

一九九〇年海峡两岸中医药学术研讨会

学术论文选编

福建中医学院

福建·福州

1990年海峡两岸中医药学术研讨会论文

目 录

论十怪脉·····郭云庚 (1)	中医生物物理学研究的可 能和必要·····陈 微 (40)
论气机升降学说的形成与 发展·····白介辰等 (4)	中医弦脉和滑脉的计量诊 断·····陈东汉等 (40)
论脾胃学说·····傅瘦生 (9)	蜿蜒脉·····郭云庚 (42)
治肾药法的临床应用·····萧 熙 (12)	谈中医学中的美学思想···俞宜年 (42)
辨证多元化·····郭平清等 (14)	
中西古代医学理论体系比 较及展望·····张爱平等 (16)	
浅谈胃脘痛与通调法的使 用·····林乾树 (18)	不同选配穴方法的效应途 径初探·····吴 强 (44)
论胃气不和的治法·····林君平 (18)	俞慎初教授运用温胆汤的 经验·····刘德荣 (46)
冠心病中医本虚“证”的 病理生理基础及计量 诊断探讨·····陈成东等 (19)	慢性胃炎虚证的临床研究 ·····杨春波等 (48)
冠心病气血关系初探·····雷 燕等 (23)	积雪草汤治疗病毒性肝炎 伴溃疡病临床观察···沈宗国 (53)
胆胀病辨治·····严桂珍 (25)	扶正解毒饮减轻胃癌化疗 毒副反应的临床观察 ·····林 欣等 (55)
补肾法为主防治艾滋病的 探讨·····杜 建等 (26)	治痢经验谈·····俞长荣 (56)
艾滋病中医诊疗理论初探 ·····赵向华 (29)	中医对冠状动脉粥样硬化 性心脏病的疗法·····盛国荣 (58)
非重型慢性肝炎中医辨证 分型的探讨·····郭平清等 (31)	中西医结合治疗桡骨下端 骨折·····王和鸣 (61)
中医抗衰老复方科研思路 述评·····张小如 (33)	试论淤血治则·····许书亮 (64)
《临证指南医案》对某些 老年病的证治特点···郑家铨 (34)	谈“补、清、涩”三法治 儿泻体会·····李学耕等 (65)
《金匱要略》急症论治举 要·····戴锦成 (34)	田七正骨水临床验证360例 总结·····王和鸣整理 (69)
张景岳的咳嗽观·····罗文高 (35)	家传中久丸新的炼法与临 床应用·····陈鳌石等 (71)
肝郁证的心理学研究·····施 毅等 (37)	伤科临床中治疗麻木症心
《黄帝内经》与人体生物 钟·····窦思东 (39)	

得·····陶有略 (73)	学年龄的研究·····林朝晖 (94)
阳和活络汤治疗肩周炎38	
例·····郑国珍 (74)	
针刺治疗乙型肝炎探讨··连维真 (76)	强力抗老液抗氧化作用的
针药并治腰椎骨质增生	实验研究·····包国荣等 (96)
100例 ·····黄宗勛 (77)	麦饭石在骨折愈合中对胶
黄宗勛教授针药并治哮喘	原和钙含量的影响··刘献祥等 (98)
病240例疗效观察 ···吴明霞 (78)	我国华东地区茛类抗癌植
皮下针疗法简介·····陈俊鸿等 (79)	物的种类及其分布··金淇漾等 (101)
以关元、阳萎穴为主治疗	两种海生动物星虫的药效
阳萎40例报道·····陈以教 (81)	研究·····黄哲元等 (103)
单穴针刺内关穴治疗冠心	当归四逆汤治验·····黄荣宗等 (104)
病的疗效观察·····游振铨等 (82)	初探“七方”中的急方··刘友樑等 (105)
针药并用治疗精子减少症	“平律合剂”加味治疗心
200例 ·····黄宗勛 (86)	律失常·····陈长华等 (107)
耳针治疗顽固性呃逆100	凉营化淤复方对家兔温病
例临床观察·····俞昌德 (88)	营分证血淤防治作用
钜针介绍·····龚 莪 (89)	的实验研究·····戴春福 (109)
《伤寒论》中针灸方法应	田七正骨水的实验研
用·····章 龙 (90)	究·····丁 铭等 (111)
艾灸加穴位贴药治疗过敏	安溪香橡工夫茶的开发研
性鼻炎48例临床观察	究·····周继政等 (114)
·····黄碧玉 (91)	
气功治疗心律失常5例报	孙思邈与印度医学·····俞慎初 (116)
告·····赖雷成 (92)	闽台痔科学术交流史话··齐上志 (117)
中医衰老指数与人体中医	

论 十 怪 脉

福建中医学院附属人民医院急诊科 郭云康

中医脉诊历史悠久,黄帝内经《素问》和《灵枢》屡有脉学记述;《难经》有关脉诊记载亦多。晋王叔和著《脉经》,总结前人脉诊经验,阐述24种脉象表现。后世医家在脉学领域作了大量探究,但绝大多数只是在《脉经》的基础上进行解释、发挥或增删。独元朝危亦林氏在其著作《世医得效方》中搜集记述了十种危重症脉象,总称为“十怪脉”。虽然,十怪脉中的若干脉象在前人的著作中亦偶有记载,但为数很少,描述欠详。且因文字记述过于简约,后人多难理解和掌握,故该项知识流传并不广泛。经危亦林作了一番整理,增添了若干文字解释,使其较易被人们理解和体会。十怪脉和普通脉象虽有很大差别,但由于集中出现于急、危、重病症,故在日常的诊疗工作中较少受到注意。所以,后世医籍对十怪脉的论述也很少;甚至在近代中医诊疗和教学工作中尚未普遍受到重视。由于十怪脉的记述是前人诊视大量危重病例的经验总结,为中医脉学诊断的重要组成部分。笔者在长期临床诊疗和教学工作中,深感十怪脉在急诊临床和教学工作中有较大意义,本文谈谈点滴体会。

一、釜沸脉:“脉在皮肤,有出无入。如汤涌沸,息数俱无。……朝见夕死,夕见朝死”。形容脉搏浅小,搏动很快,计数不清,譬如开水在锅中沸腾,气泡数目计数不清。出现釜沸脉象,危在旦夕。

釜沸脉临床见于厥脱、亡阳,如中毒性休克后期,甲状腺危象,室性心动过速或心力衰竭患者,心室率很快的心房颤动。由于心室率过快,心排血量很低,脉搏快而弱,计

数不清。心音微弱,血压往往很低,脉压差小,如非及时处理,较短时间内可能恶化死亡。

【例1】女性47岁校医,1965年12月因慢性肾上腺皮质机能不全,口服强地松替代治疗半年,全身情况改善。1966年8月因故突然停药及体力劳累后一周,发生腹泻,高热40℃,神志不清,血压测不到。心率极度增快,釜沸脉象。心电图窦性心动过速,心率184/分,伴心肌损害,间有室性早搏。临床诊断:急性肾上腺皮质功能衰竭。

