

# 虚实理论与八纲及阴阳之虚证研究的解读

刘吉科

(黑龙江省黑河市节能小区, 黑龙江 黑河 164300)

**摘 要:** 对内经基础理论研究发现, 内经疾病理论是以虚实补泻论疾病的产生与治疗。现实的八纲辨证与阴虚证阳虚证理论, 是没有完全认识理解内经疾病核心理论, 是一个不完整的理论。对内经虚实之证理论研究, 与现实寒热虚实及阴虚阳虚之证病例研究, 都证实了虚实之证理论是传统医学对疾病产生与治疗的理论。内经的虚实补泻理论可以解释八纲与阴虚阳虚之证所论述的疾病, 从理论到病例都能验证虚实之证理论的合理完整性。结果: “百病之生, 皆有虚实” “处百病, 调虚实” “虚者不足, 实者有余” “虚则补之, 实则泻之,” 是疾病产生与治疗的理论。结论: 虚实之证理论是传统医学对疾病产生与治疗合理完整的理论体系。

**关键词:** 虚实之证; 八纲辨证; 阴虚阳虚之证

中图分类号: R241.3

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2007)09-1943-03

内经的疾病理论是传统医学的基础理论, 研究内经的疾病理论用以传承发展, 应用传统医学, 用理论指导医疗实践, 用实践来验证传统医学的, 疾病理论虚实规律的合理性、准确性、科学性用于现实中医对疾病产生与治疗理论的认识, 用于指导医疗临床实践。

## 1 内经基础理论对虚实之证的论述

“今余已闻阴阳之要, 虚实之理, 倾移之过, 可治之属”, 阴阳的重要, 是在于虚实的产生, 是移动之过, 是可治疗的。“阴阳上下交争虚实更作, 阴阳相移也”。“阴阳不相移, 虚实不相倾”。阴阳移动交争变化而产生的虚实。虚实是对阴阳变化的论述, 虚实代表着阴阳, 也是对疾病产生的论述。所以有, “百病之生, 皆有虚实”, “处百病, 调虚实”, “虚则补之, 实则泻之,” 的虚实补泻疾病理论的产生。

虚实理论相关性的论述: “夫实者, 气入也, 虚者, 气出也; 气实者, 热也, 气虚者, 寒也。” “今热为有余, 寒为不足。” “虚者不足, 实者有余。” 从中得出气入为实, 为热, 为有余。气出为虚, 为寒, 为不足。验证了“言实与虚者, 寒温气多少也。” “有余不足, 气之多少” 的论述。虚实、寒热、有余不足为阳之气的多少。所以有“虚则补之, 实则泻之,” “有余泻之, 不足补之” 的论述。体现了“谨察阴阳所在而调之, 以平为期” 的理论。

五味阴阳寒热产生的论述。 “气味, 辛甘发散为阳, 酸苦涌泄为阴, 阳胜则阳病, 阳胜则阴病。阳胜则热, 阴胜则寒。……阳病治阴, 阴病治阳。” “经言有余者泻之, 不足者补之, 今热为有余, 寒为不足”。“虚者不足, 实者有余”。从中得出, 阳病治阴为寒, 为虚证, 补其不足。阴病治阳为热, 为实证, 泻其有余。五味阴阳寒热有余不足体现了虚实补泻的疾病理论。

以荣卫论阴阳虚实: “以行荣卫阴阳也”。“此皆荣卫之倾移, 虚实之所生, 非邪气从外入于经也”。论述了虚实的产生是荣卫的移动之过。 “各补其荣而通其俞, 调其虚实, 和其逆顺”。论述了补荣为调虚实。 “欲以微针通其经

脉, 调其血气, 荣其逆顺出入之会”。调血气的有余不足, 是荣者逆顺出入之会完成。 “荣者, 水谷之精气也”。就是说水谷之精气, 是产生虚实的物质, 也是调虚实平衡的物质。这是对经络穴位虚实疾病的产生与治疗的论述。

