足。可见局部脏器的形态解剖界限并不是它功能的边界。爱因斯坦的新时空观提示：静止的物质并不等于运动着的物质，“生命的本质是活生生的东西”。肉体上的各个脏器之所以是它们那样，只是由于在它们的统一体里，也即在自身联系与它物联系的统一体里。根据现代生命系统论的观点，脏器形态结构只不过是进化中“凝固”了的机能，而其机能也就是运动的形态。因此，科学的，更为合理的脏器概念不能仅仅从形态解剖学表现上加以独断地定义，西医学的传统“教义”——“结构性原则”也有修正和发展之必要。

**发展的可能趋势：“科学进步的理性重组”** 显而易见，中医藏象学说及有关脏腑的概念，是“天才的自然哲学的直觉”产物，带有直观、思辨、猜测的性质。不能对人体脏腑进行分解，尽管肯定了脏器与功能的统一性，却简单地把脏器功能归结为外在表现上。由于思辨性，在缺乏事实的地方，只能以推测或猜度来补充，一方面导致了众说纷纭，你说肝主疏泄，他认为肝主敷和；你说相火寄于肝肾，他说还应加上胆和心包络，永无正确结论可得；另一方面它虽肯定了脏器与功能的辩证关系，却使人们无从着手进行深入研究，真正揭示它们之间的本质联系。借助猜测，又难免夹杂有一些神秘主义的色彩，甚至存在着一些荒谬的见解，而且鱼目与珠混杂，人们很难从其本身中找到一个区别良莠的尺度或标准，以致“取其精华，去其糟粕”至今仍只是一句口号，因此，这些学说和概念，只有经历了脱胎换骨之后，才可能步入科学之殿堂。

进一步分析可见：中西医脏器概念的主要差异在于：西医是以静态解剖学为基础，把脏器看成是分属于机能各自独立的单元，界限绝对分明，“非此即彼”，其概念具有同一、单一和确定性的特点，类似于数学中的经典集合概念；而中医以活体观察为基础，由



表测里，因而，除了把脏器自身所处子系统表现的功能包括在本概念之外，还把它在其它子系统所表现的多功能及与其它脏器的相关联系也粗略地包括在其中。其脏器概念反映了对对象的运动关系和多样性。因而其概念外延是广而模糊的，其界限可能亦此即彼、互相交融，类似于模糊集合概念。从逻辑上看，西医脏器概念的局限性主要表现在：其一，它以“固定”的范畴，即在同一对象、同一时间、同一关系的条件下对脏器本质作出的确定性的和静态反映。未能反映脏器在机体系统内的运动性，而实际上“任何一个有机体，在每一瞬间都是它本身，又不是它本身”；其二，它是对脏器的多样性、复杂的整体性的分割和单一化的反映。而实际上要真正认识有机体的生命，单凭一脏器与其它部分的外在解剖关系是远远不够的。机体内的各个脏器彼此互为目的、互为手段。它们只有在关系中才能存在。因此，西医脏器概念本身面临一个修正和发展问题。然而要修正和发展经典的西医脏器概念，只有在积累了许多新的实证材料并且引入一个与之竞争的“理论范式”以后才有可能，而今天已具备了这两个条件。这个可与之竞争的“范式”就是中医的脏器概念。但是，后者不可能取代前者。我们只是主张用一种“科学进步的理性重组”（Lakatos, I.）模式，对中、西医脏器概念进行重组结合，亦即重建，以期达到定态性和动态性、确定性和灵活性、单一性和体系性原则的统一。当然其间有一条漫长的路，有许多具体问题有待进一步研讨。总之，活机体意义下的脏器是不能与解剖学中的静态器官等同看待的，而应看成是以一定形态器官为主要空间结构的动力定型或子系统。所谓动力定型是指几个相互作用的元素的“力的组合”和“机能环”，它伴随与整体的关系而存在。

### 第三节 精气神与组织细胞

某一类经验现象在科学上的充分解释，只有借助一个适当的理论才能达到。

——亨普耳

中医理论中，精、气、血、津液、神等也是重要的基本概念，它们以独到的方式说明人体的生命活动及其基本特征和一系列医学问题，成为中医理论体系中的又一要素。组织细胞则是西医理论大厦中的基本“砖瓦”，落实到具体的理论解释，无不围绕组织细胞展开。可以说，它们之间的异同，便是中西医学理论差异的典型缩影。

**精气神：人之“三宝”** 中医精、气、血、津液、神概念中，最为重要，且与西医概念截然不同的，当推“精、气、神”。

中国传统文化中的“精、气、神”概念，既是医学理论的要素之一，又是道家、养生家的核心内容，故在许多场合，存在着浓厚的玄秘化色彩。就我们看来，三者的含义是相对清晰的。所谓“精”，有两层意思：《管子·内业》论及“气”时，提到了“精”，说：“精也者，气之精者也”。这里，精类同于气，无非指精是气的精粹部分。《内经》赋予“精”以新的含义，书中之“精”大多指有形的精微物质。如《灵枢·本神》说：“生之来谓之精，西精相搏谓之神”，《素问·上古天真论》说：“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之”的“精”，皆指维系人体生长、发育与生殖的有形的精微物质。这可以说是精的主要含义。

中医理论中的“气”，前已有所涉及。简单地说，它是构成人体和维持人体生命活动的，具有很强活力的“无形”的物质，具有推动激发、固摄、温煦、防御、气化等功能。可以说，各种生命活动及其过程，似乎都和气有关。中医学也用气的虚实及运行的正常与否来解释多种疾病现象。

古代哲学中，“神”的含义很复杂。就中医理论而言，它有着三层意思：（1）指自然界物质运动变化的功能表现及其规律。如“阴阳不测之谓神”。（2）指生物和人的内在生命活动的外在综合显现。所谓的“得神者昌，失神者亡”，“上工守神”，皆此义也。（3）指人的精神心理活动。

中医理论中，精气神学说主要探讨的是三者间的两层关系：一

是无形（气）和有形（精）与生命活动（神）三者间的错综联系；二是气与精和心理活动之间的辩证关系。对于它们的研讨，又往往是结合在一起展开的。

就精、气而言，无形可以聚合成有形，气可生精，“精乃气之子，……积气以成精”（《脾胃论》），精成之后，又可化而成气，“盖精能生气”（《类经》），可以粗略地把气⇌精关系，看作类似于合成和分解之类方向相反的基本代谢过程。“人生之本，精与气耳”（《类经》）。精以气为源，气以精为体，精又以气为用。故养生保健当惜精保气。

在精与气、有形与无形的相互转化中，显现出各种生命活动，产生了精神心理。因此，“神”系气与精所派生，但“虽神由精气而生，然所以统驭精气而为运用之主者，则又在吾心之神”（《类经》），也就是说，神一旦产生后，又反馈地作用于“精”与“气”，影响着整个生命过程。“故神凝则气聚，神散则气消，若宝惜精气而不知存神，是茹其华而妄其根矣”（《养生三要·存神》）。这样一来，精气神就成了人生之“三宝”，精气神学说也抽象且不无玄秘色彩地解释了众多生命现象。但就其与藏象经络、血和津液等学说来看，却又是颇为自洽的。<sup>①</sup>

**细胞：生命的“本质”** 细胞概念的提出和细胞学说的形成，既是马克思主义哲学的三大自然科学前提之一，也是近现代生命科学和医学科学的核心要素之一。1665年，英国虎克借助显微镜观察了软木薄片，提出了“细胞”概念。其后，荷兰的列文虎克借助270倍的显微镜，首次描绘出骨细胞与横纹肌的细胞图。19世纪初，德国哲学家奥肯（Oken, L.）指出：所有有机物都由细胞所组成，这些细胞乃是一些单胞或原浆。这一思想对后来的施莱顿、施旺的细胞学说影响很大。

19世纪30年代末，德国的两位生物学家施莱顿（Schleiden,

---

<sup>①</sup>参见何裕民主编：《中医学导论》，第32～34页。

M.)、施旺 (Schwann, T.) 发现了细胞构造与细胞核, 遂认为细胞是动植物的最基本单位, 有机体外部形态虽千差万别, 但内部构造却是统一的。细胞是独立的、自己能生存、生长的单位。细胞核是细胞生活的中心。他们强调细胞的独立性、完整性, 认为有机体只不过是细胞的集合, 是细胞的简单总和。施旺说: “我们一般地应该把独立的生命归之于细胞”。<sup>①</sup> 施莱顿说: “在每个单独的细胞中都存在着生命的本质, 建立起这样的概念是必要的, 并应以此作为研究生物整体的基本原则”。<sup>②</sup> 这些认识标志着细胞学说的诞生, 并为比较解剖学、生理学、胚胎学和病理学等的进一步发展奠定了基础。

20 年后, 魏尔啸在细胞学说的基础上, 展开了自己的病理学研究, 从而独树一帜, 开创了医学研究的新的里程碑。他认为生物体是细胞组成的社会, 机体是“细胞联邦”。<sup>③</sup> “每一个动物都是许多生命单位的总和, 而每个生命单位皆表现出所有的生命特征”。疾病在本质上就是机体部分的变化, 是一个或一群细胞的变化。除局部病变外, 并不存在其他任何疾病。就这样, 细胞病理学开始了它在现代医学理论体系中的开路先锋作用。

**途殊果异** 很显然, 精气神学说在中医理论中取得重要地位并一脉相承地延续到今天, 是东方传统文化发展的、历史的和逻辑的必然结果, 它和前所述及的主导观念及认识方法自有内在的依存关系。同理, 细胞学说出现于西方并广为接受, 成为生命科学的基石, 亦同西方占主导地位的原子论和还原分析等方法特点, 自成一统, 也是顺理成章的必然结果。它们的诸多差异, 虽鲜明于近现代, 根源却在于早期文化观念和主导方法的不同之中。更深层的原因又当于人文地理等众多因素中寻觅。

---

①阿烈克谢也夫:《达尔文主义》, 罗颖之译, 高等教育出版社, 1953年版, 第338页。

②参见:《科学与哲学》, 1981年第6, 7期, 第316页。

③见于魏尔啸《细胞病理学》, 人民卫生出版社, 1963年, 第23, 11页。

我们注意到，尽管医学和生命科学本身的发展，早已超越了细胞时代，进入了分子、量子水平。然而，细胞概念所蕴含的基本精神，仍引导着人们的微观层次的探索，就象轮船虽已把灯塔甩在身后，但灯塔还对该船起着导航作用一样。如沿着细胞概念的思路，人们利用分子生物学手段，了解了一些核酸分子结构及其功能，从而加深了对人类染色体及其基因和相关病证的认识，也发现了许多过去未曾发现过的疾病。又如通过对细胞膜研究，使人们注意到心肌细胞膜钠—钾泵异常与高血压有关，胰岛素受体异常与糖尿病、肥胖症有关，低密度脂蛋白受体异常与高血压有关，肾上腺素受体异常与支气管哮喘有关，……。病因病理认识的深入，孕育着治疗学上的突破。而这一切，又体现和强化着一个日趋受到挑战的基本信念：“要了解宇宙，就只需要了解构成宇宙的砖瓦——基本粒子；懂得了生物大分子、核酸、蛋白质，就可以理解生命”。

不难发现，精气神基本上是虚构的概念，因此它们全侧重于对功能和过程的解释，丝毫未曾顾及结构与形态。就气而言，所谓气有推动激发、提供热量、防御邪气，固摄液态物质，促进事物转化等，无一不是就功能而言的。气论的另一重点是气机，讨论的是气的运行，认为气只有升降出入得宜，才能有效地发挥功能。这里，只是把过程和功能相联系，压根儿没有考虑结构与功能的关系。就精气神相互关系来看，精能生气，气能化精，精气互生中可以产生神，神产生后又可驭御气与精，这里所讨论的也只是过程和功能，全然抛开了结构与形态。气与血和津液的关系亦不例外，气能生血（津）、行血（津）、摄血（津），血能养气、津能载气……。抛开结构和形态来讨论过程和功能，充其量只能大致把握画面的总体概况，且只能永远停留在这一水平。它导致精气神学说尽管在相关性方面见长，却缺乏起码的可检验性。其实，它仅仅是借助特定符号（“精”、“气”、“神”等）对复杂的生命现象作出综合性解释的一种有用的工具而已。毋庸译析便能看出精气神学说与中国传统文化及中医学其他理论之间存在的内在的自洽性，经络现象和气功与之有

关，整体观念和注重心身关系亦与之不无瓜葛。从现代看来，它的意义不仅在于这些，精气神学说的本身亦很有价值。以气为例，借助气这一符号，中医理论解释了许多生命和疾病现象，并通过一定的理论解说把许多相关现象捆绑在一起，起到了有效地帮助人们认识自然，改造自然的工具作用。当人们以现代科学工作者的眼光来研讨中医学中气的命题时，不得不赞叹气论内容的“超量”性。有学者曾作过粗略的归纳，近年来国内外热衷于“气”的研讨，先后提出了20多种假说。诸如免疫功能说、高能键说、生物电能说、太阳与量体射出的相涉光能说、气能说、整体系统脏腑功能说、细胞外液说、神经冲动说、生物电位差说、电——光效应说、生物场说、动力场说等不一而论。所有这些假说，意义不完全一样。但有一点是相同的，即都支解了“气”的本身，无法全面反映传统概念所反映的方方面面（且这些方方面面又是相互联系在一起的）。因此，就我们看来，基于不同文化背景，源于不同方法的“精、气、神”等概念，在更为合理的概念取代其之前，自有其合理和有用的一面。而这种取代，也应该是揉合了两个“果实”中的优势基因，具有“科学进步”意义的理性重组（重建）后的产物。

（顾璜 何裕民 上海中医学院）

#### 第四节 病因、病机与病理

理论之所以成立，其根据就在于它同大量的单个观察关联着，而理论的真理性也在于此。

——爱因斯坦

当我们把视线集中到中西医学有关病因病理的认识时，它们之

间的显著差异便不能不详加剖析了。

**审证求因与三因论** 先于《内经》，中国古代医家就试图对致病之因作出理论解释。《内经》则明确地对病因作了分类，进行了理论说明。曰：“夫邪之生也，或生于阴，或生于阳。其生于阳者，得之风雨寒暑；其生于阴者，得之饮食居处，阴阳喜怒”。<sup>①</sup>又曰：“夫百病之生也，皆生于风寒暑湿燥火，……。”<sup>②</sup>这些论述中，已有“外感六淫”、“内伤七情”、“饮食内伤”、“劳逸太过”等中医病因学主要概念之滥觞。其后，张仲景，巢元方，陶弘景，王冰等都对中医病因理论有所发展。到了宋代，陈无择在《三因极一病证方论》中提出了“内所因”、“外所因”、“不内外因”的“三因说”，遂成为延续至今的中医病因理论中的不刊之论。后世虽时有发挥，但大多无损于三因说的主体地位，只不过局部有所充实而已。

陈无择认为：“六淫者，寒、暑、燥、湿、风、热是；七情者，喜、怒、忧、思、悲、恐、惊是。……六淫，天之常气，冒之则先自经络流入，内合于脏腑，为外所因；七情，人之常性，动之则先自脏腑郁发，外形于肢体，为内所因；其如饮食饥饱，叫呼伤气，尽神度量，疲极筋力，阴阳违逆，乃至虎狼毒虫，金疮跌折，疰忤附着，畏压溺等，有背常理，为不内外因”。<sup>②</sup>后世基本沿袭此说，并从中概括出“外感六淫”、“内伤七情”等病因学的基本概念。如《中医基础理论》便遥承此说，把病因分为“外感”、“内伤”、“不内外因”和“痰饮瘀血”四类，且作了进一步的推演或归纳。如认为外感中包括外感六淫、戾气，内伤中包括七情、饮食和劳逸。细而言之，外感六淫包括感受风、寒、暑、湿、燥、火（热）等不同之邪，各有各的特点，寒邪易伤阳气，易致凝滞、收引；暑性炎热易伤津耗气，且多挟湿；湿性重浊、粘腻，易阻遏气机，损及脾阳，且好袭阴位；燥易耗津伤肺；风喜侵阳位，“善行而数变”，……；

<sup>①</sup>《黄帝内经素问·调经论》和《至真要大论》。

<sup>②</sup>陈言：《三因极一病症方论》。

就内伤而言，劳力易伤气、劳神易伤血，房劳易伤精，过逸多见气滞血瘀；怒则气上，喜则气缓，悲则气消，……<sup>①</sup>。所有这些，构成了自成体系的中医病因学说。

很显然，中医学的这些理论认识，大多以丰富的临床观察经验为依托，是人们在大量实践观察基础上，借助类比等法抽象而出的。然而，与其说它们是科学理论，还不如说它们是生活经验。生活经历和临床实践告诉人们，受寒之后每易生病（感冒），遂“寒”与“病”便作为因和果被联系了起来；寒冷季节人多见手足不温，四肢不便，喜蜷缩等症，加之寒时又见河冰水凝，遂归纳出寒易伤阳，性凝滞收引等特点；在某些理论解释中，哲学思辨和类比所起的作用更大，如风“善行而数变”，“易袭阳位，为百病之长等便主要不是依托生活经验，而是直接借助援物比类，从自然界的风对树木等的作用现象类推而来的。由于这些理论与经验事实有着某种内在的联系，故人们可以不断地以生活经验来“验证”它，有时甚至可在精心设计的实验中观察到它。如关于“风寒湿”与痹证的实验观察，大鼠剥夺睡眠实验与“心血虚”的实验观察等中均观察到了中医学理论所描述的类似结果。因此这些理论是有用的，常能有效地解释事实，指导诊治，断然否定这一点，那是不顾事实。但是，生活经验与科学理论毕竟是两码事。就象不能把有效的生活经验称之为科学理论一样，中医病因学说，包括六淫、七情、外感、内伤等理论概念，与科学理论和概念还是存在着一大截质的差异的。这既与其浓厚的类比推理色彩（又未复加以实证检验）有关，也和它仅仅注重两现象间的前后关系（如受寒与生病）而未深究其具体细节，直接从经验“跳跃”到理论有关。因为前后两事件从逻辑上说，既可能是因果关系，也可能是其他关系，甚至了不相涉。就病因而言，中医学所提到的许多因素充其量只是某些疾病的诱发因素，是它们引动了某些致病因子而导致疾患的。此外，由于没有具体研讨不同

---

<sup>①</sup>印会河主编：《中医基础理论》，第93～105页。



“病因”作用于机体后的确切过程，因此，给人们的解释（包括诸如风寒湿造痹等实验的解释）留下了随意发挥的余地。

**科赫与严格的因果律** 反观西方医学，19世纪中叶以前，其病因学的主体与中医学并无质的差异，亦属于思辨的，自然哲学的，甚至更为混杂、零乱。如对产褥热的病因，19世纪中叶时人们有各种解释，一个得到广泛承认的观点把它归因于玄秘的“宇宙——地球——大气变化”所引起，此外还有病房拥挤说、分娩姿势不当说、心理恐惧说等。奥地利医生塞梅尔维斯（Semmelweis, I.P.）于1847年注意到这是由于感染了“腐败物质”。但这一重大成就却因旧势力的反对而给他带来了灾难，塞氏因此被逐出医院，很快死于精神失常。差不多同时，巴斯德发现牛奶和葡萄酒变酸是微生物所致。稍后，外科医生李斯特（Lister, J.）提出创伤感染微生物入侵所致。值得大书一笔的是科赫，他以卓越的细菌学研究成就，确立了在病因学中不朽的地位。他首先发明了固体细菌培养基，创造了染色法，改进了显微和摄相装置。基此，1876年他分离并证明了炭疽热的真正原因——炭疽杆菌，这是人类第一次用实证手段作出传染病病因的证明。此后，他又不断取得硕果，相继发现了伤寒杆菌（与安柏斯一起）、结核杆菌、霍乱弧菌等等。在科赫成就的影响下，19世纪后半叶掀起了微生物病原体研究热，以致本世纪初，大多数常见的传染病病因已基本被揭示，这相应地带来了防治的革命。

科赫成就的间接意义更为突出，它作为一成功的范本，导致西医病因研究纳入了严格遵循一因一果逻辑规则之轨道。以后有关病因研究的成果，大多沿着这条途径深入下去取得的。方法上的特点，使得西医病因理论在一些比较单纯的疾病研究中大放异彩，不断揭示出其内在的一因一果之联系。如伤寒一病，中医学只能从其主症，归因于“湿”或“温”，严格的因果律却使西医学得以揭示出致病菌的不同类型与亚型，以及它们和临床症状之间的细微联系。这是中医学所无法企及的。真实地揭示了病因，自然有助于有效的应

对措施的采取。

然而，疾病的因和果之间并非都是如此单纯、线性和清晰的，许多疾病过程往往是多因素作用的结果。有时，会有多因一果，多因多果和一因多果现象，且要区别出多因中之主次，亦非易事，甚可因果相循，这些都超出了形式逻辑所能企及的范畴。以肿瘤为例，近百年来，人们已提出了关于肿瘤成因的几十种假说，且这些假说大都具有一定的实证经验所支持，然人们对于肿瘤的成因，仍限于困惑之中，这些有关病因的假说，兼容性较差。诸如心脑血管疾病和一些代谢性疾病的病因研究中亦存在类似的情况。其实症结在于这些疾病本身并非单纯的一因一果之产物，而是众多因素复合作用之结果。要解答这些谜团，形式逻辑思维和线性方程是捉肘见襟的。相反，由于受早熟的辩证思维之影响，中医病因学并未陷入这一局限性中，尽管一些基本的病因概念只是约定的，它却常能较好地体现出因果之间的辩证联系，如“风寒湿三气杂至，合而为痹”，强调的是多因一果；湿邪袭人，可见泄泻、带下、浮肿、着痹、湿疹、淋浊、鼻渊、脑漏等等，此系一因多果；痰瘀互结，又可引发胸痹、症积、咳血、癫狂、痴呆等等，此系多因多果；而痰饮，瘀血本身又是因果相循的。尤其值得一提的是痰饮、瘀血这两个约定的病因概念各自“捆绑”了丰富的经验事实，对我们今天深入认识一些疾病现象大有裨益。其中，国内和日本有关瘀血（血瘀证）的研究，已揭示了瘀血的一些旨趣。这些，都有一定的借鉴意义。

**细胞病理学与病机十九条** 病理学，被视作为西医基础医学与临床医学的桥梁，它的任务在于从形态和功能角度，研究各种疾病的特殊规律，并从这些特殊规律中归纳出一般规律和共同本质。病机，则被诠释为：“疾病发生、发展与变化的机理”。显然，在病理和病机之间，值得作一比较。

在西医学近现代病理学的发展过程中，摩尔干尼和魏尔啸的成就显然是奠基性的。特别是魏尔啸，他在显微镜的帮助下，通过对

病变组织细胞的深入观察，提出细胞的改变和基此而产生的细胞功能障碍，是一切疾病的基础，并指出形态学改变与疾病过程和临床表现的关系。尽管随着西医学的发展，病理学已分化成病理解剖与病理生理两大分科，并出现了分子病理学、免疫病理学、遗传病理学等交叉学科，魏尔啸的上述思想仍可谓病理学之核心认识。德国细菌学家欧立希(Ehrlich, P.)曾公允地指出：“从魏尔啸的天才研究工作开辟了新的途径以后，人们的思想都集中在疾病的定位和疾病原因这一问题上，而十分明显这种见解在我们治疗工作上有决定的意义”。<sup>①</sup>

作为西医基础学科的一个有机组成，现代西医病理学与其他分支学科在基本概念、观念和研究方法等方面有着高度一致的自洽性。如果说前述的病因认识中西医学突出地表现为严格遵循因果律，那在病理研究中就着重表现为以严格的还原分析为主导，在时序上注重弄清不同病因作用后机体所出现实体（形态）改变、功能障碍和代谢异常，以及它们的演变规律；在空间上致力于揭示形态改变与功能和代谢异常之间的联系及它们与临床症状之间的对应关系。经过百余年的努力，它已基本弄清各种常见病症的病理解剖和病理生理特点及规律，并归纳出了一些共性规律和表现，形成了诸如组织损伤、变性、坏死、充血、炎症、渗出、增生、变态反应、水肿、休克等一系列重要概念，这些概念具有鲜明的“可操作性”，借助这些概念之“结”，西医学有关病理的理论认识构成了一张巨大而有效的“网”。它可以清晰地解释现象，预测趋势，指导临床诊治。它是联结基础与临床的“枢纽”，西医学能启动基础与临床互动机制（相互促进的大循环机制，参见第四编第一章），显然，病理学的理论概念起了保障作用。但是，应该指出的是，作为整体的一个部分，前面分析西医学理论概念时所指出的不足，特别是脏器和细胞概念的某些不足，在这里同样明显地存在着；魏尔啸在成功地奠

---

<sup>①</sup>林德宏：科学思想史，第298页。

定西医病理学基础的同时，也留下了一些历史的缺憾（第一编第五章中已有分析），这阴影至今亦未能完全抹去。对此，不作赘述。

中医病机学说首见于《素问·至真要大论》。文中提出了著名的病机十九条：“愿闻病机何如？岐伯曰：诸风掉眩，皆属于肝；诸寒收引，皆属于肾；诸气膈郁，皆属于肺；诸湿肿满，皆属于脾；诸热瞀瘵，皆属于火；诸痛痒疮，皆属于心；诸厥固泄，皆属于下；诸痿喘呕，皆属于上；诸禁鼓慄，如丧神守，皆属于火；诸痉项强，皆属于湿；诸逆冲上，皆属于火；诸胀腹大，皆属于热；诸躁狂越，皆属于火；诸暴强直，皆属于风；诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热；诸病浮肿疼酸惊骇，皆属于火；诸转反戾，水液浑浊，皆属于热；诸病水液，澄彻清冷，皆属于寒；诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”无须细加分析，即可见这十九条有着类同的陈述方式：“诸某某症状表现，皆属于某某脏／某某邪（风、湿、火、热、寒）／某某部位（上下）”。一大部分涉及“病因”，另一半涉及病位（脏和上下）。且十九条都只是对现象的一种肤浅归类，既未涉及具体的形态、功能或代谢过程；也没给进一步的探究指明确切的切入口。因为对于同一条陈述，主体认识和经验的不同，便可自由度很大地作出自我把握。难怪乎在刘河间眼里，《内经》病机十九条是尽讲火热的，故依此他寻绎出诸病多属火热为害的“新观点”，张子和则从中找到了攻邪论的经典依据，朱丹溪则主张俱为阴虚火旺；张景岳又归之寒多……。如果说这类理论对临床诊治有什么指导或意义的话，充其量只是指出了一模糊的探视方向，同时对人们的经验性探索不附加任何限制，人们可以根据自己的经验和认识自由地发挥。此外，在病机十九条中，病因病位混杂在一起，人们反倒无从去理解“病机”本身的特定含义了。

近十年来，人们从病机十九条出发，作出了重新归纳，提出了“邪正盛衰”、“阴阳失调”、“气血失常”、“脏腑功能紊乱”、“内生五邪”等病机新概念，并进入了诸版基础教材，广为传授。然而，病机十九条的缺陷在此悉具存在，有的地方甚至更糟。如病机十九条中还

涉及对一些具体病症的讨论，在后者中大量充斥的只是纯哲学认识，如“邪正盛衰”中所谓的“正胜邪退”、“邪胜正衰”、“邪正相持”；“阴阳失调”中所谓的“阴阳偏胜”、“阴阳偏衰”、“阴阳互损”等都只是纯思辨的产物。以纯思辨的哲学解释来代替具体现象的科学分析，那只能是永远正确，却又失之空泛，无具体意义的。而且，现代通常所论述的“病机”，“线条”之粗，使人们只能根据自身经验，灵活理解了。如阴阳病机中，“阳胜则阴病”，“阴虚则阳亢”，“阴损及阳”、“阴胜则热”、“阴虚则热”等术语，我们知道它们表述的是截然不同的几类情况（病症），其中，虽都只涉及“阴”“阳”和“热”，但这三个字的含义和所指却差异很大。然而，这些对一个习惯于依赖清晰的形式逻辑作出思考的人来说，必定无法理解。此外，它与西医病理学相比较，还有一大差异：西医学是在深入系统研究了各种疾病的具体病理特点后，归纳出各种疾病的一系列病理共性规律和表现的，在它那里，特性与共性的辩证关系体现得较好。然而，中医学跳过了（或者压根儿没考虑过）对具体病症具体病理特点的具体研讨，只是匆匆地用思辨来追索临床现象间的表层关系，因此，罕有具体疾病具体机理和特点之认识。随便翻开一本西医病理学著作或内、外、妇、儿教材，其对具体疾病的病理特点总是不厌其烦地加以阐述，且多为实证知识；而中医学尽管内科有风、痙、臌、膈，妇科有经带胎产，眼科有五轮八廓，但对于不同病症的具体机理，却只有干巴巴的、雷同的几种阐述。且这些所谓的病机特点大多是为了自圆己说人为加上去的，并无检验尺度，随意作些改删亦无妨，如属于“痰瘀互结”所致的“胸痹”，究其病机时，你说是阳虚寒凝成痰，痰停而血瘀，以致痰瘀互结于脉络；他说气滞以致血瘀，瘀成津行亦受阻，聚而成痰，痰瘀互结都无妨。可见，这种理论的解释力量是苍白无力的。人们对病机的探讨只停留在表面文章上，难怪乎本科学生一听到中医内科教师讲具体病症的病机特点，就抑制不住睡意，因为一切解释都可在先验的预料之中，空泛的、纯思辨的病机学说，虽与哲理化了的治则体系有所呼应，但它却使

得中医学科结构中基础与临床分离，各自分别处于两个封闭的小循环圈中，构不成大循环机制。因此，科学结构的重建，首先有必要从这一薄弱环节切入。

(何裕民 上海中医学院)

## 第四章 结构的风格

所想起构造作用的思想（在科学界的各种名称之下），都受某种框架的支配，即使没有被认识到，也并不减少它在指导想象方面的影响力。哲学的重要性就在于它坚持不懈地力图把这种框架揭示出来。这样一来，我们才可能批评它，改进它。

——怀特海

当人们漫步在上海的外滩，大连的中山广场，留意于四周的建筑时，深深印入脑海的一定是这些建筑物各具特色的总体风格。当人们跨进一些学科的殿堂时，也很快会感受到这些学科“构造”的一系列特征。这些特征不仅表现在具体的观念、明确的概念和抽象的方法上，还存在于学科各组部分的相互“关系”之中，亦即学科结构方面的异同。它体现着学科自身的活力所在，并促进或制约着该学科的发展。

### 第一节 超稳定结构

我们切莫忘记，世界上所有的东西都是相互联系和相互依存的。

——马 赫

中医学中，人们不习惯用学科结构等词，说得较多的是“中医理论体系”。顾名思义，理论体系当指理论知识相互作用所组成的一个整体。它与学科结构有着某种内在的联系，可视作为学科结构之外显或表层。

**何谓中医理论体系** 通俗地说，理论是由概念组成的，系统化了的理性知识。作为传统科学的中医理论，虽在概念及其表述方面存在着某些逻辑缺陷，上述特点还是基本具备的。可以说，中医

理论是打上东方传统文化烙印的理性知识，是中医学家在医疗实践和相关研讨中，运用前述的一些方法，对经验加以抽象、升华，并使之系统化了的理性知识。

医学涉及的问题甚广。于是，在长期的探索中，人们获得了众多的知识和经验。如有对脏腑生理病理（藏象）的看法，关于气、血、津液来源、特性、功能的认识和对病因、病变机制等的揣测、解释，等等。由于历代医家是在相同的哲学氛围中，以类似的观念和方法来审视问题；收寻资料，分析现象，作出结论的，因此，所获之知识和经验并非互不相干，各不包容的，而是沟通相联，融贯互蕴的。其中，有些认识是最基本的、公认的。久而久之，这类知识便组合成一个有着上下层次或前后序列的体系。遂诞生了人们通常所说的“中医理论体系”。人们之所以用体系这一较为严谨的术语，揣度其趣，一是体现了对这些知识之间内在联系的洞悉，二是强调了对这一联系的高度重视。

从中医理论体系来看，元气论的作用犹如“奠基石”。中医理论所涉及的问题，大多离不开气。躯体由气聚合而成；功能活动是气推动激发所致；感觉、思维、情志等心理过程也是气活动的产物（“气能生神”、“人有五藏化五气，以生喜怒悲忧恐”）；人不断从外界摄入“清气”，呼出“浊气”；从饮食中吸取水谷精气，化生成气血津液；“邪气”泛指各种病因，“正气”概赅了机体抗病和康复的物质、结构和功能；气绝意味着生命行将结束。故可以说整个中医理论体系均建立在“气”论基础之上。

中医理论体系的核心是藏象经络学说。它集中体现了中医学对人的生理、病理等的理性认识。其中，藏象学说猜度了各脏的功能特点及相互关系，疾病过程中的病理变化和机制；经络学说则辅翼前者，进一步阐明人体内在脏器的种种生理、病理和治疗上的联系。两者水乳交融，浑成一体，不啻成为中医理论体系中最为突出的标记，还浸蔓到体系的各个层面及角落，犹如参天古树之根系和主干，把数千年来人们探索中所得到的认识与经验纵横交错地贯串



成一体。

从表层看，中医理论体系还包括以下几大部分：一是除藏象经络学说外的其他一些基本理论和知识，如病因、病机、治则等；二是宏富的临床知识和技能，涉及临床各科对病证的具体认识及诊治中措施、方法和经验；其三系知于中药方剂的理论认识及应用技术等；最后，是关于养生保健的知识与技能，可以说，这些就是中医学的总体概况，也是人们通常所说的“理论体系”之表层。

**内在的结构** 从库恩的观点来看，上面所论述的，只属于“结构性范式中的部分内容，并未涉及学科结构的深层。”

从科学哲学角度来看，构成科学的并非是事实本身，而是整理事实的方法。维也纳学派的创始人，物理学和科学哲学家弗兰克(Frank, P.)也曾强调：“科学不是事实的凑合，”“没有一种科学是这样（指简单地汇集事实）建立起来的”。<sup>①</sup>建构理论体系的方法，是学科结构中深层实质。在此，特别值得强调的是“阴阳”、“五行”等哲学学说在建构中医理论中的带有决定性的方法论作用。具有两分法特点的阴阳学说和具有朴素系统方法特点的五行学说给中医学家的理性思维以莫大便利，藉此，人们可以自在地进行分析思辨，组合经验事实，构筑理论体系。一旦理论体系的构架大致确立，核心概念和理论基本形成，这些方法所具有的功能，又起着旧体系忠实的卫道士之职。

一个学科的结构，涉及三大方面，知识概念和理论及其相互关系，属于结构性范式，前已作了论述；观念和方法涉及哲学范式，前亦作了研讨；此外就是社会学范式，主要涉及价值观问题，因为价值观支配着研究者的研究取向，它暗示某些研究有意义，某些研究无价值。前面讨论的“不为”与“不能”，即涉及这一问题。潘氏认为<sup>②</sup>“智者察同、愚者察异，”“粗守形，上守神”，“医者意也”等也都

---

①菲利普·弗兰克，《科学的哲学》，61页，上海人民出版社，1985年。

②潘卫星：《论中医学的规范》，《中国医药学报》，4（2）：4-9，1989。

影响着中医学家的研究取向，体现着一种价值尺度，其实，所有这些，其背后是更为深层的中国古代社会的实用理性精神。

**超稳定的特征** 中医理论体系草创于秦汉时期的《黄帝内经》和《伤寒杂病论》，有学者注意到：这两本经典对后世产生了巨大影响，它表现出库恩所说的“一个独占鳌头的范式”所具有的两根本特征，空前地吸引拥护者；留下大量有待解决的问题。从而，显示出了范式作用。

自此以降，数千年来人们循此作出探究。虽每一历史时期都不断有新的经验和知识涌现，人们亦常就某些学术问题展开激烈的争鸣，然而，遗憾的是，这一体系一脉相承，基本方面并无质的改变。上述新内容只不过是对原有体系的局部充实或修正而已，并未触发范式的变革和结构的重组。所有这些，是耐人寻味的。

我们可以把中医理论体系视作一个系统，从系统演变角度对上述现象作出探究。在研究系统演变时，控制论着眼于系统结构的稳定性。它根据结构特点，把系统分成稳定和超稳定两类。多数系统属于稳定结构，它们有着一定的稳定性，能保持自身某种基本一致的调节方式。这类结构的适应和调节能力是有限度的。内外因素不平衡发展所产生的较大冲击使这类系统以旧结构崩溃，新结构取而代之的方式作出适应。这时，整个系统表现出革命性变革。就科学体而言，就表现出范式的更替和结构的重组。物理、化学等的近现代发展典型地体现了这一特点。西医学的近现代历史也有着这一特征。

此外，系统演变还存在着另一种较为罕见的方式，某些系统有着不断消除或减缓不稳定因素冲击的有力机制（从大系统控制论来看，亦即强有力的负反馈调节机制——参见第五编第三章），使原有结构得以长久地延续下去。这类系统结构被称作稳定结构。有研究表明：中国封建社会就是一个典型的超稳定结构。而中医理论体系也正有着类似的超稳定性。这只需举一个典型事例便足以说明这一点。中医学术发展史中，清代崛起了鼎盛一时，影响甚大的温病

学派。这一学派有着核心人物和一大批追随者，形成了系统的，迥然不同于先前的理论和具体的诊治方法，然而，所有这些强烈冲击，并未引起中医理论体系质的改观，甚至没有伤动其核心——藏象学说的一丝一毫。持续了数百年的寒温之争，其实际结果仅仅是部分医家从此对热性病的诊治另宗新说罢了。这一现象的背后，正是中医理论体系的超稳定结构在起其作用。

一般说来，维持一个系统结构的超常稳定，常常需要多重机制。结合中医理论体系来看亦然，本编前所论及的从观念到概念、方法等，都属于这类机制。如阴阳五行学说广泛而强大的包容性，既不利于人们发现新事实与旧理论之间的矛盾，又足以把人们在旧理论指导下获得的新经验、新知识纳入旧框架中。即使出现与旧理论抵触的新事实，粗糙、思辨的特征也常能削足适履，冲淡这种矛盾，减缓它们对旧体系的冲击作用。因此，起着旧体系卫道士、清道夫之功。除了前述已涉及的外，这类调节机制尚有：

社会文化背景 曾居住和游历过大陆、台湾、香港和世界多地，对中国和西方社会文化背景作过认真比较的孙隆基先生认为：较之西方，中国文化的“深层结构”是个“超稳定体系”。<sup>①</sup>作为社会文化的一个组成部分，或者说产物，医学在很大程度上受制于社会文化，对此，人们已阐述得够多了。我们也曾结合中国社会文化结构的演变趋势与中医学的发展作过分析，发现其间联系的种种事实或迹象。首先，一统的中医学术范式（理论体系）之确立，正好在于一体化的社会文化结构（表现为中央集权政府、书同文、车同轨、统一货币、法律、度量衡等）确立之后。这似乎提示，大一统的社会文化结构之形成，既敦促医界致力于消除分歧、建构“一统”的学科体系；而封建正统文化体系的确立，又为这一建构提供了思想指导和方法上的借鉴。

其次，秦汉之后的中国社会文化演变与同时期的中医学发展亦

---

①孙隆基：《中国文化的“深层结构”》，第10页，华岳文艺出版社，1988年。

存在某种有趣的关系，表现出类似的特点。只不过相比而言，中医学的发展略呈滞后。如唐宋元时期是中国封建社会的鼎盛阶段，而同一时期的医学发展亦呈现出一派盛况，且这一势头一直延续到明末；明中叶及整个清代，中国封建社会及文化的超稳定结构呈僵化状态，明末清初起，医学发展亦出现呆滞趋势，陷入低谷。虽有温病学派等的崛起，细加分析却可见这只是前一时期医学迅猛发展势头的余波，是前期瓜熟，此时蒂落之表现。就总体而言，考据训诂，尊古薄今成为中医界研究之主流。可以说超稳定的社会文化结构是维护中医理论体系超稳定性的背景性机制，因为前者为后者提供了社会历史根源及思想文化背景。

《黄帝内经》和《伤寒论》：医学研究的起点和终点 前已论及，《黄帝内经》和《伤寒论》的问世，确立了中医学术范式，此后，历代都强调习医者先须精读《内经》，研习《伤寒论》。这本属正常现象。然而，出自维护封建社会稳定的需要，意识形态领域的一些经典著作捧到了至高无上的地位，治学就是研习经典。此风旁及医界，遂使《内经》、《伤寒论》等的身价扶摇直上。特别到了明清时期，凡言医必本《内经》、仲景，已成一大风尚。且愈演愈烈，明末起许多医家还把治《内经》、研《伤寒论》视作为探索医学奥秘的同义语。《内经》等既是医学研究的起点，人们纷纷于中寻得研究课题；又是检验医学知识和实践经验的绝对标准和归宿，研讨的结论只有符合于其才能得到认可。它们俨然成了医学理论和知识的“终极”体系。科学是不承认偶像的，但一旦树立起偶像，出现了“终极”体系，则新思想必将被扼杀在襁褓中，创新冲动自然而然地蜕变转化为维护传统的思维定势，对新事实，对理论与实践的冲突医家们也就每每视而不见。这样一来，范式的变革缺乏了导火线和点火装置，旧有体系也得以长久地喘延下去。

由儒业医——古代中医队伍的组织特点 儒生是中国特有的知识分子，他们饱读诗书，谙熟儒家经典，有着统一的信仰，既成为社会结构中意识形态子系统的主导力量，又是政治子系统中官僚阶

层的替补大军。“中国医学为儒家一门大学问”（陈兼于《兼于阁诗话》）。仕途不意等因素常促使儒生们信奉“不为良相，便为良医”之说，转而业医。历史上，名医大半系习儒出身。这就为维护中医理论体系的超常稳定，提供了人员的保证。因为儒生尊奉先圣、习惯于调和，每每乐津于先人之说或旧有认识，恪守原有体系。即使有所探索创新，也只是在儒家学说框架内的尝试，他们不愿也不敢越雷池而妄动。因此，医家的行为意向及结果并不构成对旧有理论体系的怀疑和冲击。正是在这多重有力的调节机制维护下，中医理论体系两千年来呈现出持久而缓慢的、量方面的递增、膨胀。并无质跃迁和结构上的变革，体现出超常稳定的特征。

**熟透了的体系：必须越过的障碍** 世界上的事，许多是有着双重性的。中医理论体系的超稳定结构亦然。从医学发展史来看，中医理论体系的形成，对于中医学术早期的顺利发展，至关重要。它使得各医家获得了同一的学术范式，从而可协调各自的研究工作，交流相互的经验与认识。加之以元气论为基石，阴阳五行等为主要方法构筑起来的学科框架有很强的包容性。借助这一框架，上下数千年中无数医家的经验和认识都可以被网织成一体，有序地贯穿起来。甚至相背的认识，如“无虚不作眩”，“无痰不作眩”，“诸风掉眩，皆属于肝”等皆能在这一框架中找到各自“适宜”的位置，相安无事地掺合在一起。相比之下，古印度、古希腊和阿拉伯医学正是缺乏这么一个为多数医家所遵奉和恪守的学科结构。因此，在它们那里，许多知识和经验只象似海滩上五彩缤纷但又极易被沙流冲没的零星贝壳，或过眼即逝的奇特烟云，无法积腋成裘地贯穿成一博大的学科体系。尽管科学就是知识（包括事实、定律和理论等）的集合物这一科学观已经显得陈旧和过时，然而，它也确实能在某种程度上说明一些问题。借此，我们可以说，中医学历史上的伟大成就，中医这一宝库的辉宏、丰富和多彩，正是有赖于中医理论体系这一超稳定结构的。从中，人们一方面获得了医学实践的划一的出发点、类同的探视方向和方法；另一方面，探索中得出的新知和

经验又可被含赅于其中，从而表现为体系内涵的不断丰富增色，外延的日趋庞博扩展。亦即库恩所描绘的、典型的常态科学发展模式。

然而，就象有学者在分析中国封建社会的超稳定结构时所认为的那样，一体化强控制曾带来了古代中国的高度繁荣和文明，但它同时也使这种社会结构隐蔽在一种历史的阴影之中，它把一个不断发展的活生生的社会结构固化了，……它那强有力的控制力量，有效地遏制着新生事物的萌芽。中医理论体系的超稳定结构也给今天的中医学带来了一连串的困惑和窘境。结构在基石和方法学方面的特点既有助于积累和保留知识及经验，但这是以思辨为特征，以牺牲各具体概念的内涵的确定性为代价的。“而思辨主义一旦贯彻到底，就可以按原有结论概括无限事实”。<sup>①</sup>因此，实践中新事实和原有理论体系中旧观点的冲突就十分和谐地被“解决”了。一旦这一矛盾不存在，理论的创新和发展就必然是句空话。所以，人们发现：中医学的所谓各家学说争鸣中，新说主要是旧说量的“连续”，而不是质的发展。由于丧失了内涵的确定性，人们又注意到“中医理论发展过程中，极少创造新概念，而往往是将旧概念赋予新的涵义。”多少年来围绕这些概念展开的所谓“学术争鸣”，也无非是隔靴搔痒，毫无实际意义可言。有人通过分析甚至发现，在现今的高等中医院校的同一本教材中，诸如“阴阳辨证”，至少可区分出四种不同的、甚至是相互矛盾的含义。”<sup>②</sup>凡此等等，使这一理论体系日益成为填充经验的框架，两逐步丧失了它对探索未知的指导作用。”<sup>①</sup>

超稳定结构的中医理论体系一方面不断吸收和容纳医家们在实践中所获得新知识，新经验，并能在相当程度上同化其他学科，包括外来医学（如印度、阿拉伯医学）的内容。这些，反过来又充实着这一理论体系，使中医学呈现出持续然而缓慢的惯性发展趋势。

---

①程伟：超稳定——中医理论发展特点的思考《医学与哲学》（8）：9，19-21，1987。

②何裕民：中医辨证层次新议《医学与哲学》。

这一发展总倾向，在文艺复兴后就表现为东西方医学领先地位的迅速逆转，且差距呈几何级数般地倍增。此外，超稳定结构还带有顽固的排他性和麻痹性。由于存在着较强的缓冲和调节机制，对于无法同化的内容，往往显示出强烈的“排斥”反应，它导致了用现代实证科学手段研究中医基础理论几十年，收效与投入相比，微乎其微。非但如此，这一僵化结构和教条体系更遏制了人们的创新冲动及对新学科范式的追求。人们在读及中医理论体系时，每每自誉地赞其完整、独特，并强调中医学要独立发展，要突出“民族性”、“主体性”等，而对借助实证科学手段取得的成果许多人则横看不顺眼，竖看又失去了中医“特色”，或干脆予以否定。一份权威性的研讨中医发展战略的报告竟指出：“中医理论体系的现代化……即在中医阴阳、五行、脏腑、经络、精气神等核心理论不变的情况下，吸收现代科研成果，用现代语言加以表述，使其更加系统化、规范化、科学化，形成与现代科学体系相近的理论体系”。<sup>①</sup>姑且不论这种类同于用传统的木制梁椽结构建造现代摩天大楼的美好却又天真的设想是否可行和可能，仅就这一设想的出笼而言，它确实代表了相当多的中医学家的主观意愿。所有这些，恰恰反映了该体系强大的羁束和麻痹作用。我们知道，科学发展过程中，核心概念的替代常能触发学科范式的演变，而这两者都是学科突破性发展的主要标记。熟透了的理论体系的强大羁束作用正提示它本身便是阻碍学术发展的桎梏。历史上它曾经有过的促进与保证作用已不复存在。故大胆丢弃烂熟果，跳过旧体系，重酿新构架，已历史地落在现代中医工作者的肩上，这一工作必将给中医学的发展注入新的生机。

## 第二节 整体网络

没有哪个理论或是任何理论的哪一个特征可以看作是绝对

---

<sup>①</sup>全国中医学会：中国科协2000年的中国研究办公室 《2000年的中医药》，20页。

的和最后的。

——玻姆

严格地说，西方医学早期并不存在什么学科结构，它只是一个缺乏内在联系的不同学说和见解的大杂烩。文艺复兴后，特别是进入 19 世纪后，随着细胞学说的日趋成熟和生物学的科学化，细胞病理学，微生物学和免疫学等的创立，这些成就，孵化和催生着以生物科学为基础的近现代医学科学学科结构。加之各临床学科和药理学的进展，到了 19 世纪晚期和 20 世纪初，近现代医学学科的基本构架已经确立，从而触发了西方医学科学的整体连锁式的迅速腾飞。

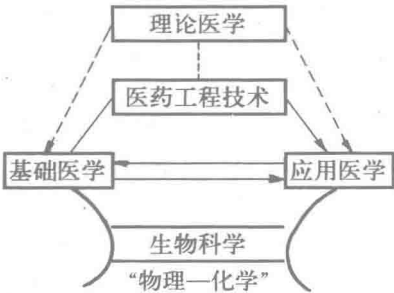
**稳定的构架，膨胀中的“躯体”** 有人认为，可以用整体网络来概括现代医学科学的学科结构特点。<sup>①</sup> 这一描述有其一定道理。我们认为，现代医学科学是打上了原子论胎记的、借助还原分析与实证研究收集事实，以逻辑方法为主要建构手段建立起来的庞大而有序的知识与技术体系。它的基础是生物科学，“物理——化学”是它的核心。这一体系内部又可分成四大组成部分。包括基础医学、应用医学、医药工程技术和理论医学。除理论医学的分化与发展尚较幼稚和粗糙外，其他各部分悉已十分成熟和稳定。其中，基础医学的宗旨是研究人的生命与疾病现象的本质及其规律；应用医学的任务是寻找增进健康、防治疾病、延长寿命的方法与措施；它与基础医学虽然在研究对象和主要方法上存在着明显的区别，但在总体上两者是相互依赖和支持的。医药工程技术的特点是利用现代多种工种技术手段，以解决基础医学研究和应用医学实践中提出的种种问题，故它是为前两者服务的。理论医学则以医学科学及医疗卫生事业的本身（包括医学的任务、性质、特点，医学与社会和经济发展的关系，医学自身的发展规律、医学组织及其管理、医学人员、

---

<sup>①</sup>徐维廉等：试论现代医学发展的整体网络趋势，《医学与哲学》11，4-7，1987年。



医学方法等) 为研究对象, 涉及面亦很广。它对其他三个部分有着直接或间接的影响。现代医学科学学科结构中这几大部分的相互关系可以下图表示 (附图表 3-4)



以上所述的四大部分, 实际上每部分都有着各自庞大的部类或亚群, 而各部类或亚群 (或学科) 中或迟或早地又都分化出了不少分支学科。四大部分的主要学科亚群 (Subpopulation) 可见下表: (附图表 3-5)

(附图表 3-5)

组成部分	主要亚群 (部类或学科)
基础医学	解剖学、组织学、胚胎学、生理学、生物化学、生物物理学、微生物学、寄生虫学、病理解剖学、药理学、医学遗传学、病理生理学、免疫学、流行病学、医学心理学.....
应用医学	临床医学 (含内科学、外科学、儿科学、妇产科学、五官科学、肿瘤病学、传染病学等等)、预防医学、康复医学、临床药理学、法医学、放射医学、特种医学.....
医药工程技术	生物力学、生物材料、生物磁学、超声医学技术、激光医学技术、冷冻医学、医学影象学、纤维光学、医学电子学、核医学技术、人工器官技术、生物控制、.....
理论医学	医学导论、医史学、医学预测学、医学方法论、医学逻辑学、医学伦理学、医学社会学、医学经济学、医学行为学、医学教育学、医学人才学、医学法学、医学文献学、医学情报学、医学术语学、医学体系学、医学比较学、.....

现代医学科学学科结构中四大部分的分权枝蔓正在迅速滋长增生中。据粗略统计,近年来,医学学科与其他学科交汇点上、各医学学科相互之间“结合部”和某些学科自身再分化所生长出的或已具雏形的新学科,竟达 360 余种,令人目不暇接且膨胀趋势,有增无减。这一方面体现了这一学科结构内涵的深刻、丰富,另一方面则导致枝蔓(各分科)之间的隔阂加剧,医学工作者一叶遮目、只秀一枝的倾向日益明显。学科体系内部“隔行如隔山”,不少对某一支造詣精深者,却对其他分支学科几近乎无知。这一形而上学倾向又加速了新兴分支学科的诞生。

**多米诺骨牌效应** 多米诺骨牌效应借喻一类连动反应机制。

一张牌桌上相依立着一排长方形的骨牌，只要碰倒其中一个，便会引发一连串的骨牌纷纷倒下。现代医学学科结构中亦存在着类似的情况。某一环节的重大变革，特别是作为基础部分的生物科学的重要突破，有可能激起学科结构多方面的改观。

本世纪初，摩尔根（Morgan）提出“基因”这一概念，认为它是生物遗传的基本单位，遂促使大批研究者投身于探求基因实质及其作用的学术洪流中。1935年沃森（Watson, J.）和克里克（Crick, F.）阐明了遗传的重要物质基础——核酸的双螺旋结构，标志着分子生物学的成熟。三年后，他们又提出遗传信息传递学说。着重说明细胞内蛋白质合成和遗传信息的传递等过程。进入70年代，人们又发现了逆转录酶、内切割酶等等。分子生物学理论和应用方面的进展，导致了医学科学体系的连锁反应。不仅一大批医学分支学科接踵进入分子水平，诸如分子生理学、分子病理学、分子免疫学、分子药理学、遗传学等相继涌现。而且对许多重要疾病的认识和诊治也都逐步接近分子水平（或利用了有关的手段及方法）；如对于肿瘤发病机制，人们便提出了致癌RNA病毒侵入正常细胞，导致逆向转录，使宿主细胞病变的新假说。对一些疾病，人们更借助这些手段，判明基因正常与否，并试图依此进行防治，从而出现了“分子病”这一新概念。再一方面，分子层次的研究必须借助相应的研究手段和方法，酶的切割技术，DNA修复技术等基因工程应运而生，这又直接促进了医药工程技术的发展。如今，医学科学学科结构的众多层面皆留有分子生物学演变所引起的连锁反应的痕迹。免疫学方面的重大成就同样带来了整个学科结构的一系列变化。

医药工程技术方面的较大进展或新手段新方法的引进，也常能明显地改变医学科学的总体状况，甚至引起革命性变革。显微镜的应用直接导致细胞的发现和细胞病理学的诞生，故倘若有人说没有显微镜就没有近现代医学科学体系，此话毫不为过。X线等的发现和运用于医学，也引起了医学科学领域一场不小的“革命。”电子

技术、激光技术、CT、超声技术、核磁共振（NMR-CT）等的问世悉在不同程度上对医学中基础和应用的许多分支学科产生影响。这类连锁反应我们喻之为“多米诺骨牌效应”。

很显然，多米诺骨牌现象的存在说明现代医学科学不是一个超稳定结构，而是一个不断调整着、变动着的体系。从大系统控制论角度来看，它带有正反馈机制的特点（参见本书第五编第三章第五节）。形成了与中医理论体系的鲜明的反差。

客观地分析，局部重大的突破或方法上的变革引起整体的跃迁，这正是现代医学科学结构体系的活力所在，借助多米诺骨牌机制，现代医学科学从自身来说，得以呈现出整体网络化发展趋势，因为动一发牵引全体，局部的重大变革可以激起整个医学体系的进步；就医学与其他科学或技术的关系来说，它又确保了医学科学和整个科学技术保持基本同步的发展态势，因为其他学科的重大成就或技术上的突破，都有可能折射到医学学科体系中的某一点，通过这一点尔后星火燎原。近一个世纪来，近现代医学科学的重大成就令人眼花缭乱了，目不暇接，整个学科始终呈现出加速、再加速的发展势头，正是得益于这一机制的关键性保证作用。而之所以能建立这一套机制，又是和西医学理论体系的经验公有性及逻辑严密性维系在一起的。所有这些，是中医学中最为欠缺的。

**失衡的重心、遗憾的冷漠** 近年来，强调医学不是纯粹的自然科学，而是两大科学部类（指自然科学和社会科学）相结合的产物，呼吁要注重从社会学、心理学等非生物科学角度对医学问题进行研讨的呼声日趋炽烈。医学具有社会科学的属性，这本是毋须详证和强调的、显而易见的事实。而医界有识之士近年来反复论证、阐明这一点的背景性因素却正是西医学界对这一重大问题的普遍忽略或淡漠，也可说是针对时弊而发。导致这一忽略或淡漠的原因很多，其中，近现代医学科学学科结构的重心倾斜，全部依附于生物科学这一“唯一”基底，是其主要原因。

纵观西方医学的近代发展，从16世纪末起，西方医学便逐渐

脱胎于自然哲学，仰仗生物科学的成就和方法，来研讨医学问题，并在认识健康、探讨疾病机理及其防治等方面不断取得重大进展。这些进展诱使人们一再强调生物学对医学的决定性意义。却没有给医学科学的另一个重要支撑点——社会科学，留下应有的地盘。

当时，笼罩在自然科学界上空的是机械唯物主义思潮，它要求人们肢解对象进行研究，不仅无须考虑有机体各组成部分之间的复杂联系，也可忽略有机体之间，包括人与动物，生命活动与一般理化反应之间的异同。当然，它更不要求研究生命活动及其健康和疾病问题时把社会因素也考虑进去。18世纪的法国医生拉美特里（La. Mettrie）在《人是机器》一书中便写道：“人是爬行的机器，是一架会自己发动自己的机器，一架永动机活活的模型，体温推动它，食物支持它，没有食物便渐渐瘫痪下去”。<sup>①</sup>较之动物，人不过“多几个齿轮”，“多几条弹簧而已”。<sup>①</sup>因此，根本没有必要考虑诸如社会、心理等问题。持有此类“人是机器”的极端论点的医家并不多。但受这类思潮影响的医家却非少数。他们把医学仅仅视为生物学基础上的一门自然科学，并有意识或无意识地排斥社会科学对医学的渗透，和阻止医学科学与社会科学的靠拢。虽然，魏尔啸在1848年曾敏锐地指出：“医学是一门社会科学，政治只不过是在大尺度上的医学。”尽管这一警言似有醒世之功，但孤掌难鸣，囿于当时的自然科学界的大氛围和已初具雏型的学科结构，很少有人理会这一点。撇开社会科学来建构纯生物科学的“医学”学科结构，可以说是一开始便成了一种无法动摇的信念。而且，随着生物学领域有关医学问题研究的持续不断的进展，它更成了一种无形的传统。医学学科结构的重心失衡现象日趋明显。

在经典的近代医学学科体系中，人们很难找出带有社会科学印记的分支学科。即使在今天，现代医学科学已成了一庞大的学科群，其中，发展得比较充分，成熟或迅速，且备受人们青睐和重视

---

<sup>①</sup>拉美特里：《人是机器》参见《西方哲学原著选读》，下册，第107页，105页。

的分支都是建立在生物科学基础之上的。虽眼下已涌现了一些从社会科学视野窥察医学问题的新兴学科，然而，此类学科不是草创不久，嗷嗷待哺；便是历史“悠久”，却发展十分迟缓，仍仅处于简单收集资料，陈述事实的阶段。而且，医学工作者中的绝大多数对这些学科不屑一顾，对这些学科的成就，也十分冷漠。国内的高等医学教育中，这类学科尚无一席之地，所有的专业教育，都是围绕着生物医学知识展开的。以致国内有学者深表遗憾地指出：医学教育患了“人文（社会）学科缺乏症”。甚至有许多医学工作者不能接受医学科学具有社会科学属性这一事实。现代著名医学史专家西格斯（H.E.Sigerist）就曾感慨地这样说道，“当我说‘与其说医学是一门自然科学不如说它是一门社会科学’的时候，我曾经不只一次地使医学听众感到震惊。”<sup>①</sup>

无须讳言，基于生物科学，现代医学在近百年中获得了翻天覆地的变化。扎根于生物科学是它取得巨大进展的前提条件。然而，整个学科结构全部依托在生物科学之上，也使它付出了沉重的代价。学科结构的重心失衡，已越来越明显地制约学科的顺利发展。早在一百四十年前，纽曼就曾指出：“医学科学就其内在的固有本性来说乃是一门社会科学，只要对这一点还没有在实践中被认识到，我们就不能充分地享有它（指医学科学）的益处，就会是虚假的空壳。”<sup>②</sup> 医学研究的对象——人，具有鲜明的社会属性，被马克思称作是“一切社会关系的总和。”健康和疾病问题，无论从哪个角度来看，都不只是个生物学问题，同时更是个社会学问题。西格里斯也曾深刻分析曰：“医学的目的是社会的，它的目的不仅是治疗疾病，使某个机体康复，而且还要使人调整自己以适应他的环境，成为一个有用的社会成员。……每一个医学行动始终涉及两类当事人，医生和病人，或者更广泛地说，医学团体和社会。医学无非是

---

①转见阮芳赋：《医学新论》，第163页，黑龙江科技出版社，1984年。

②转见H.P.恰港特等：《医学社会学》第20页，上海人民出版社，1987年。

这两群人之间的多方面的关系”。<sup>①</sup>因此，他展望道：“假如医学发展成为一门社会科学之后，医学就会对社会有越来越多的贡献”。<sup>②</sup>故西医学的学科结构有必要在重心上作出根本性的调整，既基于生物科学，又在社会科学中建立支撑点，如此方能与其使命及所研讨的对象的性质相吻合。

相对说来，中医理论体系赋予中医学以鲜明的社会科学属性特点。<sup>③</sup>它体现在这一理论体系的众多层面（这在讨论医学模式时将有所涉及）。正因为这样，“上知天文、下知地理，中知人事”（《黄帝内经素问》），便成了古往今来对中医学家知识上的一贯要求。分析形成这一特点的原因，大致有三：一是源于天人合一的观念，它要求人们从“天”（包括自然、社会环境）来考察“人”；二则与整体性的研究方法有关，它有助于人们把握事物本来就具有的种种联系；三则基于丰富的临证实践，因为临证经验清晰地提示了医学问题与社会因素之间有错综联系的种种事实。学科结构的这一特点，有益于中医学家较有成效地解决临床实际问题。

### 第三节 嬗变中的模式

在科学中，当一个模式不能适宜地解释所有资料时，就要修改或摒弃这个模式。

——恩格尔

**生物医学模式** 医学，是人们在一定思想认识和观念指导下的实践活动。在这一实践过程中，一些基本观念主导着人们的认知

---

①转见阮芳赋：《医学新论》，第66页。

②西格里斯：《医学对文化进步所作出的贡献》，第十四届国际医学史大会上的演说，1954年，罗马。

③何裕民：《中医学导论》，第3-4页。

行为，并作为可供参照的模式，通过医学教育或学术交流等传播途径，影响着整个医学界的社会实践。这一由基本观念组成的，可供参照的模式，近来人们把它称之为“医学模式”（Medical model），又称“医学观”。它是一个重要的理论概念，可用以勾划医学科学和医疗实践的总体特征。不难看出，医学模式与学科结构（理论体系）有着密切的内在联系。可以说，结构是“静态”的、成形的；模式是“动态”的，主导人们实践的；有一定的学科结构，必然会有相应的基本观念，对人们的实践产生某种导向作用；这一过程反过来又有利于建构与之呼应的学科构架。因此，它们是从不同视角窥察到的同一问题的不同层面。

“文化上的至上命令” 与学科结构相吻合，近现代西方医学中占统治地位的是“生物医学模式”（Biomedical model）。这一模式立足于生物科学基础，认为：各种疾病完全可以用偏离正常的，可测定的生物学（解剖的、生理的及生化的）变量来说明。因此，它要求医师只须根据病人身体检查的结果和理化测验所得的数据来诊治疾病，了解并解决各种医学问题。诚如美国的恩格尔（Engel, G.L.）所指出：“这种模式的框架内没有给病患的社会、心理和行为方面留下余地。生物医学模式不仅要求把疾病视为独立于社会行为的实体，而且要求根据躯体（生化或神经生理的）过程的紊乱来解释行为的障碍。”<sup>①</sup> 甚至对“包括‘精神病’在内的所有疾病都用物理机制的紊乱来解释”，<sup>①</sup>而对“任何不能作出如此解释的障碍则必须从疾病范畴中排除出去”。<sup>①</sup>

这一模式对西方医学工作者认知实践的影响是巨大的、根深蒂固的。恩格尔指出：“在我们（西方）的文化中，早在医生们接受职业教育以前，他们的态度和信仰系统就已受到生物医学模式的影响。因为这种模式已成为一种文化上的至上命令，它的局限性易遭忽视。简而言之，它现在已获得了教条的地位。”<sup>①</sup>很显然，生物医

---

① G.L.Engel: Scienle, 196: 129-136, 1977年。



学模式的形成及其教条化，是与近几百年来，特别是近百年来，医学领域基于生物科学的进展所获得的一系列辉煌成果分不开的。但是，社会的进步和科学及医学的发展，却暴露出生物医学模式越来越明显的缺陷。70年代末开始，发端于少数学者的责难，摈弃旧模式，需要并寻求新模式已演变成一个意义超出纯医学领域的世界性的学术思潮。它激起了人们的普遍关注。

**呼唤新的模式** 生物医学模式引导医学家们在过去的探索中“取得了意料之外的成功，但也付出了代价，因为它造成了许多问题。”首先，生物医学模式在精神疾患和心因性、功能性病症方面束手无策，而这类病症目前占了临床疾病构成中的很大比重。根据生物医学模式，有这类障碍者，不是被拒于“病人”之列外，便只能斥之为“思想问题”，或笼统冠之为“神经官能症”。其次，即使在那些原因基本明确，病理变化比较清楚的躯体疾病方面（如结核病、冠心病等等），生物医学模式也无法畅通无阻。如在现代工业社会，居于前三位死因的心血管疾病、肿瘤和脑血管疾病中的发生发展中，心理紧张人格差异、行为不良（如吸烟）和环境污染等都起着极其重要的作用。光靠生物学手段想要解决这类疾病的防治问题，显然鞭长莫及。至于那些日趋增多的主要由社会因素所造成的医学问题，如吸毒、酗酒、饮食过度、自杀、交通事故、公害、及家庭破裂等所引发的疾病问题，更非生物医学模式所能解决。

许多有代表性的调查评价结果同样揭示了生物医学模式的局限性。如美国波士顿市市立医院的一项研究表明：门诊患者中，判定主要是躯体（生物）因素的占75%，主要是心理因素的占4%，纯粹是社会因素的占9%；躯体性因素的患者中又有67%的人其病症与社会心理因素有关。日本的池贝西次郎的分析也提示：初诊病人中，单纯生物学因素的占36%，因于生物、心理、社会因素综合作用的也占36%，因于生物、心理、社会、伦理因素的占8%，单纯心理、社会因素的占20%。尽管这些调查都是在普通医院门诊中进行的，它并不完全代表社会上疾病构成的确切情况（因

为有不少缘于社会心理等非生物因素的病症有可能被排斥在普通医院的大门之外)，然窥斑见豹，仅这些数字也足以说明摒弃旧模式，寻找新模式已是现代医学发展中的当务之急。它与医学学科结构应在社会科学中确立自身的支撑点的趋势是吻合的。诸如社会医学、心身医学、行为医学等介乎生物医学与社会学、心理学等的新兴学科的诞生或发展，更加速了“召唤”新医学模式的进程。

正是在这一背景下，1977年，恩格尔撰文提出以生物——心理——社会模式（Biopsychosocial medical model）来取代原先的生物医学模式。这一重要倡导立刻激起了普遍反响，人们尽管对这一新模式是否就是现代和未来医学的理想模式，并未取得完全一致的意见，也有人对这一模式提出了批评或修正。如池见酉次郎便认为在这三个要素基础之上，还应加上“伦理”因素（即生物、心理、社会、伦理医学模式），国内也有人指出这一新模式仍带有心身二元论的残余，且不足以解释全部的疾病现象，概赅所有的医学问题。<sup>①</sup>但人们都欢迎它，肯定其意义，认为至少比目前仍占统治地位的生物医学模式要合理得多。因此，寻求并确立新的、更为合理和科学的医学模式，成了现代医学科学发展中一项重大、迫切且艰巨的任务。

#### 第四节 可供借鉴的范例

哲学问题是没有时代性的，问题本身并不需要现代化，但提出的方式，处理、了解的方式，却有时代性。

——成中英

原先人们并不关注和计较中医学的模式问题。随着舶来的“模式热”，中医学中的这一问题也很快成了研讨的“聚焦点”。一时

---

<sup>①</sup>何裕民：中医学模式及其现实意义，《医学与哲学》8：41-46页，1983。

间，讨论十分热烈，仁智互见，作了种种阐述和评价。尽管各人的遣词用句相去甚远，但基本观点却近一致。研究者普遍认定对于现代或未来医学模式的选择确立，中医学提供了一颇有借鉴意义的范例。

**环境——形神：模式的主旋律** 中医学中，找不出“模式”两字，但寻绎从《内经》起，迄止今日的医学文献，都可依稀辨出一个贯穿始终的传统。即立足于环境（天），着眼于形神（人），来认识和解决一系列医学问题。这一传统可视作为中医学模式的基本精神。它是建立在前述的一些基本观念和方法根基之上的，体现了中医学学科自身的统一性，由此也显示许多特点。

中医学历来认为，它所探究的对象，不是只具躯骸形质的“人体”，而是“形神合一”，“形神相即”的“人”。也就是说，是形（生物形体）神（精神心理）间体用合一，互相作用的人。由于人生息于天地之间，时空之内，形神机能不可避免地受诸周围环境（包括自然与社会）的影响，故置人于自然、社会环境的变化中，来分析考虑其机能状态，并结合环境变化诸因素，进行诊断、治疗、预防（保健）等一系列医学实践，便成了中医学的最基本原则和一贯的传统。如把这一思想“译”成现代术语，可谓中医学具有自然、社会——生物、心理医学模式。

**贯穿始终的精神** 这一模式的基本精神贯穿于整个理论体系之中，如就病因而言，著名的三因学说中，外因主要是讨论自然因素对生命过程的影响，内因与不内外因则涉及社会、心理（行为）等多方面。且后面这些因素素来被认定为可导致疾病发生、发展的常见而主要的因素。

中医诊察疾病的过程同样是在这一原则指导下进行的。《内经》反复要求医家诊病“必知天地阴阳，四时经纪，五脏六腑，雌雄表里，……从容人事，以明经道；贵贱贫富，各异品理；问年少长，勇怯之理，……”“必问饮食居处，暴乐暴苦，始乐后苦，皆伤精气，”“凡诊者，必知终始，又知余绪，切脉问名，当合男女，离

绝菀结，忧恐喜怒……。”认为：“诊病不问其始，忧患饮食之失节，起居之过度，或伤于毒，……何病能中？！”这些论述都体现出认识的一贯性。

中医治疗学也为上述精神所主导。人们强调治疗时须贯彻因时，因地制宜治则，考虑时空差异。《素问·异法方宜论》等是针对此而发的。与此同时，还须注意参佐个体的禀赋特点、人格心理特征、精神情感状态、经历遭遇、喜乐好恶及习俗风尚、社会政治和经济情况和地位等，故又有因人制宜治则。且在治疗过程中，主张要注重建立和保持积极的医患关系，调动患者自身健康向上的精神心理，以避免“标（医生）本（病人）不得，邪气不服”，“精神不专，志意不理，外内相失”等治疗失败的结局。所有这些也都体现着上述医学模式主旋律。

即便在养生领域亦同样。《灵枢·本神》曰：“智者之养生也，必须四时而适寒暑，和喜怒而安居处，节阴阳而调刚柔，如是则僻邪不至，长生久视。”《素问·上古天真论》中又反复强调“形与神俱，”认为“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。”“法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，”…便能尽终其天年，度百岁乃去”。可见，其中亦渗透着上述模式的宗旨。

