

“脑主神明”与中医现代化

★ 匡萃璋 (江西医学院第一附属医院 南昌 330006)

关键词:脑;神明;中医现代化

中图分类号:R 223.1 文献标识码:A

“心主神明”是中医藏象内景的古老命题,孟子曰:“心之官则思”,可见“心主神明”的理论来源于当时的文化背景。在古代,似乎东西方都有共同的误解,将思的功能归之于心,英语 heart 是指心脏,同时又指“心情”、“感情”、“决心”、“记住”(by heart by memory),可见在“心藏神”这一点上是“中外同心”的。

然而,时至今日脑主思维已成凡人常识,而中医却谨守“心主神明”的古训不移不改,于是论者以为此即中医体系封闭落后,不能与时俱进的典型实例,意欲重点突破,以推动中医现代化进程,用心可谓良苦。

诚如论者所广征博引,脑与神的关联古人即历有阐发与论述,但为什么不能取“心主神明”而代之?笔者认为,这确实要从中医体系的封闭性说起。我们知道,中医“藏象”即以“五脏”为核心,而“六腑”、“九窍”、“七情”、“五志”、“经络”、“四肢”、“百骸”依次为其外围,形成一个类似“行星绕日”的体系,这是就人体内部而言。而在人体外部,“五脏”又与“五行”相配,将“六气”、“四季”、“五味”、“五音”、“五果”、“五畜”……联属在一起,形成一个天人相应的巨大网络。在这一网络中,作为奇恒之腑的“脑”本是配属于“肾”的,因为“脑为髓海”而“肾主骨生髓”。而另一方面,虽然“心主神明”,但“五志”又分含五脏,心所藏的“神”与肝所藏的“魂”、肺所藏的“魄”、脾所藏的“意”、肾所藏的“志”又属同一层次。同时,与“神”相关的“七情”也是分属五脏,所以“神明”这一概念在中医学中其生理意义是较为空泛的。落实到病证上,涉及“神明”的主要有“不寐”、“善忘”、“癫狂”、“谵语”、“郑声”、“中风失语”、“昏迷”、“烦躁”、“善恐”、“郁证”、“百合病”、“脏燥证”等。在传统理

论中,上述病证在辨证时均牵涉多个脏腑,“心”仅属其一而未能专司。在治疗上也同样涉及多个脏腑,不能专责于“心”。那么,“脑主神明”与“心主神明”相比,在上述病证的辨证或辨病治疗中是否具有优越性?试以“不寐”证为例来“解剖麻雀”。

为简捷起见,以秦伯未先生《中医临证备要》为蓝本;“不寐”的病机与主方如下:

血不养心——归脾汤

心阴不足——天王补心丹

心火偏旺——朱砂安神丸

肝阳偏旺——琥珀多寐丸

心肾不交——黄连阿胶汤、交泰丸

食痰中阻——温胆汤、半夏秫米汤

上述病机与方剂都是以“心主神明”立论的,现试以“脑主神明”替代之:

血不养脑——归脾汤

脑阴不足——天王补心丹

脑火偏旺——朱砂安神丸

肝阳犯脑——琥珀多寐丸

脑肾不交——黄连阿胶汤、交泰丸

食痰中阻——温胆汤、半夏秫米汤

经过如此替换之后,“不寐”证的病机是否更明晰了呢?在新的病机指导下,对相应的方剂是否能作出有益于提高疗效的改进或更新呢?比如说改“血不养心”为“血不养脑”之后,在归脾汤的基础上可增加什么针对“脑”的药物?或另创一个有“突破性”的“补血养脑汤”,从而取得“突破性”的疗效?笔者以为这两个目的似乎都难以达到。另从治疗上来看,黄连泻心火,故心火旺之不寐、烦躁、癫狂可以黄连治之,同样,心火旺之怔忡、心悸、舌疮、鼻衄、眼睛

