

History and Current Situation: A Review of Ethnomedicine of Thai-Dai

Yumeng Liu, Jintao Yang

Department of Anthropology and Ethnology, Amoy University, Xiamen Fujian
Email: bedyeve@hotmail.com, yungjt@126.com

Received: May 11th, 2018; accepted: May 24th, 2018; published: May 31st, 2018

Abstract

The ethnic group of Thai-Dai involves the populations who share similar culture, and are residing in such area including southwest section of Yunnan province China, central and northeast section of Indo-China Peninsula. The ethnomedicine of Thai-Dai has its own characteristics comparing with other medicine systems. Taking it as “the science of the concrete” and trying to internalize the existing studies about it in both diachronic and synchronic way, we review the history of this ethnomedicine and introduce its world view, etiology, therapy, pharmacy and healing skill, and so on. A rethinking about the encountering of this ethnomedicine with modernism in an anthropological perspective is also included.

Keywords

Thai-Dai, Ethnomedicine, The Science of the Concrete

历史与现状：傣-泰民族医疗文化

刘雨朦, 杨晋涛

厦门大学人类学与民族学系, 福建 厦门
Email: bedyeve@hotmail.com, yungjt@126.com

收稿日期: 2018年5月11日; 录用日期: 2018年5月24日; 发布日期: 2018年5月31日

摘要

傣-泰民族指居住在中国云南西南部和中南半岛中部及东北部的具有相同文化的民族。傣-泰民族医疗为世界医疗文化中的一朵奇葩。本文将傣-泰医疗视为“具体性的科学”，梳理其医疗发展史，并整合前人

对傣-泰民族医疗知识的研究成果, 希望借此能结合历时性和共时性两个维度, 较为系统、全面地介绍傣-泰民族医疗文化, 并从人类学视角对其现代化遭遇进行文化反思。

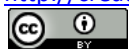
关键词

傣-泰民族, 民族医疗, 具体性的科学

Copyright © 2018 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

在谈及“傣-泰民族医疗文化”之前, 有必要先澄清“傣-泰民族”这一概念。在我们寻常认识之中, 傣族为中国云南省南部的少数民族, 而泰族为泰国的主体民族, 这泰、傣之间有着何种联系? 陈吕范对泰族起源的研究中得出如下结论: “早在二千多年前, 泰族傣族的先民掸人就活动在今缅甸掸邦、泰国北部和东北部, 老挝中部与北部以及云南德宏与西双版纳的广大地区。” [1] “自唐宋至近代, 由于历史的演变, 这一地区先后分别归入中缅泰老等国版图; 也是由于历史的演变, 这一地区的掸泰族群才逐步形成成为泰国泰族、老挝老族、越西北泰族、云南傣族和缅甸掸邦的掸族。” [1] 可见泰族、傣族为民族史意义上的同源民族, 两者的社会文化虽因自然环境、历史过程及政治原因而有所不同, 但从大体上看, 可将其纳为一体。因此笔者可将傣-泰民族定义为: 居住在中国云南的西南部, 中南半岛的中部及东北部的, 具有相同文化的民族。民族医疗文化是民族文化的一部分, 可由傣-泰民族文化一体性推知傣-泰民族医疗文化的一体性。所以在本文中, 笔者将从傣-泰民族医疗发展历程入手, 结合傣族与泰族的医疗知识理论与医疗实践, 以求能较为完整地介绍傣-泰民族医疗文化。

2. 傣-泰民族医疗文化的历史发展

根据泰傣民族历代生活之地——在现在看来是北至中国云南、南至泰国暹罗湾, 跨缅甸东部、泰国北部、老挝中北部与越南西北部的东南亚地区。根据该区域的核心——泰国的历史可以将傣-泰民族医学的发展分为如下几个时期:

1) 史前时期(BC200 之前)

