

(便携式)  
中医基础理论学习记忆手册

李其忠 张 挺 编著

上海中医药大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

(便携式)中医基础理论学习记忆手册/李其忠,张挺  
编著. —上海:上海中医药大学出版社,2005.3

ISBN 7-81010-847-6

I. 便... II. ①李...②张... III. 中医医学基  
础—中医学院—教学参考资料 IV. R22

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 131717 号

## (便携式)中医基础理论学习记忆手册

李其忠 张 挺 编著

---

上海中医药大学出版社出版发行

(上海浦东新区蔡伦路 1200 号 邮政编码 201203)

新华书店上海发行所经销

昆山市亭林彩印厂印刷

开本 850mm×1156mm 1/64 印张 5.375 字数 138 千字

印数 1—5 000 册

版次 2005 年 3 月第 1 版

印次 2005 年 3 月第 1 次印刷

---

ISBN 7-81010-847-6/R·800

定价 9.50 元

(本书如有印刷、装订问题,请寄回本社出版科,或电话021-51322545联系)

## 编写说明

中医基础理论,是关于中医学的基本理论、基本知识和基本思维方法的一门学科,也是阐释和介绍中医学基本内容的一门课程。

中医基础理论课程,属于中医学的专业基础课,是学习和研究中医学其他各门课程的入门课和必修课。

中医基础理论课程的主要内容包括阴阳五行、气血津液、藏象经络、病因病机、养生治则等,大体可涵盖中医学导论、中医藏象学、中医病因病机学及部分中医防治学总论等理论。

中医学理论源于中国古代的灿烂文化,注重宏观观察,突出整体研究,擅长哲学思辨,强调功能联系。对于入学伊始的本科生或初涉中医的自学者,学习并接受中医学理论,每有生疏、古奥、艰涩之感。为此,我们围绕中

医基础理论中的重点、难点、疑点,以问答形式编著《(便携式)中医基础理论学习记忆手册》一书,以冀其成为学习中医基础理论的辅导读物。

编 者

2004 年 10 月

# 目 录

## 1 绪 论

1.1	何谓中医学？ .....	1
1.2	何谓中医基础理论？ .....	1
1.3	中医基础理论的主要内容有哪些？ .....	2
1.4	中医学的医学模式是什么？ .....	5
1.5	中医学理论体系建立的标志是什么？ .....	6
1.6	中医学理论体系发展的主要线索 是什么？ .....	9
1.7	中医学的整体观念体现在哪些方面？ .....	12
1.8	何谓辨证论治？ .....	13
1.9	何谓病治异同？ .....	15
1.10	中医药现代研究的常用方法有 哪些？ .....	17

## 2 阴 阳 五 行

2.1	何谓阴阳？·····	21
2.2	何谓阴阳学说？·····	22
2.3	分析事物的阴阳属性有何标准？·····	23
2.4	怎样理解事物阴阳属性的相对性？ ·····	23
2.5	阴阳属性在中医学中有何具体应用？ ·····	24
2.6	如何理解阴阳的对立制约？·····	26
2.7	阴阳对立制约理论在中医学中的 应用如何？·····	27
2.8	如何理解阴阳的互根互用？·····	30
2.9	阴阳互根互用理论在中医学中的 应用如何？·····	31
2.10	如何理解阴阳之间的消长平衡？ ·····	33
2.11	何谓阴阳转化？·····	34
2.12	阴阳转化发生的根据和条件是	

	什么？ .....	34
2.13	学习和应用中医阴阳学说有哪些 注意点？ .....	35
2.14	何谓五行？ .....	38
2.15	何谓五行学说？ .....	38
2.16	五行的特性各有哪些？ .....	39
2.17	事物五行属性的归类有哪些方法？ .....	41
2.18	何谓五行相生？其次序怎样？ .....	42
2.19	何谓五行相克？其次序怎样？ .....	43
2.20	何谓五行制化？其规律及意义如何？ .....	44
2.21	何谓五行的相乘与相侮？ .....	45
2.22	五行相乘与相侮的关系怎样？ .....	46
2.23	如何以五行生克理论来阐述五脏 之间的生理联系？ .....	46
2.24	如何以五行相生来阐述五脏病理 传变？ .....	49
2.25	如何以五行相克来阐述五脏病理	

传变？ .....	50
2.26 五行理论在中医诊法学中的运用 如何？ .....	51
2.27 如何运用五行生克理论指导控制 疾病的传变？ .....	54
2.28 依据五行相生规律确立的治则和 治法如何？ .....	55
2.29 依据五行相克规律确立的治则和 治法如何？ .....	57
2.30 如何以五行生克乘侮理论指导情 志病的治疗？ .....	59
2.31 学习和应用中医五行理论有哪些 注意点？ .....	59

### 3 气 血 津 液

3.1 元气论的基本内容是什么？ .....	64
3.2 中医学中气的概念是什么？ .....	64
3.3 人体之气是怎样生成的？其与哪些 脏腑功能活动有关？ .....	65



3.4	气的生理功能有哪些？ .....	66
3.5	何谓气机？其基本形式有哪些？ .....	68
3.6	气机失调有哪些类型？ .....	68
3.7	气机与气化的关系如何？ .....	70
3.8	何谓元气？其组成、分布和功能 怎样？ .....	70
3.9	何谓宗气？其组成、分布和功能 怎样？ .....	72
3.10	何谓中气？其生成、分布和功能 怎样？ .....	74
3.11	何谓营气？其组成、分布和功能 怎样？ .....	75
3.12	何谓卫气？其组成、分布和功能 怎样？ .....	76
3.13	营气与卫气有何异同？ .....	78
3.14	血的基本概念是什么？ .....	79
3.15	血液生成的物质基础是什么？ .....	79
3.16	血的主要生理功能有哪些？ .....	80
3.17	血的正常运行与哪些脏的生理	

功能有关？ .....	81
3.18 何谓津液？ .....	82
3.19 津与液有何区别？ .....	83
3.20 津液是如何生成、输布和排泄的？ .....	84
3.21 津液的功能主要有哪些？ .....	86
3.22 气与血的关系如何？ .....	88
3.23 气与津液的关系如何？ .....	90
3.24 血与津液的关系如何？ .....	92

## 4 藏 象

4.1 何谓“藏象”？ .....	94
4.2 何谓藏象学说？ .....	94
4.3 藏象学说是如何形成的？ .....	95
4.4 藏象学说的基本特点是什么？ .....	97
4.5 脏腑的分类如何？ .....	98
4.6 五脏与六腑的生理功能特点是什么？ .....	99
4.7 脏腑有别的临床意义何在？ .....	100

4.8	心的主要生理特性是什么？ .....	101
4.9	“心主血脉”的含义是什么？ .....	101
4.10	心主血脉功能正常与否的前提 条件是什么？ .....	102
4.11	心主血脉生理功能的外在表现 有哪些？ .....	102
4.12	怎样理解“神”的含义？ .....	103
4.13	“心主神志”的含义是什么？ .....	103
4.14	心主神志生理功能的外在表现 是什么？ .....	104
4.15	心主神志理论是如何产生的？ .....	104
4.16	如何理解心为“生之本”、“君主 之官”？ .....	107
4.17	如何理解心与形、窍、志、液、华的 关系？ .....	108
4.18	肺的主要生理特性有哪些？ .....	111
4.19	肺主宣发的生理作用主要体现在 哪些方面？ .....	112
4.20	肺主肃降的生理作用主要体现在	

	哪些方面？·····	113
4. 21	如何理解肺主宣发与肃降之间的关系？·····	113
4. 22	肺主气的内涵是什么？·····	114
4. 23	如何理解肺主通调水道？·····	115
4. 24	何谓肺朝百脉？·····	115
4. 25	何谓肺主治节？其具体体现在哪几个方面？·····	116
4. 26	如何理解肺为“华盖”、“娇脏”？ ·····	117
4. 27	如何理解肺为“气之本”、“相傳之官”？·····	117
4. 28	如何理解肺与形、窍、志、液、华的关系？·····	118
4. 29	脾的主要生理特性有哪些？·····	120
4. 30	如何理解脾主运化？·····	121
4. 31	如何理解脾主升清？·····	123
4. 32	如何理解脾主统血？·····	124
4. 33	如何理解脾胃为“后天之本”、“仓廩	

	之官”？ .....	126
4. 34	如何理解脾与形、窍、志、液、华的关系？ .....	126
4. 35	肝的主要生理特性有哪些？ .....	129
4. 36	“肝主疏泄”有何生理意义？ .....	130
4. 37	肝疏泄不及与疏泄太过有何区别？ .....	133
4. 38	如何理解肝主藏血的功能？ .....	134
4. 39	肝主藏血功能失常的病理变化怎样？ .....	135
4. 40	如何理解肝为“罢极之本”、“将军之官”？ .....	136
4. 41	如何理解肝与形、窍、志、液、华的关系？ .....	137
4. 42	肾的主要生理特性有哪些？ .....	139
4. 43	中医学中精的含义有哪些？ .....	141
4. 44	何谓肾精？其来源怎样？ .....	141
4. 45	“先天之精”与“后天之精”的关系如何？ .....	142

4. 46	何谓肾主藏精？其生理意义怎样？	143
4. 47	肾中精气盛衰的外在表现是什么？	143
4. 48	何谓肾主水液？其生理意义怎样？	144
4. 49	何谓肾主纳气？其生理意义怎样？	146
4. 50	肾精、肾气、肾阴、肾阳之间的关系如何？	147
4. 51	如何理解肾为“先天之本”、“作强之官”？	148
4. 52	如何理解肾与形、窍、志、液、华的关系？	148
4. 53	心与肺的关系如何？	151
4. 54	心与脾的关系如何？	152
4. 55	心与肝的关系如何？	153
4. 56	心与肾的关系如何？	155
4. 57	肺与脾的关系如何？	156

4. 58	肺与肝的关系如何？ .....	158
4. 59	肺与肾的关系如何？ .....	159
4. 60	肝与脾的关系如何？ .....	160
4. 61	肝与肾的关系如何？ .....	162
4. 62	脾与肾的关系如何？ .....	164
4. 63	如何理解胆的功能及其与肝的 关系？ .....	166
4. 64	胃的主要生理功能有哪些？ .....	168
4. 65	胃与脾的关系如何？ .....	170
4. 66	“胃气”的基本内涵是什么？ .....	172
4. 67	如何理解小肠的功能及其与心 的关系？ .....	173
4. 68	如何理解大肠的功能及其与肺 的关系？ .....	175
4. 69	如何理解膀胱的功能及其与肾 的关系？ .....	176
4. 70	三焦的部位是如何划分的？其各 自的生理特点是什么？ .....	177
4. 71	如何理解三焦的生理功能？ .....	178

4.72	如何理解中医学中脑的生理功能？	180
4.73	影响女子胞功能的因素有哪些？	182

## 5 经 络

5.1	何谓经络？其生理功能如何？	185
5.2	经络学说是怎样形成的？	187
5.3	经络系统是如何分类的？	190
5.4	十二经脉的命名原则如何？	192
5.5	十二经脉的体表循行规律怎样？	194
5.6	十二经脉的走向规律如何？	196
5.7	十二经脉气血流注的具体次序及规律怎样？	196
5.8	何谓十二经脉的表里关系？其特点及意义是什么？	198
5.9	十二经脉循行的起止点、主要循行部位、联系脏腑及器官怎样？	200
5.10	何谓奇经八脉？	206



5.11	奇经八脉的循行分布及生理功能有何特点？ .....	206
5.12	奇经各自的大体循行及基本功能怎样？ .....	207
5.13	何谓十二经别？其生理功能如何？ .....	211
5.14	何谓十五别络？其生理功能如何？ .....	212
5.15	经别与别络的主要区别是什么？ .....	213
5.16	经络理论有何临床意义？ .....	213

## 6 病 因

6.1	中医学的病因分类方法有哪几种？ .....	217
6.2	何谓审证求因？并举例说明之。 .....	219
6.3	何谓六气、六淫？二者有何区别与联系？ .....	219

6.4	六淫致病的共同特点有哪些？ .....	220
6.5	外感六淫与内生五邪有何区别？ .....	222
6.6	风邪的性质和致病特点是什么？ .....	222
6.7	外风与内风有何区别与联系？ .....	224
6.8	寒邪的性质和致病特点是什么？ .....	225
6.9	外寒与内寒有何区别与联系？ .....	226
6.10	湿邪的性质和致病特点是什么？ .....	227
6.11	外湿与内湿有何区别与联系？ .....	229
6.12	燥邪的致病特点是什么？ .....	230
6.13	外燥与内燥有何区别与联系？ .....	231
6.14	火热之邪的性质和致病特点是 什么？ .....	232
6.15	外感火热与内生火热有何区别 与联系？ .....	233
6.16	暑邪的性质和致病特点是什么？	

.....	234
6.17 寒郁化热、湿郁化燥的机理何在？	235
.....	235
6.18 同为阴邪的寒邪和湿邪其致病特点有何异同？.....	237
6.19 同为阳邪的火邪、暑邪、热邪其致病特点有何异同？.....	238
6.20 何谓疠气？.....	240
6.21 疠气和六淫有何区别？.....	240
6.22 疫疠之气的致病特点是什么？.....	242
6.23 影响疠气发生和流行的因素主要有 哪些？.....	243
6.24 何谓七情内伤？.....	244
6.25 七情内伤的共同致病特点是什么？ .....	245
6.26 过劳的分类及致病特点如何？.....	246
6.27 过逸的分类及致病特点如何？.....	247
6.28 饮食失宜的分类及致病特点如何？ .....	249

6.29	水、湿、痰、饮的概念有何异同？	251
6.30	水、湿、痰、饮的致病特点如何？	253
6.31	何谓瘀血？其形成的病因、病机如何？	255
6.32	瘀血致病有何共同的病证特点？	256
6.33	结石形成的原因和致病特点是什么？	257
6.34	皆为病理产物的痰饮、瘀血、结石的致病特点有何异同？	257
6.35	何谓药邪？其形成的原因是什么？	258
6.36	何谓医过？其形成的原因是什么？	260

## 7 病 机

7.1	何谓正气、邪气？	263
-----	----------	-----

7.2	正气与邪气在发病中的作用如何？	263
7.3	影响发病的主要因素有哪些？	265
7.4	疾病转归的概念及其形式怎样？	268
7.5	疾病复发的常见诱因主要有哪些？	272
7.6	何谓实证？其形成的原因是什么？	274
7.7	何谓虚证？其形成的原因是什么？	275
7.8	何谓虚实真假？如何鉴别？	276
7.9	阴阳制约失常的病机变化怎样？	278
7.10	阴阳资生无由的病机变化怎样？	279
7.11	何谓阴阳格拒？	280
7.12	何谓阴盛格阳？	281
7.13	何谓阳盛格阴？	282
7.14	阴阳转化与阴阳格拒有何区别？	

.....	283
7.15 何谓亡阴、亡阳？两者如何鉴别？	283
.....	283
7.16 诊治亡阴、亡阳有何注意点？ .....	285
7.17 阴阳失调的病机类型有哪些？ .....	286
7.18 阴阳互损与阴阳偏衰有何区别？	287
.....	287
7.19 气血失调的病机变化有哪些？ .....	289
7.20 气与津液关系失调的病机变化有 哪些？ .....	290
7.21 血与津液关系失调的病机变化有 哪些？ .....	292

## 8 养 生 治 则

8.1 何谓“治未病”？其具体措施有哪些？	294
.....	294
8.2 如何理解“先安未受邪之地”？ .....	295
8.3 标与本的含义是什么？ .....	296
8.4 “急则治其标，缓则治其本”有何	

	意义？ .....	297
8.5	如何理解急则治标与治病求本的关系？ .....	299
8.6	何谓正治？其包括哪些内容？ .....	301
8.7	何谓反治？其包括哪些内容？ .....	303
8.8	何谓扶正与祛邪？ .....	306
8.9	扶正与祛邪原则的具体运用如何？ .....	308
8.10	调整脏腑功能常用的治疗原则有哪些？ .....	310
8.11	如何理解因时制宜与因地制宜的治则？ .....	313
8.12	如何理解因人制宜的治则？ .....	314

# 1 绪 论

## 1.1 何谓中医学？

中医学是起源于中国，主要于汉民族聚集地发展起来的传统医学。它具有独特的理论体系、丰富的临床经验和科学的思维方法，是自然科学与人文科学相交融的知识体系。

## 1.2 何谓中医基础理论？

中医基础理论的概念，有广义和狭义之分：

广义的中医基础理论，是为中医养生预防、临床诊疗、病后康复等应用医学提供指导的整个理论体系，是包括中医的理、法、方、药在内的一个整体。这一理论体系，既有层次特点，又多纵横交错，很难以简洁的表述明确勾勒。

狭义的中医基础理论，则是中医学对一些



基本问题的理性认识。诸如对正常人体的形态结构、生理功能的基本认识,对疾病发生的内外原因、病机传变的基本认识,对天人关系、形神关系、防治原则的基本认识等,均属中医基础理论研究的范畴。

### 1.3 中医基础理论的主要内容有哪些？

近半个世纪以来,在有志于中医基础理论教学、研究的学者的共同努力下,中医基础理论得以不断发展、充实、升华。较为公认的相关内容有:

阴阳五行: 阴阳五行学说,原本属于我国古代哲学范畴所研讨的重大命题,是中国古代人们用来认识自然、解释自然的方法论。中医学发祥于中国古代社会,受当时哲学思想的影响深刻,中医理论体系可谓是以阴阳五行学说的思维方法构筑而成的。无论是人体的生理与病理,疾病的病因与证候,还是诊疗的原则与方

法,方药的性味与功效等等,均可用阴阳五行学说加以分析、概括。

**气血津液:**中国传统文化中,占主导地位的自然观是元气论。元气论强调气是构成万物的本原,是运行不息的物质,是万物发生感应的中介。同样,元气论也是中医学理论体系得以建立的基石。就中医基础理论而言,气血津液均是构成人体和维持人体生命活动的基本物质。气,无形而主动,推动激发各种生理活动。生命在于气机运动,代谢在于气化过程。血与津液,有形而主静,濡养滋润人体各脏腑、组织、器官。其中脉内为血液,脉外为津液。气血津液的生成、运行既有其自身的规律,又有赖于相关脏腑、经络的协调作用。气血津液之间存在着较为广泛的生理联系和病理影响。

**藏象经络:**中医理论中的主体认识,主要体现在藏象经络理论之中。藏象理论是通过对人体生理、病理现象的观察,研究各脏腑的生理功能、病理变化及其相互联系;经络理论则是研究人体经络的组成分布、生理功能、病理变化及

其与脏腑、形体、官窍等的相互关系。可见藏象经络理论是中医基础理论的核心内容。就藏象的外延而言,其内容还应包括五脏与五志、五液、五体、五华、五窍、五时等的特定联系的相关理论。

**病因病机:**病因,泛指一切可导致疾病发生的原因,如有自外感受的六淫疠气,有自内而伤的七情劳逸,有属病理产物的痰饮瘀血,有属人为所致的医过药邪等。凡此种种病因,均有其各自的致病特点,据此可审证求因,据因论治。病机,泛指疾病发生、发展及变化的机理,其有整体病机、系统病机、某一疾病病机及某一症状病机等不同层次。此外,发病理论,亦可归于病机之中。中医发病理论,重点研究邪正、体质、情志、气候、地域等因素与疾病发生的关系。

**防治原则:**预防,古称“治未病”,包括未病先防与已病防变两个方面。治则,即治疗疾病的原则、总则。“治病必求其本”,是中医治病的最高原则,而正确理解和处理治标与治本、正治与反治、扶正与祛邪等关系,则是治病求本不可

或缺的重要环节。各种疾病的具体治法,则散见于中药学、方剂学及中医临床各科之中,不属于中医基础理论课程所涉及的内容。

## 1.4 中医学的医学模式是什么?

医学模式,是医学领域内由基本观念组成的可供参照的模式,是医学对人的生命、健康、疾病的理性认识,是医学科学范畴之中一切实践活动的指导思想。

中医学认为,人是一个以五脏为中心,形神合一的有机整体,强调人与自然、社会息息相关,所谓“人与天地相参、与日月相应”。中医学重视人患的“病”,更重视患病的“人”,且以自然环境与社会环境为广阔背景,用整体性、联系性原则对生命、健康、疾病等重大问题作广泛探讨,由此要求医者“上知天文,下知地理,中知人事”。防治疾病,既要顺应自然法则,即所谓“异法方宜”;又要调摄病人情志,即所谓“移精变气”。可见,中医学早就从宏观角度勾勒出了

“生物—心理—社会医学模式”的基本框架,而且还具有鲜明的天人相应观。故不少专家学者认为,中医学所遵循的是“自然—社会—形神医学模式”。这一模式的基本精神主导着历代医家的理性认识 and 实践活动。就中医学理论体系的表述而言,确有朴素、简陋之嫌,但其医学模式则含有丰富的科学内涵和积极而广泛的现实意义,可为未来的医学合理模式的确定和完善提供有益的启迪和借鉴。

### 1.5 中医学理论体系建立的标志是什么？

战国至秦汉时期,《黄帝内经》、《难经》、《神农本草经》、《伤寒杂病论》等四部经典著作的相继问世,标志着中医药学理论体系的基本建立。

《黄帝内经》:简称《内经》,约成书于战国至秦汉时期,东汉至隋唐仍有修订和补充。《内经》包括《素问》和《灵枢》两部分,共 18 卷,计 162 篇。该书并非一时一人之作,乃由众多医

家学者历经修纂而成。《内经》的内容十分丰富,包括阴阳五行、五运六气、藏象经络、病因病机、诊法辨证、摄生保健、治则治法、针灸、汤液,以及天人关系、形神关系、行医规范、医德要求等。《内经》较为全面地阐述了中医学理论体系的系统结构,反映了中医学的理论原则和学术特点,为中医学的发展奠定了基础,故历代医家多尊之为“医家之宗”。

《难经》:成书于汉之前而稍后于《内经》,相传由秦越人(扁鹊)所著,是一部以问答形式解释古医经的理论性著作,全书共研讨 81 个问题,故又名《八十一难经》。该书内容主要包括脏腑、经络、腧穴、脉诊、针刺以及一部分病证。该书在一定程度上补充了《内经》的不足,如将“三部九候”解释为气口部位的寸、关、尺三部,提出“奇经八脉”的理论,强调“肾间动气”的作用,创立“虚者补其母,实者泻其子”的治疗原则等。所有这些对后世医学的发展具有较大影响,故其书亦为历代医家所推崇。

《神农本草经》:成书于东汉末年,托名神

农所纂,为我国现存最早的药物学专著,共收载药物 365 种,其中植物药 252 种,动物药 67 种,矿物药 46 种。全书所涉及主治病证名称 170 余种,包括内、外、妇及五官科等疾病。该书概括地论述了君臣佐使、七情和合、四气五味等药物学理论,为后世本草学、方剂学的发展奠定了理论基础。长期的临床实践和现代研究证实,书中所记载药物的主治功效,大部分确有其验。如麻黄治喘、常山截疟、当归调经、黄连止痢、海藻疗瘰等,一直沿用至今。

《伤寒杂病论》:由东汉末年张仲景所著。仲景在《内经》、《难经》等的基础上“勤求古训、博采众方”,全面总结了前人和同时代医家的医学成就,结合自己的临床经验,撰写了在医学发展史上具有划时代意义的《伤寒杂病论》一书。原书一度散失,后经东晋医家王叔和收集、整理、编纂,传至宋代成为现存的《伤寒论》和《金匱要略》两书。仲景之书是医学史上成功地运用辨证论治的第一部专著,为中医临床奠定了坚实基础。其中,《伤寒论》确立了六经辨证论

治的纲领和具体方法,载方 113 首,奠定了外感疾病辨证论治的基础;《金匱要略》以脏腑经络为纲,论述了 40 多种疾病的辨证论治,载方 262 首,其理法精周,方药详备,为内伤杂病的诊治奠定了基础。

## 1.6 中医学理论体系发展的主要线索是什么？

中医学理论体系初步形成于秦汉时期,以《内经》、《难经》、《伤寒杂病论》和《神农本草经》等“四部经典”的相继问世为标志。在此基础上,中医理论体系的发展大致经历了以下阶段:

1. 魏晋隋唐时期:中医理论体系的内容得以充实和系统化。

魏晋隋唐时期,医家们在病证识别、病机分析、诊疗手段、医方创制等方面,都取得了较大的成就,出现了大量医学著作。如晋代王叔和所著的《脉经》,结合临床系统地探讨了脉学的基础理论;西晋皇甫谧所著的《针灸甲乙经》,系



统总结了针灸经络学成就，厘定穴位达 654 个，详论了各穴位的主治及禁忌；隋代巢元方编撰的《诸病源候论》，成为中国历史上第一部病因病机及临床证候学专著；唐代孙思邈所著的《千金要方》、《千金翼方》和王焘所著的《外台秘要》，均为综合基础理论和临床各科内容的巨著，在脏腑辨证、处方用药等方面有长足的进步。总之，这一时期，是中医理论和临床医学迅速发展的时期。

2. 宋金元时期：医家们各抒己见，百家争鸣，使中医理论体系产生了突破性的进展。

宋金元时期的医家们，在前代理论和实践的基础上，结合自己的阅历和体会，提出了许多独到的见解，学术争鸣空前浓烈。宋代陈无择的《三因极一病证方论》，在中医病因学方面提出了著名的“三因学说”。钱乙的《小儿药证直诀》，以儿科疾患的诊治为研究对象，丰富了脏腑辨证论治的内容。金元医家则强调“古方今病不相能也”，他们勇于探索，创立新说，自成流派。其中尤以刘完素（寒凉

学派)、张从正(攻下学派)、李东垣(脾胃学派)和朱震亨(滋阴学派)为主要代表,后世誉之为“金元四大家”。这些医家的学术观点虽各有侧重,但均有其实践基础和理论价值,对后世医家产生了极大影响。

3. 明清时期:该时期医家对前期医学理论进行了综合汇通,集其大成,并提出一些新的创见。

明清时期医家结合当时的临床经验和哲学研究成果,深入探讨,提出不少创见,使中医理论体系得到进一步发展,并有一批集大成的综合性医著问世,影响较大的有《证治准绳》、《景岳全书》、《张氏医通》、《医学纲目》、《医宗金鉴》及《本草纲目》等。当时医家的创见突出表现在藏象理论、温病学说和命门学说等方面。

4. 近现代时期:一方面发掘、整理前人的学术成果;另一方面随着西方医学的传入,从中西医论争,逐渐发展到中西医汇通,进而走向中西医结合的道路。

## 1.7 中医学的整体观念体现在哪些方面？

整体观念是产生于古代的一种哲学思维方法,是人类对各种事物、现象之间不可分割的完整性及其联系性、协调同一性的认识论。中国传统医学正是在整体论的基础上发展而成的,整体论处于中医学理论的主导性地位,具体体现于两个方面。

首先,中医学强调人体是一个有机整体。人体各组成部分之间,在结构上密切相关,在功能上协调制约,在病理上相互影响。人体的整体活动以五脏为中心,由于经络系统的联系及气血津液的流通,五脏与六腑构成表里关系,五脏与情志(五脏合志)、官窍(五脏开窍)、形体(五脏在体)、五液(五脏化液)、五华(五脏外华)等之间亦存在密不可分的内在联系。现代学者认为,中医学关于人体生理病理的理论是“系统”理论。如五脏之肝、六腑之胆、五志之怒、五

窍之目、五体之筋、五液之泪、五华之爪以及足厥阴经,构成“肝系统”。余脏类推。

其次,中医学注重人与自然、社会环境的统一性。自然环境中存在着人类赖以生存的必要条件,同时季节气候、昼夜晨昏、地理环境等自然因素的变化又可直接或间接地影响人体。《黄帝内经》即以“人与天地相参,与日月相应”等来表述这一认识。社会环境对人体生理、病理的影响更毋庸讳言。另外,社会进步也会带来一些不利健康的因素,如机动车辆发出的噪音,工业发展伴随的污染,紧张的生活节奏所致的焦虑等等,均可成为新的致病因素。

## 1.8 何谓辨证论治？

辨证论治,包括辨证与论治两大方面,它是中医诊治疾病的基本原则和独特方法,也是中医理论体系的基本特点之一。

所谓“证”,有“证据”之意。在中医学中,“证”是指机体在疾病发展过程中,某一阶段病

理特性的概括。其病理特性包括病变的原因、部位、性质、程度、邪正胜衰、转归趋势等多方面因素，而病理特性的多种变量参数均与人体在病因作用下的反应状态有关，与人体自身的正气强弱、体质倾向有关。“症”，即病人的自觉症状。同一症状，可有不同的病因病机及预后转归。“病”，即所患的具体疾病，反映了疾病全过程的总体属性、特征和规律。可见，“证”与“症”、“病”有着很大区别。然而，中医学中的病名内涵常不够确切，有以病位命名的，有以病因命名的，有以证候命名的。同一种病可有不同的病理特点，更可有不同的发展阶段。因此，“证”比单一的症状或笼统的病名更能全面、深刻、确切地揭示疾病某一阶段的病理本质。

所谓“辨”，有“审辨”、“辨析”之意。辨证，就是运用望、闻、问、切四诊方法，全面了解病人所表现的症状、体征及其他有关情况，进行分析综合，辨清疾病的原因、部位、性质、邪正关系及发展趋势，从而把握疾病的本质，确定其为某种病机或某种性质的证。

论治,又称施治,即是在辨证的基础上,确定相应的治疗原则和方法,也就是实施治疗的过程。可见,辨证是论治的前提,论治是辨证的目的,两者密切相关且不可分割。辨证论治的过程,就是认识疾病和治疗疾病的过程,也是医生诊疗疾病的思维过程。

## 1.9 何谓病治异同?

病治异同,即同病异治、异病同治的合称。

辨证论治作为指导临床诊治疾病的基本法则,它能辩证地看待病与证的关系,既认识到一种病表现出多种不同的证,又注意到不同的病在其发展过程中可以出现类同的证,故在临床治疗上存在着“同病异治”与“异病同治”的情况。

所谓“同病异治”,是指同一疾病,由于发病的时间、地域及患者机体反应状态的不同,或疾病处于不同的发展阶段,其所反映的病机及表现的证候不同,因而治法亦随之有异。应当指

出的是,这里所说的“病”,既可指传统中医所说的病名,亦可指现代医学所说的病名。前者如同为水肿病,临床上可辨为多种证,有肺实不能行水的阳水,有肾虚不能化水的阴水,有脾弱不能运水的水湿。后者如胃或十二指肠球部溃疡,根据其病程阶段及证候表现的不同,有属于肝脾不和的,有属于肝气犯胃的,有属于脾胃虚弱的,有属于中阳不振的,有属于气滞血瘀的。凡此种种,治则治法、遣方用药均有不同。

所谓“异病同治”,是指不同的疾病,若出现类似的证候,或在发病过程中病机相同,可采取相同的方法治疗。如久痢脱肛与妇女子宫下垂是不同的病,若同样出现中气下陷的表现,则都可用补中益气升阳的方药治疗。再如高血压、肺结核和慢性尿路感染属现代医学不同的病种,在其发展过程中,有时均可出现阴虚火旺的证候,其治疗均可用滋阴降火的方法。

总之,中医诊治疾病,主要着眼于“证”的区别,证同治亦同,证异治亦异。病治异同的精神实质即在于强调辨证论治。

## 1.10 中医药现代研究的常用方法有哪些？

在继承和发展中医学的过程中，其重要环节就是运用现代科学方法对中医学的学术内涵和实践经验进行系统的发掘整理、分析研究、阐发评价和创新开拓。近年来，一大批有识之士为此作了许多尝试，取得了众多成果，由此也形成和发展了一系列中医学现代研究的方法。

一是文献研究。文献研究运用训诂学、校勘学、版本学、目录学、阐经学及历史学等方法，注重对历代医学文献资料进行挖掘、整理和研究。由于其中大多方法源于“经学”研究，故有学者称之为经学方法。

历代医学文献浩如烟海，据考现存即有万部之众，大量科学内容蕴涵其中，借助文献研究方法，对历代中医典籍进行系统发掘整理、阐释评价，确为当前继承中医的中心环节、研究中医的前提条件、发展中医的基础工作。



二是临床经验。临床研究的雏形可追溯至医学之发端。历代医家于行医实践时,均在一定程度上具有临床研究之意,只是大多属于自发性质而已。此言临床研究方法的运用,则须更为广泛、严谨、合理。现代临床研究方法必须事先有明确的目的,进行严密的课题设计,甚至作出预初试验。为使研究结果更加可靠,大多设置对照组,运用“双盲法”,观察指标必须合理可行,并借助数理统计方法对研究结果加以分析比较。临床研究是通过实践来检验评价已有理论及经验的过程,是逼近本质、获得新知的重要环节。这一方法在中医学现代研究中具有突出意义。

三是实验研究。实验研究是现代医学研究的一种基本的常规方法,是根据研究目的,一般以动物为实验对象,采用科学仪器、设备和手段,人为地模拟自然现象,在特定条件下研究事物现象和规律的方法。这一方法在中医学现代研究中,能起到阐发理论认识,检验临床结果,探讨病变机理,阐明药物作用,增加诊疗手段等

作用。如目前开展较多的多种“证”的动物模型的实验研究,在一定程度上揭示了不同“证”的内在病理机制,从而验证了中医辨证论治理论的科学性。又如通过反复的动物实验研究,初步探明了部分中药或复方的治疗效果及其机理。所有这些,都是其他研究方法所不能替代和获得的。

四是群体调研。群体调研是借助现代流行病学的调查方法为基础,以群体现象为研究目标的医学研究方法。其特点是从宏观入手,以人群为对象,以对比分析为核心,以严格的调查研究为主要手段,对获得的可信结果加以描述和统计处理,从而验证或提出某些假说,使原有的认识产生从定性到定量、从感性到理性、从表面到本质的升华或飞跃。群体调研在中医现代研究中具有突出意义。只要选题确切,设计合理,态度严谨,工作细致,对比分析符合逻辑,并持之以恒,群体调研将会有广泛的应用前景。

五是多学科研究。中医学本身具有理论和应用学科的双重特点,是自然和社会科学的交

叉产物。故在中医学的现代研究过程中,应该运用一切对其有用的各学科知识和方法。实践证明,这是行之有效的。如运用力学原理来研究推拿方法及其作用机理;运用光学手段分析微量元素来研究中药方剂疗效;运用控制论、系统论、信息论对中医理论进行分析研究;运用非平衡热力学来探讨“天人关系”和“气机”理论;运用天文学、气象学知识来整理、阐述中医学中时间医学、气象医学的丰富内容;运用心理学研究来论证中医“形神”理论的科学性;利用模糊数学来模拟中医辨证;运用美学知识来揭示中医理论体系结构的和谐。运用一般理化方法研究中医学的,则更为普遍。所有这些研究均已或多或少地取得了一定成果。运用多学科知识和方法来研究具有复杂学科特性的中医学,有其广阔而诱人的前景。

## 2 阴 阳 五 行

### 2.1 何谓阴阳？

阴阳,属中国古代哲学范畴的重大命题,是古人用以认识自然和解释自然的方法论。在《黄帝内经》问世以前的古代文献中,阴阳理论已有确切内涵及自身体系。阴阳学说渗透到医学领域后,促进了中医学理论体系的构建和发展,并演化为中医学理论的基础和指导思想。

阴阳的最初涵义,指的是日光的向背,即向日者为阳,背日者为阴。嗣后,由向阳背阴的属性予以抽象,再逐渐引申,不断扩展,乃至把一切事物或现象本身所存在的相互对立的两个方面均用阴阳加以概括。如由向日而引申至凡具光亮、温热、上升、运动属性的事物和现象,都归属于阳;由背日而引申至凡具晦暗、寒凉、趋下、

内守、静止属性的事物和现象,都归属于阴。在此基础上,古代思想家进行了理论上的升华,认为整个物质世界均是在阴阳二气的相互作用下滋生、发展和变化的,从而把阴阳属性的普遍存在及其相互间的运动变化视作自然界的基本规律(“道”),宇宙间一切事物的发生、发展和变化,都是阴与阳的对立统一矛盾运动的结果。由此可见,所谓阴阳,即是对自然界相互关联的事物和现象或一事物内部对立双方属性的概括。

## 2.2 何谓阴阳学说？

阴阳学说,是研究阴阳的内涵及其运动变化规律,并用以阐释宇宙间万事万物的发生、发展和变化的一种古代哲学理论。它是中国古代朴素的对立统一理论,是古人研究事物阴阳的运动规律和方式,并用以认识世界和改造世界的一种世界观和方法论。

## 2.3 分析事物的阴阳属性有何标准？

一般认为,《素问·阴阳应象大论》中的“天地者,万物之上下也。阴阳者,血气之男女也。左右者,阴阳之道路也。水火者,阴阳之征兆也”,是区分事物阴阳属性的标准。具体说来,凡是剧烈运动的、外向的、上升的、温热的、明亮的、无形的等等,都属于阳的特征;而相对静止的、内守的、下降的、寒凉的、晦暗的、有形的等等,都属于阴的特征。

## 2.4 怎样理解事物阴阳属性的相对性？

事物的总体属性发生了改变,或比较的层次或对象发生改变,则这一事物的阴阳属性也随之改变,故事物阴阳属性在某种意义上说又是相对的、不甚确定的。事物阴阳属性的相对

性主要表现在三个方面：阴阳属性的相互转化；阴阳中复有阴阳；同一层次中，比较的对象不同，其阴阳属性也可能随之改变。

## 2.5 阴阳属性在中医学中有何具体应用？

阴阳是对相关事物的相对属性的概括，这种事物的阴阳属性归类在中医学被广泛应用。兹将其归纳如下：

用以概括人体的组织结构：以部位来分，则上部为阳，下部为阴；体表属阳，体内属阴；背部为阳，腹部为阴；四肢外侧为阳，四肢内侧为阴。以内脏来分，则五脏藏精气而不泻属阴，六腑传化物而不藏为阳；五脏之中，心、肺居于上部（胸腔）为阳，脾、肝、肾居于下部（腹腔）属阴。以构成人体的基本物质来分，则气无形而动属阳，血与津液有形而静属阴。总之，人体一切组织结构之间，无不包含着阴阳的对立统一，故《素问·宝命全形论》说：“人生有形，不离

阴阳”。

用以概括人体的生理功能：以功能与物质相对而言，则功能属阳，物质属阴。功能活动中，升为阳，降为阴；出为阳，入为阴。兴奋、温煦、推动为阳，如心阳、脾阳、肾阳；抑制、滋润、濡养为阴，如肺阴、肝阴、肾阴。由有形而变为无形的化气过程属阳，由无形而变为有形的成形过程属阴，即《内经》所言“阳化气，阴成形”。

用以概括人体的病理现象：各种疾病的临床表现，均可用阴阳属性来概括。如发热为阳，畏寒为阴；精神亢奋为阳，精神委顿为阴；大便秘结为阳，大便稀薄为阴；小便短赤为阳，小便清长为阴；面部色泽鲜明为阳，面部色泽晦暗为阴；语声高亢有力为阳，语声低微无力为阴；脉象浮、洪、滑、数、实者为阳，脉象沉、细、涩、迟、虚者为阴。

用以概括外感病邪：依据外感病邪的性质和致病特点的不同，六淫之中亦有阴阳属性可分，如风邪、暑邪、燥邪、火热之邪均为阳邪，寒邪、湿邪均为阴邪。阳邪易伤人阴液，阴邪易伤



人阳气,即所谓“阳胜则阴病,阴胜则阳病”。

用以概括药物性能:以药性而言,寒、凉(次寒)之性属阴,热、温(次热)之性属阳。以药味而论,辛甘(淡)属阳,酸苦咸属阴。以药物作用趋向的升降浮沉来说,升浮为阳,沉降为阴。

## 2.6 如何理解阴阳的对立制约?

阴阳学说认为,自然界万事万物都存在着阴阳两个方面。这两个方面,就其性质而言,是相互对立的;就其关系而言,又大多是相互制约的。事物的这种阴阳对立制约关系,古人又称之为“阴阳相反”,即阴阳双方的作用趋势、力量趋向等是相反的,是此强彼弱、此弱彼强的。例如上与下、左与右、动与静、出与入、升与降、明与暗、昼与夜、寒与热等等,无不表现为双方对立制约关系。

对立的阴阳两方,既然存在着相互制约的关系,那么,任何一方的过于强盛,必然会导致另一方的相对不足;反之,任何一方的过于虚

弱,亦会导致对立方的相对亢盛。这种由于阴阳相互制约而产生的阴阳消长,若其波动是在一定的限度之内,就能维持其正常的动态平衡;若超出了一定的限度,就将破坏阴阳的相对平衡,形成偏盛偏衰的异常状态。