二、鱼翔脉:“脉在皮肤,头定而尾摇。浮浮泛泛,三阴数极曰亡阳。当以死断。鱼翔脉似有似无。”鱼翔脉的记载始见《难经》,唐·孙思邈《千金方》云“脉困病人,……如鱼之翔者死”。所谓鱼翔脉的特点是脉搏弱而表浅,有如鱼翔水底,偶尔一动,似有似无。泛泛而没有根底,是亡阳的征象,料定要死亡。

鱼翔脉往往见于临终患者,窦性心搏已经很少,或偶尔一现,脉搏仅偶尔触知。有些室颤患者经复苏措施后出现心室自主心律,甚至有部分的窦性心律。但由于电-机械分离,心泵无能,故呈鱼翔脉象。如果复苏稳定成功,鱼翔脉即不再继续。

【例2】男72岁,急性下壁心肌梗塞。室性心动过速,心源性休克。口唇及肢端发绀。血压50/0mmHg,出现鱼翔脉象。经综合抢救措施,改善缺氧后进行直流电转复心律成功,血压恢复至96/50mmHg,鱼翔脉消失,脉缓。

三、弹石脉:“脉在筋肉间,辟辟凑指,促而坚。乃肾经真脏脉见。戊己日则不治。

曰弹石硬来寻即散。”

弹石脉象的记述屡见于《素问》，如《平人氣象论》云：“辟辟如弹石，曰肾死”。《玉机真藏论》云：“弹石者，此谓太过，病在外”；又云：“真肾脉至，搏而绝，如指弹石，辟辟然……”。

弹石脉与鱼翔相反，搏动似出自筋肉间，强而硬，很有力。弹石脉常见于重症肾阴虚或肝阳亢盛，如严重的高血压患者，收缩压水平多在200mmHg以上。往往是合并脑卒中时，患者的左心室肥大，但无心衰，因此脉搏有力。但如病情急剧恶化，则血压骤降，患者濒危，弹石脉亦即消失。故曰“硬来寻即散。”

〔例3〕男65岁，高血压病Ⅲ期，脑出血，左偏瘫。血压210/120mmHg，心脏向左扩大，心律偶有不齐。脉硬有力，似弹石。

四、解索脉：“脉如解乱绳之状，散散无序。肾与命门之气皆亡，戊巳日笃，辰巳不治”。《难经》曰：“来如解索去如弹石曰死”孙思邈《千金方》云：“脉如悬薄卷索者死”。一致认为这是濒危的脉象。

解索脉律纷乱，快慢不定而弱，表明肾气衰竭，病情危殆。常见于频速型心房颤动，原发病多为二尖瓣狭窄伴有心力衰竭或缩窄性心包炎，心脏每搏输出量显减少。

〔例4〕男29岁，风湿性心脏病，二尖瓣狭窄（漏斗型），心房颤动。曾行二尖瓣分离术，疗效不好，半年后发生显著心力衰竭。心律绝对不齐，平均180/分，解索脉。经心甙等治疗，心衰缓解，心室率82/分，涩脉。

五、屋漏脉：“脉在筋肉间，如残溜之下，良久一滴，溅起无力，状如水滴溅地貌。胃气营卫俱绝，七八日死”。屋漏脉象的描述早见于《素问·玉机真藏论》云：“死脾脉来，锐坚如乌之喙，如乌之距，如

屋之漏，如水之流，曰脾死”。但汉晋至唐宋间医学文献罕有探讨。危氏将屋漏列为怪脉。明李梴《医学入门》云“屋漏半日一滴落。”

屋漏脉比较多见，脉率极为缓慢，良久一动，律齐或不齐。凡病态窦房结综合征，完全性房室传导阻滞伴心室自主心律，几乎完全性房室传导阻滞均可出现屋漏脉。因心律很慢，有足够的舒张期充盈，故心脏每搏量可能较大，脉搏尚有力。古书记载屋漏脉七、八日死，说明其预后不良。由于近代疗法的进展，不少屋漏脉患者用药物或起搏器等治疗措施，获得疗效，预后已大有改观。

〔例5〕男54岁，冠心病。1965年心电图证实完全性房室传导阻滞，高位心室自主心律，心室率36/分。血压150/90mmHg，屋漏脉。当时无起搏器，曾用异丙肾含服等治疗无效，随访2年无明显症状，某次在家中猝死。

六、虾游脉：“脉在皮肤，如虾游水面，杳然不见，须臾又来甚急，又依前隐然不动。轻者七日死，困者三日死。”《千金方》“脉如虾之游，如鱼之翔者死。”李梴《医学入门》：“虾游静中跳一跃”并将其编入“死脉总诀”。

虾游脉搏动弱而欠规律，隐约难以捉摸，偶尔又较明显。见于病态窦房结综合征、快慢综合征、缓慢型心房颤动。此外，虾游脉亦可见于频速型心房颤动，因室率过快，心脏每搏量很低，或患者有高度二尖瓣狭窄或主动脉瓣狭窄，心排血量小，脉搏原来很小，加上心室率过速，故脉搏细弱而不规则，难以捉摸或偶尔一动，即“静中跳一跃”的感觉。

古代，遇到此类病例，治疗相当棘手，明·李中梓《医宗必读》谓：“命脉将绝，鱼翔虾游”。认为是“莫可挽留”，必死之谓也。现今，通过药物治疗，安装按需起搏器

及(或)瓣膜替换手术等处理,有可能消除虾游脉,改善预后。

〔例六〕男17岁,风湿性心瓣病,二尖瓣狭窄伴关闭不全,心房颤动,心衰Ⅲ°。高度浮肿和腹水。心律不齐,室率平均178/分。脉搏细小,不易触摸,不时一动,为典型虾游脉。用心甙和利尿剂治疗,浮肿消退,腹水减少。心率降至平均90/分,绝对不齐,变为雀啄脉。

七、雀啄脉:“脉在筋肉间,连连凑指,忽然顿无,如雀啄食之状。盖来三而去一。脾元谷气已绝于内,醒者十一日死,困者六、七日死。”《素问·平人氣象论》:“死脾脉来,锐坚如乌之喙……”;《难经》:“来如雀之啄”,皆将其列为死脉。《医学入门》:“雀啄连来三、五啄”是极其形象的比喻。

雀啄脉是一部分频速型心房颤动患者的典型脉象,亦见于快慢综合征。和“虾游”脉的重要区别在于雀啄脉是“脉在筋肉间,连连凑指”也就是脉搏尚有力。雀啄患者多有挠动脉硬化,常见于高血压和冠心病等患者。

〔例7〕男58岁,高血压病Ⅱ期,冠心病,频速型心房颤动,心室率平均90/分,脉律绝对不齐,未闻及杂音。脉象雀啄。

八、偃刀脉:“脉如手循刀刃,无进无退,其数无准。由心元血枯,卫气独居,无所归宿,见之四日难疗”。《素问·大奇论》:“脉至如偃刀,偃刀者浮之小急,按之坚大急……”。《素问·玉机真藏论》:“真肝脉至,中外急,如循刀刃,责责如按琴弦……”。《难经》和《千金方》也都有偃刀脉的记述。