通过寻绎分析，我们可以说中医学具有环境——形神医学模式，其基本精神与中医理论体系的总体特点水乳交融，从而成为一个纵贯两千余年的传统，主导着人们的医学实践活动。

**一块璞石** 中医学模式与新近提出的生物——心理——社会医学模式，在基本点上相通。这首先表现在两者都不把“人”视为一个超然独立、与世无关的实体，而是把他看作社会环境中的一页。因此，认识健康与疾病，不仅着眼于个体，也关注人与周围环境的相互联系及影响。其次，两者都注意到精神心理因素在个体健康与疾病发生中所起的作用，都认为生物机体的异常，不过是疾病众多环节中的一个，充其量只是个体病态的一大方面的条件。这些，也正是它们与生物医学模式的根本分歧所在。它们有助于医学

把“镜头”真正对准活生生的人，而不是一架生物“机器”，一头低等动物，或一些理化过程。敦促医学工作者把探索的注意力，从单纯的“病”转移到既注重生病的“人”，又考虑他所患的“病”。因此，它要求人们注重医患关系，注重发生在诊治过程之始终的人际交往。这些，正是它们优越于传统生物医学模式的地方，也是两者的合理性和科学性所在。

然而，两个模式尚同中有异，存在着某种质的区别。这差异一是表现在“环境”和“社会”问题上，环境与社会并非只是措辞不同，而有实质之别，社会只是环境的一组成部分，并不足以概赅环境。相反，环境却包括了自然环境和社会环境。中医学讲“天人相应”时，这个“天”既指日月、天地等自然世界，同时也把政治、经济、文化等人造世界（社会）也赅之于内，它泛指人的整个生态背景。而“自然”与“社会”，就象研究它们的自然科学和社会科学一样，两者虽有交叉和联系，却不能混作一谈。现已有大量而充分的研究资料揭示自然界众多因素影响人们的生理病理过程。因此，要获得最佳成效，医学研究就必需考虑到众多自然因素。

其次，尽管恩格尔在提出新模式时，着力批判了传统生物医学模式的身心二元论倾向。然他所倡导的医学模式中依然残存着这一痕迹。社会，心理，生物这三要素并不是并列的。其中，身（生物）心（心理）对于健康来说，更为直接和密切些，社会要素只有在作用于身心之后才能发挥作用。且它们之间的层次不一，社会因素更多地属于背景性的影响因素（如同自然因素一样）。而心和身两者则又有着体用和交融关系。因此，并列的陈述仍无法摆脱身心二元论的阴影，并容易导致人们不分亲疏和主次地看待这三者。相对说来，环境——形神这种陈述方式（或者说自然、社会——生物、心理医学模式）从理论上看来要合理些。

最后，必须指出的是：中医学模式作为一种主导性的哲学观念，与人们新倡导的医学模式有着相通之处，甚至更为合理的地方。但是，它毕竟是与处于前科学阶段的中医学的总体特征相呼应

的，较之新医学模式，有着历史性缺憾。在许多方面，它仅仅提供了直观，粗糙的观念，且过于朴素和笼统。只是璞玉得金。只有经过现代科学精神的冶炼和升华，才能充分有效地发挥其现实的指导作用。

(何裕民 上海中医学院)

医学，不是上苍的恩赐，不是圣人的杰作。它随着人类痛苦的最初表达和减轻这痛苦的最初愿望而诞生，随着征服疾病的反复尝试和了解人体奥秘的反复探索而成长……

## 第四编 临床二重奏

毋用细加分析，人们便能注意到中西医学临床有着这样那样的不一致。这些异同，是中西方医贤以超人之睿智和不懈的追求所谱下的乐章。其之合奏，或许是人类文化交汇中最为动听的音响。

### 第一章 临床活动的结构

临床医疗作为一类复杂的实践活动，古今中外皆有其内在结构，都涉及到活动对象，活动主体及其使用的工具和手段三要素。然而，由于时间、地域和文化等的不同，中西医学的临床活动又有着许多微细的，有时甚至是本质的差异。

#### 第一节 临床：医学的摇篮

有了人类，就有医疗活动。

——巴甫洛夫

通常，人们所说的“医学”，概指“医学科学”和“医疗卫生事业”两个既有区别，又相互关联的部分。迄今为止，临床医疗仍是医疗卫生事业的主体，又是医学科学的源泉和归宿。

**摸索实践** 不能设想，人类不是先有疾病而后有医疗实践；同样，人类也不会先有医学理论而后才有临床活动。

疾病几乎与生命一样古老，医疗活动也许比人类还要更早。毫无疑问，最早的临床活动是摸索性的。当人们最早体验和观察疾病反映出的各种表现时；当人们最早使用植物、矿物来涂抹伤口或因为痛苦而盲目内服时；当人们使用石器取出异物、放血、切开脓肿时，他们只是匆匆忙忙地应急，盲目而又窘迫。对此，中西医学皆莫能外。

即使今天，我们已经有了系统的医学理论和丰富的临床经验，但仍未完全摆脱摸索实践的窘迫，人们现在仍在陆续发现许多新的疾病，即使对于已知的疾病，许多方面的认识还有待深化。然而，病总是要治的，病人要来求医，不管医生是否“认识了”他的病。临床医学不能等待基础医学把未知因素全部弄清再去诊治，而往往要试探着利用其它经验来解决问题。因此，摸索性、经验性是临床医学不同其他科学活动的一大特点。

摸索实践是医药理论的源泉，它主要表现在两方面：一是对临床相的观察导致病理机制研究的展开。所有疾病都靠临床来发现，一切疾病在活体上的表现及其变化规律，即“临床相”，也得靠临床活动加以确认。张仲景的《伤寒杂病论》、李杲的《内外伤辨惑论》，就是中医学在这方面的典范。本世纪 60 年代的库鲁病 (Kuru, 新几内亚震颤)，70 年代的军团病 (Legionella)，八十年代的获得性免疫缺陷综合征 (AIDS) 等等，也都首先发现和鉴别于临床，再由基础学科研究其本质。二是疾病防治手段和技术的发明，导致药理、药化等多种学科的进步。瓜果蔬菜治疗坏血病、动物肝脏治疗恶性贫血的经验成为维生素 C 和维生素 B<sub>12</sub> 发现的里程碑，勃朗——塞夸以动物睾丸提取改善人体状况的尝试系内分泌学之先声。临床摸索的有效经验为基础研究提供了课题。中医学的情况亦大致如此。

当然，探索渗透着理论。为什么中国古代能发明针灸治病、发现经络病候，却不能充分发展化学疗法，在多种偶然之中，大约也寓寄了文化选择的必然结果。



**母体分化** 临床活动几乎是人类早期医学的全部内容。最初，人们对生命、健康、疾病和死亡的认识神秘而又模糊，零星的本能医疗夹杂在巫术之中。后来，随着医疗经验的不断积累，医药知识逐渐丰富，首先在临床上产生分化，中西医学都出现了早期的产科、儿科、眼科、外科等等。这种分化总的看来是大同小异，中医学临床在元代分化最细，达到了十三科，其中，既有按病患性别、年龄划分的；又有根据病症部位、性质划分的；有的则根据治疗手段。西医学临床分科基本根据五种标准：治疗手段、治疗对象、病变所在系统及部位、病种和疾病诊断科室（如放射、超声波等）。相比之下，中医学是缺少疾病诊断分科，这与它和现代科学技术的结合程度有关；二是西医学分科更为精细，不论利弊如何，其分化趋势还在继续，它与知识量的大小有关。

临床医疗在应用方面继续分化，西方先是预防医学的分流，后是特种医学的问世和康复医学的诞生。预防医学的分出，是以微生物学、免疫学、流行病学的成就为前提，以各种传染病的减少和消除为目标，以人均寿命的明显提高为结果。中国古代很早就提出了“治未病”的思想，搜集了避疫防病的方药，甚至最先发明了人痘接种术，为什么最终没有走向预防医学，除了经济、社会等外在原因外，预防医学本身比临床治疗更依赖于对健康和疾病的具体机制研究，而中医基础理论更多的一些哲学演绎，则是其内在因素。由于农业自然经济的局限，除法医学外，处理特殊医学问题的特殊医学，如宇航医学、高山医学、海洋医学、运动医学等没能分化出来也是必然的。至于康复医学，在西方能与预防和治疗相提并论，并发展成为新兴的应用学科，是近三十年以来的事，它通过物理疗法、体育疗法、作业疗法、生活训练、技能训练、言语训练和心理咨询等多种手段，以期伤残者、慢性疾病患者、低能畸形儿童、老年人和手术后患者获得最大限度的恢复。与此相应，中医学的养生学经过几千年的实践和发展，已形成颇为壮观的独特体系，孕育了形形色色的养生学派、竞相争辉的养生学家、浩如烟海的养生文

献。二者虽然内容目标有所不同，许多方法却可以相互通用，且中医学更侧重于经验性操作方面。如中医养生强调静神、动形、固精、调气、食养、药饵等等，都是十分可取的。气功、按摩、太极拳等业已风靡全球。

在西方，临床医疗的大温床里孵化出争芳斗艳的基础学科，是文艺复兴后逐渐实现的。这里有物理学派和化学学派的功绩，也有维萨里、哈维、莫尔干尼、贝尔纳、巴斯德、施旺、科赫、班丁、巴甫洛夫、克里克、华生等科学家的贡献。如今，基础学科之繁多，作用之显赫，已成为推动医学进步的主要动力。二次大战以来四十余个诺贝尔医学奖的颁发情况足以说明这一点，除三次外，其余的都授予了基础方面的研究成果。遗憾的是，中医临床实践活动没能孕育、分化出真正的基础医学，也就建立不起真正的加速发展机制。

**灵敏的舵** 诺贝尔奖授奖史提示，近百年来医学科学大致在三个方面涌现了成批的重大突破。一是大多数传染病因的阐明及其防治手段的改进；二是各种维生素缺乏病病因的揭示和防治方法的解决；三是分子生物学的成就和数以千计的分子病的发现。医学突破何以出现“成批”效应？它与科学集团的主攻方向有关，而主攻方面又往往为临床医疗直接所决定。只有深入临床才能痛切地感受基础理论的缺憾和防治手段的不足。20世纪以前，医学的主要难题是各种传染病的防治，它们犹如高悬的利剑，随时威胁着人类的生命。这样，基础医学和预防医学都以传染病的发病原因、机理和防治办法为主攻目标。本世纪50年代以来，恶性肿瘤和心血管疾病成为危及人类健康的大敌，人们渴望其防治能象传染病和维生素缺乏症那样大为改观，但至今尚未如愿。该局面深刻反映了现代医学在解决这类难题方面的严重不足。因为这类疾病与遗传类型、机体状况和内外环境的相互作用密切相关，分子生物学的成批突破和生物医学模式向生物——心理——社会医学模式的转化代表了这一趋向。

中医学的发展也是这样。金元时期，刘、张、李、朱四大家各据自己的临床心得与经验，阐发新说，自成一家，遂引起轰轰烈烈的医学争鸣。中医史上旷日持久的寒温之争，也是围绕对人民危害最大的热病展开的。临证经验激起了争鸣，争鸣带来了进步。虽然中医发展受到经验医学本身的束缚，没有出现突飞猛进和重大突破，但临床医疗一直把面临的难题暴露在光天化日之下，浩瀚的热病文献就是人们普遍关注的结果。

**判决性检验** 临床是客观的实践活动，它还可以说是医学发展的检验尺度。不仅某些基础研究应该由临床来最终检验，重大的战略决策、颇有苗头的治疗方法、新药投产、诊断仪器等使用价值的评定，临床检验都是必不可少的。

1970年，我国提出若干年内攻克“老慢支”的决策，先后动用了约111万科技人员，耗费了大量资金，收效甚微。当时，我国对呼吸生理的研究几乎是空白，对慢性阻塞性肺部疾患的病理生理研究也十分薄弱，把希望寄托在筛选有效中草药上，企图找到一些能一举攻克“老慢支”的灵丹妙药。一时间各地竞献方药，出现了万马奔腾的局面。先是从“万马”之中挑选了“十八匹马”，跑到后来剩下“两匹马”（指当时筛选出来的中草药），最后得到的是紫花杜鹃素等一两种镇咳祛痰的有效成分，其疗效并不比40年代已知的药物强多少。临床医疗最终否定了那种纯以经验为主，把希望寄托在偶然发现上的做法。“文革”期间曾经红极一时的“鸡血疗法”、“耳针疗法”等等，都由临床最终确定其疗效及其应用范围。

药物发明史上也记载了临床实践的检验作用。当弗莱明最先发现青霉素的时候，由于其性能不稳定而缺乏临床意义。十年之后，经弗洛里和钱恩再次研究，加上临床反复检验，最终确定其重要的治疗价值，从此开始了“抗生素”的新时代。此外，许多药物的被淘汰，或意义被否定，也大多依赖临床实践的结果，或临床运用效果不确定，或发现了严重的毒副作用，或权衡之下，弊大于利。所有这些，说明临床对于医学科学和医疗卫生事业的举足轻重。

## 第二节 病和病人：特殊的实践对象

了解什么样的人得了病，比了解一个人得了什么病更重要。

——希波克拉底

**实践对象的二重性** 实践对象是学科确立和社会分工的标志，其不同侧重和微细差异往往是两种体系的分水岭。我国唐代名医孙思邈曾指出：“上医医国，中医医人，下医医病”。上述希氏之语其义亦然。这些代表了一种医学特征，说明这个时代重视的是“生病的人”。文艺复兴后，随着科学实验和分门别类的研究，西方注重疾病研究，病种逐渐被分得越来越细，医学又进入了另一时代，表现出高度重视“人的疾病”的特征，病人与病的关系也许是中西医学临床比较的一个着眼点。

勿庸置疑，“生病的人”是临床医疗的服务对象。既然是人，就要考虑其年龄、性别，生长发育、遗传、代谢等生物学属性，气质、性格、情绪、智力等心理学属性，社会经历、人际关系、经济地位、生活方式等社会学属性，以及季节、气候、地理位置、空气、水源等自然环境的影响。这些不仅对寻找病因、协助诊断、指导治疗有重要意义，而且规定了基础医学研究的思路和方法。当代，在生物医学模式向生物——心理——社会医学模式转化的过程中，人们越来越清醒地认识到，一个只懂得看“病”不理解“病人”、只懂病人生理不懂病人心理的医生如同“兽医”，决不是个好医生。同理，一个只懂得人的自然生态不懂得人的社会生态的医学工作者也不是一个真正的医学家。

反之，一个医生如果不认识“人的疾病”，那也将一筹莫展。诊断、预防、治疗疾病是临床医疗的重要任务。各种疾病虽然依附于人体，受制于环境，但它们有着各自的发生发展过程以及规律、病

因病理之联系，性质和表现的差异、诊断与治疗的区别，因而又是相对独立的。医生要治愈病人，就必须设法消除疾病，包括缓解症状和体征，促使形态改变逆转，直到解除病因为止。迄今为止，人们对许多疾病已经有了特效疗法和成功的防治手段，而且还将沿着这条道路，为完成人类防病治病的远大目标继续努力。

医学实践对象的二重性表明，临床过程是为病人治病的过程，既要考虑“人的疾病”，也要考虑“生病的人”；病人是医疗活动始终面临的对象，疾病是临床诊断和治疗的目标。正如心理学的对象是研究人的心理，但这种心理是人的社会性和生物性的综合体现。

**不同的侧重** 人类早期就有了疾病的概念，原始人把疾病看成是一种独立于人而存在的实体。这种观念至今还保留在现代人的日常用语中。我们到医院去探望病人，常常会问“你得了什么病”，对方可能会回答：“我得了肝炎”。“得”这个词就意味着疾病是从外界侵入人体的一种异己的东西。巫医的“鬼魔缠身”、“灵魂出窍”就是这种疾病观的初期体现。发展到经验医学阶段，人们对疾病的认识有了提高，主要从自然因素而不是非自然因素中寻找病因，能够从体内的矛盾斗争和平衡失调来理解病理。但这仍是一个用表象联系代替因果考察，以症状及其随机组合淡化疾病规律性研究的时代。后来，西方在近代走出了这个时代，而中国却一直徘徊在其中。西医学开始用科学实验和大样本临床研究疾病病因、病理及其发生、发展过程的时候，中医学仍在临床经验和哲学理论的似分似合状态中摸索实践。

虽然早在《内经》中就已经探讨病因病机、疾病的发生和传变，甚至在隋代就出现了象《诸病源候论》那样的讨论病候机理的专著，但那些主要是思辨和臆测的产物，缺乏严密的科学验证。今天仍被人们视为特色的“辨证求因，审因论治”，实际上是分辨症状及其组合以确定病因、病位、病性、病势以及治疗。它深深地烙印着那个时代给我们留下的思维定势，即以表测里、由果析因的传统。显而易见，该前提下的“病”基本上与“症”的认识相当，是病人

的某种不适感受，故人们常以某种“主症”来统摄“病”，如腰痛、黄疸、消渴等等。在这种情况下，“医病”的医生只是“头痛医头，脚痛医脚”，自然是下乘的。而“医人”的医生则要考虑患者的地理环境、社会地位、季节气候因素、体质情志状况等等，要分辨疾病过程中的病人状况，势必比单纯的分辨“主症”具有更深层的意义。

“还原论”观念和实验分析方法使近代西医学开始分门别类地研究人的疾病，对疾病的认识迅速深化。这主要体现在四个方面：一是病因学的进步，如微生物学的发展，不仅为传染性和感染性疾病的分类研究提供了依据，而且使机体、病原和治疗之间的相互作用能够进行客观的考察，从而抛弃了各种臆测性说法；二是病位研究的深入，由于解剖学的进步，显微镜和各种检验技术的发展，近、现代医学对疾病部位的认识逐渐从系统水平到器官、组织、细胞、亚细胞、分子水平，从而对多数疾病的病位有了更深刻的认识；三是病理学的发展，使人们能够从功能、形态和代谢三方面来考察各种疾病的病理改变及其发展演化规律；四是病程研究的深化，由于流行病学方法和实验方法的广泛运用，对各种疾病的发生、发展过程和变化趋势，以及阶段的病变特点，有了较为明确的认识。总之，疾病研究终于突破了“表象经验+主观臆测”的原始状况，进入了一个新的历史时期。

**个体化医学与群体化医学** 比较而言，把中医学称为个体化医学，西医学称为群体化医学，是有其一定道理的。

中医学临床的个体化特征表现在，症状、体征上的差异，常构成不同的病证，从而可运用不同的疗法，即因证变法、随症加减。究其根源，是因为它一切从个体出发、从临床现象着手，常综合了多重因素，却相对缺乏对疾病本质和规律性的认识，缺乏群体调查和科学实验的方法。然而，个体比群体更直接，现象比规律更丰富。因为个体是现在直接面临的病人，群体是过去调查的病例；个体囊括该患者的一切临床表现，群体则是大多数出现频率较高的与本质规律相关的临床表现。或者说后者疏忽了一些不该忽视的东

西，并为医生和病人之间隔上了一层人工的玻片（规律是主观形式）。但尽管如此，决不意味着探讨疾病规律是画蛇添足，相反，我们必须在重视疾病规律，即从事群体研究的同时，探讨支配偶然现象的其他因素，亦即落实到具体对象身上（个体化）。比如同样条件，为什么有人生病有人不病？同种疾病，为什么有轻有重，恢复有快有慢，愈后有好有坏？凡此等等。

辨证论治是中医学诊疗个体化的集中表现。关于“证”，目前说法同中有异。我们认为，证是具体病人在病变过程的某发展阶段，多方面的病理特性（涉及疾病本质规律和非本质规律）的概括。通俗地看，把它视作为各类临床表现的代称亦无妨。因而，“证”可看成一组受整体观念支配的多因素作用下的临床表现。其中包括：①疾病某发展阶段的主要矛盾冲突；②多种疾病的综合效应；③个体、环境、治疗等因素的制约等等。这也提示，现代医学对疾病规律的研究不是太多，而是大大不够；现代医学研究不仅从具体（病人）到抽象（疾病）的研究疏漏不少，从抽象到具体（临床过程）的探讨也很欠缺。

称西医学为群体化医学，是因为大凡某一疾病，其发生发展都有一定的模式可循，诊断是各种框架的对号入座，治疗也是规范化的。而这些模式、框架或规范、与群体研究密不可分。这是实验医学的特征，也是个体经验转向群体实验、具体病人转向抽象疾病的研究方式的必然结果。科学实验通常是受控的，实验结果总是在排除了某些干扰因素（偶然的或次要的）的前提下取得的，而且要大样本分组对照，经统计学处理才得以承认。这样一来，疾病就从具体病人身上被剥离出来，成了一种理想化的模型。而真实的疾病却千差万别，总是个别地、特殊地、具体地存在于病人身上。群体化医学的诊断过程就是把感知到的临床资料，筛选性地与书本上现成的各种疾病模型进行“匹配式”搜索，直到较为近似地“般配”为止；然后采取相应的治疗措施。如果遇到比较复杂的临床表现，常采取搜索性多元选择，即与几种疾病模型嵌合，或对症外理。次要或偶

然的临床表现则忽略不计。这种临床医疗模式虽然具备一定的理性程度，但其弊端显而易见。将来的临床医学怎样发展？是现在形式的改良，中西医学的互补，还是一个崭新的升华？值得进一步探讨。但至少有一点毋庸置疑，即随着医学的发展，出现了群体化医学向个体化医学“复归”的态势。有人认为未来医学将是高度个体化了的医学，这符合认识深化的一般规律，当然，应该着重指出，这种复归不是回到原来的出发点，而是跳跃到原出发点之上的更高层次。

### 第三节 实践主体：医生的分化

分工意味着进步。

医生的出现来自于人类保健的早期需要，医生的分化，映衬着医药知识、医事组织和医疗技术的日益发展。

**历史上的医生** 医生，最初不是一种单独的职业。它开始由人类最早的知识分子——“巫”来兼任，后来又与哲学家难舍难分，民间的职业医生则同其它手工业者一起问世。在西方，今日所说的“physician”一词，源于希腊文“physis”，意即“nature”，是说医生是懂得事物的性质的人；希腊的伊奥尼亚文称医生为“iatros”，意即对人有用的工人。此外，医生还有“orthios”（治疗者）、“soter”（救助者）等名称。我国古代的“醫”字，《说文解字》释之为“治病工”，因古代治病以药为主，以酒为使；《说文》还提到“古者巫彭初作医”。《后汉书·郭玉传》提到“醫”，其后，《集韵》解释醫或作醫。可见，早期的医生就有“知识者”和“工匠”二重含义。

医学是一门实用科学，有活人济世之功。古人学医或行医，除部分出于生计、因于世袭外，多源于其它因素。例如，中国是一个国与家同构、宗法一体的伦理化社会，“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全”（《伤寒论·自序》）是主要的为医动机。



因此，为尽忠行孝、怜悯百姓，仕途不达、考场失意、转而为医者，文人名士、儒而兼医者代不乏人。而且，中国民间道教盛行，养生保健、追逐仙术者世有传人。这些人或为官家征用，或半官半医，或不以医名、深入民间，成为医药传播和医疗保健的正宗，同时对医学伦理化、虚幻化起到了重要作用。西欧基督教国家则长期处于教权和政权、教皇与国王、教会与贵族的双重支配中，教堂和寺院一度成为医学研究的中心，以教行医、以医传教十分普遍。这样，西方以宗教观念学医和行医的，自中世纪初叶逐渐增多，基督教国家的宫廷医生，几乎全部由僧侣担任。这些，都与各自医学的总体特性相互维系。

医生的培养，自古以来就有三种方式，即师带徒、家传和学校教育，所学者无非临床经验和经典著作。在中国，除要求学习《素问》、《神农本草》、《伤寒论》、《金匱要略》等外，还要通晓阴阳禄命、诸家相法、周易、四书五经等等；西方教本主要是希波克拉底、盖仑、阿维森纳等古典著作，另需涉猎经院哲学、西医教学内容直到十九世纪才发生实质性改进，医生的知识结构方出现明显变化。而这一切，又恰恰为近现代医学的腾飞，准备了人力资源。可见，形式往往并不重要，关键在于内容。

**伟大的跃迁** 医疗从个体开业过渡到正规化医院，是人类卫生保健的深刻进步。在这个过程中，无论是社会地位还是职业分化，医疗质量还是技术水平，体现在医生身上的，都是真正意义上的革命。

中古时代，中西方医生的地位都十分低下。《新唐书》称“卜相医巧，皆技也，……小人能之”。罗马帝国最初的医生由奴隶充当，贵族和自由民是不屑为医的。后来由于贵族本身的利益和征战需要，凯撒大帝才解放了一些奴隶医生。但在军队中，医生不能享有官衔，还要受下级军官的命令和指挥。即使官医、侍医、御医、太医等等，也不过是统治者的仆役，生命常常没有保障，中外统治者肆意捕杀名医的事件屡见不鲜，历史名医文挚被烹，华佗被杀，

均为典型例证。就是在民间，治不好病的医生也常常受到不公正待遇。腹部外科的先驱——美国医生麦克道尔（MC Dowel, E.）在做第一例腹内卵巢肿物切除术时，镇上的居民聚在室外，如果病人残废就打算将他处死。后来，医生进入医院以后，类似情况逐步得到改善，社会地位也日见提高。

临床分科的真正实现，是近代医院诞生以后的事情。虽然在此之前，萌芽状态的医院由来已久，医学校的教学内容已分科设置，有所专长的民间医生也随处可见，但古代医院并无临床分科，民间和宫廷医生大都遇到什么病就看什么病，近代医院才是临床分科的组织保障。不仅医生由包治百病的“万金油”转变为各专所长的“分科大夫”，还分化出临床检验、护理、药剂等多种专业。由医院衍生的其它保健机构，如防疫站、妇幼保健中心、职业病院、疗养院、康复中心等等已普遍建立，形成预防、治疗、康复三位一体的网络化结构，陆续涌现出多种不同角色的“医生”。

从医疗质量看，个体开业者随时都会面临各科疾病，而医生的个人经验和知识必然有限，其治疗效果可想而知。现代医院则和先进的技术设施、精细的临床分科、科学的管理体制紧密相联，且不论各病种分科诊疗对医疗质量的具体保证，仅 19 世纪中叶南丁格尔创造的科学护理，就使战地医院的死亡率由原来的 42% 骤减至 2%，当代各种疾病治愈率的大幅度提高，与医院的建立和条件改善有密切关系。

从技术进步来说，个体开业者或自承家技，因循守旧，或持挟一技，秘不可授，传播效应极其缓慢。进入医院后，大家不仅朝夕相处，便于交流，上级医生还直接担负着对下级医生的指导和培养任务。而且，现代医学发展迅速，医院内外的图书情报也起到加速作用。

然而，在对比中西医医生与医院的关系的时候，我们会发现，近、现代医院既是大工业社会的产物，也是西方医生们辛勤构筑的“生命救护站”；它和医学科学技术的进步结伴而来，又不断造就着

现代医学技术和现代医生。中医医生则是本世纪 50 年代被请进医院的。尽管我国在春秋时期就已经有了医院萌芽，尽管民间也有某种专科特长的医生，但在正规化医院的熔炉里冶炼，却只有三十年的历史。也许在这种竞争的环境中，不仅医生及其医术得到长足进步，中医理论以及医生的知识结构也会有很大改变。

**外科医生与外科学** 医生的地位与科学的发展状况密切相关。今天的外科医生也许十分扬眉吐气，“走遍天下一把刀”，他们为“刀到病除”的疗效而自豪，为打入内、儿、妇、产、五官等各种疾病而骄傲。然而，19 世纪以前的景况远非如此，那时的许多外科医生由社会地位低下的理发师充当。1215 年罗第四次拉特兰宗教会议决定严禁将人体任何部位做研究之用，任何医生都不准做截肢术，并禁止外科医生从事内科医疗，结果使外科医生的社会地位更加低下，甚至只有内科医生能穿长袍、戴宽帽，外科医生只能穿短袍、戴便帽，其差异十分明显。外科医生地位的改变与外科学的进步密切相关。

对比中西医外科，人们一定可以找到很多区别：西医学长于手术，中医学长于方药；西医学长于局部，中医学长于整体；西医学长于辨病，中医学长于辨证；西医学长于形迹，中医学长于气化，……凡此等等，给人的印象是者各有长短，其实，本质差异并非如此。

无论东西方，外科都是形成和分化得最早的临床学科之一，随着外伤、体表感染和战争救护，外科操作就在反复实践中发展起来。先是涂裹、包扎、吸吮、按摩等原始的外治法，继而认识了一些止血、止痛、解毒的药物，发明了砭石、骨针、竹针、小刀等简单工具。我国在商代的甲骨文中，已有“疥”、“疮”的记载，周代称其为“疡医”，掌管“肿疡、溃疡、金疡、折疡”等，秦汉以前就出现外科专书《金疮瘕方》和《五十二病方》，南北朝更有军阵外科经验总结的专书《刘涓子鬼遗方》。以后各代，在内服和外用药物、手术治疗以及外科理论等方面又有不少进展。但直到现代外科

学随西方医学“泊来”中国之前，中国的外科临床仍局限在体表疾病和外伤的范畴内。为什么中医外科学不能象西医外科学那样从体表走向体内，成为分括脑外科、胸外科、腹外科、肿瘤外科、骨外科、神经外科、心血管外科、泌尿外科、小儿外科、显微外科和器官移植等众多学科，并推动妇、产、眼、耳鼻喉等学科突进的一大学科群呢？

其实，西医外科学在 19 世纪以前也同中医外科的情况相仿，到美国外科医生麦克道尔首次打开腹腔并成功切除病变卵巢之前，其外科治疗大致只限于急症处理，涉及部位为体表四肢。如骨折整复、创口处理、截肢、拔牙、导尿、灌肠、导泻、放血、排脓、接生等，技术高超的医生则可施行结石清除术和腹部穿刺抽液、疝切除、气管切开等手术。麦克道尔的成功虽为外科学上的里程碑，却并非偶然。当时广泛开展的尸体解剖，及基此而诞生的病理解剖学，已把医疗技术推至从体表外科向体腔外科发展的前沿。其后，外科学得以广泛、深入、迅速地推进，这既是整个西方医学的全面进步所带来的，更是外科医生努力探索逐步克服手术疼痛、伤口感染和伤口出血等难题而实现的。1840 年美国的 Morton 首先采用乙醚作全身麻醉剂，1892 年德国的 Schleich 倡用可卡因作局部浸润麻醉，不久又以普鲁卡因代替，使麻醉术日臻完善；1867 年英国的 Lister 采用石炭酸溶液冲洗手术器械，并浸润纱布覆盖伤口，使截肢术的死亡率自 46% 降至 15%，随后德国的 Bergmann 采用蒸气灭菌，并研究了布单、敷料、手术器械的进一步灭菌措施，1889 年德国的 Fürbringer 提出了手臂消毒法，1890 年美国的 Halsted 倡议戴橡片手套，无菌术得以完全确立；1872 年英国的 Wells 介绍止血钳，1873 年德国的 Esmarch 倡用止血带，1901 年美国的 Landsteiner 发现血型，1915 年德国的 Lewisohn 发明间接输血法，止血、输血技术基本健全。总之，现代外科的每一点进步，都凝结着外科医生的心血和汗水，也融汇着基础研究和技术操作的突破及进展，他们用自己的奋斗改善了外科学及其自身的地

位。

中医的外科医生为改变命运走上了另外一条道路。早在汉唐时期，中医外科学就有着剖腹、开颅、修复兔唇等高难度手术成功的记载。早期，人们对外科的操作技术还是较为注重的，由于多种因素的消极影响，特别是人们蔑视具体医学操作，把它视作为“雕虫小技”，此后，尽管医界有过某种抗争，但随着时间的推延，这种消极影响越来越甚。医界对“重内轻外，重理轻技”的抗争也逐渐演变成一种顺从。尤其是宋代“非儒医不足见重于世”之说盛行以后，儒生习气使“痈疽诸疮，虽发于外，而本于中所出”及“治外必本诸内”的主张更为风靡，外科著作突出反映了内治法和外用药物治疗的经验，手术疗法则在“尽属刳徒”的声讨中逐渐减少。封建伦理观支配下的外科医生终于没有执意进行人体解剖，也没有深入研究手术过程中的疼痛、感染和失血等问题及其防治办法。顺从的结果，使中医外科增加了一些内服、外用的方药，却始终无法突破体表疾病和外伤治疗的境界。

**专科分工面面观** 随着医院形式的逐步完善，专科分诊制日趋精细。50年代初，我国大多数是综合性医院，临床与医技科室多以发病器官、诊疗手段及诊疗对象分科别。50年代中后期，一些专科医院相继建立，诊疗组织开始出现按专业划分的苗头，医技科组也开始从原属大科之中衍生出个别专业科室。60年代以来，诊疗组织日益突破原有的形式范围而重新组合，形成了诊疗组织和诊疗设施中心化的格局。前者表现为分科进一步专业化（如内科分出了神经、心血管、消化、呼吸、内分泌、血液病等专科），以及诊疗手段的多样化（每一病种都分内、外等多种疗法）；后者是医疗设施的集中管理和统一使用，如中心实验室、中心功能检查室、中心影像室等等。

医生的专科分诊为临床医疗科研和教学带来了不少便利。对于解决疑难病的诊疗，提高医疗质量，具有切实的意义；它也有利于发挥临床专业人才及专业医疗设备的作用，培养专业人员，促进专

业技术发展；并借此扩大了科研基地，以便在门诊实现医疗、科研、教学三结合。

很显然，专科越分越精细是西医学实践主体自身发展的一大趋势，这一趋势得益于西医分门别类的深入研究，相比之下，中医学实践主体的分化要缓慢和粗线条得多，许多临床中医医师都是多面手，这与中医学的总体特征有关。我们已经看到，专科分化越来越细，临床的专科分诊日趋专一，带来了不少好处，但也有不少弊端。一是推诿病人的现象，临床上常可见到，腹痛而血象升高的感染性疾病，因为暂时的诊断不清，患者往往从内科到外科、妇科、肠道科而得不到及时治疗；二是专业狭窄、忽视临床思维的倾向；专科医生常常对本病种、病系的诊疗十分练达，对于稍微超出所涉内容就束手无策。而实际上，各科疾病的诊疗是有许多共性的，其它病种的诊疗方案和研究思路也常有借鉴意义；三是人为地割裂对象，只注重自己诊治的那一局部，而忽略其他，忽略整体，忽略患病的“人”。有时，甚至同一个患者，以同样的主诉求诊，在不同的专科医生眼里，竟成了完全不同的病症。如一手腕有疾之患者，皮肤科认定是皮肤病，神经科诊断为某神经末梢炎症，骨科则主张是骨的异常，……。因此，如何解决好实践主体的分化与综合之辩证关系，是一个很值得研讨的问题。

#### 第四节 手段和工具

一旦确定了目标，方法和手段就象过河的“桥”，渡津的“船”一样，至关重要。

临床医疗，目的是为了治疗疾病，解除患者痛苦，在这过程中，手段和工具成了中间环节。

**方式：经验与理性** 在基础医学尚未从临床母体分化出来以前，整个临床医疗是经验性的，盲目探索和反复试探是唯一的方

式。正如现代医学的一位权威人士所描述的,“在许多世纪中,治疗学几乎是建立在纯粹猜想的基础上,……没有一种疾病没有相应的治疗方法,……看一下 19 世纪末的内科学或小儿科的教科书,……每一页都充满了稀奇古怪无法理解的疗法。小儿麻痹的治疗要注射土的宁,把水蛭放到脊梁上去吸血,口服颠茄与麦角浸出液,碘化钾与大量含汞的泻药,对肌肉进行感应电刺激,放血和拔火罐。脑膜炎的治疗除了需要以上全部措施外,还要加斑蝥软膏敷在整个头部和脊背上,药力大到可以引起大的水泡。……放血被作为特效疗法,……结核病、风湿热的传统治疗方法是每天放血一品脱(约合 550 毫升),或出现苍白无力、虚弱和脉搏明显变弱为止,即早期休克,还要加上甘汞,其剂量足以引起剧烈呕吐与腹泻。”<sup>①</sup>

中医学也有类似的情况。人称中医临床是“黑箱调节”,实质上是不知所然的试探性治疗。如前所述,中医诊断模型来自疾病表象的偶然组合或者主症,其病理机制是臆测性的。如肝胆湿热并非什么“湿”、什么“热”在肝胆上形成了什么样的病理变化,它只代表一类临床表现,或者说是对于一类病理情况作出的区别性“标记”;气血两燔也不是什么“气”和“血”在体内如何嚣张,也只代表了一类较为特殊的病理情况,或者说“捆绑”了一些相关的经验事实。针对这些病症所作出的治疗,尽管常常卓有成效,弥足珍视,但其并非真正有意识地针对其确切病理机制的,只是通过长期反复的经验积累获得的,只知其然,而不知其所以然。故尚未摆脱偶然性的羁束,进入必然性的自由王国。

临床医疗的理性方式来自于基础医学的全面发展。19 世纪末到 20 世纪初,临床医学逐渐摆脱了上述盲目状态,治疗疾病已愈来愈多地成为知其所以然而使其然的科学活动。尤其是 20 世纪后半叶,随着临床医学诊断治疗技术与基础医学对疾病本质认识的互相促进和突飞猛进,诊治疾病的可把握程度迅速提高。多数情况

---

①转引自艾钢阳:《科学》40 (2): 141, 1981年。

下，医生有可能在治疗前基本弄清患者体内发生的大致变化，从而有的放矢，猜测和摸索的色彩日见淡化。然而，在不少疾病和患者面前，人们依然束手无策。因此，可以说中医学在很大程度上是对西医学束手无策时的一种重要的补偿。

鉴于上述，我们认为经验方式和理性方式是对立统一的关系。临床医疗中，经验方式发展于前，理性方式升华于后；前者是后者的源头，后者是前者的归宿。这是时间意义上的差异和联系，空间意义上两者则是互补的。即使发展到将来，情况大致亦是如此。

**途径：个体与群体** 医学领域引进数理统计方法是其发展过程中的一个里程碑。在此之前，无论是临床观察还是动物实验，医学研究都以单个具体的对象来总结经验，并以之指导其它。它是早期医疗获取经验和知识的唯一途径。后来，随着人类认识能力和水平的提高，这种研究方式的局限性日益显示出来。

最早应用统计方法进行临床医学研究的是法国医学家鲁易斯(Louis, P.C.A. 1787-1872)。他以 123 例病案为根据（其中有 50 例尸检发现），1825 年发表了《癆瘵的病理解剖研究》；1829 年，他又以 138 例病案为依据（其中 50 例尸检）进行了伤寒病的研究。这是一项开创性尝试。其后，随着数理统计方法的发展和完善，医学统计学逐渐成为人们分析各种资料的原则和工具。其重复、对照、随机的三大原则，设计、衡量、评价的三大功用，收集、整理、分析资料的三大步骤等也越来越受人们重视。经这种工具耕耘过的田野上现已经硕果累累。的确，研究方法从个体到群体，促使医学研究在总结经验，发现规律，排除干扰和误差，提高客观真实性等方面，有了长足进步，因为前者是从个别到个别，后者经历了从个别到一般，然后再到个别的认识过程。

然而，科学探索是没有止境的，任何研究形式有其特有的优越性，也就常伴有某种局限性。数理统计方法也是这样。

首先，数理统计是从若干个例（样本）出发去追求总体（通常基数很大，甚至无限）的刻划，它不追求总体内每个成员的个体差



异；数理统计是在变量取值的多变性中把握其总体的不变特征，随机变化的个体就僵化成形式呆板的整体模型。经统计处理后，事物的偶然性被“抹”去，个体特异性被忽视。然而现实的疾病决不会雷同，即刻的病情总会有差异，用一种规范化的诊疗标准去面对千变万化的病情必然有局限性。例如，在一些正常和异常的临界值上，对一个人可能属于正常，而另一个人则已病得不轻；某种药物的剂量，对一个人可能远未发挥治疗作用，而对另一个人则早已产生了副作用。

其次，统计结论有时并不完全可靠。我们知道，计量方法在物理、化学领域里运用得十分普遍，在生物和医学领域里却较少，而运用于研究心理和社会现象时，其严格性和实际意义就更为有限了。这是因为物质的均一性与个体的复杂性成反比。单个原子的结构相当简单，因而具有高度的均一性，即各个原子之间通常显示不出有意义的个体差异。一个细胞要比它复杂上几百万倍，而一个动物同它的最简单的细胞相比，其复杂性要以指数才能计算。在人体构造、社会集团和国家的复杂性中，这种增值一直持续下去。作为物质复杂性增加（或称均一性减少）的一种后果，由对个体所作的确实可信的观察而得出的表述引伸、推广到其它个体时所具有的严格性就越来减小。尽管经过大量的统计数据处理，这种趋势也无法根本逆转。因此在这些领域里，我们还须探索新的方法和途径。

值得指出的是，中医临床过程中无论是辨病论治还是辨证论治，其理论模型均来自于过去的个案经验。因而尽管辨证论治十分强调个体差异和因时因地制宜，那只是理论模型运用过程的一种经验调整，而获得模型的途径却比从个别到一般的统计处理更加粗糙和原始。

**技术：能力化与物化** 作为应用科学，医学技术始终与临床医疗密切相关。医学技术从它的内容来看，包括主体要素和客体要素两方面，即物质技术手段和知识、经验、技能等，是二者的统一。从它的历史形态来看，则“经历了古代手工操作经验型技术、

近代以光学显微镜为标志的理化型技术和现代的电子、分子水平技术三大阶段。”<sup>①</sup>

在古代,医疗的物化技术设施十分简陋,几乎微不足道,医学主要是凭借医生的知识和技艺而展开的一种临床活动。后来,这种局面在西方得到根本扭转,随着近、现代科学技术的产生和发展,各种诊疗工具和仪器相继发明并大量涌入医学领域,医学进步与技术设施的更新越来越紧密地连在一起。中医临床却没有走上这一步,它继续在能力化技艺的古道幽径上迈着悠闲的步履。

中医学的能力化技艺体现了如下特征:(1)运用差异性。古人常说“运用之妙,存乎一心”、“医者,意也”,即包含着这重意思。(2)传递的困难性。由于中医技艺通过医者的体验、运用而提高,不易形成以文字为载体而广为传播,及其本身的模糊性、灵活性,导致授受和传递十分困难。“只可意会,不可言传”,“学乎其上,而得其中,学乎其中,而得其下”等说法就是这一特点的写照。(3)内在封闭性。主要依赖临床医家个人素质的诊治技艺,冲淡了人们改进工具和发展物化技术的需求。这些都是其负面的特点。

现代医学技术是物化技术和能力化技术在高层次上结合,二者互相依赖,也互相补充。一方面任何精密的仪器设备都凝聚着人们深化的知识和技能,也带来新的知识和技能;另一方面,仪器设备是人类感官的延伸和扩展,使认识更加客观和逼真,而它所出现的故障和差错又随时需要人们去提防和校正。现代医学技术不仅与其他自然科学技术构成了相互关联的整体结构,受制于整个现代科学技术体系;而且它自身也成为含有多种元技术的网络系统。总之,规范、物化的现代医学技术以其突飞猛进的气势,正日益充实着现代医学及其临床实践。

## 第五节 临床与基础

---

①邱鸿钟:《医学与哲学》,9(9):19,1988年。

知识不能单从经验中得出，而只能从理智的发明同观察到的事实两者的比较中得出。

——爱因斯坦

**医疗渴望理性** 科学始于好奇，当人类在感受“是什么”的时候，就已经开始思考“为什么”的问题。医学也是这样，当医疗救护还处在依赖本能，人类意识和思维刚刚萌动的时候，生命和疾病就已成为奥妙而又神奇的话题。

人类文化起源于原始宗教。在今天看来，巫医们那种超自然力的理解可谓荒诞无比，然而，它却是人类理性的最早求索。要治病总得先加以理解。人们总是相信，理解是解决问题的前提，尽管有这样那样的理解。以巫的观念理解，就以巫的方式救助，祈祷、法术被当作驱逐病魔的武器。后来，随着医药经验的逐渐丰富，人们对疾病的理解有了突破性进展。其历史标志是医、巫分家，医药经验脱离鬼神观念而与哲学等认识相结合。人们从经验的角度提出疾病是气候异常、自然灾害、情欲内伤等因素导致机体平衡失调所致。这种理解从“唯心”和“唯物”的角度来看，与巫术医学自有天壤之别。但仍未能确切全面地把握疾病原因和规律，这是历史发展之必然。

早期医学有其先天缺陷，在科学实验把工匠和学者结合起来以前，古代和中古时期的学者们不太愿意研究具体事物，他们总是自信：思辨能把握世界。我们忙于描述和解释，却只能用一些事物的表象来类比和推测，无法深入到事物的内在机制；他们急于编织和构造医学理论体系，却只能用精、血、津液或胆汁、血液和痰等直观的人体物质，对立统一，升降出入、平衡和谐等抽象的原则，干、湿、冷、热等最简单的属性，进行丰富的联想。他们没有办法验证自己理论，也没想到要去验证，只有当人类医学跨入实验科学的行列，能够用科学检验不断荡涤形形色色的空洞理论和错误学说

的时候，才推出医学史上一个崭新的时代。

**传染病退位之回溯** 传染病很久以来就是人类的大敌，西方历史均不乏这方面的悲惨记载。据不完全统计，明代的 276 年中就有大疫 64 次，清代的 266 年中则高达 74 次。欧洲公元 3 世纪的疟疾大流行，对罗马帝国的衰亡起到了推波助澜作用；十四世纪中叶的鼠疫，四个月内竟灭绝了四千二百万人口，单欧洲死亡人数就占当时人口的  $1/4$ 。面对传染病，人类虽积累了不少经验，却经常显得束手无策，直到近四十年才使它逐渐退位，回顾这项与疾病作斗争的巨大工程，映衬出人类理性艰难的觉悟过程。

也许，微生物学的诞生是人类战胜传染病最杰出的开端。对于疫疾流行的原因，古人有过各式各样的推测。尽管到了十五、十六世纪出现了比较合理的猜想，如我国的“戾气说”和法拉卡斯托里斯 (Fracastorius, H. 约 1478—1553) 的“传染论”，却无法导致传染病防治的突破性进展。甚至当人们从显微镜下观察到一个神奇的新世界时，很久仍不了解它的致病作用。直到巴斯德、科赫等人的开创性工作，才使细菌学得以诞生。随后，细菌的分离、培养、染色等技术日益成熟，各种致病菌的形态、结构、生物特性、毒力、致病特点等也相继被阐明。从此，在微生物学基础上建立了传染病学，拉开了人类最终战胜传染病的序幕。很快，它又促使抗病原微生物药物研究的蓬勃发展。青霉素的发现及其稳定性的解决，标志着又一个里程碑，猩红热、白喉、脑膜炎等的治疗大为改观。1944 年，链霉素问世后，相继又涌现出短杆菌毒素、氯霉素、金霉素、土霉素、四环素等。至此，大多数传染病得到了有效的治疗，死亡率明显下降。免疫学的发展，减毒疫苗的应用，则进一步控制了传染病的发病率。如美国 1963 年开始施种麻疹疫苗，到 1983 年发病率降低了 99.7%。

流行病学研究对控制和消灭某些传染病也起到了积极作用。对传染过程的阐明和基本规律的揭示，使人们有可能制定相应措施作出防范。以血吸虫病为例，调查疫源地，杀灭中间宿主，处理终宿

主，控制人畜接触疫源水等，是控制和消灭此病的关键。而这一切都只有在了解了血吸虫生活史及一系列相关的基础知识后才能有效地实施。抽去这些，人们只能永远地空发“华佗无奈小虫何”之感叹。可见，没有相应的基础研究，就不会有传染病退位这一人类医疗事业的伟大成就。

**大循环与加速机制** 历史的秘密只有从历史的进程中去揭示，医学的兴衰只有从医学结构的变化中寻找。中西医学发展史的比较显示：以文艺复兴为历史标志，中西医学呈现出截然不同的发展态势。中医学继续以悠闲的步伐、缓慢地行进着，几近于徘徊；西医学却经过二、三百年的准备、全面地脱胎换骨，随即腾飞。“徘徊”与“腾飞”之迷，只有深入剖析医学自身结构，特别是临床与基础的关系才能解开。

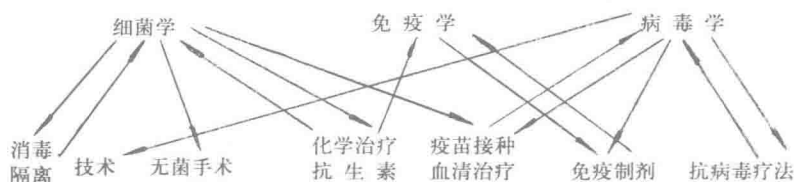
西方医学的加速发展得益于科学实验。科学实验有三大效应：一是对实验设施的需求，促进了医学技术的发展；二是要以构造性自然观为前提，使医学加入到近、现代科学的整体网络之中，从而产生了全方位的交流、移植和迅速的分化；三是立足事实，检验理论，加强了应用医学与基础医学之间的必然联系，三者相互促进，催化激发，产生了加速效应。

首先，人们清楚地看到：现代医学的蓬勃发展得益于科学技术的支持和促进。各种技术科学的新成就，往往作为一种手段或方法被移植到医学领域，源源不断的为医学提供先进的实验、诊断、防治仪器和设备，大大地推进了医学的发展。

其次，我们知道：系统的开放和活跃在于系统内外诸要素的丰富联系。现代医学的突飞猛进还表现在它在与多学科交流过程中日益形成的高度综合和高度分化格局。在现代科学体系里，医学内部及医学与其它学科之间的联系，表现出综合中分化和分化中综合的明显趋势。这主要得益于它与现代自然科学具有同一的构造型自然观。

值得特别强调的是基础研究和临床实践之间的相互关系，如果

说基础理论是“体”，那临床医疗就是“用”，二者相得益彰，互动激励，是现代医学加速发展的内在机制和主要原因。我们以微生物学中主要基础学科与应用方面的相互联系作出下图：



其中，化学治疗和抗生素对细菌学研究的促进作用似乎并不明显，但它却导致了对细菌抗药性的研究，丰富了细菌学的生理和遗传理论。消毒隔离技术等的情况也是这样。

上图可见，临床应用与基础研究之间水乳交融、相互促进，具备了加速发展的作用机制。具体情形和细节远比这要复杂和丰富多彩，也更深刻地体现二者间的互动激励关系。而且，将其置于整个现代医学以至现代科学的网络体系之中，其联系将更加纷繁，效应更加明显。

这种情形得益于一个基本前提，即事实与机制的一致性追求。近代以前，西医学为何没有这种效应？原因是多方面的，但实验方法和求实精神的贫乏则是其内在的本质性的根源。那是人类早期理性的缺陷。当时，人们赖直观积累经验，借类推猜测编织理论，更无受控实验以揭示和检验，理论与临床脱节在所难免。试想当年，人们把传染病的原因认定为彗星、日蚀、月蚀、洪水、地震或气候失常时，怎么会产生消毒隔离、抗生素和预防接种？人们沉醉于“四体液”、“三灵气”等臆测性学说以及“奴斯”、“活力”等虚构性概念时，临床何以促进理论的发展？理论又怎能指导临床的进步？故一言以概之，现代医学的突飞猛进，临床医疗与基础理论之间的矛盾

及其解决矛盾的渴望是其根本动力；在解决矛盾的过程中，引进各种技术成果，进行多学科实质性交流，则是加速发展的内在原因和外部条件的结合。

**两个循环圈** 探索中医学发展缓慢的内在机制，必然要考察其基础理论与临床医疗二者各自的结构和相互关系。我们发现，中医基础理论与临床实践实际上是两个相互分隔、各自独立运动的小循环圈。

常识告诉我们，理论是解释经验的。然而，如何解释经验？实在论认为理论是经验的本质反映，约定论认为理论是经验的习惯性说明，工具论则把理论当作经验的替换形式。显然，只有在实在论前提下（尽管科学理论中不乏约定的要素），才能开动“假说—检验”的双轮车，才能使理论在揭示事实机制的基础上，更好地利用各种技术，促进经验事实的发展。

由于中医学缺乏构造性自然观和受控实验，没有借助现代技术摆脱直观思辨的格局，医学理论停留在未经严格设计、严格检验和假说阶段，因而其实质是一种约定性说明或工具性替换。即基础理论并非是经验事实的本质反映，临床实践并非是理论指导。例如爱滋病，自从八十年代出现以来，现代医学一方面在临床研究中摸索病变规律、寻找有效疗法，另一方面在基础研究中探求病理机制、发掘药物作用原理，以期作出有效防治。然而，中医学据临床表现就可以“知道”病因、病位、病性、病势，并可寻绎出治法、方药，其它研究似乎可有可无。如果说，一种新的疾病仅仅根据临床表象就能洞悉内在机制，那么这种内在机制与疾病表象有什么差别呢？这过程中，一种先验体系在起作用。这种先验体系存在于对任何疾病作具体研究之前，它有无穷的涵容性，既可以支配过去，也能够左右未来，其实是什么也没有支配。的确，我们能指望这样的理论对临床医疗起明确的指导作用吗？临床治疗时人们尽管可以针对“证”、“病”、“症”疏方用药，常表现为丝丝入扣，然充其量只是模糊调节，知其然而不知其所以然。临床过程主要靠经验支持。

既然理论不是来自对具体经验的具体研究，即本质反映，因此它的发展也表现出独特性。一是移植式发展。如先秦哲学思想的植入，使中医理论初具规模；宋明理学的引入，又使中医理论学派林立。移植的内容包括大量的哲学观念、原理和概念。有的经过加工，有的原盘照般。这样一来，中医理论就始终与哲学授受不清了。二是注经式发展，这是中医理论发展的主要形式。对于一般经文、一个概念，各家理解、引申不一，通常并存于世，致使文献浩瀚，但同时异化作用十分明显，将医学研究从人体和疾病扭转到书本和经文。三是直觉式发展。以金元四大家为典型，他们各据己验，自成一说。经验虽然来自临床，理论却是经典条文的演绎。而且著书都引《内经》条文若干，以示言出有据。另一方面，取象比类的滥用，决定中医理论存在着大量直觉性假说，朱丹溪的“阳常有余”和张介宾的“阳非有余”，都具有这一特点。四是循环特点：以注经、直觉、移植等方式创造理论，在虚构性概念中演绎理论；理论约定在三大哲学（阴阳、五行、元气论）里，三大哲学规定了中医理论的演绎，最终导致理论体系的封闭。

中医经验的发展也大同小异，表现出独特的方式：（1）表象式：限于直观，临床获取的多是表象经验，缺乏深度和广度，也无从谈及精确和量化。（2）试探式：限于黑箱方法，中医学家获取临床医药经验长期摸索、反复试探。一是效益低，成果周期长；二是可变因素太多，输入和输出难以严格把握，确定性差，可重复率低；三是个案总结，临床资料不全，无从作出规律和机理的研究，难以揭示其必然性。（3）家传师授的传播方式：这是小农经济所决定的，经验、技艺成分重，导致传播速度低，社会化过程慢。这与落后的临床研究方法有关。（4）循环特点：在摸索中获取，在传播中遗失，或长期禁锢在固定思路里，单纯的经验医学不可能产生加速效应。从总体上讲，有些经验反复总结，反复失传，有些经验则长期失传，如麻沸散、鲫鱼霜等等。从个体上讲，每一名老中医都积累了十分丰富的临床经验，而传之于世者甚少；后学者又必须



从头摸索和积累，如此循环往复。

再就目前中医理论和临床研究的状况而言，现全国各级中医研究机构不下几十个，临床基地则逾几千。然而，从事中医基础或中医理论研究的，大多未跳出“注经式”或“移植式”的窠穴，充其量只是在少数研究中运用了现代科学技术手段，以图对原有理论作出现代“阐述”，几乎没有一个从事基础理论研究的中医工作者会有意识地到临床去寻找研究课题，以原有理论和临床事实的矛盾作为自己研究工作的起点。因此，基础理论研究陷入了一个以《内经》到《内经》（以《内经》的论点来评价研究工作的结论）、从书本到书本的闭关锁圈中。这种研究即使能出成果，其现实意义依然是有限的。

临床应用研究亦然，人们大多只是在自身主观经验的范围内作出不懈的探索、尝试，却很少有意识地去寻找理论的指点，或者对自身的经验作出某种理性的归纳、提炼。临床医师之所以在其总结报告中要加上几句经典性的理论，大多只是用作一种点缀，以便论文等能顺利地公布于世，而其探索过程中是否真正遵循了这些理论指导，那完全是另外一回事。

科学学告诉我们，理论与经验（尤其实验）的矛盾是科学发展的主要动力。当事实和理论冲突时，人们在经验基础上提出假说，设计实验。猜想经过检验成为新的理论；理论揭示事物的内在机制，又预示新的事实。科学发现在理论指导下方法明确，盲目性小，其发展必将大大加速。中医学中，经验事实局限于直观和摸索，基本理论局限于猜测和约定，缺乏严格检验，二者相互分离，从而淡化了理论与经验的矛盾冲突，使中医学发展缺乏最基本的动力。因此，促使基础与应用，理论与临床之间形成相互激励的大循环机制，是推动中医学临床及整个学科顺利发展的关键一环。而这一问题的解决，又有赖于众多方面的变革和改进。

（聂广 湖北中医学院）

## 第二章 辨证与辨病：诊断认知过程

辨证与辨病，是中西医学临床诊断的表象差异，也是其本质差异……。

严格地说，疾病的诊断包括两方面内容，一是各种诊断模型和标准的制定，即疾病理论的研究过程；二是根据现实的疾病资料，按照疾病的模型和标准进行临床判断和检验，即疾病理论的运用过程。我们先从第一个问题谈起。

### 第一节 诊断的理论负荷

就临床医生而言，作出正确的诊断是至为重要的。然而所谓正确的诊断，其实质不过是对某疾病理论的一种符合；而疾病理论则是人们的主观认识对疾病现象的划分或对疾病本质的接近。形象地说，疾病诊断过程如同旅行者手持一幅地图在判断他当时所处的位置；疾病验证过程如同绘图员通过各种测量手段描制旅行所需要的地图。

**诊断与诊断学** 人类在与疾病斗争中，不断充实与完善着临床医学，而诊断学也在促进临床医学发展的过程中完善着自身。原始人类的诊断方法带有巫术性质。如流行于印度 Saoras 人中的诊断方法就是让患者手执一个盛着油的碟子，内有一根点然的灯芯，巫医把谷粒丢进火焰，每丢一粒叫喊一个鬼怪的名字。第一个着火的谷粒，表明疾病就是由这个鬼怪引起的。这种方法无需搜集症状和体征，也不要理论根据，只凭巫术和占卜即可作出诊断，且其结论对患者和巫医来说都是明确的。或许是这种传统观念的影响，一些外行人常把迅速作出诊断的医师看成是具有医术魔杖的人；也就是仅凭草草观察症状和体征，就能用魔法得出恰当诊断。不少人判断一个中医师的水平，就在于他是否能光凭切脉作出“诊断”。这种

看法一方面是由于不懂怎样才算达到正确的医学结论，另一方面也是由于诊断一词的含意不够确切而造成的。

“诊断” (diagnosis) 一词源于希腊文，意思是“辨别”或是“识别”。疾病诊断学 (diagnostics of disease) 在 17 和 18 世纪英语的应用上指的是依据疾病的特征而识别疾病。诊断在《内经》中称诊法，主要包括望、闻、问、切四诊，如《素问·疏五过论》中就有“凡欲诊病者，必问饮食居处，暴乐暴苦……”等语。确切地说，诊断实际上是一种基本的医疗思维活动，是明确表达一种完整的思想形式。临床中，医生对患者及其陈述和体征进行观察、实验（化验）和体格检查等，是“诊”的过程；尔后进行临床分析综合，形成正确的结论，则是“断”的判断过程。最后用治疗或其它手段对诊断结论进行检验，看此假说（结论）是否正确，实际上是证明的过程。中医学辨证论治的辨证实质上就是一种诊断。

虽然中西医学诊断的对象都是疾病过程，中医学的诊断内容主要包括四诊、八纲、辨证三大部分，三者互相联系，环环相扣，形成了一个完整的中医诊断体系。而西医诊断学除了问诊、检体诊断外，还有伴随自然科学发展而逐步分化建立起来的实验诊断技术及各种先进的器械检查，如 X 线诊断、CT 诊断、同位素诊断、电镜诊断等等，这正是中医学在检测手段上需要借鉴之处。

**点、面、线** 构筑疾病模型需要“基本要素”，如同建造房屋需要材料和骨架一样。为了论述方便，我们引进点、面、线的概念。所谓点，指疾病征象在时间和空间上的间断性，即单一的症状、体征或检验结果，它们是组成疾病模型的基本材料；所谓面，指疾病征象在某一时间片断（或点）上的空间分布，即同一时间内所有病征的排列组合；所谓线，指疾病征象在某空间范围内的时间分布，即某些病征在不同时间内发生、发展和演变的过程。后二者是构建疾病模型的骨架。

限于认识水平，中西医学对于症状、体征和检验结果等经验材料的搜集，其深度和广度存在较大差异。中医学搜集疾病资料以直

观为主，常局限在表象经验范围内，更多地依赖病人的主观感受和体验。西医学在直观基础上，搜集疾病资料，又借助于科学仪器和实验检测，其经验材料有一定的深度和广度，尤其是搜集了相当数量的能够反映疾病本质的经验材料，为疾病模型的建立提供了更全面、更深刻的事实基础。总之，在“点”这个要素里，西医学的病征集合体较中医学为大。当然，中医学的早些认识也有更细致的方面，例如区分黄疸为阳黄、阴黄，辨别斑疹为顺证、逆证，以及舌象、脉象的体察等等，虽然在直观范围内，仍不失为天才的观察。

鉴于经验材料的数量和质量，中西医学对“面”和“线”的认识也有不同。中医学在“面”的认识上研究较多，通常中医学所说的辨证的“证”就属此范围。这是经验医学的特征，由于直观所限，中医学获取的主要是表象经验，而表象经验难以充分揭示必然性和内在机制，人们只好专注于疾病征象的排列组合，在不同的标准下，构筑了形形色色的以“面”为特征的疾病模型。然而，所有疾病都有其发生发展过程（即“线”），中医学对疾病过程并非不探讨，不解释。早在扁鹊就有腠理、血脉、肠胃、内髓相传之说，《内经》时代又有皮毛、肌肤到经络、六腑、五脏的传变学说，三阳三阴的“六经”学说，后有华佗的“毛、皮、肉、筋、骨”的传变学说，以及温病的“九传”、“卫气营血”、“三焦”等认识。这些疾病传变模型有一个最致命的弱点，就是对病因病理认识的欠缺，靠一些臆测性学说进行分类，从而无法辨析大多数具体疾病及其相关的症状、体征，尽管到温病学时代，连续的疫疠大流行，传染病以相似的症状、体征以及病程先后多次在许多人身上重演，疾病发生发展的内在规律性充分表现的时候，人们仍无法清晰在把它们区分开来，仅仅作出了风温、春温、暑温等科十余病种的辨析。

随着近、现代技术的发展，西医学加入了实验科学的行列，科学实验促进了病因病理及其规律性的揭示和检验，使疾病的分门别类研究有了内在依据，这是西医学建立疾病模型的背景。西医学的疾病模型，尤其在“线”的方面研究颇精，无论何种疾病，其发生发

展的演变过程都描述得相当详尽，各种疾病，不仅分类明确，而且临床表现和内在机制也能够验之有据。但由于对体质、环境等方面的研究不够，仍无法圆满解决个体差异对疾病的影响及其对诊断的要求，这也许是西医学疾病模型本身的缺陷所带来的。

**形形色色的辨证** 辨证，可谓中医诊断的精华，也是整个中医理论体系中燃烧力颇强之炬，中医学的辨证方法种类很多，计有病因辨证、经络辨证、气血津液辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证与三焦辨证等，都是长期临床实践中形成的。从渊源上来说，这些辨证的方法要追溯到《易经》、《内经》等，如六经辨证就渊源于《易经》。

病因辨证，是通过收集分析患者的各种病态反应（症状、体征等），根据约定的病因理论中有关的论述，由果析“因”地反推出“病因”来。很显然，这一辨证的结果和实际的致病因素常相去甚远。如辨为“风邪”致病，真正因于物理因子的“风”，是十分罕见的，大多因于感染细菌病毒、或某些因素导致的循环系统、神经系统及内分泌系统功能障碍。但由于属于“风”的症候与一些祛“风”药之间存在着某种对应关系（祛“风”药能缓解某些属于“风”的症候）。这是人们通过反复摸索获得的经验，换句话说，“风”这一特定概念“捆绑”了一系列相关的经验事实。因此，辨明病因后，可为治疗用药（解除症状）提供依据。

其次，气血津液辨证，是运用分析气、血、津液的病变，辨认其所反映的不同证候的一种方法。脏腑辨证，是根据藏象学说，对疾病证候进行分析归纳，借以推究病机、判断病变的部位、性质、正邪盛衰等情况；它是临床各科诊断的基础。经络辨证，主要根据《灵枢·经脉篇》所载十二经脉的病症，及《难经·二十九难》所载奇经八脉的病证而对号入座的一种方法。六经辨证，是汉代张仲景在《素问·热论》等的基础上结合伤寒病症的传变特点总结出来的，常用于外感病症的辨治。卫气营血辨证，是清代医家叶天士在伤寒六经辨证基础上发展起来的，从历史角度来看，它弥补

了六经辨证的某些不足，丰富了外感病辨证学的内容。则在阐述上、中、下三焦所属脏腑病理变化及其证候的基础上，说明了部分热性病初、中、末三个不同阶段及其诊治特点。八纲，指阴、阳、表、里、寒、热、虚、实，是辨证论治的理论基础之一。

所有这些辨证方法，尽管不一定都运用了由果析“因”的逆推认识方法，但也都有着与病因辨证类同的特点。其结果，是借助援物比类、司外揣内等思辨猜测而获得的一种带有约定成份的认识，它们常常“捆绑”了不少经验事实，故对“论治”可起到某种指导作用；但本身并未真正反映疾病病位、病程、病性等本质特点，在科学性方面存在着众多欠缺。这些欠缺非借助实证手段进行“解构”与“重建”，无以克服。

**分门别类的病种** 与中医学“辨证”不同的是西医学关于病种的划分。从萌芽到逐渐完善，经历了漫长岁月，以解剖学、生理学、病理学、病理生理学及病理解剖学为基础，西医学建立了自身的疾病分类体系。大多数疾病都是按解剖系统来分类的，如呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、神经系统疾病等等。然而，西医学对疾病的诊断不仅达到了按系统分类的水平，随着病因研究的深入和现代科技的发展，它又相继建立了传染病、免疫性疾病、遗传性疾病、化学与物理因素所致疾病、营养缺乏类疾病以及新陈代谢类疾病等众多新的系统分类。而且，疾病的分门别类到此还远未完结，每一系统又分若干病种，每一病种又分若干型，这种结构有着自身严密的规定性。例如，病毒型肝炎属传染病系统，根据病原学又分甲型、乙型、非甲非乙型三种，根据黄疸的有无、病情的轻重和病程的长短，临床上再分为急性肝炎（黄疸型和无黄疸型）、慢性肝炎（迁延性、活动性）、重症肝炎（急性、亚急性）、淤胆型肝炎。分型有利于加深对疾病本质的认识，预测疾病的变化、转归、指导临床治疗，这是从其断面，即每一型的规律性而言。另外，为了确切反映疾病性质和病人机体状态，临床诊断又常分成三部分，即病因诊断、病理解剖诊断、病理生理诊断。一个完

整的诊断往往包括以上三个方面，如心脏病诊断：一、风湿性心脏病（病因诊断）；二、二尖瓣狭窄（病理解剖诊断）；三、心房颤动（病理生理诊断）。可见，西医学诊断有其内在的严密规定性。

需要特别指出的是，西医学关于疾病的分类研究仍在不断分化与综合之中，人们把疾病分类作为一门相对独立的学科加以研究，希冀以更确切的分类来不断替代原有的分类。每隔若干年，有关的世界性组织就重新公布疾病分类标准，在这一点上，中医学是大为欠缺的，中医学关于疾病的分类，基本上是一成不变的，有所发展，充其量只是赋予旧名词以新的“含义”也很少发现新的病证。

**模型的偏爱** 客观地讲，无论西医学关于病的分门别类，还是中医学关于证的种种区分，都是通过模型对疾病现象的模拟。临床上，由于个体、环境等差异，模式化的病或证是很难找到的。然而，它们是怎样被揭示的？中医学选择证的模型，西医学侧重病的类型，二者为何有如此偏爱？

构筑疾病模型，实质是以某种标准将疾病现象划分为若干类型，以便临床辨析。在中医学的各辨证体系中，如六经辨证，是把《易经》关于“三阴”、“三阳”的说法拿来作标准，以划分疾病类型的；病因辨证的依据以“外感不离六淫”为主要前提，渊源于医和的“六气致病说”；脏腑辨证根据五脏六腑之说；经络学说则辨十四经脉的病候分布；八纲辨证以几对范畴为标准，气血津液辨证以臆测的人体物质的存在状态来划分；卫气营血辨证又借人体物质来区分疾病阶段；三焦辨证则借脏腑学说区分温病传变过程和病候分布状况。它们看起来纷繁复杂，概括起来无非要反映四个方面的内容，即病因、病位、病性、病程。当然，不同的标准是为反映不同的内容而确立，而实际上每一个辨证体系几乎都要涉及到病因、病位、病性、病程等内容，所以各辨证体系又互相包容，彼此重叠。早些年，不少学者纷纷提出统一辨证纲领的设想，也有不少学者持反对意见，历经数十载，论争之势，颇为壮观。虽主张统一的呼声总占上风，却始终未能如愿，是什么原因呢？也许，问题不在于是否反

映这些内容，而在于怎样去反映；也不在于是否有标准，而在于标准的客观性和能否检验。

中医学之所以选择“证”的模型，是直观经验的局限性决定的，也与传统文化的基因有关。人们常说“医易相通”、“医易同源”，《易经》是研究“象”与“占”的学问，以六十四卦、三百八十四爻来推测自然、社会的变化和人的命运。中医学对于疾病表象的研究是较为细致的，但一涉及内在机制就只能靠推测来完成。因而有识之士提出“唯象中医学”的构想，是要把“占”的内容删除；中西医结合专家孜孜以求于证本质研究，就因为证只是疾病表象的组合，它“捆绑”了众多的相关的经验事实，却并没有反映疾病的本质。如“肾虚水泛”之辨证结论，实际上是一系列特定表象，如全身浮肿，畏寒、肢冷、神疲乏力、尿少、面色苍白、舌质胖淡、脉沉细等的约定俗成的概要指称。同时，这一判断又很自然地把病症与人们以往有效的经验相联系，如治法当“温阳利水”，组方可用真武汤、济生肾气丸等，药则可选附子、白术、茯苓、泽泻、生姜等等。这一判断及相应的临床措施选择，往往是有效的，甚至效果奇特卓著，但对机制的揭示却是贫乏苍白的。它在许多情况下还限制了人们对具体机制的深入研讨。因此，借助推测来解释疾病表象，“揭示”其本质，这种类型在历史上是进步的、成功的，也是不得已而然的，在今天则成为落后的、羁绊性的，必需加以超越的。当然，辨证中蕴涵有丰富而深刻的内涵，真正意义上的超越，指的是对其合理的光大，并赋与其现代科学特征。而不是泼污水时将孩子一起扔掉。