## 2.7 阴阳对立制约理论在中医学中的应用如何?

用于解释生理活动:人体在生理状态下,白天阳旺,以兴奋为主;黑夜阴盛,以抑制为主。子夜一阳生,平旦阳气渐隆,机体的生理活动由抑制逐渐转向兴奋,这就是“阳长阴消”的过程。日暮阳气衰,黄昏阴气渐盛,机体的生理活动也由兴奋逐渐转向抑制,这就是“阴长阳消”的过程。其他如功能与物质、分解与合成等,均须在不断地“阴消阳长”、“阳消阴长”的过程中保持相对平衡,才能维持正常的生命活动,而阴阳消长这种正常生命现象的存在,则正是源于人体阴阳双方的制约关系。

用于说明病理变化：人体内外、表里、上下各部分之间，以及机体的物质与物质、功能与功能、物质与功能之间，必须保持其相对的阴阳协调平衡的状态，才能维持机体的健康。若因某种原因使机体的阴阳失去协调平衡，则会导致疾病的发生。其病理变化虽是复杂多样的，但每可用阴阳的制约失调，即阴阳的偏盛偏衰来概括说明。

阴阳偏盛，指的是人体之中或阴或阳的一方太盛，使其对另一方的制约太过，进而损害对方的一种病理状态。如阳热之邪侵犯人体，同气相求，以致人体阳气偏盛，阴液势必易受损伤。阳主热，阴主寒，阳盛阴衰，则多出现热象。相反，阴寒之邪侵犯人体，同气相求，以致人体阴气偏盛，容易损伤阳气，阴盛阳衰，则多出现寒象。故《素问·阴阳应象大论》指出：“阴盛则阳病，阳盛则阴病；阴盛则寒，阳盛则热。”此言“阳病”，即指阳气受损；此言“阴病”，是指阴液受损。

阴阳偏衰，指的是人体之中或阴或阳的一

方太弱,使其对另一方的制约不足,导致另一方相对亢盛的病理状态。这就是“阴虚则阳亢,阳虚则阴盛;阴虚则热,阳虚则寒”。临床所见口干、便秘、潮热、舌干红、脉细数等,即为“阴虚则阳亢”、“阴虚则热”之属;而乏力、畏寒、便溏、尿清、舌胖润、脉虚弱等,则属“阳虚则阴盛”、“阳虚则寒”之列。

用于确定治疗原则: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,恢复阴阳的相对平衡,乃是治疗的根本原则。阴胜则寒,宜用温热之品以制约其阴,以热治寒,亦即“寒者热之”;阳胜则热,宜用寒凉之品以制约其阳,以寒治热,亦即“热者寒之”。阴虚则热,是谓虚热,一般不宜用寒凉药直折其热,须用滋阴壮水之法,使阴渐生,以抑制阳亢之内热,《内经》称之为“阳病治阴”,亦即唐代医家王冰所说的“壮水之主,以制阳光”;阳虚则寒,是谓虚寒,不宜用温热发散药径除其寒,须用壮阳益火之法,使阳渐振,以制约内盛之阴寒,《内经》称之为“阴病治阳”,亦即王冰所

说的“益火之源，以消阴翳”。

## 2.8 如何理解阴阳的互根互用？

鉴于阴阳指的是相关事物的相对属性，故阴和阳任何一方都不能脱离另一方而单独存在，如上为阳，下为阴，没有上就无所谓下；寒为阴，热为阳，没有寒就无所谓热。诸如此类，都说明阳依附于阴，阴依附于阳，每一方均以对立方的存在为自身存在的前提，这就是阴阳的互根关系，古人多称之为“阴阳相成”。在阴阳互相依存的基础上，某些范围内的阴阳关系还体现出相互资生、相互为用的特点。如地气上升的过程为阳，天雨下降的过程为阴，地气挟水气蒸腾上升为云，是天雨下降的先决条件，而天雨下降过程使大地复得水气，又是地气上升的内在因素。故明代赵献可在《医贯砭·阴阳论》中指出：“阳根于阴，阴根于阳；无阳则阴无以生，无阴则阳无以化。”

## 2.9 阴阳互根互用理论在中医学中的应用如何？

用于说明生理联系：首先，以组成人体的基本物质而言，气和血分别属于阳和阴，气能生血、行血，血能载气、养气，气与血之间的这种关系，即为典型的阴阳互根互用的关系。其次，以维持人体生命活动的基本功能而言，兴奋与抑制分属阳和阴，两者又是互根互用的。没有兴奋，也就无所谓抑制；而健全的兴奋，又须以充分的抑制为补偿；且兴奋为主时，也还存在着一定的抑制因素。否则，不是精神萎靡，便是狂躁不宁。同样，没有抑制，也就无所谓兴奋。正常的抑制，也须以足够的兴奋为前提，且抑制为主时，亦存在一定的兴奋因素。否则，不是失眠多梦，便是嗜睡昏迷。《素问·阴阳应象大论》说：“阴在内，阳之守也。阳在外，阴之使也。”即是以阴阳互根互用的理论，高度概括了机体的物质与物质、功能与功能、物质与功能之间的相互

依存、相互为用的关系。

用于阐述病理变化：由于阴和阳是互根互用的，所以当机体的阴或阳任何一方虚损到一定程度时，必然导致另一方的不足。阴虚到一定程度，由于“无阴则阳无以化”，就会导致阳亦虚，这就是“阴损及阳”；同样，阳虚到一定程度，由于“无阳则阴无以生”，即会导致阴亦虚，这就是“阳损及阴”。前者如血虚无以养气而致气虚，后者如气虚无以生血而致血虚。阴损及阳或阳损及阴最终导致阴阳两虚。若阴虚至极而致阳脱，阳虚至极而致阴竭，则阴阳的互根互用关系将遭到严重破坏，甚则机体生命活动也可能随之终止。

用于确立疾病治法：根据阴阳互根互用的原理所确立的治法，主要用于阴阳偏衰所引起疾病的治疗，如明代医家张景岳指出，“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”，从而提出了“阴中求阳”、“阳中求阴”的治法。对阳虚之人，在温补阳气时，可适当加入养阴之品，即为“阴中求阳”；对阴虚之人，在给予

滋补阴液的同时，亦可适当加入温阳之药，即为“阳中求阴”。

## 2.10 如何理解阴阳之间的消长平衡？

对立制约、互根互用的阴阳双方，始终处于此增彼减、此进彼退、此强彼弱的消长运动变化状态之中。然而，阴阳之间在“阳长阴消”、“阴长阳消”之中又维持着相对的动态平衡，这就是阴阳的消长平衡。如以人体的生理功能、活动状态而言，兴奋为阳，抑制为阴。白天阳盛，人以兴奋为主；黑夜阴盛，人以抑制为主。子夜一阳生，人体的生理功能由抑制逐渐转向兴奋，即由“阳消阴长”向“阴消阳长”逐渐转化。日中一阴生，人体生理功能也由兴奋逐渐转向抑制，即由“阴消阳长”向“阳消阴长”逐渐转化。但从一昼夜的总体上看，阴阳之间是互相平衡的。

阴阳的动态平衡具有重要意义。在自然界即为风调雨顺，在人体即为平安健康。



## 2.11 何谓阴阳转化？

阴阳转化，是指阴阳对立的双方在一定条件下，可各自向其相反的方向转化，即阴可能转化为阳，阳可能转化为阴，使事物总体的阴阳属性发生根本的改变。任何事物均存在着阴阳两个方面，其阴或阳的孰主孰次，决定着该事物届时的主要特征，即总体的阴阳属性。然而，事物内部阴阳双方的主次关系并不是一成不变的，而是处于不断地消长变化之中。一旦这种消长变化达到一定的程度，就可能导致阴阳属性的相互转化。

## 2.12 阴阳转化发生的根据和条件是什么？

阴阳转化发生的内在根据是阴阳互根。阴中寓阳，阴才有向阳转化的可能；阳中寓阴，阳才有向阴转化的可能。阴阳转化的必备条件是

阴阳的消长运动。如以阴阳消长为量变过程，那么，变化之极，就可能发生阴阳转化的质变。因此，阴阳的转化一般出现在事物变化的“物极”阶段，即所谓“物极必反”。如四季气候变化，春温而至夏热，夏热至极必转化为秋凉；秋凉而至冬寒，冬寒至极必转化为春温。未至热极、寒极阶段，气候不会出现质的变化。故《素问·阴阳应象大论》说，“寒极生热，热极生寒”，“重阴必阳，重阳必阴”。这里所说的“重”和“极”，即是指事物发展的程度，是促使其转化的条件。

## 2.13 学习和应用中医阴阳学说有哪些注意点？

阴阳，作为古代哲学范畴的重大命题，其概念高度抽象，适应面极广，几乎可延伸至一切事物和现象的研究中。中医学中的阴阳理论，虽然因其与许多医学的实际内容融为一体，具有一定的实在性，但不同场合出现的阴阳，其基本

概念及实际所指均不尽相同，甚可大相径庭。兹就学习和运用中医阴阳学说之注意点略陈如下：

首先，应注意阴阳所指的无定性。阴阳一般不只是专指某一个别的、具体的事物或现象，而是表述从事物或现象的具体特性中抽象出来的某些相对属性。阴阳所分析的对象又可因其对立面的不同，其所指也就相应有所不同。诚如元代医家朱丹溪在《局方发挥》中所说：“阴阳二字，固以对待而言，所指无定在，或言寒热，或言气血，或言脏腑，或言表里，或言虚实，或言清浊，或言上下，或言邪正，或言生杀，或言左右……”因此，学习和应用阴阳学说时，首先必须明确某一具体陈述中阴阳的确切所指。例如，“阴胜则阳病”和“阴虚则阳亢”均为说明人体病理变化的常用术语，但其中阴阳的含义却不同。前一术语中的阴与阳，分别指阴寒之邪和人体阳气，意为寒邪、湿邪等阴邪侵入人体，容易伤及机体阳气。后一术语中的阴与阳，则明显指人体的正气、功能之阴阳，意为阴的功能

减退可导致阳的功能相对亢盛。

其次,应注意事物阴阳属性的可变性。事物的阴阳属性不是一成不变的,而是始终处于变化之中。其原因有三:一是因为任何事物属阴或属阳,是与其相对立的另一方相对而言的,当相对立的另一方发生改变时,这一事物的阴阳属性也有可能随之改变。二是因为在一定的条件下,事物阴阳的总体属性可以相互转化,“寒极生热,热极生寒”,“重阴必阳,重阳必阴”,便是其例。三是因为事物是无限可分的,阴或阳之中复有阴阳可分。

再次,应注意只有相互关联的一对事物或一事物内部的对立双方才能用阴阳理论加以分析,否则就没有实际意义,甚或荒谬可笑。如狗与猪、头发与皮肤之间就无法,也没有必要去分清阴阳。在学习和运用阴阳概念时,必须考虑到被分析对象的相关性,强调阴阳是对相关事物相对属性的概括。当然,由于阴阳概念不仅具有对立统一的属性,而且各自代表着一定的特性,对于同一事物,阴与阳的所指往往是确定

的,不可相互替换的。因此,某些虽然属于相互关联的事物或现象,却不能用阴阳属性加以区分,如是与非、好与坏等。可见阴阳学说与现代哲学所说的矛盾范畴还有一些重要的差别。后者因其对对立的双方没有属性、特性的规定,故适应范围更广。

## 2.14 何谓五行？

所谓五行,是指木、火、土、金、水五种物质及其所指代的五类事物的运动变化及相互关系。“五”,是指木、火、土、金、水五种物质及其所指代的五类事物。“行”,其主要涵义是行列、秩序,因为五行之间的相生、相克均有一定的排列次序。

## 2.15 何谓五行学说？

五行学说认为,世界万物都是由木、火、土、金、水五种基本物质构成的,一切事物都可以用

五行的特性加以推理、演绎和归类，五行之间的相生、相克规律是世界万物运动变化和普遍联系的基本法则。五行学说是古人认识自然现象和探索自然规律的一种宇宙观和方法论。

## 2.16 五行的特性各有哪些？

对于五行特性的认识，最早可追溯至《尚书·洪范》之“水曰润下，火曰炎上，木曰曲直，金曰从革，土爰稼穡”。五行特性虽源于五种具体物质的属性，但作为一种哲学概念，它又大大超越了这五种具体物质的本身，因而具有更为广泛、抽象的涵义。由此才能把纷繁复杂的世界万物归纳为五行系统，并利用五行之间的生克规律研究它们之间的相互联系。

“木曰曲直”：曲直，原指树木枝曲干直的生长形态特征。从树木的向上生长、向外扩展、枝疏叶茂等现象，引申为“木”具有生长、升发、条达、舒畅等特性。凡具有这类特性或作用的事物，均可归于木行。

“火曰炎上”：炎上，原指火光向上、焚烧、炎热。因而凡具有温热、向上、升腾、繁茂等特性或作用的事物，均可归于火行。

“土爰稼穡”：爰，通“曰”。稼和穡，原分别指种植庄稼和收获谷物，后来将其引申为生化、承载、长养、受纳等特性。凡具有这类特性或作用的事物，均可归属于土行。五行之中，古人对“土”尤为重视，故有“土辖四行”、“土为万物之母”、“土为万物所归”诸说。

“金曰从革”：从，即顺从。革，即变革。从革的原意有两说：一说为金属物质顺从人意，可随意销铄，铸造成器，如《尚书正义》说：“金可以从人改革，更言其可为人用之意也。”另一说为金属是从矿物中冶炼变革而来，古有“革土生金”之说，故曰“从革”。以后将金的特性引申为肃杀、潜降、收敛、洁净等。凡具有这类特性或作用的事物，均可归属于金行。

“水曰润下”：润下，原指水的就下以润万物的特征，以后引申为滋润、寒凉、趋下、闭藏等抽象特性。凡具有这类特性和作用的事物，均

可归属于水行。

## 2.17 事物五行属性的归类有哪些方法？

一是取象比类(直接归类)法：“取象”，即从事物的“象”(性质、作用、形态等)中摄取能反映其本质的特征。“比类”，即是以五行的各自抽象特性为标准，与某一事物特征逐一比较，确定该事物的五行属性。例如，以方位配五行，日出东方，象征升发，富有生机，与木的升发之性相类似，故东方归属于木；南方炎热，植物繁茂，与火的炎上之性相类似，故南方归属于火；日落西方，象征肃杀，与金的潜降之性相类似，故西方归属于金；北方寒冷，虫类蛰伏，与水的寒凉、闭藏之性相类似，故北方归属于水；中央之地，统辖四方，与“土辖四行”的特性相类似，故中央归属于土。

二是推理演绎(间接推演)法：即是从已知的某些事物的五行属性出发，推理演绎于相关



的其他事物，以确定这些事物的五行属性。如已知肝属木，由于肝与胆相为表里，在体合筋，其华在爪，开窍于目，在液为泪，在志为怒，从而即可推理演绎出胆、筋、爪、目、泪、怒的五行属性皆为木。同样的道理，小肠、脉、面、舌、汗、喜与心同属于火；胃、肉、唇、口、涎、思与脾同属于土；大肠、皮、毛、鼻、涕、忧与肺同属于金；膀胱、骨、发、耳、唾、恐与肾同属于水。

## 2.18 何谓五行相生？其次序怎样？

生，有资生、助长、促进的意义。五行相生，是指木、火、土、金、水之间存在着有序的依次递相资生、助长和促进的关系。因此，对相生的关系，不能误解为五行之间存在着无序的双向的相互资生的关系。五行之间递相资生的次序为木、火、土、金、水，依次相生。即木生火，火生土，土生金，金生水，水生木，木又复生火，循环不息。五行中的每一行都具有“生我”和“我生”两个方面的联系。以土为例，“生我”者为火，

“我生”者为金。“生我”和“我生”在《难经》中又被比喻为母和子的关系。“生我”者为母，“我生”者为子。仍以土为例，火生土，故火为土之母；土生金，故金为土之子。五行中具有相生关系的两行即成为“母子”关系。

## 2.19 何谓五行相克？其次序怎样？

相克，又称“相胜”。克，有克制、制约的意义。五行相克，是指木、火、土、金、水之间存在着有序的依次递相克制、制约的关系。因此，对相克的关系，不能误解为五行之间存在着无序的双向的相互克制、制约的关系。五行之间递相克制的次序为木、火、土、金、水，隔一相克。即木克土，土克水，水克火，火克金，金克木，木又复克土，循环不已。五行中的每一行都具有“克我”和“我克”两个方面的联系。以土为例，“克我”者为木，“我克”者为水。“克我”和“我克”在《内经》中又常被称作“所不胜”和“所胜”。“所不胜”即是“克我”者，“所胜”即是“我克”者。

仍以土为例，由于木克土，故土的“所不胜”为木；由于土克水，故土的“所胜”为水。

## 2.20 何谓五行制化？其规律及意义如何？

所谓五行制化，是指五行相生与相克关系的结合，亦即五行之间既相互资生，又相互制约，以维持其平衡协调，促进事物的生化。五行相生与相克是不可分割的两个方面：没有生，就没有事物的发生与成长；没有克，就没有事物在协调关系下的变化与发展。只有生中有克，克中有生，相反相成，协调平衡，才能生化不息。

五行制化的规律是：“亢则害，承乃制，制则生化”。

五行制化的意义在于：五行之间的相生与相克，维持了五行系统的稳定与平衡。五行中若有一行太过或不及，必有另一行来克制或资助它，从而出现五行之间新的协调。五行系统

通过这类复杂的调控机制，防止了自身某些方面的太过与不足，从而维持整体的动态平衡与协调，推动着事物的发展与变化。

## 2.21 何谓五行的相乘与相侮？

相乘：乘，寓有以强凌弱之意。相乘，是指按五行相克次序的克制太过。形成相乘的原因，多为克制一方力量太过或被克一方力量过弱。以木与土为例，若木过于亢盛，就会恃强过分克制土，称为“木旺乘土”；如土过于不足，就会招致木的乘虚而袭，称为“土虚木乘”。

相侮：又称反侮。侮，有欺侮、侮弄的意思。相侮，是指五行反向克制。形成相侮的原因亦不外有二：一是克制一行力量不足，二是被克一行力量太过。以金与木为例，因金过虚而无力制约木，反被木所克制者，称为“金虚木侮”；因木过强而不受金之所克，反而克制金者，称为“木旺侮金”。

## 2.22 五行相乘与相侮的关系怎样？

相乘和相侮都是异常的相克现象，由此而破坏了五行之间生克制化的协调平衡状态。两者有区别也有联系。区别在于：相乘是按五行相克次序的克制太过，相侮则是逆着五行相克次序的异常克制。联系在于：相乘和相侮常可相随而至，甚或同时并见。如木旺，既可乘土，亦可侮金。金虚，既可受木反侮，亦可被火相乘。

## 2.23 如何以五行生克理论来阐述五脏之间的生理联系？

中医藏象学说以五脏为中心，五脏的功能活动不是孤立的，而是相互联系的。五脏的五行属性归属，不仅用于阐释五脏的功能特点，而且更为重要的是运用五行生克制化理论，来阐释五脏之间的生理联系，即五脏之间存在着的

递相资生、递相制约的联系。

以五行相生说明五脏之间的资生关系。如肝木生心火,可用以说明肝藏血以济心;心火生脾土,可用以说明心阳温煦脾土,助脾运化;脾土生肺金,可用以说明脾气布精于肺;肺金生肾水,可用以说明肺为“水之上源”与肾主水的关系;肾水生肝木,可用以说明肾精化生肝血。应当指出的是,随着对脏腑生理功能了解的日益深入,对五脏之间生理联系的认识已大大超越了这种固定的递相资生的范围。如“脾胃为后天之本”、“肾为先天之本”的理论强调,脾、肾两脏生理功能已不再局限于“土生金”、“水生木”的简单资生,而对其他各脏也有同样的资生作用。

以五行相克说明五脏之间的制约关系。如肝木克脾土,可理解为肝的疏泄功能可舒畅脾土,勿使壅滞;脾土克肾水,可理解为脾的运化水湿功能可阻止肾水,勿使泛滥;肾水克心火,可理解为肾阴可以制约心阳,勿使过亢;心火克肺金,可理解为心阳的温煦可制约

肺气，勿使失宣；肺金克肝木，可理解为肺气的肃降制约肝气，勿令升发太过。需要加以说明的是，在运用五行之间递相克制来阐释五脏生理功能之间的递相克制时，有些方面的实际含义并非才是真正的“相克”，甚至含有“相生”的作用。如以“木克土”为例，肝的疏泄功能有助于脾胃运化水谷精微，正如《素问·宝命全形论》所谓的“土得木而达”。有些地方的“相克”关系，亦表现为相互制约，而不是单向的递相克制。如以“金克木”为例，肝主升发与肺主肃降之间，不能认为是单向制约，而是相互的制约平衡关系。

运用五行相生、相克理论，阐释人体以心、肝、脾、肺、肾为代表的五大系统之间相互资生、相互制约的关系，进一步确立了人体是一个有机整体的基本认识，故从总体上来说，五行生克制化理论，是中医整体观念的理论基础。但在研究脏腑生理功能之间的内在联系及其调节机理时，又不能拘泥于五行之间相生、相克的关系，而应视具体情况而定。

## 2.24 如何以五行相生来阐述五脏病理传变？

相生异常的传变，即是在某一脏发生病变时，其病情的发展循着五行之间递相资生的次序传变。但在具体疾病中常见的，主要是一对相生关系，即母子关系的两脏之间发生的相互影响和传变，故又称“母子相传”。

“母病及子”可因“母脏”的亏虚导致“子脏”的不足，形成母子两脏俱虚之证。例如，在肾虚时，可影响肾精与肝血的互资互化，以致肝肾精血不足；也可因肾阴不足，不能滋养肝阴，而致肝肾阴虚、肝阳上亢的“水不涵木”之证。“母病及子”也可因“母脏”的邪实而影响“子脏”，形成母子两脏俱实之证，较典型者即是肝火旺引起心火旺，而导致“心肝火旺”之证。

“子病犯母”时，多可致“母虚”，故又称“子盗母气”。而“子脏”本身，则既可正虚，又可邪实。例如，肾阴虚可导致肺阴虚，形成肺肾阴



虚；肝火旺(实)可导致肾阴虚，形成肾阴虚肝火旺的虚实夹杂之证。“子病犯母”导致“母脏”的实证，除心火旺引动肝火所致的心肝火旺外，其他情况就比较少见。

## 2.25 如何以五行相克来阐述五脏病理传变？

相克异常的传变，即是某一脏发生病变时，其病情的发展循着五行之间递相克制的次序传变。但在具体疾病中较常见的，主要是在具有相克关系的两脏之间发生的相互影响和传变。这种传变可区分为顺着五行相克次序而克制太过的“相乘”和逆着五行相克次序而反向克制的“相侮”两种。

相乘，如以肝木与脾土之间的相克异常为例，就有“木旺乘土”(肝旺乘脾)和“土虚木乘”(脾虚肝乘)的区别。一般认为，由于肝气郁结，影响到脾胃运化功能，出现胸胁满闷、脘腹胀痛、口苦吞酸、暖气泛恶、大便溏泄等症状，称作

“木旺乘土”；反之，先有脾胃的虚弱，不能耐受肝的克制，而出现头晕乏力、纳谷不化、暖气不舒、胸胁苦满、腹胀腹痛、肠鸣泄泻等症时，称作“土虚木乘”。

相侮，如肺金本应克制肝木，若由于肝气亢逆，肝火过旺，肺金非但无力相克，反被肝木所侮的情况，即称“木旺侮金”，或称“木火刑金”，亦即肝火犯肺。临床上可见由于大怒暴怒等原因，引起肝火过旺，出现急躁易怒、面红目赤、胸胁胀满，随即又出现咳逆上气、痰中带血或咯血等肺的病证。此外，由于一脏的虚损，招致“我克”之脏反向克制的，亦称“相侮”。例如，由于脾土的虚衰不能制水，出现全身性水肿等症，称为“土虚水侮”，治疗上就必须以“扶土制水”为主。

## 2.26 五行理论在中医诊法学中的运用如何？

中医通过望、闻、问、切四诊所收集的临床

资料中,有许多内容能以五行理论的五行属性加以分类及用相生相克关系来阐释其机理。兹将其中主要的内容归纳如下:

用于望面色:由于内脏精气的华采外现于颜面,故古人很重视面部的色诊,并根据五行的配属来确定其五脏所主之色。即肝色青,心色赤,脾色黄,肺色白,肾色黑。因此,临床上常可以面部色泽的变化来推断病变的相关脏腑,即色青多为肝病,色赤多为心病,色黄多为脾病,色白多为肺病,色黑多为肾病。其次,还可以从色泽的变化来推测五脏疾病的传变。如脾病而见青色,多为“木旺乘土”或“土虚木乘”。心病见面色黧黑,多为“水来乘火”。同时,还可以根据五色之间相生、相克关系,来推测病情的顺逆。病与色不相应者,称为病色交错。在病色交错中,见相生之色者为顺,见相克之色者为逆。例如,肝病见面色青,为病色相应,属疾病的普遍现象。若肝病见黑色(水生木)或赤色(木生火),则为病色交错中的相生之色,属顺证;若见黄色(木克土)或白色(金克木),则为病

色交错中的相克之色，属逆证。在顺证之中，色生病者为吉中之顺，病生色者为吉中之逆；在逆证之中，色克病者为凶中之逆，病克色者为凶中之顺。余脏可仿此类推。

用于问口味：口味的异常变化亦可反映五脏的病理状态。在疾病过程中，口味的异常变化一般可用五行属性归类方法判断其所属脏腑，酸味属肝，苦味属心，甘味属脾，辛味属肺，咸味属肾。因此，口中泛酸多为肝木太旺（肝火犯胃），口苦多为心火偏旺，口甘多为脾湿中阻（古称“脾瘴”），口辛多为肺金有病（临床较少见），口咸多为肾虚所致。此外，古代医家也有认为，可以此解释不同的脏腑疾病出现不同的饮食嗜味，如肝病嗜酸，心病嗜苦，脾病嗜甘，肺病嗜辛，肾病嗜咸，可作临床参考。

用于色脉合诊：色脉合诊，即是从色脉之间的生克关系来判断疾病的顺逆。如在一般情况下，色青属肝，应得弦脉（肝脉），此为“色脉相得”；若见到浮脉（肺脉），则为“反得其相胜之脉”，提示肺金乘肝木，与病情相逆；若见沉脉

(肾脉),则为“得其相生之脉”,提示肾水生肝木,是病情好转的表现。其余四脏,均可以此类推。《内经》中非常强调色脉合参,所谓“能合脉色,可以万全”(《素问·五藏生成》)。而其脉色合参的依据和方法正是五行学说。从指导临床的实际意义来说,色脉合参固然重要,但其不能完全取代四诊合参,因此,不能完全拘泥于色脉之间的相生、相克来判断病情的善恶和顺逆。

## 2.27 如何运用五行生克理论指导控制疾病的传变？

疾病的传变,多见于一脏有病,波及他脏。而这种传变有依五行相生次序的,亦有依五行相克次序的。故在治疗时,除对所病本脏进行调治外,还应根据五行的生克乘侮规律,来调整各脏之间的相互关系。如有太过者,泻其有余;不及者,补其不足,以此来控制其传变。如肝木太过之病,由于木旺多可乘土,所以要控制疾病顺其相克次序传变,就必须先补益脾土,使脾胃

健旺而不受肝木太过的影响，脾胃不伤，则病不易传变而易于痊愈。这种治则的确立，具有既病防变的积极意义，正如《难经·七十七难》所说：“所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之与脾，故先实其脾气，无令得受肝之邪，故曰治未病焉。中工者，见肝之病，不晓相传，但一心治肝，故曰治已病也。”可见，肝病补脾，是依据五行相乘原理所确立的控制疾病传变的治疗原则。至于决定疾病能否传变的因素是多方面的，其中主要在于脏腑的功能状态，虚者易传，健者不传。《金匱要略》说：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾，四季脾旺不受邪，即勿补之。”说明在脾旺之时，或脾胃本无虚衰，就无须用补脾的方法去阻止疾病的传变。

## 2.28 依据五行相生规律确立的治则和治法如何？

根据相生规律确立的治疗原则主要是“虚者补其母，实者泻其子”（《难经·六十九难》）。

虚者补其母，主要适用于母子两脏的虚证。如肾阴不足，不能滋养肝木，而致肝阴不足者，称为“水不涵木”。其治疗不仅要直接治肝，更要侧重于补肾之虚。针灸疗法中，凡是虚证，皆可补其所属的母经或母穴，如肝虚证可取足少阴肾经的合穴（水穴）阴谷（腘窝内侧）或本经的合穴（水穴）曲泉（膝内侧横纹头上方凹陷中）来治疗。对这些虚证的治疗，通过补其母脏而资生子脏，即所谓“虚者补其母”。

实者泻其子，主要适用于母子两脏的实证，也可用于一脏之邪实，泻其子脏，以达到泻除母脏邪实的目的。如肝火旺之实证，除了须用泻肝火药物外，还可佐以泻心火之品，以消除过旺的肝火。当然在心肝火旺时，更须侧重于泻心火。

依据五行相生规律确立的治疗方法，常用的有：

滋水涵木法：是针对肾虚不能滋养肝阴，而致肝阳上亢（即水不涵木）之证而设。本法的侧重点在于滋肾以养肝，肝阴得充，则上亢之肝

阳自然平复。

**益火补土法：**原是针对心火不能温煦脾土，而致脾胃功能虚衰（即火不生土）之证而设。本法的侧重点是补火壮阳以温煦脾土。然而，自命门学说兴起以来，多认为命门之火（实际上即是肾阳）有温煦脾土的作用。所以，目前临床上此法多指温肾健脾法。

**培土生金法：**是针对肺虚不复、肺病及脾（子病犯母）而设。通过补益脾胃而达到治肺的目的。当然，由脾虚导致肺气不足者，亦可用本法。

**金水相生法：**本指通过补肺以达到补肾的目的。但实际上是针对肾阴虚不能上滋于肺，而致肺肾阴虚所设，所以本法实际上是肺肾两脏同补法。

## 2.29 依据五行相克规律确立的治则和治法如何？

根据五行相克规律确立的治疗原则主要是



抑其强盛和扶其虚弱。由于相克的异常，即相乘或相侮时，必然出现一脏强和一脏弱的失调现象。若因一方过强而出现相乘（如木乘土）或相侮（如木侮金）时，应以抑强为主，扶弱为次；若因一方过弱而出现相乘（如土虚木乘）或相侮（如土虚水侮）时，应以扶弱为主，抑强为次。

根据五行相克规律确立的治疗方法，常用的有：

**抑木扶土法：**是指疏肝泻肝和健脾补中两法相合的治法，针对肝旺脾胃虚弱而设。如由于肝气横逆，影响胃的受纳、和降，或影响脾的运化、升清时，即可用本法，以抑肝为主，扶脾和胃为辅。

**培土制水法：**是指补益脾阳，促进其运化水湿的功能，以消除水湿滞留的方法。本法的侧重点在于温阳健脾，脾健则水湿自除。本法适用于水湿泛滥而致水肿胀满之证。

**佐金平木法：**是清肃肺气和清肝泻火相结合的治法。是针对肝升太过而致肺降不及，形成“木火刑金”之证而设。

泻南补北法：是指泻心火（南方属火）、补肾阴（北方属水）相结合的治法，故又称“泻火补水法”、“滋阴降火法”。适用于心火偏旺，肾水不足的心肾不交之证。

## 2.30 如何以五行生克乘侮理论指导情志病的治疗？

人的情志活动属五脏功能之一，而情志活动异常又会损伤相应的内脏。由于五脏之间存在相生相克的关系，故人的情志变化也有相互抑制作用。临床上可以运用不同情志变化的相互抑制关系来达到治疗目的。如怒伤肝，悲可以胜怒；喜伤心，恐可以胜喜；思伤脾，怒可以胜思等。这在古医籍中称为“情志相胜法”。

## 2.31 学习和应用中医五行理论有哪些注意点？

五行学说以木、火、土、金、水五类事物之间

的运动变化和相互联系来认识自然、解释自然。强调自然万物之间存在着相互资生、相互制约的关系,任何事物均同时受到相生、相克两个方面的作用,这两个方面作用的盛衰,决定着这一事物的发生、发展和变化。故从总体上来说,五行学说作为古人认识世界的一种宇宙观和方法论,有其合理的成分和科学的内涵。五行学说渗透到医学领域后,又与中医学中的许多具体的学术内容融为一体,对中医理论体系的形成和发展产生了重大影响。但五行学说中确实也存在一些不甚合理或过于机械的内容,这是我们在学习和运用五行学说时需要注意的。

首先,应注意到事物五行属性归类的依据,五行属性只是事物某一方面的特征、作用或属性,而不是事物的全部。因此,在医学领域中,以五行的属性来分析相应的脏腑功能,也只能解释其某一方面的功能特点。如肝在五行属木,仅是因为肝主疏泄,肝气、肝阳易升、易动的功能特点与木的升发、舒展、条达的属性相类似。若以肝的藏血功能分析,就全无“木”的特

性可言了。换言之,以“木曰曲直”来分析肝的功能状态,只能解释其“疏泄”功能,而不能解释其“藏血”功能。

其次,应注意到用五行生克理论阐释五脏功能之间的相互联系,有的较合理,有的则较牵强。对五脏生理功能之间联系的认识,随着研究日益深化,早已大大超越了五行相生、相克的范围,如脾胃为后天之本、气血生化之源的理论;肾为先天之本,肾中精气为生命之根的理论,均说明对脾、肾两脏生理功能的认识,已不局限于“土生金”(脾生肺)、“水生木”(肾生肝)的简单资生,而是认为脾、肾对其他各脏同样有资生作用。再以肝木克制脾土而言,事实上,肝的疏泄对脾胃运化水谷精微的功能,主要不是克制作用,而是具有资生、促进作用。

再次,应注意到用五行母子相传及相乘、相侮理论解释五脏病理传变,有些是客观存在的,而有些则是主观套排的。临床上五脏疾病的传变因素、方式、途径是多种多样的,诸如出于受邪性质的不同、患者禀赋的强弱以及各种疾病

本身的发生发展规律的差异,所以疾病的五脏传变,也并不完全按照五行的生克乘侮规律依次相传。正如《素问·玉机真藏论》所说:“然其卒发者,不必治于传,或其传化有不以次。”可见在《内经》时代,已认识到对于疾病的传变,不能完全受五行的生克乘侮规律束缚。临床上应从实际情况出发,才能真正把握住疾病的传变规律,有效地为防治疾病服务。汉代医家张仲景在《伤寒论》中所阐释的六经传变,清代医家叶天士在《温热论》中所阐释的卫气营血传变等,都是从临床实际出发,在大量的临床实践中总结出来的传变规律。

此外,还应注意用五行相生、相克原理制定的治则治法,各有其一定的适用范围,切不可机械地套用。如肾阴不足时,根据“金能生水”的原理,可选用补益肺阴之品以资肾阴,但若仅补肺阴,则往往是药轻病重,难达病所。古代医家对此早作修正,创立“金水相生”之法,实际即是肺肾两脏同治法。再如“益火生土”法,其“火”原指心,但临床上对脾胃虚弱的治疗很少

从温振心阳入手,故自命门学说兴起以后,多认为命门之火(肾阳)有温煦脾土的作用。所以,目前临床上所谓的“益火生土”法,多指温肾以健脾的治法。

### 3 气 血 津 液

#### 3.1 元气论的基本内容是什么？

元气论，又称“气论”，是中国古代哲学范畴内作为宇宙观、自然观讨论的重大命题。

古代哲学中，元气论的基本观点大抵有三：首先，气是构成万物的本原。其次，气是运行不息的物质。再次，气是万物发生感应的中介。

#### 3.2 中医学中气的概念是什么？

气是构成人体和维持人体生命活动的不断运动的精微物质。

### 3.3 人体之气是怎样生成的？其与哪些脏腑功能活动有关？

人体之气的生成来源主要有三，即禀受父母的先天精气、饮食物中的水谷精气和存在于自然界的清气。

**先天精气：**来源于父母，禀藏于肾。由于父母的生殖之精是构成人体胚胎发育的原始物质，故将其称为“先天之精”。中医理论认为，先天精气藏于肾中，是肾中精气的主要组成部分，人体的生长、发育和繁衍后代均以此为基础。

**水谷之精气：**来源于地，依赖于脾胃。水谷之精气，即水谷精微，也可简称为“谷气”，来源于饮食物。人体摄入饮食后，经脾胃的运化功能，将饮食物中的营养成分转化为能被人体利用的精微物质，输布于全身，成为维持人体生命活动的营养和化生气血的主要物质来源。由于水谷精气来源于人体出生后摄入的饮食物，



故又可称之为“后天之精”。

**自然界清气：**来源于天，依靠肺的呼吸功能吸入。人出生后，即开始呼吸。肺所吸入的清气，是人体气的重要组成部分。

人体之气的来源，可分为先天精气、水谷精气和自然界清气三个方面，而人体之气的生成则必须通过肾、脾胃、肺等生理功能的综合作用。如果这些脏腑的生理功能健全，并相互协调，则人体之气充沛，气的生理效应亦得以充分发挥。反之，若肾、脾胃、肺等生理功能的某一环节失常或失去协调，则会影响气的生成或影响气的生理效应正常发挥。

### 3.4 气的生理功能有哪些？

气对于人体具有多方面的重要生理作用，脏腑经络、四肢百骸、五官九窍等生理功能的正常进行，无不依赖于气的生理效应。大致归纳起来，气的生理作用主要有推动、温煦、防御、固摄、气化等五个方面。

**推动作用：**气依靠其自身的活力和运动，推动和促进机体的生长、发育，推动和激发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，亦有赖于气的推动和激发才得以实现。

**温煦作用：**气的温煦作用来自其自身的不断运动，以及其所推动、激发的各脏腑经络等组织器官的生理活动，动则生阳，从阳则热。

**防御作用：**机体的防御功能，虽然是气、血、津液和脏腑经络等多方面的综合作用，但气的作用尤为重要。气的防御作用，主要体现在抗御外邪侵犯，以护卫机体免受侵害。

**固摄作用：**固摄，有控制、统摄之义。气的固摄作用，主要是针对机体内一切液态物质，防止其无故流失而言。具体表现为：固摄血液，防止出血；固摄汗液、尿液、唾液、胃液、肠液，控制其分泌量或排泄量，以防其无故流失。

**气化作用：**气化，是指通过气的运动而产生的各种变化，包括气在运动中自身发生的变化，如各种气的生成及其代谢；血、津液的生成

及其代谢；气、血、津液、精等之间的相互转化等。换言之，体内一切能量代谢和物质代谢，都属于人体的气化功能。

综上所述，人体之气具有推动、温煦、防御、固摄和气化等多方面的生理作用，这些作用是相互关联、不可分割的。人体内的各种气，各有所用，各有所长，共同协作，以维持人体正常的生理活动。气若因生成不足或消耗太过而成气虚者，则必然会引起其功能的衰减而出现一系列征象。

### 3.5 何谓气机？其基本形式有哪些？

气机，即指气的运动。升、降、出、入为其四种基本形式。

### 3.6 气机失调有哪些类型？

气机失调多由情志内伤、邪气留滞或脏腑经

络等功能障碍所致。常见的气机失调状态,大体上可分为气滞、气逆、气陷、气闭、气脱五种。

**气滞:** 亦称“气郁”,是指气因运行不畅而停滞或郁结不散的病理状态。气滞的证候表现甚多,但因其主要病机为气机郁滞不通,故多以气滞部位的闷、满、胀、痛为主。气滞以肝、脾、胃、肺为多见。

**气逆:** 是指气的上升太过或下降不及,而导致脏腑之气向上冲逆的病理状态。气逆以肺气、胃气、肝气上逆为多见。

**气陷:** 又称“中气下陷”(脾气下陷),是以气的升举无力为主要特征的病理状态。气陷的形成多与脾气虚衰有关。脾主升清,故气陷往往是脾气虚弱、无力升清的进一步发展。

**气闭:** 是指气机闭郁之极而不能外达,以致突然出现窍闭肢厥的病理状态。

**气脱:** 是指气不内守而向外逸脱,以致全身突然衰竭的病理状态。

综上所述,气滞是以人体某一局部气机阻滞不畅或郁结不散为主的病理状态,气逆和气

陷是以气的升降异常为主的病理状态，气闭和气脱则是以气的出入异常为主的病理状态。

### 3.7 气机与气化的关系如何？

由于气的运动引起了自然界万物的不断变化，气的运动是产生气化的前提；而自然界中的一切变化，既是气运动的结果，又是气运动的具体体现。

### 3.8 何谓元气？其组成、分布和功能怎样？

元气是人体中最本原的气。

元气以肾中精气为其主要成分，由肾中精气所化生。必须指出的是，肾中精气虽以禀受于父母的先天之精为其主体，但其不断充盈又有赖于后天脾胃运化的水谷精气。只有这样，肾中精气在机体生命活动过程中才能维持其正常的新陈代谢，才能充分发挥其化生元气的生