作者简介:匡萃璋,教授,主任医师,长期从事中医临床教学和研究。

的大毗赤脉,心火下移于小肠的尿赤、尿灼、尿痛、尿血等,这些或关神明或不关神明的病证都可以一理贯穿地以黄连泻心火治之,今若以神明属脑,则黄连泻“脑火”之说与诸非神明病证就无法贯通,传统学说之完整性反而受到破坏。再以“心肾不交”为例,若改为“脑肾不交”则完失去了原来所涵的《易》理“水火既济”、“坎离既济”的深意,与五脏配属阴阳五行的理论完全脱节,与原有的“脑为髓海”的理论也相矛盾。进一步说,若要深化“脑主神明”的辨证,则脑与五脏六腑、气血阴阳、六淫七情……的关系均须重新厘定。以七情为例,既然关乎神明自然应统归于脑,于是“怒伤肝”、“思伤脾”、“喜伤心”、“恐伤肾”、“悲伤肺”诸论皆应废,于是逍遥散不疏肝而疏脑、归脾汤不健脾而健脑、温胆汤不温胆而温脑……种种淆乱不难推及。原本“自洽”的传统体系反而更多疏漏,正所谓牵一发而动全身,其利弊亦可想见。

通过上述分析,我们可以得出这样的结论:中医藏象理论的创新必须贯彻到辨证与治疗之中,而且要符合“有用”与“相洽”两个原则。“脑主神明”论正由于临床上并不更“有用”,理论上又不能与原有体系“相洽”,所以虽经数百年之发现却仍未在中医藏象与辨证体系中植根。但是,要与原有体系相洽就必须屈从原体系的封闭性,这也就使局部理论的“突破”变得并无突破意义,“脑主神明”论的突而不破就是一个典型。

在中医发展史上,凡符合“有用”与“相洽”原则的创新便能成立,否则即被淘汰。如叶天士的“胃阴”论、王旭高的治肝诸论即因此而成立。而后人为了深化脾胃阴阳辨证而提出的“胃阳虚”、“脾阴虚”论,在理论上虽相洽却因辨证与治疗上难与“脾阳虚”“胃阴虚”严格区分故未能更“有用”因而难以成立。同样,历史上曾经有过的“五脏虚实论”中原本有过的“肾实证”,虽然理论上相洽却因在辨证与治疗上难以找到“配对”而被淘汰,并继之以“肾无泻法论”。前数年还有人为此作过“翻案”文章,亦终因辨证与治疗上“无用”而不了了之。因此,通过上述分析我们可以看出,“脑主神明”论的难以成立有内在(中医体系内)的原因,而不在于其现代生理学上的科学性。同样“心主神明”论的顽而不化也是基于中医体系内的原因,并不须求助于“心钠素”“心脏内分泌功能”的现代发现。

综上所述,有志于“脑主神明论”创新的中医同道,首先要从临床实践中去辨析相关新证候、创立相

关新治法、新方剂、新药物,达到提高疗效的目的。同时要在理论上使新论与传统体系这一张“无边无际的网”相洽合。这两方面的工作真可谓是一项“系统工程”,其艰巨是可想而知的。不经过这样一番艰苦工作,“脑主神明论”无论如何炒作也只能是科学常识,而不能成为中医术语。

明白无误的“脑主神明论”居然难以取代“错误”的“心主神明论”,这不正说明了中医学的封闭吗?确实如此,须知任何体系都是有其封闭性的,封闭与开放恰如生物学的遗传与变异,是一对矛盾,没有封闭性该体系则无法自存,恰如没有遗传该物种就无法延续一样。科学革命的动力来自于内在的危机,而传统中医体系这张“无边无际的网”面临的仅是外部的竞争而非内在的危机,五十年以前它用“暑温”网住了“乙脑”,今天它又要用“春温伏湿”网住“非典”,关键在于它“有用”,“封闭”又何妨!