根据傣-泰民族医经《罗格牙坦》记载, 史前的傣-泰民族经历过“神农尝百草”的时代, 在寻食时积累了各种植物、动物、矿物的知识。傣-泰的先民们辨识植物、观察食用他们之后给身体带来的变化; 猎取、分食动物, 认识动物的器官并发现其药用价值; 为了适应恶劣的气候环境, 先民们依据不同的季节, 把一些御寒、解暑、可预防疾病的植物用来煎煮当茶饮 [2]。这被视为傣-泰民族医药认识的起源。由于没有文字, 医药知识只能通过“口传心受”的方式传承。受原始宗教影响, 巫医一体, 医药知识与巫术、仪式紧密相连。这一特点至今尤存。

2) 前素可泰王朝时期(BC200~AC1238)

自公元前东南亚早期国家形成一直到 13 世纪泰国素可泰王朝建立之前, 泰傣民族并未发展出独立国家, 其生活区域为他族征服。这一时期被认为是“前素可泰王朝时期”。其中, 扶南、堕罗钵底、三佛齐和真腊这四个国家文化对傣-泰民族影响深远, 至今我们依然能探寻这些古国留下的痕迹 [3]。

由吉蔑人建立的扶南文化为婆罗门文化, 扶南国的开国之君便为婆罗门教徒, 扶南从建立之初便受婆罗门统治。傣-泰民族医疗在这一时期汲取了印度传统医学阿育吠陀(Ayurveda)的精髓, 如今也可从傣-泰医学中“四塔”(风、火、土、水四元素)理论中看到阿育吠陀“五元素”(风、火、土、水、以太)的影子。

扶南之后, 由孟人建立的堕罗钵底文化中心在如今看来位于泰国。其以佛教文化为源头, 沿袭金地国上座部佛教信仰, 糅合大乘佛教与婆罗门文化, 形成了极具民族色彩的文化, 成为构成现代泰国民族文化的重要基石[3]。后继者三佛齐文化又为当时大乘佛教的中心。这两个文化之中佛教之兴盛, 应为当今泰国“佛国”一说之源头。在佛教的影响之下, 傣-泰民族医学接收其“五蕴”学说, 以解释人精神活动规律与身心关系, 成为泰傣民族医学的基础理论。

同时, 在前素可泰时期中, 各王朝与古代中国各朝代均有来往。中原的药材与东南亚的药材通过朝贡体系与贸易交互流动, 两地的医药知识的流传往来在此时已有迹可循。南宋末年, 一部分潮州人拥宋抗元, 失败之后逃居泰国, 这是第一批有规模地移居泰国的华人, 其中有些人通晓医药, 中医学作为独立的体系开始在泰国流传[4]。

3) 素可泰时期(AC1238~1377)

素可泰王朝的建立被视为泰国文化真正成型的起点。在这一时期之中, 傣-泰地区中傣-泰医学、孟医学、印度医学以及中医学并存, 不同的医学传统之间相互交流、沟通、借鉴。素可泰王朝的统治者为了摆脱柬埔寨的统治与影响, 积极与印度和斯里兰卡交好, 大力扶持上座部佛教, 将其定位泰国国教。得利于南传佛教的影响, 傣-泰民族医学知识被用巴利文记载进入佛经之中。至兰甘亨国王一代, 泰语创立, 泰国书面文字诞生, 医学知识又被刻入碑铭之中得以世代流传。根据兰甘亨石碑的记载, 当时已有规模较大的药园出现以为医者提供药材[5]。

素可泰时期, 中与泰关系密切。元曾四度遣使入泰, 两国间贸易往来频繁, 中国也向泰可泰传授了多方面的知识与技艺, 其中包括医疗知识的输入。

4) 阿瑜陀耶时期(AC1350~1767)

与素可泰时期相比, 阿瑜陀耶王朝与中国交流更加频繁。明朝的朝贡贸易空前繁盛, 两地的贸易与文化交流吸引了大量华人进入傣-泰地区经商、定居。华侨在市集出售药品, 中医草药、针灸、太极拳等与傣-泰医药结合成为当地百姓重要的治疗、保健手段之一。中国医生进入王廷, 成为国王御医。可见中医对于傣医影响之大, 通过对现代傣-泰医学的理论研究分析, 能在傣-泰医学的药学、诊断学中发现不少中医的烙印。