在构造模型的过程中，西医学引进了受控实验。受控实验不仅能提供隐蔽的微观信息，还能排除干扰因素，进一步揭示现象的原因和机制过程的规律和奥秘，并加以检验。它是西医学自近代以来，理论与经验水乳交融，基础与应用相互促进，形成加速机制的主要原因。在这个过程中，病的模型也由经验型的理性化迅速升华：人们不仅知道某疾病是某些临床表现的集合，而且也知道为什



么会出现那些临床表现，及其发生演变过程和内在机制。

受控实验给西医学疾病模型带来了颇为严格的实证倾向。例如病因，生物、化学、物理性致病因子不仅可以在动物模型中复制，也可在人体组织中检验或证实。在病位、病性等方面情况亦差不多。当然，这种疾病模型还有不少缺陷，如过于注重病的共性而无法深入揭示每一例病证的具体特点，个体、环境因素在模型中缺乏反映等等，所有这些需要我们去完善和改进。也正因为这个模型中还存在大量的未知和不足，西医学才有可能不断发展。

## 第二节 资料搜集过程

朦胧之时有朕兆可寻，模糊之中有端倪可察。

漫长的发展过程中，中西医学形成了同中有异的临床资料搜集方法和过程，并在客观等等方面表现出某种差异。

**病史资料四要素** 通常认为，病因、病征、病程、病情是临床医生采集病史首先要抓的四个要素。

**病因** 任何疾病都由一定原因所致，故诊断的第一步就是搜集可能致病的原因。中西医学对于病因的认识差异很大，方法亦大相径庭（参见第三编第三章）。中医学以某些表现与某种因素可能存在的时间上的相继性及两种现象间的类似性作为认识论的基础，方法是审证求“因”，故其结果常常不是实在的病因。西医学则以还原分析、实证检测为主。其结论是清晰、明确而实在的。但是人们无法否定时间上的相继性及现象上的类似性背后，有可能蕴含着某种联系，这或许是中医学病因认识中潜在的科学价值。

**病征** 病征即疾病的征象，包括症状、体征和各种检验结果。如前所述，中医学传统的望、闻、问、切四诊对于某些外显的临床征象和一般性资料方面可获得全面、细致的结果，但在其他方面却大为逊色。

**病程** 疾病同任何事物一样，有其自己的过去、现在和将来，这就是病程，中医学在分析病程阶段性方面，有一定的模式可寻，如伤寒的“六经传变”、温病的“卫气营血”等。因此，这方面中医学更多地注重的是各类疾病的共性，而在具体疾病病程认识方面几乎空白。西医学则注重每一病种自身的发展和变化规律。两者也存在着某种互补性。

**病情** 病情指发病的缓急、轻重、典型症状的有无等，这对于临床诊断意义很大。中医学在这方面的分析比较精当，且有一套相应的处理原则（标本缓急）。西医学也有抢救时的急症处理与稳定时的对症治疗，病因治疗与支持疗法相结合等一套相应的措施。

**外在资料与内在资料** 临床诊断资料可分成外在资料（直观感性材料，主要涉及病史、体征等）和内在资料（主要指实验室数据）两大方面，病史四要素是打开诊断门户的钥匙，常提供重要的诊断信息、指示进一步检查的方向；体征是临床诊断的客观依据，并具有校正病史资料的作用；实验室数据则是辅助诊断的重要手段，常常有助于确诊。不难看出，外在资料是表象的和直观的，中医学的传统方法和西医学的问、视、触、叩、听等对这些资料的获得，已游刃有余。但在内在资料摄取方面，中医学却几近空白，亟须在客观化和微观化方面建立自己的有效手段和令人信服的体系。

西医学的近现代发展过程，始终与前沿的科学技术发生联系，这突出地体现在获取内在资料的各种实验室仪器和检测手段的开发和利用方面。但这一科学的趋势也夹带着某些消极的因子。主要表现为对先进检查手段的过分依赖和不加思索的滥用，夸大其对疾病的诊断的特异性而忽略其固有的局限性。因此，应强调辨证地看待内在资料与外在资料，对两者作出综合分析，如此才能确保诊断的尽可能正确和合理。

**资料的客观性考察** 诊断过程中，所搜集的资料有多有少、有真有伪、体征有显性隐性、实验室数据有真、假阳性、实验室仪器的可靠性、灵敏度、特异性也有影响。所以，病情资料客观性地

考察也是诊断过程中的重要问题。

中医学对临床资料的客观与否（真假），是十分注重辨别的。《内经》即有“大实有羸状”、“至虚有盛候”的告诫。历代并把辨别的重点放在寒热与虚实的真假上。然而，不足的是，这种辨别仍以四诊为主要手段，则不过重在甄别外在征象是否反映本质，及这种反映的真实与可靠程度。很显然，这样所收集到的仅仅是外在的征象，因此，人们只能强调资料收集的尽可能全面，通过对互相抵触的信息的综合分析作出决断。方法上的欠缺，导致了资料客观性方面的不足，加之取证时个体认识水平和经验技艺的不一，以及“舍脉从症”、“舍症从脉”，把握上的灵活性，常常导致同一病症而诊断结果迥异的局面。这可以说是中医诊断中的最大缺陷。

先进的仪器设备所收集的内在资料在客观性方面具有明显的优势。但并不能就此断定西医学的诊断便万无一失。因为规范、物化的实验检测并非万能，也常有其局限性。如肝脏肿块直径在2厘米以下，扫描就可能呈阴性；很多实验室规定的正常结果值都经统计学处理后的群体上、下限值，个体的差异往往无法考虑，一部分特殊病人就会出现假阴性或假阳性；再则，疾病的发展是动态的，实验室的一次检测结果只能反映疾病某一阶段的瞬间变化，是静态的，亦即一个断面，所以其结论的准确性只有结合病史、体征等的综合辨析，才能有所保证。然而，不管怎么说，在这问题上中医学只能而且必须向西医学学习和靠拢。

**异中有同的形象思维** 形象思维，指思维过程中不脱离客观事物的具体形象，借助表象进行认识的过程。中西医学在诊断过程中都运用了这一方法，但在深度和广度上却有较大差异。

中医学认为：“有诸内，必形诸外”，故“视其外应，测知其内”是中医学四诊方法得以确立的基本原理。在对疾病的诊察过程中，中医学对各种临床表象的体验和辨别，不仅需要感性的直观，也常运用理性的形象思维。如舌诊中有舌面光滑无苔的“镜面舌”，舌苔不规则大片脱落的“地图舌”，舌下多处血络肿起的“莲花舌”；脉诊

中有水漂木的“浮脉”，如盘走珠的“滑脉”，张力很高如按琴弦的“弦脉”等的形象概括及其临床意义的描述。另外，形象思维具体又表现在中医医生常有意识地把眼前存在的感官形象与头脑中贮存的典型形象（直接或间接经验）进行比较，细心观察它们之间的异同，再通过概括，综合等理性认识手段，把分散孤立的临床表现构成一个总体形象（“四诊合参”），并借助这个总体形象来认识和揭示疾病的本质。当然，中医学的形象思维基于直观，故其结果往往比较模糊，缺乏深度。

西医学在思维形式上，其诊断也常借助于形象思维，临床上各种类型的病人具有不同的形象特征，这些特征在一定程度上反映了疾病的本质特点。因此西医学认识疾病，不仅通过创造概念进行抽象的概括，而且还进行形象表述，借此来认识疾病的本质和规律。临床上常见的疾病体征，如肝硬变的“蜘蛛痣”、红斑狼疮的“蝴蝶斑”，丝虫病的“乳糜尿”和“橡皮肿”等皆属此类。它不仅通过医生的感官对疾病的表现进行形象思维；而且更具特色的是凭借各种先进的显像设备来指向疾病解剖形态的实质性改变，以获得一般临床方法无法感知的病理影像，并基于此进行形象思维。如支气管肺炎的“云雾状阴影”，消化性溃疡病的“龛影”，结核病的“干酪样变性”等都有这一特点。由此可见，西医学的形象思维较之中医学的形象思维来说，较为细致，其层次也更高。

### 第三节 推理判断过程

人的全部认识是沿着一条错综复杂的曲线发展的。

——恩格斯

如果说运用各种手段搜集疾病资料是“诊”的过程，那么依据资料和疾病模型图，判定为某种病证，则是“断”的过程。在后一个过程中，掺杂着大量逻辑思维和非逻辑思维。

**按图索骥与随机调整** 用按图索骥来概括临床医生诊断的认知过程,也许不尽适宜。但长期的发展使中西医形成了各种疾病的模型图,临床医生常按“图”下诊断,这却是事实。

由于西医学微观方面研究的深化,已从对疾病的早期的现象描述,发展到如今的内在机理的研讨。对生命和疾病本质的认识越来越细致、深入,绝大多数疾病都相继建立了清晰、明确的“模型”,使得这些疾病的判断有图可依。而且,这类模型图的细节描绘还在不断充实、变化中。

《希氏内科学》每隔几年都有新的版本问世,我国的《实用内科学》也已出版到第八版。每一版的修订都增加了新的研究成果,淘汰了过时的理论和某些错误的观点。例如系统性红斑狼疮(SLE)诊断标准自1971年公布ARA标准以来,短短十余年间,修订了数次,仅1982—1985年间人们就提出了近十条修改的补充意见。很显然,这种修改趋势永无止境。由于人是万物之灵,集社会、心理和生物属性于一体,随着社会的发展,各种因素对人的健康和疾病的影响越来越大,新的病种和非典型的病例也将不断出现,因此,“图”的绘制将越来越繁杂困难,按教科书之“图”(疾病模型)来探索活生生的、具体的病,也将捉肘见襟,个体化诊断越来越显示其突出的意义。

中医学最早的疾病模型图当属张仲景绘制的“伤寒病”。这些模型图由于受传统思维的影响,从整体上看是一个完整的框架,实质上是一个动态的模糊图型,很多笔画十分粗略。疾病的病因病机是思辨的产物,只有“证”才是疾病模型的核心,因此,中医的辨证并不硬套模型,也无清晰的模型可供套用,而只能因人、因时、因地制宜,综合内外各种因素作出大略的判断。这从方法论角度来看,它符合辨证法。但是模糊的“模型”,再加上推理过程过分的个体化、灵活化,难免陷入主观思辨的泥潭,而走向另一极端,表现出经验的公有性和逻辑的严密性方面的严重不足。

也许,在按图索骥和随机调整两极之间保持某种张力,是临床

诊断发展的合理趋势与方向，也就是说，西医学要在随机调整方面增加灵活性，注重个体化（这当然是在科学、严谨基础上的灵活）；中医学则首先须在“图”的质量方面作出不懈的探究，增强其清晰和严谨程度，使之尽可能地对应和紧扣实体变化，并求得公认。

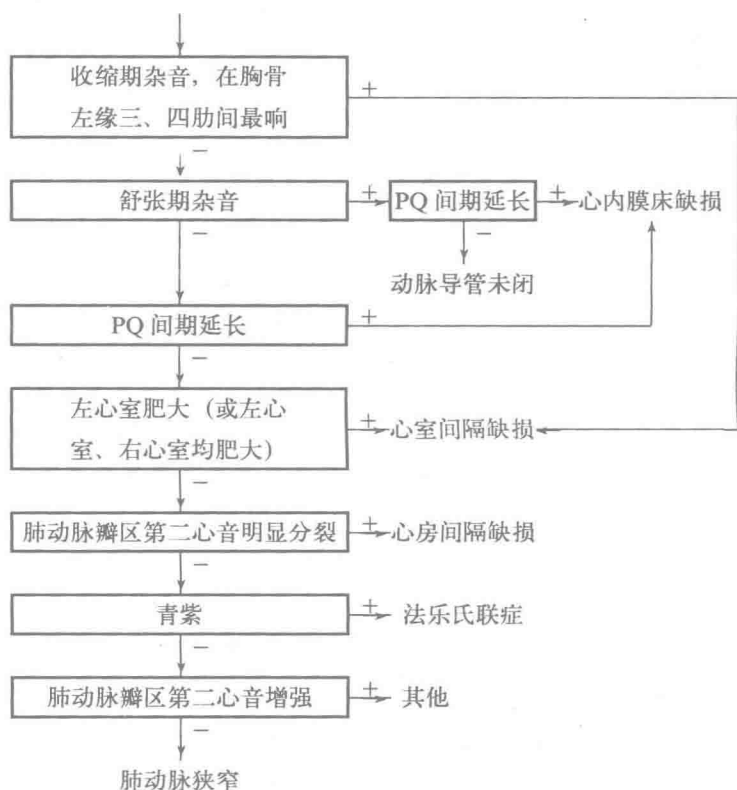
**推理形式** 诊断推理的逻辑形式，与人类一般思维大致相同，根据其表现出的思维进程的方向性等，一般可把中西医学临床诊断推理的形式分为类比、演绎、二分法等，每一种思维方法中又都渗透着分析。

尽管在诊断推理形式上，中西医学的差异并不显著，但在这些方法的具体运用过程中，两者常又泾渭分明，有着某些本质的不同。如双方都运用了类比推理。在一些较为单纯的病症诊断过程中，这种类比不存在多大差异，但对于复杂的或不典型的病症，实质性差异常显见出来，由于西医学给定的疾病模型图是清晰、明确的，所以，一个资深的西医临床医师只会在此图提供的信息范围内作出类比，对于一些罕见的、或无法解释的症状或体征，他绝不会在此图范围之外作出随心所欲的推断（除非这些因素与图中某些因素有着明确的、属于本质性的联系）。因此，西医学在诊断推理过程中基本上严格遵循了类比推理的逻辑要求，这也就使得西医学临床医师会在诊断过程中陷入某种困境，较难很快地作出明确诊断（因为相对于个体化了的错综万分的具体病症来说，西医学所提供的疾病模型图毕竟太不够用了）。中医学则不然，在这种情况下，中医学家往往不顾类比推理的逻辑要求，不注重类推现象之间是否存在某种本质的联系而大胆地加以推演，且每每喜欢对复杂病症作出一元病论的解释。这种带有主观随意成分的类比推理，尽管有助于疏方用药，有时也能取得满意疗效，但本身难以广为认可，亦无法重复，无法作出实证检验。也许正因为类比推理中中医医师的主观能动性很大，故相对说来，作出临床诊断常常并不困难。

再就运用二分法的异同作出分析。二分法（dichotomy）是一

专门的逻辑术语，一种分类或选择方法。其特点是以对象有无某一属性为标志，把对象分成处于矛盾关系的两部分。诊断也可说是一种分类，或一种选择。即按照就医者症征的表现，将其归入到疾病分类中的一个特定类里。连续地运用二分法可以从疾病的众多可能性中，以最快的速度、最少的次数选择出某种类型。中医学的八纲辨证，是运用二分法可以从疾病的众多可能性中，以最快的速度，最少的次数选择出某种类型。中医学的八纲辨证，是运用二分法的典型。对此，无须多作分析论证。西医学诊断中二分法的运用同样十分普遍，如按发热的有无，就可把疾病分为“发热性疾病”和“不发热性疾病”两类；在此基础上，根据有无感染，又可进一步细分，……。也许，西医学中对先天性心脏病的诊断推理最具有二分法的特征。（附图表 4-1）

很显然，这一诊断推理过程中，二分法的运用是十分严谨、规范和步步深入的；而中医学八纲辨证中的二分法，却要粗略、随意得多。这必然要在它们所得出的结论中体现出来。而从另一个角度来说，这一差异又分别与中西医学学科范式的总体特征相呼应的。因此，要增强中医学诊断推理过程中的严谨性和逻辑性，以及结论的科学性，只能从变革学科范式入手。



(引自高桥光正:计量诊断, 日本临床第 27 卷第 12 期, 1969)

**取舍问题** 资料搜集过程与推理判断过程看起来是一前一后, 实际上互相掺杂; 临床要求搜集资料尽可能全面、系统, 但不是漫无边际和盲目从事。它是在推理判断指导下的有方向、有目的自觉行为。在一份详细病史和全面体检中所搜集到的资料数目几乎是无限的, 可以采用的检查方法和手段也很多。然而, 临床医生总是有选择性、有针对性地进行。那么对于某一个具体病, 以什



么为导向，获取哪些资料，这就是个取舍问题。

中医学辨证以主症为先导，例如患者诉头晕目眩，临床医生就会想到“头为诸阳之会”、“肝开窍于目”、“诸风掉眩，皆属于肝”、“无痰不眩，无火不晕”、“无风不作眩”、“无虚不作眩”、“肥人眩晕气虚有痰，瘦人眩晕血虚有火”、“风阳上扰发为眩晕”等等说法，从风、火、痰、虚和肝的病候去搜集资料。又如，当脉证不符之时，中医学有“舍证从脉”和“舍脉从证”之说，《医碥》云：“凡脉证不相合，必有一真一假，须细辨之。如外虽烦热，而脉见微弱者，必虚火也。腹虽胀满，尚脉见微弱者，必胃虚也。虚火、虚胀，其堪攻乎？此宜从脉之真虚，不从证之假实也，其有本无烦热，而脉见洪数者，非火邪也；本无胀滞，而脉见弦强者，非内实也。无热无胀，其堪泻乎？此宜从证之真虚，不从脉之假实也。”还如《伤寒论》中用柴胡汤，有“但见一证便是，不必悉俱”之说。细究之，中医学临床资料的取舍有三个特点，一是随意性，缺乏严格明确的规范；二是表象性，只抓住现象间的关系，对疾病规律涉及不深；三是实用性，诊断仅为药证效应的附属，其目的并不在于如何真正获得正确的诊断。

西医学辨病也从主要临床表现着手，在症状鉴别诊断学的引导下进一步搜集资料。不过西医对病的研究比较清晰和具有深度，诊断依据也较为规范。例如，西医学从诊断价值角度将疾病资料分为四类，即必要征：又称恒见征，即该征 100%（或接近 100%）出现于某病，但也可出现于它病；充足征：又称仅见征，即该征仅见于某病，但不是 100%出现于某病；可能征：又称或见征，即该征常见于或可见于或偶见于某病；否定征，又称不见征，即该征决不会出现于某病。在此基础上，西医学制定了各种疾病的诊断标准，并围绕各诊断标准进一步搜集资料。通常，（1）充足征+必要征+否定征→确定诊断。如痰结核杆菌培养阳性+胸片示肺结核空洞+痰中癌细胞阴性→确定诊断肺结核；（2）可能征+必要征+否定征→可能诊断。如腹水+肝脾大+超声波肝波正常→可能诊断肝硬

化；(3) 否定征+必要征→除外诊断。如胸痛，心电图异常 Q 波，ST 段抬高呈单向曲线+嗜酸粒细胞计数 = 0→除外伤寒诊断。

诊断过程中，最先的考虑往往不止一个，而是一组疾病，临床怎样作出确定或否定，实际上也是一个取舍问题。中医学辨证比较简易，通常先以主症确定病名，然后根据寒热、虚实、表里、气血等辨析病性，根据六淫、七情、饮食、劳倦等辨析病因，根据脏腑、经络等辨析病位，根据卫气营血、三焦、六经等辨析病程。其中有取有舍，均以现成的疾病资料为转移。西医学辨病比较复杂，目前已知病种达两万以上，各种疾病都有其发生发展的阶段性和连续性，其演变过程中各阶段的临床表现更是千差万别。诊断推理之始，往往根据已知的疾病资料列出一系列初始印象（即拟诊），然后根据各病种的诊断标准，或作进一步检查，或作预见性推测，通过筛选、排除等方法，确定某一种诊断，在这个过程中，证实和证伪是常用的互补方法，因为一味证实，常常先入为主而致误诊；而一味证伪，对于许多不典型病例则无法得出明确的诊断。因而西医学在取舍问题上有几个基本原则：(1) 在几个可能的疾病中进行选择时，一般应先考虑常见病，当地的多发病，或当时的流行病，后考虑罕见病；(2) 在未有充分根据以前，不轻易下功能性疾病的诊断；(3) 优先考虑单一性诊断，不排除两个或多个疾病及并发症同时存在的可能性。可见，在取舍问题上，中西医学的差异是显著的，本质性的。

**一元论与多元论** 西医学传统的临床思维方式，要求用一种病或一个疾病系列（原发——并发——伴发）来解释病人的全部征象，而当病人的主要病征用一元病论不能获得满意解释时，才用多元病论来说明。这是诊断概率在具体病人身上的一种体现，即在大多数情况下，一个患者在某一特定时期总是一种病或一个疾病系列的可能性大，而同时患两种病或两个疾病系列的可能性小。经验也表明最好是用一种病来解释患者的全部临床表现。例如一名确诊为硬皮病的年轻妇女，同时有多发性关节炎、心力衰竭、高血压和脑

病，死于胃肠道出血。经过综合分析，患者的全部临床表现都可用进行性全身性硬化症来解释：脑病是由于脑血管的胶原病引起的，出血来自食管的溃疡部分。

但是近年来，临床上越来越多的事实对一元病论提出了挑战，西医学也开始重视多元病论在临床诊断中的应用。如对复合病因的征象，对老年人的疾病。当几种病同时存在时，临床症状比较复杂而不典型，病程长，演变复杂。如一例胃镜检查发现十二指肠球部溃疡的患者，因病情复杂而作进一步检查，发现真正的出血灶在十二指肠降部。若满足于前者，就会漏诊后者。西医学能够实现多元病论诊断，取决于其疾病模型制定时运用的是形式逻辑，其分类有严格界限，非彼即此，没有亦此亦彼的状况，即每一种疾病的实质诊断不会重叠，患者不会既可诊为 A 病又可诊为 B 病。

中医学诊断有它独特的一元论和多元论格局。例如，中医学对疾病的解释可谓多图并进，前面提到中医有形形色色的辨证模型，这些历代医家实践和争鸣的产物，对祖国医学诊断理论的形成作出了很大贡献。但人们在运用过程中或者过于随意，或者多而无可适从，由于标准不一致而引起诊断上的混乱。正如外感病，既可用病因辨证，也可用卫气营血辨证、三焦辨证，还可用六经辨证，例如，脏腑辨证、八纲辨证亦无所不可。一个大叶性肺炎患者，由于疾病阶段不同、个体差异等原因，既可诊断为喘证、肺病、咳嗽，又可诊断为风湿，或阳明经病等等。这与西医学辨病中，病种严格单一，决不重叠相比较，不难看出其灵活有余，严谨欠缺。

另一方面，当西医学用多元病论来解释较为复杂的临床现象时，中医学辨证又表现出其一元论特点。即临床出现多病并存局面时，中医学又可以在不同疾病的阶段以一“证”概之。例如一位入院六小时即死亡的病人，女，67 岁，家庭妇女。患者曾于一年前因高血压右半身偏瘫及慢性肺心病而住某医院，经治疗后好转出院。近两天右半身不遂逐渐加重，入院前 12 小时意识不清而急诊入院。入院时神志不清，面色苍白，口唇青紫，喉中痰鸣，手足厥

逆，二便失禁，肌肤潮湿，舌紫暗有瘀点，苔灰腻而厚，脉微细而数。中医学辨证为“痰瘀互结，蒙蔽清窍”。然而西医诊断却十分复杂，临床诊断：慢性支气管炎，肺内感染；肺气肿，慢性肺心病，肺性脑病；不排除脑血管病。病理诊断（尸检）：（1）动脉粥样硬化（冠状动脉、脑底动脉、主动脉、肾动脉），脑血管血栓，脑软化；（2）慢性支气管炎，肺气肿，慢性肺心病；（3）风湿性心脏病，二尖瓣狭窄合并关闭不全；（4）左心室、左心房及右心室扩张、肥厚，全身脏器瘀血。

综上所述，中医诊断表现为模型多而重叠，其辨证随时间而多变，随空间而单一；西医诊断表现为模型规范而分类严格，其辨病在空间上可并存，在时间上延续性强。所有这些，使西医诊断的科学性和严谨程度远在中医学之上。

## 第四节 临床验证过程

我们只能在我们的时代条件下进行认识，而且这些条件达到什么程度，我们便认识到什么程度。

诊断的结论需要检验，检验的方法及其强弱程度反映了医学的发展水平。

**拟诊、确诊与试探** 通常，临床医生根据已有的医学知识，对病人的临床表现作出初步解释，或称临床印象、初步诊断、拟诊等，相当于逻辑学上的“假说”。

主体对客体的认识（诊断）是一个连续的思维过程。在诊断复杂病症时，西医医师很少通过一次接触病人便能确诊；往往需要多次的反复思考与验证。即形成初步诊断后，继续观察病症的发展，并通过治疗反馈等来证实或证伪初步诊断。其诊断的可信程度是随着诊断支持点和反证点的增多而加强的。

拟诊往往是在资料不充分、不太典型时作出的。它可以增强人

们的临床思维（判断）能力，主动争取治疗时间，还可以进一步修正和发展原有的假说。

西医学确定诊断往往经历了下列程序：（1）考虑可能：即根据主要病象组成综合征，考虑其各种可能性；（2）提出假说：即在所考虑的可能性中，剔除可能性较小者，筛选出最大的，这种可能性一般能较满意地解释目前病人已暴露的病症；（3）产生初步诊断：根据假说进一步选择检查，搜集材料而形成诊断，并以此决定初步的治疗方案；（4）临床（确定）诊断：经过比较系统检查后提出的诊断；（5）最后诊断：包括通过治疗效果、手术结果等验证的最后诊断及病理解剖确定的最后诊断。因此，确诊的建立需要一段认识过程。疾病本身就是动态过程，新的病情一旦出现，有可能否定原来的拟诊，而新的拟诊又需作另一些检查加以检验，即使被初步证实了的拟诊，也需要在变化的情况下进一步作出质的正确诊断。

中医学诊断过程中似乎并不存在从拟诊到确诊这一发展环节，相反，它发展了“试探”（或曰“探病”、“消息”）一法。《景岳全书》指出：探病之法，不可不知。如当面临证，或虚实有难明，寒热有难辨，病在疑似之间，补泻之意未定者，即可先用之法。其实，张仲景在《伤寒论》中已运用此法。“若不大便六七日，恐有燥屎。欲知之法，少与小承气而，而入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之。若不转矢气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之，攻之必胀满不能食也。”即属典型一例。这些，寓有“诊断性治疗”、或“假定性诊断”之意。但此法并不以最终明确诊断（确诊）为宗旨，只是以缓解或消除症状为目的，这差异一方面体现了中西文化中“实用理性”和“纯粹理性”的分野，另一方面也是中医诊断本身无法清晰地加以确定这一局限所导致的。

换一角度而言，临床上，相对于诊断，中医学更重视治疗，往往在治疗决策、思路和手段上穷思苦虑。当西医学因诊断不清而无所适从的时候，中医学早已开始辨证论治，并在治疗过程中随机调整治疗方案。

由于中医学在构建疾病模型时，停留在表象经验即病候组合上，并未揭示各种病候的内在机制和有机联系，因而无论“病”和“证”的概念都有一种流动不居的特征，即当病人的主要症状随病程推移而改变时，他的病也就随之而变。在这种情况下，拟诊和确诊都将失去应有的意义。人们强化了药与病和证之间的效应，却淡化了病与证、证与证之间的联系。而且，对于正确的诊断也缺乏检验的依据，中医学临床的准则是“有是证，用是药”，对于某些治疗效果不佳的病证，往往责之于“辨证不准”。至于怎样才能辨证准确呢？治疗效果不是唯一的有效的检验标准，检验的关键在于证（或病）模型本身所提供的一种可资检验的特异性客观指征。因此，证的现代研究者都在潜心寻找其客观指标，为其客观化、规范化而不懈钻研。

**“误诊”剖析** “误诊现象”作为一个特例，可以引导我们对中西医诊断过程，尤其是诊断检验上的差异，作出更深入的分析。

西医学有规范而完整的疾病模型图，划分严格的诊断标准及先进的实验室检测设备，按理说，误诊发生的可能性应该很小。但事实却并非如此。临床误诊现象十分普遍，个其皆趣，原因是错综的、多方面的。据一篇急性阑尾炎的总结报告，100例具有典型的急性阑尾炎症状者中，12.5%不是急性阑尾炎，而有不典型急性阑尾炎症状者，68%实际上是急性阑尾炎。这份材料说明，急性阑尾炎这一相对说来比较单纯的疾病有典型症状者也属少数，可见疾病本身的复杂性，另一方面，实验检测虽大大提高了资料的客观性及准确度，但也带来了一些问题，也运用这些物化技术的人的知识水平、熟练程度、相关经验以及器械本身的精密度、运转情况，病人查体前的准备工作好坏等都对资料的客观性和准确度以及诊断的正确与否构成影响。当然，更为重要的是医者自身的临床思维问题，各种类型的思维偏差，如思维惯性、模糊性、僵化、顿挫等都是造成临床误诊的主观方面的常见原因。对此，近年来人们已日趋重视，作了较多的研讨。

判定诊断的对与错、真与假，肯定某患者是甲病而不是乙病，光靠临床病情作出鉴别常是苍白无力的。临床病情并不会象教科书写的那样条理清晰，象鉴别诊断标明的条款那样泾渭分明。因此，确定误诊与否，必须有严格精确而无疑义的标准，西医学寻找到的最终方法是尸解。《临床症状鉴别诊断学》提供的一个数据很能说明问题：“根据国内外统计发现，生前临床误诊率均为 30% 左右，近临床对疾病的诊断方法不断增多，但尸检所发现的误诊率仍无下降趋势。”这里，正是得益于严格精确无疑义的尸解，加上西医学本身病的模型如实定位、定性，才有可能认定误诊与否及其高低。舍去这两个环节，一切将无从谈及。

中医学的误诊情况如何呢？其诊断系统已如前述，分辨病与辨证。在辨病层次上，对各种以症状或特征命名的病，如头痛、腰痛、呕吐、吐血、积聚、膨胀、黄疸等等，一般很少有误诊，这是因为这一层次的诊断根据病人的外在征象和感觉即可确定，不会有误。即使同一患者出现了两个以上的主症，甲医生抓住其一，乙医生抓住其二，都是可以容忍并存的，不属于误诊，其实质却涉及到中医学病的模型的模糊性及误诊标准认定上的欠缺。就辨证而言，原则地说，“证”是客观存在的，并且每位患者的“证”也只有一个（因为可以根据具体病情加以“组合”）。模型图的欠确定性，加上临床资料在公有性方面较差，复因医师学识水平、思维特点等的不同，故常会表现出偏差。例如，病人突然昏倒，不省人事，四肢冰冷，依据“病”的概念，可断为“厥”。但此人还表现出牙关紧闭，面红唇紫，喉有痰声，舌红、脉沉，其临床表现与教科书中的证型特征并不完全相符。面对此状，张医生可能辨为血厥实证，李医生却有可能辨为痰厥证，他们每位都会以临床征象和教科书为依据，坚持己见。然而，理论上假设的证只有一个，不可能既是甲证又是乙证，这又涉及到检验问题。用什么做客观标准来证实张对还是李对呢？一种方法是用临床症状与书本证的集合体——型来对照，也就是用思辨的产物来检验正误，其结果不是判决性的，甚至无法下结

论。另一种方法是用药证效应来证实，即治疗结果的反证。这种手段检验误诊，实际上也难以成立，因为治疗结果与辨证的准确率并不存在绝对对应关系。辨证准确，治有愈者不愈者，甚有死亡者；辨证错误，用药亦偶有痊愈或临床缓解者，所以仅凭疗效无法客观地反证辨证的准确性。可见，中医学还没有一种手段可以检验（判定）误诊。这里，深刻的根源在于中医学关于疾病的“模型图”（理论解释）与实际的疾病情况之间缺乏确定的对应关系，亦即其仅仅是有用的工具，而非实在论的产物。这样，即使借助实证的手段，亦无法作出检验。

**“隐证”的求索** 值得注意的是，近年来中医临床提出了一个新思路，即辨“隐证”问题，它意味着中医诊断和疗效标准面临着一种新的变革。的确，中医学以往的诊断由“司外揣内”而得，疗效也是由外在病征的改善为标准的，然而时至今天，西医学的各种检验结果摆在面前，我们不能置之不理（我们不能将一个有尿蛋白改变而无症状的隐匿型肾炎诊断为无病，也不能将一个症状消失而GPT异常的肝炎病人判为痊愈）。因而有识之士提出了辨隐证的设想，意在将西医学的诊断检验标准纳入中医学诊断体系内。这是一种新的求索，是诊断及其疗效标准发生变化后，中医临床的必然选择。

对于隐症，辨证方法失去了认识基础，常常使人陷入“无证可辨”的窘境，不能不说这是实践给中医学临床工作者提出的挑战，也是中医学面临的一个崭新的问题，这就迫使人们重新评价辨证方法。可以说，辨隐证是中医学面临的亟需解决而本身理论体系又无法解决的难题。隐症概念已对中医学直观的治愈标准提出了疑问。即仅以疾病临床症征的消失作为治愈的标准是否客观地反映了疾病的实际变化情况？这说明现代中医学家对自身检验标准之欠缺已有所认识。我们知道，传统的四诊方法不可避免地造成隐证的存在，传统的治愈概念也只能说着眼于症状的消失。因此，隐证概念的形成，揭示了这样一个现状：中医学因有的理论模式已不能很好地概



括、解释临床现象，更不用说利用其来发现新的事实，从而出现了理论与实践的危机。因此，变革就是不可避免的了。

(贾雁宾      聂广      湖北中医学院)

(武岩      北京中医学院)

### 第三章 治疗，多元的归结

可以把中西医学的治疗喻之登山，双方同时企图征服一座山峰，只不过一支试图由南坡而上，另一支决定从北坡进发，为了达到同一目标，双方使出浑身解数，由此也衍化出引人入胜的众多异同来……。

严格地说，中西医学的临床治疗，都带有经验、探索、积累的色彩，故两者之同，大于两者之异。然而，我们所关注的更多的是其异趣之处，正因为这些异，才有互补或相互借鉴的可能及其必要。

#### 第一节 治则与决策过程

治疗可以看作是对于疾病而采取的有目的、主动的应对措施。其主动性和有目的性便体现在“选择”上。一俟作出诊断，紧接着人们便须作出决策，选择有利于疾病痊愈、机体康复的方法或措施。而选择（决策）时，人们必定依据一定的观念及标准。这些，可以在中医学所说的治则中加以探讨。

**哲理化的庞大治则体系** 治则是中医学中的一大要点。“是联结中医理论认识与实践技能及治疗效果的纽带”。<sup>①</sup> 近来，它日趋以一门分支学科的形式崛起。相对于西医学而言，把中医治则称作为一哲理化了的庞大体系，是颇为恰当的。

何谓“治则”，中医学术界的观点不尽统一，我们倾向于把它界定为“治疗疾病的原则和方法”。并可进一步分解成“一个有着三大层次系统(体系)。其中，最高层次的是指导观念，或称治疗观。”它是抽象的，但又是极为重要的，对医者的治疗决策和具体方药的选择

---

<sup>①</sup>何裕民：中医治则学纲要，《中医研究》1：(3) 5~7，1988，9。

择常起主导作用。这部分内容与其说是中医学所特有的，不如说是中医学结合了其他学科知识，特别是哲学思考的产物。因此，适用范围可推衍得很广。中间层次的可称作治疗大法，它既是抽象的、原则性的治疗观之具体化，又对种种治疗措施（治法）起着指导作用，故可以说它在治疗观和具体治疗方法及措施之间起着“中介”联系。最低层次的则是各种治疗手段和具体措施，<sup>①</sup>关于这些，人们无法一一加以穷尽，我们将在治疗中适作研讨。

作为指导治疗的基本观念，中医学的治疗观大致可概括为以下几大方面：

**贵乎防变** 要善于早期诊治，前瞻性地采取防范措施，以防疾病的进一步发展和恶化。

**治病求本** 需要抓住基本矛盾或根本原因（这一原因是中医学通过“审症求因”而猜出的）。

**知常达变** 包括“急则治其标”、“缓则治其本”。当疾病表现与辨出来的本质不相吻合时又可应用“反治法”等。

**因异制宜** 根据个体禀赋、时空差异和季节气候等多重因素适作调整。

**因势利导** 即以最方便的途径，最小的代价，获得最佳疗效的基本思想。《素问·阴阳应象大论》所说的，“其高者，因而越之；其下者，引而竭之；……其在皮者，汗而发之”等，都寓有这一精神。其实质是要求医家注意治疗时的“经济原则”。

**对证、对病和对症治疗的三位一体** 治疗时综合考虑三者，疗效每可更为卓著。

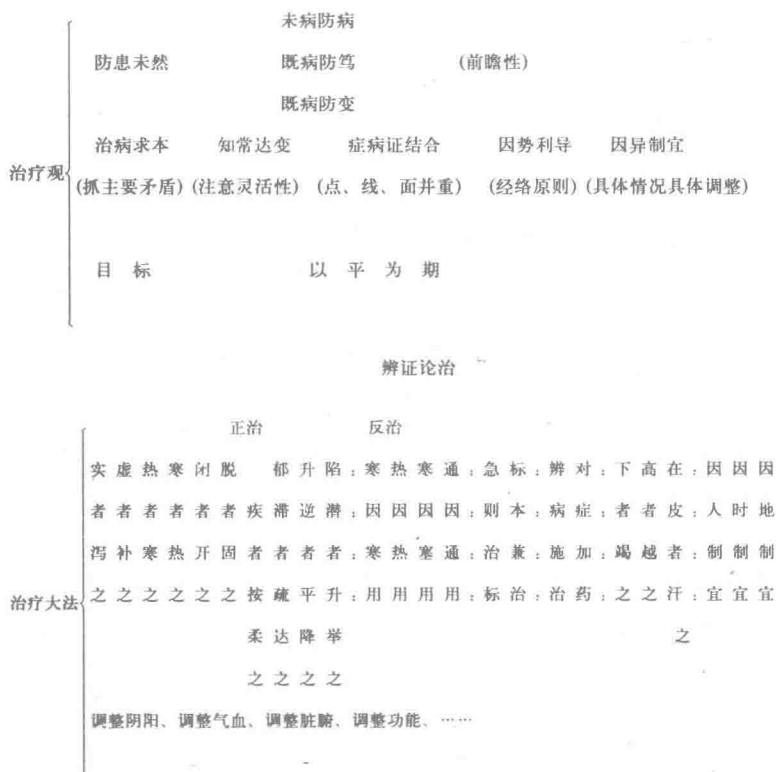
**以平为期** 通过各种方法，来调整机能，祛除邪气使机体恢复到动态平衡。这是中医治疗追求的目标和判断疗效的标准。

治疗大法是指带有原则性的一些治疗方法，它在众多的具体治法中常起核心作用，而它们本身又是在治疗观的影响下产生的。从

---

<sup>①</sup>何裕民 中医治则学纲要，《中医研究》1：（3）5~7，1988，9。

中医学的一般观点来看，治疗观是有限的、稳定的，它常常不知不觉地左右着古今中医家的治疗决策活动。而中医学的具体治疗措施与方法，是丰富庞杂的、可变的，有较大的选择性。对于同一个患者，人们既可在具体措施上各显所长，针药推拿自择己能；又可在具体方法上自出机杼，有所偏重，但人们在治疗大法上却不能含糊混淆。要取得佳效，对于某一具体病症只能确定或合用某些大法。因此，治疗大法在中医庞杂的治则体系中地位举足轻重，对此，本章不作展开，只以图示来介绍部分治疗大法，并试图揭示它与治疗观及具体治疗方法的关系：（附图表 4-2）



## 中医治则学体系图示<sup>①</sup>

①录自何裕民：《中医研究》，1：（3）7，1988

上述图文中，不难觉察到中医学的治则，确可谓一庞大而丰富的、明显哲理化了的体系。前所论及的中医学一些观念或特点，于此，都有某种程度的体现。这一体系赋与中医学浓厚的自然哲学韵味，并使之与众多学科相互贯通。《内经》之所以多次以兵法来释治法，张景岳则以新方八阵，古方八阵来统摄他的方剂学知识和经验，不少贤哲之所以鼓吹“不为良相，便为良医”，治则体系与兵法、治国策等所具有的某种类同性及它蕴含的丰富的决策指南，便是重要理由之一。很显然，这一庞杂体系的得心应手，娴熟运用，是需要个人丰富阅历和极强思辨能力为根基的。而诸如标本缓急、正治反治等的把握又带有很大的意会性，只能凭籍个人的内省体验。中医“老来红”，阅历丰富的人更容易领悟其中旨趣，这便是重要因素之一。由于治则体系的庞杂丰富和意会性，所提供的决策指南常是多向的、多重的，故人们在具体措施和方法的选择上，往往五彩缤纷，体现出明显的个体化倾向，这也造成了初习者较难长驱直入地深达中医之殿堂。另一方面，正是这一庞杂的治则体系以及与之相匹配的丰富治疗措施及手段，使得中医学对于复杂病症的治疗，每有较多的选择方案和回旋余地，尝试后常能获得佳效。这一体系的特点也恰好和中医学把治疗的着眼点主要瞄准十分错综的“人”，倾向于对复杂的“证”作出调整，适相呼应。因为这一治则体系使多重调控方案的选择和实施有了可能。只有做到这一点，调整人的机能，改善或纠正“证”，才非虚语。然而，也应该指出的是：这一体系主要是思辨的产物，它使得对中医学的整个治疗机制进行实证科学的研讨十分困难。人们对它本身的掌握，也只能靠“意会”和形而上学的方法。

**明快的线条** 相对于中医治则体系来说，西医学的治疗观和

大法，可谓明快、简洁得多了。

西医治疗学中只有具体的治疗措施和方法，却并无“治则”、“治疗大法”之类称谓。然而，却不能说西医学不存在指导治疗的基本观念。人们之所以不专作阐述，也许认为这类观念对于每个接受过专业训练的人来说，是不说自知，不证自明的。它是现代西方医学学术范式自然而然的产物，与学科体系的其他内容丝丝相扣，适相呼应。

应该说，与其它基本观念一样，中医学的“治则”（包括治疗观和治疗大法）是前后相贯，一脉相承的。两千年前的《内经》中，庞杂的治则体系已初具规模，后世奉此为圭臬，仅略作充实而已，西医学的治疗观则表现出演变、流动的特点。早期，希波克拉底主张的“自然疗能”，实质是一种“无为”的治疗观。他强调依赖身体自身的机能来治愈疾病，使之“自行其道”。医生的责任在于引导这种机能，而不要去阻拦它。因此，医生无须做得太多，更不可采用烈性药物和粗暴措施，他所提倡的“以相反治相反”的治疗原则，如以安静治疗过劳，以劳动治疗休息等，既与“无为”的治疗观相通，又与中医学的“实则泻之”、“虚则补之”有所吻合。盖仑的治疗观也比较单纯、直接，他强调“用寒治热”、“用热治寒”、“用放血治疗多血”，这显然与中医学的“正治法”类似，惜嫌简单些（只强调寒热，并无虚实概念）。希氏和盖仑的这些观念，统治西方医界千余年，直至18、19世纪，仍有不少临床医师遵奉此说。且文艺复兴至19世纪中叶，西方医学治疗问题上观念杂乱，人们各主己说。是19世纪后半叶基础医学的一系列突破，彻底结束了纷乱局面，也最后告别了希氏和盖仑精神，并自然而然地孕育、催生了今天的治疗观。

当今，西方医学的治疗观是以对抗性为基本原则，注重局部的具体病理环节，注重躯体病理改变，强调直接了当地治疗，有着鲜明的“线性方程”特色。以大内科的治疗为例，有人曾归纳出西医

学内科疗法 15 类。<sup>①</sup> 包括：抗微生物疗法、抗恶性肿瘤疗法、糖皮质激素疗法、 $\beta$ -肾上腺能受体阻滞剂疗法、利尿疗法、抗凝疗法、纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱疗法、输血疗法、免疫疗法、静脉高营养疗法、氧气疗法、机械呼吸疗法、高压氧疗法、电复律和心脏起搏疗法、透析疗法。这一归纳虽没能概括全部西医学内科疗法，诸如带有替补特点的维生素疗法和激素疗法等都被排斥在外。然而，它所列举的这些疗法却有相当的代表性。它们所寓有的、不证自明的基本观念就是对抗（针对性、替补性）和直接了当。是细菌作祟的，抗菌；是赘生物孳蔓的，制止其滋长；免疫反应不足的，给予强化；过亢的，予以抑制；遇体内某种必需物质匮乏，则予补充；若某种成份过多，又可中和或加速其排出。外科学法也十分典型，阑尾发炎——割除；胃溃疡不愈——切掉；冠状动脉粥样硬化严重者——“搭桥”（重建）；房室膈缺损——修补。所有各种疗法，基本上都体现了对抗性（针对性、替补性）宗旨，突出了直接明了，不转弯抹角的特点。且细加分析，每一种具体方法大多只着眼于一个环节。很明显，这些观念带有某种机械自然观的痕迹，是魏尔啸细胞病理学的基本精神在现代治疗领域的自然延续。若作深一层剖析，还可见它与近现代科学的基本信念——“现实世界的简单性”，十分吻合，是前者在医学治疗中的具体体现。

很显然，西医学针对性、替补性的直接了当的治疗思想，对本世纪以来它在众多疾病领域能较为有效地解决问题，立下了汗马功劳。诸如大部分细菌性疾病的有效控制，一些躯体病理过程的明显改善或逆转，都可归功于它。是这一简洁的指导思想，引导人们深入研讨疾病病理过程相关的各具体因素或环节，并根据这些研究成果，寻找对抗性的药物和措施。从而解决或基本解决了一些相对来说比较单纯的病症的治疗问题。这又使得西医学临床和基础研究紧密地维系成一体。因为只有基础研究阐明疾病病理过程的具体细

---

<sup>①</sup>李学渊等主编：《内科治疗学》，人民卫生出版社，1984年。

节，才可能找到直截了当的针对性、替补性治疗措施。前者的“失之毫厘”，将导致后者“差之千里”。

然而，我们知道，因果之间的线性关系也许在物理学领域是普遍存在的，而在其他领域却不尽然。疾病问题上，许多病理过程都是多因素、多向量交互作用，互为因果的错综复杂过程，表现出明显的非线性关系。这时，一方面阐明整个疾病过程的“非线性方程式”，并使之个体化，（结合到具体的某个患者）将是极其困难，甚至可以说不太现实的；另一方面，治疗时只注重其间的某一环节，就会出现或许有效、或许无效，甚或有害这类捉摸不定的结局。而越是复杂的病症，越是倾向于后面这两类结局，这也许用来解释当今疾病谱、死亡谱改变的现状及我们下面即将介绍的中西医临床疗效比较结果的部分原因。

**案例的分析** 从表面上看，中西医学治疗观在许多方面都是相通的，如对抗性原则都是双方的出发点之一。然而，细加分析，同中之异又极为显著。试举案例析之：西医学的感染性疾病，中医学可归之为“发热”范畴；对此，对抗性原则促使西医学首先致力于弄清是细菌感染，还是病毒或立克次体，细菌中具体又分杆菌还是球菌，革兰氏阴性还是阳性……，然后投以针对性的药物（尽管真正针对性的药物，找到的还不多）。一提到“发热”，人们很快想起中医治则中的“热则寒之”，这治则本质上亦是对抗性的。然而，它本身还受到诸如：“虚则补之”、“实则泻之”等同一层次治则的牵制，由此并可进一步演化出诸如“苦寒折热”、“辛平（温）散热”、“壮水之主、以制阳光”、“从阳求阴”、“热因热用”等等一系列治疗大法来，这些大法又都有确切的范围及众多的具体方法，主导所有这些治则的则是治则体系更为深层中的“治病求本”等观念。因此，尽管中药学中有着大量的清热解毒药物，它们中的多数已被证明有不同的抗病原微生物作用。但“感染性疾病（炎症）=发热→大剂清热解毒之寒药”，这一公式，虽不违背“热则寒之”治则，却与中医治则体系内在的总体精神相抵牾。故如此用药，必然遭到中医界的



激烈抨击，斥之为“中药西用”。且疗效也并不理想。应该说，中医治则体系所着眼的是机体的整体状态，而不是某一具体环节；治则本身也是个思辨性的整体，每一治疗大法的独立性都是有条件的，受制约的。假如这个发热（感染）患者辨证确定为阴虚火旺，则单纯的“热者寒之”大法就得让位于“壮水之主，以制阳光”。需通过“壮水”，补充“阴分”，然后其热可退。显然，从直接了当的对抗性原则看来，这似乎绕了一个大圈子，采取是迂回战术。但正是这一“迂回”，使得中医学家能够针对患者的整体状态，作出多变量的调控，从而在复杂病症的治疗中取得更佳效果。寻绎一些名老中医（如蒲辅周、岳美中、张伯臾等）的验案，对于许多诊断已明确为某些病原微生物所致之发热，治疗中他们尽管疏方各有自己特色，但都没落入见炎症迳用苦寒的“对抗性”治疗之窠穴，而是顺着中医治则体系提供的思路作出选择，以致不少抗生素已黔驴技穷，从对抗性治疗看来只能坐而待毙的患者，起死回生。这一差异体现在中医学对所有病症的治疗中。

据上分析，可以说治疗观及治疗大法（思想）上，中西医学的差异是明显的，且这种差异又正和各自的整个学术范式，特别是治疗技术和方药系统的特点相一致的。从治疗观（及治疗大法）来看，中西医应该而且可以互补，但正因为各自与自身的学术范式相维系，故这种互补是一项十分艰巨的系统工程。

**决策与诊治** 一般说来，人类的活动全过程包括意识活动和实际行动两部分。而意识活动中又可分作认识和决策两个环节。诊治实践可以视作一个相对独立的活动过程，具体分解的话，它包括三大环节：诊断→决策→实施治疗，其中，诊断属于认识活动，意在揭示疾病的本质及其可能的变化趋势，它以“合对象性”为标准；决策则是主体（医生或患者本人）应该选择哪些治疗措施或手段，应该怎样作出应付，它以“合目的性”为标准；实施治疗则是决策结果的具体落实或根据新的变化，适作调整，它以收到最佳疗效为标准。可见，在整个诊治活动中，决策的意义举足轻重。它本身属于

人类的意识活动，却又处在认识和实际行动的“中介”位置。近年来，理论医学界研讨临床思维从先注重诊断思维，逐渐偏向决策思维，也体现了决策在诊治中的突出作用。

决策就是选择，在众多可行的治疗方案中，选择最佳、最优的方案。因此，在本质上，它与诊断这一认识活动有明显差异，诊断的要求是尽可能的“真实”、“正确”，不掺杂个人的主观成份或臆测因素；决策则是一种创造活动，排除了主观努力，包括大胆的联想，其便沦为依样画葫芦；失去了本来的意义，这样，也就无优劣可言。但决策又是以诊断为前提的，离开了正确的诊断，便无从谈及最佳治疗方案的选择和确定（决策）。

“观念在行动之先”。就治疗活动而言，治则就是指导观念；决策及实施过程就是具体行动，治则（治疗思想）提供了选择的标准、模式和思路；循着治则之指南，每个临床医师可凭借自己的经验和智慧，权衡各相关因素，然后作出自以为是的选择。因此，可以说治则是静态的、“死”的，决策则是“活”的过程；治则是因循沿袭的、规范化、甚至教条化了的；决策则每每更富有个体特点，是多变的，甚至颇难把握。中西医家在临床决策方面的异同，既很有意义，又耐人寻味。此处只能择其一二作些玩味。

**待选方案** 从决策学角度来看，待选方案越多，越能比较出优劣，选择余地也越大，从而获得最佳决策的可能性明显增加。<sup>①</sup>有学者曾指出：明确诊断后，若能提供七个或七个以上较成熟的治疗方案，从中选择最佳方案，是最为理想的。也许，许多临床医师会认为这似乎是不切实际和多此一举的。一些单纯的病症确实无须搞得如此繁琐。然而，作为一个临床医师，他又无法否认：面临一个常规疗法无效的病例，每个人都希望能找到更多的可能有效的治疗方案或措施，每每把治愈的希望寄托在新方案上。而受人欢迎，临床成功率高的医师就是待选方案多且又善于选择者。他不会因一

---

<sup>①</sup>周农建：《决策学的新视野》，第187页，贵州人民出版社，1986年。

两招失灵后，便黔驴技穷，推诿患者。因此，明确诊断后，待选方案的多寡，是衡量一个医师，乃至一学科体系重要尺度。

相比较而言，对于同一病证，中医治疗的待选方案往往明显多于西医学。姑且抛开手术及针灸、推拿等非药物治疗法，仅就药物治疗来说。庞杂的治则体系使得选择方案过程中众多相关但却又缺乏线性确定关系的因素相互作用，加上中医学强调的是症（点）、病（线）、证（面）的三位一体，每每造成人们可有多种选择侧重。如同一感冒患者，若中医学辨为正虚邪实，此时，着眼于祛邪、着眼于扶正，或两者兼顾，或先邪后正，或先正后邪都是可取的，由此便演化出众多具体治法；更不用说选方择药过程中各自经验因素的重要作用；因此，对于同一简单的感冒患者，十个资深的中医师可开出十张侧重各有不同的处方，外加还可选择针灸风府、曲池，或迺用推拿、刮痧、捏颈、滑罐等有效疗法，选择余地相当之大，相形之下，明确为流行性感冒的，西医治疗学所能提供的治疗方案却极为有限，复杂的病症，如风湿性关节炎、类风湿性关节炎等更是如此，除药物治疗方案可千姿百态外，针法、灸法、推拿、蛇毒疗法、蜂螫疗法、蚁疗法等都别具匠心，有助于缓解或治愈，从而提供给人们众多的决策参照系。因此，有位西医临床专家曾认为：西医学是诊断的医学，中医学是治疗的医学，从决策思维角度而言，此说有一定道理。

我们认为，指导观念上的非线性，经验积累的不间断性及治疗着眼点的多元性是造成中医学待选治疗方案较多的主要因素，此外，治疗方案的可组合性亦值得重视。

**组合与拼盘** 治疗中，西医学家往往只是在一系列针对性措施中作出选择，采取其中几项措施，就象宴席上的冷菜“拼盘”一样。如治疗冠心病，对抗性思想提供的只是抗心绞痛、抗休克、抗心律紊乱、抗血凝、抗高血脂等一系列只顾及某一环节的措施或针对性的搭桥手术，人们只能在其中选择一些加以实施。若有差异，也只是具体药物的选择上你用硝酸甘油，他用二硝酸山梨醇；你选

心得安，他选心得宁；或者是剂量上的略有出入。这些药物各自都作用于某一特定环节，尽管也有协同或拮抗作用，但这种相互作用毕竟是局部的。就象几道冷菜，纵然“厨师”再多，拼出的冷盘也大都万变不离其宗。

然而，有所类似的“胸痹”、“真心痛”等的治疗，中医学却另一番景象，她并不存在诸如抗心绞痛、抗血凝等一个个作用于某一具体环节的措施，有的只是“通阳”、“益气”、“理气”、“活血”、“滋阴”、“逐寒”、“壮阳”、“通络”、“芳香化浊”、“健脾化痰”、“祛瘀”、“宣痹”、“止痛”等无法一一枚举的治法。这些治法大多着眼于纠正机体的某种病理状态，本身作用点比较宽泛，环节众多；而不同治法的合用，不是简单的效应叠加，也不是拼凑，不同的组合，每使整个治疗方案起到某种质变的效果。因此，每个医家根据自己的临床判断，结合自身经验，可制定独特的，自认为仅适用于该患者当时状态的最佳治疗方案，并将这一方案具体落实在方药的选择和剂量的确定上。尽管现行教科书在“胸痹”、“真心痛”下只列出几大类情况，然而，应该指出的是，它仅仅为的是教学的便利（从另一角度讲，这类教科书的编写，本身受了西医学教科书的影响，是思维负迁移的产物）。一个有一定临床经验的中医师，决不会照教科书去看病，否则，是无法取得满意疗效的。而西医师则不然，最为理想的也许是把最新版本的《希氏内科学》置于病床前，按图求骥，选择和决定治疗方案。亦正因为上述缘故，历代医家把用古方治病视作为“拆旧屋、建新屋”，须独具匠心，加以“改造”，强调有效成方的加减出入，增删化裁，推崇“自出机杼”。我们曾分析过历代医家对于胸痹、真心痛等患者治疗验案，几乎没有一例治法十分相近，用药方面的差异就更大了。随机的组合一方面体现了中医临床诊治浓厚的个人经验色彩，另一方面也有利于更好地应对各位患者及其所患之病的具体特点。诚如张孝骞教授所言，临床上没有两例伤寒病是完全一样的，当然冠心病亦不例外。不同的情况，自需不同的处理措施，而选择方案的众多及可以自我组合，正好适应这种情

况，故它虽是初学中医者的拦路虎，却又是中医临床决策的优势所在，常常有助于资深的医师在复杂病症的治疗中，取得更佳的效果。

**决策的形式** 不言而喻，上述特点造成中医学临床决策过程明显的个体化、技艺化；这恰与西医学临床决策高度的规范化、逻辑化形成反差。

一般说来，治疗方案的组合和确定，在中医学中明显地依赖于个人的资历、经验及思维特征。首先，临床上人们遇到的大都是有着众多主诉的患者，中医学家对不同症状之间主次及因果等关系的判定，是在较为模糊的理论指导下完成的，甲可能以先入为主；乙则习惯于循着自己的思路。因此，判定的结果常因医师而异。西医学则不然，它对症状关系的判定更多的依据概率，倾向于单一独立的疾病单元作出解释，故结果人们常常较易认同。其次，庞杂哲学化了的治则体系为人们顺着自己的思路和判断，进行治疗方案的自我组合和选择确定，大开绿灯；与此同时，这一过程便有了浓厚的个体特征和技艺色彩。而西医学家一俟明确诊断，可供选择的只有几个相对独立的治疗方法和同一方法中的为数有限的药物，选择的自由度十分有限，而直接了当的对抗性治疗思想又堵死了人们治疗中的发散性思维。从而，诊断与决策之间显示出很硬的线性对应关系，有着明显的规范化、逻辑化联系。如对于高血压或糖尿病患者，人们不难找到开出完全一样处方的成百上千个西医临床医师；却难以使两个资深的中医师完全真正地赞同对方的处方。1977年，美国斯坦福大学的 Shortliffe、Bachanan 和 Dairs 等设计了一个医疗诊治系统，该系统只要将患者的病状、一般情况、病史和化验结果输入其中，便能作出诊断，决定处方。这一诊治系统很快得到了医界普遍的认可和赞同，且实践表明其决策效果比医疗专家还要略胜一筹。国内八十年代也搞了不少老中医的诊治程序，普遍为人接受的却几乎没有。甚至根据某著名专家经验编制的程序，作出的决策竟使他本人都无法赞同。规范化、逻辑化的特征使人们开

始注重对西医诊断及治疗决策的逻辑研究；而个体化、技艺化特点却使中医学家反复津津乐道于“医者，意也”；“医诚艺也”，“熟读王叔和，不如临症多”。也许，在决策问题上中西医学的有机融贯和互补，既有赖于医学（特别是中医学）临床思维等研究的不断深化，更依靠思维科学探讨的突破；而这一融贯或互补，又将改写医学的治疗学。

（何裕民 上海中医学院）

## 第二节 治疗技术：奇妙的万花筒

不以渴者的眼光观泉水。

——康德

无论哪种医学体系，临床诊治的最后一环便是采取某种手段、措施或方法来治疗疾病。这些手段、措施和方法等都可纳入治疗技术范畴。它是医生应对疾病所进行的实践活动，诊断、决策等意识活动都是为此创造条件，为实施某种治疗技术提供依据。因此，它是诊治活动的归结，很大程度上维系着整个诊治活动的成与败，显效或无效。

**不同的技术观念** 何谓诊治技术？这不是一个容易回答的问题。邱鸿钟曾就此作过详探，并分析了中西医学在这一问题上的观念之异。<sup>①</sup>他指出：在中医学中，人们把那些具有一定医药知识、经验和操作技能的人称作为“医工”。如《内经》中便具备上述知识或技能的、出色的行医者称为“上工”；而把那低劣的，“诊不备三常，疗不慎五过，不求余绪，不问持身，亦足为粗略之医”者称为“粗工”。正是：“离绝苑结，忧恐喜怒，五脏空虚，血气离守，工不能知，何术之语”（《素问·疏五过论》）。而医生的技术又主要是从

---

①邱鸿钟：《谈谈医学技术本体论问题》，《医学与哲学》，9（9）：17-20，1988年。

师学得的经验，故倘若“不终师术，惟妄是为，易古变常，自动循己”（王冰语，见《素问·徵四失论》注），则常被斥之为“妄作杂术”。可见，中医学对治疗技术的认识，有三个特点：一是特别强调知识和操作规则，每每把它视作技术要素；二是技术也包括从师学习而获得的，或自己积累起来的经验、技巧、能力和方法；三是基本不含物化的手段。

到了近代以后，西医学的技术观念渐渐与中医学显示出差异来。这也表现在三个方面，一是它较少地含有理论、知识规则的成分；二是继听诊器、注射器、手术器械等诊疗物质手段和工具的发明及应用，对技术中工具和设备的地位及其作用就日益强调，今日之技术，已不仅仅是经验的产物，而且越来越成为科学理论物化的结果；三是技术中的经验、技能、规则和方法不再只是贮存于人脑中，而是有可能以电子计算机等设施进行物化的“软件”了。<sup>①</sup>正是观念上的有所侧重，表现出中西医学在治疗技术在总体构成上的各有倾斜。

**丰富的技艺** 中医学的诊疗技术观中，主体的知识、经验和操作技能占据了绝对的比重。加之早熟的学术范式之长期主导，两千余年来一脉相承的不断探索和积累，从而形成绚丽多彩的、以个人经验和操作技能为主体的治疗技术领域。在这一领域、物化的成分及其意义是十分有限的。由于带有明显的个体摸索所得的特征，因此，中医治疗技术一方面表现出极为丰富和庞杂；另一方面又很难对其作出系统、理性的概括总结；其中，很大一部分也较难在中医学家共同体中广为交流，互相认同及加以提炼和升华，家传师承等成了这部分技术不断延续的主要途径。所以，从总体上说，丰富、庞杂、个体技艺化了的医疗技术还处于不那么“有序”状态，它和早就成熟了的中医理论体系显得不太协调。

然而，正是这些个体化的技艺，使得许多有家学或师承渊源及

---

①邱鸿钟：《谈谈医学技术本体论问题》，《医学与哲学》，9（9）：17—20，1988年。

资深而又勇于探索的医家的临床活动，插上了可以较自由翱翔的双翅，凭藉自己某一方面胜人一筹的治疗技术，每每可在有关疾病的处理中得心应手。如解放前享誉海上的针灸大师陆瘦燕，针灸手法上的“烧山火”、“透天凉”，不仅使同行刮目相看，也赢得了大批患者，提高了治疗效果；明代名医缪仲淳在治疗一疟疾患者时，原疏之方无效，尔后只不过改变了一下服药时间，却药下病起；近代名医程门雪，在某医师所疏的处方中仅仅调整了一味药的剂量，原服之无效的处方竟使同一患者霍然而愈；同样的手法，医师甲每能使腰椎间盘突出者的腰椎间盘突出很快复位。医师乙除了增加患者痛苦外，别无他获；……这类现象的背后因素极为复杂，但个体化的治疗技艺或经验则起着主要作用。且这类技艺中物化成分的作用是有限的。虽然在西医学外科手术治疗中有时也能见到类似情况，但两者的程度及涉及的范围，不可同日而语。此外，善于随机应变，圆通活法，或自出机杼，亦是中医学治疗技术实际运用中的一大特点。

丰富而个体化了的治疗技艺，维系着中医学的诊治水平，是中医现代研究和提高学术水平的基点之一，然而它又是一大难题。眼下的当务之急是尽可能借助科学手段，化大力气，对其中的较为基本的技术因素作出分析、整理和提炼，使之在现代科学技术的洗礼下，更少一点个体化色彩，更多一些时代气息。

**日趋物化规范的技术** 应该说，近代以前的西医学，其治疗技术与中医学并无质的差异。是文艺复兴后技术与科学的突飞猛进并大举向医界渗透，造成了两者的分离，并促使西医学诊治技术日趋沿着物化和规范的道路发展。

通常所说的诊疗技术，可分解为四部分：诊察技术、治疗技术、预防技术和康复技术。其中，“诊察、治疗手段成之于前；预防、康复手段问世于后”。<sup>①</sup>而物化倾向亦发轫于诊察技术，随后

---

<sup>①</sup>杜治政：医学的要素和规范，《医学与哲学》，9：13-16，1988年。



紧紧跟上的是治疗技术，显微镜、听诊器是前者早期的象征；手术器械、化学合成药物及注射器等则是后者的代表。相对说来，预防和康复技术的物化，要晚一些，康复手段的物化趋势甚至只是不久前的事。

姑且抛开诊察、预防和康复手段不论，仅就狭义的治疗技术而言，如今，西医学临床治疗过程中，个体知识、经验和技巧的意义越来越淡薄；而凝聚有科学理论知识的、物质化了的治疗设施、手段和药物的作用却日趋突出，甚至在许多方面已占据绝对主导地位。如明确诊断为有某种耐药性的细菌感染时，除了找到一种针对性的、强有力的抗菌素外，临床西医师别无他法；对于棘手的病毒感染，如肝炎，西医学也只能把赌注压在抗肝炎病毒类物质的发现上；许多疾病的治疗效果，主要取决于运用何种药物，这些药物都是科学知识物化的产品，在它们的运用过程中，个人经验及技艺的影响往往是微不足道的。另外，物化的设施或手段在临床治疗中的作用也日见突出，如利用内窥镜施行一些原非打开腹腔不可的复杂手术，不仅患者痛苦小、创伤少，而且操作简便、时间短、费用省。可以说，凭借内窥镜，一个训练不久的操作人员足以羞煞一个资深的外科医师。再如，激光烧灼，体外碎石等需要极其精细技巧的治疗技术中，物化因素都是决定性的。即使诸如显微外科等需要极其精细技巧的治疗技术，也只是依赖了物化的手段才可能发展起来。因此，治疗技术的物化特征在西医治疗学中已十分鲜明，且有日趋发展之势。而诊断技术方面的物化倾向更是突出。

诊治技术的日趋物化与规范，与西医学的总体特征得成一体。它符合直接了当的对抗性治疗思想，使得纠正某些具体病理环节成为现实。然而，任何物化技术，一方面是以人的科学知识和研制技术为前提的，另一方面它的操纵使用，又离不开掌握医学知识和具体技能的人。随着治疗技术物化趋势的发展，人——机问题日显重要。而医生依附于物化技术，日趋丧失治疗过程中的主体性之倾向，也越来越使人感到担忧。物化技术其实质就是工具，工具毕竟

是为人所用，为人实现特定目标服务的。治疗领域人—机（人—药）关系的颠倒，后果堪忧。近年来，医学技术论之所以成为人们研讨的热点，也许，出自对上述趋势的忧虑，亦是其重要原因之一。

**五彩缤纷的非药物疗法** 由于学术范式的早熟，使中国人秦汉起便可在统一的医学理论体系指导下，从事诊疗活动。连绵两千余年的探索、积累，加上地域广阔，风俗各异，遂出现了以药物、针灸的手法（术）为主的种类繁多、五彩缤纷的治疗技术体系。其中，一个一个具体的治疗方法或措施，犹如大小不一的珍珠珠宝，镶嵌在中医学学术体系之中。这些具体疗法，大大丰富了人们应对疾病的有灸行为，支撑着中医学的临床治疗。其中，除药物治疗外，其他大部分方法正是中医治疗技术不同于西医学之处。这些，可概称为非药物疗法。

历史上和今天，中医学究竟有过多少种行之有效的非药物疗法，至今未见有详尽的、较系统的研究报道，据有关学者粗略收集、整理，大约不下三、四十类，上百种。其中，既有针法、灸法、气功（导引）、推拿、情志疗法等自成体系，至今影响仍颇大的几大类；也有拳操、舞蹈、音乐、热敷、拔罐、刮痧、割脂、挤压、埋线、敷贴、薰洗、接骨、整骨等依然广为民间或医疗单位采纳的具体治法；诸如蛇毒疗法、蚁疗、蜂螫疗法等新的有效方法不断涌现。要对中医学的非药物疗法作一介绍，哪怕是概梗性的，都是不太现实的。在此，只能择几大类，略作分析。

针法、灸法，合称针灸，是中医学最古老（《内经》时代主要以针灸治病）、又最具奇特色彩的疗法，它以中医学独特的经络学说为理论基础，借助小小的银针或艾等，作用于体表某些部位，从而可获得众多的功效。中医学传至海外，享誉天下，很大程度是以针灸为“媒介”的。近年来的中医热，也首先是针灸热。针灸疗法的有效性及其现代实用价值，已为世人所肯定，她已成为一世界性的治疗方法。世界卫生组织业已充分肯定这一疗法的应用意义，并大力

加以宣传提倡，推荐了 44 种适应症。国外各类针灸专业学术刊物多达 30 余种。美国有位医界人士甚至认为：中国的针灸，是超越了现行医学模式的一类疗法，较之西医学的常规疗法，它对各种身心疾病的治疗更为有效。<sup>①</sup>

推拿疗法也颇具特色，以手等作用于患者的某些部位，便可起到治疗或保健之功。目前，国内许多院校纷纷成立了推拿专业或系部，培养了大批这方面的专业人才，推拿治疗的病种，也从习惯上认为的伤骨科等疾病，发展到诸如糖尿病、高血压等，且皆已获得满意疗效。推拿疗法从生物力学等新的角度，开拓了人们应对疾病的视野，因此，其意义不容低估。

气功可谓是中医学中最受人青睐的疗法。实践和实验揭示：它不仅作用范围广，既有助于强身健体，又可用于包括肿瘤等多种棘手病症的治疗，均有一定效果；而且作用环节众多，有不少环节是人们在探讨生命过程中刚刚注意不久的；再加上这一疗法基本上属于自我疗法，患者只要训练得法，且持之以恒，总会有效。因此，应用前景广泛。不少研究表明：气功时人处于“松弛状态”，这一状态恰也与“应激状态”相拮抗，而后者是目前临床许多身心疾病发生、发展的主要理化机制之一。故气功疗法对于这类身心疾病的防范和治疗作用，常是其他疗法无法替代的。

情志疗法，亦即人们通常所说的心理疗法，中医学中这方面的丰富内容近十年来被日趋重视。由于中医学有着形神（身心）相关的基本观念，临床上注重对“人”作出总体把握，强调心→身之间在生理、病理及治疗上的相互影响，因此，两千余年来发展起一整套独特的心理（情志）疗法，其中包括语言疏导、静默养性、以情制情、意示、适应等许多至今仍有实用价值或借鉴意义的疗法。这些疗法在医学模式正在转变，临床诊治重心日趋移向心理、生物、社

---

<sup>①</sup>上海中医学院图书情报研究室编《中医译文》，4：24，1985年。

会等综合作用下的病症的今天，尤其值得珍视。<sup>①</sup> 整理提炼后适可弥补西医治疗技术的相对欠缺。

以上所例举的，只是丰富的非药物疗法体系中的一部分，可谓是其中的片甲只鳞。然而，透过这些，不难看出，中医学独特的治疗技术体系中既可提供许多现存的有效疗法；又大大丰富了人们应对疾病的视野，为今人探索新的治疗技术奉献了各个角度长期探索所获得的极为珍贵的线索和资料。因此，中西医治疗技术的有机交融，互为补充，将是医学界的幸事！乃至千万个病家之幸事！

(何裕民 何星海 上海中医学院)

