明清经学风气对吴又可温疫病膜原理论的影响

莫迪麟

香港中文大学中医学院　中国香港

【摘要】本文探讨明代医家吴又可在《温疫论》中提出“膜原”作为温疫病位的理论背景与思想根源。本文认为“膜原”一词原出自《内经》，原为疟病病位，未提到与温疫病有直接关联。吴又可熟悉《内经》内容，却借用疟病“膜原”概念，反映出明清时代经学风气对医学理论建构的深刻影响。在当时尊经重古的学术氛围下，医者若无经典依据，难以提出新理论。吴又可为求理论合法性，遂借用经典语言体系中的病位名称，开展温疫辨证新说。此举虽具策略性，却导致后世医家普遍接受膜原为温病病位，甚至演译出其他概念。文章最后反思，崇古虽有助于医学传统的延续，但若过于拘泥，则可能抑制理论创新。

【关键词】吴又可；温疫论；膜原；募原；经学风气

【收稿日期】2025 年 5 月 16 日　【出刊日期】2025 年 6 月 25 日　【DOI】10.12208/j.ircm.20250022

The influence of Ming-Qing classical scholarship on Wu Youke’s pleuroperitoneal membrane theory of epidemic diseases

Mok Tik Lun

School of Chinese Medicine, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong

【**Abstract**】This article explores why the Ming dynasty physician Wu Youke used the term pleuroperitoneal membrane as the disease location for epidemic illnesses in his book *Wenyi Lun*. The term originally comes from the *Huangdi Neijing*, where it refers to malaria, not epidemic diseases. Although Wu Youke was familiar with these classical texts, he still borrowed the concept of pleuroperitoneal membrane, showing how the scholarly culture of the Ming and Qing dynasties—focused on respecting ancient classics—shaped medical theory. At that time, ancient Chinese Medicine physician needed to base new ideas on classical sources to gain acceptance. Wu Youke used this classical term to support his new theory of epidemic disease. While this helped his theory gain influence, it also led later doctors to widely adopt and expand the meaning of pleuroperitoneal membrane. The article concludes that while respecting tradition is important, being too attached to the past can limit innovation in medical thinking.

【**Keywords**】Wu Youke; Wenyi Lun; Pleuroperitoneal membrane; Visceralpleura; Classical scholarship (jingxue)

明末医家吴又可（1582–1652），字劭山，号尚贤，江苏吴县人，是中国医学史上极具创见的一位温疫学先驱。他生于动荡的晚明时期，亲历多次疫病流行，尤以崇祯年间的温疫最为惨烈。吴又可在医学理论与临床实践上皆有深厚造诣，尤以其著作《温疫论》最为后世称道。该书成书于崇祯壬午年（1642），乃吴氏目睹疫气肆虐、医者束手无策之后，凭借自身观察与思辨所撰成。据《温疫论 •序》所载，崇祯辛巳年（1641），疫气流行于山东、浙江、南北两直等地，蔓延迅速，死伤枕藉。当时医者多误以为是伤寒之证，依旧以辛温发汗之法治疗，结果“枉死不可胜记，令人痛心”。吴又可目睹此情此景，深感传统伤寒理论不足以解释与应对此类疫病，遂潜心研究，历时仅一年，便完成《温疫论》一书，提出温疫病有别于伤寒，病邪自口鼻而入，伏于膜原，并创立“达原饮”等名方以治之。此举不仅展

作者简介：莫迪麟，职称：讲师，研究方向：主要研究中医古代文献。

现其天资聪颖，更标志着中国医学理论的一次重大突破。

1 《温疫论》中膜原概念

在《温疫论·瘟疫初起》一节中，吴又可对温疫初发时的病机进行了细致观察与辨析。他指出："瘟疫初起，先憎寒而后发热，日后但热而无憎寒也……其时邪在伏脊之前，肠胃之后"，此处明确指出疫邪并非停留于经络之表，亦非深入脏腑之里，而是潜伏于"伏脊之前，肠胃之后"的位置，即所谓"膜原"之处。吴氏特别强调，虽有头痛身痛等类似伤寒表证的证候，但此乃"邪热浮越于经"，不可误认为表证而妄用麻黄、桂枝等辛温发汗之剂，否则"汗之徒伤表气，热亦不减"。同样地，若误认为里证而妄下，则"徒伤胃气，其渴愈甚"，反致病情恶化。面对此种病位隐伏的疫邪，吴又可创制"达原饮"以治之，并于方义中明言："槟榔能消能磨，除伏邪，为疏利之药，又除岭南瘴气；厚朴破戾气所结；草果辛烈气雄，除伏邪盘错。三味协力，直达其巢穴，使邪气溃败，速离膜原，是以为达原也。"此段文字不仅揭示了三味药物的协同作用，更明确指出"膜原"为疫邪潜伏之"巢穴"，为治疗温疫的关键所在。

