



面向 21 世纪课程教材

Textbook Series for 21st Century

全国高等医药院校教材 • 供基础、预防、临床、口腔医学类专业用

中 医 学

第五版 主编 郑守曾



人民卫生出版社



面向 21 世纪课程教材

责任编辑 王淑珍 ● 封面设计 赵京津

ISBN 7-117-03321-5



9 787117 033213 >

定 价：23.50 元

面向 21 世纪课程教材
全国高等医药院校教材
供基础、预防、临床、口腔医学类专业用

中 医 学

第 五 版

主编 郑守曾

副主编 李家邦 王洪飞
何裕民 邓中甲

编委 (以姓氏笔画为序)

王兴娟 (上海医科大学)	李俊彪 (中山医科大学)
王洪飞 (北京中医药大学)	何裕民 (上海中医药大学)
王新月 (河北医科大学)	郑守曾 (北京中医药大学)
邓中甲 (成都中医药大学)	胡剑北 (皖南医学院)
邓中炎 (广州中医药大学)	凌昌全 (第二军医大学)
刘 轩 (北京中医药大学)	曾 真 (上海第二医科大学)
刘义海 (广州医学院)	樊巧玲 (南京中医药大学)
李家邦 (湖南医科大学)	

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

中医学/郑守曾主编. - 5 版. - 北京:人民卫生出版社, 1999

高等医药院校教材

ISBN 7-117-03321-5

I. 中… II. 郑… III. 中国医药学-医学院校-教材 IV. R2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 48226 号

中 医 学

第 五 版

主 编: 郑 守 曾

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: pmph @ pmph. com

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/16 印张: 18.75

字 数: 432 千字

版 次: 1983 年 11 月第 2 版 2001 年 5 月第 5 版第 26 次印刷

印 数: 812 546—852 545

标准书号: ISBN 7-117-03321-5/R·3322

定 价: 23.50 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编写说明

在历史长河中，作为世界医学起源的传统医学，对人类的生存繁衍一直起着重要作用。中医学与古巴比伦医学、印度医学被称为是人类最早形成体系的三大传统医学，后两者虽比中医药学发源要早，但现在却仅剩一些散在的疗法与零散的理论，唯有中医学以其独特完整的理论体系和卓越的诊疗效果，在世界传统医学中一枝独秀，历经 2000 多年沧桑巨变依然生机勃勃，成为中华民族优秀传统文化的瑰宝。

中医药学是我国卫生事业的重要组成部分，与现代医学共同承担着提高人民健康水平，保护生产力的任务。我国教育行政主管部门十分重视医学院校的中医教育工作，并将其作为医学生文化素质教育的重要内容之一。为进一步加强医学院校的中医教育工作，体现教育改革思想，在教育部的直接领导下，1997 年 11 月~1999 年 6 月作为面向 21 世纪教学内容和课程体系改革课题——高等医学院校中医学课程教学内容改革研究，由中医和西医院校从事中医教学的专家共同完成，并编写出这部《中医学》教材。

本教材充分考虑医学院校的教学实际，分析了以前多种同类教材的利弊得失，力争体现高等教育在教学模式、教学内容、教学方法等方面改革的前沿水平，在实现《中医学》课程教学目标和教学基本要求的前提下，确定教材内容的深度和广度，努力保持中医学理论体系的科学性和完整性，反映中医学学术发展的成熟内容，实现教学内容的整体优化。通过对祖国传统医学产生与发展的人文背景、哲学思想的分析，生命观、疾病观及诊疗技术与应用实践的介绍，使广大医学生在接受祖国优秀传统文化教育的同时，加深对人类复杂生命现象的认识，理解不同医学体系对于生命现象的认知差异，丰富临床诊疗技术，拓宽视野，开阔思路，并为进一步学习中医学奠定基础。

编写思路的创新是本教材的突出特点之一，可概括为“两大模块，两个结合，一条主线”。“两大模块”是将中医学内容划分为核心模块和扩展模块，核心模块构成全书上篇，主要包括中医学学术发展的人文背景及哲学思想、中医学的生命观、疾病观、诊断技术、防治理论与手段几部分，基本涵盖了中医学的主要知识点。扩展模块构成下篇，主要强调核心模块知识的综合运用及中医学的整体观念与辨证论治思想，并通过对于常见证型的诊治，展示临床诊治过程，体现临床应用价值。“两个结合”，一是学术模式与文化模式相结合，学术模式的特征是通过对中医学基本概念、理论、原理、方法的阐释，反映中医学基本知识内涵；文化模式的特征则是将中医学作为一种文化现象，通过阐述其发展史与学术史、形成与发展的人文背景、认识观与方法论，与社会及其他相关学科的联系，特别是对社会的贡献等方面加以体现。二是结构主义方法与以问题为中心相结合。通过将中医学学术体系与理论框架分解成不同的知识部分，各部分既独立成章，又紧密联系，以突出结构主义的特点；以常见病证的临床思维与临床问题的解决为中心，反映中医学不同理论及技能的综合。“一条主线”则是以辨证论治为主线，并贯穿全书，使其成为专业基础与专业教学内容综合的轴心，纲举目

张，以较好地反映中医学的学术特色，体现临床思维，展示临床过程。

教材内容重组是本教材的另一特色。注重各部分的内容选择，以及整体上的有机联系，以体现中医学的完整思想和内容。

导论重点介绍中医学的人文社会背景、学术特点、认知方法、哲学思想；对正常人体的认识，将脏腑、经络、气血津液、体质等内容融于一炉，分别论述，并反映中医学的整体观；病因病机部分则主要阐述中医学对于疾病发生与发展变化的认识，体现其恒动观、辩证观、整体观的学术特征；诊法述要主要介绍判断疾病的方法和其方法论；治法概要一章，通过对中医学常用治疗方法的介绍，反映出中医学丰富多彩的、卓有疗效的防治思想与方法体系；辨证论治总论从总体上阐述辨证论治体系，证型的基本要素、层次、组合与转变等，以揭示不同证型的演变规律；常见证型治要中具体证型的选择，以寒热虚实为纲，以表里阴阳为目，以临床常见及卓有疗效为入选原则，各证型的临床表现以《国标》为规范，各类证治遵循先述理法，再论治疗、代表方剂、针灸处方，并通过病案示例，反映中医临床过程及治疗效果。

本书在保持中医学的系统性、科学性、完整性的同时，力求简明扼要，剔除冗繁，着眼于实用；上篇说理透彻，举例精当，约言不繁；下篇贯穿辨证论治的思想精髓，以常见临床证型为问题中心，理法方药诸环相扣，通俗易懂；全书行文力争简练精要，逻辑严谨，文字流畅，突出特色。

由于本书虽然在教学目的、教学模式、内容组织等方面进行了改革和探索，但教学效果只有通过教学实践才能得到检验，真诚希望听到各方面的意见。

内 容 提 要

第五版《中医学》教材，是高等医药院校必修课程教材，是教育部“面向 21 世纪教材”之一。在教育部的直接领导下，由中医和西医院校从事中医教学研究的专家共同编写完成。

本教材充分考虑高等医学院校的教学实际，分析了以前多种同类教材的利弊得失，在内容结构上进行了重大改革，力争体现高等教育在教学模式、教学内容、教学方法改革的前沿水平。编写思路的创新，是本教材的突出特点之一，可概括为“两大模块，两个结合，一条主线”。“两大模块”是将中医学内容划分为核心模块和扩展模块。核心模块涵盖了中医学的主要知识点，包括中医学术发展的人文背景、哲学思想、中医学的生命观、疾病观、诊断技术、防治理论与丰富的治疗手段等；扩展模块强调核心模块知识的综合运用，通过对常见证型的辨证论治，展示临床诊治的方法和手段，体现实用价值。“两个结合”是学术模式与文化模式的结合、结构主义方法与以问题为中心的結合。通过“两大模块”的阐述，反映中医学特有的学术思想和独具特色的文化现象。尤其是以常见临床证型为问题中心展开的诊治过程，揭示了疾病发展演变规律，介绍了中医理、法、方、药及其它治疗手段的实际操作和应用，反映了中医学丰富多彩又卓有疗效的防治思想与方法体系。“一条主线”，是以“辨证论治”为主线，贯穿全教材，反映了中医学独特的辨证论治思想精髓。

本教材保持了中医学的系统性、科学性、完整性，说理透彻，简练精要，力求广大医学生在学习中医学独特而丰富的理论体系和诊治方法的同时，加深对人类复杂生命现象的认识，理解不同医学体系对于生命现象的认知差异，丰富临床诊疗技术，拓宽视野，开阔思路，并为进一步学习中医学奠定基础。

目 录

绪言	1
----	---

上 篇

第一章 导论	5
第一节 中医学的历史及其人文背景	5
一、中医学发展的历史纵观	5
二、孕育中医学术的人文背景	7
(一) 中国农耕文化对中医学的影响	7
(二) 人文地理的隔绝状态对中医学的影响	8
第二节 中医学的主要内容与特点	9
一、中医学的主要学术内容	9
(一) 中医理论	9
(二) 中医临床知识与技能	9
(三) 中药方剂知识与经验	10
(四) 养生保健技能及生活科学	10
二、中医学的学科优势	10
(一) 综合性	10
(二) 实用性	11
(三) 诊疗手段的非损伤性及安全性	12
(四) 注重自身内因, 重在调整状态	13
三、中医理论体系的主要特点	13
(一) 整体观念	13
(二) 恒动观念	15
(三) 辨证论治	17
第三节 中医学的认知方法	18
一、中医学认知方法的总体特点	19
二、具体的有特色的中医认知方法	19
(一) 司外揣内	19
(二) 援物比类	20
(三) 心法和顿悟	20
(四) 试探和反证	21
第四节 中医学未来发展展望	22
一、医学发展的态势——调整与融合	22

(一) 调整——世界医学发展的一大特点	22
(二) 融合与互补——中国医学发展的必然态势	22
二、中医学发展展望	23
(一) 中医理论——亟须重新认识和阐发	23
(二) 中医临床——众多优势有待弘扬	24
(三) 拓展新的领域——未来中医学发展的更大空间	24
第二章 中医学的哲学基础	26
第一节 元气论	26
一、元气论的主要内容	26
(一) 基本概念	26
(二) 气的基本特征	26
(三) 气化和形气转化	28
二、元气论对中医学的渗透	28
(一) 说明生命过程的物质性和运动性	28
(二) 说明人的整体性和联系性	29
(三) 说明生理现象和病理过程	29
第二节 阴阳学说	29
一、阴阳学说的主要内容	29
(一) 基本概念	29
(二) 阴阳的特征	30
(三) 阴阳的相关性、普遍性、相对性和可分性	30
(四) 阴阳可概括自然变化的规律	30
(五) 阴阳之间的相互关系	31
二、阴阳学说在中医学中的应用	33
(一) 阐释组织结构	33
(二) 概括生理功能	34
(三) 说明病理变化	34
(四) 指导疾病诊断	34
(五) 指导疾病治疗	35
第三节 五行学说	36
一、五行学说的主要内容	36
(一) 基本概念	36
(二) 五行的特性	36
(三) 事物的五行归类	37
(四) 五行的生克关系	37
二、五行学说在中医学中的应用	39
(一) 解释生理现象	39
(二) 解释病理传变	39
(三) 指导诊断疾病	40
(四) 指导临床治疗	40

第四节 元气论、阴阳学说、五行学说的关系	41
----------------------------	----

第三章 中医学对正常人体的认识	43
------------------------------	-----------

第一节 脏腑	43
--------------	----

一、五脏的主要功能与系统连属	43
----------------------	----

(一) 心	43
-------------	----

(二) 肺	45
-------------	----

(三) 脾	47
-------------	----

(四) 肝	48
-------------	----

(五) 肾	50
-------------	----

二、六腑的主要功能	53
-----------------	----

(一) 胆	53
-------------	----

(二) 胃	53
-------------	----

(三) 小肠	54
--------------	----

(四) 大肠	54
--------------	----

(五) 膀胱	54
--------------	----

(六) 三焦	54
--------------	----

三、奇恒之腑的主要功能	55
-------------------	----

(一) 脑	55
-------------	----

(二) 女子胞	56
---------------	----

第二节 气、血、津液	56
------------------	----

一、气	56
-----------	----

(一) 气的基本概念	56
------------------	----

(二) 气的生成	57
----------------	----

(三) 气的功能	57
----------------	----

(四) 气的运动形式	57
------------------	----

(五) 气的分布与分类	58
-------------------	----

二、血	59
-----------	----

(一) 血的基本概念	59
------------------	----

(二) 血的生成	59
----------------	----

(三) 血的功能	59
----------------	----

(四) 血的运行	59
----------------	----

三、津液	60
------------	----

(一) 津液的基本概念	60
-------------------	----

(二) 津液的生成、输布和排泄	60
-----------------------	----

(三) 津液的功能	60
-----------------	----

第三节 经络	60
--------------	----

一、经络系统的组成	61
-----------------	----

二、十二经脉	62
--------------	----

(一) 名称分类	62
----------------	----

(二) 走向、交接、分布、表里关系及流注次序	62
------------------------------	----

(三) 循行部位	63
三、奇经八脉	71
四、经别、别络、经筋、皮部	73
五、经络的功能	73
(一) 经络的生理功能	73
(二) 经络学说的应用	74
第四节 生命活动的整体联系	74
一、脏腑之间的相互联系	74
(一) 脏与脏之间的相互联系	74
(二) 腑与腑之间的相互联系	76
(三) 脏与腑之间的相互联系	77
二、气、血、津液之间的相互联系	77
(一) 气与血之间的相互联系	77
(二) 气与津液之间的相互联系	78
第五节 体质	78
一、个体的生理特性	78
(一) 体质的概念	79
(二) 影响体质的因素	79
(三) 体质的特点	80
(四) 体质的构成和分类	80
二、个体的心理特性	81
(一) 气质的概念	81
(二) 影响气质的因素	81
(三) 气质的特点	82
(四) 气质的构成和分类	82
三、体质学说的应用	83
(一) 指导修身养性	83
(二) 指导防范疾病	84
(三) 指导诊断疾病	84
第四章 病因、病机	86
第一节 病因	86
一、外感致病因素	86
(一) 六淫	86
(二) 疠气	90
二、内伤致病因素	91
(一) 七情	91
(二) 饮食	93
(三) 劳逸	94
三、其他致病因素	95
(一) 外伤	95

(二) 烧烫伤	95
(三) 冻伤	95
(四) 虫兽伤	95
四、可致病的病理产物	95
(一) 痰饮	96
(二) 瘀血	96
(三) 结石	97
五、内生“五邪”	98
(一) 内风	98
(二) 内火	99
(三) 内湿	99
(四) 内燥	100
(五) 内寒	100
第二节 病机	100
一、正邪相争	100
(一) 正邪相争与发病	100
(二) 正邪盛衰与病邪出入	101
(三) 正邪盛衰与虚实变化	102
(四) 正邪盛衰与疾病转归	103
二、阴阳失调	104
(一) 阴阳失调与发病	104
(二) 阴阳盛衰与寒热变化	104
(三) 阴阳盛衰与疾病转归	107
三、气机失常	108
(一) 气滞	108
(二) 气逆	108
(三) 气陷	108
(四) 气闭	108
(五) 气脱	109
第五章 诊法述要	110
第一节 诊法的基本原理与运用原则	110
一、基本原理	110
(一) 司外揣内	110
(二) 见微知著	110
(三) 揆度奇恒	110
二、运用原则	111
(一) 内外详察	111
(二) 四诊合参	111
(三) 病证结合	111
第二节 四诊	111

一、望诊	111
(一) 全身望诊	111
(二) 局部望诊	114
(三) 望排出物	116
(四) 望小儿指纹	116
(五) 望舌	117
二、闻诊	119
(一) 听声音	119
(二) 嗅气味	120
三、问诊	121
(一) 问寒热	121
(二) 问汗	121
(三) 问疼痛	122
(四) 问饮食口味	122
(五) 问睡眠	123
(六) 问二便	123
(七) 问小儿及妇女	124
四、切诊	124
(一) 脉诊	124
(二) 按诊	130
第六章 治疗概要	131
第一节 防治原则	131
一、治未病	131
(一) 未病先防	131
(二) 既病防变	132
二、治病求本	132
(一) 正治与反治	132
(二) 治标与治本	133
三、调整阴阳	133
四、扶正祛邪	133
五、三因制宜	134
六、病治异同	134
第二节 中药和方剂	135
一、中药基本知识	135
(一) 中药的产地、采收与炮制	135
(二) 中药药性理论	136
(三) 中药的应用	139
(四) 中药的分类	141
二、方剂基本知识	141
(一) 方剂与治法	142

(二) 方剂的组成理论	142
(三) 方剂的应用	143
(四) 方剂的分类	144
第三节 针灸和推拿	144
一、针灸基础知识	144
(一) 腧穴	144
(二) 刺法	146
(三) 灸法	151
二、推拿基础知识	152
(一) 推拿的作用原理	153
(二) 推拿的基本治法	153
(三) 推拿手法简介	155
三、外治法	156
(一) 外治法概说	156
(二) 常用中药外治法简介	156
(三) 手术疗法	158
(四) 其他疗法	159
四、防治疾病的其他方法	160
(一) 气功疗法	160
(二) 饮食疗法	161
(三) 传统功法	162
(四) 心理治疗	163

下 篇

第一章 辨证论治概述	167
第一节 辨证论治体系	167
第二节 辨证论治的特性	168
一、同病异治与异病同治	168
二、强调个体特异性	168
三、恒动变化的观点	168
第三节 辨证与辨病的关系	169
第二章 寒证	171
第一节 表寒证	171
一、临床表现	171
二、病机分析	171
三、治疗法则	171
四、常用中药	171
五、常用腧穴	174
六、常见证型治要	175

(一) 风寒束表证; 寒邪束表证 (风寒表证; 表实寒证)	175
(二) 风袭表疏证 (风邪袭表证; 表虚证)	176
第二节 里寒证	177
一、临床表现	177
二、病机分析	177
三、治疗法则	177
四、常用中药	177
五、常用腧穴	179
六、常见证型治要	182
(一) 寒滞经脉证 (风寒袭络证; 风寒阻络证)	182
(二) 寒滞胃脘证 (寒邪犯胃证; 胃实寒证; 胃寒证)	182
(三) 寒滞心脉证	183
(四) 寒滞肝脉证; 寒滞肝经证 (肝经实寒证; 肝寒证)	184
第三章 热证	186
第一节 表热证	186
一、临床表现	186
二、病机分析	186
三、治疗法则	186
四、常用中药	186
五、常用腧穴	188
六、常见证型治要	190
(一) 风热犯表证; 风热犯卫证 (风热表证; 卫分证)	190
(二) 风热犯肺证	191
第二节 里热证	191
一、临床表现	191
二、病机分析	191
三、治疗法则	192
四、常用中药	192
五、常用腧穴	197
六、常见证型治要	198
(一) 气分证; 气分热盛证 (热炽气分证)	198
(二) 营分证; 营分热盛证 (热炽营分证; 营热炽盛证)	199
(三) 血分证; 血分热盛证 (热炽血分证; 血热证; 血热内扰证)	200
(四) 热盛动分证	201
(五) 肺热炽盛证; 肺热壅盛证 (肺实热证; 肺火证; 邪热壅肺证)	202
(六) 心火上炎证	202
(七) 肝火上炎证	203
(八) 胃火证; 胃热证; 胃火炽盛证 (胃实热证)	204
(九) 大肠热结证; 肠道热结证; 大肠实热证 (肠热腑实证; 热结肠燥证)	205
(十) 热毒蕴结证; 热毒壅滞证 (火毒证; 热毒证; 热毒炽盛证)	205

第四章 虚证	207
第一节 气虚证	207
一、临床表现	207
二、病机分析	207
三、治疗法则	207
四、常用中药	207
五、常用腧穴	210
六、常见证型治要	212
(一) 脾气(亏)虚证	212
附: 脾气下陷证; 中气下陷证	213
脾不统血证; 脾不摄血证	213
(二) 肺气(亏)虚证	214
(三) 心气(亏)虚证	215
(四) 肾气(亏)虚证	216
第二节 血虚证	216
一、临床表现	217
二、病机分析	217
三、治疗法则	217
四、常用中药	217
五、常用腧穴	219
六、常见证型治要	220
(一) 心血(亏)虚证	220
附: 心脾两虚证	220
(二) 肝血(亏)虚证	221
第三节 阴虚证	222
一、临床表现	222
二、病机分析	222
三、治疗法则	222
四、常用中药	222
五、常用腧穴	224
六、常见证型治要	226
(一) 心阴(亏)虚证	226
(二) 肺阴(亏)虚证(肺虚热证)	226
(三) 肝阴(亏)虚证(肝虚热证)	227
(四) 肾阴虚(热)证(真阴亏虚证; 真元亏虚证; 肾水亏虚证)	228
附: 肝阳上亢证; 肝阳上扰证; 肝阳亢盛证	228
(五) 胃阴(亏)虚证	229
(六) 亡阴证(阴脱证)	230
第四节 阳虚证	231
一、临床表现	231
二、病机分析	231

三、治疗法则	231
四、常用中药	231
五、常用腧穴	234
六、常见证型治要	235
(一) 心阳(亏)虚证	235
(二) 脾阳(亏)虚证(脾阳虚衰证;脾虚寒证)	236
(三) 肾阳虚证(元阳亏虚证;元阳虚衰证;命门火衰证)	237
(四) 亡阳证(阳脱证)	237
第五章 实证	239
第一节 气滞证	239
一、临床表现	239
二、病机分析	239
三、治疗法则	239
四、常用中药	239
五、常用腧穴	241
六、常见证型治要	242
(一) 肝气郁结证;肝气郁滞证(肝郁证;气滞证)	242
附:肝脾不调证(肝郁脾虚证;肝滞脾虚证)	243
肝胃不和证;肝胃不调证(肝气犯胃证)	244
(二) 胃肠气滞证(气滞胃肠证)	245
第二节 血瘀证	245
一、临床表现	245
二、病机分析	245
三、治疗法则	246
四、常用中药	246
五、常用腧穴	249
六、常见证型治要	250
(一) 气滞血瘀证(气血瘀滞证)	250
(二) 气虚血瘀(凝)证	251
(三) 寒凝血瘀证	252
(四) 热结血瘀证	252
(五) 外伤瘀滞证	253
第三节 湿阻证	254
一、临床表现	254
二、病机分析	254
三、治疗法则	254
四、常用中药	254
五、常用腧穴	258
六、常见证型治要	259
(一) 风湿袭表证(湿郁卫分证;湿郁卫表证;表湿证)	259

(二) 风寒湿阻证 (风寒湿凝滞筋骨证)	260
(三) 湿困脾胃证	260
(四) 肝胆湿热证	261
(五) 膀胱湿热证	262
(六) 肠道湿热证; 大肠湿热证	262
第四节 痰证	263
一、临床表现	263
二、病机分析	263

绪 言

在历史长河中，作为世界医学起源的传统医学，对人类的生存繁衍一直起着重要作用。中医学与古巴比伦医学、印度医学被称为是人类最早形成体系的三大传统医学，后两者虽比中医药学发源要早，但现在却仅剩一些散在的疗法与零散的理论，唯有中医学以其独特完整的理论体系和卓越的诊疗效果，在世界传统医学中一枝独秀，历经 2000 多年沧桑巨变依然生机勃勃，成为中华民族优秀传统文化的瑰宝。

一、高等医学院校中医学课程教材建设的重要性和必要性

中医学是我国卫生事业的重要组成部分，与现代医学共同承担着提高人民健康水平，保护生产力的任务。我国教育行政主管部门十分重视高等医学院校的中医教育工作，并将其作为医学生文化素质教育的重要内容之一。为进一步加强医学院校的中医教育工作，体现教育改革思想，在教育部的直接领导下，高等医药教育面向 21 世纪教学内容和课程体系改革课题——高等医学院校中医学课程教学内容改革研究，由中医和西医院校从事中医药教学的专家共同完成，并编写了用于高等医学院校中医学课程使用的《中医学》教材。

通过对全国 50 多所高等医学院校的中医教育工作进行调查，结果显示，各有关高等院校在课程安排、教学组织、师资队伍、教学条件等方面均给予了较大的关注，并做了许多切实的工作，广大教师敬业爱岗，无私奉献，积极投身教学改革，使中医教育在不同程度上得到了开展，也取得了较大的成绩。但另一方面，也存在着一些制约和影响这项工作开展的问题，主要表现在各院校的教学指导思想不统一，课程性质、教学目标、教学基本要求不一致，教学时数较少等方面。虽然原国家教委早在（88）教高二司字 036 号文件《制订高等医药本科教育专业教学计划的原则和基本要求》中即有“各医学类专业应开设中医学必修课”的明确要求，但仍有许多院校将中医学课程定为选修课，或名为必修，实为选修；教学时数多少不一，最多 90 学时，最少仅 36 学时。在教材问题上，更是显得紧迫和突出，至 1996 年底，全国各高等医学院校使用的《中医学》教材版本有近 30 种，多为自编教材或几校联合的协编教材。这些教材虽然在一定程度上解决了教学需要，对中医学教育起到了积极作用，但教材内容大多由中医学专业五、六门主干课程的教材分别压缩组合而成，缺乏有机联系，不能全面反映中医学的学术特征和主要内容；有的教材内容遴选不适当，教学的难点和重点不明确；有的教材未能充分考虑使用者的知识结构和思维特点，缺乏较好的教学适应性；有的教材对近年来的新成果、新进展重视不够等等，这些问题使高等医学院校中医教学质量受到很大的影响。

教材是教育形式和教育现象的基本特征之一，它标志着科学文化和学术水平，是相关课程教学经验的总结，是教学活动的基本工具，也是贯彻教育改革思路的重要切入点。编写一部既有较高的学术水平，又有较强的教学适应性，既能突出中医学的学术特色，又具有鲜明

的时代特点，既是中医学课程的教科书，又是了解中医学学术体系的教学参考书，显得十分紧迫与必要。

二、中医学课程的教学目标与《中医学》的编写思路

作为“面向 21 世纪系列教材”的这部《中医学》教材，应充分考虑医学院校的教学实际，分析以前多种同类教材的利弊得失，力争体现高等教育在教学模式、教学内容、教学方法等方面改革的前沿水平，处理好教材内容的深度和广度，努力保持中医学理论体系的科学性和完整性，反映中医学学术发展的成熟内容，并力争实现教学内容的整体优化。通过对祖国传统医学产生与发展的人文背景、哲学思想的分析，对生命观、疾病观及诊疗技术与应用实践的介绍，使广大医学生在接受祖国优秀传统文化教育的同时，加深对人类复杂生命现象的认识，理解不同医学体系对于生命现象的认知差异，丰富临床诊疗技术，拓宽视野，开阔思路，并为广大医学生进一步学习中医学奠定良好的基础。

这部《中医学》教材的编写思路可概括为“两大模块，两个结合，一条主线”。“两大模块”是将中医学内容划分为核心模块和扩展模块，核心模块构成全书上篇，主要包括中医学学术发展的人文背景及哲学思想、中医学的生命观、疾病观、诊断技术、防治理论与手段几部分，基本涵概了中医学的主要知识点。扩展模块构成下篇，主要强调核心模块知识的综合运用及中医学的整体观念与辨证论治思想，并通过对于常见证型的诊治，展示临床诊治过程，体现临床应用价值。“两个结合”，一是学术模式与文化模式相结合。学术模式的特征是通过中医学基本概念、理论、原理、方法的阐释，反映中医学基本知识内涵；文化模式的特征则是将中医学作为一种文化现象，通过阐述其发展史与学术史、形成与发展的人文背景、认识观与方法论，与社会及其他相关学科的联系，特别是对社会的贡献等方面加以体现。二是结构主义方法与以问题为中心相结合。将中医学学术体系与理论框架分解成不同的知识部分，各部分既独立成章，又紧密联系，以突出结构主义的特点；以常见病证的临床思维与临床问题的解决为中心，反映中医学不同理论及技能的综合。“一条主线”则是以辨证论治为主线，并贯穿全书，使其成为专业基础与专业教学内容综合的轴心，纲举目张，以较好地反映中医学的学术特色，体现临床思维，展示临床过程。

三、《中医学》教材内容的组织

这部中医学教材的内容组织上，注重各部分的内容选择，以及整体上的有机联系，以体现中医学的完整思想和内容。

导论 主要介绍中医学的形成和发展及其不同时期的重要成果，对于中医学起源、中医学与中国传统文化背景的关系作一个俯瞰式的追溯和审视，以对于中医学的发展历程有一个较为全面的理解和认识。

以往关于中医学发展的描述，一般是采用医学史料的收集、史实的考证、编年史等的编撰而实现的，这种方法常常不能较好地表现医学与文化的交融。就中医学的发展而言，除其内部具有师承授受、学术争鸣等互动关系外，其与文化的共存和共生关系至为重要。了解和认识中医学与传统文化思想的关系，将中医学的发展放在历史演进及社会文化的多维关系中加以审视，才能对中医理论正确地分析和判断，使中医学史中的许多事件、学说与变迁不再

是空谷来风，才能给予中医学公正而客观的评价，并对其发展趋势加以预测和把握。同时能够加深对中国传统文化思想的认知，提高传统文化素质。为了解中医学的形成和发展，认识中医学的传统理论奠定思想基础。

中医学植根于中国古代文化土壤，其作为中国古代自然科学的一部分，汲取了古代哲学和自然科学的精华，形成了以哲学、自然科学、医学紧密结合为特点的方法论体系。在认识和研究方法上，产生了观察、类比（援物比类）、比较（揆度奇恒）、演绎（由此及彼）、分析、综合、以表知里、试探反证等多种方法，形成了其独有的方法论体系。介绍中医学的思维方法和思辨规律，可以为进一步理解中医学打下思想基础。

哲学基础 医哲相融，是中医学重要特征。渊源于中国传统文化的中医药学，其主要理论思维都是来源于中国古代哲学思想，如阴阳学说、五行学说、精气学说、天人相应与形神合一学说等，同时，还融合了我国古代自然科学以及社会生产和生活等多方面的知识，形成了一个博大精深、哲理性强、高度抽象、涵容性广的中医学理论体系。简要介绍中医学主要哲学思想，阐释其起源、沿革及发展过程，以及其对中医学的渗透与中医学发展过程中的地位和作用，对学习中医基础理论具有重要的作用。

正常人体 本章主要介绍中医学对于人类生命现象的认识，如生命的起源、成长、衰老和死亡的过程；对人体健康状态的理解，如脏腑理论、经络理论、体质学说、气血津液理论及形体、官窍等理论。形成对机体生理功能和组织结构的正常状态完整和全面的认识。

病因病机 主要阐述中医学对疾病发生与发展变化的认识，如病因学说、发病理论、病机理论等，从而全面了解中医药学对于机体疾病状态的认识及其恒动观、辨证观、整体观的学术特征。

诊法述要 中医诊断学是研究中医诊断方法和基本理论的学科，它是中医基础理论和临床各科的桥梁，又是临床各科的基础。诊断方法主要指望、闻、问、切四诊和其它诊断技术。基本理论主要指诊法、辨证等诊断疾病的原理和建立诊断的依据及思维方法。

通过对中医诊断理论与技能进行扼要概述，如中医诊断学的特点和思维方法、诊断学的基本理论及方法、辨证的构成要素和分析判断方法以及其存在的不足，使学生能了解中医的诊断的基本规律。

治疗概要 首先介绍中医学的治疗思想和治疗原则，以及“治未病”思想和中医药在康复保健方面所具有的优势，说明预防与康复理论与方法在中医药学中的重要地位。

其次，扼要的、规律性的介绍中医药学丰富的治疗方法和手段。中药部分，主要阐述中药学的基础理论，如中药的起源和发展，中药的产地和采集，中药的炮制，中药的性能和配伍，中药药性理论，中药治病的基本原理，用药禁忌，分类等。方剂部分则主要侧重在方剂组成规律及运用规律的介绍。此外，也分别介绍了针灸、推拿、外治法及其它具有特殊功效的疗法，及其作用原理、适应症及禁忌证等。通过本章学习，使医学生能够对中医学的治疗学思想体系及丰富多彩的治疗手段有一个相对清晰的认识。

辨证论治 首先概述辨证论治体系，证型的基本要素、层次、组合与转变等内容，以揭示中医证候的演变规律。其次阐述不同证型的证治，以寒热虚实为纲，以表里阴阳为目，以临床常见又卓有疗效的证型为入选原则，各证型的临床表现以《中医临床诊疗术语证候部分

国家标准》为规范，遵循先述医理，再论治则、代表方剂、针灸处方，并通过病案示例，反映中医临床过程及治疗效果。

本书虽然在教学目的、教学模式、内容组织等方面进行了改革和探索，但教学效果只有通过教学实践才能得到检验，真诚希望听到各方面的意见。

第一章 导 论

中医学，是富有中国文化特色的医学，属生命科学范畴；是中华民族在长期医疗、生活实践中，积累总结而成的具有独特理论风格和丰富诊疗经验的医学体系。历史上，它曾对中华民族的繁衍昌盛做出过巨大贡献。时至今日，它仍以特有的理论体系和卓越的诊疗效果，独立于世界医学之林。

第一节 中医学的历史及其人文背景

中医学植根于中华文化土壤，有着十分明显的人文背景，而且历经数千年，从形成到发展无不打上了时代的烙印。

一、中医学发展的历史纵观

中医理论体系的形成与发展大致经历了六个阶段。

春秋战国——中医理论体系的孕育阶段

春秋战国时期，中国社会急剧变化，政治、经济、文化都有显著发展。“诸子蜂起，百家争鸣”，学术思想空前活跃，对后世影响巨大的几大学术流派相继诞生。元气论自然观和阴阳五行学说等在战国末年已具雏型，这些为医家总结医疗经验，形成理性认识，建构医学体系，提供了思想武器和方法工具。此外，始自殷商，医师专业分化，且分工日细，医疗经验迅速增多，又为理论总结准备了充分的素材和资料。一些理论雏型，如病因学的“六气说”等相继出现。

秦汉——中医理论体系奠基阶段

秦始皇统一中国后，积极推行统一文字、统一法律、统一度量衡等政策，文化一统成为当时基本趋势。医学家也在这一大趋势中，求同存异，建构了统一的中医理论体系。其主要标志是秦汉时期出现了几部奠基性的医学经典著作。

《内经》的成书年代尚待确定，一般认为书中大部分内容系秦汉医家所作，现存有《素问》、《灵枢》两部分，它借助当时的哲学思想，系统地阐述了对人体生理病理的认识以及疾病诊治原则等，奠定了中医理论的基础。中医理论的重要内容，如藏象、经络、气血津液、

体质、病因病机、诊法、辨证、治则，及针灸、汤液治疗，预防和养生保健等，在该书中或已初具概貌，或已确定要点。因此，直至现代，该书的许多理论知识仍有重要的指导意义，素被奉为医学之经典。

《难经》是一部以问难方式探究医学理论的专著，许多问题或答案源自《内经》，可视为《内经》之辅翼。该书内容较为丰富，涉及生理、病理、经络、针灸、诊断、治疗等。在不少方面充实了《内经》的内容。

《神农本草经》是成书于两汉期间的药学专著。全书收载 365 味中药，按功效特点分成上、中、下三品，所录药物功效的记载，屡经检验，大多准确可信。书中提出寒凉温热、酸苦甘辛咸等性味学说，确立了中药理论的基础。该书的问世，使中药学科进入了迅速发展的轨道。

《伤寒杂病论》为东汉末年伟大的医学家张机（字仲景）所著，该书后被分为《伤寒论》和《金匱要略方论》两书，分别讨论外感热病和内伤杂病。张机在书中不仅系统总结了许多常见病症的诊断要点、治则和有效方药，更创造出辨证论治的临床诊治规范，确定了临床诊治的基本原则和大法，对后世产生了极为深远的影响。

晋唐——中医学分化、融合和临床发展阶段

中医理论体系的构建，为晋唐医学的发展提供了良好的条件。这一时期的医学发展表现出了三个特点：一是一批分支学科在分化中日趋成熟，如脉学、病因病机学、针灸学、妇科学、儿科学、外伤科学都出现了专著。二是临床各科蓬勃发展，一些专著如《诸病源候论》、《备急千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》等所录诊治经验和良方佳药甚多，其中一些名方屡用屡验，外科手术发展亦至鼎盛，足见此时临床医学盛况空前。三是随着唐朝国力大增，文化繁荣，中医学也融合来自印度、波斯等国外医学知识，成为当时世界医学中心。

宋、金、元——学派涌现、理论突破阶段

唐代丰富的临床经验积累，加上宋时理学的勃兴和宋王朝对医学的特别扶持，宋、金、元时期的医学发展呈现出多方面特点：一是各专科日趋成熟，专科体系相继确立。二是涌现出一些学派，不仅活跃了医坛学术气氛，更倡导了注重理论研究之风，并在某些方面取得了突破。如陈无择在《三因极一病证方论》中确立了“内因、外因、不内外因”的病因分类说；刘完素发展了《内经》的病机和运气学说，提出“火热论”，认为百病多因于“火”，治疗主张以寒凉为主，后世称他为“寒凉派”；张从正认为凡病皆因“邪”而生，“邪去则正安”，极力主张以祛邪为主，反对滥用补药，成为独树一帜的“攻下派”；李杲深究“脾胃”，提出“内伤脾胃，百病由生”，治疗以补益脾胃为主，被誉为“补土派”或“脾胃派”；朱震亨结合江南地土特点，倡言“阳常有余，阴常不足”，情性一有拂郁，百病乃生等观点，治疗比较推崇解郁和养阴类药，后世医家遂尊之为“养阴派”。诸家见解，既丰富了中医理论，也充实了临床辨证论治的内容。三是迄止宋元，中医学在各方面获得重大进展，例如，宋元时，预防天花的“牛痘”术之原型——人痘术已在中国出现，开创了免疫学的先河；宋末宋慈的《洗冤录》一书，又达到了古代法医学的顶峰；在唐代出现官方药典《唐本草》的基础上，宋朝又不断更新版本，扩大收录范围，并出现了官办药局的配方规范——《太平惠民和剂局方》。这些均表明中医学达到了一个新的高峰。

明、清——综合集成和深化发展阶段

明清是中国封建社会走向成熟和渐趋停滞时期，中医学的发展也有近似的特征。明代以前，中医学在世界范围遥遥领先。明、清医学虽仍有稳步发展，但相对于西方医学，其发展速度却日见迟缓。这一时期中医学发展的特点有二：一是出现了大批集成性著作。如《医学纲目》、《证治准绳》、《景岳全书》、《医宗金鉴》等，这一综合集成趋势，是对宋、金、元、明以来医学各领域众多进展总结归纳的需要所促成的。二是在一些领域出现了深化发展趋势。表现在多个方面，如对外感热病，经过众多医家的悉心研究，形成了著名的“温病学派”；对生命的探讨也深入到生命起源和原动力，确立了“肾为先天之本，脾为后天之本”的重要论断，促使“命门学说”有了长足发展；临床方面，医家们潜心于某些常见病症的研究，涌现出了一批治虚劳、中风、吐血、郁证、痘疹的专家和专著。清朝中后期，西医学对中医学形成冲击，中西医学论争和汇通思潮也是此时中医学学术的一大热点。

近现代——坎坷进步中孕育着新的腾飞

民国时期，中医学的发展处于坎坷之中。西方医学在中国迅速传播，再加上国民党政府试图以立法方式，扼杀中医，中医学面临着严重的生存危机。然而，由于中医学自身不容忽视的医疗价值和一大批仁人志士的奋力抗争，她得以顽强生存下来，并有所进步。许多病症的治疗，中医学仍是首选，这一时期，已出现了具有现代高等教育性质的中医学院和专门的中医学会，以及专门中医研究机构——中央国医馆等。

建国以来，在党的中医政策关怀下，中医学有了长足进展，其成就表现在许多方面：如临床不少常见病证的诊治水平不断提高，提出了中西医学辨证辨病相结合的新思路，进行了四诊客观化研究，引进了一些新诊治手段，以及借助现代科学技术阐发中医理论，全国的中医教育、医疗和研究机构已成规模等。其中，不少学术研究取得了令人瞩目的成果。可以说这些研究工作的深化，孕育着中医学的一次新的飞跃。

二、孕育中医学学术的人文背景

严格地说，医学属于文化范畴，医学的发展，实系于其文化母体，与文化母体有着千丝万缕的联系。通过剖析文化，常能深化对医学的认识；通过透视医学，又有利于对文化母体的客观评价。诞生于东方的中医学，与中国的人文地理条件及主导的传统文化有着相互依存关系。

（一）中国农耕文化对中医学的影响

根据经典的观点，一定的地理条件，形成了一定的生产方式；而特定的生产方式又造就了特定的生活方式及相应的文化形态。早期人类因地制宜，分别以农耕、游牧与渔猎、航海为主要谋生手段，所以世界文化原型大致可分作农耕、游牧与航海三大类。中国最先发展起来的地区是宜于耕作的广阔的黄河及长江中下游流域，故中国主导文化具有鲜明的农耕文化特点。它表现在众多方面，其中，尤以以下几方面最值得重视，对中医学的影响也颇深：

首先是注重实用，注重实践。古人的所作所为大都从实际效用出发，排斥或蔑视空谈和玄想。包括做学问，都强调要“经世致用”。因为早先农民在土地上付出的一切都是为了确保有收获。注重实用的特点，具体又演化为注重经验传承、崇尚祖先、崇尚权威等的文化倾向。中医理论强调：“善言天者，必应于地；善言古者，必验于今；善言气者，必彰于物”（《内经》）。就是这种求实精神的充分体现。中医临床包含着丰富而切于实用的诊疗经验及保

健常识，也是崇尚实际效用，不断实践积累之结晶。然而，这一特点也相应造就了拘泥于传统，服从权威，相对比较保守；长于继承，弱于创新；强于临证治疗，拙于基础研究等一系列不足。

其次是敬仰天地，服从自然。由于农耕以土地为本，农耕收成很大程度依赖于风调雨顺，在古代社会，人们无力抗衡自然变化及各种灾变，不约而同地把它视为天神的意志，由此演化出敬事天地，绝对服从自然的意识，并形成了行为举止顺应天地，强调与天地合一，遵守自然规律等基本观点。这些在中医学中都有充分体现。

再次是长于体察，注重微细。为了敬仰天地，规避灾祸，古人很注重观察自然细微变化，并由此形成了极强的观察能力。其实，文化人类学家通过对不同文化类型的比较后已确认，长于和善于肉眼观察，是早先农耕民族的一大特点。这方面，现代人是自叹弗如的。正因为这一点，中医理论中包含许多细微观察的结果，如关于正常面色和复杂的病理色的比较，关于几十种脉象的描述，关于各种症状的细微记述等等，至今仍有重要的科学意义。

此外，追求一统，强调范式也是农耕文化特点之一。由于农耕需要水利，需要抗御灾害，这些仅靠独家单干，无济于事，需要形成合力。自秦始皇一统天下后，统一始终是中国的主旋律，并形成了大一统的官僚政治制度和以儒家正统学说为主，辅以道、释的传统主导文化。政治上的一统，也包括书同文，车同轨，统一货币、法律、度量衡等制度的建立，敦促中医学界致力于求同存异，从先秦时期的学术流派中确立统一的学术范式，构筑起较严密的理论体系，并努力在实践过程中，加以维持、完善和充实。统一的学术范式之确立，有助于各个历史时期、不同地理区域的医学家们遵循共同的理论信念、研究方法和操作技术等。这一切，使得人们借以产生共同的研究前提，共同的专业语言，经常可以交换思想，积累经验并上升为理性知识，从而促进了中医学术思想的繁荣。然而，过于求同存异，恪守统一的学术范式也给中医学术发展带来消极的一面，特别是受专制主义的政治倾向影响，医家自由探索的精神遭到遏制，创新意识常被束缚。

文化的特点很大程度上表现在思维方式和认知方法上。中国传统农耕文化对古代中医学术家的思维和认识活动产生了很大影响，并因此表现出诸多特点。对此，将在方法论一节中作专门介绍。

（二）人文地理的隔绝状态对中医学的影响

很值得一提的是中国的地域特点。与其他农耕民族相比而言，中国有着十分特殊的地理环境。它东及东南濒临浩瀚无际的大洋，西南为高不可攀的世界屋脊，西部及西北为杳无人烟的戈壁荒漠，北部为人迹罕至的西伯利亚。从人文地理学角度而言，在交通极不发达的古代，这些地理特点造就了中国文化与其他文化体系沟通交流的天然的隔绝屏障。鸦片战争以前，中国文化只与临近国家发生过零星的少量的交流，且以输出为主。印度佛教等的输入，都被中国固有文化所改造，所同化。而另一方面，中国内陆的腹地又是如此辽阔，使得其内部可以充分地交汇、沟通，这些确保了中国传统文化，包括中国医学能沿着自身的轨迹，按自身固有的规律，持续不间断地发展、充实、成熟，从未有过中断或异化的情景。可以说这是世界科技发展史上独一无二的现象。但这又导致了中国文化和中医学相对的封闭性和过于稳定，羁束力很强，排斥异化的弊端。

第二节 中医学的主要内容与特点

中医学有一个完整的学科体系，有着丰富的学术内容和众多迥异于西方医学的特点，使得以独立于世界医学之林，充满勃勃生机。

一、中医学的主要学术内容

中医学的主要内容大致可分作基础和应用两大块。就目前习惯的分法而言，由以下具体内容所组成：

(一) 中医理论

中医理论主要涉及生命、健康、疾病中一些基本问题的理性认识。其中包括四部分内容：

1. 与生命健康相关的主导性观念和基本思想。属于哲学层面的抽象认识，对中医学家探索活动起着指导作用。

2. 对正常人体的认识。以中医学特有的藏象学说为核心，涉及对脏腑器官、气血津液及经络等的功能及各种生命活动机理的理性认识。表达了中医学对复杂的生命现象的认识，是中医理论的主体。

3. 关于病因病机的认识。主要内容包括三大部分：(1) 病因学，分析各种致病因素及其致病特点；(2) 发病学，阐述疾病发生的机理及在发病过程中内在和外界因素的辩证关系。(3) 病机学，探讨各类疾病发展演变的内在机理及其一般规律；这些是中医生理知识的延伸，对于疾病的认识和诊治有重要意义。

4. 养生和防治原则。中医学中的养生与防治不只是一大堆具体的方法和经验，或一种单纯的操作技能，更有一整套缜密而颇具特色的理论作指导。这些理论深入研究了人的生、长、壮、老、病、已的大致规律，阐明了康寿疾夭的部分机理，并形成了增强生命活力、延缓衰老以及防治疾病的一些原则或要点。所有这些，对今天的养生保健及疾病防治，依然具有指导作用。

中医理论中，一部分是经典著作中所阐述的，属于历代公认的、比较成熟的内容。此外，还有历代医家就医学基本问题所阐发的大量学术见解，这部分内容极为丰富，是中医理论宝库中的重要组成部分，其学术意义不容忽视。

中医理性知识中，除了关于生命、健康与疾病防治的主要内容外，还有大量涉及天文、地理、物候、矿植物等学科的内容。中医学本身就是一门众多学科相互渗透的产物，《黄帝内经》和《本草纲目》等都被国外学者看作是中国古代的百科全书。惜这类内容更多地散见于浩如烟海的历代医著中，亟需充分发掘、整理，以利于弘扬传统文化。

(二) 中医临床知识与技能

临床知识与技能是中医学科体系中的主干，这部分内容非常丰富，主要涉及临床各科对各种病证的具体认识，及数千年积累起来的各种解决病证痛苦的措施、方法和经验。这部分内容是历代医家在中医理论指导下，通过艰苦卓越的探索和反复的验证积累起来的，且仍在不断的丰富和充实过程中，大多有着实用意义，弥足珍贵。具体包括诊法、辨证等基本知识

与技能，以及内、外、妇、儿等临床各科的相关知识与经验。中医学能很好地解决临床实际问题，具有应用学科的鲜明特征，且能延绵至今而不绝，就是以其临床实际效果为坚实后盾的。

（三）中药方剂知识与经验

“中国医药学是一个伟大的宝库”，很重要的一点就在于它有着以大自然为依托的天然大药库和极为可观的药物学知识及经验。明代李时珍的《本草纲目》中记载的中药已有 1800 多种，解放后国内编纂的《中药大辞典》中，记载的药物更多达 5000 余种。中药知识之丰富，可见一斑。更为可贵的是，早在秦汉之际，古代医家就认识到不同药物通过合理的组合，可产生更佳的治疗作用，故用药主要以复方形式。现代研究表明，复方作用机理复杂，蕴含着更深刻的知识，它的治疗效果常常是单味药物不可比拟的。中医学在方剂方面积累的知识极为丰富。据记载，早在隋代方书《四海类聚方》中收方已达万首以上。

（四）养生保健技能及生活科学

现代研究表明：医学既是一门科学，一类技术，也是一种生活方式。中医学亦不例外，她源自中华民族生息繁衍的客观需求，同时又融进了国人的日常生活之中，成为生活文化的重要组成部分。历经数千年的探索，中医学中积淀了大量的与人们日常生活休戚相关的生活科学知识，同时由于古贤注重养生而形成了一系列行之有效的养生保健、延年益寿的知识与技能。吐纳、导引、太极拳、食疗、药膳等都具有确切的保健功效，针灸、推拿等除可治病外，亦具有保健、养生和预防疾病等作用。随着社会的进步，人类自身价值的提高，人们在延年益寿和提高生命质量方面将会有更新的需求。中医学这部分瑰宝将会越来越受世人之青睐。

二、中医学的学科优势

中医学作为医学范畴的传统学科，具有医学的一些共性特征。然而，中医学是一门诞生在中华文化母体基础上的学科，又是世界现存的唯一经历了数千年延绵不断之发展过程医学学科，异质的文化母体和厚实的历史积淀，使得中医学有着一些不同于其他医学体系的特点和优势。其中，下列优势尤其值得重视：

（一）综合性

中医学的综合性体现在看待问题的多维性视角，知识构成上的多学科渗透和维护健康的综合性措施等多方面。

中医学关注的是人的生命及其健康和疾病问题，由于人有着生物、社会等多重属性特点，生老病死等问题不只是生物学问题，同时还与社会、心理、人伦及文化、环境等众多因素相关。故从古到今，医学家们都强调关注医学问题时，必须视野开阔，从多维视角加以透析。《黄帝内经》强调习医者需“上知天文，下知地理，中傍人事”就是这一思想的体现。因此，当现代西方医学正为摒弃传统的、狭隘的纯生物医学模式而痛苦地蜕壳嬗变之时，学者们比较研究后却惊奇地发现，传统中医学持有十分合理的、可为当今世界医学参照的环境—社会—心理—生物—人伦等多元的医学模式。这显然是长期坚持视角多维性的结果，由于视角多维，涉及广泛，故中医学渗透着众多相关学科的知识。一部中医学发展史，绝不只是单纯医学知识和诊疗经验的积累史，更多的是多学科知识和经验向中医学渗透的历史。除

了中国古代的哲学思想曾对中医学的形成和发展起过重要作用外，我国古代天文学、气象学、地理学、物候学、农学、生物学、植物学、矿物学、军事学、数学及冶金、酿造等知识、技术及其成就，都曾对中医学的形成和发展起过促进作用。如气象学知识是促进中医外感六淫病因学说产生的重要因素；通过与四季物候变化的类比，中医学认识并论述了四时脉象的差异；借助于地理学知识，古代医学家提出并详细讨论了因地制宜治疗原则；受启于兵法知识，古代医学家又制订了许多治疗方法，组合了不少方剂；《内经》还述及了象、数之学的内容，其中含有丰富而深奥的数学知识；即使古代的音乐知识在医学书籍，如《内经》、《类经》等书中也有所反映。由于医学具有应用学科性质，古代医学家只要发现某些知识、某项技能能为医学所用，便不管来自何种学科，都一概加以吸取，融合进中医学的庞大知识、技能体系之中。多学科知识的渗透，既丰富了中医学科的内容，也有力地促进了中医学术的发展。

医学的最终目的是养生保健、防病治病，由于多学科渗透，又因中医学养生和防病实践早已与国人的日常生活融为一体，加之历经数千年的不断探索，中医学形成了综合性强而又多姿多彩的维护健康、防治疾病的有效措施与方法。就大类而言。既有非药物性的针法、灸法、手术、推拿、正骨、按摩、导引、吐纳、食疗、太极拳操等，又有属于药物使用方面的内服、外敷、药膳等。而就具体每一类而言，又都内容丰富，如外敷法，又有熏法、蒸法、敷贴、熨法、外洗、涂敷、摩药、灌肠、塞药、点滴、嗜鼻、含漱、噙化、膏药等等。又如，外科除用药物内治外敷等法外，还应用了针刀切开法、烙针烙烫法、梭针砭镰法、提线法、结扎法、擦刺法、药筒拔毒法、纸捻引流法、热棉法等。如此丰富的疗法，充分体现了中医临床简、便、廉而有效的特点。

（二）实用性

中医学具有很强的实用性。它从数以亿万计民众的养生、保健、治病及日常生活的实践中发展而来，又经数千年的历史洗涤，不断被后人重复检验，比较筛选，优而精者留，劣而粗者汰，经历史大浪淘沙而成，体现出了既能切实解决实际问题，且简、便、廉、安全、持久等明显优势。例如，就中医学的主体——临床治疗学而言，早在春秋时期，名医扁鹊即运用砭石、针灸、按摩、药物、熨贴、手术等多种治疗手段，在内、外、儿、妇、五官等科的治疗中，取得较为理想的疗效；公元2世纪时，名医华佗在世界上最早应用药物麻醉进行剖腹手术，而他治曹操的头风病，针之应手立愈，更为妇孺皆颂；差不多同一时期，伟大医学家张仲景“勤求古训，博采众方”，在《内经》等中医理论指导下，汇集前贤的实践经验，建立了外感热病和内伤杂病的两大辨证治疗体系，迄今依然被广泛运用；稍后，古代医学家们发明了用水银制剂治疗疥癣恶疮，并倡导食物疗法、脏器疗法等，如用高营养的大豆、牛羊乳等治疗脚气病，用富含维生素A的动物肝脏治疗夜盲症，用含碘多的海藻、昆布等治疗瘰疬，公元3世纪即开始以狂犬脑敷贴狂犬所咬创口来防治狂犬病，……。所有这些成就，都是世界医学史上意义深远的创举，都折射出中医学鲜明的实用性。

在其他应用领域，如预防医学、药理学、食疗、养生等方面，实用性十分突出。仅以预防医学为例，早在周代，就制定了许多合理的卫生制度；秦代建立了麻风病隔离病院；马王堆出土的帛书中记载的导引图、华佗的五禽戏，都说明我国医疗体育源远流长；东晋时期的传染病学已达到相当水平，最早论述了天花、霍乱、恙虫病等的传染和预防，如晋代的葛洪

详尽而准确地描述了沙虱（恙虫）的生活形态、发病多见地带、临床特征、传染途径、预后及预防措施等，而国外的类似研究则要晚 1600 多年；晋唐以后，预防医学方面的成就也层出不穷，特别是宋代的人痘接种，有效地控制了天花的流行，并几经辗转，传至西方，发展成为现代的牛痘接种法，为人类从地球上最终消灭烈性传染病天花，建立了不可磨灭的功勋，这一发明亦成为现代免疫学的发端。又如，在应用药物方面，世界第一部由国家颁布的药典《唐本草》，出现在初唐时期，较欧洲和世界其他地方的药典，早了 840 年；历史上影响最大的药学专著是明代李时珍的《本草纲目》，此书问世后风行世界，仅英文译本就达 10 余种。食疗领域，元代出现了世界第一部专著《饮膳正要》，详述了养生禁忌、妊娠食忌、高营养物的烹调法、营养疗法、食物卫生、食物中毒等，由于此书特殊的科学价值，英国科技史专家李约瑟倍加称颂。而在法医学等应用分支领域，中医学同样成绩卓著。春秋史料中已记载有法医鉴定，10 世纪则出现了有关法医学的书籍。到了宋代，此类书籍大量问世，其中，宋慈的《洗冤录》被世人公认为世界上第一部系统的司法检验专著，比较全面地论述了人体解剖、尸体检验、现场勘查、死因鉴定，以及各种毒物分析及急救、解毒等方法。此书曾被译成朝、日、英、德、法、荷等国文字，流传于国际间，而国外最早的法医学著作则是 17 世纪才问世的。

（三）诊疗手段的非损伤性及安全性

中医学诊疗手段和养生保健措施的非损伤性及安全性也是一大鲜明特点。从古至今，医家强调望、闻、问、切，整个诊察过程虽有粗略之嫌，却是绝无损伤的。中医的养生保健措施都是“绿色的”，且已融入国人的日常生活方式之中。即使治疗疾病，中医学也偏重于以平和的方式祛除病痛。不仅针刺、灸疗、推拿、外敷、熏熨等方法安全可靠，且内治法大多用药食兼用之品，即便是某些特殊病证必须用一些可能有毒副作用的药物，中医学也强调毒药治病，十去其六七即当停用，转以平和之品善其后。

众所周知，中药方剂治病是中医治疗学的主体，中药绝大多数来自自然。其中植物、动物类药占其大半。从生物进化史来看，人类经历了由无生命的元素到有生命的细胞，从单细胞生物到多细胞生物，从单器官生物到多器官生物的演变过程。在这条进化长链中，动、植物与人类的进化层次远较化学合成制品接近，它们的组成都是蛋白质、氨基酸、生物碱、鞣酸等有机物。中药中具有治疗意义的生物属性是作为人体与自然界进行物质、能量、信息交换等过程中的正常因素发挥作用的。所以，大多药性平和，副作用小，不干扰人体正常的生理过程，有的并有适应原样的双向调节作用，特别是经过数千年实践验证发展起来的方剂配伍理论，用以指导用药，可以产生各个单味中药所没有的，同时也不是各单味药物功效简单叠加所能产生的整体功效。

中药方剂的安全有效，不仅使得健康知识日益丰富、保健意识日趋强烈的现代社会群体对其青睐有加，而且，提示她有着值得进一步深入发掘，以贡献于明天医药事业的巨大潜能。

进入本世纪以来，化学合成为主的西药，取得了巨大进展。然与此同时，其毒副作用也在成倍增加。人们在新药物开发中投入越来越大，却又越来越不安全。合成药物致毒、致畸甚至致死的日渐增多，以致形成“药源性疾病”、“药源性公害”等严重医学问题，引起了世界性的震惊与重视。现实促使医药学家把注意力转向自然界，转向天然的动、植物药类。

“回归大自然”，“发现中医药”，已成为国内外医药学界一种越来越普遍和强烈的呼声。

(四) 注重自身内因，重在调整状态

注重内因，注重调整机体状态，是中医学在治疗方面的一大优势。中医学有一个深刻而明确的概念，即认为人之所以会生病，是致病因素和机体自身抗病因素相互斗争的结果，这被称作“邪正斗争”。在许多情况下，外界病原体或其他致病因素（“邪”）只是促使发病的两大因素之一，发病与否的关键常常在于人自身的机能状态和协调适应及抗病能力（“正”）。故《内经》云认为诸多疾病“非天降之，人自为之”，“正气存内，邪不可干”。正因为人自为之，中医学始终把调整人体内在机能状态放在养生保健和防病治病的核心地位。中医学的绝大多数治病方法，都是通过调整个体自身机能，改善机体内在环境后起效的，且常能针对病本加以根治。当然，中医学也不乏直接作用于病因或病邪的疗法与手段，但在多数情况下，这些疗法或手段都组合在调整内在机能、纠治病本等的之中。例如，中药中有些清热解毒之品的提取物体外培养表明具有抗某种致病菌作用，可看作抑菌消除病因之剂，但仅以这类中药组合成的汤方，临床使用后疗效大多不显，而在辨证的基础上，以调整机能状态的方法为主，佐以这类药物却每能显著加强疗效。有时，整个汤方中没有一味具有实验研究所确认的抑菌作用的中药，但正确地使用，却又常可使棘手的、西药抗生素已无能为力的细菌或病毒感染性疾病得以治愈。这显然得益于着眼机体内因，注重调整机能状态这一治疗观念。

三、中医理论体系的主要特点

中医理论体系的特点，是相对于其他医学体系而言的，主要可概括为以下几点：

(一) 整体观念

整体指的是统一性、完整性和联系性。整体观念就是强调在观察分析和研究处理问题时，须注重事物本身所存在的统一性、完整性和联系性。

中医学非常重视人本身的统一性、完整性和内在脏腑器官之间，心理、生理活动之间，以及人与外界之间的相互联系，形成了独特整体观念。这一观念始终贯穿在中医学对生理、病理、诊法、辨证、治疗等各个方面的理性认识中。

1. 人是一个有机整体：它具体体现在三大方面：①就形体结构而言，机体是由若干脏腑器官所组成的，这些脏腑器官是相互沟通的，任何局部都是整体的一个组成部分，与整体在形成结构上有着密切的关联。②就基本物质而言，组成各脏腑器官并维持其机能活动的物质是同一的，即精、气、血、津、液，这些物质分布并运行于全身，以完成统一的机能活动。③就机能活动而言，组织结构上的整体性和基本物质的同一性，决定了各种不同机能活动之间密切的联系性。它们互根互用，协调制约，相互影响。如心理和生理是人的两大基本机能活动，心身之间存在着相互依赖、相互促进、相互制约的协同关系。所以，古人强调：“形与神俱”、“形神合一”，认为人的正常生命活动是心理和生理机能的有机融合。

人的各个脏腑、组织、器官有着不同的功能。这些功能都是整体机能活动的组成部分，它一方面受到整体机能活动的制约和影响；另一方面又影响着其他脏腑器官的功能活动，从而使身心机能活动表现出整体统一性。

在整体观念指导下，中医理论认为：人的机能活动一方面靠各脏腑组织正常地进行各项功能，既不过亢，亦非不及；另一方面还要靠脏腑组织间相辅相成的协同作用和相反相成的

制约作用，才能使整体机能处于协调稳定状态。在整体中不同脏腑有着各自的分工并相互合作，这体现了局部与整体的统一。

机体内各脏腑组织之间的关系极其复杂。中医理论借助阴阳和五行学说，以“阴平阳秘”、“亢则害，承乃制，制则生化”等理论，宏观地阐明了各脏腑功能之间相互制约、消长、转化和生克制化等调控机制。正是凭借这些调控机制，各个脏腑组织之间才维持着协调平衡，从而使整体处于生化不息的稳定状态。在这种整体观念基础上所体现出的制约观、稳态观，对于深入揭示生命活动的本质，有着重要的启迪意义。

中医学在分析病证的病理机制时，也十分注重整体，着眼于通过分析局部病变反映整体病理特征，即局部病变对整体的影响。认为某些局部的病理变化，往往与全身脏腑、气血、阴阳的虚实盛衰有关。由于各脏腑、组织、器官在生理、病理上相互联系和相互影响，因此诊察病人时，可以通过观察各种外在的局部的病理表现，来分析揣测内在脏腑的病变情况，从而作出诊断和治疗。如在舌与五脏相关这一认识基础上，中医学发展了舌诊法，根据舌象改变以诊病。现代研究表明，舌的某些变化，确实较客观地反映着机体内在的状态。他如脉诊等也都是中医学家在整体观念指导下的杰出创造。

整体观念也融贯于治疗中。如对局部病变，中医主张从整体联系出发加以调治。“肝开窍于目”，肝和目的关系十分密切，故治疗眼科疾患，多从调肝着手，常有满意疗效。“心开窍于舌”，心与小肠有着内在联系，可用清心泻小肠火的方法来治疗口舌糜烂等病症，等等。

2. 人与外界环境的统一性：人与外界环境既有着物质同一性，外界环境提供了人类赖以生存的必要条件，即中医所谓“人与天地相应”。因此，环境的变化或直接或间接，或显著或不太显著地影响着人，左右着人的机能活动，迫使人作出相应的反应。如果这类反应处于适度范围，则表现为生理性的适应；如果这类反应超出一定限度，或者虽作出反应，但机体仍无法适应外界变化，就有可能出现病理性情况，甚或发展为疾病。这就是中医学强调的人与环境的统一性。它具体体现在自然环境和社会人文因素对机能活动的影响等不同方面。

自然环境对人的机能的影响涉及到许多方面，如季节气候的四季交替变化使人表现出规律性的生理适应过程。《灵枢·五癯津液别》说：“天暑衣厚则腠理开，故汗出，……；天寒则腠理闭，气湿不行，水下溜于膀胱，则为溺与气。”又如人体气血运行也与气候变化及风雨晦明有关，“天温日明，则人血淖液而卫气浮，故血易泻，气易行；天寒日阴，则人血凝泣而卫气沉”，就是《素问·八正神明论》对这一变化规律的描述。现代生物节律研究所揭示的生物体周期性变化，许多与中医理论所说的机体活动有春生夏长、秋收冬藏的特点不谋而合。

季节气候的影响，还体现在一些季节性很强的多发病、流行病的流行规律方面。对此，古代医家多有论述。

虽然昼夜的寒温变化没有四季那样明显，但长期以来的规律性更替，使人的机能也产生了似昼夜的节律性变化，以适应环境的改变，如《素问·生气通天论》指出：“故阳气者，一日而主外，平旦人气生，日中而阳气隆，日西而阳气已虚，气门乃闭”，体内的阳气呈现出规律性的昼夜波动。这一变化趋势与现代生理学研究所揭示的体温日波动曲线十分吻合。

昼夜的变化也影响到疾病过程。一般病症，大多是白天病情较轻，傍晚加甚，夜间最重，故说：“夫百病者，多以旦慧昼安，夕加夜甚”（《灵枢·顺气一日分为四时》）。这是因为

昼间外界阳气的变化，致使人体内的阳气相应地表现出朝始生、午最盛、夕始弱、夜半衰的波动，从而影响到邪正争斗，病情也呈现出周期性的起伏变化。

地理区域是自然环境中的重要因素。地理环境的差异，包括与地理环境有关的地域性气候和人文地理、风俗习惯等的不同，可在一定程度上影响人们的生理机能和心理活动。如江南土地卑弱，多湿热，其民腠理多空疏，体格多瘦削；北方地高陵居，多燥寒，其民腠理多致密，体格偏壮实。对体质进行的现代群体调查，揭示人们生活在特定的地理环境中，久而久之可逐渐在机能方面表现出某些适应性变化。一旦易地而居，环境突然改变，许多人初期都感到不太适应，有的甚至会因此而罹病。

人生活在社会之中，社会环境的不同，也造成了人身心机能上的某些差异。明·李中梓在《医宗必读》中指出：“大抵富贵之人多劳心，贫贱之人多劳力；富贵者膏粱自奉，贫贱者藜藿苟充；富贵者曲房广厦，贫贱者陋巷茅茨；劳心则中虚而筋柔骨脆，劳力则中实而骨劲筋强；膏粱自奉者脏腑恒娇，藜藿苟充者脏腑恒固；曲房广厦者玄府疏而六淫易客，茅茨陋巷者腠理密而外邪难干。故富贵之疾，宜于补正，贫贱之疾，利于攻邪”。强调社会角色、地位等不同，也可造成身心机能上的差异。

社会环境不是一成不变的，剧烈变动的社会环境对人的身心机能影响很大。《素问·疏五过论》所说：“故贵脱势，虽不中邪，精神内伤，身必败亡。始富后贫，虽不伤邪，皮焦筋屈，痿痹为挛”，指的就是这一类情况。历代还有承平安定之年，民病少而轻；兵燹动荡之岁，民病重且众。“太平之世多长寿人”（汉·王充《论衡》），“大饥之后，必有大疫”（清·程文囿《医述》）。

人的适应能力是有限的，在这方面人与人之间也存在着较大的差异。一旦外界的变化过分剧烈，或者由于个体本身适应及调节能力偏弱，不能对社会或自然环境的变化作出相应的调整，此时，这些人就往往容易进入某种病理状态，或发为某种疾病。

由于人与外界环境存在着上述关系，所以因时、因地、因人制宜，就成了中医治疗学上的重要原则。临床诊治过程中，必须注意分析外界环境与个体机能的有机联系。只有这样，才能卓有成效地进行医疗活动。

（二）恒动观念

恒动，就是不停顿的运动、变化和发展。恒动观念是指在分析研究生命、健康和疾病等医学问题时，应持有运动的、变化的、发展的观点，而不可拘泥一成不变的、静止的、僵化的观点。

中医理论认为：一切物质，包括整个自然界，都处于永恒而无休止的运动之中，“动而不息”是自然界的根本规律。《素问·六微旨大论》指出：“夫物之生从于化，物之极由乎变，变化之相薄，成败之所由也。……成败倚优生乎动，动而不已，则变作矣。”一切事物的发生、发展、变化，乃至衰亡，都根基于运动，是在运动过程中进行的。动固然是运动，“静”中又何尝没有运动，完全的静止是不存在的，也不可能存在的。宋·朱熹曾说：“静者养动之根，动所以行其静”（《朱子语类》）。故动与静，统为物体运动的两种不同形式。“动静相召，上下相临，阴阳相错，而变由生也”（《素问·天元纪大论》）。

中医理论用阴阳来概括自然界相互关联的事物或现象的对立双方，并认为阴阳之间存在着对立、转化、资生和制约关系，这些关系体现出阴阳双方始终处于彼此消长的不断运动状

态。中医理论借五行学说来论述自然界某些事物的起源、特征及不同事物之间的相互联系。五行之中存在着相生和相克关系，且生中有克，克中有生，这样，又构成了一个五类要素组成的、恒动的世界模型。

中医理论认为：“天主生物，故恒于动；人有此生，亦恒于动”（元·朱震亨《格致余论》）。自然界生化万物有赖于恒动不休，人维持自身生命活动也有赖于恒动不休。气是构成人体和维持人的生命活动的基本物质之一，它具有很强的活动能力，无处不到，始终处于运动之中，时刻激发和推动着体内的各种生理活动。中医学在理论上把气的这种运动归纳成升、降、出、入四种基本形式。《素问·六微旨大论》指出：“非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有”。“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危”。生命活动，可以说就是气的运动变化过程。气的运行失常，人便处于病理状态。

血的功能主要是营养和滋润全身脏腑组织，它的这些作用，只有在循行过程中才得以发挥。《素问·举痛论》中已明确指出：血液须在脉管中“流行不止，环周不休”。局部血液循环一变慢或者停滞，即属于血瘀状态，甚则出现瘀血，都可引发疾病。津液也同样在多个脏腑的参与下，在体内处于不断新陈代谢的过程中，摄入、输布和排泄之间维持着动态稳定；一旦津液输布运行失常，就将引起痰饮、水湿、水肿等病证。金·张从正归纳说：“《内经》一书，唯以血气流通为贵”（《儒门事亲》）。这的确是中医理论中的最重要特点之一。

五脏六腑各有其生理特性，并都建立在脏腑之气的运动变化之上。如在心气的推动下，心脏不停地进行着收缩舒张运动。通过心脏的搏动，血液被输送到全身，故主行血是心的主要生理功能。在肺气的作用下，通过一张一缩，肺脏进行着节律性的呼吸运动。在这过程中，体内外的气体不停地交换着，使其他一些生理功能得以正常进行。脾是以健运不息为其特征的，脾气充沛，脾的运化水谷和运化水液功能正常，则机体的消化吸收功能和水液代谢过程才能正常进行。因此，运动不息也是脏腑的生理特点。

基于恒动观念，中医学认识到生命运动的错综复杂性，但不等于说这种运动变化没有规律可循，古人在认识其规律方面作了许多可贵的探索。例如，在恒动观念指导下，中医理论描绘了一太阴月、一年乃至更长周期的生理机能变化规律。《灵枢·岁露》和《素问·八正神明论》讨论了一太阴月中生理机能的周期性变化规律，从月初到满月，再到月末，与月相变化同步，人的生理机能也呈现出从低落到高涨、再到低落的起伏变化，这种变化体现在气血、肌肉、皮肤、毛发、腠理及正气强弱等方面，因而也与病理变化相关。

就整个生命过程来说，人的机能活动也经历着发展演变过程。《灵枢·天年》谓：“人生十岁，五脏始定，血气已通，其气在下，故好走；二十岁，血气始盛，肌肉方长，故好趋；三十岁，五脏大定，肌肉坚固，血脉盛满，故好步；四十岁，五脏六腑十二经脉，皆大盛以平定，腠理始疏，荣华颓落，发颇斑白，平盛不摇，故好坐；五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始灭，目始不明；六十岁，心气始衰，苦忧悲，血气懈惰，故好卧；七十岁，脾气虚，皮肤枯；八十岁，肺气衰，魄离，故言善误；九十岁，肾气焦，四脏经脉空虚；百岁，五脏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣。”这是对人的生命演变过程大致规律的归纳总结。

中医理论不只强调以恒动观念来认识人的生理，更强调以此来把握患者的疾病过程及病理变化。从病因作用于机体到发病，机体一直在与致病因素进行着斗争。疾病本身也处于不停顿的发展变化之中，表现出发展变化的阶段性。以外感风寒为例，《内经》就已提出它的

发展过程经历着六个阶段的基本变化。东汉·张机在《伤寒论》中对此作了进一步的总结归纳，提出了六经辨证。认为太阳病证不解，病情就会继续发展，或发展至太阳之腑，或成为寒热往来的少阳证，或入里化热，演变成阳明经证或腑证。若三阳病证仍不解，则病情进一步变化，向虚的方面转化，就会发生三阴病证等。清·叶桂总结归纳了温病发展变化的大致规律，初期往往首先侵犯肺卫，继而可以发展到气分、营分甚或血分。这些认识，体现出中医学对疾病发展变化阶段性的把握。

中医学还重视同一阶段病证所发生着的或显或隐的变化。如同属外感风寒的太阳病证，就可以有许多不同的变化情况，张机在《伤寒论》中以大量的篇幅，列举事实讨论了这一问题。有时，上午和下午，甚至一小时前后病证都会发生变化。因此，诊治疾病必须以恒动观念为指导，细心探察，深入分析，随时根据新的情况全面考虑，而不可拘泥于一时结论，贻误病情；也不可死守一方，不作调整。

恒动观念要求人们在临床治疗时不断把握患者出现的新情况、新变化，随时调整处方用药，以期药证相合，取得良好疗效。张机在《伤寒论》中就太阳病证这一类情况，列出相关处方 75 首，许多方下还列有加减法，这是在治疗用药上贯彻恒动观念，以变应变的典范。

（三）辨证论治

辨证论治，包括辨证和论治两大方面。它是中医认识疾病和治疗疾病的基本规范，是中医学对疾病的一种特殊的研究和处理方法，也是中医理论体系的基本特点之一。

辨证论治，既不是对症施治，根据病人的主诉，或者抓住一两个症状进行治疗；也不是某病用某药的辨病施治。辨证包含着如何作出具体深入的分析，并找出病症的主要矛盾；论治指的是如何采取针对性措施，来解决主要矛盾。

所谓“证”，有“证据”之意。辨证的“证”，指的是机体在疾病发展过程的某一阶段，多方面病理特性的概括。多方面病理特性包括疾病的起因，病变的部位、性质、程度，邪正之间的关系，疾病可能的发展变化趋势等，并涉及到影响疾病性质的诸如年龄、体质等自身因素和自然、社会等外界因素。这些特性反映着疾病发展过程中某一阶段病理变化的本质。“证”与“症”、“病”有着质的区别。症，主要是指症状，是病人诉说的不适，如头痛、腹痛等等，同一症状可以由多种不同的病因引起，病理机制常大相径庭，基本性质也可以完全不同。中医学中的许多病名本身内涵不够确切，有些病是根据疾病部位命名的，如肺痈、肠痈等；有些是根据病因命名的，如伤食、中暑等；有些是根据临床表现命名的，如黄疸、消渴等。同一种病可以有不同的本质特点，更可以有不同的发展阶段。因此，证比单纯的症状或病名都更全面、深刻、确切地揭示某阶段疾病变化的本质。

辨证的关键是“辨”。所谓“辨”，有审辨、甄别等意思，它是将望、闻、问、切等诊法所收集来的资料、症状和体征，在中医理论指导下，通过分析综合，去粗取精，去伪存真，辨清疾病的原因、性质、部位、发展阶段及邪正之间的关系等，最后概括、判断为某种性质的证。因此，辨证的过程就是对病人作出正确、全面判断的过程，或者说分析并找出主要矛盾的过程。

论治，是根据辨证的结果，选择和确定相应治疗原则和治疗方法的过程，也就是研究和实施治疗的过程。辨证是确定治则治法的前提和依据，论治则是在辨证的基础上，确定治疗原则、选择治疗的具体手段和方法，并加以实施，治疗的效果又是检验辨证正确与否的依

据。所以，辨证论治的过程，就是认识疾病和治疗疾病的过程。辨证和论治，是诊治疾病过程中前后衔接、相互联系、不可分割的两个环节，是理论和实践的有机结合，是理、法、方、药在临床上的融汇运用。

中医认识并治疗疾病，是从症状和病着眼，既注重病症的辨析，又强调辨证，且重点在于辨证。辨证的关键在于抓住疾病的本质，以便确定正确的治疗方案。例如感冒，这是一个病名，常可见到发热、恶寒、鼻塞、头身疼痛等症状，病变部位在于体表。同为感冒，由于致病因素和机体反应的不同，往往可表现出一些不同的证候，如风寒、风热、气虚、痰湿感冒等。治前只有把感冒的本质特点，比如说是属于风寒还是风热等分辨清楚，才能确定该用辛温解表还是辛凉解表。如此方能避免治疗用药的盲目性，减少失误，提高疗效。又如头痛是临床常见症状，有时是病人求治的主要原因。同为头痛，有着多种不同的本质特点，要想获得满意的治疗效果，必须对头痛的证类进行辨别，分析出它的本质特点，从而分别运用祛瘀止痛、化湿止痛、平肝止痛及发散风寒、疏解风热或补益气血等不同的治法。可见，辨证论治既区别于那种不分主次，不分阶段，一方一药治一病的辨病疗法；又不同于见痰治痰，见血止血，头痛医头，脚痛医脚的对症疗法。

辨证论治作为指导临床诊治的基本规范，它引导人们辩证地看待病、症和证的关系，既应看到同一种疾病常可表现出多种不同的“证”，又须注意不同的疾病在其发展过程的某些阶段，有时可以出现类同的“证”。因此，在临床治疗时，还可根据辨证结果，分别采取“同病异治”或“异病同治”等方法。

所谓“同病异治”，是指同一种疾病，由于患病的对象、发病的时间、地区以及患者机体反应等的不同，或疾病处于不同的发展阶段，它的本质特点有所不同，表现的“证”也就有所差异，治法亦应不同。如同为水肿病，根据其本质特点，可以辨为多种证候，就脏腑而言，其主要涉及肺、脾、肾三脏；就其性质而言，既可以是虚证，又可以是实证；就病因而言，有风热、风寒、邪毒和水湿等等，故合理的治疗就必须根据这些特点，采取不同的治法。又如麻疹，由于病理发展的阶段不同，因而治疗方法也不一样，初起麻疹未透，宜发表透疹；中期多肺热明显，常须清肺；后期多为余热未尽，肺胃阴伤，又须以养阴清热为主。

疾病是发展变化的，不同的疾病在其发展过程中，往往会表现出近似的本质特点，出现相同的病理机制，因此，就可采用相同的方法进行治疗，这就是“异病同治”。如泄泻、水肿是不同的病，但在两病的发展过程中，都可发展到以脾肾阳虚为本质特点的阶段，故皆可用温补脾肾法。又如，久痢脱肛、子宫下垂、崩漏等是不同的病，但都可以是中气下陷的表现，用升提中气法常有佳效。

总之，中医治病特别注重“证”的性质。相同的证，代表着类同的主要矛盾，可以用基本相同的治疗方法；不同的证，揭示其本质特点不同，须用不同的治法。故有“证同治亦同，证异治亦异”的说法。这种针对疾病发展过程中不同的本质矛盾、不同的状态，用不同的方法进行治疗的思想，是辨证论治的精髓所在。

第三节 中医学的认知方法

科学哲学认为方法是学科体系中最深层、最本质的内容，它决定着学科的众多特点。方

法本身又可作出进一步的细分。所谓中医学的认知方法，是指相对于诸如四诊、针法、灸法等具体操作方法而言的理性思维方法。

一、中医学认知方法的总体特点

方法，是一个庞大的体系，在农耕生产方式的熏陶下，古人形成了独特而又丰富的认识世界的方法。这些方法规范了历代中医学家认识和思维过程。就方法论的总体而言，中医学具有以下特点：

首先是注重整体联系。历代中医学家在考察所有的医学问题时，都自觉地从事物与事物的联系出发，把它看作是整体变化在局部的一种体现。这一方法论特点在前述“整体观念”中已作出了详细介绍。

其二，是讲究系统原则。无论是阴阳学说的对立制约、互根互用，还是五行学说的相生相克、生克制化等都包含着丰富的辩证法精髓，它们与现代系统论的核心思想十分吻合。对此，本书第一章将作出进一步的阐述。

其三，注重捕获灵感，强于顿悟，长于非逻辑思维而拙于形式逻辑。这些思维倾向是历代中医学家的鲜明特点，“医者意也”，强调的就是这一点。历史上，许多杰出医家往往能在素材较少的情况下，感悟自然，最大限度地认识真理。一些著名的医学理论，就是顿悟方法所促成的。然而，中医学家强于顿悟，却常伴有逻辑推理及实证研究的不足与缺憾。这也是近代中医学明显落后的一大因素。

其四，抽象能力和概括能力强。中国文化中，汉语简洁，凝练，文风简明扼要，哲理言简意赅，医学理论亦然。高度的概括能力还体现在对繁杂事物或现象的归纳总结方面，如张仲景以六经辨证概括了复杂的外感热病发生、发展与变化的规律，及不同阶段的病理特性；张景岳以表里、寒热、虚实“六要”反映了不同病症的病位和性质；李时珍以16部60类归纳了近两千种药物，提纲挈领，纲举目张。然而概括性强也导致了具体展开能力不足，忽略于细节研究等缺陷。

二、具体的有特色的中医认知方法

在众多具体的中医认知方法中，下面一些是颇具特色的：

(一) 司外揣内

司外揣内是指通过观察外在表象，以揣测分析其内在变化的认知方法，又称作“以表知里”。古代学者认为事物的内外是一个整体，相互间有着密切联系，“有诸内，必形诸外”。内在的变化，可通过某种方式，在外部表现出来。通过观察表象，可在一定程度上认识内在的变化机理。中医理论中关于人的生理病理的许多知识皆源于此。如藏象学说借助了对外在生理病理现象的观察分析，以推知或判断内在脏腑的功能特点。具体而言，可以通过对脉象、舌象、面色及胸部症状等外在征象或症状的观察分析，了解“心”主血脉功能的常与异，从而形成相应理论，并由此作出诊断，决定治疗。

司外揣内方法与现代控制论的“黑箱”方法有所类同。对于内部有着复杂联系又不便于打开逐项分析，或打开后有可能干扰破坏原有状态的研究对象（例如生命活体的变化过程），借助“黑箱”方法，通过对输入信息和输出信息之间相互关系的比较研究，可测知该对象内

部的大致联系及其变化规律。由于此法没有肢解对象，没有干扰破坏对象固有的各种联系，因此“失真”较少，可获得许多用还原分析方法所无法获悉的信息。中医藏象学说之所以能包括许多超结构的联系，如“肾主骨”、“肾开窍于耳”、“肺主皮毛”、“肺主治节”等，原因就在于此。

由于司外揣内方法是在没有打开“黑箱”，不太了解内在结构具体细节的情况下进行研究，故虽然可以从总体上准确地把握对象之间的错综联系和变化，却对许多细节的了解失之笼统，远远不如还原分析方法那般细致精确。而细节的笼统又很大程度限制了对总体认识的深入。因此，司外揣内也存在着局限性，这是必须注意的。

（二）援物比类

援物比类，又称“取象比类”，是运用形象思维，根据被研究对象与已知对象在某方面的相似或类同（援物、取象），从而认为两者在其他方面也有可能相似或类同（比类），并由此推导出被研究对象某些性状特点的认知方法。

《素问·示从容论》说“援物比类，化之冥冥”；“不引比类，是知不明也”。表明它是中医学家常用的认知方法。《内经》中经常讨论日月、寒温、昼夜对人生理机能的影响，如“天温日明，则人血淖液而卫气浮，故血易泻，气易行；天寒日阴，则人血凝泣而卫气沉”（《素问·八正神明论》）。对于人的生理机能在不同外界条件下发生细微变化的这些认识，已得到现代时间生物学的认可。而中医学之所以能获得这些认识，除依据长期悉心的观察外，还着力借助了援物比类方法。水的流动性状明显地受着寒温的影响，人体主要成分是水，血液也是液态物质，它在脉管中循行，就象水在河道中流动一样，因此，它的运行一定会受到天气寒温等的影响。依据一定的观察资料，再加上这种比类，推导出新的见解。中医学的基本知识，有许多是借助这一方法产生的。

德国近代著名哲学家康德曾指出：“每当理智缺乏可靠论证的思路时，类比这个方法往往能指引我们前进。”在科学研究过程中，人们为了变未知为已知，常常把生疏的对象与熟悉的事物相比类，以启发思路，提供线索，触类旁通。因此，援物比类方法自有其重要的认识意义。

然而，此法虽在许多情况下十分有效，但也存在着局限性。因为事物之间存在着同一性与差异性，同一性提供了比类的逻辑依据，差异性则限制着比类结论的正确性。相似的两个对象之间总是有一定差异的，若要推导的属性正好是它们的不同点，那么结论就可能是错误的。因此，这只是一种或然性的推理，对比类得出的结论，还必须加以检验。

（三）心法和顿悟

所谓“心法”，是指研究过程中对某些问题殚心思忖，反复琢磨，终于心领神悟，获得独到见解的一种认知方法。它源自儒家修养身心的内省法，关键在于内心的反复思考。所谓“顿悟”，原系佛教用语，它与逐渐理解相对而言，指对某问题苦思冥想后突然独有所悟，一下子进入明彻的境界，它与通常所说的“灵感”相通。中医学早期著作中，常称其为“慧然独悟”、“昭然独明”，后期著作又多称“禅悟”、“心悟”等。心法和顿悟这两种认知方法互有联系，均属非逻辑思维方式，且都是东方民族中占主导的思维方式。

以往，西方哲学和科学界只注重逻辑思维，认为归纳演绎等逻辑方法，足以做出所有的科学发明和发现。并误以为心法、顿悟等只适用于文学艺术或宗教。但心理学研究表明：心

法、顿悟并非玄秘莫测，它们是人类思维中实实在在存在的、重要的创造性思维方法。科学史的研究也提示：许多科学理论源自假说，大多数重要假说的原型正是借助心法、顿悟等非逻辑思维方法萌发的。鉴此，人们对这类非逻辑思维方法在科学研究中的意义有了新的认识和评价，且日趋重视。

较之西方，中国古代逻辑思维发育不良，但这并未影响先贤的创造性思维活动，他们往往广泛充分地利用心法、顿悟等非逻辑思维方法，探究世界，洞察奥秘，阐发新观点、新见解，作出创造或发明。中医学家亦然，历代有许多医家把自己的医学著作冠以“心法”、“心要”、“心悟”、“心书”、“心得集”等，就体现了这一点。清·吴瑭在《温病条辨·自序》中曾说：“瑭进与病谋，通与心谋，十阅春秋，然后有得”。许多医家的治学都有着类似的经验和体会。因此，心法和顿悟是衡量中医师创造性思维能力强弱的一个标志。

心法和顿悟虽属非逻辑思维，但不等于随心所欲，胡思乱想。它们不是轻而易举便能萌生的，需要两方面的因素：一是具备非逻辑思维的能力和技巧；二是具备广博深厚的知识，并立足事实，对有关问题锲而不舍地追究深思。清·程国彭在《医学心悟》中曾说：“学者读书之余，闭目凝神，时刻将此数语细加领会，自应一旦豁然贯通。”这是总结出的有助于激发灵感，促进顿悟的经验之谈。

应指出的是，尽管心法、顿悟等属于重要的创造性思维方式，但由此获得的只是些思路、想法等，必须进一步作出实践的检验，或进行严密的逻辑论证，才能升华为有重要认知意义的理性知识。

（四）试探和反证

试探，是指对复杂的对象先作一番考察，尝试性地提出初步设想，采取一些措施，然后根据实践结果，再作适当调整，完善或修改原设想，以决定下一步措施的一种逐步逼近的认知方法。反证，是指从结果来追溯或推测原因并加以证实的一种逆向的认知方法。这两种方法既有共性，又有区别，它们都从结果反推出原因，此为其同；试探事先采取一定措施，以引起反应；反证则无此环节，此为其异。这两种认知方法在中医学中都被广泛应用。

古代医家常借助试探来审视病因，进行辨证，这时常又称作“审病法”、“消息法”。东汉·张机在《伤寒论》中指出：“若不大便六七日，恐有燥屎。欲知之法，少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之；若不转矢气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之。攻之必胀满，不能食也。”少与小承气汤便有试探之意。在疑难病证的认识和治疗中，这种方法的意义尤为突出。明·张介宾在《景岳全书·传忠录》中曾总结说：“若疑其为虚，意欲用补而未决，则以轻浅消导之剂，纯用数味，先以探之。消而不投，即知为真虚矣。疑其为实，意欲用攻而未决，则用甘温纯补之剂，轻用数味，先以探之。补而觉滞，即知其实也。假寒者略温之，必见烦躁；假热者略寒之，必加呕恶；探得其情，意自定矣。”不仅强调了试探法的重要性，也表明中医把握病证性质的过程，常是既依赖经验又充满机敏智慧的思维过程，而绝非简单的按图索骥。

中医认识病因的“审症求因”法是典型的反证法。它通过对症状和体征的仔细审辨甄别，从结果出发去追索反推出病因。中医学关于“六淫”的认识，大多是这样形成的。反证法是依据“输出结果”来推断“输入信息”或黑箱内在结构的认知方法。它与“司外揣内”法有某些类似之处，这一方法在认识复杂现象时，具有一定意义。

除上述方法之外，注重表象直观，忽略还原分析；强调事物间的相互联系，疏于具体形质研讨；侧重于动态描述，弱于静态的细究等，也都是中医学认知过程中的方法论特点。这些特点利弊参半，此处不作详细介绍。

第四节 中医学未来发展展望

绵绵数千年连续不断积淀而成的厚实而又颇具特色的中国传统文化母体为中医学的发生、发展提供了丰富的滋养土壤，它不仅决定了学科发展的方向，规范了学科体系之模式，塑造了中医学的一系列特点，而且，在与世界文化和医学的相互碰撞与交汇大潮中，也赋予了中医学以迥异于西方医学的众多优势和勃勃生机，使之在新的世纪中仍具有良好的发展前景。

一、医学发展的态势——调整与融合

世界即将进入新的千年，新的历史时期，世界医学以及中国医学都正在和将要发生重大的调整与变化，这些变化，关系到未来中医学的发展。

（一）调整——世界医学发展的一大特点

随着社会的进步，人类自身价值的提升，医学的地位和重要性也将跃居各学科之前茅。然而，进入 20 世纪后半叶以来，以生物医学模式为标志的西方医学正经历着多方面的重大调整。疾病谱和死亡谱的重大变化；伴随人类总体生活水准的提高，对生命与健康的要求提高是迫使世界医学作出调整的主要客观因素。传统的生物医学模式的明显缺陷，在防治如今处于疾病谱前列的非传染性慢性病时的苍白无力；现代医学的总体目标不尽合理，医学的目的不够明确，且定得过高而不切实际，以及现行医疗方式、社区保健制度、医疗保险制度与实际需求之间的矛盾，高昂的医疗费用与有限的医疗效果之间的剪刀差等，又都是促使现代世界医学必须作出调整的内在动因。所有这些，促成了世界医学在近 20 年间呈现出明显的调整态势。这种态势给中国传统医学在新的历史时期的重新辉煌，创造了良好的运作空间。

（二）融合与互补——中国医学发展的必然态势

在过去的百余年间，由于科学技术的快速发展，西方医学的科技成分日趋占据绝对主导地位，而人文色彩日见淡化，以至呈现出“跛腿”的发展态势。面临世纪之交，医学的第三个历史时期呼之欲出之际，世界医学界开始进行反思和检讨；要求弘扬医学中的人文精神，重建医学领域的人文学科，拓展世界医学之林中不同文化个性的呼声渐趋高涨。这一新的发展趋势，不仅有助于医学社会功能的更好发挥，而且对各种传统医学精髓的弘扬，传统医学人文精神的光大，预备了更为宽松的学术氛围，提供了十分有利的发展条件。可以预料，未来的世界，将更是多元文化并存的世界，一个半世纪以来的“欧洲中心论”将被多元文化互补和共同发展的新格局所替代。随着我国综合国力的提高，中国文化的价值及其意义将重新为世界所认识。在这一过程中，与文化母体休戚相关的中医学，特别是其体系中观念和理性知识层面的众多内容，将会进一步受到青睐，其意义也将得到某种新的“发现”或确认。

不管若干年后，现代生物技术和医疗水平如何发达，它依然不可能解决所有重大或急迫的医学问题。因此，不论主观、客观条件如何，当人们陷入医疗困境时，依旧会主动地寻找

其他有效的疗法或保健手段。在中国，这将主要表现为寻求中医药学的支持。其实，这一趋势在我国沿海发达城市已经鲜明地体现出来。

尽管人们对中西医学特点的认识并未达到一致，但在治疗学方面，有些异同却是显而易见的：即中医注重自身内在机能状态的纠治与调整，而西方医学更醉心于线性的病因性治疗。相对说来，中医学对多因多果性错综病症，或原因尚欠明了的病症的调整效果常较理想，而西医学仅对一些病因已基本明确了，相对单纯的纯生物性病症疗效见优。这种相对优劣在很长一段时间内难以根本改变。因此，即便是外部条件再变化，两大医学体系在治疗方面的互补性依旧是十分明显的。可以说，随着社会的进步，人类自身价值的提高，以及临床疾病谱、死亡谱的改变，中医治疗学中的某些特点或倾向将会更放异彩。

任何情况下，医学都不只是纯粹的科学知识或应用技术。它始终与社会进步及文化发展休戚相关，必须不时地应答社会变化所提出的新要求。可以预料：21世纪社会对医学的要求，将在宽广度和精深度等多方面都有新的体现。例如：人们要求医学大大拓展其涉猎领域和应对范畴，而不仅仅是治病防病。要求关注人的生命活动的全过程，包括提高人群整体及个体体质，提高人的生存质量；关注“非病非健康”的亚健康状态，关注病后康复，关注老龄人的心身健康，关注濒死状态等，历经几千年经验积淀而成的中医药养生保健知识体系，自有大量可供借鉴或开发利用之处。

鉴于上述因素，21世纪的中国医学将是中西医学并存且广泛交融的格局。这也将成为东西方文化在新的历史条件下全面、深刻的交汇与融合的表现之一。这种并存与交融将是整体性的，即不只是技术、经验或方药层面，同样也涉及理性知识层面，甚至较多地涉及到观念和方法层面。当然，各个层面双方互相渗透与交融的性质及程度深浅不一，诊疗技术与方药的相互补充也许十分容易，而理性知识只会是部分的借鉴，或互为补充。因为医学不单纯是一门科学或是一类技术，它还是一类文化形态和生活方式。

二、中医学术发展展望

作为一个自成体系且高度自治的医学学科，中医学的现实意义存在于学科的众多层面，展望中医学的发展，可以分层面展开。

（一）中医理论——亟须重新认识和阐发

中医学中许多合理而深刻的观念，对今天以及明天的医学工作者都有着重要意义。足够的证据揭示，在观念层次上中医学有许多合理之处，有可能是未来更合理的中国医学的生长点。这类合理观念包括许多：如天人和谐的天人观；注重生存和健康，强调顺应自然的养生观；把生命看作是自我协调、自趋稳态，疾病则是这种协调失序，治疗则又追求“以平为期”的稳态观念；注重自身“正气”的发病观；以及重视心身合一、协调的心身观等。观念的转变是变革的先导，近20多年来海内外关于医学观、医学模式、医学目的以及健康观、疾病观、治疗观等的讨论，正是出于构建未来更为合理的世界医学的需要。作为一个存在了数千年而又与现代医学全然异质的医学体系，观念层面值得发掘整理，提炼升华的内容确属不少。人们已经在这方面做了不少有益的工作，而且完全可以在这些方面进一步超前地、深入系统地进行研究阐发。在洞察世界文化、科学与医学发展总体走向的前提下，凭藉对中医学有关内容的深入分析，提炼出有现实指导价值的合理观念或深刻思想，以期为中医学自身

的发展提供指南，并为世界医学总体调整提供借鉴。此外，它还可以为中国文化在新时期的重建，发挥某种示范作用。

除观念外，中医基本理论和一些核心概念亦值得高度重视。中医基本理论，包括藏象、气血津液、经络、体质、病因、病机、辨证、治则及方药理论、针灸学说等。这些既是中医理论体系中的最重要组成部分，又是最受今人诟病，最为“梗喉”的内容。本世纪以来，关于中医科学与否的争鸣，实际上都涉及了对这些理论知识的认识和评价差异。其实，中医理论是科学史上的一支奇葩，也是一个“苦涩的酸果”。它既揭示了不少客观规律，解释了许多医学现象，且很有指导意义；但却很难用现行的科学理论标准作出评价，也很难直截了当地进行相关的证实或“证伪”研究，并难以广为传播、广被接受。可见，中医理论的研究和发展已成为中医学现代发展的关键。也正因为有这些理论，中医学才显得如此不同，如此有特色，不同和特色背后又潜伏着发展之契机。

(二) 中医临床——众多优势有待弘扬

中医临床具有众多优势，除了治法及方药等方面的长处外，在心脑血管疾病、肿瘤、免疫性疾病、代谢性疾病、心身性复杂病症以及病毒感染等的治疗中，中医学也有着许多优势，而这些病症正是对人类健康威胁和危害最甚、且最为常见的病症，中医临床调治却常能取得临床痊愈、病情缓解、控制发作等较为满意的疗效。当然中医学更应注重扬长避短，紧紧抓住这些病症，进行重点的、系统的开拓、研究，且在研究过程中尽可能地与现代科技相结合，这样中医治疗学不仅可以在当今临床大放异彩，而且也将会是现代人类的一大福音。

此外，中医众多的治疗方法和保健措施，丰富的诊疗经验，以及在方药方面积累起来的可贵知识，都是人类医药学中极其珍贵的财富。相信随着科技的发展，综合国力的提高，中医药学研究的全面系统展开，现代科技对中医学的进一步渗透，这些领域中的众多瑰宝不日将重放异彩，在未来的人类健康事业中占据重要的地位。

(三) 拓展新的领域——未来中医学发展的更大空间

中医学尽管是传统的，但由于她是异质母体所孵化出的异质医学，对于西医学来说，她有许多方面都是崭新的、富有生机的。如能循着中医学的思路加以拓展，可以开发出未来医学的一些新领域。例如，就临床而言，中医学十分关注病前和病后状态，且在这方面积累了丰富的知识和经验。这些领域的有效拓展，不仅有利于中医学术思想的弘扬，而且将对未来医学的发展产生很大影响。

现代研究表明，当今临床疾病谱中占主导地位的各种多因素类疾病，是可以通过有效的病前综合性干预加以防范或减缓其威胁的。因此，睿智的医界人士已把对心脑血管疾病、代谢性疾病等的处置重点，从原先的注重临床治疗，转向同时重视病前的综合干预。

中医学治病，注重调整偏离了正常状态，并无严格意义上的“病”的概念，而是强调辨证。而中医辨证的“证”，就是不同的病理状态（或偏离了正常的状态）。正因为有这一特点，因此，不管现代医学是否明确诊断，中医运用望闻问切，总能作出一个中医诊断，然后通过补泻调和而取得促进健康的效果。中医学的这一特点，已成为一大优势。因为诸如“次（亚）健康”的病前状态的调整，正需要中医学这方面的知识和技能。

除了防范疾病发生发展外，对病前状态的关注，中医学还可有很多潜在优势。其中许多

内容，适当加以整理提炼，完全可以为新世纪的人类健康事业服务。例如，体质医学就是中医一大优势，改善和优化体质的相关内容，可成为新的世纪中国医学体系中的重要组成部分；又如关于益智养性，增寿延年，中医学均内容丰富，且不失现实意义。若能在病前采取积极措施加以防范的话，将真正达到防病于未然的医学之最高境界。

对于病后状态的关注，也意义深远。长期以来，中医治疗许多慢性疾患或较为错综之症，即便是基本痊愈后，仍强调调养将息。而对于一些因病致虚或机能失调者，中医更主张缓缓调养之，以使其尽可能地康复。在现代临床上，病后调养促康复可以说是一个亟待解决的普遍问题。大量的病后虚羸、机能损伤或失调者亟待采取积极措施，加以改善，促其康复。中医学在这一方面有明显优势，不容忽视。

此外，在一些医学的新兴学科、边缘学科或潜在的新领域中，中医学也有着一些很有意义的潜力或优势，亟待进一步发掘和发展，如在心身医学、行为医学、社会医学、老年医学、体质医学、健康医学、地理气象医学、男性学等领域，都有着丰富的内容。这些，都为中医学的未来发展，预备了巨大的运作空间。

第二章 中医学的哲学基础

哲学，是人们通过对各种自然和社会知识的总括，升华而成的关于一般运动规律的理性认识。探索生命奥秘，离不开对一般运动规律的理解。中医理论体系诞生于两千年前的古代社会，那时的医学家充分借助当时先进的哲学思想，来解释并认识生理或病理现象，归纳出有关健康与疾病的某些规律或机理，以此指导诊疗实践。其中，对中医学影响最为深刻的是元气论、阴阳学说和五行学说。这些哲学思想虽用传统而古朴的语言表达，却蕴含着深邃的哲理和丰富的辩证法思想。学习中医学首先需要理解、掌握这些哲学思想。

第一节 元 气 论

元气论，又称“气一元论”，是中国古代哲学的一个重要范畴。它萌生于先秦，成熟于战国末年及秦汉，并历经后世贤哲不断充实，发展成为对中国传统文化具有深刻影响的哲学思想，可视为主导中国人认识世界的自然观。

作为中国传统文化中的自然观体系，元气论有其丰富的内涵。在此，仅讨论其中与中医学关系密切的内容。

一、元气论的主要内容

(一) 基本概念

元气论中的“气”，是指构成自然界万物的、十分活跃的微细物质。

经过长期的生活体验，人们观察到无形的“风”可引起各种自然变化。例如，风吹来云，云凝成雨，雨可滋养万物，狂风暴雨又可带来灾难。由此认定：风与云之类无形无状而变幻多端之物，造就了天地，引起了变化，依此逐渐萌生出一个重要观念，即“有形生于无形”（《易·乾凿度》）。这类无形之物最终被冠名为“气”，并认定：自然界一切有形的具体事物，均由这类无形之气变化而成。

从哲学意义上理解，“气”是最基本的客观存在，是构成自然界万物最基础、最原始的物质，古有“元气”、“原气”之称。汉·董仲舒说：“元者，犹原也”，“元者，为万物之本”（《春秋繁露》）。又由于气是极精极微的肉眼所看不到的精粹物质，故又称“精气”，汉·刘安有“精气为人”等说。这些都表达了古人对气的基本理解，即气是构成自然界万物（包括人类）的本原。

(二) 气的基本特征

1. 气是构成万物的本原

元气论认为，气是天地万物之本原。在天体自然演变初期，整个宇宙弥漫着浑浑沌沌

的、性状不定的烟云样无形物质，这就是气。在气的作用下，才出现了天地，并化生成万物。因此，可以说气是构成万物的本原。

气既不是虚幻的，也不是超感觉的，它以一定的存在形式被人们所感知。古人认为：气的存在状态无非两类，即弥散和聚合。这两种存在形态又决定了被人们所感知的两种基本存在形式——即“无形”与“有形”。

所谓“无形”，即气的弥散状态。指不占有固定空间、不具备稳定形态的存在形式。它松散、弥漫、活跃、多变，广布于无垠的宇宙空间。虚空中充满这种无形之气，这是气的基本存在形式，故有“太虚无形，气之本体”（宋·张载《正蒙·太和》）之说。这也是物质永恒的、基本的、客观的存在形式之一。

所谓“有形”，即气的聚合状态。指气以聚合方式形成的各种占有相对固定空间，具备并保持相对稳定形质特点的物体，物体出现的同时，气也存在其中。这类物体中气凝聚一体，结构紧凑，相对稳定，不甚活跃。故凡肉眼清晰所见各种有具体性状的物体，都属“有形”之列，都是气聚合而成的结果。故《素问·六节藏象论》说“气合而有形。”

“无形”与“有形”之间没有不可逾越的鸿沟，随时处于相互转化之中。“无形”之气可以聚合成有形之物，有形之物中的“气”，也可以离而复归于弥散。所以，明代哲学家王廷相指出：“有形亦是气，无形亦是气，道（指变化规律）寓其中矣”（《慎言·道体篇》）。就本质而言，无形之气与有形物体，归根结底是气的不同存在方式。这样，元气论从宏观上辩证地把握了不同物质的基本存在形式及其相互之间的转化关系，为解释复杂多样、千变万化的客观世界，提供了锐利的思想武器。

2. 气是运动不息的物质

鉴于自然界风、云等的“气”的原型活泼多动，变幻无常，所以，古人认定：气是相当活跃、生机勃勃、运动不息的，由气所构成的整个自然界也就处在不停顿地运动、变化之中。

气的运动变化促成了自然界一切事物的纷繁变化。《素问·六微旨大论》说：“气之升降，天地之更用也，……升已而降，降者谓天；降已而升，升者谓地。天气下降，气流于地；地气上升，气腾于天。故高下相召，升降相因，而变作矣。”天地之气的升降相因，引发了整个天地间的千变万化。

气的运动带有普遍性，所以《素问·六微旨大论》指出：“是以升降出入，无器不有。”气的运动使整个自然界充满了活力。在不停息的运动中，既孕育产生无数新事物，并使之成长，壮大；同时，也摧枯拉朽，遏抑着许多旧事物，使之逐渐衰退、凋谢，乃至消亡。故《素问·五常政大论》说：“气始而生化，气散而有形，气布而蕃育，气终而象变，其致一也。”可见，在古人眼里，自然法则中新陈代谢过程的实现都是气的运动的结果。

气的运动取决于气自身所固有的阴和阳两个方面的相互作用。“太虚之气，阴阳一物也；然有两体，健顺而已”（宋·张载《横渠易说》）。阳的力量主升、浮、动、散、排斥等；阴的力量主降、沉、静、聚、吸引等，于是就发生了相互渗透，相互推荡，此胜彼负，或屈或伸的运动变化。就是说气的运动取决于它自身的内在阴阳矛盾，而不依赖于外界的推动。

3. 气是感应现象的中介

世界上形形色色的物质，按其性质可区分成不同的“类”，同类物质之间存在着“类同

则召，气同则合，声比则应”（《吕氏春秋·应同》）的关系。古代哲学家称这种关系为“感应”，意即一事物能感受他事物的变化，从而作出相应的反应。古代哲学家认为，事物间的相互感应是自然界最普遍、最重要的现象，“天地间只有一个感应而已，更有甚事？”（宋·程颐《二程遗书》卷十五）

在普遍存在的自然感应现象中，人们认为气是起中介性作用的物质。“气有潜通”，在古人看来，即使相距很远的物体，它们之间也可以在气的中介作用下发生感应。如乐器共振、共鸣，磁石吸铁，阳燧取火于日，月之盈亏引起潮汐等都是气参与其间后产生的自然感应现象。

人与自然界的统一性也是通过气的中介作用实现的，日月、昼夜、季节气候变化对人生理、病理的影响都有气参与。因“人之气与天地之气常相接无间断”（宋·朱熹《朱子语类》卷三），故“人与天地相参也，与日月相应也”（《灵枢·岁露》）。

由于弥漫于空间的无形之气，不仅在物与物的相互感应中起中介作用，而且还把整个自然界联系成一个整体。故庄周有“通天下一气耳”（《庄子·知北游》）的著名命题。中国传统文化的整体观得益于这一认识而更趋成熟。

（三）气化和形气转化

气化，泛指气的作用所产生的变化。在气的作用下，事物在形态、性能及表现方式上所出现的变化，都属于“气化”的结果。万物的生成、变化等都是气化的结果。

气化主要涉及形气转化。形气转化概指有形之物转化为无形之气，或无形之气转化为有形之物及形与形，即不同事物之间的转化。自然界中的形气转化既无休止，又井然有序。基本上可分为“化”和“变”两种类型：

所谓“化”，是指气的渐进、缓和、不明显的运动所促成的某些改变。类似于今之“量变”。如王冰说：“其微也，为物之化”（《素问·六微旨大论》注）。张载也说：“气有阴阳，推行有渐为化”（《正蒙·神化》）。

所谓“变”，是指气的较为激进、剧烈明显的运动所促成的显著变化。类似于今之“质变”。如王冰所说：“其甚也，为物之变”（《素问·六微旨大论》注）。张载也说：“化而载之谓之变，以著显微也”（《正蒙·神化》）。

二、元气论对中医学的渗透

元气论作为中国传统文化对物质世界本原的阐释，渗透到了以研究人的生命变化为己任的医学理论中来，贯穿于中医学的各个环节。它对中医学的影响可归纳为以下三大方面：

（一）说明生命过程的物质性和运动性

元气论认为万物的本原为气，人作为万物之一也是由气凝聚而成。气维持着生命活动的全过程，气一旦离散，生命也就随之终止了。人的生命始于气聚，终于气散。

不仅人是由气聚合而成的，而且各种生命活动，包括人的感觉、思维、情志等精神心理现象，也都是由气的运动所产生的。体内气的升、降、出、入运动起到了沟通内外、协调功能、畅达气机、推动血运、布散精微、排泄废物等作用，生命活动藉此得以进行；通过气的运动，人体生长发育，充满了生命活力；随着气的运动的衰弱，人渐渐衰退趋老；气的运动停止则导致死亡。气的运动还参与了精神、意识、思维等心理活动形式，如《素问·阴阳应

象大论》说：“人有五脏化五气，以生喜、怒、悲、忧、恐。”

（二）说明人的整体性和联系性

气作为基本物质，不仅构成了人体各个有形的组织器官，而且还弥散于躯体之内，各组织器官之间，周流不息，无所不至。物质组成上的同一性和无形之气贯通其间，使得人的各个组成部分密切关联，形成一个统一的整体。因此，局部病变可以影响整体，整体病变也可以反映在局部；本脏病变可以波及他脏，他脏病变也可以影响于本脏；外在的某些变化，常是内在脏器机能活动的映象；通过调节内在机能活动，可以治愈一些体表的病变。元气论的这些认识不仅完善了中医学的整体观念，而且具有具体指导疾病诊治之作用。

