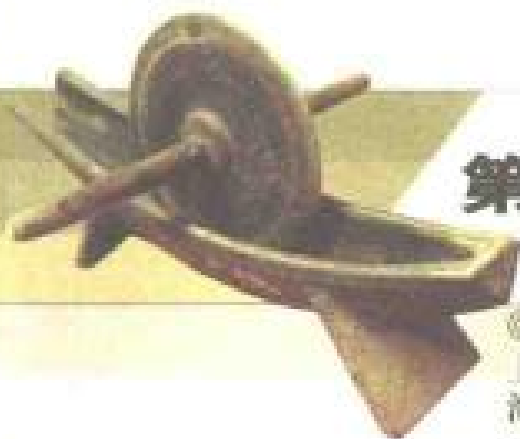


第4册 制度文化  
第5册 教化与礼仪学术  
第6册

中华文化  
通志



第7册

【科学技术】

第8册 艺文

◎ 中华文化通志编委会编  
◎ 上海人民出版社

# 医药学志

第9册

宗教与民俗  
第10册 中外文化交流

第11册

历代文化沿革

第12册

地域文化  
第13册 民族文化



余瀛鳌  
蔡景峰 撰

中华文化  
通志

# 第 7

【科学技术】

◎ 中华文化通志编委会编

◎ 上海人民出版社

# 医药学志

中国社会科学院近代史研究所图书馆藏书章

C203  
Z669  
7(4)

中华文化通志·科学技术典 (7-064)

陈美东 主编

---

医药学志

余瀛鳌 蔡景峰 撰

---

上海人民出版社出版、发行

(上海绍兴路54号 邮政编码 200020)

印刷 深圳中华商务联合印刷有限公司

开本 880×1270毫米 32开

字数 306,000

印张 12.625

插页 1

版次 1998年10月第1版

印次 1998年10月第1次印刷

书号 ISBN7-208-02317-4/K·536

---

141602

## 《中华文化通志》编委会

---

编委会主任 萧 克

编 委 李学勤 宁 可 王 尧 刘泽华  
孙长江 庞 朴 陈美东 刘梦溪  
汤一介 姜义华 陈 昕 朱金元  
张国琦

办公室主任 张国琦

办公室副主任 王科元

策 划 姜义华 张国琦

FG84/12

141802

## 医药学志

### 作者简介

余瀛鳌,1933年生。中国中医研究院专家委员会委员、研究员、博士生导师,国家古籍小组成员。著述宏富,精于中医内科及中医临床文献。

蔡景峰,1927年生。中国中医研究院研究员、博士生导师。曾任《中医大辞典》等多种大型中医工具书主编。学术著作在百万字以上。

# 总序

中华文化绵延了五千年的历史，起伏跌宕；哺育着差不多五分之一人类的身心，灿烂辉煌。它坦诚似天，虚怀若谷，在漫长的岁月里，广袤的土地上，有过无私奉献四面传播的光荣，也有过诚心求教八方接纳的盛事。它以直，健以稳，文而质，博而精，大而弥德，久而弥新，昂然挺立于世界各民族文化之林。

任何一个民族的文化，勿论东西，不分大小，都有它自己的土壤和空气，都有它自己的载体和灵性，当然也就都有它自己的长处和短处，稚气和老练。准乎此，任何一个民族的文化，都有它存在和发展的天赋权利，以及尊重异质文化同等权利的人间义务。每一民族都需要学习其他文化的各种优点，来推动自身发展；都应该发扬自身文化的一切优点，来保证自己的存在，缔造人类的文明乐园。

现在，当二十世纪的帷幕徐徐降落之际，为迎接新世纪的到来，中华民族正在重新检视自己，以便在新的世界历史发展中，准确地找到自己的地位。呈现在读者面前的这部百

卷本《中华文化通志》，便是我们为此而向新世纪的中国和世界做出的奉献。

《中华文化通志》全书共十典百志。

唐人杜佑著《通典》，罗列古今经邦致用的学问，分为八大门类，“每事以类相从，举其始终”，务求做到“语备而理尽，例明而事中，举而措之，如指诸掌”。《通典》的这一编纂方法，为我们所借用。《中华文化通志》分为十典：历代文化沿革典、地域文化典、民族文化典、制度文化典、教化与礼仪典、学术典、科学技术典、艺文典、宗教与民俗典、中外文化交流典。每“典”十“志”。历代文化沿革典十志，按时序排列。地域文化典十志，主要叙述汉民族聚居区域的地域文化，按黄河流域、长江流域、珠江流域排列。民族文化典十志，基本上按语系分类排列。中外文化交流典十志，按中国与周边及世界各大区域交往分区排列。其余各典所属各志，俱按内容排列。

宋人郑樵《通志·总序》有曰：“古者记事之史，谓之志。”“志者，宪章之所系。”指的是，史书的编纂关系到发掘历史鉴戒之所在，所以，编纂者不能徒以词采为文、考据为学，而应在驰骋于遗文故册时，“运以别识心裁”，求其“义意所归”，承通史家风，而“自为经纬，成一家言”。（章学诚《文史通义·申郑》）

本书以典、志命名，正是承续这样的体例和精神。唯本书为文化通志，所述自然是文化方面诸事，其编撰特色，可以概括为“类”与“通”二字。

“类”者立类。全书十典，各为中华文化一大门类；每典十志，各为大门类下的一个方面；每志中的“编”“章”“节”“目”，亦或各成其类。如此依事立类，层层分疏，既以求其纲目分明，论述精细，也便于得门而入，由道以行，俾著者、读者都能于浩瀚的中华文化海洋里，探骊得珠，自在悠游。

“通”者贯通。书中所述文化各端，于以类相从时，复举其始终，察其源流，明其因革，论其古今。盖一事之立，无不由几及显，自微至著，就是说，有它发生和发展的历史。弄清楚了一事物一制度一观念的演变轨迹，也就多少掌握到了它内在本质，摸索到了它的未来趋势。

“通”者汇通。文化诸事，无论其为物质形态的，制度形态的，还是观念形态的，都非孤立存在。物质的往往决定观念的，观念的又常左右物质的；而介乎二者之间的制度，固受制于物质与观念，却又不时反戈一击，君临天下，使制之者大受其制。其内部的诸次形态之间，也互相渗透，左右连手，使整个文化呈现出一派斑斓缤纷的色彩。中华文化是境内古今各民族文化交融激荡的硕果；境外许多不同种的文化，也在其中精芜杂存，若现若隐。因此，描绘中华文化，于贯通的同时，还得顾及如此种种交汇的事实，爬梳剔理，还它一个庐山真面目。此之谓“汇通”。

“通”者会通。“会”字，原义为器皿的盖子，引申为密合；现在所说的“体会”、“领会”、“会心”、“心领神会”等，皆由此得义。《中华文化通志》所求之通，通过作者对中华文化的领悟，与中华民族心灵相体认，与中华文化精神相契合。



这就是《中华文化通志》依以架构旨趣之所在。是耶非耶，知我罪我，恭候于海内外大方之家。

《中华文化通志》由萧克将军创意于1990年。1991年先后两次在广泛范围内进行了论证。1992年组成编纂委员会。十典主编一致请求萧克将军担任编委会主任委员，主持这一宏大的文化工程。1993年1月和1994年2月，全体作者先后齐集北京、广东花都市，研究全书宗旨，商定典志体例，切磋学术心得，讨论写作提纲。事前事后，编委会更多次就全书的内容与形式、质量与速度、整体与部分、分工与协作等问题，进行研究讨论。近二百位作者进行了创造性构思和奋斗式劳作。这项有意义的工作得到了中央领导同志以及各界人士的热情支持。编委会办公室承担了大量的日常工作。上海人民出版社承担了本书出版任务，并组织了高水准高效率的编辑、审读、校对队伍，使百卷本《中华文化通志》得以现今面貌奉献于世人面前。我们参与这一工作的全体成员带着兴奋而又惶恐的心情，希望它能给祖国精神文明建设大业增添些光彩，更期待着读者对它的不当和不足之处给予指正。

**《中华文化通志》编委会**

# 内容提要

“中国医药学是一个伟大的宝库”，又是中华传统文化的重要组成部分，其内容丰富多采和博大精深，历来为世人所瞩目。本志是一部全方位反映我国中医药学发展状况和基本内容的专志。全书设十章，上起远古时代，下迄1949年。第一章较系统地阐述了中医药学从初创、奠基、迅速发展、繁荣到革新、复苏的曲折演进历程，剖析了历代有关中医药学理论和临床实践、治疗特色，以及代表性医家、名著和中外医药交流，揭示了中医药学的特征及其在世界医药学中的地位和影响。第二至第九章，为分题介绍，中医药学与中国社会、中医药图书文献、中医理论、中医诊断与辨证、中医治法、针灸和推拿按摩、气功和养生术、中药及方剂等。第十章，专章介绍我国少数民族医药学，重点反映藏族、蒙古族、维吾尔族的医药学历史、理论、特色疗法和名医及其代表著作。

# 目 录

导 言	1
<b>第一章 中医学的形成及发展</b>	<b>8</b>
<b>第一节 从初创到奠基(二世纪以前)</b>	<b>8</b>
一、人类早期的医疗活动	8
二、早期的中医学理论	12
三、临床医学的系统化	13
四、药物学的形成	13
五、代表性医家	15
<b>第二节 迅速发展时期(三至十世纪)</b>	<b>18</b>
一、临床医学的成果	18
二、医学教育的制度化	22
三、本草学的发展	23
四、针灸学的总结	26
五、代表性医家	28
六、中外医学交流	31
<b>第三节 繁荣和争鸣时期(十至十四世纪)</b>	<b>34</b>
一、针灸学突出成就	34

二、学派争鸣与学术繁荣 .....	36
三、政策对医学的促进 .....	39
四、医学加速专科化 .....	41
五、药物学成就 .....	43
六、代表性医家 .....	46
七、中外医学交流 .....	49
第四节 多变和革新时期(十四至十九世纪中叶) .....	50
一、本草学的空前总结 .....	51
二、人痘、防疫、牛痘 .....	51
三、温病学派 .....	52
四、西方医学传入后的中医学 .....	54
五、临床医学全面发展 .....	57
六、学术争鸣与革新思想 .....	59
七、中外医学交流 .....	61
第五节 艰难发展时期(1840—1949年) .....	63
一、中西医之争 .....	63
二、中医学发展的新趋势 .....	65
<b>第二章 中医学与中国社会 .....</b>	<b>69</b>
第一节 中医药的社会功能 .....	69
第二节 儒与医——“不为良相,则为良医” .....	74
第三节 医事制度、组织和医药政策 .....	76
第四节 医学教育 .....	81
第五节 医疗道德 .....	85
<b>第三章 中医药图书文献 .....</b>	<b>89</b>
第一节 中医典籍的刊行及整理 .....	89

一、历代医籍的刊行概况 .....	90
二、北宋校正医书局的成就 .....	94
三、清代类书——《古今图书集成·医部全录》 .....	95
四、近代中医学者的文献整理工作 .....	96
<b>第二节 中医各类图书文献简介 .....</b>	<b>98</b>
一、医经 .....	98
二、基础理论文献 .....	99
三、“伤寒”、“金医” .....	99
四、“诊法”著述 .....	100
五、“本草” .....	100
六、方书 .....	101
七、临床各科著述 .....	103
八、针灸、推拿、外治法著述 .....	106
九、养生术、导引气功著述 .....	106
十、医论、医案、医话著作 .....	107
十一、医史著作 .....	107
十二、综合性医著 .....	108
<b>第四章 中医理论 .....</b>	<b>109</b>
第一节 中医理论概述 .....	109
一、中医的统一整体观 .....	109
二、中医的辨证论治观 .....	114
第二节 中医的指导思想——阴阳五行学说 .....	115
一、中医理论中的阴阳学说 .....	115
二、中医理论中的五行学说 .....	117
第三节 中医的理论基础——脏腑学说 .....	119
一、中医脏腑学说的形成 .....	120

二、五脏的生理功能·····	121
三、六腑的功能及脏腑之间关系·····	140
<b>第四节 中医经络学说</b> ·····	145
一、经络系统的组成和分布·····	145
二、十二经脉·····	147
三、奇经八脉·····	160
四、经络学说在中医理论中的应用·····	166
<b>第五节 中医的气血津液学说</b> ·····	167
一、气·····	168
二、血·····	171
三、津液·····	172
四、气血津液之间的关系·····	173
<b>第五章 中医诊断与辨证</b> ·····	176
<b>第一节 中医诊断的特点与基本原则</b> ·····	176
一、诊断疾病的基本特点·····	176
二、诊断疾病的基本原则·····	177
<b>第二节 中医四诊</b> ·····	179
一、望诊·····	179
二、闻诊·····	190
三、问诊·····	193
四、切诊·····	199
<b>第三节 中医辨证</b> ·····	205
一、“八纲”辨证·····	206
二、病因辨证·····	211
三、气血津液辨证·····	213
四、脏腑辨证·····	217

<b>第六章 中医治法</b> ·····	225
<b>第一节 中医治法的形成与发展</b> ·····	225
一、早期的治法成就·····	225
二、晋唐时期的多种治法·····	228
三、宋辽金元时期的方治·····	229
四、明清以后的治法·····	231
<b>第二节 中医治则与“三因制宜”</b> ·····	232
一、《内经》反映的治则思想·····	233
二、通过辨证溯因以立法施治·····	236
三、治法中的“三因制宜”·····	240
<b>第三节 辨证论治与辨病论治</b> ·····	242
一、辨证论治·····	242
二、辨病论治·····	243
三、辨证与辨病相结合论治·····	245
四、诊疗中的“法治”与“意治”·····	246
五、中医主要治法·····	248
<b>第七章 针灸和推拿按摩</b> ·····	253
<b>第一节 针灸、推拿按摩的起源和理论基石</b> ·····	253
一、针刺术和灸疗法的起源·····	253
二、推拿按摩术的起源·····	255
三、理论基石——经络学说和腧穴学说·····	257
<b>第二节 针灸工具和治疗手法</b> ·····	259
一、针具和针刺手法·····	259
二、灸具及灸法·····	263
三、针灸配穴处方·····	264

四、推拿按摩手法·····	265
第三节  针灸推拿的临床应用·····	267
一、历代针灸治疗概况·····	268
二、历代推拿治疗概况·····	271
<b>第八章  气功和养生术·····</b>	<b>276</b>
第一节  气功·····	276
一、气功的起源和发展简史·····	277
二、气功理论简介·····	279
三、气功治病举要·····	281
第二节  养生术·····	284
一、养生术的起源和发展简史·····	284
二、养生理论简介·····	287
三、养生术举要·····	289
<b>第九章  中药及方剂·····</b>	<b>301</b>
第一节  本草学源流·····	301
一、“本草”的起源·····	301
二、“正统”本草的发展·····	302
三、本草支流的发展·····	304
第二节  中药理论·····	306
一、药物的性味·····	306
二、药物的升降浮沉·····	307
三、药物的归经·····	309
四、药物的毒性·····	311
第三节  中药炮制及应用·····	313
一、中药炮制·····	314



---

二、中药的配伍和禁忌·····	317
三、中药的剂型和剂量·····	319
<b>第四节 中医方剂概况</b> ·····	322
一、方剂的源流·····	322
二、方剂与中医治法·····	323
三、方剂的类型·····	325
四、常用方剂举要·····	330
<b>第十章 少数民族医药学</b> ·····	344
<b>第一节 我国少数民族医药学概述</b> ·····	344
<b>第二节 藏族医药学</b> ·····	345
一、医药史概述·····	345
二、藏医的基础理论·····	351
三、临床诊法·····	355
四、藏族药学·····	359
五、藏医中稀世珍宝“曼汤”·····	360
六、藏医名家及其代表著作·····	361
<b>第三节 蒙古族医药学</b> ·····	364
一、医药史概述·····	365
二、特色疗法·····	367
三、蒙古族药学·····	368
四、蒙医名家及其代表著作·····	370
<b>第四节 维吾尔族医药学</b> ·····	373
一、医药史概述·····	373
二、维医的基础理论和疗法·····	376
三、维药学·····	380
四、维医名家及其代表著作·····	381

---

参考文献..... 384

# 导 言

中医学,是中国传统文化的重要组成部分,“是一个伟大的宝库”。撰写、出版一部中医学专志,可以通过全面记述、充分反映中医药的科学成就,从一个侧面弘扬中华民族优秀文化。

中医学,是中华传统文化中的一颗明珠,其内容丰富多采和博大精深,历来为世人所瞩目。

我国早期的医学,先民们即从多方面进行探索、实践,最初涌现的治法是为原始的按摩、针灸疗法,而针灸则从指针、砭石、陶针等发展到各种型号的金属针,以及运用针灸经络学说为指导的针灸学、按摩推拿学。至于药物治病,由单味药、数味药应用于临床治病,发展到融理、法、方、药于一炉,创用了数以万计并在治疗各科疾病具有卓越效验的治疗方剂(方剂中除少数属于我国早期经典医籍中所载述的“经方”外,绝大部分均属“时方”范畴),这些方治不仅有多种剂型、多种用法,并在治疗方剂中另有药剂外治的方法。外治法渊源很早,但系统、全面的总结则是清代吴师机编撰外治法专著《理渝骈文》始克完成。上述疗法,加上运动体育疗法、导引气功、情态调节等治法,使中医治疗的内容不断地得到充实发展。古今有不少医家,能在中医治疗范围内,运用多种治法,并不断地吸取国外传统医学的精粹(包括医学理论和治疗方药),不仅丰富了我国的传统医学,在疗效方面

也不断地获得提高。

中医学早在战国迄汉代已奠定了坚实的基础。如战国后期成书的《黄帝内经》，该书以医学理论为主，兼及病证、针灸和一些方治内容。在朴素的唯物论观点指导下，阐述中医基础理论、临床医学和针灸等多方面内容，这些内容是直接与医学防治、保健等密切相关的论题。

东汉时张仲景所撰《伤寒杂病论》，体现了他十分重视学习先辈医家的学术经验，其撰著在“勤求古训，博采众方”的思想指导下，以《内经》、《难经》等典籍的医学理论为依据，广泛吸取当时医家治疗伤寒（主要是传染性热病，有较高的死亡率）的诊疗经验和治法，结合个人的临床实践心得。其《伤寒论》一书，已明确了“八纲”辨证，突出了“辨证论治”，在治法上也体现了先进的“八法”（汗、吐、下、和、温、清、补、消），加之秦汉时期成书的《神农本草经》的传世，该书总结了古代劳动人民在长期医疗实践中的药物学成就，书中既有药学总论内容，更以翔实的阐论，载述三百六十五种药物，详其性味、主治；在药理学理论方面，书中提出了药有“君臣佐使”、“阴阳配伍”、“七情合和”、“四气五味”等药理学理论，为后世药理学的发展打下了良好的基础。

1955年，中华人民共和国卫生部举办全国第一届西医学习中医研究班，当时将《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》和《神农本草经》列为四大经典医著，是供学员学习中医药的主要课程。从这几部名著看出，中华传统文化之一的中医学作为“璀璨的明珠”，其内核相当精要，已焕发出夺目的异彩。

中医学的学术临床特色，可以用“整体观念”和“辨证论治”八个字予以概括。

所谓“整体观念”，突出体现于诊病和施治，实质上是中国传统医学诊疗疾病的一种思想方法。因为中医学是将人体的内脏、气血等和体表各部组织、器官之间，视为一个有机的、经常有所变化的整体，并

指出季令气候、地土方宜、环境、情志、体质等因素的变化,对于疾病的发生、发展和人体的生理、病理等,有不同程度的影响。“整体观念”既强调人体内部的协调完整性,也重视人体与外界环境的统一性。在诊断时,则善于综合四诊(望、闻、问、切)从宏观结合微观的诊疗思想,以剖析人体气血、阴阳、脏腑、经络的病态变化,并以此酌定治则和立方遣药,治疗亦根据人体所产生的病证,从总体上考虑、分析,并确立治法。而这个治法往往也是从整体需求出发而予确立的。中国传统医学运用从整体出发、全面考虑问题的思想方法,并将之贯串于诊疗的全过程,这种思想方法和那些只着眼于病变局部,不全面辨析病证的思维方法是截然不同的。这种整体观念是中医学的基本特点之一,也是中国传统医学的学术临床特色。

“辨证论治”,简言之,就是临床医学将理、法、方、药融合运用的过程。通过四诊八纲、脏腑经络、病因病机等中医基础理论的分析 and 认识,医生对患者所表现的症状、体征进行综合辨析,揭示病证的实质,从而拟订出较为恰当的治法和方药。须予指出的是,此处所指的“辨证论治”应从临床现实出发,亦须赅括“辨病论治”的内涵。

目前临床医生所说的“辨证论治”,往往是辨证与辨病论治相结合的模式。至于“辨证”,究竟应以何种手段和方法作为重点?清代怀远(字抱奇)在《古今医彻》中指出:应是察色、审声、持脉和辨证。怀抱奇要求医者“察色不可不精,审声不可不详,持脉不可不静,辨证不可不细。”

至于方药治病,有用单味药或数味药施治者,而日常诊治疾病,较为普遍的是使用多味药组成复方予以治疗,其中的药物配伍就有君、臣、佐、使之别。宋代严用和《济生方》一书中简要地提示医者的组方原则,指出:“药用群队,必使刚柔相济,佐使合宜,可以取效。”这在论治方面至关重要。再者,医生处方用药,往往涉及到药物的寒热、温凉、补泻。而补泻又每与药用之生熟有关,明代傅仁宇在《审视瑶函》

中曾说：“药之生熟，补泻在焉；剂之补泻，利害存焉。盖生者性悍而味重，其攻也急，其性也刚，主乎泻；熟者性淳而味轻，其攻也缓，其性也柔，主乎补。补泻一差，毫厘千里，则药之利人、害人，判然明矣。如补药之用制熟者，欲得其醇厚，所以成其资助之功；泻药制熟者，欲去其悍烈，所以成其攻伐之力。用生用熟，各有其宜，实取其补泻得中，毋损于正气耳。”清代名医赵濂从整体出发，阐明医者应如何掌握好“论治”时，曾分析人的体质情况和药用寒热之间的关系。他在《医门补要》中说：“人体质有虚实之分，禀性有寒热之异。属寒体者，病时宜用凉药中微加温和之品以监之。若太苦寒，败胃，有欲吐泻、胃寒腹痛之患；属热体者，病时宜用热药者，惟温平之品以缓活。若太燥烈，恐激起本源之火，致烦渴、狂暴、失血之患。属实体者，或因病变虚，宜用补帖须少与之；若太呆补，致不食、腹胀、中满、逆气之患。属虚体者，病时宜克伐，尤宜性缓品；若太峻厉，致虚脱多汗、肢冷懒言、烦躁欲入水之患。”从这段论治，不难看出中医诊疗思想中所充满的辩证法。

上述傅仁宇、赵濂的有关阐论，对于辨证论治如何掌握好立方、选药（包括药用法），提示了切于实用的精辟见解，当予以重视的经验。因为在辨证以后，不可避免的问题就是“论治”。古今医家给我们留下了值得推广的治法和方药，特别是应如何学习古人的学术经验，清代名医费伯雄在《医醇膳义》中指出：“师古人之意，而不泥古人之方。”他认为这样的思路，才算是真正地“善学古人”；而在用药方面，也须在精熟临床诊疗和药性理论的基础上，才能掌握要领，灵活而恰当地予以立方、选药。前人又有“用药如用兵”之说。虞天民《医学正传》中谓：“夫用药如用兵。善用者，置之死地而后存，若韩信行背水阵也。”这又是对用药所提出的较高和形象化的要求，也是临床医生认真学习的内容。

中医药学在世界传统医学体系中，不仅在早期历史发展中占有显著优势，而且很有现实医疗价值，可以为世界上众多民众的医疗保

健服务。我国传统医学所呈现的应用价值,已为越来越多的国家和民族所瞩目。早在隋唐以前,我国医学已对亚洲国家具有较多的学术临床影响,今天中医药学正在走向世界,为越来越多的世界各民族防治疾病所选用。二十世纪七十年代初期,先是针灸、针刺麻醉逐步从亚洲走向欧、美和世界各地。其后以内服为主的中医药也逐步面向欧、美和世界许多国家。至八十年代末,世界卫生组织已在我国设立了七个传统医学合作中心。1987年11月,世界针灸学会联合会在北京成立。凡此标志着中医药学已成为世界医学的一个重要组成部分。

中医药学的进展,主要体现于理论研究、临床研究、中药研究和医史文献研究四个方面。其中理论研究的突出成就有:中医药理论体系获得全面、系统的整理;现代医学和现代科技、方法和理论已不同程度地移植到中医理论研究之中。

中医基础理论是理论研究的内涵之一,1949年后研究的重点,包括阴阳五行学说,藏象学说,经络与针灸、针麻学说,运气学说,中医时间医学,诊法研究,病证研究,治则研究等。这些理论研究均立足于中医药学的学术特色和优势。根据课题研究的不同要求,采用传统的理论研究,或使之与现代医学科学技术相结合的研究思路与方法。并与有关学科加强协作,实现多学科相融汇,但又仍以突出中医药学术临床特色为主。通过研究课题的开拓和进展,有助于提高中医药学理论研究的学术品位和科学性,并为人的生命科学研究,提出了若干崭新的思路。

临床研究也取得了积极的贡献。如内科的常见多发病和疑难病证,包括肝胆病、脾胃病、心脑血管病、肾炎、肾病、哮喘病、血液病、痹证、糖尿病等,均有丰富的临床报道,新涌现的治法、方药,丰富了各科病证的证治内容,进一步提高了疗效。其证治研究、诊治标准的规范化研究,以及临床结合实验研究等,也同样取得了积极的成果。较为突出的是:外科的急腹症,骨伤科的骨折疗法(包括中医特色的器

械固定),以及针灸、针麻等。凡此均体现了中医临床医学的若干优势。而我国少数民族医学的继承、整理和临床研究,也正不断地取得进展,丰富了中华传统医学的内涵。

中药研究的成就,主要反映于中药科研人员加强运用现代科技手段和方法,并与临床及药材生产相结合。同时,在全国范围内,对中药资源的普查、开发和保护,以及生药、中药炮制、制剂研究、中药药理、药物化学等方面,通过专业研究人员的努力,亦均取得了崭新的收获,如青蒿素的研制成果,获得国际金奖,则是其中突出的一例。

医史文献研究也取得进展。全国各地成立了几十所有关医史、文献研究、教学单位,多种医学史新的论著出版。中国医史文献研究所先后组织研究人员编撰《中医文献学》、《中医人物词典》、《中医文献词典》和《中国医学通史》。

值得提出的是,中国中医研究院图书馆针对国内各大、中图书馆的中医藏书,将全国现存万余种古籍进行全面的调查,并在此基础上编成《全国中医图书联合目录》,为中医药古籍的整理、研究提供了较为完整的目录学检索工具书。少数民族医学的文献研究也受到重视,如藏医的《四部医典》、《月王药诊》、《晶珠本草》等,均已整理、出版问世。

新中国建立以来,中医药学在科研、临床与教学方面齐头并进。中国共产党和人民政府非常重视我国传统医学,制订了一系列政策,正确地贯彻实施这些政策,是中医药学得到继承与发展的根本保证。因此,为要取得更快的发展,我们应当重视中医药学的继承与开拓这个关键性的工作环节,努力挖掘传统医学宝藏,更多地从学术临床角度进行开拓,大力弘扬我国传统医学宝库中所蕴藏的精粹,并提高临床医学的整体诊疗水平。重视培养适合于现代中医药科研、临床、教学所需要的新的后继人才,在继承与发展方面加强规划性,认真组织好人力。要重视中西医结合的研究,坚持中医诊疗过程中的辨证论治



与辨病论治相结合,对于很多疾病则宜开展中西医结合的疗法,发展多种诊疗手段和方法,并在前人的基础上进一步提高,丰富临床技能,提高临床疗效,使我国医学的整体水平达到一个新的高度。

附记:参加本书各章节撰写者还有:洪武婵、高春媛、陶广正、陶晓华(按姓氏笔划为序)。他们为此书的撰写倾注了心力,特此致以谢意。

# 第一章 中医学的形成 及发展

中国医药学是世界上最古老的传统医学体系之一,至今已有五千年以上的历史。历代遗留下来的医药文献浩如烟海,内容十分丰富,创造发明不胜枚举,为人类健康发挥着重大作用。

---

## 第一节 从初创到奠基(二世纪以前)

---

### 一、人类早期的医疗活动

自从有了人类,就开始出现医疗卫生活动。这些原始的医疗活动,主要是保证人类最起码的衣、食、住所需要的。这从我国各地、各个时期的考古发现中获得证明。

我中华大地从几百万年前就出现猿人,如元谋猿人、蓝田猿人和北京猿人,属于旧石器时代的早期;其后又在旧石器时代中期,有马坝人、长阳人和丁村人,以至晚期的山顶洞人等等。这些原始人最早仅能寻找向阳的、避风的山洞居住,夏季也只好栖身树上。以后逐渐

