

第一章 中医翻译的基本原理

第一节 概述

翻译重在实践。所以钱歌川先生说：“我素来认为翻译不能专讲理论，必须有货色拿出来看。理论讲得很高妙的人，翻译出来的东西，并不一定就好，因为理论和实践是两回事，很不容易配合好的”。傅雷先生也说：“曾见过一些人写翻译理论，头头是道，非常中肯，译的东西却不高明得很，我常引以为戒”。

但是，翻译虽然重在实践，却不能不论理（翻译理论）。理论虽不能代替实践，然而没有先进的理论绝难有科学的实践。所以董秋斯先生指出：翻译是理论与实践相结合的产物，那种以为只要会写本国文字又了解书的内容便可进行翻译的观点，无疑是极其错误的。谭载喜先生也认为，许多翻译人员只能称为翻译匠，因为他们既不研究翻译，也不认真对待翻译中出现的问题，翻译质量几无保证。

翻开翻译史我们便会发现，大凡在翻译上有所建树的人无不对翻译理论有独到的研究并将其自觉地运用到自己的翻译实践中去。古代有鸠摩罗什（“以实出华”）、玄奘（“五不翻”），近代有马建忠（“善译”）、严复（“信达雅”），现代有傅雷（“神似”）、钱钟书（“化境”）等。傅雷先生虽自认为“文艺理论家不能兼作诗人或小说家，翻译工作也不例外”，但他本人不但是蜚声海内外的翻译大家，而且在翻译理论的研究方面于“信达雅”之外，标举“神似”，别树一帜，把翻译从字句推敲提高到艺术锤炼的理想境界。

由此可见，翻译虽重在实践，但也离不开理论的指导。中医翻译亦不例外。

在现行的中医翻译活动中，许多译者只是埋头翻译，却不关心翻译理论，也不认真研究翻译中存在的问题；有的译者拿到一本汉英中医辞典或手册即奉为圭臬，却不管其译语是否合情（中医之实际情况）合理（翻译之理论）；有的译者只是从自己的理解和习惯去释义和翻译，而不是按照翻译学的基本原理和实际要求来再现原文信息；如此等等。所有这些作法均失之偏颇，不利于中医翻译的健康发展，更不利于中医翻译理论体系的建立。

事实上，中医翻译界目前存在的种种混乱现象，莫不缘于其重实践经验轻理论研究之译风。如果这一译风不能得到纠正，翻译上的混乱状态将无法遏止。

所以要从中医翻译，就不能不了解中医翻译的基本理论，特别是中医翻译的原则与标准。

钱歌川先生认为，原则与标准的区别在于前者天定后者人定。也就是说原则是客观的，标准是主观的。这个区分似乎主观了一些。其实在翻译理论的研究上，原则和标准往往缺乏明确的界限。例如“信达雅”既可以说是翻译的原则，又可以说是翻译的标准。中医翻译的原则和标准也是这样，没有严格的区分。

当然，由于中医翻译的理论体系尚在建设之中，对其原则、标准与方法等问题的研究还有待于进一步的系统化。但对于一般翻译人员来讲，对其初步地了解有利于正确的实践活动。下面概要地介绍一下这方面的问题。

第二节 中医语言的风格与特点

理解是翻译的第一步。只有正确地理解了原文，才能获得理想的译文。然而要了解原文，就必须首先了解原文所用语言（即 source language）的风格和特点，不然就无从理解原文。中医翻译上存在的许多问题，实际上都与译者对中医语言缺乏了解有直接的关系。

中医语言同中医理论一样，既古老又复杂。再加上历史上不同学派之间的相互渗透与影响，致使其表层结构与深层结构之间的矛盾日趋复杂，给理解和翻译带来了很大困难。对此，刘时觉先生曾在《中医研究》1992年第2期上撰文指出，中医语言突出的特征是明确的特定词汇往往表示不确定的、多变的概念，由此造成了多种语言冲突现象，如歧义冲突、异质冲突、反义冲突、古今冲突等。其原因主要是由于概念虚化、名不及形、名不及实，如哲学抽象、比类推测、实体虚化等。这使具体描述人体生理病理的、具有充分物质性和实体性的专门词汇，变得无形无状，有着明显的抽象性。这种矛盾现象是产生语言冲突的根本原因。