阿瑜陀耶时期的一方面持续地吸纳外来文化, 一方面更加注重外来文化与本土文化的整合, 傣-泰民族的文化主体性愈发凸显。傣-泰医生们将中、印、傣-泰三者的医疗知识糅合成为独立的傣-泰医学体系。在此期间, 凝聚了傣-泰医生集体智慧的《纳耐处方集》问世。然而泰缅战争中不少存有医疗知识的贝叶经与教科书被毁, 仅有 23 种药物的记载存留。

5) 曼谷王朝(AC1782~)

在皇室的扶持与指导之下, 傣-泰民族医疗逐渐复兴: 拉马一世期间有两部本草著作问世; 拉玛二世期间则大力搜罗药方以补充泰缅战争中流失的泰医药文献; 拉玛三世命令将 1000 多个药物处方刻在大理石碑上, 并镶在佛寺中主要建筑物的墙壁上, 佛寺内也大量种植药用植物[5]。

拉玛四世是近代泰国文化的先行者。为应对西方强国在东南亚进行殖民渗透的严重危机, 他提倡西方文化与现代科学。在西方文化的强势进入与统治者对西方文化的提倡的双重作用之下, 西医进入泰国并在开始在泰国盛行。至拉玛五世, 西医在泰国生根发芽的同时, 传统民族医学也在发展。1888 年, 泰国第一所西医医院 Siriraj 医院建立。该院由现代医学和传统医学两部分组成, 传统医学被列入三年的医

学教程之中[5]。1907年,泰国历史上第一部药典《Tumra Peatsar Sonkhrau Chabub Laung》问世。拉玛七世时,传统医学在法律意义上获得认可,民族医疗知识与传统草药在二战药品短缺时期发挥极大作用。

然而现代医学的冲击力是巨大的。20世纪之后,傣-泰传统医学已有式微之态,西医医生数量的增加与西药的普及使得西医在城市地区几乎完全取代了传统的医疗方式,傣-泰民族医学退居乡村地区。进入20世纪末21世纪初,泰、中政府意识到“多元医疗模式”的重要性,随即开始大力扶持傣-泰民间医疗,促进傣-泰医学、傣-泰药学、傣-泰推拿等的发展,但其用生化医学(biomedicine)的模式来解构、改造民族医学使之符合现代标准的扶持策略仍值得商榷。

从傣-泰民族医学的发展历程来看,傣-泰民族医学生根在傣泰民族史前时期,在它的生长过程之中,先后汲取了印度阿育吠陀医学、佛教理论以及中医学的营养,在素可泰时期初成体系,在阿瑜陀耶时期初具规模,在近代达到顶峰,又受西医冲击而转而式微。从历史发展可见其古老,但和印度医学、中医学相比,它又是一个年轻的医学体系,不似前两者之完备,因此在其理论体系与治疗方法之中能见到大量的印度医学、佛学、中医学与巫术、仪式治疗的影子。鉴于此,在下一节中,笔者会在介绍傣-泰民族医疗理论与治疗方法的同时,将其与印度阿育吠陀、佛教理论以及中医相对比,以求能更为全面地了解傣医。

3. 傣-泰民族医疗的理论与治疗方法

(一) 四塔五蕴: 傣-泰民族医学的核心概念

傣-泰民族医学知识大多用巴利语记录在佛经与民间流传的医学的手抄本中,在众多的医经之中以《巴底咱沙木巴达素》与《嘎牙桑哈雅》最为经典。两书主要记载了人是如何产生、人体的基本结构以及病因病理。从形而下讲,人是由1500多种组织与32种“说啉”¹组成。从形而上讲,人的肉身由“四塔”构成,身体各脏腑的秉性与运动规律也由“四塔”解释;“五蕴”则用以说明人的精神属性及身心联系。四塔五蕴均受于父母,随生而起,随死而灭。四塔与五蕴解释了人体结构、身心关系、生理规律与精神规律,体现了人与自然、身与心的一体观,是为傣-泰民族民族医疗的核心概念。