偃,仰也。脉如仰起之刀刃,坚而锐利。浮取小而急,重按坚而大,脉无定数。“如循刀刃,如按琴弦”本身可能并不直接表明病情危重;“其数无准”则往往表明有

严重的心律失常,可能是预后不良之症。

〔例8〕女93岁,动脉硬化,冠心病,肺炎。心电图:频速型心房颤动。脉细,节律不齐,重按如铁丝,属偃刀脉。

九、转豆脉:“脉形如豆,周旋展转,并无息数,脏脏空虚,正气飘散,象曰行尸,其死可立待也。”

转豆为脉至细小,脉率极为频速,不易计数之谓。此类病例多为心室率极快的室上性心动过速或心房颤动;偶尔见于窦性心动过速。心室率多超过200次/分,脉律规则或不规则。必须指出,脉率极快时,由于每一心动周期所占时间甚短,平均约仅0.25~0.3秒。因此,即使有脉律不齐,也容易在脉诊中被疏忽。古人借用“转豆”一词,确是非常形象。

出现转豆脉,病情危急,故古人认为“象曰行尸,死可立待”,预后不良。在现代条件下,当然可以采用若干药物急救或电治疗措施,消除此类严重心律异常,使患者转危为安,转豆脉也会同时消除。

〔例9〕男37岁,无器质性心脏病,突发心悸,心无杂音。心电图:室上性心动过速,心率270次/分。转豆脉象。静注西地兰0.4mg,肌注苯巴比妥钠0.2g后20分钟,转为窦性心率80次/分,脉弦。

十、麻促脉:“脉如麻子之纷乱,细微之甚。盖卫枯营血独涩,轻者三日死,重者一日殂矣。”明言脉之细微与紊乱。麻子是纷乱,绝对不规则之谓也。麻促是频发期前收缩或频速型心房颤动的表现。如见于严重器质性心脏病,则预后不良,1~3日内死亡者固然有之,但经积极有效治疗者,则又当别论。

〔例10〕女80岁,动脉硬化,脑血栓形成,右偏瘫及失语。频速型心房颤动,心室率125次/分,室律不齐。麻促脉象。

讨 论

十怪脉的命名原则和王叔和的24种脉象不同,王氏的24种大都是单纯脉象,一般按照脉形、脉至或脉律等,就其中的一个特点,用一个形容词(或以名词代替形容词)作为命名,如浮、沉、弦、滑、迟、数、结、代等等。而十怪脉所指的全部都是复合脉象,用单个形容词已难以概括,只好采取比喻的方法,以两个汉字词,描述一种现象,如“鱼翔”、“虾游”、“雀啄”或“屋漏”等词来描述一种脉象,此中大部分都是十分形象化的。

值得指出的还有,十种怪脉是不同年代若干医家分别提出的脉诊经验和体会。由于

古代条件的限制,只凭口传心授,文字记述,各种脉象所指,难免有重复或交错之处。例如“釜沸”、“虾游”和“解索”脉皆有快速、不齐和微弱等特点;“偃刀”和“弹石”均有弦硬的表现。此中异同及其临床意义需要深入探索。

十怪脉与常见病的脉象虽有很大差别,但这些脉象表现尚未被临床医务工作者所普遍熟悉。由于十怪脉对临床急、危、重症的发现,病情评估和预后都有较大价值,且手段简单,无需任何设备,所以是祖国医学中极为宝贵的临床经验,十分值得进一步整理和研究。

〔本文承福建中医学院附属人民医院范德荣院长指正特此志谢〕

论气机升降学说的形成与发展

白介辰 何松林

气机升降学说渊源于《黄帝内经》,经后世医家的不断发展和充实,二千多年来逐渐形成其独具特色的理论体系,并贯穿于中医生理学、病理学、诊断学、治疗学、方药学等各个方面,对指导医疗实践有着重要的作用。

一、气机升降学说起源于先秦时期的《黄帝内经》

中医学理论体系的形成,不但来源于先秦医疗实践经验、医学知识的积累,而且受古代哲学思想的影响比较深刻,此在《黄帝内经》中有着重要的论述与体现。

宇宙是由物质组成的,运动是物质存在的根本形式。我国古代唯物主义哲学认为,“气”是最原始的物质,是构成万物最微小的单位,故曰“其细无内”;“气”充

塞于宇宙之间,故曰“其大无外”。把自然界物质的运动变化归于一气之升降,这就是气机升降理论的基本观。《素问·六微旨大论》:“气之升降,天地之更用也。……升已而降,降者谓天;降已而升,升者谓地。天气下降,气流于地;地气上升,气腾于天。故高下相召,升降相因,而变作矣。”由于不断地升降,物质的变化便无穷无尽。自然界一切有生命的物体,大而天地日月星辰,小而草木鱼虫,无一不是在升降出入运动着。一旦升降出入运动停止,其生命也就不存在了。诚如《素问·六微旨大论》所说:“出入废,则神机化灭;升降息,则气立孤危。故非出入,则无以生长壮老已;非升降,则无以生长化收藏。是以升降出入,无器不有。故器者生化之宇,器散则分之,生化息矣。故无不出入,无不升降。”

在《黄帝内经》的学术思想中,气机升降出入的理论,不但是作为一种说理手段,而且是中医学基本理论的组成部分,体现在下述三方面。

(一) 用升降学说阐述人体的生命活动

《素问·经脉别论》说:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱;水精四布,五经并行。”可见升降出入贯穿于新陈代谢的全过程。人体的脏腑、组织、器官与其物质基础的精、气、血、津液之间都普遍存在着升降出入运动。正由于脏腑不断地升清降浊,机体的阴精、阳气、营血、津液才能正常地进行新陈代谢,从而维持生命的全过程。

(二) 用升降失常来解释病理变化

《素问·阴阳应象大论》说:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生腹胀。”《素问·示从容论》说:“咳嗽烦冤者,是肾气之逆也。”倘若严重的升降失常,则可立即危及生命。故《素问·生气通天论》说:“大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥。”《素问·调经论》又说:“血之与气,并走于上,则为大厥,厥则暴死,气复反则生,不反则死。”这些精辟的论述,为后世医家以升降失常议病奠定了理论基础和启迪。

(三) 用升降平衡的理论制定治法

因升降失常所形成而出现的病证,其治法如《素问·至真要大论》指出:“高者抑之,下者举之”、“疏其气血,令其调达,而致和平。”此旨在昭示后学,治法上宜按其不同病机,各立治则,以复其生理常态。升降有序,则阴阳气血调和,病证自愈。