理效应。

元气的分布,遍及全身,无处不到,脏腑经络、形体百骸、五官九窍等组织器官,均为元气升降出入之宇。一般来说,气在体内的运行依附于血、津液等周流全身。元气的运行,则多认为是历经三焦而流行于周身。故《难经·六十六难》说:“三焦者,原气之别使也,主通行三气,经历于五脏六腑。”元气经过三焦输布到脏腑、经络、形骸、诸窍而作用于全身所有部位,推动人体各种生理活动。

元气的主要生理功能有二:一是推动和激发人体的生长发育和生殖。《素问·上古天真论》所详细论述的肾中精气盛衰与人体生、长、壮、老、已的密切关系即基于此。二是推动和激发脏腑、经络等的生理活动。元气的不断运动和蒸腾激发,推动着机体的各种生理活动。因此,元气又被称为人体生命活动的原动力。机体的元气充沛,人体的生长、发育就正常,体质就强健,脏腑、经络的活力就旺盛。若因先天禀赋不足或后天失养、久病耗损,肾中精气不足,

元气生化乏源，则可产生种种病变。

### 3.9 何谓宗气？其组成、分布和功能怎样？

宗气，是积聚于胸中之气。宗气积聚之处称为“膻中”（两乳之间），因其为宗气最集中的地方，故又名“气海”。

宗气是以肺吸入的自然界清气与脾胃从饮食中运化而生成的水谷精气为其主要部分。《灵枢·邪客》说：“五谷入于胃也，其糟粕、津液、宗气分为三隧。”《灵枢·五味》指出：水谷精微，以溉五脏，化生营卫之气，而“其大气之抟而不行者，积于胸中，命曰气海”。“大气”，即指由肺吸入的自然之气。上述所引原文，指明了宗气由肺吸入的清气与水谷精气相合而生成。因此，肺的呼吸功能与脾胃的受纳、运化功能，对宗气的生成与盛衰，均有直接影响。

宗气的分布和运行在《灵枢·邪客》中作了

概括性论述,指出:“宗气积于胸中,出于喉咙以贯心肺,而行呼吸焉。”说明宗气生成后即积聚胸中,胸中为心肺所居之处,故其贯注于心与肺。入于心脉,以推动血气运行。出于气道(古称“喉咙”),以司呼吸运动。《灵枢·邪客》又说:“宗气留于海,其下者,注于气街;其上者,走于息道。”海,指气海,即膻中。气街,又名“气冲”,在腹股沟处。息道,即呼吸道。总之,宗气积于胸中,贯注心脉,以行血气;下注气街,以连诸气;上走息道,以行呼吸。

宗气的主要功能有二:一是走息道以司呼吸。凡呼吸、语言、声音皆与宗气有关。宗气充沛,则呼吸和缓而节律均匀,语言清晰而声音洪亮;反之则呼吸短促,语声低微。二是贯心脉而行气血。凡心脏的搏动,气血的运行,皆与宗气有关。若脉象和缓,节律一致,有神有根者,均为宗气充沛的表现。反之,脉来躁动散大或微弱无力以及脉律不齐等,则表示宗气不足,甚或虚脱。



### 3.10 何谓中气？其生成、分布和功能怎样？

中气，即中焦之气。因脾胃位居中焦，故一般将脾胃之气称作“中气”。

中气的生成，一般认为由布散于中焦的元气与脾胃运化生成的水谷精气相合而成。

中气主要分布于中焦，布散于脾胃、肠道之间，并升上达下，斡旋不息。

中气的主要功能包括三个方面：一是主司气机升降。中焦为气机升降之枢纽，中气充沛和谐，则肝脾之气健升，肺胃之气顺降，升降通畅，诸脏皆安。二是鼓动脾胃纳运。中气充沛，则脾升胃降无异，水谷受纳运化正常，水谷精微不断营生，以化生气血，充养全身。三是维持内脏居位。内脏之所以维持其相对恒定的位置，取决于中焦脾胃之气的升降相因。

### 3.11 何谓营气？其组成、分布和功能怎样？

营气，又名“荣气”，是行于脉中之气。营，具有营周不休和营养之意。营气与血同行脉中，可分而不可离，故多以“营血”并称。营气与卫气相对而言，则卫属阳而营属阴，故又称“营阴”。

营气的组成是以脾胃运化生成的水谷精微为其主要成分，水谷精微中的精专部分得入脉中而为营气。《素问·痹论》说：“荣者，水谷之精气也。”《灵枢·荣气》说：“水谷精微之精专者，行于经隧，常荣不已，终而复始，是谓天地之纪。”

营气的分布和运行，在《素问·痹论》有明确论述，指出其“和调于五脏，洒陈于六腑，乃能入于脉也。故循脉上下，贯五脏，络六腑也”。说明营气进入脉中，循脉运行全身，内注脏腑，外达肢节，终而复始，营周不息。

营气的主要功能，一是化生血液，二是营养全身。营气入于脉道，并使津液亦渗入脉内，两者结合，生成血液。所谓气能生血，主要指的即是营气化生血液。营气由水谷精微中的精专部分化生，是脏腑、经络等生理活动所必需的营养物质，对人体生命活动的维持起着重要作用。《内经》言营气“和调于五脏，洒陈于六腑”，“以荣四末”等，正是强调营气具有营养作用。

### 3.12 何谓卫气？其组成、分布和功能怎样？

卫气是运行于脉外之气。卫气之名，因其具有护卫肌表、抵御外邪作用而得之。卫气与营气相对而言，其性属阳，故可称“卫阳”。

卫气的组成，亦是以水谷精微作为其主要成分。在水谷精微中，活力极强而不受脉管约束的这种物质，称为卫气。故《素问·痹论》说：“卫者，水谷之悍气也。其气慄疾滑利，不能入于脉也。”说明卫气与营气均以水谷精微为其主

要成分。惟其“悍气”者，行于脉外，而为卫气；“精专”者，行于脉中，而为营气。故《灵枢·营卫生会》说：“清者为荣，浊者为卫。荣在脉中，卫在脉外。”

卫气的分布，因其性慄疾滑利，不受脉管约束，故可“循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹”（《素问·痹论》）。说明卫气散布于周身，外达皮肤肌肉之间，内布胸腹肓膜（胸腔膈膜之内）之处。至于卫气的具体运行路线，在古代中医文献中有两种说法：一是《难经·三十难》指出的“荣气之行常与卫气相随”，即营卫之气的运行，均按十四经脉气血流注的次序，只是营行脉中，卫行脉外，二气偕同，运行于周身。二是《灵枢·卫气行》所说的“昼行于阳”而“夜行于阴”。其行于阳者，多指行于体表；行于阴者，多指行于体内。

卫气的主要生理功能有三方面：一是护卫肌表，防御外邪入侵。临床上若见易伤风感冒发热者，多从卫表不固论治，其理论根据即在于此。二是温养脏腑、肌肉、皮毛等。卫气有较强

的温煦作用。若卫阳虚损，温煦之力减弱，可出现形寒、肢冷和体温降低等寒象。若卫气郁滞，郁而化热，则可出现发热、恶热等热象。三是调节腠理开合，控制汗液排泄，即《灵枢·本藏》所说的卫气有“司开合”的功能。汗液的排出与否受卫气的控制与调节。若外邪入侵人体肌表，腠理（主要指肌肤之纹理间隙）闭塞，卫气不得发越，则无汗而身热；若卫气虚损，固摄无力，就会出现自汗。《灵枢·本藏》对卫气的功能作了概括：“卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合者也。”

### 3.13 营气与卫气有何异同？

营气与卫气，均以水谷精气为其主要的生成来源。营在脉中，卫在脉外；营主精专营养，卫主慍疾温煦；营主内守属阴，卫主卫外属阳。营卫之间必须协调，才能维持人体正常的汗液分泌和体温调节。若感受外邪，可致营卫不和而出现恶寒发热、汗出不解等症状。

### 3.14 血的基本概念是什么？

血，运行于脉中，循脉流注于全身，具有营养和滋润作用，是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一。

### 3.15 血液生成的物质基础是什么？

血液主要由营气和津液组成。营气和津液，均来源于脾胃对饮食物的运化生成的水谷精微，故说脾胃为气血生化之源。《灵枢·决气》说：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”“中焦”，即是指脾胃；“受气”，即是指脾胃运化生成的水谷精微化生营气；“取汁”，即是指脾胃运化生成的水谷精微化生津液；“变化而赤”，一般认为是通过气化作用，将营气和津液变化而生成成为血。这一原文突出了脾胃在血液生成中的重要地位。

后世医家对血液的化生又提出了精与血可相互资生、转化的论述。如清代医家张璐在《张

氏医通·诸血门》中说：“气不耗，归精于肾而为精；精不泄，归精于肝而化清血。”精藏于肾，血藏于肝，肾精肝血之间可以相互资生，相互转化，故有“精血同源”之说。

### 3.16 血的主要生理功能有哪些？

血的主要生理功能有以下三方面：

其一，维持人体脏腑、形体、官窍等组织器官的生命活动。人体各个部分的生存及其功能活动均依赖于血的濡养。血液充盈，则面色红润，皮肤柔润，毛发润泽，筋骨强健，肌肉丰满，脏腑安和。若血液亏虚，则面色萎黄，皮肤枯燥，毛发枯槁，筋骨痿软，或见拘急，肌肉瘦削，脏腑脆弱。

其二，维持机体的正常运动和感觉。《素问·五藏生成》说：“肝受血而能视，足受血而步，掌受血而能握，指受血而能摄。”说明视、步、握、摄等运动和感觉对血液营养的依赖关系。血液充盈，则感觉与运动正常；血液虚少，则可

见头晕,目花,夜盲,耳鸣,四肢麻木,运动无力,筋骨拘挛,甚至痿废不用。

其三,血是机体精神活动的主要物质基础。若人体血液充盛,血脉和调,则表现为精神充沛,神志清醒,感觉灵敏,活动自如;若血液亏虚,则可见精神衰退、不耐思考、反应迟钝、健忘或失眠、惊悸等症;若热入血分(血热),则多见失眠多梦,烦躁不安,甚至谵妄、昏迷等神志失常的病理表现。

### 3.17 血的正常运行与哪些脏的生理功能有关?

血的正常运行与下列脏腑的功能密切相关:

心主行血:心有主宰一身之血的作用,并能推动血液在脉中正常运行。对血的推动作用是由心气来完成的,所以,心气的强弱,是维持血行力量和血流速度的关键所在。

肺主气而司宣降:肺主一身之气,血的运



行靠气的推动，肺通过宣发和肃降作用协助心主行血。肺气宣发的运动状态，有助于血向外向上布散；肺气肃降的运动状态，有利于血向内向下运行。

**肝主疏泄而藏血：**肝的疏泄功能重在调畅气机，因气行则血行，故随之亦保持了血行的通畅。肝主藏血，有贮藏血液、调节血量和防止出血三方面意义。“人卧血归于肝”（《素问·五藏生成》）。人在安静时，外周循环中多余的血贮藏于肝；人在活动时，根据人体各处的不同需要，肝能调节血量的分布。

**脾主统血：**脾除化生血液供给水谷精微外，还能统摄血液，使其行于脉中而不致外溢。

综上所述，推动血液运行的原动力在心；协助行血，调节血量分布的是肺与肝；贮藏、统摄血液，防止出血的是肝与脾。

### 3.18 何谓津液？

津液，是机体一切正常体液的总称，包括各

脏腑、组织、器官的内在液体及正常分泌液，如胃液、肠液、唾液及适量的涕、泪等。至于汗液、尿液等也是正常分泌液、排泄液，在《黄帝内经》亦将其视为津液范畴。但因汗液与尿液等一旦生成后，不再为机体所利用，故一般已不将其列为津液范围。

### 3.19 津与液有何区别？

津与液，同属体液，均由脾胃从饮食物中运化而生成。由于两者的性状、分布及功能侧重的不同而有所区别。一般认为，就其性状而言，质地较清稀、流动性较强，是为津；质地较稠厚、流动性较差者，是为液。就其分布部位而论，散布于皮肤、肌肉、孔窍，并能渗入血脉、充当汗源者，当属津；灌注于骨节、脏腑、诸髓者，当属液。就其功能侧重而分，以滋润作用为主者，归于津；以濡养作用为主者，归于液。

### 3.20 津液是如何生成、输布和排泄的？

**津液的生成：**主要有赖于脾、胃、肠吸收饮食水谷中的水分及营养。胃主受纳，饮食水谷首先入胃，经初步消化后下传小肠。在脾气运化的推动下，小肠分清泌浊，吸收水分及精微，故有“小肠主液”之说。而后再传大肠，大肠亦吸收一部分水液，但此时水谷精微等营养物质已所剩无几，即所谓“大肠主津”。（津清稀如水分，液稠厚多营养）

**津液的输布：**津液的输布涉及脾、肺、肾、肝、三焦等脏腑功能。脾对津液转运输布，可称为“脾气散精”。脾的散精作用，一方面将津液上输于肺，一方面将津液直接布散于全身。肺在津液代谢中的作用，称为“通调水道”或“肺主行水”。肺接受脾转输而来的津液后，一方面通过肺气的宣发，将津液向上向外布散于人体的体表皮毛，并将多余水液代谢转化成汗液排出

体外；一方面通过肺气的肃降，将津液向下向内输布至肾与膀胱，在肾与膀胱的气化作用下成为尿液排出体外。肾对津液的输布代谢起着主宰作用，称之为“肾主水液”。肾主宰津液代谢主要表现于两个方面：一是肾气肾阳推动、激发一切参与水液代谢的脏腑功能；二是肾的气化功能决定着尿液的分泌量和排泄量，而尿液排泄量的多少对整个水液代谢的平衡至关重要。肝主疏泄，调畅全身气机，气行则津行，促进津液的输布。

**津液的排泄：**津液代谢产物的排泄，主要通过出汗、呼气、排尿、排便等途径完成。出汗、呼气的正常，主要有赖于肺的功能。肺气宣发，将津液输布至体表皮毛，受阳气蒸腾而成为汗液，由汗孔排出体外。肺主呼吸，肺在呼气时亦散发一部分津液（水分）。尿液为津液代谢的最终产物，其形成涉及众多脏腑功能，尤以肺、肾为最。肺主肃降，下输津液，才使尿源不竭。肾在维持人体津液代谢平衡中起着关键作用，故有“水为至阴，其本在肾”之说。粪便排出也会

带走一部分津液。

综上所述,津液代谢的生理过程需要多个脏腑的综合调节,其中尤以脾、肺、肾三脏为要,故《景岳全书·肿胀》指出:“盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水惟畏土,故其制在脾。”

### 3.21 津液的功能主要有哪些?

津液对人体正常生命活动的维持具有十分重要的作用。概括起来,津液的功能主要包括滋润濡养、化生血液、调节阴阳、排泄废物等方面。

**滋润濡养:**津液以水分为主体,故有很强的滋润作用;津液又富含各种生命必需物质,故有一定的营养功能。分布于体表的津液,能滋润皮肤、濡养肌肉,使皮毛光泽、肌肉丰润;流注于体内的津液能滋养脏腑、滑利经脉,维持其正常生理功能。

**化生血液:**津液经孙络渗入血脉之中,与

营气相合,成为化生血液的基本成分。若血液因故而骤减,津液亦可渗入脉内,补充血液的不足。津液可使血液充盈,并濡养和滑利血脉。若因大汗、大吐、大泻或高热等使津液急剧耗伤,则在伤津脱液的同时,循环血量亦可随之减少。

**调节阴阳:**津液作为阴精的一部分,对调节机体的阴阳平衡起着重要作用。人体阴阳的正常与否,与津液的盛衰密切相关。寒冷季节或衣少之时,皮肤汗孔闭合,津液不能外泄而散热,有利于保温御寒;温热季节或衣多之时,皮肤腠理开张,津液借出汗形式散发热量,由此调节机体的体温恒定和阴阳平衡,从而维持人体正常的生命活动。若津液严重不足,无源作汗,则体温的调节、阴阳的平衡即不能正常维持。

**排泄废物:**津液在其自身的代谢过程中,将机体的代谢产物通过出汗、排尿等方式不断地排出体外,使机体各脏腑的气化活动正常。若这一作用受到损害或发生障碍,就会使代谢

产物或毒性物质潴留于体内而致病。

### 3.22 气与血的关系如何？

气与血具有极为密切的关系，前人曾将其概括为“气为血之帅，血为气之母”。其中“气为血之帅”包括气能生血、行血、摄血；“血为气之母”包括血能载气、养气。

气能生血：在血的生成过程中，营气的作用及脏腑气化功能十分重要。在脏腑之气的作用下，饮食物被消化吸收而化生水谷精微，水谷精微又分别生成营气、津液等。营气和津液进入脉中，变化而赤为血。营气不只是血的主要组成部分，而且是促进血液生成的一种不可缺少的因素。从饮食营养到血的生成，是在脾胃之气和营气的参与下，通过一系列气化作用的结果，因此说气能生血。气旺则化生血的功能强，气虚则化生血的功能弱，甚至发生血虚。临床上治疗血虚病证，在补血的同时，每加补气药以提高疗效。

气能行血：血属阴而静。血的运行，必须依赖于运行不息的气的推动。具体地说，血是依靠心气的推动而流行的。肺气的宣降、敷布，肝气的疏泄、条达，也是保持血行通畅的重要因素。若心肺气虚，推动无力，可引起血瘀；肝失疏泄，气机郁滞，也会引起血瘀。此外，气机的逆乱，升降出入的异常，也常导致血运失常。气逆，血随气升，可见面红目赤、头胀头痛，甚则吐衄、昏厥；气陷，血随气下，可见少腹坠胀的同时，有便血、尿血、崩漏等症。临床上治疗血行失常，在治血的同时常须配伍补气（以行血）、行气（以活血）、降气（以降血）、升提（以升血）等药物，才能获得较好的疗效。

气能摄血：摄，即统摄、固摄。气能摄血，是指气能统摄、控制血液循脉道而行，不致溢出脉外。气能摄血，正是气的固摄作用的具体体现。气不摄血一般多见血色稀淡或紫暗，并伴有面色不华、倦怠气短、舌淡脉虚等气血虚损之象。治疗时必须配合应用补气之品，以增强气的摄血功能，达到止血目的。



血能载气：气无形而动，必须附着于有形之血，才能行于脉中而不致散失，即血为气的载体。临床上见大量出血的病人，其气亦常随血逸脱，而见面色苍白、冷汗淋漓、四肢厥冷等症，即所谓“气随血脱”。

血能养气：人体各部，内至五脏六腑，外至四肢百骸，无不有赖于血的濡养，才能维持正常的生理功能。机体的组织器官若得不到血的供养，其功能活动也就无法维持，气亦无由化生，故临床上血虚之人往往兼有气虚。

### 3.23 气与津液的关系如何？

津液与血均为有形的液态物质。故气和津液的关系与气和血的关系颇为相似。津液的生成、输布和排泄，全赖于气机的升降出入运动和气的气化、推动、固摄等作用。而气在人体内的存在及运行则不仅依附于血液，还得附着于津液。

气能生津：饮食物化生津液，并输布于全

身，都是在脾、胃、肠等脏腑之气的作用下进行的一系列气化过程。脾胃之气健运，化生津液之力就强，人体的津液就充足。若脾胃之气虚弱，则化生津液之力就弱，甚至导致津液不足。

气能行津：津液有形而静。津液的输布和排泄，全赖于气的推动和气化作用。津液的输布首先依靠脾的运化将其散布全身，并“上归于肺”。通过肺气宣发，使津液向上向外散布；通过肺气肃降，把津液下输到肾与膀胱。肾的气化作用是使津液代谢为尿液的极其重要的环节。由于脾、肺、肾及三焦之气的升降出入，不断地运行和气化，推动着津液在体内运行输布、代谢变化，多余的水分则以汗液、尿液等形式排出体外，以保持人体水液代谢的平衡。如果气虚，气的推动与气化无力，或因气滞而流通不畅，均可引起津液运行输布的障碍，进而形成水、湿、痰、饮等病理产物，即“气不行水”或“气不化水”。水、湿、痰、饮等均为有形之邪，继而又会阻滞气机，引起气机不利，称为“水停气

滞”。气不行水与水停气滞常互为因果，形成恶性循环，使病情难以速愈。

气能摄津：气对津液具有固摄作用，以防止其无故流失。如卫气控制汗孔之开合，不使汗液（由津液所化）过多外泄；肾气固摄尿液，不使其过多排泄；脾气固摄涎液，不使其过多外流。肾气虚则膀胱失约，常见多尿、尿频、遗尿，甚至小便失禁；脾气虚失于固摄，则可见流涎不止等症。

津能载气：气无形而动，必须附着于有形之津液，才能存在于人体而不无故耗散。所以，在病理上，当津液大量外泄时，气亦随之而丧失，称为“气随津脱”。

### 3.24 血与津液的关系如何？

津液和血液同源于水谷精微，均有滋润和濡养作用。津液渗入于孙络，成为血液的组成成分，所谓“津能生血”。运行脉中的血液，渗于脉外则化为津液，所谓“血可化津”。故有“津血

同源”、“津血互化”之说。津液与血，在生理上相互为用，在病理上则相互影响。血液不足可以导致津液亏损，津液亏损又可导致血液不足，故有“夺汗者无血”、“夺血者无汗”之诫。

## 4 藏 象

### 4.1 何谓“藏象”？

“藏象”一词，首见于《素问·六节藏象论》。藏，是指藏于体内的内脏；象，是指表现于外的生理、病理现象。藏象，即指藏于体内的内脏反映于外的生理、病理现象。

### 4.2 何谓藏象学说？

藏象学说，是通过对人体生理、病理现象的观察，研究人体各个脏腑的生理功能、病理变化及其相互关系的学说。藏象学说在中医理论体系中占有极其重要的地位，对于阐明人体的生理和病理，指导临床实践，具有重要意义，是中医临床各科辨证论治的基础，故有“业医不明脏腑，则病源莫辨，用药无方”之说。

### 4.3 藏象学说是如何形成的？

藏象学说在《黄帝内经》中已基本形成一个较完整的总体构架,后世医家在此基础上,有所发展,渐趋完善。其形成基础,大体有以下几方面:

一是古代的解剖学知识。古代最早对形态解剖知识的认识,可以说是从宰杀动物和杀戮奴隶的直观了解肇始的。随着人类知识的丰富,人们对医学知识的要求不断提高,必然要进一步探索人体生命活动的奥秘,因而对动物和人体内脏的观察势必变成自觉的医疗实践活动。在古代现存的文献中,就有不少有着明确医学目的的关于解剖的记载。然而由于历史条件的限制,古代医家对解剖形态学的认识还是比较粗浅的。但是不难看出,中医学对人体一些脏腑生理功能的认识,如心主血脉、肺主呼吸、胃为水谷之海、大肠主传导糟粕等,都是以解剖知识为其主要基础的。

二是对人体生理、病理现象的长期观察。根据“有诸内，必形诸外”、“视其外应，以知其内脏”以及“取象比类”的思维方法，通过对人体生命现象的整体观察，通过分析人体对不同环境条件和外界不同刺激所作出的不同反映，来认识人体的生理、病理规律，是藏象学说形成的主要依据。如在已知肺主呼吸的基础上，发现人体体表受寒时，会出现鼻塞、喷嚏、咳嗽等呼吸道症状，从而推理出“肺主皮毛”、“肺开窍于鼻”之说。以象测藏是藏象学说形成的最重要的方法论基础。

三是医疗实践经验的积累和总结。通过医疗效果来探索和反证机体的生理病理，是藏象学说的具体内容不断丰富充实，并发展成为具有指导临床普遍意义的基础理论的重要依据。如“羊肝丸”能治疗夜盲，佐证了“肝开窍于目”；内服补肾填精药物有助于骨折病人的恢复，从而佐证“肾主骨”理论确有临床意义。

总之，藏象学说是古代医家在长期生活实践中，以古代解剖知识为基础，通过观察内在脏

腑组织器官反映于外的各种征象,运用察外知内、取类比象等方法,经过概括、抽象、推理、类比,逐步积累而形成的。其间,又借助于我国古代哲学思想,如阴阳、五行、元气诸说,将其作为构建理论体系的说理工具。所以藏象学说实质上就是人体生命本质与现象统一的一门生命科学,它所指出的五脏六腑等名称概念,并不完全等同于现代解剖学的脏器概念。

#### 4.4 藏象学说的基本特点是什么？

藏象学说的基本特点是以五脏为中心的整体现。这一整体观主要体现在以下几个方面：

一是脏与腑相为表里：脏与腑相为表里的主要依据是经络系统中,属脏之阴经与属腑之阳经互为“属络”。在生理功能上,两者相互配合;在组织结构上,有些脏与腑直接连接;在病理传变上,脏腑往往相互影响。一般说来,对于生理病理的论述,藏象学说是详于脏而略于腑,腑多从属于脏,故云以五脏为中心。



二是五脏与形体诸窍密切相关构成整体：藏象学说认为，五脏与形体诸窍有着相应的联系，如心在体合脉，开窍于舌，其华在面。维持形体官窍的正常生理功能，或保持其色泽的正常，均要依赖于五脏气血阴阳的濡养和温煦。在病理上，形体诸窍的功能或色泽的异常，往往是相应的脏腑发生病变的外部表现。

三是五脏生理功能与精神情志密切相关：五脏的生理活动与精神情志活动有着密切关系。藏象学说认为，喜、怒、忧、思、恐等情志变化，分别与心、肝、肺、脾、肾五脏相关。同样，人的精神情志活动也能反作用于五脏，进而影响五脏的生理功能，促使其发生相应的变化。

#### 4.5 脏腑的分类如何？

脏腑是内脏的总称，根据生理功能特点的不同，可分为脏、腑、奇恒之腑三类。脏有五，即

心、肝、脾、肺、肾，合称五脏。腑有六，即胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦，合称六腑。奇恒之腑则包括脑、髓、骨、脉、胆、女子胞。

#### 4.6 五脏与六腑的生理功能特点是什么？

五脏生理功能的共同特点是化生和贮藏精气。六腑生理功能的共同特点是受盛和传化水谷。《素问·五藏别论》说：“所谓五脏者，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。”上述所论，不仅概括了五脏与六腑生理功能的特点，同时也指出了脏与腑在生理功能上的区别。所谓“满而不能实”和“实而不能满”，主要是针对藏精气和传化物的不同特点而言，如唐代医家王冰注云：“精气为满，水谷为实。五脏但藏精气，故满而不实；六腑则不藏精气，但受水谷，故实而不满也。”

## 4.7 脏腑有别的临床意义何在？

关于脏腑“藏”、“泻”的不同生理特点，一般认为，五脏必须保持精气充盈，故在病理状态下，以虚证为多，治宜补虚为主；六腑则须保持通畅不滞，故在病理状态下，以实证为多，治宜泻实为主。近年来有学者指出，脏腑功能的藏与泻是相对而言的。五脏主藏，然藏中有泻，如肾主藏精，盈满而泻；六腑主泻，然泻中有藏，如小肠主受盛化物，又吸清主液。也有学者认为，《内经》所谓五脏“不泻”，是指五脏不直接向体外排泄，但有向其他脏腑输注精气的作用；《内经》所谓六腑“不藏”，主要是指六腑传化饮食水谷的功能特点，故“不藏”应理解为“不能久藏”。还有学者结合其临床意义指出，临床上固然有五脏的单纯虚证、六腑的单纯实证，但更多的是脏腑虚实夹杂的病证，故治疗上也以攻补兼施之法用得较多。因此，对五脏虚中夹实之证，在补虚的同时，应佐以疏通五脏、调畅气机之泻

法；对六腑实中夹虚之证，在泻实的同时，也宜采用以补开塞、补泻结合之治法。

#### 4.8 心的主要生理特性是什么？

心的主要生理特性是：心为火脏。心在五行为火，且与六气中的暑热之气相通。因此，中医学称心为火脏，而心的特性多与火有关。火之光明，可以烛照万物，故心阳能温养五脏六腑，周身上下。然而心火之炎热，需要有与之相反的寒凉之气与其相配，才能相互制约，使心火不致太亢。故《素问·宣明五气》指出：“心恶热。”

#### 4.9 “心主血脉”的含义是什么？

主，有主宰、主管、主司之义。心主血脉，首见于《素问·痿论》所说的“心主身之血脉”。其涵义，若合而言之，即指心有推动血液在脉道中正常运行的生理作用；若分而论之，则包括心主

一身之血和心主一身之脉。全身的血液依赖于心气的推动而在脉中运行于周身,从而发挥濡养作用。全身的脉络均与心脏相连,网络于周身,是血液运行的通道。

#### 4.10 心主血脉功能正常与否的前提条件是什么？

心主血脉功能正常与否的前提条件：一是心气充沛，二是血液充盈，三是脉道通利。其中，心气充沛是最为根本的条件。

#### 4.11 心主血脉生理功能的外在表现有哪些？

心主血脉的生理功能，其外在表现主要包括脉象、面色、舌象以及心胸部的感觉等四个方面。这是因为心在体合脉，其华在面，开窍于舌，居于胸中的缘故。若心主血脉的生理功能正常，则脉象和缓有力，面色红润光泽，舌色红

活荣润。若心气不足,血液亏虚,脉道不利,则脉象、面色、舌象等可见异常现象,心胸部也会出现异常感觉。

#### 4.12 怎样理解“神”的含义？

神的概念有广义和狭义之分：广义的神，是指人体的生命活动及其外在表现。诸如整个人体的形象以及面色、眼神、言语、应答、肢体活动等外在表现，皆属于“神”的范畴。所谓“得神者昌，失神者亡”以及通常所说的“神气”、“神态”、“神色”等，皆是指广义的神。狭义的神，是指心所主的精神、意识、思维活动。

#### 4.13 “心主神志”的含义是什么？

心主神志，出自《素问·宣明五气》的“心藏神”，以及《素问·灵兰秘典论》的“心者，君主之官，神明出焉”。故心主神志亦可称“心藏神”、“心主神明”。心主神志，是指人的精神、意识、

思维活动由心所主宰、统管，是心的主要生理功能之一。

#### 4.14 心主神志生理功能的外在表现是什么？

心主神志功能的外在表现主要包括精神、意识、思维和睡眠四个方面。心主神志的功能正常，则精神振奋，意识清晰，思维敏捷，睡眠安稳。若心主神志功能失常，则可出现失眠多梦，精神亢奋，神志不宁，甚至躁狂谵语等；或可出现反应迟钝，神志模糊，表情淡漠，嗜睡，健忘，痴呆，精神委顿等。

#### 4.15 心主神志理论是如何产生的？

现代医学认为，精神、意识、思维活动为脑的重要功能，心脏与精神、意识、思维活动并无直接关系。而中医学认为“心主神明”，具有其独特的内涵，其产生有特殊的历史、文化背景。

一是古代哲学与文化的渗透：中医理论体系的形成，受到中国古代哲学的深刻影响。远在春秋时代，古代哲学家就对产生意识活动的器官进行了探索，进而形成“心灵论”。孔子曰：“七十而从心所欲，不逾矩”；老子云：“不可见欲，使民心不乱”；荀子言：“心者，形之君，神明之主”。这些都是把“心”作为思维意识的器官来认识的。孟子也很重视心在思维中的作用，曰：“心之官则思，思则得之，不思则不得也。”《天论篇》则曰：“耳目口鼻形能各有接而不相能也，夫是之谓天官。心居中虚，以治五官，夫是之谓天君。”古代哲学的“心灵论”，不仅影响到《内经》提出“心主神明”的观点，而且亦为世人所接受。人们将专门研究人的精神、意识、思维活动的学科称为“心理学”。直至今日，无论在文字抑或语言上，仍保留有这种“心主神明”的认识形象，凡与神志活动有关的文字或词汇，大多从“心”或“忄”旁。

二是古代政体官制的影响：《内经》成书于先秦两汉封建社会时期，《素问·灵兰秘典论》



把“心”称为“君主之官”，喻之为皇帝。且《内经》素被视为中医理论之经典，故自《内经》将心喻作君主之官而主“神明”之后，无人敢于更改。《灵枢·邪客》言“诸邪之在于心者，皆在于心之包络”，从而形成心包“代心受邪”一说。“心主神明”理论能够比较稳定地延续至今，可能与我国长达两千多年的封建制度有关。

三是与藏象学对人体病理、生理的独特认识方法有关：古代医家通过对人体生理、病理的长期观察以及临床疗效的验证，得出“心主神明”这一论断。其一，心的功能状态改变常导致神明的异常，心跳停止，精神、意识、思维活动也同时停止。《灵枢·邪客》云：“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也，其脏坚固，邪弗能容也，容之则心伤，心伤则神去，神去则死矣。”指出心功能状态改变可出现神明异常。其二，神明功能异常，亦常伴有心脏功能的改变。如人愤怒激动时，常感到心跳加速加强。《医学正传·怔忡惊悸健忘》谓：“惊悸者，蓦然而跳跃惊动，有欲厥之状，有时而作者是也。”指出恐惧易

惊等神明功能异常常伴有心跳的改变。其三，古代医家还从临床治疗上反证出“心主神明”。健忘、不寐、癫、狂等神明异常疾病从心论治，常获显效。其四，心主一身之血是心主神明的物质基础。正常生命活动的进行，是以五脏所化生的精、气、血、津液作为物质基础的。神志活动亦不例外，其既由五脏功能活动所产生，又必须依赖五脏所化的各种营养物质的滋养。故中医学每将神志活动分属于五脏（如心藏神主喜），其中血液是神志活动最基本最重要的物质基础。只有血液充足，神志思维才能正常，表现于外则精神饱满，意识清楚，思维敏捷，即《灵枢·营卫生会》所谓：“血者，神气也。”而心恰恰又是主血脉的脏器，故中医学有“神志活动分属于五脏而主宰于心”的说法。

#### 4.16 如何理解心为“生之本”、“君主之官”？

由于心藏神，主宰人体一切生理活动和心

理活动,故称心为“生之本”。若心神正常,则人体各部分功能互相协调,全身安泰;若心神不明,则人体各部分失去协调与统治,进而产生紊乱,疾病由是而生,甚至危及生命。同时,人的精神、意识、思维活动是五脏共同完成的,而其中心是主宰者,心不仅在思维活动中起主要作用,而且还是人情志的发生之处。五志分属五脏,然皆发自于心。故又称心为“五脏六腑之大主”、“君主之官”。

#### 4.17 如何理解心与形、窍、志、液、华的关系?

心在体合脉:心有主管血脉和推动血行的功能。血液在脉中正常运行,有赖于心之阳气的推动和心之形质的无损。若心气不足、心阳不振或心脏有损,则易致脉象虚弱无力,滞涩不畅,甚或结代等。此外,脉病日久,也可累及于心。如脉道因瘀血、痰浊内阻而滞涩不畅,或因气虚、血热等影响而导致约束血行的功能障碍,

终可累及于心，出现心血瘀阻、心阳不振或心血不足等证。

心开窍于舌：舌为心之外候，又称“舌为心之苗”。通过对舌的观察，可以了解心主血脉和主神志的生理功能。舌的主要生理功能是司味觉和表达语言，所以《灵枢·脉度》说：“心气通于舌，心和则舌能知五味矣。”心的功能正常，则舌体红活荣润，柔软灵活，味觉灵敏，语言流利。如果心的生理功能异常，则可导致味觉的改变和舌强语謇等病理现象。因此，心有病变，常常可以在舌上反映出来。如心的阳气不足，则舌质淡白胖嫩；心的阴血不足，则舌质红绛瘦削；心火上炎，则舌质红赤，甚则生疮；心血瘀阻，则舌质暗紫，或有瘀斑；心主神志的功能失常，又可出现舌卷、舌强、语謇或失语等现象。

心在志为喜：喜，是五志、七情中惟一属于良性的情绪反映。适度的喜乐能使血气调和，营卫通利，心情舒畅，有益于心身健康。《素问·举痛论》说：“喜则气和志达，营卫通利。”但

过度的喜乐，亦可损伤心神，即所谓过喜伤心，以致心气涣散，乐极生悲。反之，若心神过亢，心火亢盛，则可出现喜笑不休的病态。

心在液为汗：汗为津液所化，血与津液同出一源，中医学谓之“津血同源”、“汗血同源”。而一身之血为心所主，故谓汗为心液。诚如李中梓在《医宗必读·汗》中所说：“心之所藏，在内者为血，发于外者为汗，汗者心之液也。”临床上，汗出过多，可耗伤心之气血，易见心悸怔忡等症。若大汗淋漓，气随津脱，可致亡阳气脱之危候。反之，心气大虚、心阳亏虚之人，自汗不止亦为常见之症。也有文献从心主神志角度解释汗为心液的理论，指出人在焦急、惊恐、胆怯状态下，容易出汗。

心其华在面：心的生理功能的华彩，通过面部色泽得以反映。人体面部血脉极为丰富，十二经脉气血皆上注于面。而心主行血，其充在脉，故面部色泽华彩的变化，可反映心脉气血的运行和盈亏状态。心主血脉功能健全，气血充盈，循环通畅，则面色红润，光彩有神而有光

泽；心脉气血不足，则面白无华；心脉气血瘀阻，血行不畅，则面色晦暗、青紫；心脉气血暴脱，则面色立见苍白，灰滞不泽。

#### 4.18 肺的主要生理特性有哪些？

一是肺为娇脏喜清肃：肺司呼吸而外合皮毛，开窍于鼻，喉属肺系，与自然环境息息相通，易受外邪的侵袭，不耐寒热，故有“娇脏”之称。寒热燥湿之外邪，均易袭肺；痰饮火热之内邪，亦易伤肺。肺体清虚，质地疏松，古人喻之为“虚如蜂巢”。肺喜清肃的特性，指肺气的通降，能肃清肺和呼吸道内的异物，以保持呼吸道的洁净。

二是肺气的宣发与肃降：肺气有宣发、肃降的生理特性，犹如喷泉，喷吐布散后复又清肃下达。通过肺气向上、向外的宣发以及向下、向内的肃降，肺完成其众多的生理功能。肺的宣发和肃降，是相反相成的矛盾运动。在生理情况下，相互依存和相互制约；在病理情况下，则

又常常相互影响。没有正常的宣发,就不能很好的肃降;没有很好的肃降,就无法正常的宣发。宣发与肃降正常,则气道通畅,呼吸调匀,体内外气体得以正常交换,水液代谢和血液循环都得以维持。如果二者的功能失去协调,就会发生“肺气失宣”或“肺失肃降”的病变,出现喘、咳、痰饮、肺气上逆等证。正如《素问·藏气法时论》所说“肺苦气上逆”以及《素问·至真要大论》中“诸气<sub>膜</sub>郁,皆属于肺”。

#### 4.19 肺主宣发的生理作用主要体现在哪些方面？

肺主宣发的生理作用主要体现在三个方面：一是通过肺气的宣发、气化,使体内的浊气向外排出,为吸入清气创造条件。二是通过肺的宣发作用,将脾脏转输而来的津液和水谷精微布散到全身,外达于皮毛。三是肺能宣发卫气,以温养皮肤肌肉,调节腠理开合,将津液的代谢产物转化为汗液排出体外。

#### 4.20 肺主肃降的生理作用主要体现在哪些方面？

肺主肃降的生理作用主要体现于两个方面：一方面是降纳，即肺气向下、向内的运动趋向。其有两大生理意义：一是通过肺气的向下、向内，充分吸入自然界的清气；二是将肺吸入的清气及由脾转输而来的津液和水谷精气向下布散，并将代谢产物和多余水分下输至肾与膀胱，在肾与膀胱的气化作用下转化为尿液排出体外。另一方面是清肃，这是肺的生理特性，即肺中必须保持清洁，不容异物。肺能肃清呼吸道的异物，从而保持呼吸道的洁净。

#### 4.21 如何理解肺主宣发与肃降之间的关系？

肺的宣发和肃降是相反相成的矛盾运动。在生理情况下，相互依存，相互制约；在病理情



况下,又常常相互影响,或互为因果。没有正常的宣发,就不可能有很好的肃降;没有正常的肃降,也不可能有充分的宣发。宣发和肃降正常,则气道通畅,呼吸匀调,体内外气体可正常交换。如果宣降失常,就会发生肺气失宣或肺失肃降的病变,出现咳、喘等肺气上逆的病理表现。

#### 4.22 肺主气的内涵是什么?

肺主气包括主管呼吸之气和主宰一身之气的生成和运行两个方面。

肺主呼吸之气,强调肺有主司呼吸运动的生理作用,亦即肺从自然界吸入清气和呼出体内浊气,实现体内外气体交换的新陈代谢过程。

肺主宰一身之气的生成和运行,其主要体现在以下两个方面:首先,人体之气的生成有赖于肺吸入的清气。肺吸入的清气,既是维持机体生命活动必不可少的条件,又是人体之气的重要组成部分。尤其是宗气的生成,更直接

与肺吸入的清气密切相关。其次,肺对全身气机皆具有调节作用。肺的呼吸运动是气的升降出入运动的一种表现形式,肺有节律的一呼一吸,是维持和调节全身气机正常升降出入的重要因素。

#### 4.23 如何理解肺主通调水道？

“通”，即疏通、通导。“调”，即调节、调畅。“水道”，是指机体水液运行和排泄的通道。肺主通调水道，就是指肺的宣发和肃降对机体水液的输布、运行和排泄起着疏通和调节的重要作用，故有“肺主行水”、“肺为水之上源”之说。

#### 4.24 何谓肺朝百脉？

“朝”，一般认为是聚会、汇合的意思。肺朝百脉，即是百脉皆朝（聚会）于肺，也就是说，全身的血液均通过百脉聚会于肺，通过肺的呼吸进行气体交换，然后再输布到全身。近代有学

者对肺朝百脉之“朝”字,提出不同的解释。有将“朝”释为“潮”,认为肺的呼吸运动有使百脉中的气血运行如潮水般涨落起伏,强调肺对血液运行的辅助作用。有将“朝”作“朝向”解,认为肺吸入的清气朝向百脉,灌注于血,促进血液运行。肺对血液运行的作用,也有人将其称为“肺助心行血”。

#### 4.25 何谓肺主治节?其具体体现在哪几个方面?

“治节”,即治理和调节。肺主治节,即肺对全身生理功能具有某些治理和调节作用。具体体现在以下几个方面:首先,体现在对人身之气的主持与调节方面。其次,体现在对全身津液代谢的调节作用。再次,体现在对血液循环的辅助和促进作用。肺主治节,主要即是对人体气、血、津液的治理与调节,而气、血与津液是全身所有脏腑、形体、诸窍赖以生存的物质基础,气、血、津液调和,则全身生理活动正常,反

之则百病由是而生。

#### 4.26 如何理解肺为“华盖”、“娇脏”？

肺在脏腑中的位置最高，故有“华盖”之名。

肺为“娇脏”是因为肺叶娇嫩，既不耐寒，又不耐热，且肺系上连喉咙，开窍于鼻，外合皮毛，直接与外界相通，易受外邪侵袭而发病，故有“娇脏”之称。

#### 4.27 如何理解肺为“气之本”、“相傳之官”？

肺既主管呼吸之气，又主宰一身之气的生成和运行，故称其为“气之本”。肺既主司呼吸，影响气的生成与调节；又主通调水道、朝百脉，使气、血、津液调和。而气、血、津液调和，则全身生理活动正常，反之则百病由是而生。因此认为，肺治理调节了气血津液，也就治理调节了

全身。犹如中央政府通过对政治、经济、军事、文化的治理调节,以统治全国一样,故称肺为“相傳之官”。

#### 4.28 如何理解肺与形、窍、志、液、华的关系？

肺在体合皮：皮，即皮肤，为一身之表，包括皮肤、汗孔、毫毛等组织，依赖于肺布散的卫气和津液的温煦和濡养，成为机体抵御外邪侵袭的第一道屏障。生理情况下，通过肺气向外的宣发，精微物质被输送至皮毛，发挥温养和滋润作用，故《素问·五藏生成》说：“肺之合皮也，其荣毛也。”鉴于肺气与卫气在温养皮毛方面的共同作用，常合称为肺卫之气。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较强。肺的功能失常，如肺气虚，宣发卫气和输精于皮毛的生理功能减弱，则卫表不固，抵御外邪侵袭的能力降低，可出现自汗不止和易于感冒，或见怕风恶寒等现象。若肺气壅滞，卫

表郁阻，则腠理闭塞，可见发热恶寒、无汗肤干等症。

**肺开窍于鼻：**鼻为嗅觉器官，是呼吸之气出入的通道，与肺直接相连，故称其为肺之窍。肺与鼻关系密切，鼻的通气和嗅觉的功能，均依赖于肺气的作用。故《灵枢·脉度》曰：“肺气通于鼻，肺和则鼻能知臭香矣。”若肺气宣畅，呼吸平和，鼻窍通畅，则能知香臭；若肺失宣肃，则鼻塞，呼吸不利，且嗅觉亦差。另外，肺部的疾病也多由口鼻吸入之外邪引起。

**肺在志为忧：**忧愁为非良性刺激的情志活动，尤其是在过度忧伤的情况下，极易损伤机体正常的生理活动。中医学认为，“悲则气消”，悲忧对人体的影响，主要是损耗人体之气。因肺主气，故悲忧过度易于伤肺。在肺气虚弱时，机体对外来不良刺激的耐受能力下降，亦容易产生忧愁悲伤的情志变化。可见，肺虚与悲忧之间存在着互为因果、恶性循环的关系。

**肺在液为涕：**涕是由鼻黏膜分泌的黏液，中医学认为，其由肺津上注于鼻而化生。涕有

润泽鼻窍的功能,而鼻为肺之窍。故在五脏化液理论中,涕为肺之液。在肺的生理功能正常时,涕能润泽鼻窍,使鼻既不干燥,亦不涕液外流。若肺感风寒,则鼻塞,多流清涕;若肺感风热,则鼻塞,多流浊涕;若感受燥邪或肺阴不足,则鼻腔干燥无涕。

肺其华在毛:毛,指附于皮肤的毫毛。肺的生理功能的华彩可通过毫毛的色泽来反映。因单独观察毫毛在临床不甚实用,根据《内经》肺“在体合皮”、“其华在毛”的论述,后多合称“肺主皮毛”。肺的功能正常,皮毛得养,则皮肤致密,毫毛光泽,抵御外邪的能力强。若肺气虚弱或肺阴不足,皮毛失于温养滋润,则皮肤、毫毛憔悴枯槁,抵御外邪的能力弱,易致外邪侵袭。

#### 4.29 脾的主要生理特性有哪些?

一是脾以升为健:脾以升为健是指脾气有上升、外散的生理特点。通过脾气的上升,可以

把清阳之气升散至头面部；通过脾气的外散，可以把水谷精微、气血等营养物质向外周包括四肢布散。此即《内经》所谓“脾气散精”、“灌溉四旁”。因脾性升散，故医家们在治疗脾病时常加用质轻上扬之品。

二是脾喜燥恶湿：“脾恶湿”的最早记载可见于《素问·宣明五气》。恶，即憎恶。古人通过对天象气候的长期观察发现，当自然界出现雨水过多、湿淫太盛的反常气候时，人体多出现腹满、食欲减退、大便溏泄等脾病。因此认为，湿侵入人体的特异性脏腑为脾，脾也易为湿所困而出现功能障碍。在治疗用药时，针对脾为湿困的情况，医家们常慎用滋腻助湿之品，而多选用香燥之药以醒脾化湿。

#### 4.30 如何理解脾主运化？

运，即转运、输送；化，即消化吸收。脾主运化，是指脾具有将饮食水谷消化成精微物质与糟粕，并将其中的精微转输至全身的生理功能。



理作用。具体又可分为运化水谷和运化水液两个方面。

运化水谷,是指脾对饮食物的消化吸收、对营养物质的转运输布作用。饮食物经胃的初步消化后,下送小肠继续消化,在小肠的泌别清浊的作用下,其精华部分由脾吸收,并经脾的散精作用而上输于心、肺,布散全身,以滋养其他脏腑和全身各部。脾运化的精微物质是化生气血、津液、肾精等的主要物质基础。脾的运化功能依赖于脾气,脾气健旺,其运化水谷的功能正常,精微物质吸收充足,则气血、津液生化有源,肾中精气得以不断的培育和补充,全身各脏腑、组织、器官得到充分的营养,从而维持其正常的生理活动。

运化水液,亦可称作“运化水湿”,是指脾具有吸收、输布水液,防止水液在体内积聚,以维持机体水液代谢平衡的生理作用。水饮入于胃,并经初步消化后,其津液由脾上输于肺和布散至全身。经肺的宣发和肃降作用,内而灌养五脏六腑,外而滋润肌肤皮毛。其浊者,一部分

化为汗液而外泄，一部分经肾下达膀胱为尿。可见脾在机体水液代谢过程中起着重要的吸收、转输和布散的作用。若脾气健旺，则机体水液得以正常吸收、环流，而不致积聚潴留，杜绝了水、湿、痰、饮等病理产物的生成。反之，若脾气虚弱，脾失健运，则可导致水液在体内停滞不化，从而形成水、湿、痰、饮等病理产物。所谓脾虚生湿、脾虚生痰、“诸湿肿满，皆属于脾”的理论根据即在于此。

#### 4.31 如何理解脾主升清？

升，是指脾气运动的特点以升为主，故有“脾气主升”之说。清，是指水谷精微。脾主升清，是指脾气吸收水谷精微并将其上输至心、肺、头目，通过心、肺等的作用化生气血，从而发挥营养全身的生理作用。可见脾主升清是与脾气的运动特点和运化功能密切相关的。升与降是机体脏腑气机运动的一对矛盾。脾主升清功能是与胃主降浊功能相对而言的，中医学常以

“脾升胃降”来概括整个消化系统的功能活动。脾主管吸收、输布、升散水谷精微，称为脾主升清；胃主司食物糟粕和浊气向下通降，胃的通降作用一直延伸至小肠、大肠，直至将糟粕和浊气排出体外，称为胃主降浊。脾升胃降功能正常，两者协调平衡，人体的消化吸收功能就正常，营养物质的吸收、升散与食物糟粕的下行、排出就能各归其道，互不相混。

此外，脾气的升举还具有防止人体内脏下垂的生理作用。分居胸、腹腔的内脏之所以能相对恒定于一定的位置，脾气的升举、托举作用是一个重要因素。因此，脾的升清功能正常，则水谷精微能正常地吸收和输布，使人体有生之机，同时也使机体内脏不致下垂。

#### 4.32 如何理解脾主统血？

脾主统血，是指脾有统摄、控制血液在脉中正常运行而不溢出脉外的功能。统，有统摄、控制的意义。最早明确提出“脾统血”者，是明代

医家薛立斋，他在《薛氏医案》中说：“心主血，肝藏血，脾能统摄于血。”嗣后，武之望在《济阴纲目》中亦指出：“血生于脾，故曰脾统血。”

脾之所以有统摄血液的功能，全赖于气的固摄作用。清代医家沈自南在《金匱要略注》中说：“五脏六腑之血，全赖脾气统摄。”实际上脾能统血与气能摄血是统一的。脾主统血与脾为气血生化之源密切相关。脾气健旺，运化正常，气血生化有源，气的固摄作用健全，血液就不会溢出脉外。反之，脾气虚弱，运化无力，气血生化乏源，气的固摄功能减弱，则易致出血。

在病理上，脾不统血与气不摄血的机理亦是一致的。只是由于脾主升清、脾气主升，所以在习惯上把便血、尿血、崩漏等向下的出血倾向，称为脾不统血。脾不统血因气虚所致，属虚寒性质的出血，故一般血色紫暗或色淡质稀。如大便发黑，习称“黑便”、“柏油样大便”；再如妇女月经先期，量多色淡，甚则崩漏不止。此外，脾不统血者，又常兼见脾气虚弱或脾胃虚寒之证，如面色不华，神倦懒言，大便溏薄，舌质淡

胖等。

#### 4.33 如何理解脾胃为“后天之本”、“仓廩之官”？

“后天”是相对“先天”而言的，从人体的生命活动来看，在胚胎时期称为“先天”，出生以后则为“后天”。由于人体在出生以后，维持其生命活动及生长发育所需的许多营养物质，均依赖于脾胃对饮食物的消化，将水谷化为精微，并将水谷精微进行吸收，输送到肺及全身，故将胃的受纳、腐熟和脾的运化功能，合称脾胃为“后天之本”、“仓廩之官”。

#### 4.34 如何理解脾与形、窍、志、液、华的关系？

脾在体合肉、主四肢：肉，即肌肉，现代所指的肌肉、脂肪及皮下组织均属于“肉”的范畴。肌肉的间隙和皮肤的纹理共同形成腠理，具有

抵御外邪的作用，肌肉还有保护内脏，主持运动的功能。脾胃为后天之本，气血生化之源，全身的肌肉都依赖脾胃所运化的水谷精微来营养，才能丰满健壮。因此，人体肌肉的壮实与否，与脾胃的运化功能正常与否密切相关。脾胃健旺，气血充足，则肌肉隆盛、健壮有力；脾胃虚弱，气血不足，必致肌肉瘦削、软弱无力，甚至痿废不用。四肢是机体运动的主要组织，是肌肉比较集中的部位，又称“四末”。人的四肢依赖脾胃运化的水谷精微之濡养，才能发达健壮、灵活有力。同时，四肢营养的输送，还有赖于脾气的升清、布散。《内经》称之为“清阳实四肢”。因此，四肢与脾的运化和升清两大功能关系密切。

脾开窍于口：口，指人的食欲和口味。脾开窍于口，是指饮食口味等与脾胃运化功能有密切关系。脾胃健运，则口味正常，食欲大增，所以《灵枢·脉度》指出：“脾气通于口，脾和则口能知五谷矣。”若脾失健运，则可出现口淡无味、口甜、口腻、口苦等异常感觉，从而影响人的

食欲。

脾在志为思：思，即思考、思虑，是人的精神、意识、思维活动的一种状态。正常的思考对机体的生理活动并无不良的影响，但若思虑过度或所思不遂，就有可能不利健康。脾气健旺，化源充足，气血旺盛，则思维敏捷，久思不疲。脾虚则不耐思虑。若思虑太过，可使脾气壅滞，运化失司，初则饭茶不香、脘腹胀闷，久则易致面色萎黄、头目眩晕、心悸健忘等心脾两虚之证。

脾在液为涎：涎为口津，是唾液中较清稀的一部分。中医理论认为，涎由脾精上溢于口而化生。涎可润泽口腔，并能使咀嚼之食物润软而便于吞咽和消化。涎为脾之液，是指脾的运化功能正常，则津液和精气上注于口而为涎，而涎不溢于口外，亦有赖于脾气的固摄功能。若脾虚失于固摄，则涎自口角流出，成为病态。此种病状，脾虚小儿尤为多见。

脾其华在唇：唇，指口唇，有上、下之分。唇四周的白肉称为唇四白。《内经》有脾其华在

唇四白的记载。口唇的肌肉由脾所主。加之唇由半透明的黏膜覆盖,血脉十分丰富,口唇色泽的变化,可迅速而客观地反映全身气血盛衰的状况,而脾为气血生化之源,故脾其华在唇。若脾气健旺,气血充盈,营养良好,则口唇红润而有光泽。若脾的功能失调,口唇的色泽形态就会出现异常变化。脾失健运,气血衰少,营养欠佳,则口唇淡白不华,甚则萎黄不泽;脾胃积热,可致口唇糜烂;脾气将绝,可致环口黧黑,口唇卷缩,不能覆齿。总之,口唇的色泽形态,不仅反映全身气血状况,更能反映脾胃功能状态。

#### 4.35 肝的主要生理特性有哪些？

一是肝体阴而用阳：“体阴”的含义有二：其一，肝藏血，血属阴；其二，肝居膈下，属阴脏。“用阳”亦有两层含义：生理上，肝主疏泄，喜条达，主升主动，其功能活动为阳；病理上，肝疏泄功能易于亢进，表现为肝阳易亢、肝风易动。肝体阴而用阳揭示了肝藏血与肝主疏泄间的内在



联系。肝以血为体，肝血充盈，不仅能濡养肝体，而且可制约肝用，防止疏泄功能亢进。如果阴血不充，肝体失养，肝阳失于涵敛，升动太过，则疏泄功能易于亢进，出现肝气易郁、易逆，肝阳易亢，易于化火生风等病理变化。临床上根据肝“体阴而用阳”的特点，治疗肝病时往往着重滋阴养血以益肝体，从而达到抑制或涵敛肝阳的目的。

二是肝喜条达而恶抑郁：肝在五行属木，其性亦犹如自然界的树木，舒展宣畅。肝“喜条达而恶抑郁”，从生理角度而言是指肝的气机宜条达、舒畅，不宜遏制、郁滞。任何原因，凡影响到气机冲和条达，导致肝气郁遏的，皆与肝性相悖而为其所恶。临床上根据“肝喜条达而恶抑郁”的特性，治疗当顺其性，因势利导，采用疏肝之法，忌用苦寒清降，以免加重肝气郁滞。

#### 4.36 “肝主疏泄”有何生理意义？

肝主疏泄是肝的主要生理功能之一。疏，

有疏导、开通之义；泄，有发泄、宣泄之义。肝主疏泄，是指肝具有疏通、宣畅全身气机，使其保持畅达的生理作用。

肝主疏泄功能主要表现在以下几个方面：

一是调畅气机：肝的疏泄功能对人体气机升降出入运动的平衡协调，起着重要的调节作用。肝的疏泄功能正常，气机就调畅，气血就调和，脏腑、经络等组织器官的生理活动就正常和调。反之，若肝的疏泄功能失常，则可能出现气机阻滞或气的升降出入异常的病理表现，并由此进一步影响血和津液的运行、胆汁的分泌和排泄、脾胃的升清降浊以及情志活动等。可见，调畅气机是肝主疏泄的生理活动中最为主要的表现。

二是调畅情志：情志活动既属于心主神志的生理功能，又与肝主疏泄的功能密切相关。这是因为，正常的情志活动是以人体气机调畅、气血调和为基本条件的。肝的疏泄功能正常，则气机调畅，气血调和，情志易于开朗畅达。若肝的疏泄功能异常，则情志易

出现异常变化。

三是分泌疏泄胆汁：胆汁由肝之余气积聚而成，亦即由肝分泌。胆汁的排泄，也有赖于肝气的疏泄调畅。可见，胆汁的分泌和排泄均受肝的疏泄功能直接影响。若因湿热阻滞或情志所伤等，导致肝失疏泄，肝气郁结，则可影响胆汁的分泌和排泄，从而出现胁痛胀满，食入不化，呕吐苦水，甚则黄疸等症。

四是调畅脾胃升降：饮食物的受纳和消化、精微物质的吸收和输布、食物糟粕的下行和排出等消化系统的功能，主要依赖于脾主升清和胃主降浊的协调作用。肝的疏泄功能正常，则气机通畅调和，脾升胃降的功能也就得到了保障。若肝的疏泄功能失常，则可影响脾的运化和升清、胃的受纳和降浊，从而形成肝气犯脾和肝气犯胃的病理变化。

五是调节男子排精与女子月经：男子正常排精，女子月经按时来潮，均取决于肝主疏泄与肾主封藏的相互制约、协调平衡。一般来说，肝的疏泄功能正常，男子则能正常排精，女子则能

按时行经。肾的封藏功能正常，则男子不致遗精、滑泄，女子不致月经先期、量多。若肝的疏泄异常，则易出现男子排精、女子月事功能的异常。

#### 4.37 肝疏泄不及与疏泄太过有何区别？

肝的疏泄功能不及，即肝失疏泄、肝气郁结，亦即肝之本脏或肝经所循部位的气机失于疏通畅达，形成气机郁滞不畅的病理状态。临床常见胸胁、两乳、少腹或前阴等部位的胀满、疼痛不舒，情绪抑郁，悒悒不乐，时欲太息等症。

肝的疏泄功能太过，是指肝的主升、主动太过，以致肝气升发亢逆、下降不及，形成肝气上逆、肝火上炎之证。所以，肝的疏泄太过，亦可称为“肝升太过”、“肝阳上亢”。临床常见头胀头痛、面红目赤、胸胁胀满、烦躁易怒等病理现象。

#### 4.38 如何理解肝主藏血的功能？

“肝藏血”首见于《素问·调经论》和《灵枢·本神》。肝主藏血的生理功能包括贮藏血液和调节血量两个方面。

肝贮藏血液的生理意义有三：一是制约肝阳，勿使过亢。肝体阴而用阳，故其必须贮存足够的阴血，才能制约肝的阳气，使其冲和条达而不致升动太过。二是营养肝体，以保持肝气正常的疏泄功能。肝血不足，肝体失养，也可导致肝失疏泄的病理状态。三是防止出血。若因某种原因引起肝不藏血，则临床可出现多种出血倾向。

肝调节血量的生理功能，源于《素问·五藏生成》所说的“人卧血归于肝”。王冰注释说：“肝藏血，心行之，人动血运于诸经，人静血归于肝。何者，肝主血海故也。”肝调节血量的生理功能，实际上是由肝的藏血功能和疏泄功能共同作用完成的。人体各部分的血流量，随着人

体的活动、情绪的变化和外界因素的影响,进行着自我调节。如在剧烈活动、情绪激动或气候温暖时,由于阳气升发,通过肝的疏泄功能,将贮藏于肝的血液向机体外周运输,从而使外周血流量增加,以满足生理活动的需要。相反,在休息、情绪稳定或气候寒冷时,则通过肝的藏血功能将部分血液贮藏于肝。由此可见,肝的调节血量的功能,也须以贮藏血液为前提。血液贮备充足,又不溢出脉外,才能有效地调节血量。而肝将其所藏血液向机体外周输布,实际上是肝的疏泄功能在促进血液运行方面的作用。

#### 4.39 肝主藏血功能失常的病理变化怎样？

肝藏血功能失常的病理变化主要是藏血不足而致的肝血虚损以及肝不藏血而见的出血倾向。

肝血亏虚,多因失血过多;或因脾胃虚弱,

生血无源；或因重病、久病，耗伤肝血所致。肝血不足使与肝直接有关的某些组织器官，因失于肝血的濡养与滋润，而出现相应的病理表现。如肝开窍于目，目失肝血滋养，则两目昏花、干涩，甚至夜盲；肝主筋，筋失肝血濡养，则筋脉拘急，屈伸不利，肢体麻木；肝其华在爪，爪失肝血营养，则爪甲不荣，色淡质枯，甚至变形脆裂；冲任隶属于肝，肝血虚不能充盈冲任，则女子月经量少，甚则闭经。

肝不藏血，多有大怒伤肝，或肝郁化火，或邪热内壅等原因，导致肝的升泄太过，气火亢逆，影响肝的藏血功能，引起多种出血病变，如吐血、呕血、咯血、衄血以及女子月经过多或崩漏等证。

#### 4.40 如何理解肝为“罢极之本”、“将军之官”？

“罢极之本”，是指疲劳的根本。肝为“罢极之本”，是由于“肝主筋”，肢体的运动有赖于筋

的收缩和弛张。筋的功能正常,则有赖于肝藏血液的充盈和调节血量功能的健全。因此,肝血充足或调节血量功能正常,则肢体运动的耐受力较强,且不易疲劳,故肝有“罢极之本”之称。因肝喜条达而恶抑郁,且主动主升,故又称之为“将军之官”。

#### 4.41 如何理解肝与形、窍、志、液、华的关系？

肝在体合筋：筋，即筋膜，附着于骨而聚于关节，是连接关节、肌肉，司肢体运动的主要组织。筋膜与关节相连，筋膜的收缩、舒张牵引关节进行屈伸运动。筋膜这种主司运动的功能，有赖于肝血的滋养。肝血充盈，筋膜得养，则筋力强健，运动有力，关节活动灵活自如。如果肝有病变，则常常影响到筋的功能，产生种种病证。如肝血不足，筋膜失养，可见肢体麻木、运动不利、关节活动不灵或肢体屈伸不利、手足震颤等。若邪热劫伤阴津、血液，筋膜失其滋养，



则可见四肢抽搐、角弓反张、颈项强直等。

肝开窍于目：目，又称“精明”，为视觉器官，具有视物功能。肝之经脉上连目系。目的功能正常，有赖于肝气之疏泄与肝血之濡养。如《素问·五藏生成》谓：“肝受血而能视。”《灵枢·脉度》云：“肝气通于目，肝和则目能辨五色矣。”因此，肝的功能正常与否，常常反映于目系及其视物功能。例如，肝阴血不足，可见两目干涩、视物不清，甚则夜盲；肝经风热，可见目赤痒痛；肝火上炎，可见目赤生翳；肝阳上亢，可见头目眩晕；肝风内动，可见目斜上视等。

肝在志为怒：怒是人们在情绪激动时的一种情志变化。一般说来，当怒则怒，怒而有度，尚不为害。若怒而无节，则对机体的生理活动是一种不良刺激，可使气血逆乱，有害身体。肝为刚脏，其气易动易升。盛怒之时，每致肝气勃发，甚则气血并走于上，出现面红目赤、头胀头痛诸症。故怒为肝志，大怒极易伤肝。反之，肝火上炎，肝阳偏亢，也易致情绪急躁，稍有刺激，便易发怒。

肝在液为泪：泪从目出，而肝开窍于目，故泪为肝之液。泪有滋润、保护眼睛的功能。人在悲哀忧愁时，可致流泪。在异物侵入目中时，泪液亦可大量分泌，起到清洁眼球和排除异物的作用，上述均属正常生理功能。在病理状态下，则可见泪液分泌异常。如肝阴不足，泪液分泌减少，可出现两目干涩；肝经湿热，肝胆火旺，则可见目眵增多，迎风流泪等。

肝其华在爪：爪，即爪甲，包括指甲和趾甲。爪甲的营养来源与筋相同，均有赖于肝血的濡养，故有“爪为筋之余”之说。肝血的盈亏，可影响爪甲的荣枯。肝血充足，则爪甲坚韧明亮，红润光泽。若肝血不足，则爪甲软薄，枯而色夭，甚则变形或脆裂。临床上观察爪甲质地、色泽、形态的变化，对推断肝的生理、病理状态有一定参考价值。

#### 4.42 肾的主要生理特性有哪些？

一是肾主封藏：肾为封藏之本，是指肾对

体内精微物质有固摄、闭藏的作用，能防止其无故流失。肾的封藏特性具体表现在对体内精气的闭藏、对呼吸之气的摄纳以及对二便排泄的调控和对胎元及经带的维系等方面，这些作用均以肾中精气充沛为基础。若肾精亏虚，肾气不固，则表现出多种封藏失司之症，如男子遗精、滑精、早泄等精关不固症状；女子带下绵绵，清稀如注，或经漏不止，或滑胎、胎漏等冲任失固症状；动辄气喘、气急等肾不纳气症状；遗尿、尿频、二便失禁、久泄滑脱等二便失控症状。临床上此类病证，多责之于肾虚，以补肾为主治疗，并配合固摄收敛之品。

二是肾为先天之本：肾为先天之本，指的是肾的功能是决定人先天禀赋强弱的根本。在人出生以前，新的生命个体以肾中精气为基础，在肾中精气的激发、推动下，新的个体孕育成形、不断生长。因此，人的先天禀赋怎样，很大程度上取决于肾中精气是否充沛。如果先天肾气不充，则人出生后体质虚弱，并且易患先天性疾病。对此，中医临床多从补肾加以调治。

三是肾为水火之脏：肾寓真阴真阳，为一身阴阳之本。肾的阴阳亏虚可累及其他四脏，四脏之伤亦“穷必及肾”。由于肾内寓真阴真阳，故为水火之脏。根据这一特性，临床上治疗阴虚、阳虚的病证，往往以治肾为基本手段。

#### 4.43 中医学中精的含义有哪些？

中医学认为，精是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一。一般认为，精的含义有广、狭之分：广义之精，是泛指一切精微物质；狭义之精，是专指生殖之精，其中包括禀受于父母的生殖之精和机体发育成熟后自身形成的生殖之精。

#### 4.44 何谓肾精？其来源怎样？

肾中所藏之精，既非仅指生殖之精，又非泛指气、血、津液等精微物质，而是有其特定的概

念,即为机体生长、发育和生殖的主要物质基础,故一般称之为“肾中精气”,或简称“肾精”。

肾中精气的来源有二:一是来源于父母的生殖之精。因其与生俱来,故称为“先天之精”,实际上即是构成人体胚胎发育的原始物质。所谓“生之来谓之精”,即是此意。二是来源于人出生以后,机体从饮食中摄取的营养成分,以及脏腑生理活动过程中化生的精微物质经自身代谢平衡后的剩余部分,诚如《素问·上古天真论》所说,肾“受五脏六腑之精而藏之。故五脏盛,乃能泻”。

#### 4.45 “先天之精”与“后天之精”的关系如何?

“先天之精”和“后天之精”,两者相互依存,相互为用。先天之精有赖于后天之精的不断培育和补充,才能充分发挥其生理效应;后天之精有赖于先天之精的活力资助,才能不断摄入和化生。两者在肾中密切结合组成肾中精气,以

维持机体的生命活动和生殖能力。

#### 4.46 何谓肾主藏精？其生理意义怎样？

肾主藏精，是指肾具有摄纳、贮存、封藏精气而使其不致无故流失的生理功能。肾中精气的主要作用是促进机体的生长、发育和逐步具备生殖能力。肾中精气自身存在着一个由未充盛到逐步充盛，由充盛到逐步衰少而耗竭的过程。肾中精气的盛衰，直接左右着机体的生、长、壮、老、已。若肾主封藏功能减退，即肾失封藏，则可导致肾中精气的无故流失，不仅可出现精关不固的遗精、滑泄等病证，还可因精气不足而影响机体的生长、发育及生殖机能。

#### 4.47 肾中精气盛衰的外在表现是什么？

肾中精气盛衰的外候，主要是齿、发、面色、

形体以及生殖功能等的状态。如过早地出现牙齿松动或脱落、头发枯萎或变白、骨质疏松、性功能及生殖功能的衰退,都是肾中精气亏虚而致过早衰老的病理现象。肾中精气的充盛与否与机体的生长发育有关,故婴幼儿若见生长发育不良,出现“五迟”(迟立、迟行、迟齿、迟发、迟语)或“五软”(头项软、口软、手软、足软、肌肉软)证,亦提示肾精不足。

#### 4.48 何谓肾主水液?其生理意义怎样?

肾主水液,亦称肾主水,是指肾有主持和调节水液代谢的生理功能,故肾又有“水脏”之称。肾在机体水液代谢中的重要作用,主要是依赖于肾的气化作用来实现的。

机体的水液代谢是一个十分复杂的生理过程,它必须通过肺、脾胃、肠、肾、膀胱、三焦等脏腑生理活动的综合作用,才能完成。而肾的气化作用,在水液代谢的整个生理过程中贯穿

始终。

首先，一切参与水液代谢的脏腑功能均有赖于肾中精气的激发、推动。如胃的受纳、游溢，肺的宣发、肃降，脾的运化、散精，三焦的通利，膀胱的开合等功能的正常发挥，均离不开肾的蒸腾气化。一旦肾虚，尤其是肾的阳气虚损时，参与水液代谢的其他脏腑功能也容易因缺乏肾阳的蒸腾推动作用而出现功能减退，从而影响水液的正常输布和排泄。

其次，因为肾的蒸腾气化作用与尿液的生成量和排泄量直接相关，而尿液的生成和排泄对于维持整个水液代谢的平衡起着至关重要的作用。若肾中精气的蒸腾气化失常，则既可引起尿少、水肿等尿液排泄障碍的病理现象，如《素问·水热穴论》说：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。上下溢于皮肤，故为浮肿。浮肿者，聚水而生病也。”又可以引起小便清长、尿量明显增多等肾气不固的病理现象。



#### 4.49 何谓肾主纳气？其生理意义怎样？

纳，有接纳、摄纳之义。肾主纳气，是指肾具有摄纳肺吸入的清气，防止呼吸表浅的作用。亦即说，肾气的摄纳有助于肺气的肃降，肺吸气的深度主要靠肾的摄纳作用来维持，呼气则主要靠肺的宣发作用来实现。诚如林珮琴在《类证治裁·喘症》中所说：“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。”可见，人体的呼吸运动是由肺肾两脏密切配合来完成的。

肾的纳气功能实际上是肾主封藏在呼吸运动中的具体体现，也是以肾中精气为其物质基础的。若肾中精气不足，则摄纳无力，由肺吸入的清气不能归于下元而上浮，因而出现呼吸表浅或呼多吸少、动辄气喘等病理现象，临床称之为“肾不纳气”，治疗应以补肾纳气为主。

#### 4.50 肾精、肾气、肾阴、肾阳之间的关系如何？

肾精、肾气、肾阴、肾阳的概念：肾精，即肾所藏之精气，来源于先天之精，靠后天之精的不断补充，为肾功能活动的物质基础。肾气，即肾精所化生之气，是指肾中精气所产生的生理功能。肾阴，又称元阴、真阴、真水，为人体阴液的根本，对机体各组织起着滋养、濡润的作用。肾阳，又称元阳、真阳、真火，为人体阳气的根本，对机体各组织起着推动、温煦的作用。

肾精、肾气、肾阴、肾阳的关系：肾精与肾气是同一种物质的不同状态，肾精有形，肾气无形，肾气聚而变为肾精，肾精散而化为肾气，两者可分不可离，故同称为“肾中精气”。肾阴与肾阳是肾中精气所具有的两种作用相反的功能。肾阳是人体阳气之根本，具有温煦、兴奋、运动和化气的功能；肾阴是人体阴液之根本，具有滋润、宁静、成形和制约阳热的功能。肾精为

物质基础,可以化生肾气,肾精与肾气为不同状态的同一物质。肾阴与肾阳是肾精、肾气功能的两个方面。肾阴、肾阳相互制约、相互依存、相互为用,维持人体动态平衡。

#### 4.51 如何理解肾为“先天之本”、“作强之官”?

由于肾中藏有先天之精,为脏腑阴阳之本、生命之源,故称其为“先天之本”。

由于肾主藏精,精能生髓。肾中精气旺盛,则骨髓、脑髓、脊髓充盈,人的动作轻劲多力,灵敏自如。反之,肾精虚衰,则骨髓、脑髓、脊髓亦随之不足,可出现脑转耳鸣,肢体无力,甚至精神呆滞等,故说“肾者,作强之官,伎巧出焉”。

#### 4.52 如何理解肾与形、窍、志、液、华的关系?

肾在体合骨、主骨生髓:肾主骨、生髓,是

肾中精气促进生长发育功能的一个重要组成部分。髓有骨髓、脑髓、脊髓之分，三者皆由肾精所化。骨髓居于骨腔中，为骨骼的生长发育提供营养。如果肾精充沛，则骨髓生化有源，骨得所养而坚韧有力，不易折损，耐久立，强劳作；如果肾精亏虚，则骨髓生化乏源，不能很好地营养骨骼，可出现骨骼脆弱无力，甚或发育不全。在小儿多表现为囟门迟闭、骨软无力；成人则常见腰膝酸软、骨质疏松、不耐久立劳作；老年人则易发生骨折，或表现为步履不稳、行走无力等。

肾开窍于耳与前后阴：耳为听觉器官，耳的听觉功能赖肾中精气充养。肾中精气充盛，脑髓盈满，听觉才能灵敏，故称耳为肾之窍。《素问·阴阳应象大论》说：“肾主耳……在窍为耳。”若肾中精气不足，髓海空虚，耳失所养，则可见听力减退，或见耳鸣、耳聋。人到老年，听力多减退，即和肾中精气衰退有关。二阴，即前阴和后阴。前阴有排尿和生殖的功能，后阴有排泄粪便的作用。尿液的排泄虽在膀胱，但须依赖肾的气化才能完成。因此，尿的改变（如尿

频、遗尿、尿失禁、尿少或尿闭等)常责之于肾。粪便的排泄,虽然主要和大肠、脾胃有关,但与肾的气化功能亦有关系。肾阴不足,可致肠液枯涸而便秘。肾阳虚损,既可因阳虚不能化津,津亏液乏,而致大便秘结;又可因脾失温煦,水湿不运,而致大便溏泄。肾的封藏失司,则可见久泄滑脱。故说肾开窍于二阴。

肾在志为恐:恐,即恐惧、恐吓,是人们对事物惧怕、胆怯时的一种精神状态。恐惧过度,易使肾气不固,气泄于下。如小儿经受恐惧,可致尿床;青年男子突受惊吓,可致遗泄;怀孕女子遭受恐慌,可致流产。上述病例,在中医临床辨证多属肾气下泄之证。所谓“恐惧伤肾”、“恐则气下”,即是此意。

肾在液为唾:唾与涎同为口津。其中涎自两腮出,溢于口中,较为清稀,可自口角流出;唾生于舌下,较为稠厚,可从口中唾出。唾具有湿润口腔,溶解食物,利于吞咽等的作用。中医学认为,唾为肾精所化。临床上肾虚证、肾寒证,常见到频吐唾液。肾阴亏虚则常见唾液分泌不

足而口舌干燥。反之，多唾或久唾可耗伤肾精。正由于唾为肾精所化，故古代导引家多主张经常以舌抵上颚，待津唾渗出至满口后再往下吞咽，以保养肾精，延年益寿。

肾其华在发：发，即头发，又名血余。发的营养来源于血，故称“发为血之余”。而发的生机根源于肾，且肾藏精，精化血，故认为肾“其华在发”。发的生成与脱落、润泽与枯槁，与肾中精气的盛衰密切相关。人在青壮年时期，肾精充沛，精血旺盛，则多毛发光泽油润；老年人肾精逐渐虚衰，则毛发变白，枯槁易落。若青壮年肾精虚损，也可出现头发过早花白稀疏、干枯无泽。

#### 4.53 心与肺的关系如何？

心、肺同居上焦，心主血而肺主气，心主行血而肺主呼吸。心与肺的关系，主要表现在血液运行与呼吸吐纳之间的协同调节关系。

心主一身之血，肺主一身之气，两者相互协

调,保证气血的正常运行,维持机体各脏腑组织的新陈代谢。血液的正常运行,必须依赖于心气的推动,亦有赖于肺气的敷布。肺朝百脉,助心行血,是血液正常运行的必要条件。正常的血液循环,又能维持肺主气功能的正常进行。由于宗气具有贯心脉而司呼吸的生理功能,从而加强了血液运行与呼吸吐纳之间的协调平衡。因此,积于胸中的宗气是连系心的搏动和肺的呼吸的中心环节。在病理上,若肺气虚弱或肺失宣肃、肺气壅塞,可影响心主行血的功能,易致心血瘀阻;反之,若心气不足,心阳不振,血行不畅,也可影响肺主呼吸的功能,导致胸闷、咳喘等症。

#### 4.54 心与脾的关系如何?

心主血而脾生血,心主行血而脾主统血。心与脾的关系,主要表现在血液生成方面的相互依存及血液运行方面的相互协同。

血液生成方面:心主一身之血,心血供养

脾以维持其正常的运化功能。水谷精微通过脾的转输升清作用,上输于心,贯注于心脉而化赤为血。脾主运化而为气血之化源。脾气健旺,血液化生有源,可保证心血充盈。病理上,若脾虚失于健运,化源不足或统血无权,可导致血虚而心失所养。此外,劳神思虑过度,既耗心血,又损脾气,亦可形成心脾两虚之候。

血液运行方面:血液在脉中正常运行,既有赖于心气的推动而不致过于迟缓,又依靠脾气的统摄而不致逸出脉外。心脾协同,则血液运行正常。若心气不足,行血无力,或脾气虚损,统摄无权,均可导致血行失常的病理状态。

#### 4.55 心与肝的关系如何?

心主行血而肝主藏血,心主神志而肝主疏泄、调畅情志。因此,心与肝的关系,主要表现在行血与藏血以及精神情志调节两个方面。

血液运行方面:心主血,为一身血液运行



的枢纽；肝藏血，为贮藏血液、调节血量的重要脏器。两者相互配合，共同维持血液的正常运行，所以说，“肝藏血，心行之”（王冰注《黄帝内经素问》）。心血充盈，心气旺盛，则血行正常，肝有所藏；肝藏血充足，疏泄有度，随人体动静的不同进行血量的调节，也有利于心主行血功能的正常进行。病理上，若全身血液亏虚影响至脏腑，主要表现在心肝两脏，即心肝血虚。此外，心血瘀阻可累及肝，肝血瘀阻也可累及心，最终导致心肝血瘀。

精神情志方面：心主神志，以主宰精神、意识、思维活动。肝主疏泄，以维护精神、情志的调畅。心肝两脏，相互依存，相互为用，共同维持正常的精神、情志活动。心血充盈，心神健旺，有助于肝气疏泄；疏泄有度，情志畅快，亦有利于心主神志。病理上，心神不安与肝气郁结，心火亢盛与肝火偏旺，可两者并存或相互引动。前者可出现精神恍惚、情绪抑郁等症，后者多出现心烦失眠、急躁易怒等心肝火旺之证。

#### 4.56 心与肾的关系如何？

心与肾在生理上的关系，主要表现在“心肾相交”，亦称“水火相济”。“夫心者火也，肾者水也，水火相济”（《备急千金要方·心脏》）。

心居上焦属阳，在五行属火；肾居下焦属阴，在五行属水。就阴阳水火的升降理论而言，在上者宜降，在下者宜升，升已而降，降已而升。心位居上，故心火（阳）必须下降于肾，使肾水不寒；肾位居下，故肾水（阴）必须上济于心，使心火不亢。肾无心之火则水寒，心无肾之水则火炽。心必得肾水以滋润，肾必得心火以温煦。在生理状态下，这种水火相济的关系，是以心肾阴阳升降的动态平衡为重要条件的。

历代医家除从水火阴阳升降理论探索心肾相交关系外，还从神精互用、君相安位等角度加以阐发。

心藏神，肾藏精。全神可以益精，积精可以养神。精能化气生神，为神气之本；神能驭精役

气,为精气之主。所以说,“心以神为主,阳为用;肾以志为主,阴为用。阳则气也,火也;阴则精也,水也。凡乎水火既济,全在阴精上承,以安其神;阳气上藏,以安其志”(《推求师意》)。

心为君火,肾为相火(命火)。君火在上,如日照当空,为一身之主宰;相火在下,系阳气之根,为神明之基础。命火秘藏,则心阳充足;心阳充盛,则相火亦旺。君火相火,各安其位,则心肾上下交济。所以心与肾的关系也表现为心阳与肾阳的关系。

在病理状态下,心与肾之间的水火、阴阳的动态平衡失调,称为心肾不交。表现为水不济火,肾阴虚于下而心火亢于上的心肾阴虚之证,或肾阳虚与心阳虚互为因果的心肾阳虚之候。

#### 4.57 肺与脾的关系如何?

肺司呼吸而摄纳清气,脾主运化而化生谷气;肺主通调水道,脾主运化水液。肺与脾的关系,主要表现在气的生成与水液代谢两个方面。

气的生成方面：肺主呼吸，吸入自然界空气(清气)；脾主运化，吸收水谷之精气(谷气)。清气与谷气是生成人体之气，尤其是宗气的主要物质基础。脾化生的水谷精气，有赖肺气宣降才能敷布全身。肺维持生理活动所需的津气，又依靠脾运化的水谷精微以充养，故有“肺为主气之枢，脾为生气之源”之说。只有在肺脾两脏的协同作用下，才能保证人体之气，特别是宗气的生成与敷布。在病理上，肺气虚累及脾(子病犯母)，脾气虚影响肺(母病及子)，终致肺脾两虚之候。

水液代谢方面：津液代谢涉及多个脏腑的生理功能。就肺、脾而言，肺主宣降，以通调水道，使水液正常地布散与排泄；脾主运化，为胃行其津液，使水液正常地生成与输布。人体的水液，由脾上输于肺，通过肺的宣发肃降而布散周身及下输膀胱。肺脾两脏协调配合，相互为用，是保证津液正常生成、输布与排泄的重要环节。病理上，若脾失健运，则水液不化，聚湿生痰，为饮为肿，影响及肺则失其宣降而成痰嗽喘

咳。该病其标在肺，而其本在脾，故有“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”之说。

#### 4.58 肺与肝的关系如何？

肝主升发，肺主肃降。肺与肝的生理联系，主要体现在人体气机升降的协同调节方面。

《素问·刺禁论》说：“肝生于左，肺藏于右。”肝主升发之气（左升），肺主肃降之气（右降）。肝气以升发为宜，肺气以肃降为顺。此为肝肺气机升降的特点所在。肝升肺降，升降协调，对全身气机的调畅、气血的调和，起着重要的调节作用。此外，肺气充足，肃降正常，有利于肝气的升发；肝气疏泄，升发条达，有利于肺气的肃降。可见肝升与肺降，又相互依存，相互为用。

在病理状态下，肝肺病变可相互影响。如肝郁化火，可伤及肺金，出现咳嗽、胸痛、咯血等肝火犯肺之证，五行理论中称之为“木火刑金”、“木旺侮金”。肺失清肃，燥热内盛，也可伤及肝

木,出现头痛、易怒、胁肋胀痛等肺病及肝之候。

#### 4.59 肺与肾的关系如何？

肺为水之上源,肾为主水之脏;肺主呼吸,肾主纳气;肺属金,肾属水,金水相生。肺与肾的关系,主要表现在水液代谢、呼吸运动及阴液互资三方面。

水液代谢方面:肺主通调水道,为水之上源;肾总司气化,为主水之脏。肺宣发肃降而主行水的功能,有赖于肾气肾阳的蒸腾气化;反之,肾司气化而升降水液、主持开合的功能,也有赖于肺气的宣发肃降。只有肺肾协同,才能保证体内水液输布与排泄的正常。病理上,因肺与肾功能失调而致水液代谢障碍出现水肿者,“其本在肾,其末在肺,皆积水也”(《素问·水热穴论》)。

呼吸运动方面:肺主气而司呼吸,肾藏精而主纳气。人体的呼吸运动,虽由肺所主,但亦需肾的纳气功能来协助。只有肾中精气充盛,

封藏功能正常，肺吸入的清气才能经过其肃降而下纳于肾，以维持呼吸的深度。可见，在人体呼吸运动中，肺气肃降，有利于肾的纳气；肾气充足，纳摄有权，也有利于肺之肃降。故云“肺为气之主，肾为气之根”（《景岳全书·杂证谟》）。病理上，肺气久虚、肃降失司、与肾气不足、摄纳无权，往往相互影响，出现气短喘促、呼吸表浅、呼多吸少等肾不纳气之证。

阴液互资方面：肺肾之阴，相互资生。肺属金，肾属水，金能生水，水能润金。肺阴充足，输精于肾，使肾阴充盈；肾阴为诸阴之本，肾阴充盛，上滋于肺，使肺阴充足。病理状态下，肺阴不足与肾阴不足，既可并见，亦可互为因果，出现颧红、盗汗、潮热、遗泄、干咳音哑、腰膝酸软等肺肾阴虚内热之候。

#### 4.60 肝与脾的关系如何？

肝主疏泄，脾主运化；肝主藏血，脾主生血统血。肝与脾的生理联系，主要表现在疏泄与

运化的相互依存、藏血与统血的相互协调关系。

消化功能方面：肝主疏泄，调畅气机，疏利胆汁，输于肠道，促进脾胃对饮食物的纳运功能，并有助于中焦脾胃气机的升降协调，所谓“木能疏土而脾滞以行”（《医碥·五脏生克说》）。脾气健旺，运化正常，水谷精微充足，气血生化有源，肝体得以濡养而有利于疏泄，不致于土衰木萎，“一培其土，则根本坚固，津液上升，布达周流，木欣欣向荣矣”（《程杏轩医案辑录》）。病理上，肝脾病变相互影响。若肝失疏泄，气机郁滞，易致脾失健运，形成精神抑郁、胸闷太息、纳呆腹胀、肠鸣泄泻等肝脾不调之候。脾失健运，也可影响肝之疏泄，导致“土壅木郁”之证；或因脾虚生湿化热，湿热郁蒸肝胆，胆汁外泄，则可形成黄疸。

血液运行方面：血的正常运行，虽由心所主持，但与肝、脾也有密切的关系。肝主藏血，调节血量；脾主生血，统摄血液。脾气健旺，生血有源，统血有权，使肝有所藏；肝血充足，藏疏有度，血量得以正常调节，气血才能运行无阻。



肝脾相互协同，共同维持血液的正常运行。病理状态下，脾气虚弱，则生化之源匮乏而血虚或统摄之功无权而出血，均可导致肝血不足。此外，肝不藏血与脾不统血亦可同时并见，临床称为“藏统失司”。

#### 4.61 肝与肾的关系如何？

肝肾之间的关系，古医籍中多称为“肝肾同源”、“乙癸同源”（天干配属五行，肝属乙木，肾属癸水，乙、癸分别为肝、肾之代称）。因肝主藏血而肾主藏精，肝主疏泄而肾主封藏，肝为水之子而肾为木之母。故肝肾关系，主要表现在精血同源、藏泄互用以及阴液互养等方面。

精血同源：肝藏血，肾藏精，精血相互资生。《张氏医通》说：“气不耗，归精于肾而为精；精不泄，归精于肝而化清血。”即肾精化为肝血。而肾“受五脏六腑之精而藏之”（《素问·上古天真论》），故封藏于肾的精气，也需依赖于肝血的滋养而保持充足。肾精肝血，一荣俱荣，一损俱

损，休戚相关。两者相互资生，相互转化，精能生血，血能生精，且均来源于脾胃运化的水谷精微，故肝肾同源，亦称“精血同源”。病理上，肝血不足与肾精亏损多相互影响，以致出现头昏目眩、耳聋耳鸣、腰膝酸软等肝肾精血两亏之证。

藏泄互用：肝主疏泄，肾主封藏，两者之间存在着相互为用、相互制约的关系。肝气疏泄可使肾气开合有度，肾气闭藏以制肝气疏泄太过。疏泄与封藏，相反而相成，从而调节女子的月经来潮和男子的排精功能。若肝肾藏泄失调，女子可见月经周期失常，经量过多或闭经；男子可见遗精、滑泄或阳强不泄等症。

阴液互养：肝在五行属木，肾在五行属水，水能涵木，故云“凡肝阴不足，必得肾水以滋之”（《类证治裁》）。肾阴充盛则能滋养肝阴，肝阴充足亦能滋养肾阴，肝肾之阴相互滋养。阴能制阳，肝肾之阴充盈，不仅能相互资生，而且能制约肝阳不使其偏亢，抑制相火不使其上僭，从而保持肝肾阴阳的协调平衡。病理上，肝阴不

足,累及肾阴;肾阴不足,水不涵木。肝肾阴虚,又易致肝阳上亢或相火偏亢,出现头昏目眩、急躁易怒、面红目赤、耳鸣、遗精、潮热、盗汗等肝肾阴虚火旺之证。

此外,肝肾同寄相火。相火“具于人者,居于肝肾两部”(《格致余论》)。心火为君火,肝肾之火为相火。在生理状态下,君火、相火均为少火,即人身之阳气,蒸腾全身,温煦脏腑,为生命活动之动力。肝有相火,则血不凝,司气机之升发,尽疏泄之职能;肾有相火,则水不寒,司气化于一身,奉生身之根本。相火寄肝肾,宜潜藏。肝肾精血充盈、阴液充盛,则相火得制,静而守位。

#### 4.62 脾与肾的关系如何?

脾为后天之本,肾为先天之本,脾肾的关系首先表现为先天与后天的关系;脾主运化水液,肾为主水之脏,脾肾的关系其次表现在水液代谢方面。

先后天相互资生：脾主运化水谷精微，化生气血，为后天之本；肾藏精，寓命门真火，为先天之本。脾的运化，有赖肾阳的温煦蒸化，始能健旺；肾中精气，亦赖脾胃运化的水谷精微的不断补充，方能充盛。后天与先天，两者相互资生，相互促进，缺一不可。先天温养激发后天、后天补充培育先天的脾肾关系，反映在病理上，可见脾虚气弱与肾虚精亏，中阳虚损与命门火衰，彼此相互影响，互为因果。前者多表现为腹胀便溏，腰酸耳鸣，或儿童生长发育迟缓的精气不足之证；后者多出现畏寒腹痛，腰膝酸冷，五更泄泻，完谷不化等脾肾阳虚之候。

水液代谢方面：脾主运化水液功能的正常发挥，须赖肾阳的温煦蒸化。肾主水而司开合，在肾气肾阳的气化作用下，主持全身水液代谢的平衡，又须赖脾气的协助，即所谓“土能制水”。脾肾两脏相互协同，共同完成水液的新陈代谢。在病理方面，脾虚失运，水湿内生，经久不愈，可发展至肾虚水泛；肾虚气化失司，水湿内蕴，也可影响脾的运化功能，最终导致尿少浮

肿、腹胀便溏、畏寒肢冷、腰膝酸软等脾肾两虚、水湿内停之证。

#### 4.63 如何理解胆的功能及其与肝的关系？

胆为六腑之一，又属奇恒之腑。胆附于肝的短叶间，与肝相系。其与肝在经络上相互络属，构成表里关系。

胆的生理功能主要是贮存和排泄胆汁。胆汁味苦，呈黄绿色，泄于小肠以助消化，为清净之液，故《内经》称胆为“中精之府”，《难经》称之为“中净之府”，《千金要方》称其为“中清之府”。

胆所贮存的胆汁由肝之余气积聚而成，胆汁向小肠排泄亦由肝的疏泄功能控制和调节。因此，胆汁的分泌和排泄与肝的疏泄功能密切相关。肝的正常疏泄，有助于胆汁的正常排泄，脾胃运化功能亦趋健旺。在病理上，若肝失疏泄，肝气郁结，则可致胆汁排泄不利，出现胸胁胀满疼痛，同时影响脾胃运化功能，可见食欲不

振、厌食油腻、腹胀、便溏等症。若肝的升泄太过,肝气上逆或肝火上炎时,亦可引起胆汁上逆,除见胸胁胀满疼痛外,还可见口苦、呕吐黄绿苦水。胆汁外溢于肌肤,则可出现黄疸。反之,若因某些原因阻碍胆汁的排泄,也可引起肝的疏泄功能障碍,导致肝的病变。由于肝与胆在生理和病理上密切相关,肝病常累及胆,胆病每波及肝,故在临床肝胆同病极为常见,如肝胆湿热、肝胆火旺、肝胆气滞等。

此外,《素问·灵兰秘典论》指出,肝主谋虑而胆主决断。胆主决断与肝主谋虑的功能是相关联的。谋虑,即思维策划、比较鉴别、分析推理等,这种“谋虑”只是一种思维过程,并不能直接给出结论,更不能付诸实施。只有通过“决断”,对思维过程中出现的多种可能性进行最后的选择,最终作出行为决定。因为决断需要充足的阳气来支持,而肝本属阴,阴体至柔,故决断难出。胆为肝之腑,虽皆属木,而胆属阳,故能为肝作决断。谋虑属阴,决断属阳;谋虑出于肝,决断出于胆。在正常情况下,胆气充实,决

断无差,使人行行为果敢而正常。故《素问·灵兰秘典论》说:“胆者,中正之官,决断出焉。”若胆气虚馁,则虽言善谋,却不能决断,终不能成事。故《素问·奇病论》又说,“夫肝者,中之将也,取决于胆”,“此人者,数谋虑不断,故胆虚,气上溢”。

#### 4.64 胃的主要生理功能有哪些？

胃的主要生理功能有三：受纳饮食，腐熟水谷，通降为顺。

胃主受纳,即胃具有接受和容纳饮食物的作用。饮食物的摄入,经口腔先由牙齿和舌进行咀嚼搅拌,会厌吞咽,再经食道进入胃腑。饮食物入胃,须经胃的初步消化,有一定的停留时间,故胃又有“水谷之海”、“五谷之腑”、“太仓”和“仓廩之官”之称。胃的受纳功能对人体具有非常重要的意义。如《灵枢·玉版》说:“人之所受气者,谷也;谷之所注者,胃也。胃者,水谷气血之海也。”《素问·五藏别论》说:“胃者,水谷

之海，六腑之大源也，五味入口，藏于胃以养五脏气。”说明胃的受纳水谷，是机体的营养之源。前人强调“纳谷则昌，绝谷则亡；有胃气则生，无胃气则死”，诊治疾病须时时刻刻注意顾护胃气。

胃主腐熟水谷，是指饮食物经过胃的初步消化，成为食糜，有利于小肠的进一步消化。《灵枢·营卫生会》有“中焦如沔”之喻，更形象地描绘了胃腑腐熟水谷，犹如浸泡沔肥之状。饮食物经胃的腐熟而初步消化后，一部分水谷精微经胃的“游溢精气，上输于脾”，由脾输布至肺及全身；大部分饮食物则由胃的通降作用而下行小肠，作进一步消化，其精微再经脾之运化而营养全身。可见胃的腐熟水谷的功能状态，直接影响饮食物的消化过程。

胃主通降、以降为顺，是指胃具有使食糜向下输送至小肠、大肠和促进粪便排泄等生理作用。食糜由胃进入小肠，由小肠泌别清浊。凡精微部分，由脾转输至全身脏腑组织，发挥其营养作用；糟粕部分下入大肠，形成粪便经肛门排



出。《灵枢·平人绝谷》指出,水谷入口,“胃满则肠虚”,至食下,“肠满则胃虚,更虚更实,故气得上下”。说明胃的通降作用对人体气机的升降调节有重要意义,此即叶天士在《临证指南医案·脾胃》中所说的“胃宜降则和”的主要依据。若因各种原因影响了胃的通降功能,就会形成胃气郁滞,导致纳食减少、脘腹胀满、大便秘结,甚则胃气不能通降而反逆,出现暖气、呕吐等症。

胃主受纳、腐熟水谷和通降作用,实际是指胃腑的消化饮食过程,三者是不可分割的、有序的生理过程,任何一个环节遭破坏,皆可导致胃的功能失调而发生病证。

#### 4.65 胃与脾的关系如何?

胃与脾同居中焦,两者既以膜相连,又通过经脉的互相络属而构成表里关系。其生理联系和病理影响主要表现在以下三方面:

水谷纳运相得:胃主受纳,脾主运化,共主

饮食物的消化、吸收及其精微的输布，以营养全身，故称脾胃为“后天之本”。在病理上，脾失健运，多可影响胃的受纳功能；胃纳减少，亦可使脾无以运化。故临床上纳食不振、食后腹胀、大便溏泄诸症常可并见。

气机升降相因：胃主降浊，脾主升清，相反相成。胃气降，水谷及其糟粕得以下行；脾气升，水谷之精微得以输布。故《临证指南医案》说：“脾宜升则健，胃宜降则和。”病理上，清气不升与浊气不降常互为因果。《素问·阴阳应象大论》所说的“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生噎胀”，正是对脾胃升降失常病证的病理及临床表现的高度概括。

阴阳燥湿相济：胃为阳土，喜润恶燥；脾为阴土，喜燥恶湿。两者燥湿相济，阴阳相合，饮食物的受纳、消化、吸收过程才能正常进行。据此，胃与脾在治疗用药上各自有所侧重，胃因其恶燥而用柔润之品居多，脾因其恶湿而用温燥之药为主，诚如《临证指南医案》所说，“太阴湿土得阳始运，阳明燥土得阴自安”。

#### 4.66 “胃气”的基本内涵是什么？

“胃气”一词，首见于《素问·平人氣象论》。该篇所及“胃气”，专指脉象中的一种特征（脉来从容徐缓，谓之有胃气之脉）。后世医家则从多种角度阐述胃气的不同概念，归纳起来有以下几方面：一是指胃功能发挥的动力。这与其他脏腑是一样的，如心气为心脏搏动和血液运行的动力等。二是指水谷精气。人体气血生化之源主要是水谷之精气，而水谷是先入于胃的，所以名为“胃气”。三是指推动脾胃生理功能的动力，亦即脾气与胃气的合称。在这里，“脾胃为后天之本”与“人以胃气为本”具有同等重要意义。四是指脾胃纳运水谷精微所化生的元气。如所谓“人有胃气则生，人无胃气则死”，实际上是为强调元气在维持人体生命活动方面的重要作用。其实上述四方面相互之间是紧密联系的。胃与脾纳运协调，消化水谷，资生元气，充养一身。故人体的生命活动以脾胃之气为本，

归根到底即是以胃气为本。

#### 4.67 如何理解小肠的功能及其与心的关系？

小肠的生理功能主要为受盛化物和泌别清浊。

受盛化物，是指小肠接受经胃初步消化的饮食物，并使其停留较长时间以便于进一步消化。故《素问·灵兰秘典论》称其为“受盛之官，化物出焉”。受盛，指凡胃腑容纳之物，下必盛于小肠。化物，即彻底消化饮食物，精微由此而出，糟粕由此下传。小肠的受盛化物功能，与胃的通降、脾的运化功能密切相关。

泌别清浊（即泌清别浊之义），主要体现在三个方面：一是饮食物经小肠消化后，分别为水谷精微和食物糟粕；二是将水谷精微吸收，将食物糟粕下传至大肠；三是在吸收水谷精微的同时，也吸收大量水分，故又有“小肠主液”之谓。张介宾在《类经·藏象类》中说：“小肠居胃

之下，受盛胃中水谷而分清浊，水液由此而渗入前，糟粕由此而归于后，脾气化而上升，小肠化而下降，故曰化物出焉。”小肠将饮食物充分消化后，其精微物质由脾转输至全身，食物糟粕通过阑门下注大肠，代谢后的水液最终入于膀胱而为尿。可见小肠泌别清浊之功能，与尿量也有密切关系。如小肠的泌别清浊功能正常，则二便正常；如小肠的泌别清浊功能失职，则可出现二便异常，如泄泻下利或小便短少。临床上常用的“利小便即所以实大便”的治法，其理论依据即在于此。

由此可见，小肠的生理功能在饮食物的消化、吸收和水液代谢过程中起着十分重要的作用。小肠的这些功能，实际上有赖于脾胃升清降浊的功能。因此，小肠的功能失常，既可出现腹胀、腹痛、呕吐、便秘等浊气在上诸症，又可引起便溏、泄泻等清气在下诸症，其临床诊治多从脾胃入手。

小肠与心通过经脉的络属构成表里关系。两者的联系在病理上表现得较为突出。例如，

心火炽盛，下移小肠，可引起尿频、尿急、尿赤、尿灼热而痛等小肠热盛之证。反之小肠有热，亦可循经上炎于心，出现心烦、失眠、舌赤、口舌生疮等症。临床上常用的利小便以清心火（方如导赤散）之法，即是这一理论的具体应用。

#### 4.68 如何理解大肠的功能及其与肺的关系？

大肠的主要生理功能是传导糟粕和吸收水分。

大肠接受小肠下注的食物残渣，再吸收其中的部分水分，故说“大肠主津”。由此可以推测，食物残渣在大肠中停留时间的过长或过短，是导致便秘或腹泻的直接原因。大肠形成的粪便，经广肠由肛门排出。故《素问·灵兰秘典论》说：“大肠者，传导之官，变化出焉。”言其“变化出焉”，是指经小肠泌别清浊的食物糟粕传至大肠，精微尽化，变为粪便而出之意。

大肠传导失司，可致便秘或腹泻。大肠的

传导变化与机体津液的盈亏和胃气、肺气的通降有密切关系。津液亏耗,无水行舟,易致便秘;水湿内停,渍于大肠,易致濡泄。大肠的正常传导又是胃的降浊功能的延伸,胃失和降,大肠传导之职亦受影响。

肺与大肠通过经脉相互络属而构成表里关系。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,亦有助于肺的肃降。在病理方面,若外邪壅肺,肺失宣降,津液不能下达,可见大便秘结;肺气虚弱,无力肃降,亦可见大便困难,虚坐努责,称为气虚便秘。若大肠实热内盛,腑气不通,也可引起肺的宣降失常而产生胸满、咳喘等症。临床上常用宣降肺气以通泄肠腑或通利大便以泻痰热之法,即是上述理论在实践中的具体应用。

#### 4.69 如何理解膀胱的功能及其与肾的关系?

膀胱是贮尿和排尿的器官。在人体水液代

谢过程中,水液通过肺、脾、肾、三焦、大肠、小肠诸脏腑的代谢作用后,经肾的气化作用,生成尿液,下注于膀胱,在肾和膀胱的气化作用下,排出体外。故《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。”

肾与膀胱通过经脉的相互络属,构成表里关系。在生理功能上,膀胱的贮尿和排尿,即膀胱的开合必须依赖肾的气化作用。肾气充足,气化正常,固摄有权,膀胱开合有度,尿液才能正常排泄,从而维持水液代谢的平衡。在病理上,若肾气不足,气化失常,固摄无权,膀胱开合失约,则可能出现小便不利或失禁、遗尿、尿频等症。

#### 4.70 三焦的部位是如何划分的? 其各自的生理特点是什么?

三焦为六腑之一,是上、中、下三焦的合称。上、中、下三焦的部位划分,在《内经》已有粗略描述,《难经》对此所论与《内经》基本一致。《金匱要略》对三焦部位划分的论述极为清晰,指



出：“胸中育膜以上曰上焦，育膜之下脐以上曰中焦，脐下曰下焦。”所谓“育膜”，是指心下膈上部位之脂膜，近于胸膈。由此可见，膈上胸中为上焦，膈下脐上为中焦，脐下腹部为下焦。就上、中、下三焦所属脏腑而言，心、肺属上焦，脾、胃、肝、胆属中焦，肾、膀胱及大肠、小肠属下焦。

《灵枢·营卫生会》根据上、中、下三焦及其所属脏腑的功能特点分别喻之为“如雾”、“如沕”、“如渎”。所谓“上焦如雾”，是描述上焦心、肺宣发由脾、胃运化升腾而来的水谷精微之气，如雾露弥漫状态，散布全身，滋养脏腑组织。所谓“中焦如沕”，是形容中焦脾、胃腐熟运化水谷的作用，犹如食物之发酵腐熟时泡沫浮游的状态。所谓“下焦如渎”，是比喻下焦肾、膀胱及大、小肠排泄废液与食物糟粕的功能，犹如疏通的沟渠，畅通无阻的状况。

#### 4.71 如何理解三焦的生理功能？

三焦的主要生理功能，一为运行水液，是

人体水液运行、输布、代谢的主要通道；二为通行元气，是人体气机升降出入的重要场所。

一是主运行水液。人体水液的出入环流，必须借三焦作为通道才能实现。因此，三焦水道的通利与否，影响人体水液的输布调节。故《类经·藏象类》在注释“决渎之官”时指出，“决，通也。渎，水道也。上焦不治，则水泛上源；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”。

二是主通行元气。三焦是人体气机升降出入的通道，人体元气是通过三焦而通达于五脏六腑，灌注至周身各处的。《中藏经》对三焦通行元气的生理作用，作了更为具体的描述，指出，“三焦者，人之三元之气也，号曰中清之腑，总领五脏六腑、荣卫经络、内外左右上下之气也。三焦通，则内外左右上下皆通也。其于周身灌体，和内调外，营左养右，导上宣下，莫大于此者也”。

#### 4.72 如何理解中医学中脑的生理功能？

脑居颅中，由髓汇聚而成，故有“髓海”之称，《内经》论述脑的生理，常与视觉的生理、病理状态相联系。如《灵枢·大惑论》指出，眼能裹撷五脏之精而“与脉并为系，上属于脑，后出于项中，故邪中其项，因逢其身之虚，其入深，则随眼系以入于脑，入于脑则脑转，脑转则目系急，目系急则目眩以转矣”。《灵枢·海论》说：“髓海不足则脑转耳鸣。”至明代李时珍在《本草纲目》辛夷条下明确提及“脑为元神之府”，说明已认识到脑与精神活动有关。清代汪昂的《本草备要》中有“人之记性，皆在脑中”的记载，并体察到“令人每忆往事，必闭目上瞪而思索之，此即凝神于脑之意也”。嗣后王清任在前人认识的基础上，对脑的功能作了较为详细的论述。其在《医林改错》中说：“灵机记性在脑者，因饮食生气血，长肌肉，精汁之清者，化而为髓，由脊

髓而上行入脑，名曰脑髓。两耳通脑，所听之声归脑；两目系如线长于脑，所见之物归脑；鼻通于脑，所闻香臭归于脑；小儿周岁脑渐生，舌能言一二字。”王氏把记忆、言语以及视、听、嗅等感官功能皆归于脑，这一认识较之前人提高了一大步。

中医学对脑的复杂功能的认识不够深入，但对于脑是一个生命攸关的重要器官且丝毫不可受损这一点，则是确定无疑的。凡刺风府穴，进针不可太深，否则会损伤脑髓，导致立即死亡。故《素问·刺禁论》说：“刺头，中脑户，入脑立死。”足见脑在维持人体生命中的重要性。

古代医家对脑的生理、病理虽然有一定认识，但藏象学说则把人的精神、意识和思维活动归属于五脏的“所藏”，即心藏神、肺藏魄、肝藏魂、脾藏意、肾藏志。在五脏之中，又以心为主，谓心为“君主之官，神明出焉”，为“五脏六腑之大主，精神之所舍也”。藏象学说将神归属于五脏所藏，而以心为主宰，可知其已认识到精神、意识和思维活动的全身性作用。五脏功能失调

可引起神志的异常变化,反之亦然。必须说明的是:就脑的本身而言,中医学认为其与肾的关系最为密切。因肾主藏精,主骨生髓,而脑为髓海,所以将脑髓本身的不足及其有关病变每归属于肾精不充、脑髓空虚等,临床多用补肾益气、填精补髓诸法治疗。

#### 4.73 影响女子胞功能的因素有哪些?

女子胞,亦名胞宫,即子宫,为奇恒之腑。女子胞是发生月经和孕育胎儿的器官。

女子的月经来潮和胎儿的孕育是一个复杂的生理过程,与其他脏腑、经络有着广泛联系,尤与肝、肾及冲、任两脉的关系最为密切。归纳起来,主要有以下三个方面的生理因素。

一是天癸与肾精的作用:天癸,由肾中精气所化生,是肾中精气充盛至一定程度的产物,具有促进机体性发育和维持生殖功能的作用。在天癸的作用下,生殖器官发育成熟,月经按时

来潮,为孕育胎儿准备条件。女子“七七”前后,由于肾中精气衰退,天癸随之衰少,甚至耗竭,因而进入绝经期,生殖能力亦即消失。由此可见,天癸的出现与耗竭,是月经来潮与否的前提条件,是生殖器官发育成熟与功能退化的主要成因。而天癸的“至”与“竭”,又取决于肾中精气的盛与衰。故临床上见肾中精气亏虚者,可出现生殖器官发育迟缓、性功能减退及受孕能力低下等病证,治疗多从肾着手。

二是冲、任两脉的作用:冲、任两脉,同起于胞中。冲脉并肾经而行,又与阳明脉相通,能调节十二经脉气血,故有“十二经之海”、“血海”之称。任脉于小腹部与三阴经相会,能调节全身诸阴经的气血,故有“阴脉之海”之称、“任主胞胎”之说。十二经脉气血充盈,才能溢入冲、任两脉,经冲、任两脉进入胞宫,至月经则按时而下。而冲、任两脉的盛衰,又受天癸的影响。幼年时期,肾精未充,天癸未至,故任脉未通,冲脉未盛,则无月经来潮。“二七”前后,肾气始盛,天癸遂至,故任脉通而冲脉盛,则月经按时

来潮。至更年期，肾精衰而天癸绝，冲任气血亦渐衰少，则月经逐渐减少，以至绝经。由此可知，肾中精气的盛衰与全身气血的盈亏对月经来潮和孕育胎儿的影响，是通过冲、任两脉而起作用的，故某种原因引起冲、任两脉功能失调时，可出现月经不调，甚至不孕等症。

三是心、肝、脾等脏的作用：月经的来潮、胎儿的孕育，全赖于血液的充养，而心主血、肝藏血、脾统血又为血液生化之源，故当心、肝、脾三脏生理功能衰退或异常时，均可影响胞宫的正常功能而出现月经或胎孕疾患。如心脾两虚则气血化源不足，可致月经量少，愆期而至，甚则经闭；脾不统血则摄血无权，可致崩漏。肝有贮藏血液和调节血量之功。血藏于肝，其有余部分，在女子则下注冲脉而为月经，故肝亦有“血海”之称。肝又主疏泄而畅达全身气机，肝气畅达，血脉流通，则月经按时来潮，故又有“女子以肝为本”之说。临床上肝气郁结、肝血不足、肝火亢盛等均可引起月经失调或胎孕病变。

## 5 经 络

### 5.1 何谓经络？其生理功能如何？

经络是运行全身气血、联络脏腑肢节、沟通上下表里的通道，是经脉和络脉的总称。《医学入门》指出：“经者，径也。经之支脉旁出者为络。”所谓“径”，即路径之义。可见经脉是经络系统的主干，有固定的循行路线，且多循行于人体的内部或深部；络脉则是经脉的分支，纵横交错而网络全身。经络把人体所有的脏腑组织、形体官窍等连结成一个统一的有机整体。

经络系统对人体的生命活动起着十分重要的作用。归纳起来，主要有以下几个方面：

一是沟通表里上下，联络脏腑器官：人体由五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮肉筋骨等组成，它们各有不同的生理功能，共同组合成一个协调统一的有机整体。这种有机的联



系,主要是依赖经络的沟通、联络作用实现的。如十二经脉络属脏腑,入里出表,通上达下;奇经八脉贯通于十二经脉;十二经筋、十二皮部则联络筋膜皮肉,从而使脏腑、组织、器官构成协调的统一体。诸如脏腑表里关系的确立、五脏各有外窍的认识等,无不与经络的沟通、联络有关。

二是通行全身气血,濡养脏腑组织:人体各个组织器官,均需气血濡养,才能维持其正常的生理功能。而气血之所以能通达全身,发挥其营养脏腑组织、抗御外邪、保护机体等作用,必须依赖经络的传输。正如《灵枢·本藏》所说:“经脉者,所以行血气而营阴阳、濡筋骨、利关节者也。”

三是感应传导信息,调节功能平衡:感应传导是指经络系统将针刺或其他刺激的感觉循经传递和通导的效应。在针灸时,病人出现酸、胀、麻、重等感觉称为“得气”。针刺感觉沿着经络循行部位而传导、放射,称为“行气”。得气和行气现象,就是经络感应和传导作用的具体表

现。当然,在病理状态下,经络亦可成为病邪侵入和反映疾病信息的途径。此外,当人体发生疾病时,便会出现气血不和及阴阳偏盛偏衰的病理状态。用针灸、推拿、气功等治疗方法,在相关穴位上施以一定的刺激量,即可激发和增强经络的自动调节和控制功能,纠正气血阴阳的失调状态。如针刺有关经穴,可使相应的脏腑功能得以调整,功能亢进者使之抑制,功能衰弱者使之振奋,从而获得相应的疗效。千百年来的临床治疗实践和近年来国内外对经络、腧穴的实验研究,均证实了经络的这种调节功能的客观存在。

## 5.2 经络学说是怎样形成的？

经络学说创立于先秦时期,《黄帝内经》中有大量篇幅专论经络。经络学说的形成时期,大约是在公元前 4 世纪至公元 2 世纪。

经络的最早发现,推测有三种可能:

其一,对脉、筋等的形态学认识是经络理论

形成的基础。古代医家在解剖中发现,血管和一些条索状组织是连接内脏的主要形态结构,并且延伸到四肢末端,这应该是经络原始的解剖形态,故《内经》有时称其为“经脉”,有时又称其为“筋脉”。马王堆汉墓出土的医学帛书《阴阳十一脉灸经》和《足臂十一脉灸经》,亦言“脉”而不言“经”,说明古人对“脉管”的形态学认识是相当早的。《灵枢·经脉》说:“经脉者,常不可见也。其虚实也,以气口知之。”此言“经脉”,显指脉管而言。气口,也称寸口,即中医切脉的桡动脉搏动处。然而,在临床实践中,针刺脉管仅会出血而不会“得气”,只有针刺到一些条索状的组织结构时,才能得气,于是就出现了“筋脉”的概念。可以说,若没有对脉、筋等的形态学认识,就不能有经络的概念。

其二,认为经络是在首先发现穴位,并逐步以点连线的基础上发展而来的。上古时期,人们在日常生活和生产过程中,每因劳动或其他原因,身体的某一部位被石块、树枝刺破,或为火所灼伤,而身体其他部位所患的病痛即随之

而清除或减轻。经过无数次的反复,长时期的不断体验,逐步从中发现和认识到,应用石刺、火灼某些部位可以治病,这就是较为公认的针灸疗法起源的假说。青铜器或铁器的使用,出现了金属针具,针韧而尖,能固定一个小点,进行深刺,从而逐步摸索出针灸治疗的特殊作用,进而定出“穴名”,这就是穴位的来源。刺激某一穴位有针感的传导,有一定的传导路线,而且具有同类主治功能的穴位,又往往排列在同一感传线路上,这就使人们认识到穴位之间贯穿着一条传导路线,这种联系不仅反映在体表,而且同内脏密切相关。于是,点连成线,形成了经络的循行路线。说明经络学说的形成与穴位的主治功能、针感的传导路线有着不可分割的关系。

其三,认为经络的发现源于古人气功导引时“内景返观”的特异感觉。气功导引是古代的养生保健术之一,在练功过程中,可逐渐地觉察到气感贯流躯干一周(即任督二脉,气功理论中称为“小周天”),并能使其他路线相继通行,产

生健体延年和治病祛邪的作用。气功导引入静状态下,人体传导路线的感觉逐步积累,从而对全身主要经络的分布产生一定的体会和认识,为经络学说的形成奠定了基础。明代医家李时珍在《奇经八脉考》中提出“内景隧道,惟反观者能照察之”。李氏“内景返观”之说对经络起源的探索是卓有见地的。据从长沙马王堆汉墓出土的周代帛书中考察,早在《内经》成书之前,即有“足臂十一脉灸经”和“阴阳十一脉灸经”的记载,证明了经络的发现可能并不迟于穴位。

总之,经络学说是在对人体解剖知识的积累、体表针刺感应传导的体验、穴位主治功能的归纳、气功导引通运任督诸经的感受等研究的基础上,经过整理总结,逐步趋于系统完善的。

### 5.3 经络系统是如何分类的？

经络是经脉和络脉的合称。经脉是主干,其中十二经脉每条都分出一条经别、一条别络、若干孙络与浮络,并各自向内络属一脏一腑,向

外联系一组经筋、一片皮部而自成体系。络脉是分支,都是从经脉中分出来的。

经脉可分为正经、奇经、经别三类。

所谓正经,即指手足三阴、三阳经,合称“十二经脉”,亦谓“十二正经”,是气血运行的主要通道,是经络系统的主干部分。

所谓奇经,奇者,异也,因其在循行分布及与内脏联系等方面均有别于正经而得名。奇经具体指督脉、任脉、冲脉、带脉、阴跷脉、阳跷脉、阴维脉、阳维脉,合称“奇经八脉”。古人认为,奇经犹如沟渠池塘而对气血有调蓄作用,并可加强十二经脉之间的联系。

所谓经别,即十二经脉各分出一条最大的分支,合称“十二经别”。其作用主要是加强十二经脉中相为表里的阴阳两经在体内的联系。

络脉可分为别络、浮络和孙络三类。

别络是由经脉派生的较大络脉。十二经脉和督脉、任脉各有一支别络,脾经另有一大络,合称为“十五别络”。别络有加强表里两经在体表联系的作用,同时又是其他络脉的主体。

浮络和孙络都是络脉的进一步分支,其中浮络循行体表而浮显于外,孙络则为最细小的络脉,形成经络系统的扇状扩散网。

此外,作为十二经脉的连属部分,还有“十二经筋”和“十二皮部”。前者是十二经脉与筋膜、肌腱等的连属部分,后者是十二经脉与皮肤的连属部分。某一经脉循行部位所联络的筋膜或皮肤,即是某经的“经筋”或“皮部”。

#### 5.4 十二经脉的命名原则如何?

十二经脉的命名是以阴阳学说为指导,结合经脉的循行部位(手足)以及属络的脏腑来确定的。十二经脉分别隶属于十二脏腑(五脏六腑加心包),各经命名中均包括手足、阴阳及其所属脏腑的名称,具体命名皆以《灵枢·经脉》为据。经脉最早只称作“脉”,如《灵枢·经脉》有“肺手太阴之脉”、“大肠手阳明之脉”的称谓,余者类推。到了晋代王叔和著《脉经》,才将其称作“经”,如“肺手太阴经”、“大肠手阳明经”

等。唐代医家孙思邈的《千金方》又把“经”的命名规范化,如“手太阴肺经”、“手阳明大肠经”,即今之统一的名称。十二经脉中的每一条经脉的具体名称,皆包括手或足、阴或阳、脏或腑三个部分。行于上肢者称为“手经”;行于下肢者称为“足经”;行于四肢内侧而属脏者称为“阴经”,并带所属脏名;行于四肢外侧而属腑者称为“阳经”,并带所属腑名。

古人还根据阴阳衍化之理,将十二经脉分为手足三阴三阳。其意义主要是表示阴阳之气的多寡或盛衰。阴最多者,称太阴;其次称少阴;再次称厥阴,即“两阴交尽”之谓。阳最盛者,称阳明,即“两阳合明”之义;其次称太阳;再次称少阳。

十二经脉的具体名称如下:

手太阴肺经、手厥阴心包经、手少阴心经——统称为手三阴经。

手阳明大肠经、手少阳三焦经、手太阳小肠经——统称为手三阳经。

足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经——



统称为足三阴经。

足阳明胃经、足少阳胆经、足太阳膀胱经——统称为足三阳经。

## 5.5 十二经脉的体表循行规律怎样？

十二经脉在体表的循行分布有一定的规律可循。兹将四肢、头面及躯干等不同部位的经脉分布规律分述如下。

在四肢部位十二经脉的分布特点有三：一是手经分布于上肢，足经分布于下肢；二是阴经分布于内侧面（在上肢即为屈侧），阳经分布于外侧面（在上肢即为伸侧）；三是手足三阴三阳经在四肢内外两侧的前后排列次序基本上是：太阴、阳明在前，厥阴、少阳居中，少阴、太阳在后。惟足三阴经在小腿下半部及足背有例外，其排列是厥阴在前，太阴在中，少阴在后，上行至内踝上 8 寸处足厥阴经同足太阴经交叉后，循行分布的次序即又成为太阴在前，厥阴在中，

少阴在后。

根据上述分布规律,依据每一经脉的具体名称,即可把握经脉在四肢的大体分布情况。如手太阴肺经,因是手经,知其行于上肢;因是阴经,知其行于内侧;因是太阴经,知其行于前缘。三者相合,则知手太阴肺经行于上肢内侧前缘。余经均可类推。

在头面部位十二经脉的分布特点是:阳明经行于颜面与额部;太阳经行于面颊及颈项部;少阳经行于头两侧;厥阴经出于头顶部。临床对头痛的分经辨证,即以此为理论根据。痛在前额者为阳明头痛;痛在两侧者为少阳头痛;痛在后枕部者为太阳头痛;痛在巅顶者为厥阴头痛。头痛的分经辨证,可为针刺治疗(确定针刺穴位)及中药处方(使用引经药物)提供理论依据。

在躯干部十二经脉的分布特点是:手三阳经行于肩脾部;足阳明经行于胸腔,足太阳经行于背部,足少阳经行于躯体两侧;足三阴经行于腹面。循行于腹面的经脉,自腹部正中由内向

外的顺序为足少阴肾经、足阳明胃经、足太阴脾经、足厥阴肝经。

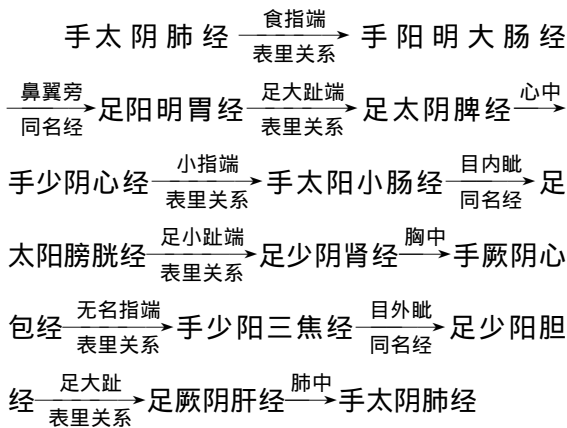
## 5.6 十二经脉的走向规律如何？

十二经脉循行的大体走向在《灵枢·逆顺肥瘦》中有明确记载：“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。”就是说，手三阴经从胸走向手，与手三阳经交接；手三阳经从手走向头面部，与足三阳经交接；足三阳经从头面部走向足，与足三阴经交接；足三阴经从足走向腹腔、胸腔，与手三阴经交接。这样就构成一个“阴阳相贯，如环无端”的循环路径。

## 5.7 十二经脉气血流注的具体次序及规律怎样？

十二经脉气血流注次序是通过手足阴阳表里经的连接而逐经相传的，从肺经始传，最后再

传至肺经，首尾相贯，如环无端。其具体的流注次序是：



为便于记住十二经脉的流注次序，有人编写了如下歌诀：“肺大胃脾心小肠，膀胱肾包焦胆肝续。”“续”是继续，指气血流注，周而复始，如环无端，始于肺而终于肝，又复入于肺经。

从上述十二经脉的气血流注交接可以归纳如下三个规律：

一是相为表里的阴阳两经分别在四肢末端

交接(手经在手,足经在足)。如肺经与大肠经交接于手食指端,胃经与脾经交接于足大趾端。他经亦然。

二是手足同名阳经分别在头面部交接,故“头为诸阳之会”。如手阳明经与足阳明经交接于鼻翼旁(迎香穴),手太阳经与足太阳经交接于目内眦(睛明穴),手少阳经与足少阳经交接于目外眦(瞳子髎穴)。

三是手足三阴经分别在胸腔交接。如足太阴经与手少阴经交接于心中,足少阴经与手厥阴经交接于胸中,足厥阴经与手太阴经交接于肺中。

## 5.8 何谓十二经脉的表里关系?其特点及意义是什么?

十二经脉中的阴经和阳经不是截然分开的,而是通过经脉的直接衔接和经别、别络的沟通,相互联系,组成六对“表里相合”的关系。具体组合如下:手太阴肺经与手阳明大肠经,手厥阴心包经与手少阳三焦经,手少阴心经与手

太阳小肠经,足太阴脾经与足阳明胃经,足厥阴肝经与足少阳胆经,足少阴肾经与足太阳膀胱经。

相为表里的两经有如下特点:一是均在四肢末端交接贯通。如表里相合的手经在手指交接,表里相合的足经在足趾交接。二是均分别循行于四肢内外两侧相对应的位置。如手太阴肺经与手阳明大肠经分别循行于上肢内外两侧的前缘。三是分别络属于相为表里的脏腑。如足太阴经属脾络胃,足阳明经属胃络脾;足厥阴经属肝络胆,足少阳经属胆络肝。

十二经脉的表里关系,不仅由于相为表里的两经直接衔接及经别等的沟通而加强了联系,而且由于相互络属于同一脏腑,而使相为表里的一脏一腑在生理功能上相互配合,在病理变化上相互影响。例如,脾与胃相为表里,脾主运化而胃主受纳,使水谷纳运相得;脾主升清而胃主降浊,使气机升降相应。病理上,心火下移小肠,肝失疏泄导致胆气不舒,肺气壅滞引起大便秘结等,在临床上颇为常见。此外,经脉表里

相合理论在治疗上也有较大意义。表里两经的腧穴可交叉使用,如肺经的穴位可治疗大肠或大肠经的疾病。遣方用药中,疏肝以利胆、利尿以清心、开肺气以通大便诸法更为临床所习用。

## 5.9 十二经脉循行的起止点、主要循行部位、联系脏腑及器官怎样?

十二经脉的循行,重点应掌握其起止点、体表主要循行路线、主要分支、联系脏腑及器官。兹分述如下:

### (1) 手太阴肺经

起点:中焦。

体表主要循行部位:胸部外上方、上肢屈侧前缘。

终点:拇指末端。

主要分支:从手后分出,到食指末端与大肠经相接。

联系脏腑:属肺,络大肠,起于胃。

联系器官：气管、喉咙（经别循喉咙）。

## （2）手阳明大肠经

起点：食指桡侧端。

体表主要循行部位：上肢伸侧前缘、肩关节前缘、颈部前面、颊、口。

终点：鼻翼旁，与胃经相接。

主要分支：从锁骨上窝上行，经面颊入下齿中。

联系脏腑：属大肠，络肺。

联系器官：下齿（经别过齿入耳）。

## （3）足阳明胃经

起点：鼻翼旁。

体表主要循行部位：鼻根、口唇、颊、前额、胸部（经乳中）、腹部（正中线旁开 2 寸）、下肢外侧前缘。

终点：二趾（中趾）。

主要分支：从足背分出，到大趾与脾经相接。

联系脏腑：属胃，络脾（经别上通于心）。

联系器官：齿、喉咙、乳。



#### (4) 足太阴脾经

起点：大趾。

体表主要循行部位：下肢内侧前缘（在内踝上 8 寸处以下，行于厥阴经与少阴经之间）、腹部、胸部。

终点：舌下。

主要分支：从胃直上过横膈，注入心中与心经相接。

联系脏腑：属脾，络胃，注心中。

联系器官：挟咽、连舌本、散舌下。

#### (5) 手少阴心经

起点：心中。

体表主要循行部位：上肢屈侧后缘。

终点：小指末端，与小肠经相接。

主要分支：从“心系”分出，上挟咽，系“目系”。

联系脏腑：起于心中，出属“心系”，络小肠，上行于肺。

联系器官：挟咽、系“目系”（经别系舌本）。

#### (6) 手太阳小肠经

起点：小指末端。

体表主要循行部位：上肢伸侧后缘、绕肩脾、交肩上、颈侧部、面颊、目眶下缘。

终点：目内眦，与膀胱经相接。

主要分支：从缺盆沿颈上颊，至目外眦转入耳中。

联系脏腑：属小肠，络心，抵胃。

联系器官：耳。

#### (7) 足太阳膀胱经

起点：目内眦。

体表主要循行部位：额、头顶部、后项、背部（正中线旁开 1.5 寸及 3 寸）、下肢外侧后缘。

终点：小趾，与肾经相接。

主要分支：从头顶部分出，向两侧下行至耳上角。

联系脏腑：属膀胱，络肾，络脑。

联系器官：（经别入于肛门）。

#### (8) 足少阴肾经

起点：小趾。

体表主要循行部位：足跟、下肢内侧后缘、腹

部(正中线旁开 0.5 寸)、胸部(正中线旁开 2 寸)。

终点：挟舌下。

主要分支：从肺中分出，注胸中，与心包经相接。

联系脏腑：属肾，络膀胱，贯肝，入肺，出络心。

联系器官：喉咙、舌本、贯脊。

#### (9) 手厥阴心包经

起点：胸中。

体表主要循行部位：上肢屈侧中线。

终点：中指末端。

主要分支：从掌中分出，到无名指端与三焦经相接。

联系脏腑：属心包，历络三焦。

联系器官：咽。

#### (10) 手少阳三焦经

起点：无名指端。

体表主要循行部位：上肢伸侧中线、肩关节后侧、耳周围、颊。

终点：目眶下。

主要分支：从耳后分出，入耳中，出走耳前，到目外眦与胆经相接。

联系脏腑：属三焦，散络心包。

联系器官：耳、耳中。

#### (11) 足少阳胆经

起点：目外眦。

体表主要循行部位：头部颞侧、耳周围、胸侧、腹侧、下肢外侧中线。

终点：四趾。

主要分支：从足背分出，到大趾与肝经相接。

联系脏腑：属胆，络肝（经别贯心）。

联系器官：耳、眼（经别挟咽，系“目系”）。

#### (12) 足厥阴肝经

起点：大趾。

体表主要循行部位：下肢内侧中线（在内踝上 8 寸处以下行于前缘）、少腹、胁肋、口唇。

终点：头顶。

主要分支：从肝分出，贯膈，注肺中与肺经相接。

联系脏腑：属肝，络胆，挟胃，注肺中。

联系器官：外生殖器、喉咙、鼻咽部，系“目系”。

## 5.10 何谓奇经八脉？

奇经八脉是指十二经脉以外的经脉，是督脉、任脉、冲脉、带脉、阴跷脉、阳跷脉、阴维脉、阳维脉的总称。

## 5.11 奇经八脉的循行分布及生理功能有何特点？

奇经八脉的分布循行及生理功能有以下特点：

一是其循行的部位不像正经那样规则，同脏腑没有直接的络属关系，亦无表里相配，因与十二正经不同，故谓之“奇经”。

二是其纵横交错地循行分布于十二经之间，加强了十二经脉之间的联系。如督脉总督

一身之阳经,是为“阳脉之海”;任脉总任一身之阴经,是为“阴脉之海”;阳维脉维于阳,组合所有阳经;阴维脉维于阴,组合所有阴经;带脉“状如束带,所以总约诸经者也”(《奇经八脉考·八脉总论》)。

三是其对十二经脉气血有蓄积和渗灌作用,故能调节十二经脉气血。当十二经脉气血满溢时,则流注于奇经八脉;当人体功能活动需要时,奇经八脉气血又能渗灌供应,予以补充,从而维持机体气血的恒定状态。

四是其与肝、肾等脏及女子胞、脑、髓等恒之腑的关系较为密切,相互之间在生理、病理上均有一定联系。如督脉入属于脑;督、任、冲脉均起于“胞中”。

## 5.12 奇经各自的大体循行及基本功能怎样?

督脉的循行概况:起于胞中(即小腹内),下出会阴,沿脊柱即背部正中线上行,

至项沿头部正中线，经头顶、额、鼻，止于上唇系带处。

督脉的基本功能：一是总督一身阳经（手足三阳经均与督脉交会于大椎穴），故为“阳脉之海”。二是与脑（上项入颅络脑）、肾（一分支自脊柱后面分出前行属肾）有密切关系。

任脉的循行概况：起于胞中，下出会阴，经阴阜，沿腹部正中线上行，经咽喉至下颌部，环绕口唇，沿面颊分行至两目眶下。

任脉的基本功能：一是总任一身阴经（足三阴经在小腹与任脉交会，使两侧阴经相连），故为“阴脉之海”。二是“任主胞胎”，与女子妊娠养胎有关。

冲脉的循行概况：起于胞中（督、任、冲三脉同起于胞中，故有“一源三歧”之说），下出会阴，从气街部（腹股沟处）起与足少阴经相并，挟脐上行，散布于胸中，再上行经喉，环口唇上至目眶下。冲脉有两大分支，一支从气街部分出下行，沿大腿内侧入腘窝，再沿胫骨内缘，下行至足底；另一支从胞中分出，向后上行于脊

柱前。

冲脉的基本功能：一是冲为“十二经脉之海”，能调节十二经气血；二是冲为“血海”，与女子月经有密切关系。

带脉的循行概况：起于季胁，斜向下行至带脉穴（髂前上棘处），绕身一周。在腹面的带脉下环至少腹。

带脉的基本功能：约束纵行诸经。

阴、阳跷脉的循行概况：跷脉左右成对。阴、阳跷脉均起于足踝下。

阴跷脉起于内踝下，沿内踝后直上下肢内侧，经前阴，沿腹、胸，过缺盆（锁骨上窝），出行于人迎穴之前，经鼻旁，到目内眦，与手太阴经、足太阴经、阳跷脉会合。

阳跷脉起于外踝下，沿外踝后上行，经腹部，沿胸部后外侧，经肩部、颈部外侧，上挟口角，到达目内眦，与手太阳经、足太阳经、阴跷脉会合，再上行进入发际，向下到达耳后，与足少阳胆经交会于项后。

阴、阳跷脉的基本功能：一是主司肢节运



动。蹻，有矫捷轻健之义。蹻脉从下肢内、外侧分别上行于头面，具有交通一身阴阳之气和调节肌肉运动的功能，从而使下肢运动灵活矫捷。二是主管眼睑开合。由于阴、阳蹻脉交会于目内眦，故认为蹻脉具有濡养眼目和主司眼睑开合的作用。

阴、阳维脉的循行概况：阴维脉起于小腿内侧足三阴经交会之处，沿下肢内侧上行，至腹部，与足太阴脾经同行，到胁部，与足厥阴肝经相合，然后上行至咽喉，与任脉相会。

阳维脉起于外踝下，与足少阳胆经并行，沿下肢外侧向上，经躯干部后外侧，从腋后上肩，经颈部、耳后，前行于额部，经项后，与督脉会合。

阴、阳维脉的基本功能：《难经·二十八难》说：“阳维阴维者，维络于身，溢蓄不能环流，灌溉诸经者也。”可见阳维、阴维脉具有维系、联络全身阳脉、阴脉的作用。在正常情况下，阴、阳维脉相互维系，对气血盛衰起着调节溢蓄作用，不直接参与环流。

### 5.13 何谓十二经别？其生理功能如何？

十二经别是十二正经离、入、出、合的别行部分，是正经别行深入体腔的支脉。其循行路线深而长，具有离、入、出、合的循行分布特点。它从肘或膝以上的正经分出，经过躯干，深入胸腹腔。阳经经别在进入胸腹后均与其经脉所属络的脏腑联系，然后均在头顶部出体表。阳经经别合于本经经脉，阴经经别合于相表里的阳经。

十二经别的生理作用主要有以下两点：一是加强相为表里的阴阳两经的联系。十二经别进入体腔后，表里两经并行，增强了表里相合脏腑间的联系。且阴经经别合于相表里的阳经，故十二经脉表里关系的确立也与经别的沟通有关。二是通达某些正经未循行到的器官和形体部位，因而能补正经之不足，使经脉对身体各部的联系更趋周密，从而扩大了经穴主治的范围。

如足太阳膀胱经并不到肛门,但该经的承山等穴可治疗痔疮,这正是由于足太阳经别“深入尻下,别入于肛”。

### 5.14 何谓十五别络?其生理功能如何?

十五别络是主要的、较大的络脉。其中,十二经脉的别络在四肢肘、膝关节以下本经的络穴分出后,均走向其相表里的经脉。因别络分布较浅表,故十二别络可加强相为表里的阴阳两经在体表的联系。

督脉的别络,从长强穴分出后,上行散布于头部,左右别走足太阳经。其作用主要是沟通背部经气。

任脉的别络,从鸠尾穴分出后,散布于腹部。其作用主要是沟通腹部经气。

脾之大络,从大包穴分出后,散布于胸胁。其作用主要是沟通躯干侧面的经气。

## 5.15 经别与别络的主要区别是什么？

经别与别络的主要区别在于：

一是部位深浅有别：经别位置较深，别络位置较浅。

二是别出部位有别：经别从肘、膝以上的正经别出，别络从肘、膝以下处别出。

三是循行路线有别：经别是十二经脉的别行部分，有一定的循行规律，一般是从四肢入内脏，再出于头面；别络仅是经脉与经脉的联络线，并无经别那样的循行规律。

四是生理作用有别：经别加强体内表里两经的联系，补充正经循行分布的不足；别络主要是沟通表里两经，加强其在体表的联系。

## 5.16 经络理论有何临床意义？

经络理论在临床被广泛应用，归纳起来，最

为典型的有以下几方面：

一是“分经辨证”：是指根据经络的循行部位及生理、病理特点，分析各种病证，进行辨证论治。

分经辨证首先要分部论经，亦即根据发生病变的不同部位，来分析疾病属于哪一经脉或哪一经脉所属的脏腑。如临床常见的头痛一证，根据头面部经脉分布部位的不同，可分为“阳明头痛”（前额痛为主）、“少阳头痛”（两侧痛为主）、“太阳头痛”（后枕痛为主）、“厥阴头痛”（头顶痛为主）。头痛辨证有别，治疗亦随之各异。再如，前额、面颊、牙龈、口唇、喉咙等部位，均为足阳明胃经和手阳明大肠经循行之处，因此，前额头痛、风火牙痛、咽喉肿痛、面颊胀痛等，均可作为阳明经的病证论治。

在分部论经、分经辨证的过程中，还必须结合寒热、虚实的辨析。如足阳明胃经和足厥阴肝经均分布于乳房。乳房的急性炎症，出现红、肿、热、痛，如急性乳腺炎，多从胃经论治，用清胃泻实之法，即所谓阳证从阳经论治。乳房的慢性疾病，不红不热，微肿或痛，如乳房小叶增

生，每从肝经论治，用疏肝行气之法，即所谓阴证从阴经论治。

二是“循经取穴”：是指根据经脉的循行路线和联系范围来选取穴位进行治疗。这是针灸治病的最常用的一种方法。它强调针灸治疗必须按病变部位、病变脏腑的不同来分析和确定属于哪些经脉，然后“顺藤摸瓜”，选用相应经脉的穴位，这样可避免无的放矢。“宁失其穴，毋失其经”的古训，即是强调经络理论在针灸治疗中的重要作用。例如，针刺治疗耳鸣、耳聋，常用听宫、听会、中渚、外关、合谷、陵下等穴位。其中听宫、听会在耳周，属局部取穴，权且不论。中渚、外关位于上肢外侧中线，是手少阳三焦经的穴位，因为三焦经不但行至耳周，而且于耳后有一分支直接进入耳中。合谷在手背的前缘线上，系手阳明大肠经的穴位，因为大肠经从腕后分出的经别直入耳中。陵下位于小腿的阳陵泉下，为位于足少阳胆经的奇穴，因胆经循行于耳前、耳后，并穿入耳中。如此配伍取穴，就把与耳有关的经络大部分都考虑到了。

三是“药物归经”：是指某种药物对某经病证有特殊的治疗作用，即将其归属于某经的中药学理论。宋金时期的医家张元素就十分重视药物归经的理论。张氏编著的一部分析药物性能的医著《珍珠囊》中，所载药物无一不记有该药归于何经的字样。他认为深彻了解药物性味而使其各归其经，则力专用宏，疗效更著。在此基础上，张氏还提出了“引经报使”的理论，就是治疗某经病证时加入有关药物作为引导（或称“向导”），使整个处方的药力能更好地发挥作用。例如，手足太阳的小肠经和膀胱经病变，在上则用羌活，在下则用黄柏；手足阳明的大肠经和胃经病变，在上则用升麻、白芷，在下则用石膏；手足少阳的三焦经和胆经病变，在上则用柴胡，在下则用青皮。可见，药物归经是遣用每味药物的专司，而引经报使是向导全方主治的效用。药物有专司，制方有专主，则临证疗效必将得到最大发挥。这种药物归经、引经报使的理论，为临床分经用药提供了前提，历来为医家所重视，并一直沿用至今。

## 6 病 因

### 6.1 中医学的病因分类方法有哪几种？

中医学中的病因学说起源很早。《内经》依据各种病因的致病特点将其归纳为阴、阳两大类。如《素问·调经论》说：“夫邪之生也，或生于阴，或生于阳。其生于阳者，得之风雨寒暑；其生于阴者，得之饮食居处，阴阳喜怒。”《内经》的病因阴阳分类法，实际上是内外分类法。凡邪自外来，首先侵袭人体外部肌表者，属于阳；凡因起于内，首先伤及人体内脏者，属于阴。

东汉张仲景在《内经》的基础上，根据各种病因的致病途径及传变规律，将病因分为三类。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》说：“千般灾难，不越三条：一者经络受邪入脏腑，为内所因也；二者四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮



肤所中也；三者房室、金刃、虫兽所伤，以此详之，病由都尽。”仲景的病因分类方法，沿用了较长的一段历史时期。

对病因分类的论述最有影响的，要数宋代陈无择在《三因极一病证方论》中提出的“三因学说”。陈氏指出：外感六淫，先自经络流入，内合于脏腑者，为外所因；内伤七情，先自脏腑郁发，外形于肢体，为内所因；他如饮食饥饱、叫呼伤气、房事不节，乃至虫兽所伤、金疮痿折诸因，为不内外因。陈氏提出的“三因学说”较为合理地将外邪致病归于外所因，情志内伤归于内所因，其他病因归于不内外因。其对宋以后病因学的研究，起了积极的推动作用。至于陈氏所谓的“不内外因”，是相对于“内所因”、“外所因”而言的。因其既不同于外感六淫，也不同于内伤七情，故称“不内外因”，目前多称之为其他致病因素。

在陈氏“三因学说”的基础上，近年来又增加了一类病因，即病理产物，诸如内生水湿、痰饮、瘀血、结石等。水湿、痰饮、瘀血、结石等既

是人体病理过程中的产物,也会成为加剧病情发展或导致其他疾病的因素,故也将其视为病因。

## 6.2 何谓审证求因?并举例说明之。

中医学在认识病因时,除了要了解可能作为致病因素的客观条件外,主要是以病证的临床表现为依据,通过收集、分析疾病的症状、体征来推求病因,为治疗用药提供依据,这种方法被称为“审证求因”,又称“辨证求因”。例如,一个病人出现恶寒发热、无汗、全身酸痛、鼻塞流清涕、舌苔薄白、脉浮紧等症,根据风寒邪气的性质和致病特点,就可以分析出病因是感受风寒。

## 6.3 何谓六气、六淫?二者有何区别与联系?

六气,是指风、寒、暑、湿、燥、火六种正常的

自然界气候现象。六气的正常变化,是万物生长变化及人类赖以生存的自然条件,并不足以使人致病。

六淫,即风、寒、暑、湿、燥、火六种外感病邪的总称。当气候变化异常,非其时而有其气(如春季应温而反寒,秋季应凉而反热等),或气候变化过于急骤,并在人体正气不足、抵抗力下降时,六气才能成为致病因素,即所谓“六淫”。因此,六淫亦可理解为六气之太过或令人致病的六气。

六气和六淫都是指自然界的风、寒、暑、湿、燥、火六种气候现象。只要不使人得病,即使狂风暴雨,严寒酷暑,也应称之为六气;反之,即使微风细雨,气候变化正常,也会有人因适应能力低下而得病,这时对患病机体来说,也应称之为六淫。可见,六气与六淫既有联系,又有区别。

#### 6.4 六淫致病的共同特点有哪些?

首先,六淫致病多与季节气候、居处环境有

关。四季气候有春温、夏热、秋凉、冬寒的不同，季节气候不同，对人体和各种致病因素的产生、传播亦有不同影响，故外感疾病常有一定的季节性，习称“时令病”。清代医家雷丰根据不同时季的发病倾向，著成《时病论》一书，对各种外感时令致病的证、因、脉、治详加论述。此外，久居湿地或水上作业之人易患湿病，而高温作业之人易致燥热为病，均为临床所常见。《医学源流论·五方异治论》中所指出的“中州之卑湿，山陕之高燥，皆当随地制宜”者，亦属外邪致病与地域环境有关的论述。

其次，六淫外邪，既可单独致病，亦可合并致病。如湿邪困脾、寒邪直中、暑邪外袭等，即为外邪单独致病；风寒束表、风热犯肺、湿热中阻等，即为两邪相合致病。有时甚至有三邪相合致病的，如《素问·痹证》说：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”

再次，六淫侵入人体的途径不外有三：或从皮肤肌腠而入，即由表入里；或从口鼻而入，即自上而下；或上述两者同时受邪。因六淫之

邪多从外受,故有“外感六淫”之称。

## 6.5 外感六淫与内生五邪有何区别？

六淫属于外邪。内生五邪是由于脏腑功能失调所产生的化风、化寒、化湿、化燥、化火等病理反应,属于在疾病过程中形成的病机范畴。虽然内生五邪与外感六淫在证候表现上有相似之处,但它们仍有区别。六淫属于病因范畴,六淫致病可统称为外感疾病;内生五邪属于病机范畴。两者病因病机、诊断治疗等方面多有本质区别。

## 6.6 风邪的性质和致病特点是什么？

风为阳邪,其性开泄,易袭阳位:风性善动而不居,具有升发、向上、向外的特性,故为阳邪。其性轻扬,即清轻上扬之义。开泄,开,张

开；泄，外泄。风邪易使腠理疏泄而开张，出现汗出恶风之症。易袭阳位，是指风邪易袭人体的上部、阳经和肌表等属阳的部位。如人体头部最高，易被风邪侵犯；五脏中肺位最高，亦易被风邪侵犯。故伤于风者，头部清窍及呼吸道症状为多。此外，表证多与风邪入侵有关。

风性善行而数变：善行，是指风本为气之激烈流动，故其致病多见病位游移、行无定处的特性。例如，风寒湿三气杂至而为痹证（以关节或肌肉疼痛、肿大或重着为主症的一类疾患），其以风邪为主者为“行痹”，症见游走性关节疼痛。数变，一是指“风无常方”，为病众多；二是指风邪为病，多变化迅速无常，如荨麻疹（俗名风疹块）发无定处，此起彼伏，小如麻粒丘疹，大如豆瓣，甚则成片。

风为百病之长：语出《素问·风论》。亦可谓“风为百病之始”（《素问·骨空论》）。风为百病之长，是说明风邪为六淫之中最常见、最易中人之邪，且常为外邪致病的先导，其他病邪每依附于风邪而侵袭人体。诚如《临证指南医案·

卷五》指出：“盖六气之中，惟风能全兼五气，如兼寒曰风寒，兼暑曰暑风，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，故曰百病之长也，其余五气则不能互相全兼。”据此，古人甚至把风邪作为外感病邪的代称。

## 6.7 外风与内风有何区别与联系？

内风是指机体因阳气亢逆、动变而出现肢体动摇、震颤等的病理现象。之所以谓之“风”，仅取其“风胜则动”、以动喻风之义。临床上凡见头目眩晕如坐舟车，四肢抽搐强直，或猝然昏倒，两目上吊，口眼歪斜，半身不遂，或痉挛震颤，或肢体麻木，筋惕肉瞤<sup>①</sup>，手足蠕动等症，多属内风的病理现象。其中尤以强直性痉挛，或虚损性蠕动，或不由自主的动摇震颤为内风的证候特点。至于引起内风的原因，则有热盛动风、肝阳化风、阴虚风动、血虚生风等。内风之因不同，其“动”的表现亦有区别。大体而言，临床可

分为实风与虚风两类。

外风与内风有时亦有某些联系。《金匱要略·中风历节病脉证》认为,中风之因系络脉空虚,正气不足,风邪乘虚入中。如高血压中风(多为肝阳化风)有时可因外感风寒而引发,故冬春(冬多寒而春多风)发病率较高。

## 6.8 寒邪的性质和致病特点是什么?

寒为阴邪,易伤阳气:寒性属阴,阴寒过盛,人体阳气不仅不足以驱除阴寒之邪,反而为阴寒所伤,即所谓“阴胜则阳病”。因此,感受寒邪,最易伤阳,出现阴寒偏盛之证。若寒邪袭表,卫阳被遏,则见恶寒;寒邪直中脾胃,脾阳受损,则见脘腹冷痛、呕吐、腹泻等症;寒邪直中少阴,心肾阳衰,则见畏寒蜷卧、手足厥冷、下利清谷、小便清长、脉象微细等症。在中医学中,多将寒邪束表,卫阳被遏者,称为“伤寒”;而将寒邪直中于里,损伤脏腑阳气者,谓为“中寒”。



**寒性凝滞：**寒邪入侵，阴寒偏盛，阳气受损，人体经脉易致凝涩不畅。不通则痛，故寒邪入侵，导致气血凝滞，最易出现各种痛证，即所谓“寒胜则痛”。如风寒湿三气杂至而为痹证，其寒邪为主者为“痛痹”，临床可见以关节寒性疼痛为主。这种疼痛的特点是局部有寒冷感，遇寒加重，得热则减。就临床而言，寒盛必痛，但痛非必寒，这是需要注意的。

**寒主收引：**收引，即收缩牵引之意。寒邪入侵人体，可使皮毛肌腠、经络血脉、肢体关节等收缩挛急。皮毛肌腠收引，则见恶寒发热、无汗；经络血脉绌急，则见头身疼痛、经脉拘急、皮肤苍白或青黑（寒瘀之征）、四肢厥冷、脉紧；肢体关节牵引，则见形体蜷缩、肢节拘挛疼痛。因寒主收引可使人体气机收敛，故亦可影响内脏，如见肠胃受寒出现痉挛性疼痛。

## 6.9 外寒与内寒有何区别与联系？

内寒是指机体阳气虚衰，温煦功能减退，

寒从内生的病理状态。形成内寒的病机主要有两方面：一是阳虚失于温煦，以致出现种种虚寒之象；二是阳虚气化失司，以致出现水湿、痰饮等阴寒性质的病理产物积聚。可见，内寒是指“阳虚则寒”，外寒是指“阴胜则寒”。内寒是指病理状态，外寒是指具体病邪。内寒的临床特点必是虚而有寒，且以虚为主；外寒的临床特点则以寒为主，且多与风、湿等邪相兼，间或亦可因寒邪伤阳而见虚象，但仍当以寒为主。

外寒与内寒在病机传变上也有联系，寒邪侵入人体，必然会损及机体阳气，最终导致阳虚；而阳气素虚之体，则又因抗御外邪的能力下降，易于外感寒邪而致病，或易导致寒邪直中脏腑，引动内寒而发病。

## 6.10 湿邪的性质和致病特点是什么？

湿为阴邪，易阻气机，易伤阳气：湿性重

浊，其性类水，故为阴邪，又为有形之邪。因其为阴邪，故易伤阳气，尤易损伤脾阳（因脾为湿土之脏而同气相求），致脾失健运，出现腹泻、水肿等症，所谓“湿胜则濡泄”即是此意。因其为有形之邪，故易阻滞气机，使脏腑、经络气机壅滞不畅，而见胸闷脘痞、腹胀腹痛、小便短涩、大便不爽或里急后重等症。

**湿性重浊：**重，即沉重、重着，是指感受湿邪，常见头重如裹、周身困重、四肢沉重等症。如风寒湿三气杂至而为痹证，其湿邪为主者称“着痹”，临床见肌肤不仁，关节疼痛沉重。浊，即秽浊、污浊，是指分泌物及排泄物污秽浑浊而言。如湿邪致病可见面垢眵多、大便溏泄、下痢脓血、小便浑浊、妇女带下过多等。

**湿性黏滞：**湿邪的黏腻停滞主要表现在两个方面，一是指湿病症状多有黏滞不爽的特点，如分泌物及排泄物黏腻滞涩；二是指湿邪为病多缠绵难愈，病程较长或反复发作，如湿痹、湿疹及某些湿热病即是如此。

**湿性趋下，易袭阴位：**湿邪为病多见下部

症状,如下肢水肿、小便淋浊、赤白带下、大便泄痢等。较之风邪易袭阳位而言,湿邪易袭阴位。除上述多见下部症状外,还可表现在湿邪为病初起即可见困阻脾胃之象,所谓湿邪多为“直趋中道”(即径入中焦脾胃),便是此意。

## 6.11 外湿与内湿有何区别与联系？

内湿,是指由于脾虚运化失司,以致水湿痰浊内生的病理产物和病理状态。脾虚运化水液功能障碍,以致水液不化,聚而成湿,停而成痰,留而成饮,积而成水。由于内湿多因脾虚失运所致,故又称“脾虚生湿”。《素问·至真要大论》所说的“诸湿肿满,皆属于脾”,指的亦是这一意思。

内湿与外湿,就其因“湿”所致的临床表现而言,并无特殊区别。一般可从病程的长短、发病有无季节性以及有无明显的脾虚之象等方面加以鉴别。临床上亦有痰湿之体而复感湿

邪者。

外感湿邪与内生湿浊虽在概念及成因方面有区别,但二者亦常互相影响。湿邪为病,每易伤脾;脾失健运,湿浊内蕴,或内湿素盛之体,则最易外感湿邪。

## 6.12 燥邪的致病特点是什么？

燥性干涩,易伤津液:燥性干燥,易伤津液,为病多见阴津亏虚、干燥失润之象,如可出现口鼻干燥、咽干口渴、毛发不荣、皮肤干涩,甚则皮肤皲裂、小便短少、大便干结等症。即所谓“燥胜则干”(《素问·阴阳应象大论》)。

燥易伤肺:燥易伤肺,一是因肺为“娇脏”,喜润而恶燥;二是因肺司呼吸,开窍于鼻,外合皮毛,而燥邪本是指气候干燥,燥邪易自口鼻、皮毛而入,劫伤肺的津液,影响肺的宣发和肃降,出现干咳少痰,或痰少而稠、极难咯出,口鼻、肌肤干燥,甚则痰中带血、胸痛喘逆等症。

## 6.13 外燥与内燥有何区别与联系？

内燥，是指机体津液不足，各组织、器官及孔窍失其濡润，从而产生干燥枯涩的病理状态，故又称“津伤化燥”。内燥一般多由邪热灼伤津液、久病耗伤阴液或年老津液自亏所致。

内燥与外燥，就其具体燥象而言，并无明显不同，两者的区别主要在于：外燥是指可直接引起干燥诸症的时令燥邪；内燥是指津液亏耗，失于滋润，以致燥象内生的病理状态。外燥发病可有一定季节性，病程较短，就一般而言，病情亦较为轻浅，很少有直接伤及肝肾之阴者。内燥一般无季节性，病程可短可长，病情轻重不一，重者可导致肝肾精血枯涸、阴亏火热内生或虚风内动之证。

外燥与内燥的主要联系是燥邪侵入人体，最易伤及人体津液，津亏则生内燥。而津液亏耗之体，又容易感受燥邪，使内外合病，病情加重。

## 6.14 火热之邪的性质和致病特点是什么？

火(热)为阳邪,其性炎上:阳主躁动,火热燔灼,焚焰升腾,故曰“炎上”。阳热之邪伤人,可见高热、恶热、烦渴、汗出、脉洪数等症。上扰心神,则见心烦、失眠、狂躁妄动、神昏谵语等。此外,面红目赤、口舌生疮、牙龈肿痛等亦多属火热炎上之症。

易耗气伤津:阳热亢盛,燔灼津液,且每易迫津外泄(高热汗出),故热邪致病,津液耗伤之象多较明显,如见口渴喜冷饮、咽干舌燥唇裂、小便短赤、大便秘结等症。阳热之邪还可耗气,即所谓“壮火食气”。阳热亢盛,易耗正气,加之热迫汗出,气随汗泄(津能载气之故),致使热病患者多见气阴两伤之证。

易生风动血:邪热亢盛至极,每易燔灼筋脉,引动肝风,导致热极生风,可见四肢抽搐、角弓反张、目睛上吊、颈项强直等症。热入营血,

可使血流薄疾，甚则灼伤脉络，迫血妄行，出现各种出血症状。

易致肿疡：火热之邪侵入血分，聚于局部，腐肉成脓，可发为痈肿疮疡。临床辨证，凡疮疡局部红肿、高突、灼热者，皆属阳、属火。论其具体病邪，则常以热毒、火毒为辨。

## 6.15 外感火热与内生火热有何区别与联系？

内生火热，是指由于阳盛有余、阴虚阳亢、病邪郁久或五志过极，导致火热内扰、功能亢奋的病理状态。有阳盛化火者，如胃阳素盛而消谷善饥，即为胃热；有病邪郁久者，多致气机郁滞而从阳化火化热，如湿郁化火、食郁化热；有五志过极者，又称“五志之火”，因五脏之气躁动不宁，动则生阳化火；有阴虚火旺者，因阴虚阳亢而生虚火、虚热，这在临床十分常见。

外感火热与阴虚所致的火热内生之间有一定的病机联系。火热为病，最易伤阴，热病后



期，多致阴虚。而阴虚者，阴不制阳，多致虚火、虚热内生。

## 6.16 暑邪的性质和致病特点是什么？

暑为阳邪，炎热燔灼：暑邪为盛夏火热之气所化，故其性属纯阳。感人发病则多见壮热、面赤、烦躁、脉洪大等症。《素问·生气通天论》指出，暑邪感人，可致“烦则喘喝”、“体若燔炭”。

暑性升散，伤津耗气：暑性炎热，侵袭卫表，易入气分，迫津外泄，汗出不止，气随津泄，而多致气津两伤，可见口渴喜饮、唇干舌燥、尿赤短少、气短乏力等症。

暑扰心神，易引肝风：暑在五行属火，心在五行亦属火，故古人认为暑邪内通心火。暑热之邪，易扰动心神，出现心中烦躁，闷乱不宁，甚则突然昏倒，不省人事（中暑）。暑热之邪，又易引动肝风，出现四肢抽搐，颈项强直，甚则角弓反张，古医籍称之为“暑风”、“暑痫”。

暑多挟湿：夏季不仅气候炎热，且常多雨而潮湿，所谓天暑下迫，地湿上蒸，湿热弥漫于空间，人身之所及，呼吸之所受，均不离湿热之气。暑令湿盛必多兼感。其临床特征除发热、烦渴等暑热症状外，常兼见四肢困重、胸闷泛恶、大便溏泄不爽等湿阻症状。就临床实际看，夏令虽为暑湿并存，但仍以暑热为主，湿浊居次，而非暑中必挟湿邪。

## 6.17 寒郁化热、湿郁化燥的机理何在？

六淫致病后，在疾病发展过程中，有时会出现疾病的证候属性与初始病邪特性相反的状态，如寒邪入里化热、湿郁日久化燥等。这种转化并不是指邪气本身的转化，而是由于病机的发展变化所导致的证候的转变。这种转化与机体的体质状态及病邪本身的特性有密切关系。兹举例分析如下。

寒邪入里化热：外感寒邪，常出现恶寒、

头痛、无汗、鼻塞流清涕、身痛、苔薄白、脉浮紧等症，临床辨证为“风寒表证”。此时若患者素体阳盛，体质偏热，加之寒主收引，使腠理闭塞，阳气不得发泄，郁结于内，至一定程度时，内热渐盛，以致出现恶寒消失、发热逐步升高（但热不恶寒）、口渴引饮、烦躁、咽痛、大汗出、苔黄舌红、脉洪大而数等症，辨证为“里热证”。这种初起由“风寒”病邪引起，而病变过程中转化为“热”或“火”者，实际上是由病机的转化所致的“证”的改变。根据审证求因、据因论治的原则，治疗亦随之以清热、泻火为主。

湿邪化燥伤阴：湿为阴邪，其性重浊、黏滞，易阻气机，易伤阳气。湿邪为患，常见胸闷腹胀、纳呆腹泻、口腻不渴、倦怠身重、苔腻、脉濡等症。然而，若湿邪内郁日久，气机阻滞不畅，亦可使湿从热化、燥化，尤其在阳盛之体或治疗上为祛湿而温燥之药投用过多、过久者，更易使湿从热、从燥而化。吴鞠通《温病条辨·中焦篇》即指出，湿邪直趋中焦而病入阳明燥土

者,易从热化、燥化,出现发热、烦躁、尿赤、便秘、口苦、苔黄糙等症。临床上有时还可见到湿邪滞留未尽,而燥热之象已现的复杂情况,治疗颇为棘手。其时法取化湿,易于伤阴助燥;投以润燥,则又易滋腻碍湿。每遇这种情况,治疗用药须慎重斟酌,多配合应用化湿不伤阴、养阴不碍湿之品,以冀两全其美。

## 6.18 同为阴邪的寒邪和湿邪其致病特点有何异同?

寒邪和湿邪同属阴邪,侵袭人体后,都具有损伤阳气的特点,这是两者的相同点。

其不同点为:

损伤阳气的病机不同:寒为阴邪,阴盛则阳病,故寒邪最易损伤机体的阳气,使全身或局部出现明显寒象,如恶寒、脘腹冷痛、下利清谷等;湿为有形之邪,湿邪伤阳,多易阻遏脏腑经络的气机升降,尤易困阻脾胃,损伤脾阳,出现胸脘痞闷、腹部胀满、大便溏泄等。

临床表现不同：① 寒凝气收，血脉拘急，气血运行不畅，不通则痛，故受寒常有头身肢体关节疼痛之症；湿性重浊，湿邪犯人，常见头重如裹、周身困重、四肢酸沉、关节重着等。② 分泌物和排泄物的形态不同。寒邪致病，阳气的气化温煦功能减退，故见分泌物和排泄物清稀寒冷，如鼻流清涕、呕吐清水、咳吐稀痰、小便清长、下利清谷等；湿性黏滞秽浊，故分泌物和排泄物秽浊不清或排泄不爽，如小便浑浊涩滞、大便黏滞不爽、带下黄白秽臭等。

## 6.19 同为阳邪的火邪、暑邪、热邪其致病特点有何异同？

相同点：三者都是自然界具有炎热特性的外邪，性质相同，皆由阳热亢盛所致，可以混称。三种病邪侵犯人体均产生一派热性症状，如发热、面赤、心烦、脉洪数等；均易伤津耗气，出现口渴、咽干、小便短赤、大便干结及体倦乏力、少气等津气两伤之证；均可扰乱心

神,出现心烦、躁不安、神昏谵语等症;均可热盛而动风,出现高热、四肢抽搐、两目上视、角弓反张等症。

不同点:首先,程度上的差异。火为热之极,温为热之渐。其次,有外感内生之分。热邪,多为外感;暑邪,致病有明显季节性,一般夏至到立秋这段季节里的热病,统称为暑,其他季节的热病不属于暑,故暑纯属外邪,没有内生之说;火邪,既可外感,又可内生。火邪有生理之火、病理之火。生理之火是指具有温煦、生化作用的阳气,如君火、相火。病理之火是指感受六淫之一的火热邪气,或感受寒、湿之邪,郁久化火等。此外,在六淫外邪中,火实际就是热,火与热常可混称,就临床表现而言,热多弥散,火多集中。暑性升散,更易耗气伤津,且多挟湿。火易生风动血,“热极生风”,表现为高热谵语、四肢抽搐等;同时,火热之邪可加速血行、灼伤脉络,甚则迫血妄行,表现为各种出血。火易致肿疡,火热之邪入于血分,可聚于局部,腐蚀血肉而发为痈肿疮疡。

## 6.20 何谓疠气？

疠气，是一类具有强烈传染性的外邪。由疠气所引起的疾病，古医籍中多称为“疫病”、“瘟疫”、“瘟疫病”。其病证的种类很多，如大头瘟（近似于颜面丹毒）、虾蟆瘟（近似于流行性腮腺炎）、疫痢（近似于细菌性痢疾）、烂喉丹痧（近似于猩红热）、白喉、天花、霍乱、鼠疫等。

疠气在中医文献中有许多称谓。因其为病长幼相似，远近咸若，沿门阖户，一方俱病，如差役不可避之，故又名“疫气”；又因其为病颇重颇险，如经鬼厉之气，故名之“厉气”、“疠气”；更因其为病变化多端，传变迅速，多有坏证、变证和逆证，故又称“戾气”，或径称“乖戾之气”；再因其不同于一般六淫之气，故又名其“异气”。

## 6.21 疠气和六淫有何区别？

感受病邪的不同。在气候异常，如气候太

过或不及，或非其时而有其气，或气候变化过于急骤时，人们易感受六淫邪气而患普通的外感疾病。疠气则是人们用感官不能直接观察到的毒气。疠气比火热之邪毒力更强，并常兼挟湿毒秽浊之邪为病。

入侵途径的区别。六淫邪气从表入里或自口鼻而入。而疠气所感，“有天受，有传染，所感虽殊，其病则一”（《温疫论》）。所谓“天受”，是指空气传播。所谓“传染”，是指接触传播。即强调疠气或自空气吸入，或随饮食而入，总多以口鼻为入侵途径。

发病形式的差异。六淫发病多与正气的强弱有关。正气强则感之不易发病，正气弱则感之易发病。疠气致病，则无论老少强弱，触之者即病，且多发病急，来势猛烈，发病之初表证短暂，或传表里之间，或直中于里。

传染有强弱之别。六淫邪气致病，虽亦可有传染，但多传染性弱。疠气则有强烈的传染性，既可引起大面积流行，以致一方一境皆病；也可表现为散在的流行，导致一乡一村为病。



预后凶吉之分。六淫致病，其病程相对较短，亦易痊愈。疠气为病，其病程相对较长，病势危重，死亡率较高。

## 6.22 疫疠之气的致病特点是什么？

一是传染性强，易致流行。这是疠气致病的最大特点之一。《素问·刺法论》说：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。”《诸病源候论》说：“人感乖戾之气而生病，则病气转相染易，乃至灭门。”上述均说明感受疠气可以相互传染，并可引起流行。疠气肆虐之时，所感之处，几致家家有僵尸之痛，室室有号泣之哀，或沿门阖户，或覆族而丧，惨痛之状不下战乱。

二是发病急骤，病情危笃。因疠气毒力颇强，常挟火热、湿毒、瘴气等秽浊之气侵犯人体，故比一般的内伤杂病和六淫邪气致病紧急。发病后，极易伤津、动血、扰神、生风，亦易损害心、肾、肝等人体重要脏腑，以致出现种种重笃之症。若不及时救治，可致病情险恶，甚至死亡。

三是一气一病,症状相似。若感受同一种病气,所产生的临床症状相似,即所谓“无问大小,症状相似”。若感受不同的疠气,则症状不同,说明疠气致病有一定的选择性和特异性。明末清初医家吴有性在《温疫论》中即指出:疫疠之气,有偏中于动物者,也有偏中于人者。有人病而禽兽不病,鸡病而鸭不病。这种不同的感染倾向和传播情况,是由疫疠之气物种感受的特异性决定的。

## 6.23 影响疠气发生和流行的因素 主要有哪些?

首先,气候反常有利于疠气的滋生和传播。如久旱酷热、水涝成灾、湿雾瘴气等,常常是导致疫病流行的气候条件。

其次,环境污染、饮食不洁等,也会滋生和传播疠气,导致疫病发生。宋代医家陈无择在《三因极一病证方论》中说:“斯疾之召,或沟渠不泄,秽恶不修,薰蒸而成;或地多死气,郁发而

成。”可见搞好环境卫生,消灭蚊蝇,保持食物的洁净,是防止疫病流行的重要措施。

再次,社会因素也与疫病流行有密切关系。一般来说,经济、文化较落后的国家或地区,尤其是在战火连连、天灾不断、民不聊生的情况下,疫病更易流行,即所谓“大兵之后,必有大疫”,“大荒之后,必有大疫”。只有国家安定,社会进步,采取积极有效的卫生防疫措施,才有望杜绝疠气的滋生,控制疫病的流行。

## 6.24 何谓七情内伤？

七情内伤是喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志致病因素的总称。七情是机体对外界刺激的情志应答反应,属于正常的生理活动。但是在突然的、剧烈的或过久的情志刺激下,超过了人体的自我调节能力,则可导致机体气机紊乱、脏腑损伤、阴阳失调而致病。七情致病,病从内生,是内伤疾病的主要致病因素之一,故称七情内伤。

## 6.25 七情内伤的共同致病特点是什么？

第一，从心而发。心为五脏六腑之大主，精神之所舍，七情皆产生于心，而后引动相应的脏腑，故七情太过首先伤及心神，然后波及其余四脏，引起疾病。

第二，直接伤及内脏。七情太过可影响相应脏腑，如过喜伤心，大怒伤肝，思虑伤脾，悲忧伤肺，恐惧伤肾。从临床看，七情致病又以心、肝、脾三脏为多见。

第三，影响脏腑气机。七情主要通过影响脏腑气机，导致气血逆乱而发病。如《素问·举痛论》指出，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，惊则气乱，思则气结。

第四，多发为情志病。七情致病，常可导致癫狂、惊悸、不寐等表现为精神情志性病证。

第五，情志的异常波动可使病情加重或恶化。

## 6.26 过劳的分类及致病特点如何？

过劳可分为劳力、劳神、房劳过度三类。

**劳力过度：**一般情况下，劳作用力后出现一定的疲劳感，经适当休息即可消除。若体力劳动或体力运动过度，可出现极度疲乏，甚至使脏腑气血功能失调而发病。过劳多指长时间的持续劳作，使身心始终处于绷紧疲惫状态；或身体长时间处于承受力所不能及的持重、运动等状态，以致损伤脏腑，阻碍气血，进而引发疾病。劳力过度最易耗伤元气，出现少气乏力、精神衰弱、四肢困倦、劳则喘息等劳伤之证，即所谓“劳则气耗”。

**劳神过度：**劳神过度是指用心过度，思虑无穷。劳神过度既可暗耗心血，又易损伤脾气，以致心脾两虚。心血虚则可见心悸、怔忡、失眠、多梦、健忘；脾气虚则可见纳少、腹胀、便溏、乏力。日久则脏腑功能衰减，又易招致外邪侵袭而发病。当然，适当的思虑并不会致病，反而

有利于思维敏捷而延缓衰老。

**房劳过度：**房劳过度是指男女性生活过于频繁，或手淫、早泄、多育等，均可劫夺肾精而有碍健康。肾主藏精而为先天之本、生命之根。若恣性纵欲，房劳无度，必然耗伤肾精，损伤元气，甚至可出现未老先衰之象。就临床表现而言，精虚阴亏，虚火内生，多见腰膝酸软、眩晕耳鸣、遗精滑泄、梦交带下，甚者出现骨蒸潮热、肌肉瘦削，发为虚劳。

## 6.27 过逸的分类及致病特点如何？

过逸可分为体逸、神逸过度。

**体逸太过：**长期安闲不劳作、不运动，或多静少动，缺乏户外活动，使气血运行迟缓，脾胃功能呆滞，脏腑脆弱，正气不足，抵抗力下降，容易招致邪气侵入机体而发生疾病。

因逸而病类型颇多。有因过于安闲，久卧少动，损伤正气，而见头晕心悸、精神疲惫、失眠多梦、动则喘促等；有因久坐少动，损伤肌肉，而

见肢体麻木、驼腰躬背等；有因看书学习，久用视力，姿势不当，出现头晕目眩、恶心少食、视力减退等。《素问·宣明五气》说：“久卧伤气，久坐伤肉，久视伤血。”

神逸太过：神逸是指长期不用脑、不善思而言。神逸与体逸，既有区别，又有联系，有时还可同时存在。长期安闲，饱食终日，无所用心，则神无所用，不用则废，表现为表情淡漠、精神不振、饮少乏味、体倦无力等，称为“不劳则神逸”。或因病长期卧床，无所事事，不能正确认识疾病，丧失信心，自暴自弃，以致使精神萎靡，神识呆滞，思维迟钝，称为“因病而神逸”。

人之神思，常运则灵。若长期心神不用，贪图安逸，必致神机不灵，心脑不健。轻者不耐久思，智力下降，健忘不敏；重者可出现痴呆、心理变态、精神失常等疾患。此外，神逸则抑郁，抑郁则气滞，可进一步诱发多种情志病证。

## 6.28 饮食失宜的分类及致病特点如何？

饮食失宜主要包括饥饱失常、饮食不洁和饮食偏嗜三方面。

一是饥饱失常。暴饮暴食或长期过量进食,以及饥而不食或长期摄食过少,均可导致疾病发生。过饥或过饱,虽均为饮食不节,然其辨治却迥然有别。长期进食过少,气血生化之源不足,久之则气血衰少,正气虚弱而多病。若暴饮暴食,或长期过量摄食,超过脾胃的运化功能,则可损伤脾胃。婴幼儿的脾胃较弱,故较成人更易伤食致病,若食滞日久,还可酿成疳积,出现手足心热、心烦易啼、脘腹胀满、面黄肌瘦等症。急性伤食甚者,可见忽然厥逆昏迷,口不能言,肢不能举,名为“食厥”。热病初愈而强食之,可致病情反复,谓之“食复”。长期进食过饱,可影响气血流通,使筋脉郁滞,易致痔疮。过食肥甘厚味,又易化生内热,甚至引起痈疽疮



毒等病证。若因长期摄食过多而致异常发胖，更可变生多种疾病。

二是饮食不洁。进食不洁可引起多种肠胃系统病证，出现腹痛、吐泻、痢疾等证，或引起寄生虫病，如蛔虫病、蛲虫病、寸白虫病等，临床可见时常腹痛、嗜食异物、面黄肌瘦等。若进食腐败变质的有毒食物，常出现剧烈腹痛、吐泻等中毒症状，重者可出现昏迷或死亡。除此以外，尚有化学药品中毒等。不同的食物或药物中毒有不同的病理表现，轻则腹痛、吐泻，重则昏迷、死亡。

三是饮食偏嗜。饮食偏嗜可导致阴阳失调，功能偏颇，或因食谱过狭而缺乏某些营养，进而引发疾病。若偏嗜生冷寒凉之物，可损伤脾胃阳气，导致寒湿内生，发生腹痛、泄泻等症；如偏嗜辛温燥热之品，则可使胃肠积热，出现口渴、便秘、烦热，或酿生痔疮等病证。若长期偏嗜，可使相应脏腑功能偏盛，久之可损伤内脏，发生多种病变。此外，若嗜酒过度，可致湿热内生而伤阴，甚则变生噎膈、鼓胀等证。嗜食甘肥

之品和膏粱厚味，多因肥能生热，甘能壅中，以致滞碍胃肠，聚湿生痰，而成湿热、痰热之证，消渴、中风等多与此有关。

## 6.29 水、湿、痰、饮的概念有何异同？

水、湿、痰、饮都是因水液代谢障碍而停积于体内所形成的病理产物。其形成多由于外感六淫、饮食所伤及七情内伤等，使肺、脾、肾及三焦等脏腑的气化功能失常所致。脾失健运、肺失宣肃、肾失气化、三焦水道不利等，均可导致水液代谢紊乱，从而形成这些病理产物。

水、湿、痰、饮四者在概念、分布、分类等方面有所区别，试述如下：

概念上的大致区别：水，基本上是指水肿，即体内水液潴留，泛滥肌肤，引起头面、眼睑、四肢、腹背甚至全身浮肿，严重者可伴有胸水、腹水等。若水湿合称，多偏指湿。湿，其性似水，可理解为弥散之水，多由脾失健运，水液运行迟

缓而弥漫地浸渍于某些脏腑组织。湿之聚合即成水，水之潴留即为肿。痰饮多由水湿停滞、凝聚而产生，其清稀者为饮，稠浊者为痰，所谓“积水成饮，酿湿成痰”。

分布、分类方面的主要区别：水肿之病，急性者多自眼睑浮肿开始，继而波及四肢；慢性者多遍体浮肿，尤以下肢凹陷性水肿为主。前者多称阳水，后者多称阴水。“湿”成之后，多先停留于中焦，阻滞脾胃气机，导致升清降浊失常。中焦之湿可郁蒸于上，或逐步下趋，故有“治湿不分三焦，非其治也”之说。湿郁上焦偏重者，多以胸中满闷、头胀头重等为主症；湿阻中焦偏重者，多以脘腹胀满、口腻纳呆等为主症；湿滞下焦偏重者，多以小便短少、频数急迫等为主症。此外，脾虚所生之“湿”，又每依病体的偏阴偏阳而寒化或热化。阴盛之体，湿从寒化，则为寒湿；阳盛之体，湿从热化，则为湿热。

痰之为物，随气上下，无处不到，内而五脏六腑，外而皮肉筋骨，周身内外皆可为病。其中阻于肺者，为“有形之痰”；在其他部位不可径见

者,统称“无形之痰”。无形之痰诸如痰阻于心,心血不畅,可见心悸、胸闷;痰迷心窍,心神闭阻,可见神昏、痴呆;痰火扰心,扰动神明,可见烦躁、癫狂;痰留于胃,胃失和降,可见呕恶、脘痞;痰阻经络、筋骨,可见瘰癧痰核,或半身不遂,或阴疽流注;痰浊上蒙清空,可见眩晕、昏冒;痰气交阻咽喉,可见咽若物梗,吞吐不去(梅核气)。上述诸证,各有见症,然其病因之辨均源于“痰”。正因痰成之后,变动不居,为病多端,故前人有“百病皆由痰作祟”、“怪病多痰”之说。

饮,多停聚于体内某些间隙的部位,如胸胁、肠胃等处。其中饮在肠胃,沥沥有声者,谓之“痰饮”(狭义);饮留胸胁,咳唾引痛者,谓之“悬饮”;饮停胸膈,咳喘浮肿者,谓之“支饮”;饮溢肌肤,水肿而无汗、身痛者,谓之“溢饮”。

### 6.30 水、湿、痰、饮的致病特点如何?

水、湿、痰、饮的共同致病特点归纳如下:

第一，阻滞气机、阻碍气血运行。水、湿、痰、饮为有形的病理产物，一旦形成，既可阻滞气机，影响脏腑气机的升降；又可流注经络，阻碍气血的运行。如痰饮停留于肺，肺失宣肃，可出现胸闷、咳嗽、喘促等症；痰饮流注经络，经络阻滞，气血运行不畅，可出现肢体麻木、屈伸不利，甚至半身不遂等。

第二，致病广泛，变化多端。水、湿、痰、饮停留于体内，可产生许多病证。如饮逆于上，可见眩晕；水注于下，则见足肿；湿在肌表，可见身重；湿滞中焦，则呕吐、腹泻；痰结咽喉，可见咽喉如有物梗阻的“梅核气”，故有“百病皆由痰作祟”之说。痰饮致病不仅病证广泛，而且变化多端。如痰饮所致之癫痫，一旦发作，痰浊内阻，则可见突然昏倒、四肢抽搐、牙关紧闭等。

第三，病程较长，病势缠绵。水、湿、痰、饮均为体内津液积聚而成，具有重浊黏滞的特性。因而致病均表现为病势缠绵，病程较长。

第四，易扰乱神明。水、湿、痰、饮，尤其是无形之痰浊内停，影响及心，往往扰乱神明，出

现神志失常病证。如痰迷心窍可见胸闷、心悸、痴呆等；痰火扰心可见失眠、易怒、喜笑不休，甚则发狂等。

第五，多见滑腻舌苔。水、湿、痰、饮内停，舌苔一般多为腻苔。

### 6.31 何谓瘀血？其形成的病因、病机如何？

瘀血，是指运行迟缓、停滞凝聚或溢于脉外尚未消散的血液。在古代文献中，又有凝血、恶血、死血、蓄血、积血等不同名称。

瘀血的形成原因很多，无论是外感六淫、内伤七情，还是饮食失宜、劳逸太过，凡可引起气虚、气滞、血寒、血热等证者，均可导致瘀血。兹将其病理机制分析如下：

气虚、气滞：气行则血行，气虚或气滞可致无力行血或血行不畅，形成瘀血。若气虚不能摄血而导致出血，未能及时消散，亦可形成瘀血。

**血寒、血热：**寒邪入侵或阴寒内盛，可使气血稽留不行，形成瘀血，即所谓“血遇寒则凝”。邪热深入，煎熬血液，可凝滞成瘀。血热妄行致血液离经未散者，亦为瘀血成因之一。

**外伤：**直接损伤脉道，以致血行不畅，或血液离经积存体内，形成瘀血。

## 6.32 瘀血致病有何共同的病证特点？

瘀血致病，虽然症状错综复杂，但其主要病证特点可大致归纳如下：

**疼痛：**多为刺痛、痛处固定不移，且多有压痛。瘀血阻滞某些内脏，不通则痛，可出现绞痛，如心绞痛等。

**肿块：**外伤肌肤者，可见青紫肿胀。瘀积体内者，久聚不散，可成癥积痞块，扪之可及，固定不移，质地坚实。

**出血：**瘀血内阻，血液不能循经而行，以致妄行脉外。瘀血所致出血，血色多呈暗紫色，并

常伴有血块。

青紫色：久瘀可见面色黧黑，唇甲青紫，舌质紫暗，或舌有瘀点、瘀斑，舌下静脉迂曲，腹壁静脉怒张等征象。

脉象：多见细涩、沉弦或结代等。

此外，尚有瘀血发热、瘀血发黄、瘀血发狂等。

### 6.33 结石形成的原因和致病特点是什么？

结石的形成，多与长期湿热浊邪蕴结不散有关。直接的病因多责之于饮食不当、情志内伤、服药不当以及体质差异等。结石致病的特点主要有：多发于肝、肾、胆、膀胱、胃等脏腑；病程较长，病情轻重不一；易阻滞气机，损伤脉络。

### 6.34 皆为病理产物的痰饮、瘀血、结石的致病特点有何异同？

共同点：① 都为病理产物所形成的病因。



② 易阻滞气机。③ 病程较长。④ 致病有广泛性,随阻塞的部位不同可产生不同的症状。

不同点:① 痰饮为水液代谢失常所形成的病理产物,随气流动,症状上变幻无常,以沉重、活动不利、水肿、滑腻舌苔为特点。② 瘀血是血液在体内停滞,或是积于体内的离经之血,或是阻滞于经脉及脏腑运行不畅的血液。症状以刺痛、肿块、出血、紫绀为特点。③ 结石为湿热浊邪蕴结不散,煎熬而成。症状以绞痛、出血为特点。

## 6.35 何谓药邪?其形成的原因是什么?

药邪,是指由药物本身产生或因药物运用不当而致病的一种因素。相当于目前临床所说的药源性疾病。

药邪的形成原因大抵有如下两类:

首先是药物自身所致的毒性反应。药物自身有毒,这在植物类、动物类和矿物类药物中普

遍存在。例如，植物类药物乌头，性味辛热，有大毒，依法炮制后入药，若煎煮不透，即使用一般剂量，亦足以引起中毒。动物类药物蜈蚣，含有组胺样物质和溶血蛋白，用之不当，可引起溶血反应。矿物类药物朱砂，过量服用，可导致慢性汞中毒。

有毒药物因其有治疗作用，故不得已而用之。若过量、误服或配伍、炮制不当，均可造成机体中毒，甚至死亡的严重后果。药物中毒的临床表现因用药不同而异。就一般而言，轻者可出现头晕、心悸、恶心、呕吐、舌麻、腹泻或便秘等症；重者可表现为肌肉颤动、烦躁不安、黄疸加深、气短流涎、排尿困难、血压下降、出血、紫绀，终致死亡。总之，其特点一是毒性反应明显，二是病势易趋危重状态。

其次是药不对证所致的不良反应。无论是攻下药，抑或是补益药，使用时必须识其气味，明其功效，得其用法，对证下药，才不致犯偏胜偏损、虚虚实实之戒。例如，虚者补之，毋庸置疑，然临床有“虚不受补”之人，如虽虚而湿热之

邪留滞者，虽损而脾胃之气闭塞者，虽为热病后期而余邪未尽者，虽为妇人产后而恶露未尽者，均须注意其有“虚不受补”的可能。若一见虚象，不辨病由，恣意投补，必有大害。即便虚能受补，也不可一味滥补。实者泻之，无可非议，但临床亦有“实不耐攻”之证，如虽有可攻之实象，但正气已虚，不堪一攻，此时即须注意其“实不耐攻”。若一见实象，就妄用攻下，则有变生“坏证”之害。即便实能耐攻，也应综合权衡，不可过剂。如过用苦寒，易致败胃；过用温燥，易致伤阴。

## 6.36 何谓医过？其形成的原因是什么？

医过，是指医生的过失。医生的过失可造成病情加重或变生他疾。相当于目前临床所说的医源性疾病。

医过的形成大体有以下几种情况：

语言不妥：医生讲话不注意场合、不掂量

分寸,言语粗鲁,出言不逊,或泄露了本应为病人保密的内容,或告知了本不该让病人知道的病情,从而使病人产生反感情绪,出现抵触倾向,或导致其思想负担过重,由此加重病情或变生他病。

文字潦草:医生所开处方,或书写潦草,或用字不规范,或好用冷僻的中药别名,使配药人员难以辨认,难以理解,对于危重病人,易贻误病机,或致搞错药物,引起不良后果,或变生他疾。

误治失治:医生临床辨证不正确或不及时,导致治疗用药的错误,以致延误病情或增添新疾。如将虚证错判为实证,误用大量泻实之品;或将实证错判为虚证,误用众多补虚之药。如此“虚虚实实”之误,必使患者病情轻者变重,重者命危。

操作不当:医生在诊治病人过程中粗心大意,动作粗野,往往会造成医疗差错或事故,如胸背部针刺不当可致气胸,推拿用力过猛可造成骨折。《素问·宝命全形论》在论及针刺治疗

时,要求医生专心致志,并喻之为“如临深渊,手如握虎”。

不同的医过方式,可造成不同的病证。言语不妥与七情致病特点相似;文字不规范或误诊、误治对病人造成的损害,则类同于药邪;操作不当又与外伤的致病特点较为相似。特殊情况又当别论。

## 7 病 机

### 7.1 何谓正气、邪气？

正气,是人体机能的总称,即人体正常功能活动及所产生的各种维护健康的能力,包括自我调节能力、适应环境能力、抗病防病能力及康复自愈能力。

邪气,泛指各种致病因素,包括存在于外界环境之中或人体内部产生的各种具有致病或损伤正气作用的因素。诸如六淫、疠气、七情、痰饮、瘀血等。

### 7.2 正气与邪气在发病中的作用如何？

邪气是疾病发生的重要条件。邪气可以影响发病的类型、发病的性质、病情和病位。不

同性质、不同类别的邪气作用于人体,可以产生不同的疾病,表现出不同的发病特点、病证性质或证候类型,也可以决定发病的轻重、病变的部位,所以邪气是发病的重要条件。

正气不足是疾病发生的内在因素。中医发病学非常重视人体的正气,强调正气可以决定疾病的发生、发展和转归。人体是否受邪,受邪后是否发病,发病的轻浅深重,发病的病变反应,在一定程度上是由正气的盛衰决定的。“正气存内,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚”,分别从不同角度强调了邪气之所以能够侵袭人体而致病,是由于人体正气相对虚弱所致。所以,正气不足是疾病发生的内在因素。

邪正相搏的胜负决定疾病的发生与否。邪正相搏是指邪气和正气相互作用,相互斗争,从而引起盛衰变化,邪胜正负则发病,正胜邪负则不发病。它反映了疾病发生、发展、变化过程中,正气抗邪和邪气损正的矛盾关系。

### 7.3 影响发病的主要因素有哪些？

影响疾病发生的因素颇多，兹就主要方面分述如下：

**邪正相争与发病：**中医学认为，在疾病的发生、发展过程中，正气虚弱和邪气侵害均为必不可少的因素。既强调“邪之所凑，其气必虚”，又指出“必有因加而病发”。邪正相争贯穿于疾病过程的始终。然而相比之下，中医学更加重视正气在疾病发生、发展过程中的主导作用。在一般情况下，若人体气血充盈，脏腑功能正常，卫外固密，足以抵御外邪的侵袭，则不易发病。即使发病，病亦较轻浅，且邪易被驱出。若正气虚损，无力抗邪，感邪后即易发病。

**自然环境与发病：**自然环境包括季节气候、地理特点及生活环境等。自然界气候的变化不仅是六淫、疠气产生的条件，而且能影响机体的调节和适应能力，影响正气的盛衰。

脏腑经络之气在不同的时令各有旺衰，人



们对不同气候的适应能力也有所差异,故不同季节有不同的易感之邪和易患之病。如春易伤风、夏易中暑、秋易伤燥、冬易病寒等,所谓“四时之气,更伤五脏”(《素问·生气通天论》)。

地域不同,其气候特点、水土性质、物产及人们生活习俗的差异,对疾病的发生均有重要影响,甚则形成地域性常见病、多发病。一般来说,西北之域,地势高峻,居处干燥,水土刚强,气候寒凉多风,人之腠理常闭而少开,故多风寒中伤或燥气为病;东南之方,地势低平,居处潮湿,水土薄弱,气候温热湿润,人之腠理常开而少闭,故多温热外感或湿热为病。

社会环境与发病:人生活在一定的社会环境之中,故疾病的发生也必然与社会环境密切相关。一般而言,先进的社会管理、社会福利、社会文明,良好的卫生防疫条件,能有效地减少疾病发生。反之,则会增加发病的机会。随着工业化社会的发展,环境污染包括噪声污染、空气污染、水源污染及土壤污染等,成为严重威胁人类健康的新的致病因素,从而出现了许多前

所未有的疾病，如噪声病、放射病等。

**体质因素与发病：**个体的体质特征，往往决定了对某些外邪的易感性及某些疾病的易罹倾向。体质是影响发病的重要因素。感受外邪后，发病与否及其发病证型也每每取决于体质，如古医籍强调的“肥人多痰湿，善病中风；瘦人多虚火，易得劳嗽”。此外，外邪侵入人体后究竟发为何种性质的病证，并不完全取决于邪气的性质，而往往与人的体质类型有关。由于人的体质和阴阳之偏性不同，邪气致病的病证性质亦可因人而化，即所谓的“从化”。阳盛之体，感受湿邪，其病证可从热而化形成湿热；阴盛之体，感受湿邪，其病证可从寒而化成为寒湿。

**精神因素与发病：**人的精神状态与正气的强弱有着密切的关系。情志舒畅，精神愉快，气机畅通，气血调和，脏腑功能协调，则正气旺盛，邪气难以侵入；反之，则正气衰减而易于发病。从临床实际看，精神情志状态不同，其发病的缓急、病证的类型亦不尽一致。大怒、大喜、大悲、

大惊等剧烈的情志波动,易引起急性发病。如五志过极,心火暴盛,阳气怫郁,心神昏冒,则突然倒仆;神虚胆怯之人,有所惊骇,则心神慌乱,甚则突然昏闷等。若所欲不遂、抑郁不已、久悲失志等持续过久,可影响脏腑气血的生理功能而继发疾病,且起病缓慢。一般来说,兴奋性的精神状态多致实证,抑郁性的精神状态易致虚证。

## 7.4 疾病转归的概念及其形式怎样?

所谓疾病的转归,是指疾病发展最后阶段的趋向、归属,即疾病的结局。一般而言,疾病的转归可分为痊愈、死亡、缠绵、后遗等。

痊愈——正胜邪却,病愈康复。

痊愈即病愈,是指疾病状态时的机体脏腑经络的阴阳气血紊乱消失,生理功能恢复正常,阴阳气血重新处于平衡状态。痊愈是疾病转归中的最佳结局。疾病能否痊愈与痊愈的快慢,

除依赖于病人的一般健康情况、抗病能力外,及时、正确、积极的治疗是十分重要的。例如,外感风寒邪气从皮毛或口鼻侵入人体,若及时用发汗解表法治疗,使邪去而正气恢复,可对疾病的痊愈过程起促进作用。

**死亡——阴阳离决,生命终止。**

死亡,是生命活动的终止,是机体阴阳离决、整体生理功能永久终止的病理过程或结局。死亡可分为生理性死亡和病理性死亡两类。生理性死亡是指享尽天年,无病而终,为自然衰老的结果。病理性死亡又分因病而亡和意外死亡。因病而亡是指各种疾病损伤,使机体气血竭绝,阴阳衰极而离决。意外死亡是指跌打、外伤、中毒、车祸等各种意外原因造成的死亡。病理性死亡是在邪正斗争及其盛衰变化的过程中,形成邪胜正衰,使疾病逐渐恶化而导致的一种不良的结局。

**缠绵——邪正相持,正虚邪恋。**

缠绵,是指久病不愈的一种病理状态。邪正双方势均力敌,处于邪正相持或正虚邪恋的

状态,是病理过程演变为慢性、迁延性的表现。

缠绵状态的基本病机为正虚邪恋。由于在邪正斗争过程中,正气虽未至溃败,但已因邪气的困伤而削弱;而邪气由于经过正气的奋力抗争,也趋于衰微。因此,邪正双方势均力敌,处于非激烈性抗争的一种相持不下的病理状态。

缠绵状态下,正气不能完全驱邪外出,邪气也不能深入传变,从而使病变局限并处于相对稳定状态,具有病变表现不甚剧烈、疾病持久不愈的特点。

在缠绵状态下,病势有相对稳定和不稳定的病理过程。其一,虽有缠绵,但病势稳定,经正确治疗和调护,可向痊愈方向演变,可视为疾病的一种结局。其二,疾病缠绵而病势不稳定,常有反复发作,或持续加重,或治疗和护理不当,使病势日趋恶化,乃至死亡。所以应积极进行治疗,设法打破缠绵状态的病理僵局,争取疾病的痊愈或好转。

后遗——形态异常,功能障碍。

后遗,又称后遗症,是指疾病的病理过程结

束,或在恢复期后症状、体征消失,病因的致病作用基本终止,只遗留原有疾病所造成的形态或功能的异常。后遗与缠绵不同,后遗症是病因、病理演变的终结,是疾病的一种转归。而缠绵则是疾病的迁延或慢性过程,为疾病的自然延续。

后遗症所表现出来的形态或功能异常,包括如肢体震颤、身体畸形、失语、痴呆、偏瘫等。其功能异常包括脏腑经络功能障碍和精神情志障碍。

复发——邪势复盛,旧病又作。

复发,又名复病、再发,是指即将痊愈或已经痊愈的疾病再度发作。

复发是疾病过程连续性的特殊表现形式,其特点是原有病变经过一段“静止期”后再度活跃,即机体内原有的病因尚未完全消除,在一定条件下重新发作。复发的病机是正气渐复但尚薄弱,邪气虽除而余邪未尽,邪正相争近乎停止,机体气血阴阳趋向正常,此时一旦出现损伤正气或助长邪气的条件,便易于打破邪正相安

之势，使邪势复盛而旧病复发。因此，积极彻底地治疗疾病和注意病后调养以培补正气，可以减少和防止疾病的复发。

### 7.5 疾病复发的常见诱因主要有 哪些？

一是食复：食复，又名食劳复，指疾病愈后，脾胃尚虚，因饮食失节而导致疾病复发者。疾病初愈之际，既要注意增进饮食营养以培补正气，又不可恣意进食，当视疾病过程中脾胃受损的程度，选择相宜之品，既要营养丰富，又要易于消化吸收，并掌握适当的进食量，方能受益而杜弊。

二是劳复：劳复，指疾病初愈，余邪未清，因过度劳累而致疾病复发者。劳复一般分为劳力复、劳神复和房劳复三种。

劳力与劳神是指体力和脑力的过度操劳。有时在正常人看来是微不足道的劳动，但对疾病初愈者来说，却是不堪忍受的，这也属过度操

劳。如伤寒瘥后，元气未复，余邪未清，稍加劳动，其热复作。所以疾病初愈之际，应当充分休息，以促进正气早日恢复，虽应辅以合理活动，以促进气血畅行，但必须量力而为。

房劳复是指在病后余邪未尽、正气亏虚之时，即行房事，甚至房事过度，徒伤正气，使邪无所制而疾病复发。此又称为“房复”、“色复”、“交接劳复”、“男(女)劳复”等。因房劳伤精，精亏则气血更虚，正气不支，可导致病势重笃，因而房劳复是劳复中之重证。所以中医学把节欲惜精、保养精气作为病后调摄的一个重要原则。

三是情志复：情志复，指疾病初愈，由于情志过激而致旧病复发。精神情志活动对疾病的发展与转归有很大影响。精神恬静而愉快，有利于气机的调畅和精、气、血、津液的正常代谢，可使正气旺盛，从而促进康复和预防，减少疾病复发。如过度精神刺激、强烈或持久的情绪波动，则可引起气机紊乱和气血津液失常、脏腑功能失调，使余邪再度致病，疾病易于复发。如伤寒瘥后，因事触怒，相火暴发，使余热复作者，称



“怒复”。

四是重感复：重感复，指疾病初愈，余邪未尽，又复感新邪，而致旧病复发。

病后正虚，易被邪侵，重感新邪，易于引起旧病复发。

此外，还有一种叫“自复”的复发形式，是指疾病初愈后，无明确的诱因而自行复发者。多由余邪未尽，正气尚虚，无力抑邪，致使邪气暗长，而导致旧病复发。

## 7.6 何谓实证？其形成的原因是什么？

实，指邪实，即邪气亢盛。实证，是邪气盛而正气未见大伤的一类病理证候。《素问·通评虚实论》说：“邪气盛则实。”

实证病程中，邪气亢盛，正气未衰，正邪相争，可出现一系列反应较剧烈的证候。临床上常见的邪热内蕴、痰浊壅盛、食积不化、水湿阻滞、腑实不通等病证，以及壮热、狂躁、声高气

粗、腹痛拒按、二便不通、脉实有力等症，均属于实证范围。其多见于疾病的初、中期。

邪实的形成原因大抵有二：一是六淫、疔气等外邪入侵；二是体内有病理产物及有形实邪滞留，如痰饮、水湿、瘀血、食积等。

## 7.7 何谓虚证？其形成的原因是什么？

虚，指正虚，即正气不足。虚证，是正气虚而邪气不甚明显的一类病理证候。《素问·通评虚实论》说：“精气夺则虚。”

虚证多见于疾病后期，或素体虚弱，或多种慢性病证中。如久病、大病，消耗精气；或大汗出、大吐泻、大出血等耗伤气血津液，均会导致正气虚弱。临床上常见神疲体倦、心悸气短、自汗乏力（气虚所致），或面色萎黄、头晕目眩（血虚所致），或五心烦热（阴虚所致），或腰膝酸软、畏寒肢冷（阳虚所致），脉虚无力等，均属正虚表现。

正虚的形成原因，一是先天不足或后天失调，导致素体虚弱，纯虚而无邪；二是疾病的后期或慢性疾病，正气大伤，正不抵邪，其病理反应低下，出现衰退的、虚弱的证候表现。

## 7.8 何谓虚实真假？如何鉴别？

虚，是正气虚；实，是邪气实。从病机来说，虚或实是不存在“假”的。所谓虚实真假，是指临床征象在一定条件下可以出现与疾病病机不符的假象。包括真虚假实与真实假虚两种情况。

真虚假实，古称“至虚有盛候”，即某些病证正气虚损至极，而临床上反可见到部分类似实证的表现。出现这种假实现象的主要原因，多为气血不足，脏腑虚衰，运化、推动无力等。如脾胃运化功能减退，可引起虚性腹胀、腹痛；阳气极度衰绝，以致虚阳外越时，可见精神兴奋、面红如妆、烦躁不宁等假实之征象。故《景岳全书》说：“至虚之病，反见盛候。”但因疾病本质即

是正虚，故必有虚象可循，如脉象的虚弱无力，舌质的胖嫩、光剥等。

真实假虚，古称“大实有羸状”，指某些病证邪气亢盛至极，而临床上反可见到部分类似虚证的表现。出现这种假象的原因，多为实邪结聚，阻滞脏腑经络，气血不能外达。如邪热亢盛，阻滞阳气，阳气不能通达四肢，而反见不欲多言，肢体倦怠。故《景岳全书》说：“大实之病，反见羸状。”但因疾病本质是邪实，故必有邪实之征象可循，如脉象的滑数有力，舌苔的黄燥、厚腻等。

辨析虚实真假，古代医家多以脉象、舌象为主要依据。如《景岳全书·虚实》中说：“虚实之要，莫逃乎脉。如脉之真有力、真有神者，方是真实证；似有力、似有神者，便是假实证。”杨乘六《古今医案按》指出：“证有真假凭诸脉，脉有真假凭诸舌。果系实证，则脉必洪大躁疾而重按有力；果系实火，则舌必干燥焦黄而敛束坚实也。岂有重按无力者，而尚得谓之实证；满舌俱胖嫩者，而尚得谓之实火。”张、杨二氏之论，确

系辨析虚实真假的经验之谈。

## 7.9 阴阳制约失常的病机变化怎样？

阴阳制约失常，包括制约太过与制约不及两类。

制约太过：阴阳中某一方的力量超过正常范围，不但会产生“阴胜则寒，阳胜则热”等病理性反应，而且会抑制或损伤另一方，引起另一方的虚损，如“阴胜则阳病，阳胜则阴病”便是。阴寒之邪或人体阴气过盛，皆易损伤阳气，而致阳虚。阳热之邪或人体阳气过盛，皆易损伤阴液，而致阴虚。这样，由于一方的太过，就导致了阴阳双方力量的失于制约而产生不平衡的病理状态。一般来说，阴阳偏盛引起的制约太多以实证为主，或实中夹虚。如“阴胜则寒”为寒实证，“阴胜则阳病”为寒实兼阳虚证，“阳胜则热”为实热证，“阳胜则阴病”为实热兼阴亏证。

制约不及：阴阳中某一方力量低于正常范围，非但造成阴虚失于滋润、阳虚失于温养等本身不足所致的虚弱证候，而且因无力制约对方，使对方力量相对偏胜，而出现“阴虚则热，阳虚则寒”、“阴虚则阳亢，阳虚则阴盛”的病理状态。这样，由于一方的不足，也导致了阴阳双方力量的失衡。一般说来，由于阴阳偏衰所致的制约不足多以虚证为主，或虚中夹实。如阳虚则阴盛，其阴盛的含义既包括虚寒内生，亦包括阴寒性质的病理产物如水湿、痰饮等的出现，后者往往为造成病证虚中夹实的因素。

## 7.10 阴阳资生无由的病机变化怎样？

阴阳有互根互用、相互资生的关系，《医贯砭·阴阳论》说：“无阳则阴无以生，无阴则阳无以化。”说明阳得阴而生，阴得阳而长。如果其中有一方不足，生化功能减弱，就会影响到另一方，亦可令其不足。具体而言可分

两种情况：即严重阴虚可累及阳（阴损及阳）和严重阳虚可累及阴（阳损及阴）。两者可统称为阴阳互损，最后均导致阴阳两虚。但是，这种病理状态一般仍有偏于阳虚或偏于阴虚的不同。肾中精气是肾阴、肾阳的物质基础，而肾阴、肾阳又是各脏腑阴阳的根本所在，故阴阳互损多发生在肾阴虚或肾阳虚的基础上。如临床常见的高血压病，其中医辨证相当一部分属肝肾阴虚、肝阳上亢，但其发展过程中，由于损及肾中精气，故可在肾阴虚的基础上出现肾阳虚症状，如畏寒、肢冷、脉沉细、舌质淡胖等，此即阴虚基础上的阴损及阳。再如慢性水肿一证，每由脾肾阳虚所致，但在病变发展过程中，又可因阴无以生而使其日渐亏耗，继见形体消瘦、烦躁，甚则瘕瘕等阴虚症状，此即阳虚基础上的阳损及阴。

## 7.11 何谓阴阳格拒？

阴阳格拒，是阴盛格阳和阳盛格阴两种较

为特殊的病理状态的合称。阴阳之间相互格拒、排斥的机理,主要是由于某些原因引起机体阴阳之间的盛衰过于悬殊,亢盛的一方壅盛于内,将衰弱的另一方格拒于外,迫使阴阳之气不相维系,从而形成阴盛格阳、阳盛格阴等复杂的病理现象。

## 7.12 何谓阴盛格阳?

阴盛格阳,又称格阳证,是指阳气极度衰竭,阳不制阴,阴寒相对亢盛于内,逼迫衰极之阳浮越于外的病理状态。阴盛格阳的病机本质是虚寒之重证,但由于阴盛而格阳于外,或谓虚阳浮越于外,则表现出一些假热之象,故又称之为真寒假热证。例如,阳气衰极、虚寒极盛的病人,原本表现为面色苍白、四肢逆冷、精神萎靡、畏寒蜷卧、脉微欲绝等症。在病情愈加严重的情况下,可突然出现面色浮红、如涂油彩、言语较多、语声清亮、烦热不宁、食欲增进、脉大无根等假热之象。这便是阴盛于内、格阳于外(虚阳



外越)的真寒假热证的典型表现。古医籍中称其突然颧赤如妆为“戴阳”,突然食欲增进为“除中”。其病机被喻为“回光返照”、“残灯复明”。在中医望诊中属于“假神”。

### 7.13 何谓阳盛格阴?

阳盛格阴,又称格阴证,是指邪热极盛,深伏于里,阳热被郁于内,格阴于外的一种病理状态。究其病机本质,是实热之重证。但由于阳盛而格阴于外(实际上是阳气内郁而不能外达所致),则表现出一些假寒之象,故又称其为真热假寒证。例如,某些外感热病的极盛阶段,原本表现为壮热不退、烦躁不宁、呼吸气粗、口渴引饮、舌红苔黄、脉数有力等症,在病情愈加严重的情况下,反见四肢不温、脉象沉伏等“热极似寒”之象。这种四肢厥冷,有称之为“阳厥”或“热厥”的。《伤寒论》中所谓的“热深厥亦深,热微厥亦微”的病证即属此类。

## 7.14 阴阳转化与阴阳格拒有何区别？

阴阳转化与阴阳格拒是本质不同的两种病理变化。两者虽都在阴阳偏盛至极的基础上产生,但阴阳转化是阴阳盛极在一定条件下所产生的本质的改变,如阳热证转化为阴寒证,疾病的性质发生了根本变化。而阴阳格拒是阴阳偏盛基础上的相互排斥,偏盛的一方居于内而将另一方排斥于外,故阴阳双方并未发生质的改变,疾病的性质也没有改变,如阳盛格阴所致的真热假寒证,其本质仍是阳热,寒仅是假象而已。

## 7.15 何谓亡阴、亡阳？两者如何鉴别？

亡阴,是指机体中属于阴的功能突然严重衰竭所导致的一种病理状态。亡阳,是指机体

中属阳的功能突然严重衰竭的一种病理状态。

亡阴、亡阳是疾病的危重证候，辨别有误或救治稍迟，死亡立见。亡阴、亡阳多在高热大汗，或感染中毒，或发汗太过，或吐泻过度，或失血过多，或久病不复，正气耗竭等情况下出现，尤其是大汗淋漓，最易亡阴或亡阳。汗与血都是阴液，若大汗、大失血，则阴随汗、血而消亡，而阳气也因失于依附而易散越。故亡阴者阳亦衰，亡阳者阴亦损，即所谓“阳根于阴，阴根于阳；无阳则阴无以生，无阴则阳无以化”（《医贯砭·阴阳论》）。但亡阴、亡阳的主次仍有不同，故治法有别，务须明辨。

就临床表现而言，病人亡阴时多出现面色潮红、烦躁不安、口渴欲饮、呼吸喘促、手足尚温、大汗欲脱、脉数疾、舌红而干等症。总之，亡阴病人主要出现躁动、干燥以及向外脱逸而不能内守的病理特点。亡阴类似于现代医学所说的“热休克”。病人亡阳时多出现面色苍白、四肢厥冷、精神委顿、畏寒蜷卧、大汗淋漓、脉微欲绝、舌淡而润等症。总之，亡阳病人主要出现兴

奋、推动、温煦、卫外等功能衰竭的病理特点。亡阳类似于现代医学所说的“冷休克”。

亡阴与亡阳的鉴别主要在出汗、肢温、呼吸、舌象、脉象等几个方面。亡阴多大汗身热(热汗),亡阳多骤汗身冷(冷汗);亡阴多四肢尚温,亡阳多四肢厥冷;亡阴多呼吸喘促,亡阳多呼吸微弱;亡阴多舌红而干,亡阳多舌淡而润;亡阴多脉躁疾不宁,亡阳多脉微细欲绝。

## 7.16 诊治亡阴、亡阳有何注意点？

临床诊治亡阴、亡阳还须注意下列两点：其一，阴和阳两者的功能，都是在气的推动下进行的，随着气的消耗殆尽，两者的功能都可能衰竭。尽管亡阴、亡阳的形成有众多因素，但气的耗损是一个关键。故对亡阴、亡阳的治疗，除救阴、回阳外，还须用大剂补气药，以加速阴、阳功能的恢复，如回阳救逆的代表方参附龙牡汤(人参、附子、龙骨、牡蛎)和救阴固脱的代表方生脉散(人参、麦门冬、五味子)中，均有大补元气的

人参(一般用野山参),其配方意图即在于此。其二,大汗不止既是亡阴、亡阳的共有症状,又是病情益加恶化的共同原因。大汗不止,津随汗泄,气随津脱,津气愈亏,则病情愈重。故救治亡阴、亡阳时,必须重用固摄敛汗药,以杜绝津与气的继续丢失,上两方中的煅龙骨、煅牡蛎、五味子即有固摄敛汗之功。

## 7.17 阴阳失调的病机类型有哪些?

阴阳偏盛:阳偏盛——阳盛则热,阳盛则阴病。实热证,阳盛而阴未衰。阴偏盛——阴盛则寒,阴盛则阳病。实寒证,阴盛而阳未衰。

阴阳偏衰:阳偏衰——阳虚则寒。虚寒证,阳气不足,阴相对偏亢。阴偏衰——阴虚则热。虚热证,阴精阴液相对不足,阳相对偏亢。

阴阳互损:阴损及阳——阴损在先,累及阳虚,导致以阴虚为主的阴阳两虚证。阳损及阴——阳损在先,累及阴虚,导致以阳虚为主的阴阳两虚证。

阴阳格拒：阴盛格阳——阳虚阴盛，虚阳浮越，格阳于外的真寒假热的病理状态。阳盛格阴——邪热极盛，阳气被郁，深伏于里，不得外达四肢，格阴于外的真热假寒的病理状态。

阴阳转化：阴证转阳——如寒极生热。阳证转阴——如热极生寒。

阴阳亡失：亡阴——人体的阴精阴液突然、大量的丢失，导致阴的功能全面衰竭。亡阳——人体的阳气突然、大量的丢失，导致阳的功能全面衰竭。

## 7.18 阴阳互损与阴阳偏衰有何区别？

概念上：阴阳互损是指阴或阳任何一方虚损到一定程度，病变影响到相对一方出现阴阳两虚的症状，包括阴损及阳和阳损及阴两种情况。阴阳偏衰是指阴或阳偏衰，见于“精气夺则虚”的病证，包括阴偏衰和阳偏衰

两种情况。

理论依据上：阴阳互损为阴阳互根互用关系失调所致。阴阳偏衰为阴阳对立制约关系失调所致。

病机特点上：阴阳互损是指阴或阳任何一方虚损到相当程度，病变发展累及相对的一方，无阴则阳无以生，无阳则阴无以化，从而形成阴阳两虚的病机。阴阳偏衰是人体阴或阳亏虚所引起的病理变化，主要可见于“精气夺则虚”的病证。阳偏衰是指机体阳气虚损，功能减退或衰弱，代谢活动减退，机体反应性低下，阳热不足的病理状态。病机特点是阳气不足，不能制约阴寒，导致阴寒内盛，即阴相对偏盛的病机。阴偏衰是指人体之阴液不足，精血津液亏损，滋润、宁静、潜降、成形和制约阳热的功能减退，阴不制阳，出现燥热升动和化气太过等阳气偏亢的病理状态。病机特点是阴精阴液不足，不能制约阳热，导致阳热内盛，即阳相对偏亢的病机。

## 7.19 气血失调的病机变化有哪些？

**气滞血瘀：**气能行血，气机郁滞可致血行瘀阻，引起气滞与血瘀同时并见。这一病机变化最常见于肝气郁久不解者，可见胸胁胀闷、走窜疼痛，渐成胁下痞块，刺痛拒按，妇女可见经闭或痛经，经色紫暗，夹有血块等。就临床治疗而言，须活血化瘀与行气止痛并用，血府逐瘀汤即是其代表方。

**气虚血瘀：**气虚则行血无力，血行瘀滞，以致气虚与血瘀并见。常由久病、重病气虚，渐致瘀血内停，如面色淡白或晦滞，身倦少气，兼见心胸部疼痛如刺，或见胸胁处疼痛不移而拒按等。就临床治疗而论，须活血化瘀与补气扶正同用，补阳还五汤之方义即是如此。

**气血两虚：**气能摄血，气虚无力摄血而引起的失血，多由久病气虚，或慢性失血后，气随血耗，转而气虚不能摄血所致。如见吐血、便血、崩漏、气短、乏力、面白无华等症。临床治疗



气不摄血,当以补气止血为主,黄土汤即是治疗脾虚不能摄血的代表方。

气随血脱:血能载气,大出血时,气每随之而外脱。气随血脱,多因肝、胃、肺等脏器本有宿疾而脉道突然破裂,或外伤出血,或妇人崩中,或妇人分娩失血等引起。凡大出血时突然出现面色苍白,四肢厥冷,大汗淋漓,甚至晕厥等症者,多为气随血脱之证。对其治疗,古代医家多强调“有形之血难以速生,无形之气所当急固”,故以独参汤急救,确为有得之见。

## 7.20 气与津液关系失调的病机变化有哪些?

气不生津:津液的生成依赖于气的功能,主要是脾胃之气的功能。脾胃之气衰弱,可影响津液的生成,使津液不足,形成气津两虚的病证,如见纳呆、倦怠、乏力、口干、便秘、舌淡而瘦瘪等。金元时期李东垣创制的生脉散即为益气生津的名方。

气不行津：津液的输布与排泄，全赖气的升降出入运动，气行则津行，气滞或气虚则津停。临床上凡见因肺、脾、肾、三焦等气化功能失常，影响津液的输布和排泄，使其停聚而为水湿或痰饮者，多属气不行津、气不化津的病理状态。临床上治疗水湿、痰饮时，多宜配伍桔梗、桂枝等行气通阳之药，其理论依据即在于此。

气不摄津：控制津液的排泄，防止其过多的流失，主要依赖气的固摄作用。因此，在气虚失于固摄的情况下，常可导致津液无故流失，发生多汗、漏汗、多尿、遗尿、流涎、多唾等病理现象。多汗、漏汗与卫气虚直接有关；多尿、遗尿多由肾气不固、膀胱失约所致；流涎多唾一般归咎于脾胃气虚。玉屏风散之益气敛汗、金匱肾气丸之补肾缩尿、参苓白术散之健脾止涎，均可归属于补气摄津之列。

气随津脱：气可依附津液而存在于体内，故谓津能载气。如津液大量流失，则气往往也随之外脱。临床上大汗、大吐、大泻及多尿（如尿崩）时，可导致阳气亦随之亡失的严重后果，

所谓“吐下之余，定无完气”，即指这种病理状态。气随津脱的治疗与气随血脱相似，亦应以益气固脱救治。待气复之后，再辨证论治。

**津停气阻：**由于津液代谢障碍而产生的水湿、痰饮的停聚，可阻碍气的运行，使气的升降出入不利，形成津停气阻的病理状态。由于气机受阻的部位、脏腑不同，其临床表现亦各个不一，或为喘咳，或为胁胀，或为腹满等。对这类气机阻滞的治疗，除行气消胀、宣肺止咳外，更需配以利水、化湿、祛痰、消饮诸法。

## 7.21 血与津液关系失调的病机变化有哪些？

**津枯血燥：**血和津液均来源于水谷精气，血津之间可相互渗透，故有“津血同源”之称。在病理状态下，津液的亏乏可影响血的化生，并由于脉内津液的外渗，而引起血燥。反之，失血过多，也可使脉外津液渗注入血脉以补偿血容量的不足，导致津液的亏少。故津枯和血燥常

可互为因果。治疗上亦应滋阴、养血并用，如一贯煎中的沙参、生地黄、麦门冬用以滋阴生津，当归、枸杞子用以养血润燥，为津血双补的代表方。

**津亏血瘀：**津液的耗损，使体液失去平衡，引起脉内津液大量渗出于脉外，以维持体液的平衡，从而引起血容量减少，血液浓稠，使血液运行迟缓，进而导致血瘀。津亏血瘀常见于大汗出、大吐泻及高热耗津的病变过程中。治疗上应以滋阴活血为主。

## 8 养 生 治 则

### 8.1 何谓“治未病”？其具体措施有哪些？

“治未病”之论，首见于《素问·四气调神大论》。该篇说：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱”，“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。”这里提出了颇有积极意义的未病先防的问题。《难经·七十七难》指出：“所谓治未病者，见肝之病则知肝当传之于脾，故先实其脾气，无令得肝之邪，故曰治未病焉。”这里又提出了同样具有积极意义的既病防变的问题。由此可见，治未病的精神实质，一是强调养身保健，采取有效的预防措施，防止疾病发生；二是指对疾病要早期诊断，及时治疗，防止疾病的传变和恶化。概而言之，治未病即提倡未病先防，既病防变。

未病先防,应注意两个方面,即提高自身正气,防止病邪侵害。人体的正气强弱是疾病发生与否的内在根据,所谓“正气存内,邪不可干”;“邪之所凑,其气必虚。”日常生活中的调摄精神、加强运动、将息适宜、药物预防及人工免疫等均为未病先防、增强正气的有关措施。其他如注意环境卫生、防止病从口入、做到应时避邪、加强消毒隔离等,则又为避其邪毒的有关措施。

既病防变的关键,一是要早期诊治,二是要“先安未受邪之地”(《温热论》)。病邪侵犯人体,若不及时治疗,失去早期诊治的机会,病邪多由浅入深、由表入里地步步深入,病情也愈来愈复杂而重笃,造成治疗上的困难,而不易恢复健康。故早期诊断和早期治疗对于既病防变的重要性是毋庸置疑的。

## 8.2 如何理解“先安未受邪之地”?

任何疾病的发展变化均有其自身的一定规

律。因此,对于疾病的治疗,必须根据疾病的传变规律,“先安未受邪之地”,以杜绝疾病的进一步发展,这亦是既病防变的重要防治原则。见肝之病,知肝传脾(木旺乘土),必先安脾,即是“先安未受邪之地”的范例。清代医家叶天士在《外感温热篇》中论述治疗温热病耗伤胃阴时指出,此时务须顾及肾阴,以杜绝胃阴耗伤的进一步发展,即在“甘寒之中加入咸寒,务在先安未受邪之地,恐其陷入易易耳”。甘寒生津以养胃,咸寒增液以滋肾,甘寒之中加入咸寒的治法,即为胃阴耗伤之后必及肾阴的病机传变而设。大量临床实践证实,根据疾病传变规律,先安未受邪之地,是杜绝疾病发展的有效途径和方法。

### 8.3 标与本的含义是什么？

疾病的标与本,是一个相对的概念。如从邪正而言,则正气为本,邪气为标;从病因、病机与证候表现而言,则病因、病机为本,证候表现

为标；从疾病先后而言，原发病为本，继发病为标；从新病旧病而言，旧病为本，新病为标。在一般病证中，并不一定均存在标本先后的问题，治病总是以治本为主，即针对疾病的病因病机进行治疗。但是，在复杂多变的病证中，或在疾病的危重阶段，就必须考虑治标治本的缓急先后。

#### 8.4 “急则治其标，缓则治其本”有何意义？

急则治其标：《素问·标本病传论》在区别标本先后缓急方面提出，“先热而后生中满者，治其标”，“先病而后生中满者，治其标”，“小大不利，治其标”。经文中所言“中满”、“小大不利”，都是比较危重的症状，也就是标急之症，应先治其标。例如，肝硬化患者，常有脘腹胀满之症，甚至出现腹水，腹水严重时，可上迫心肺，而发生喘促、心悸、烦满不安；下及肾气，气化失常，可致二便不通。这时，只要正气尚耐攻，就



应先用攻下逐水之法，通利二便，以解除腹水胀满之标急，此即是“急则治其标”。待腹水稍有缓解后，即应转手调理肝脾、养肝健脾以治其本。再如：大出血、呼吸喘促、神昏狂乱、高热不退、吐泻不止等症颇为严重时，均足以危及生命，必要时应采用“急则治其标”的方法，以缓解其危重的症状，然后再治其本。旧病与新病、原发病与继发病之间轻重缓急，也可按“急则治其标，缓则治其本”的原则来确定治疗方案。如慢性支气管炎患者继发感染时，一般多先治以清热解毒、清肺化痰等法以除新感，待表解热退之后，再治其宿疾。

缓则治其本：缓则治其本的治则，一般对于慢性疾病或急性疾病的恢复期有着重要的指导意义。如肺癆咳嗽，一般多以肺肾阴虚、气阴两亏为其本，咳嗽、痰血、盗汗等为其标，故治疗多不主张用强烈的止咳、敛汗之剂，而多采用滋补肺肾之阴或气阴双补之法来治其本。肺肾之虚、气阴之亏恢复，则其咳嗽、痰血、盗汗等亦可随之缓解。需要说明的是，缓则治其本的“缓”，

并非一定是指病情较轻和病势较缓,实际上是指属于“标”的症状不甚危急,而不是指属于“本”的病机一定缓和。例如,亡阳时大汗淋漓,其正气虚脱为本,大汗淋漓是标,治疗应以益气固脱、回阳救逆为先,而不能只顾及敛汗。因此,对于“缓则治其本”的治则,必须辩证地全面认识,才能正确而灵活地运用。

## 8.5 如何理解急则治标与治病求本的关系?

急则治其标,是指当疾病处于危急阶段,治疗必须首先救其危重之症(标),待危急的症状缓解之后,再依据其病因病机(本)予以调治。有时也指素有宿疾,复有新感,治疗多首先除其新感(标)之急,然后再顾其旧病(本)之缓。这一治则与“治病必求其本”并无矛盾。这是因为急则治标是治病的变通法则,而治病求本是治病的根本法则。急则治标非但应以治病求本为指导,而且其最终目的也是为了治病求本。换

言之，急则治标也是为治病求本服务的，前者仅是手段，后者方为目的。

就正邪关系而言，正为本而邪为标；就病因与症状而言，病因为本而症状为标。邪重症急之时，每取急则治标之则。而祛除邪气、解除急症的目的，也正是为了有效地顾护正气，消除病因。例如，用承气汤攻下之法治疗日晡潮热、腹部硬满、大便燥结、舌苔焦燥、脉象沉实的阳明腑实之证，当属急则治标之列。然而，急下是为了存阴，因热结不除，必烁阴液，阴液枯涸，热病无救矣。急下存阴集中地反映了治标与治本的辩证关系。再如，大出血时用止血之法，无疑属于急则治标。然血止即可防止气随血脱，可杜绝阳气亡失而危及生命，此时止血也有护正之功，即治标之中寓有治本之义。

就疾病先后新旧而论，旧病、原发病为本，新病、继发病为标。当本有旧疾，复感新邪时，一般应以治新感为先。这—是因为新病、继发病多较急；二是因为新感不除，必致旧疾加重，使病情恶化。可见此时的急则治标，实际上为

缓则治本提供了条件和可能。

“治病必求其本”是抓住疾病的主要矛盾进行治疗的法则。通常情况下,疾病的病因病机是主要矛盾,而症状是病因病机的一种表现形式。特殊情况下,疾病的危急症状是主要矛盾,因它可直接影响正气的存亡,直接危及生命。可见,“急则治其标”也是抓住了疾病危急阶段的主要矛盾进行治疗的法则。如果我们把疾病的主要矛盾看成是“本”,那么,必要时的“急则治其标”,实际上也是治“本”。

## 8.6 何谓正治?其包括哪些内容?

正治,是指逆其疾病的证候性质而治的一种治疗原则,又名“逆治”。逆,是指所用方药的性质与证候性质相反。

正治适用于疾病征象(临床表现)与疾病本质(如病因病机)一致的病证,如寒证见寒象,热证见热象,虚证见虚象,实证见实象。正治是临床常用的治疗法则,其主要包括“寒者热之”、

“热者寒之”、“虚者补之”、“实者泻之”四种情况。

**寒者热之：**亦即以热治寒，是指用温热的方药治疗寒性证候的一种治疗原则。如外感风寒之邪，见恶寒、发热、头身疼痛、脉浮紧等症，应以辛温解表之剂治之。饮食生冷之物，见脘腹寒痛暴作，或下利稀水突发，应治以温中祛寒为主。如此等等，均属“寒者热之”的具体应用。

**热者寒之：**亦即以寒治热，是指用寒凉的方药治疗热性证候的一种治疗原则。如外感风热之邪，见发热、恶风、咽喉肿痛、脉浮数等症，应以辛凉解表之剂治之。邪热入于气分，见壮热、大汗出、口渴引饮、脉洪大诸症，则应治以辛寒清气泄热为主。凡此种种，均为“热者寒之”的具体体现。

**虚者补之：**亦即以补治虚，是指用补益的方法治疗虚性证候的一种治疗原则。因虚证的范畴颇为广泛，故补益的方法亦各个不一。如气虚者以补气为主，血虚者以养血为主，阴虚者以滋阴为主，阳虚者以温阳为主，治疗时尚需注

意气血互用、阴阳互根之理。

实者泻之：亦即以攻治实，是指用攻泻的方法（泛指一切祛邪之法）治疗实性证候的一种治疗原则。如上述以辛温解表治风寒束表，辛凉解表治风热袭表，温中祛寒治寒伤中阳，辛寒清热治气分热盛等，均为实者泻之的实例。此外，临床所习用的通腑泄热、化痰消饮、活血祛瘀、利水除湿、消食导积诸法，均属实者泻之的范围。

## 8.7 何谓反治？其包括哪些内容？

反治，是顺从疾病所表现的假象而治的一种治疗原则，又称“从治”。从，是言其所用方药的性质顺从疾病的假象。所以，反治只适用于疾病的征象（临床表现）与疾病的本质（如病因病机）不相一致的病证，如真寒假热、真热假寒、真虚假实、真实假虚等证。反治法主要包括“热因热用”、“寒因寒用”、“塞因塞用”、“通因通用”四种情况。

热因热用：即以热性方药治疗假热证候的一种治则。换言之，真寒假热之证当用温热性质的方药治疗。如用于阴寒内盛，格阳于外，反见热象的病证。可见，以热治热仅是表面之象，而实际上热药是针对疾病的“真寒”而设。真寒得除，假热自消。从这一意义上看，“热因热用”的反治法，本质上也属“寒者热之”的正治法。如《伤寒论》说：“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤。”其中“外热”、“身反不恶寒”、“面色赤”诸症，当为阴盛格阳的假热之象，故仲景用通脉四逆汤之温通急驱真寒，以敛欲脱之阳。

寒因寒用：即以寒性方药治疗假寒证候的一种治则。换言之，真热假寒之证须用寒凉性质的方药治疗。如用于邪热极盛，阳盛格阴，热深厥深，反见假寒的病证。可见，以寒治寒，看似相悖，求其本质，寒性方药乃因疾病的“真热”而用。真热一清，假寒亦除。从这种意义上说，“寒因寒用”的反治法，也属“热者寒之”的正治法。例如，在壮热不退、口渴引饮、舌赤苔黄、小

便短赤的同时又有四肢厥冷等寒象，即属热郁于里，阻碍阳气的宣通，阳气不达于外的热深厥深、真热假寒之证。仲景《伤寒论》所举的“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”，即是阳盛格阴证施以“寒因寒用”之法的范例。因白虎汤为辛寒之剂，旨在清其里热，以冀里热除而肢厥解。

**塞因塞用：**即以补益方药治疗虚性闭塞不通之证的一种治则，故亦称“以补开塞”。适用于因正虚而致胸腹闷满、二便不通，或妇女经少，甚则闭经等闭阻不通的真虚假实证。在一般情况下，闭阻不通的证候常见于实证，多用通利之法治疗，但因虚致闭者亦不在少数，此时即应以补开塞。如气虚推动无力所致的虚痞、虚胀，精血不足或年老津亏所致的大便虚秘，肾阳衰微或津液枯涸所致的少尿、无尿，精枯血少、冲任亏损所致的经少、闭经等，均宜以“塞因塞用”治之，或补气助运以消胀，或益津增液以通便，或温阳、滋阴以利尿，或补精、养血以通经。

**通因通用：**是指用通利的方药治疗实性通



泄不止之证的一种治则，故亦称“以通治通”。适用于因邪实所致的二便频数、妇女崩漏等有下泄见症的病证。在通常情况下，通泄之症每见于虚证，故多用补益之法治疗。但临床上因实致通者亦时有所见，此时即应以通治通。如肠腑燥屎内阻，可见热结旁流；湿热下注膀胱，可见尿频急痛；湿热蕴结大肠，可见便意频繁，里急后重；瘀血阻滞胞宫，可见月经量多，甚至崩漏。凡见此等病证，多可以“通因通用”治之，或泄下通腑以治热结旁流，或清热利湿以治尿频尿急，或除热燥湿以治大便急重，或活血祛瘀以治瘀血崩漏。

## 8.8 何谓扶正与祛邪？

扶正，即扶助机体的正气，使其恢复正常状态。由于正气是一个广泛的概念，包括精、气、血、津液等组成人体的基本物质；脏腑、经络等构成人体的各种组织器官；人体的各种生理功能状态，尤其是抗病、康复能力等。因此，扶助

正气的概念及其作用机制也是多方面的,大体包括用药物、针灸、推拿、气功、食疗及体育锻炼等方法补充机体的精、气、血、津液等的不足;修复被损伤的人体各组织器官;恢复和调整人体的各种生理功能,增强人体的抗病、康复能力等。扶正的具体方法很多,如益气、养血、滋阴、壮阳、填精、生津、增液等。所谓“虚者补之”,上述列举诸法统属补法范围。

祛邪,即祛除存在机体的邪气。由于邪气的种类较多,如有外感六淫、疠气,有内生痰饮、瘀血,有伤于食滞、虫积;更由于各种病邪性质特点不同,侵犯部位有异,故祛邪之法亦各个不同,包括如发汗解表、清热解毒、涌吐痰涎、攻下积滞、消食化积、活血祛瘀、消饮利湿、攻下逐水等。所谓“实者泻之”,上述列举诸法统属广义的泻法范围。

扶正与祛邪,虽是两种截然不同的治则,一是针对正气不足的虚证,一是针对邪气有余的实证,但由于在疾病过程中邪正双方的盛衰变化是密切相关的,因此,扶正与祛邪之间也是相

互为用、相辅相成的。扶助正气,正气充盛则抗御病邪和祛邪外出的能力就强,即所谓“正盛则邪自却”;祛除病邪,病邪清除则可中止其对机体的损害及对正气的耗伤,促使正气的复原,即所谓“邪去则正自安”。

## 8.9 扶正与祛邪原则的具体运用如何?

**扶正为主:**适用于以正气不足为主的各种病证,或虽有病邪,但其邪不盛,而正气虚衰较明显的病证。扶正为主在某些慢性疾病,或疾病的后期、恢复期,或素体虚羸时使用较多。

**祛邪为主:**适用于以邪气亢盛为主的各种病证,或虽有正气损伤,但损伤不甚,而邪气亢盛较明显的病证。祛邪为主在外感疾病的初期、极盛期,或疾病过程中出现水湿、痰饮、瘀血等病理产物,而正气尚可、邪实较盛时使用较多。

**攻补兼施:**适用于既有正虚、又有邪实的

各种病证。因虚可致实，实可转虚，虚实夹杂证十分常见，故攻补兼施的治则亦为临床所常用。如养阴清热、温阳利水、益气化瘀、健脾化痰等，均属攻补并用的具体治法。运用这一治则，一是要注意分清扶正与祛邪的孰主孰次；二是要尽可能做到扶正而不留邪，祛邪而不伤正。

先攻后补：适用于正虚和邪实同时存在，正气虽虚，但尚耐攻，或邪气极盛，不急攻其邪，正气难以恢复的各种病证。如瘀血阻滞所致的崩漏，虽已有气血不足，但不攻瘀血，则崩漏不止，气血日衰，故应先攻逐瘀血，以祛邪实，然后再转而补益气血。运用先攻后补，辨析正虚是否耐攻是关键。耐攻者，当以祛邪为先；不耐攻者，攻之则一厥不起，甚至被攻药所毙。

先补后攻：适用于正虚与邪实同时存在，邪实虽盛，但正气极虚，已不耐攻（不耐攻邪之药力）的病证。此时若不先予扶正，必致正气日消、邪气独盛而亡。如某些虫积病人，脾气虚衰已极，不耐杀虫攻积之药力，故应先予健脾益气以扶正，待脾气渐复后，再行祛除虫积。再如某

些胸水、腹水病人，虽有可攻之症，但若正气极度虚损已至虚不耐攻的程度，则应先补后攻。

## 8.10 调整脏腑功能常用的治疗原则有哪些？

人体是一个有机的整体，脏与脏、脏与腑、腑与腑之间，在生理上相互协调，在病理上也相互影响。某一脏腑发生病变时，可影响其他脏腑。据此，在诊治脏腑病变时，就不能独立地考虑一个脏、一个腑，而应注意调整脏腑之间的关系，使之达到新的平衡。

阴阳五行学说、藏象经络学说是确定调整脏腑功能常用治则的理论依据。例如，对脏腑病变及其传变规律的阐述，即深受五行学说的影响。在调整脏腑功能时，按五行生克、乘侮的规律，多采用“虚则补其母，实则泻其子”及抑其有余而扶其不足等治则。再如，藏象学说强调五脏的功能特点是“藏精气而不泻也，故满而不能实”，六腑的功能特点是“传化物而不藏，故实

而不能满也”，提示五脏不藏为病，故多虚证；六腑不传为病，故多实证。同时，由于经络等的联系，脏与相应的腑之间又分属阴阳而互为表里，故在调整脏腑功能时，可采用脏实泻其腑、腑虚补其脏、脏病取腑、腑病取脏等治疗原则，至今仍为临床所习用。兹就上述常用治则简析如下：

1. 虚则补其母，实则泻其子：“补母”与“泻子”的治则，是以五行相生规律为理论依据的。在临床，凡属单纯性的子病、母病或子病犯母、母病及子等脏腑功能失调的病证，多可按此治则论治。

“补母”治则，主要用于虚证，是根据虚则补其母的治则所确定的治疗方法。临床常用的有滋水涵木（滋补肾阴以补肝阴）、培土生金（培补脾胃以益肺气）、金水相生（补肺滋肾、滋养肺肾）、益火补土（温补肾阳以助脾阳）等法。此外，针灸疗法中，凡为虚证，也可按此原则取穴。当然，“补母”治则的应用也不能绝对化，应根据临床实际情况，结合藏象学说的有关内容，灵活

加以应用。

“泻子”治则，主要用于实证，是根据实则泻其子的治则所确定的治疗方法。临床常用的有肝旺泻心（泻心火以泻肝火）、肾旺泻肝（泻肝火以泻相火）、肺实利水（利肾水以泻肺实）、心热泻胃（泻胃热以泻心经实热）等法。此外，实则泻其子的治则，同样也可应用于针灸治疗。

2. 抑其太过，扶其不及：抑太过而扶不及，是根据五行相克规律确定的治疗原则，简称“抑强扶弱”。适用于五脏克制太过的“相乘”和反向克制的“相侮”的病理状态。临床上常用的有抑木扶土（平肝健脾或平肝和胃）、培土制水（补脾阳以治肾水泛滥）、佐金平木（清肃肺气以抑制肝木）、泻火补水（泻心火以滋肾阴）等法。

3. 虚则补其脏，实则泻其腑：五脏以守为补，六腑以通为用。脏与腑分属阴阳又互为表里，故某脏实，可泻其相表里的腑；而某腑虚，可补其相为表里的脏。临床依据这一治疗原则确定的具体治法较多。例如，泻小肠之热以清心火炽盛；泻大肠之结以清肺降痰；滋补肺阴以润

肠通便；补益肾气以治膀胱失约；补脾治胃虚；补肝治胆虚。

综上所述，“虚则补其母，实则泻其子”以及“抑强扶弱”的治则，主要用于脏与脏之间关系失调的病证。而虚则补其脏，实则泻其腑的治则，则主要是用于互为表里的脏腑之间关系失调的病证。临床应用时，当注意区别对待。

## 8.11 如何理解因时制宜与因地制宜的治则？

因时制宜：根据时令气候的节律特点来制定适宜的治疗原则，称为“因时制宜”。因时之“时”，一是指自然界的时令气候特点，二是指年、月、日的变化规律。如夏季炎热，自然界阳气旺，人亦应之。机体当此阳盛之时，腠理疏松开泄，易于汗出，若令感受风寒而致病，则辛温发散之品不宜过用，免致伤津耗气或助热生变；而寒冬时节，自然界阴寒大盛，人体阴盛而阳气内敛，腠理致密，若感受风寒，则辛温发



表之剂用之无碍,但此时若病热证,则当慎用寒凉之品,以防损伤阳气。

因地制宜:根据不同地域的环境特点来制定适宜的治疗原则,称为“因地制宜”。如我国东南沿海一带,气候温暖潮湿,阳气容易外泄,人们腠理较疏松,易感外邪而致感冒,且一般以风热居多,故常用桑叶、菊花、薄荷一类辛凉解表之剂。即使外感风寒,也应少用麻黄、桂枝等温性较大的解表药,而多用荆芥、防风等温性较小的药物,且药量宜轻。而西北地区,气候寒燥,阳气内敛,人们腠理闭塞,若感邪则以风寒居多,故多以麻黄、桂枝之类辛温解表,且药量也较重。

## 8.12 如何理解因人制宜的治则?

因人制宜,是根据病人的年龄、性别、职业、境遇、体质等的不同特点,来考虑治疗用药。它较之因时、因地制宜更为重要、更为常用。因疾病的发生、发展与转归,是由多种因素作用于不

同的人体后呈现出的一系列复杂反应的结果。因此,针对患者的具体情况所作出的诊断、治疗,必然更正确而有效。这种既承认疾病的共性,又强调患者的个性,使两者辩证统一的精神,正是中医学辨证论治与因人制宜治则的实质所在。

年龄:不同年龄的人群,生理和病理特点均有一定差别,并且有不同的发病倾向性,故治疗用药也应有一定区别。老年人生机减退,气血阴阳日衰,抵御病邪能力随之减弱,故治疗多以补虚调养为主,如欲攻邪,则应慎重行事。小儿生机旺盛,但气血未充,脏腑娇嫩,易寒易热,易虚易实,故治疗用药忌投峻攻,少用补益,药量宜轻。《温疫论·老少异治论》指出:“凡年高之人,最忌剥削。设投承气,以一当十;设用参术,十不抵一。”体现了“老年慎泻,少年慎补”的指导思想。当然这亦非绝对,“亦有年高稟厚,年少赋薄者,又当从权,勿以常论”(《温疫论·老少异治论》)。此外,如小儿好发疳积、惊厥、痧痘等,其发病倾向与成人有别,掌握这些情

况,对防治儿科疾病是有益的。

性别:男女性别不同,其生理与病理上的差异也是很明显的。如妇女有经、带、胎、产等特殊生理现象及其相应的病理变化,在治疗用药时,应加以考虑。例如,在妊娠期,凡峻下、破血、滑利、走窜伤胎或有毒药物,自当禁用或慎用。而在产后,则应注意气血亏虚,或恶露未尽,或瘀血停滞等因素,予以不同的治疗。前人有云:男子以精为本,女子以血为本;男子以肾为本,女子以肝为本。此说虽不是绝对的,但对临床确有一定指导意义。

职业:职业既能影响人的体质,又能影响其病理变化。如脑力劳动者,心脾两虚证相对多见;体力劳动者,脾气耗伤较为多见。某些以持重负物为主的工种,外伤与肌肉、筋骨劳损的发病率偏高。而矿工接触尘埃的机会多,以致易患矽肺或尘肺。因工作而不可避免地接触化学物品或有毒物质的,又可变生多种与职业有关的疾病。掌握上述情况,对于提出相应的劳动保护措施,防治职业疾病等有着积极的意义。

境遇：人的社会境遇因素对生理、病理的影响同样是不可忽视的。金元四大家之一的张从正在《儒门事亲》中指出，治平之时，患病者较少；扰攘之时，患病者较多，且扰攘、夷静之异，病证的治疗亦随之有别。李东垣在《内外伤辨惑论》中强调，同样头痛、发热，有因战乱动荡、劳役内伤所致者，非皆为伤于风寒，其治疗不可承袭仲景治伤寒偏于发散之法，而宜用补益的方法，“甘温除热”即由此而设。此外，患者的地位、处境因素亦应重视。如《灵枢·根结》中说：“刺布衣者，深以留之；刺大人者，微以徐之。”针灸治疗如此，内服药物亦然。

体质：因体质制宜，是因人制宜法则的重要内容，是中医防治疾病、摄生延年的一大特色。《灵枢·卫气失常》指出，人有“肥瘦、大小、寒温”之别，故治疗时，当“先别其三形，血之多少，气之清浊，而后调之”。《素问·五常政大论》说：“能（耐）毒者以厚药，不胜毒者以薄药。”说明体质不同，治疗用药亦应有区别。此外，不同的体质，即使感受同一种病邪，其发病情况和

转归预后亦有差别。诚如《医宗金鉴》所说：“人感受邪气虽一，因其形藏不同，或从寒化，或从热化，或从虚化，或从实化，故多端不齐也。”可见，病证的为寒为热，为虚为实，每与人体本身对致病因素的反应状态不同有关。章虚谷的《医门棒喝》中即有面白体丰之人多阳虚、痰湿，感湿易从寒化；面苍形瘦之人多阴虚、火旺，感湿易从热化之论。阳盛或阴虚之体，慎用温热之剂；阳虚或阴盛之体，慎用寒凉之品。所有这些，在临证时皆当重视。