地有意识地去寻找更合适的、更舒适一些的住处。对从元谋人、蓝田人遗址出土的哺乳动物化石和孢粉的分析结果表明,当时的居住环境温暖而湿润。《礼记·礼运》中记载:“冬则居营窟,夏则居橧巢。”即为当时情况的反映。随着人类的进化,由穴居野处逐步过渡到营造土窑、地窑,再发展到有墙壁的土屋、木屋或石屋。《周易·系辞》中说:“上古穴居而野处,后世圣人易之以宫室……以待风雨。”从新石器时代开始,这种原始居屋又进了一步。如南方潮湿炎热地区所住的“干栏”式建筑,以木为桩,上架梁铺板,再盖上居处房屋。这种“干栏”在浙江河姆渡遗址等地方均有发现。

西安半坡村人的住屋,已属土形竖穴、顶部用树枝树叶盖成,还有中柱及架椽,屋顶呈锥形或圆锥形。出入还有门。当时的房屋为多间式,已显出储藏、畜圈的雏形。

原始群时期,人们从赤身裸体到有衣着,经历一段非常长的时间。对于原始人最初为什么要穿衣,后世有种种猜测,如御寒、遮羞、装饰等。但最早的衣着是为了御寒。在寒冷的地区或寒冷季节,赤身裸体肯定是难于生活的。在热带生活的原始群并不需要御寒,但衣着同样能避免烈日曝晒,免去虫兽咬伤之苦。

最早的衣着,取于大自然的赐予,其中包括兽皮、树皮,以后又有意识地把较大片的树叶缝在一起,成为最原始的缝制“衣服”。从考古发掘中也可找到佐证。山顶洞人遗址中掘出骨针。这种骨针长 8.2 厘米,最大的直径仅 0.33 厘米,针眼较狭,针的一端尖而锐圆。

新中国成立后的民族调查表明,有一些少数民族还存在类似的生活情况,独龙族用竹针缝衣,鄂伦春族用天然的狍角锥来缝兽皮等等。除兽皮外,用树皮、树叶缝制衣着也逐渐普遍。原料有植物纤维、竹皮、树皮做成粗线、细线等等。

缝制植物纤维、动物的羽毛、兽皮为衣,在考古发现中也有物证,如新石器时代遗址中的纺轮较为常见。河姆渡遗址中有木制刀、梭子

和分经木等等；西安半坡村有石纺车、陶纺轮等出土，有的陶器上有布纹痕迹，证明当时已有织物。

火的应用，改变了人类生活的方式和质量，出现质的飞跃，意义十分重大。世界各国各民族都有关于火神的传说，我国古代有“燧人氏”的传说。《韩非子·五蠹》中有关燧人氏的记载：“有圣人作，钻燧取火，以化腥臊，而民悦之，使王天下。”这是人工取火的阶段了。在此之前，人们早已在自然界见到火、利用火并保存火。北京猿人以前的原始人，还是保存火的阶段，到能人工取火阶段，人们的生活才发生了质的飞跃。

火的利用，其保健意义是显而易见的。首先，使人从生食过渡到熟食的阶段，《韩非子·五蠹》所谓“化腥臊”，使人得以“炮生为熟”，不再过那种茹毛饮血的生活，这对人体的卫生保健意义十分重大。不吃生臊，改吃熟食，使人能逐步减少因生食而引起难消化或不洁之物致人于病的机会，提高了人们的抗病能力。

火不仅使人在食物营养方面发生重要作用，更使早期人类活动发生相当大的变化。如在农耕生活中，刀耕火种，提高了土地的肥力，农耕水平提高。火也促进了制陶、冶炼以及酿酒等等事业的发展，这些都与人的保健卫生密切相关。

火不仅使早期人类制作工具的水平大大提高，《汉书·食货志》就有“燔木为耒”的记载，而且还是人类早期热熨、火灸、热敷等等一系列物理加温疗法的必要条件。自从人类应用火以后，人类自身的卫生保健水平大大提高。

舞蹈，是人体的一种特殊肢体活动，具有节奏、形象优美等特点。人在生活中，不免有感情变化，每逢精神愉快、情绪欢乐之际，就不免手舞足蹈。最早的这种动作，可能并无意识，只不过是兴致所至、表达欢快的情绪而已。后来，出现有节奏的打击器物，并逐渐形成有节奏的音乐以后，两者就会自然地结合起来，形成音乐、舞蹈，只不过开始

时是很原始的、朴实的动作和节奏罢了。《吕氏春秋·古乐》记述：“昔陶唐氏之始，阴多滞伏而湛积。水道壅塞，不行其原，民气郁阏而滞者，筋骨瑟缩不达，故作为舞以宣导之。”这说明作肢体活动动作，也就是舞蹈动作，其目的是为了为了使体内的筋骨舒畅，宣导淤塞，这也就是后来的导引术。

导引术在我国古代出现很早。如，青海大通舞蹈纹的陶盆上就已有舞蹈的形象出现，这可以说是早期的舞蹈形式。舞蹈事实上是活动肢体，使体内气血活动流通。人们在劳动之余，当肢体肌肉筋骨因过劳或受风寒而发生痠痛时，如果用导引来活动肢体，痠痛有可能解除。这种方法开始可能出于保护意识，是无意中发现的，以后逐渐过渡到凡有痠痛时，就有意识地去做，如果加上用击打器物及唱歌等互相结合，则其效果当更为明显。

我国各地仍保存有许多反映这种舞蹈的壁画。如，广西花山崖画有征战舞，阴山崖画祝捷舞，乌兰察布崖画更有双人舞。后来发展到有意识的导引，这在长沙马王堆出土的帛书导引图，已经是舞蹈与治病的结合形式了。

考古工作者发现，在石器时代，有很多具有锐利边缘的小石块，其中有的是半加工的天然石块，边缘如刀刃，有的甚至做成粗略的“针”状。这是古人用来治病的，或是切开脓包、或是扎刺以放血、放脓的工具。《说文解字》九下“石部”记有“砭，以石刺病也”。用来“刺病”的这些石块称为“砭”或“砭石”。《山海经·东山经》也称：“高氏之山，其上多玉，其下多箴石。”这“箴”字就是后来的鍼或针。

《灵枢经》有“九针论”，介绍九种不同形状的针，供不同目的的治疗，各种针长短、形制、尖端均异。针具从石器时代的砭石、石针、砥石，发展到金属针，其间又经骨针、竹针等不同阶段，逐步发展起来。如在甘肃临夏齐家文化遗址、登封王城岗夏商时代遗址和河南禹县瓦店遗址，均有骨针出土。尽管考古学家认为这些骨针系用于缝制衣

着之用的。但就今日的眼光看,无法排除它们也是用于治病的治疗针。

## 二、早期的中医药理论

医药理论的形成,不仅与当时社会的政治、经济和文化发展密不可分,受当时哲学思想的指导;与同时期其他方面的科学技术的发展也是相辅相成的。

公元二世纪是东汉时期。经过春秋战国、西汉,社会经济有相当大的发展。西汉汉武帝时,经济出现了空前繁荣,农业生产产量增加,手工业有相当发展,如冶炼、纺织,丝织品已有相当高的水平;与域外的交流也频繁起来。战国时期文化学术界出现了百家争鸣的局面,其中有墨家、道家、儒家、法家、阴阳家、杂家等,思想十分活跃。秦汉时出现黄老哲学,主张“无为而治”;汉代董仲舒建立了“天人感应”为核心的神学体系,使儒家学说走上宗教化道路。汉武帝“罢黜百家,独尊儒术”,使儒家思想占据主导地位。这一阶段,科学文化也有很大发展,如,天文历法方面有颛顼历,张衡浑天说;数学方面有《周髀算经》、《九章算术》;水利方面有都江堰的修造,等等。

这一时期的社会政治、经济、文化,为中国医药学的发展提供了必要的条件。中国医药学理论正是在这一时期形成的。中国医药学理论形成的标志,是这一时期医药学著作的大量问世,仅据《汉书·艺文志》记载,“方伎”类图书就有三十六家,共八百六十八卷。其中,“医经”类著作有:《黄帝内经》十八卷、《外经》三十卷,《白氏内经》三十八卷、《外经》三十六卷,《扁鹊内经》九卷、《外经》十二卷,《旁篇》二十五卷。可惜的是,这些医经著作大多散佚了。但从存世的《黄帝内经》中,还能窥见其丰富的医学理论,及其在中国医药学理论发展中的奠基作用。

### 三、临床医学的系统化

在中国医药学基本理论奠定的同时,中国医药学临床经验经过长期积累和总结,也已系统化。《汉书·艺文志》“方伎”类著录的十一种二百九十五卷医方著作,就是对汉代以前的临床医学的系统化的总结。尽管这些方书大多数已失传,但从近几十年来考古发掘出土的武威汉代医简、《治百病方》、《五十二病方》等汉简、木牍、帛书所记珍贵医学资料中,可以清楚地看到,中国医药学的临床医学,包括内、外、妇、儿等临证各科的临床医学,经过丰富的实践经验的积累和总结,已形成系统化的医学理论。

东汉著名医学家张仲景的《伤寒杂病论》,是最能体现这一时期临证医学成就的著作,也是临床医学系统化的代表之作。《伤寒杂病论》记载的组方严谨、药味少、效力专的方剂,被后人尊为“经方”,至今仍在实践中应用。其确立的辨证论治原则,更为后世所遵循。

### 四、药物学的形成

药物学的最原始形式,起自对某些食物引起较剧烈的反应。中医药有古代“医食同源”的说法。这段时间大约在四五万年前到七千年前的旧石器到新石器时代前期,中国历史上属于神农氏时代。中国古代文献对此有丰富的记载。如《淮南子·修务训》:有“神农……尝百草之滋味,水泉之甘苦,令民知所避就。当此之时,一日而遇七十毒。”古代文献中还有提到伏羲氏教人尝味而始有医药的。如皇甫谧《帝王世纪》称:“伏羲氏……乃尝味百药而制九针,以拯天枉焉。”《路史》有“伏羲尝草制砭”记载。传说中的伏羲时代和神农时代,即原始畜牧业和农耕业的发展时期,也是原始药物发展的时期。

先秦时期的一些文献就开始记载可供药用的药物了。《周礼·天官》有：“凡疗疡……以五药疗之，以五味节之。”汉代人郑玄的注释认为“五药”即指“草、木、虫、石、谷”。可见这五类自然界的动、植、矿物，已供药用。

《诗经》中所载的各种植物，就有五十多种在当时已供药用，所见有如芎苢(车前)、菴(益母草)、杞(枸杞)、女萝(兔丝子)、藟(乌头)、枣、椒等等。《诗经》还提到采集这些植物的季节，如“八月断壶”(即采集壶芦)等等。

提到自然界产物可供药用的，最有代表性的书当推战国时期的《山海经》。《山海经》虽是一部记录山川地理的著作，但提到不少物产可供药用。其中有治疗用的，如“佩之可以已疠”(《北山经》薰草)；有预防用的，如“丹木……食之不饥”(《西次三经》)。经统计，此书中提到了补养药、种子药、避孕药、预防药、毒药、解毒药、杀虫药以及美容药等等，记录的药物多达一百余种，其中动物类八十三种、植物类五十九种、矿物类四种<sup>①</sup>。长沙马王堆汉墓出土的先秦方书《五十二病方》，是一部早期方书，内有应用的药物二百四十七种，矿物药二十种以上，植物药有一百一十多种，动物药为五十多种。这表明植物药在当时已占多数，而《山海经》记述则以动物药为多。这种转变表明了中医学已成为名符其实的“本草”了。

现存最早的中药物专著，是《神农本草经》，即《本草经》。《神农本草经》虽冠以“神农”，这只是后人所加，神农氏时代并无文字，不可能有那样作品。目前较一致的看法，是认为此书不是一人一时之作，而是与《黄帝内经》相似，由众多不知名作者在较长时间里编纂而成。经考证，其著作年代从西汉的公元前二世纪初一直延续到东汉时代，历时数百年才完成。

<sup>①</sup> 卫聚贤：《山海经中的医药》，载《华西医药杂志》1947年第1期。



## 五、代表性医家

东汉以前,有史可查的医家事迹多数记载欠详,这里只能择要介绍。

### (一) 俞 跗

传说为黄帝的臣子。据《史记·扁鹊仓公列传》和《说苑》记述,俞跗是外科医生,能割皮解肌,搦脑髓,开腹洗割肠胃,洗涤五脏,有起死复生之功。

### (二) 扁 鹊

扁鹊姓秦,名越人。渤海郡鄆(今河北任丘县鄆州镇)人。约生活于公元前五世纪至前四世纪时代。其事迹散见于《史记·扁鹊仓公列传》、《战国策》、《韩非子》、《列子》、《韩诗外传》、《说苑》、《淮南子》等。各书所载传说较多,一般仍以《史记》为依据。扁鹊年轻时,为客馆舍长,为人忠实。舍馆有位长期居住的老者叫长桑君,是一位医生。他见扁鹊不是平凡之辈,便对扁鹊出示自己所收藏方书,并加以传授。扁鹊认真学习,终成名医。

扁鹊具有高尚的医疗品德。他谦虚谨慎,当有人称赞他能起死回生,医术高明时,他却谦虚而实事求是地说:“吾不能起死人,直使夫当生者起耳。”(《韩诗外传》)他反对巫术,并提出“六不治”;“骄恣不论于理,一不治也;轻身重财,二不治也;衣食不能适,三不治也;阴阳并,脏气不定,四不治也;形羸不能服药,五不治也;信巫不信医,六不治也。”(《史记·扁鹊仓公列传》)由于他这种反巫术的精神,得罪了一些君王和大臣。秦国的太医令李醯,竟使人暗害扁鹊。《难经》一书,一般认为是其托名之作。

### (三) 淳 于 意

淳于意,齐国临淄(今属山东)人。约生于汉高祖二年(前 205

年),卒年不详。曾任齐国太仓长(管理仓库官员),人称为“仓公”。事迹见于《史记·扁鹊仓公列传》。

淳于意从小爱好医学,先后从公孙光及公乘阳庆学医。《史记》记载公乘阳庆“使意尽去其故方,更悉以禁方予之,传黄帝、扁鹊之脉书,五色诊病,知人死生,决嫌疑,定可治,及药论甚精。”他当时所学还有《脉书上下经》、《五色诊》、《奇咳术》、《揆度阴阳外变》、《药论》等。在为人治病时,他“决死生多验”。

淳于意出行游医,有时对某些达官贵人病症不予调治,被诬告为“不人为治病”,尤其是他不为齐王刘则治病,终于被投入狱,后押解长安。其女儿缇萦上书为父求情,并愿入宫为婢赎父罪,感动了汉文帝,予以释放。《史记》记录了汉文帝召询淳于意治病情况,称为“诊籍”,共二十五则。每一则均包括患者之姓名、性别、里贯、病情、诊断、治疗经过及疗效等等。这是我国最早的诊案记录。

从这些诊籍中,可以看到淳于意精于脉学,所载脉象有浮、沉、弦、紧、数、滑、涩、长、大、代、弱、散等约二十种。他善于据脉象以判断生死预后,并兼通临床各科,治病用药物、针刺、艾灸等综合疗法。对于患病之病因,有较科学之认识。

淳于意还反对较盛行炼丹服石的陋习,认为这对人体极有害,可致发痈疽,甚至致人于死。他所陈述的二十五则病案中,有数例治疗失败,实事求是地自认为“时时失之,臣意不能全也”。他把自己的医术传授多名徒弟,包括宋邑、高期、王禹、冯信等人。

#### (四) 华佗

华佗又名华萼,字元化,东汉末沛国谯(今安徽亳州市)人,《后汉书》、《三国志》都有他的传记。生卒年月已不确考,只知道于公元208年以前被曹操杀害。

华佗是位民间医生,《后汉书·华佗传》记述他“游学徐土,兼通数经,晓养性之术”。他精通临床各科,尤其精于外科手术、针灸术、养

生术及治疗寄生虫症。特别是记述他“若疾发结于内，针药所不能及者，乃令先以酒服麻沸散。”进行腹部手术，进行缝合和修复，完全符合现代认识过程。

华佗的针灸术较高明。曹操患头风多年，久治不愈，经华佗针膈，应手而愈，其精妙针术可见一斑。

华佗对导引术也颇有研究。著名的五禽戏就是古导引术之一种。华佗本人及其弟子吴普、樊阿等人，均获长寿近百岁，与此不无关系。

华佗因不愿为曹操个人服务，托词妻病返归故里，长期不归，被曹操强行投入狱中，不屈服于压力，竟惨遭杀害。临刑前将其经验著作委托狱吏外传，吏畏法而不敢受，其宝贵经验终于失传。后世流传的《中藏经》系托名华佗之伪作。

#### （五）张仲景

张仲景又名机、字仲景，东汉末南阳郡涅阳（今河南邓县，一说河南南阳市）人。生平事迹主要见于明人李濂《医史》。约生于汉桓帝和平元年（150年）卒于汉献帝建安二十四年（219年）。他年轻时从同郡名医张伯祖学习，尽得其传。《太平御览》所引《何颀别传》中记：“其医术青出于蓝，超过张伯祖。医名大振，‘后在京师为名医，于当时为上手。’”（《张仲景方论序》，刊于张杲：《医说》）

张仲景生活的东汉末年，正值战乱频仍，疾疫流行之际，据他的《伤寒杂病论·自序》称，在建安年间，不及十年，他的宗族二百多口中，死者达三分之二，其中十分之七死于伤寒证。当时医家“各承家技，终始顺旧”，治病时“按寸不及尺、握手不及足”、“相对斯须，便处汤药”，极端不负责任。而社会上一般人则“曾不留神医药，精究方术……但竞逐荣势，企踵权豪，孜孜汲汲，惟名利是务。”并把自己的命运，托付给巫祝，致使生命告穷归天。张仲景有感于此，对这类伤寒病证进行了深入研究，通过“勤求古训，博采众方”，结合个人的丰富临证经验，终于写出《伤寒杂病论》一书。这本书确立了中医临证的辨

证论治的基本原则,以六经论伤寒,以脏腑论杂病,建立了一套完整的理法方药的治疗体系。被后代尊为“经方”,张仲景也因此被尊为“经方之祖”和“医圣”。

#### (六) 董 奉

董奉字君异,侯官(今福建长乐)人。三国时吴国医生。据《神仙传》记载,董奉居庐山,每日以诊病为生。治病不取酬金,但嘱治愈之患者于其山下、房前屋后植杏,轻病一株,重症五株。如是数年,得十万株,蔚然成林。他每年从杏林中收杏出售,其酬用于赈济贫家患者。其医德高尚。后人誉医家医术高超及医德高尚为“杏林春暖”,盖出于此。

---

## 第二节 迅速发展时期(三至十世纪)

---

公元三世纪至十世纪,是中国封建社会的发展时期,也是中国医药学的迅速发展时期。隋唐以后,政治、经济、文化已相当发达。科技的进步促使雕板印刷术的出现,有利于文化的传播。随佛教传来印度医学,中外医学交流频繁。道教的盛行对医学也有促进作用。

### 一、临床医学的成果

两晋至唐代,临床医学逐步走上了专科化的道路。主要成就有如下方面:

#### (一) 内 科

这一时期,内科对一些病症的认识有相当大的进步。如,对黄疸病,已能利用白帛片浸在小便中,观察其颜色变化,黄退净则是治疗应验;消渴病用猪肚丸、灸小肠腧的方法。内科临床医学专著也在这

一时期问世,除脚气、虚劳等症有专门论治专著外,晋代人葛洪的《肘后救卒方》更是内科临证著作,其中论述中恶、鬼注(急性传染病)、尸厥、心腹痛、霍乱、伤寒、时气、疫疠、瘴气、癫狂、中风等,都有各种简易的疗法。对某些病症如虏疮(天花)、沙虱(恙虫病)等症状描述,都是最早的记录;对某些内科急证的治疗,如青蒿绞汁治疟疾、人工口对口呼吸救自缢、狂犬脑敷伤口救狂犬病等等,都达到较高水平。他的《肘后救卒方》后人整理成《肘后备急方》,是临床急救手册,在一定程度上反映了我国在这一学科领域的水平。

## (二) 外 科

外科、骨伤科方面的专著,代表作是《刘涓子鬼遗方》和《仙授理伤续断方》。前者共五卷,内载金疮、痈疽、疮疖、瘰疬、疥癣等外证的治疗方法,包括止血、止痛、收敛、解毒等等方法。后者是专门论述骨伤骨折病证的,托名仙授,其实是唐代蔺道人所著,介绍了整骨方法共十四步,记述了伤损、脱臼、止血、手术复位、牵引、扩疮、填塞、缝合等多种手术方法。

## (三) 妇 产 科

这一时期妇产科专著也不少。如,南齐褚澄的《褚氏遗书》,专立“求嗣门”,提倡晚婚晚育,认为这是使子嗣后代“坚壮强寿”的必要条件。他还提出“合男子多则沥枯虚人”,又指出“产乳众则血枯杀人”,主张节欲、保护妇女健康。北齐徐之才的《十月养胎法》,对胎儿在母体内的发育逐月进行描述。唐昝殷的《产宝》,对妇女之妊娠病、难产、产后病均有较详的论述,其治疗方法也较详尽,对最常见的妊娠恶阻,用健脾利水、化痰止呕的方剂进行治疗;对难产则主张内用药、外用法综合调治。孙思邈《备急千金要方》,把妇人篇置于全书之首,表明其对妇产科之重视。《诸病源候论》中则有八卷涉及妇人病;《外台秘要》有二卷共八十五门论述妇人病,载方四百多首。

## (四) 小 儿 科

这一时期儿科学出现不少专著。仅《隋书·经籍志》中所载,就有《俞氏疗小儿方》、《小儿用药本草》、《疗小儿杂方》、《小儿验方》、《疗小儿丹法》等。还有徐叔响的《疗少小百病方》、《疗少小杂方》、《疗少小疹方》和徐之才的《小儿方》。唐代初年,太医署有少小科。隋代的《诸病源候论》中提及“脐疮”,称这是初生婴儿之常见病,病因是与洗浴时未曾拭干,湿气蕴积于其脐中,如再在解开脐带时受风,即可导致此证,最后风气入伤经脉,引起痲症。这是典型的新生儿破伤风。

巢元方著作中介绍了巫方的小儿科《颅凶经》,此书专述诸小儿科病症,尤其是癲、惊、疳诸证叙述更详,治疗方剂则主要是丸、散和汤剂。《备急千金要方》则有两卷少小婴童方,列于妇人篇之后,可见其对妇、儿两科的重视程度。

### (五) 五官科

这一时期,五官科临证医学也有相应的发展,如《肘后备急方》治疗咽鲠鱼刺或其他异物,“小嚼薤白令柔,以绳系中,持绳端”,吞后,缓缓拉出薤团,鲠随团出;用热盐枕耳治耳痛;《针灸甲乙经》广泛利用针灸治疗鼻塞、耳聋、耳鸣、咽痛、喉痛、嘶哑等。《诸病源候论》中涉及五官之病候共一百三十种,包括鼻病、耳病、咽喉病、口齿病等,对其病因及病机也有较详的讨论。《备急千金要方》中设有七窍病专篇,列举目、鼻、口、舌、唇、齿、喉、耳、面等病症之病因、症状及治疗方法。孙思邈在《备急千金要方·道林养性》中提倡“食毕当漱口数过,令人牙齿不败”,对口腔保健已有较深的认识。《外台秘要》所附治咽喉病处方共七十五首,耳聋方三十六首,还提出用柳枝咬软,沾取药末揩齿护牙。书中提到的白内障手术方法(当时称青盲眼),宜用“金篦决,一针之后,豁若开云而见白日。”可见其技法已相当高明。又唐薛用弱《集异记》记载用针刺止痛,去除鼻赘之法,这是最早的针刺麻醉记录。

### (六) 针灸科

针灸一科发源甚早,在此时期,在临证中已普遍推广应用。最突出的成就是晋皇甫谧的《黄帝三部针灸甲乙经》问世。皇甫谧学识渊博,有多种文史著作,后因患风病,又有患耳聋等症,遂转为专习针灸。他把《灵枢经》、《素问》、《明堂孔穴针灸治要》三种书撮其精华,并参考《难经》,使其“事类相从,删其浮辞,除其重复,论其精要”(《针灸甲乙经·自序》)。全书共十二卷,一百二十八篇,包括针灸的基本理论、各科病之病因、病机、症状及腧穴主治,还详述了十二经脉、奇经八脉之循行径路,对全身的骨度、肠度均作了叙述。全书共厘定针灸穴位三百四十八个(单穴四十九、双穴二百九十九),按人体部位划分;对各穴的主治病证、针刺深浅、灸疗壮数、手法等均有涉及。

针灸一科在唐代占有重要位置,在太医署中就有针科,《针灸甲乙经》即为主要教材。灸法在晋代已受重视,萧鲍姑(葛洪之妻)擅长艾灸治病。唐崔知悌还专著《骨蒸病灸方》一卷。

### (七) 按摩和骨伤科

按摩疗法起源较早。名医扁鹊应用按跷方法治疗各种病证。《汉书·艺文志》列有《黄帝岐伯按摩经》十卷,已不存。按摩疗法在太医署中为独立一科。《唐六典》中提及用按摩疗法治疗风、寒、暑、湿、饥、饱、劳、逸等疾患时称:“凡人肢节脏腑积而疾生,宜导而宣之,使内疾不留,外邪不入。”

按摩和骨伤科有密切的关系。《新唐书·百官志》提到,按摩博士、按摩士不仅“掌教导引之法以除疾,损伤折跌者正之”。二门治疗技术常被结合在一起施治病证。

巢元方的《诸病源候论》中有关骨伤科内容,有金疮候、腕伤候,还有外伤出血、伤口感染的处理及包扎等。孙思邈的《备急千金要方》和《千金翼方》,对骨伤科的治疗,注重用药物方剂治疗,主张用辛热行气、凉血活血、止痛止血等方法。他还善于用虫类药物治疗损伤

性疾病,并经常应用热敷熨法。《外台秘要》提到用桑白皮缝合伤口,并用马毡、盐、酒共同热敷的方法治疗跌伤疼痛等。

值得一提是唐蔺道人的专书《仙授理伤续断秘方》,对各种骨折、脱臼的治疗,最早提及用杉树皮作夹板固定,垫上绢片以保护皮肤,并主张受伤骨关节要“时时运动使活”、对肩关节脱臼主张用“倚背复位法”等,这对后世影响很大。

## 二、医学教育的制度化

中医的教育制度,唐代以前基本上是采用民间以师带徒、子承父业的形式进行的。据《唐六典》记载,南北朝刘宋时的太医令秦承祖于元嘉二十年(443年)向宋文帝奏请设立“医学”,以广教授。采取集体教授的方式,较多地培养医学生,这可以说是最早的医学校。可惜的是这所学校不到十年即停办。宋明帝泰始五年(469年)时有周朗者又奏请恢复医学,因为当时的医药水平降低,治病效果很差,平民百姓多信鬼神,多夭枉死于巫术。周朗认为应由太医训练男女师资,派遣吏徒学业(《宋书·周朗传》)。此时刘宋朝已摇摇欲坠,办学事无暇顾及。

南朝的这些医学教育措施,对北朝也有一定的影响。如北魏有太医博士、太医助教之职,可见也有学校之创办。隋代开始创办太医署,并置有太医博士、助教,按摩博士、咒禁博士各二人,教授医学;同时还设立药园,有药园师之职。这些职务均为训练生徒而设,但有关记录均欠详。

唐代的医学教育制度承袭隋代制度,规模空前完善而庞大,记录完整。医史学界认为,唐代太医署是世界上最早的医学校<sup>①</sup>,医学教

<sup>①</sup> 如元翼等主编:《医史学》,湖北科学技术出版社1988年版,第231页。



育方面“达到了当时世界的先进水平”<sup>①</sup>,确是中国医学史上的一个创举。

唐代太医署隶属于太常寺,下设太医令、太医、丞各二人、府二人、史四人、主药八人、药童二十四人、药园师二人,药园生八人、医监四人、医正八人。这仅是行政管理人员,可见其组织规模不小。