二、气机升降学说首用于临床证治的是东汉·张仲景

仲景继承《内经》的基本理论,虽未明言升降,但在《伤寒杂病论》中,论及由升

降失常所致的病证颇多。例如,《伤寒论》第40条:“伤寒表不解,心下有水气,干呕,发热而咳,或渴,或利,或噎,或小便不利,少腹满,或喘……”。此为表寒外束,里有水饮,肺失宣降,水之上源不调,故水饮所致之处皆可发生病变,而出现许多或然症。《伤寒论》第204条:“阳明病,无汗,小便不利,心中懊恼者,身必发黄。”此为阳明邪热与湿相合,湿热郁遏不得下行,致胆汁不循通降之路而外溢。《金匱要略·痰饮咳嗽病篇》:“心下有支饮,其人苦冒眩。”此水饮停留中焦,清阳不升,浊阴上冒,故头目昏眩。《金匱要略·呕吐下利病篇》:“病人胸中似喘不喘,似呕不呕,似哕不哕,彻心中愤愤然无奈者。”此是寒饮搏结于胸中,闭郁胸阳,阻碍气之升降出入使然。临床上,仲景常根据气机升降失常的外在表现,探索其内在的病变本质,从而制定相应的治疗措施。下述三个方面是仲景把气机升降理论应用于临床证治中的基本指导思想。

(一) 治病立法顺应脏腑升降之性

临床上,仲景常着眼于脏腑的不同生理特点,立法制方务求顺应脏腑升降之性。《伤寒论》第303条:“少阴病,得之二三日以上,心中烦,不得卧,黄连阿胶汤主之。”真阴亏虚,肾水不能上济于心,心火不能下交于肾而独亢,治用黄连阿胶汤,折心火、滋肾水,以恢复心肾相交、水火既济的生理属性。《伤寒论》第318条:“少阴病,四逆,其人或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重者,四逆散主之。”肝胃气滞,阳气内郁之证,仲景制四逆散方。柴胡主升,疏肝气之郁结;枳实主降,导胃气之壅滞。从而使肝气条达、胃气和降之性复常。《金匱要略·呕吐下利病篇》:“呕而肠鸣,心下病者,半夏泻心汤主之。”寒热之邪错杂于中焦,致气机壅

滞，升降失常，立方辛开苦降并用，以回旋气机，调理脾胃之升降。

（二）知常达变以变理复杂病证之气机升降

倘若气机升降失常的证情表现较为复杂者，仲景则以整体观为前提，抓住体现疾病本质的主证，详审升降气机，治疗方法也随之灵活多变。如《伤寒论》第32条：“太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。”外邪不解，内迫于阳明，导致升降失常而下利，治疗以解表为主，表解则里自和，下利自止。清代喻昌治痢用“逆流挽舟法”，即是从此而悟出。《金匱要略·呕吐下利病篇》：“胃反，吐而渴欲饮水者，茯苓泽泻汤主之。”饮停中焦，胃失和降，水饮上泛而呕吐频作；脾运失司，津液不得上承而口渴欲饮。如此，愈吐愈饮，则更助饮邪。治用茯苓泽泻汤，以利水化饮，使脾胃升降功能复常，则呕渴可止。

（三）用气机升降理论指导祛邪方法的实施

仲景在治疗疾病的过程中，重视根据人体不同的病变部位和病势趋向，采用因势利导祛邪捷经。《伤寒论》第171条：“病如桂枝证，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞鞭，气上冲咽喉不得息者，此为胸中有寒也，当吐之，宜瓜蒂散。”痰饮壅塞胸膈病位既高，且有上越之势，故用瓜蒂散涌吐胸中之邪，正所谓“其高者，因而越之。”

《金匱要略·腹满寒疝宿食病篇》：“下利不饮食者，有宿食也，当下之，宜大承气汤。”宿食病见到下利，积滞下达，胃纳理应恢复，现仍不欲进食，可知宿食尚未尽去，故治用大承气汤导下其宿食，即“通因通用”之意。

三、气机升降学说发展于金元时期

魏晋以降，与古代唯物主义哲学思想有

密切关系的气机升降学说遂一蹶不振，宋代哲学思想的活跃，气机升降学说始又重新引起医家的注重。迨至金元，卓有成就的著名医家辈出，开创了学派争鸣的鼎盛局面，气机升降学说也呈现了引人注目的阐发。诸如：

（一）张元素开拓升降浮沉用药理论

元素根据《内经》关于药物“味厚者为阴，薄为阴之阳；气厚者为阳，薄为阳之阴”的理论，进一步探讨药物作用于人体升降浮沉的趋向。如《医学启源·用药备旨》的“气味厚薄寒热阴阳升降之图”注中说：“茯苓淡，为天之阳，阳也，阳当上行，所以茯苓利水而泄下，亦不离乎阳之体，故入手太阳也。麻黄苦，为地之阴，阴也，阴当下行，何谓发汗而升上？经曰：味气薄者，阴中之阳，所以麻黄发汗而升上，亦不离乎阴之体，故入手太阴也。”由此可见，元素对药物在人体的作用趋势的认识，是根据该药物气味的厚薄情况而综合立论，以阴阳为纲进行分析而得出来的。张氏还指出，即使同一植物，入药部分不同，其升降浮沉作用亦因之而异。大凡花、叶及质地轻扬的药物多升浮，子、果实和质地重浊的药物多沉降。张氏发明的“引经报使”说，即是利用某些具有升降特性的药物作为舟楫，以载药直达病所。也就是说，药物升降浮沉的药理作用，可随着配伍的不同而转化，体轻之药可借质重下沉之品引药下行，体重之药可借轻升上浮之品引药上升。

（二）李东垣立足脾胃升降理论的阐发

东垣在《内经》气机升降理论的启发下，又受张元素以升降浮沉分析药物的熏陶，特别重视气机升降理论的阐述及运用。其所著的《脾胃论》，就不厌其详地加以发挥，且告诫后学者：“不达升降浮沉之理，而一概施治，其愈者幸也。”李氏认为，五脏六腑的升降运动是以脾胃为枢纽的。若脾

胃虚弱,不能正常发挥其翰旋上下的作用,即当升不升,当降不降,甚至升降反作,清阳下陷,浊阴上泛,则内而五脏六腑,外而四肢九窍,都会发生种种病证。尤其是内伤病变,多责之脾阳不升所致。治疗上着眼一个“升”字,故擅用黄耆、人参、升麻、柴胡等益气升阳药物,以遂脾气升发之性。当然,东垣亦注意到潜降阴火这一方面,从补脾胃、泻阴火的升阳汤方义则可剖折。只是在掌握运用上,升发是主要的,基本的,潜降是次要的,权宜的。

(三) 朱丹溪赋予升降学说的新内容

丹溪不仅继承脾胃升降理论,而且对心肾、肝肾、肺脾、肺胃等脏与脏、脏与腑之间的关系作了重要阐发,把五脏六腑相生相益的关系归于一气之升降。治疗上侧重于脏腑气机升降的调节,所创制的吐提、滋降、提壶揭盖等治法,均超越前人。朱氏论证六郁之病,是气机“结聚而不得发越也。”其所创制的越鞠丸方,用药大法属降中有升,升中有降,为翰旋气机之妙法。丹溪还认为,阴阳的升降运动,既有阳升阴降的一面,也有阴升阳降的一面。故朱氏在《局方发挥》中指出:“一升一降,无有偏胜,是谓本人。”因此,在论治阳气不升时,秉承东垣“阳升阴降”的学术观点,用益气升阳法,其目的无非是使人体达到“阴平阳秘”。在论治阴虚阳盛时,不拘于习俗所用的育阴潜降法,而是采用升补阴血以使阳降的方法,即阴升阳降以达“阴阳比和”,从而弥补东垣“阳升阴降”论的不足。