进一步分析《温疫论》中对"达原饮"方义的阐述，可见吴又可对膜原病位的理解不仅止于疫邪初入之处，更视其为疫邪盘踞、病势演变的核心所在。他指出："乃邪气盘错于膜原，内外隔绝，表气不能通于内，里气不能达于外，不可强汗。"此段文字揭示了疫邪在膜原中呈现一种胶着、纠结的状态，导致气机阻滞，表里不通。此时若误认为表证而强行发汗，不仅无法驱邪，反而损伤正气，徒增病势。因此"达原饮"方中以槟榔、厚朴、草果为主，其性芳香通达邪气，使邪气速离膜原。吴又可又认为此方应灵活加减运用，见证属热证，则加知母、芍药等药，这就是达原饮的原方方义；若邪伏膜原，兼见太阳经之证，可加羌活；兼见少阳经之证，可加柴胡；兼见阳明经之证，可加干葛，甚至见阳明腑实证，可加大黄。可见吴又可对"达原饮"的灵活变通，以膜原为主，以兼证为辅。更值得注意的是，吴又可在病机进一步发展时，提出"主客交"的概念，所谓"主客交"之"主"，是指疫邪于膜原交着状态，而"客"是指医者由于不明疫病的病机，误以为该证属虚证而施行补法，又误以为该证为火热之证而妄用泻火之法，原来之疫邪与误治相结合，使疫邪更加胶着，因此其说："医以杂药频试补之，则邪火愈炽，泻之则损脾坏胃，滋之则胶邪愈固。"由于疫邪更为胶着，因此吴又可又创立三甲散，以鳖甲、龟甲、川山甲为主配合活血破瘀之虫类药破散更为胶着的疫邪，为后世运用动物甲壳破散邪气打下稳健的药理基础。《温疫论》这段话不仅反映出吴氏对误治后果的深刻警觉，也再次强调膜原作为疫邪潜伏与转化的关键场域。无论是初期的"伏邪未透"，或是后期误治出现的"主客交"，膜原皆为本病的核心病位，治疗策略亦须围绕此一病位展开。

2 膜原的原意

2.1 膜原在《内经》概念

然而，吴又可所提出的"膜原"病位，源于《内经》[1]，但又与《内经》原有的"膜原"概念未必有直接关联。根据《素问·举痛论》[2]记载："寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引故痛，按之则血气散，故按之痛止。"又曰："寒气客于小肠膜原之间，络血之中，血泣不得注于大经，血气稽留不得行，故宿昔而成积矣。"这两段文献皆指出膜原位于肠胃之间，为寒邪入侵后气血郁滞、络脉不通所致疼痛之处，属于局部气血运行障碍的病理描述，与疫邪侵袭的温疫病机未有直接关系。

2.2 膜原与募原

从《素问·举痛论》来说，膜原似乎并不具有独特性，只是外感邪气潜伏的一个病位。但值得注意的是，"膜原"一词在《内经》中亦有另一种书写形式，即作"募原"。由于"膜"与"募"音近，古人书写时常互通使用，两者在语义上基本可视为同一概念。就如《重广补注黄帝内经素问》[3]中提到《新校正》云："按全元起本募作膜，《太素》、巢元方并同《举痛论》亦作膜原。"。另外根据《灵枢·百病始生》[4]中的三处记载，可见"募原"亦指肠胃之外、气血稽留之处。包括："留而不出，传舍于肠胃之外，募原之间"、"或着于肠胃之募原，上连于缓筋，邪气淫泆，不可胜论"，以及"其着于肠胃之募原也，痛而外连于缓筋，饱食则安，饥则痛"等语，皆与《素问·举痛论》中所述"膜原"的位置与病理现象相符。而明代赵府居敬堂《灵枢经》刻本中，当中《灵枢·百病始生》记载的"募原"作"膜原"，

可见不同《灵枢》版本中的“募原” 与“膜原”原是互用的。《黄帝内经词典》[5]中，直接就把“募原”解释为“膜原”，可知两个概念相同。以上文献共同描绘出一个位于肠胃之外、气血容易稽留、外邪易于停聚的身体部位，无论称之为“膜原”或“募原”，其病位与病理意涵基本一致。

