

李士懋
田淑霄

脉学心悟 · 濒湖脉学解索

李士懋 田淑霄 著

脉学
心得

脉学心得

李士懋、田淑霄教授是国家二、三批高徒导师。从医近50年，临床诊治经验丰富，特别在脉诊方面造诣颇深。所著《脉学心得》创造性发展了中医脉学理论，有较高的学术和实用价值，曾在《河北中医药》、《中国中医药报》等连载，深受读者好评。《瀕湖脉学解索》则深入浅出地阐释了瀕湖脉学思想，颇多个人体会，实为中医初学者学习脉学入门之书，可指导中医初学者入门习脉，不入歧途。二书言简意赅，通俗而不离经旨，理论结合临床，可供中医初学者阅读参考。

策划编辑 王显刚
封面设计 于春华

销售分类 中医临床

ISBN 978-7-5091-2334-8



9 787509 123348 >

定价:22.00元

李士懋
田淑霄

脉学
心得

脉学心悟 · 濒湖脉学解索

李士懋 田淑霄 著

人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

图书在版编目(CIP)数据

李士懋·田淑霄脉学心得:脉学心悟·濒湖脉学解索/李士懋,田淑霄著. —北京:人民军医出版社,2009.1

ISBN 978-7-5091-2334-8

I. 李… II. ①李…②田… III. 脉学—研究 IV. R241.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 168762 号

策划编辑:王显刚 文字编辑:佟玉珍 责任审读:余满松

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8707

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:710mm×1010mm 1/16

印张:9.5 彩页 1 面 字数:144 千字

版、印次:2009 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~5000

定价:22.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

出 版 说 明

我与老伴——我的大学同学田淑霄教授，皆为 1956 年入学的北京中医学院（现名北京中医药大学）首届中医大学生。在半个多世纪的不断学习思悟、临床磨砺和相互切磋中，逐渐形成了以脉诊为中心的辨证论治方法，对脉诊也萌生了一些自己的见解，于是合写了一本关于脉学的小册子——《脉学心悟》；并以我们的观点，对《濒湖脉学》进行了阐释与探求，名曰《濒湖脉学解索》。相隔十五年，再读这些观点，看法依然，且老而弥坚。

在此二书中，我们主要提出了下列与传统观点不大一致的看法：

1. 传统观点认为，四诊中切诊居末，我们认为切诊居四诊之首。在望、闻、问的基础上，切诊在疾病诊断中的权重，可占 50%~90%。因而形成了我们以脉诊为中心的辨证论治方法。

2. 传统观点认为脉有假，故有“舍证从脉”与“舍脉从证”之论。我们认为脉无假，任何一种脉象的出现，都有其必然的生理、病理学基础，只存在如何识脉的问题，而不存在所谓假脉、舍脉的问题。

3. 传统观点认为脉诊以阴阳为纲。我们认为阴阳为纲过于笼统，故提出以虚实为纲，各种脉象，皆以沉取有力无力以别虚实。这也可看成是阴阳为纲的具体化、实用化。

4. 脉象的形成，皆因气血变动所致。明此理，诸脉也就可以了然胸臆，不为其纷纭繁杂所惑。

5. 以恒动观看待脉象。脉是不断运动变化的，脉变则证变、治亦变。真正做到谨守病机，当从脉着眼。

6. 脉象的七要素，即脉位、脉体、脉力、脉率、脉律、脉幅、脉形，所有纷杂之脉皆由此七要素所构成。而七要素的变化，根源于气血的变化。分清此七要素并明其理，则诸脉可融会贯通，而不必拘于诸脉之形迹，达到守绳墨而废绳墨，出神入化，随心所欲不逾矩。

7. 关于脏腑在脉上的分布,不宜机械刻板,上以候上,中以候中,下以候下,要结合脏腑、经络、六经、卫气营血、三焦及正局变局(湿热病)辨证法,以确定病位。

8. 脉症关系,据脉以述病症,虽因医者经验多寡而异,但以脉定病、定症,不是一个普遍规律。夸大脉诊的作用是谬误;视脉形同虚设,同样是谬误。

9. 脉的删繁就简,《濒湖脉学》的 27 部脉中,濡、伏、牢、革、长、短可删。

10. 在各脉中,也斗胆提出了许多自己的看法,如沉主表、浮主里;以至数所分诸脉,当以脉象为据,不应以至数为凭;濡脉即爽也,非浮而柔细;代脉乃多种脉象互相更代,非止有定数,并阐明其病机。