四、气机升降学完善于明清时期

金元之后,气机升降学说为医家所重视。张景岳在临床实践中,深悟自己治病之所以奏效神速,乃重视气机升降理论的运用。故《景岳全书》说:“余之立方处治,宜抑者则直从乎降,宜举者则直从乎升,所

以见效速而取之捷耳。”

(一) 升降浮沉用药理论的普及

明清时期的本草学著作,大多引用升降浮沉理论作为辨证用药的重要论据之一,从而成为中药药性理论体系中不可分割的一个部分。李时珍在《本草纲目·序例·升降浮沉》中作了简明扼要的阐述,李氏认为:从气味而论,“酸咸无升,甘辛无降,寒无浮,热无沉;”就炮制以使药物升降浮沉作用转化而言,“升者引之以咸寒,则沉而直达下焦,沉者引之以酒,则浮而上至巅顶”,也就是欲其升浮用酒炒,欲其下行用盐水炒。故李氏又指出:“升降在物亦在人。”汪昂在《本草备要》中对药物气味与升降浮沉之间的关系,归纳性地指出:“气厚味薄者浮而升,味厚气薄者沉而降,气味俱厚者能浮能沉,气味俱薄者可升可降。”从而使众多的医家乐于接受升降浮沉用药理论的指导,以广泛运用于临床。

(二) 重视脏腑升降相因作用

明清时期,医家在临床实践中,已普遍注意到各脏腑气机升降之间的相互配合、相互制约,即降中有升,升中有降,入中有出,出中有入,升降有度,出入有节,既相反又相成,形成对立统一的动态平衡,使生命活动井然有序。何梦瑶《医碥》说:“五脏生克,须实从气机病情讲明,若徒从五行套悟,茫然不知的实多致错。”深刻地指出五行生克的临床应用,应从脏腑升降立论。

脾胃同居中焦,通连上下,在升降运动中起着主导作用。黄元御在《四圣心源》说:“脾升则肾肝亦升,故水木不郁;胃降则心肺亦降,故金水不滞。”直截了当地指出心、肺、肝、肾之气机升降,皆取决于脾胃枢轴之翰旋。临床上,黄氏特别重视脾胃升降之调治。叶天士对胃主降的生理属性有独到见解,他说:“胃喜柔润”,“胃宜降则和”,并据此创立了甘寒通降法。此为纠正举世皆

将治脾之甘温升阳药统治胃的医道弊端作出了贡献。

肺为至高之脏，主一身之气，气机升降受其治节。肺治节于脾胃，化运正常，升降不已；肺治节于肾，吸纳有序，气化正常；肺治节于肝，肝气条达，升发有序；肺治节于心，血液环流不止。喻昌《医门法律》概括指出：“肺气清肃，则周身之气莫不服从而顺利。”王孟英认为，肺受病则“一身之气皆失其顺降之机。”叶天士在临床上擅用宣开肺气法以调理气机升降，每获良效。

脾胃的升降出入，又赖肝胆春生之气的升发疏泄，才能生生不已。唐容川在《血证论》说：“木之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化。”吴东旸在《医学求是》亦指出：“肝木不升则克脾土，胆木不降则克胃土。”在叶天士《临证指南医案》中，就有肝和脾升、胆和胃降的例证。

心为君火，肾为癸水。心之君火下降，以助肾阳温化肾水；肾之癸水升腾，以济养心制约心火。周之干在《慎斋遗书》说：“心肾相交，全凭升降。而心气之降，由于肾气之升，肾气之升，又因心气之降。”实为要言不烦。肝肺功能的正常活动，亦赖水火相济。吴东旸《医家求是》又说：“坎水温升，则肝木舒其疏泄之性；离火清降，则肺金行其收敛之政。”

（三）湿热治肺论的提出与运用

湿热之病，乃系湿与热合邪为患。氤氲粘腻，治疗较为缠绵。叶天士从临床实践中认识到湿热为病，治之宜从宣展气机立法，即通过宣开肺气而达化湿透热的目的。吴鞠通秉承叶天士之旨意，创制了三仁汤、宣痹汤等宣开肺气以治湿热的方剂，临床收效显著。吴氏在《温病条辨》释义中说：“肺经

通调水道，下达膀胱，肺痹开则膀胱亦开。”石芾南在《医原》中对湿热从肺而治的阐述尤多，且明确地指出湿热之“治法总以轻开肺气为主”，“肺得清肃之权，自能化湿热于无何有之乡。肺是人之天气，天气下降，浊邪焉有不降之理，或从汗解，或从小便而解。”清末张韦清、丁甘仁等著名医家，皆善于从肺治疗湿热之病。

（四）以气机升降理论指导血证的治疗

黄元御根据气血相依的原理，在《四圣心源》中指出：“血之失于便溺者，太阴脾之不升也；亡于吐衄者，阳明胃之不降也。治血热妄行者，泻实降气，不损中州脾土；治气虚不摄者，补虚升阳，无犯至高之气。”唐容川《血证论》说：“上者抑之，必使气不上奔，斯血不上溢，降其肺气，顺其胃气，纳其肾气，气下则血下，血止则气亦平复。”故其治吐血、咯血、咳血等上行性出血，总以降气为之大法，诚为经验之论。

近代名医张锡纯对气机升降学说的阐发和运用，亦颇值得推崇。张氏极为赞赏黄元御关于脾胃与肝胆的升降关系及其升降失常导致多种病变的论述，认为脾胃升降不仅是脾胃本身的生理功能，而且是肝胆功能正常的标志。故张氏指出：“脾气上行则肝气随之上升，胃气下行则胆火随之下降。”临床上，张氏善于从气机升降的整体观出发，全面地分析复杂病证，从燮理升降着手，独创一系列行之有效的良方，诸如升降汤、升陷汤、镇肝熄风汤等。

目前，有关气机升降学说的论著颇多，也提出了不少新的见解。一些疑难危重病证，在常规治法的情况下，不少医家另辟蹊径，以升降立法遣方，往往获得较为显著之效，不断地丰富与发展气机学说的领域。

论脾胃学说

中医系 傅瘦生

中医的藏象学说，自《内经》始，以脾与胃在五行属土，为“仓廪之官”，水谷精气源出于此，故以谷气、胃气为人身之本，历代医家穷《内经》之要旨，集临症之经验，各有发现，各有发明，从之创脾胃学说，自成体系。又历经临床验证，续有充实和发展，使其系统理论日臻完备，然择其要者，有两大名家，曰：李杲、叶桂。

一、李杲的《脾胃论》

李杲，晚号东垣老人，金元时人，《元史·方伎传》有传，著书颇多，《脾胃论》、《内外伤辨惑论》为其代表作。孙一奎在《医旨绪余》中载：东垣“彼当金元扰乱之际，人生斯世，疲于奔命，未免劳倦伤脾，忧思伤脾，饥饱伤脾，何莫而非伤脾也者？”于是李氏提出了“内伤脾胃，百病由生”的医学论点，论病强调了脾胃的重要性，创立了具有独创性的系统理论——脾胃论，并以此名于后世。