的确，从某种意义上讲，中医概念的歧义性及译语的不统一，在很大程度上是由其语言本身的模糊性和虚化性所造成的。但是，我们却不能据此而将中医语言一概否定，而应对其进行一分为二的分析。事实上，中医语言也有其令其它用语望尘莫及的优势。比如，从纯粹的语言交际要求来看，中医用语高度的语义概括性及简洁的结构特征就使其具有较高的信息密度和运载力。当然，由于中医著作中的文化差异，这一特征往往给翻译带来了诸多困难。但是，这些困难本身只表明我们对中医翻译研究还有待于进一步的深入，而不能说明中医语言本身是不可译的。

这就要求我们在研究中医翻译时，首先必须认真研究中医的语言。只有揭开了中医语言的语义特征，才能正确理解中医医理，才能准确地将中医语言的含义转达到译入语中去。实践证明，如果译者不对这一古老语言进行多层次的透析，那么在翻译时就很可能犯以点带面、以形取义的错误。本章拟从发生学、词汇学、风格学及语义学四个方面对中医语言作一概要的分析。

一、发生学特征

（一）医哲交融

中医的理论体系实际上是在中国古典哲学的基础上发展起来的。比如中医学上的“阴阳”和“五行”学说原本就是中国古代的哲学概念（最早见于《管子·水地篇》中）后来被中医学用来

阐释人体的结构、生理、病理，并指导临床的诊断和治疗。

中医学与中国古典哲学的这种水乳交融的关系在语言学上的表现更为突出，大量的哲学用语进入了中医语言。这固然丰富了中医语言的表达力，但也带来了许多消极的影响。因为那些哲学用语在哲学上的含义并未因其进入中医语言而消失，从而影响了其所承载的医学信息。如“元气”（见《春秋繁露》）、“气化”（见《庄子》）、“天人相应”（见《吕氏春秋》）、“神”（见《荀子》）、“精气”（见《管子》）及“心主神”（见《天人三策》）这样一些被中医语言所借用的哲学用语，其意义在中医学中就有多种解释。

从文字发生学角度不难看出，五脏六腑中的心和胃是象形字，而肝、肺、脾、肾、胆、膀胱则均为形声字。毫无疑问，这些字的原始意义都是指人体内部实质性脏器而言的。在《内经》和《难经》等早期医学文献中，关于人体脏腑的大小、长短、厚薄、数量、容量、重量、质地和所居部位等形态方面的详细记载，可谓俯拾即是。这说明，脏腑概念最初绝不是对机体表象综合抽象的产物，而是在解剖基础上建立起来的表示体内实在之物的本质属性和特征的真实概念。但是，为了获得脏腑生理、病理的完整知识，实现中医理论的一体化，单纯借助简单的、直观的解剖知识显然是不够的。于是，当作为古代哲学范畴的阴阳、五行学说建立之后，全面系统地接受其渗透和指导，便成为中医学理论奠基时期进行理论一体化构筑的必然历史现象。

在阴阳、五行学说的干预下，一方面，藏象学说引入脏腑基本概念，自然吸收了表现这些概念本质属性和特征的初始内涵。亦即，这些概念不因组合在藏象学说中而改变各自的形态学本质。另外，一些由解剖学脏腑得出的与之相背的知识也被吸收进来。例如因观察到在解剖部位上“脾与胃以膜相连”（《素问·太阴阳明论》）遂认为两者在生理、病理上必然存在着非常密切的联系，而事实却并非如此。

在阴阳、五行学说（特别是五行学说）的规范下，脏腑概念又不同程度地远离解剖学本质，起到表征人体一组生命现象的符号的作用。于是在同一语言环境中，同一概念时而显示出解剖学

特征，反映实质性脏器的各种变化；时而又以非解剖学的面貌出现，灵活地表达各种生命现象（《医学与哲学》1991年第2期，第24页）。由此可见，中医学与中国古典哲学水乳交融的结合，一方面固然促进了中医学理论体系奠基时期进行理论一体化构筑的过程，但另一方面也成为其基本概念歧义性的历史根源。