虚实有余不足理论在疾病理论中的体现: “以知阴阳有余不足, 平与不平, 天道毕矣。所谓平人者不病。” 阴阳的虚实, 平与不平, 无虚实者无病。 “五脏不安, 必审五脏之病形, 以知其气之虚实, 谨而调之也”。五脏之病, 应查气的有余不足而调之。 “十二经脉者, 皆络三百六十五节, 节有病必被经脉, 经络之病, 皆有虚实”。 “有余泻之, 不足补之, 何谓有余? 何谓不足? 岐伯曰: 有余有五, 不足亦有五……神有余有不足, 气有余有不足, 血有余有不足形有余有不足, 志有余有不足, 凡此十者, 其气不等也……”。 “夫子言虚实者有十生于五脏……经络支节, 各生虚实其病所居, 随而调之。” “故治病者, 必明六化分治, 五味五色所生, 五脏所宜, 乃可以言盈虚病生绪也”。治病者必知五味五色相生相克, 五脏所宜, 才可言病的虚实治疗。 “阳气有余, 阴气不足, 则热中善饥; 阳气不足, 阴气有余, 则寒中肠鸣, 腹痛; 阴阳俱有余, 若俱不足, 则有寒有热, 皆调于三里。” 阴阳的虚实所引起的疾病, 是不足与有余。 “虚实之要, 九针最妙, 补泻之时, 以针为之, 泻曰: 必持内之, 放而出之”。针刺穴位的补泻就是调虚实。 “百病之生, 皆有虚实” “处百病, 调虚实”。这是几千年医疗实践总结而出的经验理论, 它来自实践又能指导实践。所以有 “不知年之所加, 气之盛衰, 虚实之所起, 不可以为工矣” “用针者, 不知年之所加, 气之盛衰, 虚实之所起, 不可以为工也” “为虚与实者, 工勿失其法” 的论述。知气之盛衰, 虚实之所起, 方可为医者。虚实有余不足是量的代表, “言实与虚者, 寒温气多少也。” 虚实是阳之气的多少产生, 虚实是量的代表, 是疾病的代表, 是阴阳变化的代表。

## 2 八纲辨证与虚实之证理论研究

八纲辨证理论对疾病的分类, 有阴证阳证两大类, 病位的深浅, 可分在表在里: 阴阳的偏颇, 阳盛或阴虚为热证, 阳虚或阴盛则为寒证: 邪正的盛衰, 邪气盛的叫实证, 正气衰的叫虚证。八纲辨证是抓住其在表在里, 为寒为热, 是虚是

收稿日期: 2007-04-19

作者简介: 刘吉科 (1955-), 男, 辽宁海城人, 技术员, 研究方向: 内经基础理论研究。

实,属阴属阳的矛盾,这是八纲辨证的基本方法。

内经的虚实之证理论,以“虚者不足,实者有余”“今热为有余,寒为不足。”可对八纲寒热虚实之证作以归纳,阳盛或阴虚为热证,为实证,为有余,以泻其有余为治疗。阴虚或阳盛则为寒证,为虚证,为不足,以补其不足为治疗方法。在现时的八纲“寒热虚实”的实质研究中将验证内经虚实之证理论使用的正确。

侯氏与徐氏着重探讨了“寒热虚实”的实质。“他观察了多病种共 102 例的寒热虚实类型与神经类型、植物神经敏感度、气血基础代谢、血压肾容积血管收缩反应、血浆蛋白、红白细胞、血色素之间的关系,认为“寒证之病理变化系由于神经功能居于异常(非保护性)抑制状态,副交感神经紧张处于上升,使心肌功能降低,心跳缓慢,有效血循环量减少,血压下降,血管幅度缩小,基础代谢低下等血气不足,以及不足维持机体功能需要”<sup>[1]</sup>热证则相反。虚证与寒证近似,实证与热证近似”<sup>[2]</sup>。实践验证了寒证病例为基础代谢低下等血气不足,证明寒为不足,不足为虚的理论,热证则相反,代谢亢进,能量代谢增高,证明热为有余,有余为实的理论。