人和自然界的万物既有着物质上的同一性，又时刻进行着各种各样的物质、能量和信息的交换。使得人和自然界密切相关，表现出统一性。这一过程从中医学看来，也是通过气的中介而完成的。

（三）说明生理现象和病理过程

中医学广泛运用元气学说解释生理现象。认为气对于人的生命活动十分重要，“人之有生，全赖此气”（《类经·摄生》）。气运行于全身，推动激发着全身各组织器官的机能活动；气又是机体热量的来源；它还起着抗御外邪入侵的作用；并有着控制液态物质，以防其无故流失的效应。机体的物质代谢全过程以及所有的机能活动，都可以视为气的运动所产生的变化，是气作用的结果。因此，《难经·八难》强调：“气者，人之根本也。”

基于上述认识，中医学还以气的充沛与否，气的运行是否正常协调等，来阐释生理现象或病理过程。体内之气充沛，运行协调正常，则机能活动健全，体温正常，抗病能力强，整个生机协调旺盛，处于通常所说的健康状态。如若气有虚实之变，或运行失常，整体或局部组织脏器的机能活动或兴奋或减弱，体温亦可异常，易为邪气所侵而罹病，或出现其他一系列病理表现。这时，注重调气，常有助于机体的康复。

第二节 阴阳学说

阴阳，是中国古代哲学的一对范畴。它萌生于商周，成熟于战国与秦汉之际。是古人用以认识自然和解释自然的理性知识，包含着丰富的辩证法思想和方法论内容。

阴阳学说认为世界是物质的，物质世界是在阴阳二气的相互作用下滋生、发展和变化着的；认识世界的关键在于分析既相互对立、又相互统一，相反相成的两种物质势力，即阴和阳之间的相互关系及其变化规律。

阴阳学说渗透到中医学领域，影响着中医学的形成和发展，指导着临床医疗实践。正如《灵枢·病传》所说：“明于阴阳，如惑之解，如醉之醒。”张介宾也强调：“设能明彻阴阳，则医理虽玄，思过半矣”（《景岳全书·传忠录》）。

一、阴阳学说的主要内容

（一）基本概念

阴阳，是对相关事物或现象相对属性或同一事物内部对立双方属性的概括。

古人在长期生活实践中，注意到自然界存在着许多既密切相关，又属性相对的事物或现

象，如：男和女、冷和暖、明和暗等等。其中，最显著的就是向日与背日所造成的事物或现象，性质迥异的特点，萌生了“阴”与“阳”的初始概念。其中，“阳”指向日所具有的特点，“阳”字的象形意是山阜朝向太阳（日）；“阴”则相反，是从背日所具有的特点中抽象而出的。可见，“阴阳”一词，本身并不玄秘。

《灵枢·阴阳系日月》云：“阴阳者，有名而无形。”就是说，虽有着“阴阳”这一确定的名称和涵义，但它们并不只是专指某些具体事物或现象，而是用于分析、认识多种事物或现象的特点及其相互关系。因此，阴阳是既抽象又规定了具体属性的哲学范畴。

就阴阳学说而言，它是通过分析相关事物的相对属性或同一事物内部存在着对立双方的相互关系及其变化规律，来认识自然、解释自然的一种理性知识。

（二）阴阳的特征

古代贤哲从“向日”、“背日”这一初始的阴阳含义展开，通过取象比类，进一步推衍、引申，把所有与“向日”特征相类似的事物或现象皆归属于“阳”；而把与之相反事物或现象都归属于“阴”。如：就气温而言，炎热、温暖为阳，凉爽、寒冷为阴；就昼夜而言，白昼为阳，黑夜为阴；就气候而言，晴朗为阳，淫雨为阴；就季节而言，春夏为阳，秋冬为阴；就明暗而言，光亮为阳，黑暗为阴；就内外而言，外显为阳，内藏为阴；就上下而言，上部为阳，下部为阴；就水火而言，火为阳，水为阴；就方位而言，东南为阳，西北为阴；就动静而言，运动为阳，相对静止为阴；就物质形态而言，气态为阳，液态、固态为阴；就形质与功能而言，功能为阳，形质为阴；就生命状态而言，具有推动、温煦、兴奋等作用及相应特性为阳，具有凝聚、滋润、抑制等作用及相应特性为阴。

总之，阴和阳的特征可概括为：凡是运动的、外向的、上升的、温热的、明亮的、无形的、兴奋的，都属于“阳”；凡是相对静止的、内向的、下降的、寒冷的、晦暗的、有形的、抑制的，都属于“阴”。

（三）阴阳的相关性、普遍性、相对性和可分性

阴阳的相关性，指用阴阳所分析的事物或现象，应该是在同一范畴、同一层次或同一交点的，即相关基础上的。如以天而言，则昼为阳、夜为阴；以人的性别而言，则男为阳、女为阴。不相关的事物或现象不宜分阴阳。

阴阳的普遍性，指凡属于相关的事物或现象，都可以用阴阳对其各自的属性加以概括分析。如天与地、出与入、动与静、火与水等。

阴阳的相对性，指各种事物或现象的阴阳属性不是一成不变的，在一定条件下可以转化。如中原的十月份的气候较之七月份的炎夏，属阴；但较之十二月份的严冬，又属阳。这也是阴阳“有名而无形”的另一层含义所在。

阴阳的可分性，指阴或阳之中可再分阴阳。例如：以昼夜言，白昼为阳，黑夜为阴。白昼又可再分，上午为阳中之阳，下午则为阳中之阴；黑夜亦可再分，前半夜为阴中之阴，后半夜为阴中之阳。故《素问·阴阳离合论》说：“阴阳者，数之可十，推之可百，数之可千，推之可万，万之大，不可胜数，然其要一也。”

（四）阴阳可概括自然变化的规律

阴阳学说认为：自然界任何事物或现象都包含着既相互对立，又互根互用的阴阳两个方面。故《老子》中有著名的“万物负阴而抱阳”命题。阴阳之间相反相成是自然界一切事物

内部所固有的规律，它们的相互作用促成了世界的千变万化。因此，古代贤哲借助阴阳来概括自然界运动变化的总规律。《易传·系辞》提出：“一阴一阳之谓道。”《素问·阴阳应象大论》也说：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。”其中“道”就是指“道理”、“规律”。

（五）阴阳之间的相互关系

阴阳学说的核心是阐述阴阳之间的相互关系及通过这些关系以认识自然界万物生长、发展和变化的内在机理及规律。阴阳之间的关系是错综复杂的，最主要的有以下几方面：

1. 阴阳的交感相错

阴阳的交感就是指阴阳的交互作用，相错则是指这种相互作用十分错综复杂。阴阳交感是万物得以产生和变化的前提条件。古代思想家认为：“阴阳者，万物之能始也”（《素问·阴阳应象大论》），荀子也曾指出：“天地合而万物生，阴阳接而变化起”（《荀子·礼论》），《素问·天元纪大论》说：“阴阳相错，而变由生。”以自然界为例，“在天为气，在地成形，形气相感而化生万物”。从现代观点看来，也就是说天地之间各种因素的相互作用产生了自然界的万物，没有这种相互作用，便不会有自然界的生生化化。以人为例，“男女媾精，万物化生”（《周易·系辞》），新的生命起源于男女之交媾；在生命的整个过程中，也有赖于自身阴阳两个方面的相互作用和相互维系，一旦“阴阳离决，精气乃绝”，生命活动便告中止。

古代思想家对阴阳两者能否交感相错十分重视。《易经》在论述卦象时指出：“天地交，泰”；“天地不交，否（音 pi，同痞）”。所谓“泰”，指的是通畅、安康、正常，生机勃勃的状态；而“否”，则是指痞塞、不通、失常，生机被遏制的状态。这一认识体现在中医学中，是强调机体的各个组成部分和各种功能活动之间，应始终发生相互作用。藉此，生命过程才能正常。一旦交互作用受到阻碍，“阴阳之气不相承接”，便可导致厥、逆、闭、脱等严重病症；治疗这些病症，主要应着眼于恢复阴阳的交感相济，使之相互承接。

黑格尔曾经强调：相互作用是一切事物的真正的终极原因。恩格斯充分肯定了这一论点的正确性，指出：“我们不能追溯到比对这个相互作用的认识更远的地方，因为正是在它的背后没有什么要认识的了”（《马克思恩格斯全集》第20卷，574页）。可见，古代思想家把阴阳交互作用视作万物变化的原因，是十分正确的。

2. 阴阳的对立制约

阴阳的对立制约，古人称之为阴阳相反。具有两层含义：一是指凡阴阳属性都是对立的矛盾的，如上与下、左与右、天与地、动与静、出与入、升与降、昼与夜、明与暗、乃至寒与热、水与火等等，它是自然界普遍存在的规律。另一方面则是指在属性相对立的基础上，阴阳还存在着相互制约的特性，对立的阴阳双方相互抑制，相互约束，表现出阴强则阳弱、阳胜则阴退的错综复杂的动态联系。以自然界四季的气候变化为例，春暖、夏热、秋凉、冬寒，主要取决于寒暖流之间的相互制约。所以《素问·脉要精微论》说：“是故冬至四十五日，阳气微上，阴气微下；夏至四十五日，阴气微上，阳气微下。”

阴阳的对立制约在人的生理、病理过程中也是广泛地存在的。以疾病过程为例，其实质就是致病因素和抗病因素相互制约，相互对抗的过程。邪盛则病进，正胜则邪退，邪正之间始终体现出阴阳的对立制约关系。

3. 阴阳的互根互用

阴阳的互根互用关系，古人称之为阴阳相成，也具有两层含义：一是指凡阴阳，皆相互依存，意即阴和阳任何一方都不能脱离对方而单独存在。如上为阳，下为阴，没有上，也就无所谓下。诸如此类，都说明阳依阴而存，阴依阳而在，每一方均以对立面的存在为自身存在的前提条件。故《医贯砭·阴阳论》指出：“阴阳又各互为其根，阳根于阴，阴根于阳；无阳则阴无以生，无阴则阳无以化。”

阴阳“相成”的第二层含义指的是在相互依存的基础上，某些范畴的阴阳还体现出相互资生、相互为用的关系特点。如古人认为：“地气上为云，天气下为雨”（《素问·阴阳应象大论》）。地气和天气的循环过程就是阴阳的相互资生，互相促进过程。阴阳的相互资生、相互为用关系在人的生命过程中体现得更为突出。以组成人体的基本物质而言，气和血分属于阳和阴，气能生血、行血和统血，故气的正常，有助于血的生成和运行正常；血能舍气、养气，血的充沛又可资助气充分发挥其生理效应。

4. 阴阳的消长和平衡

阴阳的消长，指的是阴阳两者始终处于运动变化之中。所谓“消”，意为减少、消耗；所谓“长”，意为增多、增长；它们指的是数量的变化。阴阳学说认为：阴和阳之间的对立制约、互根互用，并不是处于静止和不变的状态，而是始终处于不断的运动变化之中。古代思想家以消长来概括阴阳的运动变化。其基本形式包括两类：一是阴消阳长，阳消阴长，表现为阴阳双方的你强我弱，我强你弱，这种形式主要是和阴阳的对立制约关系相联系的。另一则是阴阳皆消，或者阴阳皆长，表现为阴阳矛盾统一体的我弱你也弱，你强我也强，它主要是和阴阳的互根互用关系相联系的。

自然界的运动变化是绝对的，它存在于任何事物的发生、发展过程中，中医学认为其基本形式就是阴阳的消或长。如以四时气候变化而言，从冬至春及夏，气候从寒冷逐渐转暖变热，即是“阴消阳长”的过程。由夏至秋及冬，气候由炎热逐渐转凉变寒，即是“阳消阴长”的过程，其根源在于与阴阳对立制约相关的阴阳消长。又以人体气血为例，气为阳，血为阴，气能生血，故气虚发展下去常常可使血的生成不足而表现为气血两虚；相反，若通过补气，促使气旺生血，则又可使气血都有所恢复。前者表现为“阴阳皆消”的过程，后者则表现为“阴阳皆长”的过程，这是与阴阳互根互用关系相关的阴阳消长。

阴阳之间的消长运动如果是在一定范围、一定限度、一定时间内进行的，这种消长运动往往不易被察觉，或者变化不显著，事物在总体上仍旧呈现出相对的稳定，此时就称作“平衡”。因此，从中医学看来，所谓健康的人，其主要标志就是阴阳的消长处于动态的平衡，故健康人又被称作“平人”。如《内经》所说：“阴阳匀平，……命曰平人”（《素问·调经论》）。“阴平阳秘，精神乃治”（《素问·生气通天论》）。反之，阴阳之间的消长变化若超出了一定的限度、一定的范围，持续了较长的时间，动态平衡和相对静止遭到破坏，这又往往表现为异常的病理状态。如《素问·生气通天论》指出：“阴不胜其阳，则脉流薄疾，并乃狂；阳不胜其阴，则五脏气争，九窍不通”；“阴阳乖戾，疾病乃起”。阴阳的皆消或者皆长超过一定的阈值范围，也都表现为病理性异常。如气血两虚、阴阳俱损、气血壅盛等都属于病态。所以，就治疗而言，尽管方法众多，但总的原则只有一个，即“谨察阴阳所在而调之，以平为期”（《素问·至真要大论》），目的在于恢复阴阳消长运动过程中的动态平衡。

5. 阴阳的相互转化

阴阳转化是指在一定条件下阴阳可各自向其对立面转化。它主要是指事物的总的阴阳属性的改变。任何事物都存在着阴阳两个方面，阴阳的孰主孰次就决定了这一事物当时的主要特性。事物内部阴阳的主次不是一成不变的，它们处于消长变化之中，一旦这种消长变化达到一定阈值，就可能导致阴阳属性的相互转化。因此，阴阳的转化一般都出现在事物变化的“物极”阶段，即“物极必反”。如果说“阴阳消长”是一个量变过程的话，则阴阳转化往往表现为量变基础上的质变。阴阳的转化既可以表现为渐变形式，如四季中的寒暑交替，昼夜中的阴阳转化；又可以体现为突变形式，如急性热病过程中，高热至极可以突然出现虚脱，四肢冰凉，由阳证急剧转化为阴证。但不管哪种转化形式，都有一个由量变到质变的发展过程。

《素问·六微旨大论》说：“成败倚伏生乎动，动而不已则变作矣。”新事物生成之时，已倚伏着败亡之因；旧事物衰竭之际，也孕育着新事物产生之源，而所有这些转化都是在“动而不已”的消长过程中实现的。因此，可以说阴阳的相互依存，相互为用，共处于一个统一体中，是阴阳的可能转化的内在根据；而不停顿的阴阳消长变化是转化得以进行的必要条件。

阴阳的转化必须具备一定的条件。《灵枢·论疾诊尺》说：“四时之变，寒暑之胜，重阴必阳，重阳必阴。故寒甚则热，热甚则寒。”《素问·阴阳应象大论》也说：“寒极生热，热极生寒。”这里的“重”和“极”指的是发展到了极限、顶点，这是促进转化的条件。事物发展到了顶点，原先表现为以阴为主的事物就有可能转化为以阳为主；寒在“极”的条件下，便有可能向热转化；热在“极”的条件下，也有可能向寒转化。

综上所述，阴和阳是相关事物的相对属性，存在着无限可分性；阴阳的相互作用是事物发生、发展和变化的根本原因；阴阳的对立制约、互根互用和相互转化，就是阴阳之间相互关系和相互作用的具体形式；而阴阳之间的相互作用是在阴阳双方不断的消长运动中实现的；若各种形式的阴阳消长运动处于一定限度、一定范围、一定时间之内，表现为动态平衡，整个事物就处于正常状态，反之，就往往陷于异常状态。理解这些基本观点，可有助于认识错综复杂的自然现象和掌握中医学的主要学术内容。所以说阴阳学说是着重于用“二分法”来认识世界和改造世界的方法论。

二、阴阳学说在中医学中的应用

阴阳学说帮助中医学构筑了中医理论体系的基本框架，并渗透于中医学的各个方面，指导着中医家的理论思维和诊疗实践。

（一）阐释组织结构

根据阴阳对立统一的观点，中医学认为人是一个有机的整体，如“人生有形，不离阴阳”（《素问·宝命全形论》）。人的组织结构可以借阴阳划分为既相互对立、又相互依存的若干部分。就大体部位而言，上部为阳，下部为阴；体表为阳，体内为阴。就背腹而言，背部为阳，腹部为阴；就四肢而言，四肢外侧为阳，内侧为阴；就筋骨皮肤而言，筋骨在内，故为阴，皮肤在外，故为阳；就内脏而言，六腑传化物而不藏，故为阳，五脏藏精气而不泻，故为阴；就五脏本身而言，心、肺居于胸腔，故为阳，肝、脾、肾居于腹腔，故为阴。具体到某一脏还可继续以阴阳划分，如心阴、心阳，肾阴、肾阳等。

（二）概括生理功能

中医学认为：人的正常生命活动，是阴阳对立双方，相互制约，相互促进，协调平衡的结果。如以物质与功能而言，物质属阴，功能属阳，二者体现着相反相成、对立互根的关系，物质是功能的基础，没有物质的摄入就没有生理功能；而另一方面生理活动既消耗物质与能量，又有助于物质的摄入和能量的贮藏。

再以气血生理为例，气和血分属于阳和阴，气具有生血、行血和统摄血液等功能，所以，气的功能正常确保血的正常；而血又具有载气和养气等功能，所以，血的功能正常也有助于气充分发挥其生理效应。气血之间也体现着阴阳之间的多种关系。

（三）说明病理变化

中医学把人的各个环节的阴阳交互作用、消长变化处于协调、和谐状态视为健康，“阴阳平，则天地和而人气宁”（《中藏经·阴阳大要调神论》）。反之，种种因素导致人的阴阳失却协调、和谐时，便进入病态。中医学把“阴阳失调”作为疾病发生、发展和变化的基本机理，并借此进一步分析不同疾病的具体病变情况。中医学概括出的阴阳失调类型主要有：

1. 阴阳偏胜 包括阴偏胜和阳偏胜，指阴或阳的一方偏于亢奋的病理状态。《素问·阴阳应象大论》说：“阴胜则阳病，阳胜则阴病。阳胜则热，阴胜则寒。”

阳胜，多指阳邪致病，或机体功能亢奋，表现出一派热象，故曰“阳胜则热”。阳热胜，极易耗伤阴液，引起阴的不足，故曰：“阳胜则阴病”。

阴胜，多指阴邪致病，或阴邪滞留体内导致机能障碍，表现出一派寒象，故曰“阴胜则寒”。阴寒胜，最易损伤阳气，故曰“阳胜则阴病”。

2. 阴阳偏衰 包括阴偏衰和阳偏衰，指阴或阳的某一方低于正常水平的病理状态。《素问·调经论》指出：“阳虚则外寒，阴虚则内热。”由于阳虚，温煦功能低下，不能制约阴寒，可出现虚寒征象；由于阴虚，无力制约阳热，可出现虚热征象。

应当指出的是，阳胜则热的“热”与阴虚则热的“热”，以及阴胜则寒的“寒”与阳虚则寒的“寒”，虽同为“热”和“寒”之象，却有着“实”和“虚”的本质差异。前者属于亢奋、有余的病理状态，后者属于虚弱不足的病理状态。

3. 阴阳互损 是指体内正气中阴的成分与阳的成分之间的病理性失调而致虚损不足，包括阴损及阳和阳损及阴。

阳损及阴，指阳虚到了一定程度时，因阳气不足，无力化生阴液，进一步出现阴液亦虚的现象。阴损及阳指阴虚到了一定程度时，因阴虚不能滋养阳气，进一步导致阳气亦虚。不论是“阴损及阳”，还是“阳损及阴”，最终都表现为“阴阳俱损”、“阴阳两虚”，只不过阴阳两虚中有着先后及主次的不同。阴阳互损是阴阳互根互用关系的失调。

4. 阴阳转化 临床上，不同的病理状态，在一定条件下可以相互转化。即原先性质属于阳的病证，在一定条件下可以转化为阴证；原先性质属于阴的病证，也可在一定条件下转化为阳证。《素问·阴阳应象大论》中的“重寒则热，重热则寒”、“重阴必阳，重阳必阴”，即指这类病理情况。

（四）指导疾病诊断

疾病的发生、发展及其变化的根本机理在于阴阳失调。在诊察疾病时，如果善于运用阴阳，归纳种种征象，就有助于对病理状态的总体属性作出判断，从而抓住病变的关键。故

《素问·阴阳应象大论》说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”

诊察疾病，始自四诊。在分析症状、体征时，色泽、声息、脉象等都可借助阴阳，进行属性归类，从而把握其病理意义。如：

辨别色泽分阴阳：从颜色、光泽的不同，可以分辨出病症的阴阳属性。如色泽鲜明的，病属于阳；色泽晦暗的，病属于阴。

辨别声息分阴阳：观察呼吸气息，听其发出的声音，可以区别病症的阴阳属性。如语声高亢洪亮、言多而躁动等为阳，大多属于实证、热证；语声低微无力，少言而沉静等为阴，大多属于虚证、寒证。呼吸有力，声高气粗者，大多属于阳证；呼吸微弱，动则气喘者，大多属于阴证。

辨别脉象分阴阳：脉象既可从部位，又可根据脉动过程、脉搏次数来分辨阴阳；另外，还可根据搏动形态、强弱程度作出区分。故《素问·脉要精微论》说：“微妙在脉，不可不察，察之有纪，从阴阳始。”

在辨证中，八纲辨证是最基本的方法。其中虽有阴、阳、表、里、寒、热、虚、实等具体内容，但以阴阳为总纲。其他六者则隶属于阴和阳，表、实、热三纲属于阳；里、虚、寒三纲属于阴。因此，在临床上，关键是分清阴阳，抓住疾病的本质，执简驭繁，有效地指导临床辨证。

（五）指导疾病治疗

由于疾病发生、发展的根本原因是阴阳失调，因此，调整阴阳，补其不足，泻其有余，恢复机体的阴阳平衡与协调，就是治疗疾病的基本原则。

阴阳学说指导疾病治疗的内容十分丰富。在此，只能就其中比较主要的作一介绍：

1. 确定治疗原则

（1）损其有余：阴或阳的一方偏胜亢奋，尚未导致另一方的虚损，即单纯的实证时，当损其有余。如阳胜则热，属于单纯的实热证，宜用寒凉药物抑制其亢奋之阳，清泻其热，此即“热者寒之”之意。

若在阴或阳偏胜的同时，已导致另一方的虚损不足，这时不宜单纯“损其有余”，而须兼顾对方的不足，在逐寒或泻热同时，佐以扶阳或益阴，即所谓的泻补兼施。

（2）补其不足：阴或阳的偏衰或阴阳俱损，即虚证时应补其不足。针对阴或阳的虚损，分别采用滋阴或温阳方法。阴阳两虚则用阴阳并补法治疗。

损其有余，补其不足只是大的原则，具体运用时，还需要针对具体病症的不同情况，决定补和泻的主次、轻重。其目的在于通过针对性的调整措施，使机体内阴阳失调状况得以纠正，复归于协调平衡的健康状态。

2. 归纳药物性能

（1）归纳药性：主要将药物分为寒、热、温、凉四种药性，又称为“四气”。其中寒、凉属于阴；温、热属于阳。能减轻或消除热象的药物，一般属凉性或寒性，如黄芩、栀子、石膏等。能减轻或消除寒象的药物，一般属温性或热性，如桂枝、附子、干姜等。

（2）分析五味：五味是指药物的辛、甘、酸、苦、咸等味。此外，还有淡、涩等味。因此，不止五种，但习惯上仍称为“五味”。其中辛、甘、淡味属阳；酸、苦、咸味属阴。《素问·至真要大论》说：“辛甘发散为阳，酸苦涌泻为阴；咸味涌泻为阴，淡味渗泄为阳。”滋味

不同，药效亦有差异。

运用阴阳学说归纳药物性能有利于药物的合理选择应用，正如《素问·至真要大论》所说：“五味阴阳之用何如？……以利而行之，调其气使其平也。”

第三节 五行学说

五行学说是战国至两汉时期很有影响的哲学思想。它认为木、火、土、金、水五种基本物质构成了整个世界，五种物质的不同配比，组成了万物，因此，世界万物都可以归入这五大类之中。五行学说源于先民的生活和生产实践。《尚书·洪范》曰：“水火者，百姓之所饮食也；金木者，百姓之所兴作也；土者，万物之所资生，是为人用。”到了战国晚期，贤哲们还根据五行的特点，将自然界的许多事物或现象，最终归纳为五大类别。并认为五者之间有着内在的次序和联系，遂建构起一整体关联的世界图景。这一学说渗透进入中医学，成为中医学家认识生命的一大方法。

一、五行学说的主要内容

（一）基本概念

“五”，是指木、火、土、金、水五种基本物质；“行”，有两层涵义：一是指行列、次序；二是指运动变化。因此，可将“五行”定义为：木、火、土、金、水五种物质及与之相关的不同事物之间的联系和变化。就性质而言，五行学说也是古贤用以解释世界和探求自然规律的一种自然观和方法论。

（二）五行的特性

古人在日常生活实践中，通过长期观察，抽象出五行的特性，并以此归纳各类事物的特点，并作出演绎分析。现结合《尚书·洪范》的记载，将五行特性分述如下：

木的特性：“木曰曲直”。所谓“曲直”，是以树干曲曲直直地向上、向外伸长舒展的生发姿态，来形容具有生长、升发、条达、舒畅等特性的事物及现象。凡具有这类特性的事物或现象，都可归属于“木”。

火的特性：“火曰炎上”。所谓“炎上”，是指火具有温热、升腾、向上的特征。因此，凡具有温热、升腾等特性的事物或现象，均可归属于“火”。

土的特性：“土爰稼穡”。“稼”指播种，“穡”指收获。所谓“稼穡”，指土地可供人们播种和收获农作物。延伸而言，凡具有生化、承载、容纳特性的事物或现象，均可归属于“土。”由于农耕生产方式影响，古人对“土”特别重视，故有“土载四行”、“万物土中生，万物土中灭”以及“土为万物之母”等说法。

金的特性：“金曰从革”。“从革”本意颇为费解，今人认为有“变革”之意。引申为肃杀、潜降、收敛等。凡具有这类特性的事物或现象，皆可归属于“金”。

水的特性：“水曰润下”。所谓“润下”，是指水具有滋润和向下的特性。凡具有寒凉、滋润、向下、静藏等特性和作用的事物或现象，均可归属于“水”。

五行的特性，虽然来源于对木火土金水五者的具体观察，但却是古人抽象概括的结果，超脱了它们本身的具体性质，而具有更为广泛更为抽象的涵义。

(三) 事物的五行归类

古人把各种具体事物或现象的性质或特点，与五行相类比，凡与其中某一行特性类同的事物或现象，便归纳到该行中去。结果，五行学说就把自然界万物最终归纳成五大行类，这种归类具体可分为以下两种情况。

1. 直接归类 如某事物具有与木类似的特性，该事物就被归属于木行；另一事物具有与火类似的特性，就被归属于火行。例如：以方位为例，中国大陆东面沿海，为日出之地，富有生机，与木的升发、生长特性相类似，故将东方归属于木；南方气候炎热，植物繁茂，与火的炎上特性相类似，故归属于火；西部高原，为日落之处，其气肃杀，与金特性相类似，故归属于金；北方气候寒冷，无霜期短，虫类蛰伏，与水的寒凉、向下和静藏特性相类似，故归属于水；中央地带，气候适中，长养万物，统管四方，与土特性相类似，故归属于土。又如，五脏亦可配五行：肝之性喜舒展而主升，故归于木；心推动血液运行，温煦全身，故归于火；脾主运化，为机体提供着营养物质，故归于土；肺主宣肃而喜清洁，故归于金；肾主水而司封藏，故归于水。

2. 间接推衍 自然界中有许多事物无法以直接归类法纳入五行之中。鉴此，古人运用了间接推衍法。例如：长夏较潮湿，长夏属土，湿与长夏密切关联，所以，湿也随长夏而被纳入土；秋季气候偏干燥，秋季属金，燥与秋季密切关联，所以燥也随秋而被纳入金。再以人体为例：肝属木，根据中医理论，肝与胆相表里，肝主筋，肝开窍于目，所以，胆、筋、目等便随肝属木而被纳入木；心属火行，心与小肠相表里，心主脉，心开窍于舌，故小肠、脉、舌等也被归于火。(参见表 2-1)。

表 2-1 五行归类示例

自然界								五行	人体						
五音	五时	五味	五色	五化	五气	五方	五季		五脏	五腑	五官	五体	五志	五液	五声
角	平旦	酸	青	生	风	东	春	木	肝	胆	目	筋	怒	泪	呼
徵	日中	苦	赤	长	暑	南	夏	火	心	小肠	舌	脉	喜	汗	笑
宫	日西	甘	黄	化	湿	中	长夏	土	脾	胃	口	肉	思	涎	歌
商	日入	辛	白	收	燥	西	秋	金	肺	大肠	鼻	皮	悲	涕	哭
羽	夜半	咸	黑	藏	寒	北	冬	水	肾	膀胱	耳	骨	恐	唾	呻

无论是直接归类，还是间接推衍，被归入同一行类中的事物或现象之间，或多或少地存在着这样那样的联系。这种联系有的属于本质性的，有的只是现象上的，非本质的，有的甚至是牵强附会的。因此，肯定这一归类方法在历史上曾有其一定合理性的同时，还必须注意到它的局限性。

(四) 五行的生克关系

五行学说不仅用于归类推衍自然界万物，更重要的是以相生、相克等关系来探索和阐释复杂系统内部各部分之间的互相联系和自我调控机制，这部分内容是五行学说的精华所在。

1. 五行相生

古人认为：事物之间存在着两种最基本的关系，其中之一，便是相生关系。所谓“相生”，指五行中某一行事物对于另一行事物具有促进、助长和资生作用。

古人注意到自然界存在着这样一种普遍现象：即一事物往往紧接着另一事物而出现，一事物常常受到另一事物的促进等。于是，将其归纳提炼为五行相生。汉·董仲舒《春秋繁露·五行对》说：“天（自然界）有五行，木、火、土、金、水是也，木生火、火生土、土生金、金生水。”一年之中，对应于五行的春、夏、长夏、秋、冬依次出现；生物在一年中的生、长、化、收、藏等的变化，都体现着相生关系。生命活动中同样存在着这类现象。这属于自然界的正常现象，正是由于相生的积极促进作用，自然界才有繁茂的景象，生命过程才会生机旺盛。

五行相生的规律和次序是：木生火、火生土、土生金、金生水、水生木。

2. 五行相克

事物之间的另一种基本关系就是五行的相克，所谓“相克”，指五行中某一行事物对于另一行事物具有抑制、约束、削弱等作用。又称“相胜”。

古人在注意到相生关系的同时发现，一事物往往受着另一事物抑制和约束，于是，将其归纳提炼为五行相克。《素问·宝命全形论》指出：“木得金而伐，火得水而灭，土得木而达，金得火而缺，水得土而绝，万物尽然。”正是由于这类机制的存在，自然界才得以既生机蓬勃，又不至于亢而为害。

五行相克的规律和次序是：木克土、土克水、水克火、火克金、金克木。

董仲舒曾将五行相生、相克的次序概括为：“比相生而间相胜也”（《春秋繁露·五行相生》）。所谓“比”就是顺接；所谓“间”，就是隔开一位。意即顺着木、火、土、金、水次序的为相生，间隔一位的是相克。

3. 相生相克的关系

五行相生和相克是同时存在、相互联系的。这种联系体现为“生中有克”和“克中有生”。只有这样，自然界才能维持协调有序，人也能维护其生理稳态，这被称作“生克制化”。如张介宾说：“造化之机，不可无生，亦不可无制。无生则发育无由，无制则亢而为害。”（《类经图翼》）

根据生克次序，对五行中的任何一行来说，都存在着“生我”、“我生”和“克我”、“我克”四个方面的联系。就木而言：木之“生我”者为水，“我生”者为火，“克我”者为金，“我克”者为土。而“生我”和“我生”在《难经》中被喻为“母”和“子”。“生我”者为“母”，“我生”者为“子”。“克我”和“我克”在《内经》中又称作“所不胜”和“所胜”。“克我”者即我“所不胜”者，“我克”者即我“所胜”者。可见五行中任何一行都受着其他四行的不同影响，任何一行又可以不同方式影响其他四行。

进一步言，“生我”和“我生”是五行中的相生，但生中有制。如木生火，火生土，土生金，金克木；而土又生金，金通过水促进水生木。这样，依次相生，间有相克；依次相克，间有相生，生克有序，生化不息，维持着事物的协调平衡。

4. 五行生克无常胜

古人对五行生克机制的认识，存在着“常胜”和“无常胜”两派。“无常胜”派主张五行的相克关系是相对的、辩证的。如《孙子兵法·虚实》中提出了“五行无常胜，四时无常胜”的重要命题。墨家学说的核心思想也是“五行无常胜，说在多”。意即相克不仅和性质有关，还取决于双方力量对比的多寡、强弱。“火炼金，火多也；金靡炭，金多也”（《墨子·经说下》）。这体现了对自然界制约关系复杂性的认识。稍后，《内经》提出了相乘相侮的概念。也正是在这一观念启迪下，明·赵献可在《医贯》中探讨了五行（五脏）相生关系的相对性，认为金能生水，水亦有助于金；土既生金，金亦能助土……。这样，就更符合事物之间错综的协调制约关系。

二、五行学说在中医学中的应用

五行学说在中医理论体系建构过程中，起到了三个作用：一是利用五行来分析归纳脏腑等组织器官的特点或属性；二是借助五行生克制化来分析和研究各脏腑系统生理功能之间的相互关系；三是运用五行生克的异常来阐释病理情况下各脏腑系统的相互影响。因此，五行学说不仅用于理论阐释，并可用于指导临床诊治。

（一）解释生理现象

五行学说广泛渗透于中医学对生理现象的解释。集中体现在以下两个方面：

1. 说明五脏的生理特性 五行学说将脏腑分别归属于五行，并以五行来说明各脏的生理特性。例如，木性曲直，枝叶条达，具有向上、向外、生长、舒展的特性；肝属于木，其禀性也喜条达舒畅，恶抑郁遏制，所以说肝主疏泄。火性温热，其势炎上，具有蒸腾、热烈的气势；心属于火，所以说心“禀阳气”。

五行学说不但将人的组织结构分属于五行，而且还把自然界的五方、五时、五气、五味、五色等与人的生理系统联系起来，认为同一行的事物之间有着“同气相求”的关系，体现了人与自然的联系性和统一性。

2. 阐释五脏的相互关系 五脏的功能不是孤立的，而是互相联系的。中医学借助五行以探索五脏生理功能之间的内在联系，即相互资生和制约关系。

五脏相互资生的关系是：肝生心，肝藏血可以济心；心生脾，心阳可以助脾运；脾生肺，脾的健运可以益肺；肺生肾，肺气清肃下行有助于肾的纳气；肾生肝，肾所藏之精能滋养肝血等等。

五脏相互制约关系是：肾制约心，肾阴承制着心阳，使其不致过于亢盛；心制约肺，心阳可以制肺，使肺不致于过寒；肺制约肝，肺的肃降抑制着肝的升发，防其太过；肝制约脾，肝之疏泄可以疏达脾气，令其不致于壅塞；脾制约肾，脾之健运可以调控肾的主水功能，使水湿不致于泛滥，等等。

（二）解释病理传变

五行学说可用于解释一些病理情况，特别是用以说明病理情况下脏腑间的某些相互影响。这种相互影响，中医学习惯上称之为“传变”。

1. 相生关系的传变 是指病变顺着或逆着五行相生次序的传变。它可归纳成“母病及子”和“子病犯母”两种类型：

(1) 母病及子：指病变由母脏累及到子脏。例如：肾属水，肝属木，水能生木，故肾为母脏，肝为子脏；肾病及肝，就是母病及子。临床上常见的“肝肾精血不足”和“肝肾阴虚”等病证，有一部分就是母病及子所致，又称作“水不涵木”。

(2) 子病犯母：又称“子盗母气”，即病变由子脏波及到母脏。上述的肝肾精血不足中的另一种病理类型则可能是由于肝先虚而下汲肾精，最终导致肝肾精血不足的。他如肝属木，心属火，心病及肝，就是子病犯母。临床上常见到的心肝血虚和心肝火旺，有些即属此类。如先有心血不足，再累及肝脏，而使肝血不足，以致形成心肝血虚。

2. 相克关系的传变 是指病变顺着或逆着五行相克次序的传变，包括“相乘”与“相侮”。临床上，这类情况也十分常见。

(1) 相乘：指相克太过为病。其原因不外乎一行过强，一行过弱。以肝和脾为例，正常情况下，肝木本应制约脾土，但若肝的功能过强，肝气横逆犯脾胃，可出现一系列病变，这叫肝木乘脾土；也可以脾虚肝乘，这又多表现为肝脾不和等。

(2) 相侮：意即反克为病。指逆着原先相克顺序的病理传变，其原因亦不外乎一行太盛，一行太虚。以肺肝关系为例，正常情况下，肺可制约肝，但在某些病理情况下，如肺虚

滋水涵木法：又称滋肾养肝法或滋补肝肾法。指通过滋肾阴以养肝阴的方法。

培土生金法：又称补脾养肺法。指通过培补脾气以助益肺气的方法。

金水相生法：又称补肺滋肾法、滋养肺肾法。指通过肺肾同治以纠正肺肾阴虚状态的治疗方法。

益火补土法：又称温阳健脾法，通过温阳以补助脾胃。应当指出，这里的阳，原本指心火，但自从命门学说兴起之后，随着对肾的重视，临床上多将此专指为肾阳或命门之火。

体现“实则泻其子”治则的具体治法有：

肝旺泻心法：是指用清心火以治疗肝火旺的方法。

肾实泻肝法：是指用泻肝火以治疗肾功能偏亢的方法。应当说明的是，古代医家强调“肾无实证”，肾实主要是指相火偏亢。

(3) 根据相克规律确定治疗原则：引起相乘相侮的原因，不外乎一方面过强，表现为机能亢进；另一方面偏弱，表现为机能不足。因此，治疗就是“抑强”、“扶弱”。所谓“抑强”，指抑制功能过亢之脏；所谓“扶弱”，即扶助虚弱之脏，从而纠其偏颇，使双方力量对比恢复均衡。

(4) 根据相克规律制定具体治法：主要有以下几种：

抑木扶土法：又称平肝和胃法或调理肝脾法。指通过抑肝、平肝，佐以和胃健脾等法以治疗肝气犯胃、肝旺脾虚等证。

培土制水法：指通过温运脾阳，以治疗肾有病变而水湿停聚的方法。

佐金平木法：又称泻肝清肺法。指通过清肃肺气以抑制肝木，或抑制肝木以利肺气清肃，多用于肝火偏盛，肺气清肃失常之证。

泻南补北法：又称泻火补水法或滋阴泻火法。指泻心火以滋肾水的治疗方法，适用于肾阴不足，心火偏亢之证。

此外，五行学说还可用于指导选择脏腑用药和针灸取穴，以及帮助纠治精神情志病变等。对此，不作专述，可参考有关著作。

总之，临床上依据五行，可在一定程度上指导诊疗活动。然而，五行学说毕竟具有一定的机械性，不可盲目地套用。在具体应用时，必须根据具体情况进行辨证论治，分别处理。

第四节 元气论、阴阳学说、五行学说的关系

元气论、阴阳学说和五行学说都是中国古代含有深刻内容和辩证法精髓的重要哲学思想。它们渗透到医学领域后，促进了中医理论体系的建立和发展，并贯穿于理论体系的各个方面。其中，元气论作为一种自然观，奠定了中医理论体系的基石；阴阳学说和五行学说主要作为方法论，帮助构建了中医理论体系的基本框架。故它们在中医学草创时期都曾发挥过重要的作用。

元气论、阴阳学说和五行学说，虽各有所指和特点，但又是相互关联的。

元气论着重探讨物质世界的本原，它以无形之气的聚与散来阐释有形之物与无形“虚空”之间的内在联系，从而肯定了物质世界组成上的同一性。就本原来说，万物源于气，气可分阴阳，气聚合所成的具体形物，既仍具有阴阳两个方面，又可根据性质不同，划归为

木、火、土、金、水五类，而每一类中复有阴阳。以人为例，组成人的是“气”，其可分为阴阳两类，气之聚合而有形体，生命过程便是阴阳二气相互作用的结果；形成具体形质后，人的各个部分又可按五类划归，如五脏、五腑、五官、五体、五志、五液等，这五类仍有阴阳可分。其中，元气论作为一种自然观，是阴阳学说和五行学说的基础。

阴阳学说和五行学说对世界本原的认识从属于元气论，虽然也具有自然观的某些特征，但它们更具有方法论的性质。

阴阳学说和元气论虽密切相关，但研究的着眼点各有侧重。元气论注重分析世界万物产生的本原，或者说，探究最初始的东西，回答的是哲学“本体论”问题。阴阳学说则注重探讨深层次的问题，即研究“气”内部对立双方的运动变化及由此所产生的各种事物千变万化的机理，由于阴阳学说采用了“两分法”的分析模式，所以，它能够帮助人们合理、深刻地认识和解释自然现象。可以认为：阴阳学说在“本体论”上根于元气论，同时，又在“方法论”上进一步发展了中国传统哲学。

阴阳学说着重用“一分为二”的观点，来说明相关事物或一事物内部两个方面所存在的对立互根、制约互用、消长交感、协调平衡和相互转化等关系。在承认物质世界由阴阳两气交相感应而促成的基础上，阴阳学说认为整个宇宙是个相反相成的对立统一体；在解释人的生命过程和生命现象时，把人看作是由各种既对立制约，又协调和谐的组织结构和功能活动构成的统一体。

五行学说着重以“五”为基数来阐释事物之间生克制化的相互关系，也属于认识自然和改造自然的方法论，但更适用于帮助人们揭示复杂对象本身所存在的联系。正如郭沫若在评价五行学说时指出的那样，“这一思想，在它初发生的时候，我们倒应当说它是反迷信的，更近于科学的。在神权思想动摇了的时代，学者不满足于万物为神所造的那种陈腐的观念，故尔有无神论出现，有太一阴阳等新的观念产生。对这新的观念犹嫌其笼统，还要更分析入微，还要更具体化一点，于是便有原始原子说的金木水火土的五行出现。万物的构成求之于这些实质的五个元素，这思想应该算是一大进步”（《十批判书》）。五行学说在中医理论体系形成和发展之初曾起过较大的影响作用，包括促进以五脏为核心的整体观的建立等。在实际应用中，首先应善于注重综合运用。历代医家都强调这一点，如张介宾指出：“五行，即阴阳之质；阴阳，即五行之气。气非质不立，质非气不行。行也者，所以行阴阳之气也”（《类经图翼》）。论阴阳往往须联系五行，言五行则常及阴阳，而两者的根本是气。

第三章 中医学对正常人体的认识

中医学认为，人体是以心为主宰，五脏为中心，结合六腑、奇恒之腑、精、气、血、津液、形体官窍，通过经络相互络属共同组成的一个有机整体。同时精、气、血、津液周流全身，又是脏腑、经络等组织器官进行生理活动的物质基础。脏、腑、精、气、血、津液、形体、官窍的生理功能相互协调、相互为用，以维系体内外环境的相对平衡和稳定，维持人体的正常生命活动。

第一节 脏 腑

脏腑，是内脏的总称，按其生理功能特点，可分为脏、腑和奇恒之腑。脏，即心、肝、脾、肺、肾，合称五脏；腑，即胆、胃、大肠、小肠、三焦和膀胱，合称六腑；奇恒之腑，包括脑、髓、骨、脉、胆和女子胞。五脏，多为实质性脏器，其共同生理功能主要是化生和贮藏精气。六腑，多为中空管腔性脏器，其共同生理功能主要是受盛和传化水谷。所以，《素问·五藏别论》说：“所谓五藏者，藏精气而不泻也，故满而不能实。六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也。”奇恒之腑，是指不同于六腑的腑，它们亦多为中空有腔的脏器，属于“腑”，但生理功能却是“藏而不泻”，类似于脏，故称为奇恒之腑。

在脏腑之中，五脏是生命活动的中心，以五脏为中心，脏腑在生理功能上相互制约、相互依存、相互为用，形成一个非常协调统一的整体。

一、五脏的主要功能与系统连属

(一) 心

心，位于胸腔之内，膈膜之上，两肺之间，形似倒垂未开之莲蕊，外有心包护卫。心为神之舍，血之主，脉之宗，在五行属火，为阳中之阳，起着主宰人体生命活动的作用。手少阴心经与手太阳小肠经在心与小肠之间相互络属，故心与小肠相为表里。

1. 心的主要生理功能

(1) 心主血脉：心主血脉是指心气推动血液循行于脉中，周流全身的作用。心和脉直接相连，互相沟通，血液在心和脉中不停地流动，周而复始，循环往复，如环无端。心、脉、血三者共同组成一个循环于全身的系统，在这个系统中，心起着主导作用。心气使血液运行，脉管搏动，全身的五脏六腑、形体官窍才能得到血液的濡养，以维持生命活动。若心气衰竭，则血行停止，心与脉的搏动亦消失，生命也随之终结。正由于心在心、血、脉中居于主导地位，所以《素问·痿论》说：“心主身之血脉”。

心主血脉正常时，面色红润，舌色淡红，滋润而有光泽，脉缓和有力。若心火旺，则面

赤舌红，尤其舌尖深红起刺，脉数。若心气不足，则血脉空虚，脉象细弱无力。若心脉为瘀血所阻，则面色与舌色均较暗，可出现青紫，舌上有紫色瘀斑，脉象涩而不流利，有时可有结代脉。

(2) 心主神明：或称心藏神。广义的神，指人体的生命活动及其外在表现。狭义的神，是指人的精神、意识、思维活动的功能。神明之心具有主宰人体五脏六腑、神志活动的生理功能，所以《灵枢·邪客》说：“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也”。

心主宰五脏六腑的生理活动。心在脏腑组织中居于首位，起主导作用，人体五脏六腑在心的主宰和调节下，彼此协调，才能共同完成整体的生命活动，如心主神明功能失常，失去主宰和调节作用，则可出现“心动则五脏六腑皆摇”的病变，甚至危及生命活动，所以《素问·灵兰秘典论》说：“心者，君主之官也，神明出焉”。“主明则下安”，“主不明则十二官危”。

心接受和反映客观外界信息，进行精神、意识和思维活动，如《灵枢·本神》说：“所以任物者，谓之心。”任，是接受、担任之意，即心具有接受外来信息的作用。心主神志功能正常，则精神振奋，神志清晰，思维敏捷，反应灵敏；如心主神志功能异常，可因精神、意识、思维异常而可见失眠、多梦、健忘、反应迟钝、精神委顿、甚则谵妄、昏迷、不省人事等临床表现。

上述心主血脉和心主神志两者之间有着密切的关系。血液是神志活动的物质基础，如《灵枢·本神》说：“心藏脉，脉舍神”；《灵枢·营卫生会》又说：“血者，神气也”。因此，心主血脉的功能异常，亦必然出现神志的改变。

2. 系统连属

(1) 心在志为喜：是指心的生理功能与情志的“喜”有关。《素问·天元纪大论》说：“人有五脏化五气，以生喜、怒、忧、思、恐”。《素问·阴阳应象大论》说：“在脏为心……在志为喜”，这是说五志之中，喜为心之志。喜，一般来说，为人对外界信息引起的良性反应，并有益于心主血脉等生理功能，所以《素问·举痛论》说：“喜则气和志达，营卫通利”。若喜乐过度，则又可使心神受伤。所以《素问·阴阳应象大论》也有“喜伤心”之说。

(2) 心在液为汗：汗液，是津液通过阳气的蒸腾气化后，从玄府（汗孔）排出之液体，所以《素问·阴阳别论》说：“阳加于阴谓之汗。”由于汗为津液所化生，血与津液又同出一源，有“汗血同源”之说，而血又为心所主，故有“汗为心之液”之称。心主神明，人在精神紧张或受惊时也会出汗，所以《素问·经脉别论》说：“惊而夺精，汗出于心”。

(3) 心在体合脉，其华在面：脉是指血脉。心合脉，是指全身的血脉都属于心。华，是光彩之义。其华在面，即是指心的生理功能是否正常，可以从面部的色泽变化显露出来。由于头部血脉极其丰富，如《灵枢·邪气脏腑病形》说：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍”，所以心气旺盛，血脉充盈，面部红润有光泽；若心气血不足，则可见面色淡白、晦滞；血瘀则面色青紫。

(4) 心在窍为舌：即心开窍于舌，是指通过对舌的观察，可以了解心主血脉和主神志的生理功能状态。舌的主要生理功能是司味觉和表达语言，故《灵枢·忧患无言》说：“舌者，音声之机也”。《灵枢·脉度》说：“心气通于舌，心和则舌能知五味矣”。心的生理功能正常，则舌体红润，柔软，运动灵活，语言流利，味觉灵敏。若心有病变，如心阳不足，可见舌质

淡白胖嫩；心阴不足，则见舌质红绛瘦瘪；心血不足，可见舌体瘦薄，舌色少华；心火上炎，可见舌质红赤，甚则生疮；心血瘀阻，可见舌质紫暗或有瘀斑；心主神志的功能异常，可出现舌卷、舌强、失语等现象。

【附】心包络

心包络，简称心包，又称“膻中”，是包在心脏外面的包膜，具有保护心脏的作用。心居包络之中，包络在心之外，所以《内经》比之为心之宫城，如《灵枢·胀论》说：“膻中者，心主之宫城也。”手厥阴经属于心包络，与手少阳三焦经相为表里，故心包络亦称为脏。心包络是心之外围，有保护心脏的作用，故当外邪侵犯心脏时，首先使心包络受病。如外感热病中出现的神昏、谵语等症，称为“热入心包”。

（二）肺

肺位于胸中，上通喉咙，左右各一，在人体脏腑中位置最高，故称肺为华盖。因肺叶娇嫩，不耐寒热，易被邪侵，故又称“娇脏”。为魄之处，气之主，在五行属金。手太阴肺经与手阳明大肠经相互络属于肺与大肠，故肺与大肠相为表里。

1. 肺的主要生理功能

（1）肺主气、司呼吸：肺主气，包括主一身之气和呼吸之气两方面。肺主一身之气，是指肺有主持、调节全身之气的作用。体现在气的生成方面，如宗气是由肺吸入的清气与脾胃运化的水谷精气相结合而成；体现在气的调节方面，肺有节律的呼吸运动，调节着全身之气的升降出入运动。肺主呼吸之气，指肺是体内外气体交换的场所，通过肺的呼吸，吸入自然界的清气，呼出体内的浊气，实现了体内外气体的交换。通过肺不断的呼浊吸清，吐故纳新，从而保证了人体新陈代谢的正常进行。

肺司呼吸，指肺有呼吸功能，肺正是通过其呼吸功能完成主气的作用。肺司呼吸的功能，有赖于肺的宣降运动。呼即宣发，吸即肃降。宣降正常，散纳有度，则呼吸调匀有序。而且一定要保持肺与呼吸道的清肃，才能使气道通畅，呼吸自如。若不能保持清肃，则可影响肺司呼吸的功能，导致呼吸不畅，出现咳嗽、气喘等症状。若肺司呼吸功能丧失，清气不能吸入，浊气不能排出，体内外之气不能进行交换，生命也随之而告终。

（2）主宣发和肃降：宣发，是指肺气向上升宣和向外周布散的作用。肃降，是指肺气向下通降和使呼吸道保持洁净的作用。

肺主宣发的生理作用，主要有三个方面：一是通过肺的气化作用，将体内的浊气，排出体外。二是由于肺气的向上向外周的扩散运动，将脾转输至肺的水谷精微布散于全身，外达于皮毛，即是《灵枢·决气》所说的“上焦升发，宣五谷味，熏肤、充身、泽毛，若雾露之溉，是谓气”。三是宣发卫气，调节腠理之开合，将代谢后的津液化为汗液，排出体外。若肺气失宣，可出现呼气不利、胸闷、咳嗽、鼻塞、无汗、喷嚏等症。

肺主肃降的生理作用也主要有三个方面：一是使肺能充分吸入自然界之清气。二是将吸入的清气和脾转输的津液和水谷精微向下布散全身，并将代谢产物和多余的水液下输于肾和膀胱，变为尿液排出体外。三是肃清肺和呼吸道内的异物，以保持呼吸道的洁净。若肺气失于肃降，可出现呼吸短促或表浅、咳痰、咯血等症。

肺的宣发和肃降作用是相反相成的矛盾运动，它们在生理上相辅相成，在病理上亦相互影响。宣发和肃降是互为前提，有节律地一宣一肃，以维持呼吸均匀和调、气机调畅，实现

体内外气体正常交换，促进全身的气、血、津液正常运行。如二者的功能失常，就会发生“肺气失宣”或“肺失肃降”的病理变化，在临床上出现相应的症状。

(3) 通调水道：通，即疏通；调，即调节；水道，是水液运行和排泄的通道。肺的通调水道功能，是指肺的宣发和肃降运动对体内水液的输布、运行和排泄起着疏通和调节的作用。通过肺的宣发，水液向上、向外输布，布散全身，外达皮毛，代谢后以汗的形式由汗孔排泄；通过肺的肃降，将上部水津向下输送、下达于肾，并成为尿液生成之源，经肾的气化，将代谢后的水液化为尿贮存于膀胱，而排出体外。由于肺位于上焦，所以说：“肺为水之上源，肺气行则水行”（清·唐容川《血证论》）。若肺气失于宣发肃降，可影响肺的通调水道功能，出现水液停滞，酿生痰饮，或水湿泛滥肌肤而成水肿等病变。

(4) 朝百脉、主治节：肺朝百脉，是指全身的血液都通过百脉会聚于肺，经肺的呼吸，进行体内外清浊之气的交换，然后再将富含清气的血液通过百脉输送到全身。肺朝百脉的功能，是肺气的运动在血液循环中的具体体现。说明全身的血和脉虽统属于心，心气是血液在肺中循环运行的基本动力，但尚须肺的协助。因此肺朝百脉的作用，是助心行血。临床上治疗血行不畅之疾，除活血、行血之外，常以行气、益气之品。

治节，即治理调节。指肺具有治理调节全身脏腑及其功能的作用。肺的治节作用，主要体现在四个方面：一是肺主呼吸，人体的呼吸运动是有节奏地一呼一吸；二是随着肺的呼吸运动，治理和调节全身的气机，即是调节气的升降出入的运动；三是由于调节气的升降出入运动，因而辅助心脏，推动和调节血液的运行；四是肺的宣发和肃降，治理和调节津液的输布、运行和排泄。

2. 系统连属

(1) 肺在志为悲忧：是指悲忧这类情志活动与肺的功能相关。悲和忧的情志变化，虽略有不同，但对人体生理活动的影响大致相同，因而悲和忧同属肺志。二者均属于非良性刺激的情绪反映，它们对人体的主要影响是耗伤肺气。如悲忧过度，可出现呼吸气短等肺气不足的现象。反之，在肺虚或肺宣降运动失调时，机体对外来的非良性刺激的耐受性就会下降，而容易产生悲忧的情绪变化。

(2) 肺在液为涕：涕，是鼻粘膜分泌的粘液，有润泽鼻窍的作用。鼻为肺窍，故其分泌物亦属肺，《素问·宣明五气》说：“五藏化液……肺为涕”。肺的功能正常，鼻涕润泽鼻窍而不外流；若肺寒，则鼻流清涕；肺热，则涕黄浊；肺燥，则鼻干。

(3) 肺在体合皮，其华在毛：皮毛，包括皮肤、汗腺、毫毛等组织，为一身之体表，依赖于肺所宣发的卫气和津液的温养和润泽，是机体抵抗外邪的第一屏障。由于肺主气属卫，具有宣发卫气，输精于皮毛等生理功能，故《素问·五脏生成篇》说：“肺之合皮也，其荣毛也”。肺的生理功能正常，则皮肤致密，毫毛光泽，抵御外邪侵袭的能力亦较强；反之肺气虚，宣发卫气和输精于皮毛的生理功能减弱，则卫表不固，抵抗外邪侵袭的能力低下，可出现多汗和易感冒，或皮毛憔悴枯槁等现象。

(4) 肺在窍为鼻：鼻为肺之窍，鼻与喉相通而联于肺。鼻的嗅觉与喉部的发音，都是肺气的作用。所以肺气和、呼吸利，则嗅觉灵敏，声音能彰。《灵枢·脉度》说：“肺气通于鼻，肺和则鼻能知臭香矣”。由于肺开窍于鼻而与喉直接相通，所以外邪袭肺，多从鼻喉而入；肺的病变，也多见于鼻、喉的证候，如鼻塞、流涕、喷嚏、喉痒、音哑和失音等。

(三) 脾

脾位于中焦，在左膈之下，形如刀镰。脾与胃同居中焦，是人体消化系统的主要脏器，在五行属土，足太阴脾经与足阳明胃经，相互络属于脾胃，脾和胃相为表里。

1. 脾的主要生理功能

(1) 脾主运化：运，即转运输送；化，即消化吸收。脾主运化，是指脾具有把水谷化为精微，并将精微物质吸收转输至全身的生理功能。脾的运化功能包括运化水谷和运化水液两个方面。

运化水谷：是指对饮食物的消化吸收和输布作用，饮食入胃后，主要在胃和小肠内进行消化，经过胃的“腐熟”和小肠的“化物”而分解成水谷精微和糟粕，但是，必须依赖于脾的运化功能，才能将水谷化为精微。同样，也有赖于脾的转输和散精功能，才能把水谷精微上输于肺，经肺之宣发向上向外布散，肺之肃降作用则向下输布，使水谷精微得以输布全身。而水谷精微，又是人体维持生命活动所需要的营养物质的主要来源，也是生成气血的主要物质基础，所以说脾为后天之本，气血生化之源。因此，脾运化水谷功能正常，才能为化生精、气、血、津液提供足够的养料，使脏腑、经络、四肢百骸，以及筋肉皮毛等组织得到充分的营养，而进行正常的生理功能。若脾运化水谷功能减退，则机体的消化吸收机能因之而失常，可出现腹胀、便溏、食欲不振，以至倦怠、消瘦和气血生化不足等病变。

运化水液：是指脾对水液的吸收、转输和排泄作用，是人体水液代谢的一个重要环节，是脾主运化的一个组成部分。人体所摄入的水液，经过脾的吸收和转化以布散全身而发挥滋养、濡润的作用；同时脾又把各组织器官利用后的多余水液，及时地转输于肺和肾，通过肺的宣发和肾的气化作用，化为汗和尿排出体外。因此，脾运化水液功能健旺，就能防止水液在体内发生不正常停滞；反之，脾的运化水液功能减退，可导致水液在体内停滞，而产生湿、痰、饮等病理产物，甚则导致水肿。

(2) 脾主升清：升，即上升之意，升清是指脾的运化功能特点，以上升为主。脾主升清，指水谷精微借脾气上升而上输于心、肺、头目，通过心肺的作用化生气血，以营养全身。脾的升清是与胃的降浊相对而言的。此外，脾气的升举，还具有防止人体内脏下垂的一定作用。脾的升清功能正常，水谷精微营养物质才能吸收和正常输布；同时，也由于脾气的升发，才能使机体内脏不致下垂。若脾气不能升清，则水谷不能运化，气血生化无源，可出现神疲乏力、头目眩晕、腹胀、泄泻等症。脾气下陷，则可见久泄脱肛，甚或内脏下垂等病症。

(3) 脾主统血：统，即统摄、控制之意。脾统血，是指脾有统摄血液在经脉中运行，防止逸出脉外的功能。脾统血的作用是通过气摄血来实现的，如沈目南在《金匱要略注》中说：“五脏六腑之血，全赖脾气统摄”。脾气健运，则气的固摄血液功能得以正常发挥，血液不致于逸出脉外而发生出血；反之，若脾失健，气的固摄功能减退，可使血逸出脉外而见各种出血，如便血、尿血、崩漏、肌衄等称作脾不统血。

2. 系统连属

(1) 在志为思：思，即思考、思虑，是人体精神、意识、思维活动的一种状态。人们要认识客观事物，处理问题就必须思，因此，思是正常的思维活动。一般来说，对机体的正常生理活动无不良的影响，但在思虑过度，所思不遂等情况下，就会影响气的升降出入，而

致气机郁结，脾的运化升清功能失常，可出现不思饮食，脘腹胀闷，眩晕健忘等症。

(2) 在液为涎：涎为口津，唾液中较清稀的称作涎。它具有保护口腔粘膜、润泽口腔的作用，在进食时分泌较多，有助于食物的吞咽和消化。《素问·宣明五气篇》说：“脾为涎”。故有涎出于脾而溢于胃之说。在正常情况下，涎液上行于口，但不溢于口外。脾胃不和，则往往导致涎液分泌剧增，而发生口涎自出等现象，故说脾在液为涎。

(3) 在体合肌肉，主四肢：脾为气血生化之源，全身的肌肉，都需要依靠脾所运化的水谷精微来营养，才能使肌肉发达，丰满健壮，活动有力。所以人体肌肉的健壮与否，与脾的运化功能密切相关，若脾的运化功能障碍，必致肌肉消瘦，软弱无力，甚至萎弱不用。

四肢与躯干相对而言，是人体之末，故又称“四末”。人体的四肢，同样需要脾运化的水谷精微濡养，以维持正常的生理活动。输送的营养充足，则四肢轻劲，灵活有力。若脾虚气弱，则四肢疲乏无力，甚或萎弱不用。

(4) 在窍为口，其华在唇：脾开窍于口，是指饮食口味与脾运化功能有密切关系。正如《灵枢·脉度》说：“脾气通于口，脾和则口能知五谷矣”。在日常生活中可见脾气健旺，则食欲、口味正常；若脾失健运，则食欲不振，口淡乏味。脾有湿热，可觉口甘、口腻。若脾有伏热伏火，可循经上蒸于口，发生口疮口糜证。

口唇的色泽，与全身的气血是否充足有关。由于脾为气血生化之源，所以口唇的色泽是否红润，不但是全身气血状况的反映，而且也是脾运化水谷精微的功能状态的反映。如脾气健运，气血充足，营养良好，口唇红润光泽；脾失健运，气血衰少，营养不良，口唇淡白无华，或萎黄不泽。

(四) 肝

肝，位于膈下，腹腔之右上方，右胁之内。肝为魂之处，血之藏，筋之宗。肝在五行中属木，主动、主升。肝与胆关系密切，足厥阴肝经与足少阳胆经相互络属于肝胆之间，肝与胆互为表里。

1. 肝的主要生理功能

(1) 肝主疏泄：疏，即疏通；泄，即升发。肝主疏泄，是指肝具有保持全身气机疏通畅达，通而不滞，散而不郁的作用。肝的疏泄功能是肝为刚脏，主升、主动的生理特性的反映。肝的升、动、散生理特性是调畅全身气机，推动血液和津液运行周身的的一个重要环节。肝的疏泄功能主要表现在以下四个方面：

对气机的影响：气机，即气的升降出入运动。肝的主升、主动的生理特性对于气机的疏通、畅达、升发是一个重要因素，因此肝的疏泄功能，对调畅气机起着重要作用。肝的疏泄功能正常，则气机调畅，气血和调，经络通利，脏腑器官的活动正常和调。肝的疏泄功能失常表现有两个方面，一是肝的疏泄功能减退，而形成气机不畅，气机郁结的病理变化，出现胸胁、两乳或少腹等部位胀痛不适等症状，甚则刺痛或为癥积；二是肝的升发太过，而形成肝气上逆的病理变化，出现头目胀痛，面红目赤，易怒等症状。气升太过，则血随气逆，而导致吐血、咯血，甚则可致卒然昏不知人事。

对脾胃运化功能的影响：脾胃的运化具体表现在脾的升清和胃的降浊功能，将水谷精微吸收转输，将糟粕排出体外。而脾胃的升降与肝的疏泄功能密切相关，肝的疏泄功能正常，全身气机疏通畅达，有助于脾升胃降，有助于脾胃对食物的消化、吸收；若肝的疏泄功能异

常，影响脾的升清功能，在上则为眩晕，在下则为殓泄；影响胃的降浊功能，在上则为呕逆、嗳气，在中则为脘腹胀、疼痛，在下则为便秘。所以《素问·宝命全形论》说“土得木而达”。

对情志的影响：情志，是人的精神、意识、思维活动的一个组成部分，是由心所主，但与肝的疏泄功能密切相关。这是因为，正常的情志活动，主要依赖于气血的正常运行，肝的疏泄功能具有调畅情志的作用，实际上是调畅气机功能所派生的。肝的疏泄功能正常，则气机调畅，气血和调，心情就易于开朗；肝的疏泄功能减退，则肝气郁结，心情易于抑郁，稍受刺激，即抑郁难解；肝的升泄太过，阳气升腾而上，则心情易急躁，发怒，这是肝的疏泄功能对情志的影响。反之，持久的情志异常，亦影响肝的疏泄功能，而致肝气郁结，或升泄太过的病理变化。

对男子排精、女子月经的影响：男子的排精，女子的排卵和月经来潮，与肝的疏泄功能也密切相关。男子精液的正常排泄，是肝肾二脏相互协调的结果。肝疏泄功能正常，则精液排泄通畅有度；肝失疏泄，则排精不畅。女子月经及排卵亦受肝主疏泄功能的影响。肝疏泄功能正常，则月经周期正常，经行通畅；若肝疏泄功能不及，则月经周期紊乱，经行不畅，甚或痛经。

(2) 肝藏血：是指肝有贮藏血液、调节血量及防止出血的功能。人体内各部分的血液，常随着不同的生理状态而改变其血流量。当人体处于安静状态时，机体的血液需要量减少，部分血液就回流到肝脏并贮藏起来；当人体处于活动状态时，机体的血液需要量增加，肝内的血液又被动员出来，运送到全身，供给各组织器官的需要。所以王冰注释《素问·五脏生成论》说：“肝藏血，心行之，人动则血运于诸经，人静则血归于肝脏”。这些充分说明肝脏有贮藏血液和调节循环血量的作用。肝藏血的另一个含义是收摄血液，即肝有使血液收摄于血脉之中，不使之溢出脉外的作用，即有防止出血的功能。若肝有病，藏血功能失常，不仅会引起血虚或出血，而且也能引起机体许多部分的血液濡养不足的病变。如肝血不足，不能濡养于目，则两目干涩昏花，或为夜盲；若不能濡养于筋，则筋脉拘急，肢体麻木，屈伸不利等。

2. 系统连属

(1) 肝在志为怒：怒是人们在情绪激动时的一种情志变化。怒对于机体生理活动来说，属于一种不良刺激，怒对机体的主要影响为：“怒则气上”，“怒则气逆，甚则呕血及殓泄”。肝主疏泄，若突然大怒，或经常发怒，势必造成肝的阳气升发太过而伤肝。反之，肝的阴血不足，肝的阳气升泄太过，则稍有刺激，即易发怒。如《素问·脏气法时论》说：“肝病者，两胁下痛引小腹，令人善怒”。

(2) 肝在液为泪：肝开窍于目，泪从目出，故泪为肝之液。如《素问·宣明五气篇》说：“肝为泪”。泪有濡养、滋润眼睛，保护眼睛的功能。在正常情况下，泪液的分泌，是濡润而不外溢，但在异物侵入目中时，泪液即可大量分泌，起到清洁眼睛和排除异物作用。在病理情况下，则可见泪液的分泌异常。如肝血不足时，两目干涩；如在风火赤眼，肝经湿热时，可见目眵增多，迎风流泪等症。

(3) 肝在体合筋，其华在爪：筋即筋膜，有连接和约束骨节、肌肉、主持运动等功能。在五脏中，肝与筋关系最为密切。《素问·痿论》说的“肝主身之筋膜”，主要是指全身筋

膜有赖于肝血的滋养。故《素问·经脉别论》说：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋”。可见，只有肝血充盛，才能使筋膜得到充分的濡养。若年老体衰，肝血不足，筋膜失养，则表现为筋力不健，动作迟缓。在病理情况下所出现的肢体无力、动作失灵、手足震颤、肢体麻木、抽搐拘挛、屈伸不利等，多与肝血不足，筋失所养有关。

爪，即爪甲，包括指甲和趾甲，乃筋之延续，故称“爪为筋之余”。肝血充盛，则爪甲红润，坚韧明亮；肝血不足，则爪甲软薄，色泽枯槁，甚则变形、脆裂。故《素问·五脏生成篇》说：“肝之合筋也，其荣爪也”。

(4) 肝开窍于目：目又称“精明”，为视觉器官。《如素问·脉要精微论》说：“夫精明者，所以视万物、别白黑、审短长。”目所以能视物，有赖于肝气之疏泄和肝血的濡养。由于肝与目的关系密切，所以肝的功能正常与否，常常反映于目系及其视物功能，故说“肝开窍于目”。如《灵枢·脉度》说：“肝气通于目，肝和则目能辨五色矣”。《素问·五脏生成篇》说：“肝受血而能视”。如肝阴不足则两眼干涩；肝血不足，则夜盲，或视物不清；肝火上炎，则目赤肿痛；肝阳上亢，则头晕目眩；肝风内动，则两眼斜视，上呆等。

(五) 肾

肾位于腰部，脊柱两旁，左右各一，故《素问·脉要精微论》说：“腰者，肾之府”。由于肾藏有“先天之精”，为脏腑阴阳之本，生命之源，故称肾为“先天之本”。肾在五行属水。由于足少阴肾经与足太阳膀胱经相互络属于肾与膀胱，故肾与膀胱相为表里。

1. 肾的主要生理功能

(1) 肾藏精：藏，即闭藏，是指肾具有贮存、封藏精气的生理功能。肾对于精气的闭藏，其作用是将精气藏于肾，促进肾中精气的不断充盈，防止精气从体内无故流失，为精气能在体内充分发挥其生理效应创造必要的条件。

精，是构成人体和维持机体生命活动的基本物质。有广义和狭义之分：广义之精，是泛指一切精微和生理作用十分重要的物质，如机体中的气、血、津液以及从饮食中吸收的“水谷精微”等，均属于“精”的范畴，统称为“精气”。狭义之精，是指生殖之精，其中包括禀受父母的生殖之精，因其与身俱来，常先身生，故称为“先天之精”。同时，也包括机体发育成熟后自身形成的生殖之精。

肾中所藏之精，其来源有两个方面：一是来源于父母的生殖之精，即“先天之精”；一是来源于人出生后，机体从饮食中摄取的营养成分和脏腑代谢所化生的精微物质，称为“后天之精”。

“先天之精”与“后天之精”的来源虽然有异，但均同归于肾，二者是相互依存、相互为用的。“先天之精”有赖于“后天之精”的不断培育和充养，才能充分发挥其生理效应；“后天之精”的化生，又依赖于“先天之精”的活力资助，才能不断摄入和化生。二者相辅相成，在肾中密切结合而组成肾中精气，以维持机体的生命活动和生殖能力。

肾中精气的主要生理功能有两个方面：

促进机体的生长、发育和生殖；《素问·上古天真论》说：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；三七，肾气平均，故真牙生而长极；四七，筋骨坚，发长极，身体盛壮；五七，阳明脉衰，面始焦，发始堕；六七，三阳脉衰于上，面皆焦，发始白；七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而

无子也。丈夫八岁肾气实，发长齿更；二八，肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子；三八，肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极；四八，筋骨隆盛，肌肉满壮；五八，肾气衰，发堕齿槁；六八，阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白；七八，肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极；八八，则齿发去。”这段经文明确地指出了机体生、长、壮、老、已的自然规律，与肾中精气的盛衰密切相关。机体的齿、骨、发的生长状态是观察肾中精气的外候，是判断机体生长发育状况和衰老程度的客观标志。当精气不足时，小儿会出现生长发育迟缓；青年人则见生殖器官发育不良，性成熟迟缓；中年可见性机能减退，或出现早衰；老年人则衰老得特别快。临床上称这种病理变化为“肾精亏虚”。

调节机体的代谢和生理功能活动：肾气的这一功能，是通过肾中精气所含的两种相互制约、相互依存、相互为用的成分，即肾阳和肾阴来实现的。肾阳促进全身之阳，肾阴加强全身之阴。肾阴肾阳平衡，则全身阴阳平衡；若肾阴肾阳发生偏盛偏衰，就会导致全身阴阳失调而引起疾病。

肾阳，主要有促进机体的温煦、运动、兴奋和化气的功能。肾阳到达全身的脏腑、经络、形体、官窍，则变为该脏腑、经络、形体、官窍之阳。所以，肾阳旺，则全身之阳皆旺；肾阳衰，则全身之阳皆衰；肾阳亡，则全身之阳皆灭，人亦死矣，这表明肾阳对人的生命至关重要。如果肾阳不足，则全身的新陈代谢降低，产热减少，各脏腑、经络、形体、诸窍的生理功能活动均减弱，临床上可见面色苍白、畏寒、肢冷、脉无力而迟缓、或见浮肿、精神萎靡、反应迟钝等。此外还可见腰酸、腿软、阴部清冷、生殖功能减退等肾阳虚所特有的症状。

肾阴，主要有促进机体的滋养、濡润、成形和制约阳热等功能。肾阴到达全身脏腑、经络、形体、官窍，则变为该脏腑、经络、形体和官窍之阴。所以肾阴旺，则全身之阴皆旺；肾阴衰，则全身之阴皆衰；肾阴亡，则全身之阴皆亡，人亦死矣，可见肾阴对人的生命亦至关重要。若肾阴不足，则津液分泌减少，而见干燥，心烦意乱潮热，五心烦热，口干咽燥，脉细数，舌干红少苔，此外还可见腰酸、腿软、阳事易举和遗精、早泄等肾阴虚表现。

肾阴和肾阳的作用互相制约，互相促进，对人体的代谢和功能起着重要的调节作用。

(2) 肾主水：是指肾脏有主持和调节人体津液代谢的生理功能，故肾又有“水脏”之称。《素问·逆调论》说：“肾者水脏，主津液”。肾的这一功能，主要是靠肾的气化作用来实现的。津液的代谢，是通过胃的摄入，脾的运化和转输，肺的宣散和肃降，肾的蒸腾气化，以三焦为通道，输运到全身。最后，代谢后的水液和废物，通过尿、汗、粪和呼出的水气而排出体外。肾的气化作用正常，则开合有度，能分清泌浊，调节水液的排出量。合，就能使清者上升，复归于心肺，以保持体内一定量的水液；开，则使浊者下降，流入膀胱，排出体内多余的水液和废物。在病理情况下，肾中精气虚衰，气化功能失常，开合失调，可出现尿少、尿闭、水肿或见小便清长，尿量明显增多等症状。

(3) 肾主纳气：纳，有受纳和摄纳之意。肾主纳气，是指肾具有摄纳肺吸入之清气，防止呼吸表浅，以保证体内外气体正常交换的功能。

人体的呼吸运动，虽为肺所主，但必须依赖于肾的纳气作用，才能保持呼吸均匀，气道通畅。肾主纳气，实际上就是肾的封藏作用在呼吸运动中的具体体现。肺所吸入之清气，必须敷布全身并下达于肾，以发挥其生理效应。正如《难经·四难》所说：“呼出心与肺，吸入

肾与肝”。说明肺司呼吸要保持一定的深度，有赖于肾的纳气作用。因此，肾的纳气功能正常，则呼吸均匀和调。若肾的纳气功能减退，摄纳无权，呼吸表浅，可出现动则气喘，呼多吸少等肾不纳气的现象。《类证治裁·喘证》说：“肺为气之主，肾为气之根，肺主出气，肾主纳气，阴阳相交，呼吸乃和，若出纳升降失常，斯喘作矣。”正确地阐明了肺肾共司呼吸运动的生理功能和肾不纳气则呼吸喘促的病理机制。

2. 系统连属

(1) 肾在志为恐：恐，是一种恐惧、害怕的情志活动。与肾的关系密切。恐，对机体生理活动来说，是一种不良的刺激。《素问·举痛论》说：“恐则气下……”。是指人在恐惧的状态中，上焦的气机闭塞不畅，气迫于下焦，则下焦胀满，甚至遗尿。恐为肾之志，但总与心主神相关，心藏神，神伤则心怯而恐。

(2) 肾在液为唾：唾为口津，唾液中较稠厚的称作唾。为口腔所分泌，能润泽口腔，并与食物搅拌使之成为食团而下咽。唾为肾之液，如《素问·宣明五气篇》说：“五脏化液，……肾为唾”。古代医家认为，唾为口津，为肾精所化。由于唾为肾精所化，故古代导引家主张咽而不吐，以养肾精。方法是以舌抵上腭，则津唾满口，然后徐徐咽下。故多唾或久唾可耗伤肾精。

(3) 肾主骨生髓，其华在发：肾主骨生髓，是指肾精具有促进骨骼生长发育和资生骨髓、脑髓和脊髓的作用。肾藏精，精生髓，髓居于骨腔中，以滋养骨骼。所以《素问·阴阳应象大论》说：“肾生骨髓”。肾中精气充盈，则骨髓、脑髓、脊髓得以充养。髓海得养，脑的发育就健全，就能发挥其“精明之府”的生理功能；反之，肾中精气不足，则髓海失养，可出现骨骼脆弱无力，甚或发育不全，如小儿发育迟缓，囟门迟闭，骨痿软无力，不耐久立和劳作，或容易发生骨折，或常出现腰膝酸软，步履不稳，无力等症。

“齿为骨之余”。齿与骨同出一源，牙齿也由肾中精气所充养。肾中精气充沛，则牙齿坚固而不易脱落；肾中精气不足，则牙齿易于松动，甚至早期脱落。

肾藏精，精又能化血，血以养发。肾精足则血旺，血旺则毛发黑而润泽，故称肾“其华在发”。发的生长与脱落，润泽与枯槁常是肾中精气是否充盈的表现，若肾中精气虚衰，则毛发转白、枯槁而脱落。

(4) 肾开窍于耳和二阴：耳是听觉器官。肾开窍于耳，是指耳的听觉功能，依赖于肾中精气的充养，肾中精气充盛，髓海得养，则听觉灵敏。若肾中精气不足，髓海空虚，耳失所养，则出现耳鸣，听力减退，甚至耳聋等症。老年人由于肾中精气虚衰，故多见听力失聪。

二阴，指前阴（外生殖器）和后阴（肛门）。前阴有排尿和生殖的功能，后阴有排泄粪便作用。尿液的贮存和排泄虽由膀胱所司，但需肾的气化才能完成，而人的生殖机能亦由肾所主，若肾精气不足可出现遗精、遗尿、早泄、尿清长、尿频、尿少等症。大便的排泄，亦与肾的气化作用有关。若肾阳虚，脾失温煦，水湿不运而致大便溏泄；肾阴不足，可见大便秘结。

【附】 命门

关于命门的位置，历来有不少争论，影响较大的有下列三种说法：

1. 右肾为命门说：《难经·三十六难》说：“肾两者，非皆肾也，其左为肾，右者为命门”。自此以后，晋代王叔和《脉经》，宋代陈无择《三因方》，严用和《济生方》，明代李梴《医

学入门》等，均崇此说。

2. 两肾总号为命门说：明代虞抟否定右肾为命门，明确提出两肾总号为命门之说。他在《医学正传·医学或问》中说：“夫两肾固为真元之根本，性命之所关，虽为水脏，而实有相火寓乎其中，象水中之龙火，因其动而发也。愚意以两肾号为命门……。”

3. 两肾之间为命门说：明代赵献可根据《素问·刺禁论》记载：“七节之旁，中有小心”，指出命门在两肾之间。他在《医贯·内经十二官论》中说：“越人谓左为肾，右为命门，非也。命门即在两肾各一寸五分之间，当一身之中。”

命门作为内脏提出，始见于《难经》，它有生命之门的含义。综合前人的论述，对于命门的功能有下述四种认识：

1. 命门为精神之所舍，原气之所系，肾间动气是人体生命活动的原动力。

2. 命门“藏精”“系胞”，与生殖功能有密切关系。《难经·三十九难》说：“命门者……男子以藏精，女子以系胞，其气与肾通”。说明命门与男女的生殖功能密切相关。

3. 命门内寓真火，是全身阳气的根本。命门真火，通行敷布周身，起着“温百骸，养脏腑，育九窍”的作用，是各脏腑功能活动的根本。命门真火，就是肾阳。

4. 命门为元气之根，水火之宅，包括肾阴、肾阳的功能。肾阳即“命门之火”，肾阴即“命门之水”。其所以称之为命门，无非强调肾中阴阳的重要性而已。

总之，命门学说见解颇多，但均认为命门为元气之根，对各脏腑组织具有温煦生化作用，能促进各脏腑组织的功能活动，并与生殖机能和性功能相关。

二、六腑的主要功能

(一) 胆

胆为六腑之一，又属奇恒之腑。胆呈囊形，附于肝之短叶间，与肝相连。肝和胆又有经脉相互络属，互为表里。胆的主要生理功能是：

1. 贮存和排泄胆汁：胆汁生成于肝，味苦，呈黄绿色，贮存于胆，在消化食物过程中向小肠排泄，以助脾胃运化。由于胆汁由肝产生，为清净之液，故《灵枢·本输》说：“胆者，中精之府”。

胆汁的排泄有赖于肝的疏泄功能所控制和调节。肝的疏泄功能正常，有助于胆汁的正常排泄，脾胃的运化功能亦健旺。若肝失疏泄，肝气郁结，则胆汁的排泄不利，从而出现胸胁胀满疼痛，食欲不振，厌食油腻，腹胀，便溏等症；胆汁上逆，可见口苦、呕吐黄绿苦水；胆汁外溢于肌肤，可出现黄疸。

2. 主决断：决断意义有二：一是指正常的决断能力，亦即能够完全控制自己的意识和动作；二是指准确，恰如其分，不偏不倚。故《素问·灵兰秘典论》说：“胆者，中正之官，决断出焉。”说明胆有决断的功能。胆附于肝，相为表里，两者相互联系对保持正常的决断功能十分重要，张介宾《类经·藏象类》注释说：“肝气虽强，非胆不断，肝胆相济，勇敢乃成”。若胆气虚弱则可见胆怯怕事，或数谋虑而不能决，善恐易惊，失眠多梦等。

(二) 胃

胃，位于膈下，上接食道，下通小肠。胃的上口为贲门，下口为幽门。胃又称胃脘，分上、中、下三部。胃的上部称上脘，包括贲门；胃的中部称中脘，即胃体部分；胃的下部称

下脘，包括幽门。脾与胃相为表里。胃的主要生理功能是：

1. 主受纳、腐熟水谷：受纳，是接受和容纳的意思。腐熟，是饮食物经过胃的初步消化，变成食糜的意思。饮食入口，经食道容纳于胃中，须经胃的初步消化，有一定的停留时间，故称胃为“水谷之海”、“太仓”。机体的生理活动和气血津液的化生，都需要依靠饮食的营养，故又称胃为“水谷气血之海”。水谷经胃的腐熟，下传于小肠，其精微物质经脾的运化而营养全身。若胃的受纳与腐熟水谷的功能失常，可能出现胃脘胀痛，纳呆厌食，噎腐食积，或多食善饥等症。

2. 主通降，以降为和：饮食物入胃，经胃的腐熟后，必须下行入小肠，进一步消化吸收，所以说胃主通降，以降为和。正是胃气以通为用，以降为和的生理特性，从而保证水谷的不断下输和消化吸收，因此胃的通降作用，还包括小肠将食物残渣下输大肠及大肠传化糟粕的功能在内。胃的通降是降浊，降浊是继续受纳的前提条件。若胃失通降，不仅影响食欲，而且因浊气在上而出现口臭、脘腹胀闷或疼痛，以及大便秘结。若胃气上逆，则可见恶心、呕吐、呃逆，噎气等症。

(三) 小肠

小肠位于腹中，上端接幽门与胃相通，下端通过阑门与大肠相连。小肠与心互为表里。其主要的生理功能是：

1. 主受盛和化物：受盛，即接受，以器盛物之意。化物，具有彻底消化、化生精微之意。是指小肠接受经胃初步消化的食物，在小肠内进一步消化，将水谷化为精微。若小肠的受盛化物功能失调，可出现腹胀、腹痛、腹泻、便溏。

2. 泌别清浊：泌，即分泌；别，即分别。清，指水谷精微；浊，指食物糟粕。小肠的泌别清浊的功能，是指将经过小肠消化后的饮食物，分为水谷精微和食物残渣两部分；将水谷精微吸收，再经脾运化输送至全身，把食物残渣下送大肠；小肠在吸收水谷精微的同时，也吸收了大量的水液，故又有“小肠主液”之称。小肠泌别清浊的功能，还与尿液的量有关。如小肠的泌别清浊异常，则水走大肠，可见小便短少、泄泻、便溏等症。

(四) 大肠

大肠，位于腹中，其上口的阑门处紧接小肠，其下端紧接肛门。大肠与肺互为表里。

大肠的主要生理功能是传化糟粕。大肠接受经过小肠泌别清浊后所剩下的食物残渣，再吸收其中多余的水液形成粪便，经肛门排出体外。大肠功能失调，主要表现传导失常和粪便的改变。大肠湿热，气机阻滞，可见腹痛下痢，里急后重；大肠实热，肠液干枯，可见便秘；大肠虚寒，水谷杂下，可见腹痛、肠鸣、泄泻。

(五) 膀胱

膀胱位于小腹中央，与肾互为表里。

膀胱的主要生理功能是贮尿和排尿。尿液为津液所化，在肾的气化功能作用下生成尿液，下输于膀胱。尿液在膀胱内潴留至一定程度时，可及时自主地排出体外。所以《素问·灵兰秘典论》说：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”。膀胱贮尿和排尿功能失常，可见尿频、尿急、尿痛，或小便不利、尿少、尿闭、或尿失禁、遗尿等症。

(六) 三焦

三焦是上焦、中焦、下焦的合称，为六腑之一。三焦某些具体概念尚未明确，如在三焦

的形态方面,《难经》在《二十五难》和《三十八难》中提出“有名而无形”的说法,引起后世医家的长期争论,至今仍未取得统一的认识。张介宾在《类经·脏象类》说:“三焦者,确有一腑,盖居脏腑之外,躯壳之内,包罗诸脏,一腔之大腑也。”目前,一般受张氏上述认识的影响,认为三焦实际上并不是一个单独的实质器官,而是脏腑之外、躯体之内的整个体腔划分为上焦、中焦、下焦三个部分,总称三焦。可见人体五脏六腑之中,唯有三焦最大,无与匹配。所以《灵枢·本输》将三焦称之为“孤腑”。但对三焦的生理功能认识是一致的,因此研究和掌握其生理功能对指导临床和基础理论仍具有十分重要的意义。三焦的主要生理功能是:

1. 通行原气:

原气是人体生命活动的原动力,它发源于肾,藏于丹田,必须以三焦为道路,才能到达和作用全身。所以《难经·六十六难》说:“三焦者,原气之别使也”。《中藏经·论三焦虚实寒热生死顺逆脉症之法》说:“三焦者……总领五脏六腑、营卫经络,内外左右上下之气也;三焦通,则内外左右上下皆通也,其于周灌体,和内调外,荣左养右,导上宣下,莫大于此者也”。

2. 运行水液:《素问·灵兰秘典论》说:“三焦者,决渎之官,水道出焉”。这说明三焦有疏通水道,运行水液的作用,是水液升降出入的通路。体内的水液代谢是由肺、脾和肾的协同作用而完成的,但必须以三焦为通道,才能正常地升降出入。故《类经·藏象类》说:“上焦不治则水犯高原,中焦不治则水留中脘,下焦不治则水乱二便。三焦气治,则脉络通而水道利,故曰决渎之官”。

3. 上焦、中焦、下焦的部位划分及其各自的生理功能特点:

(1) 上焦:一般将膈以上的胸部,包括心、肺两脏和头面部称作上焦。也有人将上肢归属于上焦。上焦主宣发卫气,敷布水谷精微和津液,发挥营养和滋润全身的作用,如雾露之溉,故称“上焦如雾”。

(2) 中焦:一般认为中焦是指膈以下,脐以上的腹部,其所属脏腑为脾、胃、肝、胆。中焦具有消化、吸收并输布水谷精微和津液,化生气血,如酿酒一样,故称“中焦如沤”。

(3) 下焦:一般以脐以下的部位为下焦,包括小肠、大肠、肾、膀胱、女子胞、阴部等。其主要功能是泌别清浊,排泄糟粕和尿液,有如水浊不断向下疏通,向外排泄一样,故称“下焦如渎”。

三、奇恒之腑的主要功能

奇恒之腑包括脑、髓、骨、脉、胆、女子胞。它们在形态上多属中空而与腑相似,在功能上则“藏精气而不泻”而与脏相似,既区别于脏,又不同于腑,故把它们称作奇恒之腑。髓、骨、脉、胆前已论述,本节仅介绍脑与女子胞。

(一) 脑

脑居颅内,由髓汇集而成。《灵枢·海论》说:“脑为髓之海,其输上在于其盖,下至风府”。不但指出脑是髓汇集而成,也明确指出脑的确切部位。脑的主要生理功能是:

1. 脑主精神活动:人的精神活动,包括思维意识和情志活动等都与脑有关,所以《素问·脉要精微论》说:“头者,精明之府”。脑主精神活动正常,则表现为精神饱满,意识清

楚，思维敏捷，记忆力强，语言清晰，情志正常；若脑病则往往出现精神活动异常。

2. 脑主感觉功能：脑主管人体的感觉功能。脑主感觉的功能正常，则视物精明，听力聪颖，嗅觉灵敏，感觉正常。若脑病而感觉功能失常，就可出现视物不清，听觉失聪，嗅觉不灵，感觉迟钝。如髓海不足，可出现头晕、目眩、耳鸣。所以《灵枢·口问》说：“上气不足，则脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之倾，目为之眩”。将视觉、听觉以及精神状态的病理变化归结于脑的功能异常。

（二）女子胞

女子胞，又称胞宫、子宫，位于小腹，是女子发生月经和孕育胎儿的器官。女子胞的主要生理功能是：

1. 主月经：女子胞是女性生殖机能发育成熟后主持月经的主要器官。月经来潮是一个复杂的生理活动过程，与肾中精气、冲任二脉及心肝脾三脏密切相关。幼年期，肾精未盛，天癸未至，子宫未发育成熟，任脉未通，冲脉未盛，所以没有月经；到青春期，天癸至，任脉通，太冲脉盛，子宫发育完全，月经按期来潮，并具有生殖能力；进入 50 岁左右，肾中精气渐衰，天癸渐竭，冲、任二脉气血渐少，进入绝经期，此属正常生理现象。可见天癸及冲、任二脉的盛衰直接影响月经变化。此外，心主血，肝藏血，主疏泄，脾为气血生化之源而统血，心、肝、脾对全身血液的化生和运行有调节作用。因此月经的来潮和周期与心、肝、脾三脏生理功能密切相关。

2. 主孕育胎儿：月经正常来潮后，女子胞就具有生殖和养育胎儿的能力，受孕以后，胎儿在母体子宫中发育，女子胞就聚集气血以养胎，成为保护胎儿和孕育胎儿的主要器官，直至十月期满分娩。

此外，女子胞还主生理性带下，分泌阴液，以润泽阴部。所以女子胞是妇女经、带、胎、产的重要器官。

第二节 气、血、津液

气、血、津液，是构成人体和维持人体生命活动的基本物质。它们既是脏腑、经络等组织器官功能活动的产物，又是脏腑功能活动的物质基础。

气具有推动、温煦等作用，属于阳；血和津液，都为液态物质，具有濡养、滋润等作用，属于阴。此外，构成人体的基本物质中还有“精”。精的概念有狭义和广义之分。狭义之精，即是通常所说的生殖之精，与肾的关系最为密切，可参阅本章第一节；广义之精，泛指一切精微物质，包括气、血、津液、水谷精微等。

一、气

（一）气的基本概念

气是构成人体和维持人体生命活动的最基本物质。如《素问·宝命全形论》说：“人以天地之气生，四时之法成”；“天地合气，命之曰人”。这就是说，人是自然界的产物，也就是“天地之气”的产物。《素问·六节藏象论》说：“天食人以五气，地食人以五味……气和而生，津液相成，神乃自生。”就脏腑、经络而言，气是构成脏腑、经络和维持其生理活动的最基

本的物质，也是脏腑、经络生理功能活动的概括，称为“脏腑之气”、“经络之气”。如心气、肺气、经气等。

（二）气的生成

气来源于禀受父母的先天之精气、水谷之精气和自然界的清气，通过肺脾胃和肾等脏器生理功能的综合作用，将三者结合起来而生成。可见，气的生成与先天禀赋、后天营养及肾、脾胃、肺的功能密切相关，以脾胃的运化功能尤为重要。

（三）气的功能

气的生理功能，概括起来，主要有五个方面：

1. 推动作用 人体的生殖、生长与发育，各脏腑、经络等组织器官的生理活动，血的生成和运行，津液的生成、输布和排泄等均有赖于气的激发和推动作用。若气的推动作用减弱，便可见生长发育迟缓或早衰，脏腑、经络功能减退，血和津液的生成不足，血行不利和水液停滞等病理变化。

2. 温煦作用 《难经·二十二难》说：“气主煦之”，即是说气是人体热量的来源。人体正常体温的维持，脏腑、经络等组织器官的生理活动，血和津液的运行等，都依赖气的温煦作用。若气的温煦作用失常，既可出现体温低下、畏寒喜热、四肢不温、血和津液运行迟缓等寒象；也可因气聚过多，气郁化火，出现恶热喜冷、发热、心烦躁扰等热象。

3. 防御作用 指气既能护卫肌表，防御外邪入侵；又能与侵入人体病邪作斗争，若驱邪外出，则身体康复。如《素问·刺法论》说：“正气存内，邪不可干。”若气的防御作用减弱，全身的抗病能力下降，机体易罹疾病。如《素问·评热病论》说：“邪之所凑，其气必虚”。

4. 固摄作用 气的固摄作用主要是对血、津液等液态物质具有防止其无故流失的作用和对脏器的固护作用。如固摄血液，使血液循脉运行，防止逸出脉外；固摄汗液、尿液、唾液、胃液、肠液、精液、月经、白带等，控制其分泌排泄量，防止其无故流失；固护胃、肾、子宫、大肠等脏器，不致下移。若气的固摄功能减弱，可致出血、自汗、尿失禁、流涎、泛吐清水、泄泻、滑精、早泄、崩漏、带下、以及胃、肾、子宫下垂、脱肛等。气的固摄作用与推动作用相反相成的两个方面，相互协调，调节和控制着体内液态物质的正常运行、分泌和排泄。

5. 气化作用 气化，是指通过气的运动而产生的各种变化。通常指气能促使精、气、血、津液的新陈代谢和相互转化。如饮食物转化成水谷精微，然后再化生成气、血、津液等；津液经过代谢转化成汗液和尿液；食物残渣转化成糟粕等等，都是气化作用的具体表现。若气化功能失常，即能影响到气、血、津液的代谢，饮食物的消化吸收，汗液、尿液和粪便等的排泄，导致各种代谢异常的病变。

（四）气的运动形式

气在人体内时刻不停地运动着。气的运动，称作“气机”。气的运动形式多种多样，但在理论上可归纳为升、降、出、入四种基本形式。

气的升、降、出、入运动，推动和激发着人体的各种生理活动，而且在脏腑、经络等组织器官的生理活动中，得到具体的体现。例如：肺的呼吸功能，体现着呼气是出，吸气是入；宣发是升，肃降是降；脾胃的消化功能，脾主升清，胃主降浊。虽然各个脏腑的生理活动体现的运动形式有所侧重，但从整个机体生理活动来看，气的升和降，出和入，必须对立

统一，协调平衡，称作“气机调畅”。只有气机调畅，才能维持正常的生理活动。

若气的升降出入运动的平衡失调，即为“气机失调”，就会发生病变。如肺失宣降，脾气下陷，胃气上逆，肝气郁结，心肾不交等。气的升降出入运动一旦止息，也就意味着生命活动的终止而死亡。如《素问·六微旨大论》说：“故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。”

（五）气的分布与分类

人体的气，充斥于全身而无处不到。由于其组成部分、分布部位和功能特点不同，而有所不同。主要有以下几种：

1. 元气 元气，又名“原气”、“真气”，是人体最基本、最重要的气，是人体生命活动的原动力。

生成：元气根源于肾，由肾中精气所化生，以禀受于父母的先天之精为基础，又赖后天水谷精气的培育。元气的盛衰，与先天禀赋及后天的营养和锻炼，特别是肾、脾胃的功能密切相关。

分布：元气发于肾，通过三焦而流行于全身，内至脏腑，外达肌肤腠理，无处不到。

主要功能：元气推动人体的生长和发育，温煦和激发脏腑、经络等组织器官的生理活动，所以说，元气是人体生命活动的原动力，是维持生命活动的最基本物质。机体元气充沛，脏腑、经络等组织器官的活力就旺盛，机体的素质强健而少病。若因先天禀赋不足，或后天失调，或久病损伤元气，就会出现元气虚衰而产生种种病变。

2. 宗气 宗气是积于胸中之气。

生成：宗气由肺从自然界吸入的清气和脾从食物中运化而生成的水谷精气相结合而成。宗气的盛衰与肺、脾胃的功能密切相关。

分布：宗气聚集于胸之“膻中”处。上出咽喉，贯注心肺之脉，下蓄丹田，经气街穴注足阳明胃经而下行至足。

主要功能：宗气的主要功能有两方面：一是走息道以行呼吸，二是贯心脉以行气血。凡语言、声音、呼吸的强弱，视听的能力以及气血的运行、心搏的强弱和节律、肢体的活动和寒温等，均与宗气的盛衰有关。位于左乳下的“虚里”处（相当于心尖搏动部位），是诊察宗气盛衰的部位。

3. 营气 是与血共行于脉中之气。营气富于营养，营气与血关系密切，可分而不可离，常“营血”并称。营气与卫气相对而言，属于阴，故又称“营阴”。

生成：营气主要来自脾胃运化的水谷精气，由水谷精气中的精华部分，即最富有营养的部分所化生。

分布：营气分布于血脉之中，成为血液的组成部分，循脉上下，营运全身。

主要功能：营气为脏腑、经络等组织器官的生理活动提供营养，并可化生血液，是血液的组成部分。

4. 卫气 是运行于脉外之气。卫气与营气相对而言，属于阳，故又称“卫阳”。

生成：卫气主要来自脾胃运化的水谷精气，由水谷精气中的慄悍部分，即性猛，最富活力的部分所化生。

分布：卫气的特性是“慄疾滑利”，即活动力特别强，流动迅速。卫气经肺的宣发，运

行于脉外，皮肤、分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹。

主要功能：卫气的主要功能有三方面：一是护卫肌表，防御外邪入侵；二是温煦脏腑、肌肉、皮毛等；三是调节控制腠理的开合、汗液的排泄，以维持体温的相对恒定等。

营气和卫气，都以水谷精气为其主要的生成来源。营在脉中，卫在脉外；营主内守而属于阴，卫主外卫而属于阳，二者之间必须协调，才能维持正常的腠理开合、正常的体温和正常的防御外邪的能力。若营卫不和，则可出现恶寒发热、无汗或汗多，以及抗御外邪能力低下等。

二、血

（一）血的基本概念

血，是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一。

血必须在脉中正常运行，才能发挥其生理功能。血在脉中运行受阻，或逸出脉外成为“离经之血”，则不仅丧失了生理功能，而且可成为致病因素。

（二）血的生成

血，主要由营气和津液所组成。营气和津液都来源于脾胃化生的水谷精微，所以说脾胃是气血生化之源。血液的生成过程，是饮食物经胃的腐熟和脾的运化，转化为水谷精微，水谷精微经脾的运化上输于肺，与肺吸入之清气相合，通过心肺的气化作用，注之于脉，化而为血。如《灵枢·决气》说：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血”。

此外，精血同源，精和血之间存在着相互资生和转化的关系。肾精充盈，则肝有所养，肝血充盛；而另一方面，只有肝血充盛，精有所资，肾精才能充盈。

（三）血的功能

血，具有营养和滋润全身的生理功能。血在脉中循行，内至脏腑，外达皮肉筋骨，对全身各脏腑组织器官起着充分的营养和滋润作用。如《难经·二十二难》说：“血主濡之”。全身的脏腑组织器官无不是在血的濡养作用下而发挥其功能的。《素问·五脏生成篇》说：“肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄”。血的营养和滋润作用，具体体现在面色的红润、肌肉的丰满壮实、皮肤毛发的润泽有华、感觉和运动的灵活自如等方面。若血虚时，血的营养和滋润作用减弱，机体除脏腑功能低下外，还可见头昏目眩、面色不华或萎黄、毛发干枯、肌肤干燥、肢体或肢端麻木、运动不灵活等临床表现。

血又是神的主要物质基础。《素问·八正神明论》说：“血气者，人之神，不可不谨养”。血气充盛，血脉和利，则精神充沛，神志清晰，思维敏捷，活动自如；若血虚、血热或血运失常，则可见精神衰退、健忘、失眠、多梦、烦躁，甚至神志恍惚、惊悸不安，谵狂、昏迷等多种临床表现。

（四）血的运行

血在脉管中循环运行。如《灵枢·营卫生会》说：“营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会，阴阳相贯，如环无端”。又如《素问·经脉别论》说：“食气入胃，浊气归心，淫精于脉。脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛，毛脉合精，行气于府，府精神明，留于四藏，气归于权衡”。不但描述了水谷精气进入血液后的运行过程，而且指出了血液循环的具体走向。明确提出了心、肺、脉构成了血液的循环系统。

心气是推动血液运行的主要动力。血液的正常运行，又决定于气推动作用和固摄作用的

协调平衡。其次与某些脏器生理功能的协调平衡也密切相关，如肺主宗气和朝会百脉，肝主疏泄等，是推动和促进血液运行的重要因素；脾主统血，肝藏血等，是固摄和调节血液运行的重要因素。此外，脉道是否通利，血的或寒或热等，也能直接影响血液运行的或迟或速。若推动因素增加，或固摄因素不足，则血的运行加速，甚则逸出脉外，而导致出血；反之，则血的运行变慢，可出现血瘀等病理变化。

三、津 液

(一) 津液的基本概念

津液，是机体一切正常水液的总称，包括各脏腑组织器官内的体液及其正常的分泌物，如胃液、肠液和涕、泪等。津液也是构成人体和维持人体生命活动的基本物质。

津和液，同属于水液，都来源于饮食水谷，有赖于脾胃而生成，但在性状、功能及其分布部位等方面又有一定区别。一般地说，性质较清稀，流动性大，主要布散于体表皮肤、肌肉和孔窍，并能渗注于血脉，起滋润作用的，称为津；性质较稠厚，流动性小，灌注于骨节、脏腑、脑、髓等组织，起濡养作用的，称为液。津和液之间可以相互转化，故常津液并称。

(二) 津液的生成、输布和排泄

津液的生成、输布和排泄，是一个复杂的生理过程。如《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行”。这是对津液生成、输布和排泄过程的简明概括。

津液的生成，主要是通过胃对饮食水谷的“游溢精气”，小肠的“分清别浊”，大肠吸收部分水液，其清者经脾运化，即为津液，散精于肺而布散全身。

津液的输布，主要是通过脾的运化，肺的通调水道和肾的蒸腾气化而实现。此外，与肝的疏泄，调畅气机；三焦的决渎，通利水道亦有关。

津液的排泄，主要是通过肺将宣发至体表的津液化为汗液，肺在呼气时带走部分水分，肾将水液蒸腾气化后的废物形成尿液，粪便经大肠排出时带走一些残余的水分。

可见，津液的代谢，依赖于诸多脏腑组织器官，以肺、脾、肾尤为重要。各有关脏腑特别是肺脾肾的功能失调，均可影响津液的生成、输布和排泄，破坏津液代谢的平衡，从而形成伤津、脱液等津液不足的病变，或形成内生水湿、水肿、腹水、痰饮等津液环流障碍，水液停滞积聚的病变。

(三) 津液的功能

津液有滋润和濡养的生理功能。津以滋润作用为主，液以濡养作用为主。如：能润泽皮毛、肌肤，滋润和濡养各脏腑组织器官，润滑和保护眼、鼻、口等孔窍，充养骨髓、脊髓、脑髓，滑利关节等。

津液是血液的重要组成部分，同时有滋养和滑利血脉的作用。其次津液在其机体代谢过程中，通过汗液和尿液的排出，能将人体各处的代谢废物，不断地排出体外。

第三节 经 络

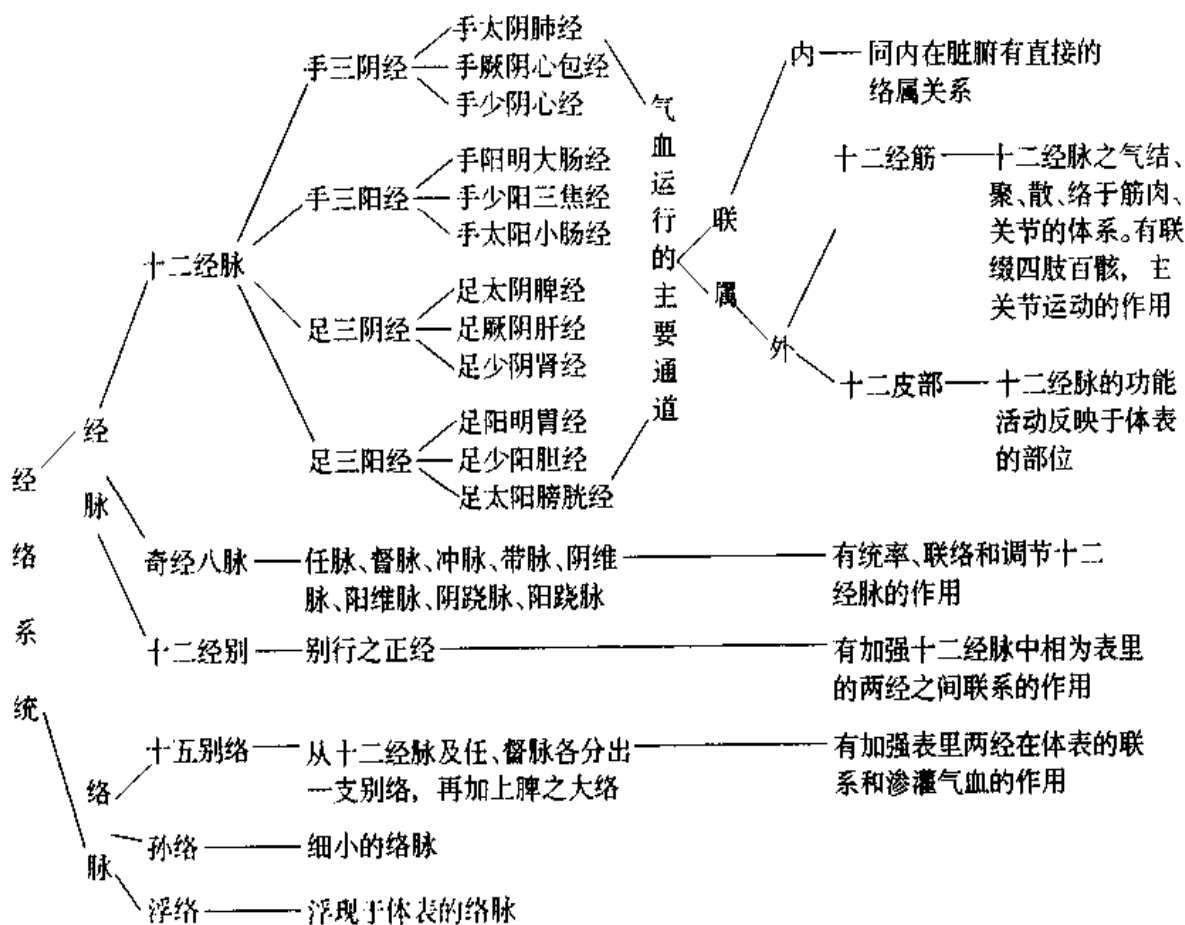
经络是运行全身气血，联络脏腑肢节，沟通上下内外的通路。经络，是经脉和络脉的总

称。经，有路径的意思，是经络系统的主干；络，有网络的意思，是经脉的分支，纵横交错，网络全身。经脉大多循行于深部，有一定的循行径路。络脉循行于较浅的部位，有的络脉还显现于体表。经络把人体所有的五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮肉筋脉等组织器官联结成一个统一的有机整体。经络学说是研究人体经络的生理功能、病理变化及其与脏腑相互关系的学说，是中医学理论体系的重要组成部分。

一、经络系统的组成

经络系统由经脉和络脉组成，在内连属于脏腑，在外连属于筋肉、皮肤。

表 3-1 经络系统简表



经脉分为正经和奇经两类。正经有十二，即手足三阴经和手足三阳经，合称“十二经脉”，是气血运行的主要通道。十二经脉有一定的起止，一定的循行部位和交接顺序，在肢体的分布和走向有一定的规律，同脏腑有直接的络属关系。十二经别是从十二经脉别出的经脉，具有加强十二经脉中相为表里的两经之间在体内的联系，并通达某些正经未循行到的器官和形体部位，以补正经之不足。奇经有八条，即督、任、冲、带、阴跷、阳跷、阴维、阳维，合称“奇经八脉”，有统率、联络和调节十二经脉的作用。此外，尚有十二经筋、十二皮部。十二经筋是十二经脉之气“结、聚、散、络”于筋肉、关节的体系，有约束骨骼，主司关节屈伸运动的作用。十二皮部是十二经脉的功能活动反映于体表的部位。

络脉有别络、浮络和孙络之分。别络是较大的和主要的络脉，共十五条，其中十二经脉

与督脉、任脉各有一条别络，再加上脾之大络，合为“十五别络”。别络的主要功能是加强相为表里的两条经脉之间在体表的联系。浮络是浮现于体表的络脉，孙络是最细小的络脉，两者难以计数，遍布全身。现归纳经络系统简表见表 3-1。

二、十二经脉

(一) 名称分类

十二经脉对称地分布于人体的两侧，分别循行于上肢或下肢的内侧或外侧，每一经脉分别属于一个脏或一个腑，因此，十二经脉中每一经脉的名称，包括手或足、阴或阳、脏或腑三个部分。手经行于上肢，足经行于下肢；阴经行于四肢内侧，属脏，阳经行于四肢外侧，属腑。见表 3-2。

表 3-2 十二经脉名称分类表

	阴经 (属脏)	阳经 (属腑)	循行部位 (阴经行于内侧, 阳经行于外侧。)	
手	太阴肺经	阳明大肠经	上肢	前部
	厥阴心包经	少阳三焦经		中部
	少阴心经	太阳小肠经		后部
足	太阴脾经*	阳明胃经	下肢	前部
	厥阴肝经*	少阳胆经		中部
	少阴肾经	太阳膀胱经		后部