1) 四塔

塔,源于巴利语词根“塔都”,为元素之意。四塔即可理解为“四元素”,分别为:塔难木(水)、塔菲(火)、塔玲(土)、塔龙(风)。²抽象地说,生命以水为存在之源,受火之温煦,为土所滋养,因风的促进而活动。具体来说,水代表着人体之中的液体,包括体液、血液、痰饮等;风代表着人体活动的能量,弥漫于整个人体和呼吸;火代表着生命所需的热量,有温煦之火、焦虑之火、衰老之火和消化之火;土代表着人体的器官,包括五脏六腑、肌肉骨骼等。

四塔的概念形似于古希腊哲学家恩培多克勒的四大元素的理念,但其理论根源应能上溯至印度医学“阿育吠陀”的五元素概念。如将其与我们较为熟知的中医的五行之说相比较,会更便于理解四塔的含义:五行之间生克制化、相乘相侮,而四塔之间相互制约,相互滋生;五行整体的强弱,各部分的衰与盛决定了人体功能是否正常,而四塔整体“充足”,四塔之间的动态平衡则是人体健康的保证;五行不仅是人体的属性,也是自然的属性,而四塔亦是构成世界的基础元素,无论“五行”或是“四塔”都体现出了“天人同一”的观点。

2) 五蕴

五蕴是个佛教用语。“蕴”即积聚、类别的意思,“五蕴”是对一切有为法(具有生灭变化的一切现

¹“说啉”:指人体中的各种湿性液体,包括血液、精液、津液以及其他的分泌液体。参考:陈普,周红黎.傣泰民族医学生命观的探讨[J],中国民族医药杂志,2007.10,第十期。

²对“四塔”的音译在各文献中都不相同,此处采用林艳芳在《论傣族医学特点》(民族医药)一文中对四塔的音译方式。

象)的概括。³在傣-泰民族医学理论中,“五蕴”的含义更偏重于对人的情志类型和身心关系。五蕴分别是:色蕴,指人的形体、体态等外部特征;受蕴,指人的情感、知觉,对外界刺激的反应;想蕴,指人的理性思维活动;行蕴,指人体各种生理机能的内变化,即人的生长、发育、衰老;识蕴,指精神作用的主体,即是意识。

五蕴若过强,或者不足,或者有偏盛偏衰,皆会引发疾病。傣医常常把五蕴与“五戒”(戒杀生、饮酒、奸淫、偷盗、妄语)联系在一起,强调持守五戒以保持五蕴的稳定,从而保持身心健康[6]。

3) “四塔五蕴观”下的病因与病理

受上座部佛教“缘起说”思维的影响,傣医学注重从因果相关分析疾病动态变化过程[7],人体内的四塔五蕴以及人体的四塔与自然界中的四塔之间的共栖平衡是维持人健康的关键,当这种平衡与协调关系因被破坏,而人体又不能及时进行修复时,疾病便产生了。在傣-泰民族医学理论中,致病因素大致分为内因与外因两类。

内因即是四塔与五蕴之间平衡的破坏。五蕴作为情志因素,其异常变化将导致四塔功能失调。外因有两种。一种是虫兽、金刃、跌扑损伤;另一种是即是外界自然环境的变化(三腊鲁)引起的人体内四塔间平衡的破坏。“三腊鲁”指傣-泰民族历法中的“热”“雨”“寒”三季。热季(腊鲁黄)具有“土”的性质,土中的杂气与热气掺和,四处散发,导致“热病”的发生;雨季(腊鲁风)中,雨量增加,病气随水弥漫,导致人体的“水”与“土”两塔发生病变,造成腹泻、痢疾、呕吐等疾病。寒季(腊鲁嘎)具有火性,在此季节水气减少,易发燥病。傣民、泰民根据这三季与三季之交的自然性质,总结出了一套针对于每一季节常见病的预防措施与药物方剂,体现了“未病而治”“因时治病”的傣-泰医学特色。