### 第三节 疗效比较：临床调研与文献复习

一旦意识到中医学那伟大的功效，就无法否认她的价值。

——I. Veith

中医学对不少疾病，有着良好的临床治疗效果，这是无法否认的事实。然而，在当今科学世界，人们是崇尚数据而轻视经验的。即便是对于临床疗效这一类十分模糊，颇难精确把握事实亦是如此。另一方面，全面评价中西医学也需要对中医学临床疗效作出较为客观、公允的分析，并借此调整现今的临床研究方向，确定进一步的发展战略。故我们进行了临床调研和文献温习，冀能通过这些工作获得一些启示。

**对象与方法** 调查以问卷方式进行。调查对象是从事临床工作多年的医师。要求他们根据自己多年的临床经验对疗效作出比较性估价。为了调查分析的方便起见，调查分析围绕着 22 种内科常见病症，且以西医学的疾病命名为标准。为了更有代表性，调查选择在大城市上海、中等城市杭州和一般县城医院——黑龙江五常县

---

<sup>①</sup>何裕民，等：《心身医学概论》，第186～214页，上海中医学院出版社，1989年。

进行。

接受调查者共 188 名。其中，西医医师 88 名。内有副主任医师以上职称者 12 名；主治医师 56 名；住院医师 20 名。本科以上毕业生 60 名，卫校和专科毕业生 28 名。均至少从事了五年以上临床工作。中医医师 80 名，内有副主任职称以上医师 14 名；主治医师 34 人；住院医师 32 人。毕业于中医院校本科的 56 人；专科卫校的 20 人；带徒习医的 4 人；亦均已从事了至少五年临床工作。另有中西医结合医师 20 名，均系本科毕业生，其中早年毕业于西医院校的 19 人。20 人中，副主任医师 6 人，主治医师 12 人，住院医师 2 人。整个调查对象中，毕业于西医院校的高达 56.9%，毕业于中医院校的 40.6%；本科毕业生高达 72.3%，可谓普遍受过良好而系统的医学专业训练；其中，具有主治医师职称的占 54.8%，副主任医师以上职称的 17.1%，合计 71.9%，可以说大多具有长期的临床资历和经验，且中西医专业分工之比也较接近，故结果较为可信和公允。

### 调查结果      调查结果见表列

说明：(1) 由于被调查者中，中西医结合医师仅占 10%略强，而有些医师易把中西医结合的疗效分别归作中医或西医，故中西医结合的疗效评价这一项可靠性有限，仅作参考用。

(2) 关于疗程长短的评价，有些医师对把握不定的未作回答，且所有回答都只是就中医与西医疗程之长短的相对差异而言的，故只有部分比较集中的数据有意义，其它亦只能作参照用。

(3) 在某些“备注”栏中，列出了西医师对中医（或同时含中西医结合）及中医师对西医疗效的肯定情况。这有助于认清两者之间的长短优劣。

附图表 4-3-1 中西医结合疗效差异的临床调查比较 (内科部分)

病 种	治 疗 段	疗 效					疗 程			备 注
		好	较好	一般	差	好与较 好合计	较短	一般	长	
流行性 感 冒	中 医	90	30	10	8	120	96	22	6	82%的西医工作者认为中医 与中西医结合疗效与较好,而 认定西医好与较好的为 13.6%
	西 医	41	14	36	5	55	38	28	0	
	中西医结合	24	25	0	0	49	40	6	0	
大叶性 肺 炎	中 医	8	34	20	8	42	14	22	20	89%的 中医工作者认 为西医治本病疗效好与 较好。
	西 医	135	19	2	0	153	120	18	4	
	中西医结合	14	30	2	0	44	32	0	0	
哮 喘 (急性)	中 医	26	32	22	7	58	16	37	14	
	西 医	96	22	12	5	118	70	26	20	
	中西医结合	14	36	0	0	50	24	10	6	
胃 炎	中 医	72	38	2	0	110	36	26	40	63.6%的 西医工作者 认定中医与中西医结合 的疗效好与较好。
	西 医	43	27	26	3	70	24	20	38	
	中西医结合	18	26	2	0	44	17	6	28	
胃和十二 指肠溃疡	中 医	44	32	12	0	76	12	26	30	
	西 医	72	32	16	0	104	27	27	50	
	中西医结合	19	38	2	0	57	16	4	36	

附表 4-3-2 中西医结合疗效差异的临床比较 (内科部分)

病种	治手 段	疗 效					疗 程			备 注
		好	较好	一般	差	好与较 好合计	较短	一般	长	
急性 肠炎	中 医	32	28	22	2	60	42	30	2	92.5%的中医工作者
	西 医	121	20	6	0	141	121	12	0	认定西医治本病疗效好
	中西医结合	16	18	0	0	34	24	0	2	与较好。
慢性 肠炎	中 医	99	43	8	0	142	46	34	26	100%的西医工作者
	西 医	14	12	34	7	26	10	18	48	认定中医与中西医结合
	中西医结合	18	30	0	0	48	22	8	18	治本病疗效与较好。
痢 疾	中 医	32	16	18	5	48	33	16	16	77.5%的中医工作者
	西 医	116	16	0	0	132	104	20	4	认定西医治本病(急性)
	中西医结合	22	28	0	0	50	40	2	0	疗效好与较好。
急性 肝 炎	中 医	72	30	10	0	102	58	26	12	68.2%的西医工作者
	西 医	37	22	32	7	59	22	34	24	认定中医和中西医结合
	中西医结合	32	38	2	0	70	38	14	8	治本病疗效好与较好。
慢性 肝 炎	中 医	94	36	2	1	130	32	23	62	100%的西医工作者
	西 医	10	16	32	8	26	4	12	34	认定中医或中西医结合
	中西医结合	30	28	4	0	58	30	8	33	治本病疗效好与较好。
急性尿 路感染	中 医	68	32	14	0	100	78	24	6	
	西 医	93	20	8	0	113	90	14	0	
	中西医结合	16	16	2	0	32	28	2	0	

附表 4-3-3 中西医结合疗效差异的临床调查比较 (内科部分)

病种	治 疗 手 段	疗 效					疗 程			备 注
		好	较好	一般	差	好与较好合计	较短	一般	长	
急性肾小球肾炎	中 医	87	24	6	2	111	58	22	18	93.2%的西医工作者认定中医或中西医结合治本病疗效好或较好。
	西 医	32	25	18	5	57	18	40	10	
	中西医结合	40	30	0	0	70	44	10	6	
慢性肾小球肾炎	中 医	96	41	12	0	137	22	16	88	91%的西医工作者认定中医或中西医结合治本病疗效好或较好。
	西 医	12	14	28	8	26	2	16	33	
	中西医结合	22	26	6	0	48	16	12	25	
尿毒症	中 医	24	12	34	22	36	6	2	67	近半数的西医工作者认定中西医结合治疗本病疗效好或较好。
	西 医	29	8	20	30	37	4	9	51	
	中西医结合	28	38	20	2	66	18	21	34	
脑血栓	中 医	34	49	18	1	83	10	10	67	86.4%的西医工作者认定中西医结合治疗本病疗效好或较好。
	西 医	42	14	19	3	56	16	13	37	
	中西医结合	53	38	4	0	91	20	16	42	
脑溢血	中 医	14	22	22	14	36	6	10	50	62.5%的中医工作者认为西医疗效较好或好,而只有 29%认为中医疗效较好或好。
	西 医	75	28	18	3	103	28	30	56	
	中西医结合	30	28	11	2	58	21	24	22	



附表 4-3-4 中西医结合疗效差异的临床调查比较 (内科部分)

病种	治 疗 手 段	疗 效					疗 程			备 注
		好	较好	一般	差	好与较 好合计	较短	一般	长	
冠心病	中 医	49	34	20	2	83	6	10	65	82%的西医工作者认
	西 医	44	28	14	1	72	4	20	49	定中医和中西医结合治
	中西医结合	34	43	4	0	77	10	14	40	疗本病疗效好或较好。
高血压	中 医	26	37	16	6	63	6	12	48	57%的西医工作者认
	西 医	51	32	6	2	83	8	12	59	定中西医结合治本病疗
	中西医结合	43	42	6	0	85	22	16	48	效好或较好。
糖尿病	中 医	42	35	18	6	77	20	6	63	72.7%的西医工作者
	西 医	54	18	6	4	72	2	13	56	认定中医或中西医结合
	中西医结合	24	36	4	1	60	10	10	40	的疗效好或较好。
神 经 官能症	中 医	111	36	10	0	147	48	30	60	93.2%的西医工作者
	西 医	12	19	32	7	31	4	18	32	认定中医或中西医结合
	中西医结合	18	18	2	0	36	8	9	23	的疗效好或较好。
风湿性 关节炎	中 医	58	39	14	4	97	20	34	50	61.4%的西医工作者
	西 医	36	33	10	4	69	6	21	42	认定中医与中西医结合
	中西医结合	39	8	0	0	47	12	20	28	的疗效好。
类风湿性 关节炎	中 医	38	28	25	10	66	12	22	62	59.1%的西医工作者
	西 医	26	32	4	7	58	6	16	38	认定中医与中西医结合
	中西医结合	34	35	16	0	69	17	10	48	的疗效好。

从提供的数据来看, 这些内科常见病的治疗效果, 中医学医师的经验是不相抵牾的。对于许多病症某些体系的疗效的集中肯定, 便能说明这一点。调查表明, 中西医治疗体系各有短长。其中, 他们认为肺炎、急性肠炎和痢疾的西医疗效显著优于中医 ( $\chi^2$  分别为 59.226、26.243 和 45.041, 均  $P < 0.001$ ), 且相对疗程亦短; 此外, 哮喘急性发作的控制与脑溢血的抢救亦以西医学手段为优 ( $\chi^2$  分别为 12.624 和 22.573, 均  $P < 0.001$ ), 获效也相对较快。而感冒、胃炎、急慢性肝炎、急慢性肾炎、慢性肠炎、神经官能症等又普遍认定中医疗效显著较西医学为优 ( $\chi^2$  分别为: 感冒 24.87, 胃炎 29.57, 急性肝炎 26.14, 慢性肝炎 85.25, 急性肾炎 16.02, 慢性肾炎 59.50, 慢性肠炎 79.50, 神经官能症 66.76; 均  $P < 0.001$ ), 且疗程亦都相对要短。此外, 急性尿路感染中西医皆有佳效, 难分仲伯 ( $\chi^2 = 1.605, P > 0.15$ ); 尿毒症系顽疾痼症、脑血栓亦较棘手, 单纯用中医或西医疗效相差无几, 都欠理想, 而中西医结合的疗效要比单纯用西医明显为优 ( $\chi^2$  分别为 17.73 和 17.48, 均  $P < 0.001$ ), 故多数西医师倾向于选择中西医结合手段治此两症。再看, 胃和十二指肠溃疡、冠心病、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、高血压和糖尿病等中西医学的疗效不分上下, 析其缘由, 西医对于这些病症的病情控制或缓解, 大多有着针对性较强的措施, 故近期疗效明显, 但长期疗效欠佳; 中医学却适反, 有时控制病情, 缓解病痛需一定时间, 但远期疗效卓著, 常能较好地从根本上控制疾病。因此, 对于这些病症, 人们较多地选择了中西医结合疗法。而胃溃疡、冠心病、风湿性关节炎等的疗效中西医结合也都明显优于西医 ( $\chi^2$  分别为 3.92、5.16 和 7.22, 均  $P < 0.05$ )。

**回顾性文献复习** 上述调研, 反映了中西医师根据各自的临床经验对内科部分常见疾病的中西医疗效的评价, 带有较大的主观性。为了进一步客观地作出评价, 我们同时系统收集温习了 1980 年至 1988 年期间的《中华内科杂志》、《中西医结合杂志》、《中医杂志》以及《第二届全国传染病与寄生虫病学术会议论文摘要》(1983)、《第三届全国传染病与寄生虫病学术会议论文摘要》

(1988)等有代表性的文献所报告的大样本的内科常见病疗效资料，并就其中资料完整可以比较的十余种病种进行归纳统计，比较分析，以期从中获得有益的启示。

统计结果详见表列：

说明：(1) 中西医结合的疗效报告，因难以简单归诸中医或西医，故除报告中明显指出以中医疗法为主，西医仅作一般对症处理的归入中医外，其余均舍去。

(2) 文献报告中，相当部分的属于科研成果，其较常规治疗有一定差异。故与临床调查结果可有一些出入。

(3) 所复习的资料中，大多数缺乏详细的病程记录，故这一方面内容未作全面统计，只就部分急性疾病的病程在备注栏中略作说明。

(4) 由于不少病种的文献资料偏少，无法比较，故只能有违初衷，舍去一些常见的代表性疾病的资料，而统计中仍以慢性疾病偏多。

附图表 4-4-1 中西医结合疗效差异的文献分析比较 (内科部分)

病 名	治 疗 手 段	病例数	疗 效							备 注
			痊愈 例数	治愈率 (%)	显效 例数	显效率 (%)	有效 例数	有效率 (%)	总有效率 %	
肺 炎	中 医	1665	1339	80.42			253	15.2	95.62	大部分为小儿 病毒性肺炎。
	西 医	415	360	86.74			36	8.67	95.41	
慢 性 胃 炎	中 医	899			509	56.62	299	33.26	89.88	中医治疗 效果较好
	西 医	131			41	31.30	56	42.75	74.05	
胃、十二 指肠溃疡	中 医	946	527	55.70	108	11.42	259	27.38	94.50	以中医治疗 效果较好
	西 医	428	247	57.71	45	10.51	37	8.64	76.86	
急 性 腹 泻	中 医	1241	1086	87.51			55	4.43	91.94	病程相似 为2-5天
	西 医	477	457	95.81			18	3.77	99.58	
痢 疾	中 医	909	856	94.2			44	4.8	99.0	病程相近 无显著差别
	西 医	668	639	95.66			21	3.14	98.8	
慢 性 肝 炎	中 医	2721	708	26.02	290	10.66	1250	45.93	82.61	治愈率明显 以中医为高
	西 医	1395	110	7.89	362	25.94	538	38.5	72.40	
慢 性 肾 炎	中 医	635	184	28.98	202	31.81	135	21.26	82.05	西药治疗肾炎 有一定的副作用
	西 医	167	31	18.56			103	61.68	80.24	

附表 4-4-2 中西医结合治疗效差的文献分析比较 (内科部分)

病 名	治 疗 手 段	病例数	疗 效						备 注	
			痊愈 例数	治愈率 (%)	显效 例数	显效率 (%)	有效 例数	有效率 (%)		总有效率 %
慢性肾 功能衰竭	中 医	188			40	33.90	27	22.88	56.78	
	西 医	42					28	66.66	66.66	
脑血栓	中 医	714	118	16.53	202	28.29	228	31.94	76.76	、
	西 医	900	206	22.89	153	17.0	294	32.67	72.56	
冠心病	中 医	2177			1587	72.9	368	16.9	89.8	
	西 医	305			238	78.0	21	6.88	84.88	
类风湿性 关节炎	中 医	3843	1108	28.83	1235	32.14	1143	29.74	90.71	这里痊愈是指临 床缓解以中医疗效 较好。
	西 医	349	79	22.63	47	47	132	37.82	73.92	
风湿性 关节炎	中 医	992	436	43.95	277	27.92	250	25.20	97.07	
	西 医	112	22	19.64	33	29.46	36	32.14	81.24	
糖尿病	中 医	532			260	48.87	159	29.89	78.76	
	西 医	120					90	75.0	75	
非特异性 溃疡性结肠炎	中 医	1165	720	61.80			384	32.96	94.76	
	西 医	44	35	79.55			8	18.18	98.43	

从表中结果来看：急性腹泻、慢性肾功能衰竭似以西医学疗效为优；慢性胃炎、胃、十二指肠溃疡、慢性肝炎、风湿性和类风湿性关节炎，均以中医疗效为优；而痢疾、慢性肾炎、脑血栓、冠心病、糖尿病、非特异性溃疡性结肠炎等中西医疗效不相上下。

### 分析与思考 综合两项工作的结果，似乎提示：

首先，从临床和文献调查分析中，不难看出中医学和西医学的疗效都是确凿无疑的，从比较单纯的一般感染性疾病，到错综复杂的诸如肾功能衰竭、类风湿性关节炎、非特异性溃疡性结肠炎等都有一定的治疗效果。作为一门带有应用技术性质的学科，临床疗效是其赖以生存的支柱。

其次，分析可见，细菌性感染和急性病症的控制，似乎以西医学见长，这显然和抗菌素的广泛运用及急救措施的即刻效应有关，进一步分析，这些又和对抗性的治疗原则及对这些病症的具体机制的基础研究较为深入有关。

再次，对于感染性疾病中的病毒类疾病的治疗，中医学的疗效明显要优。临床调查中中西医医师的主观经验已说明这一点。文献复习中亦同样，如表中所列肺炎一病，凡属细菌性的感染，大多用西药效速；而病毒性肺炎，又以中医疗效为著，故表中肺炎一病，中西医的疗效不相上下。至于病毒性肝炎的中西医疗效差异就十分显著了。当代肝病专家玻珀（H. Popper）教授就肝炎的治疗曾指出：“中药治疗方面的很大前景，在这方面的研究可以对西方有很大帮助……。”析其缘由，西医学对病毒感染的基础研究，空白点甚多，且这方面的情况本身就较细菌感染要复杂得多；因此，对抗性治疗无法施展其功力。而中医学的整体调控却可以显示神威。

另外，慢性疾病大多系多因素作用且因果相循，病理机制错综复杂，因而，注重线性因果联系的对抗性原则及措施，自然功亏一篑；而哲理化治则体系指导下的注重整体多环节调控的中医学治疗措施，却往往能略胜一筹。值得重视的是，即使对于细菌性感染等，中医学治疗仍有较好的效果，而其作用机制，又每每不是直接

的抑制细菌，而是另辟蹊径，故有时对一些耐药性明显的细菌感染亦能奏效。这就揭示了这种治疗机制本身存在和进一步发展的价值。

最后，应着重指出的是，上述比较是仅就内科常见症的疗效展开的。除此之外，在妇科、骨伤科、儿科、五官科、外科及急腹症领域，中医学临床或多或少也存在着一些优势，如调理妇科的经带胎产，中医学素享盛誉；治疗一些骨科伤科病症，亦颇有特色；而对不少急腹症患者，可使之免受一刀之苦。再者，上述比较所涉及的主要是药物疗法，丰富的非药物疗法之长并不能很好地体现出来。所有这些都说明：中医学治疗体系的应用价值是值得充分肯定的。

(张国庆 何裕民 上海中医学院)

(李红升 黑龙江五常县中医院)

(柴可夫 浙江中医学院)

(高钦颖 延安医学院)

#### 第四节 临床活动外推：养生、预防与康复

圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，……夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎！

《素问·四气调神大论》

医学实践中，最早出现的是直接缓解病痛的治疗活动，尔后，预防、养生和康复等应运发展起来。如今，若把对抗病痛的应对行为仍仅仅集中在治疗上，显然太狭窄了。

**观念与角度的同异** 注重预防，防重于治，可谓是中西医学一致的看法，然而，在这类同的大前提下，认识和实践又有着众多

异趣之处，值得参照、比较和玩味。

《内经》时代，中医学已确立了“治未病”的原则，所强调的“上工（高明的医师）治未病”思想，影响深远。尔后，《千金要方》进一步发展成“上医医未病之病，中医医欲病之病，下医医已病之病”。将疾病过程分作“未病”、“欲病”、“已病”三级，依次分级防治，并认为三级防治与医生水平有关。无独有偶，现代西方医学近来也提出了三级预防的概念和任务。第一级预防：目的在于防止疾病发生，强调采取增进健康和特殊防护两方面的措施；第二级预防：即临床前期预防，目的在于防范疾病的发展，着眼于早期诊断和早期治疗；第三级预防，亦即有病后的临床预防，目的在于减少病痛，延长寿命，措施则在于防止并发症、后遗症和促进康复。<sup>①</sup>对此，无须繁琐引申便可见两者似出一辙，确有异议同工之妙。然而，在实践中，中西医学家却又从不同角度切入，贯彻这一思想，努力实现这一目标。

由于文化基因中“向内”与“向外”的差异，同为一级预防，“治未病之病”，中医学侧重的是增进健康，优化个体自我的身心素质，故养生学的认知与实践，根深叶茂；而现代化西医学则更注重特殊防护，对不少疾病发生发展的机理及相关因素作了详细的探析，找到了一些特殊的针对性的防范，与治疗思想中的对抗性原则相互映辉，因此，卫生防疫学的成就突出。可以说，注重“自我”和注重“外界”是上述差异的较为深刻的根源。

其次，在“天人合一”和人与自然分离、对立的不同观念主导下，对于何为健康？及如何增进健康？中西医学又有着迥异的认识和态度。中医学把阴平阳秘，内在机能协调，且能与天地变化相应的人，视作“平人”，即“健康者”。因此，“顺应自然”、“动而中节”、“调摄精神”就成了中医学养生的基本原则。<sup>②</sup>相应地，实践中

---

①顾婉先主编《预防医学概论》，第4页，上海科学技术出版社，1988年。

②何裕民：《中医学导论》。



十分崇尚“清静无为”、“归其返朴”、“与天地合为一体”，体现了无为而治、不偏不倚的中庸之道。而西方民众心目中的健康则是富有生命力、强健、勇敢和彪悍，对健康的追求也不一味顺从自然，而是试图勇敢地征服自然。因此，各项旨义在于保健强身的体育锻炼或竞技项目，大都带有与自然（包括自我质量生理极限）争斗的色彩。其中，备受欢迎的斗牛、冲浪、马拉松、登山、漂流、滑雪、十项全能、七项铁人等都有着明显的冒险性和超体力限度等特点。这些，自与以动而中节、动中寓静为基本特点的中医学养身诸法情趣大异。

再者，就康复而言，《伤寒论》起人们就较多讨论了病后调摄问题，作为一个传统，它一直延续至今，几乎涉及所有病症。但其手段，则主要是经验性的，基本上不含有物化的成份，是其治疗技术的自然延伸。而近年来西医学领域，康复技术异军突起，进展神速；其手段是物化的，大多借助特定的医疗或康复设施，经验性的成分有限；且其所涉及的领域过窄，主要局限在残体的再造、修补和部分躯体功能不全的锻炼、恢复上，因此，须拓宽康复的外延。而外延的拓宽，同时也就意味着康复技术的多元化；对于不少临床后期的患者来说，中医学所提供的善后调摄措施是极有价值的。它可与现代化康复技术相互辅翼，共同促使临床后期患者更好地恢复健康。

**防疫学的突出成就** 早在《内经》时代，中医学就确立了预防为主的原则；凭藉观察、思辨和经验，对一些流行病也作了较为精当的描述，提出戾气、毒气、疫气、瘴气、蛊毒等传染病的病原说，认识到自然环境、社会环境及精神因素等都与一些流行病的发生发展有关，对某些病症的传染途径和媒介亦有所揭示；并创制了一系列防范措施，包括对“病邪”须“避之有时”，对某些传染病（如麻风）最早实施了严格的隔离制度，强调环境卫生、饮食卫生等，还采用了药物（如紫草根防麻疹、用雄黄、苍术室内消毒等）及专门的（如人工种痘等）防范措施；……。然而，两千余年来临床观

察、思辨性研讨加经验积累所形成的认识和措施尽管值得珍视，但由于缺乏对具体机制系统精确的认识，乃至迄止今日，中医学对于大多数流行性传染疾病的防范，依旧是苍白无力的，更不用说从根本上杜绝或消灭某病。这也足以表明：即使最成熟的传统医学，其先天的缺陷仍是明显的，甚属致命性的。

建立在近现代科学根基上的预防医学却情况适反，还原分析为它的早期研讨起到了正确的导向作用；流行病学调查分析和实验研究为它按上了能疾步前进的双轮；源源不断涌现的科学技术、仪器设备又为其飞奔提供了可靠的后勤保障。因此，预防医学中虽然真正走上学科化道路，不过百余年的事，但它却获得了一系列功德无量的成就。其中最可引为自豪的就是人类历史上第一次用人工的手段，在全球范围内消灭天然性传染病——天花（1980年世界卫生大会庄严宣告人类已消灭了天花）。其他不少传染病业已相继得以控制。近几十年，临床疾病谱和死亡谱的根本改观，客观地说，首功就应归诸预防医学的成就。成功的更深刻的原因则在于方法学上的优势：实验机制的引进，临床——基础之间的有机循环。

预防医学的发展迄今大致经历了两次变革，19世纪下半叶到20世纪上半叶，当时传染病是人类死亡的头号原因，因此，医学家们把主要精力集中在病源体的发现，免疫方法的摸索，抗菌药物的筛选和特种防范措施的研讨等环节，并都取得了重大进展。这些进展使得传染病的发病率和死亡率大幅度下降，而社会的现代化和人口的老齡化又使得心血管疾病、脑血管疾病、肿瘤、代谢性疾病及环境污染等对人类健康的危害日见加甚，因此，近二十年来，预防医学出现了第二次变革，即以保护环境和减少心血管疾病、脑血管疾病、肿瘤等的死亡为主攻目标。这些领域，显然较单纯的传染病要错综复杂得多。中医学中的有关认识和经验，或许对于人们更好地战胜心血管、脑血管和肿瘤之类疾病是有益的。

**根深叶茂：养生的知与行** 健康是人类最为珍贵的财富，长寿又是人们梦寐以求的愿望。随着社会的进步，人类自身价值亦扶

摇直土，对于健康长寿的渴望也与日俱增。从另一个角度来说，保健强身还有助于祛病防疾，故理应成为临床活动外推的一个重要组成。与防疫学领域的幼稚，发育僵化适反，中医学在保健和抗衰老（统称“养生”）领域却一枝独秀，知与行方面均颇为丰富而有特色。

自秦汉至明清，中医学有关养生抗衰老的专著达二百多种，著名的有魏·嵇康的《养生论》、梁·陶弘景的《养性延命录》、唐·孙思邈的《养生要录》、宋·陈直的《养老奉亲书》、明·冷谦的《修龄要旨》、万蜜斋的《养生四要》、清·曹慈山的《老老恒言》等。就连《黄帝内经素问》，开卷头几篇也先评论养生。若再加上道家、佛家的有关著作，这方面认识和论述之宏富，确可谓举世无双。

历史上，乃至近代，中医学家长寿而健康的为数不少，如华佗弟子吴普年九十余仍耳聪目明，齿坚发黑；据史料推算，名医孙思邈至少活了百余岁（581~682年），亦有人考证其活了百四十，甚至百六十。其逾百岁仍著书立说是确凿的；现代名医刘树农时值九十还思维敏捷，可信手作画。若以严谨著称的《中国医学人名志》为据，<sup>①</sup>就古代名医寿域作一分析，书载生卒年代可靠的共149人，其中，80岁以上42人，80~90岁70人，90~100岁27人，百岁以上10人，平均寿命逾80岁，明显超过同时代的一般人（据估算，封建社会的中国人，平均寿命约40岁左右）。这至少说明，中医学关于养生的认识与实践，是有其实际效果的。谙熟此道，每可延年益寿，却疾强身。

中医学养生之有效，得益于其养生观（原则）和由此派生的理论认识及具体操作实践。在“顺应自然”、“动而中节”、“调摄精神”等原则指导下，中医学家发展了一整套养生理论和形形色色的摄身之术。如就顺应自然而言，《素问》确定了“智者顺承天地之性而得

---

<sup>①</sup>陈邦贤等：《中国医学人名志》，人民卫生出版社，1956年。

养生之道”的观点，并提出了“四季调神”、“春夏养阳、秋冬养阴”等理论和实践。就动而中节以言，其又涉及饮食、起居、劳作、性生活等摄生行为的各个环节。《素问·上古天真论》便指出：“其知道者（懂得养生规律的人），法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”孙思邈又曰“常欲小劳，但莫大疲及强所不能堪耳”。至于调摄精神，《素问·上古天真论》则强调：“恬淡虚无，真气以之，精神内守，病安从来。是以志用而少欲，心安而不惧，……各从其欲，皆得所愿。故美其食，伍其服，乐其俗，高下不相慕，……”。目的是使“形与神俱”。此外，在饮食调摄、药物调补和一些具体的养生方法上中医学也颇多建树。如以药物调整补脾肾，注重填精益真，和太极拳操、气功等都被证明是有效的措施。“青春宝”、“还精煎”等风靡市场的抗衰老制剂及一阵高过一阵的气功热、太极拳热等都足以表明人们对中医学养生理论和实践的厚爱，而实验亦揭示了它们的部分科学价值。

**纷繁的假说，苍白的实践** 西方的预防医学，侧重于寻找针对性的防疫措施，而较为忽略对强身健体问题的关注。近年来，情况似有改观，老年医学、健康医学等的兴起，人们对健康和衰老问题的研讨，渐趋热门。在“纯粹理性”观念的驱使下，为了揭示衰老的机制，西方学者先后提出了三百多种假说。这般纷繁的假说中，少数能在一定环节和深度解释衰老的生物学成因及其机制。其中，引人注目的有：

**遗传程序说** 认为衰老是遗传上“程序化”了的过程，是生物按既定的遗传程序，以时间为函数展开到最后的必然结果。

**差错成灾说** 认为由于种种原因，引起代谢过程的差错，这些差错的日积月累，则导致机能大幅度降低，从而触发衰老。

**自由基说** 认为衰老源于自由基对机体的伤害。体内自由基过多，可形成脂褐素，破坏细胞及其重要组成部分，以致加速衰老进程。

此外，尚有“共价交联说”、“衰老的溶酶体学说”、“神经内分泌阶段式调节说”和“微量元素缺乏说”等亦颇受重视，总之，西方学者对衰老成因的猜想大体可归二类：一是遗传基因决定论，另则可称之为环境决定论。有些学者把人的寿命和遗传、环境的关系喻作一个三角形。三角形的底边为遗传因素，另两边为环境因素，其中包括人的生活方式、精神因素、社会因素和自然因素等。如果一个人父母赋予其长寿遗传因子，其寿命三角形的底边就长，若后天因素都有利，则他的三角形面积就大，寿命也就长。这些研讨中，还原倾向和逻辑化特征十分明显。

纷繁的假说表明人们对于健康和衰老的生物学机制远未取得一致的、较为正确的认识，相对于热闹纷杂的“纯粹理性”探索来说，眼下西医学所倡导的养生保健抗衰老措施就显得苍白无力。不仅种类少，而且效果大都有待进一步评价，诸如组织细胞注射法、益康宁疗法、抗氧化疗法及药物治疗（包括蛋白合成剂，膜稳定剂，脂褐质老年色素干扰剂、免疫增强剂）等，虽曾有过某种健身延年的苗头，但不是尚未推广应用，就是试用后其效果有限，有的又因有副作用而实用价值被否定。与卓效的中医学养生措施相比较，逊色不少。这一现状促使许多西方人热衷于东方（包括中国和印度）的养生之术。然而，中医学的养生之术（实践）又是和其养生之道（养生理论、原则）合而为一的，因此，仅仅注重具体的术，显然无助于人们走出假说纷杂却实践乏效这一困境。正确的选择应该是接受养生之术的同时，注重汲取包括观念、原则在内的中医学养生之道的精华，并跳出只注重躯体的窠穴，摈弃只讲与自然争斗的偏见，变更已有的观念，拓宽研讨的思路与视野，在东西方认识与实践的交汇点上寻求真理，以帮助人类健康地生存，共跻寿域，也使得医学能够真正实现她的宗旨。

（柴可夫 浙江中医学院）

（何裕民 上海中医学院）

## 第四章 药学：交汇的排头兵

中医中药和西医西药各有长处，又各有局限性。两者都能够从现实的、完全不同的方面提供同样确实和有意义的资料。因此，应该互相补充。

——M. Porkert

药物，是治病的“武器”。从古至今，从非洲丛林里仍盛行的原始医术，到今天的现代医学，皆“医”“药”难分。医生主要凭藉药物来达到治病祛疾的目的。药学宛如一奇妙的万花筒，不仅内在丰富多彩，而且，窥视它能领略人类的智慧之果，并可借其折射出的衍光，分析不同医疗体系之短长。

### 第一节 神农家族与李比希的产业

当今的中西药学从各个方面来说，都存在着明显的差异。然而，它们的早期形态却基本一致，都源于人类的生产实践和生活经验。

**经验，药学的共同源头** 鲁迅先生曾说过，药物的发现，最初源于人们的生活经验。茹毛饮血的原始社会，人们往往在寻觅食物，择品充饥时，偶然而无意识地获得了一些关于药物的经验。日积月累，遂产生了能治病祛疾的“药物”这一概念。故古代医家即有“药食同源”之说。而有关“神农氏”、“尝百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所避就。当此之时，一日而遇七十毒”，则是对这一过程渲染、浓缩后的描述。药物源于经验，东西方皆莫能外。人们对于一些仍以植物药为主的自然医学体系的起源研究，已充分证明了这一点。意大利学者曾指出：“人类在选择植物药时，往往按照外形类似某些脏器，使用以治疗类似的器官病。”这更是同存于中西药学早期的人类朴素经验。

**庞大的神农本草谱系** 公元 2 世纪左右,《神农本草经》的问世,标志着中国传统药学体系的降生,药物不再是零星的知识,而逐渐演变成一大学科。该书不仅论述了 365 味药物的性味、主治,作出了初步的分类,还在《序录》中提出了四气五味、有毒无毒等药学基础理论,确定了“疗寒以热药,疗热以寒药”的用药原则,总结出“药有君臣佐使”,“有单行者,有相须者,有相使者。有相畏者,有相恶者,有相反者,有相杀者”等配伍方法。这些,都成为中药学的核心内容或基石。

由于药物中占多数的是草本植物,故中药学在古代文献中一般称作“本草”。从《神农本草经》算起,中药学中虽经历了一千八百余年的发展演变,其内涵决非昔日可比,然而,那一时期奠定的一些基本理论和形成的一些主要特点如今依然存在。它仍以天然药物为主体;依旧注重药物的四气五味、寒热温凉;讲究配伍与剂量;……所不同的只是这一大家族中的成员与日俱增,当数以万计,且对每类和每味药物性味、功效及其本质特点认识的深广度,亦不是昔日朴素之论所能攀附。如今,“神农本草家族”不仅成员庞杂,新编《中华本草》计划收录的即达八千余味,需洋洋 200 万字;且这一家族新近的谱系分化日趋明显,至少已有中药学(狭义)、中药药理学、中药鉴定学、方剂学、炮炙学、制剂学、药用植物学、药用化学、中药栽培学等等,然而,客观地说,它的发展主要是经验的累积,故相对较为迟缓却又是持续不断的。而蕴含有丰富卓效的经验,则正是神农本草家族的最大特点,也是其突出的现实意义之所在。

**近代精神催生的李比希产业** 约在 2 世纪时,我国诞生了“炼丹术”。随后,此术便被用于制药方面,如葛洪在《肘后备急方》中即载有水银炼制法,成为近代化学的起源。约在 8—9 世纪,传到伊斯兰国度的炼金术在该地盛行一时,人们为寻求长生不老药和“点铁成金”,纷纷操持此术。在这过程中,制成了许多化学实验器材,创造了一些实验方法,获得了不少药物。这客观上促成

了化学和药学的发展。“化学”一词——Chemistry 的语源即为阿拉伯文的“炼金术” (al-kimiya), 其中 kim 又为中国“金”字之古音。文艺复兴后, 欧洲学者贪婪地汲取阿拉伯文化的精华, 炼金术遂在欧洲发展成近代化学。

文艺复兴后, 欧洲的医生们开始转用化学制剂治病。其中代表人物是瑞士医师兼化学家巴拉塞文萨斯 (Paracelsus 1493-1541)。然而, 在这之后的很长一段时间内, 化学制剂有限, 其疗效亦不确凿。直到 19 世纪初, 斯特纳 (Serturmer, F. 1784-1851) 从鸦片中提出吗啡, 从吐根中制成吐根素, 及稍后的人们分别提取出奎宁、咖啡因、阿托品等, 并合成了柳酸盐类解热剂后, 近代西方药学才在近代化学的基础上, 扶摇直上, 迅速发展起来。在这一发展过程中, 著名的德国化学家李比希 (Liebig, J.v. 1803-1873) 对有机化学及化学教育的杰出贡献, 起了极为重要的推动作用。以致有人把“李比希”视作化学或药学的代名词。近、现代药学, 不管是药理学、药理学、药效学、药动学或毒理学等等, 皆以化学为根基。化学药物有着成分单一, 结构清晰, 纯而又纯等特点, 可以严格确定剂量, 观察并重复疗效, 还可借助实验还原, 深入分析探究药理机制。现代科学技术使得人们可以方便而廉价批量地生产药品, 以至药学已发展成化工系统一大产业, 1980 年的世界医药化学工业的产值已达 400 多亿美元, 而近年来更有突破千亿大关之趋势。很显然, 这些都是文艺复兴后的西方时代精神所孕育的。这些精神驱使西方药学从早先的纯经验性运用天然药物的模式中脱胎而出, 走上了科学化、产业化道路。也正因为如此, 被人们戏称为李比希产业的现代药学, 得以大步向前。

## 第二节 “魔方”与“魔弹”

把只在实验技术的某一发展阶段上所允许的观点不加批判地固定化, 就是形而上学的独断论, 是和科学不能相容的



观点。

——坂田昌一

构造并不复杂，通过不同的排列组合，却变幻无穷，奥妙难言，这就是小小的“魔方”。以此来借喻中药方剂的一些使用特点，倒也颇为熨贴。至于人们通常把某些针对性强，作用明显的西药称之为“魔弹”，其含义更可理解。

**大自然的恩赐** 天然的植物药、动物药和矿物药是中药的主体，它们大多保持着原有的自然属性，一俟有人类，便赖大自然所赐予的万物以求生存。人与万物同禀天地之气，同气相感，故可相求。体现在药物的临床作用上，就是毒副作用几无或者很小。从进化层次来看，人类由无生命的元素，演变到有生命的细胞；从单细胞发展成多细胞；由单器官生物进化为多器官生物。在这条进化长链中，动植物类与人的进化层次远较化学合成制品要接近。中药中动植物类的组成多是有机物的蛋白质、氨基酸、生物碱和鞣酸等。这些成分常可作为人体与自然环境进行物质、能量、信息交换中的正常因子而发挥作用。故大多药性平和，不干扰正常的生理过程。大自然的恩赐使得中医学具有对付病痛的，取之不竭的药学宝藏。

作为天然产物，中药大多成分复杂，活性成分通常含量极低。如人参一味，便含有数十种三萜皂甙，并含有  $\beta$ -榄香烯、人参炔醇、人参烯等挥发油和齐墩果酸、人参二醇、人参三醇、多种糖类、维生素、黄酮类及蛋白质合成促进因子等，成份的错综复杂导致了一味中药常可有多种功效，如麻黄中的麻黄碱宣肺平喘，伪麻黄碱利尿退肿，挥发油发汗解表，……。多成分常使不少补益药在滋补强壮的同时又能抗菌祛邪，一些清热解毒药在抑制病原的同时也能增强体内的抗病能力。复杂的成分还使得不少中药具有保护机体功能，促使病理矛盾向正常水平转化，亦即通常所说的“适应原样”调节作用。大自然的造化是伟大的，她常使人的精工雕琢相形见绌，显得十分渺小。

**经验的升华** 可以撰写成洋洋数以千万言的中药学知识，皆来源于长期的实践经验。无论是性味、归经、功效、禁忌等理论知识，抑或是采集、加工、炮制、剂量、加减配伍等实用技巧，都带有浓厚的经验色彩。也正因为这样，这些知识来之不易，弥足珍视。

临床上，具有不同经验的中医师使用同一味药物，每可获得不同的功效。资深的老中医又常常通过加减剂量、调整配伍、改变炮制或煎熬方法和选择产地等来收取所期望的效果。这些一方面和中药本身成分的复杂性有关，另一方面则更多地依赖使用者的心得与经验。无穷的实践，便成了中药学知识不竭的源泉；而临床的反复应用，又成了检验这些知识的尺度。故中药学显现出“临床——药学知识——临床”的发展模式。很难想象，离开了临床实践，离开了经验，中药学将何以依托。如不久前人们发现从丹皮中提取的丹皮酚，对狗实验性高血压有明显的作⽤，但对人的高血压却无显著效果；又如葛根中的黄酮类化合物，对小鼠有很强的避孕作用，但临症使用中对人体却无效，得不到临床经验的支持，中药学知识将成为无本之木，无源之水。

经验所支撑的药学知识，一方面使人们获得了对付病痛，包括疑难杂症的法宝，但另一方面也造成了学习、掌握和研究中药学的困难。经验性知识所带有的个体性、不确定性，甚至难以明言（只能意会）等的特征，使得学习和掌握中药非经历长期的临症实践，亲自体验不可。这犹如要得心应手地玩弄“魔方”，舍弃反复琢磨，不断摆弄，以至娴熟，别无他径。中药本身成分的极其复杂，加上产地、炮制、配伍、煎熬等众多因素的干扰，使得中药现代研究的难度成倍增加。而有关认识中浓厚的个体化的经验成分，更使得研究的难度无以复加，常令人却步。

**排列组合中的奥妙** 从单味药，进步到用多味药的配伍，即复方，这是中药学发展早期便已完成的具有重要意义的一大进步，也是中药学优于其他各种仍以动植物或矿物为主的自然医学（药

法)的主要之处。从临床实际情况来看,多味药的合理配伍,每能针对各种病症,强化主药疗效,兼及各种见症,减少或降低某些药物的毒副作用,以很好地应对错综复杂的病情。不同药物的配伍协同,可谓变幻无穷,奥妙神奇。如单味附子的强心作用既不明显又不持久,且有毒性,而甘草、干姜的药理研究亦表明并无强心功效,但三味药物通过一定比例组合而成的复方“四逆汤”,却强心作用大增,且药力持久而无毒副作用。再如补中益气汤可适用于廿多种病情,合方在治疗一些重症肌无力性疾病,如胃下垂、子宫脱垂等时,疗效常较佳,而若去掉方中的柴胡、升麻,则作用大减;但单用升麻、柴胡,却又无法起到相应的治疗作用。又如,甘草是最常用的解毒、调和之药,在“四逆汤”中,因甘草甜素的类肾上腺皮质激素样作用,提高了心肌对附子的敏感性及升高血压,中和了毒性;<sup>①②</sup>而与柴胡相配,其有效成分 FM<sub>10</sub>。又能降低柴胡皂甙的毒性,缓解对肠道的刺激,抑制消化溃疡的形成,并增强柴胡的镇痛作用;<sup>③</sup>而与桔梗相配,甘草甜素分解产生的甘草酸有利于桔梗皂素降解为无害的桔梗皂素元与葡萄糖,避免桔梗皂素对红血球的破坏。<sup>④</sup>可见,配伍绝非药物的盲目堆砌,古人遗留的经验中自有深刻的道理。而如此之多的常用药物,宛如一有着无数小格的巨大“魔方”,相互间的排列组合方案,自是一庞大而无法估算的天文数字,显现出奥妙无比,神奇绝伦的变幻。通过这些变幻,应对了临症错综复杂的病情,从而常能收得较为理想的治疗效果。

**三位一体,应对周密** 辨证、辨病与辨症三位一体,应对周密,是中药运用中的又一大特点。所谓证,是指疾病发展某一阶段多方面病理特征的概括。它每与人的素质状态、体质类型有关,并

---

①李锐:新中医学,(1):46,1981年。

②纪淑芳:中成药研究,(7):35,1987年。

③周超凡:中成药研究,(4):4,1987年。

④朱涤东:江苏中医,(11):32,1962年。

影响着疾病的发展与演变；所谓病，系指独立的疾病单元，一个有着内在规律的病理反应过程；所谓症，为各个单独的症状表现或体征，是患者的具体痛苦所在。它们之间的关系，犹如“点”（症）、“线”（病）、“面”（证）三者。<sup>①②</sup> 辨病用药，这是中西医学都遵循的原则，辨证施治，则是中医药学的一大特点，也可以说是精华所在，它常常有助于从根本点上控制病情，改善体质，取得疗效；而“辨证用药，对症治疗，随症加减则是中医治疗学的重要支柱”，<sup>②</sup> 是辨证、辨病用药的必要补充，它每每借助针对性很强的药物，迅速祛除痛苦，缓解症状，加快疗效的获得。三者有机合一，应对周密，有利于从点、线、面的不同角度，多管齐下，收取佳效。它体现了原则性与灵活性的统一，自然比只抓一个环节用药为好。

然而，中药学的上述特点，均根植于“经验”之上，带有颇难精确地定性定量，严格受控地作出研究分析，清晰地加以阐述传授，系统地升华总结为现代理性知识等缺憾。这些，阻碍了中药学的顺利发展。

**试管的产儿** 继库珀（Kolbe, H.）1895年合成抑酸盐类化学药剂，成为当时杀菌、解热、抗风湿的有效药物后，人工合成之药不断涌现。特别是埃尔利希（Ehrlich）在本世纪初从染料中发现了治梅毒的特效药六〇六（脾凡纳明），借助实验室和试管等来寻找、筛选、合成新药，遂演变成为西方药学的主流。如今，西药中只有少部分仍是天然药物的提纯品，如地高辛、阿托品、吗啡、茶碱等，其余绝大部分都源于人工化学合成，都诞生于“试管”。20世纪50、60年代是合成药物的鼎盛时期，有千百种新药在试管中问世；又有许多“旧药”被临床或实验室判以“死刑”。可以说，西方药学的现代发展，呈现出“试管→新药→临床”的模式。经验在新药发现中的意义越来越有限。

---

①徐晓玉：北京中医学院硕士研究生学位论文，第1页，1988年。

②何裕民：北京中医学院学报（3）：2，1-3，1985年。

当今，不仅新药诞生于“试管”，而且有关新药的几乎所有知识也都由实验室所提供。离开了“试管”，关于药物的分子组成、化学结构、体内代谢过程、作用环节、毒理机制等皆无从获得。如今的临床实践，只不过是根据药物说明书（或药理学教科书），按部就班地加以运用，充其量作出一些临床疗效评价罢了。严格的“科学化”进程使得经验在药学中的意义黯然失色。如今说西药学已成了“试管”的产儿，似乎毫不为过。

**疗效专一的“魔弹”** 由于化学合成的现代药物常成分单一，结构清晰，体内作用选择性强，故使用中每每表现出疗效迅速，中的准确等特点。人们戏称为“魔弹”。如抗癫痫类药物“苯妥英钠”进入人体后，可选择性地阻断大脑病灶部位的异常电位活动向周围正常皮层组织的扩散过程，从而有效地控制癫痫大发作或精神运动性发作；利尿药“速尿”（Furosemide）进入体内后，常迅速抑制肾小管髓袢升支的髓质部及皮质部对钠的再吸收，干扰尿浓缩过程而达到迅速利尿的作用；强心类药物（强心甙）狄高辛、洋地黄等，通过选择性地作用于心脏，增强心肌收缩力而改善充血性心力衰竭等的病理过程。许多西药都有着类似的作用特点，故借喻为“魔弹”，似不为过。

然而，众所周知，病症的反应是机体内外多重因素综合作用的结果，治疗过程中，药物只是外因，机体自身因素是更为重要的，药物常须通过影响机体的众多环节，调整一些相关的生理功能，方能发挥良好的治疗作用。若只似“魔弹”一般，仅单纯作用于一、二个环节，尽管常常能迅速奏效，难免有顾此失彼之虞，而且，疗效也往往是短暂的，过而即逝的。上述这些药物都有严重的毒副作用，且不能持久有效，便是明证。更有甚者，某些药物在“试管”中或理论上应能有效地击中并摧毁目标，但实际使用时效果却不尽然，甚可相反。如一些抑制代谢、抑制免疫反应的抗恶性肿瘤药物能控制或缓解“癌肿”，然而，由于癌肿的发生发展其机制十分错综，仅“针对性”的击其某一环节，常可引起负性的连锁反应，包括

抑制机体本身正常的免疫监视机能而促成癌肿扩散或加速死亡。故“魔弹”并不完全令人欣慰。

**精确的计量，清晰的“轨迹”** 试管产儿的最大特点是精确、严格的量化。任何药物，均有着临床使用的明确剂量限制，皆规定了治疗量和极量。如盐酸肾上腺素注射剂治疗量为  $0.25\sim 0.5\text{mg}/\text{次}$ ；极量为  $1\text{mg}$ 。盐酸异丙肾上腺素片剂治疗量为  $10\text{mg}/\text{次}$ ， $3\text{次}/\text{日}$ ；极量为  $20\text{mg}/\text{次}$ ， $60\text{mg}/\text{日}$ 。如超出极量，很可能诱发致命的室颤或室性心动过速等。诸如强心甙、抗恶性肿瘤药物等的剂量控制更为严格、精确。有时，医师们不得不依赖“表格”或“公式”加以换算，甚至借助于计算器求得。相形之下，中药剂量的上下范围就宽广得多，主要依赖使用者的心得体会，如黄芪从  $9\text{克}$  到  $30\text{克}$ ，甚至  $60\text{克}$ ，均不会令人感到吃惊，石膏从几钱到半斤，亦属司空见惯之事。

药物严格的用量标准，有赖于药物本身结构的清晰，成分的纯净，作用机理的明确。精确的计量，则又有助于药品的统一管理和工业化生产，且易于临床应用及比较研究。而作为世界性的现代药学，统一的国际用量标准对开展世界范围的医学协调研究亦大有益处。然而，人们也应清楚地看到，之所以精确、严格地限定剂量，正是化学合成或提纯药物本身有着无法避免的毒副作用的一种消极的应对措施。而模糊和精确本身是一对哲学范畴，两者是相对的。众所周知，人人与人之间存在着巨大的个体差异，以对乌头碱中毒剂量的测定为例，个体差异常以数倍计算；研究提示：同一剂量的药物在不同个体所导致的血浆浓度和效应部位的浓度不等，持续时间亦出入较大；不同个体药物作用部位的受体对药物的敏感性也有区别，使同样血浆浓度的药物出现不同的效果，以致有时某药的治疗量已引起了张三的严重毒副作用，而其极量对李四来说，却还未发挥起码的治疗效应。更何况作为外因的化学药物进入体内，在对机体的生物机能起作用的过程中，还受到体内多重因素，如精神情感等或大或小，然而确凿的影响。对于这些个体差异或自身影

响机制,现代医学的认识几近于空白,或者说是“模糊”的。以精确来应对模糊,而这一过程中又常常舍弃或轻视经验,不能不对现代药物的实际作用时严格遵循了剂量限制,却往往疗效欠佳或毒副作用明显这类现实承担重要“责任”。

试管中获得的药学知识,不仅给了人们有关药物本身的结构式、分子式等,而且使人们对于药物进入体内以后的“运行轨迹”也有了清晰的了解。因此,西方药学从只知其然的传统形式,大步迈进同时洞悉其所以然的科学阶段。在试管、烧杯等为标志的药学受控还原研究的驱策下,实验药理学得以日新月异;药效学、药物动力学等亦皆应运而发展。如今,了解一些化学合成药物在体内的代谢过程和作用环节,已不是一件困难的事了。如常用的呼吸兴奋剂——可拉明 (Coramine),其化学结构与菸酰胺相似,而后者参与了机体正常的生化过程,可拉明进入体内后,很快转变为菸酰胺,直接兴奋呼吸中枢,使呼吸只加快加深,然后再被甲基化成为 N—甲基菸酰胺,经由尿液排出。诸如此类清晰的体内代谢“轨迹”,在许多常用药物中皆已彰明,这不仅有助于更好地使用这些药物,并借此合成新药,而且已使药学从原先的应用性技术,步入了科学的殿堂。

然而,人类认识的发展似乎在与人类自身开玩笑。微观层次清晰地彰明药物的体内“轨迹”,固属认识上的一大进步,却也有着缺憾。诚如贝塔朗菲所言:“孤立的各组成部分的活动的性质和方式加起来,不能说明高一级的活动性质和方式”。药物在体内的代谢及作用,是一个非线性的复杂过程,是众多因素综合的结果。如青蒿绞汁服用,有抗疟作用,而用化学分析方法提取的各种有效成分,尽管其体内代谢环节可以弄清,却并无抗疟之效。因此,在弄清微观“轨迹”的基础上进行综合,在系统观念指导下作出分析,也许是现代药学在科学方法上的最佳选择。这正应合了一个世纪前恩格斯所说的一段话,“自然科学现在已发展到了如此程度:以致它再

不能逃避辩证的综合了。”<sup>①</sup>而要真正地做到这一点，并不是件容易的事。

### 第三节 旧物新泽——中药学现代研究评述

科学的启发只有一种方法——学习历史。

——爱因斯坦

本世纪 20 年代，我国学者率先对麻黄作了成分分析和药理研究，发现其有特异性作用。当时不起眼的小浪花日后竟演变成颇大的波澜。如今，人们对中药的现代研究兴趣正浓，已发展成一大世界性热门学科，且广度、深度和精度等亦在与日俱增之中。事实昭示：昔日的宝贵经验和玄秘理论正在接受科学的洗礼。

**“寒热温凉”四性** 中药寒热温凉四性原系从药物作用于机体后发生的不同反应及疗效中归纳而来。它的临床效果已大多得到药理实验的肯定，如寒性药黄连解毒汤可减少实验动物饮水量，降低肛温；典型的温热药，如附子、细辛、吴茱萸、丁香、蜀椒、高良姜等均能使身体增温变暖，其机制大多通过强心，改善心脏功能和血液循环。

药物的寒热属性归类与它们对交感——肾上腺系统及代谢功能的作用密切相关。寒凉药能使大鼠心率减慢、尿内儿茶酚胺、肾上腺素、去甲肾上腺素和 17-OHCS 的排出量减少，耗氧量降低，而温热药的作用却恰恰相反，提示寒凉药能抑制交感——肾上腺系统机能活动，降低能量代谢，温热药适与之拮抗，促其提高。<sup>②</sup>对于中枢神经系统。寒凉药可增强其抑制过程，温热药则使兴奋过程占优势。抑制交感神经介质的合成和释放可能是寒性药物的基本作

---

<sup>①</sup>恩格斯：《反杜林论》第12页，人民出版社，1963年。

<sup>②</sup>梁月华：北京医科大学学报，(1)：54，1987年。



用之一，温热药则有直接刺激器官和组织，促使肾上腺素能介质的合成和释放等作用。<sup>①</sup>所有这些药理效应又都因机体的机能状态而异。如温热药的促交感——肾上腺系统及能量代谢的作用对寒证机体明显，而在正常机体则作用不完全一致。某些助阳药能延长肾上腺皮质激素造型小鼠（类似于阳虚）的耐冻时间，却反使正常小鼠缩短耐冻时间。综合这些结果，人们得出了“温热药对机体功能的病理性衰退起兴奋作用，寒凉药对机体功能的病理性亢进有降低作用”的结论。<sup>②</sup>

中药的四性与有效成分之间有着某种必然的联系。如结晶水即为芒硝、硼砂、石膏、寒水石等无机盐类药物寒性特征的物质基础，其电子云密度排布的有序性则为其根本原因。附子、细辛、吴茱萸、蜀椒、高良姜、丁香等热性药所含的消旋去甲乌药碱，与陈皮、青皮、枳实、枳壳等温性药中的新福林，对羟福林均属儿茶酚胺类结构，后者的作用具有中医所说的“热性”特点。故这些成分与其温热作用不无关系。可见，“性”可能有其共同的物质基础，它也许是化合物的基本母核、共同的功能团，或一定的电子密度分布等。

**辛甘苦酸咸五味** 五味，是味觉器官的感受，古人依此作出了药物临床作用的分类概括。作为味觉器官的刺激，药味与特定的化学成分有关；而这些物质的理化特性，大多可解释相应药物的临床功效。如辛味多含挥发性成分，能刺激汗腺分泌致发汗；或增强胃肠运动，缓解胃肠胀气。甘味多含机体代谢所需的糖、蛋白质、氨基酸、维生素等营养成分，故有滋补之功。苦味所含的生物碱、甙类及挥发油，常可抗菌消炎（小檗碱）、止咳平喘（杏仁甙）、通便（蒽醌甙）及刺激胃肠排空、增进食欲（挥发油），也许这些就是其“泄”、“燥”的生物活性物质。酸味之收敛固涩则源于其所含的

---

①梁月华等。中华医学杂志，(12)：705，1979年。

②沈连生：北京中医学院学报，(3)：50，1980年。

鞣质与有机酸。咸味药多为海产贝藻、动物类，功效补虚、止咳化痰、软坚散结等常与它们含无机盐及微量元素较高相关。

中药成分复杂，含量高或理化特性强者每可显出其味，反之则无。而有效成份并不一定就是显味成分，显时成分亦不一定显效于临床，有些物质含量极微，却是发挥功效的主要因素。为了借助药味对临床功效作出统一概括，古人还根据实际作用反推出“药味”来。因此，五味并非完全等同于药物的实际味感。这是经验性药理学理论发展的历史必然。而在今天，它却可为人们深入探究药理作用提供线索与启示。

**归经学说** 传统中药中，“归经”代表着药物作用的脏腑经络范围。此说曾屡遭贬讥。研究表明，其实际意义有二：一是归经与有效成分的脏腑分布呈一定的相关规律，且结果与传统的归经认识大体一致；<sup>①</sup>二是归经与药的主要作用的脏腑有关，因此，从功效入手研讨归经，常能既与传统理论保持一致，又能作出深一层探析。

受体学说认为：每个靶细胞约含  $10^5$  个受体，故它对药物有选择性接受能力。所谓药物选择性接受能力的表现。<sup>②</sup>鉴此，从机体的主动选择来研讨中药归经的机制，更有意义。

**炮制中的法度** 炮制是对药材进行特殊的加工处理，以达到多方面的目的。长期的实践和目前的众多实验均已证明：传统的炮制技术具有深奥的科学道理和实际意义，它是中药学的一大特点。

一味药物可根据中医学临床辨证用药的需要，采用不同的炮制方法，这与西医学对植物药的应用大不相同。如大黄，西医学仅根据它所含的泻下成分而用作缓泻药。中药大黄，则因其炮制方法不同，作用各异，除用作泻下外，还用于抗菌抗炎、活血化瘀、止血、利胆、利尿，抗过敏等。常用的有酒炒大黄、酒蒸大黄（熟

---

①秦纪鸣等：中医药信息，(1)：16，1986年。

②丁荣施：全国归经学术会议论文，1984年。

军)、醋大黄、清宁片(酒密同制)等,而西医学则仅用生品。不同方法加工后的大黄各有特点,酒制后缓和了泻下功能,增强了到达了体内其他部位以起清热消炎、活血化瘀的功效;酒密同制的清宁片用于老人、小孩体虚之便秘;大黄炭适用于体内出血,石灰制大黄适用于外伤出血;醋大黄突出了活血化瘀之功;……。实验研究表明:生大黄的泻下成分主要是蒽甙,抗菌成分主要是甙元,经酒拌蒸熟(酒制)后,部分蒽甙转为甙元,遂泻下力见缓而抗菌之功加强。这就是经过炮制,药物的功效特点之所以起变化的理化机制之一。

又如乌头、附子,长期以来用加热处理去毒,在炮制过程中随着乌头碱不断水解为乌头次碱与乌头原碱,毒性亦相应减少,而强心作用却逐渐加强。研究表明:乌头碱水解产物具有解热、镇痛、镇静作用,但不是强心的有效成分,强心的有效物质是微量成分——消旋去甲基乌药碱,棍掌碱等。因乌头碱对心脏有强烈的抑制作用,如不除去乌头碱,乌头、附子的强心功效是难以发挥的。而按照纯植物化学的西药研究方法,仅用生品作药理筛选,不但不可能发现乌头类药的强心作用,甚至会认为乌头碱成分的毒性大,有效剂量与中毒剂量接近而否定它的药用价值。

此外,炮制还有助于净化药物,矫味、矫臭,利于加工。如生半夏含右旋葡萄糖和苯甲醛生成的甙,其甙元有强烈的刺激性,易致呕吐;姜制后,产生葡萄糖醛酸的衍生物及一种水溶性甙,不仅无刺激性,且为镇吐成分。中药所含的生物碱大多难溶于水,但易溶于乙醇等有机溶剂;生物碱与酸结合生成盐后,明显增强了水溶性,从而使煎出率提高,功效加强,这便是传统炮制常以酒、醋加工药材的旨趣所在。可见,炮制是古人经验与智慧的结晶,有着森严的法度和无穷的奥秘,对于人们利用大自然的恩赐以战胜“病魔”,自有不可低估的意义。

**中药新用与新说** 利用现代科学手段,探索中药方剂的新功效,以期为临床医疗实践提供新的理想的药物,是中药现代研究的

又一趋势。如研究发现理气药枳实、枳壳、青皮、陈皮等有升压、抗休克作用；解表药葛根降低血压，扩张冠状动脉，降低心肌耗氧量，改善脑循环，对心血管疾病有良效；桔梗除祛痰外，还能抗炎、降压、抑制胃液分泌及抗消化性溃疡，等等。这些功效的阐明，为中药开辟了新的用途，也为陷入困境的化学合成药物指示了走出“迷宫”的路径。

以生物化学为基础，结合疾病的生理、病理指标，观察中药在代谢、酶学、血液生化、神经递质、免疫功能等众多环节的药理效应，已揭示出许多药物作用的机理。如对代谢的调节，人参、枸杞、地黄、知母、葛根、地骨皮等养阴药能降低血糖或减少酮体；①甘草、柴胡可促进肝糖元合成及拮抗胆甾醇的合成；减少血清胆甾醇及中性脂肪酸含量；②泽泻所含三萜类化合物可影响脂肪分解，抑制胆固醇的合成。灵芝、首乌、蜂皇精、穿山龙等或影响血脂运转、代谢，排泄，或阻止胆固醇的脂化和在血管有沉积，从而都能降低血脂。③激素调节方面，滋阴泻火药生地、知母、甘草对糖皮质激素的反馈抑制有拮抗作用，可保护下丘脑——垂体——肾上腺皮质功能，减轻应用皮质激素所引起的副作用；④而助阳补肾药菟丝子、巴戟天、肉苁蓉、淫羊藿可增强下丘脑——垂体——卵巢的促黄体功能，且不影响自然生殖周期中的内分泌平衡；⑤常用补益强壮药，大多能促进蛋白质代谢，其作用包括激活DNA、RNA聚合酶活力，增强细胞核内mRNA、rRNA聚合酶含量，使合成蛋白能力较高的多聚核糖核蛋白体增加，肝细胞粗面内质网发达以及提高亮氨酸含量，促进细胞有丝分裂；等等。⑥

---

①吕兰薰：陕西中医，(8)：71，1987年。

②熊谷郎等：临床(日)，29，1049，1971年。

③黄春林：广东医学，(1)：21，1984年。

④陈锐群等：上海中医药杂志，(7)：46，1984年。

⑤李炳如等：中医杂志，(7)：63，1984年。

⑥李延福：中草药，(1)：38，1987年。

围绕调整各系统功能的研究也取得了成果，其中活血化瘀、益气回阳药结合血液流变学和心血管疾病的研究尤为深入。如生脉散临床用于急性心肌梗塞、感染或中毒休克均获良效。研究表明此方具有提高心脏泵血功能、调节血压、改善周围循环和心肌代谢，增强心肌耐缺氧能力，缩小梗塞范围，抗心律失常，<sup>①</sup>以及非特异性抗炎作用。<sup>②</sup>活血化瘀药对冠心病的治疗，整体作用非常广泛，几乎涉及该病病理的各个环节，可改善心脏血流动力学及微循环状态，恢复心肌供氧平衡，改善脂质代谢，预防动脉粥样硬化斑块形成，对抗血管内皮损伤、抑制动脉平滑肌细胞增殖和血小板聚集，抗血栓及微血栓形成，以及抑制体液免疫反应，增强细胞吞噬功能，等。<sup>③</sup>

研究表明：止咳、平喘、止血、镇痛、止呕、止泻和安神等中药的对症疗效有确凿的理化依据；而另有许多中药有明确的降脂、降糖、降压、降低转氨酶及尿蛋白，抗凝、抗癌、升压强心抗休克、麻醉止痛，提高免疫指标等功效，颇受中西医界关注，越来越广泛地被应用于临床。这些探索预示中药在将来医学领域中的地位重要和前景辉煌。

**生物调控假说** 为了阐释奇妙无穷的中药方剂愈病原理，人们提出了种种假说。其中，“生物调控”说最具魅力。

系统论认为：生物体是一个由器官、组织、细胞、细胞器及生物大分子等不同层次的小系统构成了大系统，整体的生理机能便建立在各小系统之间的相对平衡上。正常机体有多重自我调控机制，这些机制的协调、谐和和有序，是维持机体健康稳态的重要条件。疾病往往就是调控机制失衡的结果或表现。故治疗亦可理解为借助药物等手段恢复正常调控机制。遗憾而有趣的是：西医学揭示

---

①董泉珍等：中西医结合杂志，(1)：52，1983年。

②楚延等：药学通报，(7)：26，1984年。

③何素延：南京中医学院学报，(3)：37，1985年。

了生物调控的众多细节，却很少有意识地用诸临症；反之，中医学并未深究其中机理及奥趣，实践中却非常重视对整体机能的调整，许多治则与治法悉具有明确的调控意识。“调整阴阳，以平为期”正是中医临床疏方用药的基本指导思想。

西医药学建立在构成论基础之上，以分析为手段来探析机理，了解疾病，指导诊治用药，故治疗或致力于消除致病因子，或抑制器官异常功能，或补充匮乏物质，从指导思想，到投药操作，乃至实际效果，都是单向性、对抗性的。事物固有的辩证规律似乎老爱与人们开玩笑。有时，分析结果越“准确”，用药针对性越强，局限性和毒副作用也就越大。中医学不仅有明确的双重调节意识，而且由于理论和实践方面多重因素的“鬼差神使”，即使针对性的用药，药物在体内发挥的实际效应，也每每是双重甚至多重的。以清热解毒为例，许多药物除有广谱抗菌作用外，对机体的免疫系统也常起着良好的调节之功；柴胡“和解退热”，即包含着降低发热动物的体温，及抗菌、抗病毒、抗炎、镇静等多重效果。由于大多数中药来源于动植物，可能仍保留着某些生物调节的特性和基础，故即便是单味药物，也常能发挥截然相反的调节效应。如人参、刺五加、五味子既可改善中枢神经系统的兴奋过程，也可加强其抑制过程，从而促进其平衡，且对血液系统有促溶与抗溶的双重作用，还能调节多种靶器官的 cAMP、cGMP 水平。<sup>①</sup> 生地、玄参、麦冬、龟板等滋阴药可调整“阴虚”动物模型的核酸合成率，使核酸合成高于正常者降低，低于正常时又可升高，<sup>②</sup> 表现出“适应原样效应”。组成成分的非单纯性，决定了中药疗效的多重调节性。

同一味药物对处于不同机能状态的生物体，常会产生不同的作用或效果。实验揭示出这样一个规律性现象：一是大多数中药对正常生理状态并无影响或影响甚微，而对病理状态却作用显著，如甘

---

①张笑平等：天津医药，(9)：554，1980年。

②邓国刚等：中成药研究，(11)：30，1985年。

草甜素能降低高胆固醇血症大鼠的血胆固醇，而对正常大鼠的血胆固醇并无影响。<sup>①</sup> 五苓散对健康人仅有轻微利尿作用，而对五苓散证患者利尿作用显著。<sup>②</sup> 二是病因及病理状态不同，药物的作用常有差异，如人参既可抑制 ACTH 引起肾上腺肥大，又可阻止考的松导致的肾上腺萎缩；可防止甲状腺素引发的甲状腺机能亢进，又能改善 6-甲基硫氧嘧啶招致的机能不足；可降低硝酸钴引起的红细胞增多，也能升高苯胍导致的红细胞减少。<sup>③</sup> 众多事实敦促人们得出这样一个结论：中药的作用表现出以保护机体自身利益为准绳的广泛调节形式。亦即通常所说的“适应原样效应”或“双向调节作用”。

综上所述，对生物体基本病理过程的调控、改善一般应激反应的自然进程，增强机体应激状态下的非特异性抵抗力，使特定的病理现象向着有利于机体的方向转化；同种方药具有治疗意义的两极差异，对相反病证能呈现对立的调节效应，这几乎是中药广泛存在的共性，也是西药无法与之媲美之处。

进一步研究昭示：免疫机制、受体效应及生物高分子活性等在中药调控过程中的作用举足轻重。

作为人体的防卫屏障，免疫系统与许多疾病的发生发展休戚相关。已知许多疾病过程均有免疫功能的失常参与其间。合理地疏以中药，则能双向性地纠正免疫机能失常。以青风藤治疗风湿性关节炎为例，用药前细胞免疫低下而体液免疫亢进，治疗后细胞免疫有所升高或趋于正常，免疫球蛋白（体液免疫）则呈下降之势或恢复常量。玉屏风散及其主药黄芪则既可抑制偏亢的免疫机能，又可促进低下的免疫机能。<sup>④</sup> 故用于治疗体虚羸弱、易感风寒者和过敏性

---

①孙孝洪：新医学，(8)：392，1977年。

②伊藤嘉红（日）：日本东洋医学会，(4)：141，1978年。

③张世伟：南京中医学院学报，(4)：39，1984年。

④高海谦等：中草药，(9)：35，1985年。

疾病皆可获桴鼓之效。

人体的基本调控主要依赖神经和内分泌系统，神经介质及激素则起着信使作用，而细胞接受信使并作出反应的关键是受体。信使与受体往往成对存在，共同调节细胞及由细胞构成的组织器官之间的生理功能，进而达到整体上的平衡。中药中许多药物便通过模拟神经介质或激素之类信使，作用于受体而取得疗效。如附子、乌头所含有的消旋去甲乌药碱就是  $\beta$  受体激动剂。然而，更有意思的是，许多药物通过受体，发挥了双向调节效应。对此，人们提出了多种假设：如靶细胞的两个受点同时接受了两种不同成分（信使），引起了相互拮抗的效应；或一个受点虽只接受了单一成分，其产生的信号却引起了相反的反应；还有的认为受体在调节机能方面本身即有着相互制约的两重性，……。尽管确切的机制尚待阐明，但中药“双向调节”现象对受体研究所形成的新挑战，及由此获得的新成果，将在许多方面更新人们的认识。

钙通道阻滞剂（钙拮抗剂）是近年来提出的一类新的受体作用药物概念。人们已发现 70 多种中药及其有效成分能影响钙离子的转移。其中，关于活血化瘀药物的研究报导尤为多见。这一领域的深入研讨必将揭示出更多的奥秘。

生物高分子是生物调控系统中的最后一环。备受青睐的环核苷酸 cAMP 和 cGMP 有着类似“阴阳”的拮抗作用，构成了机体自我调节的基础。无论是单味，还是复方，祛邪之药抑或扶正之品，皆可影响环核苷酸。如人参可升高心肌 cAMP 水平，降低 cGMP，加强心肌收缩力；活血化瘀药如冠心 II 号方、丹参注射液俱能升高血小板内 cAMP 水平，降低血小板聚集性。<sup>①</sup> 对脾脏环核苷酸基础水平低的小鼠，黄芪能使其升高；而对基础水平高的则又使之降低，从而使偏颇的 cAMP / cGMP 比值得以纠正。<sup>②</sup> 一些中药本身

---

①陈奇：江西中医药，(1)：58，1985年。

②崔之英：北京中医，(1)：4，1983年。



还含有环核苷酸类物质，如酸枣仁、吴茱萸悉含 cGMP 样活性物质，可直接参与调节功能。此外，脱氧核酸、核酸、蛋白质、前列腺素等大分子生物活性物质也都参与了中药的作用过程。由此构织出错综复杂的“生物调控”机制的方方面面。