* 在小腿下半部和足背部，肝经在前部、脾经在中部，至内踝上 8 寸处交叉之后，脾经在前部，肝经在中部。

(二) 走向、交接、分布、表里关系及流注次序

1. 走向和交接规律 十二经脉的走向和交接是有一定规律的。《灵枢·逆顺肥瘦》说：“手之三阴，从脏走手；手之三阳，从手走头；足之三阳，从头走足；足之三阴，从足走腹。”即：手三阴经从胸腔走向手指末端，交手三阳经；手三阳经从手指末端走向头面部，交足三阳经；足三阳经从头面部走向足趾末端，交足三阴经；足三阴经从足趾走向腹、胸腔，交手三阴经，见图 3-1。这样就构成一个“阴阳相贯，如环无端”的循环径路。

2. 分布规律 十二经脉在体表的分布也有一定规律。在四肢部，阳经分布于四肢的外侧面，阴经分布于四肢的内侧面。外侧分三阳，内侧分三阴，大体上，阳明、太阴在前缘，太阳、少阴在后缘，少阳、厥阴在中线。在头面部，阳明经行于面部、额部；太阳经行于面颊、头项及头后部；少阳经行于头侧部。在躯干部，手三阳经行于肩胛部；足三阳经则阳明经行于前（胸、腹部），太阳经行于后（背、腰部），少阳经行于侧面。手三阴经均从腋下走出，足三阴经均行于腹部。循行于腹部的经脉，自内向外的顺序为足少阴、足阳明、足太阴、足厥阴。

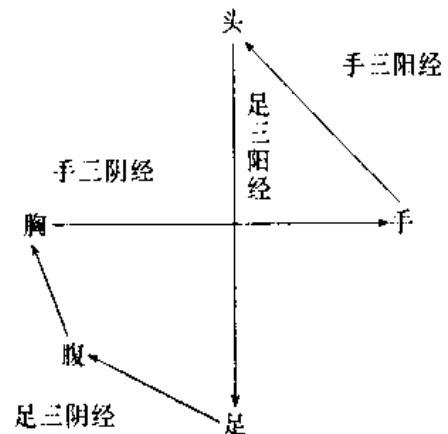


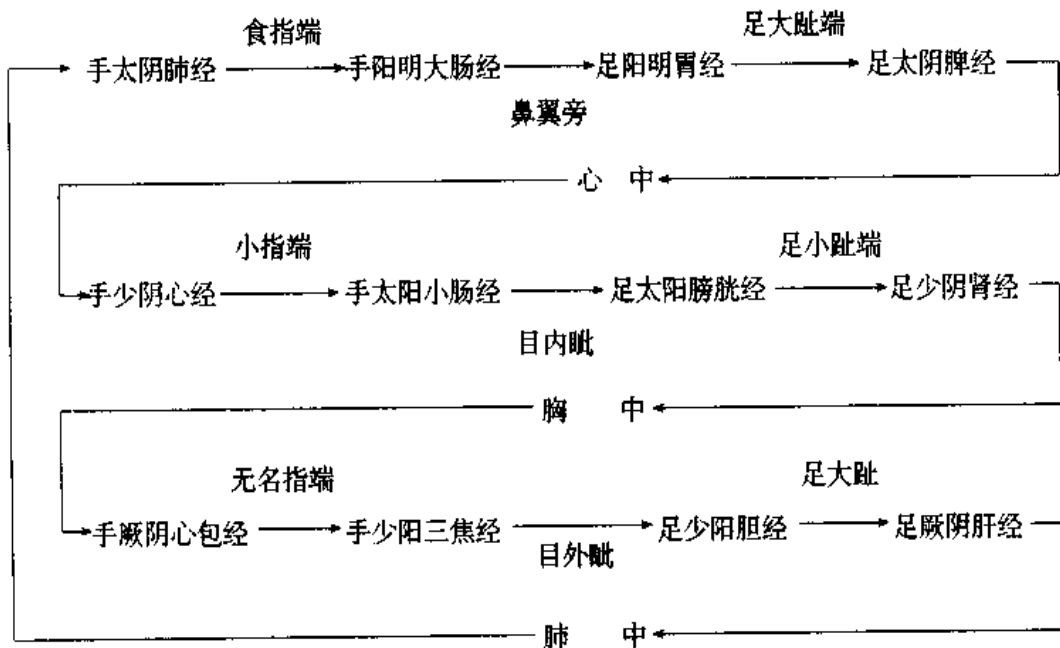
图 3-1 手足阴阳经脉走向交接规律示意图

3. 表里络属关系 手足三阴、三阳，通过经别和别络互相沟通，组合成六对“表里相合”关系。手阳明大肠经与手太阴肺经为表里；手少阳三焦经与手厥阴心包经为表里；手太阳小肠经与手少阴心经为表里；足阳明胃经与足太阴脾经为表里；足少阳胆经与足厥阴肝经为表里；足太阳膀胱经与足少阴肾经为表里。在循环路线上，凡是有表里关系的两条经脉，均在四肢末端交接，行于四肢内外两个侧面的相对位置。由于手足阴阳十二经脉存在着这种表里关系，所以在生理上是互相配合，在病理上也是互相影响的。

互为表里的阴经与阳经在体内有络属关系，即阴经属脏络腑，阳经属腑络脏。如手太阴肺经属肺络大肠，手阳明大肠经属大肠络肺；足阳明胃经属胃络脾，足太阴脾经属脾络胃；手少阴心经属心络小肠，手太阳小肠经属小肠络心；足太阳膀胱经属膀胱络肾，足少阴肾经属肾络膀胱；手少阳三焦经属三焦络心包，手厥阴心包经属心包络三焦；足少阳胆经属胆络肝，足厥阴肝经属肝络胆。十二经脉的表里络属关系，不仅由于表里的两条经脉的衔接而加强了联系，而且由于相互络属于同一脏腑，因而使相为表里的脏腑在生理功能上相互协调配合，在病理上也相互影响，如心火可下移小肠等。在治疗上亦相互为用，相为表里络属的两条经脉的俞穴可交叉使用，如脾经的穴位可用以治疗胃或胃经的疾病。

4. 流注次序 十二经脉分布在人体内外，经脉中的气血运行是循环贯注的，从手太阴肺经开始，依次传至足厥阴肝经，再传至手太阴肺经，首尾相贯，如环无端。其流注次序如表 3-3。

表 3-3 十二经脉的流注次序表



(三) 循行部位

1. 手太阴肺经

起于中焦，下络大肠，还循胃口(下口幽门，上口贲门)，通过膈肌，属肺，至喉部，横行至胸部外上方(中府穴)，出腋下，沿上肢内侧前缘下行，过肘窝入寸口上鱼际，直出拇指之端(少商穴)。

分支：从手腕的后方(列缺穴)分出，沿掌背侧走向食指桡侧端(商阳穴)，交于手阳明大肠经。见图 3-2。

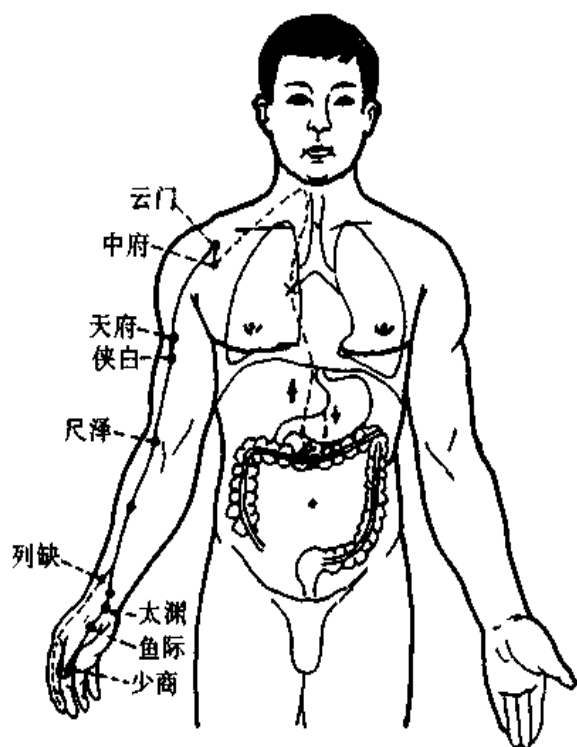


图 3-2 手太阴肺经

2. 手阳明大肠经

起于食指桡侧端（商阳穴），经过手背行于上肢外侧前缘，上肩，至肩关节前缘，向后到第七颈椎棘突下（大椎穴），再向前下行入锁骨上窝（缺盆），进入胸腔络肺，向下通过膈肌下行，属大肠。

分支：从锁骨上窝上行，经颈部至面颊，入下齿中，回出挟口两旁，左右交叉于人中，至对侧鼻翼旁（迎香穴），交于足阳明胃经。见图 3-3。

3. 足阳明胃经

起于鼻翼旁（迎香穴），挟鼻上行，左右侧交会于鼻根部，旁行入目内眦，与足太阳经相交，向下沿鼻柱外侧，入上齿中，还出，挟口两旁，环绕嘴唇，在颏唇沟承浆穴处左右相交，退回沿下颌骨后下缘到大迎穴处，沿下颌角上行过耳前，经过上关穴，沿发际，到额前。

分支：从大迎穴前方下行到人迎穴，沿喉咙向下后行至大椎穴，折向前行，入缺盆，深入体腔，下行穿过膈肌，属胃，络脾。

直行者：从缺盆出体表，沿乳中线下行，挟脐两旁（旁开二寸），下行至腹股沟处的气街穴。

分支：从胃下口幽门处分出，沿腹腔内下行到气街穴，与直行之脉会合，而后下行大腿前部外侧，至膝腘，沿下肢胫骨前缘下行至足背，入足第二趾外侧端（厉兑穴）。

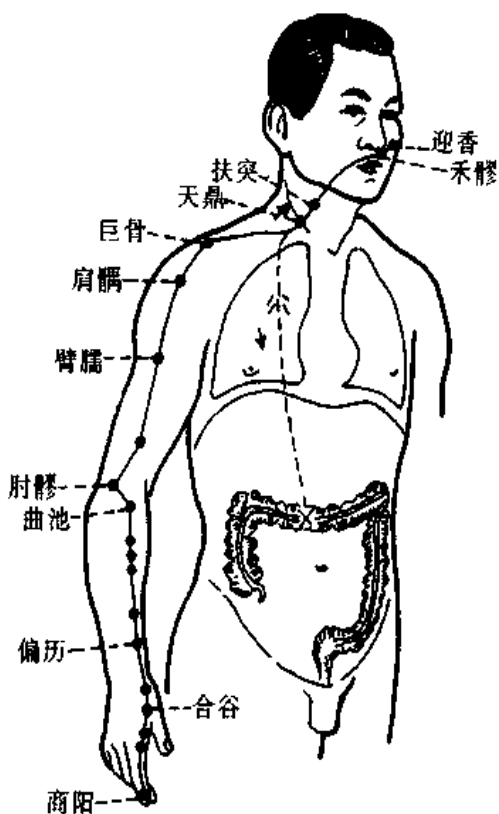


图 3-3 手阳明大肠经

分支：从膝下三寸处（足三里穴）分出，下行入中趾外侧端。

分支：从足背上的冲阳穴分出，前行入足大趾内侧端（隐白穴），交于足太阴脾经。见图 3-4。

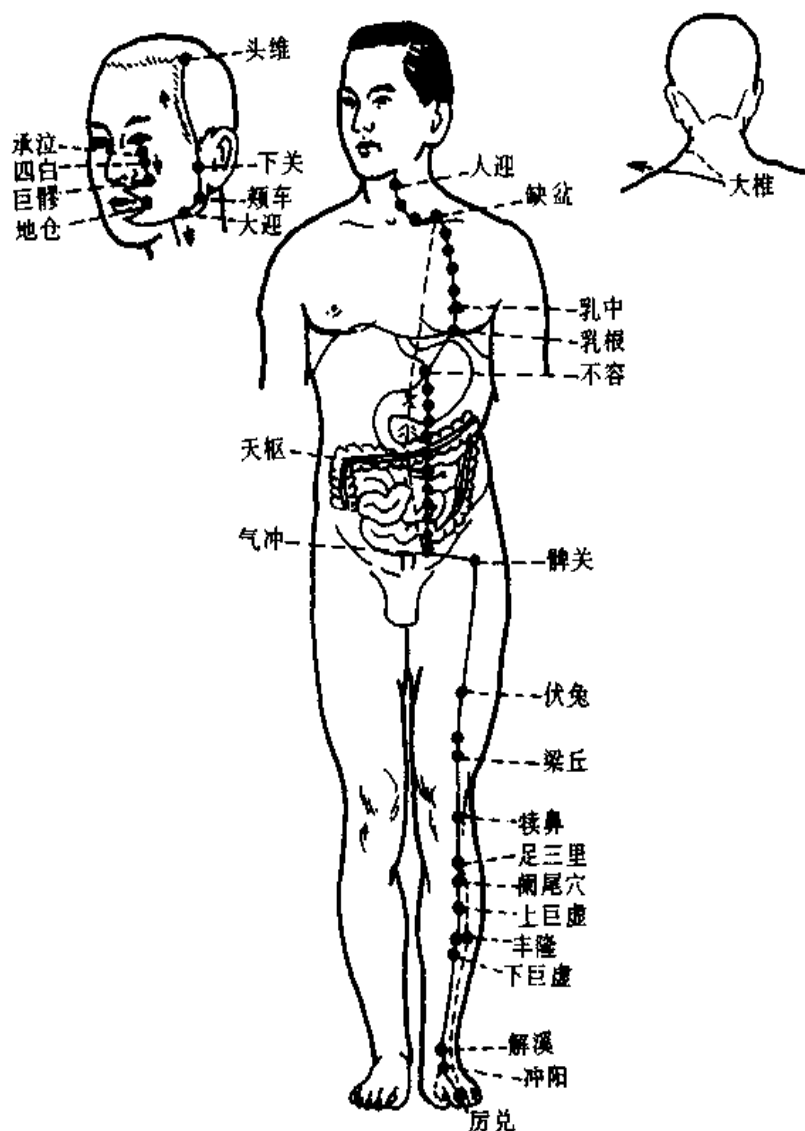


图 3-4 足阳明胃经

4. 足太阴脾经

起于足大趾内侧端（隐白穴），沿内侧赤白肉际，上行过内踝的前缘，沿小腿内侧正中线上行，在内踝上八寸处，交出足厥阴肝经之前，上行沿大腿内侧前缘，进入腹部，属脾，络胃。向上穿过膈肌，沿食道两旁，连舌本，散舌下。

分支：从胃别出，上行通过膈肌，注入心中，交于手少阴心经。见图 3-5。

5. 手少阴心经

起于心中，走出后属心系，向下穿过膈肌，络小肠。

分支：从心系分出，挟食道上行，连于目系。

直行者：从心系出来，退回上行经过肺，向下浅出腋下（极泉穴），沿上肢内侧后缘，过肘中，经掌后锐骨端，进入掌中，沿小指桡侧，出小指桡侧端（少冲穴），交于手太阳小肠经。见图 3-6。

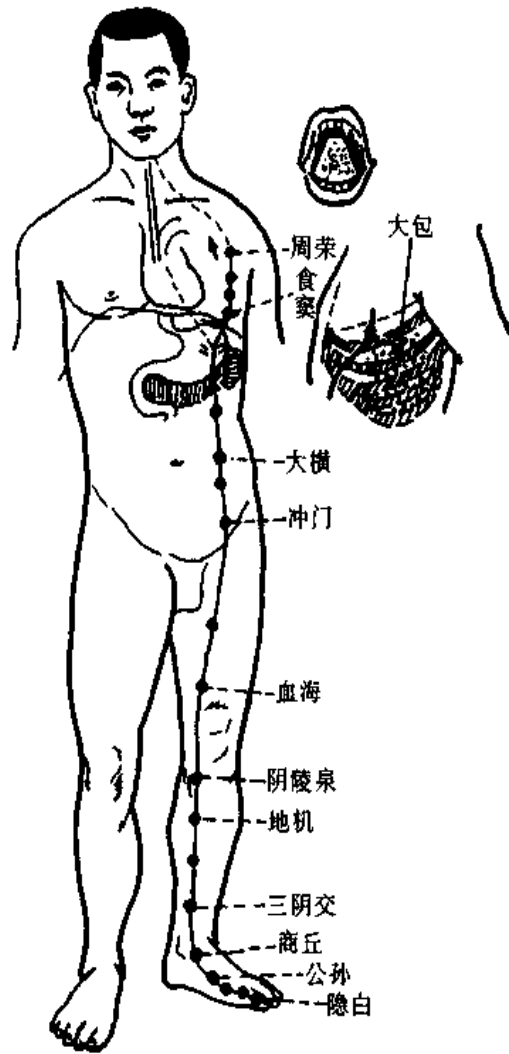


图 3-5 足太阴脾经

6. 手太阳小肠经

起于小指外侧端（少泽穴），沿手背、上肢外侧后缘，过肘部，到肩关节后面，绕肩胛部，交肩上（大椎穴），前行入缺盆，深入体腔，络心，沿食道，穿过膈肌，到达胃部，下行，属小肠。

分支：从缺盆出来，沿颈部上行到面颊，至目外眦后，退行进入耳中（听宫穴）。

分支：从面颊部分出，向上行于眼下，至目内眦（睛明穴），交于足太阳膀胱经。见图 3-7。

7. 足太阳膀胱经

起于目内眦（睛明穴），向上到达额部，左右交会于头顶部（百会穴）。

分支：从头顶部分出，到耳上角部。

直行者：从头顶部分别向后行至枕骨处，进入颅腔，络脑，回出分别下行到项部（天柱穴），下行交会于大椎穴，再分左右沿肩胛内侧，脊柱两旁（一寸五分），到达腰部（肾俞穴），进入脊柱两旁的肌肉（膂），深入体腔，络肾，属膀胱。

分支：从腰部分出，沿脊柱两旁下行，穿过臀部，从大腿后侧外缘下行至腘窝中（委中穴）。

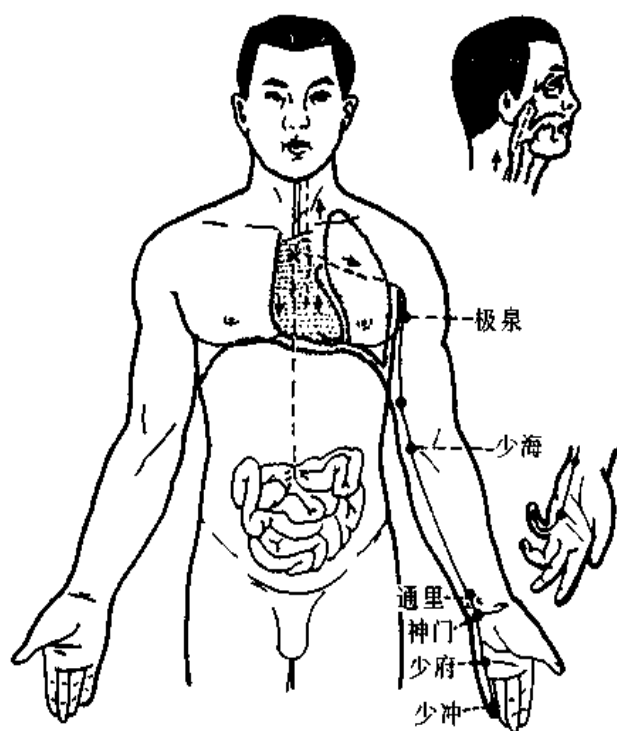


图 3-6 手少阴心经

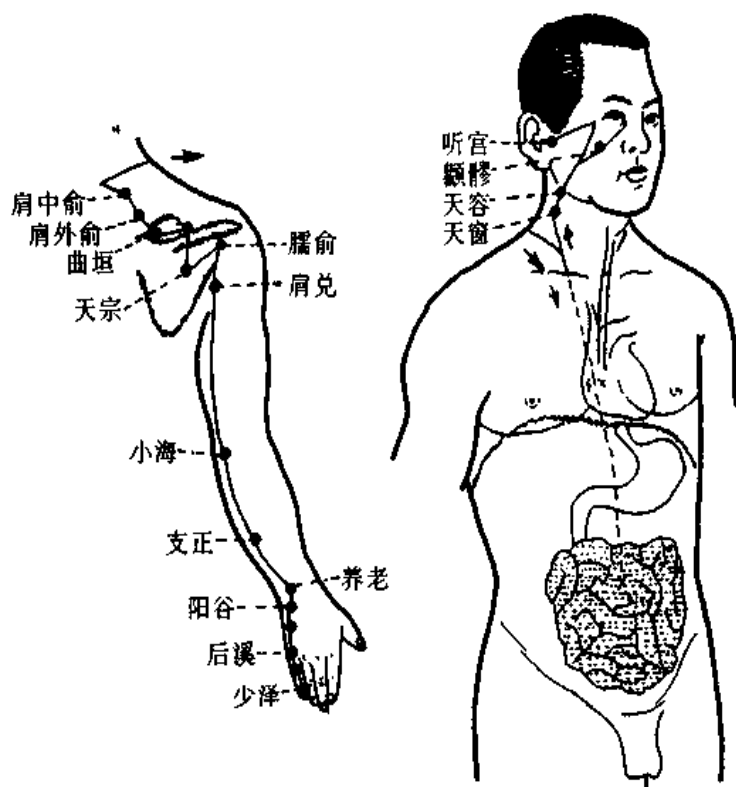


图 3-7 手太阳小肠经

分支：从项分出下行，经肩胛内侧，从附分穴挟脊（三寸）下行至髀枢，经大腿后侧至腘窝中与前一支脉会合，然后下行穿过腓肠肌，出走于足外踝后，沿足背外侧缘至小趾外侧端（至阴穴），交于足少阴肾经。见图 3-8。

8. 足少阴肾经

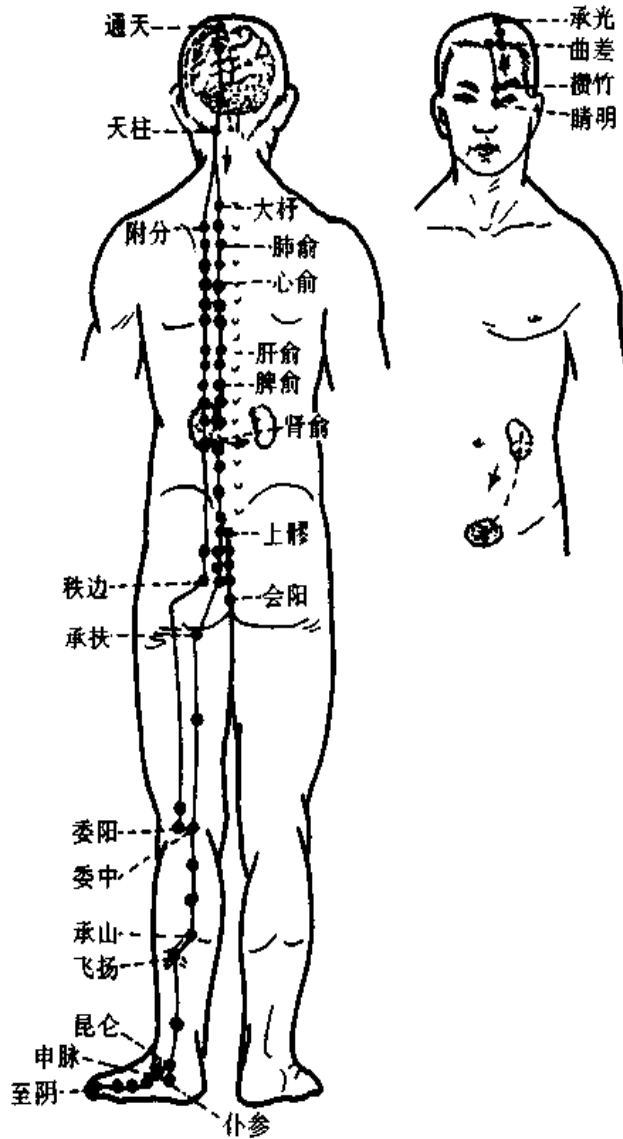


图 3-8 足太阳膀胱经

起于足小趾下，斜行于足心（涌泉穴），出行于舟骨粗隆之下，沿内踝后，分出进入足跟，向上沿小腿内侧后缘，至腓内侧，上股内侧后缘入脊内（长强穴），穿过脊柱，属肾，络膀胱。

直行者：从肾上行，穿过肝和膈肌，进入肺，沿喉咙，到舌根两旁。

分支：从肺中分出，络心，注于胸中，交于手厥阴心包经。见图 3-9。

9. 手厥阴心包经

起于胸中，出属心包络，向下穿过膈肌，依次络于上、中、下三焦。

分支：从胸中分出，沿胸浅出肋部当腋下三寸处（天池穴），向上至腋窝下，沿上肢内侧中线入肘，过腕部，入掌中（劳宫穴），沿中指桡侧，出中指桡侧端（中冲穴）。

分支：从掌中分出，沿无名指出其尺侧端（关冲穴）。交于手少阳三焦经。见图 3-10。

10. 手少阳三焦经

起于无名指尺侧端（关冲穴），向上沿无名指尺侧至手腕背面，上行尺骨、桡骨之间，通过肘尖，沿上臂外侧向上至肩部，向前行入缺盆，布于膻中，散络心包，穿过膈肌，依次

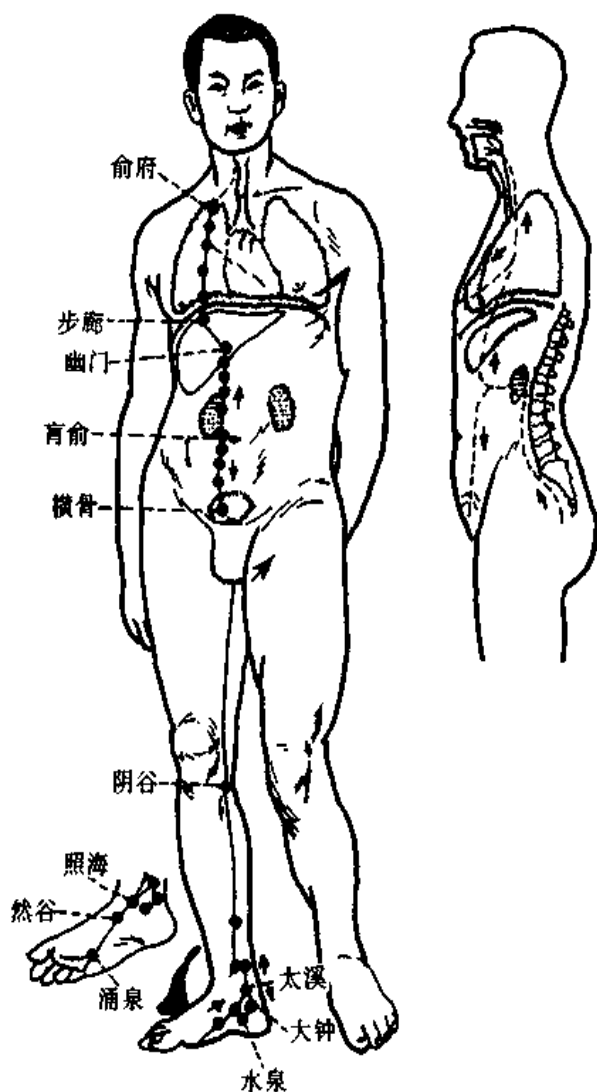


图 3-9 足少阴肾经

属上、中、下三焦。

分支：从膻中分出，上行出缺盆，至肩部，左右交会于大椎，上行到项，沿耳后（翳风穴），直上出耳上角，然后屈曲向下经面颊部至目眶下。

分支：从耳后分出，进入耳中，出走耳前，经上关穴前，在面颊部与前一分支相交，至目外眦（瞳子髎穴），交于足少阳胆经。见图 3-11。

11. 足少阳胆经

起于目外眦（瞳子髎穴），上至头角（颌厌穴）。再向下到耳后（完骨穴），再折向上行，经额部至眉上（阳白穴），又向后折至风池穴，沿颈下行至肩上，左右交会于大椎穴，前行入缺盆。

分支：从耳后进入耳中，出走于耳前，至目外眦后方。

分支：从目外眦分出，下行至大迎穴，同手少阳经分布于面颊部的支脉相合，行至目眶下，向下的经过下颌角部下行至颈部，与前脉会合于缺盆后，进入体腔，穿过膈肌，络肝，属胆，沿肋里浅出气街，绕毛际，横向至环跳穴处。

直行者：从缺盆下行至腋，沿胸侧，过季肋，下行至环跳穴处与前支会合，再向下沿大

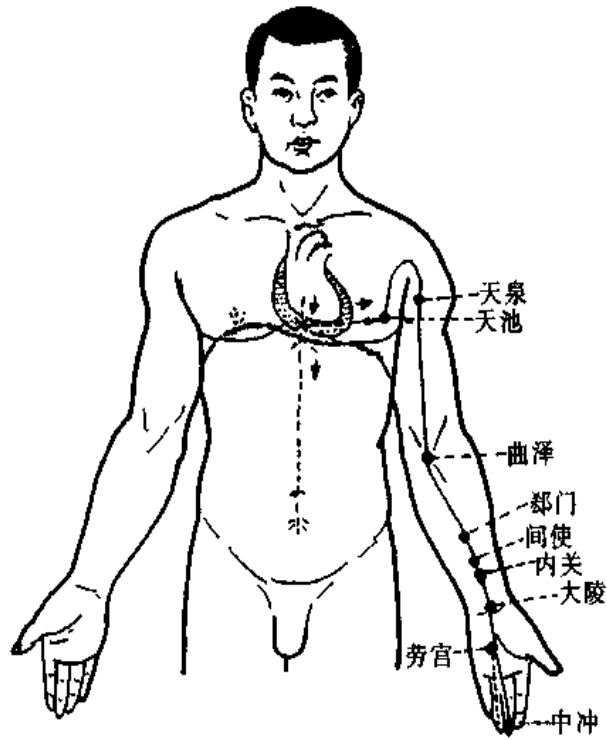


图 3-10 手厥阴心包经

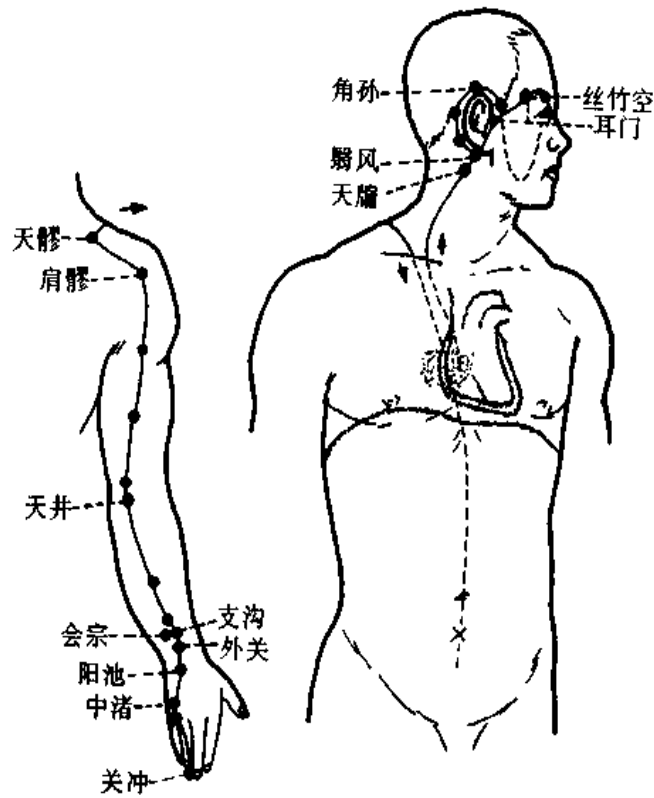


图 3-11 手少阳三焦经

腿外侧、膝关节外缘，行于腓骨前面，直下至腓骨下端，浅出外踝之前，沿足背行出于足第四趾外侧端（窍阴穴）。

分支：从足背（临泣穴）分出，前行出足大趾外侧端，折回穿过爪甲，分布于足大趾爪甲后丛毛处，交于足厥阴肝经。见图 3-12。

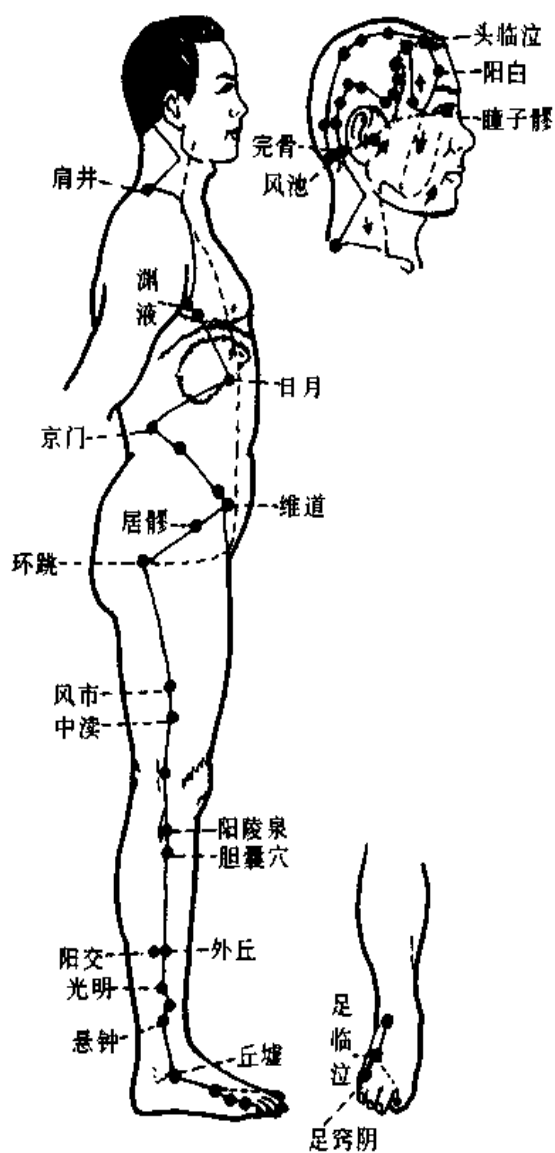


图 3-12 足少阳胆经

12. 足厥阴肝经

起于足大趾爪甲后丛毛处，向上沿足背至内踝前一寸处（中封穴），向上沿胫骨内缘，在内踝上八寸处交出足太阴脾经之后，上行过膝内侧，沿大腿内侧中线进入阴毛中，绕阴器，至小腹，挟胃两旁，属肝，络胆，向上穿过膈肌，分布于肋肋部，沿喉咙的后边，向上进入鼻咽部，上行连接目系，出于额，上行与督脉会于头顶部。

分支：从目系分出，下行于颊里，环绕在口唇的里边。

分支：从肝分出，穿过膈肌，向上注入肺，交于手太阴肺经。见图 3-13。

三、奇经八脉

奇经八脉是督脉、任脉、冲脉、带脉、阴跷脉、阳跷脉、阴维脉、阳维脉的总称。奇是奇异的意思，奇经八脉的分布和作用有异于十二正经；又因其与脏腑没有直接的相互络属，相互之间也没有表里关系，故称“奇经”。

奇经八脉纵横交叉于十二经脉之间，具有加强十二经脉之间的联系，调节十二经脉气血

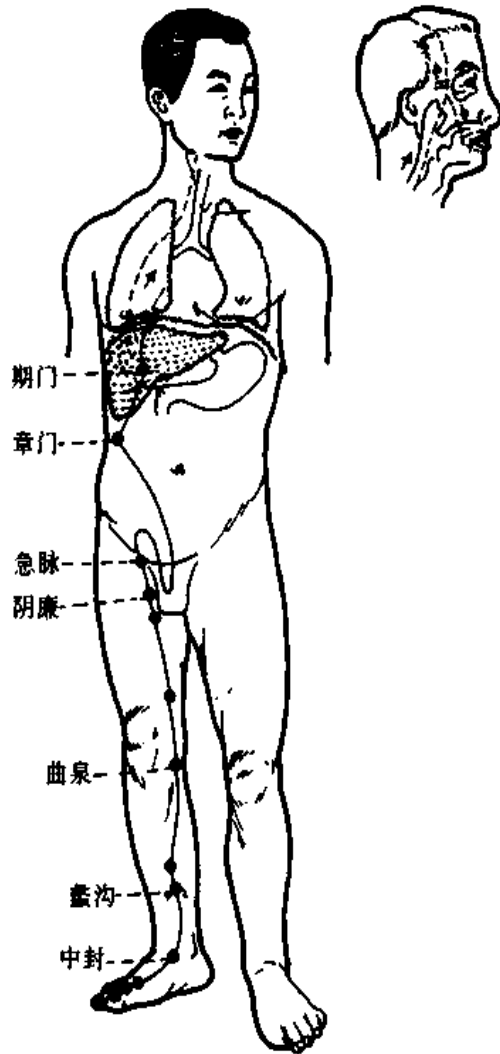


图 3-13 足厥阴肝经

的作用。凡十二经脉中气血满溢时，则流注于奇经八脉，蓄以备用；不足时，也可由奇经给予补充。奇经与肝、肾等脏及女子胞、脑、髓等奇恒之腑的关系较为密切，相互之间在生理、病理上均有一定的联系。

八脉之中，督、任、冲三脉均起于胞中，同出会阴，称为“同源三歧”。其中督脉后行于腰、背、项、头后部的正中线，上至头面，入脑，其分支贯心、络肾。在生理上能总督一身阳经，故又称“阳脉之海”，并与脑、髓、肾有密切联系。任脉起于胞中，主干沿前正中线上行至下唇，在生理上能总任一身之阴经，故又称“阴脉之海”，并与妊娠有关，故又有“任主胞胎”的说法。冲脉起于胞中挟脐而上，环绕口唇，十二经脉均来汇聚，故称为“十二经脉之海”，因冲脉与妇女月经有密切关系，故又称“血海”。由于督、任二脉各有其循行的部位和所属腧穴，故与十二正经相提并论，合称为“十四经”。

带脉起于胁下，束腰而前垂，统束纵行诸经，故有“诸脉皆属于带脉”之说，并有固护胎儿的作用。阴跷脉左右成对，起于足跟内侧，随足少阴等经上行，至目内眦与阳跷脉会合；阳跷脉左右成对，起于足跟外侧，伴足太阳等经上行，至目内眦与阴跷脉会合，沿足太阳经上额，于项后会合于足少阳经。阴阳跷脉分主一身左右的阴阳，共同调节下肢的运动和眼睑的开合功能。阴维脉左右成对，起于小腿内侧足三阴交会之处，沿下肢内侧上行，至腹

与足太阴脾经同行、到肺部与足厥阴肝经会合后，复上行挟咽与任脉相并；阳维脉左右成对，起于小腿外踝的下方，与足少阳胆经并行沿下肢外侧上行，经躯干部的外侧，上腋、颈、耳后而达额与督脉相并。阴阳维脉维络诸阴经或阳经，使阴经或阳经的功能协调。

四、经别、别络、经筋、皮部

(一) 经别

经别是从十二经脉别出的经脉。其循行特点，可用“离、合、出、入”来概括，即从十二经脉的四肢部分（多为肘、膝以上）别出，称为“离”；走入体腔脏腑深部，称为“入”；然后浅出体表，称为“出”；而上头面部，阴经的经别合入阳经的经别而分别注入六阳经脉，称为“合”。

经别主要生理功能是，具有加强十二经脉中相为表里的两经之间的内在联系和体表与体内、四肢与躯干的向心性联系的作用；并能通达经脉未循行到的器官和形体部位，以补十二经脉之不足，因而相应地扩大了经络穴位的主治范围。

(二) 别络

别络亦是经脉分出的支脉，大多分布于体表，是较大的和主要的络脉。别络有十五条，其中十二经脉与督脉、任脉各有一条别络，再加上脾之大络，合为“十五别络”。别络的主要功能是加强相为表里的两条经脉之间的联系；对全身无数细小的络脉起着主导作用和统率作用；灌渗气血以濡养全身。

(三) 经筋

十二经筋是十二经脉“结、聚、散、络”于筋肉、关节的体系，有约束骨骼，主司关节屈伸运动的作用。如《素问·痿论》所说：“宗筋主束骨而利机关也。”

(四) 皮部

皮部是指十二经脉及其所属络脉在皮表的分区，也是十二经脉之气的散布所在。十二皮部是十二经脉的功能活动反映于体表的部位，如《素问·皮部论》所说：“欲知皮部，以经脉为纪”；“凡十二经脉络脉者，皮之部也”。

五、经络的功能

(一) 经络的生理功能

经络的功能活动，称为“经气”。其生理功能主要在如下四个方面：

1. 沟通表里上下，联系脏腑器官 十二经脉及其分支纵横交错，通达上下，入里出表，相互络属于脏腑；奇经贯通联络十二正经；十二经别、经筋、皮部等联络筋脉皮肉；从而使机体五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮肉筋骨等组织器官有机的联系起来，构成一个彼此之间紧密联系的统一整体。

2. 通行气血，濡养脏腑组织 人体各个组织器官均需气血以濡养，才能维持其正常的生理活动，而气血之所以能通达全身，发挥其营养脏腑组织器官，抗御外邪，保卫机体的作用，则必须依赖于经络的传注。所以《灵枢·本脏》说：“经脉者，所以行气血而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。”

3. 调节机能平衡 经络能运行气血和协调阴阳，以维持人体内外环境的相对平衡，当

人体发生疾病时，出现气血不和及阴阳偏胜偏衰的证候，可通过针灸等治疗方法，激发经络的调节作用，以“泻其有余，补其不足，阴阳复平”（《灵枢·刺节真邪》）。

4. 感应传导作用 感应传导是指经络系统对于针刺或其它刺激的感觉传递和通导作用。针刺中的“得气”现象和“行气”现象就是经络传导感应作用的表现。

（二）经络学说的应用

1. 阐释病理变化 在正常生理状态下，经络具有运行气血和感应传导的作用，而在发生病变时，经络就成为传递病邪和反映病变的途径。《素问·缪刺论》说：“夫邪之客于形也，必先舍于皮毛，留而不去，入舍于孙脉，留而不去，入舍于络脉，留而不去，入舍于经脉，内连五脏，散于肠胃”。指出经络是外邪从皮毛腠理内传于脏腑的传变途径。由于脏腑之间通过经脉沟通联系，所以经络还可成为脏腑之间病变相互影响的途径。如肝经挟胃入肺，肝病则可侵犯肺、胃。至于相为表里的两经，更因络属关系，而使互为表里的脏和腑在病理上相互影响。如心火可循经下移于小肠，而小肠有热亦可上熏于心。经络也是脏腑与体表组织之间病变相互影响的途径，通过经络的传导，内脏的病变可以反映于体表，表现出某些特定部位的异常。如足厥阴肝经抵小腹，布胁肋，故肝气郁结，常见两胁及小腹胀痛等。

2. 指导疾病的诊断 由于经络有一定的循行部位和络属脏腑，可以反映所属脏腑的病证，因而在临床上，就可根据疾病症状出现的部位，结合经络的循行走向及所联系的脏腑，作为疾病诊断的依据。如两胁痛，多是肝胆病变；前额部疼痛，多与阳明经病有关等。此外，在经络循行的路线上，有些穴位是经气聚集之处，因此当某些穴位处有明显的压痛，或摸到有结节状、条索状的反应物，或出现某些局部皮肤的形态异常时，均有助于疾病的诊断。如肺脏有病时可在肺俞穴出现结节或中府穴有压痛；肠痈可在阑尾穴有压痛等。

3. 指导疾病的治疗 经络学说被广泛地用于临床各科的治疗。如针灸、按摩治疗，主要是对于某一经或某一脏腑的病变，在其病变的邻近部位或经络循行的远隔部位上取穴，通过针灸或按摩，以调整经络气血的功能活动，从而达到治疗目的。药物治疗也是以经络为渠道，经过经络的传递输送，使药物到达病所，发挥其治疗作用。临床可根据药物的归经，选择相应的药物。如太阳经头痛，选用羌活、藁本等，能作为他药的向导，使药物更好发挥治疗作用。此外，当前被广泛用于临床的针刺麻醉、耳针、电针、穴位埋线、穴位结扎等治疗方法，也都是在经络理论的指导下创立和发展起来的。

4. 用于疾病的预防 临床上可以用调理经络的方法预防疾病。如常灸足三里穴可强壮身体、防病；灸风门可预防感冒；常点按养老穴可美容肌肤和明目等。

第四节 生命活动的整体联系

一、脏腑之间的相互联系

人体是一个有机的整体，脏腑是这一有机整体中的重要组成部分。脏腑之间密切联系，在生理上存在着相互制约、相互依存和相互协同的联系，形成了一个非常协调的统一整体。因此在病理情况下，内脏疾病也可以发生相互影响。

（一）脏与脏之间的相互联系

1. 心与肺：心肺同居膈上。心主血，肺主气。肺气有贯心脉的作用，百脉又朝会于肺，肺心相佐，所以两者在生理上或病理上主要表现为气和血的关系。“气为血帅”，“血为气母”，实际上是气和血相互依存，相互为用的关系。若血无气的推动，则血凝而不行，成为瘀血；如气无血的运载，则气无所附，涣散消亡。因此心肺相互配合保证了气血的正常运动，以维持生命活动正常进行。在病理上肺气虚弱可致心血瘀阻；心气不足，心阳虚，致血行异常，也影响肺的宣发和肃降，而出现咳嗽、气促等症。

2. 心与脾：心主血，脾统血，脾又为气血生化之源，心脾关系密切。心与脾的关系主要表现在血液的生成和运行方面。心血靠脾气转输的水谷化生，而脾的转输功能又赖心血来滋养。脾气健，化源充足，心血充盈；心血足，脾得濡养，脾气健运；脾气旺，脾气统血，则血行脉中，而不逸出于脉外。在病理上若脾失健运，则气血生化无源，致心血不足，临床可见心悸、失眠、多梦、腹胀、食少、乏力、面色无华等症。若脾不统血而致血液妄行，也会造成心血不足。

3. 心与肝：心主血，肝藏血；心主神，肝主疏泄，调节精神情志。心与肝的关系主要表现在血液与精神情志两方面。肝藏血，心行之，心血充足，血液充盈，肝有所藏，才能充分发挥其贮藏血液和调节血量的作用。肝血充足，疏泄正常，气血疏通，有助于心主血脉。人的情志活动虽由心所主，但与肝的疏泄功能密切相关。心肝均以阳用事，情志所伤，多化火伤阴，因而在临床上心肝阴虚或心肝火旺常相互影响或同时并见。

4. 心与肾：心在五行属火，位居于上面属阳；肾在五行属水，位居下面而属阴。从阴阳、水火的升降理论来说，在下者以上升为顺，在上者以下降为和。心火必须下降于肾，与肾阳共同温煦肾阴，使肾水不寒；肾水必须上济于心，与心阴共同涵养心阳，使心火不亢。这种心肾阴阳升降的动态平衡，使心肾功能协调，称为“心肾相交”或“水火既济”。这种平衡遭到破坏时，常出现心肾不交，而见心烦失眠，心悸健忘，头晕耳鸣，腰膝酸软，遗精梦交等症。

5. 肺与脾：肺与脾的关系，主要体现在气的生成和津液代谢方面。肺吸入的清气和脾化生的水谷精气，是组成气的主要物质基础。脾能益肺生气，肺气有赖于水谷精气的不断补充，所以说：“脾为生气之源，肺为主气之枢”。肺的宣发肃降和通调水道，有助于脾的运化水液功能，从而防止内湿的产生；而脾的转输津液，散精于肺，有助于肺通调水道的功能，并为肺的生理活动，提供必要的营养。肺与脾在生理上相互为用，在病理上相互影响。如肺气虚，精气不布，可致脾气虚，可出现食少，便溏，消瘦，懒言，咳嗽等症；另一方面，“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，若脾虚不运，水湿不化，聚为痰饮，多影响肺的宣发和肃降，出现喘咳痰多等症。

6. 肺与肝：肺与肝的关系，主要表现于气机调节方面。肺主降而肝主升，二者相互协调，对调畅气机有重要作用。若肝升太过，或肺降不及，则多致气火上逆，可出现咳逆上气，甚则咯血等症。若肺失清肃，燥热内盛，可影响及肝，肝失条达，疏泄不利，可出现咳嗽，胸胁引痛，胀满，头晕，头痛，面红目赤等症。

7. 肺与肾：肺与肾的关系主要表现在水液代谢和呼吸两个方面。肺为水之上源，肾为主水之脏，肺的宣发、肃降和通调水道，有赖于肾的蒸腾气化；肾主水的功能亦赖于肺的宣降和通调水道的作用。若肺失宣降，通调失司，可损及肾脏，可出现水肿、尿少；而肾阳虚

时，气化失司，关门不利，则水泛为肿，并影响肺的宣降，可见咳逆，喘促等症。肺司呼吸需肾的纳气作用协助，肾精充足，吸入之气才能经肺的肃降下纳于肾，故有“肺为气之主，肾为气之根”的说法。肾中精气不足，摄纳无权，气浮于上；或肺气久虚，久病及肾，均可致肾不纳气，而出现气短喘促，动则加剧等症。

8. 肝与脾：肝与脾的关系主要在两脏对血液的调控及消化吸收功能的协调方面。脾主运化，肝主疏泄，脾的运化功能有赖于肝的疏泄来协助。肝的疏泄功能正常，则脾的运化功能健旺。脾健运，血液生化有源，则肝血充足。若肝失疏泄，致脾失健运，形成肝脾不和证，临床出现精神抑郁或急躁易怒，两胁胀痛，纳差，腹胀，便溏等症。

肝血有赖于脾的滋生，脾气健运，生血有源，则肝有所藏。若脾气虚弱，生血无源或脾不统血，失血过多，均可致肝血不足，而形成肝脾两虚。

9. 肝与肾：肝与肾的关系，主要表现在“精血同源”方面。肝藏血，肾藏精。精和血之间存在着相互转化关系。血的化生，有赖于肾中精气的气化；肾中精气的充盛，有赖于血的滋养，精能生血，血能化精，精血相互滋生，相互转化，称为“精血同源”，亦称“肝肾同源”。同样精血的病变相互影响，若肾精亏损，可导致肝血不足；肝血不足，可致肾精亏损。

肝主疏泄与肾主藏精之间亦存在相互制约、相反相成的关系。主要表现在女子月经来潮和男子泄精的生理功能方面，若肝主疏泄与肾主封藏的关系失调，可出现女子月经周期紊乱，经量过多或闭经；男子遗精滑泄，或阳强不泄等症。

肝肾之阴，相互资生，在病理上相互影响。如肾阴不足可致肝阴不足，阴不制阳而致肝阳上亢，称为“水不涵木”。同样，肝阴不足，也可致肾阴亏虚，而相火偏亢。若肝火太盛也可下劫肾阴，形成肾阴虚。

10. 脾与肾：脾为后天之本，肾为先天之本。后天与先天相互资生，相互促进，脾肾两者生理功能相互为用。脾之健运，化生精微，需借助于肾阳的温煦作用，故有“脾阳根于肾阳”之说。肾中精气亦有赖于水谷精微不断充养，才能充盈和成熟。在病理上，若肾阳不能温煦脾阳，可形成脾肾阳虚证，见腹部冷痛，下利清谷或五更泄泻、水肿等症。反之，脾阳久虚，亦可损及肾阳，而出现脾肾阳虚之证。

（二）腑与腑之间的相互联系

六腑是以化水谷、行津液为其生理特点。六腑之间的相互关系，主要体现于饮食物的消化吸收，津液的输布，废物的排泄等一系列过程中的相互联系和密切配合。

饮食物入胃，经胃的腐熟，初步消化，下传于小肠，同时胆排泄胆汁进入小肠，以助消化。小肠泌别清浊，清者为水谷精微和津液，经脾的运化和转输，以营养全身；浊者为剩余的水液和食物残渣，水液经肾的气化，一部分渗入膀胱，形成尿液，再经肾和膀胱的气化，排出体外；食物残渣下传大肠，经大肠吸收水液和向下传导，形成粪便，排出体外。在上述食物的消化、吸收和废物的排泄过程中，还有赖于肝的疏泄，三焦通行元气和运行水液的作用。由于六腑传化水谷，需要不断地受纳、消化、传导和排泄，虚实更替，宜通而不宜滞，所以有“六腑以通为用”、“腑病以通为补”之说。

六腑之间在病理上亦相互影响，如胃有实热，灼耗津液，可使大肠传导不利，大便燥结；大肠传导失司，亦可致胃失和降，使胃气上逆，出现暖气，恶呕。又如胆火炽盛，常可

犯胃，胃失和降，出现呕吐苦水；脾胃湿热，熏蒸肝胆，可使胆汁外溢，出现黄疸。

（三）脏与腑之间的相互联系

脏与腑的关系，实际上就是脏腑阴阳表里关系。脏属阴，腑属阳；脏为里，腑为表。一脏一腑，一阴一阳，一里一表，相互配合，其间有经络互相络属，从而构成了脏腑之间的密切联系。

1. 心与小肠：心的经脉属心络小肠，小肠的经脉属小肠络心，二者通过经脉的互相络属构成了表里关系。主要表现在病理方面，如心有实火，可移热于小肠，引起尿少、尿热赤、尿痛；小肠有实热，亦可循经上炎于心，而出现心烦、舌赤、口舌生疮。

2. 肺与大肠：肺与大肠通过经脉的相互络属，构成表里关系。肺气的肃降有助于大肠传导功能的发挥，而大肠的传导功能正常，又有助于肺气的肃降。在病理方面，若大肠实热，腑气不通，则可使肺失肃降，而见胸满，咳喘等症；若肺失肃降，津液不能下达，可见大便燥结；肺气虚弱，大肠传化无力，可出现气虚便秘，大便艰涩而不行。

3. 脾与胃：脾与胃通过经脉相互络属，构成表里关系。脾与胃，运纳协调，升降相因，燥湿相济，共同完成食物的消化吸收及其水谷精微的输布，以滋养全身，故称脾胃为“后天之本”。

脾气主升，胃气主降；脾宜升则健，胃宜降则和。脾升胃降不仅是水谷精微输布和食物残渣下行的动力，而且是人体气机上下升降的枢纽。脾为阴脏，性喜燥恶湿；胃为阳腑，性喜润恶燥。脾燥胃润的特性相互为用、相互协调方能完成运化过程。

脾与胃在病理上亦相互影响，若脾为湿困，运化失职，清气不升，可影响胃的受纳与降浊，而见纳呆、呕恶、脘腹胀满；若饮食不节，食滞胃脘，浊气不降，亦可影响脾的运化与升清，而出现腹胀，泄泻等症。

4. 肝与胆：胆附于肝，有经脉互为络属，构成表里关系。胆汁来源于肝，胆汁的贮藏和排泄，有赖于肝的疏泄；而胆汁排泄通畅，又有利于肝主疏泄功能正常发挥。因此，肝与胆生理上密切相关，病理上相互影响。肝病及胆，胆病及肝较为常见，故往往肝胆同病，如肝胆火旺、肝胆湿热等。此外，肝主谋虑，胆主决断，两者必须协调配合，才能完成正常的心理活动，可见两者是密切相关的。

5. 肾与膀胱：肾与膀胱通过经脉相互络属，构成表里关系。肾为水脏，膀胱为水腑。膀胱的贮尿和排尿功能，有赖于肾的气化和固摄作用。肾气充足，固摄有权，膀胱开合有度则小便排泄正常。肾气不足，气化失常，固摄无权，则膀胱开合失度，可见小便不利或失禁或遗尿、尿频等症。

二、气、血、津液之间的相互联系

（一）气与血之间的相互联系

气属阳，血属阴。《难经·二十二难》说：“气主煦之，血主濡之”简要地概括了气与血在功能上的区别。但气和血之间，又有相互依存、相互滋生、相互制约的密切关系，这种关系可概括为“气为血之帅，血为气之母”。

1. 气为血之帅：具体表现在下列三方面。

（1）气能生血：是指在血生成过程中，气化作用十分重要。从摄入的饮食，转化成水

谷精气；从水谷精气转化成营气和津液；从营气和津液转化成赤色的血液，均离不开气化作用。所以说，气能生血。气旺，则化生血的功能亦强；气虚，则化生血的功能亦弱，甚则可导致血虚。故在治疗血虚疾患时，常配合补气药，意在补气以生血。

(2) 气能行血：血的运行，有赖于气的推动。主要依靠心气的推动，肺气的宣发肃降，肝气的疏泄条达。因此说，气行则血行，气滞则血瘀。在病理上，如气虚推动无力，或气滞，均可形成血瘀；若气机逆乱，血行失序，可使血随气升，出现面红、目赤，甚至吐血、衄血；或使血随气陷，出现下腹坠胀，甚至下血、崩漏等。

(3) 气能摄血：是指气对血液具有固摄作用，可使血循行于脉中不外溢。气的这种功能，实际上是通过脾统血的作用来完成的。若气虚，气不摄血，可导致各种出血病证。

2. 血为气之母：具体表现在两方面。

(1) 血能载气：血是气的载体，气存于血中，赖血之运载而达全身。若血不载气，则气浮散无根，无以所归，而发生气脱。所以，大出血时，往往气随血脱。

(2) 血能养气：血为气的功能活动提供营养，使气保持充盛。若血虚时，气亦衰。

(二) 气与津液之间的相互联系

气属阳，津液属阴。气与津液的关系和气与血的关系极其相似。津液的生成、输布和排泄，有赖于气的升降出入运动和气的气化、温煦、推动和固摄作用。而气在体内的存在及其运动变化，既依附于血，也依附于津液。两者生理上密切相关，病理上相互影响。

1. 气对津液的作用：具体表现为气能生津、行津、摄津三个方面。

(1) 气能生津：气是津液生成的物质基础和动力。津液由摄入饮食物经脾胃的运化作用，通过一系列气化过程而生成。脾胃之气旺，则化生津液之力强，人体津液充足；脾胃之气虚，化生津液之力弱，则津液不足。

(2) 气能行津：是指津液的输布变化和排泄，有赖于气的推动和气化作用。由于脾气的转输，肺气的宣降，肾中精气的蒸腾气化，才能使津液输布于全身，经过代谢后的津液转为汗液和尿液排出体外，也是通过气的气化作用来完成的。所以说，气行水亦行。当气的推动和行水作用异常时，津液输布和排泄亦随之受阻，可出现水液停聚，在病理上称为“气不行水”。这是临床上行气与利水法并用的理论依据之一。

第五节 体 质

体质学说，是研究人群中不同个体的身心特性，以及这些特性对生命延续和疾病发生、发展的影响等重要内容的理论知识。由于不同个体既有如脏腑、气血等相同的形质和机能活动，又存在着在生理、心理上的特殊性，从而使机体生、老、病、死等生命过程表现出较大的差异。体质学说滥觞于《内经》，基本成熟于明清时期，它是中医学对于人体认识的一个部分，具有一定的科学意义，在养生保健和防治疾病等方面均有一定的价值。

一、个体的生理特性

人是生理与心理的统一体。古代医家认识个体特殊性，也每从生理和心理两方面着眼。前者常简称“体质”，后者常简称“气质”，两者相互影响，但体质更具有基础性的意义。

（一）体质的概念

体质的“体”，指形体、身体，可引申为躯体和生理；“质”指“特质”、“性质”。体质是指人群中的个体在其生长、发育过程中，在形态、结构、机能、代谢、对外界刺激的反应性等方面所形成的个体差异性。

在祖国医学中，有许多与“体质”一词意义类似的术语。如《灵枢·阴阳二十五人》中“五形之人”的“形”字，《素问·厥论》中“是人者质壮”的“质”字等，都含有后世所说的“体质”之义。其后，唐代《备急千金要方》所称之为“禀质”，《小儿卫生总微方论》所言之“赋禀”，明代张介宾所称的“禀赋”，赵养葵所言“气禀”，以及明清医家所称的“气体”、“形质”等，多指个体的形质和功能特性。大约至明末清初，人们逐渐接受“体质”一词，并普遍用它来表示个体的生理特性。

体质体现在病理方面，主要表现为个体对某些病因和疾病的易感性或易罹性，以及疾病传变转归中的某种倾向性。每个人都有自己的体质特点，这一特点不同程度地体现在健康和疾病过程中。可以说，体质实际上是在人群生理共性基础上，不同个体所具有的生理特殊性。

（二）影响体质的因素

由于体质特征是建立在个体不同的脏腑、气血等形质基础上的，所以凡能影响个体形质的因素均可影响到体质。

1. 先天因素 在体质形成过程中，先天因素起着关键性的作用。父母生殖之精的盈亏盛衰，决定着子代禀赋的厚薄强弱，并影响其体质。因此，它是构成不同体质的基础。

2. 年龄因素 不同的体质类型都有一个随年龄增加而逐渐成熟、定型和演变的发展变化过程，这也是中医学“恒动观念”的重要表现。年龄因素对于男性与女性的体质影响，大致经历了五个阶段。

从出生到青春期，体质逐渐趋于成熟，并基本定型于青春期末；青春期到35岁左右，女子的体质常会发生较明显的变化，此期男子的变化不很显著；35~49岁，机体处于壮年阶段，体质变化大多较为平缓；50岁上下的妇女和55~60岁左右的男子进入了更年期，因精血骤减，体质常见显著变化；更年期以后的老年阶段，男女体质日渐虚损，衰老日趋明显。

3. 性别差异 由于男女在体型、脏器结构与生理功能上均有所不同，因而体质上也存在着差异。除躯体形态和生理方面显而易见的不同之外，中医学认为男女差异主要有“男子以肾为先天”（清·费伯雄《孟河先生医案》），“男子以精为本”（清·程文囿《医述》）；“女子以肝为先天”（清·叶桂《临证指南医案》），“女子以血为主”（明·张介宾《景岳全书》）。在病理上，男性比女性对于病邪敏感，易患疾病，病变常较严重，死亡率也较高。除情志所伤外，内伤杂病的发病率也以男子为高。清·唐宗海《血证论·卷二》专列“男女异同论”一篇，对此详加论述。

4. 地理气候因素 长期生活在某一地理环境中，可因水土性质、气候特点、生活习俗等而影响体质。清·徐大椿曾指出：“人禀天地之气以生，故其气体随地不同。西北之人气深而厚，……东南之人气浮而薄”（《医学源流论》）。《素问·异法方宜论》中也曾讨论过东西南北不同地域的人所表现出的体质差异。一般而言，北方人多形体壮实，腠理致密，多见阳虚

脏寒；东南之人多体型瘦弱，腠理疏松，多阴虚湿热；滨海临湖之人，多湿多痰等。

此外，其他一些因素也影响着个体的体质。例如，饮食因素包括膳食结构和营养状况对体质的影响是明显的。疾病因素也可影响体质，临床常见大病久病之后，体质趋弱；某些慢性疾病（如肾炎、肺结核等），迁延日久，患者的体质易表现出一定的特异性；感染某些邪气，罹患某些疾病（如麻疹、天花）之后，又可使患者终身不再罹患此疾。摄养因素，适度的劳作或形体锻炼，可促使“谷气得消，血脉流通”，体质趋于强健，而过劳过逸则无益于增进体质；乐观豁达，积极投身社会活动，可通过情性对脏腑气血的有益作用，使体质趋于强壮；悲观自怜、抑郁低沉等消极情性，使心身机能处于紊乱之中可削弱体质。但饮食和自身摄养行为对体质的影响，是一个缓慢而持续的渐进过程，且因人而异，有明显的个体化倾向。

（三）体质的特点

1. 体质是个体基本生理特性的概括 体质反映着个体在形质和生理机能方面的基本特征。它是对个体一般情况下内在脏腑气血等强弱盛衰的概括。因此，辨体质是辨证的重要组成部分。

2. 体质的普遍性和复杂性 一个生理上成熟了的个体，在生命活动过程中，总会显现出自己的生理特性，因此，体质差异是普遍存在的。这种差异，在不同个体之间表现出复杂的多样性，这种多样性并非没有规律可循。体质学说的任务就是揭示其规律，并就体质作出合理的分类。

3. 体质的稳定性和可变性 成年后个体生理特性相对稳定，一般不会骤然剧变，但也存在着一定的可塑性和可变性。年龄递增、慢性疾病的病理损害，以及自身持之以恒的摄养行为等，都可影响体质。

4. 体质的连续性和可预测性 在不同个体身上，体质的存在和演变具有一定的连续性。偏于某种体质类型者，在初显端倪之后，多具有循着这类体质固有的发展演变规律缓慢地演化的趋势，从而为及早采取措施，防体质恶化于未然提供了可能。

（四）体质的构成和分类

1. 体质的构成要素 个体的体质由诸多要素所构成，其中比较重要的因素有以下几种：

（1）体型 指个体外观形状上的特征。它以躯体形态为基础，并与内部脏器结构有一定的关系。体型差异最为直观，一望便知，故备受重视。《内经》论及体质的篇章中，大多数是抓住体型特点的。

（2）脏腑 各项生理活动离不开脏腑，因此，脏腑的形态和功能特点，是构成个体体质的要素。《内经》中充分强调了这一点。

（3）精气血津液 都是维持生命活动、并决定生理特点的重要物质，故也可影响体质。津液亏耗者，易表现为“瘦削燥红质”，体内水份滞留或津液代谢迟缓者，多表现为“形胖迟呆质”，精亏则是老年体质的共性之处。

（4）生理功能 机体的防病抗病能力、新陈代谢、自我协调，以及偏盛偏衰的基本状态等，都是生理功能的表现和结果，它们都是构成体质的要素。古代医家常说的“阳体”（阳质）、“阴体”（阴质）等，大多是从生理功能的特点来认识或对体质进行分类的。

2. 体质的分类 医学史上有过不少体质分类学说。在《内经》中就有多种分类，包括根据体型分类、根据五行分类等。后世医家又有所发展，有的着重于阴阳分类，有的提出了

脏腑分类,如《临证指南医案》即有“木火质”、“肝郁质”,“脾弱质”等体质名称。这些分类各有一定的特点和实用价值。

二、个体的心理特性

中医学在注意到个体的生理差异的同时,也认识到在精神和心理方面所存在的个体差异,即心理特性。对心理特性的认识和阐发,也是体质学说的重要组成部分。

(一) 气质的概念

早在先秦时期,我国古代的贤哲和医家们就已认识到个体间所存在的心理差异。孔子就从态度、性格、情感、意志、理智等方面,对自己学生的个性特点进行了分析,并在《论语·子路》中,提出了最早分类:“不得中行而与之,必也狂狷乎,狂者进取,狷者有所不为也”;战国时的孟子、荀子等人也对这一问题有所发挥;秦汉时《内经》承继先秦传统,并结合医学实际,也对此作了阐发;西汉的《淮南子》、《论衡》等著作也都讨论了个体的心理特性问题;宋朝时理学昌兴,张载、“二程”、朱熹等专门阐述了个性问题,且用“气质”、“气质之性”来统一原先讨论此问题时混用的“性”、“禀性”、“情性”、“性情”、“气性”、“气禀”等词语。由于他们显赫的学术影响,其后的学者和医家们逐渐统一用“气质”一词来讨论心理的差异,如宋代的《妇人良方》及明代医家的著作和医案都频频使用“气质”一词,清代名医石带南在《医原》中亦言:“欲诊其人之病,须先辨其人之气质阴阳”,等等。

气质一词,是中国传统文化的固有术语,宋代张载、朱熹等都对此有过详细的阐述。概言之,它是相对于人的“天地之性”而言的,天地之性多指生而共有的本性,如饥而欲食、渴而欲饮等,它们在个体之间并无多大差异。气质,指禀受“气”后所产生的质性,故早期有气性、气禀、禀性等称谓,它是指个体出生后,随着躯体的发育、生理的成熟逐渐发展起来的心理特性,故张载在《正蒙·诚明》中指出:“形而后有气质之性”。

(二) 影响气质的因素

1. 影响气质的主要因素

(1) 禀气偏颇 指个体生理和脏腑形体的不同,可以导致气质的差异。宋代的朱熹认为,人性虽同,禀气不能无偏乘,得木气者,则恻隐之心常多,而羞恶辞逊是非之心,为其所塞而不发;得金气重者,则羞恶之心常多,而恻隐辞逊是非之心为其塞而不发。

(2) 教化作用 教化指教育和感化,包括学习知识和环境习俗潜移默化的影响。荀子曾强调认为个性主要是后天教化所促成的,他把这个过程称作“积”,含有逐渐累积、潜移默化之义。张载于《张子全书》中则指出:“为学大益,在自求变化气质”,认为学习最大的益处,在于完善自己的气质。

(3) 社会角色塑造 《内经》中关于布衣百姓与王公贵族具有不同的情性的论述,反映了社会角色塑造对于心理特性的影响。由于人们常常学习、模仿与自己处于相同地位或角色的人的行为来行事处事,久而久之,模仿发展为定势,变成了习惯而固定下来。

(4) 重大精神创伤 重大精神创伤或打击,有时可明显改变人的个性特点。《素问·疏五过论》所说的“故贵脱势”,“尝富后贫”等,都可导致个性改变,由娇纵任性、傲慢自负等变易为抑郁厌世,或自责自弃,或消沉颓废,甚至因此而引起多种较严重的病证发生。

此外,饮食居处环境,交往氛围以及疾病因素等,都可一定程度影响个体的气质特点。

2. 气质的改善 气质是心理特性的总和,不涉及人伦道德等方面,故从本质上说,气质无优劣、上下之分。但有些气质类型使人易陷入病态,有些则有利于心身健康,故从医学角度而言,就存在优化气质,改善个性的问题,这便是中医学通常所说的“养性”、“移易情性”。从《内经》开始,中医学就很注重这一问题,许多医家在这方面留下了不少专章和专著,主张可针对性地采取多种积极的方式或措施,如澄心静坐、导引吐纳、读书理义、泼墨作画、弈棋对阵、欣赏音乐、观天地山川、赏花植竹,以及各种有益的兴趣爱好等改善体质。这些措施选用适宜,且持之以恒,均有陶冶情性,优化气质之功,可增进或维护心身健康。其中,尤以音乐和书画艺术最为古人所推崇,《乐记·师乙》就认为音乐与个性有关,咏歌听乐可改善人的性格,中医学所说的五音入五脏也有类似含意。

(三) 气质的特点

1. 气质是个体心理特性的总和 它规定或影响着个体的种种心理活动和过程。例如,有些人表现出“惟未事而先意将迎,既去而尚多留恋,则无时不在喜怒忧思之境中,而此心无复有坦荡之日。”(清·费伯雄《医醇賸义》)这种情感反应特点就是人的气质所决定的。它导致这类人常常陷入情感被动局面难以自拔,易成病态。

2. 气质的普遍性和复杂性 每个人都有着自己的气质特征,因此,气质是普遍存在的。作为个体的心理特性,气质又是极其复杂的,远比体质错综,可以说有一个人,就有一种气质特征,人们通常只能根据构成气质的要素,大致地作出把握。

3. 气质的相对稳定性 通常个体气质是很难变易的,因为气质是在诸多影响气质因素天长日久作用后形成的,各种改善气质的积极措施,亦需累年数月方见效果。故宋·朱熹强调:“气质上最难救。”(《朱子语类·卷一百一》)但重大精神创伤或打击所致的个性变易,则另当别论。

4. 气质与体质的相关性 体质是气质的基础,气质是在体质形成的基础上发展而成的。两者虽分别与生理、心理有关,但相互间关系密切。一定的形质及生理特性,使个体容易表现出某种气质类型,而个性气质特征在长期的显现中,又影响着其生理特性,与体质产生互动作用。由于气质远较体质丰富复杂,故通过体质特征,只能大致地把握气质特征。在许多疾病的发生发展过程中,体质、气质所起的作用往往是综合的。

(四) 气质的构成和分类

1. 构成气质的要素

明·李中梓、绮石等医家,都比较全面地讨论过个体的气质特征。李中梓从性之“好恶”、“缓急”、“得失”、“慎疏”、有无主见、“成心”以及交际不同等方面展开讨论。他在《医宗必读》中认为:“动静各有欣厌,饮食各有爱憎,性好吉者危言见非,意多忧者慰安云伪,未信者忠告难行,善疑者深言则忌……”,这类情况属于性之好恶不同;“富者多任性而禁戒勿遵,贵者多自尊而骄恣悖理”,“贫者衣食不周……,贱者焦劳不适,怀抱可知”等,属于社会角色与地位的不同。此外,有的人心无主见,“良言甫信,谬说更新”,有的人成见顽固,“参术沾唇,惧补,心先痞塞;硝黄入口,畏攻,神即飘扬”,有的人性急,有的人性缓,有的人处事谨慎,事事小心,有的人粗疏大意,孟浪妄肆,有的人患得患失,时时深情挂牵,有的人隐藏曲情,压抑情感等,均体现出不同情感类型对气质可发生影响。明代绮石在《理虚元鉴》中也归纳了“顾私己”与“顾大体”、“不及情”与“善钟情”、“任浮沉”与

“矜志节”等不同的个性特点，以及“荡佚”、“偏僻”、“执着”、“琐屑而不坦爽”、“慈悲而不解脱”等个性类型。这些虽不是对气质构成的完整阐述，但基本反映了与临床密切相关的气质构成概况。

构成气质的要素颇为复杂，与健康、疾病关系特别密切的因素可简单概括为以下几类：

(1) 习性 魏晋时刘劭在《人物志》中将人根据习性分成强毅、柔顺、雄悍、惧慎、休动、沉静等类型，习性不同则病理倾向不同。强毅之人，“失在激许”；雄悍之人，“失在多忌”；惧慎之人，“失在多疑”，可见，这些习性均不利于身心健康。明代李中梓所说的影响疾病发展及治疗的性之缓急、未信善疑等，也属于习性之类。

(2) 内外向 内外向是就兴趣欲望等作用方向所作的区分，行为多局限于自身的为内向，喜活跃向外为的外向。明·绮石所言“顾私己”或“顾大体”，即带有某种内外向分类的色彩。《灵枢·通天》中的少阴和少阳之人，也属于比较典型的内向和外向类型。

(3) 情感类型 指情感反应的特点，如反应强度、速度、稳定性、指向性、灵活性等。清·费伯雄说的“未事而先意将迎，既去而尚多留恋”，以及某些人的喜怒无常，皆是稳定性差的表现。它如“意多忧者”、“不及情者”、“善钟情者”，也都体现着情绪指向性、灵活性方面的差异。

(4) 行为类型 指处世行事的方式及特点。《论语·子路》中的“狂”、“中”、“狷”，主要是对行为类型而言的。其中狂者肆意妄为，狷者拘谨无为，中者介于其间。

2. 气质的分类 人有着不同的心理特性，这种特性与身心健康和疾病诊治相关联。因此，很早就引起了中医学家的关注，并试图对这种复杂的特性进行分类，以便指导诊断与治疗。

《内经》中有几种相关的分类方法，如《灵枢·论勇》按勇怯将人分成“勇士”、“怯士”两类，《灵枢·寿夭刚柔》以“刚柔”为尺度，进行划分，《素问·血气形志》则根据“形志苦乐”，将人分成五种，其中尤以《灵枢·通天》的“五态之人”分类较受重视。具体而言，太阳之人多表现为阳盛体质，表现出主观、冲动、好言大事、志发于四野、任性悖理、傲慢、自负等阳刚亢烈的气质特征；少阳之人多表现为阳而少阴，好外交，不内附，轻浮易变，机敏随和，喜动而少静，做事常漫不经心，难以持久，外向等气质特征；少阴之人可见阴多阳少，有着深沉不外露，小贪而贼心，易嫉妒，做事刻板，不轻举妄动，内向等气质特征；太阴之人多见阴盛，血浊而气涩，阴阳不和，表现为贪而不仁，好内恶出，外谦内奸，多疑虑，阴柔寡断，孤僻自私，独居独行等特征；阴阳和平之人则表现为阴阳匀和，气血调顺，和悦安宁，通情达理，处事有方，待人诚恳，能自控情绪，不争强好胜等特点。

五态人分类，是古代医家在形神合一整体观指导下，基于临床直观诊治经验综合出来的，体现了中医体质学说的主要特点，并对临床诊治有一定的指导作用。然而，由于气质是个体心理特性的总和，复杂的特性以简单的阴阳多少来分类，难免挂一漏万；体质与气质的关系不是简单的对应关系，因此，上述认识又有一定的局限性，其中许多细节和机理有待进一步研究阐述。

三、体质学说的应用

(一) 指导修身养性

善摄身者，需根据各自不同的体质、气质特征，选择相应的措施和方法。

历代医家主张无论食饵调理，还是进行形体锻炼，或选择功法以强身，都应根据或兼顾体质特征。

养性则应注重气质特征。音乐是养性要法之一，先秦的《乐记》在肯定这一点的同时，更指出用音乐娱心养性，需因个体气质特征而异，其中《师乙》篇归纳说：“爱者宜歌《商》；温良而能断者宜歌《齐》；宽而静、柔而正者宜歌《颂》，广大而静、疏达而信者宜歌《大雅》；恭俭而好礼者宜歌《小雅》；正直而静，廉而谦者，宜歌《风》……”等等，其中“商”、“齐”“颂”等都是当时流行的不同乐曲，只有针对个体的气质特征，选用适宜的乐曲，才能更好地起到陶冶情性之功。

明·绮石在《理虚元鉴》中曾概括说：“荡佚者，惕之以生死；偏僻者，正之以道义；执著者，引之以酒脱；……。”这些认识体现了一个原则，即调畅情性以优化个性，需因个体的气质特征而异。

（二）指导防范疾病

这方面的意义体现在两个方面：

1. 改善体质或气质，减少易罹性 具有不同体质或气质特征的个体，常对某些疾病或致病因素有着易罹性，特别容易感受某邪，罹患某疾。如陆平一在《蜉溪医论选》中指出：“人之生也，体质各有所偏。偏于阴虚，脏腑燥热，易感温病，易受燥气；偏于阳虚，脏腑寒湿，易感寒邪，易患湿症。”这是就体质特征而言的。明·绮石指出：“人之禀赋不同，而受病亦异。顾私己者，心肝病少；顾大体者，心肝病多；不及情者，脾肺病少；善钟情者，脾肺病多；任浮沉者，肝肾病少；矜志节者，肝肾病多。”这是就气质特征而言的。例如，易发胸痹者，多属于形胖湿臃体质，应指导其及早采取化湿减肥，改变行为方式等针对性措施，以改善体质，优化气质，从而有效地防范心痹的发生发展。

2. 根据体质和气质特征防止疾病传变 体质、气质特征影响着疾病的传变与转归。晚清石芾南说：“阴虚体质，最易化燥，燥固为燥，即湿亦化为燥；阳虚体质，最易化湿，湿固为湿，即燥亦必夹湿”（《医原》），说明体质气质特征也是形成临床上同病异证的机理之一。因此，针对体质特点及时采取有效的防范或截断措施，一定程度上可以阻止或扭转疾病传变。

（三）指导诊断疾病

体质学说的临床应用，最重要的体现于指导诊断与治疗方面。

1. 体质是辨证的基础 临床上常见同一地区，同一时期，流行同种外邪，但不同的患者，常可表现出不同的证型，或为风热，或为风寒，或为湿阻，或为虚证感冒，导致这一差异的因素较多，最重要的莫过于体质特征。此外，异病同证现象的形成，也是多因体质类同。

体质是形成“证”的生理基础。辨证时既要考虑所患疾病的性质，更应注重患者的体质，以便掌握病理反应的总体特点，这也是中医学的一个特点。近代名医朱幸农曾指出：“医道之难也，难于辨证；辨证之难也，难于验体。体质验明矣，阴阳可别，虚实可分，病情之或深或浅，在脏在腑，亦可明悉，而后可以施治。”

2. 体质是论治的重要环节 体质特征参与了病与证的发生与形成过程，注重体质是论治的重要环节，并决定着治疗效果。清·徐大椿在《医学源流论》中曾言：“天下有同此一病，

而治此则效，治彼则不效，且不惟无效，而反有大害者，何也？则以病同人异也。夫七情六淫之感不殊，而受感之人各殊，或气体有强弱，质性有阴阳，……一概施治，则病情显中，而于人之气体迥乎相反，则利害亦相反矣”。

论治中注重体质与气质，大致体现在以下几个方面：

(1) 区别体质和气质特征以施治 如针对眩晕，明·虞抟强调：“人肥白而作眩者，治宜清痰降火为先，……；人黑瘦而作眩者，治宜滋阴降火为要。”《灵枢·根结》也强调：“刺布衣者深以留之，刺大人者微以徐之”。随着经验的增多，上述具体做法，有些已有所更替或修正，但这一原则却仍深受重视。

(2) 区别体质与气质，讲究方药忌宜 凡药必有一定的性味偏颇，适合于某种体质气质类型，也许就不适合其他类型，甚至不仅不适宜，误用反会有害，故选用方药尤当注意体质忌宜的重要影响。主要体现在两方面：一是注意药物性味与体质、气质特征相宜与否，如清·雷丰曾指出：“阳体中寒，辛热不宜过剂；阴质患热，寒凉不可过投。”（《时病论》）二是注意用药剂量大小，“修而肥者饮剂丰，羸而弱者受药减。”（南齐·褚登《褚氏遗书》）急躁者宜大剂取其速效，性多疑者宜平妥之剂缓求之。

(3) 善后调理，兼顾体质、气质特征 疾病初愈或趋向恢复时，中医学很注重善后调理，以促其康复，这属于治疗范畴，调理时需多方面的措施配合，包括药物、食饵、精神心理和生活习惯等，这些措施的具体选择应用，也须兼顾对象的体质、气质特征。

第四章 病因、病机

人体是一个有机整体，同时人体与自然环境也有着密切的联系。人体内环境自身以及人体与外界环境之间，维持着既对立又统一的相对动态平衡，从而保持人体正常的生命活动。当这种动态平衡因某种原因遭到破坏，而又不能立即自行调节恢复时，人体就会发生疾病。破坏人体自身及其与外界环境之间的相对平衡状态而引发疾病的原因就是病因。各种致病因素作用于人体，所引起的疾病发生、发展与变化的机理就是病机。

第一节 病因

导致疾病发生的原因，是多种多样的，诸如气候异常、疠气传染、精神刺激、饮食失宜、劳逸不当、持重挣努、跌仆金刃以及虫兽所伤等，均可导致疾病的发生。此外，在疾病过程中，原因和结果是相对的，在某一病理阶段中是结果的东西，在另一阶段中则可能成为病因。例如痰饮、瘀血等等，既是脏腑气血功能失调形成的病理产物，又能成为某些病变的致病因素。病因归纳起来主要有外感、内伤、其他致病因素以及可致病的病理产物四类。

中医病因理论认为病因具有相对性的特点。一是不少致病因素的致病与非致病具有相对性。例如，风寒暑湿燥火六气、喜怒忧思悲恐惊七情以及饮食劳逸，在正常情况下分别是自然界正常的气候变化、人体的正常情志反映以及人体的正常生理需要，它们并不导致人体发病。然而，在异常的情况下就会成为致病因素使人发病。二是病理产物与病因具有相对性。如痰饮、瘀血，是在疾病发展过程中某一阶段的病理产物，然而随着疾病的继续发展，到达另一阶段，则又可成为新的致病因素，引起新的病理改变而表现为其他不同的病证。

认识病因，除了解可能作为致病因素的客观条件外，主要是以病证的发生经过及其临床表现为依据，通过分析疾病与证候的症状、体征来推求病因，为治疗用药提供依据，这种方法称为“辨证求因”。所以，中医学的病因学，不但研究病因的性质和致病特点，同时也探讨各种致病因素所致的病证的临床表现，以便更好地指导临床诊断和治疗。

一、外感致病因素

外感致病因素是指来源于自然界，多从肌表口鼻侵入人体而发病的病因，包括六淫、疠气。

(一) 六淫

1. 概述

六淫，即风、暑、湿、燥、寒、火六种外感病邪的统称。风、暑、湿、燥、寒、火在正常的情况下，称为“六气”，是自然界六种正常的气候变化。“六气”是万物生长的条件，对

于人体是无害的。人们在生活中，不但体验认识到六气变化特点，而且通过自身的调节机制产生了一定的适应能力，从而使人体的生理活动与六气的变化规律相适应，所以六气一般不会使人生病。当气候变化异常，超过了一定的限度，如六气的太过或不及（时未至而气先至，为气太过，如春末早现暑热之气象；时已至而气未至，为气不及，如春初仍见冬寒之气象）而出现非其时而有其气，以及气候变化过于急躁（如暴冷、暴热、急风、骤雨等）都会使机体不能与之相适应，导致疾病的发生。这种情况下的六气，便称为“六淫”。淫，谓水满而外溢，故有太过、浸淫之意。此外，还应注意六淫的相对性，亦即当气候变化基本正常时，也会有人因其正气不足，适应能力低下而得病。此时，对患病机体来说正常的六气变化也属于六淫的范畴。六淫是不正之气，所以又称其为“六邪”。

六淫致病，一般具有下列共同的特点：

(1) 外感性：六淫邪气多从肌表、或口鼻、或同时从这两个途径侵犯人体而发病，故又有“外感六淫”之称。六淫所致疾病，又称为外感病。

(2) 季节性：六淫致病常有明显的季节性。如春季多风病，夏季多暑病，长夏多湿病，秋季多燥病，冬季多寒病等。

(3) 地区性：六淫致病常与生活地区和环境密切相关，如西北高原地区多寒病、燥病；东南沿海地区多湿病、温病。久居潮湿环境多湿邪为病，高温环境作业者又常因燥热或火邪致病等。

(4) 相兼性：六淫邪气既可单独侵袭人体而致病，又可两种以上兼挟同时侵犯人体而致病，如风寒感冒、风热感冒、湿热泄泻、风寒湿痹等等。

此外，临床上还有某些并非因为六淫之邪外感，而是由于脏腑气血功能失调所产生的化风、化寒、化湿、化燥、化热、化火等病理反映，因其临床表现虽与风、寒、湿、燥、火的致病特点和病证相类似，但其不是外来之邪，而是内生之邪，故称为“内生五邪”，不属于六淫的范围。

2. 六淫的性质和致病特点

(1) 风邪

风是春季的主气，但四季皆有风，故风邪引起的疾病虽以春季为多，但不限于春季，其他季节也可发生。风邪多从皮肤肌腠侵袭人体，从而产生外风病证。风邪是外感发病的一种较为重要和广泛的致病因素。

风邪的性质及致病特点：

①风为阳邪，其性开泄，易袭阳位：风邪具有轻扬、升发、向上、向外的特性，故属于阳邪。其性开泄是指风邪侵犯人体易使腠理疏泄而开张。正因其具有轻扬、升发、向上、向外的特性，所以风邪常易侵袭头面、肌表、肩背等属于阳的部位。临床常见头痛、身背项疼、鼻塞咽痒、汗出恶风等症状。

②风性善行而数变：“善行”是指风邪致病具有行无定处、病位游移的特性。如风寒湿三邪共同侵袭人体关节经络而引起的“痹病”，若以游走性关节疼痛，痛无定处为主要表现的，便属于风邪偏盛，故又称之为“行痹”或“风痹”。“数变”是指风邪致病急、变化快的特点。如风疹块就有起病急骤、迅即波及它处，或此起彼伏、发无定处的特点。同时，由风邪为先导的疾病，一般都有发病急、传变快的特点，如小儿风水病，短时间内发生头面一身

悉肿。

③风为百病之长：长者，首领之意也。风为百病之长是指风邪为六淫病邪的首要致病因素，其余寒、暑、湿、燥、火诸邪多依附于风邪侵犯人体致病，如外感风寒、风热、风湿、风燥等。正如《临证指南医案》说：“盖六气之中，惟风能全兼五气，如兼寒则曰风寒，兼暑则曰暑风，兼湿曰风湿，兼燥曰风燥，兼火曰风火。盖因风能鼓荡此五气而伤人，故曰百病之长。”由此可见，风邪常为外邪致病的先导。

(2) 暑邪

暑为夏季的主气。暑乃火热所化，但暑邪的界定却有明显的季节性，如《素问·热论》所说：“先夏至日者为病温，后夏至日者为病暑。”说明温、热、火、暑是同一类型的病邪，它们的区别只在于程度与季节上的不同，发生在夏至之前的是由温邪所致的温病；发生在夏至以后，立秋之前的，才是暑邪所致的暑病。基于以上原因，暑邪只有外感而没有内生。这与六淫中的其余五个邪气又有所不同。

暑邪的性质和致病特点：

①暑为阳邪，其性炎热：暑为夏季火热之气所化，火热属阳，故暑属阳邪。由于夏季气候炎热，故暑邪与其他季节的温热邪气相比，还有其独特的炎热之性，即比其他季节的火热之邪更为炽盛。因此，暑邪侵犯人体迅即出现壮热、面赤、目红、心烦、脉象洪数盛大等一派热势弛张上炎的症状。

②暑性升散，易耗气伤津：暑为阳邪，阳性升散，而暑为阳热之甚，故暑邪侵犯人体，最易导致腠理开泄、汗出津津。汗出过多，一方面耗伤津液，另一方面在大量出汗的同时气随津泄而耗气；严重者，大汗淋漓以致气随津脱。故暑病患者，临床上除见大汗出、口渴喜饮、小便黄赤短少等伤津表现之外，还可见到气短乏力、甚至突然昏倒、不省人事等耗气或气脱的症状。

③暑多挟湿：暑季除气候炎热外，常多雨而潮湿，热蒸湿动，暑热湿气弥漫空间，故暑邪为病，常兼挟湿邪以侵犯人体。其临床特征是，除发热、烦渴等暑热症状之外，常兼见四肢困重，胸闷呕吐，大便溏泄而不爽等湿阻症状。

(3) 湿邪

湿为长夏主气。长夏乃夏秋之交，此时阳热下降，水气上腾，交互熏蒸弥漫，湿气充斥，为一年之中湿气最盛的季节，故长夏多湿病。此外，居处潮湿或从事水中作业等均可招致湿邪而致病。

湿邪的性质和致病特点：

①湿为阴邪，易阻遏气机，损伤阳气：湿性重浊而类水，故为阴邪。湿邪侵犯人体，留滞于脏腑经络，最易阻遏气机，使气机升降失常，常出现胸闷脘痞，小便短涩，大便不爽等症。由于湿为阴邪，阴胜则阳病，故湿邪入侵，亦容易损伤人体的阳气。五脏之中脾为运化水液的主要脏器，性喜燥而恶湿，故湿邪外感，留滞体内，常先困脾，使脾阳不振，运化无权，出现泄泻、尿少、水肿等症状。

②湿性重浊：“重”，即沉重或重着之意。是指感受湿邪而发病，其临床症状常具有沉重或重着感的特点。如湿邪袭表，可见周身困重、四肢酸懒沉重、头重如束布帛；湿邪留滞经络关节，则见关节疼痛重着，故痹病之中湿邪偏盛所致的“湿痹”又称为“着痹”。“浊”，

即混浊或秽浊之意。是指湿邪致病，常出现分泌物、排泄物秽浊不清的临床症状。如面垢眵多、大便溏泄、下利粘液脓血、小便浑浊、妇女带下白浊、湿疹溃烂流水等等。

③湿性粘滞：“粘”，即粘腻；“滞”，即停滞。湿性粘滞是指湿邪致病具有粘腻停滞的特点，这一特点主要表现在两个方面。一是湿病症状的粘滞性，如湿留大肠，则见大便粘腻不爽或里急后重、大便脓血；湿阻膀胱，则见小便涩滞不畅，或小便频急量少涩痛；湿浊内盛，舌苔多见粘腻。二是湿病病程的缠绵性，如湿痹、湿疹、湿温等病，均有反复发作，或时起时伏，病程较长，缠绵难愈的特点。

④湿性趋下，易袭阴位：湿性属水，水性下行，故湿邪有下趋的特性。湿邪致病每易伤及人体下部。例如，湿邪所致的水肿多以下肢较为明显。此外，淋病、尿浊、带下、泄泻、痢疾等疾病，多由湿邪下注所致。

(4) 燥邪

燥为秋季的主气。秋天气象肃杀收敛，风劲物燥，此时燥邪最易从口鼻皮毛而入，侵犯肺卫而产生外燥病证。燥邪侵袭所致外燥病证，由于相兼的寒热邪气不一，又有温燥、凉燥之分。初秋有夏热之余气，秋阳以曝，燥与温热相合侵犯人体，则发为温燥病证；深秋有近冬之寒气，西风肃杀，燥与寒凉相合侵犯人体，则发为凉燥病证。

燥邪的性质和致病特点：

①燥性干涩，易伤津液：燥为干涩之病邪，且易伤阴津，故燥性属阳。燥邪为病，虽有温燥、凉燥之分，但只不过是所兼邪气属性有所不同，并不影响燥邪自身特性。燥邪性质干燥涩滞，侵犯人体，最易损伤人体津液，造成各种津液亏虚、干燥涩滞不利的症状。例如，口鼻干燥、唇干焦裂、咽干口渴、皮肤干涩甚则皴裂、毛发不荣、小便短少、大便干结等。

②燥易伤肺：肺为娇脏，喜润而恶燥。肺外合皮毛，开窍于鼻，司呼吸而与外界大气相通。燥邪伤人，必从口鼻皮毛而入，故最易伤肺。燥邪犯肺，耗伤肺津，使宣发肃降失司，甚则伤及肺络，而出现干咳少痰，或痰粘难咯，或喘息胸痛，痰中带血的症状。

(5) 寒邪

寒是冬季的主气。在气温较低的冬季，或由于气温骤降，人体不注意防寒保暖，常易感受寒邪而形成外寒病证。此外，骤然淋雨涉水、汗出当风或贪凉露宿，亦常为感受寒邪的途径。寒邪为病依其侵犯的部位深浅不同而有伤寒、中寒之别。寒邪伤于肌表，阻遏卫阳，称为“伤寒”；寒邪直中于里，伤及脏腑阳气，则为“中寒”。

寒邪的性质及致病特点：

①寒为阴邪，易伤阳气：寒为阴气盛的表现，其性属阴，故寒邪属于阴邪。人体的阳气本可以制约阴寒，但阴寒之邪偏盛，则人体的阳气不仅不足以驱除阴寒之邪，反被阴寒之邪所伤，故寒邪侵袭，最易损伤人体阳气。例如，寒邪伤表，卫阳被郁遏，就会出现恶寒；寒邪直中太阴，损伤脾阳，则见脘腹冷痛、呕吐、腹泻等症；寒邪直中少阴，心肾之阳受损，则可见恶寒蜷卧、手足厥冷、下利清谷、小便清长、精神萎靡、脉微细等症。

②寒性凝滞：“凝滞”即凝结，阻滞不通之意。人体气血津液之所以能运行不息、通畅无阻，全赖一身阳气的温煦推动。一旦寒邪侵犯人体，阳气受损，往往会使经脉气血凝结，阻滞不通，不通则痛，从而出现各种疼痛的症状。例如，寒邪袭表之太阳伤寒证，可见头项强痛、骨节疼痛；痹病中的寒痹，因感寒邪偏盛，故以关节疼痛剧烈为主要表现而又称为“痛

痹”；寒邪直中，则可见脘腹冷痛，甚或绞痛症状。因此，有人把寒性凝滞和主痛联系起来，合称为寒性凝滞主痛。

③寒性收引：“收引”即收缩牵引的意思。寒性收引是指寒邪侵袭人体，具有使气机收敛，腠理、经络、筋脉收缩而挛急的致病特点。如临床上，寒邪侵袭肌表，可使腠理闭塞，卫阳被遏不得宣泄，而见无汗、恶寒发热；寒邪犯血脉，则血脉挛缩、气血凝滞，而见脉紧、头身疼痛；寒邪犯经络关节，则经脉收缩拘挛，而见肢体屈伸不利，冷厥不仁；寒入厥阴肝脉，可见少腹拘急不仁。

(6) 热(火)邪

热旺于夏季，在气温较高的夏季，或其他季节由于气温骤升，人体不注意适时调理、通风降温，每易感受热邪而形成外热病证。

温、热、火三者属于同一性质的病邪，均为阳盛所化，故常混称为温热之邪、火热之邪。但三者之间却有程度上的不同，一般认为热为温之渐，火为热之极。就致病邪气而论，有认为热邪多指外邪属六淫之一，如风热、燥热、湿热、暑热之类病邪；而火邪则多指内生，属“内生五邪”，如心火、肝火、痰火等。

热邪的性质及致病特点：

①热为阳邪，其性炎上：热性燔灼焚焰，升腾上炎，故属阳邪。热邪伤人，多见壮热、恶热、烦渴、汗出、脉洪数等阳热症状。其性炎上，是指热邪除具有燔灼的特点之外，还有向上升腾的特性，故热邪侵犯人体其症状亦常出现于人体上部。例如，风热上壅可见头痛、耳鸣、咽喉红肿疼痛，阳明热盛可见齿衄、牙龈红肿疼痛或唇口糜烂等症。

②热易扰心神：热邪与暑邪一样，在五行中属火，五脏中心脏亦属火；热邪阳热躁动，与心相应，故热邪入于营血，尤易扰动心神。轻者，心神不宁而心烦躁动、惊悸失眠；重者，神失舍守而狂躁不安、神昏谵语。

③热易耗气伤津：热邪侵袭人体，一方面迫津外泄，使津液化汗而从外丢失；另一方面消灼煎熬阴津，使之暗耗于内，故热邪最易耗伤人体阴津。因此，火热邪气致病，临床表现除热象显著外，往往伴有口渴引饮、咽干舌燥、小便短赤、大便秘结等津伤液耗的症状。同时，阳热亢盛的火热邪气，最能损耗人体的元气，加之热邪迫津外泄，往往气随津泄，使气更伤，故临床上常兼见体倦乏力、少气懒言等气虚的症状，严重者甚至出现气脱亡阳危象。

④热易生风动血：热邪易生风、动血，是指其侵犯人体，易于引起肝风内动和血液妄行的病证。热邪侵袭人体，往往燔灼肝经，劫耗阴液，使筋脉失其滋养濡润，加之肝阳受热邪鼓动而亢奋不羁，而致肝风内动，因其由热甚引起，故又称“热极生风”。临床表现为壮热、神昏谵语、四肢抽搐、两目上视、颈项强直、角弓反张等。另外，热邪侵犯人体，可加速血行，扩张血脉，灼伤脉络，甚或迫血妄行，从而导致各种出血病证。如吐血、咳血、衄血、便血、尿血、皮肤斑疹或丹痧及妇女月经过多、崩漏等。

⑤热易致肿疡：热邪侵犯人体血分，可壅迫聚集于局部，腐蚀血肉发为痈肿疮疡。故《灵枢·痈疽》说：“大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓，……故命曰痈。”临床辨证，即以疮疡红肿热痛，溃破流脓血者，为属阳属热。

(二) 疔气

1. 概述

疠气，是一类具有强烈传染性的病邪。疠气又称为“疫气”、“毒气”、“时气”、“杂气”、“异气”、“戾气”、“乖戾之气”等。疠气引起的一类疾病，总称为“疫疔”、“疫病”、“瘟病”、或“瘟（温）疫病”。疠气与六淫不同。如《温疫论》指出：“夫温疫之为病，非风、非寒、非暑、非湿，乃天地间别有一种异气所感。”可见疠气是有别于六淫，而具有强烈传染性的外邪。

疠气的传播途径，前人亦认识到主要是通过空气传染，多从口鼻侵入人体致病，如《温疫论·原病》所说：“疫者，感天地之疠气，……此气之来，无论老少强弱，触之者即病，邪从口鼻而入。”此外，疠气也可随饮食、接触、蚊虫叮咬及其他途径侵入而致病。

2. 疠气的致病特点

(1) 传染性强，易于流行：疠气可通过空气、食物、接触等途径在人群中传播，故具有强烈的传染性，易于引起流行。《诸病源候论·卷十》明确指出疠气对人类的严重危害，“人感乖戾之气而生病，则病气转相染易，乃至灭门”。

(2) 发病急骤，病情危重：一般来说六淫致病比内伤杂病发病急，而疠气发病则比六淫致病更为急重。如小儿疫毒痢，发病急骤，来势凶猛，病情危笃。严重者若抢救不及时，每可于发病后一天内死亡。

(3) 一气一病，症状相似：疠气致病极为专一，一种疠气只导致一种疫病。疠气不似六淫、痰饮、瘀血等其他病邪那样一种邪气可能导致多种疾病的发生。例如，风邪除引起常见的“伤风”之外，还可因邪袭的部位不同、入侵途径的差异，而引起“风痹”、“风疹”等具有各自不同症状表现的多种疾病。相反，当某一种疠气流行时，其临床症状基本一致，故《素问遗篇·刺法论》说：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。”

3. 影响疫病发生与流行的因素

疫病的致病原因是疠气，但引起疫病的发生与流行，除与人群正气强弱有关之外，也与下列因素密切相关。

(1) 气候因素：自然气候严重或持久的反常变化，如久旱、酷热、水涝、湿雾瘴气等，均可助长疠气滋生传播而导致疫病的流行。

(2) 环境和饮食因素：环境卫生不良，如水源、空气污染易滋生疠气，食物污染、饮食不当也易引起疫病的发生与流行。

(3) 预防措施因素：预防隔离是防止疫病发生、控制其流行蔓延的有效措施。不注意做好预防隔离工作，会导致疫病发生与流行。

(4) 社会因素：社会因素对疠气的发生与疫病的流行也有一定的影响。若战乱不停，社会动荡不安，国家贫穷落后，人们工作环境恶劣，生活极度贫困，抗御自然灾害能力低下，均可致疠气肆虐而疫病不断发生和流行。

二、内伤致病因素

内伤致病因素是指因人的情志活动或生活作息、起居饮食有违常度，直接伤及脏腑气血而发病的病因。内伤病因包括七情、过劳、过逸、饮食失宜等。

(一) 七情

1. 概述

七情是指人的喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志变化，是机体的精神状态。七情是人体对客观事物和现象所作出的七种不同的情志反映，在正常的情况下，一般不会使人发病。只有突然、强烈或长期持久的情志刺激，超过了人体自身生理活动的调节范围与耐受力，使人体气机紊乱，脏腑阴阳气血失调，才会导致疾病的发生。由于七情致病是直接影响有关内脏的阴阳气血而发病，病自内生，因而又称为“内伤七情”。

2. 七情与脏腑气血的关系

人体的情志活动与脏腑气血的功能活动有密切的关系。《素问·阴阳应象大论》说：“人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐”，可见情志活动的物质基础是五脏之精气津血。进而又指出不同的情志活动与五脏有其相对应的规律，这就是：心“在志为喜”，肝“在志为怒”，脾“在志为思”，肺“在志为忧”，肾“在志为恐”。故又把“喜怒思忧恐”，简称为“五志”而分属于五脏。不同的情志变化对各脏腑功能活动有不同的影响；反之，脏腑气血的变化，也会影响情志的变化。如《素问·调经论》说：“血有余则怒，不足则恐”；《灵枢·本神》又说：“肝气虚则恐，实则怒；心气虚则悲，实则笑不休”。可见七情与脏腑气血有着非常密切的关系。

3. 七情的致病特点

七情致病不同于六淫、疠气等外感致病因素。外感病因侵袭人体，从皮肤及口鼻而入，发病之初多见表证；而七情内伤，则直接影响相应的内脏，使脏腑气机逆乱，气血失调，导致种种病变的发生。概括起来，具有以下特点：

(1) 直接伤及内脏：由于五脏与情志活动有相对应的密切关系，故不同的情志刺激，可损伤相应的脏腑，如《素问·阴阳应象大论》说：“怒伤肝”、“喜伤心”、“思伤脾”、“忧伤肺”、“恐伤肾”。当然临床上并非绝对如此，因为人体是一个以五脏为中心的有机整体，而心脏则是人体生命活动的主宰，既主宰人的生理活动，也主宰人的心理活动，包括情志活动，所以各种情志刺激都与心脏密切关联。七情刺激均可损及心脏，然后通过影响波及其他脏腑引发疾病，所以心在七情致病中起着主导作用。

同时，情志活动以脏腑气血为物质基础，而心主血藏神，为生命活动主宰；肝藏血主疏泄，调畅情志；脾乃后天之本，主运化而为气血生化之源，所以临床上情志所伤的病证，以心、肝、脾三脏气血失调为多见。例如，过喜、惊吓、思虑劳神均可伤心，而致心神不宁，出现心悸、失眠、健忘，甚则精神失常等症。郁怒伤肝，肝气郁结，则见两胁胀痛、善太息，或咽中如有物梗阻等症；或气滞血瘀，而见胁痛、妇女经痛、经闭、癥瘕、积聚等病证；若肝气上逆，可见呕血、面红目赤、晕厥等症。思虑忧愁伤脾，脾失健运则可见食欲不振，脘腹胀满，大便溏泄等症。若思虑劳神同时损伤心脾，则可导致心脾气血两虚，而同时出现上述心神不宁及脾失健运诸症。

(2) 影响脏腑气机：七情对内脏的直接损伤，主要是通过影响脏腑气机，导致气血运行紊乱而致。《素问·举痛论》说：“怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，……惊则气乱，……思则气结。”

①怒则气上：是指过度愤怒，可影响肝的疏泄功能，而使肝气上逆，血随气逆，并走于上。临床上常可见头胀头痛，面红目赤，或呕血，甚则昏厥卒倒。

②喜则气缓：“气缓”包括缓和紧张情绪和使心气涣散两个方面。正常情况下，喜能缓和

精神紧张，使心情舒畅，血脉通利。但暴喜过度，又可使心气涣散不收，神不守舍，出现精神不集中，甚则失神狂乱等症。

③悲则气消：是指过度悲忧会损伤肺气，使肺气消耗、意志消沉，从而出现气短声低、倦怠乏力、精神萎靡不振等症。

④恐则气下：是指恐惧过度，可使肾气不固，气泄于下，临床出现溺频溲多，或二便失禁，甚至面白、昏厥、遗精等症。

⑤惊则气乱：是指突然受惊吓，损伤心气，导致心气紊乱，心无所倚，神无所归，虑无所定，临床出现心悸、惊慌失措等症。

⑥思则气结：是指思虑过度，伤神损脾导致气机郁结，脾的运化无力而结滞，临床出现食欲减退呆滞、脘腹胀满、大便溏泄等症状。

(3) 影响病情变化：在许多疾病的演变过程中，若患者受七情刺激而引起较剧烈的情志波动，往往会使病情加重，或急剧恶化。如素有肝阳上亢的患者，若遇事恼怒，肝阳暴张，亢极化风，便会突然出现眩晕欲仆，甚至昏厥不省人事、半身不遂、口舌喎斜等而发为中风病。又如胸痹心痛病患者，可因暴喜或暴怒而引起怔忡、心暴痛欲绝、大汗淋漓、四肢厥冷、面色青紫等心阳暴脱之危重证候。

(二) 饮食

饮食是人体摄取食物，使之化生为水谷精微、气血津精，以维持生命活动的最基本条件。但饮食要有一定的节制，否则饮食失宜，又常常成为导致疾病发生的原因。饮食水谷靠脾胃消化，故饮食失宜，通常主要损伤脾胃以及与水谷饮食传化直接相关的六腑。此外，饮食积滞还可聚湿、生痰、化热或变生它病。饮食失宜包括饮食不节、饮食不洁和饮食偏嗜三个方面。

1. 饮食不节

饮食以适量和有节律为宜，每个人适度的饮食量根据其年龄、性别、体质、工作种类而不同，但每日进食的次数与时间则应相对稳定。所谓饮食不节，一方面是指饮食量明显低于或超过本人的适度饮食量，前者称过饥，后者称过饱；另一方面是指进食的餐数及时间无定准，称为食无定时。

(1) 过饥：饮食水谷摄入量不足，气血生化乏源，气血得不到足够的补充，日久则气血衰少而为病，临床可见面色不华、心悸气短、神疲乏力等气血两虚的证候表现。可因正气虚弱，抵抗力降低而继发其他病证。

(2) 过饱：暴饮暴食，饮食摄入过量，超过脾胃受纳运化与六腑传化的能力，可导致饮食停滞，脾胃损伤，升降失司，或腑气不通，而出现脘腹胀满、噎腐吞酸、厌食、矢气腐臭、呕吐、泄泻或便秘等食伤脾胃、肠腑的临床症状。小儿因其脾胃功能较成人为弱，加之食量不能自控，故常易发生食伤脾胃的病证。食积日久既可郁而化热，又可聚湿生痰，久则酿成疳病，出现面黄肌瘦、脘腹胀满、手足心热、心烦易哭等症。此外，经常饮食过量，不仅可导致饮食积滞，而且还可影响气血流通而致筋脉郁滞，出现痢疾或痔疮。过食肥甘厚味，易于化生内热，甚至引起痈肿疮毒等病。而在疾病初愈阶段，由于脾胃尚虚，未完全恢复，饮食过量或吃不易消化的食物，常可引起疾病复发，称为“食复”。

(3) 食无定时：食无定时，一方面因时饥时饱，从而导致上述饥饱失常所引起的病证；

另一方面，更主要的是影响脾胃气机升降以及六腑传化虚实更替的正常秩序，从而导致气机郁滞，或进一步发展为气滞血瘀、气滞津停生湿酿痰的病变。例如，脾胃气滞，则见胃脘疼痛；日久脾虚肝乘，则兼见噯气泛酸；病久入络瘀血内蓄，则兼见疼痛加剧、消瘦、肌肤甲错、时吐血、或便血、或见聚积等。

2. 饮食不洁

饮食不洁是指食用了不清洁、不卫生、被污染或陈腐变质或有毒的食物。饮食不洁，可引起多种胃肠疾病，例如腹痛、呕吐、泄泻、痢疾，甚至霍乱等。或引起各种寄生虫病，如蛔虫、蛲虫、绦虫（寸白虫）、姜片虫（赤虫）等。若蛔虫窜进胆道或胃腑，还可出现上腹部剧痛，时发时止，吐蛔，四肢厥冷的蛔厥证。若进食腐败变质或有毒食物，可致中毒，常出现剧烈腹痛，吐泻，重者可致昏迷或死亡。

3. 饮食偏嗜

饮食品种多样化，才能满足人体对各种营养成分的需要。假使过分偏爱某些食物，便会造成体内某些营养成分的过剩或不足，导致阴阳失调而发病。饮食偏嗜，分为五味偏嗜与寒热偏嗜两个方面。

(1) 饮食五味偏嗜：人体的精神气血都由饮食五味所资生，且五味与五脏，各有其亲和性。《素问·至真要大论》说：“夫五味入胃，各归所喜，故酸先入肝，苦先入心，甘先入脾，辛先入肺，咸先入肾。”如果长期嗜好某种食物，就会造成与之相应的内脏机能偏盛，久之则可损伤其他脏腑，破坏五脏的平衡协调，导致疾病的发生。如过食酸味的食物，可致肝盛乘脾，而见皮肉变厚变皱，口唇肥厚；过食苦味的食物，可致心盛乘肺，而见皮肤干燥，毫毛脱落，或火气烁土而脾胃失调；过食甘味的食物，可致脾盛乘肾，而见面色黧黑，胸闷气喘，腰膝酸痛，脱发；过食辛味的食物，可致肺盛乘肝，而见爪甲干枯不荣，筋脉拘急不利；过食咸味的食物，可致肾盛乘心，而见胸闷气短，面色无华，血脉瘀滞。虽临床所见并非绝对如此，然饮食五味应当适宜，平时饮食不要偏嗜，病时更应注意饮食宜忌，这是保健、防病、康复的重要一环。

