

对《中医基础理论》藏象内容的几点思考——藏象研读之一

★ 王朝晖 (陕西中医学院 2001 级硕士研究生 咸阳 712000)

关键词:藏象;中医基础理论

中图分类号:R 223.1 文献标识码:A

作为现代人对中国传统主流医学的认识成果,中医学教材可以典型地反映该学科的发展水平和基本的学术观点。经过二十世纪六十年代较为深入的研讨,“藏象”被普遍地看作《内经》理论体系的核心,也成为《中医基础理论》的重要组成部分。但如何历史地把握“藏象”内涵,以继承中医学;如何对其做出现代科学的理解、以促进中医学发展,仍未得到满意的解答。认识上的缺陷突出地反映在教材当中,并且,这种状况已经延续了至少 20 年而没有多大改观。不但给教学带来困难,而且基本地制约着整个中医学的发展。

本文以《藏象·心》一节为例,对《中医基础理论》教材^[1]中有关“藏象”的一些基本观点提出反思。

1 心是解剖器官,还是理论模型?

《藏象》一章在讲述“心”的时候首先介绍传统中医学对心脏的解剖学知识,接下来论述的却并不是对于该解剖器官的理论,二者之间缺乏内在联系的环节。对其余各藏的讲述方式均相仿。

在医学界已经形成一种常识,那就是中医学的“脏(藏)”不同于西医学的“脏”,实际上是不同于解剖形态的脏器。认为中医学藏府具有理论模型性质也不再是新鲜的观点。然而,在现行教材中,具体论述藏象内容时,并还没有真正运用这种观点;与之相反,在具体问题中尽可能地附会西医学关于解剖形体的生理知识(见下文)。可见,藏府到底指解剖器官,还是系统元素理论模型的符号,中医界对这一问题并不十分清楚。或者说,理论模型与解剖器官之间的关系尚未得到明晰的解答。

试比较中、西医学对心的认识:

西医学对心的功能归结起来主要就是“泵”——循环系统的动力器官。窦房结等处的自律细胞自发地产生电兴奋,经由特殊传导系统传到心的横纹肌,心肌有节律的收缩舒张引起心房间室交替收缩舒张,推动血液运行。心脏可以先天缺陷,心肌可以代偿性增生、缺血、坏死,细菌可以感染心内膜,病毒可以侵害心肌;窦房结功能低下可以安置人工起搏器;心跳骤停可以立即除颤起搏,脑死亡才算死亡。心的职能可以暂时由机械来代替,心可以是移植的对象。

传统中医学认为,心为阴中之阳藏,五行属火;心藏神,

主血脉,为五脏六腑之大主;心与小肠藏府表里相合;心开窍于舌,在体合脉,其华在面,在液为汗,在声为笑,在志为喜,变动为忧;外应南方、夏季、暑气、徵音、赤色、苦味、五化主长。

总体来讲,中医学对心脏形质并未进行深入研究,而注重心与人体系统其他构成之间的联系,以及心在人体的系统与宇宙自然的联系。从功能的角度讲,藏象理论中不但把脑的功能归属于心,而且“主血脉”的机制也与西医学迥然有别(见下文)。显然,藏象理论中的心不能等同于解剖学的心脏;五藏之一心的功能也不能与心脏的解剖知识直接衔接。

2 “血”的运行是否需要通过心脏搏动来实现?

在论述心的第一个生理功能“心主血脉”时,教材中写到:

(心脏、脉和血液所构成的)这个系统的生理功能都属心所主,都有赖于心脏的正常搏动。因此,心脏的搏动是否正常,是起着十分关键的作用。(p.29)

应当指出的是,中医学很早就理解的“血(液)循环”与英国人哈维(W. HarVey 1568 ~ 1657) 后来才发现的血液循环是有所不同的。尽管文献中可以找到古人对心脏搏动的记述,但传统中医学并没有从心脏的机械搏动角度来说明血液运行。

公元前 600 多年前庆郑“阴血周作”的言论,传统中医理论经脉“首尾相贯、如环无端”的思想,都是“圆道”观念的反映,与“大循环”、“小循环”等血液运行具体方式的理论并不等同。哈维不但以大量动物活体解剖为基础,更重要的是,他把实验定量方法应用于医学研究,从而解决了一个基本上是血液运动的机械力学问题。机械论的解释,在哈维工作中起了巨大作用^[1]。在哈维之前约 1500 年间,西方医学对血液运动的观点以盖伦的理论为准,他依据当时宗教上神居的天体呈完美的圆周运动,而地球上的物体只是直线运动的说法,把血液运动看成是象潮水一样,一种由静脉到动脉的直线往复运动^[2]。传统中医学的血(液)循环论同样属推测性质,只是这种推测满足了藏象理论的需要,并不急需哈维的出现。

传统中医学没有将心脏搏动作为血运行动力的来源,究

其原因:①在多数情况下,心脏的搏动是不被感知的;②在尸体解剖时,已看不到心脏搏动。即使在活体解剖时看到心脏搏动,也不一定会认为正常情况下就是如此;③在中国传统上重神轻形、重道轻器的观念中,不要求必须从机械搏动的角度寻找血液运行的动力。

传统中医学没有从心脏的机械搏动角度作深入研究,还反映在对虚里搏动、脉搏形成与心脏搏动关系的认识上:

①心尖搏动表现在左乳下的现象古人认为动力来源于胃^[3]。

胃之大络,名曰虚里,贯鬲络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗气也。《素问·平人氣象论》

虚里搏动的现象没有直接解释为心脏(尖)搏动所产生,也没有命名为“心之大络”。

另如张介宾:“虚里跳动,最为虚损病本,故凡患阴虚劳怯,则心下多有跳动及惊悸者,人但知其心跳,而不知为虚里之动也。其动微者病尚浅,动甚者病则甚。凡患此者,常以纯甘壮水之剂,填补真阴,活者多矣。”在明代,人们通常将心胸部位的跳动归于心脏,但大医张介宾在深究之后却强调“虚里”跳动,显然是从中医医理出发的。

还有人主张左右乳下均有“虚里”搏动:

顾英曰:乳根二穴,左右皆有动气,经何独言左乳下?盖指气动之甚者耳,非左动而右不动也^[4]。

可见,传统中医学对虚里跳动与心脏搏动之间关系的认识至少是不明确的。

②各部脉均来源于心脏搏动的统一节律这一事实在传统中医学并不明确。

中医学对心与脉搏联系的论述如:

“血、脉、营、气、精神,此五脏之所藏也。”“心藏脉,脉舍神。”《灵枢·本神》这里的“脉”为脉搏、脉息。“心藏脉”指出心与脉搏之间的关系:脉搏发出(来源)于心,复还于心。“脉舍神”指脉搏中包含神机——生命信息。可以看出,对脉(搏)的理解,传统中医学与现代实验生理学在研究方法和结论上都是不同的。

但传统文献对脉理的论述中可见单部脉独迟独数或两部脉迟数并见的情况,即没有明确认识到各部脉节律是一致的,没有将脉搏与心脏搏动直接联系起来。其原因除没有从机械力学的角度探讨脉搏成因外,可能还有:古人没有精确方便的计时工具,脉象迟数的概念并非由精确的计数得来;不同脉象可能会产生或迟或数的错觉。

因而,直到晚清,大医王清任仍然在艰难地探求心与血液的关系(参见《医林改错》“心无血说”、“气血合脉说”等篇)。

由于不同时代历史背景的原因,王清任的解剖知识并不一定达到《内经》中所记述的水平,因而导致了許多不同于《内经》的错误认识。比如,《内经》认为“心主身之血脉”,现在看来有其解剖学基础。但《内经》、《难经》等经典中也并没有“心脏搏动推动血液运行”的理论。之后的两千年间,解剖学在中国受到严格限制,中医学也始终没有依赖对形体形质的具体解剖和实验研究,因而,在“气为血之帅”中间加上

“心脏搏动”,就不符合藏象理论的实际情况。如果说,将西医学“心泵”的概念搬进藏象理论是对中医理论的发展,只能说对藏象理论的性质尚不清楚。

王清任在中医学方面的造诣和贡献都是举世瞩目的,如他的五个“逐瘀汤”、补阳还五汤等,对后世以至将来活血化瘀与血瘀证、补气行血与经脉瘀阻等心脑血管方面的研究都有重要意义。可以说,是否认识到心脏“泵血”对他的理论或医疗都没有构成根本影响。即使后来的医家学习到西方关于心血管的解剖生理知识,希望引入中医学,但对中医理论业已形成的体系已难以产生多大影响。如果只顾附会西方医学的解剖形态知识,试图增加中医学的科学性,其结果是掩盖了中医理论的本来面目:一则对后学者造成误导;二则延缓了对中医理论学术属性的自觉;三则削弱了中医学的科学性,使之在整体上产生依附于西医学的倾向。

3 藏象理论中的“血”是指血液吗?是指血液的功能吗?

既然藏象理论心的功能现在看来确实不局限于解剖形态心的功能,心(藏)已经超了解剖形态的概念。自从系统科学引入中医学研究后,中医界逐渐认识到藏府的理论模型性质。那么,连属藏府的经络是什么性质呢?运行在经络中的气血又是什么性质呢?实物性质的血液怎么能流动、循环在理论模型的经络中呢?怎么来濡养理论模型性质的心呢?

可见,藏象理论中的解剖名词具有实物名称与模型符号双重性质。前人把人体系统元素的功能理想化地赋予实物性质的脏腑形体,实物的名称也就充当了理论模型的符号,二者不加区分。事实上,在认识工具很有限而“象学”又很发达的情况下,这种区分并无多大实际意义。只不过,这种状况一直延续至今,尚未能彻底改观。

认识到中医学的藏府不同于西医学的脏器,可以说是中医学发展史上藏府性质、藏象理论性质的第一次自觉,尽管还不是完全意义的自觉。

让我们回顾一下传统中医学、现代(西)医学对“血”分别作了哪些研究。

《生理学》教材对“血液”是这样界定的:血液(blood)是一种由血浆和血细胞组成的流体组织,在心血管系统内循环流动(p.66)。这样就明确规定血液是一种具体物质,一种物质实体。《血液》一章不但讲述了血液作为整体的一般性状、理化特性、作用,而且对血液的形成、组成成分以及出血、止血、输血的理论基础进行了深入研究。下一章《血液循环》则具体讲述了心脏对血液循环的作用及机理、血管生理、心血管活动的调节、血量的调节、以及器官循环。

中医理论中有关血液的内容则可简略归纳如下:

- (1)红色的液体样物质;
- (2)正常情况下存在于血管中;
- (3)对脏腑器官起营养作用;
- (4)由摄入的饮食变化而来;
- (5)在全身循环流动;
- (6)运行的动力是阳气(宗气)。
- (7)血、血管(、脉搏)由心来管辖;
- (8)血液运行不畅称为血瘀,血瘀可形成瘀血;

(9) 血液性质、状态异常导致出血;

(10) 血液与津、汗相关(同源);

(11) 血液可能包含宗族的某种因素, 不同人血液之间的作用现象可能反映其亲缘关系。

其中, 只有 1、2、8 条是关于血液的基本知识, 其余都是推测。除 1、2、8 条之外, 对血液作为具体物质的属性均不得而知。而这些基本知识可以说是生活的基本常识。究其原因, 一方面是古代一般科学技术落后; 但从这种状况的长期延续来看, 主要在于研究方法的局限。

众所周知, 中医理论中关于血液的知识主要就是由藏象学方法得到的, 这种方法不在于、也并不能得到血液这种实物的具体知识, 但仍然能够形成深入、有效的关于“血”的理论, 直到现在还指导着中医临床。那么, 与其说中医学研究了血液本身, 不如说研究了血液的功能。这就是功能论被欣然接受的原因。

然而, 中医学真的研究了血液的功能了吗?

对“血”的功能, 《中医基础理论》教材是这样讲述的:

血, 具有营养和滋润全身的生理功能。(p. 59)

血, 是机体精神活动的主要物质基础。(p. 59)

显然, 这种认识同样是建立在猜测或推测基础上的。所引用的依据均出自《内经》、《难经》, 这就足以说明, 自中医理论建立起到现在, 两千余年, 中医学对“血”功能的认识没有改变。这是因为, 在这里血的功能是一种规定, 而不确指“血液”这种实物的具体功能。对照《生理学》相关内容, 现代人对血液功能的认识可谓精细实在; 然而, 也并不能对中医藏象理论“血”的功能有所裨补。另一方面, 《生理学》所列血液的部分功能则相当于中医学气的功能。如血浆蛋白、各种白细胞的免疫功能, 血小板的生理性止血功能。也说明藏象理论中“血”不同于血液。