如此常识性的更新都无法实行,那么中医如何现代化呢?“现代化”这个词看似明白,而实际上是非常模糊的,试问何谓“中医现代化”?张仲景峨冠博带,今日的中医西装革履是现代化吗?张仲景骑马高车,今日的中医乘波音飞机是现代化吗?张仲景竹帛著书,今日的中医电脑上网是现代化吗?今日的中医医院B超、CT、核磁共振一应俱全是现代化吗?须知这些“现代化”都是外在的,只有内在的学术体系以及衍生出此体系的科学规范的根本改变才能称之为“化”,中医要现代化就是要“化”为现代科学,即将整体的——系统的——思辨的体系“化”为还原的——结构的——实证的体系,这样一种变革从科学学与科学方法论的角度看是不可能完成的。因为传统科学与现代科学是两个不同层次的科学,二者之间的鸿沟是由世界观——认识论——方法论方面的根本对立形成的。在人类的当前认知水平上,两个体系是无法融合的。只要回顾一下近百年来“中西汇通”的历史,就能看出上述观点既非“守旧”也非“悲观”。在张锡纯、陆渊雷时代“中西汇通”仅仅是比附揣测而已,因为他们都没有受过系统的现代医学训练。上世纪40年代,有朱涟先生业中医10年之后投考西医院校接受6年系统学习,开学贯中西之先。50年代有施奠邦、方药中、费开扬、陆广莘等踵迹而进。同时的“西医学习中医班”又有百千学人“出西入中”。自60年代初毕业的历届中医学院毕业生也是“中西并进”。数代学人,岂无贤者?试问哪一位“理论家”能将两个体系融汇起来?有人

说生物学与物理学能交叉形成生物物理学,生物学与化学能交叉形成生物化学,为什么中西医不能汇通形成新医学呢?这是因为生物学、物理学、化学同属于“现代科学”这个平台,所以它们能交叉。而传统科学与现代科学分属两个平台,所以它们不能交叉。学贯中西的学者只能在两个平台间“转换角色”,能够鸟瞰这两个平台的“第三平台”人类至今尚未建立。站在现代生理学的平台来看中医的藏象学说,可谓无处不错,岂止是“心主神明”而已!“脾主运化”不应改为“胰主运化”吗?“脾为后天之本”不应改为“肝为后天之本”吗?“肾为先天之本”不应改为“碱基双螺旋结构为先天之本”吗?问题在于,这样的“改错”是发展了中医还是“破除”了中医?这样简单地以现代为座标“化”中医就是中医现代化吗?由此可见,以“脑主神明”为突破口促进中医现代化的思路恰恰能引出“此路不通”的结论。

建国以来,真正试图以还原论方法来研究中医,因而称得上现代化研究的仅有“肾的研究”、“脾的研究”、“瘀血与活血化瘀的研究”等几项工作,而这些似乎颇具开创性的工作终因歧路亡羊难以深入而无法继续。究其原因,非人之不贤、非技之不精,乃因以还原论之方法求整体论之特性本身隐含的方向性错误。上述事实本身就说明,中医现代化本质上是要推行中医学的还原化,而建立在整体论基础上的中医学根本就不应该、不需要、也不可能还原化。还原之下无特色、还原之下无体系,这就是“中医现代化”这一命题隐含的悖论。

国内媒体经常推崇日本的中医药现代化工作,然而具有典型意义的“小柴胡冲剂治肝炎”事例恰能给我们以深刻警示。据戴昭宇先生介绍:“在 1994 年日本厚生省就小柴胡汤对改善肝病患者的肝功能障碍之功效予以认可后,该方作为肝病用药被正式收入国家药典,全日本出现上百万肝病患者同服这一处方的盛况。据统计 1995 年仅小柴胡汤制剂的销售额,就超过当时在日本医疗保险范围内的 147 种汉方制剂总销售额的 1/4。然而到了 1996 年 3 月,日本舆论界却争相爆出在 1994 年以来的 2 年间,有 88 名慢性肝炎患者,因小柴胡汤制剂的“副作用”导致间质性肺炎,其中更有 10 例死亡的消息。”“使得被各汉方制药厂家一直视为拳头产品的小柴胡汤制剂,1996 年的销售额陡然下降了 1/3。”“汉方由此又面临着从医疗保险范围中被剔除的危机。”小柴胡汤在中医传统体系内本有其明确的治则、治法、