(2) 饮食的寒热偏嗜：饮食寒热偏嗜，可引起脏腑阴阳盛衰变化而导致疾病的发生。如过食生冷寒凉之品，可损伤脾胃阳气，导致寒湿内生，而见脘腹冷痛喜按，泄泻清稀等症状；若偏嗜辛温燥热之品，则可导致胃肠积热，而见口渴、口臭、腹满胀痛、便秘等症状，或酿成痔疮。

(三) 劳逸

正常的劳动和体育锻炼，有助于气血流通，增加体质；适当的休息，可以消除疲劳，恢复体力和脑力，均有利于维持人体正常生理活动，不仅不会使人发病还有保健防病的作用。但是长时间的过度劳累，或过度安逸，则会成为致病因素而使人发病。

1. 过劳

过劳是指过度劳累。包括劳力过度、劳神过度和房劳过度三个方面。

(1) 劳力过度：是指长时期的过度体力劳动或运动。《素问·举痛论》说：“劳则气耗”，“劳则喘息汗出，外内皆越，故气耗矣”。劳力过度主要耗伤机体元气，临床上出现少气懒言，四肢困倦，神疲乏力，形体消瘦等症状。此外，劳力过度还可损伤某些与活动直接有关的组织，如《素问·宣明五气》所说：“久立伤骨，久行伤筋”。

(2) 劳神过度：是指思虑太过，易伤心脾。脾在志为思，心主血藏神，思虑劳神过度，则耗伤心血，损伤脾气，而出现心神失养的心悸、健忘、失眠、多梦及脾不健运的纳呆、腹胀、便溏等症。

(3) 房劳过度：是指性生活不加节制，房事太过。肾藏精，主封藏，肾精不宜过度耗泄。若房事过频无制，则可耗伤肾中精气，而出现腰膝酸软，眩晕耳鸣，精神萎靡，或遗精、早泄、阳痿，或月经不调，或不孕不育等病证。

2. 过逸

过逸是指过度安逸，即长时期不参加劳动，又不进行体育锻炼。过逸致气血运行不畅，脾胃受纳运化功能减弱，而出现食少无力，精神不振，肢体软弱，动则心悸、气喘、汗出等症；若脾失健运，湿痰内生，则发胖臃肿，上述诸症更为明显；日久亦可继发或变生它病。《素问·宣明五气》说：“久卧伤气，久坐伤肉”，就是这个道理。

三、其他致病因素

其他致病因素包括外伤、烧烫伤、冻伤、虫兽伤。

(一) 外伤

外伤包括枪弹伤、金刃伤、跌打损伤、持重努伤等损伤。轻则可引起皮肤肌肉瘀血肿痛、出血、或筋伤、骨折、脱臼；重则损伤内脏，或出血过多，导致昏迷、抽搐、亡阳虚脱等严重病变。此外，枪弹、金刃外伤皮肤肌肉之后，还可因治疗不当或再感邪毒，以致溃烂流脓发为“金疮”。

(二) 烧烫伤

烧烫伤多由沸水、沸油、高温物品或气体、烈火等烧烫后引起，属于火毒为患。轻者损伤肌肤，受伤部位一般立即红、肿、热、痛，或起水泡；重者损伤肌肉筋骨，创面如皮革样，或蜡白、焦黄，或炭化，痛觉反而消失；更甚者，创面过大，津液大伤，火毒内攻脏腑，可出现烦躁不安、发热、口渴、尿少、尿闭等症，甚至亡阴亡阳而死亡。

(三) 冻伤

冻伤是指人体在极其寒冷的环境中而引起的全身性或局部性损伤，属寒毒为患。全身性冻伤因阴寒过盛，全身阳气尽损，失去温煦和推动血行的作用，而见蜷缩寒战，遍身逆冷，面色苍白，唇舌爪甲青紫，感觉麻木，逐渐昏迷，呼吸微弱，脉细迟。如不及时救治，易致死亡。局部冻伤，多发生在手足、耳廓、鼻尖和面颊部。受冻局部可因寒性收引而致经脉挛急营血失充，继则因寒性凝滞而气滞血瘀，发为冻疮。

(四) 虫兽伤

虫兽伤包括毒虫叮螫、毒蛇、猛兽咬伤等等。轻则局部损伤，出现肿痛、溃破、出血等；重则损伤内脏，或出血过多而死亡。其中，毒蛇咬伤则出现风毒（即神经毒）、火毒（即血循毒）或风火毒等全身中毒症状，如不及时救治，常导致死亡。如系疯狗咬伤，则在伤口愈合后，经一段潜伏期，可出现烦躁，惶恐不安，牙关紧闭，抽搐，恐水，恐风等症，多不治而亡。

四、可致病的病理产物

致病因素除上述外感、内伤、其他致病因素以外，在疾病过程中形成的病理产物也能成

为引起其他疾病的致病因素。这种在疾病过程中形成的病理产物又成为引发新的病证的病因，称为可致病的病理产物。包括痰饮、瘀血与结石等。

(一) 痰饮

痰饮是机体水液代谢障碍所形成的病理产物。一般以较稠浊的称为痰，较清稀的称为饮。痰饮源于内生水湿，当属阴邪。痰饮与内生水湿同源而异流，都是人体津液输布和排泄障碍，停留于体内而形成的病理产物。一般认为津停为湿，湿聚为水，积水成饮，饮凝成痰，因而就形质而言，稠浊者为痰，清稀者为饮，清澈澄明者为水，而湿乃水气弥散浸渍于人体组织中的状态，其形质不如痰、饮、水明显。但临床上在许多情况下又难以截然分开，故常合称为“水湿”、“水饮”、“痰湿”、“痰饮”等等。尽管痰饮与水湿在致病特点上有所类似，但毕竟有其特异之处，故从“内湿”中分离而出，成为一个独立的致病因素。

此外，痰饮作为病理产物有的直接视之可见，如咳嗽之咯痰稠浊属痰，或咳吐涎沫清稀或状如泡沫属饮；也有的停滞在脏腑经络等组织中，虽然直接视之不可见，但可通过其所表现的症状，运用辨证求因的方法确定。习惯上把前者称为有形之痰饮，后者称为无形之痰饮。

1. 痰饮的形成

痰饮多由外感六淫，或饮食、劳逸、七情内伤等，使肺、脾、肾、三焦等脏腑气化功能失常，水液代谢障碍，以致水津停滞而成。

2. 痰饮的致病特点

(1) 阻滞气机、气血：痰饮既可阻滞气机，影响脏腑气机升降；又可流注经络，阻碍气血的运行。例如，痰饮停留于肺，使肺失宣肃，而见胸闷、咳嗽、喘促等症；痰饮若流注经络，易使经络阻滞，气血运行不畅，出现肢体麻木屈伸不利，甚至半身不遂等症，日久还可导致瘀血形成，故有“痰瘀相关”之说。

(2) 致病广泛多端：痰饮形成之后，饮多留积于胸胁、胃肠及肌肤，而痰则随气升降流行，内而脏腑，外至筋骨皮肉，形成多种病证，因此有“百病多由痰作祟”之说。例如，痰饮上扰清窍，可见眩晕；痰饮阻肺，可见喘咳咯痰；痰饮阻滞心脉，可见心悸、心胸闷痛；痰迷心窍，则可见神昏、痴呆，或发生癫病、痫病；痰火扰心，则可见谵妄狂躁、或发为狂病；饮悬胸胁，则见胸胁胀满、咳唾引痛；痰饮支撑于胸膈，则胸闷、咳喘、不能平卧、其形如肿；痰停于胃，可见恶心呕吐、胃脘痞满；痰饮流注经络筋骨，则可致肢体麻木，或半身不遂，或成阴疽流注；顽痰郁结不散，则成瘰疬、瘰疬、痰核等；饮留肠间，则肠鸣沥沥有声；痰气凝结咽喉，则可见咽喉中如有物梗阻的梅核气；饮溢肌肤，则见肌肤水肿、无汗、身体疼重。

(3) 重浊粘滞缠绵：痰饮由水湿停滞积聚而成，同样具有湿邪重浊粘滞的特性。所致病证，大多具有沉重、秽浊或粘滞不爽的症状；都具有秽浊粘腻的舌苔征象，或为腐浊苔、或为粘腻苔。同时，痰饮致病均表现为病势粘滞缠绵，病程较长。临床上常见由痰饮所致的咳嗽、哮喘、喘病、眩晕、胸痹心痛、癫病、痫病、中风、痰核、瘰疬、瘰疬、流痰、疽病等，多反复发作，缠绵难愈。

(二) 瘀血

瘀血是指体内有血液停滞。包括离经之血积存体内；或血液运行不畅，阻滞于血脉、经

络及脏腑内的血液，均称为瘀血。

1. 瘀血的形成

瘀血的形成，主要有两方面：一是因气虚、气滞、血寒、血热等原因，使血液运行不畅而凝滞。气为血帅，气行则血行，若气虚无力推动血液运行，或气滞阻碍血液运行，则血液停滞而为瘀血。若感受外寒或阳虚内寒，寒入血脉，则可使血脉挛缩拘急，血液凝滞不畅聚而成瘀。若热入营血，或血与热邪相搏结，或热邪壅迫，血液受热邪煎熬而粘稠，均可使血行不畅结滞而成瘀。二是由于外伤、气虚统摄失职或邪热迫血妄行，使血离经脉，积存于体内而形成瘀血。

2. 瘀血的致病特点

(1) 病位不一，病证各异：瘀血所致病证极为广泛，常因瘀血阻滞的部位不同而异。例如，瘀阻心脉，可见心悸，胸闷心痛，口唇指甲青紫；瘀阻于肺，可见胸痛，咳血；瘀阻胃肠，可见呕血，大便色黑如漆；瘀阻于肝，可见胁痛痞块；瘀血攻心，可致躁妄发狂；瘀阻胞宫，可见少腹疼痛，月经不调，痛经，闭经，经色紫黯成块，或见崩漏；瘀阻肢体末端，可成脱疽病；瘀阻于肢体肌肤局部，则可见局部肿痛青紫。此外，由于形成瘀血的原因不同，瘀血致病除血瘀证外，常可有相应的兼挟证，如或兼气虚，或兼气滞，或兼血寒，或兼血热等不同的兼挟证候。

(2) 病证虽多，特点共同：瘀血病证虽然繁多，但其临床表现归纳起来则有以下六个共同特点：

疼痛：多表现为刺痛，痛处固定不移，拒按，多夜间疼痛加甚。

肿块：肿块固定不移，在体表，则局部青紫肿胀，为外伤肌肤局部所致；在体内，则多为痞块或积块，按之痞硬，位置固定不移，为瘀血内积脏腑所致。

出血：血色多呈紫暗色，或夹有血块。

肌肤爪甲失荣：面色黧黑或紫暗，肌肤甲错，口唇、爪甲青紫。

瘀血舌象：舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，舌下脉络青紫、粗张、迂曲。

瘀血脉象：多见细涩、沉弦或结或代。

(三) 结石

凡体内湿热浊邪，蕴结不散，或久经煎熬，形成砂石样的病理产物，称为结石。常见的结石有肾结石、膀胱结石、胆结石等。古代医家所论主要是导致石淋病的肾与膀胱结石。如《中藏经》说：“虚伤真气，邪热渐强，结聚而成砂。又如以水煮盐，火大水少，盐渐成石之类。”《诸病源候论·诸淋证候》亦指出：“石淋者，肾主水，水结则化为石，故肾客砂石，肾虚为热所乘。”

1. 结石的形成

结石主要是由于脏腑本虚，湿热浊邪乘虚而入，蕴郁积聚不散，或湿热煎熬日久而成。肾与膀胱结石，常因饮食肥甘厚味，影响脾胃运化，内生湿热，或长期饮用含有易形成结石之水，湿热浊邪流注下焦，羁留肾与膀胱，日久则湿热水浊淤结而为肾与膀胱结石。胆结石则常因外感或内生之湿热内阻，交蒸于肝胆；或情志失调，气机怫郁，郁而化热，导致肝失条达之性，胆汁疏泄不利，湿热与胆汁互结，日久煎熬而成。

2. 结石的致病特点

(1) 病位不同，病证不一：结石由于病位的不同，阻滞不同脏腑气机，所致病证亦各不相同。例如，结石阻于肾与膀胱，可致腰痛、尿血、石淋或癃闭，甚至尿毒攻心等病症；结石阻于胆腑，则可致胁痛、黄疸等病症。

(2) 易致疼痛，易惹湿热：结石为有形病理产物，停留脏腑之内，多易阻滞气机，影响气血运行，甚至阻闭不通，不通则痛。故结石所致病证，一般可见到局部胀痛、掣痛、按压痛、扣击痛等；一旦结石引起脏腑气机阻闭不通，则可发生剧烈的绞痛。如胆结石可引发右胁腹绞痛，痛引右肩；肾结石可导致腰及少腹剧烈绞痛，痛引阴器或两股内痛。绞痛时疼痛难忍，常伴冷汗淋漓，恶心呕吐。

结石因脏腑本虚，湿热浊邪蕴郁结聚，或湿热煎熬日久而成。故结石患者，每当外感湿热邪气，或内生湿热之邪，均易招惹此等湿热浊邪乘虚走注结石留滞之脏腑而发病。例如，胆石症患者，常易发生肝胆湿热，而见身热起伏或寒热往来，胁痛，脘闷不饥，恶心呕吐等。肾与膀胱结石患者，则易发生膀胱湿热，而见小便频急，小便短赤滞涩不畅，尿道灼热刺痛，或腰痛如绞，痛引少腹等。

(3) 病程较长，时起时伏：结石形成后，如得不到及时与恰当的治疗，便会长期滞留脏腑之内，缓慢地增大或增多，如结石所致病症，病程较长。由于病程长，结石停留体内日久，若邪正相持，脏腑气机尚且通畅，则病情轻微，甚至可无任何症状；若因外感、情志、饮食、劳累等因素的影响，结石扰动，阻滞气机，引发湿热，则可使病证加剧，从而表现出病情时起时伏，休作无定时的特点。

五、内生“五邪”

内生五邪，是指在疾病的发生发展过程中，由于气血津液和脏腑经络等生理功能的异常，而产生的五种内生邪气。由于它们的性质与致病特点，均与风、火、湿、燥、寒外邪相类似，因而分别称为“内风”、“内火”、“内湿”、“内燥”、“内寒”等，统称为内生五邪。“五邪”属于可致病的病理产物，其致病特点与六淫中相应的外邪相类似，以下侧重阐述内生五邪的形成。

(一) 内风

内风，是指在疾病发生发展过程中，体内阳气亢逆变动而形成的一种病理产物。常因阳盛或阴虚不能制阳，阳升无制，亢逆变动而成，以动摇、眩晕、抽搐等临床表现为特点。内风多与肝脏有关，故又称之为肝风。内风的形成，主要有肝阳化风、热极生风、阴虚风动、血虚生风四个方面。

1. 肝阳化风：多由于情志内伤，过度劳累，耗伤肝肾之阴，以致阴虚阳亢，水不涵木，肝之阳气升而无制，便亢而化风。临床上，轻则可见筋惕肉瞤，肢麻震颤，步履不稳，眩晕欲仆，或为口眼喎斜，或为半身不遂；重则血随气逆而卒然仆倒，不省人事，或为闭厥，或为脱厥。

2. 热极生风：因邪热炽盛，煎灼津液，伤及营血，燔灼肝经，使肝所主司之筋脉失于濡养，筋脉连结肌肉关节主司运动的功能紊乱，形成阳热亢盛化而为风。临床上，出现痉厥，抽搐，鼻翼煽动，目睛上视等风动表现；并伴有高热，神昏，谵语等阳热亢盛内扰心神的症状。

3. 阴虚风动：常因邪热耗伤阴津，或病久暗耗阴液，而导致阴液大亏，甚至枯竭，无以濡养筋脉，筋脉失养，功能紊乱，变生内风。临床上，可见筋惕肉瞤，手足蠕动等风动症状；且兼潮热，五心烦热，消瘦，盗汗，舌嫩红少苔，脉细数无力等阴虚症状。

4. 血虚生风：多由于生血不足，或失血过多，或久病耗伤营血，而致肝血不足，血不荣筋，筋脉失养，虚风内动。临床可见肢体麻木不仁，筋肉跳动，甚则手足拘挛，屈伸不利等风动症状；并见面、唇、爪甲淡白不华，眩晕，视物昏花，舌淡白，脉细弱等血虚症状。

此外，尚有血燥生风，多因久病耗血，或年老精亏血少，或长期饮食失宜生血不足，或瘀血内结新血化生障碍，从而导致津枯血少，肌肤失于濡养，经脉气血失于和调，于是血燥动而生风。临床可见皮肤干燥或肌肤甲错，并有皮肤瘙痒，或兼落屑等。

(二) 内火

内火亦称内热，是指由于阳盛有余，或阴虚阳亢；或由于气血郁滞，或由于病邪郁结，而产生的病理产物。其形成主要有如下四个方面：

1. 阳盛化火：人身之阳气在正常的情况下，本有温煦推动脏腑组织生理功能正常发挥的作用，称之为“少火”。但是在病理情况下，若阳气过亢，机能亢奋，代谢活动与机体反应性增强，必然导致物质的消耗增加，这种内生的火（热）则称为“壮火”，壮火的产生又可概括为“气有余便是火”。

2. 邪郁化火：邪郁化火包括两个方面的原因，一是外感风、暑、湿、燥、寒等外邪，在病理过程中，皆能郁滞从阳而化热化火，又称为“五气化火”，如寒郁化热、湿郁化火等等。二是体内之食积、虫积，以及某些病理性代谢产物，如瘀血、痰饮等，均能郁而化火。

3. 五志化火：又称五志过极化火，是指七情内伤，精神情志刺激日久，影响了机体阴阳、气血和脏腑的平衡协调，致使阳气偏盛，或造成气机郁结、气郁久而从阳化热，因之火热内生。

以上“阳盛化火”、“邪郁化火”、“五志化火”所形成的内热与内火，皆属于实热、实火。临床上，均可见面红目赤、烦热渴饮、尿黄便干、舌红脉数等火热实象。

4. 阴虚生热：因精亏血少，阴液大伤，阴虚不能制约阳气，虚阳偏亢，以致火热内生。其内生之火热，属于虚热、虚火。临床上常有阴虚内热与阴虚火旺之分。一般来说，阴虚内热多见全身性的虚热征象，如五心烦热、潮热盗汗、消瘦、失眠多梦、尿少便干、舌红苔少、脉细数无力等症状表现；而阴虚火旺，其临床所见的火热征象，则往往较集中于机体的某一部位，如阴虚而引起的牙痛、咽喉疼痛、目赤、耳鸣、口干唇燥、颧红等。另一方面，从程度上讲，阴虚火旺与阴虚内热相比，其火热之象更为明显。

(三) 内湿

内湿，是指由于脾的运化功能，特别是化生和输布津液的功能障碍，而引起水湿蓄积停滞。其形成，多因素体肥胖，痰湿过盛；或因恣食生冷，过食肥甘；或因忧思劳倦，内伤脾胃，致使脾失健运，不能为胃行其津液，津液的输布发生障碍所致。因此，脾的运化失职是湿浊内生的关键。此外，脾主运化有赖于肾阳的温煦和气化，内湿的形成还与肾有密切关系，当肾阳虚衰时，亦必然影响脾之运化而导致湿浊内生。

内湿与外湿一样，都具有重浊、粘滞、易阻遏气机的致病特点。故其临床表现常可因内湿阻滞部位的不同而各异。例如，内湿留滞经脉，则见头闷重如裹，肢体重着或屈伸不利；

壅阻上焦，则胸闷咳痰；阻滞中焦，则脘腹胀满，食欲不振，口腻或甜，舌苔厚腻；流注下焦，则腹胀便溏，或为泄泻，小便不利；泛滥肌肤，则发为水肿。外湿与内湿在病因形成方面虽然有所区别，但单凭临床表现常不易区分，且二者亦常相互影响。如：湿邪入侵常会影响脾的运化而导致内湿的产生；反之，脾虚运化水液无力而内生湿邪，又每每容易招致外湿的入侵。

(四) 内燥

内燥，是指机体津液不足，人体各组织器官和孔窍失其濡润而干燥枯涩。内燥常因久病伤阴，耗津损液；或大汗、大吐、大下，或亡血失精导致阴亏液少；或在热性病过程中热邪损伤阴津或湿邪化燥耗津等所致。

临床上以各脏腑组织干燥失润为特征，尤以肺、胃及大肠为多见。表现为肌肤干燥不泽，起皮脱屑，甚则皲裂，口燥咽干唇焦，舌上无津，甚或光剥龟裂，鼻干目涩，爪甲脆折，大便燥结，小便短赤等；如以肺燥为主，还兼见干咳无痰，甚则咯血；以胃燥为主时，则胃阴枯涸而伴见舌光红无苔；若系肠燥，则以便秘为主要表现。

(五) 内寒

内寒，是指机体阳气虚衰，温煦气化功能减退，虚寒内生。内寒的形成主要与脾肾阳虚不足有关。脾为后天之本，为气血生化之源，脾阳能达于肌肉四肢；肾阳为人身阳气之根本，能温煦全身脏腑组织。故脾肾阳气虚衰，则温煦失职，最易表现虚寒之象，而尤以肾阳虚衰为关键。由于温煦失职，寒性收引，必致血脉挛缩，血行迟缓。故临床上，常见面色苍白或晦暗，畏寒肢冷，腹冷痛喜温喜按，或筋脉拘挛，肢节痹痛，脉沉迟无力等。同时，阳气虚衰，则气化功能减退或失司，阳不化阴，从而导致阴寒性病理产物积聚或停滞，如水湿、痰饮之类。故临床多见尿频清长，涕唾痰涎稀薄清冷，或大便泄泻，或水肿等表现。

内寒与外寒，在致病机理方面既有区别亦有联系。其区别是，内寒所致虚寒证的临床特点主要是虚而有寒，以虚为主；外寒所致实寒证的临床特点则主要是以寒为主。两者之间的主要联系是，寒邪侵袭人体，必然会损伤机体阳气，最终导致阳虚；而阳气素虚之体，则又因抗御外邪能力低下，易感寒邪而致病。

第二节 病 机

病机，是指疾病发生、发展与变化的机理。病邪作用于人体，机体正气奋起抗邪，正邪相争，人体阴阳失去相对平衡，使脏腑、经络、气血的功能失常，从而产生全身或局部多种多样的病理变化。因此，尽管疾病的种类繁多，临床表现错综复杂，各个疾病都有其各自的病机，但从总体来说，离不开正邪相争、阴阳失调、气机失常等基本规律。

一、正邪相争

正邪相争，是指疾病发生及其演变过程中，机体抗病能力与致病邪气之间的相互斗争。正邪斗争，不仅关系着疾病的发生，而且直接影响着疾病的发展以及转归。所以，从一定意义上说，各种疾病的发展过程，也就是正邪斗争及其盛衰变化的过程。

(一) 正邪相争与发病

疾病的发生，亦即发病，是一个复杂的病理过程，但概括起来，不外乎关系到正气和邪气两个方面。正气，是指人体的机能活动及其产生的抗病、康复能力，简称为“正”。邪气，则泛指各种致病因素，简称为“邪”。疾病的发生，都是在一定条件下正邪斗争的结果。

1. 正气不足是发病的内在根据

正气旺盛，气血充盈，卫外固密，病邪难于侵入，疾病无从发生，故《素问遗篇·刺法论》说：“正气存内，邪不可干。”只有当人体正气相对虚弱，卫外不固，防御能力低下时，邪气才能乘虚侵入，使人体阴阳失调，脏腑经络功能障碍，气血功能紊乱，从而发生疾病，故《素问·平热病论》说：“邪之所凑，其气必虚。”

2. 邪气侵袭是发病的重要条件

强调正气在发病中的主导地位，但并不排除邪气对疾病发生的重要作用。邪气是发病的条件，在一定的情况下，甚至可能起主导作用。如烧烫伤、冻伤、饮食中毒、枪弹伤、毒蛇咬伤等，即使正气强盛，也难免被伤害。又如疠气引发疫病大流行的时候，有如《温疫论》所描述的“此气之来，无论老少强弱，触之者即病”，也说明了多种传染病的发生与流行，邪气是重要的条件而起着主导作用。

3. 正邪相争的胜负决定发病与否

(1) 正能胜邪则不发病：邪气侵袭人体时，正气即奋起抗邪。若正气旺盛，抗邪力强，则病邪难于侵入；即使侵入，正气亦能奋力驱邪外出，或扑灭于内，及时消除其病理影响，不致产生病理改变，则疾病无从发生。

(2) 邪胜正负则发病：在正邪相争过程中，若正气不足，卫外不固，抗邪无力，则邪气乘虚侵入而发病；若感邪毒烈，致病作用强，正气显得相对不足，亦可导致疾病的发生。

(二) 正邪盛衰与病邪出入

疾病发生之后，在其发展变化过程中，正气和邪气这两种力量不是固定不变的，而是正邪双方在其斗争的过程中，发生着力量对比上的消长盛衰变化。正邪之间消长盛衰变化，必然导致疾病发展趋势上出现表邪入里，或里邪出表的病理变化过程，亦即病邪出入。邪气亢盛，正气损耗，抗邪无力，则在表之病邪可由表内传而入里；反之，若正气来复而旺盛，邪气虚衰，则在里之病邪可由里出表。

1. 表邪入里

表邪入里，指外邪侵袭人体，首先停留于机体肌肤卫表引发表证，而后则内传入里，转化为里证的病理传变过程。是疾病向纵深发展的反映，多由于机体正气受损，抗病能力减退，正气不能制止病邪的致病作用，病邪得以向里发展；或因邪气过盛，或因失治、误治等，致表邪不解，传变入里而成。例如，外感风温，初见发热恶寒、头痛鼻塞、咽喉肿痛、脉浮数等风温邪气在表的症状，继而发展为但发热不恶寒、口渴汗出、咳嗽胸痛、咯痰黄稠、脉滑数等邪热壅肺的表现，即属由表热证转化为里热证的表邪入里过程。

病邪由表入里的传变，一般按规律依次相传。例如，伤寒病的六经传变，通常是依太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴之顺序，由表入里逐个层次传变；温病则依卫分、气分、营分、血分，或由上焦、中焦、下焦之次序传变。病邪之依次转化入里，多由于正气渐损，正不胜邪所致。然而，当邪气过盛，暴伤正气时，袭表之邪气也可不按上述次序“顺传”入里，在伤寒则有直中三阴，于温病则有逆传营血之入里过程。例如，寒邪袭表，卫表

不固，直接深入于里，伤及脾胃，而见腹痛、泄泻等病变，称为寒邪直中太阴；温邪袭表，初有发热恶寒等邪在卫分的表现，不经过气分阶段，而直接深入营分或血分，出现身热夜甚、神昏谵语、斑疹隐现或显露、舌色红绛等症状，称为热邪逆传营血。

2. 里邪出表

里邪出表，指病邪由里透达于表的传变过程。是邪有出路，病势有好转和向愈之机的反映，多因正气渐复，邪气日衰，正气驱邪外出所致。例如，温病内热炽盛，可见壮热烦渴、脉洪大等里热证的表现，继则汗出而热解，或疹、斑透发于外而病势趋愈，即属里邪出表的过程。

(三) 正邪盛衰与虚实变化

正邪相争的运动变化，贯穿于疾病过程的始终。体内邪正力量对比上的消长盛衰变化，不仅直接影响着疾病的发生与发展趋势，而且对于虚实证候的形成及其相互之间的变化起着决定性的作用。

1. 虚实病机

《素问·通评虚实论》指出：“邪气盛则实，精气夺则虚。”是说邪正双方力量对比的盛衰，决定着患病机体表现为虚或实两种不同的病理状态。

(1) 实：主要指邪气亢盛，是以邪气盛为矛盾主要方面的一种病理反应。即致病邪气和机体抗病能力都比较强盛，或邪气虽盛而机体的正气未衰，尚能积极与邪气抗争，故而正邪相搏，斗争剧烈。这一实的病机，致使临床上出现一系列病理反应比较剧烈、有余的证候，称为实证。实证常见于外感六淫致病的初期和中期，或由于痰、食、水、血等滞留于体内而引起的病证。

(2) 虚：主要指正气不足，是以正气虚损为矛盾主要方面的一种病理反应。即机体的精、气、血、津液亏少和脏腑经络的生理功能减退，抗病能力低下，因而机体正气对于致病邪气的斗争，难以出现较剧烈的病理反应。这一虚的病机，致使临床上出现一系列虚弱、衰退和不足的证候，称为虚证。虚证常见于外感六淫致病的后期，或内伤杂病的后期，亦可见于体质素虚或多种慢性病证的患者。

2. 虚实变化

邪正的消长盛衰，不仅可产生单纯的虚或实的病机，而且在某些长期的、复杂的疾病发展过程中，还会引起虚实病机之间的多种变化，主要有虚实错杂、虚实转化及虚实真假等。

(1) 虚实错杂：是指在疾病发展过程中，由于病邪与正气相互斗争，邪盛和正衰同时并存的病理状态。如实证失治，病邪久留，损伤人体正气；或正气虚弱，无力驱邪外出；或本为虚证，又兼内生水湿、痰饮、瘀血、结石等病理产物凝结阻滞，或兼宿食积聚于内，均形成虚实错杂的病理状态而导致虚实错杂证候的出现。虚实错杂尚有虚中夹实与实中夹虚之分。

虚中夹实：指以正虚为主，又兼夹实邪结滞于内的病理状态。如脾阳不振，运化无权的水肿病证，即属此类，其临床表现既有面白不华、神疲乏力、纳呆、腹胀便溏等脾虚见症，又见身肢浮肿等水饮内停外泛肌肤之象。

实中夹虚：指以邪实为主，又兼有正气虚损不足的病理状态。如外感热病发展过程中，由于邪热炽盛，煎灼津液，从而形成实热伤津耗气的病变，即属此类。其临床表现既有壮

热、烦躁、呼吸气粗、大汗、脉洪大等实热炽盛见症，又见口干舌燥、口渴引饮、心悸气短、乏力等气阴两伤之象。

此外，在虚实错杂的病机变化中，除邪盛正虚有多少、主次之分外，还因病邪所在部位层次不同，正气受损脏腑组织有异，又有表虚里实、表实里虚、上虚下实、上实下虚之别，在病机分析时，应予详辨。

(2) 虚实转化：是指在疾病发展过程中，由于实邪久留而损伤正气，或正气不足而致实邪积聚所导致的虚实病理转化过程。主要有由实转虚和因虚致实两种病机变化。

由实转虚：是指本来以邪气盛为矛盾的主要方面的实性病理变化，转化为以正气虚损为主要方面的虚性病变的过程。这一病机可导致临床上实证转化为虚证。如肝胆湿热证初见黄疸、胁痛、脘闷等，之后影响脾胃运化，逐步演变为面白神疲、纳减腹胀的脾气虚证。

因虚致实：是指本来以正气亏损为矛盾主要方面的虚性病理变化，由于脏腑功能衰弱，水湿、痰饮、瘀血等实邪留滞蓄积体内，转化为以邪实为主要方面的实性病变的过程。这一病机可导致临床上虚证转化为实证。如初见面白神疲、少气乏力、舌淡白、脉虚无力的气虚患者，日久失治，气虚推动无力以致瘀血蓄积，逐步演变为面色黧黑、肌肤甲错、脘腹有积块、舌色紫暗、脉细涩的血瘀证。

(3) 虚实真假：是指在疾病发展过程中某些特别情况下，疾病的现象与本质不完全一致的时候，可出现与疾病本质不符的假象。临床上有“至虚有盛候”的真虚假实证，以及“大实有羸状”的真实假虚证。

真虚假实：是指本质为正气不足，但由于脏腑虚衰，气血不足，运化无力，而出现邪实假象的病理状态。如脾气虚证，由于虚是病机的本质，故临床可见纳食减少，疲乏无力，少气懒言，舌质胖嫩色淡白等正气不足的症状；同时因气运行无力而郁滞不通，并见腹胀满、腹痛、脉弦等类似实证的假象。病人虽然腹胀满，却有时和缓轻减，不似实证之胀满持续不减不缓；虽腹痛，却按之痛减而喜按，不似实证之痛而拒按；脉虽弦，却重按无力，不似实证之弦劲有力。可见病机的本质是虚而不是实。

真实假虚：是指本质为邪气虚实，但由于实邪结聚于内，阻滞经络，致使气血不能畅达于外，而出现正虚假象的病理状态。如热结肠胃之阳明腑实证，可见到大便秘结，腹满硬痛拒按，潮热，谵语等实热症状；同时如因阳气被郁，不能四布，则可见面色苍白，神情默默，不愿多言，身体倦怠，脉沉细等类似虚证的假象。但仔细观察病人，面色虽白而舌色却红绛苍老；神情默默，不愿多言，却语声高亢而气粗；身体倦怠，但稍动即觉舒适；脉虽沉细，但按之有力。可见病机的本质是实而不是虚。

(四) 正邪盛衰与疾病转归

正邪相争，双方力量对比不断产生消长盛衰的变化，不仅能左右疾病的发展趋势与虚实变化，而且对疾病转归起着决定性的作用。

1. 正胜邪退则病势向愈：正胜邪退，是邪正消长盛衰发展过程中，疾病向好转和痊愈方面转归的一种结局。也是在许多疾病中最常见的一种转归。这是由于患者的正气比较充盛，抗御病邪的能力较强，或能及时得到正确的治疗，邪气难以进一步发展，进而促使病邪对机体的损害作用消失或终止，机体脏腑经络等组织的病理性损害逐渐得到修复，精、气、血、津液等的耗伤也逐渐得到补充，机体阴阳两个方面在新的基础上又获得了新的相对平

衡，疾病即告好转或痊愈。

2. 邪胜正衰则病势恶化：邪胜正衰，是邪正消长盛衰发展过程中，疾病向恶化甚至死亡方面转归的一种结局。这是由于机体正气虚弱，或因邪气过于亢盛，机体抗御病邪的能力日趋低下，不能制止邪气的致病作用，机体受到的病理损害日趋严重，病情因而趋向恶化、加剧。若正气衰竭，邪气独盛，气血、脏腑、经络等生理功能衰惫，阴阳离决，则机体的生命活动亦告终止而死亡。

此外，在邪正消长盛衰的过程中，若邪正双方的力量对比出现邪正相持，或正虚邪恋，或邪去而正气未复等情况，则常常是许多疾病由急性转为慢性，或慢性病持久不愈的主要机理。如果邪正交争，则病情起伏，时好时坏。

二、阴阳失调

阴阳失调，是阴阳之间失去平衡协调的概称，是指机体在疾病过程中，由于致病因素的作用，导致机体阴阳两个方面失去相对的协调与平衡，从而形成阴阳偏盛、偏衰、互损、转化、格拒、或亡失的病理状态。同时，阴阳失调又是脏腑、经络、气血等相互关系失调，以及表里出入，上下升降等气机失常的概括。由于各种致病因素作用于人体，必须通过机体内部的阴阳失调才能形成疾病，所以阴阳失调又是疾病发生、发展与变化的内在根据。

（一）阴阳失调与发病

在正常情况下，人体阴阳维持着相对的、动态的平衡与协调，即所谓“阴平阳秘”。当人体在某种致病因素的作用下，脏腑、经络、气血津精等生理活动发生异常改变，导致整体或局部的阴阳平衡失调，都会发生疾病，出现各种临床症状。

（二）阴阳盛衰与寒热变化

寒热是辨别疾病性质的标志之一，是阴阳偏盛偏衰的具体表现，正如《景岳全书·传忠录》所说：“寒热者，阴阳之化也。”疾病发生之后，在其发展变化过程中，寒热证候的形成及其相互之间的变化，主要受患病机体阴阳双方消长盛衰变化的影响。

1. 寒热病机

寒热证候的形成，主要是阴阳消长盛衰的结果。其病机可以概括为“阳胜则热”、“阴虚则热”、“阴胜则寒”、“阳虚则寒”等几个方面。

（1）阳胜则热：是指机体在疾病过程中所出现的一种阳气偏盛，机能亢奋，代谢活动亢进，机体反应性增强，阳热过剩的病理状态。其病机特点是阳盛而阴未虚或虚亏不明显，临床上则会导致实热证的形成。

形成阳偏胜的主要原因，多由于感受温热阳邪，或感受阴寒之邪从阳化热，或情志内伤五志过极化火，或因气滞、瘀血、痰饮、食积等郁而化热所致。“阳胜则热”，就是说阳盛即出现热象，形成实性、热性病证。临床可见壮热、烦渴、面红、目赤、尿黄赤、便干、苔黄、舌红、脉数等症状。

此外，由于阳长则阴消的机理，阳热亢盛，势必耗伤阴液，日久使人体的阴津不断损耗。故阳盛所致实热证早期，在出现热象的同时，会出现口渴、小便少、大便干燥等阴津不足症状。但其病机的主要方面仍是阳盛，故属实热证。病程日久，人体津液大伤，阴液由相对的不足，转而成为严重的虚亏，就会导致从实热证转化为实热兼阴虚证、或单纯的虚热

证。这就是《素问·阴阳应象大论》所说“阳胜则阴病”的病机内涵。

(2) 阴虚则热：是指机体在疾病过程中所出现的精、血、津液等阴液亏耗，导致阴不制阳，阳相对偏亢的病理状态。其病机特点是阴液不足，阳气相对偏亢，临床上则会导致虚热证的形成。

形成阴偏衰的主要原因，多由于阳邪伤阴，或因五志过极，化火伤阴，或因久病耗伤阴液所致。阴液不足，一般以肝肾之阴为主，其中由于肾阴为诸阴之本，所以肾阴不足在阴虚的病机中占有极其重要的地位。反映于临床，则可见潮热骨蒸、五心烦热、颧红、消瘦、盗汗、咽干口燥、失眠多梦、舌红少苔、脉细数无力，或兼眩晕耳鸣、遗精、性欲亢进、腰膝萎软等症状。阴虚则热与阳胜则热的病机不同，其临床表现也有别。前者是虚而有热，后者是以热为主，虚象并不明显。

(3) 阴胜则寒：是指机体在疾病过程中所出现的一种阴气偏盛，机能障碍或减退，产热不足，以及病理性代谢产物积聚的病理状态。其病机特点是阴盛而阳未虚或虚损不甚，临床上则会导致实寒证的形成。

形成阴偏胜的主要原因，多由于感受寒湿阴邪，或过食生冷，寒滞中阻，遏抑阳气温煦作用，从而导致阳不制阴，阴寒内盛。“阴胜则寒”，就是说阴盛即出现寒象，形成实性、寒性病证。临床可见恶寒、肢冷、腹冷痛拒按、泄泻、水肿、痰白稠、舌淡苔白、脉迟等症状。

同样，由于阴长则阳消的机理，阴寒内盛，势必损伤阳气，阳气的损伤亦会随病程的延续，有一个由轻到重的过程。阴盛而致的实寒证，若病程日久，阳气从相对不足到严重虚损，就会导致从实寒证转化为实寒兼阳虚证、或单纯的虚寒证。其病机亦即《素问·阴阳应象大论》所概括的“阴胜则阳病”。

(4) 阳虚则寒：是指机体在疾病过程中出现阳气虚损，机能减退或衰弱，代谢活动减退，机体反应性低下，阳热不足的病理状态。其病机特点是阳气不足，阳不制阴，阴相对亢盛，临床上则会导致虚寒证的形成。

形成阳偏衰的主要原因，多由于先天禀赋不足，或后天饮食失养，或劳倦内伤，或久病损伤阳气所致。阳气不足，一般以脾肾之阳为主，其中由于肾阳为诸阳之本，所以肾阳虚衰（命门之火不足）在阳虚的病机中占有极其重要的地位。临床上不仅可见到面色㿔白、畏寒肢冷、舌淡、脉迟等寒象；还有喜静蜷卧、精神萎靡、少气懒言、小便清长、下利清谷、腹隐痛喜按、脉兼虚弱无力等虚象出现。阳虚则寒与阴胜则寒，不仅在病机上有区别，而且在临床表现方面也有差异。前者是虚而有寒，后者是以寒为主，虚象不明显。

需要指出的是，阴阳盛衰消长变化不仅导致寒热证候的形成，也可导致虚实证候的产生。例如，阳或阴的偏盛，可致“邪气盛则实”的实证；阳或阴的偏衰，可致“精气夺则虚”的虚证。只不过是阴阳偏盛所致的实证，是以实热证或实寒证的形式表现出来；而阴阳偏衰所致的虚证，则以虚热证或虚寒证的形式表现出来。可见阴阳的消长盛衰，还是侧重于证候寒热性质的形成。

2. 寒热变化

在疾病的发展过程中，疾病的寒热属性不是一成不变的，常随患病机体阴阳双方消长盛衰的变化而变化。主要有阴阳盛衰病位不同或阴阳互损所致的寒热错杂，阴阳转化所致的寒

热转化，以及阴阳格拒而致的寒热真假等。

(1) 寒热错杂：是指在疾病发展过程中，由于阴阳盛衰消长变化，阴与阳的盛和衰错杂并存，从而导致临床上寒象与热象共存于同一患者的病理状态。形成寒热错杂的原因主要有两个方面。一是上下或表里，阴阳盛衰不一致；二是由于阴阳互损，导致阴阳两虚，虚寒与虚热并存。

病位不同的寒热错杂，有上寒下热、上热下寒、表寒里热、表热里寒四个类型：

上寒下热：是指人体上部阴盛或阳虚，而同时存在下部阳盛或阴虚的病理状态。临床可见多种上寒下热证候。例如，患者胃虚寒，又病膀胱湿热，既有胃脘疼痛、喜温喜按、呕吐清涎等中焦虚冷的症状；又见小便短赤、尿频、尿急、尿痛等下焦湿热的症状。

上热下寒：是指人体上部阳盛或阴虚，而同时存在下部阳虚或阴盛的病理状态。临床可见多种上热下寒证候。例如，患者胸中有热，又兼小肠虚寒，既有胸中烦热、咽痛口干等热在上焦的症状；又见腹时痛、喜温按、大便稀溏、完谷不化等寒在下焦的症状。

表寒里热：是指患者既有阳盛或阴虚于内，又新感寒邪所致的病理状态。例如，患者先有胃实热证，复感风寒外邪，表现为既有胃脘灼痛、烦躁、口渴、苔黄等热炽于里的现象；又见恶寒重、微发热、鼻塞、流清涕、身疼等寒邪外束的现象。

表热里寒：是指患者素有阳虚或阴盛于内，又新感热邪所致的病理状态。例如，病家素患脾肾阳虚，又感风热之邪，表现为既有面色㿔白、肢凉、水肿、尿少、便溏等阳虚内寒之征象；又见发热、恶风、头痛、咽喉肿痛等热邪束表之征象。

阴阳互损所致阴阳两虚的寒热错杂，表现为虚热证与虚寒证的相互错杂。常因阴损及阳或阳损及阴的不同，而有偏重阴虚即虚热或偏重阳虚即虚寒的差异。

阴损及阳：是指阴虚到一定程度，累及阳气生化不足，导致阳虚，形成以阴虚为主的阴阳两虚病理状态。可出现偏重虚热的寒热错杂证。例如肾阴虚证，表现为咽干口燥、失眠多梦、消瘦、腰酸、盗汗、舌红少苔等症，若肾阴亏损，损及肾阳，又出现畏寒、肢冷、夜尿清长、面色白而晦黯等阳虚症状，而形成阴阳两虚证。

阳损及阴：是指阳虚到一定程度，无阳则阴无以生，影响阴的化生，形成以阳虚为主的阴阳两虚病理状态。可出现偏重虚寒的寒热错杂证。例如脾肾阳虚证，表现为面色㿔白、精神萎靡、倦怠乏力、小便清长、下利清谷、舌胖而淡等症，若阳气亏损，耗伤肾阴，又出现失眠多梦、烦躁、口干咽燥、脉细数无力等阴虚症状，而形成阴阳两虚证。

(2) 寒热转化：是指在疾病发展过程中，由于阴阳盛衰消长达到一定程度，各自向其相反的方向转化，从而导致疾病寒热性质向相反方向转化的过程。寒热转化病机包括由阴转阳和由阳转阴两个方面。

由阳转阴：是指原来病证的性质属阳属热，在一定的条件下，转化为属阴属寒的病理过程。如某些温热病，在急重阶段，由于热毒极重，大量耗伤机体元阳，阳气骤虚，可由原来的壮热、面赤，突然出现面色苍白、四肢厥冷等一派阳气暴脱所致的阴寒危象。

由阴转阳：是指原来病证的性质属阴属寒，在一定的条件下，转化为属阳属热的病理过程。如病始于寒饮停肺，表现为咳嗽、痰涎清稀、苔白滑，但由于失治误治，寒饮郁久从阳化热，而见发热、咳痰黄稠、胸痛、苔黄、脉数等痰热壅肺的症状。

(3) 寒热真假：是指在疾病发展过程中，尤其是病情危重的阶段，由于阴阳格拒而出现

寒热假象的病理现象。寒热真假，包括阴盛格阳之真寒假热和阳盛格阴的真热假寒。阴阳格拒的形成，主要是由于某些原因使阴阳中的一方偏盛至极，或阴阳中的一方极端虚弱，盛衰悬殊，将另一方格拒排斥于外，迫使阴阳之间不相维系。

阴盛格阳；又称格阳，是指阳气虚弱之极，阳不制阴，阴寒独盛于内，逼迫虚阳浮越于外，使阴阳不相顺接，相互格拒的病理状态。此病机则导致真寒假热证的出现。例如，虚寒极甚之病人，本见面色苍白、四肢厥冷、精神萎靡、畏寒蜷卧等寒象；突然兼见颧红如妆、身热、口渴、脉大等“热”象，便是典型的真寒假热证。但病者仅颧部浮红暴露而不华，不似真热之满面通红或颧红而色华；身虽热而欲盖衣被；口虽渴，却欲饮热，且不欲多饮；脉虽大，但按之无力；同时原本之寒象仍在。

阳盛格阴；又称格阴，是指邪热盛极，深伏于里，阳气被遏，郁闭于内，不能外达于四肢，而格阴于外的病理状态。此病机则导致真热假寒证的发生。例如，外感热病，火热炽盛，本见壮热、面赤、气粗、烦躁、舌红、苔黄干等热象；突然兼见四肢不温、恶寒、脉沉等“寒”象，而成真热假寒证。病人手足虽厥冷，却胸腹灼热，体温升高；虽然恶寒，却不欲盖衣被；脉虽沉，但按之有力，且原本之热象仍在。

（三）阴阳盛衰与疾病转归

阴阳盛衰消长变化不仅是疾病发生、发展与变化的内在依据，也是疾病好转抑或恶化、痊愈抑或死亡的根本机理。

1. 平衡恢复则疾病向愈：阴阳相对的平衡协调重新恢复，是阴阳盛衰消长发展过程中，疾病向好转和痊愈方面转归的内在机理。通常是由于病者正气比较充盛，或得到及时、正确的治疗、护理与调养，阴邪或阳邪逐步消退，机体阳气与精、血、津液等阴精不断化生充盈，阴阳两个方面又重新恢复相对的平衡协调，疾病随之消失而告痊愈。

2. 阴阳亡失则病趋恶化：阴阳的亡失，包括亡阴和亡阳。是指机体的阴液或阳气突然大量亡失，导致阳或阴的功能严重衰竭，出现生命垂危的一种病理状态，是导致疾病向恶化甚至死亡方面转归的主要原因。

（1）亡阳：是指机体的阳气突然大量脱失，全身机能突然严重衰竭，而致生命垂危的一种病理状态。一般地说，亡阳多由于邪气太盛，正不敌邪；或因劳累过度，耗气过多；或因过用汗、吐、下等治法，阴液大伤，阳随阴泄；或因大量失血，气随血脱；或因慢性疾病，阳气在严重耗散的基础上突然外越所致。此病机则导致亡阳证的发生，而见面色苍白、四肢厥冷、肌肤不温、冷汗淋漓、精神萎靡、畏寒蜷卧、呼吸气微、脉微欲绝等危重征象。

（2）亡阴：是指机体的阴液突然大量消耗或丢失，全身机能严重衰竭，而致生命垂危的一种病理状态。一般地说，亡阴多由于邪热炽盛，或邪热久留，大量煎灼耗伤阴液所致；亦有因长期慢性消耗等其他因素，大量耗损阴液而成。此病机则导致亡阴证的出现，而见面颧潮红、恶热、大汗味咸而粘、躁妄不安、口渴欲饮、呼吸短促、脉细数疾按之无力等危重征象。

亡阴和亡阳，在病机和临床征象等方面，虽然有所不同，但因阴阳互根，阴亡，则阳无所依附而散越；阳亡，则阴无所化生而耗竭。故亡阴可以迅速导致亡阳，亡阳也可继即出现亡阴，最终导致“阴阳离决，精气乃绝”，生命活动告终而死亡。

三、气机失常

气机失常又称气机失调，是指在疾病发生、发展过程中，由于致病因素的作用，导致机体内气的升降出入运动紊乱，从而形成气滞、气逆、气陷、气闭、气脱的病理状态。气机失常是人体各种生理功能及其相互关系出现紊乱的概括，也是疾病发生、发展、变化与转归的内在根据。

(一) 气滞

气滞，是指气机郁滞而流通不畅的病理状态。主要由于情志内郁，痰饮、水湿、食积、瘀血、结石等阻滞，影响到气的流通，形成局部或全身的气机郁滞不畅，从而导致某些脏腑、经络功能障碍，或血液、津液循行输布阻滞不畅。气滞于机体某一局部，可以出现胀满、疼痛。若气滞导致血行滞涩，则可形成瘀血；若气滞引发水湿停滞，则可形成痰饮。气滞又可使某些脏腑功能失调或障碍，形成脏腑气滞，其中尤以肺气壅滞、肝气郁滞和脾胃气滞为多见。肺气壅滞，可见胸膈胀闷疼痛，咳喘；肝气郁滞，可见胁肋或少腹胀痛；脾胃气滞，可见脘腹胀痛，时作时止，得失气、暖气则舒。

(二) 气逆

气逆，是指气机升降失常，当降不降或不降反升或升之太过，脏腑之气逆上的病理状态。多由情志内伤，或因饮食寒温不适，或因痰浊壅阻，或因外邪侵袭等所致。气逆多发生于肺、胃和肝等脏腑。在肺，则肺失肃降，肺气上逆，而见咳嗽、气喘。在胃，则胃失和降，胃气上逆，而见呕吐、暖气、呃逆。在肝，则肝升泄太过，肝气上逆，可见头痛而胀、面红目赤、易怒等症状；甚则导致血随气逆，而为咯血、吐血，或上壅清窍而致中风、昏厥。

气逆于上，一般以实为主。但也有因虚而气上逆者。如肺虚而失肃降或肾虚而不纳气，均可导致肺气上逆；胃虚失和降，也能导致胃气上逆。这些都是因虚而气逆的病理改变。

(三) 气陷

气陷，是指在气虚病变基础上发生的，以气的上升不及、升举无力为主要特征的病理状态。常因素体虚弱，或病久耗伤，或思虑劳倦损伤所致。气陷主要发生于脾脏，故又常称“中气下陷”。脾气升清，一方面上输水谷精微于头目清窍，一方面托举维系人体内脏器官位置的相对恒定。所以，在气虚升举无力的情况下，既可导致清气不能上养头目清窍，而见头晕、眼花、耳鸣等症；又可出现脏腑器官维系乏力，而引起某些内脏的下垂，如胃下垂、子宫脱垂、脱肛等，而见脘腹或腰腹胀满重坠、便意频频等症。此外，由于气陷是在气虚基础上发展而来，又可伴见疲乏无力、气短声低、面色不华、脉弱无力等气虚征象。

(四) 气闭

气闭，是指气之出入障碍，气不能外达，闭郁结聚于内，从而出现突然闭厥的病理状态。多由情志刺激气郁之极，或痰浊、外邪、秽浊之气阻闭气机所致。例如，触冒秽浊之气所致的闭厥，外感热病过程中的热盛内厥，突然遭受巨大的精神创伤所致的气厥等。临床上，气机闭郁，壅于心胸，闭塞清窍，可见突然昏厥，不省人事；阳气内郁，不能外达，则见四肢逆冷，四肢拘挛，两拳握固，牙关紧闭；肺气闭郁，气道阻滞，则见呼吸困难，气急鼻煽，面青唇紫；气闭于内，腑气不通，则见二便不通。

(五) 气脱

气脱，是指气不内守，大量向外逸脱，从而导致全身性严重气虚不足，出现功能突然衰竭的病理状态。多由于正不敌邪，正气骤伤，或正气长期持续耗损而衰弱，以致气不内守而外脱；或因大出血、大汗出、频繁吐泻等，致使气随血脱或气随津泄所致。临床上，因气的大量外散脱失，脏腑功能突然衰竭，每出现面色苍白，汗出不止，目闭口开，手撒肢冷，脉微欲绝等危重证候。

第五章 诊法述要

诊法，是指中医诊察和收集疾病有关资料的基本方法，主要包括望、闻、问、切四种，简称“四诊”。通过对于病人的症状和体征进行全面的了解和检查，收集与病人健康有关的资料，为判断病情提供依据。广义的中医诊法又指诊断学的全部内容，如诊法、辨证和病案等，其方法繁多，内容宏富。

第一节 诊法的基本原理与运用原则

一、基本原理

中医诊法的基本原理认为，人体是一个有机的整体，人体皮肉脉筋骨、经络与脏腑息息相关，而以脏腑为中心，以经络通联内外，外部的征象与内在的脏腑功能关系密切，因而通过审察其外部征象，可以探求疾病的本质。具体包括以下几个方面。

物的性质及变动的程度，此即以我知彼，以观太过不及之理之意。

二、运用原则

(一) 内外详察

人体是一个有机的整体，人与自然界具有统一性，因而应详细诊察机体的全面情况及其与自然的关系，并加以分析和综合。由于在疾病状态下，局部的病变可以影响全身，精神的刺激可以导致气机及形体的变化，脏腑的病变也能够造成气血阴阳的失常和精神活动的改变，因而任何疾病必然带有整体性的变化。

诊察病人，必须从整体上进行多方面的考察，而不能只看到局部，这就要求要对病情进行详细的询问及检查，通过广泛而详细的占有临床资料，才能为正确地诊断打下基础；此外，还需对临床资料进行全面的分析和综合判断。

(二) 四诊合参

望、闻、问、切四诊之法，各有所长和特点，但也各有其局限性和不足，临床诊病必须全面收集临床资料，四诊合参，才能对病证作出准确判断。《素问·阴阳应象大论》：“善诊者，察色按脉先别阴阳。审清浊而知部分；视喘息听音声而知病所苦；观权衡规矩而知病所主；按尺寸观浮沉滑涩而知病所生，以治无过，以诊则不失矣。”即强调了四诊合参的重要性。

(三) 病证结合

“病”与“证”是两个不同的概念。辨病是对疾病的定性，是对疾病认识的深化，有利于从疾病的全过程和特征上认识疾病的本质；辨证是对疾病的进一步认识，重在从疾病当前的表现中明确病变的部位与性质。两者结合方能全面认识疾病，单纯辨病与辨证，均难于给以针对性、确切性的治疗。《医学阶梯》所说：“论病不易，论证尤难。而证中论证，难之又难也。凡有病必有证，有证必有论，论清则证明，证明则病易疗。非可模棱两可，取效于疑似之间也。”强调了辨病与辨证的重要性。只有辨证与辨病相结合，才能准确认识疾病的发展变化规律，利用正确的治疗，预测疾病的预后。

第二节 四 诊

一、望 诊

望诊，是医生运用视觉观察病人的神色形态、局部表现，舌象、分泌物和排泄物色质的变化来诊察病情的方法。其在中医诊断学中占有重要地位，被列为四诊之首。

由于人体脏腑、气血、经络等变化，均可以反映于体表的相关部位或出现特殊表现，因而通过望诊能够认识和推断病情。

望诊应在充足的光线下进行，以自然光线为佳。望诊须结合病情，有步骤、有重点地仔细观察，一般先诊察全身情况，再局部望诊，进而望排泄物和望舌。此外，望诊还必须注意合参其它诊法。

(一) 全身望诊

全身望诊主要是望病人的精神、面色、形体、姿态等整体表现，从而对病性的寒热虚实，病情的轻重缓急形成总体的认识。

1. 望神

神，广义是指高度概括的人体生命活动的外在表现，狭义是指神志、意识、思维活动。望神即是通过观察人体生命活动的整体表现来判断病情。神与精、气互相依存，相互为用，因而观察神之变化，可知正气存亡，脏腑盛衰，病情轻重，预后善恶。望神主要望面部的气色和眼神，形体的动静状态，以及精神意识、言语气息、对环境的反映等，其中望眼神最为重要。

(1) 得神

多见精神充沛，神志清楚，表情自然，言语正常，反应灵活，面色明润含蓄，两目灵活明亮，呼吸顺畅，形体壮实，肌肉丰满等。提示正气尚足，脏腑功能未衰，病情较轻，预后良好。

(2) 少神

多见神气不足，精神倦怠，动作迟缓，气短懒言，反应迟钝，面色少华等。提示正气已伤，脏腑功能不足，多见于虚证。

(3) 失神

多见神志昏迷，或烦躁狂乱，或精神萎靡；目睛呆滞或晦暗无光，转动迟钝；形体羸瘦或全身浮肿；面色晦暗或鲜明外露；此外还可见呼吸低弱，或喘促鼻煽，甚则卒然仆倒，目闭口开，手撒尿遗，或搓空理线，循衣摸床等。提示正气大伤，脏腑功能虚衰，病情严重，预后较差。

(4) 假神

多见大病、久病、重病之人，精神萎靡，面色暗晦，声低气弱，懒言少食，病未好转，突然见精神转佳，两颊色红如妆，语声清亮，喋喋多言，思食索食等。提示乃病情恶化，脏腑精气将绝，预后不良。也称“回光返照”、“残灯复明”。

2. 望色

望色是指通过观察皮肤色泽变化以了解病情的方法。

由于面部为十二经脉、三百六十五络的气血上注之处，是脏腑气血之外荣，加之其皮肤薄嫩，色泽变化易现于外，因而望色能了解脏腑功能状态和气血盛衰情况。《素问·脉要精微论》云：“夫精明五色者，气之华也。”望色以望面部气色为主，兼望肤色、目睛、爪甲等部位。根据五行学说和藏象理论，五色配五脏，且五色变化能反映相应脏腑的精血盈亏，光泽的变化能了解神气的盛衰。此外，病邪的性质及邪气部位等，也会通过色泽变化而有所反映。

(1) 常色

常色即正常面色与肤色，因种族不同而异。其有主色与客色之分，主色指由禀赋所致、终生不变的色泽。客色指受季节气候、生活和工作环境、情绪及运动等不同因素影响所致气色的短暂性改变。我国健康人面色应是微黄透红，明润光泽。

(2) 病色

病色包括五色善恶与五色变化。五色善恶主要通过色泽变化反映出来，提示病情轻重与

预后吉凶。其中明润光泽而含蓄为善色，表示病情较轻，预后较佳；晦暗枯槁而显露为恶色，表示病情较重，预后欠佳。五色变化主要表现为有青、赤、黄、白、黑五色，主要反映主病、病位、病邪性质和病机。

青色 主寒证、痛证、惊风、血瘀。

青色五行属木，主病以肝经和厥阴经脉的病证为主，常见于面部、口唇、爪甲、皮肤等部位。青色为气血运行不畅所致，凡阴寒内盛而致经脉拘急，气机不畅，瘀血内阻，阳虚寒湿，热盛动风等均可出现。小儿惊风，常见于眉间、鼻梁、口唇四周见青色；面、唇、爪甲青白为寒，青黑晦暗为阳虚，青紫多为阳气大衰；面见青黑多为寒痛证。鼻头色青多腹中疼痛。面色青，喜热饮，尿清长或腹满下利，多为腹中寒痛。腹痛时作，泛吐清水，面色乍青乍白，多为虫积腹痛；口唇青灰，常为心阳不振，心血瘀阻；重证病人面色青黑，痰涎壅盛，腹胀呃逆，为脾胃气绝。面色青灰而白，眼闭不开，急躁扰乱，阴囊挛缩，或但欲眠而汗脱者，为肝脏绝。

赤色 主热。

赤色五行属火，火热内盛，鼓动气血，充盈脉络所致，常见于颜面、唇、舌、皮肤等部位。主病有实热、虚热之分，前者多因热邪亢盛，后者多因阴虚火旺。外感温热，可见面赤、发热；里实热证可见高热、口渴、便秘，面赤；虚热常见面色苍白而两颧嫩红或潮红，多发于午后；虚损劳瘵，多见两颧潮红，午后潮热、盗汗、五心烦热等症；戴阳证则面红如妆，娇红带白，游移不定。

黄色 主湿、虚、黄疸。

黄色属土，多为脾失健运，水湿不化，或气血乏源，肌肤失养而致。常见于面部、皮肤及白睛等部位。面色黄白无泽、萎黄不华是脾肺气虚；小儿生后遍体皆黄，多为胎黄；小儿面色青黄或乍黄乍白可见于疳积；妇人面色萎黄，常为经脉不调；面目虚浮淡黄，可为肺虚湿阻之黄胖证；身目俱黄，鲜明如橘皮为阳黄，证属湿热。晦暗如烟熏为阴黄，证属寒湿；病者黄色渐趋明润为胃气渐复，病情好转。黄色转枯为胃气衰败，预后不良。

白色 主虚、寒，失血。

白色属金，乃阳气虚衰，血行无力，脉络空虚，气血不荣所致，多表现为颜面、口唇、舌及皮肤、爪甲、眼眦等部位。血虚者苍白无华；气虚者淡白少华；脾肺虚寒见面色淡白；面色青白多为寒证；阳虚者色白无华而浮肿；阴虚者常面白而颧赤；产后面色晄白多为夺血伤气；卒然失血，气随血脱之危候，多见苍白无华。

黑色 主肾虚、水饮、瘀血。

黑色属水，为阳虚阴寒，水饮内泛，气血凝滞，经脉肌肤失养而致。其色可见黧黑、紫黑或青黑，多见于面部或口唇及眼眶。面色黧黑，唇甲紫暗可见于心血瘀阻或肾阳虚证；面唇色黑，发枯齿槁多为肾阴亏耗之重证；面色青黑多为寒证、痛证；妇人眼眶灰黑无华，多为崩中漏下；黑色浅淡为肾病水寒。鼻头色黑，目窠微肿多为水饮内停；唇、舌、面色皆紫暗青肿，可见于中毒之证。

3. 望形体

形体指病人的外形和体质。

(1) 胖瘦 主要反映阴阳气血的偏盛偏衰。形体肥胖，皮肤细白，少气乏力，为形盛气

虚之痰湿体质；形体干瘦，皮肤苍黄，肌肉削瘦，易躁易怒为阴血内热之多火体质。

(2) 浮肿 面浮肢肿而腹胀为水肿证；腹胀大如裹水，脐突、腹部有青筋是臌胀之证。

(3) 瘦瘠 大肉削瘦，肌肤干瘪，形肉已脱，为病情危重之恶病质。小儿发育迟缓，面黄肌瘦，或兼有胸廓畸形，前囟迟闭等，多为疳积之证。

4. 望动态

动态指病人的行、走、坐、卧、立等体态。

(1) 动静 阳证、热证、实证者多以动为主，可见卧时面常向外，转侧时作，喜仰卧伸足，揭衣弃被，不欲近火，坐卧不宁，烦躁不安；阴证、寒证、虚证病人多以静为主，可见卧时面常向内，蜷缩成团，不欲转侧，喜加衣被，喜卧少坐。

(2) 咳喘 呼吸气粗，咳嗽喘促，难于平卧，坐而仰首者，是肺有痰热，肺气上逆之实证；喘促气短，坐而俯首，动则喘甚，是肺虚或肾不纳气；身肿心悸，气短咳喘，喉中痰鸣，多为肾虚水泛，水气凌心射肺之证。

(3) 抽搐 多为动风之象。手足拘挛，面颊牵动，伴有高热烦渴者，多为热盛动风先兆。伴有面色萎黄，精神萎靡者可为血虚风动；四肢抽搐，目睛上吊，眉间唇周色青灰，时发惊叫，牙关紧闭，角弓反张可为破伤风；手指震颤蠕动者，多为肝肾阴虚，虚风内动。

(4) 偏瘫 卒然昏仆，不省人事，偏侧手足麻木，运动不灵，口眼喎斜，为中风偏枯证。

(5) 痿痹 关节肿痛，屈伸不利，沉重麻木或疼痛者多是痹证；四肢痿软无力，行动困难，多是痿证。

(二) 局部望诊

局部望诊是在全身望诊的基础上再根据病情和诊断的需要，对病人的某些局部进行深入细致地观察，从而有助于了解整体的病变。望局部情况时，要熟悉各部位的生理特征及其与脏腑经络的内在联系，把病理体征与正常表现相比较，并联系其与脏腑经络的关系，结合其它诊法，从整体角度综合分析，来弄清局部病理体征所提示的临床意义。

1. 望头面

头部过大过小均为异常，多由先天不足而致；囟门陷下或迟闭，多为先天不足或津伤髓虚；面肿者，或为水湿泛滥，或风邪热毒；腮肿者，多由风温毒邪，郁阻少阳；口眼歪斜者，或为风邪中络，或为风痰阻络，或中风。

2. 望五官

(1) 望眼

眼部内应五脏，其中目眦血络属心，白睛属肺，黑睛属肝，瞳子属肾，眼胞属脾。眼部可反映五脏的情况。

眼神 是望眼的重要内容。目光有神彩，视物清楚，转动灵活为有神，提示无病或病浅易治；白睛暗浊，黑睛晦滞，或目光呆钝，视物模糊，转动不灵，或两眼上视，直视，为无神，说明病较重难治。

色泽 目眦赤为心火；白睛赤为肺火；全目肿赤为肝火或肝经风热；眼睑红肿湿烂为脾胃湿热或肝胆湿热；白睛色黄为湿热或寒湿；白睛青蓝是肝风或虫积；目眦血络色淡白多为气血虚损；目眶黑为脾肾虚损、水湿为患。

形态 眼目胀痛流泪可见肝经郁热；目窠浮肿，眼皮发亮多为湿象；目睛突出伴有喘息多为肺胀，伴颈前肿物多为瘰疬；目窠内陷多因津液耗伤或气血不足；睡中露睛多为脾胃虚弱或小儿疳积；针眼（麦粒肿）或眼丹（霰粒肿），多为风热或脾胃蕴热；胬肉攀睛多为风热或湿热壅盛；眼生斑翳，视物障碍多见于热毒、湿热、痰火、外伤；两目上视、直视可见于肝风内动或精气衰竭；目睛呆滞无神，可见痰热内闭或元神将脱；两眼深陷，视物不见，真脏脉现多为阴阳离绝之凶兆。

(2) 望耳

主要反映肾与肝胆的情况。耳轮肉厚，色红明润为肾精充足或病浅易愈，肉薄干枯则为肾精不足；色淡白属寒，青黑属痛，焦黑为肾精亏耗之凶兆。耳肿痛多为邪气实；耳旁红肿疼痛可因风热外袭或肝胆火热；耳中疼痛，耳聋流脓者为胆经有热或肝胆湿热；久病血瘀可见耳轮甲错。

(3) 望鼻

主要反映肺与脾胃的情况。色青多为虚寒或腹痛，色赤多为脾肺热盛，色黄多为湿热，色白则为气血不足，色黑为水气内停；鼻燥色黑可因热毒炽盛，鼻冷色黑为阴寒内盛。鼻肿为邪气盛，鼻陷为正气虚；鼻塞多嚏为外感，涕清为风寒，涕浊为风热；久流浊涕，色黄稠粘，香臭不分多为鼻渊；鼻翼煽动，发病急骤者为风热痰火或实热壅肺；鼻梁溃陷可见于梅毒；鼻柱崩坏，眉毛脱落多见于麻风病。

(4) 望口唇

主要反映脾胃的情况。色红明润为正常。唇色红紫为实热，鲜红为阴虚，樱红为煤气中毒；淡白为脾虚血少，白枯晦暗其证凶险；色青而紫为痛，色青而淡为寒，青黑而润者寒极；唇黑者脾胃将绝，水病唇黑预后不佳。唇舌糜烂，色白如苔多因脾胃湿热或阴虚火旺；口角歪斜可见于中风；口噤不语为痉病；撮口唇青而抽搐多为肝木乘脾；小儿口疮，多为脾经郁热或消化不良。

(5) 望齿龈

主要反映肾与胃的情况。牙齿干燥不泽，为阴液已伤；牙齿黄垢为胃浊熏蒸；牙干焦有垢是胃肾俱热；干焦无垢是胃肾阴虚；齿如枯骨是肾阴涸竭。齿衄兼痛为胃火，不痛为肾火；咬牙磨齿者多为肝风内动，或惊厥之征；小儿眠中咬牙多因胃有积滞或虫积。齿龈色淡白为血虚；色深红或紫为热证；牙龈肿痛是胃火上炎；牙龈腐烂或牙齿脱落多为牙疳。

(6) 望咽喉

主要反映肺胃与肾的情况。咽部红赤肿痛可见肺胃有热，兼见黄白脓点为肺胃热盛；咽红干痛为热伤肺津；若咽部嫩红，痛不甚剧，为阴虚火旺；乳蛾红肿疼痛多是风热或痰火；咽喉有灰白点膜，迅速扩大，剥落则出血可见于白喉。

3. 望躯体

见瘰疬者，为肝气郁结，气结痰凝；见瘰疬者，为肺肾阴虚，虚火灼津，或感受风火时毒，郁滞气血；项强者，或为风寒外袭，经气不利，或为热极生风；鸡胸者，多为先天不足，或后天失养；腹部深陷，多为久病虚弱，或新病津脱；腹壁青筋暴露者，多属肝郁血瘀。

4. 望皮肤

主要观察皮肤的外形变化及斑疹、痘疮、痈疽、疔疖等情况。

(1) 望外形 全身皮肤肿胀，或只有眼皮，足胫肿胀，按之有凹痕者，为水肿。若头面四肢不肿，只是腹部膨胀有振水声，或兼见皮肤有血痣者多为臌胀；皮肤干瘪枯槁者是津液耗伤；小儿骨弱肌瘦，皮肤松弛多为疳积证。皮肤甲错者常为瘀血内阻。

(2) 望斑疹 斑与疹不同，一般斑重于疹，多为温热病邪热郁于肺胃，内迫营血所致。斑形如锦，或红或紫，平摊于肌肤，抚之不碍手消失后不脱皮，其有阴斑、阳斑之分；疹则色红，形如米粟，稍高于皮肤，摸之有碍手感，消失后脱皮，其有麻疹、风疹、隐疹之别。斑疹均有顺逆之分，以其色红活润泽，分布均匀，疏密适中，松浮于皮面为顺证，预后良好；其色紫红稠密而紧束有根，压之不易褪色，若色如鸡冠为逆证，预后不良。

(3) 望痈毒疔疖 若皮肤赤色如涂丹砂，边缘清楚，热痛并作，或形如云片，上有粟粒小疹，发热作痒，渐及他位，或流水浸淫，皮肤破溃，或缠腰而发者多为丹毒；皮肤瘙痒小疹，夹杂脓疱，黄水淋漓者多为湿毒；若局部红肿热痛，高出皮肤，根部紧束者为痈；漫肿无头，坚硬而肤色不红者为疽；初起如粟米，根部坚硬，麻木或发痒，顶白痛剧者为疔；形如豆粒梅核，红热作痛，起于浅表，继而顶端有脓头者为疖。

5. 望毛发

应注意色泽、分布及有无脱落等情况。头发茂密，分布均匀，色黑润泽，为肾气充盛之象；若毛发稀疏脱落，色枯无泽，多为肾气亏虚或血虚不荣；脱发可因血热或血燥；病久发脱多为精血亏虚；不规则片状脱发常因血虚或血瘀；白发多为肝肾亏损，气血不足。小儿发粘如穗，干枯不荣，多为疳积之象；初生少发、无发或头发稀疏黄褐，多为先天不足或体质较差。

(三) 望排出物

包括排泄物和分泌物。主要反映有关脏腑的盛衰和邪气的性质。

1. 望痰、涎、涕、唾、外感病邪，痰清有泡沫为风痰；色白清稀为寒痰；痰多色白，咯之易出多为湿痰；痰黄稠粘为热痰；痰少色黄，不易咯出，或痰夹血丝者是燥火；咳唾腥臭脓痰或脓血的是肺痈证；多涎喜唾可见于胃寒；劳瘵久咳，咯吐血痰多为虚火伤肺。

2. 望呕吐物 胃热则吐物稠浊酸臭，胃寒则吐物清稀无臭；食滞则呕吐酸腐；朝食暮吐，暮食朝吐，多为胃反；胃络伤则见呕血；呕吐黄绿苦水，多为肝胆湿热。

3. 望大便 虚寒之证大便溏薄，实热之证大便燥硬；便如羊粪为肠燥津枯；便黄如糜状，溏粘恶臭多为肠胃湿热；小儿绿便有泡多为消化不良或受惊吓；大便脓血，赤白相杂是下痢；便血色鲜红者是血热，色黑如漆为瘀血内积；先便后血，其色褐黑者，病多在脾胃，又称远血。先血后便，其色鲜红或深红者，病多在大肠与肛门，又称近血。

4. 望小便 小便清沏而长为寒，赤涩短少为热；其色黄甚可见于湿热证；小儿尿如米泔，多是食滞肠胃，内生湿热，或为脾虚；黄赤混浊，或偶有砂粒为石淋，混浊如米泔，淋漓而痛是膏淋，便中血色、热涩刺痛为血淋。

(四) 望小儿指纹

望小儿指纹适用于3岁以内的小儿，与成人诊寸口脉具有相同的诊断意义。

小儿指纹是手太阴肺经的分支，按部位可分为风、气、命三关。食指第一节为风关，第二节为气关，第三节为命关。正常指纹为红黄隐隐于食指风关之内。

其临床意义可概括为纹色辨寒热，即红紫多为热证，青色主惊风或疼痛，淡白多为虚证；淡滞定虚实，即色浅淡者为虚证，色浓滞者为实证；浮沉分表里，即指纹浮显者多表证，指纹深沉者多为里证；三关测轻重，即指纹突破风关，显至气关，甚至显于命关，表明病情渐重，若直达指端称为“透关射甲”，为临床危象。

(五) 望舌

舌诊历来为医者所重视，望舌对了解疾病本质，指导辨证论治有重要意义。

望舌主要是观察舌质与舌苔的变化。舌质也称舌体，是舌的肌肉脉络组织。舌苔是附于舌面的一层苔垢，其由胃气上蒸而成。足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经、手少阴心经均联于舌，说明脏腑经络与舌有密切关系，即脏腑的精气上荣于舌，其病变则可从舌质与舌苔变化反映出来。一般舌质反映正气情况，脏腑虚实、气血盈亏；舌苔反映邪气情况，病邪深浅，及胃气存亡。通过望舌可以判断正气的盛衰，分辨病位的深浅，区别病邪的性质，推断病邪的进退。

望舌时应注意光线充足，以自然光线为佳。病人应自然伸舌，不可太过用力。医生应循舌尖、舌中、舌根、两旁顺序察看，先看舌苔、后看舌质，并注意辨别染苔。

正常舌象可概括为淡红舌，薄白苔，即舌质淡红明润，胖瘦适中，柔软灵活；舌苔薄白均匀，干湿适中，不粘不腻，揩之不去。

1. 望舌质

(1) 望舌神

是判断疾病预后的关键。舌质红活明润为有神，说明津液充足，气血充盈，或病情轻浅，正气未伤；舌质干瘪晦暗为无神，说明津液亏乏，气血虚衰，正气已伤，病较危重的表现。

(2) 望舌色

淡白舌 舌色红少白多，色泽浅淡，多为阳气衰弱或气血不足，使血不盈舌，舌尖所养而致。主虚证、寒证。舌淡白而胖嫩多为阳虚寒湿；淡白而瘦薄多为气血两虚。

红舌 舌色鲜红或正红，多由热邪炽盛，迫动血行，舌之血脉充盈所致。主热证。全舌深红，质粗有苔，甚至起芒刺者多为实热新病；舌红而舌心干燥可为热灼胃津；舌边红赤为肝胆有热；舌尖红起刺多为心火上炎；舌红而见紫色紫点多为血热发斑之象。舌质嫩红，少苔或无苔，多为阴虚发热。

绛舌 舌色深红甚于红舌。主邪热炽盛，主瘀。实热者多为外感热病。舌绛而起刺为热入营血；绛而舌心干者是胃火热邪内伤津液；绛而干燥裂纹是热灼阴精；绛而苔黑者是实热盛极；舌绛而舌面粘腻，似苔非苔，为中焦秽浊。虚热者多为内伤杂病。舌绛少苔或无苔多为阴虚火旺；舌绛无苔，舌面光亮无津称为镜面舌，为内热阴液亏耗；舌绛不鲜，干枯而萎者，可见肾阴枯竭。舌绛色暗或有瘀斑、瘀点，是血瘀挟热；舌面红斑散在，可见热入血分，斑疹欲发。

青紫舌 色淡紫无红者为青舌，舌深绛而暗是紫舌，两者常常并见。青舌主阴寒，瘀血；紫舌主气血壅滞，瘀血。舌色淡紫带青，嫩滑湿润，多为寒邪直中肝肾阴经，阴寒内盛；舌色深青，或舌边青，口干漱水不欲咽，可见气血凝滞，瘀血内停；舌色紫绛，干燥苔黄，多为瘀热闭阻，热毒炽盛；舌色深紫可见于热入血分，脏腑皆热；色紫暗晦而湿润，多

为痰湿或瘀血；全舌青紫为重证血瘀；舌紫肿大可见于酒毒攻心。

(3) 望舌形

老嫩 辨虚实的关键。舌质粗糙，坚敛苍老，主实证或热证，多见于热病极期；舌质细腻，浮胖娇嫩，或边有齿痕，主虚证或寒证，多见于疾病后期。

胖瘦 舌体肥大肿胀为胖舌，舌体瘦小薄瘪为瘦舌。舌淡白胖嫩，苔白水滑，多为脾肾阳虚，水湿停留；舌红绛胖大，苔黄厚腻，多是脾胃湿热，痰浊停滞；舌赤肿胀而苔黄，乃热毒壅盛，心脾有热；舌胖嫩紫暗多为中毒证；舌瘦瘪淡红而嫩为心脾两虚，气血不足；舌瘦薄绛干多为阴虚热盛。

芒刺 舌面有突起的星点，状如草莓，为热盛之象；舌有芒刺，色红而干为热入营血；舌有芒刺而紫绛而干为热甚伤阴；舌边芒刺为肝胆火盛；舌中有芒刺为胃肠热甚；舌尖红赤起刺为心火上炎。

裂纹 舌面有裂沟，深浅不一，浅如划痕，深如刀割，常见于舌面的前半部及舌尖两侧，多因阴液耗伤；舌质红绛，少苔燥裂为热盛伤阴；舌淡红而嫩，有裂纹者多为肾阴不足或血虚阴亏；舌生裂纹细碎常见于年老阴虚。

齿印 舌边有齿痕印称为齿痕舌，常与胖大舌并见，多属气虚或脾虚。舌质淡红胖嫩，边有齿痕，多为脾虚水湿内停；舌质淡白，苔白湿润而有齿痕，常为寒湿困脾。

舌疮 以舌边或舌尖为多，形如粟粒，或为溃疡，局部红痛，多因心经热毒壅盛而成；疮不出舌面，红痛较轻，多是肝肾阴虚，虚火上炎所致。

舌下络脉 舌尖上卷，可见舌底两侧络脉，呈青紫色。若粗大迂曲，兼见舌有瘀斑、瘀点，多为有瘀之象。

(4) 望舌态

痿软 舌体痿软无力，伸卷不灵，多为病情较重。久病舌体痿软，舌色淡白，属气血两虚筋脉失养；痿软色绛，舌光无苔为肝肾阴液枯涸；突发舌体痿软，色红少津则为热灼阴液。

强硬 舌体板硬强直，活动不利，言语不清，称舌强，为无胃气之重证。舌强而干，舌色红绛多为热入心包，灼伤津液；舌强语謇，口眼喎斜，半身不遂者，多为中风；舌灰胖而硬，多因痰浊阻滞。

震颤 舌体震颤抖动，不能自己。舌色红绛，震颤明显，常因热极生风；舌色淡白，蠕蠕微动，多为虚风内动。

歪斜 舌体伸出时，舌尖向左或向右偏斜，多为风中经络，或风痰阻络而致。

卷缩 舌体卷缩，不能伸出，多为危重之证。舌卷缩而赤干，属热极伤阴；舌卷缩而淡白湿润，是阳气暴脱，寒凝经脉；舌胖粘腻而短缩多为痰浊内阻。

吐弄 舌体伸出，久不回缩吐舌。舌体反复伸出舐唇，旋即缩回为弄舌。舌红吐弄为心脾有热；舌紫绛吐弄为疫毒攻心；小儿弄舌多是惊风先兆，或久病危候；先天不足，智能低下者，也可见弄舌。

麻痹 舌体麻木，转动不灵称舌麻痹。常见于血虚风动或肝风挟痰等证。

舌纵 舌体伸出，难以收回称为舌纵。舌纵麻木可见于气血两虚；舌纵深红，口角流涎，口眼歪斜，多为风痰或痰火扰心；舌纵不收，舌枯无苔，言语謇涩，多属危重凶兆。

2. 望舌苔

(1) 苔质

厚薄 透过舌苔能隐约见到舌质者为薄，不见舌质者为厚。苔质的厚薄可反映病邪的浅深和轻重。苔薄者多邪气在表，病轻邪浅；苔厚者多邪入脏腑，病较深重。由薄渐厚，为病势渐增；由厚变薄，为正气渐复。

润燥 反映津液之存亡。苔润表示津液未伤；太过湿润，水滴欲出者为滑苔，主脾虚湿盛或阳虚水泛。苔燥多为津液耗伤，或热盛伤津，或阴液亏虚。舌质淡白，口干不渴，或渴不欲饮，多为阳虚不运，津不上承。

腐腻 主要反映中焦湿浊及胃气的盛衰情况。颗粒粗大，苔厚疏松，状如豆腐渣，边中皆厚，易于刮脱者，称为腐苔，多因实热蒸化脾胃湿浊所致；颗粒细小，致密而粘，中厚边薄，刮之不脱者，称为腻苔，多为湿浊内蕴，阳气被遏所致。舌苔霉腐，或糜点如渣，可见于胃体腐败之危象；舌苔白中挟红，腐粘如脓，多为内痈。苔厚腻色黄，是湿热或痰热；苔滑腻而色白多为寒湿。

(2) 苔色

白苔 多主表证，寒证，湿证。苔薄白为病邪在表，病情轻浅。苔薄白而滑，主外感风寒；苔白而厚，主湿浊内盛，或寒湿痰饮；苔白滑粘腻多主痰湿；若舌苔白如积粉，舌质红赤，则主湿遏热伏，或瘟疫初起；苔白燥裂，可见于湿瘟病邪热炽盛，暴伤津液。

黄苔 多主里证，热证。黄色越深，热邪越重。薄黄苔常为风热在表；舌苔黄滑，舌淡胖嫩，多为阳虚水湿不化；苔黄厚滑，多因湿热积滞；苔黄粘腻，为脾胃湿热或痰湿食滞；老黄焦裂或有芒刺，为里热盛极，耗伤气阴。

灰苔 多主痰湿，里证。舌苔灰而润滑，为寒湿内阻或痰饮内停；舌苔灰而干燥，舌质红绛，为热炽津伤或阴虚火旺。

黑苔 主里证，多见于病情较重者。苔黑干焦而舌红，多为实热内炽；苔黑燥裂，舌绛芒刺，为热极津枯；苔薄黑润滑，多为阳虚或寒盛；苔黑生刺，望之虽燥，但渴不多饮，舌质淡白而嫩，多为假热真寒；舌中黑燥或黑刺，可见于阳明腑实证；苔黑坚敛而起刺者，多为津枯液涸。

(3) 苔形

舌苔布满全舌者为全苔，分布于局部者为偏苔，部分剥脱者为剥苔。全苔主痰湿阻滞；苔偏舌之左右者，多属肝胆病证；苔剥多处而不规则称花剥苔，主胃阴不足；小儿苔剥，状如地图者，多见于虫积；舌苔光剥，舌质绛如镜面，为肝肾阴虚或热邪内陷。

二、闻 诊

闻诊是通过听声音和嗅气味来诊察疾病的方法。人体的声音和气味，都是在脏腑生理和病理活动中产生的，因而能够反映出脏腑的变化情况。

(一) 听声音

1. 声音

实证和热证，声音重浊而粗、高亢洪亮、烦躁多言；虚证和寒证，声音轻清、细小低弱，静默懒言。声音重浊，或声音嘶哑，见于新病骤起，多为外感风寒或风热犯肺；见于久

病形瘦体弱者，多肺肾阴亏，或虚劳之证。小儿惊呼阵发，尖利高亢，多见惊风；阵哭拒食，辗转不安，多因腹痛；小儿夜啼，可因惊恐、虫积，饥饱不调而致。呻吟不已，哀号啼叫，多为剧烈疼痛。神昏不醒，鼾声作响，手撒尿遗，多见于中风危候。

2. 语言

谵语 神志不清，语无伦次，语意数变，声音高亢。多为热扰心神之实证。

郑声 神志不清，声音细微，语多重复，时断时续。为心气大伤，精神散乱之虚证。

独语 喃喃自语，喋喋不休，逢人则止。属心气不足之虚证，或痰气郁结清窍阻蔽所致。

狂言 精神错乱，语无伦次，不避亲疏。多为痰火扰心。

言蹇 舌强语蹇，言语不清。多见于中风证。

3. 呼吸

呼吸 主要与肺肾病变有关。呼吸声高气粗而促，多为实证和热证；呼吸声低气微而慢，多为虚证和寒证。呼吸急促而气息微弱，为元气大伤的危重证候。久病肺肾之气欲绝，可见虽气粗但呼吸不匀，或时断时续。

气喘 呼吸急促，甚则鼻翼煽动，张口抬肩，难以平卧。实喘者，发作较急，呼吸喘促，胸满声高而气粗，呼出为快，多为病邪壅塞肺气；虚喘者，来势较缓，呼吸喘促，气怯声低，吸少呼多，气不得续，吸入为快，动则喘甚，为肾虚不纳气或肺气虚衰。

哮 呼吸时候中有哮鸣音。哮证有冷热之别，多时发时止，反复难愈。

上气 气促咳嗽，气逆喉间。多为痰饮内停，或阴虚火旺，气道壅塞而致。

太息 时发长吁短叹，以呼气为主。多为情志抑郁，肝不疏泄。

4. 咳嗽

有声无痰为咳，有痰无声为嗽，有痰有声为咳嗽。暴咳声哑为肺实；咳声低弱而少气，或久咳音哑，多为虚证；外感病多咳声重浊；咳嗽阵发，连声不绝，终止时作鹭鸶叫声，可为百日咳；小儿咳声嘶哑，如犬吠，可见于白喉。

5. 呕吐

胃气上逆，有声有物自口而出为呕吐，有声无物为干呕，有物无声为吐。虚证或寒证，呕吐来势徐缓，呕声低微无力；实证或热证，呕吐来势较猛，响亮有力。

6. 呃逆

气逆于上，自咽喉出，其声呃呃，不能自主，俗称“打呃”。虚寒者，呃声低沉而长，气弱无力；实热者，呃声频发，高亢而短，响而有力；新病呃逆，声响有力，多因邪客于胃；久病呃逆不绝，声低气怯，多为胃气衰败征兆。

(二) 嗅气味

1. 口气

酸馊者是胃有宿食；臭秽者，是脾胃有热，或消化不良；腐臭者，可为牙疳或内痈。

2. 汗气

汗有腥膻味为湿热蕴蒸；腋下汗臭者，多为狐臭。

3. 痰涕气味

咳唾浊痰脓血，味腥臭者为肺痈；鼻流浊涕，黄稠有腥臭为肺热鼻渊。

4. 二便气味

大便酸臭为肠有积热；大便溏薄味腥为肠寒；矢气奇臭为宿食积滞；小便臭秽黄赤多为湿热；小便清长色白而无臭为虚寒。

5. 经带气味

白带气味臭秽，多为湿热；带下清稀腥臊多为虚寒。

6. 病室气味

有腐臭或尸臭气味，为脏腑衰败；尿臊味者，多见于水肿病晚期患者；有血腥臭气的是血证；有烂苹果味者可见于消渴重证。

三、问 诊

问诊是医生通过对病人或陪诊者进行有目的地询问，了解疾病的起始、发展及治疗经过、现在症状和其它与疾病有关的情况，以诊察疾病的方法。其在四诊中占有重要的地位。

问诊时首先要问清一般情况、主诉、既往史、个人生活史、家族史等。更须围绕主诉重点询问现在证候。

(一) 问寒热

1. 恶寒发热

指恶寒与发热同时出现，多为外感病的初期，是表证的特征。若恶寒重发热轻，为外感风寒的特征；发热重恶寒轻，为外感风热的特征；发热轻而恶风，多属外感风邪，伤风表证。

2. 但寒不热

但寒不热，多为里寒证。新病畏寒，多为寒邪直中；久病畏寒多为阳气虚衰。

3. 但热不寒

高热不退为壮热，多因里热炽盛；按时发热，或按时热甚为潮热，其中日晡潮热者，多为阳明腑实证；午后潮热，入夜加重，或骨蒸癆热者，多因阴虚；午后热盛，身热不扬者，可见于湿温病；身热夜甚者，也可见温热病热入营血。

4. 寒热往来

为恶寒与发热交替而发，为正邪交争于半表半里，互为进退之象，可见于少阳病和疟疾。

(二) 问汗

汗液是阳气蒸化阴液出于腠理而成，问汗可辨邪正盛衰、腠理疏密和气血盈亏。问汗主要诊察有否汗出、部位、时间、性质、多少等。

1. 表证辨汗

表实无汗，多为外感风寒；表证有汗，为表虚证或表热证。

2. 里证辨汗

汗出不已，动则加重者为自汗，多因阳气虚损，卫阳不固；睡时汗出，醒则汗止者为盗汗，多属阴虚内热；身大热而大汗出，多为里热炽盛，迫津外泄；汗热而味咸，脉细数无力，多为亡阴之证；汗凉而味淡，脉微欲绝者，多为亡阳之证；先恶寒战栗，继而全身大汗者为战汗，多见于急性热病正邪剧烈交争，为疾病之转折点，汗出热退，脉静身凉为邪去正复之吉兆；汗出身热，烦躁不安，脉来急促为邪盛正衰之危候。

3. 局部辨汗

头汗可因阳热或湿热；额部汗出，脉微欲绝，为元阳离散，虚阳浮越之危象；半身汗出者，多无汗部位为病侧，可因痰湿或风湿阻滞，或中风偏枯；手足心汗出甚者，多因脾胃湿热，或阴经郁热而致。

(三) 问疼痛

1. 疼痛的性质

导致疼痛的病因病机不同，可使疼痛的性质及特点各异。凡新病疼痛，痛势剧烈，持续不解而拒按者为实证；久病疼痛，痛势较轻，时痛时止而喜按者为虚证。

疼痛伴有胀感者为胀痛，为气滞所致，见于胸胁为肝郁气滞，发于头部为肝阳上亢或肝火上炎；痛如针刺刀割者为刺痛，为瘀血所致；痛处走窜，病位游移者为游走痛，或为气滞，或为风胜；痛处固定者，发于胸胁脘腹多为血瘀，见于关节为痹证；冷痛者，常因寒邪阻络或阳虚所致；灼痛者，多因邪热亢盛；绞痛者，或有形实邪阻滞气机，或阴寒之邪凝滞气机；隐痛者，多为精血亏虚，或阳虚有寒；重痛者，常为湿邪困阻，气机不畅所致；酸痛见于肢体多为湿阻，见于腰膝多属肾虚。

2. 疼痛的部位

头痛 痛连项背，病在太阳经；痛在前额或连及眉棱骨，病在阳明经；痛在两颞或太阳穴附近，为少阳经病；头痛而重，腹满自汗，为太阴经病；头痛连及脑齿，指甲微青，为少阴经病；痛在巅顶，牵引头角，气逆冲，甚则作呕，为厥阴经病。

胸痛 多为心肺之病。常见于热邪壅肺，痰浊阻肺，气滞血瘀，肺阴不足及肺癆、肺痛、胸痹等证。

胁痛 多与肝胆病关系密切，可见于肝郁气滞、肝胆湿热、肝胆火盛、瘀血阻络及水饮内停等病证。

脘腹痛 其病多在脾胃。有寒热虚实之分，一般喜暖为寒，喜凉为热，拒按为实，喜按为虚。即可因寒凝、热结、气滞、血瘀、食积、虫积而发，也可由气虚、血虚、阳虚所致。

腰痛 或为寒湿痹证，或为湿热阻络，或为瘀血阻络，或为肾虚所致。

四肢痛 多见于痹证。风邪偏盛，疼痛游走者，为行痹；寒邪偏盛，剧痛喜暖者，为痛痹；湿邪偏盛，重着而痛者，为湿痹；热邪偏盛，红肿疼痛者，为热痹。足跟或胫膝酸痛者，多为肾虚。

周身痛 新病乍起者，多为实证，以感受风寒湿邪者居多；久病不愈者，多为虚证，以气血亏虚，经气不利常见。

(四) 问饮食口味

主要问食欲好坏，食量多少，口渴饮水，口味偏嗜，冷热喜恶，呕吐与否等情况，以判断胃气有无及脏腑虚实寒热。

1. 食欲与食量

食少纳呆者，或为脾胃气虚，或为内伤食滞，或为湿邪困脾；厌食脘胀，噯腐吞酸，多为食停胃脘；喜热食或食后常感饱胀，多是脾胃虚寒；厌食油腻，胁胀呕恶，可见于肝胆湿热，横逆犯胃。消谷善饥者，多为胃火炽盛。伴有多饮多尿者，可见于消渴病；饥不欲食者，常为胃阴不足所致。小儿嗜食异物，如泥土、纸张、生米等，可见于虫积、疳积证；食

已即吐，其热较猛，多属胃中实火上逆；朝食暮吐，暮食朝吐，多因脾胃虚寒；吞咽艰涩，梗噎不顺，胸膈阻塞者，可见于噎膈证；久病重病，厌食日久，突然思食、索食、多食，多为脾胃之气将绝之“除中”证，属“回光返照”之象。

2. 口渴与饮水

口渴可见于津液已伤，或水湿内停，津气不运；渴喜冷饮为热盛伤津；喜热饮者为寒湿内停，气化受阻；渴不多饮，或水入即吐者，可见于痰饮水湿内停，或湿热内困，水津不能上承；口干但欲漱水不欲咽者，多为瘀血之象；多饮多尿者，可见于消渴。

3. 口味

口苦多见于胃热胃火，或肝胆湿热；口淡多见于脾胃虚寒，或水湿内停；口甜多见于脾胃湿热；口酸多见于肝胃不和；口咸多见于肾虚内热；口腻多见于脾胃湿阻；口臭多见于胃火炽盛，或肠胃积滞；口腥多见于肺胃血络损伤，咳血呕血者；口有尿味可见于尿毒攻心。

(五) 问睡眠

主要有失眠与嗜睡。不易入睡，或睡而易醒不能再睡，或睡而不酣，易于惊醒，甚至彻夜不眠者为失眠，为阳不入阴，神不守舍所致。其原因有虚实之分，虚者或为心血不足，心神失养，或阴虚火旺，内扰心神；实证可由邪气内扰，或气机失调，或痰热食滞等所致。时时欲睡，眠而不醒，精神不振，头沉困倦者为嗜睡，实证多见于痰湿内盛，困阻清阳；虚证多见于阳虚阴盛或气血不足。

(六) 问二便

了解脾胃、大肠的寒热虚实和肺、脾、肾及膀胱情况。其要点主要是次数、便量、性状、颜色、气味以及便时有无疼痛、出血等方面。

1. 问小便

主要通过小便的色、量辨别寒热虚实。

小便色黄赤而短少者，多属热证；尿色白而清长者，多属寒证；多尿且多饮而消瘦者，多为消渴；尿频量多而色白，为下焦虚寒；尿频尿急而色赤，甚至尿血尿痛，多为膀胱湿热；夜间遗尿或尿失禁，多为肾气不固，膀胱失约。尿频数而不畅，或尿流中断，有砂石排出者为石淋；老人膀胱胀满，小便不利或癃闭，多因肾气虚弱，或血瘀湿热所致；产妇尿闭，常因血瘀或胞宫膨大压迫膀胱所致；重病之中癃闭无尿，或神昏遗尿，为阳气外脱，精气衰败之凶兆。

2. 问大便

主要有便次、便质、便感等不同异常情况。

大便次数减少，质硬便难，或排便时间延长，称为便秘，有寒热虚实之分。实热者，多腹胀满闷，痛而拒按，苔黄燥裂，为热邪炽盛，腑气不通；实寒者，多腹痛拒按，苔白身冷，为寒邪阻遏阳气，腑气不通；大便燥结，硬如羊粪，排便困难，常见于病久不愈、年老体弱、孕中产后，乃因气虚不足，阴血亏少，无水行舟所致。大便次数增加，一日数次或更多，便质溏稀或稀水状，称为泄泻，有寒热虚实之别。湿热泄泻，可见暴发泄泻，大便臭秽，腹痛肠鸣，肛门灼热；寒湿泄泻，可见泻如稀水，色淡黄而味腥臭；食滞泄泻，可见吐泻交作，吐物酸臭，泻下臭秽。

完谷不化，便稀溏薄，迁延日久，可见脾虚泄泻；大便脓血，下利赤白，多为痢疾；先

便后血，血色暗紫稀薄，脘腹疼痛，为远血，多为胃脘出血或内有瘀血；先血后便，血色鲜红者，为近血，常见于热伤脉络。大便时干时稀，多为肝郁脾虚，肝脾不调；大便先干后稀，多属脾胃虚弱。

肛门灼热者，多为大肠湿热；里急后重者，多为湿热痢疾，肠道气滞；排便不爽，或因湿热内蕴，或为饮食积滞；每日黎明前腹痛泄泻，泄后则安，多为肾阳虚泄泻，又称五更泄泻；肛门气坠，甚则脱肛，多属中气下陷。

(七) 问小儿及妇女

1. 问小儿

主要应了解出生前后的情况，及预防接种和传染病史和传染病接触史，小儿常见致病因素有易感外邪、易伤饮食、易受惊吓等。

2. 问妇女

除常规问诊内容外，尤应了解其月经、带下、妊娠、产育等情况。

对于月经，主要了解末次月经、初潮或绝经年龄、月经周期、行经天数、经量、经色、经质，以及有无经闭或行经腹痛等情况。如月经先期或量多，多为脾不统血，或邪热迫血；月经后期或量少，多为血海不充，或气滞血瘀，或寒凝血瘀；痛经者，可因气滞、血瘀、寒凝、阳虚及气血两虚等所致。

对于带下，主要了解色、量、质、气味等情况。如白带量多质稀如涕，淋漓不绝者，多为脾肾阳虚，寒湿下注。带下色黄，质粘臭秽，多属湿热下注。带下有血，赤白夹杂，多属肝经郁热，或湿热下注。

四、切 诊

(一) 脉诊

1. 脉象的形成原理与脉诊的临床意义

原理：脉象与心脏的活动密切相关。因心主血脉，心脏搏动把血液排入血管，形成脉搏。而血液行于脉中，除心主血脉的主导作用外，还必须由各脏腑协调配合才能正常。如肺朝百脉，脾胃为气血化生之源、脾主统血，肝藏血、主疏泄，以调节循环血量，肾藏精，精化血等等。可见脉象的形成与各脏均有密切关系，因而，根据脉象的变化，可以了解疾病的病因、病位、病性、邪正关系、病情轻重及其预后情况。

2. 脉诊的部位和方法

脉诊的常用部位是手腕部的寸口脉，其为手太阴肺经的原穴所在，是脉之大会，脏腑的生理和病理变化均能在这里有所反映。寸口脉分为寸、关、尺三部。通常以腕后高骨为标记，其内侧为关，关前（腕侧）为寸，关后（肘侧）为尺。其临床意义大致为左手寸候心、关候肝胆，右手寸候肺、关候脾胃，两手尺候肾。

脉诊的时间以环境安静，气血平和为佳。体位应正坐或仰卧，手臂与心脏近于同一水平，前臂平伸，掌心向上，腕下垫脉枕。布指时，以中指定关位，食指切寸位，无名指切尺位，三指呈弓形，指头平齐，以指腹切脉体，三指布指疏密，应根据病人手臂长短而调整。诊脉时用轻指力切在皮肤上称为举，即浮取或轻取；用力不轻不重称为寻，即中取；用重力切按筋骨间称为按，即沉取或重取。脉诊时，医生的呼吸要自然均匀，以医生正常的一呼一

吸的时间去计算病人的脉搏至数。切脉的时间必须在 50 动以上。

3. 正常脉象

正常脉象又称平脉，其基本形象是：三部有脉，沉取不绝；一息四~五至，（相当于 70~80 次/分）；不浮不沉，不大不小，从容和缓，流利有力。即有胃、有神、有根。有胃即从容、和缓、流利为主要特点，反映脾胃运化功能的盛衰和营养状况的良好。有神以应指有力柔和、节律整齐为主要特点，反映病情轻浅或病虽重而预后良好。有根以尺脉有力，沉取不绝为特点，反映肾气犹存，生机不息。平脉反映了机体气血充盈，脏腑功能健旺，阴阳平衡，精神安和的生理状态，是健康的标志。

正常脉象可由于人体内外诸多因素的影响而发生相应的生理性变化，如性别、年龄、体格、情绪、劳逸、饮食、季节气候、地理、环境等。但总以有胃、有神、有根者为平脉范围。此外，临床所见斜飞脉、反关脉均为脉道位置的变异，不属于病脉。

4. 常见病脉及主病

在历代脉学文献中，脉象种类及命名很不一致。如《脉经》提出二十四脉；《诊宗三昧》为三十二脉；《景岳全书》分为十六脉；《濒湖脉学》分为二十七脉；《诊家正眼》为二十八脉。但总为基本脉象及相类脉象，各种脉象均有位、数、形、势的不同特点。

(1) 浮脉及相类脉

浮脉

脉象：轻取即得，重按反减；举之有余，按之稍弱而不空。

主病：主表证，为卫阳与邪气交争，脉气鼓动于外而致。也见于虚证，多因精血亏损，阴不敛阳或气虚不能内守，脉气浮散于外而致。内伤里虚见浮脉，为虚象严重。

相类脉 洪脉、大脉、濡脉、散脉、芤脉、革脉均脉位表浅，故列为浮脉相类脉，但其脉象和主病各有特点。

①洪脉

脉象：脉形宽大，状如波涛，来盛去衰。

主病：气分热盛。证属实证，乃邪热炽盛，正气抗邪有力，气盛血涌，脉道扩张而致。

②大脉

脉象：脉体阔大。但无汹涌之势。

主病：邪盛病进，又主正虚。根据脉之有力与无力，辨别邪正的盛衰。

③濡脉

脉象：浮而细软。

主病：主诸虚，气血亏虚则脉浮而软，阴血不足则脉形细小。又主湿，湿邪内侵，机体抗邪，气血趋于肌表则脉浮，湿邪压抑脉道，则脉细而软。

④散脉

脉象：浮散无根，至数不齐，按之则无。

主病：元气离散。乃脏气衰微，虚阳浮散，阴阳离决之危候。为无胃、无神、无根之脉。

⑤芤脉

脉象：浮大中空，如按葱管。

主病：失血，伤阴。为阴血不足，阳气无所依附而浮散于外，故中空无力而浮大。

⑥革脉

脉象：浮而搏指，外坚中空，如按鼓皮。

主病：亡血失精，半产漏下。为阴血衰竭，阳气浮越而致。

(2) 沉脉及相类脉

沉脉

脉象：轻取不应，重按始得。

主病：里证。所主里实证可见于气滞血瘀、积聚等，为邪气内郁，气血困阻，阳气被遏，不能浮应于外而致，多脉沉而有力，按之不衰。所主里虚证，为气血不足，阳气衰微，不能运行营气于脉外而致，多脉沉而无力，愈按愈弱。

相类脉 伏脉、牢脉、弱脉以脉位在肌肉深层而相类，但各脉的脉象和主病各有特点。

①伏脉

脉象：重按推筋着骨始得。

主病：主邪闭、厥证、痛极，如痰食阻滞，暴痛厥逆，霍乱吐泻，留饮积聚等，为实邪闭阻，气机郁滞，阳气沉潜所致，多脉伏有力。主虚证为久病体虚，阳气衰微，或严重吐泻，正气暴伤，无力鼓动血脉所致，多虚而无力。

②牢脉

脉象：重按始得，实大弦长。

主病：阴寒内盛，疝气积聚。为阴寒内实，凝聚阻滞，阳气沉潜而致脉位深在，阴阳相搏而致脉体实大弦长，强直搏指。

③弱脉

脉象：轻取不应，重按应指细软无力。

主病：气血不足，元气耗损。阳气衰微，鼓动无力而脉沉。阴血亏虚，脉道空豁而脉细无力。

(3) 迟脉及相类脉

迟脉

脉象：脉来缓慢，一息脉动不足四至（每分钟少于60次）。

主病：主寒证。若里虚寒者，多阳气衰微，脉迟而无力；里实寒者，多因阴寒积冷，凝滞阻闭，脉迟而有力。此外，若邪热内结，脉气郁闭，亦见迟脉，但迟而有力且伴有热结之象。久经体力锻炼者，脉象迟来和缓而有力，为健康之象。

相类脉 缓脉、涩脉、结脉均以至数缓慢而相类，但各脉的脉象和主病又各有特点。

①缓脉

脉象：一息4至，应指徐缓。

主病：湿证、脾虚。又见于正常人。若脉势缓慢，懈怠无力，多因湿邪内困或脾虚气血不足所致。若脉来和缓有力，则见于正常人或为胃气恢复之象。

②涩脉

脉象：脉细行迟，往来艰涩不畅，如轻刀刮竹。

主病：气滞血瘀，伤精血少，痰食内停。实证脉涩有力，多为有形之邪闭阻气机，脉道

不畅而致；虚证脉涩无力，多因阴血亏虚，脉道不充而致。

③结脉

脉象：脉来缓中时止，止无定数。

主病：主阴盛气结，寒痰瘀血，气血虚衰。实证者脉实有力，迟中有止，为实邪郁遏，心阳被抑，脉气阻滞而致。虚证者脉虚无力，迟中有止，为气虚血衰，脉气不相顺接所致。

(4) 数脉及相类脉

数脉

脉象：脉来急促，一息脉来5至以上（每分钟90次以上）。

主病：热证。若数而有力，多因邪热鼓动，气盛血涌，血行加速而致。数而无力，甚则数大而中空，多因精血不足，虚阳外越所致。

相类脉 疾脉、动脉、促脉以至数快速而相类，但各脉的脉象和主病又各有特点。

①疾脉

脉象：脉来急疾，一息七至以上。

主病：阳极阴竭，元气将脱。若脉躁疾而有力，多为阳亢无制，真阴欲竭之象；若脉疾无力，多属真阴竭绝，虚阳浮越，元气将脱之征。

②动脉

脉象：多见关部，脉短如豆，滑数有力。

主病：痛证，惊证。由于气机逆乱，阴阳相搏，气血冲动脉道而致。

③促脉

脉象：往来急促，数而时止，止无定数。

主病：实证多为阳盛热实或邪实阻滞，见脉促有力。前者因阳热亢盛，迫动血行而脉数，热灼阴津，津血衰少，致急行血气不相接续，故脉有歇止。后者由气滞、血瘀、痰饮、食积等有形之邪阻闭气机，脉气不相接续而致；虚证多为脏气衰败，可见脉促无力。多因阴液亏耗，真元衰疲，气血不相顺接而致。

(5) 虚脉及相类脉

虚脉

脉象：举之无力，按之空虚，应指软弱。

主病：虚证，多见于气血两虚。因气虚则血行无力，血少则脉道空虚而致。

相类脉 细脉、微脉、短脉、代脉以其脉动应指无力相类，但各脉脉象和主病又各有特点。

①细脉

脉象：脉细如线，应指明显，按之不绝。

主病：主气血两虚，诸虚劳损；又主伤寒、痛甚及湿证。虚证因营血亏虚，脉道不充，血运无力而致。实证暴受寒冷或疼痛，则脉道拘急收缩，细而弦紧。湿邪阻遏脉道则见脉象细缓。

②微脉

脉象：极细极软，按之欲绝，若有若无，至数不清。

主病：阳气衰微，气血大虚。久病多为正气将绝，新病多为阳气暴脱。

⑤短脉

脉象：脉动应指不能满部，只现于寸部或关部，尺脉常不能触及。

主病：主气病。短而有力多为气郁，可因气滞或痰食邪气等阻碍气机，气机郁闭而致；短而无力多为气损，乃由气血鼓动无力而致。

⑥代脉

脉象：脉来迟缓力弱，时发歇止，止有定数。

主病：虚证多脉代而无力，良久不能自还，为脏气衰微，脉气不复所致。实证多脉代而有力，多为痹证、痛证、七情内伤、跌打损伤等邪气阻抑脉道，涩滞血行而致。

(6) 实脉及相类脉

实脉

脉象：脉来坚实，三部有力，来去俱盛。

主病：实证。乃邪气亢盛，正气不衰，正邪剧烈交争，气血涌盛，脉道坚满而致。若虚证见实脉则为真气外越之险候。

相类脉 滑脉、长脉、弦脉、紧脉以其脉动应指有力相类，但各脉的脉象和主病又各有特点。

①滑脉

脉象：往来流利，应指圆滑，如盘走珠。

主病：痰饮，食积，实热。为邪正交争，气血涌盛，脉行通畅所致。脉滑和缓者，可见于青壮年的常脉和妇人的孕脉。

②长脉

脉象：脉体长直，超过本位。

主病：阳证，实证，热证。为正邪俱盛，交争剧烈，气逆血涌，脉道充盈以长，多有强直之象。若长而和缓，为血脉和利，气血旺盛，身体强壮之征。

③弦脉

脉象：形直体长，如按琴弦。

主病：肝胆病，诸痛，痰饮，疟疾。弦为肝脉，以上诸因致使肝失疏泄，气机失常，经脉拘急而致；老年人脉象多弦硬，为精血亏虚，脉失濡养而致。此外，春令平脉亦见弦象。

④紧脉

脉象：脉来绷紧有力，屈曲不平，左右弹指，如牵绳转索。

主病：寒证，痛证，宿食。乃邪气内扰，气机阻滞，脉道拘急紧张而致。

5. 相兼脉、真脏脉及主病

(1) 相兼脉

由于疾病常由多种病因相兼而致，因而脉象也常是二种以上的脉象兼挟出现。凡脉象由二种或二种以上复合构成的者称为“相兼脉”，也称为“复合脉”。

相兼脉象的主病，往往就是脉象主病的综合，如浮紧脉多主外感风寒表实证，或风寒痹证；浮缓脉主外感风寒表虚证。浮数脉主表热证；浮滑脉多见于表证挟痰证；沉迟脉多主里寒证；沉涩脉多主阳虚寒凝血瘀证；沉缓脉主脾肾阳虚，水湿内停证；沉细数脉多主阴虚内热或血虚证；弦紧脉常见于寒滞肝脉，或肝郁气滞证；弦数脉多主肝郁化火挟痰，或肝胆湿