李杲脾胃论的理论基础，实渊源于《内经》以及张洁古的学术思想。他认为人体生命的正常活动，疾病的产生都与脾胃直接相关。在《脾胃论》一书中，爱引了大量的《内经》原文，来阐述自己的观点。如：“人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死”，“胃为水谷之海”。“阴之所生，本在五味；阴之五官，伤在五味”。等等，在阐述疾病之从脾胃生者，他概括了四条，其中突出一个论点，是认为人之元气皆出于脾胃，他在《脾胃论·脾胃虚实传变论》中载：“历观（内、难），诸论而参考之，则元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋元气，若胃气之本

弱，饮食自倍，则肠胃之气既伤而元气不能充，而诸病之所由生也”。提出了脾胃内伤，“形气俱虚，乃受外邪”，是以“诸病从脾胃而生”。以人之元气来自脾胃，脾胃有损，势必影响整个脏腑功能以及招受外邪而致病。这是李氏把脾胃内伤作为亏损及内伤疾病总病机的理论依据。尽管李氏在引用《内经》原文及对《内经》原文解释，并未尽合《内经》原意，但其所创理论，仍不失为一家之言。

李氏在阐述脾与胃的关联时，认为饮食不节则胃病，形体劳役则脾病。胃病则脾无所禀受，脾病则胃不能独行津液，故亦从而病焉。论脾胃与它脏的关联，李氏认为“大抵脾胃虚的，阳气不能生长。……五脏之气不生，脾病则下乘肾，土克水则骨乏无力，是为骨痿”并曰：扞讨《内》、《难》要旨曰：“脾胃不足之源，乃阳气不足，阴气有余”。故论治曰：“当从元气不足升降浮沉法，随证用之”。并谓：“脾胃不足，不同余脏，无定体故也。其治肝、心、肺、肾有余不足，或补或泻，唯益脾胃之药为切”。他虽不认为任何疾病都治脾胃，但重点仍在脾胃。

李杲的《脾胃论》突出强调了两个基本观点。一是认为脾胃是元气之本，脾胃一伤则元气衰惫，病即由生。二是人体精气的升降运动，是以脾胃为枢纽。谷气上升，脾气升发，元气充沛，生机活跃，阴火潜藏；若谷气不升，脾气下流，元气亏乏，生机消沉，阴火因之上升。强调了升发脾胃之气的重要性。在病机上创立气火失调说，认为人之元气不足时，阴火则亢盛；元气充沛，阴

火自然潜降；阴火愈炽，元气愈被耗伤。故曰：“火为元气之贼”。称：“火之与气势不两立”。同时还把一切病理变化责之于升降失常。认为脾胃居于中焦，为精气升降之枢纽，升则上输心肺，降则下归肝肾。脾胃健运，升降正常；脾胃气虚，则升降失常。认为这是内伤疾病的主要病机。如《脾胃论·劳倦所伤始为热中论》载：“苟饮食失节，寒温不适，则脾胃乃伤，喜怒忧恐，劳役过度，而损耗元气，既脾胃虚衰，元气不足，而心火独盛。心火者，阴火也，起于下焦，其系系于心，心不主令，相火代之。相火下焦包络之火，元气之贼也。火与元气不能两立，一胜则一负，脾胃气虚，则下流于肾肝，阴火得以乘其土位”。因此，在论治上着重于补中益气升阳益胃，喜用参、术、芪以补中益气，升、柴以升阳。不过，李氏在阴阳升降问题上，强调阳气，忽视阴精，强调升发，忽视潜降。尽管也注意到潜降阴火的一面，然其主要治法是升阳以降火。毋庸讳言，李氏的“阴火论”，在中医学界中多有争议。其实，阴火的理论，就连李东垣自己也是讲不清楚的。这里不做讨论。

李杲的《脾胃论》及《内外伤辨惑论》问世后，对他的脾胃学说的理论，为历代医家所重视。并加以继承发扬。如王好古、罗天益、朱丹溪、薛立斋、张景岳、李中梓等都崇东垣之学，又各有建树。到清之叶桂，创立了胃阴学说，使脾胃学说别开生面。

二、叶桂的胃阴论

叶桂，字天士，号香岩，为温病学派之旗手，他不仅对温热病学方面做出了卓越的贡献，而对杂病的论治也独树一帜。对脾胃学说他推崇李杲的《脾胃论》，并有了重大的发展。

叶氏认为《内经》理论的基本观点是突出以胃气为本。因而在临床上他对杂病治疗

多重视脾胃。在其理虚大法提出了“久虚必损胃”，“上下交损”者“当治其中”以及先后天俱伤者，以“后天为急”等，对李杲强调脾胃对元气的重要作用以及脾胃为人体气机升降之枢的论说，也极为推崇。如《临症指南医案·脾胃·华岫云按》谓：“脾胃之论，莫详于东垣。其所著补中益气，调中益气，升阳益胃等汤，诚补前人之未备。察其立方之意，因以内伤劳倦为主，又因脾乃太阴湿土，且世人胃阳衰者居多，故用参、芪以补中，二术以温燥，升、柴升下陷之清阳，木香理中宫之气滞，脾胃合治，若用之得宜，诚效如桴鼓。盖东垣之法，不过详于治脾，而略于治胃耳。乃后人宗其意者，凡著书立说，竟将脾胃总论，即以治脾之药，笼统治胃，举世皆然。今观叶氏之书乃始知脾胃当分析而论”。诚然，叶氏对脾胃的论治十分强调脾与胃由于性质不同，功能各异，其病理变化及临症施治也有较大的差别。如谓，纳食主胃，运化主脾。脾宜升则健，胃宜降则和。并曰：太阴湿土，得阳始运；阳明燥土，得阴自安。以脾喜刚燥，胃喜柔润也。仲景急下存津，其治在胃；东垣大升阳气，其治在脾等等。华岫云氏大加赞赏，曰：“此种议论，实超出千古”他认为胃为阳土，喜柔润而恶刚燥，若四君、异功等，皆为治脾之药，非胃所宜；且腑宜通，以通为补。因之在临床上创养胃阴及通补胃腑之法。如胃阴亏损，可用甘凉濡润之品，以养胃阴，使津液来复，通降自成，而不宜苦降或苦寒下夺之品。多选用如玉竹、花粉、沙参、石斛、麦冬等品。从叶案的分析而言，其滋养胃阴法，也是不拘一格，辨证论治，十分灵活。如以甘凉濡润法之治胃有燥火灼伤胃阴证，以甘缓益胃法之治胃阴虚并脾气不足证，用甘淡养胃法以治脾胃虚而不宜温补或清滋者，用甘寒培液法治重症胃阴耗伤证，用芳香清养法以治胃气阴两虚而夹有微湿证等。总