（二）恒久不变

自《黄帝内经》问世以来，中医学从理论到语言都被钦定了。从那时到现在千百年过去了，中医语言基本上旧颜未改。这在世界语言发展史上是绝无仅有的一个奇特现象。这部分是由于文言文的使用所造成的。正如高本汉（Karlgren）指出的那样：“一千年来，文言文一直是一种矫揉造作的东西，而且尽管有那么多的格调变化，这些年来它基本上是一样的。一个中国人一旦掌握了它，他所读的一首诗无论是在基督时代，或者公元一千年以后，或者是昨天写的，从语言观点看，对他都是一样的。不管是什么时代写的，他都能理解并欣赏它。可是在别的国家，书写文字随着口语而演变，在很少几世纪中可能形成一种实际上完全新的文字。今天一个普通的英国人很少能看懂三四百年前的本国文献。最早的文献只有经过专门的语言学研究才能了解。”（《中国科学技术史》李约瑟著，第88～89页）

另一方面，中医学本身的思维方式及研究方法也妨碍了其语言的发展，由于崇古心态严重，人们总是把经典著作奉若神明。即是在今天，学术观点的争论在很大程度上仍然依靠引经据典来“打擂台”。正是由于这种崇古忌变心态的支配，才使中医学的理论千百年来绵延而不变。尽管中医学上也有所谓的“各家学说”但这些各家学说，归根到底还是万变不离其宗。这样，中医语言也就没有了更新的机会。而这种情况在其它科学领域的研究和发展中，却是绝少发现的。比如在西医的发展史上，理论体系总是伴随着整个科学技术的发展及其自身研究的不断深入而处于一个动态的发展、变化和提高的过程中。西医理论体系的这一动态的运动在其语言上也有相应的反映。我们认为这个事实是无庸置疑的。

虽然由于客观的原因，中医语言千百年来缺少明显的变化，但是汉语作为一个整体却处在不断的变化之中，尤其是近现代。汉语的这种变化在中医语言中也有一定的反应，那就是许多中医用语愈来愈显得含义模糊，难以把握。

（三）中西混杂

所谓中西混杂，指的是中医语言中夹杂有许多西医用语。对造成这一现状的原因，目前尚存争议。

一种观点认为，清代西医学家及一些翻译人员在翻译西医学基本概念时，用单义项直译，或干脆想当然地借用了与之含义并不相同的大量中医术语，致使一些意义并不相同的中西医概念具有相同的语言外壳。“伤寒”便是典型一例。中医上的“伤寒”有三层意思：为各种外感热病的总称；为感受寒邪而发热的一种病邪；指冬天感受的寒邪。而西医上的“伤寒”则指的是“由伤寒杆菌引起的肠道传染病”。

另一种观点认为，中西医用语混杂的状况是中医界一些人攀龙附凤的结果。自从西医传入我国以来，中医几千年来“独尊”地位便遭到了严重的挑战。辛亥革命以后，中国发生了天翻地覆的变化。而这种变化在某种意义上，却对中医的生存构成了一种威胁。例如，在国民政府 1929 年 2 月召开的第一次中央卫生委员会上，余云岫等人提出了“废止旧医”提案，并得到了大会通过。该提案认为，中医理论是凭空杜撰的；中医脉法自欺欺人；中医无法预防疫病；中医病源学说阻遏科学化。故需彻底“废止”。虽然余云岫的这个提案终因各界的强烈反对而没能最后予以实施，但中医所面临的严峻挑战却并未因此而有所缓解。事实上，嗣后国民政府所采取的种种措施无不或多或少地体现了“废止旧医”提案的基本精神。

例如，1932 年国民政府行政院下令改中医学校为中医学社，规定中医教育不得列入学校系统。这与 1912 年北洋政府颁布医学专门学校规程时，根本排斥中医课程内容的做法同出一辙。

在这严峻时期，为了证明中医学的科学性，中医界的一些人在著书立说时便大量使用西医概念和理论解释中医，结果使科学

性和现代性很强的西医概念和术语与古老的中医语言混为一起。例如 1918 年张锡纯著《医学衷中参西录》，以西医理论解释和阐发中医医理，开中西混杂之先河。

这两种观点都有一定的历史根据，但对“中西混杂”这一现象的看法，都不免失之偏颇。从语言学的角度看，语言之间的相互借用是语言交际功能的正常发挥，是语言自身丰富与发展的一种标志。

在当今世界上，恐怕很难找到一种“洁身自好”的语言。随着科学技术的发展，语言成份“身兼数职”的现象越来越普遍。如 *transmission* 在无线电工程学中是“发射”、“播送”；在机械动力学中是“传动”、“变速”，在物理学中，是“透射”；在医学上为“遗传”，在计算机专业上，则是“传输”、“传送”。这个例子说明，在这五个不同学科的用语中，也存在着相互借用（也可称作“混杂”）现象，但各学科语言的交际功能并未因此而受影响。