热等证；弦细脉多主肝肾阴虚或血虚肝郁，或肝郁脾虚诸证；滑数脉多主痰热、湿热或食积内热证；洪数脉主气分热盛证等等。

总之，每种脉象均通过脉位、脉率、脉形、脉势体现出来，并因某一方面突出异常而命名。诊脉时必须综合考察其变化，从而确认相兼脉象及主病，以正确地认识疾病。

(2) 真脏脉

真脏脉是指疾病危重期出现的脉象，以无胃、无神、无根为特点。又称“败脉”、“死脉”、“绝脉”等。根据其主要形态特征，大致可分成三类：

①无胃之脉

以无冲和之意，应指坚搏为主要特征。脉来弦急，如循刀刃者称为偃刀脉；脉动短小坚搏为转豆脉；脉急坚硬如弹石者称弹石脉等。提示邪盛正衰，心、肝、肾等脏气外现。是病情危重之兆。

②无神之脉

以脉率无序，脉形散涩滞为主要特征。脉在筋肉之间，三五不调，连连数急如雀啄食者称雀啄脉；如屋漏残滴，良久一至者称屋漏脉；脉来乍疏乍密，如解乱绳者称解索脉；提示脾胃或肾阳衰败，神气耗散，生命将绝。

③无根之脉

以虚大无根或微弱不应指为主要特征。如浮数之极，至数不清，浮泛无根称釜沸脉；脉顺皮肤，似有似无，如鱼在游称为鱼翔脉；脉在皮肤，或跃然而去，或须臾双来，伴急促躁动者称虾游泳；均为三阴寒极，亡阳于外，虚阳外越之象。

6. 诊妇人脉与小儿脉

(1) 诊妇人脉

①诊月经脉

妇人身无它病，左关尺脉忽洪大于右是月经将至；寸关脉调和而尺脉弱或细数者多见月经不利；妇人闭经，尺脉细涩者为精亏血少，尺脉弦涩者多为气滞血瘀。

②诊妊娠脉

已婚妇女突然停经，脉来滑数和缓者多为妊娠的表现；若孕妇脉沉而涩多见精血不足，胎元受损；涩而无力多为阳气虚衰。

③诊临产脉

临产时见尺脉转急弦滑，中指动脉搏动明显，称为离经脉，为欲产征象。

(2) 诊小儿脉

诊小儿脉多用一指总候三部的诊法，即“一指定三关”。小儿脉象一般只诊浮沉、迟数、强弱、缓紧，以辨别阴阳、表里、寒热、虚实。平脉至数，因小儿年龄不同而异，多为六~八至。迟数分阴阳，强弱测虚实，缓紧辨邪正，浮滑为风痰，紧为寒，缓主湿，大小不齐多为食滞。

7. 脉症的顺逆与从舍

脉象和症状者是疾病的表现，二者通常对于病情的反映一致，即脉症相应。但也有脉症不相应，甚至相反的情况。一般脉症相应者为顺证，多易治；反之为逆证，预后较差。

临床上脉症相悖时，常有真假之别。在症真脉假时，须舍脉从症；而症假脉真时，须舍

症从脉。

(二) 按诊

按诊是医生用手直接接触或按压病人某些部位，以了解局部冷热、润燥、软硬、压痛、肿块或其它异常变化，从而推断疾病部位、性质和病情轻重等情况的一种诊病方法。

按诊是切诊的重要组成部分，在辨证中起着至关重要的作用。其手法主要是触、摸、按、叩四法。临床上多先触摸，后按压，由轻到重，由浅入深，先远后近，先上后下地进行诊察。

1. 按胸肋

主要了解心、肺、肝的病变，前胸高起按之气喘者，为肺胀；胸肋按之胀痛者，多为痰热气结或水饮内停；肋下肿块，多属气滞血瘀；疟疾日久，肋下痞块为疟母。

2. 按虚里

虚里位于左乳下心尖搏动处，反映宗气的盛衰，若微动不显，多为宗气内虚；若动而应衣，为宗气外泄；若洪大不止或绝而不应，为危重之象；其动欲绝而无恶兆者，多为悬饮证。

3. 按脘腹

主要审察有无压痛及包块。腹部疼痛，按之痛减，局部柔软者为虚证；按之痛剧，局部坚硬者为实证。右少腹疼痛拒按为肠痈。腹中包块固定不移，痛有定处，按之有形者，称为积，病在血分。若包块往来不定，痛无定处，聚散无常者，称为聚，病属气分。脐腹包块，起伏聚散，往来不定，按之指下蠕动者多为虫积。

4. 按肌肤

主要了解寒热、润燥、肿胀等内容。肌肤灼热为热证，清冷为寒证。湿润多为汗出或津液未伤；干燥者多为无汗或津液已伤；肌肤甲错，为内有瘀血；按之凹陷，应手而起者为气胀，不能即起者为水肿。

5. 按手足

诊手足的冷暖，可判断阳气的盛衰。手足冷凉者属寒证，多为阳虚或阴盛；手足俱热者属热证，多为阴虚或阳盛。手足心热甚于手足背者，多为内伤发热。

6. 按俞穴

通过按压某些特定俞穴以判断脏腑的病变。如肺病：肺俞、中府；心病：心俞、膻中；肝病：肝俞、太冲、期门；脾病：脾俞、章门、梁门；肾病：肾俞、气海、京门；胃病：胃俞、足三里；胆病：胆俞、日月；膀胱病：膀胱俞、中极；小肠病：小肠俞、关元；大肠病：大肠俞、天枢。

此外，指压某些俞穴还可以辅助诊断，如双侧胆俞压痛可见胆道蛔虫腹痛；指压双侧阑尾穴可诊断阑尾炎等。

第六章 治疗概要

中医学在长期的医疗实践过程中，创造了多种确有疗效的治疗方法，积累了丰富的治疗经验，形成了独特治疗学体系。

治则是治疗疾病的法则，它是在中医理论的指导下，对临床治疗立法、处方、用药具有普遍意义的指导思想，治则与治法不同，治则是用以指导治疗方法的总则，治法则是治则的具体化，任何具体的治法，总是从属于一定的治疗法则的。

第一节 防治原则

一、治未病

中医学历来十分重视对于疾病的预防，早在《素问·四气调神大论》就有“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，……夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎”的警言，它较为明确地反映出了“治未病”的思想，也强调了“治未病”的重要性。

所谓“治未病”，包括未病先防和既病防变两个方面的内容。

（一）未病先防

是指在疾病未发生之前，做好预防工作，以防止疾病的发生。由于疾病的发生与机体的正气和邪气密切相关，因而从这两方面入手对于预防疾病的发生十分必要。一方面应注重调养正气，提高机体的抗邪能力，如《素问·遗篇·刺法论》所说：“正气存内，邪不可干”，从而抵御疾病的发生。其途径主要有调摄精神，避免不良精神刺激，使气机畅达，气血和平，所谓“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来”（《素问·上古天真论》）；加强锻炼，增强体质，通过坚持进行多种卓有疗效保健运动，如五禽戏、太极拳、八段锦、易筋经等，提高健康水平；注意生活起居规律，也是提高正气的重要手段，如《素问·上古天真论》所说：“其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”即强调适应自然环境的变化，对饮食起居，劳逸等有适当的节制和安排，不可“以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节。”（《素问·上古天真论》）；此外，适当进行药物的预防及人工免疫也是提高正气的重要方法。《素问·遗篇·刺法论》即有“小金丹…服十粒，无疫干也”这样的药物预防记载。而发明于16世纪的人痘接种法预防天花，更是开创了人类人工免疫的先河，其它如运用苍术、雄黄、贯众、板蓝根等药物预防疾病的措施也被广泛应用。另一方面，还应注意防止邪气的侵害，如搞好卫生，防止环境、水源和食物的污染，

以及避免六淫、疫疠、七情、饮食与劳逸等致病邪气的侵袭，也是未病先防的有效手段和方法。

（二）既病防变

是指如果疾病已经发生，应早期诊断，早期治疗，防止疾病的发展与传变。一方面要早期诊治，防止病邪深入而加重病情。《素问·阴阳应象大论》说：“故邪风之至，疾如风雨。故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半死半生也。”即强调了早诊早治的重要性。另一方面是根据疾病的传变规律，先安未受邪之地，作好预防。如《难经·七十七难》说：“上工治未病，中工治已病者，何谓也？然：所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气，无令得受肝之邪。”肝属木，脾属土，肝木能乘克脾土，故临床上治疗肝病，常配合健脾和胃的方法，这是既病防变法则的具体应用。又如温热病伤及胃阴后，病势进一步发展多耗及肾阴，故在甘寒养胃的方药中加入某些咸寒滋肾之品，也是既病防变法则的具体应用。

二、治病求本

治病求本，就是要寻找出疾病的根本原因，并针对根本原因进行治疗。它是辨证论治的一个基本原则，对于疾病的治疗具有重要的指导意义，因而《素问·阴阳应象大论》说：“治病必求于本。”

本与标，具有多种含义，且有相对的特性。如以正邪而言，则正气是本，邪气是标；以病因和症状论，则病因为本，症状为标；其它如旧病、原发病为本，新病、继发病为标等亦同此义。临床上只有充分搜集疾病的各方面信息，并在中医学基础理论的指导下，进行综合分析，才能准确地判断疾病的标本情况，找出疾病的根本原因，并针对其“本”确立恰当的治疗方法。如症状表现为头痛，有外感、内伤的不同，而内伤头痛又可由血虚、血瘀、痰湿等多种原因所致，因而治法各不相同。只有治病求本才能获得佳效。

临床应用这一治则时，特别应注意“正治与反治”、“治标与治本”两种情况。

（一）正治与反治

所谓正治，是逆其证候性质而治的一种治疗法则，又称逆治。适用于疾病的征象与本质相一致的病证。临床上大多数情况疾病征象与性质是一致的，如寒病即见寒象，热病即见热象，虚病即见虚象，实病即见实象等，其正治之法则为“寒者热之”、“热者寒之”、“虚则补之”、“实则泻之”等不同方法。所谓反治，是顺从疾病的假象而施治的一种方法，又称从治。适用于疾病的征象与本质不一致，甚至相反的病证。虽是顺从疾病的假象而治，但其本质仍是治病求本。具体方法主要有“热因热用”、“寒因寒用”、“塞因塞用”、“通因通用”等。热因热用，是以热治热，即用热性药物治疗具有假热症状的病证，适用于阴寒内盛，格阳于外，反见热象的真寒假热证，其虽见热象，但本质为真寒，治本之法当用温热药治之；寒因寒用，是以寒治寒，即用寒性药物治疗具有假寒症状的病证，适用于里热盛极，阳盛格阴，反见寒象的真热假寒证，虽外见寒象，但热盛极是其本质，故须用寒凉药治其真热，从而消除假寒之象；塞因塞用，是以补开塞，即用补益药治疗具有闭塞不通症状的病证，适用于因虚而致闭阻的真虚假实证，如脾虚便秘、血枯闭经等证，其治均应以补开塞，不可妄用通泄更伤正气；通因通用，是以通治通，即用通利的药物治疗具有实性通泄症状的病证，适

用于食积腹痛、泻下不畅及膀胱湿热所致的尿频、尿急、尿痛等病证，治疗可分别采用消导泻下、清热泻下、清利膀胱湿热等方法治之，而不可误用塞止之法。

（二）治标与治本

由于疾病变化的复杂性，标与本疾病中的主次地位常有不同，因而在治疗上就有先后缓急的区别。临床上可见标病急重，如不及时解决则可影响疾病的治疗，甚至产生严重后果，因而应“急则治其标，缓则治其本”，如因中满、大小便不利等导致病情急重时，不论其本为何，均应先治标证，待急重症状稳定后再治其本；而对于慢性病或急性病恢复期的病人，如肺癆咳嗽或热病伤阴等证，虽见其标证，亦应针对肺肾阴虚之本加以治疗；若标本并重，则应标本兼顾，标本同治。可见，标本的治疗法则，既有原则性，又有灵活性，临床应用或先治本，或先治标，或标本兼治，均应针对疾病的主要矛盾，做到治病求本。

三、调整阴阳

疾病的发生，其本质是机体阴阳相对平衡的破坏，造成偏盛偏衰的结果，对于其治疗，《素问·至真要大论》说：“谨察阴阳所在而调之，以平为期”。因此调整阴阳，补偏救弊，恢复阴阳的相对平衡，是治疗疾病的根本法则之一。其一是损其偏盛，主要是对于阴阳偏盛，即阴或阳的一方过盛有余的病证，采用“损其有余”的方法治之，如以“热者寒之”之法治疗阳热亢盛的实热证；以“寒者热之”之法治疗阴寒内盛的寒实证等。其二是补其偏衰，主要针对阴或阳的一方甚至双方虚损不足的病证，采用“补其不足”的方法治之，如对于阴虚阳亢的虚热证，应滋阴以制阳，所谓“壮水之主，以制阳光”，对于阳虚阴盛者，则当补阳以制阴，所谓“益火之源，以消阴翳”。若阴阳两虚者，则当阴阳双补。

由于阴阳双方具有互根互用的关系，因此在治疗阴阳偏衰的病证时，还应注意“阳中求阴”或“阴中求阳”，即在补阴时，适当配伍补阳药，补阳时，适当配伍补阴药，如《景岳全书·新方八略》中说：“此又阴阳相济之妙用也。故善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”此外，由于阴阳概念的广义性，故诸如解表攻里、升清降浊、寒热温清、虚实补泻、调和营卫等治疗方法，亦属于广义调整阴阳法则的具体应用。

四、扶正祛邪

疾病的演变过程，从邪正关系来说，是正气与邪气双方互相斗争的过程，邪正斗争的胜负决定着疾病的转归和预后。通过扶正祛邪，改变邪正双方的力量对比，使其有利于疾病向痊愈方向转化，也是临床治疗的一个重要法则。

所谓扶正，即扶助正气，增强体质，提高机体的抗邪能力。扶助正气多用补虚之法，包括用药、针灸、气功、体育锻炼、精神调摄、饮食调养等。所谓祛邪，即是祛除病邪，减轻或消除邪气的毒害作用，使邪去正安。祛邪多用泻实之法，邪气不同，部位有异，其治法亦不一样。

扶正与祛邪，虽然各异，但两者相互为用，相辅相成。扶正使正气加强，有助于机体抗御和祛除病邪；祛邪能够排除病邪的侵害和干扰，使邪去正安，则有利于正气的保存和恢复。运用扶正祛邪法则时，必须全面分析正邪双方的消长盛衰的情况，根据其在疾病中的地

位，决定扶正与祛邪的主次和先后。一般单纯扶正之法，适用于以正气虚为主要矛盾，而邪气也不盛的虚性病证，如气虚、阳虚、血虚、阴虚者；单纯祛邪之法，适用于以邪实为主要矛盾，而正气未衰的实性病证，如表邪亢盛、痰涎壅塞、食物中毒、食积胀满等；扶正与祛邪兼用，适用于正虚邪实病证，则扶正不留邪，祛邪不伤正，但具体应用时，亦可有所偏重；先扶正后祛邪，适用于正虚邪实，以正虚为主的病人，因正气过虚，若兼以攻邪则更伤正气加重病情，如某些虫积病人，因正气太虚弱，不宜驱虫，应先健脾以扶正，使正气有所恢复后，再驱虫消积。

五、三因制宜

是指因时、因地、因人制宜，即治疗疾病要根据季节、地区以及人体的体质、性别、年龄等不同，制定适宜的治疗方法。由于疾病的发生、发展与转归，常受时令气候、地理环境、体质因素等多方面因素的影响，因此在治疗疾病时，应充分考虑这些因素，区别不同情况，制定适宜的治疗方法。

所谓“因时制宜”，指根据不同季节和气候特点来考虑治疗用药的原则，如春夏季节，气候温热，人体腠理开泄，故不宜过用辛温发散药，免开泄太过，耗伤气阴；秋冬季节，气候寒凉，人体腠理致密，当慎用寒凉药物，以防伤阳，正如《素问·六元正纪大论》所说：“用寒远寒，用凉远凉，用温远温，用热远热，食宜同法。”所谓“因地制宜”，指根据不同地区的地理特点，来考虑治疗用药的原则，如不同地区的地势、气候、生活习惯等各不相同，使机体的生理活动和病变特点也不尽一致，因而治疗用药亦须相应有所变化，例如同属外感风寒证，西北严寒干燥地区，当用辛温解表之重剂，如麻桂之辈，东南温热地区则多发散较轻，常用荆防之类；所谓“因人制宜”，指根据患者年龄、性别、体质、生活习惯等不同特点，来考虑治疗用药的原则。如老年人生机渐减，气血亏虚，患病多虚证，或虚实夹杂，治疗偏于补益，实证攻之宜慎；小儿生机旺盛，气血未充，脏腑娇嫩，易寒易热，易虚易实，病情变化较快，故治疗忌投峻攻，少用补益，用量宜轻；妇女用药，当常虑其经、带、胎、产等情况，妊娠期者，禁用或慎用峻下、破血、滑利、走窜、有毒之品，产后则应考虑气血亏损及恶露情况。此外，肥人多痰，瘦人多火，素有慢性病或职业病等不同情况，均应于治疗时予以考虑。

六、病治异同

所谓病治异同，包括“同病异治”与“异病同治”。疾病变化有着复杂性，既可见到一种病包括多种不同的证，亦可见到不同的病在其发展过程中可以出现同一种证，因此在临床治疗时当遵循病治异同的法则。

所谓同病异治，指同一疾病，由于病情的发展和病机的变化，以及邪正消长的差异，机体的反应性不同，或处于不同的发展阶段，所以表现的证也不相同，治疗上应根据具体情况运用不同的治法加以治疗，如同为感冒一病，可有风寒、风热、暑热、气虚等不同，治法各有不同；所谓异病同治，指不同的疾病，在其发展过程中，出现了相同的病机变化时，也可采取相同的方法进行治疗。如久泄脱肛、子宫下垂等虽是不同的疾病，但如果均表现为中气下陷证，则治法皆应以升提中气的方法加以治疗。

但不论是同病异治还是异病同治，都必须遵循治病求本的原则，注意疾病的发生和发展及病机的变化，以及疾病演变的阶段性，这也是辨证观的具体体现。

第二节 中药和方剂

一、中药基本知识

中药是我国传统药物的总称。凡是运用中国传统医药学理论，说明作用机理，指导临床应用的药物，统称为中药。它以天然药物及其加工品为主要来源，包括植物药、动物药、矿物药及部分化学、生物制品类药物，由于其中植物药较多，应用最广泛，因而也有“本草”的称谓。我国古代中药典籍和文献资料十分丰富，并较完整地保存和流传下来，仅所载药物已逾 3000 种，目前已达 8000 余种，其宏富的资源是我国医药学发展的物质基础，其独特的理论体系和应用形式，反映了我国历史、文化、自然资源等方面的特点，记述了我国人民的聪明才智和对世界医学的贡献，成为中华民族优秀文化宝库中的一个重要内容。

(一) 中药的产地、采收与炮制

1. 中药的产地和采收

新产地而言，天然药材的分布和生产，主要依赖于产地的自然条件，因而其质量具有一定的地域性。古代医药学家在长期的应用和比较中发现，药材的产地不同则质量有异，并逐渐形成了“道地药材”的概念，即历史悠久、产地适宜、品种优良、产量宏丰、炮制考究、疗效突出、带有地域特点的药材，如四川的黄连、川芎，江苏的薄荷、苍术，广东的砂仁、木香，东北的人参、细辛，云南的茯苓、滇三七，河南的地黄、山药，山东的阿胶等，都是著名的道地药材。

从采收来看，采收时节与药效及毒副作用关系密切，是否适宜，通常以药用部位的成熟程度为依据。如药用植物，由于其叶、全草、花、花粉、果实、种子、根、根茎、树皮、根皮等部分均可入药，所以采收时节各有所宜，叶和全草类多在枝叶茂盛、花朵初开时采收，花和花粉类常于花蕾未放或花将开放时采集，果实和种子类通常在成熟时采摘，根及根茎类多在秋末或春初采收，树皮和根皮多在春、夏时节剥取。总之，应在有效成分含量最多时采集。

2. 炮制

是指药物在应用或制成各种剂型前必要的加工处理过程，包括对原药材进行一般的修治整理和部分药物的特殊处理，古代也称为炮炙。炮制的作用是多方面的，主要有除去杂质，纯净药材，如防风去掉芦头，黄柏刮净粗皮等；切制饮片，便于调剂，将净选后的中药材，经过软化、切削、干燥等加工工序，制成一定规格的药材（如片、段、丝、块等），即“饮片”，使之便于临床应用；干燥药材，利于贮藏，如白扁豆、赤小豆、桑螵蛸、露蜂房等不经炮制均难以久存；矫味、矫臭，便于服用，如酒制乌梢蛇、醋炒五灵脂、麸炒白僵蚕、水漂海藻等；降低毒副作用，保证用药安全，如巴豆去油、醋煮甘遂、姜矾水制半夏等；增强药物功能，提高临床疗效，如蜜炙百部、酒炒川芎、醋炒元胡、姜制黄连；改变药物性能，扩大应用范围，如地黄生用凉血，若酒制地黄可滋阴补血、生精填髓，天南星性温，能燥湿

化痰，祛风止痉，若用牛胆汁制天南星则清化热痰、熄风定惊，黑豆汁拌蒸制何首乌能滋补肝肾、涩精止崩，黄连水拌炒吴茱萸去其温燥之性，以治肝火犯胃呕吐等；引药入经，便于定向用药，如知母、黄柏、杜仲经盐炒后，可增强入肾经的作用，柴胡、香附、青皮经醋炒后，增强入肝经的作用等。

炮制方法一般可分为五类，一是修治，包括主要是纯净、粉碎、切制三种方法。二是水制，即用水或其它液体辅料处理药的方法，常用方法如洗、淋、泡、漂、浸、润、水飞等。三是火制，是用火加热处理药物的方法，常用方法有炒、炙、煨、烫、煨、烘、焙等。四是水火共制，一般即用水又要用火的方法，常见的有蒸、煮、焯、淬、沌等。五是其它制法，如制霜、发酵、发芽等。

（二）中药药性理论

中药的药性，也称性能，它是中药作用的基本性质和特征的高度概括。药性理论是我国历代医家在长期的医疗实践中，以阴阳、脏腑、经络学说为依据，根据药物的各种性质及所表现出来的治疗作用总结出来的用药规律，它是中药理论的核心，主要包括四气、五味、归经、升降浮沉、毒性等。

1. 四气五味

四气五味是中药药性基本理论之一。《神农本草经》中“药有酸咸甘苦辛五味，又有寒热温凉四气”的记载，是有关中药四气五味的最早概括。气与味是药物性能的重要标志，它对于认识中药的共性和个性以及临床运用都有实际意义。

（1）四气

所谓四气，就是寒热温凉四种不同的药性，也称为四性。其中寒凉属阴，而凉次于寒，温热属阳，而温次于热。药性的寒热温凉是由药物作用于人体所产生的不同反应和所获得的不同疗效而总结出来的，它是与所治疾病的性质相对而言的。一般来讲，寒凉药分别具有清热泻火、凉血解毒、滋阴除蒸、泻热通便、清热利尿、清化热痰、清心开窍、凉肝熄风等作用；而温热药则分别具有温里散寒、暖肝散结、补火助阳、温阳利水、温经通络、引火归源、回阳救逆等作用。

《素问·至真要大论》云：“寒者热之，热者寒之”。《神农本草经》也言：“疗寒以热药，疗热以寒药。”均指出了运用四气理论指导临床用药的原则，即寒凉药用以治阳热证，温热药用以治阴寒证。具体而言，寒凉药主要用于治疗实热烦渴、温毒发斑、血热吐衄、火毒疮疡、热结便秘、热淋涩痛、黄疸水肿、痰热喘咳、高热神昏、热极生风等一系列阳热证；而温热药主要用于治疗中寒腹痛、寒疝作痛、阳痿不举、宫冷不孕、阴寒水肿、风寒痹证、血寒经闭、虚阳上越、亡阳虚脱等一系列阴寒证。由于寒与凉，温与热均有程度上的不同，因而用药时也要注意，药力不及则不能取效，药力太过反伤正气，对于寒热错杂或真寒假热、真热假寒等复杂情况，尤应妥当用药。

此外，四气之外还有一类平性药，它是指寒热界限不很明显，药性平和、作用较缓的一类药物，如党参、山药、甘草等，但实际上也有偏温偏凉的不同，如甘草性平，生用性凉，炙用性偏温，所以平性仍未超出四气的范围，是相对而言的，它不是绝对的平性，因此仍称四气而不称五气。

（2）五味

五味的理论在春秋战国时代即已出现，用以指导饮食调养，其作为药性理论最早见于《黄帝内经》和《神农本草经》中，其中后者还以五味配合四气，共同标明每种药物的药性特征，开创了先标明药性，后论述效用的本草编写先例，从而为五味学说的形成奠定了基础。

所谓五味，是指药物有酸、苦、甘、辛、咸五种不同的味道，因而具有不同的治疗作用。五味的产生，虽源于口尝，但更重要的则是通过长期的临床实践观察，从不同味道药物作用于人体所产生的不同反应和获得不同的治疗效果总结归纳出来的。即五味不仅是药物味道的反映，更重要的是对药物作用的高度概括，而后者构成了五味理论的主要内容。

五味具有不同的阴阳和五行属性，《黄帝内经》认为辛甘淡属阳，酸苦咸属阴，《尚书·洪范》所谓：“酸味属木、苦味属火、甘味属土、辛味属金、咸味属水”。五味所代表的药物作用及主治病证如下：

辛“能散、能行”，即具有发散、行气、活血、开窍、化湿等作用。常用于表证、气滞、血瘀、窍闭、神昏、湿阻等证。一般解表药、行气药、活血药、开窍药，化湿药多具有辛味。

甘“能补、能和、能缓”，即具有补益、和中、调和药性和缓急止痛的作用。常用于正气虚弱、肢体诸痛、调和药性、中毒解救等几个方面。一般滋养补虚、调和药性、制止疼痛的药物多具有甘味。

酸“能收、能涩”，即具有收敛、固涩的功效。常用于体虚多汗、肺虚久咳、久泻肠滑、遗精滑精、遗尿尿频、崩带下止等证。一般固表止汗、敛肺止咳、涩肠止泻、固精缩尿、固崩止带的药物多具有酸味。

苦“能泄、能燥、能坚”，即具有清泻火热、泻降气逆、通泻大便、燥湿祛湿、泻火存阴等作用。常用于治疗热证、火证、实证喘咳、呕恶、便秘、湿证、阴虚火旺等证。一般清热泻火、降气平喘、降逆止呕、通利大便、清热燥湿、苦温燥湿、泻火存阴的药物多具有苦味。

咸“能下、能软”，即具有泻下通便、软坚散结的作用。常用于大便燥结、瘰疬痰核、癭瘤、癥瘕痞块等证。一般泻下或润下通便及软化坚硬、消散结块的药物多具有咸味。另有“咸走血”之说，则是指有些咸味药偏入血分，具有清热凉血解毒之功。

淡“能渗、能利”，即具有渗湿利小便的作用。常用于水肿、脚气及小便不利等证。利水渗湿药物多有淡味。由于《本经》未提及淡味，后世医家多主张“淡附于甘”。

涩与酸味药作用相似，常用于治虚汗、泄泻、尿频、遗精、滑精、出血等证，本草文献常以酸味代表涩味功效，或与酸味并列，标明药性。

四气和五味是辨识药物功效的重要依据，同一药物又同时具有气与味，因此两者必须结合起来以说明药物的作用。一般而言，气味相同的药物，大多作用相近，如辛温药物多具有发散风寒的作用，甘温的药物多具有补气助阳的作用，但可因气味之偏而作用有主次之别；气味不同的药物，作用不同，如黄连苦寒，可清热燥湿，党参甘温，可补中益气；而气同味异或味同气异的药物，作用则同中有异，异中有同；对于一药兼有数味，则常有多种治疗作用；总之，药物的气味所表示的药物作用以及气味配合的规律是比较复杂的，因而要掌握好药性，既要熟悉四气五味的一般规律，又要掌握每一药物气味的特殊治疗作用以及与气味配

合的规律。

2. 升降浮沉

升降浮沉，是指药物在人体内作用的不同趋向，它是与疾病的病机或证候所表现出的趋势或趋向相对而言的。

升与降、浮与沉都是相对立的作用趋向，升指上升、升提，降是下降、降逆，浮是升浮、上行而发散，沉是重沉、下行泄利。一般来讲，升浮药都能上行向外，具有升阳举陷、发散表邪、宣毒透疹、涌吐开窍等作用；而沉降药则都能下行向内，具有清热泻下、潜阳熄风、降逆止呕、利水渗湿、重镇安神、降气平喘、消积导滞等作用。

利用药物升降浮沉理论指导临床用药，必须参照病位与病势灵活运用。具体而言，一是顺应病位而治，即病位在上在表者宜升浮不宜沉降，病位在下在里者宜沉降不宜升浮；二是逆其病势而治，即病势上逆者，宜降不宜升，病势下陷者，宜升不宜降。总之，根据药物的升降浮沉的性能，作用于相应的病位，因势利导，祛邪外出，从而调整脏腑气机的紊乱，达到治愈疾病的目的。

影响药物升降浮沉的因素主要有药物的气味、厚薄、质地等，并受到炮制和配伍的影响。一般来讲，凡味属辛、甘、淡，性温热的药物大都具有升浮之性；凡味属苦、酸、咸，性寒凉的药物，多具有沉降之性；从药材的质地上，花、叶、皮、枝等质轻的药物多为升浮药，而种子、果实、矿物、贝壳及质重者多为沉降药。此外，有些药物具有双向性作用，另有一些药物尚具有一定的特殊性。炮制与配伍也可以改变药物的升降浮沉之性，如酒制则升、姜炒则散、醋炒收敛、盐炒下行等，而少量升浮药配大量沉降药可加强沉降之性，沉降药在大量升浮药中能随之上升。说明升降浮沉之性并非是固定不变的。

3. 归经

归经，是指药物对于机体某部分的选择性作用，即主要对某经（脏腑或经络）或某几经发生明显的作用，而对其他经则作用较小，甚或无作用。归经指明了药物治病的适用范围，说明了药效所在，药物的归经不同，治疗作用也就不同。药物归经认识肇始于先秦，历代医家将药物对脏腑、经络病变的作用进行归纳，使之条理化、系统化，至金代刘完素（河间）形成了药物的归经理论。

归经是以脏腑、经络理论为基础，以所治具体病证为依据，总结出来的用药理论。由于经络能沟通人体内外表里，四肢百骸，使体表与脏腑的疾病可以相互影响，因而某些部分的病变具有共性，并通过某经反映出来，如喘咳、胸痛可见于肺经病变，胁痛、抽搐可见于肝经病变，应用相应药物，治愈相应某经的病变，即认为某药归这一经，因而归经理论具体指出的药效所在，是从长期疗效观察中总结出来的。此外，还有依据药物自身的特性，即形、色、气味、禀赋等的不同，进行归经的方法，如味辛、色白入肺、大肠，味苦、色赤入心、小肠等都是以药物的色与味作归经依据的。而磁石色赭质重入肝，桑叶、菊花轻浮入肺，则是以药物的质地轻重作为归经的依据。

掌握中药的归经理论，即有利于临床辨证选药，也有助于区别功效相似的药物。但运用时必须依据脏腑经络相关学说，注意脏腑病变的相互影响，以及与四气五味、升降浮沉学说的结合，才能做到全面准确。

四气五味说明了药物的寒热属性和治疗作用，升降浮沉说明了药物的作用趋向，而归经

理论则反映了药物的治疗作用与病变所在的脏腑经络部位有机地联系。然而，由于历代医家对一些药物功效的观察存在认识上的差异，以及药物品种的混乱，也出现了本草文献中对某些药物归经的记载不够统一的现象，因而承认归经理论的科学性，又看到它的不足之处，这是正确对待归经理论的态度。正如徐灵胎所说：“不知经络而用药，其失也泛，必无捷效；执经络而用药，其失也泥，反能致害。”

4. 毒性

古代常常把毒药看作是一切药物的总称，而把药物的毒性看作是药物的偏性，故《周礼》有“医师掌医之政令，聚毒药以供医事”的说法，《类经》也云：“药以治病，因毒为能，所谓毒者，因气味之偏也。”“大凡可辟邪安正者，均可称为毒药，故曰毒药攻邪也。”这是毒药的广义含义，也说明了毒性就是药物的偏性。

古代还把毒性看作是药物毒副作用大小的标志，《素问·五常政大论》云：“大毒治病，十去其六；常毒治病，十去其七；小毒治病，十去其八……”

综上所述，古代药物毒性的含义较广，既认为毒药是药物的总称，毒性是药物的偏性，又认为毒性是药物毒副作用大小的标志。后世本草书籍在其药物性味下标明“有毒”、“大毒”、“小毒”等记载，则大都指药物的毒副作用的大小。

中药的毒性值得注意，不可错误地认为中药大都直接来源于天然药材，因而毒性小，安全系数大。自建国以来，出现了大量中药中毒的报告，仅单味药引起中毒就达上百种之多，其中植物药 90 多种，动物药及矿物药各 10 多种，特别是文献中认为大毒、剧毒的固然有中毒致死者，小毒、微毒、甚至无毒的药物，同样也有中毒病例的发生，故临床应用必须加以重视。

造成中药中毒的主要原因有：用药剂量过大或服药时间过长，如砒霜、斑蝥、马钱子、附子等毒性较大的药物；误用伪品，如误以商陆代人参、独角莲代天麻使用；炮制不当，如使用未经炮制的生附子、生乌头；制剂或服法不当，如乌头、附子中毒，多因煎煮时间过短，或服后受寒，进食生冷；配伍不当，如甘遂与甘草同用、乌头与瓜蒌同用而致中毒。此外，个体差异与自行服药也是引起中毒原因之一。

有毒中药的合理应用有时亦会产生佳效，如根据中医“以毒攻毒”的原则，在保证用药安全的前提下，也可采用某些毒药治疗某些疾病，如用雄黄治疗疔疮恶肿，水银治疗疥癣梅毒，大枫子治疗恶疮麻疯，斑蝥治疗癌肿痞块，砒霜治疗瘰疬痔瘘等。

应用毒性药物时，必须加以注意，要根据病人的体质强弱和病情轻重，适当选用和确定剂量，应用有大毒的药物，尤应严格控制剂量，并可通过必要的炮制、配伍、制剂等环节来减轻或消除其有害作用，以保证用药安全。

(三) 中药的应用

主要包括配伍、禁忌、剂量、用法等内容。

1. 配伍

按照病情的不同需要和药物的不同特点，有选择地将两种以上的药物合在一起应用，叫做配伍。药物的配伍应用是中医用药的主要形式。

人体的疾病复杂多变，或数病相兼，或表里同病，或虚实并见，或寒热错杂，单味药往往不能全面作用，而多种药物经过得当的配伍，则能更好地发挥诸药的综合作用，或产生新

的作用，从而适应复杂多变病情的需要，达到照顾全面，安全高效之目的。因此，掌握中药配伍规律对指导临床用药意义重大。

《神农本草经》将各种药物的配伍关系归纳为“有单行者，有相须者，在相使者，有相畏者，有相恶者，有相反者，有相杀者，凡此七情，合和视之。”这七情中，除单行者外，都属于药物的配伍关系。

相须 即性能和功效相似的药物配合应用，可以增强原有疗效。如石膏和知母配伍以清热泻火，大黄与芒硝配伍攻下热结，全蝎与蜈蚣配伍止痉定搐等。

相使 即以—种药物为主，另—种药物为辅，两药合用，辅药可以提高主药的疗效。如黄芪配茯苓治脾虚水肿，大黄配芒硝治热结便秘，石膏配牛膝治胃火牙痛等。

相畏 即—种药物的毒性反应或副作用，能被另—种药物减轻或消除。如半夏畏生姜，甘遂畏大枣，熟地畏砂仁等。

相杀 即—种药物能减轻或消除另—种药物的毒性或副作用。如生姜杀半夏毒，金钱草杀雷公藤毒，绿豆杀巴豆毒等。

相恶 即—种药物能破坏或降低另—种药物的某些功效。如人参恶莱菔子，生姜恶黄芩，吴茱萸恶甘草等。

相反 两种药物同用能产生剧烈的毒副作用。如甘草反甘遂，贝母反乌头，细辛反藜芦等。

总之，上述七情配伍除单行外，相须、相使可以起到协同作用，能提高药效，是临床常用的配伍方法；相畏、相杀可以减轻或消除毒副作用，以保证安全用药，是使用毒副作用较强药物的配伍方法，也可用于有毒中药炮制及中毒解救；相恶、相反则是配伍用药的禁忌。

人们习惯把两药合用能起到协同作用，增强药效，或消除毒副作用，或产生新作用等的配伍，统称为“药对”或“对药”。药对配伍用药的经验，既发展了七情配伍理论，也具有极大的临床应用价值。

2. 用药禁忌

中药用药禁忌，主要包括配伍禁忌、证候禁忌、妊娠禁忌、服药禁忌四个方面。

配伍禁忌，主要指相反药物的禁忌应用。有关相反药物的记载和认识，历代医家认识不尽一致，且从宋代开始，一些医药著作中，出现畏、恶、反名称使用混乱的状况，与《本经》之七情“相畏”的原义不同，作为配伍禁忌的“十九畏”就是在这种情况下提出的。目前公认的中药配伍禁忌主要是金元时期所概括的“十八反”和“十九畏”，这里的“畏”，不同于七情中相畏的畏，而是反的意思，累计37种反药。“十八反歌”最早见于张子和的《儒门事亲》：“本草明言十八反，半蒺贝菝及攻乌，藻戟遂芫俱战草，诸参辛芍叛藜芦。”共载相反中药18种，即：乌头反贝母、瓜蒌、半夏、白及、白菝；甘草反甘遂、大戟、海藻、芫花；藜芦反人参、丹参、玄参、沙参、细辛、芍药。“十九畏歌”首见于明代刘纯《医经小学》：“硫磺原是火中精，朴硝—见便相争，水银莫与砒霜见，狼毒最怕密陀僧，巴豆性烈最为上，偏与牵牛不顺情，丁香莫与郁金见，牙硝难合京三棱，川乌草乌不顺犀，人参最怕五灵脂，官桂善能调冷气，若逢石脂便相欺……”指出了19个相畏（反）的药物；硫磺畏朴硝、水银畏砒霜，狼毒畏密陀僧、巴豆畏牵牛子、丁香畏郁金，川乌、草乌畏犀角（犀角属禁用药），牙硝畏三棱，肉桂畏赤石脂，人参畏五灵脂。

妊娠用药禁忌，专指妇女妊娠期除中止妊娠及引产外，禁忌使用的药物。古代多统称为

禁忌药，近代则多根据药物对胎元损害程度将其分禁用与慎用两类。属禁用者多系毒性药或药性峻猛之品，及堕胎作用较强的药；慎用药则主要是活血祛瘀、行气破滞、攻下导积、辛热滑利等品。禁用药：水银、砒霜、雄黄、轻粉、马钱子、蟾酥、川乌、水蛭、莪术、芫花等。慎用药：牛膝、川芎、红花、桃仁、枳实、大黄、附子、肉桂等。凡禁用药绝对不能使用，而慎用药可以根据病情的需要，斟酌应用，但应注意辨证准确，掌握好剂量与疗程及炮制与配伍，做到用药有效而安全。

证候禁忌，指由于药物的药性不同，其作用各有专长和一定的适应范围，使临床用药有所禁忌，称“证候禁忌”。其内容多见于每味药物“使用注意”部分。如麻黄辛温发散，解表发汗力强，适用于外感风寒表实无汗证，而表虚自汗出者禁用；黄精质润甘平，滋阴补肺，适用于肺虚燥咳及肾虚精亏者，而脾虚湿盛，中寒便溏者忌用等。

服药饮食禁忌，指服药其间对某些食物的禁忌，又称忌口。一般在服药期间，忌食生冷、油腻、腥膻、有刺激性的食物。此外病情不同，饮食禁忌也有区别，如热性病忌食辛辣、油腻、煎炸类食物，寒性病忌食生冷，胸痹者忌食肥甘厚味，疮疡及皮肤病患者忌食腥膻发物及辛辣刺激性食品等。

3. 剂量

中药剂量是指临床应用时的分量。它主要指明了每味药的成人一日量，其次指方剂中每味药之间的比较分量，也即相对剂量。

中药的计量单位有重量如市制：斤、两、钱、分、厘；公制：千克、克、毫克；数量如

定适当的药物、剂量、用法，以防治疾病的一种用药形式。方剂是祖国医学中理、法、方、药的重要组成部分，它蕴含着辨证论治的思想精髓，是中医药物疗法的主要形式。

方剂的出现已有几千年的历史。我国古代方书典籍浩如烟海，其中《五十二病方》是现存最早记载方剂的医籍，其后历代医书不断收载，使方剂逐渐丰富，至明代《普济方》总集明以前方书，载方已达 61739 首，1997 年由南京中医药大学彭怀仁主编，人民卫生出版社出版的《中医方剂大辞典》收方 96592 首，成为我国现存最大的一部方书。相沿及今，在方剂、方论、证治机理、组方原理等方面已形成的较为完整的理论体系，成为祖国医药宝库的重要组成部分。

（一）方剂与治法

辨证、治法与方剂有着密切的关系，辨证是治法的前提，治法是组方的依据，方剂是治法的体现，即“法随证立”，“方从法出”。方药与证候相符，才能取得预期的疗效。

历代医家在长期的医疗实践中制定了许多治法，以治疗复杂多变的各种疾病。清代程钟龄将诸多治法概括为“八法”，其在《医学心悟》中言：“论病之源，以内伤外感四字括之。论病之情，则以寒热虚实表里阴阳八字统之。而论治病之方，则又以汗和下消吐清温补八法尽之”。汗法是通过发汗解表，宣肺散邪的方法，使在表的邪气随汗而解的一种治法，主要适用于外感表证；吐法是通过涌吐的方法，使停留在咽喉、胸膈、胃脘的痰涎、宿食以及毒物等从口吐出的一种治法，适用于病情急迫而又急需吐出之证；下法是通过荡涤肠胃、排出粪便的方法，使停留在肠胃的有形积滞便出的一种方法，适用于内有积滞的病证；和法是通过和解与调和的方法，使半表半里之邪，或脏腑、阴阳、表里失和之证得以解除的一种治法；清法是通过清热、泻火、凉血等方法，使在里之热邪得以解除的一种治疗方法，适用于治疗热证、火证、热甚成毒以及虚热等证；温法是通过温里祛寒的方法，使在里之寒邪得以消散的一种治疗方法，适用于实寒及虚寒之证；消法是通过消食导滞、行气活血、化痰利水、以及驱虫的方法，使气、血、痰、食、水、虫等所结成的有形之邪渐消缓散的一种治法；补法是通过补益的方法，恢复人体正气的一种治法，适用于各种虚证。上述八种治法，适应了表里寒热虚实的不同的证候。但病情变化繁多，因而常需数法合用，分清主次，灵活运用，使方证相合，方能收到佳效，如《医学心悟》所言：“一法之中，八法备焉，八法之中，百法备焉”。

（二）方剂的组成理论

组成方剂的药物功用各不相同，只有通过合理的配伍才能发挥各药之长，避各药之短，使各具特色的药物发挥综合作用，所谓“药有个性之专长，方有合群之妙用”。历代医家经过长期医疗实践，总结出比较完整的组方理论，主要包括组方原则和组成变化。

1. 组方原则

组方原则最早见于《黄帝内经》，其中《素问·至真要大论》曾说：“主病之谓君，佐君之谓臣，应臣之谓使”，又说：“君一臣二，制之小也，君一臣三佐五，制之中也，君一臣三佐九，制之大也。”虽然后世医家对此认识不尽相同，但均认识到药物在方剂中的作用和地位不同，且存在相互的配伍关系，这种关系主要用君、臣、佐、使加以描述。

方剂中针对主病或主证，起主要治疗作用的药物称为君药，它是方剂中所必须具有的药物，药力居方中之首。臣药意义有二，一是辅助君药加强治疗主病或主证的药物；二是针对

兼病或兼证起治疗作用的药物，其药力次于君药。佐药意义有三，一是佐助药，即协助君、臣药以加强治疗作用，或直接治疗次要的兼证；二是佐制药，即用以消除或减缓君、臣药的毒性与烈性；三是反佐药，即根据病情需要，用与君药性味相反而又能在治疗中起相成作用的药物。使药意义有二，一是引经药，即能引方中诸药直达病所的药物；二是调和药，即具有调和诸药作用的药物。临床应用时，应视病情与治法的具体要求，确定方剂中药味的多少，及其君、臣、佐、使关系，只有辨证与治法相合，用药适宜，组方合理，配伍严谨，主次分明，才能取得良好的治疗效果。

2. 组成变化

方剂的组成既有严格的原则性，又有极大的灵活性。由于疾病变化的复杂性，决定了临证组方必须根据具体病情灵活化裁，加减运用，做到“师其法而不泥其方”。

其中方剂中药味增减、各药用量及方剂剂型的变化对全方功效的影响尤为突出。在药味的增减变化中，可以针对次要兼证的治疗需要，对佐使药进行加减，通常不会引起全方功效的根本改变，但臣药的加减，由于改变了方剂的配伍关系，则会使全方的功效发生根本变化。如麻黄汤去桂枝后，由治外感风寒表实证之代表方，变为治疗风寒犯肺咳喘的基础方，而麻黄汤加白术后，则变成发汗祛风寒湿邪之方，为治疗痹证初起的主要方剂。从药量增减变化看，由于药量变化决定着药力的变化及各药配伍关系变化，因而方剂的功能和主治必然随之改变。如小承气汤与厚朴三物汤药物组成相同，但前方重用大黄，则为攻下热结之剂，主治阳明里热结实证，后方重用厚朴，为行气消满之方，主治气郁大便不通之证。此外，剂型的变化，也与全方药力的大小与峻缓有着密切的关系，如理中丸与人参汤的组成及用量完全相同，前者为丸剂，治虚寒轻证，作用温和以图缓治，后者为汤剂，治虚寒重证，作用峻猛以达速治。

(三) 方剂的应用

首先是方剂的剂型。方剂组成后，还需要根据病情与药物的特点制成一定的形态，称为剂型。方剂的剂型历史悠久，至明代《本草纲目》已达40余种，近年来又研制了许多新的剂型，从而形成了丰富的理论和较为完善的技术。现在常用的中药剂型有汤剂、散剂、丸剂、膏剂、酒剂、丹剂、茶剂、露剂、锭剂、条剂、线剂、搽剂、栓剂、冲剂、片剂、糖浆剂、口服液、注射剂等，此外，颗粒剂、胶囊剂、气雾剂等新剂型也在临床上广泛应用。

煎药方法也是方剂运用的一个重要环节，《医学源流论》曾说：“病之愈不愈，不但方必中病，方虽中病，而服之不得其法，则非特无功，而反有害，此不可不知也。”由于汤剂是临床最常用的剂型，因而煎药方法，为历代医家所重视，所谓“煎药之法，最宜深讲，药之效不效，全在乎此”。

汤剂煎煮法，自商代伊尹创制汤液以来延用至今，经久不衰，其对煎具、用水、火候、煮法都有一定的要求。

煎具以砂锅、瓦罐为好，铝锅、搪瓷罐次之，忌用铜、铁器具；煎药用水，以水质洁净新鲜为好；煎药火候有文、武火之分，文火指使温度上升及水液蒸发缓慢的火候，武火（又称急火），指使温度上升及水液蒸发迅速的火候。

煎煮方法是先将药材浸泡30~60分钟，水量以高出药面为度。煎药的火候和时间要根据药物性能而定，一般来讲，解表药和清热药宜武火煎煮，时间宜短，煮沸后煎3~5分钟

即可；补虚药需用文火慢煎，时间宜长，煮沸后再续煎 30~60 分钟。

某些药物因质地不同，煎法比较特殊，处方上需加以注明，如先煎、后下、包煎、另煎、溶化、泡服、冲服、煎汤代茶等。如对于质地坚实、药力难于煎出之介壳或矿物类药物，应打碎先煎；有些气味芳香的药物，应先进行浸泡，后下入锅，并只煎 5 分钟左右，称为先煎；某些煎后药液混浊，或对咽喉有刺激作用以及易于粘锅的药物要用纱布包好，再与它药同煎，称为包煎；贵重药为避免其有效成分被其他药物吸收，可切片单煎取汁，再与他药混合服用，称单煎；对于胶质、粘性大而且容易溶解的药物，应单独溶化，趁热与煎好的药液混合均匀，顿服或分服，称为烊化或溶化；某些芳香或贵重药，不宜加热煎煮的，应研为细末，用药液或温水冲服，称为冲服。

服药方法对方剂的疗效也有一定的影响，应根据病情、病位、病性和药物的特点决定服用方法。在服药时间上，一般病在上焦宜食后服，病在下焦宜食前服，补益药与泻下药宜空腹服，安神药宜睡前服。在服用方法上，汤剂一般一日一剂，分 2~3 次温服，也可根据病情需要灵活服用，或小量频服，或一日一服，或一日数服，甚至一日连服二剂，或煎汤代茶服，以及寒药热服，热药冷服和反佐服药法。

此外，服药后的调养也是用法的内容之一，如饮食宜忌，生活调护等，它不仅直接影响着药效，而且关系到病体的康复。

（四）方剂的分类

对方剂的分类，历代不尽相同，以病证分类者首推《五十二病方》，确切以组成分类的以明·施沛的《祖剂》为先，以治法分类者始于北齐徐之才的“十剂”，此外还有以病因分类、以脏腑分类等不同方法，繁简不一。遵循以法统方的原则，可将方剂分为解表、泻下、和解、清热、温里、补益、固涩、安神、开窍、理气、治风、治燥、祛湿、祛痰、消食、驱虫、涌吐等类别。

第三节 针灸和推拿

针灸和推拿均属于中医外治法的范畴。在中医理论的指导下，以其防治疾病具有手段丰富、适应证广、疗效明显、操作方便、经济安全等优点，因而成为中医治疗疾病的重要手段。

一、针灸基础知识

（一）腧穴

腧穴是脏腑、经络之气输注于体表的部位，古代也有“砭灸处”、“节”、“会”、“骨孔”、“气穴”、“穴位”等不同名称。腧穴多归属于不同的经络，而经络又隶属于相应脏腑，因而腧穴、经络、脏腑间相互联系，不可分割。

腧穴的发展大致经历了无定位、定名、定位及系统分类等阶段。最初人们主要是通过对于病痛部位的按摩、捶击或针灸，发现并记录这些位置，即“以痛为输”。随着对这些体表位置及相应治疗效应认识的深入，进而对其固定和命名，经历代医学家的整理及分类，以及经络学说的逐步形成，最终认识到腧穴、经络、脏腑的特定联系，经反复修正和完善后，分

别归属各经。

1. 腧穴的名称和主治作用

腧穴的名称，不仅具有其医学的特定意义，也是古代灿烂文化的一部分，它是古人以其部位及作用为基础，结合自然界多种事物及医学理论，采用取类比象的方法而制定的。主要方法有：依据所在部位命名，如腕旁的腕骨、乳下的乳根、脊间的脊中等；依据治疗作用命名，如治疗目疾的睛明、光明，治水肿的水分、水道，治脏腑疾患的肺俞、心俞等；结合中医学理论命名，如阳溪、阴郄、气海、百会等；利用地貌天体命名，如承山、大陵、水沟、上星、日月、太乙等；参照动植物的名称命名，如膝下的犊鼻、胸腹部的鸠尾、眉端的攒竹等；借助建筑物名称命名，如神阙、印堂、志室等。

腧穴的主治作用，主要表现为本经腧穴能治疗本经病，表里经腧穴能治疗互为表里的两经病，邻近经穴配合能治疗局部病。各经腧穴的主治既有其特殊性，又有其共同性，其主要表现一是近治作用，这是一切腧穴主治作用所具有的共同特点，即指能够治疗该穴所在部位及邻近组织、器官的病症，如眼区各穴均能治疗眼科疾病，耳周疾病可以选用耳旁各穴。二是远治作用，这是十四经腧穴主治作用的基本规律，在十四经腧穴中，尤其是十二经脉在四肢肘膝关节以下的腧穴，不仅能治疗局部病证，而且还可治疗本经循行所及的远隔部位的脏腑、组织、器官的病证，有的甚至具有影响全身的作用。三是特殊作用，指针刺某些腧穴时，由于机体的状态和针刺手法不同，可起着双相的良性调节作用。此外，有些腧穴的治疗作用还具有相对的特异性。

2. 腧穴的分类

腧穴分为十四经穴、奇穴、阿是穴三类。

十四经穴简称“经穴”，即分布于十二经脉及任、督二脉上的腧穴。经穴具有主治本经病证的共同作用，因此分别归纳于十四经系统中，它们是腧穴的主要部分，现有的 361 个经穴中，绝大部分是晋代以前发现的。

奇穴是指既有一定的穴名，又有明确的位置，但尚未列入十四经系统的腧穴，又称“经外奇穴”，这些腧穴对某些病证具有特殊的治疗作用。奇穴与经络系统有一定联系，其中一部分位列于经络之中。

阿是穴又称压痛点、天应穴、不定穴等。这一类腧穴既无具体名称，又无固定位置，而是以压痛点或其它反应点作为针灸部位。阿是穴多位于病变部位的附近，也可出现在与病变距离较远的特殊部位。

3. 特定穴及其意义

特定穴是指若干类具有特殊治疗作用的经穴。它们的主治功能各不相同，各有特定的名称和含义。

五输穴 即十二经脉分布在肘、膝关节以下的井、荥、输、经、合穴，简称“五输”。其分布次序是从四肢末端向肘膝方向排列的，古代医家把经气在经脉中运行的情况，比作自然界的水流，以说明经气的出入和经过部位的深浅及其不同作用。即“所出为井，所溜为荥，所注为输，所行为经，所入为合”。

原穴 原穴是脏腑原气经过和留止的部位。十二经脉在四肢各有一个原穴，又名“十二原”，在六阳经，原穴单独存在，排列在输穴之后，在六阴经，则以输穴作为原穴。

络穴 即联络之意，络脉从经脉分出的部位各有一个腧穴叫做络穴。络穴具有联络表里两经的作用。十二经的络穴均位于四肢肘膝关节以下，加之任脉络穴鸠尾位于腹，督脉络穴长强位于尾骶部，脾之大络大包穴位于胸胁，共十五穴，故称为“十五络穴”。

俞穴、募穴 俞穴是脏腑经气输注于背腰部的腧穴；募穴是脏腑经气汇聚于胸腹部的腧穴，它们均分布于躯干部，与脏腑有密切的关系。

八会穴 即脏、腑、气、血、筋、脉、骨、髓的精气聚会的八个腧穴。分布于躯干部和四肢部。

郄穴 是各经经气深集的部位。十二经脉及阴阳跷、阴阳维脉各有一个，计十六个，多分布于四肢肘膝关节以下。

下合穴 指手足三阳六腑之气下合于足三阳经的六个腧穴，主要分布于下肢膝关节附近。

八脉交会穴、交会穴 八脉交会穴是指奇经八脉与十二经脉之气相交会的八个腧穴，它分布于腕踝关节的上下；交会穴是指两经以上的经脉相交或会合处的腧穴，多分布于躯干部。

4. 腧穴的定位方法

骨度分寸法 将人体不同部位的骨骼尺寸用作定取腧穴的折算长度，不论男女、老少、高矮、胖瘦均可按这一标准测量，这种腧穴定位方法，称为骨度分寸法。详见常用骨度分寸表。

自然标志取穴法 根据人体自然标志而定取穴位的方法称“自然标志定位法”。人体的自然标志有两种，一种是不受人体活动影响的、固定不移的标志，如五官、指甲、乳头等，称为固定标志；另一种是需要采取相应的动作姿势才会出现的标志，包括皮肤的皱襞、肌肉部的凹陷，肌腱的显露以及某些关节间隙等，称作“活动标志”。

手指同身寸法 是以患者的手指为标准来定取穴位的方法。因各人指的长度和宽度与其它部位有着一定的比例，所以可用患者本人的手指来测量定穴，医者既可根据病人的高矮胖瘦作出伸缩，也可用自己的手指来测定穴位。具体方法不一，各有一定的适应范围，如中指同身寸法，是以患者的中指中节屈曲时内侧两端纹头之间作为一寸的长度，来衡量其它部位，适用于四肢部取穴的直寸和背部取穴的横寸；拇指同身寸法，是以患者拇指指关节的横度作为一寸长度，来量取其它部位，适用于四肢部的直寸取穴；横指同身寸法，又名“一夫法”，是让患者将食指、中指、无名指和小指并拢，以中指中节横纹处为准，四指横量作为3寸。

简便取穴法 是临床一种简便易行的方法，如垂手中指端所指处取风市穴，两手虎口自然平直交叉，在食指端到达处取列缺等。

(二) 刺法

刺法和灸法是两种不同的治病方法。刺法亦称针刺法，是利用金属制成的针具，通过一定的手法，刺激人体腧穴，通过刺激腧穴，作用于经络、脏腑，达到调和阴阳，扶正祛邪，疏通经络，行气活血等，实现防治疾病的目的。

1. 针刺的工具

针，是刺法治疗的主要治病工具，古代即有九针，其形状、名称、用途各不相同，详见下图。目前的针具材质有金、银、合金、不锈钢等不同，而且制针的工艺和形状亦有区别，

临床常用的有毫针、三棱针、皮肤针、皮内针等多种，其使用方法亦有差别。

毫针是针刺治病的主要针具，临床应用最为普遍。目前毫针材质多以不锈钢丝为主，但也有用金、银各种金属为制针原料的，毫针的结构可分为针柄、针尾、针尖、针身、针根五个部分，其规格按粗细和长短划分。

2. 针灸前的准备

针具的选择 必须根据病情及病人的性别、年龄、胖瘦、体质、病位、腧穴情况，选择长短、粗细适宜的针具。《灵枢·官针》篇中说：“九针之宜，各有所为，长短大小，各有所施也”，如男性、体壮、形肥、病深者，用针可稍长稍粗，而女性、体弱、形瘦而病变部位较浅者，则所选针具宜短宜细；所用针具的长度以刺入腧穴应至深度后，针身略露出皮肤为宜。

体位的选择 患者在针刺时所用体位是否适当，对腧穴的正确定位，针刺的施术操作，持久的留针以及防止晕针、滞针、弯针等都有很大影响。选择体位的依据主要根据腧穴的所在部位，选择适当的体位，既有利于腧穴的正确定位，又便于针灸的施术操作和较长时间的留针而不致疲劳为原则。对于初诊、精神紧张或年老体弱及病重者，均应尽量采取卧位。其中仰卧位适宜于取头、面、胸、腹部、上下肢部分腧穴；侧卧位适宜于取身体侧面少阳经腧穴和上、下肢的部分腧穴；俯卧位适宜于取头、项、脊背、腰尻、下肢背侧及上肢部分腧穴；仰靠坐位适宜于取前头、颜面和颈前等部位的腧穴；俯伏坐位适宜于取头和项背部的腧穴；侧伏坐位适宜于取头部的一侧，面颊及耳前后部位的腧穴。

消毒 针灸前，必须进行消毒，以防发生感染。包括针具消毒、腧穴部位的消毒和医者手指的消毒。

3. 毫针刺法

(1) 进针法

针刺进针时，常需左右手配合操作。其中用于持针操作的手称为刺手，主要作用是掌握针具，施行手法操作。持针方式，一般为拇、食、中三指挟持针柄，其状如持毛笔，按压所刺部位或辅助进针的手称为押手，其作用在于固定腧穴位置，协助刺手操作。对于右手操作的人，一般右手称为刺手，左手称为押手。常用的进针方法有如下四种。

指切进针法：又称爪切进针法，用左手拇指或食指切按在腧穴位置的旁边，右手持针，紧靠左手指甲面将针刺入腧穴（图 6-1）。此法适用于短针的进针。

夹持进针法：或称骈指进针法，即用左手拇、食二指持捏消毒干棉球，夹住针身下端，将针尖固定在所刺腧穴的皮肤表面位置，右手捻动针柄，将针刺入腧穴（图 6-2）。此法适用于长针的进针。

舒张进针法：用左手拇、食、二指将所刺腧穴部位的皮肤向两侧撑开，使皮肤绷紧，右手持针，使针从左手拇、食二指的中间刺入（图 6-3）。此法适用于皮肤松弛部位的腧穴。

提捏进针法 用左手拇、食二指将针刺腧穴部位的皮肤捏起，右手持针，从捏起的上端

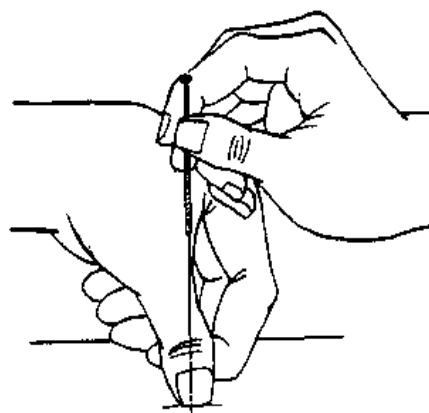


图 6-1 指切进针

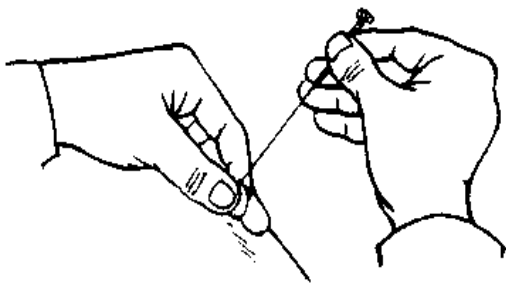


图 6-2 扶持进针

将针刺入 (图 6-4)。此法主要用于皮肉浅薄的部位的腧穴的进针。

以上各种进针方法在临床上应根据腧穴所在部位的具体特点, 及针刺深浅和手法的要求灵活选用, 以利于进针和减少病人的疼痛。此外, 也有一些其它的进针方法被应用, 如针管进针法、插刺进针法等。

(2) 针刺的角度和深度

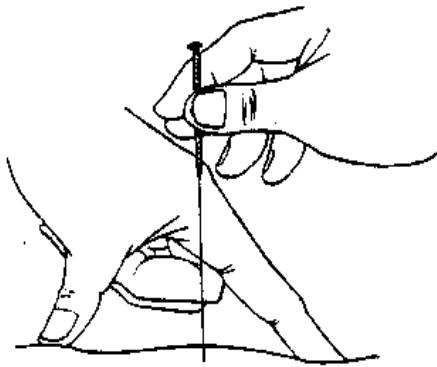


图 6-3 舒张进针

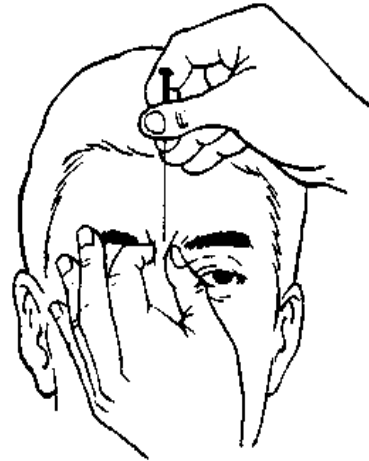


图 6-4 提捏进针

在针刺操作过程中, 掌握正确的针刺角度、方向和深度, 是增强针感、提高疗效、防止意外事故发生的重要环节。同一腧穴由于针刺的长度、方向、深度不同, 所产生针感的强弱、传感方向、治疗效果常有明显的差异。

针刺的角度是指进针时针身与皮肤表面所形成的夹角。直刺是针身与皮肤表面呈 90° 左右垂直刺入, 适用于人体大部分腧穴; 斜刺是针身与皮肤表面呈 45° 左右倾斜刺入, 适用于肌肉浅薄处或内有重要脏器或不宜于直刺、深刺的腧穴; 平刺即横刺, 也称沿皮刺, 是针身与皮肤表面呈 15° 左右沿皮刺入, 适用于皮薄、肉少部位的腧穴 (图 6-5)。

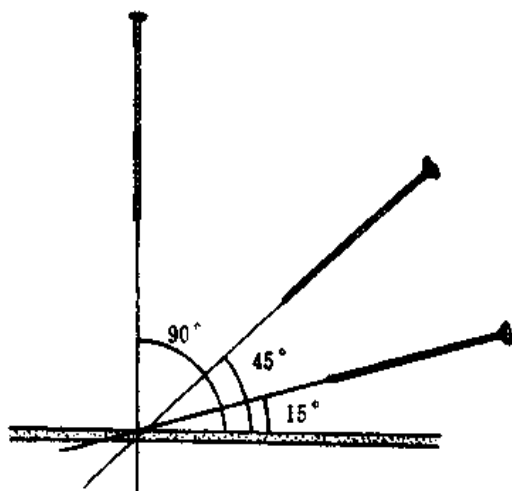


图 6-5 针刺角度

针刺的深度是指针身刺入人体内的深浅程度。虽然每一腧穴针刺深度各不相同, 需遵循下列原则, 在体质方面, 身体瘦弱宜浅刺, 身强体肥者宜深刺; 在年龄方面, 年老体弱及小儿娇嫩之体, 宜浅刺, 四肢、臀、腹及肌肉丰满处的腧穴宜深刺。

(3) 行针

行针, 也称运针, 是指针刺入腧穴后, 为达得气、调节针感及进行补泻而行使的各种针刺手法, 行针手法分为基本手法和辅助手法。

基本手法是针刺的基本动作, 主要有提插和捻转两种手法。

提插法：指针入腧穴一定的深度后，使针在穴内进行上、下进退的操作方法。针从浅层向下刺入深层为插，由深层向上退到浅层为提（图 6-6）。可因提插幅度、层次、频率、操作时间产生不同刺激量，出现不同的治疗效应。

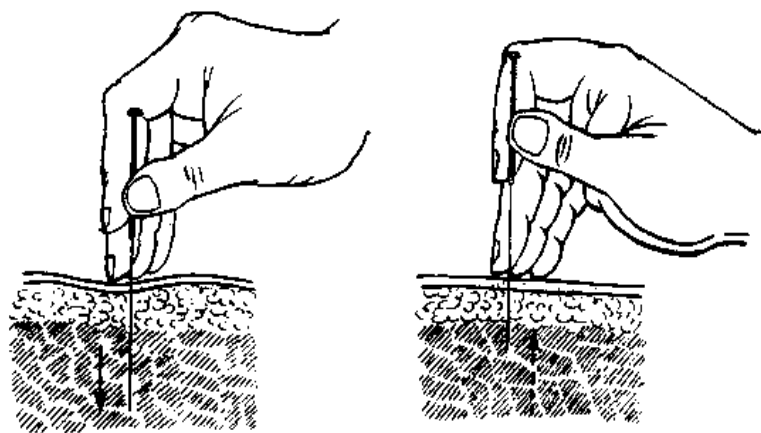


图 6-6 提插法

捻转法：指针刺进入腧穴一定深度后，以刺手拇指和中、食指持针柄，进行一前一后的来回旋转捻动（图 6-7）。捻转的角度、频率决定不同的刺激量，亦需根据病情、腧穴特性及治疗目的而灵活掌握。捻针时必须注意不能单向转动，以免针身牵缠肌纤维，造成疼痛或滞针。

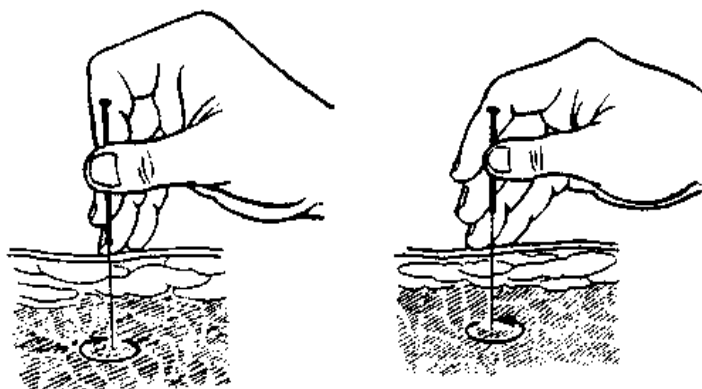


图 6-7 捻转法

此两种手法既可单独应用，也可配合应用，应根据具体情况灵活掌握。

辅助手法是进行针刺时用以辅助行针的操作方法，常用以下几种：

循法：是以左手或右手于所刺腧穴的四周或沿经脉的循行部位，进行徐和的循按或循摄的方法。此法在未得气时，可通行气血，行气催气，在针下过于沉紧或滞针时可宣散气血，

使针下徐和。

刮柄法：以刺手或押手的拇指或食指指腹抵住针尾，用食指或拇指的指甲缘，由上而下或由下而上地频频刮动针柄，产生轻微震颤。注意接触针尾的指腹只起固定针尾的作用，不应用力下压，该法可加强得气和促使得气传散（图 6-8）。

弹柄法：是将针刺入腧穴的一定深度后，以手指轻轻叩弹针柄，使针身产生轻微的震动，使经气运行（图 6-9）。

搓柄法：是将针刺入腧穴一定深度后，以右手拇、食、中指持针柄单向捻转，如搓线状，搓 2~3 周或 3~5 周，但搓时应与提插法同时配合应用，以免发生缠针。此法有行气、催气、和补虚泻实的作用。

摇柄法：是将针刺入腧穴一定深度后，手持针柄进行摇动。本法既可自深而浅随摇随提，也可不进不退，左右摇摆。用于泻邪或催气、行气。

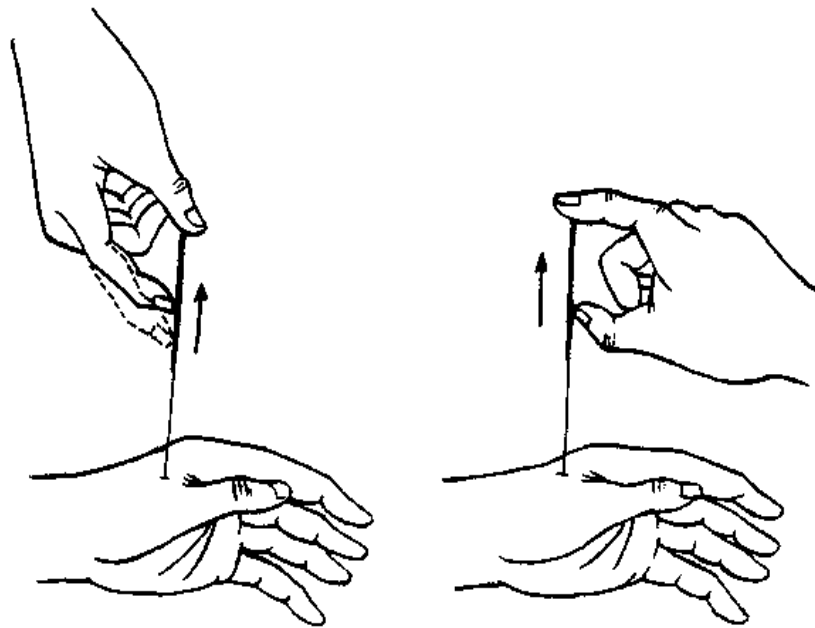


图 6-8 刮法

震颤法：是将针刺入腧穴后，右手持针柄，用小幅度、快频率的提插捻转使针身产生轻微的震颤。此法可促使提气或增强扶正祛邪的作用。

(4) 针刺补泻

它是根据《灵枢·经脉》：“盛则泻之，虚则补之，热则疾之，寒则留之，陷下则灸之”这一针灸治病的基本理论原则，所确立的两种不同的治疗方法。《灵枢·九针十二原》说：“虚实之要，九针最妙，补泻之时，以针为之一。”《千金要方》也云：“凡用针之法，以补泻为先。”都强调了针刺补泻的重要性。

补法是指能增强人体正气，使低下的功能恢复旺盛的方法。泻法是指能疏泄病邪使亢进的功能恢复正常的方法。针刺补泻就是通过针

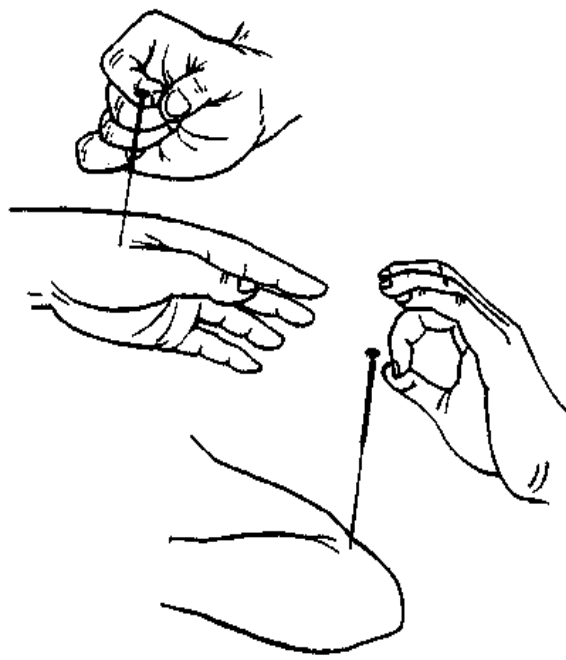


图 6-9 弹法

刺腧穴，采用适当的手法，以激发经气，最终实现扶正祛邪恢复机体的阴阳平衡状态。补泻效果的产生，主要取决于以下三个方面：一是腧穴的特性，即腧穴具有特殊性，有些适宜于补虚，如关元、气海、足三里等均具有强壮作用，有些适宜于泻实，如少商、十宣等均具有泻实的作用。二是针刺手法，这是产生补泻作用，促使机体内在因素转化的主要手段。三是机体状态也可直接影响到经气的激发。古代针灸医家在长期的医疗实践过程中，创造和总结出了不少的针刺补泻手法，如捻转补泻、提插补泻、疾徐补泻、迎随补泻、呼吸补泻、开阖补泻、平补平泻等单纯的手法。此外还有烧山火、透天凉、青龙摆尾、白虎摇头、苍龟探穴、赤凤迎源等多种复式手法。

(5) 留针与出针

留针是将针刺入腧穴行针施术后，使针留置穴内称为留针。其目的是为了加强针刺的作用和便于继续行针施术。留针时间一般为得气后10~20分钟，但对特殊病症，如急性腹痛、破伤风、顽固性疼痛或痉挛性病证，可适当延长留针时间，甚至达数小时。总之留针时间当视病情的实际需要，灵活掌握，不可拘泥。

出针时，多先以左手拇指、食指按住针孔周围皮肤，右手持针作轻微捻转，慢慢将针提至皮下，然后将针起出，用消毒干棉球揉按针孔，以防出血。出针后应嘱患者略作休息，并应检查针数，以防遗漏。

(6) 针刺注意

针刺治病，虽然比较安全，但如操作不慎，或犯刺禁等也会出现一些异常情况，常见的如晕针、滞针等。晕针是指针刺过程中病人发生的晕厥现象。常因患者虚弱，精神紧张或疲劳、饥饿、大汗、大泻、大出血，或施术手法过重等所致，应立即停止施术，使患者平卧休息，或刺人中、内关、足三里、关元等，若病情急重，亦可考虑配合其它急救措施。滞针是在行针进或留针后医者感觉针下涩滞，捻转、提插、出针均感困难而病人则感觉痛剧的表现，属针刺部位肌肉过度收缩者，可延长留针时间，或加强周围的循按，或在其附近加刺一针，如为行针不当则应调整行针手法。

此外，操作不当也会发生弯针、断针、血肿、气胸、感染等情况，临床治疗必须细心、谨慎、准确、规范施术，避免意外事故的发生。

(三) 灸法

灸法主要是用艾叶点燃后在人体皮肤上进行烧灼或熏烤，借灸火的热力给人体以温热刺激，通过经络腧穴的作用，以达到治病、防病目的的一种方法。《医学入门》所谓：“药之不及，针之不到，必须灸之。”即强调了它的重要作用。

1. 灸的原料

灸的原料很多，但以艾为主。艾属菊科多年生草本植物，艾叶气味芳香而易燃，以其灸治，具有温通经络，行气活血，祛湿逐寒，消肿散结，回阳救逆及防病保健作用。正如《名医别录》所言：“艾味苦，微温，无毒，主灸百病”。艾灸即是用干燥的艾叶，捣制后除去杂质，即可成纯净细软的艾绒，晒干贮藏，以备应用。

2. 常用的灸法

(1) 艾炷灸

是将纯净的艾绒制成小如麦粒，大如半截橄榄的艾炷，点然后以施灸，每燃完一个艾炷，叫做一壮，分为直接灸与间接灸两类。

直接灸是将大小适宜的艾炷，直接放在皮肤上施灸的方法，可分为瘢痕灸和无瘢痕灸。若施灸时需将皮肤烧伤化脓，5~6周后灸疮自愈，愈后留有瘢痕者则称为瘢痕灸，常用于治疗哮喘、肺癆、瘰癧等慢性疾患；若灸至皮肤红晕不起泡，皮肤无烧伤化脓，不留瘢痕者称为无瘢痕灸，常用于虚寒性疾患的治疗。

间接灸是用药物将艾炷与施灸腧穴部位的皮肤隔开，进行施灸的方法，根据间隔物的不同而有不同的名称。隔置鲜姜片施灸者，称为隔姜灸，适用于因寒而致的呕吐、腹痛、腹泻及风寒湿痹等；隔置大蒜片施灸者，称为隔蒜灸，适用于瘰癧、肺癆及肿疡初起等的治疗；用纯净的食盐填敷脐部，或于盐上置姜片施灸者，称为隔盐灸，具有回阳救逆，固脱之功，

多用于治疗伤寒阴证，或吐泻并作，或中风脱证等；将中药附子研粉后，酒调为饼，隔置施灸者称为隔附子饼灸，多用于治疗命门火衰而致的阳痿、早泄或疮疡久溃不敛等病证。

(2) 艾卷灸

主要是将艾绒掺入温阳散寒、活血通络的药物粉末，以细草纸卷成直径 1.5cm 的圆柱形艾卷后，点燃施灸的方法。分为温和灸和雀啄灸两类。

温和灸使患者局部有温热感而无灼痛为宜，一般每处灸 5~7 分钟，至皮肤红晕为度多用于灸治慢性病；雀啄灸在施灸部位一上一下活动施灸，形如鸟雀啄米，多用于急性病的治疗。

此外太乙针灸、雷火针灸等也属于艾卷灸的范围。

(3) 温针灸

是针刺与艾灸结合应用的一种方法，即针刺入腧穴得气留针后，将一段艾条插在针柄上，或将艾绒捏于针尾上点燃后施灸。适用于既需要留针，又适宜于艾灸的病证。

此外，灸法还有温灸器灸、灯草灸、白芥子灸等多种。

3. 施灸注意

施灸一般遵循先上后下、先外后内、先背后腹、壮数先少后多，艾炷先小后大的顺序；实热证、阴虚发热者，多不宜灸疗；颜面、五官等重要部位不宜瘢痕灸；此外，施灸局部的常规护理也应有所注意。

总之，针灸的方法十分丰富，功效及主治各有所宜。除上述几种外，其它如三棱针、皮肤针、皮内针、火针、头针、耳针、电针、拔罐等也为针灸治疗的重要内容。

二、推拿基础知识

推拿，古代也称按摩、按跷等，其中尤以按摩一词应用最广，许多地区至今仍在沿用。这是因为早期的推拿手法种类较少，且以按和摩两法最为常用，故合称以为名。推拿一词首见于明代，如《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》、《小儿推拿秘诀》等著作就将推拿一词应用于书名。随着治疗范围的扩大，经验的积累，手法的丰富，以及手法分类的渐趋合理，按摩一词渐被推拿所取代，可以说这一名称的演变，标志着推拿发展史上的一个很大进步。

推拿是人类最古老的自然疗法之一，也是中医治疗体系中的一个重要组成部分。其对人体的治疗作用，源于与自然作斗争的生产和生活实践中，能减轻或消除某些疼痛的朴素认识，随着有意识、有目的地将其应用于医疗实践，随着多方面的不断总结、丰富、完善和提高，逐渐形成了推拿治疗体系。其形成时间约为二千多年前的先秦两汉时期，其有关方法和理论，《黄帝内经》和《黄帝岐伯按摩十卷》等当时的著作，已有较为系统和详细的记载。

推拿是一种古老的医治疾病的方法，可谓源远流长，代有发展。早在战国秦汉时期，推拿疗法已被普遍应用，在《黄帝内经》中就记载了以其治疗痹证、痿症、口眼歪斜和胃痛等，并描述了有关的按摩工具，如“圆针”“鍉针”，我国已佚的第一部按摩专著《黄帝岐伯按摩十卷》也成书于此期；魏、晋、隋、唐时期，已设有按摩专科和专科医生，治疗方法日渐丰富，治疗病种不断增多，并于这一时期相继传入朝鲜、日本、印度等国家；宋、金、元时期，推拿运用的范围更加广泛，且比较重视对于推拿疗法的分析，使推拿疗法的理论有了进一步提高；明代，推拿学术进一步发展，其在治疗小儿疾病方面经验颇丰，形成了小儿推

拿的独特体系，并有诸多小儿推拿专著问世，其中《小儿按摩经》可称为我国现存最早的推拿书籍；清代太医院虽不设推拿科，但民间发展及应用广泛，也有不少推拿专著问世，此期对推拿手法治疗伤科疾病作了较系统的总结，在临床经验、推拿理论、推拿适应证和治疗法则等方面均有了比较系统和全面的阐述；解放后，推拿疗法进一步发展，许多地区先后成立了训练班、专科门诊、专科学校，70年代以后，我国又开展了推拿专业的高等教育，并多次举行推拿学术经验交流，从而使这一古老的医术不断发扬光大，在崇尚回归自然的今天，更显示出勃勃生机。

（一）推拿的作用原理

推拿疗法属于中医外治法的范畴，是指通过一定的手法作用于人体体表的特定部位，调节机体的生理和病理状态，达到治疗效果的一种治疗方法。其作用原理，可分为基本原理、对伤筋的治疗原理、对调整气血及内脏功能的基本原理。

推拿治疗的基本原理，一是通过外力作用纠正解剖位置的异常，尤其是关节错位、肌腱滑脱等因解剖位置异常而致的病症；二是通过推拿对失调的系统内能进行调整，使其恢复正常而治愈疾病；三是通过适当的刺激和能量传递作用于体表的特定部位，对机体失常的生物信息加以调整，从而起到对病变脏器的调整作用。总之，推拿治疗的基本原理不外乎是“力”“能”和“信息”三方面的作用，它们多综合作用于人体，最终发挥治疗作用。

推拿疗法对伤筋具有独到的治疗作用。所谓伤筋是指人体各个关节、筋络、肌肉受外来暴力撞击，或强力扭转，或牵拉压迫，或因跌扑闪挫，或劳力过度等因素所引起的损伤，如无骨折、脱位或皮肉破损者均称为伤筋。由于伤筋多以疼痛为主要症状，乃经脉受损，气血不通所致，所谓“不通则痛”，故治疗的关键在于“通”。推拿作用于伤痛部位，通过舒筋通络、理筋整复、活血祛瘀等机制，使经脉畅达，气血通畅，经气周流，宗筋舒缓，从而缓解疼痛，治愈伤筋。祖国医学“通则不痛”的理论，在伤筋的推拿治疗中可具体化为“松则通”、“顺则通”、“动则通”三个方面，“松”、“顺”、“动”三者有机结合，不可分割。

推拿疗法还能够较好地调整机体的气血功能和内脏状态。通过推拿作用于体表局部，以通经络、行气血、濡筋骨、利关节，并将有关信息传及相关脏腑发挥调节作用；推拿又可健运脾胃，加强胃腑功能，以旺气血生化之源；疏通经络，加强肝的疏泄功能促进气机的调畅，使人体气血充盈而调畅，《灵枢·平人绝谷篇》说：“血脉和利，精神乃居。”

推拿治疗中，不同的手法作用于机体所产生的效应有补、泻之别，必须根据病情及治疗需要，把手法的轻重、方向、快慢、刺激的性质及治疗的部位结合起来。一般认为，作用时间较短的重手法，多产生泻的作用，可抑制脏腑亢奋状态；作用时间较长的轻手法，多产生补的作用，可增加脏腑的功能。此外，手法的频率和作用方向与“补”、“泻”也有一定的关系。

推拿治疗脏腑病证时，除选择适宜的手法外，必须作用于相应的施术部位，方有佳效。其中有关的体表的特异点和腧穴尤为重要，如五输穴、原穴、络穴、郄穴、背俞穴与腹募穴、八会穴、八脉交会穴、交会穴等。

（二）推拿的基本治法

推拿的治疗作用，是通过不同的手法作用于患者体表的特定部位或穴位而实现的。因此其疗效的取得与手法作用的性质和量以及被刺激部位或穴位的特异性有密切关系，必须把手

法和部位结合起来加以运用，才能取得良好的效果。

根据手法的性质和作用量及治疗的部位，所产生的不同治疗作用加以区分，推拿的基本治法有温、补、通、泻、汗、和、散、清八法。分述如下：

(1) 温法

本法有补益阳气的作用。多运用摆动类、摩擦类、挤压类等手法，以较缓慢而柔和的节律施术，作用的常用部位如腹部、腰部及关元、气海、足三里、中脘、肾俞、命门等腧穴，适用于阴寒虚冷的病证。治疗时手法连续作用时间稍长，患者有较深沉的温热等刺激感，如《素问·举痛论》所言：“寒气客于背俞之脉……故相引而痛，按之则热气至，热气至则痛止矣。”临床应用中，如按、摩、揉中脘、气海、关元，擦肾俞、命门，可以温补肾阳，健脾和胃，扶助正气，散寒止痛。

(2) 通法

本法有祛除病邪壅滞之作用。多运用挤压类和摩擦类手法，直接施术于病痛部位，或肩井、脾俞、胃俞、肝俞等背俞穴，以治疗经络不通所引起的疾病。施术中宜刚柔兼施，取位准确，多有佳效。如《素问·血气形志篇》所谓：“形数惊恐，经络不通，病生于不仁，治之以按摩醪药”，《厘正按摩要术》也云：“按能通血脉”，“按也最能通气”。临床应用中，如推、拿、搓法作用于四肢能通调经络；拿肩井可以通气机，行气血；点、按背部俞穴可通畅脏腑之气血。

(3) 补法

本法有补益气血、津液，增强脏腑机能之作用。通常以摆动类、摩擦类手法为主，较轻柔作用于腹部、腰部以及脾经、胃经、膀胱经、肾经等经穴，适用于脏腑功能不足，或气血亏损等虚证。施术时，手法宜轻柔、持久，不宜过重刺激，如《素问·调经论》所谓：“按摩勿释，着针勿斥，移气于不足，神气乃得复”。明·周于藩也说：“缓摩为补”，“轻推、顺推皆为补”。临床应用上，补益脾胃时，常以一指禅推法、摩法、揉法在腹部，特别是中脘、天枢、气海、关元等腧穴顺时针方向施术，再于背部重点是胃俞、脾俞等穴施用按法、擦法，可以健脾和胃，补中益气；补腰肾时，可在命门、肾俞、志室等穴施用一指禅推法或擦法，再用摩法、揉法、按法治疗腹部的关元、气海，可以培补元气以壮命门之火。

(4) 泻法

本法具有通腑泻实的作用。多应用摆动类、摩擦类、挤压类手法施术于腹部及胃经、脾经等部位，施术时手法频率由慢逐渐加快，可刺激量稍强，适用于下焦实证。由于其作用和缓，故体质虚弱，津液不足而大便秘结者，亦能应用，这也是推拿泻法之特长。临床上对于食积便秘，可用一指禅推、摩神阙、天枢两穴，再揉长强，以通腑泻实；阴虚火盛，津液不足，大便秘结者，可用摩法以顺时针方向在腹部治疗，通便而不伤阴。

(5) 汗法

本法具有祛风散寒的作用。多应用挤压类和摆动类手法中的拿法，按法，一指禅推法等施术于膀胱经及督脉及其腧穴，如风池、风府、合谷、外关、大椎、肺俞等，适用于风寒外感和风热外感两类病证。对于风寒外感者，施术时，先以由轻至重的拿法，宜持久而深入，使全身汗透以达祛风散寒的目的；对于风热外感者，施术时，多用轻拿法，宜柔和而轻快，使腠理疏松，汗毛竖起，肌表微汗潮润而病解。

(6) 和法

本法具有调脉气、和气血、和解表里的作用。常运用振动类及摩擦类手法施术于肝经、胆经、脾经、胃经、膀胱经、任脉和督脉等部位及腧穴。适用于邪在半表半里证，或气血不和、经络不畅、所引起的肝胃气痛，月经不调，脾胃不和，周身胀痛等证。施术时多平稳而柔和，频率稍缓。临床上治疗经络不畅，可在四肢及背部施以揉法、一指禅推、按、揉、搓等方法，或用轻柔的拿法作用于肩井等；若用于和脾胃、疏肝气，则可一指禅推、摩、揉、搓诸手法施术于两肋部的章门、期门，腹部的上脘、中脘，背部的肝俞、胃俞、脾俞等部位，达到气血调和，表里疏通，阴阳平衡的目的。

(7) 散法

本法具有消结散瘀之功。多以摆动类及摩擦类手法为主，施术于积结瘀滞部位，适用于脏腑结聚，气血瘀滞诸证。施术时，手法要求轻快而柔和。推拿中散法有其独到之处，其主要作用是疏通结聚，不论有形或无形的积滞，散法都可使用。

(8) 清法

本法具有清热泻火作用。手法一般是用挤压类、摩擦类手法施术于督脉、膀胱经及具有泻热作用的腧穴，适用于气分或血分实热诸证。施术时，运用刚中有柔的手法，在所取的穴位、部位上进行操作，达到清热除烦的目的。临床治疗时，气分实热者轻推督脉以清泻气分实热；气血虚热者轻擦腰部，以养阴清火；血分实热者，重推大椎至尾椎，以清热凉血；有实热者，轻推背部膀胱经，以清热解表。

(三) 推拿手法简介

推拿手法是指用手或肢体的其它部分，按各种特定的技巧动作，在机体体表进行治疗操作的方法。

推拿手法的基本要求可概括为八个字，即持久、有力、均匀、柔和。持久是指手法能按要求持续运用一定时间；有力是指手法必须具有一定的力量，并按病人体质、病证、病位等不同情况而增减；均匀是指手法动作要有节奏规律，速度及压力均匀；柔和是指手法要轻而不浮，重而不滞，不生硬粗暴或用蛮力，动作变换自然。临证之时，当如《医宗金鉴》所说：“一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出。”

推拿手法种类繁多，名称各异。有的手法相似而名称不同，如按法，压法等；有的名称相同，而手法相异，如一指禅推法与推法；更有由两种手法组成的复合手法，如按摩、按揉等；有的以手法命名，如推、拿、按、摩、擦、拍……等；有的以手法作用命名，如顺、理、疏、和……等，使手法与名称不易明确。现根据推拿手法的运用形态，将其归纳为摆动类、摩擦类、振动类、挤压类、叩击类和运动关节类等六大类手法，而每类又各有数种手法组成。

具体而言，以指或掌、腕关节协调的连续摆动为主要动作的手法称摆动类手法，其中主要包括一指禅推法、缠法、揉法、揉法等；以掌、指或肘部附在体表，作直线或环旋移动为主要动作的手法称摩擦类手法，其中主要包括摩法、擦法、推法、搓法、抹法等；以较高频率的节律性轻重交替刺激，持续作用于人体为主要动作的手法，称振动类手法，其中主要包括抖法、振法等；用指、掌或肢体其它部分按压或对称性挤压体表为主要动作的手法称挤压类手法，其中主要包括按、点、捏、拿、捻和踩跷等法；以手掌、拳背、手指、掌侧面、桑

杖棒等叩打体表为主要动作的手法称叩击类手法，其中主要包括拍、击、弹等法；对关节作被动性活动为主要动作的一类手法称为运动关节类手法，其中主要包括摇法、背法、扳法、拔伸法等。

三、外 治 法

外治法是运用药物和手术或配合一定的器械，直接作用于病人体表或病变部位，以达到治疗目的的一种治疗方法。外治法是与内治法相对而言的治疗法则，其给药途径不同于内治法，可使药物直接作用于皮肤和粘膜，从而起到治疗作用，是外科常用的治疗方法。外治法在外科治疗中，占有非常重要的地位，对于一些外科病如疮疡、皮肤病及肛门病等，单用外治法或配合内治法，可获得满意的疗效。由于外治法与内治法一样，都是以中医理论为指导，辨证论治，所以外治法具有广泛的临床应用价值，除外科病以外，亦可用于内、妇、儿等其他各科疾病的治疗。常用的外治法有三大类：中药外治法、手术疗法及其他疗法。此处的外治法不含针灸法及推拿法，针灸法及推拿法于另外的章节论述。

外治法是祖国医学中极具特色的疗法，具有作用直接、奏效迅捷、途径多样、丰富实用、简便易廉、安全无毒等特点，是内治法和其他疗法的重要配合或补充手段，值得我们很好地继承发扬。

(一) 外治法概说

1. 治疗原理

清代吴师机指出“外治之理，即内治之理。外治之药，即内治之药。所异者，法耳。”由此可见，外治法与内治法一样，都是在中医的整体观念和辨证论治原则指导下的治疗方法，不同的只是剂型与给药途径不一样。外治法治疗外科病、皮肤病及肛门病，主要是通过温度、药物和机械的作用，直接对机体病变局部产生影响，以疏通经络，调和气血，消肿止痛，疗疮愈疾。此外，应用外治中药，还可通过药物的吸收或局部刺激而引起整体药理效应或全身调节作用，治疗内、妇、儿等各科疾病，以平衡阴阳，增强脏腑功能，邪祛则正安。

2. 应用原则

(1) 辨证论治，辨病与辨证相结合。

外治法是中医治疗学的一个重要组成部分，它的应用与内治法一样，应坚持以中医理论为指导，严格遵循辨证论治的基本原则。在应用外治法时，要辨病与辨证相结合，在明确疾病诊断的同时，进行辨证，四诊合参，辨清疾病的原因、部位、性质及邪正关系等，从而采取相应的外治法。临床中要求辨病与辨证结合，局部病变与整体情况互参，既注重当前症状，又了解疾病发展的全过程与预后。

(2) 掌握外治法的适应范围，选择适当的治疗方法、给药途径及治疗时机。

外治法种类繁多，剂型及给药途径有很大差异。由于疾病在不同发展时期的临床表现及治疗原则不同，故应根据病情的需要，选择适当的外治方法、给药途径及治疗时机。

(二) 常用中药外治法简介

中药外治法是指以中医理论为指导，在患者皮肤、孔窍、腧穴及病变局部等部位用中药治疗疾病的方法。中药外治法是中医治病的基本手段之一。因其方法简便、作用直接、见效迅速，且不受内服药物的禁忌等制约，至今仍被广泛应用于临床。应用中药外治法需注意合

理选择药物剂型及给药途径，注意防止发生皮肤过敏。

1. 外用药物剂型

(1) 膏药

是按配方用若干药物浸于植物油中煎熬去渣，存油加入黄丹再煎，利用黄丹在高温下经过物理变化，凝结而成的制剂。膏药古称薄贴，现称硬膏。主要用于外科病的各个阶段，可使肿疡消肿定痛，溃疡提脓祛腐、生肌收口。比较常用的膏药如太乙膏、阳和解凝膏等。

(2) 油膏

是将药物和油类煎熬或捣匀成膏的制剂。油膏现称软膏。油膏具有柔软、润滑等优点，使用起来较膏药方便舒适，故临床常以油膏代替膏药。可用于外科病的肿疡、溃疡及皮肤病的糜烂结痂渗液不多者。肛门病亦可使用。比较常用的油膏有金黄膏、玉露膏、冲和膏等。

(3) 箍围药

是具有箍集围聚、收束疮毒作用的药粉敷贴于患处，可使肿疡初起轻者消散，重者局限或早溃，已溃者消肿收敛的制剂。比较常用的箍围药如金黄散、玉露散等。

(4) 掺药

是将药物研成粉末，根据制方规律及其不同的作用配伍成方，用时掺布于膏药或油膏上或直接掺布于病变部位的制剂。掺药古称“散剂”，现称“粉剂”。掺药的种类很多，适用范围很广，如外科病中的肿疡、溃疡的各个期以及肛门病、皮肤病等均可使用。掺药依其作用不同可分为：消散药、提脓祛腐药、腐蚀药与平胬药、生肌收口药、止血药、清热收涩药、酊剂、洗剂及草药。比较常用的掺药如升丹类药（九一丹、八二丹等）、生肌散、桃花散、青黛散、红灵酒及三黄洗剂等。

2. 给药途径

(1) 药物敷贴

指运用外贴膏药、外敷油膏、箍围药或掺药醋调或酒调后外敷、新鲜草药捣汁外敷等手段治疗疾病的方法。可用于治疗外科疮疡、跌打损伤、关节疼痛及慢性咳喘等病证。

(2) 局部上药

指外科创面上药、在瘻管处上药条及用药线结扎痔疮、瘻管或赘肉等手段，以祛腐平胬、提脓生肌、拔管枯痔，促进创面愈合的方法。可用于治疗外科疮疡包括肛门病已破溃者或形成瘻管者。

(3) 局部熏洗

指将中药煎煮后，用药液蒸汽热熏、药液擦洗或浸泡患处，进行局部治疗的方法。可用于治疗皮肤病、局部风湿痹痛。

(4) 坐药

指将药物制成丸剂、锭剂或栓剂，塞入肛门或阴道内治疗疾病的方法。可用于治疗痔疮、便秘等肛肠疾病或阴道滴虫、湿热带下等妇科疾病。

(5) 敷脐

指选用适当药物，制成一定的剂型（粉、糊、膏）填缚脐中治疗疾病的方法。可用于治疗老年疾患、胃肠道疾病及儿科、妇科多种疾病。

(6) 催嚏开窍

指将芳香辛窜之药末吹入患者鼻腔，刺激鼻腔粘膜引起喷嚏反射，以达通关开窍目的之方法。可用于急救，治疗闭证昏厥。

(三) 手术疗法

是运用各种器械和手法操作来进行治疗的方法。手术疗法包括切开法、烙法、砭镰法、挂线法、结扎法等。我们在这里介绍临床最常用的切开法、挂线法及结扎法。

1. 切开法

是指运用手术刀进行脓肿切开的治疗方法。通过手术切开，使脓液自切口排出，毒随脓泄，肿消痛止而愈。切开法适用于外科疾病中一切发于体表的疮疡之脓已成熟者。在使用切开法之前，首先应辨清疮疡是否已成脓、脓腔位置深浅及患部经脉血络走行等等，然后才能决定是否切开、切口深度及切口方向，做到心中有数。选择切开的最佳时机，即脓已成且脓肿中央已有透脓之点时予以切开。切开时刀口向上，在脓点部位向内直刺，深入脓腔即可，并使脓液引流通畅。切开方法、切口位置与方向及特殊部位的切开，基本同外科学的切开引流法，不在此详述。

应用切开法时应注意防止发生“刀晕”（进行手术时突然发生的严重的全身性综合征）。对于颜面部部位的疮疡，特别是生于鼻旁者，一定严格掌握切开时机，切不可过早切开，以免引起疮走黄。

2. 挂线法

是指采用普通丝线或药制丝线或纸裹药线或橡皮筋线等来挂断瘻管或窦道的治疗方法。挂线法利用线的张力，促使局部气血阻断，肌肤坏死，以达到切开的目的。与用手术刀切开法相比较，挂线法具有作用缓慢而持久，组织创伤小，患者痛苦小，易于恢复等优点，临床适用于外科疾病，如疮疡溃后脓水不净，虽经内服、外敷等药物疗法均不效而形成瘻管或窦道者；或创口过深，或生于血络丛处，而不宜采用切开手术者，如肛门直肠周围脓肿后形成的肛瘻，或由乳痈或乳癆或乳房部外伤引起的乳房部窦道，或身体其他部位的瘻管或窦道。

挂线法的操作要领为：先用球头银丝自甲孔探入管道，使银丝从乙孔穿出（若无乙孔，可在局麻下用硬性探针顶穿穿出），然后用丝线做成双套结，将橡皮筋线一根结扎在自乙孔穿出的银丝球头部，再由乙孔回入管道，从甲孔抽出，这样，橡皮筋与丝线贯穿瘻管管道两口，此时将扎在球头上的丝线与橡皮筋剪开（丝线暂时保留在管道内，以备橡皮筋线在结扎折断时，另引橡皮筋线作更换之用），再于橡皮筋线下先垫以两根丝线，然后收紧橡皮筋，打一个单结，再将所垫的两根丝线，各自分别在橡皮筋线上打结处予以结缚固定，最后再抽出管道内上述保留的丝线，至此，挂线的手术操作完毕。目前，临床多用橡皮筋线挂线，因其具有一定的弹性，可自行收紧、切开。如使用丝线则应每2~3日解开线结，收紧一次。应用挂线应注意：若瘻管管道较深，则挂线可能会松弛，须随时加线收紧，以达不断切开的目的。另外，在探查瘻管管道时，应避免人为造成假道，须认真仔细，手法轻柔。

3. 结扎法

是指用丝线或药线结扎患部，使其组织坏死脱落的治疗方法。结扎法利用线的张力，通过结扎，使局部经络阻塞，气血不通，结扎部的病变组织逐渐失去营养，坏死脱落而达到治疗目的。利用本法结扎血管，可对较大脉络断裂引起的活动性出血起到很好的止血作用。结扎法临床适用于外科疾病，如瘤、赘疣、痔核、脱疽以及较大脉络断裂引起的出血。

结扎法的操作要领为：对于头大蒂小的瘤、赘疣、痔核，可在其根部用双套结扣住扎紧；对于头小蒂大的痔核，可用缝针贯穿其根部，再行“8”字结扎或“回”字形结扎；脱疽截除趾、指，可先用丝线缠绕十余转，渐渐紧扎；大络断裂，应先找到断裂的络头，然后用缝针贯穿出血底部，系紧打结。使用结扎法应注意：扎线应扎紧，否则无法使其坏死脱落；扎线尚未脱落时，不可强行拉拽，以免发生出血；内痔缝扎不可深至肌层，以免发生化脓。特别应强调的是，凡明确诊断或高度疑为血管瘤、岩者，应视为禁忌证，不可使用结扎法，以免引起局部大出血、创口不愈合或肿瘤播散。

（四）其他疗法

是指除上述疗法以外的较常用的外治法，如引流法、垫棉法、药筒拔法、熏法、熨法、热烘疗法等。我们在这里介绍临床最常用的引流法及垫棉法。

1. 引流法

是指在脓肿切开或自行破溃后，为使脓液畅流，腐脱新生，毒邪尽排，溃疡愈合而采取的方法，包括药线引流、导管引流及扩创术等。目前较常用的方法为药线引流及扩创术。

（1）药线引流

是将各种药线插入溃疡孔中的引流方法。利用桑皮纸或丝棉纸做成的绞形药线外粘或内裹药物（目前多用外粘药物），插入溃疡孔中，以使脓液外流。同时药线的绞形可使坏死组织附着于此而随药线排出体外。另外，利用药线还可探查脓腔的深浅及有无死腔形成，有利于对脓腔采取正确决策，加速创面愈合。临床适用于外科疾病，如各种脓肿溃后创口过小，脓水不易引流者，亦可用于脓肿溃后已形成瘘管、窦道者。

药线引流法的操作要领为：用无菌镊子持消毒药线，将其蘸油或油膏后，再外粘具有提脓祛腐作用的升丹类药物，如五五丹、八二丹、九一丹等，然后垂直插入创口，或顺管道自然方向插入瘘管或窦道。插入时动作应果断而快捷，否则待药线疲软后便不易插入。使用药线引流的注意事项有：药线捻制成后，应经过高压蒸汽消毒后方可使用；药线插入创口后，应留一小部分在创口之外；待脓水已尽，新肉始生时，不再插入药线，以免延长收口时间。

（2）扩创术

是采用手术方法将创面修整扩大的引流方法。利用手术扩创，延伸创口或修剪创面，并刮除腐肉，以利于脓液引流通畅，促进创面愈合。临床多用于外科疾病，如脓肿溃后有袋脓形成，或瘰疬溃后有空腔者，或脂瘤继发感染而化脓者。

扩创术操作要领基本同外科学扩创术。扩创后，可予消毒棉花蘸八二丹或七三丹嵌塞创口，并加压包扎，以防止出血。

2. 垫棉法

是指用纱布或棉花折叠成块以衬垫创部的一种治疗方法。借助加压的力量，使溃疡的脓液不致下坠而滞留，或使过大的溃疡空腔皮肤与新肉得以粘合而有利于创口愈合。临床适用于外科疾病，如溃疡脓出不畅有袋脓者，或瘘管窦道形成而引流不畅者，或溃疡脓腐已尽，新肉已生，而空腔一时难以愈合者。

垫棉法的操作要领为：对于溃疡脓出不畅有空腔者，应将棉垫置于袋脓的下方，并予以加压包扎；对于空腔较大而不愈合者，则应将棉垫置于整个空腔之上，棉垫可稍大于空腔的范围，然后加压包扎。使用垫棉法时应注意，当局部尚有红肿热痛等炎症表现时，不宜使用

本法，以免引起炎症播散；若使用本法一定时间后仍无效，则宜考虑行扩创术，对创口重新进行相应的处理，以免延长病程。

四、防治疾病的其他方法

在中医治疗学中，经过数千年的医疗实践和理论研究，形成了一些广泛应用于临床各科且疗效确切的治疗方法，如前所述的内服中药疗法、针灸疗法、推拿疗法及外治法等。除此之外，还有一些颇具特色的防病治病方法，如医学气功、饮食疗养、传统功法及心理疗法等。

(一) 气功疗法

气功是通过调心、调息和调身的自我修练，以防治疾病、健身延年及开发潜能的一种心身锻炼方法。气功是中华民族的宝贵文化遗产之一，其中的医学气功是中医学的重要组成部分，是中医防治疾病、健身延年的重要手段，值得后人认真学习，深入研究，探其奥秘，造福人类。

气功疗法是在中医理论指导下，应用气功治疗各种疾病的方法。气功疗法既具有传统中医学的基本特色，同时还具有不同于中医其他疗法的自身特色，表现为气功疗法的四大特点，即整体疗法、主动疗法、自然疗法及综合疗法。

1. 治疗原理

气功疗法并不是针对某种疾病或某个局部起作用，而是通过改善人体整体机能状态以获得疗效。气功锻炼通过调身、调息与调心，以培养正气、补益元神，平衡阴阳、协调脏腑，疏通经络、活跃气机，并能一定程度上发掘人体潜能。气功疗法的原理目前仍未完全明了，还有许多奥秘等待我们去探索。

2. 治疗方式：

(1) 内气疗法

由医生根据患者的病情、体质教授适当的功法，由患者自己练功治病。内气疗法是气功疗法的主要治疗方式。用作内气疗法的基本功法有：放松功（通过有意识地注意身体各部位，结合默念“松”字，逐步把全身调整得很自然、轻松、舒适，以解除身心紧张状态）、内养功与强壮功（以吐纳和守窍为主的静功）、意守功（练功前的准备及练功过程中的精神与肉体保持在松弛状态，如意守丹田法）、保健功（通过全身运动和自我按摩，使气血流畅、经脉疏通，如静坐、叩齿、漱津）等。

(2) 其他方式

除内气疗法以外，还有外气疗法（由医生发放外气为患者治病，包括气功点穴、气功推拿等）、组场疗法（即组场者发放外气，听众集体练功）、仪器疗法（运用各种气功信息仪为患者治病）等治疗方式，但医学界及科学界对此尚有争议，因此本书介绍的气功疗法主要是指内气疗法。

3. 应用原则

(1) 辨证施功与辨病施功结合运用，相互补充

辨证施功是指在应用气功疗法时遵循辨证论治这一中医学的基本原则。而辨病施功（又称专病专功）则是指运用某种功法或某功法的一些部分治疗某种疾病或症状。在临床应用过

程中辨证施功与辨病施功常常结合运用，互为补充。同一种功法可以治疗多种病证，同一种疾病也可以用多种功法治疗。针对不同患者、不同疾病及疾病不同阶段的特点施功，可使气功疗法取得更好的效果。

(2) 明确气功疗法的适用范围，不盲目施功

由于气功疗法的治疗方式主要是自行练功，患者从开始学习练功到学会练功以至于到取得疗效，往往需要一定的时间，故气功疗法主要适用于各种慢性病的治疗。目前被广泛用于临床各科的上百种疾病，特别是对于老年性疾病及一些功能性疾病疗效颇佳。从中医辨证论治的角度看，气功疗法适用于治疗内伤杂病中的虚证、虚中夹实证，例如脏腑虚损、气血不足、阴阳失衡等等。气功疗法的适用范围虽然较广，但绝非包治百病，如中医的外感病、急性热病、西医的各种急性炎症、高热、出血及严重的器质性病变等，不在气功的适应症之列，宜不用或仅作为辅助疗法使用。如果患有各种精神疾病或精神病高危人群（有精神病家族史或病史者）、神经症中的癔病以及有各种人格障碍者，为气功疗法的禁忌症，不可盲目施功，以免发生偏差。在应用气功疗法中，还需注意一定要明确疾病的诊断，密切观察治疗过程中疾病的变化，防止因迷信气功而误诊，使疾病失治误治。