太医署是设在中央一级的医学校,其目的主要是培养中央也即宫廷及京都所需要的医学人才。此外,各地仿效中央,办有地方医学教育。继武德七年(624年)正式建立太医署后五年,贞观三年(629年)又在全国各州设医学,配备医学博士及学生。唐玄宗开元十一年(723年),在偏远州郡也置医学博士一员,其阶品与一般州者相同,并令备有本草著作及《百一集验方》等和诸多医经一道收藏,以供学习。但后者不久又取消,未能持久。

### 三、本草学的发展

中国本草学有悠久传统,内容极其丰富。最早的《神农本草经》,总结了汉代以前本草学的成就。随着本草方面的知识积累,这时期也有不少新的成就。

#### (一)《本草经集注》

汉末出现过一部诸医家用药经验的总集,名为《名医别录》。晋人嵇康的《南方草木状》对某些植物的生态性状也有新的描述和认识。但由于地域不同,各地医家用药经验也有差异,以至于对一些药物的应用出现偏差。正如陶弘景所说:当时的本草著作及用药情况是“三品混糅,冷热舛错,草木不分,虫兽无辨……医家不能备见。”<sup>②</sup>他还

<sup>①</sup> 甄志亚主编:《中国医学史》,人民卫生出版社1991年版,第176页。

<sup>②</sup> 陶弘景:《本草经集注·自序》,罗振玉吉石庵影印敦煌卷子残本。

指出,当时的本草学家吴普、李当之等均有著作,所载药数有五百九十五,或四百三十一,或三百一十九,比较混乱。因而他决定再一次进行整理。他从《名医别录》中录出三百六十五种,加上《神农本草经》的三百六十五种,共七百三十种药,撰成《本草经集注》一书。全书共七卷,分编为玉石、草木、虫兽、果、菜、米食、有名无实等七类。其中玉石、草木计三百五十六种,虫兽、果、菜、米食计一百九十五种,另有有名未用药一百七十九种。

《本草经集注》的分类法是按药物在自然界的属性来区分的,这无疑比上中下三品分类法进步。在各自然药物之下虽然仍按三品区分,但已与原来的三品分类思想不同,对学习本草者提供了极大的方便。

书中对药物的性味、产地、采集、形态和鉴别,中药的加工炮炙及配制,都有涉及。还首先提出“诸病通用药”,以病证为纲,每纲之下,列可用之药。全书计有八十余种病证,如,治温疟有常山、蜀漆、大青等;治大热有寒水石、黄芩、知母、白鲜、玄参等;治寸白虫有槟榔、贯众、雷丸等。这在当时是一种创造性的总结。

《本草经集注》继《神农本草经》之后,在促进中国药物学的发展上有重要的积极作用。

## (二)《新修本草》

唐代时,对药物学认识又增长了,新发现的药物品种较多,由海外输入的舶来药品也不少。在这种情况下,很有必要重新编修新的本草。

唐高宗显庆二年(657年),右监门府长史苏敬上奏章,为了“摭陶氏之乖违,辨俗用之纰紊”,提出重修本草。唐高宗照准,遂组织班子,由太尉长孙无忌、李勣等领衔进行工作。包括许敬宗、孔志约、许孝崇及苏敬等二十三人共同编修。据礼部郎中孔志约在《新修本草》的序中称:“梁陶弘景雅好摄生,研精药术。以为《本草经》者,神农之

所作,不刊之书也。惜其年代浸远,简编残蠹,与桐雷众记,颇或踏驳,兴言撰辑,勒成一家”。说明撰修的基本原则是:继承历代本草著作的优点,纠正其中的错误。书中采用在前代本草原文之下加小注的方式,以供读者有可能对其中的变化做新旧对比,加以鉴别,表明当时的撰修者的严肃态度。

《新修本草》又称《唐本草》,全书共五十四卷,计分为《本草》二十卷,另有目录一卷;《药图》二十五卷,加目录一卷;《图经》七卷。其中《本草》是叙述药物的正文部份,包括其性味、产地、采制、功用、主治等;《药图》是以图画形式描绘其形态,而《图经》则是图画的文字说明。

### (三) 《雷公炮炙论》

中医药学对待药物的加工处理,原始朴素的方法是粗加工,包括诸如去土去虫、晒干晾干之类的处理。到这时药物加工处理的知识已积累到足够值得加以总结的程度。当时关于炮炙药物的著作,有如《太常采药时月》、《四时采药及合药目录》、《灵秀本草图》、《乾宁记》、《雷公炮炙论》等。可是,至今留下的除《雷公炮炙论》之外,其余均已散佚了。

《雷公炮炙论》共三卷,南朝刘宋时人雷敫所撰,胡洽重订。全书载录了对三百种药的加工炮制处理方法;“直录炮、熬、煮、炙,列药制方”,从而成为我国现存最早的一部炮炙专著。

### (四) 其他

这时期的本草药著作还有《本草拾遗》,是陈藏器在《新修本草》的基础上编修的,分为“序例”、“拾遗”、“解纷”三部分。“拾遗”部分收录《唐本草》不收之药计六百九十二种,这些药以及所载方剂都是从民间收集的。“解纷”部分纠正了前代本草著作的一些错误,补充不足,如指出《本草经》认为接骨木无毒是错误的等。书中首次提出“十剂”,即宣、通、补、泄、轻、重、涩、滑、燥、湿等,把各种药物的药理作用

归为十大类,如人参、羊肉是补剂,冬葵、榆皮是滑剂等等。书中还记载了用赤铜屑主折伤的动物药物实验一类的宝贵史料。

孟诜所著《食疗本草》,是在整理唐代以前食疗药物文献的基础上再搜集有补益作用且可供食用的药物共一百三十八种而撰成的。后经其徒张鼎补充八十九条,共二百二十七条。再如有《胡本草》、《蜀本草》、《海药本草》、《本草音义》、《删繁本草》等。

此时还一度盛行服石和炼丹。“服石”是指服用以石钟乳、硫黄、白石英、紫石英、赤石脂等为主的矿物药,幻想由此增强性功能以纵欲,结果引起“石发”种种病证,贻害无穷。唐代有此遗风。由于医家的极力反对,抨击其害而逐渐衰落。“炼丹”则是想通过炼制出丹药,以获得长生不老,羽化登仙的境界。所用原料也皆是矿物。虽然仙丹终归不能炼得,但由于接触物质相互作用的变化,从而发现了不少物质的秘密,促进炼丹化学及一些外用药的发展。

#### 四、针灸学的总结

针灸学是中医药学中最具特色的内容之一。从二十世纪七十年代出土的文物可见到,战国以前经络学说已经形成。《黄帝内经》中的《灵枢经》部分(又称《针经》),基本上是针灸知识实践的总结。汉代的《难经》中,也有大量的针灸学的内容。此外,还有《涪翁针经》,三国时吴人吕广《玉匮针经》,《华佗枕中灸刺经》、《明堂图》等,但均已早佚。<sup>①</sup>

为了总结针灸方面丰富的经验,晋代皇甫谧承担了这一重任。他把《黄帝内经素问》、《针经》、《明堂孔穴针灸治要》三部重要著作中的精华和有关针灸理论、实践的部分加以综合整理,再参考《难经》中的

---

<sup>①</sup> [日]丹波元胤:《中国医籍考》,人民卫生出版社1983年版。

有关部分,撰成《黄帝三部针灸甲乙经》(习称《针灸甲乙经》,简称《甲乙经》)。这是现存我国最早的一部针灸学经典著作。

《甲乙经》被尊为针灸学的主要经典。被古代的医学教育机构定为必修课本。后世的针灸学著作都引述本书为论述根据。

该书的一个重要特点是集晋代以前关于腧穴的内容,首先是按部位、分线排列的,对每一穴的具体部位进行了叙述,并涉及其主治的病证,反映了晋代以前的腧穴治病方面的水平和真实情况。因此,《四库全书总目提要》称《甲乙经》:“考《隋志》有《明堂孔穴》五卷,又《明堂孔穴图》三卷。《唐志》有《黄帝内经明堂》十三卷……今并亡佚,惟赖是书存其精委,且节解章分,具有条理,亦寻省较易,至今与《内经》并行,不可偏废,盖有由矣。”可见其在我国针灸发展史上的重要作用。

唐代的针灸著作,有甄权、甄立言兄弟分别著的《针灸钞》三卷和《针方》一卷、《明堂人形图》一卷及《古今录验方》等。最为集中反映唐代针灸发展水平的,当推孙思邈的《备急千金要方》的有关篇章和王焘的《外台秘要》四十卷。

《备急千金要方》卷二九、三十专门论述针灸。孙思邈对针灸颇有研究,他除了以针刺灸疗各种病症外,最大的特点是倡用所谓“阿是穴”,这是在《内经》“以痛为腧”的思想的基础上总结出来的一种穴位名称,随病而变化,无固定穴位或经络,后世一直遵循这个原则,并发展为天应穴、不定穴等等。

唐代针灸科的发展,以及实际诊疗中的需要,使得太医署有必要专设针科一系。其所学习之内容,有明堂脉诀、神针、九针的使用方法,并以《黄帝针经》、《甲乙经》为基本教材。系内设针博士、针助教、针师等,这也是用学校的方式大力培养针灸接班人的开端。

## 五、代表性医家

三国两晋南北朝至隋唐,医家可谓人才济济,不乏名宿,有代表性的名医有:

### (一) 王叔和

王叔和,名熙,高平(今山东微山县西北)人。生于汉献帝建安六年(201年),卒于晋武帝太康元年(280年),做过魏国的太医令,由于其便利条件,对医学方面的典籍阅读较多。他与张仲景生活年代相距不远,因而对当时已散乱的《伤寒杂病论》进行过整理、补充和编次,并名其书为《金匱玉函经》。此书后在北宋时一分为二,即《伤寒论》和《金匱要略》。由于王叔和的功绩,张仲景之著作得以流传下来。他的《脉经》一书,是我国现存最早的脉学专著,影响深远。

### (二) 皇甫谧

皇甫谧,幼名静,字士安,自号玄晏先生,安定朝那(今宁夏固源)人。生于汉建安二十年(215年),卒于晋太康三年(282年)。幼时家贫,但仍勤于学习,后大器晚成,成为当时有名文人。其作品有《帝王世纪》、《高士传》、《列女传》、《逸士传》、《玄晏春秋》等。四十岁以后,因误服寒石散,引发风痹、耳聋,几至不起,终身残疾,遂发愤学医。所著《针灸甲乙经》,为我国针灸学最早经典,在国内外医学界被认为必读课本。《寒石散论》一卷,是其亲身之体验,用将冷法解寒石散毒。

### (三) 葛洪

葛洪字稚川,自号抱朴子,丹阳句容(今属江苏)人。约生于晋太康五年(284年),卒于兴宁二年(364年)<sup>①</sup>,十三岁丧父,家境破落。

---

<sup>①</sup> 对葛洪生卒年,学术界有不同意见,生年还有281、283年之说,卒年尚有341、343年之说,有待进一步考证。

他性寡欲,不好荣利,究览典籍,尤好神仙之术,深得其师郑隐器重,并以女鲍姑妻之,鲍姑擅长灸术,治病甚验。他闻交趾出丹,要求出任勾漏令,途经广州,被刺史郑岳挽留,并在罗浮山炼丹。他在医学、炼丹术及哲学等方面均甚有研究,著作有《肘后救卒方》、《抱朴子》等多种。

《肘后救卒方》是在《玉函方》的基础上摘编而成,后名《肘后备急方》。陶弘景将其整理成为《补阙肘后百一方》,后又经金人杨用道重订为《附广肘后备急方》。这是一部实用的临证急救手册。记载了许多急救术,包括口对口人工呼吸、止血、腹腔穿刺、导尿、灌肠、肠吻合、清疮、骨折外固定术、关节脱臼复位、引流等等。葛洪自称此书的编撰宗旨是为穷乡僻壤之百姓平民提供简便实效的治疗手段和方法。

葛洪在炼丹术方面,也有成就。《抱朴子》中提到不少物质变化的秘密,被认为是近代化学的先驱。

#### (四) 陶弘景

陶弘景,字通明,丹阳秣陵(今南京市东南郊)人。生于南朝宋孝武帝孝建三年(456年),卒于梁武帝大同二年(536年)。少年时好读神仙书,颇受葛洪影响,热心于炼丹术。梁武帝多次请他入朝,但一直不肯出山,梁武帝常有事向他请教,所以人称他为“山中宰相”。医药方面主要著作有《本草经集注》。由于炼丹而在炼丹化学方面有不少发明发现,对冶炼术他提出灌钢法,著有《古今刀剑录》。另有《养性延命录》,则是他在养生学方面的名著。

#### (五) 巢元方

巢元方,史书上对他的籍贯生平事迹记载欠详,只知他在隋炀帝大业年间任太医博士,后升太医令。大业六年(610年)奉诏主持编撰医书《诸病源候论》。此书为专门论述疾病病因、病机、证候等,不载疗法。全书共五十卷,六十七门,一千七百三十九论。每门载一种病名,

分述内、外、妇、儿、五官、皮肤等各科病证。这是我国最早的病因病理证候学专著。

### (六) 孙思邈

孙思邈,京兆华原(今陕西耀县孙家塬)人。生于隋文帝开皇元年(581年),卒于唐高宗永淳元年(682年),活了一百零一岁。他在年轻时就好谈诸子百家之说。隋文帝、唐太宗多次征召入朝,皆辞而不就,坚持在民间行医,著书立说。著述甚多,最重要医著当推两部《千金方》:《备急千金要方》和《千金翼方》。

《备急千金要方》又称《千金要方》,后世誉之为古代临床百科全书,其内容涉及医学概论、妇科、儿科、五官科、内科、养生、导引、按摩、脉诊、明堂孔穴等等。《千金翼方》则是《备急千金要方》之补充。

两书收载药物共八百五十三种,载方约六千多首,在临证方面,对伤寒热病、妇人病、小儿病、脏腑杂病及针灸科、养生术均有全面的论述,其中不乏创造发明和发现。如,用海藻、羊靛、海蛤治疗瘰疬病,动物肝治夜盲,葱管放尿的导尿术,均是有创造性的首次记录。

### (七) 王焘

王焘,唐代郿(今陕西眉县)人,约生活于公元七世纪末至八世纪中叶。他生在一个世代官僚家庭,祖父王珪曾是唐朝宰相。他幼年多病,长大后喜欢读医书,好医术。长期任职弘文馆(国家藏书之所),故有机会研读医书千百卷,并得其枢要,加以摘录取舍,编成《外台秘要》四十卷。卷一至二十为内科病;卷二十一至二十二为五官病;卷二十三至二十四载瘰疬、瘰疬及痈疽;卷二十五至二十七为二阴病;卷二十八至三十为中恶、金疮、恶疾、大风病;卷三十一至三十二载诸成方;卷三十三至三十四为妇人病;卷三十五至三十六为小儿病;卷三十七至三十八记载食乳石发诸病;卷三十九为明堂灸法;卷四十系虫兽伤及畜疾。每门疾病均先引经据典,主要引述《诸病源候论》,引用的全部文献多达六十九家,其中不乏散佚的重要文献,具有很高的文



献学价值。如《深师方》、《删繁方》、《范汪方》、《古今录验方》等等,均是魏晋南朝时的重要医学文献。书中所载由印度传入拔障术的手术操作过程,就具有重要的文献学价值及医学史意义。

## 六、中外医学交流

隋唐时,随着对外交往的逐渐频繁,中外文化交流也开始了,医药方面的重要交流如下:

### (一) 与日本的交流

南朝梁元帝承圣元年(552年),我国赠给日本政府一套《针经》,十年之后,有吴人知聪带着《明堂图》及其他医书共一百六十四卷去日本;后来他的儿子善那使主又献方书一百三十卷和药臼给日本。隋炀帝大业四年(608年),日本遣小野妹子为使来隋朝,并携《四海类聚方》三百卷回国。就在同一年,日本的推古天皇遣药师惠日、倭汉直福因等来中国学习中医,前后学了十五年才回国,随带诸如《诸病源候论》等医籍回国。以后,日本又多次派遣唐附使来中国。正是由于这些输入的中医药,对日本医学的发展产生重大影响。据日本学者富士川游《日本医药史》介绍:文武天皇时《大宝律令》中的“医疾令”规定:医、针生分经授业,医生习《甲乙经》、《脉经》、《本草经》,并兼习《小品方》、《集验方》;针生所读有《素问》、《黄帝针经》、《明堂图》、《脉诀》、《流注图》、《偃侧图》。日本古代歌集《万叶集》中有一篇《沉痾自哀文》也提到:“吾闻前代多有良医……若扁鹊、华佗、秦和缓、葛稚川、陶隐居、张仲景,皆是在世良医,无不除疾也。”到733年,有日本留学生荣睿、普照来唐朝。十年后归国前,专赴扬州邀鉴真和尚赴日本讲学。鉴真经六次渡海,最后终于到达日本,传授医学。鉴真于763年在日本奈良招提寺逝世,被日本尊为“过海大师”。鉴真所带去的奇效丸、丰心丹等药方,至今仍为日本人民所用。984年,日本人丹波康

赖撰《医心方》，引证两晋、南朝、隋唐时代的医方书百余家。后来，《备急千金要方》也传到日本，对当时日本医学影响很大。并形成“汉方医学”学派。

## （二）与朝鲜的交流

隋唐时开始，中朝文化交流开始频繁起来。当时朝鲜半岛上有新罗和高丽国，新罗仿唐制，也设有医学博士两人，学生学习科目及医书也包括《本草经》、《甲乙经》、《素问》、《针经》、《脉经》、《明堂经》、《难经》等。769年，唐朝政府曾颁行《广利方》，在全国各地传抄通行。朝鲜也派人来唐朝请求得到此书，由使节专程带回朝鲜。

朝鲜医学此时也传入中国。如王焘《外台秘要》卷十八有：“若毒气攻心，手足脉绝，此亦难济，不得已作此汤，十愈七八方……此方是为起死，是高丽老师方。”另据宋人唐慎微《证类本草》卷一—中有“威灵仙”一味，记有故事一则：“唐贞元中，高阳子周君巢作《威灵仙传》云：先时商州有人重病，足不履地者数十年，良医殫技莫能疗。所亲置之道旁，以求救者，遇一新罗僧，见之告曰：此疾一药可活，但不知此土有否？因为之入山求索，果得，乃威灵仙也。”由此可知唐代有新罗僧人来华，并交流医药经验。723年，唐朝颁行《广济方》，其中有应用高丽昆布治膀胱结气，输入之药还有人参、牛黄、芝草、鱼牙油等。

## （三）与印度的交流

中国和印度是亚洲两大文明古国，在古代医学方面已有较高的水平。虽然两国的系统各不相同，但因文化交往，特别是通过佛学文化的交流，医学也互有影响。唐代名僧义净千里迢迢前往印度学佛，有二十多年，也在那里传授了有关中医本草学、脉学、针灸的知识。他在《南海寄归内法传》中写道：“若患热病者，即熟煎苦参汤为善。若亦佳也。自离故国，向二十余年，但以此疗身，颇无他疾。且如神州药石根茎之类，数乃四百有余，多并色味精要，香气芬郁，可以蠲疾，可以王神，针灸之医，脉诊之术，瞻部州中无加也。”

随佛教的传入,印度医学也大量输入中国。《隋书·经籍志》记载翻译的印度佛医经多种,如《龙树菩萨药方》等。另有以前译出的《佛说胞胎经》等。古代印度眼科较发达,龙树有眼科著作《龙木论》等,也传入中国。白居易有诗云:“案上漫铺龙树论,盆中虚贮决明丸。”孙思邈《备急千金要方》卷一有“凡四气合德,四神安和,一气不调,百一病生。”《外台秘要》卷二十一也有“且身禀四大,性各不同,是以治者,证候非一”等印度医学的内容。《备急千金要方》卷二十七中还有天竺按摩法等等;《外台秘要》卷二十一也有“天竺经论眼”等。

#### (四) 与阿拉伯的交流

阿拉伯帝国在中国史书中称“大食”,约在公元七至八世纪时崛起和兴盛。阿拉伯人善于经商。此时中国航海技术也开始向远洋发展。中国与阿拉伯交往也日益频繁。早在公元二世纪,有安息国王满屈二世的王子安世高来华译佛经也介绍了古代印度医学。唐代时,在沿海设立“关市”,专门管理出入贸易,当时从阿拉伯输入不少珍贵药材,如密陀僧、乳香、没药、沉香、木香、砂仁、诃黎勒、熏陆香、无食子、丁香等等。阿拉伯人来华经商并定居,五代时有位李珣,就是有名的诗人,兼通药学,著有《海药本草》,原书已佚,今辑录本载药一百二十四种,有多种来自阿拉伯,如绿盐等。

中国传往阿拉伯的医药很丰富。最重要的是脉学知识和炼丹术。王叔和的《脉经》在唐代传入吐蕃,又辗转传到阿拉伯<sup>①</sup>。伊本·西那(拉丁名阿维森纳,980—1037年)的《医典》中,记载有脉象四十多种,其中二十多种与王叔和的《脉经》记述相同。阿拉伯炼丹术中的许多术语,如金液(al-kimiya),阿拉伯语就是炼丹。常用的炼丹原料硝石,阿拉伯国家称之为“中国雪”、“中国盐”,用于炼丹的七种金属

<sup>①</sup> 胡亚(P. Huard)、黄光明(Ming Wong):《中国医学》(英文版),世界大学出版社1968年版,第96、113页。

中,也有“中国铜”,表明阿拉伯炼丹学与中国炼丹术之间的关系。

---

### 第三节 繁荣和争鸣时期(十至十四世纪)

---

十至十四世纪,经历宋、辽、金、元,至明朝,在这四百年间,政治和经济都有进一步发展,从而为科学文化和医学的发展提供了重要的物质条件。从宋代科学家沈括的《梦溪笔谈》中,可知当时在天文、历法、地学、数学、物理、化学、生物学和医学方面均有相当大的进展。我国古代的四大发明,其中火药、活字印刷术和指南针,在这一时期或者开始发明,或者广泛运用。北宋时,哲学思想上发展到朱熹的理学阶段,在伦理道德和思想方法上虽还有不少唯心主义的思维方法和准则,但其“致知在格物”,“即物而穷其理”的治学态度和方法,却是有利于科学和医学的发展。宋朝统治者中有不少对医学怀有兴趣,也是这时期医学得以迅速发展的原因之一。

#### 一、针灸学突出成就

这一时期,针灸学较突出,出现许多针灸名医和医著。

著名医家有:北宋时的许希、刘党、王惟一等。著作有许希《神应针经要诀》,提出了腧穴名称异名;刘党《琼瑶发明神书》中对针刺疗法有新的评述。此时有关针灸著作就有三十种,最有价值的是王惟一的著作及其设计监制的针灸铜人。

王惟一是北宋御用医官,历任翰林医官、朝散大夫和殿中省尚药奉御骑都尉,又是针灸方面的专家。宋仁宗赵祯对针灸术亦感兴趣,他发现当时流传的《偃侧人形图》在腧穴的部位、分寸方面存在差错,任命医官王惟一负责修订,要求根据《内经》、《甲乙经》及治疗实验进

行核对,删去诸如日相、破漏等迷信的内容。王惟一奉命先修订针灸书,考订了经络和腧穴六百五十七个(三百五十四有穴名),比《针灸甲乙经》增加了青灵、厥阴腧和膏肓腧(以上双穴)、灵台和阳关(以上单穴)。其中腧穴的排列方法是采取身体部位与经络循行相结合的方法。

王惟一又奉命主持设计并监制人体模型,铸成针灸铜人两具,大小与男性真人一样,设计巧妙,外壳可以装卸,可看到内脏位置及大体构造,其体表铸刻经络和穴位名称,共六百五十七个。这一人体模型不仅可供学生实习之用,又是考试学生之教具。据说,当时把“浑然全身”的铜人表面涂上一层黄蜡,体内充水(或水银),然后令学生刺扎某一穴位。如果扎刺准确,则水或水银由穴孔流出。有人称此人体模型是“世界上最早的立体生理模型”<sup>①</sup>,是中国教育史上的一项重要发明。可惜这两具模型已佚,一具在南宋时不知所终,另一具在明代下落不明。目前只有仿宋铜人存世。

宋人王执中著有《针灸资生经》七卷,也是以部位分经论腧穴,补充了一些《铜人腧穴针灸图经》未备之穴位,如督腧、气海腧、关元腧、风市腧等,还增加了眉冲、明堂、当阳、百劳等穴位。

另一重要著作是元人滑寿的《十四经发挥》。滑寿对经络学颇有研究。他认为奇经八脉中的督、任二脉,一前一后,皆在中线并有专穴,与其他几条奇经不尽相同,应与十二正经相提并论,故谓十四经。他还通考六百五十七个穴位之阴阳往来,推其骨空之驻会,用图章训释,并缀以韵法(《十四经发挥·自序》)。

在有关灸法的专著中,其中《备急灸法》是重要的一部。书中讨论了急性病证的灸治疗法,包括心痛、牙痛、急喉痹、霍乱、肠痈、疔疮、附骨疽等二十多种,并附有形象插图。如,屈指量腧穴法、朱点腧穴法

<sup>①</sup> 范行准:《中国医学史略》,中医古籍出版社 1986 年版。

以及骑竹马灸法等。《针灸资生经》中灸法也很多,如,灸劳、灸痔、四花穴灸、灸肠风法、膏肓腧灸、孙真人脚气八穴灸等。宋代苏轼、沈括的《苏沈良方》则有咳逆灸、痈疽隔蒜灸、附子饼灸、小儿雀目灸、神阙防老灸、黄帝疗鬼邪唇里穴灸等灸法的记载,可谓集宋代以前各种灸法之大成,并反对此前灸法要讲究“人神避忌”的说法。还有庄绰的《膏肓腧穴灸法》,系参考诸家之说及本人经历,述穴位之尺寸量度及灸法补养。全书共十篇并有附图。又有宋人窦材《扁鹊心书》,盛赞灸灼疗法,还创用睡圣散防止烧灼之疼痛。

宋代以来,子午流注法颇为盛行。金代何若愚著《子午流注针经》三卷,首创用子午流注之针法,按时取穴。又有《流注指微论》三卷,总结经络、针灸、营卫、孔穴等。窦默的《针经指南》、《流注指要赋》、《标幽赋》、《指迷赋》,均提倡八法流注,六十六穴按时取用,认为人体内中十二经络从手太阴肺经开始,气血在经中按经循环,周而复始,因此取穴时很注重时间。

## 二、学派争鸣与学术繁荣

《四库全书总目提要·医家类》有所谓“医之门户分于金元”。实际上医家之意见,尤其在用药方面,并非千篇一律。两晋时,治疗散发症,皇甫谧主张用将冷法解散,而曹歙则反之,用将温法;药王孙思邈也认为治病并无定方,只是随时增损变化而已。北宋时,有蜀医石藏用喜用热药;而陈承治病好用冷剂,故有谚称“藏用担头三头火,陈承篋里一盘冰”。所有这些,均未形成派别,也缺少系统之学说,只是到了金元时,才形成学派。

金元时期不同医学学术派别的出现,与当时的社会背景、意识形态和地理环境均有一定关系。由于宋代末年社会环境不安定,政治腐败,疾疫流行。宋朝官方开设的药局所制方药,喜用香燥温热,流弊日

甚。宋代开始形成儒医队伍,他们讲究性理,素质不断提高,也促成了学说及学派的发展。政治上出现改革派,革新思潮流行,也影响于医界。南北学者用药经验不同,流行病种有异。以上种种原因,均造成医学派别的形成。这一时期的主要医学学派及代表人物有:

### (一) 刘完素与“火热论”

金元时最早出现的学术派别,可以刘完素为代表。据《金史·刘完素传》记载,刘完素,字守真,别号守真子。河间(今属河北)人。生于北宋徽宗大观四年(1110年),卒于南宋宁宗庆元六年(金章宗承安五年,1200年)。其学术主张见于《素问玄机原病式》一书。刘完素认为伤寒病证中都与火热有关。六气中,暑、火居其二,其他四气也都从火化。因此伤寒的原因就是火热,称之为“火热论”,治疗应用清热通利为主,要用寒凉药。所以,他成为“寒凉派”的创始人。