虽然“膜原”、“募原”在《素问·举痛论》与《灵枢·百病始生》中仅作为外邪入侵后气血停滞之处，并未与特定疾病直接对应，但在《素问·疟论》与《灵枢·岁露论》中，“募原”则首次被明确纳入一种具体疾病——疟病的病机病位架构之中。两文皆详细描述疟邪循膂而下，停滞于“募原”之间，导致卫气无法与邪气相争，从而出现寒热往来不定、甚至隔日发作的特殊病理现象。例如，《素问·疟论》指出：“其间日发者，由邪气内薄于五藏，横连募原也，其道远，其气深，其行迟，不能与卫气俱行……故间日乃作也。”而《灵枢·岁露论》亦云：“至其内搏于五藏，横连募原，其道远，其气深，其行迟……故次日乃畜积而作焉。”这些记载显示，“募原”在疟病中不仅是病邪停留之处，更是影响病势发作节律的关键节点。这揭示《内经》将“募原”与疟病病位直接连结。

3 膜原概念的借用

3.1 经学风对吴又可的影响

吴又可对《内经》可谓极为熟稔，这从他在《温疫论》中对经文的引用与诠释可见一斑。尤以其讨论“伏寒化温”之说时，明确指出此理论源自《素问》：“按冬伤于寒春必温病，出自《素问》，此汉人所撰，晋时王叔和又以述。”此段文字不仅显示吴氏对《素问》原文的掌握，更表明他熟知王叔和等历代医家的诠释传统。既然如此，吴又可自然不可能未读《素问·疟论》与《灵枢·岁露论》中关于疟病与“募原”的详细论述。然而，令人深思的是，吴又可在明知“膜原”或“募原”在《内经》中属于疟病病位的情况下，仍选择将此概念转用于温疫病位之中，并赋予其全新的理论意涵。这种借用并非出于无知，而是出于一种深思熟虑的策略选择。

吴又可之所以选择借用疟病中的“膜原”作为温疫病位，其原因可归纳为二。其一，从病理现象来看，温疫邪气在体内胶结不去、气机阻滞的状态，与疟邪潜伏于膜原的病机颇为相似。吴氏所描述的“主客交”现象，即医者误治致疫邪于膜原更为胶着，导致病势难解，与疟病中邪气稽留，最终形成“疟母”等结块有一定对应性。这种病理上的相似性，为他借用“膜原”提供了某种理论上的合理性。然而，这种借用若仅基于病机模拟，仍难掩其在病名与病位上的不对应。真正促使吴又可采用《内经》中疟病的病位概念，关键在于第二个原因——明清时代盛行的经学风气。学者孙德利[6]曾指出，明清之际的医学发展深受经学思潮影响，医者普遍将《内经》等古代经典视为“金科玉律”，不仅是医理依据，更是语言与权威的来源。这种风气一方面促进了对经典的深入研究与诠释，另一方面却也抑制了医学语言与理论的创新空间。对吴又可而言，若欲提出一套全新的病位理论，却无法在《内经》中找到语义依据，势必会面临理论合法性与学术接受度的挑战。在这样的文化语境下，他选择借用“膜原”这一已有经典出处的病位名称，不仅可为其温疫理论提供语言上的正统性，也使其创新更易为当时医学界所接受。这种“借名以立说”的策略，正是明清经学风气下医者在创新与经典之间所作的妥协与调和。

吴又可借用疟病中的“膜原”病位，虽原为权宜之计，却因《温疫论》的广泛流传与深远影响，最终使“膜原”一词在医学语境中彻底脱离其原属疟病的意涵，转而成为温疫病乃至整个温病学的重要病位概念。后世医家多沿用吴氏之说，几乎遗忘了“膜原”原本仅为疟病病机中的一环。

3.2 膜原概念的延伸

不仅如此，清代以降的温病学者更进一步将“膜原”理论推广至其他温病类型的病机解释之中。例如薛雪在《湿热病篇》中指出：“膜原者，外通肌肉，内近胃腑，即三焦之门户，实一身之半表半里也……故病多归膜原。”此处可见将膜原与张仲景《伤寒论》少阳病提到的“半在表，半在里”混为一谈。若从吴又可《温疫论》的角度，膜原属温疫邪气胶着的病位，以“邪伏巢穴”为发病核心；而少阳病之“半在表，半在里”，实属少阳病发展过程的一个特殊阶段，与温疫邪气胶着无关，应以少阳病之提纲证，即“口苦、咽干、目眩”为发病核心，可见薛雪之见解，已将膜原概念与其他疾病病位混为一谈，失去原有膜原病位的独特性。石寿堂在《医