之,叶氏对脾胃学说的阐述,是他扶正培本大法的一个主要内容。叶氏很重视先后二天的补法,他主张甘药补中,血肉填精。然而他强调了先后二天俱损,时当以后天为急。借前人之经验,如温中补气之用小建中汤、黄芪建中汤,补中益气汤等以补益后天,很有卓见和发展。谓:“脾阳宜动则运,温补极是,而守中及臑滞皆非”。脾药温燥,胃药柔润,且往往相并为用,因此补养后天时,除纯属脾虚者,仿东垣之法益气升阳,而对一般脾虚者,主张益气升阳不过用温燥,以妨碍胃。对胃阴亏者,又强调滋养胃阴,以助胃气。叶氏还认为“腑病以通为补,与守中必致壅逆”。另立通补阳明法。在益气养阴的基础上,酌加陈皮,厚朴等行气降下之品,使胃气通降以恢复脾胃功能。主张理胃的不宜过刚,养胃阴防其过臑,温通清润,在理法上发前人之所未发。如通补胃虚,常合补脾之药,以“补虚,通滞、芳香合用”,取其气通浊泄,能补能运,养阴通补,别具一格。

此外,叶氏还广泛引用了通络法以治脾胃,认为病“初为气结在经,久则血伤入络”。诸痛在络,痛则不通。而论治以通为主。用药则主张,以辛为主,以润为辅。以辛可出阳,润能入阴;辛助其行,润助其通。病在血宜辛润活络;病在气宜辛香理气;血淤者,又宜逐瘀通络合虫类药以搜剔。阴虚络热则宜清润,阳虚络寒则宜辛温,实证偏通,虚证偏补,理法方药,自成体系,为脾胃论治开辟蹊径。在脾胃与它脏的相关论治,叶氏在临床上也颇多创见十分突出注重于治脾胃以安五脏,这里不多赘述。可见叶桂对脾胃学说强调了脾胃分论并创立了养胃阴和通补阳明等法,在理论和治法上补充和发展了脾胃学说的内容,在现代临床实践中具有很大的指导意义和启发作用。

三、对脾胃学说的若干管见

(一)脾胃学说是中医理论的一个重要部分。自《内经》以下,历代医家都极为重视,可以肯定地说,脾胃学说的创立和发展,在中医内伤疾病特别是虚损病证的论治在临床上有很大的启迪和指导意义。当然,如众所周知的,李杲著《脾胃论》、《内外伤辨惑论》来阐述脾胃学说,确是他的创见,在医学史上称为“补土学派”。可见,东垣的甘温益气升阳,包括叶天士的甘凉濡润养阴,都只针对脾胃的虚证而言,而对于脾胃的实证,并未论及。因此,我们不可能要求脾胃学说能够包括脾胃论治的全部内容。然而可以断言,祖国医学无论在外感或内伤杂病,伤寒或温病,“重胃气”是历代名家所一贯重视的。“脾胃为后天之本”的名论,是由此而建立并且得到中医学学术界所公认的。

(二)世称:“外感宗仲景,内伤法东垣”。东垣的脾胃学说在某种意义上说,是阐述他的内伤病机的学说,他认为由于饮食饥饱、劳倦,以及喜怒忧思和寒温不适等因素,导致脾胃内伤,中气虚弱,阴火上乘等,是内伤病的病理机制,从而创立了一系列益气升阳以降阴火的治法,这在当时,不能不说是一个发明,确是发前人所未发。然而显而易见,李氏的论说,也存在了很大的局限性和片面性。从中医学理论体系而言,内伤疾病不应该只强调某一脏腑的病变,五脏各有虚实寒热。其所论内伤病因,如饮食五味,劳倦、情志等,对人体五脏也各有其易感性,而感病后五脏的病变也是在相互传易,其传易的趋势是视人体五脏之间能动均势的盛衰所决定的。而且内伤疾病与外感疾病的界限在临床客观实际中也绝非那么绝对和单纯的,因此,东垣的内伤脾胃学说是无法概括所有内伤病的病机的,在今

天，我们不能不正视这个现实。

（三）要正确理解历代各家学说。中医学术源远流长，历代名医辈出，替而不衰，他们都为中医学术的发展做出了卓越的贡献。他们不但对经典著作的研究有着高深的造诣，而且各有丰富的临症经验，不仅善于理论联系实践，也善于总结经验。他们对中医学术中某一专题的研究或对临床某些疾病的论治敢于独创一家之言，自成体系，卓然成家，对后世中医学术的发展有着广泛和深远的影响，然而也必须看到历代名家的学说，限于客观条件，或详于此，而略于彼；或长于彼，而短于此，这是无可厚非的。我们不可能要求各家学说都能全面、客观、准确地概括中医所有学术和临症问题。况且，辨证论治是中医学术的精髓，学术上的百家争鸣是必要的，然而，中医学术领域中的寒温之争，攻补之争，经方与时方之争，以及“补脾不如补肾”“补肾不如补脾”等门户之见的争论，那是毫无意义的。但是历史上的中医名家都是学有根底，博学广闻，又善于吸取各家之长，融汇贯通，勇于实践和创造者，这是毋庸置疑的。

（四）一种学说的创立、形成、发展到完善都必须有一定的过程，是经过不断的继承、验证、充实、丰富和发展的过程。而且都是中医基础理论的不断深化及其在实践中综合应用的概括。我很赞赏张洁古脏腑辨证说的立论及其思想方法，从脏腑的正常生理功能，包括性质、功能、部位、特点等入手，研究脏腑的病理变化，包括脉、证的寒热虚实的证候，以及病的演变，传易和预后，最后从补虚，泻实，温寒，清热等各方面的治法提出了常用方与药，后人评论为“自成体系”。我认为在当时的条件下并不是夸张的。脾胃在人体生理上具有独特的系统功能，因此，脾胃学说确是中医理论中的一个重要理论，不过在今天脾胃学说应该有所突破，要赋予新的系统内容，最少说前人已经给我们积累了丰富的理论和临床实践经验，从理、法、方、药上全面地整理总结，探讨脾胃病的辨证论治规律，使中医的脾胃学说和调治脾胃的方法更好地应用于临床，提高疗效，为继承和发扬中华医学做出贡献。

治肾药法的临床应用

肖 熙

一、肾的内涵

“肾”在人体五脏中是一个脏器。在解剖学中它是有特定的形态和一定的部位，这指的是解剖学中的肾。祖国医学脏象学说中的肾，它不但概括了具体肾脏的实体，同时更广泛地阐明肾的生理功能和病理变化以及它与人体各个方面的相互关系。肾为先天之本，藏精、主水、纳气、主人体生长、发育、衰老过程，是人体生命活动的根本，在