### (二) 张元素与“脏腑辨证论”

张元素,字洁古,金代易州(今河北易县)人。生卒年月不详。他八岁试童生,三十七岁考进士,因其名字犯了金朝海陵王的名“元功”之“圣讳”而落第,转而发愤学医。他与刘完素系同时代人,具有革新思想,曾提出治病“不用古方,其说曰:‘运气不齐,古今异轨,古方新病,不相能也。’自为家法……。”(《金史·张元素传》)著作以《医学启源》、《脏腑标本虚实用药式》为代表。张元素总结了辨证用药的规律,某一脏的病证,分虚实寒热,各有其治法及用药。例如,肺实证用泻肺、除湿、泻火、通滞,药用葶苈子、泽泻、橘皮、半夏、知母、石膏、杏仁、枳壳;而肺热证则应清肺热,药用黄芩、知母等。他还认为药物“气味中又分厚薄,阴阳中又分阴阳,气薄者未必尽开,气厚者未必尽降”(《洁古珍珠囊》)。从而有所创新,发挥了《素问》关于五味与五脏关系的论述。对于药物,他十分重视“归经”和“引经”,认为只有应用正确的归经药,对治疗该病才能力专而效著;引经药的作用则是引其他药物进入某经。这些是临证用药的基本原则。所以,他是“易水学派”的

代表人物。

### （三）张从正与“攻邪论”

张从正，字子和，号戴人，金代睢州考城（今河南兰考县东）人。约生于金海陵王正隆元年（1156年），卒于金哀宗正大五年（1228年）。他非常佩服“寒凉派”学说，从刘完素学过医，尝谓“学不博而欲为医难矣”，后来成为刘完素学说的继承人而闻名。代表著作是《儒门事亲》。《金史·张从正传》谓：“其法宗刘守真，药多寒凉，然起疾救死，多取效。古医书有汗下吐法。亦有不当汗者，汗之则死；不当下者，下之则死；不当吐者，吐之则死……从正用之最精，号张子和汗下吐法。”他反对囿于当时多用“局方”，滥用温燥，认为人患病多因有邪气侵扰，如能攻邪去邪，邪去则正安，如补法则“适足资寇”。他继承了刘完素的学术思想，认为无论是外邪六淫，或水谷之邪，都是人体以外之邪气。一经致病，就应攻伐，病去则止而不必尽剂。凡风寒邪在表者可汗之，风痰宿食，病在胸膈上者，可吐之；凡寒湿痼冷，或热客下焦者，当用下法。张从正的攻病发汗、催吐、泻下三法，应用范围颇广。可包括溲、灸、蒸、洗、熨、烙、针、砭射、导引、按摩等用解表汗法；引涎、豁痰、催泪、喷嚏等皆为吐法；而催生、下乳、逐水、磨积等，皆为泻法。人称其为“攻下派”代表。

### （四）李杲与“补土论”

李杲，字明之，晚年号东垣老人，金代真定（今河北正定）人。生于金世宗大定二十年（1180年），卒于元宪宗元年（1251年）。《元史·方伎传》提到他出身富家，听说张元素医术高明，在燕赵一带很有名声，“遂捐千金”从易州张元素学医，“尽得其法”。他生活于战乱年代，人们疲于奔命，饮食不节，劳役不断，情绪失常，易于脾胃受伤，引起病变，因而他专门研究脾胃之症。代表著作是《脾胃论》、《内外伤辨惑论》。他提出了“内伤脾胃，百病由生”的理论，发挥了《内经》“有胃气则生，无胃气则死”的思想，强调脾胃是运化水谷、一身元气之本；如



脾胃内伤,则人体元气自衰。他运用补养上、中、下三焦元气而补脾胃,倡用“调理脾胃”、“升举清阳”的方法,倡用沉香温胃丸、补中益气汤、升阳益胃汤分别治疗肾阳虚损、脾胃内伤、肺弱表虚等证。人称他为“补土派”的代表。

### (五) 朱震亨与“相火论”

朱震亨,字彦修,婺州义乌(今属浙江)人。生于元世祖至元十八年(1281年),卒于元惠宗至正十八年(1358年)。他早年学习理学,反对浮夸空谈,在乡里颇有声望。后因母病众医束手,转而专攻医学。四十岁时,攻读医学典籍,慨叹“操古方以治今病,其势不能以尽合”。后闻罗知悌医术高明,多次拜访不果,最后一次拱立罗家门外达三月之久,感动了罗知悌而授他医学,由此医学修养不断提高,成为一代名医。朱震亨倡导“相火论”。他认为人体是“阳常有余,阴常不足”。相火之常为生理,惟有裨补造化,才能生生不息。人体非此火不能生。但相火一变,即可为病理之火,其害甚大,其变甚速,异常变动则成贼火。他发展了刘完素的火热论和李杲的阴火学说,倡用滋阴降火,所以人称之为“滋阴派”的代表。

以上是金元时期的重要医学派别,一般认为分为“易水派”和“河间派”,而刘完素、张从正、李杲、朱震亨则尊为“金元四大家”。

## 三、政策对医学的促进

宋辽金元时期,政府对医学采取鼓励和优惠的政策,因而在这一时期医学得到了繁荣和发展。

在医政的设施方面,一批医政管理机构恢复或新设立,如纯医疗行政机构翰林医官院的设立,与其前代不同,专掌医之政令,包括对军旅、官衙、学校派出医官,并管理医药事宜。在军队中也有医事组织,其医官由翰林医官派出。宋代时健全了法医制度,规定了对检验

官、仵作职责、稳婆参与检验妇女等等事务。还尽量建立医疗慈善机构,包括医院性质的组织安济坊,所谓“置安济坊养民之贫病者,仍令诸郡县并置。”(《宋史·徽宗纪》)可见这时针对平民百姓患者的病坊遍及各地。

慈善机构还有保寿粹和馆(宫廷医院)、养济院(宾旅患者之病院)、福田院(养老院)、慈幼局(孤儿院)、漏泽园(公共坟地)、病囚院(监中病院)等。

宋代以前,医籍的传播主要靠传抄,其速度慢而有限,且易于被抄错、脱落。唐代虽已有刻版印书之举,但仍不普及,作用极有限。宋代发明了胶泥活字印刷,纸张生产和应用也较普及,这是医药书籍得以大量整理和传播的客观条件。宋朝统治者鼓励医书的征集和传播,有的皇帝本人通晓医学,爱好医书。据洪迈《容斋五笔》卷七记述,宋太宗赵光义诏示,凡献书三百卷以上者授官、三百卷以下者赐钱。继又在太平兴国六年(981年),“诏诸州士庶家有藏医书者,许送官,愿诸阙者,令乘传,县次续食,第其卷数,优赐钱帛。及二百卷以上者与出身,已仕官者增其秩。未几,徐州民张成象以献医书补翰林医学。自是诱致来者,所获颇众”(李焘:《续资治通鉴长篇》卷二二)。在这样优惠政策的鼓励下,政府征集到了大量医书和医方。

宋仁宗嘉祐二年(1057年),枢密使韩琦奏请:“医书如《灵枢》、《太素》、《甲乙经》、《广济》、《千金方》、《外台秘要》之类,本多讹舛;《神农本草》虽开宝中尝命官校定,然其编载尚有所遗,请择知医书儒臣与太医参定颁行。”(《续资治通鉴长篇》卷一八六)就在这时建立了校正医书局。这一机构的设立,对古医书的正确流传、减少讹误和扩大传播,厥功甚伟。当时集中了一批有真才实学的医家,包括掌禹锡、林亿、张洞、苏颂等,后又增加高保衡、孙奇、孙兆、秦宗古、朱有章等,或为校理、或为校勘、校正。

## 四、医学加速专科化

唐代太医署重视医学教育这一举措,促进了分科医学的发展,在宋辽金元时又加速了医学的专科化。

### (一) 内 科

唐代医学分四大科,医科又分内、外、儿和耳目口齿等四小科。随着医学深化,宋代的内科又分化为大方脉及风科。中医素有“风善行而数变,是百病之首”的说法,故宋代时成为内科临证研究之重点,列九科中之一门专科。如,《圣济总录》中以十八卷八十六目专述“诸风”。水肿病也从理论到临床都有较深入的论述。脚气病专著如董汲《脚气治法总要》,列述不同治法不少于十种。对消渴病、大头瘟、虚劳证,内科急证救治“尸厥”(休克症)、霍乱症等,也提出了新的治疗方法。

### (二) 外 科

中医之外科,主要是疮疡外证,因而早期无外科而只设疮肿兼伤折一科。南宋时出现了“外科”的名称有陈自明《外科精要》等著作。综观对疮疡外证之治疗,已提出“内消”和“托里”的治疗原则。如,《外科精要》提出要灵活施治,而不能一味拘泥于热毒内攻之说而专用寒凉。外科专著《卫济宝书》所用治疗包括试疮溃法、长肉溃脓法、打针法、骑竹马灸、恶疮灸法等等。还有鉴别胸壁脓疡是否与肺相通的方法。李迅的《集验背疽方》对于诊断肿物,包括癌症、发疽有内外之别,似已能鉴别不同性质肿物了。对于痔疮,已应用枯痔疗法,“用蜘蛛丝缠系痔鼠乳头,不觉自落”(《太平圣惠方》)。同时,还能指出痔和痿是两种不同的疾病。尽管当时受儒家思想的影响,反对手术治疗,使一些优秀外科手术失传,但如切开疮肿、放脓放血、烧烙疗法等,至今一直在沿用。

### (三) 骨 伤 科

宋代大方书均有伤科的内容。盛行采用煮水淋洗或局部贴膏药、膏摩等方法,以促进局部循环,还提倡多服动物骨以促进骨伤愈合。对开放性骨折强调清创除去异物,用盐水洗涤伤口,用桑白线或麻线缝合伤口,再涂敷药物促使愈合。元代有两部专著,一是李仲南撰《永类铃方》共二十二卷,最末一卷为专门讨论骨伤疾病的诊治,包括明辨经络,相度损处、推按骨臼、拨伸收捺、接理夹缚、活血止痛、整洗敷贴等。有些骨折整复方法,与现代复位法吻合;另有颈椎脱臼骨折、肩肘腕膝诸关节等的复位,也很科学。另一是《世医得效方》,对六出臼(肩、肘、腕、髌、膝、踝脱位)、四骨折(肱、前臂、股、胫腓)主张用动静结合治疗,以防止“日后屈直不得”。还介绍了用悬吊法治疗脊椎骨折的复位法,用麻醉药以保证复位术的顺利进行。

### (四) 妇 科

宋代方书中均列有妇科专篇,指出妇女“以血为本,以气为用”。强调月经在妇女健康方面的重大意义。

产科方面的重要专著有:郭稽中《孕育宝庆集》、朱端章《卫生家宝产科备要》、杨子建《十产论》、陈自明《妇人大全良方》等。对产科中难产已有深入论述,包括伤产、催生、冻产、热产、横产、倒产、偏产、碍产、坐产、盘肠产均提出处理方法。《妇人大全良方》全书共八门,二百六十余论。每一论均有论用方。书中对经水、求嗣、胎教、妊娠、难产、产后均有详细的治疗和处理;还鉴别了风癲、风痉和破伤风三证,均有较详的叙述。

### (五) 儿 科

重要著作有钱乙《小儿药证直诀》,对小儿生理、病理的叙述较系统,认为小儿五脏六腑成而未全,易患寒热虚实之疾,故不可用峻烈之剂。刘昉《幼幼新书》、董汲《小儿斑疹备急方论》、元人曾世荣《活幼心书》等,各有特点。如《幼幼新书》较全面述及小儿诸般病症共五百

四十七门,所引之方论,均注明出处,文献价值很高。董汲的书是专论小儿常见病斑疹,表明了这时对小儿病症的深入了解和重视。《小儿药证直诀》则全面论述小儿各种病症之诊治,并附病案,较为实用。一些处方,如六味地黄丸、四君子汤等名方,至今仍在沿用。

#### (六) 五官科

此时眼科已发展独立成专科,专著也不少,以《秘传眼科龙木论》为重要。该书系整理唐代以前的经验而成,内记述金针拨内障术,提出眼部“五轮”的构造。此外,还有:《银海精微》,列八十种眼病之证治,尤其提到各种外治法;《原机启微》为倪维德撰,强调治眼病时注重整体观念,辨证处方。咽喉口病虽未见有专著,但在医书中或多或少涉及。元代时口齿与咽喉科分开。

#### (七) 法医

先秦《礼记·月令》中,就有瞻伤、视折、审断等有关检验的记载。1975年在湖北云梦秦墓出土有关秦代法律内容的竹简中,就有与医学有关的律条。五代时,萧和凝父子撰《疑狱集》,记录了历代司法判狱的一些案例,包括法医的内容,还确定检验记录的格式、检验人员的分工职责等等。南宋时,先后出现多种法医学著作,如《内恕录》(佚名)、《折狱龟鉴》(郑克)、《棠阴比事》(桂万荣)、《验尸格目》(政府颁令)等。真正成为系统法医学著作的是宋慈的《洗冤集录》。全书包括总论(解剖、验伤、勘验现场),验尸格式、方法,可纳物之部位,如顶心发际、耳窍、鼻孔、喉内、粪门、产户等,鉴别自杀和他杀,急救、解毒方法等,反映宋代法医学已达到相当高的水平。此书受到世界各国法医界的重视,已译成朝、日、英、法、德、俄等外文版本。

### 五、药理学成就

这一时期,由于官方政策的鼓励,对药物实践的深入,以及对外

交通发展而增加输入国外药物,本草学著作也有新的成果,有官方主持编修的,也有个人编纂的。内容充实,收药量大,撰者深入实地进行调查研究,在本草学理论方面有较大提高。这一时期,本草学著作主要有:

### (一)《证类本草》

全称为《经史证类备急本草》。撰者唐慎微(1056—1093年),字审元,蜀州晋原(今四川崇庆)人。他医术高明,医德高尚,不收受患者要求提供经验良方或优药的酬金。他以官方本草《嘉祐本草》和《本草图经》为基础,重新编成《证类本草》。全书共三十二卷,载药一千五百五十八种,其中新增者四百七十六种,并附方三千多首。药分为十三类,即玉石、草、木、人、兽、禽、虫鱼、果、米谷、菜、有名未用和《图经》外草类及木蔓类,每类下分述每药别名、药性、主治、产地、采收、炮制、辨析等。《证类本草》在宋神宗元丰五年(1082年)修成,颇受官方重视,先后在大观、政和、绍兴年间分别修订成《大观本草》、《政和本草》、《绍兴本草》。明代《本草纲目》曾以此为主要参考书。

### (二)《开宝本草》

宋太祖开宝六年(973年)诏令刘翰、马志等人主修,在《新修本草》、《蜀本草》、《本草拾遗》等基础上修成。全书共二十卷,载药九百八十三种,新增者一百三十三种,分为玉石、草、木、禽兽、虫鱼、果、菜、米、有名未用共九类。本书之梓行体例特殊,凡录自前人本草书均用大字单行刻印,《本经》用阴文,《别录》用阳文,《新修本草》注上“唐附”,而本书自增文则注上“新附”字样等等,由此文献学价值较为明显和突出。

### (三)《嘉祐补注本草》

为掌禹锡、林亿、苏颂等人主持于宋仁宗嘉祐二年(1057年)编成。载药共一千零八十二种,其中新增九十九种。编辑体例与《开宝本草》相同,由于主修人医药知识丰富,故其内容比《开宝本草》要丰

实得多。

#### (四)《嘉祐本草图经》

又名《图经本草》。在《嘉祐补注本草》修成的次年,宋政府又下令从全国各州各郡征集该地所产的药物。每种药物均附标本及标本图,且需附该药开花结实、收集季节及功用等文字介绍。还命令各地榷场(类似海关)商贸人辨清其来源,选出样品送到京城。这是一次空前的全国药物大普查,基本上查清了当时全国药物资源的情况。在此基础上,苏颂等集中力量整理研究,于嘉祐六年(1061年)编成是书。全书共二十卷,另有目录一卷,共收药七百八十种,参考当时文献一百九十多种,收入民间药物一百零三种,每种药都有附图,六百三十五种药计有插图九百三十三幅。由于《新修本草》的药图部分早佚,因此,《本草图经》就成为现存最早的一部有药物图谱的本草著作,具有重要的文献学及历史价值。是书内容较前修官方本草丰富,每一味药之下都有涉及该药历史、别名、性状、鉴别、采收、炮制、产地、功用等等资料,这对于辨识药物和该药的实际应用有很大的参考价值。苏颂学识渊博,他采用了博物学的观点整理本书,每一味药的资料都非常翔实。这种博物学处理本草著作的方法,为后来的一些本草著作(尤其是《本草纲目》)树立了榜样。

#### (五)《本草衍义》

寇宗奭撰于宋徽宗政和六年(1116年)。他通过个人调查寻访达十多年之久,认为《嘉祐补注本草》和《本草图经》尚有不足和疏漏,遂编成《本草衍义》。全书共二十卷,虽仅载药四百七十种,但确实补充了不少前人本草著作之不足。序例三卷,纠正了一些其他本草著作的错误,并强调治病先明冷热、虚实、邪正、内外八要,提倡注重医德。药物分为玉石、草、木、兽禽、虫鱼、果、菜、米谷,摒弃了一般本草中有名未用一类,强调治病应分新久虚实,要求药要对症,用量适宜,讲究地道药材。

### (六)《宝庆本草折衷》

南宋时民间医家陈衍所撰。最初,此书起名为《本草精华》,后又反复考证,并增加内容,始定是名。全书共二十卷,载药七百八十九种,现存十四卷,存药五百二十三种。本书重点是讨论药性,并以疗效作为根据,对药性进行归纳,如薄荷、假苏、水苏、香薷、石香柔等,都具有理风解热毒的作用,故性应为凉。而前代本草都认为是温药,对前人之错误做了纠正。书中还记有“十九畏歌”。书末还附有“群贤著述年表”,开列本草著作二十一种。

这一时期有关药性、药理研究的本草书,还有《日华子诸家本草》、《珍珠囊》、元人王好古《汤液本草》、李杲《用药法象》。此外,一些非本草学著作中也有不少记录药物知识的,如苏轼、沈括的《苏沈良方》和沈括的《梦溪笔谈》,都属此类。

## 六、代表性医家

这一时期的著名医家,有不少自成一派,学说颇有影响。除上面介绍的以外,还有一些较重要的医家。

### (一) 耶律庶成

耶律庶成,字喜隐,小字陈六,契丹族人。自幼好学,精通契丹、汉文字。曾任辽朝枢密直学士,并参与朝廷政事。辽代开始缺少医药设施及医书,医者也少有知切脉审药者,后辽兴宗命耶律庶成译汉医书为契丹文,加以推广,才使医药水平提高,他对于汉族与契丹医学交流卓有贡献。

### (二) 陈文中

陈文中,字文秀,南宋时宿州符离(今属安徽)人。擅长小儿疮疹证。对诸医束手的病人,每奏奇效。其治疗痘疹,喜用温补剂。著有《小儿病源方论》、《小儿痘疹方论》等,为医家所重。



### (三) 张 杲

张杲,字季明,宋代新安(今安徽歙县)人,出身世医家庭。经三十载不懈努力,著成《医说》,共十卷,分为四十七门,分述历代名医、医术、针灸、诊法;临证则包括医术、针灸、诊法及杂症,包括妇人、小儿、疮、癣、症等二十八门,并提出医德要求,引述资料丰富。

### (四) 麻 九 畴

麻九畴,字知几,金代易州(今河北易县)人。幼时被人视为神童,后因殿试不中而隐居。晚年涉足医学,从张子和学,并帮助张氏整理医著而留名。

### (五) 罗 知 悌

罗知悌,字子敬,人称“太无先生”。生活在宋元之际,善词章,工书法,兼通天文、地理,精通医术。他曾拜刘完素的弟子荆山浮屠学医,学问渊博,可称为上继刘完素,旁通张子和和李杲两家。他性情怪僻,朱震亨向他求学时,竟不予理睬达三个月之久,后被朱震亨的诚心所感动,才收其为徒弟。著有《心印绀珠集》。

### (六) 葛 应 雷

葛应雷,字震父,号元和,元代姑苏(今江苏苏州)人。世医出身。他弃儒学医,出于孔子所谓“人而无恒,不可以为巫医”的思想,自题其居室匾额曰“恒”。历任平江医学教授、江浙官医提举。著作包括《经络十二论》、《医学会同》。其后人葛乾孙亦为元代名医。

### (七) 葛 乾 孙

葛乾孙,字可久。生活于1305—1353年。传父业,与朱丹溪齐名,遍及大江南北,对疾病病源常能深入探析,又精针灸术,其医德高尚。著作有《医学启蒙》和《十药神书》。后一书是我国最早专论虚劳症尤其是肺癆的专著。据自序称,该书是在数千病例的经验基础上写成的,其中有甚多宝贵经验。

### (八) 罗 天 益

罗天益,字谦甫,元代真定(今河北正定)人,生活于1220—1290年。李杲之弟子,与李杲切磋学问十余年,深得其传。他们师生一起研磨《内经》,整理成书,名为《内经类编》,后佚。胡广在《卫生宝鉴》序中誉他:“发言造诣,酷类其师,有裨于前人之未备。”《四库全书总目提要》称:李杲临终时将其所著之书尽传之。罗著《卫生宝鉴》共二十四卷,继承师说,除个人的医疗经验外,尚集录诸家之见解,并附治验案例,对后世有较大影响。此外,著有《罗氏经验方》、《药象图》,均佚。

### (九) 窦 默

窦默,又名窦杰,字子声、汉卿,金元之际广平肥乡(今属河北)人。生活于1196—1280年。在战乱中逃亡南方,行医谋生。后在元世祖时任至昭文馆大学士及太师,深受器重。医学著作甚多,存世仅是针灸方面的《标幽赋》、《流注指要赋》。弟子王开传其学,也是针灸名家。

### (十) 危 亦 林

危亦林,字达斋,元代南丰(今属江西)人,生活于1277—1347年。世医出身,经十年潜心研究,著成《世医得效方》,共十九卷。他对正骨科尤有心得,如对骨折、脱臼的复位中,采用悬吊法,麻醉剂颇有特色。书中除正骨科外,还列述内、外、儿、妇、眼、口齿咽喉科兼金镞、疮肿、针灸等内容。

### (十一) 沈 好 问

沈好问,字裕生,号启明,元代钱塘(今浙江杭州)人。其祖辈尤精针术。曾游医于闽、蜀、晋各地。著有《素问集解》、《痘疹启微》、《本草类证》等,均佚。

### (十二) 吕 复

吕复,字元膺,元代鄞(今浙江宁波)人。因母病习医,拜名医郑礼之为师,后行医于世,医名大震。戴良《沧州翁传》、《九灵山房集》有载其治验数十例。著作甚多,以《内经或问》较有代表性。

## 七、中外医学交流

宋代对外交通发展迅速。指南针的应用促进了海上交通,与阿拉伯国家等远洋交往也频繁起来,国外输入番药众多。宋政府在广州、泉州两港设立“市舶司”后,加强了对外贸易管理,更扩大了中外交流。

### (一) 与日本的交流

中日民间医药交流十分活跃。从中国输往日本的中药主要以香药为主;而从日本输入中国的药物则有硫磺、水银、鹿茸等。998年,有日本僧人裔然(俗姓藤原)派遣其弟子来宋朝献琥珀及石硫磺。1028年,福州一客商周文裔送给日本右大臣藤原实资大批礼物,其中包括一些贵重药如麝香、丁香、沉香、熏陆香、诃黎勒及朱砂等。以后,中日之间有不少医者互访,宋朝医者郎元房到日本之后,得到统治者北条时赖和北条时宗的信赖并任侍医;来宋朝的日本僧人不仅来学中医,回国时还带回大批中医典籍,如1241年圆尔辨圆带去的医著多达数千卷。又如镰仓时代丹波家族的千光法师明庵荣西先后两次入宋,1191年回国时带去中国茶种,并据宋朝《大观本草》的有关内容编成《吃茶养生记》,认为茶可治百病,效验好。日本僧人木下道正也学到制解毒丸的技术回国。金元四大学派对日本医学也有影响,如田代三喜在中国学毕回国后,提倡“相火论”并建立“丹溪学社”,对日本古代医药发展产生较大的影响。中国赴日本的僧人,有些在朝廷和幕府均受到器重,对日本文化的发展起到促进作用。

### (二) 与朝鲜的交流

宋代,中朝之间交流频繁。宋初,高丽遣使来宋朝,随带贵重礼品,其中包括香药。高丽请赠《大藏经》,宋廷赠与之,其中亦不乏医方内容。宋真宗时,朝鲜两次请赠医书,宋政府赠以《太平圣惠方》。后

来朝鲜所编《乡药集成方》的理论部分都是依照《太平圣惠方》引用的。十一世纪以后,朝鲜刻印大批中医书,包括《难经》、《伤寒论》、《诸病源候论·小儿杂病诸侯》、《肘后备急方》及《疑狱集》。嘉祐、淳安年间,一些中国医者到达高丽,有的还入朝做官,受到重视。1078年高丽王中风,宋廷曾派医人馈送药品,朝鲜也派人回赠,双方来往频繁。十二世纪中叶,中医典籍传到日本甚多。一些典籍在国内散佚,反而从高丽传抄回国。如《黄帝针经》,系高丽使者黄宗愨所献,后宋廷馈赠《神医普救方》,由回国使臣带去高丽。高丽还仿宋朝制度建立“惠民局”、“典药监”等机构。

### (三) 与阿拉伯的交流

与大食国主要是药品往来。如药品贸易,包括各种香料、象牙、蔷薇水、琥珀、乳香,无名异等。南宋绍兴年间仅泉州港一地的乳香贸易即价值三十万贯之多(《宋史·食货志》)。当时的波斯有阿拉伯医圣阿维森纳在《医典》中关于脉学及中药方面的知识,都是受中医的影响。在一部名为《中国人的医学》(又名《伊利汗的中国医学宝藏》),由拉什德·阿尔丁·阿尔哈姆丹尼(1247—1318年)编,其中介绍了中医的脉学、妇科、中药等学科,书中还提到王叔和的名字。<sup>①</sup>

---

## 第四节 多变和革新时期(十四至十九世纪中叶)

---

明清两代,科学又有一定发展。哲学思想,由理学发展到心学,提倡知行合一,格物致知,而唯物主义者则提倡经世致用、实学,重视功利主义。这些对自然科学与技术都产生一定影响。所以,对医药学来说,这是一个复杂多变和革新时期。

---

<sup>①</sup> 胡亚,黄光明:《中国医学》(英文版),第96页。

## 一、本草学的空前总结

这一时期,官修本草已到了尾声,出现的多数是个人作品。《本草品汇精要》是由明朝政府修的,收药一千八百一十五种,编排体例作“二十四则”,虽有一定创新,但此书编成后,收入内府,并未公诸于世,故实际作用极有限。

本草学著作的大量出现,从不同侧面反映了明清时本草学的全面发展。如,综合性本草有《本草发挥》,地方性本草有《滇南本草》等,通俗性本草有《本草集要》、《本草蒙筌》、《本草备要》,专题性本草有《救荒本草》等等。而最具代表性的著作是《本草纲目》。《本草纲目》问世后,受到国内外的高度重视。英国的达尔文在写作生物进化论时取材于此书,并誉之为“古代中国百科全书”。

此后,清人赵学敏的《本草纲目拾遗》也是一部重要著作,作者用将近四十年的时间,参考六百多种文献,载药九百二十一种,有七百一十六种为《本草纲目》所未载。分类也较《本草纲目》进了一步,如又细分成金、石两类。记录的国外药物,不少是特效药,如金鸡勒、鸦胆子、万年青、胖大海等等。

汪昂的《本草备要》,也是一部使本草学由博返约,简明实用的入门书,故流传很广。吴仪洛的《本草从新》、吴其浚的《植物名实图考》、邹澍的《本经疏证》、刘若金的《本草述》等等,都是后来出现的重要著作,从不同侧面对本草学进行研究和发挥。

## 二、人痘、防疫、牛痘

防疫和免疫在我国早就开始了,如对天花的预防。天花,这种烈性传染病在东晋人葛洪的《肘后备急方》中就有记载。天花在我国流

行始于何时? 医史学家尚有争议。在南北朝时有所流行, 史书已有记载。如,《北史·崔瞻传》记有“瞻经热病, 面多癍痕”俗称“麻子”, 即天花的纪实。北宋以后, 天花的病名, 从虏疮、皰疮、登豆疮、豌豆疮成为“痘疮”, 官修的《太平圣惠方》中成为小儿专用病名了。以后痘与疹常并列, 成为一组小儿病症。