11. 在脉诊注意事项中,突出提出西医治疗对脉象的影响,应引起注意,以免误诊、误治。

中华民族先人对脉诊做了艰苦卓绝的探索。《内经》成书以前,就已有脉诊专书,《素问》引述《揆度》、《脉法》二书可以为证。《内经》汇集了当时的各种脉诊学说,有遍诊法、色脉诊法、经络诊法、尺肤寸口诊法、寸尺诊法等。《难经》确立了寸口诊法。仲景引述前人文献,在《伤寒论》中首列《辨脉法》与《平脉法》专篇,形成了以脉诊为中心的辨证论治体系。历代脉诊专书不啻百部,各医家著述亦皆论脉,在不断争鸣扬弃中,趋向简化、明了、实用。自古论脉详且尽矣,本不容吾等无名之辈置喙。但在 50 余年不断学习、实践中,萌生出有别于传统的见解,故尔斗胆写了出来。我们不仅这么说,实践中也是这么做的,这在拙著《相濡医集》《冠心病中医辨治求真》及《一得集》所列医案中可以体现。

二书出版后,《脉学心悟》曾在《河北中医药》及《中国中医药报》全文连载,并重印。今应读者诚挚要求,将《脉学心悟》与《濒湖脉学解索》合辑出版,更方便、更全面地了解笔者脉学思想。并增补“以脉诊为中心的辨证论治方法形成过程”一节,内容虽有增改,但观点依然,兼以理论结合临床。望能继续得到广大读者垂爱,以期引起中医界对脉学的重视,不断提高辨证论治水平,振兴祖国医学。

李士懋 田淑霄

2008 年 6 月 20 日

书于相濡斋



脉学心悟

前言	2	七、虚脉	28
上篇	3	八、实脉	29
一、以脉诊为中心的辨证论治方法		九、长脉	30
形成过程	3	十、短脉	31
二、对脉诊的认识	7	十一、洪脉	32
(一)脉诊的意义	7	十二、微脉	34
(二)脉的从舍	9	十三、紧脉	35
(三)脉诊纲要	10	十四、缓脉	37
(四)脉诊原理	11	十五、芤脉	38
(五)脉象的动态变化	12	十六、弦脉	40
(六)脏腑分布	13	十七、革脉	43
(七)脉象的删繁就简	14	十八、牢脉	43
(八)脉诊中的注意事项	15	十九、濡脉	44
(九)脉象要素分解	16	二十、弱脉	45
下篇	18	二十一、散脉	45
一、浮脉	18	二十二、细脉	46
二、沉脉	19	二十三、伏脉	46
三、迟脉	22	二十四、动脉	47
四、数脉	23	二十五、促脉	48
五、滑脉	24	二十六、结脉	49
六、涩脉	26	二十七、代脉	49

濒湖脉学解索

序	54	十五、芤脉	100
一、浮脉	55	十六、弦脉	103
二、沉脉	61	十七、革脉	107
三、迟脉	65	十八、牢脉	109
四、数脉	69	十九、濡脉	110
五、滑脉	74	二十、弱脉	113
六、涩脉	76	二十一、散脉	115
七、虚脉	79	二十二、细脉	117
八、实脉	82	二十三、伏脉	119
九、长脉	85	二十四、动脉	121
十、短脉	87	二十五、促脉	122
十一、洪脉	89	二十六、结脉	124
十二、微脉	92	二十七、代脉	125
十三、紧脉	94	附:《四言举要》解索	129
十四、缓脉	98		

言 簡



前 言

自《内》、《难》至今，脉学论著甚多，详且尽矣，本不容置喙。但在大学时，因受秦伯未、赵绍琴诸恩师影响，后潜心脉学三十余载，窃有所悟。多年来，几欲成书，唯恐谬误，几拾几辍，终又不肯死而为憾；况且，我夫妻二人皆早已晋为教授，料不致有“为晋职而作”之嫌，还是横下一条心写了出来，名之曰《脉学心悟》。