寒热证研究验证了“热为有余,寒为不足,”的理论。梁月华测定了尿 CA 在寒证和热证状态下的含量,发现热证植物神经平衡指数 Y 值均为正值,且大多数超过正常范围:尿 CA 排出量都有增加,说明交感神经—肾上腺髓质机能活动增强:寒证正好相反,Y 值属于负值,尿 CA 排出量低于正常,交感神经—肾上腺髓质机能活动低下。梁月华发现,热证 24h 尿 1—OHCS 排出量较正常组有所增加,而寒证组却明显低于正常组。谢竹潘的研究还指出虚寒证者尿 cAMP 较正常组偏低,cAMP /cGMP 比值明显下降;虚热证和实热证者 cAMP 均增高,实热证更为明显<sup>[3]</sup>。

中医的寒热虚实研究结果,确验证了内经虚实之证的疾病理论。“今热为有余,寒为不足。”“虚者不足,实者有余,”“泻有余,补不足,”从理论到病例都证实了内经疾病虚实理论运用的准确合理,这是一套完整的疾病发现与治疗的理论,只是没有被完整的发现使用。

### 3 阴虚阳虚之证研究与内经的虚实之证理论

中医以阴虚阳虚之证研究其证本质,结果一直困扰疑惑着对证本质的研究人员,环核苷酸指标测试:<sup>1</sup> /在对环核苷酸指标的考察中,阳虚证普遍有环腺苷酸(cAMP)明显偏低现象,虽有少数反常,但 cAMP /cGMP(环鸟苷酸)比值总是偏低。而阴虚证则相反,cAMP 有普遍升高现象,比值 cAMP /cGMP 有升高,也有不明显降低现象。阴虚证和阳虚证(“阳”证和“阴”证)呈现出明显的升高降低规律。”

④在免疫功能方面,阳虚与阴虚,似乎也有值得参考的规律,阳虚只有功能低下,阴虚则除了低下之处,还有亢进。

(四)微量元素检测:阳虚证:血清锌含量较正常人明显偏低:阴虚证:血清铜含量较正常人明显升高。血清铜含量对阳虚证患者有偏低,也有偏高,但锌含量却是一致性偏低,血清铜含量对阳虚证患者有高低变化,但对阴虚证患者是一致性偏高、阴虚证、阳虚证铜、锌含量的偏高、偏低总体规律是清晰的。<sup>4</sup> 血液流变性质检测:阳虚证:血浆成分下降,血浆黏度下降:阴虚证:血浆成分增高,血液黏度增高,阴虚

证和阳虚证有明显的对应偏高低规律。<sup>1/2</sup> 体内代谢水平:阳虚证:体内代谢水平与正常人相比明显偏低;阴虚证:体内代谢水平(分解代谢和能量代谢)明显增高。<sup>3/4</sup> 血浆 PGE<sub>2</sub>和 PGE<sub>2a</sub>浓度变化:阳虚证 PGE<sub>2</sub>较正常人偏低;阴虚证 PGE<sub>2a</sub>较正常人偏高。⑧血清脱碘酶( $\gamma$ T<sub>3</sub>)、T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>阳虚证较正常人偏低;阴虚证( $\gamma$ T<sub>3</sub>)、T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>较正常人偏高。(七)血清酪氨酸,阳虚证:唾液蛋白质含量明显偏低;阴虚证:血清酪氨酸水平明显高于正常人”<sup>[3]</sup>。以上是中医证本质研究结果。

“人体微量元素的测定是提供中医鉴别诊断的客观指标。绝大多数阴虚病人血清中铁的元素含量偏高,阳虚病人血清铁的元素含量低于正常人。”<sup>[4]</sup>阴虚证含铁高,阳虚证含铁低。只要辨证准确,对证检测是同一种病的阳虚与阴虚之证的同一指标,必然是阳虚阴虚之证的高低分明。

从阴虚阳虚之证的研究中证实了内经虚实之证理论的准确性。研究的结果确能验证内经理论,“阳虚则外寒,阴虚则内热,阳盛则外热,阴盛则内寒,”“阴盛则阳虚,内外皆寒,为虚,为不足,应补其不足。阳盛则阴虚,外内皆热,为实,为有余,应泻其有余。阳虚则外寒,为不足,为虚证,阴虚则内热,为有余,为实证。体现了“虚者不足,实者有余”、“今热为有余,寒为不足”的理论。内经基础理论的虚实寒热辨证论述,阴虚则内热,热为实,为有余,阴虚病的各项指标都高于正常人,所以阴虚为实,应泻其有余,为治疗方法。阳虚为寒,为虚,为不足,各项指标都低于正常人,所以阳虚为虚,应补其不足,为治疗方法。

