

中國醫藥大學中國醫學研究所博士論文

指 導 教 授：林昭庚 教授

共同指導教授：李建民 教授

論文題目

「解結」—以痛為核心

探討先秦兩漢中醫學之內涵

Conceptions of Pain and Its Significance in  
Traditional Chinese Medicine in Early China

研究生：林伯欣

中華民國九十七年六月二十六日

# 目 錄

第一章 導論.....	1
第一節 由《素問·舉痛論》所引出的研究課題.....	1
第二節 從百家爭鳴到經典文本—摸索與建構中的醫學知識和技術.....	10
第三節 生命現象的探索—身體語言與問題意識.....	15
第二章 醫學源流與痛的詮釋.....	22
第一節 隱晦未現的時代.....	25
第二節 痛的身體化與醫學的系統化發展.....	45
第三節 勇怯與男女—身體的差異化.....	88
第四節 「疼」、「痛」之辨.....	115
第五節 小結.....	132
第三章「痛」的解析—兼論系統化之後的中醫學內涵.....	135
第一節 探索「六痛」—形體結構與痛的關係.....	138
第二節 神轉不回—論生命元素的運作與痛的關係.....	165
第三節 同中求異—與痛相關的身體感.....	190
第四節 明示與暗喻—診斷方式與病因病機的建立.....	218
第五節 小結.....	249
第四章 療癒之道.....	252
第一節 祝說病由與導氣引形.....	254
第二節 依脈而治—針刺與灸法.....	274
第三節 從「治驗」到「經方」—治痛方藥的發展思維.....	302
第四節 小結.....	328

第五章 討論—他山之石與反思.....	330
第六章 結 論.....	348
英文摘要.....	351
附 錄.....	355
謝 辭.....	377



# 解結—以「痛」為核心探討先秦兩漢中醫學之內涵

研究生：林伯欣

指導教授：林昭庚博士

中國醫藥大學 中國醫學研究所

## 摘要

「痛」是人類從古至今、不分中外共有的不愉快感覺與經驗，也是無特異性、透過身體或心理發生異常變化時所伴隨表現的症狀。迄今為止，在臨床上「痛」仍無法被檢測與精確的計量，「痛」的現象雖普遍而客觀存在，但人的感受卻往往主觀而獨特，從覺知到表達之間有著程度不等的落差。對患者而言，緩解疼痛的需求往往比治療原發疾病更加迫切，而這也是醫者在臨床診療上最感壓力的難題之一。「痛」的研究在生物醫學或是人文社會的學科當中，都是看似尋常實為複雜的議題，特別在以「人」為研究對象的醫學專業裡，關於「痛」的研究無疑極具重要性。在中醫學早期建構的過程中，「痛」的相關議題其實是經驗累積與理論成形的重要催化者，因此本論文的主要目的在探索古典醫學理解「痛與生命」間各種關係的視野，並試圖從歷史、文化及醫學的內涵中挖掘不同時空背景下人們面對身心病痛等生命議題的態度與感受，及其相對應的理論與處置方法。

先秦兩漢時期被認定是中醫學成形與建構理論系統化的時代，故本論文也以該區間為主要的爬梳對象，並以「痛」為核心提出問題意識。論文試圖解答下列問題：（1）「痛」的表現方式與記載內容是否與整體身體認知的深度有同樣的演變歷程？（2）先秦兩漢間時人主觀詮釋的感受與經驗對「痛」的理解與界定又有何影響？（3）「痛」的成因與其他類似的異常身體感差異何在？（4）不同種類的「痛」與各種身體結構及氣血的關連性為何？（5）「痛」的治療技術與背後思維的演變是基於何種概念而產生？又彼此是否存在任何關係？

研究結果指出，從現有文獻中得知「痛」在早期除了用來形容心理與情感的厭惡與不適之外，逐漸被用來表達產生於肉體的感覺，並藉由兩種現象的互動

衍生出精神、形體之間互為病因的思維。同時由於對「痛」發生在實質結構與經脈、藏象系統現象上的大量關注，不但加速了醫學的進展，也凸顯了「痛」在醫學發展的原創力上具有重要的地位，其促使身體內外的認識與聯繫逐漸清晰。同時，性別、勇怯等身體特質在耐痛的程度上並不必然相關，痛在性別差異與疾病類型的關注上明顯有所不同，性別化的差異主要在於不同生殖系統的結構、功能與相關疾病，醫者透過診斷分辨勇怯或耐痛差異以作為確認身心運作的各種因素是否處於正常狀態。此外，由於身體結構的特性與功能各不相同，「痛」在各種結構中發生的原因與症狀也各異其趣，這些知識由「脈」、「臟腑」與「氣、血」等觀念延續而來，透過實體解剖、現象觀察及病因病機理論的發展逐漸成形，深層化與精細化的改變讓醫學限制不斷突破。往昔，人將體內的生命元素逐漸歸納成「氣」、「血」、「水」三大類，加上「神」的主宰形成既獨立又互動共存的生命體系。「痛」的產生乃因體內發生氣、血、水的活動異常阻滯不暢，但此時主掌神志覺知的部分仍屬正常；若連痛都未能感知，則表示體內的生命元素已完全無法正常運作，彼此間的訊息已無法順暢溝通。

本論文考證與「痛」類似的「身體感」：「痹」、「厥」、「痿」三證，發現以「氣血」在不同條件下互動產生的各種異常變化解釋藏府經脈組織的病理與症狀，是《內經》中大部分篇章的共通語言，並透過「氣血」細微的變動模式分辨症狀差異、加以定義命名。各種類似症狀間互有異同的病因與病機除了表達同一具身體產生不同病證間的同質性，也顯示對生理病理上差異性的細膩追求。反應至診斷過程，即是要在病患各種身心徵兆的細微反應中，探尋體內疾病變化的各種趨勢；特別對主觀性強的痛證來說，準確而客觀的診斷最是重要。文中以探討望診與切診為例，認為兩者皆有以觀測、比較、分辨經脈與血脈各種變化以準確呈現患者身心狀況的特點，這對痛證的診斷極有幫助。針對同一觀察對象，卻能以不同診斷方式辨識出更多的身心資訊，使得中醫學的生命視野更加廣泛饒富意義。最後，所有治療痛證的方法其實皆圍繞著改變身體氣血水流暢度的異常，及臟腑與組織、經脈間的互動障礙所致。從先秦到兩漢之後，治療疼痛的特點逐漸脫離單純鎮痛與治標的水準，對於疼痛及各種病證幾乎都能從標本兼治的面向考量，具備了更全面的診療能力。

中醫學在現代與先秦兩漢時期呈現的是不同的風貌，在當代鼓吹中醫學必須革新進步的同時，先回溯其萌芽階段求得原有思維與重審理論原貌乃是當務之急。

關鍵字：痛，先秦兩漢，經脈，氣血，臟腑。



# 第一章 導論

「無窮無盡的折磨、永遠都不得解脫。」的確是人類想出來最殘忍的事，這也正是很多慢性疼痛病人最害怕的：無止盡的痛。病人的痛苦主要不是疼痛的劇烈，而是不知道這樣的疼痛會持續多久？<sup>1</sup>

—Frank Vertosick，《聽疼痛說話》

## 一、由《素問·舉痛論》所引出的研究課題

「痛」是人類從古至今、不分中外共有的不愉快感覺與經驗，它是無特異性的異常身心現象（症狀），是因身體或心理發生異常變化時伴隨表現的。同時，「痛」是主觀的，每個個體都是從許多身心受傷害的經歷中，逐漸感受並學會表達所承受的「痛」。「痛」是日常生活的普遍感覺，但人們擁有各自獨特的經驗，其性質、強度、範圍及持續時間的差異性相當大。換句話說，「痛」具有廣義的特性，包含了情緒及精神上的不適感，也涵蓋不同病理變化所產生的身軀實質痛症。因此尋找「痛」—這種生命中無可避免的身心感的形成原因及其治療方法，成為醫學演進的核心問題之一；因為對患者而言，緩解痛的需求經常比治療原發疾病更加迫切，而這也是醫者在臨床上最感壓力的難題之一。

若以當今主流醫學的角度來看，「痛」的發生可能只是疾病伴隨的一種症狀，但也可能是疾病的本身。<sup>2</sup>國際疼痛學會（International Association for the Study

<sup>1</sup> F.T. Jr. Vertosick 著、廖月娟譯，《聽疼痛說話》（台北：天下遠見出版股份有限公司，2004），頁 12。

<sup>2</sup> 「疼痛是多種疾病都可能出現的症狀，也是病人就診的主要原因和最多的主訴，在第九屆維也納國際疼痛學術會議上，學者提出：『疼痛不僅是一種症狀，也是一種疾病。』因此，臨床上常將疼痛為主要症狀的疾病，習慣稱為『痛症』或『疼痛性疾病』。」參李仲廉、華勇編，《慢性疼痛治療學基礎》（北京：人民軍醫出版社，2003），頁 3。此外，近代醫學已經在傳統的生命徵候（vital signs）：血壓、脈搏、呼吸、體溫以外，加入了「疼痛」一項，可見其對人體之影響已普遍受到重視。國際疼痛學會（IASP）曾與世界衛生組織（WHO）合作，計畫在西元兩千年解決疼痛的問題，但當時並未完成這個計畫。在西元 2001 年時，美國衛生機構提出了革命性的觀念，認為「疼痛是一種疾病」，必須加以治療。參中華民國疼痛醫學會編著，《遠離疼痛》（台北：元氣齋出版社，2003），頁 11-14。而「疼痛被視為是疾病」的觀念可參考以下三篇論文：

of Pain, IASP) 在西元1986年提出了疼痛 (pain) 的定義：「疼痛是與實際或潛在的組織損傷相關，或以此類損傷的用語所描述的不愉快感覺或情緒體驗。」<sup>3</sup>西方醫學對痛的現象相當重視，並視之兼有身、心的二重意義。依國外流行病學調查顯示，慢性痛的發病率為7%-50%，若以全球人口為60億計算，罹患疼痛人口達4.2億至30億之間；單以美國為例，就有超過五千萬人有疼痛問題。<sup>4</sup>因此西方國家認定「痛」是十分重要的醫學議題，在疼痛的診療控制與機轉研究上投入極大的重視和財政支持。<sup>5</sup>

在中國的歷代文獻裡，「痛」的記錄並不少見。尤其先秦時代的諸子文本與各類史書中，對於時人因精神及心靈因素所產生「痛」（不適感）的現象特別多有紀錄；同一時期專門性的中醫經典裡，則大抵偏重於討論發生於身體上的「痛」其生理與病理的相關論述。在中醫學知識系統化的最早文本－《黃帝內經》（以下皆簡稱《內經》）各篇章中記錄了許多論及痛的相關內容，<sup>6</sup>若比較各篇章

---

P.J.Siddall, "Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management," *Anesthesia and analgesia*, 99.2(2004):510-520. E. Harding, "Chronic pain: a disease in itself," *The Australian Nurses' Journal*, 14.4(1984):50-52, 67. A. Violon, "A Pain is a disease: psychological investigation," *Headache*, 13.1(1973):25-28.

<sup>3</sup>疼痛的定義刊登於本篇期刊：H.Mersky, "Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms," *Pain*, suppl.3(1986):S217. 該定義原文內容為 "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage."

<sup>4</sup>D.C.Turk, A.Okifuji, "Interdisciplinary Approach to Pain Management: Philosophy, Operations, and Efficacy," Cited from *The Management of Pain* (Philadelphia: Churchill Livingstone Inc., 1998), pp.235

<sup>5</sup>西元兩千年美國第 106 次國會批准 2000-2010 年為「疼痛控制與研究的十年」(Decade of Pain Control and Research)；歐盟確定 2000 年為疼痛年(2000 Europe Against Pain)；國際疼痛學會從 2004 年起將每年的 10 月 11 日定為「全球征服疼痛日」；2004 年美國政府又批准每年的 9 月為「疼痛月」(Pain Month)；2004 年加拿大國會批准當年底在全國實施「國家疼痛宣傳周」(National Pain Awareness Week)；該國 British Columbia 省立法會也透過每年的 11 月為「疼痛月」(Pain Month)。參陳軍，〈對疼痛生物醫學的再認識〉，《中國教育報》（北京），2004 年 10 月 28 日第 11 版。

<sup>6</sup>筆者將此處所指的「知識系統化」定義為：「對生命現象（生理、病理）具有詳細完整的紀錄，而且富含規律的理論基礎。」《黃帝內經》以「痛」命名的篇章計有《素問》的〈舉痛論〉、〈刺腰痛論〉，《靈樞》的〈論痛〉等，但各種「痛」的臨床表現、病因病機、診斷、治療、人身能痛等內容實散見於全書各篇章，如《素問》的〈脈要精微論〉、〈熱論〉、〈刺熱論〉、〈刺癰〉、〈痺論〉、〈脈解〉、〈繆刺論〉、〈標本病傳論〉等、《靈樞》的〈邪氣臟腑病形〉、〈壽夭剛柔〉、〈終始〉、〈經脈〉、〈經筋〉、〈五邪〉、〈熱病〉、〈厥病〉、〈雜病〉、〈論勇〉、〈百病始生〉等。

的內容來看，其中以《素問·舉痛論》較完整的提出了與「痛」相關的各種概念，本章將以此為起點，意欲探索古典醫學理解「痛與生命」之間關係的過程與內容，並在偏向從身體面向探討「痛」的前題下提出本論文的問題意識。<sup>7</sup>

《素問·舉痛論》全篇完成的時間至今並不確定，但從文章的內容可作出幾點分析。首先，文中對於身體部位的劃分與命名已較偏戰國後期至秦漢間的使用法，如：背、脇肋、少腹、陰股、陰器、上焦、下焦、腠理等。而出現「五藏卒痛」、「五藏六府」的概念、並明確提出藏（心、肝、肺）與府（胃、腸、小腸）的名稱，依杜正勝的考證，「五藏」之名在戰國中期才確立，「六府」則更晚。<sup>8</sup>第二，脈的相關觀念較為成熟。文中已經有「經脈流行不止，環周不休。」的循環式觀念，並有「經脈與藏府相連」的認識出現，這些應該都是戰國後期之後才逐漸形成的。<sup>9</sup>文中計有俠脊之脈（督脈）、衝脈、背俞之脈（足太陽膀胱經）、厥陰之脈（足厥陰肝經）四條經脈名稱，除了與《靈樞·經脈》中的記載不同之外，也未提及手足三陰三陽規律式的記載，這部分內容則是經脈知識完成系統化、術數化之前的描述方式之一；依李建民的研究，推測應介於戰國至西漢中晚期之間。<sup>10</sup>第三，文中皆以「『氣』的異常變化對身體架構的影響」作為各種病理現象的表達方式，凸顯「氣」為身體運作的核心主角，這種「氣與身體」的醫學論點是從戰國時期才逐漸成形的。<sup>11</sup>結合上述證據，筆者推測《素問·舉痛論》全

<sup>7</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》（北京：人民衛生出版社，1995），頁 497-509。

<sup>8</sup>杜正勝，〈形體、精氣與魂魄——中國傳統對「人」認識的形成〉，《新史學》2.3（1991）：8-13。

<sup>9</sup>「氣-脈」循環式的概念並非公元前2世紀的醫學理論特徵，甚至文樹德（Unschuld）認為，系統化的經脈循環概念及推論是出現在《難經》，而非《內經》。參 P. U. Unschuld, *Medicine in China: a history of ideas* (Berkeley: University of California Press, 1985), pp.85-86. 而「經脈與藏府相連」的認識出現，從馬王堆出土醫書〈陰陽經〉中，大陰（太陰）脈的記載已可見其端倪，〈陰陽經〉據估計應是秦漢間的著作，參馬王堆漢墓帛書整理小組，《五十二病方》（北京：文物出版社，1979），頁136-137。

<sup>10</sup>李建民，《死生之域》（台北：中央研究院歷史語言研究所，2001），頁 205。

<sup>11</sup>石田秀實，《中國醫學思想史》（東京：東京大學出版社，1993），頁 33-37。「氣與形可以相互轉化的思想，大約是戰國時明確提出來的。……醫家認為，氣的運動就是人體的法則，氣在體內的正常運行，也就是保障人體健康的規律在發揮作用。因此研究人體內氣的運動變化過程，成為中國古代人體科學的中心。」見劉長林，〈說「氣」〉，收入楊儒賓編，《中國古代思想中的氣論及身體觀》（台北：巨流圖書公司，1993），頁 124、136。

篇完成的時間應該不會早於戰國後期至秦代，甚至可能更晚。<sup>12</sup>

〈舉痛論〉中，黃帝在文首提問前便說：

余聞善言天者，必有驗於人；善言古者，必有合於今；善言人者，必有厭於己。如此，則道不惑而要數極，所謂明也。今余問於夫子。令言而可知，視而可見，捫而可得，令驗於己而發蒙解惑，可得而聞乎？<sup>13</sup>

黃帝認為接著要請教的問題是十分重要的，並唯有透過受教、目驗、觸摸並令自己親身感受後，方能有所啓發而解除困惑，達到「明」的境界。對黃帝來說，「痛」是迫切需要理解的生命困惑；除了「五藏卒痛」之外，各種類型的痛也同時必須加以區分清楚。目前流通的《素問》、《靈樞》文本，各篇章內容經常藉「聖人」之名，以相互詢問、一問一答的方式引出欲表達的醫學概念；檢視《素問》、《靈樞》全書各篇章中，唯有本篇內容在提出疑問前，特別強調了該疑惑必須「實事求是、透過各種感官去體驗」，並「親身驗證感受」之後方能了然於胸。這是當時醫家對「痛」的現象綜合性的看法與態度，同時由此也可以看出，「痛」在醫學上有別於其他各種身體現象的重要性與特殊性。

對於痛的臨床表現，〈舉痛論〉提出了幾種特徵，經整理成下表：

臨床表現	包含特性（筆者自行分類）
卒然而止	性質、時間
卒然痛死不知人，少間復生	性質、時間
痛不可按	性質
按之無益	性質

<sup>12</sup>《黃帝內經》的成書時代以往一直被認定是不晚於西漢末年、或是籠統的界定在戰國至東漢期間。但自從馬王堆漢墓醫書出土後，考證其年代卻發現兩者雖有類似歷史年代背景，但醫學內容與水準卻落差很大；同時，《史記》裡淳于意的 25 則醫案紀錄，其內容以今本《黃帝內經》的理論基礎來解讀亦相當困難，因此今本《黃帝內經》各篇章內容成書的時間精準度仍有待進一步研究，依廖育群的研究，今本《素問》與《靈樞》成書年限應介於西漢劉歆《七略》及東漢張仲景《傷寒雜病論》之間。相關內容可參廖育群，〈今本《黃帝內經》—《素問》與《靈樞》〉，收入氏著，《岐黃醫道》（瀋陽：遼寧教育出版社，1997），頁 52-76。山田慶兒，〈《黃帝內經》的形成〉，收入任應秋、劉長林編，《內經研究論叢》（武漢：湖北人民出版社，1982），頁 100-123。

<sup>13</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 497。

按之而痛止	性質
喘動應手	性質
心與背相引而痛	部位、性質
脇肋與少腹相引而痛	部位、性質
腹痛引陰股	部位、性質
腹痛而後泄	部位、性質
痛甚不休	強度、時間
痛而嘔	性質
痛宿疾而成積	性質
痛而閉不通	性質

可以看出，「痛」的現象包含性質、強度、範圍及持續時間等數種次單元（subunits），這些在當時是特別被注意、做為描述「痛」現象的重要組成元素。同時，這些身體表現，皆能夠經體表指出部位、觸摸得知或由口述表達，「痛」的主觀性、「症狀」的外顯性與可感性，經由這些元素得以真實表述。〈舉痛論〉對「痛」作了詳細的分類，有助於認識、研究及臨床診斷；事實上，上述對「痛」特性分類的描述，至今仍是臨床上解析痛的重要依據。<sup>14</sup>這種清楚的文字記載，的確令人易於研讀與理解，呼應了前述黃帝所要求「明」的境界。

大致說來，「病因寄（客）於血脈、經脈、腸胃、五藏、膜原、陰股等身體結構時，引發氣與血的運行失常或藏府的生理功能出現異常變化，因而表現出『痛』與一連串伴隨而來的身體表現。」是〈舉痛論〉認定引發「痛」的原因。解決方法是在身體表面特定部位以相反性質的媒介或療法施於患者、或藉由誘導氣與血的運行重新恢復正常，則可以消除「痛」的現象。但即使當時有這樣的「治療準則」，臨床上仍有無法處理的情況：

寒氣客於俠脊之脈則深，按之不能及，故按之無益也。<sup>15</sup>

<sup>14</sup>目前現代醫學對疼痛的分類有病因、病位、病程、病性、程度、部位、與形式數種分類方法，與〈舉痛論〉的分類相當類似。參韋緒性主編，《中西醫臨床疼痛學》（北京：中國中醫藥出版社，2000），頁 33-37。

<sup>15</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋：《黃帝內經素問校釋》，頁 500。

俠脊之脈（督脈）循行因位於身體深處（貫脊），受寒氣侵犯則不易從身體表面加以處置，故在療法的選擇上，必須另取其他經脈或以不同方式加以處理。<sup>16</sup>〈舉痛論〉完成時期，以經脈、氣血、五藏六府等名詞建構人身，並以氣與血的運行方式來描述正常與異常的身體表現，已是當時共通的語言，由此推論當時的醫學知識已逐漸增加，開始同時具備身體內外結構的概念。但值得注意與進一步深究的是，以「氣與血的運行失常或藏府生理功能出現異常變化」來解釋「痛」的原因並非起源於〈舉痛論〉，而是有更早的淵源，<sup>17</sup>事實上類似的病因病機觀點也同樣被運用在解釋其他身體現象上，<sup>18</sup>僅以此理解「痛」的成因將流於粗淺。要回溯歷史的淵源，釐清古典醫學對生命及其現象的觀點，這是十分重要的切入點，必須加以辨別。

有趣的是，文中所列舉造成「痛」的原因除了「熱氣留於小腸」，導致腸中痛及糞便乾硬難解之外，其餘都是「寒氣」所引發。難道當時的人僅觀察到寒氣對人引起的不良影響嗎？是否當時寒氣傷人的機會遠多於熱氣傷人？當時的氣候因素是否有關？還是時人對病因病機有其獨特的思考方式？

關於戰國到兩漢的氣候變化，竺可楨認為屬於「物候時期」，即屬於無測量儀器而僅靠肉眼觀察記錄的時期。竺氏研究歷史文獻中的「物候記錄」，認為春秋時期到公元初（東漢初）大致屬於溫暖期，東漢開始則趨於寒冷。<sup>19</sup>陳良佐對

<sup>16</sup>《素問·骨空論》：「督脈者，起於少腹以下骨中央...至少陰與巨陽中絡者，合少陰上股內後廉，貫脊屬腎。」《靈樞·經脈》亦指出：「督脈之別，名曰長強。挾脊，散頭上，下當肩胛左右，別走太陽，入貫脊。實則脊強，虛則頭重高搖之，挾脊之有過者，取之所別也。」桂林古本《傷寒雜病論》則明確提出督脈為病之治法：「督脈為病，脊背強，隱隱痛，脈當為浮而急、按之瀋，治屬太陽。」參〔東漢〕張仲景，《傷寒雜病論》（台北：中醫整合研究小組，1986），頁33。

<sup>17</sup>1983年張家山出土竹簡中的〈脈書〉，估計秦至漢初時抄寫，成書時期可能更早，當中有一段「六痛」，提出六種身體層次的「痛」。其中，當「脈」有「痛」的表現時，是因為產生類似「水道流勢不順」、「出現突然的變化」所引起，這種看法與後來系統化的氣血循環觀點應有關連性。參江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，《文物》1989.7：74。

<sup>18</sup>Vivienne Lo(羅維前)著、鄔文玲譯，〈痛的溯源—論痛、厥與經脈中氣循環理論的形成〉，收錄於《簡帛研究2001》（桂林：廣西師範大學出版社，2001），頁275-287。

<sup>19</sup>竺可楨認為，中國近五千年的時間可分為四個時期：一、考古時期，公元前3000年到前1100年。二、物候時期，公元前1100年到公元1400年，當時已有物候記載，但無詳細區域報告。三、方志時期，公元1400年到1900年，各地有地區性且時加修改的方志紀錄。四、儀器觀測時期，公元1900年以後，中國開始有運用儀器觀測氣象的記

此提出不同看法，他根據冬麥收穫期與播種期，以及文獻中陰陽節氣失序和特殊氣候的記載，認為從戰國到西漢文、景帝是溫暖期，基本上與今日相同，武帝至宣帝間為進入小冰期的過渡期，元帝以後的百餘年為小冰期，王莽時代低溫和旱災達到高峰；到了東漢初期氣溫回升，但幅度極為有限，桓、靈帝以後又再度惡化。<sup>20</sup>若依兩位學者研究結果對前文所述今本《內經》成書的歷史區間（約 20 BC-170 AD）氣候作探討，當時應是氣溫逐年下降的時代，對「寒」的感受及記錄會偏多或許這是原因之一。

從醫學文獻的觀點來看，據《素問·熱論》記載：

黃帝問曰：今夫熱病者，皆傷寒之類也，或愈或死，其死皆以六七日之間，其愈皆以十日以上者何也？不知其解，願聞其故。岐伯對曰：巨陽者，諸陽之屬也，其脈連於風府，故為諸陽主氣也。人之傷於寒也，則為病熱，熱雖甚不死；其兩感於寒而病者，必不免於死。<sup>21</sup>

《素問·水熱穴論》也說：

帝曰：人傷於寒而傳為熱何也？岐伯曰：夫寒盛則生熱也。<sup>22</sup>

重要觀念在於：人身產生「熱」的表現並進一步致病，是因「傷於寒」所生；是身體因應受「寒」所傷而產生的變化。在寒轉為熱後，則可能有三陽（經脈）及三陰（藏府）病位病性不一的臨床表現。「熱病者，皆傷寒之類也。」其實已清楚指出「熱病」與「傷寒」其實是同一件事，雖然在不同時令感受寒氣而成溫（熱病）者有不同的名稱，或名「病溫」、或名「病暑」，但原始成因其實還是一樣的。<sup>23</sup>在《素問》成書至晉朝間，因感受各種外界變化而產生之熱性疾病，其實多稱為「傷寒」，該名稱是當時為多數人所接受的名詞，也是較正式的用法（雅言）。

---

載。同時竺氏提到，物候是最古老的一種氣候標誌；而用  $^{18}\text{O}$  和  $^{16}\text{O}$  的比例來測量古代冰和水的古氣溫是 1947 年 W.D.Urry 的新發現，這兩種研究方法作出來的結果竟能大體符合，證明用古史書所載物候材料來作古氣候研究是有效的方法。參竺可楨：《天道與人文》（北京：北京出版社，2005），頁 66-73、77-87。

<sup>20</sup>陳良佐：〈再探戰國到兩漢的氣候變遷〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》67.2（1996）：323-379。

<sup>21</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋：《黃帝內經素問校釋》，頁 404。

<sup>22</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋：《黃帝內經素問校釋》，頁 763。

<sup>23</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋：《黃帝內經素問校釋》，頁 413。

<sup>24</sup>因此陳亦人認為「《傷寒雜病論》是東漢張仲景鑑於當時大量外感兼夾雜病的患者因誤治而死，深入研究總結而成書。」的考證是合理的說法。<sup>25</sup>當時會以「寒」涵蓋諸多外感不正之氣的原因，或許正如宋本《傷寒論·傷寒例第三》所言：

冬時嚴寒，萬類深藏，君子固密，則不傷於寒，觸冒之者，乃名傷寒耳。

其傷於四時之氣，皆能為病，以傷寒為毒者，以其最成殺厲之氣也。<sup>26</sup>

是因「寒」所具有的特殊性和能導致身體產生強烈的感受而被使用的吧。

至於「熱氣」留於小腸導致「腸中痛」的病因被單獨提出，亦有其道理。〈舉痛論〉提到：

熱氣留於小腸，腸中痛，瘴熱焦渴則堅乾不得出，故痛而閉不通矣。<sup>27</sup>

對照《素問·熱論》的說法：

帝曰：熱病已愈，時有所遺者何也？岐伯曰：諸遺者，熱甚而強食之，故有所遺也。若此者，皆病已衰而熱有所藏，因其穀氣相薄，兩熱相合，故有所遺也。帝曰：善。治遺奈何？岐伯曰：視其虛實，調其逆從，可使必已矣。帝曰：病熱當何禁之？岐伯曰：病熱少愈，食肉則復，多食則遺，此其禁也。<sup>28</sup>

可以清楚瞭解，當傷寒熱病後期，病勢雖已衰但熱未除，身體機能仍處於虛弱狀態，此時若不節制飲食，既傷腸胃又使遺熱重現，因而容易造成腸痛及口渴、大便乾硬閉結等後遺症。<sup>29</sup>由於各種疾病的病程在後期及恢復期都可能因體虛加上飲食不節而導致該現象，<sup>30</sup>大小便不通又是臨床必須最優先處理的問題，<sup>31</sup>由此

<sup>24</sup> [晉]葛洪著、王均寧點校：《肘後備急方》（天津：天津科學技術出版社，2000），卷2，頁45-46。

<sup>25</sup> 陳亦人：〈《傷寒論》名實考〉，收入氏編，《傷寒論譯釋》（上海：上海科學技術出版社，1995），頁1285。

<sup>26</sup> 陳亦人主編，《傷寒論譯釋》，頁235。該書採用之版本為宋治平本，明趙開美復刻版。

<sup>27</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁500。

<sup>28</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁411。

<sup>29</sup> 病後不節制飲食，後世稱為「食復」。《傷寒論·卷七》提到：「病人脈已解，而日暮微煩，以病新瘥，人強與谷（食），脾胃氣尚弱，不能消穀，故令微煩，損穀則愈。」參陳亦人主編，《傷寒論譯釋》，頁1163。

<sup>30</sup> 病後節制飲食與操勞是中醫針對疾病後期調理的重要觀念。參肖秀芝，〈病後尤須重「食養」防「食復」〉，《科學養生》2003.6：27-28。劉思龍，〈嚴控「食復」現象〉，《藥膳食療》2004.8：8。

<sup>31</sup> 《素問·標本病傳論》提到：「大小不利治其標，大小利治其本。...先小大不利而後生

可看出〈舉痛論〉作者獨列本項「熱氣」為痛為病，凸顯其重要性的用心。

岐伯在文末針對「痛」與形色及血脈的外顯現象關係做出說明。不論是五臟六府在體表相應部位的分佈及病因主色能「視而可見」、或是血脈充盛與不足「捫而可得」，皆意味著當時已經認為體內藏府變化、體表徵象訊息與「痛」的感受三者之間存在著某種程度的因果關係，疾病觀已經由多以外因（外傷）為主的思考方式轉變到包含內因（體內變化）的考量。這種身體意識的轉變是公元前三世紀以後的一項重要發展。

簡單的說，和《素問》、《靈樞》中其他論及「痛」的篇章比較起來，〈舉痛論〉的內容對「痛」的現象提出了較有脈絡的概念，而且透露出若干醫學演進的歷史脈絡；筆者將以此為起點，利用歷史文獻及醫學典籍的互相參照，上下求索關於「痛」的相關概念及「痛」與各種生命現象的諸多關連，並呈現醫學隨歷史和文化形式不斷架構發展、乃至於成型後醫學知識代代複製傳承的故事。

筆者認為：從《素問·舉痛論》引導出的研究課題在於如何以一個既普遍，卻又絕對無法忽視的身體感覺作為探討的核心，爬梳出特定歷史區段裡，中醫學發展的軌跡。特別是在中醫體系的形成、並逐漸由百家爭鳴轉變到一脈相傳的過程中，先秦兩漢是最重要的基礎階段，<sup>32</sup>這是以該歷史區間為探討中心的源由所在。

本論文將逐步探討在這段過程中，由「痛」做為媒介切入所理解的中醫人身架構、生理病理、疾病概念、隱含的文化意義與衍生出的各種解決之道。

---

病者治其本。」臨床上無論患者罹患何種疾病或症狀，一旦有二便不通情況，必須優先處理，此乃合乎「知標本者，萬舉萬當，不知標本，是謂妄行。」的要求。參龔云，〈內經標本初探〉，《安徽中醫學院學報》13.1（1994）：7-8。高少才：〈解析「標本論」在臨床中的核心價值〉，《江蘇中醫藥》23.6（2002）：3。

<sup>32</sup>中國醫學發展的分期歷來各家有不同見解，但對於周秦漢晉間醫學發展的特殊性及重要性，則觀點相差不大。例如陳邦賢認為周秦以前稱上古醫學，兩漢以降至金元稱中古醫學，並指出中古醫學最為重要。參陳邦賢，《中國醫學史》（1937初版，台北：台灣商務印書館，1992台一版七刷），頁1。謝觀則認為春秋戰國為中國醫學的成熟之期，兩漢之世為專門傳授之期。參謝觀，《中國醫學源流論》（福州：福建科學技術出版社，2003），頁9。孔建民指出秦漢六朝間的醫學發展，使中醫學具備了理法方藥的系統，奠定中醫學進一步發展的基礎。參孔建民，《中國醫學史綱》（北京：人民衛生出版社，1989），頁45。范行準將秦至西晉間界定為理論和實踐醫學的統一時期及內外諸科醫學的發展時期。參范行準，《中國醫學史略》（北京：中醫古籍出版社，1986），頁21、37。

## 二、從百家爭鳴到經典文本—摸索與建構中的醫學知識和技術

前文提到，筆者推測《素問·舉痛論》全篇完成的時間應該不會早於戰國後期至秦代，甚至要更晚。《內經》也已有多數學者認定應該是戰國至西漢後期間的醫學百科大全。那麼，在這之前，在氣論尚未成爲中醫學主流、經脈尚未系統化、人身架構的認識尚以外形爲主、生理病理現象未完全明朗的時代，醫學家及時人是如何看待「痛」的現象？又如何理解它？其相關的概念如何摸索逐漸成形，並架構起後來的系統化知識？

杜正勝認爲：「醫學是專技之學，但由於涉及人的生活 and 生命，它的基本理論往往也簡化爲人們的日常觀念，塑造成一般人的心態。」<sup>33</sup>因此上述問題要獲得完整答案，除了反覆整理現存目錄學中的醫學經典類文獻之外，也必須進行「將目錄學中未收入的醫學相關著作及非醫書中的醫學資料整理與連結」的工作，以便獲得較完整的概念。<sup>34</sup>過去中醫學界治史向來多以技術、臨床爲重心，歷來醫學文本內容也多爲醫理、病證、症候、醫說、醫案、醫家傳記等內容，<sup>35</sup>對理論、技術間的歷史脈絡和隱含的社會文化意義多所忽略，也因此容易對整體的醫學發展輪廓產生誤解。本論文爲避免落入以往研究的「死角」，將試圖廣泛使用「非醫學類」與「醫學類」兩大系統的材料進行研究，以下爲各類資料特性的簡介：

(一)「非醫學類」：

(1) 出土文物：

<sup>33</sup>杜正勝，〈作為社會史的醫療史—並介紹「疾病、醫療與文化」研討小組的成果〉，《新史學》6.1 (1995)：137。

<sup>34</sup>馬繼興認爲中醫文獻範疇應包含醫學類的醫學書目(含古代目錄學已收及未收)、已佚的古代醫書、及非醫書中的醫學資料。參馬繼興，《中醫文獻學》(上海：上海科學技術出版社，1990)，頁2-58。

<sup>35</sup>《漢書·藝文志》依《七略》的規格，將醫書收入「方技略」中，並分爲「醫經、經方、房中、神仙」四類不同特性的著作。《隋書·經籍志》則將醫學書目列入「子部」的「醫方類」。但這些書目大抵脫離不了以「醫學理論與技術」爲主。近代日人岡西爲人編著《宋以前醫籍考》，將書目分爲「醫經、經方、本草、雜纂」四類，亦蕭規曹隨。參岡西爲人，《宋以前醫籍考》(台北：進學出版社，1969)。而經後人整理出來的各朝醫家傳記，內容也相當少，不足以從中一窺當代社會文化狀況。醫家傳記可參楊士孝，《二十六史醫家傳記新注》(瀋陽：遼寧大學出版社，1986)、李書田，《古代醫家列傳釋譯》(瀋陽：遼寧大學出版社，2003)。

(甲) 甲骨文：眾所皆知，殷商時期主要的使用文字是甲骨文，間雜部分銅器銘文及少量的玉刻、陶器與石器文字。<sup>36</sup>從盤庚遷殷後到商朝滅亡間，前後約三百年，是甲骨文的時代。對甲骨文的紀錄作探討，大致可以瞭解商朝人民的生活及心理文化狀態。以甲骨文作為材料較具系統研究殷商時期的疾病及醫療問題，為首者當屬胡厚宣於一九四三年發表的〈殷人疾病考〉。<sup>37</sup>文中提出十六種疾病及其病因、症狀、治療與預後，但較遺憾的是，這些資料僅為武丁一朝約五十九年間殷王室一家相關人士的紀錄，一般平民之疾病狀況則難得而詳之，這是甲骨文研究的不足及遺憾之處。往後雖陸續間有學者對這個議題發表文章，但正如李宗焜所說：「各家說解出入很大，良窳互見，……對殷代醫療的部分，甲骨的材料其實少之又少，過度的引申恐怕未必更能窺其真相。」<sup>38</sup>因此本論文將盡量採用多家資料加以比對整合，從醫家觀點提出殷商時期醫學與生命觀念的歷史特色。

(乙) 簡帛文物：過去從甲骨文時期之後到秦統一文字之前，一直有史學資料斷層的遺憾；由於史料的錯簡與亡佚，造成許多爭論。對中國醫學發展過程的認知來說，也有同樣的問題；歷代醫家一直以《內經》為最古的醫學文獻，並以其為首「模擬」出一脈相傳的完整譜系。但近代自十九世紀初在敦煌莫高窟發現大量隋唐時期醫籍後，陸續有自戰國末年至唐代間的各朝醫學相關文物被挖掘出來，醫學多元化的證據及各朝代間的遺失史料逐步被拼湊起來。在七十年代，中國大陸有好幾波的文物出土。據考證，出土文物接續殷商以來年代較接近的是〈江陵望山楚簡〉及〈荊門包山楚簡〉，<sup>39</sup>內容為該墳墓墓主的疾病占卜、貞問與祈禱記錄，紀錄時間約在戰國時期。時代稍後有〈睡虎地秦簡〉，<sup>40</sup>是秦

<sup>36</sup>何琳儀：《戰國文字通論》（南京：江蘇教育出版社，2003），頁 25。

<sup>37</sup>胡厚宣，〈殷人疾病考〉，《學思》3.3（1943），亦收入氏著，《甲骨學商史論叢初集》（台北：台灣大通書局，1972），頁 417-446。

<sup>38</sup>李宗焜，〈從甲骨文看商代的疾病與醫療〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》72.2（2001）：339-342。

<sup>39</sup>〈江陵望山楚簡〉1965 年於湖北江陵出土，文物中據考證有越王勾踐的劍，另有一千多字的竹簡記錄，主要內容是祈禱文書。〈荊門包山楚簡〉則 1986 年於湖北荊門出土，有一萬多字，內容包含司法及禱告、法律文書、戶籍管理、獄訟檢控程序等資料。參湖北省文物考古研究所、北京大學中文系編，《望山楚簡》（北京：中華書局，1995）。湖北省荊沙鐵路考古隊，《包山楚簡》（北京：文物出版社，1991）。

<sup>40</sup>1975 年 12 月，湖北省博物館雲夢縣文化部門，在雲夢睡虎地發現十二座戰國末至秦

代的紀錄，同樣涵蓋有占卜的資料。西元 1973 年，湖南長沙出土的馬王堆漢墓簡帛大量補充了醫學文獻的斷層，其內容為目前僅見的出土醫學專著，抄寫年代不晚於秦漢之際。其中《五十二病方》、《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》、《脈法》、《陰陽脈死候》與疾病較有相關性，記載內容的時期更可能上推至戰國前期。<sup>41</sup>張家山漢簡的出土，《引書》、《脈書》內容補充了馬王堆帛書毀壞不足的資料，呈現出更完整的輪廓。<sup>42</sup>四川緜陽木人是迄今為止世界上所發現最早的標有經脈流注的木質人體模型，出土後引發經脈知識演變的一連串研究。<sup>43</sup>值得注意的是，細讀這些出土文物發現春秋戰國到漢初約五百餘年的時間裡，在殷商占卜之風仍持續盛行的社會氛圍中，醫學開始出現「自然及祖先降禍」以外的意識，身體及疾病觀從「表象的認識」進展到「內部的關注」，「醫學知識初步的系統化」開始成形，並且同時存在著不同流派的醫學家及不同的生命解讀方式。這種平行漸進、百家爭鳴的多元發展是該時期中國醫學的重要特徵，也有別於往後醫學知識逐漸「一脈化」的僵硬模式。筆者把近一世紀以來與醫學相關的出土資料製表於下，強調藉由出土文物無聲而強有力的語言，得以修正過去對周秦漢晉間醫學發展內容的偏差觀念，期許展現出更接近真實的面目：<sup>44</sup>

---

代的墓葬，其中十一號墓出土大量秦代竹簡，這是第一次發現秦簡。其中〈日書〉部分為當時使用的方術書，用來進行卜筮，內容記載每天的各種禁忌和若干驅除邪靈，避邪的辦法。另外有〈封診式〉，是類似法醫檢驗報告的內容；〈毒言〉則敘述了傳染病患的處置方法。參高春媛、陶廣正，《文物考古與中醫學》，（福州：福建科學技術出版社，1986），頁 65-67。劉樂賢，《睡虎地秦簡日書研究》（台北：文津出版社，1994）。

<sup>41</sup>馬王堆漢墓帛書整理小組，《五十二病方》（北京：文物出版社，1979），頁 136、139、180-182。馬繼興，〈馬王堆出土的古醫書〉，《中華醫史雜誌》10.1（1980）：41-46。

<sup>42</sup>荊州地區博物館，〈江陵張家山三座漢墓出土大批竹簡〉，《文物》1985.1：1-7。張家山漢墓竹簡整理小組，〈江陵張家山漢簡概述〉，《文物》1985.1：9-15。

<sup>43</sup>何志國，〈西漢人體經脈漆雕考〉，《故宮文物月刊》，13.39（1995）：62-71。馬繼興，〈雙包山漢墓出土的針灸經脈漆木人形〉，《文物》1996.4：55-65。劉澄中，〈大陸經脈史學研究的新檢討·從經脈現象、出土脈書與經脈木人說起〉，《新史學》11.2（2000）：75-144。劉澄中、張永賢，〈涪水經脈木人與天聖經穴銅人評論—兼論經脈循行圖與經絡穴位圖〉，《中華針灸醫學會雜誌》2001：19-29。

<sup>44</sup>各出土文物相關資料參駢宇騫、段書安，《本世紀以來出土簡帛概述》，（台北：萬卷樓圖書有限公司，1999）。

出土年份	地點	文獻名稱	內容涵蓋時期
1900	敦煌莫高窟	敦煌遺書	唐以前陸續成書
1907	樓蘭、敦煌	流沙墜簡	西漢—東漢
1930	內蒙納林、伊肯河岸	居延漢簡	西漢中晚期
1965	湖北江陵	江陵望山楚簡	戰國
1972	甘肅武威	武威漢簡	漢
1973	湖南長沙	馬王堆漢墓醫書	戰國—漢
1975-76	湖北雲夢	睡虎地秦簡	秦
1977	安徽阜陽	阜陽古藥書	戰國—漢初
1983-84	湖北江陵	張家山漢醫簡	西漢之前
1986-87	湖北江陵	荊門包山楚簡	戰國
1993	四川綿陽	雙包山經脈木人模型	西漢中期之前

## (2) 傳世文獻：

十三經是中國古代十三部儒家基本經典，是中國傳統文化的代表作品。十三種儒家文獻得以擁有「經」的地位，是經過了歷代演變逐漸成形。在漢代，以《易》、《詩》、《書》、《禮》、《春秋》合稱「五經」，當時官方頗為重視，並立於學官。到唐代有「九經」，包括《易》、《詩》、《書》、《周禮》、《儀禮》、《禮記》和《春秋》三傳，同樣立於學官，並用以取士。唐文宗開成年間除「九經」外，又加上《論語》、《孝經》、《爾雅》。五代時蜀主孟昶刻「十一經」，去除《孝經》、《爾雅》，加入《孟子》，此為《孟子》躋入諸經之濫觴。南宋朱熹以《禮記》中的《大學》、《中庸》與《論語》、《孟子》並列，形成了今天人們所熟知的《四書》，並為官方所認可。《孟子》正式成為「經」書，儒家十三部文獻從此確立其經典地位。儒家思想在封建時代居於主導地位，舉凡語言、文字、思想、行為、禮制、道德、教育、衣裳、舟車、宮室、風俗習慣等多依從這些思想。因此欲了解和研究古代中國封建社會的整體架構，《十三經》的記載具有很高的參考價值。<sup>45</sup>

<sup>45</sup>十三經內容各為：《詩》包含西周及春秋時代的詩歌總集，分風雅頌三部分。《書》為古代的公文檔案。《易》利用六十四卦名，推演涵蓋天地間的萬事萬物道理。《周禮》

先秦諸子思想的發展，大致可以分爲三個階段。第一個階段是春秋末年到戰國初期，以孔子、老子、墨子的思想爲代表作。第二個階段是戰國中葉，以孟子、莊子作品爲代表作。第三個階段是戰國末期，以荀子、韓非子爲代表作。春秋戰國各家上承夏、商、周三代的文化，也影響往後兩漢諸子學說的基礎。<sup>46</sup>直到《史記》成書以前，諸子著作都具有當時資料彙編和整理的性質，同時作品大都並非由個人獨力完成，諸子著作其實就是當時各個學派對萬事萬物思考方式與觀點的呈現。在當時缺乏系統性專門醫學文本的時代，諸子著作是一窺時人對生命現象的觀點最佳的參考資料。

至於歷史文獻部分，記載上古時期至東漢末年間的現存正史應是《史記》、《漢書》、《後漢書》及《三國志》。其中醫學相關的內容除了收錄醫家傳記、醫案及醫學文本的目錄記載之外，也顯示了時人所處的政經社會氛圍、以及生命觀點與對病痛的處理態度，對於醫學與文化思維背景的連結十分有幫助。

## (二)「醫學類」：

即使目前對系統性醫學文本最早成書的年代仍不完全確定，但不可否認的，從《漢書·藝文志》的記載可以瞭解漢朝以降已有不少各類科的方技文本成書。在多數著作已「名存實亡」的情況下，筆者欲以目前傳世公認較具影響力的醫學著作（醫學經典文本）做爲主要參考來源，再旁參同時期的相關著作以爲補充。挑選的周秦漢間主要成書計有：《靈樞》、《素問》、《難經》、《神農本草經》、《傷寒雜病論》、《脈經》等。這些文本在某個程度上具有一定的相關性，<sup>47</sup>在連

---

是戰國時代的理想國家規劃。《儀禮》記載貴族一生成長、婚喪、朝覲及祭祀等禮節儀式。《禮記》利用人物說明禮節的來源和精神。《公羊》、《穀梁》直接闡述《春秋》中褒貶寓意。《左傳》則鋪述史實，呈現《春秋》義理。《論語》記載孔子及其門人的言論行事。《孝經》為戰國時代儒者託曾子之名所作，專論自天子至庶人事親行孝的要領。《爾雅》廣採古今異言、各地方言，再以周代標準語言予以詮釋。《孟子》記載孟子的言行事蹟。儒家思想對古代中國的影響，可參以下著作：黃俊傑：〈中國古代儒家歷史思維的方法及其運用〉，吳光明：〈古代儒家思維方式試論—中國文化詮釋學的觀點〉，以上收入楊儒賓、黃俊傑編，《中國古代思維方式探索》（台北：正中書局，1996），頁1-84。任繼愈主編，《中國哲學史》，（北京：人民出版社，2000）。

<sup>46</sup>春秋戰國各家的主張與思維如何形成，及如何影響兩漢諸子、成為後代各學說的基礎過程可參馮友蘭，《中國哲學史新編》，（台北：藍燈文化事業股份有限公司，1991）。

<sup>47</sup>張仲景在《傷寒雜病論序》提到：「勤求古訓，博采眾方，撰用《素問》、《九卷》、

結醫學知識演變與成形的過程中，較容易找出其軌跡。而同一時期的「非經典」作品，也能對主要文本的內容闕失加以補充。

以上兩大類參考資料的內容，其實正是周秦漢間中國歷史、文化、社會、政治等「人」的群聚組成因素演變進化的縮影。醫學無法脫離社會，也因社會需求而擁有生命。正如張珣指出：

一套套的醫療體系其內之組織與理論均相當圓融，給予社會一個對付疾病的最佳方式，幫助社會於自然生態環境中生存並維持下去，每個社會長久以來，各自發展出的那套醫療體系必有其可用性，為社會成員所遵守，代代相傳。<sup>48</sup>

醫學內容建構與進展的痕跡正隱然浮沈於上述資料當中。

### 三、生命現象的探索—身體語言與問題意識

本節將提出關於「痛」待處理的問題意識。

歷來「痛」的相關醫學研究多不勝數，包括其形成機轉、病理變化、部位與症狀、相關疾病、心理因素、治療方法等；但不管研究之取向及目的為何，研究人員們皆不可避免的必須面對一件事實：「痛」的現象雖普遍而客觀存在，但人的感受卻主觀而獨特，甚至從覺知到表達之間即有程度不等的落差。這也是針對「痛」作研究的困難之一。正如學者指出：「生理學家、心理學家和臨床學家發現，要給『痛』下一個令人滿意的定義是很困難的。」<sup>49</sup>面對「痛」獨有的諸

---

《八十一難》、《胎臚藥錄》，并《平脈辨證》，為《傷寒雜病論》合十六卷，雖未能盡愈諸病，庶可以見病知源，若能尋余所集，思過半矣。」皇甫謐序《黃帝三部針灸甲乙經》也指出：「伊尹以亞聖之才，撰用《神農本草》，以為《湯液》……仲景論廣《湯液》，為十數卷，用之多驗；近世太醫令王叔和，撰次仲景遺論甚精，皆可施用。」各文本間的相互更迭與知識的堆砌，在中醫發展的過程中是一大特色，後人逐漸沿襲著「一脈相傳」的特徵，對特定「經典」文獻不斷的做出重編與註解。有關中醫學文本的特色與發展論述可參李建民，〈中國醫學史研究的新視野〉，《新史學》15.3（2004）：203-225。

<sup>48</sup>張珣，《疾病與文化》，（台北：稻鄉出版社，2000），頁47。

<sup>49</sup>翁恩琪，《痛與鎮痛》，（上海：上海科學技術出版社，1987），頁1。

多特殊性，目前現有的中醫相關著作幾乎多以診斷、治療及探討某些特定痛症為主要內容，並無加入其他非醫學面向的研究觀點，故讀來經常覺得內容僵硬而千篇一律、且缺少整體概念。因此本論文所處理的重點除了包含醫學的關注之外，更在於嘗試以不同的角度，探討周秦漢間客觀的生命意識與理論、時人面對「痛」的一般態度與想法、及各種處理之道。其他相關課題則有賴往後進一步再深探。

閱讀現存的甲骨文紀錄發現，當時記載的疾病種類多為症狀可目視或為體表部位及外顯器官疾患。<sup>50</sup>殷人對身體的結構已有相當具體的認識，但偏向於表面的器官及身體結構，內臟器官則僅有「心」的記載，<sup>51</sup>這種瞭解一直延續到周朝初年都是如此。<sup>52</sup>因此當時描述身體異常症狀的語言大概也以位於外而目驗可知的內容為主，「痛」的表現則合理推斷可能是相伴發生的。至於在《周禮·天官冢宰下》中提及的「食醫、疾醫、瘍醫、獸醫」四種醫療人員及所司之醫療業務範圍，可知對身體的瞭解已經開始深入，對疾病與身體的關係逐漸有「由外而內」的考量。<sup>53</sup>這是一種進化，代表生命現象多元性的指標已逐漸被時人所留意。

日本醫學史家栗山茂久在其著作《身體的語言》(The Expressiveness of the

---

<sup>50</sup>胡厚宣，〈殷人疾病考〉：442。李宗焜，〈從甲骨文看商代的疾病與醫療〉：339。

<sup>51</sup>春秋之前的文獻大概只有《詩經》〈行葦〉提到「脾」、〈桑柔〉提到「肺、腸」，而且並不專指特定實質藏器；參馬持盈註譯，《詩經今註今譯》(台北：商務印書館，2001)，頁475、515。此外，《尚書·盤庚》提到，盤庚遷殷之後，人民並不贊同，因此他試圖說服人民：「無戲怠，懋建大命。今予其敷心腹腎腸，歷告爾百姓於朕志。罔罪爾眾；爾無共怒，協比讒言予一人。」意指其表白心意有如掏出內臟般徹底。文中提到「腹腎腸」有別於「心」的內臟名稱，但漢代夏侯本《今文尚書》寫作「憂賢揚」，全文讀成「今予其敷心，憂賢揚歷，告爾百姓於朕志。」版本不同之處仍有爭論，但無論如何，當時對身體內部知識的不足是可以確定的。

<sup>52</sup>「殷人疾病名稱多以頭臉、五官、胸腹、四肢等表面部位命名，借用西漢後期翼奉的話說，只有『體病』，沒有『藏病』。顯示西元前十一世紀以前中國人對人體的認識只限於外表部位的層次，對人體內部的器官所知還相當有限，甚至外部器官的瞭解也很粗略。」見杜正勝，〈形體、精氣與魂魄——中國傳統對「人」認識的形成〉：4。

<sup>53</sup>《周禮·天官冢宰下》提到：「疾醫：掌養萬民之疾病。四時皆有癘疾，春時有癘首疾，夏時有痒疥疾，秋時有瘧寒疾，冬時有嗽、上氣疾。以五味、五穀、五藥養其病。以五氣、五聲、五色視其死生。兩之以九竅之變，參之以九藏之動。凡民之有疾病者，分而治之；死終，則各書其所以而入於醫師。」「瘍醫：掌腫瘍、潰瘍、金瘍、折瘍之祝藥劑殺之齊。凡療瘍，以五毒攻之，以五氣(穀)養之，以五藥療之，以五味節之。凡藥，以酸養骨，以辛養筋，以鹹養脈，以苦養氣，以甘養肉，以滑養竅。凡有瘍者，受其藥焉。」當時已有「五氣(五藏之氣)、九藏、骨、筋、脈、氣、肉、竅」等身體內外結構的認識。參李學勤主編，《周禮注疏》(台北：台灣古籍出版有限公司，2001)，頁131-139。

Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine)中曾比較維薩里(Andreae Vesalii)所繪肌肉解剖圖和滑壽《十四經發揮》中的經脈圖，認為「觀察入微的中國醫生令人費解地忽視了人體中最顯著的一項特質，對肌肉一無所知。」<sup>54</sup>並指出這是因為觀察方式的不同所造成的結果，指出「針灸人像看似神秘的主要原因是對解剖學之主張的全然漠視。」<sup>55</sup>筆者認為這個觀點是值得商榷的。對歷經身體認識「由外而內」過程的中國醫師來說，或許對身體探索的角度與歐洲希臘至文藝復興時期的發展有所不同，但是絕不可能忽略皮膚、肌肉的結構，直接以跳躍的發展方式進入經脈臟腑的國度，而將各種生命現象與之連結。在這種情況下，**筆者欲處理的第一個意識是：屬於身體感之一的「痛」，其表現方式的記載內容是否與整體身體認知 (body thinking) 的深度有同樣的演變歷程？以及這段歷程中時人主觀詮釋的感受與經驗對「痛」的理解與界定所產生的影響。**

岐伯曰：血氣已和，營衛已通，五臟已成，神氣舍心，魂魄畢具，乃成為人。黃帝曰：人之壽夭各不同，或夭壽，或卒死，或病久，願聞其道。岐伯曰：五臟堅固，血脈和調，肌肉解利，皮膚緻密，營衛之行，不失其常，呼吸微徐，氣以度行，六腑化穀，津液布揚，各如其常，故能長久。<sup>56</sup>

這段話是《靈樞·天年》的重點，內容敘述要產生一個正常、具有完整生命現象的「人」所應具備的條件，必須包含形神的發育成長及功能運作都依正常的規律及型態進行，順此則盡其天年，逆之則不能終壽而死。氣與血的觀念是中國醫學的兩大主軸，前文提過氣與形可以相互轉化的思想，大約是戰國時明確提出來的。《莊子·知北遊》解釋了這個觀念：

人之生，氣之聚也，聚則為生，散則為死。若死生為徒，吾又何患！故萬物一也，是其所美者為神奇，其所惡者為臭腐；臭腐復化為神奇，神奇復化為臭腐。故曰：『通天下一氣耳。』聖人故貴一。<sup>57</sup>

「一」所代表的，正是秩序、和諧和效率，<sup>58</sup>莊子認為這是生命現象應具備的特

<sup>54</sup> 栗山茂久，《身體的語言—從中西文化看身體之謎》，(台北：究竟出版社，2001)，頁119-120。

<sup>55</sup> 栗山茂久，《身體的語言—從中西文化看身體之謎》，頁165。

<sup>56</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》(北京：人民衛生出版社，1998)，頁122。

<sup>57</sup> [清]王先謙撰，《莊子集解》(北京：中華書局，2004)，頁186。

<sup>58</sup> 李訓詳，〈戰國時代「壹」的觀念〉，《新史學》4.3 (1993)：1-17。

徵。人是氣所聚合而成的，生與死的界線在於氣聚與氣散。因為氣有不斷的反覆進行集合與分散的過程，天地間的變化得以永不止息，人身生長壯老死的過程也得以不間斷。但是氣的運動是瞬息萬變的，正常為順，異常為淫，正如天地間氣交過程所造成的各種氣候變化一般。然而氣的異常變化可能進一步導致身體產生疾病，所以在《左傳》昭公元年，醫和對晉侯說：「天有六氣，降生五味，發為五色，徵為五聲，淫生六疾。」<sup>59</sup>《呂氏春秋·盡數》也提出：「天生陰陽寒暑燥溼，四時之化，萬物之變，莫不為利，莫不為害。聖人察陰陽之宜，辨萬物之利以便生，故精神安乎形，而年壽得長焉。」<sup>60</sup>人身要能減少病痛損傷、盡其天年（數）者，就必須瞭解天地之氣與人身之氣的運作型態，並遵循自然規律與之相應、維持其正常流動（運動）狀態，否則體內就會產生「血氣虛，脈不通，真邪相攻，亂而相引。」的異常變化導致中壽而盡。上述的觀點有別於現代西方醫學，其特點在於生命實體與現象皆具有「即時變動而循環不休」的特質，這種對生命看似帶有哲學意味的認知不但成為中國人的生命意識核心，更深深影響往後中醫學的發展。

氣做為生命的基本因素到戰國中期應該完全確立了，<sup>61</sup>但面對複雜的身體，僅以氣來涵蓋一切現象是不夠的，「血」的概念彌補了理解上的空缺。《靈樞·決氣》提到「血」的定義：

中焦受氣，取汁變化而赤，是謂血。<sup>62</sup>

《靈樞·營衛生會》進一步說明血的產生過程：

中焦亦并胃口，出上焦之後，此所受氣者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注於肺脈，乃化而為血，以奉生身，莫貴於此，故獨得行於經隧，命曰營氣。黃帝曰：夫血之與氣，異名同類，何謂也？岐伯答曰：營衛者精氣也，血者神氣也，故血之與氣，異名同類焉。<sup>63</sup>

飲食水穀經由腸胃消化分解後，其精華透過肺的氣化作用而變為紅色的血，以供

<sup>59</sup>李學勤主編，《春秋左傳正義》，（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁1341。

<sup>60</sup>〔戰國〕呂不韋著、陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》，（上海：上海古籍出版社，2002），頁138。

<sup>61</sup>杜正勝，〈形體、精氣與魂魄——中國傳統對「人」認識的形成〉：22。

<sup>62</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》（北京：人民衛生出版社，1998），頁499。

<sup>63</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁359。

身體使用。但因為營衛之氣也是經由水穀精華而來，故當時醫家認為氣血是同屬一類而僅有名稱的不同。有別於以往皮毛、肌肉、骨骼等身體結構與層次的直觀眼界，氣與血的存在與互動關係增加了解釋諸多生命現象的理由，也同時開展了疾病形成的多因性。但正如僅以「不通則痛」並無法完整說明臨床上痛證的原因一樣，面對身體各種無聲的異常語言，如：痛、痺、厥、痿等，同樣也不能一概以「氣血活動的異常」來含糊解釋，這是探討當時身體感與理解生命觀點時無可避免的課題。因此**筆者的第二個問題意識是：當時對於「痛」的成因是如何理解的？「痛」和其他異常身體感的差異性何在？並藉以進一步分析不同種類的「痛」與皮毛、肌肉、骨骼、藏府等身體結構及氣血的關連性。**

束縛於病痛的生命是無助而脆弱的。對於疾病的療癒，是醫者一生最大的挑戰，也是患者既卑微又無奈的期待。尤其面對千奇百怪「痛」的現象，如何解決才是最契合臨床所需。《素問·異法方宜論》指出：

聖人雜合以治，各得其所宜，故治所以異而病皆愈者，得病之情，知治之大體也。<sup>64</sup>

深入瞭解患者身體、病情與症狀之間的關係，再根據各種診斷方式所收集的訊息綜合判斷、並做出治療，這大概是《內經》成書以降醫者公認典型的診治方式。其中治療的媒介包含砭石、毒藥、灸熯及微針，具備有內、外治的方式及個體差異性的考量，十分完整。但若將時代往前回溯，《素問·移精變氣論》提到：

黃帝問曰：余聞古之治病，惟其移精變氣，可祝由而已。今世治病，毒藥治其內，針石治其外，或愈或不愈，何也？<sup>65</sup>

在《內經》成書時代之前，一部份的醫家認為病痛的產生是來自人身「精、氣」的某些異常分佈與轉化，因此藉由對世間各種物質（木、火、土、金、水）與天地氣交變化（四時八風六合）等知識的認識及觀察其與人身互動後產生的生命表現（色脈）來判斷病因，治療則採取「移精變氣」的方式；即透過「祝由」等方法使人身精氣得以重新分佈、重新變化，再次調整成原有正常的狀態。<sup>66</sup>因時代、

<sup>64</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 173。

<sup>65</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 174-175。

<sup>66</sup>「祝由」經常被認為是巫術或迷信，然而事實上透過祝由達到「移精變氣」的目的有其根據。從〈五十二病方〉的記載來看約有三十條有關祝由治療的紀錄，其精神在於

環境在變，生命的觀點與身體的條件亦不斷改變，為因應需求，治療病痛的方式變得複雜而多樣。值得關注的是，這樣的演變其實並不為〈移精變氣論〉的作者所欣賞，眾人不愛其身（生）與醫者學藝不精似乎才是迫使移精祝由不能已、治療方法變的複雜但療效反而不彰的主要原因。<sup>67</sup>

1973年長沙馬王堆三號漢墓出土的《五十二病方》，是目前已知最古的醫學方書，記載五十二種疾病的治療方式。據馬繼興考證，全書 291 條，每條有 1-2 個方，包括外用、內服、外治、祝由等。<sup>68</sup>這些證據可以說明戰國至秦漢之際的醫學發展是介於上述「上古」與「暮世」之間的過渡時期，也是醫學知識雖未達體系化但各有擅場的時代。可以確定的是，在這段時間裡因遭受病痛所引發對生命現象的種種疑惑，時人正努力要對諸多身體語言做出正確的回應。

嘗試瞭解多元的觀點，並以多面向的探索瞭解中醫學形成初期的內涵與「痛」的特殊性之後，醫學家仍必須現實的回到臨床上。回顧殷人以占卜結果為據，將死生交付祖先鬼神，到周朝醫學發展與分科；再經秦漢時期百家爭鳴，到魏晉逐漸重整醫學、邁向一元化的過程；病痛治療方式的演變有其淵源與架構。這是筆者試圖處理的第三個意識：**關於「痛」的治療方式演變過程是如何發展的？不同的治療方法又是基於何種概念而產生？治療方法間彼此是否存在任何關係？古今東西方對「痛」的療癒觀點又有何差異？**

生命與疾病之間、疾病與疼痛之間，其複雜的相互作用有其自我歷史，內部組成也是多元的，而追溯的過程則提供了一個回顧歷史的窗口，<sup>69</sup>並能架構起

---

施術者以自身的陰陽調適、運氣保神方法誘導病人，並以祝詞安慰病人、咒語懾服病邪，使病患加強信心，達到氣血調和的境界。參張麗君，〈五十二病方祝由之研究〉，《中華醫史雜誌》27.3（1997）：144-147。張青，〈論傳統康復療法“祝由”之真諦〉，《甘肅中醫》7.24（1994）：1-2。此外，唐《千金翼方》中有〈禁經〉上、下兩卷，是以禁咒治病的記錄，內容陳述如何受禁，及針對各種流行時氣、瘡病、金瘡腫毒、蟲獸螫咬等禁咒治療的方法，可視為上古祝由醫學之遺緒。

<sup>67</sup>眾人不愛其身（生）與醫者學藝不精導致醫道中落的感嘆同樣見於《史記·扁鵲倉公列傳》的「六不治」、張仲景的《傷寒雜病論·序》、陶弘景的《本草經集注·序錄上》、劉完素的《素問病機氣宜保命集·自序》與徐大椿的《醫學源流論·針灸失傳論》等醫學著作中，筆者認為其凸顯出來的重點是中醫學強調醫者與病家雙方都必須全心專注於病痛中，認真研究與認真接受治療，並經由治療痛過程使得雙方得到成長與自我認同，這正是中醫的醫學倫理。

<sup>68</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》（長沙：湖南科學技術出版社，1992），頁 321。

<sup>69</sup>Roy Porter 著、張大慶等譯，《劍橋醫學史》（長春：吉林人民出版社，2000），頁 188-189。

解釋後來成爲系統化的醫學知識乃至於醫學思想的輪廓。<sup>70</sup>以上問題意識，目的在以「痛」爲主軸及媒介，試圖分別釐清先秦兩漢間生命相關的「現象」、「原因」與「解決之道」。

《漢書·藝文志》〈方技略〉篇中指出：

經方者，本草石之寒溫，量疾病之深淺，假藥味之滋，因氣感之宜，辨五苦六辛，致水火之齊，以通閉解結，反之於平。<sup>71</sup>

中醫認爲人身疾病的發生乃因身體內外產生各種「閉、結、不平」等原因所導致，要解決一連串的問題，必須從根本病源瞭解起，配合相應的療法，方能循變化以解其「結」。《靈樞·根結》則指出：

奇邪離經，不可勝數，不知根結，五臟六腑，折關敗樞，開闔而走，陰陽大失，不可復取。<sup>72</sup>

「根」即本也、初也、始也，意指經氣始出之部位；「結」乃終也，爲經氣終結之所在。一般認爲本段文字是闡述針灸治療前所必備的經脈知識，對於經脈流注之路徑始末能掌握，便能瞭解當其中氣血異常時產生的相關病理現象並加以處理，以同樣達到「通閉解結，反之於平。」的目的。兩條引文雖各從病理與生理的角度表達不同的醫學觀念，但對維繫身心平衡的核心意識則是一致的；對於痛證來說，這些觀點也同樣一體適用。因此，本論文所羅列的各項問題意識也集中在回到中醫萌芽與發展之重要時期，以設法解開歷史之結與生命之結的思考方式，重新審視中國醫學的內涵，並期待得到解答。

「結」，既可能是疾病發生的原因與部位，也可能是症狀與病理現象；是患者希冀身心療癒之渴求所在，也是醫者畢生追尋突破的臨床難題。將其拆解以還原先秦兩漢間對生命困惑的探索與努力，正是本篇論文以此爲名的初衷。

---

<sup>70</sup>葛兆光，《思想史的寫法》（上海：復旦大學出版社，2004），頁34。

<sup>71</sup>顧實，《漢書藝文志講疏》（台北：廣文書局，1970），頁249。

<sup>72</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁119。

## 第二章 醫學源流與痛的詮釋

「感受」是生命的本能，源自於生命形式因自身變化或與環境間的互動所產生。不論是動物或是植物，皆能在生命現象存在時，不斷的透過自我身體結構及特定器官對內外刺激、個體生存、繁衍及我屬社群行為等形成感受，並累積「經驗」成為思考依據、行為模式及因應策略。<sup>1</sup>人類的生存發展過程也有類似的歷史演變，原始時代的生活方式最早是採集和捕獵，逐漸演變為農業與畜牧。當時的生存策略很簡單：「找得到什麼就加以利用。」因此在生活形態的流變過程中，人類得以廣泛的認識生物（包括人）及環境，累積感受與接觸經驗成為賴以維生的依靠，並逐漸豐富其內涵，<sup>2</sup>對於當時的人類來說，上述生活體驗與感官刺激不斷的重複，形成所謂的聯覺領域（synaesthetic realm），該領域的擴展使得人與環境的關係愈加複雜，但也越加密切。<sup>3</sup>

「自我救治」是另一項重要的生物維生本能，包含了避免危險及病痛造成傷害後的處置，其憑藉的正是「感受」的能力。<sup>4</sup>植物可以為了保持平衡生長而

---

<sup>1</sup>各種生物對外界刺激皆有其獨特的反應方式，現代研究已證明動物、植物甚至於微生物都是有感覺的「智慧型」生命。各種相關研究可參 J. Ford Brain 著、劉藍玉譯，《蒲公英的記憶》（台北：貓頭鷹出版社，2001）。

<sup>2</sup>本能及經驗對醫學建構的影響可參以下著作觀點：林德宏，《科學思想史》（南京：江蘇科學技術出版社，2004），頁 1-3。黃侖，《醫史與文明》（北京：中國中醫藥出版社，1993），頁 2-11。

<sup>3</sup>人類在演化過程中，逐漸以各種方式定義描述自身及環境，並詮釋人身及種種物質如何透過互動關係獲得價值與意義，這是聯覺領域（synaesthetic realm）中的維度之一。相關概念可參 Andrew Strathern, Pamela Stewart 著、梁永佳、阿嘎佐詩譯，〈醫學人類學的體液觀〉，摘自《人類學的四個講座》（北京：中國人民大學出版社，2005），頁 40-50。附帶說明的是，各種感覺之間產生相互作用的心理現象，即對一種感官的刺激作用觸發另一種感覺的現象，在心理學上被稱為「聯覺」現象。「聯覺」是指一種感覺伴隨著另一種或多種感覺而生的情況，可以牽涉到各種感覺，估計約兩百分之一到十萬分之一的人有聯覺。聯覺與神經學間研究的現況可參 J.A. Nunn, L.J. Gregory, M. Brammer, et al. Functional magnetic resonance imaging of synesthesia: activation of V4/V8 by spoken words. *Nature Neuroscience*, 5(2002):371-375.

<sup>4</sup>動物尋找自然界各種物質以自我醫療的學問已成為專有名詞“Zoopharmacognosy”（動物自我診療學）。該名詞定義在 1993 年首次見於文獻中，意指「野生動物為了治療及預防疾病而選擇特定植物作為醫藥使用的過程。」（the process by which wild animals select and use specific plants with medicinal properties for the treatment and prevention of disease），原始文獻參閱 E.Rodriguez and R.Wrangham, “Zoopharmacognosy: The Use of Medicinal Plants by Animals.” in K.R.Downum, et al,(ed.) *Phytochemical Potential of*

自動脫落某些樹枝，以敏銳的感覺調整外觀；黑猩猩腸胃道不適或有寄生蟲時，會自行尋找食用桃狀斑鳩菊（*Vernonia amygdalina*）的嫩莖；鳥類則藉由感覺導航不至於迷失方向。<sup>5</sup>人類也如其他動物一般，在本能的驅使下，逐漸學會如何「順四時、適寒暑、安居處。」<sup>6</sup>以躲避各種傷害生命現象的因素，因此人類最初醫療策略的萌芽由上述過程得以開展。<sup>7</sup>正如《靈樞·九宮八風》提到：「謹候虛風而避之，故聖人日避虛邪之道，如避矢石然，邪弗能害，食歲穀以全其真，避虛邪以安其正。」<sup>8</sup>而在《諸病源侯論》中也提出不少環境變化之外、人身遭蟲獸所傷及食物藥物中毒的紀錄。<sup>9</sup>各時代中，人們從季節更替、氣候變化、飲食起居、活動遷移等生活經驗中逐漸塑起了醫學的雛形。因「本能」的累積開始轉變成「經驗」，經過長期交流融合而逐漸成為大多數人的類似「意識」，這是醫學豐富化過程中不斷重複的現象。因此廖育群在討論「醫學起源」時曾說：

種種本能的救治行為，卻是主客觀一致，有減輕疾病痛苦、維護機體健康之明確意識，與高度發達的當代醫學的目的是相同的，行為是持續不斷的，只是在方法上日漸改善與創新。<sup>10</sup>

筆者對該觀點是認同的。

在此筆者必須先做一個合理的假設，即「『痛』的感受是可能伴隨於大多數的疾病與傷害當中的。」因疾病或各種傷害而產生影響時，人體便可能產生某些

---

*Tropical Plants* (New York: Plenum Press, 1993), pp.299.

<sup>5</sup>J. Ford Brain 著、劉藍玉譯，《蒲公英的記憶》，頁 207-208、118、131-132。

<sup>6</sup>《靈樞·本神》指出：「智者之養生也，必順四時而適寒暑，和喜怒而安居處，節陰陽而調剛柔，如是則僻邪不至，長生久視。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》（北京：人民衛生出版社，1998），頁 174-175。

<sup>7</sup>嚴建民，《中國醫學起源新論》（北京：北京科學技術出版社，2001），頁 11-24。

<sup>8</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》（北京：人民衛生出版社，1998），頁 384。所謂正氣與虛風（虛邪），是古人透過觀測天文氣象後，創製「九宮圖」而確立的。如《靈樞·九宮八風》又云：「是故太一入徙立於中宮，乃朝八風，以占吉凶也。」八風被分別命名為大弱風、謀風、剛風、折風、大剛風、凶風、嬰兒風。這些風均為虛風，與之相對應的則為八正風。「八風」相關內容可參張登本，〈古今“虛邪”名同義辨別〉，《陝西中醫函授》1998.2：1-2。劭學鴻，〈《內經》對邪氣的探索與界定〉，《江蘇中醫》21.9（2000）：4-5。張文智，〈《黃帝內經》中的易學象數學—兼論醫、《易》思維理路之異同〉，《周易研究》2004.1：15-24。

<sup>9</sup>蟲獸所致內外傷及食物藥物中毒相關專章計有「九蟲病」、「蠱毒病」、「獸毒病」與「蛇毒病」等。參丁光迪主編，《諸病源侯論校注》（北京：人民衛生出版社，1996）。

<sup>10</sup>廖育群，《岐黃醫道》（瀋陽：遼寧教育出版社，1997），頁 7。

變化而感受到「痛」的發生。正如同人類的其他感覺：嗅覺、觸覺、聽覺、視覺、本體感覺等一樣，「痛」是與生俱來、不需學習的，並且無時無刻不影響著人身的運作。疼痛感覺並不需要先前的經驗，它明顯而直接使人身心覺得不舒服。同時痛覺是獨特的，因人而異。每個人感受疼痛的程度與面對疼痛的態度，都與生理、心理及社會層面有關。而臨床上患者千奇百怪疼痛的症狀描述，也經常讓醫師摸不著頭緒。目前現代醫學對於引起各種疼痛的原因仍未完全確定，疼痛所包含或代表的意義及發生的原因，其複雜程度應該絕不僅止於神經細胞及荷爾蒙變化的現代生理機轉。

事實上，醫學人類學的研究也支持這一點，福斯特（Foster GM）曾說：「伴隨著疼痛和不舒服的疾痛，是人類最能預料到的一種身體狀態。」<sup>11</sup>表示疾病與「痛」的發生之間，的確存在著十分緊密的關係。可是這樣的推測並無助於解決問題，因為在當下承受了強烈不適感時，人們並無法選擇漠視，急需面臨的課題是：「這是怎麼一回事？我是怎麼了？」這使得理解「痛」的內涵成為迫切的需要，欲探求的核心意識是「痛」與身體間不可目視得知的互動關係，對身體的認識則成為需要具備的知識基礎。此外，同一時間發生在同儕、社群間的互動行為也驅使「痛」的複雜性與特異性得以被詮釋，並助長了各種因應策略的發展。桑達爾斯（Saunders L）提出的「醫療體系發展」觀念正是透過這樣的過程逐漸組織壯大：

一種由知識、信仰、技術、角色、規範、價值觀、思想方式、態度、習慣、儀式和符號等組成的龐大綜合體，這些組成成分互相連鎖，形成一個相互加強、相互支持的體系。<sup>12</sup>

筆者認為：醫學關注的焦點在人體，因為它是生命的載體及各種生理現象表達的平台。「祛除病痛、救死治傷」的臨床實效才是醫學追求的目標。因此，對「痛」的感受、理解、描述組成了醫學體系的重要內容之一，並且「痛」的相

---

<sup>11</sup>Geogre M. Foster, Barbara G. Anderson 著、陳華、黃新美譯，《醫學人類學》（台北：桂冠圖書股份有限公司，1998），頁 50。

<sup>12</sup>L.Saunders, “Cultural Difference and Medical Care: The Case of the Spanish-Speaking People of the Southwest.” (New York:Russell Sage Foundation,1954),pp.7. 轉引自 Geogre M. Foster, Barbara G. Anderson 著、陳華、黃新美譯，《醫學人類學》，頁 53。

關意識在醫學發展的步調中也融合了文化社會的觀點，影響人們面對身體感受的態度與認識的深度。

在探討形形色色的「痛」與身體結構關連、及衍生的因應策略之前，本章將首先解決幾個重要議題：首兩節〈隱晦未現的時代〉與〈痛的身體化與醫學的系統化〉將殷商以降至東漢末年間區分為「醫學知識體系化」前後的兩階段，以討論時人對身體及生命意識的瞭解過程，並探索「痛」的相關概念是否有同步的演化。第三節〈勇怯與男女〉分析在不同時期、性別、文化、身體結構等因素下，人們對「痛」所衍生現象的認知及給予的定位。自古以來中醫學的經驗與知識具備以文字典籍保留傳承的特色，尤其是先秦兩漢的醫學文本在用字遣辭上更是精準而富有深意，因此在最後〈疼痛之辨〉一節中，筆者試圖從文字學的角度分析後世經常混用的「疼」與「痛」二字，在醫學的視野中辨其異同。

## 一、隱晦未現的時代

目前可得時代最早且數量較多的中國古代人生活文字資料應該是殷墟出土的甲骨上所刻劃的記錄，時代約在西元前十四至十一世紀間，即自盤庚遷殷至帝辛亡國（約二百七十三年）間的遺物，內容則可視為商王室占卜的契刻文字檔案記錄。<sup>13</sup>正如胡厚宣所說：「春秋以前關於醫學之資料極為稀少，…甲骨文之發

<sup>13</sup>依考古的發現，目前有比甲骨文更早的紀錄，即在中國各地出土的陶器碎片。例如西安半坡的陶片、河南偃師二里頭陶文等，都有四千年左右的歷史，但有些學者認為陶片上僅是符號，尚未能稱為文字。參竺家寧，《中國的語言和文字》（台北：台灣書店，1998），頁 50。目前所見最早的甲骨文是武丁時代的作品，盤庚、小辛、小乙三王時代尚無發現，精準一點來說，現存甲骨文應是從武丁到帝辛間的契刻文字遺跡。見叢文俊，《中國書法史·先秦·秦代卷》（南京：江蘇教育出版社，2002），頁 144-145。而甲骨文的分期斷代在研究初期是有爭議的。據說甲骨文的第一個發現者王懿榮當時就已鑑定為「商代卜骨」（1899 年），但在 1903 年《鐵雲藏龜》一書出版時，學者們對甲骨文屬何代遺物仍眾說紛紜。劉鶚認為甲骨文是「殷人刀筆文字」，羅振玉則定其為「夏殷之龜」，孫詒讓則基本上同意劉鶚的意見，認為是「周以前」，而羅振玉在 1910 年考定甲骨文發現地之後，放棄先前主張「包含夏商二代」之說法，轉為附合劉鶚之說。雖然直到 1911 年仍有學者認為甲骨文是「周朝遺物」，但已經不為人所接受了，甲骨文從 1899 年被發現，到 1911 年確定為商朝遺物，一共經歷了 13 年之久。有關甲骨文的發現、挖掘及整理研究可參李宗焜，〈介紹甲骨文〉，《國文天地》15.4（1999）：

現，…則其於中國古代醫學發達史之研究上，或不無一得之助也。」<sup>14</sup>因此對於殷商時期時人的生命觀點勢必由此開始探討。

從夏朝開始，一般人的想法認為宇宙間有至高無上的「神」，「神」透過「巫、祝」傳達其意志到人世間，「巫、祝」的首腦即為「王」，擁有「神」所給予至高無上的權力統治人民。殷人更強化了前朝的想法，將「神」的概念稱為「帝」或「上帝」，主宰世間自然、社會的一切事物，包括風雨變化、收成好壞、戰爭勝負、築城開路、任免官吏、生老病死等，都是由「上帝」的意志和命令決定。而日月風雨山川，都受上帝統帥，分別擔任「臣正」、「工臣」，輔佐上帝統治世界。<sup>15</sup>《尚書·召誥》提到：「有夏服天命，惟有歷年。有殷受天命，惟有歷年。」<sup>16</sup>描述的正是當時君王「敬德受天、服行天命。」而得以統治四方的歷史。人們甚至更進一步認為，所謂「上帝」就是自己的祖先，因此得以經常受其庇佑。<sup>17</sup>日常生活的一切事物，特別是面臨重大決策未知禍福時，必須透過占卜的作法向上帝及祖妣請求指示、並乞求保佑。筆者認為當時這種假託「神旨與巫術」的宗教世界觀形成其獨有的社會氛圍，這種思想結構除了令統治者有恃無恐、方便駕馭人民之外，無形中同樣影響了當時人們對生命現象的看法。重要的是，這種意識的強化反而並未因社會階層的不同而有所差異，統治者在面對生命疑惑時，同樣身陷於無知與恐慌的自我催眠之中，必須求助至高無上的祖先。

---

37-40。李良松，《甲骨文化與中醫學》（福州：福建科學技術出版社，1994），頁 1-14。甲骨文的分期斷代詳細資料可參閱王宇信、楊升南主編，《甲骨學一百年》（北京：社會科學文獻出版社，1999），頁 124-193。

<sup>14</sup>胡厚宣，〈殷人疾病考〉，摘自氏著，《甲骨學商史論叢初集》（台北：台灣大通書局，1972），頁 418。

<sup>15</sup>商朝（西元前十六至前十二世紀）開始，社會逐漸形成貴族與奴隸共處的環境，奴隸主經常以未知的自然力量或現象為名壓榨控制一般人民。這種情況哲學家一般皆認為當時的統治者其實是運用宗教思想來支配人民，以方便統治，而宗教力量及社會階層間的壓迫到極端時，遂造成激化而導致商朝的覆滅。有關哲學上的概念可參馮友蘭，《中國哲學史新編·第一冊》（台北：藍燈文化事業股份有限公司，1991），頁 63-68。任繼愈主編，《中國哲學史·第一冊》（北京：人民出版社，1963 初版，1996 第 5 版），頁 5-12。

<sup>16</sup>李學勤主編，《尚書正義·周書》，（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁 471。

<sup>17</sup>《詩經·商頌》有云：「有娥方將，帝立子生商。」毛亨注：「商興之由，有娥氏之女，方欲長大之時，天為之生立其子，而使之生商。為上天祐契，使賢而生有商國也。」參李學勤主編，《毛詩正義·頌》，（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁 1709。

生老病死乃人之大事，殷人身患疾痛，同樣必須透過占卜協助。<sup>18</sup>目前所得卜辭裡雖無醫學專論，但有關身體、生死、疾病與醫療的資料散見其中，項目相當豐富。殷人對身體結構的認識已經有相當具體的概念，但偏向於目視可知及外觀可觸摸的器官及身體結構，例如：天、首、面、耳、目、口、鼻、舌、齒、頸、項、腹、身、男根、女陰、手、腋、肱、臀、足、膝、趾、須（鬚）、髭、髯、發（髮）等文字，另外也已有骨、血、脊骨等概念。<sup>19</sup>對於身體生理功能的認識，殷人注意到目能視、耳能聽、鼻能嗅、口能飲食呼吸、手能操作、足能站立行走奔跑等特性；精神的變化則對夢的情境多加占卜，以斷吉凶。<sup>20</sup>當時對身體瞭解的程度相較於後代仍有一定的侷限，主要相關知識集中於可直接觀察、及容易感受與被注意到的事物與現象上，項目雖多但內容較為簡單，由此可推斷在當時對身體相關事物及概念的認知與後來戰國以降的生命醫學知識體系並不同。

當時用來表示「疾病」的概念主要有兩個字：「疒」和「疾」。《說文》提到：

「疒，倚也，人有疾痛也，象倚箸之形。凡疒之屬皆從疒。」<sup>21</sup>

「疒」甲骨文作「𠄎」代表人生病躺在床上，卜辭中常見此字，<sup>22</sup>部分字形有加上一到四個點不等，指的是病人發汗、出血或疾病的嚴重程度，或在人身有突起線條，特指孕婦或身腹部疾病<sup>23</sup>；基本上該字及其衍生的變化已涵蓋當時所有「疾病」的概念。「疾」甲骨文作「𠄎」，多半被認為「象矢著人腋下傷人之狀」，與「疒」可以通用，表示「疾病」<sup>24</sup>；但部分學者認為該甲骨文並非後世代表「疾病」之「疾」字，意義也應侷限在「外傷、創傷」一類的含意，並非泛指疾病<sup>25</sup>。

<sup>18</sup> 李宗焜，〈從甲骨文看商代的疾病與醫療〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》72.2（2001）：373。

<sup>19</sup> 詹鄞鑫，〈卜辭殷代醫藥衛生考〉，《中華醫史雜誌》16.1（1986）：15-23。高春媛、陶廣正，《文物考古與中醫學》（福州：福建科學技術出版社，1986），頁41。

<sup>20</sup> 高春媛、陶廣正，《文物考古與中醫學》，頁43-47。

<sup>21</sup> 〔東漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注，《圖點段注說文解字》（台北：萬卷樓圖書股份有限公司，2002，依明嘉慶本印），七篇下，頁26。

<sup>22</sup> 胡厚宣指出：「疒字在武丁時期卜辭中無屢數十百見，明乎字之為疒，然後可以論殷人之疾病問題。」見胡厚宣，〈殷人疾病考〉，頁421。

<sup>23</sup> 詹鄞鑫，〈卜辭殷代醫藥衛生考〉：15-23。

<sup>24</sup> 高春媛、陶廣正，《文物考古與中醫學》，頁47。

<sup>25</sup> 「甲骨文中有一系列表示疾病的字型，而且出現頻率相當高，另造字形的可能性極小。此外，『疾』之古意無矢鏃傷人之說，歷代字書中此字字義亦與箭傷相去甚遠。...以字型結構來看，該字釋作『疾』也過於牽強。」參李良松，《甲骨文化與中醫學》，頁

依卜辭觀之，殷人描述疾病的種類及項目雖然不少，<sup>26</sup>但並未脫離當時對身體的瞭解程度與特徵—即以目驗和各種感官所得的知識結構為基礎，這與前述身體意識的發展是同步的。杜正勝說：「殷周時代述及人身，多只關注體表部位，和秦漢以降一提起人便聯想到人體內部結構的五臟六腑不同。」<sup>27</sup>頗能點出本時期人體觀念的特色。

正如後來的文字與文法一般，甲骨文對疾病的紀錄也有一些特定的模式，包含罹病之種類、症狀、可能原因、治療及預後等內容，現將相關的卜辭內容整理如下表：<sup>28</sup>

卜辭寫法	意義
有疒(疾)	即「有病、罹患疾病」之意，多半出現於不確定部位或疾病種類時的卜辭，語氣較為模糊，例如：「貞其有疒」。另有「亡疒(無疾)」一詞，意義相反。
× 不安	若罹患疾病，雖知患處部位但無法精確指出者，通常以「×不安」表示。「×」表示身體某一局部區域。例如：「母王腹不安」。
有疒 ×、× 有疒、疒 ×	若病症或病因明確、部位清楚，則以本方式記錄。「×」表示身體特定的器官或部位。例如：「有疒自(鼻)、尻有疒、疒齒」。
例外	少數疾病症狀不以上述模式表示。例如：「禍風」意

21-22。「疒、疾當為古今字，古文衍化，往往於象形會意之本字，另加聲符，疒字从『牀』从『人』會意，矢字為後加之聲符。疾象矢著人腋下，謂其來之疾也，與訓病之疾，本非一字，惟矢中人即有創病之義，與疾病之義近，而二者之形，復不相甚遠，後世遂以『疒』之篆文『疾』兼賅疾病、疾速二義。」參李孝定，《讀說文記》(台北：中央研究院歷史語言研究所，1992)，頁194-195。

<sup>26</sup>殷代疾病研究首見於胡厚宣的〈殷人疾病考〉，該文羅列了十六種疾病。陳世輝則於〈殷人疾病補考〉文中補入「臂疾、心疾、癰腫」三項。參陳世輝，〈殷人疾病補考〉，《中華文史論叢·第四輯》(上海：中華書局，1963)，頁138。此後亦有其他學者陸續補入疾病項目，參李宗焜，〈從甲骨文看商代的疾病與醫療〉：341-342。李良松，《甲骨文化與中醫學》，頁69-99。

<sup>27</sup>杜正勝，《從眉壽到長生》(台北：三民書局，2005)，頁85-86。

<sup>28</sup>王禮賢，〈殷商疾病卜辭—中國醫學史上的醫案雛型〉，《醫古文知識》1997.2：44-46。

	指傷風感冒。「鬼夢」意指作惡夢或睡眠不佳。「耳鳴」類似今之同名症狀。「喪暈（明）」意指喪失視覺能力。
--	--

對於疾病的觀察，主要集中於病程變化狀況的描述，各種症狀及詳細的身體內外異常表現並無所見。這些記錄同樣有特定的一些字詞表示：<sup>29</sup>

相關字詞	描述意義
疒民（疾萌）	發病之始。
疒延（疾延）	疾病遷延不癒。
辟（孽之本字）	指不祥之兆、病情加重。
寵	指鬼神恩寵，受庇佑而保平安。
起、辭、克	「起」指病有起色，重病有小愈。「辭」指疾病有治、即將辭去，病情正在好轉。「克」指疾病得到控制，治療有效病情有轉機。
正、去	二字均有痊癒、康復之意，但在時間概念上有差異。「正」謂疾病得以糾正或終止，「去」指疾病已離身而去。
災、咎	皆有災禍、災難之意，表示病情加重。
蚩	災禍之意。若為動詞有降禍、橫禍之意。
死	生命危險、死亡。

這些紀錄對臨床變化分類相當細膩，推論當時殷人對不同疾病狀況的鑑別應該已經有不少經驗。歸納起來，殷人關於疾病的知識，以外傷及容易觀察感受一類的疾病為主要被留意的對象，對於病因病機、疾病伴隨的症狀與個人感受描述缺乏較詳細的記載。如前所述普遍的觀點認為疾病由天地、祖先、鬼神所致。即使因蟲獸金石所傷，亦認為由神鬼上蒼所賜；處理策略主要是祭祀與占卜，藉以瞭解該次罹病之預後與吉凶，同時也藉由占卜向鬼神、祖先請求給予佑助與御

<sup>29</sup> 李良松，《甲骨文化與中醫學》，頁 22-26。

治。少數甲骨文同時記載了其他的療法<sup>30</sup>，但僅零星可見，推斷可能是因為與占卜分屬不同療法而少見於卜辭記錄中，因此較難確認這些療法的使用方式，或這些療法運用發達的程度。<sup>31</sup>

有關文字意義的記載，于省吾曾對「殷」字(𠄎)做過解釋。<sup>32</sup>于氏經考證後認為該字乃「象人內腑有疾病，用按摩器以治之。」並認為《說文》謂：「作樂之盛稱殷。」應改為「疾病之盛稱殷。」典籍中經常訓「殷」為「痛」或「憂」，均由此義引伸而來。胡厚宣父子則續考經書及字書之記載，除了認為于氏所釋可從之外，更進一步認為「殷」字(𠄎)「象一人身腹有病，一人用手持針刺病之形。因針刺作痛，故殷有痛義。」<sup>33</sup>不過兩家說法所欲表達的意義均集中在歌頌中國醫學發展的「早期與進步」，僅能視為後人對文字之延伸解釋。換句話說，即使絕對可以合理懷疑時人必然有「痛」的感受，但以現有材料而言，目前只能做出「在當時『痛』的專字並未見在」的結論。

以較嚴謹的角度來看，筆者認為卜辭中的疾病相關記錄除了外傷疾病病因較清楚之外，其他應僅屬於身體部位與症狀的紀錄。對於「痛」字及相關的描述與記載，其實在商朝甲骨文資料中並無所見，<sup>34</sup>推論在當時可能不是最受關注的

<sup>30</sup>根據研究，當時的藥物治療有以果實、草木、酒、動物、食物等為藥，並有以雀鳥治病後調養的紀錄。有以利器刺手以治腹疾及火燒草木治病，類似針刺艾灸的治療方式。也有類似以手按摩治療胸、腹、腰、背及四肢病的紀錄。對於身上腫贅物或病肢，當時也有切除的處理方式，但有一部份是使用於刑罰。參李良松，《甲骨文化與中醫學》，頁 59-67；詹鄞鑫，〈卜辭殷代醫藥衛生考〉：15-23。

<sup>31</sup>不少學者在提及甲骨文中所紀錄之醫藥相關卜辭時，總強調當時已有按摩、針砭、灸法、湯液、拔牙及接骨...等技術，並認為這些紀錄可證明實為醫學演進中之一大成就。參李良松，〈略論甲骨文中的世界醫學之最〉，收入霍韜晦主編，《中國文化與中國醫學》（九龍：法住出版社，2003），頁 134-145。高春媛、陶廣正，《文物考古與中醫學》，頁 56-62。但事實上，甲骨卜辭為殷王室一家之物，患病記錄受載者，亦僅為殷王及王室相關之人，不得為當時醫學發展之全貌作定論。目前在甲骨文中，的確尚未找出除了祭祀以外的直接材料可供證明當時治療疾病的其他方法，固然不能完全排除當時具備其它醫療行為的可能性，但若以現代知識對照或強加引伸，則可能背負流於猜測之風險。正如李宗焜所說：「但這只是甲骨上說的，並不表示殷代絕無祈禱以外的治病方法。甲骨文時代應該也有醫療器具和藥物，但缺乏直接而可信的證據。」參李宗焜，〈從甲骨文看商代的疾病與醫療〉：379、381。

<sup>32</sup>于省吾，《甲骨文字釋林》，（北京：中華書局，1979 一版，1999 四刷），頁 321-323。

<sup>33</sup>胡厚宣，〈論殷人治療疾病之方法〉，《中原文物》1984.4：27-30。胡厚宣、胡振宇，《殷商史》，（上海：上海人民出版社，2003 一版，2004 二刷），頁 308-309。

<sup>34</sup>甲骨文中並未出現「痛」字。不過甲骨文中多次出現的「骨凡有疾」，在眾學者的解讀中，李孝定認為是「骨痛」之義。李先生認為「凡」字應釋為「同」，讀為「痛」。轉

重點，或許僅被認為是罹患疾病時的伴隨諸多現象之一，所以並未單獨列出加以記錄。時人關注的眼光傾向於重視這些病痛與不適感的預後與背後隱含的意義，對症狀及病程是缺乏詳細描述的。雖然殷人對於身體與疾病的變化已有詳細的觀察，但使用的文字數量較少，文字的歸納性及涵蓋性較強，也可能是「痛」在當時沒有立專字表示的原因，後人很難對於這些記載做出精確的解讀。可以確認的是，在這段過程中甲骨文內容已有疾病及身體結構的概念，但對「痛」及各種身體感受的表達仍十分粗略，至於病因病機的瞭解，則明顯離秦漢之後體系化的知識仍有一大段距離。總的來說，現有甲骨文中所見與疾病相關的記錄多出現在殷代早期，武丁一朝之後幾乎無所見，<sup>35</sup>即使近一世紀後出土的新甲骨文資料仍只能提供同樣的論點，而無重大突破。<sup>36</sup>

從武丁之後至西周間約一百年的時間裡，現存資料中生命知識及醫學的相關記錄仍留存不少空白待補充，但出土文物及傳世文獻的不足，並不代表時人認識身體與醫學的發展因此產生停頓。這些具有「日用而不知」特色的普遍知識與

---

引自李宗焜，〈從甲骨文看商代的疾病與醫療〉，頁 379。林小安則認為「骨凡有疾」應釋為「果凡有疾」，是武丁在位期間，為其親屬、大臣的健康安危占卜的語詞，為「果真犯有疾嗎？」之意。參林小安，〈殷墟卜辭骨凡有疾考辨〉，收入《揖芬集—張正烺先生九十華誕紀念文集》（北京：社會科學文獻出版社，2002）。

<sup>35</sup>自董作賓提出以「貞人」作為甲骨文的斷代分期方法之後，不少學者即以占卜者決定甲骨內容年代，同時區分不同卜辭出土的地層、坑位、共出陶器等形態，也對卜辭的內容（稱謂、貞人、事類、字體、文例等）進行綜合性分析。目前學者大多看法一致，認為武丁一朝結束之前屬於第一期（殷代早期），屬於「師組」、「賓組」、「歷組」及「出組」四位貞人的占卜記錄。參王宇信、楊升南主編，《甲骨學一百年》，頁 140-141、158-162、176-180。而疾病相關記錄幾乎都出現在第一期。參胡厚宣，〈殷人疾病考〉，頁 443。李宗焜，〈從甲骨文看商代的疾病與醫療〉，頁 343。至於殷商各朝年代考證可進一步閱讀姜文奎，《夏商西周年代考》（台北：國立編譯館，2000），頁 103-208。

<sup>36</sup>「花園莊東地甲骨」（簡稱花東卜辭）是中國社會科學院考古研究所於 1991 年在安陽殷墟花園莊東地 H3 坑發現的一批甲骨材料，花東甲骨文屬於「非王卜辭」，占卜主體是「子」，而非「王」。目前認為「子」是商王族之子輩，時代約在武丁時期。花東卜辭相關資料可參中國社會科學院考古研究所編著，《殷墟花園莊東地甲骨》，（昆明：雲南人民出版社，2003）。黃天樹，〈花園莊東地甲骨中所見的若干新資料〉，《陝西師範大學學報》34.2（2005），57-60。姚萱，〈殷墟花園莊東地甲骨卜辭考釋〉，《漢字文化》2004.4，54-56。時兵，〈花園莊東地甲骨卜辭考釋三則〉，《東南文化》2005.2，56-57。此外，花東卜辭的出土對醫藥相關資料也多有補充。參李宗焜，〈花東卜辭的病與死〉，發表於「從醫療看中國史」學術研討會，（台北，中央研究院歷史語言研究所），2005 年 12 月 13 日。

思想，仍然平靜無聲、緩緩的延伸之中。<sup>37</sup>

西周時期對身體內部結構仍缺乏詳細知識，<sup>38</sup>現存的片段資料尚不足以形成整體觀念，生命知識及醫學的發展大抵上並無鮮明特色。不過考證稍晚的春秋時期文獻，卻開始出現觀念上的突破。據《古今圖書集成·醫部全錄》所列，明文記載活躍於春秋時期的，有巫彭、醫緩、醫和（秦和）、醫駒、范蠡等人，<sup>39</sup>其中較詳細記載醫案及言論者，當屬醫緩及醫和兩人；至於扁鵲因活動時代較廣，可能跨越至戰國時代，將於下節再行討論。<sup>40</sup>

據《左傳》所載，晉景公因夢厲鬼召桑田巫解夢，經占卜後認為來日無多，後晉景公因病而求助於秦，秦國派出醫緩逕赴診治。醫緩未到之前，景公夢見兩個病鬼對話，一鬼曰：「彼良醫也，懼傷我，焉逃之？」另一鬼答：「居肱之上，膏之下，若我何？」在醫緩抵達幫景公診斷之後，竟也做出同樣的診斷：「疾不可為也，在肱之上，膏之下，攻之不可，達之不及，藥不治焉，不可為也。」<sup>41</sup>醫緩因診斷內容與景公夢境吻合而被讚為良醫，並獲厚禮，雖拒絕醫治卻能全身

<sup>37</sup> 知識發展的「連續性」與「斷裂性」問題影響研究思想演變時的眼界。「精英式」的思想與正史經典文本可能不一定在日常生活中產生最重要的作用，也不見得能因此而拼湊出完整的時間順序與知識結構。早期生命與醫學知識的相關研究，更須留意這個觀點。正如葛兆光所說：「作為一種普遍認可的知識與思想，通過最基本的教育構成人們的文化底色，它一方面背靠一些不言而喻的依據和假設，建立起一整套簡明、有效的理解，一方面在日常生活世界中對一切現象進行解釋，支持人們的操作，並做為人們生活的規則和理由。」參葛兆光，《思想史的寫法》（上海：復旦大學出版社，2004），頁15。

<sup>38</sup> 杜正勝，《從眉壽到長生》，頁88-92。

<sup>39</sup> [清]陳夢雷等，《古今圖書集成醫部全錄》第十二冊（北京：人民衛生出版社，1991一版，2000三刷），頁75-78。

<sup>40</sup> 《漢書·藝文志》記載，中世名醫有扁鵲、秦和（醫和）。[東漢]班固，《漢書》（台北：台灣商務印書館，1937初版，1996台一版七刷），頁453。目前學者們對扁鵲之出身及活動年代說法不一，參郭世余，〈對扁鵲里籍的點滴吾見〉，《天津中醫學院學報》1994.1：22-23。李伯聰，〈關於扁鵲、扁鵲學派和中醫史研究的幾個問題〉，《醫學與哲學》1994.3：51-52。曹東義等，〈扁鵲生活年代考〉，《河南中醫》1995.1：28-32。張勝忠，〈扁鵲的圖騰形象〉，《天津中醫學院學報》17.4（1997）：201-202。扁鵲的綜合性論文書籍可參山田慶兒著，廖育群、李建民編譯，《中國古代醫學的形成》（台北：東大圖書股份有限公司，2003），頁335-412。曹東義，《神醫扁鵲之謎》（北京：中國中醫藥出版社，1996）。扁鵲是古代大醫之名，後來或成為一群具相同特徵的行醫人士代稱，唐朝楊玄操為《難經》作序時也提到《史記·扁鵲倉公列傳》所載之秦越人，亦具有和「扁鵲」相同特徵而以其名稱之。參[宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》（大阪：オリエント出版社，1992），頁3。

<sup>41</sup> 李學勤主編，《春秋左傳正義》，（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁852-853。

而退；桑田巫占出其死期，卻不見信於景公，而於景公如廁淹死前遭殺身之禍。即使表面上看起來醫緩可能因顧及名譽及生命，對罹患絕症之國君不予治療，但值得注意的是當時雖仍將病因歸屬於鬼神，醫緩卻已能判斷病因所處之特定病位、並決斷死生，醫與巫的專業也開始出現分工的端倪；面對未知力量的態度，已經因時代的不同有所變化了。《禮記·表記》就載錄了這段過程的差異：「夏道尊命，事鬼敬神而遠之。殷人尊神，率民以事神。周人尊禮尚施，事鬼敬神而遠之。」<sup>42</sup>

時代稍晚於醫緩的秦國名醫醫和，事蹟記載於《左傳》及《國語》中。醫和同樣受邀至晉國為國君診治，他也診斷出晉平公得了不治之症，病因得自於「女色蠱惑」。醫和除了告知已無法治療之外，並對平公衛教了一番，告誡其太過之害與節制禮儀的重要性：

先王之樂，所以節百事也，故有五節，遲速本末以相及，中聲以降，五降之後，不容彈矣。於是有煩手淫聲，愒堙心耳，乃忘平和，君子弗聽也。物亦如之，至於煩，乃舍也已，無以生疾。君子之近琴瑟，以儀節也，非以愒心也。<sup>43</sup>

醫和以過去賢王明節制、尊禮儀相較於現今平公的淫逆惑亂，並認為「今君不節不時，能無及此乎？」強調此舉將導致君主喪志、良臣將死，國家即將失去上天的庇佑，走到無力挽回的地步。殷商到春秋時期因君王政權的合理性在於「得天命」，在「國君一體」的意識下，君王若無法「敬慎厥德」，必會禍延城邦，人民也將無所依託。<sup>44</sup>以君主聖明與否對應朝政的想法，在當時相當普遍，也擴大形成了國家政治社會倫理關係與身體不同部位功能表現的相對價意識，<sup>45</sup>這些複製

<sup>42</sup>李學勤主編，《禮記正義》（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁 1732-1734。

<sup>43</sup>李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁 1340-1341。

<sup>44</sup>在「天—天下一天子—民」的關係中，天子承天命治天下，天子之職責在於維護「民」的合理生存領域，即「天下」之安定。民的生存條件，則藉天子安定天下秩序以安居樂業。見甘懷真，〈秦漢的「天下」政體—以郊祀禮改革為中心〉，《新史學》16.4(2005)，頁 13-56。

<sup>45</sup>王健文，〈國君一體—古代中國國家概念的一個面向〉，收入楊儒賓主編，《中國古代思想中的氣論與身體觀》（台北：巨流圖書公司，1993），頁 227-260。金仕起，〈晉平公病案新考—「論病以及國」傳統的一則個案分析〉，收入生命醫療史研究室編，《「疾病的歷史」研討會論文集》（台北：中央研究院歷史語言研究所，2000），頁 627-653。

周禮、維持君臣父子階層制度的行為準則同時影響了後續人體藏府生理病理知識的進展。<sup>46</sup>而以古之聖賢對照今朝君主之弊的類似語法與意識，同樣可見於戰國以後的傳世醫書，其觀點在凸顯身心平衡對健康的重要性與失衡的嚴重性，及以古諷今之意義。如《素問·移精變氣》提到：

往古人居禽獸之間，動作以避寒，陰居以避暑，內無眷慕之累，外無伸宦之形，此恬憺之世，邪不能深入也。故毒藥不能治其內，針石不能治其外，故可移精祝由而已。當今之世不然，憂患緣其內，苦形傷其外，又失四時之從，逆寒暑之宜，賊風數至，虛邪朝夕，內至五藏骨髓，外傷空竅肌膚，所以小病必甚，大病必死，故祝由不能已也。<sup>47</sup>

醫家認為形神勞逸適度，身心便不易為邪所傷，即使遭邪所干，也不易深入而導致重病。但若過度操勞導致身心受損，又不知避四時環境變化，則罹病必然會加劇，內外皆傷以致喪失生命。

時代較晚的《素問·移精變氣》所闡述的，包含了後世所謂「內因、外因、不內外因」三類病源，<sup>48</sup>醫者所考慮的是廣泛性與人身具關連性的因素與身體的相應變化。若回頭看醫和所說：

天有六氣，降生五味，發為五色，徵為五聲，淫生六疾。六氣曰陰、陽、風、雨、晦、明也，分為四時，序為五節。過則為菑：陰淫寒疾，陽淫熱

<sup>46</sup>《素問·靈蘭秘典論》提出人身十二藏之相使與貴賤關係。並強調「凡此十二官者，不得相失也。」「主明則下安，主不明則十二官危。」山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》（北京：人民衛生出版社，1995），頁 124-125。相關研究可參張俊龍，〈臟腑之主研究〉，《山西中醫學院學報》2.2（2001）：51-53。鞠寶兆，〈《內經》藏象理論的社會官制文化特徵〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》11.2（2005）：96-97、102。許玉娟：《《素問·靈蘭秘典論》中十二官之探討》（台中：中國醫藥大學中國醫學研究所碩士論文，2004）。

<sup>47</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 175。

<sup>48</sup>《金匱要略·臟腑經絡先後病脈證第一》談到：「千般疾難，不越三條。一者，經絡受邪入臟腑，為內所因也；二者，四肢九竅，血脈相搏，壅塞不通，為外皮膚所中也；三者，房室金刃蟲獸所傷。以此詳之，病由都盡。」這是以三種不同病因和病位傳變關係分析所有疾病的主張。條文參見李克光主編，《金匱要略譯釋》（上海：上海科學技術出版社，1995），頁 23-24。而宋朝陳無擇的三因說是以六淫邪氣為外因，五臟情志所傷為內因，而以飲食、房室、金刃為不內外因，與仲景之說有所差異。參〔宋〕陳言，《三因極一病證方論》（北京：人民衛生出版社，1983）。相關論點可參李成衛、王慶國，〈《金匱要略》“三因”非因論〉，《北京中醫藥大學學報》22.5（1999）：6-7。

疾，風淫末疾，雨淫腹疾，晦淫惑疾，明淫心疾。<sup>49</sup>

春秋時代的生命知識特徵是以天人相應，六氣五味等觀念描構環境與身體的互動關係；自然界的特性同樣再現於人體，並有常態及變異之別。病因並沒有做出明確的內外之分，天地與人體之間的關係雖曖昧不明但緊密結合。<sup>50</sup>醫和分析病因的主軸，則藉環繞在各種自然現象變化（六氣）過度對人體造成疾病的解說，以凸顯晉文公「女陽物而晦時，淫則生內熱惑蠱之疾。」之錯誤。

醫和一案的貢獻，在於以下觀點的突破：第一，鬼神、飲食起居及近女色等論點已能區分，並得知皆能為病，醫者診斷的視野是有進展的。同一時代，鄭子產提出：「出入、飲食、哀樂之事。」皆可致病的觀點，<sup>51</sup>也旁證了以鬼神為病因的想法在當時開始沒落。直至戰國時代，罹病求助於巫甚至已經被認為是不智的作法。<sup>52</sup>而飲食起居不節及妄作女色為病在當時各國王室是屢見不鮮的病因，有識之士也多認為應當節制。如《呂氏春秋·孝行》即指出：「養有五道：修宮室，安床第，節飲食，養體之道也。……正六律，龠五聲，雜八音，養耳之道也。」<sup>53</sup>其次，病因的理論基礎不再侷限於鬼神無名，「氣」的意識逐漸從天地節氣變化之象成為病因病機的考量之一，「氣」所呈現的是強烈的概括性與功能描述為主的思考內涵。此時「氣」的特性與種類，主要仍以外來之陰、陽、風、雨、晦、明做為代表，陰陽風雨必須受之有節，晦明則當用之有限，因為「過則為蓄」。至於「氣」的概念進一步分化，及人身之諸「氣」的派生、乃至於成為中醫理論的核心之一，則是稍晚戰國時期的故事。<sup>54</sup>第三，對身體症狀及病位的描述仍不詳細。正如石田秀實所列舉當時的三種疾病分類方式：（1）寒病與熱

<sup>49</sup> 李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁 1341-1342。

<sup>50</sup> 山田慶兒著，廖育群、李建民編譯，《中國古代醫學的形成》，頁 339。

<sup>51</sup> 李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁 1336。

<sup>52</sup> 《呂氏春秋》的〈知接〉篇中曾有一段齊桓公與管仲的對話記載。公曰：「常之巫審於死生，能去苛病，猶尚可疑邪？」管仲對曰：「死生命也，苛病失也。君不任其命、守其本，而恃常之巫，彼將以此無不為也。」見陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》（上海：上海古籍出版社，2002），頁 979。

<sup>53</sup> 陳奇猷校釋：《呂氏春秋新校釋》，頁 737。

<sup>54</sup> 學者認為氣的概念發展有四個階段：第一階段是春秋和春秋之前，氣概念逐漸形成。第二階段是戰國時期，概念臻於成熟。第三階段在兩漢，形成系統理論。第四階段為宋元明清時期，概念更加昇華。見劉長林，〈說「氣」〉，收入楊儒賓主編，《中國古代思想中的氣論與身體觀》，頁 109-117。

病(2)四肢疾病與腹部疾病(3)心的惑亂與過勞一般，<sup>55</sup>除了依病患表現的寒熱症狀區分病因的特性之外，也以特定的字涵蓋性質相似及區域相近的身體部位，如「末」為四肢，「腹」指橫膈以下大腹腔而言，這是延續自甲骨文時期的表達方式；至於思慮及房勞所傷，則屬於「心」的勞損及惑亂。<sup>56</sup>

在身體結構與內臟認知未臻詳細的春秋時代，「心」是自殷商以來唯一被較清楚認識的內臟，<sup>57</sup>也是中國各家學術思想發展過程中必定會探討的重要議題。<sup>58</sup>在此筆者無意對諸子論「心」的哲學觀點多所著墨，僅討論「心」與「痛」間生命相關內容的演化。

據《史記·殷本紀》記載，紂王怒殺叔父比干之前曾說：「吾聞聖人心有七竅，信有諸乎？」<sup>59</sup>依現代解剖學觀點，紂王之說是有根據的。若將心臟周圍的分枝血管切除，心臟本體(trunk)內外恰有七個孔竅。分別為：上腔靜脈(superior vena cava)孔、下腔靜脈(inferior vena cava)孔、肺動脈(pulmonary artery)孔、肺靜脈(pulmonary vein)孔、主動脈(aorta)孔、左右房室(left and right atrium-ventricle)孔。<sup>60</sup>而《晏子春秋》中，齊景公也談到：「寡人之有五子，猶心之有四支，心有四支，故心得佚焉。」<sup>61</sup>「心之四支」孫星衍云：「外傳作『肢』。」

<sup>55</sup>石田秀實，《中國醫學思想史》(東京：東京大學出版會，1993)，頁27。

<sup>56</sup>李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁1342-1343。

<sup>57</sup>杜正勝，《從眉壽到長生》，頁85-88。

<sup>58</sup>歷代思想家皆對「心」相當重視，多半認為「心」對於身體而言，有「主宰、思慮、藏神」等高位階的地位，對於「心物關係」的闡述歷代更是百花齊放。在中國哲學以生命為中心、重視主觀性及內在道德性的氛圍中，「心」的特殊性與重要性不言可喻。有關「心」的各家思想介紹可參以下著作。牟宗三，《中國哲學的特質》(台北：台灣學生書局，1990)。王朝增，《理性的萌生—先秦哲學》(瀋陽：遼海出版社，1998)。蔡璧名，《身體與自然》(台北：國立台灣大學出版委員會，1997)，頁91-160。馮友蘭，《中國哲學史新編》。任繼愈主編，《中國哲學史》。杜正勝，〈形體、精氣與魂魄——中國傳統對「人」認識的形成〉，《新史學》2.3(1991)：13-22。池田知久，〈馬王堆漢墓帛書《五行篇》所見之身心問題〉、黃俊傑，〈馬王堆帛書《五行篇》「形於內」的意涵〉，以上兩篇收入楊儒賓主編：《中國古代思想中的氣論與身體觀》，頁327-352、353-367。

<sup>59</sup>馬持盈註，《史記今註》(台北：台灣商務印書館股份有限公司，1979)，頁96。

<sup>60</sup>張瑞麟、張勇，〈略論《難經》人體解剖學的成就與貢獻〉，《中醫文獻雜誌》2001.1：1-3。但有學者認為「七孔」雖確定為解剖構造，具體部位仍尚待商榷。參張挺等，〈「心」的中西醫學比較研究〉，《上海中醫藥大學學報》16.2(2002)：10-13。

<sup>61</sup>王更生註譯，《晏子春秋今註今譯》(台北：台灣商務印書館股份有限公司，1987)，頁51。

嚴建民認為此即指由心臟所出之四條大血管：左鎖骨下動脈（left subclavian artery）、左頸總動脈（left common carotid artery）、無名動脈的頭臂幹（brachiocephalic trunk）及上腔靜脈（superior vena cava）。<sup>62</sup>因此，當時對於心的認識來自於實體解剖的可能性相當大，最初的知識來源應是人以外的禽獸，目的為提供祭禮過程中所需要，<sup>63</sup>往後則陸續加入了人體（俘虜、囚犯）部分的知識，<sup>64</sup>而有關「心」的描述也以心臟及連屬組織的實像與功能為主，戰國中期之後體內其他臟腑的命名與認識亦可能經歷了同樣的過程逐漸成熟。<sup>65</sup>

但正如現代用法一般，當時「心」的含意其實是多元的。除了有生理上的含意之外，也具有心理狀態的譬喻。杜正勝曾對「心」的概念做過考證，認為基本上從春秋之前到春秋時代前、中期，「心」的意義依然延續殷商西周以來的說法，偏於心思、精神或情緒的狀態。<sup>66</sup>也由於「心」對於人有如此的特殊性，其主宰、管理精神與肉體的觀念及位階顯然不可動搖，至今如是。值得關注的是，「痛」的文字記載最早也同樣出現於與「心」有關的故事。

魯成公十三年四月，由於秦國違背了和晉國在令狐訂立的盟約，於是晉侯派了呂相出使秦國，目的是斷絕雙方的盟友關係。當時秦國不但背棄盟約，並且和鄭、楚等國結盟，但事實上，楚人亦厭惡秦國在政治立場上的反覆無常，於是轉告晉國，要共同懲罰三心二意的秦國。其他諸侯知道這件事後，也都十分痛恨秦國，因此晉國下了最後通牒，要秦國做出要戰爭還是和平共處的決定。同年五月，協調不成，晉國和各諸侯國聯軍於麻隧打敗秦國。<sup>67</sup>《左傳·成公》記載了這段歷史，並以「痛心疾首」形容當時諸侯們對秦國缺乏道義行徑之高度不悅與

<sup>62</sup>嚴建民，〈中國人體解剖史探源〉，《湖南中醫學院學報》18.4（1998）：61-62。

<sup>63</sup>《禮記·郊特牲》記載了周天子主祭的「郊」，是融合了以天文曆法、敬天祭祖、祈農豐收等多種政治、倫理、農業生產為一體的重要禮儀活動，並以飲食、車服、犧牲、玉璧等作為奉獻的物品，如郊天有七獻、天子祭祖有九獻等。此外也有以血、肺、肝、心等做為祭品的記載。參見李學勤主編：《禮記正義》，頁892-964。

<sup>64</sup>范行準，《中國醫學史略》，（北京：中國古籍出版社，1986），頁8-9。杜正勝，《從眉壽到長生》，頁90-91。張俊龍、李如輝，〈中醫解剖方法考及其他〉，《中醫藥研究》1996.6：5-6。司呈泉，〈中國古代的人體解剖與外科手術〉，《前進論壇》1998.10：35-36。

<sup>65</sup>傅延齡等，〈論臟腑概念及其命名〉，《北京中醫藥大學學報》23.3（2000）：1-4。煙建華，〈《內經》五臟概念研究〉，《中醫藥研究》23.3（2005）：395-399、406。

<sup>66</sup>杜正勝，〈形體、精氣與魂魄—中國傳統對「人」認識的形成〉：7。

<sup>67</sup>李學勤主編：《春秋左傳正義》，頁868-874。

反感。而在《呂氏春秋·禁塞》篇中，對於歷代荒亂無道、不守仁義的君主，興主仁士也皆無不「痛心、悲哀」，而主張加以攻伐。<sup>68</sup>由此看來，當時「痛心」一詞並非指實質心臟之病理症狀，而是表達對特定人事物所產生的心理情緒不適感，並強調人事物的負面極端性與主述者的厭惡與感嘆。然而，心理層面的負面承擔仍可能引發疾病，甚至導致死亡。魯襄公三年春天，楚共王命子重攻吳，但因戰敗反遭吳國反撲攻下楚國重要城池，子重也因國人責難與自身憂恚，不久「遂遇心疾而卒」。<sup>69</sup>

以探索醫學源流相關史料的角度看來，在本時期「痛」的紀錄晦暗未明、未能見於疾病與病理症狀的「窘況」下，前述「痛心」、「心疾」的少數記載除了表達了一部份生命現象與「痛」的連結，其實也影響了後世提及「鞠躬盡瘁、死而後已。」及「積勞成疾」等一類想法與文字記錄的思想依據，源頭則清晰的指向醫和及更早的時代。這整套相關知識延伸到戰國後期時，產生了更多與生理結構的連結。韓非子曾對人心不當的慾望導致身體產生疾病做出精闢的推論：

故欲利甚於憂，憂則疾生，疾生而智慧衰，智慧衰則失度量，失度量則妄舉動，妄舉動則禍害至，禍害至而疾嬰內，疾嬰內則痛禍薄外，痛禍薄外則苦痛雜於腸胃之間，苦痛雜於腸胃之間則傷人也慴，慴則退而自咎，退而自咎也生於欲利，故曰：「咎莫慴於欲利。」<sup>70</sup>

韓非子擇取《老子》條文的精神，以法家思想來解釋其中的意涵。闡述的核心觀點在於「禍難生於邪心，邪心誘於可欲。」因心欲追求所利，導致智慧與理性喪失，失去權衡輕重、得失的能力，人為此做出各種欠缺考慮的舉動，進而傷害身體內外，產生疾病與疼痛；這是一套由「心的不知足」所演繹出形成身體內外結構的連鎖傷害過程。《素問·靈蘭秘典》中有一段「心之清明」對身體重要性的論點或許正可做為這段發展進一步的結論：

故主明則下安，以此養生則壽，歿世不殆，以為天下則大昌。主不明則十二官危，使道閉塞而不通，形乃大傷，以此養生則殃，以為天下者，其宗

<sup>68</sup>陳奇猷校釋：《呂氏春秋新校釋》，頁 406-407。

<sup>69</sup>李學勤主編：《春秋左傳正義》，頁 944-945。

<sup>70</sup>邵增樺註譯，《韓非子今註今譯》（台北：台灣商務印書館股份有限公司，1983），頁 922。

大危，戒之戒之！<sup>71</sup>

《周禮》記載的是西周的各種官制與國家制度，包含神權、君主、貴族與政治思想，然該書內容龐雜，來歷不明，於諸經中出現最晚，因此後世學者毀譽皆有，意見不一。據考證全書並非是西周時期完成，正如《橫渠語錄》所載：「《周禮》是的當之書，然其間必有末世增入者。」<sup>72</sup>《通志》鄭樵引孫處之言所說：「周公居攝六年之後，書成歸豐，而實未嘗行。……惟其未經行，故僅述大略，俟其臨事而損益之。」<sup>73</sup>《論語·為政第二》孔子也說：「殷因於夏禮，所損益可知也；周因於殷禮，所損益可知也；其或繼周者，雖百世可知也。」<sup>74</sup>因此基本上《周禮》所載的各種制度，其實是一個「理想國」的輪廓，期望在當時最佳設計的制度基礎上不斷修正改進，歷朝皆能創造完美的國家。本節最後將討論《周禮》中所記載的醫療制度相關內容，呈現春秋至戰國間，在中醫學發展的「混沌階段」裡隱約但延續的紀錄。<sup>75</sup>

分析《周禮·天官冢宰》中所設計的醫事制度之前，筆者首先將相關內容表列於下：<sup>76</sup>

職官名	人員編制	主管業務與考核制度
醫師	上士二人，下士四	掌醫之政令，聚毒藥以共醫事。凡邦之有疾病

<sup>71</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 125。

<sup>72</sup>橫渠指的是北宋大儒張載，《橫渠語錄》應就是《張子語錄》，為其歷年的講學語錄。〔清〕紀昀，《欽定四庫全書總目·周禮注疏》四十二卷，轉引自李學勤主編，《周禮注疏·天官冢宰》，（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁 1。

<sup>73</sup>《通志》一書涉及諸多知識領域，可說是世界上最早的一部百科全書。梁啟超在《中國歷史研究法》書中曾高度評價鄭樵對史學的貢獻：「史界之有樵，若光芒競天下之一彗星焉。」論述資料轉引自李學勤主編，《周禮注疏·天官冢宰》，頁 1。

<sup>74</sup>李學勤主編，《論語注疏》，（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁 25-26。

<sup>75</sup>「混沌」是物理學上的一種特定演化模式，具有兩個重要的特性：（1）系統的變化驟看似乎毫無規則，但實際上是由物理定律所決定的。（2）系統的演化對初始條件的選取非常敏感，初始條件極微小的分別，在一段時間的演化後也可帶來南轅北轍的結果。筆者認為在春秋到戰國中後期間，中醫學的發展具有類似的特性，即看似具有多種不同的生命觀點，混亂而不明，但其實個別隱含了變化的線索與源流。而這些不同的觀點，演化出不同的醫學知識與理論，在戰國後期之後排除極端、逐漸整合，中醫學的架構逐漸成形。

<sup>76</sup>李學勤主編：《周禮注疏·天官冢宰》，頁 127-139。

	人；府二人，史二人，徒二十人。	者、疔瘍者造焉，則使醫分而治之。歲終，則稽其醫事，以制其食：十全爲上，十失一次之，十失二次之，十失三次之，十失四爲下。
食醫	中士二人。	掌和王之六食、六飲、六膳、百羞、百醬、八珍之齊。凡食齊眡春時，羹齊眡夏時，醬齊眡秋時，飲齊眡冬時。凡和，春多酸，夏多苦，秋多辛，冬多鹹，調以滑甘。凡會膳食之宜，牛宜稌，羊宜黍，豕宜稷，犬宜粱，雁宜麥，魚宜菰。凡君子之食恆放焉。
疾醫	中士八人。	掌養萬民之疾病。四時皆有癘疾：春時有疔首疾，夏時有癢疥疾，秋時有瘡寒疾，冬時有嗽上氣疾。以五味、五穀、五藥養其病，以五氣、五聲、五色眡其死生。兩之以九竅之變，參之以九藏之動。凡民之有疾病者，分而治之。死終，則各書其所以，而入於醫師。
瘍醫	下士八人。	掌腫瘍、潰瘍、金瘍、折瘍之祝藥副殺之齊。凡療瘍，以五毒攻之，以五氣養之，以五藥療之，以五味節之。凡藥，以酸養骨，以辛養筋，以鹹養脉，以苦養氣，以甘養肉，以滑養竅。凡有瘍者，受其藥焉。
獸醫	下士四人。	掌療獸病，療獸瘍。凡療獸病，灌而行之以節之，以動其氣，觀其所發而養之。凡療獸瘍，灌而副之，以發其惡，然後藥之，養之，食之。凡獸之有病者、有瘍者，使療之，死則計其數以進退之。

這是當時認定最爲完善的醫藥制度。對於這段記錄，一般學者觀點多認爲當時已經提出的醫學分科、醫政制度及醫療考核方法是一大創舉，具有史學上的特殊意

義。<sup>77</sup>但進一步看，該項制度的內容，除了期望藉由「立天官冢宰，使帥其屬而掌邦治，以佐王均邦國。」<sup>78</sup>繼續穩定政權之外，也證明當時對生命及醫療的重視與瞭解程度已經增加。《六韜》也記載，軍中主將旁應設有方士三人，「主百藥，以治金瘡，以痊萬病。」<sup>79</sup>若加入《逸周書·王會》記載周成王執政時曾在成周大會的會場邊設立病坊，以收容生病的諸侯一事；<sup>80</sup>以及《管子·入國》所記載春秋時期：「凡國都皆有掌養疾聾盲瘖啞。」<sup>81</sup>的史實，從西周到春秋前中期醫藥知識與配套制度的逐漸開展應是可以確定的，而且應已具備一定的規模與成熟度。

《周禮》的醫藥制度，身體相關的生理現象與疾病種類已然區分，內容也加以擴大化。「食醫」具備氣象、物類與飲食調劑的知識，因此可運用四季環境特性，指導「膳夫」搭配調和日常飲食種類以維持身體功能健康，並對於飲食宜忌與身體的關係提出人人皆可依賴的準則，不過該優勢僅限於王公貴族。這類知識與「疾醫」、「瘍醫」診治及調劑的準則具有程度不等的相似性，後來演變成較具系統性的理論，醫家得以遵循。如《素問·藏氣法時論》即闡述了「合人形以法四時五行而治。」並以五味調治五藏。<sup>82</sup>《靈樞·五味》和《靈樞·五味論》

<sup>77</sup>周代職官制度建立起六官隸屬制度框架，分為：天官、地官、春官、秋官、夏官、冬官，各有職掌。除了先前已有的掌管天文觀測、農業、畜牧的官員外，周代還建立了一整套和醫學有關的醫政組織和制度。相關觀點參北京中醫學院，《中國醫學史講義》（香港：醫藥衛生出版社，1968），頁16。湖南中醫學院，《中國醫學發展簡史》（湘潭：湖南科學技術出版社，1979），頁184。范行準，《中國醫學史略》，頁18。黃侖：《醫史與文明》，頁165。

<sup>78</sup>對「天官冢宰」之名，鄭玄云：「象天所立之官。冢，大也。宰者，官也。天者統理萬物，天子立冢宰使掌邦治，亦所以統御眾官，使不失職。」見李學勤主編，《周禮注疏·天官冢宰》，頁1。

<sup>79</sup>徐培根註譯，《太公六韜今註今譯》（台北：台灣商務印書館股份有限公司，1976），頁221。

<sup>80</sup>《逸周書·王會》提到：「為諸侯之有疾病者，阼階之南，祝淮氏榮氏次之，珪瓚次之，皆西面，彌宗旁之。為諸侯有疾病者之醫藥所居。」本段所記載應是最早具醫療照護雛形的機構。參朱右增，《逸周書集訓校釋》（台北：台灣商務印書館股份有限公司，1971），頁114。

<sup>81</sup>鄭玄注《周禮》〈春官·大史〉云：「天子頒朔於諸侯，諸侯藏之祖廟。至朔，朝於廟，告而受行之。在天子言之則曰頒，在諸侯言之則曰入。入國，言所頒之政入國也。」換句話說，當時周天子已經有命令諸侯在其統管各國設立治療養護機構的政策。參李勉註譯，《管子今註今譯》（台北：台灣商務印書館股份有限公司，1988），頁870-871。

<sup>82</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁311-328。

中，更詳細提出五味對於五臟的不同作用，五穀、五果、五畜、五菜之宜忌及五味太過傷五臟之所由。<sup>83</sup>以下列表以供對照：

來源	肝	心	脾	肺	腎
〈藏氣法時論〉	◎苦急，急食甘以緩之。 ◎宜食甘，粳米牛肉棗葵皆甘。	◎苦緩，急食酸以收之。 ◎宜食酸，小豆犬肉李韭皆酸。	◎脾苦濕，急食苦以燥之。 ◎宜食鹹，大豆豕肉栗藿皆鹹。	◎苦氣上逆，急食苦以泄之。 ◎宜食苦，麥羊肉杏薤皆苦。	◎苦燥，急食辛以潤之。 ◎宜食辛，黃黍雞肉桃蔥皆辛。
〈五味〉 註： ◆五禁：五臟虛證不宜用所不勝之味。	◆肝病禁辛。 ★肝病者，宜食麻犬肉李韭。 ☆肝色青，宜食甘，杭米飯、牛肉、棗、葵皆甘。	◆心病禁鹹。 ★心病者，宜食麥羊肉杏薤。 ☆心色赤，宜食酸，犬肉、麻、李、韭皆酸。	◆脾病禁酸。 ★脾病者，宜食粳米飯，牛肉棗葵。 ☆脾黃色，宜食鹹，大豆、豬肉、粟、藿皆鹹。	◆肺病禁苦。 ★肺病者，宜食黃黍雞肉桃蔥。 ☆肺白色，宜食苦，麥、羊肉、杏、薤皆苦。(臨床經驗得知肺虛禁苦，但肺氣上逆之實證宜以苦瀉之。)	◆腎病禁甘。 ★腎病者，宜食大豆黃卷豬肉栗藿。 ☆腎色黑，宜食辛，黃黍、雞肉、桃、蔥皆辛。
〈五味論〉	五味太過之弊				
	酸走筋，多食之，令人癢。	苦走骨，多食之，令人變嘔。	甘走肉，多食之，令人挽心。	辛走氣，多食之，令人洞心。	鹹走血，多食之，令人渴。