既为心悟，就不苟因循沿袭，悟多少，写多少；悟成什么样，就写成什么样。不避标新立异之讥，不惮背经杜撰之贬，斗胆谈谈我们自己的看法。

全书分上下两篇。上篇谈脉学中与传统观点不同的几个问题，下篇重在谈各脉的脉象、脉理，而不着意讨论某脉主某病、某症，以免胶柱鼓瑟、按图索骥之弊。理明，自能融会贯通。

李士懋 田淑霄

1993年8月10日

书于相濡斋

上 篇

一、以脉诊为中心的辨证论治方法形成过程

古云：“中医难，难在识证”。而识证的关键在于脉诊，脉诊可以定性、定位、定量、定势。笔者学习中医半个多世纪以来，在漫长的学习、实践过程中逐渐形成了以脉诊为中心的辨证论治方法。

临床中，常碰到一些疗效差，甚至久治不愈的病人，心中茫然不知所措，甚感愧疚，辨证论治水平不高，所以努力学习经典及名著，又难于一蹴而就，心中仍难了了，苦闷之情常萦绕心头。

如何提高辨证论治水平？临床前十几年，主要倚重舌诊。因舌诊比较直观，易于观察，且望舌能洞观五脏六腑，所以辨证中以舌诊为重。然临证既久，发现一些舌证不符的现象，如再障患者舌淡胖大，怎么补也不好，改予凉血散血方愈；有的冠心病患者舌暗红或光绛，滋阴清热活血无效，改予温阳通脉而瘥；有的舌绛而裂，养阴反剧，温阳舌反渐红活苔布；有的苔黄厚，清热化湿不愈，温阳化湿而瘳。舌证不符的医案，动摇了笔者以舌诊为中心的辨证论治方法，转而渐渐倚重脉诊。

临床辨证，虽曰四诊合参，但四诊的权重不同。自古皆云，望而知之谓之神，望什么呢？望神、望色、望形态。笔者现在接诊的患者，急性病及危重病较少，而慢性病及疑难病较多，病人的形、色、神常无显著变化，望舌又常出现舌症不符的现象，难以将望诊作为辨证的主要依据。闻而知之谓之圣，闻诊无非闻声、味，一些慢性病人亦很难出现声、味的显著变化，所以闻诊亦难作为辨证论治的主要手段。问诊，那是必须问的，要知道病人之所苦所欲。但是有的病人症状很少，如就是个头痛，没有其他症状，无法仅据问诊辨其寒热虚实；有的病人主诉一大堆，能说上半个钟头，甚至有些怪异的症状，如有一病人从腰至下

肢,有流砂,或流粉条之感,从上到下无处不难受,使辨证茫然不知所措。且仅据症状,也很难判定其病机,所以问诊也有相当大的局限。常遇有人请笔者开个方子,治疗某病,或说的是一些症状,或说的是西医诊断,很无奈,未诊脉,寒热虚实不明,确难拟方。

笔者倚重脉诊,一是受大学恩师的影响,很多老师都强调脉诊。陈慎吾老师讲,一摸脉,就可知道病的性质。当时虽无体会,但印象颇深。在学习经典时,从《内经》到《伤寒》、《金匱》,都非常重视脉诊。如《内经》云:“微妙在脉,不可不察”;“气口成寸,以决死生”。很多疾病的性质、吉凶顺逆皆以脉断,内容非常丰富。《难经》中论脉的篇幅约占全书的四分之一,确定了寸口诊法,并予全面论述,为后世所宗。仲景于《伤寒论》开首即设《辨脉法》与《平脉法》论脉专篇。仲景于《伤寒论》原序云:“撰用素问九卷、八十一难、阴阳大论、胎产药录并平脉辨证,为伤寒杂病论合十六卷”。平者,凭也。古已有凭脉以辨证的专著,仲景引之,列平脉法专篇。凭脉辨证的指导思想,贯穿于《伤寒论》的各篇之中,每卷都将脉诊置于突出位置,曰“辨××病脉证并治”。很多病都有大致相似的临床表现,但病机又各不相同,因而一病之中有若干证。证是如何确定的?仲景谓之“脉证并治”,是依脉的变化来确定证。证即疾病某一阶段的病机总和,法依病机而立,方依法而出,这就形成了完整的以脉为中心的辨证论治体系。纵观《内》、《难》、《伤寒》、《金匱》及历代名家所论及医案,无不以脉为重。由于几十年专注于脉诊,窃有所悟,逐渐形成了在望、闻、问的基础上,以脉诊为中心的辨证论治方法。

这种以脉诊为中心的辨证论治方法逐渐形成后,曾多次反思,这个路子走的对不对?唯恐由于片面,钻进了牛角尖,像统计学说的,带来系统性误差。反复验证于临床,按这种方法辨证论治,多能取得预期效果。尤其对一些疑难久治不愈的病人,常有一些新的见解,另辟蹊径,取得突兀疗效。因而更坚定了我们以脉诊为中心的辨证论治方法,且老而弥坚。