所以，我们没有必要对中医语言中存在的“中西混杂”现象持消极态度。重要的是，我们在理解中医语言中借入的西医概念或用语时，必须立足于中医这个使用域（*register*）努力摆脱其原有语义的影响。这样，“中西混杂”现象就不会构成影响中医翻译中信息再现的不利因素。

二、词汇学特征

从词汇学来看，中医语言有如下一些特点：

（一）模糊性

中医的许多概念原本都有具体的所指意义，但进入中医语言之后其语义渐渐地抽象化了。但在一定条件下，其具体意义又与抽象意义交叉并存，给理解造成了一定的困难。如在“心与小肠相表里”这句话中，“表里”的抽象意义大于具体意义；但在一定条件下，“表虚证”和“里实证”二词中的“表里”的具体意义又大于抽象意义。然而，这种关系并不是固定不变的，而是随着语境的更替而变化着。

有人对中医内科教材各论所列述的 59 种疾病的名称进行了

归类分析，结果发现这些疾病的命名方法存在着严重的问题：

首先，这些病名多以主要临床表现为命名依据，其内涵和外延含混不清，概念紊乱。根据中医藏象学说，心、肝、脾、肺、肾的概念比实际解剖概念宽广复杂，而内科教材列举的病名如心悸、胸痹、肺病等实际是指解剖器官而非脏腑学说的所指。而一些以主症命名的疾病实际上是患者的症状或体征，不能反映疾病的本质特征。其内涵与外延均是模糊的。

其次，教材所列举的疾病有的以病命名，有的以症状命名，病证、症三者概念不清。

同时，疾病命名依据前后不一，全书亦不统一。这种命名依据的多样性和不一致性，容易产生概念的歧义。

当然，中医概念的模糊性有着深刻的历史原因，但人为的因素也不是没有。例如中医内一些原本具有特定所指意义的概念，后来被人为地赋予了一些主观含义（subjective denotation）使这些概念显得古奥玄密。

比如“命门”原来指眼睛（《灵枢》上就有“命门者，目也”的记载），与我们今天所说的“眼睛是心灵的窗户”有异曲同工之喻。但后来却被人为地用以表示右肾（或左肾、或左右二肾等），如《难经·三十六难》首先提出“肾两者，非皆肾也，其左者为肾，右为命门。”然而从语言学上讲，“命门”一词的语义是模糊的。事实也确实如此，自从“命门”之说提出至今，其部位与生理功能一直没能确立下来，造成了后世医家严重的门户之见。

“三焦”也是典型一例。连《中医基础理论》（高等医药院校教材）在论述“三焦”时也不得不承认“由于三焦的某些具体概念不够明确，《难经》在《二十五难》和《三十八难》中又提出‘有名而无形’之说，因而引起了后世的争论……”。

总之，中医语言的语义单位在指称或表述某一对象时总是不十分确切的，这就影响了其概念的清晰度。目前中医翻译界及中医界的一些人士对中医语言中存在的语义模糊这一现象基本上持否定态度。倡导中医现代化的人也企图使中医采取西医量化的办法来克服语义的模糊性。其实这都是对中医语言中“语义模糊”这

一现象缺乏辩证的认识。事实上，西医量化的办法也并非解决“语义模糊”的万全之策。

“例如把血红蛋白在 12.2g%（男）以下的人定义为‘贫血’，似乎比中医所说的‘血虚’要精确些。但事实上，前者不过是一种人群统计学的均数。千差万别的个人生理状况的判定，只能以他本人以往常态为准。如果一个人的常态水平不在均数以内，那么西医的量化并不会给认识主体带来更多的清晰性。而中医辨证从‘面色苍白’（色）‘有气无力’（行为）‘脉细弱’（血液流动学）‘舌淡唇白’（外周循环）‘头晕眼花’（神经系统症状）等多维度的一系列机能信息，来作出一个模糊集合的判断，其实比边界严格清晰的西医标准更适合于每一个具体和‘运动中’的人。”（《医学与哲学》1990年第6期，第20页）