<sup>83</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 134-141、189-198。

依表中所列，〈五味〉提供的兩種飲食建議運用時機其實並不完全相同，一種（★標示）是單純五臟與五味相應，依其嗜欲特性各歸所喜。另一種（☆標示）與〈藏氣法時論〉內容相同，是以五臟疾病各有不同特性，依病理變化而在飲食上各有所宜，以避免犯其所苦。<sup>84</sup>有關飲食與疾病關連性一類的知識，在當時發展的軌跡其實已相當清晰而詳細，並具有一定程度的完整性。

非外傷性的病痛被稱為「疾病」，人民患病乃導因於四時不同名稱之「癘疾」，其皆由「疾醫」負責療治與將養。李建民引鄭玄之注認為四時不同「癘疾」之名稱具有陰陽術數之色彩，四時與人身之氣皆是有序而不可逆的過程。<sup>85</sup>「五行」學說在戰國末年趨於成熟，到漢代達到鼎盛，並逐漸滲入儒、墨、兵、道等各家學說，<sup>86</sup>鄭玄的觀點融入術數思想其實並不令人意外，雖然術數化的模式提供了方便操作的概念，但仍不可因此而排除當時四時「癘疾」名稱與相關症狀的臨床真實性。當時對於病因的理解不再侷限於鬼神降禍的思維，除了歸納出因四時更迭而容易罹患的疾病，並以「外因起病」為意識主流，雖僅以輕者為「疾」、重者為「病」作區分，<sup>87</sup>但相較於殷商仍應視為一大突破。重要的是，本階段的醫學意識已開始重視診斷，醫者亦具備相關的能力，能透過病患五氣、五聲、五色的外顯現象判斷預後，並熟知如何辨別身體孔竅與內臟的變化動態以分辨診治，這表示醫者已能從病患外顯現象及自身感官經驗中，進一步思考身體「內外」的變動在疾病過程中的地位與意義。

至於「瘍醫」處理的業務範圍，大概是所謂的「外傷」—即病位病灶目視可得的一類疾病。舉凡腫脹、積聚、潰瘍、金創、折傷等的外科處置、敷藥包紮、配合各類性烈性緩藥物及飲食作息的治療，皆為「瘍醫」必備的能力。依常理推斷，在這些傷害造成的同時，即使不見於文獻記載，「痛」也應該是相伴發生的必備現象，若再加上清創、放血等「剷殺」處置，「痛」的程度應是不言可喻。換句話說，「瘍醫」處置外傷的同時，「痛」的處理亦是一大重點。然而醫家是

<sup>84</sup>程士德主編，《內經》（台北：知音出版社，1994），頁108-113。

<sup>85</sup>李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》（台北：中央研究院歷史語言研究所，2001），頁130-132。

<sup>86</sup>孫廣德，《先秦兩漢陰陽五行說的政治思想》（台北：嘉新水泥公司文化基金會，1969），頁1。

<sup>87</sup>李學勤主編：《周禮注疏·天官冢宰》，頁131。

如何克服這個難題呢？

若以中庶子質問扁鵲之言，上古大醫俞跗具備「割皮解肌，訣脈結筋，搦髓腦，揲荒爪幕，湔浣腸胃，漱滌五臟，練精易形。」<sup>88</sup>的功夫做為旁證，當時醫師進行外科（解剖）一類的治療時恐怕需要藉助「止痛、麻醉」的協助才得以完成上述過程。有趣的是，《說苑》重複引用這段歷史時，扁鵲的回答竟然是自己並不具備俞跗一般的「外科」功夫。<sup>89</sup>或許這和西漢時期的醫學環境有關，但顯然無法否定時人已經存有解剖相關意識，同時外傷及解剖治療時伴隨「痛」的問題仍然必須面對。稍晚的《列子·湯問》記載扁鵲為魯公扈、趙齊嬰治療，扁鵲讓二人飲了毒酒，「迷死三日，剖胸探心，易而置之。」並於術後投以神藥。<sup>90</sup>這段歷史雖亦隨《列子》一書同被質疑僅為傳說並非事實，但再看《三國志》所載，身處後漢的華佗處理「結積在內、針藥不能及，必須剝割」之病，採用「飲其麻沸散，須臾如醉死無所知，因破取。病若在腸中，便斷腸湔洗，縫腹膏摩，四五日差，不痛，人亦不自寤，一月之間，即平復矣。」的方式，其實與扁鵲的手法有異曲同工之妙。將兩段史料疊合，不論是傳說或是正史所載，這種「術前給與麻醉昏迷藥物，術後局部塗以神方。」的方式似乎成為外科治療的標準處置步驟，當然最主要目的是為了止痛。甚至直到相距一千年後的元朝醫家危亦林，論及外傷處理時，仍主張「跌撲損傷，骨肉疼痛，整頓不得，先用麻藥服，待其不識痛處，方可下手。」<sup>91</sup>除此之外，筆者認為藥物麻醉劑量與致死劑量的些微差異，時醫如何能掌握而運用自如，值得深入思考。若以後世各朝的相關記載回溯治療的進展過程，外科部分處理「痛」的方式可能是以麻醉止痛為主流，歷經二、三千年並無觀念上的大變動。至於病患本身面對「痛」的心理意識及感受，筆者將於第三節討論。

《周禮》時代，食醫、疾醫與瘍醫以同樣的生命觀點看待疾病，並皆以類

<sup>88</sup> 馬持盈注，《史記今注》（台北：台灣商務印書館股份有限公司，1979），頁 2792。

<sup>89</sup> 《說苑》成書於西漢末年，以記言為主兼採記事，主要藉由書中歷史人物的言論事例來勸誡君臣，闡述儒家選賢尊賢的治國理念。本故事藉由扁鵲救活趙太子「尸厥」一案說明昏庸的國君無藥可救，就好像真正死了的人是救不活的一樣。參盧元駿註譯，《說苑今註今譯》（台北：台灣商務印書館股份有限公司，1977），頁 643。

<sup>90</sup> 嚴捷、嚴北溟註譯，《列子譯注》（台北：文津出版社，1987），頁 125-126。

<sup>91</sup> [元]危亦林，《世醫得效方》（北京：中國中醫藥出版社，1996），頁 295。

似的媒介協助治療。與醫師相較其實皆具有同樣的技術，上士中士下士之別，可能只是封建制度的階級劃分，亦或是醫療對象、疾病種類之差別，應無醫療技術上的優劣之分。

正如前文所述，從殷商至春秋時期，醫學與身體觀的發展事實上呈現的是一種「混沌」狀態，看似雜亂無章、資料也十分有限，但確各有其脈絡可循。杜正勝曾指出：

春秋戰國之際中國也許亦經歷「哲學突破」。然而由於春秋集其前的資料，今日不但數量少，性質上也有極大的侷限性，遂亦易產一旦進入戰國，知識便是百花盛放的錯覺。<sup>92</sup>

筆者認為醫學進展的內容其實並不如想像中的貧乏，但須經由大量的整理使其浮現。以「痛」而言，最早並無以「痛」字專門形容特定身心不適感覺的用法，隨後開始出現時或許多數僅用來形容心理與情感的厭惡與不適等負面感受，但在身體意識逐漸豐富的過程中，「痛」的文字描述開始被假借來表達產生於肉體、但與心理不適類似的感覺，而在醫學進展中文字使用的過渡時期也隱含著因情感心神不適及運作不當連帶造成身體不適的新病因理論得以萌芽，身體內外的認識與聯繫逐漸產生，精神形體間的互動觀點逐漸成形，文字的使用隨著生命與疾病觀點有同步的細膩化與擴大化進步，這些內容是後續章節討論的重點。至於「痛」的存在起源，目前應該是無法以現有文獻來加以論斷考證了，因為其從古至今即無時無刻隱藏於疾病中，靜靜地伺機發作。

## 二、痛的身體化與醫學的系統化發展

戰國時代是中國歷史上相當特殊的一段時期，各國間的互動與征戰由春秋時期的列強爭霸轉型為國與國間的互相兼併，各國統治者莫不為了爭取人民支持而在經濟、文化、政治等方面尋求變革，力求國家的富強而得以在兼併當中獲得優勢。春秋以來學術文化統一於王宮的舊格局也因下放民間的趨勢而產生「十家

<sup>92</sup>杜正勝，〈形體、精氣與魂魄－中國傳統對「人」認識的形成〉：8。

九流」的盛況，醫學在如此的氛圍中，同樣產生了不少變化，新的知識體系與生命觀影響了往後數千年的發展。<sup>93</sup>正如李伯聰說：

如果不研究戰國、秦漢時期的不同學派及不同學派的爭鳴，那麼，中醫發展中的許多重大問題都是不可能搞清楚的。<sup>94</sup>

時代相近的馬王堆醫書於 1973 年在長沙馬王堆三號漢墓出土。據考證抄錄年代大概在戰國末期至西漢文帝十二年之間（約公元前四世紀至前三世紀間），著作年代則早於抄寫年代，內容相當豐富，是目前為止中醫學相當重要的醫學文獻。<sup>95</sup>馬王堆醫書的內容代表了戰國時代以來醫學發展的實況，也影響後世醫學的發展，可視為連結殷商、西周及東漢以降間中醫學進展的橋樑。<sup>96</sup>本節將以目前僅存並堪稱完整的這批古醫書材料作為討論的主要對象，歸納戰國時期以來的醫學發展特色與時人偏重的生命與「痛」的觀點，並加入公元前三世紀之後陸續完成的中醫相關書籍，對延伸至秦、兩漢乃至魏晉間的中醫學發展提出看法。

馬王堆出土古醫書共有十四種，馬繼興及李零曾分別對其內容加以分類，馬氏以「預防醫學思想」、「醫學理論」、「醫療方法」及「封建迷信性質的糟粕內容」為分類項目，但後來著作中曾對相關論點加以補充。<sup>97</sup>李氏則將出土方技類

<sup>93</sup>楊寬，《戰國史》（台北：台灣商務印書館股份有限公司，2005），頁 9-14。杜正勝：《從眉壽到長生》，頁 55。

<sup>94</sup>李伯聰，〈中醫學歷史和發展的幾個問題〉，收入氏著，《科學傳統與文化——中國近代科學落後的原因》（西安：陝西科學技術出版社，1983），頁 289-312。

<sup>95</sup>馬王堆漢墓共有三座，位於湖南長沙東郊。目前認為是西漢初長沙國丞相侯利倉及其家屬之墓。1972 年挖掘出 1 號墓，1973-1974 年挖掘出 2 號和 3 號墓。若依《史記》、《漢書》對照墓中出土簡文、印章及各種文物，1 號墓墓主應是利倉之妻，下葬年代在文帝十二年以後數年至十幾年間。2 號墓墓主是第一代侯利倉，葬於漢惠帝二年（公元前 193），3 號墓墓主目前尚有爭議，但可能是利倉兒子，也就是第二代侯利豨，葬於漢文帝十二年（公元前 168）。這些出土史料，為研究戰國至漢初的社會經濟及歷史文化和生活習慣，提供了極為重要的資料。醫書部分相關介紹可參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》（長沙：湖南科學技術出版社，1992），頁 1-44。駢宇騫、段書安，《本世紀以來出土簡帛概述》（台北：萬卷樓出版社，1999），頁 32-42。

<sup>96</sup>龐朴，〈七十年代出土文物的思想史和科學史意義〉，《文物》1981.5：59-64。馬繼興，〈馬王堆出土的古醫書〉，《中華醫史雜誌》10.1（1980）：41-46。

<sup>97</sup>馬繼興，〈馬王堆出土的古醫書〉，頁 41-42。但在 1992 年出版的《馬王堆古醫書考釋》書中，馬氏對古醫書的學術價值重新做了分類：(1)解剖學、生理學方面的成就。(2)診斷學、病理學方面的成就。(3)臨床各科病症方面的成就。(4)藥物學、方劑學方面的成就。(5)針灸學方面的成就。(6)外科學、外治法方面的成就。(7)養生學方面的成就。(8)馬王堆漢墓醫書的地方特色。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 23-44。

簡帛內容特性以「醫經」、「醫方」、「服食」、「行氣」、「導引」、「房中」分成六大類，馬王堆各醫書分屬各類中。<sup>98</sup>筆者今依醫書內容的主要特性將其區分為下表所列的五大類，包括「生理」、「疾病與病理」、「胎產」、「診斷」、「疾病預防與治療」。其中「疾病預防與治療」的範圍進一步涵蓋了「療法」、「養生、預防醫學」、「房中」及「禁咒祝由」等內容。

	生理	疾病與 病理	胎產	診斷	疾病預防與治療			
					療法	養生、預防醫學	房中	禁咒祝由
足臂經*	▲	▲			▲			
陰陽經**	▲	▲			▲			
脈法		▲		▲	▲			
陰陽脈死候	▲	▲		▲				
五十二病方		▲			▲			▲
養生方		▲			▲		▲	
雜療方		▲	▲		▲		▲	
胎產書	▲		▲				▲	
却穀食氣						▲		
導引圖		▲				▲		
十問					▲	▲	▲	
合陰陽						▲	▲	
雜禁方							▲	▲
天下至道談						▲	▲	

\*足臂經為《足臂十一脈灸經》之簡稱。 \*\*陰陽經為《陰陽十一脈灸經》之簡稱。

從這些分類中可看出當時的醫學知識雖有別於後世，但包含範圍已相當豐富。本節主要將對「生理」、「疾病與病理」、「胎產」及「房中」四類醫學發展的

<sup>98</sup>李零，《簡帛古書與學術源流》（北京：三聯書店，2004），頁 413-418。

特性做分析，而當時「胎產」與「房中」集中在相同文本，將合併討論。這些議題是時人認識身體的重要觀點，探討醫學進展宜由此切入。「診斷」技術的發展將於第三章討論，「療法」、「養生、預防醫學」、及「禁咒祝由」則於第四章再行探討：

(一) 生理類：

戰國以降人身結構的理解已有蓬勃發展，尤其在「脈」的觀點具有相當的發展與特殊性，身體觀也因此有重大突破。「脈」是晚周以來的新詞，<sup>99</sup>目前認為《足臂十一脈灸經》及《陰陽十一脈灸經》應是最早與「脈」相關的醫學文獻，<sup>100</sup>出土至今已不少醫家學者投身研究，筆者歸納後發現多數研究的焦點集中於各「脈」的命名考證、成書先後年代、排列次序、循行方向與規律、與身體各部位及內臟的聯繫關係、相關病候、及與其他醫學傳世文本、出土文獻（文物）之比較等議題，相關因內容龐雜且皆已有專書出版，不在此贅言。<sup>101</sup>至於當時對「脈」的認識及其與身體的關係，才是以下筆者關注的重點。

《左傳·僖公十五年》記載了一則晉秦交戰的故事：

今乘異產以從戎事，及懼而變，將與人易。亂氣狡憤，陰血周作，張脈僨

<sup>99</sup> 李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 56。

<sup>100</sup> 中醫研究院醫史文獻研究室，〈從三種古經脈文獻看經絡學說的形成和發展〉，收入馬王堆漢墓帛書整理小組編，《五十二病方》（北京：文物出版社，1979），頁 141。

<sup>101</sup> 探討〈足臂經〉及〈陰陽經〉的研究報告相當多，除了出土文獻本身的考證之外，不少學者會將張家山〈脈書〉、《靈樞·經脈》及雙包山經脈木人模型同時做比對，試圖找出「經脈」從起源到系統化間的演變過程。特別值得一提的是研究初期有「由〈足臂經〉進展至〈陰陽經〉再發展成《靈樞·經脈》」的看法，並認為是經脈系統發展過程的三個階段，也被史學家認同，但隨後亦有不少學者提出不同的看法，認為兩份文獻並無傳承關係，是同時存在、不同體系的文本。相關重要期刊見馬繼興，〈馬王堆出土的古醫書〉：41-42。何宗禹，〈馬王堆醫書考證譯釋問題探討〉，《中華醫史雜誌》11.2（1981）：125-127。姚純發，〈馬王堆帛書《足臂十一脈灸經》初探〉，《中華醫史雜誌》12.3（1982）：171-174。何宗禹，〈馬王堆帛書《足臂十一脈灸經》有關的問題再探〉，《中華醫史雜誌》14.3（1984）：172-175。陳國清，〈《足臂十一脈灸經》淺探〉，《中華醫史雜誌》17.4（1987）：242-247。李觀容等，〈從雙包山與馬王堆相關背景探討經脈漆雕年代〉，《中華醫史雜誌》31.2（2001）：119-121。李海峰，〈從馬王堆帛書到《靈樞·經脈》看經絡學說的起源和發展〉，《中醫文獻雜誌》2002.4：31-32。重要著作參周一謀、蕭佐桃，《馬王堆醫書考注》（台北：樂群文化事業有限公司，1989），頁 1-41。中醫研究院醫史文獻研究室，〈從三種古經脈文獻看經絡學說的形成和發展〉，頁 141-178。林昭庚、馮良，《針灸醫學史》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 26-31。趙京生，《針灸經典理論闡釋》（上海：上海中醫藥大學出版社，2001），頁 1-10。李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 109-111。楊寬，《戰國史》，頁 594-595。

興，外彊中乾。進退不可，周旋不能，君必悔之。<sup>102</sup>

慶鄭勸晉惠公應挑選本國馬匹應戰，以防交戰混亂時馬匹因驚慌喪失體力而無法駕馭。這應是目前最早提到「脈」的紀錄，用以描述馬匹因狂亂煩躁，使得血液加速周身運行，導致血管膨脹而青筋暴露的現象。無庸置疑的，當時描述的「脈」是目視可得的表淺血管，脈中充滿的物質也很清楚就是具流動性的「陰血」，「脈」是提供血液流動全身的通路，其初始概念是血管，《周禮·天官冢宰》提到瘍醫用藥時「以鹹養脈」，指的亦是血脈；<sup>103</sup>而在《足臂經》與《陰陽經》中，承襲了這個概念。即使兩文內容多所不同，但不論「脈」的流行過程中或深入體內、或行於表淺、或走於肌肉兩筋間，對於「脈」的描述其實有一共通點，就是其起始處幾乎皆由肢體末端（踝腕或手指足趾）處開始，<sup>104</sup>也多終止於腕踝處。正如《呂氏春秋·大樂》所言：「太一出兩儀，兩儀出陰陽。」「出」乃產生、發生之意，<sup>105</sup>《足臂經》脈的起源亦多曰「出」，《陰陽經》則曰「繫」、「起」，皆意指產生血管搏動之開端位置，且主體皆是可觸及的血管搏動處，「脈」的起迄循行觀念此時大抵已形成。<sup>106</sup>

值得注意的是，同時抄錄在《陰陽經》甲本尾部的《陰陽脈死候》，內容主要是闡述三陰三陽脈呈現的死候與相關理論，但全篇未提「血脈」的觀念，而用「天氣」、「地氣」來描述「脈」的內涵與特性，<sup>107</sup>《素問·至真要大論》以同樣觀點描述人身上下之氣的所屬，<sup>108</sup>馬王堆醫書的《脈法》對「脈」則同時包含有

<sup>102</sup> 李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁 430。

<sup>103</sup> 李學勤主編，《周禮注疏·天官冢宰》，頁 138。

<sup>104</sup> 兩部文獻中，僅〈陰陽十一脈灸經〉的肩脈手太陽「起於耳後」，胃脈足太陰「被胃」。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 239、246。

<sup>105</sup> 高誘註：「出，生也。」此有產生、生成之意。參陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》，頁 260。

<sup>106</sup> 李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 112。

<sup>107</sup> 〈陰陽脈死候〉提到：「凡三陽，天氣也。其病為折骨、裂膚、一死。凡三陰，地氣也。死脈也，陰病而亂，則不過十日而死。三陰腐臟爛腸而主殺。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 304-306。

<sup>108</sup> 《素問·至真要大論》：「帝曰：善。氣之上下何謂也？岐伯曰：身半以上，其氣三矣，天之分也，天氣主之。身半以下，其氣三矣，地之分也，地氣主之。以名命氣，以氣命處，而言其病。半，所謂天樞也。」見山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1186。

氣與血的概念。<sup>109</sup>同一幅帛書對同一對象卻有兩種不同的理解方式，合理推斷「脈」的觀念在當時不是單一的，也無法強硬加以區分。山田慶兒便說：

脈，原本是指血脈的概念。…所謂經脈概念的形成，無疑是與血脈的類比起著作用。在馬王堆醫書中，無論是血脈，還是後來的經脈，均稱之為脈，兩者在何處被嚴格區分亦甚可懷疑。<sup>110</sup>

又說：

血脈與經脈究竟被區別到什麼地步，仍是可疑的。不論是作為概念，或是作為實際的經路，兩者都是或者一致，或者分離，或者交錯。<sup>111</sup>

根據這樣的想法，我們可以推想，身兼容納「氣」、「血」的「脈」已逐漸成形了，充斥於人身的重要物質藉由「脈」得以流通，並影響各種生理作用。《足臂經》與《陰陽經》的時代對於「脈」的部分描述牽涉了後來「經脈」的概念，<sup>112</sup>但血脈（血管）在整篇文獻中卻仍佔有不容忽視的地位。當時看似處於「脈」觀念的過渡轉變時期，行血的脈與行氣的經脈經常混用，但其實這樣「混沌」的概念卻不再劇烈變動，逐漸成為《內經》、《難經》等中醫經典沿用的方式。<sup>113</sup>端看《素問·血氣形志篇》言三陰三陽脈之氣血多少不同為「天之常數」，<sup>114</sup>及《難經·二十三難》所謂「經脈者，行血氣，通陰陽，以榮於身者也。」<sup>115</sup>所言，脈在人身任務與特性至此其實已經不言可喻。

上述生理概念的臨床運用見於《史記·扁鵲列傳》。<sup>116</sup>扁鵲診斷昏迷五日的趙簡子，認為其「血脈治」，和過去秦穆公發生的情況一樣，身體氣血並無異常變化，因而不需大驚小怪；過了兩天半，趙簡子果然甦醒過來。魏太子一案則病

<sup>109</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 274。

<sup>110</sup>山田慶兒著，廖育群、李建民編譯，《中國古代醫學的形成》，頁 8。

<sup>111</sup>山田慶兒著，廖育群、李建民編譯，《中國古代醫學的形成》，頁 133。

<sup>112</sup>黃龍祥認為，〈足臂經〉與〈陰陽經〉的性質相同，兩篇文獻記述的都是經脈。張維波也認為兩篇文獻中每一條「脈」的描述一開始皆為「經脈線」的分佈。參黃龍祥，〈經絡學說的演變〉，《中國針灸》1994.3：44-46。黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》（北京：華夏出版社，2001），頁 497。張維波，〈古代經絡概念與現代經絡研究〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》9.12（2003）：44-47。

<sup>113</sup>李東成、秦繼明，〈《內經》脈字含意分析〉，《黑龍江中醫藥》1994.6：44。

<sup>114</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋：《黃帝內經素問校釋》，頁 337。

<sup>115</sup>〔宋〕王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 113。

<sup>116</sup>李書田，《古代醫家列傳釋譯》（瀋陽：遼寧大學出版社，2003），頁 1-11。

情較為複雜，因為陽氣循經脈下陷入陰分（下焦、膀胱），使得居於下的陰氣上爭，兩氣交會造成閉塞不通，進一步陰氣上逆而陽氣內行，使得陽氣被隔絕，陰氣亦不得下，絡脈「破（迫）陰絕陽」的狀況下造成如死狀的「尸厥」。第三案扁鵲望診齊桓侯，對於疾病在身體變化的四個進程，「血脈」亦居其中之一。因此在扁鵲的醫學意識裡，「脈」的概念同樣是多元的，包含「血脈」與「經脈」的概念，並主控了身體氣血的各種變化。若比對李建民對古脈分域的考證，扁鵲的活動範圍明顯與《足臂經》、《陰陽經》、《脈書》一系出土地有相當大的距離，<sup>117</sup>在地域不同的狀況下卻有相當程度類似的身體觀，在交通資訊並不發達的時代，是很有趣的現象，醫學知識的起源與傳遞並不限於一時一地。

同一時期，「脈」存在於身體的數量有著不同的版本，包含繇陽木人模型的十經、《足臂經》與《陰陽經》的十一經，<sup>118</sup>今本《內經》則同時並存十一經及十二經的記載。<sup>119</sup>文物與文獻間對「脈」的名稱與數量有著一定程度的差異，有學者認為此與陰陽術數的配對有關，藉以解釋人身應於宇宙天地的規律。<sup>120</sup>如黃龍祥認為早期脈不足十二，欲與天之十二月比擬並建立周而復始的循環觀，而湊足十二，心分出心包絡即為一例。<sup>121</sup>而《足臂經》、《陰陽經》時期也不意味著古人當時僅發現十一條脈，<sup>122</sup>而是與取「天六地五」的概念有關。《漢書·律歷志》便提到：「天六地五，數之常也。天有六氣，降生五味。夫五六者，天地之中合，而民所受以生也。故日有六甲，辰有五日，十一而天地之道畢，言終而復始。」

<sup>117</sup> 李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 73-76。

<sup>118</sup> 傳世文獻、出土文獻與文物的經脈數目相關資料可參馬繼興，〈雙包山西漢墓出土經脈漆木人形的研究〉，《新史學》8.2（1997）：1-57。嚴建民，〈秦漢時期人體經脈調節理論形成新論〉，《湖南中醫學院學報》21.3（2001）：61-63。李海峰，〈從馬王堆帛書到《靈樞·經脈》看經絡學說的起源和發展〉：31-32。中醫研究院醫史文獻研究室，〈從三種古經脈文獻看經絡學說的形成和發展〉，頁 141-143。

<sup>119</sup> 《靈樞·本輸》提及十二經但實際上有手少陰而無手厥陰，所列的穴位則屬於手厥陰經；《靈樞·陰陽系日月》同樣也是缺手厥陰經。見河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 33-56。河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 1-7。

<sup>120</sup> 刑玉瑞，〈經絡學說的建構與古代神秘數字〉，《江西中醫學院學報》18.1（2006）：24-25。李建民，〈明堂與陰陽—以《五十二病方》「灸其泰陰泰陽」為例〉，收入氏著，《生命史學》（台北：三民書局，2005），頁 382-383。

<sup>121</sup> 黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁 277-278。張建斌、王玲玲，〈心包經質疑〉，《中國針灸》21.3（2001）：165-166。

<sup>122</sup> 李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 207。

<sup>123</sup>當時的觀點認定「天爲人立法，人秉天而行。」主宰人生命的構造是符合天數的，人體的經脈當然「必須」是五條陰脈和六條陽脈。事實上，筆者亦認爲這些不同版本應是當時醫家擷取部分「脈」的相關知識塑建而成的不同術數模式，是爲了應天地術數觀念及方便應用與推算而形成的，「脈」的實際內涵應該比現有系統化的資料更多，這部分期待更多新的出土資料來補充。李建民認爲這套概念的淵源應出自祝宗卜史一系的天官類知識，<sup>124</sup>廖育群同樣認爲「十一脈」的系統應視爲受術數觀念所影響，並指出若以爲是「經脈系統發展尙未完善」就錯了。<sup>125</sup>此外，據研究「脈」的排列順序似乎也同樣充斥著術數的觀點。<sup>126</sup>無論如何，戰國以降「脈」的知識體系明顯呈現過渡時期的多源性，直到《靈樞·經脈》的完成才大致底定，過程中被認定爲「雜說」及無法經由術數加以模組化的各論，則可能在「經典」編纂的過程中被迫走入歷史；尙存於今本經典中的內容，則可能是合於術數、便於推算記憶及具有臨床代表性的主要內容。

欲瞭解「脈」知識具備的多元性，其中氣血走向的差異可作爲最好的例證之一。《靈樞·經脈》是目前公認經脈系統理論最晚期、也是最成熟最重要的作品，<sup>127</sup>但若對照兩部「十一脈灸經」來看，不少關於「脈」的循行描述實與《靈樞·經脈》有異，似乎源自不同流派。現將《足臂經》、《陰陽經》與《內經》相關章節中「脈」的循行方向做一比較：

(1)《足臂經》所述所有的脈皆爲向心性，皆由四肢末端流向軀幹及頭面。<sup>128</sup>

<sup>123</sup>參〔東漢〕班固，《漢書》，頁 201。此外，早在《國語·周語》即提到：「天六地五，數之常也。經之以天，緯之以地。」指的是以天之六氣（陰陽風雨晦明）與地之五行（木火土金水）為經緯，天地間萬事萬物的構成與變化規律蘊含其中。參〔周〕左丘明撰、〔吳〕韋昭注，《國語》，（台北：漢京文化事業有限公司，1983），頁 98。而楊上善注《太素》〈卷九·經脈正別〉也說：「天道大數有二，謂五與六。故人應之，內有五臟，外有六腑。」參〔唐〕楊上善撰注，《黃帝內經太素》（北京：科學技術文獻出版社，2000），頁 197。

<sup>124</sup>李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 107-109。

<sup>125</sup>廖育群，《岐黃醫道》，頁 187。

<sup>126</sup>李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 206-216。《素問·陰陽別論》也明白指出：「四經應四時，十二從應十二月，十二月應十二脈。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 106。

<sup>127</sup>葉志英，〈《靈樞·經脈篇》對針灸理論的貢獻〉，《針灸臨床雜誌》18.5（2002）：2-4。

<sup>128</sup>周一謀、蕭佐桃，《馬王堆醫書考注》，頁 1。

(2)《陰陽經》中，「肩脈」及「足太陰脈」是離心性，其餘九脈方向也為向心性。<sup>129</sup>

進一步把出土兩灸經直接與《靈樞·經脈》的循行內容作比較，<sup>130</sup>上述「脈知識的術數模組化」演進即清晰呈現：

	足		手(臂)	
	陰脈	陽脈	陰脈	陽脈
《足臂經》	足踝→股腹	踝(脗)→頭面	手→胸脇	手→頭
《陰陽經》	足踝→股腹 (太陰脈:腹→踝)	足踝→股、頭	手→胸(心中)	手→頭 (肩脈:頭→手)
《靈樞·經脈》	足→胸	頭→足	胸→手	手→頭

《靈樞·經脈》中足陽脈與手陰脈循行和兩部灸經內容相反，主要可能是為了達成「脈」循行的連續性與規律化，同時也得以合理的說明脈與脈之間以支脈連結的理論，形成完整的封閉系統。即使有學者認為這些支脈可能是方者所「設計」，<sup>131</sup>以方便解釋全身氣血因經脈「陰陽相貫、如環無端。」特性得以遍行全身的現象，但這種觀念亦經過臨床得到證實，並產生規律性，<sup>132</sup>深入醫家心中成為定則，同一時期及後代多部經典名著皆以其為宗，數千年來至今仍奉為圭臬。「脈」的知識與特性有了規則，可供推算與對照，「經常而規律不變」的性質被歸納整理出來，「經脈」之名也應蘊而生。明朝張景岳談經脈時曾說：「故十二經以肺經為首，循序相傳，盡於足厥陰肝經而又傳於肺，終而復始，視為一周。」<sup>133</sup>正是醫

<sup>129</sup> 肩脈「起於耳後，...乘手臂。」手太陰脈「被胃，...出內踝之上廉。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 239、246。

<sup>130</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 219-281。

<sup>131</sup> 李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 212。

<sup>132</sup> 范鎮海，〈依時辰辨治內科雜病三法〉，《湖南中醫學院學報》15.2 (1995)：40-41。侯書偉等，〈《靈樞》十二經脈分布規律探討〉，《湖北中醫學院學報》3.3 (2001)：5-7。文洪、王曉英，〈捻轉補瀉法與經脈循行方向的關係〉，《針灸臨床雜誌》21.5 (2005)：3。董寶強等，〈略論十二經脈氣血盛衰對針灸臨床的指導作用〉，《中華中醫藥雜誌》21.3 (2006)：163-165。

<sup>133</sup> 郭教禮主編，《類經評注》(西安：陝西科學技術出版社，1996)，頁 216。

家對《靈樞·經脈》完成以降經脈循行觀念幾千年來穩定不變的明證。

事實上，《內經》中脈的氣血循行方向、脈的數量及名稱描述與《靈樞·經脈》並存的還有幾種模式。經筆者整理今本《素問》、《靈樞》後，製表說明如下：

134

篇章名	「脈」之氣血循行方向、數量及名稱描述等相關內容
<b>〈素問〉</b>	
〈陰陽離合〉	描述足三陰三陽經之起、結，似兩十一脈灸經之寫法。
〈陰陽別論〉	一陰至三陰、一陽至三陽諸脈之病，描述的是血脈。
〈診要經終〉	載有「十二經脈」一詞。 <sup>註1</sup>
〈熱論〉	載有三陰（太、少、厥）三陽（巨、少、明）六經脈名稱及「十二經脈」一詞。
〈刺熱〉	足三陰三陽，手二陰二陽經（缺手厥陰少陽二經）。
〈瘧論〉	衛氣循行一日一夜大會於風府。
〈刺瘧〉	足三陰三陽，手太陰、少陰及陽明三經。
〈刺腰痛〉	除足三陽、二陰脈（少、厥）外，另有解脈、同陰之脈、陽維之脈、衡絡之脈、會陰之脈、直陽之脈、飛陽之脈、昌陽之脈、散脈、肉裏之脈。共十五脈。
〈厥論〉	三陰（太、少、厥）三陽（巨、少、明）六經脈系統。
〈脈解〉	內容似《靈樞·經脈》，但為三陰三陽六經脈系統。
〈皮部〉	載有「十二經脈」一詞，但仍僅有三陰三陽之描述。
〈氣府論〉	提及手足三陽、任、督、衝、足少陰厥陰、手少陰及陰陽蹻。
〈繆刺論〉	提及足三陰三陽、手陽明少陽、太陰少陰及足陽蹻。
<b>〈靈樞〉</b>	
〈本輸〉	載「十二經脈」之名，卻僅有十一經，缺手厥陰經，脈的流向為向心，如《難經·六十八難》之五俞穴描述。

<sup>134</sup>表中各篇章內容參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》上下冊及河北醫學院校釋，《靈樞經校釋》上下冊。

〈根結〉	手足三陽及足三陰經，皆為向心。
〈終始〉	本篇類似綜合性的經脈文獻，記有「十二經脈」一詞，僅有十一經，缺手厥陰經，且僅用足經處理疾病。
〈經脈〉	完整「十二經脈」系統，手足各三陰三陽經，循行一半向心、一半離心，並經由支脈連接成大循環。 <sup>註2</sup>
〈經別〉	載「十二經脈」之名，手足三陽三陰，循行為向心。
〈經水〉	載「十二經脈」之名，外合十二經水，內屬五臟六腑。
〈經筋〉	與十二經脈相屬的「筋」，非「脈」，描述循行皆向心。
〈五十營〉	營氣流行於脈中的距離與速度。
〈營氣〉	營氣在十二經脈與任、督二脈運行之次，為一循環，頭尾相接。
〈脈度〉	手足三陰三陽經及蹻脈，採向心方向描述其長度。
〈寒熱病〉	足三陽二陰（缺厥陰），手太陰、陽明，臂太陰、陽明。
〈癲狂病〉	手太陽、陽明、太陰、少陰，足三陽二陰（缺厥陰）。
〈陰陽繫日月〉	足三陰三陽，手三陽二陰經（缺厥陰）。
〈衛氣〉	手足三陰三陽經，本標氣穴的描述為向心。
〈順逆〉	說明「氣有逆順，脈有盛衰。」應天地變化與人身虛實而不同。
〈邪客〉	載「十二經脈」之名，脈之屈折出入為向心描述。
〈衛氣行〉	衛氣循行日走手足三陽，夜走五藏。
〈歲露論〉	衛氣循行一日一夜大會於風府。

註 1：篇章中僅載有「十二經脈」一詞者，尚有《素問》中的〈調經論〉，及《靈樞》中的〈周痺〉、〈海論〉、〈五亂〉、〈陰陽清濁〉等。

註 2：篇章中描述經脈循環週不休者者，尚有《素問·舉痛論》，及《靈樞》中的〈脈度〉、〈營衛生會〉、〈動輸〉等。

表中清楚呈現幾個重要訊息。第一，以「脈」的內容來看，印證古今前人的觀點，《內經》是不同時間、作者的綜合作品，特定議題的時代演化可從中看出痕跡。

<sup>135</sup>第二、經脈系統在整合過程中，的確經過不少「異見」的衝擊，術數化的配對概念逐漸成爲主流時，實際的經脈內容其實仍在摸索建立。理論觀點、學說、相關療法的差別性很大，這些知識的變化同等於中醫學變化的過程，而部分內容與目前通用的概念有異。第三，經脈中流動的氣血種類不只一種，且諸氣血並非以相同的方向與速度流動；<sup>136</sup>但當時各篇章描述經脈時似乎以「向心性」順序爲多。<sup>137</sup>重要的是，即使後來諸脈相連接的順序底定，但各脈的氣血特性並非一致，<sup>138</sup>這種觀點其實構成了中醫學探索具有生命的人體時重要的基礎理論，近年來也獲得了醫學史及物理學界學者們的認同與證實。<sup>139</sup>總結來說，「脈」的概念在戰國時期已降逐漸複雜，涵蓋的意義與功能眾多，<sup>140</sup>成爲中醫學生理基礎中最重要的一部份，也是本時期醫家理解人身最重要的憑藉之一。或許部分學者研究對於上

<sup>135</sup>對《內經》成書年代的探討可參以下學者論點：周發祥、郭松芝，〈岐伯考略—兼談《內經》的成書年代〉，《北京中醫》1994.5：11。達美君、張寧，〈《黃帝內經》成書年代述考〉，《上海中醫藥雜誌》1994.7：34-37。達美君、張寧，〈《黃帝內經》成書年代述考續一〉，《上海中醫藥雜誌》1995.11：38-40。達美君、張寧，〈《黃帝內經》成書年代述考續完〉，《上海中醫藥雜誌》1996.1：42-43。謝昱，〈中國醫學發展的理論源泉—《黃帝內經》〉，《河南職工醫學院學報》12.2（2000）：29-30。王蘇莉，〈《黃帝內經》的成書年代〉，《河南中醫》24.6（2004）：81-82。賀衛國，〈談談《素問》和《靈樞》的成書〉，《國醫論壇》21.1（2006）：37-41。任應秋，〈《黃帝內經》研究十講〉，收入氏編，《內經研究論叢》（武漢：湖北人民出版社，1982），頁7-20。

<sup>136</sup>喬海法等，〈現代經絡理論的兩點思考〉，《中國醫藥學報》13.3（1998）：11-13。王鴻謨，〈關於經脈起止走向規律的探討〉，《中國針灸》23.3（2003）：537-539。李瑞、趙百孝，〈論原氣循行體系〉，《中國針灸》25.10（2005）：751。黃維三教授對人身之諸氣的特性曾有詳細解說，包括「經專營氣」、「營衛偕行之氣」、「宗氣」、「原氣」、「臟氣」等，不僅性質功能不同，流行途徑與方向也有差異。參見黃維三，《難經發揮》（台北：正中書局，1994），頁14-16、96、165-171、172-186。

<sup>137</sup>周仕明，〈從《內經》看經絡理論的形成與完善過程〉，《山東中醫藥大學學報》18.3（1994）：181-183、194。李瑞、唐玉秀，〈十二經脈氣血流注與五輸穴向心性循行方向相悖的探討〉，《中國針灸》1998.4：235-238。王景岳、王平，〈試述氣血向心論與大循環論的統一〉，《實用中醫藥雜誌》20.11（2004）：665-666。

<sup>138</sup>《素問·血氣形志》：「夫人之常數，太陽常多血少氣，少陽常少血多氣，陽明常多氣多血，少陰常少血多氣，厥陰常多血少氣，太陰常多氣少血，此天之常數。」《靈樞·五音五味》與《靈樞·九針論》對三陽描述相同，三陰則上述三篇描述互有出入。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁337。河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁234、417。欲進一步瞭解本議題，筆者推薦參劉衡如，〈論《內經》三陰三陽氣血多少的常數〉，收入任應秋、劉長林編，《內經研究論叢》，頁277-282。

<sup>139</sup>栗山茂久，《身體的語言》（台北：究竟出版社，2001），頁52-53。王唯工，《氣的樂章》（台北：大塊文化出版股份有限公司，2002），頁75-124。

<sup>140</sup>吳敏怡，〈《內經》脈辨〉，《湖北中醫學院學報》11.1（2001）：31-33。

述「脈」或「經脈」的概念建立過程有不同的看法，甚至各持相反意見，<sup>141</sup>但直到東漢時期，「經脈」與「血脈」在醫學理論文本裡已經被清楚的視為不同的結構。<sup>142</sup>

除了脈以外，本階段另一個生理知識的重點在於人身內外結構的命名與認識，包含了各部位、組織、結構與臟腑。事實上，文獻中使用了大量的身體各部位名稱，並牽涉部分的內臟。正如山田慶兒所說：「使《太素》的〈經脈〉篇最明顯地有別於《陰陽十一脈灸經》和《足臂十一脈灸經》的，是解剖學知識的飛躍的增加。」<sup>143</sup>有別於春秋之前，本時期身體的認識已經變得更多元。

先從出土文獻看起。江陵張家山漢簡《脈書》的內容與馬王堆醫書《陰陽十一脈灸經》、《陰陽脈死候》及《脈法》近乎雷同，<sup>144</sup>內容所載身體各部位的名稱，明顯多於殷商時代目視可得的外顯器官及結構。<sup>145</sup>參照《足臂十一脈灸經》同看，可發現當時爲了描述「脈」的分佈路線與相關症狀，必須詳細指出身體的各相關位置，才得以連結不同部位之關係。以膝關節爲例，描述各脈經過的相對位置即有明顯差異：

#### 《足臂十一脈灸經》

- (1) 足泰陽脈：出於郄（臑窩）。
- (2) 足少陽脈：上貫膝外廉。
- (3) 足陽明脈：上貫膝中。

<sup>141</sup> 卓廉士認為「經」與「脈」曾是並存的兩派學術觀點。卓廉士，〈從《帛書》考經絡之起源〉，《四川中醫》21.10（2003）：24-25。劉澄中、張永賢兩位學者提出「經脈」概念源自於古代醫家對於循行性感覺的發現與觀察，並藉由兩種不同的感覺趨向性構成十四經脈及絡的概念，俞穴則是可以操作使循行性感覺改變行走方向的部位。參劉澄中、張永賢，《經脈醫學與針灸科學》（台北：知音出版社，2005），頁15-16。豬飼祥夫則認為經絡的起源或許與紋身有關。參豬飼祥夫，〈馬王堆醫書と江陵張家山脈書に至る經絡の認識について〉，《日本傳統針灸學會雜誌》32.1（2005）：18-20。馬伯英考察後持相反意見，並認為人類學紋圖的非裝飾性用途並不僅僅侷限於醫療上。邱功，〈旅英學者馬伯英教授學術報告會紀要〉，《中華醫史雜誌》36.1（2006）：61-62。

<sup>142</sup> 《漢書·藝文志》：「醫經者，原人血脈、經絡（絡）、骨髓、陰陽、表裡，以起百病之本、死生之分，而用度針石湯火所施，調百藥齊和之所宜。」參〔東漢〕班固，《漢書》，頁452。

<sup>143</sup> 山田慶兒，〈《黃帝內經》的形成〉，收入任應秋、劉長林編《內經研究論叢》，頁112。

<sup>144</sup> 連劭名，〈江陵張家山漢簡《脈書》初探〉，《文物》1989.7：75。

<sup>145</sup> 江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，《文物》1989.7：72-74。

- (4) 足少陰脈：入郄。
- (5) 足泰陰脈：上膝內廉。

#### 《陰陽十一脈灸經》

- (1) 足鉅陽之脈：出郄中。
- (2) 足陽明之脈：穿臑。
- (3) 足少陰之脈：出郄中央。

這種身體「繁複化」的描述過程，使得醫學內容變的複雜、範圍得以擴大，但同時也促成了精細化。與《靈樞·經脈》相關的〈經別〉、〈經筋〉等篇章便沿襲了這些內容，描述支脈及身體肌肉的分佈走向，若結合〈骨度〉、〈皮部〉等對於內外解剖的紀錄，本時期具備「架構」性質的身體結構觀就能成形。因此筆者認為：「脈」知識與其他身體部位結構知識的增加，其實是「互助」的，不管是透過表面觀察、實體解剖、或是數學運算，<sup>146</sup>透過「脈」的探索，不斷衍生新的解剖需求與新名稱；因身體各部位解剖的實際操作、目視與丈量，也同時豐富了「脈」的相關知識。

內臟的認識是中醫學突破的另一關鍵。第一章曾提到，「五藏」之名在戰國中期才確立，「六府」則更晚。若詳讀《陰陽經》和《足臂經》可發現，當時「脈」與內臟其實並無明顯的關連性，「脈」知識所提供的是身體上下左右各部位間的連結關係，兩灸經與內臟的直接相關性僅止於脈行心、肝、胃的相關位置，且皆為陰脈。<sup>147</sup>而《陰陽脈死候》、《脈書》及《五十二病方》等文獻也單獨提到腸、胃脘、肺、腎、脬（膀胱）等器官，並未涉及與脈的關係。本時期脈與內臟知識的演進並非完全重疊，甚至是各自獨立、並行發展，兩者間的關係尚不密切。<sup>148</sup>

內臟數量的版本在戰國時期並不一致，《莊子·齊物論》提到「六藏」，同書〈駢拇〉〈在宥〉兩篇有「五藏」記載。<sup>149</sup>《周禮·疾醫》則認為人身有「九

<sup>146</sup> 李建民，〈王莽與王孫慶—記公元一世紀的人體剝割實驗〉，收入氏編，《生命與醫療》（北京：中國大百科出版社，2005），頁 39-43。

<sup>147</sup> 或許受到「陽主表」、「陰主裏」的陰陽觀念影響，使得當時在觀念上陽經的循行僅分佈於體表，而不會與內臟產生連結。兩灸經循行參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 173-273。

<sup>148</sup> 黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁 430。

<sup>149</sup> [清]王先謙，《莊子集解》，（北京：中華書局，2004），頁 12、77、91、92。

藏」，<sup>150</sup>《素問》書中也有九藏、十一藏、十二藏等不同紀錄，<sup>151</sup>甚至在《素問·五藏別論》，黃帝清楚提出以下疑問：

余聞方士，或以腦髓為臟，或以腸胃為臟，或以為腑，敢問更相反，皆自謂是，不知其道，願聞其說。<sup>152</sup>

足見在當時有關內臟的認識，應有多元化的看法與分類。<sup>153</sup>同時醫家似乎並無做出「藏」、「府」之別，僅以字義類似的「藏」或「府」統指數量不等的內臟，視為是收藏與儲存身體重要物質的場所。<sup>154</sup>

「五藏六府」之名，最早同時出現於《十問》，其中提到「虛而五藏」、「而實六府」等句，<sup>155</sup>描述身體透過服食地氣之法得以使五藏空虛，體內寬廣通暢；善於調整呼吸的人則可令六府充實堅強。依養生的觀點，「藏」不得實，「府」不得虛，反之則病，此為「藏」、「府」常態下必須維持的生理狀態。《素問·五藏生成》對於「藏」、「府」的區別給了明確的定義，內容與《十問》所言不謀而合：

所謂五臟者，藏精氣而不瀉也，故滿而不能實。六腑者，傳化物而不藏，故實而不能滿也。所以然者，水穀入口，則胃實而腸虛；食下，則腸實而胃虛。故曰實而不滿，滿而不實也。<sup>156</sup>

五藏因能收藏營養之精華，並使之避免不當流瀉出體外，故能配合身體所需，使新舊精氣能交替代謝，隨時保持動態而充滿的狀態。六府必須避免停頓造成滿溢堵塞的情況，才能同時發揮消化、吸收、排泄的功能，隨時保持不同部位的同步運作。至於同篇章談到「腦、髓、骨、脈、膽、女子胞」也因具有「皆藏於陰而

<sup>150</sup> 九藏依鄭玄注為肺、心、脾、肝、腎、胃、膀胱、大腸、小腸，涵蓋了後來所稱「臟腑」的內容。參李學勤主編，《周禮注疏·天官冢宰》，頁134-135。

<sup>151</sup> 「九藏」見於《素問·六節藏象論》，但同篇亦有「十一藏」之名，並分別列舉了各藏名稱。「十二藏」則見於《素問·靈蘭秘典》，同樣也列出了內臟名稱。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁124-125、135、143-144。

<sup>152</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁163。

<sup>153</sup> 郝保華、王益平，〈對臟腑五、六之數的探討和思考〉，《陝西中醫學院學報學報》23.3（2000）：1-3。

<sup>154</sup> 郝保華，〈對臟象學說中臟、腑含意的新考釋〉，《陝西中醫學院學報學報》23.1（2000）：3-5。王力，《王力古漢語字典》（北京：中華書局，2003），頁274、1114-1115。李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁216。

<sup>155</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁871-873、905-906。

<sup>156</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁163。

象於地，故藏而不瀉。」的特性而命名為「奇恒之府」。《十問》重要之處在於告訴後人當時除了內臟形質化的探索之外，時人的觀察已擴展到內臟生理功能的表現，對於內臟認識的快速增加使「藏」「府」之名不再侷限於實質器官，因器官運作而表現出來的身體內外諸現象逐漸吸引醫家大部分的注意力成為主流意識，《內經》「藏象」理論之濫觴由此而生。<sup>157</sup>《靈樞·本藏》記載的正是上述發展較成熟後的綜合性作品，該篇除了指出：「五臟者，所以藏精神血氣魂魄者也；六腑者，所以化水穀而行津液者也。」<sup>158</sup>並列舉五藏六府之名稱與相合關係的形成。進一步針對五藏大小、高下、堅脆、端正、偏傾之不同，提出相關的生理病理徵候；且憑藉歸納「視其外應，以知其內藏。」的知識基礎，五藏六府的特質便能夠經由身體外候推斷。<sup>159</sup>

在論及臟腑同時，不同篇章的文獻中對身體各種重要組成的看法其實有些出入，再次研讀《史記·扁鵲列傳》，扁鵲望診齊桓侯論疾之傳變，清楚呈現「腠理」→「血脈」→「腸胃」→「骨髓」的病程。《素問·刺要論》云：「病有在毫毛腠理者，有在皮膚者，有在肌肉者，有在脈者，有在筋者，有在骨者，有在髓者。」<sup>160</sup>《靈樞·根結》以人之「骨節、肉、皮、血、氣、脈、經絡。」的差異作為診斷與治療的標的對象，<sup>161</sup>《脈書》視人身有「骨、筋、血、脈、肉、氣。」<sup>162</sup>《胎產書》描述從妊娠四月起，陸續成「血、氣、筋、骨、膚革、毫毛。」<sup>163</sup>綜觀《內經》全書則多視「皮、脈、肉、筋、骨。」為身體主要的五大結構，並與五藏相合。<sup>164</sup>即使當時醫家們因感覺與觀點的差異而對身體結構的描述有所不

<sup>157</sup> 李如輝，〈《中醫基礎理論》若干理論問題的商榷(1)—臟象(臟腑)、藏象(藏府)〉，《浙江中醫學院學報》26.4 (2002)：65-66。傅延齡等，〈論臟腑概念及其命名〉，《北京中醫藥大學學報》23.3 (2000)：1-4。張俊龍、楊振寧，〈關於中醫對臟腑形態結構認識的若干理論問題〉，《浙江中醫學院學報》23.1 (1999)：8-10。

<sup>158</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁48-71。

<sup>159</sup> 藏府的相關性、功能表現、外候、陰陽相屬等內容，可連讀《針灸甲乙經·卷一》〈五藏六府陰陽表裏第三〉、〈五藏五官第四〉、〈五藏大小六府應候第五〉三篇，其義自明。參張燦理、徐國仟主編，《針灸甲乙經校注》(北京：人民衛生出版社，2004)，頁46-98。

<sup>160</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁655。

<sup>161</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁133-139。

<sup>162</sup> 江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，頁74。

<sup>163</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁791-801。

<sup>164</sup> 《靈樞·五色》云：「肝合筋，心合脈，肺合皮，脾合肉，腎合骨也。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁99。

同，但透過前文的討論，應該能清楚理解：古代中國人認識身體的途徑是由外而內、逐漸深入的；這與過去其他學者的研究觀點一致。<sup>165</sup>醫家所認知的身體複雜性與日遽增，必須不斷試圖建立系統化而便利操作的資料群組，以簡御繁，舉一反三。

筆者認為，本階段中醫學的生理知識發展大致上是以「脈」、「身體結構」及「內臟」為三大方向，以最初不相連屬的狀態同時進展的。隨著認識的深入，三大主軸藉由「經脈聯繫結構與藏府、藏府影響結構與經脈。」的理論產生交集，成為緊密的共同運作體。《呂氏春秋·達鬱》有一段文字可作為本時期人身生理概念與正常狀態的最佳闡釋：

凡人三百六十節，九竅五藏六府。肌膚欲其比也，血脈欲其通也，筋骨欲其固也，心志欲其和也，精氣欲其行也，若此則病無所居而惡無由生矣。

166

令人玩味的是，最初不斷深入探索、由外而內的實質身體觀在經歷一連串的變化後，反而逐漸演變出由內而外的藏象與經脈知識。實體解剖的發展與探索逐漸在中醫學發展的潮流中失去優勢；不論是因技術與知識的瓶頸、或是因臨床上醫家逐漸喪失操作解剖的驅動力，乃至於社會文化觀點的轉變，<sup>167</sup>生理學「實體內臟」與「現象功能」的發展天平已逐漸產生傾斜。<sup>168</sup>

## （二）病理與疾病類：

從單純感受、祈禱平安到尋求病因，古人對於疾病的認識不斷豐富。延續著從殷商占卜、春秋醫和六氣論、到《周禮·疾醫》的時令致病思想，戰國時期對於病理與疾病的認識持續擴大，變化機理的探討也深入許多。戰國中後期之

<sup>165</sup> 杜正勝，《從眉壽到長生》，頁 89。李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 139。

<sup>166</sup> 陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》，頁 1382。

<sup>167</sup> 李建民，《生命史學》，頁 121-125。黃侖，《醫史與文明》，頁 31。

<sup>168</sup> 《黃帝內經》成書以降，歷代中醫學理論的發展明顯以功能與現象描述為主流，實質臟器的相關知識其實逐漸不為醫家所重視，即使對內臟有所記載，也多以功能及現象為出發點。但名詞與意識的混用、誤用卻造成中醫學發展的一大障礙。相關分析可參張俊龍、楊振寧，〈關於中醫對臟腑形態結構認識的若干理論問題〉，頁 8-10。傅延齡等，〈論臟腑概念及其命名〉，頁 1-4。魯明源，〈臟腑、藏象和臟器〉，《山東中醫藥大學學報》24.5（2000）：326-328。廖育群，《岐黃醫道》，頁 122-123。

後，病理與疾病的內容及二者間的相互關連有愈加密切的趨勢，並具有影響後來醫學發展的重要時代特徵，以下筆者仍先從兩部出土灸經談起。如前所述，《足臂經》與《陰陽經》對「脈」的描述並未有太多與內臟的關連，雖然與可見的血管及其可察覺搏動部位有關，但並未有如現今「脈搏動力來自心臟」的觀念，「脈」的生命動力來源在當時有多種不同的看法。<sup>169</sup>值得特別關注的是，「痛」在本時期的文獻記載中，似乎被視為相當重要的現象，在紀錄脈的循行聯繫與相關病理症狀時，「痛」及其他不適感並列，並佔有相當大比例，在「脈」所屬的病候觀念形成上具有重要地位。以足太陽脈為例分析，《足臂經》原文：

足太陽脈：出外踝婁中，上貫膈，出於郄。支之下腓。其直者，貫臀，挾脊，出項，上於頭。支顏下，之耳。其直者，貫目內眥，之鼻。其病：病足小趾廢，膈痛，郄攣，腫痛，產痔，腰痛，挾脊痛，□痛，項痛，頭痛，顏寒，產聾，目痛，眦衄，數癩疾。諸病此物者，皆灸太陽脈。<sup>170</sup>

《陰陽經》原文：

足鉅陽之脈繫於踵、外踝婁中，出郄中，上穿臀，出厥中，挾脊，出於項、上頭角，下顏，挾頰，繫目內廉。是動則病衝頭痛，目似痛，項似拔，脊痛，腰似折，脾不可以運，膈如結，膈如裂，此為踝厥，是鉅陽之脈主治。其所產病頭痛，耳聾，項痛，枕強，瘧，背痛，腰痛，尻痛，痔，郄痛，膈痛，足小指痺，為十二病。<sup>171</sup>

很明顯的，兩段文章內容與格式皆有雷同之處，在建立整體「脈」概念的同時，脈所屬之症狀群也逐漸各自歸納出來，發生部位與脈的循行互相呼應，並甚少與其他脈及內臟相聯繫，這正如前文所提，初期脈知識的發展是各自獨立的。《靈樞·本輸》開宗明義便提到：「凡刺之道，必通十二經絡之所終始。」<sup>172</sup>意思是說，要執行砭石針刺治療之前，施術者必須先精通經絡的起止部位與路線。而在

<sup>169</sup> 據李建民考證，先秦兩漢描述生命運動的能量模式有四，(1)十一脈系統直接以天地之氣為能量來源。(2)絲陽木人模型可能僅考慮天氣而不涉及足部的地氣。(3)《靈樞·經脈》的十二脈循環系統以胃氣言脈。(4)《難經》以腎間動氣為人之根本、生氣之源。參李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 175-178。

<sup>170</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 173、179。

<sup>171</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 218、221、224。

<sup>172</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 33-34。

《靈樞·終始》又進一步說：「必先通十二經脈之所生病，而後可得傳於終始矣。」<sup>173</sup>強調瞭解臟腑陰陽、經脈病候，經脈的氣血運作、起止循行自然能現形，這應是經脈循行最初起源的觀念，而非以「穴位連線」等理論構成。<sup>174</sup>

《足臂經》沿循行描述了十一脈病，且病候多位於表淺部位，全文僅手太陰、足太陰、足少陰三脈分別與心、肝二臟有關，<sup>175</sup>其病症表示方法以「發生部位」加上「症狀名」的形式結合而成，並以「痛」作為主要的症狀。《足臂經》並無將脈的相關病症加以分類，僅以類似對應循行路徑的方式將諸症狀排列出來，筆者統計，《足臂經》計有 78 種主病病候，各種「痛」即佔了 35 種，但該篇文獻並未揭示諸症狀與脈的內在連結、或是其病理機轉。《陰陽經》除了以類似的筆法鋪陳脈的循行，對於脈的症狀群則有較多的紀錄，病候也有分類的差別性，同樣的在該文所載 147 種主病病候中，各種「痛」共佔了 42 種。

《陰陽經》將脈的所屬病候分為「是動則病」與「其所產病」兩類。黃龍祥認為以腕踝部脈口的脈診所得作為該脈之病候即為「是動則病」一類，「其所產病」則指經脈異常時可能出現的各種沿經脈循行部位的病變。<sup>176</sup>李建民也指出「是動則病」即某脈有變則產生相應的疾病群，「其所產病」則是醫者對同一條脈疾病的不同歸納。<sup>177</sup>學者們對脈的病候觀點各有特點，<sup>178</sup>但核心意識是當時病候的成因在於「脈」產生紊亂（異常的脈動）時，身體會出現各種相應的症候，數量甚多的「痛」及其他不適的現象將身體看似不相干的部位串連起來，形成脈循行的關連性；醫家則藉由診斷（診脈）從中得到訊息，建立病理概念與做出治療。若依史學家考證，《足臂經》內容年代應略晚於《陰陽經》，<sup>179</sup>但其內容似乎

<sup>173</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 197。

<sup>174</sup> 嚴建民，〈論經脈學說起源的必備條件〉，《中華醫學雜誌》27.2（1997）：86-90。山田慶兒著，廖育群、李建民編譯，《中國古代醫學的形成》，頁 133、137。

<sup>175</sup> 三脈的病候分別為：手太陰脈，心痛、心煩。足太陰，心 ×。足少陰，肝痛、煩心。

<sup>176</sup> 黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁 363。

<sup>177</sup> 李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 230-232。

<sup>178</sup> 賈杰、趙京生，〈經脈病候研究概況〉，《針灸臨床雜誌》22.3（2006）：5-6。

<sup>179</sup> 早期研究認為《陰陽經》年代晚於《足臂經》，經脈學說在早期形成過程是經歷《足臂經》→《陰陽經》→《靈樞·經脈》三個階段。參中醫研究院醫史文獻研究室，〈從三種古經脈文獻看經絡學說的形成和發展〉，頁 141。但目前研究認為不論從脈的命名及路線描述來看，《陰陽經》年代應早於《足臂經》。參張維波，〈古代經絡概念與現代經絡研究〉，頁 44-47。黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁 291。

比《陰陽經》來得精簡，筆者認為可能僅是因不同作者因觀點差異而依個人所好撰寫的結果，<sup>180</sup>若以文獻內容多寡作時間上的區分便可能失去真實性。

時代稍晚，在倉公淳于意的醫案中，經脈病候除了原有表淺部位之外，異常脈動與內臟的病理關係也開始成形：

齊郎中令循病，眾醫皆以為癘入中，而刺之。臣意診之，曰：「涌疝也，令人不得前後洩。」循曰：「不得前後洩三日矣。」臣意飲以火齊湯，一飲得前洩，再飲大洩，三飲而疾愈。病得之內。所以知循病者，切其脈時，右口氣急，脈無五藏氣，右口脈大而數。數者中下熱而涌，左為下，右為上，皆無五藏應，故曰涌疝。中熱，故溺赤也。<sup>181</sup>

倉公察覺令循的病得之於房事，憑藉的是其右寸口脈氣甚急、大而數，並且無五藏氣的正常脈動變化。在病理上脈數主身體中下部分有積熱且勢盛，左右兩邊的脈分別診上下部位而皆無五藏正常平和之氣來應，故推斷為湧疝，小便紅色則是因身體中間部分（中焦）有熱導致。「涌疝」一名未見於今本《內經》，多紀元簡考證「此乃〈骨空論〉所謂衝疝，後世或呼為奔腸疝氣。」陳欽銘贊同其看法，並認為「奔腸疝氣」即腹內臟器隨腹膜而脫出於腹壁間隙的疾病。<sup>182</sup>但筆者依臨床經驗認為醫案中患者的症狀應類似後世定義的鬱熱、鬱火證，脈的運動狀態除了異常之外，因病勢盛使得正常該有的五藏氣（平人脈象）不得顯現。再研讀劉渡舟所論述之「火中」，令循罹疾之病理即可清楚：<sup>183</sup>

- (1) 病理：七情過極，五志之火內發，或日嗜肥甘，縱情酒色，陰氣先傷，陽氣獨勝。
- (2) 症狀：面色潮紅，頭暈目眩，神煩體燥，難以入寐，血壓升高，卒倒無知，心神昏冒，筋骨不用，小便短赤，大便秘結。脈來洪大，舌質紅絳，苔黃而乾。

類似《陰陽經》的「脈」病候名稱見於《靈樞·經脈》，文中分為「是動則

<sup>180</sup>黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁390。

<sup>181</sup>李書田，《古代醫家列傳釋譯》，頁13。

<sup>182</sup>陳欽銘，《十二四史醫者病案今釋》（台北：啟業書局，1986），頁31。

<sup>183</sup>劉渡舟，《傷寒論臨證指要》（北京：學苑出版社，1998），頁67。

病」與「是主...所生病」兩類，歷代各有不同見解。<sup>184</sup>基本上《靈樞·經脈》的內容是編著者綜合當時各家經脈學說予以整合系統化而成，簡單的說其基本內容大致以《陰陽經》為底本，在其基礎上參考了《足臂經》、《靈樞·禁服》等內容，並刪除重複及不被接受部分，並加入新的病候項目，成為較完整的理論體系；<sup>185</sup>其中也有為了配合術數觀點所加入的部分內容，如晚期發展才加入的手心主（厥陰）經。<sup>186</sup>直到《靈樞·經脈》完成時期脈與內臟的關係已更加密切，十二脈名皆加入所配屬的內臟名，並完成具有聯繫藏府組織全身內外的知識結構。黃龍祥便指出：

經脈與五藏的聯繫的實踐基礎主要反應在經脈病候中的「是動」病中，而此類病候又是直接來自診脈病候，並與相應的「經脈穴」的主治病症相吻合，這部分內容有很高的穩定性，不會輕易地隨著經脈與五藏關係人為地改變而變化。<sup>187</sup>

在〈經脈〉篇編者眼中，所謂「所生病」即沿經脈循行線出現的各種病症，而沿經脈循行部位可能出現的病症及相關藏府病變多種多樣，同時「所生病」還必然要隨著經脈循行線的演變而不斷地變化。<sup>188</sup>

《內經》時代寸口診脈的方法開始盛行，《難經》以降更由於獨取寸口，全身遍診法幾乎不再使用，「是動則病」的內容受限不再增加，而「其所生病」的內容則因經脈與身體之間的知識持續增加變化，仍得以不斷快速擴充。

本階段「脈」的病理及病名發展大致如上所述，要點有三：（1）脈的分佈是人體各部位不適感症狀群的相關集合區域。（2）異常的脈動是作為各種症狀覺知的根據，諸症狀以「痛」為大宗。筆者推論乃因「痛」感受明確且常見而成為

<sup>184</sup> 口鎖堂，〈論是動病、所生病〉，《甘肅中醫學院學報》20.2（2003）：10-11。

<sup>185</sup> 葉志英，〈《靈樞·經脈篇》對針灸理論的貢獻〉，頁 2-4。李海峰，〈從馬王堆帛書到《靈樞·經脈》看經絡學說的起源和發展〉，頁 31-32。趙京生，〈經脈病候的演變〉，《江蘇中醫》19.10（1998）：9-11。趙京生，〈針灸經典理論闡釋〉，頁 57-64。黃龍祥，〈中國針灸學術史大綱〉，頁 368。

<sup>186</sup> 十二經脈體系形成過程與術數（天人相應）相關的論點可參下列研究，趙京生，〈針灸經典理論闡釋〉，頁 15-17。黃龍祥，〈中國針灸學術史大綱〉，頁 278-279。李建民，〈死生之域—周秦漢脈學之源流〉，頁 206-216。

<sup>187</sup> 黃龍祥：〈中國針灸學術史大綱〉，頁 394。

<sup>188</sup> 黃龍祥，〈中國針灸學術史大綱〉，頁 380。

核心症狀。(3) 鑑別描述脈動的種類與特性使得病機與病理變化可以被進一步探討，後續診斷與治療的發展因此而有所本；檢閱《脈經·卷一》〈辨脈陰陽大法第九〉的內容即可知本點特色成為脈學階段發展的重要成果之一。<sup>189</sup>

本時期另有不以「脈」的觀點探索疾病與病理的醫學記載。張家山漢簡《脈書》的文首記載了各種疾病的名稱，該文依身體部位與器官，從頭部至足下，由外而內共計載了六十餘種不同疾病，<sup>190</sup>除了對於各部位的不同症狀加以命名之外，也簡單的描述其症狀，基本上以「症狀—疾病名」的格式記載。諸疾中身體各部位的「痛症」描述計有十二種，分別是鼻痛、齒痛、喉中痛、身炙痛、心胠下間痛、腸中痛（出現 2 次）、腸痛、腸弱而痛、身痛、頭身痛、四節痛。毫無疑問的，在當時的認知中，「痛」的現象對於非脈所屬疾病的被認定與描述同樣佔有重要的地位。值得注意的是，文中直接描述「腸」（內臟）的相關疾病症狀佔了不少的篇幅，病名包括「牡瘕」、「血瘕」、「肘（氣瘕）」、「膏瘕」、「鬢瘕」、「唐瘕」、「塞中」、「腸辟」、「泄」、「脈」、「瘡」及「浚」，因為內臟病理變化而引發的病症大量增加，擴充了醫學發展初期以五官外表為主的疾病範圍。

《五十二病方》是討論疾病與療法的一份重要文獻，年代與《脈書》相去不遠，是目前最古的醫學方書。<sup>191</sup>全篇大致上以「疾病名—症狀—療法」為撰寫模式，雖以療法為核心，但記錄了大量的疾病名稱。筆者將疾病分類，比較兩份文獻記載的異同：

	《五十二病方》	《脈書》*
外科	諸傷（刃傷、血出、癥、金傷、久傷）、狂犬齧人、犬齧人、夕下、毒烏喙、蠟、蛭蝕、蚘、疣者、白處、大帶、螟病、□	（頭）幹、禿、鬢。（面）皤。（頤下）瘻。（頸）瘻。（腋下）馬。（背）王身。（身）痂、火疰。（乳）醉。（陰囊）血頹、腸頹。（肛門）牡

<sup>189</sup> 〈辨脈陰陽大法第九〉提到以藏府運作的特徵分脈之陰陽，陰陽變化會產生各種不同的脈動方式，脈之陰陽消長不平衡時即產生各種不同病機，衍生不同疾病。參〔晉〕王叔和，《脈經》（台北：大孚書局有限公司，1999），頁 7-8。

<sup>190</sup> 連劭名，〈江陵張家山漢簡《脈書》初探〉：75。

<sup>191</sup> 馬王堆漢墓帛書整理小組編，《五十二病方》，頁 191。

	蠶者、腫棗、腸癩、牡痔、脈痔、牝痔、胸癢、疽病、疔瘵、疔傷、疔、蛇齧、癰、漆、蟲蝕、乾瘡、久疔、蠱、去人馬疣。	痔、牝痔。(疔)瘵、滯。(踝下)瘵。(足下)殿。騷。癘。
內科	巢者、癩疾、疔、人病馬不癰、人病□不癰、人病羊不癰、人病蛇不癰、諸食病、癰病、溺□淪者、膏溺。	(喉)痺。(皮膚)閉、馬蝨。(胃脘)隔中。(肺)上氣咳。(腸中)牡瘵、血瘵、氣瘵、膏瘵、矢瘵、溇瘵、寒中。(腸)腸滯、泄、脈、塞中。黃疽。膚張。水。風。溫。瘡。癰。間。
兒科	嬰兒病癰、嬰兒瘵、魘。	—
婦科	嬰兒索瘵。	(帶下)瘵、浚、白瘵。(陰部)暴。
五官科	癩(目疾)	(目)浸、脈浸、赧。(鼻)齧、癩食。(耳)聾、澆。(口中)篡。(齒)蟲齧、血齧。(齒齦)沁。
其他不詳	□者、諸□病、□□、□爛者。	(肩)□。(唇)□。(掌中)□。(身)□。(心胛下)□□烝□。(腸)血□、□。

\*《脈書》各病名前方括號內的標示為疾病發生部位或種類。

兩份文獻的疾病名稱記載大多並不相同。相較起來，《五十二病方》的內容不如《脈書》清楚標示疾病部位，也較少提到疾病症狀，但疾病名稱顯然多於《脈書》所載。全文僅部分疾病(牡痔、胸癢、癩)明確記錄會產生「痛」的現象，<sup>192</sup>其他有關「痛」的部分，則皆出現於處方主治範圍，分別治療諸傷、癰、犬齧、癰、

<sup>192</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 508、527、640。

□爛者（潰瘍）、痂等疾病所引起的痛症。<sup>193</sup>檢視相關描述，在《五十二病方》中「痛」的被強調顯然集中在外科與外傷一類的疾病，筆者認為這類疾病發生的過程中，病灶多數可能夾有出血、發炎、化膿腫脹的現象，患者在外觀明顯異於平常的目視刺激下，對痛覺的感受可能更加強烈，至於其他疾病未刻意強調「痛」則可能是疾病多樣化後症狀同步產生複雜化趨勢使然。部分疾病可能並不會產生強烈的痛，例如癩疾、癩、及某些皮膚病；而內科疾病中「痛」往往僅為眾多症狀其中之一，或許並不是最突出而明顯的，可能因此沒有特別提出。對於馬王堆漢墓墓主來說，在當時收集該文獻應有相當實用的價值，取材重點以疾病治療的應用為主而少論病理，具有強烈驗方色彩，<sup>194</sup>與《脈書》內容的用途並不相同。

消除疾病帶來的痛症除了使用方劑外另有方法。《導引圖》中有四種治療痛症的圖像：分別為（1）痛目（2）腹痛（3）引膝痛（4）引髀痛，<sup>195</sup>但因年代久遠而殘破不完整。現加以對照類似文本張家山漢簡《引書》，參閱操作上的說明：

引目痛，左目痛，右手指厭內脈，左手指撫顛(?)而力引之，三而已；右如左。一曰：兩手之指厭兩目內脈而上搯之，至項，十而已。一曰：起臥，而危坐，摩兩手，令指熱，以搯兩目，十而已。<sup>196</sup>

引腹痛，懸纜板，令人高去地尺，足踐其上，手控其纜，後足，前應力引之，三而已。因去伏，足距壁，固著小腹及股膝於席，兩手據，揆上，稍舉頭及膺而力引腹，極，因徐直之；已，又復之，三而已。因力舉尻，極，三而已。<sup>197</sup>

引膝痛，右膝痛，左手據權，內揮右足，千而已；左膝痛，右手據權，而力揮左足，千而已。左手勾左足趾，後引之，十而已；又以左手據權，右

<sup>193</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 328、336、349、351、361、386、451、553、577。

<sup>194</sup> 姚純發，〈淺談馬王堆帛書《五十二病方》〉，《中華醫史雜誌》30.3（2000）：187-188。周一謀，〈墓主雖命短，藏書重養生〉，《長壽》1994.5：6-8。直到東漢，驗方在一般民間的流傳運用仍相當廣泛，在醫學發展上與「醫經」論及理論是分屬不同的層次。參李建民，〈「正典」醫學的胎動——《中國史新論·醫療》之一章〉，「從醫療看中國史」學術研討會論文，（台北：中央研究院歷史語言研究所，2005），頁 17-18。

<sup>195</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 851、853、854、862。樊賢進，〈馬王堆《導引圖》部分功法淺析〉，《安徽中醫臨床雜誌》14.5（2002）：345-346。

<sup>196</sup> 高大倫，《張家山漢簡引書研究》（成都：巴蜀書社，1995），頁 158。

<sup>197</sup> 高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 147。

手引右足趾，十而已。<sup>198</sup>

股□□□痛，引之，端坐，伸左足，擣右臂，力引之；其在右，伸右足，擣左臂，而力引之，十而已。<sup>199</sup>

上述導引法乃透過徒手或器材協助加以運動患部，或經由其他部位的運動後刺激患部，以解除痛症，推測《導引圖》圖像應該也表達同樣含意。<sup>200</sup>但為何藉由活動身體就能達到止痛效果？其適用範圍和藥物又有何不同？《引書》文末解釋了導引的目的，指出「人之所以得病者，必於暑濕風寒雨露，腠理啓合食飲不和，起居不能與寒暑相應，故得病焉。」所以必須藉由導引避免罹疾。即透過「治八經之引，吹呴呼吸天地之精氣，伸腹直腰，力伸手足，輒踵曲指，去起寬寬，偃治巨引，以與相求也。」<sup>201</sup>的全身各部位導引活動操作過程，使身體如同風箱，不斷重複「虛而不屈，動而愈出，閉玄府，啓繆門，合五臟，逢九竅，利啓合腠理。」的生理運作，<sup>202</sup>身體內外各部分得以與大自然相適應而維持健康。這是導引治病強身的中心思想，若違反之則成爲發生疾病的病理邏輯，導引術儼然成爲人身體內外之氣相互溝通與平衡化的媒介。<sup>203</sup>《脈書》云：

夫流水不腐，戶樞不蠹，以其動。動則實四肢而虛五臟，五臟虛則玉體利矣。夫乘車食肉者，春秋必洩，不洩則脈爛而肉死。脈盈而洩之，虛而實之，靜則待之。<sup>204</sup>

<sup>198</sup> 高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 127。

<sup>199</sup> 高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 128。

<sup>200</sup> 呂利平、郭成杰，〈清輝四轍的中華養生文化—從《行氣玉佩銘》、《導引圖》和《引書》談起〉，《北京體育大學學報》27.2（2004）：176-179。賈海燕、張兆虎，〈蜀議先秦楚地導引養生〉，《湖北中醫學院學報》7.1（2005）：28-30。

<sup>201</sup> 高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 167。

<sup>202</sup> 高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 171。

<sup>203</sup> 導引術的特色、對人體的養生保健的優點及在中醫體系內的發展可參以下文獻：陳邦康、施仁潮，〈導引小議〉，《氣功》1996.5：203。劉貴育，〈從中醫學的發展看醫學氣功學的建立〉，《瀘州醫學院學報》20.1（1997）：34-36。楊杰，〈再論導引〉，《氣功》20.3（1999）：102-104。姜文熙，〈《諸病源候論》中的養生方和導引法〉，《甘肅中醫學院學報》17.4（2000）：51-53。劉文誠、黃建文，〈試論我國古代導引養生理論的發展演變〉，《武漢體育學院學報》34.2（2000）：78-80。李保國，〈《內經》導引行氣辨真〉，《中醫藥臨床雜誌》18.2（2006）：108-109。岳愛萍，〈導引健身法淺述〉，《醫藥產業資訊》3.14（2006）：291-292。

<sup>204</sup> 江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，頁 74。

《呂氏春秋·盡數》更進一步說：「形不動則精不流，精不流則氣鬱。」<sup>205</sup>導引運動的過程中，身體的精氣不斷運轉全身，身體內外各組織器官的功能也因此能正常表現，正如流動的水不會腐臭、經常使用的門栓不會遭蟲蛀一樣。當這種機制發生異常時，即成為病理現象造成疾病與痛症。《引書》中處理「痛」及「五官科」疾病的導引動作相當多，但不見外傷、皮膚病及婦科疾病，與《脈書》、《五十二病方》的疾病種類差異甚大，<sup>206</sup>文獻間相互對照即可瞭解時人對導引術的運用範圍，應該是類似《素問·異法方宜論》所說：「其民食雜而不勞，故其病多痿厥寒熱。」一類的疾病吧。直到隋代《諸病源候論》書中大量引用《養生方·導引法》處理各種疾病，則是後世醫學對導引應用擴大化的成果。<sup>207</sup>

《脈書》的一段文字再次說明了「痛」是本時期醫家關注的重要議題，也提及「痛」的病理機轉：

夫骨者柱也，筋者束也，血者濡也，脈者瀆也，肉者附也，氣者响也，故骨痛如斲，筋痛如束。血痛如泥，脈痛如流，肉痛如浮，氣動則擾。夫六痛者皆存於身而莫之智治，故君子肥而失其度，是胃筋骨不勝其任。其氣乃多，其血乃淫，氣血腐爛，百節皆沈，歎甘末，反而走心。不此豫治，且聞哭音。<sup>208</sup>

學者將本段文字定名〈六痛〉，文中說明「骨、筋、血、脈、肉、氣」六種重要結構在身體的功能，並指出平素膏粱厚味、四體不動之人會使得筋骨的負擔增加，氣血過剩造成腐爛的現象，進一步使得關節沈重活動不暢，若身體長期維持這種異常狀態，會使氣血背離原來的運行方向轉而向心運行，屆時則有生命危險。《素問·氣穴論》進一步指出氣血（榮衛）的運行空間為肉分之間（谿谷之會），當「邪溢氣壅，脈熱肉敗，榮衛不行」時，「必將為膿，內銷骨髓，外破大腠，留於節腠，必將為敗。」<sup>209</sup>這是與《導引圖》、《引書》沿相同脈絡發展而來

<sup>205</sup> 陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》，頁 139。

<sup>206</sup> 高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 19-20。

<sup>207</sup> 《諸病源候論》計有三十六卷、156 候載有養生導引法，共計 214 條，包含導引、行氣與按摩，處理疾病範圍幾乎涵蓋大部分科別。研究專書參丁光迪，《諸病源候論養生方導引法研究》（北京：人民衛生出版社，1996）。

<sup>208</sup> 江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，頁 74。

<sup>209</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 715。

的病理意識。身體各種結構在未能維持平恆的狀態時便會出現症狀，造成身體各種異常變化的主角同樣是「氣」與「血」。此處指的異常變化是各種型態不同的「痛」，藉由鑑別這六種異常的「痛」便可以區別疾病發生的部位。

病程發展的結果有二，痊癒或死亡，本時期醫家對判斷死候已有經驗可循。《陰陽脈死候》主論陽脈與陰脈疾病的瀕死症狀，其中三陽脈死候有 1 種，即「折骨」與「裂膚」足以致死；<sup>210</sup>陰脈死候則有五種，分別是：「唇反人盈，則肉先死；齧瘡齒長，則骨先死；面黑，目環視斜，則氣先死；汗出如絲，傳而不流，則血先死；舌陷卵卷，則筋先死。」<sup>211</sup>扣除「脈」，本文獻與《脈書》的身體結構分類一致。依臨床經驗，筆者認為陽脈死候應該是嚴重的創傷造成多處骨折及肌肉斷裂撕碎後造成；至於陰脈死徵，上述各身體結構之「死」應指其失去生命力、無法表現正常生理功能，如同死去一般而言，並非指真正的死亡。<sup>212</sup>但如果各結構陸續處於該狀態下，則必然不得活命。故該文後續言「五者遍有，則不活矣。凡徵五。一徵見，先活人。」正是其意也。文獻中僅記錄死徵而未提及病理機轉，可能是屬於臨床觀察一類的紀錄。《難經·二十四難》與《靈樞》〈經脈〉、〈終始〉、《素問·診要經終論》等篇章亦載有諸病死候，但內容與《陰陽脈死候》互有出入，且增加了不少病理與病機內容，部分修改內容也含有術數色彩。<sup>213</sup>整體而言，死生之辨的意識仍建立在於身體各結構與物質間是否能各司其職、平衡運作。<sup>214</sup>

依上述分析結果，本時期「脈」病與不牽涉「脈」的疾病種類已相當多，特別是「痛」的現象被認為是各種疾病中重要的症狀之一，對應的療法也很豐富，但病理記載仍相當不足。很清楚的，部分疾病雖未明確言及脈，但本時期論及病

<sup>210</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 304。

<sup>211</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 307-311。

<sup>212</sup>死證一直是歷代醫家重視的臨床議題，《內經》內容不乏提及「死」、「不治」，《傷寒雜病論》則延續理論試圖找出可生之途。「死」尚指危證、難治之證、或誤治之害，並不全然是死亡、無法救治之意，生命的極限也因醫學進展而不斷改寫。參劉雪堂，〈正百世闕誤，響千古遺韻—讀《素問補識》後書感〉，《天津中醫學院學報》1994.2：1-3、11。金麗，〈《傷寒論》死證淺探〉，《山東中醫學院學報》19.1（1995）：17-18。徐力，〈《傷寒論》死證探析〉，《國醫論壇》14.5（1999）：4-6。韋麟，〈對《傷寒論》死證的初步探討〉，《時珍國醫國藥》15.8（2004）：537。

<sup>213</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 313-316。

<sup>214</sup>彭靜山，〈病人之氣血與辨生死〉，《遼寧中醫雜誌》22.1（1995）：11-12。

理仍以身體內氣、血、精等的特性與簡單的互動關係為主要內容，特別是上述導引能處理的疾病其病理與前述脈病明顯有類似之處，同時對於病因的理解，明顯已可區分出內因為病。事實上，本時期的醫學觀點氣、血與脈根本脫離不了關係，<sup>215</sup>導引術動搖筋骨、按摩皮肉、呼吸吐納等養形的功夫正是依靠養脈、調氣血而來。<sup>216</sup>筆者認為這是《內經》成書前醫學理論完整化的必經過程，不同派別的醫家關注的臨床重點不同，研究理論、運用處方及導引養生技術的醫家們各有其擅場，但面臨疾病的推理時則僅能依當時對疾病有限而雷同的觀察與意識解釋病理，並試圖連結關係。這樣的過程正是戰國末年以後醫學知識得以逐漸擴充並相互連結成完整體系的重要推手。

### （三）胎產與房中類：

本時期醫學發展的另一支脈是「房中」。周朝以來「房中」的意義與女性有關，當時主要是指女子、婦人或皇室後宮；<sup>217</sup>由於婦人不出於戶外，處於家庭中之順從地位，房中是其主要的活動範圍，故以此代稱。<sup>218</sup>「房中」是當時女性的代名詞，也隱含時人對女性日常活動與社會定位的共同規範意義。<sup>219</sup>晚周秦漢，「房中」一詞的意義有擴大化的趨勢，關於婦人生養的技術與知識亦納入其中，

<sup>215</sup> 石田秀實，《中國醫學思想史》，頁 36-37。馮學中，〈氣血論是中醫理論體系核心之芻議〉，《山西中醫》12.3（1996）：4-7。馬明，〈論氣血〉，《陝西中醫函授》1997.1：17-20。于江，〈先秦時期的養生文化〉，《養生大世界》2005.4：17-20。董寶強、王富龍等，〈淺論十二經脈氣血盛衰與經絡病變的關係〉，《光明中醫》21.4（2006）：1-3。

<sup>216</sup> 李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 167-169。

<sup>217</sup> 《漢書·禮樂志》提到「有房中祠樂，高祖唐山夫人所作也。」〔東漢〕班固，《漢書》，頁 224。《儀禮·燕禮》注也指出「房中之樂」即「后夫人之所諷誦，以事其君子。」李學勤主編，《儀禮注疏》，（台北，台灣古籍出版有限公司，2001），頁 339。《禮記·曾子問》，「眾主人、卿、大夫、士，房中，皆哭不踊。」鄭玄注，「房中，婦人。」李學勤主編，《禮記正義》，頁 661。

<sup>218</sup> 《釋名》釋「女」，「如也，...少如父教、嫁如夫命、老如子言。」釋「房」，「旁也，在堂兩旁也。」充分顯示當時社會以父權及男性為中心的意識。參〔東漢〕劉熙，《釋名》（台北：國民出版社，1959，影嘉靖三年重刻本），頁 39、83。

<sup>219</sup> 《儀禮》書中多處提到婦人在各種禮節執行中所負責的工作，多半在「房中」操作，即使出房中，也在儀式完成後即退於房內。如「主婦洗於房中」、「主婦反取籩於房中」（有司禮），洗足爵於房中（士虞禮），「盥於房中」、「主婦出，反於房。」（特牲饋食禮），「女次，純衣纁衽；立於房中」、「婦徹於房中」（士昏禮），「婦人髻，帶麻於房中。」（喪大記）等。諸篇內容參李學勤主編，《儀禮注疏》。

包含胎產、求子與優生的觀念，及與性行為有關的生理、技巧、保健與養生的技術。與「醫經」、「經方」、「神仙」並列為四大方技，成為掌握生命之學的一環，「房中」逐漸成為「性」、「生殖」相關知識技術的代名詞。<sup>220</sup>

李零曾指出，出土的早期文物中可能與生殖崇拜有關的遺物有三種，包括「豐饒女神像」、「男根模擬物」及「交合圖」。<sup>221</sup>推測先民把性和生殖看成是一種神聖、重要的過程，與種族的繁衍強盛息息相關，<sup>222</sup>當先民了解性交與生殖之間密不可分的關係之後，更強化了這種崇拜。對萬事萬物以「陰」、「陽」的邏輯來分辨思考是古代中國的文化特徵，陰陽概念引申到兩性關係時，時人認為男女交合不僅是單純的慾望發洩，更是這兩種力量在人身上的緊密互動。但比較後期的「男根模擬物」及「交合圖」，相關文物其實已偏重成為房中助樂工具與文本，「房中」意識也逐漸與生殖胎產分離；再經歷漢代、六朝以降各朝代的社會文化變遷，「房中」失去其「生生之具」的核心精神，多不重視性交過程中生命力的維持與節制，僅流於狎樂的奇淫技巧與猥褻淫穢之術，不登大雅之堂。<sup>223</sup>

「房中」意識的完整化至晚應於戰國時期形成，但「過度的性行為導致生命力衰退及罹患疾病」的觀念則早已成型於春秋時期。在第一節筆者曾指出國君妄作女色為病在當時各國王室屢見不鮮，有識之士多半疾呼應當節制。《呂氏春秋·情欲》提到：「天生人而使有貪有欲，欲有情，情有節，聖人修節以止欲，故不過行其情也。」陳奇猷認為此乃「言節制情欲，情慾之動，必自貴生出發，然後生可常而身可安。」<sup>224</sup>但「節制」應該是不可太過與不及，而不是一味的禁慾。《史記·倉公傳》記載，濟北王侍者韓女病腰背痛，不時發寒熱，月經不調，淳于意診斷認為「病得之欲男子而不可得也。」<sup>225</sup>意即韓女之病得自於性生活得

<sup>220</sup> 李建民認為人體內有動而愈出、用之不勤的「房」，是身體的「橐籥」之處，生生不息之「虛空」，凡和合夫妻、廣嗣、成仙皆由此「房」所出，「房中」即指相關的知識與技術；筆者認為此觀點可從。參李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 188。

<sup>221</sup> 李零，《中國方術正考》（北京：中華書店，2006），頁 343-344。

<sup>222</sup> 李零，《中國方術正考》，頁 345-354。

<sup>223</sup> 鐘來茵，〈古代房中理論的幾個誤區〉，《氣功》15.1（1994）：3-5。王立，〈中國古代房中術概論〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》2.2（1996）：5-7、15。汪明德，〈房中溯源〉，《浙江中醫學院學報》25.6（2001）：11-12。

<sup>224</sup> 陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》，頁 87。

<sup>225</sup> 李書田，《古代醫家列傳釋譯》，頁 16。

不到滿足所引起。閱讀《漢書·藝文志》〈方技略〉，對「房中」提出了定義：

房中者，性情之極，至道之際，是以聖人製外樂以禁內情，而為節文。傳曰：先王之樂，所以節百事也。樂而有節則和平壽考。及迷者弗顧，以生疾而隕性命。<sup>226</sup>

時人認為對情慾與性行為的適當控制，是維持生命力正常運作與避免疾病的重要方法之一，這種意識在出土文獻中有清楚的脈絡可尋，甚至發展出一系列相關的技術與醫藥應用。

在兩漢時期有不少房中的相關著作，據《漢書·藝文志》收錄共有八家、一百八十六卷，至今內容皆佚，文本有名無實。分別為：

《容成陰道》二十六卷。

《務成子陰道》三十六卷。

《堯舜陰道》二十三卷。

《湯盤庚陰道》二十卷。

《天老雜子陰道》二十五卷。

《天一陰道》二十四卷。

《黃帝三王養陽方》二十卷。

《三家內房有子方》十七卷。

上述「陰道」即「接陰之道」，依馬繼興注即「房事」之別稱，<sup>227</sup>《養陽方》及《有子方》依書名推測屬男性房中養生及求子一類的著作。事實上，直到唐代結束之前，房中術的著作分類變化較少，仍不脫方技、房中、醫家、醫方及醫術等範圍，<sup>228</sup>但可惜的是相關著作在五代之後多數亡佚；宋朝之後，房中著作幾乎完全被摒除在醫籍的範疇之外。<sup>229</sup>直到清末，葉德輝將日本《醫心方》的「房內」部分加以編輯，漢唐間的房中思想與文本才得以重現；<sup>230</sup>而高羅佩（R.H. van

<sup>226</sup> [東漢]班固，《漢書》，頁 453。

<sup>227</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 972。

<sup>228</sup> 岡西為人，《宋以前醫籍考》（台北：進學出版社，1969），頁 1396-1402。

<sup>229</sup> 劉時覺，《宋元明清醫籍年表》（北京：人民衛生出版社，2005）。

<sup>230</sup> 1902 年（清光緒 28 年）葉德輝的門人到日本留學，在東京上野圖書館看到《醫心方》，將之抄錄回中國，隔年葉德輝選擇其中的一部分，刊印了《雙梅景閣叢書》。李約瑟的《中國科學技術史》第二卷中關於房中術的章節，主要就是以此書所提供的文獻和高

Gulik, 1910-1967) 探討了中國各朝代性行爲的相關身心意識與房中書文本，使中國性文化的研究開始有跡可尋。<sup>231</sup>至於晚周至秦漢間房中術最初的主要面貌與發展，依目前可得史料，應從馬王堆醫書的房中知識加以探討。

馬王堆醫書中與房中有關的著作佔有半數之多，分別爲《雜療方》、《養生方》、《雜禁方》、《合陰陽》、《十問》、《天下至道談》及《胎產書》；其中《合陰陽》、《天下至道談》、《十問》全文皆專談房中。<sup>232</sup>《合陰陽》乃陰陽交合之義，全篇旨在闡述性行爲的過程，說明男女交合的原則和方法；從事前按摩，到過程中各種姿勢、動作次數、方位、節奏、頻度等，皆有詳細說明。《天下至道談》則以「房中有如宇宙間最高深道理」的意識作爲書名，部分內容與《合陰陽》雷同，描述性行爲的技巧與過程，較特別的是該書深入討論藏於體內的精力對於養生的重要性，主張在交合過程透過節制而藏精勿瀉的手段，隨時以「精贏必舍，精缺必補，補捨之時，精缺爲之。」的標準衡量人身「積精」的必要與否。<sup>233</sup>該篇提出「七損八益」的觀點，強調「去七損」以振其病、「用八益」以貳其氣，以使「老者復壯、壯者不衰。」<sup>234</sup>強調的是性行爲應以合理而有節的方式從事：

「八益」種類	釋文
治氣	旦起起坐，直脊，開尻，翕州，抑下之，曰治氣。
致沫	飲食，垂尻，直脊，翕州，通氣焉，曰致沫。
知時	先戲兩樂，交欲爲之，曰知時。
畜氣	爲而奕脊，翕州，抑下之，曰蓄氣。
和沫	爲而勿亟、勿數，出入和治。曰和沫。
積氣	出臥，令人起之，怒釋之，曰積氣。

羅佩的研究成果為基礎完成。相關歷史參李零，《中國方術正考》，頁 307-311。

<sup>231</sup> 高羅佩是荷蘭籍著名漢學家、職業外交官，他對明代中國性學的文本搜集和研究論述相當豐富，相關著作有兩本中譯本可參。1951年完成的《秘戲圖考》(Erotic Colour Prints of the Ming Period) (佛山，廣東人民出版社，2005)。及1961年完成的《中國古代房內考》(Sexual Life in Ancient China) (台北：桂冠圖書股份有限公司，1991)，是中外漢學家瞭解傳統中國社會兩性生活的重要作品。

<sup>232</sup> 李零，《簡帛古書與學術源流》，頁 416。

<sup>233</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 1020。

<sup>234</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 1030。

待盈	幾已，內脊，毋動，翕氣，抑下之，靜身須之，曰待盈。
定傾	已而洒之，怒而捨之，曰定傾。此謂八益。

「七損」種類	釋文
閉	爲之而疾痛，曰內閉。
泄	爲之出汗，曰外泄。
竭	爲之不已，曰竭。
勿	臻欲之，而不能，曰勿。
煩	爲之喘息中亂，曰煩。
絕	弗欲，強之，曰絕。
費	爲之盡疾，曰費。

研讀「八益」釋文可察覺，此乃導引術之一環，操作者透過體位與動作的調整以致其氣，使體內精氣柔和持久，同時圓滿完成交合，男女雙方皆因此得以調和陰陽。若交合過程中違背陰陽規律，產生劇烈疼痛或大汗不止等異常現象，則會導致精氣內閉外瀉，過度、草率及勉強的交合亦會損傷精力，甚至陰陽斷絕、互不相通，此乃「七損」所應避免。

「七損八益」不僅成爲漢代房中術的核心概念，<sup>235</sup>相關內容也見於醫學典籍中。《素問·陰陽應象大論》通篇皆談陰陽，強調陰陽爲「天地之道，萬物之綱紀，變化之父母，生殺之本始，神明之府也。」<sup>236</sup>宇宙間的事物與現象，離不開陰陽之道，生命的變化與能量的消長，也皆依賴陰陽的互動；<sup>237</sup>而保持兩者間的協調憑藉的正是「七損八益」的觀念。所以文中岐伯認爲聖人之治身乃「知七損八益」以調陰陽，積存精氣使之有餘，則得以「耳目聰明，身體輕強，老者復

<sup>235</sup> 李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 189。另有《素女經》一書，可能是東漢時期作品，書中亦提及「陰陽有七損八益」，但其「八益」內容談的僅是交合姿勢，與《天下至道談》的概念不同。參周一謀，〈房中養生專著《素女經》和《玄女經》(下)〉，《長壽》1996.4：4-5。

<sup>236</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 62。

<sup>237</sup> 劉力紅，《思考中醫》(桂林：廣西師範大學出版社，2003)，頁 74-87。

壯，壯者益治。」至於治病的觀點亦分陰陽，主張依病勢、病位、病性的不同各自對待：

故因其輕而揚之，因其重而減之，因其衰而彰之。形不足者，溫之以氣；精不足者，補之以味。其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中滿者，瀉之於內。其有邪者，瀆形以為汗。其在皮者，汗而發之。其慄悍者，按而收之。其實者，散而瀉之。審其陰陽，以別柔剛，陽病治陰，陰病治陽，定其血氣，各守其鄉。血實宜決之，氣虛宜掣引之。<sup>238</sup>

這與前述「精羸必舍，精缺必補，補捨之時，精缺為之。」的房中養生觀點如出一轍，「房中」一系的內容看似為追求感官肉體快感的性行為技巧，事實上隱含有調節人身小宇宙能量的中心思想，並與「醫經」內容互相呼應。《十問》是房中術指南一類的著作，通篇透過問答形式闡述以行氣、呼吸、服食等方法達到陰陽交接時得以固精的概念，部分內容與《天下至道談》類似。<sup>239</sup>書中耆老回答帝盤庚房中養生一事指出：

其事一虛一實，治之有節：一曰垂肢，直脊，撓尻。二曰疏股，陰動，縮州。三曰合睫，毋聽，吸氣以充腦。四曰含其五味，飲夫泉英。五曰群精皆上，吸其大明。至五而止，精神日怡。<sup>240</sup>

除了強調交接有節之外，更有以積精、藏精方式補益腦部的想法。《醫心方·卷第二十八》引《仙經》內容，詳細說明其操作方法：

還精補腦之道，交接精大動欲出者，急以左手中央兩指卻抑陰囊後大孔前，壯事抑之，長吐氣，並啄齒數十過，勿閉氣也。便施其精，精亦不得出，但從玉莖復還，上入腦中也。此法仙人口口相授，皆飲血為盟，不得妄傳，身受其殃。<sup>241</sup>

男子房中交合的過程除了藉由技巧閉精不發之外，更透過體位、呼吸、行氣與手法將精氣聚集，沿督脈上送至腦，<sup>242</sup>試圖透過「養陽」的方式使得養生與提高性

<sup>238</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 94。

<sup>239</sup> 周浩禮、吳植恩，〈馬王堆房中書的性養生理論及其文化內涵〉，《醫學與社會》14.6 (2001)：9-11。

<sup>240</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 936。

<sup>241</sup> 丹波康賴編撰、沈澍農校注，《醫心方校釋》(北京：學苑出版社，2001)，頁 1734。

<sup>242</sup> 李建民，〈督脈與中國早期養生實踐——奇經八脈的新研究之二〉，發表於「宗教與醫療」

技巧的目的能夠不斷良性循環、並行不悖。上述觀點依現代醫學理解或有歧異，在道家養生之人看來也褒貶不一，<sup>243</sup>但其基本的想法乃以時人對性行為過程中生命力可能流失的恐懼與疑惑感為基礎，在一切的生命活動作為皆應以「最少的能量消耗並以最有效率的方式運作」為養生前提下，精氣必須能以正確的方式積蓄，壽命才得以不斷延長，男女交合一事同樣不能違背該原則；一旦精氣得以自守，透過房中術的操作，治病療傷、養生延壽便得以可能。<sup>244</sup>《素問·上古天真論》即認為：「以酒為漿，以妄為常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持滿，不時御神，務快其心，逆於生樂，起居無節，故半百而衰也。」<sup>245</sup>未能節制生活，精神不得以全真，必然會產生早衰的現象。相對於擁有最高養生技術與成就的「真人」，能夠「提挈天地，把握陰陽，呼吸精氣，獨立守神，肌肉若一。」正是掌握了「七損八益」的要領而得以「壽敝天地，無有終時。」更進一步說，同時追求身體精氣的「充實」與精神層面的「虛空」才是養生求真的最高境界，<sup>246</sup>

然而，生命力不足的身體不但無法在房中過程受惠，反而可能因不當的交合讓更多精氣流失，必須透過醫療補救。房中術的性醫療記錄可見於《養生方》與《雜療方》，治療項目包含男性老年性陽痿、一般陽痿、虛弱、陰莖腫大、精液稀少、女性陰道乾燥、虛弱等，處方則包含多種內服、外用的補益及興奮刺激

---

學術研討會，(台北：中央研究院歷史語言研究所)，2004年11月16日，頁15-24。

<sup>243</sup> 依現代醫學的觀點看「還精補腦」的理論似乎較難置信，男子性高潮時，精液已離睪丸、附睪而至輸精管，甚至已達射精管，故欲令其回返較不容易，即使能還，也未與大腦有關。道家練氣者則觀點不一，「精」或以精液解、或以元精解，與性行為也不一定有關，甚至強調是精神層次的修練與變化。相關論點可參以下論文：談啟明，〈還精補腦說辨誤〉，《中國氣功》1995.9：396。馬瑞苙，〈「還精補腦說辨誤」之辨誤〉，《氣功》17.1（1996）：9-12。葛煥琛，〈談南懷瑾還精補腦之認識〉，《氣功》17.7（1996）：291-294。時衍松，〈傳統房中養生術管窺〉，《中國氣功》12（1996）：35-36。張玄宗，〈正卻認識還精補腦〉，《氣功》19.6（1998）：246-248。董少萍，〈道家房中養生觀〉，《甘肅中醫》11.4（1998）：1-3。邱相春，〈談還精補腦的方法與作用〉，《氣功》20.7（1999）：297-299。張緒通，〈如何還精補腦？請看一道家的性養生〉，《中國氣功科學》12（2000）：26-28。

<sup>244</sup> 《抱朴子·釋滯》提到，「房中之法十餘家，或以補救傷損，或以攻治眾病，或以采陰益陽，或以增年延壽，其大要在於還精補腦之一事耳。」見王明，《抱朴子內篇校釋》（北京：中華書局，2002），頁150。

<sup>245</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁2。

<sup>246</sup> 栗山茂久，《身體的語言》，頁234-247。

藥物，劑型亦涵蓋甚廣。<sup>247</sup>遺憾的是，對於「痛」的相關記載，目前出土的房中  
文本並無著墨，稍晚的文獻也僅著眼因男女交接不當所產生；如「嫁痛」、「初交  
傷痛」、「陰陽過」、「傷於丈夫」等一類的紀錄，<sup>248</sup>仍屬於「七損」的內涵之一。

整體「房中」內容大致未脫離上述冀求「養生與提高性技巧並行不悖」的  
想法。不可否認的是，除了養生之外，時人並沒有忽略過程中男女皆會產生的歡  
愉感，甚至部分技術與治療是爲了強化「快樂」感因應而生。<sup>249</sup>性行爲乃人之大  
欲，即使從禮教的觀點來看亦無法迴避與禁止，<sup>250</sup>人們期望透過房中知識與技術  
在交合的愉悅中同時達到生命力的消耗與儲存得以「平衡」的折衷想法是可以理  
解的，出土房中類文本內容強調經由在交合過程中以各種方式同時達到與天地脈  
動合而爲一的邏輯，也在「天人合一」觀點的影響下，變得十分合理。雖然有學  
者認爲上述相關文獻詮釋的是修道法門、導引術等內容，並非房中術；<sup>251</sup>但希冀  
藉由該意識達到養生修練，提升身心的初衷兩者並無相左。事實上，《呂氏春秋》、  
《春秋繁露》等著作節錄有房中家之思維言論，皆強調「和天地陰陽節律以保其  
精」、「節制情慾、過之損人」的道理；較晚醫學著作《千金要方》、《醫心方》  
也收錄大篇幅房中保健及醫療知識。因此單純將當時的「房中術」解讀爲用來縱  
慾不瀉、強力入房的性行爲技術不僅十分膚淺，在思想史的論證上也不夠全面。  
若「醫學是維繫人身性命的技術與知識」這個前提是確定的，那麼先人強調性行  
爲應該適度以平衡、保存精力，並呼籲房中活動應與天地陰陽運作契合、同時亦  
發展相應動作技巧的努力就必須視爲中醫學發展過程中的重要部分。

<sup>247</sup>房中方的製備相當精細，包含了酒劑、粉劑、煮粥、乾燥動植物、丸劑、外洗劑、塞劑、膏劑、湯劑、藥巾等，當時方劑的發展已相當具規模。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 653-821。

<sup>248</sup>《醫心方》引《集驗方》、《千金方》、《玉房秘訣》及《劉涓子方》等書，收錄因性行爲產生痛的各種療法於〈卷二十八·少女痛〉中。參丹波康賴編撰、沈澍農校注，《醫心方校釋》，頁 1758-1760。

<sup>249</sup>林富士，〈略論早期道教與房中術的關係〉，《歷史語言研究所集刊》72.2（2001）：233-300。

<sup>250</sup>孔子認爲人的欲望是存在的，也必須適度的給予滿足。因此《禮記》便記載了：「飲食男女，人之大欲存焉。」的觀點，《孟子·告子》也提到，「食色、性也。」儒學兩大家皆指出物欲與性欲對於人的必要性及存在的合理性。參李學勤主編，《禮記正義》，頁 802。李學勤主編，《孟子注疏》（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁 349。

<sup>251</sup>林明華，《五千年前埃及、中國的「天下至道書」》（板橋，點石出版社，2000），頁 9。

即使篇幅不多，「胎產」仍是房中術關心的另一主要議題，大抵屬於現代醫學「優生學」（Eugenics）的部分，其範圍相當廣並自成一格；內容涉及男女婚配的適當性、受孕宜忌、妊娠保健、直到分娩後的處理。胎產內容在秦漢之後逐漸從房中脫離，成為中醫婦科與兒科二支各自發展。<sup>252</sup>和前述內容不同的是面臨妊娠及生育時，男女交合所關注的並不是如何「歡愉快樂」，而是相關的時辰、方位、場合、地點等因素，不論胎產前後或子嗣的命運吉凶皆與其息息相關。

春秋戰國時期已有「優生」概念。《左傳·卷十五》在僖公二十三年記載：「男女同姓，其生不蕃。」<sup>253</sup>認為近親結婚會生怨育災，有滅姓的危機，必須避免。《禮記·月令》也提到：「季冬行春令，則胎夭多傷，國多固疾，命之曰逆。」<sup>254</sup>指出天地節氣異常變化、「生氣早至、不充其性。」對胎兒有負面影響。雖然上述觀點源自於禮教，但仍暗示不當的人事作為與大自然運氣節律的「出軌」皆可能為新生兒埋下日後的種種禍因，猶如不定時炸彈般不知何時爆發。《列子·力命》曾記載了這樣的史事：楊朱的好友季梁得疾，請了三位醫師診治，其中一位俞氏解釋病情曰：「汝始則胎氣不足，乳湏有餘，病非一朝一夕之故，其所由來漸矣，弗可已也。」<sup>255</sup>〈力命〉全篇主要在探討人生主觀努力與命運之間的關係，貴賤、貧富、壽夭、社會治亂、事業成敗等究竟是由人為或命運決定；即使劇情發展後來季梁之疾自瘳，但人身出生時先天生命力的不足得以影響往後的健康狀況、甚至在成年後仍引發疾病的醫學觀點確定是已成形的。

《胎產書》是現存最早的中醫婦產科專著，<sup>256</sup>內容主要論及妊娠生活飲食宜忌與傳統胚胎學、埋胞與嬰兒之關係、及懷男女胎之法。《列女傳·卷一》記載周文王之母大任，性格「端一誠莊，惟德之行。」當她懷有文王時，言行舉止節而有禮，「目不視惡色，耳不聽淫聲，口不出敖言，能以胎教。」使得文王成為一代聖明君主。<sup>257</sup>大任深諳「人生而肖萬物者，皆其母感於物，故形音肖之。」

<sup>252</sup> 李建民，《方術醫學歷史》，（台北，南天書局，2000），頁 122。

<sup>253</sup> 李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁 472。

<sup>254</sup> 李學勤主編，《禮記正義》，頁 659。

<sup>255</sup> 蕭登福，《列子古注今釋》（台北：文津出版社，1990），頁 559。

<sup>256</sup> 蔣文躍，〈從中醫藥優生論重大慢性疾病的預防〉，《中華中醫藥雜誌》20.8（2005）：493-495。

<sup>257</sup> [漢]劉向撰，[明]茅坤補，《增補全像評林古今列女傳》（台北：廣文書局，1981），

之意，故能掌握胎教重點，以「良好品行」感應胎兒。《千金方》更加以詳細闡述相同觀點：

故妊娠三月，欲得觀犀象猛獸、珠玉寶物，欲得見賢人君子、盛德大師，觀禮樂、鐘鼓、俎豆、軍旅陳設，焚燒名香，口誦詩書、古今箴誡，居處簡靜，割不正不食，席不正不坐，彈琴瑟，調心神，和情性，節嗜欲，庶事清淨，生子皆良，長壽忠孝，仁義聰慧，無疾。斯蓋文王胎教者也。<sup>258</sup>

「胎教」就是「養胎之法」，透過妊娠早期便開始刻意營造的良性教育、接觸美麗優雅的事物、生活起居與情緒精神的穩定平衡，目的即冀求產下品質優良的新生命。《胎產書》綜合了孕婦生活飲食宜忌與胚胎發展，對十月懷胎的過程做了詳細的紀錄，屬同一時期的《淮南子》也列舉了胎兒發育的過程，但兩者的觀點不盡相同：<sup>259</sup>

	《胎產書》			《淮南子·精神訓》
	胚胎特性	飲食生活宜忌	階段名稱	
一月	流形	食飲必精，酸羹必熟，毋食辛腥。	哉貞	膏
二月	始膏	毋食辛燥，居處必靜。	始藏	肤
三月	始脂。果隋肖效。當是之時，未有定儀，見物而化。	君公大人，毋使侏儒，不觀沐猴，不食蔥姜，不食兔羹。		胎
四月	而水授之，乃始成血。	其食稻、麥、鱒魚、□□，以清血而明目。		肌
五月	而火授之，乃	晏起□沐，厚衣居堂，朝吸		筋

頁 12-13。

<sup>258</sup> [唐] 孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》（北京：華夏出版社，2004），頁 35。

<sup>259</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 781-802。[漢] 高誘注，《淮南子》，（台北，廣文書局，1972），頁 28。

	始成氣。	天光，避寒殃，其食稻、麥，其羹牛、羊，和以茱萸，毋食□，以養氣。		
六月	而金授之，乃始成筋。	勞□□□，出游於野，數觀走犬馬，必食□□也，未□□□。	變腠□筋，□□□□。	骨
七月	而木授之，乃始成骨。	居燥處，毋使定止，□□□□□□□□飲食避寒，□□□□□□□□美齒。		成
八月	而土授之，乃始成膚革。	□□□□□□□□。	是謂密腠理。	動
九月	而石授之，乃始成毫毛。	……伺之。		躁
十月	十月氣陳□□，以爲……			生

《胎產書》內容明顯受五行概念影響，涉及五行之氣對胚胎發展的相感應關係，《淮南子》對胎兒發育的過程則僅紀錄胚胎的結構變化；與兩著作類似的論述直到隋唐醫書仍沿襲其架構，且內容有擴大的趨勢。<sup>260</sup>而《脈經》提出的十二經脈養胎論，是懷胎階段變化的另一套論述，以不同時段由母體不同經脈負責養胎為核心概念，<sup>261</sup>內容偏重孕期母體生理、病理變化與胎兒間的關係。《脈經》提出

<sup>260</sup> 《諸病源候論》、《千金要方》、及參考魏晉以來醫書完成的《醫心方》皆對妊娠期間胎兒外型的變化多有說明。李建民對相關內容曾為文比較，並歸納歷來醫書描述胎兒成長的四種類型。參李建民，《生命史學》，頁 251-254。

<sup>261</sup> 《脈經》云，「婦人懷胎，一月之時，足厥陰脈養。二月，足少陽脈養。三月，手心主脈養。四月，手少陽脈養。五月，足太陰脈養。六月，足陽明脈養。七月，手太陰脈養。八月，手陽明脈養。九月，足少陰脈養。十月，足太陽脈養。諸陰陽各養三十日活兒。手太陽、少陰不養者，下主月水，上為乳汁，活兒養母。」參〔晉〕王叔和，《脈經》，頁 176。

了一個重要觀點：「懷娠者不可灸刺其經，必墮胎。」意指懷胎各時段母體與胎兒間有其偏重的生理互動變化，依靠的是不同「脈」對新生命的養護；由於各脈特性皆不同，妊娠時每一階段皆不可干擾其專主發展之生命能量（脈），胎兒生長方能完整，不至流產。

不同生理現象的闡述背後具有一致的觀點：即妊娠各階段有其重大之差異性。這些差異性掌握著胚胎演化成胎兒的力量，孕婦的飲食、生活、心理狀況、乃至於罹病治療宜忌皆爲了符合與協助各階段的演化趨勢，甚至到了宋朝《婦人良方大全》更論及孕婦凡是時間、方位有所不宜，皆要避忌沖犯的「胎殺避忌」觀念，<sup>262</sup>這些時人所理解並加以規範的優生意識，部分內容至今仍與現代醫學不謀而合。<sup>263</sup>隋代德貞常《產經》綜合上述觀念有完整的紀錄，並仍清楚可見《胎產書》的相關內容，可補其缺損，「胎教」依然有其源流可循。整理列表如下：<sup>264</sup>

	胚胎特性	飲食生活宜忌	階段名稱與特徵	經脈養胎與宜忌
一月	始形	飲食必精熟酸美，無御大夫，毋食辛腥。	是謂始載貞	足厥陰脈。肝主筋，亦不宜爲力事，寢必安靜，吾另恐畏。
二月	始膏	毋食辛臊，居處靜處。	是謂始藏	足少陽脈。內屬於膽，當護，慎勿驚之。
三月	始脂。當此之時，未有定儀，見物而化。	應見王公大人、后妃、公主、好人，不欲見儂者、侏儒、醜惡瘦人、猿	—	手心主脈。內屬於心，心無悲哀，無思慮驚動之。

<sup>262</sup> [宋]陳自明編、[明]薛立齋補注，《校注婦人良方》，收入《中國醫學大成》第二十九冊（上海：上海科學技術出版社，1992），卷十一，頁7。

<sup>263</sup> 江佩榮、陳榮洲，〈中醫妊娠胎兒學的研究〉，《中西整合醫學雜誌》5.1(2003): 63-70。

<sup>264</sup> 《產經》一書已亡佚，所幸《醫心方》卷二十一至二十四專論婦人身體與相關疾病，不少內容引《產經》所出，得以保留部分資料。正文表格內容參丹波康賴編撰、沈澍農校注：《醫心方校釋》，頁1333-1343。

		猴，無食苗薑兔肉。		
四月	始受水精，以盛血脈。	其食稻粳、其羹魚雁。	是謂盛氣血，以通耳目而行經絡也。	手少陽脈。內屬三焦，靜安形體，和順心志，節飲食之。
五月	始受火精，以盛氣血。	晏起，沐浴浣衣，身居堂，必厚其裳，朝吸天光，以避寒殃，其食稻麥，其羹牛羊，和茱萸，調以五味。	是謂養氣，以定五藏者也。	足太陰脈。內屬於胃，無大飢，無甚飽，無食乾燥，無自灸熱、大勞倦之。
六月	始受金精，以成筋骨。	勞身無處，出游於野，數觀走犬、走馬，宜食鷲鳥猛獸之肉。	是謂變湊理細筋，以養其爪，以堅背脊也。	足陽明脈。內屬於胃，調和五味，食甘。甘和無大飽。
七月	始受本(木)精，以成骨髓。	勞躬搖肢，無使身安，動作屈申，自比於猿。居必燥之，飲食避寒，必食稻粳、肥肉以密腠理。	是謂養骨而堅齒也。	手太陰脈。內屬於肺，無大言，無號哭，無薄衣，無洗浴，無寒飲之。
八月	始受土精，以成膚革。	和心靜息，無使氣極。	是謂密腠理而光澤顏色也。	手陽明脈。內屬於大腸，無食燥物，無忍大起。
九月	始受石精，以成皮毛。六府百節莫不畢備。	飲醴食甘，緩帶自持而待之。	是為養毛髮，多才力也。	足少陰脈。內屬於腎，無處濕冷，無著炙衣。

十月	俱以成子。	時順天生，吸地之氣，得天之靈，而臨生時乃能啼聲、遂天氣。	是始生也。	足太陽脈。內屬於膀胱，無處濕地，無食大熱物。
----	-------	------------------------------	-------	------------------------

與漢朝之後相繼成書的醫學文本不同，目前可得的出土文獻並無闡述懷孕期間可能產生的各類痛症及分娩所帶來的產痛等相關內容，推測可能因文化意識上該類痛症並不被認為是疾病有關。但事實上這類痛證在臨床上應是屢見不鮮的，先秦時期相關內容幾乎不見於醫學文獻的現象與背後的特殊思維值得進一步關注。至於優生意識則持續至分娩之後，《胎產書》記載孕婦食用白牡狗首（蝮蛄）不但能順產，還能使新生兒容顏美好，並載有兩段文字，說明分娩前後的母嬰照護步驟：

字者，且垂字，先取市土濡清者，□之，方三四尺，高三四寸。子既產，置土上，勿庸□，令嬰兒□上，其身盡得土。乃浴之。為勁有力。

字者已，即燔其蓐，置水中，□□嬰兒，不疔瘡。及其嬰兒所已浴者水半杯飲母，母亦毋餘病。<sup>265</sup>

分娩後以預先準備好濕潤清潔的泥土堆讓新生兒塗滿身體，再予以洗淨，可令其身強健有力。另一方法是把產蓐燒成灰混入水中幫嬰兒洗澡，可預防皮膚病；同時產婦飲用半杯洗浴過的水後亦可保平安而不罹疾。此外，古有「埋胞」意識，認為胞衣為孕育胎兒之源，產後也持續影響胎兒的天壽禍福。<sup>266</sup>《雜療方》載有埋胞之法：

字者已，即以流水及井水清者熟洒澣其胞，熟捉，令無汁。以故瓦甌毋蕪者盛，善密蓋以瓦甌，令蟲毋能入，埋靜地陽處久見日所。使嬰兒良心智，好色，少病。<sup>267</sup>

將洗淨後的胎盤充分乾燥，以瓦甌完全密封，埋於乾淨而常見日光之處，如此便

<sup>265</sup>馬繼興：《馬王堆古醫書考釋》，頁 811-812。

<sup>266</sup>古人埋胞意識的考證見李建民，〈馬王堆漢墓帛書「禹藏埋胞圖」箋證〉，收入氏著《生命史學》，頁 243-262。

<sup>267</sup>馬繼興，〈馬王堆古醫書考釋〉，頁 765。

可使出生之嬰兒身心健康，少生疾病；甚至某些地點的埋胞與特殊操作方式，可避免罹患特定疾病與早夭的發生。<sup>268</sup>

除了胞衣處理與埋胞場所，埋胞工作尚須重視時間與方位，《胎產書》載有「南方禹藏」圖，為規律推算埋胞之參考文獻。簡單的說，「南方禹藏」圖類比「月建」一年分十二個月的方式將每個月分十二個方位，其禁忌在於每個月的十二個方位中都有兩個必須避開的「死位」，即《雜療方》所述：「埋胞，避小時、大時所在。」並以所產月份中，對應數字最大的方位為埋胞首選，以應胎兒能長壽之意。<sup>269</sup>《胎產書》中另有「人字圖」，在人形各部位標有十二地支日名，並以左右半身代表不同季節；結合雷同文獻睡虎地秦簡《日書》甲種「人字圖」共讀，可確定內容主要是提供嬰兒出生日與所屬季節及其在人體部位的對應，因每個部位所主的貧富貴賤各異，故可以推測將來的命運。<sup>270</sup>當時懷男女胎之法除了上述「埋胞」法之外，多半透過食療與藥療達成目的，與前述房中療法手段相似。<sup>271</sup>有趣的是，在當時農業社會需要大量男丁的時代，仍保存有部分求女驗方的記載，男女雖然不平等，但時人對於「多男無女」與「多女無男」的家族譜系似乎同樣視為一種遺憾。

「埋胞」與「以初生時辰預測命運」皆有相同的思想背景，天—人—地彼此間的互相感應關係是構成本時期優生意識的主軸。<sup>272</sup>胎產過程的關注焦點正是努力求得身心健康、形容端正、才德過人、一生榮祿的下一代。《產經》提到：

夫生之與死，夭之與壽，正在產乳藏胞。凡在產者，豈可不慎？敬神畏天者，典墳之所崇；避難推禍者，諸賢之所務也。是以順天道者昌，逆地理者亡，古之常道也。<sup>273</sup>

<sup>268</sup> 《胎產書》提到，「埋胞席下，不疔癢，內中□□□□以建日飲。」並指出「女子鮮子者產，令它人抱其□，以去□□濯其胞，以新布裹之，為三約以斂之，入□中，令其母自操，入谿谷□□□之三，置去，歸勿顧，即令他人善埋之。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 805、813。

<sup>269</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 819、763-765。

<sup>270</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 814-817。

<sup>271</sup> 懷男女胎之法包括埋胞、吞食昆蟲、服食植物動物研粉、飲用藥物浸成酒劑<sup>\*</sup>。部分方法具有「女陰男陽」的陰陽相感意識。諸法參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 805-811。

<sup>272</sup> 李建民，〈「婦人媚道」考〉，收入氏著，《方術醫學歷史》，頁 122。

<sup>273</sup> 丹波康賴編撰、沈澍農校注，《醫心方校釋》，頁 1411。

正如母親妊娠全程的小心翼翼，即使脫離母體之後，新生兒仍與天地宇宙這個廣大的「子宮」同步感應，新生命的未來與胞衣、天地間繫著一條無形的命運鎖鍊，息息相關。

兩千五百年前的房中知識如今顯然已經崩解四散，但「房中」一系列的方技知識在中國醫學的形成發展中的確佔有相當重要地位，整體的內涵以「宜家」、「廣嗣」、「養生」與「成仙」等為主要內容。<sup>274</sup>戰國以來至秦漢之際，房中所涵蓋的絕不是僅著眼於如何使男女在房事中獲取歡愉的技巧；強調珍惜生命能量、延續生命力與陰陽協調的觀點才是領導其發展的主要力量，這是有別於「醫學」（醫經、經方）文本所記載的另一種身體意識。而新生命誕生前受到母體、飲食、生活、環境與氣候等因素感應，分娩後亦受產後遺物存在的時間與空間所影響，並透過刻意的妊娠規範以求得優良子嗣，此乃「同氣相求、萬物與我身為一體」概念的良性發揮。

本時期的醫學身體觀大致是以「脈」與「臟腑」為兩大核心，並與皮肉筋骨等結構相互連結而成就人身的概念。各種知識大致是以平行而互相渲染的過程持續深入發展，由外而內的探索軌跡相當鮮明；對於「痛」的記載，也因此逐漸由心理層面轉向身體。雖然身體的各種結構皆可能普遍產生「痛」的現象，但相對於已有較詳細的症狀描述與對應療法，「痛」的病因病機解釋尚僅集中於「氣」、「血」、「精」等物質與現象在身體各結構的互動，間或夾雜環境氣候變化等外因觀點，粗淺而不深入。而「房中」一系列的知識由於強調身體能量與生命力的積存、及對於胎產的優生觀點，擴大了瞭解身體的視野，成為醫學發展的另一重要分支；但其中對於臨床上常見的相關痛證未多做著墨，對「痛」的記載除了「症狀對應治療」的少數臨床描述之外，也並無特殊之處。總的來說，漢初抄錄的馬王堆醫書反映了戰國以來的部分醫學實況，文本的內容特色以實用、效驗為主，醫學理論仍在建立當中，處於系統化的初期，各種經驗與知識的交錯與融合則呈現醫學多面向的時代特色，並為《內經》的成書埋下伏筆，這同時也是「痛」朝身體化靠攏與醫學邁向知識系統化進展並進的時代。

---

<sup>274</sup>李建民，〈馬王堆的術數世界〉，收入氏著，《方術醫學歷史》，頁140。另對於古代房中一系列的文本介紹與內涵分析可參李零，《中國方術正考》，頁302-07。

### 三、勇怯與男女—身體的差異化

一個人若具備異於常人的能力、或能做到多數人無法做到的事情，多半會成爲眾人焦點，甚至成爲景仰效法的標竿，承受身心產生「痛」時的態度與表現同樣如此。一般人多半認爲不怕痛、能忍痛是勇敢的一種表現，並對具備這種特質的人物與族群抱有欽佩之情；但先秦時期該特質是否同樣做爲分辨勇敢與怯懦的根據之一？勇敢與怯懦又當如何認定？時人能否忍痛所具備的身心特質差異點是什麼？在當時的醫學如何解釋這些具差異性的生理現象？此外，男女有別，身心的部分差異足以導致不同的生理病理變化，兩性對痛的感受反應及個別可能產生痛的種類也值得分析釐清。解讀中醫學所紀錄人面對「痛」的「勇」與「怯」表現、及「男」與「女」對「痛」的詮釋與種類差異是瞭解中醫身心觀點的另一蹊徑，在重新回溯了戰國中末期以來的中醫學發展之後，本節將循上述議題繼續探討醫學上有關「痛」的其他面向。

事實上，個人對於「痛」的耐受度差異在某種程度決定了給他人的勇怯印象，關羽「刮骨療傷」的故事即是最佳典範。《三國志》〈蜀書·關羽傳〉記載：

羽嘗為流矢所中，貫其左臂，後創雖愈，每至陰雨，骨常疼痛。醫曰：「矢鏃有毒，毒入於骨，當破臂作創，刮骨去毒，然後此患乃除耳。」羽便伸臂令醫劈之。時羽適請諸將飲食相對，臂血流離，盈於盤器，而羽割炙引酒，言笑自若。<sup>275</sup>

本段正史描述的重點正是要凸顯關羽「不怕痛」、能忍常人不能忍之過人之處；試想在承受「破臂、作創、刮骨」所產生的痛及大量出血時還能飲酒談笑，讀者能不爲其英雄氣概所折服嗎？膾炙人口的史實記載留給後人無限而感性的意象，豪氣干雲、視常人不能承受的痛苦爲無物，耐痛與勇敢間的印象連結大概正是如此吧。忍痛、或是對痛的處之泰然，除了是「勇」的表現之外，在時人的想法裡，也是疾病療癒的關鍵。《韓非子》就曾強調這種概念：

聞古扁鵲之治其病也，以刀刺骨；聖人之救危國也，以忠拂耳。刺骨，故小痛在體而長利在身；拂耳，故小逆在心而久福在國。故甚病之人利在忍

<sup>275</sup> [晉]陳壽撰、[宋]裴松之注，《新校三國志注》(台北：世界書局，1974)，頁941。

痛，猛毅之君以福拂耳。忍痛，故扁鵲盡巧；拂耳，則子胥不失；壽安之術也。病而不忍痛，則失扁鵲之巧；危而不拂耳，則失聖人之意。如此，長利不遠垂，功名不久立。<sup>276</sup>

不管是個人或是君主，面對身體與國家的疾病都必須能夠做出決斷，無視短暫的身心痛楚而堅定做出接受治療的決定。忍耐一時的痛苦，卻能獲得長遠的平安，勇氣的表現其實不只是當下忍痛，無畏錯誤而坦然的面對態度與正確而高遠的眼光才是「勇」的真實表現。

關羽中箭後面對痛與死亡表現出的勇敢與忍受力並非史上第一人。春秋時期魯成公二年發生了「鞏之戰」，<sup>277</sup>齊晉兩軍對陣於鞏，晉國擔任執旗鼓的主帥卻克被箭射傷，因傷勢嚴重產生臨陣退縮之意，為其駕車的解張此時卻展現了莫大的勇氣：

自始合，而矢貫余手及肘，余折以御，左輪朱殷，豈敢言病？吾子忍之！

278

解張不但無視於交戰開始即受的箭傷與疼痛，還自行折斷箭桿繼續駕車；即使車輪被血染得殷紅，也不敢延誤大局。更鼓舞卻克為了全軍與國家，必須忍痛戰到最後：

師之耳目，在吾旗鼓，進退從之。此車一人殿之，可以集事，若之何其以病，敗君之大事也？擐甲執兵，固即死也。病未及死，吾子勉之！<sup>279</sup>

正由於晉軍內部的一致與勇氣，最後齊軍戰敗，潰不成軍。《左傳》在另一篇章提到：「知死不辟，勇也。」<sup>280</sup>或可對解張的行為作最好的註解，也可看出在春秋各國爭霸的年代，政治氛圍及社會一般看法皆視戰場上能奮進克敵、不畏苦痛

<sup>276</sup> 邵增樺註譯，《韓非子今註今譯》，頁 1019。

<sup>277</sup> 鞏之戰（齊國地名，在今濟南附近）是春秋時期一次著名的戰役。魯成公二年，齊頃公入侵魯國攻取龍邑，並南侵至巢丘。衛國卿大夫孫良夫等領兵伐齊助魯，結果戰敗，於是魯國與衛國向晉國求救，晉齊即發生了該戰役，最後晉勝齊敗。參李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁 797-798。

<sup>278</sup> 李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁 797。

<sup>279</sup> 李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁 798。

<sup>280</sup> 相關記載出於《左傳》昭公二十年，李學勤主編，《春秋左傳正義》，頁 1599。

生死的人為勇者。《玉篇》釋勇：「果決也。」<sup>281</sup>《說文》進一步說明：「勇，氣也。」指人身充體之氣，段氏注：「勇者氣也，氣之所至力亦至焉，心之所至氣乃至焉。」<sup>282</sup>古人定義「勇」的表現，顯然不僅著眼於外在行為表現而回溯其根源，也就是心理層面的運作。正如告子所言：「夫志，氣之帥也；氣，體之充也。夫志至焉，氣次焉。故曰持其志，無暴其氣。」<sup>283</sup>「勇」的呈現是透過心志的強化，進而整合人身之氣，最後影響形而下的肉體，得以無懼於眼前困境，甚至忍受異常程度的「痛」；換言之，具備了「勇」的特質足以克服身心的諸多障礙。〈蜀書·關羽傳〉江表傳曰：「羽好左氏傳，諷誦略皆上口。」<sup>284</sup>關羽熟讀《左傳》，或許也因誦讀解張勇敢與顧全大局的這段記載受到感染，追尋效法古人德行似乎亦為一代名將之所願。