葛洪《肘后备急方》中已提到治痘方法。清人董玉山的《牛痘新书》讲到:“考上世无种痘诸经, 唐开元间, 江南赵氏, 始传鼻苗种痘之法……”这是后人的追记, 难考其真实性。但是, 宋代开始有种痘术, 则是较为可信的。清康熙年间太医院御医朱纯嘏《痘疹定论》中就有记述。清代官修医学总集《医宗金鉴》也有同样记载。“古有种痘一法, 起自江右, 达于京畿。究其所源, 云自真宗时峨嵋山有神人出, 为丞相王旦之子种痘而愈, 遂传于世。”

据清代《医宗金鉴》记载, 至迟到乾隆年间, 即十八世纪初中叶, 人痘法防天花已较普遍。当时种痘法有四: 一为痘衣种法, 二为痘浆种法, 三是旱苗种法, 四为水苗种法。这是通过数百年来长期摸索而总结出来的人痘接种术, 其中水苗种法与现代种痘术有异曲同工之妙。当时已制得从“时苗”到“熟苗”的过程, 与近现代之免疫疫苗, 菌苗极为接近, 原理则是相同的。

人痘接种风靡一时, 并辗转传入西欧, 由土耳其传入英国。当时英国的乡村医生琴纳也学种人痘。他在不断实践的基础上, 基于同一原理, 把人痘术逐步改变成牛痘术。牛痘法比之人痘法先进和安全, 有效得多, 简便易行, 从此开创了现代免疫学的先声。中国的人痘接种法对于现代免疫学的启发, 功不可没。

### 三、温病学派

温病之名称由来已久。《素问·六元正纪大论》有“其病温厉大

行,远近咸若。”《难经》在分类时,把温病列入伤寒病中之一。张仲景《伤寒论》中对温病也有记载:“太阳病发热而渴,不恶寒者,为温病。”隋代的《诸病源候论》记述“温病诸候”,指出此病“转相染易”。宋元时代医家绝大多数仍把温病归于伤寒学。明代是温病学派开始脱离伤寒学并逐渐形成独立学派的时期。可以吴有性《温疫论》为标志并具有代表性。

吴有性,字又可,江苏吴县人。他生活于明末。据历史记载,从明永乐六年(1408年)到崇祯十六年(1643年),大疫流行达十九次之多。当时医家按照张仲景的方法和理论来治理疫病,大多无济于事。在金元时代医家革新思想的影响下,一部分医者对热性传染病从病因病理、治疗预防来探索新思路。吴有性取得的突破是最明显的。

吴有性在《温疫论》中,首先否定了旧说,指出“是以业医者,所记所诵,连篇累牍,俱系伤寒,及其临证,一悉见温疫,求其真伤寒,百无一二”,感叹“误以伤寒法治之,未尝见其不殆也”。再进一步从病因学研究入手,确定病因为“戾气”,否定了传统的伤寒“六经”病因的外感病因说。“戾气”之对于温疫,“非风、非寒、非暑、非湿,乃天地间别有一种异气所感。”这种异气又称为“杂气”、“戾气”。杂,喻其茫然不可测,且变化无穷,也就是说明了致病多样性。戾,则是指其猛烈、厉害、暴厉。虽然是一种气,吴有性特意提出“气即是物,物即是气”,即是一种物质,尽管肉眼在当时仍无法看到。关于罹病的途径,《温疫论》认为“邪从口鼻而入”,指出可以是“天受”,也可以是“传染”。中医的“传染”一词,即从《温疫论》开始使用,沿用至今。

戾气所以致病,是由于“感之受者,中而即发;感之浅者,邪不胜正,未能顿发”,说明邪气与人体正气之间的辩证关系。《温疫论》还提出温疫的治疗原则,指出“要凉人之虚实,度邪之轻重,察病之缓急,揣邪气离膜原之多寡,然后药不空投,投药无太过不及之弊。”这与传统的理论完全不同,实开温病学说之先声。到了清代,终于形成了温

病学说的完整体系。

清初,医家叶桂(字天士)对温病的传播过程及传变加以系统理论化。他在《温热论》中提出:“温邪上受,首先犯肺,逆传心包”。这是他为温病学说制定的总纲。他跳出伤寒原有的六经辨证纲领,另立卫、气、营、血的辨证纲领,并由此制定了温病这四个不同层次的治疗原则,所谓“在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气,如犀角、玄参、羚羊角等物;入血就恐耗血动血,直须凉血散血,如生地、丹皮、阿胶、赤芍等物。”叶天士关于温病理论的这些观点,为温病学说及其学派的形成奠定了基础。

十八世纪末,吴瑭写成《温病条辨》一书。吴瑭字鞠通(1758—1836年),江苏淮阴人。他有幸遍阅和研究过《瘟疫论》,认为吴氏著作议论恢宏,颇具创造性。同时他钻研了叶天士的温病理论观点,虽备极推崇,但又认为仍有深入的余地。因为温病最易耗损人体阴液,故而治疗上需注意保护阴液,于是总结出清络、清营、育阴等治疗原则,并制定一系列养阴液、清温热的方剂。他在吴氏处方的基础上,设计出五汁饮、雪梨浆。还拟定了一些温病常用方,如安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹,均取得很好的疗效,至今仍是重要方剂。他的《温病条辨》提出的三焦辨证,为温病学说又一重要著作。

王士雄著有《温热经纬》,也对温病学说有过贡献。他除引述古医书中有关温病条文为经,以清代诸医家叶桂、薛生白、余霖、陈平伯等的温病论述为纬,把温病分成新感和伏气两大类,并对温病的病源、证候、诊断及治疗进行总结。至此,温病学说基本成为一个独立的学术派别,补充了古代伤寒学说的不足,在中医学中占有重要的地位。

#### 四、西方医学传入后的中医学

西方医学,习称“西医”,是随着近代科学发展起来的现代医学。



明末就已传播,但规模很小。十九世纪初叶,随着传教士大批来华,其中不少是医生,即传教医士。他们分布在全国各地,在一些城市中开办诊所、医院和医学校,以及其他慈善机构,把西方医学大量传播到中国。由此在中国出现了两个医疗体系,一个是固有的传统医学即中医,另一个则是西方医学,即西医。因此,西方医学传入后中医在临证医学方面发展有了新的情况。

### (一) 对《黄帝内经》的研究和注释

明清以后,对《内经》的研究工作继续进行,主要有以下几家:

马蒔,字仲化,号玄台,又称元台子,会稽(今浙江绍兴)人。他逐节逐段对《灵枢》经文做了注释,成《黄帝内经灵枢注证发微》九卷。后人对此工作评价颇高,认为“《灵枢》从前无注……马元台之注,其疏经络穴道,颇为详明,可谓有功于后学。”(汪昂:《素问灵枢类纂约注》)马蒔还对《素问》逐篇做了研究和注释,成《黄帝内经素问注证发微》九卷,较唐王冰的注释有所发展。

明代著名医家张介宾(1563—1640年),字景岳,别号通一子,祖籍四川绵竹,后迁居会稽(今浙江绍兴)。他鉴于《黄帝内经》内容过多,文字古奥,难于尽读。虽有人加注释,但问题仍未解决,因此,他决心对《内经》进行通读。在充分掌握原书精神之后,他对全部经文作了归纳、分类。把原文和注释分类,有摄生、阴阳、藏象、脉色、经络、标本、气味、论治、疾病、针刺、运气、会通等十二个专题,每题之下又分节,共三百六十多节。取名《类经》。此书较通俗易懂,方便检阅,为学习《内经》提供了一条捷径。此后,又陆续编出《类经图翼》十一卷,《类经附翼》四卷,实际上是《类经》的续篇。明末医家李中梓认为以上两书虽有助于《内经》的了解,但篇幅太大,一般人难以通读,因而决意把全部经文撮其精华,浓缩成八类,即道生、阴阳、色诊、脉诊、藏象、经络、治则、病能,书名为《内经知要》。此书较为简要,又便于了解《内经》基本精神,确是学习《内经》的入门书。此外,还有清代医家汪昂,

把《内经》的全部内容从中摘编,简化成藏象、经络、病机、脉要、诊候、运气、审治、生死、杂论等九类,加以论述,编成《素问灵枢类纂约注》一书,影响也较大。

## (二) 对《难经》的研究注释

明清时《难经》的研究进入了一个新时期,各种注本中著名的有:明人熊宗立的《勿听子俗解八十一难经》,文字通俗易懂;明人王九思等的《难经集注》,收集明代以前各家注释;张世贤的《图注八十一难经》,是有附图的注释本。还有徐大椿的《难经经释》等。

## (三) 对《伤寒论》及《金匱要略》的研究

明清两代,这两部著作的注家迭出。明人方有执的《伤寒论条辨》,以风伤卫、寒伤营、风寒两感营卫俱伤的三提纲总结伤寒太阳证。清初喻嘉言的《尚论篇》,也对《伤寒论》条文做了新的注释。清人张璐、吴仪洛、周扬俊等均阐发了《伤寒论》原旨。清人柯琴的《伤寒论注》、《伤寒论翼》、《伤寒附翼》(合称《伤寒来苏集》),把《伤寒论》一百一十三首经方归纳为十二类,以方统证论述。清人尤在泾《伤寒贯珠集》,论注治法,分为正治、权变、斡旋、救逆、类病、明辨、杂治等类,这对临证较有指导意义。

## (四) 对《神农本草经》的辑复

明人卢复从历代医籍中辑出《神农本草经》,此为最早之辑本。清代孙星衍的辑本较注重药名及其训释;顾观光的辑本共四卷,根据宋人唐慎微《证类本草》中之佚文辑成。这些辑本,互相取长补短,从中可了解《神农本草经》的原貌。

清代还出现一批医学全书、类书、丛书,如《古今图书集成·医部全录》、《医宗金鉴》等,表明了这一时期中医学的发展水平。

## 五、临床医学全面发展

明清时期,中医药在临证医学方面有丰富的实践,并全面取得了发展。

### (一) 诊断学

诊断是临证的必要基础。中医“四诊”中,脉学、舌诊等诊断方法发展较快。明人张景岳撰写了“十问歌”：“一问寒热二问汗,三问头身四问便,五问饮食六问胸,七聋八渴俱当辨,九因脉色察阴阳,十从气味章神见。”清人喻嘉言的《医门法律》也把问诊作为一条不可少的律条。

脉诊专著有李时珍的《濒湖脉学》,该书简明扼要地把脉学知识以诗的形式表现,涉及脉象二十七种,文句极易记忆。如相类诗：“浮如木在水中浮,浮又中空乃是芤,拍拍而浮是洪脉,来时虽盛去悠悠。浮脉轻平似捻葱,虚来迟大豁然空,浮而柔细方为濡,散似杨花无定踪。”他还把每一种脉主病也编成诗歌。明人吴昆的《脉语》、清人潘楫据王绍隆的《医灯续焰》、李延昱的《脉诀汇辨》、周学霆的《三字禅》等,都是脉学方面各具特点的著作。

清人林之翰的《四诊抉微》,较全面地论述四诊,强调色脉并重,并对各诊法鉴别诊断重点作了讨论。清人张登的《伤寒舌鉴》,专门讨论伤寒证中舌诊的变化,配有一百二十幅插图。

### (二) 内科

内科方面著作甚多,重要的代表作有:虞抟的《医学正传》,对每病均有论、脉、方及医案,也较切合实用,对利用运气学说于临证,推算病期治法,预卜吉凶,持否定态度。王纶的《明医杂著》,他主张外感法张仲景,内伤法李东垣,热病用刘完素、杂病用朱丹溪,此说有一定指导意义。王肯堂的《证治准绳》又称《六科准绳》,内含六科即杂病、

类方、伤寒、疡科、幼科、女科,其选方精当,议论公允。此外,清人李用粹的《证治汇补》,林佩琴的《类证治裁》,王清任的《医林改错》等,都是内科方面有影响的著作。

### (三) 外 科

明人薛己的《外科发挥》,叙述肿疡、发背、流注、痔漏等三十多种外证治疗。其另一著作《外科枢要》较前书有所发展,如疮疡有“五善七恶”,即根据病证表现以预测其预后。王肯堂的《疡医证治准绳》,关于气管吻合、耳廓成形、急救手术及肿瘤手术指征等,论述较为全面。陈实功的《外科正宗》,如对鼻息肉摘除、截肢、咽喉食道异物、挂线治痔瘻、癌瘤手术等等诊断,均为突出。清人祁坤的《外科大成》,提出多种外科手术法如针砭灸烙等,治疗技术如肿疡敷贴、洗涤、麻药、去腐、生肌及膏药等,其中脓疡引流法颇具创造性。王洪绪的《外科证治全生集》、顾世澄的《疡医大全》、胡廷光的《伤科汇纂》,均为个人的经验撰述。此外,有沈之问的《解围元藪》、薛己的《疔疮机要》,为麻风专书。陈司成的《霉疮秘录》,是梅毒专著。这些著作表明外科已向专科化发展。

### (四) 妇 产 科

明人万全的《万氏女科》,对调经、胎前、产后,提出了总的治疗法:产后大补气血,胎前清热补脾,调经理气补心脾,颇具特点。王肯堂的《女科证治准绳》,收集历代女科有关论述共五十多家。武之望的《济阴纲目》,以经带、胎产杂诸病分门,共列病十四门,有论有方,颇切实用。清初傅山的《傅青主女科》,理法严谨,议论精要,为清代妇科名著。

### (五) 小 儿 科

有关专著有:明人鲁伯嗣的《婴童百问》,该书以问答式问病源、求治法、详审证,简便实用。万全的《万密斋医书十种》,涉及儿科的医著则有《育婴秘诀》、《片玉心书》、《幼科发挥》、《痘疹心法》、《片玉痘

疹》五种。万氏三代有治儿科经验,收入处方一百余首,如玉枢丹等方至今沿用。此时专论儿科麻痘的书更多,其辨治也较全面。

### (六) 眼 科

明人倪维德的《原机启微》,积三十余年经验编成,较眼科《龙木论》要详尽实用。该书分眼病为十八类,多为外眼疾病,其治法多本“火热说”和“脾胃说”。傅仁宇的《审视瑶函》,又名《眼科大全》,也是个人经验之总集,对眼科手术的术前准备,术后护理,论述颇详。

明清两代的针灸科、五官科、推拿按摩、气功养生,也有专书出现,而以针灸书尤多。据清人任锡庚《太医院志》记载,到十九世纪二十年代,清代皇帝畏恶针灸,认为“针刺火灸,究非奉君之所宜”,于1822年着令太医院“永远停止”针灸一科,因而宫廷中针灸学大受影响。但在民间针灸仍流传。

## 六、学术争鸣与革新思想

这一时期,中医药学的学术争鸣有“经方”与“时方”之争、伤寒与温病之争、机械守方与辨证论治之争等等。此外,还有对《内经》、《难经》等经典著作中错讹的指摘等。

但是,这一时期(特别是清代)医药学的学术争鸣已不像以前那样,而是以隐晦或委婉的语言对古人或前代的医论错讹加以否定。

就“经方”与“时方”之争而言。经方是指张仲景《伤寒论》和《金匱要略》中的方剂。伤寒派的人称这种方子结构严谨,辨证准确,用药不多,疗效可靠。时方派则认为,古方过于刻板、变化不多,且与今病不对路。金元时开始的今方派,开后来温补学派的先声。明代出现的温补学派在治疗发热性疾病时,常不分伤寒温病,一味温补,“竟将伤寒、瘟疫同作一病而用补法,无怪世俗不分邪正,但云补正即可去邪

也。……不明六气变化之理辨证论治，焉能善哉？”（章楠：《医门棒喝》）明清医药学界学术争鸣中提倡严格辨证论治的创新思想，至今仍是中医药学的学术精髓之一。

最明确指摘古人错讹的革新家当推清代的王清任。

王清任（1768—1831年），字勋臣，直隶玉田（今属河北省）人。他留下的《医林改错》，集中指摘在《黄帝内经》和《难经》中关于人体结构记述的错讹。这也许是当时西方医学已大量输入我国，对比之下，两种医学系统的人体解剖结构相差甚远。如果不把人体内脏腑结构弄清楚，弄准确，则对于治疗是极其危险的。他指出：“业医诊病，当先明脏腑”，“著书不明脏腑，岂不是痴人说梦？治病不明脏腑，何异于盲子夜行？”为了纠正有关错误，他“竭思区画，无如之何。十年之久，念不少忘”。当时封建伦理道德思想束缚人们，不得毁伤人体发肤，但他不畏艰苦，亲身观察尸体，利用因流行病而死亡的小儿弃尸，连续进行观察，“不避污秽，每日清晨，赴其义冢，就群儿之露脏者细视之”，大约看全不下三十余例。他否定了古人所说“肺中有二十四孔”、“尿从粪中渗出”、“脾闻声而动”等错误，廓清了肺、脾脏中的一些重要管线及卫总管（腹主动脉）、荣管（上腔静脉）、遮食（幽门括约肌）、津管（总胆管）、总提（胰脏）等等结构，纠正了前人在胰与脾等器官认识上的混乱。

由于时代的局限，使王清任在革新道路上无法再前进。他的脏腑结构的新认识，遇到了数千年来的陈旧思维方式和中医学学术体系的顽强对抗。封建卫道者们对他横加指摘，如清人陆懋修责骂王清任是在死尸中讨生活。王清任有此思想准备，他在《医林改错》中说：“余刻此图，并非独出己见，评论古人之长短，非欲后人知我，亦不避后人罪我。惟愿医林中人一见此图，胸中雪亮，眼底光明，临证有所遵循，不致南辕北辙，出言含混，病或少差错，吾之厚望。”

## 七、中外医学交流

明清时的中外医学交流,交往人数和频度超过以往任何时期。中医药学传往国外,有的还形成学术派别;西方医学更活跃地进入中国,也形成了学派。

### (一) 与朝鲜的交流

朝鲜医家对中医药学进行整理和研究。有朝鲜医家金礼蒙,从1443年开始对所能找到的中医药学典籍文献约一百五十种作了研究,摘录有关论述及方剂加以分类编排,历时三年,汇集成一部大型方书,取名为《医方类聚》。此书共二百六十六卷,计分九十二门,收方五万余首,计九百五十万字。除方论外,还有从中国的传记、杂说和道家、佛家典籍中摘录有关医药的内容。

另一医家许浚,再次从中医药书籍中撮取精华,于1611年编成《东医宝鉴》。全书共二十三卷,包括病因、证候、治法、方剂、药物、经络、针灸等部类。由于内容详略适当,分类简明,读者易于接受,成为最实用的中医参考书,为中医药学在朝鲜的传播起到了桥梁作用。《东医宝鉴》问世不久,当时的朝鲜内医院教习御医崔顺立,经政府批准前来中国要求解答和讨论疑难杂症。明朝太医院命御医傅懋光为正教,太医朱尚约、杨嘉祚及教习官赵宗智为副教,在太医院与崔顺立答疑讨论。崔顺立归国后把这次讨论内容整理成文,汇编为《医学疑问》一书问世。

### (二) 与日本的交流

明代以来,中日之间医药交流日益频繁。1370年,竹田昌庆来华向道士金翁学习中医学和针灸术。在华期间,曾为明朝皇后医治难产,受封为“安国公”。1378年,竹田昌庆回日本时带去一批中医药典籍及铜人图等。1452年,日本僧人月湖(又号润德斋)来华,在杭州居

住,著有《大德济阴方》等书。1487年,田代三喜来华学医,他攻研李杲、朱丹溪学说甚力,历时十二年,回国后倡导李、朱学说。田代喜三的门徒曲直濂道三深得其师真传,后到京都设启迪院,对虞抟、王纶的著作很推崇,更宗朱丹溪学说,后著《启迪集》,以发挥李、朱学说,成为日本“后世派”的骨干。其子曲直濂玄朔继承父业,开学舍,传医术,并与崛正意合办嵯峨学舍,广收学徒三千人。日本名医坂净运来华学医,带去《伤寒杂病论》,他宣扬张仲景学说,反对李、朱学说,与曲直濂道三争鸣,著有《遇仙方》、《新椅方》。永田德本继承坂净运之学,反对后世派,成为日本的古方派,对日本医学影响很大。此外,日本还有考证派、折衷派等。<sup>①</sup>

### (三) 与欧洲的交流

明清以来,中国与西欧医学交流开始频繁。1643年,波兰籍传教士卜弥格来华,他编选了一些有关中医理论、脉学和药物著作在西欧出版。其中拉丁文译本《中国植物志》于1656年在维也纳出版,为在欧洲最早出版的介绍中国本草著作。他还有译本《医钥和中国脉理》。十七世纪末,英国医生弗洛伊尔将卜弥格的译著转译成英文,再辅以个人心得,编为《医生诊脉表》一书,于1707年在伦敦出版。巴黎1735年出版的法文本《中华帝国志》,就提到了李时珍《本草纲目》。针灸术也在此时介绍到欧洲。1676年德国盖夫修(Geilfusius, B. W.)以及英国布绍夫(Busschof, H)均有针灸方面的书。荷兰医生赖尼(W. ten Rhijn)也写过《论关节炎》。1684年,Blankaert, S.也在荷兰出版了《论痛风》,论述针灸术的治疗功效。此后,针灸术传遍欧洲<sup>②</sup>。明末清初,西方传教士来华传教,介绍了包括医学的西方文化。利玛窦(Matteo Ricci)由广州来华,后入京,受到皇室信任。他所著的

<sup>①</sup> 史世勤主编:《中医传日史略》,华中师范大学出版社1991年版。

<sup>②</sup> 李约瑟(Joseph Needham):《天针》(Celestial Lancet),剑桥大学出版社1980年版。



《西国记法·原本篇》提到“记含之室，在脑囊”，对中国医生有一定影响。此后，邓玉函(Johann Terrentius)译出《泰西人身说概》，与罗雅各等人合译《人身图说》等。这些著作主要介绍西方关于人体生理解剖学的知识，在中国医学界也有影响<sup>①</sup>。十七世纪从西方还传入西药，著名的如金鸡纳，对疟疾有特效。康熙皇帝患此疾得金鸡纳霍然而愈，被人们视为“圣药”。据说，此药系当时来华传教士洪若翰、刘应等人所献。后来康熙皇帝还将它赐给臣下治疟疾。

---

## 第五节 艰难发展时期(1840—1949年)

---

1840年，西方资本主义列强用鸦片和大炮打开了闭关自守的中国大门，从此，中国一步步走入半殖民地半封建社会。这种社会的科学文化，具有突出的特点，即近代自然科学刚刚萌芽，外国先进的科学也同时到达，这就形成了固有的传统文化与新来的近代科学文化并存和碰撞，出现了西学(新学)和中学(旧学)之争。在科学界，一批接受西方科学思想较早的自然科学家，在天文、地质、矿物、物理、化学、数学等方面，都取得一些成绩。在思想界出现了“经世致用”的思潮，后又出现了资产阶级改良主义思潮，这些思潮，对近代科学文化的发展产生了深刻的影响。

### 一、中西医之争

西方医学随着中国逐渐沦为半殖民地半封建社会而开始大量涌

---

<sup>①</sup> 王吉民(Kimin Wong)、伍连德(Wu Lien-teh):《中国医史》(*History of Chinese Medicine*),上海,1936年版。

入,其传播形式是以传教的方式进行的。早期来华传教的教会医生,有1807年来华的英国的马礼逊(R. Morrison),1820年来澳门的李文斯敦(Livingstone)。据1887年的统计,英美两国来华传教士有七十四人,其中医生为三十三人。<sup>①</sup>

传播西方医学的渠道很多,先是建立诊所,随后办医院,把近代医学的先进技术带到中国。据统计,从1860年到1900年的四十年间,教会创办的医院已达一百所。据1936年的统计,全国二十个省的医院扩大至四百二十六所。

教会还在沿海城市办起医学校,培养西医,并吸收留学生。到二十世纪三十年代,各国教会办的医学院校已达十九所。我国早期留学生中,广东人黄宽(1829—1878年),于1850年去英国爱丁堡大学学医;浙江人金韵梅(1864—1934年),于1881年去美国入纽约女子医学校。以后有甘介侯、石美玉、伍连德、颜福庆、俞凤宾、牛惠生、刘瑞恒、阎德润等人;先后在美、英、日等国学医,学成归国后为发展西医事业作出了贡献。<sup>②</sup>

此外,还大量翻译西方医学著作,包括临床医学、基础医学。二十世纪二十年代,教会成立了出版、翻译机构。

随着西方医学在华大量传播,国内各界(也包括医学界)出现了一股“废止中医”的思潮。此论的提倡者认为中国传统医学太落后,又不科学,说成是现代社会发展科学传播的障碍。最有代表的人物俞樾,是废止中医论的始作俑者,所著《俞楼杂纂》卷四十五专列“废医论”一章,以“本义”、“原医”、“医巫”、“脉虚”、“药虚”、“证古”、“去疾”七篇阐述其“废止中医”的主张。后来主张“废止中医”最力者当以余云岫为代表。余云岫,名岩(1879—1954年),以字行,浙江镇海人。早

① 甄志亚主编:《中国医学史》,人民卫生出版社1991年版,第407—411页。

② 王吉民、伍连德:《中国医史》(英文版)。

年赴日本大阪学医,回国后任上海医院医务长。对中医古典文献有一定修养,著有《医学革命论》、《灵素商兑》等书,从中医理论到疗效,从中医教育和汇通思想,对中医作了全盘否定。他在1929年2月26日国民政府卫生部的第一届全国卫生工作会议上,进而提出了“废止中医方案”。由于当时卫生部的当权者也是西医,此案竟获通过。这种事关百姓生命、国粹存废和广大中医职业者生存的大事,当局竟如此轻率地决定通过,激起中医界的强烈反对。就在此提案通过后一个月的3月17日,全国中医药团体代表大会在上海总商会召开,口号是“拥护中医药就是保持我国的国粹”、“提倡中医以防文化侵略”、“提倡中药以防经济侵略”。会议决议把开会这一天定为“国医节”,并派出请愿团,向当局递交“请求排除中医药发展之障碍,以提高国际上文化地位”、“明令收回废止中医之议案,并于下一届卫生委员会加入中医”的请愿书。上海各界人士对此表示支持,中医中药界分别停业半天,全国中医界也纷纷表示支援。

在这轩然大波的公愤面前,南京国民政府无可奈何,不敢贸然实施“废止中医方案”。次年,为了平息风波,当局只得批准设立中央国医馆,提出“以采用科学方式整理中国医药,改善疗病及制药方法为宗旨”,并订立该馆整理国医学术标准大纲。这只是平息风波的权宜之计,实际上对中医药学仍多方限制,并企图通过科学化的方式,达到最终废止的目的。后由国医馆提议,最后经以国民政府训令公布了《中医条例》。文中规定使中医学校得到合法的地位,但在条例中对中医加上一些条文,包括中医资格审查、考试、登记等方面,使中医的事业发展仍受到限制。

## 二、中医学发展的新趋势

这一时期,医学上最大的特点就是两种医疗系统并存,即同时有

中医(传统医学)和西医(西方医学,今称为“生物学”)。由于客观形势所迫,中医药学面临着一个自身如何生存下去的问题,特别是作为一门职业的中医药工作者,必须在这种环境中苦苦挣扎,谋求生存。

在这种新的历史条件下,中医药学的发展出现新情况。一是中医药以固有的传统,仍存在于社会里,但发展极慢,近乎处于停滞状态。一是在探索新的发展途径,从而构成了新形势下中医学的基本态势。

就纯中医学术来说,从基础理论方面看,对医学古籍仍有人在整理研究,但从数量和质量上说,都不如前人。可是,一个新的趋势出现了,这就是较讲究实用性。进入二十世纪以后,考据、训诂的味道淡化了,不少注家结合临床实践经验进行诠释。如,丁甘仁《医经辑要》(1927年)、吴保神《素灵辑粹》(1933年)、秦伯未《读内经记》(1928年)等,都是较有影响的《内经》注本。对《内经》中运气学说也有不少专著,但已经接受了西学(包括西方医学)思想的影响,有人对《内经》采取中西汇通的思想加以研究和诠释,如唐宗海的《医经精义》(1892年)、恽铁樵的《群经见智录》(1922年)、承淡安的《新内经》、丁福保的《内经通论》、秦伯未的《秦氏内经学》(1934年)、时逸人的《时氏内经学》(1941年)等等。这些著作对于《内经》的传播,具有一定的促进作用。杨则民从哲学的观点研究了《内经》,写出《内经之哲学的检讨》(1933年),则是前所未见的。此外,对《难经》、《伤寒论》、《金匱要略》等医籍的研究整理,除少数还用纯中医观点进行新的阐述外,有一部分已结合现代西医的某些内容进行研究,提出“新解”、“新义”、“新释”之类的讨论,这是此时期整理古籍文献的又一个特点。

在中医临证学方面,也有一些新著出现。内科有费伯雄的《医醇賸义》四卷,分二十六门、载方一百八十六首,对临证各种杂病颇有见解。外科著名的有马培之的代表作《医略存真》、《马氏外科全生集》等。马氏为疡医世家,融外、内科为一体,讲究内外兼治,治疗方法讲究多样,用药颇广。外治法有吴尚先的《理渝骈文》,记录了治疗包括

内科杂病,诸如疔、痢、疝、瘕、鼓胀、癃闭等的外治法计数十种,这种用薄贴膏药的治疗法,包括枕药、捣涂、绢熨、纳脐、卧砂、掌摊等等,吴尚先主张的“尤捷于内服”之功,这在中医发展史上也是别具一格的。妇产科有潘蔚《女科要略》(1883年)以纯中医观点阐述妇产诸证;严鸿志的《女科精华》(1920年)兼用西医观点,反映为这一时期的一种临证趋势。其他如小儿科、眼科、喉科等,也都有类似情况。

此时的医学新趋势,就是中西医汇通学派的出现。中西医汇通思潮虽然是一种时代潮流,但汇入这一潮流的医家很多,各医家的思想也不一致,其目的与方法也各异,有的是出于保存国粹,有的则认为中医需要科学化,才能继续生存。这里列举几位有代表性的汇通医家。

唐宗海(1847—1897年),字容川,四川彭县人。著有《中西汇通·医经精义》、《血证论》、《本草问答》等。他的愿望是保存国粹,认为中西医学原理相通,并不相悖;两种医学互有优劣。其目的是以西医的可取内容,来印证中医古典医理之宝贵,最终达到建立一种“尽善尽美之医学”。他鄙薄西医“验尸之形”,认为西医生理解剖均未超越《内经》者。这些见解限制了他客观深入的研究西医学。

朱沛文,字少廉,又字绍瑛,广东南海人,业医世家。他对于中西医学两个体系抱较为客观的态度,认为“各有是非,不能偏主”,不可硬性强行凑合,“通其可通,存其互异”,这些观点集中表现在他的《华洋脏象约纂》(又名《中西脏腑图象合纂》)一书中。对中医原有不足的方面,在他的水平所能觉察到的也很坦率地作出批评。如,对王清任的《医林改错》实事求是地指出其不足,也批评陈念祖“率意嗜古”等。但受到时代和个人识见所限,未能进一步深入。

张锡纯(1860—1933年),字寿甫,河北盐山人。他从维护中医的立场出发,提出要“衷中参西”,就是以中医为本,探索中西医两者沟通的道路。他的汇通思想遍及临证和理论,最突出的特点是治疗上用

中药与西药合参,混同应用,以他所能掌握的中西医原理及用药知识,只要能取得疗效,就加以结合。他以阿斯匹林合玄参、沙参疗肺结核,认为前者西药为治肺结核良药,但发散太过;而后者中药可滋肺阴,合用则结核易愈。其代表作为《医学衷中参西录》。

恽铁樵(1878—1935年),原名树珏,江苏武进人。曾任上海商务印书馆编译。他认为中医重形能、主气化;西医则重解剖;中医不应满足于《内经》之成就,要吸收近代科学成就,兼采各家之长,才能不断进步。其思想主要集中反映于《群经见智录》、《伤寒论研究》等著作中。

陆渊雷(1894—1955年),名彭年,以字行,上海川沙人。他曾与人创办上海国医学院,任教务长。为中医科学化的倡导者。对于中医的疗效,他认为与西医一样,“用不到疑异”,中医是知其然而不知其所以然,故需要下功夫学习西医之基础科学。他主张中西汇通,沟通两种医学,其任务需落在中医肩上,西医做不了这个工作<sup>①</sup>。他还主张从证候入手,然后与药物研究结合,才能有成果。这些思想反映于《伤寒论今释》、《金匱要略今释》、《陆氏论医集》。

中西医汇通派的出现,是历史的必然。在当时的社会条件下,是属于进步思潮。然而,时代的局限,思想方法的局限,使他们不可能做出更多的成就。他们在近代中医药发展思想史上的进步作用,则是不容忽视的。

---

<sup>①</sup> 陆渊雷:《改造中医之商榷》,载《中国医学月刊》第1卷第5号,1929年。

## 第二章 中医学与中国社会

---

### 第一节 中医药的社会功能

---

中医学是中国土生土长的医药知识,是中国人民长期与疾病作斗争和争取健康长寿的经验总结,也是人类进入社会以后的集体智慧结晶。

医学是保持健康、消灭疾病的科学,自有文字记载以来就十分清楚。据《殷虚文字乙编》收入甲骨文“𠄎”字,表示有一人被困于屋中,另有一人用手处理之。故董作宾认为此字应释为“毆”字,就是后来的“醫”字。另据《说文》称:“毆,击中声也,从殳从医”,含有医疗和诊治的意思。医药与社会有着十分密切的关联。社会是由人构成的,保持社会的人身体健康,这是保证社会进步的基本保证。这一点,在中医学早就有所认识。汉代名医张仲景的认识是极具代表性的。他在《伤寒杂病论·自序》中说:

怪当今居世之士,曾不留神医药,精究方术。上以疗君亲之疾,下以救贫贱之厄,中以保身长全,以养其生;但竞逐荣势,企踵权豪,孜孜汲汲,惟名利是务。崇饰其末,忽弃其本,华其外而悴其内,皮之不存,毛将安附焉?卒然遭邪风之气,婴非常之疾,

患及祸至,而方震栗;降志屈节,钦望巫祝,告穷归天,束手受败。赉百年之寿命,持至贵之重器,委付凡医,恣其所措……举世昏迷,莫能觉悟,不惜其命,若是轻生,彼何荣势之云哉?而进不能爱人知人,退不能爱身知己。遇灾值祸,身居厄地;蒙蒙昧昧,蠢若游魂。哀乎!趋势之士,驰兢浮华;不固根本,忘躯徇物,危若冰谷,至于是也。

这位被后人尊为“医圣”的张仲景,在此语重心长地谆谆告诫人们要留心医药,爱护身体,珍惜生命。用医药来保护身体,不仅是保护自己的生命,而是上以疗君亲,下救贫贱。当时,君王就代表国家,代表整个社会;贫贱者则是整个社会最基本的构成成份。张仲景呼吁人们要“留心医药”,用医药来保护身体,促进整个社会的发展。张仲景在序中还提到,正是当时人们不曾留心医药,二百多口的张氏宗族,不及十年,死亡了三分之二,其中70%是死于伤寒病。疾病,尤其是流行病,常常使大量人口消亡。中医药的社会功能在保持人口兴旺方面的作用,历史事实是极有说服力的。

人口的变动受很多因素的影响。较直接的因素是与战争、灾害、疾疫流行等等的关系十分密切,各种因素之间又互为影响和制约。灾害多数是不可抗拒的自然灾害;而战争是人祸,天灾可引发人祸,而人祸更加重天灾的严重性;疾疫则既可是两者的结果,又反过来使之更加恶化。诸多因素互相交织和影响。尽管影响人口的变化因素远非以上这些,但疾疫流行使人口急剧下降,是其中的一个极重要因素。张仲景的记载,仅是整个社会的真实情况的缩影。

从人口的宏观变动来看,人们也不难看出中医药对人口变动中所起的作用。据人口学统计,中国人口在十八世纪中叶以前的约两千年间,一直在五千万这个基数上浮动,较明显的是西汉末、东汉永兴年间、唐代天宝年间和明代嘉靖年间,人口超过了五千万以上,其他都不超过五千万。直到清代乾隆年间,人口突破一亿大关。此后,至



道光年间更猛升至四亿以上<sup>①</sup>。当时的统计可能不很精确,但人口有大幅度增长当是事实。这些人口的增长,因素是十分复杂的,很难完全归因于中医药的作用,但也不可能把中医药的作用排除在外。

医药对于一个国家和民族的繁荣昌盛,在一定程度上具有十分重要的地位,有时可能具有决定性意义。烈性传染病常使一个国家的人口锐减。这类疾病包括黑死病(鼠疫)、霍乱、天花。其中以霍乱、鼠疫等对人口的影响尤烈。

古代对各种传染疫病,尚在认识初期。晋人葛洪的《肘后备急方》记有“虏疮”,即后世称天花。鼠疫也有专书,中医文献中有明人吴有性《温疫论》、清人吴宜崇《鼠疫约编》等众多烈性传染病著作。古代之“温疫”,当包括后世各种烈性传染病在内。

古代人们就把人体与国家社会相提并论,人身犹一小天地、小社会。医生治疗病人,消灭疾病,保护人体健康,犹如一国之君治理国家,整顿社会,均可以从医生治病的道理中吸取经验。英明的国君,犹如技术高超的医者治理病人。所谓“上医医国”,最早见于《国语·晋语八》:“上医医国,其次疾人,固医官也。”随着社会的进步,哲学思想的逐步升华,中医学成为一门独立的学科而突飞猛进。唐宋以后,用治病的道理来比喻治理国家的文人作品比比皆是。宋人黄庭坚有“诚求活国医,何忍弃和缓”的诗句,洪迈更把医人与医国的关系问题明朗化了:

睿宗召司马子微问其术。对曰:“为道日损,损之又损,以至于无为。夫心目所知见,每损之尚不能已,况现攻异端,而增智虑哉?”帝曰:“治身则尔,治国若何?”曰:“国犹身也,故游心于淡,合气于漠,与物自然,而无私焉。而天下治。”(洪迈:《容斋五笔》)

<sup>①</sup> 杨德清主编:《人口学概论》,河北人民出版社1982年版,第124—125页。

使中医药发挥其社会功能,用治病的道理来推论治国和整治社会的道理,讲得最清楚的,莫若明代的刘基在《郁离子》中的说法:

治天下其犹医乎?医切脉以知证,审证以为方。证有阴阳虚实,脉有浮沉细大,而方汗下有补泻、针灼、汤剂之宜。参苓姜桂、麻黄芒硝之药,随其人之病而施焉。当则生,不当则死矣。是故知证知脉而不善为方,非医也,虽有扁鹊之方,徒哓哓而无用。不知证,不知脉,道听途说以为方,而语人曰:“我能医”,是贼天下者也。故治乱,证也;纪纲,脉也;道德刑政,方与法也;人才,药也。夏之证尚忠,殷承其弊而救之以质;殷之政尚质,周承其弊而之以文;秦用酷刑苛法以钳天下;天下苦之,而汉承之以宽大,守之以守一,其方与证对,其用药也无舛。天下之病,有不瘳者鲜矣。

当然,中医药的社会功能远不止于这些,其间接的功能,通过医人去实现者,不可胜数。

至于中医药的社会地位,在封建社会的前半期,或者说唐代以前,医药在社会上属于低微的社会分工,尽管其社会功能在整个社会中已是不能缺少的。但作为一门职业的医生,其社会地位仍然低得可怜。春秋时期,医生开始独立成为专职的人员,在统治者面前,可以说并不被重视,社会地位低微。宋代的《册府元龟·医术一》记述了春秋宋国的名医文挚的故事。当齐王患瘡(疮),迎请文挚诊治时,文挚用激怒法的心理治疗。他明白无误地对太子说,用这种方法治王的病,病治好了,则自己必死无疑。尽管王子以“臣与臣之母以死争之于王,王必幸臣与臣之母”担保,但文挚最终仍未能逃出死亡的厄运,受到鼎烹之刑。救王一命,自身还不免一死,虽则还有太子及其母以死相争,在当时医生的地位可想而知。

汉代的医生,其社会地位仍然很低。司马迁在《史记》中给两位医者立了传,使他们的社会地位提高到与诸王公将相并列,但是,就整个医学及医生的社会地位而论,仍然是低的。淳于意在当时还是一名

小官吏、齐王的太仓长,但是,当一些大官僚们以“莫须有”的罪名诬他“左右行游诸侯,不以家为家,或不为人治病,病家多怨之者”(《史记·扁鹊仓公列传》),竟也成了锒铛入狱的“罪状”。医者的社会地位可想而知。

当然,古代也有些业医者社会地位较高。但他们基本上不是职业医生,而是一些巫医,以巫术治病,兼用医药。如《山海经·海内西经》中就有“开明东,有巫彭、彭抵、巫阳、巫履、巫凡、巫相,夹窳窳之尸,皆操不死之药以距之”《逸周书·大聚》。也有“乡立巫医,具百药以备疾灾”。这种巫医,到战国直至秦汉时,地位相当高。秦王的侍医夏无且、太医令李醯,都是上层人物,他们地位之所以高,绝非单纯依靠医术,而是他们掌有巫术。

直到宋代以前,人们对医业的看法,即以医为生的职业者,其社会地位还是属于中下层,甚至是低层。唐代文人韩愈在《师说》中认为“巫、医、乐师、百工之人,君子不耻”。《汉书·艺文志》把天文、星占、卜算、占卦等,都归入“生生之具”的一类。这也正如清人张骥所说的“至谓凡执一艺以事其上者,皆贱业也。医业既贱,则缙绅文学思古之士,往往鄙夷不屑;而操其业者,类皆不学无术市井庸陋之徒。”(《扁鹊仓公列传补注·序》)

在封建社会里,统治者就是国家的代表,其个人的爱好,甚至可以左右着医学的发展。唐代以前,封建帝王个人对医药的爱好或厌恶,尚没有明显对整个医学的命运产生明显的影响。出于整个制度和社会的需要,各代也有一些医疗行政机构的设置,如秦代有太医令,汉代有太医丞,三国两晋南北朝太医博士、仙人博士、尚药监等等。这些机构和官职的设置,都不能表明医学地位有多大的提高。有些朝代甚至设有专门的机构来管辖医药事务,如西汉由太常寺及少府分管医药。

唐代开始统治者较为重视医药,设置大型的医药学教育机构太

医署,大量培养医药人才;颁发了全国统一的药学标准,即第一部药典《新修本草》,出现了诸如《备急千金要方》、《外台秘要》等大型医药典籍,这些典籍的作者都受到皇帝的青睐,有的还担任着某些官职。如尚药局奉御官阶达正五品下,太医署中最低官阶如针助教,则只有从九品下(《旧唐书·职官志》)。

宋代的统治者们大多较重视医药事业。宋太祖、宋太宗、宋仁宗、宋徽宗等对医药表现极大兴趣,有的亲自验证、收集各种方剂,有的甚至亲自著成医书,如宋徽宗赵佶亲撰《圣济经》。成立的校正医书局对重要古医学典籍进行整理校勘,不至湮没。宋代在医药卫生方面取得了一系列突出的成就,如铜人铸造、临证医学大发展、本草学的全面整理总结等。宋徽宗时,改定医官品秩,设十四阶,其中和安大夫、成和大夫、成安大夫均为从六品;最低的如和安郎、成和郎、翰林医正为从七品;尚有从九品之翰林医学(《宋史·职官志》)。此后,医学在整个社会中占有较为重要的一席,医学的整体水平也得到较多的成就。明清两代太医院官阶与宋代相仿,但封建制度逐渐走向腐朽,真正有学术水平者,反而不愿进入官场,而在太医院任职医官,则较少有真才实学者。

---

## 第二节 儒与医——“不为良相,则为良医”

---

儒与医,本来是分属两个不同范畴的知识体系。儒是属于哲学体系,为中国古代封建社会赖以统治整个社会的重要思想工具;医学则属于自然科学的范畴,是一种研究保持人体健康,攻克疾病的应用科学。

在中医药学早期发展史上,儒与医本来是各自独立发展的,关系不大。儒家在春秋战国时代由产生而形成完整的体系,最初只不过是

诸子百家中的一家。但自从汉代统治者“罢黜百家、独尊儒术”以后，儒学成了一统天下的哲学思想，并逐渐渗入到社会生活的各个领域，也渗透到科学，尤其是中医学中。

儒家文化的中心思想是“三纲五常”。“三纲”是“君为臣纲，父为子纲，夫为妻纲”。“五常”是汉代董仲舒在《举贤良对策一》中说的“夫仁、谊、礼、知、信五常之道，王者所当修饬也”，即仁、义、礼、智、信。中医药最重要的典籍《黄帝内经》，约成书于战国后期、迄于西汉，儒家思想在书中并不多见，而是道家思想体现得较为明显。汉代开始，儒家思想向中医学渗透。东汉张仲景的《伤寒杂病论·自序》就明显地体现了其影响：“怪当今居世之士，曾不留神医药，精究方术，上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全，以养其生……若是轻生，彼何荣势之云哉？而进不能爱人知人，退不能爱身知己……”此书中以“三纲五常”为指导思想已跃然纸上。

这种儒家思想，在封建社会里对中医药学术进步的推动作用是不容忽视的。在“三纲五常”的指导思想下，到了宋代读书人首选目标就是为进入官场做准备，一旦竞逐失利，则转入医界；更多的是出于孝道，或忠孝兼有而发奋攻读中医学。这种“不为良相，则为良医”抱负的首倡者，则是宋代名人范仲淹。据南宋时人吴曾《能改斋漫录》记述：“范文正公微时，尝诣灵祠求祷。曰：‘他时得为相乎？’不许。复祷之曰：‘不然，愿为良医。’亦不许。既而叹曰：‘夫不能利泽生民，非大丈夫平生之志。’他日有人谓之曰：‘大丈夫之志为相，理则当然。良医之技，君何愿焉？无乃失于卑耶？’公曰：‘嗟乎，岂为是哉！古人有云：常善救人，故无弃人；常善救物，故无弃物。且大丈夫之于学也，固欲遇神圣之君得行其道，思天下匹夫匹妇有不被其泽者，若已推而内之沟中。能及小大生民者，固惟相为然。既不可得矣，夫能行救人利物之心者，莫如良医。果能为良医也，上以疗君亲之疾，下以救贫民之厄，中以保身长全。在下能及大小生民者，舍夫良医，则未之有也。’”

在这种处世哲学思想的指导下,大批因官场竞逐不就之儒士,转而追求良医,兼通两者的“儒医”大批涌现,使中医药的学术气氛和水平进入了一个飞跃的阶段。金元时代的医家学术争鸣及明清两代格物致知的理学学派,或者说是儒学发展到新的阶段的哲学学派对医学产生了深远的影响,出现了诸如朱丹溪、张景岳、李时珍及温病学派、温补学派以及本草学方面的大发展。

然而,儒学对医学也有消极、制约的作用。在“三纲五常”的影响下,中医药学的发展受到严重束缚,某些方面甚至是有反科学的一面,如舐痔吮痂、割股割肝等等。宣扬不择手段地以尽其忠君、孝道以拯救危重病症,即便是一些毫无医疗作用的行为和举动,均得以感动上苍使保佑病人霍然而愈。古代史书上有关这类记载,多不胜数。俗民行之,出于无知,医者怂恿,则是庸医无疑。

儒家孝道的思想,对于医学进步不可缺少的一门学科——解剖学,同样是起到阻碍作用的。《黄帝内经》对人体解剖并不是禁区,书中有“若夫八尺之士,皮肉在此,外可度量切循而得之,其死可解剖而视之”(《灵枢·经水》)。《内经》关于内脏形态学描述,基本符合当时的解剖学水平。但是,随着儒家思想的桎梏愈益显示其束缚的作用下,中医解剖学终于江河日下,以致完全被摒弃。直到清代,王清任《医林改错》对古医书不讲解剖学作了猛烈抨击,大声疾呼:“余尝有更正之心,而无脏腑可见。自恨著书不明脏腑,岂不是痴人说梦;治病不明脏腑,何异于盲子夜行。”(《医林改错·脏腑记叙》)但是,未能挽回这股颓势,这只能说是儒学之过。

---

### 第三节 医事制度、组织和医药政策

---

一个国家的医事制度、组织及其实施的有关医药政策,在一定程

度上代表着这一国家的医药学水平。我国的医事制度历史悠久。据《周礼·天官》记载,周代时卫生机构已有分工,就是后来的医学分科。当时有四种不同职务,或者分科,其中分为:“医师,掌医之政令,聚毒药以共医事。”“食医,掌和王之六食六饮六膳,百羞百酱百珍之齐。”“疾医,掌养万民之疾病。”“疡医,掌肿疡、溃瘍、金瘍、折瘍之祝、药、劂、杀之齐。”这充分表明在两千多年前中医学已在非常严密的组织下工作和发展着。

这种医学分工,反映了医学分科已很明确。医师主要是行政职务,最高的卫生行政长官主管药物和治病之事。当时已有严密的医事组织,严格的考核制度,而从医者的薪俸也是根据其治疗效果及医术的实际水平来决定的。当时的医官设置,医师有上士二人,下士四人,府二人,史二人,徒二十人。此与现代的卫生行政部门组织有类似之处。食医有中士二人;疾医有中士八人;疡医有下士八人。疾、疡两医相当于现代的中医内、外科,这是最早和最重要的分科。食医也反映了中华民族饮食文化的悠久历史和一定水平。

秦汉时医事制度有所发展。秦设有太医令、太医令丞,以主管医药,隶属于少府。西汉时的太医令、太医丞,分属于太常寺及少府,前者主管全国之医事,后者则专门管理宫廷之医事。另外,宫廷中还设有医待诏、女医,则是为宫中人员,尤其是皇族服务的。

东汉时医事组织有了改进,当时仍设有太医令,但少府已把医与药职能分开,设方丞、药丞各一人,分主方、药之事宜。太医领属员多达二百九十三人,还有员吏十九人。还有尚药监、大长秋中宫药长、医士长、医工长等不同职务(《后汉书·百官志》)。

三国两晋南北朝医事制度有一些变化。三国时魏除太医令、丞等外,另有药长寺人监、灵芝园监之设。晋时将太医令等隶属于宗正,后又改属门下省、再改隶于侍中(《通志·职官七》)。南北朝时,有较大的变动。南朝将太医令、丞改属起部及领军,还新设御师、中药藏丞、

典医丞；北朝则有尚药局、侍御师；另有太医博士、太医助教。其中北齐已立太医署，署设令及丞。还有药藏局，下设监、丞各二人、侍医四人。北周则有太医下大夫、小医下大夫、小医上士、疡医上士、疡医中士、疡医下士、医正上士、医正中士、医正下士、食医下士、主药下士。都隶属于天官之下。

隋代的医疗行政部门，分隶于门下省、太子门下坊、太常寺、太仆寺四个部门。至隋炀帝时，又设立殿内省，统辖尚药局和尚食局。隋祚虽很短暂，但其医疗行政结构也颇为健全（《隋书·百官志》）。

唐代的医事组织大有发展。由四个部门即殿中省、太常寺、太仆寺和太子詹事辖医疗部门。另在宫庭内和太子内坊也设有有关医职的官位。据《唐六典》卷一一记载，由殿中省管辖的有尚药局、尚食局和尚乘局。

尚药局内医官设置如下：尚药奉御二人，正五品下。直长四人，正七品下。侍御医四人，正六品上。司医四人，正八品下。医佐八人，正八品下。主药十二人。书吏四人。合口脂匠四人。掌固四人。

在尚食局、尚乘局中，除奉御、直长外，尚食局又有食医数人；而尚乘局则有兽医达七十人。

宫内的医官设置有：司药二人，正六品。典药二人，正七品。掌药二人，正八品。其中又有奚官局，内有药童四人。可见宫内乃专司宫庭内之药用事宜的。

太子詹事之下有药藏局，下设：药藏郎二人，正六品上。药藏丞二人，正八品上。

据《新唐书·百官志》，另有侍医、典药、药童、掌固等各若干人。太子内坊之下，设掌医三人。太常寺下辖太医署，这基本上是一所医学教育机构。太仆寺则辖兽医部门，其中有兽医博士四人，有兽医六百，另有学生一百人。

唐代地方政府也有较完备的医药行政机构。各都督府，分大、中、



下三级。大、中府之下都设医学博士一人、助教一人、学生十五人；下府则设医学博士一人、助教一人，学生只有十二人。州之下也分上、中、下三级，设置与都督府相仿（《新唐书·百官志》）。

宋代医事组织又有较大的发展，所有医药机构均统辖于翰林医官院。据《宋会要辑稿·职官志》记载，其中设置为：翰林医官使四人，副使二人，直院七人，医官三十人，医学四十人，祗候医十二人。到宋徽宗时，副使以上医官分成十四阶级：和安大夫、成和大夫、成安大夫（以上从六品），成全大夫、保和大夫、保安大夫、翰林良医（以上正七品），和安郎、成和郎、成安郎、成全郎、保和郎、保安郎、翰林医正（以上从七品），翰林医愈、翰林医正、翰林医诊、翰林医候（以上从八品），翰林医学从九品。在改定以上官秩时，医官多达九百余人；改定后的人员，裁至只剩下三百二十人。南宋时期更进一步裁汰冗员，减至二十七人（《宋会要辑稿·职官》三六）。

宋代还有殿中省，“掌供奉天子玉食医药”，专为皇帝服务。其下共辖尚药局、尚食局；另有御药院，设有典、药童、匠、押司官等职。后并入殿中省。有大府寺，领辖和剂局与惠民局，合称药局，“掌修和良药，出卖以济民疾”，类似慈善机构性质。药局之前身称为熟药所，隶太医局，后改为太平惠民局。南宋绍兴年间，各州咸设惠民局，由国家惠民局颁给监本药方，作为全国统一制剂的标准。（《宋会要辑稿·职官》一九）这一制度对于统一全国制剂，发展中药学具有重要意义。

辽金时代，大体上均仿照宋代设置，略有小异。如辽朝医事管理分南北两个系统。北面者治宫帐部族属国；南面者则统治汉族地区。在太医局、医兽局均设局使、局副使。两局均联系客省局、器物局，另设一“都林牙”以总管文事。而南面之翰林院也设翰林都林牙、提举翰林医官等官职（《辽史·百官志》）。

金代大体上也仿宋代，在宣徽院之下设太医院、尚药局、御药院。太医院内设有提点、院使、副使、判官、管勾、正奉上太医、副奉上太

医、长行太医。兼有医学教育性质,培养各科学生,以优良之学员补充太医之职。太医又分为二十五阶,包括保宜大夫(从四品上)、保康大夫(从四品中)、保平大夫(从四品下)、保颐大夫(正五品上)、保安大夫(正五品中)、保和大夫(正五品下)、保善大夫(从五品上)、保嘉大夫(从五品中)、保顺大夫(从五品下)、保和大夫(正六品上)、保冲大夫(正六品下)、保愈郎(从六品上)、保全郎(从六品下)、成正郎(正七品上)、成安郎(正七品下)、成顺郎(从七品上)、成和郎(从七品下)、成愈郎(正八品上)、成全郎(正八品下)、医全郎(从八品上)、医正郎(从八品下)、医效郎(正九品上)、医候郎(正九品下)、医痊郎(从九品上)、医顺郎(从九品下)(《文献通考·职官》一二)。尚药局设置则有提点、局使、副使、直长、都监、果子都监、司监;御药院有提点、直长、都监、同监等,官品由正五品至正九品不等(《金史·百官志》)。

元代统治者对医学管理相当重视,医学制度较严密,机构扩大,并大幅度提高医官品阶及地位。太医院之品级提高到正二品,内有院使、同知、佾院、同佾、院判、经历、都事、照磨等,官阶正二品至正八品,另设令史、译史、知印、通史、宣使等职。

太医院下辖八个机构:

广惠司“掌修制御用回回药物及和剂以疗诸宿卫士”。内设卿四人,为正三品,少卿二人、丞二人、经历一人、知事一人、照磨一人。司下设大都及上都回回药物院各一所,并由达鲁花赤一人、大使一人、副使一人负责,专门掌管回回药物事。

御药院“掌受各路香贡,诸番进献珍贵药品,修造汤煎”。内有达鲁花赤一人、大使二人、副使三人、直长一人、都监一人。

御药局“掌两都行篋药饵”。内设达鲁花赤一人、局使二人、副使二人。

行御药局“掌行篋药饵”。内设达鲁花赤一人、大使二人、副使三人。

御香局“掌修和御用诸香”。内有提点一人、司令一人。

大都惠民局“掌收官钱经营出息市药修剂以惠贫民”。另有上都

惠民局,其任务与大都者相似,各设提点一人、司令一人。

医学提举司“掌考校诸路医生课义试验太医教官,校勘名医撰述文字,辨验药材,训海太医子弟,领各处医学”。内有提举一人,副提举一人。

官医提举司管理有关医户及差役有关诉讼事宜。共设四所,分别位于大都、保定、彰德、东平等四路。各所均设有提举一人,同提举一人、副提举二人。在全国十路也各设一所。

元代分太医为十五阶,其中保宜大夫、保康大夫(以上从三品)、保安大夫、保和大夫(以上正四品)、保顺大夫(从四品)、保冲大夫(正五品)、保全郎(从五品)、成安郎(正六品)、保和郎(从六品)、成全郎(正七品)、医正郎(从七品)、医效郎、医候郎(以上正八品)、医痊郎、医愈郎(以上从八品)。