当然，中医语言中“语义模糊”这一特征也有其消极的一面，由于其内涵与外延的不确定，给诡辩者们提供了“自圆其说”的可能。但对翻译工作者来讲，重要的是要区分“语义模糊”与“民族性”这两个不同的概念。前者属于语言学，具体地说是语用学范畴的问题，而后者则属于文化学或民族学方面的问题。比如将“命门”和“三焦”看作具有“民族性”的一对概念比当作“语义模糊”的一对语义单位要客观、准确得多。作这样的区分对于如何翻译这两个概念，有重要意义。

（二）歧义性

近年来，中医概念的歧义性已引起了学术界的普遍关注。就连中医界也有人明确提出“中医学的许多基本概念具有外延广泛，一词多义的特点，对某一术语的理解，在学术争鸣中常有歧义和误会”。那么，造成中医概念歧义化的原因是什么呢？从目前的研究来看，大概有以下三方面的原因：

首先，中医概念歧义化是历史所造成的，在古代总体科技水平低下的情况下，在当时中医学可能达到的研究层次内，依靠基本概念的一身二任作用，古代医家实现了对生命现象、疾病本质和治疗机制理性而全面的把握，使中医学形成了完整统一的理论体系。这对于原始的口耳医学和其后粗浅零散的医学知识记载来

说，无疑是一次划时代的进步。这便是中医学理论体系赖以构建的基础。所以有人认为，中医理论大厦是建筑在其基本概念的歧义性之上的。其歧义性和实质，主要指这些概念的解剖学属性和非解剖属性的内涵的两重性。

其次，中医基本概念的歧义性是医哲交融的必然产物。医哲相融使得中医理论体系得以集中它赖以产生的那个时代的知识精华。它的灵活性与普遍性，使之成为解释已知、探求未知的有力工具。在特定的时空范围内，植根于中医理论体系中的基本概念歧义现象，不但没有阻碍中医学的发展，反而在保持其理论内核不变的基础上不断使之丰富和完善。然而这种以医哲交融为基础的医学理论体系毕竟是特定历史条件下的产物，所以它的生命力也只有在那一特定历史条件下才能充分显示出来。随着科学技术的发展，中医理论体系中潜在的由基本概念歧义性导致的逻辑矛盾日趋成为阻碍中医学向新的研究层次跃进的根本症结，同时也成为中医对外翻译中的一个拦路虎（《医学与哲学》1991年第2期，第25页）。

最后，中医概念的歧义性也与其传统研究方式有关。中医在长期的发展过程中形成了众多的流派，即所谓的“各家学说”。尽管各家学说并不尽相同，但都使用着同一术语系统，一词多义及概念交叉等现象便不可避免地产生了。这种现象人为地加重了中医用语的语义负荷量，对中医本身的发展极为不利。

众所周知，在科学体系中，只有使用内涵清楚、不易发生歧义的概念，才能保证信息传递的精确性和理论抽象的首尾一贯性。否则，必然酿成理论体系中的逻辑矛盾。而这正是中医学目前所面临的棘手问题之一。同样的问题也摆在了中医翻译工作者的面前，那就是如何处理中医学中概念的歧义性问题。一般来说，只需要注意研究上下文的关系并弄清楚一个词在特定使用域中的特定含义，概念的歧义性还是可以解决的。

（三）笼统性

中医理论体系在汉以前已基本上确立起来。那时实验科学还没有发展起来，古代医家们只有依靠直观，甚至猜测来构建自己

的理论，从而认识人体的生理功能及病理状况，判断疾病的发生与发展。这就限制了他们对客观实体作全面系统的观察并得出客观、精确的结论。他们所能作的就是从客观上对认识体作以概括的说明或笼统的归纳。这种认识事物的方式在当时生产力及科学水平都很低下的情况下，是可以理解的。

遗憾的是，这种直观的认识方式及简单的类比推理居然从此成了中医基本的认识准则。这样，概念及表达上的笼统性就成了中医语言的典型特征之一。“如发热中有‘壮热’、‘低热’、‘潮热’、‘身热不扬’之分，因无具体的体温标准及体温曲线，在区分及判断上难免带有医者的主观因素，这对辨证诊断都会产生不利的影响。”（《医学与哲学》1990年第12期，第37页）对于译者的理解与信息的再现，又何尝不是这样呢？