從西周後期到春秋時代，社會上經歷了各種德行迅速發展的過程，春秋時代甚至可視為是西周宗法制度逐漸式微的「德行時代」，伴隨著天命神權崩解與以人為本思潮的崛起，貴族與統治階層無不開始重視德行，並以其做為價值觀與是非的準則。整體的德行發展潮流逐漸由原先注重的外在禮樂文化轉變成個人內在化的品德要求，產生「從儀式倫理到德行倫理」的變化。<sup>285</sup>春秋戰國處於新舊價值觀激烈碰撞的時代，禮學思想逐漸代替了禮樂制度，但「勇」仍持續被認為是重要德性之一，其定義因時代觀點與社會氛圍有著不同解讀。

《禮記·聘義》記載周朝制訂的聘問制度，透過各國諸侯間互動訪問，以禮來相互勉勵，使對外不相互侵犯，對內君臣間不相互欺凌。周天子以此來安撫節制諸侯，使天下太平，不動干戈，並藉隆重盛大的聘、射之禮，培養勇敢的品

<sup>281</sup> [梁] 顧野王，《大廣益會玉篇》（北京：中華書局，2004 影張氏澤存堂本），頁 37。

<sup>282</sup> [東漢] 許慎著、[清] 段玉裁注，《國點段注說文解字》，十三篇下，頁 707。

<sup>283</sup> 李學勤主編，《孟子注疏》，頁 90。

<sup>284</sup> [晉] 陳壽撰、[宋] 裴松之注，《新校三國志注》，頁 942。

<sup>285</sup> 春秋時期在倫理層面的核心文化演變，可以說是從「儀式倫理」逐漸轉變到「德行倫理」，早期儒家的德行理論其實深受春秋時代德行觀點的影響。西周至春秋的德行文化與政治操作密切相關，貴族與士大夫階層對政治家的品格問題十分重視與熱衷，因為政治問題被要求以各種德性的實踐來解決。參陳來，〈春秋時代的德行倫理〉，《哲學門》2.1（2001）：1-19。其次，禮樂崩解的同時，出於同源的禮學思想悄悄成形，先秦諸子的興起、統治者的權力關係與社會秩序的重新整合皆因此而變革。關於先秦禮樂制度與禮學思想的轉變發展，筆者推薦參劉豐，《先秦禮學思想與社會的整合》（北京：中國人民大學出版社，2003）。

行。孔穎達正義云：「禮儀既大，日晚始罷，故記者引唯勇敢之人能成禮事。」<sup>286</sup>

〈聘義〉提到依禮而行並不容易，故能確實執行者謂之有行，有行之謂有義，有義之人便具有勇敢的特質：

故所貴於勇敢者，貴其敢行禮義也。故勇敢強有力者，天下無事則用之於禮義，天下有事則用之於戰勝。用之於戰勝則無敵，用之於禮義則順治。外無敵，內順治，此之謂盛德。<sup>287</sup>

「勇」對於政治家及軍事將領來說，除了是個人在禮教修養上的必備品德，也是維持和平繁榮穩定的重要能力。因此《荀子》認為士君子之勇乃是「義之所在，不傾於權，罔顧其利，舉國而與之不為改視，重死持義而不撓。」<sup>288</sup>這也正是有別於「狗彘之勇」、「賈盜之勇」與「小人之勇」的珍貴之處。

東周是各國間爭霸、結盟與攻伐的時代，國與國的交戰十分頻繁，武人的才能成為各國國君重視的焦點；善於領軍征戰、騁馳沙場的將領往往受到景仰，「勇」成為政治上頗受重視的特質之一，也是武人必備之才幹。<sup>289</sup>孔子說過「天下有三德」，「勇悍果敢，聚眾率兵。」即為其中之一，<sup>290</sup>《逸周書·寶典》有「九德」之說，強調君主應具備的九種德行：其中一項為「兼武」，〈寶典〉言：「是謂明刑，惠而能忍，尊天大經。」意指武德應徹底執行法律規範，但也必須同時懷有仁慈及容忍之心。同一篇章亦提出「十奸」，即應遠離具有十種惡行之人，其中「死勇干武」，意指粗暴強硬、呆板不知權宜的愚勇反而會影響真正的武德表現。<sup>291</sup>典籍清楚指出真正的「勇敢」並不是恃其衝動與魯莽而無所不為，

<sup>286</sup> 李學勤主編，《禮記正義》，頁 1947。

<sup>287</sup> 李學勤主編，《禮記正義》，頁 1946。

<sup>288</sup> 王忠林，《新譯荀子讀本》（台北：三民書局，1972），頁 84。

<sup>289</sup> 春秋戰國時代名將多半勇而善於謀略領軍，如呂尚著「六韜」、管仲「尊王攘夷、富國強兵」、孫武及孫臏著「兵法」、吳起著「吳子」、范蠡「勇而好謀」等，接助國君贏得戰爭並建立富強國家。參魏汝霖，《中國歷代名將及其用兵思想》（台北：中央文物供應社，1981），頁 1-37。

<sup>290</sup> 孔子為說服盜跖歸降曰：「丘聞之，凡天下有三德：生而長大，美好無雙，少長貴賤見而皆說之，此上德也；知維天地，能辯諸物，此中德也；勇悍果敢，聚眾率兵，此下德也。凡人有此一德者，足以南面稱孤矣。」參〔清〕王先謙，《莊子集解》，頁 261。

<sup>291</sup> 九德是孝、悌、慈惠、忠恕、中正、恭遜、寬弘、溫直、兼武九種德行。孝、悌為家族德行，其它為政治德行，即對統治者應所具備。「十奸」為一窮居干靜，二酒行干理，三辯惠干智，四移潔干清，五死勇干武，六展允干信，七比譽干讓，八阿眾干名，九專愚干果，十懷孤干貞。參朱右增，《逸周書集訓校釋》，頁 41-42。

而是具備智慧與遵守規範的行為表現。《禮記·樂記》說明當具有能力卻不能自我節制約束時，就會帶來災難，尚勇之人同樣必須清楚牢記：

人化物也者，滅天理而窮人欲者也。於是有悖逆詐偽之心，有淫泆作亂之事。是故強者脅弱，眾者暴寡，知者詐愚，勇者苦怯，疾病不養，老幼孤獨不得其所，此大亂之道也。<sup>292</sup>

若因恣其貪嗜慾念而以自身之「勇」傷害眾人相對之「怯」，不僅非禮教所能容，也將成為國家社會混亂之源。《國語·晉語》曾提到：「有罪不死，無勇。」<sup>293</sup>「武人不亂，智人不詐，仁人不黨。」<sup>293</sup>犯了錯違反道德與法律時勇敢面對、厭惡動亂而以自身能力撥亂反正，才是時人對「勇」這項品德的最高期待。因此要能稱得上「勇」，必須具備高尚的心理特質；身體的強壯、武藝的高超、對於痛楚的耐受、不畏生死而果決的氣魄等條件都僅是「勇」的外顯表現之一，內在的「勇」才是幫助這些特質表現的原因。正如武人以武止戰，以「勇」助「怯」、以「真勇」遏止「愚勇」才是勇者真正追求的目標。

在軍事上，「勇」與「怯」同樣是相對的。《孫子兵法》記載兩軍作戰時「怯生於勇」、「勇怯，勢也」，<sup>294</sup>意指雙方勇怯是依程度上比較而來，是因將領的作戰態勢與組織編制的差異決定了勝負。正所謂「兵者，國之大事」，主帥必須具備智慧，能胸懷戰略、制訂戰術、鼓舞軍心，對陣時能瓦解對手、突顯優於敵方之「勇」，才能獲得全勝。因此孫武指出「軍爭之法」乃是：

故三軍可奪氣，將軍可奪心。是故朝氣銳，晝氣惰，暮氣歸。故善用兵者，避其銳氣，擊其惰歸，此治氣者也。以治待亂，以靜待譁，此治心者也。以近待遠，以佚待勞，以飽待饑，此治力者也。無邀正正之旗，勿擊堂堂之陳，此治變者也。<sup>295</sup>

從個人修為到統領國家與軍隊，「勇」的特質與意義充滿哲理與智慧，其基礎建立於西周以來的禮教思想，即使「禮」的形式隨時代改變，「勇」所代表的形象

<sup>292</sup> 李學勤主編，《禮記正義》，頁 1262-1263。

<sup>293</sup> 兩段話分別載於《國語·晉語》卷二及卷十，參〔周〕左丘明撰、〔吳〕韋昭注，《國語》，頁 292、424。

<sup>294</sup> 田昌五，《孫子兵法全譯》（濟南：齊魯書社，2002），頁 21。

<sup>295</sup> 田昌五，《孫子兵法全譯》，頁 34。

與意識仍是一致的。而相對不足弱勢的「怯」則被視為可能導致個人身心罹疾、君主無法造福社會國家及將領治軍作戰失敗的根源。

對於勇怯與痛的關係，醫學與政治、禮教間有截然不同的解讀。《靈樞·論痛》曾探討人身耐痛與否的問題，少俞回答黃帝其差異來自身體結構的不同：

296

症狀種類	身體差異
耐痛	人之骨強，筋弱，肉緩，皮膚厚者，耐痛，其於針石之痛，火熯亦然。黑色而美骨者，耐火熯。
不耐痛	堅肉薄皮者，不耐針石之痛，於火熯亦然。
病易已	其身多熱者易已。
病難已	多寒者難已。
勝毒	胃厚、色黑、大骨及肥者，皆勝毒。
不勝毒	其瘦而薄胃者，皆不勝毒。

依少俞的說法，個人對於症狀與疼痛的耐受度、疾病痊癒時間及治療劑量皆受到身體結構不同的影響，健康強壯、氣血充足者對上述現象的反應明顯優於身體較差者。換言之，同一病因或疾病在身體的內在反應與外顯症狀是因人而異的，治療的方式也必須因異制宜。《靈樞·壽夭剛柔》提到：「人之生也，有剛有柔，有弱有強，有短有長，有陰有陽。」「形有緩急，氣有盛衰，骨有大小，肉有堅脆，皮有厚薄其以立壽夭。」<sup>297</sup>說明人體先天稟賦不同，個人的形體與氣血確有天生的差別。《素問·異法方宜》則分析居住環境、生活條件、氣候、飲食的差異也能造就不同的生理狀況。<sup>298</sup>至於年齡、社會與心理等後天因素同樣能以不等

<sup>296</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 120-122。

<sup>297</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 140、145。

<sup>298</sup> 《素問·異法方宜》主旨說明由於地理、氣候、物質生活的不同能改變居民的生理狀態，發生不同的疾病，治療上也必須分別以適宜之法對待。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 168-174。

程度的影響力造就身體的特質。<sup>299</sup>顯然，依先秦的醫學觀點，種種先後天的變因能形成不同的個體特性，也影響其內外生理發展與運作，並在各種不同特徵的外顯現象上見其差異，甚至影響疾病發生的類型，這些先後天因素日積月累影響所造成的身體差異與傾向綜合形成了人人不同的「體質」（constitution）。

現代醫家對中醫體質學中的「體質」定義與概念表述各不相同，<sup>300</sup>但皆認為體質特徵的形成是諸多因素共同作用的結果，對於個體體質形成的多因性與獨特性、連結體質與疾病間的易感性、以及疾病傳變的趨勢性存在密切聯繫，則已形成共識。「體質」一詞至明朝始正式見於中醫學文本，<sup>301</sup>但其觀念發展得相當早，歷代醫家及經典名著亦多有涉獵，<sup>302</sup>現代研究中醫體質學的主流學者認為，傳統中醫體質理論的發展大致上是沿著四個歷史階段發展的：（1）秦漢時期（《內經》時期）（2）東漢至隋唐（傷寒雜病論至諸病源候論時期）（3）明清時期（4）現代，<sup>303</sup>因此要論及體質概念之起源，仍必須回溯最早的相關文獻《內經》。上

<sup>299</sup> 《靈樞·天年》描述人生百年的少壯衰老過程，並強調體質不健壯則無法終壽而死。《素問》〈上古天真論〉、〈疏五過論〉等篇則對時人因社會生活與心理狀態影響體質與健康的情況多有闡述。

<sup>300</sup> 匡調元提出「體質是人群中個體在其生長髮育過程中形成的代謝、機能與架構上的特殊性。這種特殊性往往決定著他對某種致病因子的易感性及其所產生的病變類型的傾向性。」參匡調元，《中醫病理研究》（上海：上海科學技術出版社，1980），頁66。王琦認為「體質是個體生命過程中，在先天遺傳和後天獲得的基礎上表現出的形態架構、生理功能和心理狀態方面綜合的、相對穩定的特質。」參王琦，《中醫體質學》（北京：中國醫藥科技出版社，1995）頁1。何裕民指出「體質是人群中個體在其生長髮育過程中所形成的形態架構、機能和代謝等方面相對穩定的特殊性。」參何裕民，《新編中醫基礎理論》（北京：北京醫科大學中國協和醫科大學聯合出版社，1996）頁113。

<sup>301</sup> 「體質」一詞之成形時代較晚。部分學者認為「體質」一詞首見於清《臨證指南醫案》，如丁榮光、張笑平，〈試論中醫體質的特性〉，《中華中醫藥雜誌》10.4（1995）：13-14。劉良奇，〈中醫體質學說的研究現狀〉，《江西中醫藥》31.3（2000）：55-57。但經筆者查閱歷代文獻，在明朝已見於醫學文獻。如《景岳全書》〈卷十三·瘟疫·論證〉即提到「但此輩疫氣既盛，勢必傳染。又必於體質虛濁者，先受其氣。以漸遍傳，則又有不待冬寒而病者矣。」參〔明〕張介賓，《景岳全書》（北京：中國中醫藥出版社，1996），頁154。

<sup>302</sup> 王東坡，〈論歷代著名醫家對中醫體質理論的貢獻〉，《北京中醫藥大學學報》29.2（2006）：83-84。

<sup>303</sup> 《黃帝內經》為中醫體質理論的起源，《傷寒雜病論》開啟了體質理論的應用，晉隋唐以降體質理論大量累積，使得宋金元三朝得以快速發展，直到明清時期醫家對體質理論的應用與創新達到高峰，70年代以後，現代化的科技的協助，使中醫體質理論重新被驗證，開展新的局面。中醫體質學相關著作可參王琦，《中醫體質學》。匡調元，《人體體質學-中醫學個性化診療原理》（上海：上海科學技術出版社，2003）。匡調元，《人體新系猜想-匡調元醫論》（上海：上海中醫藥大學出版社，2004）。靳琦，《王琦辨體-

一節曾指出先秦醫學的發展逐漸朝「司外揣內」的方式認識身體；這是一種以軀體形態為基礎、認定內部組織臟器與外在可觀察形質具有密切關係的思維。由於主流想法是「直觀與體表形態代表了身體的各種內部狀態」，因此《內經》在描述「體質」的觀點時，不失當時醫學發展的趨勢，同樣大量的以這類模式闡述。

《內經》的體質觀點具有多種類型，對人體的特質劃分具有多種看法，王琦提出有「五行歸屬方法」、「陰陽含量劃分法」、「體態與機能特徵分類法」及「心理行為特徵法」，<sup>304</sup>學者們的研究結果大至與王氏的分類方法相吻合。<sup>305</sup>

《內經》的「體質」分類法是以人的外型、體態、行事態度、個性氣質、心理模式與好發疾病等外顯特質來形塑一個人的身心條件，由於觀點基本上涵蓋範圍很廣，因此不少學者以現代學科分類方式看待上述內容時，認為不應將體質與氣質、形質、素質、人格...等觀念混淆，也不宜把體質生理與病理合為一談，並試圖以現代理論研究作解釋，<sup>306</sup>但筆者認為以當時背景探討《內經》描述人身細膩而多元的觀點時，時人理解「身體」所能展現的狀態及所能傳達的訊息是綜合性

---

辨病-辨證診療模式，中醫體質理論的臨床應用》（北京：中國中醫藥出版社，2006）。

<sup>304</sup> 中國大陸自1970年代開始陸續展開「體質」的現代研究，1978年《新醫藥學雜誌》刊登了盛增秀與王琦〈略論祖國醫學的體質學說〉一文，開啟了中國大陸有關中醫體質學的研究。目前為止，王氏是當代最早有系統研究中醫體質學的學者。王琦，《中醫體質學》，頁13。

<sup>305</sup> 論及《內經》體質觀點的研究報告內容或有程度不等之差異，但僅流於分類上的技術性問題，大部分幾乎不脫王氏的分類觀點。參周素娥、彭俊峰，〈《內經》體質學說探源〉，《廣西中醫藥》17.5（1994）：36-38。孫理軍、張登本，〈中醫體質的基本內涵〉，《天津中醫學院學報》21.3（2002）：6-8。馬武昆，〈中醫體質學說初探〉，《河北中醫》27.6（2005）：464-466。龐敏，〈《內經》體質理論的形成與臨證應用〉，《中醫藥學刊》23.6（2005）：1104-1106。錢會南，〈《內經》體質理論特色分析〉，《中醫藥學刊》24.7（2006）：1201-1202。

<sup>306</sup> 王琦認為與「體質」相關的概念「素質、氣質、人格、體型、證、潛證、正氣」需進一步辨析。匡調元強調「氣質」與「體質」為相關但不同的觀念，必須釐清。龔海洋等認為「當前中醫體質類型的分類方法存在著生理與病理不分、體質與病證不分的現象，中醫體質類型的規範化和標準化這一困擾中醫體質學說進一步發展的關鍵問題亟待解決。」以上觀點分別參王琦，《中醫體質學》，頁6-10。匡調元，《人體體質學-中醫學個性化診療原理》，頁349-376。龔海洋等，〈中醫體質與証源流考辨〉，《中醫藥學刊》22.2（2004）：300-301。「體質」的現代研究情況可參劉良奇，〈中醫體質學說的研究現狀〉，頁55-57。楊靖等，〈中醫體質學說的現代研究進展〉，《長春中醫學院學報》16.4（2000）：60-61。麻曉慧，〈中醫體質學說理論與方法研究進展〉，《上海中醫藥雜誌》2000.6：47-49。王琦，〈中醫體質學說的研究展望〉，《中醫藥學刊》20.2（2002）：137、140。錢會南、鄭守增，〈中醫體質學說現代研究評述〉，《北京中醫藥大學學報》25.6（2002）：1-4。

的，並具有與現代不同的分類方式；代表一個人身心特性的意義其實不宜過度以現代觀點加以看待，反而應將各篇章零散而相關的描述合併閱讀，才得以呈現完整的概念。換言之，「每一個具有生命的身體，其獨立而特有的任一外顯現象與身心相關性質。」才較符合當時中醫學較為「廣義」的體質意義。以醫學的發展的軌跡而言，《內經》對於「體質」的綜合性描述其實非常貼近臨床的觀察實踐，透過分辨體質的諸多差異以診治病患是《內經》所強調與重視的臨床技能，能全面性掌握病患的內外、身心條件，才是辨別病情、治癒疾病的關鍵。

依辨別患者的體質、年齡、身體特徵、生活環境、社經條件等因素來診斷，並以其為治療的依據，是先秦以來行醫之人的臨床準則。《素問·疏五過論》指出：

聖人之治病也，必知天地陰陽，四時經紀，五臟六腑，雌雄表裏，刺灸砭石，毒藥所主，從容人事，以明經道，貴賤貧富，各異品理，問年少長，勇怯之理，審於分部，知病本始，八正九候，診必副矣。<sup>307</sup>

以「全面性」的方式周密詳審人情事理，是診治之常道，違反原則是醫者之過。特別在施行治療之前，體質的差異性必須被慎重考慮，否則反可能造成傷害；《素問·三部九候論》討論診法時便說：「必先度其形之肥瘦，以調其氣之虛實，實則瀉之，虛則補之，無問其病。以平為期。」<sup>308</sup>面對患者生理條件的差異，必須斟酌其病情差異隨時變動治療。前文曾提到「同一疾病在身體的內在反應與外顯症狀是因人而異的」，正是因為體質對於病情發展趨勢影響甚大所致。同時，體質差異也可能影響身體罹患不同病因，如《靈樞·五變》以樹木譬喻人身，說明感受何種邪氣，及發生什麼類型與性質的病理現象，其實相當程度決定於體質，<sup>309</sup>內在的體質條件成為不同病理現象的誘因，也成為後代醫家提及「疾病易感性」、「同氣相求」及「伏氣致病」等觀點的依據。<sup>310</sup>體質不僅是決定人身生理運作的獨特性，也影響病因的類型與病情的趨勢，《內經》各篇集錄大量的體質

<sup>307</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1258。

<sup>308</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 292。

<sup>309</sup> 《靈樞·五變》並以善病風厥漉汗者、善病消瘦者、善病寒熱者、善病痺者、及善病腸中積聚者五種病為例，說明體質與疾病種類的關係。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 37-48。

<sup>310</sup> 匡調元，《中醫體質病理學》（上海：上海科學普及出版社，1996），頁 72-80。

分類方式有助於醫者快速掌握各種類型人的身心特點，並對於罹病時的病因病機趨勢得以迅速加以區別，做出正確的診療決定。

回到勇怯與痛的議題，再一次審視勇怯與忍痛之間的關係。《素問·經脈別論》提到：「診病之道，觀人勇怯骨肉皮膚，能知其情，以為診法也。」<sup>311</sup>勇與怯在中醫學上被視為診斷項目，也是體質特性之一。診療過程中必須透過分辨比較一個人勇與怯的表現，以助於釐清臨床上的盲點，如此可避免醫者行醫中的過失產生。<sup>312</sup>前文提到〈論痛〉指出能忍受痛的人具備有某些獨特的生理條件：「骨強，筋弱，肉緩，皮膚厚者」較能耐痛，甚至是針石、火炳所導致的痛，若是「黑色而美骨者」，則更能耐火炳接觸之熱與痛；結構強健的身體對於疼痛不適感的耐受度的確比一般標準高。無獨有偶的，《靈樞·論勇》也提到「黑色而皮厚肉堅，固不傷於四時之風」，同樣的身體條件尚具備不易受外邪影響而致病的特質。在當時醫學的眼界裏，這種生理結構與體質似乎被歸類為具備生理上「勇」的特徵，並可從《素問·經脈別論》的論述獲得證實：

黃帝問曰：人之居處動靜勇怯，脈亦為之變乎？岐伯對曰：凡人之驚恐恚勞動靜，皆為變也。是以夜行則喘出於腎，淫氣病肺。有所墮恐，喘出於肝，淫氣害脾。有所驚恐，喘出於肺，淫氣傷心。度水跌仆，喘出於腎與骨，當是之時，勇者氣行則已，怯者則著而為病也。<sup>313</sup>

勇與怯的背後，生理結構與功能具有本質上的差異，因此身體內部能量運行順暢的「勇者」；即使身體產生異常變化，也比「怯者」容易復原。<sup>314</sup>

再進一步思考，忍痛能力與勇怯程度是否成正比？理論上，似乎越勇敢的人越不怕痛，但〈論勇〉以不同角度說明了勇怯與忍痛之間的關係，強調能夠忍痛與否並非完全以性格的勇敢與怯懦來決定，因為實際上勇士與怯士皆有忍痛與不忍痛的可能。若把生理的忍痛與否和氣質性格的勇怯分別比對，便能釐清當中差異：

<sup>311</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 303。

<sup>312</sup> 《素問·徵四失論》提到，「不適貧富貴賤之居，坐之薄厚，形之寒溫，不適飲食之宜，不別人之勇怯，不知比類，足以自亂，不足以自明，此治之三失也。」山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1263。

<sup>313</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 303。

<sup>314</sup> 龔士澄，《跛驚齋醫草》（合肥：安徽科學技術出版社，1988），頁 268。

	忍痛	不忍痛
勇士	見難不恐，遇痛不動	見難則前，見痛則止
怯士	聞難則恐，遇痛不動	見難與痛，目轉面盼，恐不能言，失氣驚悸，顏色變化，乍死乍生。

面對困難能否坦然無懼來自勇與怯的差別，遭遇疼痛能忍耐不動搖則具忍痛的能耐。很清楚的，性格與氣質的勇敢並不見得能使一個人增強忍受痛覺的能力，遇到危難時，勇士與怯士也因心理上的變化而有兩極化的反應；忍痛能力與勇怯程度並不全然相關。因此少俞說：

夫忍痛與不忍痛者，皮膚之薄厚，肌肉之堅脆緩急之分也，非勇怯之謂也。

315

進一步論述，雖然勇怯與耐痛間並非直接之必然，但是如同忍痛與否決定於生理上的差異一般，勇士與怯士在身體結構與臟腑功能的表現上，也具有鮮明的不同。〈論勇〉指出，勇士的生理特徵為「目深以固，長衡直揚，三焦理橫，其心端直，其肝大以堅，其膽滿以傍，怒則氣盛而胸張，肝舉而膽橫，眇裂而目揚，毛起而面蒼。」怯士則相對為「目大而不減，陰陽相失，其焦理縱，髑髕短而小，肝系緩，其膽不滿而縱，腸胃挺，脇下空，雖方大怒，氣不能滿其胸，肝肺雖舉，氣衰復下，故不能久怒。」<sup>316</sup>勇士與怯士的確也存有身體強壯與柔弱的區別。人之不同稟性、體態、生理特質影響心理功能的外顯表現，勇與怯、耐痛與否的關係正是受到這種條件所控制，生理心理特徵實為相互影響之一體兩面。

參考〈經脈別論〉與〈論勇〉的描述可知，「勇」「怯」的觀念在醫學上具有生理與心理的雙重性，並能互相影響。人體臟氣有強弱之分，性格有勇怯之異，唯有生理上組織器官的健康強壯與心理上性格與精神的穩定平衡，人身才能正常運作。再回想關羽「刮骨療傷」的豪情與與解張的「知死不辟」，不夠勇敢或可能加深疼痛感，但他們所具備的勇敢性情，想必部分亦得自於健壯的身體吧！

<sup>315</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 104。

<sup>316</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 106。

體質雖是長期相對穩定的身心狀態，不易在短期間改變，但終究可能隨著年齡、環境、生活起居、飲食、人生歷練...等因素逐漸產生程度不等的變化。唯有一種體質條件是不會變更的，就是性別。因天生性別間的身心差異所衍生的生理病理現象，是人生自始至終皆無法改變的事實，身心的部分差異足以導致不同的生理病理變化，男女不同的生理結構與心理特質亦可能引起不同種類的疾病與疼痛，或影響忍受疼痛的能力。

傳統醫學的性別觀點差異何在？《素問·上古天真論》以「七」、「八」二數及其倍數做為男女一生「長、壯、老」的發展里程碑，貫穿其中以為主宰的是「腎氣」與「天癸」。隨著「腎氣」與「天癸」的充盛與衰減，身體的結構與功能也呈現同步的消長，直到男子六十四歲、女子四十九歲之後，生命精氣衰竭殆盡為止：

	女子數七	男子數八
一	女子七歲腎氣盛，齒更髮長。	丈夫八歲腎氣實，髮長齒更。
二	二七而天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事以時下，故有子。	二八腎氣盛，天癸至，精氣溢瀉，陰陽和，故能有子。
三	三七腎氣平均，故真牙生而長極。	三八腎氣平均，筋骨勁強，故真牙生而長極。
四	四七筋骨堅，髮長極，身體盛壯。	四八筋骨隆盛，肌肉滿壯。
五	五七陽明脈衰，面始焦，髮始墮。	五八腎氣衰，髮墮齒槁。
六	六七三陽脈衰於上，面皆焦，髮始白。	六八陽氣衰竭於上，面焦，髮鬢頰白。
七	七七任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也。	七八肝氣衰，筋不能動，天癸竭，精少，腎臟衰，形體皆極。
八	—	八八則髮去。腎者主水，受五臟六腑之精而藏之，故五臟盛，乃能瀉。今五臟皆衰，筋骨解墮，天癸盡矣，

		故髮鬢白，身體重，行步不正，而無子耳。
--	--	---------------------

從本篇的角度看，男女自少至老生理演化的趨勢差別不大，而且有近乎雷同的現象。〈上古天真論〉以「腎氣」的變化貫穿兩性一生身體的發展，同書〈六節臟象論〉也提出：「腎者，主蟄，封藏之本，精之處也。」的觀點。<sup>317</sup>「腎」具有「天根生息之基」的重要功能，<sup>318</sup>「腎氣」是生命的原動力，可謂「精神之舍，性命之根」。<sup>319</sup>當腎氣旺盛之後，身體各部分的成長便活躍起來，隨著「天癸」產生、性徵出現，身體便具備了生殖能力。有趣的是，《內經》各篇章在訴說醫學理論時，同樣很少強調性別上的區分；對於「男」、「女」的描述與解釋，多半在敘述一組相對、動態且互補的現象，或說明不同生理病理的表現及診斷治療之準則，並將「男」、「女」特性視為「陰」、「陽」觀點的延續。<sup>320</sup>這種生命觀點的獨特性在於：男女身體的特質並非視為全然相異或具極端相對性，反而認為整體功能表現是同源的，至於差別的產生主要乃因這些同源特質在體內的比重或作用有所不同，使男女身體具備某些不同生理功能所致；本階段的醫學觀點對於男女身體「性質」的特點遠比「性別」的分辨來得受到重視。下表為查閱《素問》、《靈樞》二書通篇後整理而得，更可進一步確定前述看法，男女的身體具有大部分相同的結構，但由於體內「氣、血」「陰、陽」具有相對的差異，使得同樣的結構在運作時，卻能表現出男女不同的功能與特性，病理現象與診治標準亦受此特性所影響，《類經》便指出：「萬事萬變既皆本於陰陽，而病機、藥性、脈息、論治則最切於此，故凡治病者必求於本，或本於陰，或本於陽，求得其本，然後可以施治。」<sup>321</sup>正可說明這個觀念。

<sup>317</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 143。

<sup>318</sup> [明]張介賓，《景岳全書》，頁 29。

<sup>319</sup> [東漢]華佗，《華佗中藏經》（台北：自由出版社，1998），頁 25。

<sup>320</sup> 印會河、張伯訥，《中醫基礎理論》（台北：知音出版社，1993），頁 16-17。

<sup>321</sup> 郭教禮主編：《類經評注》，頁 347。

<b>《素問》</b>	
〈陰陽應象大論〉	陰陽者，血氣之男女也。
〈玉版論要〉	女子右爲逆，左爲從；男子左爲逆，右爲從。
〈大奇論〉	胃脈沉鼓澀，胃外鼓大，心脈小堅急，皆鬲偏枯，男子發左，女子發右，
〈骨空論〉	任脈爲病，男子內結七疝，女子帶下瘕聚。
〈繆刺論〉	邪客於足厥陰之絡，令人卒疝暴痛，刺足大指爪甲上，與肉交者各一疔，男子立已，女子有頃已，
〈疏五過論〉	凡診者，必知終始，有知餘緒，切脈問名，當合男女。
<b>《靈樞》</b>	
〈終始〉	男內女外，堅拒勿出，謹守勿內，是謂得氣。
〈脈度〉	黃帝曰：躄脈有陰陽，何脈當其數？岐伯曰：男子數其陽，女子數其陰。
〈五色〉	此五臟六腑肢節之部也，各有部分。有部分，用陰和陽，用陽和陰，當明部分，萬舉萬當。能別左右，是謂大道；男女異位，故曰陰陽。
〈官能〉	不知所苦，兩躄之下，男陰女陽，良工所禁，鍼論畢矣。

費俠莉 (Charlotte Furth) 以「黃帝的身體」一詞作爲一種隱喻，用來解釋《內經》所闡述的中國醫學概念時便提到同樣的觀念：

從某一方面來說，男性和女性的身體是相同的，或者是同質的，性差別只是身體相對的和有彈性的差別而已。<sup>322</sup>

費俠莉使用了「中性」這個詞彙來顯示經典對於大部分身體現象描述的特色，並認爲性別差異主要在於「層次」的問題，也就是「陰、陽」間的關係。身體的諸多特徵與物質皆能以「陰、陽」加以分類，在談論不同層次的問題時，「陰、陽」所代表的這些特徵與物質又能互相轉換，且一旦涉及的層級不同時，也會因所處

<sup>322</sup> 費俠莉，《繁盛之陰》(南京：江蘇人民出版社，2006)，頁 44。

立場不同而改變其「陰」或「陽」的特性。<sup>323</sup>這是中醫理論發展的重要觀念，也是現代醫學無法理解的觀點；在經典的記載中，生理病理的描述多數並沒有性別上強加限制的前提，「男、女」表達的往往亦不見得是「男子」與「女子」。

在上表中清楚顯示，同一種結構或病因病機，在男、女體卻可能具有不同的功能位階、並引發不同的疾病與症狀；男女的身心趨勢、疾病種類及對痛的反應等差異可能就出現在男女體「陰、陽」比重不同及生理運作方式的差異上。「男屬陽、女屬陰」是中醫學最基本的身體觀點，「陽」代表了動態、外向、溫熱、強壯、明亮、堅硬...等概念，「陰」則具有相對靜態、內向、寒冷、虛弱、晦暗、柔軟...等特性。<sup>324</sup>基本特質類似的男女體天生存在著某種程度的差異，臨床上醫家診斷分析結果即依據這種差異得以產生。《脈經》云：「凡診脈，當視其人大小長短，及性氣緩急。脈之遲速大小長短，皆如其人形性者則吉；反之者則為逆也。」<sup>325</sup>《難經·十九難》亦指出：「故男脈在關上，女脈在關下，是以男子尺脈恒弱，女子尺脈恒盛，是其常也。反者，男得女脈，女得男脈也。...男得女脈為不足，病在內，...女得男脈為太過，病在四肢。」<sup>326</sup>陰陽互動的關係，表現於生理現象的細微歧異當中，決定了身體的「陰陽」、「男女」偏性；再次證明「性別」不是當時醫學的主流議題，在生命現象中的「男女、陰陽」屬性順逆所展現的生命現象才是醫家重視的身體表現。

除了身體的偏性之外，性別間形而下的肉體差異同樣不能忽略。男子先天相對於女子具有較為陽剛壯盛的生理條件，依〈論勇〉篇的標準，的確應該輕易使其成為不怕痛、能忍痛的一方。<sup>327</sup>在正常一般的情況下，男女忍痛能力的比較多數應是男子勝出，但是「男子陽偏盛、女子陰偏盛」僅是自然的體質趨勢，面對有如「苦難」般身心煎熬的疼痛，正如前述「勇士與怯士皆有忍痛與不忍痛的可能」，如果加上心理、時代、文化層面的運作綜合影響，當部分男子身心具有

<sup>323</sup> 費俠莉，《繁盛之陰》，頁 41-43。

<sup>324</sup> 印會河、張伯訥，《中醫基礎理論》，頁 14-16。

<sup>325</sup> [晉] 王叔和，《脈經》，頁 5。

<sup>326</sup> [宋] 王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 99-100。

<sup>327</sup> 根據楊風池等人的研究，男性相對於女性、外向相對於內向、情緒穩定相對於神經質對痛感皆有較高的閾值。參楊風池、張曼華等，〈人格因素對痛感受性的影響〉，《中國行為醫學科學》4.1 (1995)：12-14。

較多特定的「女（陰）性」特質時，其忍痛能力仍可能遠不如女子。<sup>328</sup>在醫學上討論性別對忍痛力的影響時，身心的陰陽偏性亦居於同樣重要的決定地位，外型窈窕柔弱的女性可能比虎背熊腰的男子更能忍受身心的痛楚。

依《內經》記載可知其成書之前的醫學觀點對於疾病的看法多半也是「中性」的，即男子女子罹患的疾病與病因病機大部分是一樣的。從「醫經」的功能在於教導醫家瞭解身體，使之具備「起百病之本、死生之分」的能力這個角度考慮，《內經》描述人體的內容具備較廣泛而普遍的涵蓋特性也就不足為奇。但男體女體在遺傳、生理功能、型態結構上的確具有差異，仍會因此導致兩性各自具有某些疾病的易感性與傾向，且擁有專屬的疾病，其間最大的不同應是從男女性徵、生殖功能所衍生出來的。《千金方》於〈治病略例〉指出：

男子者，眾陽所歸，常居於燥，陽氣游動，強力施泄，變成勞損，損傷之病，亦以眾矣。若比之女人，則十倍易治。凡女子十四以上，則有月事，月事來日，得風冷濕熱。四時之病相協者，皆自說之，不爾，與治誤相觸動，更增困也。<sup>329</sup>

女子月事期間若生病，就醫時必須說明，避免誤治。當女性月水來潮時，原先「兩性一致」的身體就產生特異了；換句話說，月事期間是女子身體性別差異最明顯的時刻，疾病的變化與對治法也因此必須異於平日。男性雖無月經，但在父系社會中，男性必須負責工作勞動，且在房事上多半居於主動，因此由勞損造成身體各種傷害的機會遠大於女性，但這些疾病並無女子般具有時間上的特殊性。

不同於前述無形的「男、女」特質，本時期牽涉性別疾病觀點的相關文獻，內容多與源自兩性生殖系統；這也說明了在沒有男、女性專科醫學的當時，兩性生殖系統所能衍生影響的生理病理現象成為實質「性別觀」的主要內容。<sup>330</sup>時人

<sup>328</sup> 中國文化大體上是農業文化，不若游牧民族或狩獵民族需要明顯的冒險與攻擊等行為，甚至較需要有如女性般的忍耐與精細，春播秋收有如十月懷胎，精細耕作有如縫紉刺繡，農業民族的文化性格易傾向於無性化和女性化。此外君主專制，皇帝「乾綱獨斷」的意識也使臣民相對的「臣妾化」，封建禮教的制度化、定型化和心理定勢化使中國男人在宋朝之後逐漸女性化。參易中天，《中國的男人與女人》（上海：上海文藝出版社，2006），頁23、34。

<sup>329</sup> [唐]孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁17。

<sup>330</sup> 有趣的是，相對於西方醫學似乎也有雷同的觀念，以「生殖器」加以區分兩性是直至十八世紀以來才產生的新觀念。參祝平一，〈評介 Thomas Laqueur, Making Sex〉，《新

已經瞭解，男子女子在繁衍生命過程中的角色與身體功能有所不同，但皆與腎有關。《難經·三十六難》提到：

藏各有一耳，腎獨有兩者，何也？然：腎兩者，非皆腎也，其左者為腎，右者為命門，命門者，諸神精之所舍，原氣之所繫也，故男子以藏精，女子以繫胞，故知腎有一也。<sup>331</sup>

兩性同樣具備與腎相通、主宰生命的命門，在男子以藏精為主，女子則與胞宮功能有關。《素問·靈蘭秘典論》云：「腎者，作強之官，伎巧出焉。」<sup>332</sup>《素問·金匱真言論》指出：「北方黑色，入通於腎，開竅於二陰，藏精於腎。」<sup>333</sup>除了使用力量勞動、及操作需要技巧的精細動作是透過腎功能主導之外，男女外生殖器為腎竅之所在，生殖泌尿排泄功能強弱與否也外顯於此。在一致性高的身體觀中，性別間的不同生理病理論述乃集中於透過以腎為中心而衍生出的不同生殖泌尿功能差異。

武威漢代醫簡曾記錄男子之「七疾」，皆為生殖系統的疾病。<sup>334</sup>而以《史記》倉公醫案為例，在 26 則記錄中，男子因生殖系統（房事）異常衍生其他疾病與症狀者即有 6 則，女子有 2 則，另外女子因月經與胎產為病者各 1 則，共佔了所有醫案的三分之一強，<sup>335</sup>即使醫案主角受限多為王公貴族官吏或其奴婢，但因這些疾病具有普遍性，仍可合理推斷平民百姓同樣有上述困擾。進一步分析疾病結構，男子生殖系統疾病的起因多由過度或在不當條件下從事性行為所引發，繼而造成頭痛、少腹痛...等症狀；若綜合回顧前文《左傳》、《國語》及馬王堆醫書的房中著作內容，不論貴族或平民，男子在性別差異上的主要疾病類型多數同樣是以過度的勞動與房事所傷為主。除了與男性身體天生體質傾向及社會生活方式有關之外，時人對男子所藏生殖之精過度喪失帶來生命力衰退的臨床現象深刻

---

史學》7.4 (1996): 223-231。

<sup>331</sup> [宋]王惟一注：《黃帝八十一難經》，頁 146。

<sup>332</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋：《黃帝內經素問校釋》，頁 124。

<sup>333</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋：《黃帝內經素問校釋》，頁 58。

<sup>334</sup> 七疾分別為：陰寒、陰痿、苦衰、精失、精少、囊下養濕、不卒，該記錄明顯為男科醫學的內容。參張延昌主編，《武威漢代醫簡注解》（北京：中醫古籍出版社，2006），頁 35、95-96。

<sup>335</sup> 李書田，《古代醫家列傳釋譯》，頁 12-42。

的疑慮及憂心，也為男性專屬疾病類型的思維建構畫出了清楚的界限。<sup>336</sup>女子雖亦有房勞所傷的問題，但性別與結構的差異所產生的「經、帶、胎、產」等現象，衍生的疾病只怕比房事所傷更為繁雜。目前為止，歷代可考的醫學文獻幾乎沒有特別以男性為主的醫療專書，<sup>337</sup>或許在眾多醫家的眼界里，探討性別差異的醫學是以女性為主角吧！以下也將偏重對於女性特有的疾病與伴隨的痛症加以討論。

《內經》的內容雖已包含了「經、帶、胎、產、雜病」等知識，但清楚定義婦女疾病及論治的內容其實並不多；<sup>338</sup>從《漢書·藝文志》所載方技三十六家中，僅經方十一家包含了《婦人嬰兒方》看來，真正可明顯看出當時女性醫學的進展大概要從當時「經方」類的著作中搜尋。在馬王堆出土文獻中，婦女疾病載於「房中」文本，且焦點集中於男女交合與相關疾病，其主要紀錄模式是以「病名（症狀）—治法（方藥、導引、祝由等）」的對應模式為主，「經方」醫籍的寫作延續了這種「對治」的鋪陳特徵，並擴大了理論的連結與關注的範疇，婦人

<sup>336</sup> 匡調元，《中醫體質病理學》，頁 60-64。《內經》對於男性特有之疾病，大概僅有遺精、陽痿、睪丸疼痛、不育、疝氣、淋證...等近二十種，之後的醫學專書同樣多半仍呈現中性的生理病理觀，即使提及男性疾病，也僅稍微帶過，且皆集中於性功能及生殖泌尿等問題，即使清朝醫家傅山著有《傳青主男科》，當中所列疾病內容大多亦為一般性，僅於〈虛勞門〉及〈濁淋門〉稍微提到男性疾病，男子的性別醫學色彩不若婦女來的鮮明。目前提及男科醫學，內容已經被鎖定在性功能異常、不孕及泌尿系統疾病了。中醫男科相關著作可參以下著作：〔清〕傅山，《傳青主男女科》（北京：中國中醫藥出版社，1996）。王琦主編，《王琦男科學》（鄭州：河南科學技術出版社，1997）。史宇廣、單書健主編，《當代名醫臨證精華—男科專輯》（北京：中醫古籍出版社，1997）。曹開鏞主編，《中醫男科論文集》（北京：中國醫藥科技出版社，1994）。戴西湖、劉建華主編，《古今男科醫案選按》（北京：華夏出版社，1990）。

<sup>337</sup> 筆者交叉比對以下醫學文獻目錄，並無發現以男性分類為主或以男性為名的醫學古籍，但男科相關內容仍可能散載於各種古籍之中等待考掘。參中國中醫研究院圖書館編，《館藏中醫線裝書目》（北京：中醫古籍出版社，1986）。多紀元胤，《中國醫籍考》，收入陳存仁編校，《皇漢醫學叢書》三、四冊（上海：上海中醫學院出版社，1993）。岡西為人，《宋以前醫籍考》。劉時覺，《宋元明清醫籍年表》。此外，史載明·岳輔嘉著有《男科證治全編》，但該書已亡佚。筆者僅在《中華醫典》電子資料庫中載有《傳青主男科》一部，查閱現存該書，也以一般內科雜病為主要內容，甚至最後一章還是小兒科專章。參宏宇科技開發有限公司，《中華醫典》（長沙：湖南電子音像出版社，2004）。沈宗國、唐肖洪注釋，《傳青主男科注釋》（福州：福建科學技術出版社，1984）。

<sup>338</sup> 「經、帶、胎、產」的紀錄皆見於《素問》，如閉經、崩漏、帶下載於〈陰陽別論〉、〈腹中論〉、〈評熱病論〉、〈痿論〉、〈骨空論〉等，胎產診斷與症狀則於〈平人氣象論〉、〈陰陽別論〉、〈腹中論〉、〈奇病論〉、〈骨空論〉。婦人「雜病」及診斷則見於《靈樞》〈水脹〉、〈五色〉及〈邪氣臟腑病形〉。參劉炳凡，《黃帝內經臨證指要》（長沙：湖南科學技術出版社，1999），頁 463-472。

醫學也逐漸由「房中」轉移到「經方」。宋本《金匱要略》載有婦人病三篇，<sup>339</sup>詳細記載相關疾病的診治，對後來中醫婦科學發展具有重大影響；篇中對於「婦人病」的定義提出了詳細說明：

婦人之病，因虛積冷結氣，為諸經水斷絕，至有歷年血寒，積結胞門。寒傷經絡，凝堅在上，嘔吐涎唾，久成肺癰，形體損分。在中盤結，繞臍寒疝；或兩脇疼痛，與藏相連。或結熱中，痛在關元；脈數無瘡，肌若魚鱗。時著男子，非止女身。在下未多，經候不勻；令陰掣痛，少腹惡寒。或引腰脊，下根氣街；氣衝急痛，膝脛疼煩。奄勿眩冒，狀如厥癲；或有憂慘，悲傷多嗔。此皆帶下，非有鬼神；久則羸瘦，脈虛多寒。三十六病，千變萬端；審脈陰陽，虛實緊弦。行其鍼藥，治危得安；其雖同病，脈各異源。子當辨記，勿謂不然。<sup>340</sup>

本段文字被後世註解為婦女諸病之綱領，並認為「其病之所以異於男子者，以其有月經也。」<sup>341</sup>因虛損、積冷、結氣而令人致病者，男女皆然，但若病邪傷害人體下半部（下焦），在女身則可能產生月經不調、陰部痛、少腹寒、痛引腰脊、臍下氣衝急痛、膝脛疼煩及眩冒、癲狂、憂傷等異於男子的症狀。桂林古本《傷寒雜病論》對於該段文字的描述更為簡要：

婦人之病，因虛積冷結，為諸經水斷絕，血結胞門，或繞臍疼痛，狀如寒疝，或痛在關元，肌若魚鱗，或陰中掣痛，少腹惡寒，或引腰脊，或下氣街，此皆帶下。萬病一言，查其寒、熱、虛、實、緊、弦，行其針藥，各探其源，子當辨記，勿謂不然。<sup>342</sup>

古本並不論述男女雷同的病因病機與症狀，而以更小的範圍精準定義婦女雜病。「帶下」一詞最早見於《素問·骨空論》，<sup>343</sup>指的是婦女因任脈為病所產生的一

<sup>339</sup> 《隋書·經籍志》同時載有《張仲景方》十五卷、《張仲景療婦人方》二卷，可知當時仲景論治婦人病之法乃另立專篇，目前宋本《金匱要略》之婦人病三篇，可能是後人重整時補入。參《隋書》，收入藝文印書館編，《二十五史》第十八冊（台北：藝文印書館，1972），頁 517-518。

<sup>340</sup> 楊向輝，《金匱要略注釋》（台北：正中書局，1986），頁 268。

<sup>341</sup> [清]吳謙，《訂正金匱要略注》，收入氏編，《醫宗金鑑》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 300。

<sup>342</sup> [漢]張仲景，桂林古本《傷寒雜病論》（台北：中醫整合研究小組，1986），頁 305。

<sup>343</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 741。

系列婦科疾病。依仲景所言，這些相關症狀多半發生在帶脈以下的位置、且被通稱為「帶下」的婦女疾病很清楚的是以「虛、積、冷、結」為病因，以月經不利產生「血」的病變為主要病機，而產生複雜且變化多端的病理症狀。在臨診時醫家必須詳細區別看似相同的症狀，仔細推敲當中之差異，才能做出正確的診治。這段記錄不僅影響歷朝醫家對婦科的論述，<sup>344</sup>也呈現了中醫學治病務求本源、不為外象迷惑的核心精神。

依照張仲景的分類法，婦女的病症有三：除了「妊娠」與「產後」之外，相關疾病統稱為「雜病」。《金匱要略》中妊娠部分描述了嘔吐、腹痛、下血、小便難、水腫等常見孕婦症狀，其中又以腹痛、下血為最為主要。產後則因亡血傷津、氣血俱虛、瘀血內阻而形成一連串症狀，包括亡血傷津為主的「瘵」、「鬱冒」、「大便難」，及虛與瘀可能產生的腹痛、中風、虛熱嘔煩、下利、惡露等症狀。對於雜病的描述則大致分為：月經諸病、崩漏帶下、腹痛、情志及外陰部等其他疾病類型，其中又以前三者著墨較多。比對相關條文，婦女三大類疾病中，部分病因病機症狀或許有所雷同，但「妊娠」與「產後」諸證較具特異性，不少病證可能僅見於胎產時期，且多半主要是婦人本已具有部分病因，在經歷懷胎與產後身體劇烈的生理變動下，所誘發產生的各種病症；或因懷胎與產後的自然過程中身體狀況產生失衡，再外感邪氣，所引發的一連串症狀。至於雜病種類則相對較為複雜多樣，且較不受到特定條件的限制。

<sup>344</sup>直至金元時期之前，歷代醫家論婦女雜病的紀錄，大致基於《金匱要略》的論點逐漸累積形成。隋《諸病源候論》強調「風冷虛勞」為婦女雜病之主因，同時主張「婦人病之有異於丈夫者，或因產後，臟虛受寒，或因經水往來，取冷過度，非獨關飲食失節，多挾有血氣所成也。」並強調衝、任脈，心、小腸經與諸病的關係。唐《千金方》論婦人病除了著眼於「陰血」、「月水」的變化之外，亦強調婦人「嗜欲多於丈夫，感病倍於男子。」其精神心理因素亦為致病之一大誘因。宋設有太醫局，醫事分科中「產科」亦居其一，婦人病專科正式獨立。相關著作以《婦人大全良方》最為全面完整，其中論述「大率治病，先論其所主。男子調其氣，女子調其血，氣血者，人之神也，然婦人以血為基本，苟能謹於調護，則血氣宣行，其神自清，月水如期，血凝成孕。」往後婦人生理病理以「陰血」為主軸的觀念深植醫家心中，其影響力甚至遍及全民。以上典籍參丁光迪主編，《諸病源候論校注》，頁 1068、1109。〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 31。〔宋〕陳自明編、〔明〕薛立齋補注，《校注婦人良方》，卷一，頁 6。有關中醫婦科發展的綜合論述可參以下著作：李貞德，〈性別、醫療與中國史〉，「從醫療看中國史」學術研討會論文，（台北：中央研究院歷史語言研究所，2005），頁 3-6。張志斌，《古代中醫婦產科疾病史》（北京：中醫古籍出版社，2000）。費俠莉，《繁盛之陰》。

以雜病為例，月經諸病、崩漏帶下、腹痛等三大類疾病的起因多半由於風、寒、水、虛、半產等因素侵襲女體，造成體內的「血」產生異常，導致一系列的病理變化。首先，月經適來或停止時不慎併有傷風傷寒、或感受風寒期間月經來潮，皆容易造成「熱入血室」的病機，<sup>345</sup>而有寒熱往來、下血及精神異常等症狀，必須以針藥瀉其熱，使血室熱去而邪解，血行便能重新恢復正常；若病後餘邪未清，則可能使水與血結於血室，使得小腹隆起而小便困難。

女陰出現的各種異常分泌物是雜病討論的主要焦點，因為這些現象十分明顯，而且通常伴有令人不適的兼證，月經的異常是最常見的一項。經行的不順暢、未按時、經量異常及其他相關的不規律現象，皆可視為「經水不利」，仲景認為病機主要在於「血瘀」，即血的循行受到瘀阻導致經水或閉、或一月再至、或時行時止、或止而復行等異常表現，治法則多半直接採「活血化瘀」為正治之法。<sup>346</sup>但若婦人兼夾有他疾，則不可一味攻瘀，必須整體參詳，如「溫經湯」條文即述：

<sup>345</sup> 「熱入血室」一詞首見於《傷寒雜病論》，是婦人在外感病邪時恰逢經期之特殊生理狀態，或產後感邪所產生的疾病；因婦女身體情況特殊，故不以尋常外感論之，而另立名目討論。歷代醫家對「血室」的註解不一，大概有以下幾種說法，(1)衝脈，方有執認為「血室即衝脈，所謂血海是也。」(《傷寒論條辨》)(2)肝臟，柯琴認為「血室，肝也，肝為藏血之臟，故名血室。」(《傷寒來蘇集》)(3)衝任脈，成無己認為「衝任為經血積受之處，故為血室。」(《傷寒明理論》)(4)子宮，陳自明引《諸病源候論》提到「胞門、子戶，張仲景謂之血室。」(《婦人良方大全》)，而張景岳亦云「血室者，子戶，即子宮也。」(《類經附翼》)。對非經期是否可患此証，及此是否為女性獨有之疾病亦眾說紛紜。現代學者或主張「血室」即子宮，或認為因為衝脈、肝、子宮三者關係確為密切，「血室」應包括這三者，甚至有學者提出更籠統的概念，認為「血室」實質上是以胞宮為主體，但包括衝任二脈、肝臟及其所屬的經脈，是與婦人經帶胎產等生理現象直接相關的綜合性功能概念。至於疾病特質之探討，部分主張「血室」應僅指經期時的胞宮，此為經期之專有疾病，部分則認為「血室空虛、邪熱乘虛而入」為其主要發病原因，非經期亦可患此証。同時，因該病的病位在胞宮，男子應無罹病之可能。現代相關文獻參李千笛、許紅，〈婦女熱入血室的證治及機理探討〉，《中國醫藥學報》9.4(1994):37-38。馬德孚，〈婦人「熱入血室」新解〉，《湖南中醫學院學報》16.3(1996):8-10。高伯正，〈血室即子宮論〉，《中醫藥研究》13.2(1997):9-11。沈仲賢，〈熱入血室淺論〉，《中醫研究》12.5(1999):3-5。楊淑榮、李慶升，〈《傷寒論》熱入血室証淺探〉，《國醫論壇》15.4(2000):4-5。游爾斌，〈「熱入血室」新解〉，《湖北中醫學院學報》2.4(2000):11。李淑萍，〈淺談「熱入血室」證治〉，《現代中西醫結合雜誌》9.14(2000):1361-1362。李桂英、周榮君，〈談談對「熱入血室」的認識〉，《光明中醫》19.4(2004):1-2。黃凱、連遠義，〈也談「熱入血室」〉，《光明中醫》20.3(2005):2-3。賀漪，〈論熱入血室證治〉，《北京中醫》25.4(2006):213-214。

<sup>346</sup> 〈婦人雜病脈證並治〉當中明文記載治療「經水不利」之相關處方有「土瓜根散」、「抵

問曰：「婦人年五十所，病下利數十日不止，暮即發熱，少腹裏急，腹滿，手掌煩熱，唇口乾燥，何也？」師曰：「此病屬帶下。何以故？曾經半產，瘀血在少腹不去。何以知之？其證唇口乾燥故知之。當之溫經湯主之。」

347

「下利」一詞歷代醫家或作「腹瀉」解、或作「前陰下血」解，桂林古本條文則以「下血」取代「下利」；<sup>348</sup>依筆者經驗，臨床少腹瘀血不去者或以下血情況居多。當婦人年歲已值「任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭，地道不通」的階段，卻突然發生類似月經來潮的症狀，且遷延數十日未止，仲景明白指出此乃婦人過去因流產或早產造成瘀血留於少腹所致，本應以活血化瘀藥攻之，但進一步分析「溫經湯」組成，乃「膠艾湯」之變方，治療意識不以攻瘀為主，而以溫經散寒的藥物為君，兼用養血活血之品。以方測證回推本方用法乃仲景考慮到婦人的生理條件為虛寒，病理現象為瘀，故處方重溫養溫通，藥物則寒熱補行合併使用，<sup>349</sup>待血得養得溫，寒結得散，瘀血行則病根可去；如何選擇直攻其瘀或透過其他機轉化解瘀證，正是中醫理論與經驗在臨床運用的奧妙所在，關鍵在於診斷。

除了月經之外，陰部異常出血的現象還有「崩漏」，《內經》有「血崩」之說，仲景或稱「陷經漏下」。「崩漏」者即「崩中」與「漏下」，臨床現象雖一為暴下、一為淋漓，但《諸病源候論》載其病因病機皆為勞傷氣血、衝任兩脈虛損、氣虛氣陷使不得制約其經脈，而導致血液非其時而下；另有一「崩中漏下候」，導因於除衝任虛損之外，並夾有瘀血，故產生時崩時止、淋漓不斷的雙重表現。<sup>350</sup>至於類似現代醫學所謂「病理性白帶」的「帶下」，即陰部出現顏色、味道及排出量異常的分泌物，仲景在著作中僅提到「下白物」，但《神農本草經》

---

當湯」及「礬石丸」，其中前兩方組成皆以活血化瘀藥物為主，「抵當湯」至今仍為臨床治療血瘀導致月經不調之常用處方。參〔清〕吳謙，《訂正金匱要略注》，頁302-303。

<sup>347</sup>楊向輝，《金匱要略注釋》，頁269。

<sup>348</sup>〔漢〕張仲景，桂林古本《傷寒雜病論》，頁306。

<sup>349</sup>膠艾湯的組成為當歸、川芎、芍藥、甘草、生地黃、艾葉、阿膠，主要用以溫經補虛，養血止血。而溫經湯組成為吳茱萸、當歸、川芎、芍藥、人參、桂枝、阿膠、生薑、牡丹皮、半夏、甘草、麥門冬，本方溫經通瘀並用，但重在溫養而不是攻瘀，透過溫通以使氣行瘀去，血脈通利。處方以溫為主，但溫中有養、有清，既補氣健中，又滋陰養血，寒熱並用，消補並投，相反相成，而使諸症自解。參許濟群、王綿之主編，《方劑學》（北京：人民衛生出版社，1995年），頁408-410。

<sup>350</sup>丁光迪主編：《諸病源候論校注》，頁1098、1103-1104、1106。

已有多種藥物用來治療相關症狀，如「桑耳，黑者，主女子漏下，赤白汁。」、「淮木，主治漏下赤白沃。」、「丹雄雞，主治女子崩中漏下，赤白沃」、「礬石，主治白沃」、「代赭，主治女子赤沃漏下。」、「水蘄，主治女子赤沃。」等，甚至清楚紀錄「牡蠣」主治「女子帶下赤白」。<sup>351</sup>上述藥物多半將崩漏與帶下視為同一類的適應症，淺看或許可單純認為當時對疾病的分類還處於相當直觀的階段，但直到隋《諸病源候論》才提及的病因，卻呈現有趣的現象：「帶下」與「崩漏」竟同樣具備「勞損傷及衝任二脈」的病因。當同時影響太陽少陰二經之血、風寒趁體虛入於包絡時，便使得包絡間穢液與血相間而下，形成「帶下」。此外，「崩漏」與「帶下」若同時兼有五藏虛損時，各藏主色皆會隨穢液而下，而呈現不同顏色。<sup>352</sup>從該記錄可證明雖然經過將近一千年的時間，<sup>353</sup>但醫家仍將崩漏與帶下視為「症狀雖有差異，但本質類似」的疾病，其背後的觀點並不僅是因症狀與身體部位的相似性。若不論少數因情志引發及外陰局部的疾病，上述各種雜病主要的病因病機十分類似，皆與衝任兩脈及經中之血的異常運作有關，衝脈起於氣街、任脈起於中極之下，而皆源起胞中；加上腎氣天癸的運作，便與女性月經、生殖、內分泌產生直接而密切的聯繫，直到現代的中醫婦科學，仍將女性生理病理的諸多現象歸於腎氣→天癸→衝任督帶→胞宮一系列的整體運作關係中，<sup>354</sup>由此可看出醫家考慮婦女疾病的核心觀念從《內經》時代延續下來並沒有產生重大改變，其論述早已為女性醫學作了明確的區分，也築起中醫婦科學的基石。

「腹痛」是婦人各種疾病中最常見的症狀之一，秦伯未與徐季含曾試圖考證仲景所言「婦人三十六病」，認為皆載於金匱婦人三篇之中，其中包含「腹痛」

<sup>351</sup> [梁]陶弘景編，尚志鈞、尚元勝輯校：《本草經集注》（北京：人民衛生出版社，1994年），頁138、171、285、376、402、406、494。

<sup>352</sup> 「五色帶下」與「五色漏下」皆依五藏主色而定，肝心脾肺腎各藏所傷分別對應青赤黃白黑色之分泌物，亦有因五藏俱虛損而同時出現五色者。參丁光迪主編：《諸病源候論校注》，頁1090-1097、1098-1107。

<sup>353</sup> 依馬繼興的考證，「神農本草經」相關藥物諸書成書時期約在西元前三至四世紀，而《諸病源候論》成書在西元610年，兩書相距離近一千年。參馬繼興：《神農本草經輯注》說明，收入氏著，《神農本草經輯注》（北京：人民衛生出版社，1995），頁5。

<sup>354</sup> 羅元愷，《羅元愷論醫集》（北京：人民衛生出版社，1990），頁17-24。

多達十一種。<sup>355</sup>從其所附的對治處方可瞭解這些痛症的原因明顯是不同的，也凸顯「痛」在多種疾病中所具有的多樣性。以下筆者依序標出痛證與對治方，並採以方測證、參讀經文的方式分析，以釐清病因病機之差異。

- (1) 胎脹腹痛：附子湯。此乃婦人素體陽虛寒盛，妊娠時因子臟開（子宮功能差），導致小腹寒冷如以扇搨之，並伴隨疼痛；隨著胎兒的成長，症狀欲發明顯，治以附子湯溫裏散寒，痛亦隨減。
- (2) 胞阻下血：膠艾湯。婦人懷孕時若發生陰部出血伴隨腹痛的症狀，稱為「胞阻」。其病機乃因衝任脈虛，陰血失守所致，故處方以養血補虛暖子臟，並以清酒助其藥勢，則能止血消痛。一般無端下血、或半產（早產、流產）後下血，審因相同者，該處方亦為首選。
- (3) 妊娠腹疔痛：當歸芍藥散。「疔」者，醫家解為「疔」、或解為「絞」，為腹中拘急，綿綿作痛之感。<sup>356</sup>婦人懷孕時經常容易造成身體水液滯留，甚至造成水腫，《諸病源候論》描述「胎間水氣，子滿體腫」即說：「此由脾胃虛弱，腑臟之間有停水，而挾以妊娠故也。妊娠之人，經血壅閉，以養於胎；若挾有水氣，則水血相搏，水漬於胎，兼傷腑臟。」<sup>357</sup>孕婦若兼有血虛時則可明顯見該種痛症，治法當補血健脾以利水散寒，既能止痛，胎亦得其所養。
- (4) 產後腹疔痛：當歸生薑羊肉湯。本處方亦使用於「寒疝」所引起的腹中痛、脇痛裏急。《素問·長刺節論》指出：「病在少腹，腹痛不得大小便，病名曰疝，得之寒。」<sup>358</sup>《諸病源候論》云：「此由陰氣積於內，寒氣結搏而不散，臟腑虛弱，故風邪冷氣與正氣相擊，則腹痛裏急，故云寒疝腹痛也。」<sup>359</sup>婦女產後血虛氣少，容易引寒入裏或使原有陰寒體質更加凸顯，而導致

<sup>355</sup> 秦伯未，《秦伯未醫學名著全書》（北京：中醫古籍出版社，2003），頁 584。

<sup>356</sup> 歷代醫家對疔字意見不一，字書也有不同記載。以聲韻角度看，「絞、疔、攪」三字同古巧切，疔又有「腹中急痛」之意，並以疔為其俗字，因此疔痛應當可解為急痛、絞痛、拘急揪緊之痛。再看《抱朴子·至理》，「當歸、芍藥止絞痛。」對照當歸芍藥散組成，本方治療上述痛症至為合拍。諸家註釋考證參郭秀梅、岡田研吉編，《日本醫家金匱要略註解輯要》（北京：學苑出版社，1999），頁 247-248。

<sup>357</sup> 丁光迪主編，《諸病源候論校注》，頁 1189-1190。

<sup>358</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 686。

<sup>359</sup> 丁光迪主編，《諸病源候論校注》，頁 592-593。

形同「寒疝」之病機，故以相同處方補虛散寒養血止痛。本方以當歸、生薑配合血肉有情之羊肉，合乎「形不足者，溫之以氣；精不足者，補之以味。」的原則，故亦能治療虛勞不足的病症。

- (5) 產後腹痛煩滿：枳實芍藥散。婦女體質不一，產後雖會產生氣血俱虛的現象，但亦可能產生氣血鬱滯的病機，氣結血凝使得產婦出現胸腹煩滿、腹痛的症狀，因此以枳實破氣結、芍藥和血調腹痛。高明之處在於枳實須炒黑並佐以麥粥服之，減少藥力強度並以胃氣為本，此乃顧慮產後仍以體虛為主要之生理條件，故以緩治為上，這部分也是現代醫家臨床上經常忽略的一點。
- (6) 產後瘀血腹痛：下瘀血湯。若產後腹痛依枳實芍藥散不效者，乃因腹部臍下處有血瘀所致，此時破氣和血之品已力有未逮，必須用破血化瘀之法方能見效。本方藥力強烈，雖以先煉蜜為丸取藥力之緩，但仍以酒煎服，故產後婦人仍需慎用。
- (7) 產後少腹堅痛、惡露不盡，便秘煩躁發熱：大承氣湯。新產婦人若少腹堅硬疼痛兼惡露排出未盡者，此亦為瘀血停於胞宮所致，加上有便秘煩躁發熱的「陽明證」，形成熱邪結聚與瘀血停留的病因病機，即仲景所云：「熱在裏，結在膀胱。」因此使用大承氣湯既能除胃中之邪熱，又能去下腹之瘀血，此乃尤怡所言：「仲景取之者，蓋將一舉而兩得之歟。」<sup>360</sup>
- (8) 腹痛手掌煩熱、帶下：溫經湯。前文已提過，當產婦虛寒而兼有瘀象時，必須溫養溫通血脈，待血得養得溫，寒結得散，瘀血行則症狀與病根可去。
- (9) 腹中血氣刺痛：紅藍花酒。本方乃以紅藍花酒煎頓服，依《本草綱目》記載，紅藍花即紅花，主治「產後血運口噤，腹內惡血不盡絞痛，胎死腹中，並酒煮服。」<sup>361</sup>《本經疏證》認為本品異於其他通瘀藥物，其「行」血力量大，治療「風」證頗為合拍，故能治療婦人「六十二種風及腹中血氣刺

<sup>360</sup> [清] 尤在涇，《金匱要略心典》，收入《中國醫學大成》第九冊（上海：上海科學技術出版社，1992），卷下，頁 56。

<sup>361</sup> [明] 李時珍，《本草綱目》（北京：人民衛生出版社，2004），頁 966。

痛」。<sup>362</sup>基本上本方仍是以活血化瘀的方式達到止痛的目的，但其行血力強，氣虛體弱之人需慎用。

(10) 腹中諸疾痛：當歸芍藥散。依處方結構分析，大致因血虛兼有脾虛而引發腹痛症狀者皆適用本方。尤怡指出：「婦人以血爲主，而血以中氣爲主，中氣者，土氣也。」<sup>363</sup>日本漢方家森立之認爲「本方治血痛，不論產前產後，其效如神。」<sup>364</sup>透過強壯脾胃及補養血虛而達到治療各種腹痛的目的正是本方的特色。

(11) 腹痛：小建中湯。本方主要的適用對象同樣是因脾胃虛弱而引發的腹痛，和前方不同的是，當歸芍藥散所主乃脾虛濕盛之證，本方則是因脾胃虛弱功能不足而使用，因此依《金匱要略》論「虛勞」所言，出現「裏急、腹中痛」等腹部症狀時，同樣以本方治之。臨床上因內臟虛損引起的腹痛，筆者以此方加減治之多有速效。

由以上分析可知腹痛症狀背後的病因千頭萬緒，治療前必須取決於診斷，虛實寒熱氣血水瘀各不相同。仲景提出抽絲剝繭、層層解析的示範，並對症下藥，以示後人規臬，<sup>365</sup>若臨診單憑症狀給予固定療法，欲求病癒只怕緣木求魚。鄭欽安有言：「用藥一道，關係生死，原不可以執方，亦不可以執藥，貴在認證之有實據耳。」<sup>366</sup>對照前述腹痛之辨證、審因、論治，實爲中肯論述。

不同的醫學文本裏其實還有部分痛症內容未曾被婦人三篇提及。《小品方·治女子眾病諸方》中提到，婦人有「三十六疾」，分別爲十二癥、九痛、七害、五傷及三瘕。其中「九痛」爲陰中痛傷、陰中淋漓痛、小便即痛、寒冷痛、經來

<sup>362</sup> [清] 鄒潤安，《本經疏證》（台北：旋風出版社，1974），頁 190。

<sup>363</sup> [清] 尤在涇，《金匱要略心典》，卷下，頁 70。

<sup>364</sup> 原文出自森立之《金匱要略考注》，轉引自郭秀梅、岡田研吉編，《日本醫家金匱要略註解輯要》，頁 264。

<sup>365</sup> 金匱婦人三篇諸腹痛之分析筆者參考以下著作，[宋] 趙義德衍義、[清] 周揚俊注，《重刊金匱玉函經二注》，收入《中國醫學大成》第八冊（上海：上海科學技術出版社，1992）。[清] 尤在涇，《金匱要略心典》。[清] 吳謙，《訂正金匱要略注》。何任，《金匱要略新解》（浙江：浙江科學技術出版社，1982）。郭秀梅、岡田研吉編，《日本醫家金匱要略註解輯要》。李克光，《金匱要略譯釋》（上海：上海科學技術出版社，1995）。[日] 伊澤裳軒，《金匱玉函要略私講》（北京：學苑出版社，2005）。楊向輝，《金匱要略注釋》。何東燦，《金匱要略新解》（台北：國立中國醫藥研究所，1993）。

<sup>366</sup> [清] 鄭欽安，《醫法圓通》（成都：巴蜀書社，1996），頁 1。

即腹中痛、氣滿痛、汗出陰中如有蟲嚙痛、脇下分痛、腰胯痛；此外在「七害」及「五傷」中也分別載有竅孔痛不利、中寒熱痛、小腹急堅痛、子門不端引背痛及兩脇支滿痛、心痛引脇等痛症。<sup>367</sup>這些描述有別於婦人三篇，對症狀的部位較具專一性，因此相對增加了內容，或可視為醫學細緻化進展的一部份。《諸病源候論》對三十六疾有類似的記述，並認為：這三十六種疾病，「皆由于臟冷熱勞損，而夾帶下，起於陰內。條目混漫，與諸方不同。但仲景義最玄深，非愚淺能解，恐其文雖異，其義理實同也。」<sup>368</sup>換句話說，仲景在婦人三篇中，諸條文所載的各種痛症全以「腹痛」加以命名、並廣泛涵蓋所有橫膈以下體腔內所產生的痛症的分類方式，即已將婦人諸疾的範圍作了條件上的限制，並很清楚的呈現其病因病機焦點集中於可以區別性別間差異的生殖泌尿結構與機轉。繼《內經》之後，《金匱要略》對婦人疾病的論述更進一步界定出性別病理與其特殊的痛症，從本分析也再次呼應前文對於中醫在性別身體觀上的獨特想法。

婦女擁有胞宮，生理上具備月經、妊娠、產育和哺乳等特點，在病理上可能產生經、帶、胎、產、雜病等疾病，這些都使婦女在氣血、經絡、臟腑的活動上產生有別於男性的特殊變化。歷代較少出現女性醫者，女性醫療從業人員亦多受限制，<sup>369</sup>處於以男性為主的傳統中國社會，婦科醫學的發展其實相當不易。在中醫學知識範疇裡，除了談及生殖泌尿相關疾病之外，多半將男體女體視為差異不大的結構，直到清朝，醫家仍遵守著多數疾病採取「中性」診治的觀點，《醫宗金鑑·婦科心法要訣》便提到：

男婦兩科同一治，所異調經崩帶癥；嗣育胎前並產後，前陰乳疾不相同。

370

<sup>367</sup> [南北朝] 陳延之撰、高文鑄輯注，《小品方》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 128-129。

<sup>368</sup> 丁光迪主編，《諸病源候論校注》，頁 1123。《千金要方》對「三十六疾」有與《小品方》較為相近的描述，其中「七害」、「五傷」及「三瘡」和《諸病源候論》的內容不同，「與諸方不同」即指此意。

<sup>369</sup> 中國歷代的女醫家不多，目前史載者有淳于衍、義妤、鮑姑、馬守明、武元照、張小娘子、蔣氏、方氏、譚允賢、曾懿等人。參常宇等主編，《文化中醫》（北京，科學技術文獻出版社，2006），頁 261-263。至於對女性醫療從業者的不平等看待與限制可參梁其姿，〈前近代中國的女性醫療從業者〉，收入李貞德、梁其姿主編，《婦女與社會》（北京：中國大百科出版社，2005），頁 355-374。

<sup>370</sup> [清] 吳謙，《婦科心法要訣》，收入氏編，《醫宗金鑑》（北京：中國中醫藥出版社，

對醫家而言，多數的疾病與痛症不論男女或可作同一種考量，針對兩性間的特有生理病理差異則需分別審治。但歷朝醫學發展過程中的文化氛圍卻將男女間劃出禮教道德規範的鴻溝，使得醫病關係逐漸無法單純以醫論治，甚至影響了婦科醫學的進步。<sup>371</sup>對於有心的醫家，念茲在茲中醫學發展的同時，卻身受不合醫道的文化制約而限制了臨床與理論的展現，處於這種環境的身心感受，恐怕才是勇者怯者、男人女人都無法體會的「痛」吧。

#### 四、「疼」、「痛」之辨

「文以載道」一詞說明了文字是知識能夠廣泛傳播的最佳媒介之一。文字是一種人類記錄語言與思考的書寫符號，因其特有的系統得以使語言與思維跨越時間與空間的限制不斷傳播，所以透過文字意義的表達，讀者不管身處何時何地，只要掌握文字記錄與正確解讀，便得以與作者產生程度不等的心靈溝通。不論是先秦以來得其人而後傳的「禁方」、或是宋朝之後透過印刷術得以普及大眾的「局方」，中醫學的發展與傳播從古至今一直具有藉助文字的特點，典籍文本成爲主要承載醫學命脈與紀錄珍貴知識的工具。<sup>372</sup>至於透過「口傳心授」的心法師承是中醫知識傳承的另一重要方法，依賴的是語言的溝通；但語言最大的問題是受到時間空間的限制，知識與經驗的傳承僅能發生於雙方交流的當下，或許對醫家個人修爲有「醍醐灌頂」深化之功，但對於醫學的普及化則力有未逮。

初讀中醫經典之記載經常令人迷惘，除了相關議題篇章因歷代重校而編排散亂之外，文字意涵的解讀也常令人爲之氣結。岳美中論及「讀古醫書及臨證」

---

1995)，頁 523。

<sup>371</sup>張志斌，《古代中醫婦產科疾病史》，頁 324-326。

<sup>372</sup>殷商以來即有以文字記錄醫學經驗的事實，從先秦開始，中醫學的傳播更產生其特殊的儀式。戰國以下，透過師徒間醫學文本的傳承與知識經驗的解析，文字成爲醫學發展不可或缺的工具。這段歷史從長桑君授書與扁鵲、及《素問》多處提到重要醫學知識「藏之金匱，不敢復出。」等史述可以得知。參李建民，〈中國醫學史研究的新視野〉，《新史學》15.3（2004）：203-222。至於宋朝之後由於活字印刷術的成熟使用，具備了大量校定刊行醫學文本的能力，也使得醫學傳播與普及化加速。參嚴世芸主編，《中醫學術發展史》（上海：上海中醫藥出版社，2004），頁 211-214。

時曾說：

讀古書應當知道時代的背景，包括文物制度以及語言的演變。…只有這樣，才能曉得古人針對著當時哪種實際情況寫成的。如果以現代的眼光，去衡量古代的事物，往往會錯認或苛責古人。<sup>373</sup>

漢字是以文字的形與音來表現字義。字形、字音與字義乃為一體，彼此不可分割。沒有對歷史文字語言的深入認識，便無法在研讀典籍時產生「身歷其境」的場景還原思考模式，<sup>374</sup>也無法與先賢原來詳實而精準的記載產生共鳴。因此對於中醫文獻的研讀，實不可一味以現代意義理解。中國文字歷經數千年演變，有其獨特的規律與內涵，醫學記錄依賴文字而存在，自然深受其影響，醫學發展過程中，文字作為醫學文獻、經典著作的載體，其意義與表述形式都會隨著時代的發展而產生變化，並與典籍內容的深入進步緊密相連。<sup>375</sup>同時由於醫學記錄多以醫理及臨床議題為主要的內容，研讀時除了符合文字學的規律與意義之外，在推敲文字意義時仍必須注意文字的特殊用法及醫學上的獨特涵義，既要正確注疏文義、又必須確實符合醫理。<sup>376</sup>

某個階段裡醫學知識中關於身體感受的論述，其實即說明了時人對於身體的解讀方式，而這些都必須透過語言文字不斷加以保留。文字的理解與運用，是讀通中醫經典的重要途徑之一，經典中文字的用法意義深遠，優美而精細，在從事研究時，是很好的切入方式。藉由文字的瞭解與探討，可引領讀者進入更深層的意境，對閱讀經典的視野將有不斷擴大與深入的機會。朱自清說得好：

從前學問限於經典，所以說研究學問必須從小學入手；現在學問的範圍是廣了，但要研究古典、古史、古文化，也還得從文字學入手。<sup>377</sup>

栗山茂久也說：

紙上的文字不是閱讀的最終目標。文字之所以引起讀者的興趣，是因為文

<sup>373</sup> 中醫研究院主編，《岳美中論醫集》（北京：人民衛生出版社，1978），頁 23。

<sup>374</sup> 黃煌，《經方的魅力》（北京：人民衛生出版社，2006），頁 25、39。

<sup>375</sup> 崔錫章，〈論《傷寒論》的詞義特點及對臨床應用的影響〉，《中醫雜誌》47.5（2006）：388-390。

<sup>376</sup> 余瀛鰲，〈中醫臨床文獻研讀點津〉，《中醫文獻雜誌》24.1（2006）：2-5。陳竹友，《簡明中醫訓詁學》（北京：人民衛生出版社，2000），頁 136-138。

<sup>377</sup> 朱自清，《經常常談》（瀋陽：遼海出版社，2001），頁 3。

字是無形意義的有形承載者。<sup>378</sup>

目前一般人在描述痛症時，通常籠統以「疼痛」二字合稱，即使專業醫療人員也很少注意這個臨床上常見的主訴兩個字之間是否有所差異。<sup>379</sup>但漢字的起源過程，從圖像演變到文字、再從文字的形成到體系化，其實是歷經幾千年甚至幾萬年以上的時間才能完成，<sup>380</sup>古人造字不易，每個字的出現絕非毫無理由。而醫學典籍爲了描述複雜的生理病理現象，用字必須相當嚴謹，才能精細的對看似雷同的現象做出區別，特別是「痛」的相關描述，更有非常細膩而廣泛的紀錄。<sup>381</sup>在這樣的前提下，筆者認爲症狀表現類似的「疼」與「痛」，在臨床上的界定仍應有其差異性，未能對此有所瞭解，在研讀經典時，或可能產生誤解，間接影響診斷治療的依據。

因此本節試圖從文字學的角度探討中古醫學時期「疼」與「痛」的不同用法及所包含的意義。首先對「疼」、「痛」做文字、訓詁及聲韻學上的分析，其次挑出《素問》、《靈樞》中「疼」、「痛」的相關內容加以分類討論，以釐清其差別。透過這樣的過程，不僅可以協助瞭解「疼」、「痛」的真實意義，有助於更加精準的研讀經典；也能進一步呈現先秦兩漢時的醫家，是如何以各種「疼」、「痛」相關的描述內容，來呈現身體內部的生理病理真相。

在古代，醫學的發展及傳承都有相當嚴謹的規範與要求，同時因爲文獻簡冊的製作不易，醫家研究與撰寫經典中的內容時必定是字字推敲，務求文字與欲表達的意念達到最接近的距離；這種發展在先秦以降有蓬勃的發展。據研究，先秦兩漢醫籍所載的人體部位名共有約九百六十個，包含實質部位約五百四十個，

<sup>378</sup> 栗山茂久，《身體的語言》，頁 291。

<sup>379</sup> 從一些書籍與期刊的研究報告標題與內容中便可看出專業人員對「疼」、「痛」兩字的認知與使用其實是混淆的。當然，現代醫學的名詞“pain”，也因翻譯者的混用而經常翻譯成「疼痛」。筆者提出一些著作做爲例子證實這種現象：宋紅普，〈論《金匱要略》疼痛辨治〉，《上海中醫藥雜誌》37.4（2003）：51-53。湯元皓等，〈疼痛之心身醫學觀〉，《臨床醫學》1995.36：331-336。中華民國疼痛醫學會，《遠離疼痛》（台北：元氣齋出版社，2003）。梅約醫學中心著、林智生譯，《慢性疼痛》（台北：天下生活出版股份有限公司，2001）。

<sup>380</sup> 張桂光，《漢字學簡論》（廣州：廣東高等教育出版社，2004），頁 43-45。

<sup>381</sup> 崔錫章、張寶文，〈漢代醫籍症狀表述語言特色研究〉，《醫古文知識》2005.1：44-47。崔錫章，〈論《脈經》症狀表述的語言特色〉，《北京中醫藥大學學報》28.4（2005）：26-28。

虛指部位名約四百二十個，此外當時另有不少相關醫學用語，亦屬中醫學的知識體系。<sup>382</sup>而東漢末年《釋名·釋形體》中僅收錄了將近一百一十個人體實質部位名稱<sup>383</sup>，這說明先秦兩漢時期文字之豐富與細膩內涵，後世反遠不及之。中醫經典中，作者經常將事物以直述、譬喻、或以形象敘述之，或以性質歸類之加以記錄，因此每字每句絕非因做文章而濫用。正如張顯成所說：

越是口語性強的文獻材料，其語言研究的價值就越大；反之，越是經過加工的、越是書卷味濃的文獻材料，其語言研究的價值就越小。<sup>384</sup>

這正是評斷歷代中醫典籍的標準之一，古樸與口語性強是逼近真實與臨床的最佳證據，細膩而多樣性的語法與文字運用更可看出醫家對醫學細微差異性的重視。

欲瞭解經典中「疼」與「痛」的描述所代表的意義，必須先從這兩個字的起源談起。「痛」在當時可能是廣義不適感的代表字。第一節曾討論「痛」起初乃表示心理及情緒的負面不適感，但後來的意義則逐漸往有形身體的疾病面向靠攏，並引伸有許多不同的用法；《廣雅》曾列出二十三個字，其字義皆注疏為「痛」，<sup>385</sup>其中包含無形情緒及精神上的不適感，也涵蓋不同的致病因素及病理變化所產生的實質痛症。<sup>386</sup>但「痛」字也有完全相反的意義與用法，如「稱心適意、痛快」之稱；或當副詞使用，作為「甚、極、儘量」之意。<sup>387</sup>因此研讀古籍與經典時，除了先瞭解文字的意義，還必須先弄清前後文之來龍去脈，以確定其用意。

因身心罹患疾病而產生疼、痛在人的一生中是經常發生的，因為疼、痛感與身心疾病的發生關係是如此密切、如此自然的相伴發生，因此在造字時與疾

<sup>382</sup>除了人體部位名之外，當時的醫學用語尚有運氣、針灸、方劑、診法、治則、脈象、病因等內容，用語及文字記錄十分豐富，不少古文字及用語也因此得以保留。張顯成，《先秦兩漢醫學用語研究》（成都：巴蜀書社，2000），頁 54-57。

<sup>383</sup>〔東漢〕劉熙，《釋名》（台北：國民出版社，1959），頁 24-31。

<sup>384</sup>張顯成，《先秦兩漢醫學用語研究》，頁 25。

<sup>385</sup>這二十三個字分別為「惜、恫、忤、怛、哀、傷、癆、毒、憊、蛆、慄、癩、蠶、蠹、疼、慰、悲、愍、殷、愍、瘦、讞、桐」收錄於《廣雅·釋詁二》，「釋詁」之意是把許多同義詞放在一起，編為一組，最後用一個常用的、詞義寬泛的詞來解釋。參〔清〕王念孫，《廣雅疏證》，收入《四部備要·經部》（台北：中華書局據家刻本校刊，1981），卷二上，頁 7。

<sup>386</sup>余岩，《古代疾病名候疏義》，頁 259-264。

<sup>387</sup>高樹藩，《正中型音義綜合大字典》，頁 1075-76。

病、身心病痛相關的字經常從「疒」之同一部首。<sup>388</sup>「疒」現代音唸做ㄉㄨˋ，中古音作尼厖切，或作女厖切，讀爲 ne<sup>389</sup>。甲骨文作「𠄎」，金文作「疒」，是一個會意字。張舜徽指出：「人有不豫，偃臥在床，爲之疒。」<sup>390</sup>本意即是指「因爲生病了而要倚躺在床上休息」之意，從甲骨文的形體來看，左偏旁就像一張床，有床板和床腳，右偏旁有一個人躺臥其上，有些甲骨文的形體還在人的周圍多了幾個黑點，或以爲是血、汗、污穢物，藉以表示生病之意。直到金文、篆文的形體時就只剩下床的外型，及右邊的一橫，而這一橫可看成是人字的省筆。古代人日常生活起居皆在席墊上，只有生病時才躺在床上，因此以「疒」爲部首組合而成的字，多半都與「疾病」有關<sup>391</sup>。

「痛」字甲文、金文闕，<sup>392</sup>中古音作他貢切，是會意兼聲字。《說文解字》對「痛」的解釋爲：「痛，病也，從疒、甬聲。」<sup>393</sup>《玉篇》指出：「痛，病也，傷也。」<sup>394</sup>意義大致相近，可見「痛」與「病」在當時可視爲同義詞，因此得以互訓。根據《說文》，「病」是程度較嚴重的「疾」，當時二字即有混用的情形，<sup>395</sup>因此，即使「痛」的意義和「病」不完全一樣，但與疾病及身體損傷間的關係則無須贅言。于鬯指出：「經絡時疏故不通。」該句話看似文法不通，但「痛」與「通」因同諧「甬」聲，故能假借。<sup>396</sup>《釋名·釋疾病》以同音字爲訓便指出：「痛，通也。通在膚脈中也。」<sup>397</sup>張舜徽引畢沅所述：

<sup>388</sup> 《說文解字》提到，「疒，倚也，人有疾痛也，象倚箸之形。凡疒之屬皆從疒。」〔東漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注，《圈點段注說文解字》，七篇下，頁 351。

<sup>389</sup> 王立，《王立古漢語字典》（北京：中華書局，2003），頁 751。〔日〕石川鴻齋，《日本大玉篇》（東京：博文館，明治二十四年），卷七，頁 22。

<sup>390</sup> 張舜徽，《舊學輯存》（山東：齊魯書社，1988），頁 978。

<sup>391</sup> 王志成、葉紘宙，《部首字型演變淺說》（台北：文史哲出版社，2000），頁 34-35。

<sup>392</sup> 現有甲文、金文資料中，至今尚未出現「痛」字。依筆者前文之探討，甲骨文對於疾病的記載主要是關注「引起疾病的原因與預後」，而金文的功能主要在於「銘功頌德」；對於疾病症狀的紀錄本非這兩種文字所長，筆者推論這應是不見「痛」字的主要原因。

<sup>393</sup> 〔東漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注，《圈點段注說文解字》，七篇下，頁 351。楊家駱主編，《說文解字詁林正補合編》（台北：鼎文書局，1997），第六冊，頁 6-830。

<sup>394</sup> 〔梁〕顧野王，《大廣益會玉篇》（北京：中華書局，2004），頁 56。

<sup>395</sup> 《說文》釋「疾」曾提到，「病為疾加，渾言之則疾亦病也。」參〔東漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注，《圈點段注說文解字》，七篇下，頁 351。

<sup>396</sup> 于鬯指出，「通即讀為痛，痛、通并諧甬聲，故得假借。」參〔清〕于鬯，《香草續校書》（北京：中華書局，2006），頁 498。

<sup>397</sup> 〔東漢〕劉熙，《釋名》，頁 117。

痛無定所，故云：「通在膚脈中。」然人之元氣，常周行於四肢百竅之間，此不可一息不通者也。故《內經》云：「通則不痛。」今此蓋以邪氣之流注者言，語似不同，而實非有異也。<sup>398</sup>

「通」即「達」也，實質上泛指各種通道、道路，意義上則有「無所不流、行無所阻、由此及彼」之意。<sup>399</sup>《釋名》在解釋各種疾病的前提是「疾病者，客氣中人。急，疾也。病，並也。並與正氣在膚體中也。」當邪氣侵犯人體，干涉正氣運作並隨正氣運行於膚脈中時則會產生各種疾病與痛的現象，相同的病機也可發生於身體深層的部位，與身體中擁有「行無所阻、由此及彼」功能、而必須時時維持「以通為常」生理現象的系統及器官有非常密切的關係。

《素問·五藏別論》記載：「六腑者，傳化物而不藏，故實而不能滿。」<sup>400</sup>六腑的正常生理功能就是要通暢，若不通暢則會轉而產生病理現象。《諸病源候論》指出：「風邪外入，與衛氣相搏，血氣壅塞不通，而成否也。否者，塞也，言臟腑否塞不宣通也。」<sup>401</sup>余岩也認為此乃積聚脹滿而氣行不宣通所致。<sup>402</sup>依此原則，對於《傷寒論》中太陽病以和法、利法、吐法，陽明病以下法、清法等治則來去除病邪的方式就變得十分容易理解。此外，經脈系統也是另一個合乎此特色的身體架構，當經脈不暢時當然可能產生疾病與痛症，這些部分詳細的生理病理內容將於第三章中討論。簡單的說，當人身有形、無形管道因為種種致病因素影響，導致阻塞不暢通或無法接續，使得原有特定方向傳導的能量與物質受阻時，就會產生疾病，並極可能伴隨「痛」的現象。

在古漢語的體系中，特別是在醫學用語的使用上，常有「意義的非單一性」，即同一字詞描述多種不同意義的事物。雖然先秦兩漢的醫學用語已經相當豐富細膩，但因為在醫學行業所需要的專門用語數量相當龐大，因此仍會有一字多義的

<sup>398</sup>張舜徽，《舊學輯存》，頁 1044。

<sup>399</sup>「通」的相關解釋詳見〔東漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注，《圖點段注說文解字》，二篇下，頁 72-73。〔東漢〕劉熙，《釋名》，頁 17-18。〔梁〕顧野王，《大廣益會玉篇》，頁 49。高樹藩，《正中形音義綜合大字典》（台北：正中書局，1998），頁 1072。

<sup>400</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 163。

<sup>401</sup>丁光迪主編，《諸病源候論校注》，頁 614。

<sup>402</sup>余岩，《古代疾病名候疏義》（台北：自由出版社，1972），頁 221。

情況。<sup>403</sup>張顯成研究先秦兩漢醫學用語的演變曾提出，因為醫事活動本就屬於生活的一部份，因此其記錄內容也以當時的「全民用語」來呈現。直到醫學發展逐漸自成體系之後，不少用語便直接轉型成醫學專業的一部份，甚至成為專用的名詞，而不再代表原有的意義，這部分尚牽涉到「全民用語」與「醫學用語」之間的互相借用與影響。<sup>404</sup>先秦兩漢時代，除了各國的全民語言（官方語言）之外，地方用語也相當複雜。在全民語言與地域語言、社會方言間的互相吸收與互用中，逐漸增加了語言文字的內容與深度。其中有一部份醫學用語，在原先全民用語的基礎上形成之後，反過來對全民用語的詞彙產生影響，「痛」字的用法正是合乎這種情況。

以目前可得的資料而言，「痛」之字體始見於小篆。<sup>405</sup>但筆者認為：痛覺或這一類身心不適感的直接反應應該是人類與生俱來的本能，從人類出現就開始有這些感覺，在人的聚落或社會雛形構成、文字因應需求而產生後，應該很快就會被紀錄而描述出來，因此推論「痛」字應該有更早的字體，目前可能只是因出土的歷史文物裡尚未發現更早的記載而所下的暫時結論。例如在馬王堆醫書中，有許多地方使用「痛」字，特別是在《足臂十一脈灸經》與《陰陽十一脈灸經》兩份文獻裡，多以痛的症狀作為脈病的描述，可以間接證明痛這個核心感覺，在最初醫學發展過程中，是最明顯被注意到、也是最迫切需要處理的感覺，<sup>406</sup>而這兩篇出土文獻目前據考證實際寫作於戰國時代，而抄寫於秦漢之交，完成年代早於《內經》，<sup>407</sup>如此可以證明筆者上述的懷疑是可能的。換句話說，對於「痛」的研究，年代必須再往前推進，參考更早的出土文獻，才能有較完整的認識。

<sup>403</sup> 李今庸，《古醫書研究》（北京：中國中醫藥出版社，2003），頁 98-104。

<sup>404</sup> 張顯成，《先秦兩漢醫學用語研究》，頁 9-11、57-60。另外，有關先秦兩漢醫學用語的產生及其與一般用語的互相影響請參該書第三、四章。

<sup>405</sup> 筆者查閱以下相關文獻獲得該結果，李孝定，《甲骨文字集釋》（台北：中央研究院歷史語言研究所，2004）。何琳儀，《戰國古文字典》（北京：中華書局，2004）。

<sup>406</sup> 從兩篇十一脈灸經的內容可以看出，古代人民及醫者透過疼痛發生時身體所透露異於平常的訊息及不適感發生的位置，試圖找出引起疼痛的原因及某些相關性。並且得以推論古人對「脈」觀念的發展，其中包含了脈的數目、流行範圍、走向、脈病種類之描述與治法。這也逐漸構成「經脈」病候的概念，並與稍後發展的「臟腑」病候互相影響，也使得脈診知識的系統化逐漸完備。參李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》，頁 228-234。黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁 234-242。

<sup>407</sup> 中醫研究院醫史文獻研究室，〈從三種古經脈文獻看經絡學說的形成和發展〉，收入馬

「疼」也是形聲兼會意字，從疒、冬聲，作「身有痛楚」解。<sup>408</sup>與「痛」字一樣，該字甲文、金文闕，但有別於「痛」字，該字《說文解字》並無收錄，現有各類出土帛書、簡冊亦無此字；先秦兩漢重要經典文獻如：十三經、先秦諸子、《史記》、《漢書》、《後漢書》，同樣不見該字出現。<sup>409</sup>直到三國魏張揖所撰《雜字》才提到：「痛，痒疼是也。」<sup>410</sup>若「疼」是常見的一種現象，其以文字表達的「能見度」之低似乎不合常理。依目前資料，「疼」最早的字體應是小篆，<sup>411</sup>按漢字發展的歷史記載，秦以前是文字發生與演化的時代，字體因世代、國家而不同；如果以秦統一中國為界，之前有甲骨文，金文(包括鐘鼎，兵器，詔板等金屬之器銘文)，籀文(周宣王時期所整理的文字)及先秦六國的文字等，當時秦國丞相李斯在籀文及六國文字的基礎上，進行增減取捨，使字體一元化，並稱這種字體為小篆，或稱秦篆，成為一統的官方文字。依這段史述推論，「疼」被造字而使用，最晚可以回溯到秦朝。

然而有一問題尚待解決。前述查尋的諸多歷史典籍中，至少稱為「四史」的《史記》、《漢書》、《後漢書》及《三國志》是秦之後才成書，但前三者為何沒有「疼」字的出現，而一直到距秦以後約五百年晉朝成書的《三國志》才出現該字用法？<sup>412</sup>而且在書中「疼」與「痛」是同時被用來描述症狀的，依歷代正史嚴謹的編寫標準，證明這兩個字的確不是任意互用的，其代表的意義應該有所差異。但是，若「疼」字同樣是描述人體普遍身心之不適感，為何同一時期的重

---

王堆漢墓帛書整理小組編，《五十二病方》，頁 136-137。

<sup>408</sup>高樹藩，《正中型音義綜合大字典》，頁 1072。

<sup>409</sup>該結果乃筆者藉由查閱中央研究院歷史語言研究所「漢籍電子文獻」資料庫 (<http://www.sinica.edu.tw/~tdbproj/handy1/>) 後所得。該資料庫是迄今最具規模的中文古籍資料庫之一，也可能是在此規模下，資料整理最嚴謹的中文全文資料庫，它包含整部二十五史、整部阮刻十三經、超過兩千萬字的臺灣史料、一千萬字的大正藏以及其他典籍，合計字數一億三千四百萬字，並以每年至少一千萬字的速率，持續成長。

<sup>410</sup>〔魏〕張揖撰，《雜字》，收入《山東文獻集成》第一輯；48（濟南：山東大學，2006），頁 48—751。

<sup>411</sup>高樹藩，《正中型音義綜合大字典》，頁 1072。

<sup>412</sup>《三國志》是目前最早用紙抄寫的書籍，書中出現「疼」字用法共有兩處，一在〈卷二十九·魏書方技傳〉，「...其夜，盜者父病頭痛，壯熱煩疼，然亦來詣輅卜。...」，另一在〈卷三十六·蜀書關張馬黃趙傳〉，「羽嘗為流矢所中，貫其左臂，後創雖愈，每至陰雨，骨常疼痛。...」參〔西晉〕陳壽撰、盧弼集解，《三國志集解》（台北：藝文印書館，1951），頁 704、807。

要醫學經典使用「疼」字的時機也相當少？與「痛」字被使用的情況及次數比較有如天壤之別？筆者認為在當時醫學用語已相當豐富的條件下，對臨床症狀或各種現象的描述應該是相當精細，且「疼」與「痛」之意義應當不若現代經常被合併混淆使用，兩個字應該有其特定而不同所要表達的差異性。雖然文字出現的次數及頻率不見得能完全反應病症的特徵及特色，但「疼」字出現的機會較少是事實，這是否可能間接暗示了其所要描述的症狀、特徵及程度不若「痛」字來得普遍及一般、而具有某種特殊性，是值得進一步考慮的。但是這種解釋法並未解決問題，「疼」與「痛」的差異仍無法得知。

再看《釋名》釋「疼」：

疼，痺，氣疼疼然煩也。<sup>413</sup>

疼是痺病可能產生的症狀之一，筆者認為《釋名》持該說法應與《素問》記載有關。《素問·痺論》對「痺」的解釋主要有幾個重點：（1）外因有風、寒、濕，形成三種不同特性之痺。（2）因不同季節感邪而可能有筋、脈、肌、皮、骨五種痺之特性。（3）若諸痺未已而在臟腑相應季節重複感邪，邪氣則會深入內臟。（4）若病邪流連於筋骨之間不易出，則會形成久疼。而寒邪偏盛之痺，則會有痛症。<sup>414</sup>由此看來，透過對「痺」的討論，似乎看到疼與痛有病因及病位上的差異。《釋名》亦釋「酸」：

酸，遜也，遜遁在後也。言腳疼力少，行遁在後以遜遁者也。<sup>415</sup>

「酸」與「痠」通，有「痠痛」之意，<sup>416</sup>《玉篇》云「痠」即「疼」也。<sup>417</sup>余岩及王力皆認為「痠痛」與一般的痛不同，是竭力勞苦、手足骨節疲困極甚而產生的無力不適感，也就是「酸」、「酸痛」。<sup>418</sup>因此在感受的特質與成因上，「疼」似乎是諸「痛」中的一種，屬於廣義的「痛」之一，前述《廣雅》所載皆與「痛」有關的二十三個字群也證實這個觀點。

<sup>413</sup> [東漢]劉熙，《釋名》，頁120。

<sup>414</sup> 「痺證」相關內容參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁557-571。「痺」進一步的詳細探討參本論文第三章。

<sup>415</sup> [東漢]劉熙，《釋名》，頁120。

<sup>416</sup> 李戎，《中醫藥通假字字典》（上海：上海科學技術文獻出版社，2001），頁171。

<sup>417</sup> [梁]顧野王，《大廣益會玉篇》，頁57。

<sup>418</sup> 余岩，《古代疾病名候疏義》，頁233。王力，《王立古漢語字典》，頁1494。

另有一個面向值得思考：原先「疼」字是否可能為冷僻字，而另有使用頻率較高的同義字？在《說文解字》中還有另外一個「疢」字，《說文》稱之：「疢，動病也，從疒蟲省聲。」<sup>419</sup>有學者以會意字解，認為「動病」者，即為皮膚興起之腫病，依字義當為蛇咬蟲螫而起之腫塊。《一切經音義》文中多處指出「疼」字即「疢」字，並釋為「動痛」。<sup>420</sup>可知「疢」字在最晚漢朝時已經出現，同時至遲在唐朝時已成為「疼」字的同義詞。

若再解讀段玉裁註《說文》的內容，段氏認為「疢」字徒冬切，即是疼字，並指出「今義疼訓痛」，<sup>421</sup>以此推斷可知直到清朝時期，「疼、痛」在意義上的互用、混用的情況已經成為常態。

《禮記·月令》曾提到一段記錄，或許可對「疼」在醫學上的特殊意義做出提示：

命有司曰：天氣上騰，地氣下降，天地不通，閉塞而成冬。<sup>422</sup>

該段文字主旨在描述冬天形成的原因，立冬之後因為天地之氣不交，節氣進入冬季，天地萬物的活動都趨向休止，準備蟄伏過冬。冬天乃天地原有規律互動產生極端相反的變化所致，生命力的停滯與消失為其特徵，因此「冬」引申有固塞、不通之意。此外，古文「冬」字與「終」字相通，有「終結」、「四時盡」之意，同樣指一年當中冬天冰雪冰霜終至之時。將「疼」字理解為體內因「陰陽之氣不交而造成固塞不去、阻滯不通，或造成生命活力消失而難以處理」一類的「痛」或「病」，或能呈現其病因病機的特殊性。同時筆者亦依中醫體系中所歸納人身應四時而變化的生理病理現象來看，推論「疼」的意涵或可歸納到與「冬」之特性相應的一系列生理病理概念的集合群當中。<sup>423</sup>《素問》部分條文記載似乎也證實這個觀點：

<sup>419</sup> [東漢]許慎著、[清]段玉裁注，《圖點段注說文解字》，七篇下，頁355。

<sup>420</sup> [唐]玄應，《玄應一切經音義》（台北：中央研究院歷史語言研究所，1962），頁15、29、59、72。

<sup>421</sup> [東漢]許慎著、[清]段玉裁注，《圖點段注說文解字》，七篇下，頁355。

<sup>422</sup> 李學勤主編，《禮記正義》，頁638。

<sup>423</sup> 中醫理論中，「意象」的概念相當重要；將宇宙間性質相類似的事物及生理、病理現象做集合群的歸納，是中醫基礎理論的特色之一。如四季的「冬」與「北方、辰星、水、寒、藏、黑色、鹹味、腎、膀胱、耳、骨、腰股、髮、志、恐、穉、豆、腐...」等看似毫無關係的事物及現象可以相對應而歸納。

出處	原文	條文意義
《素問·刺要論》	刺骨無傷髓，髓傷則銷鑠胘酸，體解依然不去矣。	刺骨時不要刺傷髓，髓傷則會日漸銷鑠而導致足脛酸軟無力，使得身體懈怠困弱而不欲行動。
《素問·長刺節論》	病在骨，骨重不可舉，骨髓酸痛，寒氣至，名曰骨痺。	病邪在骨，則會感覺骨頭沈重而舉動困難，骨髓酸痛，並且感覺猶如寒氣侵入一樣發冷，稱為骨痺。
《素問·刺熱論》	腎熱病者，先腰痛胘痠，...熱爭則項痛而強，胘寒且痠。	腎發生熱病時，先覺腰痛及小腿發酸，當邪熱入藏，與正氣相爭之後，則小腿寒冷酸疼。
《素問·標本病傳論》	腎病少腹腰脊痛，胘痠。	若病由腎而發，則少腹腰脊會有痛感，脛部發酸。

在五行系統裡，腎、骨、冬皆屬於具有相同特性的集合群，部分症狀更指明與寒氣有關，並產生酸的症狀；在「酸與疼相通」的前提下，筆者的推論或可成立。

《素問·本病論》也為本論述做出有力的支持：

是故卯酉之年，太陽升天，主窒天芮，勝之不前。又遇陽明未遷正者，即太陽未升天也，土運以至。水欲升天，土運抑之，升之不前，即濕而熱蒸，寒生兩間。民病注下，食不及化。久而成鬱，冷來客熱，冰雹卒至。民病厥逆而噦，熱生於內，氣痹於外，足脛酸疼，反生心悸懊熱，暴煩而復厥。

424

在酉卯之年，若節氣未依正常變化，會使太陽寒水之氣無法上升，當寒氣不升亦

<sup>424</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1345。

不降，充斥於天地間，則人體易罹患泄瀉及腸胃疾病；寒氣鬱而不升，勝過客熱之氣時容易發生突下冰雹的異象，而地氣不升相應於人體寒熱不交則會發生厥逆與足脛酸疼的症狀。「疼」與「天地氣不交、寒氣」的病因及與「足脛、骨」的病位三者間的的確呈現出有別於「痛」的相關性。

從聲韻學的角度來看，正如郭璞在《方言》序中所提：「所以巡遊萬國，采覽異言，車軌之所交，人跡之所蹈，靡不畢載。」<sup>425</sup>從春秋戰國一直到秦朝，其實是多國鼎立的時代，因地區、氣候、風俗、人文等因素形成了語言的多樣性。中國的方言看起來十分複雜，但是由古音學上來看，其實它們來自同一淵源，只是在不同的地區、時代產生了分支。因此透過聲韻學的證據，可以找出相互關係。

疼與痛的聲母相同而韻母有異，依《廣韻》所言：「疼，痛也。」「疼」屬冬韻上平聲，讀音為「徒東切」；而「痛」屬送韻去聲，讀音為「他貢切」。<sup>426</sup>同時《玉篇》中「痠」字讀音為「徒冬切」，和「疼」字相同。<sup>427</sup>「疼」的發音和現今稍有不同，是因為《廣韻》記載的發音多為六朝隋唐中古音所致。根據王力的看法，「疼」與「痛」其實是同源字，<sup>428</sup>並且與「恫、慟」等描述心理及精神狀況不適的字歸納為同源；他們可能有同一來源，或是同時產生，以某一個概念為中心，而以語音的細微差別來表示相近或相關的幾個概念，因此若從聲韻學的角度來解釋，「疼」與「痛」兩個字代表類似的現象或意義是可以被接受的，但兩字仍各具其專有意義，不能視為完全相同。

以下所要討論的，是有關《內經》中「疼」與「痛」的各種不同使用方式。筆者將《素問》、《靈樞》中不同種類的「疼、痛」描述方式篩選出來，<sup>429</sup>以「疼、痛」的描述方式、部位、強度、關係、診斷、治療等項目作分類，並將重複出現之字詞予以刪除，製表列出：

<sup>425</sup> [西漢]揚雄，《方言》（台北：國民出版社，1959），頁1。

<sup>426</sup> 陳彭年等校正，《宋本廣韻》（台北：藝文印書館，1986），頁32、343。

<sup>427</sup> [梁]顧野王，《大廣益會玉篇》，頁56。

<sup>428</sup> 王力，《同源字典》（北京：商務印書館，1982），頁380-81。

<sup>429</sup> 關於《素問》與《靈樞》電子書全文的版本，筆者採用行政院衛生署中醫藥委員會於官方網站裡所提供的中醫藥典籍全文下載版，關鍵字則以文書軟體 word 搜尋。

《素問》中「痛」的分類

<b>部位：</b>	
頭面部	頭痛 目痛 耳痛 頷痛
頸部	頸項痛
口部	噤痛 齒痛
胸部	胸中痛 心痛 心脇痛 心下痞痛 胸脇痛
腹部	小腹痛 少腹痛 腰重腹痛 胃脘當心而痛
脇部	脇痛 兩脇痛 脇下痛
背部	背脊筋痛 肩脊痛
腰部	腰痛
陰部	卒疝暴痛
上肢	手臂痛 臂內痛
下肢	足痛 足脛痛 足脛酸痛 樞中痛 膝痛
多處痛	少腹腰脊痛 腰脊少腹痛 少腹膀胱按之內痛 心痛胃脘痛 腰痛引項脊尻背如重狀 頭項肩痛 尻陰股膝髀臑胫足皆痛
其他	身重體痛（身體痛 體重身痛 身痛體重）皮膚痛 肉痛 肌膚盡痛 身形有痛 骨痛
<b>痛的程度：</b> 痛 小痛	
<b>症狀描述：</b>	
頭痛	頭疾痛
目痛	目赤痛
脇痛	脇痛而吐甚 引脇而痛 兩脇肢痛 脇肢痛 脇肢滿痛 肱脇痛 兩脇下痛 引少腹 兩脇滿且痛引少腹
少腹痛	少腹中痛 少腹痛腫 少腹絞痛 少腹冤熱而痛
心痛	心痛引喉 心痛引腹 心痛支滿 心痛否滿 心痛肺膜 心痛發熱 心痛暴喑 卒心痛 氣厥心痛 上衝心痛 厥心痛 心脇暴痛
腰痛	腰痛頭重 腰脰痛 腰脊痛

膝痛	坐而膝痛 坐而膝痛如物隱者
其他	以指按之痛 內痛引肩項 身體小痛 身體盡痛 其色多青則痛 前後痛澀其痛或卒然而止者 其痛與經脈繆處
<b>診斷描述：</b> 小絡急引故痛 太陽所至為腰痛 太過則令人身熱而膚痛 太過則令人逆氣而背痛 心動則夏病心痛 飲積心痛 先腫而後痛者形傷氣 有寒故痛也 痛而經不病者 肉裏之脈令人腰痛 血虛則痛 足少陰令人腰痛 身熱骨痛而為浸淫 逆則項痛 逆則頭痛員員	
<b>治療：</b> 在分肉間痛而刺之 血病身有痛者治其經絡 刺八髎與痛上	

《靈樞》中「痛」的分類

<b>【狀態、症狀、程度描述】</b>	<p>不耐針石之痛 人之忍痛與不忍痛 怯士之不忍痛者 勇士之不忍痛者 勇士之忍痛者 心尤痛甚 心疝暴痛 心下急痛 心痛甚 體重身痛 身重骨痛 多青多痛 痛痺 痛深 見痛則止 見難與痛 足下熱而痛 身偏不用而痛 痿痛 肢節痛胸偏痛 切痛 衝頭痛 痛痺 當心而痛 貞貞頭重而痛 腹濃痛 痛而皮不仁氣痛時來時去 真心痛 厥心痛 真頭痛 厥頭痛 脈偏痛 陰股痛轉筋 陰器紐痛 散為痛 無形而痛 痛上寒 痛上熱 痛可移者 痛未已 痛如以錐針刺其心 痛有休止 痛而以手按之不得者 痛而外連於緩筋 痛於肌肉 痛益甚視前痛 項痛而如刺以針 腸鳴而痛濯濯 腦盡痛 飽食則痛 不知所痛 急痛 頭半寒痛 頭目苦痛 頭重痛 頭痛甚 頭痛眩 臂外皆痛 轉筋痛 聾而不痛者 聾而痛 下痛脹</p>
<b>【單一部位描述】</b>	<p>痛 卵痛 大指次指痛 小腹偏腫而痛 腹痛 小腹痛 小腹痛腫 內輔痛 心痛 心腸痛 心脇痛 兩脇中痛 支痛 胸痛 脇下痛 目痛 目中赤痛 目銳眦痛 脈痛 脊痛 耳痛 舌本痛 季脇痛 足跗上皆痛 莖痛 肩前臑痛 腰背痛 肩背脊痛 腰尻痛 骨痛 腰痛 腰髀痛 噎痛 齒痛 胃心痛 肝心痛 腎心痛 脾心痛胃脘痛 缺盆中痛 缺盆中腫痛 腋下痛</p>

	脊股內後廉痛 掌中熱痛 筋痛 腋後廉痛 頭痛 項痛 當臍痛 腦痛 噎乾及痛 腹皮痛 膝中痛 膝內輔骨痛 膝臏腫痛 踵下痛 頰痛 頷痛 頭背痛 頭脈痛 臂內廉痛 臂外後廉痛 顛痛 髑臂內前廉痛厥 髑臂內後廉痛厥
<b>【一處痛引他處、多處痛】</b>	上引臍兩脇痛 引腰而痛 引膺中脊內痛 心痛引小腹滿 心痛引腰脊 外踝前及諸節皆痛 肌痛 皮膚痛 膚痛 肌肉痛 身痛 身盡痛 病小指支肘內銳骨後廉痛 病小趾支跟腫痛 病足大指支內踝之前痛 病足大指支內踝痛 肺心痛 肩背頸項痛 腦引季脇而痛 心痛引背 陰股引髀而痛 挾脊而痛 痛從下上者 痛從上下者 腋支缺盆中紐痛 腰脊控睪而痛 頭顛項痛 痛引頷 引頸而痛 下滿而痛引小腹
<b>【病因描述、診斷】</b>	上盛則熱痛 分裂則痛 所過而結者皆痛及轉筋 心系實則心痛 以知其寒熱痛痺 代則乍痛乍止 耳間青脈起者掣痛 赤甚者為血痛 病散而氣痛 其痛當所過者支轉筋 青黑為痛 癰外而痛浮 故痛之時息 氣虛則肩背痛 飢則痛 痛則神歸之 痛甚成息賁 虛則腰痛
<b>【相關治療】</b>	心痛不可刺者 主寒熱痛痺在絡者也 以取痛痺 以痛為輸 刺痛無常處也 刺諸痛者 直痛所 緊痛則取之分肉 熱則痛解 應在中而痛解

經過分類可以看出，《內經》對於「痛」的描述的確相當豐富。事實上《內經》被描述最多次的身體症狀就是「痛」，<sup>430</sup>相關詞例涵蓋了生理、病理、部位、程度、併發症、診斷、預後、治療等內容，而且「痛」字的意義不完全相同；或指痛覺、或指罹患某病、或痛的部位等。上表整理結果也再次證明「痛」字在當時應該是經常使用的文字，本字所代表的意義在當時應該是相當的廣泛而通俗。《內經》是中醫理論架構與臨床經驗的「百科全書」，其重要性已無須贅言；書中對

<sup>430</sup> 錢超塵，《內經語言研究》（北京：人民衛生出版社，1990），頁 188。

於各種疼痛的部位、症狀描述、病因病機、病情程度、診斷及治療方式等皆有詳實記載，其他經典及後世醫家多以其為宗而加以發揮。然吾人離聖久遠，經典中文字、語詞的用法意義與現代不盡相同，對「疼」、「痛」也有不同的描述，相較於後世的混用、合用，兩者間是否有差異必須釐清，在這個重要的議題上，《內經》文中細膩而詳實的記載足為式範。

與其他傳世文獻一樣，《內經》當中「疼」字使用的機會相當少，《素問》全書中僅在四篇中出現五次，而《靈樞》中也只有使用過一次，分別是：

篇名	條文描述
《素問·熱論》	二日陽明受之，陽明主肉，其脈挾鼻絡於目，故身熱目疼而鼻乾，不得臥也。
《素問·痺論》	帝曰：痺，其時有死者，或疼久者，或易已者，其故何也？岐伯曰：其入藏者死，其留連筋骨間者疼久，其留皮膚間者易已。
《素問·本病》	民病厥逆而噦，熱生於內，氣痺於外，足脛酸疼，反生心悸懊熱，暴煩而復厥。
《素問·至真要大論》	諸病附腫疼酸驚駭，皆屬於火。
《靈樞·刺節真邪》	虛邪之入於身也深，寒與熱相搏，久留而內著，寒勝其熱，則骨疼肉枯。

對「疼」字的理解，所擁有的資源非常有限。兩書中實際上以「疼」來描述的醫學問題除了前述的病因分析之外，「火」、「熱」等條件似乎也是「疼」可能發生的條件之一。依諸條文看，病因有可能是外邪、風寒濕、熱邪、火邪、寒邪等，以「疼」字之訓詁意義與條文描述的現象比較，其「疾病流連不去」、「熱邪壅盛（旱氣）」及「腎屬冬，主骨生髓」之相應關係似乎皆為合理的解釋，但研讀文本時還是要詳讀前後文以判斷所屬意義為何。不論病因是寒是熱，似乎皆有一

類似的規律：即「疼」是因種種病因造成生命能量鬱滯、流連不通所造成，而且同時存在著罹患疾病的時間較久或進入人體較深層次的條件。

一般而言，字源學的解析，有助於界定文字在不同時代、不同理論中，其意義被延伸解釋的可能限度。<sup>431</sup>從本節分析得知，「疼」與「痛」的字型最晚在秦朝時就已出現，似乎自古以來兩字在通俗使用上就有同訓異義的用法，其代表意義或大同小異、或互有引用，並隨時代而有所變異。固然這是社會文化的一種表現，但在文字上得以呈現出具有類似症狀但又不完全相同的臨床細膩化表述，背後支持的是時人對身體感的詳細認識與區別、及對身體意識與感知深化的慾望，這正是醫學發展的重要力量之一。

醫學講求臨床實踐，一切的研究目的不外乎為臨床增加更多療效與信心。從本節「疼」、「痛」的解析過程讓筆者體會研讀經典時必須先具備相當的文史能力，這是進入經典的敲門磚，也是將經典中精華所在得以真實於臨床印證療效的依據，同時也確定當時醫家撰寫文獻時選用文字的謹慎程度實非現代出版品可以比擬。

依筆者的研究，「疼」與「痛」的合文用法在早期的醫學文本是不可得見的，對醫家來說，「疼」、「痛」之辨確有臨床上的重要意義。細讀《素問·至真要大論》中「病機十九條」所云：「諸『痛』癢瘡，皆屬於心；諸病跌腫『疼』酸驚駭，皆屬於火。」<sup>432</sup>即可回答這個問題；不論在上述大篇幅討論中「疼」與「痛」的文字、聲韻、訓詁研究結果有多麼相似，顯然其臨床上病機明顯是不同的，衍生出來的症狀、診斷與治則療法當然也大異其趣，更遑論因生剋而引發的各種「變證」了。筆者認為將「疼」字單純與「痛」字劃上等號而混用或互用，只怕應該是後人未體認聖人之苦心而產生的誤差，值得商榷。

---

<sup>431</sup>訓詁學是文字學的一個部門，古代訓詁，或單稱「訓」，或單稱「詁」。訓，用通俗的話來解釋詞義稱之。用當代的話來解釋古代詞語，或用普遍通行的話來解釋方言叫詁。參見陳必祥，《古代漢語三百題》（台北：建宏書局，1996），頁 297-300。

<sup>432</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1215。

## 五、小結

疾病與人類發展的歷史是同步的，而「痛」是疾病的首席代言人。臨床上「痛」的種類林林總總、千頭萬緒，其感受雖因人而異，但並不見得能完全描述清楚。「有口難言」的身體感透過醫家不斷的臨床驗證及與病患的互動，逐漸形成輪廓；雙方的體驗與彼此對話陳述使「痛」的層層面紗逐漸被掀開，病患的自我身體感及與醫者的共同探索，使人們得以理解在身體深邃處所發生的故事。

本章主要談論的是中醫學的歷史，筆者以「痛」做為媒介回溯中醫學在歷史洪流中的點滴，並參酌社會文化的特色，試圖從詮釋「痛」的過程中填補過去中醫學觀念裡的部分斷層、並重新釐清其思想的發展過程。

在未有醫學文獻的早期，人們對於疾病、受傷與「痛」的現象早已司空見慣，<sup>433</sup>當時對於較重大的傷病或許無力回天，但時人仍自有其生存之道，本能與經驗的累積應該是這段時期醫療的主要依據。<sup>434</sup>夏商兩代是「巫醫」擅場的年代，面對「不知其所以然」的生命現象以同樣未知的宇宙力量作為溝通平台，人身與自然界變化具有共同的活動特徵，也受到同一種力量的掌控。西周以降，對於天道、人事的見解逐漸多元，陰陽家與五行家各自依其思想解釋天地萬事萬物，並與身體現象相結合；稍後諸子百家的興起，加上天文、曆法及物候知識的增加，皆與醫學的內涵同時進步、並共用相關的知識，這種「知識堆疊」與「交集」的模式是本時期醫學進展快速、且足以奠定基礎的重要原因之一。

一般觀點皆認為《內經》是中醫聖堂裏最重要的經典之一，出土文獻發現前該書是中醫學最早的文本，醫學系統化的相關知識及歷代思想學說皆緣起於此，其各種記載也順理成章的被認為是中醫學發生的必然。經典成書之前的時空與歷史長期以來因史料的不足並不受重視，相關的源流考據多半夾有推測性的內涵，也因此含有強烈主觀的「歷史秩序性」與「人為連貫性」觀念很自然的就掩蓋了醫學初期發展過程中的斷層。福科（Michel Foucault）曾說：

有關思想、知識、哲學和文學的歷史研究似乎正在找尋而且發現越來越多

<sup>433</sup> 嚴建民，《遠古中國醫學史》（北京：中醫古籍出版社，2006），頁 14-25。

<sup>434</sup> 黃侖，《醫史與文明》，頁 2-5。

不連貫的歷史現象，然而正統史學本身卻好像寧願忽略事件的突兀性，以求取一穩定的歷史架構。<sup>435</sup>

因此傳統醫學史的撰寫方式，習慣將每個朝代或事件間做選擇性串連的現象也就不足為奇。但研讀特定的文化背景下，經由篩選而組成的醫學架構內容時，的確需要有更敏銳與整體的眼光才不至於偏頗。

透過史料紀錄的回溯，筆者發現在醫學系統化之前，雖然「痛」是臨床常見的症狀，但並非醫學發展中的主角，時人可能描述各種「痛」的現象、或將這些現象與當時的醫學知識相連結，但醫學整體發展的方向還是在探索人的身體結構與功能的表現，使得以處理各種身心的疾病。不論是外傷或內臟疾病，「痛」被關注的主要原因除了引起明顯的不適感之外，最主要的是因為同時出現了生命力減退及功能障礙的現象而受到重視。不管是早期神鬼的無形力量、天地四時之氣與人身氣血的互動、或是陰陽與五行的生剋制化理論，「方技之學」的內涵皆是圍繞以「生命力」的強弱作為決定健康長壽與否為核心的觀點而發展的，這是《內經》成書前後的時代醫學發展的最重要觀點。<sup>436</sup>

至於醫學的文本紀錄與倫理具其獨特規範，經典強調對醫者的傳承、培育及訓練皆有相當嚴格的要求，要成為「十全」之上工需具備多方面高標準的條件。當時撰寫文獻的醫家應是理論、臨床皆專精，且博覽群書、學富五車的通才；在有限的可用資源裡，竭盡心力以最接近真實的方式紀錄下各種理論與經驗，並抱著「非其人勿教、非其真勿授」嚴謹隆重之心情完成各篇章。深入解析這些極為可貴的參考資料，是每一代中醫師傳承接棒時責無旁貸的首要任務。筆者分析「疼」、「痛」之異的同時，其實也希望強調「經典」與「文字」對中醫學發展的重要性。

沿著中醫學自身的發展脈絡，筆者看到了歷史與醫學間密不可分的關係，社會文化與經驗在歷史的變遷中更迭，不斷孕育著醫學的成長。隨著醫學內涵的

<sup>435</sup> 福科著、王德威譯，《知識的考掘》（台北：麥田出版社，1993），頁 73。

<sup>436</sup> 「氣」在先秦時期可視為各種動態現象及生命力的表現，《黃帝內經》全書中「氣」字出現超過三千次，足以證實時人對於人體生命力探索廣泛與深入的程度。參李心機，《傷寒論疑難解讀》（北京：人民衛生出版社，1999），頁 6-10。此外，《傷寒雜病論·序》中仲景提及其宗族死亡者「傷寒十居其七」，「傷寒」即「為寒邪所傷」，寒傷陽氣，使得生命力減退致死。由此可知當時醫學的主流觀點。

多元化，理論逐漸取代經驗成爲主流，「痛」的意識與理解與醫學的複雜化有同步的發展，跳脫屈居於「異常生命現象」所伴隨的附屬症狀，戰國末年以後醫家對於「痛」的看法已有不同的視野。下一章開始，筆者將以醫學的角度深入探討「痛」在中醫學裡的相關內涵。



### 第三章「痛」的解析—兼論系統化之後的中醫學內涵

戰國以降的中醫學發展呈現複雜化的趨勢，尤其本階段亦為社會文化百家爭鳴及各種科學思想的蓬勃發展時期，在天文地理、氣象曆法、數理哲學等範疇的知識同樣長足進步的環境裡，戰國末年至東漢前期的醫學發展儼然呈現有別以往的面貌；除了醫療經驗的大量累積仍做為醫學內涵的主體之外，內容也牽涉了上述科學哲學的範疇。其中，陰陽與五行兩種觀念的結合強化與廣泛應用，更是中醫學得以理論化與系統化的重要原因。

戰國末年齊人騶衍提出「陰陽五行」學說，將兩種原本不同的思想合而為一。《史記·孟子荀卿列傳》提到：「騶衍睹有國者益淫侈，不能尚德，若大雅整之於身，施及黎庶矣。乃深觀陰陽消息而作怪迂之變，終始、大聖之篇十餘萬言。」並指出其「著書言治亂之事，以干世主」。<sup>1</sup>騶衍為了鼓吹當時君王能勤政愛民，因此透過廣泛觀察宇宙環境間的現象，結合自然、地理、歷史、天文等物候形成一套學說，主張統治者必須在適合的時間做正確的事，以確保人類社會與自然環境的和諧平衡，此即後世所稱「五德始終說」和「大九州說」等相關內容。該學說除了強調特定歷史觀的哲學之外，也以天文、曆法、自然科學知識為基礎將天道運行和天命轉移一貫化，並擴大了時人對於環境與地理知識的視野。<sup>2</sup>簡單的說，「法天」、「尚德」、「人本」與「君主責任」正是騶衍「陰陽五行」說的中心觀點，騶衍所屬一類的陰陽五行家，在當時同時掌握了科學、哲學與巫術，其影響力上達宗廟、下至民間。

「陰陽五行說」由於透過觀察自然現象而歸納，具有相當程度的合理性。

<sup>1</sup>〔西漢〕司馬遷，《史記》（北京：中華書局，2006），頁455、456。

<sup>2</sup>鄒衍（約公元前305年—公元前240年）是戰國末期五行家的代表人物，史載其著書「十餘萬言」，但目前多已亡佚。鄒衍認為歷史發展的規律是「五德始終」。「五德」是指土、木、金、火、水所代表的五種德性，「終始」指「五德」週而復始的循環運轉。鄒衍以這個學說來為歷史變遷、王朝興衰作解釋。「五德從所不勝，虞土、夏木、殷金、周火。」五德終始的觀點在戰國後期已十分流行，影響所及包括秦漢二朝，皆有君王據此證明其統治權的正當性。在地理空間方面，鄒衍創立了「大九州」說，他認為中國只不過是全世界的八十一分之一。中國稱為「赤縣神州」，僅是《禹貢》中所說的九州之一，而全世界是由九個九州所形成。參馮友蘭，《中國哲學史新編·第二冊》（台北：藍燈文化事業股份有限公司，1991），頁338-342。孫廣德，《先秦兩漢陰陽五行說的政治思想》（台北：嘉新水泥公司文化基金會，1969），頁221-225。

張言曾說：

則陰陽者，實為相對的統一體，與五行之綜合的統一體，同為科學與哲學永恆不變之規律。中國學術之核心在此，中國五千餘年之文化精神亦在此。<sup>3</sup>

陰陽五行家嘗試將宇宙組成的各部分解析出來、並強調其間的聯繫性與整體性，同時認定當中的運作模式是系統而具有秩序的，各種現象均來自五行盛衰與陰陽消長，因此透過一種既定的宇宙圖式與概念，可以解讀自然界與人類社會的變化。在醫學的演進中，醫家也吸取了陰陽五行家的思想，以雷同的意識表達身體及其生命現象。

醫學關注的是發生於人體的故事，醫家透過陰陽及五行的符號表達不同性質的物質特性，用以說明其構成的元素種類，並以陰陽五行的互動說明實體與功能的關係。《素問·陰陽應象大論》提到：

陰陽者，天地之道也，萬物之綱紀，變化之父母，生殺之本始，神明之府也，治病必求於本。故積陽為天，積陰為地。陰靜陽躁，陽生陰長，陽殺陰藏。陽化氣，陰成形。<sup>4</sup>

陰陽是天地間固有的兩種相反現象（物質、力量），主宰著萬物生化長滅的過程，對應於人身時，各種生理現象也依靠陰陽的正常運作，「陰平陽密，精神乃治，陰陽離決，精氣乃絕。」<sup>5</sup>故罹患疾病時，也應以判斷陰陽異常於否作為診治的最高準則。至於五運（五行之氣）與天地之道的關係，除了表達宇宙間各種力量的特性趨勢之外，亦夾雜有政治上及自然環境裡特性相類似的現象。<sup>6</sup>「陰陽五

<sup>3</sup>張言，《中國醫學體系》（台北：自由出版社，1959），頁6。

<sup>4</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》（北京：人民衛生出版社，1995），頁62-63。

<sup>5</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁45。

<sup>6</sup>五行與身體的聯繫性與分類，《素問·五運行大論》載有詳細的說明：「東方生風，風生木，木生酸，酸生肝，肝生筋，筋生心。其在天為玄，在人為道，在地為化。化生五味，道生智，玄生神，化生氣。神在天為風，在地為木，在體為筋，在氣為柔，在藏為肝。其性為暄，其德為和，其用為動，其色為蒼，其化為榮，其蟲毛，其政為散，其令宣發，其變摧拉，其眚為隕，其味為酸，其志為怒。怒傷肝，悲勝怒；風傷肝，燥勝風；酸傷筋，辛勝酸。南方生熱，熱生火，火生苦，苦生心，心生血，血生脾。其在天為熱，在地為火，在體為脈，在氣為息，在藏為心。其性為暑，其德為顯，其用為躁，其色為赤，其化為茂，其蟲羽，其政為明，其令鬱蒸，其變炎爍，其眚燔火

行」的重要性在於凸顯了醫家意識認為和諧與平衡是透過各種物質與力量互動而成，「形氣相感」的運作得以化生人身，已知及未知的身體知識都可以這套想法加以推論。能知天地五行之常與變，就能知人身常與變。