关于中药的现代研究，还涉及了其他众多领域。如中药本身的化学组成、微量元素在中药中的意义、配伍、炮制对药物的影响，以及量效（效果与剂量）关系等也都获得了不少有意义的成果。对此，不作展开。

## 第四节 回归与创造

几种学说的交锋并不是一场灾难，而是一个好机会。

——怀特海

客观地说，中西医学的差异，主要在方法与理论解释上。作为医学科学基石之一的事实与经验，尽管在把握上双方可有不同，但这绝不可能构成两者间不可逾越的鸿沟。如果说东西方文化，包括医学的汇通是当前及将来很长一段时期内世界文化领域最引人入胜的重大事件，那么，主要具有应用属性的药学，在交汇势头中不仅最有可能融通，而且是首当其冲。可谓是中西医学交汇的排头兵。

**令人恐惧的药物公害** 众所周知，现代西方药学建立在细胞病理学和化学根基之上，线性因果分析，单一病因论、对抗性治疗、替代论等是其方法论原则，试管是其孕床，化工厂是其产地。自本世纪以来，李比希产业在取得辉煌成就的同时，化学疗法也为保障人类的健康，作出了巨大而无可辩驳的贡献。许多猖獗千百年的传染性、流行性疾病等都在“魔弹”的威力下，相继隐迹，从而使人的平均寿命明显延长。然而，瑕瑜互见是常有的事，亦可看作事物本身的辩证法。化学合成药物在卓有成效地发挥作用的同时，其缺陷和毒副作用也愈见明显，威胁日甚。50、60年代的悲惨的“反

应停”事件，使人们从对化学合成药物的迷信中惊醒过来。此后的一连串药源性事件，更使人们为其势汹涌的药源性“公害”而深感忧虑。讨论化学药物危害性的文章，充斥于专业刊物到通俗报纸的各类书刊中，便是这种公众心态的反应。据统计，早在 80 年代，美国每年就有近 200 万人深受药物毒副作用之害，因此丧生者不下万余。国内也有材料披露：临床药源性疾病的发生率高达 6%~15%。<sup>①</sup>国内现 20 来岁的城市青年，张口满嘴灰黄齿者不少，究其之故，竟是幼时服用四环素之果，此虽非畸残，却足以让人终身悔憾；此外，药源性耳鸣、耳聋、再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症、心律失常、过敏反应及发热、恶心、呕吐、腹痛、头痛、肝肾及中枢神经损伤等均非少见；因而枉送性命亦常有所闻，鉴此，人们只能忍痛否定一批又一批化学合成药的治疗价值，不断寻求或合成新药。然而，这似乎是个走不出的“迷宫”，不仅新药合成的研制费用愈趋昂贵，筛选评价过程日显艰难，而且新合成药的“寿命”（药用价值的持续时间）也越来越短。有时花了十年八年才确定一种药物的使用价值，却因种种因素，特别是毒副作用的明显化而不久便遭淘汰。

**“三大法宝”的减色** 通常，人们认为现代药学有三大法宝：抗菌素、预防接种和杀菌灭虫类药物。这些药物在过去的半个多世纪中曾为西医临床治疗学真正崛起，立下了汗马功劳，以致大批感染性疾病从原先临床疾病谱的主要位置中纷纷败退，甚或消失踪影。三大法宝的魔力，彻底改变了临床疾病谱的构成，使得心血管、脑血管、肿瘤，以及一些与代谢、遗传、免疫、体质、社会心理因素等密切相关的病症，从几十年前处于疾病谱中相对不起眼的后座，代替“败北”了的各种感染性、传染性疾病，占据了疾病谱、死亡谱的前首。以上海为例，50 年代初，绝大部分死亡率都因于传染（感染性）疾病，1951 年恶性肿瘤死亡人数仅占总死亡人数

---

<sup>①</sup>侯宗德：山东中医杂志，6：（3），32，1989年。

的 1.71%；1985 年则上升为 26.4%，预计到本世纪还将上升 56.4%。1985 年上海地区恶性肿瘤、心脏病和脑血管病的合计死亡人数已占全市总死亡数的 61.7%。而死亡顺位的第五至八位也都非感染性、传染性疾病。肿瘤、心脑血管和代谢性疾病等都远较感染性、传染性疾病要错综复杂，现代药学的“三大法宝”和对抗性、替代性原则等对它们一筹莫展，失去了昔日的光彩和灵验。前所分析的临床调研结果已昭示了这一点。可以说，正是由于“三大法宝”的“魔力”，才造成它们自身在临床治疗学中的作用和重要性日见逊色。要对付今日临床常见的、危害最大的病症，就必须另觅“法宝”，而社会的发展和科技水平的提高，又伴随着人自身价值的升高，人们热切盼望有安全、高效、无害、无毒而又廉价的新药问世，并希望药学界能为改善人的素质，延长人的寿命作出更显著的贡献，所有这些，都迫使现代化药学界必须跳出单纯从试管中发现新药的藩篱，在更为广泛的领域中寻求出路，开辟药源。

**回归大自然，药界新呼声** 面对困境，现代药学界正在痛苦地求索。也许得益于灵感，也许受启于中药研究进展或众多自然医学体系借助天然药物有效地治疗一些疾病等事实，70 年代初，药界的一批有识之士开始大声疾呼：药学应“回归大自然”，“回到中药（天然药物）中去”。1977 年第 30 届世界卫生大会通过决议（WHO30.49），要求感兴趣的政府，“重视使用他们的传统医学（包括药物）体系。”WHO31.33 号决议提请注意发展中国家药用植物在卫生保健系统中的重要性。有的药学专家还以“回归大自然”为题，来讨论现代药学的发展问题。时至 80 年代中后期，这已演变成一股世界性的新潮流。

天然的动植物药不仅大多药性平和，副作用小，不干扰人正常的生理过程；而且自然界资源丰富，其所含的特殊的化学物质及其性质绝非化学家们所能凭空想象；通过中药方式的排列组合，加减配伍，其变化更无法穷尽。现代中药及动植物药药理研究结果提示：几乎每一种病症，均可在动植物中找到天然的治疗之品。故许

多国家的科学家把攻克诸如肿瘤、爱滋病和众多免疫、遗传、代谢性疾病等棘手的医学问题的希望寄托在大自然的恩赐上。如据1976年的材料，为了寻找抗癌新药，美国已从药用植物中筛选了超过67500个粗制品，属于20525个种，4716个属，从中发现几种有希望的成分和科属；新近又报导已从中药中找到了抗爱滋病有效的药物。西德则围绕水飞蓟和银杏叶研制治疗肝炎和冠心病的理想新药；日本、苏联、法国、墨西哥、印度、埃及等许多国家都努力从大自然的恩赐中寻找并已经找到了一些较为有效的药物。

世界各地对动植物类天然药物的需求量，也直线上升。1986年起，上海市场中药销售金额多年来第一次与西药持平，达1亿多元人民币并有反超势头。1980年，西德政府表示没有意图阻止用天然药物治疗疾病，使用天然药物很快风行全国，1982年起从中国进口的动植物药即每年达500万美元；英国则每年达570万美元，且均有增加趋势。调查表明：日本国民中37.5%用汉方（中药）制剂达三年以上，65%的人认定中成药很有发展前途。总之，充分而合理地享用自然界以她那博大的胸怀，恩赐给人类的丰富、无价而实用的药物资源，不仅是患者之福音，也可为现代药学迷津指途。

**互补杂交与统一药学诞生的可能** 杂交，是获得优良新品系的主要手段。参与杂交的父本与母本借助互补，可集中优势基因，汰去不良品习，甚可创造全新的特性。科学领域亦同样，近年来涌现的不少新兴学科，边缘交叉学科，许多就属杂交互补的产物。

中西药学之需要和可能互补，首先在于中西医药学各有所长。中医学侧重于探讨人的生命与病态、机体机能与致病因素作用等的相互关系，因而采用过程调控法施以治疗，中药也就大多具有参与调控的多重功能；西医学致力于研究人的实体生理和病理及其联系，进而采取对实体病因的针对性治疗，故西药具有极强的专一性。两者的交融，便可同时针对疾病的整体反应与局部病理改变，体现出共性与个性、宏观与微观、特异性与非特异性治疗的有机综

合，其实际效果必定优于单纯中药或西药。其次，药学源于经验，东西药学的互补，还体现了经验与理性的联姻。东西方智慧的融合。中药之有效，是连极端的民族虚无主义分子，如竭力主张废除中医的余云岫辈都无法、也不敢否认的事实，作为一门应用性学科，丰富的经验弥足珍贵，然光有经验，毕竟只是人类低层次的知识，治好病却不知用药“所以然”，显然不利于进一步提高；而即使细节已基本明晰，药不中的亦无济于事。因此，以实践经验为特征的中药学与还原分析为手段的现代药学也可在经验与理性、实践与实验这些结合点上互扬己长，互避他短。

中药与西药进入人体，发挥疗效，到治愈疾病，都必须经过吸收、分布、代谢、排泄等体内过程，且从本质上说皆通过影响机体的生理、生化及病理等环节而发挥效应，其作用对象具备生物活性上的同一性；中药与西药又均由化合物分子所组成，甚可成分类同，因而又有着药物物质上的同一性。因此，互补杂交，交融沟通就有了坚实的基础。<sup>①</sup>实际上，秦汉以降，这类交融从未中止过。大量的外域药输入，早已衍化为中药的组成部分，而许多中药制剂又源源不断地渗入现代医学临床，为西医师们所喜用。所以，杂交互补，形成统一的新药学完全有可能。

需要指出的是：中药西用、西药中用，“阿斯匹林加白虎汤”，“糖皮质激素辅以滋阴降火之剂”等中西药合用也属于中西药互补的形式。各类资料都表明：如能合理运用，每可显著提高疗效。但这只是一种初级形式的中西药互补。其意义相对说来较为有限。人们所期待的是两者有机交融后产生的统一药学，是从方法、理论到操作过程都融为一体的一门学科，而不只是某一局部的相互借用。这并非一蹴可就，需要一代，甚至几代人的努力。然而，她必定会诞生，因为她代表着药学的未来，符合了人们的愿望和科学发展的固有规律。

---

<sup>①</sup>徐晓玉：泸州医学院学报，(1)：29，1988年。

**面对交汇的思考** 有人曾认为中药学可能成为统一新药学的基础，此说似嫌偏颇。然而，中药学将在新药学的孕育和诞生过程中起到重要作用，却是毫无异议的。西药学要走出困境，很关键的一点是要从中药学（及其他自然医学体系的动植物药）中汲取营养，包括经验和方法；而这又取决于中药学等自身能否脱胎换骨，在现代科学技术的帮助下，完成从经验到理性的科学化进程。因为只有这样，才能使她的合理内涵充分被人们所认可或接受，从而对新药学的形成，起到启迪、催化和孕生之功。

中药学要脱胎换骨，完成科学化进程，首先需要中药工作者与中医工作者携起手来，破除迷信，破除“尊古为荣”、“尊古为稳”的迂腐之见，坚持实践是检验真理唯一标准的观念，善于以古人的认识或经验为线索，按照科学发展的客观规律重新认识她，研讨她。对于传统理论或学说，应敢于去其糟粕，取其精华，并作出现代科学意义上的阐释，须知陈说既不为陈！新论何以为新？跳出经验性认识的局限性和玄学解释的樊篱，中药学才能成为统一新药学的“父本”或“母本”。

在进行中药学现代化、科学化的过程中，需要多学科协作，涉及到方法学上的众多问题。其中，下面这些环节都值得重视：

吸收多学科知识，引进先进技术、方法和手段直接决定着观测深度、广度及其结果的科学价值。近代西药学的发展速度之所以远在中药学之上，是还原分析等方法 and 物理化学等知识为她插上了双翅。故中药学的现代化、科学化，首先就是研究方法的现代化、科学化。如用通常的实验方法难以彰明中药强壮效果及其机制，而应用分子生物学技术可观察到补阳药淫羊藿、附子等能使阳虚型动物内脏细胞核酸更新率低下者恢复正常；电子显微镜和同位素技术显示人参可促进动物肝细胞和血液细胞核的 RNA 合成；中药多为汤剂，有效成分以水溶性为主，要研究这些成分，就需采用很灵敏的生物鉴定方法和离体组织、细胞分析手段，以至于亚细胞、甚或分子水平的工作。因此，“拿来主义”可视作方法论原则之一。诸如

细胞动力学、量子化学等新学科和放射免疫测定、标记示踪自动监测、血液流变性分析、微循环观察等新技术都将为中药学迈向现代化披荆斩棘，开拓道路。

用现代科学术语阐述中药学内容 一门学科的科学性，很大程度体现于其概念和定义的严格性、逻辑性。传统中药学的四气五味、升降浮沉、归经补泻等尽管不乏丰富的合理内核，却很难客观地评价、衡量药物的功效，亦难溶于现代科学体系之中。因此，运用能为现代科学接受的语辞（术语）来阐释中药作用机理，以比较具体、确切的概念、定义表述中药学基本内容，可克服传统概念的粗略与随意性，消除中西医药学及中药与现代科学之间的语言屏障，利于两者的杂交融合。如温热药兴奋机体的机能活动，寒凉药降低机体的机能活动。这类阐释具有普遍意义，若能据此划分和统一中药四性，并纠正药物寒热属性分类上混乱，则有利于中药学向理性层次深入一步。

以功效为基准展开探索 传统的药性理论等内容，本是直接源于临床的经验。四气五味、归经、补泻、升降浮沉及有毒无毒之类，均是从不同侧面对药物效应所做的总结。现代的有关探索，亦当从实际功效入手，以古贤的认识为线索，结合临床及基础进行药理研究。这样，既可保存可贵的历史经验及药物的传统价值，又可确使药理学理论不脱离临床实际，并具有现代科学水平。也就是说，把“试管”和经验结合起来，借助“试管”对经验作出系统、深入的分析。

认真研讨治则治法等中药应用理论及方剂配伍原则 中药学与西药及其他自然医学体系中的传统药物使用的本质差异在于：通过治则治法等“桥梁”，她与中医基础理论紧密相扣。理、法、方、药的四个前后连贯环节，已使中药的应用超越了见什么症，用什么药的纯经验阶段。只有这样，中医学才能针对病情，融合经验与理性作出判断，确定治则治法，选择有效组方，斟酌药物及剂量，从而发挥最佳的调控效应。此外，方剂配伍原则亦不可忽略，有赖于

它，“魔方”的优势才能保证，丝丝入扣的疗效才能取得。试想，若抽去“法”和“方”等中介环节，中药的运用只能限于见炎症，用抗炎清热药，见水肿用利尿药的水准。这充其量与仍盛行于印度、非洲、拉丁美洲的自然医学体系中的草药医处于同一发展水平。自无借助全身调控，获得最佳疗效之可能。人们目前之所以极力抨击“中药西用”倾向，概源于此。而这一工作的本身，还可以为统一药理学理论体系之建构，提供理性的启迪或借鉴的范例。

深入进行调控机制的研究 中药调控作用是客观的，但其详细机制的研析尚待深化。现代生理学基本揭示了人体各器官功能之间协调活动的重要规律，通过复杂的调控机制，整体趋于并保持稳态。中药的治疗作用，就和这些复杂的调控机制有关。且一味药，一剂方的作用环节每每不只一个。这些机制的阐明将是中药学对未来药学的一大促进。这方面研究尤为应聚焦于中药对生物体内那些有重要调节作用的物质，如下丘脑激素、环核苷酸、前列腺素和生物胺等的影响。并要以分子生物学水平去寻找中药干预这些介质作用的物质基础，分析具有调节作用的生物活性物质的化学结构等，以促使现代药学的根本改观。

确定中药效价及其量标体系 马克思指出：“一种科学，只有当它达到了能够运用数学时，才算达到了完善的地步。”中药研究必须进入定量阶段，才堪称臻于成熟。<sup>①</sup>然而，以何种方式建立量标体系，评估效价，却值得很好地商讨。单纯以化学成分的多寡来定量中药药效，似难与中药理论及临床实际情况相符。中药成分复杂，一药多能，复方涉及更广，这种广泛的作用或许正是该方该药从多个方面影响病理过程，而对某些疾病取得特殊疗效的关键所在。而且，在病变过程中，疾病、机体、药物三者之间存在着十分复杂的非线性的相互作用，任何一方均可以在几个环节上影响其余两方。因而，若仅用单一或孤立的因素或指标来评价中药作用，难免顾此

---

<sup>①</sup>徐晓玉：陕西中医，(6)：255，1987年。



失彼，甚可导致错误结论。若暂时不去考虑其间的复杂因素，而把单一方剂或者单味药物看作一个整体，象观察某些抗菌素那样用测定生物“效价”的办法对中药总体药效进行定量，较易与中医药理论相符。如肾虚与尿中 FDP（血中纤维降解产物）有相关性，通过尿中 FDP 的测定就可为补肾药提供可测定的药效定量指标。热症患者，儿茶酚胺和 17 羟皮质类固醇排出量增加，寒凉药物能使之迅速降低，故尿中儿茶酚胺与 17 羟皮质类固醇含量似可作为这些寒凉药的药效定量指标。对机体功能的调节是中药愈病机制的特点，故促进调节的具体作用的研究与评价尤当重视。这可通过测定神经介质，内分泌水平及生理、生化、病理、免疫等具体指标来衡量，观察相对的两种物质的含量比值，如 cAMP / cGMP，去甲肾上腺素 / 乙酰胆碱，PGI / TXA<sub>2</sub>，雌激素 / 雄酮等尤有价值。用分子生物学指标、生化指标和药理效价指标对中药总体药效进行定量，其结论每较为可靠。而在科研设计时，应首先选择或建立反映整体最终效果的方案及指标。

切实解决影响中药应用的具体问题 这类具体问题很多。大致有药源、药物质量与管理、加工炮制与剂型等。如药源问题，大自然虽十分宽厚，人类若无知地只知掠夺，终将造成“竭泽而渔”的惨局，如何做好资源的保护与开发，便成了一个战略性问题。其次，人们都希望得到品种清晰，质量良好，成分稳定，重复性高的药材，这就涉及到采集、加工、贮存和质量统一标准管理等众多方面。首先，弄清品系便是一大难题，不少同名药物却可来源于数十个品种，如白头翁有 4 科 20 多种植物，再加上产地差异，如不能确保药效如一，重复性高，更又何从谈及发现规律性东西？而采集加工等也都大有讲究，“三月茵陈四月蒿，五月砍来当柴烧。”七月采收的芍药，其芍药甙含量不及五月所采的 1 / 3，<sup>①</sup>更何況药物周转途中的失误或奸商作伪，以次充好，以假乱真等。这些质量管理问题

---

①何丽一等：药学报，(7)：429，1980年。

不解决，中药现代化只能是纸上谈兵。再者，落后、单调、麻烦而又苦口的汤剂，足以令许多患者望而却步；缺乏快速、高效的剂型，又何以解急症之燃眉，故尽快研制出适应时代需求的各种新剂型，亦已迫在眉睫。总之，影响中药具体应用的问题，必须一个个地切实加以解决，方可期望中药学在明天有更大的作为。

(徐晓玉	泸州医学院)
(刘树民	黑龙江中医学院)
(王宝瑞	大连理论医学研究所)

由于历史的因缘机会，中国知识分子在西方文化的激荡下，陷入了无所适从、进退失据的境地。他们不是把传统贬斥为昨日黄花，已无用于世；就是既未经深思熟虑，又欠缺适当的扩展视野，盲目地致力于维护传统，表现得过于急切，并时有疑虑和悲切。然而，现实世界中无情的现实，却迫使中国知识分子直面于斯，强令其作出果敢而理智的应对。舍此，别无生路。

## 第五编 现时代的困惑

我们正在告别昨天，走向明天。

昨天的一切，哪怕令人再振奋、神往、眷恋、困惑、遗憾、沮丧，毕竟都已过去，希望只在于明天。而为了明天，我们就必须正视现实，作出选择。即使这一选择十分痛苦、艰难，实现目标的历程极其漫长，失去的东西再多，我们亦无所惋惜、徘徊，因为舍此便意味着自我消亡。这就是现时代中医学者的心声，也是对待中医学的值得赞赏和光大的态度。

### 第一章 夹缝中的中医学

我们生活在一个夹缝时代，处于新旧交替的两个时代的中间。我们似乎把现在与过去和未来完全隔离开来，使我们既不属于这一边，也不属于那一边。……那些愿意处理这个夹缝时代的暧昧状态、并且期待新时代来临的人们，将会大大超过那些抓住过去死死不放的人们。这个夹缝时代正是一个充满变化和疑问的时代。

——约翰·奈斯比特

很难用一个简短的词句概括“现时代”——每个人正在生活着的这个世界。由于身置其中，恐怕谁也无法全面、准确、清晰地描绘现时代的中西医学。今天，中西医学家们一只脚还属于旧的时代，烙着自然哲学和经验医学模式或机械论和生物医学模式的印记，另一只脚正试图迈向另一个崭新（但并不保证必然更好）的天地，步履显得犹疑而欠坚定。“夹缝时代”，颇为传神的一个词语，就用它来表征我们当下的境况吧。

## 第一节 光荣和遗憾已成既往

过去和将来都不可能归我们所有。让我们把昔日的一切成功和失败抛回到古人那里，同时，将迟不可及的未来留给子孙后代。如是，只剩下孤零零的我们和实实在在的今天，以便架起一座通向明天的不朽的桥。

自从有了人，便有了自觉的医疗救护行为，并渐次有了医生的活动。千百万年的岁月已经流逝，在史前时代、在奴隶社会、在中世纪、在近现代，中西医学均取得过辉煌的成就，各有其值得骄傲的时刻。在不同的社会文化背景的影响、制约下，中国和西方的医学形成了风采各异的范式框架、理论体系、诊疗方法，沉淀了许多弥足珍贵的历史经验；也难以避免地伴随着令人叹惋的曲折、遗憾和失败，留下了不少惨重代价换来的历史教训。

**值得自豪的历史和严峻的现实** 历史上，中国曾是人类文明的灯塔，世界上医学最发达的地方，而中医药学在5~15世纪毋庸置疑地处于世界领先地位。中医学独特的理论和实践，不仅是中国古代文化宝库的重要组成部分，为中华民族的繁衍昌盛作出了不朽功勋，并对人类医学的进步有过不可磨灭的贡献，就是今天，还在继续发挥其防病治病、保护健康、争取长寿的积极作用。针灸、气功等正以其神奇的效用引起整个世界的惊讶和热情。从世界范围而

言，中医学或许是唯一具有独特理论体系并依然为千百万人所接纳的传统医学体系。

然而，近一个多世纪以来，随着中国古代文明的全面衰落，随着中华民族的历史航船从滚滚黄河驶入茫茫海洋，随着西方殖民主义者带着掠夺和侵略，亦挟着近代文明的收获大规模进入东方这块古老而神秘的大陆时，中医学的光芒逐渐暗淡了，厄运接踵而至。数千年来在华夏大地上一直独家经营的中医学再也无法一统天下。而且，连能否生存下去都成了一个严峻的问题。在今天的中华民族卫生保健事业中，以近现代科学技术为后盾的西方现代医学一步步地、无情地把古老的传统医学冲到了次要的航道上，成了一个配角，基本上只是现代医学的必要补充。每一位清醒的中医工作者都能清楚而心情苦涩地感受到：这就是历史和现实。

**沉重的过去与成就斐然的今天** 与中医学相比，西医学的辉煌和荣光一点也不逊色，一如它的遗憾和教训不比中医学更轻松。

曾经繁荣了数百年之久的古希腊罗马医学在罗马帝国变为一片废墟之际便消失于烽火尘烟之中。从文艺复兴开始，西方医学奇迹般地复苏，并呈现出加速发展趋势。这个奇迹何以会出现，就象希腊医学繁荣和中世纪中医学极盛时一样，其原因尚未得到彻底、充分的解答。对人体结构和功能实在的研究，病理学、病原微生物学、免疫学等学科的兴起，一系列新型诊断仪器、治疗工具的发明，麻醉术和消毒防腐法的广泛实施，临床各科的发展，总之，16~19世纪西方医学的持续突飞猛进，使之在20世纪进入了现代医学的历史时期。

医学科学和医疗实践在20世纪所获得的迅速发展前所未有。这是治疗的年代。许多疾病的有效治疗和预防，在本世纪才真正开始变成现实。有学者宣称：20世纪每一个10年在医药卫生方面的新进展，都要超过以前几十个世纪的成就的总和。据估计，仅在20世纪中叶，医生挽救的人命比有史以来和史前时期所挽救的人命的总数还要多。有三个指标可以表明本世纪的医学成就。一个是

各种传染病和营养缺乏病已被控制；鼠疫、疟疾、黄热病、脊髓灰质炎、结核病等等已完全失去了让人谈之色变的威风；被历史学家称为“所有死亡使者中最可怕的”天花业已在地球上消灭。第二是有效药物和防治方法激增。在 19 世纪末，只少数几种有效药物可以采用，而现在，治疗的药库中已发展到数以千种的药物，新药仍层出不穷，抗生素、疫苗、抗高血压药、抗精神病药、电解质溶液、激素、维生素、激光、化疗，以及公共卫生措施，都大大地提高了人类与疾病进行抗争的能力。第三是平均寿命显著延长，死亡率大幅度降低。人类平均寿命在 20 世纪延长了约 30 岁，这无疑是人类历史上一项了不起的伟业。

为上述成就所付出的代价同样是巨大的。无须再次详述中世纪欧洲医学千余年的完全停滞、近代实验医学兴起的种种艰辛，也不用列举因为“试错”（医学进步的重要方式）、滥用药物、医学理论中的错误概念所导致的无数无辜都死于非命。只要检讨一下 19 世纪的外科输血输的是动物血液，基本上毫无价值的静脉放血疗法居然当作“有效的”采用了两千余年，直到磺胺、青霉素发现之前西医学的整体临床疗效与中医学很难匹敌，便能想见西医学历史发展之沉重。

**让过去的过去吧** 不管中西医学的过去何等让人难忘或不堪回首，对于它们的成功和遗憾，颂歌也好，叹息也罢，所有的一切，无论如何都已成为昨日的故事。昔日的辉煌抵消不了今日的暗淡，一心想重温旧梦只能使衰落更加不可收拾。今天的高度发展亦不能保证往后不误入歧途，假若以此沾沾自喜，不再进取，……。

不必夸耀或责备古人和已逝的时光，虽然他们对中西医学的今日状况负有责任，收拾现状却是我们不可推却的使命。当此之时，最要紧的事情乃是理智地把握现在，把握时代医学提出的挑战、提供的机会，把握中西医学所存在的契机、所面临的难题，从而弄清楚我们究竟应该做些什么和怎样做。

## 第二节 现时代的冲击

沛然而作的变革浪潮，其来势之猛，实已到了足以溃决庙堂，否定价值，毁拔根基的地步。变革，就是未来入侵我们生活的征程，必须要从历史的高度来纵览，也要从生于斯食于斯的芸芸众生的立足处来仔细体察。

——阿尔温·托夫勒

**今日世界：客观压力和主观需求** 现时代区别于以往任一时代的本质特征是：当代人类及其社会正在为跨入信息时代进行政治结构、经济实力、科学知识、技术手段、精神文化的多方面准备。该时代趋势有其特定的背景，国内有学者把这个背景表述为四大客观压力和四大主观需求。

当今世界承受的四大客观压力有：人口过量——世界人口急剧膨胀，地球相对过载；

资源紧缺——正常消费与非正常消费（浪费）并行作用，能源、水源、资源出现紧张、匮乏；

生态失调——工业文明伴生出环境污染，公害蔓延，自然生态受到严重破坏，地球上已找不到一块没有污染过的净土；

战乱持续——暴力事件频繁，局部争端和战事困扰人类，军备负担沉重。

此外，无论是发达国家和发展中国家，都面临着严重的通货膨胀。现时代的种种客观压力导致了人类身心始终处于高度应激状态，社会生活节奏加快，紧张、竞争等一系列因素引发了疾病谱和死亡谱的根本性改变。许多文明病和心身疾病与日俱增，各种健康危险因素，如文化、个人行为、性格特征、紧张状态、吸烟、吸毒、酗酒、家庭瓦解等构成人类健康的主要威胁。所有这些，都使得卫生保健事业难度更大，传统的生物医学方法常捉肘见襟，无法应对。

当代人类提出的四大主观需求是：

劳动过程省力化——要求解除或减轻笨重的体力劳动，缩短工作时间；

知识财富平均化——要求普及教育、文化和科学，共享知识和科技成果；

政治、经济生活民主化——要求更多的参与，增强政府决策的透明度，反对专制，谋求南北贸易平等，消除东西经济壁垒，实行南南经济合作；

生活质量高级化——要求在温饱基础上实现物质生活和精神生活富裕、舒适。

根据马斯洛需求层次的理论，人类第一级的需求是生理上的，第二级是安全需求，第三级为社会需求，第四级是心理上的需求，……。随着文明的进步，生活质量的提高，人类对卫生保健的要求也越来越高。以我国为例，由于全国人民正从温饱型向小康型生活水平过渡，广大民众不再以医疗仅仅是治疗机体疾病为满足，还要求预防疾病，进行心理诊断和治疗，以增进健康。表现为医疗卫生服务需要进一步扩大，即从治疗扩大到预防服务，从生理扩大到心理卫生服务，从院内扩大到院外服务，从技术扩大到社会服务。人们的价值观相应发生了变化，例如过去吃饱即可心满意足，现在要求吃的花色品种多样，又合乎营养要求，还需要各种保健食品、滋补药膳、各种饮料，甚至特种食物如低胆固醇、无糖糖果等。

**新技术革命的浪潮** 欲预知未来，是人类最古老的梦想之一。70年代以来，未来学蓬勃发展。以罗马俱乐部为首的未来学家们认为：增长是有极限的，当今世界危机四伏，人类若不理智，末日的到来指日可待。以托夫勒、奈斯比特、松田米津为代表的乐观派表示：每个时代都有其烦恼和危险，但也蕴藏着希望，人类的历史远未结束，精彩的故事不过是刚刚开了个头。未来学家们论战不休，争当先知的同时，以控制论、信息论、系统论、耗散结构理论等新兴学科为科学基础，以微电子技术、新材料、新能源、生物



工程、海洋工程等为中心内容的世界新技术革命迅猛崛起，其浪头正拍打着五大洲的每一条海岸线。

新技术革命对中西医学的冲击是可想而知的。其最直接的影响可能是大量新技术、新材料的涌现，将为临床和基础医学的革命提供必要的技术手段，如全新的医学成像技术（CT、NMP）、临床检验的自动化等为临床诊断提供了新手段；遗传工程技术、核医学技术、激光技术、人工器官、医用微电子产品等又为临床治疗开辟了新途径；电子计算机技术的日新月异，出现了“电脑诊断”、“电脑治疗”等一些新概念。所有这些，对传统的临床思维方式和生活方式（特别是中医学方式）呈现出强烈的冲击作用。一些传统的医学观念、理论和基本概念都面临着重大挑战；呼唤更新和嬗变。就临床思维而言，如今不仅需要形式逻辑，也需要辩证逻辑，更在召唤数理逻辑。

我们曾就新技术革命对医学发展的间接影响作过分析。<sup>①</sup>认为新技术革命首先将加速人类疾病构成（疾病谱）的改变，进而推动医学模式的嬗变，并引起医学方向和重点的转移。具体在要求医学工作者扩大他们的研究领域，拓宽视野，在注重生物因素的同时，注重社会和自然环境以及个体的人际关系、行为方式和精神情绪等。其次，新技术革命将加速社会的发展，人的价值将进一步提高，社会对医学的要求明显提高，要求提供更高质量的治疗，注意病前状态的处理，致力于提高人类人口素质、生活质量和帮助延年益寿，医学的社会职能将进一步扩大。最后，这还将促进人类保健模式的改变。世界卫生组织（WHO）曾就此作出过规划，力争本世纪末达到“人人享受保健”的目标。美国学者麦克斯门预测，到本世纪末，卫生事业中人员的比例，“医生中心”将由目前的 80% 降至 10%，而“保健中心”则由目前的 20% 升高到 88%，……。所有这些，迫使医学科学医疗卫生事业必须作出相应的、带有某种根本性

---

①何裕民：《中医学导论》，第164—166页，上海中医学院出版社，1987年。

质的调整，否则将无法适应社会所提出的要求。

新技术革命对于中医学还存在一些特殊的影响。由于中医学，特别是中医临床深层结构的特殊性及中医理论与现代科学理论存在本质上的不可通约（不排除某些结论上的相似），加上中医学自身的现代科学技术基础先天不足，所以，对中医学来说，广泛运用新技术革命所提供的科学技术手段来研究、阐释中医理论和有关认识，也是中医现代研究中的一个重要环节。而中医理论及单科方面的上述特殊性则对研究者提出了极高的要求，只有确切地掌握了中医理论，同时又娴熟于某一方面的新的科学技术手段，才可能很好地胜任这项工作。因此，我们说新技术革命的更根本冲击在于，对现代中医人才的培养提出了新的更高要求，而这一事件本身将触动和推进传统中医学作出全方位的彻底变革。

**中西文化结构的重组** 有人说，当麦哲伦率领的船队绕过暴风雨的好望角，风和日丽的太平洋象一个奇异的世界展现在这伙欧洲人面前的时候，这个世界在人们的意识中才有了真正完整的概念。从此，东方和西方不再是分离的了，历史开始把整个地球作为自己的大舞台。从文化角度而言，中、西文化在古代虽然有过接触和交流，但规模毕竟有限。近代，特别是19世纪末以来通讯和交通的发达，使今日的字内变成了一个小小的“地球村”，东西方的地理距离已不再对中西文化的交流、渗透有以往的那种屏障作用。当今人类文化的基本趋向是：西方文化东方化，东方文化西方化，世界文化一体化。有人把此誉之为世界文化史上最为壮丽光辉的一页……。

近代前期，受马可·波罗等人夸张、浪漫游记的影响，附上想象和憧憬，在西方人眼中，中华帝国殷实、富裕、和平、安宁，这里人人生活在幸福之中，简直就是人间的伊甸园。19世纪，西方文明长足进步，包括黑格尔等的欧洲学者抛弃了田园牧歌式的中国图象，而傲慢地对中国文化不屑一顾。20世纪的社会和文化巨变使西方知识分子越来越客观地看待东方。其中缘由显然与欧洲大陆

上两次世界大战以及近来经济中心由大西洋向太平洋地区转移的新形势，西方现代文化遇到了种种麻烦等因素有关。除了对古代哲学、艺术、文学家仍持有兴趣外，对东方当代文化的热情亦大大增强，普通人的日常意识和行为也开始成为学者讲座的课题。当前国际性的某种程度的“中医热”，其文化背景即在于此。

中国对西方文化的引进和接受，自开始就是被迫的、被动的。先是输入工具理性文化（科学技术等），最后才是社会理性文化（自由、政治的民主参与、法制等），而实用感性知识（特别是生活、娱乐的方式、产品）则是悄悄地长驱直入。不管中国近现代史怎样多灾多难，传统的文化结构终究无可抗拒地遭到解体、重构，西方文明中的优秀成果终究逐渐为国人所接受，中国历史上未曾有过的一种新文化正在艰难的排拒中确立。众所周知，中医学的一个突出特点就是深深根植于传统文化，而今，传统文化的根基和面目已全非，这对中医学产生的震荡是必然的，就象把一株习惯于南方气候和土壤的树移植到北方。现时代中医学的全部痛苦，其根源或许可归结于斯。

世界文化一体化，给中西医学以更多的参照系、更多的思路、更多的选择目标，同时，也带来了深层文化结构上的危机和挑战，这对中医学的挑战尤为明显。

**改变中的疾病谱和死亡谱** 人和疾病是人类医学历史的基本矛盾。疾病，是医学的永恒主题。某个时代的医学主潮一定意义上就是由那个时代的疾病构成特点决定的。20世纪50年代以来，疾病谱和死亡谱（又称疾病和死亡构成）发生了根本性的变化。现代工业化社会中，急慢性传染病和寄生虫病不再是威胁人们的主要疾病；而心脏病、恶性肿瘤和脑血管病一跃而居头几位。究其事由，一是生物医学已部分解决了诸如传染病、寄生虫病的诊治问题；二是现时代的压力改变了人们的社会生活方式。我国的疾病和死因构成也发生了相应的变迁。

美国1977年1岁以上10种主要死因是：心脏病、恶性肿瘤、

脑血管病、意外事故、车祸、流感和肺炎、糖尿病、肝硬化、动脉硬化、自杀。这与 30 年代时以肺炎、结核病等感染性疾病为主要死因截然不同。又如在英国，1901~1910 年间，每百万 15 岁以下儿童死于白喉的便高达 571 人，而到了 1969 年则降为 0；但其他一些非感染性疾病却呈上升趋势。1981~1982 年中国 19 个城乡点的调查中表明，前 8 种主要死因依次为：心血管疾病、脑血管疾病、恶性肿瘤、意外死亡、呼吸系统病、消化系病、传染病以及其它。而 1957 年中国城市的前 5 位死因是：呼吸系病、传染病、消化系病、心脏病、脑血管病。1985 年以来上海市区心血管疾病致死率已超过了总死亡人数 1/4 强，这些数据清楚地表明了疾病和死因构成的变化趋势。

上述变化趋势使得当今主要疾病的病因已不再仅仅是生物学的了，而是社会的、心理的、文化伦理的生物学的诸多因素综合作用所致，因此，对它们进行预防和治疗比传染病要困难得多。这又导致变革医学模式势在必行。以系统论为指导，用整体观念研究医学问题成为当今世界防治疾病的迫切需要。在此，中医学拥有一定的优势。如天然药物，重视精神心理因素，强调整体、有灵活庞大的治则体系等，但这些优势只是相对的，决非永恒。当代医学，无论中医学还是西医学，都无法回避已经改变了的疾病和死亡构成。时势易矣，任何人、任何科学想单纯依仗古方法、古方、或借尸还魂以解决今日问题，必将被历史所遗弃，为后代所耻笑。

### 第三节 中医学的危机

凤凰须在烈火焚烧中方可涅槃，蛇要通过蜕皮的苦痛才能新生。危机并非就是坏事，不仅仅只是凶兆。可怕的是存在着全面而深刻的危机，却意识不到，或不愿正视，沉溺于文饰度日的自欺欺人状态中。

当前，人们为了帮助中医学尽快摆脱困境，得以发展和“振兴”，而竞相开出处方，献上良策。我们觉得，这些固属重要。然而，首先有必要冷静、理智地对中医学的现状，作出全方位的、带有前瞻性的考察。基此，才能找到症结所在，对症下药。

**现时代中医学面面观** 有学者曾对现阶段的中医学作过一个较为客观的评价。指出：在现时代，中医学有着以下一些利于自身发展的因素：（1）着眼于整体和身心合一等的较为正确的观念；（2）医学模式的主导精神是合理的，与未来医学模式有着内在的吻合；（3）在方法论方面有着一些潜在的优势，其中有些方法也许能补现代生命科学研究之不逮；（4）对于医学现象有着细微的描述，形成了一些独到的理论认识或假说，其中，有些涉及了人们尚未深入加以探究的领域，如气功、针灸、经络、传统药物作用、心身关系等；（5）诊治技术方面的众多长处及两千年来积累成的临症丰富经验；（6）在一些边缘学科或新兴分支领域中，通过不自觉的实践探索所获得的一些颇有价值的经验和知识；（7）传统中药方剂及针灸等方面的特色，特别是药物方面的使用经验。这些，若能充分加以发掘利用，将有利于中医学的发展。

然而，作者同时又指出了许多不利于中医学生存的因素，包括：（1）中国传统文化固有的尖锐的两重性，及其中消极、保守成分对中医学的巨大束缚作用；要发展中医学，首先须深刻全面反思传统文化；（2）独特理论体系的封闭结构阻滞了学科的顺利发展；为此，突破原有理论体系是发展中医学的关键；（3）作为传统科学，她对信息社会中“知识激增”等冲击，适应性差，难以迅速吸收、容纳和利用新的信息及新的技术设备和方法手段，为此，造就一大批具有现代科学素质的人才堪称当务之急；（4）中医学的许多认识和思想尽管可谓天才的、杰出的，但又是粗糙的、笼统的；正确性高、准确性低；且大多无法用现代科学手段加以研究（缺乏可证伪性），对这些人类认识的“粗产品”不加以科学提炼，中医学将永远踏步不前；（5）方法论和方法虽有某些特色，但却与现代科学

方法论存在着时代的差距；(6) 尽管中医临床疗效确凿，但诊治过程大多只是建立在感性的经验基础之上；许多只知其然，不知其所以然，有着一定的“偶然性”；(7) 在一些新兴分支学科中的经验和知识只有相对的意义，如不及时加以发掘和发展，随着现代研究的面上铺开和点上深入，这些认识的意义很快将不复存在；(8) 最为关键的是中医理论自身的缺陷，许多基本概念含糊不清，且不少是无法证伪的哲学术语之移植；对这类概念的内涵和外延若不清晰地予以确定，那么，要发展中医只能是纸上谈兵，因为明确概念是共同进行任何科学研究的前提和出发点。<sup>①</sup> 这些缺陷紧紧地束缚着中医学的发展，也深深地困惑着现时代的中医学工作者。

上述这些分析，主要是从学科自身出发的，一个学科的发展与停滞，尚有其外在的因素，是内外多因素综合作用之果。就外因来看，以下几点最堪称忧：

**临床阵地萎缩** 现时代的民众患病后，不仅希望得到治疗，还要求了解疾病的确切诊断，有关病因病理的具体解释；在治疗上则寻求方便、迅速、廉价。由于中医学诊断手段的落后，基本概念与现代科学几无一致，说理难通；加上服药麻烦、药价上涨、道地药材奇缺、疗程较长、药味苦涩等一系列因素，使民众中自然而然地形成了“急性病看西医，慢性病找中医”；“西医院诊断，中医院治疗”等观念，使一大批病员涌入综合性医院，求治于中医的病种日趋减少。在中西医学并峙的形势下，中医临床阵地明显萎缩。

**医药失序** 有人指出：中医学系统中，理论源于医生实践，而药物又是医家实践的重要手段。药、医、理三者相互关联，表现出明显的有序性。<sup>②</sup> 此说不管精当与否，确也道明了医药之间关系的密切。而如今，医药失序已成一大障碍。药物被视作单纯的商品而其生产只注重经济效益，以致出现了常用药物野生资源的日趋减

---

① 何裕民：《中医学导论》，第171—172页，上海中医学院出版社，1987年。

② 陈放中等：《医药失序的危机》，《第三代中医论丛》，第227—229页。

少，药源危机；药品质量下降，炮制粗劣、品种混乱、以假乱真，伪劣药品泛滥，管理和加工危机；加上使用中种种令人费解的人为因素，如药房不经医师主张便擅自更换替用药，以手代秤，不求分量，煎服时的不遵医嘱等都影响了疗效，而这一切，又都加剧了中医临床阵地萎缩之势。

**中医教育的尴尬** 解放以来我国强调的保存和发扬中医政策似乎并未取得预期的结果。1983年统计，全国医师医士人数为1949年的6.6倍，但中医只占23%；与1949年相比，仅增加0.1倍。中医师几乎零值增长的原因与中医教育大有关系。中医教育陷入了一种尴尬的境地中：一方面，中医院校无法吸收大量学生入学，特别是一些有志于斯者；另一方面，已毕业的学生纷纷改行。除了一些大城市外，中医院校很难招到第一志愿为中医学的学生，学生毕业后报考西医专业研究生或改行搞西医者为数不少。同时，一方面社会上中医医疗单位人员结构不合理（缺乏必要专业训练者比重很高），另一方面又普遍存在着中医院校毕业生分配难的问题。这些，反过来导致了在校学生专业思想的不稳定，中医教育工作者应该怎样让计算机、基因工程和核技术时代的青年学生对中医学真正发生浓厚兴趣，然后孜孜不倦地去学习、掌握它，进而全身心地热爱它，发展它？要知道，现时代可是一个传统文化全面衰落，重构的时代。不说阴阳五行、麻黄桂枝没有吸引力；传统的京戏、地方戏，乃至国画的市场又有多大呢？随着我国商品经济的进一步发展，高等教育体制的改革，中医教育的危机将更趋严重。

**两种危机，孰最堪忧** 现时代中医学的种种危机可粗略地分为两类：外在的和内在的。

外在的危机每每是显而易见，指诸如人们对中医学的各种误解和歧视，临床阵地的萎缩，教育的困境，有关领导和主管部门重视中医学不够，中医政策的制定和实行不合理，商品经济对中医中药的某些消极影响等等。外在的危机中有两点很值得关注：一是中药问题，包括药源危机、价格飞涨、管理不善、传统中药煎服法的诸

多不便，使中医过去的简（单）、便（宜、方便）的优势日趋减少，而假药的泛滥、炮制的不得法等则直接影响中医的疗效；二是中国文化结构的重建所带来的中医学赖以生存的文化根基的丧失，这是所有外在危机中最令人不安的。

一门科学能否生存和发展，关键不在于是否有政策保护（固然有时这是必要条件），而在于自身的进步。若自身无法卓有成效地满足现时代的客观要求，并不断自我更新，即使有良好的外在环境，终究无法挽狂澜于既倒。恰似一颗石子或无生殖力的种子在再适宜的温室中亦不会开花结果。与外在的危机相比，中医学危机的要害在中医学本身。面对近代中医史和中医学的现状，我们实在无法排遣这样一个疑问：中医学的衰落是必然的，抑或属于暂时性的发展滞缓？如果是必然的，那么，振兴中医的一切行动将是一种悲壮的努力，也只能是不可能有的结局的悲壮的努力而已？如果不是，何以突破的希望至今仍是“一丝曙光”，还没有明晰地出现在东方的地平线上？科学史已经表明，任何古代科学——包括古代埃及、巴比伦和印度、古代希腊、中世纪阿拉伯以及古代中国的科学都已或正在相继被近现代科学扬弃、取代，唯有中医学是一个特例，尚未被历史的尘埃掩埋掉其光辉。所有古代科学一定会随着科学的进步被淘汰和遗忘，这是否是科技史的一条客观规律？中国古代其他科学如天文学、物理学、数学等的悲剧会不会迟早要在中医学里重演？自灭和被淘汰的命运会不会落到我们中医学的头上？我们是否清醒地意识到目前的危机？我们能否象优秀的先辈们以其聪明才智创造了伟大的中医学一样，用我们的全部智慧使中医学以全新的面貌，不再需要政策的保护而卓然自立于世界科学之林？

为此，我们不能不怀有深深的忧患。

**更多一点忧患，少一些自欺** 新儒学的大流行，西方文化东方化的现象，现代科学与古代哲人思想火花的相似，世界范围的“中医热”“使不少人宣称：未来的世界文明就是中国文化的复兴，21世纪将成为中国文化的世纪。君不见，我们不是对西方学者赞



颂中国文化的观念，那怕是只言片语而激动不已吗？当某个知名物理学家认为关于中医、气功学等的研究将会导致一场深刻的科学革命，其意义决不会亚于相对论和量子力学的诞生时，我们不是喜形于色吗？我们中不是有人干脆郑重其事地专门撰文向全世界宣告：21 世纪将是中医学的世纪？我们似乎出于本能地相信，西方医学的各色问题必须在东方的中医学中觅到解救良方。

这种气魄着实令人振奋。可惜的是这些伟大的“乐观”，情感多于理智，期望多于现实，完全置现时代中医学的种种危机于不顾。对中医学的未来采取民族虚无主义和悲观主义的态度固不足取，值此冲击和挑战四起，自身的命运尚未明朗之际，更危险的是井蛙和夜郎式的盲目乐观、自我陶醉、妄自尊大。

历史是有情的，它创造了古代科学中的奇迹——中医学；同时，历史常常又是无情的、甚至残酷的，它也可能根本不考虑人的主观意愿和感情而让奇迹变成陈迹或废墟，从而演出历史的悲剧。为了中医学的突破，让我们更多一点忧患，更少一点盲目乐观吧！

#### 第四节 西医学的难题

在当代西方文明中得到最高发展的技巧之一就是拆零，即把问题分解成尽可能小的一些部分。我们非常擅长此技，以致我们竟时常忘记把这些细部重新装到一起。

——阿·托夫勒

历史的进步是一把双面的剑，巨大的成就每每与难解的问题相伴而行。现代医学从根本上改变了人类医学的进化图景，改善了人类的卫生和保健状况。然而，它同样面临着一系列严重问题。

**现代瘟疫** 疾病的历史差不多和有机生命的历史一样久远，人类医学的最为悲壮的色彩或许在于：人可以控制一种又一种疾病，可是命中注定无法完全消失疾病。20 世纪的“瘟疫”主要有：

恶性肿瘤、心血管病和脑血管疾病是人类目前的主要死因，防治上至今尚未有突破性进展；

遗传病已发现达 3000 种以上，其相对和绝对的患病率仍日见增高。据 WHO 人类遗传学规划任务小组 1981 年报道，在发达国家已确知有 3~5% 的人的生命质量受到遗传病残的严重危机；

精神病的发病率本来就相当高，且尚无可靠的治疗和预防其发展和复发的措施，如今，它又扶摇直上，发病率继续增高，如从 50 年代末到 70 年代末的 20 年间，北京市的精神分裂症患病率上升了 4.7 倍，上海市上升了 4.3 倍，川南地区上升了 4.03 倍；丹麦 1979 年报告的躁狂抑郁性精神病患病率已达 20%；<sup>①</sup>与此同时，“紧张状态”和心身疾患日益严重，据统计，某些国家综合医院门诊初诊患者中，2/3 左右与此有关；

环境污染导致大量公害病蔓延；

吸烟、酗酒、吸毒、自杀、凶杀、不良饮食习惯和营养结构等人类行为不仅带来社会问题，亦威胁着人类健康，美国近来的调查表明，50% 左右患者死于不良行为，国内亦有调查表明，我国高达 40%；

“获得性免疫缺陷综合征”（AIDS），被人们称为前所未有的“黑色瘟疫”，死亡率高，传播速度快，正无情地向全球传播，现受到传染的可能超过百万。人们惊呼，到 2000 年，它将有可能成为人类主要死因之一；

在“人口爆炸”面前，如何控制人口增长、提高人口素质，对于全世界尤其是发展中国家，是一个十分紧迫的问题；

平均寿命延长，以至许多国家面临着老龄化问题，老年、中老年性痴呆，老年骨质疏松症等，发病率皆高，老年人的保健和生活问题，也是各国卫生部门的紧迫课题；……。

---

<sup>①</sup>《精神病流行病学》，见《中国医学百科全书·精神病学》，第 39~40 页，上海科学技术出版社，1982 年。

**健康危险因素** 现代瘟疫的病因与过去的传染病病因不同，除了生物学因素外，与社会的、心理的、行为的因素关涉更大。健康危险因素是一个社会医学概念，指各种使疾病或死亡发生的可能性增加的因素，具有潜伏期长、特异性弱、联合作用强、多因多果、广泛存在等作用特点。健康危险一般分为四类：①生活方式和行为——不良生活习惯、消费和求医不当、有害于健康的业余活动、职业性危害等；②环境因素——人类群体或个体的不良自然环境、身体环境、心理环境和社会环境；③人类生物学因素——成熟和老化、遗传基因、复合内因；④保健服务因素——包括医疗、预防、康复服务，如医疗水平低、初级保健网不健全、卫生经费过少和分配不合理、轻视预防和康复等等。

对美国和中国前 10 位死因与上述 4 种危险因素的关系的调查表明：生活方式和行为因素居第一位，其次才是人类生物学因素、环境因素、保健服务因素。怎样才能有效的控制健康危险因素，特别是不良行为，不仅是横亘在现代医学面前的艰巨任务，也是当代社会的一个复杂课题。

**滥用药物** 药物的拉丁词——pharmakon 来自希腊语，在荷马时代意指符咒。它有好的和坏的用途，既可以使人变成猪，毒害人们；也可以治疗疾病。所有有效药物、手术操作、治疗方法，都有利弊两重性。过度依赖医药、滥用药物，致使 pharmakon 这个符咒失去了护身符的作用。本世纪最大的药物灾难和抗生素的日渐失效便是典型例证。

50~60 年代，欧洲许多国家使用反应停（酞胺哌啶酮）作为孕妇的镇静止痛药，认为它安全、有效、无毒，实际上它有导致畸胎、多发性神经炎的严重副作用，流行后很快就发生了本世纪规模最大的最悲惨的药物灾难。据医学家估计，自 1956 年出售后的 6 年间，仅西德就曾引起 6000~8000 个畸胎。

抗生素是治疗传染性疾病的“奇迹药物”。在全世界范围内抗生素越用越广之际，研究者提出了警告：这些药物正在因为胡使滥用

而失去其抗病的威力，且其毒副作用却丝毫未见收敛。过去一度对抗生素非常敏感的致病菌，现在却演变出新的抗药菌株。以前一用抗生素即可治愈的疾病，现在却迁延难治，在用药情况下仍然继续传播。这些难题不仅涉及药物，也使人们对以直接了当地对抗、替代等为主的治疗思想的无可动摇的地位，提出了质疑。

人们总幼稚地相信“钱可买来药，从而带来健康”，而药物又是颇能赚钱的商品，制造商和推销者会很容易以极有诱惑力的方式号召人们大量使用药物，所以，滥用药物将愈演愈烈。半个世纪前，就有医学家不无忧心地说：“医师们的首要任务，是教育群众不要依赖医药。”今天，还要补充一句：“必须教育医生，不要开不必要的处方。”同时，还有必要适当地校正用药的指导思想。

**伦理的困境** 自本世纪 60 年代以来，随着医学科学一系列新成果的应用，西方医学界和伦理学界出现了一股研究与医学、生命有关的各种伦理问题的热潮。20 世纪中期以来，几乎每一个重大医学成就都伴随着深深的伦理争端，生命伦理学取代传统的医学伦理学应运而生。

涉及到伦理学讨论的的医学事件和成就主要有：器官移植、安乐死、试管婴儿、体外受精、人工非自然性交授精、重组 DNA、人体实验、生和死的认定、生命本质的界说、生命质量控制、行为控制、人工流产、计划生育等等。美国生活杂志首说：“现在已成为民族问题中的当务之急，这是在生和死、医学道德上，进退两难的最普遍的事例。它们每天苦恼着我们，以致时而在轻度痛苦的私事中，时而在象里根的报告以及公众的强烈要求中，都展开了一场恰当而有益的，对人类生存艰难选择的思考活动。”

**伪科学的泛滥** 科学创新的胚芽和伪科学的怪胎，有时是极难辨别的。科学在 20 世纪已成为一个令人羡慕的职业，科学家的社会地位和收入比起过去来已有天壤之别。庸医和骗术，在人类医学史上，不绝于史书。现代医学的巨大发展并未消除它们，反而更加甚嚣尘上。其中原因不难理解，一是患者无不希望早日康复，难

免“急病乱投医”，而人往往轻信；二是许多疾病不经治疗可自行消失；三是现代的不少疾病乃精神心理因素所致。所有这些，给江湖医生、医学骗子、骗术、假药等以可乘之机。美国学者在《冒充科学的邪门左道》（中译为《西方伪科学种种》）一书中以医学迷信、江湖医生、养生怪论、丢掉眼镜、偏执的性理论、生命能说、意念说等7章的篇幅描绘了西方医学领域中的形形色色的伪科学。在中国，亦急需一本类似的著作清理科学界的垃圾。

**变革：同样需要** 20世纪末的医学，是处于转折期的医学。其学科越来越精细又越来越综合，它与别的学科，如自然科学，社会科学、技术科学间的联系日趋紧密，相互渗透越来越多。现代医学，无论在整体上，还是就具体分支而言，均存在着难以枚举且有增无减的难题。这些，正表明了它的希望所在，同时也揭示了一个简易的道理：变革，对于它来说，同样是必需的、迫切的。

## 第五节 路 在 何 方

我要到对岸去

河水涂改着天空的颜色 / 也涂改着我 / 我在流动 / 我的影子站在岸边 / 象一棵被雷电烧焦的树。

我要到对岸去。

——北 岛

中西医医学显然不会因危机和难题而止步，恰恰相反，将以此作为发展的母体和催化剂。在人类历史上，身处这个时代的我们将为医学进步奉献些什么？我们能否让现时代的种种危机和难题使我们在历史上身影更伟岸，这取决于我们的行为和创造。行动之前，有必要先清理一下我们内心的困惑，怎样迈步！？路在何方？

**现代医学的趋势** 由于电子显微镜、X射线衍射技术等理化手段的发展和分子生物学的建立，西医学研究正顺着生物科学的

传统，从古典的个体水平、器官水平、细胞水平深入到了亚细胞水平、分子水平以及量子水平。生命活动和疾病过程的微观研究，可以说已使医学进入了“分子医学”时代。另一方面，由于“公害病”、“文明病”等的泛滥，促进了生态科学、环境科学、行为科学等的发展，加上系统论、信息论、控制论等的影响，又迫使医学研究以古典器官水平、个体水平，上升到群体水平以至生态水平，对生命活动和疾病过程进行宏观的综合研究。逐渐趋于把人作为一个与自然和社会环境息息相关、相互作用的整体。因此，医学也开始进入“系统医学”时代。这一“两极”化的发展趋势使得医学发展中的一系列古老的矛盾，如综合与分析、整体与细节、还原论与整体论、机械论和有机论以新的形式表现出来。

在技术方法上，现代医学正贪婪地广泛摄取物理学、化学、数学、生物学以及技术科学和工业技术的新成就，故其技术部分日新月异，越来越向微量、快速、精确、高效、简捷和自动等方面发展。诊治技术的发达也使越来越多的医生仅仅依赖物化技术而日趋放弃临床观察和临床思维，使他们忘记了医学的对象是病人而不仅仅是疾病。“19世纪上帝死了（指神学被彻底否定了），20世纪人死了。”用以评价医学现状，是颇为恰当的。怎样处理好“人——机”关系，既充分应用先进的技术手段，又不丧失医学的人性和整体性？是值得每一个西医学工作者深思的。

现代医学与社会的联系日趋紧密，医疗卫生事业越来越社会化，医学的社会作用越来越重要。在此，医生的事业不再是“纯科学”的，医生的任务不仅仅是医治疾病，他们还同时负有比以前任何时代都要艰巨得多的社会责任。医生是科学家，是专门的技术专家，但更重要的是，他们首先是人，是社会的一员。医学的研究和使用在人类价值和社会领域中绝非中性。因此，医生和医学家对于医学的内容及其可能后果，必须做好向导工作。在这些方面，聆听一下先贤，包括希波克拉底等的某些教诲，注意吸取中医学中的一些长处或优势，也许是有益的。

**中医学：需要新的姿态** 若说西医学的问题是如何发展，那么，中医学的问题则是能否生存和能否发展，显然，这更为严峻。当今，一门科学若不能发展，势必被时代所淘汰。

中医学喜欢回忆过去，就象一个年迈的老人，开口便谈从前。然而，诚如一位诺贝尔医学奖获得者所说：一个国家或一门学科的进步与否，只要翻阅一下它们的报纸和书刊，如果它们的笔墨只萦绕在既往的辉煌和一切回忆，你想想看，它们那里哪还有什么新鲜，更何况可以付诸现实的幻想？！年轻的一代，抬起头来，眺望未来要紧！

在急速变化的现时代，如果中医学仍然言必称仲景，口必诵《内经》，紧紧抱着一切古老的东西不放，甚至乞灵于千百年前的古人古书，人为地为它们加上一件件时髦的外衣，然后得意洋洋躺在“浩如烟海”、“汗牛充栋”的发黄故纸堆中，那么，中医学又何生机之有？因为旧文献如不包含新信息，其新信息量等于零。对过去的回忆绝然代替不了对未来的追求。不妨时时问一问，昔日的成就是否正在变成缰绳束缚我们的手脚？变成包袱正在压弯我们的脊背？

一门科学没有发展和创新实际上就是倒退和停滞。历史和时代已再也不允许任何人打着“继承为主”，“先继承、后创新”的招牌，行因循守旧，古云亦云之实，不愿也不敢，甚至不许别人跨越传统的“雷池”，压制和扼杀任何创新，不仅捆住了自己的手脚，而且不准他人“越轨”。假使中医学丢弃探险精神，只是追溯过去，象鹦鹉学舌一样复述古人，它将永远停留在已达到的水平上，所以，最科学、最有效的继承是创新，是带有创造性发挥的继承。中医学术发展史已表明了这一点。<sup>①</sup>如今不少人所谓的“纯继承”，除了复古之外，别无其他实质意义。

出路很清楚，要么使中医学来一次质的飞跃，要么因循下去，

---

<sup>①</sup>何裕民：试论中医学发展中的辩证运动，《医学与哲学》，2：3-4，1983年。

变成一尊文物。何去何从，我们必须作出选择，50年、100年、500年后，历史将对我们的选择作出公正的评价，就象我们今天客观而严肃地评价以前的每一个时代的功过大小。我们庆幸有选择的机会，因为一个没有选择机会的社会、学科或时代，每每是单调、沉闷的，不值得为之奋斗和奉献。然而，选择又是艰难的，不仅需要智慧，更需要顽强的毅力和卓有成效的工作，而首先需要的是新的姿态。

但是，眼下中医研究和发展的正确决策是什么？具体的路究竟是哪条？发展中医的战略要点和具体的着眼点何在？也许，要有说服力地回答这些问题，对近百年的中西医交汇及中医现代研究的一次次热潮，作出全面评述和理性的考察，是必不可少的。为此，第二、第三章我们将不厌其烦地就这些作出分析和审视。

本章一开始，借用了美国未来学家约翰·奈斯比特的“夹缝”一词表征现时代的中西医学，最后，我们愿以他的《大趋势》一书的最后一段话作为此章的结束。

“虽然在两个时代之间的时代是摇摆不定的，但是，这是一个伟大的时代，一个发酵的时代，里面充满了各种机会。如果我们学会利用它的摇摆不定性，我们在这个时代里所能取得的成就，要比稳定的时代里大得多。……在稳定的时代里，我们几乎没有讨价还价的余地。但是，在这个夹缝时代，我们讨价还价和影响的余地是无穷的，……，问题在于我们对前面的路途要有一个清楚的感觉？一个清楚的概念，一个清楚的远见。”

“能够生活在这样一个奇妙的时代，真好。”

(聂菁葆 湖南中医学院)

(何裕民 上海中医学院)



## 第二章 排拒与交融

思想走在行动之前，就象闪电走在雷鸣之前一样。

——海涅

李泽厚在《中国近代思想史论》后记中谈到：“中国近百年来许多规律、因素、传统、力量等等，直到今天还在起着重要作用，特别是在意识形态方面。死人拖住活人，封建的陈垢阻挠着社会前进。从而，当偶然的事件是如此的相近，历史似乎玩笑式地作圆圈游戏的时候，指出必然的规律和前进的路途，依然是一大任务。”这段精辟论述揭示出近代历史发展的总规律，强调了对这段历史进行思想反省的重要性和现实意义。在医学这个具体的文化领域也是如此。西医学伴随着鸦片战争的炮声与火光进入中国以来，中国人便一直思考着中西医学的关系，并进行了艰难的探索。这种探索的过程至今仍在继续。如果从中西医汇通派出现算起，已有一百余年了。但这种探索的收效却不尽如人意，中西医学各自的体系依然故我，这一过程所触及的各种问题，至今大都未得以解决。因此，有必要创掘出中西医学交汇中种种令人费解现象的深层因素，以便对历史作出合理说明的同时，为今天的中西医学交往扮演思想意识上的“清道夫”，让两极振荡、圆圈游戏式的历史玩笑尽快成为陈迹。

### 第一节 中体西用——思维怪圈的萦绕

一切过去的，都会成为美好的回忆。时间可能会拉长历史文化与我们的距离，使我们看不到这种文化与我们距离，使我们看不到这种文化曾经起过的消极作用，使我们可能会在更新的文化格局中以伦理的、审美的眼光专注它。然而现实无情的历史进程产生的新冲突、新挑战、新前景，又使人们断然的

告别过去，向着未来更新的理想、可能性的世界和文化前进。

——普希金

**特殊的情境** 近代中国是个动荡不安，思想纷繁，古今中外新旧良莠错综矛盾的时代。欧风美雨打破了中国旧有意识形态的平寂。旧秩序在风雨飘摇之中残喘，新秩序则嗷嗷待哺，人们在现实面前表现出空前的茫然和无所适从。整个中国的一切领域都面临着同一问题；如何支配自己的命运，如何确定自己的指向？何去何从？历史的进程，天演规律所昭示的现实，使人们不约而同地认识到，进化是不以人的意志为转移的，优胜劣汰，适者生存，无法抗拒。因此，要求自强、自立、自新。但另一方面，几千年形成的习俗和尊经崇古的思维惯性，却非一时便能摆脱。所以，文化精英们在慷慨陈词，力主变革，要求进取的同时，尚怀有深切的隐痛和忧患，缺少大唐之际文人那种把中国文化放在世界文化潮流中，任其选择的胆略和气度。相反，却总有一种难以割舍的眷恋，表现出自身极端矛盾的心态。人既是一定传统的产物，又生存在一定的传统中，因而，其思想不能不在不同程度上屈从于传统。尤其在中国这样一个有着绵绵数千年发达的封建文化国度里，传统文化塑造了中国人的一切包括思维方式和行为反应，规定了他们对事物的认识深度和价值判断。几千年天朝大国四夷臣服的历史，孕育了国人文化中心观念，使之滋长着一种莫名其妙的自我优越意识。直逮近代，虽客观现实早已抽去了这种自我优越观念的根基，但认识落后于实践，在人们的思想深处，它仍然是人们认识世界，决定价值取舍的基本尺度。传统观念的保守性和历史发展的必然性交织而成的矛盾导致了“中体西用”观念的出笼、孳蔓及残喘至今。

**绝妙的准则** “中体西用”最早导源于“师夷长技以制夷”的观念，后来逐渐发展成一个比较完整的、包含特定涵义和内容的、处理中西文化关系的思想理论原则。所谓“中体”就是中国的伦常名教，四书五经，中国史事，尧、舜、禹、汤、文、武、周公之道；

“西用”即西方各国的富强之术。二者系体用、本末、主辅关系。中学为“体”、“本”，西学为“用”、“末。”因此，必须以西学辅助中学，以西学补充中学，西学必须包罗于中学之内；而决不能凌驾于中学之上。这是“中体西用”的基本内涵和精神实质。从中可以明显反映出这样一种心态：在总体上，中学是优于西学的，而且不能不如此，中学仅有的缺点是“未备”、“失传”；需用西学“补之”、“还之”；中学是源，西学仅仅属流。在当时，这一观念不可不谓是绝妙的佳作，它既未对西方先进的科学技术“视而不见”，又满足了一种畸型的民族心态。故很快发展成整个近代中国的主导思潮。

进一步分析可见，上述观念是在近代中国这个特定的历史和人文地理背景中产生的，反映了人们既要保持中国传统文化的完整性，又不得不正视西方文化，特别是先进科学技术的民族心理。“中体西用”作为近代的思想理论原则，渗透于各个领域，成为人们处理中西文化关系的行为准则。中西医学是中西文化的具体领域，二者的关系是中西文化关系的具体体现。“中体西用”遂成了中西医汇通派唯一可以遵循的思想原则。所有的汇通主张都符合“中体西用”的要求，这从汇通学派的著作和言行中可见一斑。

**双重的矛盾** “中体西用”的产生，有其历史的合理性和必然性，但却不是个科学的命题。它成为中西医汇通等的指导思想，也有其历史的必然性，它规定了汇通的程序和方法，也局限了汇通派的眼界，导致了他们在思想方式和研究方法等上的失误，故不可能实现汇通的目的。

“中体西用”命题包含着双重矛盾，在理论上这种体用关系是不能成立的。首先，它违反了体用统一规律。体用本身是中国传统文化的一对古朴的范畴，它和传统文化的其他范畴一样都带有意会的特点，只能靠内省体验去把握，其概念的内涵与外延缺乏明晰的界定和严谨的逻辑性。因此，易被人们随意滥用。在历史上它之所以被应用了几千年而没有陷入理论上的困顿，那是因为整个传统文化的通约性为其提供了可应用的条件。它可以遵循传统文化的普遍特

点，得心应手地根据不同对象和不同需要任意把某种事物认作“体”，也可以把同一事物认作“用”。体用的确定完全是以主观需要为转移的，而不是根据客观事物本身的性质为标准。因此，每每随着需要而变化。但是，当它用这种思维定势去处理西方文化时，由于西方文化的异质性，传统思维便遇到了不可克服的困难。一相情愿地把中学认定为体，把西学确定为用，必然得出一系列荒唐的结论。这一点近代思想家们已有所认识，并作了批驳。如严复说过：“体用者，即一物而言之也。有牛之体则有负重之用，有马之体则有致远之用，未闻以牛为体以马为用者也。……故中学有中学之体用，西学有西学之体用，分之则并立，合之则两亡。”<sup>①</sup>此说可谓切中“中体西用”的矛盾要害。客观地说，中学与西学，中医与西医是两大异质的文化（科技）系统，本不存在所谓的体用关系，若借体用要求去处理它，其结果必然是体不成也用不上，只能以失败告终。进一步分析，中西医学的差别不仅仅是自然科学领域的技术差别，更主要的是两种文化系统的差别，这种差别无法借移花接木式的体用处理方式达到统一。实践中，医家根本无法抛弃中医学的“用”，而只用其“体”，同样也不可能舍去西医学的“体”，而只采纳西医的学“用”。他们虽然一再声明汇通并非中西医学漫然杂糅，实际上除了“漫然杂糅”之外，别无它果。且他们甚至根本没去考中医学的“体”是什么？“用”属何物？西医学的“体”究竟怎样？“用”又有何特征？在没有解决这些问题之前，即欲在中医学之“体”上镶嵌一个西医学之“用”，无疑只能是一种虚幻的冥想。

第二，“中体西用”包含着事实认识与价值认识的悖离。“中体西用”仅仅是一个价值判断，体用本身原隐含意义就是优劣、主次，它并未涉及对中西医学事实本体的认识，也未回答中西医学究竟是什么这一类问题。很显然它所确定的体和用，是从感情需要出发

---

<sup>①</sup>严复：《与外交报主人论教育书》。参见：曾乐山：《中西文化和哲学争论史》，第68页，华东师范大学出版社，1987。

的，没有提出决定体用的客观根据和理由。而缺乏对中西医的事实认识，则这种体用判断必然是空中楼阁。实践证明，汇通医家的体用判断脱离了事实认识，它以价值认识代替了事实认识，这就决定了他们虽然用心良苦，但只能徒劳一场：画饼充饥而已。

**积淀而成的定势** “中体西用”本身理论上的矛盾和不科学性以及中西医汇通失败的历史事实都已昭示：“中体西用，此路不通。”它既无助于解决文化交汇问题和近现代中国的一系列国事；亦无益于中西医学交融与中医学发展，相反只能导向歧途。因此，这一观念理应早被遗弃，文化精英们也曾一次又一次地就此作过呐喊和剖析。然而，可悲的是，现实并非如此。“中体西用”虽绝少有人作为一个鲜明的宗旨提出，但由于它那能满足国人病态心理的诱人之处，在许多领域（大至定邦安国之策，小至诸如中医学一些具体文化分支）这一观念仍阴魂不散，甚至时时起着主导作用。由于历史是过去的延续，它存在着顽固的惰性与惯性。中华民族数代人积淀而成的心理习惯以及这种积淀在人们心理中形成的一定的观念定势、思维定势、价值标准定势，积重而难返。因此，在很多具体问题上“中体西用”仍然支配着人们的思想，它好似一个始终萦绕人们的思维怪圈，不失时机地起着规范约束效应。在中西医学这一中西文化交汇的典型领域，这一怪圈犹如如来佛之掌，数代中医学家皆罕能“翻”出其外。想当年，吴汉仙曾提出：“气化为细胞之母”，恽铁樵主张《内经》“藏德”即西医学的内分泌等，这些今天固然无人复应；然而，诸如太极八卦即 DNA 的嘌呤、嘧啶排列，阴阳与细胞分裂、原子裂变呼应，三焦是淋巴系统、泌尿系统，命门与肾上腺、脑垂体……等却十分风靡，此类新式比附和浅薄印证，虽表现形式与旧说不一，而深层实质则如出一辙。人们所熟知的中医特色论、优势论、独立发展论及持续了三十余年的中西医结合运动中的一些观点，均可依稀辨出“中体西用”思潮的印记。