我们重视脉诊,但不赞成两种倾向。

一是夸大脉诊作用。病家不需开口,一摸便知病情根由。一诊脉,便滔滔不绝地叙述病人的症状,随即处方用药,常使病人连连点头,佩服得不得了。而笔者看病时,也常遇到有些病人,不叙述症状,上来就让你摸脉,让你讲病情。

有时费半天唇舌给病人解释,有的拂袖而去,有的硬着头皮来讲他的病情,常不够确切。对一诊脉便述病情的大夫,我非常羡慕,曾扮作患者去偷艺,所见多是说了许多症状,其中有一二症状包含其中,病人连连点头称是,也难于直指病人疾苦。一个症可见于多种脉象,一种脉象又可见多个症状,难于单凭诊脉就准确描述病人症状。《脉学辑要》说得好,“安可以万变之症,预隶于脉乎”。不可否认,根据脉诊,确可描述一部分症状,随医生经验多寡而异。但作为一个普遍规律,以脉定症是不可取的。更有甚者,一诊脉便说出西医诊断,如肝炎、肾炎、冠心病等;还有的一诊脉就诊断肿瘤,并振振有辞地描述有几个肿瘤,有多大,在什么部位。我自愧不如,也不信,疑其哗众取宠而已。真理跨越一步就变成谬误。夸大脉诊的作用,不是弘扬中医,大有糟蹋中医之嫌。

脉诊的运用,只在望、闻、问的基础上,获得对该病的初步印象,再进而诊脉,判断疾病的性质、病位、病势及程度。正如《脉学辑要》所说:“已有此证,当诊其脉,以察其阴阳表里、虚实寒热,而为之处措”。若舍望、闻、问三诊,硬要凭脉说症,按图索骥,无异盲人瞎马。

二是否定脉诊的作用,认为脉诊就是摸个心率、心律、强弱大小,对诊治没多大作用。更有甚者说,摸脉就是装装样子,争取点时间,想想该开个什么方,诊脉形同虚设。这主要是对脉诊缺乏深入了解,也不会用,反云葡萄糖,贬低脉诊。掌握脉诊困难,多因其难而弃之,以致对脉诊更荒疏。

现在中医看病,大致有四种类型:

一是据西医诊断用中药,如病毒感染发热,则用药多是清热解毒之类,意在消炎、抑菌、抗病毒。一诊为癌症,就把中医具有抗癌作用的半枝莲、白花舌蛇草等大量堆积。我曾见一大夫,怀揣一叠卡片,病人是胆囊炎,就查胆囊炎卡片,把疗效高的方子照抄。当然,也能碰好几个。这样看病,还要什么辨证论治,两元钱买一擦卡片,岂不人皆可为医。

二是搜罗几个偏方、秘方来治病,无异守株待兔,碰上了或许有效,这在中国很普遍,不识字的老妪也常知几个偏方,有的也有效,但毕竟不能称为医生。

三是看病形成固定而僵死的套路,一见胃病就用大量健脾行气之品,名之曰对某病的治疗规律,虽有一定疗效,但难于灵活辨证,囿于一隅之见。

四是力主辨证论治,但辨证方法有别,有的侧重望诊,有的侧重舌诊,有的侧重问诊,有的侧重腹诊,还有的侧重目诊、手诊、夹脊诊等,见仁见智。而笔者在四诊基础上,侧重脉诊,形成以脉诊为中心的辨证论治方法,这是半个多世纪以来,不断学习、实践,逐渐总结出的一套方法,我觉得行之有效,故深信不疑。

当前讨论纯中医、铁杆中医问题,笔者自诩为铁杆中医。所谓纯中医,并不是拒绝现代科学的诊查手段,这可看成中医四诊的延伸,西医可用,中医也可用,我从不拒绝,只是因学得不够而遗憾。西医的检查、诊断,对我们了解病情,判断疗效、预后,非常有益。但笔者辨证用药时,绝不用西医理论掺合,严格按中医理论体系辨证论治,这就是纯之所在。