辨证、加减、转换等定位,制成制剂后将上述定位全部废除就成了游离于中医体系之外的“现代制剂药”,再对应以“肝炎”这一现代诊断,就形成了“小柴胡汤治肝炎”的现代化发现,一旦出现“副作用”又反过来归咎于中医药。这种做法无异于先予“阉割”后斥其“无能”且“有害”。这样的“现代化”值得中医去追求么?其实,中国的中医更应该牢记少阳病、和解法、见肝之病当先实脾,牢记“伤寒,阳脉涩,阴脉弦,法当腹中急痛者,小柴胡汤主之,不差者,小建中汤主之。”牢记厥阴不应取之阳明、阳明不应取之厥阴,这些才是中医的圆机活法。为什么要去追求“小柴胡汤治肝炎”这样僵死的、固定的、“去中医化”的“现代化”?

近来炒作得沸沸扬扬的关木通——马兜铃酸事件更使人怵目惊心。木通与含木通方剂已被中医安全使用了千百年,上世纪 60 年代岳美中先生治苏加诺案中即用木通,可见博学慎行如岳老也并不以木通为毒药。约在同时,《中医杂志》发表木通致急性肾衰的报道,是大剂量单味使用木通所致,中医同道即有所警觉,所以岳老在此后刊行的《医案》中即讨论苏加诺案中之木通应慎用。这本是学术问题,原无足惊怪。但近年有人将含木通的减肥药在西方推销,致人长期服用后肾功能受损,经分析是木通中所含之马兜铃酸所致。于是舆论大哗,各种斥责蜂拥矢集,不但关木通被“妖魔化”,进而株连导赤散、龙胆泻肝汤等古方,和含马兜铃酸的其它中药,甚至全部中药都有被“妖魔化”之势,于是主事者主张将关木通从药典中剔除。可怜的“关木通姑娘”,她在我中医药大家族中原是一位“良家碧玉”,不幸被强掳外嫁,反被诬为“妖孽”,又复不见容于“自家大人”,以为“有辱家门”必欲逐去而后快。这是关木通之过?是中医药学之过?还是“去中医化”之过?小柴胡汤与关木通事件表明,以“现代化”为名行“去中医化”之实是造成毒副作用的主因。而我们的主事者却要开除关木通的“药籍”,真乃“同室操戈,相煎何急”!

然而,存在于 21 世纪的中医学就这样抱残守缺,固步自封,与现代潮流格格不入又何以自处呢?当前正如火如荼地进行着的抗击“非典”斗争正迫使我们作出回答。时约 50 年前,面对“乙脑”肆虐,笔者的老师姚荷生先生(原江西中医学院名誉院长)与蒲辅周等中医同道同时奉调进京,他们凭着中医学体系这一张“无边无际的网”降伏了病魔。今天“非

典”逞凶,广东的同道率先上阵,他们手中的利器仍然是这一张降魔之网,而不是什么“去中医化”的“现代化”成果。而这一代中医同道对这张“降魔之网”的运用,是否能如蒲辅周等前辈那样纯熟?“闻鼙鼓而思良将”,良将要从战斗中锤炼,而多年来在强大的现代文化背景遮蔽下,中医队伍难免“腰间羽箭久凋零”,所幸还有邓铁涛、周仲瑛等前辈指点。尤其令人感动的是,90 高龄的吕炳奎司长还上书请缨,陷阵冲锋!我们且为战斗在抗“非典”前线的同道擂鼓助威,因为对“非典”战而胜之就是最好的回答!