从“阴胜则阳病,阳胜则阴病,阳胜则热,阴胜则寒。……阳病治阴,阴病治阳”<sup>[5]</sup>的论述。也可得出对疾病治疗的方法。阴胜则阳虚,阳虚为阳病,阴胜则寒,寒为不足,为虚证,“阳病治阴”,就是补其不足,虚则补之。阳胜则阴虚,阴虚为阴病,阳胜则热,热为有余,为实证,“阴病治阳”,就是泻其有余,实则泻之。这是从两各方面对内经疾病虚实理论对疾病的识别与治疗方法应用的论述。寒热是某种物质的,有余不足引起。虚证与实证是某种物质有余不足现象的总称。

### 4 内经疾病虚实理论与八纲及阴阳之证的解读结果及结论

内经是两千年前医疗实践总结的理论,与八纲辨证及阴虚证阳虚证研究相比,现实的八纲与阴虚证阳虚证是没有完全认识理解内经疾病理论的理论,是不完整的理论。只论虚,不论实,只补虚,不泻实。只知道寒热证,不知道寒为不足,热为有余;虚者不足,实者有余。不知道有余不足,就不知道“气有余,则制己所胜而侮所不胜;其不及,则己所不胜侮而乘之,己所胜轻而侮之。侮反受邪,侮而受邪”的应用。就不知道疾病产生与治疗规律。不知道五行与五味的虚实补泻关系,就不知道中药使用规律。在认识理解内经疾病理论规律时,对疾病产生与治疗,对中药的使用就变得简单容易。内经理论是人类医疗实践经验总结的理论,是能指导于医疗实践的理论。

研究的结果:“百病之生,皆有虚实”、“处百病,调虚实”、“虚者不足,实者有余”、“虚则补之,实则泻之”、“有余者泻之,不足者补之”<sup>[6]</sup>,这是人类医疗实践总结的经验理

## 《金匱要略》方药自注的整理研究

张 瑞, 宋建平

(河南中医学院, 河南 郑州 450008)

**摘 要:** 从药物炮制、煎服方法、常用剂型、药后反应及调护等对《金匱要略》方药自注的内容进行整理和阐述, 将对经方及其他中药的临床使用及开发研究有所裨益。

**关键词:** 金匱要略; 方药自注; 研究

中图分类号: R222.3

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2007)09-1945-02

《金匱要略》是东汉张仲景所著《伤寒杂病论》的杂病部分, 该书所载方药疗效卓著, 对中医临床医学及方剂学贡献重大, 历来是学习中医的必读之书。后世对《金匱要略》方药所治病证的临床应用研究颇多, 但对《金匱要略》的方药自注相对研究较少, 《金匱要略》方药自注的内容主要包括药物炮制、煎服方法、常用剂型、药后反应及调护等, 本文试对其进行整理, 希望能对经方及其他中药的临床使用及开发研究有所裨益。

### 1 炮 制

《金匱要略》对药物的炮制, 除了一般父咀粉碎外, 还有去皮、心、炒、捣、炙、烘、炮、熬等多种方法, 其主要目的一是减轻、避免不良反应, 如附子去皮、炮, 巴豆去皮、心熬, 石韦去毛, 皂荚酥炙, 桃仁、杏仁去皮尖、炒, 半夏、蜀漆水洗, 麻黄去节, 川椒去目及闭口(椒目苦寒)等等。二是调整药性, 如附子生用回阳救逆, 炮用散寒止痛; 甘草生用偏清热解毒, 炙用补益力强; 诃子煨用偏涩肠止泻, 生用敛肺清火开音; 大黄酒浸增其活血之力; 乌梅醋渍以增安蛔、收敛之功; 生姜散寒解表、温中止呕, 干姜温中回阳, 炮姜辛散力再减, 偏温中止血、止泻, 姜汁散结力多; 等等。现代研究表明上述炮制多确有其理, 如附子炮后、桃仁去皮尖后毒性降低; 诃子煨后鞣质含量增加, 止泻疗效增强<sup>[1]</sup>; 附子与炙甘草配伍后其乌头碱类生物碱含量降低 28.60%, 而与生甘草配伍后降低 81.18%<sup>[2]</sup>等。