## 第二节 中西医汇通——悲壮的尝试

悲剧的历史可能以喜剧的形式出现。

——《马克思恩格斯选集》第一卷

**天演论催化的思潮** 早在明末清初，学者和医学家方以智就提出过中西医“会通”的口号。随着西医学的迅速发展和大举东浸，主张中西医学汇通的人士日渐增多。然而，真正成为一种主导性的思潮，则是在 19 世纪末，《天演论》的问世所促成的。“物竞天择”，“适者生存”，“天道变化，不主故常”，“世道必进，后胜于今”，“物各争存，宜者自立”的思想，唤醒了危难中的国民，开拓了他们的眼界。而对当时处于思想浅赅、学问饥荒之境的中国知识分子，更是一种极好的思想启蒙。它使人们悟出了优胜劣败、“适者生存”的道理，时时被非图自强则决不足以自立的求新图存的紧迫感所激励。面对西方医学在近代的巨大发展和变化，人们不得不反躬自问：何以中医学术数千年一贯？此系庆幸事，抑或悲哀事？按照进化规律，不变就意味着走向灭亡。因而，近代的中医学界，面对西医学的严峻挑战，深深感到了自新图存，时不我待。一些比较明哲的医家，都借助进化观念，对中医学在新的历史条件下的存亡兴衰，作了研讨。本世纪初的许多中医期刊专著的字里行间，均闪烁着中医界求新图存，以顺天演规律的强烈愿望。虽他们的思想主张并不一致，许多观点甚或相悖。他们的潜意识层还存在着旧意识的绊脚索，但却公认这样一个道理：中医学若有存在的价值，何劳人为的保存？若无存在的价值，当受天演淘汰。这是根据进化论作出的顺理成章的判断，代表着当时整个时代的思想。守旧待亡和自新求存两种前途命运，要求中医界当机立断，正是天演论的催化，汇通由涓涓细流演变为汹涌大潮。

**形异神同** 尽管人们普遍接受进化观念，传统文化的作用，却使具体的汇通思想和实践走向了进化论的反面。“中体西用”思想

原则的引进，就预示着中西医汇通悲剧结局的必然性。人们的观点虽然各异，但其实质精神却又雷同。“中体西用”在汇通医家的理论和实践中得到了系统的贯彻。综观汇通医家的著作和言论，其主张可归纳为以下几方面：

(1) 采用西医学理论，其目的在于证明中医学旧说，这方面以唐容川、恽铁樵为代表；

(2) 西医学理论早已包括于中医理论之内，或者只与近代中医学互有优劣短长，而远远不及古圣《内经》、《本草经》等水平，这种思想以唐容川、张锡纯、吴汉仙为突出；

(3) 只可将西医学理论纳于中医学理论方法之下，以中医学理论支配西医学理论，而不可用西医学理论解释中医学理论，否则即为自我否定，自取灭亡，这种观点以杨则民为最典型；

(4) 中西医学各有是非，不可偏主，唯是所从，这以朱沛文为代表，可惜未进行具体分析，语焉欠详；

(5) 用科学理论解释中医学治疗方药，存其有效之功，去其无效玄理，这是中医科学化主张，以陆渊雷为最力提倡。

这里以中医学为体、本、主，以西医学为用、末、辅的思想倾向是非常明确的。表面看来，似乎陆渊雷应该除外，但在问题的最根本处，仍主张“中体西用”。所以，尽管仁智互见，好不热闹，然其深处却都有着中体西用的阴影。

**拙劣的三招** 为了论证中医学为体，西医学为用的关系，首先就要在理论上回答中医学确实是优于西医学的。只有占据了优势，才能保持体、本、主的地位。这一问题，汇通医家是通过三种途径论证的。

首先，是通过机械比附来达到西医之理在中医经典中古已有之。这种机制是近代中西文化比较中普遍存在的一种现象，它反映了时代的心态。通过似是而非牵强附会的比附，可以使人们求得心理上的平衡，朦胧中获得某种不可捉摸的优越感，中西医学的全部重大差别便在主观世界中消融冰释。

其次，当机械比附陷入窘境时，要贯彻占已有之的原则，就必须采取曲意文饰的途径。它比机械比附具有更大的自由度，有利于论证中西医学的体用关系，通过曲曲折折的中介途径，达到所想达到的全部目的。曲意文饰与机械比附的不同在于，机械比附只是曲解了西医学概念的内涵实质，而基本上忠实于中医学概念；而曲意文饰，则不但要曲解医学概念的本质，还要对中医学的某些不确定的概念加以任意发挥，赋予它从未有过的内容。如此，便可以得心应手地把西医学的一切新发现配置到其所选定的传统对应点上。

再次，为了论证中优西劣，在比附文饰之外，汇通医家又采取了主观否定方式。因为不论是比附还是文饰，都还对西医学理论概念持一种承认的态度。其目的只在于说明西医之理包含在中医学之中，还不足以直接得出中医学优于西医学的结论来。而缺少这一点，中西医学的体用关系则仍然缺少足够的理由。主观否定的方式，较之前两种方法，具有强烈的感情色彩，为了保持“中体”的主导地位而把感情上通不过的“西用”，任意地加以否定和排斥，因此，必然得出违背客观实际的荒唐结论。

十分遗憾的是，这拙劣的三招，在今天的中医“现代”研究中，仍不时发挥着作用，当然其效果只能是负性的。

**悲剧性的结局** 很显然，中体西用思想不可能指导人们正确认识中西医学的差别，揭示它们的关系，最终解决两者的矛盾。“中体西用”是一个价值命题，它只能根据主观上特殊的价值需要对中西医学作出体用、本末、主辅的价值判断，而不能帮助人们在对客观实体进行深入研究的基础上作出有理有据的科学论断。以此为指导的汇通工作也只能停留在价值认识的水平上，不可能进入科学的研究层次，对中西医学进行实质的分析。综观汇通医家的著作和他们所从事的实践以及各种尝试，都未超越对中西医学优劣、长短、取舍的价值判断水平。他们思想历程中最自鸣得意之处往往也是最可悲的失败之点。

在认识论中，同一过程的两个方面是对客体反映的事实认识过



程和对客体选择的价值认识过程。事实认识所表征的是客体的属性、客体之间的联系及规律等，它要回答的是什么问题；而价值认识所表征的主体需要与客体属性之间的联系，它要回答的是怎么样的问题。在事实认识中要求的是排除任何主观的先入之见，价值认识则不仅受客体的制约，而且取决于主体的需要、主体的情感意志和其它诸种个性特点。由此价值认识便充满了主观色彩。就正常的关系而言，价值认识必须以事实认识为基础，因为了解主体需要的内容，认识客体的意义，都要以事实认识为前提，没有可靠的事实认识，价值认识必然是错误、短见、狭隘的。中西医汇通之所以失败的认识论根源正在于此。而事实认识与价值认识的严重悖离，又恰恰是遵循“中体西用”思想的必然结局。

当今，我们作出上述探寻的目的在于：杜绝这类历史悲剧在现代以喜剧的形式重演。

几点值得肯定之处 绵绵近 300 年，进入本世纪后又颇为悲壮的汇通尝试尽管失败了，且在具体的学术问题上亦没能取得实际的成果，但这一尝试在医学意识等方面却也留下了深刻的印记。

首先，在禁锢保守的封建晚期社会，汇通学家们在沉闷的医学界刮起了一般清新之风，指出东西方医学交流融汇是历史发展的必然结果。他们用无数的事实排除了这样一个可能，即西医学必然并吞中医学或西医学将被中医学的海洋淹没。

其次，中西汇通学派对争取中医生存作出了贡献。在 20 世纪初，北洋军阀政府、国民党政府一直不顾国内实际情况，刻板地效仿日本，采取废止中医学的态度和政策。在这种状况下，中西汇通学派大声疾呼，并用西医学理论一定程度上说明中医学的科学性，为争取中医学的合法地位提供了理论证据。

第三，中西汇通学派为中医科学化积累了经验。19 世纪初，西医学已经建立起体系，疗效日益提高。传入中国后，各种化学药品乃至磺胺药、抗生素被运用于临床，西医学至少在治疗急性感染性疾病方面已开始占据优势。当时的学术界，西医学地位在上升，

中医学面临着挑战，必须寻找新的出路。这条出路，是否需要象西方文艺复兴唤醒罗马人、希腊人的死亡历史那样，从马王堆医书中寻找中医学辉煌过去，并以此为起点呢？！而对日趋成熟的西医学，中西汇通家们果断地采取了拿来主义的原则。“假使中医有演进之价值，必须吸收西医之长，与之化合，以产生新中医，是今后中医必循之轨道”（恽铁樵：《药龛医学丛书》）。并为如何产生新中医，提出了种种设想。这些，都为今天的工作，提供了借鉴。

此外，汇通医家在具体的实践中也触及了一些实质问题，提出了一些至今仍有重大思想意义的主张。如恽铁樵说中医学治疗既有效，必然可与西医学相汇通；陆渊雷也认为，同是一种病中西医学治疗方法不同，但都能获得实效，言下之义，只要客观地探讨实效之理，便可统一中西医学理论；唐容川认为中西医学脏腑原无差别，其隐含的直接结论是，既然客观的中西脏腑无差别，中西医学理论的差别也就不难消除；恽铁樵、陆渊雷都曾明白无误地强调：天下无两歧并存之真理，病的真际只有一个，决没有两种理论可以同时存在。这里他们自觉不自觉的触及了实践第一的观点，客观对象第一的思想原则，一元论的客观真理思想。更重要的他们还认识到了中西医学的文化差别和作为科学的医学具有超越民族性的特点。这些标志了中西医学汇通派的最高思想成果。遗憾的是，这类本可把中西医汇通引向光明的思想见解，却由于“中体西用”怪圈的魔力，只能陷入时代的巨大流产之中。

（姜明煤      黑龙江中医药研究院）

### 第三节 中西医结合 ——颇有争论的运动

中国应该大量吸收外国的进步文化，作为自己文化食粮的原料。……凡属我们今天用得着的东西，都应该吸收。但是一切外国的东西，如同我们对于食物一样，必须经过自己的口腔

咀嚼和胃肠运动。送进唾液胃液肠液，把它分解为精华和糟粕两部分，然后排泄其糟粕，吸收其精华，才能对我们的身体有益，决不能生吞活剥地毫无批判地吸收。

——毛泽东

新中国的诞生，便把各项建设工作，包括科学文化建设推上了议事日程，医学领域亦然。其中的中西医学关系的处理，更是引人注目。这一问题的意义甚至超出了医学本身。在毛泽东同志的倡导下，中西医学领域展开了一场轰轰烈烈的运动，这就是中西医结合。

**伟人拉开序幕** 早在40年代初，毛泽东同志就多次论及对待中国古代文化（包括中医学）的方针应该是“剔除其封建性的糟粕，吸收其民主性的精华。”认为这是“发展民族新文化，提高民族自信心的必要条件。”而这一过程“决不能无批判地兼收并蓄。”<sup>①</sup>解放后，毛泽东同志对中西医学问题作了直接的指示。1950年，在为第一次全国卫生会议的题词中号召应“团结新老中西各部分医药卫生工作人员，组成巩固的统一战线，为开展伟大的人民卫生工作而奋斗。”这一口号对于消除当时情况下中西医工作者之间不正常的对立情绪，自有重要意义。

1958年，毛泽东同志又进一步提出了西医学习中医和中西医结合的设想。认为：“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”主张：“我看如能在1958年每省、市、自治区各办70—80人的西医离职学习班，以两年为期，则在1960年冬或1961年春我们就有大约2000名这样的中西医结合的高级医生，其中可能出现几个高明的理论家。”并强调：“这是一件大事，不可等闲视之。”<sup>②</sup>这一指示发表后，很快掀起了西医学习中医和中西医结合

---

① 《毛泽东选集》，第2卷，第667页

② 《健康报》，1958年11月22日第1版。

的热潮。1959年10月时，全国西医离职学习中医的学习班已有三十多个，人数达两千余。1960年3月又就此召开了全国性的经验交流会。截止1964年初毕业生已达二千四百余人。他们在科研、医疗、教学等方面起到了骨干作用。中西医学交汇史上一场轰轰烈烈的运动就此拉开序幕。

**轰轰烈烈，硕果累累** 中西医结合是一场带有某种政治运动和群众运动色彩的学术活动。整个60~70年代，其轰轰烈烈程度，可谓空前绝后。大自国家级医疗、医学教育和研究机构，小到乡村卫生院，层层上马，到处开花。似乎搞不搞中西医结合，为不为创造中国统一的新医学、新药学奋斗，成了衡量一个医务工作政治态度的尺度。中西医结合，创造中国统一的新医药学也就成了整个医学工作的主要宗旨。一时间，在基础理论、临床治疗及其机理和方剂中药等各个领域都不断有新“成果”报道。然而，被“运动”了的学术活动中，就难免出现良莠并呈、鱼目混珠和真伪难分的现象。但是，如此规模之学术活动，加上50年代起创建的一批国家和省市级中医医疗、教育和科研机构的羽翼渐丰，又有一大批精通西医学又受过系统中医基础教育的西学中医医师队伍，因此，中西医结合的确也结出了丰硕的果实。这表现在多方面，最突出地体现在丰富了中医理论；明显地提高了许多疾病的临床治疗效果。如目前国际上抢救心、脑、肺、肾四个脏器功能衰竭的病人，死亡率基本上为100%，而国内采用中西医结合治疗多脏器衰竭的存活率为37%，居世界领先地位。<sup>①</sup> 中西医结合对“血瘀”和“微循环障碍”的研究也取得了较大进展，初步揭示了血瘀与微循环障碍的关系及血瘀形成的生理病理基础及其病理改变。这一成果蕴育着疾病发生学、病理学、治疗学等新观点的产生。活血化瘀药的研究又为血瘀证的改善找到了有效药物。而对于阴阳、脏象、经络、针灸、针麻、气功及养生等学说，理论或实践操作的现代阐述和实验研究也多有进

---

① 《人民日报》，1987年9月14日，第3版。

展。通过中西医结合研究，有的揭示了一些深刻的机制；有的则被肯定为科学事实而广为世人接受。再次，对方剂和中药成分及功效的研究亦硕果累累。由中华医学会、中华全国中医学会等五大单位共同推荐评定的建国 35 年来 20 项重大医药科技成果中，中西医结合占了 3 项（中西医结合研究针麻、中西医结合治疗急腹症、中西医结合治疗骨折）；另有两项划归西医的成果亦应视作中西医结合的产物。即从中药青蒿中提出抗疟新药青蒿素，从青黛中提出治疗白血病新药靛玉红。而纯中医研究的成果一项也没有。这对中西医结合的成就作了最好的说明。然而，有必要指出的是，作为一项带有群众运动色彩的学术活动，其更为珍贵的副产品是使新一代的中医工作者接受了实验科学思想方法的熏陶和洗礼，触发了他们的科学观念的变革。这一切意义深远。

**争讼纷起** 70 年代末，随着时代的变革和全社会反省过去的思潮蔓延，医学界对于中西医结合运动也不再“一致赞同”，“坚决贯彻”了，而是争讼纷起，仁智互见。了解这些意见，对于更好地理解中西医学的关系及人们的今天和明天的选择，会有帮助。

**有利说** 不少学者认为：搞中西医学结合，用现代科学方法多层次多方位研究中医学，不仅有利于中医学的发展，还将促进整个医学的进步，它是中医现代化的必由之路。持此见者往往强调：中西医学各有长短，如能取长补短，相互渗透，对医学理论的发展和危、重及疑难病症治疗疗效的提高，意义突出。他们认为，从医学科学发展的趋势来看，中西医学决不可能是愈来愈分离，以致势不两立，而是愈来愈接近，共同语言会更多。并常引用中医学的医学模式与现代医学的医学模式（指社会——心理——生物医学模式）内在的联系为论证依据。

**唯一方向说** 有些学者在上述观点的基础上，更向前迈进了一大步。强调指出：“中西医结合是中国医学发展的唯一方向（或道路）。”他们大多热衷于通过中西医结合来“创造中国统一的新医学、新药学”。应该说，这个口号用心良苦，确能激励中医和中西医结

合工作者的斗志，但其本身能否经得起理论上的推敲和实践上的检验，却完全又是另一回事。口号的宗旨是“创造一个统一的新医药学。”这个医学体系本身需具备三大特点：一是新，二是统一，三是中国的。这样的医学能否凭热情创造出来，至少应打上大问号。主观的愿望无法代替客观的现实，科学领域需要的只是直面现实、理智和脚踏实地。就上述口号分析，姑且不论其他，只谈“新”，何谓“新医学”？又何谓“旧医学”？至少概念无法界定，它们之间又是怎样的关系？是淘汰和代替，还是否定和肯定，亦无法阐明。把“创造新医学”和“中西医结合”列作发展我国医学科学的总路线、总任务，显然挟带了狂热的情绪化倾向。它可视作为“医学发展的方向是中医”这一高见的孪生姐妹。

独立发展说 不少中医界人士反对中西医结合，认为中西医应分道扬镳，他们常片面强调坚持中医特色，把特色放在至高无上的地位，鼓吹中医独立发展。其实质是排斥西方文化，划地为牢。有的学者认为西洋医学颇为异端邪说，主张中医要自强，只有“保存国粹，整理国故”。这些学者每每强调中西医结合必然的结局是中医西医化，中医学被西医学“吃掉”。有的人则主张中医学只能保持原有的特色，包括三个指头，一个枕头，才姓“中”，引进了一些西医学手段就不再姓“中”了，故也就自然消亡了。在他们眼中，不用筷子用刀叉，不喝大碗茶喝可乐，不抽大前门抽万宝路的中国人就不再成其为“中国人”了。

水火不容说 有人认为，中西医学之间是两种完全无法通约，甚属水火不相容的学科体系，它们之间根本不存在结合的根基。他们认为西医学是建立在实验基础之上，重视微观机制探索，强调经验公有性和逻辑上的必然性；中医学则以朴素的唯物辩证法为指导，从宏观整体把握人及其生理、病理过程，以思辨和理论的个人领悟等为思维特征，故两者无法结合，最多只能是人为的凑合。另有人则企图先否定中医，进而断定中西医学的结合是不可能的。这种观点致命之伤就是混淆了医学所具有的科学和技术两重性特点，

并把结合绝对化了。

政治运动说 此外，不少学者并不反对中西医结合，只是在具体做法上不赞成将纯学术活动染上浓厚的政治色彩，使之蜕变为一场政治运动。这一批评是切中要害的。由于政治手段的实施和形式主义的泛滥，社会上刮起了中医能治百病的热浪，一根针一把草风靡医疗领域，……。一定程度上淡化甚或歪曲了有关学术内容，降低了临床疗效，造成了不良的社会负效应。在中国医学发展史上留下了难忘的一页。

在激烈争议的同时，1980年卫生部召开了引人瞩目的全国中医和中西医结合工作会议。会议总结了30多年来中医工作的经验教训，纠正了长期以来，特别是十年内乱期间，在中西医结合工作中“左”的指导思想。讨论了新形势下发展中医和中西医结合事业的指导方针、政策及措施。明确提出了党的中医政策的基本点是：继承遗产，发掘宝库，努力提高祖国医药水平；团结和依靠中医，发展和提高中医；坚持中西医结合，组织西医学习和研究中医；中医要逐步实现现代化；有计划按比例地发展中医和中西医结合事业，并为其发展和提高创造良好的物质条件。会议同时确定了“中医、西医和中西医结合三支力量都要发展，长期并存的方针”。除了三支力量都要发展，长期并存（又称“三驾马车说”）外，其余都是对原有方针政策的系统总结和明确阐明，故对前者，人们并无异议。而对于“三驾马车，长期并存”之说，不敢苟同者却不少。这口号一时间也确实造成了一些思想混乱，促成了带有复古倾向的“独立发展说”滋蔓。对此，我们将作出进一步评价。

**“三驾马车”与“主体战略”** 我们认为，不管提出者的初衷如何，三驾马车说客观上造成了思想混乱和消极的导向。它使得不少中医界人士，特别是西学中医无所适从，促成了带有复古倾向的“独立发展说”之滋蔓。也许，公正地说，此说唯一的价值在于暂时地平衡了部分中医界人士失衡了的心态。

更值得欣赏的是在卫生部过问下，1986年12月由中华全国中

医学会组织召开的全国中医药学术发展战略研讨会上确立了的中医发展之“主体战略”。此战略可概括为“坚持中医学理论体系，遵循自身的固有规律，实行自主的发展”。我们在惊叹提出者敢于鲜明地亮出自己“向后走”的观点的勇敢精神之同时，不得不遗憾地指出：在学识、胆略和医学科学工作者必备的气质方面，他们只能远远地望汇通学派先驱之项背。“坚持中医理论体系”，意即阴阳五行、三焦命门等哲学解释和虚构概念不准动；“遵循自身固有规律”，就是说依旧在临床与基础、经验摸索与注经式发展这两个相互闭锁的循环圈中徘徊；“实行自主的发展”，说明白点便是无须环顾其他，借助其他学科的成就与方法而独自发展。也许，这“发展”的含义及其方向性与常人所理解的不一，它是指向过去的。这是对这一战略作出逻辑分析的唯一结论。人们不应忘记我们一只脚已跨进 21 世纪；当今之世界，已是名副其实的“地球村”；整个科学技术整体化网络发展趋势日甚；此时此刻，想去寻找科学发展领域的“世外桃源”，此等壮举，除了有可能被收进《新天方夜谭》之外，不会有任何实质性收获。

其实，真正值得重视的是 1985 年中共中央书记处对中医工作的指示：“要把中医和西医摆在同等重要地位。一方面，中医药学是我国医疗卫生事业所独具的特点，中医不能丢，必须保存和发展；另一方面，中医必须积极利用先进的科学技术和现代化手段，促进中医药事业的发展。要坚持中西医结合的方针，中医、西医互相配合，取长补短，努力发挥各自的优势。”（见 1985 年 8 月 11 日《人民日报》）这一指示不仅肯定了中西医结合，而且也对中医学的发展，指出了正确的方向和方法。

**收获时的遗憾** 我们认为：中西医结合方针的本身，无论在理论上，还是在实践上都是毋庸置疑的，并无不妥之处。三十多年来的实践业已表明这一方针结出了一些硕果，<sup>①</sup>并促进了中医学的

---

①吕维柏：我国的中西医结合事业，《中西医结合杂志》，（9）：7，446-448，1989年



发展。<sup>①</sup>因此，她引起了一些国外学者的关注。70年代后期，伊斯兰国家、非洲国家和拉美国家的一些医学工作者也纷纷撰文提倡本国传统医学与西医学的结合，其中有些主张受到了WHO官员的赞同。日本原医师会会长武见太郎曾说：“全世界都应重视新中国正在完成着中国医学的现代统一的一场伟大事业。我个人怀着由衷的敬佩心情注视着新中国政府将中西医结合作为一个政治命题提出，并积极努力地推进这种具有世界规模的宏伟计划这一现实。”

但是，若对此作出理性的审视，仍不无遗憾。这首先表现在把学术问题政治运动化这一点上，这一趋向的负效应是广泛而深刻的，以致冲淡了中西医结合本身所具有的科学意义。其次，在具体的“怎么结合”这一点上，失误更多。在价值的取向和方法的选择上，人们大都未能摆脱“中体西用”或“全盘西化”的两极振荡。其实前者的要害是固守中医学的传统范式，从而导致了新式比附和浅薄印证充斥于世。即使许多层次较高的中西医结合实验研究，也只是旨在用现代仪器和手段证明中医理论的正确性，假如得不出先验的、意想中的结果就改弦更张，更换课题，甚至不惜弄虚作假。以致这些年来所发表的论文中，很少有重复出他人结果的，更无否定性的。这些，只是把汇通派的“旧酒”装进了中西医结合这一“新瓶”中而已，其深层的根源，仍在于中体西用说。后者的特点是以西医学的传统范式来改造中医，故这主要表现在一些西医工作者身上，他们简单地以西医学作为评价中医学的唯一价值尺度和研究时的参照系，而不顾对中医学作一番深入全面的考察。也正是因为这一倾向，导致了一些中医学家的情感上的不安，呼叫“中医被西医吃掉了”，“中医不成其为中医了”，竭力鼓吹中医要“独立发展”。表现出以民族感情代替理智和科学的严重失误。这两者的病根都在于未能摆脱传统“范式”的藩篱。

---

<sup>①</sup>赵洪钧：中西医结合对中医发展的影响，《中西医结合杂志》，（5）：4，249—250，1985年。

此外，即使一些比较受人瞩目的研究成果，也存在着不少带有共性的具体问题。其中最为重要的有两个：一是判断标准的可靠性问题，二是实验指标的单一性问题。如这十年中，“证”的研究成为热门，但“证”的诊断标准就很成问题，主观性色彩甚浓。尽管某些“证”的标准经由某些学会组织专家讨论协定，依然只是思辨性的模糊标准。即使人们希望用仪测指标加入到诊断标准中去，藉以摆脱个人臆测的窘境，但做法上却属本末倒置。是先认定一个诊断标准，不管是个体还是群体，这标准的认定，到目前为止，都只是凭藉主观的经验再去组合诊断要素。即使这些诊断要素均系仪测指标（目前根本不可能做到这一点），也无法保证先验的诊断标准的足够客观性和充分的说服力。这样一来，实验观察的结果就失去了客观性保障；临床研究总结出的疗法则失去了可重复性保障；研究团体之间的工作也失去了可比性保障。证的实验研究报道的矛盾甚多，十分混乱，<sup>①</sup>这是主要失策之一。我们要使思辨性的知识转化为实证研究的对象，第一步就必须解决好这一问题。

其次，由于受西医学思维的负迁移影响，在中西医结合中人们往往忽略了中医理论本身所具有的特点，而只是以单一的线性因果联系来探讨有关问题，企图寻找某一、二个“特异性”指标来解释某些病证的所有问题。如在各种“证”的研究中，人们都倾向于用环核苷酸的比值差异作出“特异”性的解释，近来又倾向于用某种微量元素或者前列腺素，这类研究必定陷入困境。当然，这一缺陷比之前面所提到的那些失误，自然负面效应要小得多，也容易解决得多。有学者已就此作出过中肯的批判，如提议兼顾多证多指标的比较研究，并尽可能移植或重建一些新的数学模型（如多元统计分析等），以解决证本质研究中多变量相互作用的复杂问题。<sup>①</sup>总之，对于中西医结合的理性审视，有助于中西医结合和中医学的健康发展。

（王宝瑞 大连理论医学研究所）

---

<sup>①</sup>梁茂新等：证本质研究的困扰和启迪，《医学与哲学》7：1-4，1989年。

## 第四节 汉 医 沉 浮——

### 一个案例的启示

以铜为镜，可以正衣冠。

近代以来，日本的汉方医学经历了沉浮衰兴的曲折变化，其与西洋医学（或称西医学）亦呈现出有趣的关系，研讨这些，旨在了解日本民族思维特点对汉方医学发展的影响，并借此探索中医学研究的新构图。

**沉与浮：历史表象的背后** 每门科学发展的兴衰，都有着时间上的主旋律。日本汉方医学的变化主要体现在明治维新以后的衰退和近十年来的兴盛。

自公元 754 年鉴真和尚等渡海去日传播中医学后，日本医家继承古代中医学，结合自己的民族特点创立了汉方医学。至江户时代（相当于公元 17~18 世纪），日本汉方医学出现了百家争鸣的生动局面，可以说，明治维新以前，是汉方医学的一统天下。

西洋医学（早期称作兰医）大约是在 18 世纪下半叶传入日本的。被日本医学史专家视作日本近代实验医学派的真正开端的《解体新书》，是在安永 2 年（1772 年）译完的。翻译中起决定作用的乃是大汉医家吉益东洞先生的学生——汉医前野良泽。经近百年的发展，到了明治维新前后，兰医有了较大发展。而日本的兰医派与中国相同，他们大都是由“汉医中的先觉分子蜕化产生的。”<sup>①</sup> 兰医和汉方医之间有过矛盾、争论，但并不严重。兰医曾遭禁示，亦不严厉，时间也很短。约 19 世纪中叶后，随着英国医学的大举东渐及德国医学在日本的大量被介绍，西洋医学日盛。到了明治 9 年

---

①赵洪钧：《近代中日废止中医泛论》，见《第三代中医论丛》第 1 辑，第 143 页，湖北科学技术出版社，1987 年。

(1876年),日本政府制订了新的医事卫生制度,带有明显的扶植西洋医学,抑制汉方医学倾向。这与其所奉行的欧化政策(或称近代化政策)是并行不悖的。到了1895年(明治28年),汉方医学经抑制后力量已大为削弱,日本政府见时机成熟,遂以汉方医学不如医学及预防医学,不利于富国强兵为理由,以立法形式明文废除汉方医学,全面推行西洋医学。虽也有不少医家和社会组织奋起抗争,他们“东奔西走,或荡尽家产,或死游说之途,或忧愤以自杀而至于斯……。”(见深川晨堂《汉洋医学斗争史》)终无济于事。此后,日本的汉方医学濒临绝境,偃旗息鼓了半个多世纪。

50年代后期,情况有了转机,日本许多著名西医学专家以新的眼光来看待和评价中医学。60年代中期,“日本的西洋医学者关心中国医学的人迅速增多起来,其中大部分人想从中国医学领域中‘再发现’有效的治疗方法。”不少西医学专家改学或兼攻中医学,试图发掘其科学内涵,而这些都是源自医师的自发努力。据80年代初统计,日本有40%名医师将中医药应用于临床;从事汉方医工作为主的有15000多人;进行中医学研究的正式现职医师在千人以上;针灸医师4000多人;拥有设备先进,阵容雄厚的大型中医研究机构7所;中医研究团基本地遍布全国,多达90余个;中医或针灸大学、学院等48所;专门的中医或针灸医疗机构100多个;……。1976年,日本政府正式将汉方制剂列入药价标准作为健康保险用品,使汉方医药进入公费医疗领域,“身份”合法化。1981年日本科技厅制订了中医药综合研究的长期计划,并提供巨额研究经费,中医药研究遂由民间自发性质转为国家资助。1984年3月,日本成立了由执政的自民党议员组成的“振兴汉方议员联盟”,当时在位的首相中曾根亲任名誉会长。所有这一切,意味着汉方医学的“复兴。”促进这一复兴的主力军,恰恰是一大批造诣颇深的西洋医学专家,与百多年前一批汉方医师促进了兰医之盛,适成反差;而在汉方医药的沉浮中,政府及社会上层的态度亦前后判如两人。人们对这一历史现象作了种种解释,我们认为:其深层的原因在于日

本民族深刻的、一以贯之的实用主义思维传统。

**实用主义：一以贯之的传统** 在历史上，“许多重大的事件都有着自己特殊的中心主题，”而明治维新的主题在于“打下按西方模式建立一个近代国家的基础。”明治政府要建立一个绝对主义的政权，实行近代化政策，首先，必须要有一个严密的、与之相适应的思想体系。这个思想体系就是现实的实用主义的思维方式。当时的日本学者是“把欧洲‘哲学’作为实证主义来把握，从而把儒学对洋学的关系作为虚学对实学的关系来认识”的。<sup>①</sup>不少学者对两者作了比较，如西村指出：“第一，儒道比起洋学来，在理论上不够严密；第二，儒道使人倾向顽固，儒学者也大都保守，不能适应今天进步的形势；……第五，儒道过于重视太古而轻视现代。”<sup>②</sup>福泽谕吉在其所著《劝学篇》是中更明确地说道：“所谓学问，并不限于能识难字，能读难读的古文，能咏歌和做诗等不切实际的学问。……我们应当把远离实际的学问视为次要，而专心致力于接近人生日用的实学。”<sup>③</sup>这样，思想界就为明治政府的维新运动，确立了一个现实的实用主义的思想。而儒道作为一种虚学被排斥，从儒教发源地引进的汉方医学，因其在思维方法上与儒教育一脉相承的众多共通之处自是在劫难逃了。

其次，明治政府要富国强兵，建立一个近代化国家，就必须引进先进国家的科学技术。他们海军效法英国，教育效法法国，大学效法美国，在医药卫生方面则效法英国和德国。因为当时西方的军阵医学比起外科手术不发达的汉方医学来，更适宜于明治政府的富国强兵政策。从历史的角度来看，这是明治政府实行现实的实用主义思想纲领的必然结果。正如森岛通夫评论的：“从一种历史的观点来看，这不过是很自然的事情而已。在日本历史的发展中，这是一

---

①、②、③西村：《日本近代思想史》，第一卷，第131、133、152页，上海译文出版社，1984年。

种自然而然地形成的思维方式。”<sup>①</sup>

对于日本国民来说，儒家文化和汉方医药也是“舶来货”，所以，“他们不受古代文化的牵累”（郭沫若语）。而实用主义思维传统，又使得汉方医家中的少数先觉者很容易被建立在实证基础之上，与当时西方科学精神乳水交融的近代西洋医学所“感化”，乃至更弦易张。因此，即便政府推行明显的抑汉扶洋政策，汉方医界起来抗衡者也寥寥无几。所有这一切表明，汉方医药之沉衰，乃日本民族深刻的实用主义思维传统的自然而然的产物。

时过境迁，半个多世纪后，高度现代化、西方化了的日本，汉方医药学地位的戏剧性变化。50~60年代，一些西医学家在临床应诊时常感束手无策，黔驴技穷后，转向汉方医药寻方觅宝。他们的成功，感召了更多的人，终成一大转折。对此，有地滋曾作过分析，认为有四大原因：“一是二次大战后，感染性疾病由于抗生素等的出现而逐步减少，代之而起的是免疫遗传代谢性疾病的逐步增加，现代医学对此尚无合适的药物，而中药对这些疾病能奏效；二是近年来因合成药物的副作用而产生的药害问题时有发生，令公众望而生畏，而中药经长久历史岁月的临床实验，不必担心药害及副作用；三是由于化学合成药多是对症疗病的，非治愈性的，因而重新出现了从天然药物中寻找新药的倾向；四是将西药与中药合用，可以预防或减轻其副作用。”<sup>②</sup>可见，近年来日本汉方医学之复兴，起深层作用的同样是日本民族那种注重现实的实用主义传统。

日本思想家中村元认为：由于特殊的人文地理环境，日本民族“形成了依靠经验，或重视自己经验的思维方法。而且，重视行动的意义，自己成了行动的主体，进而形成了实用主义。”<sup>③</sup>这一实用主义传统，在今天的汉方医药研究中仍顽强地体现出来。

---

①森岛通夫：《日本为什么成功》，第82页，四川人民出版社，1986年。

②参见：上海中医学院，《国外中医研究概况和2000年前景预测》，第25页。

③中村元，《比较思想论》第170~171页，浙江人民出版社，1982年。

“方药——证——理论”研究模式 当今，日本医家对汉方医药研究的最大特点，就是“立足于实用。”正当国内学者因实验研究中医理论苦于无从着手之际，近十年来，日本学者却在国内中医研究的某些成果启发下，把研讨焦点主要聚集于“证”上，且以药效理论和方剂构成理论为基础和起点，以“血瘀证”为突破口。从方与药的作用机制与特点，来反推和了解“证”的机制；从“证”出发，再来解释阐明层次更高的基础理论，这一研究模式可谓自下而上。如日本学者为探索“血瘀证”的物质基础，即“证”的客观性，便从两个实实在在的具体环节着手：一是展开对活血化瘀药物的全面研究，从心肌形态和功能、血液动力学、微循环、血液流变学、血小板功能、血凝和纤溶系统等多方面作出探讨，试图通过了解药物有效成分对人体作用的机制，来阐明“证”的客观性及其理化机制，并进一步对基础理论作出科学说明。二是集中于活血化瘀方剂的复方药研究。日本学者近十年来对活血化瘀方剂，如桃核承气汤、桂枝茯苓丸、当归芍药散、四物汤等都进行了大量的实验与临床研究。这类成果的日积月累，便可帮助人们对“血瘀证”形成一个较为清晰全面、而又有一定深度的了解。

日本学者的上述研究思路，从科学研究的可行性、客观性和科学性来说，涉及到参照系问题。众所周知，科学实验必须有正确的参照系。特别是中医理论，它是历代医家通过观察活的有机体，再经过思辨、直观外推等非逻辑思维途经建立起来的。这样一来，就给常规的实验研究设置了障碍。再加上它所涉及的对象不是人的实体本身，而是抽象出来的理想化的人体模型，是一种动态功能系统。这样，笼统、模糊、不可分解的缺陷就十分突出。中医学要让现代科学的光芒照亮自己，必须步入实验的大厦。但是，参照系是科学实验的先决条件。在目前要找到直接验证中医理论的参照系是不实际的。故日本学者选择了一条更为现实而实用的研究捷径：以汉方医学中“证”的研究为重点和中介，以药效理论和方剂构成理论为基础，以此探索“证”的客观性，进而达到系统评价及阐释中医理

论的客观性、科学性和具体机制。因为中医学中的方药系统具备作为参照系的两个条件：一是系统本身的可自由分解性，随着分离材料、分离技术的分析化学的高度发展，单味药和复方的化学成分的分离和化学结构鉴定日益容易；二是系统和已知系统之间的可参照性，即方药的作用机理与已知合成药可以相互参照。所有这些，使得通过掌握药物、复方的作用机理，探索“证”的客观性，进而达到中医理论的整体研究成为可能。

**几点启示** 汉医的沉浮及今日之现状，至少给人们以几点启示：第一、汉医沉浮的本身，即有力地说明作为一个医学体系，她今天的存在及发展，仍有其确切的研究意义和实用价值，且无劳人为的保护或遏制。其次，实际工作中应更多考虑她的科学性和实用性。虚玄的“花瓶”样摆设越少越好。由于沉重的文化包袱，国内中医界学者中把中医学等同于文学色彩甚浓的儒家之“学问”，只究论文遣词用句之美，而不责其内容虚实之风，依然盛行；洋洋数万言，华丽而不实际之作比比皆是；就人才知识构成而言，亦叨叨于“文史哲”，而冷漠“数理化”；临床总结性论文，非裁上几句“经言”、“古贤曰”、“名家说”，以为装饰，否则发表无门，……。所有这些不切实际的虚浮之风不除，中医学将无法从儒家学问中“分化”而出，真正成为一门科学技术。

再者，中医学界的先觉们早已打出了中医现代化的旗号，从实证角度对中医理论和临床进行研究，亦已成了中青年学者的共同心声。然而，从何着手？中医研究的突破口何在？这是人们长期以来困惑不解的。日本学者的工作虽源于国内，却因持之以恒，值得重视。它至少提供了一些值得重视的信息。从“方药——证——中医理论整体”研究模式中，起码可得到三点启示：（1）中医理论是一种功能态系统，这种功能态只能在活体上观察到，现代自然科学还不能提供强有力的观察手段；（2）人体功能态难以在动物上复制出来，所以，将动物模型作为验证中医理论的参照系，是不够合适和全面的；要找到中医发展的突破口，就必须找到能验证中医理论的



参照系；如前所述，方药系统具备作为参照系的两个条件，故可作为研究基点之一；（3）当一门学科的发展处在十字路口徘徊时，也许“在各门学科的接触点上可期望得到最大的结果。”（恩格斯）从药效理论、方剂构成理论去研究“证”的实质，它需要现代自然科学的多学科合作，这正是其它自然学科与中医学的微观接触点。在这个接触点上它有可能将古代中医学家天才猜测与现代自然科学结合起来。故上述研究模式值得重视。

又次，在具体做法上亦有可资借鉴处。多少年来，中医学对人体研究上总是笼罩着这样那样的思辨性阴影，许多科学方法在这里不得不断然止步。日本学者采用了“因果分析”和“概率统计”两种基本方法，方药和证的临床与实验研究并行。如他们对“瘀血证”的研究，第一步是采用日本通用的瘀血调查表两种，用评分标准和多元回归分析对症状、体征、检查项目作出明确的规定，使其标准化。第二步是对活血药和方剂进行药化、药理研究，且注重“因果效应分析”，以探讨其内在机制。第三步是着眼于临床比较观察，并进行系统回归分析，客观评价方药对“瘀血证”的有效性，整个研究步骤具有切实可行性。

还值得一提的是，在研究中，日本汉方学者能集中全国优势力量，各科带头人汇聚参加，制定“证”的共同标准，并脚踏实地地据此进行协同研究。在具体工作中，又依托了高科技优势，如利用新型分离材料反相硅胶、大孔吸附树脂以及高压液相色谱等，使分离手段大提高；逐步解决了一些水溶性物质、微量物质的难以分离问题。随着400兆、500兆核磁共振仪，己维——核磁共振技术、场解析、化学电离、快原子轰击、二次离子的质谱新技术等出现，中药化学结构测定中的一些难题也冰消瓦解；再加上分析食品的自动化、智能化，使结构解析工作日趋便利、精确。所有这些，都增加了上述研究模式成功的可能性及研究工作的效率。“他山之石，可以攻玉”，尽管中医研究和发展中，可能成功的途径很多，日本学者的经验和做法，至少值得我们借鉴和参考。

## 第五节 “中医热”

### ——湍动着的暗流

我们的时代是以多种概念和方法的相互冲击与汇合为特征的时代。这些概念和方法在经历了过去完全隔离的道路以后，突然间彼此遭遇在一起，产生了蔚为壮观的进展。

——G.尼科里斯，I.普列高津

当今，人们议论颇多的是世界“针灸热”、“中医热。”在科学技术和现代医学飞速发展，中西方文化全面相遇与融拒的今天，出现这么一股学术暗流，本身便是耐人寻味的。不同心态的学者，又往往戴上自己所喜爱的色镜，对其评头论足、预测估量。作为严谨而趋于成熟的中医学新一代，对这一问题需要的是理智、冷静和哲人的洞析力，切忌义气用事，为感情操纵。

**中医热的兴起** 公正地说，世界医学界对于中医药学的认识程度和评价态度，相去甚远。然而，二次大战以后，却出现了一个重新认识、重新评价的趋势。从表面上看，轰轰烈烈的势态发端于中国针刺麻醉等成果的公布和尼克松访华后所引起的“中国热”，包括“针灸热”；其实，这一湍流的酝酿期很长。日本学者在二次大战后不久，出于实用的动机，对虽已沉寂却也历史悠久的该国汉方医药的关注，试图从中觅得有效疗法，可以说孕育了20年后的世界中医热。近10年来，中国国门的大开，大批人士出入中国，客观上对中医热、针灸热的升温，也起到了积极作用。进入80年代后，不仅世界卫生组织（WHO）已肯定中医（传统医药学）和针灸的科学价值及其在实现“人人享受保健”这一目标中的重要意义；还有越来越多的医学界和科学界人士投身于中医中药、针灸推拿等的应用和研究热潮中；寻求中医药或针灸诊治的患家及以法律形式

承认中医针灸师行医合法地位的政府亦与日俱增。日本、朝鲜、东南亚各国自不待言，欧美各国也“口子”渐松。以美国为例，十多年前，五十多个州政府无一承认中医针灸师的合法地位，据新近资料披露，除两个洲外，其余各州都已在不同程度上认可了中医针灸治疗的合法性。与中医针灸有关的医疗、教育和研究机构则如同雨后春笋，在世界各地破土而出。虽我们不能狂言中医药学和针灸推拿已经“世界化”、“国际化”了，然言中医热，却非言过其实，且有充分理由肯定其“热”方兴未艾。

“中国热”的兴起，并非偶然，更非尼克松的北京之行等政治因素所促成，而自有其深刻的根源。前所引用的日本近畿大学有地滋教授指出的四点，就是对其原因的较深刻的阐述。<sup>①</sup>日本学者平马直树的分析亦值得重视，他认为在科学技术和现代医学迅速发展的同时，中医学引起了广泛的兴趣和重视，其原因在于“疾病种类发生变化，代谢及免疫异常、慢性疾病增加，现代医学无能为力而中医往往取效；对医疗要求多样化，希望有安全可靠的方法改善体质；公害增多，西药副作用引起的疾病成为社会问题等，都成为重新评价中医的动力。”<sup>②</sup>著名汉学家、医学家，西德慕尼黑大学东方问题研究所的 M.Porkert 也自认为自己之所以重视中医，是因为：“中医治疗方法是综合性的，是密切结合机体情况的有效疗法。”WHO 的官员中岛宏分析针灸为什么“已成为世界通行的一门新的医学学科”时则指出是由于她“能够治疗西洋医学束手无策的许多疾病。”总之，一句话，人们对中医针灸的兴趣，是冲着她的实用价值和现实意义来的，决非心血来潮或赶时髦。

**并非归朴返真** 前所分析的现阶段中国学者所特有的矛盾心理，使得不少人对稍成“气候”的中医热，欣喜如狂。有人径直认为：“西医学走了一长段弯路后，在中医学中才找到了希望。”言下之

---

① 参见本书本章第三节。

② 参见《中医译文》。

意，中医学已有了解决现代医学难题的所有良方秘药。更有甚者，竟情不自禁地鼓吹这是西医学自觉地向中医学靠拢。仿佛半个多世纪前“国粹派”的断言成了现实，西医学（推而广之，整个西方）开始“归朴返真”，回到传统中医（东方）这里来了。而这些论调，又恰与海外华裔学者文化研究中的“第三期儒学”思潮正相呼应。当然，在这些言行的背后，学者内心深处“华夏正宗”、“万物皆备于我”的畸型心态，亦得以满足。

显而易见，上述论调，自是“中体西用”思维怪圈的魔力的又一顽强体现。其论虽不堪一驳，然在现时代，负效应却不容忽视。名家“有凭有据”之论，很容易麻痹和打动一大批生活在同一文化圈中学者的心，使之仍只是在传统划定思维圈和“学问”圈里团团打转。的确，历史的发展，每每呈现辩证的形式，但“辩证”不是往复。西方学者对中医药学，包括整个中国传统文化的重视和探求，是站在高度发展了的现代医学和科学文化基础之上，对中医学和中国文化所作的有选择的审视，是其严谨、求实和兼容并蓄应对世界文化交汇之气度的体现。绝非全盘批售，更不是归朴返真。也许，备受国内学者，特别是持上述之见者推崇的现代杰出科学家普列高津的一段话，很能说明问题。他在《对科学的挑战》中写道：“我们正向着新的综合前进，向着新的自然主义前进。这种新的自然主义将把西方的传统带着其对实验的强调和定量的表述，与以自发的、自组织世界的观点为中心的中国传统结合起来。”很显然，对传统中国文化的青睐，只不过是自身文化经历了高度发展后的有条件的选择。一些热衷于中医学研究的西方学者的见解也清楚地表明了这一点。如瑞士的 H. Agren 认为：“中医的精华是细致的临床经验现象，而不是它的理论。”“中国传统医学充满着合理的非玄学的内容，值得彻底研究以发现其精华。其中有些原理有可能（但不一定）结合进国际医学”。因此，“必须小心分析中医的精华和糟粕，因为许多奥秘的知识有待我们去发掘。”反观国外中医学研究和应用现状，亦不难明白这点。日本的研究主要集中在方药与“证”，西欧和苏联等则

对针灸经络及中药（动植物类天然药物）特别兴趣。对于中医学的阴阳、五行、气血津液、脏象等理论，却普遍淡漠。只有有关阴阳、五行与气的少数思辨性或较为浮浅的实验研究之报导。须知、西方的文化传统是注重“纯理性”研讨的。这一淡漠，正是有条件选择的结果。应该说，有所选择，不仅是我们可借鉴的对待西方文化的态度，也同样应成为对待自身固有传统文化，包括中医学的原则。

**21 世纪，中医学的世纪？** 几年前，国内一知名度甚高的科学家曾预言：“医学发展的方向是中医。”名人效应的特殊魔力，一时间遂使整个中医界为之振奋。似乎当今的世界中医热，下一到站就是世界医学中医化了。且这位著名科学家又在 1983 年的一次迎春茶话会上提出了一个公式：“中医现代化可能引起医学革命，而医学革命可能要引起整个科学革命。”很快，不少中医界人士争相附和着预测“21 世纪将是中医的世纪。”现代化了的中医，俨然成了帮助现代科学发展披荆斩棘、劈开迷团的利剑（当然，中医现代化怎么“化法”，怎样才叫现代化，这又不属于他们研讨范畴了）。这一海市蜃楼式的美好预言，其实正是归朴返真说的走向极端，也恰好是儒家文化将能拯救“后工业化社会”思潮在医学领域的翻版。同样，它亦是“中体西用”怪圈折射出的耀眼的光环。

也许，著名学者这两个论断中含有一定的合理成分，不完全是无稽之谈。如中医学的一些原则、观念和方法等，可以为现代医学的顺利发展提供借鉴，甚可起到校正方向的作用；经络、针灸、气、气功，乃致脏象等基础理论研究的成果或突破，将在较大程度上充实，甚至改变人们对于自身奥秘的了解。然而，真理向前一步，便属谬误。给人迷惑最大、危害最深的莫过于似是而非，可望而不可及的美好“幻想。”科学和医学的发展，是不以人们良好的意愿为转移的，它有自身固有的规律。固然，行进中的科学和医学之列车，常会走上叉道，偏离方向。但它却不会倒向逆走。明哲之士的职责，在于不断地为列车添油加水，校正航向。前已指出现代医

学在其发展之中，确实遇到了一系列颇为棘手的难题；它在医学观和方法论上都有驶离正确轨道之嫌；对之，中医学中的精华，正可起到燃油、润滑剂甚或校正航向的罗盘之功。然而，中医学本身却处于不可避免的历史危机之中。上述学者的论点及其三步曲，显然是对中医学自身和世界中医热及医学科学缺乏冷静、全面审视，过分地拔高了前两者的产物。而中医界一度的狂热反响，只能视作是空谷回音罢了。

**不容乐观的势态** 方兴未艾的中医热不容乐观。这含有两个方面的意思：一是即不可如前所述，沾沾自喜，井底之蛙似的认为现代医学正在“归朴返真”，中医学代表着未来医学的发展方向，从而孤芳自赏，进一步为时代所甩下；其次，对这一暗流亦不可等闲视之，自以为中医学只此一家，唯我正宗，夜郎自大，错失为医学科学作出更大贡献之良机。

诚然，科学没有国界，但科学家、医学家却有着先宗，有着祖国，有着荣辱。直至今日，国人还愤愤不平于古代四大发明的西渐及其带来的悲剧性耻辱。是我们的祖先发明了指南针和火药，西方列强却在此基础上改进成罗盘和枪炮，借此撞开了国门，蹂躏了国土；汉代我国就开始造纸，如今却不得不远涉重洋去引进造纸技术，以改变国内落后的工艺；宋代的能工巧匠便已创造了活字印刷，可今天却要请来洋专家，订购先进的印刷设备。世界中医热冲击下的中医学，仍面临着这样一种严峻而带有羞辱性的可能。威胁是咄咄逼人、实实在在的。有些国家要执世界中医研究之牛耳，日本有位著名学者临终前告诫学生，眼下要好好向中国学习中医，几年后要中国反过来向他们学习中医。这些，都不只是说说而已。优胜劣汰的规律是无法抗拒的，竞争性日强的当今社会，优劣的更替常常就在于短期内，因一两个决策失误或主观上稍有松懈而发生。应该承认，日本，朝鲜等国中医学（汉医、东医）应用和研究工作的基础本即较为雄厚，在科学技术、设备仪器及财力、物力等客观条件上又胜我一筹；欧美各国则可以迅速发展的现代科学技术和医

学科学为依托，且有着宽松的学术氛围，层出不穷的新观点、新学科和适宜于近现代科学发展的传统，故随着中医热的升温，中医工作中心的可能转移绝非杞人忧天之戏语。前些年南朝鲜就因针麻成果与我们争过发明权，动乱年代刚一结束，我国派出的学术代表团在国际针灸学术会议上也曾遭到冷落，原因是没有过硬的研究成果。可见，中医热带来的是更为激烈竞争的现实。如今，我们整个民族正坎坷地走向明天，公众心理上很难再承受巨大的失利，而需要更多的正面的良性激励。若因我们自身的松懈，放任或失策致中医研究中心的转移，古人智慧之花的硕果结于他域，在近现代世界科学技术史中寥寥无几的中国人名字后面，本可再添上几位，却因此又换上洋人的名字……。所有这些，其负面效应将会是个连动过程。对于中医界和医学界同仁来说，那将是对民族文化和科学事业的渎职行为。不仅后人无法宽容吾辈，我等亦无颜自恕。

(张晔 何裕民 上海中医学院)

## 第六节 不能徘徊的叉路口

我们乘着火车奔驰着，速度越来越快，路轨分叉越来越多，方向不明……。

——拉里夫·赖

从鸦片战争算起，中西医学全面相遇，将近一个半世纪；汇通发展成洪流，亦有百年之久；而中西医结合也已搞了三十春秋。然而，一切仍只是个开端，人们依旧在排拒与交融之间摇摆不定。历史已不允许人们再折腾了。

**纷杂的路** 百多年的尝试中，为了中医发展和处理中西医学的关系，人们试探性地提出了众多方案，提供了多条可选择的路。其中，较有影响的有汇通论、科学化论、改进论、废医存药论、中西医结合论、独立发展论、特色论、主体论、优势论和促其消亡

说。这些见解中，大半不是被实践证明其路不通，就是根本无法落实到具体的操作中。如今，人们依旧观点纷呈，争议颇多。归其大类，代表性的无非三种，一是独立发展说，二是交汇说（包括持中西医结合之见或反对中西医结合，只赞同中医学与现代科学联姻等），三是加速中医解体消亡说。持后一种见解者系少数，大多为偏激的年轻学者，其失误大多在于把西方文化视作世界文化的唯一尺度和取向，且往往忽略医学的科学与技术双重属性，没有考虑到医学的主体是临床，故其影响有限。值得重视的是前两类观点，它们所指向的正是背道而驰的两条路。时值今日，在这叉路口上，文化竞争和选择的现实已不允许人们再作徘徊、犹豫了。

**独立发展：一厢情愿的痴梦** 80年代中期，随着中医政策中中医、西医、中西医结合三支力量都要发展这一原则的确定，关于中医学发展与中西医学关系问题，中医界又经历了一场尚无结论的争执。出于心理平衡的需要和对中医学研究现状的忧虑，不少中医界人士，从享誉医坛的元老，到初露锋芒的新秀，纷纷为中医学的“独立发展说”擂鼓呐喊，论证阐发。尽管他们的具体口号不一，相互之间亦常有所抵牾，但在基本点上都是一致的，把“独立发展”视作中医学现阶段发展政策的最佳选择，反对中医学与西医学的认同、交汇沟通。

这一观点之所以盛行，首先涉及到对中西医结合工作的评价。近20年来，中西医结合作为医界的一匹黑马，异军突起。他们凭籍着较深厚的西医药学根底和严谨的现代科学精神，对中医学作出了有选择的研究，并加以推广应用。在这过程中，由于基点的不同，价值取向的差异，人们存在着多元的选择，出现了许多中医药学内容为西医药学所用、被其所容的情况，如青黛研究中获得产物——靛玉红，就已中药“西”用了；中西医结合治疗胆石症，亦是某种程度的“西体中用”之产物。这些，本属科学发展中极其平常之事。然而，处于特殊的矛盾心理状态下，又时时以“体”“用”分辨为纲领的人们，对此却大为不快。中西医结合必然导致“西医吃掉中



医”、“其结果是中医消亡”等说便应运而生，且附和者日众。面对着日益发展的西医学，危机感竟蜕变为一种类似“鸵鸟”式的“防御”措施，由此产生了“独立发展说”。这是中医科学共同体缺乏早先唐宋医家那种宽宏、兼容并蓄之科学精神的体现，亦是“中体西用”说的衍生物。公允地说，持此见者在某些方面甚至还不如汇通派前贤那般明智、豁达。

其次，这一观点的出笼和盛行，在很大程度上还与对中医学自身评价的模糊有关。中医学究竟是处于前现代科学阶段，属于传统科学范畴，抑或是其他？人们并未仔细、严肃地加以考察和把握。加上世界“中医热”的方兴未艾，归朴返真说的盛行和“中医学是医学发展方向”说的提出，使得不少较为单纯、热情而酷爱中医的人每易对中医学的学科性质作出过高的估计。如1986年下半年的一次全国二十多所中医院校研究生参加的学术讨论会上，与会青年学者形成了以下的共同观点：“中医药学是超越西方医学的另一医学系统。”然而，倘若进一步诘问：何谓超越？此论依据何在？超越具体表现在哪些方面？除了可能得到一些带有明显感情色彩的陈述外，很难就此找到依据充分的理性回答。正因为她已超越了西方医学，故完全可以顺着自身惯有规律，独立地发展下去，便是此说的逻辑发展。然而，前提的失误，岂能保证结论的正确？

让我们换一个角度来剖析。在国门大开，世界日趋村落化的今天，中医学究竟能不能独立发展？答案显然是不证自明的，这只能是个一厢情愿的痴梦。诚然，中医学曾独立发展了两千余年。但谁都知道，那毕竟是已翻过去的历史的一页。如今，便利的交通和信息传播，使得文化交流和竞争成为世界文化的主流，文化选择机制的作用日见增强。想要不使自己成为博物馆中的“文物”，就必须接受世界科学文化的认同和洗礼。汇通派的先贤们已意识到这一点；而国粹派的美好愿望终成泡影，更是历史的终审判决。今天，如人们仍眷恋历史，想以掩耳盗铃式的“独立发展”来应对浩荡的世界文化交汇之潮流，除了将把中医学自隔于世界文化之外，接受慢性自

杀，别无他果。

应该承认，只强调中医学应在原有轨道上蹒跚而行的，毕竟是少数。持独立发展之见者，大多赞同借用现代科学技术来发展中医，但却附加了一个条件：即必须与现代西方医学科学技术保持一定距离（此见的思想根源前已作了分析）。这就更为离奇了。谁都无法否认，西医学是现代科学技术和科学精神的产物。且不说绕开西医学这个“中介”去寻求与现代科学技术的联姻，逻辑上是否可能，这种提法至少属于“远水救近火”之类的笨拙之举。其实，只要从事中医临床、科研和教学工作，谁都会自然而然、无可避免地借助西医学的知识、经验或方法。即使此见的竭力鼓吹者，大概在临床上也不至于反对了解患者的血压、血象、体温、尿常规、心电图、胸片等的必要性吧！这种只能起到保持某种病态心理平衡作用的“独立发展”说，于理论上是荒谬的，在历史上是失败的，实践中更行不通。

有必要指出的是，批判不合时宜的“独立发展”说，不等于赞同把西医学作为医学科学的价值和意义的终极评判标准，这是完全不同的两个概念（对后者，我们还将加以讨论）。作为一个严谨而又有现代科学意识的中医工作者，面对现代医学的咄咄逼人之明显优势，掩耳盗铃、划地为牢、闭门免战、孤芳自赏等都是懦弱无力的表现；他应该有勇气和胆略，正视现实，正视自身和学科范式等方面的缺陷，把自己的工作置身于现实的竞争中；在与现代科学技术，特别是西医学认同、交汇中，作出多元的选择，包括采取重建范式之类虽令人痛苦，却是顺应时代精神和科学发展规律的正确决策，从而让事实和历史对自己的科学尝试进行评判。

**跨文化认同：无法遏制的潮流** “随着现代科学文化的风起云涌，宇宙空间的浓缩，以及跨文化冲突和竞争的加剧，任何封闭的、拒绝与其他文化交融的文化结构，已难保其历史上的优势，甚

至面临被淘汰的险境。”<sup>①</sup> 鉴此，人们提出了“跨文化认同”这一重要命题，旨在促使世界文化的各门地域分支能顺应世界文化总体不断更新的发展趋势。

“跨文化认同”这一命题的提出，值得中医学界深思。它可以帮助澄清处理中西医关系时的一些混乱、模糊认识。此命题与“独立发展说”的导向恰恰相反，它要求中医学必须与西医学认同。析其缘由，大致有四：<sup>②</sup> 首先，作为世界医学科学的一个分支或相对独立的体系，势必存在着与总体相互认同问题。舍此，各分支之间就无法产生必要的横向流通和交汇，中医学也就不可能真正走向世界，为世人广泛接受并从事有选择的研究。其次，客观上跨文化冲突和竞争在中西医学之间早已展开，且尤为剧烈；而竞争的深化有赖于相互认同。跨医学体系的认同，可促使汰劣存优，各自扬长避短，不断更新发展。其三，在中医学发展的叉路口上，人们求索、彷徨，在两极中振荡，已有百余年历史，至今尚无定论。究其原因，没有一个处理跨文化的学科关系之准则或模式可资借鉴，亦是徘徊而无所适从的缘由之一。跨文化认同趋势的出现和准则的确定，则有助澄清关于中医学发展长期而又无定论的争执，帮助人们在叉路口上作出面向未来，顺应规律的选择。最后，较之社会学和人文学科，自然学科不同学术体系之间的相互认同就显得更为必需和重要，也更为可行。因为相对说来，文化背景中众多基因对于这些学科的约束和导向作用要软弱得多。在这些学科领域，人们更有可能进行互补和交融。因此，我们说，它将成为处理中西医学关系的一个新的、顺应时代潮流的准则。

然而；强调中医学与世界医学总体的跨文化认同，不等于说肯定哪个医学体系是世界医学科学的“终极体系”或“审判长”；跨文化、跨体系认同也不是单向单面的，而是多向的、多层次的、广义

---

①袁铮：《文汇报》，1986年11月25日。

②何裕民：跨文化认同和中医学发展，《中医药信息报》，1987年4月19日。

的。既包括作为中国传统文化的组成部分——中医学与现代科学文化的相互认同，更包括中医学与世界其他医学科学，其中主要是西医学的相互认同；且后者更为直接和重要。而要做到这一点，就中医工作者来说，他的当务之急是尽可能系统、全面、清晰的梳理中医学的学术范式，使其之表述能更遍地为人们所接受或理解，从而作出进一步研讨。在这过程中，摈弃大我心理和中体西用的陈旧观念，以批判精神对中西医学进行全方位、多维度的比较和评价，亦属于奠基性工作。

认同也好，融合也好，中西医学关系的处理，不是一个短暂、顺利、一蹴而就的过程。相反，对于中国学者来说，它将是艰难、痛苦而又漫长的历程。因为传统的改造和重建，涉及的因素太多，也太沉重、太错综了。也许，当我们在中医学研究的近代脉络和现状作一理性的考察和审视，许多问题便会清晰得多了。

(何裕民 张晔 上海中医学院)

### 第三章 阵痛中的反思

#### ——中医学研究现状的考察

中医学正处于前现代科学阶段。

前现代科学阶段的任何一门学科倘若要继续生存下去，必然要发生观念体系、范式结构由混沌走向有序的嬗变，必然将经历一个阵痛时期。

中医学尤其如此。

一个世纪以来，中医学的学者们久久为这一传统科学的生存发展问题所缠绕。

当代科学发展的潮头，再度将这一令人困惑的问题抛出，并且包含着一种对中医传统和反传统的批判性的再反思、再评价。

当代中医学研究中，人们实际上为一种心理上的二难现象而惶恐不安。

一方面，需要维护中医学传统，确定它的鲜明的民族性，必须捍卫中医学的精髓。

另一方面，严酷现实表明，中医学出现生存危机。科学的逻辑结论是它必须彻底反省，在批判扬弃中获得凤凰涅 般的新生。

自尊心和危机感所交织的“二律背反”，感情和理智的双重取向，导致了中医学的精英们陷入了一种矛盾——如何摆脱重新陷入“保存国粹”和“全盘西化”的两极振荡命运，如何寻找一种可行的操作方式来替代“去其糟粕、取其精华”的笼统模糊无力状态和“固有特色、永远正确”的概括性结论。

中医界强烈感受到一股潜在的危机，发出了“振兴中医”这一震聋发聩的悲壮呼号。它面临二重选择：或固守传统格局，维系其独立性、特殊性的发展方向，或面向世界、面向现代化、面向未来选择道路。

选择的思考是沉重的，中医界在一种涉及有关传统、特色、现代化、继承性、创新性、冲突和融合等观念背景下进行了艰难的探索。

## 第一节 理性的躁动

危机中的中医学在对危机的选择思考中调整发展着。

在中国近代史上，每当民族处于历史的十字路口时，思想界就会出现一阵反省和检讨传统文化的热潮。最典型的传统文化的结晶——中医学同样卷入这种热潮，当西方文化象洪水一般冲刷着中国传统文化时，代表两种文化特质的两种医学体系在较大空间上的接触，不可避免地提出了价值比较问题，即哪一种医学具有更大的合理性和科学性。自然界的竞争淘汰律反映在科学界，整个中医界的传统意识和封闭状态被打破，整体心理处于深深震荡之中。

**一次生存选择** 在适时而生的“中学为体、西学为用”的改良主义思潮和“变法维新”思想影响下，中医界进步的医学家们在“吾人在古人之后，当竟古人未竟之业。若不能与古为新，俾吾中华医学大放光明于全球之上，是吾之罪也”的科学使命感、民族责任感驱动下，开始了新的探索，形成了近代医学史上第一个开放型的研究群体——中西医汇通学派。一系列观点中所蕴含的意义，超出了中医学术研究的范围，反映一种中国近代科学中适应科学时代发展的科学观和方法论。在近代文化论争中，它比较那种全盘否定传统文化的民族虚无主义和顽固坚持传统文化的完美无缺的复古主义，是一种思想的进步。虽然中西医汇通派在理论和实践的探索中存在尊经崇古、牵强附会的形而上学机械论倾向，只能以悲剧性结局收场。但作为中西文化交流过程中医学上的一次碰撞和对话，无疑对未来中医学的发展产生深远的影响，它将具有强大历史惰性的传统中医学推上了现代研究的历程。汇通学派对继承和创新的关系、对

两种医学体系的不同特质和差别、对传统医学和现代科学的相互作用的认识和方法上的特征也都融化在后来的中医学研究中，使其程度不同地留下近代中医学的痕迹。

这一段序曲预告了中医学现代研究的里程。

**两极中的振荡** 伴随新中国一起诞生了中医研究工作的新时代，自始至今，在研究方向和方法上屡经调整。其调整程度和规模之大，足以称其为“运动”。50年代初，中医界把征集研究民间偏方、验方、单方作为发展研究的重大课题，使对针灸的发掘整理成为一大热潮。这是一种群体在无意识状态下凝聚而成的情绪化思潮，意在改变中医学与西医学相抗衡状态中的弱化趋向，旨在证明中医学在比较过程的科学性，纠正研究传统中医学时所出现的某种偏离倾向。在一定意义上，它是对中西医汇通学派所表现的医学精神和思路的一种否定。并提供了保持中医学的思路：强调并突出中医学的实用性，以中药方剂量的优势和中药的有效性、针灸技术应用的简便性来说明中医学强大的生命力在于它的丰富的治疗经验、广泛的应用范围和直接的临床疗效。这种研究的特点是追求实用性，强调经验的意义，它表达了一种潜在的意向：中医学的体系结构不容侵犯。

60年代初开始的中西医结合研究，持续时间长，影响范围大。它以中西医学相辅诊断疾病，中西药治疗疾病、用现代药理研究中医、西医辨病与中医辨证相结合，开展中医学的实验定量研究为基本内容。它延伸和发展了中西医汇通学派的研究思想和方法，在医学技术上有所发展。这是现代中医学研究的第一次意义重大、影响深远的变革，在学术思想、研究方法上有所创新。同时，它对偏方收集研究中所表现的偏激化倾向是一种校正。值得指出的是，它给人们以方法论和科学发展观上的多重思考；提出了中医学发展的方向性问题，中西医学的特色和相容性问题，以及种种涉及社会学、教育学、人才学的问题。中西医结合研究已孕育了中医多学科研究的萌芽，实际上，中医学由此真正步入现代研究的轨道。

70年代中期以来，整个中医界沉陷于一种短暂的兴奋中，出现了一种“寻根热”，即从中医学几千年的历史沉淀中探寻当代自然科学发展所具有的科学思想、方法和原理。传统中医学的那种以“象”为特征的抽象概括和理论推演方式，将跨据宏阔时空并在本质内容上存在极大差异的科学体系“有机”对应联系起来。以控制论、系统论、信息论、耗散结构理论、模糊数学、热力学理论等为研究手段，对《内经》时代中医学进行搜寻式放大观察。以寻求理论和方法的相似性，作出中医学的现代化阐释。这成为这一阶段中医学研究的热点，并在一定程度上反映了中医学研究的实际水平。它给稍显沉寂的中医界带来一种希望，使其对传统医学的科学真理性坚信不疑，人们发现在古老中医学中原来竟也生长着现代科学之根，这种寻根式的研究重覆着中西医汇通派的研究模式，进行着一种以中医自体为起点和归宿的逻辑循环论证。人们循着其研究的思路，对中医学发展战略的方法论进行了思考：介于中医学同现代自然科学的天然相似性，它作为传统的经验医学可以超越分析时代而直接进入整体时代。它具有超阶段发展的可能性和现实性。人们从大量现代科学的原始“胚胎”中得到一种暗示：中医学和现代自然科学具有相同的现实意义，中医学具有超阶段发展的运动机制。它可能沿着独特的路子走向现代化和未来。无疑，“寻根热”反映出中医界的民族意识的自尊和现代意识的自觉。它对于中西医结合研究中出现的因涉及不同理论体系、思维方法而引起的科学性论争是一种判决性回答。对于独特性的理解，人们再次推出“特色”问题。并以巧妙的方式思考并回答了这一问题。

80年代初期始，“寻根热”逐渐冷却，中医界重新弥漫疲惫情绪，理论研究似乎走向尽头。于是中医学转向临床研究，对大量的个案、验案的报道、对特殊病案的搜集整理，临床研究比例相对理论研究明显增大，使总结实践经验的工作在学术领域占主导地位。一方面重新使现代中医研究符合于历史传统；一方面用经验事实支持中医部分学者“疗效是关键”的观点。注重应用性又成为中医学研



研究的主导思想。这种研究与中医现代研究的第一次热潮形成一个循环转回，表现出极大的相似性。

**新的尝试** 80年代中期，一股宏阔的潮流冲刷着整个中医界。中医多学科研究经过二十多年酝酿、萌动后，以突发性的气势出现在医坛，整个中医学被作为一种研究对象，置于多学科、多视角、多层次的观察之中。这种研究适应了当代科学发展的客观要求，逐渐摆脱了寻根式的实证方式，使科学的理性真正切入中医学的体层，产生出大量中医学的新学科、新技术、新方法和新思路。预示着现代中医研究可能发生一次新的突破。一个引人注目的现象是第三代中医群的崛起。他们是中医学界最不囿于传统并富于批判创造性的一代，其新型的思维结构和学科覆盖面不同于以往。他们发出了“中医学研究应面向未来”的宣言。这种时代性的观念蕴含着中医学科学革命的新信息。