另一方面，中医语言中感情色彩与文体色彩交织也是产生笼统性的一个成因。请看下面几个中医术语：

邪气：泛指一切致病因素。

正气：指机体生命功能与抗病力。

武火：大而猛的火。

文火：小而缓的火。

可以看出，以上这几个术语对所描述的对象都作了附加的说明，使说话人对所谈论的事物或现象的看法、情感及态度跃然纸上。但正因为如此，这些词的意义往往显得十分笼统，使人无法把握其“度”与“界”。

三、风格学特征

中医语言在风格学上具有如下一些特点：

（一）专业化水平低

从历史的角度来看，中医语言实际上是它赖以产生的那个时代日常用语、文学用语及哲学用语的混合产物。因此专业化程度比较低。这是中医语言容易产生歧义性的根本原因所在。

这一现象可能是受中国古典哲学影响的结果。中国古代的哲学家们喜欢用日常用语来阐释一些非常抽象的概念。这种以普通

词语表达抽象意义的方法同样为中医所吸收并得以发扬光大。这种做法不但影响了中医用语的专业化过程。而且也模糊了所述概念的内涵。

所幸的是，近年来随着中医现代化问题的深入讨论，人们已开始摸索“用现代科学（包括现代医学）知识和方法，进行基础研究”、“用现代语言对中医的医史、医籍进行全面整理，术语实行国际标准化以便进行国际学术交流”（《医学与哲学》1990年第12期，第36～38页）。

这就是说，现代科技术语，包括现代医学术语，可以代替古老的中医用语来描述中医经典著作中所阐述的医理和治法。这一观点对中医翻译来说，具有更为重要的意义。如果将这一观点运用到中医翻译上，那就意味着要彻底打破长期以来左右中医翻译界的译理和译法。这无疑将给中医翻译界带来一片勃勃生机。

（二）标准化程度差

造成中医用语标准化程度差的原因大致有以下几点：

首先，中医的传统教育模式不利于其语言的标准化。本世纪20年代之前，我国几乎没有什么正规的中医学校。虽然早在公元443年我国就开始正式由政府设置医学教育，比公元884年西方成立最早的意大利萨勒诺（Salerno）医学校早400多年。但这一教学模式并未成为千百年来中医教育的主流，而只在某些朝代中存在于皇家太医院中。从公元5世纪到1840年前的一千年间，中医学校式教育虽有一定的发展，但教育方式在很大程度上仍是依靠“师承”方式进行。在民间尤其是这样。在这种“师带徒”的教育模式下，自然无须，实际上也不可能有统一教材。由于不同医家对同一事物有不同的见解，又没有配套机构从中协调，用词混乱便不可避免地产生了。

其次，中医语言标准化程度差与历代医家的门户之见也不无关系。为了证明自己理论的独创性，有些医家有意使用一些与众不同的术语以示高深。这不但有碍于中医用语的统一，也影响了中医的发展。

最后，文言文行文和不加标点也是阻碍中医用语标准化进程

的一个原因。由于没有句读，使得人们可以根据自己的理解或需要，对同一个词语作出许多完全不同但又合情合理的解释。如《道德经》上有这样一句话“知不知上不知知病”。目前对这句话至少有四种不同的断句方式及译法，现抄录如下：

1. [Carus 译文] 知不知，上。不知知，病。

To know the unknowable. that is elevating. Not to know the knowable. that is sickness.

[W. Gorn Old 译文] (中文同上)

To be aware of one's ignorance is the best part of knowledge. while to be ignorant of this knowledge is a disease.

2. [Arthur Waley 译文] 知不知，上。不知，知，病。

To know when one does not know is best. To think one knows when one does not know is a dire disease.

3. [Lionel Giles 译文] 知，不知，上。不知，知，病。

To know. but to be as though not knowing. is the height of wisdom. Not to know. and yet to affect knowledge. is a vice.

4. [吴经熊译文] (以)知(为)不知，上。(以)不知(为)知，病。

To regard knowledge as no-knowledge is best. To regard no-knowledge as knowledge is sickness.