系統化後的中醫學已不再像三代期間充滿渾沌而不確定感，其原因當然部分與目前留存文獻史料的數量多寡有關，但戰國末年之後，醫家的確利用陰陽五行的知識做為平台，快速擴展了醫學的內涵。在醫學探索從外形逐漸深入臟腑的同時，對於原先獨立發展的各種生理病理知識，不但逐漸聯繫起來，身體表裡內外的諸多關係也有了合理化的詮釋，而最能夠代表本時期醫學發展的著作應該是《內經》。本章即欲在這個時代氛圍中，以該書為主軸分四個面向藉「痛」的議題探討體系化後的中醫知識，同時一窺時醫對痛症的看法。包含：〈1〉時人對身體結構的分類及「痛」在不同身體結構中發生的現象與意義。〈2〉作為戰國以來時人所認定「生命力」表現的幕後物質與能量—氣、血、水、神，在「痛」的發生上扮演何種角色？〈3〉除了「痛」以外，《內經》還記錄了若干特殊的身體感，這些感覺與「痛」有何異同？〈4〉從「痛」的探索看診斷方式與病因病機的建立。

---

丙，其味為苦，其志為喜。喜傷心，恐勝喜；熱傷氣，寒勝熱；苦傷氣，鹹勝苦。中央生濕，濕生土，土生甘，甘生脾，脾生肉，肉生肺。其在天為濕，在地為土，在體為肉，在氣為充，在藏為脾。其性靜兼，其德為濡，其用為化，其色為黃，其化為盈，其蟲裸，其政為謚，其令雲雨，其變動注，其眚淫潰，其味為甘，其志為思。思傷脾，怒勝思；濕傷肉，風勝濕；甘傷脾，酸勝甘。西方生燥，燥生金，金生辛，辛生肺，肺生皮毛，皮毛生腎。其在天為燥，在地為金，在體為皮毛，在氣為成，在藏為肺。其性為涼，其德為清，其用為固，其色為白，其化為斂，其蟲介，其政為勁，其令霧露，其變肅殺，其眚蒼落，其味為辛，其志為憂。憂傷肺，喜勝憂；熱傷皮毛，寒勝熱；辛傷皮毛，苦勝辛。北方生寒，寒生水，水生鹹，鹹生腎，腎生骨髓，髓生肝。其在天為寒，在地為水，在體為骨，在氣為堅，在藏為腎。其性為凜，其德為寒，其用為藏，其色為黑，其化為肅，其蟲鱗，其政為靜，其令霰雪，其變凝冽，其眚冰雹，其味為鹹，其志為恐。恐傷腎，思勝恐；寒傷血，燥勝寒；鹹傷血，甘勝鹹。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 880-887。對於身體組織、內臟及其相關環境、飲食等因素與五行符號之搭配關係，尚可參《素問·金匱真言論》及《素問·陰陽應象大論》等篇。

## 一、探索「六痛」—形體結構與痛的關係

探索身體的過程當中，對各部位進行觀察、分類命名與功能測量是醫學進展中必定會進行的步驟，中醫在透過解剖觀察人體時同樣具有不少詳細的紀錄。關於解剖的內容，大概可分為「人形」、「骨度」與「臟腑」三大類；所謂「人形、骨度」指的就如同現代醫學所稱的「表面解剖學」(surface anatomy)，利用人體外表型態特徵與標記、透過眼睛觀察及皮膚觸診以定位表淺層結構，<sup>7</sup>「臟腑」則是實際切開人體，對體內組織器官的形體與功能作詳細描述。《靈樞·經水》的敘述或可為上述過程作見證：

若夫八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而視之，其藏之堅脆，府之大小，穀之多少，脈之長短，血之清濁，氣之多少，十二經之多血少氣，與其少血多氣，與其皆多血氣，與其皆少血氣，皆有大數。

8

這裏的描述，表明了中醫重視身體內外「解剖」所見實體部分的重要性，並認定其為探索身體的重要步驟。透過解剖得以真實發現內臟，進而發展一系列的臟腑知識，其中部分內容也成為推論臟腑功能的依據；當與各種「藏象」知識整合起來時，臟腑實質與其功能的整體觀念就能形成。<sup>9</sup>即使人體解剖在中醫發展上一一直不是主流，但如同解剖包含「表面解剖學」與「內部解剖學」一般，雖然戰國末年正值中醫知識突破與快速進展的關鍵時期，「以外揣內」的發展成為主流，但關於人體的探索還是具有內外兼顧的現象，<sup>10</sup>解剖觀察與現象推理是同時存在的。

<sup>7</sup>Gerard J. Tortora 著、林齊宣編譯，《解剖學原理與實用》(台北：合記圖書出版社，1990)，頁 711。

<sup>8</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》(北京：人民衛生出版社，1998)，頁 290。

<sup>9</sup>張俊龍、李如輝，〈中醫解剖方法考及其他〉，《中醫藥研究》1996.6：5-6。石雪梅、朱光宇，〈中醫學的臟腑是解剖的臟腑〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》10.3(2004)：27-29。廖育群，《岐黃醫道》(瀋陽：遼寧教育出版社，1997)，頁122-123。

<sup>10</sup>在《史記·扁鵲倉公列傳》中記載：「上古之時，醫有俞跗，治病不以湯液醴灑，鑿石撝引，案扞毒熨，一撥見病之應，因五藏之輸，乃割皮解肌，訣脈結筋，搦髓腦，揲荒爪幕，湔浣腸胃，漱滌五藏，練精易形。」這份記載層次清晰，條理分明，讚嘆上古醫家高明解剖技術的同時，筆者亦懷疑司馬遷是否在寫作時加進了西漢時期的解剖相關知識。參〔西漢〕司馬遷，《史記》，頁606。

在討論「痛」與身體結構的關係之前，對於身體各部分組成的認識，必須先從「人之始生」開始談起。黃帝曾解釋生命的發生及身體結構的特性：

人始生，先成精，精而腦髓生，骨為幹，脈為營，筋為剛，肉為墻，皮膚堅而毛髮長，穀入於胃，脈道以通，血氣乃行。<sup>11</sup>

當新的生命由男女之精構合而成之後，腦髓應運而生，之後開始形成人體。人體的結構各司其職，骨為支柱、脈營藏血氣並週流全身、有力量的筋能約束骨架、肉則好似房屋的牆壁圍繞護衛臟腑筋骨血脈；在最外面的皮膚長成堅韌、毛髮也生長之後則完成人身的塑形，並透過後天飲食及臟腑的正常運作，使生命現象開始進行。《釋名》認為「體」就是：「骨肉毛血表裏大小相次第也。」<sup>12</sup>意指身體內外有各種不同名稱與特性的結構，並且以特有的部位、順序及規則分佈排列。這若進一步看《釋名》對部分結構的解釋，便會發現這些內容皆來自於實際解剖觀察後所得：

毛，貌也，冒也。在表所以別形貌，且以自覆冒也。

皮，被也。被覆體也。

膚，布也。布在表也。

肌，慎也。膚幕堅慎也。

骨，滑也。骨堅而滑也。

肉，柔也。

筋，力也，肉中之力氣之元也。靳固於身形也。<sup>13</sup>

晚清周振武著有《人身通考》，該書據《內經》於解剖、生理之敘述，詳加討論並加以發揮，對人體各部，由表至裡鉅細靡遺。楊維益稱「中醫古籍中有關解剖、生理之專著，此書實為嚆矢」。該書對於相關身體結構的解釋如下：「膚，布也，皮被也，布被週身也。脈，派也，又永也，氣血分派而流，可以永年也。肉，柔膩也，皮肉之有文理者也。筋，伸也，謂筋和易於屈伸也，從力又從竹者，蓋物之多筋者，莫如竹，故象之。骨，孤也，謂腎氣孤行，偕皮肉筋血主持軀殼也。」

<sup>11</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 219。

<sup>12</sup> [東漢]劉熙，《釋名》(台北：國民出版社，1959 影嘉靖三年重刻本)，頁 24。

<sup>13</sup> [東漢]劉熙，《釋名》，頁 24。

<sup>14</sup>可見直至清朝為止，對於相關形體結構的認識多半仍不脫上述類似的解釋。而有趣的是在《胎產書》成文時期，對胚胎各階段結構發展的描述便已開始隱含了五行學說的色彩，從懷胎第四個月開始，身體的結構便開始逐一成形，「四月，水授之，乃始成血。五月，火授之，乃始成氣。六月，金授之，乃始成筋。七月，木授之，乃始成骨。八月，土授之，乃始成膚革。九月，石授之，乃始成毫毛。」<sup>15</sup>身體從最早的發展步驟開始即對應五行特質，各受其氣、依其順序運作。

身體結構詳細而完整的五行對應歸納可見於《素問·陰陽應象大論》，<sup>16</sup>古代熟悉人體研究的「聖人」在說明身體結構時，針對皮膚的分佈、肌肉骨骼的聯屬、穴位與脈氣及經脈的表裡關係、臟腑的性質與歸類等皆有區別，並有一定的規則與條理。時人認為自然界四時陰陽的各種變化都有法則，人體與自然相應，身體的結構與功能，當然也有一定的表裡層次；五大結構於人身由表至裡的排列是皮毛、肉、筋、脈、骨，正如「五行」對應「五藏」一樣，身體的結構對應於「五行」，亦有「五體」之分：<sup>17</sup>

五行	木	火	土	金	水
五藏	肝	心	脾	肺	腎
五體	筋	脈	肉	皮毛	骨

基本上，人與自然界具有一致特性的想法自戰國以來便逐漸深化，加上中醫藉助「五行」模式將環境與身體連結，除了增加人體臟腑組織間、以及與外界環境間

<sup>14</sup>基本上，該書除了保留《釋名》以降所使用的「聲訓」法，即以聲音相同或相近的日常名物事類文字來解釋詞義，而不側重於文獻語言之外，同時也加重了醫學層面的闡釋。參〔清〕周振武，《人身通考》（北京：人民衛生出版社，1994），頁 1-2。

<sup>15</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》（長沙：湖南科學技術出版社，1992），頁 791-801。

<sup>16</sup>除了《素問·陰陽應象大論》之外，五行對應五體、五藏等觀念亦可參《素問·金匱真言論》、《素問·五運行大論》等篇章，其中對於臟腑、四時、五方、五體、五行等之間的生剋關係、生理病理歸屬有詳細描述。

<sup>17</sup>筆者此處使用「五體」之名是指身體不同結構而言，與《靈樞·根結》所云：「逆順五體者，言人骨節之大小，肉之堅脆，皮之厚薄，血之清濁，氣之滑濇，脈之長短，血之多少，經絡之數。」不同，其「五體」指的是不同體型的身體。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 133-135。

的相互聯繫之外，所謂的「五氣」、「五味」、「五官」、「五體」、「五藏」等身體現象與組織器官，也因此得到系統性的分類整理。

另外一種描述身體結構的方式是測量，其根據同樣來自解剖。《內經》有關實際測量身體的記載包含了經脈、骨骼及內臟。其中骨骼之大小長短稱為「骨度」，乃以身長七尺五寸之人為標準範例加以紀錄，並能以同身寸（比例原則）的方式推定不同身形的骨度，作為測量人體各部位的參考依據。清人葉霖論「辨病取穴」時即稱：「所謂同身取寸者，必同其身體而取之也。考其法以《靈樞·骨度篇》尺寸為主，再量人身尺寸，隨取而折之，自無長短肥瘦之差訛。」<sup>18</sup>經脈長度測量稱為「脈度」，乃依據人之骨節大小廣狹長短而定，七尺五寸之人含十二正經與奇經八脈共十六丈二尺，<sup>19</sup>基本上「脈度」的測量是間接依骨度數據推算而來的，氣血於人身之週行規律亦依此數據為基礎而演算。<sup>20</sup>內臟測量稱為「腸度」，除了計算由口至肛門各腸胃管的長寬度，以推算可容納水穀的量之外，亦因人之體型而各有差異。《難經·四十二難》也對「人腸胃長短、受水谷多少」做出十分詳細的測量記錄，時人透過解剖身體測量五藏六府的事實已無須再爭辯。<sup>21</sup>除了與自然五行力量相關之外，五藏六府本身的外形與特質，也能影響身

<sup>18</sup> [清]葉霖，《難經正義》（上海：上海科技出版社，1981），頁118。

<sup>19</sup> 《靈樞·骨度》中，伯高曾論「經脈之長短，何以立之？」「先度其骨節之大小，廣狹，長短而脈度定矣。」並以七尺五寸之人為例。《靈樞·脈度》指出，「手之六陽，從手至頭，長五尺，五六三丈。手之六陰，從手至胸中，三尺五寸，三六一丈八尺，五六三尺，合二丈一尺。足之六陽，從足上至頭，八尺六八四丈八尺。足之六陰，從足至胸中，六尺五寸，六六三丈六尺，五六三尺，合三丈九尺。躄脈從足至目，七尺五寸，二七一丈四尺，二五一尺，合一丈五尺。督脈、任脈各四尺五寸，二四八尺，二五一尺，合九尺。凡都合一十六丈二尺，此氣之大經隧也。」因此推測一十六丈二尺為七尺五寸之人氣脈之長度。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁325、342。

<sup>20</sup> 《難經·一難》指出，「人一呼脈行三寸，一吸脈行三寸，呼吸定息，脈行六寸。人一日一夜，凡一萬三千五百息，脈行五十度，周於身。漏水下百刻，榮衛行陽二十五度，行陰亦二十五度，為一周也，故五十度復會於手太陰寸口者，五藏六府之所終始，故法取於寸口也。」以全身脈度為十六丈二尺、呼吸一次脈行六寸計算，繞行一周需二百七十息，若一日間榮衛行陽行陰各二十五度，五十周則需一萬三千五百息，合計脈行八百一十丈。參黃維三，《難經發揮》（台北：正中書局，1994），頁14-17。相關論述尚可參李建民，〈王莽與王孫慶一記公元一世紀的人體剝剝實驗〉，收入氏編，《生命與醫療》（北京：中國大百科出版社，2005），頁36-55。

<sup>21</sup> 《難經·四十二難》丈量消化道的長短之外，並實際對內臟加以秤重，其體積及所能容納之水穀多少，亦有清楚的量化紀錄。在五藏部分則附帶說明其對應之「五志」，也具有五行對應的色彩。[宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》（大阪：オリエント出版社，1992），頁155-161。

體機能的好壞與罹患疾病的預後，《靈樞·本藏》提到：「五臟者，固有小大高下堅脆端正偏傾者，六腑亦有小大長短厚薄結直緩急。凡此二十五者，各不同，或善或惡，或吉或凶。」<sup>22</sup>也就是說，除了以特性及形氣相感的五行思想作為身體分類的典範之外，對於身體結構的另一種分析模式，是解剖直觀的紀錄；同時部分測量數據再以解剖數值為基礎間接推算完成，形成頭尾相連、自成體系的術數結構。身體的特質、架構、功能與生理病理表現同時受這些實質差異與術數推算的影響。

除了經脈、骨骼及內臟的測量之外，皮、肉、筋等結構同樣沒有被醫家忽略，這點從《太素·卷十三》論「身度」時，除了「骨度」、「腸度」、「脈度」之外，還包含了「經筋」部分可看出。《靈樞·經筋》的作者認為，十二經各有其筋，故以「經」筋命名，以下筆者以足太陽之筋對應於足太陽之脈為例加以說明：<sup>23</sup>

<b>《靈樞·經筋》足太陽之筋</b>	<b>《靈樞·經脈》足太陽之脈</b>
<p>足太陽之筋，起於足小趾上，結於踝，邪上結於膝，其下循足外側，結於踵，上循跟，結於臑；其別者，結於臑外，上臑中內廉，與臑中并上結於臀，上挾脊上項；其支者，別入結於舌本；其直者，結於枕骨，上頭下顏，結於鼻；其支者，為目上網，下結於頰；其支者，從腋後外廉，結於肩髃；其支者，入腋下，上出缺盆，上結於完骨；其支者，出缺盆，邪上出於頰。</p>	<p>膀胱足太陽之脈，起於目內眥，上額交巔；其支者，從巔至耳上角；其直者，從巔入絡腦，還出別下項，循肩髃內，挾脊抵腰中，入循膂，絡腎屬膀胱；其支者，從腰中下挾脊貫臀，入臑中；其支者，從髃內左右，別下貫胛，挾脊內，過髀樞，循髀外後廉下合臑中；以下貫蹠內，出外踝之後，循京骨，至小趾之端外側。</p>

<sup>22</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》（北京：人民衛生出版社，1998），頁 51。

<sup>23</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 238、300-301。

清楚顯示，「經筋」與「經脈」之循行分佈近乎雷同，但描述的方向相反。「經脈」能深入體內，而「經筋」分佈於淺層，不與內臟相連；「經筋」皆起於四肢指爪之間，結聚於關節，以向心方向上於頸項、終於頭面，「經脈」走向則手足陰陽各不相同，同時也具有與「經脈」全然不同的功能。<sup>24</sup>「筋」必須依靠氣血能量的供應才得以施力活動，其來源依靠脈的濡養，而經脈氣血有一定的流動區域，因此以經脈的分佈區域為基礎描述相同範圍的筋，不僅在解剖上得以分類，更具有功能及屬性上的考量。

皮膚範圍的分類方法採用與經筋相同的方式，仍依經脈系統為綱紀加以分佈，並統稱為「皮部」。《素問·皮部論》：「欲知皮部以經脈為紀者，諸經皆然。」<sup>25</sup>簡單說，各經脈在體表的分部範圍，就是皮部。而結構雷同於軟組織的「肉」，與皮、筋緊密結合，為內外相連屬的關係，筆者認為可視為「經筋」或「皮部」之一部份。「皮部」同樣是具備功能的單位結構，經脈介於皮膚、筋與臟腑之間作為聯繫，內部氣血變化可透過經脈或絡脈相應於外部，因此「皮部」的分類，不僅是對體表做區域性的劃分，更重要的是透過觀察皮部顏色、溫度等變化，得以診斷與治療疾病。而針對特定部位的「皮部」異常，也能推測疾病的好發性，事先加以預防。

「骨空」與「氣穴」是中醫身體觀裡非常特殊而重要的一部分，兩者皆為「腧穴」的同義詞，該結構完全有別於西方醫學對身體的認識，也是中醫學探索身體內外的重要窗口。黃維三曾說：

腧穴為人體臟腑經絡之氣，流行輸出而聚集於體表之部位，亦即施行針灸治療之部位。腧有輸注之意義，像水流之轉輸與灌注，穴有孔隙之含義，為皮、肉、筋、骨有空隙之所在，故在《內經》又有氣穴、骨空等名。<sup>26</sup>

腧穴是作為經氣居處流動之處的一種特殊結構，在《內經》中有多種與「腧穴」同意義的名稱，藉以表示其功能與特性。<sup>27</sup>「氣穴」就是體內之氣所居行的孔穴，

<sup>24</sup>黃維三，《針灸科學》（台北：正中書局，1995），頁158-159。王大生，《內難針灸要旨淺解》（北京：中醫古籍出版社，1998），頁339。

<sup>25</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁694。

<sup>26</sup>黃維三，《針灸科學》，頁187。

<sup>27</sup>中醫學在探討身體時主要以「功能性」作為關注的重點，故對於身體結構的探討經常是將型態與功能共同描述。腧穴在《黃帝內經》中又有「氣穴」、「骨空」、「氣府」、「會」、

也就是腠穴；全身腠穴皆為經氣出入之所，故名曰氣穴。<sup>28</sup>腠穴是存在於皮、肉、筋、骨等組織正常排列、且各不同部位相對特殊的位置下而形成的功能單位，並非屬於實質有形結構。《素問·氣穴論》指出：「肉之大會為谷，肉之小會為谿，分肉之間，谿谷之會，以行營衛，以會大氣。」<sup>29</sup>人身因形狀大小不同的肌肉排列而形成猶如自然界的谿谷之狀，醫家認為谿谷交會之處有擬如河川的絡脈滲灌其間，成為氣血運行之道路，肌肉之間的凹陷形成腠穴，成為經脈通過路徑上的重要中途站。因為經脈在體表與組織、臟腑間具有連繫功能，因此透過腠穴能得知內臟生理機能活動與病理現象，也能從腠穴下手調整身體的異常變化。《靈樞·九針十二原》：「節之交，三百六十五會，知其要者，一言而終，不知其要，流散無窮。所言節者，神氣之所遊行出入也，非皮肉筋骨也。」<sup>30</sup>便清楚指出腠穴（節）是存在於皮膚筋骨肌肉等結構所形成的空隙之間，但非屬於皮肉筋骨等具有固定具體形狀的組織。至於「骨空」即「骨孔」，指的是特別位於骨節間之孔穴；除了具有和氣穴一樣的腠穴特性之外，其適應症多半應用於孔穴附近產生之各種症狀（包含痛）及與骨骼相關的疾病。<sup>31</sup>

---

「節」、「脈氣所發」、「穴位」、「砭灸處」等同義詞，基本上主要的意義是指人體經脈氣血輸注於體表及相互匯聚的部位。該部位的特殊性在於具備體內氣血運作之明顯特徵，可做為身體特性表現之處，並作為調整身體氣血及治療疾病的部位，但同時腠穴的定義與強調的面向也依文本中所欲表達的各種特性而有不同的敘述。腠穴的相關研究可參以下論文，張增敏，〈《黃帝內經》腠穴考析〉，《中醫藥通報》3.5（2004）：17-22。張士杰，〈氣穴淺釋〉，《中國針灸》23.8（2003）：459-460。傅海燕，〈《內經》俞、輸、腧探源〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》9.12（2003）：48-50。陳峰，〈試論《內經》對穴性的認識〉，《浙江中醫雜誌》2003.8：48-50。歐陽八四、高潔，〈針灸溯源—腧穴的起源與發展〉，《針灸臨床雜誌》15.7（1999）：1-4。李曉桂，〈腧穴概念的探討〉，《北京針灸骨傷學院學報》5.1（1998）：22-23。

<sup>28</sup>張介賓言：「人身孔穴，皆氣所居，故曰氣穴。」參郭教禮，《類經評注》（西安：陝西科學技術出版社，1996），頁243。

<sup>29</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁715。

<sup>30</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁23。

<sup>31</sup>《素問·骨空論》專篇討論身體附於骨節附近之孔穴，並以「腎主骨」的生理功能為核心，探討外邪由骨空侵入導致經脈為病、骨屬屈伸不利、肌肉疼痛及腎氣病後導致骨髓空而寒熱起等病症，治療則以溫灸療法補其虛損。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁737-754。關於「骨空」之意，馬玄臺曰：「骨必有空，空即穴也，故名篇。」吳鶴皋認為「空、孔同，骨空，髓孔也」。參〔日〕山田業廣，《素問次注集疏》下冊（北京：學苑出版社，2004），頁1156。森立之認為該篇「只論附著骨節之孔穴，故名曰骨空也。」參〔日〕森立之，《素問考注》下冊（北京：學苑出版社，2002），頁442。

綜合來說，皮膚、軟組織、肌肉、骨骼、臟腑等在中醫學的視野裡不僅只是身體上的一種結構，在已成系統的經脈知識媒介下，這些結構的分類乃依經脈分部配屬至相對應的部位，所屬功能亦然，而「骨空」與「氣穴」等結構也依附而生。<sup>32</sup>這種生理觀點方便時人使用相同的思考模式及語言文字來統一識別，更重要的是，「皮部」、「經筋」兼具了功能性的內涵，在探討某一特定部位的生理病理、病因病機、診斷治療時，配合前述之「骨度」、「脈度」、「腸度」、臟腑與藏象等知識，加上透過經脈系統的聯繫，便能從皮毛→肌肉→經脈→骨骼→臟腑層層分析識別，並藉由經脈內外氣血之變化探得身體狀況。《素問·方盛衰論》有言：「診有十度，度人脈度、藏度、肉度、筋度、俞度。陰陽氣盡，人病自具。」<sup>33</sup>透過揣度人身之各結構所表現出來的陰陽之理，便能掌握疾病的變化。因此，身體由外到內的各種結構在醫學的發展過程中逐漸明朗化後，也各自具備了不可取代的功能，雖依討論的主題不同而有程度不同的說明，但在醫家眼中是同等的重要。

栗山茂久所說「解剖學家渴望自己的眼光能夠超越眼前所見的這些身體部位，而看到每個部位之形體的目的。」<sup>34</sup>正一語道出中醫學觀察身體的視野與醫家試圖努力的目標，然而他所認為「中國醫生忽視了人體中最顯著的特質，即對肌肉『一無所知』」的論述，<sup>35</sup>依上述討論可知是值得商榷的。又如李建民所言：「毫無疑問，中國醫學圖譜的主流，便是以經脈圖與五藏圖為大宗。」<sup>36</sup>同樣並不表示中醫學家注視身體的眼光僅以經脈與臟腑為重，更不能以此推論中醫學知識的主流內容僅因此而二分。筆者認為，不論是以五行術數推演、或是實際解剖加上測量推算，身體各種結構及臟腑都是存在於動態及具有生命力的前提下加以理解的，沒有生命的身體與相關現象並不是中醫學發展所關心的重點，「活的身體」才值得探討，也才是中醫整體身體觀的核心視野所在。

<sup>32</sup>陳太義認為，「《內經》討論骨、筋及皮部，均以經脈、腧穴為前提。」同時也認為，論理人形各有條理，內外之應皆有表裡，整體整合絲絲入扣。參陳太義，〈論理人形述要〉，《南京中醫藥大學學報》11.6（1995）：4-6。

<sup>33</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁1286。

<sup>34</sup>栗山茂久，《身體的語言》（台北：究竟出版社，2001），頁137。

<sup>35</sup>栗山茂久，《身體的語言》，頁119-120。

<sup>36</sup>李建民，〈王莽與王孫慶—記公元一世紀的人體剝削實驗〉，頁48。

「皮、脈、肉、筋、骨」的分類方式，不僅具有解剖與生理功能上的意義，各結構所發生的病理現象也各不相同。《素問·皮部論》除了提到「皮有分部，脈有經紀，筋有結絡，骨有度量，其所生病各異。」之外，更指出：

百病之始生也，必先於皮毛，邪中之則腠理開，開則入客於絡脈，留而不去，傳入於經，留而不去，傳入於腑，廩於腸胃。邪之始入於皮也，泝然起毫毛，開腠理；其入於絡也，則絡脈盛，色變；其入客於經也，則感虛乃陷下；其留於筋骨之間，寒多則筋攣骨痛，熱多則筋弛骨消，肉爍脛破，毛直而敗。<sup>37</sup>

對於疾病入侵途徑及其傳變的時間與空間，隨著受影響的結構不同，會產生層次上的差異，表現症狀也因此不同。這一特點在《傷寒雜病論》中尤為明顯，如三陰三陽經之病、脈、證皆有不同，且病勢可能依病情進展深入或醫家誤治而互相傳變，甚至與身體原有之體質趨勢也有密切關係；而六經病亦皆有其「欲解時」，也就是不同層次與階段的疾病依其特性皆具有可能減輕、解除或痊癒的特定時間區段。<sup>38</sup>針對「痛」的現象，各結構同樣具有特色，以下筆者將探討發生於不同

<sup>37</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 695。

<sup>38</sup>中醫學認為時間、空間等環境條件影響人身至重，因此四時、五方、六氣等因素對人來說「常則有利、過則為災。」《傷寒雜病論》延續了《內經》的陰陽學說，以三陰三陽建構起基本的理論框架，作為認識疾病發展變化規律及論述疾病聯繫變化的工具。但不只侷限於《素問·熱論》中六經的循行部位和經脈的作用、及以經脈作為六種分證的綱領，並擴展到以臟腑氣血津液為本，疾病種類也不限於熱證和實證，其範圍較大，病情亦較複雜。同時已藉由六經（六大種類、六種層次）之間陰陽相互聯繫、相互依存及消長轉化的理論推演，得以理解人體複雜的病因病機。馮世綸認為，「六經」來自「八綱」，乃人體患病後，由於體質、外邪、時間的不同等表現出不同的症狀，這些不同的症狀以題綱形式分成表、裡、半表半裡、三陰、三陽的六種類型，即是六經。《傷寒雜病論》對疾病的種類歸納成三陰三陽不同的病理層次及眾多的症狀現象，其類型也依個體體質傾向不一而有所差異。目前，有不少學者的觀點將「六經」體系以臟腑經絡陰陽氣化學說加以解釋，與仲景原意或有出入，其差異在於仲景以陰陽氣多少及層次之差異為本，臟腑經絡為標，而現代學者以臟腑經絡生理病理直接為標本。至於六經之「欲解時」分別為，太陽病，欲解時，從巳至未上。陽明病，欲解時，從申至戌上。少陽病，欲解時，從寅至辰上。太陰病，欲解時，從亥至丑上。少陰病，欲解時，從子至寅上。厥陰病，欲解時，從丑至卯上。有關《傷寒雜病論》及「六經」之相關論述可參馮世綸、張長恩，《中國湯液經方》（北京，人民軍醫出版社，2006），頁 23-28。劉力紅，《思考中醫》（桂林，廣西師範大學出版社，2003），頁 222-223。盧世秀，〈談《傷寒論》內外相因疾病觀〉，《中醫雜誌》48.3（2007）：211-212。周唯，〈論六經辨證的陰陽一體觀〉，《中醫研究》20.2（2007）：11-14。馮世綸，〈兩個六經不能混淆——《傷寒雜病論》的理論來源〉，《中醫藥學刊》21.10（2006）：582。王伯章，

身體結構中的「痛」可能的現象與意義。

一般來說，除了「內因」之外的病邪大多具有由外入內、由淺入深的趨勢，特別是所謂的「虛邪」，更具有逐層深入人體的特性。《靈樞·百病始生》便指出虛邪如何侵入人體，造成不同結構的病理傷害與痛證：

是故虛邪之中人也，始於皮膚，皮膚緩則腠理開，開則邪從毛髮入，入則抵深，深則毛髮立，毛髮立則淅然，故皮膚痛。留而不去，則傳舍於絡脈，在絡之時，痛於肌肉，其病時痛時息，大經乃代。留而不去，傳舍於經，在經之時，洒淅喜驚。留而不去，傳舍於輸，在輸之時，六經不通，四肢則肢節痛，腰脊乃強。留而不去，傳舍於伏衝之脈，在伏衝之時，體重身痛。留而不去，傳舍於腸胃，在腸胃之時，貴響腹脹，多寒則腸鳴飧泄，食不化，多熱則溏出糜。留而不去，傳舍於腸胃之外，募原之間，留著於脈，稽留而不去，息而成積。<sup>39</sup>

虛弱而不穩定的身體隨邪氣侵犯的深入程度在不同部位皆能產生痛證。致病原（邪氣）進入皮膚後若病勢無法被阻擋下來，則透過絡脈與經脈逐漸進入各種結構、並會停留於各部位形成功能表現上的障礙。同時邪氣的性質也決定了病機變化，依病邪的陰陽特性產生不同的症狀。邪氣所至之處，因絡脈與經脈原先正常的氣血活動受到阻滯，周圍相關的肌肉、筋、骨骼皆不免產生痛證；若更深入到臟腑，除了痛以外還會影響正常收藏傳化的功能表現，當病情未能緩解時，病勢會進一步影響臟腑之外的募原而留著於血脈中，在身體各處形成積聚、癰瘡、腫瘤等結構的病變。這樣的身體思維主張的是依邪氣深入的部位、程度與傳變的過程，在時間與空間不同的條件下，身體會產生功能與實質不同階段的傷害，並各自具有獨特的病理特徵，「痛」的表現亦有如此特性。

因此，面對變化多端的正邪對峙，相關痛症必須依傳變的層次分別以發汗、湯熨、火灸、刺法、服藥、洗浴等方式治療，忽視疾病的傳變及病勢擴大深

---

〈六經辨證的原義、結構與本質及相關問題探討〉，《中醫藥學刊》22.1(2004):20-21、27。梁華龍、田瑞曼，〈《傷寒論》六經及六經辨證來源〉，《河南中醫學院學報》18.1(2003):7-9。尚熾昌，〈論六經辨證的基本概念與實質〉，《河南中醫藥學刊》13.1(1998):7-10。

<sup>39</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁238。

入的風險，待時間一到便可能無法挽回。<sup>40</sup>《素問·陰陽應象大論》所謂：「故善治者治皮毛，其次治肌膚，其次治筋脈，其次治六府，其次治五藏。治五藏者，半死半生也。」<sup>41</sup>的治療原則除了告誡治病診斷應掌握時機之外，也暗示著不同結構產生的病痛，其傷害程度是隨層次的深入而加重的。由此可知對於外邪導致疾病的處理原則是儘可能當病邪在淺層的組織時就將疾病治癒，若病邪深入，也應及時阻擋病勢發展，設法讓病邪趨勢緩解，並從儘快從最短的途徑離開身體，恢復平衡。<sup>42</sup>

皮膚產生的症狀多半由於八風不正之邪氣侵入、留於表層所致。少俞云：「肉不堅，腠理疏，則善病風。」<sup>43</sup>身體因皮膚肌肉不密，衛氣不足，便容易受風邪所侵，產生諸多症狀。人的生活行為不慎，也可能導致相同病機：「天暑衣厚則腠理開，故汗出；寒留於分肉之間，聚沫則為痛。」<sup>44</sup>當腠理開泄出汗的同時，若寒邪趁虛而入滯留於分肉間，阻礙陽氣運行時便能產生痛症。但外邪各有特性，不見得每一種邪氣皆能引發痛症：

帝曰：風雨之傷人奈何？岐伯曰：風雨之傷人也，先客於皮膚，傳入於孫脈，孫脈滿則傳入於絡脈，絡脈滿則輸於大經脈，血氣與邪并客於分腠之間，其脈堅大，故曰實。實者外堅充滿，不可按之，按之則痛。帝曰：寒

<sup>40</sup>《素問·玉機真藏論》描述邪氣入身之傳變次序，「是故風者，百病之長也，今風寒客於人，使人毫毛畢直，皮膚閉而為熱，當是之時，可汗而發也；或痺不仁腫痛，當是之時，可湯熨及火灸，刺而去之。弗治，病入舍於肺，名曰肺癰，發咳上氣。弗治，肺即傳而行之肝，病名曰肝癰，一名曰厥，脅痛出食，當是之時，可按若刺耳。弗治，肝傳之脾，病名曰脾風，發瘧，腹中熱，煩心，出黃，當此之時，可按可藥可浴。弗治，脾傳之腎，病名曰疝瘕，少腹冤熱而痛，出白，一名曰蠱，當此之時，可按可藥。弗治，腎傳之心，病筋脈相引而急，病名曰癰，當此之時，可灸可藥。弗治，滿十日，法當死。腎因傳之心，心即復反，傳而行之肺，發寒熱，法當三歲死，此病之次也。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 271。

<sup>41</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 90。

<sup>42</sup>因此《素問·陰陽應象大論》提出治法，「其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中滿者，瀉之於內；其有邪者，瀆形以為汗；其在皮者，汗而發之；其慄悍者，按而收之；其實者，散而瀉之。」其臨床運用方法可從《傷寒雜病論》中窺得全貌。明朝虞搏引劉河間言亦云：「在表者發之，在裡者下之，在上者涌之，在下者竭之，身表熱者內疏之，小便澀者分利之。」相關文獻參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 94。〔明〕虞搏，《醫學正傳》（北京：人民衛生出版社，1965），116 頁。

<sup>43</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 41。

<sup>44</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 533。

濕之傷人奈何？岐伯曰：寒濕之中人也，皮膚收，肌肉堅緊，榮血泣，衛氣去，故曰虛。虛者聶辟氣不足，血泣，按之則氣足以溫之，故快然而不痛。<sup>45</sup>

皮膚因邪氣的特性產生不同的反應，風雨之邪導致氣血與邪氣相爭，腠理局部血脈過度充盛，故按壓而痛；寒濕之邪導致氣血不足、血脈滯澀，按摩以致氣血流通反覺暢快。同時，身體的特質也決定邪氣進入身體後的變化，以及是否引起痛症。時振聲曾論「太陽病分類」，認為不應單以「風傷衛、寒傷榮」強加區分「太陽中風」及「太陽傷寒」，因為「風既傷衛，亦能及營，寒既傷營，必先傷衛。」不管是中風或傷寒皆先使最外的衛氣受到影響，若病患體質偏於衛氣合而不開，則可能營陰鬱閉而無汗、造成惡寒、體痛、脈緊等「傷寒」症狀；若病患體質偏於衛氣開而不合，則可能營陰外瀉而出汗、造成發熱、惡風、脈緩等「中風」症狀。<sup>46</sup>因此引起「皮痛」的原因並非特定的邪氣，而是體內產生了特定的病機所致。

前文曾分析「脈」在體內的特質與功能，作為溝通身體內外組織器官及氣血藉以流通的管道，「脈」在中醫學發展過程及其知識體系中的獨特地位是不言可喻的。同樣的，自馬王堆《足臂經》與《陰陽經》以脈循行部位產生的痛症作為脈的主病以來，與「脈」相關的痛症表達逐漸多元，透過觀察、觸摸等診斷方式的拓展，痛症開始見於身體內外結構臟腑，與脈相關的描述也具有明顯的多樣性，至於脈本身是否也會產生痛症似乎不是醫家關注的焦點。<sup>47</sup>脈本身型態的多樣化一直是呼應身體內部無聲變化的使者，「夫脈者，血之府也，長則氣治，短則氣病，數則煩心，大則病進，上盛則氣高，下盛則氣脹，代則氣衰，細則氣少，

<sup>45</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 783。

<sup>46</sup> 時振聲，《傷寒論串解》（北京：中醫古籍出版社，1987），頁 45-46。

<sup>47</sup> 《內經》描述特定「脈痛」的章節甚少，意義也不一定特指「脈的痛症」。《靈樞·熱病》，「熱病頭痛，顛顛目癢脈痛，善衄，厥熱病也。」或指眼眶周圍的血脈抽痛，但《太素》本無「痛」字，此節仍有爭議。《靈樞·厥病》所言「厥頭痛，頭脈痛。」則特指頭部氣血逆亂引起脈痛。《靈樞·刺節真邪》敘述虛邪偏客於身半時，「其邪氣淺者，脈偏痛。」但重點在強調邪氣導致血脈不合而產生半身疼痛、屬類似腦中風一類的疾病，也非凸顯脈痛。條文參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 419、431。河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 355。

澀則心痛，渾渾革至如涌泉，病進而危，弊弊綿綿其去如弦絕者死。」<sup>48</sup>常脈、病脈及死脈皆反應了身體的狀況，痛症同樣可能會在某種特定的脈象出現時相伴出現，但重點仍在於「確認該病機是否足以導致痛的發生」。《脈經》便認為脈的型態「各自異名」，觀察時必須「分理察之」；主張透過辨別脈的變化，「所以別三部九候，知病之所起，審而明之。」<sup>49</sup>事實上，並無一種（或數種）特定的脈象一定是表示痛症的，身體承受了病因病機變化與發展，同時在脈象上也出現相應的型態，痛正是在病機進展過程中的某一階段發生的。因此當醫者倚重脈診探求痛症時，就是要從診斷的當下擷取出身體的病因病機與痛症的關係。在探討身體的痛時，「脈」的角色是仲介者、是作為痛症與身體變化間的資料提供者，在思考臨床議題時，與其論及「脈」本身所產生的痛，毋寧將視野聚焦將脈的異常變化視為身體產生各種痛症時病因病機的外顯訊息。

肌肉位於皮膚之下，大抵是軟組織夾雜皮下脂肪一類的結構，與「筋」最大的差異在於無主動收縮能力。《人身通考》認為肌與肉同屬一類，皆「皮內之有紋理者也」，<sup>50</sup>同時對介於皮與筋之間「軟組織」的型態功能多有說明：

凡人一身，不過外而皮毛，內而肌膚，以至經絡、脂膜、筋骨之類。所謂脂者，即近肉膏也，肌者連皮嫩膏也，而脂滲於中，其質肥而虛。肌連於皮，其質嫩而實。實則膚堅，嫩則皮潤。蓋皮軀華殼者在潤肌澤膚，而潤澤之功在榮養氣血。<sup>51</sup>

肌肉與皮下脂肪合力使皮膚堅實並具有光澤，其功能表現全憑營衛氣血的正常供應。體內營衛氣血來自於中焦脾胃對飲食水穀的正常運化，脾胃功能決定營衛氣血之生成表現，衛氣具有「溫分肉，充皮膚，肥腠理，司開閤。」之功，使「分肉解利，皮膚調柔，腠理緻密」；<sup>52</sup>營氣則「泌其津液，注之於脈，化以為血，以榮四末。」<sup>53</sup>因此正常之人「壯者之氣血盛，其肌肉滑，氣道通，營衛之行，

<sup>48</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 213-214。

<sup>49</sup>〔晉〕王叔和，《脈經》（台北：大孚書局有限公司，1999），頁 45。

<sup>50</sup>〔清〕周振武，《人身通考》，頁 9。

<sup>51</sup>〔清〕周振武，《人身通考》，頁 8。

<sup>52</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 49。

<sup>53</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 266。

不失其常。」<sup>54</sup>透過營衛的互相協調，維持肌肉滑利緻密、氣血暢通，自然不會產生痛症。而罹疾之人營衛氣血運作失衡，在肌肉結構上便可能形成「榮氣虛則不仁，衛氣虛則不用，榮衛俱虛，則不仁且不用，肉如故也。」<sup>55</sup>的病理現象，麻木疼痛則可能相繼而生。因此《內經》提到有關「肉痛」、「肌肉痛」的內容，多半與營衛氣血的循行與供應量異常有關，病因則多歸咎於暫時的營衛氣血失調或長期脾胃功能障礙所導致。

中醫對於「筋」的描述著眼於分部與區域、功能表現、疾病症狀與治療。《靈樞·經筋》對十二經筋的描述有共同的模式，若以足厥陰之筋為例：

足厥陰之筋，起於大指之上，上結於內踝之前，上循脛，上結內輔之下，上循陰股，結於陰器，絡諸筋。其病足大指支，內踝之前痛，內輔痛，陰股痛轉筋，陰器不用，傷於內則不起，傷於寒則陰縮入，傷於熱則縱挺不收，治在行水清陰氣。其病轉筋者，治在燔鍼劫刺，以知為數，以痛為輸，命曰季秋癘也。<sup>56</sup>

前文曾說明「經筋」與「經脈」之循行分佈近乎雷同，上段文字更深入表示兩個重點：其一，描述筋之病狀是引用與描述其循行部位所使用的相同詞彙依序陳列，表示不管在生理或病理上，觀察筋的眼光與重點是一致的。其二，筋之病症以「痛」作為描述的主要內容；這除了意味著「痛」與筋病的密切關係之外，這種書寫的方式及文法結構與馬王堆兩部灸經可說是如出一轍，這也間接證實經脈知識系統化的過程中，與經脈雷同的相關意識也深受其影響，成為經脈相關知識具有延續性與擴大化的明證。中醫認為筋的正常功能表現與肝息息相關，《素問》〈經脈別論〉及〈痿論〉分別指出：「食入於胃，散精於肝，淫氣於筋。」、「肝主身之筋膜」<sup>57</sup>皆說明肝所獲得的飲食精華能散布到筋中產生濡養作用，使筋得以維持堅韌剛強而讓肢體關節活動自如，當肝之氣血虧虛時，便容易使得筋失所養，導致筋攣筋痛、運動不利等症狀。

<sup>54</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 355。

<sup>55</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 443-444。

<sup>56</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 313。

<sup>57</sup>兩段引文分別參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 305-306、572。

《素問·脈要精微論》指出：「諸癰腫、筋攣、骨痛」的成因為「寒氣之腫，八風之變也」。<sup>58</sup>因此骨所產生的「痛」常見與身體受陰寒之邪所傷有關，不正之風、寒氣之變皆能導致骨痛。《素問·皮部論》也認為當邪氣內陷筋骨之間時：「寒多則筋攣骨痛。」<sup>59</sup>由於寒氣盛則與筋骨相關的血脈易收引凝滯，結構內的氣血不足便引發疼痛。故診脈時若脈形「諸細而沈者，皆在陰，則為骨痛。」<sup>60</sup>呈現的正是寒邪造成筋急骨痛的病機。此外，在五行分類上「腎主骨」，臨床上骨之病痛還可能求之於腎，且病因並非完全是寒邪引起。《靈樞·熱病》指出：「熱病身重骨痛，耳聾而好暝，取之骨。」張景岳引申認為：「腎主骨，在竅為耳，熱邪居之，故為身重骨痛耳聾。熱傷真陰，則志氣昏倦，故好暝。仲景曰：少陰之為病，但欲寐也。義與此同。」<sup>61</sup>熱邪消耗腎之真陰，使骨骼功能受到影響，甚至產生疼痛。與寒邪直接引起骨痛比較起來，在病機上兩者是不同的。

對於各種結構產生的「痛」，出現於張家山《脈書》的「六痛」有異於上述分析的觀點，內容雖然簡潔，但敘述的內容十分貼切。《脈書》大概是迄今最早將身體各結構的痛提出分類的文獻，<sup>62</sup>不同於前述觀點，文中以個人飲食生活勞逸不節為發病主因，當身形體重因此增加，筋骨負擔加重之後，缺乏活動造成氣血過剩及腐爛的現象，關節逐漸沈重活動不暢，當逐漸深入影響臟腑時，氣血便可能悖離原來的運行方向衍生重大疾病，甚至死亡。<sup>63</sup>該文獻首先描述各結構特

<sup>58</sup>歷朝醫家對此節或認為癰腫、筋攣、骨痛為三種病症，惟張景岳認為「此言諸病癰腫而有兼筋攣、骨痛也。諸家以癰腫、筋攣、骨痛，釋為三証，殊失經意。」但山田業廣認為細看文意，「諸癰腫，筋攣，骨痛，此皆安生？」曰諸、曰皆，言其非一病也。參〔日〕山田業廣，《素問次注集疏下冊》，頁387。

<sup>59</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁695。

<sup>60</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁233。

<sup>61</sup>郭教禮，《類經評注》，頁537。

<sup>62</sup>「六痛」原文可參本論文第二章第二節。「六痛」指的是《脈書》中所提到「骨、筋、血、脈、肉、氣」六種身體組成元素產生痛症的現象描述，「六痛」之名乃學者所加。有學者認為以「六」為數乃是為了與該文獻中「五」種死證相呼應，其陳述方式並隱含五行相生順序排列。參陳國清、韓玉琴，〈張家山漢簡《脈書》與五行學說〉，《上海中醫藥雜誌》1997.2：2-4。

<sup>63</sup>《脈書》指出，「夫六痛者皆存於身而莫之智治，故君子肥而失其度，是胃筋骨不勝其任。其氣乃多，其血乃淫，氣血腐爛，百節皆沈，款廿末，反而走心。不此豫治，且聞哭音。」參江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，《文物》1989.7：74。

徵，再指出因疾病產生痛症時的特有差別：<sup>64</sup>

	骨	筋	血	脈	肉	氣
功能	骨者柱也	筋者束也	血者濡也	脈者瀆也	肉者附也	氣者响也
痛的特性	骨痛如斲	筋痛如束	血痛如澀	脈痛如流	肉痛如浮	氣動則擾

以下筆者分析各種痛的特徵：

1. 「斲」：《說文》：「斲，斫也。」「斫，擊也。凡斫木斫地斫人皆曰斫矣。」<sup>65</sup>《墨子·備穴》云：「斲以金為斫。」<sup>66</sup>因此「斲」乃做「伐木之斧頭」或「砍伐」解。骨骼在人身猶如支柱一般，因此產生的痛症猶如遭斧頭砍伐的樹幹一般搖搖欲墜，無法支撐身體的現象也同時伴隨發生。
2. 「束」：筋乃是有力量、可完成動作的功能單位，正常情況下，其可將骨骼等結構以適當的力量包附固定於身體正確的位置，並協助流暢活動、避免不當或過度的使用。當發生疼痛時，筋的張力與功能產生異常，便會使原先受到穩定包覆的組織與骨骼關節受到限制無法正常活動，或失去正常保護功能導致結構二次傷害，形成「拘束限制感」伴隨痛症出現。《素問·五藏生成》：「諸筋者，皆屬於節。」<sup>67</sup>筋乃附著於骨節上，筋痛與骨痛的自覺症狀因部位的接近經常被混淆，臨床上便經常可見筋病筋痛但病患卻誤以為是骨病骨痛的情況，甚至造成誤診誤治，因此對於筋的功能及所屬特性必須釐清。<sup>68</sup>
3. 「澀」：多數人皆瞭解血液的正常流動應為接續不斷、且維持穩定的速率與節奏以潤澤組織、供應身體各處所需，正如段玉裁所言：「今以濡為霑濡，經典皆然。」<sup>69</sup>呈現的就是血液緩和穩定而平均分部於身體各處的意象。至於血液

<sup>64</sup>江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，頁 74。

<sup>65</sup>〔東漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注，《圈點段注說文解字》（台北：萬卷樓圖書股份有限公司，2002，明嘉慶本），十四篇下，頁 724。

<sup>66</sup>王冬珍、王讚源校注，《新編墨子》下冊（台北：國立編譯館，2001），頁 1072。

<sup>67</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 154。

<sup>68</sup>劉舟，〈從《傷寒論》中的「支節煩疼」進而探討《內經》中的「少陽主骨」〉，《光明中醫》19.6（2004）：1-2。

<sup>69</sup>〔東漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注，《圈點段注說文解字》，十一篇上，頁 546。

異常流動方式呈現的是兩極的變化，不是太快太多、便是太慢不足。因此《玉篇》：「澁，潰也。」<sup>70</sup>《日本大玉篇》：「澁，小濡貌。」<sup>71</sup>皆以異常之水流狀比喻血流的病理狀態。劉澄中、張永賢認為「血痛」具有散漫浸漬的特性，<sup>72</sup>不過筆者認為此處所言「血痛」或有兩義，一指罹病使血流發生異常變化，可做「血病」解，而非指真正的痛感。二指某些特定病理變化引起血流產生上述異常，並同時伴有痛症而言。

4. 「流」：脈是身體氣血流通的管道，猶如大地之河川溝渠，此乃「脈者瀆也」之原意。<sup>73</sup>至於脈痛如「流」的現象，「流」本同「旒」，有旗之飄帶宛延而下之義，本義作「水行」解，《玉篇》引《說文》中「水行」之意；<sup>74</sup>《大玉篇》則云：「水不停也。」<sup>75</sup>馬繼興認為此乃「形容疼痛如水流不斷之狀」。<sup>76</sup>但細看《說文》，許慎認為「流」有「突忽」之意，段玉裁也認為「不順忽出，引申為突忽，故流從之。」<sup>77</sup>往後歷代的字書則無此解，筆者認為旌旗因風吹而飄動時，的確呈流動感，但因風的大小不定，旌旗擺動的速度、頻率、活動範圍與擺動方式等其實隨時在變化，因此許氏與段式的字解似乎較合乎真實情況。也就是說，「脈」的意涵無論是外觀可見的「血脈」，或是無形的「經脈」，皆涵蓋具有「水道」的生理特性，能提供氣血在其中流動，當脈中氣血的流動產生猶如「水道流勢不順」或出現「突然的變化」時，便可能產生「痛」的症狀。

5. 「浮」：皮肉是人體衛外的第一道關卡，肉（軟組織）附著於皮與筋之間，具

<sup>70</sup> [梁] 顧野王，《大廣益會玉篇》（北京：中華書局，2004），頁 89。

<sup>71</sup> [日] 石川鴻齋，《日本大玉篇》中卷（東京：博文館，明治二十四年），卷六，頁 9。

<sup>72</sup> 劉澄中、張永賢，《經脈醫學與針灸科學》（台北：知音出版社，2005），頁 71。

<sup>73</sup> 段注《說文》，「瀆，溝也。凡水所行之孔曰瀆，小大皆得稱瀆。」《荀子·修身》亦載，「厭其源，閉其瀆，江河可竭。」「瀆」在此指的是溝渠。但古代亦將「江、淮、河、濟」四條河川稱為「四瀆」，《史記·封禪書》，「四瀆者，江、河、淮、濟也。」故「瀆」也做河川解。參 [東漢] 許慎著、[清] 段玉裁注，《圈點段注說文解字》，十一篇上，頁 559。[戰國] 荀況著、蔣南華等譯注，《荀子》（台北：台灣古籍出版社，1996），頁 29。[西漢] 司馬遷，《史記》，頁 164。

<sup>74</sup> [梁] 顧野王，《大廣益會玉篇》，頁 76。

<sup>75</sup> [日] 石川鴻齋，《日本大玉篇》中卷，卷六，頁 8。

<sup>76</sup> 馬繼興，《出土佚書古醫籍研究》（北京：中醫古籍出版社，2005），頁 316。

<sup>77</sup> 參 [東漢] 許慎著、[清] 段玉裁注，《圈點段注說文解字》，十一篇下，頁 573。

有正常的張力與緻密度，保護身體不輕易受外邪侵入。當肉產生病理變化，失去與周圍組織的緊密聯繫及緊緻的保護功能時，不僅容易罹病，也會產生「輕浮不實」的痛感。

6. 「擾」：擾者，擾亂之意。<sup>78</sup>《難經·二十二難》有云：「氣主响之。」<sup>79</sup>「响」有「嘘氣使溫或潤」之意，指的就是身體依賴氣的溫响作用以進行正常的生理功能，包含營血、津液、各組織器官的運作皆需要氣不斷的活動運作才能表現生命力。當氣產生不正常的運動狀態、升降出入運行產生混亂時，不僅原有生理功能不得發揮，也會造成體內各種病機的衍生，過程中或可能伴隨痛症發生。<sup>80</sup>

「六痛」描述的異常變化是各種型態不同的「痛」，但從另一個角度看也可視為各種組織罹患疾病時相關症狀的特徵，藉由鑑別這六種「痛」的特徵便可以區別疾病發生的部位，其基礎理論依賴的是時人對身體各部位所具備特異性的認識。若將「痛」擴大視為各種病因病機的代名詞，則《素問·刺節真邪》的一段記載便可視為類似於「六痛」的描述：

虛邪之中人也，洒淅動形，起毫毛而發腠理。其入深，內搏於骨，則為骨痹。搏於筋，則為筋攣。搏於脈，則為血閉不通，則為癰。搏於肉，與衛氣相搏，陽勝者則為熱，陰勝者則為寒。寒則真氣去，去則虛，虛則寒。搏於皮膚之間，其氣外發，腠理開，毫毛搖，氣往來行，則為癢。留而不去，則痺。衛氣不行，則為不仁。虛邪偏客於身半，其入深，內居營衛，營衛稍衰，則真氣去，邪氣獨留，發為偏枯。其邪氣淺者，脈偏痛。虛邪之入於身也深，寒與熱相搏，久留而內著，寒勝其熱，則骨疼肉枯，熱勝其寒，則爛肉腐肌為膿，內傷骨為骨蝕。有所結，中於筋，筋屈不得伸，邪氣居其間而不反，發於筋瘤。<sup>81</sup>

筆者認為本段文字可視為「六痛」之進一步註解，對於各結構的病理症狀及痛症的發生原因有著更詳細的理論說明。此外，身體結構上的異常也可藉由「觀外揣內」望診得知。《靈樞·衛氣失常》指出：「色起兩眉薄澤者，病在皮；唇色青黃

<sup>78</sup>王力，《王立古漢語字典》（北京：中華書局，2003），頁401。

<sup>79</sup>〔宋〕王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁106。

<sup>80</sup>印會河、張伯訥，《中醫基礎理論》（台北：知音出版社，1993），頁266-273。

<sup>81</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁354-355。

赤白黑者，病在肌肉；營氣濡然者，病在血氣；目色青黃赤白黑者，病在筋；耳焦枯受塵垢，病在骨。」<sup>82</sup>本段描述多少與五行系統中五體對應五藏、五竅的術數思維有關，但也提供了病患主訴之外的另一項診治根據。

綜合前述文獻與討論內容可知，中醫在思考人體的面向是多元的，同時也具有緊密的內在聯繫，時人瞭解各部位組織罹患外邪或內生虛損後所造成的症狀與痛症各有不同，並以其獨特的生理現象與功能作為區分，使醫者在臨床上易於辨認。

維持結構正常運作的幕後功臣是實質臟腑及其生理功能，而臟腑本體異常時也會產生相關的痛症。《靈樞·脹論》專論「脹病」，並指出五臟六腑之脹各有不同之臨床表現：<sup>83</sup>

五臟脹	六腑脹
心脹者，煩心、短氣、臥不安。	小腸脹者，少腹臌脹、引腰而痛。
肺脹者，氣滿而喘欬。	大腸脹者，腸鳴而痛濯濯，冬日重感於寒，則飧泄不化。
肝脹者，脇下滿而痛。	膽脹者，脇下痛脹、口中苦、善太息。
脾脹者，善噦、四肢煩倦、體重不能勝衣、臥不安。	胃脹者，腹滿、胃脘痛、鼻聞焦臭妨于食、大便難。
腎脹者，腹滿引背、央央然腰髀痛。	膀胱脹者，小腹滿而氣癢。
—	三焦脹者，氣滿於皮膚中，輕輕然而不堅。

五臟六腑之脹除了造成本體之痛症，最主要是會造成附近部位及具相關性的結構受到影響而產生痛症，病機乃因「厥氣在下，營衛留止，寒氣逆上，真邪相攻，兩氣相搏，乃合為脹也。」所造成，病邪趁營衛逆亂而侵入人體，與正氣相搏，留於臟腑時則形成脹病。事實上，臟腑罹患各種疾病時皆可能出現與其相關的痛

<sup>82</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 156。

<sup>83</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 524。

症，不獨見於「脹」。五臟之病引起的痛症見於《素問·藏氣法時論》，分別引文如下：

肝病者，兩脇下痛引少腹，令人善怒。虛則目眈眈無所見，耳無所聞，善恐如人將捕之，取其經，厥陰與少陽，氣逆，則頭痛耳聾不聰，頰腫。

心病者，胸中痛，脇支滿，脇下痛，膺背肩甲間痛，兩臂內痛，虛則胸腹大，脇下與腰相引而痛。

脾病者，身重善肌肉痿，足不收，行善痠腳下痛。虛則腹滿腸鳴，飧泄食不化。

肺病者，喘咳逆氣，肩背痛，汗出，尻陰股膝髀臑胫足皆痛。虛則少氣不能報息，耳聾啞乾。

腎病者，腹大脛腫，喘咳身重，寢汗出憎風。虛則胸中痛，大腹小腹痛，清厥意不樂。<sup>84</sup>

上述引文呈現出一個重要的醫學歷史進化成果，醫家在經脈、內臟知識分別不斷增加的情況下，開始認為五臟有病引起的痛症發生部位與內臟本體周圍及所屬經脈循行部位有密切關係，疼痛以外的部分症狀則包含了藏象及生理功能的觀念；這可視為戰國末年以來經脈一系與臟腑一系的知識產生交流與整合的重要見證，也間接證明了筆者於第二章第二節所言「脈與身體結構知識的增加，其實是以『互助』的方式彼此不斷深化」的觀點。進一步看，五臟病引起的痛症變化還牽涉彼此間的傳變問題，甚至影響生死。以心為例，《素問·標本病傳論》指出：「心病先心痛，一日而咳，三日脇支痛，五日閉塞不通，身痛體重，三日不已死，冬夜半，夏日中。」<sup>85</sup>在此疾病的傳變是傳其所勝（剋），因此心病產生心痛之後，一日傳肺（火剋金）、三日傳肝（金剋木）、五日傳脾（木剋土），<sup>86</sup>病邪

<sup>84</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 321-325。

<sup>85</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 835。

<sup>86</sup> 《靈樞·病傳》對本段文字的日數對應五藏加以解釋：「黃帝曰，大氣入藏奈何？岐伯曰，病先發於心，一日而之肺，三日而之肝，五日而之脾，三日不已，死；冬夜半，夏日中。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 10。

在不同內臟分別引起相關的痛症，若病邪已傳遍四臟，再過三日不癒則成爲難治之症，可能失去生命。<sup>87</sup>

六腑之臨床病形同樣可見痛症，亦引文於下：

大腸病者，腸中切痛，而鳴濯濯，冬日重感於寒即泄，當臍而痛，不能久立。

胃病者，腹脹，胃脘當心而痛，上支兩脇，膈咽不通，飲食不下。

小腸病者，小腹痛，腰脊控睪而痛，時窘之後，當耳前熱，若寒甚，若獨肩上熱甚，及手小指次指之間熱，若脈陷者，此其候也。

三焦病者，腹脹氣滿，小腹尤堅，不得小便，窘急，溢則爲水，留即爲脹。

膀胱病者，小腹偏腫而痛，以手按之，即欲小便而不得，肩上熱若脈陷，及足小趾外廉及脛踝後皆熱。

膽病者，善太息，口苦，嘔宿汁，心下澹澹，恐人將捕之，噎中哕然，數唾。<sup>88</sup>

六腑爲病所引起的痛症及相關症狀基本上和五臟具有相同特徵，集中於器官實質、周圍組織及所屬的經脈循行部位上。但有一特點被加以強調，即腑的病理症狀紀錄在「以通爲用」、「能滿不能實」特性的異常現象中佔有相當高的比例，這說明了腑病具有較一致的病理趨勢，即「傳化物」的生理功能正常與否被視爲最主要的關切重點，因此各種病症的特徵具有較多的同質性。

此外，《靈樞·本藏》指出五臟各有「小大、高下、堅脆、端正、偏傾」之分，六腑亦有「小大、長短、厚薄、結直、緩急」之異，臟腑的發病特徵與傾向同時受到器官本體型態上及位置上的差異而有不同的症狀，部分痛症易於發生的傾向也受到這類先天體質條件的影響：

肺偏傾，則胸偏痛也。

肝偏傾，則脇下痛也。

<sup>87</sup>正如《難經·五十三難》所言「七傳」，乃「傳其所勝也。」「假令心病傳肺，肺傳肝，肝傳脾，脾傳腎，腎傳心，一臟不再傷，故言七傳者死也。」病邪透過五行特性相剋之藏相互傳變，稱爲「賊邪」（見五十難），在病勢變化上是屬於預後較差的。參〔宋〕王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁180-181。

<sup>88</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁111-116。

脾大，則苦湊眇而痛，不能疾行。脾高，則引季脇而痛。

腎大，則善病腰痛，不可以俯仰，易傷以邪。腎高，則苦背脊痛，不可以俯仰；腎下則腰尻痛，不可以俯仰，為狐疝。腎堅，則不病腰背痛；腎偏傾，則苦腰尻痛也。<sup>89</sup>

這類醫學記錄主要應該來自大量臨床經驗統計所得，<sup>90</sup>理想的身體意識認為內臟位置的端正、體積的適中才是最完美的，但實際上人生而不同，型態與機能因人而異，因此每個人天生被賦予的臟腑結構與功能決定了自我的特殊性。張景岳便認為人之氣血運化循環過程皆同，但「同中之不同者」即是每個人內臟的差異性，在「臟氣各有強弱，稟賦各有陰陽。」的前提下，<sup>91</sup>決定了每個人在生理病理表現上的獨一無二。

經過前述的研究解析後，對於身體結構的分類及各種痛症在不同身體結構中發生的現象與意義應已有一定的認識，以「痛」為症狀的相關紀錄在《內經》一書中有相當豐富的描寫，其論述影響力連繫著中醫學的發展數千年而不斷。檢視《古今圖書集成·醫部全錄》，從第二百零一卷到五百卷為臨床各科疾病的證治，其中關於各種痛症的描述引用了大量歷朝的重要文獻內容，<sup>92</sup>但主要病因病機大抵不脫《內經》範圍、或在其理論基礎上加以發揮。筆者再以較廣的視野

<sup>89</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 54-57。

<sup>90</sup>《靈樞·本藏》文末指出：「視其外應，以知其內藏，則知所病矣。」因此筆者認為這一類醫學理論應來自於大量的臨床觀察、並與當時既有的經脈臟腑等知識結合後，所歸納出來的結論。

<sup>91</sup>因每個人的體質稟賦不同，因此景岳認為「臟有強弱，則神志有辨也，顏色有辨也，聲音有辨也，性情有辨也，筋骨有辨也，飲食有辨也，勞役有辨也，精血有辨也，勇怯有辨也，剛柔有辨也。」一切的生理活動皆可加以鑒別診斷。原文參〔明〕張介賓，《景岳全書》（北京：中國中醫藥出版社，1996），頁 21。

<sup>92</sup>《古今圖書集成》是中國最大的一部類書，為清康熙年間陳夢雷等編纂，並於西元1723年出版。〈醫部全錄〉是該書中的醫學部分，原隸該書〈博物彙編·藝術典〉下之〈醫部匯考〉，搜集了18世紀以前的全部醫學文獻，全書共有五百二十卷，輯錄了自《內經》到清初的醫學文獻一百二十餘種，內容分類編列並標明出處，包含醫籍註釋，各科疾病診治，以及醫學藝文記事、醫家傳略等。〈醫部全錄〉是目前最大的醫學類書，取材廣泛，堪稱為中醫學百科全書。現存主要版本有清光緒十六年同文書局影印本、光緒二十年縮小影印本、1934年上海中華書局影印本及1959年人民衛生出版社鉛印本。筆者參考版本為〔清〕陳夢蕾，《古今圖書集成醫部全錄》（北京：人民衛生出版社，2000），為1959年後之修訂增補版本。

分析《內經》描述痛症的理論，發現「痛」的病因思維大致不脫下列幾種詮釋方式：

- 1.以「五藏」（臟腑）相關的方式描述：這是臟腑一系的醫家最常使用的思維模式，如《靈樞·五邪》指出：「邪在肺，則皮膚痛。邪在肝，則兩脇中痛。邪在脾胃，則病肌肉痛。邪在腎，則病骨痛。邪在心，則病心痛。」<sup>93</sup>描述的內容牽涉器官本身及其所在位置，也涵蓋五行藏象的對應，當相關痛症發生則有理論及規律可依循，這應是臟腑知識已臻成熟時期的醫學作品。《難經·十四難》論及損至之脈時，各藏出現損脈後產生的症狀雖未言痛症，但亦雷同於〈五邪〉之對應內容，這可視為臟腑知識的延伸，也證明該思維在臨床上具有價值而得以保留下來。
- 2.以「經脈」相關的方式描述：從前述內容已知，戰國早期以來脈與痛的關係便十分密切，甚至可以說痛症對脈知識的堆疊累積具有重大貢獻。直到「經脈」概念成形後，痛症持續成為判斷經脈異常的主要依據，無論是診斷或治療，痛症都是重要的指標。<sup>94</sup>痛症的多樣性在臨床上經常不易釐清，病患主訴的多樣化與主觀性也增加診治的困難，但藉由經脈的循行及獨有特性，診治思路得以變得清晰。如《素問·刺腰痛》言刺諸經腰痛之法，對腰痛的各種症狀分經論述甚詳：<sup>95</sup>

經脈	腰痛特徵	經脈	腰痛特徵
足太陽脈	引項脊尻背如重狀	陽維之脈	痛上佛然腫。
少陽	如以鍼刺其皮中，循循然不可以俛仰，不可以顧。	衡絡之脈	不可以俛仰，仰則恐仆，得之舉重傷腰，衡絡絕。

<sup>93</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 377。

<sup>94</sup>《靈樞·經脈》對於經脈循行與是動病、所生病的敘述在臨床診斷時相當有幫助。至於經脈與痛症治療的關連，在《素問·繆刺論》中「經病」使用「巨刺」、「絡病」使用「繆刺」的治療原則，及《靈樞·雜病》中「厥氣」、「心痛」、「膝痛」、「腰痛」、「腹痛」、「齒痛」...等的針刺經脈療法，也都極具臨床意義。

<sup>95</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 522-538。

陽明	不可以顧。	會陰之脈	痛上漑漑然汗出，汗乾令人欲飲，飲已欲走。
足少陰	痛引脊內廉。	飛陽之脈	痛上怫怫然，甚則悲以恐。
厥陰之脈	腰中如張弓弩弦。	昌陽之脈	痛引膺，目眈眈然，甚則反折，舌卷不能言。
解脈	(1)痛而引肩，目眈眈然，時遺洩。 (2)腰痛如引帶，常如折腰狀。	散脈	腰痛而熱，熱甚生煩，腰下如有橫木居其中，甚則遺洩。
同陰之脈	痛如小錘居其中，怫然腫。	肉里之脈	不可以咳，咳則筋縮急。

該十四條經脈名稱雖異於《靈樞·經脈》所列，但將上表內容與馬王堆兩部灸經及〈經脈〉的病候比較，吾人便會驚訝於當時症狀區分的精細程度，當然這是經脈知識進化的成果。有學者認為這些「脈」的名稱指的都是具體的針刺部位，也就是「腧穴」，但即使作該種考證解釋仍無損其理論的多元性。<sup>96</sup>筆者認為，經脈知識的最大意義之一在於提供了人體上下內外特定部位本身特性及彼此間連繫關係的規則，因此〈刺腰痛〉篇的診治便能以各種腰痛間的細微差異決定如何針刺所屬的特殊部位。正如黃龍祥所言：「古人正是通過靈活地建立起一些人體上下內外的所謂絡脈體系，以更多地解釋新發現的臨床治療選穴規律，以增強經絡學說的解釋力。」<sup>97</sup>對於痛症的觀察與處理，臟腑經脈間的關係是必須統合考

<sup>96</sup>黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》（北京：華夏出版社，2001），頁 617。

<sup>97</sup>黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁 388。

量的；但從臨床角度看，經脈系統所具備的細膩性與特殊性，其運用與解析的能力有時可能比臟腑觀點更為強大。<sup>98</sup>

除了臟腑、經脈與痛症之間的關係已無須再贅言之外，《內經》描述痛症的病因還有兩大因素，一是「病邪的特性」，一是「四時運氣的變化」，而這兩種因素又與經脈臟腑維持著「前因後果」的關係。不同的致病因素進入體內時，會產生不同種類的痛症；例如外感六淫中，風邪傷人「或為寒熱，或為熱中，或為寒中，或為厲風，或為偏枯，或為風也。」<sup>99</sup>寒邪「入經而稽遲，泣而不行，客於脈外則血少，客於脈中則氣不通，故卒然而痛。」<sup>100</sup>病熱者「夫陽入於陰，故病在頭與腹，乃膜脹而頭痛也。」<sup>101</sup>因邪氣的性質不同在體內形成不同病理變化，繼而產生型態或部位不同的痛症。而七情內因亦足以損傷臟腑，《素問·陰陽應象大論》曾提到：「怒傷肝、喜傷心、思傷脾、悲傷肺、恐傷腎」，在臟腑功能受影響達一定程度時，同樣可能因生理異常而形成痛症。至於勞動及外傷也可能因身體結構的損傷造成痛症、並伴隨功能上的障礙，《素問·宣明五氣》提出「五勞所傷」即為此意。<sup>102</sup>

「夫四時之氣，各不同形，百病之起，皆有所生。」<sup>103</sup>一年之間的氣象變化因不同季節而有所差異，環境氣候的變動特徵也每年不同。四時氣候的變化與人體生理功能關係密切，包含人體臟腑活動、經氣運行、氣血循環、新陳代謝及精神狀態都受其影響，也形成各種疾病種類及罹患傾向的大抵趨勢。<sup>104</sup>為了對身體、氣候、時間與病理的變化作同步的連結，醫家應用陰陽、五行理論，根據紀年的干支，對每年的氣象和疾病流行進行預測，發展出「五運六氣」（簡稱運氣）

---

<sup>98</sup> 《素問·調經論》強調「守經隧」，意指人身內之於臟腑、外之於肌筋骨節，其氣血流通與相互關係皆有賴大小經脈灌注其間，人身病變必波及經脈，故欲診查疾病，經脈的掌握甚為重要。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 767。

<sup>99</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 544。

<sup>100</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 497。

<sup>101</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 521。

<sup>102</sup> 「久視傷血，久臥傷氣，久坐傷肉，久立傷骨，久行傷筋，是謂五勞所傷。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 336。

<sup>103</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 364。

<sup>104</sup> 馮玉明、程根群，《中醫氣象與地理病理學》（上海：上海科學普及出版社，1997），頁 48-53。

的理論。<sup>105</sup>在醫學上「運氣學說」可視為中國古代的醫學氣象學，具有類似氣象預報的功能，可以從預測氣候變化來推演疾病變化、轉歸及治療。<sup>106</sup>由於中醫學強調「天人相應」，故天之六氣四時與人身經脈臟腑其氣相通，「春氣在經脈，夏氣在孫絡，長夏氣在肌肉，秋氣在皮膚，冬氣在骨髓中。」<sup>107</sup>四時各有常態所偏，若未能注意隨其變化順勢保養，則容易罹患病痛。如《素問·脈解》提到心脇痛：

少陽所謂心脇痛者，言少陽盛也，盛者心之所表也，九月陽氣盡而陰氣盛，故心脇痛也。所謂不可反側者，陰氣藏物也，物藏則不動，故不可反側也。所謂甚則躍者，九月萬物盡衰，草木畢落而墮，則氣去陽而之陰，氣盛而陽之下長，故謂躍。<sup>108</sup>

《太素》「盛」作「戌」，古文「戌」、「成」互通，故楊上善認為少陽屬九月，月建在戌，而九月已是秋末，陽氣將盡、陰氣方盛，故邪氣循少陽經而病造成心

<sup>105</sup>「五運」是指木、火、土、金、水五行各配以天干，來推算每年的歲運。「六氣」是指風、熱、火、濕、燥、寒六種氣，各配以地支，來推算每年的歲氣。五運又分大運、主運、客運三種。大運又稱「中運」，統主六十年一週期、每年的歲運。主運用以說明一年中五個運季，以五行相生的次序排列，年年不變。從大寒日開始，七十二日零五刻為一運(運季)。客運說明五個運季的異常氣候變化，每年輪轉，十年一週。六氣又分主氣、客氣、客主加臨。主氣即每年各季節的常規變化，主時之氣，固定不變。客氣指各年氣候上的異常變化，年年移轉，十二年一週。以陰陽氣之多少為先後次序，每年一氣司令。歲半之前，天氣主之，稱為「司天」，歲半之後，地氣主之，稱為「在泉」，司天在泉有陰陽屬性，陽司天則陰在泉，陰司天則陽在泉。客主加臨是指氣化的順逆，以客氣為主；客氣的力量勝過主氣為順，反之為逆。田合祿等認為，依《內經》內容簡單的說，定風雨的月亮運動決定全年的氣候變化，定寒溫的太陽運動影響下半年的氣溫變化，而風雲突變，則決定於五星運動；五運六氣之間的關係，就是日、月、地球三體系之間的關係。參田合祿、田蔚，《中醫運氣學解密—醫易寶典》(太原：山西科學技術出版社，2002)，頁 201-254。

<sup>106</sup>「五運」是探索一年五個季節變化的運行規律，「六氣」是從氣候區劃、氣候特徵來研究氣旋活動的規律。這套氣象醫學是根據時間、氣候與病理的同步變化規律而建立，是以當時曆法、天文、物候等知識為基礎所發展關於空間、時間、氣候及疾病變化的學說。運氣醫學的相關文獻筆者推薦可參以下著作，田合祿、周晉香，《五運六氣臨床運用大觀》(太原：山西科學技術出版社，2006)。田合祿、田蔚，《中醫運氣學解密—醫易寶典》。李應均，《黃帝內經中的人天觀》(北京：中國醫藥科技出版社，1998)，頁 58-106。馮玉明、程根群，《中醫氣象與地理病理學》。方藥中、許家松，《黃帝內經素問運氣七篇講解》(北京：人民衛生出版社，1984)。任應秋，《運氣學說》(上海，上海科學技術出版社，1982)。

<sup>107</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 820。

<sup>108</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 641-642。

脇痛，<sup>109</sup>其他相關症狀也因該季節特性變化而發生。氣候所引發的疾病有兩種，一種是「一般時令之氣」所引發的外感疾病，即運氣學說中「主氣」所引起；另一種則為「非時之氣」所引發的「疫病」，為「客氣」或「勝復之氣」所引發，<sup>110</sup>當五運六氣太過不及時，人位於天地異常氣交之間，經脈臟腑產生異常病變，便可發生各種疾病、並伴隨痛症出現。《素問·氣交變大論》與《素問·至真要大論》中大篇幅舉證五運太過不及與六氣司天在泉、勝氣復氣等異常氣象變化所引發的疾病，痛症的種類不勝枚舉，包含了胸脇痛、臂內痛、骨痛、少腹痛、肩背痛、心痛、腰股痛、皮膚痛、齒痛、頭痛、胃脘痛…等。<sup>111</sup>在此筆者不對運氣學說做深入的說明，但必須指出討論痛症的病因考量時，因時令氣候的變化形成外感邪氣影響身體，間接產生疾病痛症的過程是不可忽視的。

本節對身體結構的分類及在其間發生各種痛症的現象與意義做了探討，也試圖進一步對痛症的病因做結構性的區分。這是有別於歷代文獻在記載疼痛時以「病位」及「病類」為綱目、及現代多數痛症研究書籍以結合現代病名作闡述的視野，<sup>112</sup>因為這兩類區分方式在論及中醫理論時仍不脫離筆者所列舉《內經》描

<sup>109</sup> [日] 森立之，《素問考注下冊》，頁 309-310。

<sup>110</sup> 田合祿，《疫病早知道》（太原：山西科學技術出版社，2006），頁 5。

<sup>111</sup> 基本上氣象醫學的論述皆循著一定的模式，即「氣象的各種規律或異常如何影響自然環境及動植物的生長，而這些條件又如何形成各種疾病與痛症。」差別只在於五運六氣間的繁複變化。《素問·氣交變大論》與《素問·至真要大論》的相關內容參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 922-938，1162-1171。後世醫家對於運氣之說歷來意見不一，今本《素問》有七篇談論運氣相關內容，由於《甲乙經》及《太素》皆無所謂運氣；全元起對《素問》的訓解，依目前的輯復本內容亦無今本運氣七篇之名，故今本素問第十九至第廿二卷中所載運氣七篇大論，應非古本素問所有。目前多數人從宋朝林億的看法，即運氣七篇乃唐朝王冰重新編次《素問》所補入。但也因為王冰的補充，使得運氣醫學的資料得以保留下來。相關資料參段逸山，《「素問」全元起本研究與輯復》（上海：上海科學技術出版社，2001）。馬繼興，《中醫文獻學》（上海：上海科學技術出版社，1990），頁 101。孟慶雲，〈王冰補注運氣七篇辨識〉，收入任應秋、劉長林編，《內經研究論叢》，頁 283-293。

<sup>112</sup> 兩漢結束之前成書的主要中醫典籍（《內經》、《難經》、《傷寒雜病論》）並不強調以病位分類的方法歸納痛症。因為一方面這些傳世經典為多面向探討各種生理、病理、診斷、治療的作品，「痛」僅是臨床諸多症狀之一；另一方面時醫僅以部位的命名作為研討痛證發生的分類方式，各種痛證背後的病理與診治才是思考的重點。到了隋朝《諸病源候論》成書之後，因為醫學理論的擴大與精細化，對痛的分類變得複雜，加上該書為記錄病因病機、病理證候的專著，對於痛的病位與病理變化的關係則多有著墨，歷代醫籍論述疼痛時受其影響甚大。至於現代著作則大多不脫離「中西醫結合」的觀點影響，在探討中醫理論時往往參雜現代醫學的生理病理知識，並常以現代醫學的視

述痛症的四大類別，現代研究成果與傳統中醫理論間也存在有程度不同的差異性；筆者列舉的四種分類具有較廣大的包容性，在臨床應用上也具有提綱挈領的特點，瞭解這四種分類及彼此間的互動關係，臨床上千奇百怪的痛症便皆有蛛絲馬跡可循。必須注意的是，即使是《內經》，在描述疾病與痛症的內容時其實仍依各篇章主題有所偏重，但各病因的描述其實具有重疊性，因為結構、臟腑、經脈、節氣及病邪特性之間的互動具有同時發生的特性，在臨症診治時必須共同考量，再依各因素之輕重緩急隨證因應。至於病因在體內運作的過程所牽涉的訊息、能量與物質變化，中醫學以形、神區分可見與不可見的部分，並認為彼此能互相轉化，同時也以氣、血、水、精等詞彙之運作模式加以闡述，<sup>113</sup>這是中醫的病機學內容，筆者將於下一節詳加探討。

## 二、神轉不回—論生命元素的運作與痛的關係

中醫學的核心特質在於「天人合一」及「形神一體」，其「整體觀」的意識形成過程深受中國哲學的影響。<sup>114</sup>《管子·內業》指出：「凡人之生也，天出其精，地出其形，合以此為人。」<sup>115</sup>簡單的說，形神皆來自生命，而生命源於天地。人受到大自然的影響，具備與大自然變化雷同的特質，使得人身即似一個「小宇宙」。管子的學說雖認為人的精神來自精氣，但是他的觀點認為精氣是在身體之外獨立存在的，並沒有把精神與形體的關係結合起來。《莊子·知北遊》則提出：「精神生於道，形本生於精，萬物以形相生。」<sup>116</sup>莊子把宇宙間無形的秩序與規

---

野為身體分類。

<sup>113</sup> 《內經》時代的醫家以多樣的符號與詞彙表示出身心的實質及現象，這些內涵催化了中醫學從經驗到逐漸擁有理論基礎的過程。參費俠莉，《繁盛之陰》（南京：江蘇人民出版社，2006），頁 19-23。

<sup>114</sup> 中醫學的整體觀包含了宇宙自然的「天地一體觀」、人體內部的「五藏一體觀」及人與環境空間的「天人相應觀」；同時在對人體生理、病理、疾病的認識與預防治療上亦強調整體看待。瞭解天地變化的規律便能為人所利用，達到「提挈天地」的境界。參方藥中，《辨證論治研究七講》（台北：啟業書局，1985），頁 1-20。

<sup>115</sup> 李勉註譯，《管子今註今譯》（台北：台灣商務印書館，1988），頁 778。

<sup>116</sup> [清]王先謙撰，《莊子集解》（北京：中華書局，2004），頁 188。

則稱為「道」，視為形成世界的本源，並認為精神由道產生、形體由精神產生，因此精神比形體更具根本。到了戰國晚期，荀子較清楚的闡述神對於形的倚賴關係：「形具而神生。」<sup>117</sup>意指人的軀體是自然界的產物，心理層面則由軀體所派生，身體形成時，也就產生精神意識。因此各家的觀點大多同意精神與形體同時存在的事實，但其間的關係與孰為主體則各有詮釋。<sup>118</sup>

若從中醫學的觀點考慮精神與肉體的關係，發展過程中雖受各種不同哲學思想影響，但認為兩者之間是相互依存，而非各自獨立的。王敏弘研究《內經》各篇章之「神」指出：

《內經》論述多種多樣的神：有屬於生命以外的個體，諸如鬼神；有影響自然界運作的神，如「玄生神」等等；其中最重要的，則是人的「神」，也是《內經》所唯一重視的，因為它深深的影響人的形體。<sup>119</sup>

在醫學層面所申論「神」的概念，主要是用來描述人體生命活動中，無法直接觀察和描述的一些現象和原理，及背後可能同時存在的精神意識思維。《內經》的內涵認為精神不能脫離形體，而形體也受精神作用的影響，彼此互動的過程讓生命現象得以表現。當人的生命力同時表現在有形的軀體功能及無形的精神意識上，且兩者又能維持彼此互相影響、轉化時，正常身體的組成條件方能完全成立。

<sup>117</sup> [戰國] 荀況著、蔣南華等譯注，《荀子》，頁 426。

<sup>118</sup> 「形與神」的關係在先秦諸子時期即有各家不同的論調，但主要皆是探討人的形體與精神之間有無不可分離性及彼此間是否存在依賴性與一致性。除了早期認為形神是各自獨立之外，西漢時期《淮南子》認為精神比形體更重要，主張「以神制形」、「神貴於形」等觀點。到了東漢桓譚《新論》曾以燭與火的比喻說明形神的關係，「精神據形體，尤火之燃燭矣。...氣索而死，如火燭之具盡矣。」因此精神無法脫離形體而獨存。王充《論衡·論死》進一步補充：「天下無獨燃之火，世間安得有無體獨知之精。」此乃認為神必須依附於形之主張。南北朝時期，「形與神」的關係成為儒佛兩派之間的長期爭論，直到南朝范縝著《神滅論》，提出「形者神之質；神者形之用。是則形稱其質，神言其用，形之與神，不得相異。」「形存則神存，形謝則神滅。」的主張，逐漸產生「形神合一、互為體用」的見解出現。筆者認為其爭論點乃因雙方闡述的角度不同所導致，生命力存在則形神皆在，無生命力時形壞而神滅，神滅是指讓身心生理功能得以運作背後的那個「能力」消失、使得思維與精神的部分脫離沒有生命力的肉體而言。諸子相關論述可參〔西漢〕劉安，《淮南子》（台北：世界書局，1955）。〔東漢〕王充，《論衡》（台北：台灣商務印書館，1976）。〔東漢〕桓譚、〔清〕孫馮翼輯，《桓子新論》，收入《四部備要·子部》（上海：中華書局據問經堂輯本校刊，1936）。

<sup>119</sup> 王敏弘，《黃帝內經有關神的研究》（台中：中國醫藥大學中國醫學研究所博士論文，1996），頁 110。

<sup>120</sup>故《素問·上古天真論》有言：「上古有真人者，提挈天地，把握陰陽，呼吸精氣，獨立守神，肌肉若一，故能壽敝天地，無有終時，此其道生。」<sup>121</sup>中國醫學強調平衡，各種生命力的適當展現就是身心健康長壽的標準，這不單是屬於醫家的觀點，也是自古以來中國身體觀的一致觀點。司馬遷論「六家之要指」曰：

凡人所生者神也，所托者形也。神大用則竭，形大勞則敝，形神離則死。死者不可復生，離者不可復反，故聖人重之。由是觀之，神者生之本也，形者生之具也。不先定其神形，而曰：「我有以治天下」，何由哉？<sup>122</sup>

正常的生命活動必須存在於形與神的協調與一致，張介賓所謂：「形者神之體，神者形之用；無神則形不可活，無形則神無以生。」<sup>123</sup>亦為同樣意義。形壯則神旺，形衰則神衰，形是神活動時的物質基礎和依靠處所，神則協調主宰形的功能表現。因此對於醫家來說，目視可得的身體結構器官與不可見的精神思維同等重要，一則為體，一則為用。形與神的關係最初主要探討是心與物的議題，即思索人的自我認識、及其心理與整個宇宙物質世界的關係；但在這類哲學思維影響社會共同意識的同時，形與神的關係也逐漸被修正成互為體用的觀點，同時成為醫學與身體意識發展的主要論述。<sup>124</sup>

Neville 指出，現代西方哲學主流不同於中國哲學之處，乃是區分身心，將

<sup>120</sup> 鄭紅斌，〈中醫形神觀源流與內涵〉，《浙江中醫學院學報》28.1（2004）：9-11。

<sup>121</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁12。

<sup>122</sup> 〔西漢〕司馬遷，《史記》，頁759。

<sup>123</sup> 郭教禮，《類經評注》，頁699。

<sup>124</sup> 「形與神」談的是古代關於心身關係的理論。而先秦諸子哲學關於形神合一的思辯，直接影響了時人的生命觀點，也使中醫學大量採用形神合一的理論，試圖解析精神和身體、及人體和外界社會環境的整體性與互動性，不論在生理、病理、診斷與治療中，皆成為中醫學術發展重要的基礎理論之一。神的概念是「生命之主」，其主宰與影響的是生理心理整體的表現，形則提供精神運作所需的能量及作為神依附的對象。相關論述可參以下論文，呂凌，〈中醫穩態觀之形神論〉，《中醫雜誌》47.5（2006）：326-328。熊縈哲，〈論中醫形神〉，《雲南中醫學院學報》28.4（2005）：9-11。周少林，〈形神合一與心身醫學〉，《甘肅中醫》18.10（2005）：9-11。鄭紅斌，〈形神關係及其在中醫學中的體現〉，《浙江中醫學院學報》29.4（2005）：3-5。李慧杰，〈淺釋中醫形神合一思想內涵〉，《遼寧中醫學院學報》6.1（2004）：8-9。孫理軍、張登本，〈中醫體質的基本內涵〉，《天津中醫學院學報》21.3（2002）：6-8。楊波，〈中醫形神學說中的哲學思想〉，《天津中醫學院學報》16.2（1997）：42-43。張忠、胡日增，〈淺論形神合一與身心醫學〉，《中醫藥研究》1996.6：7。

兩者視為不同的實體，身體以自身的型態存在，與心靈並不互相依附。<sup>125</sup>西方醫學承襲笛卡爾（Rene Descartes，1596-1650 AD.）以來的這種思想，特別在討論身體與心靈的關係時經常是「果斷」地加以分離的，很明顯的這與中國式的思維有截然不同的取向。誠如前文所言，戰國以來醫家透過實際臨床經驗與術數體系的結合，以陰陽五行來理解身體已可獲得相當程度的認識，也建立起可供重複操作的模式。醫家同時引入哲學上形與神的觀點，視其為主宰生命活動的根源，其特質及彼此關係的闡述是中醫學解釋人身生理病理的重要方式，臟腑、經脈、結構的發展與變化皆包含在內。但進一步思考，雖然陰陽五行學說提供了一個系統化的法則，足以推演與判別身體與環境間各種互動所造成的變化，然而僅憑規範化的系統運作語彙尚不足以深入解釋生命現象變化的真相，只以「形、神」粗略推演生命的有形現象與無形力量在臨床解釋上亦明顯不夠貼切。到底表現生命現象的背後力量是什麼？這些因素如何運作？這一類的問題必須以更直接而細膩的語言闡述。正如透過脈象、藏象等身體語言得以在某個程度上得知體內複雜的運作一般，透過更精確與淺顯的名稱來描述現象可以更清楚的說明形體與精神的運作方式，並得以對包含痛症在內的疾病症狀與病程發展作深入的病機推論。事實上，對病因與病機瞭解的深入程度足以證明醫學知識進步的軌跡，也才是醫家得以擴大與深化對疾病的認識與不斷提升療效的依據。

筆者認為，中醫學對於人體各種生命力活動內在變化的過程主要是以「氣」、「血」、「水」三大體系間的各種運作方式加以詳細闡述的，並視「神」為這些運作背後的主宰，藉由形與神的互動正常與否以反應這些生命元素的特性是否正常發揮。而要瞭解「氣」、「血」、「水」的互動，首先必須清楚其名詞定義與來源。《內經》中論及人身有各種不同名稱的氣，其性質與作用各不相同，以下分別闡述其特性：

- (1) 元氣：《論衡·談天》有云：「元氣未分，混沌為一。」<sup>126</sup>「元氣」本來是指宇宙混沌狀態下的無形力量，《內經》並無「元氣」之名，但《難經》

<sup>125</sup>Robert C. Neville,〈中國哲學的身體思維〉,收入楊儒賓主編,《中國古代思想中的氣論與身體觀》(台北:巨流圖書公司,1993),頁193。

<sup>126</sup>[東漢]王充著、[明]程榮校,《論衡》,收入《四部備要·子部》(上海:中華書局據家刻本校刊,1936),卷十一,頁95。

有「原氣」之說，考「元」與「原」之上古音「韻部」及中古音反切、聲調、韻目及聲母皆相同，且「元」亦通「原」，<sup>127</sup>因此將《難經》之「原氣」理解為「元氣」應無不妥。原氣之論見於〈八難〉，指出該氣來自「腎間動氣」，是生氣之原、十二經脈及五藏六府之根本；故〈六十六難〉進一步說，「五藏六府有病者，皆取其原也。」<sup>128</sup>人體一切生命活動皆須依賴原氣之充沛，透過原氣的活動與變化，使經脈、結構、臟腑等生理活動得以正常運作，身體便能維持持續的穩定狀態。因此可視原氣為生命活動的原動力，「故氣者，人之根本也。」<sup>129</sup>指的正是原氣。當經脈臟腑結構產生疾病時，也必須考慮原氣的盛衰與異常，或從經脈上的原穴加以治療。虞庶云：「謂兩腎之間動氣者，乃人之所受父母之原氣也。」<sup>130</sup>原氣又稱「命門火」，位於兩腎之間，是「先天之氣」，即父母所賦予，其強弱在父母媾精、胎兒成形之時即已決定，無法加以改變，故先天原氣不足容易造成胎兒有先天疾病，長成之後若後天生活不節及罹患疾病亦皆能使原氣過度消耗虛衰而造成身心病變。<sup>131</sup>

<sup>127</sup> 「元」與「原」之上古音「韻部」為「元部」，中古音作愚袁切、平聲、元韻，聲母作疑。參王立，《王立古漢語字典》（北京：中華書局，2003），頁53-54、96。《春秋繁露·重政》也提出：「是以春秋變一謂之元。元，猶原也，其義以隨天地終始也。」「元」、「原」通用，指天地間變化的原始力量。參〔西漢〕董仲舒，《春秋繁露》，收入《四部備要·子部》（上海：中華書局據家刻本校刊，1936），卷五，頁31。

<sup>128</sup> 〔宋〕王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁204。

<sup>129</sup> 〔宋〕王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁42。

<sup>130</sup> 〔宋〕王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁43。

<sup>131</sup> 《醫學源流論·元氣存亡論》解釋元氣的來源及存於人身的作用：「當其受生之時，已有定分焉，所謂定分者，元氣也。視之不見，求之不得，附於氣血之內，宰乎氣血之先，其成形之時，已有定數。譬如置薪於火，始燃尚微，漸久則烈。薪力既盡，而火熄矣。其有久暫之殊者，則薪之堅脆異質也。故終身無病者，待元氣之自盡而死，此所謂終其天年者也。至於疾病之人，若元氣不傷，雖病甚不死。元氣或傷，雖病輕亦死。」參〔清〕徐大椿，《醫學源流論》，收入《中國醫學大成》第四十五冊（上海：上海科學技術出版社，1992），卷上，頁2。《外經微言·命門真火篇》亦指出，「命門火也，無形有氣，居兩腎之間，…命門為十二經之主，不只腎恃之為根，各臟腑無不相合也。…命門居於腎，通於任督，更與神室相接，存神於丹田，所以溫命門也。守氣於神室，所以養命門也。修仙之道，無非溫養命門耳。命門旺而十二經皆旺，命門衰而十二經皆衰也。命門生而器聲，命門絕而氣絕。」強調命門是人身最主要最根本的生命力來源，同書〈命門經主篇〉更清楚指出，「命門為十二官之主，有此主則十二官治，無此主則十二官亡矣。」參岐伯天師傳、〔清〕陳士鐸述，《外經微言》（北京：中醫古籍出版社，1984），頁177-180、183。

- (2) 真氣：《素問·上古天真論》指出：「虛邪賊風，避之有時，恬淡虛無，真氣從之，精神內守，病安從來。」<sup>132</sup>真氣是有別於致病之氣而有益於人體的氣，其來源「所受於天，與穀氣并而充身也。」<sup>133</sup>《素問·六元正紀大論》也說：「食歲穀以全真。」<sup>134</sup>因此真氣乃視為來自於天的清氣，是自然界中正常而有益於人身之氣，同時與飲食所得之氣合併充實人身。<sup>135</sup>此外，人體出生之後必須依靠呼吸、飲食以維持生命，體內另有部分「後天之氣」乃由此所獲取：
- (3) 宗氣：宗氣是由肺吸入之自然清氣與脾胃從飲食水穀中所吸收的精氣和合而成。<sup>136</sup>依《靈樞·邪客》的描述：「其大氣之搏而不行者，積於胸中，命曰氣海，出於肺，循咽喉，故呼則出，吸則入。」<sup>137</sup>所言，宗氣乃積於胸中，由肺系（鼻、氣管、肺臟）呼吸所得，同時藉由「五穀入於胃也，糟粕、津液、宗氣，分為三隧。」<sup>138</sup>加上了一部份飲食之氣，因此宗氣的生化與強弱與肺及脾胃有直接的關係。宗氣是全身之氣運動流行的本始，其功能主要在於「貫心肺，行呼吸。」<sup>139</sup>宗氣的強弱，直接影響心肺功能的盛衰。肺的張縮、心臟的搏動皆和血液的運行有關，「宗氣不下，脈中

<sup>132</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 5。

<sup>133</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 352。

<sup>134</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1032。

<sup>135</sup> 後代醫家對於諸氣經常混為一談，名詞的使用上也沒有單一的定義與標準。如李東垣指出，「真氣又名元氣，乃先身之精氣也，非胃氣不能滋之，胃氣者，穀氣也，榮氣也，運氣也，生氣也，清氣也，衛氣也，陽氣也。又天氣人氣地氣乃三焦之氣，分而言之則異，其實一也，不當作異名異論而觀之。」很明顯的，東垣對於氣的名詞使用上與《內經》時代有所出入。參〔金〕李東垣，《脾胃論》（北京：人民衛生出版社，2006），頁 62。

<sup>136</sup> 孟景春、周仲英，《中醫學概論》（台北：知音出版社，1994），頁 41。

<sup>137</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 135。

<sup>138</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 266。

<sup>139</sup> 《靈樞·邪客》云，「故宗氣積於胸中，出於喉嚨，以貫心脈，而行呼吸焉。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 266。宗氣貫心脈故能行氣血，即貫注到心脈的宗氣，具有協助心臟的搏動、調節心率及心律等功能；走息道以利呼吸功能進行，具有促進肺呼吸運動的作用，並與語言、聲音和呼吸強弱有關，同時因為心肺能藉由宗氣的運作維持功能正常，使得其他臟腑結構也因此可以獲得足夠的能量與營養。參張永文，〈宗氣論析〉，《安徽中醫學院學報》20.4（2001）：6-7。溫武冰，〈論宗氣的生理功能〉，《山東中醫藥大學學報》24.4（2000）：247-250。李豔，〈宗氣實質探討〉，《湖北中醫雜誌》22.10（2000）：9。

之血，凝而留止。」<sup>140</sup>故宗氣必須時時維持「貫心肺」功能正常乃確保血液順暢流動全身。同時，血液要能維持正常運行節奏還必須靠呼吸的節律，《難經·一難》開宗明義便說：「人一呼脈行三寸，一吸脈行三寸，呼吸定息，脈行六寸。人一日一夜，凡一萬三千五百息，脈行五十度周於身。」<sup>141</sup>呼吸節奏異常時，推動血脈運行的宗氣運作也會呈現異常，身體內部各種活動當然受到負面影響，氣功導引調息以養生的基礎與此關係密切。至於對宗氣的觀察，臨床上根據體表左乳下方；即心尖搏動處的各种搏動態勢，可以候得宗氣的盛衰和胃之大絡是否有病變。<sup>142</sup>必須補充說明的是，在形成宗氣的過程中，心肺活動的能量一部份是來自原氣，如張錫純言：「大氣者，充滿胸中，以司肺呼吸之氣也。...是大氣者，原以元氣為根本，以水穀之氣為養料，以胸中之地為宅窟也。」<sup>143</sup>故維持宗氣能源源不絕的生成與運行，必須部分仰賴原氣的協助。由此可知，宗氣實為先後天之氣的綜合體，在維繫生命力的表現上，其功能十分重要，故醫家先賢以具有「先祖、宗廟」之尊崇意義的「宗」為其命名，<sup>144</sup>凸顯其重要性與獨特意義的意識十分明顯。

- (4) 營氣、衛氣、宗營衛偕行：《靈樞·營衛生會》指出：「人受氣於穀，穀入於胃，以傳與肺，五藏六府，皆以受氣，其清者為營，濁者為衛。營在脈中，衛在脈外。」<sup>145</sup>營衛之氣皆來自飲食水穀，經過脾胃對食物的分解運化，不同特性的物質與能量分別形成營衛二氣。營衛藉由肺的宗氣力量推動，循脈而運行於內外，「營氣者，泌其津液，注之於脈，化以為血，以榮四末，內注五臟六腑，以應刻數焉。」<sup>146</sup>營氣能化生血液，使血液具

<sup>140</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 348。

<sup>141</sup>〔宋〕王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 13-14。

<sup>142</sup>原文出於《素問·平人氣象論》，「胃之大絡，名曰虛裡。貫鬲絡肺，出於左乳下，其動應衣，脈宗氣也。盛喘數絕者，則病在中；結而橫，有積矣；絕不至曰死。乳之下其動應衣，宗氣泄也。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 246。

<sup>143</sup>張錫純，《醫學衷中參西錄》（石家莊：河北科學技術出版社，2002），頁 105。

<sup>144</sup>賈孟輝，〈宗氣之命名雜議〉，《中醫藥學刊》1994.5：12。

<sup>145</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 352。

<sup>146</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 266。

有生命力，並於每日按時繞行身體五十周，供應身體各部位所需。「衛者，水穀之悍氣也，其氣慄疾滑利，不能入於脈也，故循皮膚之中，分肉之間，熏於肱膜，散於胸腹。」<sup>147</sup>飲食所化的「剽悍之氣」，具有保衛身體的功能，同時能使身體維持體溫、皮膚腠理開合正常、肌肉臟腑健壯。衛氣的運行方式與營氣不同，「晝日行於陽，夜行於陰，常從足少陰之分間，行於五臟六腑。」<sup>148</sup>部分衛氣的運行並不完全循脈而走，其流注狀況白天由足太陰膀胱經出發同時走六陽經，運行於四肢及身體表淺處，夜間則經由足少陰腎經深入臟腑，依序在臟腑膜囊間運行，<sup>149</sup>日夜也依各自的運行模式重複二十五周，與營氣相同，一晝夜共五十周。<sup>150</sup>至於「宗營衛偕行」則是進一步細論三氣之互動對身體的影響。黃維三認為，宗營衛偕行乃「三氣合行，將水穀之精微，循左右二十八脈，輸送至全身各部，無所不至。」<sup>151</sup>這是將各氣的作用加以整合的觀點，可視為臟腑及經脈之氣的主要來源，故「宗氣」、「衛氣」、「營氣」三大類大致上應可涵蓋「後天之氣」之總體概念。

「氣」的意識是中國自古即有的觀點，沒有以「氣」為前提的想法，先秦哲學與時人思維必定有不少內容會重新改寫。從《國語》所載伯陽父所說：「夫天地之氣，不失其序，若過其序，民亂之也。」<sup>152</sup>直到里革所謂：「古者，大寒降，土蟄發；水虞於是乎講眾留，取名魚，登川禽，而嘗之寢廟，行諸國人，助

<sup>147</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 567。

<sup>148</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 266-267。

<sup>149</sup> 《靈樞·衛氣行》清楚說明衛氣日夜之不同運行方式：「是故平旦陰盡，陽氣出於目，目張則氣上行於頭，循項下足太陽，循背下至小趾之端。其散者，別於目銳眦，下手太陽，下至手小指之間外側。其散者，別於目銳眦，下足少陽，注小指次指之間。以上循手少陽之分，下至小指次指之間。別者以上至耳前，合於頷脈，注足陽明，以下行至跗上，入五指之間。其散者，從耳下下手陽明，入大指之間，入掌中。其至於足也，入足心，出內踝，下行陰分，復合於目，故為一周。……陽盡於陰，陰受氣矣。其始入於陰，常從足少陰注於腎，腎注於心，心注於肺，肺注於肝，肝注於脾，脾復注於腎為周。」參河北醫學院校釋：《靈樞經校釋下冊》，頁 360-362。

<sup>150</sup> 黃維三：《難經發揮》，頁 178-179。

<sup>151</sup> 黃維三：《難經發揮》，頁 176。

<sup>152</sup> [春秋]左丘明撰、[吳]韋昭注，《國語》（台北：漢京文化事業有限公司，1983），頁 26。

宣氣也。」<sup>153</sup>氣的觀念從原先單純存在於自然，逐漸與人產生交集；進一步人們選擇特定的時間與場合，透過各種儀式期待氣的運作合乎規律，以確保人與宇宙自然的韻律能夠同步；一旦「天人」能夠合氣，人與自然便能和諧共存。

「氣」的意涵隨時代而擴展，到了漢代，思想家已不能滿足於僅以「氣」做為宇宙間萬事萬物組成基礎的觀點，而進一步要深究氣在構成萬事萬物時內部如何變化，期望透過思辨氣的本性，構築宇宙內在的整體連繫。<sup>154</sup>中醫學在本階段的發展深受此氛圍影響，相較於哲學家所言之氣，中醫學所談論的氣意義同樣十分廣泛，醫家欲探索的正是肉體與精神、型態與功能之間的關係，藉以掌握從感官可接受到的各種身心現象其在內部「看不到」的種種變化如何發生，因此醫家以特定的名詞定義每一種情境下談論的氣，藉以區別欲表達的主題不至於造成誤解，也得以全面解釋身心複雜的運作型態，此即上述各種人體之氣命名思維之所由。

在第一章筆者曾概略論述「血」的生成來自於脾胃消化水穀後產生之精微，透過身體進一步的處理而產生，<sup>155</sup>依前文討論已知血的形成乃營氣與津液經由肺功能的處理而來，該「處理」之過程在《內經》通稱以「化」字來說明。<sup>156</sup>「化」即指變化、轉化之意，若從《靈樞·營衛生會》描述「此所受氣者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注於肺脈，乃化而為血。」<sup>157</sup>的過程推斷，水穀精華是經過腸胃消化分類後、部分精華物質往上輸送到肺臟，經肺臟行使轉化功能才能製成血液。另一種理論認為血乃依賴心的轉化功能所生，《素問·五運行大論》云：「南方生熱，熱生火，火生苦，苦生心，心生血，血生脾。」<sup>158</sup>由於營氣為血中之氣，具有陽火之屬性，因此唐容川解釋血的生成指出：「血色，火赤之色也。火者心

<sup>153</sup> [春秋]左丘明撰、[吳]韋昭注，《國語》，頁178。

<sup>154</sup> 劉長林，〈說「氣」〉，收入楊儒賓主編，《中國古代思想中的氣論與身體觀》，頁112-115。

<sup>155</sup> 參本論文頁18。

<sup>156</sup> 如《靈樞·決氣》：「中焦受氣，取汁變化而赤，是謂血。」《靈樞·邪客》：「營氣者，泌其津液，注之於脈，化以為血。」《靈樞·癰疽》：「中焦出氣如露，上注谿谷，而滲孫脈，津液和調，變化而赤為血。」《靈樞·營衛生會》：「此所受氣者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注於肺脈，乃化而為血。」凡論及血液生成的過程皆以「化」來表示。

<sup>157</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁359。

<sup>158</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁882。

之所主化，生血液，以濡周身，火為陽，而生血之陰。」<sup>159</sup>該想法應是受到陰陽五行學說所影響。此外，血的來源並不一定直接專由食物而來，一部份牽涉生殖內分泌的「血」則來自腎精。《素問·上古天真論》曾論及人體的生理成長進程，男女分別於十六歲及十四歲時「腎氣盛、天癸至」，具備生殖能力。張隱菴便認為此乃「腎之精液，入心化赤而為血。」「男子天癸至而精氣溢瀉，腎之精化赤為血，溢於衝任生髭鬚；女子天癸至而月事以時下，故經血皆謂之天癸也。」<sup>160</sup>之源由。

綜合來說，血的生成原料主要由飲食而來，透過肺與心的功能使之產生質性變化，而一部份與成長發育有關的血則來自腎精，透過心的作用轉化而成。負責轉化生成血液的器官，其執行功能的主要能量來源除了一部份來自先天獲得的精氣之外，主要仍依賴後天飲食所得。器官功能的正常運作使飲食所得的物質與能量能適當轉化，氣血來源不虞匱乏；而物質能量與氣血的充分供應又反過來確保了組織臟腑維持正常的生理運作。因此身體便得以形成一套內在「互相自給自足」的生理網絡，維繫的力量來自於前文曾談及的「五行生剋制化之平衡」概念。

《素問·陰陽應象大論》對氣、血、精的運作關係有詳細說明：

水為陰，火為陽，陽為氣，陰為味。味歸形，形歸氣，氣歸精，精歸化。  
精食氣，形食味，化生精，氣生形。味傷形，氣傷精，精化為氣，氣傷於味。<sup>161</sup>

簡而言之，身體藉由飲食水穀的攝取，並仰賴臟腑結構的能量加以處理轉化，身體便能得到滋長。食物中的各種味道（陰）可以滋養形體，食物中的氣（陽）可提供人體能量、並配合身體之元氣將好的物質轉化成陰精。從飲食的滋養生成了形體組織，並使之產生具備生命力的氣，因氣的作用再把物質與能量進一步轉化成精，然後週而復始。當然若飲食水穀不節失當對身體亦有極大損害，不當之味足以傷形，形傷則氣傷，氣傷則精傷，病理反應也會連鎖反應發生，同樣造成惡性循環。

<sup>159</sup>唐宗海，《血證論》（台北：力行書局有限公司，1992），頁3。

<sup>160</sup>〔清〕張隱菴，《黃帝內經素問集注》，收入《中國醫學大成》第一冊，卷一，頁5。

<sup>161</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁66-67。

特別要指出的是，不管「血」的化生來源及活動場域為何，中醫學所論的「血」最重要的觀點在於具備有物質基礎以外的「能量」意識。《靈樞·邪客》便說：「營氣者，泌其津液，注之於脈，化以爲血。」<sup>162</sup>《靈樞·衛氣失常》也明白指出：「營氣濡然者，病在血氣。」<sup>163</sup>「血」因爲具有「營氣」的作用在內，故具有活力，能夠運行營養全身，並維持精神與神識的正常；<sup>164</sup>不具備能量、沒有營氣在其中運作的「血」只是飲食所得的營養物質而已，甚至不足以稱爲「血」，且會引起疾病。《難經·三十二難》也提出「血爲榮，氣爲衛」，<sup>165</sup>以具陽剛性質的「氣」字比喻「衛氣」強悍的特性，而以具有「繁茂光潤、環周不已」特性的「榮」字表示血所具備的生命特質。<sup>166</sup>中醫學強調陰陽平衡的生命觀在論述「血」的特質時已一覽無遺，氣與血的關係猶如太極圖一般，不僅陰陽合抱無法分離，同時互相轉化、隨時維持平衡與活動力，「血之與氣，異名同類焉。」正是這個道理。

解析氣與血的各種分類與作用雖是醫家爲尋求體內生命現象的解釋而作的努力，然而身體所呈現的各種現象，其完整性與協調性、內在各組織藏府乃至於神識的精密互動，並無法僅以分門別類的觀點加以獨立解釋。張石頑曾解釋：

經言血之與氣，異名同類，雖有陰陽清濁之分，總由水穀精微所化，其始也混然一區，未分清濁，得脾氣之鼓運，如霧上蒸於肺而爲氣；氣不耗，歸精於腎而爲精；精不泄，歸精於肝而化清血；血不瀉，歸精於心，得離

<sup>162</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 266。

<sup>163</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 156。

<sup>164</sup> 《素問·五藏生成》曰，「肝受血而能視，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能攝。」《素問·八正神明》云，「故養神者，必知形之肥瘦，榮衛血氣之盛衰。血氣者，人之神，不可不謹養。」維持身體組織臟腑的功能與活力需仰賴血的正常供應，血氣充足則精神充沛，神智便能保持清晰。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 154、363。《景岳全書·血證》對此亦有綜合性之論述，「血即精之屬也，但精藏於腎，所蘊不多，而血富於衝，所至皆是。蓋其源源而來，生化於脾，總統於心，藏受於肝，宣布於肺，施泄於腎，灌溉一身，無所不及。故凡爲七竅之靈，爲四肢之用，爲筋骨之和柔，爲肌肉之豐盛，以至滋臟腑、安神魂、潤顏色、充營衛、津液得以通行、二陰得以調暢，凡形質所在，無非血之用也。」參〔明〕張介賓，《景岳全書》，頁 351。

<sup>165</sup> 〔宋〕王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 138。

<sup>166</sup> 翁宜德，《《難經》臟腑疾病觀研究—以文字考釋爲核心觀點》（台中：中國醫藥大學中國醫學研究所碩士論文，2005），頁 21-23。

火之化，而為真血，以養脾臟，以司運動，以奉生身，莫貴乎此。雖經有上注於肺，乃化為血之說，而實不離五行之氣化，轉注如環也。<sup>167</sup>

醫家從制高點分陰陽，再一路往下細分氣、血，結合五行分類，將身體各部分、臟腑、組織的功能與其連結，這層層連結的關係，在生命力存在時不斷重複循環、彼此互惠，進而人的神志與精神力量也就能一直保持穩定。形與氣之間的相互轉化，其實正是混沌及有序之一體兩面，中醫學藉由這套思維，得以發展生命如何發生、轉化及消亡。從《莊子》以來所強調的形氣轉化思想不但在中醫學的身體觀中得到了複製，論及的範圍也更加擴大。<sup>168</sup>

中國古代的生命思維對水非常重視，除了《易經》以坎卦代表「水」以為構成宇宙的八種要素之一外，《管子》也指出：「水者何也？萬物之本原也，諸生之宗室也，美、惡、賢、不肖、愚、俊之所產也。」<sup>169</sup>水無所不在，宇宙間界的萬物生成皆須依賴水，生長發育亦離不開水。現代生理學也有相同的看法，人體百分之七十由水構成，一切的生命活動都需水的參與。對於人體而言，水在身體內不僅能傳送各種營養物質的載體，而且還與身體的新陳代謝密切相關。

對中醫學而言，水可說是生命之源，亦是生命力展現的媒介之一。水的來源乃飲食所得，《素問·經脈別論》詳細說明水飲的產生與運作過程：「飲入於胃，游溢精氣，上輸於脾。脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱，水精四布，五經并行。」<sup>170</sup>水飲入口經由胃的消化、脾的運輸上送到肺，再由肺氣的功能加以通調水道而運行全身；經由身體中的水道運送，外可達於皮毛而成為汗，內可傳輸至經脈、臟腑，多餘的水液則成為尿液貯於膀胱不定時排出。該過程與前述營氣及血的形成與運作十分類似，事實上，飲食精微與水飲的關係十分密切，經

<sup>167</sup> [清]張璐，《張氏醫通》（北京：人民衛生出版社，2006），頁194。

<sup>168</sup> 莊子是最早建立系統性形氣轉化理論的學者。承襲了老子「有生於無」的觀點，莊子認為萬物皆由無形的「道」產生，宇宙處於生生不息而和諧有序的整體當中，「道」藉由陰陽二氣的互動作用產生萬物，貴在和也。萬物從和諧產生，也存在於和諧中，和諧乃為宇宙的至高準則與規律。莊子思想相關論述可參[清]王先謙，《莊子集解》（北京：中華書局社，2004）。劉武，《莊子集解內篇補正》（北京：中華書局社，2004）。王朝增，《理性的萌芽—先秦哲學》（瀋陽：遼海出版社，1998），頁71-88。劉長林，〈中國系統思維的三種模式〉，收入楊儒賓、黃俊傑編，《中國古代思維方式探索》（台北：正中書局，1996），頁350-364。

<sup>169</sup> 李勉註譯，《管子今註今譯》下冊（台北：台灣商務印書館，1988），頁677。

<sup>170</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁306。

常被一同討論。《內經》在討論身體水分的運作時經常把水穀精微與水飲合稱為「津液」，津液的定義範圍很廣，身體除了血液之外的正常水液皆可稱為津液，《靈樞·五癰津液別》指出：「水穀皆入於口，其味有五，各注其海，津液各走其道。故三焦出氣，以溫肌肉，充皮膚，為其津；其流而不行者為液。」<sup>171</sup>《靈樞·決氣》云：「腠理發泄，汗出溱溱，是謂津。穀入氣滿，淖澤注於骨，骨屬屈伸，洩澤補益腦髓，皮膚潤澤，是謂液。」<sup>172</sup>飲食所產生之津液，能依其性味分別沿一定的管道運送到相關的內臟結構；「津」流行浸潤於肌膚之間，以溫養肌肉，充潤皮膚，當體溫增高時則適度發汗以保持身體正常活動，「液」則能流注於關節以維持正常屈伸，甚至化精生髓，流洩補充臟腑、腦髓，濡養空竅。很明顯的，津液的成分並不單純是水，正如劉渡舟所論述人體的「津液鏈」，津液不但能化生血液、精液、髓液，還能內滋臟腑成為臟腑之液，並能節制陽氣，維持陰平陽密的生理常態。<sup>173</sup>《靈樞·邪客》也說：「五穀入於胃也，糟粕、津液、宗氣，分為三隧。」飲食與水分共同被分解為能量、營養及殘渣三部分，含有飲食營養的液態物質即是津液；透過不斷的補充，身體的滋潤與營養供應則不至於匱乏，身心運作的平衡狀態得以受到保障。

前文提及，部分津液在正常情況下透過營氣與心肺功能的協助得以化為具有生命力的血液，氣的無形運作力量經由血的生成及功能表現呈現出來，此即為《靈樞·癰疽》所說：「津液和調，變化而赤為血。」<sup>174</sup>的過程，因此津液與血的關係直接而密切，兩者在生理及病理上皆互相影響。《脈經》曾提出病有「血分、水分」之別：

問曰：病有血分何謂也？師曰：經水前斷，後病水，名曰血分，此病為難治。問曰：病有水分何謂也？師曰：先病水，後經水斷，名曰水分，此病易治。何以故？去水，其經自當下也。<sup>175</sup>

<sup>171</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 533、536。

<sup>172</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 499。

<sup>173</sup> 劉渡舟，《經方臨證指南》（天津：天津科學技術出版社，1993），頁 169-173。

<sup>174</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 447。

<sup>175</sup> [晉]王叔和，《脈經》，頁 181。

此處所指的「水」並非含有營養、功能正常的津液或水分，而是指體內代謝異常的水飲。血分病乃婦人經血閉阻在先，產生血瘀氣滯，間接影響津液運行，使水分泛溢而為腫；水分病則先因水液不通才間接導致經血不至。不管兩病治療之難易，其病機乃血與水的狀態產生異常，使彼此間的生理互動產生障礙，而主因皆出於氣的運作失治，方使血與水出現病理現象。<sup>176</sup>《金匱要略》也指出，當出現「少陽脈卑、少陰脈細」而呈現腎氣虛時，男子會產生小便不利的「水病」，而婦人會產生經水不通的症狀，仲景稱之為「血分」，並認為此乃「血不利則為水」所導致的病機。<sup>177</sup>唐宗海說得好：

觀經屬血分，血分滯，則阻水，血從氣化，亦為水病。雖在水而實發於血，故名曰血分。知血分之能致水，則氣血之理明矣。<sup>178</sup>

血與水不但在體內各司其職，彼此間還能互為轉化，該生理現象乃透過五藏六府

<sup>176</sup> 李克光，《金匱要略譯釋》，（上海：上海科學技術出版社，1995），頁 452-453。

<sup>177</sup> 《金匱要略·水氣病脈症并治第十四》原文指出，「少陽脈卑，少陰脈細，男子則小便不利，婦人則經水不通。經為血，血不利則為水，名曰血分。」歷代醫家對「血不利則為水」的傳統觀點認為此乃經脈閉阻使水液代謝不良、或敗血瘀血不得排除而轉化為水腫痰飲，如《諸病源候論》指出水腫乃「三焦不瀉，經脈閉塞，故水氣溢於皮膚而令腫也。」張景岳在《景岳全書·腫脹》中也提出：「水腫以精血皆為水，多屬虛敗，治宜溫脾補腎，此正法也。」意指因臟腑虛敗，精血則化為水。唐容川所著《血証論》有云：「瘀血化水，亦發水腫，是血病而不離乎水者也。」「血積既久，亦能化為痰水。」皆為雷同的觀點。參丁光迪主編，《諸病源候論校注》（北京：人民衛生出版社，1996），頁 635。〔明〕張介賓，《景岳全書》，頁 272。唐宗海，《血証論》，頁 76、118。而現代醫學也已證實，人體內組織液生成過多或重吸收減少，導致組織間隙中的組織液增多時便會形成水腫。組織液是血漿通過毛細血管壁而形成的，當靜脈回流受阻時，毛細血管內壓力增高，組織液生成也會增加，因而形成水腫。又如在腎臟病等特殊疾病產生的病理性情況下，毛細血管通透性增高，血漿蛋白質流失進入組織液，使組織液膠體滲透壓升高，也可使組織液生成增多而形成水腫。參朱世輝等合譯，《蓋氏生理學》，（台北：杏文出版社，1989），頁 837-847、852-854、873-882。王逸之，《金匱博詁》，（台北：郁冠打字排版印刷社，1984），頁 206-233。現代醫家對於「血不利則為水」則有新的見解，認為該病機並不僅限於血瘀與水液代謝異常的關係，血虛、血熱、血寒等同樣也可引發水液運化失常。並認為該病機應同時包括「水不利則為血」，即痰飲、水濕也同樣可以引起血分的各種病理狀態。相關論文參白朝偉，〈血與水辨證觀之源與流〉，《河南中醫》26.10（2006）：8-10。賀承麗等，〈關於血不利則為水的概述〉，《職業與健康》22.6（2006）：460-461。吳小明等，〈張仲景「瘀水同源」理論探析〉，《新中醫》37.6（2005）：3-4。張蘇穎，〈血不利則為水的機制及臨床意義〉，《山東中醫藥大學學報》26.2（2002）：93-96。薛雨芳等，〈血不利則為水探討〉，《河南中醫藥學報》13.2（1998）：3-4。

<sup>178</sup> 唐宗海，《金匱要略淺注補正》（台北：力行書局有限公司，1993），頁 188。

與各組織結構間各種能量（氣）催化活動而成。<sup>179</sup>張景岳論「腫脹」更清楚的說明了這些關係：

蓋水之與氣，雖為同類，但陽王則氣化，而水即為精，陽衰則氣不化，而精即為水。故凡病水者，水即身中之血氣，但其為邪為正，總在化與不化耳。<sup>180</sup>

血的運作不利時，營氣便無法繼續將津液注脈化血，反而使局部或全身血脈中的津液停滯或滲出脈外，瀦留於局部臟腑組織之間形成無功用而反對身體有害的「水」。水道受阻，進一步使臟腑組織的各種氣化代謝、津液輸布功能更加惡化，直到營氣開始衰弱時便會反過來影響血液的生成。因此「氣」在「血」與「水」之間必須流暢而穩定活動，才能提供各種生命活動所需的內在動力；「血」與「水」則作為「氣」能夠運行全身、維持身心恆定的物質基礎。三大生命元素的穩定與正常，是保持「五藏元真通暢，人即安和。」的主要條件。

《內經》中所論及的「神」有多種意義，與人身有關的除了在部分篇章專指「高明的診斷技術或智慧」及「人的注意力」之外，皆與身體的氣血水運作及其外顯的生命現象有關。<sup>181</sup>氣血水的盛衰通暢與否決定了身體精氣的品質份量及功能展現，同時也影響著精神思維的狀態，這些皆為「神」所涵蓋的意義。《靈樞·天年》闡述了「神」與生命的關係：從一開始父母兩精相搏，能量相合的瞬間，便透過「得神」的過程使新的個體具備生命與意識，並能逐漸成長。因此岐伯解釋該所得之「神」乃「血氣以和，營衛以通，五臟已成，神氣舍心，魂魄畢具，乃成為人。」<sup>182</sup>人之始生即伴隨「神」的發生，「神」也成為維繫胎兒出生之前正常成長發育的無形力量。惟有血氣、營衛、五臟、精神、魂魄畢具，才能表現出生命力。出生之後的身體，各組織結構臟腑依靠後天飲食所得之氣血水精

---

<sup>179</sup> 津液的生成、吸收、輸布和排泄是一個複雜的生理過程，涉及多個臟腑及身體各組織的協同作用。肺、脾、腎三臟的活動牽涉到津液的生成、輸布與排泄，並與血液的生成有關，肝的疏瀉亦部分牽涉其中，三焦則為水道，提供流動的空間。參印會河、張伯訥，《中醫基礎理論》，頁 168-170。

<sup>180</sup> [明]張介賓，《景岳全書》，頁 270。

<sup>181</sup> 王敏弘，《黃帝內經有關神的研究》，頁 92-93。

<sup>182</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 122。

不斷成長，「神」也同時得到供養。「血氣者，人之神，不可不謹養。」<sup>183</sup>透過生命元素正常的獲得與運作，神識與思維意志便可與身體的生理功能一同成長。

中醫學所論述人體之「神」可以統馭身心，能展現人體的生命力。「神」主要藏於心之中，同時又分舍於五藏。《素問·宣明五氣》指出五藏皆能掌管心理意識：

心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，腎藏志，是謂五臟所藏。<sup>184</sup>

《素問·天元紀大論》也提到：

人有五臟化五氣，以生喜怒思憂恐。<sup>185</sup>

人體的心理情志運作，主要是以心神做為主體的，心為君主之官，獨占最高層次的精神意識，心神對於身體內外的各種訊息與刺激，會做出適當的反應，並主導身心的一切變化。但其餘四藏也透過各自之氣血精微物質，承擔了特定的情志變化功能，與心神共同組成完整的神識狀態。要特別說明的是，五臟藏神基本上是一體的，五臟皆參與神的活動，任何一藏所主的精神意識出現異常，都可能影響心神；五臟藏神並無本質上的差異，只是參與精神活動的模式不同而已。<sup>186</sup>而五臟藏神的另一個含意是指五臟皆有自我運作以維持恆定的無形力量，其來源同樣是飲食的供應。《素問·六節藏象論》便解釋：「五味入口，藏於腸胃，味有所藏，以養五氣，氣和而生，津液相成，神乃自生。」<sup>187</sup>整體精神活動的「神」既以不同分類的心理意識分別受五藏所主管，又必須以飲食五味、氣血津液之物質為生成與發生功能之基礎。因此醫家在觀察人體時，所依賴的便是透過對象的形體、五官、神志等外顯功能現象探求其「神」的狀態，並進一步推測體內氣血水的運作狀況。而醫家要能清楚診治病患前所必備的先決能力，必須自身先有正常

<sup>183</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 363。

<sup>184</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 336。

<sup>185</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 841。

<sup>186</sup> 五臟藏神的相關研究可參以下論文。谷峰、鞠寶兆，〈內經對五神的認識〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》12.10（2006）：725-726。祿穎、煙建華，〈《內經》神之辨〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》12.2（2006）：86-88。孫松輝，〈論《內經》五臟神的同一性〉，《遼寧中醫雜誌》32.3（2005）：197-198。張洪來、袁捷，〈《內經》五臟神論〉，《湖北中醫學院學報》6.4（2004）：60。項祺、李秉英，〈對《內經》五臟藏神理論的探討〉，《山西中醫》11.1（1995）：42-45。

<sup>187</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 142。

而恆定的身心之「神」。

本節的第二個重點是以疾病層次審視生命元素的運作狀況，仍以「痛」為中心試圖論述氣血水的活動與互動如何異常。首先從神識的層次切入，討論痛的「感覺」如何發生。《淮南子·原道訓》有言：「耳目非去之也，然而不能應者何也？神失其守也。」<sup>188</sup>神的部分功能主宰了人體的感官知覺，身體對於內外的任何刺激，皆必須藉由神的運作方得以有所反應。《靈樞·本神》曾說：「兩精相搏謂之神，隨神往來者謂之魂，并精而出入者謂之魄。」<sup>189</sup>〈經脈〉則指出：「人始生，先成精。」<sup>190</sup>「魂」在神的活動中，與神共存、亦步亦趨；當神一產生，魂即同時存在，只要神得守不失，魂便不會消失。而「魄」是指男女兩精相搏、新的生命初生之始便具有的各種本能活動，與「魂」的存在其實是同步的。孔穎達論「魂魄」的一段話清楚的說明了神魂魄之間的關係：

附形之靈為魄，附氣之神為魂也。附形之靈者，謂初生之時，耳目心識，手足運動，啼呼為聲，此則魄之靈也。附氣之神者，謂精神性識，漸有所知，此則附氣之神也。<sup>191</sup>

孔氏認為魂乃藏於神之中，魄則隱於精之中，兩者並生，無先後也；《太素》認為魂與魄皆「神之別靈也。」<sup>192</sup>正與孔氏之言相合。筆者認為魂潛於神之中而受神的控制，隨神生滅往來；精氣凝聚而為人形，魄則隱於精之中而為形體官竅之用。故覺知「痛」的產生乃魄所作用，而能下意識迴避進一步的傷害則由「魂」所主宰，張介賓便提出：「魂之為言，如夢寐恍惚，變幻遊行之境皆是也。……魄之為用，能動能作，痛癢由之而覺也。」<sup>193</sup>的看法，而這些精神運作之所以可能，皆因飲食水穀充足、運化吸收正常，體內之精微不斷提供所致，因此不管是痛的發生或得以感受，都必須依賴「神」的正常活動，而其內部機轉和氣血水是否正常運作又息息相關。

<sup>188</sup> [西漢]劉安著、[清]莊達吉校刊，《淮南子》，收入《四部備要·子部》（上海：中華書局據武進莊氏本校刊，1936），卷一，頁13。

<sup>189</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁174。

<sup>190</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁219。

<sup>191</sup> 李學勤主編，《春秋左傳正義》，（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁1438。

<sup>192</sup> [唐]楊上善撰注，《黃帝內經太素》（北京：科學技術文獻出版社，2000），頁121。

<sup>193</sup> 郭教禮，《類經評注》，頁53-54。

《素問·玉機真藏論》指出「風爲百病之長」，當風寒侵入人體產生麻痺腫痛時，可使用「湯熨」及「火灸、針刺」等方式治療。<sup>194</sup>這些治療的目的皆在提供體內能量與陽氣，促進氣血水的通暢、加速其流行速度而達到療效。《靈樞·壽夭剛柔》論及「營衛寒痺之爲病」能產生痛症，也認爲治療「寒痺」時，需以「內熱」爲手段，「刺布衣者，以火焮之；刺大人者，以藥熨之。」<sup>195</sup>皆讓身體「受納溫熱」而得以散寒。若以治法反向推敲病機，「痛」的產生主要與各種寒邪導致氣血水不通暢有關，即寒邪引起運行失常所引發。《內經》言「痛」之病機多半因寒邪誘發所導致，如《素問·痺論》提到：「痛者，寒氣多也，有寒故痛也。」<sup>196</sup>〈奇病論〉指出罹患頭痛多年不癒者，乃「當有所犯大寒，內至骨髓，髓者以腦爲主，腦逆故令頭痛。」<sup>197</sup>〈皮部論〉敘述各種病邪留於筋骨之間時，「寒多則筋攣骨痛」，<sup>198</sup>這與筆者在第一章分析〈舉痛論〉篇中記錄的多數病機是一致的。

熱邪其實亦能引發痛症，《靈樞·熱病》提出熱邪可引發膚痛、腦痛、骨痛、頭痛、脈痛、挾臍急痛、心疝暴痛、心痛、臂內廉痛、目中赤痛等多種臨床症狀，治療則主要採用針刺法，透過發汗出血瀉熱疏通經脈得以驅邪，<sup>199</sup>《素問·刺熱論》言及「五藏熱病」同樣也會產生各種痛症，<sup>200</sup>至於熱邪引發痛症的病機，除了〈舉痛論〉所言「熱氣留於小腸」之外，《素問·陰陽應象大論》曾紀錄：「寒傷形，熱傷氣，氣傷痛，形傷腫。故先痛而後腫者，氣傷形也；先腫而後痛者，