(二) 辨证与诊治

1) 辨证方法

从现存的资料上来看,傣-泰民族医学的辨证方法并不完整,其中的“三盘辨证”与“八纲辨证”与中医的“三焦辨证”与“八纲辨证”的内容相同,可推断这两种辨证方法是从中医采借而来。“四塔辨证”算是傣-泰民族医学中特有的辨证方法,主要是通过看人体内四塔的强弱来辩明疾病的性质,但无法辩明其病位、表里、虚实等,必须要与“三盘辨证”“八纲辨证”相结合,才能对疾病形成较为完整的认识。可见傣-泰民族医学辨证与中医辨证相比较为松散,尚未形成完整独立的体系。

2) 诊断方法

与辨证方法一样,傣医的诊断方法也大量借鉴了中医的诊断方法。中医有“望”、“闻”、“问”“切”四诊法,傣医有里尚在使用的有“望(短朴害)”、“闻(聋朴害)”、“问(探朴害)”、“摸(赶朴害)”四诊法(该泥档细)[8]。其中闻诊与问诊与中医无太大差别。“望诊”在中医所望的范围之外,还强调望肤色这一内容。傣-泰医认为不同的肤色的人的血液有不同的性味,需要用不同的药来进行治疗。如肤白者血甜,需用苦辣的药物来治疗[9]。摸诊与切诊大致相似,包括诊脉和摸患部两个方面。诊脉的部位与中医相同,但并不似中医里有27种脉象般复杂,傣-泰医学中只分“轻、中、重”三取,以知病势的轻、重、缓、急于寒、热、虚、实。傣医甲诊与掌纹诊,因医书遗失未得传承;“数理诊法”应是最具有傣-泰民族特色的诊法,它要求医者兼具天文、数学、历法等知识,因为操作复杂,现在也濒临失传[8]。

3) 治疗方法

泰医的治则原理上与中医相通。中医治病重在调理阴阳五行关系,而傣-泰医生治病重在“调平四塔”与“调节五蕴”。

具体的治疗方法分为内治与外治两种。内治即内服药物(有酒浸剂、煎剂、丸剂、散剂等)治疗疾病,外治指外用药物(包敷、擦洗、熏洗等)及物理方式(推拿、按摩、放血、针刺、拔罐等)。

³中国哲学大辞典,“五蕴”词条。来源:知网百科搜索。

(三) 神药两解：傣-泰民族的仪式治疗

1) “药”解

傣-泰民族居住的地区属热带雨林区, 终年高温多雨, 植被常绿, 药物资源丰富, 在泰民居住的屋宅院落周围便能采摘到草药, 无须特别炮制便可趁鲜使用。

药物含动物药、植物药、矿物药, 药性主要分为寒、热、平三性。按味分有涩、甘、苦、咸、酸、辛、芳香以及坚果味和令人作呕的味[10]。草药的分类方式大抵与中药分类相同, 傣-泰民族对药物性能的理解与中医也有极多相似之处。如属辛味的中药“能散能行”, 具有发散、行气、行血解表的作用, 而属辛味的傣-泰草药也多用以行气消胀、发汗, 并有增补火塔的功效。与中药不同所的是, 傣-泰医学中的药物并没有向中医那样划归于某一经络之中[9]。

药材除了有其药理上的“药性”之外, 还有着与自然相通的“灵性”。傣-泰医生认为, 许多动物性的药材(如象牙、虎牙、犀牛角、鹿角)之中凝聚着动物的本性与力量[11]。

方剂分为单方和复方两种。顾名思义, 单方便是单味药独成一方, 复方便是多味药合作一方。复方药中不同的药物分司“主”、“辅”、“抑”、“调”四职: 主药在方中起主要作用, 辅药助增主要药物的药性并调节四塔之间的平衡, 抑制类药物控制整剂药的毒性, 调味类药物起调整药剂口味的作用[10]。