像这样的例子在中医典籍中并不罕见。这就是为什么从过去到现在，有那么多医家终生献身于医籍诠注工作的原因。

(三) 文学色彩浓郁

医学语言文学化是中医语言风格的一大特点。中医的典籍都是以古文形式写成的，其文体有歌咏、有诗赋，其语言有浓郁的古典文学色彩。这主要是因为古代的医家大多都是“屡试不第”而弃文从医的儒士，因此他们写的文章常常带有浓郁的文学色彩。这种文章的好处是文笔生动，读来引人入胜。但也不可避免地将文学创作上的夸张、比喻和渲染等修辞手法运用到医学文章中。如形容疗效迅速时常用“效如桴鼓”、“百试百中”、“屡试不爽”“未及旋踵，病已霍然”、“手到病除 妙手回春”等语 当谈到

防疾病的重要性时，便用“未雨绸缪”、“防患于未然”等语。

医学语言文学化，这显然与科技用语力求客观、严密、准确、简洁的要求格格不入。如果说医学语言文学化仅仅是古人的杰作，那也无可厚非。问题是这种现象仍普遍地存在于现代中医的用语中。虽然现代的中医工作者并未完全沿袭古人的文体，但也没有完全采用白话文，字里行间仍散发着远古气息。其用语充其量是一种半文半白的“远东拉丁文”，与瞿秋白同志当年批评的“非驴非马的骡子语言”相去不远。而在文风方面，则完全继承了古人的衣钵。这就给翻译工作者提出了一个如何解决中医语言中文学色彩的问题。而要解决这个问题，首先必须明确中医翻译的原则问题。只有解决了原则问题，才能确立翻译的程序。

四、语义学特征

近年来，从语义学入手对中医语言进行的研究，也有了一定的发展。有人从语义场（Semantic field）出发，对中医词语进行了较为系统的研究，探讨了中医语言的深层结构及其对中医理论总体结构的影响。概括起来有以下几点：

（一）分类义场

分类义场，由标志同类事物（或现象、性质、运动等）的义位（Sememe）构成。中医很早就有发达的分类义场，如“阴阳”是包含两个义位的分类义场，“五行”则是包含五个义位的分类义场。其次有“六经”、“六淫”、“三焦”、“四气”、“五味”、“六气”等分类义场。中医正是依靠这些分类义场，把对复杂的生命和疾病现象的认识纳入了一个条理化的框架。中医分类义场是一种源于民俗的经验，直观性明显，且表共性的义素间常常只是一种类比的联系，而非本质的联系。西医的分类义场在早期与中医大同小异，如“四元素说”也为一普遍的分类义场。但近代以后，西医分类义场发生了根本变化，这是由于西医的分类已经通过解剖、显微、遗传学等手段超越了日常生活的直观经验，从而使得其各义位和义素之间更具有本质的联系和区分特征。方法的推进，使得西医分类义场常在变化修改之中，而中医却总是把发展的经验纳

入凭直觉臆想建立的不变的分类义场中。

(二) 顺序义场

顺序义场是由具有某种顺序、等级关系的义位构成。中医理论中的阴阳消长、五行生克、四时循环、子午流注等概念各构成一种顺序义场。它们广涉生理、病理、诊治等领域，表明中医对生命时序现象有较为系统的认识。与此形成对照的是西医顺序义场主要表现在有关生命结构等级方面的认识。

(三) 关系义场

关系义场由反映事物之间关系的义位所构成。这种词语一般是成对出现（即每个义场包含两个义位），方向相反，具有依存关系。关系义场是中医理论中的普遍现象，如言脉象“上下左右之脉”、言气机“古非出入，则无以生长壮老已”，言刺法“前后相应，逆从得失，标本相移”等等。值得注意的是，“上下”、“左右”、“出入”、“前后”这些本来均为普通日常词语组成的关系义场，却在中医理论中都获得了特定的医学语义，并被当作像西方自然科学中的时间、空间、运动和变化等基本术语一样来广泛使用。西医词汇中的关系义场典型的有：抑制与兴奋、吸引与排斥、平衡与不平衡、感染与免疫、抗原与抗体等。它们在认识发生学上的一个重要特点是，大多数关系义位是单一独立先发展起来的，而不像中医总是成对发生和成对运用的，恰恰后者是所谓朴素辩证法思维在语义中的反映。

(四) 两极义场

两极义场由意义上彼此相反的二元词语构成，但两个对立的义位间有一过渡带。中医理论中两极义场尤为丰富，如“阴阳”、“沉浮”、“虚实”、“升降”等等。正常的生理状况被认为是两极义场中的“持中”状态，如“阴平阳秘”。西医中虽也有一些两极义场的词语，如 hypertension（高血压）和 hypotension（低血压）等，但为数不多。