因此, 与其说中医学研究了血液的功能, 不如说把人体系统的某种功能赋予了血(液), 也就是先规定血(液)的本质, 然后把相应功能归属于这种质。实际上, “血”这个形态学术语在这里起到了系统模型符号的作用; 这种方法所揭示的是人体由“血”所规定的系统质。从而, 只要具备血液的常识就可以了; 中医学近两千年在血液的具体知识方面没有进展, 原因之一就是这种医学体系对这方面的知识无甚需求。甚至在近代, 西方传入的形态学知识并没有得到中医界普遍重视; 现代以来, 更多、更深入的“西医学”理论在中国生根发育, 在中医学院里“自立门户”, 也并没有多少知识吸收进中医基础理论, 反而给藏象理论屡添争端。这就充分说明, 传统中医学与近、现代西医学有截然不同的理论体系。

4 形态学脑作为意识的生理基础对“心主神明”是否构成影响?

这个问题就是中医界多年以来关于“心主神明”的争论。这场争论是从脑主神明论的提出引发的。

(1) 脑主神明论。

接受到西医学脑作为意识思维生理基础的知识后, 一些学者对传统中医理论大胆革新, 提倡“脑主神明论”, 脑病领域尤为突出。认为传统藏象学说对脑的论述有明显的缺陷,

主张建立中医学的脑脏系统, 以完善中医脑病证治学理论来指导临床实践。如张学文教授等由此提出脑病证治的一系列特点和颅脑水瘀、颅脑痰瘀等学说^[5], 指导着中医脑病临床实践。但脑主神明的观点并没有得到中医界的普遍接受。

(2) 心主神明论。

可以说邓铁涛先生是心主神明论的代表。在他看来, 用脑主神明来代替心主神明, 无异于将中医学的大梁抽掉, 换上一个外观漂亮的塑料支架, 中医学大厦将倾矣^[6]! 主张脑主神明, 不单是一个主神明的问题, 就意味着藏府的重新设置乃至传统中医理论体系的解体。但心激素——心脏分泌的调控脑精神意识活动的激素的发现上却并不是必须的, 尽管是可以的。

(3) 心脑共主神明论。

将“心主神明”的心理解为解剖实体的心脏, 试图增加脑来弥补“心脏”主神明的不足。这样一来, 首先否定了藏象理论对心的功能的规定, 其次需要对藏象理论重新构建。此观点欲兼取前两种观点之长, 但却不能避免二者的弊端: 脑作为主神明的藏与“五神藏”的理论相矛盾; 脑作为奇恒之府与五藏中心论相矛盾, 脑作为藏, 势必迫使传统藏象理论的结构解体; 把“心主神明”的心理解为解剖实体的心脏与心脏并非思维意识器官的现代医学知识相矛盾。

如果说心脏对思维或对心理活动有影响, 心脏在各脏器、组织影响心理活动的过程中起主导作用, 则有待从形态实证的角度提出依据, 并不是传统中医学以象测藏的方法所解决的问题。“五藏藏神”、“心主神明”的理论将生理与精神心理联系在一起讨论, 为(“形质”西医学的)生理心理学提供了大量宝贵的研究素材, 但藏象理论中的五藏并不能简单地对应于解剖形态的五个脏器。

可见, 如果把藏象理论的心当作为某个、某几个具体的解剖脏器, 就不能正确理解藏象理论的科学本质, 不能合理解决对“心主神明”的争议。

还有一些观点, 认为关于“心主神明”的争论没有意义, 实际上回避了争论的实质性问题: (1) 在中国古代, 心主宰意识思维的观念一直占统治地位。如《孟子·告子上》: “心之官则思。”这种观念深入地渗透到中国文化之中, 以至现今的通用汉语中仍保留着心是思维器官的印迹, 如“心里怎么想”、“心灵手巧”等等, 不胜枚举。大胆而明确地推翻古人关于心主记忆、思维观点的是晚清王清任^[6]。(2) 传统中医理论中对(解剖形态)脑的功能认识肤浅, 藏象理论中脑并未处于核心的地位。(3) 形态学脑作为意识的生理基础是否会否定藏象理论。

形态学脑作为意识的生理基础对中医学心主神明的理论是否构成影响? 心主神明的理论是否需要修正? 这就是脑主神明论与心主神明论以及由此产生的心脑共主神明论多年以来争执的焦点。要解决这个问题, 首先要问心主神明的观点是如何产生的? 心主神明的理论能否有效的指导临床? 关键在于这个理论的科学本质是什么? 如何才能得到发展?