一般傣-泰民族家庭的老年人都掌握一定的医药知识, 善用单方药解决日常生活之中如跌打摔伤、外伤出血、咳嗽感冒等小病痛, 而有丰富经历的草医“摩雅”都有自己的配方经验和用药禁忌, 俗称“塔药”。

2) “神”解

尽管傣-泰地区有较为完备的医学知识体系, 但因为南传佛教与民间信仰的盛行, 医疗与宗教是相互嵌合的, “药解”要在“神解”的加持之下才能更显效用。虽说傣-泰地区南传佛教盛行, 地位甚高, 依照南传佛教主张涅槃、视今生为苦的教义, 原应无太多为求续命的巫术仪式, 但傣-泰地区宗教信仰并非仅有佛教一元, 而为佛教与民间信仰二元共存。但大部分的傣族人并非完全遵从佛教教义, 看透生死, 反而需要依靠民间信仰的仪式来延长此生的寿命。在这种情况下, 南传佛教不得不暂时搁置相关的教义, 从民间信仰中借用与仪式治疗相关的内容来迎合傣-泰族人的选择[12]。因此巫术与仪式化入了傣-泰医疗的方方面面, 就连在采集药物的时候, 也须行使巫术礼仪, 带上一对蜡条, 两朵鲜花、两节棉线向要采摘的药物祈祷, 并附加“一定能治好病”的意念, 植物才有药性[13]。

“摩雅”是傣-泰民族对于草医的称呼, 有“医师”之意。每个村寨都有自己的摩雅, 他们是还俗的高级僧人, (若是佛谷还俗, 则被称为“康朗”)一般生于草医世家, 有着深厚的家学渊源, 大多具有“医”、“巫”、“佛”的三重身份。摩雅在行医治疗之前会先行为患者占卜, 问清疾病的起因, 若是得罪了神灵, 则令病者“赎”(奉献给佛)贡品; 若是某一鬼怪作祟则用法力将其送走; 若是魂不附体则为病人拴线叫魂[6]。如果是被某种恶灵附体, 则会进行一种叫做“siakaban”的仪式来驱除体内的恶灵[11]。占卜与仪式完成之后, 再应用“望”、“闻”“问”“摸”的四诊法为病人看病。摩雅与康朗们在使用草药治病时往往会使用巴利语咒语(代表着佛的能量)为草药加持, 这种技法被称为“口功”。“口功”方法只家传内部传外, 传男不传女, 如未经拜师仪式学成的口功则没有效果。

段忠玉和郑进在《傣医传统吹气疗法的医学人类学解读》中有着对傣族医生使用口功治疗骨伤的详实描述: 口功治疗主要包括诊断、复位、口功吹气、按摩、固定等步骤。口功医生先须判断病人受伤程度和骨伤类型, 是闭合性还是开放性, 来确定采用的治疗方式和口功经文。具体治疗时, 医生默念经文并口吹患处, 同时, 用清水或草药水按摩。治疗过程中, 医生要密切注意观察患者的精神状况, 与对方聊天, 给予关心、安慰和鼓励。患者痊愈后, 口功医生要为患者举行“拴线”仪式。“拴线”意为“拴魂”, 是傣族传统的祝福仪式[14]。

从民族志文本的记述来看, 泰医的口功治疗有着丰富的结构意义与象征意义: 整个口功治疗的仪式

可以理解为一个“分离—整合”的系统修复。这个修复过程要求集体的传统与个人的想象力能够合作, 要求病人相信神话, 并且隶属于一个相信神话和鬼怪的社会[15], 这样仪式治疗才能发挥其效用。在就诊之前, 负伤的病人因为疾病与疼痛处于混乱的思维与情感状态之中, 而泰医的咒语则引导了患者进行情绪的宣泄。同时, 泰医可以被视为是拥有治愈力量的神佛的象征, 他通过咒语给患者送去了与疾病抗争的精神力量。病态情绪的发泄与精神力量的注入使得病患的思维得到整合, 恢复秩序。在傣医“四塔五蕴”的理论观念之下, 这个过程便能理解为调和“五蕴”, 从而恢复“四塔”平衡的过程: 精神意识秩序的建立将作用与身体, 达到身体健康恢复的目的。