80年代后期，中医多学科研究潮头平缓。取而代之的是中医学文化反思热，在中国学术界普遍展开对传统中国文化的重新估价和重新认识时，中医界开始了对医学的自我认识。从文化比较、科学哲学、科学史、历史学等学科角度全方位审视中医学这一特殊文化现象，作出了有意义的分析和批判。本书正可谓是这方面研讨的产物及其典型代表。值得重视的是这种研究不同于以往局限在医学界面内的讨论，而是具有整体性、社会性、综合性特点的反省。它和中医多学科研究形成相互映照，提示了一种历史的科学现象，往往在发生科学革命的前期，科学界总首先出现多学科相互渗透、发生着一种涉及学科命运、至少是理论命运的大反思和大讨论，形成科学整体结构和发展节奏的动荡。19世纪末的物理学革命，20世纪控制论、信息论、系统论诞生而引起的科学动荡就是明例。那么，中医学目前的这种状态，是否又能带给人们某种振奋呢？

**新的转变** 纵观现代中医学研究近四十年的历程，我们有一种强烈的感受：中医学以其强盛的内在运动机制，在选择过程中不断进行自我控制和调节，以追求新的系统状态，这正是它的活力。

从现代控制论角度看，任何一种系统的未来状态并非由它的初始状态所决定，而是产生于对控制过程的选择调节之中。由此出发看中医学，它作为一个动态系统，正在由封闭走向开放，从传统性向现代性过渡。现代中医研究的“运动”性调整使中医学呈现出五种新的转变。即在学科结构上，已由单一化系统转变为多层次、多结构、全方位的综合性系统；在研究方法上，开始由经验诠释型、定性史学化方法转变为定量阐述型、客观化逻辑化方法；在研究方式上已由封闭型、离散型转向开放型、立体化的协作研究；在研究思路，由挖掘继承的实证性研究转向归纳演绎并重的构建性研究；在研究范围上，由纯理论与实用技艺相对独立的状态逐步转变为理论、实验、技术、应用一体化的开放状态、这些转变，无论其最终状态如何，它所给人的启示是明朗乐观的：中医学的前途是广阔的、光明的。

## 第二节 深层的评判

只要用理智去分析事物的本质，它就似乎是荒唐和矛盾的。

——F·卡普拉

当代中医学研究，虽一次又一次地掀起引人注目的热潮，然它们却表现出惊人的相似性，形成一个个以“诘难——反省——证实”构成的三部曲式的循环。

**沉重的三部曲** 考察现代中医学研究的宏观场景，变换一个角度来清理一次又一次热潮掀起和消退中的思想脉络，我们发现，转变和调整始终是沉重而缓迟的。中医学研究处于一种三部曲式的发展模式中。几次规模较大的研究热潮具有一种相似性，即以验证性研究为主导，以肯定式判断为认识手段来调和中医学实际介入的诘难挑战，以形式的替代操作维持中医学观念、理论体系的稳定

性和生动性。因而形成一种动向中的静固形态、发展中的停顿趋势这一矛盾格局。

评价中医学研究的某些方面，可能对突破这种格局有某种启示。

**“方”“案”收集：一个封闭圈** “方”与“案”的收集研究并没有促进中医学理论和实践的有机结合，反而强化了某种片面观点。这二次热潮构成中医学研究中的一个封闭圆圈，其起点和终点都归结于一个经验论的观点——追求实用性和疗效，其意义在于掩饰或回避中医学理论研究的乏力和贫困。

中医学本应作为完整的科学体系存在。中医理论与中药方剂是通过辨证论治这一中介系统相互补充、协调促进的。然而，中医学具有一种技术高于理论和实验，理论研究玄学化、思辨化和临床操作工匠化的传统，从而使理论、实验、技术和应用在一定程度上处于松散脱节状态。理论研究、临床应用、技术发展未能构成循环加速机制，为中医学整体发展提供动力；同时对实际应用中的问题缺少用普遍、客观、系统的科学方法论给予阐述的理性自觉，不能实现理论与临床的有机结合。这些导致了对“方”的收集研究与理论远离的孤立性，在临床上也局限于药物群与症候群的简单对应。对针灸技术的总结推广和对针刺机理的研究同样存在脱节现象。以针药探理和以理明药，尽管取得某些局部效应，但由于研究的局限性而陷入表层化，外在化，遗留一些“悬案”，最终不能促进中医学的整体进展，只能造成一方一证的长期低水平重复。从“疗效”为突破点的病案收集研究，对临床研究和经验总结有一定科学意义，它实际上已触及了“方”的收集研究所忽视的问题：如何激发辨证论治这一中介系统协调中医理论和中药方剂的联系，但终因操作的软弱无力而无法实现临床应用和理论研究的有机联系。纵观这种研究，具有浓厚的个体化特征。其总结方式多为亦案亦话的传统式经验介绍，而且仅注重成功的个案。在个性特殊规律性中转圈子，忽略对成批经验的分析和理论综合，不能概括总结具有共性的规律。大部分研

究，论证的客观面窄，缺少重复性的检验，始终不能使研究走出经验的界围，不能产生中医科研质的突破。因此，两次研究热潮都未能极大产生变革性影响。

**表层交汇，“结”而不“合”** 中西医结合研究开辟了中医学发展的新途径，同时暴露了中医学发展的严重问题。中西医结合研究作为中医学研究中的一次观念和思路的转变，具有重大的科学意义。它因此取得了若干影响世界医学界的成果。但是，中西医结合存在一个局限，即许多研究限于具体、局部、微观的治疗经验和技術上的协作、改进，没有从根本上实现中西两大医学体系在理论、方法上的有机结合。其原因除了在认识上仅重视中医经验而忽视其理论内容，在方法上忽略中医学的整体性特点外，一个重要因素是人们将中西医学这两种不同的理论体系、思维方法的特征作为衡量判断其科学性的对照参考系。结果导致两个极端现象：一方面注重借助现代科学手段而忽视中医药理论特点，从而以现代科学技术水平和西医学模式评价中医学的科学性，另一方面无视中医学自体的落后因素，拒绝承认西医学在研究手段方法上的某种优势而忽视本身理论体系的规范化、实验化和现代化建设，导致优势的弱化。如在临床上人们习惯于从经验出发将西医学某病分成若干证型，而忽视标准化诊断、动态化辨证和客观化观察。因而只能反映病变的静态表现而不能认识其动态演变规律、演变顺序和证型间的关系，为比较分析造成困难。结果中西医结合是“结”而不“合”，又重覆旧辙，流于形式。这类倾向最终导致中医学术研究的简单化、机械化、教条化，妨碍了中医学的加速发展。真正意义上的中西医结合，本应是中西医学的基本观念、基本理论和基本方法的融汇贯通、相互补充，并借助现代科技的强化机制这一外化条件使其稳步发展。这是现代中医的理智觉醒，而在一种缺乏理性自觉的条件下，由于中医学对西医学在研究手段、方法上的依赖性和自身在理论上没有强有力地介入，终使中西医结合蜕化成为西医学模式化、西医学学科范式变成衡量中医学科学性的价值标准，从而造成科学标

准和方法上的紊乱，并在中医界产生两种对立的发展观，一是认为中西医结合、西医学研究中医学是中医学的出路，需要用西医学方法改造中医学、西医学理论论证中医学，而中医学的价值仅在于方药的可取性；二是中医学应保持传统、走独立发展道路，发挥特色优势，而不是走中医西医化和中西医结合的路子。这两种发展观的不相容性从根本上减缓了中医学发展的速度，使中西医结合在人为设置的障碍中举步艰难，在科学观念和方法上没能清洗涤尽中西医汇通派的诟迹。同时出现中西医结合研究在结构上呈现以西医人员在数量、质量、手段和方法上占主导地位的奇异现象，反衬出中医学自身对发展生存危机问题上的淡漠。

**寻根热：经学式研究的变形** 以现代科学为手段对中医学的历史积淀物的“寻根”式挖掘研究，意义甚微，科学价值更小，实际上是一种消极的文化变形现象。从方法论角度看，“寻根”式研究是经学式研究方法的变形，是中西汇通派以西证中、以今证古的实用主义方法模式的发挥。这种缺少批判和创造的逻辑求同比较对急需变革的中医学，其促进作用是软弱的，其思想基础仍是崇圣尊经、以新量旧，维护传统经典理论的神圣化、玄学化、饱和化。从文化学角度看，“寻根”式研究所表达的情绪意识，具有产生于清末中西文化冲突中的“西学源于中学”论的意味，蕴含着西学就是中学的思想。客观而论，“寻根热”的动机在于使中医界接受现代科学技术，寻找一种理论上的论证。“寻根”意识是客观上满足这种理论需要而风行的。但是就其表达的思想倾向看，突出两点：一是中医和现代科学同源，具有通约性，由此为了在文化引进中破除民族界限；二是现代科学思想在中医经典传统中古已有之，由此为了复古传统；这构成一种开放与封闭的矛盾。在整体上仍反映了一种牢固的崇古崇圣、厚古薄今的保守心态。从“寻根”热所揭示的中医学和现代科学的联系，遵循着同一模式：今古相似，古早熟于今，今的成就早已孕育于古的萌芽。为了证实中医学的现代科学性，不少研究者几乎揽括了当今所有主要学科成就来追溯与中医学的渊源关

系。这种一概借今衬古、抑彼扬我的研究，实际上反映了对中医学现代化观念认识的浅薄。它实质上是一种“西学源于中学”说派生的复古论。正如西欧中世纪的唯名论者“迫使神学来宣扬唯物主义”一样，强迫古代中医学“圣者”们硬充现代科学的代言人。无疑，它给中医学背上沉重的历史负担。并没有导致理论的飞跃、临床的发展。事实上中医学作为一种与自然哲学有不解之缘的传统科学，从奠基之时开始就具有多元化的特征，并通过其理论思维模式和方法上的整体性特点表现出来且有机地溶合在对人的认识中。因而中医学的多学科之“根”是不寻而自在，时时支配着中医学的理论和实践。在这种相异于现代自然科学之“根”上生长的医学才有别于西医学，成为我们民族的遗产。以作注考据、机械诠释、以新经阐释旧经的方式研究中医学，并不能产生任何理论上的新突破，相反，导致了对传统中医学的误会，甚至使人感到这是否系中医学的创造力业已衰竭的征兆？正是在这种变形的文化现象中，我们对中医学愈加陌生，仿佛中医学被肢解割裂。

**多学科研究中的“两张皮”** 多学科协作研究、开发，是中医学适应当代科学发展的必然选择；同时，它面临一种突破极限状态的寂静时期的检验。80年代中期，中医多学科研究使中医界为之一振。一方面它否定着“寻根热”所表现传统意识，更多地弘扬科学的实践精神；另一方面迎合当代科学研究的整合趋势，发扬自身整体和多学科化的固有特色，突破了中西汇通学派的传统模式和西医学论证改造中医学的局限，促进了中医学体系的调整和增生。多学科的实践表明：多学科理论、方法和技术不仅能够论证中医学所包含的科学因素和中医学方法的可行性，促进中医学新兴学科、交叉学科的建立；而且通过多学科理论方法的移植、渗透，为中医学在科学化、多元化的层次上认识人体和疾病，为建立现代中医学新体系奠定了基础。如果中医多学科研究持久深入，必将使中医学术水平和临床疗效了发生积极的变化、使中医学方法论发生重大变革。

但是，中医多学科研究热潮现已逐渐冷却，进入极限态的寂

静，一个明显的象征是多数新构建并初具雏形的学科、理论、方法系列生长缓慢，它们的构造设计者无法深入下去，一个个框架空落一旁，使多学科研究呈现出一种“富饶的贫瘠”状态。从多数学科的建设过程分析，多遵循同一思路；将两种理论整理比较，寻求相似点，进行概念的借喻，在较为完备的资料基础上，运用对映法建立框架，因而，新学科理论具有宏观抽象、微观空洞的形式特点。这种极限没有真正促动中医学理论和临床应用的丰富，终于近似夭折。剖析原因，一是研究人员的现代科学知识的浅显，无力在深度上把握新学科的发展和变革；二是缺少作用机制，使新学科或理论不能有力地表达理性的解释，科学的推演归纳，尤其是缺少作用机制的一个重要因素——具体学科的科学方法体系和陈述阐释体系；三是缺乏真正跨学科的科研学术合作，使多学科研究处于中医学和其它学科两张皮的松散状态，无法继续深化已有的成果。这种“极限”现象提示了中医学研究愈来愈明显的危机：中医学缺少紧密的科学研究同盟者。这才是中医学短于西医学的真正弱势，导致中医学研究难以迅速步入现代科学轨道；而西医学则正相反，这一现象表现出中医学和西医学与现代科技发展呈滞后和同步的形态差异。

**文化反思：带有情绪化的倾向** 当前方兴未艾的中医文化反思热潮，是一种处于徘徊中的科学所表现的理性躁动。它的批判力指向中医学研究的两个症结：一是时间差症结，即中医现代化面临的传统性和现代性的矛盾；二是空间差症结，即中医学的独立性、民族性面临的传统文化和外来文化的矛盾；并深化了前时期有关“中医现代化”的主题，提出中医现代化模式的方向性问题。

反思热的主体是第三代中医的批评家们，他们在一系列论述中提出引人注目的思想，其主要倾向是肯定中医学活的内在生命力，批判传统中医学的弊端，具有强烈的中医文化“花果飘零”的心态，对中医现状存怀浓烈的伤感，认为中医学具有顽强的适用性和同化力，能够与现代科技融合。吸收其养料，生长出现代意义的科学体系。同时，基本否定中医学研究传统，提倡全方位的开放。他们提

出了许多真知灼见，扫描了中医学各领域的现状并开列了不少诊断处方。

这是一种群体的情绪化思潮，表现了需要“振兴”的一代人理性的体验。与前几次热潮形成鲜明对照的是它不是高唱着在悲壮的衰落中的颂歌。然而，在这种群体的浮噪声中可以看到，中医学批评家们由于对诗人气质和直觉式的批评的偏爱，造成理论和分析上的欠缺，造成观念上的早熟和思考中的幼稚，一方面批判者高扬实证的科学精神和理性主义，另一方面又实际表现出过度情绪化的发挥，对中医学传统缺乏深刻的清理和检讨，缺乏对中医学正面价值的充分肯定，表现出一种将洗澡水和孩子一起倒掉的急躁。但是，无论如何，它仍不失为一种积极的自我批判，表现出中医学研究的勃勃生机。

上述粗略评价难免偏激片面，但已触及了现代中医学研究所暴露的认识方法论问题，并表现了我们的批判性倾向。遁着这种思路，将找到问题的症结所在，以新的分析和认识对中医学研究的矛盾格局作一剖视。

### 第三节 参照与反馈

富批判性及自省的精神的特点，正是富创造性且革新的心灵。

——成中英

对现代中医学研究的观察和评判无疑有助于从一个新角度进行反思。我们认为，现代中医学研究始终受到两种机制的二重禁锢。

一是受到两种参照系的制约，即中医学在其现代研究中，始终在中、西医学两大体系的相互参照和评价中调整发展节奏；二是受到系统负反馈调节机制对中医学研究方向的控制。这种制约和控制作用导致了现代中医学发展的迟滞性和体系结构上的超稳定性。



**自体参照系的内化作用** 在现代中医学研究过程，始终介入传统中医学、现代医学、西医学三种范式形成的矛盾关系中，对这种矛盾我们较多采取不相容态度，在全盘接受或全面拒绝二极中选择。至多仅以空泛的“吸取精髓、弃其糟粕”来掩饰变革的无力，往往简单地比较某种科学的“长”、“短”，将所谓“特色”这种历史的、静态的观念作为评价彼此的标志和中医学发展不可逾越的界限。现代中医研究的几次热潮，都在不同程度上强化了“特色”观念，保持了中医学传统模式的稳固性。

我们发现，中医学有一种自设并假定正确的对照参照系，这就是由《内经》、《伤寒论》等中医经典著作所提供的基本学术观点、理论原则、诊疗方法所形成的传统体系和既成的逻辑结构。这种参照系具有两个功能：一是自身给定的真理性特质。实际上中医学从来就是在一种缺少对照性论证的学术氛围中自给自足地生长的。它遵守一条“存在即真理”的法则，曾给了研究者们因中医学较巴比伦医学、阿拉伯医学、印度医学有顽强生命力的骄傲和陶醉。在科学探索中始终以这种真理性特质为论证和批判的工具。二是实证性免疫功能。这种参照系是一个稳定的科学防御体系，它以特设性假说、强韧性观念、虚设性说明、形式化变动和功能性崇拜构成一个实证性逻辑体系，来抵挡外部因素的理论侵蚀和渗入。这个参照系决定了现代中医研究的水平和速度。在此干扰下，中医学研究在方法上造成失误。具体表现在四个方面：

(1) 逻辑上的自证，以中医本体为原型设立对照物，在该系统中映射自体的正确性，象对“方”、“案”的研究、“寻根式”研究属于此，从逻辑的循环论证中使虚设观念获得论证。这种以先前真理性设立证明其真理性的研究方式为中医界普遍尊崇。

(2) 对照中的自证，由某一确定对照物的某一历史形态特征证明中医自体的真理性，缺少动态发展的比较意识。这主要表现在对中、西医两大医学体系的科学性评价中，常常出现用中医观念、方法对映西医学，反证中医学的正确。这又形成中医界的推崇相异性

评价的方法论传统。一个明显的事实是中医界普遍认为中医学在思维方法上具有整体系统性，这优越于以还原论为特征的西医学分析方法。这种静态的认识无视了西医学在方法上已经发生和正在发生的二次大的变革，即由科学的以理性认识为特征的还原论代替原始朴素的整体直观方法，和由科学的以辨证认识为特征的构成论的建立，正在克服还原论的机械唯物论缺陷。实际上，中医学对西医学的方法论批评是不完全的，具有一种排斥性倾向。

(3) 忽视方法论的批判性思考，长期纠缠在词义语言上的溯真，即使是对方法论的研究，亦仅是单向性地实证评价，或是笼统的整体否定，这在“寻根”式研究、多学科研究和“反思”热中有所表现。如或是一味推崇黑箱方法，强调整体观，或是否定黑箱方法，推崇分析。结果导致中医界出现两种思想倾向，或趋向维系传统方法，或是全面批判自体，二极中排斥第三种选择，即融合渗入式分化。

(4) 临床实验和理论说明脱节性互证。在中医学的对照参照系背景下，中医理论和经验的关系是一种相互超越而又天然对应的联系。现代中医学研究未能突破传统模式，实际上临床仍是一种经验指导下的操作，理论又远远超越过经验，高度空泛抽象，不能说明操作的内在机制，而实验又始终受制于参照系两种功能，从而出现宏观上的脱节状态。为了弥补这种矛盾，必须产生临床操作和理论的相互证明。在证明中排斥逻辑手段和科学陈述，用肯定式判断赋予理论以经验的意义，赋予临床以理论意义。在多数的研究结果看，大多遵循强制性肯定说明的方式，一个较普遍的现象是不少实验的设计思路为：假定某中医原理成立，然后提取说明性数据，原理的正确性先于结论的判断之前。这种互证法导致了一套中医检验程序的模式化，即提出对照参照系中的某一需要检验的原理或子理论，实际已赋予它确定性的意义，再由实验或临床进行可证明性阐述，实际已赋予实验或经验以理论前提的确定性，最后在参照系中统一说明。这一检验模式的封闭性也必然导致现代中医学研究突破

的艰难。这种由中医学自体参照系的内化作用是一个不容忽视的方面。

**外向型参照系的制约** 另一方面，中医学研究者以自体参照系的传统因素作为中医学的特色，把经静态式比较后所认定的中、西医学在思维方式、研究方法、认识程度和语言系统的差异作为衡量长短的尺度，使特色观念和比较尺度形成外向型参照系制约着现代中医学的研究，实际上它已影响了人们的中医学发展观和方法论，使中医学自身现代化功能被抑制。例如中医的四诊方法是一种通过主体的感官体验直接接受客体信息并作出判断的方法，它是以直觉判断和经验观察为基础的，这种反映古代自然科学水平的特殊性成为中医学特色的一个标志和参照因素，用以衡量中医学和西医学的差异。当人们试图进行中医诊断仪器化，如诊断中使用脉象仪、舌诊计和电脑的尝试时，不少人常自觉地以这种标志来衡量新尝试是否失去中医学特色，产生种种关于诊断仪器化会导致西医化、影响中医思维特色的异议。无意中使模糊整体观察成为中医学的专利，使机械化成为西医学的标志，客观上阻碍了中医学向现代科学渗透。又如辨证论治方法被公认为最能体现中医学整体性特色，它也成为参照系。因此，人们推崇整体恒动的直观描述，忽视微观的多层次唯象分析，使对中医微观辨证（即证型的客观化指标）研究是否必要产生怀疑。对人体生、病理的不同结构层次的形态、功能探讨进展甚微。这同时表现在对西医学的认识上，将结构与功能、宏观与微观作为区别两个医学体系的标志。固执地认为西医学对人体的认识分析主要是微观的方法，着重于人体结构和形态，并以“辨病施治”为主要手段。将微观认识视为西医学的根本弱点，从而反衬中医学注重整体的功能变化、“辨证施治”的优越。实际上，西医学的现代研究，早就注重整体的功能变化，并已取得了许多成就，这却是中医学所未观察到的。

**特色：坚韧的保护带** 值得注意的是在有关“中医现代化”讨论中，仍有人借助特色和尺度观念提出质疑，将特色与现代化对

立，用尺度制造人为的科学禁区。有的学者曾明确表示凡西医学中普遍应用的方法手段、中医学都不宜使用，否则将丢掉传统特色。这种“凡是”观潜在地支配了许多研究者的思想。在中西医结合研究中，人们不自觉陷入用比较尺度决定两种不同学科在内容、方法上的吸收指向，强调对立忽视互补，结果导致中医学（或西医学）之“长”抑制西医学（或中医学）之“长”，造成两大医学在观念、方法上本不存在的不相容。同时在人们观念上形成一种思想定势，即中医学与西医学因体系结构、内容和方法论上的不可融合性而必需使中医学保持相对独立发展的趋向。即使中医学的现代化，只能是中医学和现代科技的结合，否则，就在独立发展和中医学西医化二者中选择，最终失去优势和特色。可见，参照系在科学研究过程中的强化和制约作用，在一定程度和范围内妨碍或堵塞了信息交流。它的不变性导致中医学研究的思路、方法上的僵化模式，在这种参照系干扰下，中医学和西医学、自然科学多学科在理论、方法、手段等方面的相互借鉴、移植、补充、协作显得软弱无力、难以产生革命性变革，使中医学陷入开放发展中的停滞迟缓。

实际上，被人为赋予的存在于中、西医学中的任何一种参照系都没有共同的量度来衡量哪一个医学体系更具有真理性、科学性，这表现了一种不可通约性的存在。中、西医学作为两大科学体系，各有自己独立的价值取向和学术标准，由于长久的时空间隔，没有出现一个超越二者之上的绝对价值体系，二者难以通约，更难以作出最终判断，虽然两种医学因各自生长的科学文化土壤，对科学发展的适应性程度，认识把握的层次、角度存在差异，形成实际存在的特征和特色。这是历史的真实。但若以这种差异和特色来衡量评价一门学科的长短优劣，或将它作为一种尽善尽美的固定模式而拒绝接纳本学科所不具有、不完备的内容和形式，就必然导致发展的科学在人为设置的界限中停顿徘徊。从现代中医研究状况分析，我们之所以仍久久陷于对继承与创新关系、传统性与现代性的困惑和矛盾中，在中西医结合研究中不能超过中西医汇通派的思维模式，

仅是小心翼翼地限制在积累局部零散经验、改进某种技术而不能产生理论上的突破，之所以长久地陷入一方一案的经验性重复、不能改变理论方药、临床实验综合化方面的低水平发展状态，一个重要原因是不能越超参照系，不能摆脱“特色”观念的束缚和参照系的制约作用。仅只是在一种科学中心主义的封闭研究氛围中，通过肤浅的表层比较自我陶醉，自我禁锢。

诚然，不应否定参照系对学科发展的重要指导意义，也不能否定特色的存在价值。尤其在当今科学时代，中西文化在空间大规模接触，竞争淘汰问题随之产生，价值比较问题日趋明显。中医学更需要一种强有力的竞争保护机制来稳定发展的平衡。参照系和特色因素就成为一个重要工具，起到调整、控制发展方向和方式的作用。在中医界的“中医特色”讨论中，人们已阐明这种观点。即保持中医特色是中医生存发展的关键，无疑这是一种暂时有效的战略思考。问题的症结不是承认特色的合理性、存在性问题，而是把它作为一种批判、评价的工具是否恰当。从中医研究现状看，已出现将特色作为坚韧保护带的倾向。人们将一种医学的“优势”、“特色”与另一种医学的“优势”、“特色”看成不相容、不调和的对立物。把历史的、静态的“特色”、“优势”作为一个面临挑战和危机、亟待变革的学科不可逾越的界标；把一种医学的传统模式作为系统稳定的最优化结构，从而对抗自身的适应性改变。结果，纵然进行多少次内在调整也是脆弱无力的，不能产生科学加速发展的机制。否定参照系和特色因素对科学发展的负作用，是否说在中医学自身、在中西医之间不需要一种标准来衡量其价值意义呢？回答是否定的。实际一种客观的评价标准已经出现，这就是当代科学赋予自身载体的适应大环境挑战的能力，这种能力表现为变革的、选择的、否定传统的功能。

**中医研究的调控机制：负反馈** 进一步反思现代中医学研究的历程，可以发现，整个研究所表现出的基本特点是科学研究的控制调节方式为负反馈放大。在研究过程中，以历经二千余年的历史

积淀并趋于“完美”正统的中医学结构的稳定性为调节目标，以实证归纳研究为调节手段，以中医学参照系为调节控制的抑制手段，以西医学和其它自然科学的参照系为校正手段，在整个调控过程中通过调节、抑制、校正的机制来制约系统可能产生的激发机制（中医学发展所出现的反常性变动），并始终减目标差。这是典型的负反馈控制，而且反馈的结果是放大的，即整个研究总是在强化中医传统范式的科学示范作用。无论是对方的研究、个案、验案的收集探讨，还是对中医学的现代科学之根的挖掘寻踪，从中医学角度评价中西医结合研究，无不是对已有中医学理论方法或应用手段的实用性、科学性的证实，对中医学经验工具的完善。这种证实和完善总是针对各种对中医学的诘难和挑战而进行的。不少研究者接受或维护中医学范式，并不是真正理解了中医学之外的其他示范体系。因此，对中医学研究的价值判断总是正向加和，注重量的优势，追求系统结构的稳定性，形成证实研究→正向评价的循环。在这种趋向中，有关对传统中医学的文化批判显得苍白，难以本质性深入。在这一目标下的各种调节尽管形式上有所创新，但在内核上仍沿袭传统，不容动撼，不会在整体结构上发生质变和飞跃。这种放大式反馈是一种“向后看”的方式。其结果是以单调的文献整理、回顾式挖掘、优劣长短比较，松散型临床实验来维系传统模式的结构稳定性。无论在理论或方法上成效甚微，思路狭窄，“崇古”、“复古”、“贵古贱今”意识浓郁，以经释经的研究传统强化，为中医学产生新质体系设下屏障。

事实提醒我们：在现代中医学研究中，一个基本任务是突破参照系的禁锢和负反馈放大的研究方式。这种突破又取决于心理结构、观念体系和研究方式的变革。

## 第四节 心理与观念

世界上本无路，我们称之为路的东西，不过是徘徊而

现代中医学研究中表现了一种连锁效应。首先是开放带来危机感。现代医学以其特有的精确性和有效性成为中国医学的一大主体，现代科学技术的扩展在一定程度上造成了中医学的相对衰落。其次是危机感激发了求生存意识，面对危机作出选择，中医学的独立性优势被打破，迫使将视野投向外界。接着是激发中产生自尊自卑的矛盾，因传统医学失去与现代医学竞争的强力，人们继而提出“中医现代化”；并小心翼翼避开现代医学的路线而与科学技术结合，在“结合”中证明传统中医学的真理性。渴望创造发展又难以放弃保留特色和本体的传统，结果又使“现代化”流于空想。在现代世界、现代科技和现代医学面前困惑不安，更加重了危机感。这种效应反映了中医界整体心理结构和观念体系的矛盾。

中医学是一个拥有大量未经科学处理的历史因素之文化共同体。因而在其发展中，主体的心理结构往往是一种不可置疑的制约因素。这种结构的主要特点是研究活动中的受挫情景与主体反应形成了挫折圈的运行机理，导致了心理障碍的原生形态和其衍生形态，以及心理倾向中导出的消极落后观念。

**危机、挫折情景与心理防御机制** 面对西医学和现代科学的迅速发展，使长期没有触及能与自己在科学水平上相互抗衡并论的生命形态的中医学产生危机感。在冲突交融过程中造成种种挫折情景，对此中医学界的个体和群体很快产生一系列紧急的心理防御机制。主要是文饰机制，亦即合理化作用。表现为中医学界个人或群体对自体实际的落伍状态的解释作用，目的是减轻或消弭受挫主体的心理失衡。在“寻根热”研究和多学科中医研究中表现的心理倾向就是一种以自我欣赏、自我论证为特征的自恋心理。将中医学历史上的种种光荣作为心理防卫的基础来应付来自外界和自身的挑战，以表层的镀化掩饰现代化进程的迟缓。这使得中医现代化推行中困

难重重。

其次是否认机制。中医学界的个体或群体表现出一种对挫折的消极反应，即否认落后和需要科学性论证这一事实的客观存在，并以种种替代物来强化这种否定。在“方”“案”研究中人们对优势论的推崇；在中医现代化争论中对特色论的维护；在中西医结合中对西医学的批判性倾向无不表现出一种心理防御的否认机制。

再次是压抑机制。中医学界在屡受各种挫折并形成痛苦经验后，将其压抑在无意识之中，以致不能获得清晰的自我感觉。这种压抑意识导致种种情绪化趋向出现，并以盲目自尊，缺少批判自身文化的气魄来评价、解释传统。从中寻找智慧，使现代中医学研究留下了以解释传统来创造科学的痕迹。

第四是冷漠机制。中医界存在一种逃避现实、麻木绝望的心理状态和信仰危机。对科学受挫的现状听之任之，缺少主体意识和科学责任，表现在学术研究中的是追求急功近利，短期效应，缺少冷静严谨的科学论证，不能保持高度的研究热情和注意力。

最后是补偿机制。中医学界始终存在着一种以尝试法寻求出路的学术心理，无论是自发形成，抑或组织化的研究热潮，都是一种自觉的调整。这种富有积极性的应激行为，反映了主体在挑战与选择过程中消除受挫的不安情绪、减轻危机感的意识。无论结果如何，人们都能在对“优势”、“特色”、“实用”的认定中，在一种“失之东隅、收之桑榆”式的尝试选择中获得某种补偿，发现中医学顽强的生命力。这几类心理防御机制在中医现代研究中相互促动、强化，形成一些落后的心理倾向，包括封闭开放混杂，突出自我中心的心理倾向；稳定无变化的心理倾向；好古的、重纵向继承而轻横向交流的心理倾向；无所适从、自我把握弱软的心理倾向；混合新旧、以旧化新的心理倾向。

**陈旧的观念** 种种心理倾向具体表现为落后的观念，影响着现代中医学研究的进程。

**“中医优越”的观念** 这种观念主要是人们对于中医学在世界科



学历史中的地位狭隘理解。一种趋向性的观点认为中医学是一个世界的科学奇迹，它由古代科学形态生长为现代形态，足以说明其优越正确性。在众多的讨论中，人们表述出两层含义：一是中医学与西医学存在不可比较的关系，难以溶和；二是中医学对现代自然科学的姿态是“向化远来”。这种观念有力地指导着人们的研究，使之无视西医学的发展性变化和思维方式、研究方法、结构模式的改变，仍以静止的眼光作否定性放大观察。同时以自然科学作为自证的工具，择其片面为我所用，缺少对自然科学各学科思想方法深层的理解。一个典型的例证是中医界热衷于黑箱方法、功能方法、反馈方法，并将它们视为现代“三论”的主要方法，借此以自证自体的“系统性”、“功能性”特征。但却忽视了现代控制论、大系统理论的发展已实现了经典方法向现代方法的转化。对灰箱方法、结构功能方法、正反馈方法的重视已成为新的方法论趋向。从静止的、历史的眼光看待现代科学和中医学的现状、未来，正是“中医优越”观念的体现，它支配着现代中医学研究。

中庸持平的发展观念 这是一种稳定无变化心理倾向以及重视纵向续延心理倾向合乎逻辑的推衍。其真谛是“过犹不及”，一切持平。通常反映在“古已有之”“历史悠久”“生命力强”的中医界自慰情绪中，并自觉影响着中医学研究。表现在研究过程中的是无创新意识，追求平稳，推崇向后看的研究方式。从大量的中医学学术论著的风格看，大多渗透着这种惰性。那种学究气浓郁，可读性极差，文风干瘪呆板的文论令人望而生厌；或故作深奥，过多引用经典，造成种种交流障碍，难以卒读，不见创新冲动，都足以说明这种发展观念的根深蒂固。

上述两种观点具有两面性：一是强化了中医学是民族主体的文化；二则表现为更大的弊端：用自身尚未更新、旧的形态为骨架去曲解先进的科学思想。这表现在整个中医学现代研究过程中。它们衍生出无所适从，自我把握弱软，混合新旧，以旧化新的心理倾向，同时又导出非科学化的观念。

速成观念和照搬观念 随着西医学和现代科学的介入，部分中医界人士摆脱了那种中庸无竞争的观念而产生进取的发展观。但在自我把握较差的心理特征下，进取又转变为速成倾向。在中医学研究热中，人们表现出两种姿态和观点：一是简单性。将当代科学的发展视为纵向简单的思想延续，期望通过简单浅层的类比借鉴就可促使古老的科学跨入现代科学之列。类似于“跨越论”的观点是其代表。二是侥幸性。对中医学现代发展的复杂性估计不当，缺少一种科学、周密、可行的研究纲领。在一种急躁心理驱使下展开的某些热潮带有较大的盲目性。然而一旦出现挫折，便出现悲观情绪，对发展前途产生怀疑，依寄于侥幸的成功和政策的优惠。这种速成观念缺少科学理性的自觉，必然产生照搬的观念。这类省事的思想深深影响了研究者们的心理、知识结构，导致食洋不化的学术成果。从大批以自然科学角度研究中医的论文分析，多为表浅之作，应景之果。有的作者几乎成为百科全书式的自然科学家，思维进入皆知皆不知的混乱状态，无法从理论上推动中医学的发展。照搬观念有两种：一是部分照搬。认为中医学非全部落后于当代科学，而仅是某些技术的落后，所以将现代技术手段照样输入中医学，便可促使中医现代化。这类观念是曾出现的“中医学西医仪器热”、“中医计算机诊断热”的思想契机。二是全部照搬。认为中医学总是落后，只有全面引进西方医学和科学才是出路，由此全面否定中医学的科学智慧。

中医学研究中主体的心理的、观念的体系结构的矛盾影响了中医学研究的进程。其中，特别值得注意的是，因种种消极心理和观念的影响，在当代中医学研究中存在着一一种为人所忽略却又严重影响中医学发展的现象，在中医学发展史上没有一个时期的医学家们象当代医学研究者这般急功好利。因种种需要而急迫地发表论文，推出“成果”；寻求捷径，图轻松省力；将用得着的东西视为合理，反之则不合理；使中医学研究拥有一切先验的教条和先在的例证，并附加思想情感和科学理智上的偏见，导致作注脚的多形式研究风

行。这种治学之风有悖于中医学研究的早期传统。从历史看，之所以出现《伤寒论》等这样的名篇巨作，无不根植于医学家们严谨的治学态度和“廉于取名而锐于求志”的科学精神。而当代学者缺乏一种崇高的孤独精神；耐不得寂寞，热衷于赶浪潮；这种治学的功利化加速催化了中医界盲目自信和乐观的庸俗。也反映了中医界仍存在一种不健全的急迫心理，在压力下从事研究的精神状态，导致了他们的目光追求表面，超越现实，轻视求实，似乎中医学研究的工作水平取决于曲解的合乎逻辑和精巧怪异，这导致了学术价值的有限。

## 第五节 大控制论的新示范

直面中医学的危机和二重选择，我们的回答具有批判性和应战性：中医学必须经历一场深刻的变革；中医理论体系必须重建！

重建与变革，可以说是中医学发展的必然选择。对此，控制论的新发展对于我们的思考和决策，提供了有益的启示。

**从负反馈到正反馈** 在控制论向第三代大系统控制论的发展中，科学观念发生了重大改变。经典控制论强调负反馈对系统稳定性的维护和抑制变化作用，而大系统控制论则注重正反馈，旨在破坏系统结构的稳定性。通过功能性操作使原有系统发生振荡，使它所存在的不规则“涨落”不是趋向小规模波动，而是反复增大，最终破坏系统平衡，改变旧结构而产生质变。两种反馈观念相比较，负反馈是面向过去的控制，以维护系统结构的稳定不变性；正反馈则面向现在，注重变革，在选择控制中寻求新系统结构。从方法论角度分析：负反馈观念突出实证精神，确定系统存在的合理性；正反馈观念推崇批判精神，追求系统变化的现实性，在目标选择上趋向于动态、优化、未来化。它启示我们：以往的中医学研究实际上

表现为一种负反馈调节过程，它的一个症结是对于当代科学的长足进步和冲撞的反应始终是温和的、维护性的调整，因而它需要一种正反馈的变革，在新的控制条件下促进自身的发展。

从中医学发展的历史看，《内经》的问世到《伤寒论》的产生再到温病学派的形成，这三次重大变革显示了中医学系统内部各要素从无序走向有序的历史过程，初步确定了内部发展机制的特征是负反馈调节，在它的作用下形成了超稳定结构。其反馈信息方式表现为同质系统的单向联系，在负反馈调节的强化作用下始终自觉抑制系统的波动，保持系统的相对平衡状态而稳步发展。虽然曾出现种种异质系统的干预和参入，但因缺少正反馈的激化作用，使异质系统的信息对中医学的冲击力不断趋弱、同化，最终未能引起系统原有结构的质变，形成了开放中的僵化和惰性。从当代中医学研究的现状看，人们对现代自然科学与中医学关系的认识结果表明负反馈调节的维护功能。当前，中医学面临新的异质系统的信息冲击，当代科学发展的综合化、多元化势头，三代交叉学科（边缘性、综合性、横断性科学）发展趋向日益明显，数学方法向众多学科的广泛渗透。大量软科学（如未来学等）和学科群的相继出现，为中医学的革命性变革提供了广阔的科学背景。日益暴露出中医学无所不包的兼容性和自身消化力的矛盾。加速了中医学作为理论体系的危机和作为一种智慧生长的相互矛盾。同时，现代医学界开始注重中医学的智慧因素，“中医热”思潮所表现的在思维方式向中医学趋同，在技艺上的借鉴倾向都可以使我们对中医学的未来命运持乐观态度，值得注意的是西医学在其发展中也面临某种危机或者说困境，也为中医学研究提供了借鉴和选择的启示。这种形势对中医学的发展提出了新的要求：改变传统发展模式、打破超稳定系统结构，建立具有现代化、世界化、技术化的新医学体系。然而就中医学自身发展而言，无疑需要加强正反馈调节控制的激化作用，充分利用异质系统信息产生系统动荡和结构质变。在这种意义下，我们面临着如何对待传统的古老问题的判决，涉及到观念的变革问题。

所谓中医传统，实际上指一定的知识和经验在特定历史阶段中演进而成的结构形式。它存在一种新旧之间否定、扬弃和选择的必然过程。长期以来，我们忽视否定、选择的因素，而强调继承的全面性、历史性，因此导致中医学的种种危机：脱离自然科学的发展现实、观念僵化、知识陈旧、概念过时，中医理论不能科学地解释生理病理现象。中医学的自然哲学倾向仍禁锢着其自身突破，中医人才越来越少，中医著作不能扬誉医林，产生轰动效应。这种危机的唯一解决途径就是改变固有的研究传统，加强学术的批判性和否定性；强化选择机制，消除两种参照系所形成的束缚；有意识、有目的地与异质系统在认识方式、研究方法、技术手段诸方面进行大规模、大范围的渗透、交流、替代和移植；在此基础上大胆抛弃更新中医学中的自然哲学概念（如阴阳五行、精气学说）和其派生的朴素科学观念（如脏腑经络等）；用与现代科学相适应的语言形式和操作方式建立理论新框式，以取代中医学传统理论体系；并在实际研究中减少负反馈调节方式，建立更多的交叉学科；实现传统中医→中医交叉学科→现代中医→现代医学的过渡。

**方法论上的启示** 控制论的发展表现出方法上的批判否定性，促进了认识上的深化。经典控制论强调着重从外部考察系统整体，推崇黑箱功能研究法。现代控制论对这一传统作了扬弃，它则同时注重观测和辨识系统的内部结构与运动状态，将结构作为最终把握控制系统的决定因素。这种注重探索物质运动内在微观机制和多维结构的科学思想，代表了 20 世纪科学发展的基本特征，它也使得控制论真正成为当代科学的最优秀思维成果之一，成为自然科学生长的新基点。这正是中医学长期所忽视的。中医学曾一直将代表经典控制论水平的黑箱辨识方法视作其思维上的特色，并认作为主导性方法，从而在某些程度上限制了自身方法的多样化发展，使停留在自然哲学思辨水平的中医学整体观念支配着人们的研究。这恰恰是中医学现代研究长期不能解决的问题。事实表明：作为时代选择的结果，任何一种观念都不具有永久的范式作用。我们认为：

中医学在思维认识方法上的当今选择必须是实现宏观判断和微观分析的统一，功能分析和结构研究的综合，彻底改变青睐黑箱经验判断而蔑视白箱实验分析的传统，改变对人体生理、病理认识上的模糊笼统状况。而要做到这一切，就必须将自身广泛溶化于现代科学技术之中，一个重要的前提是确定精确化观念。须知，一种理论的精确性是与其科学价值成正比，著名科学哲学家波普尔曾认为理论的精确性与理论的可证伪度密切联系，理论的普遍性愈大、精确性越高，其可证伪度愈大，发生变革的能力也就强烈。而中医学一直未能改变其模糊性特征，并因模糊性而导致笼统性，限制了理论的检验和证伪，而任何一种缺乏证伪功能的科学是不会发展的。这应是一个自觉的理性。中医学在一种精确化→西医化→丧失特色的简单推理中确定自己的研究战略，因此妨碍了自体的发展。这是一种历史的失误。

**目标选择的变异** 大系统控制论对控制目标的选择，也为中医学发展提供了启示。传统控制论追求目标的最优化，而忽视多元化选择，大系统控制论则注重目标的多元化选择，并实施多元控制。它符合对具有多层次、多因素、多结构的复杂系统的可能性控制，使得系统始终处于动态、协同变化状态，充满活力。这些思想昭示人们：在科学研究中，不存在所有指标都是最优化的系统，任何试图建立这种系统的努力都是不现实的、枉然的。在科学发展中，同样难以找到一经建立就十分完美或经过历史发展而趋于最优化的科学体系。相反，任何科学都必须面临择优选择问题。即不断调整自身结构，使系统尽可能以新的、更好的方式来适应环境而发挥运动机制，在不断的选择、调整 and 适应中发展。因此，将西医学或中医学视作为无须调整的终极范式，均是陈旧、错误的观念。而对待中西医学的两种极端态度，正是这一错误观念的体现。

在目前情况下，这种时代性的制约作用对于中医学来说，显得更为迫切需要。长期以来，不少人的研究实际上是把中医学体系看作十全十美的最优化结构系统，常将现成的体系和方法视为发展的

顶峰，从而将研究的注意力只投向挖掘、修正、补充，使中医学成为绝对真理模型和终极范式。这实际上是“带着善良的愿望”，慢慢地把中医学送进历史的坟墓中。因此，我们应该自觉地首先在观念结构、思维方式、研究方法等多方面进行变革。这种自觉的变革有助于排除来自思想、心理、感情、历史诸方面对中医学发展的制约，产生中医学发展的内部冲力，使之在和现代科学的渗透融合中发扬中医学的智慧；在理论的再造和实践研究中参与世界科学图景的再构造；以中医学的“范式革命”，创造未来发展的多种模式和途径。

(关前 湖北中医学院)

## 第四章 艰难的选择

危机是一种极为正常的现象，是人类的精神产生飞跃性突进的最佳契机，是孕育超前意识的最好母体。人类的最有深度和创造力的内在变化往往蕴含于危机之中。

直面现实的中医工作者都能深切地感受到历史的危机和历史所赋予的责任及使命，危机中的中医学何去何从，很大程度上取决于决策的正确与否和我们的进取精神。

### 第一节 从比较到批判

现代人最显著的特色之一，就是他乐于接受新的经验事实和他欣然准备改变。

——英格尔斯

我们就中西医学作出全面的比较，目的不在于评判孰高孰低，谁优谁劣，而是试图对中西医学，特别是中医学进行深刻、冷静的理性剖析，为医学，特别是中医学发展决策的选择，提供客观依据。因此，批判便必不可少。

**中医学是什么？** 要为中医学的发展及其未来作出正确选择，首先有必要弄清中医学的性质。遗憾地是，大多数身处其境的学者似乎认为这是不言而喻的，他们认定“中医是科学的”，或迳称“中医学是门科学”。然而，这些命题本身并非不证自明。它只有在批判中才得以确定，鉴此，有必要分析各种流行的说法：

有曰：中医学有着数千年的成功史，而且至今仍有生命力，因而是科学的；又曰：中医理论的许多论点与现代科学的某些最新成果不谋而合，且其中几无迷信成份，故属科学；或曰：中医理论属于朴素的唯物论和自发的辩证法，与辩证唯物主义接近，故是科学



的；再曰：中医治病，确实有效，所以，她是一门科学。……

逻辑的力量每每大于历史和现实，从逻辑上讲，上述看法有着如下的错误：第一，历史悠久与合理科学是完全不同的几码事，历史悠久不等于就是合理，更不能说就是科学，宗教的历史也不短暂，至今也没有失去影响力，但宗教永远不可能成为科学；第二，存在的就是合理的吗？这个命题早已被人们所否定，例如，巫医的诞生比理性医学更早，且依然为许多人所接受，但巫术和科学毕竟如同水火，故从存在无法确认合理和科学；第三，哲学上的正确必然就是科学的吗？我们知道，哲学和科学属于人类知识的两个不同层次，哲学说明要比科学说明的可证伪性低得多；而且，有“科学的”、“合理的”内容与“科学”这个专有名词又不是一回事；前者只与“迷信的”、“荒谬的”相对立，是对某些认识或操作的合理性及先进性作出的修饰、界定，但“科学”却有其特定内涵（对此，我们将另作分析）；第四，与现代科学的某些观点、原理相一致也不一定就成其为“科学”，现代物理学的许多新思想与东方神秘主义哲学思想（包括禅宗等）颇多不谋而合之处，但人们却不能以此宣称后者为“科学”；第五，有效的就是科学的吗？纯粹经验也常常有效；……因此，上述说法破绽百出，不能说明问题。

何谓“科学”，科学哲学家们作了多方面的探讨。在此我们想结合潘卫星的有关研究<sup>①</sup>，作出探析和介绍。

首先科学有别于技术。人们把人类文明史中在求知意识支配下，对自然界奥秘的主动探究称为科学传统（或哲人传统）；而把在实用意识支配下，利用或制造外物以达到某种目的的创造性活动称为技术传统（或匠人传统），前者企图揭示自然界的内在规律，即“是什么”、“为什么”，后者的目的在于解决各类实际问题，即“做什么”和“怎么做”。医学则是两者的结合，中医学亦不例外，她也

---

①潘卫星：论中医学的规范 《中国医药学报》4：2，4～9，1989年。

具有科学与技术、基础与应用的双重特点<sup>①</sup>。虽然科学与技术在某些方面存在着“源”“流”关系，但毕竟不是一回事。以“中医能治好病，所以她就是科学”立论者，其实质是以技术的成功论证科学的成熟，从而混淆了两者间的质的差异。

其次，科技史研究表明，从古至今，科学传统的演变大致经历了三个阶段，分别表现出三种基本形态：神话想象、自然哲学思辨和经验实证。对应于此，世界医学的发展，也大致表现为三种基本形态：巫术医学，经验医学和实验医学。后两者都可归之为理性医学范畴。对于它们来说，不在于所研究的医学问题变了，而在于回答问题的方式变了，人们找到了考察医学现象的最佳方式，那就是实验，从而诞生了实验医学。

库恩认为科学是从前科学转化而来的，前科学的特征是众说纷纭，莫衷一是。直到某一巨大科学成就出现，显示出某种“范式”，使学科共同体中的大多数人愿意遵从之以进行深入一步的研讨，便标志着这门科学的成熟，而使之成为常规科学。随着常规研究的深入，某些新现象的被注意及其对原有认识所构成的挑战，则常常引发科学革命，用新规范代替旧规范，从而进入新的常规研究，直至下一次出现新的危机，引发新的革命。

库恩的科学观，显然是立足于历史主义角度，兼顾了社会心理学的产物。借助这一颇受关注的科学观，可帮助澄清有关“中医是否科学”问题的歧见。不难明白：认为“中医学不是科学”，或者说“中医学缺乏科学性”，多是从科学传统的形态而言的，谓中医理论基本上属于思辨性的自然哲学理论，总体上仍处于单纯的经验现象积累阶段，故不科学。这实际上是个传统科学（或谓“前现代科学”）与现代科学的差异问题，而不是科学不科学问题。自《内经》起，迄《伤寒卒病论》、《神农本草经》止，中医学家共同遵循的范式已经确立。它标志着中医学的研究和应用已从“无序”的前科

---

<sup>①</sup>何裕民：《中医学导论》第6—10页。

学阶段，进入了有统一范式的常规科学阶段。然而，必须强调指出的是，这毕竟是古代的、传统的常规科学，它与具有现代常规科学性质的西医学，自有时代上的差距，只有经过“科学革命”（变革范式），脱胎换骨，才可能“现代化”。至于认为中医学是超越西医学的一种医学系统，<sup>①</sup>此论所说的“超越”，若仅指空间，那这一命题纯属同义反复，毫无意义；若讲的是时间，这等于说传统超越了现代，自然哲学思辨“超越”了实证科学，自属荒谬的无稽之谈。

上述仅仅是从科学传统作出的考察，只能从历史主义角度说明部分问题。医学是科学与技术的结合，其科学性主要体现在基础医学（或曰中医理论）上。前已论及，中西医学的差异，也主要是范式和理论的不同导致的。因此，为了进一步弄清这一问题，就必须对中医理论作出剖析。

**中医理论：一个苦涩的酸果** 流行的观点认为：理论作为一种系统化了的意识形态，是对客观现象的本质联系或事物内在机制的反映。故人们常把理论与被反映对象之间的关系喻之为“地图”与“领土”，“地图”越是逼真于“领土”，理论的科学性就越高。科学哲学家们为了检验和鉴别科学理论与“伪科学理论”，纷纷提出了理论的“可证伪性”，“判决性实验”等分界标准。这些，正是人们常常用以评判现代科学，包括西医学理论的价值尺度。然而，用它来评价中医理论，却使人产陷入了一种空前的窘迫之中。

西医学的理论概念，大都属于实体概念，它与它所反映的对象之间，存在着明显的对应关系，“地图近似于领土”。“冠状动脉粥样硬化”，就是指解剖实体的冠状动脉，发生了“粥样”的脂质沉淀，乃致弹性下降、管腔变狭，表现为“硬化”。虽然西医学理论中亦有不少属于猜想性质的假说，但这些学说都必须具备可证伪性，只有经过“判决性实验”检验后，人们才会真正的认可它。也就是说，根据对“领土”的实际测量，可以检验“地图”的质量。然而，中医学的

---

①参见《中医药信息报》1987年3月2日（总32期）第2版，

理论概念却与解剖实体并不存在严格的对应关系。如中医藏象理论所说：“心藏神”，显然与大脑主司精神思维活动的客观事实相悖离。“痰迷心窍”也不是“痰”阻塞了“心之孔穴”，这类病机所对应的病症的病理解剖，无法找到支持性证据。诸如“脾为胃行其津液”、“肝主疏泄”、“脾主升清”等都无法设计有否证意义的实验观察来确定其价值。显而易见，从上述标准出发，中医学的理论概念缺乏可证伪性，更无判决性实验可资检验，地图与领土相去甚远，因此，它无法纳入现代科学理论范畴之列，缺乏“科学性”。

从现代科学哲学角度来看，由于中医的整个理论体系的基础是观察经验加哲学思辨；只是以大量的经验事实为依据，仅依赖直观外推、心悟、灵感等非逻辑思维或不够严谨的取类比象，一下子跳到理论；其间并无严格的逻辑归纳或演绎，更无严谨的实验检验，因此，除了无可证伪性等外，中医理论还具有下述弱点：

涵容性极大，理论偏于模糊、笼统，理论说明的正确性高，准确性低。整个体系可以说是无所不包，任何事物和现象均可在其中找到解释。然而，从自然科学的角度来看，什么都能解释的理论意味着什么也无法作出深入的解释。诚如某位物理学家所言“能够回答一切的方程什么也回答不了，如果在千变万化的世界里看到的形形色色的事物都能从一个方程里涌现出来，那么从方程到所观察到事物之间所经历的路程必然长得可怕，……”。更遗憾的是，当人们接受了模糊的理论解释后，求知欲便大大消损，探索本质规律或深层机制的热情亦就淡化了。

过度注重整体和功能的概括，忽略了对结构、细节的分析、概念和理论范畴存在意会性、非确指性等模糊的特点。因此，从古到今的中医学学术争鸣常热热闹闹，却罕有实质性成果，事后依然是公婆各有理、智仁仍互见。

在“天人相应”等观念指导下，以取类比象为重要手段形成的中医理论，在许多方面夸大了自然界的同一性，并常把不同事物和现象与其背后的规律混淆在一起，甚至得出一些似是而非的荒唐结

论。

中医理论的这么多致命弱点，理应被送进历史的博物馆。然而，一个复杂事物的评价往往存在着众多的尺度。令人们困惑而难以定夺的是，中医理论这个“酸果”，既留之不可，又丢之不得，处于一种两难境地。这不仅是基于“感情”的考虑，也是理性分析的结论。很显然，从逻辑实证主义等角度来看（包括波普尔的“否定法”），中医理论是非科学的，既缺乏经验的公有性、逻辑的必然性，又无法证伪，无法用“判决性实验”加以检验，故并无多大意义；但是，换个角度，就其价值作出判断，中医理论又是很有用，有其众多合理和科学之处。首先，庞大的中医诊治经验体系是赖中医理论维系成一体的。它对众多的经验事实起着容纳、融合和保留作用；也能在一定程度上指导人们从事新的诊治尝试和探索；因此，抽去中医理论，就象抽去珍珠项链的连线，项珠四散，项链不成其为项链，至今仍有实用价值的中医诊治技艺和经验将因此而黯然失色。中医学作为一门学科，亦将不复存在。这是一个十分实际的问题。其次，一些中医理论本身是寓含科学性的，有价值的。近来，人们倾向于从工具论，而不是实在论角度对中医理论作出把握，把它认定为一种“符号系统”、一种容纳大量表象信息的工具。如刘长林指出：“脏腑概念…从主要方面看，却是一个标示各种功能联系的符号系统，是人体的整体功能模型”<sup>①</sup>，鄢良也指出：“中医理论的实质是工具”，“中医理论的科学价值在于它载录了大量的表象信息和表象联系。蕴涵着丰富的经验事实。”<sup>②</sup>正是这些表象信息和经验事实，有可能提供现行的西医学和生命科学理论无法解释的一些新事实，从而成为新的理论的生长点或导火线，也对事实有着助发现作用。惠威尔(Whewell, W.)曾有一句名言，“凡是一个理论，能把事实捆绑在一起，即使以错误的理由捆绑在一起，就是对

---

①刘长林：《内经研究论丛》，第172页，湖北人民出版社，1982年。

②鄢良：《第三代中医论》，第27～46页。

科学进步作出了贡献。”弗·培根也说：“从错误中比从混乱中更易于出现真理。”中医理论中许多理论概念的实质，就是通过某一带有中国传统文化烙印的术语，把众多的经验事实捆绑在一起。如“肝失疏泄”是把抑郁（情绪异常）、善太息、胸闷、胁肋胀满、纳呆、少腹或乳房胀痛（躯体不适）等经验事实捆绑在一起，而逍遥散及柴胡、香附、郁金等方药系统亦与之直接相扣。中医学中，这类陈述不可计数，它们大多蕴涵有丰富的经验事实。这些，既保证了中医诊治的有效性，又是人们进一步探究生理病理及诊治问题时极为宝贵的参照线索，它可使人们作出新的医学发现和理论证明时，少走许多弯路。

再者，不仅“观察渗透理论”，理论影响到事实的观察及其描述；而且，科学哲学界的“怪杰”费耶阿本德还正确地指出：理论具有“事实发现功能”。有些事实没有特定的理论帮助，就无法发现。“只要排除这些理论，就不能得到这些事实。”<sup>①</sup>他以 Brown 粒子现象学第二定律不符合的发现为例，论证了这一点。在中西医学中，只要指出“经络”现象和“气”的现象观察，也足以说明这一点。因此，我们说，中医理论的存在，有助于发现某些易被西医学所忽略的事实。而新的事实之出现，又可能构成对旧有理论解释的冲击，从而引起医学理论的更新。在这里，中医理论至少起到“助发现”作用。

也许，正是基于类似的认识，瑞士医学家罗杰斯（Rogens, C.）分析中医理论时指出：“理论不要求正确，而仅要求有用。许多不正确的理论被科学界用来解释观察到的现象，并在它们被修改或被摒弃而使用更好的理论之前，大大推动科学知识的发展。在我们的知识的目前阶段，还没有更好的理论来代替中国的模式。到目前为止，其他的理论已经提出来解释针灸的片断，例如镇痛效应，但

---

①邱仁宗：《科学方法和科学动力学》第166～175页。

它们不能代替整个的体系”。<sup>①</sup>因此，既不可简单摒弃，又不原封不动的保留，这就是对中医理论作多尺度理性考察后的两难选择。正因为这样，凭添了我们的困惑和选择中的艰难。

**传统范式：恼人的两难选择** 根据库恩的理论，科学革命，就是范式的变革。在现时代，作为传统科学的中医学若欲获得真正的发展，在现代社会生存下去，变革范式就是必不可少的。然而，这使人们陷入了又一个两难窘境之中，碰到了一系列难题。首先，现代自然科学大都奠基于构造型自然观，以实验观察，因果分析为根基，注重经验的公有性和推理的逻辑严密性；中医学则属于有机自然观，以取类比象、朴素的辨证思维及心悟一类非逻辑推理为根基，在经验的公有性、理论的严密逻辑性等方面大为逊色。因此，中西医学在基本观念、思维方式、语言概念系统和主导方法等方面，不可通约的成份甚多。若完全按照现代西方医学的模式从根本上来改造中医学（姑且不论这有否可能），那么，中医将不复为真正的“中医”；因为完全按其模式，复制出的只能是其本身，即使成功了，中医学存在的价值也就没有了；但若不动中医学之根基（范式），只是用现代科学阐释中医，那除了旧酒换上“新瓶”外，中医学又何有真正的发展。更为困难的是，第三篇的分析中已经表明；中西医学的“范式”虽明显地烙有历史的差距，但由于东西方文化基质的不同，双方还存在着一些互补或互相借鉴之处，这正是现时代中医学存在的科学价值。也就是说，中医学传统范式对于未来医学科学来说，并非一无所是，毫无科学意义。因此，正确的选择应该是在两极之间，寻找第三条途径。也就是说，突破传统范式，以现代科学精神为主导，尽可能地揉合中西医范式中的优势基因，重建中医学的现代范式。然而，有必要指出的是，中西医学的传统范式都有着严整的自洽性，它们分别与自身整个学科的各个组成部分有着互为因果的内在联系，牵一发必动全身；而迄今为止，东西方文

---

<sup>①</sup>转见张令铮等：《中医译文》1986。（3—4）.1—4页。

化交汇尚未提供任何成功的范例，可资借鉴。可见这项系统工程之艰难，也正因为这样，她的意义超出了单纯医学科学领域，而更富有现时代世界文化趋同浪潮中的普遍示范意义了。

## 第二节 理论体系的重建

中国哲学的重建，有赖于对中国传统的严肃批判。而批判的结果若非重建，则此批判显然不算真的批判，因为批判是以反省经验及思考为基础的理性活动。

——成中英

前几章多层次、多角度的分析，昭示了一点：即近百年来，乃至今日，中医学在两极振荡中的种种选择都将以失败而告终。在困惑的“夹缝”中，我们痛苦地思考与求索，理性的光芒和结构主义、建构主义的世界性思潮，终于帮助我们找到了摆脱两极振荡之窘境的“第三条路”，那就是传统理论体系的解构（de-construction）与重建。而这一主张又恰恰与科学哲学中库恩的历史主义观点——科学革命导源于范式变革，十分吻合。因此，可以说这不仅是我们这一代中医工作者在困惑中沉重而艰难的选择，也许也是顺应历史发展与时代精神的正确决策。

**解构与重建：时代的选择** 建构主义认为：理性的认知肇端于概念及系统的建构。而当代法国哲学家杰·德瑞达（Derrida, J.）又揭橥“解构”一词，认为每一概念及系统均有其限制。因此，人们探寻每一概念或系统的限制之所在，每每是认识发展的重要一环。在这里，理解分析就是“解构”。而“解构”分析旨在解构后得以重建，使新的理论概念或系统因而建立。建构主义认为：自然科学家就是依循这一程序不断在改弦更张，发展其理论系统的。可见，解构包含两层涵义：一是对原有概念的分析批判，二是对原有理论系统（或称理论体系）的分析批判。它的目的在于重建概念与理论



体系。

中医学中，苦涩的理论“酸果”和恼人的范式，是阻碍其近现代顺利发展的最大路障，也是断定其为传统科学的主要依据。人们之所以在“中体西用”或“全盘西化”这两极间徘徊、迂回了百余年，最本质的原因在于对中医理论及范式的认识及态度差异，且缺乏正确的思想指导。其实，任何一门科学的发展，都表现在基本概念的不断更新和范式的变革上。而这一切，就需要解构与重建。

解构是为了重建，而重建的目的在于把中医学中传统的一系列重要的、基础的概念，从哲学式的论述中脱胎而出，导入经验的范畴，进而使经验的可公有性和逻辑的必然性、严整性成为重建后的中医理论概念及整个理论体系的两大准则。只有到了那时，中医理论才具备了可证伪性，一系列实证研究才真正成为可能。

我们认为：中医学的现代化，首要的就是中医理论的现代化（必须指出的是，中医理论的现代化和对传统理论作出现代阐释是两个不同质的问题），而这又表现在中医理论应具备现代的思考方式、了解方式和表达方式等各方面。要做到这一点，中医理论体系的解构与重建，就必须以结构主义和建构主义等现代哲学思想为主要的哲学基础，主动寻求逻辑实证主义等作为认识指导，遵循科学概念（或认识）的“沟通原则”（Communication Principle）。这样，通过重建，中医学中大量合理、科学的认识有可能被昭示，为世人广泛接受，并较容易与现代科学相互交汇，从而真正走向世界；建构于实证根基上的现代中医理论，也可因此获得严密的逻辑性和真理性，从而更好地为诊治实践服务。

**传统体系的解构** 第三编中已就中医理论与理论体系作过分析。为了重建，我们必须作出新的进一步的理解剖析。人们常感叹中医理论最令人头痛，它基本上是思辨性的哲学认识，是无法证伪的，且与现代科学理论几乎不可通约。这一分析是确切的，但却不尽然。应该指出，通常所说的中医理论，是个泛化了的观念，统指中医学中的理性认识。而不同层次的理性认识，与经验观察的关系

并不一致。因此，解构首先须就中医理论体系作出层次分析，了解各层次的理论概念与经验观察的离合程度。就我们来看，以与经验事实的离合程度为尺寸，中医理论体系中众多内容至少可以分解成四个层次。最高层次的便是通常被人们认作中国传统文化主要内容之一的阴阳五行学说。这些学说纯属思辨性哲学认识，其对中医理论影响之广泛深入，已在第三编中作了阐述。通常，它们是作为主导性观念和认知方法渗入中医学的，且有的又与具体的学术内容融合成一体，衍生出众多层次低得多的理论概念，如肾阴、肾阳、心阴、心阳之类。由于阴阳五行学说作为建构方法，侵浸于中医理论体系的各个层面，故其在重建中的意义及其与新体系的关系，十分复杂。我们将专作研讨。

脏象、经络、气血津液等可视作中医理论体系的第二层次，它们被推崇为中医理论的核心内容。这些概念及规则的建构过程中，司外揣内、援物比类、心悟等起着主要作用，故唯象色彩甚浓。不少是从表象信息直接跳跃到理论概念或规则的。许多概念与形态并不存在明确的对应关系。且大多蕴涵的表象信息过于丰富。以致即使从传统角度来看，其内涵和外延有些一时间亦颇难作出清晰的界定。因此，这一部分理论概念和规则的重建，只能建立在层次较低的概念广泛重建后的逆向上溯。因为后一工作的深入，有利于对这些理论概念的“解构”，找出其特征、实质意义和限制所在，从而以新的、涵的更广泛、表述更精确的概念或术语取而代之。

第三层次的是中医理论中众多较为具体的概念或术语，其大多与病因病机、治则治法及辨证的“证”等有关。这类内容往往与实际操作紧密相扣，每一个概念（术语）常间接地“捆绑”着多个（但不是很多）经验事实，借此把不同的表象信息联系在一起。虽然它们与脏象、气血津液等理论概念差不多，亦带有浓厚的“唯象”色彩，“地图”也不见得等于“领土”。然而，由于这些概念每每比较具体，多半是基于一定的、比较明确（或比较容易明确）的经验事实，且大多数本身便于解构，实证研究时又常常可以找某些相应的、较为

理想的参照系，因此，这类理论概念的解构与重建是整个重建工作的基石，也可以说是新理论体系理想的生长点。

最低层次的是一些带有经验陈述性质的论述，如对于各种体征或症状意义的表述，各种药物功能的认识和归类等都可纳入其中。这类理论概念的重建，虽一定程度受制于高层次的理性认识，但因其本身往往直接蕴含着经验事实，很容易就此作出实证研究，且现在人们已在这些方面作了不少工作，因此，也是新体系重建的重要基石。

就中医理论体系的层次分析表明：由于与经验事实的离合程度不一，新理论体系的重组，包括概念的重建和规则的重建等，主要应从较低层次的理论概念着手。只有这样，才可能真正借助逻辑和实证两大基本方法，一步一步地重建中医理论体系，变革中医学科范式。当然，很明显，这一工作决非一朝一夕，垂手可成，亦非单枪匹马，少数精英可就，它也许需要付出几代人的心血与精力。

解构还涉及到具体概念的本身，鉴于这一问题涉及过于宽泛，我们只能在具体讨论时略作分析。

**事实的确认** 任何科学研究均以一定的现象为依据，为对象的。而科学概念则是描述一定的经验事实（现象）。重建中医理论的第一步，可以说是经验事实的确认，对此自属不言而喻，然而中医界的不少研究者却常常不以为然，有意无意地忽略了这一点。他们往往以为古书上说的就是事实，只想沿着古人的描述，作出研讨（且主要是文字意义上的阐证、诠释），而没有想到首先弄清古人所描述的现象是否客观存在，是不是可经验的事实。无庸讳言，古人的论述大多是真实可信的，但也有不少纯属杜撰臆测，更有一些是被曲解了的。不管怎样，严肃而科学的研究应以经验事实为基础，古人的认识充其量只是帮助寻找这一经验事实，并在研究过程中给予一定的启示。循经感传现象的广泛调查研究，最后被确认，就是一个明显的例子。若不先确认这一现象有客观存在，只是乐津于《灵枢·经脉》和《甲乙经》等中的描述，直到今天，人们还只能

把它视作为古人的一种天才猜测而已，有关经络、针灸和穴位的研讨将永远原地踏步。又如近年来蓬勃的体质研究，早期热了一阵后曾一度冷寂，究其原因，空中楼阁式的研究，使人们无法折服，也无法深入。只是到 80 年代中期，关于体质现象（个体生理差异之事实）的客观存在通过一系列的群体调研和实证观察后被确认，才又热了起来，且研究深度、广度有了大步提高。在这一基础上所作出的进一步探讨，其结论的经验公有性和逻辑严密性将得到保证。因此，我们说重建中的首要环节是经验事实的确认，它是其他工作得以进行的前提。

**概念的重建** 概念的重建与事实的确认可以说是互为因果的两大环节。原有概念的解构，有助于经验事实的确认；而确认了的经验事实及据此所作的进一步研讨，又有助于新概念的重建。基于上述讨论，我们认为眼下中医理论概念的解构与重建，主要应集中在较低层次的概念上。而概念重建的途径，主要有三条，它们既可互补交叉、互为因果，各自又特别适用于层次不同和表象信息聚合多少不一的概念的重建过程中。

**专家道路** 这实际上称作中医理论概念（或名词术语）规范化研究似乎更容易为人们理解和接受，它适用于所有的中医理论概念（或名词术语）。其实，已经有人就此作过一些研讨，有些研究单位正在努力实施这方面的系统研究计划，我们也就此作过一些尝试。比如“气机”、“气化”、“肾阴”、“肾阳”等。然而，无论是思想认识、组织落实、计划实施以及各个具体环节，都存在着令人遗憾的巨大欠缺。我们认为，从速补上这一方面的缺口，是眼下全国中医研究工作中最为急迫的问题之一。因为明确概念，是从事任何科学研究工作的前提。且这项工作远非某一个单位，某些个人所能胜任，必须全国一盘棋，充分利用全国的中医研究力量，在强有力的机制协调干预下，历经数年的努力，方可取得应有的研究成果和相应的社会效果。

专家道路的概念重建，具体说来，可分解成三大部分工作：一

是对每个概念本身的历史演变与沿革，作出系统的文献梳理考证；二是就每一概念当下使用情况及其混乱的原因，作出逻辑分析；这两者有助于原有概念的“解构”；三是在此基础上，组织众多专家对这些概念（或名词术语）集体作出研讨分析，以明确每一概念的特征和实质，鉴于以往学术争鸣的结局往往是仁智互见，最终仍各执一说，因此，首先有必要明确重建工作的目的意义，以使各位能摒弃个人成见，求同存异，取得相互认同；同时，为了作好讨论导向，文献整理和现状分析必须事先作出充分准备，以作为集体讨论时的逻辑依据；再者，还可通过制定理想的问卷，借助问卷式调查，取其多数意见，取得概念（或名词术语）的暂时清晰、规范与统一。

分析目前专家道路重建工作的状况，有必要指出一些具体的、应努力加以克服的问题。以南方某地搞的、具有代表性的有关病证概念规范研究而言，就存在以下几点不足：一是厚古轻今，重经典轻实际，凡是古书上有有的，不考虑现在使用情况及有否实际意义，一概收录，强加诠释，这样，大部分概念的外延就纯粹是人为杜撰的；二是指导思想上的“多多益善”，没有注意到应尽可能地合并实质同一或类同，仅表述方式有异的术语，而中医学由于讲究语言美，这类术语又特别多，这样一来，枝叶杂乱、大多无实用价值，徒增繁琐，混淆视听，无法起到规范、简化作用；三是专家面过窄，研究手段陈旧，不注重概念的逻辑分析，更无庸谈及与实体尽可能对应问题。这样的成果，除束之高阁外，很难发挥应有的规范作用。因此，要卓有成效地进行专家重建，还须处理好以上几大问题。