### 2 煎 法

《金匱要略》中方药除常用的用水同煎外, 尚有先煎、后下、烔冲、去滓再煎等煎法。

**2.1 先煎** 如麻黄多要求先煎去上沫, 现代研究表明, 麻黄含有植物蛋白, 能引起心烦呕吐, 先煮能使蛋白析出, 呈

沫状浮于水面, 去上沫可减少其副作用<sup>[3]</sup>; 泽漆、蜀漆、乌头等药因有毒, 先煎久煮以缓毒性。

**2.2 后下** 轻宣之品宜后下, 以免失其药性, 如栀子豉汤中的豆豉, 枳实薤白桂枝汤中的薤白、桂枝。大黄久煎则攻下力缓, 故用其攻下需后下, 如大承气汤、厚朴大黄汤、大黄牡丹汤、大黄硝石汤中的大黄均后下。胶饴若与它药同煮, 易粘锅引起焦糊, 并不利它药有效成分溶出, 故需后下烔化。

**2.3 去滓再煎** 即将一煎、二煎去滓药液混合再煎煮。《金匱要略》中用此煎法的有大柴胡汤、小柴胡汤、半夏泻心汤、甘草泻心汤; 此外, 用百合的诸煎剂是先将百合与它药分煎, 再去滓合煎。对于此种煎法后世多认为可使药性合和, 浓缩药液, 便于服用, 其机理有待进一步研究。有报道小柴胡汤再煎法使药物成分改变: 柴胡皂苷有  $a$ 、 $b_1$ 、 $b_2$ 、 $c$ 、 $d$  等, 在水煎剂中,  $a$  变成  $b_1$ 、 $d$  变成  $b_2$ , 采用再煎法则  $d$  几乎全变成  $b_2$ ,  $a$  也大部分变成  $b_1$ 。临床表明, 柴胡皂苷  $a$ 、 $d$  对慢性活动性肝炎有效率为 18.5%, 而  $b_1$ 、 $b_2$  则为 90.4%, 在 Arthus 反应中,  $b_1$ 、 $b_2$  有显著抑制作用, 而  $a$ 、 $d$  无效<sup>[4]</sup>, 可见去滓再煎颇有道理。

### 3 服 法

《金匱要略》中药物服法除多为日 2 服或 3 服外, 还有下列服法。

**3.1 多次服用** 如奔豚汤、皂荚丸、生姜半夏汤、麦门冬汤等采用日 3 夜 1 服, 缩短服药间隔, 连续多次给药, 可使药物在体内保持一定浓度, 有效发挥治疗作用。

**3.2 顿服** 即将所用药物一次服完, 如瓜蒂散、下瘀血汤、葶苈大枣泻肺汤、升麻鳖甲汤、甘遂半夏汤、生姜半夏汤、泻心汤、大黄牡丹汤等, 此类方药多适用于痰饮瘀积、邪热内盛等病情急、邪实正未虚的急症重症, 采用此种服药法, 使

论, 是规律。结论: 虚实之证理论是传统医学对疾病产生与治疗唯一完整合理的理论。

### 参考文献

[1] 徐上林. 对寒热虚实实质的初步探讨 [J]. 广东中医杂志,

1962(5): 3

[2] 肖红. 最有活力的中医建构理论 [DB]. 中医论坛. <http://www.cnkm.org/cgi-bin/printpage.cgi?&num=27&topic=3>

[3] 赵国求. 阴阳平衡等价于人体最佳自稳态的科学论证 [J]. 亚太传统医药, 2006 26-28

[4] 陈德华. 中西医结合有助于中医药发展 [N]. 中国医药报, 2005-3-14

[5] 黄帝内经 [M]. 成都: 四川科学技术出版社, 1995 9

[6] 任延革. 黄帝内经素问 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2005 9

收稿日期: 2007-04-30

作者简介: 张瑞(1976-), 女, 河南许昌人, 讲师, 硕士, 主要从事仲景方药的实验及临床研究。