在整个过程之中, 病人及其家属的注视赋予了该仪式治疗流传的生命力, 他们的求治体验广泛流传, 使得更多的患者选择仪式治疗或跟随某一摩雅(或康朗), 这是使得傣-泰民族地区的灵力经久不衰的重要原因。

在泰国曼谷及整个泰国东北地区, “神药两解”出现了新的内涵。上世纪 80 年代, 泰国政府为应对贫穷与营养不良的问题, 推行“光头医生”(Bare-headed doctors)的政策以整合基层医疗资源。由于泰国佛寺广布, 如使其兼具医疗功能, 那么公共卫生推广普及便能直入最基层。通过对僧侣们进行短期的现代医疗与传统医疗培训, 使之获得行医资格, 僧侣们便从法律上确立了“亦僧亦医”的身份。僧侣与百姓关系历来密切, 素日里僧侣们也扮演着“知识权威”的角色, 是替民众答疑解惑的“顾问”。“光头医生”的出现使得民众求医更加便捷, 因为僧侣的特殊身份也使得医患关系更加融洽。在此种情境下, “神药两解”的“神”并不代表着仪式治疗, 而指“光头医生”亦僧亦医特殊身份, 这给予了治疗过程及公共卫生事业推广极大的便利[16]。

同时, 在泰国地区, 佛教仪式与草药结合的治疗手段还被用于戒毒[17]。可见傣-泰民族医疗“神药两解”的治疗方式应用之广, 内涵之丰富: 它包容了“生理的医学”、“心理的医学”以及“社会的医学”这三个方面, 是泰傣民族伟大的智慧结晶。

4. 作为“具体性的科学”的傣-泰民族医学

傣-泰民族的先民们在史前时代“尝遍百草”, 从而形成了关于植物的一套分类体系, 逐渐发展出了草药学; 在“万物有灵”的观念之下, 又形成了一套巫术与仪式体系, 一面“药解”, 一面“神解”, 使得仪式治疗诞生。这从无至有的发展, 按照列维-斯特劳斯的观点, 是由一种“真正的科学态度”、“一种为了求知的喜悦而追求知识的愿望”所推动, “因为只有一小部分观察和实验(应当认为它们主要是被求知欲激起的)才能产生实际的、直接有用的结果[18]。

进入有史时代, 傣-泰民族族人如同“修补匠”一般, 将来自于印度文化的“阿育吠陀”医术、佛教的“五蕴”观念、以及中医学的辨证方法、诊断方法与药物分类方法收集、拼接、整合起来, 缝补到傣-泰民族原始医学的主干之上, 形成一套独特的傣-泰民族医疗体系。这套体系不仅仅局限于“生理的医学”: “四塔五蕴”中体现的“身心一体”、“天人同一”的观念, 仪式治疗有整合患者意识、引导患者情绪发泄的功能, 以及佛教仪式治疗对戒毒的功效, 使得傣-泰医学包容了“生理的医学”、“心理的医学”以及“社会的医学”这三个方面, 其内蕴之丰富非生化医学所能比拟。

然而 20 世纪以来, 生化医学(也就是通常所说的“现代医学”或“西医”)凭借其“科学性”在医疗领域之中占据了霸主地位, “医疗科学化”成为了现代国家在医疗层面上的一种“政治正确”, 民族医疗逐步边缘化, 退居乡村, 成为一种“风俗”甚或是“野趣”, 其“猎奇价值”甚至超出了医疗价值, 更别说作为“专业医疗”抛头露面。即便是在将中医学定位“专业医疗”的中国, 也是使用“中医科学化”的手段来为中医谋得合法地位。20 世纪后期, 大力发展泰医的泰国政府, 也未能走出“泰医科学化”的套路。用科学的利刃将民族医学解构之后再重构的方法, 表面上让民族医疗得以“复兴”, 但实质上