(3) 练功者正确认识气功疗法，掌握练功要领，防止出现偏差

练功者应在医师指导下，掌握练功要领，提高练功质量，减少练功中的不良反应，做到松静自然、动静结合、意气相依、练养相兼、火候适度、循序渐进等，防止因练功不得法而出现各种偏差。

(二) 饮食疗法

饮食疗法是指在中医理论指导下，利用饮食来治疗或辅助治疗疾病的方法。饮食疗法极具自然疗养和传统文化的特色。

1. 治疗原理

中医学中“药食同源”的理论，是食物防治疾病的理论基础。“药食同源”系指食物与药物同一来源，两者均为天然产品。食物与药物的性能相近，具有同一的形、色、气、味、质等特征。饮食疗法利用食物自身的“四气”、“五味”、“归经”及“升降浮沉”等特性，对人体进行综合调整，以补益脏腑、泻实祛邪、调整阴阳，从而达到防治疾病、强身健体的目的。

2. 治疗方式

(1) 以食为药

指狭义的“食疗”，即用具有防病治病作用的食物达到治疗目的，如西瓜汁、鲫鱼汤、薏苡仁粥、薄荷糖等。

(2) 食药结合

食药结合又可分为两类，第一类是以药物为主、食物为辅，其侧重点在于“药”，实际上属于食品型的药剂，如广泛应用的药酒、药茶、乌鸡白凤粥、栀子仁粥等皆属此类；第二类是以食物为主、药物为辅，以药入食，其侧重点在于“食”，近代习惯上称其为“药膳”或“医疗食品”，如茯苓饼、梨膏糖、冬虫夏草鸭、黄芪鸡、当归生姜羊肉汤等。

3. 应用原则

(1) 遵循辨证论治的治疗原则

饮食疗法是中医治疗学中的特色疗法之一。在临床应用中应遵循辨证论治的原则，经全面分析证候的属性之后，根据食物的不同性能选择适当的食疗方法。

(2) 明确饮食疗法的适用范围

在应用饮食疗法时应明确其适用范围。合理使用饮食疗法可以调整阴阳、扶正祛邪，用于治疗体质虚弱或虚证、食积等，以及各种阴阳失衡所导致的疾病之轻证者。对于上述证候之较重者，饮食疗法通常仅作为辅助方法使用。当饮食疗法无效时，应及时改用适当的药物疗法或其他疗法，以免延误病情。

(3) 掌握饮食疗法的宜忌

饮食疗法的宜忌主要依据证候的阴阳盛衰、寒热虚实和食物的性能来确定。一般原则是，热者宜寒凉忌温热；寒者宜温热忌寒凉；虚者宜清淡补益忌油腻生冷辛辣；实者则根据临床辨证采取相应的措施，标本兼治，或急则治其标、缓则治其本。此外，还可依据不同的病症来确定饮食宜忌，如高血压、肾炎浮肿的患者，宜低盐甚至忌盐；糖尿病患者宜少食忌糖等。

(三) 传统功法

传统功法是我们中华民族传统的养生康复手段之一，是我国古代劳动人民在与疾病和衰老的长期斗争实践过程中，逐渐认识、创造和总结的一种自我身心锻炼的方法。经历代医家的不断补充、总结与完善，传统功法已形成了运动肢体、自我按摩以练形；呼吸吐纳、调整鼻息以练气；宁静思想、排除杂念以练意的保健方法。传统功法将医疗保健与体育运动相结合，是中医学的特色之一，在趋于崇尚自然疗法、不断更新健康观念的今天及未来，会发挥愈来愈大的作用。

我们在此简要介绍以调形为主的功法如五禽戏、八段锦、太极拳等；以调息为主的功法如气功（已于前面另外一节介绍）、导引、站桩等。由于调意常贯于调形、调息中，故不再将其单独分类。

1. 治疗原理

传统功法的主要治疗原理为调和人体阴阳气血，协调脏腑，疏通经络，宁神定志，激发人体潜能，以防治疾病，延年益寿。其中，练形可以行气活血，疏通经络，滑利筋骨，消除疲劳；练气可使气血流通，潜藏内气；练意可使精神放松，意念集中，心神宁静。每一种功法均为身、息、心并调，精、气、神并练，动静结合，身心皆调，可以有效地增强体质，防病治病。

2. 治疗方式

(1) 五禽戏

是古人仿效动物的活动进行的体操健身运动。东汉末年杰出的医学家华佗在继承古代气功导引的基础上，模仿虎、鹿、熊、猿、鸟五种动物的活动姿态，创制了一套健身体操，叫做“五禽之戏”。通过模仿五禽的动作姿态，可使头、身、腰、四肢及全身各关节都得到活动，有宁心神、增体力、调气血、益脏腑、通经络、活筋骨、利关节等作用。可用于病后调养，亦可作为中老年人防老抗衰、防治老年病的保健运动项目。华佗的五禽戏开创了我国医疗保健与体育锻炼相结合的先河。

(2) 八段锦

八段锦是中国传统保健功法之一，因整套操练动作有八节图势依次连贯进行，美如锦段而得名。八段锦主要是将体操运动与呼吸运动相结合，配合自我按摩，而达到疏通气血，调整阴阳的目的。除可强身健体之外，对于一些慢性疾病如颈肩腰腿痛及消化系统疾病等有一定的治疗作用。八段锦因运动量较大，故高龄体虚者不宜使用。

(3) 太极拳

是一种动作柔和缓慢，既可用于攻击，又可增强体质和防病治病的拳术。以“太极”为名，系依据《易经》的哲学理论，采太极图势之圆柔连贯，阴阳合抱之势为运动原则。太极拳是目前最常用的养生保健的传统功法之一，不仅在国内深受广大群众的喜爱，而且已在世界上许多国家广泛流传。太极拳有许多套路，变化多端，具有刚柔相济、虚实相间、绵绵不绝、如环无端等特点，可以疏通经络，调理气血，增强脏腑功能。健康人可用之养生延年，病弱之躯可用之强身健体。

(4) 导引

又称“道引”，它是以主动的肢体运动为主，并配合呼吸运动或自我推拿而进行的一种锻炼身体、防治疾病的方法，是古代传统保健功法之一。导引即“导气令和”、“引体令柔”，通过调整呼吸运动，使脏腑经络之气和顺；通过肢体运动，使人体动作灵活柔和。可用于大病之后的调养，亦可用于中老年人的延年祛病。

(5) 站桩

站桩是中国武术的基本功法之一。站桩通过形（姿态角度）、意（意念活动）、力（力量）、气（呼吸）、神（精神状态）五者的互相协调，使呼吸平稳自然，肌肉松而不懈、紧而不僵，从而达到修心养性，强身健体的作用。可用于慢性病的调养或大病后期的恢复正气过程中。

3. 应用原则

(1) 因人而异

根据患者不同的疾病，不同的性别、年龄、职业、体质及禀赋，选择与之相适应的祛病健身功法，因病因人而异，方可奏效。

(2) 因时制宜

根据寒暑易易、昼夜交替而引起的气候阴阳变化规律，结合人体气血阴阳的盛衰，选择不同的传统功法，以达健身防病、延年益寿之目的。

(3) 循序渐进

练功者应量力而行，循序渐进，不可强力支撑，亦不可急于求成，避免由于练功用力不当而出现各种偏差。应根据自己的病情、体力、逐渐增加运动量及运动时间。

(4) 持之以恒

一旦选择了某一种适合自己的功法，应坚持锻炼，不要輕易地改弦易辙，经常变换不同的功法。无论何种功法都没有“神力”，调整人体的阴阳气血脏腑功能绝非一日之功，必须经过相当一段时间的合理、得法的锻炼，才能收到预期的效果。

(四) 心理治疗

心理治疗，即精神治疗，中医学又称之为“意疗”。心理治疗是一种应用心理学的理论和技术，治疗情绪、精神障碍以及某些躯体疾病的方法。具体而言，就是依据心理学的原

则，医务人员通过语言、文字、表情、态度、举止行为的影响和周围环境的合理安排等，对患者进行科学的启发、教育和暗示，以改变患者的感觉、认识、情绪、性格、态度和行为，唤起患者防治疾病的积极因素，促进或调整机体的功能活动，增强抗病能力，从而减轻或消除使病人痛苦的各种情绪和行为，恢复神情的正常活动，有助于疾病的治愈。

中医心理治疗同药物疗法、外治法及针灸、按摩等疗法一样，是医治疾病、提高疗效的有效方法之一。在世纪之交的今天，随着科学的飞速发展，医学科学也在不断进步，医学模式已由单纯的生物医学模式向生物——心理——社会医学模式转变，心理治疗必将受到愈来愈多的重视及日趋广泛的应用，心理治疗自身也会逐渐得以进一步完善。

1. 治疗原理

整体观是中医心理学的基本观点，中医心理治疗的理论基础正是建立在形与神之间辩证统一关系的认识之上的。形与神可相互联系，相互影响，在一定条件下，心理因素能改变生理活动。利用“神”（精神活动）对内脏功能、气机的影响，通过精神因素调动机体正气去与疾病作斗争，从而达到扶正祛邪、主明（心神活动正常）下安（内脏安定）的目的，是中医心理治疗的基本原理。

2. 治疗方式

(1) 以情胜情

即有意识地采用另一种情志活动去战胜、控制因某种情志刺激而引起的疾病，从而达到治愈疾病的目的。如激怒疗法可以起到忘思虑、解忧愁、消郁结、抑惊喜的作用，且可引起阳气升发、气机亢奋。可用于治疗思虑过度而气结、忧愁不解而意志消沉、惊恐太过而胆虚气怯等属于阴性的精神疾病，或可用于治疗阳气郁滞、气机阻塞等躯体性病变。喜乐疗法即设法使患者精神喜悦而达到阴阳协调、气血和畅的作用，可用于治疗因忧愁、思虑、悲哀等情绪活动所导致的病变。此外，尚有以惊恐疗法治疗忧虑症，以悲哀疗法平息激动、抑制喜悦、忘却思虑等。在实际运用以情胜情方法时，需要很高的临床技巧，不可滥用，以防出现不可控制的局面。

(2) 劝说开导

即运用言语对病人进行启发诱导，分析疾病的原因与机制，转移患者的注意力，以达到调整病人的气机，使精神内守以治病的方法。可用于治疗由于疑神疑鬼、妄识幻想、惊恐迷惑、情志不遂等所致的精神情志方面的疾病，或可用于治疗微小躯体疾患而思想负担较重者。

(3) 移情易性

移情即通过分散病人注意力或改变其周围环境，从而改变病人心理活动的指向性，使其注意焦点从病所转移于他处，或使之不与不良刺激因素接触。易性即通过学习、交谈等活动，改变病人错误的认识与不良情绪，或改变其不健康的生活习惯与思想情操等。移情易性疗法可用于治疗因过分注意而产生的病态行为，或因过分注意躯体某些部位而产生的病态条件反射，或因过分关注其病痛而对疾病的治疗、康复产生障碍者。

(4) 暗示解惑

暗示即采用含蓄间接的方式，对病人的心理产生影响，改变病人的情绪与行为，甚至影响其生理功能，从而达到治疗疾病的目的。解惑即解除病人对事物的误解、疑惑，使之从迷

惑中解脱出来，以达到疑消感释而病愈的目的。暗示解惑法可用于治疗神经衰弱，强迫症等神经性疾病，或由疑心、误解、猜测等导致的幻觉症、抑郁症等。

(5) 顺情从欲

即顺从患者的意志、情绪，尽可能地满足病人合理的心身需要，以达到欲从愿随，解除病痛的目的。可用于治疗心理欲望得不到满足而导致的疾病。

(6) 其他

如习以平惊（令患者习惯接触有害的刺激因素，使其不再对刺激因素发生敏感）、以意导引（运用自暗示或他暗示方法，转移或诱导病人情志，引导气机运行，从而治愈疾病）、澄心静志（令患者静坐静卧、安神静志、清心少思，以防病治病）等。

3. 应用原则

(1) 遵循中医学整体观念和辨证论治的基本原则

在实施心理治疗时，应强调心身并治，心理治疗与针药治疗等躯体疗法相结合，相辅相成，更为有效地治疗各种由精神创伤导致的躯体不适，或由躯体疾病引起的心理反应。强调

第一章 辨证论治概述

第一节 辨证论治体系

辨证论治是中医诊断疾病和治疗疾病的基本原则，是中医学对疾病特殊的研究和处理方法，辨证论治是中医学的精华所在，也是中医学的基本特点之一。

辨证，就是将通过四诊所搜集的患者的症状、体征、患病过程等有关资料，运用中医理论进行综合分析，辨清疾病的原因、性质、部位以及邪正之间的关系，从而概括和判断为某种性质的证的过程。论治，则是根据辨证的结果，确定相应的治疗原则和治疗方法，对病证具体施治的过程。辨证和论治，是诊治疾病过程中相互联系不可分割的两个方面，辨证是论治的依据，论治是辨证的目的。辨证论治的过程就是中医认识疾病和处理疾病的过程，辨证论治是指导中医临床工作的基本准则。

中医学的辨证论治是一个完整的体系，它经历了漫长的形成、发展、完善的过程，辨证论治一词能成为中医界的名言警句，是两千余年医疗实践的结果。公元前3世纪左右成书的《黄帝内经》，为中医学奠定了辨证论治的理论基础，对辨证的方法和步骤也有相当精辟的论述。东汉末年医学家张仲景所著《伤寒杂病论》，继承了《黄帝内经》等古典医籍的基本理论，并把医学理论与临床实践成功地结合起来，将理、法、方、药统一起来，从而创立了中医学的辨证论治体系。其后，经过历代医家的不懈努力，在证、因、脉、治等方面更加明确而细致，对理、法、方、药的把握和应用日趋精确而完善，使辨证论治成为体现中医学学术特点和优势的完整体系。

辨证论治的过程，是在中医学学术思想和理论指导下诊疗疾病的过程。从这一过程本身来看，主要包含以下几方面的具体内容：以望、闻、问、切等为诊察疾病的基本方法；以阴、阳、表、里、寒、热、虚、实八纲为辨证纲领；以脏腑辨证为辨证基础；以经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、病因辨证、气血津液辨证、情志辨证等为辨证内容；以未病先防、既病防变与治病求本、扶正祛邪、调整阴阳、因时、因地、因人制宜为防治原则；以汗、吐、下、和、温、清、消、补为基本治疗方法；以中药、方剂、针灸、气功、推拿、按摩等为防治手段。

第二节 辨证论治的特性

从病人的实际情况出发，具体问题，具体分析，是中医辨证论治的基本精神所在。从诊治原则和方法的角度分析，辨证论治的特点可以归纳为以下几个方面。

一、同病异治与异病同治

临床上病和证是一种辨证的关系，即一种病可以包括几种不同的证，而不同的病在发展过程中也可以出现同一种证。因此，临床治疗必须在辨证论治的原则指导下，采取“同病异治”或“异病同治”的方法加以处理。所谓“同病异治”，是指同一种疾病由于发病的时间、地区以及患者的反应性不同，或处于不同的发展阶段，其表现出的证不同，因而应采取不同的治法加以治疗。如同为感冒，虽然病名相同，但如证不同则治法异，证属风寒，治当发汗解表；证属暑湿，治当解表化湿，其它证型出应随证而治。所谓“异病同治”，是指不同的疾病，在其发展过程中，出现相同的病机，表现为相同的证，则应采用相同的方法进行治疗。如久痢脱肛、子宫下垂、胃下垂等虽为不同的疾病，但都可表现为中气下陷证，此时均可用升提中气的方法进行治疗。由此可见，中医治疗的主要着眼点，不是“病”的异同，而是证的区别。相同的证，用基本相同的治法；不同的证，必须用不同的治法。所谓“证同治亦同，证异治亦异”就是这个道理。

二、强调个体特异性

辨证论治十分重视人、病、证三者之间的辨证关系，强调因人、因病、因证而异。从中医学的整体观念出发，辨证的内容是多方面的，除了发病原因、发病经过、当前临床表现外，发病的时间、地点以及患者的性别、年龄、体质和地方风土、季节、气候等都包括在内，证就是综合上述各个方面而作出的关于疾病本质的判断，因此辨证论治的重点是因人而异的“证”。中医辨证论治从证入手正是强调了个体差异，由于中医辨证论治所面临的主要对象是患病的人，而不仅仅是所患的疾病，病同而人异，故可见病同而证异。所以，“天下有同此一病，而治此则效，治彼则不效，且不惟无效，……，则以病同而人异也。夫七情六淫之感不殊，而受感之人各殊，或气体有强弱，质性有阴阳，生长有南北，性情有刚柔，筋骨有坚脆，肢体有劳逸，年力有老少，奉养有膏粱藜藿之殊，心境有忧劳苦乐之别，更加天时有寒暖之不同，受病有深浅之各异，一概施治，则病情虽中，而于人之体，迥乎相反，则利害亦相反矣。故医者必细审其人之种种不同，而后轻重缓急，大小先后之法，因之而定”（徐大椿《病同人异论》）。

三、恒动变化的观点

同一疾病的不同发展阶段可表现出不同的证，表明证具有运动和变化的特点，决定了辨证论治是一种动态的诊疗体系。疾病是发展变化的，所以在患病的过程中，可以表现为不同的证，临床上根据变化着的脉象、表现，动态地辨析疾病就成为临床辨证的主要任务。中医学的辨证论治，既要用阴、阳、表、里、寒、热、虚、实来概括疾病过程中的不同病理情

况，更应注意表里出入、寒热进退、虚实转化、阴阳消长等多种病理转化。证变则治亦变，药随证出，随证施治，从而把针对一个病的治疗转化为对一个个证的治疗。随证治之，体现了对疾病的动态治疗。

综上所述，辨证论治既是指导临床工作的基本法则，又是诊断治疗疾病的具体方法。辨证论治的过程就是中医理论与实践相结合的过程。它是中医学术体系的精华，努力学习并掌握辨证论治，是中医医学生的基本功。

第三节 辨证与辨病的关系

症，即症状，多指患者自身察觉到的各种异常感觉，或由医生的感官直接感知的、机体病理变化的种种外部表现，如头痛、发热、汗出、鼻鸣、咳嗽等。这些感觉和表现，通常都具有一定的规律性，因而成为中医辨证的主要依据。

证，即证候，它既不是症状，也不是病名，是中医学特有的诊断学概念。证是在中医理论指导下，对四诊搜集来的症状等资料进行全面综合而得出的诊断性结论。它概括了发病各方面的因素与条件，确定了病变的部位、性质，揭示了发病机制与发展趋势，提示了治疗的方向。

症和证，是两个既有密切联系又有严格区别的概念。它们的产生虽然都是致病因子作用于人体，引起人体自身阴阳相对平衡严重失调和体内外环境统一性明显障碍的结果，然而症状和证候的意义却有很大区别。症状是疾病的临床表现，是辨证的主要依据；证是机体在疾病过程的某一阶段出现的各种症状所反映的病理机制的概括，是辨证所得出的结论。凡是与疾病有关的各种因素都属于证的范围，证的内涵十分丰富，只有综合分析各种因素，才能作出证的结论。因此，证比症更深刻、更全面、更正确地反映着疾病的本质，二者的主要区别在于，症状是疾病的外在表现，证候是疾病的本质反映。

中医学所谓的病，如秋燥、痢疾、肺痈、臌胀等，是对在病史或临床表现上具有一定共同特征，不因患者和地域差异而改变的一组临床表现的病名。它通常是从总的方面反映人体机能或形质异常变化或病理状态的诊断学概念。

正确的病名，是对某种疾病矛盾运动全过程的综合概括，这种过程往往具有一定的独立性和比较规则的演化发展轨迹，且在演化发展的过程中又可表现为若干相应的证候。因此，从病的全过程来看，正是一个个互相联系的证构成了疾病发展变化的轨迹。如果说病名是对疾病全过程基本矛盾的概括，而证则是对疾病过程某一阶段主要矛盾的概括，这就是病与证的主要联系和区别。

中医诊断治疗疾病，是既辨病又辨证，辨病与辨证相结合。辨证就是要辨识某一疾病的具体证候，只有首先着眼于证的分辨，才能有针对性地正确施治。例如感冒一病，见发热、恶寒、头身疼痛等症状，病属在表，但由于致病因素与机体的反映性不同，又可表现为风寒感冒和风热感冒两种不同的证，只有把感冒所表现的“证”是属于风寒或是属于风热辨别清楚，才能确定用辛温解表或辛凉解表方法，并给予恰当的治疗。由于中医辨证所追求的证候，实际上是从另一个重要的侧面反映着疾病的本质和不同患者的个体差异，是一种倾向于重点揭示人体病理生理状态的综合性诊断概念，因此，只有彻底弄清患者属于何种证候，才

有可能抓住其当前病机发展的关键，采取针对性的治疗措施，从而求得疾病基本矛盾的解决。由此可见，辨证论治既区别于见痰治痰、见血止血、头痛医头、脚痛医脚的局部对症疗法，又区别于那种不分主次、不分阶段、一方一药对一病的治疗方法。所以，若把病名看成是前人用来编织疾病诊断模式的经线，证候是罗织此一模式的纬线，那么二者的准确结合和纵横交织便构成一幅清晰而完整的中医疾病诊断模式图，这就是辨病和辨证之间十分自然的相互关系。这种病证结合的诊断模式，显示了中医学的一个重要特点，其在世界医学领域中也是独具一格的。

第二章 寒 证

寒证，指感受寒邪，或阴寒内盛，或阳气虚损所表现出的一类证候。多因外感阴寒之邪，或因久病内伤，阳气耗伤，或过服生冷寒凉，阴寒内盛所致。包括表寒、里寒、虚寒、实寒等证候。其辨证要点为恶寒畏寒、漉清便溏，舌淡苔白，脉迟或紧。治以祛除寒邪或温补阳气。

本章仅述表实寒证与里实寒证，虚寒证见以后章节。

第一节 表 寒 证

表寒证是指风寒之邪侵袭肌表所表现的证候，常由风寒袭表，腠理闭塞，或风邪袭表，腠理不固，营卫失和所致。

一、临床表现

以恶寒、发热、头痛、苔薄白、脉浮为主要临床表现。兼见恶寒甚、无汗、身痛、或鼻塞流清涕、气喘、脉浮紧者，为表实寒证；兼见自汗、恶风、鼻鸣干呕、脉浮缓者，则为表虚寒证。

二、病机分析

风寒之邪客于皮毛肌表，阻遏卫气宣发，郁而发热；卫气受遏，失其“温分肉、肥腠理”的功能，肌表不能得到正常的温煦，故见恶寒；邪气郁滞经络，气血流行不畅，以致头身疼痛；肺主皮毛，开窍于鼻，邪气从皮毛及口鼻而入，内应于肺，肺失宣肃，出现鼻塞流涕，或鼻鸣干呕，甚至气喘；邪未入里，舌象尚无明显变化，故为薄白苔；风寒袭表，正气奋起抗邪，脉气鼓动于外，故脉浮；表实寒证者正气旺盛，寒邪外束，故无汗而脉浮紧；表虚寒者卫阳不固，营卫失和，故恶风汗出而脉浮缓。

三、治疗法则

解表散寒。

四、常用中药

1. 麻黄

为麻黄科多年生草本植物草麻黄 *Ephedra sinica* Stapf 或木贼麻黄 *E. equisetina* Bunge 和中麻黄 *E. intermedia* Schrenk et Mey. 的草质茎。可生用或蜜炙用。

性味归经：辛、微苦，温。归肺、膀胱经。

功效：发汗，平喘，利水。

应用：常用于恶寒发热、头身疼痛、鼻塞无汗、脉浮紧之外感风寒表实证，多与桂枝相须为用；对于风寒外束，肺气壅遏所致的喘促咳嗽，可与杏仁、甘草配伍；水肿兼有表证的风水证，常与生姜、白术等同用。

用量用法：1.5~10g。发汗时多生用，平喘时多炙用。入汤剂不宜久煎。

注意事项：本品发汗力较强，故表虚自汗及阴虚盗汗，喘咳由于肾不纳气者均应忌用。

2. 桂枝

为樟科常绿乔木肉桂 *Cinnamomum cassia* Presl. 的嫩枝。切成薄片或小段用。

性味归经：辛、甘，温。归心、肺、膀胱经。

功效：发汗解表，温经通阳。

应用：用于恶寒、发热、头痛等外感风寒表证；若表虚有汗而表证不解的恶风、发热者，配伍白芍以调和营卫；若表实恶寒、无汗者，配麻黄可助麻黄发汗。用于肩背、肢节酸痛的风寒湿痹，常与附子配伍；对于经闭、痛经等寒凝瘀滞证，常与当归、川芎同用；用于癥瘕积聚常与丹皮、桃仁等配伍。用于心脾阳虚，阳气不行，水湿内停而致的痰饮证，常与茯苓、白术配伍；若小便不利、水肿等膀胱气化不行，可配伍茯苓、泽泻等；治疗胸痹、胸痛等，常与瓜蒌、薤白同用；治疗心动悸、脉结代之证，多与炙甘草、人参、阿胶配伍。

用量用法：3~10g。

注意事项：凡温热病及阴虚阳盛、血热妄行诸证均忌用，孕妇及月经过多者慎用。

3. 紫苏

为唇形科一年生草本植物皱紫苏 *Perilla frutescens* (L.) Britt. var. *crispa* (Thumb.) Hand. - Mazz. 的叶。阴干采叶用。

性味归经：辛，温。归肺、脾经。

功效：发表散寒，行气宽中，解鱼蟹毒。

应用：用于恶寒、发热、头痛、鼻塞等外感风寒表证，常配用生姜；兼见咳嗽者，常配伍杏仁、前胡等共用。兼有气滞胸闷者，配伍香附、陈皮等；用于胸闷、呕吐属脾胃气滞者，偏寒与藿香同用，偏热与黄连同用，偏气滞痰结者与半夏、厚朴同用；对于妊娠呕吐，胸腹满闷，与陈皮、砂仁配伍。用于进食鱼蟹而引起的腹痛、吐泻治疗时，常单用或配生姜、白芷煎服。

用量用法：3~10g。不宜久煎。

4. 生姜

为姜科多年生草本植物姜 *Zingiber officinale* Rosc. 的根茎。切片入药。生用或煨熟用。

性味归经：辛，微温。归肺、脾经。

功效：发汗解表，温中止呕，温肺止咳。

应用：用于恶寒、发热、头痛、鼻塞等外感风寒表证，常加入其它解表剂中，或加红糖后煎汤热服。用于胃脘冷凉，呕吐呃逆证，常与半夏配伍；治热证呕吐可与竹茹、黄连同用。用于风寒客肺的咳嗽，常配伍苏叶、半夏等。此外，本品能解半夏、南星、鱼蟹之毒。

用量用法：3~10g。煎服或捣汁冲服。

注意事项：本品辛温，阴虚内热及热盛之证忌用。

5. 香薷

为唇形科多年生草本植物海洲香薷 *Elsholtzia splendens* Nakai ex F. Maekawa 的全草。晒干切段用。

性味归经：辛，微温。归肺、胃经。

功效：发汗解表，和中化湿，利水消肿。

应用：用于夏季恶寒、发热、头痛、无汗等属外感风寒夹暑湿者，常与藿香、佩兰同用；若兼腹痛、吐泻，常与扁豆、厚朴配伍。用于水肿、小便不利者，可单用或与白术配伍；对脾虚水肿患者尤能散水和脾。

用量用法：3~10g。用于利水退肿时需浓煎服。

注意事项：本品发汗力较强，表虚有汗者忌用。

6. 荆芥

为唇形科一年生草本植物荆芥 *Schizonepeta tenuifolia* Briq. 带花序的全草或花穗。生用、炒黄或炒炭用。

性味归经：辛，微温。归肺、肝经。

功效：祛风解表，止血。

应用：用于恶寒、发热、头痛、无汗等外感风寒表证，常配伍防风、羌活；若为发热头痛、咽喉肿痛之风热表证，则常配伍辛凉解表药，如连翘、薄荷、桔梗等；治疗风疹瘙痒或麻疹透发不畅，常与薄荷、蝉蜕、牛蒡子等配伍；用于疮疡初起兼有表证者，可与防风、银花、连翘同用。荆芥炭具有止血之效，可用于衄血、便血、崩漏等证，常配伍其他止血药同用。

用量用法：3~10g。用于止血，须炒炭用。不宜久煎。

7. 防风

为伞形科多年生草本植物防风 *Saposhnikovia divaricata* (Turcz.) Schischk. 的根。生用或炒炭用。

性味归经：辛、甘，微温。归膀胱、肝、脾经。

功效：祛风解表，胜湿，止痛，解痉。

应用：用于恶寒、发热、头痛、身痛等外感风寒表证，常与荆芥、羌活同用；可用于发热、头痛、目赤等外感风热证，常与荆芥、黄芩、薄荷等同用；若风热发疹或皮肤瘙痒，可与荆芥、白蒺藜等配伍。治疗关节疼痛、四肢挛急等风寒湿痹证，常与羌活、当归同用。用于破伤风角弓反张、牙关紧闭、抽搐痉挛等，常与天南星、白附子、天麻等同用。炒炭用，可治疗肠风下血。

用量用法：3~10g。

8. 羌活

为伞形科多年生草本植物羌活 *Notopterygium incisum* Ting. 及同属植物宽叶羌活 *N. forbesii* Boiss. 或川羌活 *N. franchetii* Boiss. 的根茎及根。干燥，切片用。

性味归经：辛、苦，温。归膀胱、肾经。

功效：解表散寒，祛风胜湿，止痛。

应用：用于恶寒、发热、头痛、身痛等外感风寒表证，常与防风、白芷、细辛同用。用于肢节疼痛、肩背酸痛之风寒湿痹，尤以上半身疼痛更为适用，常与防风、姜黄同用。

用量用法：3~10g。

9. 细辛

为马兜铃科多年生草本植物北细辛 *Asarum heterotropoides* Fr. Schmidt var. *mandshuricum* Kitag. 或华细辛 *A. sieboldii* Miq. 的全草。

性味归经：辛，温。归肺、肾经。

功效：祛风，散寒止痛，温肺化饮，宣通鼻窍。

应用：用于恶寒、发热、头痛、肢体疼痛的外感风寒表证；寒邪偏盛者，常与白芷、羌活、防风等相伍；若见恶寒，发热，脉反沉之阳虚外感者，可配麻黄、附子以助阳解表。治牙痛，可单用细辛，或与白芷同用煎汤含漱；若胃火牙痛，常配石膏、黄芩等泻火药物；治风湿痹痛，常与羌活、防风等同用。用于咳嗽气喘、痰多清稀属寒饮停肺者，常与麻黄、干姜、五味子等配伍。用于鼻塞头痛，时流清涕属鼻渊者，可与白芷、辛夷花等相伍。

用量用法：1~3g。可研末吹鼻或外敷。用量不宜过大。反藜芦。

注意事项：气虚多汗、阴虚阳亢头痛、阴虚肺热咳嗽等忌用。

10. 白芷

为伞形科多年生草本植物兴安白芷 *Angelica dahurica* Benth. et Hook. 或川白芷 *A. anomala* Lallemand. 和杭白芷 *A. taiwaniana* Boiss 的根。

性味归经：辛，温。归肺、胃经。

功效：解表，止痛，祛风燥湿，消肿排脓。

应用：用于头痛、鼻塞为外感风寒所致者，常与防风、羌活配伍。对于阳明经头痛、肩棱骨痛、头风痛、齿痛，单用或与川芎、防风配伍；本品为治鼻渊头痛的要药，可配伍苍耳子、辛夷花。治疗寒湿带下证，常与海螵蛸、白术、茯苓等配伍；湿热带下证，可配伍黄柏、车前草等；皮肤瘙痒属风湿引起者，本品能祛风止痒。用于疮疡肿痛，未溃者能消散，已溃者能排脓；治乳痈常与瓜蒌、贝母、蒲公英配伍；治疮肿常与银花、天花粉配伍。

用量用法：3~10g。

五、常用腧穴

1. 列缺 (LU7)

定位：桡骨茎突上方，腕横纹上1.5寸。

主治：伤风，头痛，项强，咳嗽，气喘，咽喉肿痛，口眼喎斜，齿痛。

操作：向上斜刺0.3~0.5寸。

2. 风门 (BL12)

定位：第二胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：伤风，咳嗽，发热头痛，项强，胸背痛。

操作：斜刺0.5~0.8寸。

3. 风池 (GB20)

定位：胸锁乳突肌与斜方肌之间凹陷中，平风府穴处。

主治：头痛，眩晕，目赤肿痛，鼻渊、衄衄，耳鸣，颈项强痛，感冒，癩病，中风，热病，瘵气。

操作：针尖微下，向鼻尖斜刺0.8~1.2寸，或平刺透风府穴。

4. 合谷 (LIA)

定位：手背，第一、二掌骨之间，约平第二掌骨中点处。

主治：头痛，目赤肿痛，鼻衄，齿痛，牙关紧闭，口眼喎斜，耳聋，疔腮，咽喉肿痛，热病无汗，多汗，腹痛，便秘，痛经，滞产。

操作：直刺0.5~1寸。

5. 外关 (SI5)

定位：腕背横纹上2寸，桡骨与尺骨之间。

主治：热病，头痛，目赤肿痛，耳鸣，耳聋，瘵病，肋肋疼痛，上肢痹痛。

操作：直刺0.5~1寸。

6. 迎香 (LI20)

定位：鼻翼外缘中点，旁开0.5寸，当鼻唇沟中。

主治：鼻塞，衄衄，口喎，面痒，胆道蛔虫症。

操作：斜刺或平刺0.3~0.5寸。

7. 天突 (RN22)

定位：胸骨上窝正中。

主治：咳嗽，气喘，胸痛，咽喉肿痛，暴暗，梅核气，噎膈。

操作：直刺0.2寸后，将针尖转向下方靠胸骨后方刺入1~1.5寸。

8. 肺俞 (BL13)

定位：俯伏，于第三胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：气喘，咳嗽，痰多，骨蒸，胃脘痛，吐泻，荨麻疹，腰背痛。

操作：斜刺0.5寸。可灸。

六、常见证型治要

(一) 风寒束表证；寒邪束表证 (风寒表证；表实寒证)

1. 临床表现：恶寒甚、或有发热，无汗、头身疼痛、或鼻塞流清涕、气喘，苔薄白，脉浮紧。

2. 病机分析：风寒之邪侵袭肌表，腠理闭塞，卫气受遏，肌表不能得到正常的温煦，故恶寒；由于卫气被阻遏，失去正常宣发，故无汗且郁而发热；寒邪郁滞经络，气血流行不畅，故头身疼痛；肺主皮毛，鼻为肺窍，寒邪从皮毛而入，内应于肺，肺失宣肃，出现鼻塞流涕、气喘；邪未入里，舌象尚无明显变化，为薄白苔；寒邪袭表，正气奋起抗邪，脉气鼓动于外，故脉浮。又由于寒邪阻碍阳气，腠理闭塞，令脉道紧张而拘急，故表现为脉浮紧。临床以恶寒甚、无汗、脉浮紧为审证要点。

3. 治疗方法：发表散寒。

(1) 代表方剂

麻黄汤(《伤寒论》)

【组成】麻黄 6g 桂枝 4g 杏仁 9g 炙甘草 3g

【方解】方中麻黄味苦辛性温，有发汗解表，宣肺平喘之功，为君药，并用作方名。桂枝温经散寒，透营达卫为臣药，加强麻黄发汗解表而散风寒、除身痛之功。杏仁降肺气、散风寒为佐药，同麻黄一宣一降，增强解郁平喘之功。炙甘草既能调和宣降之麻黄、杏仁，又能缓和麻黄、桂枝相合的峻烈之性，使汗出不致过猛而伤耗正气，是使药而兼佐药之义。四药合用，共奏解表散寒，宣肺平喘之功。

凡发热、口渴、脉数，或病人气、血、津、液偏虚，或兼有里热，虽有恶寒、发热、无汗、身疼、脉浮等症，均不可用麻黄汤治疗。

(2) 针灸处方：

【用穴】列缺 风门 风池 合谷 肺俞 外关 迎香 天突

【刺灸法】泻法，或针后拔罐。

4. 病案选录

江××，男，53岁。患者咳嗽3天，伴有恶寒，无汗。3天前自觉咽痒，微恶风寒，夜间少许咳嗽，无汗，继则咳嗽加剧，咽痛，全身酸痛，微有发热，经人介绍自服小青龙汤（生姜、桂枝、麻黄、白芍、炙甘草、细辛、法半夏、五味子）1剂，当晚咳嗽更加厉害，彻夜不眠，伴有心烦，胸闷，口干等，而且上述症状加重而来求诊。诊见舌质红，苔薄白微黄干，脉浮紧而略数。西医诊为急性上呼吸道感染。中医诊为咳嗽，属风寒束表，入里化热的表寒里热证，治宜外解风寒，内清里热，选用麻黄汤加味：麻黄 10g，桂枝 10g，甘草 6g，杏仁 12g，石膏 30g（先煎），生姜 3片，大枣 12g，黄芩 10g，清水三碗煎至八分，温服，两剂而愈（李俊彪·谈谈中医的“特效处方”·家庭医生，1985，[7]:25）。

(二) 风袭表疏证（风邪袭表证；表虚证）

1. 临床表现：发热、恶风、头痛、自汗出，或鼻鸣干呕，舌淡红，苔薄白，脉浮缓。

2. 病机分析：风邪袭表，阻遏肺气宣发，郁而发热，太阳经脉不利，故头痛；由于腠理疏松，卫气外泄，营阴不得内守，卫强营弱，故恶风而自汗出；邪自皮毛、口鼻而入，内应于肺，肺失宣肃，肺胃不和，故鼻鸣干呕；邪未入里，故舌象无明显变化；外邪袭表，正气抗邪，鼓动脉气于外而脉浮。但由于腠理疏松，卫气不足，故见脉浮缓。临床以恶风、自汗出、脉浮缓为审证要点。

3. 治疗方法：疏散风邪，和营解表。

(1) 代表方剂

桂枝汤（《伤寒论》）

【组成】桂枝 9g 白芍 9g 炙甘草 6g 生姜 9g 大枣 12枚

【方解】本方用桂枝辛甘而温，解肌发表，以散外感风寒为君药。白芍药酸寒，益阴敛营为臣药。桂枝、白芍药合用，一治卫强，一治营弱，相须为用，以调和营卫。生姜辛温，既助桂枝解肌，又能暖胃止呕。大枣甘平，既能益气补中，又能滋脾生津，姜枣相合，还可以升腾脾胃生发之气而调和营卫，所以并为佐药。炙甘草之用有二：一为佐药，益气和中，合桂枝以解肌，合白芍药以益阴；一为使药，以调和诸药。全方各药合而用之，具有解肌发表，调和营卫之功。

本方对表实无汗，或表寒里热，不出汗而烦躁，以及温病初起，见发热、口渴、咽痛、

脉数时，皆不宜使用。

(2) 针灸处方

【用穴】 列缺 风门 风池 合谷

【刺灸法】 泻法，或针后拔罐。

4. 病案选录：

朱××，女，25岁。患者3年前有“风疹块”发作史，于1982年4月21日来诊。症见皮肤瘙痒，夜间为甚，每晚均有风疹出现，小如黄豆，大似硬币，痒甚不能入睡，白天消失，但以手抓皮肤即起皮疹，久不消退，已有一个多月，西医诊断为慢性荨麻疹。平时体倦，恶风易汗，面色晄白，舌质淡红，苔薄白，脉浮缓。辨证为肺气不足，卫外不固，营卫不和，治宜益气固表，调和营卫，选桂枝汤合玉屏风散加味：桂枝9g、白芍20g、生姜3片、大枣5枚、炙甘草6g、黄芪24g、防风12g、白术9g、山楂15g、云苓20g，连服6剂。服药后晚间已无皮疹，瘙痒消失，继服上方3剂，日间抓后均不起皮疹，但觉心慌心跳，舌质淡红，脉细数，改用益气养阴，调和营卫法。处方：党参12g、麦冬12g、五味子6g、黄芪20g、当归12g、白芍12g、云苓12g、大枣4枚、生姜3片、桂枝9g、防风12g，6剂而愈（李俊彪·调和营卫治疗风疹块的体会·中医杂志，1988，[3]:15）。

第二节 里寒证

里寒证是指寒邪直中脏腑经络，阴寒内盛，或阳气虚衰所表现的证候。多因外感阴寒邪气，或因内伤久病，阳气耗伤，或过服生冷寒凉，阴寒内盛所致。其病因、病机或病位不同，所致的证候类型及其临床表现也不同。

一、临床表现

恶寒喜暖，面色苍白，肢冷踈卧，口淡不渴，痰、涎、涕清稀，小便清长，大便稀溏，舌淡苔白而润滑，脉迟或紧等。

二、病机分析

寒邪所伤，气血凝滞，或阳气虚损，不能温煦形体，肌体失养，机能衰退，故见恶寒喜暖，面色苍白，肢冷踈卧；阴寒内盛，津液未伤，故口淡不渴；阳虚有寒，气不化津，故痰、涎、涕、尿等分泌物、排泄物澄澈清冷；寒邪伤脾，或脾阳久虚，则运化失司而大便稀溏；舌淡苔白而润滑，脉迟或紧，均为里寒之象。

三、治疗法则

温里散寒。

四、常用中药

1. 附子

为毛茛科多年生草本植物乌头 *Aconitum carmichaeli* Debx. 子根的加工品。炮制为白附

片、盐附子等。

性味归经：辛，热；有毒。归心、肾、脾经。

功效：回阳救逆，补火助阳，散寒止痛。

应用：用于冷汗自出、四肢厥逆、脉微欲绝之亡阳证，常与干姜、甘草等同用。若大汗淋漓、气促喘急属阳衰气脱者，与人参同用；用于阳虚证，凡肾、脾、心诸脏阳气衰弱者均适用。若见畏寒肢冷、腰酸脚软、阳痿尿频属肾阳不足、命门火衰者，每与肉桂、熟地等同用。若脘腹冷痛、大便溏泻属阴寒内盛、脾阳不振者，常与干姜、白术、人参等同用。若小便不利、肢体浮肿属脾肾阳虚、水气内停者，常与白术、茯苓等同用。若心悸气短、胸痹心痛属心阳衰弱者，可与人参、桂枝等同用。阳虚自汗，可与黄芪、桂枝同用；阳虚外感风寒，可与麻黄、细辛同用；也可用于周身骨节疼痛较甚，属寒湿偏盛之痹病，可与桂枝、白术同用。

用量用法：3~15g。入汤剂应先煎30~60分钟以减弱其毒性。

注意事项：孕妇忌用。凡热证、阴虚者忌用或慎用。

2. 干姜

为姜科多年生草本植物 *Zingiber officinale* Rosc. 的干燥根茎。晒干或烘干用。本品炒至表面微黑，内成棕黄色则为炮姜。

性味归经：辛，热。归脾、胃、心、肺经。

功效：温中，回阳，温肺化饮。

应用：用于脘腹冷痛、呕吐泄泻之脾胃虚寒证，可单用干姜为末，水饮调服，也可配伍其它温中药应用，如党参、白术、甘草等。若胃寒呕吐，可配伍半夏；用于冷汗自出、四肢厥逆、脉微欲绝之亡阳证，与附子同用，能辅助附子以增强回阳救逆之功效，并可减轻附子的毒性；用于咳嗽气喘、痰多清稀、形寒背冷之寒饮停肺证，常与麻黄、细辛、五味子等同用。

炮姜温经止血，用于虚寒性出血，如吐血、便血、崩漏等见血色暗淡、手足欠温、舌淡脉细者。

用量用法：3~10g。止血用炮姜。

注意事项：孕妇慎用。热证，阴虚证忌用。

3. 肉桂

为樟科常绿乔木植物肉桂 *Cinnamomum cassia* Presl 的干皮或粗枝皮。干皮去表皮者称肉桂心，采自粗枝条或幼树干皮者称官桂。切片或研末，生用。

性味归经：辛、甘，热。归肾、脾、心、肝经。

功效：补火助阳，散寒止痛，温经通脉。

应用：用于畏寒肢冷、腰膝软弱、阳痿、尿频属肾阳不足、命门火衰者，常与附子、熟地、山茱萸配伍。兼见脘腹冷痛、食少便溏属脾肾阳虚者，常配伍附子、白术、干姜；若下元虚冷、虚阳上浮，见上热下寒者，可用之以引火归元；用于血分有寒之瘀滞经闭、痛经等，可配伍当归、川芎等活血通经药物；用于脘腹冷痛、寒湿痹痛、腰痛等，可单味研末冲服，或配伍高良姜、台乌药等其它散寒止痛药；用于痈肿脓成而不溃、或溃后久不收敛等外科疾患属气血虚寒者，常配黄芪、当归等；用于阴疽，可配熟地、鹿角胶、麻黄等。

用量用法：2~5g。入汤剂后下，或研末冲服。官桂作用较弱，用量可适当增加。

注意事项：阴虚火旺，里有实热，血热妄行者及孕妇忌用。

4. 吴茱萸

为芸香科植物吴茱萸 *Euodia rutaecarpa* (Juss.) Benth.、石虎 *E. rutaecarpa* (Juss.) Benth. var. *officinalis* (Dode) Huang, 或疏毛吴茱萸 *E. rutaecarpa* Benth. var. *bodinieri* (Dode) Huang 的未成熟果实。用甘草汤制过应用。

性味归经：辛、苦，热；有小毒。归肝、脾、胃经。

功效：散寒止痛，疏肝下气，燥湿。

应用：用于脘腹冷痛，常配干姜、木香；治寒疝腹痛，可配乌药、小茴香；对于久泻、五更泻属脾肾虚寒者，与补骨脂、肉豆蔻、五味子同用。用于头痛、吐涎沫属中焦虚寒、肝气上逆者，可配人参、生姜等；对于呕吐吞酸，若胃寒者，可配半夏、生姜，若肝郁化火，则配黄连。用于寒湿脚气疼痛、或上冲入腹，常与木瓜同用。研末醋调敷足心，可引火下行，治疗口舌生疮。

用量用法：1.5~5g。外用适量。

注意事项：本品辛热燥烈，易损气动火，不宜多用久服，阴虚有热者忌用。

5. 小茴香

为伞形科多年生草本植物茴香 *Foeniculum vulgare* Mill. 的干燥成熟果实。生用或盐水炒用。

性味归经：辛，温。归肝、肾、脾、胃经。

功效：祛寒止痛，理气和胃。

应用：用于寒疝小腹作痛，常与肉桂、沉香、乌药等暖肝温肾药同用；用于睾丸偏坠胀痛，则常与橘核、山楂等配伍。用于呕吐食少、脘腹胀痛的胃寒证，可与干姜、木香等配用。此外，以本品炒热，布包温熨下腹部，治寒证腹痛，有良好的止痛效果。

用量用法：3~8g。外用适量。

6. 高良姜

为姜科多年生草本植物高良姜 *Alpinia officinarum* Hance 的根茎。切段，晒干。生用。

性味归经：辛，热。归脾、胃经。

功效：温中止痛。

应用：用于脘腹冷痛、呕吐、泄泻等，古方有单用，一般可配伍炮姜、沉香等温中、行气药。寒凝肝气郁滞者配香附。胃寒呕吐者，配半夏、生姜。

用量用法：3~10g。

五、常用腧穴

1. 厥阴俞 (BL14)

定位：第四胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：心痛，心悸，咳嗽，胸闷。

操作：斜刺0.5~0.8寸。

2. 心俞 (BL15)

定位：第五胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：心痛，心悸，胸闷，气短，失眠，健忘，癱瘓，咳嗽，吐血，梦遗，盗汗。

操作：斜刺0.5~0.8寸。

3. 胃俞 (BL21)

定位：第十二胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：胸胁痛，胃脘痛，呕吐，腹胀，肠鸣。

操作：斜刺0.5~0.8寸。

4. 肾俞 (BL23)

定位：第二腰椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：腰痛，遗尿，遗精，阳痿，月经不调，白带，水肿，耳鸣，耳聋。

操作：直刺0.5~1寸。

5. 膻中 (RN17)

定位：前正中线，平第四肋间隙。

主治：咳嗽，气喘，胸痛，心悸，乳少，呕吐，噎膈。

操作：平刺0.3~0.5寸。

6. 巨厥 (CV14)

定位：脐上6寸。

主治：胸痛，心悸，呕吐，吞酸，癱狂病。

操作：向下斜刺0.5~1寸。

7. 中脘 (RN12)

定位：脐上4寸。

主治：胃痛，呕吐，吞酸，腹胀，泄泻，黄疸，癱狂。

操作：直刺1~1.5寸。

8. 关元 (RN4)

定位：脐下3寸。

主治：遗尿，小便频数，尿闭，泄泻，腹痛，遗精，阳痿，疝气，月经不调，带下，不孕，虚劳羸瘦。

操作：直刺1~2寸。

9. 肩髃 (LI15)

定位：肩峰端下缘，当肩峰与肱骨大结节之间，三角肌上部中央。肩平举时，肩部出现两个凹陷，前方的凹陷中。

主治：肩臂挛痛不遂，瘾疹，瘰疬。

操作：直刺或向下斜刺0.8~1.5寸。

10. 曲池 (LI11)

定位：屈肘，成直角，当肘横纹外端与肱骨外上髁连线的中点。

主治：上肢不遂，手臂肿痛，咽喉肿痛，齿痛，目赤痛，瘾疹，热病，腹痛吐泻，高血压，癱狂。

操作：直刺1~1.5寸。

11. 郄门 (PC4)

定位：腕横纹上5寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

主治：心痛，心悸，胃痛，呕吐，热病，疟疾，癫狂痫。

操作：直刺0.5~1寸。

12. 外关 (SJ5)

定位：腕背横纹上2寸，桡骨与尺骨之间。

主治：热病，头痛，目赤肿痛，耳鸣，耳聋，瘰疬，肋肋痛，上肢痹痛。

操作：直刺0.5~1寸。

13. 内关 (PC6)

定位：腕横纹上2寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

主治：胃痛，呕吐，心痛，心悸，胸闷，癫痫，热病，上肢痹痛，偏瘫，失眠，眩晕，偏头痛。

操作：直刺0.5~1寸。

14. 神门 (H7)

定位：腕横纹尺侧端，尺侧腕屈肌腱的桡侧凹陷中。

主治：心痛，心悸，怔忡，健忘，失眠，癫狂病，胸肋痛。

操作：直刺0.3~0.5寸。

15. 少冲 (HT9)

定位：小指桡侧指甲旁约0.1寸。

主治：心痛，心悸，胸肋痛，癫狂，热病，昏迷。

操作：浅刺0.1寸或点刺出血。

16. 环跳 (GB30)

定位：股骨大转子高点与骶管裂孔连线的中外1/3与内2/3交界处。

主治：下肢痿痹，腰痛。

操作：直刺2~3寸。

17. 足三里 (ST36)

定位：犊鼻穴下3寸，胫骨前嵴外一横指处。

主治：胃痛，呕吐，腹胀，泄泻，痢疾，便秘，乳痛，下肢痹痛，水肿，癫狂，脚气，虚劳羸瘦。

操作：直刺1~2寸。

18. 阳陵泉 (GB34)

定位：腓骨小头前下方凹陷中。

主治：肋痛，口苦，呕吐，下肢痿痹，脚气，黄疸，小儿惊风。

操作：直刺1~1.5寸。

19. 三阴交 (SP6)

定位：内踝高点上3寸，胫骨内侧面后缘。

主治：下肢痿痹，脚气，肠鸣腹胀，泄泻，月经不调，带下，阴挺，不孕，滞产，遗精，阳痿，遗尿，疝气，失眠。

操作：直刺1~1.5寸。孕妇禁针。

20. 大敦 (LR1)

定位：足大趾末节外侧，距趾甲角0.1寸。

主治：疝气，遗尿，崩漏，阴挺，经闭，癫痫。

操作：斜刺0.1~0.2寸，或点刺出血。

六、常见证型治要

(一) 寒滞经脉证 (风寒袭络证；风寒阻络证)

1. 临床表现：恶寒，肢体冷痛，拘急或麻木，肤色紫暗或苍白，苔白，脉弦紧。

2. 病机分析：寒袭经脉，其性收引而主凝滞，可阻遏气血，气血运行不畅，故出现恶寒、肢体冷痛、拘急或麻木；肢体肌肤失其温养，故肤色紫暗或苍白。苔白、脉弦紧乃寒邪凝滞之征。

3. 治疗方法：温经散寒，通阳止痛。

(1) 代表方剂

乌头汤(《金匱要略》)

【组成】 乌头 4.5g 麻黄 9g 芍药 9g 黄芪 9g 炙甘草 9g 白蜜 60g

【方解】 方中乌头辛苦温；温经驱寒，逐湿止痛，故为君药；麻黄散寒通阳开痹，芍药、炙甘草通调经脉，缓急止痛，共为臣药；黄芪益气固卫，既助乌头、麻黄以温经散寒，又防麻黄过于发散，是为佐药；使以甘缓白蜜，解乌头之毒。诸药合用，共奏温经散寒、祛风除湿、通络止痛之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 关元 肾俞 阿是穴 肩髃 曲池 外关 环跳 足三里 三阴交

【针灸法】 深刺久留。也可用艾重灸，或隔附片灸或隔姜灸。

4. 病案选录

胡××，男，56岁。患慢性风湿性关节炎，四肢关节疼痛，下肢清冷，不可屈伸，前医用五积散、桂枝芍药知母汤、当归四逆汤等方均不效。舌质淡，中有薄黑苔，脉象沉细。证属寒凝关节，营卫不行，宜温经散寒为治。用乌头桂枝汤：桂枝10g、白芍10g、甘草3g、生姜5片、大枣3枚，另用炮乌头10g、白蜜30g加水久煎取浓汁兑服。3剂后，下肢转温，关节痛减，继用三痹汤善其后。(何伍、张志民、连建伟编著，金匱方百家医案评议，浙江：浙江科学技术出版社，1991；176)。

(二) 寒滞胃脘证 (寒邪犯胃证；胃实寒证；胃寒证)

1. 临床表现：胃脘冷痛，痛势急剧，喜温，呕吐清水，恶寒肢冷，苔白，脉弦紧。

2. 病机分析：寒邪内客胃脘，其性收引、凝滞，致气机阻滞，阳气不通，故胃脘冷痛，痛势急剧，恶寒肢冷；得温则寒散而痛减，故喜温；中阳不运，胃失和降，气机上逆而见呕吐清水；舌苔白、脉弦紧是里有寒邪、气机阻滞之象。

3. 治疗方法：温胃散寒。

(1) 代表方剂

良附丸(《良方集腋》)

【组成】 高良姜 9g 香附 9g (原方用量为各等份)

【方解】 本方以高良姜温中散寒，止呕止痛，为君药。香附芳香走窜，理气止痛，助高

良姜除寒凝，止疼痛，为臣药。二药合用，共奏温中散寒，理气止痛之功。

(2) 针灸处方

【用穴】中脘 足三里 内关 胃俞

【刺灸法】补法或温针法。可灸。

4. 病案选录

王××，男，27岁。胃脘痛已4年有余，反复发作，苦楚难言。3日前受寒，胃痛骤起，痛势较剧，泛吐酸水，痛甚恶心欲呕，喜暖喜按。曾作钡餐造影：无异常改变。舌暗苔薄脉弦。证属寒邪犯胃，胃阳被遏，胃失和降。拟温中散寒，宣通阳气。处方：高良姜10g、香附10g、苏梗10g、陈皮5g、佛手5g、香橼皮10g、炒川楝子10g、延胡索5g、煅瓦楞子10g、乌贼骨10g、马尾连5g。服上方6剂，胃痛即止。守方又进6剂，已不泛酸，饮食如常。随访4个月，胃病未作。（史宇广、单书健主编，当代名医临证精华·胃痛专辑。北京：中医古籍出版社出版，1988；14）

(三) 寒滞心脉证

1. 临床表现：恶寒畏冷，心胸闷痛，遇冷痛增，得温痛减，苔白，脉沉迟或沉紧等。

2. 病机分析：阴寒内盛，阳气不展，失其温煦，故恶寒畏冷；诸阳受气于胸中，寒邪凝滞心脉，心脉痹阻，心阳不振，故心胸闷痛；寒则气血凝滞，热则气血通利，故遇冷痛增，得温痛减；苔白、脉沉迟或沉紧等为阴寒内盛，阳气不宣之候。

3. 治疗方法：行气散寒，通阳宣痹。

(1) 代表方剂

枳实薤白桂枝汤（《金匱要略》）

【组成】枳实12g 厚朴12g 薤白9g 桂枝6g 瓜蒌12g

【方解】方中桂枝温经脉而通阳散寒；薤白辛温通阳，散结宽胸；枳实辛苦微寒破气散结；三药相配，既通阳祛寒，又破气散结而开胸痹，共为君药。瓜蒌涤痰利气，厚朴下气化痰除满，加强行气化湿除痰，以利阳气振奋，共为臣使。诸药合用，使阴寒消，气机通，心阳振，共奏行气散寒，通阳宣痹之功。

(2) 针灸处方

【用穴】少冲 郄门 神门 心俞 巨阙 厥阴俞 膻中 内关

【刺灸法】补法。可灸。

4. 病案选录

张××，男，56岁，干部。1989年2月1日初诊。主诉：左胸部压迫感，咳引胸痛两天。平时稍受惊吓则发心悸。两天前曾感觉天气酷寒，但无感冒征象。刻下证见面色晦暗，精神疲乏，语音低怯，步履艰难。舌质淡白润，略厚滑苔，脉浮虚小促不整。心电图示频发性早搏（窦性+异位，心率98次/分，P-R 0.14秒，QRS 0.08秒，Q-T 0.36秒，各导程出现频发结缩之QRS，其“P”波落在QRS之后，V_{4,5}呈R_p，Pv₄ = 2.6mv，Pv₄ = 2.2mv，TE）。中医辨证：心阳素虚，复受寒湿阻遏，则阳气更虚。治当先以温通心阳，补益心气。方用丹参饮合瓜蒌薤白桂枝汤加味。丹参12g、砂仁10g、檀香（后下）6g、瓜蒌皮15g、薤白15g、枳实15g、党参20g、云苓15g、苏叶10g、前胡10g、法半夏20g、川朴15g、炙甘草6g、桂枝9g，2剂。2月3日二诊：自觉症状明显改善，精神健，语音大增，已无一句

话分作三、四节讲的现象。舌苔薄，舌边尚白，脉稍浮、略有力，结代不整之象消失。即复查心电图，示已恢复正常（窦性76次/分，P-R 0.18秒，QRS 0.07秒，Q-T 0.36秒，各导程之频发结性早缩 Q. R. S. 波消失，代之为正常窦性心率，各导程 ST-T 均正常范围）。宗前方意再进3剂，病已霍然。随访1年，未见复发（孔令深·丹参饮合瓜蒌薤白桂枝汤加减治疗窦性心律不整30例报告·上海中医药杂志，1994；（9）：37）。

（四）寒滞肝脉证；寒滞肝经证（肝经实寒证；肝寒证）

1. 临床表现：少腹冷痛，或阴器收引疼痛，或巅顶疼痛，遇寒痛增，得温痛缓，恶寒肢冷，呕吐清涎，苔白，脉弦紧等。

2. 病机分析：足厥阴肝脉绕阴器抵少腹，并与督脉会合于巅顶，寒邪侵袭肝经，凝滞肝脉，阳气被遏，气血运行不利，故少腹冷痛或巅顶疼痛；寒性收引，筋脉拘急，可致阴器收引疼痛；寒则气血凝涩，热则气血通利，故疼痛遇寒加剧，得热痛减；寒邪循经犯胃，胃失和降，浊阴上逆，故呕吐清涎；阴寒内盛，阳气不达四肢，故见恶寒肢冷；苔白，脉弦紧为寒邪凝滞肝脉之象。

3. 治疗方法：暖肝散寒，温阳行气。

（1）代表方剂

①天台乌药散（《医学发明》）

【组成】 乌药 12g 木香 6g 小茴香 6g 青皮 6g 高良姜 9g 槟榔 9g 川楝子 12g 巴豆 70粒

【方解】 方中以乌药行气疏肝，散寒止痛为君药，配以木香、小茴香、青皮、高良姜一派辛温芳香之品，行气散结，祛寒除湿，共为臣药。更以槟榔直达下焦，行气化滞；以苦寒之川楝子与辛热之巴豆同炒，去巴豆而用川楝子，既可减川楝子之寒、又能增强其行气散结之功，共为佐使药。诸药合用，共奏行气疏肝、散寒止痛之功效，主要适用于寒疝腹痛。

②吴茱萸汤（《伤寒论》）

【组成】 吴茱萸 3g 人参 6g 大枣 12枚 生姜 18g

【方解】 方中以吴茱萸味辛而苦，性燥热，既有散寒止痛，又有疏肝下气，降逆止呕作用为君药。人参甘温补中为臣药。生姜温胃散寒，大枣益气滋脾，以助君臣之功，皆是佐使之义。诸药合用，共奏散寒止痛，疏肝下气，降逆止呕作用，主要用于寒滞肝脉的巅顶头痛，呕吐涎沫。

（2）针灸处方

【用穴】 关元 三阴交 太冲 气海 大敦 内关 阳陵泉

【刺灸法】 平补平泻。可灸。

4. 病案选录

李××，男，7个月，1988年4月2日就诊，患者系母乳喂养，未加辅食，发育营养一般。因疝气哭闹4天而诊。查：右侧腹股沟处有一光滑、整齐、稍带弹性的可复肿物，同侧阴囊偏大而坠。西医外科诊断为：腹股沟斜疝。指纹紫滞，舌苔薄白。予天台乌药散加减。药用：乌药、木香、炒茴香、青皮各6克，炒良姜3克，川楝子4克，党参、黄芪、茯苓各10克，子母同服此药。3剂后好转，12剂而愈。（汪德云·天台乌药散加减治疝气·四川中医，1989，4：17）

许××，女，52岁。头痛近40年，尤其是结婚以后，疼痛逐渐加重，曾反复住院，诊为血管神经性头痛，始终无明显治疗效果。30岁以后，逐渐发现每次房事之后即头痛难忍，恶心呕吐，头热如烤火状，房事之前性欲特别强烈。3个月前，虽然工作很忙，但一直没有头痛，当时感到性欲迫切，但性交之后，头部立刻剧痛不止，恶心呕吐，滴水难进，急住某医院以西药治之，不效，请中医以川芎茶调散治之，服药后头痛更加难忍。细察其证，除上所述者，并见脉弦紧，舌苔白，足冷。综合脉证，诊为厥阴肝寒厥逆所致，急于吴茱萸汤加味。处方：吴茱萸10克，人参10克，生姜4片，大枣7枚，当归10克，白芍10克，服药4剂头痛大减，饮食稍增，继服6剂，头痛减去六七，食欲正常。出院后不久，又因房事而头痛发作，但较前次明显减轻，乃继服上方10剂，但却效果全无。因思房事者，肾气所主也，此非肾气之虚而上冲乎？暂拟温肾降逆。处方：沉香10克，补骨脂10克，骨碎补10克，硫黄1克，肉苁蓉15克，吴茱萸10克，当归10克，服药10剂，头痛消失，乃以上方为丸，每日2次，每次3克，服药3个月而愈。（史宇广、单书健主编·当代名医临证精华·头痛眩晕专辑，中医古籍出版社出版，1992，34页）

第三章 热 证

热证指感受火热阳邪，或阳热亢盛，或阴虚阳亢所表现出的一类证候。多因外感温热之邪，或寒邪入里化热，或七情过激五志化火，或饮食不节内生火热，或房室劳伤，劫夺阴精，阴虚阳亢所致。包括实热、虚热等证候。其辨证要点为身热，烦躁，口渴，口干，小便黄赤，大便秘结，面红目赤，舌质红，苔黄而干，脉数或洪大。治以祛除热邪或滋阴清热。

本章仅述表里实热之证，虚热之证见以后章节。

第一节 表 热 证

表热证是指风热之邪侵袭人体卫表的一类证候。是由风热之邪犯表，热郁肌腠，卫表失和所致。

一、临床表现

发热微恶风寒，口微渴，少汗或无汗，或见头痛，咽痛，咳嗽等症，舌质边尖红，舌苔薄白，脉浮数。

二、病机分析

热邪侵袭人体卫表，卫气与病邪抗争，奋力驱邪外出，阳气浮盛于外，故而发热；热郁卫表，肌肤失养而微恶风寒；温热之邪易耗伤津液，故初起即见口微渴；邪在卫表，腠理开阖失司，故无汗或少汗；热邪炎上致头部经气不利，则见头痛；肺卫相关，卫表不利，影响肺气宣降则见咳嗽；热郁肺经可见咽痛；舌边尖红，苔薄白，脉浮数为邪热在表之象。

三、治疗法则

清热解表。

四、常用中药

1. 薄荷

为唇形科多年生草本植物薄荷 *Mentha haplocalyx* Briq. 和家薄荷的茎叶。阴干切段。

性味归经：辛，凉。入肺、肝经。

功效：疏散风热，清利头目，利咽，透疹。

应用：用于发热，头痛，微恶风寒等外感风热及温病初起者，多配入辛凉解表剂，或与清热解毒药如银花、连翘等同用；用于头痛、目赤等风热上攻头目之证，常配伍荆芥、黄芩

等药；用于咽喉肿痛等风热壅盛之证，可配伍桔梗、蝉衣、牛蒡子等药；用于风热束表，麻疹不透者，常配伍连翘、蝉衣、荆芥等药同用。本品常用于胸闷、胁肋胀痛等肝气郁结之证，多与白芍、柴胡等配伍应用。

用量用法：3~6g。入煎剂宜后下。表虚自汗者不宜用。

2. 牛蒡子

为菊科二年生草本植物牛蒡 *Arctium lappa* L. 的成熟种子。生用或炒后捣碎用。

性味归经：辛、苦，寒。入肺、胃经。

功效：疏散风热，解毒透疹，利咽散肿。

应用：用于咳嗽，咯痰不利，咽喉肿痛等外感风热证，常配伍薄荷、桔梗、荆芥等药；用于发热，微恶风寒，咳嗽，疹发不畅等麻疹初期，及风热发疹，常与银花、连翘、薄荷等同用；用于热毒疮肿及疔腮等证，常与板蓝根、连翘、野菊花等伍用。

用量用法：3~10g。煎服或入散剂。

注意事项：气虚便溏及痈疽已溃者忌用。

3. 桑叶

为桑科落叶小乔木植物桑树 *Morus alba* L. 的干燥叶。初霜后采收，生用或炙用。

性味归经：苦、甘，寒。入肝、肺经。

功效：疏风清热，清肝明目。

应用：用于发热，头痛头昏，咳嗽及咽痛等外感风热证，常与菊花、连翘、薄荷等药配伍；用于目赤涩痛，多泪等风热或肝经实热证，常单用煎汤熏洗，或与菊花、决明子、车前子等配伍。此外，本品尚有凉血止血之功，可用于血热吐血轻证，单用或入复方。

用量用法：6~12g。煎服或入丸散。外用煎水洗眼。

4. 菊花

为菊科多年生草本植物菊 *Chrysanthemum morifolium* Ramat. 的头状花序。分为“白菊”、“滁菊”、“贡菊”、“杭菊”等。阴干。

性味归经：甘、苦，微寒。入肺、肝经。

功效：散风清热，平肝明目。

应用：用于发热、头痛头昏等外感风热及温病初起证，常与桑叶、薄荷、荆芥等伍用。对风热眼痛，常与防风、白蒺藜等同用；用于目赤肿痛等肝经风热或肝火上攻证，常与桑叶、蝉蜕等伍用；对肝肾阴虚所致的目昏暗证，常与枸杞子、地黄等补肝肾药配伍应用；对于肝风头痛及肝阳上亢头痛、眩晕等证，多配伍钩藤、白芍、石决明等。

用量用法：10~15g。内服外敷或外洗均可。

5. 柴胡

为伞形科多年生草本植物柴胡 *Bupleurum chinense* DC. 或狭叶柴胡 *B. scorzonifolium* Willd. 的根或全草。生用、酒炒或醋炒。

性味归经：苦，微寒。入肝、胆经。

功效：和解退热，疏肝解郁，升举阳气。

应用：用于寒热往来，胸胁苦满，口苦，咽干，目眩等伤寒邪在少阳证，常与黄芩、半夏等伍用；对于外感发热，项强头痛者，有透表泄热之功，可配伍葛根等同用；用于胁肋胀

痛，头眩呕吐，或月经不调，痛经等证，常配伍白芍、当归、薄荷等药；若肝郁气滞，胸腹胁肋胀痛之证，可伍用香附、川芎、枳壳之类；用于下痢，脱肛，子宫下垂，倦怠，短气等气虚下陷之证，常与升麻、人参、黄芪、白术等同用。

用量用法：3~10g。

注意事项：凡体虚气逆呕吐，及阴虚火炽者不宜用。

6. 葛根

为豆科多年生落叶藤本植物葛 *Pueraria lobata* (Willd.) Ohwi. 的根。切片后晒干。生用或煨用。

性味归经：甘、辛，凉。入脾、胃经。

功效：发表解肌，升阳透疹，解热生津。

应用：用于发热，头痛，无汗，项背强痛，恶风等风寒表证，常与桂枝、麻黄、白芍等同用；风热表证兼有内热者，配伍黄芩、石膏、柴胡等药。用于发热，恶寒，疹出不畅等麻疹初起证，常与升麻同用。用于湿热泻痢及脾虚腹泻等证，与黄芩、黄连同用。用于脾虚腹泻证，与党参、白术、木香等同用。用于口渴多饮等热病烦渴及消渴证，常配伍麦冬、天花粉、地黄等药。

用量用法：9~15g。

7. 蝉蜕

为蝉科昆虫黑蚱（蝉）*Cryptotympana atrata* Fabr. 羽化时的蜕壳。晒干。

性味归经：甘，寒。入肝、肺经。

功效：疏散风热，宣肺透疹，熄风解痉，退翳明目。

应用：用于发热，头痛等外感风热及温病初期证，常与薄荷、连翘、石膏等同用。对于发热、咽痛、音哑等风热郁肺证，可与胖大海或牛蒡子、桔梗等同用。用于发热，微恶风寒，咳嗽，疹出不畅等麻疹初期，本品有宣肺透疹功效，可助其透发，常与葛根、牛蒡子等同用。对风疹，皮肤瘙痒，可配伍白蒺藜、荆芥等药。用于小儿惊风，痉挛，夜啼，破伤风等肝经风热证，常配伍全蝎、僵蚕、钩藤等药。用于目赤翳障，羞明涩痛，多泪等肝经风热证，常与菊花、木贼等配伍，方如蝉花散。

用量用法：3~6g。

五、常用腧穴

1. 大椎 (DU14)

定位：俯伏或正坐低头，在第七颈椎棘突下凹陷中。

主治：热病，疟疾，咳喘，骨蒸潮热，项强，肩背痛，腰脊强，角弓反张，小儿惊风，癫狂痫证，五劳虚损，中暑，霍乱，呕吐，黄疸，风疹等。

操作：斜刺0.5~1寸。可灸。

2. 商阳 (LI1)

定位：食指桡侧，甲旁0.1寸。

主治：咽喉肿痛，下齿痛，耳聋，耳鸣，青盲，热病汗不出，昏厥，中风昏迷，喘咳，肩痛引缺盆。

刺法：向上斜刺0.2~0.3寸。或点刺出血，可灸。

3. 二间 (LI2)

定位：微握拳，在第二掌骨关节前缘桡侧，当赤白肉际处。

主治：喉痹，目痛，目黄，衄衄，大便脓血，齿痛口干，口眼喎斜，身热，嗜睡，肩背痛，振寒。

操作：直刺0.2~0.3寸，可灸。

4. 合谷 (LI4)

定位：第一、二掌骨之间，约当第二掌骨桡侧之中点。

主治：头痛，眩晕，目赤肿痛，鼻衄，齿痛，鼻渊，耳聋，面肿，疔疮，咽喉肿痛，失音，牙关紧闭，口眼喎斜，疔腮，臂痛半身不遂，发热恶寒，无汗，多汗，咳嗽，经闭，滞产，胃痛，腹痛，便秘，小儿惊风，瘾疹，疥疮，疟疾。

操作：直刺0.5~0.8寸；可灸。

5. 曲池 (LI11)

定位：屈肘，在肘横纹桡侧凹陷处。约当尺泽（手太阴肺经）与肱骨外上髁连线之中点。

主治：热病，咽喉肿痛，手臂肿痛，上肢不遂，手肘无力，月经不调，疮疥，瘾疹，丹毒，腹痛吐泻，痢疾，齿痛，目赤痛，目不明，高血压，胸中烦满，癫狂，瘰疬，疟疾。

操作：直刺0.8~1.2寸。可灸。

6. 尺泽 (LU5)

定位：微曲肘，在肘横纹上，肱二头肌腱的桡侧缘。

主治：咳嗽，气喘，咯血，潮热，咽喉肿痛，舌干，吐泻，胸部胀满，小儿惊风，肘臂挛痛，乳痈。

操作：直刺0.5~0.8寸，或点刺出血。可灸。

7. 列缺 (LU7)

定位：桡骨茎突上方，腕横纹上1.5寸，侧掌取穴。简便取法，两手虎口相交，一手食指压在另一手的桡骨茎突上，当食指指尖到达的凹陷中。

主治：咳嗽，气喘，咽喉肿痛，掌中热，半身不遂，口眼喎斜，偏正头痛，项强，惊痫，溺血，小便热，阴茎痛，牙痛。

操作：向肘部斜刺0.2~0.3寸。可灸。

8. 经渠 (LU8)

定位：仰掌，在腕横纹上一寸，当桡骨茎突内侧与桡动脉之间凹陷中。

主治：咳嗽，气喘，喉痹，胸部胀满，掌中热，胸背痛。

操作：直刺0.2~0.3寸。禁灸。

9. 鱼际 (LU10)

定位：仰掌，在第一掌指关节后，掌骨中点，赤白肉际处。

主治：咳嗽，咳血，失音，喉痹，咽干，身热，乳痈，肘挛，掌心热。

操作：直刺0.5~0.8寸。可灸。

10. 少商 (LU11)

定位：拇指桡侧，甲旁0.1寸。

主治：喉痹，咳嗽，气喘，鼻衄，心下满，中风昏迷，中暑呕吐，热病，小儿惊风，指腕挛急，癫狂。

操作：向腕平刺0.2~0.3寸，或用三棱针点刺出血。可灸。

11. 外关 (SJ5)

定位：手背横纹上二寸，当桡、尺骨之间。

主治：热病，头痛，颊痛，耳鸣，耳聋，目赤肿痛，胁痛，肩背痛，肘臂伸不利，手指疼痛，手颤。

操作：直刺0.5~1寸。可灸。

12. 风池 (GB20)

定位：项后，与风府穴（督脉）相平，当胸锁乳突肌与斜方肌上端之间的凹陷中。

主治：头痛，眩晕，颈项强痛，目赤痛，流泪，鼻渊，耳聋，中风，口眼喎斜，疟疾，热病，感冒，瘰疬。

操作：向对侧眼睛方向斜刺0.5~0.8寸。可灸。

六、常见证型治要

(一) 风热犯表证；风热犯卫证（风热表证；卫分证）

1. 临床表现：发热，微恶风寒，少汗，全身不适，头痛，口微渴，或有咽痛，舌边尖红，苔薄黄，脉浮数。

2. 病机分析：风热之邪侵袭体表，正邪相争于肌表，故发热；腠理开合失司，营卫失和，故微恶风寒，全身不适而少汗；风热之邪耗伤津液，故口渴；风热之邪炎上，易袭阳位，故头痛，咽痛；舌边尖红，苔薄黄，脉浮数为邪在卫表，病性属热。

3. 治疗方法：辛凉解表。

(1) 代表方剂

银翘散(《温病条辨》)

【组成】 连翘 9g 银花 9g 桔梗 6g 薄荷 6g 竹叶 4g 生甘草 5g 荆芥穗 5g 淡豆豉 5g 牛蒡子 9g 鲜芦根 30g

【方解】 方中银花、连翘辛凉透邪，清热解毒为君药。荆芥、豆豉为辛温之品，助君药宣散在表之邪，薄荷辛凉解表透邪共为臣药；芦根、竹叶清热生津除烦，桔梗、牛蒡子宣肺利咽化痰，甘草清热解毒均是佐使药。全方具有辛凉透表，清热解毒功效。

(2) 针灸处方

【用穴】 尺泽 鱼际 曲池 内庭 大椎 外关

【刺灸法】 泻法，咽喉肿痛加少商，用三棱针点刺出血。

4. 病案选录

王某，女，18岁。未婚，工人。1970年12月16日初诊。发热2日，体温38.8℃，头晕，全身酸痛，咳嗽胸闷，咽赤涩痛，苔薄黄，脉弦数。证属外感风热，入侵肺络。宜辛凉剂解表清肺。处方：青蒿10克 桑叶12克 薄荷6克 蝉衣10克 牛蒡子12克 瓜蒌皮10克 大贝10克 银花15克 连翘15克 板蓝根12克，1剂，水煎服。12月17日复诊，

体温 37.1℃，纳呆。原方加炒谷芽 12 克，水煎服，1 剂，遂愈。（《医林锥指》）

（二）风热犯肺证

1. 临床表现：发热，微恶风寒，身痛或咽痛，咳嗽，气喘，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。

2. 病机分析：风热之邪侵袭体表，卫气与其抗争，阳浮于外，故发热；热邪阻碍，肌肤失去卫气的温养而恶风寒，身痛；风热之邪炎上，故咽痛；邪热伤肺，故咳嗽气喘；舌尖红，苔薄黄，脉浮数示邪在表，病性属热。

3. 治疗方法：疏风清热，宣肺化痰。

（1）代表方剂

桑菊饮（《温病条辨》）

【组成】桑叶 7.5g 菊花 3g 杏仁 6g 连翘 5g 薄荷 2.5g 桔梗 6g 甘草 2.5g 芦根 6g

【方解】本方为辛凉解表的轻剂。方中桑叶清透肺络之热，菊花清散上焦风热并作君药；薄荷疏散风热，桔梗、杏仁解肌肃肺止咳为臣药；连翘清透膈上之热，芦根清热生津止渴为佐药；生甘草止咳化痰，调和诸药为使药。诸药合用，可疏风清热，宣肺止咳。

（2）针灸处方

【用穴】风池 大椎 曲池 合谷 外关 鱼际 少商

【刺灸法】泻法，少商可用三棱针点刺出血。

4. 病案选录

孙某，男，69 岁，1966 年 3 月 31 日初诊。素患高血压症，昨起形寒身热，头昏倦怠，纳滞，溲黄。以清解为治。桑叶、桑枝各 9g，连翘 9g，神曲 9g，陈皮 4.5g，佩兰 6g，杭菊 6g，生甘草 4.5g，薄荷 1.5g，滑石 12g（包），1 剂。4 月 1 日复诊，形寒已解，身热已退，胃纳渐佳，溲尚黄，略嗽，苔净。原意加减：桑叶 6g、苏叶 4.5g、浙贝母 9g、连翘 6g、苏子 6g、丝瓜络 12g、薄荷 3g、杏仁 6g、生甘草 4.5g，1 剂。4 月 6 日三诊，前药进后，证情均解，惟尚感疲劳，头昏，腰稍酸，苔尚净，脉虚细。桑叶 9g、滁菊 6g、党参 6g、钩藤 9g、杜仲 12g、桑寄生 9g、天麻 3g、龟版 12g、煅石决明 24g、六味地黄丸 15g（包煎），3 剂。（《何任医案选》）

第二节 里热证

里热证指邪热在里所表现出的证候。常因热邪由表传里；寒、湿等阴邪化热入里；热邪直入脏腑等所致。阴液亏虚而致虚热之证，也属里热之证，内容见虚证章节。

一、临床表现

身热，不恶寒但恶热，口渴喜冷饮，心烦或躁扰多言，面红目赤，小便色黄，大便干结，舌质红，苔黄，甚则焦燥干黑，脉滑数或洪数。

二、病机分析

邪热炽盛于内，故身热，恶热，不恶寒；热甚灼津，津亏而口渴，小便色黄，大便干

结；津伤则须引水自救，故喜冷饮；邪热炎上，故面红目赤；扰及心神，则见心烦，甚则见
隔甚不安。脉洪数。洪数。舌红苔黄。系用数相成之色。其暗在寸则脉深定。其甚厚。甘

与木通、车前子、大黄同用。用于吐血，衄血，尿血等血热妄行之证，常与茅根、生地、黄芩等药同用。本品有解毒功效，用于火疮、疖肿等，多外用。

用量用法：6~9g。外用生品适量，研末调敷。

注意事项：脾胃虚寒，食少便溏者慎用。

4. 黄芩

为唇形科多年生草本植物黄芩 *Scutellaria baicalensis* Georgi 的干燥根。生用、酒炒或炒炭用。

性味归经：苦，寒。归肺、胆、脾、大肠、小肠经。

功效：清热燥湿，泻火解毒，止血，安胎。

应用：用于热病壮热不退，常与栀子、黄连、石膏等伍用；治肺热咳嗽，或治热嗽痰壅，可单用或与半夏、天南星同用；治湿热黄疸，可与栀子、茵陈等药配伍；治湿热下痢，可与芍药、黄连、厚朴、木香等药同用；治热淋小便涩痛，与生地、木通相配伍。用于痈肿诸疮，常配伍白芷、连翘、金银花之类。用于吐血，咳血，衄血，便血，血崩等热盛迫血外溢之证，可单以本品炒炭用，或配伍大黄、黄连同用，并酌加清热凉血之生地、白茅根、三七等药。用于胎热不安，常与白术、芍药、当归同用。

用量用法：3~9g。煎服或入丸散。清热多用生黄芩，安胎多用炒制品，清上焦热可用酒芩，止血则多炒炭用。

注意事项：凡脾胃虚寒，无湿热实火，及孕妇胎寒下坠者不宜应用。

5. 黄连

为毛茛科多年生草本植物黄连 *Coptis chinensis* Franch.、三角叶黄连 *C. deltoidea* C. Y. Cheng et Hsiao 的根茎、根须及叶。生用或炒炭用。

性味归经：苦，寒。归心、胃、肝、大肠经。

功效：清热燥湿，泻火解毒。

应用：用于呕吐，泻痢等肠胃湿热所致之证，前者配用半夏、竹茹等药，后者可单用；对热痢后重者，可伍用木香；治痢疾发热则配黄芩、葛根等。对于壮热，烦躁，神昏谵语等热盛火炽证，多与黄芩、栀子同用；用于心火亢盛，烦躁不眠证可配伍黄芩、白芍、阿胶等。用于火毒痈疮，耳目肿痛，口舌生疮等证，可单用本品，内服外用均可，亦可配伍黄芩、栀子、连翘等药。本品亦可用于吐血，衄血等血热妄行证，常配伍大黄、黄芩等。

用量用法：1.5~4.5g。外用可研末或浸汁。

注意事项：凡脾胃虚寒，妇女产后血虚烦热等均不宜用。

6. 黄柏

为芸香科落叶乔木植物黄皮树 *P. chinense* Schneid. 或黄檗 *Phellodendron amurense* Rupr. 的树皮。切片生用或盐炒用。

性味归经：苦，寒。归肾、膀胱、大肠经。

功效：清热燥湿，泻火解毒，退虚热。

应用：治湿热痢疾常配伍黄连、赤芍等药；治湿热黄疸，常与栀子、大黄配伍；用于湿热带下，多与芡实、车前子、白果等药共用；治湿热下注，足膝肿痛，常伍用苍术等。用于阴虚发热，多与知母同用；治骨蒸盗汗，多与知母、黄柏、熟地同用；治虚火妄动，遗精，

可与砂仁、甘草同用。用于热盛的痈肿疮疡，湿疹等，内服多与黄连、栀子同用，或研末外用；或合猪胆汁外搽，治疔疮，热疮；治湿疹可与荆芥、苦参同用。

用量用法：3~12g。煎服或入丸散，外用适量。

注意事项：凡非实火及脾虚多泻，胃弱少食者不宜用。

7. 大黄

为蓼科多年生草本植物掌叶大黄 *Rheum palmatum* L.、或药用大黄 *R. officinale* Ball.，或唐古特大黄 *R. tanguticum* Maxim. ex Reg. 的根及根茎。生用、酒炒、炒炭或制熟用。

性味归经：苦，寒。归脾、胃、大肠、肝、心经。

功效：泻热通便，凉血解毒，逐瘀通经。

应用：用于腹满疼痛，热结便秘，壮热苔黄，神昏谵语等胃肠实热证，常与芒硝、厚朴、枳实等配伍；兼有气血虚弱者，可同时配伍党参、当归等益气养血之品；热结阴伤者，酌配生地、玄参、麦冬等养阴生津药共用；脾阳不足，冷积便秘者，可与党参、附子、干姜等益气温阳药配伍。用于吐血，衄血，目赤，咽痛，牙龈肿痛等火热上炎所致之证，常与黄连、黄芩等药配伍；对于肠痈，常与芒硝、丹皮、桃仁等同用，方如大黄牡丹皮汤。治烧伤，则单用本品研粉或配地榆粉用麻油调敷。用于产后腹痛，血瘀经闭、跌打损伤等瘀血病证，可配伍桃仁、红花、当归等。此外，本品亦可用于黄疸、淋病等湿热证的治疗，常配以茵陈、栀子等。

用量用法：3~12g。外用适量。本品生用泻下力强，久煎则泻下力减弱，故入汤剂宜后下，或用开水泡服。化瘀时多酒制，止血多炒炭用。

注意事项：本品苦寒，攻下力强，孕妇、月经期、哺乳期应慎用或忌用。

8. 龙胆草

为龙胆科多年生草本植物东北龙胆 *G. manshurica* Kitag. 和龙胆 *G. Scabra* Bunge. 的根。生用。

性味归经：苦，寒。归肝、胆、胃经。

功效：清热燥湿，泻肝火。

应用：治湿热黄疸，常与茵陈、山栀同用；治阴肿阴痒，白带，湿疹，多与苦参、黄柏、车前子等配伍。用于目赤肿痛，胸胁刺痛，阴囊肿痛，耳聋耳鸣等肝经实热之证，常与栀子、黄芩、生地等同用；用于高热不退，急惊抽搐等肝经热盛动风之证，可配伍黄连、钩藤、青黛等药。

用量用法：3~6g。

9. 连翘

为木犀科落叶灌木植物连翘 *Forsythia Suspensa* (Thunb.) Vahl 的果实。药以青翘为佳，多生用。

性味归经：苦，微寒。归肺、心、胆经。

功效：清热解毒，消痈散结。

应用：用于发热，头痛，烦渴等外感风热或温病初起之证，常与银花、牛蒡子、薄荷等药同用；治疗高热、烦躁、神昏等热邪陷入心包证，则与莲子心等配伍。用于痈疮肿毒，瘰疬结核等证，前者可与野菊花、金银花等药配伍，后者则与夏枯草、玄参、贝母等药配伍。

用量用法：6~15g。

10. 蒲公英

为菊科多年生草本植物蒲公英 *Taraxacum mongolicum* Hand. Mazz. 及其多种同属植物的带根全草。鲜用或生用。

性味归经：苦、甘，寒。归肝、胃经。

功效：清热解毒，利湿通淋。

应用：用于痈肿疮疡及内痈等热毒，如治乳痈肿痛，轻者可单用鲜品外敷患处，重者可配伍忍冬藤等；对于咳吐脓痰，胸痛之肺痈者，配以薏苡仁、苇茎等；对于肠痈热毒壅盛之证，常与赤芍、牡丹皮、大黄等药同用；对目赤肿痛，可单用本品或配伍菊花、龙胆草、黄芩等药。治湿热黄疸，多与茵陈等同用；治小便淋沥涩痛者，则与金钱草、白茅根等药同用。

用量用法：10~30g。外用鲜品适量，外敷或煎汤熏洗患处。

11. 金银花

为忍冬科多年生半常绿缠绕性木质藤本植物忍冬 *Lonicera japonica* Thunb. 的花蕾。生用或制为露剂。

性味归经：甘，寒。归肺、胃、大肠经。

功效：清热解毒。

应用：用于热毒疮痍初发，可配伍甘草、水酒煮服；治气血虚衰，乳脉不行之乳痍，常合以黄芪、当归、甘草等同用；治肠痍，则配伍麦冬、地榆、黄芩等药。用于发热，恶风寒等外感风热或温病初期，常与连翘、荆芥、薄荷等药合用。本品制成的银花露，可清热解暑。

用量用法：10~15g。

12. 板蓝根

为十字花科二年生草本植物菘蓝 *Isatis tinctoria* L. 或爵床科多年生灌木状草本植物马蓝 *Baphicacanthus cusia* Bremek. 的根。生用。

性味归经：苦，寒。归心、胃经。

功效：清热解毒，凉血利咽。

应用：用于喉痹肿痛，温毒斑疹，大头瘟疫，丹毒，疮毒，疔腮等温热疫毒，多与其他清热解毒药黄芩、黄连、玄参等合用。用于发热，头痛，咽痛等外感风热证，常配伍银花、连翘、荆芥等药。

用量用法：10~15g。

13. 白头翁

为毛茛科多年生草本植物白头翁 *Pulsatilla chinensis* Reg. 的根。应保留根头白绒毛，干燥后生用。

性味归经：苦，寒。归大肠经。

功效：清热解毒，凉血止痢。

应用：本品为治疗痢疾要药，主要用于发热，腹痛，下痢脓血，里急后重等湿热痢疾或热毒痢疾，常配伍黄连、黄柏、秦皮等药共用。

用量用法：6~15g。

注意事项：虚寒下痢忌用。

14. 生地黄

为玄参科多年生草本植物怀庆地黄 *Rehmannia glutinosa* Libosch. F. *hueichingensis* Hsiao 或地黄 *R. Glutinosa* (Gaertn.) Libosch. 的根。切片，生用或鲜用。

性味归经：甘、苦，寒。归心、肝、肾经。

功效：清热凉血，养阴生津。

应用：用于身热，舌绛口干等温病热入营血证，常与玄参等药同用；对于夜热早凉等温病后期，余热未尽证，及阴虚内热之证，可以本品配伍知母、青蒿、鳖甲等药；用于吐血，衄血，便血，妇女崩漏等热入血分，迫血妄行之证，可与侧柏叶、生荷叶、艾叶等同用。用于口渴多饮，舌红口干，唇燥，便燥，心烦等热病伤阴证，可以配伍麦冬、沙参、玉竹等药。治烦渴多饮等消渴证，配以五味子、天花粉、葛根等同用；治肠燥便秘，可与麦冬、玄参等药配伍。

用量用法：10~30g。

15. 玄参

为玄参科多年生草本植物玄参 *Scrophularia ningpoensis* Hemsl. 的根。切片，生用。

性味归经：甘、苦、咸，微寒。归肺、胃、肾经。

功效：凉血滋阴，泻火解毒。

应用：用于口渴烦热，夜寐不安，神昏，舌绛等温热病热入营分，伤阴劫液之证，常与生地、黄连、连翘等配伍。治咽喉肿痛可配牛蒡子等；治瘰疬可配贝母、牡蛎等；治脱疽常配银花、甘草、当归等品；治温毒发斑多配升麻、甘草等。

用量用法：10~15g。反藜芦。

注意事项：凡阴虚无热，脾虚泄泻者慎用。

16. 牡丹皮

为毛茛科多年生落叶小灌木植物牡丹 *Paeonia suffruticosa* Andr. 的根皮。生用或炒用。

性味归经：辛、苦，微寒。归心、肝、肾经。

功效：清热凉血，活血散瘀。

应用：用于夜热早凉，斑疹紫癜，吐血，衄血，咯血，尿血，舌绛赤等热入于血分证，常配伍犀角（可用水牛角代），生地等；治阴虚发热，夜热早凉等，可配伍青蒿、鳖甲、知母等；治吐血、衄血等出血证，则多配伍生地等品。治疗血滞经闭及恶血积聚作痛等证，常与川芎、牛膝、当归等伍用；用于瘀血阻滞疼痛等创伤跌损证，则与乳香、没药等配伍。治外痛常配伍金银花、连翘、白芷等药；治肠痛则配伍大黄、桃仁、冬瓜仁等。

用量用法：6~12g。

注意事项：凡血虚有寒，孕妇及经期过期不净者勿用。

17. 赤芍

为毛茛科多年生草本植物芍药 *Paeonia Lactiflora* Pall. 或川赤芍 *Paeonia veitchii* Lynch. 的根。

性味归经：苦，微寒。归肝经。

功效：清热凉血，祛瘀止痛。

应用：用于身热，发斑，吐血、衄血等温病热在血分，迫血妄行所致病证，常与牡丹皮同用。治疗血滞经闭、痛经、产后瘀血积聚疼痛证，常配伍当归、干姜、川芎等药；用于瘀滞肿痛等跌扑损伤证，则配伍桃仁、乳香、红花等药。用于皮肤疮疖、热疮肿痛，可同金银花、黄连、蚤休等药配伍；治肝热目赤肿痛，常与菊花、夏枯草等药配伍。

用量用法：6~15g。反藜芦。

18. 地骨皮

为茄科落叶灌木植物枸杞 *Lycium chinense* Mill. 的根皮。

性味归经：甘、淡，寒。归肺、肾经。

功效：凉血除蒸，清泄肺热。

应用：用于骨蒸潮热，盗汗，烦热消渴等阴虚血热证，可与知母、鳖甲同用；治骨节烦热等虚劳证，可以麦冬、小麦等同用；用于咳血，吐血，衄血，便血等血热妄行之证，常可以单用本品捣汁服，亦可与白茅根、侧柏叶等凉血止血药同用。用于咳喘，气急等肺热证，多与桑白皮、甘草配伍。

用量用法：6~15g。

注意事项：外感风寒发热，脾胃虚寒者不宜用。

五、常用腧穴

1. 十宣 (EX-UE11)

定位：仰掌，十指微屈，于十指尖端去指甲游离缘0.1寸处。

主治：昏迷，晕厥，中暑，热病，小儿惊厥，咽喉肿痛，指端麻木。

操作：直刺0.1~0.2寸，或三棱针点刺出血。

2. 中府 (LU1)

定位：在胸壁外上部，平第一肋间隙，距胸骨正中线6寸。

主治：咳嗽，气喘，胸中烦闷，胸痛，肩背痛，腹胀，呕逆，喉痹，浮肿。

操作：向外斜刺0.5~0.8寸。

3. 少冲 (HT9)

定位：小指桡侧甲旁0.1寸处。

主治：心悸，心痛，胸胁痛，癫狂，热病，中风昏迷，大便脓血，吐血，肩背痛。

操作：斜刺0.1寸，或用三棱针点刺出血。

4. 少泽 (SI1)

定位：小指尺侧，甲旁0.1寸处。

主治：发热，中风昏迷，乳汁少，乳痈，咽喉肿痛，目翳，疟疾，头痛，耳鸣耳聋。

操作：斜刺0.1寸。可灸。

5. 中冲 (PC9)

定位：手中指尖端中央。

主治：中风昏迷，舌强不语，中暑，昏厥，热病，小儿惊风，舌下肿痛。

操作：浅刺0.1寸，或用三棱针点刺出血。

6. 关冲 (SJ1)

定位：无名指尺侧，甲旁0.1寸。

主治：头痛，目赤，耳聋耳鸣，喉痹，舌强，热病，心烦。

操作：浅刺0.1寸，或用三棱针点刺出血。可灸。

7. 内关 (PC6)

定位：仰掌，腕横纹上2寸，当掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

主治：心痛，心悸，胸痛，胃痛，呕吐，呃逆，失眠，癫狂，痫证，郁证，眩晕，中风，哮喘，偏头痛，热病，产后血晕，肘臂挛痛。

操作：直刺0.5~1寸。可灸。

8. 大杼 (BL11)

定位：第一胸椎棘突下，督脉旁开1.5寸。

主治：咳嗽，发热，鼻塞，头痛，喉痹，肩胛痛，颈项强急。

操作：斜刺0.5~0.8寸。可灸。

9. 委中 (BL40)

定位：当腘窝横纹中央，于股二头肌腱与半腱肌腱的中间，俯卧屈膝取穴。

主治：腰痛，髋关节屈伸不利，筋挛急，下肢痿痹，中风昏迷，半身不遂，腹痛，吐泻，疟疾，癩疾反折，衄血不止，遗尿，小便难，自汗，盗汗，丹毒，疔疮，发背。

操作：直刺0.5~1寸，或三棱针点刺出血。可灸。

10. 丰隆 (ST40)

定位：在条口穴后方1横指，约当犊鼻与外踝高点的中点处。

主治：痰多，哮喘，咳嗽，头痛，头晕，咽喉肿痛，大便难，癫狂，善笑，痫证，下肢痿痹、肿痛。

操作：直刺0.5~1.2寸。可灸。

11. 内庭 (ST44)

定位：在第二跖趾关节前方，二、三趾缝间的纹头处。

主治：齿痛，口渴，喉痹，鼻衄，腹痛，腹胀，泄泻，痢疾，热病，足背肿痛。

操作：直或斜刺0.3~0.5寸。可灸。

六、常见证型治要

(一) 气分证；气分热盛证（热炽气分证）

1. 临床表现：壮热烦渴，舌红苔黄，尿赤便结，脉洪或数。

2. 病机分析：里热蒸迫，正邪剧烈交争，乃见身体壮热，心烦；热邪燔灼，津液耗伤，故口渴；热邪下移小肠而尿赤；热炽胃肠，津枯肠燥而见便结；脉洪或数为热邪炽盛的表现。

3. 治疗方法：辛寒清热。

(1) 代表方剂

白虎汤(《伤寒论》)

【组成】石膏 30g (碎) 知母 9g 甘草 3g 粳米 9g

【方解】方中以石膏辛甘大寒，以制阳明炽盛内热为君药；知母苦寒质润，清热生津为臣药；甘草、粳米养胃生津，又可防止大寒伤中为佐使药。四药共用，具有清热生津之功。

【注意事项】凡表邪未解或里热未盛者禁用本方。

(2) 针灸处方：

【用穴】大椎 曲池 商阳 内庭 关冲

【刺灸法】泻法，或点刺放血。

4. 病案选录

周某，男，34岁。哮喘发作，呼吸气促，胸膈烦闷，见胸高气粗，痰黄稠，不易咳出，目赤唇绛，口渴喜饮，舌红苔黄，脉滑数。此为热喘，痰火旺盛之象。治宜清热宣肺，化痰平喘，以白虎汤加减。药用生石膏30g、知母9g、黄芩9g、厚朴9g、枳实9g、五味子6g、麻黄9g、款冬9g，5剂。另炒广地龙30g，研细，每次服3g，1日2次。药后肺火清而喘咳平。（《经方应用与研究》）

(二) 营分证；营分热盛证（热炽营分证；营热炽盛证）

1. 临床表现：身热夜甚，心烦不寐，时有谵语，斑疹隐隐，舌质红绛，脉细而数。

2. 病机分析：气分邪热深入，劫灼营阴，营阴受损，则身热夜甚，口干不甚渴饮；营分热炽，扰乱心神，则心烦不寐，时有谵语；营分之热波及血络，则皮肤隐隐可见斑疹；舌质红绛，脉细而数均为热灼营阴之象。

3. 治疗方法：清营解毒，透热养阴。

(1) 代表方剂

清营汤（《温病条辨》）

【组成】水牛角30g 生地15g 元参9g 竹叶心3g 麦冬9g 丹参6g 黄连5g 银花9g 连翘6g

【方解】方中水牛角咸寒，功擅清营解毒；生地甘寒，长于凉血养阴，二药相合，清营养阴，共为君药。元参咸寒，麦冬甘寒，与君药相协，清营养阴之功益著，故为臣药。银花、连翘清热解毒，且二药轻宣透达，可促使营分之热透出气分而解；竹叶用心，专清心热；黄连苦寒，清心泻火；丹参性微寒，入血分而归心经，可凉血活血，以防营分之热与血相结成瘀，又能除烦安神，以上俱为佐药。竹叶、黄连、丹参三药皆入心经，又有使药之功。数药配伍，清中兼透，泻中有补，共成清营解毒，透热养阴之功。

若舌苔白滑者，虽有热入营分之征，亦禁用本方，以防滋腻之品助湿留邪。本方中水牛角原为犀角，据卫生部卫药发（1993）第59号文件改（下同）。

(2) 针灸处方

【用穴】大椎 曲池 中冲 少冲 人中 十宣 印堂 神门

【刺灸法】毫针刺用泻法。十宣、中冲、少冲点刺出血。

4. 病案选录

徐某某，男，62岁，1984年1月28日就诊。患者因持续发热7日来院急诊。证见发热鼻塞，体温39℃以上，全身肢体酸痛。检查：X线胸透示右下肺纹理增粗；血检：白细胞7600，中性85；肝功能：SGPT68单位，总蛋白7.3，白蛋白3.3，球蛋白4.0；血沉101mm。西医诊断为发热待查、结缔组织病。先予抗生素治疗3日后，壮热神昧，入暮尤

甚，唇干齿燥，口渴不饮，下肢皮肤散在性红疹，尿黄赤不畅，便秘，舌红绛无苔，脉弦细数。证属热毒炽盛，热烁营血，拟清热透邪，凉血透疹，予以清营汤加减：水牛角、生地、板蓝根各 30g，丹皮、杏仁、连翘各 10g，金银花、制大黄各 15g，甘草 5g。2 日后高热渐退，下肢红疹趋淡，大便亦行，舌红苔薄，脉弦略数。原方去制大黄，加鸡内金 10g，3 剂后热除，红疹已退，再予前方 5 剂，症状消失，经随访无殊，已照常工作。（浙江中医杂志，1986，21（7）：297）

（三）血分证；血分热盛证（热炽血分证；血热证；血热内扰证）

1. 临床表现：壮热或低热，手足抽搐或蠕动，神昏谵语，斑疹紫黑，吐血衄血，舌质深绛。

2. 病机分析：营分热毒不解，势必深陷血分。若正气尚充，正邪剧争，则身体壮热，扪之灼手，若正气渐衰，无力抗邪，则身热不甚，故血分证之发热往往因正气充盛与否而有微甚之别；热伤血脉，迫血妄行，可见吐血衄血，斑疹紫黑等热盛动血之象；心主血而藏神，血热炽盛，扰乱心神，轻则躁扰不安，重则昏狂谵妄；热邪播灼肝经，引动肝风，则四肢抽搐，若阴血大伤，肝脉失养，虚风内动，则表现为手足蠕动；舌质深绛为热邪深入血分，血热炽盛之征。

3. 治疗方法：清热解毒，凉血散瘀。

（1）代表方剂

犀角地黄汤（《备急千金要方》）

【组成】水牛角 30g 生地黄 30g 芍药 12g 牡丹皮 9g

【方解】本方以水牛角为君药，清热凉血，解毒定惊；生地清热凉血，养阴生津，一可助水牛角解血分之热，二可复已失之阴血，故为臣药；芍药有赤白之分，本证以热盛动血，热灼血瘀为基本病理，故方中多用赤芍，与丹皮合用既可清热凉血，又能活血散瘀，俱为佐药。四药配伍，凉血与散血并用，使热毒清而血络宁，瘀血化则热无所附，共奏清热解毒，凉血散瘀之功。

本方不仅是治疗温病热入血分证的代表方，亦常用于内伤杂病因热伤血络而致的多种出血证。

（2）针灸处方

【用穴】曲泽 中冲 少冲 委中 曲池 大椎 人中 十宣 血海 膈俞

【刺灸法】毫针刺用泻法。印堂、百会横刺间歇运针，十宣点刺出血。

4. 病案选录

王某，男，50 岁，干部，1977 年 11 月 14 日就诊。高血压病史 16 年，当晚因情绪激动骤起左半身不遂，左侧口角流涎而急诊入院，诊断为“原发性高血压、动脉硬化、脑溢血（右侧内囊）”，当即予以甘露醇、止血剂、安定等治疗。次日诉心窝部烧灼感，大便干结，色黄，服 Benzocain 后症状稍缓，至 11 月 31 日上午突然呕吐咖啡样胃内容物，同日下午排出大量柏油样大便。追问病史既往无呕血、便血史，故考虑神经性溃疡，用云南白药、地榆、三七粉及大量止血定及输血等均无效，患者仍持续不断有少量、每隔 46 小时有大量（约 400~600ml）暗红色血水及血块排出，并间歇有咖啡样胃内容物呕出，至 12 月 2 日中午，病人因出血不止已处于轻度休克状态，外科紧急作胃大部切除术，但术后依然便血不

止，胃抽出液全为鲜红血水，据记录七昼夜内失血总量约 11000ml，患者苍白浮肿，神思恍惚，血压 90/50mmHg。经中西医会诊，决定予以犀角地黄汤。处方：犀角 1200mg（冲）、生地 15g、丹皮 10g、槐花 18g、黄连 3g、生甘草 5g、生侧柏叶 18g、人中白 6g、焦山栀 10g、石斛 15g、玄参 15g，急煎服。当晚及次晨各服 1 剂。另用生地 250g、鲜藕 250g、鲜茅根 125g，捣汁频饮。药后病人胃部灼热感大为减轻，便血量渐少，至晚上大便转黄色，血压回升至 140/86mmHg，且未再度出血。（南通医学院学报 .1982，（2）：75）

（四）热盛动风证

1. 临床表现：高热口渴，神昏谵语，四肢抽搐，角弓反张，舌红或绛，苔黄，脉弦数。

2. 病机分析：本证由热邪亢盛，灼烁阴津，导致筋脉挛急而致。多见于外感热病的极期，亦可因五志过极，气郁化火而成。热邪亢盛，燔灼内外，则见高热，肌肤按之灼手如焚，口渴引饮；热扰心神，则谵语不休，逆传心包，心神愤乱，则神识昏糊，躁扰不安；热灼肝经，津液耗损，筋脉挛急，则手足抽搐，颈项强直，甚至角弓反张，两目上视，牙关紧闭；热邪如在气分，则舌红而苔黄，热入营血，则舌质红绛；肝经火热炽盛，故脉来弦数有力。

3. 治疗方法：凉肝熄风，增液舒筋。

（1）代表方剂

羚羊钩藤汤（《重订通俗伤寒论》）

【组成】羚羊片 4.5g（先煎）霜桑叶 6g 京川贝 12g 鲜生地 15g 双钩藤 9g（后入）滁菊花 9g 茯神木 9g 生白芍 9g 生甘草 3g 淡竹茹 15g（鲜制）

【方解】方中羚羊角入肝经，凉肝熄风；钩藤清热平肝，熄风解痉，共为君药。配伍桑叶、菊花辛凉疏泄，清热平肝熄风，以加强凉肝熄风之效，用为臣药。热极动风，风火相煽，最易耗阴劫液，故用鲜生地、白芍药、生甘草三味相伍，酸甘化阴，滋阴增液，柔肝舒筋，与羚羊角、钩藤等清热凉肝熄风药并用，标本兼顾，可加强熄风解痉之效；邪热亢盛，每易灼津成痰，故用川贝母、鲜竹茹清热化痰；热扰心神，又以茯神木平肝、宁心安神，以上俱为佐药。生甘草调和诸药，兼作使药。诸药合用，共奏凉肝熄风，增液舒筋之功。

本方若用于温病极期高热动风证者，宜酌加石膏、黄芩、栀子等药或配合白虎汤、黄连解毒汤等以增强清热泻火解毒之力；若热邪内闭，神志昏迷者，应加用紫雪、安宫牛黄丸等清热开窍之剂。

（2）针灸处方

【用穴】人中 风府 太冲 十二井穴 大椎 劳宫 颊车 下关 大陵 合谷 阳陵泉 承山

【刺灸法】毫针刺用泻法。十二井穴点刺出血。

4. 病案选录

梁某某，男，24岁。因双夏期间劳累过度，加上情志不畅，导致旧病复发。症见彻夜不眠，惊惕不安，抽搐频频，不能自主，口角流涎，沉默不语，偶有大小便失禁，进食被动，病已一周。舌质红，苔薄黄，脉弦滑。西医诊断为癔病性精神病；中医辨证属肝阳浮越，内风扰动，痰浊上泛。治宜平肝熄风，清热化痰。方用羚羊钩藤汤加减：羚羊角 2g，钩藤、茯苓、僵蚕、天竺黄各 12g，生地 30g，石决明 20g，生白芍 15g，象贝、竹茹、地龙

各10g,冬桑叶6g,蜈蚣2条。同时配合针刺。用药20余剂,痊愈出院。(浙江中医杂志,1982,17(9):413)

(五) 肺热炽盛证;肺热壅盛证(肺实热证;肺火证;邪热壅肺证)

1. 临床表现:发热口渴,咳嗽,气粗而喘,或有胸痛,咽痛,鼻煽气灼,便秘尿黄,舌红苔黄,脉数。

2. 病机分析:里热蒸腾则发热,热盛津伤则见口渴;热邪犯肺,肺失清肃,宣降失常,气逆于上,故见咳嗽,气粗而喘;胸为肺之外廓,咽为肺之门户,肺开窍于鼻,邪热内迫,肺气不利,故见鼻煽气灼,胸痛;肺热上熏咽喉,气血壅滞,故咽痛;便秘,尿黄,为津伤液亏之征;舌红苔黄,脉数皆为里热炽盛之象。

3. 治疗方法:清热泻肺。

(1) 代表方剂

麻黄杏仁甘草石膏汤(《伤寒论》)

【组成】麻黄5g 杏仁9g 炙甘草6g 石膏18g(碎)

【方解】方中麻黄宣肺平喘,发散热邪为君药;石膏清泄肺热,并以其辛甘大寒制约辛温之麻黄,使其宣肺而不助热,清肺而不留邪为臣药;杏仁佐麻黄、石膏清肺止咳平喘为佐药;甘草益气和缓,与石膏相配能生津止渴,更可调和在寒温宣降之间为佐使药。全方配伍严谨,用量巧妙而收辛凉宣泄,清肺平喘之功。