<sup>194</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 271。

<sup>195</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 150。

<sup>196</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 568。

<sup>197</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 613。

<sup>198</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 695。

<sup>199</sup> 《靈樞·熱病》原文指出：「熱病三日，而氣口靜、人迎躁者，取之諸陽，五十九刺，以瀉其熱，而出其汗，實其陰，以補其不足者。」但另有九種狀況不得以針刺治療，分別為「一曰，汗不出，大顛發赤噦者死；二曰，泄而腹滿甚者死；三曰，目不明，熱不已者死；四曰，老人嬰兒熱而腹滿者死；五曰，汗不出嘔下血者死；六曰，舌本爛，熱不已者死；七曰，咳而衄，汗不出，出不至足者死；八曰，髓熱者死；九曰，熱而瘥者死。腰折，癰癢，齒噤也。」這九種病症皆因熱邪過盛，陰血精氣已經耗竭，乃病勢太深，故不可刺。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 406-430。

<sup>200</sup> 五藏罹患熱病時，分別可產生痛症，肝熱病可產生腹痛、頭痛，心熱病可產生卒心痛，脾熱病可產生頭重頰痛、腰痛、兩頰痛，肺熱病可產生痛走胸膺背、頭痛，腎熱病可產生腰痛、項痛。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 414-419。

形傷氣也。」<sup>201</sup>當熱邪影響到氣的運作，引發氣的耗損或阻滯時，便可引發痛症。

《素問·腹中論》也敘述了「病熱而有所痛」的病機，岐伯認為陽脈主熱證，故病熱時先發於陽脈而頭痛，繼而熱邪進入陰脈，便造成腹脹腹痛。<sup>202</sup>熱邪使脈中氣血的運作變得異常，因而產生痛症。

現代不少人的生活是四體不勤、充斥著高粱厚味，因此在目前的臨床案例中，疾病發生後病勢轉為寒熱互結、病情複雜的情況十分常見，《靈樞·刺節真邪》有言：「虛邪之入於身也深，寒與熱相搏，久留而內著，寒勝其熱，則骨痛肉枯；熱勝其寒，則爛肉腐肌為膿。」<sup>203</sup>痛症的發生因其病邪發展的趨勢而決定，雖然痛的病因描述主要是以寒邪為主，但對於熱邪所引發的癰疽化膿，仍可能產生程度不等的痛症，特別是因生活飲食不節而造成體內氣血活動異常的身體，不但生理功能的表現下降，也容易在罹患疾病後使病機變得更複雜。這正合乎張家山出土文獻〈六痛〉所言「其氣乃多，其血乃淫，氣血腐爛，百節皆沈。」<sup>204</sup>的描述；氣血的正常供給本由飲食水穀而來，但氣血活動產生異常的機會同樣因飲食之不當而增加。

吾人已知不論任何病因，只要能引起氣血流行不通暢，即具備引起痛症發生的可能。而氣血運行的通道是脈，因此當痛症發生時，脈的外顯訊息會產生異常的表現，醫家便憑此推敲患者在各種氣血異常運動方式下所對應的痛症種類及發生的可能性。《素問·平人氣象論》便說：

欲知寸口太過與不及，寸口之脈中手短者，曰頭痛。寸口脈中手長者，曰足脛痛。寸口脈中手促上擊者，曰肩背痛。寸口脈沈而堅者，曰病在中。寸口脈浮而盛者，曰病在外。寸口脈沈而弱，曰寒熱及疝瘕少腹痛。寸口脈沉而橫，曰脇下有積，腹中有橫積痛。<sup>205</sup>

除了因各種病邪導致流動方式異常之外，氣血因量不足而形成的異常流動同樣引

<sup>201</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 69。

<sup>202</sup> 原文為：帝曰，病熱而有所痛者何也？岐伯曰，病熱者，陽脈也，以三陽之動也，人迎一盛少陽，二盛太陽，三盛陽明，入陰也。夫陽入于陰，故病在頭與腹，乃臍脹而頭也。帝曰，善。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 521。

<sup>203</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 355-356。

<sup>204</sup> 江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，《文物》1989.7：74。

<sup>205</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 247-248。

發痛症。《素問·脈要精微論》分別論述諸脈證對應之診法，其中便提到：「羸大者，陰不足陽有餘，為熱中也。」「諸細而沉者皆在陰，則為骨痛。」「推而下之，下而不上，頭項痛也。」「按之至骨，脈氣少者，腰脊痛而身有痹也。」等，<sup>206</sup>皆闡明氣血不足，無法充分供應身體所需時所導致的痛症型態。然而，氣血在體內的分佈與供應雖必須隨時維持平衡狀態，但並非一致。氣血有盛衰，藏府有偏勝，並非每一條脈的氣血流量與活動特性皆一致。「十二經之多血少氣，與其少血多氣，與其皆多血氣，與其皆少血氣，皆有大數。」<sup>207</sup>其中，太陽、厥陰常多血少氣，少陽、少陰、太陰常少血多氣，陽明常多氣多血，<sup>208</sup>各脈的氣血特質有所不同，表裡經並具有氣血互補的特性。由於體內氣血流動各有偏性卻又互動平衡，因此才能維持不同組織、經脈與臟腑的獨特功能，同樣也因此罹患疾病時依氣血特性不同可能各自產生不同種類的痛症。

前文已提及水飲的運作失常時體內津液和水飲的代謝會形成障礙，並隨時間進一步成為病理性的產物。水飲病在臨床上不僅常見，病因更是複雜。華陀論「水病」時曾指出：「人生百病，最難者莫出於水。」<sup>209</sup>水病可能因咳嗽、虛勞、五臟六府罹患疾病而來，由於症狀多又各有特徵，因此難治。不過華氏同時指出其病機乃因腎氣虛，使水氣流散於皮下；或因三焦水道壅塞，營衛之氣閉格而不循其常道而行，使得氣血循行異常，水液隨其流動，便形成水病。《素問·評熱病論》言諸水氣為病曰：「水者陰也，目下亦陰也，腹者至陰之所居，故水在腹者，必使目下腫也。」<sup>210</sup>水飲的流動不暢，能在組織及臟腑間形成腫脹，其病機乃無陽以運陰，即陽氣的不足使陰性的水液無法順暢流通，聚於特定部位。正常情況下，水液透過飲入於胃、經由脾之升清與肺的通調，得以灌注周身。其中運行於脈外、散佈於組織間隙的是津液，而經營氣作用、注於脈中的則為血液。因此血與水皆因透過氣化作用得以出入於脈道內外，並互相轉化。《靈樞·五癰津液別》說明津液代謝異常的病機時指出：「陰陽氣道不通，四海塞閉，三焦不瀉，

<sup>206</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 238-239。

<sup>207</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 290。

<sup>208</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 337。

<sup>209</sup> [漢]華陀，《華佗中藏經》（台北：自由出版社，1998），頁 33。

<sup>210</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 436。

津液不化、水穀并行腸胃之中，別於迴腸，留於下焦，不得滲膀胱，則下焦脹，水溢則為水脹。」<sup>211</sup>陽氣的不足不暢所形成的功能障礙，會使水液的代謝產生一連串病理現象。劉渡舟總論水病，認為水飲之邪傷人為病皆稱「水證」，其形成病機乃因：

陽氣不能化陰，氣機不能行水之故，則使水的代謝，不能順利進行，因而構成氣寒水凝，或流溢失序，或上冒清陽，水之氣為寒，寒為陰協必犯陽氣，因此，水寒號森難制，在表在裡，沿三焦以為害，於是各種水證逐次發生。<sup>212</sup>

因此水飲為病無論水液留駐於何處，皆須以補充調節陽氣之不足與滯澀、重新恢復運行為治療之準則。

與氣血運行失調一樣，水飲為病亦可產生痛症。《金匱要略》對於水證有三大分類，分別為濕、飲、水，各立專章論述。「濕」邪有內外之分，外濕合併風邪、或鬱而化熱時皆能引起疼痛，內濕則多與脾胃失常有關。該書〈瘧濕喝病脈證並治第二〉就提出不少濕邪引發疼痛的條文：

太陽病，關節疼痛而煩，脈沈而細者，此名濕痺。

濕家之為病，一身盡疼，發熱，身色如燻黃也。

濕家，病身疼發熱，面黃而喘，頭痛鼻塞而煩。

濕家，身煩疼。

太陽病，關節疼痛而煩，脈沉而細者，此名濕痺。

病者一身盡疼，發熱，日晡所劇者，名風濕。

風濕相搏，一身盡疼痛，法當汗出而解。

風濕相搏，骨節疼煩，掣痛不得屈伸，近之則痛劇。<sup>213</sup>

濕為六淫之一，容易留著於皮膚、注入肌肉關節，因而阻遏陽氣與營血運行；若挾有風邪，痛證更可能游移不定。因此必須使陽氣宣通方能除濕止痛。筆者同時認為，濕的特性重濁不易排除，臨床上常見患者有病程時間較長或症狀容易反覆

<sup>211</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 536。

<sup>212</sup> 劉渡舟，《傷寒論臨證指要》（北京：學苑出版社，1998），頁 35。

<sup>213</sup> 諸條文參李克光，《金匱要略譯釋》（上海：上海科學技術出版社，1995），頁 61-75。

的特徵，而仲景多以「疼」字描述症狀，這與筆者第二章的文字分析中，認為「疼」具有症狀「容易流連不去」、「罹患疾病的時間較久」之意是相合的。

飲病為水液異常代謝的另一種形式。仲景分類有四：

飲病有四：曰痰飲，曰懸飲，曰溢飲，曰支飲。其人素盛今瘦，水走腸間，瀝瀝有聲，為痰飲；水流脇下，咳唾引痛，為懸飲；水歸四肢，當汗不汗，身體疼重，為溢飲；水停膈下，咳逆倚息，短氣不得臥，其形如腫，為支飲。<sup>214</sup>

區分的依據以水液留滯的部位而定，同時也分別涵蓋了病機的描述。分析引文，痰飲乃腸胃功能異常所引起的水液停留；懸飲則因三焦水道決瀆失常所引發；而脾肺之氣失常無法通調水道，使水飲積於四肢無法運化便導致溢飲；至於上焦心肺胸陽不振，引發水飲停聚並引發喘息咳嗽則為支飲。<sup>215</sup>此外，水氣在五藏間也分別能依各藏之位置及特性引起各種症狀。<sup>216</sup>大致上，飲病可產生的症狀包含「嘔咳滿痛腫喘悸眩」等數種，其中痛症的發生皆因留飲引發陽氣無法暢達所致，雖與「濕」在體內停留的部位有所差別，但造成疼痛的病機是一樣的。

以「水氣」為病名之專篇，則統論因水氣氾濫或留滯，使水液與陽氣的互動失常所引發的疾病。同樣依水液所在的部位、證候對疾病加以分類並論述病因病機，也根據水氣病產生之內在病因分為五藏水病。<sup>217</sup>其中引發痛症者包含：

<sup>214</sup> [漢]張仲景，桂林古本《傷寒雜病論》(台北：中醫整合研究小組，1986)，頁 269-270。

<sup>215</sup> 四種飲病的相關論述可參李克光，《金匱要略譯釋》，頁 318-322、380-381。[日]伊澤裳軒，《金匱玉函要略私講》(北京：學苑出版社，2005)，頁 267-270。

<sup>216</sup> 《金匱要略·痰飲咳嗽病脈證並治第十二》指出，「水在心，心下堅築，短氣，惡水不欲飲。水在肺，吐涎沫，欲飲水。水在脾，少氣身重。水在肝，脅下支滿，噯而痛。水在腎，心下悸。」參李克光，《金匱要略譯釋》，頁 322-324。

<sup>217</sup> 水氣病的分類，《內經》曾提及風水、石水、涌水等，《金匱要略》則分為風水、皮水、正水、石水、黃汗五種。「風水」乃先有腎氣不化，後復感風邪所誘發，與肺、腎、三焦、膀胱有關。「皮水」乃指水聚皮下而言，可能由外受水濕浸淫、或風水、正水、石水經治療後病勢的變化所致。「正水」是指腎臟之水過盛，使水飲積聚而產生腹脹喘滿。「石水」乃因陽氣大衰，陰寒極盛，使水氣結於下焦少腹，並引起氣結血瘀而言。「黃汗」是指肌表皮膚之營衛二氣受水濕鬱遏，鬱久化熱後濕與熱相結而形成。而五臟水病主要是五臟本身罹患疾病而出現積水症狀，同樣由陽氣衰微，血瘀氣滯所造成。臨床所見或單一臟病，或諸臟同病，五臟水與五種水病可能相伴發生，皆與氣、血的運作異常密切相關。參 [清]尤在涇，《金匱要略心典》，收入《中國醫學大成》第九冊(上海：上海科學技術出版社，1992)，卷中，頁 54。[宋]趙義德衍義、[清]周揚俊注，《重刊金匱玉函經二注》，收入《中國醫學大成》第八冊(上海：上海科學技術

- ◎「風水」引起骨節疼痛。
- ◎「少陰脈緊而沈，緊則為痛，沈則為水。」腎氣寒使水飲內生並引發痛症。
- ◎「肝水者，其腹大，不能自轉側，脇下腹痛。」肝有病而引發腹水腫脹，因而阻滯氣血水運行而產生痛症。
- ◎「腎水者，其腹大，臍腫腰痛。」腎有病而引發水腫，腎陽不振而水氣脹滿，氣血阻滯、經脈不通而使腎之府產生痛症。

水濕痰飲的臨床症狀相當複雜，但主要病機皆以陽氣不足為前提，該觀念在《金匱要略》對水氣病的治療大法中可清楚呈現。條文明示：「諸有水者，腰以下腫，當利小便；腰以上腫，當發汗乃愈。」<sup>218</sup>吳謙注文指出：

諸有水者，謂諸水病也。治諸水之病，當知表裏、上下分消之法。腰以上腫者，水在外，當發其汗乃愈，越婢、青龍等湯證也；腰以下腫者，水在下，當利小便乃愈，五苓、豬苓等湯證也。<sup>219</sup>

發汗、利尿和攻逐水濕的方法，其實皆以透過陽氣的補充及活化，使水飲重新得氣之運化而不再留滯為病。

透過前文解析，「痛」的核心病機，應決定於「體內流動的精微物質及氣血水三道的流暢性正常與否」，因為引起痛症的過程中，不管是寒邪阻滯了氣血水的流動、或是熱邪因耗氣導致氣血水的供應不足，各種性質的病因都可能使組織臟腑引發該病機而產生痛症。這些生命元素的供應不足或流通不暢間也存有十分密切的內在聯繫，在病勢發展過程中也可能隨時有從屬關係。這正是後世對於痛的病機有「不通則痛、不榮則痛」論述之濫觴。<sup>220</sup>

出版社，1992），卷十四，頁 1-3。李克光，《金匱要略譯釋》，頁 413-415。

<sup>218</sup> [宋]趙義德衍義、[清]周揚俊注，《重刊金匱玉函經二注》，卷十四，頁 13。

<sup>219</sup> [清]吳謙，《訂正金匱要略注》，收入氏編《醫宗金鑑》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 268。

<sup>220</sup> 「不通則痛」、「不榮則痛」的觀點在《內經》不少篇章皆已有論述，但直到李東垣《醫學發明》才明文提出「痛則不通」的病機學說，往後醫家便大多依此作為疼痛的主要病機。但臨床上僅以本概念考慮痛症、而一味使用「通法」治療，顯然是不足的，筆者認為，不論是「不通則痛」或是「不榮則痛」，也不管發生的部位在組織結構、經脈或臟腑，痛症的核心觀點還是因氣血水的運作受到各種病因影響，喪失正常流暢的活動方式所導致。相關論文可參王希康，〈「不通則痛」試解〉，《醫藥產業資訊》3.17（2006）：119-120。李寶德、魏永軍，〈淺談「不榮則痛」〉，《哈爾濱醫藥》24.4（2004）：35-36。陸倩、李靜，〈《內經》論痛症的病機〉，《新疆中醫藥》17.4（1999）：3-4。侯

《靈樞·決氣》云：「余聞人有精、氣、津、液、血、脈，余意以爲一氣耳。」<sup>221</sup>黃帝認爲，體內的六種重要生命物質，皆因一氣所化生，此乃指各種生命因素所具備的共通性，即背後皆有專屬的能量運作。《靈樞·本藏》中黃帝也說：「人之血氣精神者，所以奉生而周於性命者也。」<sup>222</sup>進一步指出氣血精神乃身體賴以具備生命力、維繫正常功能的依據。因此氣血水三者充足流暢便能使精氣飽足、也使神的活動健全。本節所言「痛」的產生乃因體內發生氣血水的異常，但同時供給神、魂、魄正常運作的氣血水運作應尚正常，因此得以感覺得到痛。換言之，能覺得痛並做出反應表示身體的基本生理功能仍存在，「痛」僅是患部及相關區域的阻滯不暢而已；若連痛的發生都未能察覺，則可推斷體內的生命元素已完全無法正常運作。《素問·六微旨大論》：「出入廢則神機化滅，升降息則氣立孤危。故非出入，則無以生長壯老已；非升降，則無以生長化收藏。」<sup>223</sup>「出入」與「升降」乃體內生生不息機轉的運作模式，氣、血、水、神皆依賴這種活動方式表現生命現象，因此當生命元素的運動逐漸停擺而失去節奏時，氣血不足失司，神不守、魂亦不隨，精氣不足、魄亦無法並精出入，當生命元素完全靜止時，氣血水之「出入」運作廢弛，「神」也不再運作，生命便隨之消亡。

《素問·玉版論要》云：「道在於一，神轉不回，回則不轉，乃失其機。至數之要，迫近以微。」<sup>224</sup>該篇論及色脈揆度等診斷內容，歷代醫家多解讀爲氣血運作與望診脈診間的關係。筆者則認爲該段引文可視爲本節內容之總結，即人身生命力得以呈現的機轉，甚至可視爲宇宙生成化滅的大原則。張介賓認爲：

神者，陰陽變化也。易曰：知變化之道者，其知神之所爲乎。轉，運行不息也。回，逆而邪也。神機之用，循環無窮，故在天在人，無不賴之以成化育之功者，皆神轉不回也。設其回而不轉，則至數逆、生機失矣，故曰

---

忠，〈淺談《內經》論痛〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》1998.4 增刊(上)：29-30。王毅強等，〈中醫疼痛病機辨析〉，《長治醫學院學報》12.4 (1998)：301-302。魯安養，〈《內經》論痛症的病機〉，《陝西中醫》15.10 (1994)：454-455。

<sup>221</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 499。

<sup>222</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 49。

<sup>223</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 913。

<sup>224</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 191。

神去則機息，又曰失神者亡也。<sup>225</sup>

「一」是「道」所具備的特質，是宇宙運作的各種機制，是穩定世間萬物、維繫實像存在的力量，也是參透事理真相的主要關鍵。《老子》提到：「昔之得一者：天得一以清，地得一以寧，神得一以靈，谷得一以盈，萬物得一以生，人得一以爲天下貞。」<sup>226</sup>萬事萬物得道者，皆能守其運作規則而各自獨立發展，人受天地陰陽之氣影響，體內氣血水之運作亦各有其自然規律，以維持生命力正常的狀態。顏師古注《漢書》曰：「轉，傳送也。」<sup>227</sup>能量與物質互動的過程中，必須透過訊息的介入以維持機轉的連繫順暢、確保恆定，訊息的來源即是因「神」所運作傳輸而來，因此《靈樞·大惑論》所言：「目者，心使也，心者，神之舍也，故神精亂而不轉，卒然見非常之處，精神魂魄，散不相得，故曰惑也。」<sup>228</sup>指的便是因精神散亂、神識不守使訊息失常而引發感官障礙。此外，本段文字在《針灸甲乙經》中「轉」字作「揣」，<sup>229</sup>音去又乃ノ，有聚合積聚之意，<sup>230</sup>亦通「搏」，作專一、集中解。<sup>231</sup>「回」作「逆回」解，<sup>232</sup>即違逆、不循常道正道運行而言。因此筆者認爲，神「轉」不「回」或可解釋爲神「搏」不「違」，指神識運作正常、專一而集中時，其維繫身心的訊息便能順暢傳遞，氣血水等「形」的層次物質能量的運作活動便不至於違背自然，而能循正常的「生命之道」而行。當罹患疾病時，生命元素不依正道運作，便會逐漸產生程度不同的病理現象與症狀，氣血水的不足與不暢逐漸影響訊息傳遞，神的層次便受到傷害，當生機已滅之時，神形俱毀。

「痛」是證明生命元素運作失調的重要症狀，深入探討後得知，「痛」的發生不僅是身體受傷害後伴隨發生的症狀，更隱含有生命力異常、甚至可能逐漸衰退的危機。氣、血、水、神的獨立功能與彼此間訊息的溝通與互動，不僅可用

<sup>225</sup> 郭教禮，《類經評注》，頁 373。

<sup>226</sup> [唐]司馬承禎刊正、趙聞起解釋，《天台經幢老子真本》（台北：三民書局，1994），頁 59。

<sup>227</sup> [東漢]班固，《漢書》（台北：台灣商務印書館，1996），頁 15。

<sup>228</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 436。

<sup>229</sup> 張燦理、徐國仟主編，《針灸甲乙經校注》（北京：人民衛生出版社，2004），頁 1862。

<sup>230</sup> 王立，《王立古漢語字典》，頁 381。

<sup>231</sup> 王立，《王立古漢語字典》，頁 388。

<sup>232</sup> [清]張隱菴，《黃帝內經素問集注》，卷三，頁 1。

來說明「痛」的發生原委，更是中醫解釋生命運作觀點及身體與自然關係的主要觀點。眼見當今醫療模式，疼痛的治療皆以各類止痛藥予以壓制，因各種形式的「不通、不榮」而引發的「痛」，反更以「阻斷」發生機轉的方式求取暫時的「無動於衷」，現代醫學「回則不轉」的治療方法除了將身心發出的異常訊息予以掩蓋，身心的生機也因此慢慢的流失。筆者深信，任何身心的細微變化皆有其意義，「至數之要，迫近以微。」深不可測的生命變化起初往往是細微而容易忽略的，面對臨床上病患的諸多苦痛，醫者必須具備正確的醫學知識，同時除了隨時注意觀察、竭盡精力試圖釐清診治之外，沒有第二條路可走。

### 三、同中求異—與痛相關的身體感

「身體感」或「身體經驗」是中醫學的重要內涵之一，醫病雙方身心感受的互相對話組合成每一次就診醫療的過程，也集結成經驗與理論逐漸形成典籍文本中的主要內容。一般情況下的就醫過程乃因病患身心產生異常的感受而主動尋求協助，醫師透過與病患交流接觸（四診）的過程獲取各種訊息與刺激，自身進而產生獨有的感受，並以此感受與經驗及理論相比對，作為分辨診治的依據。「痛」是《內經》中最常見的症狀，大體上也是診療過程中病家最常抱怨的身體感，但一般情況下，當患者未做陳述、又未有明顯的外形異常時，在醫師尚未執行診斷之前，要清楚得知病患當下「為何所苦」是不太容易的；而在臨床上病患的自我陳述千奇百怪，主訴內容可能因各種因素而有差別，對「身體感受」的描述有時也不一定能全盤採信，尤其是「痛」與各種不適感間界線的鑑別有時並不容易，這對病家及醫家皆然。<sup>233</sup>

<sup>233</sup> 李貞德與費俠莉都從中醫婦科發展過程的角度強調：醫學知識的形成與累積中，「病人對症狀感受的自述內容」是非常重要的。費俠莉以為，若以經驗性的詞彙為疾病作分類時，便給予它們很多感覺意義的命名，並認為：「許多症狀和徵兆由患者講述，而不是診治者自己的觀察所見。」李貞德甚至明白指出：「在認識痛的身體感時，病人的自述無疑是不可或缺的。」「疼痛是醫者判斷並形容月經失調等各種婦女病的重要方式。」但筆者認為，在臨床上仍有不少疾病，特別是神經肌肉骨骼一類的問題、或是小兒諸病、或病患表達能力較差等狀況，病人對「痛」的主述通常並不十分準確，在

身體的感受未能完全真確描述對病患及一般人來說或許並不重要，但對醫者而言，感受類似的症狀對身體的意義並不完全相同，在臨床上必須要能夠加以分辨。《內經》中與「痛」類似的身體感尚有「痺」、「厥」、「痿」等，這些身體感的產生、病家感受的描述、以及醫師診斷後對病因病機的詮釋皆與「痛」有類似之處，甚至各種身體感覺同時相伴發生，這在探討「痛」的議題時有必要進一步釐清其異同，此為本節論述的重點。

### （一）痺

《漢書·藝文志》論及「經方十一家」時，其中包含有「五藏六府痺十二病方」共三十卷，<sup>234</sup>與「疝病」、「痺病」、風寒熱病、五藏傷中、外傷、婦兒等疾病並列。以五藏六府「痺有十二」的紀錄來看，在中醫學疾病的範疇裡，「痺」應該不僅只是一種常見的症狀與感受，在臨床上更代表一群特定疾病及症狀的類別，範圍涵蓋全身，具有獨特的定義與內涵。<sup>235</sup>探討「痺」證，必須從《素問·痺論》談起，岐伯有言：

風寒濕三氣雜至，合而為痺也。其風氣勝者為行痺；寒氣勝者為痛痺；濕氣勝者為著痺也。<sup>236</sup>

「痺」是一種複合病因所產生的證，風寒濕三種邪氣同時作用於人體，是痺證產生的必要條件，同時也因各氣偏盛而有特性上的差異。人體罹患痺證也會因季節、身體部位及生活習慣的不同而有所差異，〈痺論〉指出身體各種結構受風寒濕三種邪氣時，依五行相應的方式在所配屬的季節容易發生發生痺證，即「皮、脈、肌、筋、骨」五痺的好發季節分別對應在「秋、夏、至陰（長夏）、春、冬」。若組織結構原有痺證未癒，由於五臟與組織結構內外相合，在相應季節重複感受風寒濕三氣時，便會使痺證內舍於五臟，形成五臟痺證。至於六腑為痺則與飲食起居有關，飲食不節、起居失常，導致六腑損傷，身體形成體虛易病的狀態，這

---

診治時僅能作為參考。參費俠莉：《繁盛之陰》，頁 68。李貞德：〈性別、醫療與中國史〉，「從醫療看中國史」學術研討會論文（台北：中央研究院歷史語言研究所，2005），頁 13-14。

<sup>234</sup> [東漢]班固，《漢書》，頁 452。

<sup>235</sup> 劉春媛，〈《內經》論痺〉，《江西中醫藥》36.3（2005）：13-16。

<sup>236</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 557。

時若風寒濕三氣伺機由各腑俞穴進入，邪盛正虛，便能導致六腑痹。六腑痹中另有獨立之「腸痹」與「胞痹」；「腸痹」乃指邪氣痹於大小腸，不但造成腸中氣上迫肺引起喘息氣急，也形成小便不出、下為飧泄的症狀。「胞痹」則指邪閉於膀胱，故按之內痛，且胞中之水因痹而不行、久而化熱，也導致膀胱內熱、小便不利；膀胱經氣同時因邪氣所阻而上逆，形成清涕流出。<sup>237</sup>《史記》倉公列傳曾載有一「腎痹」醫案，齊王后之弟宋建「故有腰脊痛」，在下雨天搬弄大石後，導致腰脊痛加重、且不得小便，倉公認為此乃「腎痹」，必須急治，不使邪氣進入五臟。<sup>238</sup>因此診治痹證應特別注意的是「諸痹不已，亦益內也。」<sup>239</sup>的概念，臟腑之痹或因外痹日久、內傳五臟，或因生活失宜、虛不勝實而內傷六腑，各種痹證日久不愈，病邪便可由表向內、或由局部向外擴展，最後產生內外皆痹。

除了外感風、寒、濕三因之外，「痹」的形成尚有其他病因。《素問·四時刺逆從論》進一步論述各經脈氣血異常有餘不足與痹證間的關係：

厥陰有餘病陰痹，不足病生熱痹。

少陰有餘病皮痹隱軫，不足病肺痹。

太陰有餘病肉痹、寒中，不足病脾痹。

陽明有餘病脈痹，身時熱，不足病心痹。

太陽有餘病骨痹身重，不足病腎痹。

少陽有餘病筋痹脇滿，不足病肝痹。<sup>240</sup>

依臨床經驗考量，三因皆有可能誘發經脈氣血產生極端性的異常，使之有餘則病五體，不足則病五臟。但該篇重點在於外因，主要強調針刺治病應該順從四時，明瞭四時經氣有餘不足及所在部位，因時制宜。「邪氣者，常隨四時之氣血而入客也，至其變化，不可為度。」<sup>241</sup>若不明時節與氣血之順逆虛實，誤施針刺亦能使氣血耗散為痹。例如冬氣在骨髓，但犯了「冬刺絡脈」的禁忌時，便能使內氣外泄，造成「大痹」。<sup>242</sup>此外，《諸病源候論》強調身體血氣虛弱是罹患痹證的

<sup>237</sup> [清]張隱菴，《黃帝內經素問集注》，卷五，頁63。

<sup>238</sup> [西漢]司馬遷，《史記》，頁611。

<sup>239</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁564。

<sup>240</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁819。

<sup>241</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁823。

<sup>242</sup> 忽略季節對人身氣血活動的影響力，而逕自針刺者，《黃帝內經》稱之為「逆四時而

主因，特別是風濕多而寒氣少的「風濕痺」，乃「由血氣虛，則受風濕，而成此病。」<sup>243</sup>人體虛弱，氣血不足而導致腠理開，風濕邪氣便易於相感。或見水飲亦可引發痺證，《靈樞·邪氣臟腑病形》談到異常肝之脈象：「緩甚為善嘔，微緩為水瘕痺也。」<sup>244</sup>水飲積於胸脇假聚成形，導致小便不利時，肝脈呈現微緩，並能引發「水瘕痺」，而同篇也論及肝脈「微瀦為瘕攣筋痺。」則應是指肝血不足、無法濡養筋肉而形成的抽筋無力感。另《金匱翼》曾引申〈痺論〉所言提出「熱痺」之名，熱痺乃「閉熱於內」之意，因臟腑經絡原先即有蓄熱，復遇風寒濕氣客之，原有熱邪再為寒鬱，導致氣血更加不得通暢，時間一久則寒亦化熱而成痺證。<sup>245</sup>

〈痺論〉從營衛氣血之功能與活動探討「痺」的病機。營血循行於脈中，循脈貫五臟絡六腑，提供能量與營養；衛氣外行於皮膚分肉間，內熏於肓膜、散於全身以保衛身體。當營衛受到風、寒、濕三氣感染，並與之相合時，便能形成「痺」證。《素問·五藏生成》指出：「臥出而風吹之，血凝於膚者為痺，凝於脈者為泣，凝於足者為厥。此三者，血行而不得反其空，故為痺厥也。」<sup>246</sup>氣血受外邪影響造成運行方式的異常，無法正常流動、來去組織間隙孔竅，此乃形成痺厥等證的主因。《靈樞·賊風》更擴大範圍解釋了痺證的病因病機：

嘗有所傷於濕氣，藏於血脈之中，分肉之間，久留而不去。若有所墮墜，惡血在內而不去，卒然喜怒不節，飲食不適，寒溫不時，腠理閉而不通。其開而遇風寒，則血氣凝結，與故邪相襲，則為寒痺。<sup>247</sup>

風寒濕仍是誘發痺證產生的導火線，但平素飲食不當、生活起居習慣不良、宿疾潛伏、加上四時寒溫不調等內在因素，才是使身體易於受到外邪感染與否決定性

---

生亂氣。」四時經氣原則乃「春氣在經脈，夏氣在孫絡，長夏氣在肌肉，秋氣在皮膚，冬氣在骨髓中。」所以用針時必須從其經氣，以除其邪，使亂氣不生。若刺不知四時之經，便是以從為逆，正氣內亂，反會加重病情。原條文參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 820、825。

<sup>243</sup> 丁光迪主編，《諸病源侯論校注》，頁 28。

<sup>244</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 98。

<sup>245</sup> [清]尤在涇，《金匱翼》，收入《中國醫學大成》第九冊（上海：上海科學技術出版社，1992），卷六，頁 52。

<sup>246</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 154-155。

<sup>247</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 150。

的因素。《素問·平人氣象論》指出：「脈澀曰痺。」<sup>248</sup>表示的是體內氣血運行不順暢的病機，此即呈現痺證產生時身體內部狀態的異常特徵。精神與情志的失調，導致氣機抑鬱不舒，也能使血行受阻發生瘀滯而閉阻脈絡、產生痺證；《中藏經》論「氣痺」云：「愁憂思喜怒過多，則氣結於上，久而不消則傷肺。」<sup>249</sup>五志失調，使氣機結於胸中，抑郁而不暢，一旦傷肺，則使生氣漸衰，邪氣愈勝，終至擴大成肢體及內臟的各種痺證。所以維持身心健康而氣血流暢的身體，即使身處風寒濕氾濫的環境，也不易罹患痺證，因此〈痺論〉才會提到：「逆其氣則病，從其氣則愈，不與風寒濕氣合，故不為痺。」<sup>250</sup>

不同文本對「五體為痺」的定義並不完全相同。〈痺論〉談的是季節與「皮、脈、肌、筋、骨」五種結構間易感性的對應關係，具有五行學說的概念。《素問·長刺節論》則論及筋痺、肌痺及骨痺，並單純以病邪所在來命名，如「病在筋，筋攣節痛，不可以行，名曰筋痺。」<sup>251</sup>此應屬於臨床直觀的紀錄。而《中藏經》較為特殊，主論五臟痺卻以相合之五體「筋、骨、血、肉、氣」為名：

又有筋、骨、血、肉、氣之五痺也。大凡風寒暑濕之邪入於肝，則名筋痺；入於腎，則名骨痺；入於心，則名血痺；入於脾，則名肉痺；入於肺，則名氣痺。感病則同，其治乃異。<sup>252</sup>

《中藏經》不僅五分法的對象不同，即使同名也不具相同意義，至於五臟痺證的病因病機與症狀描述，更與〈痺論〉有明顯差異。《中藏經》雖言「痺者，風寒暑濕之氣中於人臟腑之為也。」但對於五臟罹患痺證其實皆有前提：

氣痺者，愁憂思喜怒過多，則氣結於上，久而不消則傷肺，肺傷則生氣漸衰，則邪氣愈勝，留於上，則胸腹痺而不能食，注於下，則腰腳重而不能行。

血痺者，飲酒過多，懷熱太盛，或寒折於經絡，或濕犯於榮衛，因而血搏，遂成其咎。

<sup>248</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 248。

<sup>249</sup> [漢]華佗，《華佗中藏經》，頁 28。

<sup>250</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 567。

<sup>251</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 690。

<sup>252</sup> [漢]華佗，《華佗中藏經》，頁 28。

肉痺者，飲食不節，膏粱肥美之所為也。脾者肉之本，脾氣已失，則肉不榮，肉不榮則肌膚不滑澤，肌肉不滑澤則腠理疎，則風寒暑濕之邪易為入，故久不治則為肉痺也。

筋痺者，由怒叫無時，行步奔急，淫邪傷肝，肝失其氣，因而寒熱所客，久而不去，流入筋會，則使人筋急，而不能行步舒緩也，故曰筋痺。

骨痺者，乃嗜欲不節，傷於腎也，腎氣內消，則不能關禁，不能關禁，則中上俱亂，中上俱亂，則三焦之氣痞而不通。<sup>253</sup>

很顯然的，華陀的論述結合了《素問·痺論》與《靈樞·賊風》外感與內傷為痺的觀點，並將症狀群的範圍加以擴大至全身上下內外。華氏不將組織結構與臟腑分開討論，而以五體痺為名通論人身，並且認為「痺」的產生並非猝然而發，其運作機轉皆先因五臟及其藏象產生異常，方使風寒暑濕有機可乘，發為痺證。由上述討論吾人可認定，中醫學所謂的痺證，病因實有內外虛實之分，而且必須內外因素同時存在、互相結合方使致病。至於病機，主要乃營衛氣血受內外因擾亂，失去正常運作規律所導致。《張氏醫通》所言：「夫痺證非不有風，然風入在陰分與寒濕互結，擾亂其血脈，致身中之陽不通於陰，故致痺也。」<sup>254</sup>正可作為本觀點之主旨。

痺的證候描述極為複雜，病位更遍及全身，「痛」除了與「痺」有類似的病因病機之外，更是痺證產生時重要的症狀之一。〈痺論〉指出痺的症狀可分為「痛」、「不痛」及「不仁」之別；以寒氣為主的痺證最能引發痛症，《太素·痺論》指出：「凡痺之類，逢寒則急，逢濕則縱。」<sup>255</sup>本引文在《素問·痺論》「急」字原為「虫」，古代「疝」或作「虫」，依段玉裁注《說文》「疝」乃「疼」，故寒邪引起的痺證足以使身體產生拘緊及疼痛感。《諸病源候論》有雷同的說法：「凡痺之類，逢熱則癢，逢寒則痛。」<sup>256</sup>因寒性收引凝滯，能使氣血鬱遏，阻滯經脈不通而痛，因此〈痺論〉開宗明義便說「寒氣勝者為痛痺。」並依邪氣所在

<sup>253</sup> [漢] 華陀，《華佗中藏經》，頁 28-29。

<sup>254</sup> [清] 張璐，《張氏醫通》，頁 249。

<sup>255</sup> [唐] 楊上善撰注，《黃帝內經太素》，頁 889。

<sup>256</sup> 丁光迪主編，《諸病源候論校注》，頁 77。

部位而發生。<sup>257</sup>《靈樞·周痺》談到引發痛症的痺證又可分為兩類：「眾痺」及「周痺」，其特徵各有不同。「眾痺」的發生乃邪氣分布於身體各部位，不定時停留或轉移，因此其痛症也突然發生、突然停止，同時左右兩側會互相對應影響，但並不會同時引起全身疼痛。引發「周痺」產生痛症的病機乃因「風寒濕氣，客於外分肉之間，迫切而為沫，沫得寒則聚，聚則排分肉而分裂也，分裂則痛。」<sup>258</sup>而與「眾痺」的差異在於邪氣留於血脈之中，隨之上下循行傳遍全身，故無左右對應特徵，而是邪氣走竄至何處，該處即發病。至於非屬於「痛」的症狀，〈痺論〉言：「痺在於骨則重，在於脈則血凝而不流，在於筋則屈不伸，在於肉則不仁，在於皮則寒，故具此五者，則不痛也。」<sup>259</sup>主要描述的是除了寒邪偏勝引發痛症之外，痺證尚能導致肢體及組織結構的各種功能障礙。基本上「痛」、「不痛」及「不仁」的症狀多發生於臟腑以外的組織結構，影響經脈循行時導致氣血不暢，累及皮膚肢節肌肉時則產生肌膚不仁、肌膚盡痛、筋肉關節筋攣節縮、屈伸不利、身熱、身寒、骨重不舉等諸多症狀。

有關痺的症狀描述在五體及五臟並不相同。臟腑為痺幾乎未論及痛症，而以臟腑氣血阻滯所造成的功能異常症狀為主。<sup>260</sup>〈痺論〉言及五臟為痺的因素與症狀列表如下：<sup>261</sup>

痺聚於臟	五藏	症狀
淫氣喘息，痺聚在肺。	肺痺	煩滿、喘而嘔。
淫氣憂思，痺聚在心。	心痺	脈不通，煩則心下鼓，暴上氣而喘，噎乾，

<sup>257</sup>《素問·長刺節論》有「病在筋，名曰筋痺；病在肌膚，名曰肌痺；病在骨，名曰骨痺。」的記載，並在各部位皆能出現痛的症狀。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 690-691。

<sup>258</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 466。

<sup>259</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 570。

<sup>260</sup>醫家論及五臟痺時，臨床症狀的觀察與紀錄並不相同，甚至病機的論述也有所差異，如張石頑論「五藏痺」便有異於〈痺論〉之敘述，「肺痺則肺氣不清，胃熱上逆，故煩喘而嘔。心痺則脈道不通，心火內衰，濕氣凌心，故恐。肝痺則血液阻滯，水飲客之，故上為引急，如有所懷也。腎痺則胃之關門不利，故善脹。濁陰濕邪傷其陽氣，所以腳攣不能伸，身痺不能值也。皮痺則陽氣不遠，故四肢懈惰，上焦痞塞也。」但內容同樣皆少見論及痛症。參〔清〕張璐，《張氏醫通》，頁 244。

<sup>261</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 560、564。

		善噫，厥氣上則恐。
淫氣乏竭，痺聚在肝。	肝痺	夜臥則驚，多飲，數小便，上為引如懷。
淫氣遺溺，痺聚在腎。	腎痺	善脹，尻以代踵，脊以代頭。
淫氣肌絕，痺聚在脾。	脾痺	四肢解墮，發咳、嘔汁，上為大塞。

岐伯認為痺證「其入臟則死，其留連筋骨間者疼久，其留皮膚間者易已。」<sup>262</sup>不同的身體結構因應痺證的發生有不同的症狀反應，也與病邪侵入身體的層次有關，「痛」可能隨「痺」而發生，但並不是必然的過程。筆者亦認為，由於痺證發生於臟腑時預後較差，醫家所關切的相關症狀或許也偏重於如何維持病患的生命力及臟腑功能穩定，痛症的產生相對而言可能也就較不被重視。以「痺」為名的病理特徵相當多，因此痺的意義並非單一性。《中藏經》論痺開宗明義已說：「痺者閉也，五臟六腑感於邪氣，亂於真氣，痺而不仁，故曰痺。」<sup>263</sup>當維繫生命力的氣血流動出現閉阻性的異常時，可能生疼痛、也可能產生麻痺、或其他經脈、臟腑、營衛氣血閉阻不通以及邪氣鬱塞組織結構的病理症狀。張景岳認為，「陰邪直走陰分，即諸痺之屬也。」<sup>264</sup>各類痺證症狀群的發生其實正是「陽氣不足、陰邪為患」的病理過程，合於該病因病機的臨床症狀，便可視為痺證加以論治。

張仲景對於痺證的命名分類與〈痺論〉內容有所差異。《金匱要略》記載了不以痺為名、但與痺證相同的症狀；及以痺為名、但異於〈痺論〉記載的其他症狀。首先討論的是「血痺」，「血痺」是以身體局部麻木不仁為主要症狀的一種疾病，多發生在養尊處優、安逸少勞之人，乃因平素氣虛血弱、復外受風邪，導致血循瘀滯而成。尊榮之人多「形樂志苦」，外型看似肌膚盛壯，其實多半體虛骨弱，不任作勞。周揚俊補註《金匱玉函經》便指出：

骨弱則不耐勞，肌盛則氣不固，稍有勞困，汗易出也。夫汗者，血之液也，衛不固斯汗出，汗出斯陽氣虛，雖微風且得以襲之，則血為之痺。<sup>265</sup>

<sup>262</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 565。

<sup>263</sup> [漢] 華佗，《華佗中藏經》，頁 28。

<sup>264</sup> [明] 張介賓，《景岳全書》，頁 143。

<sup>265</sup> [宋] 趙義德衍義、[清] 周揚俊注，《重刊金匱玉函經二注》，卷六，頁 2。

陽氣不足又外受風寒，導致陽氣不通、血行不暢，引發了氣血俱虛的麻木症狀；故雖名為「血」痺，病機實因氣虛氣滯所引發。「血痺」的麻木症狀雖類似「風痺」，但一般多認為「風痺」兼有較明顯的痛症，<sup>266</sup>或可作為臨床區分依據。

「胸痺」是另一個以「痺」為名，但症狀與病因病機不同的病證。仲景認為，胸痺主要的病機是「上焦陽虛」，故病患呈現「陽微陰弦」的脈象，並產生「胸痺而痛」的症狀。尤怡闡釋認為：「陽微，陽不足也；陰弦，陰太過也。陽主開，陰主閉，陽虛而陰干之，即胸痺而痛。」<sup>267</sup>故陽氣虛，諸寒陰之邪得以乘機佔據胸背陽氣之所居時，胸背之氣痺而不通，疼痛、喘息、咳唾、短氣等症狀便相繼發生。陰寒之氣種類不一，發作更有輕重緩急之別，筆者依條文及對治處方製表分析如下：

胸痺症狀	處方	病機	方義 <sup>268</sup>
喘息咳唾，胸背痛，短氣，寸口脈沉而遲。關上小緊數。	栝蔞薤白白酒湯	胸陽閉阻，痰氣上逆。	通陽散結，豁痰下氣。
不得臥，心痛徹背者。	栝蔞薤白半夏湯	痰飲較上方更盛，導致氣機阻滯，肺失宣降。	通陽散結，逐痰降逆。
緩急者。	薏苡附子散	寒濕閉阻，胸陽不通。	溫陽化濕，宣痺止痛。
胸中氣塞，短氣。	(1)茯苓杏仁甘草湯 (2)橘枳薑湯	(1)水飲在肺，而失宣降。	(1)宣肺化飲。 (2)行氣化飲，和胃降

<sup>266</sup> 《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治第六》指出，「血痺陰陽俱微，寸口關上微，尺中小緊，外證身體不仁，如風痺狀，黃耆桂枝五物湯主之。」吳謙注曰，「如風痺狀，但不似風痺歷關節流走疼痛也。」周揚俊亦言，「若言證以不仁概之，則疼痛麻木，每與我相阻，其為不仁甚矣，故以風痺像之，非真風痺也。」參〔清〕吳謙，《訂正金匱要略注》，頁 229。

<sup>267</sup> 〔清〕尤在涇，《金匱要略心典》，卷中，頁 4。

<sup>268</sup> 表內病機與方義參張家禮、陳仁旭主編，《金匱圖解釋要》（上海：上海科學技術出版社，1993），頁 86。

		(2)氣滯挾飲，胃失和降。	逆。
心中痞氣，氣結在胸，胸滿，脇下逆搶心。	(1)枳實薤白桂枝湯 (2)人參湯	(1)胸胃陽虛，胸陽痹阻，氣結於胸，痰氣上逆。 (2)中陽虛寒，大氣不運，凝滯不通。	(1)通陽散結，瀉滿降逆。 (2)溫中助陽，健脾益氣。

因中上焦的陽氣不足，使水液陰邪不化、形成痰飲，復與氣虛氣滯結合，便成胸痹。從對治處方與方義可知，仲景對胸痹採急則治標、緩則治本之法，但皆不脫離以維繫陽氣之充足與流暢為大法。

《金匱要略》尚言「歷節」病，與〈痺論〉所言「痺」有類似的病因病機，亦須一談。仲景言：

寸口脈沉而弱，沉即主骨，弱即主筋；沉即為腎，弱即為肝。汗出入水中，如水傷心，歷節黃汗出，故曰歷節。<sup>269</sup>

引文明示歷節乃因肝、腎虧虛，使相合之筋、骨不得充養，因此容易受邪所侵；若再逢汗出腠理大開之時得水濕寒邪侵入，寒濕流於筋骨、注入關節，便會產生痛症，若寒濕久鬱化熱，便可同時在局部皮膚出現黃汗。此外，平素因飲食不節之習性損傷筋骨，及外觀形盛、實已內虛之人飲酒汗出當風，皆容易發生歷節痛症。<sup>270</sup>因此仲景進一步闡述歷節的病機時便指出：「榮氣不通，衛不獨行，營衛俱微，三焦無所御，四屬斷絕，身體羸瘦，獨足腫大，黃汗出，脛冷。假令發熱，便為歷節也。」<sup>271</sup>因內虛合併外邪，使營衛氣血不通，三焦功能失調，導致肢體關節產生變形及疼痛等病症。該病理過程與〈痺論〉所言相當類似，臨床症狀也

<sup>269</sup> [宋]趙義德衍義、[清]周揚俊注，《重刊金匱玉函經二注》，卷五，頁8。

<sup>270</sup> 《金匱要略》指出，「盛人脈濇小，短氣，自汗出，歷節疼，不可屈伸，此皆飲酒汗出當風所致。」肥人本濕多，陽氣為濕所搏而脈短，因風作使而自汗，氣血為邪所痹而疼痛不可屈伸。「味酸則傷筋，筋傷則緩，名曰泄；鹹則傷骨，骨傷則痿，名曰枯。枯泄相搏，名曰斷泄。」除內虛邪客乘之而為病之外，飲食之味過傷，日久亦為歷節病矣。參[宋]趙義德衍義、[清]周揚俊注，《重刊金匱玉函經二注》，卷五，頁9-10。

<sup>271</sup> [宋]趙義德衍義、[清]周揚俊注，《重刊金匱玉函經二注》，卷五，頁10。

出現有如五體爲痺一般的皮膚肌肉關節疼痛攣急、屈伸不利、身熱寒等症狀，故張石頑說：「按痛風一證，《靈樞》謂之賊風，《素問》謂之痺，《金匱》名曰歷節，後世更名白虎歷節，多由風寒濕氣，乘虛襲於經絡，氣血凝滯所致。」<sup>272</sup>後世醫家雖有不同命題，但病因病機實則一也。<sup>273</sup>

痺不僅只是一種症狀，也不僅見於一種疾病。嚴格的說，痺是一種病理概念，是在特定病因（風寒濕）、病機（三氣與榮衛合）下形成的症狀群，不論病位是臟腑或組織結構，甚至某些不以痺爲名的病證亦包含在內。再讀《中藏經》論「痺」：

痺者閉也，五臟六腑，感於邪氣，亂於真氣，閉而不仁，故曰痺。病或痛、或癢、或淋、或急、或緩，而不能收持，或拳而不能舒張，或行立艱難，或言語蹇澀，或半身不遂，或四肢拳縮，或口眼偏邪，或手足欹側，或能行步而不能言語，或能言語而不能行步，或左偏枯，或右壅滯，或上不通於下，或下不通於上，或大腑閉塞（一作小便秘澀），或左右手疼痛，或得疾而即死，或感邪而未亡，或喘滿而不寐，或昏冒而不醒，種種諸症皆出於痺也。<sup>274</sup>

當病邪侵襲身體，導致氣血運行不暢、或臟氣不和時，風寒濕邪外襲，因邪氣彼此間的盛衰差異而產生程度、部位、命名不同的經絡不通、氣血凝滯病機，病患便產生疼痛等一連串種類繁多的相關症狀。這與現代醫學的疾病分類明顯分屬不同觀點，無怪乎余岩引經據典分析了「痺」之後，仍不解的說：

是故舊醫之所謂痺，至少含有神經炎及癱瘓質斯（Rheumatismus）兩種，恐其他種種關節及肌肉之有腫痛而有麻木不仁者亦多混雜其中，故所述病候極其複雜，試取《素問·痺論》讀之，誕漫雜亂，豈復有疾病境界之可

<sup>272</sup> [清]張璐，《張氏醫通》，頁 251。

<sup>273</sup> 周學海曾論「勞痺」證治，認為痺證有二，「有虛勞之痺，有積聚、癰疽、麻木、疼痛之痺。」積聚、癰疽、麻木、疼痛之痺乃「實痺」，其本未傷，疏之即復。虛勞之痺往往虛實夾雜，須明邪氣之來路去路，補虛攻實。本病乃因氣或血其一先病，因虛累及對方，復加外邪久結，因而成病。參 [清]周學海，《讀醫隨筆》（北京：中國中醫藥出版社，1997），頁 23-27。

<sup>274</sup> [漢]華佗，《華佗中藏經》，頁 28。

辨乎？<sup>275</sup>

傳統中醫學與現代醫學的身體觀差異由此得到明證，分類方法的不同，自然也形成診斷治療方法的差異，一旦自成完整體系亦能治癒疾病時，「疾病境界」之辨別各有所擅有何不可？但唐突以「誕漫雜亂」比之，筆者認為恐怕流於「不知其要，流散無窮。」之「弊」。

## (二) 厥

「厥」是相當特殊的身體感，與痛的關係亦十分密切，這從早期出土的醫學文獻中便可看出。張家山漢簡《脈書》與馬王堆帛書《陰陽十一脈灸經》論述脈之病候時，因脈異常搏動後產生的一系列症狀經常以「×厥」名之：

《脈書》 <sup>276</sup>		《陰陽十一脈灸經》 <sup>277</sup>	
鉅陽之脈	踵蹶	足鉅陽之脈	踝蹶
少陽之脈	陽厥	足少陽之脈	陽厥
陽明之脈	骭蹶	足陽明之脈	骭蹶
少陰之脈	骨蹶	足少陰之脈	骨蹶
臂鉅陰之脈	—	臂鉅陰之脈	臂蹶
臂少陰之脈	臂蹶	臂少陰之脈	臂蹶

「厥」與「蹶」同音通假，<sup>278</sup>「蹶」與「蹶」僅偏旁位置不同，<sup>279</sup>因此三字通用。

<sup>275</sup> 余岩，《古代疾病名候疏義》（台北：自由出版社，1972），頁 232。

<sup>276</sup> 江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，《文物》1989.7：73。

<sup>277</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》（長沙：湖南科學技術出版社，1992），頁 221、227、232、259、268、272。

<sup>278</sup> 李珍華、周長楫，《漢字古今音表》（北京：中華書局，1999），頁 245。李戎，《中醫藥通假字字典》（上海：上海科學技術文獻出版社，2001），頁 202。

<sup>279</sup> 從對戰國時代文字形體演變的研究中得知，文字的筆畫及偏旁常會有所變異，這種現象稱為「異化」，異化後的文字對於筆畫的組合、方向和偏旁的種類及位置會產生較大的變化。如「蹶」與「蹶」應是文字的形體方向和偏旁位置有所變異的「方位互作」而形成不同的字型。參何琳儀，《戰國文字通論》（南京：江蘇教育出版社，2003），頁 226-229。

兩篇文獻內容雷同，症狀描述的用字幾乎完全相同，現以《陰陽十一脈灸經》為本，分別詳細列出症狀：<sup>280</sup>

◎蹻蹻：是動則病衝頭痛，目似脫，項似拔，脊痛，腰似折，髀不可以運，臑如結，膈如裂。

◎陽厥：是動則病心與脇痛，不可以反側，甚則無膏，足外反。

◎肝蹻：是動則病洒洒病寒，善伸，數欠，顏黑，病腫，病至則惡人與火，聞木音則惕然驚，心惕然，欲獨閉戶牖而處，病甚則欲乘高而歌，棄衣而走。

◎骨厥：是動則病悒悒如亂，坐而起則目瞠如毋見，心如懸，病饑，氣不足，善怒，心惕惕恐人將捕之，不慾食，面黯若地色，欬則有血。

◎臂厥（臂鉅陰）：是動則病心彭彭如痛，缺盆痛，甚則交兩手而戰。

◎臂厥（臂少陰）：是動則病心痛，噎乾，渴欲飲。

這些以「厥」為名的「是動則病...」症狀群有別於沿脈循行路徑產生痛症的集合群—「所產病」，是醫家根據脈動異常時可能出現的各種症狀歸納所得，兩大症狀群架構起早期以脈為主體的身體疾病與症狀概念，一直到《靈樞·經脈》完成時仍完全延續這種概念，<sup>281</sup>以「厥」為名成為經脈病候的另一種特殊分類。「×厥」的描述方式具有獨特邏輯與特徵，首先，基於當時各脈仍各自獨立而未有連結及循環的意識，其命名或以脈動起始點為名、或以脈名為名、或以症狀發生部位為名，直觀而無複雜理論，治療標的即為該脈本身。其次，與「是動病」一樣，其症狀描述皆由軀幹往四肢鋪陳，這與描述脈的循行方向正好相反。同時除了「蹻蹻（蹻蹻）」之外皆有心痛或相關的不適症狀。這不禁讓人思考，上述文字除了依序記錄脈的相關生理病理之外，是否也顯示「厥」的發生原因除了基於脈的不尋常搏動之外，脈中氣血循行方向異常（與正常方向相反）的特徵才是「厥」的必要條件？心臟與其相關藏象又是否是「厥」發生時必然影響到的目標？

羅維前（Vivienne Lo）曾探討有關痛、厥與經脈中氣循環理論的形成，或

<sup>280</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 221、227、232、259、268、272。

<sup>281</sup> 《靈樞·經脈》對「×厥」的症狀描述與出土文獻完全相同，經脈循行與「所生病」內容則有修正增減。推測這應是該篇作者握有相關文獻，並隨時代與經驗不斷加入醫學記錄的現象。進一步的探討可參本論文第二章，〈經脈〉篇內容參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 221、227、234、238、241、250。

能解析上述問題。<sup>282</sup>羅氏先引用《莊子》，認為早期時人或將某些「始於腳部而止於心臟」的症狀及現象認為與氣的異常有關，而這是一種名為「厥」的重複模式；繼而爬梳張家山《引書》與《脈書》內容，認為「厥」所論述的是一種四肢與心之間的複合關係，其症狀乃將痛症、四肢與心的病症連結。《脈書》強調了「氣在錯誤方向上運行」的病理現象，「厥」的身體感正是人體在脈運行路線上體驗到該病理現象的一系列綜合症狀。《引書》內容則宣示了透過規範化的呼吸、活動與鍛鍊四肢軀幹可以治療疼痛或各種疾病的養生觀點，部分導引方式更直接針對「厥」而設計，文獻中出現許多「厥」與踵及心的相關症狀間具有連繫的紀錄，似乎同樣呈現了從肢體末端連結到心胸部位的一條疼痛路線。羅氏認為，當時「厥」的概念僅把位於心、四肢及脈路線上的症狀集中在一起，並將包含痛症的各种症狀與病理性的「上氣」狀態視為一致，與往後醫學理論化的內容有所差異。

筆者認為羅氏在研究中由於試圖做史料的時間區隔，過度強調了「出土文獻時期對於『厥』的發生尚無明確的因果關係，也沒有氣循環或逆動的探討。」的觀點。本時期對於體內氣的異常活動其實特別關注，尤其氣的運作不當，反而流向身體上部（頭部、心胸）並聚於局部時，總被視為影響健康、甚至危害生命的現象。《脈書》記載「六痛」時曾言：

氣血腐爛，百節皆沈，款廿末，反而走心。不此預治，且聞哭音。夫脈者，聖人之所貴也。氣者，利下而害上，從煖而去清，故聖人寒頭而煖足。<sup>283</sup>

《引書》也有大量活動肢體疏散氣血以去除胸腹疼痛的方法，甚至在治療飲酒過多導致痿痺時明白提到：「頭氣下流，足不痿□，首不踵軌。」<sup>284</sup>「厥」所具備的「氣血上逆與局部聚集」病機意識與脈動異常的外顯感覺其實從早期便已被注意。在醫學知識的發展中，這種觀念也一直延續至漢初，扁鵲與中庶子描述虢太子病情時，分別引用了「尸蹶」與「暴蹶」之名，兩人對死生預後診斷雖不同，

<sup>282</sup> 本段文字乃筆者整理 Vivienne Lo 的研究論文所得。原始文獻參羅維前，〈痛的溯源—論痛、厥與經脈中氣循環理論的形成〉，收入《簡帛研究 2001》（桂林：廣西師範大學出版社，2001），頁 275-287。

<sup>283</sup> 江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，頁 74。

<sup>284</sup> 高大倫，〈張家山漢簡引書研究〉（成都：巴蜀書社，1995），頁 122。

但中庶子所言「病血氣不時，交錯而不得泄。」與扁鵲所指「陽脈下遂，陰脈上爭，會氣閉而不通。」<sup>285</sup>病機皆符合前述「厥」氣血不依常態運行並產生壅塞閉阻的特徵。至於倉公醫案中，濟北王罹患「風蹶胸滿」，乃因「陽氣盡而陰氣入」，陰氣入張，則寒氣上而熱氣下，胸陽不足氣血凝滯而成胸滿。<sup>286</sup>菑川王也因洗頭後未擦乾便就寢，導致「蹶氣上逆」，產生頭重痛、身熱煩懣的症狀，<sup>287</sup>因此倉公明確指出：「所以蹶，頭熱至肩。」的觀點，與前述出土文獻的紀錄亦相同。再將歷史區段往後延伸，以「風蹶」為例，《素問·評熱病論》指出：

汗出而身熱者，風也；汗出而煩滿不解者，厥也；病名曰風厥。<sup>288</sup>

岐伯論其病機：

巨陽主氣，故先受邪，少陰與其為表裏也，得熱則上從之，從之則厥也。

289

因太陽經受風邪所侵，互為表裡的少陰經氣便從而上逆，若逆於心則可產生煩滿不解的症狀。《靈樞·癲狂》也曾清楚描述「厥逆」症狀：

厥逆為病也，足暴清，胸若將裂，腸苦將以刀切之，煩而不能食，脈大小皆瀋。<sup>290</sup>

至此可知「厥」具備的氣上逆兼局部聚集不暢的病機特性已十分具體，並與心胸及頭部有密切關連，文獻的回溯亦證明相關意識的發展具有其歷史淵源。

直到《內經》成書時期，「厥」的意義已比出土文獻所記載的更加複雜，不但全書有關論述約40餘處，散見於60多篇之中，<sup>291</sup>「厥」也成為《內經》描述疾病症狀次數僅次於「痛」的重要字元。<sup>292</sup>以探討病機的角度來看，《內經》仍延續過去的概念，將「厥」視為「氣機逆亂，氣血運行失常，使陰陽之氣不能相順

<sup>285</sup> [西漢] 司馬遷，《史記》，頁 605-606。

<sup>286</sup> 楊士孝，《二十六史醫家傳記新注》（瀋陽：遼寧大學出版社，1986），頁 25。

<sup>287</sup> 楊士孝，《二十六史醫家傳記新注》，頁 30。

<sup>288</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 430。

<sup>289</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 430-431。

<sup>290</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 404。

<sup>291</sup> 劉慶申、韓云，〈略論《內經》與《傷寒論》“厥”之區別〉，《山東中醫藥大學學報》29.4（2005），頁 259。

<sup>292</sup> 錢超塵，《內經語言研究》（北京：人民衛生出版社，1990），頁 188。

接。」的狀態。《素問·方盛衰論》便說：「是以氣多少，逆皆為厥。」<sup>293</sup>不論陰陽之氣有餘不足，只要氣逆不和皆能為「厥」。從症狀而言，氣血逆行於上，進一步可能造成神志異常或昏迷，即「昏厥」之意。《素問·調經論》便指出：「血之與氣並走於上，則為大厥。」<sup>294</sup>《素問·生氣通天論》亦提出兩種昏迷狀態：「陽氣者，煩勞則張，精絕，辟積於夏，使人煎厥。」「陽氣者，大怒則形氣絕，而血菀於上，使人薄厥。」<sup>295</sup>不但「氣逆」在《內經》時代已明文記載為「厥」的病機，「厥」也從原本單純的病機意涵擴大成為該病機所引發諸多症狀的病名。

「厥」所屬醫學意義的擴大化不僅在病名上有所突破，也隨整體醫學發展而精細化。《靈樞·厥病》專論經脈之氣上逆所引發的「厥頭痛」與五藏氣機逆亂引發的「厥心痛」，<sup>296</sup>除了再次凸顯厥與頭、心相關的「歷史脈絡」意義之外，也顯示不同經脈或臟腑所引發的症狀依其特性而有差別。<sup>297</sup>《素問·厥論》以六經為綱領，明確區分「厥」與「厥逆」之別：<sup>298</sup>

厥	厥逆
巨陽之厥，則腫首頭重，足不能行，發為眴仆。	太陽厥逆，僵仆嘔血善衄。
陽明之厥，則癲疾欲走呼，腹滿不得臥，面赤而熱，妄見而妄言。	陽明厥逆，喘咳身熱，善驚衄嘔血。
少陽之厥，則暴聾頰腫而熱，脇痛，肱不可以運。	少陽厥逆，機關不利，機關不利者，腰不可以行，項不可以顧，發腸癰不可治，驚者死。

<sup>293</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1282。

<sup>294</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 157、780。

<sup>295</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 35-36。

<sup>296</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 430-439。

<sup>297</sup> 《靈樞·雜病》也曾提到足太陽、足陽明、足少陰、足太陰等經脈經氣厥逆所產生的症狀，皆發生於該經脈循行或其相關藏象表現，因此以針刺該經脈以為對治。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 448-450。

<sup>298</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 588-593。

太陰之厥，則腹滿臍脹，後不利，不欲食，食則嘔，不得臥。	太陰厥逆，疝急攣，心痛引腹。
少陰之厥，則口乾溺赤，腹滿心痛。	少陰厥逆，虛滿嘔變，下泄清。
厥陰之厥，則少腹腫痛，腹脹經澁不利，好臥屈膝，陰縮腫疝，鼈內熱。	厥陰厥逆，攣腰痛，虛滿前閉譫言。
—	手太陰厥逆，虛滿而咳，善嘔沫，。
—	手心主少陰厥逆，心痛引喉，身熱。死不可治。
—	手太陽厥逆，耳聾泣出，項不可以顧，腰不可以俛仰。
—	手陽明少陽厥逆，發喉痺，噎腫，瘞。

兩相對照，症狀的描述的確有所差別，因此何劭秋認為《內經》所論「厥」與「厥逆」是不同的病症，<sup>299</sup>黃龍祥則認為此處所言「厥」與「厥逆」之病候皆為脈診所得，皆是與脈的異常搏動相伴發生的症狀。<sup>300</sup>讀全元起本《素問》，「厥」與「厥逆」原文乃紀錄於不同卷中，<sup>301</sup>此證據或可進一步相信原來《素問》所言「厥」

<sup>299</sup>何劭秋，〈論厥和厥逆〉，《西昌師專學報》1998.4：87-92。

<sup>300</sup>黃龍祥指出，《素問·厥論》載有兩種來源不同的脈厥內容，其中第一種六脈厥症候多見於相應經脈的「是動」病。且其後載有「盛則瀉之，虛則補之，不盛不虛，以經取之」的治則，與《靈樞·經脈》內容頗相近。第二種為手足十脈厥逆症候。對於〈厥論〉所載這兩種脈厥內容，後世醫家多理解為厥病，但《太素·經脈厥》載第二種十脈厥逆原文均明確指出「脈」字，皇甫謐編《甲乙經》時，也將此段原文編入脈診篇。《諸病源候論》則講得更加明確，〈卷十七〉提到，「診其脈，太陰脈厥逆，疝急攣，心痛引於腹。」〈卷二十七〉又曰，「手少陽之脈動而氣厥逆而耳聾者，其候耳內輝焯焯也。」這不僅明確指出《素問·厥論》載「太陰厥逆」內容為「診其脈」而來，並在手少陽脈「是動」病中同時使用了「脈動」與「氣厥逆」。又《厥論》曰，「手陽明少陽厥逆，發喉痺噎腫。」而《甲乙經·卷十二》第八篇提到「手足陽明少陽脈動，發喉痺咽痛。」同樣的內容，一作「脈動」，一作「厥逆」。皆足以說明「脈動」、「脈厥」所言均為脈診病候。參黃龍祥，〈經脈病候考源〉，《中華醫史雜誌》24.4(1994)：220-221。

<sup>301</sup>全元起本《素問》中，「厥」記錄於卷五，「厥逆」記錄於卷九，皆名為〈厥論〉。學者認為因王冰後來整理時將兩篇內容合而為一，遂成今本兩者記錄於同一篇的編排方式。參段逸山，《素問全元起本研究與輯復》（上海：上海科學技術出版社，2001），頁133-135、185-187。

與「厥逆」內容可能為不同醫家所論述，因此記錄的臨床症狀各有偏重，此亦為何氏主張之依據；但黃氏引經據典證明此乃針對同一對象所做不同名稱的描述，實際上皆因異常脈動而來的病症觀點也令人信服。筆者認為紀錄「厥」的作者以「厥逆」為名應該有把病機加入該命名中的意識，同時〈厥論〉對厥的論治乃「盛則瀉之，虛則補之，不盛不虛，以經取之。」厥逆諸症則一律「治主病者。」其實也已經暗示兩者的症狀群皆與經脈有關，但除了該項意識之外，「厥」的概念與涉及的臨床觀點實已非出土文獻時期所比擬。

〈厥論〉另談及引發的症狀有寒熱之別，此乃氣逆病機所延伸出來的概念，文中有「寒厥」與「熱厥」之別，兩者皆因內虛而發，並以手足溫度的寒冷發熱為指標性症狀。「寒厥」的病機為：

此人者質壯，以秋冬奪於所用，下氣上爭不能復，精氣溢下，邪氣因從之而上也。氣因於中，陽氣衰，不能滲營其經絡，陽氣日損，陰氣獨在，故手足為之寒也。<sup>302</sup>

「熱厥」的病機為：

酒入於胃，則絡脈滿而經脈虛，脾主為胃行其津液者也，陰氣虛則陽氣入，陽氣入則胃不和，胃不和則精氣竭，精氣竭則不營其四肢也。此人必數醉若飽以入房，氣聚於脾中不得散，酒氣與穀氣相薄，熱盛於中，故熱遍於身，內熱而溺赤也。夫酒氣盛而慄悍，腎氣有衰，陽氣獨勝，故手足為之熱也。<sup>303</sup>

身體先因生活嗜慾、不知所節，使陰陽之氣關係產生異常，下氣上爭、陰虛陽入，四肢經脈皆失其所養，此為發生「厥」之基本條件。若繼續惡化陽氣更衰則寒象明顯；加上飲酒無度熱盛於中，繼而流散至全身，便有熱象。外邪亦可引發厥證，《靈樞·邪客》曾提及「厥氣客於五臟六腑」時，會使得陰陽之氣無法互動，產生一方偏盛的狀態。<sup>304</sup>《素問·氣厥論》進一步論述了「五臟六腑寒熱相移」的

<sup>302</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 584。

<sup>303</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 586。

<sup>304</sup> 《靈樞·邪客》云，「今厥氣客於五臟六腑，則衛氣獨衛其外，行於陽，不得入於陰。行於陽則陽氣盛，陽氣盛則陽蹻陷，不得入於陰，陰虛，故目不瞑。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 267。

問題，<sup>305</sup>強調外感寒熱之氣使臟腑產生氣機厥逆時，不但可使本臟致病，也可在臟腑間彼此轉移，這種臟氣活動模式與功能表現產生異常的現象命為「氣厥」，「厥氣」可引發「氣厥」，「厥」在此也有病因的概念。由於臟腑互動的複雜性，「厥」的症狀也各有不同：

帝曰：厥或令人腹滿，或令人暴不知人，或至半日遠至一日乃知人者何也？

岐伯曰：陰氣盛於上則下虛，下虛則腹脹滿；陽氣盛於上，則下氣重上而邪氣逆，逆則陽氣亂，陽氣亂則不知人也。<sup>306</sup>

陰陽之氣偏盛或偏虛，使另一方有異常活動的機會，上下相干，遂成諸厥。

《素問·天元紀大論》指出：「陰陽之氣各有多少，故曰三陰三陽。」<sup>307</sup>古代醫家爲了區別體內陽氣的多寡盛衰，而以三陰三陽之名爲之分類，除了有定性、定量的含義之外，也蘊含外感疾病演變過程中以陰陽二氣爲中心的消長情況，該觀點爲張仲景著述《傷寒論》時所採用，成爲外感內傷疾病種類與病程進展的六大體系。其中「厥陰」階段爲三陰之末，論及陰之「厥」與前述《內經》論「厥」與「厥逆」有所差異，亦必須討論。《素問·至真要大論》提到：「帝曰：厥陰何也？岐伯曰：兩陰交盡也。」<sup>308</sup>《素問·陰陽類論》云：「一陰至絕作朔晦。」<sup>309</sup>朔、晦爲每月交接之日，因此「一陰」（厥陰）乃位於陰氣將盡與陽氣初始之交接處。《靈樞·陰陽系日月》以十二地支相應十二個月，十二經脈依序繫屬：「戌者，九月，主右足之厥陰；亥者，十月，主左足之厥陰，此兩陰交盡，故曰厥陰。」<sup>310</sup>九月位於少陰所屬（七、八月）之後，十月位於太陰之前（十一、十二月）之前，故爲兩種不同特性之陰氣交會之時。若放大視野看，七、八、九月乃陽氣漸退陰氣漸盛時期，十、十一、十二月則依序陰氣漸退、陽氣漸生，「厥陰」仍可視爲陰氣盡陽氣生之相交階段。再加上《素問·陰陽離合論》提到：「少陰之前，名曰厥陰，厥陰根起於大敦，陰之絕陽，名曰陰之絕陰。」

<sup>305</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 484-488。

<sup>306</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 587。

<sup>307</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 848。

<sup>308</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1198。

<sup>309</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1268。

<sup>310</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 2。

<sup>311</sup>王冰注曰：「兩陰相合，故曰陰之絕陽。厥，盡也。陰氣至此而盡，故名曰陰之絕陰。」<sup>312</sup>故陰之「厥」即陰氣將盡，「厥」在此有竭盡、枯竭、窮盡之意。

313

《傷寒論》談「厥陰」主要有二，一是經脈系統中的足厥陰肝經，另一為本陰陽學說而立論的厥陰系統，並立以「辨厥陰病脈症並治」專章論述。<sup>314</sup>仲景論「厥」明顯與《內經》所言不同，必須從厥陰病談起。吳謙論「厥陰病」指出：「厥陰者，陰盡陽生之臟，與少陽為表裡者也。故其為病，陰陽錯雜，寒熱混淆，邪至其經，從化各異。」<sup>315</sup>厥陰病所呈現的是邪正交爭、寒熱夾雜的病理狀態，是六經傳變中最後的一經，也是正邪二氣互動、陰陽消長的最後階段，由於陰陽正邪之氣勝復變化多端，因而導致厥陰病多樣及複雜的表現。若分析諸條文或可將其病機症候作以下分類：

- (1) 上熱下寒：如「厥陰之為病，消渴，氣上撞心，心中疼熱，飢而不欲食，食則吐蚘，下之利不止。」<sup>316</sup>此乃陰陽失調，寒熱錯雜，從熱而化所導致。
- (2) 厥熱勝復：多以手足逆冷及發熱交替出現為主要症狀，此亦為正邪相爭、陰陽消長所致，可依發作時間長短與程度輕重來判斷預後。如「傷寒發熱四日，厥反三日，復熱四日，厥少熱多者，其病當愈。四日至七日熱不除者，必便膿血，傷寒厥四日，熱反三日，復厥五日，其病為進，寒多熱少陽氣退，故為進也。」<sup>317</sup>
- (3) 厥逆證：「凡厥者，陰陽氣不相順接，便為厥。厥者，手足逆冷者是也。」

<sup>311</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 102。

<sup>312</sup>〔唐〕王冰，《素問王冰注》，收入《四部備要·子部》（台北：台灣中華書局據明顧氏影宋本校刊，1965），卷二，頁 12。

<sup>313</sup>有學者認為，厥陰之「厥」作「盡」義解，是「屈」的通假字。「屈」本有枯竭、窮盡、竭盡之意，如《莊子·天運》「目之窮乎所欲見，力屈乎所欲逐。」《荀子·王制》「使國家足用，而財物不屈。」皆有此義。參王朝暉，〈《內經》中「厥」字源語義辨析〉，《江西中醫學院學報》16.6（2004）：28。

<sup>314</sup>王梅、周春祥，〈論《傷寒論》「厥陰」的兩個不同系統〉，《河北中醫》28.2（2006）：152-154。

<sup>315</sup>〔清〕吳謙，《訂正傷寒論注》，收入氏編，《醫宗金鑑》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 119。

<sup>316</sup>陳亦人，《傷寒論譯釋》（上海，上海科學技術出版社，1995），頁 1022。

<sup>317</sup>陳亦人，《傷寒論譯釋》，頁 1054-1055。

<sup>318</sup>厥逆以四肢厥冷為主要特徵，但依諸條文所言，若夾雜他種病邪則可能同時具有兼證，如陰寒盛之寒厥、熱邪深伏之熱厥、寒熱夾雜的蛔厥等，但其核心病機仍以「陰陽氣不相順接」為主，因該病機使身體氣血、臟腑、升降、出入、表裡、上下各種關係產生失調紊亂，便產生上述一連串寒熱虛實夾雜的複雜表現。<sup>319</sup>

在《傷寒論》中，「厥」分別是少陰、厥陰二病最主要的症狀之一，條文中或稱以「厥逆」、「四逆」、「厥冷」。<sup>320</sup>少數條文或以「手足逆冷」、「手足厥冷」描述，因此仲景所謂「厥」，是指手足逆冷，甚至重則手冷過肘，足冷過膝的症狀。少陰病的性質為心腎陽氣虛，故可從邪化寒化熱，但導致四肢厥冷的病機以陽氣虛及陽氣鬱滯為主，部分症狀夾雜因寒邪聚於四肢骨節及腹中而產生「痛」，或陰虛化熱導致「咽痛」；厥陰病則因身體處於陰盡陽欲初生之際，寒熱陰陽二氣的不相順接，任一方稍有偏盛，便可產生厥逆症狀，但條文中則較少見「痛」的症狀。<sup>321</sup>張景岳論述「傷寒厥逆」時曾言：

詳此仲景之厥逆，頗與《內經》有異。蓋以手足言之，在《內經》則有寒厥熱厥之分，在仲景則單以逆冷者為厥。再以邪正言之，在《內經》則論在元氣，故其變出百端，而在氣在血俱有危證；在仲景則論在邪氣，故單據手足，而所畏者則在陰進而陽退也。觀成無己曰：厥為陰之盛也，義可知矣。<sup>322</sup>

除景岳所言之外，《傷寒論》的敘述與《內經》著重於經脈臟腑氣血悖離逆亂所致之「厥」有所不同，由於仲景主張「陰陽氣不相順接」的觀點，故「厥」的症狀雖類似《內經》所言「寒厥」，但與單純「手足寒」的描述並不同，而有強調「逆」之意，也就是氣無法按照正常方式（方向）運行，陰陽之氣失去相對平衡而呈現不能相互貫通的狀態。

<sup>318</sup> 陳亦人，《傷寒論譯釋》，頁 1042。

<sup>319</sup> 郭任，〈論厥陰病機理即「陰陽氣不相順接」〉，《河南中醫》10.10（2005）：8-9。

<sup>320</sup> 傅延齡，《傷寒論研究大辭典》（濟南：山東科學技術出版社，1994），頁 244。

<sup>321</sup> 〈辨厥陰病脈症並治〉全篇中，與「痛」有關的只有先厥後發熱喉痺咽中痛、冷結在膀胱關元引起小腹滿按之痛、腹中痛自利、下利腹脹滿身體疼痛、及厥陰頭痛等處記錄。參陳亦人，《傷寒論譯釋》，頁 1036、1053、1089、1111、1120。

<sup>322</sup> [明]張介賓，《景岳全書》，頁 137。

姚止庵曾論述《內經》與後世論「厥」的不同觀點：

厥凡三義：一謂逆也，下氣逆而上也，諸凡言厥逆是也；一謂極致也，本篇（《素問·厥論》）之熱厥寒厥，蓋言寒熱之極也；一謂昏迷不省人事也，本篇之言陰盛陽亂也。乃世之云厥者，止以手逆冷，不知人事為言，合之經旨，偏矣。<sup>323</sup>

丹波元堅也指出從《內經》到仲景之言，再到後世醫家，對「厥」的病理定義顯然是有差異的。<sup>324</sup>《內經》論「厥」之意義遠比《傷寒論》及後世文本所言範圍來得大，牽涉的病理及症狀也較多，同時《內經》論「厥」延續出土文獻觀點，與「痛」的關係亦較為密切。但不可忽視的是《傷寒論》所言「厥陰病」亦立下臨床上非常重要的診治準則，「厥陰病」是疾病變化轉歸一個非常重要的時期，理論上介於陰盡陽始的交界處，若診治稍有不慎或病情變化迅速時，陰氣發展至極盡而陽氣未能順勢發生，反而變成陰極盛而陽極虛，「有陰而無陽、脈不還者。」則性命危殆。

在早期醫學的發展中，「厥」字具備有多重意義。基本上「厥」與「痛」有不同的病機，臨床症狀也多有差異，但不論以病患身體感而言，亦或是醫家所關注的目標來說，兩者是處於一樣重要的地位。《呂氏春秋》曾將富貴之人驕佚不任勞動，不知持盈止足視為「招蹶之機」—因生活飲食的過度安逸而使身體獲得罹患「蹶」證的機會，並以此為傷害生命活力的三大原因之一。<sup>325</sup>因此在試圖維護身心平衡及強調不息的生命力概念上，這些負面的症狀與現象特別受到重視，既在診治上被加以凸顯，也強調必須預防，或許這正是古醫家論述經脈病候時以「痛」與「厥」為主要對象的初心。

<sup>323</sup> [清]姚止庵，《素問經注節解》（北京：人民衛生出版社，1983），頁183。

<sup>324</sup> 《雜病廣要》曾指出，「軒岐之所謂厥者，熱厥則其內熱而外證亦熱，寒厥則其內寒熱而外證亦寒；仲景之所謂厥者，其外證則必寒，而其內則有寒者、有熱者，此其異也。至後世則蓋卒然昏運諸病名之為厥，抑又異矣。」參[日]丹波元堅編，《雜病廣要》（北京：人民衛生出版社，1983），頁1068。

<sup>325</sup> 該段原文為，「富貴而不知道，適足以為患。不如貧賤，貧賤之致物也難。雖欲過之奚由？出則以車，入則以輦，務以自佚，命之曰招蹶之機。肥肉厚酒，務以自強，命之曰爛腸之食。靡曼皓齒，鄭衛之音，務以自樂，命之曰伐性之斧。三患者，富貴之所致也。故古之人有不肯富貴者矣，由重生故也。」參陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》（上海：上海古籍出版社，2002），頁22。

### (三) 痿

「痿」在《內經》中，出現頻率雖然不如「痛」、「痺」、「厥」等字，但亦是臨床上常見的病症。《素問》立有〈痿論〉一篇專門論之，其中談及「皮脈筋肉骨」五體痿證；該篇在太素本卷二十五以「五臟痿」為名，強調五臟氣熱是導致五體發痿的病機，而諸症狀皆能產生肢體無力、筋骨不任的相關症狀：<sup>326</sup>

五臟所主	五體痿證
肺主身之皮毛	故肺熱葉焦，則皮毛虛弱急薄，著則生痿躄也。
心主身之血脈	心氣熱，則下脈厥而上，上則下脈虛，虛則生脈痿，樞折挈，脛縱而不任地也。
脾主身之肌肉	脾氣熱，則胃乾而渴，肌肉不仁，發為肉痿。
肝主身之筋膜	肝氣熱，則膽泄口苦筋膜乾，筋膜乾則筋急而攣，發為筋痿。
腎主身之骨髓	腎氣熱，則腰脊不舉，骨枯而髓減，發為骨痿。

若將《靈樞·邪氣藏府病形》提到的骨痿「坐不能起」與《素問·五常政大論》提到的筋痿「不能久立」兩症狀補入，可看出「痿」所指的不但是因熱邪所傷、津液不足而造成各種組織的傷害，也似乎強調具有偏重於下半身的組織痿弱和功能衰退的特徵。<sup>327</sup>〈痿論〉進一步指出：「肺為臟之長，為心之蓋。…五臟因肺熱葉焦，發為痿躄。」<sup>328</sup>痿證的發生最主要與肺有關，肺為五臟華蓋，因肺熱而產生的「痿躄」，使肺之布水精、朝百脈的功能失常，經脈氣血空虛，熱氣相傳後五臟便無法獲得滋養，五體便成痿証。因此張景岳說：

肺主氣以行營衛，治陰陽，故五臟之痿，皆因於肺氣熱，則五臟之陰皆不

<sup>326</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 572。

<sup>327</sup> 古代「痿」字本有下肢的萎廢不用，即足痿的意思。《方言》指出，「委、痿謂之隄企。」郭璞注，「腳躄不能行也。」痿、躄皆為足部疾患之意。《玉篇》更明白指出，「痿，不能行也。」當時所言「痿」主要即指足痿，是一種下肢行走困難或無法行走的疾患。參〔西漢〕楊雄，《方言》（台北：國民出版社，1959），頁90。〔梁〕顧野王，《大廣益會玉篇》，頁56。

<sup>328</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 574。

足，此痿躄之生於肺也。<sup>329</sup>

詳細推敲，痿証除了產生肌肉痿弱弛緩不用之外，也會引起皮毛肌膚衰弱枯萎、血脈空虛、脾胃失常、膽汁分泌異常、及筋攣骨枯等病理症狀。因此廣泛的說，身體某部分組織或內臟發生萎縮、氣血供應不足或失去機能，特別是產生肢體軟弱無力不能隨意運動、手不能持物、足不能任身的症狀都可通稱為「痿」。

《金匱要略》亦論及肺痿，其病機有寒與熱兩種，皆屬虛證；能引起體內津液不足，肺氣虛衰，肺葉痿弱不振、欲張而無力等現象。肺虛熱得之於「汗出、嘔吐、消渴、小便利數、便難又被快藥下利」等原因，使體內津液被反覆損耗後上焦產生虛熱而發生肺痿。肺虛寒會產生不渴、遺尿、小便數、眩、多涎唾等津液消耗的症狀，此乃「上虛不能制下」，肺中虛冷上焦陽虛，同樣使津液不得收攝與運化而不當流失。<sup>330</sup>仲景論肺痿諸症狀僅集中於肺的相關藏象表現，是指因津液不足、肺氣虛弱所致而以咳吐濁唾涎沫與小便異常為主症的一種疾病，並未涉及其他器官或組織的病理表現。此雖延續〈痿論〉津液耗傷致痿的思考主軸，但內容已有所差別。

依〈痿論〉所言，熱邪是痿證發病前的最後一道病因，但事實上，外感六淫皆可能致痿，特別是在《內經》論及運氣醫學的篇章裡，有各種外在淫氣引發痿證的記載，熱邪並非唯一的因素。《素問·五常政大論》提到：「厥陰司天，風氣下臨，脾氣上從，而土且隆，黃起水乃眚，土用革，體重肌肉萎，食減口爽。」<sup>331</sup>此乃指風氣偏盛之年，脾因受其影響而容易發生疾病，產生身體沈重、肌肉萎縮的症狀。該篇尚提及「陽明司天，燥氣下臨，肝氣上從，蒼起木用而立，土乃眚，淒滄數至，木伐草萎，脇痛目赤，掉振鼓慄，筋痿不能久立。」<sup>332</sup>則指燥氣司天之年，氣候偏涼燥，導致春氣不溫，肝木之氣不能生發，容易導致體內肝的

<sup>329</sup> 郭教禮，《類經評注》，頁 611。

<sup>330</sup> 原文及歷代醫家注參〔清〕吳謙，《訂正金匱要略注》，頁 234-239。相關研究論述參嚴豔，〈肺痿病的中醫研究概述〉，《中醫藥信息》20.6（2003），頁 10-11。汪泳濤、張再良，〈論《金匱》肺痿、肺脹〉，《上海中醫藥雜誌》2000.9：41-43。陳金亮等，〈肺痿證治淵源考〉，《中醫藥研究》16.6（2000）：2-4。郭淑真，〈肺痿病機及辨治初探〉，《新中醫》1994.11：5-6。

<sup>331</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1002。

<sup>332</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1000。

功能失調，可能引發筋痿的症狀。至於《素問·氣交變大論》曰：「歲火不及，寒乃大行，長政不用，物榮而下，凝慘而甚，則陽氣不化。」<sup>333</sup>火運不及的年份，寒水之氣大行，使陽氣不得化育萬物，氣候也偏於寒冷，在這種環境下人體容易發生「暴攣痿痺，足不任身。」肌肉關節攣縮痺痛、肢體痿軟下肢無力之症狀。再看《靈樞·九宮八風》論述八風所主之病時云：「犯其雨濕之地，則為痿。」<sup>334</sup>濕邪亦能使筋骨產生痿證。至於外感六淫也可因兩邪合併而引發痿證，如：《素問·六元正紀大論》提到當太陽寒水司天，太陰濕土在泉的年份，寒濕之氣若持續居於氣交之中，則人體容易因寒濕而產生「發肌肉萎，足痿不收。」<sup>335</sup>之症狀。《素問·生氣通天論》則指出「濕熱不攘，大筋縵短，小筋弛長，縵短為拘，弛長為痿。」濕熱相兼不得散除同樣能致筋痿。

除了外感之外，與「痺」、「厥」一樣，「痿」也可能因情緒失常、飲食生活不節及勞動過度而導致。《素問·疏五過論》曾說：「始富後貧，雖不傷邪，皮焦筋屈，痿躄為攣。」<sup>336</sup>因為社經地位的快速變化，造成人的情志不暢，雖未感邪，但精神內傷日久便能致痿。《靈樞·本神》論五臟藏神也提出：「恐懼而不解則傷精，精傷則骨酸痿厥，精時自下。」<sup>337</sup>此皆情志變化引發臟腑異常進而成痿的論述。《素問·痿論》認為思想貪欲無窮，意志淫亦於外，房勞過傷於內時皆能致痿，並引《下經》「筋痿者，生於肝，使內也。」之言做為證明；而有所遠行勞倦，加上逢大熱傷津時，亦能使骨枯髓空發為骨痿，<sup>338</sup>此皆為身心過勞致痿的情況。痿證也可因飲食不當，偏嗜膏粱厚味所致，《素問·通評虛實論》便指出：「凡治消瘵，仆擊，偏枯，痿厥，氣滿發逆，甘肥貴人，則高粱之疾也。」<sup>339</sup>在臨床上飲食過盛又缺乏勞作運動所引發的各種「富貴病」症狀經常合併發生，猶如現代醫學之高血壓、糖尿病、高血脂、腦中風及脂肪肝等新陳代謝一系列疾病的相關症狀，這應該是從戰國時期一直延續下來的觀點，至今皆然。此外，

<sup>333</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 933。

<sup>334</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 388。

<sup>335</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1032。

<sup>336</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1254。

<sup>337</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 182。

<sup>338</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 574。

<sup>339</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 392。

《靈樞·陰陽二十五人》認為某些人身體的氣血特質是「血氣皆少」，這一類的人「無毛，有則稀枯悴，善痿厥足痹。」<sup>340</sup>這些足陽明胃經氣血不足者正好完全違背該經脈之特性，由於後天之本氣血不足，當然容易罹患痿厥痹等證。《素問·異法方宜論》也論及：「中央者，其地平以濕，天地所以生萬物也眾，其民雜食而不勞，故其病多痿厥寒熱。」<sup>341</sup>因此除了外感、內傷等因素之外，個人體質及居住環境也是「痿」發生的重要因素。

「痿」與「痹」、「厥」三者明顯是不同定義的病證，因症狀的特性使得「痿」的描述異於另二者，甚少論及痛證。但從前述引文裡，多少可見在文字記錄中經常會相提並論，同時在臨床上由於存在病因病機的重疊性、或症狀的類似性，使醫家在觀察診治時，偶會產生偏差，或記錄時以相關病症合而為名。例如在《史記·倉公列傳》中，陽虛侯便曾被眾醫誤將肺痹診斷為蹶；<sup>342</sup>而〈痿論〉列敘五體痿的症狀時，「肉痿」也與「痹而不仁」的麻木症狀相伴發生。事實上在《內經》中還有其他篇章是將這幾個相關概念組合論述的；除了前述《素問·氣交變大論》中的「痿痹」之外，例如：

- ◎《素問·生氣通天論》：「秋傷於濕，上逆而咳，發為痿厥。」秋乃肺氣當令，長夏濕之餘氣傷肺，為濕邪所侵，肺氣不宣，導致咳嗽及痿厥。
- ◎《靈樞·本輸》：「痿厥者，張而刺之，可令立快也。」痿、厥兩類患者採相同的針刺方式治療，暗示著兩者可能有部分相同的症狀表現。
- ◎《靈樞·口問》：「下氣不足，則乃為痿厥心忡。」身體因下部陽氣不足，故產生雙足痿弱及氣逆、寒冷症狀。
- ◎《太素·順養》：「逆之則傷腎，春為痿厥，則奉生少也。」冬三月若未能遵循養生方式，早起晚臥，使陽氣外瀉者，則易傷腎氣而發生痿厥。

「痿」與「痹」、「厥」三者的病因病機有所出入，但產生變化的主角皆為氣血，

<sup>340</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 216。

<sup>341</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 173。

<sup>342</sup> 倉公云：「齊王故為陽虛侯時，病甚，眾醫皆以為蹶。臣意診脈，以為痹，根在右脅下，大如覆杯，令人喘，逆氣不能食。臣意即以火齊粥且飲，六日氣下；即令更服丸藥，出入六日，病已。病得之內，診之時不能識其經解，大識其病所在。」即使是倉公，在本醫案中對於厥與痹的診斷似乎也未能精準區別。參楊士孝，《二十六史醫家傳記新注》，頁 35。

因此能夠若能細分氣血變化與相關病因、病位及症狀間的關係，三者的異同性就能分別出來。<sup>343</sup>從漢朝到唐宋相當長的歷史區段中，醫學著作對於「痿」的專篇論述甚少，<sup>344</sup>有關「痿」的內容時常流散於其他病證的論述中，並經常與「痺」、「厥」合併陳述。<sup>345</sup>依現代醫學發展的模式看，或許這會被視為醫學理論尚未成熟、無法完全釐清疾病間的差異加以清楚分類的過渡現象，但臨床的事實正是如此。病患求診的主訴與症狀經常是諸證夾雜而多元的，從這些引文的比較過程中其實明確展現出臨床的複雜性，病患鮮少有單一而固定的症狀可與文本內容完全相應，因此「痿」與另二者在臨床記錄上的合併論述除了再次顯示出彼此間病因病機及身體感症狀的相關性，<sup>346</sup>同時反證了中醫理論精細性發展的趨勢，及醫家試圖辨別差異的緻密心思。

〈痿論〉篇中假黃帝之言引述上古某醫經「治痿者獨取陽明」之觀點，並提出疑問要求岐伯加以解釋：

岐伯曰：陽明者，五臟六腑之海，主潤宗筋，宗筋主束骨而利機關也。衝脈者，經脈之海也，主滲灌谿谷，與陽明合於宗筋，陰陽總宗筋之會，會於氣街，而陽明為之長，皆屬於帶脈，而絡於督脈。故陽明虛則宗筋縱，帶脈不引，故足痿不用也。<sup>347</sup>

《靈樞·根結》持相同的觀點，認為陽明是「三陽之闔」，有往內蓄納陽氣充實內臟的功能；若發生異常時，陽氣滯留不行而邪氣侵入，便產生痿證。<sup>348</sup>兩篇皆

<sup>343</sup>《呂氏春秋·重己》指出，「室大則多陰，臺高則多陽，多陰則蹙，多陽則痿。此陰陽不適之患也。」引文強調居住環境必須陰陽協調，若陰陽二氣不平衡，則易影響人身氣血，導致蹙、痿發生。同時從「陽不足則蹙，陰不足則痿」的想法也可看出時人對兩種病證特性的觀點。參陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》，頁 35。

<sup>344</sup>王麗慧，〈古代痿証名實考〉，《上海中醫藥雜誌》37.2（2003）：46。

<sup>345</sup>筆者透過《中華醫典》電子書的使用，以查詢關鍵字「痿」的方式閱覽了《神農本草經》、《難經》、《名醫別錄》、《傷寒雜病論》、《脈經》、《華佗神方》、《中藏經》、《針灸甲乙經》、《肘後備急方》、《諸病源候論》、《備急千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》等漢至唐的重要醫學著作，證明除了少部分以「痿」、「痿黃」、「肺痿」、「風痿」、「陰痿」（即今稱陽痿）為名紀錄之外，「痿」幾乎都與「痺」或「厥」並列探討。參宏宇科技開發有限公司，《中華醫典》（長沙：湖南電子音像出版社，2004年）。

<sup>346</sup>如余岩釋「痿」便曾說，「痿」與「痺」實為兩病，但「痿」可成為「痺」之續發病候，故引段玉裁注《說文》，「古多痿痺聯言，因痺而痿也。」強調彼此間不同而又有密切關係的事實。參余巖，《古代疾病名候疏義》，頁 39-41。

<sup>347</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 578。

<sup>348</sup>原文為「太陽為開，陽明為闔，少陽為樞。……闔折則氣無所止息而痿疾起矣。故痿

視陽明經具有「多氣多血」的特性，所屬器官胃與大腸又屬後天之本一部份，尤其胃能受納腐熟飲食水穀，乃氣血生化之源，五臟六腑俱受氣於陽明，故陽明為五臟六腑營養之來源，也供應了經脈中流暢不斷的氣血；因此以熱邪傷津導致氣血耗傷、供應不足為主要病機的痿證，自然必須由陽明經下手治療。值得注意的是〈根結〉僅泛論「痿疾」二字，但〈痿論〉特別提到陽明主潤「宗筋」；宗筋乃身體諸筋會聚於前陰之處，前陰有足之三陰、三陽及手太陽、太陰、衝、任、督十一脈之所會，<sup>349</sup>諸脈循行亦包含了身體大部分面積的筋，因諸脈均需倚賴陽明所化生之氣血濡養，故陽明氣血充盈時，諸脈氣血流暢充足，除了身體諸筋得以運動自如及約束四肢關節，宗筋也才能得到滋養和濡潤。因此筆者認為〈痿論〉所引述之上古醫經論及陽明虛可能引發的「痿」是同時包含「筋痿」與「陰痿」（今稱陽痿）兩種病證的，「治痿獨取陽明」在本段引文中也宜從這個角度加以解讀。

令人起疑的是，若「五臟因肺熱葉焦，發為痿躄。」為何治痿非「獨取太陰」，而是「獨取陽明」？細讀〈痿論〉發現，其實黃帝深知「治痿獨取陽明」並非治痿之唯一大法，因此緊接著提出了「治之奈何？」的疑問。岐伯曰：

各補其榮而通其俞，調其虛實，和其逆順，筋脈骨肉，各以其時受月，則病已矣。<sup>350</sup>

很清楚的，治痿獨取陽明僅是治痿諸法之一，「痿」的診治仍不離「審察病機，無失氣宜；謹守病機，各司其屬。」的原則。無論是從臟腑還是從經脈著手，臨床上都必須根據痿證的各種病因病機、臨床症狀及環境節氣的影響來決定如何治療。<sup>351</sup>如前文所言，「痿」的主要病機在於五臟蘊熱後津液精血耗傷而導致五體

---

疾者取之陽明，視有餘不足。無所止息者，真氣稽留，邪氣居之也。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 121-122。

<sup>349</sup> [明] 徐曾，《經絡全書》（北京：中醫古籍出版社，1999），頁 45-47。

<sup>350</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 580。

<sup>351</sup> 〈痿論〉提到治療痿證必須「各以其時受月」，歷代學者多認為此乃依據臟腑所主節氣和五體痿間的關係而訂定的原則，對本段文字皆持「依臟腑受氣的時節對相應五體的病變加以論治時，則病易已。」的觀點。但「月」字指代不明，且在《太素》本中作「日」，根據冷艷楓等學者的研究有不同角度的詮釋；「月」字可作兩種解釋，第一，「月」字可能為「陽明」的壞字，且「陽明」前應加「氣於」二字，成為「各以其時受氣於陽明。」此與〈痿論〉所言相合。第二，古代醫籍文本因採直行書寫，上下架構的字若有毀損不清時便可能出現歧義。「月」字與「受」字可能是「為齊」的

生變，《內經》「論」痿之大義，其實是建立在以氣血津液對臟腑組織營養作用產生異常的概念之上的，而欲區別與痺、厥的差異性及有無論及痛症的臨床特點，其思辨模式也同樣架構在各種氣血異常變化的差異上。

以「氣血」互動的各種異常變化解釋藏府經脈組織的病理與症狀，是《內經》中大部分篇章作者們的共通語言，而不斷從「氣血」細微的變化模式分辨差異、並加以定義命名分類，則是醫家試圖處理病患千奇百怪的身體感受與症狀所做的努力成果。部分身體感與「痛」有密切關係，部分則無；痛是臨床上重要的症狀，痿、厥、痺卻同時具有疾病與症狀的概念。醫家在研讀文本與臨床診治時，本來就是不斷重複「同中求異」與「異中求同」的過程，即使各種身體感與症狀間可能有所重疊，在為其命名時無法「一刀兩斷、黑白分明。」但臨床上謹守中醫診斷「辨證求因、審因論治」的心法時，「痛」及相關身體感的成因與症狀區別便會清晰呈現，即使同一疾病因病程時間因素而產生各階段類似但不同的身體感覺，也能心裡有數。換句話說，瞭解生命元素的正常運作方式及病因病機與症狀的關係之後，要能實際驗證、分辨出病患「痛」與其它感受的異同，其能力在於診斷功夫之高下。

#### 四、明示與暗喻—診斷方式與病因病機的建立

醫者在臨床上最重要的便是具備正確診斷的能力及清楚的生理病理知識，診斷不清、不識生理病理之關連，便無法察覺疾病與症狀背後之真相，亦無從選取正確的治療方法。中醫學有非常多精妙的診斷方式，依特性大致可分為望、聞、問、切四大類。<sup>352</sup>早在《素問·玉機真藏論》便言：

---

壞字，即「各以其時為齊」；此乃從《靈樞·終始》，「春氣在毫毛，夏氣在皮膚，秋氣在分肉，冬氣在筋骨，刺此病者，各以其時為齊。」一段文字推敲而來，「各以其時受月」（各以其時為齊）應指在不同季節時，依氣位於皮脈肉筋骨之所在，以確定針刺治療的淺深程度。參冷艷楓等，〈《素問·痿論》疑難考辨三則〉，《中醫藥學報》33.3（2005）：72-73。王中琳、王新陸，〈《內經》論痿探賾〉，《山東中醫藥大學學報》26.5（2002）：328-329。

<sup>352</sup>中醫診斷的基本方式有「望、聞、問、切」四類，診斷後對於獲得的資料又以「陰、

凡治病，察其形氣色澤，脈之盛衰，病之新故，乃治之，無後其時。形氣相得，謂之可治；色澤以浮，謂之易已；脈從四時，謂之可治；脈弱以滑，是有胃氣，命曰易治，取之以時。形氣相失，謂之難治；色夭不澤，謂之難已；脈實以堅，謂之益甚；脈逆四時，為不可治。<sup>353</sup>

透過四診合參的運用，才能收集最多的資料，對疾病之趨勢與預後做出正確判斷，甚至預告死生。《素問·疏五過論》曾明確提出高明的醫生治療疾病時必須具備以下能力：

聖人之治病也，必知天地陰陽，四時經紀，五藏六府，雌雄表裏，刺灸砭石、毒藥所主，從容人事，以明經道，貴賤貧富，各異品理，問年少長，勇怯之理，審於分部，知病本始，八正九候，診必副矣。<sup>354</sup>

這裡強調的是「全面性」的診斷技術與「博物式」的資料收集，範圍甚至廣及與目前醫療無關的條件，同時醫家的診斷必須經過一連串「辨認→區別→判斷」的過程才算完成。依「內經時代」的標準，如此嚴謹而精緻的診斷程序對醫家來說，其實應該是家常便飯、司空見慣的，沒有這樣做的醫師，反而是「診病不審，是謂失常。」基本觀念與訓練不足，便是犯了學藝不精的過失。<sup>355</sup>

中醫學對身體及其與環境互動關係的整體性觀點也影響了診斷方式與觀念的建立，在整體診察的前提下使得診斷方式的發展必須多元而互補，並同時兼具考量身體內外的變化條件。《難經·六十一難》提到：「望而知之謂之神，聞而知之謂之聖，問而知之謂之工，切脈而知之謂之巧。」<sup>356</sup>歷代醫家經常引此難內容

---

陽、表、裡、寒、熱、虛、實」八綱與各種症候分類作為分析之依據。參馬建中，《中醫診斷學》（台北：正中書局，1996），頁9。

<sup>353</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁282。

<sup>354</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁1258。

<sup>355</sup> 《素問》有〈疏五過論〉與〈徵四失論〉兩篇，旨在談論醫者臨床診斷治療疾病時容易犯的過錯。其中五過乃「不知病情」、「不知補瀉」、「為工而不知道」、「醫不能嚴」、「粗工治之，亟刺陰陽」等，四失乃「診不知陰陽逆從之理」、「受師不卒，妄作雜術，謬言為道，更名自功，妄用砭石，後遺身咎。」、「不知比類，足以自亂，不足以自明。」、「診病不問其始，卒持寸口，何病能中，妄言作名，為粗所窮。」醫療上的缺失，多數來自於從業人員的疏失，因此正如〈徵四失論〉所言，「窈窈冥冥，孰知其道？道之大者，擬於天地，配於四海，汝不知道之論，受以明為晦。」令人遺憾的是，醫道不彰往往並非醫學知識體系的問題，而是執行醫道、操作技術的人的問題。

<sup>356</sup> [宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁196。

說明診法種類及強調四診功夫之高低以「望聞問切」依序排列，望而能知病為最勝；但《靈樞·邪氣臟腑病形》曾提及：「善調尺者，不待於寸，善調脈者，不待於色。」<sup>357</sup>該篇作者反而認為善於觸摸觀察尺膚的變化（切診）者，不需等診察寸口脈（脈診）；善於診察脈象者，也不必等觀望五色（望診），便能清楚瞭解病情。這證實了診斷能力不僅因人而異，也因個人專長不同而有人為的位階觀差別。但其實〈邪氣臟腑病形〉緊接著提到：「知一則為工，知二則為神，知三則神且明矣。……能參合而行之者，可以為上工，上工十全九。行二者，為中工，中工十全七。行一者，為下工，下工十全六。」<sup>358</sup>筆者認為本觀點才是該篇作者所要強調的，各種診斷方式皆具有其獨特性，從病患身上擷取搜尋訊息的範圍與項目也各不相同，諸診法各有所長，原應無高低優劣之別，而是取決於操作者的功夫熟練與否及全面運用的程度。<sup>359</sup>精專越多種診法，便越能成為高明的醫師，準確的診治病患。

透過診斷所收集攸關身體的資料來源不外乎內外兩大類的訊息，但所要判斷的對象幾乎都是身體內部目視不可得的變化。在第二章第二節筆者曾論述由於戰國之後醫家所認知的身體複雜性增加，必須建立系統化而便利操作的資料群組，該過程除了加速生理病理知識的理論化之外，透過經脈組織器官運作所表現身體內外諸現象的彙整，亦促使診斷思維理論成形，各種診法逐漸產生。《靈樞·外揣》即說明了從人體的外在表現探求內在的變化的思維過程：

岐伯曰：日與月焉，水與鏡焉，鼓與響焉。夫日月之明，不失其影，水鏡之察，不失其形，鼓響之應，不後其聲，動搖則應和，盡得其情。黃帝曰：窘乎哉！昭昭之明不可蔽。其不可蔽，不失陰陽也。合而察之，切而驗之，見而得之，若清水明鏡之不失其形也。五音不彰，五色不明，五臟波蕩，

<sup>357</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁92。

<sup>358</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁88、92。

<sup>359</sup>有學者透過文字考證分析《難經·六十一難》所言，「望而知之謂之神，聞而知之謂之聖，問而知之謂之工，切脈而知之謂之巧。」證實文中以「神、聖、工、巧」對應「望、聞、問、切」旨在闡述四診各自之最高層次功夫，即醫者診斷能力的最高境界在於「望如神、聞如聖、問如工、切如巧。」參翁宜德，《難經藏府疾病觀研究—以文字考釋為核心觀點》（台中：中國醫藥大學中國醫學研究所碩士論文，2005），頁7、14。

若是則內外相襲，若鼓之應桴，響之應聲，影之似形。故遠者司外揣內，近者司內揣外，是謂陰陽之極，天地之蓋，請藏之靈蘭之室，弗敢使泄也。

360

岐伯強調事物間具有密切關連，當出現某一個變化時，便會立即因該變化引起一個反應，瞭解這種關係便能掌握變化與反應間的內涵。黃帝進一步闡述透過望診、切診等方式收集臨床各種現象資料後，以陰陽特性為鑑別標準，分析結果便能像清水明鏡反應物體形象一樣清晰。至於掌握身體外部變化以推測體內疾病、或察覺體內疾病後推測外部的證候，都是依賴這種思維與原理，因此《難經·六十一難》說：「望而知之者，望見其五色以知其病。聞而知之者，聞其五音以別其病。問而知之者，問其所欲五味以知其病所起所在也。切脈而知之者，診其寸口，視其虛實，以知其病，病在何藏府也。」<sup>361</sup>運用中醫四診所收集觀察思索的，正是在各種身心徵兆的細微反應中，探尋體內疾病變化的各種趨勢。

「痛」具有強烈的主觀感，在臨床上經常是病患主述的一部份，然而每一位患者描述自身「痛」的程度、部位、種類及特徵皆不相同，醫者在診治時必須有一套標準得以遵循，透過這些診斷方式與病因病機理論的配合，才能以客觀的方式確認產生痛症的原因。在四診當中，「聞診」與「問診」對於痛的相關資訊收集相對較為簡單而直接，「聞診」乃聽病患之聲音特性及嗅病患體味或病室氣味以分辨病情，<sup>362</sup>以鼻聞味與痛證診斷基本上較無直接關係，至於因各種疼痛而表現出的說話態勢與聲調則如《金匱要略·臟腑經絡先後病脈證第一》所指出：「病人語聲寂然喜驚呼者，骨節間病；語聲喑喑然不徹者，心膈間病，語聲啾啾然細而長者，頭中病（痛）。」<sup>363</sup>《四診抉微》亦言：「攢眉呻吟，必苦頭痛。叫喊呻吟，以手捫心，為中脘痛。呻吟身重，轉即作楚，乃為腰痛。呻吟搖頭，攢眉捫腮，乃為齒痛。呻吟不起，為腰腳痛。診時吁氣，為屬鬱結。搖頭而言，乃為裡痛。」<sup>364</sup>這些皆是臨床直接觀察病患的結果。簡單的說，病患產生痛覺時面

<sup>360</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 35-36。

<sup>361</sup> [宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 196-197。

<sup>362</sup> 馬建中，《中醫診斷學》，頁 70。

<sup>363</sup> [清]吳謙，《訂正金匱要略注》，頁 211。

<sup>364</sup> [清]林之翰，《四診抉微》（台北：華聯出版社，1983），頁 61。

部表情必然不會快樂，說話聲調與身形動作也會因不適感的部位與特性做出不同的反應，引文約略夾雜了「望診」的技術，可視為兩種診法合參的範例。此外，對聲音的診斷另有層次較深而細膩的方法，其理論依據來自於陰陽分類與五行系統的對應。《中藏經·陰陽大要調神論》曰：「陽候多語，陰症無聲；多語者易濟，無聲者難榮。」<sup>365</sup>陽性疾病患者正氣尚足，仍能正常言語，故病易治；陰性疾病患者明顯陽虛，不但無氣發聲，預後亦差。中氣盛則氣騰，中氣衰則氣弱，這是以發聲氣力之有無區分陰陽病機。中醫學認為人身結構合於天道，體內有五臟，能相應於五音、五味、五色等現象，<sup>366</sup>因此在《素問·陰陽應象大論》曾歸納五臟與五音之對應，得到「角為木音通於肝，徵為火音通於心，宮為土音通於脾，商為金音通於肺，羽為水音通於腎。」<sup>367</sup>的結論，這是五臟功能正常時所表現的「正音」，其語調和音頻的特徵分別為：

脾應宮，其聲慢以緩；肺應商，其聲促以清；肝應角，其聲呼以長；心應徵，其聲雄以明；腎應羽，其聲沈以細。<sup>368</sup>

但若內藏功能異常，所對應的聲音特徵也會產生變化，《四診抉微》亦歸納了五臟六腑失守而聲音語調變動為病的情況：<sup>369</sup>

五臟	聲音	六腑	聲音
肝	在聲為呼	膽	聲清者膽病
心	在聲為笑	小腸	聲短者小腸病
脾	在聲為歌	胃	聲速者胃病
肺	在聲為哭	大腸	聲長者大腸病
腎	在聲為呻	膀胱	聲微者膀胱病

<sup>365</sup> [漢] 華佗，《華佗中藏經》，頁 6。

<sup>366</sup> 原文見於《靈樞·經別》，「黃帝問於岐伯曰，余聞人之合於天道也，內有五臟，以應五音、五色、五時、五味、五位也；外有六腑，以應六律。六律建陰陽諸經而合之十二月、十二辰、十二節、十二經水、十二時、十二經脈者，此五臟六腑之所以應天道。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 281。

<sup>367</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 73-79。

<sup>368</sup> [清] 林之翰，《四診抉微》，頁 59。

<sup>369</sup> [清] 林之翰，《四診抉微》，頁 60。

—	—	肝膽二藏相剋病	聲呼漫者
—	—	胃膀胱二藏相剋病	聲速微者

不管是異於平常的聲音、聲調、音頻、音韻，甚至言語的內容和發聲氣息的強弱與流暢度皆代表體內各種程度及種類不同的疾病，因此醫者除了直接聽聞病患對痛證的抱怨與不悅之外，透過診斷技術對於發音特徵與談話內容的差異性更能做進一步病因病機的分析。

「問診」在痛證的臨床運用相當普遍，尤其「痛」是以自覺感受為主要描述的症狀，問診在此顯得更為直接。大抵上該診斷操作只要詢問患者有無疼痛感即可知悉，但欲獲得進一步客觀的相關體徵資訊做為精準診斷的依據時仍須詳細詢問，同時在技巧上必須有條理。<sup>370</sup>《素問·徵四失論》曾言：

診病不問其始，憂患飲食之失節，起居之過度，或傷於毒，不先言此，卒持寸口，何病能中，妄言作名，為粗所窮，此治之四失也。<sup>371</sup>

謹慎的醫師透過問診除了可以瞭解目前主觀之病情敘述，還能對過去病史、飲食偏好、生活方式、用藥習慣等綜合考量以做出正確診斷。此即「臨病人問所便」—臨診問清楚病患之惡欲，與各種症狀發生的特徵，才能順其病情特性加以治療。<sup>372</sup>痛證的問診大致需確定其發病誘因、病史、疼痛特徵、程度、發作時間、及部位等，透過病患對於痛的症狀描述過程可作病因病機的鑑別診斷，有助於精確治療。<sup>373</sup>

至於「望診」與「切診」牽涉的中醫學理論較為廣泛而複雜，特別是在痛

<sup>370</sup>關於中醫問診技術的要領與詢問內容的範疇，近代以來多以張景岳的「十問歌」作為主要的參考依據。內容為「一問寒熱二問汗，三問頭身四問便，五問飲食六問胸，七聲八渴俱當辨，」景岳認為此八問乃診治之要領，臨證之首務，明此八問，則萬病病情俱在醫家目中。另有「九因脈色察陰陽，十從氣味章神見。」則屬其餘三診之內容。參〔明〕張介賓，《景岳全書》，頁10。

<sup>371</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁1263。

<sup>372</sup>引文出自《靈樞·師傳》，原文為「黃帝曰，順之奈何？岐伯曰，入國問俗，入家問諱，上堂問禮，臨病人問所便。黃帝曰，便病人奈何？岐伯曰，夫中熱消瘵則便寒；寒中之屬則便熱。胃中熱則消穀，令人懸心善饑，臍以上皮熱；腸中熱則出黃如糜，臍以下皮寒，胃中寒則腹脹，腸中寒則腸鳴飧泄。胃中寒，腸中熱則脹而且泄；胃中熱，腸中寒則疾饑小腹痛脹。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁489-490。

<sup>373</sup>肖國士等主編，《臨床痛證診療學》（北京：人民衛生出版社，2002），頁37-44。

證的診斷上，醫者對於客觀性資訊的收集多數由這兩項診斷而來。筆者認為，兩種診法有部分內涵是透過一致的媒介而完成—即以「觀測、比較、分辨」經脈與血脈的各種變化而真實呈現患者的身心狀況，這在診斷痛證時尤其重要。張景岳曾說：「脈色者，血氣之影也。形正則影正，形斜則影斜。病生於內，則脈色必見於外，故凡察病者，須先明脈色。」<sup>374</sup>脈與色是皆由經脈與血脈所展現出不同面向的訊息，透過醫者以不同的感官方式能夠察覺出脈色隱含的生命意義。針對同一觀察對象，卻能以不同診斷方式分辨更多的身心資訊，其實也凸顯了在早期中醫學即已對生命現象多元特質有所體認的事實。

整體性的「望診」不外乎觀察形質、動態與神色，<sup>375</sup>形質牽涉體質概念，雖有罹患特定疾病之傾向，但與痛證的產生關係並不直接；病患產生疼痛的身體動態前文已提及，亦屬容易看出的主觀行為；而「神」與「色」之觀察與辨別在臨床上對於痛證客觀的病因病機分析則有非常重要的貢獻。前文論及「神」是能使人體生命力正常發揮的一種狀態與力量，生命活動的外在表現皆透過「神」得以完成；<sup>376</sup>而經脈與血脈的流暢及臟腑運作正常、氣血水三者充足時能使精氣飽足，間接穩定「神」的展現。在體內臟腑氣血、情志好惡皆以「內外應合」關係存在的前提下，從望神以察覺人體的面色表情、言語意識、目光神態等有無異常的過程，便能推論體內生命物質與能量的互動狀況、以及疾病種類與病勢發展。基本上能引起短暫而程度不嚴重痛證的病因較單純，病機與病勢相對較輕，處理得當尚不至於嚴重影響神的運作；但強烈或牽延不絕的疼痛則意味著體內結構與運作正處於明顯的異常，病因病機可能較複雜或病勢較深，這種狀態則可能明顯影響神的層次，甚至導致情緒與神智等精神狀態的失衡。因此《靈樞·九針十二原》敘述針刺治療的原則時提出：「粗守形，上守神。」<sup>377</sup>要求的正是治療前須全面掌握病患氣血虛實盛衰的狀態，瞭解當下神的活動狀態，才能以針刺補瀉調整其神，繼而重新恢復平衡。

望「神」之盛衰提供了病勢與預後的重要資訊，合併望「色」後更能進一

<sup>374</sup> [明]張介賓，《景岳全書》，頁12。

<sup>375</sup> 馬建中，《中醫診斷學》，頁13-16。

<sup>376</sup> 魯兆麟，《精氣神》（北京：科學普及出版社，1988），頁105。

<sup>377</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁7。

步深入探究病機。人之面色、體色乃由脈中氣血而決定，《增廣賢文》曾言：「入門休問榮枯事，觀看容顏便得知。」<sup>378</sup>《靈樞·邪氣臟腑病形》也指出：「首面與身形也，屬骨連筋，同血合於氣耳。……十二經脈，三百六十五絡，其血氣皆上於面而走空竅。」<sup>379</sup>頭面與全身皆由同一套生理機制供應氣血能量，但因人體所有脈道中的氣血皆上注於顏面，面部除能不畏氣候寒冷之外，其氣色也足以反應體內陰陽虛實及氣血消長的狀態。因此中醫學之望色主要從面部氣色鑑別身體狀況，體內諸脈除了供應面部五官充足氣血，使功能正常發揮之外，也使得氣血狀態透過由面部皮膚氣色之窺探得以成立。皮膚呈現的正常顏色依中醫學的分類亦有五種，分屬於五藏之正色：青（肝）、赤（心）、黃（脾）、白（肺）、黑（腎），<sup>380</sup>正常之顏色呈現是具有生命力的，此稱為「氣之華」。《素問·脈要精微論》便說明了顏色有無具備生命力的特徵：

赤欲如帛裹朱，不欲如赭；白欲如鵝羽，不欲如鹽；青欲如蒼璧之澤，不欲如藍；黃欲如羅裏雄黃，不欲如黃土；黑欲如重漆色，不欲如地蒼。五色精微象見矣，其壽不久也。<sup>381</sup>

《素問·五藏生成》更進一步表示不具「氣之華」的顏色對疾病的預後是不好的：

故色見青如草茲者死，黃如枳實者死，黑如炀者死，赤如衄血者死，白如枯骨者死，此五色之見死也。青如翠羽者生，赤如雞冠者生，黃如蟹腹者生，白如豬膏者生，黑如鳥羽者生，此五色之見生也。<sup>382</sup>

醫家們雖以不同的意象分別描述死生之色的差別，但重點皆在於「有無神氣即代表有無生命力」。五藏陰陽平衡氣血充足時，生機自然展現，由於相關經脈血脈運作正常，膚色呈現的是光彩潤澤；但當諸色枯暗無華或過於明亮外顯時，則意味著內臟氣血衰敗失衡，經脈氣血異常，兩種極端的異常顏色變化皆意味著生命力的不足。

<sup>378</sup> 本言旨在透過觀察家居瑣事推斷出主人的德行、能力、財富與健康狀態，與中醫望診的要訣有異曲同工之妙。參馬自毅住譯、李清筠校閱，《新譯增廣賢文》（台北：三民書局，2007），頁 68。

<sup>379</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 85-86。

<sup>380</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 57-58。

<sup>381</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 217-218。

<sup>382</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 152。

周學海言：「夫五色有光，明亮是也；五色有體，潤澤是也。光者無形，爲陽主氣；體者有象，爲陰主血。...平人五藏既和，其一藏之色，必待其王而使榮於外。」<sup>383</sup>正常情況下，五藏六府運作穩定而無盛衰之偏，面色的轉變僅依季節對應內臟的關係形成氣血變動而略有偏旺，基本上呈現的仍是五色共存共榮而無獨亢的狀態。《靈樞·五閱五使》曾指出：「黃帝曰：五色之見於明堂，以觀五藏之氣，左右高下，各有形乎？歧伯曰：府藏之在中也，各以次舍，左右上下，各如其度也。」<sup>384</sup>因顏面之五部亦對應於內臟，所以五色在面部呈現之趨勢也受內臟特質影響略有部位上的差別，<sup>385</sup>根據臟腑相應部位顯現的顏色與五行對應的關係，體內無法目視的繁複生理機轉與內臟狀態因透過顏面局部小範圍的觀察而能間接瞭解。例如《靈樞·五色》以腎乘心爲例：「腎乘心，心先病，腎爲應，色皆如是。」<sup>386</sup>心之正色本爲紅色，但心因病而虛，故腎邪乘虛而入，在心所屬的部位上就會出現較明顯的黑色，此爲水火相剋，預後較差；若其色澤之互動乃「色部承襲者」，即色部關係爲母子相成、母部見子色者（如心部見黃色），即使病重亦無死亡之險，相關病機皆可依此類推。

至於疾病的發生與病情變化透過顏面望診的比較可以推斷，其原理同樣依據「五色之見也，各出其色部。」的概念。各種色澤的呈現本有其生理規律，配合氣色種類、淺深、澤夭、明暗與勝剋之別，可辨疾病之成敗。〈五色〉篇提到

<sup>383</sup> [清]周學海，《形色外診簡摩》（北京：人民衛生出版社，1987），頁 64-65。

<sup>384</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 541。

<sup>385</sup> 《靈樞·五閱五使》提到五官與五藏之對應：「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，腎之官也。」《靈樞·五色》更詳細提到內臟及肢體相應於顏面各部之位置，五藏相應部位以明堂高骨爲基準，依序分部於中央，六府則挾於兩側，「明堂骨高以起，平以直，五藏次於中央，六腑挾其兩側，」「庭者，首面也；闕上者，咽喉也；闕中者，肺也；下極者，心也；直下者，肝也；肝左者，膽也；下者，脾也；方上者，胃也；中央者，大腸也；挾大腸者，腎也；當腎者，臍也；面王以上者，小腸也，面王以下者，膀胱子處也；顴者，肩也；顴後者，臂也；臂下者，手也；目內眥上者，膺乳也；挾繩而上者，背也；循牙車以下者，股也；中央者，膝也；膝以下者，以下者脛也；當脛以下者，足也；巨分者，股裡也；巨屈者，膝臑也。此五藏六腑肢節之部也，各有部分。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 539。河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 93-94。另一種分部方法是以五方、五行位置分類，《素問·刺熱》指出，「肝熱病者左頰先赤，心熱病者顏先赤，脾熱病者鼻先赤，肺熱病者右頰先赤，腎熱病者頤先赤。」以鼻爲中心應脾，四方各應其餘四藏。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 420。

<sup>386</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 98。

數種以色澤判斷病情的原則可供臨床使用，筆者整理如下：<sup>387</sup>

- (1) **顏色特性與病位病勢之關係：**「五色各見其部，察其浮沉，以知淺深；察其澤夭，以觀成敗；察其散搏，以知遠近；視色上下，以知病處；積神於心，以知往今。」面色顯明為浮主表病，隱約為沈主裡病；面色潤澤為神氣充沛，枯槁無華為氣血衰敗；面色散漫為病程尚短的新病，色團聚則病程長為久病；以病色出現的特徵足以判斷病機的性質。此外，「其色上銳，首空上向，下銳下向，在左右如法。」病色尖端所進展之方向，也暗示了身體虛弱部位之所在與疾病推進的趨勢。
- (2) **顏色與症狀、病因之關係：**「青黑為痛，黃赤為熱，白為寒。」這與《素問·舉痛論》的內容完全相同。此外還提到：「黃赤為風，青黑為痛，白為寒，黃而膏潤為膿，赤甚者為血痛，甚為癩。」在色診的歸納中，痛證的發生多因寒證血瘀與熱證發炎而導致，這類描述單純以顏色對應症狀，其病理變化的解釋大抵可推測：青黑為血瘀、白為血循不足、黃赤為發炎，並有急性慢性之別。臨床上則常見兩種以上的病色同時出現，例如女子痛經月水不調，若面色清白無澤缺乏血色並夾有青黑，則可合理推測病患氣血不足兼有血瘀。
- (3) **部位、色澤與病症的關係：**「男子色在於面王，為小腹痛；下為卵痛；其鬪直為莖痛，高為本，下為首，狐疝癩陰之屬也。女子在於面王，為膀胱子處之病，散為痛，搏為聚，方員左右，各如其色形。其隨而下而至臍，為淫，有潤如膏狀，為暴食不潔。」出現在鼻尖兩旁及人中部位的病色，主男女泌尿生殖系統的疾病；病色牽連至唇上，則有消化不良的問題，其它部位亦可類推相應器官與組織。《靈樞·衛氣失常》有另一種分類：「色起兩眉薄澤者病在皮；唇色青黃赤白黑者，病在肌肉；營氣濡然者，病在血氣；目色青黃赤白黑者，病在筋；耳焦枯受塵垢，病在骨。」<sup>388</sup>該理論則建立起從頭面器官的色澤變化可推敲氣血及身體結構病變間的關連性。
- (4) **五色善惡順逆預後與治療原則：**中醫學認為潤澤而具備神氣的顏色為善

<sup>387</sup>五色之相關內容參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 83-101。

<sup>388</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 156。

色，即使罹病也表示臟腑精氣未衰，生機可期；相反則為惡色，胃氣已竭，欲後較差。同時若病色出現於特殊部位，則表示元氣大虛又遭病邪侵犯，容易導致死亡。故原文強調「其色粗以明者為間，沉夭者為甚，其色上行者，病益甚；其色下行，如雲徹散者，病方已。」<sup>389</sup>「赤色出兩顴，大如拇指者，病雖小愈，必卒死。黑色出於庭，大如拇指，必不病而卒死。」至於治療原則乃依據病色所展現的病位與病勢隨證治之：「病生於內者，先治其陰，後治其陽，反者益甚。其病生於陽者，先治其外，後治其內，反者益甚。」

診斷過程中望色的對象除了顏面之外，尚有軀幹四肢之皮膚絡脈色診。「欲知皮部，以經脈為紀者，諸經皆然。」不同於顏面色診以部位色澤對應五藏六府的五行關係加以判斷，絡脈色診之根據與分類乃以各皮部絡脈的分佈與呈現之色澤為基礎。<sup>389</sup>由於經脈與血脈的主幹皆伏行於分肉之間，往外走到皮下而目視可見的皆為所屬之絡脈，因此面部以外可供觀察的皮膚氣色乃是絡脈的「色」與「澤」，該現象由經脈的氣與血脈的血所組成，反映出的是該「脈」當下的特質。而脈中氣血的盛衰又與五藏六府之功能表現息息相關，故經由皮膚絡脈色診可再進一步間接觀察內臟的現象。這一套身體運作的機轉曾在《素問·皮部》中以病理的角度描述：

是故百病之始生也，必先於皮毛，邪中之則腠理開，開則入客於絡脈，留而不去，傳入於經，留而不去，傳入於府，廩於腸胃。<sup>390</sup>

皮者，脈之部也，邪客於皮則腠理開，開則邪入客於絡脈，絡脈滿則注於經脈，經脈滿則入舍於腑臟也，故皮者有分部，不與而生大病也。<sup>391</sup>

病邪可經由皮膚進入絡脈、並在未正確治療的情況下漸次及於內臟，而臟腑之氣也能循相同途徑及於皮部。因此觀察皮部絡脈之色澤特性不但可以確定病邪感染

<sup>389</sup> 《素問·皮部》描述手足十二經脈所屬之浮絡時，皆以「視其部中有浮絡者，皆××之絡也。」來表示，並以「凡十二經絡脈者，皮之部也。」做為結論，明顯可看出身體各部的浮絡乃以經脈循行部位作為區隔。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 694-695。

<sup>390</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 695。

<sup>391</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 700-701。

之病勢病位，也能透過顏色變化的比較得知病邪種類與症狀的關係。<sup>392</sup>

皮膚絡脈色診的病色及病機與症狀關係在《內經》各篇章有類似的說明，筆者將其整理如下：

章節名	內容
《素問·皮部》	其色多青則痛，多黑則痺，黃赤則熱，多白則寒，五色皆見，則寒熱也。寒多則筋攣骨痛，熱多則筋弛骨消，肉爍腠破，毛直而敗。 <sup>393</sup>
《靈樞·經脈》	凡診絡脈，脈色青則寒且痛，赤則有熱。胃中寒，手魚之絡多青矣；胃中有熱，魚際絡赤。其暴黑者，留久痺也。其有赤有黑有青者，寒熱氣也。其青短者，少氣也。 <sup>394</sup>
《靈樞·論疾診尺》	診血脈者，多赤多熱，多青多痛，多黑為久痺，多赤、多黑、多青皆見者，寒熱。身痛而色微黃，齒垢黃，爪甲上黃，黃疸也。 <sup>395</sup>

基本上，色澤與病機分成陰陽寒熱兩大類，青、黑、白為陰寒一類，黃、赤為陽熱一類；這與面部望診一系的分類方法是雷同的。然而部分情況下絡脈出現異色時並非產生疾病，而是受四時氣候影響，仍視為常色。此見於《素問·經絡論》所言：「陰絡之色應其經，陽絡之色變無常，隨四時而行也。寒多則凝泣，凝泣則青黑，熱多則淖澤，淖澤則黃赤，此皆常色，謂之無病。」<sup>396</sup>絡脈部位略深、較接近經脈者，其色澤隨五行配五臟之經脈色澤而穩定不變；部位較淺者，則容易受四時之氣而變動，氣血變化與色澤分類的關係雖與前述雷同，但若應其時，

<sup>392</sup> 《靈樞·邪客》指出，「因視目之五色，以知五臟，而決死生。視其血脈，察其色，以知其寒熱痛痺。」觀察比較身體色澤的變化，對中醫臨床診斷具有十分重要的意義。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 280。