任继学先生曾云:“不到六十不懂中医”,诚如所言。中医博大精深,确又难学,浅尝辄止,难以探其深奥。初品茶者只知苦,初饮酒者只道辣,弥久方知其甘醇芬芳,沁人心脾。中医更是如此,浅学难入奥堂。中医的巨大优势,首先在于深邃的理论优势,其次在于博大的实践优势。在急症以及慢性病、疑难病中,都凸显其巨大优势,我们是业医五十多年才逐渐品出了点滋味。中医的理论精华归结为一点,就是辨证论治。辨证论治水平愈高,则临床疗效愈好。所以我们毕生追求的就是提高辨证论治水平,在不懈追求中,形成以脉诊为中心的辨证论治方法,在以往发表的拙著中,也都体现这一思想。

我们临床看病,归结起来,大致有五个特点:

一是严格遵从以中医理论为指导。

二是胸有全局。

三是首辨虚实。

四是以脉诊为中心辨证论治,方无定方,法无定法,动态诊治。

五是崇尚经方。

这本是一个中医大夫应有的素养,算不得什么特点,但在学术异化的现今,这本非特点的特点,却也成了我们的临证特点。

所谓以脉诊为中心,即依脉为主来判断疾病的性质、病位、程度、病势,且以脉解症,以脉解舌及神色。具体运用,详见拙著《相濡医集》、《冠心病中医辨治求真》、《中医临证一得集》(待刊)等书所载之医案。

二、对脉诊的认识

(一)脉诊的意义

脉诊,首先用于疾病的诊断。脉诊乃四诊之一,是诊断疾病和判断疾病转归、预后的重要依据,历来为医家所重视。

脉诊,在疾病的诊断中,起着决定性的作用。若用数字来估量,占50%~90%。

或问,自古以来,四诊依其诊断价值来排列,当依次为望、闻、问、切,而本书认为脉诊起着决定性作用,岂不有违古训?不可否认,确与传统观点有差别。笔者认为,望、闻、问、切是四诊在诊断过程中运用的顺序,而不是重要性的先后排列。医者看病,总是先望病人之神色形态,闻其气息音声,问其所苦所欲,再诊其脉,以明确诊断。若论四诊的重要性,当以切诊为先。因为切诊对一个完整诊断的四个要素的判断,都起着重要作用。

中医的一个完整诊断,要有四个要素:一是病性,二是病位,三是程度,四是病势。这四个要素可概括为“四定”,即定性、定位、定量、定势。如患者喘,性质为热,病位在肺,热势较重,诊断就是“肺热壅盛”。而病势如何体现呢?热盛可伤津耗气,热盛可内传心包,可下传阳明,可烁液成痰等,要据脉明其病势,截断扭转,先安未受邪之地,防其传变。具备这四个要素,才算是个完整的诊断,但还未必是个正确诊断。因诊断正确与否,还要经过临床实践来检验,主观与客观相符,取得了预期疗效,才能说这个诊断是正确或基本正确的。若越治越坏,主客观不符,虽然诊断是完整的,但未必是正确的。在明确诊断的这四个要素中,脉诊一般都起着重要的,甚至是决定性的作用。

1. 关于疾病性质的判断,主要依据脉来判断,这在我国古代经典医籍中有很多记载。如:《伤寒论》140条:“太阳病下之,其脉促,不结胸者,此为欲解也。脉浮者,必结胸。脉紧者,必咽痛。脉弦者,必两胁拘急。脉细数者,头痛未止。脉沉紧者,必欲呕。脉沉滑者,协热利。脉浮滑者,必下血”。突出以脉为据。《金匱》肺痿篇:“脉数虚者为肺痿,数实者为肺痛。”《金匱》疟篇:“疟脉自弦,弦数者多热,弦迟者多寒。”《伤寒论》27条:“太阳病,发热恶寒,热多寒少,脉微弱

者,此无阳也,不可发汗。”《金匱》脏腑经络篇:“病人脉浮在前,其病在表;浮者在后,其病在里。”类似的记载,在经典医籍及历代文献中比比皆是,不胜枚举。据笔者 50 余年临床实践,对此有深切的体会,而且对脉诊也愈来愈倚重。

疾病的性质,无非是寒热虚实,都可以在脉象上得到反映。反过来,就可根据脉象以推断疾病的寒热虚实。就一般规律而言,证实脉实,证虚脉虚,热则脉数,寒则脉迟,这就是对疾病性质的判断。尤其对一些危重、复杂的病人;或症状很少,缺少辨证的足够依据的病人;或症状特多,令人无从着手的病人,这时更要依据脉诊来判断。