(2) 针灸处方

【用穴】大椎 曲池 合谷 经渠 肺俞 丰隆 尺泽 内关

【刺灸法】针刺以泻法。或用三棱针点刺出血。

4. 病案选录

叶某,女,21岁,1974年4月5日初诊。患者发热(38.5℃)咳嗽9天,服四环素等未见好转。刻下但热不寒,咳嗽痰液黄稠,左肋肋刺痛,精神不振。血常规:白细胞总数 $13.8 \times 10^9/L$,中性0.81,胸透示左下肺呈不规则模糊阴影,舌苔薄黄腻,脉滑数弦。乃风温外受,由卫入气,邪热恋肺,失于清肃,灼液为痰,治拟清热宣肺而化痰湿。处方:净麻黄6g、石膏30g(先煎)、杏仁9g、甘草3g、桔梗9g、苡仁15g、薏仁2.4g(研细后下)、泽泻30g、鱼腥草30g、制半夏9g、黄芩9g、蒲公英30g,3剂,水煎服。1974年4月8日二诊:寒热已退(36.7℃),夜间多汗,咳嗽痰稠咳甚中脘作痛,舌苔白腻,脉浮小滑,时邪尚未清彻,宣肃之权未复,痰热脾湿偏盛,再拟宣肺化痰,和中化湿。处方:清炙麻黄6克、杏仁9克、生石膏30克(先煎)、甘草3克、生熟苡仁各15克、白薏仁3克(研细后下)、茯苓12克、橘红4.5克、鱼腥草30克、冬瓜子15克、全瓜蒌12克,2剂,水煎服。1974年7月10日三诊:寒热未见复燃,干咳少痰,痰稠色偏黄,上半夜咳嗽较甚。复查白细胞总数基本正常,胸透示左下肺炎已完全吸收,脉细滑,苔薄黄腻。燥痰湿热内恋,治拟麦门冬汤加减,以润肺止咳。处方:南沙参15克,制半夏9克,麦门冬9克,甘草3克,桑叶、皮各9克,杏仁9克,银花12克,冬瓜子12克,炒苡仁30克,枇杷叶12克(包煎),3剂,水煎服。(《张伯臾医案》)

(六) 心火上炎证

1. 临床表现:心胸烦热,口渴面赤,心烦失眠,口舌生疮,甚则赤烂疼痛,舌红苔黄,

脉数。

2. 病机分析：本证多因情志不遂、过食辛辣甘肥之品以致化热生火，火热之邪循经上冲而致。心火亢盛，扰动心神内而心烦失眠；舌为心之苗窍，心火循经上炎，则每致口舌生疮，甚则赤烂疼痛；心胸烦热，口渴面赤，舌红苔黄，脉数等均为心经有热之征。心与小肠相表里，若心热下移小肠者，可出现小便赤涩热痛之征。

3. 治疗方法：清心泻火，导热下行。

(1) 代表方剂

导赤散(《小儿药证直诀》)

【组成】 生地黄 生甘草 木通 竹叶各 6g

【方解】 方中木通入心与小肠经，味苦性寒，既可清心降火，又能利水通淋以导心热下行，故为君药。臣以生地甘凉滋润，清心火而生津液，与木通配伍，利水而不伤阴，补阴而不恋邪。竹叶甘淡，清心除烦，利尿通淋，合木通、生地则清心泻火之力相得亦彰；甘草调和诸药，又可防木通、生地之寒凉伤胃，后世多改用甘草梢，取其兼能直达茎中而止淋痛，二药同为佐使。四药合用，共成清心利水，导热下行之剂。

若心火较盛，可加黄连以助泻火之力；若心热下移小肠，小便不通，可加车前子、赤茯苓以增清热利水之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 大陵 内关 神门 三阴交 少府 劳宫

【刺灸法】 毫针刺用泻法。

4. 病案选录

张某某，男，25岁。主诉：两眼发红生眵将近一月，用过多种眼药水无效。检查：两眼睑结膜弥漫性充血，球结膜接近二眦部充血明显，舌赤，脉数。证由心火，治当清降。处方：导赤散加黄芩。5剂后复诊，充血减退，眼眵已无。再予原方5剂而愈。(上海中医药杂志，1982，[11]:10)

(七) 肝火上炎证

1. 临床表现：发热口渴，烦躁易怒，头痛，或目赤肿痛，或耳轰鸣暴聋，或吐血、衄血，面赤，舌红苔黄，脉弦数。

【方解】方中龙胆草大苦大寒，主入肝胆之经，长于清泻肝胆实火，用为君药。黄芩、栀子苦寒泻火，助龙胆草以泻肝胆经实火，同为臣药。泽泻、木通、车前子为苦寒清利湿热之药，可使肝胆湿热从小便而出；然肝为藏血之脏，肝经实火，本易耗伤阴血，加之方中众多苦燥渗利之药亦易伤阴，故又配生地、当归滋养肝血，使祛邪而不伤正。肝性喜条达而恶抑郁，火邪内郁则肝气不舒，故以柴胡舒畅肝胆之气，并能引诸药归于肝经，以上均为佐药。甘草调和诸药为使药。方中药味多用酒炒，意在使其寒而不遏，是清泻之中寓有疏散之意。诸药合用，泻中有补，利中有滋，疏中有养，降中寓升，从而使肝火清泄而阴血无伤。

本方苦寒之性较著，不可久服，以免败胃伤阳。素体脾胃虚弱者忌用本方。若肝胆实火而无湿热之征者，可去泽泻、木通、车前子；若便秘，舌苔黄燥者，可加大黄以增泻火之力。

(2) 针灸处方

【用穴】行间 侠溪 风池 太冲 悬颅 翳风 中渚 太阳 瞳子髎 关冲 印堂

【刺灸法】泻法。

4. 病案选录

乔×，女，43岁，农民。1983年7月就诊。患者身体强壮，面色红润，但每次经行前23天，就出现头晕头痛，口苦心烦，旋即鼻内出血，阻塞鼻孔则血从口出，有时挟有紫块，已达半年之久。舌质红，苔黄，脉弦有力。诊见一派肝胆郁热之象，予龙胆泻肝汤加怀牛膝24g、荆芥炭10g。服药3剂即效，连服3个月经周期痊愈，迄今未见复发。（浙江中医杂志，1990，25[4]:157）

(八) 胃火证；胃热证；胃火炽盛证（胃实热证）

1. 临床表现：胃脘灼痛、喜冷，发热口渴，或口臭、牙龈肿痛、齿衄，便结尿黄，舌红苔黄，脉数。

2. 病机分析：本证多由平素嗜食辛辣肥腻，化热生火，或热邪内犯，以致火热炽盛，壅滞于胃。热灼胃腑，故患者自觉胃脘灼痛而喜冷；热灼津伤，故发热口渴而喜冷饮；胃热蒸腾，浊气上泛，故口气热臭；足阳明胃经循行于口、齿部位，胃火循经上炎，燔灼龈络，则牙龈肿痛，甚则腐烂化脓；龈络受损，血热妄行，则齿衄出血，血色鲜红；大肠失润则便秘，热及膀胱则尿黄。舌红苔黄，脉数等，亦为胃火炽盛的表现。

3. 治疗方法：清胃凉血。

(1) 代表方剂

清胃散（《兰室秘藏》）

【组成】 生地黄 12g 当归身 6g 牡丹皮 9g 黄连 35g（夏月倍之） 升麻 6g

【方解】方中黄连苦寒，直泻胃腑之火，用为君药。生地凉血止血，养阴生津；丹皮凉血清热，活血止痛，同为臣药。佐以当归，养血和血，以助消肿止痛；升麻清热解毒，善治口舌生疮，且其性升而能散，可宣达郁遏之伏火，并兼作阳明引经使药，引导诸药直达病所。升麻与黄连配伍，一降一升，则泻火而无凉遏之弊，散火而无升焰之虞。五药相合，共奏清胃凉血之功。

肾阴虚而虚火上炎所致的牙龈肿痛、牙宣出血等，不宜应用本方。若胃火殊盛，口渴引

舌红苔黄，脉数。

2. 病机分析：本证多由外感六淫之邪，化热化火，火热壅盛成毒，郁滞肌肤，局部气血凝滞，营卫不和，经络阻塞而成。气不通则肿，血不通则痛，甚至热胜肉腐，血败为脓，故可见局部红肿疼痛，酿脓成痈；由于热毒炽盛，伤津耗液，故伴发热口渴，舌红苔黄，脉数有力等。重者还可能发生恶心呕吐，烦躁不安，神昏谵语等热毒内陷之危候。

3. 治疗方法：清热解毒，消肿溃坚，活血止痛。

(1) 代表方剂

仙方活命饮(《校注妇人良方》)

【组成】白芷 贝母 防风 赤芍药 当归尾 甘草节 炒皂角刺 炙穿山甲 天花粉 乳香 没药各3g 金银花 陈皮各9g

【方解】方中金银花性味甘寒，最善清热解毒，消散痈肿，前人称之为“疮疡圣药”，故为君药。陈皮、归尾、赤芍、乳香、没药行气通络，活血散瘀，消肿止痛，用为臣药。防风、白芷疏散外邪，使热毒向外透解；穿山甲、皂角刺通行经络，溃坚决痈，使脓成易溃；天花粉、贝母清热化痰，散结排脓，使痈肿易消，俱为佐药。甘草为使，助君药清热解毒，并调和诸药。煎药加酒者，取其善走而行周身，活血通络以助药势，使药力速达病所。诸药合用，使热毒清而气血和，经络通而痈肿消。

本方活血化瘀、消肿排脓作用较胜，而清热解毒之力略嫌不足，临证使用时宜适当加入蒲公英、紫花地丁、连翘、野菊花等药以增强清热解毒之效。本方适用于阳证而体实的各类疮疡肿毒。脓未成者，服之可消，脓已成者，服之可溃。但应注意只可用于痈肿未溃之前，若已溃后断不可用。阴证疮疡忌用；脾胃本虚，气血不足者均应慎服。

(2) 针灸处方

【用穴】身柱 合谷 委中 大椎 灵台 肩井 梁丘

【刺灸法】毫针刺用泻法。委中穴以三棱针点刺出血。

4. 病案选录

张某，男，32岁。咽痛，发烧5天，疼痛剧烈1天。5天前汗出脱衣外感风寒，逐渐感到身体发热，咽部疼痛，在厂卫生室肌注庆大霉素3天，咽痛反而加剧，吞咽有阻挡感，说话含糊不清。查体：体温39.2℃，舌红苔薄黄脉数。右侧软腭及悬雍垂红肿，舌腭弓上方隆起，扁桃体被遮盖，并且推向内下方。实验室检查：白细胞计数 $16 \times 10^9/L$ 。处方：仙方活命饮加连翘10g、牛蒡子10g、山豆根10g、水煎300毫升，早晚分服。1剂后咽部疼痛减轻，2剂后体温降至37.2℃，5剂痊愈。(山东中医杂志.1992, 11[5]:15)

第四章 虚 证

虚证是对人体正气虚弱所致各种临床表现的病理概括。虚证的形成，多由后天失调和疾病耗损所致，也可由先天禀赋不足所产生。如饮食失调，气血生化之源不足；情志所伤，劳倦过度，耗伤气血营阴；房室过度，耗伤肾脏元真之气；久病失治误治，损伤正气；大吐、大汗、大泻、出血、失精等致阴液气血耗损等，均可成为虚证。虚证包括阴、阳、气、血、精、津，以及脏腑等各种虚损证。不同虚证的表现极不一致，阳气虚者，以面色淡白、神疲乏力、形寒肢冷、舌淡胖嫩、脉虚沉迟为辨证要点；阴血虚者，以手足心热、心烦心悸、面色萎黄或颧红、潮热盗汗、舌红少苔、脉细数为辨证要点。治当“虚者补之，损者益之”。

第一节 气 虚 证

气虚证是元气不足，气的推动、温煦、固摄、防御、气化等功能减退，或脏腑组织机能减退所表现的证候。常由久病、重病或劳累过度耗损元气；或因先天不足，后天失调而使元气匮乏；或因年老体弱，脏腑机能衰退而元气自衰等所致。

一、临床表现

气短懒言，神疲乏力，自汗，活动时诸证加剧，舌淡，脉虚。

二、病机分析

人体脏腑组织功能活动的强弱与气的盛衰有密切关系，气盛则机能旺盛，气衰则机能活动减退。由于元气亏虚，脏腑组织机能减退，所以气短懒言，神疲乏力；卫气虚则毛窍疏松，外卫不固则自汗；劳则气耗，故活动时诸证加剧；气虚无力鼓动血脉，血不上营于舌，而见舌淡；运血无力，故脉象按之无力。

三、治疗法则

扶正益气。

四、常用中药

1. 人参

本品为五加科多年生草本植物人参 *Panax ginseng* C.A.Mey. 的根。药用有生晒参、红参、白参之别。

性味归经：甘、微苦，微温。归脾、肺经。

功效：大补元气，补脾益肺，生津止渴，安神增智。

应用：用于大失血、大吐泻以及一切疾病因元气虚极出现体虚欲脱，脉微欲绝之阳气欲脱证，可单用本品大量浓煎服，如兼见汗出肢冷等亡阳现象者，可加附子同用，以增强固阳作用。用于倦怠无力、食欲不振、上腹痞满、呕吐泄泻之脾气不足证，常与白术、茯苓、炙甘草等健脾胃药同用。对于呼吸短促、行动乏力、动辄气喘、脉虚自汗之肺气亏虚之证，多与胡桃、蛤蚧等药同用。用于身热而渴、汗多、脉大无力之气津两伤证，多与石膏、知母、甘草、粳米同用，如热伤气阴、口渴多汗、气虚脉弱者，又可与麦冬、五味子同用。用于心神不安、失眠多梦、惊悸健忘而属于气虚血亏引起的，多配伍龙眼肉、酸枣仁等养血安神药同用。

用量用法：5~10g。宜文火另煎，将人参汁兑入其它药汤内饮服。研末吞服，每次1~2g，日服2~3次。如挽救虚脱，当用大量（10~15g）煎汁分数次灌服。反藜芦。畏五灵脂。恶皂荚。

注意事项：实证、热证而正气不虚者忌服。服人参不宜喝茶和吃萝卜，以免影响药力。

2. 党参

本品为桔梗科多年生草本植物党参 *Codonopsis pilosula* (Franch.) Nannf.、素花党参 *Codonopsis pilosula* Nannf. var. *Modesta* (Nannf.) L. T. Shen 或川党参 *Codonopsis tangshen* Oliv. 的根。切厚片，生用。

性味归经：甘，平。归脾、肺经。

功效：补中益气，生津养血。

应用：用于食少便溏、四肢倦怠之中气不足等，多与白术、茯苓、炙甘草同用。用于气短咳嗽、言语无力、声音低弱之肺气虚证，可配伍黄芪、五味子等药同用。用于热病伤津，气短口渴，配伍麦冬、五味子同用。用于面色萎黄、头晕心慌之气血亏虚证，当配伍熟地、当归等药同用。

用量用法：10~30g。水煎服。反藜芦。

3. 西洋参

为五加科多年生草本植物西洋参 *Panax quinquefolium* L. 的根。切片，生用。

性味归经：苦、微甘，寒。归心、肺、肾经。

功效：补气养阴，清火生津。

应用：用于阴虚火旺，喘咳痰血，多与麦冬、阿胶、知母等养阴清肺化痰药同用；用于热病气阴两伤，烦倦口渴，可配伍鲜生地、鲜石斛、麦冬等养阴清热生津药同用；用于津液不足，口干舌燥，单用水煎服即有效。

用量用法：3~6g。另煎兑服。忌铁器火炒，反藜芦。

使用注意：本品性寒，能伤阳助湿，故中阳衰微，胃有寒湿者忌服。

4. 黄芪

本品为豆科多年生草本植物蒙古黄芪 *Astragalus membranaceus* (Fisch.) Bge. var. *Mongholicus* (Bge.) Hsiao 或膜荚黄芪 *Astragalus membranaceus* (Fisch.) Bge. 的根。生用，或炙用。

性味归经：甘，微温。归脾、肺经。

功效：补气升阳，益卫固表，托毒生肌，利水消肿。

应用：病后气虚体弱，与人参同用；用于食少便溏、泄泻之脾气亏虚证，与白术同用；用于气虚阳衰，畏寒多汗，与附子配伍。治中气下陷，久泻脱肛、子宫下垂等，与人参、白术、升麻同用；又可用治气虚不能摄血的便血、崩漏，与人参、龙眼肉等同用。用于卫气虚所致表虚自汗，配伍牡蛎、麻黄根等；也可用治阴虚引起的盗汗，但须与生地、黄柏等滋阴降火药同用。用于气血不足所致痈疽不溃或溃久不敛，常与当归、穿山甲、皂刺同用；与人参、当归、肉桂等配伍同用，可以生肌敛疮。用于浮肿尿少，多配伍防己、白术等同用。

用量用法：10~15g，大剂量可用30~60g。补气升阳宜炙用，其它多生用。

5. 白术

本品为菊科多年生草本植物白术 *Atractylodes macrocephala* Koidz. 的根茎。生用，或土炒用。

性味归经：苦、甘，温。归脾、胃经。

功效：补气健脾，燥湿利水，止汗安胎。

应用：用于脾气虚弱，运化失常所致食少腹胀、大便溏泻、倦怠无力之证，常与人参、茯苓、炙甘草同用；如脾胃虚寒，脘腹冷痛、大便泄泻者，可配党参、干姜、炙甘草同用；如脾虚而有积滞，食欲不振、脘腹痞满，可以攻补兼施，配合枳实消除痞满。用于脾虚不能运化，水湿停留，而为痰饮水肿等，如配伍茯苓、桂枝、炙甘草可以去痰饮，配伍茯苓皮、大腹皮等可以消水肿。用于脾虚气弱，肌表不固而自汗者，可配伍黄芪、浮小麦治虚汗不止；用于妊娠脾虚气弱，胎动不安之证，常配伍党参、茯苓、炙甘草等药，以增强保胎作用。

用量用法：5~15g。燥湿利水宜生用，补气健脾宜炒用，健脾止泻宜炒焦用。

注意事项：本品燥湿伤阴，故只适用于中焦有湿之症，如属阴虚内热和津液亏耗燥渴者，均不宜服。

6. 山药

本品为薯蓣科多年蔓生草本植物薯蓣 *Dioscorea opposita* Thunb. 的根茎。生用或麸炒用。

性味归经：甘，平。归脾、肺、肾经。

功效：益气养阴，补脾肺肾。

应用：用于脾气虚弱，食少便溏或泄泻，常与人参、白术、茯苓等同用；用于肺虚喘咳，可配伍党参、麦冬、五味子等药同用。用于肾虚遗精、尿频、妇女白带过多，治肾虚遗精，可与熟地、山萸肉等配伍；治肾虚尿频，常与益智仁、乌药等配伍；至于妇女白带过多，属脾虚有湿者，多配伍党参、白术、车前子等健脾利湿药同用；属肾虚不固者，多配伍熟地、山萸肉、菟丝子等补肾收涩药同用。

用量用法：煎服10~30g，大量60~250g。研末吞服，每次6~10g。补阴宜生用，健脾止泻宜炒用。

7. 甘草

本品为豆科多年生草本植物甘草 *Glycyrrhiza uralensis* Fisch.、胀果甘草 *Glycyrrhiza inflata* Bat. 或光果甘草 *Glycyrrhiza glabra* L. 的根及根茎。生用，或蜜炙用。

性味归经：甘，平。归心、肺、脾、胃经。

功效：补脾益气，润肺止咳，解毒，缓急止痛，缓和药性。

应用：用于脾胃虚弱，中气不足，气短乏力、食少便溏，多配伍人参、白术、茯苓等补气健脾药同用。用于风寒犯肺，咳嗽气喘，可配伍麻黄、杏仁，加用生石膏，尚可用于肺有郁热的喘咳。治咽喉肿痛，可配伍桔梗；治痈疽疮毒，可配伍银花、蒲公英；治食物中毒、药物中毒及农药中毒，可单用本品煎汤服，或与绿豆同用。配伍桂枝、芍药、饴糖等，可治脾胃虚寒，脘腹挛急作痛；配伍芍药，治营血受伤，四肢拘挛作痛，或脚挛急不伸。本品还有缓和药性、调和百药的功能，如缓和附子、干姜之热，石膏、知母之寒，大黄、芒硝之峻泻等。

用量用法：2~10g。清火解毒宜生用，补中缓急宜炙用。反大戟、芫花、海藻。

注意事项：本品味甘，能助湿壅气，令人中满，故湿盛而胸腹胀满及呕吐者忌服。服较大剂量甘草，每易引起浮肿，使用也当注意。

五、常用腧穴

1. 大巨 (ST27)

定位：脐下2寸，前正中线旁开2寸。

主治：小腹胀满，小便不利，疝气，遗精，早泄。

操作：直刺0.5~1寸。可灸。

2. 归来 (ST29)

定位：脐下4寸，前正中线旁开2寸。

主治：腹痛，疝气，月经不调，白带，阴挺。

操作：直刺0.5~1寸。可灸。

3. 太白 (SP3)

定位：第一跖骨小头后缘，赤白肉际。

主治：胃痛，腹胀，肠鸣，泄泻，便秘，痢疾，痔漏，脚气，身重节痛。

操作：直刺0.5~0.8寸。可灸。

4. 商丘 (SP5)

定位：内踝前下方凹陷中。

主治：肠鸣，腹胀，舌根强痛，便秘，泄泻，倦怠嗜卧，黄疸，足踝疼痛。

操作：直刺0.3~0.5寸。可灸。

5. 三阴交 (SP6)

定位：内踝高点上3寸，胫骨内侧面后缘。

主治：肠鸣腹胀，大便溏泻，完谷不化，月经不调，带下，阴挺，不孕，滞产，遗精，阳痿，遗尿，疝气，失眠，下肢痿痹，脚气。

操作：直刺0.5~1寸。可灸。

6. 阴陵泉 (SP9)

定位：胫骨内侧面下缘凹陷中。

主治：腹胀，水肿，黄疸，泄泻，小便不利或失禁，遗精，膝痛。

操作：直刺0.5~1寸。可灸。

7. 地机 (SP8)

定位：阴陵泉下 3 寸。

主治：腹胀，食欲不振，泄泻，痢疾，小便不利，水肿，月经不调，痛经，遗精。

操作：直刺 0.5~1 寸。可灸。

8. 大赫 (KI12)

定位：脐下 4 寸，前正中线旁开 0.5 寸。

主治：遗精，阳痿，阴茎痛，阴挺，带下。

操作：直刺 0.5~1 寸。可灸。

9. 脾俞 (BL20)

定位：第十一胸椎棘突下，旁开 1.5 寸。

主治：腹胀，黄疸，呕吐，泄泻，痢疾，便血，水肿，背痛。

操作：斜刺 0.5~0.8 寸。可灸。

10. 胃俞 (BL21)

定位：第十二胸椎棘突下，旁开 1.5 寸。

主治：胸胁痛，胃脘痛，腹胀，呕吐，肠鸣，完谷不化。

操作：斜刺 0.5~0.8 寸。可灸。

11. 肾俞 (BL23)

定位：第二腰椎棘突下，旁开 1.5 寸。

主治：遗精，阳痿，遗尿，月经不调，白带，水肿，腰膝酸软，目昏，耳鸣，耳聋。

操作：直刺 1~1.5 寸。可灸。

12. 关元俞 (BL26)

定位：第五腰椎棘突下，旁开 1.5 寸。

主治：腹胀，泄泻，小便频数或不利，遗尿，腰痛。

操作：直刺 0.7~1.2 寸。可灸。

13. 关元 (RN4)

定位：前正中线，脐下 3 寸。

主治：遗尿，小便频数，尿闭，泄泻，腹痛，遗精，阳痿，疝气，月经不调，带下，不孕，痛经，产后恶露不止，虚劳羸瘦，中风脱证。

操作：直刺 1~2 寸。可多灸。孕妇慎用。

14. 气海 (RN6)

定位：前正中线，脐下 1.5 寸。

主治：腹痛，泄泻，便秘，水肿，遗尿，疝气，遗精，崩漏，带下，月经不调，产后出血，中风脱证。

操作：直刺 1~2 寸。可多灸。

15. 下脘 (RN10)

定位：前正中线，脐上 2 寸。

主治：胃痛，腹胀，痢疾，泄泻，呕吐，完谷不化。

操作：直刺 1~2 寸。可灸。

16. 建里 (RN11)

定位：前正中线，脐上3寸。

主治：胃痛，呕吐，食欲不振，腹胀，水肿。

操作：直刺1~2寸。可灸。

17. 中脘 (RN12)

定位：前正中线，脐上4寸。

主治：胃痛，呕吐，吞酸，腹胀，泄泻，黄疸，癫狂。

操作：直刺1~1.5寸。可灸。

六、常见证型治要

(一) 脾气 (亏) 虚证

1. 临床表现：纳少，腹胀，大便溏薄，肢体倦怠，神疲，舌淡苔白，脉缓弱。

2. 病机分析：脾气不足，胃气亦弱，腐熟功能失职，故纳呆食少；脾气不足，运化失健，输布精微乏力，致水湿内生，脾气反为所困，因而形成腹胀；水湿不化，流注肠中，则大便溏薄；脾主四肢肌肉，脾气不足，肢体失养，可见肢体倦怠；中气不足则神疲；舌淡苔白，脉缓弱，是脾气虚弱之征。

3. 治疗方法：健脾益气。

(1) 代表方剂

四君子汤(《太平惠民和剂局方》)

【组成】 人参 10g 白术 9g 茯苓 9g 炙甘草 6g

【方解】 方中以人参甘温大补元气，健脾养胃，为君药；以白术苦温健脾燥湿，为臣药；佐以茯苓甘淡，渗湿健脾，苓术合用，促其运化，健脾除湿之功更强；使药以炙甘草，甘温调中。全方配合，共奏益气健脾之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 足三里 脾俞 中脘 地机 建里 关元俞

【刺灸法】 补法，可灸。

4. 病案选录

戈××，女性，12岁。因其母体弱多病，晚生此女，先天不足，累及后天，从襁褓时发育不够好，直到现在，身矮肌瘦，稍一动作即感劳累气短，懒于玩耍，且目力非常衰弱，读书写字超过10分钟，即感觉目抽而痛，因之休学。于1973年11月初来北京就诊。脉虚软，舌淡，面色晄白，目白睛过白，大便有时不成条，食极少，每顿不过半两许。认为是脾胃不足，并无其它疾患。用资生丸以培养后天之本。人参45g、茯苓30g、白术45g、甘草15g、山药30g、薏仁22.5g、莲子肉20g、芡实22.5g、陈皮30g、麦芽30g、神曲30g、白蔻12g、桔梗15g、藿香15g、川黄连6g、砂仁22.5g、白扁豆、山楂各22.5g。上方共为粗末，每次6g，煎2次合在一处，午、晚饭后1小时左右各服1次。服20天后，即食量大增，一月后，每餐可进3两，面色红润，精神焕发，喜玩乐动，目力亦见强，能看书写字持续半小时以上。因令她坚持下去，并请眼科为诊视目疾，云系远视眼，因营养不足所致，可配眼镜以帮助目力，未予开药方治疗。(《岳美中医案集》)

附：脾气下陷证；中气下陷证

1. 临床表现：脘腹重坠作胀，食入益甚，或便意频数，肛门重坠；或久痢不止，甚或脱肛；或子宫下垂；或小便混浊；或崩漏、胎漏。伴神疲乏力，食少便溏，头晕目眩。舌淡苔白，脉弱。

2. 病机分析：中焦脾胃为气血生化之源，脾气不足，运化失健，内脏不得供养，故脏气虚衰，升举无力而下垂，临床以胃下垂为多见。胃腑下垂，故脘腹重坠作胀，食入气陷更甚，脘腹更觉不舒；由于中气下陷，故时有便意，肛门重坠，或下利不止，肛门外脱；脾气升举无力，可见子宫下垂。脾主散精，脾虚气陷致精微不能正常输布而反下流膀胱，故小便混浊；气虚下陷，统血无力，故见崩漏、胎漏；中气不足，全身机能活动减退，所以神疲乏力；脾运失健，故食少便溏；清阳不升则头晕目眩。舌淡苔白，脉弱，皆为脾气虚弱的表现。

3. 治疗方法：补中益气，升阳举陷。

(1) 代表方剂

补中益气汤(《脾胃论》)

【组成】 黄芪 15~20g 炙甘草 5g 人参 10g 当归 10g 橘皮 6g 升麻 3g 柴胡 3g 白术 10g

【方解】 方中黄芪益气为君，人参、白术、炙甘草健脾益气为臣，共收补中益气之功；配橘皮理气、当归补血，均为佐药；升麻、柴胡升举下陷清阳，为补气方中的使药。综合全方既能补气健脾以治气虚之本，又可升提下陷阳气，以求浊降清升，于是脾胃和调，水谷精气生化有源，脾胃气虚诸证可以自愈。中气不虚，则升举有力，凡下脱、下垂诸证可以自复其位。

(2) 针灸处方

【用穴】 气海 足三里 三阴交 关元 百会 脾俞

【刺灸法】 针刺用补法。可灸。

4. 病案选录：

李××，女，34岁，已婚，干部。系地质测量者，长期在野外工作，身体素健。1972年开始体力减弱，1973年7月流产，更觉体力不支，头眩，低烧，畏冷，自汗，背部汗多，每日更衣数次，疲劳、嗜睡、食欲一般，小腹有下坠感，时欲大便，但量少不畅，夜尿2~3次，清长，脉象浮大而软，舌质淡，苔薄白。证属脾阳虚衰，中气下陷，拟温阳益气，甘温除热，用补中益气汤加味：西党参 15g 炙甘草 6g 白术 20g 当归 6g 陈皮 6g 升麻 6g 红柴胡 6g 黄芪 15g 防风 10g 附片 3g。5剂后低热退，汗止，头晕及小腹坠胀感减轻。守原方加半夏 6g、天麻 5g，5剂。继用补中益气丸调理善后。(《湖南省老中医医案选》彭崇让案)

脾不统血证；脾不摄血证

1. 临床表现：各种慢性出血，或紫癜，或妇女月经淋漓、量多、先期、崩漏，常伴见食少腹胀，便溏，神疲乏力，舌淡苔白，脉细弱。

2. 病机分析：脾气亏虚，统血无权，则血溢脉外，而见出血诸症。如溢于胃肠，则见便血；溢于膀胱，则见尿血；溢于皮下，则为紫癜；脾虚统血无权，冲任不固，则妇女月经

淋漓、量多、先期，甚或崩漏。除各种出血外，同时可见脾气亏虚的证候，如运化失健，则食少腹胀、便溏；中气不足，则神疲乏力；舌淡苔白，脉细弱，皆为脾气虚之征象。

3. 治疗方法：健脾，益气，摄血。

(1) 代表方剂

归脾汤(《济生方》)。

【组成】 人参 15g 黄芪 30g 当归 3g 白术 30g 茯神 30g 远志 3g 龙眼肉 30g 酸枣仁 30g 木香 15g 炙甘草 8g 生姜 6g 大枣 3~5 枚

【方解】 方中人参、黄芪补气升阳，以开气血生化之源，并增统血摄血之力，共用为君。白术、甘草、生姜、大枣甘温补脾益气；当归甘辛性温，养肝生血和营，四药合用，阳生阴长，气旺血生，共为臣药。佐以茯神、酸枣仁、龙眼肉甘平养心安神；远志交通心肾而定志宁心；木香理气醒脾，以防益气补血药滋腻滞气，有碍脾胃运化功能。甘草又有调和诸药之功而为使。诸药合用，益气扶阳，养血摄血，而治气血不足，脾不统血之证。

(2) 针灸治疗

【用穴】 气海 脾俞 足三里 关元 三阴交 肾俞 地机

【刺灸法】 针刺用补法。可灸。

4. 病案选录：

宋××，女，39岁。素感动则气短，纳食无味，四肢乏力。此次行经则血崩不止，其势甚急，伴精神倦怠，气短懒言，面色萎黄，下血色淡而质清。舌淡苔薄，脉虚大。此乃脾虚气弱，不能统摄血液所致。法当补脾益气以摄血。令先以高丽参 10g，煎服，继投胶艾四物汤加味：阿胶 10g、艾叶炭 10g、当归 10g、川芎 10g、熟地 10g、白芍 10g、地榆炭 10g、黄芪 15g、侧柏叶 12g。一昼夜连服 2 剂，下血顿减，但仍淋漓不断，脉沉细缓。此脾气素虚，冲任不固所致，取健脾益气固摄冲任之法，投补中益气汤加减。3 剂后，漏血已止，依原方随证加减，续服 20 余剂，诸证悉除。(《湖南省老中医医案选》杨世清案)

(二) 肺气(亏)虚证

1. 临床表现：咳嗽无力，气短而喘，动则益甚，痰液清稀，声低，或有自汗，畏风。舌淡苔白，脉弱。

2. 病机分析：肺气被耗则宗气不足，呼吸功能减弱，因而咳嗽无力，气短而喘，且动则耗气，所以喘息益甚；肺气不足，输布水液功能相应减弱，则水液停聚肺系，随肺气而上逆，所以出现清稀痰液；喉为发音器官，赖肺气以充养，肺气旺则声音洪亮，肺气虚则声低；肺气虚不能宣发卫气于肌表，腠理不密，卫表不固，故见自汗、畏风。舌淡苔白，脉弱，为气虚之征。

3. 治疗方法：补益肺气。

(1) 代表方剂

补肺汤(《永类铃方》)

【组成】 人参 10g 炙黄芪 10g 熟地 15g 五味子 10g 紫菀 10g 桑白皮 15g

【方解】 方中人参大补元气，黄芪补肺益脾，二药合用，有培土生金之意，是为君药。熟地补肺阴，滋肾阴，金水相生，以防子盗母气，为臣药。桑白皮甘寒泻肺，降气消痰；紫菀辛温润肺，化痰止咳；五味子酸温而润，敛肺滋肾，共用为佐，俾清肺而不伤气，化痰而

不劫阴。数药合用，共奏补肺滋肾，化痰止咳之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 脾俞 足三里 肺俞 膏肓 太渊

【刺灸法】 补法。可灸。

4. 病案选录

彭××，15岁，女性。出生后七月，因感冒而胎留咳喘宿疾，每当气候变化，即诱发咳喘，且缠绵难愈，发育不良。及学龄后，一遇劳累，亦每致发病。其父知医，常以小青龙汤、二陈汤等消息治之，屡治屡发。此乃久病宿疾，耗伤人体正气，致抗病力量日益减弱，故一遇劳累后寒袭风吹，即旧病复发。临时治疗，是急则治标之法，虽病暂愈，正气未复，故终无愈期。故发作时投以降气疏肺之剂，愈后即嘱其不间断地服河车大造丸。紫河车1具，川牛膝、淡苁蓉、天门冬、川黄柏（盐水炒）、五味子、锁阳、全当归各21g，大熟地60g，大生地、枸杞子各45g，杜仲30g。共为细末，密丸9g重，每服1丸，1日2次，白开水送下。半年后，体格见壮，发育迅速，随之宿疾亦剔除。紫河车本气血所生，能大补气血，为本方主药，故常服能使精血日增，不特劳损之疾得以剔除，虚弱之体亦日臻强壮。（《岳美中医案集》）

(三) 心气（亏）虚证

1. 临床表现：心悸气短，活动后加重，精神疲倦，面白，或有自汗，舌淡苔白，脉虚无力。

2. 病机分析：心气虚衰，心中空虚惕惕而动，故心悸；心气不足，胸中宗气运转无力，故气短神疲；劳则耗气，活动则心气益虚，故活动后加重；心气不足，血液运行无力，不能上荣于面则面白；气虚卫外不固则自汗；舌淡苔白、脉虚无力为气虚之征。

3. 治疗方法：补益心气。

(1) 代表方剂

养心汤（《证治准绳》）

【组成】 黄芪30g 茯苓30g 茯神30g 当归30g 川芎30g 半夏曲30g 炙甘草3g 柏子仁8g 酸枣仁8g 远志8g 五味子8g 人参8g 肉桂8g

【方解】 方中黄芪补脾肺之气，滋生化之源；当归补血和血，二药合用为君，气旺则血生。臣以人参、茯苓安神增智，健脾宁心；川芎调畅心肝气血。佐以半夏曲燥湿和胃，使脾胃和则夜卧安；远志、茯神宁心安神；柏子仁、酸枣仁、五味子养心安神；肉桂于补气生血药中，有温运阳气，鼓舞气血生长之功。炙甘草既补脾胃之气，且兼调和诸药为使。诸药配伍，共奏益气养血，宁心安神之效。

(2) 针灸处方

【用穴】 心俞 神门 巨阙 内关 通里 脾俞

【刺灸法】 补法。可灸。

4. 病案选录

孔某，男，成人，职员。初诊，1975年2月6日。2年来心悸时作时休，胸闷善太息，气短，大便秘结。舌质淡红，苔薄，脉小弦结代。1972年心电图示频发早搏。证属气血亏耗，心失所养，以致心阳不振，气血失于调畅。治当补益心气，调养阴血，兼通心阳，佐以

理气活血之法。党参 12g、炙甘草 9g、桂枝 6g、赤芍 12g、当归 12g、淮小麦 30g、佛手 4.5g、郁金 12g、香椽皮 9g、茶树根 30g、红枣 5 枚，7 剂。药后心悸略减轻，胸闷已瘥。舌苔薄，脉小弦结代。再拟前法，去淮小麦，加磁石 30g，7 剂。心悸续减，后随证加减又服 20 余剂，诸证基本消失，纳香。诊脉未见结代。再守前法，又服 7 剂以巩固疗效。（《黄文东医案》）

（四）肾气（亏）虚证

1. 临床表现：耳鸣，腰酸，性欲减退，头晕健忘，舌淡苔白，脉沉弱。

2. 病机分析：肾气亏虚，不能上荣于耳，耳失所养，故耳鸣；肾气亏虚，生殖机能减退，故性欲减退；骨骼失于肾气之温养，所以腰膝酸软乏力；肾气不足，脑髓失充则头晕健忘；舌淡苔白，脉沉弱，是肾气虚衰之象。

3. 治疗方法：补益肾气。

（1）代表方剂

大补元煎（《景岳全书》）

【组成】 人参 6g 熟地 12g 炒山药 6g 杜仲 6g 当归 9g 山茱萸 3g 枸杞 9g 炙甘草 6g

【方解】 方中人参大补元气，熟地补肾阴，填精髓而为君药。炒山药、枸杞、杜仲、山茱萸既有滋阴益肾之功，又可调补肝脾，并具收敛涩精之力；当归补血养肝，共为臣药。炙甘草既可调和诸药，又能加强人参的健脾补气作用为佐使。诸药配伍共奏滋补肾气，救本培元，固摄收敛之功。

（2）针灸处方

【用穴】 关元 足三里 肾俞 太溪 三阴交 气海

【刺灸法】 补法。可灸。

4. 病案选录

李××，30 有余。患癆多年，肺损津虚，肾亏精耗。近数月来，不分昼夜，有梦无梦，精自滑遗，渐至舌红苔少，面白颧红，喉干口渴，腰酸胫软，失眠多梦，眩晕无神，阳痿早泄，脉细而数。初拟知柏地黄丸加味，治疗二旬，精滑不止，脉证依然。盖滑遗既久，阴损及阳，治法既宜壮水滋阴，又须温阳固摄。乃仿景岳大补元煎、三才封髓丹及金锁固精丸三方化裁为用：赤参须 6g、熟地黄 12g、淮山药 12g、山茱萸 10g、杜仲（盐水炒）10g、枸杞子 10g、黄柏（盐水炒）10g、天门冬 10g、莲蕊须 10g、湘芡实 12g、煅龙骨 12g、煅牡蛎 12g、潼蒺藜 12g、北五味 5g。水煎服。守服三、四十剂，诸证显著减轻，惟滑遗仍不得止。乃改用威喜丸，先服涩精，以治其标，果然月余获效。继用上方改汤为丸，补涩兼顾，守服逾月，遂得巩固。（《湖南省老中医医案选》陈松筠案）

第二节 血 虚 证

血虚证是指血液亏少，不能濡养脏腑、经络、组织而表现的虚弱证候。常因脾胃虚弱，生血不足；或各种急慢性出血而失血过多，新血未充；或久病不愈，或思虑过度，暗耗阴血；或瘀血阻络，新血不生；或肠道寄生虫等原因所致。

一、临床表现

面色淡白或萎黄，唇舌爪甲色淡，头晕眼花，心悸多梦，手足发麻，妇女月经量少、色淡、衍期甚或闭经，脉细。

二、病机分析

人体脏腑组织，赖血液之濡养，血虚则肌肤失养，面唇爪甲舌体皆呈淡白色；血虚脑髓失养，睛目失滋，所以头晕眼花；血虚心失所养，神失所倚，心神不宁则心悸、多梦；经络失滋致手足发麻；血海空虚，冲任失充，故妇女经量减少、经色变淡、经期迁延，甚至闭经；血虚而脉失充盈则脉细无力。

三、治疗法则

补血。应适当配伍补气药，以益气生血。

四、常用中药

1. 当归

本品为伞形科多年生草本植物当归 *Angelica sinensis* (Oliv.) Diels 的根。

性味归经：甘、辛，温。归肝、心、脾经。

功效：补血，活血，止痛，润肠。

应用：用于血虚诸证，常与熟地、白芍等配用；血虚气弱者，则常与党参、黄芪配合；用于虚寒腹痛，常与白芍、甘草配用；对于血虚有寒的腹痛，常与生姜之类温中散寒药配伍；为妇科调经要药，用于月经不调如月经量少、经期延后、经闭、痛经等证，常与地黄、川芎、白芍等配伍；治跌打损伤，瘀血作痛，配丹参、乳香、红花等；关节痹痛，肌肤麻木，配羌活、桂枝、秦艽等；用于痈疽疮疡，常与银花、赤芍、炮山甲等同用。用于阴血虚少的肠燥便秘，可与火麻仁、肉苁蓉等配用。

用量用法：5~15g。补血用当归身，破血用当归尾，和血（即补血活血）用全当归。酒制能加强活血的功效。

注意事项：湿盛中满、大便泻泄者忌服。

2. 白芍

本品为毛茛科多年生草本植物芍药 *Paeonia lactiflora* Pall. 的干燥根。生用，酒炒或炒用。

性味归经：苦、酸，微寒。归肝、脾经。

功效：养血敛阴，柔肝止痛，平抑肝阳。

应用：用于月经不调、经行腹痛、崩漏，调经常配伍当归、熟地、川芎；经行腹痛可加香附、延胡；崩漏不止可加阿胶、艾炭；用于外感风寒，恶风自汗的风寒表虚证，常配伍桂枝、甘草、生姜等；治阴虚阳浮引起的盗汗，配伍牡蛎、龙骨、柏子仁等同用；用于肝气不和，胁肋脘腹疼痛，配伍当归、白术、柴胡；四肢拘挛作痛，与甘草同用；肝脾不和，腹痛泄泻，配防风、白术、陈皮等；下痢腹痛，配木香、槟榔、黄连等；用于肝阳上亢，头痛、

眩晕之证，多配伍生地、牛膝、代赭石等。

用量用法：5~10g；大剂量 15~30g。

注意事项：阳衰虚寒之证不宜单独应用。反藜芦。

3. 鸡血藤

本品为豆科攀缘灌木植物密花豆 *Spatholobus suberectus* Dunn. 和香花崖的干燥藤茎。

性味归经：苦、微甘，温。归肝经。

功效：补血行血，舒筋活络。

应用：用于血虚或兼有瘀滞的经闭、月经后期、痛经，以及血虚头昏等证，常与当归、熟地、川芎等配伍应用；用于肢体麻木、腰膝酸痛、风湿痹痛等证，老人、虚人、血不养筋而经络不通者，用之尤宜，可与桑寄生、当归、木瓜之类补肝肾、活血舒筋药配伍。

用量用法：9~30g。鸡血藤膏 9~15g，烊化冲服。

4. 熟地

本品为玄参科多年生草本植物地黄 *Rehmannia glutinosa* (Gaerth.) Libosch. 的根经炮制加工而成。

性味归经：甘，微温。归肝、肾经。

功效：养血滋阴，补精益髓。

应用：用于血虚诸证，如血虚萎黄、眩晕、心悸、怔忡、失眠及月经不调、崩漏等，常与当归、白芍同用；用于肝肾阴虚，骨蒸潮热、盗汗、耳鸣、目昏、遗精及消渴等证，常与山茱萸、山药等配伍；如肾阴不足，潮热、盗汗、遗精、消渴等，则与山药、山萸肉、知母等药同用。对于腰酸脚软、头晕眼花、耳鸣耳聋、须发早白等一切精血亏虚之证均可应用。

用量用法：9~30g。宜与健脾胃药如陈皮、砂仁等同用。熟地炭用于止血。

注意事项：本品滋腻滞脾，有碍消化，故脾虚食少及腹满便溏等证不宜用。

5. 阿胶

本品为马科动物驴 *Equus asinus* L. 的皮，经漂泡去毛后熬制而成的胶块。以原胶块用，或将胶块打碎，用蛤粉炒成阿胶珠用。

性味归经：甘，平。归肺、肝、肾经。

功效：补血止血，滋阴润肺。

应用：用于血虚萎黄、眩晕、心悸等证，为治疗血虚的要药，常与当归、熟地、黄芪等配伍；用于虚劳咯血、吐血、尿血、便血、崩漏等多种出血证，与蒲黄、生地配伍治疗吐血、衄血；与艾叶、生地、白芍等配伍治妇女血崩及胎漏下血。用于热邪伤阴，阴虚火旺所致的心烦不眠，常与黄连、白芍同用；对于热灼真阴，虚风内动所致的手脚瘈瘲等证，常与鸡子黄、生地、龟甲等滋阴潜阳药配伍；用于阴虚肺燥，咳嗽痰少、咽喉干燥，每与马兜铃、牛蒡子、杏仁等配伍。

用量用法：6~15g。入汤剂须单独烊化后兑服。

注意事项：本品性滋腻，凡脾胃虚弱，消化不良及出血证而内有瘀滞者，均不宜用。

6. 何首乌

本品为蓼科多年生草本植物何首乌 *Polygonum multiflorum* Thunb. 的块根。生用或制用。

性味归经：苦、甘、涩，微温。归肝、肾经。

功效：补益精血，截疟，解毒，润肠通便。

应用：治疗老年体虚、头昏耳鸣、四肢酸麻，配伍女贞子、杜仲、覆盆子等；用于肝肾亏虚，须发早白、梦遗滑精、筋骨不健，以之配伍枸杞子、菟丝子、牛膝等；用于虚人、老人大便秘结，可与当归、肉苁蓉、胡麻仁等配伍；用于瘰疬、疮痈、皮肤瘙痒等证，常与防风、薄荷、苦参等合用；用于气血两虚，久疟不止，可与人参、当归、陈皮同用。

用量用法：10~30g。补益精血当用制首乌；截疟、解毒、润肠宜用生首乌；鲜首乌解毒润肠的功效较生首乌更佳。

7. 枸杞子

本品为茄科落叶灌木植物宁夏枸杞 *Lycium barbarum* L. 和枸杞 *L. chinense* Mill. 的成熟果实。生用。

性味归经：甘，平。归肝、肾、肺经。

功效：滋补肝肾，明目，润肺。

应用：用于肝肾虚损、精血不足所致的腰膝酸软、头昏、耳鸣、遗精等证，与地黄、天门冬同用；用于肝肾不足、精血不能上济于目所致的眼目昏花、视力减退等证，单用有一定疗效，常与熟地、山茱萸、菊花等药合用；用于阴虚劳嗽，可配伍麦冬、知母、贝母等养阴清肺化痰药同用。

用量用法：5~10g。

五、常用腧穴

1. 膈俞 (BL17)

定位：第七胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：呕吐，呃逆，饮食不下，气喘咳嗽，潮热盗汗，各种与血有关的病证。

操作：斜刺0.5~0.8寸。可灸。

2. 隐白 (SP1)

定位：拇趾内侧趾甲角旁约0.1寸。

主治：腹胀，便血，尿血，月经过多，崩漏，癫狂，多梦，惊风。

操作：直刺0.1寸或点刺出血。可灸。

3. 血海 (SP10)

定位：髌骨内上缘上2寸，当股四头肌内侧头隆起处。

主治：月经不调，崩漏，痛经，经闭，瘾疹，湿疹，丹毒，股内侧痛。

操作：直刺0.7~1.2寸。可灸。

4. 大敦 (LR1)

定位：拇趾外侧趾甲角旁0.1寸。

主治：疝气，遗尿，经闭，崩漏，阴挺，癫痢。

操作：斜刺0.1~0.2寸，或点刺出血。可灸。

5. 心俞 (BL15)

定位：第五胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：心烦，心痛，咳嗽，吐血，健忘，失眠，癡狂，痛证。

操作：斜刺0.5~0.8寸。可灸。

6. 巨厥 (RN14)

定位：前正中线上，脐上6寸。

主治：胃痛，反胃，胸痛，腹胀，惊悸，健忘，咳嗽，黄疸，尸厥。

操作：直刺0.5~0.6寸，或向下斜刺。可灸。

六、常见证型治要

(一) 心血(亏)虚证

1. 临床表现：心悸，头晕，多梦，健忘，面色淡白或萎黄，唇舌色淡，脉细。

2. 病机分析：心血不足，心失所养，心动不安，而见心悸怔忡；心神得不到阴血濡养，致心神不宁，出现失眠多梦的症状；血虚不能濡养脑髓，而见眩晕健忘；不能上荣则见面色无华或萎黄、唇舌色淡；不能充盈脉道则脉细。

3. 治疗方法：补血养心，益气安神。

(1) 代表方剂

人参养荣汤(《太平惠民和剂局方》)

【组成】白芍90g 当归30g 陈皮30g 黄芪30g 桂心30g 人参30g 白术30g 甘草30g 熟地黄20g 五味子20g 茯苓20g 远志15g

【方解】方中人参大补元气为君，以资气血生化之源。黄芪、白术、茯苓、甘草益气健脾；白芍、当归、熟地黄补养心血；远志安神定志；五味子收敛心气，宁心安神共为臣药。佐以桂心鼓舞人体阳气，以助气血之生化；再辅陈皮理气，使之补而不滞。诸药配伍，共收益气生血，养心安神之功。

(2) 针灸处方

【用穴】神门 心俞 巨阙 郄门 膈俞 脾俞 足三里

【刺灸法】补法。心俞、脾俞、膈俞、足三里，可灸。

4. 病案选录

段××，女，43岁。阵发性怔忡10年，曾多次住院治疗，诊断为“多发性室性早搏”。来诊前，怔忡较甚，胸闷气喘，头晕眼花，形寒肢冷，睡时梦多，耳鸣腰痛，食欲不振，大便干结，小便短少。诊视面部浮肿，舌苔白，质淡红，脉结代。为久病体虚，气血不足，血不温养经脉所致，治宜益气复脉。用炙甘草汤加减：炙甘草10g、党参15g、桂枝6g、生地12g、麦冬10g、阿胶6g、丹参6g、枣仁10g、夜交藤10g、生姜6g、大枣6g。服5剂后，上述症状均有减轻，服完30剂后，心悸怔忡消失，眠食均佳，苔薄白，脉沉迟无力，仍头晕、眼花、耳鸣，前方加减，以善其后。(《湖南省老中医医案选》张海清案)

附：心脾两虚证

1. 临床表现：心悸，神疲，食少，腹胀，便溏，舌淡脉弱。

2. 病机分析：脾气虚弱，生血不足，或统摄无权，血溢脉外，均可导致心血亏虚。心血不足，无以化气，则脾气亦虚，两者病理上常相互影响，成为心脾两虚证。心血不足，心失所养，则心悸；脾气不足，运化失健，故食少、腹胀、便溏；气血两虚，机能活动减退，

故神疲乏力；舌质淡、脉细弱，皆为气血不足之征。

3. 治疗方法：益气补血，健脾养心。

(1) 代表方剂

归脾汤（组成与方解见脾不统血证）

(2) 针灸处方

【用穴】 神门 心俞 脾俞 足三里 膈俞 中脘 巨阙

【刺灸法】 补法，加灸。

4. 医案选录

王××，女，33岁，演员。1975年4月10日初诊。失眠10余年，今年起尤为严重。近3月来临睡服安眠药，入睡不到3小时，甚至仅睡1小时。醒后心悸不宁、烦躁、不能再入睡。上午头昏，下午头胀痛，晚上头痛尤甚，头部筋脉紧张，颈部板紧不舒，食欲不振，暖气，每餐仅吃一两，健忘，思维不易集中，情绪抑郁，以往便秘，近一个月来大便日行二、三次，精神疲乏，怕冷，腰酸带下。脉弦细，舌质淡青，苔薄腻。脾胃运化不健，生化之源不旺，气血亏虚，血不养心，以致心神不安，肝阳上扰，由失眠心悸引起头昏胀痛。治拟补养心脾为主，方用甘麦大枣汤合定志丸。炙甘草9g、淮小麦30g、大枣5枚、郁金9g、菖蒲9g、炙远志4.5g、党参9g、木香6g、珍珠母30g。服6剂，大便转稠，每天一次，胃纳略振，每餐一两余。但食后仍有胀气，睡眠约三、四小时，晚上头痛亦有减轻。脉弦细，舌淡青，苔薄腻。证属脾不健运，气血生化不旺，心失所养，而成失眠健忘之证，重点要健脾益气，以助气血生化。守原意仍用上方加减。续服30余剂，胃纳增加，大便正常，营养吸收较好，气血渐充，心神得以安宁。（《黄文东医案》）

（二）肝血（亏）虚证

1. 临床表现：头晕眼花，两目干涩，视力减退，或夜盲，或肢体麻木，妇女常见月经量少、色淡，甚则经闭，面、睑、爪甲舌色淡，脉细。

2. 病机分析：肝血不足，不能上荣于头面，故眩晕、面色无华；肝之华在爪甲，血虚爪甲失养，则干枯脆薄；肝开窍于目，血虚目失濡养，所以眼花、视力减退，甚至成为夜盲；肝主筋，血虚筋脉失养，因而发生肢体麻木；妇女肝血不足，不能充盈冲任之脉，所以月经量少色淡，甚至闭经；舌淡、苔白、脉细，皆为血虚常见之征。

3. 治疗方法：补血养肝。

(1) 代表方剂

四物汤（《太平惠民和剂局方》）

【组成】 当归10g 川芎8g 白芍12g 熟干地黄12g

【方解】 方中以当归补血活血；熟地补血为君药。川芎入血分理血中之气；芍药敛阴养血共为辅佐药。全方组合得体，补血而不滞血，行血而不破血，补中有散，散中有收，构成治血要剂，为补血调经的主方，血虚诸证，均以本方为基础随证化裁使用。

(2) 针灸处方

【用穴】 脾俞 肾俞 关元 足三里 三阴交 血海 肝俞 膈俞

【刺灸法】 补法。可加灸。

4. 病案选录

陈××，男性，41岁，于1974年3月10日就诊。主诉1970年6月14日经某医院检查肝功能，谷丙转氨酶340单位，肝大、质软。诊断为：“肝炎”。连服中西药两月余，8月复查，谷丙转氨酶400以上。医生嘱其绝对禁止活动，服中药多剂无效。诊其左寸关沉紧，舌嫩红有纵横小裂纹，有时渗出稀血水，牙龈亦出少量血，服破血药时更甚，肝掌。自幼有手抖唇颤宿疾，是久病肝气郁结兼有虚寒之象。虚寒是与长期服大量清热化瘀之剂分不开的，舌出稀血水，服破血药更甚，是气乏摄持之力，血有脱象，舌嫩红系阴虚血弱之征。清化之法既不效，且有副作用，主要矛盾已形成血虚欲脱，气馁无权之候，应以补血益气之剂治之。投与李东垣的圣愈汤：当归15g、白芍12g、川芎6g、熟地黄15g、黄芪15g、党参9g。此六味都是醇厚和平滋润之品，能疏通气血，调和内外，较八珍、十全大补等方为优。4月25日二诊，脉左关弦细，弦为阴脉，细则血虚。舌嫩红稍好，仍有裂纹，牙龈尚有血，口干，肝仍大，谷丙转氨酶170单位，首次肝功好转。仍予原方加丹参，以助四物活血祛瘀生新。并每日服大黄廬虫丸1丸（分两次服下）。7月10日三诊，服前方50余剂，除手抖、唇颤痼疾外，症状均减轻，检查肝功能已完全正常，精神旺盛。因左关脉仍稍弦，舌裂处有时出血，仍日服大黄廬虫丸1丸。（《岳美中医案集》）

第三节 阴 虚 证

阴虚证是由于体内阴液亏虚无以制阳，滋润濡养等作用减退所表现的证候。常由热病伤阴，或情志不遂，气郁化火，火伤津液；或禀赋不足，房事过度；或过服温燥劫阴之品所致。

一、临床表现

两颧红赤，形体消瘦，潮热盗汗，五心烦热，咽干口燥，舌红少苔，脉细数。

二、病机分析

阴液耗损，故人渐消瘦；阴虚不能制阳，虚火内扰故心烦、手足心热、潮热盗汗；虚火上升，则见两颧红赤、咽干口燥，舌红少苔；阴血不足，故脉细，内有虚热，故脉细兼数。

三、治疗法则

滋阴清热。

四、常用中药

1. 北沙参

本品为伞形科植物珊瑚菜 *Glehnia littoralis* F. Schmidt ex Miq. 的干燥根。

性味归经：甘，微寒。归肺、胃经。

功效：清肺养阴，益胃生津。

应用：用于阴虚肺燥或热伤肺阴所致的干咳痰少、咽喉干燥等证，单用有一定疗效，或与麦冬、桑叶、天花粉等配伍；用于温热病热伤胃阴或久病阴虚津亏所致的口干咽燥、舌红少苔、大便干结等证，常与麦冬、玉竹、鲜石斛等益胃生津药同用。

用量用法：10~30g。

注意事项：反藜芦。

2. 麦冬

本品为百合科多年生植物沿阶草 *Ophiopogon japonicus* Ker-Gawl 或大叶麦冬 *Liriope spicata* Lour. 的须根上的小块根。

性味归经：甘、微苦，微寒。归肺、心、胃经。

功效：润肺养阴，益胃生津，清心除烦。

应用：用于热伤津液，咽干口渴，舌红而干，大便燥结等证，常与其它养阴生津药同用，与沙参、玉竹等配伍，益胃生津以解燥渴；与玄参、生地配伍，养阴增液以润肠燥；用于阴虚肺燥，咳逆痰稠，咽喉不利等证，与人参、甘草、半夏等配伍；若属久咳肺虚，咳嗽痰少，短气自汗，则常与人参、五味子合用；用于温热病热伤心营，或心阴不足，心失所养，证见心烦不眠、或心悸怔忡，常与生地、竹叶心、酸枣仁等同用。

用量用法：10~15g。清养肺胃之阴多去心用；滋阴清心大多连心用。

3. 百合

本品为百合科多年生草本植物百合 *Lilium brownii* F.E. Brown var. *colchesteri* Wils. 或细叶百合 *Lilium pumilum* DC. 的肉质鳞茎。

性味归经：甘，微寒。归肺、心经。

功效：润肺止咳，清心安神。

应用：用于肺热咳，痰中带血等证，以之配款冬花熬膏服；治劳热咳嗽，咽痛咯血等证，常配伍玄参、生地、贝母等；用于热病后余热未尽，虚烦惊悸，失眠多梦，常与知母、生地配用。

用量：10~30g。

4. 山茱萸

本品为山茱萸科落叶小乔木植物山茱萸 *Cornus officinalis* Sieb. et Zucc. 的除去果核的果肉。

性味归经：酸，微温。归肝、肾经。

功效：补益肝肾，收敛固涩。

应用：治肝肾阴虚，头晕目眩，腰酸耳鸣者，常与熟地、山药等配伍；治肾阳不足，腰膝酸软、小便不利者，常与肉桂、附子等同用；治肾阳虚阳痿、滑精者，多与补骨脂、巴戟天、淫羊藿等配伍；用于遗精、遗尿，常与熟地、山药等同用，或与覆盆子、金樱子、沙苑子等配伍；大汗不止，体虚欲脱之证，配人参、龙骨、牡蛎等。

用量用法：5~10g，煎汤服或入丸散；大剂量可用 30g。

5. 黄精

本品为百合科多年生草本植物黄精 *Polygonatum sibiricum* Red.、囊丝黄精 *Polygonatum cyrtoneura* Hua 或金氏黄精 *Polygonatum kingianum* Coll. et Hemsl. 的根。

性味归经：甘，平。归脾、肺、肾经。

功效：润肺滋阴，补脾益气。

应用：用于阴虚肺燥所致的咳嗽痰少或干咳无痰等证，常与北沙参、玉竹、贝母等配

用；用于肾虚精亏，或病后虚羸、阴血不足所致的腰膝酸软、头晕眼干等证，以之与枸杞子作蜜丸服，亦可与当归、熟地之类配伍，以增强滋补阴血的作用；用于脾胃虚弱，饮食减少、神疲体倦、舌干苔少等证，常与党参、山药、麦芽、石斛等配用；用于消渴证，多与黄芪、天花粉、生地等同用。

用量用法：10~20g；鲜者 30~60g。

注意事项：本品性较滋腻，易助湿邪，凡脾虚有湿、咳嗽痰多者不宜用。

6. 石斛

本品为兰科常绿草本植物金钗石斛 *Dendrobium nobile* Lindl. 及同属多种植物的茎。

性味归经：甘，微寒。归胃、肾经。

功效：养胃生津，滋阴除热。

应用：用于胃阴不足、虚火上炎所致的烦渴、干呕、胃脘作痛、舌干而红或光剥无苔等证，常与麦冬、生地、天花粉等同用；胃阴不足而见食少干呕、舌上无苔等证者，可与南沙参、山药、生麦芽等配用；用于热病后期，阴虚津亏，虚热微烦、口干、自汗等证，可与白薇、知母、白芍等配用；治视力减退，配菊花、菟丝子、枸杞子等；治肾阴亏损，腰膝酸软，配熟地、牛膝等。

用量：6~15g；鲜用 15~30g。入汤剂宜先煎。

7. 旱莲草

本品为菊科一年生草本植物鳢肠（金陵草）*Eclipta prostrata* L. 的全草。

性味归经：甘、酸，寒。归肝、肾经。

功效：滋阴益肾，凉血止血。

应用：用于肝肾阴虚所致的头昏目眩、牙齿松动、须发早白等证，常与女贞子、桑椹等药配伍应用；用于阴虚血热所治的多种出血证，单用即有效，也可与生地、阿胶、白茅根等同用；近年来单用本品治疗急性出血性肠炎，疗效亦佳；对于外伤出血，可用鲜品捣敷，或用干品研末，撒布患处。

用量用法：10~15g；鲜者加倍。外用适量。

8. 鳖甲

本品为鳖科动物鳖 *Amyda sinensis* (Wiegmann) 的背甲。以砂炒炮用，或醋炙用。

性味归经：咸，寒。归肝经。

功效：滋阴潜阳，软坚散结。

应用：治热病伤阴，虚风内动，手指蠕动，甚则痉厥，以之与牡蛎、地黄、白芍等配用；治骨蒸劳热，以之与银柴胡、知母、地骨皮等配用；治温病后期夜热早凉，以之与青蒿、生地、丹皮等配用；用于癥瘕积聚等证，常与其它活血行气、散结药配用，治久疟、疟母，常与莪术、廑虫、瓦楞子等配用。近年来，以本品与丹参、郁金、牡蛎等配伍，用于肝脾肿大，有软缩肝脾效果。

用量用法：10~30g。先煎。滋阴潜阳宜生用，软坚散结则醋炙用。

五、常用腧穴

1. 膏肓 (BL40)

定位：第四胸椎棘突下，旁开3寸。

主治：肺癆，咳嗽，气喘，吐血，盜汗，健忘，遺精，完谷不化。

操作：直刺0.3~0.5寸。可灸。

2. 阴郄 (HT6)

定位：腕横纹上0.5寸，尺侧腕屈肌腱的桡侧。

主治：心痛，惊悸，骨蒸盜汗，吐血，衄血，暴暗。

操作：直刺0.3~0.5寸。可灸。

3. 然谷 (KI2)

定位：足舟骨粗隆前下缘凹陷中。

主治：阴痒，阴挺，月经不调，遺精，咳血，消渴，泄泻，气喘，足跗肿痛，小儿脐风，口噤，咽喉肿痛。

操作：直刺0.8~1.2寸，可灸。

4. 太溪 (KI3)

定位：内踝与跟腱之间凹陷中，平对内踝尖。

主治：月经不调，遺精，阳痿，小便频数，便秘，消渴，咳血，气喘，咽喉肿痛，齿痛，失眠，腰痛，耳鸣，耳聋。

操作：直刺0.5~1寸。可灸。

5. 大钟 (KI4)

定位：太溪穴下0.5寸稍后，跟腱内缘。

主治：癱闭，遺尿，便秘，咳血，气喘，痴呆，腰脊强痛，足跟痛。

操作：直刺0.3~0.5寸。可灸。

6. 照海 (KI6)

定位：内踝下缘凹陷中。

主治：月经不调，带下，阴挺，小便频数，癱闭，便秘，咽喉干痛，癲痫，失眠。

操作：直刺0.3~0.5寸。可灸。

7. 复溜 (KI7)

定位：太溪穴下2寸。

主治：水肿，腹胀，泄泻，盜汗，热病汗不出，下肢痿痹。

操作：直刺0.5~1寸。可灸。

8. 横骨 (KI11)

定位：脐下5寸，耻骨联合上际，前正中线旁开0.5寸。

主治：少腹胀痛，小便不利，遺尿，遺精，阳痿，疝气。

操作：直刺0.8~1寸。可灸。

9. 带脉 (GB26)

定位：第十一肋端直下平脐处。

主治：腹痛，经闭，月经不调，带下，疝气，腰肋痛。

操作：直刺1~1.5寸。可灸。

六、常见证型治要

(一) 心阴(亏)虚证

1. 临床表现:心悸怔忡,失眠多梦,五心烦热,头晕健忘,舌红少苔,脉细数。

2. 病机分析:心阴不足,使心失所养,心动不安,而见心悸怔忡;心神得不到阴血的濡养,致心神不宁,出现失眠多梦;阴虚则阳亢,虚热内生,故五心烦热;阴虚不能上濡于脑,故见头晕健忘,虚热上炎则舌红少苔;脉细主阴虚,数主有热,脉细数为阴虚内热之象。

3. 治疗方法:滋阴养心。

(1) 代表方剂

天王补心丹(《摄生秘剖》)

【组成】 生地黄 120g 人参 丹参 玄参 白茯苓 五味子 远志 桔梗 当归身 天门冬 麦门冬 柏子仁 酸枣仁各 60g 朱砂 9~15g (为衣)

【方解】 本方重用生地,滋肾水以补阴,水盛则能制火,入血分以养血,血不燥则津自润,是为君药。玄参、天门冬、麦门冬有甘寒滋润以清虚火之效;丹参、当归用作补血、养血之助,以上皆为滋阴补血而设,是为臣药。方中人参、茯苓益气宁心,酸枣仁、五味子酸以收敛心气而安心神;柏子仁、远志、朱砂养心安神;以上皆为补气养心、宁心安神而设,共为佐药。桔梗载药上行,为使药。诸药合用,既补阴血不足之本,又治虚烦少寐之标,标本并图,诸证自愈。

(2) 针灸处方

【用穴】 神门 三阴交 心俞 肾俞 太溪 复溜

【刺灸法】 针刺宜补泻兼施。

4. 病案选录

刘××,男,36岁。主诉:通宵不能入睡已3年,午后仅睡片时,舌干,面目淡白,脉细数而涩。知因苦思力索,睡少言多,耗血损阴所致。法当滋肾养肝,宁心清热。拟六味地黄汤合加味酸枣仁汤治疗:熟地 30g、山萸肉 20g、茯苓 20g、淮山药 20g、首乌 20g、龟板 20g、夜交藤 20g、枣仁 20g、炙甘草 20g、玄参 20g、丹皮 10g、川芎 10g、知母 10g、五味子 10g。连服 20 剂。严禁烟、酒、辛辣、浓茶等,一月之后,睡眠恢复正常。(《湖南省老中医医案选》颜素琴案)

(二) 肺阴(亏)虚证(肺虚热证)

1. 临床表现:干咳少痰,或痰粘不易咯出,或痰中带血,口燥咽干,或音哑,潮热颧红,或有盗汗,舌红少津,脉细数。

2. 病机分析:肺阴不足,虚热内生,肺为热蒸,气机上逆而为咳嗽;津为热灼,炼液成痰,故咳痰量少质粘;肺络受灼,络伤血溢则痰中带血;肺阴亏虚,咽喉失润,且为虚火所蒸,则咽干口燥,声音嘶哑;阴虚阳无所制,虚热内炽则午后潮热;热扰营阴为盗汗;虚热上炎则颧红;舌红少津,脉细数,为阴虚内热之象。

3. 治疗方法:养阴润肺。

(1) 代表方剂

百合固金汤(《医方集解》)

【组成】 生地 6g 熟地 9g 麦冬 5g 百合 白芍 当归 贝母 生甘草 玄参 桔梗 各 3g

【方解】 方中以二地黄滋阴补肾，生地又能凉血止血，为君药。以麦冬、百合、贝母润肺养阴，化痰止咳，为臣。玄参滋阴凉血清虚火；当归养血润燥；白芍养血益阴；桔梗宣利肺气，止咳化痰，共为佐药。使以甘草调和诸药，与桔梗合用，更利咽喉。合而用之，可使阴液渐充，虚火自清，肺肾得养，诸证自愈。

(2) 针灸处方

【用穴】 肺俞 膏肓 尺泽 太溪 阴郄 复溜 足三里

【刺灸法】 针刺用补法。

4. 病案选录

鄢××，女，50岁。咳血咯血，经检查无肺结核病。常因感冒诱发，时发时止，反复5年。近因感冒又咳嗽咯血，面部浮肿，午后低热，头晕目眩，胸闷短气，心烦盗汗，咽喉干燥，大便干结，小便黄少。察其舌红少苔，脉细而数。以肺主气，外合皮毛，肺气清肃则能宣发卫气行于体表，以御外邪，若肺气不足则易受外邪侵袭。本例由于反复发作，导致气阴两虚，虚火内炽，灼伤肺络而咯血。治宜养阴润肺止血。生地 10g、百合 15g、麦冬 10g、玄参 10g、贝母 6g、当归 10g、赤芍 10g、沙参 15g、白及 6g、旱莲草 3g、黄芩炭 10g、甘草 6g。服上方 15 剂，咳嗽咯血均止，二便正常，仍有头晕目眩、低热不退、食少神疲、四肢无力，口苦咽干等症，舌红苔白，脉沉细弦。可知脾失健运，气阴难复，采用健脾益气以善其后。(《湖南省老中医医案》张海清案)

(三) 肝阴(亏)虚证(肝虚热证)

1. 临床表现：头晕眼花，两目干涩，视力减退，或胁肋灼痛，五心烦热，颧红，舌红少苔，脉弦细数。

2. 病机分析：肝阴不足，不能上滋头目，则头晕眼花、两目干涩、视力减退；肝络失养，且为虚火所灼，疏泄失职，而见胁肋灼热疼痛；阴虚不能制阳，虚热内蒸，则五心烦热；虚火上炎，则颧红；舌红少苔，是阴虚内热之征；弦脉主肝病，细脉为阴虚，数脉为有内热，故肝阴不足，虚热内炽，脉象见弦细数。

3. 治疗方法：滋养肝阴。

(1) 代表方剂

一贯煎(《柳州医话》)

【组成】 北沙参 10g 麦冬 10g 当归身 10g 生地 30g 枸杞子 12g 川楝子 5g。

【方解】 方中重用生地，滋阴养血以补肝肾，为君。以沙参、麦冬、当归、枸杞子，配君药滋阴养血生津以柔肝，为臣。更用少量川楝子疏泄肝气为佐使。诸药合用，共奏滋阴柔肝之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 阴郄 心俞 血海 三阴交 膏肓 肝俞

【刺灸法】 针刺用补法。

4. 病案选录

魏××，男，12岁。于1973年11月18日来诊。其父代述：1970年9岁时，曾受一次大的惊恐，并较长时间的忧惧，以致大便日溏泻2~3次，手颤动不休，平举更甚，腿痿软，走路曾跌倒过，目远视模糊，头晕，后脑尤严重。中医按风治，西医给镇静剂，3年来未效。切其脉两尺虚，左关弦细，舌红无苔。综合脉症，是属阴虚。《素问·阴阳应象大论》：“恐伤肾”；《素问·举痛论》：“恐则精却”。总观《内经》诸说，说明患儿的病原乃肾因恐损伤阴精而累及肝，至发生种种病态，其本在肾，应取六味地黄丸为主以滋养肝肾，从培本入手。熟地12g、山茱萸6g、淮山药6g、建泽泻4.5g、粉丹皮4.5g、云茯苓4.5g、枸杞果6g、甘菊花3g、五味子4.5g、麦冬4.5g、补骨脂3g、胡桃肉3g。服药30余剂，左关弦象已无，颤抖见稳定，腿不软，大便日1次。惟目不能远视，多梦。原方加龙骨再服，以敛目神而止多梦。又服数十剂，颤抖已基本痊愈，余证亦消失。（《岳美中医案集》）

（四）肾阴虚（热）证（真阴亏虚证；真元亏虚证；肾水亏虚证）

1. 临床表现：腰膝酸痛，男子遗精，妇女经少或经闭，齿松发脱，眩晕耳鸣，五心烦热，潮热颧红，舌红少苔，脉细数。

2. 病机分析：肾阴不足，髓减骨弱，骨骼失养，故腰膝酸痛；脑海失充，则头晕耳鸣；君火不宁，扰动精室，而致精泄梦遗；妇女以血为用，阴亏则经血来源不足，所以经量减少，甚至闭经；齿为骨之余，发为血之余，肾主骨，肝藏血，肾阴亏虚，则肝肾精血不足，故见齿松发脱；肾阴亏虚，虚热内生，故见潮热颧红、五心烦热、舌红少苔、脉细数等症。

3. 治疗方法：滋补肾阴。

（1）代表方剂

六味地黄丸（《小儿药证直诀》）

【组成】熟地黄24g 山茱萸12g 干山药12g 泽泻9g 茯苓9g 丹皮9g。

【方解】方中熟地滋肾阴，益精髓是为君药。山茱萸酸温滋肾益肝；山药滋肾补脾共为臣药，而成三阴并补以收补肾治本之功。本方配伍的另一特点是“补中有泻”，即泽泻配熟地而泻肾降浊；丹皮配山茱萸以泻肝火；茯苓配山药而渗脾湿。如此配伍，补泻并用，以补为主。诸药合用，共奏滋肾阴、降虚火之功。

（2）针灸处方

【用穴】肾俞 太溪 复溜 然谷 次髎

【刺灸法】针刺用平补平泻法。

4. 医案选录

唐××，女，37岁。头痛头晕而重，腰膝酸软，精神萎靡，睡眠欠佳，眼目昏瞀，阅读书报久则流泪。病起已数月，幸食纳尚可。脉象沉细弦，舌质正常无苔。脉证合参，证属肝肾阴虚。肾主骨、生髓，《内经》曰：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒。”肾精不足，肾水无以涵养肝木，肝阴不足，肝阳上亢，亦可导致头痛眩晕。治宜补肝肾之阴。方用左归饮化裁：熟地15g、淮山药12g、山萸肉10g、茯苓10g、枸杞子10g、菊花10g、川芎4.5g、细辛3g、白芷6g、炙甘草3g。水煎服。连服5剂，头痛渐止。嘱仍服原方5剂，以资巩固。（《湖南省老中医医案选》曾绍裘案）

附：肝阳上亢证；肝阳上扰证；肝阳亢盛证

1. 临床表现：可见眩晕耳鸣，头目胀痛，头重脚轻，面红目赤，急躁易怒，失眠多梦，

腰膝酸软，口苦，舌红，脉弦有力或弦细数。

2. 病机分析：肝肾之阴不足，肝阳亢逆无制，气血上冲，则眩晕耳鸣，头目胀痛，面红目赤；肝阳亢于上为上盛，阴液亏于下为下虚，上盛下虚，则头重脚轻；肝性失柔，故急躁易怒；阴虚心神失养，神不得安，则失眠多梦；腰为肾府，膝为筋府，肝肾阴虚，筋脉失养，故腰膝酸软无力；肝火上炎，则口苦；舌红，脉弦有力或弦细数，为肝肾阴虚，肝阳亢盛之象。

3. 治疗方法：平肝潜阳，滋养肝肾。

(1) 代表方剂

天麻钩藤饮(《杂病证治新义》)。

【组成】 天麻 10g 钩藤 12g 石决明 18g 山栀 9g 黄芩 9g 川牛膝 12g 杜仲 9g 益母草 9g 桑寄生 9g 夜交藤 9g 茯神 9g

【方解】 方中天麻、钩藤、石决明均有平肝熄风之效，用为君药；山栀、黄芩清热泻火，使肝经之热不致偏亢，是为臣药；益母草活血利水；牛膝引血下行，配合杜仲、桑寄生能补益肝肾；夜交藤、茯神安神定志，共为佐使药。诸药配伍，共奏滋补肝肾，平肝潜阳熄风之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 三阴交 太冲 太溪 复溜 肾俞

【组成】沙参 9g 麦冬 15g 细生地 15g 玉竹 5g 冰糖 3g

【方解】方中以麦冬益胃生津为君药。以沙参、生地、玉竹滋阴养液，为臣药。佐以冰糖养胃和中。诸药合用，共奏养阴益胃之功，胃阴得复，则诸证自除。

(2) 针灸处方

【用穴】中脘 足三里 内关 太溪 少府 三阴交

【刺灸法】针用补法。

4. 病案选录

王××，女，18岁，学生，1974年3月5日初诊。患呕吐已一年余，食后胃中不舒，渐渐吐出不消化物，无酸味，吐尽方舒。吐后又觉饥嘈，略进饮食，泛吐如前，形体消瘦，大便艰难（X线胃肠检查无异常发现），口干。舌质红，脉细弱。由于精神刺激，饥饱失调，引起久吐不止，导致气阴两伤，上逆之气，从肝而出，损伤脾胃。先用顺气降逆，泄肝和胃之法。旋覆花 9g、煅赭石 12g、北沙参 9g、麦冬 9g、金铃子 9g、半夏 9g、陈皮 6g、姜竹茹 9g、谷芽 12g、枳壳 4.5g。3剂后呕吐略减，胃嘈如前，前方再加黄连 1.5g。服 14剂后，呕吐已止，大便已通，饮食渐进，胃中较舒，但神疲，舌红无苔，脉细。可见脾胃已伤，气阴未复，再与益气生津，健脾和胃之法，方用《金匱要略》麦门冬汤加减。麦冬 9g、半夏 4.5g、党参 9g、生甘草 3g、陈皮 4.5g、香谷芽 12g。此方嘱连服 10剂，巩固疗效，并注意饮食不宜过量，以防复发。（《黄文东医案》）

(六) 亡阴证（阴脱证）

1. 临床表现：身热汗出如油，口渴饮冷，烦躁，面红，舌干无津，脉细疾数。

2. 病机分析：病久阴液亏虚，或壮热不退、大吐大泻、大汗不止等导致体液外泄，气随津脱，阳不敛阴，以致汗液大泄，阴液欲绝，或仍有火热阳邪内炽，表现身热汗出如油；因津液外泄，阴虚则阳亢，故表现一系列虚热之象，如烦躁，口渴欲饮，面红，舌干无津等；脉细疾数为气随津脱之象。

3. 治疗方法：益气生津，敛汗固脱。

(1) 代表方剂

生脉饮（《内外伤辨惑论》）

【组成】人参 10g 麦冬 15g 五味子 6g

【方解】本方以人参甘平补肺，大补元气为君，且能益气生津。以麦冬甘寒养阴生津，清虚热而除烦为臣。五味子酸收敛肺止汗为佐使。全方以补肺、养心、滋阴着力，而获得益气、生津之效。

(2) 针灸处方

【用穴】关元 神阙

【刺灸法】隔盐灸之。

4. 病案选录

叶××，男，32岁，干部，1996年9月10日就诊。患者平素体健，于1小时前行痔疮手术，手术顺利。现感心悸不宁，观病人烦躁不安，汗出较多，如珠如油，舌质偏红，脉微细欲绝。查体：心率 120次/分，血压 60/40mmHg。考虑为手术麻醉药普鲁卡因过敏所致的过敏性休克。中医辨证为津气欲脱的亡阴证。当即给予液体输入，并用生脉饮注射液 10ml，

入小壶，再以生脉饮注射液 20ml，加入大瓶中静脉点滴。经治疗 2 小时后，患者血压恢复至 110/70mmHg，诸症消失。（验案）

第四节 阳 虚 证

阳虚证是由于体内阳气虚衰，机体温煦、推动、蒸腾、气化等作用减退所表现的一类证候。常由素体阳虚；或久病体虚，暴病伤正；或饮食生冷，损伤阳气；或禀赋不足；或年老脏气亏虚等所致。

一、临床表现

畏寒肢冷，神疲乏力，气短，口淡不渴，或喜热饮，尿清便溏，或尿少浮肿，面白，舌质淡胖，脉沉迟无力。

二、病机分析

阳气虚衰，阳气的推动、气化功能不足，则神疲乏力，面色淡白，气短，舌质淡胖、脉沉迟无力；阳气温煦不足，阴寒内盛，则畏寒肢冷，口淡不渴，或喜热饮，大便溏薄，小便清长；阳气不足，不能蒸化水液，水湿泛滥，则尿少浮肿。舌质淡胖，脉沉迟无力，皆为阳虚之象。

三、治疗法则

温补阳气。

四、常用中药

1. 鹿茸

本品为脊椎动物鹿科梅花鹿 *Cervus nippon* Temminck 或马鹿 *Cervus elaphus* Linnaeus 的雄鹿未骨化密生茸毛的幼角。

性味归经：甘、咸，温。归肝、肾经。

功效：补肾阳，益精血，强筋骨。

应用：用于肾阳不足，精血亏虚之畏寒肢冷，阳痿早泄，宫冷不孕，小便频数，腰膝酸痛，头晕耳聋，精神疲乏等证，可以单用研末服，也可以配伍人参、熟地、枸杞子等补气养血益精药同用；用于精血不足，筋骨无力，或小儿发育不良，骨软行迟，囟门不合等证，多配伍熟地、山药、山萸肉等药同用；用于妇女冲任虚寒，带脉不固，崩漏不止，带下过多，本品配伍当归、乌贼骨、蒲黄等治崩漏不止；配伍狗脊、白朮治白带过多。

用量用法：1~3g。研细末，1日分3次服。或入丸散，随方配制。

注意事项：服用本品宜从小量开始，缓缓增加，不宜骤用大量，以免阳升风动，头晕目赤，或伤阴动血。凡阴虚阳亢、血分有热、胃火盛或肺有痰热以及外感热病者均忌服。

2. 巴戟天

本品为茜草科多年生藤本植物巴戟天 *Morinda officinalis* How. 的干燥根。

性味归经：辛、甘，微温。归肾经。

功效：补肾助阳，祛风除湿。

应用：用于阳痿，尿频，宫寒不孕，月经不调，少腹冷痛，配伍人参、山药、覆盆子等药同用；以本品配伍益智仁、桑螵蛸、菟丝子同用，治小便不禁；以本品配伍良姜、肉桂、吴茱萸等同用，治月经不调，少腹冷痛；用于腰膝酸痛或软弱无力，即以本品与萆薢、杜仲等配伍。

用量用法：10~15g。

注意事项：本品补肾助阳，性质柔润，不若淫羊藿之燥散，但只适用于阳虚有寒湿之证，如阴虚火旺或有湿热者均不宜服。

3. 肉苁蓉

本品为列当科一年生寄生草本植物肉苁蓉 *Cistanche sala* (C.A.Mey.) G.Beck 的带鳞叶的肉质茎。

性味归经：甘、咸，温。归肾、大肠经。

功效：补肾助阳，润肠通便。

应用：以本品配伍熟地、菟丝子、五味子等，治肾虚精亏，肾阳不足而致阳痿；配伍鹿角胶、当归、熟地、紫河车治精血亏虚，不孕；配伍巴戟天、萆薢、杜仲治腰膝冷痛，筋骨无力；用于肠燥津枯之大便秘结，可配伍火麻仁、沉香同用，也可大剂量煎汤服。

用量：10~20g。

注意事项：本品补阳不燥，药力缓和，入药少则不效，故用量宜大。因能助阳、滑肠，故阴虚火旺及大便泄泻者忌服。肠胃有实热之大便秘结者亦不宜用。

4. 淫羊藿

本品为小蘗科多年生草本植物淫羊藿 *Epimedium geandiflorum* Morr. 箭叶淫羊藿 *E. sagittatum* (S.et.Z.) Maxim. 等的全草。

性味归经：辛、甘，温。归肝、肾经。

功效：补肾壮阳，祛风除湿。

应用：用于阳痿，尿频，腰膝无力，可以单用浸酒服，也可与熟地、枸杞子、仙茅等补肾壮阳药同用；用于风寒湿痹或肢体麻木，以本品配伍威灵仙、苍耳子、桂心等药同用；又如淫羊藿酒，即以本品 500g、烧酒 5000ml，浸 10 日，每服 30g，1 日 2~3 次（酒量小者酌减），治风寒湿痹，疼痛或麻木，也治阳痿。

用量用法：10~15g。水煎服；也可浸酒、熬膏或入丸散。

注意事项：阴虚火旺者不宜服。

5. 杜仲

本品为杜仲科落叶乔木植物杜仲 *Eucommia ulmoides* Oliv. 的树皮。生用或盐水炒用。

性味归经：甘，温。归肝、肾经。

功效：补肝肾，强筋骨，安胎。

应用：用于肝肾不足，腰膝酸痛或痿软无力之证，多配伍破故纸、胡桃肉等同用；用于肝肾虚寒，阳痿，尿频等证，可配伍山萸肉、菟丝子、破故纸等温补固涩药同用；用于胎动不安或习惯堕胎，单用本品研末，枣肉为丸服；配伍续断、山药治习惯堕胎；还可用于肝阳

上亢，头目眩晕，可配伍白芍、石决明、夏枯草等。

用量用法：10~15g。炒用疗效较生用为佳。

注意事项：为温补之品，阴虚火旺者慎用。

6. 补骨脂

本品为豆科一年生草本植物补骨脂 *Psoralea corylifolia* L. 的种子。生用，炒或盐水炒用。

性味归经：苦、辛，大温。归肾、脾经。

功效：补肾壮阳，固精缩尿，温脾止泻。

应用：用于阳痿，腰膝冷痛，以本品配伍菟丝子、胡桃肉、沉香等治阳痿；以本品配伍杜仲、胡桃肉等治腰膝冷痛或酸软无力；用于遗精，遗尿，尿频，用补骨脂、青盐等分同炒为末；单用本品炒研末，热汤下，治小儿遗尿；以补骨脂、茴香等分为丸，治肾气虚冷，小便无度；用于脾肾阳虚的五更泄泻，常配伍肉豆蔻、五味子、吴茱萸等。

用量：5~10g。

注意事项：本品性质温燥，能伤阴助火，故阴虚火旺及大便秘结者忌服。

7. 益智仁

本品为姜科多年生草本植物益智 *Alpinia oxyphylla* Miq. 的成熟果实。砂炒后去壳取仁。

应用：用于肾气不足，精血衰少所致的不孕或阳痿，遗精，腰酸，头晕，耳鸣等证，当配伍其它补益药同用，以增强疗效；用于气血亏虚，消瘦乏力，面色萎黄，产后乳少，可配伍党参、黄芪、熟地、当归等同用；用于肺肾两虚的气喘，尤其在不发作时服用本品，可以固本，减少发作；如兼阴虚内热者，当配伍熟地、龟甲、黄柏等养阴清热药同用。

用量用法：1.5~3g，研末装胶囊吞服，1日2~3次，重证用量加倍；也可入丸散。如用鲜胎盘，每次半个至一个，水煮服食。

注意事项：阴虚火旺者不宜单独应用。

10. 菟丝子

本品为旋花科一年生寄生性蔓草菟丝子 *Cuscuta chinensis* Lam. 或大菟丝子 *C. Japonica* Choisy 成熟种子。生用或煮熟捣烂作饼用。

性味归经：辛、甘，平。归肝、肾经。

功效：补阳益阴，固精缩尿，明目止泻。

应用：用菟丝子、杜仲等分，山药糊丸服，治腰膝酸痛；以本品配伍枸杞子、覆盆子、五味子等，治阳痿遗精；以本品配伍鹿茸、桑螵蛸、五味子等，治疗小便不禁；以本品配伍白茯苓、莲子，治遗精；以本品配伍黄芪、党参、白术等治泄泻。

用量：10~15g。

注意事项：本品为平补之药，但仍偏补阳，故阴虚火旺，大便燥结、小便短赤者不宜服。

五、常用腧穴

1. 曲骨 (RN2)

定位：耻骨联合上缘中点处。

主治：小便不利，遗尿，遗精，阳痿，月经不调，带下。

操作：直刺1~1.5寸。可灸。孕妇慎用。

2. 中极 (RN3)

定位：脐下4寸，前正中线上。

主治：遗尿，小便不利，疝气，遗精，阳痿，月经不调，崩漏，带下，阴挺，不孕。

操作：直刺1~1.5寸。可灸。孕妇慎用。

3. 神阙 (RN8)

定位：脐窝正中。

主治：腹痛，泄泻，脱肛，水肿，虚脱。

操作：因消毒不便，所以一般不针，多用艾条或艾炷隔盐灸。

4. 命门 (DU4)

定位：第二腰椎棘突下。

主治：阳痿，遗精，带下，月经不调，泄泻，腰脊强痛。

操作：直刺0.5~1寸。可灸。

5. 百会 (DU20)

定位：后发际正中直上7寸。

保元汤(《博爱心鉴》)

【组成】 人参 20g 黄芪 20g 肉桂 8g 甘草 5g 生姜 3g (原著无分量)

【方解】 方中以人参甘温大补元气，补五脏，安精神，黄芪补益脾肺，壮生化之源，共为君药；肉桂入心助阳为臣；生姜辛温，助阳气之化，甘草亦能补中益气，共为佐药，甘草又可调诸药，兼作使药。五药合用，共奏补气温阳之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 郄门 神门 心俞 巨阙 脾俞

【刺灸法】 补法。心俞、脾俞可灸。

4. 病案选录

刘××，男，57岁，工人。1975年2月18日初诊。胸闷不舒，偶有胸痛，心悸不宁，睡眠尚好，大便干结。近日感冒，略有怕冷咳嗽，舌苔腻，脉结代。患者1972年因胸闷胸痛作心电图检查正常；1973年5月及1974年4月作运动试验均为阴性，室性早搏。证属胸阳不振，气滞血瘀。胸痛、胸闷皆由胸阳不振，气机不畅所致，病延日久则气血瘀滞。脉结代亦为心阳不足，脉络阻塞之证。治以通阳理气，活血化瘀，以炙甘草配桂枝温通心阳为主。炙甘草9g、桂枝4.5g、赤芍15g、茶树根30g、红花6g、郁金9g、瓜蒌皮12g、川朴6g、陈皮6g。上方据脉证加减续服20余剂，胸痛日见轻减，胸闷、脉结代基本消失。继给予成药调理。(《黄文东医案》)

(二) 脾阳(亏)虚证(脾阳虚衰证；脾虚寒证)

1. 临床表现：腹胀纳少，腹痛喜温、喜按，畏寒肢冷，大便稀溏，或下肢水肿，或妇女带下量多，舌淡，苔白润，脉沉迟无力。

2. 病机分析：脾脏阳气虚衰，运化失健，则腹胀纳少；阳虚阴盛，寒从中生，寒凝气滞，故腹痛喜温喜按；水寒之气内盛，水湿不化，流注肠中，故大便稀溏；脾阳虚弱，不能温煦机体及四肢，故畏寒肢冷；水湿内停，泛溢肌肤，则下肢浮肿；水湿下注，损伤带脉，带脉失约，则见妇女白带清稀量多；舌淡，苔白润，脉沉迟无力，皆为阳虚、水寒之气内盛之征。

3. 治疗方法：温中健脾。

(1) 代表方剂

理中丸(《伤寒论》)

【组成】 人参 6g 干姜 5g 炙甘草 6g 白术 9g

【方解】 本方以辛热之干姜，温中焦脾胃而祛里寒，为君。人参大补元气，助运化而调升降，为臣。白术健脾燥湿；炙甘草益气和中，并为佐使之用。四药配合，中焦之寒得辛热而去，中焦之虚得甘温而复，共奏温中散寒，益气健脾之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 足三里 脾俞 中脘 地机 建里 关元俞

【刺灸法】 补法，加灸。

4. 病案选录

白某，男，39岁。患慢性肝炎6年，两肋间歇性疼痛，大腹胀满，纳食乏味，暖气频频，肠鸣矢气，大便溏薄，一日二次或隔日一行，曾先后5次住院。经保肝，丙酸睾酮等

治疗后，均可获暂时效果。诊得六脉虚迟无力，舌胖大，苔腻而浮。缘起病于早年饥饱劳役，脾胃升降失职，健运无权，恰与《金匱要略》“呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之”之证相符，则与法半夏 9g、萸炒连 3g、枯黄芩 9g、干姜片 6g、炙甘草 6g、潞党参 9g、大枣 4 枚。二诊，前方日服 1 剂，一月来纳差、肠鸣、矢气等症状已大为减轻，但仍有腹胀胁痛，舌脉同前，拟《伤寒论》厚朴生姜半夏甘草人参汤，厚朴 9g、生姜 6g、半夏 6g、党参 9g、炙甘草 6g。服药 20 剂，腹胀大减，基本消失，除胁有隐痛之外余证均除，脉象较前有力，精神充沛，出院返四川工作，嘱再服一段时间半夏泻心汤及补中益气汤为善后调理。（《岳美中医案集》）

（三）肾阳虚证（元阳亏虚证；元阳虚衰证；命门火衰证）

1. 临床表现：畏寒肢冷，腰膝以下尤甚，面色㿔白或黧黑，小便清长，夜尿多，舌淡苔白，脉弱。

2. 病机分析：肾居下焦，阳气不足，温煦失职，故畏寒肢冷，且以下肢发冷尤甚；肾阳不足，膀胱失约，故小便清长，夜尿多；阳虚气血运行无力，不能上荣于面，故面色㿔白；肾阳虚衰，阴寒内盛，浊阴弥漫肌肤，则呈本脏之色而黧黑无泽；舌淡胖苔白，脉弱，均为肾阳虚衰，气血运行无力之征。

3. 治疗方法：温补肾阳。

（1）代表方剂

金匱肾气丸（《金匱要略》）

【组成】干地黄 240g 山药 120g 山茱萸 120g 泽泻 90g 茯苓 90g 牡丹皮 90g 桂枝 30g 附子（炮）30g

【方解】方用干地黄滋肾阴，补真水，重用为君。山茱萸、山药滋肾补肝健脾；以少量桂枝、附子温补肾中之阳，意在以少火生肾气，共为臣药。泽泻泻降肾浊；茯苓渗利脾湿；丹皮清泻肝火，三药为佐，与温补肾阳药相配，使补而不腻。全方阴中求阳，补中寓泻，为温补肾阳之要剂。

（2）针灸处方

【用穴】肾俞 命门 三阴交 关元 中极 膀胱俞

【刺灸法】补法，加灸。

4. 病案选录

肖××，女，50岁。原有高血压病，近因失眠，眩晕更甚而来就诊。症见形寒肢冷，色㿔神疲，心烦失眠，耳鸣目眩，血压 170/100mmHg，脉沉细无力，舌质淡，苔薄黑而有津液。认为肝肾阴亏，虚阳上扰之象，法当滋养肝肾、熄风潜阳。方用双钩 10g、夏枯草 15g、石决明 10g、龙骨 10g、熟地 15g、丹皮 6g、泽泻 9g、淮山药 12g、茯苓 12g、山茱萸 5g、枸杞 10g、菊花 10g。服 3 剂，眩晕无好转，脉舌如故。改拟温补肾阳，引火归源。熟地 24g、淮山药 12g、山茱萸 12g、丹皮 9g、茯苓 9g、泽泻 9g、附片 12g、肉桂 6g。服药 3 剂后，眩晕显著好转，黑苔亦随之消退，脉沉转为有力，血压 140/90mmHg，唯神疲、色㿔如旧，原方加条参 20g，5 剂乃康。（《湖南省老中医医院》谭俊臣案）

（四）亡阳证（阳脱证）

1. 临床表现：冷汗淋漓，身凉肢厥，神倦息微，面色苍白，舌淡苔润，脉微欲绝。

2. 病机分析：阳气欲脱，阳气衰亡，不能卫外、固摄则冷汗淋漓；不能温煦肢体故四肢厥冷；心阳衰，宗气泄，不能助肺以行呼吸，故见神倦息微；阳气欲脱，气血运行无力，血液不能外荣肌肤，所以面色苍白；舌淡苔润，脉微细欲绝均为阳气欲脱之象。

3. 治疗方法：回阳救逆。

(1) 代表方剂

四逆汤(《伤寒论》)

【组成】 附子 5~10g 干姜 6~9g 炙甘草 6g

【方解】 附子大辛大热，补益先天命门真火，通行十二经，通达内外以温阳逐寒，为君药。干姜温中焦之阳而除里寒，助附子生发阳气，为臣药。炙甘草益气温中为佐药，既能解毒，又能缓姜、附辛烈之性。三药合用，共奏回阳救逆固脱之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 关元 神阙 人中

【刺灸法】 关元、神阙用大艾炷隔盐灸之，按、掐人中穴。

4. 病案选录

杨××，男，31岁，农民。体质素虚，忽患足膝胀痛，延医服药旬日以来，殊无疗效，检阅前方，大抵多用风湿疏散之剂，而无维护体元之方，以致大汗淋漓，转为虚脱之候，病情甚险，应邀会诊。其证汗淋如雨，四肢厥冷，脉沉微欲绝，或有议用千金生脉散者。余细思之，病已至此，千钧一发，殊非一般平淡之剂所能济事，苟非通脉四逆，岂能招回垂绝之阳！此际非大剂参附汤不可，遂当机立断，为疏方如下：高丽参 15g、附片 30g、白术 15g、五味子 3g。药进 1 剂，大汗已收，再进 1 剂，四肢温暖，脉转正常，诸症皆愈。(《湖南省老中医医案选》王孟坚案)

第五章 实 证

实证是对人体感受外邪，或体内病理产物蓄积而产生的各种临床表现的病理概括。实证的成因有两个方面：一是外邪侵入人体，一是由于内脏功能失调，以致痰饮、水湿、瘀血等病理产物停留在体内所致。实证包括气滞、血瘀、湿阻、痰、饮、食滞、虫积等各种证候。临床以发热，腹胀痛拒按，胸闷烦躁，甚至神昏谵语，呼吸气粗，痰涎壅盛，大便秘结，或下利，里急后重，小便不利，或淋漓涩痛，舌质苍老，舌苔厚腻，脉实有力为辨证要点。治当“实则泻之”。

第一节 气 滞 证

气滞证是指人体某一部分，或某一脏腑经络的气机阻滞、运行不畅所表现的证候。多因情志不遂，饮食不调，痰湿停聚，感受外邪，或外伤闪挫，气虚等所致。

一、临床表现

胸胁脘腹胀闷疼痛，时轻时重，走窜不定，胀痛常随太息、嗝气、肠鸣、矢气后减，或随情绪的忧思恼怒与喜悦而加重或减轻，脉象多弦，可无明显舌象变化。

二、病机分析

气的运行发生障碍，不通则痛，故以胀闷疼痛为主要表现，以攻痛、窜痛为特征；气机时阻时通，故胀痛时轻时重，走窜不定；太息、嗝气、肠鸣、矢气可使气机暂通，故随之而减；情志影响肝的疏泄功能，情志不舒常可导致或加重气滞，故症之轻重，每随情绪波动而改变；脉弦为气机不利、脉气不舒之象。

三、治疗法则

理气，行气。

四、常用中药

1. 陈皮

为芸香科常绿小乔木植物橘 *Citrus reticulata* Blanco 及其栽培变种的成熟果皮。以陈久者为佳，故称陈皮。生用。

性味归经：辛、苦，温。归脾、肺经。

功效：理气调中，燥湿化痰。

应用：用于脾胃气滞所致脘腹胀满或疼痛，常配木香、枳实；恶心呕吐，配生姜；呕吐而见痰热之象，配竹茹、黄连等；肝强脾弱所致腹痛泄泻，配白术、白芍、防风等；脾胃气虚消化不良，配党参、白术、炙甘草等；湿浊中阻所致的胸闷腹胀，纳呆倦怠，大便溏薄，配苍术、厚朴；痰湿阻肺，咳嗽痰多气逆，配半夏、茯苓等。

用量用法：3~10g。水煎服。

使用注意：本品辛散苦燥，温能助热，舌红少津、内有实热者慎用。

2. 枳实

为芸香科常绿小乔木植物酸橙 *Citrus aurantium* L. 及其栽培变种或甜橙 *C. sinensis* Osbeck 的干燥幼果。生用或麸炒用。

性味归经：苦、辛，微寒。归脾、胃、大肠经。

功效：破气消积，化痰除痞。

应用：用于脘腹痞满胀痛之食积证，多与山楂、麦芽、神曲同用；热结便秘，多与大黄、芒硝、厚朴同用；湿热泻痢，多与黄芩、黄连同用；胸阳不振，寒痰内阻之胸痹心痛，常以薤白、桂枝、瓜蒌配伍；治心下痞满、食欲不振，可与半夏曲、厚朴相须为用。

用量用法：3~10g。大剂量 15g。水煎服。

注意事项：脾胃虚弱及孕妇慎用。

3. 木香

为菊科多年生草本植物木香 *Aucklandia lappa* Decne.、川木香 *Vladimiria souliei* (Franch.) Ling 的根。生用或煨用。

性味归经：辛、苦，温。归脾、胃、大肠、胆经。

功效：行气，调中，止痛。

应用：用于脘腹胀痛之脾胃气滞证，可与陈皮、砂仁、檀香同用；若脘腹胀满，食少便溏之脾虚气滞证，可与党参、白术、陈皮配伍；里急后重之湿热泻痢，常与黄连配伍；便秘或泻而不爽，脘腹胀痛之食积证，可与槟榔、青皮、大黄同用；对于腹痛、胁痛，黄疸，胆石症，胆绞痛，可与郁金、大黄、茵陈同用。

用量用法：3~10g。生用行气力强，煨用行气力缓而多于止泻。

使用注意：本品辛温香燥，凡阴虚火旺者慎用。

4. 薤白

为百合科多年生草本植物小根蒜 *Allium macrostemon* Bge. 和薤 *A. chinense* G. Don. 的地下鳞茎。生用。

性味归经：辛、苦，温。归肺、胃、大肠经。

功效：通阳散结，行气导滞。

应用：用于寒痰阻滞、胸阳不振所致胸闷心痛之胸痹证，常与瓜蒌、半夏、枳实配伍；对于痰瘀胸痹，则可与丹参、川芎、瓜蒌同用；若泻痢里急后重，配木香、枳实；治脘腹痞满胀痛之胃寒气滞证，可与高良姜、砂仁、木香同用。

用量用法：5~10g。

5. 厚朴

为木兰科落叶乔木植物厚朴 *Magnolia officinalis* Rehd. et Wils. 或凹叶厚朴 *M. biloba*

(Rehd. et Wils.) Cheng 的干皮、根皮及枝皮。姜汁制用。

性味归经：辛、苦，温。归脾、胃、肺、大肠经。

功效：行气，燥湿，消积，平喘。

应用：用于脘闷腹胀，腹痛，或呕逆等湿阻脾胃证，常与苍术、陈皮同用；对于脘腹胀满，便秘，肠胃积滞证，配枳实、大黄；对于宿有喘病又因外感风寒而发者，可与桂枝、杏仁同用；若胸闷喘咳之痰湿内阻证，常与苏子、橘皮配伍。

用量用法：3~10g。

6. 香附

为莎草科多年生草本植物莎草 *Cyperus rotundus* L. 的根茎。生用，或醋炙用。

性味归经：辛、微苦、微甘，平。归肝、三焦经。

功效：疏肝理气，调经止痛。

应用：用于胁肋胀痛之肝气郁结证，多与柴胡、川芎、枳壳同用；治寒凝气滞、肝气犯胃所致胃脘疼痛等证，可配高良姜；治寒疝腹痛，配小茴香、乌药、吴茱萸；对于肝郁所致月经不调、痛经、乳房胀痛等证，常配柴胡、青皮、川芎等同用。

用量用法：6~12g。醋炙止痛力增强。

7. 乌药

为樟科灌木或小乔木植物乌药 *Lindera strychnifolia* (Sieb. et Zucc.) Villar 的根。生用或麸炒用。

性味归经：辛，温。归肺、脾、肾、膀胱经。

功效：行气止痛，温肾散寒。

应用：胸肋闷痛之寒凝气滞证，可与薤白、瓜蒌皮、延胡索同用；对于脘腹胀痛、痛经，多与香附、木香配伍；治寒疝腹痛，常与小茴香、青皮、高良姜相伍；若用于尿频、小儿遗尿之肾阳不足证，常用益智仁、山药配伍。

用量用法：3~10g

8. 川楝子

为楝科落叶乔木植物川楝 *Melia toosendan* Sieb. et Zucc. 的成熟果实。生用或麸炒用。用时打碎。

性味归经：苦，寒；有小毒。归肝、胃、小肠、膀胱经。

功效：行气止痛，杀虫疗癣。

应用：用于胁肋作痛、疝痛等肝经郁热或肝胃不和证，每与延胡索、柴胡、枳实配伍；对于虫积腹痛，常用槟榔、使君子相伍；外用可治头癣。

用量用法：3~10g。外用适量。炒用减低寒性。

注意事项：本品有毒，不宜过量或持续服用。

五、常用腧穴

1. 支沟 (SJ6)

定位：手背侧，腕横纹上3寸，尺、桡骨间。

主治：便秘、胸闷、胁肋痛、上肢酸痛、麻木、瘫痪。

操作：直刺1~1.5寸。

2. 期门：(LR14)

定位：乳头直下，第六肋间隙。

主治：胸闷、肋痛、呃逆、胃痛。

操作：斜刺3~5分。

3. 肝俞 (BL18)

定位：第九胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：肝胆疾患、胸胁胀痛、目疾。

操作：斜刺0.5~1寸。

4. 天枢 (ST25)

定位：脐旁2寸。

主治：腹胀、腹痛、腹泻、便秘、阑尾炎。

操作：直刺1~1.5寸。

5. 太冲 (LR3)

定位：足背第一、二趾骨结合部之前凹陷中。

主治：头痛、眩晕、肋痛、呃逆、月经不调、疝气。

操作：直刺0.5~0.8寸。

6. 足临泣 (GB41)

定位：足背外侧，当足四趾本节后方，小趾伸肌腱外侧陷下处。

主治：偏头痛，目眩，耳鸣，月经不调，乳痈。

操作：直刺0.3~0.5寸。可灸。

7. 梁门 (ST21)

定位：上腹部当脐中上4寸，距前正中线2寸。

主治：胃疼，呕吐，食欲不振，便溏。

操作：直刺0.5~0.8寸。

六、常见证型治要

(一) 肝气郁结证；肝气郁滞证（肝郁证；气滞证）

1. 临床表现：情志抑郁，喜叹息，胸胁或少腹胀闷窜痛，妇女乳房胀痛，月经不调，脉弦。

2. 病机分析：肝气郁结，气机郁滞不畅，故精神抑郁，胸闷不舒，喜叹息；胸胁及少腹、乳房为肝经分布之野，肝郁气滞，使经脉不利，故胸胁、少腹、乳房等部位胀痛，且游走不定；肝气久郁不解，气病及血，导致气滞血瘀，可致月经不调；气机不利，脉气不舒，则脉弦。

3. 治疗方法：疏肝理气。

(1) 代表方剂

四逆散(《伤寒论》)

【组成】炙甘草 6g 枳实 6g 柴胡 6g 芍药 9g

【方解】方中柴胡入肝胆经，升发阳气，疏肝解郁，透邪外出为君药。白芍敛阴养血柔肝为臣，与柴胡合用，以敛阴和阳，条达肝气，且可使柴胡升散而无耗阴伤血之弊。佐以枳实理气解郁，泄热破结，与柴胡为伍，一升一降，加强疏畅气机并奏升清降浊之效；于白芍相配，又能理气和血，使气血调和。使以甘草调和诸药。四药合用，共奏疏肝理气之效。

(2) 针灸处方

【用穴】支沟 期门 肝俞 足临泣 行间

【刺灸法】平补平泻。

4. 病案选录

周某某，男，38岁。1972年10月30日诊。患病毒性肝炎6年余，久治未愈。证见胁痛隐隐，且于恼怒之后胁痛明显增剧，纳减腹胀，时有暖气，大便欠爽，小便淡黄，脉弦细而涩，舌质微紫苔白腻。体检：肝上界在第6肋间，肋下4厘米，质软，叩压痛(+)，脾未触及，肝功能：黄疸指数6单位，麝香草酚浊度12单位，麝香草酚絮状(++)，硫酸锌浊度18单位，谷丙转氨酶288单位。辨证为肝郁气滞，血运不畅，瘀阻络脉使然。主以疏肝理气，和营宣络。柴胡6g、郁金9g、枳壳6g、橘络6g、香附9g、川芎6g、赤芍9g、白芍9g、建曲9g、鸡内金9g、茜草根9g、丹参15g、川楝子9g、绿萼梅9g，服7剂，胁痛略减。继宗原方减川芎、郁金，加当归、红花、枸杞等，计服80余剂，胁痛等恙消失，肝功能复查正常。(《中医治法精粹》)。

附：肝脾不调证(肝郁脾虚证；肝滞脾虚证)

1. 临床表现：胁胀作痛，腹胀食少，情绪抑郁，便溏不爽，或腹痛欲泻，泻后痛减，脉弦缓。

2. 病机分析：本证可有肝、脾两脏病变的三种表现，其一“木旺克土”，即先有肝气郁结，如情志抑郁恼怒，少腹攻窜作痛，以后再出现脾失健运，见食少纳呆，食后腹胀，便溏不爽，是为肝病及脾；其二是“土虚木乘”，即先有脾气虚弱，失于健运，影响肝气疏泄，而后出现肝气郁结，如胁胀作痛，情绪抑郁等症状，是脾虚而肝乘虚而入之证；其三是“土壅侮木”，即先有脾为湿邪所困，如脘腹胀闷，食少，便溏不爽，湿阻于内，反影响肝气疏泄，而后再现肝气郁结，如胸胁少腹游走窜痛等症状，是为脾病及肝；肝郁脾失健运，清气不升，故腹痛欲便。泻后气滞得畅，故泻后疼痛缓解；脉弦，属肝脾不调之候。

3. 治疗法则：疏肝扶脾。

(1) 代表方剂

逍遥散(《太平惠民和剂局方》)

【组成】柴胡3g 芍药3g 当归3g 白术3g 茯苓3g 甘草1.5g 薄荷3g 煨生姜1片

【方解】方中以柴胡疏肝解郁，使肝气得以条达为君药。白芍酸苦微寒，养血敛阴，柔肝缓急；当归甘辛苦温，养血和血，且气香可理气；归、芍与柴胡同用，补肝体而助肝用，使血和则肝和，血充则肝柔，共为臣药；以白术、茯苓、甘草健脾益气，非但实土以抑木，且使营血生化有源，共为佐药；用法中加薄荷少许，疏散郁遏之气，透达肝经郁热；生姜降逆和中，且能辛散达郁，亦为佐药；柴胡为肝经引经药，又兼使药之用。合而成方，可使肝郁得疏，血虚得养，脾弱得复，气血兼顾，肝脾同调，立法周全，组方严谨，故为调肝扶脾