<sup>393</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 694-695。

<sup>394</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 267。

<sup>395</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 322。

<sup>396</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 702。

仍應視為正常色澤。

吾人雖未能確定四診的發展歷程孰先孰後，但可從常理推斷的是，當見到肌膚失去常色，或目視發現身體的血脈色澤出現變化、感覺產生異常搏動，以及組織突然腫脹萎縮、或覺知身體內外產生異常感受—特別是疼痛的發生等各種身體狀況時，一般人下意識的後續反應必定是觸摸。<sup>397</sup>患者及照護者經由觸摸以安撫身心緩解症狀，醫療人員則藉由觸摸試圖瞭解未知身體變化的發生源由；因此時人受探索不確定事物本能的驅使，藉由看見、聽聞、詢問及觸摸等一連串追尋的過程，其實也正是中醫診斷的縮影。「切診」廣泛包含了觸摸的功夫，醫者以手接觸、按壓、扣擊病患身體的特定部位，以理解疾病的內在變化或外在反應。<sup>398</sup>脈診屬於其中一種，但因臨床相對使用度高，幾乎成為切診的同義詞。<sup>399</sup>依學者們的考證，系統化經脈理論的建立得自於「以氣為本」及「水利模型」的生命意識，<sup>400</sup>但不能忽視的是，在這套循環理論建立之前，從觀察到觸摸的反覆驗證是重要的成形因素。此處筆者並無意對「腹診」、「背腧診」等切診方式多所著墨，況且歷代指導醫家如何診脈的文本相當多，脈診的操作方式亦無須贅言；此處欲探索的是早期脈診系統化過程中，「脈」所傳遞的生命訊息是如何呈現與被解讀的。

早期古代醫家診脈大致有兩種方法，一是前述觀察辨別表淺絡脈方式，另一是診察體表可觸及搏動之脈；黃龍祥認為其一診血、其二診氣，並強調以接觸按壓脈動察氣盛衰之法能依氣之變動判斷經脈臟腑之過。<sup>401</sup>最早診察脈動的紀錄

<sup>397</sup> 范行准，《中國醫學史略》（北京：中醫古籍出版社，1986），頁 14。

<sup>398</sup> 馬建中，《中醫診斷學》，頁 89。

<sup>399</sup> 除了脈診之外，切診尚包含尺膚診、腹診及背診等，即使脈診在早期亦主張全身遍診，漢朝之前的醫學文本對尺膚診、腹診及背診也多有記述。但自從《難經》簡化脈診、獨取寸口之後，歷代醫者幾乎獨尊寸口脈診，除忽略了身體其它位置的脈動之外，尺膚診、腹診及背診更是鮮少被提及，成為邊緣化的診斷方式。有關寸口脈診意識被強化的觀點可參關曉光，〈脈診：格式化、神秘化、客觀化—脈診演進中若干重大問題的文化解析〉，《醫學與哲學》22.5（2001）：58-60。陳婷、公秀珍，〈關於《難經》脈法中的「獨取寸口」〉，《山東中醫藥大學學報》21.6（1997）：450-451。關曉光、車離，〈脈診，一種特殊的文化現象〉，《醫學與哲學》17.5（1996）：232-234。

<sup>400</sup> 杜正勝，《從眉壽到長生》（台北：三民書局，2005），頁 106-120。小野澤精一等編，《氣的思想—中國自然觀與人的觀念的發展》（上海：上海人民出版社，2007），頁 277-281、289-292。

<sup>401</sup> 黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁 243-245。

大概仍須從出土文獻談起，張家山《脈書》與馬王堆《脈法》中不約而同出現了一段文字，是描述偵測脈異常流動形式與疾病關係的診斷方法：

相脈之道，左□□□□□按之，右手直踝而簞之。它脈盈，此獨虛，則主病。它脈滑，此獨澀，則主病。它脈靜，此獨動，則主病。<sup>402</sup>

依《說文》所言，「省視」謂之「相」，也就是以目接物之意；而段玉裁引《詩經·桑柔》所言，「相」有「與物相接者」之引伸義，<sup>403</sup>故「相脈之道」指的就是「觸摸脈的方法」。《太素》有雷同的描述可補足引文之闕字，但所言脈動形式與病候關係略有不同：

以左手上去踝五寸而按之，右手當踝而彈之，其應過五寸以上肅然者不病；其應疾中手渾渾然者病；中手徐徐者病，其應上不能至五寸者，彈之不應者死。<sup>404</sup>

《素問·三部九候論》中有與《太素》幾乎一致的內容，<sup>405</sup>敦煌出土醫籍也有雷同的記錄。<sup>406</sup>可見以踝部作為診斷的部位並非偶然，也一直是醫者關注的診斷方式。從馬王堆兩部灸經中發現，足脈與踝部有密切關係，踝部幾乎是所有足脈的必經之處，甚至足鉅陽脈的是動病還以「踝厥」為名。<sup>407</sup>筆者認為兩段引文的診察部位雖同樣位於小腿內側，但操作方式及對脈動訊息的解讀面向略有不同。第一種方法是先以左手觸摸內踝處的脈動點，再向上循脈走向滑動觸摸，至踝以上五寸處輕輕按壓，使下方動脈更加充盈明顯，再以右手深淺探取內踝脈動點，以比較兩處脈搏動的盈與虛、滑與澀、動與靜等情況，加以論病。<sup>408</sup>馬繼興的考證也支持這種論點，並認為基本上這是根據病患自身脈象加以比對的診斷法，能直接衡量病患有無疾病，<sup>409</sup>但對於進一步症狀的描述，病位病勢、病因病機的探求，

<sup>402</sup>江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，頁 74。

<sup>403</sup>〔東漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注，《國點段注說文解字》，四篇上，頁 134。

<sup>404</sup>〔唐〕楊上善撰注，《黃帝內經太素》，頁 379-380。

<sup>405</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 294。

<sup>406</sup>除了彈之「脈不應手者死」之外，敦煌文獻中還有「其肌肉身充，氣不去來者亦死」的臨床記錄，可推想在歷代的臨床診療中，仍有部分醫家專注於該診法的發展。參馬繼興等輯校，《敦煌醫藥文獻輯校》（南京：江蘇古籍出版社，1998），頁 9-10。

<sup>407</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 221。

<sup>408</sup>劉士敬、朱倩，〈「相脈之道」考析〉，《中華醫史雜誌》27.4（1997）：198-200。

<sup>409</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 297。

本法的資訊顯然稍嫌不足。翻閱張家山與馬王堆出土的所有文獻，本法是唯一有關「診脈動」的描述，對照《內經》以降的諸多診脈方式可知這是屬於脈診發展過程中較早期的紀錄。

第二種方法是醫者用左手按壓於病患內踝上五寸處，再以右手指在內踝處輕輕彈擊，憑左手在其上五寸處捫之所感受到的震動感覺而診斷疾病。有學者認為彈擊的對象是血管，<sup>410</sup>全元起注之《素問》版本及《針灸甲乙經》則認為是足踝關節，全元起並指出選擇內踝的原因乃「內踝之上，陰交之出，通於膀胱，繫於腎，腎為命門，是以取之，以名吉凶。」<sup>411</sup>內踝附近脈動的表現相應了生命最根本之原氣狀態，故能判斷疾病程度與生死；嚴建民經過臨床試驗後也主張透過內踝部位「脈氣」的觀察的確可以掌握一些生命信息。<sup>412</sup>姑且不論彈擊對象是血脈或是骨骼，本法重點在於以左手感知震動的狀態以決定經脈氣血傳導的效率或骨密度的優劣高低，並以感受的結果區別病與不病。<sup>413</sup>若以歷史演變的角度分析，從戰國早期單純比較觀察血脈之常變以論疾病之發生，到《內經》時代不僅區別有無罹病，還能決生死、斷預後；「踝部的診斷」內容看似雷同，其實隱含了診斷思維與技術的進展。

緊接著抄寫於「相脈之道」之後的一段紀錄提到：

夫脈固有動者，鼂之少陰，臂之鉅陰、少陰，是主動，疾則病。此所以論有過之脈也，其餘謹當視脈之過。<sup>414</sup>

<sup>410</sup>董良杰，〈鼓之如鼓與當踝而彈之一《黃帝內經》中的叩診〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》2.5 (1996): 25。

<sup>411</sup>北宋林億校勘唐代王冰《重廣補注黃帝內經素問》時，針對足踝診法曾說明校正過程，「臣億等按《甲乙經》及全元起注本並云，『以左手，足上去踝五寸而按之，右手當踝而彈之。』」「當踝而彈之」應有對著足踝彈擊之意。參段逸山，《「素問」全元起本研究與輯復》，頁 66。

<sup>412</sup>嚴建民，《遠古中國醫學史》(北京：中醫古籍出版社，2006)，頁 119。

<sup>413</sup>出土文獻言及之盈虛、滑澀、動靜等「感覺」，與時代稍後的《內經》、及更晚的《脈經》所言皆不同，此處指的單純是比較後的感覺差異。至於《太素》所言「蠕然、疾中手渾渾然、徐徐、應上不能至五寸」等敘述，亦為醫者直觀感受的描述。《類經·脈色類》對脈動應手所暗喻的病機有一番解釋，「應，動也。應過五寸以上，氣脈充也。蠕蠕，虫行貌，謂其軟滑而勻和也，是為不病之脈。疾，急疾也，渾渾，濁亂也。徐徐，遲緩也。不能至五寸者，氣脈衰。彈之不應者，氣脈絕。故微則為病而甚則為死也。」參郭教禮，《類經評注》，頁 188。

<sup>414</sup>江陵張家山漢簡整理小組，〈江陵張家山漢簡《脈書》釋文〉，頁 74。

引文中包含了兩個重點，第一：《靈樞·動輸》也有「經脈十二，而手太陰、足少陰、陽明，獨動不休，何也？」<sup>415</sup>的記載，雖然被關注的經脈名稱有別，但足以證明身體某些特定的脈在特定的部位能夠較輕易經由按壓體表感受搏動狀態，並可因為脈動的異常（過快）認定罹患疾病。這是前述兩種診法最根本的依據，《內經》的三部九候診法應該也可視為本法擴展之成果。第二，具有「脈動異常即代表身體罹病」的觀念後，再配合各脈所主病候參詳，便能夠更詳細的判斷疾病發生的部位所屬，這正是兩部「十一脈灸經」記載各脈循行與病候的價值所在。回想兩部「十一脈灸經」與《脈法》出土時抄寫於同一卷帛書，並分屬前後依序排列；先列舉基礎生理病理，再談臨床應用，這樣的鋪陳或可感受當時抄寫人的用心。再仔細思索「是主動，疾則病。」的觀點，時人認為正常脈動現象即是生命力的展現，異常的變化則代表疾病的發生，這與《左傳》裡慶鄭觀察到馬匹因驚慌喪失體力，同時出現血管膨脹的現象其實是一致的；青筋暴露的馬匹外強中乾無法作戰，脈動異常的人身則罹患疾病諸症蜂起。《醫經會解》談「脈理陰陽」之論述時明確指出：

臟腑之經絡又各自有陰陽，而臟腑之陰陽又各自有多寡，其所以審虛實、察陰侵、決生剋而藉以行治法者，脈也。<sup>416</sup>

明示的身體現象其實潛藏著疾病的隱喻。

有意思的是，《史記·扁鵲列傳》曾記載「至今天下言脈者，由扁鵲也。」但扁鵲的脈診卻不見依賴身體接觸的描述。醫案中扁鵲診察趙簡子、魏太子之疾所言乃以分析病患症狀背後經脈與血脈之流動現象、及陰陽氣血之互動狀態為主，齊桓侯一案更僅以望診論死生預後；<sup>417</sup>很明顯的，在司馬遷的記載裡扁鵲診斷後的結論並非強調經由「觸摸」脈動而來。其解釋諸脈如何產生病理變化的依據是來自於陰陽思維、氣論、術數與氣血循環等知識的結合，<sup>418</sup>而非透過觸摸的感受所得。筆者認為，此處司馬遷強調扁鵲所言之「脈」應視為一套與「脈」相

<sup>415</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 181。

<sup>416</sup> [明] 江梅授、鄧景儀述，《醫經會解》，收錄於《海外回歸中醫善本古籍叢書》第四冊（北京：人民衛生出版社，2003），頁 32。

<sup>417</sup> 扁鵲醫案相關內容參 [西漢] 司馬遷，《史記》，頁 605-607。

<sup>418</sup> 李建民，《死生之域—周秦漢脈學之源流》（台北：中央研究院歷史語言研究所，2001），頁 4。

關的生理病理學知識，昭告世人的是當時脈學理論的成熟；扁鵲透過症狀的瞭解，再以「脈」為主體解釋身體內部生理病理的變化，而非以觸摸式的脈診斷定病因。另有一證據可支持本論點，從列傳中扁鵲飲上池水三十日後「以此視病，盡見五藏症結，特以診脈為名耳。」及扁鵲自謂能「不待切脈望色聽聲寫形，言病之所在。」的記載，扁鵲明顯已經能由望診及病患各種症狀掌握了疾病源由，但卻言之以診脈為名，指的是「以脈釋病」，凸顯出扁鵲臨床上所倚重的釋病方法是熟練的脈學知識而非以手觸診脈象。公元三世紀左右成書的《脈經》，卷五載有以扁鵲為名的望診與脈診法，脈診部分不乏有時辰對應脈動、五藏脈形、辨死生、及「弦脈」、「瀦脈」、「短脈」等皆必須經由觸摸才能確定的「脈象」，<sup>419</sup>推測或可能是藉扁鵲之名的後人著作，該現象除了顯示出時人對脈診的認識與觀點多有不同，而脈診多元的發展正方興未艾之外，也隱含醫者一貫尊古遺風、對扁鵲釋脈高明之處多所景仰的傳統意識。

與扁鵲同載於《史記》的太倉公同樣具備脈診與望診之診斷能力，但其醫案內容明顯較前者豐富許多。倉公記錄的病例大多數採用相同的體例：先標示病患官銜與姓名，隨後「診（切）其脈」以斷病名及死生預後，接著說明罹病由來與病因病機之演變，同時引用《脈法》、《奇咳》等古醫書中的內容做為印證其脈診闡述乃有所本。<sup>420</sup>醫案中有關脈象的病理解釋也與扁鵲所言多有不同，<sup>421</sup>使用的診脈方法更包含了五藏脈、絡脈診、陰陽學說、左右脈象比較、三陰三陽脈等不同體系。倉公受術於公乘陽慶，並得《脈書》、《上下經》、《五色診》、《奇咳術》、《揆度陰陽脈變》、《藥論》、《石神》、《接陰陽》等多種醫藥密傳文本，加上倉公治療齊王侍醫時曾言診斷原則乃：「然必審診，起度量，立規矩，稱權衡，合色脈表裏有餘不足順逆之法，參其人動靜與息相應，乃可以論。」<sup>422</sup>表明其重視四

<sup>419</sup> 《脈經·卷五》記載以扁鵲為名的診法分別為，「扁鵲陰陽脈法」、「扁鵲脈法」、「扁鵲華陀察色聲要訣」、「扁鵲診諸反逆死脈要訣」等篇。參〔晉〕王叔和，《脈經》，頁69-83。

<sup>420</sup> 〔西漢〕司馬遷，《史記》，頁607-612。

<sup>421</sup> 倉公醫案中有兩案與扁鵲醫案的紀錄類似，分別是倉公望診齊丞相舍人奴及齊王后弟宋建，兩案雖解釋病機引用的理論與扁鵲不同，但從望診推論體內狀態，並闡述病因病機的模式則有技術層面之共同點。參李書田，《古代醫家列傳釋譯》（瀋陽：遼寧大學出版社，2003），頁16。

<sup>422</sup> 〔西漢〕司馬遷，《史記》，頁612。

診合參的重要性，故其掌握並運用多種診斷方法的情況應該是事實。推測病例記錄僅以脈法爲重的現象，或許是倉公及時醫對於諸診法的偏好與重視有位階上的差異所致，也可能是脈診較其它三種診法來的複雜而困難，因此臨床上特別具有記錄的必要。列傳文末倉公回應漢文帝提問時明白指出：

意治病人，必先切其脈，乃治之。敗逆者不可治，其順者乃治之。心不精脈，所期死生視可治，時時失之，臣意不能全也。<sup>423</sup>

脈診的價值不僅在於體察病因病機，在醫者專心凝神分辨脈象下，更有判斷死生預後之能力；對脈所傳遞的訊息做出解讀不僅滿足了醫者對未知生命變化探索的渴望，也安定了病人對疾病的疑慮與恐慌。雖然這種境界並不容易達到，但或許正是自春秋以來延續至今脈診在醫者及一般病患心中具有「神格」代表性重要地位的最主要原因。若以載史之官的角度看，太史公先以扁鵲爲名強調脈學理論連結精細生理病理知識的進展，再藉倉公醫案表述切脈、論病、引用大量文本對照等一系列脈診過程，並於文末總結強調以脈診病的無限性；除了有醫學進步的足跡隱藏其中之外，脈與生命緊密連結的醫學意識在當時幾乎達到了顛峰。

從陸續集結而於東漢成書的今本《內經》裡或許更能一窺數百年甚至更長的時間裡脈診產生的多元化發展。可以確定的是，最晚截至戰國時代，醫家對於身體的脈已有相當程度的瞭解，對於脈的活動能顯示身心狀況的內外連結關係更是深信不疑，於是不同醫家透過各種接觸與詮釋脈動的方法建立起不同的脈學體系。值得關注的是，此時的「脈學體系」已包含「扁鵲與倉公」的合體診法—即同時具備接觸脈動的方法與解析訊息的理論。大體上《內經》記載的脈診法有兩大類，一是身體多部位的遍診法，二是特定單一部位的脈診法。遍診法中又有「十二經」脈動診法與「三部九候」法之別。嚴格來說，《內經》並無完整「十二經脈動」的名稱與說法，該診法散佈於各篇章，指的是身體手足三陰三陽每一條經脈的循行部位上，都有某些位置是特別容易察覺搏動的，透過觸摸該部位並分析脈動形式，就能得知該條經脈氣血變化的情形。這種診斷模式的起源早在出土帛書便可見，根據黃龍祥的考證，馬王堆出土的兩部「十一脈灸經」在描述每一條脈的循行分布時皆大量使用了「出」字，而該字所描述的部位幾乎都是脈動處及

<sup>423</sup> [西漢] 司馬遷，《史記》，頁 614。

診脈處。<sup>424</sup>由於大部分經脈皆伏行於分肉間，並無法目視觀測，因此古人對於明顯在表淺處搏動者乃以「出」凸顯該現象，同時也以脈之「動」、「厥」等名稱概括一連串異常脈動下的疾病與症狀。<sup>425</sup>試想在當時以脈動連結生命現象的醫學意識推波助瀾之下，脈診初期發展藉由全身多處遍診，以搜尋脈動求得詳實生命資訊的手段並不足為奇，甚至或可認為是必然發生的過程。趙恩儉歸納了可供診斷各脈氣血變化之「出」處，製表如下：<sup>426</sup>

脈名	部位	穴名
肺	寸口	太淵穴
大腸	手合谷上	陽溪穴
胃	足跗	衝陽穴
脾	腹下前股溝縫	衝門穴
心	神門內	陰郄穴
小腸	喉旁	天窗穴
膀胱	臍宛	委中穴
腎	踝裡旁穴	太谿穴
心包絡	掌心	勞宮穴
三焦	耳與目之間	和髎穴
膽	外廉踝之上	懸鐘穴
肝	足大趾上跗	太衝穴

上表內容大致上是以體系化後的經穴理論為來源，這些並非各脈唯一的脈動處，也與出土文獻及《內經》、《甲乙經》等文本各篇章記載不全然相同，<sup>427</sup>但經由搏

<sup>424</sup>黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁 249-250、497。

<sup>425</sup>口鎖堂，〈論「是動病」、「所生病」〉，《甘肅中醫學院學報》20.2（2003）：10-11。趙京生，〈經脈病候的演變〉，《江蘇中醫》19.10（1998）：9-11。

<sup>426</sup>趙恩儉，《中醫脈診學》（天津：天津科學技術出版社，1999），頁 50。

<sup>427</sup>據黃龍祥考證，早期每一條脈經觀察觸摸可感受搏動之處，即氣口（或稱脈口）部位是各脈最早的第一個穴位，也是唯一的穴位，故經常以該脈名稱作為氣口部位名稱，換句話說，「經脈」與「經脈穴」的概念有一部分是重疊的。有趣的是這些被稱為「經

動的「氣口」檢視脈之虛實的作法則是一致的；而解讀《素問·五藏別論》有關「五藏六府之氣味，皆出於胃，變見於氣口。」的論述發現，醫家甚至逐漸將脈的現象與內臟狀態相連結。

筆者於本章第一節曾論述經脈知識的重要性在於提供了人體上下內外特定部位本身特性及彼此間連繫關係的規則；經脈與臟腑的聯繫關係也是基於該意識的深化而發展。早期的經脈理論與內臟並無聯繫，後來陰經由四肢內側入行於胸腹內，逐漸與五臟相聯繫，陽經與六腑聯繫的理論則稍晚也成形。<sup>428</sup>以三部九候法來說，同樣可說是延續「相脈之道」等出土文獻一系之診法，但同時已具有脈動連結臟腑運作的觀念。三部九候切脈的部位有上（頭部）、中（手部）、下（足部）三部，每部各分天、人、地三候，共計有九個檢查脈動的部位：<sup>429</sup>

	天	人	地
上	兩額之動脈，候頭角之氣。	耳前之動脈，候耳目之氣。	兩頰之動脈，候口齒之氣。
中	手太陰，候肺。	手少陰，候心。	手陽明，候胸中之氣。
下	足厥陰，候肝。	足太陰以候脾胃之氣。	足少陰，候腎。

由診法內容可看出，當時對於部分脈的命名仍非常直觀；相對於上三部的脈動，中下所述的三部手足陰陽命名應該也是指其特殊的脈動區域，而非經脈名稱。<sup>430</sup>

脈穴」的原始搏動部位經比對與各脈系統化後之「原穴」部位多為一致，都位於腕踝部的氣口附近，故早期診氣口以分辨脈動異常的過程與後來診十二原穴探查十二經脈原氣盛衰的意識是一貫的。其它相關論述參黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁209-220。

<sup>428</sup> 經脈與五臟關係的確立，據研究應與診脈口搏動、《易經》陰陽思維與空間對應、及五臟實質解剖等因素有關。參黃龍祥，《中國針灸學術史大綱》，頁391-394。五臟與六腑之實質部位距離並不若陰陽經脈間有表裡關係來得密切，而且陽經循行偏表，要連結六腑比陰經與五臟間來得困難，例如在《素問·熱論》中，足三陰經已與相應五臟聯繫，而足三陽經均尚未與相應六腑聯繫。但隨著《靈樞·邪氣臟腑病形》指出「此陽脈之別入於內，屬於腑者也。」理論的建立，陽脈與六腑的連結透過經別得以達成，經脈與內臟連繫的理論總算較為完整。

<sup>429</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁288。

<sup>430</sup> 《四診心法》分析三部九候脈動部位的相關穴位為：「額、頰、耳前，謂兩額、兩頰、耳前也。上部天，兩額之動脈，當額厭之分，足少陽脈氣所行，以候頭角者也。上部

同時頭部的脈動僅作為探查周圍組織器官功能使用，手足二部的脈動除了延續早期脈學意識之外，已幾乎完全明確標示了對應的內臟。<sup>431</sup>本診法的重要精神在於以「上下若一，不得相失。」的正常標準觀察人身上下左右之脈是否協調；及人體上中下三大部位是否相得。例如上中下之脈彼此參差不齊，病必嚴重；如差距甚大，甚至不可計其至數，則為死證。又如形氣不相得、三部九候皆相失及獨見特殊脈象與異常局部體溫時，亦視為程度不等的病理狀態。<sup>432</sup>這已超越前述觀察單一脈動以斷脈病的早期觀點，取而代之的是臨床操作上較為複雜的「比較」模式；以形、氣、脈、證間的變化及相得相失的互動關係來判斷疾病的輕重與死生預後。

特定單一部位的脈診法著重在比較與綜合判讀。其一是人迎寸口法，其二是寸尺診法。山田慶兒認為人迎寸口法的發展較早，並依序往後發展出三部九候法及寸尺診法，但不同的診法間並非完全產生質變，而是逐漸統合。<sup>433</sup>《靈樞·禁服》對人迎寸口相應於身體狀況的特性有詳細的定義：

---

地，兩頰之動脈，即地倉、人迎之分，足陽明脈氣所行，以候口齒者也。上部人，耳前之動脈，即和髎之分，手少陽脈氣所行，以候耳目者也。寸口岐銳，謂寸口岐骨銳骨也。中部天，乃掌後經渠之次，寸口之動脈，手太陰脈氣所行，以候肺者也。中部地，乃手大指次指岐骨間，合谷之動脈，手陽明脈氣所行，以候胸中者也。中部人，乃掌後銳骨下神門之動脈，手少陰脈氣所行，以候心者也。下足三陰，謂五里、太谿、箕門、肝、腎、脾、胃也。下部天，乃氣衝下三寸，五里之動脈，足厥陰脈氣所行，以候肝者也。下部地，乃內踝後跟骨傍，太谿之動脈，足少陰脈氣所行，以候腎者也。下部人，乃魚腹上越筋間，箕門之動脈，足太陰脈氣所行，以候脾胃者也。」參〔清〕吳謙，《四診心法要訣》，收入氏編，《醫宗金鑑》，頁410。

<sup>431</sup>當時還有其它經脈與脈動部位連結內臟的相關知識逐漸體系化，例如十二原穴的概念。《靈樞·九針十二原》云：「五臟有六腑，六腑有十二原，十二原出於四關，四關主治五臟，五臟有疾，當取之十二原。十二原者，五臟之所以稟三百六十五節氣味也。五臟有疾也，應出十二原，而原各有所出，明知其原，睹其應，而知五臟之害矣。」透過原穴與四關部位，既可診斷又可治療內臟疾患。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁28。

<sup>432</sup>九候不調以決死生的相關論述有：「形盛脈細，少氣不足以息者危。形瘦脈大，胸中多氣者死。形氣相得者生，參伍不調者病。三部九候皆相失者死。上下左右之脈，相應如參春者，病甚。上下左右相失不可數者死。中部之候雖獨調，與眾藏相失者死。中部之候相減者死。目內陷者死。」「察九候，獨小者病，獨大者病，獨疾者病，獨遲者病，獨熱者病，獨寒者病，獨陷下者病。」「九候之相應也，上下若一，不得相失。一候後則病，二候後則病甚，三候後則病危。所謂後者，應不俱也。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁292、294。

<sup>433</sup>山田慶兒著，廖育群、李建民編譯，《中國古代醫學的形成》（台北：東大圖書股份有限公司，2003），頁459。

寸口主中，人迎主外，兩者相應，俱往俱來，若引繩大小齊等，春夏人迎微大，秋冬寸口微大，如是者名曰平人。<sup>434</sup>

簡單的說，人迎寸口法乃取頸部人迎脈動與手腕寸口脈動為作為診察標的，除了診其各自脈象變化之外，主要在於作兩者間的對比。正常情況下人迎主陽主外、寸口主陰主內，其搏動並依四時而略有消長。人迎寸口法的立論基礎在於「天道」，也就是自然界的演變規律在人身的對應，《靈樞·終始》：也提到

所謂平人者不病，不病者，脈口人迎應四時也，上下相應而俱往來也，六經之脈不結動也，本末之寒溫相守司也，形肉氣血必相稱也，是為平人。

435

人迎寸口分別位於足陽明經與手太陰經之循行，脈的搏動態勢與節奏若穩定正常時，意味著「朝百脈」及「水穀之海」的功能正常，若同時能適應環境四時的變化而自行做出微調，身心內外自然能保持健康平衡，處於穩定無病的狀態。然而人迎寸口之比較若脈動大小明顯不均勻、甚至出現搏動而「躁」的特性時，則依程度不同代表體內各種病位及病勢的發生。人迎寸口的比較在《內經》中有不同的表述方式，製表如下：

《素問·六節臟象論》<sup>436</sup>

	人迎	寸口
一盛	病在少陽	病在厥陰
二盛	病在太陽	病在少陰
三盛	病在陽明	病在太陰
四盛	以上為格陽	以上為關陰

◎人迎與寸口俱盛四倍以上為關格，關格之脈羸，不能極於天地之精氣，則死矣。

<sup>434</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 76-77。

<sup>435</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 187。

<sup>436</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 147-148。

《靈樞·終始》<sup>437</sup>

		人迎		脈口	
一盛	一盛而躁	病在足少陽	病在手少陽	病在足厥陰	在手心主
二盛	二盛而躁	病在足太陽	病在手太陽	病在足少陰	在手少陰
三盛	三盛而躁	病在足陽明	病在手陽明	病在足太陰	在手太陰
四盛	四盛且大且數	溢陽，溢陽爲外格。		溢陰。溢陰爲內關，內關不通，死不治。	

◎人迎與太陰脈口俱盛四倍以上，名曰關格。關格者與之短期。

◎人迎與脈口俱盛三倍以上，命曰陰陽俱溢，如是者不開，則血脈閉塞，氣無所行，流淫於中，五臟內傷。如此者因而灸之，則變易而爲他病矣。

註：《靈樞·禁服》的分類方法與〈終始〉完全相同，並增加了脈形、脈動節奏與病因病機症狀間的關係：「盛則爲熱，虛則爲寒，緊則爲痛痺，代則乍甚乍間。盛則脹滿，寒中，食不化，虛則熱中、出糜、少氣、溺色變，緊則痛痺，代則乍痛乍止。」<sup>438</sup>

《靈樞·五色》提及的是原則性的理論，即以人迎寸口的各自脈象與兩者差異之比較來分析各種病理意義，及病因與病勢的歸納：<sup>439</sup>

人迎	脈口
氣大緊以浮者，其病益甚，在外。	滑小緊以沉者，病益甚，在中。
沉而滑者，病日損。	浮滑者，病日損。
滑盛以浮者，其病日進，在外。	滑以沉者，病日進，在內。
盛堅者，傷於寒。	甚堅者，傷於食。

脈之浮沉及人迎與寸口氣小大等者，病難已。病之在藏，沉而大者，易已，小爲逆；病在腑，浮而大者，其病易已。

特別的是，在《靈樞·經脈》紀錄每一條經脈的病候文末也都附有人迎寸口之盛

<sup>437</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 189-191。

<sup>438</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 77-80。

<sup>439</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 86。

虛關係，以兩者比較後的差異性作為各經脈罹病的指標：<sup>440</sup>

經脈名稱	人迎寸口虛實病脈
肺手太陰之脈	盛者，寸口大三倍於人迎，虛者，寸口反小於人迎也。
大腸手陽明之脈	盛者，人迎大三倍於寸口；虛者，人迎反小於寸口也。
胃足陽明之脈	盛者，人迎大三倍於寸口，虛者，人迎反小於寸口也。
脾足太陰之脈	盛者，寸口大三倍於人迎，虛者，寸口反小於人迎。
心手少陰之脈	盛者，寸口大再倍於人迎，虛者，寸口反小於人迎也。
小腸手太陽之脈	盛者，人迎大再倍於寸口，虛者，人迎反小於寸口也。
膀胱足太陽之脈	盛者，人迎大再倍於寸口，虛者，人迎反小於寸口也。
腎足少陰之脈	盛者，寸口大再倍於人迎，虛者，寸口反小於人迎也。
心主手厥陰心包絡之脈	盛者，寸口大一倍於人迎，虛者，寸口反小於人迎也。
三焦手少陽之脈	盛者，人迎大一倍於寸口，虛者，人迎反小於寸口也。
膽足少陽之脈	盛者，人迎大一倍於寸口，虛者，人迎反小於寸口也。
肝足厥陰之脈	盛者，寸口大一倍於人迎，虛者寸口反小於人迎也。

〈經脈〉內容其實與〈終始〉、〈禁服〉相同，仍以各脈盛虛病勢依脈動大小倍數分為三組，每組中並以陰陽脈區分人迎寸口的相對盛虛；但並無前述病因、病勢、預後及「脈盛且躁」的區別，各脈病候的治療也遵循一致的原則：「為此諸病，盛則瀉之，虛則補之，熱則疾之，寒則留之，陷下則灸之，不盛不虛，以經取之。」據考證〈經脈〉篇是該作者收集當時各種已成形經脈理論的雜合之作，是較成熟的脈學作品，<sup>441</sup>因此該內容比起前述各篇更具體系感的術數化思維是可以理解的，但同時這也意味著某些解析脈動的方法在系統化的過程中逐漸被簡化

<sup>440</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 221-254。

<sup>441</sup>張燦理，〈經絡學說的形成原委及功能〉，《山西中醫學院學報》17.5（2006）：2-4。李海峰，〈從馬王堆醫帛書到《靈樞·經脈》看經絡學說的起源和發展〉，《中醫文獻雜誌》2002.4：31-32。葉志英，〈《靈樞·經脈篇》對針灸理論的貢獻〉，《針灸臨床雜誌》18.5（2002）：2-4。周仕明，〈從《內經》看經絡學說的形成與完善過程〉，《山東中醫學院學報》18.3（1994）：181-184。

與排除。

寸尺診法應該是諸多診察脈動方式逐漸簡化下的產物，該診法其實是寸口脈診與察尺膚診相結合的診斷方式，可視為將脈診與望、觸診結果集中於下臂相對照的一種診法。由於醫家逐漸建立起寸口獨具有「五藏主」特性的經驗與理論，故藉寸口診能反應出全身臟腑氣血的各種變化。<sup>442</sup>診寸口是利用觸摸手腕後撓動脈處搏動的技巧以辨別脈動特性的臨床意義，本章第二節曾引用《素問·平人氣象論》對於寸口有餘不足的脈象與症狀加以詳細描述：<sup>443</sup>

寸口脈形	症狀與病機
寸口之脈中手短者	頭痛
寸口脈中手長者	足脛痛
寸口脈中手促上擊者	肩背痛
寸口脈沈而堅者	病在中
寸口脈浮而盛者	病在外
寸口脈沈而弱	寒熱及疝瘕少腹痛
寸口脈沉而橫	脇下有積，腹中有橫積痛
寸口脈沉而喘	寒熱

氣血以脈作為流轉全身的運行通道，生理運作稍有異常便得以使脈動的形式隨之改變，也意謂著氣血的運動狀態已經不同。醫家努力的就是要憑藉手指的靈敏度區分各種異常形式，並與逐漸建立的病因病機理論相結合，以解釋這些生命訊息的涵意。脈診在逐漸由寸口脈取代全身遍診的同時，資訊的內涵也產生質變，由

<sup>442</sup> 《素問·五臟別論》對經由寸口診察內臟變化的原理有詳細說明：「氣口何以獨為五藏主？岐伯曰，胃者，水穀之海，六府之大源也，五味入口，藏於胃以養五藏氣，氣口亦太陰也。是以五藏六府之氣味，皆出於胃，變見於氣口。」《素問·經脈別論》進一步指出，「食氣入胃，散精於肝，淫氣於筋。食氣入胃，濁氣歸心，淫精於脈。脈氣流經，經氣歸於肺，肺朝百脈，輸精於皮毛。毛脈合精，行氣於府。府精神明，留於四臟。氣歸於權衡，權衡以平，氣口成寸，以決死生。」氣口反應內臟生理及病變的理論，也成為後世寸口分部診察五藏六腑病變之立論依據。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 165、305-306。

<sup>443</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 247-248。

早期單純觸摸檢查脈與脈動以分析「脈病」，到《內經》以各種脈法擴大深化診斷層次；解釋脈動與身體內部關係以推敲患者在氣血異常運動方式下所對應各種症狀發生的可能性，該過程其實正顯示了經脈理論與藏象知識的緊密連結，也促進病因病機思維朝理論化與系統化發展。由〈平人氣象論〉緊接於上段引文之後的內容可證實筆者的歷史觀點：

脈盛滑堅者，曰病在外。脈小實而堅者，曰病在內。脈小弱以澀，謂之久病。脈滑浮而疾者，謂之新病。脈急者，曰疝瘕少腹痛。脈滑曰風。脈澀曰痹。緩而滑曰熱中。盛而緊曰脹。脈從陰陽，病易已；脈逆陰陽，病難已。脈得四時之順，曰病無他；脈反四時及不間藏，曰難已。<sup>444</sup>

兩段引文中「短、長、促、沈、堅、浮、盛、弱、橫、喘、滑、澀、疾、急、緩」等字並不一定作為原來字義使用，而是醫者試圖藉以描述指下脈動特徵的方法。第一段引文以脈動對應症狀為主，合理推測其成形時間較早，由脈動直接連結症狀的經驗累積而來；至於第二段引文因對於寸口脈動特徵與病因病機的對應已具雛形，則應是較後期成熟的作品。事實上觸摸的感覺多少因人而異，個人化的感覺與文字表述也可能無法全然吻合，<sup>445</sup>正如《靈樞·邪氣臟腑病形》提到辨別確認「五臟之所生，變化之病形」時便僅以「緩、急、大、小、滑、澀」六種脈來區分一般；經驗的多寡、表達方式的不同，都可能會影響脈動的詮釋，脈動形式的多寡有一大部分顯示了醫者觀察生命的精細度與瞭解身體的成熟度的進化。

診察從寸口脈以上到肘窩這段皮膚（尺膚）的狀況，以此判斷身體功能與疾病性質的方法即為尺膚診法。本法具有綜合性診斷的概念，重點在於探索分析特定部位皮膚之各種觸覺與視覺資訊，若操作得宜，其準確性與方便性甚至能凌駕其它三診：

黃帝曰：調之奈何？岐伯答曰：脈急者，尺之皮膚亦急；脈緩者，尺之皮膚亦緩；脈小者，尺之皮膚亦減而少氣；脈大者，尺之皮膚亦貴而起；脈

<sup>444</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 248-249。

<sup>445</sup> 醫者的診斷能力與表達方式可能產生不同步的現象，這在中醫學與西方醫學對於脈診發展過程的歧異尤可看出。西方醫學對於「明確」的不斷追求，最後終於導致脈搏測量簡化為計算搏動次數，因為其測量者間誤差最小。而中醫學的脈診雖然精妙，但風險存在於觀測者間對脈學理論文字意義的體認程度、及自我感覺的靈敏程度。相關研究參栗山茂久，《身體的語言》，頁 67-116。

滑者，尺之皮膚亦滑；脈濇者，尺之皮膚亦濇。凡此變者，有微有甚。故善調尺者，不待於寸，善調脈者，不待於色。<sup>446</sup>

這是《靈樞·邪氣臟腑病形》中的論述，雖然岐伯仍緊接著強調「能參合而行之者，可以為上工。」但顯然尺膚診是具有獨立診斷特性的。正常情況下尺膚和寸口脈之觸感相應，但若產生「臂多青脈，曰脫血。尺緩脈澀，謂之解休安臥。尺熱脈盛，謂之脫血。尺澀脈滑，謂之多汗。尺寒脈細，謂之後泄。脈尺粗常熱者，謂之熱中。」<sup>447</sup>等兩者不相應之區別時，則表示身體產生明顯的異常。尺膚之觸診主要在辨別局部皮肉之緩急、小大、滑澀、堅脆、寒溫、燥濕，以確定疾病之特性，<sup>448</sup>同時尺膚診尚有分部以診查五臟六腑的區別：「尺內兩旁，則季脇也，尺外以候腎，尺裡以候腹。中附上，左外以候肝，內以候鬲；右外以候胃，內以候脾。上附上，右外以候肺，內以候胸中；左外以候心，內以後臆中。前以候前，後以候後。上竟上者，胸喉中事也；下竟下者，少腹腰股脛足中事也。」<sup>449</sup>該論述是將人體從頭至足按比例縮小，依序排列在尺膚上，將尺膚視為全身臟腑組織器官的縮影，故可獨取尺膚以反映全身臟腑組織器官病變的診斷方式即由此而生，至於該分部方式轉變成運用在寸口脈，並由診經脈觀點移轉為診臟腑，則是《難經》、《脈經》成書之後的事。<sup>450</sup>寸口脈與尺膚能夠配合診斷，主要還是因

<sup>446</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 92。

<sup>447</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 249-250。

<sup>448</sup>《靈樞·邪客》提到針刺治療前的諸診法中包含了尺膚診：「持其尺，察其肉之堅脆、大小、滑澀、寒溫、燥濕。」而《靈樞·論疾診尺》也開宗明義定義了尺膚診的項目：「余欲無視色持脈，獨調其尺，以言其病，以外知內，為之奈何？岐伯曰：審其尺之緩急小大滑澀，肉之堅脆，而病形定矣。」區別出尺膚觸感的差異之後，醫者有一套相對應的病因病機理論，「尺膚滑，其淖澤者，風也。尺肉弱者，解休。安臥脫肉者，寒熱不治。尺膚滑而澤脂者，風也。尺膚濇者，風痺也。尺膚粗如枯魚之鱗者，水洗飲也。尺膚熱甚，脈盛躁者，病溫也，其脈盛而滑者，病且出也。尺膚寒，其脈小者，泄、少氣也。尺膚炬然先熱後寒者，寒熱也；尺膚先寒，久持之而熱者，亦寒熱也。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 280、314、316。

<sup>449</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 236。

<sup>450</sup>《難經·十八難》將寸口分成「三部九候」提到：「上部法天，主胸以上至頭之有疾也。中部法人，主膈以下至臍之有疾也。下部法地，主臍以下至足之有疾也。」同時以三部分配十二經脈，手太陰、陽明為上部，足少陰、太陽在下部，足太陰、陽明在中部，其餘諸經俱分配於三者之間，但未言明何經配於左右寸口何部。直到《脈經》成書之後才予以補充說明，但以臟腑易經脈，此為後世各家脈書以三部分配臟腑之濫觴。參黃維三，《難經發揮》，頁 50。

為雙方能同步呈現身體內外變化的訊息，綜合形色脈變化的做法對於全面性的診斷是極有幫助的。兩者間生理運作的關係，筆者引用張隱菴的解釋，或可作為適切的註腳：

夫胃者，水穀血氣之海也，故行於脈中者，至於太陰之兩脈口，持其脈以知藏府之病。血氣之行於脈外者，從手陽明之大絡，循經脈之五里，而散行於尺膚，故審其尺之緩急大小滑濇，肉之堅脆，而病形定矣。蓋太陰主陰，陽明主陽，藏府雌雄相合，氣血色脈之相應也。<sup>451</sup>

對於與病因病機有關的脈診理論《內經》中尚有「四時脈」與「真藏脈」，判別是否異常的因素皆在於有無胃氣。有胃氣之脈代表水穀營養充足且能正常供應，人的生命力穩定，身體功能正常運作；無胃氣之脈則反應出內臟組織氣血能量已明顯不足，五臟狀態此時亦反應於脈象，但此為極度缺乏生命力的「真藏脈」。<sup>452</sup>而「四時脈」有平、病兩種，皆受季節變化影響；有胃氣之人雖然因四時節氣的不同而有各自特徵的脈形脈象，但仍屬平氣之脈，為無病之常態；若無胃氣則「四時脈」便成為病脈、死脈。<sup>453</sup>

《內經》成書之後的脈學發展逐漸朝「診察部位簡化，臨床病症之理論詮

<sup>451</sup> [清]張隱菴，《黃帝內經靈樞集注》，收入《中國醫學大成》第二冊，卷九，頁20。

<sup>452</sup> 《素問·平人氣象論》云：「平人之常氣廩於胃，胃者，平人之常氣也，人無胃氣曰逆，逆者死。」真藏脈的出現是五臟精氣絕的訊號，真藏脈表示脈無胃氣，即脈象失去從容穩定之象，變得數疾，堅搏或滯緩。《素問·玉機真臟論》便列舉了五臟之真藏脈特徵，皆為無胃氣相伴之脈，「真肝脈至，中外急，如循刀刃責責然，如按琴瑟弦，色青白不澤，毛折，乃死。真心脈至，堅而搏，如循薏苡子累累然，色赤黑不澤，毛折，乃死。真肺脈至，大而虛，如以毛羽中人膚，色白赤不澤，毛折，乃死。真腎脈至，搏而絕，如指彈石辟辟然，色黑黃不澤，毛折，乃死。真脾脈至，弱而乍數乍疏，色黃青不澤，毛折，乃死。諸真藏脈見者，皆死不治也。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁243、280。

<sup>453</sup> 《素問·平人氣象論》對四時相應五臟之平、病、死脈有詳細論述，其中亦夾雜有五行生剋的理論，並能以脈不應時預測疾病發生的可能：「春，胃微弦，曰平，弦多胃少，曰肝病，但弦無胃，曰死，胃而有毛，曰秋病，毛甚，曰今病。藏真散於肝，肝藏筋脈之氣也。夏，胃微鉤，曰平，鉤多胃少，曰心病，但鉤無胃，曰死，胃而有石，曰冬病，石甚，曰今病。藏真通於心，心藏血脈之氣也。長夏，胃微稟弱，曰平，弱多胃少，曰脾病，但代無胃，曰死，稟弱有石，曰冬病，弱甚，曰今病。藏真濡於脾，脾藏肌肉之氣也。秋，胃微毛，曰平，毛多胃少，曰肺病，但毛無胃，曰死，毛而有弦，曰春病，弦甚，曰今病。藏真高於肺，以行榮衛陰陽也。冬，胃微石，曰平，石多胃少，曰腎病，但石無胃，曰死，石而有鉤，曰夏病，鉤甚，曰今病。藏真下於腎，腎藏骨髓之氣也。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁243-244。

釋複雜化」的方向靠攏。<sup>454</sup>《難經》在脈學知識的進展上不讓《內經》專美於前，徐大椿曾說：「是書之旨，蓋欲推本經旨，發揮至道，剖析疑義，垂示後學，真讀《內經》之津梁也。」<sup>455</sup>該書不僅獨取寸口，並重新分部寸關尺、提出脈的陰陽屬性、診脈指法浮沈輕重、四季王脈、五臟脈、六經定位、脈證相應相反、男女脈、經脈主病等議題，對後世脈學具有決定性發展。<sup>456</sup>東漢張仲景「勤求古訓，博採眾方」，其《傷寒論》中所用之脈法可說是集合了漢代以前的醫學經驗與個人臨床所得，包含寸口脈診、單診關及尺脈、趺陽脈診、少陰脈診、寸口趺陽合診、趺陽少陰合診、尺脈趺陽合診等，透過條文可看出仲景高明之處在於能詳載病因、症狀、脈象、診斷及治法，即透過分辨病、脈、證的過程鑑別診斷以決定療法。<sup>457</sup>診與治頭尾一貫、絲絲入扣，不僅使「醫經」與「經方」二家的理論能

<sup>454</sup> 章太炎論診脈曾指出，「診脈本有詳略之法，詳而取之，《素問》所謂三部九候，仲景所謂寸口、人迎、趺陽，有時亦兼及少陰、少陽是也。略而取之，即專診寸口，《八十一難》及《脈經》之說是也。」參章太炎，《章太炎醫論》（北京，人民衛生出版社，2006年），頁4。章氏「詳、略」之區別，明確即指診察部位的多寡。同時從《難經》與《脈經》之內文中，也明顯能比較出多於《黃帝內經》中的脈學知識。

<sup>455</sup> [清]徐大椿，《醫學源流論》，收入《中國醫學大成》第四十五冊，卷下，頁30。

<sup>456</sup> 多數學者認為《難經》一至二十一難專論脈學，占全書之四分之一強，可見本書重視脈學的程度。具張瑞麟考證，本書對兩漢以來脈學發展的影響相當大，也促進了臨床應用的發展。《難經》脈學的內容主要在沿襲《內經》所論寸口診脈的基礎上加以創新，使脈學臨床實際操作更加方便，同時其醫學上的創見除了脈學之外，尚有原氣命門學說、三焦理論、奇經八脈、俞穴理論與解剖記錄、及大量的針刺手法，這些醫學理論同時也與脈學知識互為助力，共同成長。相關論文參劉豔、李毅，〈初探《難經》對脈學的學術貢獻〉，《長春中醫藥大學學報》22.4（2006）：1-3。張登本，〈《難經》研究述要〉，《陝西中醫函授》2000.4：1-5。張瑞麟，〈《難經》脈學的形成、特點及其對兩漢脈學的滲透和影響〉，《中醫文獻雜誌》1996.3：8-10。

<sup>457</sup> 宋本《傷寒論》有〈辨脈法〉、〈平脈法〉兩篇位於全書之首，分別論述以各種脈法診察傷寒、雜病的脈證預後以及病因病機與各種傳變。仲景對脈診十分重視，每篇的命題均以「辨某某病脈證並治」為篇名，說明診疾論病之原則乃視脈、證、治三者為一體，論中以脈診來辨別證候的，有辨六經、辨病名、辨病性、辨病位，所辨雖不同但都以脈診來規範其特定意義。論中也以脈法來分析病機、決定治療、判斷預後。分析仲景脈法內容與沿革的相關著作可參趙恩儉，《中醫脈診學》，頁87-125。仲景脈法傳統與現代研究之比對可參王占璽，《傷寒論脈法研究》（重慶：科學技術文獻出版社，1980）。至於脈證治之條文考證詮釋，筆者認為周岐隱之部分見解有其獨到之處，參周岐隱，《古本傷寒心解》，收錄於陸拯主編，《近代中醫珍本集·傷寒分冊》（杭州：浙江科學技術出版社，1988）。相關論文可參馮世綸，〈經方的脈診〉，《中國醫藥學報》17.11（2002）：693-695。王東生等，〈仲景對脈學的貢獻〉，《中醫文獻雜誌》2001.4：3-5。李建東、趙五申，〈《傷寒論》脈診淺探〉，《湖南中醫學院學報》13.3（1998）：12。郝保生，〈《傷寒論》脈學述要〉，《湖南中醫學院學報》15.2（1995）：7-8。徐剛，〈《傷寒論》脈學發微〉，《河南中醫學學刊》10.1（1995）：7-10。

夠互相銜接、取效於臨床，更開啓了中醫學臨床應用的新視野，影響力持續至今。於西晉完成的《脈經》更是被喻為中醫學第一部脈學專書，不僅傳授如何診脈的方式，更詳細記載了多樣化的脈學知識系統。《脈經》在脈學知識的進展主要在於輯載了《內經》以來歷代諸醫家的脈法論述，並透過有系統的分析歸納，將診脈方法、脈學理論及臨床脈診作出了明確闡釋及一致性的規範，對於脈名與脈形規範的制訂、經脈臟腑為病的脈診區分都已具備完整的內容可遵循，同時更增添了相類脈的概念及補充了婦人脈、小兒脈診及經脈診法。<sup>458</sup>換句話說，最晚到西晉時期，對於各種脈的形體與搏動方式、及隱身於後所傳遞的生命訊息，時人已經有相當程度的掌握能力。

在脈學發展過程中，「痛」原來就是經脈病候最重要的內容之一，前文對氣血在經脈與內臟中引起痛的變化已多所論述，不再重申。應特別提及的是，《脈經》談論「痛」的多元與精細，不但可與《內經》相互對照，也反應出秦漢到西晉間漢語近義詞彙豐富進步的程度，及醫家對診斷資訊與臨床症狀辨析的優異能力。崔錫章便認為，醫學文本中症狀表述的水準高低，直接影射了該時期中醫診斷學的發展程度與辨證能力，《脈經》不僅能對各種相關的症狀進行詳細區分，也能對疼痛的不同模式作準確描述，還可以看出其表述語彙的整體性與全面性，具有不可取代的重要地位。以「疼痛」來說，其對症狀的表述與描繪已遠遠超出了脈學研究的範疇。<sup>459</sup>筆者以為，從兩部「十一脈灸經」到《脈經》成書約七百餘年間，《靈樞·經脈》所言：「脈之卒然動者，皆邪氣居之，留於本末；不動則熱，不堅則陷且空，不與眾同，是以知其何脈之病也。」<sup>460</sup>的觀念大概可視為脈學發展的核心意識吧！脈動的部位異常代表該處異常，也代表整條脈的標本、始終間關係失衡，以致於擴大到上中下大範圍的病變考量；同時「脈病」的觀念

---

<sup>458</sup>脈經的相關研究論文可參蔣力生，〈略論《脈經》的學術成就與版本系統〉，《江西中醫藥》38.1（2007）：79-80。陳小燕、嚴惠芳，〈淺談《脈經》對中醫診斷學的重要貢獻〉，《河北中醫》28.5（2006）：385-386。李毅等，〈初探《脈經》對中醫學術的重要貢獻〉，《山西中醫》20.5（2005）：1-3。張海燕、彭如惠，〈《脈經》的學術特色初探〉，《湖南中醫雜誌》11.5（1995）：2-3。

<sup>459</sup>崔錫章，〈論《脈經》癥狀表述的語言特色〉，《北京中醫藥大學學報》28.4（2005）：26-28。

<sup>460</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁264。

從單一脈的異常活動逐漸轉變成不同部位的脈活動狀況間的比較，並逐漸建立脈象連結病機與推測病因及設計治法的理論。這套思維到張仲景已降的時代儼然是成形並逐漸成為醫家間的共識了，同時對「痛」的認識在這種演變過程中，也隨著病因病機的理解與各種診斷理論精細化而不斷修正與擴大。

撰文至此，回頭再讀《素問·陰陽應象大論》：「以我知彼，以表知裡，以觀過與不及之理，見微得過，用之不失。」<sup>461</sup>明確地指出了各種可見的身體徵象與症狀是體內病變的「外應」，兩者的關係正如《素問·五運行大論》描述天地動靜所說：「形精之動，根本與枝葉也，觀其象，遠可知也。」<sup>462</sup>及《靈樞·外揣》闡述的：「合而察之，切而驗之，見而得之，若清水明鏡之不失其形也。...若是則內外相襲，若鼓之應桴，響之應聲，影之似形。」<sup>463</sup>一般。各項診斷方式與相關理論的進展過程尤如第二章第二節論及古人認識身體順序的再現，從起初以原始直接的方式、繼而逐漸成為複雜多樣的探索；隨後再因知識的深入發展，對身體複雜性的瞭解與日遽增，使得診斷操作的功夫也必須修改成為系統化而便利操作的模式，以利有效而準確的解讀身體語言。然而，這雖是一條明確的醫學發展趨勢，但並不確定「診斷」、「生理」、「病理」、「內臟」、「經脈」、「治療」...等議題是否也一樣呈現歷史上同步的發展。筆者認為，醫學的進步不全然能視為歷史的必然，更沒有齊頭式的進步，各種議題可能因本身特性、時代背景、政經文化、與其它學科影響等因素而呈現速度不等的成長，但可確定的是各議題間就像賽道上彼此競爭的跑者一般，每一次只要有人突出，就會刺激其它跑者跟上。

本節的最後，筆者應當指出，中醫學諸診法在臨床上的發揮程度與醫家本身的診斷能力與個人修為關係至為密切。栗山茂久認為「醫學知識發展上的差異不但影響人們的思想，並且也影響人們的感知與感受。」<sup>464</sup>筆者認為若將栗山的言論倒過來看中醫診斷的議題則更為貼切，即不同醫家的感知差異才是形成診斷方式與理論多元化發展的主要動力。醫家們雖然擁有相同的生理病理、病因病機知識作為背景，但即使是接受同樣的訓練，也能因個體差異而有不同的診斷結

<sup>461</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 91。

<sup>462</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 873。

<sup>463</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 36。

<sup>464</sup> 栗山茂久，《身體的語言》，頁 292。

果。事實是，在中醫學的世界裡，醫者個體間的診斷差異明顯存在，但每一個個體中的自我診斷準確度與再現性則應具一致的標準。因此該改變的不是中醫學，而是運用中醫的實行者，終身學習與不斷臨床重複驗證才是維持中醫學診治水準穩定的根本之道。<sup>465</sup>

## 五、小結

本章以傾向醫學的角度深入探討「痛」在中醫學裡的相關內涵，並追索中醫基礎知識發展初期的遺風。戰國末年至東漢前期可說是中醫學從經驗逐漸結合成為理論、多元化轉變成系統化的關鍵時期，其間「解剖測量及臨床的實際觀察紀錄」及其與「陰陽、五行學說」的結合對生命現象的推演闡述是相關知識快速進步的主要原因，對於觀察身體結構的視野與分類方式主要則依據「動態性」、「功能性」的「活體」意識為主體。基本上時人一切有關生命的知識，包含生理病理皆脫離不了以臟腑、經脈、皮肉筋骨等語彙加以分類識別，為了因應生命的多元複雜，同時期相關的天文、曆法、物候、氣象等自然科學理論皆被借用以協助構築醫學的完整性，如引起疾病的內外邪氣特性對應於氣象、四時運氣的變化被引用來解釋疾病的發生傾向等；而將人的生命節率調整與自然界相同，「順應環境、安養其生」自然也成為時人預防醫學的重要意識。

隨著對身體與生命現象的熟悉，掌握各種知識的「聖人」逐漸將醫學理論深層化與精細化。醫家突破了早期「鬼神致病」與「六氣為病」的簡單病因病機理論，建立了身體內部惟有生命元素受到病因的影響時方能引起病機、形成症

---

<sup>465</sup> 現代的中醫學執行者似乎必須依附在相對年輕生澀的「科學（技）化」氛圍裡，自我的價值認定變得模糊，必須藉由「科學」的背書認同來獲得些微的安心與生存空間。然而每個時代的中醫學工作者，都應深入傳統知識核心、細讀經典、分擔中醫學進步與傳播的責任。因為中醫學知識的多元化特徵，醫者有必要自我要求，訓練具有多方面的知識，同時中醫學的根源必須重新被認識與學習，中醫的臨床療效才會逐漸脫離「無再現性、歪打正著。」的誤解。相關論述參林伯欣，〈在「黃帝的身體」成形之前——淺談殷商至春秋的醫學發展〉，收入《中國醫藥大學學士後中醫學系國醫節學術研討會論文集》（台中：中國醫藥大學，2007），頁9-12。林伯欣、林昭庚、張賢哲，〈中醫疾病史研究回顧〉，《古今論衡》2006.14：108-111。

狀；「生病」狀態方能成立的觀點。而「生命元素」—「氣」、「血」、「水」、「神」的確立，使身心內外的一切生理變化都能獲得解釋，病機理論的深化與串連也得以不斷提升。

醫學的進展使醫家面對「痛」的現象與成因不再那麼疑惑，對於病患諸多類似而不易區分的感受亦皆能有所區別。「痛」並非唯一的身體不適感，但臨床上卻受太多因素影響而可能造成病患在主述各種身體感時產生知覺的重疊；然而該「重疊性」越高，便意謂著醫學知識與診斷水準再提升的迫切性。栗山茂久考證「肩凝」時便指出：「元氣的流滯會造成堵塞、凝固、積聚、硬化和聚結，這些都是癥、凝、癥、積、結等名詞所指的症狀。」<sup>466</sup>命名不同的症狀或疾病其病因可能相同，而感受雷同的身體徵象與各病症定義之範圍差別卻可能僅在於病因對各「生命元素」本身及彼此間互動的細微變化、或是位居病程中不同階段的現象而已。細讀《內經》之後可確定「痛」的現象並不宜以後世醫家單言「不通則痛」一筆帶過，其「通」之意也非全以香竄辛通破血之法論治，正如《經歷雜論》所說：

近世醫者，遇疼痛之症，莫不以「通則不痛，痛則不通」二句定案；所用之藥，無非芳香辛溫、破血行氣之品。豈知痛有虛實之別乎？實痛由於氣血凝滯，痛當拒按；虛痛由於氣血不足，痛當喜按。<sup>467</sup>

華玉堂評論《臨證指南醫案·諸痛》也提到：

此「通」字，勿誤認為攻下通利講解，所謂通其氣血，則不痛是也。然必辨其在氣分與血分之殊。在氣分者，但行其氣，不必病輕藥重，攻動其血；在血分者，則必兼乎氣治，所謂氣行則血隨之是也。<sup>468</sup>

「通」之要，追求的是生命力的正常運行、無所障礙；「氣」、「血」、「水」、「神」各從其道，沒有異常。至於「痛」的各種成因，及造成身體虛實程度及牽涉氣血層次的狀態，則當依診斷結果分別論治。以醫者自身穩定的身心狀態為測量基準

<sup>466</sup> 栗山茂久：〈肩凝考〉，《古今論衡》2006.15：56。

<sup>467</sup> [清]劉恆瑞著、裘慶元校刊，《經歷雜論》，收入《秘書集成》第二十一冊（北京：團結出版社，1994），頁463。

<sup>468</sup> [清]葉天士原著、華岫雲編定，《臨證指南醫案》（北京：華夏出版社，1995），頁462。

與工具，以「人」診「人」整體廣泛搜尋病患生命現象的方式，正是中醫診斷學有別於顯微、數據化的現代醫學之處。

即使中醫學有多種劃分身體結構與病因類別的群組，<sup>469</sup>但廣泛而論，各種疾病與症狀在程度上都可依因「氣」、「血」、「水」、「神」的失衡，導致經脈、組織、內臟病變產生的想法來闡述，各種診斷方式的發展與差異則決定了各類資訊的選擇與解讀特色。基於對現象及其背後意義的認知、對語言文字的表達與理解、及社會文化的影響，醫家們看待身體的眼光明顯有所不同，知識的建立便因此呈現多元的體系。但直到公元三世紀結束前為止，包含諸診法與各種醫學知識在內的中醫學，其演進發展的傾向是一致的：先由外而內、再由內而外；同時為因應隨著經驗與理論由粗糙到複雜多元的過程，醫學知識的堆疊轉變為整體、系統化而逐漸建立了清楚的規範。



---

<sup>469</sup> 中醫學的「辨證」方式有「八綱辨證」、「氣血津液辨證」、「臟腑辨證」、「六經辨證」、「衛氣營血與三焦辨證」等，差別在於對病因與身體部位結構分類的不同。相關內容參孟景春、周仲英：《中醫學概論》，頁 129-158。

## 第四章 療癒之道

促使醫學不斷發展的背後力量除了滿足人類對生命現象的好奇心之外，最重要的便是治療病痛。早期商朝王室多以占卜祈求禳邪，並以結果作為預測生老病死的依據，但甲骨卜辭為殷王室專用之物，甲骨記錄受載者，亦僅為殷王及王室相關人員，其實不得作為當時醫學發展之全貌。更進一步說，醫療相關的占卜內容其功能是對各種疾病提供了相關的理論依據，並對後續可能的各種治療加以背書。正如李宗焜所說：「我們從甲骨材料上，的確找不出除了祭祀祈禱以外的直接材料，可以證明殷商人治療疾病的其它方法。但這只是甲骨上說的，並不表示殷代絕無祈禱以外的治病方法。」<sup>1</sup>目前雖然缺乏大量直接而可信的證據，但合理推論殷商時代仍應該有醫療器具、藥物和部分的醫療行為。<sup>2</sup>

中醫學的治療意識隨時代而異。正如《素問·移精變氣》所言：

黃帝問曰：余聞古之治病，惟其移精變氣，可祝由而已。今世治病，毒藥治其內，針石治其外，或愈或不愈，何也？岐伯對曰：往古人居禽獸之間，動作以避寒，陰居以避暑，內無眷慕之累，外無伸宦之形，此恬憺之世，邪不能深入也。故毒藥不能治其內，針石不能治其外，故可移精祝由而已。當今之世不然，憂患緣其內，苦形傷其外，又失四時之從，逆寒暑之宜，賊風數至，虛邪朝夕，內至五藏骨髓，外傷空竅肌膚，所以小病必甚，大

<sup>1</sup>李宗焜，〈從甲骨文看商代的疾病與醫療〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》72.2（2001），頁379。

<sup>2</sup>事實上仍有不少學者從分析甲骨文及參考《尚書》、《詩經》、《山海經》等早期文獻資料旁證推斷殷商存有占卜以外的醫療行為。在殷商時期已經有醫療活動及專職醫生，同時在臨床治療上也已經使用果實、草木、酒、動物為藥物；以針、灸、按摩等為治療手段。參李良松，〈略論甲骨文中的世界醫學之最〉，摘自霍韜晦主編，《中國文化與中國醫學》（九龍：法住出版社，2003），頁140-143。李良松，《甲骨文化與中醫學》（福州：福建科學技術出版社，1994），頁17、51-52、60-67。張鳴皋，《藥學發展簡史》（北京：中國醫藥技術出版社，1993），頁9-15。高春媛、陶廣正，《文物考古與中醫學》（福州：福建科學技術出版社，1986），頁56-62。詹鄞鑫，〈卜辭殷代醫藥衛生考〉，《中華醫史雜誌》16.1（1986）：15-23。筆者同樣認為即使在遠古乃至於殷商早期，人類遭受病痛時絕不可能毫無反應或坐以待斃，求生及解除病痛的本能必定會驅使人類思考及嘗試各種不同的對治方式。至於早期整體的醫學治療發展過程可參嚴健民，《遠古中國醫學史》（北京：中醫古籍出版社，2006），頁33-35、124-148。

病必死，故祝由不能已也。<sup>3</sup>

恬憺之世清靜無爲，人體由於身心穩定平衡，即使穢疾邪氣亦無法深入，因此僅以轉變患者注意力的方式使身心精氣重新調整，便能療癒疾病。<sup>4</sup>然而隨著人心嗜欲增加與生活方式的異常，在身心失去穩定的程度加深後，對於病因的耐受度相對不足，需要更「強烈」加諸於身體的治療方式才能扭轉其失衡趨勢。從「祝由」演變到「毒藥」與「針石」，展現的是時人因外在生活條件「進步」而導致身心從單純「退化」到繁雜混亂的反差局面，醫學因應之道則開展了多種新的治療對策。

真正的醫家對治療水準的要求有著近乎偏執的堅持。《內經》的基本治療思維是透過功能的調節重建人身內外與環境的和諧，以使經脈組織器官維持適當生命力、整體功能恢復至最佳狀態。<sup>5</sup>對於醫家診治規範的要求，則如《素問》〈疏五過論〉與〈徵四失論〉所言，「診病不審，是謂失常。」「治不能循理，棄術於市，妄治時愈，愚心自得。」粗率不專業而自以爲是的醫療作風容易造成過失，更不見容於聖人醫者的醫學倫理。東漢張仲景著書作序也提到相同的杏林怪象：

觀今之醫，不念思求經旨，以演其所知，各承家技，終始順舊，省疾問病，務在口給，相對斯須，便處湯藥，按寸不及尺，握手不及足，人迎跌陽，三部不參，動數發息，不滿五十，短期未知決診，九候曾無仿佛，明堂闕庭，盡不見察，所謂窺管而已。夫欲視死別生，實為難矣。<sup>6</sup>

醫者不精究方術，反而敝帚自珍、以善於言語應對病患爲務，時醫魯莽之弊，莫過於此。而後世更有甚著，將治療披上神奇色彩，意圖標新立異以吸引病患，徐靈胎便感嘆這些行醫之人「將古人精思妙法，反全然不考，其弊何所底止。」並

<sup>3</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》（北京：人民衛生出版社，1995），頁 174-175。

<sup>4</sup>李應、張丹紅，〈移精變氣療心疾〉，《現代養生》2001.11：20-21。田敏桂等，〈移精變氣論篇瑣談〉，《河北中醫藥學報》12.2（1997）：25-26。

<sup>5</sup>根據張登本的研究，《內經》有關治療的中心思想包括「治未病」、「治病求本」、「以平爲期」及「綜合防治」等，實際的治療原則與方法有「扶正祛邪」、「標本治療」、「正治反治」、「調整陰陽」、「因勢利導」及「因人、時、地而制宜」等。參張登本主編，《內經的思考》（北京：中國中醫藥出版社，2006），頁 357-369。

<sup>6</sup>〔日〕森立之著、郭秀梅等校點，《傷寒論考注》（北京：學苑出版社，2001），頁 34-43。

期盼「願世之爲醫者，真誠敬慎，勿用非法之方。」<sup>7</sup>歷代各朝在因應疾病逐漸複雜與多樣時，不少醫家似乎選擇輕鬆而遺忘醫道的診治方式，新的治療對策與方法並不全然遵循中醫學原有的規範，部分醫家及其治療方式似乎也隨著時人身心的轉換同樣呈現「退化」的跡象。

對於包含「痛」在內的一切病症，歷代治法不勝枚舉，但臨床取效而具有保存價值的，仍應是遵循經典所載之生理病理原則而發展衍生出來的。《慎疾芻言·宗傳》提到：「一切道術，必有本源，未有目不睹漢唐以前之書，徒記時尚之藥數種，而可爲醫者。」<sup>8</sup>未熟練經典著作理論，就無法發展高水準的治療方法；非以此爲基礎的治法，也就沒有長久持續發展的潛力。在今日醫界及學界將各種中醫療法與方藥研究視爲「明星產業」的同時，回溯支持這些治療媒介的理論與思維，實具有特殊意義。

本章將以先秦至兩漢間的中醫文本爲主，討論關於「痛」的各種療法與理論。第一節探討「移精變氣」的功夫，即祝由與導引如何治療病痛；第二節則探討以脈做爲處理對象的針法與灸法其治療痛證的多元性。最後則探索本草與方劑外治內服治療痛證的相關沿革。

## 一、祝說病由與導氣引形

巫者的起源大概是爲了溝通人神、媒介人鬼而產生，並負責對天災、人禍、生死、驅疫、治病等相關事宜做適當處理，以作爲處於鬼神觀時期的先民面對未知力量時的依靠。<sup>9</sup>《周禮·春官》便載有「司巫」一職的功能：

掌群巫之政令。若國大旱，則帥巫而舞雩。國有大災，則帥巫而造巫恒。

<sup>7</sup> [清]徐大椿，《慎疾芻言》，收入《中國醫學大成》第四十五冊（上海：上海科學技術出版社，1992），頁20-21。

<sup>8</sup> [清]徐大椿，《慎疾芻言》，頁21。

<sup>9</sup> 高春媛、陶廣正，《文物考古與中醫學》，頁34-38。巫術是人類早期的生存經驗與技術，巫者可以經由身心意識形態的轉變，或特殊的技術操作，得到與鬼神相通、並與天地精神相呼應的感應，而巫術中醫藥的部分則著重於將原有通天地事鬼神的巫術活動，偏向於往與醫治生命有關的範疇發展。

祭祀，則共匱主及道布及菹館。凡祭事，守瘞。凡喪事，掌巫降之禮。<sup>10</sup>應劭《風俗通義》探討修禊重要祀典時進一步引用《周禮》男女巫師之職責：「男巫掌管望祀望衍，旁招以茅；女巫掌歲時，以祓除鬻浴。」<sup>11</sup>巫者在春天時節行「禊」之儀式，祈神以驅禍除災；男巫負責逐疫除去疫病，女巫負責以草藥熏浴，祛疫防病。《公羊傳·隱公四年》注對「巫」在治療上的權責更爲清楚：「巫者，事鬼神禱解以治病請福者也，男曰覡，女曰巫。」<sup>12</sup>先秦及更早的時代，醫療行爲是由巫者所壟斷，並以祭祀、祈禱和各類「巫術」作爲治療媒介；這些與崇拜鬼神等無形力量相對應的治病方式，正是從這一類向崇拜及畏懼之物「獻媚」而乞求得到寬恕與救贖的心態轉化而來。

根據林富士的研究，「巫」字有多種含意，包含卜筮、祭祀、國家名稱、地名、神祇或人；若是人，則是指以主管「事鬼神」之事的特定一類人而言。<sup>13</sup>巫者從事的各種儀式與技術或可稱爲「巫術」，巫術的形式眾多，簡繁不一，但不脫下列原則：(1) 具有一定目的。(2) 具有一定的儀式或反應形式。(3) 一般操作皆配合一定的口頭巫詞。(4) 巫術必定有主持人。(5) 目的在於影響和改變客觀事物。<sup>14</sup>這些特徵顯示出「巫術」的展現之所以可能，其實是透過遵守系統而規則性的程序，再針對各種以建立於個人或群體對於特定事件的集體意識完成各種儀式。巫術是人類早期的生存經驗與技術，巫者透過通鬼神的儀式，將人的生死欲求通向於天地鬼神，以利獲得來自於自然與超自然的力量護持，在天地、巫師與乞求者彼此間意志得以相互交流時，增強了弱者克服困難、超脫生死的信念。

巫者的醫術同樣是以神人交通的核心思維爲基礎；而透過「祝由」得以「移精變氣」正是傳承於這套思維與技術。依《說文解字》之釋，「祝」乃指「祭主讚詞者」而言，段注認爲該字「從示從儿口，此以三字會意，謂以人口交神也。」<sup>15</sup>《周禮·春官》中也提到「祝」就是祭祀時主管讚詞的官員；「大祝」負責侍

<sup>10</sup>李學勤主編，《周禮注疏·春官宗伯》(台北：台灣古籍出版有限公司，2001)，頁 808。

<sup>11</sup>[漢]應劭撰、王利器注，《風俗通義校注》(台北：漢京文化事業有限公司，2004)，頁 382。

<sup>12</sup>李學勤主編，《春秋公羊傳注疏》(台北：台灣古籍出版有限公司，2001)，頁 53。

<sup>13</sup>林富士，《漢代的巫者》(板橋：稻鄉出版社，2004)，頁 26。

<sup>14</sup>宋兆麟，《巫覡一人與鬼之間》(北京：學苑出版社，2001)，頁 215-216。

<sup>15</sup>[東漢]許慎著、[清]段玉裁注，《國點段注說文解字》(台北，萬卷樓圖書股份有

奉人鬼、天神、地祇，乞求福祥、消除災禍，「小祝」掌管小祭祀的祝辭，如年成豐歉、迎接時雨等。<sup>16</sup>「由」原意乃田間南北縱向之小路，引伸有「從」之意，<sup>17</sup>張介賓曰：「祝，咒同。由，病從所生也。故曰祝由。」<sup>18</sup>《素問集注》釋為：「對神之辭曰祝；由，從也。言通祝於神明，病從而可愈已。」<sup>19</sup>兩者皆意指運用祝禱、符咒以除病所從生之法。此外，《書經·泰誓》提到：「上帝弗順，祝降時喪。」孔穎達疏曰：「祝，斷也。」<sup>20</sup>以祝訓斷，意即斷絕其受病之由。從以上分析可知，「祝由」就是巫者用以祈神治病的活動，透過驅邪趕鬼鎮煞的過程與儀式使受術者體內產生「移精變氣」之效應，因斷絕其罹病之由而使疾病自癒。東漢時期祝由之數稱為「解除」，如《論衡·解除》所載：「解除初禮，先設祭祀，比夫祭祀，若生人相賓客矣。先為賓客設膳食，已，驅以刃杖。」<sup>21</sup>王充同時也認為「解除之法源古逐疫之禮也。」更加證明了「祝由」具有長遠的傳承，其治病的特色在於過程既是巫儀，也是醫術。<sup>22</sup>

---

限公司，2002年，明嘉慶本），一篇上，頁12。另有學者認為，《說文》正篆無「由」字，而從「由」得聲之字有「詘」，許慎訓曰「詘」也，即今之「呪」字，是「祝告」的意思。又古韻「由」、「留」可以對轉，《說文》從「留」之字有「禱」，許慎訓曰，「祝 禱也」。徐灝曰：「禱即祝、禱之合聲，故與祝通，亦與 禱同。」可見「禱」、「詘」是同源之字，故《說文解字注》曰：「祝由，即祝詘也。」《玉篇》曰：「詘，祝也。」《中華大字典》同。由此可見，祝由是一個同義複詞，是古代醫巫尚未完全分開時的一種透過祝禱治療疾病的方法。參王釗、賈鴻寶，〈《內經》祝由辨析〉，《中醫雜誌》31.4（1990），頁58-59。

<sup>16</sup>另外還有負責喪禮的「喪祝」、進行四時農耕田獵的「甸祝」、及掌管外交盟約的「組祝」等。欲詳讀各「祝」官職之工作項目及職權範圍可參李學勤主編，《周禮注疏·春官宗伯》，頁774-807。

<sup>17</sup>〔東漢〕許慎著、〔清〕段玉裁注，《圈點段注說文解字》，十二篇下，頁63。

<sup>18</sup>郭教禮，《類經評注》（西安：陝西科學技術出版社，1996年），頁379。

<sup>19</sup>〔清〕張隱庵，《黃帝內經素問集注》，收入《中國醫學大成》第一冊（上海：上海科學技術出版社，1992），卷二，頁13。

<sup>20</sup>李學勤主編，《尚書正義》（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁332。

<sup>21</sup>〔東漢〕王充著、〔明〕程榮校，《論衡》，收入《四部備要·子部》（上海：中華書局據家刻本校刊，1936），卷二十五，頁212。

<sup>22</sup>學者普遍認為「祝由」乃是透過「移精變氣」治療疾病。在巫（醫）的指導下，轉移患者精神，排遣情思，改移心志；透過移精氣、變利氣血而得以治療疾病。其具有精神治療的特性，透過中醫學獨特之情志相勝療法移情易性而能治療疾病。按《歷代職官表》所載，「祝由」治病的方法在周代至唐代以前，官方醫療機構中都未被提到，但在唐代的太醫署中名列四大科之一，並改名為「咒禁」，加強調其祝禱內涵及禱詞的咒語性質。據《唐六典》記載，唐代「禁咒」是太醫署列為醫學教育的專門科目之一，「祝由之術」不但逐漸脫離兩漢以來與巫覡劃上等號、被排斥輕賤的情況，更朝向醫療化、成為醫學知識的一部份。「祝由」歷史沿革與內涵之相關研究論文可參范家偉，《六朝

中醫醫術有十三大類，「祝由」為其中一種。<sup>23</sup>祝由在治療上最早的運用者應是苗父，《說苑·辨物》曾記載這樣的一個故事：

上古之為醫者曰苗父，苗父之為醫也，以管為席，以芻為狗，北面而祝，發十言耳，諸扶而來者，舉而來者，皆平復如故。<sup>24</sup>

苗父以草織成動物做為祭品，面向北方透過言語注禱誦讚，便能使病患很快脫離病痛恢復正常。另據《世本》所載，「巫咸，堯帝時臣，以鴻術為堯之醫，能祝延人之福，愈人之病。祝樹樹枯，祝鳥鳥墜。」<sup>25</sup>同樣強調巫醫療癒疾病的來源主要是透過強大的口語祝由力量。祝由療法對疾病起因的解釋，以鬼神邪魅為主；廖育群便主張，禁咒之術適用於各種身體疾患，咒語的對象不是患者，而是能夠接受語言訊息的動物、鬼怪與神靈；同時咒語並非要影響患者的精神活動，而是要求神靈賜予力量、威攝受禁對象。<sup>26</sup>換句話說，廖氏認為祝由的用意是把患者從鬼神引起的疾病中拯救出來，使其脫離災難，而非改變患者體內之精氣。

這種「以牙還牙」、對神鬼致病力量採「正面對決」的治療模式可見於《五

---

隋唐醫學之傳承與整合》(香港：中文大學出版社，2004)，頁59-89、124-148。金麗、張其成，〈試論祝由之歷史地位及現實意義〉，《中華中醫藥雜誌》21.6(2006)：326-328。莫秀雲等，〈祝由法在治療中的作用與運用〉，《江蘇中醫藥》25.5(2004)：5-7。林韶冰等，〈中醫意療移精祝由法治病機理探析〉，《遼寧中醫學院學報》4.3(2002)：184-185。祁宏，〈祝由探析〉，《浙江中醫學院學報》20.3(1996)：7-8。張榮明，〈略論中醫祝由術的歷史發展〉，《醫古文知識》1995.3：11-13。

<sup>23</sup>《類經》〈卷十二·論治類〉提到：「按國朝醫術十三科，曰大方脈，曰小方脈，曰婦人，曰傷寒，曰瘡疾，曰針灸，曰眼，曰口齒，曰咽喉，曰金鏃，曰按摩，曰祝由，今按摩祝由二科失真傳，惟民間尚有之。」參郭教禮，《類經評注》，頁378。然而不同朝代對醫學內涵與分科略有不同，陸定圃便云：「徐氏《醫統》云：古醫十四科，中有脾胃科，而今亡之矣。《道藏經》中頗有是說。宋元以來，止用十三科，考醫政其一為風科、次傷寒科、次大方脈科、次婦人胎產、次針灸科、次咽喉口齒科、次瘡瘍科、次正骨科、次金鏃科、次養生科、次祝由科。國朝亦惟取十三科而已，其脾胃一科，終莫之續。《類經》云：醫術十三科，曰大方脈，曰婦人，曰傷寒，曰瘡瘍，曰針灸，曰眼，曰口齒，曰咽喉，曰接骨，曰金鏃，曰按摩，曰祝由。今按摩、祝由失其傳。二說微不同。而太醫院所設十三科，則與《類經》之說同，詳見《明史》。」參〔清〕陸定圃，《冷廬醫話》，收入《中國醫學大成》第三十九冊(上海：上海科學技術出版社，1992)，卷一，頁1。

<sup>24</sup>盧元駿註譯，《說苑今註今譯》(台北：台灣商務印書館，1977)，頁643。

<sup>25</sup>〔清〕陳夢蕾，《古今圖書集成醫部全錄》第十二冊(北京：人民衛生出版社，2000)，頁75。

<sup>26</sup>廖育群，《醫者意也—認識中國傳統醫學》(台北：東大圖書股份有限公司，2003)，頁78-80。

十二病方》中所載的部分祝由療法，<sup>27</sup>其治療的疾病包括諸傷、<sup>28</sup>嬰兒癩、<sup>29</sup>巢者（狐臭）、<sup>30</sup>蝎螫、<sup>31</sup>虱、<sup>32</sup>疣者、<sup>33</sup>癰病、<sup>34</sup>腸積、<sup>35</sup>爛者、<sup>36</sup>癰、<sup>37</sup>漆（漆樹過

<sup>27</sup>馬王堆出土文獻中另有《雜禁方》一篇，皆為早期祝由療法之記錄，但其運用範圍與醫療並不相關，故不在本文中討論。《雜禁方》的內容可參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》（長沙，湖南科學技術出版社，1992），頁1006-1016。

<sup>28</sup>諸傷之祝由方法提到，傷者血出，祝曰，「男子竭，女子截。」五畫地□之。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁337。

<sup>29</sup>嬰兒癩者之祝由法為，取屋榮蔡，薪燔之而□匕焉。為湮汲三渾，盛以杯。因唾匕，祝之曰，「噴者劇噴，上彗星，下如衄血，取若門左，斬若門右，為若不己，磔膊若市。」因以匕周摺嬰兒癩所，而洒之杯水中，候之，有血如蠅羽者，而棄之于垣。更取水，復唾匕漿以摺，如前。毋征，數復之，征盡而止。令。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁374。

<sup>30</sup>治狐臭者，候天電而兩手相摩，向電祝之，曰，「東方之王，西方□□□□主冥冥人星。」二七而□。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁387。

<sup>31</sup>蝎螫治法，「唾之，噴，「兄父產大山，而居□谷下，□□□不而□□□□而鳳鳥□□□□□尋尋且貫而心。」父居蜀，母為鳳鳥，毋敢上下尋，鳳[貫]而心。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁400-401。

<sup>32</sup>被蜥蜴或蝮蛇咬傷之祝由法為口語與藥物之複合療法有三種。一、吹，「嗟，年，螫殺人今茲。」又復之。二、噴吹，「伏食，父居北在，母居南止，同產三夫，為人不德。」已。不己，青傅之。三、湮汲一杯入奚蠹中，左承之，北向，向人禹步三，問其名，即曰，「某某年□今□」。飲半杯，曰，「病□□己，徐去徐己。」即覆奚蠹，去之。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁409、413-414。

<sup>33</sup>「疣」是指皮膚長出贅瘤一類的疾病。《五十二病方》中有多種祝由祈求使之消失之法，（1）令疣者抱禾，令呼曰，「若胡為是？」應曰，「吾疣。」置去禾，勿顧。（2）以月晦日之丘井有水者，以敝帚掃疣二七，祝曰，「今日月晦，掃疣北。」入帚井中。（3）以月晦日日下舖時，取塊大如雞卵者，男子七，女子二七。先以塊置室后，令南北列，以晦往之塊所，禹步三，道南方始，取塊言曰，「今日月晦，磨疣北。」塊一磨□。已磨，置塊其處，去勿顧。磨大者。（4）以月晦日之內後，曰，「今日晦，搗疣內北。」磨疣內壁二七。（5）以朔日，葵莖磨疣二七，言曰，「今日朔，磨疣以葵戟。」又以殺本若道旁箭根二七，投澤若淵下。·除日已望。（6）祝疣，以月晦日之室北，磨疣，男子七，女子二七，曰，「今日月晦，磨疣室北。」不出一月疣已。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁419-425。

<sup>34</sup>「癰」乃小便不利之疾病，《五十二病方》指出，「以己巳晨，寢東向溺之。不己，復之。」即每逢己巳日早晨，讓病患面向東方平躺解小便，若不癒則重複操作。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁464。

<sup>35</sup>據馬繼興考證，「腸積」即「積疝」之意。《正字通》云，「積疝，……丈夫陰器連少腹急痛也。」本病症是《五十二病方》中使用祝由數最多的一種，（1）操柏杵，禹步三，曰，「貴者一襄胡，瀆者二襄胡，瀆者三襄胡。柏杵白穿，一母一□，□獨有三。貴者腫，若以柏杵七，令某積毋一。」必令同族抱□積者，置東向窗道外，改椎之。（2）令斬足者清明東向，以箛擗之二七。（3）癰，以月十六日始毀，禹步三，曰，「月與日相當，日與月相當。」各三；「父乖母強，等與人產子，獨產積丸，乖已，操鍛石擊而母。」即以鐵椎改段之二七。以日出為之，令積者東向。（4）以辛巳日祝曰，「貴辛巳日。」三；曰，「天神下干疾，神女倚序聽神語，某狐又非其處所，已；不己，斧斬若。」即操布改之。二七。（5）以日出時，令積者屋雷下東向，令人操筑西向，祝曰，「今日□，

敏)、<sup>38</sup>蟲蝕、<sup>39</sup>身疔、<sup>40</sup>魃、<sup>41</sup>等類別。治療的媒介除了言語之外，也包含巫醫的各種步伐與象徵性的動作，部分疾病甚至採祝由與藥物、按摩、符咒等共同使用的治療方式，<sup>42</sup>各種方法合計有 17 種之多。<sup>43</sup>與疼痛症狀相關的病症大致上以金刃外傷、蟲獸咬嚙、及外科皮膚疾病為主；而在另一篇出土文獻《養生方》中，也有避免走路時引起足部疼痛的祝由法。<sup>44</sup>《五十二病方》的多數醫藥治療記錄

某積尤，今日已。某積已。□而父與母皆盡柏筑之顛，父而衝子，胡不已之有？」以筑衝積二七。已備，即日，「某起。」積已。(6) 辛卯日，立堂下東向，向日，令人挾提頰者，曰，「今日辛卯，更名為禹。」(7) 令積者北首臥北向廡中，禹步三，步呼曰，「吁！狐庶。」三；若知某病狐……。(8) 以稗為弓，以甌衣為弦，以葛為矢，以□羽□。旦而射，暮而□小。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 474-477、479-483、486。

<sup>36</sup>本法指的是治療身體某處潰爛的醫方。「熱者，呼曰，『肸詘肸詘，從竈出毋延，黃神且與言。』即三唾之。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 550。

<sup>37</sup>病癰之祝由操作法為，(1) 取□□羽□二□二，禹步三，□□一杯……。(2) 身有癰者曰，皋，敢告大山陵，「某不幸病癰，我值百疾之□，我以明月照若，寒□□□□以柞木食，挺若以虎蚤，挾取若刀，而割若葦，而剗若肉，□若不去，苦。」唾□□□□□朝日未□，□向唾之。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 591、594。

<sup>38</sup>因皮膚沾染漆樹之漆而引發的皮膚過敏亦可藉祝由治療，但多半配合外用藥物的使用。(1) 唾曰，「歎，漆。」三，即曰，「天帝下若，以漆弓矢，今若為下民疔，塗若以豕矢。」以履下磨抵之。(2) 祝曰，「帝有五兵，爾亡。不亡。瀉刀為戕。」即唾之，男子七，女子二七。(3) 「歎，漆王，若不能漆甲兵，令某傷，雞矢鼠壤塗漆王。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 600-603。

<sup>39</sup>「蟲蝕」之祝由方僅剩「遽斬乘車髻桴……」的紀錄，全段文意不明，但似乎有「迅速砍斷供乘坐用車輛前面中央塗漆之橫木」的意思，推測藉由該儀式得以去除「蟲蝕」之不適疼痛症狀。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 611。

<sup>40</sup>「身疔」乃身上的瘡瘍之意。其祝由記錄文意亦不全，「浸浸燻燻蟲，黃神在灶中。□□遠，黃神興……。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 627。

<sup>41</sup>「魃」乃小鬼，此病亦見發生於小兒，祝由之重點乃以畏懼之物及言語儀式威嚇小鬼以治病。(1) 禹步三，取桃東枝，中別為□□□之倡而笄門戶上各一。(2) 祝曰，「漬者，魃父魃母，母匿□□□北□巫婦求若固得，□若四體，編若十指，投若□水，人也人也而比鬼。」每行□，以采蠱為車，以敝箕為輿，乘入黑豬，行人室家，□□□□□□□□若□□徹巨魃□魃□□□□所。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 635-636。

<sup>42</sup>如「腸積」治法提到，「積，以奎蠱蓋其腎，即取桃枝東向者，以為弧；取□母□□□□□□□□□□上，晦，壹射以三矢，□□飲藥。其藥曰陰乾黃牛膽。乾即稍□□□□□□□□□□，飲之。」治「蠱」則提到，「□蠱而病者，燻北向并符，而蒸羊尼，以下湯淳符灰，即□□病者，沐浴為蠱者。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 494、632。

<sup>43</sup>據李零的整理，各種的治療技術包括有，噴、唾、吹、呼、鼓、毆、抵、磨、塗、棄、覆、禹步、畫地、桃枝、祝、辜、其它等共十七種。參李零，《中國方術正考》(北京：中華書局，2006)，頁 267-268。

<sup>44</sup>《養生方》中有「疾行」一項提到，行欲毋足痛者，南向禹步三，曰，「何水不載，何

原則上有「外傷以外用藥居多、內科疾病以內服藥為主」的清晰特徵，但夾雜了祝由術及治療方式與材料選取的多樣性；以及對於各種鬼祟致病之病因病機思維的流變現象則同時凸顯了該時代位居於巫與醫既重疊且分離的模糊界線(twilight zone)之中。<sup>45</sup>

雖然理論上巫醫治療在秦漢逐漸建立起系統化的中醫學之後便應逐漸脫離醫學的範疇，但祝由術自先秦兩漢以降仍被大量使用於醫療方面，這從中古隋唐時期孫思邈輯著之《千金翼方》中特別收錄〈禁經〉兩卷便可得知。〈禁經〉其開宗明義便指出：

是以醫方千卷，未盡其性，故有湯藥焉、有針灸焉、有禁咒焉、有符印焉、有導引焉，斯之五法，皆救急之術也。<sup>46</sup>

事實上，從〈禁經〉分上下兩卷之編排方式便已顯示了所收載內容的豐富多元，相較於全書其它各篇並不遑多讓，除了顯示當時作為「救急之術」的各種醫療方法自古以來不斷堆疊增加，也凸顯孫氏對禁咒之術的重視。〈禁經〉除了延續《五十二病方》中以言語、動作步伐、使用儀式工具等方法之外，更特別強調禁祝過程裡施術者與受術者必須維持的心理狀態。例如：

- (1) 施術者學習禁術前必先「持知五戒、十善、八忌、四歸。皆能修治此者，萬神扶助，禁法乃行。」<sup>47</sup>
- (2) 施術者「不得與不信人行禁。」<sup>48</sup>受術者必須專心一致、全然信任，才能在治療過程中凝聚精神，達到療效。

這與《素問·五臟別論》所言：「病不許治者，病必不治，治之無功矣。」<sup>49</sup>是一樣的道理。

---

道不枯，氣我□□。」末即取突墨□□□□□納履中。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 738。

<sup>45</sup>有關先秦兩漢對鬼神致病的態度、思維流變及治療處理意識可參李建民，〈鬼神、儀式與醫療—中國中古病因觀及其變遷〉，發表於“Rituals, Pantheons and Techniques: A History of Chinese Religion Before the Tang”國際研討會，巴黎：法國高等實驗學院，2006年12月14-16日。李建民，〈祟病與場所，傳統醫學對祟病的一種解釋〉，《漢學研究》12.1 (1994)：101-148。

<sup>46</sup>〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》(北京：華夏出版社，2004)，頁 873。

<sup>47</sup>〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 873。

<sup>48</sup>〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 873。

<sup>49</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 165。

孫思邈認為祝由禁咒之術具有神聖的力量，施術者與受術者既然皆為凡人，應該先正其身心、凝神專注方能提升自身的身心位階，藉諸神之力行禁之道。

<sup>50</sup>此外，〈禁經〉內容的特色在於禁咒術的操作過程十分強調施術者自我精神意識的導引及觀想，藉由精神力量的發揮呼請對應的神靈與能量協助治療，例如：

(1)「受禁腫法」中，施術者治療病患時須「作想此手作熱鐵叉，想前人病如雪，手著病即散。」<sup>51</sup>

(2)「禁法大例」引《仙經》論用禁六法：「一牙齒禁，意存氣至牙齒；二營目禁，開一目閉一目；三意想禁，存意以去想，諸疾以除；四捻目禁，謂手上有一十五目；五氣道禁，謂吹、呼、呵、噓、嘻、呬。六存神禁、存諸神在。以食醮祭之，感天靈氣至。又鳴天鼓，叩齒是也。」<sup>52</sup>

(3)「禁法大例」另提出一種施術原則：「欲向病人家，當須存想作白虎吐火，燒病人家屋舍，皆令蕩盡。又作龍舐病人身肉令盡。還作充滿悅懌，然後用氣急治之，欲擊物，一一皆如是。此令行禁神明萬物，皆神效驗，須精審之。」<sup>53</sup>

很清楚的，前面引文不斷在強調一個重要觀念：「施術者在為病家做出『移精變氣』的治療之前，自身必須先設法維持在穩定而高能量的身心狀態。」金仕起的研究便指出，漢魏以下禁術文本將行禁者的心術、行為視為行禁之要件，能否順利控制役使天地萬物的關鍵在於穩定控制役使自己的形體，正形虛心、積善成德便能使神明自得，順利完成儀式。<sup>54</sup>此外施術者在特定情況下事前也需「自我禁咒」，《素問·刺法論》便提到醫者治療五疫前的自我觀想護身方法：

氣出於腦，即室先想心如日。欲將入於疫室，先想青氣自肝而出，左行於東，化作林木。次想白氣自肺而出，右行於西，化作戈甲。次想赤氣自心

<sup>50</sup>孫思邈引《神仙經》之言云，「聖人閉口，萬物可藏。回轉清白，改易陰陽。應言不言，神明相傳；應語不語，神明相與。故萬法閉口，藏身之禁法流行，五藏神明。眾人遊戲而我獨住，眾人浩浩而我獨靜，眾人言說而我獨嘿，此行禁之道畢矣！」強調從事禁咒前的準備要領。參〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 874。

<sup>51</sup>〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 876。

<sup>52</sup>〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 877。

<sup>53</sup>〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 877。

<sup>54</sup>金仕起，〈吾與天地萬物同體—周秦至唐「禁術」的觀念基礎析論〉，「從醫療看中國史」學術研討會（台北：中央研究院歷史語言研究所，2005），頁 5-11。

而出，南行於上，化作焰明。次想黑氣自腎而出，北行於下，化作水。次想黃氣自脾而出，存於中央，化作土。五氣護身之畢，以想頭上如北斗之煌煌，然後可入於疫室。<sup>55</sup>

施術者透過意念、動作、觀想及感應，使自身受到各種能量之護持，成為強力的治療媒介，做為神力與病家間能量傳輸的平台，同時也能避免因接觸病家而感染疾病。這是從《五十二病方》中所看不到的觀點，筆者認為此乃醫家藉祝由禁咒力量治療疾病之核心意識，也旁證了中醫學所強調「正氣存內，邪不可干」的論點。從醫學上來看，祝由的適用對象既可是病患，也可是醫者或巫師本身，這種「要求醫病雙方精神層面的穩定與專注」思維貫穿了從診斷到治療的全體過程，成為中醫學獨有的核心意識。<sup>56</sup>

至於〈禁經〉中治療痛證的項目包含有時氣病、頭痛、癰腫、喉痹、齒痛、目痛、金瘡、出血、飛屍入腹急切痛、毒蠍螫人、狗咬人等，<sup>57</sup>其施術咒語、請引神靈及威嚇對象雖然各有不同，但皆是以祈求患部「不再疼痛」及「快速復原」為目的，整套治療儀式的內涵並無任何細緻而深化的醫學理論作為基礎。不過孫氏將〈禁經〉置於《千金翼方》最末兩卷，其實正是要凸顯醫學在臨床上仍有不足之處，無法理解及診斷的生命現象則由禁咒之術來幫忙，故云：「斯之一法，體是神秘，詳其辭采，不近人情，故不可得推而曉也。但按法施行，功效出於意表，不有所緝，將恐零落。」<sup>58</sup>

深究祝由的治療意義，筆者認為並非僅以威嚇儀式使致病之無形力量轉移離開人體，更重要的是使病患本身的精氣神形能重新分佈與運作而恢復正常，而這一切必須依賴巫（醫）病雙方的身心同時進入「移精變氣」的狀態方能達成。至專至誠則能動天地、通神明；祝由之術能發生作用，皆因雙方意念與神氣的專精凝聚。《靈樞·賊風》曾說明「祝由」之適用時機：

<sup>55</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1325-1326。

<sup>56</sup> 《素問·脈要精微論》曾提到，「持脈有道，虛靜為保。」診脈時應當全神貫注、虛心清靜以體察脈象，以自身的穩定狀態和病家之病體互動；這與祝由術治療的精神是一致的。

<sup>57</sup> [唐]孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 876、880、882、883、884、885、887、889、890。

<sup>58</sup> [唐]孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 873。

其母所遇邪氣，又母怵惕之所志，卒然而病者，其故何也？唯有因鬼神之事乎？岐伯曰：此亦有故邪留而未發，因而志有所惡，及有所慕，血氣內亂，兩氣相搏。其所從來微，視之不見，聽而不聞，故似鬼神。黃帝曰：其祝而已者，其故何也？岐伯曰：先巫者，因知百病之勝，先知其病之所從生者，可祝而已也。<sup>59</sup>

張景岳認為諸如此類原因不明的病症，「皆鬼從心生，而實非鬼神所為，故曰似鬼神也。然鬼既在心，則誠難以藥石奏效，而非祝由不可者矣。」<sup>60</sup>這與孫思邈的看法是一致的。依岐伯之言，表面上鬼神邪魅雖被一般人認為是致病因，但在醫家的眼中並非真正引起疾病的元兇，情志慾望等心理層面的變化造成氣血紊亂才是引起突發症狀的原因；這一類的病痛，透過針灸藥物等治療媒介自然無法斷根取效，抒解精神上暗生鬼魅之心結方為吻合之法。《醫學正傳》論述禁咒祝由時亦提到：「為移精變氣之術耳。可治小病，或男女入神廟驚惑成病，或山林溪谷冲斥惡氣，其證如醉如痴，如為邪鬼所附，一切心神惶惑之證，可以借咒語以解惑安神而已。」<sup>61</sup>岐伯所言「先知其病之所從生者」是祝由取效的原因，「解惑安神」的除病過程正是在超越肉體感官所能察覺的「移精變氣」中完成的。

遠古以來，巫者其實是具備多種才能的智者，執行上達民意、下傳神旨的工作。這一群人掌握當時的科學知識、醫療技術、音樂舞蹈、語言文字及歷史紀錄等資源，成為人類聚落中特殊而不可或缺的一部份。根據李零的考證，直到殷商之後「祝宗卜史」的專職人員出現，官制系統已相當複雜，巫者的工作逐漸侷限於「望祀、乞雨、寧風」一類的事物，其地位下滑的現象逐漸確立。<sup>62</sup>醫學雖然也極欲脫離巫的氛圍，但移精變氣的核心思維仍保留於醫學意識中；鬼神致病逐漸被六淫病因所取代，自身活動以抒發氣機、導引精氣也強勢的取代了巫者的儀式性療法。最精彩的是，清人吳鞠通在回顧平生從醫生涯時曾說：「吾謂凡治

<sup>59</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》（北京：人民衛生出版社，1998），頁152。

<sup>60</sup>郭教禮，《類經評注》，頁381。

<sup>61</sup>〔明〕虞搏，《醫學正傳》（北京：中醫古籍出版社，2002），卷之一，頁24。

<sup>62</sup>據李零考證，自遠古到秦漢原來「巫」所掌管各種技術與事宜共有16種，但由於官制的複雜化，逐漸形成了分工的現象。「祝」管祭祀，「宗」管世系，「卜」管占卜，「史」管記事；「巫」的工作範圍頓時縮小，其地位也隨之下滑，位於「祝宗卜史」之下。參李零，《中國方術續考》（北京：中華書局，2006年），頁30-59。

內傷者，必先祝由。詳告以病之所由來，使病人知之，而不敢再犯。又必細體變風變雅，曲察勞人思婦之隱情，婉言以開導之，莊言以振驚之，危言以悚懼之，必使之心悅誠服，而後可以奏效如神。余一生治病得力於此不少。」<sup>63</sup>筆者認為，在「道無鬼神，獨來獨往。」的醫學規範下，醫家既要堅守不與巫術妥協的原則、又要精準識病所由，吳氏畢生經驗所得肺腑之言應是醫家在臨床上運用詮釋祝由術的最佳典範。

「導引術」的基礎觀念同樣建構於人身氣血精微流動變化的概念上，並與祝由術的運用有所重疊。在《五十二病方》的祝由術中經常有「禹步三」的儀式，是施術者操作祝由術時的特殊步行方法。葛洪認為「凡作天下百術，皆宜知禹步，不獨此事也。」<sup>64</sup>意味著「禹步」具有某種特殊的功能，而孫思邈也認為此乃施禁咒之術成功與否之關鍵因素。<sup>65</sup>黃侖解釋認為，「禹步」就是一種按程式運動身體的方法，祝由師帶領病患一起走動舞蹈，以祝由名義進行體能鍛鍊，具有活動筋骨、疏通經絡之效。<sup>66</sup>故祝由與導引雖然在操作方法上有所不同，目的卻是一致的，甚至還能配合使用。

「導引」的歷史淵源相當早。《路史·前紀九》記載：

陰康氏之時，水瀆不疏，江不行其原，陰凝而易悶，人既鬱於內，腠理滯著而多腫臃，得所以利其關節者，乃制為之舞，教人引舞以利導之，是謂大舞。<sup>67</sup>

<sup>63</sup> [清] 吳鞠通，《醫醫病書》，收入李劉坤主編，《吳鞠通醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，2002），頁 150。

<sup>64</sup> 《抱朴子》載有「禹步」的行走法，「禹步法，正立，右足在前，左足在後，次復前右足，以左足從右足併，是一步也。次復前右足，次前左足，以右足從左足併，是二步也。次復前右足，以左足從右足並，是三步也。如此，禹步之道畢矣。」參王明，《抱朴子內篇校釋》（北京：中華書局，2002），頁 302-303。多數學者皆認為「禹步」乃模仿大禹走路姿勢而來，並引用《尸子·廣澤》：「古者龍門未辟，呂梁未鑿，禹於是疏河決江，十年不窺其家，生偏枯之病，步不相過，人曰禹步。」的紀錄做為佐證。如周作人有〈禹跡寺〉文章一篇，內容便詳細探討大禹及「禹步」之關連，參周作人，《藥味集》（石家莊：河北教育出版社，2003），頁 59-63。龔克依據歷史文獻之考證則認為「禹步」乃後世巫祝道士所為，與大禹無涉。參龔克，〈禹步非夏禹所創〉，《氣功》15.2（1994）：75-76。

<sup>65</sup> 孫氏指出，「凡欲作法，必先取三光氣，又禹步，然後作法驗矣。」參〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 878。

<sup>66</sup> 黃侖、王旭東，《醫史與文明》（北京：中國中醫藥出版社，1993年），頁 25。

<sup>67</sup> [宋] 羅泌，《路史》（台北：台灣商務出版社，1979），頁 53-54。

這一類原始早期的集體操舞，不但作為慶典祭祀中之活動，也可以祛病健身。《呂氏春秋·古樂》也提到：「昔陶唐氏之始，陰多滯伏而湛積，水道壅塞，不行其原，民氣鬱闕而滯著，筋骨瑟縮不達，故作為舞以宣導之。」<sup>68</sup>遠古長期生活在潮濕積水環境中的人，身體容易產生氣血瘀滯的狀況，因此透過舞蹈的方式刺激運作緩慢的生命能量以抒發鬱悶。《素問·異法方宜論》同樣指出居住於中土地區的人，其環境地平以濕，居民食雜而不勞，故宜導引按蹻治療痿厥寒熱等疾病；<sup>69</sup>以動作舞蹈活動肢體，行氣血、宣腠理、利機關，甚至治療因風濕寒熱而引起的各種病症，應該是導引的最早模式。

《莊子·知北遊》云：「人之生，氣之聚也，聚則為生，散則為死。若死生為徒，吾又何患。故萬物一也，是其所美者為神奇，其所惡者為臭腐，臭腐復化為神奇，神奇復化為臭腐。故曰：『通天下一氣耳。』」<sup>70</sup>《上清洞真品》也提到：「人之生也，稟天地之元氣為神為形，受元一之氣為液為精；天氣減耗神將散也，地氣減耗形將病也，元氣減耗命將竭也。」<sup>71</sup>從春秋末期以來，「氣」便不再只是自然界的風氣現象，其概念逐漸加入了人體血氣、氣息、言語辭氣及食物穀氣的觀念，並與原有之環境氣象產生連結。特別在醫學上，人的生死與天地萬物的運作皆是「氣」的反覆聚散現象，「一氣」是人與天地萬物相通的主要媒介，故從天地的氣化現象便能推知證驗人體的內在規律。

《管子·水地》及《靈樞·經水》不約而同的把人身之脈視同如大地之河川水道，其中流動之氣血則與河水相呼應，以為生命之根源所在。將經脈比喻作經水是《內經》中對於經脈的重要具象思考，也具有臨床應用的價值。<sup>72</sup>日人嘉納喜光提出「流體病理疾病觀」，認為水停滯就會招致腐敗，所以必須要決瀆；為了防制水的氾濫，則必須正確調節。氣血停滯就是疾病，流通則能維持健康，

<sup>68</sup>陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》，頁 288。

<sup>69</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 173。

<sup>70</sup>〔清〕王先謙撰，《莊子集解》（北京：中華書局，2004），頁 186。

<sup>71</sup>轉引自〔宋〕張君房編集，《雲笈七籤》，收於《道藏要籍選刊》第一冊（上海：上海古籍出版社，1995），頁 387。

<sup>72</sup>莊明仁，《靈樞·經水篇「十二經水」之研究》（台中：中國醫藥大學中國醫學研究所碩士論文，2004），頁 3。

方法就是導引。<sup>73</sup>這與《呂氏春秋·達鬱》所言「血脈欲其通」、「精氣欲其行」<sup>74</sup>及《靈樞·癰疽》提到血脈營衛「周流不休，上應星宿，下應經數。寒邪客於經絡之中，則血泣，血泣則不通，不通則衛氣歸之，不得復反，故癰腫。」<sup>75</sup>之生理病理觀點是一致的。因此，導引的操作若能配合人體經脈氣血運行的特性，則不僅能有動搖筋骨宣通鬱滯之功，更能療癒疾病、養生不老。<sup>76</sup>

呼吸也是導引的一環。《莊子·刻意》：「吹呴呼吸，吐故納新，熊經鳥申，為壽而已矣。此道引之士，養形之人，彭祖壽考者之所好也。」<sup>77</sup>李頤注「道引」曰：「導氣令和，引體令柔。」事實上，不論任何一種調整氣息的方法皆是由「呼」與「吸」兩種動作組成，差別在於運用何種技巧達成推陳致新的目的。人身氣與體的和諧運作，是導引的終極目標，現代學者或合稱各類導氣引形、自我身心鍛鍊之術為「氣功」，<sup>78</sup>並證實意念與呼吸週期的不同組合方式能對體內神經系統產生不同的影響；單純的呼吸鍛鍊，相較於氣功態的調息模式所產生的生理效應是不同的。<sup>79</sup>藉由呼吸吐納方法與特定體態動作的配合組成導引的內容，在動作呼吸的過程中鼓動生命能量，使其在體內正常運行，達到調和氣血、促進健康的目的。1970年代出土的戰國時期觚形玉器上刻有銘文，經諸學者對字形與字義考釋後整理如下：

<sup>73</sup> [日] 小野澤精一、福永光司、山井湧編，李慶譯，《氣的思想—中國自然觀與人的觀念的發展》（上海：上海人民出版社，2007），頁 289。

<sup>74</sup> 陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》（上海：上海古籍出版社，2002），頁 1382。

<sup>75</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 450。

<sup>76</sup> 李建民，《死生之域》（台北：中央研究院歷史語言研究所，2001），頁 178-179。

<sup>77</sup> [清] 王先謙撰，《莊子集解》，頁 132。

<sup>78</sup> 數千年來，氣功雖一直在民間流傳，但是並沒有統一的名稱。這類鍛鍊方法或因其分別強調姿勢、呼吸、意念的不同，或因其來源於醫、儒、道、佛、武之差異而有很多稱呼，例如導引、吐納、行氣、服氣、食氣、坐忘、靜坐、守神、煉丹、坐禪等。相關論點參李小青，〈氣功概念芻議〉，《中醫文獻雜誌》2003.4：21-22。張洪林，〈氣功的起源、發展及其在中醫學的地位〉，《家庭中醫藥》2003.1：40-42。

<sup>79</sup> 調息是指在有意識的狀態下，對自身的呼吸模式進行調整，以配合調心、調身過程，從而達到使身體迅速進入氣功態的目的。研究發現，具有加強吸氣的「吸—停—呼」式可導致交感神經系統的興奮性升高，即具有助陽的作用；具有加強呼氣的「吸—呼—停」式可導致副交感神經興奮性升高，即具有清熱的作用。參孫藝軍等，〈不同頻率下的停閉調息模式對心率變異的影響〉，《北京中醫藥大學學報》27.4（2004）：86-89。孫福立等，〈意念與呼吸週期的不同組合方式對心率變異的影響〉，《中國中西醫結合雜誌》16.3（1996）：153-155。

行氣：吞則畜，畜則伸，伸則下，下則定，定則固，固則萌，萌則長，長則復，復則天。天其本在上，地其本在下。順則生，逆則死。<sup>80</sup>

此銘文應屬於行氣吐納之法。周世榮認為前十句談的是呼與吸各一次間的完整行氣過程，後四句則談論呼吸的要點與行氣順逆的重要性。<sup>81</sup>李零則認為文中「天其本」、「地其本」即上、下丹田（泥丸與臍下）之意，整段文字乃是沿任、督二脈行氣的小周天功法。<sup>82</sup>廖育群亦曾指出《難經·八難》中作為「呼吸之門」的「腎間動氣」理論乃為呼吸及十二經脈氣血運行找到一個可以異於「胃主受納消化、肺掌橐籥之功」的生理思維，而得以與先天之本緊密連繫。<sup>83</sup>因此，呼吸不僅是胸腔的擴張與收縮，吐納法運用得當，不僅能調整氣血運行，更能引動人體最原始的生命能量。

鍛鍊呼吸及調息之法古稱「食氣」。馬王堆有《卻穀食氣》及《十問》兩篇談論呼吸調息養生保健的紀錄，「卻穀」是指不食穀物，而吃其它代用品；「食氣」即呼吸有益於人體的氣，兩者皆以達鍛鍊身體為目的，是養生意識下的產物。

《卻穀食氣》中提出食氣之人每天在臨睡前及起床後進行「响吹」的動作，並依年齡而有不同次數。<sup>84</sup>強調的是四季的呼吸養生法在時間上各有宜忌、不可違反：<sup>85</sup>

	忌時	宜時
春食	濁陽	和以匡光、朝霞，昏清可。

<sup>80</sup>本引文乃經于省吾、郭沫若及陳邦懷等學者考釋而得，轉引自李零，《中國方術正考》，頁271。李零亦指出，原文刻於圓柱形十二面體小型玉器上，高約5厘米，直徑約4厘米，考證應屬戰國時期器物，現藏天津藝術博物館。銘文記述了「行氣」的要領，是中國現存最早談論行氣之術的出土文物。而趙松飛曾對該玉器銘文中諸學者意見不一致的部分做文字考釋，整理後成為一篇三言十六句的駢體經文，亦有其獨到見解。參趙松飛，〈「行氣玉柱經」文字考釋〉，《中國氣功科學》2000.12：24-25。

<sup>81</sup>吸氣時需使氣行至腹下，呼氣時要行至頭頂；同時生死有別，行氣順逆不可弄錯。參周世榮，《馬王堆導引術》（長沙：岳麓書社，2005），頁128。

<sup>82</sup>李零，《中國方術正考》，頁272。

<sup>83</sup>廖育群，《醫者意也—認識中國傳統醫學》，頁119。

<sup>84</sup>原文為，「食氣者為响吹，則以始臥與始興。凡响中息而吹。年二十者朝二十，暮二十，二日之暮二百。年三十者朝三十、暮三十，三日之暮三百。以此數推之。」參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁829。

<sup>85</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁831-832。

夏食	湯風	和以朝霞、沆瀣，昏清可。
秋食	清風、霜霧	和以輪陽、匡光，昏清可。
冬食	凌陰	和以正陽、匡光、輪陽、輪陰，昏清可。

鍛鍊呼吸的時間早晚皆可，尤其清晨、或日出但有雲層遮蓋時最為適宜。但在沒有陽光及氣候極端（寒冷、風大、酷熱）時則不宜。《十問》除了有相同的「食氣之禁」，並載有「吸氣之道」：

吸氣之道，必致之末，精生而不缺，上下皆精，寒溫安生？息必深而久，新氣易守，宿氣為老。新氣為壽。善治氣者，使宿氣夜散，新氣朝最，以徹九竅，而實六府。<sup>86</sup>

吸氣的主要法則乃要求深長而持久，並維持不斷的新陳交替，便能維持九竅與六腑的正常。對於清晨、白天、夜晚與半夜的呼吸模式則有不同規範：

朝息之治，其出也務合於天。其入也揆彼潤滿，如藏於淵，則陳氣日盡，而新氣日盈，則形有雲光。以精為充，故能久長。

晝息之治，呼吸必微，耳目聰明，陰陰喜氣，中不潰腐，故身無疴殃。

暮息之治，深息長徐，使耳無聞，且以安寢。魂魄安形，故能長生。

夜半之息也，覺寤毋變寢形，深徐去勢，六府皆發，以長為極。將欲壽神，必以媵理息。<sup>87</sup>

白天呼吸相對較淺，自日暮以後至深夜的呼吸要深，清晨日出後的一段時間呼吸要更深。不同時間的呼吸方式雖有差異，其實皆為了吸入更多的清氣、排出更多的濁氣而設計。呼吸的法則與氣的好壞決定「食氣」的成果，正如祝由及引體解鬱求得「移精變氣」一般；三者保健養生、祛病療疾上的意識是一致的。

張家山出土的《引書》是西漢初年的文物，成文在戰國中晚期，據考證應非一人一時之作，是屬於古代導引及養生的綜合醫學文獻。<sup>88</sup>其內容包含四季養生、導引術操作、各種病症導引、保健導引、預防醫學觀念及導引之哲學理論；

<sup>86</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 905。

<sup>87</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 908-912。

<sup>88</sup>高大倫，《張家山漢簡引書研究》（成都：巴蜀書社，1995），頁 82-85。王曉萍，〈江陵張家山漢簡《引書》對養生學的貢獻〉，《中醫文獻雜誌》1997.3：6-7。

<sup>89</sup>在導引操作上則應用了徒手、藉助器械、模仿動物、雙人操作、呼吸等方式。其中用以治療各類病症的導引術有四十四種，項目又以傷痛性疾病佔了較多的比例，直接與「痛」為名的包含以下二十種：<sup>90</sup>

背痛	踝痛	痺病之始也，意回回然欲步，體浸浸痛。	苦兩足步不能均而膝善痛
膝痛	腰痛	股□□□痛	項痛不可以顧
腹痛	膺痛	足下筋痛	夜日臥厥，覺心腹及胸中有痛者。
心痛	口痛	肢尻之上痛	肩痛
肘痛	顏痛	目痛	耳痛

各種痛證之導引方式雖不同，但筆者經整理後找出幾個共通的操作特徵：

- (1) 拉伸患部及附近肌肉。
- (2) 拉伸患部及附近肌肉同時合併牽引對側上下對應肢體，以加強伸展程度。
- (3) 以手按摩患部。
- (4) 透過復健器械輔助按摩患部。
- (5) 旋轉、搖晃、活動患部及附近關節肌肉。
- (6) 用力擴張患部及周圍肌肉。
- (7) 適度固定後，反覆活動患部多次。
- (8) 部分動作需用力操作以求得療效。

顯然運用這些原則能引導筋骨產生具有治療意義的動作，並能使人的氣血加速流通，經脈、組織、五臟六腑能分別受到該有的刺激而重新活化。在解除原來「形不動則精不濟，精不濟則氣鬱」<sup>91</sup>的致病因素之後，原先的氣、血、水、神等生命元素產生的障礙皆能重新正常無阻，疼痛便可得到緩解，養生保健的成效也由

<sup>89</sup>彭浩、李學勤、連邵名等學者對《引書》內容之分類略有不同看法，但多大同小異之差別。高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 8-11。

<sup>90</sup>各導引法參高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 117-118、119、124、126-128、131-133、136、142-143、147、151、156-158、161-162。

<sup>91</sup>陳奇猷校釋，《呂氏春秋新校釋》，頁 139。

此而來。馬王堆的《導引圖》與《引書》是同一時期的出土文獻，其導引理論與功用相同，圖像人形的動作與《引書》具有相關性，在當時流行的地域亦有重疊，足以互相補充不足。<sup>92</sup>《導引圖》有四十四個圖像，扣除殘缺不全者，記載與醫療疾病相關的有十三個，而標明與治療痛證有關的為「痛目」、「腹痛」、「膝痛」、「髀痛」四項。但圖像呈現的是導引過程中的單一動作，要單獨完整解讀導引過程並不容易。<sup>93</sup>

從導引術發源的早期到漢代為止，引體活動與呼吸行氣一直是各自獨立操作的，魏晉以後導引與呼吸的配合技法逐漸產生，<sup>94</sup>使得導引術的內容更為豐富。如《抱朴子別旨》指出：「夫導引不在於立名象物、粉繪表形著圖，但無名狀也。或伸屈、或俯仰、或行臥、或倚立、或躑躅、或徐步、或吟、或息，皆導引也。」<sup>95</sup>隋代《諸病源候論》在論述各種疾病之證候、病因病機與脈象之下，多列有導引之法，各種疾病中明文記載會產生「痛」的證候者包含了風病、虛勞病、腰背痛、解散病、傷寒病、時氣病、溫病、心痛病、腹痛病、痢病、積聚病、疝病、霍亂病等，佔了全書相當大的比例。以臨床常見的「腹痛」為例，該書引用《養生方導引法》內容，載有數種導引治療方法：

治股、脛、手臂痛法：屈一脛、臂中所痛者，正偃臥，口鼻閉氣，腹痛，以意推之，想氣往至痛上，俱熱即愈。

又云：正偃臥，展兩脛、兩手，仰足指，以鼻內氣，自極七息。除腹中弦急切痛。

又云：正偃臥，以口徐徐納氣，以鼻出之。除裡急。飽食後咽氣數十，令溫中；若氣寒者，使人乾嘔腹痛。口納氣七十所，大振腹；咽氣數十，兩

<sup>92</sup>高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 34-41。

<sup>93</sup>部分學者利用《引書》的文字與《導引圖》圖像相對應，試圖整體詮釋《導引圖》內容，但事實上《導引圖》仍有不少圖像過於簡略，即使兩份文獻有不少的相似點，仍不宜將《引書》內容作全面性的對照。參彭浩，〈張家山漢簡《引書》初探〉，《文物》1990.10：87-91。《導引圖》的相關討論另可參本論文第二章第二節。

<sup>94</sup>高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 22-24。

<sup>95</sup>〔晉〕葛洪，《抱朴子別旨》，收於《道藏要籍選刊》第五冊，（上海，上海古籍出版社，1995），頁 257。但據方維甸所言，該文獻直至宋史藝文志方見其名，專論吐納導引，與《抱朴子內篇》本意不合，文筆亦不似晉人手法，應非出于稚川之手。孫星衍考證亦有相同看法。參王明，《抱朴子內篇校釋》，頁 387、389。

手相摩，令熱，以摩腹，令氣下。

又云：偃臥，仰兩足、兩手，鼻納氣七息。除腹中弦切痛。<sup>96</sup>

唐朝《外臺秘要》收載〈腹痛方四首〉內有近乎一致的內容，<sup>97</sup>引文第一條雖似乎稍有錯簡，但仍可看出導引諸法的整體內涵已同時包括了自我意識引導氣血（祝由）、引動肢體及呼吸吐納；三者合而為一，共同使用。而在《諸病源候論》〈虛勞裏急候〉中，其導引法與前述部分引文也極為相似：

正偃臥，以口徐徐納氣，以鼻出之。除裡急、飽食。後小咽氣數十，令溫中；若氣寒者，使人乾嘔腹痛，從口內氣七十所，咽，即大填腹內，小咽氣數十；兩手相摩，令極熱，以摩腹，令氣下。<sup>98</sup>

一種導引法並不限制適用於專一病候，只要診斷後確定症狀類似、病機相同就可沿用，這與中醫學其它療法在選用操作上的原則是一致的。

據《一切經音義·卷十八》〈大乘大集地藏十輪經〉所言：「凡人自摩自捏，伸縮手足，除勞去煩，名為導引。若使別人握搦身體，或摩或捏，即名按摩也。」<sup>99</sup>按摩術屬於「被動式」的導引，即透過外力活動筋骨，而非患部主動的活動。按摩起源於一般人的自我照護，歷代透過徒手與器械輔助按摩以解除疼痛是非常普遍的醫療行為，自殷商開始成為宮廷內部醫學的一部分，至秦漢時期發展成中醫學之一科，隋唐甚至列為官方醫學教育專業之一環。<sup>100</sup>按摩具有「消脹滿、舒經絡」之功，亦為祛病之良方。<sup>101</sup>在《內經》記載中稱為「按蹻」，王冰注《素問·異法方宜論》曰：「導引，謂搖筋骨，動支節。按，謂抑按皮肉。蹻，謂捷舉手足。」與導引同樣適用於平素缺乏勞動而容易罹患痿厥寒熱等氣血循環

<sup>96</sup>丁光迪主編，《諸病源候論校注》（北京：人民衛生出版社，1996），頁 505。

<sup>97</sup>原文僅少載最後一種導引術，筆者推測可能因為與第二種方法雷同而被作者刪除。參〔唐〕王燾，《外臺秘要》（台北：國立中國醫藥研究所，1985），頁 206-207。

<sup>98</sup>丁光迪主編，《諸病源候論校注》，頁 102。

<sup>99</sup>〔唐〕慧琳，《慧琳一切經音義》（台北：中華電子佛典協會，電子書版 2001），頁 269。因該書內容過於龐大，筆者採用電子書作為查詢來源，該版本乃中華電子佛典協會（CBETA, cbeta@ccbs.ntu.edu.tw）於 2001 年 4 月 29 日依大正新脩大正藏經所登錄。

<sup>100</sup>鍾藍主編，《痛證推拿》（北京：科學技術文獻出版社，2003），頁 17-20。呂選民，〈中國古代民間推拿按摩療法發展史略〉，《中國民間療法》14.8（2006）：3-4。

<sup>101</sup>〔明〕周岳甫著、〔清〕張振均纂輯，《厘正按摩要術》（北京：學苑出版社，2001），頁 250。

障礙之人。<sup>102</sup>如《素問·血氣形志》曾說：

形數驚恐，經絡不通，病生於不仁，治之以按摩醪藥。<sup>103</sup>

四體不勤安逸之人的身心相對是較為脆弱的，顯然透過按摩能疏通這一類人原本不暢通之經絡，使氣血流暢，得以重新輸布全身，從而治療氣血循環障礙引起之麻痺不仁、神智不穩等運動、感覺及精神上異常之病症。再以痛證來說，《素問·舉痛論》指出各種痛證特徵與相關按摩宜忌，治表如下：<sup>104</sup>

痛證特徵	病機	按摩療法
痛卒然而止者	寒氣客於脈外則脈寒，脈寒則縮踈，縮踈則脈絀急，絀急則外引小絡，故卒然而痛。	得炅則痛立止。寒氣客於經脈之中，與炅氣相薄則脈滿，滿則痛而不可按也。
痛甚不休者	因重中於寒，則痛久矣。	—
痛甚不可按者	寒氣稽留，炅氣從上，則脈充大而血氣亂。	不可按也。
按之而痛止者	寒氣客於腸胃之間，膜原之下，血不得散，小絡急引故痛，按之則血氣散。	按之痛止。
按之無益者	寒氣客於挾脊之脈，則深按之不能及。	按之無益也。
心與背相引而痛者	寒氣客於背俞之脈則脈瀆，脈瀆則血虛，血虛則痛，其俞注於心，故相引而痛。	按之則熱氣至，熱氣至則痛止矣。

痛證「可按」與「不可按」的按摩操作規範，視脈中的氣血狀態而定。氣血不暢、

<sup>102</sup> 《素問·異法方宜論》指出，「中央者，其地平以溼，天地所以生萬物也眾，其民食雜而不勞，故其病多痿厥寒熱，其治宜導引按蹻。故導引按蹻者亦從中央出也。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 173。

<sup>103</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 342。

<sup>104</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 499-500。

不足者，透過按摩可調動氣血、溫經散寒而使之流暢來復；若外邪與正氣相搏使脈中氣血過剩洶湧而逆亂，則不宜按摩。此即張介賓論痛證所言：「然痛證亦有虛實，治法亦有補瀉，其辨之之法，不可不詳。凡痛而脹閉者多實，不脹不閉者多虛，痛而拒按者為實，可按者為虛。喜寒者多實，愛熱者多虛。」<sup>105</sup>

《素問·上古天真論》提到：「上古有真人者，提挈天地，把握陰陽，呼吸精氣，獨立守神，肌肉若一，故能壽敝天地，無有終時，此其道生。」<sup>106</sup>維繫生命、提升活力的要點在於順天地四時陰陽、吸取精純的清氣、調節呼吸，並能在精神專一的狀態下鍛鍊肉身達到高度的協調一致，這大概就是較為全面的「導引術」的主要過程。而進一步透過「養神攝生」以預防治療疾病，在中醫學的理論中則是「有真可法」、「有術可從」的；<sup>107</sup>肉體穩定平衡，人的意識便能較容易地進入寧靜而愉悅的狀態，此時全身的生理功能便會更加協調而提升感受到另一種覺知。無論是祝由、導引或呼吸行氣，其過程乃是以自我暗示為核心，聚精全神在自我專注、自我觀像及自我覺知的身心調節經驗。

祝由擅場的時代從《內經》成書開始就逐漸退到二線，取而代之的是不斷進步的純醫學知識；病因的觀點業已從「鬼神」轉變為體內外的「不正之氣」。面對體內五臟六腑的血氣紊亂、與外感風寒暑濕燥火之六淫，治療原則以去除病因與治療症狀為主，而非依賴祝由。但《內經》仍保留了巫醫共構的宇宙圖式，天地人神的位階一致、同時存在，人與天地一體，且位於宇宙的核心，若能提升自我的身心境界，便能在自然與超自然的領域中明瞭其秩序，並得到著力點。

「醫」與「巫」在中國醫學發展中的有趣之處在於理論上雖然「必須」分離，但事實上一直處於藕斷絲連的狀態，這是在專業人士與一般民眾間都能察覺的「常態」。存在於大眾的醫療行為，其實經常是巫與醫並存的模式，<sup>108</sup>以「祝

---

<sup>105</sup> 郭教禮，《類經評注》，頁 595-596。

<sup>106</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 12。

<sup>107</sup> 王敏弘，《黃帝內經有關神的研究》（台中：中國醫藥大學中國醫學研究所博士論文，1996），頁 107-109。

<sup>108</sup> 林富士分析歷代醫案指出，大眾的就醫行為，無論是高官顯赫或是一般百姓，其實都有「先巫而後醫」、「先醫而後巫」或「迎巫呼醫、巫醫並治」的現象，巫與醫在治病療癒的過程中，經常有同職共事的機會。參林富士，〈中國的「巫醫」傳統〉，「從醫療看中國史」學術研討會（台北：中央研究院歷史語言研究所，2005），頁 20-27。

由」來說，即使表面上與醫學知識較無關係，但在中醫歷代典籍中其實佔有相當重要的地位，<sup>109</sup>這或許能夠說明臨床診病「醫」與「巫」雖必須涇渭分明，但對生命現象的無窮未知與變化，醫家心中清楚知道依賴「純」醫學仍有部分力不從心之憾。正如謝觀論「祝由科」所說：「今此術雖少，然社會上述其奇效甚多，有非科學所能解釋，亦非憑書籍所能研究者。」<sup>110</sup>祝由及導引行氣與中醫學的各種療法不同的是更具備有對經脈、氣血的異常做出調整、管理與維護的能力，甚至有將養內臟、延長壽命之功。<sup>111</sup>

清代汪昂所編著的《醫方集解》乃敘述各種藥方及其主治病症、組成、煎服法、方義的專書，該書共二十一門，單收錄的正方就有三百三十八首。特別的是卷末附有〈勿藥元詮〉一篇，介紹養生方法而無任何處方，內容以導引、氣功、攝生、飲食起居等保健意識，及常見疾病的預防為主。汪氏解釋附上本篇的原因乃「使之謹疾攝生之要，無非欲躋斯世於仁壽而已。」<sup>112</sup>直到近代，祝由與導引在醫家的認知裡不但能治療病痛，更具有預防疾病、延續生命與維持活力的功能。細讀《素問·湯液醪醴論》所言：「當今之世，必齊毒藥攻其中，鑱石針艾治其外也。帝曰：形弊血盡而功不立者何？岐伯曰：神不使也。」當世之人形精氣血的不協調與不穩定，使得神氣虛衰，增加了罹患疾病的機會與治療的困難度。祝由、按摩在民間的不曾絕跡與導引在養生、醫學上的特殊地位或許正隱約呼應著人們對「上古之人」純樸潔淨身心狀態的渴望與孺慕，也標示著中醫學強調未病先治的特殊性。

---

<sup>109</sup>張賢哲透過電腦程式分析了歷代中醫藥典籍 43 部，共有 57 個篇章對「祝由」有所論述，同時其中更有 11 本書專立章節探討「祝由」。該現象或可凸顯醫家認為祝由術在醫療行為中的重要性。參張賢哲、蔡貴花，〈從中醫藥典籍符咒龜卜探討其宗教療法和疾病觀念〉，「宗教與醫療」學術研討會（台北：中央研究院歷史語言研究所，2004），頁 7-8。