此外,元代在集贤院下还设有饮膳太医,储政院设有典医监,中书省设有省医、刑部设有部医、枢密院有院医、御史台有台医等,这都与各该机构之保健有关。

明清两代最重要的医事管理机构是太医院。院设院使(令)、院判(丞)、御医、吏目、医官、医士、医生。明代太医院分十三科,清代分十一科,后又改为九科,其医士、医生皆由学员考核合格从优秀者中选拔。太医院还有生药库,系收贮各方所纳药品。另有为皇家服务之御药房。明代内设尚药奉御、直长、药童;清代则设兼管司宫、内管理、主事、委署主事、副内管理、库掌、委署库掌、笔帖式等职。

以上这些机构大多为宫廷统治者服务。名为惠民局一类的组织,虽然也为老百姓做了一些工作,但常形同虚设,难得做出成绩来。

---

## 第四节 医学教育

---

我国在医学教育方面也有悠久历史。早期的医学教育是以秘密

的方式进行的。如《灵枢·官能》中有记载：“各得其能，方乃可行，其名乃彰。不得其人，其功不成，其师无名。故曰：得其人乃言，非其人勿传，此之谓也。”

不仅汉族医药学有这种传统，藏族医药学同样有此传统。传授医术以秘密的方式，而不用公开的方式。藏医学的《四部医典》中就有一个“甘露精要八支秘诀续”的名称。这种秘密传授的传统并非偶合。由于医术是救人济世之术，在早期又是掌握在少数人之手，特别是医学进入巫医阶段，医者具有极大权力，甚至左右着人的生命，不宜随意传人。

早期的中医药是以师徒的形式私下个别传授的。《史记》记载名医扁鹊，“少时为人舍长。舍客长桑君过，扁鹊独奇之！常谨遇之。长桑君亦知扁鹊非常人也。出入十余年，乃呼扁鹊私坐，间与语曰：‘我有禁方，年老，欲传与公，公毋泄。’扁鹊曰：‘敬诺’。”（《史记·扁鹊仓公列传》）就是这样，扁鹊经受十多年的考察后而被选为医学传人。他自己也传授了弟子，包括子阳、子豹等多人。据《史记》同一篇记载西汉的淳于意，“太仓公者，齐太仓长，临淄人也。姓淳于氏，名意。少而喜医方术。高后八年，更受师同郡元里公乘阳庆。庆年七十余，无子，使意尽去其故方，更悉以禁方予之，传黄帝、扁鹊之脉书”。可见当时已有家族相传的传统。东汉张仲景也是如此，他是“南阳棘阳人，学医于同郡张伯祖，尽得其传”（《襄阳府志》）。

这种个别传授的教育方式，肯定是不能满足社会的需要。南北朝时出现了官方的医学教育。北魏的官制设有太医博士、太医助教的官职，可惜其记载未详。较为可靠的记载是南朝刘宋时的官方医学教育，刘宋元嘉二十年（443年），“太医令奏置医学，以广教授”（转引《唐六典》“医博士”条注）。此医学就是一个教育机构，其目的“以广教授”，表明仅靠私相授受的方式已不能满足社会的需求，这种称为“医学”的教育制度就此开始。

这种正式的官方医学校称太医署,始建于南朝刘宋,属于门下省的机构,但是其记载欠详。隋代有关太医署的记载较具体,《隋书·百官志》称它当时改隶于太常寺,内设主药、医师、药园师、医博士、助教、按摩博士、祝禁博士,计二百一十五人,医学生有一百二十人,按摩生有一百人。这是走出宫庭后官立医学校的最初情况。

唐代在隋代太医署的基础上规模扩大了,设有四科,即医科、针科、按摩科及咒禁科。据《旧唐书·职官志》所记其组织人员、学生学习内容梗概如下:

人员 科别	博士	助教	师	工	学生	学习内容
医科	1	1	20	100	40	《本草经》、《脉经》、《甲乙经》等。医科之下分为体疗、少小、疮肿、耳目口齿、角法等门类。学习期限三至七年不等
针科	1	1	10	20	20	主要为九针及其使用方法,《素问》、《针经》、《明堂脉诀》等
按摩科	1		4	16	15	主要为导引理论及方法
咒禁科	1		2	8	10	咒禁祛除邪魔之法

唐代太医署还设有药学,内有主药八人,药童二十四人、药园师二人、药园生八人。占有药园三顷。并招收一些学生,学习药物的栽培、采集、炮制和使用。至唐太宗贞观三年(692年),又在各地置办医学,各州、府均有医学博士、助教各一人,学生人数则有数十人不等(《旧唐

书·太宗纪》)。

唐代太医署的教育制度从中唐开始逐渐松弛,因其主要为宫庭服务,弊端甚多。宋代承袭唐制,于宋太宗淳化三年(992年)把太医署改为太医局,只管医学教育。为了使医学教育逐步正规化,宋代实行过某些改革,宋仁宗庆历四年(1044年)下诏,“国子监于翰林医官院选能研医书三五人为医师,于武成庙讲说《素问》、《难经》等文字,诏京城习学生徒听学。”(《宋会要辑稿·职官》二二)这改良措施,因遭到国子监的反对而未果。后来王安石实行变法,在教育制度上提出“三舍法”,于宋神宗熙宁九年(1076年)在医学教育中试行。先是太医局独立,并将原九科合并成三科,即由大方脉、小方脉、风科、产科、眼科、针灸、口齿兼咽喉科、金镞兼书禁科、疮肿兼折伤科兼并成方脉、针、疡三科。规定每年春秋招学生三百人,分上舍、内舍及外舍三等生,分别招收四十、六十和二百人。每月和每年均考试,其成绩分为优、平、否三等。其法重视实际考核,令学生轮流到三学(即太学、律学和武学)看病,还要在印纸上如实做好记录,以备考核,决定奖赏及递补空缺(《宋会要辑稿·崇儒》三)。

这一改革措施由于王安石政治上的失败而告终,被司马光完全废除。其后二三十年间,虽然时有复兴新法之举,但都未能成功,终于随着宋祚的灭亡而停止。

元代以后,官办医学教育无大作为,诸路府多为自行办学,每岁由医学提举司拟定各科疑难题,由太医院转诸路之医学教授,考试诸生。此时太医院又恢复十三科。每三年选试一次,先由各路总管府考试,中试者次年二月赴大都省试,包括核校医经之文字,辨验诸药产地、性味。省试中选者,可补充太医院空缺(《元史·百官志》)。

明清两代太医院仍循旧制。明代有十三科。所收肄业生有一百五十人左右,医生、医士各半。清代先改为十一科,后又改为九科。内设教习厅,由院中选派御医吏目之优异者充任教习。每年春秋均有考

试,凡院内八、九品吏目、医士、医员、医生,需一律应试,由院会同礼部决定处理,以定去留。由于官办医学教育造就人才的道路愈走愈狭,民间个别师徒私下相传之风仍久盛不衰。

---

## 第五节 医疗道德

---

医疗道德的涉及面相当广泛,有医者与病人的关系,医者之间的关系,以及医者自身的道德、技术修养等等。世界各国古代医疗系统都出现过关于医疗道德总结的文献,如公元前五世纪古希腊的希波克拉底(Hippocrates)的《誓言》、十二世纪阿拉伯的麦蒙尼德斯(Maimonides)的《祷词》。在我国,唐代孙思邈《备急千金要方》中的《大医习业》和《大医精诚》篇,可以说是中医行医的道德准则总则,包括了医疗道德的各个方面。后代医家虽有新的见解,基本上是在《大医精诚》之上发挥的。

中医的医德,范围很广,大致可从以下方面加以总结:

### (一) 勤苦敬业,精益求精

凡要做一个名副其实的高明医生,习称“大医”,必须知识渊博,博览群书。那些不学无术,游手好闲,不求上进者则是“庸医”。医者即便是已满腹经纶,也要继续提高,使之精益求精,决不满足。正如《素问·灵兰秘典论》指出,医学“至道在微,变化难极”,如不博学饱览,是战胜不了这变化多端的疾病的。孙思邈则明确提出,凡欲为大医,必须谙《素问》、《甲乙经》、《黄帝针经》、明堂流注;十二经脉、三部九候、五脏六腑、表里孔穴、本草药对;张仲景、王叔和、阮河南、范东阳、张苗等诸部经方。又须妙解“阴阳禄命,诸家相法及灼龟五兆、周易六壬,并须精熟如此,乃得为大医。若不尔者,如无目夜游,动致颠殒”(《备急千金要方·大医习业》)。这里开列的学习内容,包罗了当

时的社会科学和自然科学的各方面知识。孙思邈本人身体力行，“白首之年，未尝释卷”。李时珍通过三十载苦耕，书考八百余家，著成《本草纲目》，并成为济世名医，名垂千古。正是为了达到这种“大医”的境界，中医药学家无不勤奋，力求上进。历代这类故事和事迹很多。

## （二）全力赴救，贵贱无别

疾病不分贵贱，只要是社会的人就有可能得病，需要医生帮助。中医药学家自古以来在如何对待患者求救问题上，就坚持不分富贵贫贱相救的态度。孙思邈在《备急千金要方·大医精诚》中说得十分明确：“若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富、长幼妍媸、怨亲善友、华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。”“勿避峻嶮、昼夜、寒暑、饥渴、疲劳，一心赴救。”

在藏医学中，同样存在这种对医者的严格要求：“对病人的治疗要勤奋，要专心一致地医治，不可拖延。”“对贫穷者要以慈心相助。”“对待众生像对待自己的亲兄弟一样，考虑别人的心情及有节制地适应别人的行为。”<sup>①</sup>

## （三）作风端正，不计报酬

医者为人治病，乃在病人危急之际。对于危重病人，更需医生出诊，登堂入室，如果医者行为不检点，甚或有不端邪念，则将给病家造成物质甚至精神上的损失。孙思邈说过：“又到病家，纵绮罗满目，勿左右顾盼；丝竹凑耳，无得似有所娱；珍馐迭荐，食如无味；醲醑兼陈，看有若无……”（《备急千金要方·大医精诚》）之所以如此要求医者，孙思邈认为，“夫一人向隅，满堂不乐；而况病人苦楚，不离斯须，而医者安然欢娱，傲然自得，兹乃人神之所共耻”（《备急千金要方·大医精诚》）。

<sup>①</sup> 马世林等译：《四部医典·论医生》，上海科学技术出版社1987年版，第54—55页。



在中国封建社会里,有“男女授受不亲”礼仪规矩,认为这是五常之一。当医者登堂入室,为妇女诊治之时,更要求医者不可有淫邪之念。宋代张杲《医说》记有一典型事例:“宣和间,有一士人抱病缠年,百治不瘥。有何澄者善医,其妻请到,引入密室,告之曰:‘妾以良人抱病日久,典卖殆尽,无以供医药,愿以身酬。’澄正色曰:‘娘子何出此言,但放心,当为调治取效,切毋以此相污。不有人诛,必有鬼神谴责。’”这种严肃而端正的作风,是医者行为准绳,令人肃然起敬。至于封建社会出于“礼”之极端,甚至连医生为妇女诊脉都持反对态度,所谓“引线诊脉”、“蒙诊脉”的规定,则实属无稽之举,甚至贻误治疗,正直医家早已反对。明人龚廷贤的《万病回春》,责之为“此非愈求愈病,将以难医?”有的医家提出了一项既不碍于“男女授受不亲”,又不违背医者诊察原则的办法:“凡视妇女及孀妇尼僧人等,必须侍者在旁,然后入房诊视。倘旁无伴,不可自看。假有不便之患,更宜真诚窥视。虽对内人不可谈,此因闺阃故也。”(陈实功:《外科正宗·医家五戒十要》)

劳力取得报酬,这在人类社会里是天经地义的事。职业医生依靠酬金为生是不少的。但中医医德坚决反对医者乘人之危敲诈勒索,谋求不义之财。中医更具有尽力不收取过高报酬,对无力付酬贫穷者,免收酬金,甚或免费施予医药,收留住宿等等慈善性的义举。有些家境富裕的医者,更常见免费施诊。孙思邈严肃地为医者订出一条严格的戒律:“医人不得恃己所长,专心经略财物。”金代名医李杲在收徒罗天益时,就正色问徒弟:“汝来学觅钱医人乎?学传道医人乎?”只是在徒弟明确回答“亦传道耳”,李杲才乐意地接受他当徒弟。这种传统美德,与政府的慈善机构是有别的。宋人唐慎微为病人治病,不取一钱,但以名方秘录为请。汉代名医董奉治愈病人后,亦不取钱,只求病人植杏一至数株,日后竟然得杏十万株而郁然成林,历代对医生“杏林春暖”的美誉,正是高明医者不掠取钱财的见证。

#### (四) 坚持科学,反对迷信

我国早期的医术,曾与迷信和巫术合于一体,称之为“巫医”。巫医在中国医学发展史上具有一定的地位和作用。但巫术本身毕竟不是医术,到了一定时候,两者对立,分道扬镳。因此反对巫术迷信,在医学领域里必然成为医德的一个组成部分。从战国时期开始,这种思潮就出现了。

史书上记载扁鹊反对巫术治病的事例甚多。有一则说,扁鹊在诊治卫国一个将要死亡的病人。病者的父亲辞退扁鹊,“使灵巫求福请命,对扁鹊而咒,病者卒死”(陆贾:《新语·资值》)。扁鹊对这种迷信巫术是深恶痛绝的,后在行医时立下了一些规矩。司马迁总结为“六不治”,其中头一条就是“信巫不信医者不治”的戒律。

汉代张仲景继承了这一传统,告诚信巫祝的病家:“卒然遭邪风之气,婴非常之疾,患及祸至,而方震栗,降志屈节,钦望巫祝,告穷归天,束手受败。”(《伤寒杂病论·自序》)对这种轻生委身巫祝的思想和行为,大加鞭挞。明代李时珍在《本草纲目》中,通篇充满对巫术迷信讨伐之词,严词抨击迷信之举,说:“方士固不足道,本草其可妄言哉?!”(《本草纲目》卷九“水银”条)

医学与巫术毕竟是两种不同的技艺,作为科学的中医学,正是在与迷信落后的不断斗争中发展壮大的。所以,反对迷信巫术,正是中医药学医疗道德一项十分重要的内容。

## 第三章 中医药图书文献

中医药图书文献以浩瀚著称于世,也是我国传统文化遗产的重要组成部分。1958年10月,毛泽东曾在给国家卫生部党组的一文件批示中指出:“中国医药学是一个伟大的宝库。”这个宝库以具有丰富内涵留传于世的历代医学文献为其主体结构。据中医古籍出版社1991年出版的《全国中医图书联合目录》(新编本)统计,自战国至1949年为止,存世的中医药图书(包括少量有学术价值的抄本)计一万二千一百二十四种。这是全国一百一十三所大、中图书馆藏书综合统计数字。1949年后出版的又有千余种,合计约在一万三千五百种以上,其中古籍有一万种左右,这是其他学科的古籍很难相比的。这些中医药图书,主要包括基础医学和临床医学两大部分。这一“宝库”蕴藏着大量的学术的和临床精华。

---

### 第一节 中医典籍的刊行及整理

---

医药典籍,历来受到重视。即便是秦始皇“焚书坑儒”,也明令“所不去者,医药卜筮种树之书”(《史记·秦始皇本纪》)。凡对医药书籍的编撰和整理,大体上均能获得官方和民间的支持。

早期医学著作,有几种被公认是奠定基础理论与临床医学的必备典籍。如《黄帝内经》、《难经》、《伤寒论》、《金匱要略方论》(简称《金匱要略》)等。历代医学家对这些学术和临床价值很高的古医典籍进行点校、整理、注释研究,在典籍整理中占了很重要位置。自战国以来影响较深广的中医典籍整理情况大致如下:

## 一、历代医籍的刊行概况

现存较为完整的早期医学典籍,以《黄帝内经》最具有代表性。是书约成于战国后期,含《素问》和《灵枢》(初名《针经》,唐代后传本改名《灵枢经》)。书中以黄帝和岐伯等进行医学问答的形式编著而成,共十八卷(《素问》和《灵枢经》各九卷)。内容以中医基础理论为主,并介绍若干治疗原则、临床病证、针灸和某些疾病的方药治疗。而《灵枢经》有关针灸内容占较大篇幅,故又称名《针经》。

秦汉之际,又编撰、刊行《难经》(原名《黄帝八十一难经》),原署“秦越人撰”,与《黄帝内经》同属托名之作。全书共三卷(或分五卷),系以假设问答、解释疑难的形式编撰成,内容以中医基础理论(包括病因、病机、论脉、脏腑、经络、腧穴等)为主,并分析了若干病证,介绍了一些针刺疗法。其论述简要,阐释精微,其中论脉部分提出“独取寸口”(指诊病切脉,主要以手腕部的桡动脉为主),规范了后世诊脉的要领和方法,学术影响深远。

早期药学名著以托名神农氏撰的《神农本草经》最具有代表性。此书简称《本草经》或《本经》,成书约于秦汉时。全书编次是前为序(相当于总论),次列述诸药,共收载药物三百六十五种,并分为上、中、下三品。其中上品、中品各一百二十种,下品一百二十五种。在中药理论方面,明确提出处方药物中的“君、臣、佐、使”,阴阳配合,七情合和,四气五味等理论。这些理论一直指导着中医临床实践。

东汉时张仲景撰《伤寒杂病论》，成书约于公元三世纪初。全书共十六卷，后人分为《伤寒论》和《金匱要略》两书。《伤寒论》以阐述外感热病、伤寒病证为主；《金匱要略》以列述内科多种病证的证治内容为主，兼述一些外科、妇科及急救医学的内容。张仲景突出了“辨证论治”，并有若干“辨病论治”的记述。在论治方面的八纲（阴、阳、表、里、虚、实、寒、热）、八法（汗、吐、下、和、温、清、补、消）内涵，更为历代医家所遵循并予发挥。所以张仲景被人们尊为临床医学奠基的一代宗师。

三国两晋南北朝是中医学进一步发展的时期。晋代时王叔和对张仲景著作加以整理，现存《伤寒论》传本的排列次序及其内容，主要是根据王叔和的整理本。王氏对脉学有精深的研究，他在广泛参阅前贤有关脉学的著述后，结合个人的学习心得，编撰《脉经》十卷，书中列述二十四脉象，使古代的脉学系统化，这是存留于世、具有较大学术影响的第一部脉学专著。

现存最早的针灸专著《针灸甲乙经》由晋皇甫谧编撰，这是将《素问》、《针经》（即《灵枢经》）和《明堂孔穴针灸治要》三书的针灸内容加以汇编整理编成。此书总结了晋代以前的针灸学术成就，对经络理论的阐述，针灸穴名的统一，以及穴名、穴位、取穴法的趋于规范化起了积极的作用。

东晋葛洪编撰、整理了《肘后备急方》（简称《肘后方》）。此书具有急救手册的学术特色。葛洪对多种急性热病和疫病的论述，在张仲景《伤寒论》的基础上取得了较大的进展。当时已能分辨伤寒、温疫、温毒、天花等多种热病，并创用了一些简效方，使多种热病的治法有所丰富、变化和发展。《肘后备急方》所阐述的病种亦相当多，从治疗学的角度，又多能符合简、便、验、廉的原则。

隋唐时代是临床医学呈现较大发展的时期。隋代医学著作以巢元方撰的《诸病源候总论》（简称《巢氏病源》）最为著名。这是我国第

一部以论述疾病的病因和证候为主的专著。全书共五十卷, 阐论包括临床各科多种病证。隋人全元起曾注释《素问》, 注本已佚, 其部分注文见于《重广补注黄帝内经素问》一书中; 他还撰有《素问训解》, 亦已佚。据《隋书·经籍志》记载, 隋代官方曾组织人员编撰、整理医方巨著《四海类聚方》, 有二千六百卷之多, 惜已不传。

唐初, 孙思邈先后编撰《备急千金要方》(简称《千金要方》)和《千金翼方》, 标志着临床医学分科的趋于成熟, 方治内容的流派纷呈。全书取材广博, 反映了唐初医学所达到的水平。《外台秘要》(简称《外台》)由王焘编撰刊于公元八世纪中叶, 此书汇集唐代以前医学文献, 包括医、药、针灸多方面内容, 收载医方六千余首, 引述各书均注明出处, 是一部研究唐代以前多学科医学内涵的重要参考著作。此外, 苏敬等在 659 年编撰了《新修本草》。此书可谓是世界上第一部由国家颁布的药典, 内容分为正文、图和图经三部分, 收药达八百五十种。深入研究《素问》的名家王冰, 继隋全元起之后, 于 762 年撰成《注黄帝素问》, 此注本对后世有很大的学术影响。医学专科值得提出的是, 唐蔺道人撰《仙传理伤续断秘方》, 为最早的骨伤科专著, 很多治法至今还应用于临床。儿科专著《颅囟经》, 为早期儿科名著, 原书已佚, 仅见于《四库全书》辑佚本(从《永乐大典》中辑出), 殊为珍贵。

宋代对于方书著作的刊行, 亦极为重视, 流传于世者多达数十种。十世纪末, 翰林医官院王怀隐等人在广泛收集民间效方的基础上, 吸取北宋以前医方著作中有关内容, 编成《太平圣惠方》, 共一百卷, 收罗各科效方达一万余首。此书系统地总结了十世纪以前的医方内容, 影响遍及日本、韩国等。宋徽宗政和年间, 朝廷又组织人员编撰《圣济总录》, 采辑历代医籍, 征集民间验方, 收方近二万首, 使临床医学方论进入了一个鼎盛发展的时期。本草学著作有宋人唐慎微主编《经史证类备急本草》(简称《证类本草》)及其衍化本等。基础理论与临床相结合的医著有宋陈无择撰《三因极一病证方论》(简称《三因

方》等。诊断和脉学专著,有宋施发《察病指南》,元滑寿《诊家枢要》、戴启宗《脉诀刊误》等。医学分科名著则有陈自明《妇人良方大全》、《小儿药证直诀》等。伤寒类医著则有成无己《注解伤寒论》及诸名家所撰伤寒研究性著作的刊行;针灸名著则有王惟一《铜人腧穴针灸图经》;法医学专著有宋慈《洗冤集录》等,均有广泛的学术影响。

《四库全书总目提要·医家类》称“医之门户分于金元”。“金元四大家”的医著对后世有很大的学术影响,如:金人刘完素《宣明论方》、《素问玄机原病式》、《素问病机气宜保命集》等,张子和《儒门事亲》,李杲《脾胃论》、《兰室秘藏》、《内外伤辨惑论》等,元人朱丹溪《格致余论》、《局方发挥》以及朱氏门人整理的《丹溪心法》等。

明清时医药专著的编撰达到了一个新的高度,传留于世的著作多达四千余种。从中医药文献整理的角度分析,有如下较为突出的贡献。

首先应予高度评价的是,李时珍编撰的中药学名著《本草纲目》。李时珍在继承和总结明代以前本草学成就的基础上,经历多年广收博采和积累大量药物学知识,并参考本草学和其他学科的著作共八百余种,历经数十年,始克编成。是书收载药物达一千八百九十二种,是一部高水平的药物学和博物学巨著,具有广泛的国际学术影响。清人赵学敏撰《本草纲目拾遗》和吴其浚主编的药物植物学专著《植物名实图考》、《植物名实图考长编》,亦为后世学习本草和药用植物的重要著作。

在临床医学方面。诊断学的文献有李时珍《濒湖脉学》,清人林之翰《四诊抉微》、汪宏《望诊遵经》等。内科如《杂病证治准绳》、《景岳全书·杂证谟》、《杂病源流犀烛》等。伤寒如《伤寒六书》、《伤寒论条辨》、《尚论篇》、《伤寒来苏集》等。温病如《温疫论》、《温热论》、《温病条辨》、《温热经纬》等。外科如《疮疡经验全书》、《外科正宗》、《外科全生集》等。妇科如《女科证治准绳》、《济阴纲目》、《傅青主女科》、《达生

篇》等。儿科如《幼科证治准绳》、《幼科发挥》、《幼幼集成》等。其他临床学科在文献编撰整理方面均有较多的建树。大型方书如《普济方》，大型综合性医书如《古今医统大全》、《薛氏医案》、《景岳全书》、《六科证治准绳》、《张氏医通》、《医宗金鉴》等。综合性医案类编如《名医类案》、《续名医类案》等，针灸名著如《针灸聚英》、《针灸大成》等。另有叶天士《临证指南》、喻嘉言《寓意草》等个人医案名著。在整理丛书方面，值得提出的是明人王肯堂辑编《古今医统正脉全书》。王氏选收并整理自《内经》以降，下迄明代多种重要医籍，包括《素问》、《灵枢经》、《难经》、《甲乙经》、《脉经》、《中藏经》、《金匱要略》、《伤寒论》、《宣明论方》、《兰室秘藏》、《格致余论》、《证治要诀》等四十四种。这套丛书体现文献整理中较高的水平，成为医学丛书中学术影响较大的一种。

## 二、北宋校正医书局的成就

北宋时由于活字印刷术的发明和推广，印刷普及，刊行古医籍受到政府的高度重视。北宋初期，先后刊行《(开宝)新详定本草》、《(开宝)重定本草》、《难经集注》、《诸病源候论》、《铜人腧穴针灸图经》等。迄嘉祐二年(1057年)创办了校正医书局，由掌禹锡、林亿、高保衡、孙奇等人负责校正、编纂宋代以前的古医籍。自1060—1069年的十年间，先后整理、校正刊行《补注神农本草》、《(嘉祐)图经本草》、《伤寒论》、《金匱玉函经》、《备急千金要方》、《重广补注黄帝内经素问》、《脉经》、《针灸甲乙经》、《千金翼方》、《外台秘要》等。校正医书局所选刊医籍，均经精校、整理、编纂，故有很高的文献价值和学术价值。校正医书局所刊行的医书，分大字本和小字本。小字本印数多、售价较低廉，易为民间学医者所购用。北宋后期，太医局等机构刊行了《太医局方》、《黄帝针经》(系高丽传入之刊本)、《太平惠民和剂局方》、《证类本草》、《圣济经》、《圣济总录》等。校正医书局和太医局等负责



整理、编纂和刊行的医书,使古医籍的传播达到一个新的里程碑。

### 三、清代类书——《古今图书集成·医部全录》

我国著名的大型类书《古今图书集成》,是康熙年间朝廷诏命陈梦雷等纂辑的。其中,医学作为一个分科,称之为《古今图书集成·医部全录》,共五百二十卷,由蒋廷锡等负责编纂,于雍正元年(1723年)刊行。此书包括《素问》、《灵枢经》、《难经》原文及注文,脉法,外诊法,脏腑门,经络门,身形门,运气门;其后按体表部位,列述头、面、耳、目、鼻、唇口、齿、舌、咽喉、须发、颈项、肩腋、胁、背、胸腹、胫、四肢、前阴、后阴、皮、肉、筋、骨、髓等门多种病证,重点辑编所述病证之病因及证治。其后分别介绍内科杂病,伤寒,外科,骨伤科,妇科,儿科等共一百余门病证。病证以后的内容则有医术名流列传,艺文,纪事,杂录,外编等。这套大型医学类书,参考的医药文献极为广泛,既有经典医籍和基础理论著述,又有分科治疗专著。全书有一千余万字,叙述也较系统全面,有论有方。据此书“凡例”称:“盖病非一故,彙考中统载《内经》及脏腑脉络图说于前,次列诸病分门,皆合诸家论此病之治法,次列方药,末列针灸,医案,合此数者,皆为彙考。”所辑编的中医学术、临床,资料翔实丰盈,特别是有关疾病的证治内容,既能按不同病证,详细介绍审因、辨证,提示规范,并突出重点;在治法方面,又能较集中地介绍常法和变法,反映所述病证在治法和方药方面的不同流派,方治内容尤为可取。此外,并有若干方药以外的治法(如针灸、外治法等),便于检索、选用,有较高的文献和临床实用价值。此书刊行后,受到国内外医药、文化界的高度重视,先后多次翻刻。1934年,中华书局影印出版;1937年上海通俗图书刊行社复予校勘,由会文堂出版排印本。