的代表方。

(2) 针灸处方

【用穴】 天枢 太冲 气海 足三里 阴陵泉 太白

【刺灸法】 平补平泻。

4. 病案选录

吴某，女，38岁。1980年12月3日初诊。因某事纠葛，遂起抑郁不舒。4天来四肢阵发性抽搐，肢体麻木，头痛头晕，善悲哭泣，心情烦躁，夜不安寐，食不甘味，胃脘痞闷，精神疲惫，舌淡苔薄黄，脉细弦。恙由情志失于畅达，肝气郁滞，“木郁达之”，拟逍遥散加减。柴胡6g、当归9g、白芍9g、茯苓12g、菖蒲9g、夜交藤20g、莲子心6g、青陈皮各6g、苏梗6g、川楝子6g、甘草6g、生龙牡各15g。6剂后诸症大减，抽搐已止，入晚已能睡4~5小时。嘱时时戒怒，心胸开朗，再以上方增损调治10余剂告愈。（赵金铎治验《上海中医药杂志》1982，7:13）

肝胃不和证；肝胃不调证（肝气犯胃证）

1. 临床表现：胃脘、胁肋胀满疼痛，嗳气、呃逆、吞酸，情绪抑郁，不欲食，苔薄黄，脉弦。

2. 病机分析：本证多因情志不遂，肝气郁结，横逆犯胃，胃失和降，或因饮食伤胃，致胃失和降，影响肝之疏泄所致。肝郁气滞，经气不利，故胁肋胀痛；肝气横逆，滞于胃脘，则胃脘胀满疼痛，食入停滞；胃失和降，胃气上逆，则呃逆、嗳气；气郁于胃，久则化热，故吞酸，苔薄黄。脉弦为肝气郁结，肝失条达所为。

3. 治疗方法：疏肝理气，和胃止痛。

(1) 代表方剂

柴胡疏肝散（《景岳全书》）

【组成】 陈皮6g 柴胡6g 川芎4.5g 香附4.5g 枳壳4.5g 芍药4.5g 炙甘草1.5g

【方解】 方中用柴胡疏肝解郁为君药。香附理气疏肝，助柴胡以解肝经之郁滞，为臣药。陈皮、枳壳理气行滞；芍药、甘草养血柔肝，缓急止痛，为佐药；甘草兼调诸药，亦为使药之用。诸药相合，共奏疏肝行气止痛之功效。

(2) 针灸处方

【用穴】 内关 太冲 足三里 阳陵泉 中脘 期门 胃俞

【刺灸法】 泻法，或平补平泻。

4. 病案选录

张某，男，38岁。胸脘胁肋胀满窜痛已10余年，甚则掣及后背，食欲不振，嗳气，泛酸，有时欲呕，大便较干，易发烦躁，夜寐欠安，周身倦怠乏力。舌苔薄黄，脉沉涩微弦。血虚不能养肝，肝气横逆，胃失和降，气机郁滞所致，拟用疏肝和胃治之。方用柴胡5g 薤白10g 丹参25g 杭白芍10g 瓜蒌20g 砂仁5g 炒枳壳6g 酒川芎5g 檀香3g 醋香附10g 广皮炭6g 炙草3g 半夏曲6g 沉香曲6g 旋覆花（代赭石12g同布包）6g。半月后患者因感冒来诊，谓前治胁痛药3剂，诸症顿除，至今未再复发。（《施今墨临床经验集》）。

(二) 胃肠气滞证 (气滞胃肠证)

1. 临床表现: 胃脘或腹部痞胀疼痛, 痛而欲吐或欲泻, 泻而不爽, 或腹胀痛剧, 肠鸣走窜不定, 矢气后胀痛得减, 大便秘结, 苔厚, 脉弦。

2. 病证分析: 本证由于邪气侵扰, 或内脏气机失调致胃肠气机阻滞, 故脘腹痞胀疼痛; 气机紊乱, 升降失常, 胃气逆于上则暖气欲吐; 下迫则欲泻不爽; 暖气、矢气之后滞塞之气机暂通, 故胀痛得减; 若气机阻塞, 胃肠之气不降, 则大便秘结; 苔厚, 脉弦, 为浊气内停, 气机阻滞之象。

3. 治疗方法: 理气散结除痞。

(1) 代表方剂

半夏泻心汤(《伤寒论》)

【组成】 半夏 9g 黄芩 6g 干姜 6g 人参 6g 黄连 3g 大枣 4 枚 甘草 3g

【方解】 本方以辛温之半夏为君, 散结除痞, 又善降逆止呕。臣以干姜之辛热温中散寒, 黄芩、黄连之苦寒以泄热开痞。以上四药相伍, 具有寒热平调, 辛开苦降之用。又以人参、大枣甘温益气, 以补脾虚, 与半夏配合, 以复脾胃升降之常。使以甘草补脾和中而调诸药。全方寒热互用以和其阴阳, 苦辛并进以调其升降, 补泻兼施以顾其虚实, 使寒热得解, 升降复常, 则痞满呕利自愈。

(2) 针灸处方

【用穴】 中脘 天枢 气海 上巨虚 阴陵泉

【刺灸法】 毫针用补法。可灸。

4. 医案选录

王某, 男, 42 岁。患“胃痛”10 余年。近 3 天宿疾发作, 脘腹作痛, 大便溏薄, 滞而不爽, 舌苔白腻质淡, 脉弦细滑。病属脾胃阳虚, 湿热蕴积肠道, 治宜温中散寒, 清热燥湿, 调和胃肠, 拟方半夏泻心汤加神曲、木香、鸡内金、白芍, 服 8 剂而愈。(《四川中医》, 1984, 6:59)。

第二节 血 瘀 证

血瘀证是指离经之血, 不能及时排出或消散, 而停留于人体某处; 或血液运行不畅, 壅积于经脉或器官之内所表现出的证候。多因气滞、气虚、阳气虚衰、寒凝、热结或跌仆损伤所致。

一、临床表现

疼痛呈刺痛, 痛处不移, 拒按, 夜间加剧, 青紫肿块或腹内癥块, 出血呈紫暗色或夹有血块, 面色黧黑, 肌肤甲错, 唇甲青紫, 舌质暗紫, 或有瘀点, 瘀斑, 舌下脉络曲张, 脉弦涩。

二、病机分析

瘀血内阻, 可使血运受阻, 不通则痛, 故疼痛为血瘀证特征之一, 瘀血为有形之邪, 阻滞气机运行, 按之气阻更甚, 故疼痛如刺, 且固定不移, 由于夜间血行缓慢, 瘀阻加重, 故

夜间疼痛加剧；积瘀不散而凝结，以致形成肿块；瘀阻脉络，使血液不能循径运行，溢于脉外，致反复出血，呈紫暗色或夹有血块，若久瘀不散，阻碍营血运行，肌肤失其濡养，则出现面色黧黑，肌肤甲错，唇甲青紫；舌质暗紫、或瘀点、或瘀斑，舌下脉络曲张，脉弦涩均为瘀血阻滞之证象。

三、治疗法则

活血化瘀。

四、常用中药

1. 川芎

为伞形科多年生草本植物川芎 *Ligusticum chuanxiong* Hort. 的根茎。生用或酒炒、麸炒。

性味归经：辛，温。归肝、胆、心包经。

功效：活血行气，祛风止痛。

应用：本品为“血中气药”，能“上行头目，下行血海”。治妇人月经不调、经闭、痛经、产后瘀滞腹痛等血瘀气滞证，常配当归、桃仁、香附等同用；若心脉瘀阻的冠心病心绞痛，以丹参、桂枝、檀香等配伍；治外感风寒头痛，配白芷、防风、细辛；风热头痛，配菊花、石膏、僵蚕；风湿头痛，配羌活、藁本、防风；血瘀头痛，配红花、丹参、赤芍；血虚头痛，配当归、地黄、白芍；对于肢体疼痛麻木之风湿痹痛证，常配独活、桂枝、防风相伍。近代临床以川芎注射液静滴，治急性缺血性脑血管病；川芎嗪静滴治脑外伤综合症；川芎配萘萘制成颅痛定，治三叉神经痛及血管性头痛、坐骨神经痛、末梢神经炎等病症。

用量用法：3~10g；研末吞服，每次1~1.5g。

注意事项：凡阴虚火旺，多汗及月经过多者，应慎用。

2. 延胡索

为罂粟科多年生草本植物延胡索 *Corydalis turtschaninovii* Bess. f. *yanhusuo* Y. H. Chou et C. C. Hsu 的块茎。切厚片或捣碎，生用，或醋炙用。

性味归经：辛、苦，温。归心、肝、脾经。

功效：活血，行气，止痛。

应用：本品止痛作用优良，主要用于气血瘀滞所致诸痛证，常与川楝子配伍。若胸痹心痛，配瓜蒌、薤白、丹参等；胃痛，配白术、枳实、白芍；胁肋胀痛，配柴胡、郁金等；痛经、产后腹痛，配当归、红花、香附；对腹痛寒疝证，配小茴香、吴茱萸等；对于跌打损伤之血瘀气滞证，配乳香、没药。近代临床用治多种内脏痉挛性或非痉挛性疼痛，均有较好疗效；也有用本品治麻风病的神经痛；以及用0.2%延胡索碱注射液作局部麻醉手术。

用量用法：3~10g；研末服1.5~3g。

3. 丹参

为唇形科多年生草本植物丹参 *Salvia miltiorrhiza* Bge. 的根。生用或酒炒用。

性味归经：苦，微寒。归心、心包、肝经。

功效：活血祛瘀，凉血消痈，养血安神。

应用：本品为活血化瘀之要药，广泛用于各种瘀血证，有“一味丹参，功同四物”之说，可单味为末，酒调服用。用治月经不调，痛经，经闭，产后瘀滞腹痛病证，配当归、川芎、益母草等同用；对冠心病心绞痛，常配降香、川芎、红花；治癥瘕积聚，用三棱、莪术相配，以祛瘀消癥；对疮疡痈肿，常配金银花、连翘、乳香等同用；对失眠者，以夜交藤、酸枣仁、柏子仁相伍。近代临床用本品制成丹参注射液静滴治缺血性中风、动脉粥样硬化、病毒性心肌炎、慢性肝炎、肝硬化等病证。

用量用法：5~10g。酒炒可增加活血之功。

注意事项：反藜芦。

4. 郁金

为姜科多年生宿根草本植物郁金 *Curcuma aromatica* Salisb.，姜黄 *C. longa* L.，广西莪术 *C. kwangsiensis* S. Lee et C. F. Liang 的块根。切片或打碎，生用，或矾水炒用。

性味归经：辛、苦，寒。归心、肝、胆经。

功效：活血止痛，行气解郁，凉血清心，利胆退黄。

应用：用于气滞血瘀所致胸、胁、腹痛等病证，常配柴胡、香附、丹参；若胁下癥积，配鳖甲、莪术；对湿浊蒙闭心窍者，配菖蒲、山栀；治癫狂痰火蒙心者，配白矾；对于吐血、衄血、妇女到经等气火上逆之出血证，常配生地、山栀、小蓟草；用于肝胆湿热所致黄疸、胆结石症，配茵陈、山栀、金钱草。

用量用法：6~12g。

注意事项：《十九畏歌诀》说：“丁香莫与郁金见。”可供使用时参考。

5. 莪术

为姜科多年生宿根草本植物蓬莪术 *Curcuma phaeocaulis* Val.、广西莪术 *C. Kwangsiensis* S. Lee et C. F. Liang 或温郁金 *C. wenyujin* Y.H. Chen et C. Ling 的根茎。切片生用或醋制用。

性味归经：辛、苦，温。归肝、脾经。

功效：破血行气，消积止痛。

应用：用于气滞血瘀所致癥瘕积聚、经闭、心腹疼痛等病证，常配三棱、当归、红花等；治食积腹痛配青皮、槟榔等。现代临床用治多种癌症，用莪术注射液瘤体注射为主，每次10~30ml（含生药20~60g）。用莪术软膏可治子宫颈糜烂疾病。

用量用法：3~15g。醋制可加强祛瘀止痛作用；外用适量。

注意事项：孕妇及月经过多者忌用。

6. 益母草

为唇形科一年生或二年生草本植物益母草 *Leonurus heterophyllus* Sweet 的地上部分。生用或熬膏用。

性味归经：苦、辛，微寒。归肝、心、膀胱经。

功效：活血调经，利水消肿。

应用：用于血滞经闭、痛经、经行不畅、产后瘀滞腹痛、恶露不尽等，可单用熬膏服，如益母草流浸膏，益母草膏，亦可配当归、川芎、赤芍等；对水肿、小便不利者，可单用，亦可与白茅根、泽兰同用；此外，本品又可用于跌打损伤、疮痈肿毒、皮肤痒疹等，有清热

解毒消肿之功，近代报道用治心血管疾病。

用量用法：10~30g，可熬膏。外用适量捣敷或煎水外洗。

注意事项：孕妇忌用，血虚无瘀者慎用。

7. 桃仁

为蔷薇科落叶小乔木桃 *Prunus persica* (L.) Batsch 或山桃 *P. davidiana* (Carr.) Franch. 的成熟种子。除去种皮，生用，捣碎。

性味归经：苦，平。归心、肝、肺、大肠经。

功效：活血祛瘀，润肠通便。

应用：用于多种瘀血证，如闭经、痛经、产后瘀滞腹痛，癥积及跌打损伤等病证，多与红花、川芎、当归相须为用；若肠燥便秘，可与火麻仁、瓜蒌仁、大黄配伍；用于热毒壅聚，气血凝滞所致肺癰、肠癰证，常配冬瓜仁、丹皮等同用；本品还可以与杏仁同用，治咳嗽气喘病证。

用量用法：5~10g。宜捣碎入煎。

注意事项：孕妇忌服，便溏者慎用。有毒，不可过量，过量可出现头痛、目眩、心悸，甚至呼吸衰竭而死亡。

8. 红花

为菊科二年生草本植物红花 *Carthamus tinctorius* L. 的筒状花冠。生用。

性味归经：辛，温。归心、肝经。

功效：活血祛瘀，通经。

应用：用于血滞所致经闭、痛经、产后瘀滞腹痛等证，配桃仁、当归、川芎相须而用；治癥积，配三棱、莪术；治跌打损伤，瘀滞肿痛，配乳香、没药，或用红花酊、红花油涂擦；治心脉瘀阻、胸痹心痛，配桂枝、瓜蒌、丹参。近代单用本品，以片剂或注射剂治冠心病心绞痛；用红花注射液静滴，治脑血栓及血栓闭塞性脉管炎；肌注，治多形性红斑。

用量用法：3~9g。

注意事项：孕妇忌用，有出血倾向者不宜多用。

9. 蒲黄

为香蒲科水生草本植物狭叶香蒲 *Typha angustifolia* L. 或同属其他植物的花粉。生用或炒用。

性味归经：甘，平。归肝、心包经。

功效：收涩止血，行血祛瘀。

应用：用于咯血、吐血、衄血、尿血、便血、崩漏及创伤出血等证，可单用，也可配合仙鹤草、旱莲草、侧柏叶同用；治外伤出血，可单味外敷；对心腹痛、产后瘀痛、痛经等瘀滞痛证，常配五灵脂相须为用；本品生用还能利尿，常用于血淋涩痛，可配冬葵子、生地同用。现代用蒲黄提取物制成肠溶片口服，并以5%液保留灌肠治慢性非特异性结肠炎。还以本品治高脂血症，有降血清总胆固醇和甘油三酯的作用。

用量用法：3~10g，包煎。外用适量。止血多炒用；散瘀多生用。

注意事项：孕妇忌服。

10. 土鳖虫

为鳖蠊科昆虫地鳖 *Eupolyphaga sinensis* Walke. 或冀地鳖 *Steleophaga plancyi* (Bol.) 雌虫的全体。晒干或烘干。

性味归经：咸、寒；有小毒。归肝经。

功效：破血逐瘀，续筋接骨。

应用：主治用于血滞所致的经闭，产后瘀滞腹痛，癥瘕积聚，常配大黄、桃仁、鳖甲；治跌打损伤，腰部扭伤，筋伤骨折，瘀肿疼痛，配骨碎补、自然铜、乳香，亦可单味研末调敷，或研末黄酒冲服。

用量用法：3~10g；研末服每次1~1.5g。

注意事项：孕妇忌服。

11. 三七

为五加科多年生草本植物三七 *Panax notoginseng* (Burk.) F. H. Chen 的根。生用。

性味归经：甘、微苦，温。归肝、胃经。

功效：化瘀止血，活血止痛。

应用：用于各种内、外出血证，尤以有瘀者为宜，有止血不留瘀的特长。对咯血、吐血、衄血、尿血、便血、崩漏及创伤出血等证，配花蕊石、血余炭同用；若治跌打损伤，瘀滞肿痛，单味内服或外敷，或配活血行气药同用。

用量用法：3~10g。研末吞服，每次1~1.5g。外用适量。

12. 牛膝

为苋科多年生草本植物牛膝（怀牛膝）*Achyranthes bidentata* Bl. 和川牛膝 *Cyathula officinalis* Kuan 的根。生用或酒炒用。

性味归经：苦、酸，平。归肝、肾经。

功效：活血祛瘀，补肝肾，强筋骨，利尿通淋，引血下行。

应用：用于血滞所致经闭、痛经、月经不调、产后腹痛等证，配桃仁、红花、当归相须为用；治跌打损伤，腰膝酸痛，配续断、乳香、没药；对肾虚腰膝酸痛，配杜仲、续断、熟地；若风湿所致腰膝酸痛，配独活、桑寄生；治湿热所致的足膝痿软，配苍术、黄柏；对于小便不利、水肿、淋证，配滑石、车前子、泽泻；对头痛、眩晕，配代赭石、牡蛎；对迫血妄行之吐血、衄血，配茅根、山栀、代赭石。

用量用法：6~15g。活血通经，利水通淋，引血下行宜生用；补肝肾强筋骨宜酒炙用。

注意事项：孕妇及月经过多者忌用，肾虚滑精，脾虚便溏者亦不宜用。

五、常用腧穴

1. 脾俞 (BL20)

定位：第十一胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：腹胀、水肿、贫血、月经不调、便血、腹泻。

操作：斜刺0.5寸。

2. 膈俞 (BL17)

定位：第七胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：呃逆、吐血、咯血、呕吐。

操作：斜刺0.5~1寸。

3. 血海 (SP10)

定位：髌骨内上缘上2寸。

主治：月经不调、闭经、瘾疹、湿疹。

操作：直刺1~1.5寸。

4. 三阴交 (SP6)

定位：内踝高点上3寸。

主治：腹胀、腹泻、月经不调、不孕、滞产、遗精、遗尿、失眠。

操作：直刺1~1.5寸。

5. 内关 (PC6)

定位：手掌侧，腕横纹上2寸。

主治：胸痛、胸闷、心悸、胃痛、呕吐。

操作：直刺0.5~1寸。

6. 心俞 (BL15)

定位：第五胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：胸痛、胸闷、心悸、失眠、精神分裂症。

操作：斜刺0.5~1.5寸。

六、常见证型治要

(一) 气滞血瘀证 (气血瘀滞证)

1. 临床表现：胸胁脘腹胀闷窜痛，偶有刺痛，或有痞块、时散时聚，舌紫或有瘀斑，脉弦涩。

2. 病机分析：本证多由情志不遂，或外伤侵袭、或闪挫外伤，致气机郁滞，血行不畅而瘀血内停。血的运行依赖气的推动，而气机的调畅与肝的疏泄功能关系最大，肝失疏泄，气机阻滞，故胸胁脘腹胀闷窜痛；瘀血凝结，则成痞块，且刺痛，拒按；舌紫或有瘀斑，脉弦涩，均为血瘀之征。

3. 治疗方法：理气活血化瘀。

(1) 代表方剂

血府逐瘀汤(《医林改错》)

【组成】 桃仁12g 红花9g 当归9g 生地9g 川芎5g 赤芍6g 牛膝9g 桔梗5g 柴胡3g 枳壳6g 甘草3g

【方解】 方中桃仁破血祛瘀，红花辛温行滞，活血化瘀，共为君药。当归养血活血，祛瘀而不伤正；川芎活血行气，通达气血；柴胡疏肝解郁，理气散结；桔梗开宣郁气，载药上行；枳壳行气化滞，除胀散痞，使气行则血行，共为臣药。赤芍活血止痛，牛膝祛瘀通经，引血下行；生地凉血清热，共为佐药。甘草调和诸药为使药。全方行血分瘀滞，解气分郁结，活血不耗血，化瘀而不伤正，祛瘀而生新，行气止痛，故诸证可愈。

(2) 针灸处方

【用穴】 膻中 气海 足三里 膈俞 血海 三阴交

【刺灸法】 泻法为主。

4. 病案选录

范某，女，33岁。初诊1961年8月3日。心区绞痛，胸闷气急，面色苍白，肢冷臂麻，皮肤瘀斑。苔薄腻，舌尖绛，脉细如丝。此心阳不足，阴寒凝聚，气滞血瘀，不通则痛。故病体虽属不足，但治当温通心阳，活血行瘀，以攻为补。方用桂枝9g、附子9g、柴胡6g、桃仁12g、红花6g、赤芍9g、郁金9g、香附9g、枳壳6g、姜黄9g、白芥子6g。二诊9月16日。前晚突然气急，绞痛3次，呼吸困难，急诊于某医院注射氨茶碱后更觉不舒，头晕呕吐，痛时口不能言。刻诊胸前仍然闷痛，气急，左臂麻木。脉细无力，苔白边紫。再予通阳活血。方用桂枝、附子、干姜、柴胡、桃仁、红花、赤芍、丹参、郁金、王不留行子。三诊1962年5月5日。绞痛久已不发，仅觉胸闷隐痛，小溲频数而已。此乃心肾之阳兼衰之故。方用桂枝、附子、桃仁、红花、赤芍、丹参、香附、王不留行子、泽兰、失笑散、益智仁、云南白药中红丸。服后病情得以缓解，仍归功于通心阳，活血祛瘀之法。（《上海老中医经验选编》朱锡祺医案）

（二）气虚血瘀（凝）证

1. 临床表现：面色淡而晦暗，身倦乏力，少气懒言，疼痛如刺，痛处不移，拒按，或肢体麻木，甚则半身不遂。舌质淡紫或有紫斑，脉沉涩。

2. 病证分析：阳气虚衰，鼓动无力，使血行缓慢，致血行不畅；或气虚不能统摄血液，使血液外溢于组织之间，形成瘀块。二者引发络脉瘀阻，筋脉肌肉失却濡养，故临证见疼痛如刺，痛处不移，拒按，肢体麻木，半身不遂等；身倦乏力，少气懒言，或有自汗，均因正气不足，脏腑功能减弱，或气虚卫表不固所致；舌紫有瘀斑、瘀点、脉涩为血瘀征象。

3. 治疗方法：益气活血化瘀。

（1）代表方剂

补阳还五汤（《医林改错》）

【组成】 黄芪120g 当归尾3g 赤芍5g 地龙3g 川芎3g 红花3g 桃仁3g

【方解】 方中重用生黄芪取其大补脾胃之元气，使气旺以促血行，瘀去络通，为君药。当归尾长于活血，有化瘀而不伤正之妙，是为臣药。川芎、赤芍、桃仁、红花助归尾活血祛瘀，地龙通经活络，均为佐使药。诸药合用，使气旺血行，瘀祛络通，诸证自可渐愈。

（2）针灸处方

【用穴】 气海 脾俞 足三里 膈俞 血海

4. 病案选录

杨某，女，成年。1974年10月8日初诊。右半身不遂两月，患者于劳累后，先感觉右下肢酸而木，8月底至9月初则发展到整个右半身感觉丧失，运动障碍，神志不清，伴有便秘，痰多，纳差，苔薄。气虚血瘀，当拟益气活血化瘀。黄芪9g、炙地龙9g、赤芍12g、川芎6g、桃仁9g、红花6g、菖蒲6g、炙远志4.5g、制胆星6g。服4付药后于10月12日复诊时，神志不清，头晕，痰多不易咳出，食欲差，大便不通。华山医院诊断“脑血管栓塞”。原方去胆星，加礞石4.5g 川贝片3g（吞）再服4付药以后，以上方为基础，加黄芪片9g、鸡血藤15g，续服2月余，患侧肢体能上举，手指能伸展及握拳，神清，生活能自理，并能写1200字。（《老中医临床经验选编》刘仲琪医案）

(三) 寒凝血瘀证

1. 临床表现：畏寒冷痛，得温痛减，肢冷色青，或妇女月经后期、痛经、经色紫暗夹块，舌暗，苔白，脉沉迟而涩等。

2. 病机分析：本证多由外感寒邪，入侵血脉，或因阳虚生寒，不能温运血脉，络脉收引等，导致寒凝血滞。寒邪客于血脉，脉道收引，血行不畅，络脉瘀滞，不通则痛，故冷痛色青，或少腹冷痛；寒客血脉，阳气被困，不能外达，故畏寒肢冷；血得温则行，得寒则凝，故疼痛喜暖畏寒，得温痛减；妇女经、产期，贪凉受冷，寒凝血滞，瘀阻胞宫，经血不畅，故月经后期，痛经，经色紫暗夹有血块；寒凝经脉，气血运行受阻，不能上荣于舌，故舌淡暗；阴寒凝滞血脉，脉道收引，血行不畅，故脉迟涩或沉紧。

3. 治疗方法：温经散寒，活血化瘀。

(1) 代表方剂

温经汤(《金匱要略》)

【组成】 吴茱萸 9g 当归 6g 芍药 6g 川芎 6g 人参 6g 桂枝 6g 阿胶 9g 牡丹皮 6g 生姜 6g 甘草 6g 半夏 6g 麦冬 9g

【方解】 吴茱萸、桂枝温经散寒，通利血脉，为君药。当归、川芎、芍药活血祛瘀，养血调经；丹皮祛瘀通经，并退虚热，为臣药。阿胶、麦冬养阴润燥而清虚热，阿胶还能止血；人参、甘草益气健脾，以资生血之源，阳生阴长，气旺血充；半夏通降胃气而散结，有助于祛瘀调经，生姜温里散寒，为佐药。甘草调和诸药，兼为使药。诸药合用，温经通脉，祛瘀养血，瘀去新生，虚热退，月经调而病自除。

(2) 针灸处方

【用穴】 大椎 命门 关元 足三里 血海 三阴交

4. 病案选录

李某，22岁。痛经多年，起自行经时劳累淋雨，下体涉水受寒所致，每于经来少腹疼痛甚剧，喜按，得热稍减，腰腿酸楚，经来量少色淡，或有血块行之不畅，苔白腻，脉沉而濡涩，寒湿客于胞宫，血行遇寒则凝，气受寒阻则滞，气不帅血，血行不畅，治拟温经散寒，通调气血。当归 9g、川芎 9g、肉桂 3g、炒荆芥 9g、赤白芍(各) 4.5g、炮姜 2.4g、吴茱萸 4.5g、广木香 4.5g、牛膝 9g、炒延胡 12g、白术 9g、艾叶 9g、益母草 15g、制乳没(各) 4.5g。服 5 剂腹痛止，经量较多，腰腿酸痛亦减，原方继服 5 剂。经来腹痛已除，尚隐痛喜热按，经色红而量较多，但质仍稀薄，脉沉而濡，苔薄白舌微胖，仍以前法调经活血，温脾肾祛寒湿。当归 9g、川芎 9g、熟地 9g、炒荆芥 9g、赤白芍(各) 6g、党参 9g、白术 9g、桂枝 9g、艾叶 9g、吴茱萸 4.5g、益母草 15g、制香附 9g(《上海老中医经验选编》严又陵医案)。

(四) 热结血瘀证

1. 临床表现：少腹坚满胀痛，谵语烦躁，恶热口渴，至夜发热，心神不宁，头痛头胀，便结尿赤，脉沉实而涩等。

2. 病机分析：本证多由邪入血分，瘀热互结所致。瘀热互结于下焦，故少腹坚满胀痛，便结尿赤；热在血分，故恶热，至夜发热，热灼津液则口渴；瘀热上扰心神，见谵语烦躁，心神不宁；血热瘀于上则头痛头胀，脉沉实而涩均为热结血瘀所致。

3. 治疗方法：泻热通腑，活血化瘀。

(1) 代表方剂

桃核承气汤(《伤寒论》)

【组成】 桃仁 12g 大黄 12g 桂枝 6g 炙甘草 6g 芒硝 6g

【方解】 方中桃仁破血祛瘀、大黄下瘀泄热，二药合用，瘀热并泄，共为君药。桂枝通行血脉，助桃仁破血祛瘀，配于寒凉破泄方中，亦可防止寒凉凝血之弊；芒硝泻热软坚，助大黄下瘀泄热，共为臣药。炙甘草护胃安中，缓诸药峻烈之性，以为佐使。五味配合，共奏破血下瘀之功。

(2) 针灸处方

【用穴】 合谷 三阴交 曲池 足三里 十二井穴 太冲

4. 病案选录

胡某，男，46岁。患者1年来突然全身皮肤发红发热，活动或看书后即明显，开始时一月发作1~2次，数天后自退，近来发作频繁，甚则可持续数天不退，以面部、胸部、上肢潮红较著，伴有发麻发烫等感觉，始诊为“划痕症”、“植物神经功能紊乱”，脑电图似为癫痫反应。患者面红如火，波及胸颈，脉数，舌紫。古人认为：红纹，血缕，红点皆属瘀症，乃从“瘀热入营”例立法。丹参 18g、红花 9g、穿山甲 9g、桃仁 9g、赤芍 9g、丹皮 9g、川芎 9g、泽兰 12g、生地 12g、牛膝 9g、生首乌 12g、广犀角粉 3g(吞) 每日1剂，另用丹参注射剂，每日肌肉注射 2ml，服 50剂后，症状基本消失，皮肤偶而有潮热感，已不复潮红。(《上海老中医经验选编》颜德馨医案)。

(五) 外伤瘀滞证

1. 临床表现：外伤导致局部出现紫暗斑块、疼痛等证候。

2. 病机分析：本证主要因外伤，如用力过度或闪挫扭损，或跌仆损伤，使脉络受损，致血液不能循其道而行，留于组织之间，又不能及时消散而形成瘀血，致局部紫暗斑块；瘀阻脉络，不通则痛，致疼痛拒按。

3. 治疗方法：活血化瘀，止痛。

(1) 代表方剂

七厘散(《良方集腋》)

【组成】 血竭 30g 麝香 0.4g 冰片 0.4g 乳香 5g 没药 5g 红花 5g 朱砂 4g 儿茶 7.5g

【方解】 方中主以血竭祛瘀止痛，并能收敛止血。辅以红花活血化瘀，乳香、没药祛瘀行气，消肿止痛，并配伍气味辛香，走窜通路之麝香、冰片，助诸活血祛瘀药以活血通络，散瘀止痛；儿茶味涩性凉，收敛，清热，助血竭以止血、生肌；朱砂定惊安神。诸药合用，既可祛瘀行气，消肿止痛，又可收敛清热，生肌止血，是外敷、内服的伤科常用方剂。

(2) 针灸处方

【用穴】 阿是穴。或依病位循经取穴。

【刺灸法】 泻法，或点刺出血，或加拔罐。

4. 病案选录

宣某，男，8岁。在木板边玩耍，突然掉下一物打在木板的一端，使木板弹起碰击在右

下颌及颈部，当即皮破出血，随后颈不能转动，睡眠不好。检查：颈偏左，右下颌皮肤擦伤，右颈部肌肉紧张肿大，红热，摸痛，但下颌骨骨位正常。治疗经过：擦伤处涂龙胆紫，颈部敷一号新伤药，服七厘散，日服3次，每次5分，按摩以提弹手法为主。共四诊，4天痊愈。（《伤科诊疗》）。

第三节 湿 阻 证

湿阻证是指湿邪致病所表现的一类证候，有内湿、外湿之分。多由于气候潮湿，涉水淋雨，居处潮湿或饮食不节，恣食生冷，酒醴肥甘，或饥饱失常损伤脾胃，脾失健运，水湿停聚而生。湿阻证可分为寒湿证与湿热证。

一、临床表现

身体重困，关节、肌肉酸痛，屈伸不利，腹胀腹泻，食欲不振，苔滑脉濡。

二、病机分析

湿性重着，易袭阳位，故头胀而痛，甚首如裹，身重而痛；湿为阴邪，易阻遏气机，经气不畅，故遍体不舒，胸前作闷；湿为阴邪，未伤津液，故口淡不渴；湿阻气机，清阳不升，津液不能上承，则口渴而不欲饮；湿邪易伤脾阳，气不化湿故小便清长或泄泻；湿邪入侵关节，气血不畅故关节疼痛，屈伸不利。舌苔白滑而腻，脉濡缓为湿阻之征。

三、治疗法则

祛除湿邪。

四、常用中药

1. 藿香

为唇形科多年生草本植物广藿香 *Pogostemon cablin* (Blanco) Benth. 或藿香 *Agastache rugosa* (Fisch. et Mey.) O. Ktze. 的地上部分。生用或鲜用。

性味归经：辛，微温。归脾、胃、肺经。

功效：化湿，解暑，止呕。

应用：用于脘腹胀满、食欲不振、恶心呕吐的湿阻中焦证，常与苍术、厚朴、半夏等同用；用于恶寒发热、头痛脘痞、呕恶泄泻的暑湿证及湿温证，可与紫苏、半夏、厚朴、滑石配伍；用于脾胃湿浊引起呕吐，常配半夏；湿热呕吐配黄连、竹茹；脾胃虚弱呕吐，配党参、甘草；妊娠呕吐，配砂仁、半夏。

用量用法：3~10g。鲜品加倍。

2. 苍术

为菊科多年生草本植物茅苍术（茅术、南茅术）*Atractylodes lancea* (Thunb.) DC. 或北苍术 *A. chinensis* (DC.) Koidz. 的根茎。炒微黄用。

性味归经：辛、苦，温。归脾、胃经。

功效：燥湿健脾，祛风湿。

应用：用于脘腹胀满，食欲不振，恶心呕吐，倦怠乏力的湿阻中焦证，常与厚朴、陈皮配伍；用于风寒湿痹证，可与羌活、防风、细辛配伍；用于湿热下注，脚膝肿痛、痿软无力，应与黄柏配伍。

用量用法：5~10g。

3. 砂仁

为姜科多年生草本植物阳春砂 *Amomum villosum* Lour. 和海南砂 *A. longiligulare* T. L. Wu 或缩砂 *A. xanthioides* Wall. 的干燥成熟果实。打碎生用。

性味归经：辛，温。归脾、胃经。

功效：化湿，行气，温中，安胎。

应用：用于脘腹胀痛、不思饮食、呕吐泄泻等脾胃湿阻气证，常配伍厚朴、苍术、白豆蔻；气滞食积，配木香、枳实、白术；脾虚气滞，配党参、白术等；脾寒泄泻，单用或配干姜、附子等；用于妊娠恶阻，胎动不安，可与白术、苏梗配伍。

用量用法：3~6g。入汤剂宜后下。

4. 茯苓

为多孔菌科真菌茯苓 *Poria cocos* (Schw.) Wolf 的菌核。生用。

性味归经：甘、淡，平。归心、脾、肾经。

功效：利水渗湿，健脾，安神。

应用：用于小便不利、水肿及停饮等水湿证，常与猪苓、泽泻配伍，湿热配车前子、木通，寒湿配干姜、附子；用于脾虚体倦、食少便溏，常与党参、白术、甘草配伍。用于脾虚停饮所致的头眩、心悸、失眠、咳嗽等，与朱砂、枣仁、远志同用。

用量用法：10~15g。用于安神，可与朱砂拌用。

5. 泽泻

为泽泻科多年生沼泽植物泽泻 *Alisma orientale* (Sam.) Juzep. 的块茎，麸炒或盐水炒用。

性味归经：甘、淡，寒。归肾、膀胱经。

功效：利水渗湿，泄热。

应用：用于小便不利、水肿、泄泻、淋浊、带下、痰饮等。常与茯苓、猪苓配伍；治泄泻及痰饮所致眩晕，常与白术配伍。

用量用法：5~10g。

6. 茵陈

为菊科多年生草本植物茵陈蒿 *Artemisia capillaris* Thunb. 或滨蒿 *A. scoparia* Waldst. et Kitaib. 的幼苗，生用。

性味归经：苦，微寒。归脾、胃、肝、胆经。

功效：清利湿热，退黄疸。

应用：用于黄疸，凡湿热熏蒸发黄者，可单用，也可配大黄、栀子；小便不利显著者，配猪苓、茯苓等；若属寒湿阴黄，须配附子、干姜等。

用量用法：10~30g。

7. 车前子

为车前科多年生草本植物车前 *Plantago asiatica* L. 或平车前 *P. depressa* Willd. 的成熟种子。炒用，或盐水炒用。

性味归经：甘，寒。归肾、肝、肺经。

功效：利水通淋，止泻，清肝明目，清肺化痰。

应用：用于湿热下注，热结膀胱，小便不利、水肿、淋病，可与木通、栀子、滑石配伍；用于暑湿泄泻，单用或与白术、茯苓、泽泻等同用；用于肝热目赤肿痛常与菊花、龙胆草、黄芩配伍；若久患内障，肝肾阴虚，配生地、麦冬等；用于肺热咳嗽痰多，常与清热化痰药同用。

用量用法：5~10g，布包入汤剂。

8. 薏苡仁

为禾本科多年生草本植物薏苡 *Coix lachryma-jobi* L. 的成熟种仁。生用或炒用。

性味归经：甘、淡，微寒。归脾、胃、肺经。

功效：利水渗湿，健脾，除痹，清热排脓。

应用：用于脾虚湿盛之食少泄泻，水肿腹胀，脚气浮肿，小便不利，皆可用本品配伍利湿健脾药；湿温病邪在气分，湿邪偏盛者，配杏仁、半夏、厚朴等；用于风湿痹痛，筋脉挛急，可佐以麻黄、杏仁、甘草等；用于肺痈咳吐脓痰，与苇茎、冬瓜仁、桃仁等同用；治肠痈，可与败酱草、丹皮等配伍。

用量用法：10~30g。本品力缓，用量须大，宜久服。健脾炒用，其余生用。除入汤剂、丸散外，亦可作羹或与粳米煮粥、饭食用，为食疗佳品。

9. 防己

为防己科多年生木质藤本植物粉防己 *Stephania tetrandra* S. Moore 或马兜铃科多年生缠绕草本植物防己 *Aristolochia fangchi* Wu 的根。前者药材称汉防己，后者药材称木防己。切片生用。

性味归经：苦、辛，寒。归膀胱、肾、脾经。

功效：祛风湿，止痛，利水。

应用：用于风湿痹痛，以湿热为宜；寒湿痹痛，须与肉桂、附子配伍；用于腹水、水肿、脚气浮肿，常与葶苈子、大黄、椒目配伍；若属虚证，可配黄芪、白术、甘草等。

用量用法：5~10g。汉防己利水消肿作用较强，木防己祛风止痛作用较好。

10. 木通

为马兜铃科藤本植物木通马兜铃 *Aristolochia manshuriensis* Kom. 或毛茛科常绿攀援性灌木小木通 *Clematis armandii* Franch. 及同属绣球藤 *C. montana* Buch. -Ham. 的藤茎。前种药材称为关木通，后两种药材称川木通。生用。

性味归经：苦，寒。归心、小肠、膀胱经。

功效：利水通淋，泄热，通乳。

应用：用于膀胱湿热，小便短赤、淋漓涩痛，或心火上炎，口舌生疮、心烦尿赤；常配生地、竹叶、甘草；用于产后乳汁不多，可与王不留行、穿山甲配伍，或与猪蹄一同煮食。

用量用法：3~6g。

注意事项：现代文献报道，有用大剂量关木通 60g 而致急性肾功能衰竭者。孕妇慎用。

11. 萆薢

为薯蓣科多年生蔓生草本植物粉背薯蓣 *Dioscorea hypoglauca* Palib. 或绵萆薢 *D. septemloba* Thunb. 等的根茎。生用。

性味归经：苦，平。归肝、胃、膀胱经。

功效：利湿浊，祛风湿。

应用：用于小便混浊、色白如米泔的膏淋，配益智仁、乌药、石菖蒲；用于风湿痹痛、腰痛，属寒湿痹可与桂枝、附子配伍；湿热痹可与桑枝、秦艽、苡仁配伍。

用量用法：10~15g。

12. 地肤子

为藜科一年生草本植物地肤 *kochia scoparia* (L.) Schrod. 的成熟果实。生用。

性味归经：苦、寒。归膀胱经。

功效：清热利水，止痒。

应用：用于小便不利、淋沥涩通，多入复方作为佐使；用于皮肤湿疮瘙痒。常与黄柏、白鲜皮配伍入汤剂内服，或与苦参、蛇床子、明矾等煎汤外洗。

用量用法：10~15g。外用适量。

13. 金钱草

为报春花科多年生草本植物过路黄 *Lysimachia christinae* Hance 的全草。生用。

性味归经：甘、淡，平。归肝、胆、肾、膀胱经。

功效：利水通淋，除湿退黄，解毒消肿。

应用：用于热淋、砂淋、石淋，可单独大剂量煎汤代茶饮；或配伍海金沙、鸡内金等；用于湿热黄疸，可与茵陈、栀子等同用；用于恶疮肿毒、毒蛇咬伤，可用鲜草捣汁饮，以渣外敷。

用量用法：30~60g；鲜者加倍。外用适量。

14. 苦参

为豆科多年生落叶亚灌木植物苦参 *Sophora flavescens* Ait. 的根。生用。

性味归经：苦，寒。归心、肝、胃、大肠、膀胱经。

功效：清热燥湿，祛风杀虫，利尿。

应用：用于湿热所致的黄疸，配山栀、龙胆草；治泻痢，可单用，或与木香、甘草同用；治带下黄色粘稠及阴痒等证，多与黄柏、白芷、蛇床子等同用；煎汤浴洗，治皮肤瘙痒、脓疱疮；配枯矾、硫磺制成软膏，涂治疥癣；与大风子、苍耳子同用，可治疗麻风；单用或与蒲公英、石韦等同用，用于湿热蕴结致小便不利，灼热涩痛之证；妊娠小便不利，配当归、贝母等。

用量用法：3~10g，煎服或入丸散。外用适量。

注意事项：苦寒之品，凡脾胃虚寒者忌用。反藜芦。

15. 独活

为伞形科多年草本植物重齿毛当归 *Angelica pubescens* Maxim. f. *biserrata* Shan et Yuan 的根。生用。

性味归经：辛、苦，温。归肝、肾、膀胱经。

功效：祛风湿，止痛，解表。

应用：用于风湿痹痛，凡风寒湿邪痹着于肌肉关节者，无问新久，均可应用，尤以下部之痹证为适宜。应用时，除与其他祛风湿药同用外，还可配杜仲、桑寄生、地黄等配伍；用于风寒表证，兼有湿邪者，常与羌活等同用。

用量用法：3~10g。

五、常用腧穴

1. 公孙 (SP4)

定位：在足大指本节后1寸。

应用：胃疼、呕吐、肠鸣腹胀、泄泻、腹痛、水肿。

操作：直刺0.5~0.8寸；可灸。

2. 孔最 (L6)

定位：尺泽穴与太渊穴连线上，腕横纹上7寸。

主治：咳嗽，气喘，咳血，咽喉肿痛，肘臂挛痛，痔疾。

操作：直刺0.5~1寸。

3. 支沟 (SJ6)

定位：腕背横纹上3寸，桡骨与尺骨之间。

主治：耳鸣，耳聋，瘰疬，小臂挛痛，肋肋痛，便秘，热病。

操作：直刺0.8~1.2寸。

4. 行间 (LIV2)

定位：足背，第一、二趾间缝纹端。

主治：头痛，目眩，目赤肿痛，肋痛，中风口喎，胁痛，癫痫，月经不调，疝气，小儿惊风，下肢痿痹。

操作：直刺0.5~0.8寸。

5. 中极 (REN3)

定位：脐下4寸。

主治：遗尿，小便不利，疝气，遗精，崩漏，带下，不孕。

操作：直刺1~1.5寸。

6. 太溪 (K3)

定位：内踝高点与跟腱之间凹陷中。

主治：月经不调，遗精，阳痿，小便频数，便秘，消渴，腰痛，耳聋，耳鸣，咽喉肿痛，齿痛。

操作：直刺0.5~1寸。

7. 天枢 (S25)

定位：脐旁2寸。

主治：腹胀肠鸣，绕脐痛，便秘，泄泻，痢疾，月经不调。

操作：直刺1~1.5寸。

8. 上巨虚 (S37)

定位：足三里穴下3寸。

主治：肠鸣，腹痛，泄泻，便秘，肠痈，下肢痿痹，足部浮肿。

操作：直刺1~2寸。

9. 下巨虚 (S39)

定位：足三里穴下6寸。

主治：小腹痛，泄泻，痢疾，乳痈，下肢痿痹，腰脊痛。

操作：直刺1~1.5寸。

六、常见证型治要

(一) 风湿袭表证 (湿郁卫分证；湿郁卫表证；表湿证)

1. 临床表现：全身酸胀困重，头晕且重，恶寒发热，有汗而热不解，胸闷，口不渴，苔白滑，脉濡缓。

2. 病机分析：湿为阴邪，其性重着，易阻滞气机，困遏清阳，故其为病常致全身酸胀困重；清阳不升，故头晕且重；湿性粘腻，客于肌表，营卫失和，故见恶寒发热，有汗而热不解；湿邪遏阻气机，则见胸闷；津液未伤，故口不渴；舌苔白腻、脉濡缓皆为湿阻之象。

3. 治疗方法：宣散湿邪。

(1) 代表方剂

藿朴夏苓汤(《医源》)

【组成】 藿香 6g 半夏 4.5g 赤苓 9g 杏仁 9g 生苡仁 12g 白蔻仁 2g 猪苓 4.5g 泽泻 4.5g 淡豆豉 9g 厚朴 3g

【方解】 方中藿香发表散寒，芳香化湿为君。淡豆豉透散解表，助君药解表之力；杏仁、白蔻仁、苡苡仁宣上畅中渗下，赤苓、猪苓、泽泻利水渗湿，共用为臣，使湿邪从三焦分消。佐以通草、竹叶甘寒淡渗，以助利湿之力；半夏、厚朴行气化湿，散结除痞，以助宣化之功。诸药相合，则气行湿化，表里之邪内外分解，诸证可除。

(2) 针灸处方

【用穴】 孔最 合谷 中脘 足三里 支沟

【刺灸法】 泻法。

4. 病案选录

李××，男，22岁，恶寒、发热10余天，体温在40℃左右，用抗疟药无效。在××医院诊断为副伤寒，予抗菌素肌注，体温未退而入院。患者当时身热不畅，体温38℃，汗出不多，周身酸楚，头昏面黄、胸闷不饥，小便黄，大便干，日行一次，舌苔白而微腻，脉濡。证属湿郁卫气，阻滞中焦，湿盛于热。治拟芳化宣中，淡渗利湿法。处方：藿香9g 佩兰9g 杏仁9g 蔻仁9g 川朴9g 茯苓1.2g 滑石12g 法半夏6g 陈皮9g 枳壳6g。药后得汗，翌晨热平，午后回升37.5℃，继进1剂，热降而不再升，惟头昏身倦，纳少，舌苔薄，脉细。原方再投1剂，诸证均瘥。转以芳化和中，运脾醒胃，调治数日，痊愈出院。(江苏新医学院中医内科教研组，第一附属医院内科，中医内科学，江苏人民出版社，1977年)

(二) 风寒湿阻证 (风寒湿凝滞筋骨证)

1. 临床表现: 肢体关节重着酸痛, 或有肿胀, 或游走性疼痛, 痛有定处, 手足沉重, 活动不便, 肌肤麻木不仁, 苔白腻, 脉濡缓。

2. 病机分析: 感受风寒湿邪, 风性善行而数变, 风邪偏盛则痛处游走, 湿邪偏盛, 则其性重浊粘滞, 而见痛有定处, 或肌肤麻木重着, 或见肿胀等; 湿留肌肉, 阻滞关节, 故手足沉重, 活动不便; 苔白腻, 脉濡缓为湿邪偏盛之象。

3. 治疗方法: 除湿通络, 祛风散寒。

(1) 代表方剂

薏苡仁汤(《类证治裁》)

【组成】 苡仁 川芎 当归 麻黄 桂枝 羌活 独活 防风 川乌 苍术 甘草 生姜

【方解】 方中用苡仁、苍术健脾除湿为君药, 羌活、独活、防风、祛风胜湿, 川乌、麻黄、桂枝温经散寒除湿为臣药, 当归、川芎养血活血为佐药, 生姜、甘草健脾和中为使药, 本方以祛湿为主, 兼祛风散寒。

(2) 针灸治疗

【用穴】 脾俞 足三里 阴陵泉 阿是穴

【刺灸法】 泻法。针灸并用。

4. 病案选录

戴某, 女, 34岁。双手足关节肿大酸痛, 病情逐渐加剧, 关节强直畸形, 至全身不能活动, 起坐困难, 瘫痪在床, 现胃纳不振, 脉细, 苔腻。着痹为患, 法当健脾燥湿, 佐以祛风散寒。炒白术 10g 炒苍术 12g 蚕砂 30g 木防己 10g 生苡仁 30g 防风 9g 制川乌 10g 桂枝 5g 钻地风 30g 砂仁 3g (后下) 蜈蚣 1条。另取制南星 150g、白花蛇肉 100g、僵蚕蛹 150g。共研细粉, 每次服 3g, 每日 3次。两月后二诊, 关节依然畸形, 肿大略有减退, 酸痛麻木好转, 稍能在床上翻身, 胃纳转好, 形疲神衰, 坐立难支, 苔薄腻, 脉细。湿邪渐化, 运化得健, 但久病气血已伤, 肝肾受耗, 拟祛痹扶正。(《上海老中医经验选编》)

(三) 湿困脾胃证

1. 临床表现: 脘腹胀闷, 口腻纳呆, 泛恶欲呕, 口淡不渴, 腹痛便溏, 头身困重, 或身目发黄而晦暗, 舌淡胖, 苔白腻, 脉缓。

2. 病机分析: 寒湿内盛, 中阳受困, 脾胃升降失常, 脾气被遏, 运化失司, 则见脘腹胀闷或痛, 纳呆, 便溏; 胃失和降, 气机上逆, 故泛恶欲呕, 口腻; 湿性重浊, 流注肢体, 阻遏清阳, 故头身困重; 湿阻中阳, 肝胆疏泄失职, 胆汁外溢, 则见身目发黄而晦暗; 舌淡胖, 苔白腻, 脉缓均为内有湿邪之象。

3. 治疗方法: 化湿和中。

(1) 代表方剂

平胃散(《太平惠民和剂局方》)

【组成】 苍术 15g 厚朴 9g 陈皮 9g 甘草 4g

【方解】 方中重用苍术, 以其苦温性燥, 最善除湿运脾, 为君药。以厚朴, 行气化湿, 消胀除满, 为臣药。佐以陈皮理气化滞。使以甘草, 甘缓和中, 调和诸药。生姜、大枣调和

脾胃。诸药相合，可使湿浊得化，气机调畅，脾胃复健，胃气和降，诸症自除。

(2) 针灸治疗

【用穴】中脘 足三里 内关 公孙 行间

【刺灸法】泻法。

4. 病案选录

王××，男，干部。恶心呕吐，噯气泛酸，头晕不适两月余。伴有气短纳呆，口淡无味，厌食油腻。睡眠尚可，二便通畅。曾求治××医院经钡餐透视肠胃、脑部拍片检查等，均未发现异常，西医诊断：神经性呕吐，经予西药治疗而无疗效。患者形体尚可，脉象小弦滑，舌苔腻。系湿滞中宫，胃气上逆，而致恶心呕吐。拟芳香化浊，和肝降逆为法。苍术二钱 厚朴二钱 陈皮二钱 藿香三钱 佩兰三钱 茯苓三钱 半夏三钱 枳壳一钱 竹茹三钱 生姜二钱 甘草一钱

服上方2剂，呕吐止，口已不苦，恶心亦有好转，气短减轻，大便一日一行，但不实，小溲黄，舌根苔黄，拟：原方加黄芩一钱，砂仁8分，续服3剂。诸证遂愈。（沈仲圭. 医案四则. 中医杂志. 1965, 3, 34）

(四) 肝胆湿热证

1. 临床表现：身目发黄，发热，口苦，胁肋胀痛，或胁下有痞块，纳呆呕恶，厌食油腻，尿黄，舌红苔黄腻，脉滑数。

2. 病机分析：湿热郁蒸肝胆，疏泄失司，气机不畅，故见胁肋胀痛；日久湿瘀互结，可见胁下有痞块；湿热熏蒸，胆汁不循常道而外溢肌肤，则身目发黄；湿热内困，正邪交争，故见发热；胆气上逆，则发口苦；肝木横逆乘土，脾失健运，胃失和降，则厌食油腻，纳呆呕吐；湿热下注膀胱，故尿黄。舌红苔黄腻，脉滑数，均为湿热内蕴之象。

3. 治疗方法：清利肝胆。

(1) 代表方剂

茵陈蒿汤（《伤寒论》）

【组成】茵陈 30g 栀子 15g 大黄 9g

【方解】方中重用茵陈，以其最善清热，利湿退黄疸，为君；以栀子为臣，通利三焦，导湿热下行，引湿热自小便出；大黄为佐，泻热逐瘀，通利大便。三药合用，使湿热瘀滞下泄，黄疸自退。

(2) 针灸治疗

【用穴】至阴 腕骨 阳陵泉 太冲

【刺灸法】泻法。

4. 病案选录

曹××，男，31岁。患者于6天前，突然上腹部胀闷不舒，饮食减少，发热38℃以上，曾在本单位医务室治疗，因服西药呕吐，故来院门诊。巩膜及皮肤呈黄色，小便颜色似浓茶，脘闷泛呕，头胀，不思饮食，大便3日未解，嘱住院治疗。体检：发育正常，营养中等，巩膜黄染，心肺正常，腹部柔软，肝肋下三横指。舌苔腻带黄。化验检查：黄疸指数75单位；凡登白氏试验直接阳性；尿胆色素阳性。中医诊断：阳黄（热重于湿型）。西医诊断：传染性肝炎（黄疸型）。采用茵陈蒿汤合栀子柏皮汤加味，服1剂后，大便得通。如法

加减，治疗一周后遍身黄染大减，胸闷泛恶亦舒，黄疸指数降至 10 单位。仍照原方去大黄，加重淡渗药品，继服药 10 天，身目黄退净，肝肿消退为一横指。改进党参、白术、当归、白芍调理痊愈。（《黄疸的中医治疗》人民卫生出版社）

（五）膀胱湿热证

1. 临床表现：小便频数，急迫、灼热、涩痛，或混浊，或有脓血，砂石，发热口渴，舌红苔黄腻，脉滑数等。

2. 病机分析：湿热留滞膀胱，气化不利，下迫尿道，故小便频数，急迫，排尿灼热涩痛；湿热伤及血络，则尿血；湿热久恋，煎熬津液成石，故尿中或见砂石；湿热郁蒸，热淫肌表，则可发热；热盛津伤则口渴。舌红苔黄腻，脉数，为湿热内蕴之象。

3. 治疗方法：清利膀胱。

（1）代表方剂

八正散（《太平惠民和剂局方》）

【组成】车前子 瞿麦 篇蓄 滑石 山栀 甘草 木通 大黄各 500g

【方解】方中以木通、滑石、车前子、瞿麦、篇蓄等利水通淋之品合用，以清利膀胱湿热。伍用山栀，以清泻三焦湿热；大黄泄热降火；甘草和药缓急。各药合用，共奏清热泻火利水通淋之效。

（2）针灸治疗

【用穴】膀胱俞 中极 阴陵泉 行间 太溪

【刺灸法】泻法，或补泻兼施。

4. 病案选录

桑××，男，34 岁，剧团编导。排尿刺痛，连及两腰及少腹，已有 3 年余，曾经××医院确诊为“输尿管结石”，先后进行了 3 次手术摘除结石，但手术后诸症依旧存在。近几个月来腰部两侧刺痛阵作，向下放射及于少腹，排尿淋涩作痛，尿液浑赤，加剧时刺痛难忍，须注射镇痛解痉药以缓解。神倦纳少，面容憔悴，痛甚泛泛欲呕。舌苔薄白，质淡红，脉弦滑数。湿热蕴结下焦，煎熬尿液，积聚成石，阻塞水道，膀胱气化不行，以八正散加减投之。

篇蓄 10g 瞿麦 10g 木通 3g 生草梢 6g 萆薢 10g 川断 12g 桔梗 3g 菟丝子 10g 生小蓟 12g 金钱草 30g。

（六）肠道湿热证；大肠湿热证

1. 临床表现：腹胀腹痛，暴注下泻，或下痢脓血，里急后重，或腹泻不爽、粪质粘稠腥臭，肛门灼热，身热口渴，尿短黄，舌红苔黄腻，脉滑数。

2. 病机分析：湿热侵袭大肠，胶结不解，壅阻气机，故腹胀腹痛；热迫肠道，水液下注，则见暴注下泻；湿热熏灼肠道，脉络损伤，血腐为脓而见下痢脓血；火热之性急迫，热蒸肠道，时欲排便，故有腹中急迫感；湿阻大肠，气机壅滞，大便不通，故腹泻不爽；腹痛里急而肛门滞重；热邪伤津，故口渴，小便短少黄赤；蒸达于外，故身热；舌红苔黄腻，脉滑数为湿热之象。

3. 治疗方法：清利肠道。

（1）代表方剂

葛根黄芩黄连汤(《伤寒论》)

【组成】 葛根 15g 甘草 6g 黄芩 9g 黄连 9g

【方解】 方中重用葛根为君药，既能解表清热，又能升发脾胃清阳之气而治下利，配伍苦寒之黄芩、黄连为臣，其性寒能清肠胃之热，味苦燥胃肠之湿，如此则表解里和，身热不利诸症可愈。甘草甘缓和中，并协调诸药为佐使，共成解表清里之剂。

(2) 针灸治疗

【用穴】 天枢 合谷 阴陵泉 上巨虚 下巨虚

【刺灸法】 泻法。

4. 病案选录

李某，女，3岁。1952年5月7日初诊，肛温 38.8℃，便痢脓血，粘腻不畅，烦躁腹痛，热壮盛，苔腻脉数。葛根 9g 黄芩 9g 黄连 3g 桔梗 9g 枳实炭 9g 马齿苋 9g 白头翁 9g 苦参子 4.5g 炒香豉 9g 炒白芍 9g 炙草 3g 白槿花 9g 秦皮 9g 煎一汁服 100ml，每小时温服 10ml。5月8日复诊：肛温 36.8℃，壮热退清，便痢渐止，宗原法。(《上海老中医经验选编》)

第四节 痰 证

痰证是指痰浊停阻于脏器组织之间，或见于某些局部，或流窜全身而表现的证候。其形成多由外感或内伤等诸种因素影响肺、脾、肾的气化功能，以致水液未能输布而停聚，被寒凝、火煎，凝结浓缩而留滞于经络、脏腑、肌腠之间所致。

一、临床表现

咳嗽气喘，咯痰量多，呕恶眩晕，或局部有圆滑肿块，苔腻，脉弦或滑。

二、病机分析

肺为娇脏，痰浊阻肺，宣降失常，则见咳嗽气喘，咯痰量多；痰浊中阻，胃失和降，多见恶心呕吐，胸脘痞闷；痰浊上犯，蒙闭清窍，则见眩晕；痰质粘稠，难于消散，流注经脉筋骨，故见局部圆滑肿块。苔腻，脉弦或滑，均为痰浊内阻之象。

三、治疗法则

化痰。

四、常用中药

1. 半夏

为天南星科多年生草本植物半夏 *Pinellia ternata* (Thunb.) Breit. 的块茎。生用，或用姜汁、明矾等制用。

性味归经：辛，温；有毒。归脾、胃、肺经。

功效：燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结。

应用：用于治疗脾不化湿，痰涎壅滞所致的咳嗽痰多，气逆等证，常与陈皮、茯苓等同用；寒痰咳嗽，则与细辛、干姜等同用，以增强温化寒痰作用。用于寒饮呕吐，与生姜同用；胃热呕吐，则与黄连、竹茹等同用；若胃虚呕吐，又与人参等同用。痰热互结，胸脘痞闷等症，常与黄连、瓜蒌等同用；若治瘰疬，痰核，则与昆布、海藻等同用；若治痈疽肿毒，可用生半夏研末，鸡蛋清调敷患处。本品能燥湿和胃，与秫米配伍，可用于治疗胃不和所致的失眠。

用量用法：6~10g。外用适量。清半夏长于化湿痰；姜半夏善于止呕；半夏曲长于化痰消食；生半夏多外用。

注意事项：因其性温燥，对阴亏燥咳、血证、热痰等证，当忌用或慎用。本品反乌头。

2. 天南星

为天南星科多年生草本植物天南星 *Arisaema consanguineum* Schott、东北天南星 *A. amurense* Maxim. 或异叶天南星 *A. heterophyllum* Bl. 的干燥块茎。生用或制用。

性味归经：苦、辛，温；有毒。归肺、肝、脾经。

功效：燥湿祛痰，祛风解痉，解毒消肿。

应用：用治顽痰咳嗽及湿痰壅滞，胸膈满闷等证，常与半夏、茯苓、枳实等同用；肺热，痰多色黄，与黄芩同用；寒痰清稀，与半夏、生姜同用。用治风痰留滞经络，手足麻木，半身不遂，口眼喎斜者，常与半夏、白附子、川乌同用。破伤风，口噤强直，常与全蝎、防风同用。疮疖肿痛，瘰疬等症，常加醋调敷患处。虫蛇咬伤，用鲜南星捣烂敷伤口，或加雄黄、白酒调敷。

用量用法：3~9g。外用适量。

注意事项：本品燥烈有毒，易伤阴堕胎，故阴虚燥痰和孕妇忌用。生南星一般不作内服。

3. 白芥子

为十字花科植物白芥 *Brassica alba* (L.) Boiss. 或芥 *B. juncea* (L.) Czern. et Coss. 的成熟种子。生用或炒用。

性味归经：辛，温。归肺经。

功效：温肺祛痰，利气散结，通络止痛。

应用：用于寒痰壅滞，咳嗽气喘，痰多清稀等证，常与苏子、莱菔子同用；痰饮停滞胸膈，胸满胁痛等证，可与甘遂、大戟等配伍；用于痰湿阻滞经络所致的肢体关节疼痛，麻痹，常与木鳖子、没药、桂心、木香等同用；治痰湿流注，阴疽肿毒，本品配鹿角、肉桂、熟地、炮姜同用。

用量用法：3~10g。外用适量，研末调敷。

注意事项：外敷有发泡作用，皮肤过敏者忌用。

4. 瓜蒌

为葫芦科多年生草质藤本植物栝楼 *Trichosanthes kirilowii* Maxim. 和双边栝楼 *T. uniflora* Hao 的成熟果实。瓜蒌皮（壳）、瓜蒌仁（种子）生用或炒用，皮、仁合用称全瓜蒌。

性味归经：甘，寒。归肺、胃、大肠经。

功效：瓜蒌皮清肺化痰，利气宽胸；瓜蒌仁润肺化痰，滑肠通便；全瓜蒌兼具以上功

效。

应用：用于肺热咳嗽，痰稠不易咯出之证，常与知母、浙贝等配伍；若痰热内结，咳痰黄稠，胸闷而大便不畅者，又常以瓜蒌仁配合黄芩、胆南星、枳实等品；用于胸痹，结胸，胸膈痞闷或作痛等证，与半夏、黄连等配伍；用于肠燥便秘，常以瓜蒌仁或瓜蒌仁霜配合火麻仁、郁李仁、枳壳等药同用。此外，全瓜蒌还可用于乳痈肿痛，常与蒲公英、乳香、没药等合用。

用量用法：全瓜蒌 10~20g，瓜蒌皮 6~12g，瓜蒌仁 10~15g。

注意事项：反乌头。

5. 贝母

川贝母为百合科多年生草本植物川贝母 *Fritillaria cirrhosa* D. don.、暗紫贝母 *F. unibracteata* Hsiao et K. C. Hsia 和甘肃贝母 *F. przewalskii* Maxim. 或梭砂贝母 *F. delavayi* Franch. 的地下鳞茎。浙贝母为百合科多年生草本植物浙贝母 *Fritillaria verticillata* Willd. Var. *thunbergii* Bak. 的地下鳞茎。生用。

性味归经：川贝母苦、甘，微寒；浙贝母苦，寒。归肺、心经。

功效：清热化痰，散结消肿。

应用：用于风热咳嗽或痰火郁结，咯痰黄稠等，常与知母同用；若肺虚久咳，咽燥，则与沙参、麦冬等同用；用治瘰疬，痰核，常与玄参、牡蛎等同用；用治疮痈、乳痈，则与蒲公英、连翘等同用。

用量用法：6~9g。研末冲服，每次 1~1.5g。川贝母甘凉而润，多用于肺虚咳嗽。浙贝母苦寒，清火散结力较强，多用于有热者。

注意事项：本品反乌头。

6. 竹茹

为禾本科青秆竹 *Bambusa breviflora* Munro 或淡竹 *Phyllostachys nigra* (Lodd.) Munro var. *henonis* (Mitf.) Stapf ex Rendle 的茎的中间层，即去掉绿层后所刮下的纤维。鲜用，晒干生用或姜汁炒用。

性味归经：甘，微寒。归肺、胃、胆经。

功效：清化热痰，除烦止呕。

应用：用治肺热咳嗽，咳痰黄稠，常与黄芩、瓜蒌配用；对胆火挟痰，犯肺扰心所致的胸闷痰多，心烦失眠，惊悸等证，常与陈皮、茯苓、半夏、枳实等同用；用于胃热呕吐，可与黄连同用。痰热互结，烦闷呕逆，常配陈皮、半夏。若胃虚有热而呕吐者，可与益气和胃之陈皮、生姜、人参同用。

用量用法：6~10g。

7. 杏仁

为蔷薇科落叶乔木植物山杏 *Prunus armeniaca* L. var. *ansu* Maxim.、辽杏 *Prunus mandshurica* (Maxim.) Koehne、西伯利亚杏 *Prunus sibirica* 及杏 *Prunus armeniaca* L. 的成熟种子。生用。

性味归经：苦、辛，微温；有小毒。归肺、大肠经。

功效：止咳平喘，润肠通便。

应用：用治风寒咳嗽，常与苏叶、半夏等同用；用治肺燥咳嗽，常与桑叶、贝母同用；用治肺热咳嗽，常与麻黄、石膏等同用；用治老年人或产后血虚大便燥结，常与生地、火麻仁同用。

用量用法：6~9g。宜打碎入煎。

8. 桔梗

为桔梗科多年生草本植物桔梗 *Platycodon grandiflorum* (Jacq.) A. DC. 的根。生用。

性味归经：苦、辛，平。归肺经。

功效：开宣肺气，祛痰，排脓。

应用：咳嗽痰多，不论寒热，俱可应用。本品配杏仁、苏叶、陈皮等治风寒咳嗽；配桑叶、菊花、杏仁等治风热咳嗽；配薄荷、牛蒡子、蝉衣等治咽痛音哑；配枳壳、瓜蒌皮等治气滞痰阻，胸闷不舒；用于肺痈胸痛，咳吐脓血，痰黄腥臭等证，常与甘草、贝母、巴豆同用；目前多配合鱼腥草、薏苡仁、冬瓜子等治疗肺脓疡等证。

用量用法：3~10g。

9. 紫菀

为菊科多年生草本植物紫菀 *Aster tataricus* L. f. 的根及根茎。生用或蜜炙用。

性味归经：苦、甘，微温。归肺经。

功效：润肺化痰止咳。

应用：风寒犯肺，咳嗽咽痒，可配荆芥、白前、陈皮等；阴虚癆嗽，痰中带血，可配知母、川贝、阿胶等。此外，本品还可用于肺痈、肺痹及小便不通等证。

用量用法：5~10g。

10. 桑白皮

为桑科小乔木桑树 *Morus alba* L. 的根皮。生用或蜜炙用。

性味归经：甘，寒。归肺经。

功效：泻肺平喘，利尿消肿。

应用：用于肺热咳嗽，痰多之证，可与地骨皮、甘草同用；用于浮肿、小便不利之水肿实证，常与大腹皮、茯苓皮、生姜皮等同用。此外，本品尚有一定的降压作用，可治高血压病。

用量用法：10~15g。

11. 僵蚕

为蚕蛾科昆虫家蚕 *Bombyx mori* L. 的幼虫在未吐丝前，因感染白僵菌而发病致死的僵化虫体。生用或炒用。

性味归经：咸、辛，平。归肝、肺经。

功效：熄风止痉，祛风止痛，化痰散结。

应用：用于肝风内动与痰热壅盛所致的抽搐惊痫，常与全蝎、天麻、胆南星等同用；若证属脾虚久泻，慢惊抽搐，配伍党参、白术、天麻等。治中风口眼喎斜，面部肌肉抽动，则配伍全蝎、白附子。用于风热与肝热所致的头痛目赤，咽喉肿痛，风虫牙痛等证，可配伍荆芥、桑叶、木贼等；治风热喉痛，与桔梗、防风、甘草同用。用于瘰疬痰核，疔肿丹毒等证，常与浙贝母、夏枯草、连翘等同用。此外，本品可用于风疹瘙痒，多与蝉衣、薄荷同

用。

用量用法：3~10g；散剂每服1~1.5g。散风热宜生用，一般多炒制用。

12. 石菖蒲

为天南星科多年生草本植物石菖蒲 *Acorus gramineus* Soland. 的根茎。晒干用或鲜用。

性味归经：辛，温。归心、胃经。

功效：开窍宁神，化湿和胃。

定位：胸骨上窝正中。

主治：咳嗽，气喘，胸痛，咽喉疼痛，暴暗，瘕气，梅核气，噎膈。

操作：先直刺0.2寸，然后将针尖转向下方，紧靠胸骨后方刺入1~1.5寸。

六、常见证型治要

(一) 痰湿中阻证；痰饮中阻证；痰浊中阻证

1. 临床表现：口腻纳呆，恶心欲呕，脘腹痞胀，胃肠水声漉漉，大便清稀，舌淡胖，苔白腻，脉濡缓。

2. 病机分析：痰湿中阻，遏阻气机，脾胃升降失常，运化失司，故口腻，纳呆腹胀；胃失和降，胃气上逆，故恶心欲呕；痰湿阻于胃肠，致胃肠水声漉漉，大便清稀；舌淡胖，苔白腻，脉濡缓为痰湿中阻之征。

3. 治疗方法：燥湿化痰，理气和中。

(1) 代表方剂

二陈汤（丸）（《太平惠民和剂局方》）

【组成】半夏15g 橘红15g 茯苓9g 炙甘草5g 生姜3g 乌梅1枚

【用穴】本方以半夏为君，燥湿化痰，且可降逆和中止呕；橘红为臣，理气化痰，使气顺痰消；佐以茯苓健脾利湿，使湿去脾旺；生姜降逆化饮，既可制半夏之毒，又助半夏、橘红行气消痰；用少许乌梅收敛肺气，伍半夏，散收并用，使祛痰而不伤正；使以甘草和中补土，调和诸药。四药相合，共奏燥湿化痰，理气和中之效。

(2) 针灸处方

【用穴】中脘 内关 足三里 丰隆 隐白 三阴交 脾俞 胃俞

【刺灸法】补法或泻法。可灸。

4. 病案选录

沈某，男，13岁。初诊于1975年5月28日。前年10月因食物过盛，引起哮喘，以后经常发作。刻诊哮喘，咳嗽，吐白沫痰，咳甚则呕吐，脉滑数，舌苔薄白。病由饮食而起，且咳而呕，作胃咳治之。茯苓12g 姜半夏9g 陈皮9g 炙甘草3g 旋覆花12g（包）杏仁9g 葶苈子9g 前胡6g 炒白芍12g 全当归9g 党参9g 炒白术9g 7剂。6月5日复诊。咳嗽已减，胃口较差，脉滑数，苔薄白。前方加谷麦芽各9g 7剂。三诊，6月13日。哮喘有时发作，但较轻，痰已少，胃口亦开，口渴。脉滑数。茯苓9g 姜半夏6g 陈皮6g 炙甘草3g 旋覆花9g（包）杏仁9g 杭白芍12g 全当归9g 党参9g 炒白术9g 炙苏子9g 葶苈子9g 谷麦芽（各）9g 大枣3枚，7剂。1978年2月其母来信云：迄今哮喘基本得到控制，偶有小发作，原方服3剂即愈。（《上海老中医经验选编》金寿山医案）

(二) 风痰上扰证；风痰上攻证

1. 临床表现：头部胀痛，或阵发剧痛，头晕目眩，面赤口苦，舌红苔黄腻，脉弦滑。

2. 病机分析：本证由脾湿生痰，并肝风内动所致。风痰上扰清空，痰浊蒙蔽清阳，故眩晕头痛；肝阳上亢，可见头晕头胀；风为阳邪，阳热为患，故面赤口苦。苔黄腻，脉弦滑均为痰浊阻滞之表现。

3. 治疗方法：祛风化痰。

(1) 代表方剂

半夏白术天麻汤(《医学心悟》)

【组成】 半夏 9g 天麻 6g 茯苓 6g 橘红 6g 白术 15g 甘草 4g 生姜 1片 大枣 2枚

【方解】 方中半夏燥湿化痰，降逆止呕；以天麻化痰息风，而止头眩，二者合用为君。以白术为臣，健脾燥湿，与半夏、天麻配伍，去湿化痰，止眩之功益佳。佐茯苓健脾渗湿，与白术相合，尤能治痰之本；橘红理气化痰；姜枣调和脾胃。使以甘草和中而调药性。诸药相伍，使风熄痰消，眩晕自愈。

(2) 针灸处方

【用穴】 丰隆 中脘 内关 解溪 头维

【刺灸法】 平补平泻法。可灸。

4. 病案选录

陈××，男，8岁，患摇头运动症已6年，于1976年4月18日初诊。其母云：患儿自出生后4月开始发现摇头，直到现在，日数次，每次发作头部左右摆动约20余次，两拳紧握，两手微搐，双目上视，神情呆痴。曾经某地区医院检查拟诊为：小儿摇头运动症？大脑发育不全？经使用镇静剂等西药治疗无效。患儿面色萎黄，神情痴呆，双目不灵活，胸脘痞闷，纳呆，腹胀便溏，体倦乏力，痰多，舌质淡红，苔厚而滑腻，脉弦细。乃为肝失疏泄，脾虚湿阻，风痰相搏之患。治拟平肝熄风，健脾燥湿化痰。法半夏 6g 陈皮 6g 茯苓 12g 甘草 3g 钩藤 6g 僵蚕 6g 天麻 9g 全蝎 1.5g 白芍 9g 龙齿 12g 白术 9g 菊花 9g，每日1剂，水煎服。每日服6次。服4剂后，摇头运动发作次数显著减少，纳增，夜间能安静入睡，精神已不恍惚。继续服12剂后痊愈，至今未曾复发。

原按：本例摇头运动症系6年痼疾，经多方治疗无效。乃系胎惊所致，肝失疏泄，气郁化火而生内风，其病机在肝郁化火，脾虚失运，风与痰相搏。故用二陈汤加参、术以健脾燥湿化痰；用钩藤、僵蚕、全蝎、天麻、白芍、龙齿、菊花以平肝熄风而奏效。(饶宏孝. 小儿杂病从痰论治的经验. 新中医, 1982, [2]:18)

(三) 风痰入络证；风痰阻络证

1. 临床表现：肢体麻木不仁，甚或瘫痪不遂，或肌肤麻木瘙痒，眩晕，口角流涎，苔腻。

2. 病机分析：肝风挟痰阻闭经络，经脉气血流通不畅，无以荣养肌肉、筋骨、血脉，而见肢体、肌肤麻木不仁或瘙痒，甚或瘫痪不遂；风痰阻蔽清窍，故眩晕。风痰内阻于经络，可见中风面瘫，口角流涎。苔腻为痰浊内阻之征。

3. 治疗方法：祛风，化痰，止痉。

(1) 代表方剂

牵正散(《杨氏家藏方》)

【组成】 白附子 僵蚕 全蝎去毒，各等分，并生用

【方解】 方中白附子性味辛温，功能祛风化痰，并擅长治头面之风，为君药。全蝎、僵蚕均能祛风止痉，其中全蝎长于通络，僵蚕并有化痰作用，共为臣药。热酒调服，可以宣通

血脉，并能引药入络，直达病所，用为佐使。诸药合用，则力专效著，使风散痰消，经络通畅，则病证可愈。

(2) 针灸处方

【用穴】肩髃 曲池 手三里 外关 合谷 环跳 阳陵泉 足三里 解溪 昆仑

【刺灸法】 补健侧，泻患侧。

4. 病案选录

廖某，男，24岁，教师。1958年2月17日就诊。突然口眼喎斜，右眼闭合不拢，口角流涎，咀嚼障碍，舌质淡红，苔薄白润，脉细弦紧。风邪中络，挟痰阻络，法当搜风涤痰，牵正散加减主之。僵蚕、制白附、制南星、钩藤、蝉衣、防风、当归各10g，川芎5g。连服10剂，口眼恢复正常。（浙江中医药，1979，[3]:69）

(四) 痰火扰神证；痰热扰神证；痰火扰心证；痰热扰心证（痰火闭窍证）

1. 临床表现：发热口渴，面赤气粗，便秘尿黄，吐痰色黄，或喉间痰鸣，胸闷心悸，烦躁不寐，甚或发狂，或神昏谵语；舌红苔黄腻，脉滑数。

2. 病机分析：情志刺激，气郁化火，煎液为痰，痰火内扰。热灼津伤，则发热口渴，便秘尿黄；火热蒸腾上炎，则面赤气粗；痰火内盛，吐痰色黄，或喉间痰鸣；痰阻气机则胸闷，痰火内盛，闭扰心神，轻则心悸、心烦失眠，重则发狂，甚或神昏谵语；舌红苔黄腻，脉滑数均为痰火内盛之象。

3. 治疗方法：清心豁痰。

(1) 代表方剂

黄连温胆汤（《六因条辨》）

【组成】 黄连3g 半夏6g 陈皮9g 茯苓5g 甘草3g 生姜5片 竹茹6g 枳实6g 大枣1枚

【方解】 方中以黄连苦寒，清热燥湿，尤善清心经实火而除烦；半夏燥湿化痰，降逆和胃，二者共为君药。以竹茹为臣，清热化痰，止呕除烦；枳实行气消痰，使痰随气下。佐以陈皮理气燥湿茯苓健脾渗湿，俾湿去痰消。使以姜、枣、甘草益脾和胃而协调诸药。综合全方，共奏理气化痰、清胆和胃之效。

礞石滚痰丸（《丹溪心法附余》引王隐君方）

【组成】 大黄240g 片黄芩240g 礞石30g 沉香15g

【方解】 方中以硝煅礞石为君，取其燥悍重坠之性，善能攻逐陈积伏匿之老痰。以大黄苦寒，荡涤实热，开痰火下行之路为臣。以黄芩苦寒泻火，善清上焦气分之热；复以沉香速降下气，亦为治痰必先顺气之理，共为佐药。四药相合，行攻逐之力较猛，为攻坠实热老痰之峻剂。

(2) 针灸处方

【处方】 心俞 肝俞 脾俞 神门 丰隆 风府 足三里

【刺灸法】 毫针刺用平补平泻法。

4. 病案选录

曹某，女，23岁。初诊1976年8月12日。病发年余，神情呆钝，耳有幻听，舌体颤动，语言不清，口角流涎，心悸不宁，夜难入寐，舌质红，苔白腻，脉细数而滑，证属忧思

损及心脾，脾失运化则生痰酿湿，心虚火旺又受痰湿阻遏，导致心窍被蒙，发为癫疾，拟宁心清火，宣窍化痰：生铁落 60g、制半夏 9g、茯苓 12g、炒白术 12g、石菖蒲 9g、淮小麦 30g、陈皮 9g、炙甘草 5g、枳壳 9g、黄连 3g、礞石滚痰丸 12g（包煎）。7 剂后苔腻已退，舌红仍甚，流涎已少，舌少颤动，神志较清，偶有幻听。原方去白术、陈皮；加生地 12g，百合 12g，再进 7 剂。以后续诊曾用甘松、玄参、丹参、桃仁、磁石等加减。至 10 月 6 日症状完全消失。随访至 1978 年 5 月未见复发。（上海老中医经验选编，茹十眉医案）

（五）燥痰结肺证；燥痰阻肺证

1. 临床表现：咳嗽，痰粘成块，难以咯出，胸痛胸闷，苔腻，脉弦等。

2. 病机分析：燥热伤肺，灼液成痰，燥痰不化，清肃无权，以致肺气上逆咳嗽，痰粘成块，难以咯出，甚则伤及肺络，而见胸痛胸闷；苔腻脉弦为痰浊停留之象。

3. 治疗方法：润肺化痰。

（1）代表方剂

贝母瓜蒌散（《医学心悟》）

【组成】 贝母 4.5g 瓜蒌 3g 花粉 2.4g 茯苓 2.4g 橘红 2.4g 桔梗 2.4g

【方解】 本方以贝母为君，取其清热润肺，化痰止咳，开痰气之郁结。以瓜蒌为臣，清

案)

(六) 痰湿流注(经脉筋骨)证

1. 临床表现: 肢体深处触及柔韧肿块, 隐痛, 或抽及脓液, 苔腻脉滑。

2. 病机分析: 素体营血虚弱或阳气衰惫, 寒邪乘虚内侵, 寒凝痰滞, 气血壅涩, 痹阻于筋骨、血脉、肌肉、经络, 故见畏寒肢冷, 肿块局部皮色不变, 不热, 不肿, 或肿势散漫。

3. 治疗方法: 温阳散寒, 化痰通滞。

(1) 代表方剂

阳和汤(《外科全生集》)

【组成】 熟地 30g 肉桂 3g 麻黄 2g 鹿角胶 9g 白芥子 6g 姜炭 2g 生甘草 3g

【方解】 本方重用熟地温补营血为君。臣以鹿角胶填精补髓, 强壮筋骨, 藉血肉有情之品助熟地以养血。寒凝痰滞, 非温通经脉不足以解散寒凝, 故佐以炮姜、肉桂温中有通; 麻黄开腠理以达表; 白芥子祛皮里膜外之痰; 与温补药共用, 可使补而不腻。生甘草有化毒之功以为使药。全方组成, 以温补营血不足, 以解散阴凝寒痰, 使其阴破阳回, 寒消痰化。

(2) 针灸处方

【用穴】 以阿是穴为主。

【刺灸法】 刺阿是穴时, 一般可从肿块周围斜刺透到肿块的基底部, 每次 3~5 针, 施以平针法, 留针用温针灸。

4. 病案选录

邢某, 男, 57 岁。本年 5 月左小腿患急性丹毒, 经治 1 周而愈, 其后约半月复发 1 次, 先后共反复发作 7 次, 局部肿胀不消, 收住院治疗。检查: 左小腿内踝以上漫肿, 界线不清楚, 皮色暗紫, 皮温稍低。双下肢血流图提示: 波形基本对称, 血图正常。脉象沉涩, 舌质暗红, 苔薄白腻。证属寒凝痰阻, 脉络不通。处方: 鹿角霜 20g, 肉桂 6g, 熟地 15g, 炮姜 6g, 白芥子 5g, 麻黄 3g, 川椒 3g, 鸡血藤 30g, 川牛膝 30g, 炙甘草 10g。头二煎温服, 第三煎局部薰洗。服药 8 剂后, 皮由暗紫转淡, 肿胀明显消散, 踝内皮肤已见皱褶, 唯踝关节活动时稍有疼感。按原方加减又服 10 剂, 皮温恢复正常, 肿消痛除, 停药观察。至今未见复发。(辽宁中医杂志, 1981, [5]:封三)

第五节 水 饮 证

水饮证是指水饮停聚于胃肠、心肺、胸胁等体腔所致的证候。多因外邪内侵, 或中阳素虚, 或饮食不慎、复感外邪而致水液转输和敷布障碍, 内停于脏腑组织之间所致。

一、临床表现

眩晕, 胸脘痞闷, 呕吐清水、涎液, 苔滑, 脉弦。或见咳嗽气喘, 倚息不得平卧, 甚则心悸, 下肢浮肿, 喉中痰鸣, 痰液清稀, 或脘痞腹胀, 水声漉漉, 泛吐清水, 食欲减退, 或胸胁胀痛, 咳喘引痛。

二、病机分析

水饮内停，气机阻滞，影响脏腑机能，可因饮停部位不同表现各异。饮停于肺，宣降失常则咳喘胸闷；饮为阴邪，性寒质稀，故痰液清稀色白量多；饮阻气道，肺气不降则喉中痰鸣，喘息不能平卧；饮停心包，心阳不振，或水气凌心而见心悸；脾肾阳虚，运化无权，可见下肢浮肿；饮停胃肠，气机不畅，故脘痞腹胀，其在胃，则痞满脘胀，泛吐清水，食欲减退，胃中有振水声；其在肠，则肠间水声漉漉；饮停胸胁，气机升降失常，气道受阻，络脉不利，故胸胁胀闷作痛；饮邪内阻于肺，肺气上逆，可见咳嗽气喘，牵引疼痛；饮为阴邪，苔见白滑，弦脉为水饮病常见的脉象。

三、治疗法则

温化水饮为主，辅以逐饮，利水、发汗、扶正。

四、常用中药

1. 葶苈子

为十字花科草本植物播娘蒿（南葶苈子）*Descurainia Sophin* (L.) Schur. 和独行菜（北葶苈子）*Lepidium apetalum* Willd. 的成熟种子。生用或微炒。捣碎。

性味归经：苦、辛，大寒。归肺、膀胱经。

功效：泻肺平喘，利水消肿。

应用：用于痰涎壅滞，咳嗽喘促，喘息不得卧，一身面目浮肿，与大枣配伍。用于水肿实证，胸腹积水、小便不利，可单用，或与防己、椒目配伍。治结胸证之胸胁积水，用本品与可杏仁、大黄、芒硝配伍同用。

用量用法：3~10g。

2. 甘遂

为大戟科多年生草本植物甘遂 *Euphorbia pekinensis* Rupr. 或茜草科多年生草本植物红芽大戟 *Knoxia valerianoides* Thorel 的根。醋制过用。

性味归经：苦、甘，寒。有毒。归肺、肾、大肠经。

功效：泻水逐饮，消肿散结。

应用：用于身面浮肿，大腹水肿及胸胁积液等，可以单用，也可以与牵牛子等同用。治胸腹积水，常可配伍大戟、芫花同用，并以大枣煎汤送服。用于风痰癫痫，以甘遂末入猪心内煨过，或辰砂末为丸服。

用量用法：本品有效成分不溶于水，宜入丸散剂，每服 0.5~1g。醋制可减低毒性，外用适量生用。

注意事项：虚弱者及孕妇忌用。反甘草。

3. 牵牛子

为旋花科一年生攀援草本植物裂叶牵牛 *Pharbitis nil* (L.) Choisy 或圆叶牵牛 *P. purpurea* (L.) Voing 的成熟种子。生用或炒用。

性味归经：苦、寒；有毒。归肺、肾、大肠经。

功效：泻下，逐水，去积，杀虫。

应用：用于水饮停蓄而正气未衰者，用于水肿腹胀，可单用或与茴香、姜汁同用。治疗痰饮喘咳，多与葶苈子、杏仁、厚朴同用。用于肠胃湿热积滞，大便秘结，可单用，或伍用桃仁。其与槟榔同用，可治疗虫积腹痛。

用量用法：3~10g，打碎入煎剂，散剂1.5~3g。生用或炒用。炒用药性较缓。

注意事项：脾虚水肿及孕妇忌用。

4. 大腹皮

为棕榈科常绿乔木植物槟榔 *Areca cathecu* L. 的果皮。生用。

性味归经：辛，微温。归脾、胃、大肠、小肠经。

功效：下气宽中，利水消肿。

应用：用于湿阻气滞，脘腹痞闷胀满，大便不爽及水肿，脚气等证。

用量用法：3~10g。

五、常用腧穴

1. 肺俞 (BL13)

定位：第三胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：咳嗽，气喘，胸满，腰脊痛，吐血，喉痹，骨蒸，潮热。

操作：斜刺0.5~0.8寸。可灸。

2. 太渊 (LU9)

定位：掌后腕横纹桡侧端，桡动脉桡侧陷中取穴。

主治：咳嗽，气喘，咯血，喉痹，腹胀，噫气，呕吐，烦满，胸背痛，掌中热，无脉症，手腕疼痛。

操作：直刺0.2~0.3寸。可灸。

3. 膏肓 (BL43)

定位：第四胸椎棘突下，旁开3寸。

主治：肺癆，咳嗽，气喘，吐血，盗汗，健忘，遗精，完谷不化。

操作：斜刺0.5~0.8寸。可灸。

4. 水分 (RN9)

定位：歧骨至脐中连线的下1/8与上7/8的交点处。

主治：水肿，尿闭，腰脊强痛，泄泻，大便不利。

操作：直刺1~2寸。可灸。

5. 三焦俞 (BL22)

定位：第一腰椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：腹胀，肠鸣，小便不利，水肿，呕吐，黄疸。

操作：斜刺0.5寸。可灸。

六、常见证型治要

(一) 寒饮停肺证 (饮邪客肺证；饮邪犯肺证；肺寒饮停证)

1. 临床表现：咳嗽气喘，或哮喘有声，胸部紧闷，不能平卧、吐稀白痰涎，苔白滑，脉弦。

2. 病机分析：饮邪犯肺，肺的宣降失常，故咳嗽气喘；饮多阴邪，质稀而白，故痰多白沫；饮停气道，阻碍气息，痰气交阻，故哮喘有声；饮闭于肺，肺气不利，气机闭郁，故胸部紧闷，不能平卧；舌苔白滑或白腻，脉弦紧，为寒饮内感之征。

3. 治疗方法：温肺化饮。

(1) 代表方剂

小青龙汤(《伤寒论》)

【组成】麻黄 9g 芍药 9g 细辛 3g 干姜 3g 甘草 6g 半夏 9g 桂枝 6g 五味子 3g

【方解】本方用麻黄、桂枝为君药，发汗解表，除外寒而宣肺气；干姜、细辛为臣药，温肺化饮，助君药以解表。五味子敛气，芍药养血而为佐药，以防耗伤肺气，温燥伤津；半夏祛痰和胃而散结，亦为佐药。炙甘草益气和中，又能调和辛散酸收之间，是兼佐、使之用。八味相配，使风寒解，水饮去，肺气复舒，宣降有权，诸证自解。

(2) 针灸处方

【用穴】风门 肺俞 列缺 尺泽 大椎 丰隆

【刺灸法】针刺多可用泻法，背部穴位可加灸，或拔火罐。

4. 病案选录

哮喘发作3周，咳喘气急，喉间痰鸣，不能平卧，甚则汗出淋漓，服氨茶碱、麻黄素等，效果不显。既往有哮喘病史。初诊：咳喘气急，痰鸣，夜间甚，不得平卧，痰粘色白，面皤白，形体瘦，舌质淡，舌苔薄白；脉濡。检查：咽部充血，两侧扁桃体肿大(+)，两肺可闻及哮喘音，并有少许湿罗音。X线胸透：肺门阴影扩大模糊，心膈无异常，西医诊断为支气管哮喘。中医证属痰饮恋肺，肾不纳气。治以温肺化痰，摄纳肾气。药用炙麻黄 4.5g 杏仁 9g 细辛 3g 五味子 3g 干姜 3g 款冬花 9g 制半夏 9g 炙甘草 3g。再诊：服上方1剂，症状渐减，纳食与二便正常，予原方去五味子，加葶苈子 9g，第3天哮喘渐得缓解。再服原方3剂，诸症霍然。

(二) 寒饮停胃证(胃寒饮停证；痰饮停胃证)

1. 临床表现：胃脘痞胀，胃中有振水声，脘腹喜温畏冷，背寒，呕吐清水痰涎，或水入易吐，口渴不欲饮，心悸气短，头昏目眩，食少，大便或溏，舌苔白滑，脉弦或滑。

2. 病机分析：饮停胃中，故胃脘痞胀，胃中有振水音；寒饮内聚，阳气不能外达，则见脘腹喜温畏冷，背寒；胃气上逆，引动饮邪，故呕吐痰涎，水入易吐；水停中焦，津不上承，则渴不欲饮；饮凌心肺，故心悸气短；水饮中阻，清阳不升，则头昏目眩；脾运不健，故食少便溏；舌苔白滑，脉弦或滑，均系水饮停聚之象。

3. 治疗方法：温化水饮，健脾利湿。

(1) 代表方剂

苓桂术甘汤(《金匱要略》)

【组成】茯苓 12g 桂枝 9g 白术 6g 炙甘草 6g

【方解】本方以茯苓为君，健脾渗湿，祛痰化饮；桂枝为臣，温化阳气，既可温阳化饮，又能化气利水，且兼平冲降逆；与茯苓相伍，一利一温，有温化渗利之妙，湿源于脾，

脾虚易生湿，佐以白术以健脾燥湿，助脾运化；使以甘草益气和中，共收饮去脾和，湿不复聚之功。药虽四味，配伍严谨，温而不热，利而不峻，为痰饮之和剂。

(2) 针灸处方

【用穴】中脘 公孙 巨阙 厉兑 丰隆

【刺灸法】泻法。可灸。

4. 病案选录

王××，秋深天气收肃，背寒咳喘，饮浊上泛。缘体中阳少振，不耐风露所致。最宜暖护背部。进通阳以治饮。茯苓 桂枝 半夏 白术 苡仁 姜汁 炙甘草(《临证指南医案·痰饮》)

(三) 饮停胸胁证

1. 临床表现：胸廓饱满，胸部胀闷或痛，咳嗽气喘，苔白滑，脉弦滑。

2. 病机分析：饮停胸胁，肺气郁滞，故胸部胀闷或痛；水饮内聚，气机壅塞，肺失宣降，而见咳嗽气喘；舌苔白，脉沉弦，为水饮内停之候。

3. 治疗方法：逐水祛饮。

(1) 代表方剂

十枣汤(《伤寒论》)

【组成】芫花 9g 甘遂 9g 大戟 9g 大枣 10 枚

【方解】方中芫花善消胸胁伏饮痰癖，用为君药。甘遂善行经隧络脉之水湿；大戟善泻脏腑之水邪，共为臣药。三药力峻性烈，各有专攻，合用则攻逐水饮之功甚著。佐以大枣，取其益脾缓中，并缓和诸药毒性，使邪去而不伤正。

使用注意：本方为攻逐水饮之峻剂，服后虽泻不爽，水饮未尽去，次日渐加再服，以快利为度。现代用上 3 味等分为末，或装入胶囊，每服 0.5~1g，日 1 次，以大枣 10 枚煎汤送服，清晨空腹，得快下利后糜粥自养。

(2) 针灸处方

【用穴】中渚 陷谷 阴陵泉 水分 肺俞 脾俞 肾俞

【刺灸法】泻法。可灸。

4. 病案选录

张某，女，21 岁。咳喘胸痛已 10 余日，午后发热，咯痰粘稠，入院后体温 38~39℃ 之间，胸部透视后诊为“渗出性胸膜炎”，经行胸穿二次，胸水未见减轻，转中医治疗。病者咳嗽，气喘胸中引痛，脉滑实，此水积胸胁之间，病名悬饮，宜峻下其水，投以十枣汤。服 1 剂，泻水约 2 痰盂，咳喘遂减，体温亦下降，饮食增加。隔 3 日再投 1 剂，复下水甚多，症状消生，痊愈出院。(《福建中医医案医话选编》第一辑)

(1) 代表方剂

五苓散(《伤寒论》)

【组成】猪苓9g 泽泻15g 白术9g 茯苓9g 桂枝6g

【方解】本方重用泽泻为君，取其甘淡性寒，直达膀胱，利水渗湿；茯苓、猪苓为臣，以增强利水蠲饮之功；加白术健脾气而运化水湿；佐以桂枝一药二用，既解太阳之表，又助膀胱气化。五药合用，则水行气化，表解脾健，共奏利水渗湿，温阳化气之功。

(2) 针灸处方

【用穴】肺俞 三焦俞 偏历 阴陵泉 合谷

【刺灸法】泻法。

4. 病案选录

鲁××，男，11岁。1975年4月，患者乏力尿少，脘腹胀满，胸闷恶心，时或呕吐，便干或溏而不爽，鼻衄发热，患者已两日不进饮食，动则喘憋，于5月17日转我院门诊治疗。

主证：精神萎靡，营养状态较差，巩膜不黄，左眼睑下有蜘蛛痣。四肢不肿，腹部膨隆，腹壁静脉曲张，胸右三肋以下叩诊浊音，腹围90cm，肝肋下4cm，质中硬，脾肋下3cm，腹部叩诊有移动性浊音。X线透视：“右三肋以下见均匀密度增高的阴影，心脏左移，符合胸腔积液。”肝功能检验：转氨酶7400单位，麝浊4单位，锌浊18单位。苔白，脉沉细滑。临床诊断：慢性肝炎，肝硬化，并发胸腔积液，辨证为湿热蓄郁，气滞血瘀，脾运无权，水湿停聚，上行犯肺。治法：先宣降肺气，健脾利水。药用麻黄3g 葶苈子10g 茯苓25g 泽泻15g 车前子15g 猪苓12g 桑白皮12g 通草3g 生石膏12g(先煎) 生大黄15g 党参10g 陈皮10g 青皮10g 共服7剂。二诊为5月24日，药进7剂，腹胀胸满减轻，食纳渐增，腹围渐小。前方去生石膏加生芪18g 防己10g 椒目3g 赤小豆30g 茯苓30g。三诊为6月24日，服药1月，二便通利，腹围续减至75cm，胸腔积液已不明显，患者精神改善，胸闷胀满已除，能随意自行活动，尚感乏力，舌脉同前，脾肋下一指许，肝肋下二指，肝功能恢复正常，前方收效，遂减麻黄、防己、椒目，加阿胶以养血调护阴液。(《北京市老中医经验选编》)

第六节 食滞虫积

食滞证是指食物停滞胃肠，传导失常而出现的证候。多因饮食不节，或脾胃腐熟运化失常所致。虫积证是指幼虫侵入机体，或食入虫卵而在体内发育繁殖，以致阻碍脏腑气机，耗伤营血等所表现的证候。多因饮食生冷或饮食不洁所致。

一、临床表现

食滞证可见脘腹痞胀疼痛，呕吐酸馊，厌食，大便不爽，臭如败卵，苔腐腻，脉弦滑。虫积证则见腹胀腹痛，贪食易饥，体瘦乏力，大便稀烂，面色萎黄等。

二、病机分析

饮食不节或不洁，食滞虫积内停，脾胃及肠腑受伤，运化传导失常，气机壅阻，故可见

脘腹胀胀疼痛，大便不爽或泄泻，下痢；饮食停滞不化，郁而化热，胃气上逆，故呕吐酸馊；脾运失常，胃纳不佳，则厌食；胃肠虫积，消耗谷食，故贪食易饥；脾胃失常，日久气血乏源，故体瘦乏力，面色萎黄。

三、治疗法则

消食导滞，攻积杀虫。

四、常用中药

1. 山楂

为蔷薇科落叶灌木或小乔木植物野山楂 *Crataegus cuneata* Sieb. et Zucc. 或山楂 *C. pinatifida* Bge. var. *major* N. E. Br. 的果实。生用或炒用。

性味归经：酸、甘，微温。归脾、胃、肝经。

功效：消食化积，活血散瘀。

应用：用治食积、油腻肉积，脘腹胀满，腹痛泄泻，常与神曲、麦芽等配用，以增强消食化积作用；用治产后瘀滞腹痛，恶露不尽，与当归、益母草配用，以增强活血化瘀作用；若胁下癥积痞块，与三棱同用；用治疝气偏坠胀痛，配小茴香、橘核。

用量用法：10~15g；大剂量 30g。

2. 神曲

为面粉和其他药物混合后经发酵而成的加工品。生用或炒至略具焦香气入药。

性味归经：甘、辛，温。归脾、胃经。

功效：消食和胃。

应用：用治饮食积滞引起的脘腹胀满，食少纳呆，肠鸣腹泻，常与山楂、麦芽、谷芽等同用。

用量用法：6~15g。

3. 麦芽

为禾本科一年生草本植物大麦 *Hordeum vulgare* L. 的成熟果实经发芽干燥而成。生用或炒黄用。

性味归经：咸，平。归脾、胃、肝经。

功效：消食化积，回乳消胀。

应用：用治面食、谷食、乳汁积滞不化，胃脘胀满，食欲减退，常与谷芽、山楂等同用；用治乳汁郁滞而致的乳房胀痛，常与枳实同用。

用量用法：10~15g；大剂量 30~120g。

注意事项：授乳期不宜用。

4. 鸡内金

为雉科动物鸡 *Gallus gallus domesticus* Brisson. 的砂囊的角质内壁。研末生用或炒用。

性味归经：甘，平。归脾、胃、小肠、膀胱经。

功效：运脾消食，固精止遗。

应用：用治饮食停滞，或小儿脾虚、疳积等证。常与山楂、白术、陈皮等配用，以增强

健胃消食作用；用治遗精，常与芡实、莲肉、菟丝子等同用；治遗尿，则与桑螵蛸、覆盆子同用；用治泌尿系结石及胆结石，常与金钱草、郁金同用。

用量用法：3~10g。研粉服，每次1.5~3g，疗效比煎剂好。

5. 使君子

为使君子科落叶藤本状灌木植物使君子 *Quisqualis indica* L. 的种子。去壳取仁生用或炒香用。

性味归经：甘，温。归脾、胃经。

功效：杀虫消积。

应用：用治蛔虫、蛲虫、虫积腹痛等症，常与槟榔、苦楝根皮、乌梅同用；小儿疳积，面黄体瘦，腹痛有虫，常与党参、槟榔、鸡内金同用。

用量用法：6~10g。炒香嚼服，小儿每岁每天1~1.5粒，总量不超过20粒。

注意事项：大量服食，能引起呃逆、眩晕、呕吐等反应；与热茶同服，也能引起呃逆。一般在停药后即可缓解。必要时可对症用药。

6. 槟榔

为棕榈科常绿乔木植物槟榔 *Areca cathecu* L. 的成熟种子。生用。

性味归经：辛、苦，温。归胃、大肠经。

功效：杀虫，消积，行气，利水。

应用：用治绦虫、姜片虫、蛔虫、钩虫、蛲虫等肠道寄生虫，常与使君子、南瓜子等同用；食积气滞，腹痛便秘，下痢后重，常与木香、青皮等同用；用治水肿实证，常与大腹皮、泽泻等同用；对脚气肿痛证属寒湿者，配木瓜、吴茱萸、陈皮等。

用量用法：6~15g。单用杀绦虫、姜片虫时，可用60~120g。

注意事项：脾虚便溏者不宜服用。

7. 苦楝根皮

为楝科乔木植物楝树 *Melia azedarach* L. 和川楝树 *M. toosendan* S. et Z. 的根皮或树皮。鲜用；或以干品润透切片用。

性味归经：苦，寒；有毒。归脾、胃、肝经。

功效：杀虫，疗癣。

应用：治蛔虫病，可单用煎服，或与槟榔配伍，又可用于钩虫病；治蛲虫病，可用本品配合百部、乌梅。

用量用法：6~15g；鲜品15~30g。外用适量。

注意事项：本品有一定毒性，不宜持续和过量服用。体虚者慎用，肝病患者忌用。

8. 南瓜子

为葫芦科植物南瓜 *Cucurbita moschata* Duch. 的种子。研粉生用，以新鲜者良。

性味归经：甘，平。归胃、大肠经。

功效：杀虫。

应用：用治绦虫病。可单味带壳研粉生用，或与槟榔、芒硝同用。

用量用法：60~120g。连壳或去壳后研细粉用冷开水调服。

五、常用腧穴

1. 气海 (RN6)

定位：在脐下1.5寸，腹中线上，仰卧取穴。

主治：绕脐腹痛，水肿鼓胀，脘胀满，水谷不化，大便不通，泄痢不禁。

操作：直刺0.5~1寸；可灸。孕妇慎用。

2. 璇玑 (RN21)

定位：在胸骨中线上，仰卧或正坐仰靠，约当胸骨柄中点取穴。

主治：咳嗽，气喘，胸满痛，喉痹咽肿，胃中有积等。

操作：平刺0.3~0.5寸；可灸。

3. 下脘 (RN10)

定位：在脐上2寸，腹中线上，仰卧取穴。

主治：脘痛，腹胀，呕吐，呃逆，食谷不化，肠鸣，泄泻，痞块，虚肿。

操作：直刺0.5~1寸；可灸。

4. 期门 (LR14)

定位：仰卧，在锁骨中线上，当第六肋间隙取穴。

主治：胸胁胀满疼痛，呕吐，呃逆，吞酸，腹胀，泄泻，饥不欲食，胸中热，咳喘，伤寒热入血室。

操作：斜刺0.5~0.8寸；可灸。

5. 日月 (GB24)

定位：在乳头下方，当第七肋间隙取穴。

主治：胁肋疼痛，胀满，呕吐，吞酸，呃逆，黄疸。

操作：斜刺0.5~0.8寸；可灸。

六、常见证型治要

(一) 食滞胃肠证；食积胃肠证

1. 临床表现：脘腹痞胀疼痛，噎腐吞酸，或呕吐酸腐馊食，吐后腹痛得减，厌食，矢气酸臭，大便不爽或溏泄，泄下物酸腐臭秽，舌苔厚腐腻，脉弦滑。

2. 病机分析：食滞胃脘，阻遏气机，故脘腹胀满疼痛；胃失和降而上逆，胃中腐败谷物挟腐浊之气上泛，故见噎腐吞酸，或呕吐酸腐馊食，厌食；吐后实邪得消，故胀痛得减；若食浊下趋，积于肠道，则腹痛，腹泻，矢气酸臭，泄下物酸腐臭秽。苔厚腐腻，脉弦滑，均为食浊内阻之象。

3. 治疗方法：消食导滞。

(1) 代表方剂

枳实导滞丸(《内外伤辨惑论》)

【组成】 大黄30g 枳实15g 神曲15g 茯苓9g 黄芩9g 黄连9g 白术9g 泽泻6g

【方解】 方中大黄攻积泻热，使积热从大便而下为君。以枳实行气消积，除脘腹之胀满为臣。佐以黄芩、黄连清热燥湿，又可厚肠止痢；茯苓、泽泻利水渗湿，且可止泻；白术健

脾燥湿，使攻积不伤正；神曲消食和中，令食消则脾胃和。诸药合用，积去食消，湿化热清，诸证自解。

(2) 针灸处方

【用穴】中脘 天枢 气海 足三里 璇玑 下脘

【刺灸法】毫针刺用泻法，并灸。

4. 病案选录

曹××，男，1岁。3个月来纳差，腹泻日一、二次，伴有不消化食物。近来颜面萎黄，身体消瘦，头发枯燥，饮食不佳，便次增多日达五、六次，色黄，水样便。指纹隐伏，舌无苔，证属乳食伤脾，脾失健运。治法：逐湿和脾，佐以调胃。党参6g 茯苓6g 白术10g 淮山药10g 炒鸡内金10g 神曲10g 使君子10g 雷丸6g 甘草3g。

服药2剂，腹泻止，大便成形，但尚有不消化样物，饮食仍差，汗多，舌净，指纹淡，再拟前法加减。使君子10g 炒白术6g 云茯苓10g 党参6g 炒鸡内金10g 炒谷麦芽各6g 猪茯苓各6g 雷丸6g 神曲10g 大枣4枚。共服药7剂，病痊愈。

按：本例由饮食不节，伤及脾胃所致，故以健脾为主，佐以渗湿消导，收到满意的效果。（《赵心波儿科临床经验选编》）

(二) 虫积肠道证；虫积小肠证

1. 临床表现：腹胀腹痛，时有呕恶，贪食易饥，体瘦乏力，大便稀烂，面色萎黄，脉滑，苔腻。

2. 病机分析：寄生虫积于腹中，虫不安位，或缠绕成团，阻滞气机；或上下乱窜，影响气机升降，气机失于通利则腹胀腹痛；气机失于和降则呕恶。虫积腹中消耗气血精华，故贪食易饥，体瘦乏力，面色萎黄；虫积日久耗气伤脾，脾虚清阳之气不能升发，运化失常而见大便稀烂；脉滑、苔腻为肠胃有乳食、湿浊、虫积等停留之象。

3. 治疗方法：驱虫止痛。

(1) 代表方剂

化虫丸（《医方集解》）

【组成】芜荑6g 使君子9g 鹤虱6g 槟榔9g 苦楝根皮9g 枯矾9g 胡粉少许

【方解】方中诸药均属杀虫之品。鹤虱为驱虫要药；苦楝根皮能杀蛔虫、蛲虫，又可缓解腹痛；槟榔能驱蛔虫、姜片虫，且借其行气缓泻之功而排出虫体；枯矾酸寒有收涩之性，能解毒伏虫；铅粉有毒，性能化虫。全方诸药，均属杀虫之品，效专力宏。

(2) 针灸处方

【用穴】迎香透四白，鸠尾透右日月，中脘，足三里，太冲

【刺灸法】用毫针施以泻法。

4. 病案选录

患儿孔某，男，8岁。体质素健，发育正常。于1973年7月12日始精神萎靡，智力迟钝，时而两目凝视，寡言沉默。第3天出现四肢抽搐，一日3~4次，每次约2分钟左右。曾以多种物理检查，未发现阳性体征，诊断不明。西医用安定冬眠；中医予以止痉诸法，住院14天，不但无效，且逐渐加重，抽搐频繁，腹胀大。经查：患儿面容消瘦、虫斑显然，精神萎靡，腹胀如鼓，扪按有积块；抽搐频繁，每隔半小时至1小时抽搐1次，时间约5~

10分钟，发作时，两眼上视，四肢拘急，项背强直，大便两日未解，苔薄腻，脉虚无力。拟用杀虫攻积。槟榔 20g 苦楝根皮 15g 鹤虱 雷丸各 10g（研末冲服）芒硝 9g（冲服）生大黄 9g（后下）。服药 1 剂，大便即通，泻下蛔虫 114 条，抽搐不再发作，病消大半。第 2 天，再服 1 剂，又泻蛔虫 106 条，腹大尽消，精神不佳。后饮食调补康健。随访 9 年未复发，智力正常，身体健康。（薛中理. 虫痉治验. 上海中医药杂志, 1983, (8):29)