<sup>110</sup>謝觀，《中國醫學源流論》（福州：福建科學技術出版社，2003），頁 103。

<sup>111</sup>明萬曆十九年（1591）高濂著成《遵生八箋》一書，為中國歷代以來日常民眾生活體驗集大成之專著。其中包含許多攝生養生之導引行氣功法。如〈四時調攝箋〉中依四季對相應臟腑之修養導引行氣，及〈延年祛病箋〉中各種服內元氣訣、四季祛病、修心及導引之法等。參〔明〕高濂，《遵生八箋》（蘭州：甘肅文化出版社，2004），頁 51-182、249-253、298-306、313-317。

<sup>112</sup>〔清〕汪昂，《醫方集解》〈凡例〉（北京：中國中醫藥出版社，1997），頁 4。

## 二、依脈而治—針刺與灸法

砭石、針刺與灸法可說是中醫最早成形的外治法，其中針刺與砭石不僅源起於不同地區，在操作方式與治療對象上也不盡相同。《素問·異法方宜論》曾提到居住於東方之域的人因「食魚而嗜鹹」、「安其處、美其食。」因此容易罹患癰瘍，必須以砭石治之。南方人則因「嗜酸而食腐」、「其民皆緻理而赤色」故容易病癰瘕，而須以微鍼治療。<sup>113</sup>依全元起所言：

砭石者，是古外治之法，有三名：一針石，二砭石，三鑱石。其實一也。

古來未能鑄鐵，故用石為針，故名之針石。言工必砥礪鋒利，制其大小之行，與病相當。<sup>114</sup>

「針」字《說文》缺，但段注認為乃「鍼」之俗字，為「縫衣、以鍼織衣」之意，<sup>115</sup>《玉篇》亦持相同看法，<sup>116</sup>《大玉篇》解釋該字亦有「刺也」之意。<sup>117</sup>而《說文》釋「砭」指出：「以石刺病也。」<sup>118</sup>釋「鑱」：「銳也。」<sup>119</sup>由此可看出砭石乃取材於石頭，被磨製成較為銳利的外型，以刺人身體之法治療疾病。《靈樞·玉版》論人身「癰疽」便強調：「其已成膿血者，其唯砭石鉞鋒之所取也。」<sup>120</sup>進一步看「砭石」之用途，顯然是指刺破患部皮膚或周圍血管以排除膿血、去瘀消腐的方法。

馬王堆帛書《脈法》稱這種治療過程為「啓脈」，並有一定的使用時機與操作宜忌：

氣一上、一下，當郄與肘之脈而砭之。

用砭啓脈者必如式：癰腫有膿，則稱其小大而為之砭。

<sup>113</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 168、171-172。

<sup>114</sup> 段逸山，《「素問」全元起本研究與輯復》（上海：上海科學技術出版社，2001），頁 155。

<sup>115</sup> [東漢]許慎著、[清]段玉裁注，《圈點段注說文解字》，十四篇上，頁 9。

<sup>116</sup> [梁]顧野王，《大廣益會玉篇》（北京：中華書局，2004），頁 83。

<sup>117</sup> [日]石川鴻齋，《日本大玉篇》下卷（東京：博文館，明治二十四年），卷七，頁 1。

<sup>118</sup> [東漢]許慎著、[清]段玉裁注，《圈點段注說文解字》，九篇下，頁 32。

<sup>119</sup> [東漢]許慎著、[清]段玉裁注，《圈點段注說文解字》，十四篇上，頁 12。

<sup>120</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 167。

砭有四害。一曰：膿深而砭淺，謂之不還。二曰：膿淺而砭深，謂之太過。三曰：膿大而砭小，謂之斂，斂者，惡不畢。四曰：膿小而砭大，謂之泛，泛者，傷良肉也。<sup>121</sup>

氣的逆行與因癰疽造成血的腐敗積結，皆可使用割開患部、刺破血脈的方式使惡血排出，而體內氣行逆亂之「厥」，也能利用砭石刺激肘鬲四彎加以治療。<sup>122</sup>引文規範之治療劑量與原則正如《素問·長刺節論》所言：「治癰腫者刺癰上，視癰小大深淺刺，刺大者多血，小者深之，必端內針為故止。」<sup>123</sup>需視病狀而定，過猶不及。林昭庚等曾指出，砭石的用途有三：按摩、運法、刺破癰種與放血，<sup>124</sup>但未者似乎才是時人於砭石使用上的主要項目。

據李建民的研究，早期「砭石」、「箴石」、「鑱石」、「刀」、「針」等外治器械名稱與用法皆十分類似，但該現象在周秦之際產生了「正名化」與材料上的變革，即「針」與「石」成為兩大類功能不同的外治工具，材料也分別從金屬與石頭取材。<sup>125</sup>從《黃帝內經》中記載當時醫者主要的治病工具有刺、灸、砭石、毒藥四大類可看出，<sup>126</sup>在外治諸工具材料變化的同時，其分工轉向精細化，且主治的範圍項目也重新劃分。雖然臨床上仍同時保存著砭石療法，但針的作用在醫者推波助瀾下成為外治之主流，並設計具有多種外形與不同病症相對應；筆者認為，本論點從《靈樞·九針十二原》的記述可獲得證實。首先，篇中提到「九針」的發明；九種尺寸形狀各異的金屬針具分別具有不同的功能，除了類似於砭石能

<sup>121</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 283-289。

<sup>122</sup> 「厥」的治法到《靈樞》成書時有所變化。《靈樞·刺節真邪》言：「治厥者，必先熨調和其經，掌與腋，肘與腳，項與脊以調之，火氣已通，血脈乃行。然後視其病，脈淖澤者，刺而平之；堅緊者，破而散之，氣下乃止。」熨法成為針刺或砭石啟脈前必須先操作的治療。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 346-347。

<sup>123</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 690。

<sup>124</sup> 林昭庚、鄔良，《針灸醫學史》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 5-6。

<sup>125</sup> 李建民，《死生之域》，頁 245-249。據目前的考證，公元前 770-前 221 年間就已經發明了冶金術，時人已能使用金屬製作銅針、鐵針。參李道生、林秀芬，《針灸三十講》（北京：人民衛生出版社，1998），頁 2。

<sup>126</sup> 《素問·疏五過論》曾論述高明的醫生必須具備的條件：「聖人之治病也，必知天地陰陽，四時經紀，五藏六府，雌雄表裏，刺灸砭石、毒藥所主，從容人事，以明經道，貴賤貧富，各異品理，問年少長，勇怯之理，審於分部，知病本始，八正九候，診必副矣。」在治療方法上以針刺、灸法、砭石、藥物為主。

切割、瀉血之外，還包含了瀉氣、按摩、調整陰陽、補益精氣、放水之功；<sup>127</sup>「九針」代表的，是當時外治法在工具取材製備與診斷治療技術雙重進步的象徵。其次，文中開宗明義提到「余欲勿使被毒藥，無用砭石，欲以微鍼通其經脈，調其血氣，榮其逆順出入之會。」<sup>128</sup>這應是擅長運用金屬針具實施針刺治療的醫家或流派藉黃帝之名所做的紀錄，明顯可看出特定醫家欲以金屬針具取代砭石的企圖。<sup>129</sup>第三，全篇除介紹「九針」之外，提及針具時多以「鍼」、「微鍼」、「小鍼」為名，岐伯甚至在解釋完「小鍼」操作之重點（小鍼之要）後便告訴黃帝此乃針刺之道理，能具備之則整套針刺技術便可完善（鍼道畢矣）。<sup>130</sup>針具雖多樣，但形狀尺寸細長、尖如蚊虻喙的「毫針」似乎是使用頻率最高、最具有特色的。<sup>131</sup>

陸燕瘦考證認為，毫針搓轉自如、提插應手，在使用上較其它針具徐緩平和而不傷正氣，同時造成人身創傷的程度較輕，用途之廣乃九針之首。<sup>132</sup>黃龍祥也指出，現代臨床使用針具種類雖不如《內經》時代多，但現代每一種針具多有不同規格，使用範圍因而擴大；例如今之「毫針」便包含了「九針」中的「圓利針」、「長針」與「毫針」三類。<sup>133</sup>由於毫針治療目的在於「通其經脈，調其血氣，榮其逆順出入之會。」可知其主要影響的場域在經脈與其中之氣血，而毫針又具有九針之代表性，因此可知戰國以後脈與針具的關係已十分密切，經脈知識的成

<sup>127</sup>《靈樞·九針十二原》載「九針」的種類與主治分別為，一曰鑱鍼，長一寸六分；二曰員鍼，長一寸六分；三曰鍤鍼，長三寸半；四曰鋒鍼，長一寸六分；五曰鈹鍼，長四寸，廣二分半；六曰員利鍼，長一寸六分；七曰毫鍼，長三寸六分；八曰長鍼，長七寸；九曰大鍼，長四寸。鑱鍼者，頭大末銳，去瀉陽氣；員鍼者，鍼如卵形，措摩分間，不得傷肌肉者，以瀉分氣；鍤鍼者，鋒如黍粟之銳，主按脈，勿陷以致其氣；鋒鍼者，刃三隅以發痼疾，鈹鍼者，末如劍鋒，以取大膿；員利鍼者，大如釐，且員且銳，中身微大，以取暴氣；毫鍼者，尖如蚊虻喙，靜以徐往，微以久留之而養，以取痛痺；長鍼者，鋒利身薄，可以取遠痺；大鍼者，尖如挺，其鋒微員，以瀉機關之水也。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 16-17。

<sup>128</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 5。

<sup>129</sup>李建民，《死生之域》，頁 254。

<sup>130</sup>岐伯告訴黃帝，使用小針治病，談起來容易，但技術要達到精妙的境界卻很困難，若能掌握操作小針時的各種問題，針刺的道理便可完善具備。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 7-8。

<sup>131</sup>九針中以毫針應用範圍最廣，至今仍是臨床主要的針刺工具。參林昭庚、鄔良，《針灸醫學史》，頁 46。

<sup>132</sup>吳紹德等整理，《陸燕瘦針灸論著醫案選》（北京：人民衛生出版社，2004），頁 251-254。

<sup>133</sup>黃龍祥主編，《中國針灸刺灸法通鑿》（青島：青島出版社，2004），頁 40。

熟影響了針具的早期開發、並促進了使用的普及，即使欲以「鋒針」、「鈹針」如砭石般為人身癱疽「啓脈」治療，仍須參考經脈之生理病理知識。<sup>134</sup>換句話說，經脈的特性不只決定了人身的生理病理狀態，更成為外治工具的操作指引。<sup>135</sup>

灸法與針刺是互補的療法。《金匱要略》云：「若人能養慎，不令邪風干忤經絡；適中經絡，未流傳腑臟，即醫治之，四肢才覺重滯，即導引吐納，針灸膏摩，勿令九竅閉塞。」<sup>136</sup>導引吐納，針刺灸法皆為外治之法，能療癒肌膚、腠理、經脈為病、且勢未深入臟腑的之病症。但針刺、灸法使用時機並非完全重疊，《靈樞·官能》指出：

鍼所不為，灸之所宜。上氣不足，推而揚之，下氣不足，積而從之，陰陽皆虛，火自當之。厥而寒甚，骨廉陷下，寒過於膝，下陵三里。陰絡所過，得之留止。寒入於中，推而行之，經陷下者，火則當之。結絡堅緊，火之所治。<sup>137</sup>

楊上善解釋「脈陷下」之因乃「諸脈陷下不見，是脈中寒，血結聚，宜空灸之，不假先刺也。」<sup>138</sup>部分寒邪為病的情況並不適合以針刺治療。寒邪本有收引特性，對於寒邪凝滯於脈中，造成經氣陷下、或血絡瘀結；特別是身體上下內外皆呈現虛弱不足時，皆必須以灸法治療，以收溫經散寒之效。灸法早在馬王堆醫書就已廣泛使用，尤其在各種脈病的治療上是主要的方法。《靈樞·經脈》也提到各經脈為病的治療原則：「盛則瀉之，虛則補之，熱則疾之，寒則留之，陷下則灸之，不盛不虛，以經取之。」<sup>139</sup>經氣的虛損不足，或是寒邪極勝之時，皆並非用針所能調節，必須依賴灸法治之。

<sup>134</sup> 《靈樞·癰疽》說明癰疽的病因病機與邪氣客於經脈有關：「寒邪客於經絡之中，則血泣，血泣則不通，不通則衛氣歸之，不得復反，故癰腫。寒氣化為熱，熱勝則腐肉，肉腐則為膿。膿不瀉則爛筋，筋爛則傷骨，骨傷則髓消，不當骨空，不得泄瀉，血枯空虛，則筋骨肌肉不相榮，經脈敗漏，熏於五臟，藏傷故死矣。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 450。

<sup>135</sup> 李建民認為脈的發展與體系化提升了砭、灸、針刺等外治法的技術發展，但隨後外治工具的持續進步與經脈理論的突破間則沒有必然的關係。筆者亦認同此觀點。參李建民，《死生之域》，頁 254、256。

<sup>136</sup> 李克光，《金匱要略譯釋》（上海：上海科學技術出版社，1995），頁 24。

<sup>137</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 303-305。

<sup>138</sup> [唐]楊上善撰注，《黃帝內經太素》（北京：科學技術文獻出版社，2000），頁 413。

<sup>139</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 221。

運用針刺與灸法治療疼痛是臨床上最普遍的醫療行爲之一，現代大多數相關著作內容集中於將各種疼痛分類、闡述病因病機之後羅列對治穴位，或再以現代醫學的理論加以闡述；研究報告也幾乎完全以現代醫學生理知識來解讀。<sup>140</sup>這種「對號入座」的治療方式不但療效不一，也忽略了傳統中醫學理論中關於針刺與灸法的基本概念與豐富內涵，這一類的現代研究並無法真實顯現傳統典籍中針刺灸法之深意。甚至連李約瑟（Joseph Needham）與魯桂珍面對這種困境時也犯了類似的認知誤差：

針灸是中國醫術最古老的要素之一，可能也是最複雜的一層。針灸本身是一個醫療、以及解除疼痛的系統，在中華文化區已經使用了兩千五百年左右，並且經由歷代先人的努力，已有高度發展的學說和經驗。然而對針灸的研究困難重重，一部份是因為歷代的針灸書籍常是慢慢發展而成，並非處處連貫，甚至有些部分現在已經放棄不再採用。最重要的是它的生理及病理系統極為古老，沒有現代醫學這般明確的定義和觀念。<sup>141</sup>

<sup>140</sup>筆者利用 medline 資料庫搜尋國外的中醫學研究概況，以 2000 至 2007 年 3 月間為例，使用英文寫作的研究回顧型文獻（review article）內容及研究項目經整理如下表。值得深思的是，以與針灸理論及治療最密切相關的「經脈」為主題所做的研究竟然屈指可數，研究重點幾乎集中於尋找證實「某種疾病中醫學的特定對治方法」有效與否，這種現象明顯違背了中醫學的核心精神，

Search History		Results
Medicine, Chinese Traditional/ or Acupuncture Therapy/ or Meridians/		12936
limit 1 to (full text and english language and "review articles" and yr="2000 - 2007")		160
項目	篇數	
傳統醫學與各種疾病	66	
針灸相關研究	55	
中醫概念與相關理論	15	
藥物	13	
中醫現代研究方法探討	6	
經脈	3	
其他	2	
合計	160	

<sup>141</sup>魯桂珍、李約瑟（Joseph Needham）著，周輝政、洪榮貴譯，《針灸，歷史與理論》（台北：聯經出版社，1995），頁 2。

李、魯二人明知針灸具有一套來自中醫學、已高度發展的學說和經驗，卻因為以現代知識內涵與之對照，在格格不入之餘繼而認定在研究上產生困難。生理病理知識的「古老」並不同於「不明確」，無法與古人之思維同步不僅是大師之嘆，也是針灸在發展上的人為障礙。以下筆者將不以一般諸病痛辨證分型對治的方式論述，而試圖從傳統針刺與灸法的操作規範與施行要點立論，並探討其治療痛證的理論依據。

臨床上針刺療效的顯著無庸置疑，但前提是要能整體掌握用針之理。陸錦川說得好：「行針之理，為治之機，治之未施，診其先至。診已乃治，診復入治，診治一體，氣治之道也。」<sup>142</sup>診法與針道乃為因果關係，診斷包含了對病因的判斷與病機的推論，結合生理知識後才能與治療連成一系、絲絲入扣。《靈樞·九針十二原》也指出：

或言久疾之不可取者，非其說也。夫善用針者，取其疾也，猶拔刺也，猶雪污也，猶解結也，猶決閉也。疾雖久，猶可畢也。言不可治者，未得其術也。<sup>143</sup>

強調針刺之效能建立於掌握針刺之要術，雖屬久疾仍可快速治癒的關鍵在於施術者治療功夫的高低，而非針刺療法本身有所不足。《靈樞·本神》提到：「凡刺之法，必先本於神。」<sup>144</sup>王敏弘認為，此處之「神」泛指《靈樞》所論有關針道之神，其中包含了醫者及病患雙方的神。<sup>145</sup>依王氏的研究，《靈樞》全書中的「神」字意涵以病患的氣血、心意、思想、神識；及醫者的智慧、精神、心法、針道、與高明療效佔了大部分的意義，<sup>146</sup>換句話說，醫者要學習針刺之道及實行針刺治療之前，必先懂得穩定提升自身之神、掌握誘導病患之神，方能發揮針刺之神效。這與前節所言之「移精變氣」具有異曲同工之妙，甚至能互相配合。例如《素問·調經論》載有邪氣客於皮膚之針刺範例：

刺微奈何？岐伯曰：按摩勿釋，出針視之，曰我將深之，適人必革，精氣

<sup>142</sup> 仿佛，《氣道針經》（北京：團結出版社，2006），頁196。

<sup>143</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁31。

<sup>144</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁173。

<sup>145</sup> 王敏弘，《黃帝內經有關神的研究》，頁47。

<sup>146</sup> 王氏統計，《靈樞》全書共使用「神」字67次。筆者計算，與病患及醫者有關的約有20項，佔近三分之一。參王敏弘，《黃帝內經有關神的研究》，頁47-49。

自伏，邪氣散亂，無所休息，氣泄腠理，真氣乃相得。<sup>147</sup>

醫者透過言詞對病患暗示即將深刺，使病患提升注意力而讓精氣集中於內，但其實僅施淺刺使邪氣從腠理外瀉即可，既不傷真氣又能治癒疾病。因此，身心精氣的凝聚，有助於協助醫者提高靈敏度及巧妙運用針道，也能使患者全心接受治療，增加療效。<sup>148</sup>

具備正確而穩定的身心狀態後，醫者必須掌握廣泛的醫學知識與操作技術。「凡將用針，必先診脈，視氣之劇易，乃可以治也。」<sup>149</sup>先透過診察脈中氣血變化盛衰之狀況才能決定如何治療，未經辨別而只憑症狀貿然於患部施針顯然是有違醫道的；這也正呼應了《素問·舉痛論》作者必須大費周章的逐一分析寒、厥、熱客於脈中及身體各部而引發不同痛證的原因。臨床上不少醫家喜在病患所述痛處取穴針刺，並一律以「阿是穴」、「以痛為輸」做為根據，其實兩者在理論及適用範圍上是有所差異的。「以痛為輸」觀念的來源應如《靈樞·背腧》所言：「欲得而驗之，按其處，應在中而痛解，乃其腧也。」<sup>150</sup>指的是按壓背部與五臟相應的穴位上出現壓痛或舒暢處施予針刺，可治療內臟疾病；《靈樞·五邪》也提到相同的治療原則：

邪在肺，則病皮膚痛，寒熱，上氣喘，汗出，欬動肩背。取之膺中外腧，背三椎之傍，以手疾按之，快然，乃刺之，取之缺盆中以越之。<sup>151</sup>

由於這類穴位或位於經脈上、或位於背部臟腑之氣由內臟輸轉至皮部之處，故可視為內臟疾病在體表的特異反應點，刺之自然得以散邪痊癒。但重點在於該刺法仍保有「臟腑—經脈—穴位」的連繫關係，並非毫無準則。至於明文指出「以痛為輸」的療法在《靈樞》、《素問》全書中僅見於「經筋」的治療，其原則大抵是當肌肉因感受寒邪而產生疼痛僵硬緊繃一類的疾病時，必須在疼痛部位以燔針（火針）做快速針刺快速出針（劫刺）的治療，針刺劑量以病癒為度。因此嚴格

<sup>147</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 772。

<sup>148</sup> 部分道家文獻中載有針刺配合咒術的方法，施術者一心念咒，能達到平心靜氣的效果，同時會對患者產生神秘感，增強針刺之效。參黃龍祥主編，《中國針灸刺灸法通鑒》，頁 818-823。

<sup>149</sup> 原文出於〈九針十二原〉篇。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 26。

<sup>150</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 109。

<sup>151</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 377。

考證「以痛爲輸」的意義，即使是針刺疼痛部位，也需考量經脈循行及病因種類，不得亂刺。<sup>152</sup>

《千金要方·灸例》描述吳蜀之地的特殊針灸取穴方法可視爲「阿是穴」名稱之濫觴，但其內涵並非完整沿襲上述「以痛爲輸」的理論：

凡人吳蜀地遊官，體上常須三兩處灸之，勿令瘡暫瘥，則瘡癘、溫瘧、毒氣不能著人也，故吳蜀多行灸法。有阿是之法，言人有病痛，即令捏其上，若裡當其處，不問孔穴，即得便快或痛處，即云阿是。灸刺皆驗，故云阿是穴也。<sup>153</sup>

「阿」字源自古吳語，表示詢問之意，「阿是」乃取穴時詢問患者該處是否舒快或酸痛之語。<sup>154</sup>依「不問孔穴」的原則而言，顯然孫氏描述的是不全然是經脈上的穴位，而是以「快、痛」感覺爲確定施術部位的準則。這些異常感覺的部位並非如穴位般一直存在，當疾病產生時，這些部位可能因氣血阻滯而出現阿是反應點現象；當治療後病因病機解除時，阿是穴的現象便會消失。<sup>155</sup>「以痛爲輸」有較嚴謹的理論與操作規範，「阿是穴」則掌握「阿是」原則即可施術，兩者間其實存有部分明顯的差異點。

《靈樞·本輸》云：「凡刺之道，必通十二經絡之所終始，絡脈之所別處，五輸之所留，六腑之所與合，四時之所出入，五臟之所溜處，闊數之度，淺深之狀，高下所至。」<sup>156</sup>針刺部位主要在經脈，故對其氣血往來、循行所過、各脈特性及與臟腑連結之關係皆須分別釐清。否則便如《鹽鐵論·輕重第十四》所言：「拙醫不知脈理之湊，血氣之分，妄刺而無益於疾，傷肌膚而已矣。」<sup>157</sup>醫者必

<sup>152</sup> 《靈樞·經筋》提到，「焯刺者，刺寒急也，熱則筋縱不收，無用燔鍼。」經筋的疼痛若是因熱邪引發，則非燔針劫刺所能治。參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 322。

<sup>153</sup> [唐]孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》（北京：華夏出版社，2004），頁 508。

<sup>154</sup> 葉明柱、馮禾昌，〈阿是穴命名辨〉，《上海針灸雜誌》24.4（2005）：34。

<sup>155</sup> 章小平、林雪霞等，〈阿是穴止痛機裡的探討〉，《針灸臨床雜誌》19.7（2003）：57。李志道，〈阿是穴治療痛證〉，《針灸臨床雜誌》11.3（1995）：30-32。陸美娟，〈阿是穴的臨床應用〉，《針灸臨床雜誌》10.4（1994）：36-37。

<sup>156</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 33-34。

<sup>156</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 33-34。

<sup>157</sup> [漢]桓寬撰，《鹽鐵論》，收入《四部備要·子部》（上海：中華書局據張氏考證本校刊，1936），卷三，頁 22。

須全面掌握生理病理知識、並經正確診斷後所決定採取的對應針刺，才能達成調動氣血之功，也才是針刺取效的基本依據。作為「診治一體」的平台，經脈「內屬於臟腑，外絡於肢節。」的特質連繫了全身內外組織器官，透過其中氣血在體內無遠弗屆的循行，擴大了針刺治療的效能範圍。經由針刺誘導調整改變了氣血的病理狀態，「調氣血、平陰陽」成爲針刺治療的中心思想。

下針之後，進到一定深度時，必須停針以候氣至，謂之「得氣」。《素問·離合真邪論》指出：「吸則內針，無令氣忤，靜以久留，無令邪布，吸則轉針，以得氣爲故。」<sup>158</sup>透過配合病患之呼吸進針行針，不但能使邪氣不至於佈散，也能達到得氣的目的。《難經·七十八難》則提出另一種方法：

補瀉之法，非必呼吸出內針也。然知爲針者，信其左；不知爲針者，信其右。當刺之時，必先以左手厭按所針榮俞之處，彈而努之，爪而下之，其氣之來，如動脈之狀，順針而刺之。得氣，因推而內之，是謂補；動而伸之，是謂瀉。<sup>159</sup>

本法與《靈樞·刺節真邪》所言一致，<sup>160</sup>即先利用手指彈擊、按揉針刺部位使經氣聚集，引動經氣後以指甲下掐穴位，當爪下感覺脈動時方爲進針時機，得氣之後才能做進一步的補瀉手法；<sup>161</sup>若重複操作仍未能得氣，意味著病患乃陰陽之氣具盡，則針刺及操作手法施之無益。<sup>162</sup>得氣後的針刺治療的手法有特定規範，並與疾病的特性相關。陸壽康指出各種手法的目的在於調和陰陽、疏通經絡、運行氣血、扶正祛邪及補虛瀉實，<sup>163</sup>筆者認爲針刺手法的立論基礎與取效依據則主要在於「別陰陽順逆」、「知深淺虛實」及「明經脈腧穴」，以下將分別論述。

<sup>158</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 367。

<sup>159</sup> [宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》（大阪：オリエント出版社，1992），頁 236。

<sup>160</sup> 《靈樞·刺節真邪》提到：「用針者，必先察其經絡之實虛，切而循之，按而彈之，視其應動者，乃後取之而下之。」參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 349。

<sup>161</sup> 王志玲，《難經鍼學研究—以文字考試為核心觀點》（台中：中國醫藥大學中國醫學研究所碩士論文，2005），頁 81-83。

<sup>162</sup> 七十八難亦提到：「不得氣，是謂十死不治也。」楊玄操云：「若久留針而待氣不至，則於衛中留針待氣；久不得，又內入榮中久留待氣，如其三處候氣不應於針者，為陰陽具盡，不可復針。」參[宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 237。

<sup>163</sup> 陸壽康主編，《針刺手法百家集成》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 4-11。

## ◎別陰陽順逆

陰陽是中醫學用以認識自然、闡述生理病理的基礎語言。不論區分天地、男女、動靜、氣血、寒熱、內外等特質，皆以其為規臬；其概念「數之可十，推之可百，數之可千，推之可萬。」陰陽之本義與其引伸的運用意義具有其內在的連繫，劉長林便指出，陰陽的內涵是透過思維獲得的抽象共同性，這些共同性不直接顯現，而是透過存在於各種具體物質的運動狀態、過程及關係等現象中加以表現。<sup>164</sup>例如身體結構之劃分與臨床痛證之病因病機便可用陰陽加以區分與對治，《靈樞·壽夭剛柔》提到：

陰中有陰，陽中有陽，審知陰陽，刺之有方，得病所始，刺之有理，謹度病端，與時相應，內合於五臟六腑，外合於筋骨皮膚，是故內有陰陽，外亦有陰陽。在內者，五臟為陰，六腑為陽；在外者，筋骨為陰，皮膚為陽。病有形而不痛者，陽之類也；無形而痛者，陰之類也。無形而痛者，其陽完而陰傷之也，急治其陰，無攻其陽；有形而不痛者，其陰完而陽傷之也，急治其陽，無攻其陰。<sup>165</sup>

兩段引文中界定無病形之痛證屬陰病，這與〈舉痛論〉詳細的分類雖有所差異，但其目的主要在以「痛—無形、不痛—有形」兩組概念解釋陰陽兩類病症；不僅持續強調明瞭活用陰陽現象之特性便可分別身體結構與病邪種類，也明示施針方式之遵循要點與區辨選擇針刺操作之依據皆以陰陽為首。

《靈樞·陰陽二十五人》曾提到針刺治療痛痹的方法，同樣必須先審查體內陰陽盛衰之變化：

按其寸口人迎，以調陰陽，切循其經絡之凝滯，結而不通者，此於身皆為痛痹，甚則不行，故凝滯。凝滯者，致氣以溫之，血和乃止。其結絡者，脈結血不和，決之乃行。<sup>166</sup>

透過不同部位的脈動比較分別陰陽變化，再目視或循按檢查血脈，若有氣血凝滯阻塞而造成痛痹者，則以針刺引導陽氣溫通患部、或適度放血以開閉阻。因此能

<sup>164</sup>劉長林，《中醫象科學觀》（北京：社會科學文獻出版社，2007），頁 982。

<sup>165</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 140-141。

<sup>166</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 222。

掌握陰陽氣血之變化，便能確認體內氣血分部所在，隨證擇法治之。正如《素問·刺腰痛》所論述諸腰痛治法以各隨所過之脈以刺之為中心思想，但其治療方式必須參考氣血所在與臨床症狀差異而抉擇採用針刺或放血治療。<sup>167</sup>

除了邪氣之陰陽屬性需先辨別之外，人身骨節皮肉之剛柔強弱；脈之短長及內部氣血之滑澀多少等體質結構差異也是醫者施針前需衡量的。《靈樞·根結》稱此為「順逆五體」，意指形體的差異決定針刺手法的不同，醫者需根據病患氣血運作狀況與其社經地位高低所影響的不同身體條件選用適合的手法：

氣滑即出疾，其氣澹則出遲，氣悍則鍼小而入淺，氣澹則鍼大而入深，深則欲留，淺則欲疾。以此觀之，刺布衣者，深以留之，刺大人者，微以徐之，此皆因氣慄悍滑利也。<sup>168</sup>

《內經》中不少篇章以治國論政對應療疾治身的方式闡述醫道，針刺順逆亦如是也。如《靈樞·師傳》有言：「順者，非獨陰陽脈，論氣之逆順也，百姓人民皆欲順其志也。」<sup>169</sup>醫者必須順應病患之身體條件、心理狀態及氣血流注多少與運行方向等情況，治療時方能祛邪而不傷正。進一步在體質上的差異之外，病邪與身體所產生的互動關係亦有「形氣順逆」之別：

形氣不足，病氣有餘，是邪勝也，急瀉之。形氣有餘，病氣不足，急補之。形氣不足，病氣不足，此陰陽氣俱不足也，不可刺之，刺之則重不足，重不足則陰陽俱竭，血氣皆盡，五臟空虛，筋骨髓枯，老者絕滅，壯者不復矣。形氣有餘，病氣有餘，此謂陰陽俱有餘也，急瀉其邪，調其虛實。故曰：有餘者瀉之，不足者補之，此之謂也。<sup>170</sup>

體內正氣與致病邪氣間的消長形成了順與逆的病機差別，順者乃病勢正勝於邪，逆者則相反。針刺時必須依兩者之相對強弱性分別給予補瀉治療，至於兩者皆不

<sup>167</sup> 以足太陽脈為例：「足太陽脈令人腰痛，引項脊尻背如重狀，刺其郄中，太陽正經出血，春無見血。」一般情況下足太陽脈病變引發的腰痛以委中穴放血治療，但王冰注，太陽合腎，腎旺於冬，水衰於春，故春無見血也。楊上善也解釋，足太陽在冬春時氣衰，出血恐虛，故禁之也。故針刺與放血之選擇需衡量人身氣血陰陽多少的關係，方不至於誤治傷正。參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 523-524。〔唐〕楊上善撰注，《黃帝內經太素》，頁 946。

<sup>168</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 133。

<sup>169</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 488。

<sup>170</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 135-136。

足時不宜針刺乃為大法，仍不可違背。若刺不知逆順，「滿而補之，虛而瀉之。」則會導致「真邪相搏」，輕則「亂脈」，重則「絕氣危生」，此乃下工之弊。再談到病症本身之外顯現象亦有順逆之別，當疾病症狀與脈象不相應時，即為逆證。

《靈樞》中〈玉版〉及〈五禁〉兩篇記錄了各種臨床上的逆證，製表分述於下：

	〈玉版〉 癰疽五逆	〈玉版〉 諸病五逆	〈玉版〉 <sup>171</sup> 諸病五逆之急症	〈五禁〉 <sup>172</sup>
一逆	以為傷者，其白眼青黑，眼小。	腹脹、身熱、脈小。	腹大脹，四末清，脫形，泄甚。	熱病脈靜，汗已出，脈盛躁。
二逆	內藥而嘔。	腹鳴而滿，四肢清，泄，其脈大。	腹脹便血，其脈大，時絕。	病泄，脈洪大。
三逆	腹痛、渴甚。	衄而不止，脈大。	咳，澀血，形肉脫，脈搏。	著痹不移，脛肉破，身熱，脈偏絕。
四逆	肩項中不便。	咳而澀血脫形，其脈小勁。	嘔血，胸滿引背，脈小而疾。	淫而奪形身熱，色夭然白，及後下衄，血衄篤重。
五逆	音嘶色脫。	咳，脫形身熱，脈小以疾。	咳嘔腹脹，且飧泄，其脈絕。	寒熱奪形，脈堅搏。
預後	除此五者為順矣。	不過十五日而死矣。	不及一時而死矣。	—

寒證出現熱證之脈、虛證出現實證之脈、久病形成正虛邪實真氣已脫等皆為逆證，表示體內維持恆定反應的機轉已嚴重失衡，醫者若未能及時細審區別，逆證復加逆治，則病患生命岌岌可危。疼痛發生雖不一定挾有危證，在治療時同樣也

<sup>171</sup> 〈玉版〉篇中論逆證之論述參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 170-172。

<sup>172</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 178-179。

應遵循本原則，詳辨順逆。

《靈樞·小針解》有言：「『往者爲逆』者，言氣之虛而小，小者逆也。『來者爲順』者，言形氣之平，平者順也。『明知逆順，正行無間』者，言知所取之處也。」<sup>173</sup>能明瞭正氣之盛衰與疾病的順逆，便能採取正確的治療措施。《難經·七十二難》也強調針刺調氣的要點在於明知陰陽與順逆：

能知迎隨之氣，可令調之，調氣之方，必在陰陽。

所謂迎隨者，知榮衛之流行，經脈之往來也，隨其逆順而取之，故曰迎隨。

調氣之方，必在陰陽者，知其內外表裏，隨其陰陽而調之，故曰調氣之方，必在陰陽。<sup>174</sup>

「用針之要，在於知調陰與陽。」透過針刺調整氣血使之平衡，便能「合形與氣，使神內藏。」別陰陽順逆的重點在於醫者不可忘失診斷的重要性，「審五藏變化之病，五脈之應，經絡之實虛，皮之柔粗，而後取之也。」<sup>175</sup>以此觀點作為治療前的診斷要點與取穴的根據可說是針刺之道的核心之一。

#### ◎知深淺虛實

針刺乃以得氣爲要，因此掌握體內經氣之流注規律與循行所在乃爲至要之事。人在天地之中受環境氣候陰陽變化之影響，類比如同小宇宙的人身，對應於天地間的運行規律，使得外在的各種條件皆能與身體的生理結構與氣血變化相感。<sup>176</sup>岐伯認爲，「凡刺之法，必候日月星辰，四時八正之氣，氣定乃刺之。」<sup>177</sup>因此日月星辰的盈虧及四時八正的氣候變化影響了氣血在特定部位運行之虛

<sup>173</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 70。

<sup>174</sup> [宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 226。

<sup>175</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 137。

<sup>176</sup> 有關《內經》提到的天文歷法及氣象變化，筆者認爲以下文獻值得參考，盧央，〈《黃帝內經》中的天文歷法問題〉、張得二，〈《黃帝內經》氣象問題初探〉，兩文皆收入任應秋、劉長林編，《內經研究論叢》（武漢：湖北人民出版社，1982），頁 237-276。而運用於醫學之五運六氣推算、二十四節氣循環、人秉天地之氣大氣五行而生臟腑等觀點以下文獻亦屬佳作，李陽波講述、劉力紅等整理，《開啟中醫之門—運氣學導論》（台北：相映文化，2006），頁 75-125。彭子益著、李可主校，《圓運動的古中醫學》（北京：中國中醫藥出版社，2007），頁 1-16。

<sup>177</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 355。

實，該現象與所處部位之深淺與流量便決定了針刺的手法與劑量：<sup>178</sup>

氣候天時特徵	氣血變化
天溫日明	則人血淖液而衛氣浮，故血易瀉，氣易行。
天寒日陰	則人血凝泣而衛氣沉。
月始生	則血氣始精，衛氣始行。
月郭滿	則血氣實，肌肉堅
月郭空	則肌肉減，經絡虛，衛氣去，形獨居。
<b>針刺補瀉原則：</b> 是以天寒無刺，天溫無疑。月生無瀉，月滿無補，月郭空無治，是謂得時而調之。	

顯然，刺法所候乃天地、陰陽、八正之氣之變化，氣溫、晴雨及日月變化能影響氣血盛衰虛實，針刺皆應於氣血充足、循行流暢時操作為宜，並根據月相盈虧施予補瀉。《素問·繆刺論》便提到痛痹之針刺以月相之盈虧、邪氣之盛衰及症狀之輕重來決定針刺的劑量（次數和穴位多少）：

凡痹往來行無常處者，在分肉間痛而刺之，以月死生為數，用針者，隨氣盛衰，以為痛數，針過其日數則脫氣，不及日數則氣不瀉。左刺右，右刺左，病已止；不已，復刺之如法。月生一日一痛，二日二痛，漸多之，十五日十五痛，十六日十四痛，漸少之。<sup>179</sup>

此外，根據四季運轉變換而影響之氣血分佈流注深淺亦為針刺前之操作須知。《難經·七十難》說得清楚：「春夏刺淺，秋冬刺深。」並以人身陽氣與人氣在四時分別居於上下解釋之。<sup>180</sup>《靈樞·四時氣》即強調依季節影響氣血深淺特性採用不同穴位乃針灸治療前之基本動作：

四時之氣，各有所在，灸刺之道，得氣穴為定。故春取經、血脈、分肉之間，甚者深刺之，間者淺刺之；夏取盛經孫絡，取分間絕皮膚。秋取經膈，

<sup>178</sup>下表內容參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 355-356。

<sup>179</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 806-807。

<sup>180</sup>「春夏者，陽氣在上，人氣亦在上，故當淺取之。秋冬者，陽氣在下，人氣亦在下，故當深取之。」參〔宋〕王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 223。

邪在腑，取之合。冬取井榮，必深以留之。<sup>181</sup>

《素問·四時刺逆從論》也羅列了四時之氣於人身部位常度之雷同記載：「春氣在經脈，夏氣在孫絡，長夏氣在肌肉，秋氣在皮膚，冬氣在骨髓中。」<sup>182</sup>知深淺虛實的針刺步驟乃依時間差異對應身體變化的關係而治，<sup>183</sup>治療時若逆此規律，針刺深度過甚或不足，都會使氣血逆亂，導致體內之精氣與邪氣產生嚴重的異常互動，下表即清楚顯示這個事實：<sup>184</sup>

	春氣在經脈	夏氣在孫絡	長夏氣在肌肉	秋氣在皮膚	冬氣在骨髓
春刺	★	血氣外溢，令人少氣。	血氣環逆，令人上氣。	—	刺筋骨，血氣內著，令人腹脹。
夏刺	血氣乃竭，令人解休。	★	血氣內卻，令人善恐	—	血氣上逆，令人善怒。
秋刺	血氣上逆，令人善忘。	氣不外行，令人臥不欲動。	—	★	血氣內散，令人寒慄。
冬刺	血氣皆脫，	絡脈，內氣外	陽氣竭絕，	—	★

<sup>181</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 364-365。

<sup>182</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 820。

<sup>183</sup> 針灸治療的技術中有一類「趨避學說」，其中有一項為「人氣人神所在刺灸避忌法」。該法的重點在於針灸治療時需根據患者當時（年、月或季節、日、時）人身之氣或神所在的部位而避開或禁忌刺灸該部位。由於人神及人氣具有規律隨時間在體內移行，故可經由推算得知。如《靈樞·陰陽繫日月》提到：「正月、二月、三月、，人氣在左，無刺左足之陽；四月、五月、六月，人氣在右，無刺右足之陽；七月、八月、九月，人氣在右，無刺右足之陰；十月、十一月、十二月，人氣在左，無刺左足之陰。」、《靈樞·五禁》提到，「甲乙日自乘，無刺頭，無發矇於耳內。丙丁日自乘，無振埃於肩喉廉泉。戊己日自乘四季，無刺腹，去爪瀉水。庚辛日自乘四季，無刺關節於股膝。壬癸日自乘，無刺足脛。」引文內容皆是以時間生理學為基礎所建立。至於漢唐以後，更陸續產生了蝦蟆忌、血忌、人神、日辰忌、十二時忌、建除忌、尻（居）神忌等針灸日時避忌的方法。相關論述可參林昭庚、鄔良，《針灸醫學史》，頁 139-162。不著撰人，《黃帝蝦蟆經》（台北：士林出版社，1988）。〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 508-510、870-872。

<sup>184</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 825。

	令人目不 明。	泄，留為大 癆。	令人善忘。		
--	------------	-------------	-------	--	--

表中星號部分(★)乃順時之刺法，故不傷氣血，至於其它非應其時的治療，則明顯可看出各種症狀的描述皆因誤刺導致氣血的異常活動所引發。<sup>185</sup>《靈樞·終始》強調：「脈實者，深刺以泄其氣；脈虛者淺刺之，使精氣無得出，以養其脈，獨出其邪氣。」<sup>186</sup>邪勝則實、氣奪則虛，致病因素引發經脈中氣血的變化因特性而各有差異，猶如《素問·離合真邪論》所言：「天地溫和，則經水安靜；天寒地凍，則經水凝泣；天暑地熱，則經水沸溢；卒風暴起，則經水波涌而隴起。」<sup>187</sup>病邪與正常氣血互動後會依其特性呈現一定的分佈與轉歸，針刺效應在體內作用之機轉就是要調動失常的氣血而重新使之平衡，並祛邪外出，但這一切必須在不傷正氣的前提下完成操作。

除了正常的氣血流注深淺分佈依四季時辰條件而有不同之外，邪氣於人身之所在也具有同樣特性；同時因病邪侵犯部位各有偏好，針刺之部位與深淺度也各有差異。換句話說，邪氣除了受自然條件影響，本身特性亦決定病位發生之深淺。《靈樞·終始》云：

治病者，先刺其病所從生者也。春氣在毫毛，夏氣在皮膚，秋氣在分肉，冬氣在筋骨，刺此病者，各以其時為齊。

病痛者陰也，痛而以手按之不得者陰也，深刺之；癢者陽也，淺刺之。病在上者陽也，病在下者陰也。<sup>188</sup>

〈舉痛論〉清楚指出這一類病位深入的痛是寒邪所引起，無法以按摩外治方式處理：

寒氣客於俠脊之脈，則深按之不能及，故按之無益也。<sup>189</sup>

<sup>185</sup>《素問·診要經終論》中對於「刺順四時」的規則與「刺逆四時」之禁忌及造成之傷害症狀亦多有詳述，但內容與同書〈四時刺逆從論〉有明顯差異，應是不同學派醫家之見解。

<sup>186</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 204-205。

<sup>187</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 366-367。

<sup>188</sup>河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 207。

<sup>189</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 500。

因寒邪屬陰，本易客於身體較深處，若進入俠脊之脈，病位更深，則應深刺方能中病，引邪氣外出並使正常氣血回復時，疾病即可逐漸復原。即使治療過程中痛證不一定隨針刺而立即改善，但依循前述原則治療，在疾病逐漸復原的同時，痛證亦會逐漸退去。<sup>190</sup>

《靈樞·九針十二原》綜合說明了上述觀念：

夫氣之在脈也，邪氣在上，濁氣在中，清氣在下。故針陷脈則邪氣出，針中脈則濁氣出，針太深則邪氣反沉，病益。故曰：皮肉筋脈，各有所處。病各有所宜。各不同形，各以任其所宜，無實實，無虛虛，損不足而益有餘，是謂甚病，病益甚。<sup>191</sup>

整體來說，陽邪在體內所處部位偏淺故宜淺刺，陰邪所處部位較深則宜深刺。《難經·七十一難》清楚說明：「針陽者，臥針而刺之；刺陰者，先以左手攝按所針榮俞之處，氣散乃內針。是謂刺榮無傷衛，刺衛無傷榮也。」<sup>192</sup>確定邪氣陰陽特性及所處部位深淺並考量正氣多少而治之，並非所有病邪之論治皆循一致的標準，最重要的，還是必須以病患正氣之虛實多少為考量，而決定針刺與否及深淺的程度。

至於補瀉的觀念十分直接而明確，在出土的早期文獻《脈書》、《脈法》中對於血脈的虛盈皆一致提到「治病者取有餘而益不足」的概念，並透過灸法與放血的方式分別補瀉。<sup>193</sup>至於《素問·調經論》提到刺法之補瀉原則「有餘瀉之，不足補之。」乃針對經脈而言。補法是指能調節鼓動人體正氣，使低下的功能恢復正常的方法；瀉法是指能疏瀉排除病邪，使過度亢進的病理現象恢復正常的方法。〈調經論〉同時指出由於身體不論外感、內傷、飲食失調、形志氣血神之有餘不足皆會影響經脈之氣血變化，故在「守經隧」—「維持經脈氣血通暢的常態」

<sup>190</sup> 《靈樞·終始》云，「補則實，瀉則虛，痛雖不隨針減，病必衰去矣。」痛是疾病發生過程的一部份症狀，臨床上因患者不同體質、不同疾病、及病情病勢輕重難易的條件各有差異，痛證的緩解速度也不盡相同。但各依病情而做出適當治療的同時，痛證自然會隨病情改善而逐漸消失。引文參河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 200-201。

<sup>191</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 19-20。

<sup>192</sup> [宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 225。

<sup>193</sup> 高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 190。馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 279。

這一前提下，再依陰陽、表裡、寒熱、虛實之有餘不足分別在經脈上做針刺補瀉。

事實上健康的身體並不容易感邪發病而產生虛實狀態，「風雨寒熱，不得虛，邪不能獨傷人。」惟有在人身虛弱時邪氣才有機可趁。邪氣由外逐漸深入，與正常氣血相激盪時便可能產生各種疾病與痛證，治療上正如《靈樞·百病始生》所言：

察其所痛，以知其應，有餘不足，當補則補，當瀉則瀉，毋逆天時，是謂至治。<sup>194</sup>

對於各種臟腑經脈之病症及病機內外個別之歸趨，皆應斷定虛實、詳辨病位，並顧及四時氣候及體內臟腑組織氣血活動之相關性，才能適當補瀉。誤判病勢而錯誤補瀉者，猶如《難經·十二難》所言，「陽絕補陰，陰絕補陽，是謂實實虛虛，損不足益有餘。」<sup>195</sup>乃醫者誤人性命之咎也。

◎明經脈腧穴：

《扁鵲心書》云：「學醫不知經絡，開口動手便錯。蓋經絡不明，無以識病證之根源，究陰陽之傳變。」<sup>196</sup>經脈理論對針灸治療的重要性已無需再贅言，但歷來針灸治療點（穴位）的發展與選擇則頗值得玩味。從前文探討出土文獻的內容可知，早期在脈的循行範圍找尋治療點依據的是脈產生特殊搏動的位置，治療則以艾灸與刺絡放血為主，同時隨後「九針」的發明與使用也暗示著針具在身體上的運用場域及適應時機具有相當大的範圍。但隨著「脈」與「經脈」觀點的雜合混用，《內經》時代以行氣為主的經脈理論也收納了血脈「搏動」的特色，認為搏動部位乃「氣之所發」，故能應之而動；該部位是脈氣交會所發之府，故有「氣府」之稱。以足太陽脈為例，《素問·氣府論》指出：

足太陽脈氣所發者七十八穴：兩眉頭各一，入髮至項三寸半，傍五，相去三寸，其浮氣在皮中者凡五行，行五，五五二十五，項中大筋兩傍各一，風府兩傍各一，俠脊以下至尻尾二十一節十五間各一，五臟之俞各五，六

<sup>194</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 249。

<sup>195</sup> [宋]王惟一注，《黃帝八十一難經》，頁 50。

<sup>196</sup> [宋]竇材重集、[清]胡珏參論，《扁鵲心書》（台北：力行書局有限公司，1984），卷上，頁 1。

腑之俞各六，委中以下至足小指傍各六俞。<sup>197</sup>

雖然「脈氣所發」部位的數目與後世文本略有差異，<sup>198</sup>但可看出「氣府」即為可觸及「皮下浮氣」的特殊位置，也就是經脈上之穴位。第三章第一節曾探討《內經》時期「腧穴」的同義詞尚有「節」、「會」、「氣穴」、「骨空」等名詞，正如黃龍祥所說：「脈之現者、肉之陷者皆可為穴，乃至於骨孔亦常是腧穴之處。」<sup>199</sup>配合《素問·氣穴論》的觀點：「氣穴之處，游針之居」、「凡三百六十五穴，針之所由行也。」<sup>200</sup>吾人已可清楚確定針刺入身的部位即是經脈上的穴位，並可透過刺激穴位調節相關的氣血狀態。

《素問·八正神明論》指出：「知其所在者，知診三部九候之病脈處而治之，故曰守其門戶焉。」<sup>201</sup>透過診脈掌握氣血往來與疾病變化，是如同守護溝通身體內外的門戶一般重要，可以早期發現、預防和治療。《靈樞·官能》更明白點出：「是故工之用針也，知氣之所在，而守其門戶，明於調氣，補瀉所在，徐疾之意，所取之處。」<sup>202</sup>強調了醫者施針前必須掌握氣機來去與病情虛實，及同時正確選擇穴位所在的重要性。氣穴乃神氣遊行出入之門戶，不但是操作三部九候以診病脈之處，更是正邪共會之所在，與經脈同樣合診斷、治療於一身。

腧穴如同方藥，各有特性不同。由每個腧穴皆有神氣遊行，故都是能量聚集的特殊部位，能夠反應身體各種質能的表現，<sup>203</sup>因此掌握穴位不同特性以配合病情才能精準治療；腧穴除了定位之外，其定性的確立同樣重要。《素問·氣穴

<sup>197</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 719-720。

<sup>198</sup> 太素本載為 73 穴，《針灸大成》載為 134 穴，《循經考穴編》載為 132 穴，《經絡匯編》及《刺灸心法》則為 126 穴。根據丹波元堅《素問紹識》對《素問》原文載 78 穴所言，「今所傳經穴圖，足太陽凡百十三穴，與此不同。且各經穴錯出悉多，偽缺難以合計。」的看法，歷代的穴位在名稱與數量上的變化，範圍顯然是相當大的。相關文獻參〔唐〕楊上善撰注，《黃帝內經太素》，頁 298。林昭庚，《新針灸大成》（台中：中國醫藥學院針灸研究中心，1996），頁 577。〔明〕不著撰人，《循經考穴編》（北京：上海科學技術出版社，1961），頁 68。〔明〕翟良纂，《經絡匯編》（北京：中醫古籍出版社，1999），頁 211。〔日〕森立之，《素問考注下冊》（北京：學苑出版社，2002），頁 424。

<sup>199</sup> 黃龍祥主編，《中國針灸刺灸法通鑒》，頁 615。

<sup>200</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 708、715。

<sup>201</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 361。

<sup>202</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 309。

<sup>203</sup> 王志玲，《難經鍼學研究—以文字考試為核心觀點》頁 37。

論》詳列了「三百六十五」穴位，<sup>204</sup>包含五臟及六腑相關腧穴、治療熱病與水病的腧穴、及身體各部位的穴位。其中強調治水病的五十七穴在諸經分肉之間（諸分）、治熱病的五十九穴在經氣會聚之處（氣穴）、<sup>205</sup>而治寒熱病的穴位在兩膝關節外側（骸厭中），這些治療部位的差異性隨著病因病機的不同而存在。現代許多學者們以《內經》、《難經》為材料，深入探討各種穴位的屬性歸類，如臟腑所屬經脈上之「五輸穴」、人身由先天原陽而來元氣流止之「原穴」（陰經無原穴，以俞為原）、一脈聯絡他脈之「絡穴」、經脈之氣深聚之「郄穴」、臟腑之氣結聚所在之「募穴」、內臟之氣輸轉至皮膚之「俞穴」、及對身體各組織有歸類性特殊療效的「八會穴」等，皆有詳細的說明，<sup>206</sup>在此筆者並無意以大篇幅詳述各種穴位之特性，要凸顯的僅是不同穴位具有獨特性與正確選取針刺「處方」的重要性。

歷代腧穴的數量隨著醫家的經驗與研究不斷增加，<sup>207</sup>但必須留意的是，《內

<sup>204</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 708。事實上原文中有不少穴位名稱重複出現，經整理統計，只有一百七十三個穴名。其言三百六十五，乃為應一歲之意也，是醫學理論術數化的產物。《素問札記》便云，「按三百六十五者，蓋一歲天之數，此舉其大較，不必拘也，諸家強實其數，失經旨。」

<sup>205</sup> 《素問·水熱穴論》對治療水病及熱病的穴位有詳細描述。水俞五十七處，「腎俞五十七穴，積陰之所聚也，水所從出入也。尻上五行行五者，此腎俞。故水病下為跗腫大腹，上為喘呼，不得臥者，標本俱病，故肺為喘呼，腎為水腫，肺為逆不得臥，分為相輸，俱受者水氣之所留也。伏兔上各二行行五者，此腎之街也。三陰之所交結於腳也。踝上各一行行六者，此腎脈之下行也，名曰太衝。凡五十七穴者，皆藏之陰絡，水之所客也。」治熱病五十九俞，「頭上五行行五者，以越諸陽之熱逆也。大杼、膺俞、缺盆、背俞，此八者，以瀉胸中之熱也。氣街，三里，巨虛上下廉，此八者，以瀉胃中之熱也。雲門、骨禺骨、委中、髓空，此八者，以瀉四肢之熱也。五藏俞傍五，此十者，以瀉五藏之熱也。凡此五十九穴者，皆熱之左右也。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 757、763。

<sup>206</sup> 現代有關介紹各種穴位特性的文本與研究不勝枚舉，以下是筆者篩選較具學術性及說明較詳實的作品，王志玲，《難經鍼學研究—以文字考試為核心觀點》頁 35-61。黃龍祥主編，《中國針灸刺灸法通鑒》，頁 201-223。李道生、林秀芬，《針灸三十講》，頁 246-256。黃維三，《針灸科學》（台北：正中書局，1995），頁 210-219。黃維三，《難經發揮》（台北：正中書局，1994），頁 298-331。凌宗元，〈腧穴穴性理論探討〉，《中國針灸》25.2（2005）：131-132。陳少宗，〈論腧穴特異性研究中的思維方法問題〉，《醫學與哲學》25.9（2004）：53。李志道，〈腧穴局部作用的規律是「腧穴所在，主治所在」〉，《針灸臨床雜誌》11.11（1995）：67-69。

<sup>207</sup> 《內經》中雖有三百六十五穴之說，但實際載穴約160個（單穴約25個，雙穴約135個）。至晉唐《針灸甲乙經》與《千金翼方》時，發展為349個（單穴49個，雙穴300個），至明《針灸大成》又增為359穴，直至清《針灸逢源》增加單穴中樞及雙穴急脈，而成361穴，至沿用。參歐陽八四、高潔，〈針灸溯源—穴的起源與發展〉，《針灸臨床雜誌》15.7（1999）：1-4。

經》中的穴位數目雖遠少於後代、更不若現代著作大量以「xx病」使用「xx穴」治療的描述方式，但其理論與操作方法卻成爲歷代針刺治療之規臬，各種穴位的使用時機與療效更是明確，這是與現代醫學截然不同的有趣現象；因爲強調「針刺治療的原則與病情診斷的結果相配合後再決定以哪些對應穴位論治」才是其知識理論體系化、成熟化後的核心精神，死板而沒有變通的「專病專穴」針刺理論並非內經時代的經脈醫學與針刺治療的主流思維。再從另一個角度看歷代不斷增補穴位數量之現象，醫者若能掌握前述各項針刺之基礎觀念，則治療能變化無窮、量身定做，無處不是穴位，無處不能施針治療。

與所有疾病一樣，對於痛證的治療，基本上只要秉持詳細診斷、考量四時節氣、慎選經脈穴位、並使用正確手法的原則後皆能做到完善的處置。但有時當病患產生痛證而又無法經由診斷察覺病邪時，則必須以特殊的刺法治療：

身形有痛，九候莫病，則繆刺之。<sup>208</sup>

《素問·繆刺論》對於「繆刺」的使用時機有詳細說明：

今邪客於皮毛，入舍於孫絡，留而不去，閉塞不通，不得入於經，流溢於大絡，而生奇病也。夫邪客大絡者，左注右，右注左，上下左右與經相干，而布於四末，其氣無常處，不入於經俞，命曰繆刺。<sup>209</sup>

簡單的說，病邪無法循序由表入裡、而流止於大絡時，被視爲異於平時病機傳變的「奇病」。由於左右絡脈的連繫，使得邪氣能在人身表淺層上下左右流注，邪氣未能入脈，自然無法經由脈診查出其異常變化，而「繆刺」就是專門處理這類疼痛的療法。其操作的特殊原則在於先確認邪氣客於何脈所屬之大絡，再依「左側有病症時則針刺右側，反之亦然。」的原則針刺，〈繆刺論〉針對各經之大絡爲邪所病分別描述了繆刺之法，並有不同版本之症狀之描述，這應該是由不同醫家之記錄綜合而成，以足太陽脈之絡爲例：

邪客於足太陽之絡，令人頭項肩痛，刺足小指爪甲上，與肉交者各一痛，立已，不已，刺外踝下三痛，左取右，右取左，如食頃已。

邪客於足太陽之絡，令人拘攣背急，引脅而痛，刺之從項始數脊椎俠脊，

<sup>208</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 792。

<sup>209</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 795-796。

疾按之應手如痛，刺之傍三疔，立已。<sup>210</sup>

除了從患部的對側取穴施針之外，繆刺的操作顯然也不可脫離一般針刺所需要「經脈循行」、「以痛為輸」及氣血流注多寡的觀念，藉以決定針刺之劑量與療效。《素問·調經論》同時提到另一種「左取右，右取左」的針刺痛證療法：

痛在於左而右脈病者，巨刺之。<sup>211</sup>

「繆刺」與「巨刺」最大的不同在於，前者主治邪未入於經而中於絡的疼痛症狀，後者則主治邪氣已入經脈的痛證。但巨刺與繆刺皆能治療以「痛」為主要症狀的疾病，皆是因為透過「以通為法」的原則，採用從左引右、從右引左的刺法使經脈與大絡通暢，當氣血營運無礙時，便能達成止痛治病的目的。

現今傳世可見的《內經》文本記載了完整的針刺療法，<sup>212</sup>若將記載的眾多方式加以整理，其特性大略可分為「淺刺」、「深刺」、「多針刺」、「刺血」、「循經刺」、「臟腑病刺」及「交刺」等種類；<sup>213</sup>但透過以上的分析，筆者要強調的是「別陰陽順逆」、「知深淺虛實」及「明經脈腧穴」等針刺原則，因為這些施術指南分別代表了醫家必須全面掌握生理、病理的正常運作與異常變化，同時對於四時環境、各種病因與身體之互動過程也應了然於胸，具備這些知識後才能靈活運用經脈與俞穴的特性進行治療。關於技術層面的手法醫家透過重複訓練即能專精，但不明用針宜忌而濫施技術則猶如合法殺人。

灸法原與針法無涉，是獨立的一種治療方法；而且據《小品方》引古醫經的記載，在早期灸法是非常普遍而且容易上手使用的：

《經》說：夫病以湯藥救其內，針灸營其外。夫針術須師乃行，其灸則凡人便施。為師解經者，針灸隨手而行，非師所解文者，但依圖詳文則可灸。野間無圖不解文者，但遂病所在便灸之，皆良法。<sup>214</sup>

<sup>210</sup>參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 801、811-812。

<sup>211</sup>山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 792。

<sup>212</sup>據龍伯堅考證《內經》所載的療法，具體的藥物治療記錄只有十一處（《素問》六處、《靈樞》五處），而針刺療法的敘述則隨處可見，包含針刺器材、孔穴分布、持針法則、補瀉技術、針刺劑量與禁忌及各種疾病治療，證明當時針刺療法是主要的治療手段。參龍伯堅，《黃帝內經概論》（上海：上海科學技術出版社，1997），頁 57-58。

<sup>213</sup>陳克正，《古今針灸治驗精華》（北京：中國中醫藥出版社，1996），頁 16-18。

<sup>214</sup>〔南北朝〕陳延之撰、高文鑄輯注，《小品方》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 243。

本療法使用的媒介是火與各種可燃、具治療性的物質，在早期出土文獻中甚至比針法有更多的記錄，但隨著經脈理論的成形，逐漸與針法具有共通的操作語言。馬王堆兩部灸經對於脈病皆以灸法治療，同時間出土的《脈法》、《五十二病方》、《天下至道談》及年代相近的張家山《脈書》中也都有灸法的記錄，<sup>215</sup>值得注意的是，部分文獻雖提及灸法與脈的關係，但以《五十二病方》所載內容看來，與灸法或以火加熱做為媒介治療有關的記錄有十九則之多，直接用火烘烤患部者有十一則，以火烤炙他物再以該物進行治療者八則，皆不與經脈相關；<sup>216</sup>這些記錄顯示的是曾有一段時期灸法乃依各病症不同分別運用於身體特定局部，但並無清楚的經脈及穴位概念作為操作的依據。

山田慶兒與李建民兩位學者曾對灸法作了系統性的考證研究，探討範圍及觸角相當廣泛深入。山田認為灸法的運用在戰國時代便已確立，透過馬王堆兩部灸經的論述確定了脈的發現、病理學及診斷學的建立皆是在灸法的領域中發生的。他更進一步提出假說，認為在患者身體的特定部位施行灸法，其來源是以薰艾禳除體內疫鬼的咒術；後來加上「脈」是疫鬼在體內活動的通路、也是疾病暴露的發病路線及歸屬區域這樣的概念之後，便能將灸法從局部皮膚燒灼的治療提升到具有理論基礎的新療法。而針刺在灸法已經建立起的理論基礎上，導入砭法的技術，治療的方式便由熱轉變為物理性刺激。<sup>217</sup>山田的論點將中醫學最重要基礎理論之一的經脈知識歸功於灸法與針刺的發展。

李建民亦認為灸法的技術發展應早於針法，但起源至今仍不可解，同時指出山田的假說仍存在許多疑點及問題未能解決。李氏從灸法的燃料與火源種類切

<sup>215</sup> 《脈法》提到當氣上而不下時，「則視有過之脈，當還而灸之。」《五十二病方》中對於疔、癰病、腸積、病狐、牡痔、胸癢及某不詳疾病等有灸法的記錄。《天下至道談》針對房事不當引起「出汗，喘息，中煩氣亂」等症狀者，可用「飲藥、灼灸以致其氣，服餌以輔其外。」的方法治療。《脈書》的記載與《脈法》雷同，且提到「有膿者不可灸也」的禁忌。相關資料參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 282、417、449、483、501、527、547、1032。嚴建民，《五十二病方註補譯》（北京：中醫古籍出版社，2005），頁 60、85、109、121、136、148。高大倫，《張家山漢簡引書研究》，頁 190-191。

<sup>216</sup> 嚴建民，《遠古中國醫學史》（北京：中醫古籍出版社，2006），頁 127。

<sup>217</sup> 山田慶兒，《中國古代醫學的形成》（台北：東大圖書公司，2003），頁 77、114、128、134、135。廖育群亦認為早期灸法治療的水準是處於大面積體表加熱的思維，施灸方法與部位較為雜亂，也尚無經脈穴位理論的觀念。參廖育群，《岐黃醫道》（瀋陽：遼寧教育出版社，1997），頁 79-80。

入分析，認為以特定燃料灼燒或蒸燻身體局部以治療疾病是中國古典醫學的獨特技術，其特色在於以陽燧（凹面鏡）接引太陽之火，燃燒艾草，以純陽潔氣產生的熱力與氣味拔除病患身體之不潔，並通達其血脈；但不良的火源與錯誤的燃料可能影響療效，甚至造成二次傷害。<sup>218</sup>綜合來說，李氏論述的灸法操作過程與思維在於時人以透過法器（陽燧）接引神聖具極端陽性之天火，燃燒具陽性的燃料（艾草為主），以陽治陰，以天氣通人氣，去除陰邪鬼物並治癒疾病。這與清代醫家吳亦鼎於《神灸經綸》所述的觀點是一致的：

夫灸取於火，以火性熱而至速，體柔而用剛，能消陰翳，走而不守，善入臟腑。取艾之辛香作炷，能通十二經，入三陰，理氣血，以治百病，效如反掌，學者不可不知也。<sup>219</sup>

在文化與歷史的回溯與詮釋提供了大量灸法資料的同時，也凸顯了灸法在針法逐漸成熟的同時，其臨床記錄與使用上的邊緣化。尤其在經脈穴位一類的明堂相關知識確定後，除了針法與灸法被相提並論之外，針法的運用範圍與時機甚至遠遠凌駕灸法，這種現象在《內經》中已可見端倪。山田慶兒便認為《黃帝內經》不論是「灸刺」還是「針艾」，都是針法與灸法並記，但實際上灸法所被賦予的地位，只不過是針法的輔助療法。<sup>220</sup>歷代以「針灸」為名的文本也多以明堂及針法的內容為主。<sup>221</sup>徐大椿曾說：「若灸之一法，則較之針所治之病，不過十之一二，知針之理，則灸又易易耳。」<sup>222</sup>以徐氏尊古之強烈意識尙出此言，或可一窺灸法在醫家心中之位階。

回到實際的臨床層面。前文曾指出，「寒邪」為病所造成的氣血凝滯留於脈中，能使經氣陷下、或血絡瘀結；特別是身體上下內外皆呈現虛弱不足時，即為灸法之適應證。也就是說，「虛」與「寒」是灸法最主要的使用時機。當陰性寒

<sup>218</sup> 李建民，《生命史學—從醫療看中國歷史》（台北：東大圖書公司，2005），頁 23-24、26、31、41-46。

<sup>219</sup> 王大生等主編，《神灸經綸釋》（北京：中醫古籍出版社，2004），頁 3。

<sup>220</sup> 山田慶兒，《中國古代醫學的形成》，頁 97。

<sup>221</sup> 馬繼興，《中醫文獻學》（上海：上海科學技術出版社，1990），頁 295-308。另參考《宋以前醫籍考》所載文本目錄，「針灸類」包含的書籍名稱幾乎多以「針經」、「明堂」一類為主。參岡西為人，《宋以前醫籍考·目錄》（台北：進學出版社，1969），頁 7-11。

<sup>222</sup> [清]徐大椿，《醫學源流論》，收入《中國醫學大成》第四十五冊（上海：上海科學技術出版社，1992），卷下，頁 9。

邪客於俠脊之脈時，由於病位較深，所引發的疼痛按之無益，本必須遵照深刺的療法方能中病；但背部的幾個特定部位如大膈、肺膈、心膈、膈膈、肝膈、脾膈及腎膈由於不宜深刺，同樣必須由灸法取代。<sup>223</sup>《傷寒論》所載部分灸法條文清楚證實該原則在臨床上的實用性：

少陰病得之一二日，口中和，其背惡寒者，當灸之，附子湯主之。

少陰病，吐利，手足不逆冷，反發熱者，不死。脈不至者，灸少陰七壯。

少陰病，下利，脈微瀉，嘔而汗出，必數更衣，反少者，當溫其上，灸之。

傷寒六七日，脈微，手足厥冷，煩躁，灸厥陰。厥不還者，死。

傷寒脈促，手足厥逆，可灸之。

下利，手足厥冷，無脈者，灸之不溫，若脈不還，反微喘者，死。下利後

脈絕，手足厥冷，晬時脈還，手足溫者，生，脈不還者，死。<sup>224</sup>

引文皆出於少陰厥陰二類疾病，皆為陽衰陰盛或陰陽俱虛之證，當治宜溫灸補虛祛寒，回陽救逆。

相反的，《中藏經·論諸病治療交錯致於死候第四十七》記載：「陰氣不勝，陽氣不衰，勿灸。」「不當灸而灸，則使人重傷經絡，內蓄炎毒，反害中和，致於不可救。」<sup>225</sup>一般熱證、實證；特別是挾有津液陰血不足的情況，則不宜使用灸法。《傷寒論》中另有〈辨壞病脈證并治〉篇，對陰虛陽盛的熱證，再三告誡忌用灸法，若誤用則易引起火逆證候，加重病情：

脈浮熱甚，反灸之，此為實，實以虛治。因火而動，故咽燥而吐血。

微數之脈，甚不可灸，因火為邪，則為煩逆，追虛逐實，血散脈中，火氣雖微，內攻有力，焦骨傷筋，血難復也。

榮氣微者，加燒鍼，則血留不行，更發熱而躁煩也。

脈浮，宜以汗解，用火灸之，邪無從出，因火而盛，病從腰以下必重而痹，名火逆也。<sup>226</sup>

<sup>223</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 109。

<sup>224</sup> [清] 吳謙，《訂正傷寒論注》，收入氏編，《醫宗金鑑》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 104、109、111、121、125、129。

<sup>225</sup> [漢] 華佗，《華佗中藏經》（台北：自由出版社，1998），頁 34。

<sup>226</sup> [清] 吳謙，《訂正傷寒論注》，頁 146。

需特別注意的是，「虛」與「寒」的病程變化中也可能產生令人忽略及誤判的「熱」象，如前述引文之「煩躁」乃陰寒迫陽所見之症，是宜用灸法的；同時部分實熱證也能以《內經》所言「逆者正治，從者反治。」的原則以熱治熱，利用灸法「火鬱發之」以從其氣，達到反治療效。<sup>227</sup>此即《紅爐點雪》所言：「熱病得火而解者，猶暑極反涼，猶火鬱發之之義也。」<sup>228</sup>之奧義所在。

進一步思考，灸法對於「虛」與「寒」的治療其實有目的上的差異。以虛證而言，灸法的治療重點在於「補」，不論是回陽以復其脈，或是益脈氣而舉陷，皆不脫治虛而補養之意，這也正是「鍼所不為，灸之所宜。」的最高指導原則。對於寒證，灸法的重點則在於「溫」，《素問·異法方宜論》便提到：「藏寒生滿病，其治宜灸燭。」<sup>229</sup>特別對於以寒邪為病居多的疼痛症狀，運用灸法之熱力溫中散寒、溫經通脈可達止痛目的。部分寒邪過盛引起氣血阻滯之實證，亦可經灸法使氣血得以重新正常流動，《靈樞·刺節真邪》所言：「故厥在於足，宗氣不下，脈中之血，凝而留止，弗之火調，弗能取之。」<sup>230</sup>即是以灸法行陽氣、活血脈以治療寒證血瘀的記錄。

最後筆者要強調的是，《素問·血氣形志》曾指出：「病生於脈，治之以灸刺。」<sup>231</sup>《千金翼方·針灸宜忌》也提出：「凡欲灸針，必先診脈。」<sup>232</sup>判斷針

<sup>227</sup> 熱證可灸與禁灸，自古以來即有不同見解與爭議。事實上在《素問·骨空論》中即有灸寒熱二病之法，有學者認為灸法不僅適用於陰盛陽虛的寒證，也可用於陰虛陽盛的熱證。因為實熱證用灸法可以「以熱引熱」使熱外出；虛熱証也可透過灸法助陽，從而達到陽生陰長的目的。根據現代研究結果，艾灸之所以能治療熱證，主要是由於它的抑菌、退熱及改善微循環作用，可治療浸潤肺結核、急性闌尾炎、腹膜炎、發熱、高血壓、便血、癰癤、帶狀疱疹等多種病症。熱證可灸的相關研究及臨床應用可參以下著作與研究報告，賀普仁主編，《灸具灸法》（北京：科學技術文獻出版社，2004），頁101-327。周楣聲，《灸繩》（青島：青島出版社，1998），頁197-212。張成國，《灸法、拔罐及放血療法》（台中：中國醫藥學院出版組，1991），頁3-54。郭愛松、金宏柱，〈《傷寒論》熱証忌灸探析〉，《陝西中醫》28.1（2007）：121-123。顧一煌、李忠仁，〈淺析《傷寒論》用灸規律〉，《江蘇中醫藥》26.2（2005）：7-8。車建麗，〈「熱證可灸」的理論探討與臨證應用〉，《中國針灸》25.10（2005）：715-716。王家騫，〈熱證可灸探析〉，《雲南中醫中藥雜誌》24.6（2003）：715-716。韓蔚、韓葆賢，〈灸法所宜辨〉，《新疆中醫藥》1996.1：35-36。王金良，〈對古代熱證用灸規律初探〉，《中醫外治雜誌》1996.1：40-41。

<sup>228</sup> [明] 龔居中輯著，《紅爐點雪》（台北：五洲出版社，1985），卷四，頁113。

<sup>229</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁171。

<sup>230</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁348。

<sup>231</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁342。

刺與灸法的適用性及其治療的對象皆為「脈」。在醫學進化與脈的知識系統化之後，針刺與灸法同時共享了一致的理論基礎，在選擇使用上的差異則以病邪種類、外顯症狀及身體虛實的特性而決定。由於針灸依賴的技術與知識核心是透過診脈以察覺身體與病邪互動的細微變化現象並決定治療穴位，因此《太素》認為具備「語徐而安靜，手巧而心審諦。」能力的醫者能隨時保持「神清性明、動合所宜、妙察機微」等特質，<sup>233</sup>是施行針艾的最佳人選。而這一類人除了透過針灸「理血氣而調諸逆順」之外，同時還可「察陰陽而兼諸方」，也就是兼以處方湯藥的治療。《脈經·平三關病候并治宜》對於這種醫家臨床「脈一症一治」一體的過程多有描述：

寸口脈浮，中風發熱頭痛，宜服桂枝湯、葛根湯，針風池風府，向火灸身，摩治風膏，覆令汗出。

關脈浮，腹滿不欲食，浮為虛滿，宜服平胃丸，茯苓湯，生薑前胡湯，針胃管，先瀉後補之。

尺脈緊，臍下痛，宜服當歸湯，灸天樞，針關元補之。<sup>234</sup>

若依《靈樞·官能》的標準，醫者的培訓原應「任人者當各得其能」，即依特質而各有專攻；但筆者認為，排除「導引」特別需要的「緩節柔筋而心和調」、「祝由」所專的「疾毒言語輕人」及「按蹻推拿」必備的「爪苦手毒，為事善傷」等「專科能力」之後，醫者操作其它各種治療方式所需具備的人格特質、身心修為及專業知識相較於施針艾及開處方是一致的，所根據的生理基礎與病因病機概念亦多類似，不同的只是醫家對於每一個病患在臨床諸多考量後所採取的因應手段。

---

<sup>232</sup> [唐] 孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 870。

<sup>233</sup> [唐] 楊上善撰注，《黃帝內經太素》，頁 584。

<sup>234</sup> [晉] 王叔和，《脈經》（台北：大孚書局有限公司，1999），頁 23、25、26。

### 三、從「治驗」到「經方」—治痛方藥的發展思維

藥物處方是中醫治療學裡非常重要的工具之一，可視為與針灸治療具有同等地位的兩大支柱。《韓非子·喻老》曾引扁鵲望診齊桓侯之言：

疾在腠理，湯熨之所及也；在肌膚，鍼石之所及也；在腸胃，火齊之所及也；在骨髓，司命之所屬，無奈何也。<sup>235</sup>

西漢《史記·扁鵲列傳》記載病在腸胃內臟的藥物內服療法與本引文相較略有出入，<sup>236</sup>但同樣旁證了至晚在戰國末期時人療法的確以針、灸及藥物為主流，並且在不同病因病機及療法差異的區隔上已有理論基礎支持。

事實上，藥物使用之濫觴至今仍無定論，迫使史學家多把藥物之起源以「原始人類生活經驗累積形成」作為解釋。<sup>237</sup>目前最古之有系統文字甲骨文中雖已有使用魚、棗治病的記錄，殷代遺址出土文物中也有桃仁、杏仁等藥物，但皆僅為零星資料而缺乏說服力；<sup>238</sup>至於先秦文學著作雖不乏有大量藥物名稱的記載，亦屬零散而片段的內容，不一定與醫學相涉。<sup>239</sup>在文史考證上資料貧乏的困境短期間或許仍無法克服，但從醫者的研究視野來看，關注的反而是藥物從經驗到體系化過程中究竟是如何被看待與使用的。正如陳邦賢所說：「醫學中心的目標，是

<sup>235</sup> 邵增樺注譯，《韓非子今註今譯》下冊（台北：台灣商務印書館，1983），頁 956-957。

<sup>236</sup> 《史記·扁鵲列傳》所言：「疾之居腠理也，湯熨之所及也；在血脈，鍼石之所及也；其在腸胃，酒醪之所及也；其在骨髓，雖司命無奈何之何。」其中病在腸胃內臟的療法與《韓非子》雖有不同，但可看出同為內服藥的劑型。參〔西漢〕司馬遷，《史記》（北京：中華書局，2006），頁 606。

<sup>237</sup> 嚴健民，《遠古中國醫學史》，頁 41-44。朱建平，《中國醫學史研究》（北京：中醫古籍出版社，2003），頁 59-62。湖南中醫學院，《中國醫學發展簡史》（湘潭：湖南科學技術出版社，1979），頁 8-10。北京中醫學院，《中國醫學史講義》（香港：醫藥衛生出版社，1968），頁 3-4。

<sup>238</sup> 甲骨文中所載可入藥的動植物約有一百餘種，但有記載並不表示就有運用，就算有使用，也未必在於醫藥用途。要從以記錄占卜為主要目的的甲骨文中推論當時藥物治療的概況，其實是有困難的，同時也不完全符合研究方法。相關資料參李良松，《甲骨文文化與中醫學》（福州：福建科學技術出版社，1994），頁 18-19、59-62。

<sup>239</sup> 據學者統計，先秦著作中有不少文本載有藥物名稱。如《周易》載有 8 種、《詩經》291 種、《尚書》20 種、《爾雅》621 種、《山海經》353 種、《莊子》18 種、《管子》46 種、《楚辭》50 種；該統計是以「有食、有用便是藥」的原則進行，這雖顯示時人已廣泛探索並使用生活環境中的自然物質，但並無法完整呈現當時藥物療法之實際運用狀況。參李良松、郭洪濤，《中國傳統文化與醫學》（廈門：廈門大學出版社，1990），頁 1-2。

為病人解除肉體的痛苦。」<sup>240</sup>在以藥物為治療媒介的範疇裡，人們對於各種疾病與身心不適的處理，想必與藥物使用的起源及其經驗、知識的累積一樣古老，特別在臨床最明顯而常見的「疼痛」議題上，其內容發展絕對是深具特色的一部份。

筆者仍依前幾章的脈絡回頭溯源，先從醫學相關的出土文物談起。先秦藥物使用的記載目前仍以馬王堆出土的一系列文本最為豐富，包含《五十二病方》、《養生方》、《雜療方》、《胎產書》、《却穀食氣》、《十問》中皆有藥物使用的記錄。但除《五十二病方》之外，大多以養生、房中、補益、男女科、及祝由等相關療法為主，內容有限；而以各種疾病對應藥物療法做為主體內容的《五十二病方》不但成書較早，<sup>241</sup>牽涉範圍也較廣，分析其內容較能一窺當時藥物使用之完整原貌。

《五十二病方》中載有大量的藥物，涵蓋了礦物、植物、動物、器物、及少部分泛稱類與待考藥物，種類甚至可能比《神農本草經》還豐富。<sup>242</sup>《五十二病方》的編寫架構十分簡單，僅以「病症—治療藥物（方劑）—使用方法」的文法結構鋪陳；藥物方劑包含單味藥及複方兩大類，但以單味藥及兩味藥組成的方劑佔處方中的最大比例，<sup>243</sup>使用方法則包含藥物採集、炮製、收藏，藥物劑量及標示外用與內服操作方法。不過這些內容並無藥性資料的記述，對於藥物的性味、有無毒性、對人體作用的藥理機轉、處方君臣佐使配伍與歸經分類等皆付之闕如；很明顯的，這是屬於相當早期、經驗重於理論的臨床記錄。

<sup>240</sup> 陳邦賢，《中國醫學史》（台北：台灣商務印書館，1992），頁 2。

<sup>241</sup> 據馬繼興考證，《五十二病方》是目前最古的醫學方書，當中不僅無「五行學說」的痕跡，也較少論及「陰陽」的概念，和《內經》、《難經》的內容比較起來成書年代也較為古老得多。馬王堆出土各文本之著作年代考證可參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 13-21。

<sup>242</sup> 學者們對《五十二病方》中所載藥物種類數量的統計略有出入。張鳴皋認為有 242 種、嚴健民指出有 299 種、馬繼興則考證有 394 種。雖然數目不同，但仍顯示當時藥物使用的廣泛程度不亞於系統化初期的「本草」知識。參馬繼興，《出土七佚古醫籍研究》（北京：中醫古籍出版社，2005），頁 277。嚴健民，《五十二病方注補譯》（北京：中醫古籍出版社，2005），頁 251。張鳴皋，《藥學發展簡史》（北京：中國醫藥科技出版社，1993），頁 23。

<sup>243</sup> 書中能準確辨識統計的藥方共有 189 個，1、2 味藥物組成的處方有 155 方（單味藥方有 110 方），佔 82%；3 味藥組成的方劑有 21 方，佔 11%；4 味以上藥物組成的處方僅佔 7%。參馬繼興，《出土七佚古醫籍研究》，頁 290。



【犬噬人傷者】

- 犬所齧，令毋痛及易瘳方：令齧者臥，而令人以酒財沃其傷。已沃而強，越之。嘗試。毋禁。

【瘡】

- 瘡，痛於脗及衷，痛甚，弱時痛益甚，□□□□治之，黑叔三升，以美醢三斗。煮，疾炊，澆，止火。澆下，復炊。三沸，止。浚取汁。牡蠣一，毒堇治三，凡二物合撓。取三指撮到節一，醢寒溫適，入中杯飲。飲先食後食恣。壹飲病愈，日一飲，三日病已。病已，類石如泔從前出。毋禁，毋時。

【牡痔】

- 牡痔之居竅癢，大如棗覈，時癢時痛者方：先剝之；弗能剝；取龜啣與地膽虫相半和以傅之。燔小隋石，淬醢中，以熨。不已，有復之，如此數，令。

【胸養】

- 胸養：痔，痔者其直旁有小空，空兌兌然出，時從其空出，有白虫時從其空出，其直痛，尋然類辛狀。治之以柳葦一掬，艾二、凡二物。為穿地，令廣深大如盪。燔所穿地，令之乾，而置艾其中，置柳葦艾上，而燔其艾葦；而取盪，穿其斷，令其大圍寸，以復之。以土雍盪，會毋移，煙能炷，即被盪以衣，而毋蓋其盪空。即令痔者居盪，令直直盪空，令煙熏直。熏直熱，則舉之，寒則下之，圈而休。

【睪病】

- 睪未潰破者取烏豕十四果，以美醢半升，□□□□□澤泔二參，入藥中□□□令如□□□□□灸手以靡□□□傳□□□□□之，以余藥封而裹□□□□不痛已□□。令。
- 血睪始發，侈侈以熱，痛毋適，□□□□□睪□□□□□□□□□戴鞞、黃芩、白蘘，皆居三日，☐之，令汗出到足，已。

【火闌（爛）者方】

- 治蘘米，以乳汁和，傅之，不痛，不癢。

【加】

- 以久脂若豹膏封而炙之，痂屑去而不痛，萎復之。先飲美酒令身溫，乃 𠄎。

【治癘】

- 治癘：癘者，癰痛而潰。癘居右，取馬右頰骨；左，取馬左頰骨，燔，治之。鬻叔取汁洒癘，以毚膏已湍者膏之，而以治馬頰骨，末和撓傅，布裹膏一日夜更裹，再膏傅，而洒以叔汁廿日，癘已。嘗試。令。

引文顯示，直接標明具有痛證的疾病雖僅佔五十二種病症之五分之一左右，但幾乎已包含了文本中涉及的各大種類疾病。特別值得注意的是，羅列於「諸傷」中的各項記錄其實多與金石鋒刃之物引起之外傷有關，<sup>246</sup>故合理推測皆可能引起痛證，「諸傷」也可視為諸病中最常發生疼痛的一類。因此除了前述引文中清楚標明可「解痛」、「毋痛」、「不痛」之療法之外，也應當留意「諸傷」中其它藥物的用法，因為這些藥物在治療疼痛上可能更具特色。例如「諸傷」類第一方雖未提及「痛」證，但其藥物組成值得推敲：

諸傷□□膏，甘草各二，桂、薑、椒各一□□□□□□□□□□□□□□  
皆治、以蜜為丸，毀一垺杯酒中，飲之，日一飲，以□其 𠄎。<sup>247</sup>

這是以治療各種外傷的內服處方，以桂、薑、椒、甘草合藥為蜜丸，以酒沖服。除了藥物的搭配之外，在內服外用處方中並經常加入「膏」（動物油脂）作為賦型劑。<sup>248</sup>若分析這些藥物的作用與特性，或可一窺時人治療外傷及相關疼痛症狀的思維。

「桂」在《神農本草經》中有「箇桂」、「牡桂」兩種，功能產地記載略有不同，《別錄》中提到其性味功能：「味甘、辛、大熱、有毒。主溫中，堅骨節，通血脈，理疏不足，宣導百藥，無所畏。」<sup>249</sup>森立之引唐《日華子本草》言：「桂

<sup>246</sup>馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 324。

<sup>247</sup>嚴健民，《五十二病方注補譯》，頁 1。

<sup>248</sup>如諸條文所載治療「諸傷」、「金傷者」、「傷者」、「疤痕」、「久傷不愈」的藥物製備或以桂、薑、椒、蜜為丸、或以烏喙和續斷、獨活、黃芩、甘草等共同煎煮；使用時或用布浸藥敷之，或加豬油賦型成藥丸及調合諸藥外敷於患部。參嚴健民，《五十二病方注補譯》，頁 1、8-12。

<sup>249</sup>〔南朝〕陶弘景編，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》（北京：人民衛生出版社，

心通九竅，利關節，治風痺骨節攣縮，續筋骨，生肌肉。」<sup>250</sup>直到明代《本草綱目》仍載本品可治九種心痛、心腹脹痛、寒疝心痛、反腰血痛、打撲損傷等病症；<sup>251</sup>桂能以其辛熱之性溫經散寒，活血止痛，促進肌肉骨骼之生長修復，其具治療諸傷疼痛功效的原因也由此而來。

依尚志鈞等考證，「乾薑」首載於《神農本草經》。<sup>252</sup>本品「味辛、溫，主治胸滿，咳逆上氣，溫中、止血，出汗，逐風濕痺，腸澀下利。生者尤良，久服去臭氣，通神明。」<sup>253</sup>傳統觀點薑能助陽氣散陰邪，運用於外傷及疼痛同樣是以其性味辛溫，能促進氣血運行的特點而獲得療效，故用於陰邪偏盛或凝滯的創傷疼痛最為適宜；至於「止血」之功應為乾薑炮製燒存性後轉為苦溫之味而得。現代研究也已證明薑的成分有殺菌、消炎、清潔創面、解毒、緩解肌肉疼痛、抗氧化、降血脂等多種效果，<sup>254</sup>與古法用途更是不謀而合。

《神農本草經》中有數味藥物品名皆為「×椒」，據馬繼興考證，諸傷處方中使用的應為「蜀椒」或「秦椒」。<sup>255</sup>「蜀椒」味辛溫，有「溫中，逐骨節皮膚死肌，寒濕痺痛。」之功；而「秦椒」有相同性味，亦能「主治風邪氣，溫中，除寒痺。」上述三種藥物桂、薑、椒的共同特性是「辛」，據《本草備要·藥性總義》云：「凡藥辛者，能散，能潤，能行。」<sup>256</sup>加上皆具有溫熱之性，能夠擴張血脈，加速氣血循行與灌注，使用於治療各類創傷時當然能緩解疼痛並加速其傷口痊癒，其用於外傷及疼痛的治療原理顯然是歸於同一類的。

事實上這三種藥物的綜合使用還可擴及於體內「寒痺」及其引起之「時痛

---

1994)，頁 216。

<sup>250</sup> [日] 森立之，《本草經考注》（北京：學苑出版社，2002），頁 135。

<sup>251</sup> [明] 李時珍，《本草綱目》（北京：人民衛生出版社，2004），頁 1931。

<sup>252</sup> [魏] 吳普著，尚志鈞等輯校，《吳普本草》（北京：人民衛生出版社，1987），頁 32。

<sup>253</sup> 馬繼興主編，《神農本草經輯注》（北京：人民衛生出版社，1995），頁 192。

<sup>254</sup> 何政恒，〈論薑在四逆湯中的活用〉，《江西中醫學院學報》18.4（2006）：15-16。陳楚雄、郭思斌等，〈淺談薑的應用〉，《廣東藥學》15.1（2005）：64-65。來向陽、劉梅霞，〈論薑的藥用價值〉，《山東醫藥工業》21.5（2002）：26-27。吳建華、張麗君，〈藥用薑研究進展〉，《陝西中醫學院學報》25.1（2002）：61-63。賈太宜，〈薑在《傷寒雜病論》中的運用〉，《河南中醫》18.2（1998）：8。

<sup>255</sup> 《神農本草經》中有「秦椒」、「巴椒」（即巴豆別名）、「蜀椒」、「蔓椒」四種，歷代本草尚有「胡椒」、「地椒」、「崖椒」等植物，馬繼興認為《五十二病方》所載的「椒」，應為「秦椒」或「蜀椒」。參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 325-326。

<sup>256</sup> [清] 汪昂，《本草備要》（台北：文光圖書有限公司，1977），頁 6。

而皮不仁」的症狀，《太素》提到「寒痺」乃寒濕之氣停留於經絡，必須以使之「內熱」的原則治療；<sup>257</sup>治法上對於一般人或勞動者在針刺後可以火燂艾灸治療，至於養尊處優之人則須以加用藥物熨之：

黃帝曰：藥熨奈何？伯高曰：用淳酒二十升，蜀椒一升，乾姜一斤，桂心一斤，凡四種，皆咬咀，漬酒中，用綿絮一斤，細白布四丈，並內酒中。置酒馬矢燂中，蓋封塗，勿使泄。五日五夜，出布綿絮，曝乾之，乾復漬以盡其汁。每漬必晬其日，乃出乾。乾并用滓與綿絮，複布為複巾，長六七尺，為六七巾，則用之生桑炭炙巾，以熨寒痺所刺之處，令熱入至於病所，寒復炙巾以熨之，三十遍而止。汗出以巾拭身，亦三十遍而止。起步內中，無見風。每刺必熨，如此病已矣。此所謂內熱也。<sup>258</sup>

本法處方中包含的皆為陽性藥物，在製備時以上述藥物加入醇酒並重複曝曬陽光、持續接觸陽性能量，使用前再先行以桑木加熱，<sup>259</sup>並重複局部藥熨及摩擦身體的治療程序。筆者認為從「以熱治寒」、「以辛散結」達成「鼓動陽氣」目的的診治思維所發展出的各式療法的確有其脈絡延續與考究之處，當然以目前資料並不確定在《五十二病方》成書時期是否已有這一類藥理知識的成形，但是從全書不少處方記錄中最後經常有「嘗試」、「令」、「此皆已驗」等字樣，或可推論本階段的藥物使用仍多數處於經驗累積。因此「熨法」雖載於醫學理論相對已體系化的「內經時代」，和時代較早已存在的「諸傷」第一方比較起來，有「以經驗為主」與「理論體系成形」的時代差異，但兩者對於寒邪為病的相關治療仍同樣沿用酒類，甚至「巧合的」連處方中的藥物及使用比例都一樣，最大差異僅在內服外用之別而已。若將《五十二病方》的諸傷療法連結寒痺熨法，並再一次合併審視《素問·舉痛論》以寒邪為疼痛發生主因的醫學理論，便呈現出從臨床經驗累積直到醫學理論成形過程中，病因病機連結處方用藥的發展的確具有連續性的軌跡。

<sup>257</sup> [唐] 楊上善撰注，《黃帝內經太素》，頁 635。

<sup>258</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 152-153。

<sup>259</sup> 以生桑木為炭炙巾一法其實具有醫療考量上的特殊性。據李時珍考證「桑枝」引《抱朴子》言，「一切仙藥，不得桑煎不服。」同時李氏認為，煎藥用桑者，取其能利關節，除風寒痺諸痛也。參 [明] 李時珍，《本草綱目》，頁 2069。

另一治傷處方同樣以多種藥物混合煎煮，並相對於內服法以布浸濕後作為外治之用：

傷者，以續斷（續斷）根一把，獨活長支者二挺，黃斂（黃芩）二挺，甘草□挺，秋烏象（烏喙）二顆，皆治撓之者二甌，即并煎至熟，以布提取，出其汁，以陳縑浸漬傅之。<sup>260</sup>

由於《神農本草經》已有該處方中各味藥的記錄，理論性的回溯探討目前宜從該書發掘。甘草「味甘平，無毒。治五臟六腑寒熱邪氣，堅筋骨，長肌肉，倍力，金創，腫，解毒，久服輕身延年。」<sup>261</sup>在藥物發展的早期，臨床上就已證實本品對於金刃創傷的治療及肌肉筋骨的復原頗有助益，不論外用內服皆可使用。續斷「味苦，微溫，（《別錄》增：辛）無毒。」主治「傷寒，補不足，金創，癰傷，折跌，續筋骨，久服益氣力。」<sup>262</sup>獨活「味苦，平，（《別錄》增：甘微溫）無毒。治風寒所擊，金創，止痛。」<sup>263</sup>對於金創外傷及風寒邪氣引起之疾病與疼痛顯然是兩者所擅，續斷與獨活雖皆具有屬陰性的「苦」味，但卻能治療風寒等陰邪引起的病症。鄒潤安認為這兩味藥能治創傷疼痛的原因正在於「苦」與「辛」之配合：

續斷《本經》但言味苦，原取其堅則相續。故傷寒不足處邪氣乘而橫梗焉，續其經脈依法流行，必無空隙，而橫梗者自不能容。金而生瘡，癰而致傷，跌而為折，氣有斷而血液有所不繼也，立其氣血之幹，斷者自續，不繼者自源源而致。然當橫梗不續而能入，則必有通之者存，故《別錄》更推其味必有辛，辛者通也。<sup>264</sup>

獨活先苦次辛，苦多辛少，辛後有甘，故其義本於苦以入陰，變為辛以上行，得甘之助，而氣乃暢。

風寒所擊金瘡泄其一處諸處護衛皆疏也，濬其源，使來者自盛，則護衛仍

<sup>260</sup> 嚴健民，《五十二病方注補譯》，頁 10。

<sup>261</sup> 馬繼興主編，《神農本草經輯注》，頁 48。

<sup>262</sup> 馬繼興主編，《神農本草經輯注》，頁 99。〔南朝〕陶弘景編，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》，頁 282。

<sup>263</sup> 馬繼興主編，《神農本草經輯注》，頁 64。〔南朝〕陶弘景編，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》，頁 221。

<sup>264</sup> 〔清〕鄒潤安，《本經續疏》（台北：旋風出版社，1969），頁 24。

密矣，故其功係之獨活。<sup>265</sup>

「苦」味入心，配合「辛」、「微溫」、「甘」等陽類屬性，有助於心及血脈功能表現的提升，對於疼痛及創傷也有加速復原的效果。陰陽二性同時存在於一藥中，能使藥效能入陰達陽，故性味中雖具陰性之「苦」，仍具有以治療「傷寒」、「風寒所擊」等陰邪引起之病證為主要功能。同時雖與前述直接「以熱治寒」的方法略有不同，而兼「正治」、「從治」合用之效，<sup>266</sup>但同樣以重新恢復身體氣血順暢通達為治療的核心意識。至於黃芩，「味苦，平（《別錄》增：大寒，無毒）。治諸熱，黃疸，惡瘡疽蝕，火瘍。」<sup>267</sup>治療的適應證偏重於炎症、熱證及外傷急性期，鄒潤安稱本品之性屬陰，氣薄而味厚；氣薄能發洩、味厚則泄，具陰中之陰的特性。「故凡氣以熱滯，致血緣氣阻者，得氣之調則行，此黃芩之專司也。」<sup>268</sup>即透過治療氣分之熱而間解除血分阻滯，是針對熱證的「正治」之法。外治方中的藥物組成有別「諸傷」第一方，涵蓋了寒與熱不同病證在治療上的可能性，研判其臨床使用範圍應該較廣，在病程發展中可運用的機會可能也較大。

值得進一步探討的是時人認定「寒邪」作為疼痛主因的思維。馬繼興及李學勤認為《五十二病方》的產生年代早於《內經》的纂成時期，從醫方中的部分藥物記錄也看出成書的確比《神農本草經》更早。<sup>269</sup>有趣的是，若以《內經》的醫學理論回溯檢視上述「諸傷」處方的藥物配伍，卻儼然呈現與理論高度吻合的

<sup>265</sup> [清] 鄒潤安，《本經疏證》（台北：旋風出版社，1969），頁 44、45。

<sup>266</sup> 《素問·至真要大論》提到，「正者正治，反者反治。」「逆者正治，從者反治。」指的是疾病的臨床表現有時會與其病因本質不一致而產生假象，因此有不同的對治方法。「正治」是指疾病的臨床表現與其本質相一致時，採用的方法和藥物與疾病的證象是相反的，又稱為「逆治」。如寒者熱之、熱者寒之、溫者清之、清者溫之、散者收之、急者緩之、堅者軟之、衰者補之，強者瀉之等皆屬正治之法。至於「反治」是指疾病的臨床表現與其本質不一致時，採用的方法和藥物與疾病的證象就必須相順從，又稱為「從治」，如熱因熱用、寒因寒用、塞因塞用、通因通用。不管用何種方法治療，目的都是要使「氣合」、「氣平」、「以平為期」。相關條文參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1157、1223。「正治」與「反治」的定義與應用尚可參王慶其主編，《中國傳統文化的璀璨明珠—黃帝內經》（上海：上海中醫藥大學出版社，1999），頁 204-206。

<sup>267</sup> 馬繼興主編，《神農本草經輯注》，頁 215。〔南朝〕陶弘景編，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》，頁 264。

<sup>268</sup> [清] 鄒潤安，《本經疏證》，頁 173。

<sup>269</sup> 馬王堆漢墓帛書整理小組編，《五十二病方》（北京：文物出版社，1979），頁 179、189、191。

現象。筆者以兩個可能性甚高的假設為前提作以下討論：第一，當時對於多數痛證發生主要的病因認知為寒邪所犯，這在前文《素問·舉痛論》的討論中已獲證實。第二，造成「諸傷」的原因雖多為外傷，但受傷後持續引發疼痛的病機則與《素問·舉痛論》中言及寒氣客於脈外及脈中的各種變化有關。《素問·至真要大論》提到寒邪為病時，藥物治療的性味配伍選取有其標準：

寒淫於內，治以甘熱，佐以苦辛，以咸瀉之，以辛潤之，以苦堅之。<sup>270</sup>

熱能勝寒、甘能和緩，故寒邪為病及引發相關痛證時以甘熱藥物為治療首選，並以苦辛之品為佐助，這與前文「諸傷」處方的藥物搭配及其藥性內容是極為一致的。《素問·至真要大論》同時提到「諸寒收引，皆屬於腎。」「諸病水液，澄澈清冷，皆屬於寒。」<sup>271</sup>依《素問》的觀點，病理上寒的病位主要在於腎，其病性則以陽虛為主，當腎陽虛而不足以制水時容易出現體內水濕氾濫的現象，故除了以甘熱藥物主治之外，也要佐辛味藥物散寒、苦味藥物燥濕；同時適度加入鹹味藥，更能加強諸藥對於腎的作用。張景岳對此亦有精闢的註解：

寒為水氣，土能勝水，熱能勝寒，故治以甘熱。甘從土化，熱從火化也。

佐以苦辛等義，如《素問·臟氣法時論》曰：腎苦燥，急食辛以潤之。腎

欲堅，急食苦以堅之，用苦補之，咸瀉之也。<sup>272</sup>

「辛以潤之」能溫補腎氣，「苦以堅之」則因燥濕而能改善腎的閉藏作用，<sup>273</sup>目的即是配合甘熱治療寒證，故因寒邪引發的疼痛及病症透過這種特定藥物的配伍，便能面面俱到、加強療效。

至於《五十二病方》中的其它痛證，包括泌尿系統引起疼痛透過內服藥物排石而止痛；肛痔系統疾病、疽病透過藥物外敷及熨法、燻法等外用方式，並以米泔水合藥；燙傷、痂則使用乳膏、油脂予以外敷；炎症發熱則以黃芩清熱消炎等療法，大致上仍為臨床經驗的記錄，同類文獻資料甚少，除了治療思維不易考證、也未成完整體系。不過《素問·至真要大論》中另有對風、熱、濕、火、燥

<sup>270</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1165。

<sup>271</sup> 山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1215。

<sup>272</sup> 郭教禮，《類經評注》，頁 1006。

<sup>273</sup> 方藥中、許家松，《黃帝內經素問運氣七篇講解》（北京：人民衛生出版社，1984），頁 432。

等病因的相關藥性配伍列出規律，涵蓋了當時主要的病因治療理論，<sup>274</sup>若能從早於《內經》文獻中找出各類相對應處方，依前法逐一作藥性對照，相信對於藥方治療原則具有「由經驗逐漸累積，最後影響理論形成」的歷史發展特徵能得到更有力的證明。

治療疼痛的另一條主要途徑是止痛，即透過強烈藥性直接麻醉而將痛感消除。這種方法的特色在於針對疼痛本身能作較快速的處置，而較不考慮病因病機的變化，以上述文獻資料而言，筆者認為烏喙及酒的使用應與此概念有關。烏喙即烏頭，與附子、天雄本為同一植物，但依型態及採集時間不同而區分；<sup>275</sup>《神農本草經》同時載有這三種藥物，比較如下：<sup>276</sup>

	烏頭	附子	天雄
性味	味辛溫，有大毒。	味辛溫，有大毒。	味辛溫，有大毒。
功能	治中風，惡風洒洒，出汗，除寒濕痺，咳逆上氣，破積聚，寒熱。其	治風寒，咳逆，邪氣，溫中，金創，破癥堅，積聚，血瘕，寒濕痿躄，	治大風，寒濕痺，歷節痛，拘攣緩急，破積聚，邪氣，金創，強筋骨，

<sup>274</sup> 《素問·至真要大論》同時提到：「夫百病之生也，皆生於風寒暑濕燥火，以之化之變也。」風寒暑濕燥火儼然是時人認定的主要疾病來源，各種兼證或雜病皆與這六種病因的變化及互動有關。其藥物療法的配伍規律為：「風淫於內，治以辛涼，佐以苦，以甘緩之，以辛散之。熱淫於內，治以鹹寒，佐以甘苦，以酸收之，以苦發之。濕淫於內，治以苦熱，佐以酸淡，以苦燥之，以淡泄之。火淫於內，治以鹹冷，佐以苦辛，以酸收之，以苦發之。燥淫於內，治以苦溫，佐以甘辛，以苦下之。」參山東中醫學院、河北醫學院校釋，《黃帝內經素問校釋》，頁 1165、1215。

<sup>275</sup> 據陶弘景的分類，附子乃八月採集，春採（正月、二月）者則為烏頭；烏頭中長三寸以上者為天雄。參〔南朝〕陶弘景編，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》，頁 341-344。《博物志》中亦有雷同記載：「物同類異用者，烏頭、天雄、附子一物，春秋冬夏採各異也。」參〔西晉〕張華，《博物志》（台北：中華書局據士禮居本校刊，1981 年），卷七，頁 4。不過《廣雅》則依植物成長的年齡來命名，「奚毒，附子也。一歲為側子，二歲為烏喙，三歲為附子，四歲為烏頭，五歲為天雄。」參〔清〕王念孫，《廣雅疏證》，收入《四部備要·經部》（台北：中華書局據家刻本校刊，1981 年），卷十上，頁 38。李時珍則引寇宗奭之言，以疾病特性來決定藥物的用法，「補虛寒需用附子，風家即多用天雄，大略如此。其烏頭、烏喙、附子，則量其才而用之。」同時也引述《王氏究原方》之言，「附子性重滯，溫脾除寒。川烏頭性輕疏，溫脾去風。若是寒疾即用附子，風疾即用川烏頭。」至於天雄，李時珍認為乃「種附子而生出或變出，其形長而不生子。」參〔明〕李時珍，《本草綱目》，頁 1162、1174。

<sup>276</sup> 馬繼興主編，《神農本草經輯注》，頁 330、332-334。

	汁煎之，名射罔，殺禽獸。	拘攣，膝痛，不能行步。	輕身，健行。
別名	奚毒、即子、烏喙。	葇	白幕。
產地	生山谷。	生山谷。	生山谷。

三者在《本經》中皆屬「下品」藥物，陶弘景將下品藥物的特質歸類以「爲佐、使，主治病。多毒，不可久服。欲除寒熱邪氣，破積聚，愈疾者。」爲主，<sup>277</sup>多數具有毒性或藥效猛烈、藥性較偏的藥物皆屬此類，<sup>278</sup>這與以「將養性命」爲主、藥性較平緩的上、中品藥物明顯是不同的。烏頭之主治中有「其汁煎之，名射罔，殺禽獸。」一項，敦煌出土之《新修本草》殘本也提到本品「搗篩以敷箭，射肉中人亦死，宜即解之。」<sup>279</sup>可見其藥性十分強烈。據現代藥理研究分析，烏頭與附子、天雄皆爲毛茛科植物烏頭（*Aconitum carmichaeli* Debx.）的根部，但分屬不同部位。成分中主要含有烏頭鹼（aconitine）、次烏頭鹼（hypoconitine）及中烏頭鹼（mesaconitine）等生物鹼，這類成分（尤其是烏頭鹼）具有強烈毒性，未經炮製、久煎或使用劑量過大時容易造成神經及心臟的損傷，產生身體麻木、噁心嘔吐、煩躁、肌肉痙攣、呼吸急促、脈弱、心律不整及血壓體溫下降等中毒症狀，甚至造成死亡，顯然「射罔」之效即由此而來。但使用得當亦能作用於體內針對各種組織功能衰退的部分予以治療，特別是烏頭鹼與次烏頭鹼均有局部麻醉作用、烏頭鹼更具備較強的鎮痛作用，因此多種實驗結果已證明其對心血管、免疫、

<sup>277</sup>馬繼興主編，《神農本草經輯注》，頁5。

<sup>278</sup>「毒」作爲名詞或形容詞時，與藥物特性有關之意有「有毒」、「有害之物」、「酷烈的」、「含劇毒的」等意義。參高樹藩，《正中形音義綜合大字典》（台北：正中書局，1998），頁796。王力，《王立古漢語字典》（北京：中華書局，2003），頁554。另外，「毒」字亦有「偏頗、偏離」之意。如《禮記·緇衣》：「惟君子能好其正，小人毒其正。」君子交友好惡不同，皆有輩類，可者與之，不善者則惡之，不以榮枯爲異。小人則偏離交友之正道，唯利是求，所善所惡無恆定也。若引用該意泛指下品藥物其性較偏、藥力較猛，故「主治病，不可久服。」其意亦通。《禮記》原文參李學勤主編，《禮記正義》（台北：台灣古籍出版有限公司，2001），頁1769。

<sup>279</sup>馬繼興等編，《敦煌醫藥文獻輯校》（南京：江蘇古籍出版社，1998），頁631。另《得配本草》提到「中射罔毒」，可以甘草、蘭汁、小豆葉、浮萍、薺芫及冷水解之。參〔清〕嚴潔等著、姜典華等校注，《得配本草》（北京：中國中醫藥出版社，1999），頁106。

神經、內分泌、消化等系統性疾病及鎮痛麻醉等治療上的成效。<sup>280</sup>有「劉附子」美譽之四川名醫劉民叔便指出：

附子家屬性皆麻痺，而用之者，亦正利用其麻痺之性，為此麻痺可以除寒濕、可以逐水氣、可以救元陽之亡、可以續神機之絕，至可寶也。<sup>281</sup>

而筆者臨床上在使用烏頭、附子的經驗也證實即使是生品或經炮製的較大劑量，只要診斷正確、加上藥物久煮後，毒性即能大減且不損其強心回陽、溫經鎮痛療效。

再從傳統觀點分析烏頭麻醉止痛之特殊藥性。三味藥物皆有「大毒」，主治亦以風寒濕為治療對象，差別在於對治項目上有「中風」、「風寒」、「大風」等在病症型態與程度輕重上的差別。值得一提的是，三藥所治之風乃臟腑經絡之風，而非傷於營衛之風；周岩對該特性有清楚說明：

夫風有傷與中之分，傷者傷於營衛，中者中於經絡臟腑。傷營衛者，寒鬱於表而易化熱，宜麻桂決不宜附子。中經絡臟腑者，寒根於裡而陽本虛，用麻桂又貴用附子。附子非風藥，而本經之主風寒，蓋指中風之風寒言，非指傷風之風寒言也。<sup>282</sup>

引文所言之「附子」藥性，筆者以為是三藥之共性。至於彼此間之差異，周岩也透過藥物的型態結構加以分析：

烏頭治風，亦惟陽虛而挾寒挾濕者宜之。以其中空以氣為用，開發腠理，

<sup>280</sup>有關烏頭、附子、天雄的傳統及現代藥理研究論述相當多，內文為筆者參考各家論述精簡而成，欲進一步瞭解包含品種、藥理、炮製、臨床使用劑量及煎煮法等詳細內容可參以下著作：張存悌，《中醫火神派探討》（北京：人民衛生出版社，2007），頁 258-259、271-277。刑斌主編，《危症難病倚附子—現代名醫運用附子經驗薈萃》（上海：上海中醫藥大學出版社，2006）。盧崇漢，《扶陽講記》（北京：中國中醫藥出版社，2006）。杜貴友、方文賢主編，《有毒中藥現代研究與合理應用》（北京：人民衛生出版社，2003），頁 286-291、556-574、673-682。沈映君主編，《中藥藥理學》（北京：人民衛生出版社，2002），頁 382-385、490-496。曾立崑主編，《本草新用途》（北京：人民軍醫出版社，1999），頁 145-147、196-197。張豐強等，《現代中藥臨床手冊》（上海：上海科學普及出版社，1997），頁 184-187。周鳳梧主編，《古今藥方縱橫》（北京：人民衛生出版社，1996），頁 120-135。此外，關於三藥的毒性，其作用主要在於神經系統及循環系統，產生中毒反應時能使中樞及周圍神經先興奮後抑制，甚至麻痺血管運動中樞、呼吸中樞，導致心原性休克及呼吸衰竭。也能使心肌活動異常而產生心律不整。由於烏頭鹼等成分極易被吸收，因此中毒反應的變化會極為迅速，臨床使用需謹慎。

<sup>281</sup>劉民叔，《素問痿論釋難》（上海：三友實業社承印，1933），頁 26。

<sup>282</sup>〔清〕周岩，《本草思辨錄》（北京：人民衛生出版社，1982），頁 64。

過於附子。故古方中風證用烏頭，較多於附子；抉壅通痹，亦過於附子。

烏頭與附子，同為少陰藥，而補益以附子為優，發散以烏頭為勝。<sup>283</sup>

顯然在治風驅寒通經、祛壅逐濕療痹上為烏頭所擅。在臟腑經絡之風寒濕痹所引起疼痛的治療上，烏頭鎮痛療效優於附子的理由亦是如此，而這從張仲景使用烏頭的處方主治中也可以尋得證明。

仲景使用烏頭的處方有五，皆出於《金匱要略》，主治涵蓋中風歷節、胸痹心痛短氣、及腹滿寒疝宿食：

病歷節，不可屈伸，疼痛，烏頭湯主之。

心痛徹背，背痛徹心，烏頭赤石脂丸主之。

寒氣厥逆，赤丸主之。

寒疝，繞臍痛苦，發則白汗出，手足厥冷，其脈沉緊者，大烏頭煎主之。

寒疝，腹中痛，逆冷，手足不仁，若身疼痛，灸刺、諸藥不能治，抵當烏頭桂枝湯主之。<sup>284</sup>

從條文內容可看出仲景使用烏頭的適應證正是集中於內臟與筋骨經脈因寒證造成的氣血不暢與疼痛。特別是烏頭桂枝湯一條，清楚指出當裡外俱寒、陽氣絕於裡而痹於外，處於裡外交迫而各種治療皆無效時，惟有本方可以內外兼顧。<sup>285</sup>其服法註明：「初服二合；不知，即服三合；又不知，復加至五合。其知者如醉狀，得吐者為中病。」<sup>286</sup>很明顯的，這是《尚書·說命》中「藥不瞑眩，厥疾弗瘳。」概念的呈現，當藥物劑量逐漸增加至產生「副作用」時，也就是產生了介於有效劑量與中毒劑量間的身體反應，服藥過程中不斷增加的劑量強化了藥效，足以扭轉病勢的發展使得痊癒過程加速。此外，五方中皆加入蜂蜜，據王玉芝等學者研究，蜂蜜除了能緩解烏頭毒性，更能使其藥力持久，並加強止痛作用，<sup>287</sup>這也得

<sup>283</sup> [清]周岩，《本草思辨錄》，頁 66。

<sup>284</sup> 諸條文參 [清]吳謙，《訂正金匱要略注》，收入氏編，《醫宗金鑑》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁 227、242、246、247、248。

<sup>285</sup> 唐容川認為寒疝之表裡兼劇者，本方乃並治之方也。參唐宗海，《金匱要略淺注補正》（台北：力行書局有限公司，1993），頁 128。

<sup>286</sup> [清]吳謙，《訂正金匱要略注》，頁 248。

<sup>287</sup> 王玉芝等編著，《張仲景藥對的臨床應用》（北京：北京科學技術出版社，1990），頁 156。

以解釋「諸傷」第一方中「以蜜爲丸」的原因。黃煌認爲附子一類皆爲溫陽逐寒之品，是作爲治療「一切陳寒痼冷之疾」的主要藥物，甚至將臨床上的症狀歸納爲「附子證」及「附子脈」。<sup>288</sup>在藥證原則上，黃氏認爲附子主治「脈沈微」與「痛證」，烏頭雖然主治與附子相似，但使用於痛證的機會更多，並集中於「腹中劇痛」及「關節疼痛、手足逆冷、脈沈緊。」<sup>289</sup>再次證明了上述有關烏頭麻醉及止痛藥效的論述。

《金匱要略》另有「天雄散」一方，主治陽虛失精。天雄所用，意在溫腎，與烏頭之使用方向明顯有別，<sup>290</sup>與附子主治雖稍異但旨趣相同。<sup>291</sup>《本經疏證》認爲天雄型態「中實」，相對於烏頭的「中空」，藥性則較爲內斂；<sup>292</sup>劉民叔亦言「天雄之於烏頭，爲同時成熟者，且無烏頭之毒。」<sup>293</sup>毒性不足則在麻醉止痛上自然略遜一籌，但卻以溫補充實腎陽使不外洩爲見長。

從上述分析可知當時以烏頭作爲麻醉及止痛之用是非常合理而尋常的，時人使用情況也可從《五十二病方》中專論烏喙中毒的救治法反證其頻繁使用的可能性。<sup>294</sup>《淮南子·主術》曾提到：「天下之物，莫凶於雞毒，然良醫橐而藏之，有所用也。」<sup>295</sup>王念孫以爲「雞毒」當作「奚毒」解，高誘注雞毒即是烏頭。從

<sup>288</sup>黃煌歸納的附子應用範圍為，1.病程中出現多汗、四肢冷、惡寒、沈脈、心音微弱、血壓下降。2.嘔吐、下利伴見手足冷、腹痛、腹滿、脈沈弱、舌胎白滑。3.關節的劇烈疼痛、局部腫脹、肌肉拘攣、運動受限、四肢逆冷者。4.患慢性疾患，或年老體弱，有下半身冷、腰酸膝軟而無力、或冷痛、足背浮腫、夜尿、頻尿、畏寒、脈沈弱等。5.慢性腎炎、心功能不全而伴全身機能衰弱症狀，並有浮腫者。而臨證見脈微弱、沈伏、細弱，或脈突然服大而空軟無力者，皆屬「附子脈」。參黃煌，《中醫十大類方》（南京：江蘇科學技術出版社，1995），頁157-160。

<sup>289</sup>黃煌，《張仲景五十味藥證》（北京：人民衛生出版社，1998），頁30-31、36。

<sup>290</sup>天雄散組成爲天雄、白朮、桂枝、龍骨，杵爲散，酒服半錢匕，日三服。本方宋本闕，尤怡認爲應爲後人所附，非仲景原方。唐容川認爲天雄之功在於溫腎，主治陽虛失精。沈目南則認爲中焦陽虛不攝而失精者，本方可主之。依處方組成推斷，本方應可治療因腎精虧損，後天脾氣不健所致之各種病證。參〔清〕尤在涇，《金匱要略心典》，收入《中國醫學大成》第九冊（上海：上海科學技術出版社，1992），卷上，頁54。唐宗海，《金匱要略淺注補正》，頁82。〔清〕沈目南，《沈注金匱要略》，收入《中國醫學大成》第八冊（上海：上海科學技術出版社，1992），卷六，頁6。

<sup>291</sup>黃杰熙評釋，《本草三家合注評釋》（太原：山西科學技術出版社，1995），頁284。

<sup>292</sup>〔清〕鄒潤安，《本經疏證》，頁244。

<sup>293</sup>劉民叔，《素問痿論釋難》，頁24。

<sup>294</sup>嚴健民，《五十二病方注補譯》，頁44-47。

<sup>295</sup>陳麗桂校注，《新編淮南子》（台北：國立編譯館，2002），頁609。

該記錄可重複強調烏頭不僅是時人熟悉的藥物，同時對其強烈的藥性（毒性）與療效也不陌生，甚至以是否善於辨別使用該藥時機的能力作為醫師醫術好壞的標準。這也顯示著，在藥物知識尚未完整成形時，對精確認識掌握藥物的毒性，避其害、用其利的用藥觀念其實已經產生。

中國人使用酒的歷史相當長，用途也十分廣。《戰國策·魏策》曾載：「昔者帝女令儀狄作酒而美，進之禹。」<sup>296</sup>夏禹時代時人可能早已具備釀酒技術，並且視之為珍貴重要之品。根據研究，目前發現中國最早的酒存於河南信陽商朝古墓中，學者考證認為主要可能用於祭祀。<sup>297</sup>《北山酒經》便指出酒在日常生活上相當重要，使用範圍亦相當廣泛：

大哉，酒之於世也，禮天地，事鬼神，射鄉之飲，鹿鳴之歌，賓主百拜，左右秩秩，上至縉紳，下逮閭里，詩人墨客，漁夫樵婦，無一可以缺此。

298

《漢書·食貨志》亦云：「酒者，天之美祿，帝王所以頤養天下，享祀祈福，扶衰養疾，百禮之會，非酒不行。」<sup>299</sup>可見上至王官大夫，下至販夫走卒，酒的普遍使用自不待言。至於酒與醫學的關係同樣相當密切，使用起源亦相當早。許慎在《說文》中闡釋「醫」字曾提到「醫之性，然得酒而使。」<sup>300</sup>「古者巫彭初作醫，酋禮，祭束茅加於裸圭，而灌鬯酒。」<sup>300</sup>至於明確作為麻醉止痛之用的最早記錄應是見於《列子·湯問》，內容記錄扁鵲為魯公扈、趙齊嬰二人互換心臟時，以「毒酒」將二人迷死三日，再「剖胸探心，易而置之。」另一早期記錄《後漢書·

<sup>296</sup> [東漢]高誘注，《戰國策》（台南：第一書店，1984），魏策，卷下，頁46。

<sup>297</sup> 譚家祥，〈酒、飲酒、酒文化與養生保健〉，《蛇志》18.2（2006）：171-173。

<sup>298</sup> 《北山酒經》是宋代酒文獻的重要著作，全書分上、中、下三卷。上卷為總論，論述酒的發展歷史；中卷論製麴法；下卷記造酒，是中國古代早期全面完整記錄有關酒的文獻。參[北宋]朱肱，《北山酒經》，收錄於景印文淵閣《四庫全書》第八四四冊（台北：台灣商務印書館，1983），頁815。

<sup>299</sup> [東漢]班固，《漢書》（台北：台灣商務印書館，1996），頁267。

<sup>300</sup> [東漢]許慎著、[清]段玉裁注，《國點段注說文解字》，十四篇下，頁40。「鬯酒」在甲骨文中即有記載，用於王室之祭祀與占卜。《白虎通義》認為鬯酒乃「百草之香鬱金合而釀之」，是一種芳香型的藥酒。而除了祭祀占卜之外，殷商以來酒也用於驅惡防腐與避疫除邪，加上稍後醫巫分流的時代背景，使得酒在使用上朝醫學面向移動的傾向逐漸加強。參李林，〈酒、飲酒、酒文化與養生保健〉，《中醫文獻雜誌》4（1996），頁13-15。

方術列傳》也記載華佗診治病患「若疾發結於內，針藥所不能及者，乃令先以酒服麻沸散，既醉無所覺，因剗破腹背，抽割積聚。」<sup>301</sup>這些文獻皆凸顯了酒具有麻醉止痛的功能。此外，《新修本草》記載酒在醫學上的使用乃「藥家多須，以行其勢。人飲之，使體弊神昏，是其有毒故也。」<sup>302</sup>更清楚說明了當其它具雷同功能的藥物與酒合用時，能藉助酒力加強麻醉止痛的卓越功效。馬王堆文獻《十問》提到：「酒者，五穀之精氣也。其入中也散流，其入理也徹而周，不胥臥而究理，故以爲百藥由。」<sup>303</sup>即言酒乃五穀之精氣所化，進入人體之後能很快周流全身，因此酒常爲醫家所用以輔助諸藥藥性。

鄭金生曾針對藥酒、麻沸散及麻藥作深入考證，認爲古代的蒙汗藥（使人在短時間內失去知覺、痛覺或活動能力的藥物）大多皆使用酒，因爲酒可以幫助溶解藥物的有效成分，本身也有很好的麻醉效果。鄭氏同時整理了馬王堆出土醫書，統計以酒爲藥名的處方共出現五十一次，是最多見的藥物或炮製輔料。<sup>304</sup>烏喙及酒的使用，在《五十二病方》中另有多次出現，<sup>305</sup>而藥物與酒合用的方法除了見於出土文獻之外，《本草經集注》中也有藥酒的製備法：

凡漬藥酒，皆須細切，生絹袋盛之，乃入酒密封，隨寒暑日數，視其濃烈，便可瀝出，不必待至酒盡也。滓可曝曬，微擣，更漬飲之；亦可作散服。

306

藥材切細後能增加與酒的接觸面積，使有效成分能更徹底被萃取出來，而剩餘的藥渣因仍保有部分藥效，可作第二次萃取或研散口服。

《食物本草》載有酒的特性：

<sup>301</sup> [宋] 范曄撰、[唐] 李賢等注，《新校後漢書》第四冊（台北：世界書店，1973），頁 2736。對華佗傳說較新的考證論述另可參李建民，〈失竊的技術—《三國志》華佗故事新考〉，《古今論衡》15（2006）：4-16。

<sup>302</sup> [唐] 蘇敬等撰、尚志鈞輯校，《唐·新修本草》（合肥：安徽科學技術出版社，1981），卷十九，頁 489。

<sup>303</sup> 馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 956-957。

<sup>304</sup> 鄭金生，《藥林外史》（台北：東大圖書公司，2005），頁 325。

<sup>305</sup> 文獻中「巢者」（慢性潰瘍的異常肉芽組織）、「牝痔」、「疽」、「痂」、「癰」、「乾癢」等病症的治療也使用了烏喙。酒的使用則更普遍，多數疾病以酒與其它藥物共用，或合藥物共煮、共飲，或外洗創傷患部以消毒麻醉（如遭犬咬傷用酒反覆清洗傷口）。《五十二病方》諸條文參馬繼興，《馬王堆古醫書考釋》，頁 321-652。

<sup>306</sup> [南朝] 陶弘景編，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》，頁 43。

酒，味苦、甘、辛，大熱，有毒。主行藥勢，殺百邪惡毒氣。通血脈，厚腸胃，潤皮膚，散濕氣，消憂發怒，宣言暢意。養脾氣，扶肝，除風下氣。解馬肉、桐油毒，丹石發動諸病，熱飲之甚良。<sup>307</sup>

由引文可知酒在醫學上的使用範圍相當廣泛，舉凡去腐消毒、止痛止血、疏經活絡等皆為所擅長，甚至有益於內臟功能。時至內經時代，酒在醫學上的運用已達十分成熟的地步，當時醫家已善於用酒來治療疾病。舉凡內服、外敷、藥熨等，皆能充分運用酒與藥配合的優勢，治法也能內服與外治相呼應，成為綜合性的療法，<sup>308</sup>同時對於酒的藥理作用與特性已較馬王堆時期更加豐富細膩。《靈樞·經脈》描述了飲酒後的生理變化：

飲酒者，衛氣先行皮膚，先充絡脈，絡脈先盛，故衛氣已平，營氣乃滿，而經脈大盛。<sup>309</sup>

酒在體內作用極快，一般劑量下可先使氣血營運加速，伴隨衛氣行於體表，再形成絡脈充盈的狀態，繼而經脈大盛，產生活血通絡之效。但由於酒乃熟穀之液，其氣剽悍，若飲用速度過快及過量時，則容易造成「胃脹，氣上逆，滿餘胸中，肝浮膽橫。」<sup>310</sup>等頭暈痛及反胃嘔吐症狀。若劑量更大，或加入特定麻醉止痛藥物時，不但使絡脈充盈、氣機上逆等現象更加強烈，甚至能使氣血循行維持在「特定異常」的狀態，使得神明不清、昏迷麻木而達到止痛或麻醉的目的。

據嚴健民分析，《五十二病方》「諸傷」治方大概可分為解痛類、止血類、促癒合類及不癒類四種。<sup>311</sup>筆者細讀「諸傷」所有處方後，初步認為當時的治療原則大抵是圍繞著「新傷當止血止痛，中後期則防止感染化膿、促進傷口癒合並止痛，最後則避免疤痕生長。」的思維而論治；但顯然在「解痛類」部分的處方多半是圍繞著止痛及麻醉的需求而使用。再回頭爬梳《五十二病方》，雖可見各

<sup>307</sup> [明]姚可成匯輯，達美君、樓韶來點校，《食物本草》（北京：人民衛生出版社，2002），頁 915。

<sup>308</sup> 祿保平、張留巧，〈《黃帝內經》酒療思想述略〉，《江蘇中醫藥》26.4（2005）：42-44。楊沛群、吳彌漫，〈《內經》酒論淺析〉，《安徽中醫學院學報》22.3（2003）：10-11。

<sup>309</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋上冊》，頁 264。

<sup>310</sup> 河北醫學院校釋，《靈樞經校釋下冊》，頁 108。

<sup>311</sup> 嚴健民，《五十二病方注補譯》，頁 1。

種疾病名稱的確立，但在生理、病理、方藥等知識尚未完成橫向連結時，醫者能藉以探索疼痛病因的知識籌碼其實是相當有限的；這也導致早期醫學面對疼痛的症狀時，「治療」與「止痛麻醉」的區別與療法並無明顯的界線。

藥物真正開始大量具有理論及系統性的使用經驗大概是從西漢以後逐漸展開，當然這與醫學知識水準整體的提升密切相關。較具理論架構的藥物知識，在漢代是歸納於「經方」的系統中，使用上不同於早期以效驗為主的模式，除了對藥物的瞭解之外，還必須先辨別病患病因病機、病勢發展，再選擇適當藥性的藥物組成方劑加以治療。這正如班固所下的定義：

經方者，本草石之寒溫，量疾病之淺深，假藥味之滋，因氣感之宜，辨五苦六辛，致水火之齊，以通閉解結，反之以平。及失其宜者，以熱益熱，以寒增寒，精氣內傷，不見於外，是所獨失也。<sup>312</sup>

更進一步說，從一般籠統稱為「藥物」到西漢開始被冠以「本草」之名，時人用以養生治病的藥物在臨床運用上所累積而成的知識體系已逐漸明朗豐富而為後人所熟悉。<sup>313</sup>然而本時期的用藥記錄基本上雖累積了比過去更多的臨床經驗，但是在疾病相關生理、病理、診斷等部分的判斷與分析，「醫經」理論的進展仍相對較「本草」快速得多。以《神農本草經》而言，對照同時期的《黃帝內經》，在藥理性味上的解釋其實仍相對單薄不少；鄭金生對該歷史現象的解釋認為，《內經》中五味及其生剋宜忌、太過不足等理論部分是由陰陽、五行之互動關係所推演而來，其內容擴展速度較快，因此相對於以實際使用記錄為主的《本草經》內容自然產生一定的差距。<sup>314</sup>

不過即使藥物學的進展相對較慢，但從《本草經·序錄》中仍可見到強調「藥物特性與炮製配伍」、「不同病症與病程對應不同藥物使用」、及「診斷與用藥間需密切連結」等總論式的重要觀念，以下筆者引用的相關內容，即能呈現戰

<sup>312</sup> [東漢]班固，《漢書》，頁452。

<sup>313</sup> 學者們普遍同意「本草」的成立代表著中國醫學中藥物學科的創立。鄭金生認為「本草」一詞，「本」字作推本、查究解，意指「推本研究以植物為主的藥物」的學問。該詞的出現，表示中國藥物學已經形成一個獨立的學科，並在西漢時期達到了一定的水準。參鄭金生，《藥林外史》，頁6-10。廖育群也認為此乃在藥物已廣泛應用，並對其已具有一定認識的基礎上方能成立。參廖育群，《岐黃醫道》，頁124。

<sup>314</sup> 鄭金生，《藥林外史》，頁91。

國末期至西漢前期間藥物使用者嘗試連結醫學經驗與理論的痕跡：

藥有君、臣、佐、使，以相宣攝。合和者，宜用：一君、二臣、三佐、五使，又可一君、三臣、九佐、使也。

藥有陰陽配合，子、母、兄、弟，根、葉、花、實，草、石、骨、肉。有單行者，有相須者，有相使者，有相畏者，有相惡者，有相反者，有相殺者。凡此七情，合和時視之，當用相須、相使者良。勿用相惡、相反者。若有毒宜製，可用相畏、相殺者，不爾，勿合用也。