人之所以自立为万物灵长, 就是人的意识能够认知和把

握世界。然而,对于意识本身产生的部位的认识却经历了漫长的过程,在人类史上不过才很短时间。自中国人从西医学那里学习到脑作为意识、思维活动生理基础的形态实证知识后,不能不对几千年以来“心之官则思”的观念进行深入地反思,并对中国先民在脑与意识联系问题的认识上追根溯源。

神明由何脏来主,意识、思维产生于哪一个器官,就是意识生理基础的定位问题。那么,传统中医学是通过哪些方法对意识的生理基础进行定位的?

(1)通过感知定位

正常情况下意识的主体对意识产生部位的知觉:感觉到“自我”在身体的什么部位。比如,你现在已经知道大脑是产生意识的部位,你能感觉到你的那个“自我”在什么部位吗?在头部吗?具体在头部的什么地方?因而,感觉对意识本身产生部位的定位极其模糊,而且容易受心理暗示的影响。

之所以认为心是“神明”产生的部位,与精神紧张时心脏部位异常跳动、愉悦时心胸部舒畅的感觉是分不开的。

(2)通过症状定位

心悸、真心痛是中医学对心脏本身的古病名。心脏疾病心慌、心痛常伴随不安、恐惧等精神症状,严重时可有濒死感。头部病症也可伴随精神症状。如头晕时影响思维。其他部位的严重病症也可以影响精神意识。因而,通过自觉症状对判断产生意识的生理部位有一定帮助,但仍不能完全确定。

前两种方法都是通过自我感知,一种是健康状况下,一种是疾病状况下,都有模糊和不确定的特点。这类似于内脏痛觉定位。比如,急性阑尾炎的部分患者最初的疼痛部位不在右下腹的阑尾区,而在上腹部;胆囊炎患者许多人会觉得疼痛的部位是右背部;典型的心绞痛部位在胸部正中而不是左侧胸部,可以是上腹部、左腋下、左侧肩背等。可见,内脏痛觉定位并不一定准确。

(3)观念对定位的影响

从中国传统文化的角度看,“神明”应该在哪个地方?(1)心与肺、肝、脾、肾相类而位居中央;(2)心外有心胞、周围脏器及胸廓的保护。因而心最类似封建集权制君主的地位,是主宰人身的“神明”恰当的出处。如《素问·灵兰秘典论》中所言:“心者,君主之官,神明出焉。”“肺者,相辅之官”,“肝者,将军之官”等,都是从属于心的。

其次,心脏是全身唯一自主显著运动的器官。自主运动可能被看作是“神灵”的作用。如《管子·内业》:“凡心之刑,自冲自盈,一来一逝,灵气在心。”认为心脏搏动是“灵气”的作用。

通过以上分析,可以看出心主神明论在中医理论的合理性。藏象理论正是在这种基础上构建的。

是否只是中国先民将精神意识思维活动定位在心呢?

在英文中,心脏对应的单词是“heart”,但“heart”还有“心地”、“心情”、“精神”、“情感”等含义。日语、俄语中也有类似的表达。希腊神话中,“丘比特之箭”是射向心而不是脑的,现代人仍然沿用而不产生疑义。可见,西方也有将精神意识思维活动定位在心脏的历史。古代人把产生精神意识思维

的生理基础定位在心,隐含着意识主体自觉的某种规律。

那么,“心主神明”乃至整个藏象理论是否需要纠正呢?回答是否定的。

我们认为,心主神明并不是心脏主管精神意识。藏象理论中涉及的器官名称具有实物名称与系统模型符号双重性质。不能将理论模型与实物器官分别开来是认识史上固有的现象。一方面,古代医家不自觉地运用了系统模型方法;另一方面,后世医家沿袭了前人的理论模型或说法。