(五) 同义义场

同义义场是由两个以上理性意义相同，但附加成分不同或用法不同或搭配关系相异的义位所构成的。虽然中西医词汇中都不

乏有同义义场，但各有发生、发展的原因。汉语同义词是词汇发展中词义上的相互“交接”，而在语音上彼此“分割”的结果；而英语却是因为在历史上曾长期受到拉丁语、希腊语等外来语的影响，从而形成了以本族语为一方，外来语为另一方的大量同义词长期共存的现象。结果是为了解决古今异地理解文本之差别的问题，中医便少不了以同义义场的词互训古籍的工作，而西医不但没有这个包袱，而且同义义场的多词源现象可能还有助于多元化思维的发展《医学与哲学》1990年第6期，第18~19页）。

第三节 中医翻译的原则

近年来，中医翻译的研究虽然发展较快，但散见于各个刊物上有关中医翻译的文章，讨论的大多都是“直译”和“意译”的问题，实际上仍然在我国翻译界一千多年来争论未休的问题上绕圈子。其实，“直译”和“意译”本身所反映的仅仅是翻译的方法问题，而翻译的根本问题应是原则问题，因为任何一门学科的翻译，都必须在一定的原则指导下，尔后按一定的方法进行。方法具有灵活性，不同的译者可能会采用不同的方法，而最后的结果都是一样的，即都传达了同一信息。目前的中医翻译由于缺少了这样一个统一的指导原则，因此已陷入了各行其是的混乱局面：如有将“五行”译成 *five elements*，有译成 *five phases*，也有译成 *Wuxing* 的；有将“三焦”译成 *three warmers*，有译成 *triple heaters* 也有干脆译成 *Sanjiao* 的。这种混乱局面不仅使读者深受其害，而且直接影响了中医的对外交流。

有鉴于此，我们根据自己多年来从事中医翻译工作的体会，结合国内外译者的实践，总结归纳出中医翻译的三条原则。实践证明，这三条原则符合中医翻译的实际，具有具体的指导意义。

一、薄文重医 依实出华

就翻译的性质而言，中医翻译理所当然的应属科技翻译，绝对不会有人将它同文学翻译混为一谈，从道理上讲的确应该是这

样的，但实际情况并非如此。

在分析中医语言的特点时，我们讨论了中医语言的文学化的倾向及其成因，那么在翻译时我们又该如何处理中医语言中的文学色彩呢？目前对这个问题仍看法不一。很多人总是津津乐道于中医语言如何优美动听，富有哲理，因此总是强调中医翻译要保持中医语言中浓厚的古典文学及哲学色彩。其理论根据是，任何一门学科的术语都是以其发明国所用的语言为基础而逐渐传播开的。但他们却忽略了翻译中最重要的一个因素，那就是读者。作者、译者、读者，这个翻译上的三位一体最后的着落点在“读者”的身上。只有译文忠实，读者的理解才会准确。若要做到这一点，仅从中医语言的特点上来考虑，显然是非常困难的。

奈达在《翻译理论与实践》一书中指出：“……在翻译古典作品时，不少人认为，译文中所采用的语言形式必须保持古老的风貌才算是忠实原文。其实，这是一种站不住脚的理论。我们认为，古代作家的服务对象是那些与他们同时代的读者，而不是几千几百年以后的现代读者，所使用的语言在当时是不会有太多的古味的。由于译作的服务对象也应是译者同时代的读者，因此没有必要在译文中保留过时的词语。否则，翻译的结果就会与原文的交际功能相矛盾，而真正背上‘不忠实原文’的罪名。”

奈达关于顺乎自然的对等的论述，同样适合于中医翻译。当然，原文形式的改变对读者了解原文的风格是有所影响的。但是，要翻译就必须有所增损，有所舍弃，不然翻译的目的就无法实现。对此，英国古典文学协会前主席、西塞罗文论翻译家迈克尔·格兰特(Michael Grant)不无感慨地说：“西塞罗的修辞手段是他所受的语言训练的产物，是他的风格中不可分割的一部分。如果丢掉它，你就丢掉了人们最赞赏他的一方面，损失还不止于此。如果保留它，我在前面已经指出，你就丢掉了另外一样东西——当代通顺的英语。这种进退两难的困境是没有折衷办法可以解决的。因此，我既然不准备放弃努力，要尽可能地接近真正的现代英语，就不得不放弃西塞罗的修辞手段。”

既然中医毕竟是一门医学科学，而不是文学或哲学，因此中