藥有酸、鹹、甘、苦、辛五味，又有寒、熱、溫、涼四氣，及有毒、無毒，陰乾、暴乾，採治時日生熟，土地所出，真、偽、陳、新，並各有法。

藥性有宜丸者，宜散者，宜水煮者，宜酒漬者，宜膏煎者，亦有一物兼宜者，亦有不可入湯酒者，並隨藥性，不得違越。

凡欲治病，先察其源，候其病機，五臟未虛，六腑未竭，血脈未亂，精神未散，服藥必活。若病已成，可得半愈。病勢已過，命將難全。

若用毒藥療病，先起如黍、粟，病去即止，不去倍之，不去十之。取去為度。

治寒以熱藥，治熱以寒藥。飲食不消，以吐下藥，鬼疰、蠱毒以毒藥，癰腫、瘡瘤以瘡藥。風濕以風濕藥，各隨其所宜。

病在胸膈以上者，先食後服藥。病在心腹以下者，先服藥而後食。病在四肢、血脈者，宜空腹而在旦。病在骨髓者，宜飽滿而在夜。<sup>315</sup>

當時使用藥物的各種觀點與主張，包含了處方中各種藥物之配伍比例，藥物屬性、氣味及各藥的內在連繫關係，藥物不同部位療效及藥物分類，掌握病情宜忌條件與使用劑型之關係，及對證用藥與劑量斟酌等。特別在醫藥理論上的部分內容與《內經》中所記載的原則是一致的，如《素問·至真要大論》也提出處方中藥物比例的規範及藥味之陰陽屬性，《靈樞·五味》提到不同藥味對人體的影響，《素問·湯液醪醴論》討論了藥物劑型與療法，《素問·陰陽應象大論》強調「治病必求其本」與「預防醫學」，《素問·四氣調神大論》論及「聖人不治已病，治

<sup>315</sup> 諸引文分別參馬繼興主編，《神農本草經輯注》，頁 8、11、13、16、22、26、27-29、30。

未病。」及《素問·五藏大論》闡明的治療原則「治熱以寒，溫而行之；治寒以熱，涼而行之。」等，而這些理念一致的內容使筆者更加堅信當時醫學的諸面向除了各自發展之外，的確是有所交流、彼此影響的。

東漢末年《傷寒雜病論》成書後，醫學理論與藥物使用的搭配已成緊密完整的一體，「病—脈—證—治」成爲張仲景論述臨床經驗與理論的標準語法，從其序言中所引用的各類醫學文本也可知醫家使用藥物的原則已離不開醫學理論的結合。從戰國末年延續到兩漢間不超過五百年光景，但方藥知識建構及與醫學理論相吻合的程度不但令人驚嘆，也好奇其中的快速變化如何可能？兩漢間的藥物文本目前大多有名無實，<sup>316</sup>《傷寒雜病論》的原書亦早已亡佚，即使王叔和撰次的《金匱玉函經》可能最接近《傷寒雜病論》原貌，也無助於解讀西漢到東漢間的方藥進展狀況，但這種文獻史料不足的窘境隨著《武威漢代醫簡》的出土得到了連結本段歷史斷層的助力。據考證這批西元1972年底出土的醫簡所屬的漢墓年代約在東漢早期，醫簡記錄的內容大概是西漢末至東漢初的醫家手抄的醫療記錄，可視爲是介於先秦與東漢末年之間藥方成熟化過渡時期的臨床資料，由於比張仲景成書早約一百五十年，故醫簡中藥方相關內容能反映《傷寒雜病論》問世前的藥物使用狀況。<sup>317</sup>

據統計書中共收載藥物約一百種，有六十九種見於《神農本草經》，十一

<sup>316</sup> 據馬繼興考證，先期兩漢的本草學著作書名可考的有《神農本草經》、《子儀本草經》、《神農黃帝食禁》、《藥論》、《藥法》、《胎臚藥錄》、《名醫別錄》、《李當之藥錄》、《吳普本草》等，各書或亡佚、或部分內容散於後世諸醫書而於各朝陸續有後人重新編輯，但已皆非原來面貌。參馬繼興，《中醫文獻學》，頁245-267。

<sup>317</sup> 西元1972年11月甘肅省武威縣柏樹鄉下五哇村在旱灘坡興修水利工程時，發現一處漢墓，經過武威縣文化館、甘肅省博物館對該墓進行了清理，其中的醫學簡牘整理編輯後命名爲《武威漢代醫簡》，其內容包含了臨床醫學、藥物學和針灸學等，十分豐富。據考證醫簡完成於西元一世紀左右，以藥物知識來說，是截止目前中國出土的最早的方劑學資料之一，可視爲研究秦漢時期本草學的主要文獻。不少學者也認爲，《武威漢代醫簡》的出土，爲探討研究相距一百五十年之後張仲景撰寫的《傷寒雜病論》方藥淵源提供了一些有力的證據。《武威漢代醫簡》的完整註解可參張延昌主編，《武威漢代醫簡註解》（北京：中醫古籍出版社，2006）。研究各論可參張延昌等，〈《武威漢代醫簡》與《傷寒雜病論》方藥淵源〉，《中華醫史雜誌》36.2（2006）：72-74。姜良鐸、劉承，〈《武威漢代醫簡》方藥臨床應用價值初探〉，《中華醫史雜誌》36.1（2006）：7-9。張延昌等，〈武威漢代醫簡的中藥學成就〉，《甘肅中醫》18.8（2005）：9-11。張延昌，〈30年來武威漢代醫簡研究進展〉，《中華醫史雜誌》32.3（2002）：184-187。

種見於《名醫別錄》，另二十種不載於上述二書，<sup>318</sup>相較於戰國末年的《五十二病方》，數量雖不及其豐富，但仍可看出藥物的種類與使用的範圍在不斷增加中。出土醫簡共有九十二枚，分類後與痛相關的簡牘有十七枚，牽涉的治療科別包含了內科、外科及五官科，內容則與諸病痛的方藥使用、照護與禁忌有關：<sup>319</sup>

治心腹大積，上下行如虫狀大痛方：班蝥十枚，地胆一枚，桂一寸，凡三物，皆并治合和，使病者宿毋食，旦飲藥一刀圭，以肥美丹芻，十日壹飲藥，如有徵當出。從……。

□□療方：乾當歸二分，弓窮二分，牡丹二分，漏蘆二分，桂二分，蜀椒一分，虻一分。凡□□皆治合，以淳酒和飲一方寸匕，日三飲，倍痛者，臥藥〔中〕當出血久療……。

治百病膏藥方：蜀椒一升、附子廿顆，皆父且，豬肪三斤，煎之五沸，浚去滓。有病者取大如羊矢，溫酒飲之，日三四。與宰搗之，丸大如赤豆，心寒氣脇下痛，吞五丸，日三吞。

治目痛方：以春三月上旬治藥，曾青四兩，戎鹽三兩。皆治合，以乳汁和，盛以銅器，以傅目，良。

治金瘡止痛方：石膏一分，姜二分，甘草一分，桂一分。凡四物，皆治合，和以方寸匕，酢漿飲之，日再夜一。良甚，勿傳也。

治金瘡止痛令瘡中溫方：曾青一分，長石二分。凡二物，皆治合，和溫酒飲，一刀圭，日三，瘡立不痛。

治狗嚙人瘡痛方：煩狼毒治以傅之，瘡乾者和以膏傅之。

分析上述治療疼痛的處方，可歸納出多種不同的治療原則：包含破血逐瘀、清熱散結、活血養血化瘀、溫經散寒等，而同樣是「金瘡疼痛」則並列了藥性不同的兩種治方。學者比對《武威漢代醫簡》與《五十二病方》的藥物學內容，認為不論在藥物炮製、劑型製備及服藥方法上皆有所進展，<sup>320</sup>以內服方式治療的藥方比

<sup>318</sup>中醫研究院醫史文獻研究室，〈武威漢代醫藥簡牘在醫學史上的重要意義〉，《文物》12（1973）：22。

<sup>319</sup>甘肅省博物館、武威縣文化館合編，《武威漢代醫簡》摹本、釋文、註釋（北京：文物出版社，1975），頁3、4、7、9、17。

<sup>320</sup>趙光樹、余國友，〈武威漢代醫簡與五十二病方的藥物學比較研究〉，《中國中藥雜誌》25.11（2000）：694。

例也相對增加不少，而這些都必須架築於更多的用藥經驗及更完整的診治理論之上方能成立。在疾病特性辨識與製備適合的對應處方這一部份，筆者認為《武威漢代醫簡》呈現了比《五十二病方》更清楚的「辨證識病、依診而治」精神，例如醫簡中「久咳上氣」有針對「寒飲」與「肺熱」兩種截然相反病因的對治處方，「久泄腸辟臥血」處方中也有「腸中痛，加甘草二分。多血，加桂二分。多膿，加石脂二分。」的靈活加減用藥手法。<sup>321</sup>很清楚的，醫簡內容在病證與方藥的接軌上已經條理化了，對於臨證之表裡、寒熱、虛實已能識別，論治上也有了一定的法則，兩漢間的醫家其實已為張仲景強調的「觀其脈證，知犯何逆，隨證治之。」奠定了良好的實證基礎。

醫簡中另有「治千金膏藥方」一則，又稱「百病膏藥方」，其應用範圍相當廣，不僅可治療各種不同的疼痛，也可同時外用內服：

瘡痛瘻皆中之良，勿傳也。逆氣吞之，喉痺吞之摩之，心腹痛吞之，噎痛吞之，血府痛吞之摩之，咽乾摩之，齒痛塗之，昏衄塗之，鼻中生惡傷塗之，亦可吞之。皆大如酸棗，稍咽之，腸中有益為度，摩之皆三，乾而止。此方禁又中婦人乳餘□，吞之。氣聾，裹藥以穀，塞之耳，日壹易之。金瘡塗之。頭痛風塗之，以三指摩□□□□□吞之。身生惡氣塗之。此膏藥大良，勿得傳。<sup>322</sup>

本方對體內外的各種疼痛幾乎有「通治」的功能，其組成為蜀椒四升，弓窮一升，白芷一升，附子三十顆；切碎後置銅器中，用淳醢三升漬之，再取豬肪三斤共煎之，去滓合雞子黃共攪而成。從藥性回推，本方能治諸痛主要是因四味藥物能活血溫經、散風通竅，加上醋能散瘀止血、解毒殺虫，豬油能破結散血、利血脈散

<sup>321</sup> 久咳上氣兩方分別為：「治久咳上氣，喉中如百虫鳴狀，三十歲以上方，芫胡、桔梗、蜀椒各二分，桂、烏喙、姜各一分。凡六物，皆治合和丸白蜜，大如櫻桃。晝夜含三丸，稍咽之甚良。」「治久咳逆上氣湯方，紫菀七束，門冬一升，款冬一升，橐吾一升，石膏半升，白□一束，桂一尺，蜜半升，棗三十枚，半夏十枚。凡十物，皆父且，半夏無父且，泔水斗六升炊，令六沸，浚去滓。溫飲一小杯，日三飲即藥，宿當更沸之，不過三四日愈。」至於「久泄腸辟臥血」處方為「黃蓮四分，黃芩、石脂、龍骨、人參、姜、桂各一分。凡七物，皆并治合丸以蜜。」包含了固澀止瀉、溫陽補虛、清熱解毒共用的思維，寒熱並用、攻補兼施。參甘肅省博物館、武威縣文化館合編，《武威漢代醫簡》摹本、釋文、註釋，頁 13-14。

<sup>322</sup> 甘肅省博物館、武威縣文化館合編，《武威漢代醫簡》摹本、釋文、註釋，頁 10。

風熱，故對於造成疼痛的主因—各種「氣血循行不流暢」的狀況能收通治之效。

「通治」是藥物學中臨床運用的一項特色，意指部分特定方藥具有廣泛的適應證而言，筆者推斷「通治」的概念一部份來自民間效驗口耳相傳的歷史，一部份歸功於專業醫家的臨床有效案例累積，這使得功能類似的各種藥物在使用中逐漸被歸納合用、並逐漸擴大應用範圍。如敦煌出土醫藥文獻中便有抄寫自原先立於通衢大道旁的石碑所刻載的《備急單驗藥方》殘卷，內容註明「刊之於巖石，傳以救病，庶往來君子錄之備急用。」<sup>323</sup>證明了一部份方藥的使用的確有依症狀「對號入座」以救急的使用方式。但不同於早期《五十二病方》偏重效驗性的記錄，南北朝成書的《本草經集注》，陶弘景已在序錄中對於各種病症通治藥物的使用上強調藥物之寒熱藥性需先辨明：

又案諸藥，一種雖主數病，而性理亦有偏著。立方之日，或致疑混，復恐單行徑用，赴急抄撮，不必皆得研究。今宜指抄病源所主藥名，仍可於此處治，若欲的尋，亦兼易解。其甘苦之味可略，有毒無毒易知，唯冷熱須明。<sup>324</sup>

在治療各種疼痛上，陶氏也整理了多種諸病通用藥物，並以「朱點爲熱、墨點爲冷、無點者是平。」不同記號註明藥性：

◎心腹冷痛：(熱) 當歸、乾薑、桂、椒、吳茱萸、附子、烏頭、朮。(平) 人參、芍藥、桔梗、甘草。

◎喉痹痛：(熱) 杏仁、蒺藜、棗針、落石、莽草。(寒) 芹。(平) 升麻、夜干、竹葉、百合

◎齒痛：(熱) 當歸、細辛、椒、芎、附子、莽草、雄雀屎。(寒) 礬石、生地黃、菴荇子、車下李根。(平) 獨活、蛇床子、雞舌香、馬懸蹄。

◎目熱痛：(熱) 蕤核、枝子、薺子。(寒) 黃連、石膽、空青、曾青、黃柏、苦竹葉、鯉魚膽、田中螺 (平) 決明子、雞子白。

◎腰痛：(熱) 五加皮。(平) 杜仲、萆薢、狗脊、梅實、鱉甲。<sup>325</sup>

<sup>323</sup> 馬繼興等編，《敦煌醫藥文獻輯校》，頁 258。

<sup>324</sup> [南朝] 陶弘景編，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》，頁 54-55。

<sup>325</sup> 諸痛通治藥物分類參 [南朝] 陶弘景編，尚志鈞、尚元勝輯校，《本草經集注》，頁 65、68、70、71、78。

部分藥性與雖與後世本草類書籍記錄不同，但無損於「藥性分類」對臨床診治療效重要性的核心觀點；換句話說，藥物雖有通治之功，但醫者仍須先辨別病情特徵，才能做出正確選擇。這在方藥的運用上是一大進展，凸顯的是無論驗方或具有多種功能的通治藥物多麼神效，使用上並不是全然沒有限制，藥性與病理上的對應必須相合，才不至於誤用而埋沒「通治」之名；即使號稱「通治」，但背後支持的是對生理、病理、診斷與藥理上專業知識的重視，同時其程度也已凌駕經驗。至於「救急」則顧名思義適用於醫療不便的場合與時機，先救其急後仍須依正規診治的程序處置。

隋唐以降歷代處方汗牛充棟，針對疼痛的治方也不勝枚舉，但眾醫家仍延續前代觀點，制方原則堅守藥物寒熱溫涼、君臣佐使之配伍架構，使用時亦以一定的理論與診斷結果作為連結依據。本此思維下方劑的形成與演化實有源頭可循，<sup>326</sup>「通治」處方的使用也逐漸遠離方藥發展主流，以醫學理論為用藥的最高指導原則大致已成為方藥治療不可推翻的真理。時至今日，探討疼痛治療的醫學文本仍以此為論述的主要內容，多數醫家也認同疼痛為特殊的自覺症狀，發生的可能性不勝枚舉，在病因病機錯綜複雜下，單一思維的治療方法是難以取效的。

327

<sup>326</sup>明末醫家施沛著有《祖劑》一書，共收歷代方劑八百餘首，其中主方七十首、附方七百餘。施氏認為「自古諸方歷歲浸遠，難可考詳，為仲景之書最為群方之祖，要之仲景本伊尹之法，伊尹本神農之經、軒岐靈素大聖之作也。」即歷代醫家所傳方劑均可溯源追流，以《靈樞》、《素問》、《本草經》、《湯液》之法為宗，以仲景之方為祖。《祖劑》內容可參〔明〕施沛，《祖劑》（上海：上海古籍書店，1983）。

<sup>327</sup>目前中醫治療疼痛的研究及相關書籍皆強調診治上必須注重多方位的考量及綜合性的辨治，必須根據疼痛的相關條件與特徵決定治療的選擇。疼痛能緩解的原因並非一味的止痛，而是透過祛除致痛病因和消除緩解痛證病機而達到治療目的。相關研究可參肖金，〈止痛方藥的臨床應用〉，《安徽中醫臨床雜誌》14.3（2002）：234-235。楊成卿，〈痛證治療用藥特色〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》1998.4增刊(上)：41-42。程昭寰，〈痛証病機及鎮痛方藥芻議〉，《中國中醫基礎醫學雜誌》1998.4增刊(上)：3-5。編寫較完整的綜合論述工具類書籍可參以下著作，張卓主編，《疼痛名醫診治絕招大全》（北京：中國中醫藥出版社，2005）。周慎、何清湖主編，《止痛本草—止痛中藥臨床應用指南》（北京：中醫古籍出版社，2004）。鍾藍主編，《痛證推拿》（北京：科學技術文獻出版社，2003）。肖國士等主編，《臨床痛證診療學》（北京：人民衛生出版社，2002）。韋緒性主編，《中西醫臨床疼痛學》（北京：中國中醫藥出版社，2000）。楊俏田等主編，《中醫疼痛治療學》（太原：山西科學技術出版社，1999）。路德華等主編，《痛證的中醫療法》（北京：新世界出版社，1998）。

治痛方藥發展的最後一個重點，應是「骨傷外科麻醉止痛」與「內科辨證論治」兩大途徑的分流。從《內經》完成編纂直到《傷寒雜病論》的成書，「痛」儼然已成為代表疾病及症狀的多義詞，「推敲其病因病機再決定治療」成為醫家理所當然的觀點，甚至連外治法的用藥也須分析病情而有不同對治處方，吳師機便強調：「外治之理，即內治之理；外治之藥，即內治之藥，所異者法耳。」<sup>328</sup>「外治必如內治者，先求其本。本者何？明陰陽，識臟腑也。《靈》、《素》而下，如《傷寒論》、《金匱》諸大家所著，均不可不讀。」<sup>328</sup>甚至對於自身最擅長使用、具廣泛「通治」療效的膏劑，吳氏也告誡後人「自來醫之難，難於識症，膏用通治，取巧在此。加藥卻不能蒙混，能者固以是見長，不能者即以是見拙。」<sup>329</sup>對於各種病痛的認識、判斷與治療，醫者自我要求必須具有統一的高標準，即皆依照經典傳承的理論來執行。

第二章第一節曾論及處理外傷疼痛前的麻醉作業，臨床上單純作為止痛的藥方，在醫學理論建立後逐漸演變為正規治療前的救急前導作業所用。自華佗「麻沸散」之後，歷代著作或有部分相關內容記載，如唐朝《千金要方·備急》載治療腕折骨損，痛不可忍者「以大麻根及葉搗取汁，飲一升。」<sup>330</sup>元朝《世醫得效方》有「草烏散」一方，含多種麻醉藥物，作者危亦林還強調只要是因骨傷疼痛而無法整復者，皆可先進行治療前的麻醉作業，並視麻醉效果逐漸增加劑量。<sup>331</sup>對於各方中以烏頭及酒作為麻醉止痛的媒介，其制方精神與大約一千六百年前《五十二病方》的作者思維顯然是互相呼應的，變化的僅是隨時代增加的麻藥種類及劑型與使用方法上的不同而已。到了清朝《外科心法要訣》中有「麻藥類方」，

<sup>328</sup> 清朝成書的《理瀹駢文》是中醫學第一部外治療法的專著，作者吳師機歸納了歷代醫學理論與方藥，並加入自身經驗，將外治方法廣泛應用於內、外、婦、兒、五官、皮膚等各科疾病，全書重點在於強調外治與內治皆須依循醫學理論加以辨治。引文參〔清〕吳師機著，王軍、曹建春點校，《理瀹駢文》新校版，略言（北京：人民軍醫出版社，2006），頁 1-2。

<sup>329</sup> 〔清〕吳師機著，王軍、曹建春點校，《理瀹駢文》新校版，頁 313。

<sup>330</sup> 〔唐〕孫思邈，高文柱主編，《藥王千金方》，頁 440。

<sup>331</sup> 「草烏散」由豬牙皂角、木鱉子、紫金皮、白芷、半夏、烏藥、川芎、杜當歸、川烏、舶上茴香、坐拿草、草烏及木香組成，若傷重刺痛，手近不得者，更加坐拿、草烏及曼陀羅花。每服 2 錢，好紅酒調下，麻倒不識痛處後，則可進一步治療，後用鹽湯或鹽水與服立醒。參許敬生主編，《危亦林醫學全書》（北京：中國中醫藥出版社，2006），頁 477-478。

<sup>332</sup>《串雅內外編》則收錄了「開刀麻藥」、「換皮麻藥」、「整骨麻藥」、「接骨散」等處方，<sup>333</sup>皆含有各類麻藥，也同樣在治療前先內服外用以達麻醉止痛之效。至此可看出從單純緩解疼痛不適的觀念所派生出的兩條脈絡儼然已完全獨立成形；其間導致分流的力量除了藥物學在臨床使用上不斷累積的經驗之外，醫家對醫學理論的重視及診斷經驗與方法的提升同樣功不可沒。

#### 四、小結

本章探討了中醫治療學中主要的幾種治療方法，其效用足以治療身心的各種疾病與疼痛。以疼痛而言，主要導因於身體氣血流暢度的異常，及臟腑與組織、經脈間的互動形成障礙所致；因此所有治療疼痛的方法，都應該圍繞著該核心原則而操作，差別僅在於形成病因的特性不同，醫家臨證時再依八綱分類加以對治即可。《靈樞·病傳》提到使用各種療法的原则：「黃帝曰：余受九針於夫子，而私覽於諸方，或有導引行氣、喬摩、灸、熨、刺、焫、飲藥之一者，可獨守耶，將盡行之乎？岐伯曰：諸方者，眾人之方也，非一人之所盡行也。」<sup>334</sup>療法間的選擇，必須考量病痛的特性與程度、病勢發展的趨向、身心虛實的狀態、及病患接受治療的意願等條件才能決定，而非將所有的手段皆施於病患身上。

從先秦早期經驗的產生、累積，直到西漢之後理論的形成、完整，中醫治療疼痛的特點脫離了鎮痛與治標的水準，而逐漸具備有全方位的診療能力。針對疼痛的症狀與引起的原因能夠標本兼治，疼痛的程度與範圍也能在局部與整體間作得宜的治療。對漢代以後的醫家來說，「痛」不再只是一個困擾身心的症狀而已，從「痛」牽連而來的大量醫療議題可說涵蓋了中醫學的每個面向，也促進了臨床技術與理論的進步。

---

<sup>332</sup>「麻藥類方」收錄了「琮酥散」、「整骨麻藥」和「外敷麻藥」，使用法或內服或外用，但一致強調使用後刀割針刺皆能不痛。參[清]吳謙，《外科心法要訣》，收入氏編，《醫宗金鑑》（北京：中國中醫藥出版社，1995），頁726-727。

<sup>333</sup>[清]趙學敏編著，《串雅選注》（台北：木鐸出版社，1985），頁117-118、149、303。

<sup>334</sup>河北醫學院校釋：《靈樞經校釋下冊》，頁7。

值得補充說明的是，一般人對中醫療法的觀念多認為其具有「秘方」、「驗方」、等神秘色彩，同時還以為中藥乃「療虛補益、效果緩和。」「有病治病、無病強身。」之品，導致誤用與濫用的案例層出不窮。這些論調雖不能完全被否認，但卻失之偏頗，同時因為與各種民間療法的混淆所形成的錯誤意識也為正統中醫學的發展帶來障礙。徐大椿曾對「秘方」意涵加以釐清：

古聖設立方藥，專以治病。凡中病而效者，即為秘方，並無別有奇藥也。

若無病而服藥，久則必有偏勝之害。<sup>335</sup>

病患可能曾經體驗了中醫療法發生「神效」的經驗與資訊，並成為腦中對中醫藥的概念與記憶，但卻不知使用時機的正確才是當初「神效」發生真正的原因。中醫學歷代所記載的各種療法皆是客觀而中性的，並不存在有效無效及對錯之分別，重點在於選取與使用上觀念的正確與否。在用藥上，確診時即使大黃烏頭皆有救命之功；不經確診則當歸紅棗亦能殺人。又如針刺治療，若不知為上工「調陰與陽，合形與氣，使神內藏。」則會犯下「亂脈」與「絕氣危生」之誤，皆能殺人性命於無形。

中醫的療效是建立在醫者、病家及治療媒介三方的正確互動。《褚氏遺書·除疾》指出：

除疾之道，極其候證，詢其嗜好，察致疾之由來，觀時人之所患，則窮其病之始終矣。外病療內，上病救下，辨病藏之虛實，通病藏之母子，相其老壯，酌其深淺，以制其劑，而十全上功至焉。<sup>336</sup>

醫者當弄清病因、整體考量、驗證藥性、適當配伍，病家也須提供詳細身心狀況及生活起居資訊，每一次的治療才能完整而達成功目的。「治療」是整體醫療行為過程中的最後一環，其項目與方法的選擇及執行結果的成功與否取決於醫家豐富、綿密而審慎的臨證診治思維，以及病患全心全意的信任與配合。治療之「法」，唯醫病各司其職、各盡本分方能成形，如此一來治療之「術」自然可千變萬化、信手拈來。這正是黃帝言：「守一勿失，萬物畢者也。」的至高心法。

<sup>335</sup> [清]徐大椿：《慎疾芻言》，頁21。

<sup>336</sup> [南齊]褚澄著，趙國華校釋：《褚氏遺書校釋》（鄭州：河南科學技術出版社，1986年），頁41。

## 第五章 討論—他山之石與反思

本論文主要在探索古典醫學理解「痛與生命」間各種關係的視野，並試圖從歷史、文化及醫學的內涵中挖掘不同時空背景下人們面對身心病痛等生命議題的態度與感受，及其相對應的理論與處置方法。「痛」的研究無論是在生物醫學或是人文社會的學科當中，都是看似尋常實為複雜的議題；在以「人」為研究對象的各種專業裡，「痛」的主題無疑極具代表性。事實上，疼痛的覺知、特徵與自我感受的描述因人而異，甚至疼痛的「定義」也受社會文化因素極深的影響；雖然在醫學上「痛」的議題屬於生理、病理與解剖的知識範疇，但文化和社會因素則可能影響其表達模式和治療手段。<sup>1</sup>因此想要單純以醫學的角度述說其生理病理的變化，只怕忽視了語言、文化、社會、傳統、歷史等因素對「痛」的共同影響。醫學處理的對象是人，醫師在臨床上所考量與涉及的往往必須將「天文、地理、人事」與醫學相結合，能多方面考量影響病患的各種條件，對於「痛」的發生與演變脈絡就能更加清楚掌握。

經過前面各章節相關內容的論述，對藉由傳統社會文化及中醫學的觀點剖析生命容貌及疼痛的醫學內涵已初步呈現其輪廓，更深入的各論筆者未來將延續逐一深入研究。本章討論部分，筆者嘗試將西方醫學在發展及其理解痛證上的歷程與本論文內容互為對照，以比較中西醫學在理論發展中的異同；除了凸顯在醫學上「痛」的議題的確不分種族、地域及時代，也探討中醫「回溯經典文本以求突破」與西醫「不斷推翻創新追求精細」兩者特質間的差異，同時對論文中部分值得再次釐清與深思的概念作進一步闡述。除了檢視中醫學的特色與限制，也反思摸索未來發展的方向。

不同的時代、地區與人種對於醫學的需求其實是一致的，發展的過程也有不少重疊的軌跡。研究西方醫學史的學者普遍認為，從史前時代即有疾病存在的

---

<sup>1</sup>與疼痛相關的研究日新月異地發展，不僅在治療技術方面愈加精細，在痛覺理論研究及與疼痛相關的社會學、心理學、人類學等方面的發展，也都有深入而快速的進步。如果我們對這些進展視而不見，仍將視野聚焦於「純醫學」的方向，無疑將阻礙臨床上對疼痛的認知與治療。參K.W. McHenry，王錦琰摘譯、羅非審校，〈文化與疼痛〉，《中國疼痛醫學雜誌》10.1（2004），3。

證據，醫學的雛形歷經了本能、經驗、巫術、魔法與宗教媒介（僧侶、巫師）的發展過程，原始人類除了逐漸熟悉使用生活環境中的各類物質之外，也嘗試發展各種治療方式，<sup>2</sup>這與中國醫學自史前至三代、甚至延伸至春秋前期的發展是類似的。這類現象依人類學家與社會學家的研究，世界各地的原始本土部落幾乎都有巫師、薩滿（shaman）等醫療媒介者，雖因種族起源、社會文化的不同而對於疾病的詮釋與療法各具特色，但背後對於疾病的因應策略與醫藥發展的初生意識卻不謀而合。<sup>3</sup>

在西方醫學體系一致化之前，其實早已存在著各民族的醫學理論與技術。早在公元前四千年，南美索不達米亞人就已開始形成系統性的醫學思想，並在公元前兩千年左右之後逐漸產生亞述巴比倫的醫學；至於埃及醫學也大概在同一時間具備了相當規模的體系，<sup>4</sup>其時間皆早於中國的夏朝。<sup>5</sup>由於稍晚巴比倫時代即有各種外科手術的記錄，並依療效和預後規範醫師之收費與罰則；因此推測當時在受傷及治療中產生的疼痛處理上應具一定水準。<sup>6</sup>至於埃及醫學的外科技術在

---

<sup>2</sup>Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》（桂林：廣西師範大學出版社，2003），頁 9-22。

<sup>3</sup>對於病痛的認識與醫療發展的觀點，社會學家與人類學家各有不同的研究視野。醫學社會學家關心醫療與個人、組織、社會、文化、經濟及國家（部落）間的相互影響，醫學人類學家則從人類發展及各族群的社會文化與心理特性著手，研究各族群的疾病行為與醫療照護模式。相關論述可參以下書籍：張笠雲，《醫療與社會－醫療社會學的探索》（台北：巨流圖書公司，2004）。George M Foster, Babara Gallatin Anderson 著，陳華、黃新美譯，《醫學人類學》（台北：桂冠圖書股份有限公司，1998），頁 145-176。有關巫術、妖法在一個群聚社會中所帶來的各種影響力論述可參 Pamela J Stewart, Andrew Strathern 著，梁永佳、阿嘎佐詩譯，《人類學的四個講座》（北京：中國人民大學出版社，2005），頁 82-120。

<sup>4</sup>目前發現最古的文明地區起源在沿印度河、幼發拉底河、底格里斯河及尼羅河等流域，然後逐漸傳播至地中海沿岸。史學家認為，美索不達米亞和埃及古人、中非與尼羅河古文化、愛琴海和亞洲中央高原的文化，彼此間一定都有關係。參 Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 23。

<sup>5</sup>公元前 2070 年夏朝建立，在此之前的歷史分期是被學者歸納在「新石器時代」。參中國社會科學院歷史研究所編制，《中國歷史年表》（北京：中國社會科學出版社，2002）。

<sup>6</sup>公元前 1792-1750 間，古巴比倫國王漢摩拉比命令大臣收集過去的法律條文，加上當時社會上已形成的風俗習慣，編成一部《漢摩拉比法典》（The Code of Hammurabi），並刻於石柱豎立在馬都克大神殿裏。法典中有關醫療的規範記載，巴比倫醫生治癒不同階級的人，收取不同的費用。若因醫療不當致病人於死者，亦按患者的社會階級作不同程度的懲罰。如第二一五條，「倘醫生為自由民（貴族）施行大手術而治癒其病者，應得十銀。」第二一六條，「倘病患者為平民，應得五銀。」第二一七條，「倘病患者為自由民之奴隸，應得二銀。」第二一八條，「倘施行大手術不當而致自由民死亡者，則

當時同樣十分進步，據考證在公元前一千六百年時埃及人已大量使用鐵製刀具為主的外科器械切除各類腫瘤，同時術後以沒藥及蜂蜜塗敷，再以麻布包裹，顯然已具備止痛生肌抗感染的概念。另外在止痛藥物選用、骨折脫臼整復裹縛、創口縫合及行醫法規約束等技術知識與制度上的進步，也絲毫不遜色於巴比倫醫學；<sup>7</sup>反觀《周禮·天官冢宰》的中醫學記錄，雖然在制度與理論上的發展相當成熟，但在歷史區間上相對晚了不少。

一般認為西方醫學的思想起源來自希臘醫學（公元前六—七世紀），因為其理論特色在於不假借鬼神宗教等超自然因素，而以理性邏輯的態度來解釋疾病現象，這種文化氛圍其實與其地理背景有密切的關係。愛琴文化匯集融合了當時東方醫學的全部知識，及前希臘時期地中海沿岸各民族的文化，希臘人以無偏見的視野吸取東方來的各種知識，在醫學上對於有疑問、具爭論性與推測性的觀點作了思維上的釐清與創新，並融入獨有文化中。例如希臘史詩《奧德賽》、《伊利亞特》中，描寫戰爭引起的各種創傷治療方法與預後便有詳細的敘述，吸取了多種文化的荷馬在筆下描寫戰爭英雄們對於「痛」的感受詮釋時使用了豐富的語彙，除了作為醫學名詞之外，也表達了身體在疼痛中的狀態及如何感知疼痛的時間、來源和性質，<sup>8</sup>但該時期醫學的內容主要在於臨床技術的發展，理論知識仍相當薄弱。

希臘時代最著名的醫生是希波克拉底（Hippocrates, 460-355BC.），這位相

---

斷醫生之指。」第二一九條，「倘為自由民之奴隸施行大手術不當，而造成奴隸死亡者，醫生應賠償一奴隸。」漢摩拉比法典對醫生醫術的嚴格要求，使醫生必須不斷提升醫療水準，謹慎從事醫療工作。參劉景輝，〈《美麗探索》之卅二—漢摩拉比法典〉，《聯合報》14版（2001.04.24）。Roy Porter 編著、張大慶等譯，《劍橋醫學史》（長春：吉林人民出版社，2000），頁 82。

<sup>7</sup>Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 38-45。

<sup>8</sup>其實從希臘文學作品中便可一窺當時的醫療狀況。荷馬的兩大史詩《奧德賽》、《伊利亞特》涵蓋了整個西方古典神話體系，甚至到文藝復興以後歐洲文學仍深受其影響。《伊利亞特》中有精細描寫戰爭受傷及治療的過程，例如帕特羅克羅斯（Patroklos）以尖刀將斷箭從戰友腰中挖出，並敷上洋蔥；病人飲加入乳香、沒藥的葡萄酒可在外科手術中使之意識模糊。而《奧德賽》中對於醫治過程則有較多巫術的記錄。從這些文學作品中可以瞭解希臘人是如何描述疼痛的經驗、及當時的醫療水準。參 Roselyne Rey 著，孫暢譯，《疼痛的歷史》（北京：中信出版社，2005），頁 10-12。Homer 著，羅念生、王煥生譯，《伊利亞特》（台北：貓頭鷹出版社，2000）。Homer 著，王煥生譯，《奧德賽》（台北：貓頭鷹出版社，2000）。Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 81-83。

對於戰國前中葉時期的馬其頓王國御醫所提出來的各種醫學理論不僅影響西方醫學的發展，與中醫學亦有一定程度的相似性。希波克拉底試圖將醫學與神學加以分離，透過哲學性的觀察與經驗性的批判解釋自然起源與生命結構的關係。目前普遍認為希波克拉底提出了「體液學說」，認為人體是由血液、粘液、黃膽汁、黑膽汁四種體液構成，四種體液在體內的比率不同，因此形成人的不同氣質。

「冷、熱、乾、濕」四種病理及各種疾病的發生也經由各種外界因素影響使得四種體液不平衡所造成，因此環境的方位、風向、氣候、土壤、水源及人的飲食生活方式等皆與健康和疾病有密切關係。<sup>9</sup>事實上，這種「四分法」的思維來自希臘哲學家恩培多克勒斯（Empedokles, 495-435BC.）的「火、水、土、氣」四元素理論，透過內在協調的驅動力能使四元素結合運作，外在不協調者則使之分散解離，世界萬物藉由這兩種運動而變化消長；<sup>10</sup>這與戰國以來醫學與巫術逐漸涇渭分明，並以陰陽學說、五行生剋制化理論解釋生命現象的思維發展有異曲同工之妙，雖然兩種文化在各種條件不同的狀況下衍生出來的意識難以做全面性齊頭式的比較，但在雷同的歷史區間中，對於自然界各種現象細微運作的論述上，五行學說的複雜性則略勝一籌。<sup>11</sup>

值得關注的是在公元前 420—370 年間，不少希臘的醫家學者累積了理論演講及臨床病例的記錄，這些分屬不同派別、甚至部分理論相左的醫學文獻並在時代稍晚以希波克拉底為名集結成文集，其中強調三大特徵：「對症狀要觀察入微、理論要博採眾長、病因要追本溯源。」同時認為健康與疾病是某種型式的平衡與不平衡狀態。<sup>12</sup>這與《內經》中強調的主要觀點一致，且《內經》亦為不同流派醫家於不同時期陸續集結相關論述而成，並假黃帝之名以凸顯神聖性；在地域與

---

<sup>9</sup>Bernt Karger-Decker 著，姚燕、周惠譯，《醫藥文化史》（北京：三聯書店，2004），頁 30。

<sup>10</sup>Bernt Karger-Decker 著，姚燕、周惠譯，《醫藥文化史》，頁 30。Frederick Catwright, Michael Biddiss 著，陳仲丹、周曉政譯，《疾病改變歷史》（濟南，山東畫報出版社，2004），頁 18。Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 101-102。

<sup>11</sup>古希臘醫學與中醫學體系之間是有相似性的，但西方醫學演變至今，不僅與本身起源意識愈加遠離，與中醫學更是有明顯的不同。古希臘醫學與中醫學的比較可參 Alexandros Tilikidis 等，〈古希臘醫學與傳統中醫學之比較研究〉，《天津中醫藥》23.4（2006），頁 343-345。

<sup>12</sup>Roy Porter 編著，張大慶等譯，《劍橋醫學史》，頁 88-89。

文化差異甚大的條件下，在同一歷史區間裡東西方種族對於人與自然界相互交流的關係與變化規律皆賦予了極大的關注，同時將之移轉至醫學上解釋生命現象時，也呈現方向與作法一致的氣息。

《希波克拉底全集》中對疼痛的描述記錄不少，並視為臨床重要的症狀之一，<sup>13</sup>這或許與各醫家受到希波克拉底主張「疾病是一個自然過程，症狀是身體對疾病的反應。」的論調影響有關。著作中對「疼痛」的描述包含了特性、部位、臨床伴隨症狀及治療方法等，並在部分著作中提及麻醉藥材；同時將疼痛的理解界定為「病人全身狀況中的部分表現」，而非孤立的單一症狀。<sup>14</sup>部分希臘醫師曾利用毒芹（*Cicuta virosa*）煎湯治療痙攣引起的疼痛，或製成膏藥治療腺體發炎及神經炎疼痛；<sup>15</sup>也有如「羅盤草」（*Silphion*）一類具多功效的通治藥物，可治療各類疾病與疼痛。<sup>16</sup>希波克拉底認為人體有自我療癒的能力，特別是各種「發熱」的現象乃是個人生命力反抗疾病的表現，當病質（*materia peccans*）被驅除時，發熱便會解除；瞭解這種自然變化的規律，就能瞭解維持生命力平衡和諧狀態所需的各種條件，也就能清楚知道醫師診療疾病的職責在於協助重建失去秩序的各種條件。<sup>17</sup>這與現代醫學的認知其實並不相同，但卻跟中醫學強調維護陽氣、「正氣存內、邪不可干」等觀點無異。本時期的希臘醫學在治療病痛的發展過程與先秦中醫學是一致的：除了逐漸脫離巫術且有初步的生理病理觀念，並使用合乎邏輯的因果觀念對觀察自然與臨床結果做出清晰推理，但理論仍未完整；而治療方面則以臨床實務不斷研究累積的使用經驗為主，整體上理論與實務呈現不同步的進展。

希波克拉底之後的亞力山大學派在公元前三世紀間從事了大量的解剖學、

---

<sup>13</sup>Roselyne Rey 著，孫暢譯，《疼痛的歷史》，頁 16-17。

<sup>14</sup>《希波克拉底全集》中的婦科作品曾提到當時醫師會使用具麻醉性的植物藥材，如曼德拉草、天仙子、茄屬植物及罌粟等。參 Roselyne Rey 著，孫暢譯，《疼痛的歷史》，頁 18-20。

<sup>15</sup>Bernt Karger-Decker 著，姚燕、周惠譯，《醫藥文化史》，頁 24。毒芹為繖形科植物，全株有毒，主要成分為強鹼性的毒芹素，作用類似箭毒能麻痹運動神經，抑制延髓中樞。中毒時會有頭暈、痙攣、嘔吐、皮膚發紅、面色發青，繼而產生出現麻痺現象與呼吸衰竭，相傳蘇格拉底即死於毒芹酒。

<sup>16</sup>Bernt Karger-Decker 著，姚燕、周惠譯，《醫藥文化史》，頁 32。

<sup>17</sup>Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 131-136。

生理學和實驗病理學研究，當時已瞭解神經傳導與腦脊髓的關係，並能正確區分血管及淋巴管，對於胸膜炎、心包炎及肝硬化腹水的病理解剖也多有認識，這些發展填補了《希波克拉底全集》中實驗醫學的不足。<sup>18</sup>進入羅馬帝國時代後的醫學發展並無太大的進步，除了在藥物上有更加深入的研究之外，希波克拉底關於自然療癒的觀點仍主導著醫學思維，且逐漸變調，成為死板而被拘束的教條。受到宗教力量的禁止，生理病理上缺乏更多人體解剖的經驗，使得時醫將各種動物解剖結果完全轉移到人體，技術的發展並未帶來整體醫學知識的進步。<sup>19</sup>當時著名的醫師蓋倫（Galenus，138-201AD.）除了承襲以冷熱解釋人體的疾病現象並將希波克拉底的學說擴展之外，同時認為人的疾病應該由人體的結構與生病時的症狀綜合判斷，因此他主張以解剖學的方法研究病因。在人體解剖的受限下，蓋倫經驗了大量的動物實驗，並將所得知識完全轉移用以解釋人體；且因為在哲學、醫學、文學等方面多有涉獵，蓋倫不僅對解剖的論述非常權威，他也創立了一個獨特的醫學綜合體系，並主張透過應用知識、邏輯推理和經驗能對任何病患的主訴做出正確診斷，並可確定是否能治及找出治療方法，其理論架構所產生的重大影響力直到十六世紀中葉。<sup>20</sup>

在解剖的核心思維主導下，蓋倫對疼痛的看法不僅視之為一種症狀，也從感覺與知覺功能上作分析。由於對腦及神經的瞭解，蓋倫認為感覺透過腦與感覺神經傳輸，各種外界感應透過同類相應的神經末梢以一種「特殊的」方式傳送，並在腦部將感覺轉換成知覺，這與一千八百年後的現代認知相差無幾。<sup>21</sup>蓋倫認

<sup>18</sup>Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 142-143。

<sup>19</sup>Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 172-173。

<sup>20</sup>蓋倫的醫學理論與思維可說是西方古代醫學史的顛峰，他透過研究發現「所有醫學工作的基礎，都必須建立在人體的各部位隨時進行著正確功能的假設上，如此才能確定不正常功能的部位是疾病的所在。」因此他主張「人體是一部極為精密的儀器，這是來自上帝完美的工作。」他提出了「不同的器官，有不同的功能」「人的呼吸與胸腔的神經肌肉有關」「脈搏來自心臟的跳動，心臟的跳動帶動血液的循環。」及「尿液的產生來自腎臟，並非尿道。」等突破性的生理觀察，並綜合亞里士多德的哲學思想，以三種靈氣（pneuma）做為生命要素，建立了在醫學、哲學、宗教上皆不可推翻與挑戰的地位。蓋倫醫學理論的相關論述可參丁福保，《西洋醫學史》（北京：東方出版社，2007），頁50-64。Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 172-176。Roy Porter 編著，張大慶等譯，《劍橋醫學史》，頁96-99。

<sup>21</sup>事實上，蓋倫當時已認出十二對腦神經中的七對，也能區別腦中的運動神經及感覺神經，當時對於腦大部分結構的認識其實與現代相差不多。參 Arturo Castiglioni 著，程

為疼痛是一種「強烈的觸覺」，是神經感受將超出極限時的緊張感，人體器官內外發生變化則是疼痛發生的起因，這些起因可分為兩類：一種與個人氣質有關，即人的內臟組織對冷熱乾濕等因素的調和能力失去平衡所致；另一種則起因於結構受到拉扯、切割和破壞，而透過冷空氣或各種藥物達到適度的「麻木」時便能緩解疼痛。<sup>22</sup>前一種起因與中醫學的內、外因相關，第二種則多屬於不內外因的範圍。顯然至此中西醫學雖對疼痛發生的原因分類仍類似，但生理病理的解釋已有明顯不同。簡單的說，其核心論述一為神經系統，一為氣血循環與經脈理論。

十七世紀之前蓋倫的醫學王國除了幾乎主導整個西方醫學的思想脈絡之外，也深入影響了歐洲千年間在醫學上的發展。中世紀基督教的時代，教會與修道院雖保留了醫學著作與理論，但對於病痛、受苦與治療的信念則回到超自然力量的論調，轉為以宗教的手段處理。雖然各國陸續開始設立學校傳授各科醫學，但仍以解剖、外科手術、創傷骨折截肢等處理技術為發展的主流。十四世紀中葉至十六世紀末期人文主義盛行的文藝復興時代，因脫離中世紀以神、宗教為主的封建社會，轉為以人為中心，卻也更強化了以單純解剖手段窺探身體與生命關係的認知，內科的論述不但因循過去甚少進展，在醫家的著作中也多半不是主要的部分，除了外科手術之外的治療方法也極為有限，至於生理學的突破，大概僅止於血液循環的發現與確定。<sup>23</sup>整體而言，十八世紀之前西方醫學在臨床與基礎兩方面的發展呈現出明顯脫鉤的現象。<sup>24</sup>

這段歷史相對於中國最晚至明朝中後期為止，但同一段時間中醫學卻已歷經先秦兩漢醫學理論成形、王官之學解放與經典的成書過程，也在六朝產生過百家爭鳴與各類醫學文本的堆疊，再透過隋唐五代及兩宋使醫學內涵擴大並形成分科、經典的傳承與理論深化都使得中醫學的發展愈加深入，即使稍晚歷經金元二

---

之范主譯，《醫學史》，頁 176。

<sup>22</sup>Roselyne Rey 著，孫暢譯，《疼痛的歷史》，頁 30-33。

<sup>23</sup>直到十五世紀，內科療法除了藥物之外，還經常使用以占星學為依據的放血療法、發泡法、燒灼法、划痕法、灌腸術、沐浴與飲食法等；十五世紀末的醫學，可以說只比蓋倫時期略有進展。文藝復興時期，達文西（Leonardo da Vinci）與維薩里（Vesalius）等人展開與蓋倫學派毫無關係的解剖工作，以客觀而據實的方法建立了人體解剖學的基礎，稍晚生理學的發展及血液循環系統的觀察與建立，也是由解剖學的進步奠下基礎的。參 Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 318-319、347-376。

<sup>24</sup>甄橙，《病與證的對峙—反思 18 世紀的醫學》（北京：北京大學出版社，2007），頁 37。

朝舊學衰變與新學肇興、及醫家對經典的質疑挑戰與創見，並延續影響到明朝醫家對於理論應否孱守或創新及傷寒溫病之論戰，都使中醫學不斷注入新的觀念，也不斷的被淬煉。本時期的中醫學已經具備成熟而穩定、巨大而多元的生命知識，醫家擁有兩千年來不斷重新檢討的理論與經驗作為後盾，筆者認為同樣經歷戰爭、瘟疫或宗教文化衝擊，但相對於歐洲，中國的漢民族經歷的顯然是較保守封閉及同化他人的過程，這不但使得外來種族與文化的影響較小，也無形中創造了讓中醫學發展能保有純粹性及延續性的條件，更重要的是醫家仍長期保有臨床實際驗證理論的意識，使理論不至於逐漸空泛化。

從醫學角度分析，蓋倫與先秦兩漢皆各自位居醫學基礎的建構時期，但一者以實體解剖補充自然普遍法則中哲學推理的不足，一者則在宇宙自然規律相應於人體的整體觀點上持續深入鑽研，逐漸捨精密解剖而朝「藏象」發展。中西醫學的觀點其實從此已開始出現歧異，同時對於解釋病因病機使用的相關醫學名詞及症狀描述方式也有明顯不同的分類。<sup>25</sup>正因為朝向「精密」化的追求，使得蓋倫之後的西方醫學強調固定型式的系統化內涵，在生理病理上的詮釋變得局部而片段，與希波克拉底主張對普遍法則精確考察以得出結論的綜合推理方式已經不同。<sup>26</sup>縱使在外科手術與實驗技術上進步不少，但逐漸轉化以「型態學」為基礎的思維不僅和中醫學大異其趣，也逐漸遠離以希波克拉底為首的醫家們所強調「整體、靈活、簡潔而自然」的醫學中心思想，變得逐漸僵化而制式，但西方時醫不僅不以為意，甚至視手術與解剖為主要的醫學內涵之一。<sup>27</sup>對於當今與外

<sup>25</sup>林伯欣、李建民、林昭庚，〈從馬王堆醫書看先秦中醫生理觀〉，《中華醫史雜誌》38.1（2008）：19-23。林伯欣，〈先秦醫學的生理病理觀—以馬王堆及張家山醫學簡帛為例〉，宣讀於《算數書》及相關簡牘國際研討會（台北：台灣師範大學公館校區，2006年8月24日）。

<sup>26</sup>栗山茂久曾考察希臘及亞力山大時期西方解剖學發展的狀況，他認為世界上幾個主要的醫學傳統在其發展中都不曾特別重視屍體的檢驗，也因此西方醫學在解剖上的發展與追求，其實是一種「異端」，代表了一種特殊的需求與慾望。解剖學家僅將身體視為身體，解剖的主要目的就是瞭解身體本身；這些專家對於解剖的驅動力並不完全來自醫學上的需要，而是基於任何自然現象都有其道理的認知下，試圖找出並規範人與動物的自然規律。參栗山茂久著，陳信宏譯，《身體的語言》（台北：究竟出版社，2001），頁119-138。

<sup>27</sup>維薩里（Vesalius）認為醫治人體有三種緊密連繫的方法，「飲食、藥物及外科手術。」並指出，解剖學是醫學中最重要、最古老的分支，因為它十分依賴自然觀察，所以必須將外科技巧與解剖學知識結合，以揭示人體組織的秘密。參 Roselyne Rey 著，孫暢

科、各類手術、急救等相關醫學技術有關的內容中醫學發展遠落後於西方醫學的現象，其實正如同在整體內科的理論與診治上中醫學絲毫不比西方醫學遜色、甚至略勝一籌一般，兩套醫學各具特色的呈現皆與其歷史淵源有關，所擅長的面向同樣有千年以上的理論與經驗累積。

十七世紀後西方人的生命知識快速累積，主要建立於血液循環系統的確認及物理醫學概念的產生。笛卡爾（Rene Descartes, 1596-1650 AD.）的主張促進的西方醫學的進展，他認為個人的思索是唯一絕對可靠的事，所以人的思想中除了思想本身之外不再有他物（Cogito, ergo sum, 我思故我在），這使得感覺相對於推理變得不再重要。<sup>28</sup>同時笛卡爾認為一切生物的活動都是處於能被物理學及數學準確測量的運動狀態，因此自然界的現象就是一個巨大的運動機械體；雖然大腦是具有靈魂與精氣的神秘複雜領域，但肉體則相對單純而具體，兩者是有所區隔的，從此「心物合一」的思想徹底被打破，「精神」與「物質」被嚴格區分。而哈維（William Harvey）在解釋血液循環時，也把心臟比喻為「泵」，肌肉、軟骨、纖維、血管也被視同如槓桿、彈簧、滑輪及管道，人體猶如一部複雜的機器。<sup>29</sup>這些機械性、實質化的觀點，使解剖、生理的論點革新，對於有關生命現象的疾病與健康定義也產生了質變。在精神與物質間存在明顯差異的二分法思潮下，西方醫學挾人體解剖及物理化學實驗的基礎陸續在十八世紀產生病理解剖學，十九世紀創立實驗生理學、細胞生物學與細菌學，二十世紀發明了抗生素並創立分子生物學，整體發展集中於研究身體組織及細胞、基因層級的生理病理，試圖尋找微觀生命單位及病灶藉以破解生命迷團的思維方式一直延續至今。

十八世紀的醫生對於疼痛的解釋有三種學說：機械主義者把人視為機器，認為疼痛是因纖維（管狀物）中充斥的「靈性物質」（animal spirits）受到淤積、阻塞、充血或拉伸造成稀化或稠化而產生，治療時需先確定刺激物，以相反性質治之，這是延續笛卡爾的觀點而來。活力論者則主張有某種特殊的非物質的因素支配生物體的活動，並使用「敏感度」一詞做為生命特徵，涵蓋生理與心理的概

---

譯，《疼痛的歷史》，頁 55。筆者認為該觀點背後強調以「精細化、分離化、解析化」的角度觀察生命現象的企圖至今仍在西方醫學各科別的發展上不斷發酵中。

<sup>28</sup> Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 434-437。

<sup>29</sup> Roy Porter 編著，張大慶等譯，《劍橋醫學史》，頁 151。

念。這一派學者認為敏感度不同時感受也不同，疼痛可以是身體的感覺，也可以是大腦中的想像與回憶，並提供了研究身心關係的絕佳案例。在疼痛產生的過程中，一種感知可以吸收其它任何時間點出現與其競爭的任何感知，這種觀點形成了內在與外在感覺相互競爭的理論模型，也在十八世紀末時成爲主流思維，與二十世紀提出的門閥控制理論（gate control theory）的觀點相當類似。第三種學說是泛靈論（Animism），認為靈魂主宰一切的生物機能，心靈力量能直接影響實質器官功能，疼痛的發生正是身心相互作用中發生衝突下的產物。<sup>30</sup>有趣的是，相關理論雖然多元但在治療上仍只有兩種態度：一是期待病患自然痊癒，一是使用治療手段。在治療上除了用鴉片治療虛弱性的發炎與疾病所引起的疼痛之外，對於考慮依疼痛特性使用同質或對立療法的觀點則仍爭論不休，<sup>31</sup>就算加上外科手術必備的麻醉藥物，在疼痛治療的方法也仍相當不足。本階段西方醫學發展正忙於擴大理論與臨床的內涵與相互接軌，雖然病理解剖學把醫者的眼光從基礎理論重新拉回臨床實務，但幾世紀以來的藥物學研究對於疼痛治療的方法其實並無具突破性的發展。<sup>32</sup>

十九世紀之後的西方醫學爲一般人所熟悉，顯微鏡的改良讓微生物學突飛猛進，加上抗生素的製備使疾病的藥物治療成爲快速而有效的途徑。十九至二十世紀的醫者，不再依靠哲學式的推論，而是全然的以透過客觀、可以人爲控制的實驗與觀察試圖解決複雜的生命課題；也由於該風氣的過度催化，醫者必須強迫自己以冗長的時間沈浸於實驗當中，以取得某種技術或分科的專業與權威性。在此同時能涉獵全科的醫師已逐漸奇貨可居，甚至被視爲不夠專業；醫學的分科將人體拆解成能彼此獨立解讀的區塊，持續以解剖（外科手術、病理解剖）與生理（生化、病理、微生物、分子生物）兩大工具深入探索。<sup>33</sup>十九世紀初開始，有

<sup>30</sup>三種學說的詳細內容參 Roselyne Rey 著，孫暢譯，《疼痛的歷史》，頁 92-105。

<sup>31</sup>這一時期的醫師在考慮治療疼痛的方法時，經常討論的是必須先衡量要重視哪一類的「治癒信號」？即面對疼痛時，醫師應該施加與疾病性質相同一類的療法，或採取對立的療法。參 Roselyne Rey 著，孫暢譯，《疼痛的歷史》，頁 113-116。

<sup>32</sup>學者認為，一直到二十世紀 30 年代抗生素發明並大量使用於臨床之前，西方醫學中的治療學其實並不算真正開始，也因此使得西方臨床醫學全面發展的起步較晚。參甄橙，《病與證的對峙—反思 18 世紀的醫學》，頁 204。

<sup>33</sup>工業革命中物理、化學、數學等學門的快速進步，也使「科學、理性、反教條」的態度深深感染了醫學發展的氛圍；「形而上」的思維不存在於科學中，同樣不見容於生命

關疼痛的發生與機轉陸續產生各種學說，研究焦點則著眼在中樞與周圍神經的結構與功能上不斷深入探索，但迄今皆仍有其侷限性與片面性，尙無任一種理論能全面合理解釋。<sup>34</sup>在治療的開發上，則依各類疼痛機轉的研究結果作為模型，專注於痛覺神經與感受器、疼痛傳輸路徑及內分泌與生化層次的致痛物質（pain-producing substance）等面向的研究，並以麻醉與止痛作為主要目的。更進一步說，不管是藥物或非藥物的治療，皆是透過阻斷或促進在疼痛發生時直接相關的生理病理機轉中某一項或數個標的物而達到「不痛」的療效。<sup>35</sup>這與中醫

---

現象。十九至二十世紀的西方醫學發展概論參 Arturo Castiglioni 著，程之范主譯，《醫學史》，頁 593-597、685-687、838-842。

<sup>34</sup>目前具代表性的疼痛學說有以下幾種，1.特異學說（specificity theory），皮膚的特異性感受器（游離神經末梢）受到疼痛的刺激後，透過相應不同的神經纖維和傳導束傳送到各中樞而引起痛覺。目前本學說因缺乏「痛覺專門接受器」的存在證據而仍存疑。2.形式學說（pattern theory），產生疼痛的神經衝動具有特殊形式，痛覺並無特殊感受器，而是非特異性感受器受到超強刺激或病理狀態下非傷害性刺激的綜合反應，這些反應向中樞傳入大量神經衝動，並整合為疼痛。3.疼痛第四學說（the fourth theory of pain），將「特異學說」與精神因素結合，認為身體存有感知與反應疼痛的兩大系統，強調個人對疼痛的反應與認知皆牽涉了複雜的心裡活動過程，並牽涉到社會文化、過往經驗等因素影響。4.閘門控制學說（gate control theory），疼痛的產生決定於刺激所興奮的傳入神經纖維種類和中樞的功能結構特徵。細纖維興奮時可「打開」閘門使疼痛的神經衝動通過，粗纖維興奮則「關閉」閘門使疼痛衝動無法傳導。目前以該學說最普及而被接受。相關內容參李仲廉、華勇主編，《慢性疼痛治療學基礎》（北京：人民軍醫出版社，2003），頁 11-12。韋緒性主編，《中西醫臨床疼痛學》（北京：中國中醫藥出版社，2000），頁 22-23。

<sup>35</sup>目前現代醫學所使用的止痛思維大概有以下幾類，1.去除致痛的原因。2.抑制侵害感受體的感受。3.神經傳導路徑的阻斷。4.改變對疼痛的認知。5.腦下垂體破壞法。治療手段則有藥物及非藥物（手術、復健、心理治療）兩大類，藥物部分以止痛劑和抗發炎藥物為主，乙醯胺酚（Acetaminophen）是治療疼痛的首選藥物，雖能止痛但無抗發炎功能且具有肝腎毒性，非類固醇抗發炎性藥物（NSAIDs）雖能有效治療疼痛與發炎，但是會抑制前列腺素（prostaglandin, PG）的合成，使 PG 保護胃腸粘膜的作用受到抑制，因而引發胃腸不適、潰瘍及出血等併發症，也可能產生腎功能、心血管及血液方面的副作用。連最新一代的止痛消炎藥 Cyclooxygenase-2（COX-2）抑制劑也已經有報告指出，服用後會使心臟病的發作機率增加，對腎臟也有傷害，可能造成水腫、電解質滯留、高血壓等症狀。非藥物治療部分在手術之外目前最新的療法是嘗試讓病患身處電腦製作的虛擬實境，以轉移大腦對疼痛的注意力，降低疼痛感。雖然醫療技術不斷進步，但整體上並不脫離神經生理的知識基礎。相關資料可參 Hunter G. Hoffman 撰文、黃榮棋譯，〈虛擬雪世界，無痛治燙傷〉，《科學人》31.9（2004）：56-64。Wayne A. Ray, et al, “Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of serious coronary heart disease: an observational cohort study,” *The Lancet* 359 (2002): 118-123. Bill H. McCarberg, “Osteoarthritis- How to manage pain and improve patient function,” *Geriatrics* 56 (2001): 14-24. Paul Emery, “Cyclooxygenase-2: a major therapeutic advance?” *The American Journal of Medicine* 110 (2001): 42s-45s. Thomas J. Schnitzer,

學考量疼痛發生時背後整體病理變化的思維完全不同，中醫認為疼痛發生時患部不一定就是病灶所在，面對疼痛的原因與機轉更應作陰陽表裡、氣血經脈臟腑等因素的全體考量；即使是急性而局部的外傷，也有經脈、經筋、皮部等部位上的不同特性，不宜單純以「疼痛」本身的發生機轉論治。這種觀點在前文解析《足臂十一脈灸經》、《陰陽十一脈灸經》及《靈樞·經脈》描述各種疼痛時便已昭然若揭，如果醫者的眼界隨著時代進展逐漸局部精細化，解讀生命現象的結論也會隨之破碎化。「止痛」固然使病患得到暫時的身心慰藉，但卻容易對深藏體內引發疼痛的警訊變得視若無睹、掩耳盜鈴。<sup>36</sup>

筆者雖以大篇幅作西方醫學發展的簡介，並指出在疼痛議題上中西醫學迥異的診治觀點，但實無全然漠視或推翻西方醫學論調的暗示。例如在急救、嚴重外傷處置、難產、急性大量出血、強烈突發疼痛（如癌末疼痛）、特殊先天疾病（如新生兒大動脈轉位）、及生命徵象喪失等臨床難題上，透過西方醫學的儀器、工具、技術、解剖生理知識、和各種麻醉止痛或急救藥物皆能在短時間內將生命搶救並加以穩定，這些都是中醫學的技術與工具至今未能妥善處置的問題。然而現代西方醫學以生物醫學模式為核心、並著眼於實質生命體活動的精細發展的確已造成部分偏執化與過度醫療的趨勢，這在臨床診治上所產生的實際問題同樣不容忽視。<sup>37</sup>疼痛感至今無法靠儀器測量，必須依靠病人主觀的描述，十八世紀以

---

“Cyclooxygenase-2-specific inhibitors: are they safe?” *The American Journal of Medicine* 110 (2001): 46s-49s. Debabrata Mukherjee, “Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors.” *JAMA* 286 (2001): 954-959. John R. Vane, “Mechanism of action of aspirin-like drugs.” *Seminars in Arthritis & Rheumatism*. 26 (1997): 2-10.

<sup>36</sup>目前用於治療或緩解疼痛的西藥以作用於表淺組織、或阻礙發炎過程、或影響大腦與脊髓運作為主要療效來源，這些功效強大的藥物能阻斷相互協調連繫的機轉，使疼痛得以消失。但這種治療思維要能真正有效的前題是疼痛系統在體內必須是獨立的、猶如防盜警報系統一樣，可以在疼痛發生時適時被關閉而不影響全身功能持續運作。但是如果與疼痛有關的功能只是系統整體的一部份，甚至在不執行產生疼痛任務時還負責其它的生理功能，那麼以止痛或抑制疼痛發作的機轉來「治療」疼痛就只是一個錯誤的幻想。參 Patrick Wall 著，周曉林等譯，《疼痛》（北京：三聯書店，2004），頁 122-123。

<sup>37</sup>國內外不少學者與醫師已逐漸針對現代醫學的發展方向提出憂心的看法，認為現代醫學存在疾病病因及發病機轉不明、確診過晚或診斷不清、檢查與治療方法具有創傷及風險性、和藥物的副作用等問題。並且認為現代醫學具有五種缺憾—「跛足、分裂、被動、治標、人性淡漠、不公正。」需要重新修正。參潘長春，〈論疾病譜改變後醫學的發展〉，《醫學與社會》18.2（2005）：15-18。何權瀛，〈現代醫學的有限與無奈〉，《醫學與哲學》23.1（2002）：9-11、20。張福利等，〈為醫學“會診”—當代醫學的主要缺憾〉，

後現代醫學確立的疾病概念在於任何不適都須找出病灶、看見異常，然後才有辦法確診治療，這對於主觀性強而具多因性的疼痛而言自然只有壓制阻斷一途。筆者認為，中醫學的特色正好能填補這一部份的不足。

任何學科都有自己設定的研究對象和領域，也因此決定了研究視野的獨特性和局限性。中醫學理論同樣有精細的一面，也有專門的生理、病理、解剖論述，只是其重視的面向不同，因而在發展過程中建立起與西方醫學不同的理論。相對於西方實體解剖的醫學主流，近年來有學者認為人體的多樣性與複雜性不是僅靠解剖就能解釋清楚，應該嘗試以各種體系加以分析。由於中醫學的身體論述有許多是「超解剖」、「非解剖」的層次，例如經絡的架構、五臟與藏象的分類、以及症狀與證的意義等都不全然是建立在解剖學的基礎上，所以除了和西方醫學的內涵不同之外，更不應受限於解剖學的框架。<sup>38</sup>在生理學的內容上也有雷同的特徵，除了同樣敘述肉眼可見的實質結構及以獨有的語彙解釋局部機轉中精細的物質種類與變化之外，中醫學更透過外顯功能的觀察與分類歸納，將看似不相關的現象或症狀間找出關連性，並將時間、空間等因素納入，成為完整複雜的一套理論。這也正是目前臨床上經常有病患不適但以現代醫學儀器診察無異常時，求助中醫後卻能找出病因且精準治療的原因。

兩漢之後理論體系已臻完整的中醫學是以五臟為中心，與六腑相合，並藉由經脈系統「內屬於腑臟，外絡於肢節」而形成完整相通的結構。「五臟」特性的分類來自五行思維，代表的是人體內的五大系統及其功能表現，包含六腑、五體、五官、四肢百骸等全身組織器官也能比照這五大系統的規則歸納分類，再透過形、精、氣、神間的互動轉化，身體的機能就能主動運作。而中醫學強調的平衡與穩定不僅存在於身體之中，也是維繫人與環境和諧共存的力量，宇宙自然界的各種現象同樣能以五行特性加以分別，再與同質的生命現象互相呼應，因此古代中國人透過氣、血、水、神等有形營養與無形能量充斥於「五體」與臟腑間運作的理論及人與天地互相感應的意識，建立起「依自然而各具特性的節奏運作轉化，以使生命活動正常延續。」的中心思想。中醫學原則性的理論與衍生出的診

---

《醫學與哲學》21.10（2000）：23-25。

<sup>38</sup>祝世訥，〈論「超解剖」架構的研究〉，《山東中醫藥大學學報》24.6（2000）：402-406。

治大法正是來自於上述的思維及歷代累積的智慧。

要詳細考證中醫學對於痛證的觀點與論述，其實必須同時考證全體中醫學理論與技術的內容和其相伴的歷史。本論文二、三、四章便是以文史與醫學兩大主軸並行的方式深入描述痛證的各種議題，也藉以拆解中醫學解釋生命的方式。筆者不僅試圖以廣泛而深入的醫學內涵詳細解釋「不通則痛」、「不榮則痛」等普遍對於痛的簡單論述，對於人文社會與歷史變遷所形成關於痛的思維也盡可能有所涉獵。關於疼痛，可以簡單僅視為一種症狀，也可以擴大範圍成為論述身心狀態、性別體質差異、生理機轉、病理變化、身體結構、及物質與能量轉化時的對象。正如第三章第二節所指出，疼痛的發生除了是身心受傷害後伴隨發生的症狀之外，更隱含著生命力異常的警訊；而對於疼痛以外的各種症狀與病理現象，中醫學也有同樣的看法。即在整體概念上，透過臟腑、經脈、組織的運作與活動是否協調規律，及其中氣血精微、津液、神明等因素是否充贏而不息，加上陰陽學說、五行互動關係的介入，中醫學就是依靠這些知識體系為人體塑形，並從中設計、經驗出對應的療法。

筆者對歷時而更迭的學術思想是否被繼承或改變深感興趣，簡言之，由於我們當前熟悉的中醫學已非先秦兩漢的原來面貌，因此回頭爬梳與試圖詮釋的探索過程其實就是與先人思維的無形對話，也是中醫學在現代力求突破前必備的前置作業。撰寫論文中，筆者在解讀歷史證據與分析醫學理論時經常思索沃勒斯坦（Wallerstein, 1930- AD.）的主張，他雖主張科學，但反對唯科學，也強調對事物所有的解釋都是暫時的，科學並非唯一合理的知識種類。<sup>39</sup>所以經常自問：我們一直以為的歷史事實為什麼就是事實？歷代各種理論或意見皆有其前提與特定的表述法，我們又該如何分辨其偏見的成分有多少？這是每一個研究中不可避免而常見的事實，也成為本論文在鋪陳中醫學及其相關歷史、與提出個人論述時筆者盡力避免的偏差。

若以「思想史」的觀點來思考論述並以相關方法研究，或許能以更接近的

---

<sup>39</sup>Immanuel Wallerstein 著，王昺等譯，《知識的不確定性》（濟南：山東大學出版社，2006），頁 3-7。

距離瞭解中醫學。<sup>40</sup>從傳世的先秦諸子思想及陸續出土的文物中，我們可以察覺時人對於「人是什麼？」抱持極大的興趣，除了醫學之外，包含天文曆法、占卜祭祀、厭劾祝由等在內的方術都是以人爲中心圍繞而成的知識技術。這些「學術遺產」不論從身心兩方面解析「人」、或是加入了自然環境及宇宙圖式的連結，都呈現與現代截然不同的面貌，中醫學的起源與基礎的建立，正是在這種環境下氤氳而生，實質的生命結構中充滿的豐富的人本思潮，對於健康與疾病的現象也涉及人文社會與自然演化的共存狀態。然而歷代知識技術的演化隨時間而流變，戰亂遷徙、朝代更迭都使得思想產生質變的滲透，這使得後人欲重新詮釋原典時，思想本身往往造成研究過去思想的障礙。

文字的流傳面臨同樣的問題。古代中國人的思維、對於文字的使用方式、以及書寫的態度與條件和現今有極大的不同，情境的高度差異，是造成了後人研讀時的主要障礙，也是中醫教育最大的困境。尤其當今地理上的距離已非知識傳播的障礙，世界各國文化與多元民族交流的方便程度已使資訊氾濫的程度快速增加，網路上方便取得的大量資訊不但真偽難辨，也相對使得知識層次流於淺薄而片段，對文字的敏感度與意義上的體會也在鍵盤操作中逐漸流失，古聖人醫家與現代人根本處於不同的思維頻道中，無法產生清晰的連結訊號。特別是中醫學在面對生命、疾病的圖景裡，身體是最有代表性的目標，也是資訊獲得的主要媒介；歷代醫者是透過對人我身體的觀察、思考、分析及親身體驗與領悟之後，才將這些過程中可表達的精華以文字呈現。因此若以現代的理解方式「翻譯」古文、或忽視文獻史料的背景條件、以及沒有如同先人的身心感知經驗而僅流於理論上的思辯，都無法對經典文字做出完整的詮釋。至於變更文字構型改繁體爲簡體，雖然有書寫簡便的優勢，但文字原有的神韻與內涵則蕩然無存，經典原來的精義也

---

<sup>40</sup>筆者使用「思想史」一詞乃受葛兆光的著作影響，並認為其論點有助於用較寬廣的視野評述中醫學。葛氏認為歷史上真正綿延至今且時時影響生活的至少還有兩種東西，一是幾千年來不斷增長的知識與技術，另一是幾千年來反覆思索的問題及由此形成的觀念。對於這些歷史上發生的大小事件與思潮在研究討論的策略上應如何思考與說明？最初的依據與基本假設為何？應如何跳脫教條式思想重新追尋真正的脈絡與精神？以及在顯現與隱藏的意義中如何建構思想史的連續性？這些核心意識使思想史的研究方法與寫作思路因此而更有意義。參葛兆光，《思想史的寫法—中國思想史導論》（上海：復旦大學出版社，2004）。

不復再現，這對中醫學知識與心法在傳承上的困難無疑雪上加霜。<sup>41</sup>

筆者認為中醫學要能發展，必須有自己的研究方法學，並從不斷重複回溯建立理論基礎的經典文本中找到創新的契機，同時在臨床求得驗證。然而參透經典意義的前題至少需具備良好的文史能力及大量的臨床經驗，想要藉由現代科技為中醫學尋求突破者不能忽視這兩種「跨門檻」的能力。葛兆光認為「必要的體驗能力和想像能力，常常是研究是否能夠有突破很重要的因素」，<sup>42</sup>筆者在同時撰寫論文與臨床診療過程中，對於該論點有深刻的體認。歷來許多學者專注於中醫學是否具備「科學」或「哲學」特性的探討，但筆者認為中醫學除了具有能實際運用的技術之外，加上其牽涉天文地理人事的龐大知識體系，很難單純以「經驗」、「科學」或「哲學」強行劃分，知識、思想與技術在早期的中國並不那麼涇渭分明，古代中醫學涉及的範圍與深度其實並不僅止於疾病的治療。

不過，「醫」與「史」的研究仍應有目的上的傾向與分界，不宜含糊不清。畢竟對醫者來說，醫學研究的最終目的是臨床應用，除了真實呈現所有的史料與互相連結、並對文字形義做合理的辨識與闡述之外，還必須能切合臨床。這是醫者必須比史家更努力做出進一步實踐、驗證與評論的不同之處，也才符合「方技」生生之具的核心精神。

近年來或許是現代醫學的發展遇到瓶頸、亦或是在主流醫學思潮下中醫學的本來面目逐漸喪失，世界各國對於中醫藥的研究發展出現了不少關注的眼光。<sup>43</sup>尤其在中國大陸，不少學者針對中醫學特質的探討、是否具有科學性、及應如

---

<sup>41</sup>中國大陸對於簡體字使用的堅持，從西元 2007 年開始已經有所修正，包括已接納世界衛生組織為準確反映中醫的原始概念，已訂定中醫術語的中英文翻譯標準，所使用的漢字全部是繁體中文的決議。這份國際標準以避免使用拼音、不新造英文單詞為原則，著重考量醫學意義來翻譯。同時為了積極爭取漢字標準化主導權，中國也喊出「繁簡共存」的口號。2008 年，中國全國政協委員聯合提案建議北京當局在現行小學階段中設置繁體字教育課程，將中國文化的根傳承下去。

<sup>42</sup>葛兆光，《思想史研究課堂講錄》（北京：三聯書店，2006），頁 364。

<sup>43</sup>世界衛生組織（WHO）在西元 2002 年 5 月 26 日發表了「2002-2005 年傳統醫藥及替代醫藥全球策略」，建請全球一百八十餘個國家將此策略納入國家醫療政策。主要目的在以民眾的健康和福祉為前提下，協助各國對傳統醫學展開進一步的研究，並開發傳統醫學的潛力，及盡量減輕未經驗證與濫用的治療風險。相關資料可進一步參考 WHO 網頁 [http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/zh/index.html](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/zh/index.html) 的說明。此外，[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_chi.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_chi.pdf) 可下載計畫的中文完整內容。

何維持其自主發展等本質上的問題有不少的論戰。基本上反對的一方理由仍不脫「中醫充滿玄學意識、不是科學」、「缺乏邏輯與科學研究方法」、「沒有明確科學實驗證明」、「藥物有毒性、療效不確定」等百年來老生常談的論調，<sup>44</sup>主張支持或中立的學者反而提出不少中醫學該堅持的特色與必須加速隨時代進展的迫切性問題。<sup>45</sup>目前制約著中醫學發展的因素相當多，除了中藥資源受限於環境變遷可能影響療效之外，筆者認為最重要的是中醫學缺乏專有的研究方法與評估標準、以及人才培育傳承的制度具有缺失；這兩大問題不僅同時存在，還會彼此影響，不斷惡性循環。在西方醫學儼然已成為「科技化產物」的潮流下，加上主流學術氛圍中「矯枉過正」的科學精神，學者不僅逐漸喪失具備看到中醫學核心的眼光，在評估中醫藥診治效果與設計學科本身理論的研究方法時都因過度強調「科學化」而無法真正貼近中醫學的面貌。至於醫療環境逐漸附會於「商業化」與「快速化」的價值中，在缺乏人文與品德素養的風氣裡，不僅教育時程過短，醫學生的學習心態也會產生偏差，不願意花時間埋頭深耕，對照於中醫學要求醫者成材的標準，這無疑是向下沈淪的力量。

中醫學應在堅持獨有的特色下，持續嘗試與現代醫學對話，但筆者並不認為透過現階段技術與科技的協助能使中醫學在理論上有突破性的發展，更不認為在熟悉中醫學原來面貌之前以西方醫學的視野與思維能獲取中醫藥的精髓。中醫學理論並非已具備全然的完善而不能突破，只是以當前的自然、社會學科與醫學內涵要試圖解釋與串連仍具有侷限性。對於每一位當代的中醫師來說，在身處於傳統醫學不受重視與誤解導致的不公平對待，及現代醫學對於中醫藥知識採「廢醫存藥」作為研究主流的雙重壓力下，筆者撰寫本論文的初衷實冀嘗試釐清並呼

---

<sup>44</sup>學者提出從「科學」角度反對中醫學的看法，並認為質疑中醫的科學性並不等於否定中醫的「文化」價值。至於中醫治療學的內涵則應以現代醫學方法檢驗有效性及安全性，不可輕信傳統經驗。參方舟子，《批評中醫》（北京：中國協和醫科大學出版社，2007）。

<sup>45</sup>對中醫學發展的特色分析與未來遠景較為中肯的論述可參以下著作，曹東義，《回歸中醫》（北京：中國中醫藥出版社，2007）。江曉原、劉兵主編，《科學敗給迷信？》（上海：華東師範大學出版社，2006），頁 154-173。王一方，《醫學人文十五講》（北京：北京大學出版社，2006），頁 62-71。張效霞，《回歸中醫》（青島：青島出版社，2006）。中國中醫藥報社主編，《哲眼看中醫—21世紀中醫藥科學問題專家訪談錄》（北京：北京科學技術出版社，2005）。區結成，《當中醫遇上西醫》（北京：三聯書店，2005）。

籲重視先秦兩漢以來中醫學原有面目的迫切性、並強調應先做好延續與傳承之後才能有真正的創新。這樣的想法並非來自維護傳統、守舊不知進步的八股意識，而是在累積了學習經典內涵與臨床診療實務的配合中不斷驗證中醫學的能耐後有感而發。

中醫學一定得全然地向西方醫學靠攏嗎？一定要得到現代醫學的青睞與認同嗎？一定無法獨立發展並與現代醫學共存、互相協助嗎？或許日本江戶後期著名醫家森立之的看法可以給我們一些啓示：

凡古經活看，則皆切當於今日矣。不能活看，則茫茫紙上空論，先心中立如是見解，然後枕藉古經，則所不能通解者幾希矣。<sup>46</sup>

在尋求現代醫學的註解或結合之前，必須先熟練靈活於經典的涵意，透過經典的研讀與實驗，能與先聖高明曼妙的智慧神交，從中發現的生命真相；不但能給醫者在研究與臨床時提供最可靠的資源，也讓醫者能協助病患有最大的勇氣與信心面對病痛。這正是筆者從先秦兩漢中醫學發軔之初，尋找真正原屬於中醫學自我規矩與準則的希望。



---

<sup>46</sup>〔日〕森立之，《素問考注下冊》（北京：學苑出版社，2002），頁372。

## 第六章 結 論

所謂平人者不病，不病者，脈口人迎應四時也，上下相應而俱往來也，六經之脈不結動也，本末之寒溫相守司也，形肉血氣必相稱也，是謂平人。

1

— 《靈樞·終始》

古人的感知經驗與對身體的描述顯然與現代人有極大的差異，但對於「痛」的感覺態度則是一致的：這不但是一種直接明顯令人心身不適的感受，同時可能隱含著災難、疾病與死亡的意味。在古典中醫學的視野下生命的真相究竟為何？生理機轉的演化與疾病發展的時程如何在同一具身體中彼此消長？醫者如何在多樣的病痛之中尋找理論與臨床上突破的方向？「痛」的發生又如何與這些相關的意識連結並加以診治？筆者在論文中嘗試對這些問題做出合理的解答。

「痛」的理解與陳述隨著對身心及生命的探索與日俱增，「痛」字的使用除了用來形容心理與情感的厭惡與不適之外，也用來表達產生於肉體的感覺，並藉由身心兩種現象的互動體驗衍生出精神形體間互為病因的思維。對於身體的認識，早期醫學文本有大量「痛」在實質結構與經脈、藏象系統上的現象與特性描述，這不但凸顯了「痛」在醫學發展的原創力上具有重要的地位，也是促使身體內外的認識與聯繫逐漸清晰的主要原因。即使現有文獻的不足無法再往前確定古人對疼痛的相關論述，但基於「有人的歷史就有疼痛發生」的事實，相關研究值得持續關注。

「痛」的產生在某種程度上是因患者的體質、年齡、身體特徵、生活環境及社經條件等因素所決定，「勇」與「怯」的觀念在中醫學上更具有生理與心理的雙重性，因此勇敢怯懦與是否畏懼或忍受疼痛之間其實並不必然相關。中醫學強調生理上組織器官的健康與心理上性格精神的穩定是人身正常運作所必備，醫者在診療過程中也能透過診斷分辨勇怯或耐痛的特質以確認身心運作的各種因素是否處於應該的狀態。至於疼痛在性別差異與疾病種類的關注上是有所不同

<sup>1</sup>河北醫學院校釋：《靈樞經校釋上冊》（北京：人民衛生出版社，1998），頁187。

的，雖然在中醫學的思維裡「男女、陰陽」特性所展現的生命現象才是醫家重視的身體意識，但仍依生殖系統不同的結構、功能與相關疾病為性別化的身體做出區隔，至於勇怯及耐痛的性別相關性則不必然存在。

身體結構的特性與功能各不相同，因此「痛」在不同結構中發生的原因與症狀也各異其趣，這些知識由時代較早的「脈」、「臟腑」與「氣、血」等觀念延續而來，透過實體解剖、現象觀察及病因病機理論的發展逐漸成形，理論的深層化與精細化讓醫學限制不斷突破。體內的生命元素被歸納以「氣」、「血」、「水」三大類為主之後，加上「神」的主宰形成四者既獨立又互動共存的生命體系。「痛」的產生乃因體內發生氣、血、水的活動異常阻滯不暢、但主神志覺知的部分仍屬正常所導致，若連痛都未能感知，表示體內的生命元素已完全無法正常運作，彼此間的訊息已無法溝通，已屬危症難症。

病患對自我「身體感」的描述在醫學上不一定具有清晰的臨床鑑別意義，尤其是「痛」的描述經常會有類似的感覺與症狀夾雜其中。對於這種臨床困惑，筆者以「痺」、「厥」、「痿」三證為例考證，認為以「氣血」在不同條件下互動產生的各種異常變化解釋藏府經脈組織的病理與症狀，是《內經》中大部分篇章的共通語言，醫者就是透過從「氣血」細微的變動模式分辨症狀差異、並加以定義命名分類；加上各種類似症狀間互有異同的病因與病機，除了表達同一具身體產生不同病證間的複雜性，也顯示中醫學在病理上對差異性的細膩追求。

至於中醫的診斷過程所欲收集觀察思索的，是要在病患各種身心徵兆的細微反應中，探尋體內疾病變化的各種趨勢；對主觀性強的痛證來說，準確而客觀的診斷是最重要的。因此筆者以望診與切診為對象深入探討，認為兩者皆有以觀測、比較、分辨經脈與血脈各種變化以準確呈現患者身心狀況的特點，這對痛證的診斷極有幫助。望診與切診皆透過經脈與血脈診斷，但擷取出不同面向的訊息，醫者透過不同的感官方式能夠察覺出更多的生命意義。針對同一觀察對象，卻能以不同診斷方式辨識出更多的身心資訊，這使得中醫學的生命視野更加廣泛饒富意義。

「痛」的病因病機、部位特性能分辨清楚，對於治療方法的正確選取就變得容易許多，剩下的問題只是對各種療法是否有正確的理解。「痛」的主要導因

既然是身體氣血水流暢度的異常，及在臟腑與組織、經脈間的互動形成障礙所致，所有治療疼痛的方法，當然都應該圍繞著該意識而操作。此外，筆者考證了祝由、導引、針灸及方藥等主要的治療方法，除了論述各療法在治療痛證上的特色之外，也強調從先秦到西漢中醫學理論完整化之後，治療疼痛的特點逐漸脫離了單純鎮痛與治標的水準，對於疼痛乃至於各種病證幾乎都能從標本兼治的面向考量，具備了全方位的診療能力。

以上為本論文所完成的幾個結論，未能盡善盡美之處，將在後續研究中勉力補述。事實上，「痛」的特徵千頭萬緒，引發的原因也各不相同，再加上部位、器官、性別、體質、疾病種類與主觀感受等因素的差異，使得「痛」成為臨床上最特殊的議題之一。

這是一篇結合中醫學發展的思想、歷史流變與臨床驗證的論文。所論述的核心是以痛證為主題、並分析先秦兩漢在中醫學起源與建立系統化基礎的時代，身體思維（body thinking）與生命意識在醫學及歷史文化中具有的理論及其互動的過程。簡言之，筆者欲探討的是從「痛」切入分析生命秩序的古典論述。

事實上，中醫學追求的，是平衡協調、陰陽共存的身體；是合乎宇宙節率與自然脈動的「平人」。因此生理與診斷的探索是為了解這個奧秘如何可能發生，病理與治療的發展則是為了掃除達成無病與長壽目標過程中的身心障礙。古典中醫學是圍繞著「平」的身心狀態、乃至於天人地三元和諧與穩定的核心發展，並非過度的健美與不斷被強化的治療意識。

而關於疼痛，仍有說不完的故事；身體，更是拆解不盡的迷團。仍持續催促著熱愛生命並具有冒險精神的人們，在這未知的道路上前仆後繼的探索。

◎附錄中的圖片乃針對論文提出的各種概念加以補充說明。除少數特別註明出處外，皆來自英國維康基金會（Wellcome Trust）所擁有的維康圖像資料庫（Wellcome Images），對其免費授權使用謹此致謝。

Conceptions of Pain and Its Significance in Traditional Chinese Medicine  
in Early China

Po-Hsin Lin

Advisor: Jaung-Geng Lin

Graduate Institute of Chinese Medical Science, China Medical University

Abstract

“Pain” is an unpleasant feeling and experience commonly shared by human from the past to present and in the East and West. It is not unique, but a symptom that comes along with the abnormal changes in body and mind. Up to now, “Pain” still can not be precisely pinpointed, tested and quantified clinically. Though the “Pain” is universal and objective, the feeling is unique and subjective, and is varied in degree from the awareness to the expression of pain. To the patient, it is more urgent to alleviate the pain than to cure the root causes. This is one of the most difficult problems facing the medical practitioners in their clinical diagnosis and treatment. The study of “pain” in bio-medical science or the disciplines of social humanity is seemingly considered ordinary, but in fact is a fairly complicated subject especially in medical science in which “human” is the research object and the study of “pain” is extremely important. In the process of early formation of the Chinese Medicine, “pain” and its relative subjects are the catalyst of cumulative experience and formulation of theories. The primary objective of this thesis is to explore the classical medical science on the visions of various relationship between “pain and life”, and also attempts to discover, from the essence of history, culture and medical science, the people’s attitude and feeling under different time, place and background in coping with the subjects relative to the pain and illness of the body and mind, and the theories

and methods of treatment.

Pre-Qin and Han dynasty were regarded as the time when Chinese Medicine took its roots and the theories systemized. This thesis intends to use these eras as a starting point for analysis, and take “pain” as a core viewpoint to present various pain-related issues, and attempts to answer the following questions: Had the expression and documentation of “pain” evolved along with the degree of the recognition of body? What influence did the subjective interpretation of feeling and experiences have toward the understanding and definition of “pain” in the eras of Early China? What were the differences between the causes of various types of “pain” and the abnormal body feeling? What were the co-relationship between various types of “pain” and various types of body structure as well as Qi (vital force) and blood circulation? What were the concepts that facilitated the techniques of “pain” treatment and the reasoning behind them? And they inter-related, but different in the past and present on “pain” treatment, therapy, and cure.

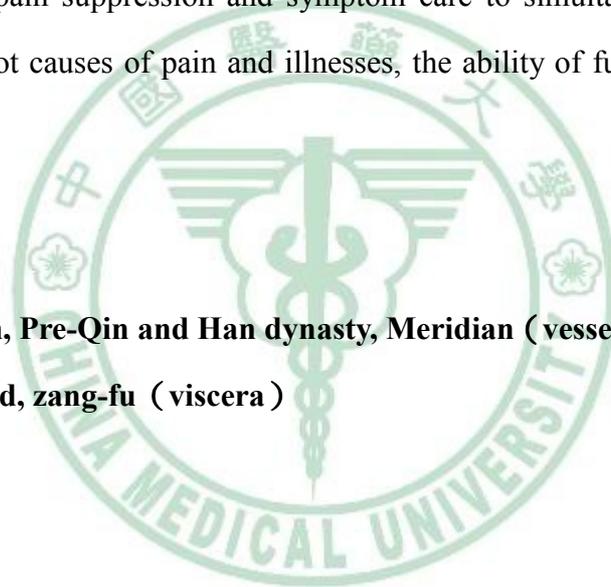
The research results suggested that “pain” excepted for describing the psychological and emotional discomfort, had gradually been used to express the physical illness in earlier eras. Through the interaction of expression and discomfort, the spirit and body had both been considered as the causes of illness. Also because more attention had been focused on “pain” that occurred in essential body structure, essence and pulse, and the system of internal organs, it had not only accelerated the progress of medical science, but also placed “pain” in a conspicuous and important role in the development of medical science. It also help in understanding the body and co-relationship between inside and outside. The body characters such as gender, “bravery” “fear”, etc. were not necessarily relevant to the degree of pain tolerance. The attention to pain was obviously different in gender and diseases. Physicians used the diagnosis to differentiate the variances in bravery and fear or pain tolerance and to

confirm whether the body and mind functioned normally. In addition, due to the differences in the characters of body structure and functions, the causes and symptoms of “pain” varied in body structures. This knowledge continued from the concepts such as “pulse”, “Internal organs”, and “Qi (vital force) and blood”, etc, and to autopsy, observation, and the development of the theories of pathology, which gradually took roots in its depth and sophistication, had changed and continued to break through the medical limitations. At that time, the life elements in human body were categorized into “Qi”, “blood”, and “fluids”, which became an independent, but also interacting and co-existing life system coupling with dominating power of “spirit”. “Pain” occurred as a result of the abnormal stagnation of the activities in Qi, blood and fluids while the control of conscience and cognition remained normal. If the pain was not sensed, then it meant the life elements had lost their normal functions and communication.

This thesis further examined the “body senses” similar to “pain” in the areas of “Bi”(痺), “Chueh”(厥), and “Wei”(痿) and found that “Qi and blood”, which interacted under the different circumstances, had generated various abnormal changes that explained the pathology and symptom in Zan-Fu (viscera), and that they had become the common language in many chapters and verses of the “Nei Jing”(內經). Through the subtle pattern of changes of “Qi and blood”, the variance of symptoms were distinguished, defined and named. Various similar symptoms, which contained different and similar causes and pathology, except for demonstrating the same attributes of syndrome generated from the same body, suggested for the delicate pursuit of variation in pathology. The reaction to the process of diagnosis was to find the patient’s reaction to various symptoms in body and mind and to explore the trend of changes in illness, especially for strongly subjective case of pain, accurate and objective diagnosis was the most important. This thesis also discussed the examples of inspection and palpation and concluded that both had their merits in utilizing

observing measurement and comparison to distinguish the changes in essence and pulse, and vessels and to accurately disclose the conditions of the patient's body and mind. This was very helpful to the diagnosis of pain. For the same observing object, more information on body and mind could be distinguished and recognized by applying different diagnostic methods, it had broadened the horizon and vision of life in and to Chinese Medicine. Finally, all pain treatments and therapies had been circled around the variation of abnormality on the degree of circulation in body's Qi, blood, fluids, and the stagnation of interaction between Zan-Fu, essence and pulse. In the post pre-Qin and Han dynasty, the emphasis of pain treatments had gradually shifted from the simple pain suppression and symptom care to simultaneously treating the symptoms and root causes of pain and illnesses, the ability of full-covered diagnosis and treatment.

**Key words : pain, Pre-Qin and Han dynasty, Meridian ( vessel, channel ) , Qi and Blood, zang-fu ( viscera )**







圖一：黃帝授書雷公圖  
明·《補遺雷公炮製便覽》

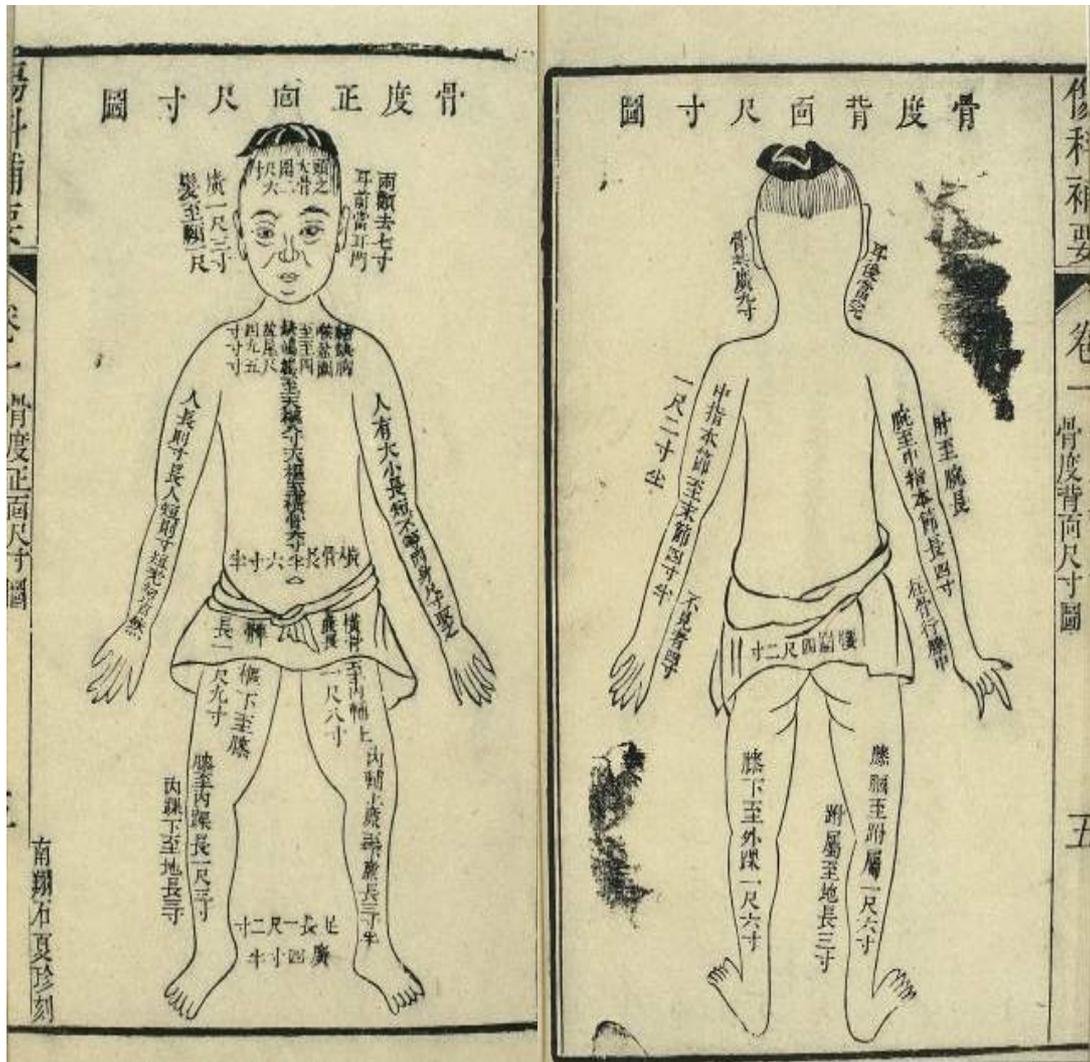
中醫學發展與演進的過程中，理論與實務經驗的融合及文本著作的撰寫與傳授成為進步的核心動力。



圖二：心臟與手少陰心經圖

明·高武《針灸聚英》

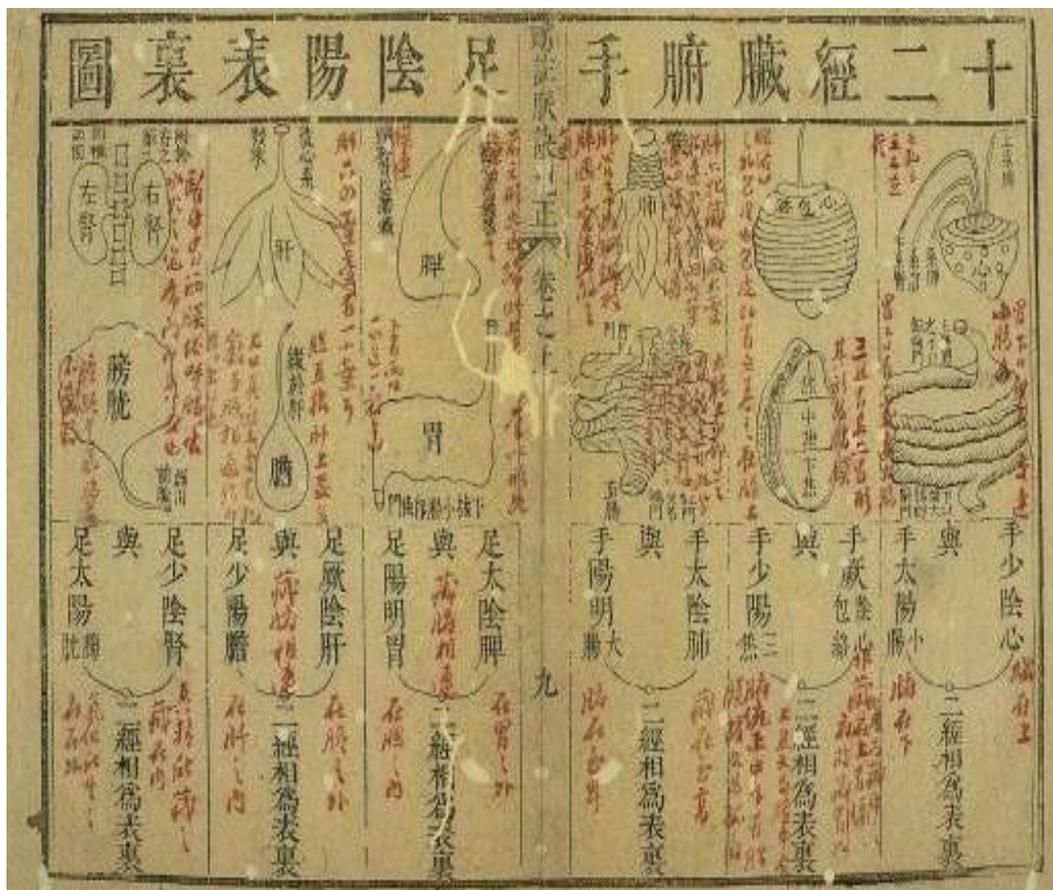
脈相關知識的成熟與系統化不但使身體部位的劃分成為功能性取向，更連繫了內臟與相關的身體結構。脈上的穴位也在透過觸摸與臨床診治驗證後陸續被定位與命名。



圖三：骨度尺寸圖

清·錢秀昌《傷科補要》

中醫學實體解剖測量與生理現象觀察演算同樣重要。



圖四：十二經臟腑手足陰陽表裏圖

清·沈鏡《刪注脈訣規正》

系統化後的經脈知識不僅能自成體系、陰陽經相表裏連結，更各自與所屬臟腑相合；同一時間，加上對臟腑與各結構外形與功能的瞭解促使中醫學形成複雜綿密但內涵清楚的生理病理知識。



圖五：剃頭棚放睡捶拿圖

疼痛症狀平凡而常見，但在醫學上卻是複雜的議題，絲毫不容忽視。

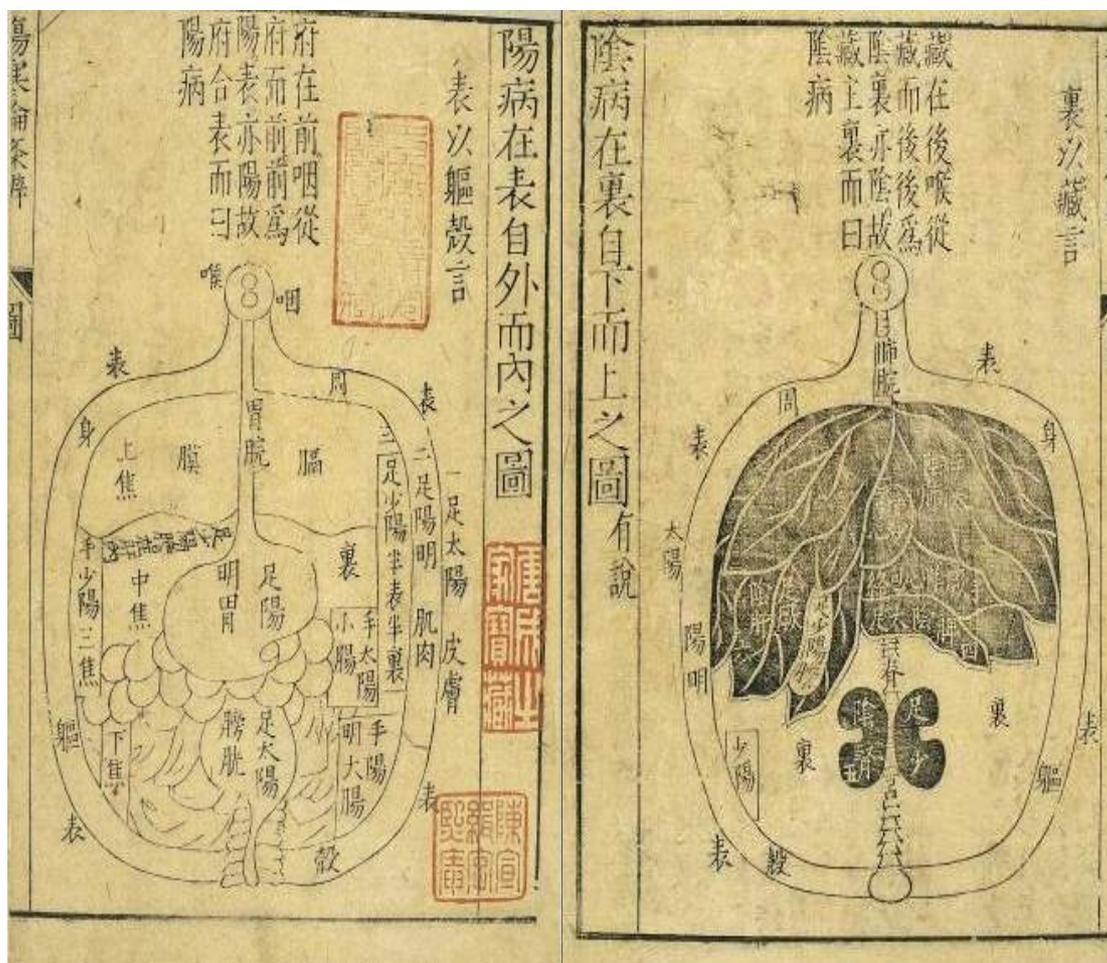


圖六：關羽割臂圖

日本·葛飾北齋繪(1760-1849)

摘自 <http://go.yenching.edu.hk/0028.htm>

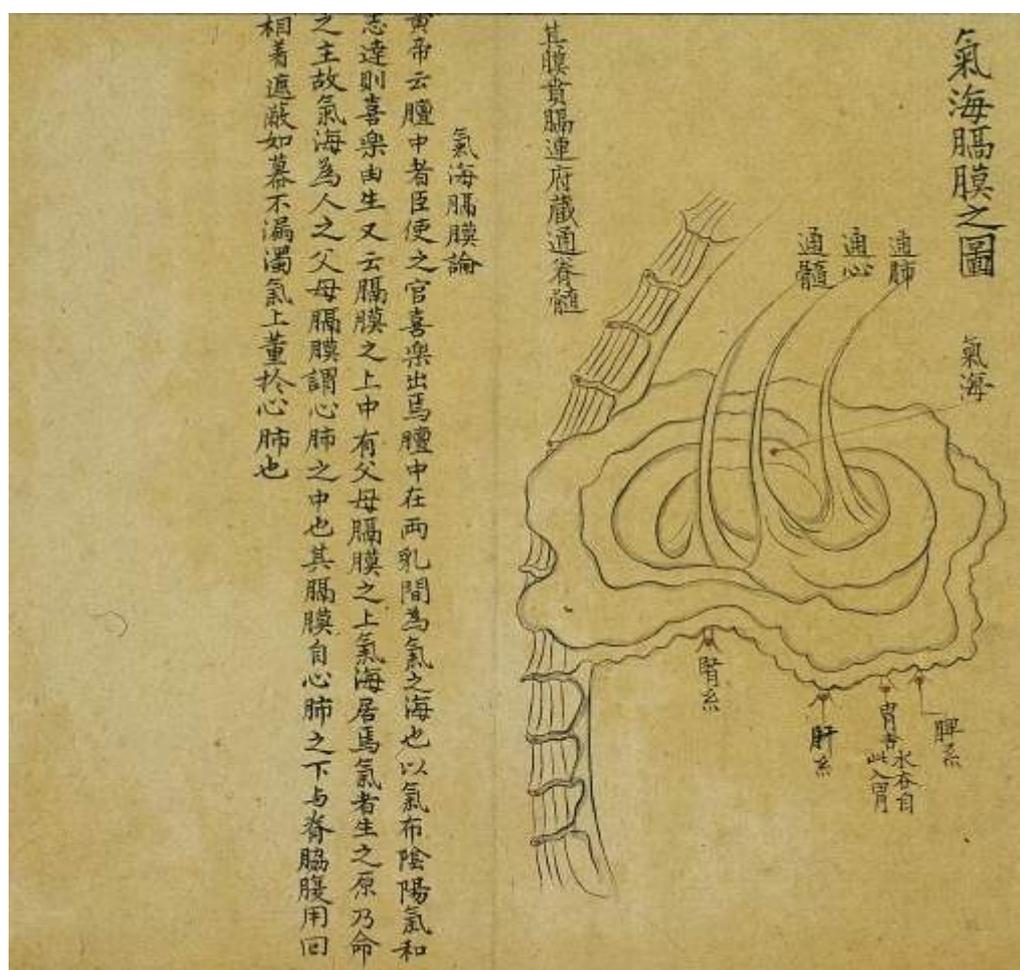
除了信仰與毅力，文化傳統、生活經歷、性別與身心狀態都能對一個人的忍痛程度造成影響。



圖七：陰陽二病傳變圖

明·方有執《傷寒論條辨》

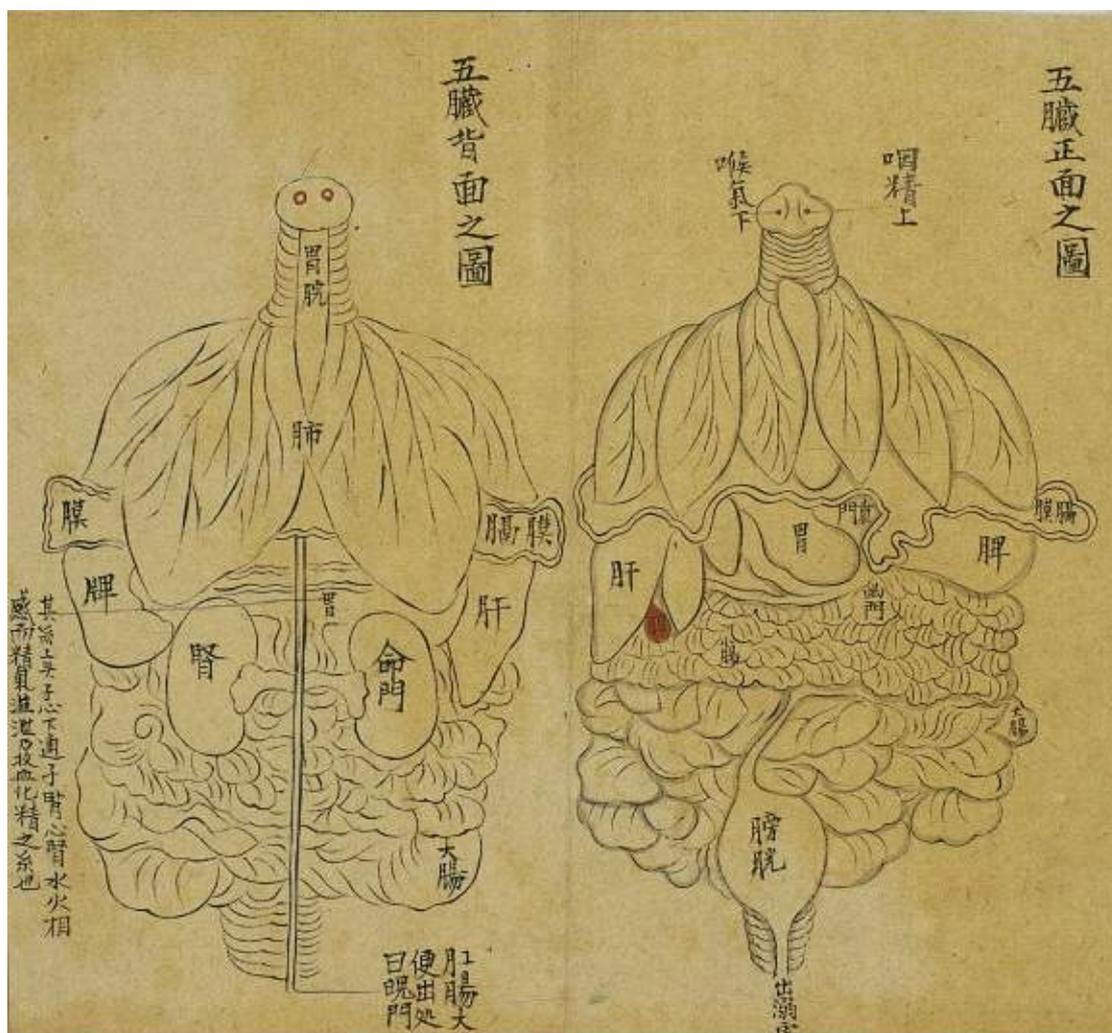
人身結構有皮脈肉筋骨與臟腑之分，病邪亦有陰陽及六淫之別，不同疾病入侵不同結構時，病邪與結構特性的互動能影響傳變途徑及時間與空間上的層次差異，單就痛證而言，也有不同特徵。



圖八：氣海膈膜之圖

清·不著撰人《凌門傳授銅人指穴》

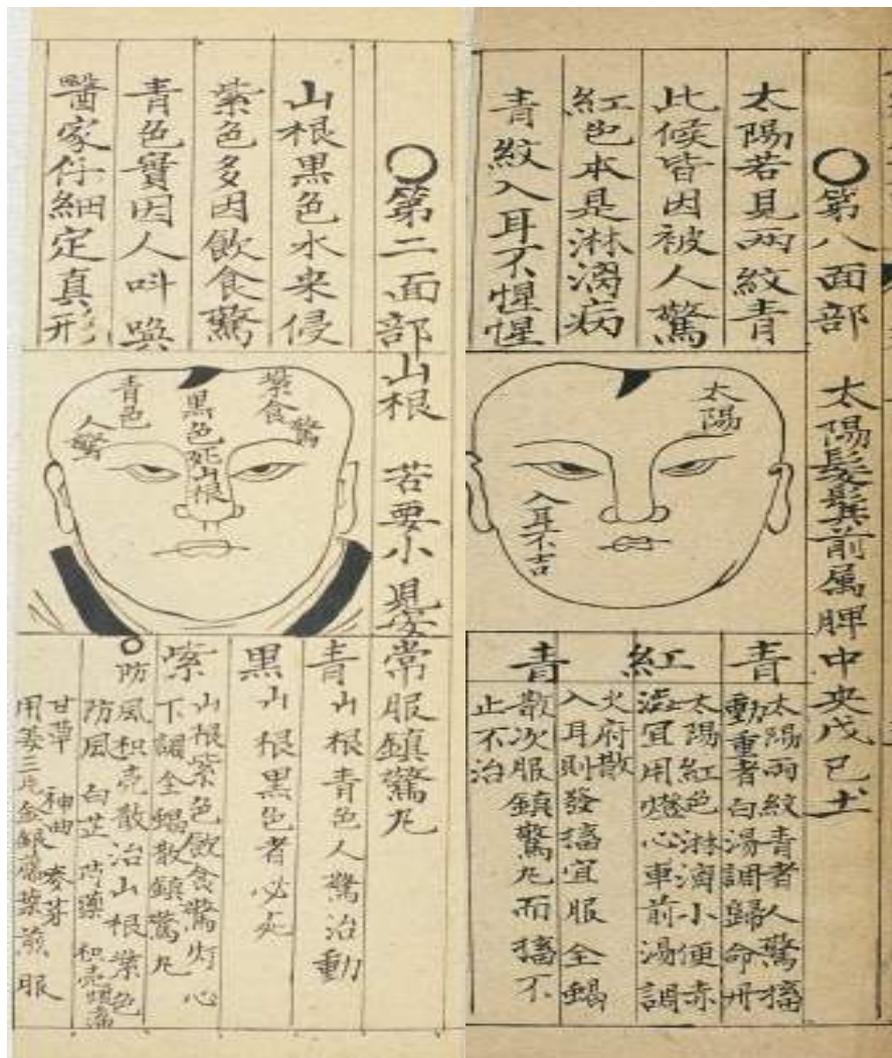
中醫學以各種不同型態與功能的「氣」描述身心的生理活動，體內的「血」與「水」透過「氣」的正常運作得以表現正常功能。「神」也因形而下的各種運作能和諧的進行而協助生命現象維持在穩定狀態。



圖九：五臟解剖圖

清·不著撰人《凌門傳授銅人指穴》

「氣」、「血」、「水」在臟腑、結構與經脈中的運作若產生異常，導致不流暢時，便可能產生痛證或相關如「痿」、「痺」、「厥」等病症。若病灶在內臟，則病勢較深，病情較重。



圖十：小兒面部望診圖

明·萬全《萬氏家傳廣嗣紀要》

面部之「神」與「色」，氣色種類、淺深、澤夭、明暗與勝剋之別，可辨症狀及疾病之成敗。

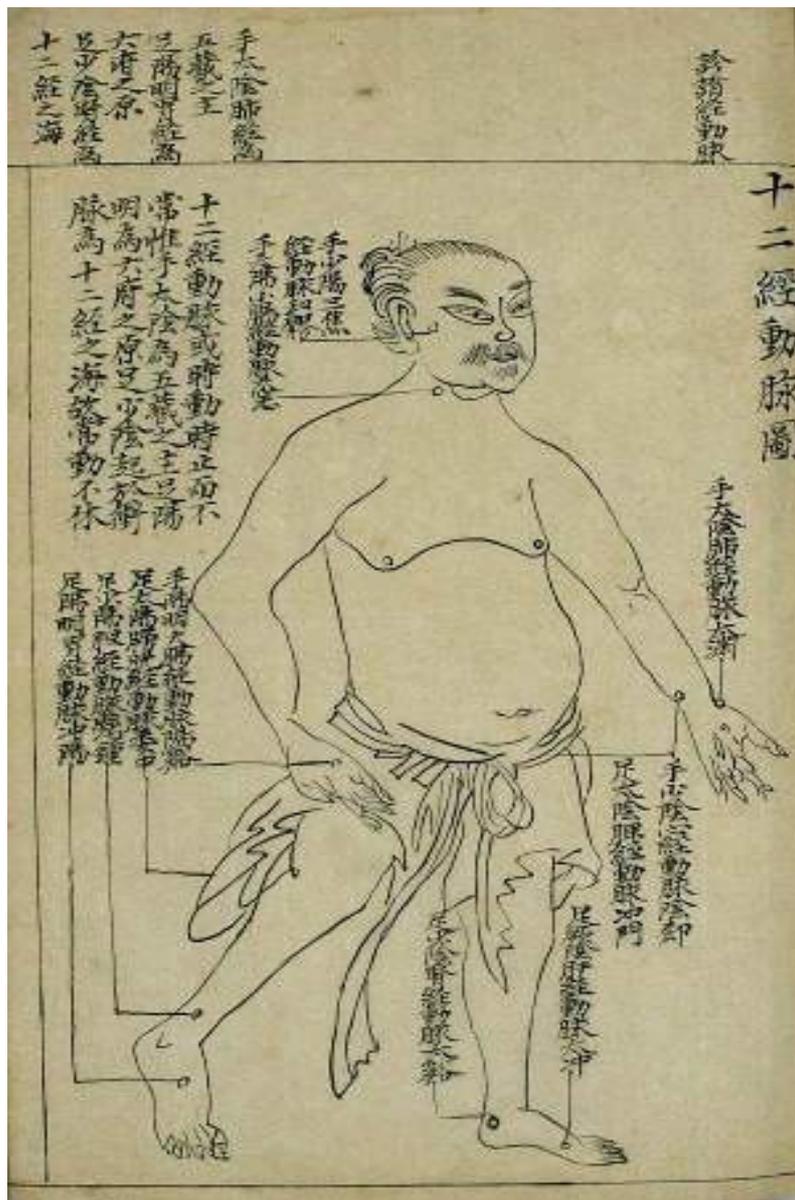


圖十一：舌診圖

左圖：清·梁玉瑜傳，陶保廉錄《舌鑑辨正》

右圖：宋·敖氏著，元·杜清碧增補《傷寒點點金》

中醫學能經由觀察舌質、舌態與舌苔的變化了解病情，其中舌質的變化與血脈特性相關。



圖十二：十二經動脈圖

明·錢雷《人鏡經附錄》

古代診脈的兩種方法：「觀察辨別表淺絡脈，診察體表可觸及搏動之脈。」正常脈動現象即是生命力的展現，異常的變化則代表疾病的發生。十二經皆有其脈動，代表體內存在著不同型態的生命力。



圖十三：緊脈圖與弦脈圖

晉·王叔和編，明·沈際飛重訂 《人元脈影歸指圖說》

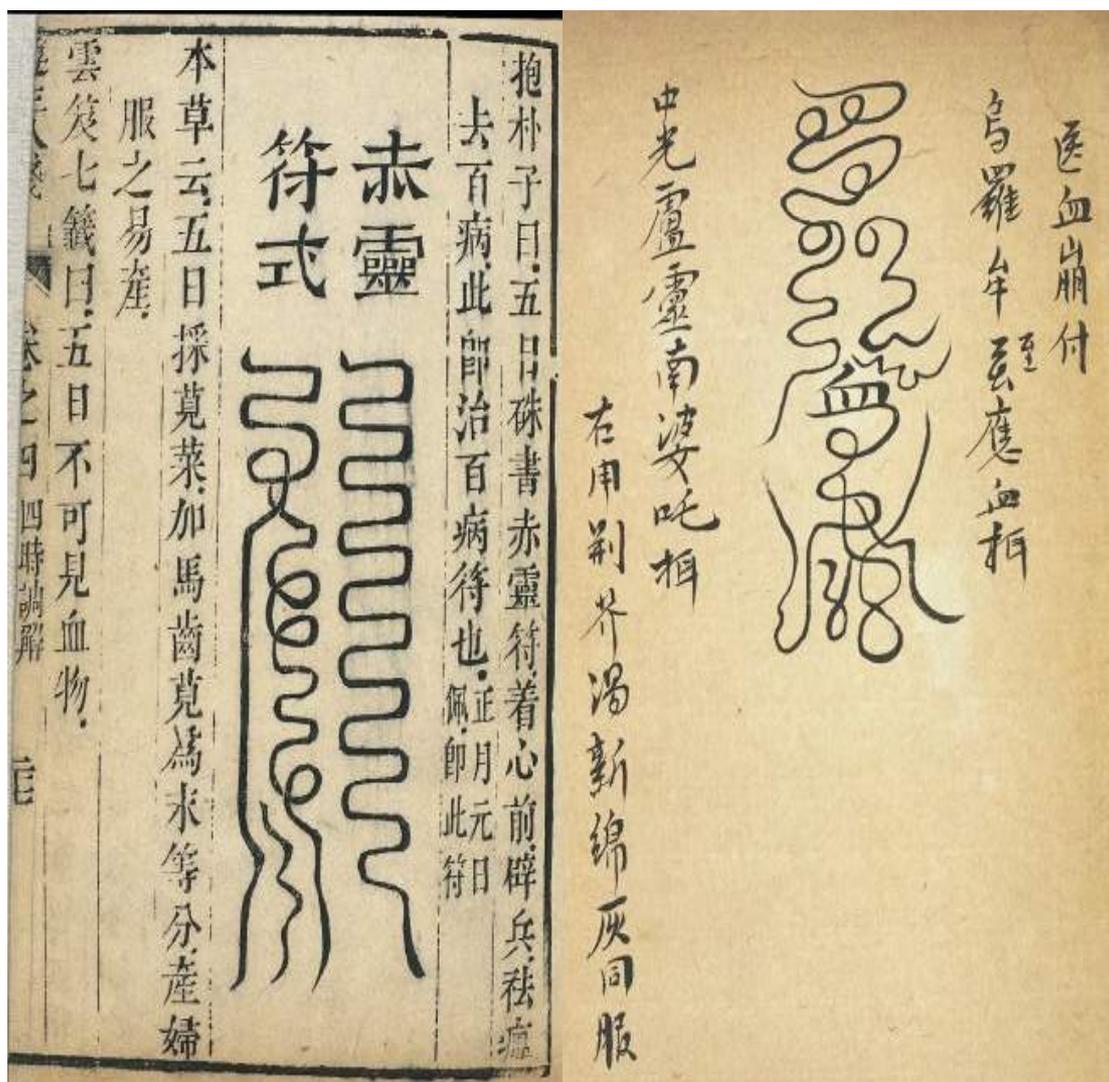
脈學發展過程中，「痛」是經脈病候最重要的內容之一，脈動的部位異常代表該處異常，也代表整條脈的標本、始終間關係失衡，以致於擴大到上中下大範圍的病變發生。「痛」的認識在這種演變過程中，也隨著病因病機的理解與各種診斷理論精細化而不斷修正與擴大。



圖十四：三星堆遺址出土青銅立人像

摘自 <http://baike.baidu.com/view/77837.htm>

學者一般認為該青銅立人像為群巫之長，可能代表古代巫師（帝王）的形象。在祭祀時揮舞巨大的雙手，向臣民傳達上天意旨及神靈與祖宗之訊息。



圖十五：祝由符錄圖

左圖：明·高濂《遵生八箋》

右圖：北宋·不著撰人《太乙符錄》(1123 AD.)

「醫」與「巫」雖然在醫學知識體系化後彼此分離，但事實上在臨床的使用仍具有緊密的互助關係。祝由仍是醫學的一部份。



圖十六：十二段錦之部分功法

清·劉濟川《外科心法真驗指掌》

動靜合一的自我導引術。無論是靜心守一執中、或是具功能性的重複肢體動作，皆須以凝神專注為要，方能「移精變氣」。



圖十七：五禽戲  
明·龔居中《萬壽丹書》



圖十八：治療諸痛痿痺導引圖

清·昆嵐《導引圖》



圖十九：針灸治療圖譜

左圖：清·鄒於雋《鄒氏針灸》

右圖：清·張衍恩《傳悟靈濟錄》

針法與灸法雖同樣藉由經脈與穴位作為治療平台，但適用時機不同，療法特色亦各有所長。面對痛證時臨診必須詳加鑑別診斷方能確定如何治療。

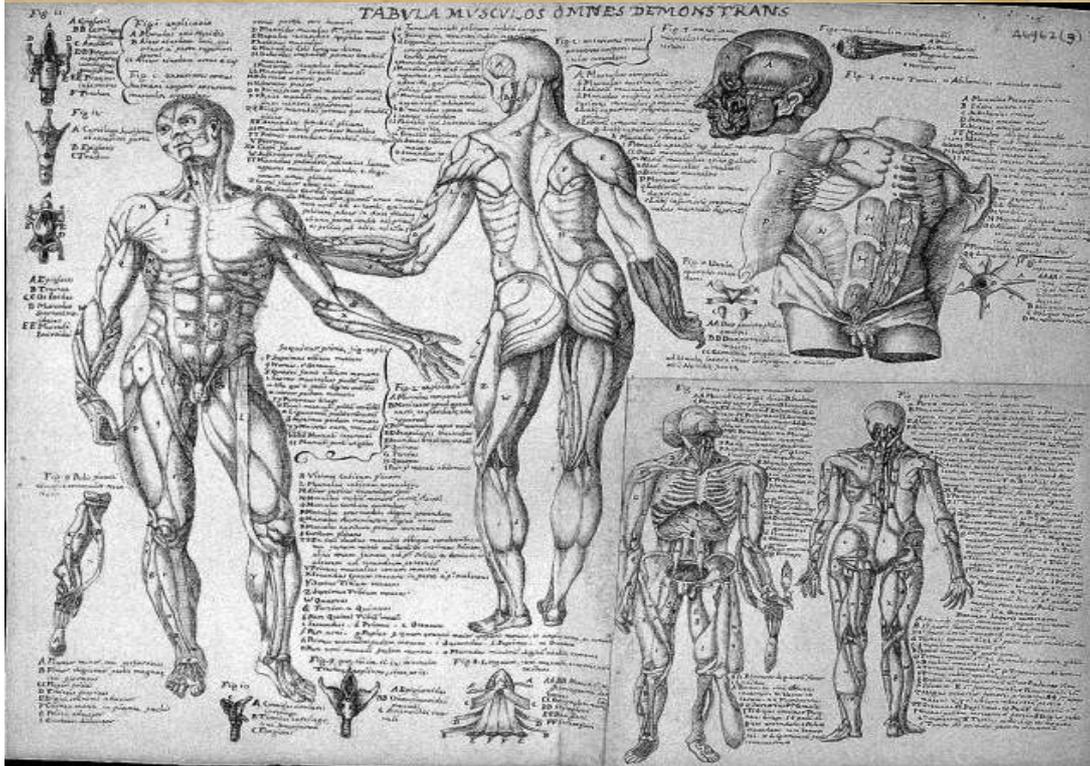


圖二十：本草與方劑圖

左圖：明·李時珍《本草綱目》初版原稿

右圖：清·何貴孚《傷寒論大方圖解》

從動、植、礦物的藥用經驗累積演變至本草文本的形成，再系統性的組合成方劑使用，方藥知識的演進與病理學發展同步提升。對於痛證的治療，也具有單純「麻醉陣痛」與「辨證論治」兩種意識。



圖二十一

上圖：18 世紀早期手繪經脈圖

下圖：17 世紀早期手繪解剖圖

東西方醫學不同偏重的面向與視野，造就了不同的生命觀點。

## 謝 辭

一篇 32 萬餘字的作品，除了包含我的心血努力，背後其實還有更多該感謝的人。

感謝指導教授林昭庚老師在研究上給了我最大的自由度，支持我能不屈就於主流研究壓力，放手嘗試不同的學術取向。共同指導教授李建民老師在我修業期間，給予無私的指導與專業上的協助，不定期的聚會談話不但教導我史學的研讀與寫作規範，也提供我在史學研究上初試啼聲的機會，更督促我在研究的路上走自己的路。這篇論文的催生，兩位老師無疑提供了最大的支持力量。

回顧 2004、2005 連續兩年參加亞洲醫學史學會舉辦的學術研討會，開展了我在醫史學術研究上的眼界。2005 年初曾遠赴中國北京交流，幸得朱建平、馬繼興、鄭金生、廖育群等諸位教授提供寶貴意見，對論文架構與寫作思維助益甚大；尤其拜訪馬繼興教授後，親身感受他對學術研究樸實而求真的堅持，也在心中樹立起嚮往的式範。

中研院史語所李宗焜副研究員曾對論文內文字學相關內容有所斧正，使我獲益良多。後續文字學的進修，則感謝學弟妹翁宜德、王志玲兩位醫師的邀約，一同旁聽了中興大學中文系林清源教授的課程，除了聽講之外，也承蒙林教授對我分析文字的寫作內容逐一討論修改，避免了外行人可能犯的錯誤。

寫作過程中，中研院史語所李貞德研究員、台灣大學蔡璧名副教授、中國中醫科學院圖書館裘儉女士、香港城市大學范家偉老師、師範大學皮國立先生曾提供個人作品及研究相關資料，給了我不少靈感；哈佛大學栗山茂久教授、李貞德研究員及本校李世滄副教授、張賢哲教授都曾對我的研究取向及大綱內容提出建議與看法，透過諸位前輩師長的提點，使我寫作的筆觸不至於狹隘、研究方向不至於迷失。

至於我對中醫經典的熱愛與在醫學理論上的觀點論述，十年來則一路受到恩師王敏弘博士與陳榮洲博士的影響，恩師的鞭策與教誨，是讓我成長的關鍵力量。期許能真正深入研究漢醫學的精妙，並合宜的運用於臨床，是對自己的堅持與要求，這份深刻不移的信心與持續不斷的決心實來自兩位恩師的言教與身教。

「不得其人，其功不成，其師無名。」只盼自己日日精進，不沒師名。

在資格考與學位考兩次口試當中，兩位指導老師、台灣大學張嘉鳳副教授、本校王敏弘、李世滄、李德茂、陳榮洲、張賢哲等教授皆給予寶貴的意見，諸位師長不但仔細閱讀了論文、更不吝深入評析了內容、並準確的指出了我在學術觀點與寫作上的諸多缺失與錯誤，也對我未來的研究方向提出建言，在此致上最高的謝意。

五年的修業生涯，妻子奇慧是最好的幫手。她放棄自己進修的機會，為我承擔了家庭與診所大部分的工作，也讓一對兒女能健康平安的成長；在我為寫作苦惱與沮喪時，睿智的她也總是能扮演智庫的角色，提供我不同的思維。對於論文完成與學位的獲得，吾妻居功厥偉。而父親全力的支持與不時的鼓勵，也使我無後顧之憂，能全力完成學業；身為人子，實感幸運與感恩。

還有許多無法逐一系列舉的師長朋友在這段期間的關心與祝福，謹此一併致謝。我知道，因為透過所有人事物良性的因緣際會，一切方能順利圓滿。

至於內心深處渴求生命真相與對醫學希冀不斷追求成長與進步的動力，實來自母親生前的教誨及臨終前的遺言，所有成果與榮耀皆歸於她。

林伯欣 戊子夏至  
謹誌於中國醫學研究所