藏象理论将精神意识思维活动的功能以及调协脏腑组织器官功能的职能赋予“心”,“心”实际上是人体系统要素的模型符号。在这里,心是一种抽象名词,而非解剖形体。心主神明论是中医藏象理论的有机组成部分,成功地指导了有关精神、情志等疾病的治疗。用脑主神明代替心主神明将迫使整个藏象理论解体或重新构建。因而,只要分清心的解剖形态与理论模型两种属性,脑作为意识的生理基础对心主神明的理论就不会构成威胁。

那么,脑主神明论、脑当为藏论是否有其合理性呢?我们把它理解为中医学对人体模型的创新和优化,它更切合中医脑病临床。当然,假如我们的观点成立的话,这种模型创新和优化还并不是自觉地运用了系统科学的方法,还需要进一步探讨。

这个观点可以称之为系统模型论。

可见,只有运用系统论观点,才能合理解决关于心主神明的争议。

5 藏象理论中的小肠是解剖形态小肠吗?

心不仅是解剖学心脏,血也不仅是解剖形态概念。“气”显然不能等同于空气或别的气体;津、液、精与血的情况类似;“天癸”是中医学设想的一种物质,并未涉及其实体。

那么,小肠呢?

对于消化道各部分大体功能的判定相对容易一些:从饮食物的摄入到最终粪便的排出,可以确定饮食物是在消化道中发生变化的,总起来讲,消化道起着储存、消化饮食物、吸收营养物质、排泄残渣的作用,结合大体解剖知识,可以较容易地将这些功能定位在胃、小肠、大肠。象这样的器官,藏象理论是否也会有不同的理解呢?回答是肯定的。

比如,藏象理论将小肠的功能分别隶属于脾的升清和胃的降浊;小肠的生理功能失调,也归属于脾胃的病变。这与从形体形质着眼的西医学(或可称之为“形质医学”)是根本不同的。

又如,心阳气偏旺,心的火热可以沿相表里的经脉下移至小肠,表现为小便黄赤、灼热疼痛等症状,称作“心火下移小肠”。辨证为“心火”的依据是出现神志焦虑、情绪烦躁等精神症状;将继续症状“小便黄赤、灼热疼痛”归结为小肠证,是因为小便是由小肠“渗入”膀胱的。饮品进入消化道后的吸收、代谢的具体过程并不是形态实证的。联系心与小肠的主要是(理论上)属络于二者的表里相合的经脉。

实际上,其它脏腑、官窍等的情形均与此相仿。

此外,在传统中医学,气血津液、经络、体质均属“藏象”研究的范畴。但在《中医基础理论》教材中却置于“藏象”一

章之外,可以说藏象外复言藏象。说明中医界对藏象理论的认识尚不完善。应当指出,已经出版了一些“藏象学”教材,如王庆其、钱承辉主编《中医脏象学》^[7],张俊龙、郭蕾编著的《中医藏象学》^[8]等,将以上内容统归于“藏象学”。还有不少“藏象学”的专著也是如此,说明“藏象”内容是统一的体系,藏象理论构成中医基础理论的主体。

承上所述,就对中医理论的理解提出以下几个层次的反思:

(1)五藏之一的心是解剖学心吗?不是吗?血呢?小肠呢?

(2)“藏”只包括藏、府、奇恒之府吗?既然“气血津液”属于藏象范畴,那么气、血、津、液是“藏”还是“象”?精、天癸呢?官窍、肢节呢?躯体呢?

(3)经络只是超解剖的通路吗?经络必须是实物吗?不能是实物吗?

(4)在中医学,气是哲学范畴吗?是物理学“场”吗?只是“精微”物质吗?“精微”物质又具体是哪些物质呢?到什么程度才算“精微”呢?

从上文对几个问题的具体分析可以看出:(1)中医学中的解剖名词具有实物名称与理论模型符号双重属性;(2)作为系统元素的藏府、气精血津液、经络等的功能是理论上的规定,不同于特定的解剖器官、形体形质的功能;(3)运用系统科学的模型化方法原理可以对“藏”的本质及藏象理论的形式做出合理的解释。

可见对传统中医理论的认识存在几个方面的不足:一则藏象理论中理论模型与解剖形态的器官、形体、基本物质等没有作严格区分,二者之间的关系尚不明晰;二则具体科学概念与哲学范畴不分,“气”即是典型的例子;三则无形的物质形态与抽象的意识形态不分,如无形之气(比如电磁场)与气的意象常混为一谈;四则对藏象理论分割肢解,藏象理论失去系统性。究其原因,首先是不能认清和正视传统中医学的科学性质;其次是对中医理论形成的思维形态及这种形态的历史属性缺乏深入把握;再次是系统论的观点不彻底。