使得民族医疗体系支离破碎, 难以作为一个整体发挥效用, 沦为生化医学的附庸。这种看似理性的“科学化”的手段, 背后隐含着“科学中心主义”的优越感与民族医学、传统医学为谋生路的无奈。

而民族医学, 按照列维-斯特劳斯的理解, 又何尝不是一种“具体的科学”呢? 傣-泰民族医疗文化中的巫术思维、神话思维分类体系以及傣-泰族人对“修补术”的应用, 体现的是一套与科学不同的、获取知识的平行的方式, 是人类打量、思考自然的另一种角度与方式。它们的主要价值就在于把那些曾经(无疑目前仍然如此)恰恰适用于某一类型的发现的观察与反省方式, 一直保存至今日。它与科学在实用的结果上完全不同, 但它并不因此就使其科学性减色, 因而也并不为其结果的真实性减色。在万年之前, 它们就被证实, 并将永远作为我们文明的基础[18]。

在文化变迁之下, 傣-泰民族医疗文化将走向何方? 是被逆涵化成为生化医学一部分? 还是像历史中那样, 再将生化医学“修补”进入自己的体系之内? 这值得我们继续关注。

基金项目

教育部人文社科一般项目“少数民族医疗体系: 以医疗求助模式为重点”, 项目号 15yja850008。

参考文献

- [1] 陈吕范. 泰族起源问题研究[M]. 香港: 国际文化出版公司, 1990: 15-21.
- [2] 岩峰. 傣泰民族文化大观[M]. 昆明: 云南民族出版社, 1999: 375-376.
- [3] 陈晖, 等. 泰国文化概论[M]. 北京: 中国出版集团, 世界图书出版公司, 2014: 53-55.
- [4] 李经纬. 中外医学交流史[M]. 长沙: 湖南教育出版社, 1998: 240-241.
- [5] 明全忠. 泰国传统医学的历史和现状[J]. 国外医学中医中药分册, 1997, 19(4): 30-32.
- [6] 伍琼华. 傣族医药与文化[J]. 云南民族学院学报(哲学社会科学版), 2001, 18(6): 53-56.
- [7] 牛菲, 等. 论四塔五蕴学说与傣医疾病观[J]. 云南中医学院学报, 2009, 32(6): 30-32.
- [8] 杨梅, 等. 傣医诊断学研究概述[J]. 中国民族医药杂志, 2007, 10(10): 12-14.
- [9] 林艳芳. 论傣族医学特点[J]. 云南中医中药杂志, 1988(3).
- [10] 徐冬英. 泰国传统医药评述[J]. 中医药学刊, 2003, 21(9): 1597.
- [11] 斯科特·班博. 传统泰医德医疗、食物和毒药[M]. 芝加哥: 芝加哥大学出版社, 1998: 339-353.
- [12] 张振伟. 身体与信仰: 西双版纳傣族仪式治疗中的二元宗教互动[J]. 思想战线, 2013, 39(2): 57-62.
- [13] 赵世林, 伍琼华. 傣族文化志[M]. 昆明: 云南民族出版社, 1997: 83.
- [14] 段忠玉, 郑进. 傣族传统口功吹起疗法的医学人类学解读[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2015, 32(1): 53-59.
- [15] 克劳德·列维-斯特劳斯. 结构人类学——巫术·宗教·艺术·神话[M]. 陆晓禾, 等, 译. 北京: 文化艺术出版社, 1989: 33.
- [16] 大卫·戈斯林. 泰国的光头医生[M]. 剑桥: 剑桥大学出版社, 1985: 761.
- [17] H. K. 荷根侯根. 药物成瘾的传统医药和治疗: 东南亚的三个例子[J]. 医学人类学季刊, 1984, 16(1): 3-7.
- [18] 克劳德·列维-斯特劳斯. 野性的思维[M]. 李幼蒸, 译. 中国人民大学出版社, 2006: 14-17.

知网检索的两种方式：

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择：[ISSN]，输入期刊 ISSN：2331-0251，即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入，输入文章标题，即可查询

投稿请点击：<http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱：ma@hanspub.org