数学道路 很显然，上述道路的重建，结果充其量只是原有概念术语相对明晰和规范，很可能仍缺乏经验的公有性和严密的逻辑性，常仍无从着手展开系统的实证研究，只是为进一步研讨工作确立了一个重要的前提。由于中医学的许多概念和陈述，都是从表象信息直接跳到理论陈述的，而这些信息之获得，又常常依赖对临床

群体现象的直观观察，为此，借此数学分析和流行病学方法对此类概念术语及陈述作出解构（分解出它所组合的经验事实）和重建，就十分必要了。<sup>①</sup>。其实，这方面的工作，在诸如体质研究、辨证研究等领域已经展开。

分析眼下的自觉不自觉地借助数学方法所进行的重建工作（有些则表现为对原有理论概念作出量化的描述），我们发现一个带有普遍性的问题，即在具体研究中，许多因子的意义及因子之间的关系，都是事先人为主观地确定的。如关于“证”的判定和体质调研中体质类型的确认，人们大都是事先“设计”一个方案，选择一些指标（因子），并先验地规定了这些因子的意义及它们之间的关系；然后加以“量化”，形成一个“标准”（里面可能运用了某些数学方法）；再以调研结果或临床情况与之匹配，即用这“标准”对经验事实作出筛选，从而得出自己所需要的结论。很多情况下，方案的设计、标准的制定甚至于借助“专家道路”，只是作者自己一人闭门造车的结果。这种“数学重建”看起来要比单纯凭籍经验的传统方法高出一筹，但由于结果常常已大部分包含在前提中，而前提（标准）主观性的人为，其结果的客观公有性就可想而知了。人们已注意到，用这一思路研究所得的结果（如体质调研结果）常南辕北辙，无法相互认同、沟通、统一。这种研究模式中，数学方法并没有真正起到保障结论严密性的功效，充其量只是一种时髦的点缀。因此，如何尽可能地摆脱以 X 来求 Y、以主观经验来求证主观经验的窘境，是数学重建工作中首先必须解决的障碍，也是困扰着现代中医学者的一大难题。

值得庆幸的是，已有不少学者注重这一问题，并作出了有益的探索。如秦伟对此进行了细致的分析，从经验的公有和逻辑的必然两条线上展开了方法上的研讨。并结合问题的具体要求，如整体性等，强调透过现象抓住本质，提出了一种新的数值分类方法——统

---

①何裕民：群体方法在中医现代研究中的作用，《医学与哲学》11，40～44，1985年。

计递归分类 (SRC),<sup>①</sup> 其关键是建立协变系数  $C_{VK}$

$$C_{VK} = \sum_j a_{kj} r_{jv}$$

$a_{kj}$  是因子分析中因子计量矩阵的元素,  $r_{jv}$  是第  $j$  指标与第  $V$  指标间的 Spearson 相关系数,  $C_{VK}$  便是第  $V$  指标在第  $K$  因子上的协变系数。分析表明, 协变系数是一个重要指征, 它刻划出一个具体的指标是否与其它指标保持良好的协同、共变等整体特性, 借此能删去一些协变系数小, 缺乏整体共变特性的指标。因此, 概括地说, 这一方法使得一些概念的数学化研究 (如体质分类、证的分型标准等研究中具体因子的筛选、因子的归类和因子间相互关系的确定等), 都可以尽量地排除个人主观经验的成分, 从而为中医理论概念的数学重建, 提供一较为理想的方法。

实证道路 中医理论中许多具体概念的重建, 可以依赖实证研究基础上的逻辑分析。一些具体的, 带有经验陈述性质的概念或术语, 可以借助实证手段预以解构; 一些含义明确, 所“捆绑”的经验事实相对较少且易确定的概念术语, 亦可以实证加逻辑分析的方法作出解构。其实, 国内近 20 年来对一些中医理论概念的现代研究, 不同程度上带有这种性质。如沈自尹等对于“肾阳虚”的研究, 从临床到实验室, 可以说是较早的尝试; 类似的, 但深入程度略逊一筹的诸如热证、寒证、肾阴虚、阴虚火旺等的现代探讨, 也都带有概念解构的性质, 沈氏等已从多个角度 (但不是全部) 揭示了“肾阳虚”这一概念的实质、特征及其限制。而明确了这些, 下一步的概念重建就可以较为顺利了。又如“穴位”是针灸经络理论中的重要概念, 借助实验针灸研究手段, 通过长期的实证研究, 现可以基本确定: 穴位是机体的一些特异的感受点和反应点, 其感受装置能感受有限程度的适宜刺激, 有其特殊的感觉阈限, 对不同能量形式

---

<sup>①</sup>秦伟:上海中医学院硕士研究生毕业论文集(1986——1989)。

的刺激有不同的适应性；并且可以反映病证，在某种特定的病理情况下常表现出痛觉过敏、知热感度异常变化以及局部组织的形态和生物物理特性等的改变。这一界定，显然较传统理论对穴位的认识，大大深了一层、易为现代科学所认同。

然而，有必要指出的是，实证道路的重建若要全面铺开和顺利进行，至少应注意以下几大问题：一是首先须与专家道路的重建相结合，或以后者为前提，先清晰而规范地界定所要研究的概念；二是同时可参佐应用数学方法，后者至少对于具体概念所“捆绑”的经验事实之清理，大有裨益；三是这种重建可以和前面所提及的经验事实之确认，同时进行，两者并行不悖，常可相互促进；四是重建现阶段只比较适用于较低层次的具体概念，因为它们所捆绑的经验事实常常较少，容易明确，且相对稳定，每每易于设置参照系进行研讨；若不注意这一点，好高骛远，动辄研究什么“心本质”、“脾本质”、“气本质”、“虚证本质”之类，就犹如拉着自己的头发想把自己揪上天空一样，缺乏必需的根基，主要是低层次概念的非逻辑实证化，其结果往往事与愿违；至少是事倍功半，甚或根本无从切入研究。有时即使勉强搞出了一些东西，也很难受到科学共同体其他成员的认可。最后，在借助实证手段解构概念时，应拓宽视野，尽可能从多层次、多角度、多方法、多指标着手，尽可能不要遗漏概念原先所蕴涵的信息，以免过于失真。

表达方式的更替 概念重建的最后一个环节，也可以说是至为重要的一环，是对原有概念的表达方式作出扬弃。中医学中许多概念的表达，不仅缺乏与实体对应的关系，而且常常带有浓厚的臆测色彩甚或迷信成分。历代对中医理论的研究，又大多只是在旧概念术语圈子里打转，仅仅一而再，再而三地赋予旧术语以新含义，如“命门”就从“目”，演变成“穴位”，到后来又衍生成脏器名称，遂有“左肾右命门”、“两肾皆命门”、“肾间为命门”和“肾间动气”说等持续近两千年的无谓争执，诸如阴火、相火、三焦、大气“六经”、“营、卫、气、血”等概念的命运大致类同。我们说，经过上述多条途径



解构分析，中医学中许多概念术语的表达方式应作出相应的变动，可以创造新的，更为确切的名词术语来指代原有的术语，使之不仅内涵外延易于界定，不至引起误解；而且每每本身即可对应于某些相应的实体，或者包含有一组可操作的检验程序。在这一过程中，必须遵循科学概念的基本逻辑要求，同时可借鉴科技英语中的构词原则和方法（参见本书第二编第四章）。

我们说，术语的再造应该是个自然的、逐渐进行的过程，同时也是个新术语不断取代旧术语的过程。前一阶段，人们对于“肾阳”等概念作了较多的实证研究，在这些研究的基础上，就可以（而且应该）构造新的专业词语来指代它，或者将“肾阳”分解为几个从属的、所指较窄，也便于明确涵义的新术语。对于伤寒“六经”，温病“营、卫、气、血”等概念，也应该重新构筑词汇进行替代。对于有些术语，经解构分析后，则可将其归并，以一表达相对贴切的术语来指代其他类同的术语，如蓄血、郁血、瘀血等含义近似，相对说来，瘀血更为恰意，也更容易设计实证检验程序，故可取代其他。气滞、气郁、气迟、气结、气闭等也可作出适当的归并。至于有些术语本身科学价值有限，则干脆可以摒弃之。或者搁至一旁无须理会。总之，概念的重建应达到概念表达的恰意、逻辑化和可检验等目标。

**规律的“重建”** 概念只是反映事物本质属性和特征的思维形式，它构成了判断和推理的细胞。科学理论中，客观事物自身的本质的、普遍的必然联系，亦即“规律”，或称“规则”（Law），每每是某些概念，借助不同语词的组合，揭示出来的。因此，在重建概念的同时或之后，便须就中医理论所涉及的规律或规律性认识，结合现代科学的研究手段加以研讨，从而以现代表达方式作出陈述、揭示。这可称之为规律之“重建”（其实这是规律陈述方式之重建）。它往往以具体概念的重建为前提，且意义超出了前者。

规律的“重建”，我们认为具体途径可有两条：一是由下而上的“重建”，在相关的具体概念重建基础上，去发现不同概念之间的实

际关联，这时，原有的中医理论认识弥足珍视。每一个特定概念或陈述所“捆绑”的众多经验事实常常可以帮助提示事物之间的某种联系，或迳直以朴素方式告诉人们某种规律性现象。然而，在严格的“重建”过程中，人们只能以原有的有关认识为“引子”或“线索”，在其启示下，利用调研分析或实证研究，再借助严密的逻辑推理，方可完成。也只有这样，重建才有可能超越原先思辨性建构的陷阱，具有逻辑实证的特点。这样所揭示的规律，既是人们认识深化的体现，有助于指导一系列实际工作，同时又可作为深一层研讨的逻辑起点，以利于作出进一步探究。仍以体质为例，在明确界定体质概念基础上，我们通过制定较严谨的体质调查量表，就较大样本的调研材料作出逻辑分析和数学处理，揭示年龄递增与体质成熟、定型、演变之间的关系，<sup>①</sup>就是在中医原有朴素认识基础上，就这一问题做出的带有规律“重建”性质的尝试。例如，有人通过对大量实验研究报道的总结，对温热药药理特点作出归纳，发现温热药有直接刺激器官和组织，兴奋处于病理性衰退状态的机体功能之作用（参见本书第四编第四章）。这一工作就带有借助实证和逻辑归纳，自下而上“重建”概念和规律的性质。它建立在逐一地温热药实证研究基础之上，不啻有助于“温热药”这一概念的重建（人们可以保留原术语，但赋予与实体相对应的明确的新含义；亦可以另起炉灶，构思更精当的术语取代之）；也揭示了“温热药”与机体某些特定状态之间所存在的带有普遍意义的内在联系。

在某种情况下，重建还可以由上而下地进行。通过对相关现象的大量收集和逻辑分析，或者设计较严密的实验方案，对现象之间的关系直接作出实验观察，从而了解现象之间的客观联系，完成由现象到规律的直接重建，并可基此反过来明确界定相关的概念。例如有人曾在较严格的实验条件下，观察了风、寒、湿三种物理因子作用于实验动物某些关节后的情况，发现一定时间后，被作用的局

---

①何裕民等：《中医药学报》，（3）：1~4，1986年。

部都出现了组织水肿,表现为渗出性为主的炎症变化,<sup>①</sup>类似于风湿性关节炎样病理变化。血膜不连续等病理改变这一工作就带有自上而下“重建”的意义。它不仅揭示了风、寒、湿三因子与关节病变之间的某种内在联系(包括性质、时间、程度等),印证了中医病因学中某些思辨性论点,同时对诸如中医病因学中“风”、“寒”、“湿”及“痹症”等术语或概念的解构与重建,亦有积极作用。因为中医学的“风”、“寒”、“湿”等基本上属于约定俗成的术语,与实体概念相距甚远,如何将它们导入可经验的范畴,是概念重建中的一大难题。上述直接印证“规律”性质的尝试尽管主观上不带有这一动机,却在客观上提供了一条可试行的途径。

必须强调的是:规律的“重建”,不能只以肯定传统认识为研究导向或归宿,而应该肯定与否定并行,一切以事实为出发点和终审官,既敢于肯定并超越(指深度和精确性上)传统认识中被经验事实证明是正确的,更应该勇于否定一切被事实证明是似是而非的。后者可以说大量地充斥于中医传统理论之中,不能果敢地清除这类谬误,中医理论体系的重建既无实现之可能,亦无科学意义可言。

**重新作出理论解释** 概念和规律的重建,必然引发一个新的重大问题,即对某种现象,或某些现象之间的因果关系如何作出理论解释。一定强度的物理因子“风”、“寒”、“湿”作用于某些关节达一定时间后,可以引发“痹症”(关节炎症反应),作为一个科学工作者,并不满足于这类纯现象的经验描述,还必须就其原因和机理(为什么会这样?)作出进一步的解释,这就是理论的功能。这时,也需要理性思维。很显然,在这个问题上,满足于《内经》的“风寒湿三气杂至,合而为痹”之说,失之笼统;强扣中医理论,认为“风为百病之长”、“寒胜则气血凝滞”、“湿性粘滞重着”,合而为之,则过于牵强附会;仍未跳出自然哲学的思辨认识之窠穴。重新确定后的概念、规则或定律,必须重新作出理论解释,而这一解释应尽

---

①王绪辉:《上海中医药杂志》,(3):3~7,9186年。

量以实证科学所提供的资料为依据，当然不能避免某些环节作出大胆的理论假设，但这种假设亦至少应以实证科学所能认同的术语和方式进行。比如，“七情内伤”事实上已被确认，异常的情绪活动可以诱发或引起心身病症，对此，传统理论解释认为七情内伤，可以扰乱气机，干扰脏腑功能，损伤气血，且喜伤心，怒伤肝，思伤脾，……。我们说，结合现代有关心理生理学认识可以解释为：异常的情绪活动，通过下丘脑等环节，影响神经、体液调节，特别是植物神经功能和免疫功能，从而引发一系列的生理上或躯体上的改变，严重者便表现为某种病理状态。至于有一定事实依据的喜伤心，怒伤肝等说，则可解释为特定的情绪活动还可能和某些脏腑（或者说某类功能）有着一定的特异联系。总之，重新作出理论解释，是中医理论重建的一个重要环节。

**可容性研究** 可容性，指的是整个理论体系的各个组成部分之间，所陈述的各种规律或规则之间及一些核心概念逻辑上的相容程度。很显然，相容程度之高低，直接决定了该科学理论体系的逻辑严密程度，因此，可容性研究至关重要。例如，近年来，体质研究成为热门课题，经过争鸣，人们逐渐取得一致意见，认为“体质”概念是指个体相对稳定的生理特性，这类特性在生理状态下表现为对外界刺激的反应和适应上的某些差异性，发病过程中对某些致病因素的易罹性以及病理过程中病变发展的倾向性。<sup>①</sup> 基此，人们作了临床观察、群体调研、实验室检测和理论探讨等多环节研究，获得了不少有意义的结果。然而，这就引出了这些结果之间以及这些结果与其他研究工作的关系这类可容性问题。首先，许多对体质研究是和对证的研究混作一谈的，在他们看来，两者是一码事，体质类型就是辨证的主要类型。果真如此的话，体质也就失去了它自身的特定涵义和研究价值，只能是新瓶装旧酒，故弄玄虚而已。其实，两者尽管有联系，但决非一回事。证只是特定情况下，某些明

---

<sup>①</sup>何裕民：山东中医学院学报，12：(4)，2，1988年。

显而易变的病理特性之总括。它的出现有时间和条件限制的，它与相稳定的生理特性——体质，是应该而且可以作出区分的，有人形象地把体质和证的关系喻之为同一画面上的“花样”和“底色”，“前景”和“背景”，病症是画面上的特异性图象，体质则是其基调和背景。辨证就是要求对整个画面的特点进行总体把握，这个总印象就是“证”<sup>①</sup>。只有深入进行这样的相容性研究，证与体质的探讨才可能深入下去。他如，体质研究的深入又涉及各类体质分类方法的相容问题，体质探讨与气质、人格研究的相容和相关问题，以及个体体质特点与某一具体民族群体共性的相关问题等，中医理论的重建，必须以经验的公有性和逻辑的严密程度增加为宗旨，这样，就必定要对研究中所产生的一系列可容性问题作出研讨。舍此，别无他途。

近十年来，实验针灸研究进展较多，从而可容性研讨也紧迫地提上了议事日程。首先是穴位的特异性和非特异性问题，各有不少实证研究资料分别支持穴位的特异性或非特异性假说，有些研究所提示的现象是相互抵牾的。怎样才能获得正确而严谨的结论（换句话说，如何方能构建起严谨的理论）。这就需要作出可容性研讨。据此，人们初步认定：穴位功能的特异性是相对的，就每一穴位而言，几乎都既会产生特异的、局部的或循经的作用，又会产生普遍的或全身性的作用。并初步分析出一些影响穴位特异性的因素<sup>②</sup>。上述结论当然不是折衷的产物，而是对众多实验资料和临床观察结果作出认真的逻辑分析的结论。此外，实验针灸研究中，穴位的特异、非特异性与循经感传、镇痛机理、调整作用等的研究结果，也都有一个相容性问题。只有就此作出进一步研讨，才能构建起严谨的针灸经络理论。又如，前述的温热药的研究，就单个概念或曰“规律”来说，可以立论。但在整个理论体系重建时，还必须考虑它

---

①何裕民：山东中医学院学报，12，(4)，4，1988年。

②林文注主编：《实验针灸学》，第7页，上海中医学院出版社，1989年。

和其他一些内容的相关程度，如是否“寒凉药”适有相反的药理特点？寒症是否表现为病理性的机能衰退？温药和热药是否存在着药理作用上的程度差异？尽管这些有时人们可仅凭推理而获得，但对严密的科学理论体系的建构而言，则又当尽可能地来诸实证研究之后的逻辑分析。

近年来，人们热衷于“证本质”的研讨，对不少“证型”作了实验研究。其中不少研究主要选择环核苷酸和一些微量元素为观察分析指标，它们大都获得了一些结论。然而，这些结论之间的相容性较差。大多数“证”的研究结果都表明上述两类指标存在着某种近似的变化趋势。这就某一个具体研究看来，似乎得出了阳性结果；但就整个研究来看，却无法立论。因为它否定了各种“证型”本身所存在的特异性，循此而下，可进一步否定证的研究的实际价值。人们自然很难认可这类研究结论<sup>①</sup>。相容性的考察迫使人们反思具体理论概念研究设计和手段、方法的科学性、严密性、相容性及其说服力。这类反思也有助于科学理论的构建。

总之，可容性研究同样是中医理论重建过程中的重要一环，它可确保整个理论体系的逻辑严密性，同时对于具体概念和规律的研究工作亦可起到某种导向或校正作用。而要进行这方面研究，严密的逻辑分析、数字方法和带有判决性意义的实验方案设计常常具有举足轻重的作用。

**阴阳五行学说的归宿** 重建过程中，最为棘手，最难处理的莫过于阴阳五行学说，这一庞大的思辨性哲学认识，既是主导人们认识的基本观念，也是帮助人们分析信息、建构理论的方法；且又与许多具体的学术内容水乳交融，衍生出一系列具体概念。因此，可以说没有阴阳五行学说，就不会有传统的中医理论体系。但从现代发展角度而言，不彻底改造阴阳五行学说，中医学术范式的变革、理论体系的重建等必将流产。就象用木质的柱结构，无法造

---

<sup>①</sup>梁茂新：《证本质研究的困扰和启迪》，见《医学与哲学》7:1~4,1989年。

出现代高层建筑一样。然而，这类纯思辨性的学说所建构的理论体系怎样才能导入可经验的范畴？或者说这类学说如何改造，才能使中医理论进入实证科学之列？这一问题的难度，决不亚于任何医学理论问题。对此，仍须从“解构”入手。

归其总类，阴阳学说在中医理论中的作用，大体有二：一是凭籍二分法，就万物的属性，包括相关事物或同一事物的不同方面。作出归类划分。在这里，阴和阳作为两个“原概念”发挥着作用。它有助于古人认识错综复杂的自然（或生命、疾病）现象，判断其意义，并将不同经验事实按阴阳归类，“捆绑”在一起。阴脉、阳脉、阴证、阳证、阴药、阳药之类均属于这一意义上衍生出的具体概念，它们的作用亦大致如上所述。

其次，在上述基础上，阴阳学说还能就相关事物的相互联系及其作用方式作出探讨。在这里，阴阳的交感相错、相反相成、消长与平衡及相互转化等就带有公理性质。阴阳学说的这一作用有助于古人把握事物之间的内在联系及基于这种联系所表现出的变化趋势和规律，且可指导人们作出相应的对策。肾阴、肾阳、心阴、心阳、卫阳、营阴，阴胜则阳病，阳胜则热，从阴求阳，从阳求阴等均属于带有这类性质的概念、规则或推理。

就阴阳学说的本身性质而言，它是思辨性的哲学认识，带有高度抽象和极低的可证伪性，这是必然的，不足为奇。我们有充分理由认定，它是辩证思想的东方源头，在许多方面与矛盾学说辩证法思想有着惊人的相似性（本书第三编也曾简略讨论了这个问题）。而辩证思想则是现代医学的先进的指导思想。就象西医学并不强求辩证法一定要带上实证的烙印方能进入医学领域一样，对哲学层次的阴阳学说，也不见得一定要纳入可经验的范畴。然而，有必要指出的是，首先，我们完全可以借助以现代思维和表述方式阐述的辩证思想对中医学的阴阳学说加以改造，眼下至少可以先对阴阳学说

作出清晰的界定、阐述<sup>①</sup>。至于改造国内外学者已作了一些有益的尝试，如潘卫星就曾提出过阴阳学说的两个公设、五条基本原理和具体运用时的 11 条定律。<sup>②</sup>国外学者亦有诸如此类的探讨。<sup>③</sup>

其次，更为重要的是促使作为哲学观念的阴阳学说与具体的医学学术语或概念的脱钩、分离。因为与阴阳之类哲学观念融合在一起，具体概念和术语的可证伪性就大大降低。笼统地去研究或界定阴虚、阳虚、阴证、阳证十分困难，就是这个道理。而这种脱钩分离现在条件已基本具备。首先，自下而上的概念重建、规则重组，既需要也利于这类概念与阴阳等术语的分离。人们完全可以创造新的概念来表征相应的内容。第二，随着认识的发展和思维水平的提高，阴阳作为归类的原概念其意义已十分有限。人们完全可以避开阴阳而清晰、具体地表征对象。即使在传统术语中，诸如沉脉，迟脉较之阴脉，脾气虚、肾精虚亏、水湿泛滥较之阴证，也要具体得多。如今，超越这些概念的新概念更可以摆脱阴阳之类原概念的纠缠。再次，作为公理起作用的阴阳之间的相互关系，本即不必一定要进入具体理论概念或推理、陈述之中，就象类同的辩证思想在指导人们认识自然时，其具体术语不一定出现在相应的理论陈述中一样。

总之，重建后阴阳学说的归宿有二：作为哲学层次的概念或方法经改造后（借助现代表述方式），可继续对中医学工作者的认知、决策及实验活动起指导作用；而低层次的理论概念及推理在重建后则应尽可能地避免与阴阳之类抽象术语接受不清。换句话说，阴证、阳证，阴脉、阳脉、阴虚、阳虚、阴药、阳药等概念在重建后应被清除出去，代之以与实体更为契合，更可明确、清晰界说的术语。

---

①何裕民：关于阴阳学说涵义的研讨《中医杂志》5：9～12，1989年。

②潘卫星：《北京中医学院学报》5：16，1985年。

③Bui Anh.Tuan,Mensuel du medecin acupuncteur(62):62,1979年。



五行学说在中医理论建构中的作用和意义虽类同于阴阳，但却远要逊色。它的作用大致亦二：一是以抽象的五行特点对事物的属性作出归类推衍，并借五行来彰明各自的特征，同时论证了世界的同一性和各类事物之间的内在联系性；只是借助相生、相克等概念来研讨各类事物之间的相互关系，用现代术语说，它初步揭示了系统内正负反馈的调控机制，并借此对生理现象、病理变化等作出说明，且有助于确定治疗决策。

很显然，不用枚举过多的事例就可以论证五行学说的第一类作用和意义早在封建社会初期就已极为有限。从中医学角度来看，这主要表现在三方面：一是五行属性对事物归类的随意性。人们可以在秦汉时期代表性的文献中至少发现五脏配五行竟有着三种完全不同的相配公式。究其缘由，与五行学说带有浓厚的“五德终始”之类无稽之谈的色彩有关。作为一种归类的标准，这样归类可以，那样推衍也行，那只能说明它在实际运用中缺乏科学价值。其次，利用五行的抽象特性对事物属性作出阐发说明，也常意义有限。以《内经》所确定的，广为后世遵奉的五脏配五行说来看，以木释肝、以火释心、以土释脾，以金释肺、以水释肾等牵强附会色彩颇浓，大多无法自圆；为了让四季配上五行，只能特增“长夏”一项；而间接的推衍络绎，如把泪、汗、涎、涕、唾和角、徵、宫、商、羽与木、火、土、金、水相匹配，既无依据，又难以理解。再者，五行抽象特性的本身存在众多令人困惑的缺憾。以“金”为例，“金曰从革”，何谓“从革”？历代未能给出合理的诠释。如今人们将其引伸为“变革”、“肃杀”、“潜降”等，但却难以断定这些含义究竟是从“金”中引伸而出的，还是根据所要说明的对象（如“秋”、“肺”等）杜撰而成的？从我们看来，显然是以“秋”、“肺”来诠释“金”的，如此逻辑颠倒，其科学性、合理性又何在呢？

就五行学说第二类作用而言，其积极意义无庸详论。对于生命、健康之类复杂对象的探究，带有朴素系统论、控制论思想的生克乘侮、亢害承制等观念，自然大有裨益。它有助于人们基于表

象，思辨然却又颇为确切地抓住现象背后的某种本质联系。这类观念在今天人们探究医学问题时，亦大有益处。但是，我们必须看到，早在秦汉时期，生克制化等五行内容就已带上了深刻的机械循环之烙印。当时关于生克“常胜”、“无常胜”之争，即表明已有人意识到机械套用这一观念的荒谬性<sup>①</sup>。可惜，这种局限性并未因此得以纠正。尽管《内经》曾告诫曰：“然其卒发者，不必治于传，或其传化有不以次”（《素问·玉机真脏》），但实际工作中，人们常常不是把生克乘侮、亢害承制等作为一种观念来领会，而是认作为刻板的模式加以套用。如明代人们为了将某些有效的疗法（比如有时益脾可助肾、可补肝、可养心）纳入五行相生模式的框架，遂创“资化源”说，分别以牵强的“隔一”、“隔二”、“隔三而治”诠释之。因此，我们在重建中并不否认作为一种指导观念，五行学说这方面的积极意义及存在价值，然而却反对把这种观念僵化为一种模式来套用。其次，以生克乘侮、亢害承制等传统术语来表述，也令人遗憾，相关的思想观念，完全可以借助现代思考和表述方式加以陈述。这不仅仅是表述方式的更新，更重要的是，它既利用发扬五行学说的合理内涵，可以汰去其自然哲学的陈旧外衣，更好地发挥观念的指导作用。

总之，重建中，作为归类和阐述特性的工具，五行学说应该而且完全可以被摒弃，好在五行术语与中医理论中具体概念的结合，既少又疏松，易被剔除或重造；蕴含某些控制论、系统论思想的生克乘侮、亢害承制等，则又可借助控制论、系统论的陈述方式作出改造和扬弃，以利于它们作为一种合理的观念，帮助人们更好地探究复杂的生命或疾病过程中机体众多子系统之间的错综关系。

概言之，阴阳五行学说中具有合理性的某些哲学思想，可通过改造后，以现代思维和表述方式继承下来，继续发挥其指导认识过程的科学价值。而那些与具体内容溶合在一起的阴阳五行术语，则

---

<sup>①</sup>何裕民：《中医学导论》第67页。

可以在重建中——通过概念的清晰化、实体化和可经验化而被清理出去。这是一项较为艰巨的重建工作，但决非无法进行、无法完成的。阴阳五行学说找到了它的历史归宿后，中医理论体系的经验公有性和逻辑严密性可望大大提高。

### 第三节 重建者自身的建设

立志改造文化的人，首先必须认识自己，认识自己的能力，要搞清自己行为的目的性，要有点超文化的意识。研究的方法要更新，用传统的方法来研究传统，最后总还是在传统之中。

——张廷琛

文化学家认为，文化改造是一种目的性的行为，改造者必须首先检讨自己的目的，注重自身的行为。反观中医学百年来曲折的发展史，其实深层的因素也就在于这一时期中医学家直面中西医学的冲突所产生的感情上的矛盾和危机，反映在行为目的上的迷惘、困惑，或无所适从，或好走极端，只能于两端中苦苦求索。因此，中医学的问题，包括中医理论体系的重建，最重要的莫过于中医人才队伍素质的改进和提高，或者说重建者自身的建设。对此，近年来人们已不厌其烦地作了多方面的研讨，此处只能择其要地作一分析。

**观念的变革** 心理上的矛盾和选择上的困惑也许根植于观念上的模糊与陈旧。人们已一再强调中医现代研究中直面现实、跟上时代、变革观念的重要性。我们在本编前几章中也就此作了较多的研讨。对此，无须赘述。在此，只想就一些十分重要而人们每易忽略的观念问题作些研讨。

长期以来，中医学素被视作传统文化中的一大“遗产”，从汇通学派到今天的中西医结合，概莫能外。既然被认作是“遗产”，人们

就深怕它被“吃掉”，遂中西医学碰撞中便表现出顽强的排他性。从早期的强调中西体用，发展到今天的喋喋不休于中医特色、优势、民族性、主体性，并有意识无意识将振兴中医与振兴中华挂上钩，衍生出独立发展思潮。这些都与此不无瓜葛。它引导着人们竭力想保持中医学的传统特色，不管这一特色有否现实意义，中医现代研究中的很多倾向均派生于斯。这一观念另一方面则又促使一些人只把现阶段的中医工作视作为保留一种文化上“遗产”，或曰“国粹”的努力，仅此而已。犹如精心保存一价值连城的古董或文物。并无其他更为重要和现实的意义。它促使人们消极、淡漠地对待中医发展工作，这在一些卫生行政官员和部分西医学工作者身上表现得较为突出。

我们认为：把中医学视作为一文化遗产，是一种消极的认识。的确，中医学孕育于中国传统文化，是中国文化特有的产物。然而，关于文化土壤的研讨已经表明：文化作为一个民族在长期生活中所形成的对生活环境的反映模式（包括行为方式），它与该民族的生存环境互为因果，并不存在截然的优劣良莠。在其土壤上滋生长起来的医学科学，就理论体系的科学性和逻辑严密程度以及操作技术上的先进与否，自有鲜明区分，但这些本身是动态的、发展的。与此同时，不同的文化根基赋予不同的医学体系以一定的特点，使得这些体系在某些方面常常可以互补。更何况医学还是个应用技术体系，尽管随着时代的发展，某些医疗体系的诊疗技术和操作经验，会失去一些实际价值，但就总体而言，在很长的一个阶段内，它们对于人类的防病却疾，延年益寿仍将有着积极意义，甚至是必不可少的补充手段。因此，仅把中医学视作为遗产，那只能僵死、凝固地来看待中医，或为保持它的“特色”而不遗余力地维护传统，犹如抱着僵尸而一无所成；或不屑一顾，淡漠置之，这又将坐失良机。

我们认为：眼下必须变革上述观念，应把中医学和中医工作放到恰当的位置。中医学不只是一大遗产，它与中国文化一样，也有

着内在的生机和勃勃生命力。问题只在于人们以怎样的目的，如何来进行中医研究。中医工作更不是单纯的维护“国粹”，仅仅为了保留一中国特有的医学体系来告慰岐黄、仲景之亡灵，它有着更为现实的积极意义。首先，对于中医诊疗技术和经验的系统研究整理及提炼，将为我们提供一整套极有价值的防病祛疾、延年益寿之措施和方法，对于具有鲜的应用技术特点的医学科学和自身价值日趋提高的人类来说，其意义均不容低估。其次，中西医学的交汇、中医学传统范式中合理内容的开发以及中医理论体系的重建，对于世界医学科学的发展，也会起到积极促进作用。退一步说，它至少有助于我国的医学科学在不少领域可以以走捷径的方式（借助中医学的某些认识，在医学研究中另辟蹊径，较快获得成就），跃居领先地位。因此应把中医研究和发 展视作提高我国医学科学水平的一大战略决策作出把握。最后，在世界日趋村落化的今天，中西方文化的交汇和重组是不可避免的，中西医学的顺利交汇，可为前一工作提供一珍贵的范例，倘如能够这样，其意义更是笔墨难尽。

其次，上述观念促使近百年来人们大多仅仅为了维护旧的中医理论体系而努力，或者说围绕传统学科范式打转，一些为人称道的中医现代研究，其性质也不过是“旧理论”加“新技术”。从库恩的历史主义观点来看，中医学发展的途径只能在于变革范式，也就是整个理论体系的重建。这种重建必须是“旧事实”加上“新理论”。也就是说应以新的理论观点来审视、阐释历代中医学家所注意到的经验事实或规律。这亦是一大观念变革。它将导致研究目的及行为的一系列改变。

再次，必须明确：范式的变革，理论体系的重建涉及中医学科的方方面面。从自然观、方法论到一些基本观念、核心概念等都将产生一系列的震荡和变迁。因此，绝不能死抱着传统中的某些方面不放，而应以发展和变革的眼光看待传统，这并不涉及是否民族虚无主义这一敏感问题，只是科学和历史发展之必然。当然，传统范式之变革，中医理论体系之重建不等于说人们只能或者必须全盘接

受西医学的范式和理论体系。我们主张的是：就中西医学范式中的优势“基因”进行组合，发挥互补效应，使人类的医学科学和医疗卫生事业尽快发展到一个新的水平。这是有充分理由和很大可能性的。

也许，上述观念的真正确立，可以牵一发而动全身，产生联动效应，促使一系列的观念和行为改变，从而有益于重建者自身的建设。

**方法的更新** 一部科学技术发展史已一再表明：科学技术的重大突破或顺利发展，往往得益于方法上的更新或变革。医学发展何尝不是这样。一部近、现代西方医学发展史，可以说就是一部医学研究方法的革命史、更替史。处于范式变革前夜的中医学，研究方法的更新，更是急迫的、必不可少的。它本身既属于范式变革重要环节之一；又往往可以成为整个范式变革的“先导”。近代科学范式的确立，便主要得益于实验研究方法主导地位的确立。反观近年来中医研究的得失成败，其核心也是一个方法问题。

科学研究的方法是研究主体试图达到一定研究目的所采取的手段。因此，归纳到一点，它也是一个研究主体——人的问题。所以，重建者必须注重提高自身方法论方面的素养，尽可能地借用，引进现代科学技术方法，包括思维方法。

更新中医研究方法，首要环节是告别“经学方法”，将文献整理研究从目前中医研究的主导方法地位拉下来。中医研究大致可分成两大方面：一是循着中医思路来认识人体、诊治疾病，揭示机制，并作出科学的理论解释，在这一方面，必要的文献研究充其量只是提供了一些线索或传统理论依据。二是以中医学为研究对象，如探讨中医的一些理论问题，评价中医某一认识的科学性、比较疗效的优劣好坏；对此，文献方法亦非主导方法，它只是有助于弄清某一问题的历史沿革，对研究提供必要的历史依据。两千年来，特别是明清以后，脱胎于“经学方法”的文献整理研究之所以成为中医研究的主导方法，正是中国传统文化中一些消极因素影响的综合产物，

它使医学研究的对象由活生生的人及其健康和疾病问题，“异化”为发黄的古籍、先人的一孔之见或玄而多义的“经旨”。研究对象的“异化”，方法的“喧宾夺主”，必然引导中医学研究误入歧途。

中医现代研究只能以实验方法为主导，这是时代对自然科学提出的要求。对此，人们已作了较多的阐发论证。我们认为：运用现代科学技术研究中医，在方法上可以而且应该奉行“拿来主义”原则。“他山之石，可以攻玉。”只要有助于揭示事实，对医学领域的各种现象作出深入的研讨，都可引入。由于中西医理论在许多方面存在着不可通约性，使有些人有意识、无意识地否定、排斥现代医学常用的研究方法和手段在中医现代研究中的作用和意义。认为中医学只有与现代科学相结合，运用最尖端的科学技术，才能揭示一些现象，弄清一些问题，甚至强调现今最尖端的技术都无能为力，只能待之来日，……。这其实是研究者畸型心态的一种流露，是无力的自我解嘲。这些研究者既认识到实验研究方法对中医学发展的重要性，但又无法跳出传统理论的巢穴，也不愿接受旧理论被否定的研究结果。只愿意将新技术用作论证旧理论“科学性”的工具，在“旧理论”——“新方法”的圈子里打转。我们主张的是用“新方法”来研究“旧理论”中的“事实”，从而提出“新理论”。因此，一切有助于这一过程的方法都可“移植”进中医研究中，其中，最为直接的莫过于现代医学常用的研究方法和手段。人们借助这些方法已在中医研究中取得了不少有意义的结果。

在第二编中，我们已就中西医学的认识方法作了一大略的比较研究。分析表明：两者在某些方面有着互补的价值和可能。比如表现整体观察特点的“司外揣内功能观察法”与具有还原分析特点的“解剖观察法”就可以在哪些方面互补。因此，研究方法的更新应理解为实证研究等新方法的引进和原有研究方法的改进相互并行。只有这样，中医理论体系的解构和重建才有可能进行。

**知识结构的重组** 从某种意义上说，研究方法是“死”的，只有具备一定的知识储备和操作技巧的人，才能熟练运用某种方法，

得心应手地从事某项研究，甚可创造的方法，开辟新的研究领域。因此，中医研究方法的更新，又带来了一个更为本质的问题，即重建者自身知识结构的重组问题。

历史上，中医人才大多通过承继家学或师徒授受等方式成长以来，各自虽有着不同的学术渊源，但总体上却知识结构雷同，除了具备一些传统文化的基础知识外，便是《内经》、《难经》、《伤寒论》、《神农本草经》等医药学知识，相互间并无质的差异。这是历史局限性造成的。近几十年来，中医进入高等教育领域，中医人才培养有了新的起点。然而，受制于多重因素，特别是政治领域的注重同一，社会经济领域严格的计划经济等的影响，高等中医教育中课程设置呆板，授受知识雷同，学生知识结构单一等问题十分突出。对此，近年来人们曾提出过激烈的抨击，并试图加以改革。有的院校已试行了这方面的教改方案。我们认为；现代中医人才知识结构的重组，并不存在什么划一的最佳模式，但必须遵循下列宗旨；即就人才群体而言，要强调知识结构的共性与个性相结合。专业教育应该保证学生具备从事中医和医学工作所必需的专业基础知识、基本技能和基本理论；在此同时，创造条件鼓励和引导学生根据自身的个性特点和社会需求，进行知识结构的自我设计。可以用必修课和选修课相结合的设置课程，辅以学年学分制等达到这一点。就个体而言，在掌握必需的专业基础知识的前提下，应不断拓宽自己的知识面，应把视野放宽到医学知识以外的领域，根据自己的兴趣和专业工作的需要，不断增补知识。包括工作以后，也需不断努力，应树立终身教育（包括自我教育）意识。医学工作者不仅需要专业知识，也需要一定的人文学科。社会学科和心理学知识，若从事中医现代研究，还必须涉及相关的自然学科知识。总之，现代中医人才的知识结构在具备一定共性的基础上，应强调多样化。共性部分内容有助于中医共同体成员得以继承传统，开始工作，并藉此进行相互交流；而多样化则可保证中医现代研究能不断开辟新的领域，广涉众多学科，真正解决多学科研究中医的“两张皮”现



象，使中医多学科研究获得实质性进展，从而促进中医理论体系的重建。

在结束本问题讨论以前，还有一种错误的观念必须廓清。不少人近来反复强调“文史哲”知识对中医人才的重要性。我们并不反对部分有志于中医史学或文献研究者深究这方面内容，但把它视作中医人才的普遍需求，却十分错误。这一认识是把中医学视作为类似于文学、史学之类的学科，它只能导向人们仍以传统的“经学”方法来研究中医，永远在原地踏步，甚至向后走。

**全方位出击** 延续几千年而不曾有过断裂层的中医学，如今已是一庞大的知识体系，而医学科学本身也的确涉及了众多领域。因此，眼下的学科重建、理论体系重建，必须调整研究对象，从主要着眼于古医籍转向现实中的一切医学问题。且须全方位出击，对传统医学体系和当今医学科学医疗卫生事业所涉及的各个方面、各类问题展开扎实、深入、系统而全面的研讨。这类研讨不应有先验的框框，更不应以印证先人之说或经典之言为指归，而应以经验事实为出发点，努力开拓创新；在方法上亦应跟上时代步伐，扬东西方之众长而避偏颇之短。就其大类而言，全方位出击至少涉及以下几大方面：

1. 中医基础理论的解构和重建，对此，前面已作了讨论。

2. 中医诊察方法的改进和革新，它以增加诊察经验、诊察标准的公有性，诊察结果分析的逻辑化、数学化；促使诊察手段和技术的逐步物化，减少个体技艺色彩为宗旨。

3. 中医辨证施治体系的突破。近几十年来，辨证论治作为中医学的主要特点之一，被学术界所认定。近几年来，这方面的评价似乎被无限拔高，朦胧中形成了一种观念：辨证论治就是中医学，它足以解决一切疾病的诊治问题。不仅对历史上曾起过重要作用的辨证、辨病论治人们日趋淡漠，而且也不愿探讨新的诊治体系和方法。为此，我们曾撰文呼吁要强调辨证、辨症、辨病施治的三位一

体，相互结合<sup>①</sup>。从今天看来，更应注重突破辨证论治框框。有学者曾提出创立体质医学的设想，我们认为这构想很值得重视。中医学的诊治系统其着眼环节不外乎两大方面：一是直接缓解祛除病痛，即对病症有着直接的治疗作用；二是改善个体的体质状况，通过体质的改善来增进健康，祛病防病、延年益寿。许多中药方剂的主要作用便在于此。这两大环节在今天的医疗保健事业中，均有其现实意义。特别是后一方面意义更为突出。因此，突破固有框框，大力挖掘和探索这两方面的内容，是十分重要的。

4.具体病症的诊治研究，在继承已有经验的基础上，应不断开拓新局面、积累新经验。

5.从药用资源的开发、药物的栽培、加工、利用和炮制、单味和复方作用机理的探索、新剂型的改革、有效成份的提取等展开药学的系统的现代研讨（对此，本书第四编第四章已作了讨论）。

6.就中医学中各个分支学科（包括已分化和尚待分化的）内容作出系统研讨。诸如心身医学、老年医学、时间（气象）医学，地理医学、康复医学、养生医学等的合理的、有价值的内容都应从速作出梳理，借助科学手段加以阐发和升华，使之能被现代科学所认同。并有机地融汇于医疗实践中。

7.在进行上述工作的同时，致力于协调基础与临床、理论与应用之间的关系（详见第四编中有关论述），使两者之间形成互动的良性大循环机制。

总之，全方位出击，涉及到方方面面，我们不可能一一加以罗列，它需要我们整整几代人为之奋斗、为之献躯。这一工作的最高宗旨是：启动临床探索与基础研究（包括方药基础研究）齐头并进之双轮，通过不懈努力，借助全方位研究之成果，促使中医学整个学科体系的脱胎换骨，在经验公有性、逻辑严密性的科学基石上重建。同时我们坚信，这一工作本身也将逐步地、自然而然地融汇于

---

①何裕民：三位一体：辨症、辨病与辨证，北京中医学院学报，3：1~4，1984年。

现代医学科学的发展工作之中，成为后者的一個有机组成部分。

**必要的张力** 重建者自身的建设还涉及许多问题。我们认为如何在一些尖锐的矛盾中合理地把握自身探索行为的“尺度”在一系列极端中保持“必要的张力”，十分重要。<sup>①</sup>它有助于纠正人们好走极端之陋习，避免在歧途上浪费大量的精力和年华；也使中医科学共同体减少无谓的争论，整个中医研究摆脱两极“震荡”之怪圈，走上顺利发展之坦途。

**传统与变革、继承与创新** 这对矛盾是中医学研究和发展过程中必须首先考虑的问题。很长一段时间内，中医界从领导到著名专家、教授都十分强调继承问题，注重传统研究。然而，近几年间，吹进了一股清新之风，一些中青年中医工作者极力主张中医学科的变革，主张理论上的创新，强调中医理论体系的重建，学科“范式”的革命。在他们的言辞中，很难找出传统和继承之类词句，就基本点而言，作为一种中医研究和发展的战略目标，我们坚定地持有后一种观点。认定没有中医学科本身的彻底革命，它必将走向消亡，而不管人们的主观愿望多么美好，中医学科的革命首先就表现在对传统的旧的中医理论体系之摒弃和新的理论体系之创建上。

前面的讨论已经阐明：中医理论体系是个超稳定结构，它有着丰富的合理内核，但这些却被囚禁在日趋僵化的躯壳之中。近几百年来中医学的进步，仅仅是由于这一超稳定结构缓慢的发展惯性所致。因此，它与经历了多次科学革命的西方医学的差距只会越来越大。要扭转这一局面，就得凭藉学科“范式”的变革，理论体系的更替。毫无疑问，这里需要的是创新精神和发散式思维方法。舍此，一切将是纸上谈兵。但是自然科学领域的科学革命又不同于人文学科和社会科学，它不是彻底的“另砌炉灶”，而往往只是对原有理论认识的一种扬弃，对原先概念或知识的一种修正或重新组合。有时，原有理论可以作为“特例”存在于新的理论体系之中、（物理学

---

①何裕民：《必要的张力》《医学与哲学》10：17～20，1988年。

的几次大的变革就体现了这一点)正因为这样,库恩强调:收敛式研究正是这一转换(指学科“范式”变革)所必不可少的准备”<sup>①</sup>。就中医学研究而言,收敛式研究还有一层更为重要的意义。我们知道,中医学是主要借助阴阳五行等纯哲学的方法来构筑其理论体系的,以致它和自然哲学长期以来授受不清,至今仍没能完全从中脱胎而出。因此,中医学的概念系统极不严密,大多只是或然、抽象的学说,而科学革命“始于一系列的‘反常发现’”。<sup>②</sup>始于新现象、新事实与旧理论之间的不可调和的矛盾,中医学概念系统的不严密,名词术语的抽象和概然,阴阳五行等基本方法的高度哲学化,能使人们对任何现象作出模糊的,但永远是哲学抽象意义上“正确”的解释,这就无法找出事实与理论之间的“破绽”,从而作出一系列“反常发现”。因此,要变革旧“范式”,重建中医理论体系,首先须使传统中医理论体系清晰化,要对中医学作出全面的“梳理”,对各个重要的名词术语作清晰的限定。使之概念化。只有这样,才可促使一系列“反常发现”的作出,引发学科旧范式的真正危机,催化新体系的诞生。因此,中医传统是学科变革的逻辑起点。

在中医学的传统与改革,收敛式思维与发散式思维之间保持必要的张力,这并不是件容易的事情。然而,它却是成功者所必需的素质之一。库恩认为:“一个成功的科学家必然同时显示维持传统和反对偶像崇拜这两方面的性格。”<sup>②</sup>“科学家需要彻底依附于一种传统,但要取得完全成功又必将与之决裂。”<sup>①</sup>结合科技发展史或中医发展史来看,情况也正是这样。一般说来,学科的变革常是由青年人引发的,“大多数是青年人把新范型(范式)带到世界上”。<sup>①</sup>而就青年研究者来说,要做出这一创举,又必须立足于学科传统的根基,这“不可避免地处于矛盾之中”<sup>①</sup>。因此,新一代的中医工作者对这一“悖论”应有深刻的认识,并据此来适当地作出自我调整,以

---

①库恩:必要的张力 第222——237页,福建人民出版社,1981年。

②库恩:必要的张力 第222——237页,福建人民出版社,1981年。

便研究工作更富成效。

观念与行动，务虚与务实 观念与行动，务虚与务实，是人们从事专业工作的行为的两端。要成效卓著地工作，需在这两端中保持“必要的张力”。

也许，是由于改革的大气氛，使人们以谈“观念更新”为时髦。最近一个时期，大谈中医研究中须更新观念的论著不少。我们赞同其中的某些论点。然而，对只谈观念改革，不讲实际行为；只务虚，不务实的国人之习弊，却不敢苟同。在有些人眼里，似乎观念一改，中医工作中的一切难题就可迎刃而解了。但事情并非如此简单。近百年来，人们不断提出关于中医发展的新观念，从汇通论、科学化论、改进论、结合论、独立发展论，一直到特色论、主体论和优势论。危机意识也可追溯于上世纪末汇通学派者的言论中，而近十年来更是上至医界权威领导，下及医界新秀学生都已有所觉察的。然而，问题并未因此而解决。相反的，牛顿确立经典物理学新体系，爱因斯坦变革物理学旧范式，其之前都没有大张旗鼓地鼓吹过观念更新。我们认为：重建者更需有务实精神，脚踏实地地一步步进取、开拓。当前中医工作中需要的是通过人们的努力，在不同的方面取得一系列具体的成果。当然，实际的研讨工作要获得成效，又必须在正确的观念指导之下。观念解决的只是一个思想认识问题；它对人们的行为起着某种影响。科学的进步完全不同于社会的变革，后者可以主要凭藉舆论宣传和思想攻势。科学，不管是常规的还是非常规的，都有赖于人们的不懈探究。积累事实，作出新的发现。观念必须通过具体的务实行为才可能促进学科的进步。因此，应清醒地意识到在研究中医，发展中医的过程中，还必须在观念与行动，务虚与务实之间保持“必要的张力”。应明确方向，少喊口号，多做实事。

理论与实践，基础与应用 探讨中医研究和发展问题时，人们常在理论与实践，基础与应用之间纠缠不清，争论不休。有人依据中医学是赖其应用学科特性而存在至今的，临床是中医学生存和发

展的支柱，故极力主张把工作的重点放在临床应用性研究上。认定中医学的理论并无多大价值，亦缺乏发展前景。而持另一种观点者则认为任何学科的革命大都发轫于基础研究上的重大突破，是理论上的重要成就促进了科学，包括历史上的中医学的迅速发展。遂强调在中医传统范式必须而且有可能变革的前夜，应着重进行多方面的基础性研究工作，力争在理论上作出重大突破，早日催生新的学科范式。在中医科研的管理及决策和学术刊物的刊载内容上，都可依稀辨出这一分歧的痕迹。我们认为，这一问题上的认识不清阻碍着中医学术水平的提高。应该指出的是，中医学主要是门应用学科，但又有一定的基础学科属性。后一属性使得中医学能在以往的数千年中不断取得成果，并提供了新的历史条件下进一步发展的可能。因为单纯的应用学科，其发展是后劲不足的、有限的。“废医存药”的错误根源就在于忽略了中医学的基础学科属性，忽视了理论与临床、基础与应用之间的唇齿相依关系。目前的困境在于，长期以来人们未能调整好基础与应用、理论与临床两类不同性质的研究工作之间的协调关系。它们本该是相互促进的，呈现出正反馈的加速机制。要更好地诊治疾病，解决应用问题，就有赖于对问题本身作深刻的基础研究，获得必要的理论知识；而基础研究的大多数课题和压力、动力，又应主要来自临床工作中的困惑或薄弱环节。然而，现状是搞基础研究和理论探讨的很少从临床所碰到的问题、发现的现象或露出的端倪出发，也很少结合临床实际，习惯于闭门造车，从书本到书本，从实验室到实验室。而许多临床工作者又不理会这一套，既不太注重提高自身的理论素质和理性思维能力，也不重视对自身实践经验的理论总结。因此，是大声疾呼应在理论与实践（临床）、基础与应用这两类研究工作之间保持“必要的张力”的时候了。

东方与西方 常观与微观 中医学是东方传统文化的产物，西医学则是西方文化并结合了现代科学技术的结晶。东西方的文化传统，包括自然观和方法论等方面的各自特点，都通过一定的途径，

鲜明地反映在中西医学学术“范式”和“科学共同体”上。在不同的自然观根基上，中西医产生了不同的基本观念和主导性的研究方法。中医学表现出偏重于思辨地研讨事物之间的相互关系、功能特点和感应现象等，它的主导方法可以说是整体方法，着眼点主要在于“常观”层次，西医学则表现出偏重于具体地分析事物的内在结构，确定结构和功能的对应关系，以及描述事物的简单运动形式，它的主导方法是还原分析，着眼点主要在于“微观”层次。正因为这样，遵循东方传统，借助整体思辨，在常观层次上对中医学进行研究，更容易着手，也更为顺当方便些；另一方面，中医学的继续存在和发展的价值往往就是在于它那些不同于西医学的特点上。而这些特点又不可分割地与中医学的基本观念、基本传统和基本方法维系成一体，故常观层次的中医研究是弘扬中医学的关键所在。但是，中医学传统研究方法毕竟缺憾很多，常观所揭示的也只是一些模糊的、欠精确的，从而是缺乏时代特征的。故还必须借助还原分析，探析其微观机制，弄清其结构特点。这虽然是极难下手的，但却也是不得不进行的。因此，在研究思路与方法上，成功的中医探索者还需在东方传统与西方精神、常观层次与微观层次，以及整体方法（乃至系统综合）与还原分析之间保持“必要的张力”。

（何裕民 上海中医学院）

#### 第四节 条件与氛围

象中国人这样有如此天赋和智慧的人民，居然没有发挥出我们称之为科学的东西，乃是一种令人感到奇异的事实。

——荣格

科学技术的发展，受制于内外多重因素。中医学范式的重建和顺利的发展，也有赖于外部一系列相宜的条件。对此，人们已作了

较多研讨，我们只准备撷其要地略作涉及。

**需要合理的政策** 无论是科学的发展，还是技术的进步，都得益于一定的政策。不同的政策会导致截然不同的结局。这在日本首位获得诺贝尔生理学奖（1987年）的利根川进对日本国科技政策的激烈抨击中可以鲜明地看出<sup>①</sup>。长期以来，不管出自何种立场，人们一直强调：中医学有赖于政策的保护。有些学者甚至把中医学的生存下去寄托在“中医立法”上。后者自属偏见。科学技术的发展有其自身的规律，“不为尧存，不为桀亡”。日本和台湾的中医情况就足以说明这点（台湾基本上沿袭了旧中国对中医的歧视、压制政策，一度严重影响了中医的生存，但近年来台湾的中医事业却在民间发展很快）。由于科学技术毕竟属于人类主观创造的产物，与人类认识自然、改造自然的能动实践密不可分，因此，一定的政策可以通过对实践主体的影响，而对科学技术的发展产生加速或阻滞效应。我们说，解放以来，政府贯彻了一条保护和发展中医的政策，这是毫无疑问的，也正因为有这么一点，四十年来中医工作取得了一系列成就，然而，遗憾依然存在。我们认为：问题的关键不在于中医学要不要政策的保护，而是怎样制订更为合理的政策，对中医学在现在条件下的顺利发展，起到正确而有效的导向、促进及保证作用。因此，检讨一下以往的中医政策，不无裨益。

众所周知，我们的国力有限，用于科学、教育和医疗卫生事业的投资很不尽如人意。然而，即使在极为有限的医疗卫生和教育事业投资中，中医学所占的份额也只是一个零头，根本无法望西医学之项背。以致于全国20多所中医院校、风风雨雨经营了30多年，其固定资产总额还不及南京的一所工学院。妇孺皆知，科学研究不同于文学创作、史学研究，它常常需要耗费巨资。跨越多个世纪的中医学研究，更需要资金上的保证。一些中医院校职工工资总额已占全年拨款额的80%强，维持一般的“生计”都感困难，何从谈

---

<sup>①</sup>参见傅杰青《医学与哲学》10：21，1988年。



及进行费钱的研究工作。没有研究进展，何以发展？科技政策最直接地体现在经费分配上。这一政策上的偏颇，根源在于认识上的失误。人们尽管高喊口号，但实质上总是把中医学仅仅当作遗产来保护、保存（发掘和整理），而不是认作造福于民生，有益于中国医学科学的伟业。继承遗产，自然可克扣点投资。对此，中医界只能空发“巧妇难为无米之炊”的感叹。大幅度增加对中医事业的投资，是现阶段发展中医工作的重要条件。

其次，就中医学本身而言，人们长期以来又把有限的科研投资主要投放在应用或者与应用技术密切相关的研究中。忽略了中医学还有基础学科属性特点，在政策和经费分配上明显失衡。技术立论尽管有助于提高中医学对某些疾病的处理水平，且多半急功近利，较快见效；但从总体来说，却促动不大，可谓属于鼠目寸光之举。我们说，中医学不仅仅是门应用学科，也具有某些基础特点，它的根基在于中国传统文化（包括传统科学）；中西医学的差异，主要地不是表现在应用方面、技术方面，而是体现于基础理论范畴；一门学科的科学水平，也主要显示在基础研究领域。基础研究的突破，常常足以引发整个学科的变革。我们所认定的中医学出路在于理论体系的重建，就主要地带有基础研究性质。我们认为：科学技术领域，急功近利的唯应用技术立论倾向不足取。利根川进对日本国科技政策的批评，要害同样是这一点。对中医学来说，可谓更是如此。其他领域中，我国放松基础研究，或许还可以借助国外同类研究的成果，寄希望于国外“引进”，因为科学没有国界。这种做法之弊端也许只是自动退出前沿科学领域的“角逐”，“后劲”有所欠缺。而中医学却不然。只此一家。他国很少有人会投入大量资金和精力从事基础理论方面的系统研究。所谓的世界性“中医热”，也主要是应用技术方面的。而若无基础理论研究的进展，中医学只能永远在传统科学的“迷宫”中打转。因此，在政策上，必须把基础理论研究提高到相应的重要地位，并在各方面切实加以体现。特别是科研导向和经费投入过程中，要注意基础研究每每比应用研究更耗费

钱财及精力，难度更大，故应该有所倾斜。

其三，基础研究不等于文献整理疏注，后者充其量只是科学研究的一个必要准备而已。但长期以来人们往往好拔高其意义。有时也体现在政策及规划的制定上。比如说，在资金和人力有限的情况下，卫生部于1982年起实施历时九年的中医古籍整理出版规划，涉及近千本古医籍，工作量之浩大，一时间迫使许多中医单位“万马齐上”。我们觉得：这项带有群众运动性质的研究活动现已时过八载，这一规划本身的利弊得失及其所引起的连锁反应，值得很好地总结反思一下。我们并不反对从事必要的文献整理工作，相反认为必须有一支持精干的专业队伍，深入、系统、长期地从事这方面工作。但在政策和规划的制订中却又当谨慎，这样大呼隆的搞法，客观上有可能混淆中医学研究的主题，从而有意识无意识地使中医基础理论研究“异化”为单纯的文献整理。这方面的历史教训，明清之后已经够多了。

科技人才学研究表明，人的一生中，30~40岁可谓从事创造性科学研究活动的黄金时代，库恩也曾多次提及：是青年人把新范式带到了世界上。因此，重视青年学者，为他们的探索活动创造有利条件，常能为科学共同体输进新鲜血液，触发学科的进步。然而，由于受“中医老来红”思想偏见的影响，加上单纯从应用技术来看，的确老中医临床经验丰富，常能药到病除，所以，在中医工作中（不管医疗、教育和科研）对青年人才的使用普遍不力。从我们接触到的青年学者中，对这一现象颇有微词和不满，因此而不安心于中医工作者亦非少数。我们欣喜地看到：这几年，各级卫生管理部门在一定范围内，设置了青年科研基金，鼓励青年中医成才。这是一个良好的开端。我们认为：应该制定更为合理的政策，采取更为有效的措施，积极鼓励部分冒尖青年中医从事开拓性研究；努力吸引绝大多数青年中医热爱本职，潜心钻研，争取有所成就；吸引更多的优秀青年投身于中医事业；以便从根本上改变中医人才队伍的整体素质。……因为这些因素决定着中医学的明天。

最后，在财力和人才都较匮乏的情况下，中医科研和教育工作应确保重点，形成三级，甚至更多级的梯队。20多个省、市、自治区，是否都要重复地、劳民伤财而低效地办中医高等院校，就是一个很值得反思的问题。中医研究课题，特别是部级重大课题是否要照顾到方方面面，有限的科研资金分配是否撒“胡椒面”，也值得权衡。至少，中医教育和科研事业作为涉及面既广又有相当深难度的系统工程，区分层次，突出重点；引进竞争机制，汰劣存优；以重点带一般，是较为经济而又切合国情的对策。另外，还应充分发挥社会主义制度的优越性，加强中央主管部门的筹划和协调功能，尽可能做到中医教育科研全国一盘棋，避免以往常见的各自为政，反复低效重复他人的工作等失误，同时，鉴于1982年衡阳会议精神，在一些西医学中人士和中医院校工作的西医工作者等中实际上造成的不小的心理冲击，我们认为，有关政策或口号的提法宜宽泛些，因为“条条大道通罗马”，中医学现代的各项工作需要有关盟军，而且同盟军多多益善。众多的同盟军可使中医教学和科研呈现出五彩缤纷的多种模式、多种途径，在此基础上，才能造成勃勃生机，产生最为壮美的图景，结出最为丰硕的果实。

总之，中医工作需要合理的政策加以导向、促进和保证，而合理的政策又涉及到多方面，且需要一定的稳定性。

**硬件的保证** 有了合理的政策，还必需提供或创造相应的条件，它包括中医医疗领域筹建或扩建一些医疗机构，提供必备的医疗设施；科研和教学领域充实一定的仪器设备等等。我们乐观地注意到，近年来，县级中医医疗机构正在不断地增多之中，这为发展中医工作，确立了广泛的实践基地；一些中医教育和科研机构的设置也不断得到改善或充实，这将有助中医科研和教育进入一个新的阶段。尽管如此，相对于中医学本身发展的需要而言，“硬件”上的匮乏矛盾还是十分突出的，应努力加以克服。

**噪音的消除** 现时代中医工作中，有着许多不利或干扰因素，它们犹如不和谐的“噪音”，制约着中医学的发展。对于各类

“噪音”，须尽力予以消除。如国内整个学术界崇尚权威之风，依然较甚。中医界由于自身多重因素，这一风气犹为浓烈，不努力开创宽松活泼、向前看的学术氛围，冲淡保守趋后的不良学风，中医学领域的开拓性研究和中医理论体系的重建将阻力重重，荆棘丛生，而且许多障碍会是人为的。又如，眼下受社会风尚之波及，加上政策导向上的不当，不少中医医疗机构不注重自身的社会职能和社会效益，社会声誉，只是片面追求经济所得；一些中医药科研单位也鼠目寸光，搁下重大研究课题，一窝蜂似地涌向中药新产品的开发等，热衷于“创收赢利”；此风不纠，必将把中医医疗和科研事业逼入死胡同，难以自拔。再如，有关中药问题中，“噪音”更多，如有主管部门仅仅视中药及其成品为一大类可以获得可观利润的普通商品，置其更为重要的、特殊的社会价值于不顾，只讲利润，只按一般商品方式加以管理，遂出现了医药分家，各管一摊的怪现象。这一趋势已经导致了严重的医药失序之矛盾。任其下去，必将进一步加剧这一矛盾，最终作茧自缚，两败俱伤。中药资源也是一大困难，中药成本的矛盾日趋突出，剂型更是制约中医临床的严峻因素，…。此外，诸如中医药研究成果的评价、中医人才的评估、中医医疗、教育和科研机构的管理，以及如何整顿多而滥的学术刊物，使之更好发挥传播作用等等，都有必要逐一加以研讨考虑，理顺关系，清除其消极作用，化“噪音”为“乐音”。

**关键的关键是人才培养** 现时代，中医学要走出困境，中医理论体系要重建，除了有赖于一定的外部条件和氛围外，更需要有一支开拓型的现代中医人才队伍。因此我们认为，诸多事宜中，关键的关键是人才培养。当前，作为中医人才培养的主渠道，高等中医院校同样必须贯彻“面向未来、面向世界、面向现代化”的方针，要有超前意识，大力改革传统教育模式；注重学生多方面能力的培养和培养；合理调整专业设置；合理组合专业课程；拓宽学生知识面；优化学生知识及能力结构；实施终身教育；……。而要造就新一代的中医人才，首先须明确中医教育的指导思想；优化教学管

理；优化教师队伍，提高教师素质；强化中医教育与中医医疗、科研的内在联系；改变单一的教学模式和狭义的教学观念；变革传统的教学方法，改进教材，改善教学设施，……总之，需切实抓住教育的各个环节。只有这样，才能切实搞好中医现代人才的培养和造就，为庞大而艰巨的中医发展工作源源不断地输送合格的生力军。

(王宝瑞 大连理论医学研究所)

(何裕民 上海中医学院)

### 代结束语：肩负使命 走向未来

当伏案写下这段结束语时，80年代悄然将逝，20世纪最后十年呼之欲出。处此20世纪将尽，21世纪即临、新旧世纪交替的时代，我们愿责无旁贷地肩负起历史赋予我们的使命——为我中华民族的振兴，为中医学的发展和面向世界而奋斗。

10年前，正当70~80年代相交之际，我们这些今天的医学博士、硕士、副教授、讲师、副主任医师、主治医师，当时还只是各中医院校的普通学生或研究生。这10年，仅仅弹指一挥间，然而面对同一严峻现实，责任感和探索精神迫使我们沉思；为中华古老而神奇的传统医学之命运，为所投身的事业之前途而苦苦求索。纷至沓来的新论点、新见解、新思潮，使我们时而兴奋，激动不已；时而苦闷，百思莫释；时而哀伤，如坠深渊……在探索和反思中，我们日趋成熟。科学哲学之光逐渐驱散了我们认识上的阴云，照亮了我们视野中的“盲区”。“而立”之年已过，“不惑”之期渐逼，又使我们幡然而悟：科学领域不仅需要热烈奔放的激情，而且有赖于清醒而睿敏的理智，推崇脚踏实地、一步一个脚印的务实态度，更需要“虽九死而不悔”、不屈不挠、执着痴迷的求索和献身精神。

面对思想纷繁无序、陷于无谓争执而又不知“何处是归程”的中医学学术界，特别是同龄人的困惑和迷惘，促使我们萌发了系统清理中医药“家档”，盘点“底细”，尔后理清思路，寻找对策的愿望。同

时，在长达十年的痛苦反思中，我们也找到最大限度地确保这项研讨工作结论可靠性、严谨性的途径和方法：那就是把医学放回它所赖以生成和发展的文化背景中，以西方文化和西医学为参照系，以比较研究为主导方法，借助科学哲学等多学科知识，对中医作出多维度、全方位的考察。在理论医学研究所杜治政、刘增垣等老师的热情鼓励和支持下，四年前我们开始了这一规模不小的跨越时域的比较工程。几度寒暑，数易春秋，“为伊消得人憔悴，”几多寻寻觅觅，终于诞生了这本著作，其间，众多的专题讨论，一系列的比较分析，也许并不都那么入木三分，富含哲理，令人欣慰；某些阐述或许有浮浅牵强之嫌；某些结论甚至会令人不快，遭惹“事非”；然而，我们却可以自信地说：这些决非人云亦云，亦非“剪刀”加“浆糊”的“杰作”，而是我们以严谨科学、负责任的态度，认认真真思索，经过几番“衣带渐宽终不悔”的研讨之产物。它代表了我们这些人——一代年轻的学者，回顾历史，面对现实，进行冷静思考后所作出的理性回答和清醒抉择。甚至可以自慰地说，它也系统反映了目前国内中西比较医学这一领域的研究现状和水平，以及对中国传统医学科学的和理性的、历史的和现实的综合评价。我们坚信：科学领域里：理性的力量大于情感的力量；全方位的考察胜过管窥蠡测；单纯的炫耀历史，无助于弥补现实中的裂痕；相反，痛苦的理性反思，却有助于我们凝聚力量，进行更大的拼搏。我们已获得了从事中医药学研究及其发展工作的新起点。胎儿的躁动、母腹的阵痛，预示着新生命将要诞生，我们企盼着这一时刻和这一新生命的到来。

理性告诉我们：要发展中医学，历史的、现实的和科学的抉择只有一个，那就是变革旧范式，重建中医理论新体系。这就是本书的最为重要的结论。

我们清醒地意识到：变革和重建，必定会有所失，失去什么虽然是痛苦的，但重建中失去的大多是陈旧过时了的东西，宛如清创必须剔除坏死腐败的组织；变革和重建，将更会有所获得，获得的

可能是学科内在的勃勃生机和时代气息，就象优势基因的重新组合。在弃旧与图新之间，我们更乐于选择后者。库恩曾经说过：“大多数（学科）新范式是青年人带到世界上的。”也许，我们没有这般幸运，但我们甘愿为新范式的孕育、新体系的诞生鸣锣开道，铺路垫石，作一些呼唤、鼓动、呐喊、摇旗之类的马前卒工作。因为我们深知：变革传统中医学和中国传统文化，其任重而道远，前途并非到处铺满阳光和鲜花，也可能荆棘丛生，沟壑遍野，只有在前人披荆斩棘，作出勇敢牺牲的基础上，后人才会成为手捧奖杯和鲜花的成功者。

人贵有自知之明。我们虽以科学领域“弄潮儿”的身姿、鼓勇争先，潮浪履艰，但我们自知修行日短，功德不满，学识尚浅，又且“吾生而有涯，知而无涯”。所以我们乐意以自己的真诚换取来自各个方面的批评和建议，并就此作出诚恳、积极、平心静气的反应。我们真诚地愿意与中西医学同道一起，戮力同心，共同肩负起历史重任，为中国医药学和中国医疗卫生事业去开创光辉灿烂的明天，去进行不懈的努力。

我们不会忘记曾经给过我们知识、智慧、启迪、批判武器和勇气的所有的人，并愿以此书奉献给他们。

我们欣赏陀思妥耶夫斯基（Ф·ПОСТОЕВСКИЙ）的一段格言。并愿以此作为全书的结尾：

“在这里，在大地上，一切都在开始，没有什么东西在结束。”。

（何裕民 1989年12月10日于上海）

## 后记:

本书选题酝酿于 80 年代初期, 实施于 1987 年暑期。

本书主要作者虽然有限, 但关心她、帮助她、精心培育她出世的人却不少。杜治政、刘增垣两位老师不仅亲自组织并参加了有关这一课题的两次研讨会, 在许多方面提出具体意见和建议, 并审阅了编写大纲和全书书稿, 积极支持本书出版, 《医学与哲学》杂志社的赵明杰、王国强、刘霞老师也自始至终关心本书稿, 并积极帮助落实出版和进行编辑加工; 沈阳出版社的曹福志同志则亲临研讨会指导, 并在出版问题上予以方便; 潘卫星 (北京中医学院) 寄上了一部分即将发表的书稿, 以资参考; 此外, 安群 (山东枣庄医科所)、何作 (南京铁道医学院)、叶锦先 (福建中医学院)、金德初 (上海精神医学中心)、陈新 (广州中医学院)、杨光华 (江西中医学院) 和上海中医学院的楼绍来、沈红艺等老师曾给予过帮助和方便, 在此一并致谢。

全书由何裕民负责总成和统稿、定稿。王旭东、聂广、聂菁葆、王宝瑞等也统授了部分章节的内容。王宝瑞和赵明杰还在编辑加工和出版校对方面做了大量工作。



封面设计 马全运  
责任编辑 曹福志



ISBN 7-80556-451-5/R·17

定 价 8.70 元