2. 关于病位的判断,也主要依据脉象,并结合经络脏腑的症状来判断。如寸部脉象有改变,又出现心经的症状,则可判断病位在心;若出现肺经的症状,则可判断病位在肺,余皆仿此类推。但有些病人,症状在上而病位在下,或症状在下而病位在上,这就更须依赖脉诊进行判断。如一人后头痛 4 日,别无他症,随诊的实习学生以为外感,予辛凉解表剂。余诊其脉尺浮,此为相火旺,淫于膀胱,沿经上灼而后头痛,改用知柏地黄丸而愈。

3. 关于疾病轻重程度,这是个既模糊又确切的概念。说它模糊,是因为难以量化;说它确切,是指医者必须明确病情的轻重,以指导用药治疗。如肺热用石膏,究竟是用 50 克,还是 10 克,不明确病情的轻重,就无法确定适当药物及用量,病重药轻不成,病轻药重也不成。疾病的轻重程度,也可以从脉上来判断。如脉数有热,越数实有力,热就越重,数轻则热轻。

4. 关于病势的判断,主要依据脉诊判断。所谓病势,即疾病发展变化的趋势,这种趋势,无非是三种情况:一是逐渐好转;二是邪正相持;三是恶化,病情加重、传变,直至死亡。

关于病势的判断,亦即疾病的转归与预后的判断。疾病不是静止的,有着性质、病位、程度的不断变化。这些变化,决定着疾病的转归和预后。

首先,在疾病过程中,病因是不断变化的。例如外感病中,开始因感受寒邪,寒邪蕴久化热,热邪又可伤阴化燥。由寒到热、到燥的改变,是由于病因的改变,病的性质亦随之而变。这些改变,主要依据脉象的变化来判断。脉紧为寒;待寒邪化热,脉转浮洪数;待伤阴化燥,脉又转为细数。

病性的改变:疾病可由阳证转为阴证,由实证转为虚证,由热证转为寒证

等。这种改变,亦主要依据脉象来判断。如原为实脉,逐渐出现按之无力的表现,标志着正气已衰,病性由实转虚。

病位的改变:根据脉象的相应变化,可以判断病位的改变。如《伤寒论》第4条:“脉若静者为不传,脉数急者为传也”。标志病位将由浅入深,由表入里,病势加重。又如温病热入营分,热邪内陷营阴,脉沉细数急。当治疗后,脉由沉位而外达于中位、浮位,脉细数逐渐变为洪数,则标志营热已透转气分,病位由深转浅,由里透外。

疾病轻重程度的改变,亦主要据脉以判断。如上例《伤寒论》4条太阳病脉由数急到静,病情减轻;数急加重,则病情加剧。

对疾病预后的判断,也倚重于脉。历代文献有很多关于脉的吉凶顺逆、真脏脉、怪脉、有无胃气、神、根等论述,对疾病预后具有重要价值。

(二)脉的从舍

历来都认为脉有假脉,所以出现“舍脉从证”与“舍证从脉”的问题。笔者认为脉无假,关键在于是否识脉。任何一种脉象的出现,都有其必然的生理、病理基础,都反映了一定的生理病理改变。草率地归之于假脉,舍而不论,是不科学的。

所谓假脉,无非脉证不一,阳证见阴脉,阴证见阳脉;表证见里脉,里证见表脉;寒证见热脉,热证见寒脉;虚证见实脉,实证见虚脉。这些与证不一的脉,不仅不假,恰恰反映了疾病的本质。

阳证见阴脉者,阳极似阴也。例如阳热亢极,反见沉迟、涩、小、细等似阴之脉,此为火热闭伏气机,气血不得畅达而出现的阴脉,此正说明火热郁伏之甚,并非假脉。阴证见阳脉,阴极似阳也,如阴寒内盛格阳于外,脉反见浮大洪数似阳之脉,此正说明阴盛之极也,何假之有?

表证见里脉者,伤寒初起,寒邪外束,气血凝泣,出现沉紧之里脉,乃理势然也。温病初起,温邪上受,首先犯肺,肺气腠郁,气机不畅,气血不能外达以鼓荡血脉,反见沉数之里脉,恰恰反映了温病的本质是郁热。里证而见表脉者,可因里热外淫,或里虚真气浮越于外而脉浮或浮大。

热证见寒脉者,热闭气机,气血不得畅达,脉反见沉迟小涩乃至厥。寒证见热脉者,因寒邪搏击气血,脉紧而数;或阴寒内盛,格阳于外而脉浮大洪数。