原》中亦言："伏暑，乃暑湿交合之邪，伏于膜原，待凉燥而后激发者也。"并进一步指出："膜原前近胸腹，后近腰脊，即上中下三焦之冲衢，人身半表半里之中道也。"这种描述已将膜原从一个具体病位扩展为人体气机运行的中枢通道。田宗汉在《重订时行伏阴刍言》中更将膜原视为"诸经之总会"，认为伏邪久潜于经络，最终"端于膜原"，显示膜原已成为时邪潜伏与发动的总结性病位。而清代俞根初在《通俗伤寒论》中甚至将膜原与少阳病位混为一谈，称"实邪多发于少阳膜原"，显示膜原概念已被过度延伸，与传统经络病位产生混淆。现代学者周哲旭[7]甚至希望将历代医家对膜原的连属与诠释加以整理与总结，显示此一概念在中医理论史中的重要地位与演变轨迹。

3.3 经学风对其他医学家的影响

这种崇古的经学风气，在明清时代医学著作中屡见不鲜。医者在建构新理论时，往往需以《内经》或《伤寒论》为依归，否则难以获得学术认可。即使是清代温病学的重要代表人物吴塘，在其名著《温病条辨》中亦未能免于此风。他在书中提到："太阴风温、温热、温疫、冬温，初起恶风寒者，桂枝汤主之。"此言一出，便引起后人议论。因为温病初起多属热邪，应以辛凉透表为主，而非辛温发汗。吴塘却以张仲景《伤寒论》中的桂枝汤为首方[8]，显然与温病理论相悖。更令人困惑的是，吴塘在书中后段又言："本论方法之始，实始于银翘散。"银翘散为清代吴鞠通所创，属辛凉解表之剂，与桂枝汤的治法大异。前后两段论述自相矛盾，显示作者在理论建构上存在明显的张力。这种写作策略，难免让人怀疑吴塘是否出于对当时学术风气的顺应，才不得不在书中纳入《伤寒论》的内容，以示对经典的尊重与承继。

4 总结

总结而言，明清时代盛行的崇古风气，固然有其积极意义。它使医者不忘本源，始终以《黄帝内经》《伤寒论》等经典为学习根基，维系了中医理论的连续性与文化认同。然而，若过于拘泥于经典语言与病名体系，则可能反而束缚了医学理论的发展空间。历史上真正推动中医理论突破的医家，往往正是那些敢于突破经典框架者。医圣张仲景便是一例，他不囿于《素问·热论》对伤寒病的阶段性描述[9]，而是创立六经辨证体系，重新建构伤寒病的诊治模式，从而奠定其医门大家的地位。若吴又可在讨论温疫病位时，能够摆脱对《内经》语言体系的依附，不借用疟病中的"膜原"概念，而是大胆创立一个全新的中医病位理论，那么他对中医理论的贡献或许将更为深远。虽然他在当时的文化语境下选择了"借名以立说"的策略，但这也提醒我们：中医的发展，既需尊重经典，也需勇于创新。唯有在传统与创造之间取得平衡，中医学才能真正延续其生命力，并不断开拓新的理论疆域。

参考文献

[1] 夏学传. 吴有性膜原学说探析[J]. 安徽中医学院学报，2001(05):3.

[2] 田代华 整理. 黄帝内经素问 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 77-79.

[3] 王冰注, 林亿 补注, 孙国中 等点校. 重广补注黄帝内经素问 [M]. 北京: 学苑出版社, 2004: 231-232.

[4] 田代华 整理. 灵枢经 [M]. 北京: 人民卫生出版社: 130-132.

[5] 郭蔼春 主编. 黄帝内经词典 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1991: 803.

[6] 孙德利等. 经学学风对中医的影响[J]. 浙江中医学院学报, 1998, 22(2): 12－13.

[7] 周哲旭等. 从"心包－三焦－膜"系统探析膜原理论[J]. 中医学报, 2023, 38(12): 2512－2517.

[8] 陈津生. 试析《温病条辨》以桂枝汤开篇的意义[J]. 上海中医药杂志，2001(04):45-46.

[9] 陈宝明，刘渡舟. 试从《伤寒论》六经辨证论仲景对《素问·热论》的继承发展[J]. 山西中医，1987(05):45-46.

版权声明：©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS