

## “归经”锁谈

四川省北川县卫生进修学校 王万祖

归经又是以药物的功能、主治为依据概括推论出来的。正如汪昂所云：“药之为物，有因形而相类者，如连翘似入心；有因性而相从者，如属木者入肝；

### 一、探源流，沈氏集诸贤大成

归经理论早在《内经》书中始有萌芽，如《素问·宣明五气篇》中首先提出药物有五味所入，“五味所入，酸入肝，辛入肺，苦入心，咸入肾，甘入脾”，表明药物的五味与不同的脏腑存在着密切联系，并对机体组织的不同部位具有选择性，这对于后世“归经”的创立和发展有深刻的影响。最早的本草著作《神农本草经》论述了近似于“归经”的记载，如“沙参补中益肺气”、“地肤子主膀胱热利小便”等，但当时记载较少，未引起医家足够的重视。宋代医家注意到药物的选择性作用，如北宋寇宗奭在详述泽泻的功效时载有“引药归就肾经”之说。金元时期张洁古正式提出归经理论，并把归经理论作为中医药学理论的组成部分。他较重视对十二经的辨证，主张分经用药。他所著的《医学启源》一书，总结了取各种药物的药性之长各归其经理论。明清时期的本草书籍已将药物归经专列为项目。如《本草品精要》就列了“走何经”，《本草纲目》提出药物有“入气分”、“入血分”之不同。沈金鳌则在《要药分剂》一书中做了更详尽的总结，不仅为每药专列了“归经”一项，并将历代本草著作中凡论述有归经的名称统统归于归经类。至此，归经理论基本趋于完备，使医学的发展别开生面。

## 二、巡依据，药物为实践基础

兵书云“将在谋而不在勇，兵在精而不在多”，这对医生用药颇有参考价值。每种药物均具有形、色、气、味等特性不同，所以

有因气相求者,如气香入脾;有因质相同者,如药之头入头。”因此后世医家辄将这些理论作为归经的依据,并拟成一定的规律性,如辛入肺,陈皮、紫苏、麻黄等。由于人体经络内属于脏腑、外络肢节,因此体表有病,可直接通过经络反映到内脏;反之内脏有病,亦会反映到体表。此又属“司外揣内”、“司内揣外”之理。因此,经络系统也就成为药物归经的依据之一。随后也有以脏腑名称作为标志的依据,将药物直接归入某脏某腑。

此外，四气五味亦是药物归经之一。据统计，五味五脏已为大多数中药所反映，其中咸入肾者占57.14%，酸入肝者占56.25%……。药物的性味只揭示药物功能的一个侧面，如与归经一起考虑，那就较全面地阐明性能和脏腑之间的关联。如青皮味辛性温入肝经，则能疏肝破气。无论归于经络、脏腑或某一特定部位的药物，一言以蔽之，都是以古人长期的药物实践作为归经基础。

### 三、辨主次，响导与引经引子

在临床上应注意同类归一经药物的主次之辨，如有些药物对本经起主导作用，有的则仅仅为辅佐之品。然响导药即是治疗本经病证的首选药物。《医医病书》曰“药之有引，如人之不识路径者用响导”，虽有响导之名，实乃主导之意。

引经药亦称引经报使药，系指以特定药物通过经络引诸药直达病所而言。《本草纲目》有十二正经引经报使药之记载，如“手少阴心，黄连、细辛；足少阴肾，独活、桂枝、知母、细辛……。”以上不仅对本经病证具

有治疗作用,且可通过相互配伍形式把不归本经的药物引归本经,以达治疗本经病变的目的。

类似于引经药类亦称“药引”,临床上主要作用于脏腑系统,有以下几方面特点。

①增加处方的药理作用,如辛温解表方中加生姜引,以增强散寒之功;②对方中具有毒性的某些药物起制约作用,如生南星、生川草乌用姜引,以制其毒性;③吸附作用,内服有毒药物时为避免意外常加药引同煎,如闹洋花根与鸡蛋煎,只吃蛋不饮汁。

#### 四、细研讨,师古则不泥于古

归经既有理论上的意义,又有一定的实用价值,但应注意以下几点。

1. 临床选药:在归经理论指导下,不应忽略四气、五味、升降浮沉等性能。因为某一脏腑经络发生病变都有寒、热、虚、实之不同,故临床选药应注意区别运用。

2. 确定药物归经,注意将治疗作用与色、味、臭综合起来筛选分析。如白术色白却不归肺经,因其味甘入脾,有健脾除湿止泻之功效,归脾经。

3. 某些外用无特定脏腑经络范围,不能硬性表示归某脏腑某经络。如砒石、血竭等作用部位在皮肤、肌肉,这类药物只能言其特殊作用,因此不能用归经理论概括所有药物。

4. 某些药物往往不限于归一经,如甘草、附子有通行十二经之说。另有一些药物不但能自入某经,并能引它药入别经(如引经药类)。此属臆测,不足为训。诚如徐灵胎所云:“盖人的气血无所不通,药物进入人体亦无所不到,哪里会有药物入某经的道理呢?”徐氏之言,实系经验之谈。

总之,药物归经理论作为中医理论体系的组成部分,它是相对的。药物的归经主要建立在药物本身性能与机体脏腑经络理论基础之上,需要我们在实践中不断补充,使之逐步完善。临证选药时,我们应本着徐灵胎所说的“不知经络而用药,其失也泛,必无捷效;执经络而用药,其失也泥,反能致害”的精神,既不泥古以薄今,复不厚今以废古,从实处追求,惟求理与病符。只有这样,才能充分发挥药物的专长。

## “关格”小议

河南省浚县卫生局 刘宪章

“关格”一词,最早见于《内经》,古今理解不一。秦越人在《难经》有“上鱼为溢,为外关内格,入尺为覆,为内关外格”的解释,是指脉长有余之势。张仲景说“寸口脉浮而大,浮为虚,大为实,在尺为关,在寸为格”,“下微本大者,则为关格不通”,乃指脉大之极。又说“关则不得小便,格则吐逆”,则言病证。巢元方于《诸病源候论》中解释为“大便不通为内关,小便不通为外格,二便不通为关格”。张景岳认为“彼不纳食,不得小便,身有本病与关格何涉”,并提出“人迎盛四倍以上为有阳无阴,寸口盛四倍以上为有阴无阳,

二则俱盛四倍以上为阳极于上下焦无阳,阴极于下上焦无阴,阴阳离绝”的观点。姚止庵说“脉阴阳外之极者,实真元内竭之象”为关格等。

诸家各园其说,后人又各有赞异或有所发挥。为更全面理解“关格”一词,重温了《内经》“阴阳不相应……曰关格”(脉要精微论)、“阴气太盛则阳气不能荣也故曰关,阳气太盛则阴气弗能荣也,故曰格,阴阳俱盛不得相荣,故曰关格”(《灵枢脉度篇》)等。笔者认为,关者阴阳相互关闭,格则阴阳相互格拒,而关格为阴阳偏盛造成相互关闭格拒不通,甚之离绝的阴阳失调的严重病理变化阶段。临床上很多危重疾病都可出现“关格”的病理变化,并不是局限的指某一种病证。上述言脉长之“溢、覆”,脉大之“尺、寸”、“吐逆”、“大小便不通”等症状,应理解为是阴阳偏盛相互关闭、格拒的病理变化的表面现象,不能认为是“关格”的实质。