脏腑学说中具有重要的作用。本讲所阐述的主要内容，是指后者的肾，它与解剖学中的肾既有联系又有区别，不尽相同，不能一概而论。

二、肾在人体中的重要地位

祖国医学指出，肾为生身之本，性命之根。先天禀赋受生于父母，取决于肾精。它

直接关系到人们体质的强弱，同时也突出地影响着人们生命的存亡。虞搏《医学正传》说：“肾元盛则寿延，肾元衰则寿夭”。指出肾中元气盛衰，主宰着寿命之长短。肾为人身阴阳之宅，肾阴是人身阴液的根本，对机体各脏腑组织器官具有滋养、濡润的作用；肾阳是人身阳气的动力，五脏六腑组织器官都需要它的温煦、生发。正如张景岳《类经附翼》说：“五脏之阴气非此不能滋，五脏之阳气非此不能发”。肾为气血生化之基，由于人身之元气来源于肾，脏腑功能活动都要依靠元气的激发和推动；肾对人身血液的生成具有促进、转化的作用。因此堪称为气血生化之基。肾为脏腑活动之主，五脏六腑进行功能活动所必需的物质基础和动力，源泉均由肾阴和肾阳所主持，肾在脏腑功能活动中处于枢纽的位置。因此，对其它脏腑具有统驭、调控的作用。肾为经络系统之根，《难经·八难》指出：“诸十二经脉者，皆系于生气之原，所谓生气之原者，谓十二经之根本也。谓肾间动气也”。说明肾间动气是经络系统功能活动的物质基础和动力来源，也是经络系统之根本。同时任督二脉对十二经脉起着统率，调节的作用，肾与任督在经脉和功能上有着密切的关系。遵上所述，可知肾在人体中地位的重要性。

三、治肾药法的作用及其临床应用

治肾药法是随着中医、中西医结合对肾本质认识的发展而发展起来的。由于肾在脏象学说中占有特殊的重要地位，所以前人对肾亦就有较为深入的认识。“肾苦燥，急食辛以润之”、“肾欲坚，急食苦以坚之”等一些治肾的重要法则，也随之确立，并一直对临床实践起着有益的指导作用。

祖国医学对肾的功能有特定的认识，认为肾有主骨、生髓、藏志、主耳、荣发、出

技巧、主生殖、主发育、司水液、开窍于二阴等功能。因此，骨、髓、耳、发、生殖、早衰、二阴、水液代谢失司等病症，都需从肾论治，多能获得较好的疗效。

又因肾与他脏关系密切，如肾为肝母，水能生木，故肝病可从肾论治；命门之火，能生脾土，故脾病也可从肾论治；肾水化气，上滋肺金，故肺病也可从肾论治；肾水上济，心火自降，故心病也可从肾论治。这种肾与他脏功能上的互相影响，亦决定了滋水涵木、补火生土、金水相生、交济心肾等治肾药法的确立。

肾之为病，虚证居多，故补肾之法，在中医治法中占有重要地位。但必须说明，并非肾无实证，临床每有所见肾功能失调时产生水湿、邪火、淤阻等，攻邪安正也是治肾之一门大法。然而从肾之本质而言，虚证确属居多。为了阐明临床常用之补肾药法，今归纳为补肾八法如下：（一）峻补法：五脏之伤，穷必及肾，凡病若虚久不复，成损变劳之后，肾之精气必然大伤，故熟地、人参、山茱萸、枸杞子、菟丝子、巴戟天、肉苁蓉、紫河车、鱼鳔、鹿茸之类，皆属峻补益肾之品。（二）缓补法：病有新久之殊，虚有微甚之分，甚者非峻补不效，微者宜缓补收功，如黑大豆、桑椹子、胡桃肉、胡麻仁等，皆属缓补之类。（三）涩补法：肾为封藏之本，藏精而不泻，如肾精亏损，固藏失职，单以补肾养阴而不加固涩，则精之恢复不易，故叶天士说：“非涩无以固精”。常用龙骨、牡蛎、芡实、莲须、金樱子之类是也。（四）通补法：用药之机，常须开合相济，补肾之法，每需通涩互施，叶天士曾说：“非通无以导涩，非涩无以固精”。通药不但能引导涩味以固精，且能使补肾药更好地发挥补益之效。如六味地黄丸之三补三泻，通补结合而获佳效。景岳制赞化血餘丹，于大补气血阴阳之中，独用血余为君以行

滋，亦是通补之良法。（五）温补法：“劳者温之”是补虚之大法，也是补肾之要法。张景岳说：“阳虚者多寒，宜补而兼暖”。亦就是肾阳虚者，补虚当用甘温柔剂以养阳，如枸杞子、菟丝子、巴戟天、肉苁蓉、补骨脂、川杜仲、淫羊藿之类，并酌配温热之附子、肉桂为辅佐。但桂附刚燥之品，不宜过用，恐有劫阴伤精之弊，必须酌情而施。（六）清补法：精虚者未必都有热象，而阴虚者每多兼有火动，火动者忌温暖，景岳说：“阴虚多热者，宜补之以甘凉”。常用生地黄、女贞子、生龟板、旱莲草、明天冬、正阿胶之类。如阴虚既甚，邪火又亢，则以黄柏、知母并用，属于清补兼以泻火之范畴。（七）双补法：肾中阴阳，互根为用。景岳指出：“以精气分阴阳，则阴阳不可分，以寒热分阴阳，则阴阳不可混”。同时围绕着补肾，景岳从理论上对运用双向调节法则作了阐发，他说：“善补阳者，必于阴

中求阳，则阳得阴助，而生化无穷；善补阴者，必于阴中求阴，则阴得阳升，而源泉不竭”。但阴阳之虚其侧重仍往往有所不同，故双补法阴阳气血亦应有所侧重为是。就右归丸而论，此方虽以附子、肉桂、鹿角胶、菟丝子、枸杞子等药刚柔互施，全方甘温扶阳，大补精血，方剂应隶属补阳之主方，但此方虽立足于补阳，而方中却以补益精血之熟地剂量为独重，似此体现了“阴中求阳”穷本求源的组织法，因而它也具有阴阳双补之作用。（八）间接补肾法：肾虚而不直接补肾，采用隔一隔二治法者，谓之间接补法。间接补法中，以健脾益肾法，亦即补土生水法为最常用。薛立斋治肾虚，常用补中益气汤加五味子、麦冬之类以为治，实是补脾肺以生肾水之法，此法脾虚甚于肾虚时宜之。生脉散乃治心肺气阴两虚之剂，肾虚用之，亦乃“虚则补其母”之义，金能生水，属于间接补法之范畴也。

辨证多元化

福建中医学院研究生 郭平清

指导老师 林求诚

本方旨在从方法论角度对中医辨证诊断进行初步的探索。

一、以象辨证 依靠四诊直接从病人的外象来推论其内脏功能，是以象辨证。但中医的其它辨证方法，本质上也是以象辨证。只要理解证概念的方法论特征，就可以明白以象辨证的现代进展。这个特征就是形象思维与经验观察的结合，即类比方法。无论是直观的四诊“外象”还是影像诊断的“内象”，都可作为辨证的依据。同时，理解证概念的方法论特征对于认识以象辨证的固有缺陷也是很有帮助的。实践证

明，传统的辨证并非完美无缺。

二、病证结合 第一，病证结合是临床诊断的基本要求。这主要由于二者的预后诊断价值不同。有人比喻，辨病是“经”的诊断，辨证是“纬”的诊断，医生只有既从“经”的角度，又从“纬”的角度去认识病人，方较全面。第二，病证结合是识别隐潜证的需要。如慢性支气管炎、支气管哮喘的隐潜性肾阳虚证，冠心病的隐潜性心气虚证，心力衰竭的隐潜性血淤证，等等。现在已发现了更多的隐潜证。根据这种隐潜证论治，往往能十分显著地提高临床疗效。第