中医学研究了形体形质,但停留在粗略的大体解剖层次就未再深入;研究了功能,但总体上并不是具体解剖形体的功能;研究了关系,也不在于解剖形体之间的关系。因此,对诸种“实质”的探求不能给中医理论本身的发展以直接帮助;功能论、关系论也均没有抓住中医学的要领,不能揭示其科学本质。运用系统科学原理可以恰当地说明藏象理论的科学内涵。

从囊括的知识和发展历程来看,严格地说,中医学一开始就包含着分析(还原)与形态实证方向上的解剖生理病理研究和系统整体方向上的“象学”研究,只不过象学方法处于优势并一直占据主导地位,以至于强烈地抑制了对形体形质的研究。因此,中医学包括解剖(生理病理)学(形质医学)与藏象学两方面内容而以藏象学内容为主。

象学是中国传统的科学形态,从表象着眼认识系统的结

构、功能、行为方式,并掌握对系统的调控技术,包含着系统科学的基本原则和一般方法的因素,其与现代系统科学之间的关系尚待深入研究。象学不但蕴含着现代系统科学的雏形或因素,还蕴含着现代称之为全息的科学思想和方法、技术(全息作为系统的属性或存在方式也是方兴未艾的课题)。只有揭示出藏象学的现代科学原理,才能找到藏象学现代化的有效途径。

从对《藏象·心》的分析可以看出,研究藏象理论中的心,关键不在于如何处置解剖脏器心与脑之间的关系,而在于如何理解由解剖形体的心到理论思想模型的心。这个过程便是“抽象”的过程。藏象理论中其余系统元素理论模型的形成与此同理。这些过程综合到一起,便得到人体“藏”的系统模型理论,人体本身是这个抽象系统模型的实物或“实在”。只不过中医学、中国传统学术中的“抽象”运用了有别于西方科学的方式,需要另文探讨。

传统医学的理论形态向现代科学理论形态转变是历史的必然,“藏象”作为理论的提出已经反映出这种趋势的端倪。藏象理论提出的重要意义在于把握了中医学的学术形态和认识论、方法论特征。中医学的现代化有待于藏象理论提升为完全意义的现代科学理论(这并不意味中医学传统的思维方式丧失其实际价值或被彻底发掘)。

由于中国历史的延续性,中医学典型而较为完整地保留着中国传统的思维方式,其中的自然哲学成分则可能并隐含远古的思维形态,形成传统中医学古朴、神秘的面纱。因而,思维史、科技史的研究成果是揭示中医学必不可少的工具。发掘、提高藏象学的合理内涵需要思维科学、系统科学等多学科的深入研究。研究中医学理论形成、发展的具体过程,揭示中医学的本来面目,发生学方法有其现实意义。

致谢:本文原稿曾向一些学者征求意见,在学友之间进行讨论,谨于此对他们的帮助表示感谢。

鉴于目前各地未使用统一教材,本文仍以较为公认的教材为例:(1)印会河,张伯讷.中医基础理论.第五版.上海:上海科学技术出版社,1998.姚泰,罗自强.生理学(七年制规划教材).北京:人民卫生出版社,2001.文中只注页码。

参考文献

- [1]彭瑞骢.医学辩证法[M].北京:人民卫生出版社,1992.30
- [2]彭瑞骢.医学辩证法[M].北京:人民卫生出版社,1992.29
- [3]廖育群.中国古代医学对呼吸、循环机理认识之误[J].自然辩证法通讯,1994,89(1):42
- [4]清·林之翰著,吴士骥点校.四诊抉微[M].天津:天津科学技术出版社,1993.39
- [5]张学文.医学求索集·急症疑难病篇·脑病证治概论[M].西安:陕西科学技术出版社,1996.394
- [6]邓铁涛.心主神明论的科学性[A].著名中医学家经验传薪·砭石集(第四集)[C].西安:陕西科学技术出版社,2003.2
- [7]王庆其,钱承辉.中医脏象学[M].上海:上海中医学院出版社,1987.8
- [8]张俊龙,郭蕾.中医藏象学[M].北京:科学出版社,2001.6

(收稿日期:2004-03-06)