“去中医化”的“现代化”成果最具有示范意义的就是青蒿素,它脱离了中医传统体系,成为现代药学中一种植物来源药,发挥良好的抗疟效能。它对中医传统体系并无所损,同样它对中医传统体系也无所增益。对中医传统体系无所增益的“现代化”,是我们孜孜以求的“中医现代化”吗?从目前媒体披露的抗“非典”经验来看,有的专家介绍,“非典”恢复期患者常出现心悸、气短,或心律快或心律慢甚至猝死的情况,其属阴虚者可静脉给予参麦注射液,其属气虚阳虚者可静脉给予参附注射液。笔者以为这种现代化是对中医体系有增益的。又有专家介绍,通过大量动物试验筛选到清开灵注射液、鱼腥草注射液、板蓝根冲剂、新雪颗粒、金莲清热颗粒、灯盏细辛注射液、复方苦参注射液、香丹注射液等 8 种中药制剂,分别针对急性炎症、高热症状、呼吸窘迫、多脏器损伤等不同病理改变。这种思路亦类似青蒿素抗疟。这些药品对抗“非典”有效当然是好事,但是它们已游离于中医体系之外,与参麦、参附走的是两条道,其间的区别又必须分清。或问,同样是中药的现代制剂,同样用来治病,为什么要分出个彼此“亲疏”来?笔者的回答是:中医体系是树,治病的方剂是果,只摘果不培树无异“杀鸡取卵”。只有不断地培育中医之树,才能不断长出“长生之果”。因此,中医之树常青才是真正值得追求的!可以期待在抗“非典”首战告捷之后,将能读到前线同道的许多宝贵经验,届时再将《蒲辅周医案》有关“乙脑”案例一同研读,就将看到 50 年来中医临床思路与方法发生了何种变化,哪些方面强化了?哪些方面弱化了?中医之树是更青翠了?还是更萧疏了?这对于我们评价现代化对中医学的影响将会提供最新的素材。

那么是否能找到一条对中医传统体系有所增益的“现代化”途径?要解决这一问题可试作如下思考:从生物信息论角度来考量,每一生物个体的内涵

信息量是随物种之进化而递增的。假设由 RNA/DNA + 壳蛋白构成的病毒,其内涵信息量为 M (message 信息)。当病毒进化为细菌时其信息量不知应扩张若干倍,试以 M^n 表示。当细菌进化为多细胞生物时其信息量又不知应扩张若干倍,则可表示为 $(M^n)^n$ 。当多细胞生物沿生物进化树逐层进化时,其信息量的扩张可逐层表示为 $[(M^n)^n]^n \cdots$ 如此扩张一直到人。中医的阴阳,表里,寒热,虚实,六经,卫、气、营、血等概念,都是对人的整体信息的描述。而现代生物——医学科学沿着人体——系统——器官——组织——细胞——细胞器——分子——原子的层次将人逐层还原,其生物信息量恰恰是逐层丢失的。例如,我们能通过整体辨证将一组胃炎病人分为“脾阳虚”“胃阴虚”两小组,但这两小组病人的胃镜表现却没有对应的区别,只同属于胃炎。这就是因为“脾阳虚”“胃阴虚”描述的是人的整体,而胃镜所见仅仅是器官,两个层次之间信息有大量的丢失。因此,沿着现代还原论的途径逐层分析以求对中医体系有所增益,显然是不可能的。

当现代还原论的方法在生命科学中发展到极致——人类基因测序完成之后,生命科学又进入到“后基因时代”,即对照整体功能去解读“基因”这部“天书”。于是人们发现,就每一层次的整体功能而言,都不完全是基因决定的,在病毒中 RNA/DNA 控制祖蛋白的形成,而祖蛋白又影响着 RNA/DNA 的表达。在细胞中细胞核在细胞中的位置居然能影响基因的表达。可以看出“后基因时代”的研究方向与“现代化”相反,正是沿着生物进化——信息扩张的方向前进的。我们或许可以将其称之为“后现代方向”或“后现代化”。沿着这一方向再回溯到极致,人的整体特性才能得到充分的呈现或解读。只有到那时,中医体系才能得到真正的理解,中医学才能在后现代的整体重构(“第三平台”)上得到增益。正因为如此,中医学才必须最大程度地保存自己的整体论科学的特性,以待人类的认知由传统(整体论)——到现代(还原论)——再到后现代(新的整体论)的演进,而不是迫不及待地现代还原论中解构。《道德经》曰“道曰大,大曰逝,逝曰远,远曰返”。中医学术体系中有大道存焉,现代还原论的方向虽与之渐渐渐远,而其后现代的整体重构中回归却是必然的。这就是笔者所寄望的 21 世纪与“后现代”时期的中医学!

(收稿日期:2003-12-29)