《古今图书集成·医部全录》的组织辑编和刊行,是我国古医籍

整理编纂史上的一件大事。辑编中突出“分类编纂”的学术特点,这与清代以前的文献整理编纂法大不相同,是一次重大革新。

#### 四、近代中医学者的文献整理工作

此处称“近代”,主要是指1840年后迄民国这段历史时期,相当于国外医学(主要是西方医学)传入我国并广泛应用于临床的时期。这百余年间,我国中医学者仍然相当重视医学文献的继承与发扬。这一时期,在文献整理方面有过积极贡献的医家有:

##### (一) 周学海

周学海(1856—1906年),字澄之、健之,浙江建德人。幼年习儒,光绪十八年(1892年)中进士,官至浙江候补道。生平潜心于医,学术临床经验丰富,尤精于脉诊,赞赏清初张璐、叶天士等诸家学说。他重视中医文献整理和辑编,代表作有《周氏医学丛书》三集。初集为校刊医学名著,有《神农本草经》、《本草经疏》、《脉经》、《脉诀刊误》、《难经本义》、《中藏经》、《内照法》、《诸病源候论》、《脉因证治》、《小儿药证直诀》等十二种,二、三集为所撰及评注的古医籍,包括《脉义简摩》、《脉简补义》、《诊家直诀》、《辨脉平脉章句》、《内经评文》、《读医随笔》、《诊家枢要》、《藏府标本药式》、《金匱钩玄》、《温热论》、《幼科要略》、《叶案存真类编》、《印机草》等十四种,以及《评注史载之方》、《慎柔五书》、《韩氏医通》、《伤寒补例》、《形色外诊简摩》、《重订诊家直诀》六种。《周氏医学丛书》初刊于1891—1911年。共收三十二种,计一百八十八卷。这套丛书的内涵相当广泛,又切于临床实用,并对诊法中脉诊有所补充和发展。

##### (二) 裘吉生

裘吉生(1873—1948年),原名庆元,以字行,浙江绍兴人。鉴于当时中医界忽视古医籍和重要文献的学习,影响中医工作的继承和

发扬,遂辑编《珍本医书集成》和《三三医学丛书》(简称《三三医书》)。《珍本医书集成》是一套大型医学丛书,共辑古代医学名著九十种,门类相当周全,包括医经、本草、病因、诊法、各种临床、专病论著、方书、医案等。所选医书多能理论结合临床实践,学术品位高,临床价值大,为世人所赏识。1936年由世界书局陆续予以刊行。《三三医学丛书》分为三集,共九十九种(大多为内容精要、篇幅不大的名著),1924年由杭州三三书局出版排印本。这套丛书偏重于病证治法,切合临床应用,故有较高的学术价值。

### (三) 曹炳章

曹炳章(1877—1956年),字赤电,浙江鄞县人。少年时在中药铺工作,后研习医学。他主张医者应博览群书,广泛吸受新知,临证治法主张应变灵活,反对拘泥于一家之言,曾开设“和济药局”,主办医学报刊,并編集大型丛书《中国医学大成》。这套丛书,原计划收书三百六十五种,分为十三集。后来由于抗日战争爆发,未能出齐。据《中国医学大成》的“总目提要”,已印行一百二十八种,均为医籍之精品,包括经典、基础理论、伤寒、各科临床、专科、专病、医论、医案、医话等。这套丛书虽未出齐,但可看出曹炳章在选择善本方面所下的工夫。此书于二十世纪三十年代由大东书局用仿宋大字本刊行。

此外,1866年由陆懋修编撰《世补斋医书》,1884年唐宗海主编《中西汇通医书五种》,1878年丁丙辑编《当归草堂医学丛书》十种(后又“续刻”二种)等。民国时期丁福保、周云青合编《四部总录医药编》,以及商务印书馆辑《丛书集成初编》(收四十一一种),国医书局辑编之《国医小丛书》(共三十四种)等。

## 第二节 中医各类图书文献简介

流传于世的中医图书文献,其学术、临床内涵非常丰富。为了便于检索和查阅,中国中医研究院主编了《全国中医图书联合目录》(新编本),从所掌握全国各大、中图书馆的中医药藏书实况出发,在医籍分类方面较为细致、周详。据“新编本”之“类表”载述,共分十二类。这十二类大体可以归纳为:医经,基础理论,伤寒、金匱,诊法,本草,方书,临床各科(包括临证综合、温病、内科、妇产科、儿科、外科、伤科、眼科、咽喉口齿科等),针灸、推拿,养生、导引气功,医论、医案、医话,医史,综合性医书。兹将各类中学术水平较高,刊本多、影响大的作简要介绍。

### 一、医 经

主要指《黄帝内经·素问》、《灵枢经》和《难经》三部典籍。成书于战国至汉代。内容以阐述中医药、针灸等学科的基础理论为主,兼述临床医学、病证及治法研究等,学术价值很高,堪称是奠基、必读之典籍。后世有不少注本或研究性论著。《黄帝内经·素问》有唐人王冰注本,明清注本则以马莒《素问注证发微》、吴昆《黄帝内经素问吴注》、张志聪《黄帝内经素问集注》为著名。有关《内经》的类编及摘编性著作有:隋唐时杨上善《黄帝内经太素》,明人张介宾《类经》、李念莪《内经知要》,清人汪昂《素问灵枢类纂约注》、陈念祖《灵枢素问节要浅注》等。属于发挥性的论著有:金人刘完素《素问玄机原病式》、《素问病机气宜保命集》、《宣明论方》,宋人骆龙吉、明人刘浴德《内经拾遗方论》,清人黄元御《素灵微蕴》、唐容川《中西汇通医经精义》等。

《灵枢经》注本有明人马蒔《灵枢经注证发微》，清人黄元御《灵枢悬解》等。《难经》注本，以宋人王九思《王翰林集注黄帝八十一难经》、元人滑寿《难经本义》、明人张世贤《图注八十一难经辨真》、清人徐大椿《难经经释》和丁锦《古本难经阐注》等较为学者所重视。其中以《难经本义》的注文更为精当。

## 二、基础理论文献

中医基础理论文献除前述三部古医经之外，有关论著还有：旧题汉代华佗撰《中藏经》，南齐人褚澄《褚氏遗书》，金人张元素《医学启源》，明人孙一奎《医旨绪余》、赵献可《医贯》，清人黄元御《四圣心源》等。涉及病源、病候及临床医学基础理论方面的则以隋人巢元方《诸病源候论》最为著名，全书共五十七门，载述病证、证候一千七百二十条。此外，还有阴阳、五行、运气、藏象、骨度、经络以及生理等方面的著作，也属于中医基础理论的内容。

## 三、“伤寒”、“金匱”

张仲景专著《伤寒杂病论》，后人把此书分为《伤寒论》和《金匱要略》两书，故对其注本和研究形成一门学问。《伤寒论》为中医辨证论治和八纲、八法奠定基础，故注本多达四百余种。重要的有：金人成无己《注解伤寒论》，明人方有执《伤寒论条辨》、张遂辰《张卿子伤寒论》，清人喻昌《尚论篇》、柯韵伯《伤寒来苏集》，尤怡《伤寒贯珠集》、吴谦《医宗金鉴·订正伤寒论注》、陈修园《伤寒论浅注》、唐宗海《伤寒论浅注补正》等书影响较大。属于发挥或研究性的有：宋人韩祗和《伤寒微旨论》、庞安时《伤寒总病论》、朱肱《伤寒类证活人书》、许叔微《伤寒发微论》、郭雍《伤寒补亡论》，金人成无己《伤寒明理论》、刘

完素《伤寒直格》，明人陶华《伤寒六书》、王肯堂《伤寒证治准绳》、戈维城《伤寒补天石》，清人张璐等《伤寒大成》、黄元御《伤寒悬解》、俞根初《通俗伤寒论》、吴贞《伤寒指掌》等。以伤寒为主的方论性著作，有明人许宏《金镜内台方议》，清人徐大椿《伤寒论类方》、陈念祖《长沙方歌括》、《伤寒真方歌括》等，均对学习经方理论及其临床应用大有裨益。

#### 四、“诊法”著述

此类医学著作主要是有关中医诊病方法的。中医将诊病概括为“望、闻、问、切”（简称“四诊”）。属于综合性诊法的，以宋人施发《察病指南》和清人林之翰《四诊抉微》较有代表性。重点阐论脉诊的专著有晋人王叔和《脉经》，嗣后有托名王叔和的《王叔和脉诀》（简称《脉诀》）。另有宋人崔嘉彦《崔真人脉诀》，元人戴起宗《脉诀刊误集解》，明人张世贤《图注脉诀辨真》，清人沈镜《删注脉诀规正》等。在诸家脉诀中，以唐人杜光庭《玉函经》和明人李时珍《濒湖脉学》、李中梓《诊家正眼》、清人张璐《诊宗三昧》、周学霆《三字指禅》等较有特色，影响广泛。

望诊方面的专著，有明人汪宏《望诊遵经》，清人周学海《形色外诊简摩》等。舌诊著作有元人敖氏原撰、杜本增订《敖氏伤寒金镜录》，清人张登《伤寒舌鉴》，梁玉瑜《舌诊辨正》等。

#### 五、“本草”

《神农本草经》（简称《本草经》）是托名“神农氏”的一部现存早期药物专著。载述药物三百六十五种，分为上、中、下三品。《本草经》原著已佚，现存的多种辑本学术上各具特色。陶弘景在此书基础上另纂

《本草经集注》，增补了药物及主治内容。属于《本草经》系统的论著，有明人缪希雍《本草经疏》、清人张璐《本经逢源》、邹澍《本经疏证》、陈念祖《神农本草经读》等。

综合性本草著作，有唐人苏敬《新修本草》，此书是我国第一部具有药典性质的专著。唐代另一本草名著《本草拾遗》为陈藏器所撰，内容是补《本草经》遗佚，故以“拾遗”为名，原书已佚。宋代有官方组织编写《开宝本草》、《日华子诸家本草》及掌禹锡《嘉祐本草》、苏颂《本草图经》等。唐慎微主编《经史证类备急本草》（简称《证类本草》），是一部总结宋代以前药物学成就的专著，收药一千七百四十六种，分为十三类。此后，有重要学术价值的本草有宋人寇宗奭《本草衍义》，元人王好古《汤液本草》，明人刘文泰《本草品汇精要》等。

明神宗万历年间，李时珍撰《本草纲目》。收载药物一千八百九十二种，并附大量插图（一千余幅）和附方（共一万余首），详述本草内容，提出了较为科学的药物分类法。《本草纲目》是一部享有国际声誉的药物、博物学名著。

清代先后刊行刘若金《本草述》、赵学敏《本草纲目拾遗》等。偏重于阐发药性的本草专著，有《珍珠囊药性赋》（原题为金人李杲撰）。南朝刘宋时人雷敫的《雷公炮炙论》，是我国早期有关炮制药物的代表性名著。清代简明易学的药物专著有汪昂《本草备要》、吴仪洛《本草从新》等。属于食疗性质的本草著作有唐人孟诜《食疗本草》，元人忽思慧《饮膳正要》，清人沈李龙《食物本草会纂》等。救荒性质的药物专著有明人朱橚《救荒本草》。本草谱录性编著，有清人刘灏等《广群芳谱》、吴其浚《植物名实图考》、《植物名实图考长编》等。

## 六、方 书

1973年，湖南长沙市马王堆3号汉墓出土一批古佚医书、帛书，

其中有一种为《五十二病方》，列有医方二百八十首。据考证此件为春秋战国时的文物，也是现存最早的医方著作。以书籍形式传世的早期方书，可以葛洪《肘后备急方》最具有代表性。孙思邈所撰的《备急千金要方》、《千金翼方》，反映了唐代对各科疾病诊治水平的显著提高。王焘《外台秘要》保存了若干已佚古医籍和名医的治疗方剂、方论。宋人王怀隐主编《太平圣惠方》，总结公元十世纪以前的临床各科病证及治法、方药，选方达一万余首。宋徽宗时由官方组织编撰的《圣济总录》，收选方剂近二万首。宋代方书还有许叔微《普济本事方》、洪遵《洪氏集验方》、陈言《三因极——病证方论》、陈师文等《太平惠民和剂局方》、王硕《易简方》、王璆《是斋百一选方》、魏岷《魏氏家藏方》、严用和《济生方》等。

明初朱橚领衔辑编的《普济方》（原为一百六十八卷，至清初编《四库全书》时改编为四百二十六卷），搜方达六万一千七百五十九首。此是现存规模最为恢宏的巨著。此外有影响的明代方书有董宿、方贤《奇效良方》，张时彻《摄生众妙方》，吴崑《医方考》，王肯堂《杂病证治类方》等。清代则以罗美《古今名医方论》、汪昂《医方集解》、王子接《绛雪园古方选注》、费伯雄《医方论》、陆懋修《不谢方》等较为实用。

属于歌括和便读的方书有：清人汪昂《汤头歌诀》，陈念祖《时方歌括》、《时方妙用》，张秉成《成方便读》，李文炳《仙拈集》等。突出走方医诊疗经验及验方的，有清人赵学敏《串雅内编》、《串雅外编》，谢元钦《良方集腋》、祝补斋《卫生鸿宝》、鲍相璈《验方新编》，其中《验方新编》刻本众多，影响也大。另有龚自璋《医方易简新编》、费山寿《急救应验良方》等。有关研究《本草纲目》附方的方书，以清人蔡烈先《本草万方针线》、曹绳彦《本草纲目万方类编》较为著名。



## 七、临床各科著述

属于综合性(包括各科多种临床病证证治内容)的著作较丰富,多数是以内科证治为主,兼及其他科。如:宋人窦材《扁鹊心书》,金人张子和《儒门事亲》、李杲《兰室秘藏》,元人罗天益《卫生宝鉴》、朱丹溪《金匱钩玄》及《丹溪心法》,明人徐彦纯《玉机微义》、王纶《明医杂著》、虞天民《医学正传》、方广《丹溪心法附余》、皇甫中《明医指掌》、龚廷贤《万病回春》及《寿世保元》、缪希雍《先醒斋医学广笔记》,清人喻昌《医门法律》、蒋示吉《医宗说约》、陈士铎《石室秘录》及《辨证奇闻》、张璐《张氏医通》、程国彭《医学心悟》、徐大椿《兰台轨范》、陈念祖《医学三字经》及《医学实在易》、江涵暎《笔花医镜》、林佩琴《类证治裁》、赵濂《医门补要》等。

属于温病证治的有:明人吴又可《温疫论》,清人叶桂《温热论》、薛生白《湿热条辨》、吴鞠通《温病条辨》、王孟英《温热经纬》、雷少逸《时病论》、戴天章《广温疫论》、杨栗山《伤寒温疫条辨》(简称《寒温条辨》)、刘奎《松峰说疫》,余霖《疫疹一得》等。

偏重于内科病证证治的有:金人李杲《内外伤辨惑论》及《脾胃论》,元人朱丹溪《脉因证治》,明人王肯堂《杂病证治准绳》、薛己《内科摘要》、秦昌遇等《症因脉治》,清人李用粹《证治汇补》、吴谦《医宗金鉴·杂病心法要诀》、沈金鳌《杂病源流犀烛》、尤怡《金匱翼》、费伯雄《医醇膳义》等。

关于风、劳、臑、膈及血证专病论著,较著者有清人姜天叙《风劳臑膈四大证治》,元人葛可久《十药神书》,明人龚居中《痰火点雪》(又名《红炉点雪》)、汪绮石《理虚元鉴》,清人吴澄《不居集》(以上均为偏重于劳病证治),以及熊庆笏《中风论》,张寿颐《中风斟论》,唐容川《血证论》等。

关于妇产科方面,现存较为完整的早期名著为宋人陈自明《妇人大全良方》。其他有明人万全《万氏女科》、王肯堂《女科证治准绳》、武之望《济阴纲目》,清人萧赧六《女科经纶》、傅山《傅青主女科》、沈尧封《沈氏女科辑要》、沈金鳌《妇科玉尺》、竹林寺僧《竹林寺秘传女科》等。产科专著最早有唐人昝殷《经效产宝》,宋人朱端章《卫生家宝产科备要》。此两书较精要可取。清代较有影响的是亟斋居士的《达生篇》,刊本曾多达一百三十余种,几乎成为家庭必备的医学普及读物。书中强调产妇在分娩时宜沉着、镇静,要掌握好“睡、忍痛、慢临盆”六字要诀,实际上这是早期的“无痛分娩法”的生动记述,其科学性,至今仍令人叹服。倪枝维《产宝》、阎纯玺《胎产心法》、陈笏庵《胎产秘书》等,均有一定的学术影响。

有关儿科方面,早期有托名周穆王时巫师所传《颅囟经》(又作东汉卫汎撰)。较有影响的是宋人钱乙《小儿药证直诀》,对儿科病证,采用五脏辨证法以决定其治法,方药精审,讲求实效。另有刘昉编撰《幼幼新书》,是一部内容相当广博的儿科专著,共四十卷,另目录一卷。还有佚名《小儿卫生总微论方》,以儿科病证医论丰富著称。明代有万全《幼科发挥》、王肯堂《幼科证治准绳》。清代以夏鼎《幼科铁镜》、许豫和《许氏幼科七种》及吴睿堂《保婴易知录》等学术临床价值较高。麻疹专著以清人谢玉琼《麻科活人书》最具代表性。痘疹在宋代有陈文中《陈氏小儿痘疹方论》,明代有翁仲仁《痘疹金镜录》,清代有宋祥麟《痘疹正宗》、朱纯嘏《痘疹定论》等,均有较大影响。有关小儿惊疳专著,以清人庄在田《遂生福幼合编》最受欢迎,刊本达七十种之多。

关于外科方面,现存最早的专著,为南朝刘宋时人刘涓子传、南齐人龚庆宣所编的《刘涓子鬼遗方》。此书较全面的总结了晋代以前外科成就,学术影响广泛。其后有:原题宋人窦杰撰(后经明人窦梦麟续增)《疮疡经验全书》,元人齐德之《外科精义》,明人汪机《外科理例》、王肯堂《外科证治准绳》、陈实功《外科正宗》。清代刊行的有,祁

坤《外科大成》、陈士铎《洞天奥旨》、吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀》、王维德《外科全生集》、顾世澄《疡医大全》、高秉钧《疡科心得集》、许克昌《外科证治全书》、高文晋《外科图说》等,在学术、临床方面各具特色。

外科的专病著作有,宋人李迅《集验背疽方》,清人张镜《刺疗捷法》、过铸《刺疗汇要》,梁希曾《痲科全书》(痲指瘰疬,相当于淋巴结核,多见于颈部),明人薛己《痲疡机要》(为麻风专书)、陈司成《霉疮秘录》(为性病专著)等。

伤科方面,早期名著有唐人蔺道人《仙授理伤续断秘方》(简称《理伤续断方》)。此书较集中地论述骨折与关节脱位的治疗原则和方法,并收录了四十余首有关伤科病证的治疗方药。明清时,以明人薛己《正体类要》,清人钱秀昌《伤科补要》、赵竹泉《伤科大成》等较受医家重视。

眼科较早的专著有《银海精微》(托名为唐代孙思邈撰)和元人倪维德《原机启微》。此两书的刊行和传世,使眼科理论与临床方治趋于系统、成熟。后有明人葆光道人《眼科龙木论》、傅仁宇《审视瑶函》、邓苑《一草亭眼科全书》,清人吴谦《医宗金鉴·眼科心法要诀》、黄庭镜《目经大成》等,均为眼科常用的参考书。

咽喉口齿病虽为临床小科,也有不少专著。如:佚名《咽喉脉证通论》,清人张宗良《喉科指掌》,郑梅涧《重楼玉钥》,由燕山窦氏撰、朱翔宇编辑的《喉症全科紫珍集》等,均为喉科名著,尤以《重楼玉钥》更具代表性。此外,白喉、喉痧也有专书,有清人李纪方《白喉全生集》、耐修子《白喉治法忌表诀微》等。喉痧有清人陈耕道《疫痧草》、张振鋈《痧喉正义》等,所选方治,多有良效。有关口齿科专著有明人薛己撰《口齿类要》,对口齿病证的证治载述甚为精要。

## 八、针灸、推拿、外治法著述

长沙马王堆3号汉墓出土古医书中的《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》是战国以前的医书,也是我国现存最早的两部人体经脉学和有关灸疗的专书。《灵枢经》中有相当比重的针灸学术论述,晋人皇甫谧将《素问》、《灵枢经》和《明堂孔穴针灸治要》三书有关针灸学内容予以分类合编,撰成《针灸甲乙经》(简称《甲乙经》),这是我国最早的针灸学专著。以后的针灸著作,以明人徐凤《徐氏针灸大全》、杨继州《针灸大成》,清人廖润鸿《勉学堂针灸集成》等较有代表性,尤以《针灸大成》的学术临床影响最广泛。

有关经络、孔穴专著,早期的是隋唐时人杨上善《黄帝明堂经》,共十三卷,今仅残存一卷。实际影响较大的是宋人王惟一《铜人腧穴针灸图经》,元人滑寿《十四经发挥》,清人陈惠畴《经脉图考》等。

此外,针灸医术专著有,元人杜思敬《针灸节要》,宋人闻人耆年《备急灸法》、西方子《西方子明堂灸经》,以及有关太乙神针方面的著作等。

推拿和按摩,多用于小儿。有关名著有明人龚廷贤《小儿推拿秘旨》,清人熊应雄《小儿推拿广意》、骆如龙《幼科推拿秘书》、张振鋆《厘正按摩要术》等。

有关外治法专著,清人吴师机《理渝骈文》内容最为丰富。

## 九、养生术、导引气功著述

古代养生术著作,有宋人陈直撰、元人邹铉增补的《寿亲养老新书》,以内容博洽、切于实用著称于世。其他如:元人丘处机《摄生消息论》、王珪《泰定养生主论》,明人高濂《遵生八笺》、胡文煊《寿养丛书》

(内含《养生类纂》、《三元参赞延寿书》等十六种养生术专著)、冷谦《修龄要旨》、李中梓《寿世青编》等。

导引气功也有不少专著。如马王堆汉墓医书中有《导引图》，绘有四十四幅多种运动姿势的彩色人形图，并附文字说明，属于医疗和体育相结合的著作。明清时有幼真先生《胎息经注》、尹真人《性命圭旨》、潘霏《卫生要术》等。原题达摩祖师的《易筋经》，载述有关医疗体育、锻炼身体的方法，并附图解。此书在医疗、体育界流传颇广。

## 十、医论、医案、医话著作

较著名的医论著作有，宋人程迥《医经正本书》，元人朱丹溪《格致余论》、王履《医经溯洄集》，明人韩忭《韩氏医通》，清人张志聪《侣山堂类辨》，以及具有“医学期刊”性质的唐大烈《吴医汇讲》等。

大型的医案类编有，明人江瓘《名医类案》，清人魏之琇《续名医类案》、俞震《古今医案按》等。个人医案著作流传较广的有，明人汪机《石山医案》、孙一奎《孙文垣医案》，清人喻昌《寓意草》，尤怡《静香楼医案》、叶天士《临证指南》、徐大椿《洄溪医案》、柳宝诒《柳选四家医案》、《余听鸿医案》等。

医话著作以明人黄承昊《折肱漫录》，清人计楠《客尘医话》、王士雄《潜斋医话》、陆以湑《冷庐医话》尤为著名。

## 十一、医史著作

有关医史著作，宋代时就有史料性编著。颇具代表性的张杲《医说》，资料堪称博洽。属于通史性质的有清人徐大椿《医学源流论》、郑文焯《医故》。侧重于传记性的编著为宋人周守中《历代名医蒙求》，明人李濂《医史》，清人陈梦雷、蒋廷锡《医术名流列传》等。

## 十二、综合性医著

这类医书具有基础医学、临床医学等多方面的综合内容。侧重于医学通论的有,明人徐春甫《古今医统大全》、楼英《医学纲目》、李梴《医学入门》、张介宾《景岳全书》、李中梓《医宗必读》,清人罗美《古今名医汇粹》、景日珍《嵩崖尊生书》等。丛书合刻的则有:金人刘完素《刘河间医学六书》(简名《河间六书》)、李杲等《东垣十书》,元人杜思敬《济生拔粹》,明人薛己等《薛氏医案二十四种》、万全《万密斋医学全书》、孙一奎《赤水玄珠全集》、王肯堂《六科证治准绳》及《古今医统正脉全书》(简称《医统正脉》)、李中梓《士材三书》,清人喻昌《喻氏医书三种》、傅山《傅青主女科》、冯兆张《冯氏锦囊秘录》(简称《冯氏锦囊》)、张璐《张氏医书七种》、王琦《医林指月》、蒋廷锡等《古今图书集成·医部全录》、徐大椿《徐氏医书八种》、沈金鳌《沈氏尊生书》、吴谦《医宗金鉴》、章楠《医门棒喝》,王士雄《潜斋医学丛书》、陈念祖《南雅堂医学全集》、陆懋修《世补斋医书》、唐宗海《中西汇通医书五种》、周学海《周氏医学丛书》等。

# 第四章 中医理论

---

## 第一节 中医理论概述

---

中医理论以脏腑经络学说为理论基础,以古代朴素的唯物论和辩证法——阴阳五行学说为指导思想。中医理论奠基于战国后期成书的《黄帝内经》,其内容包括摄生防病、五运六气、脏腑经络、病因病机、诊法辨证、治则治法等。医者在实践的过程中,这些理论逐渐发展自成体系,它对揭示人体生命的奥秘,研究疾病的机理具有重要的科学内涵和学术价值。

中医理论有两个特点,一是统一整体观,二是辨证论治观。

### 一、中医的统一整体观

中医理论非常重视人体本身的统一性和完整性,也十分重视人与自然相参相应的密切关系。中医理论认为:人作为一个有机的整体,在各个脏腑组织、器官之间,其生理功能是相互协调、制约和互为所用统一的整体活动。也就是说,人体是各种不同层次的阴阳对立统一体,各种不同层次的阴阳始终处在动态的平衡之中。人体也是以

肝、心、脾、肺、肾这五脏为中心的五大功能活动系统的互为所用并制约的统一体。无论哪一层次的阴阳发生偏胜偏衰,或五大系统中的任何一个环节失调,都会发生病理变化。无论是正常的生理功能或异常状态下的病理变化,也会持续不断地受到自然界的影响。这就是中医理论所重视的统一整体观。

### (一) 宇宙整体观

宇宙是一个整体,地球处于宇宙之中,周围大气充盈。如《素问·五运行大论》所谓:“地为人之下,太虚之中者也。帝曰:冯(音义同“凭”)乎?岐伯曰:大气举之也。”而宇宙寥廓无边,由太虚而生有形,因阴阳而化万物。如《素问·天元纪大论》称:“太虚寥廓,肇基化元,万物资始,五运终天,布气真灵,揅统坤元,九星悬朗,七曜周旋,曰阴曰阳,曰柔曰刚,幽显既位,寒暑弛张,生生化化,品物咸章。”万物在天地之间,相互影响,相互依存。天地阴阳,化生万物。《素问·生气通天论》称:“天地之间,六合之内,其气九洲九窍、五脏十二节,皆通乎天气。”一年之中春夏秋冬四季不仅有春生、夏长、秋收、冬藏的连续性,而且还与东西南北、风热燥寒、酸苦辛咸等等相联系。每个季节总是在前一个季节的基础上发生、发展起来的,至于生长化收藏,风湿燥寒等等相关事物亦是如此。

### (二) 天人相应观

中医理论认为,人体与自然界有着不可分割的整体联系。人在生活过程中,除了不断地求得机体内环境的相对平衡外,同时也要与变化着的外环境(自然界)求得相对平衡,才能维持其相互间的完整的统一性。《素问·宝命全形论》曰:“人以天地之气生,四时之法成。人能应四时者,天地为之父母。”《灵枢·岁露论》又明确指出:“人与天地相参也,与日月相应也……。”人类不仅能够适应自然,而且能够利用和改造自然。《素问·四气调神大论》称:“故阴阳四时者,万物之终始也,死生之本也,逆之则灾害生,从之则苛疾不起,是谓得道。”这就



说明人类掌握四时阴阳变化的规律,就能够避免灾害的发生,非但不会得病,并能达到健康、长生的目的。人们不仅要遵照春生、夏长、秋收、冬藏的规律去顺应自然,而且在一日之内也要适应其阴阳的消长变化。

中医理论还认为,地理环境和生活习惯的不同对人体生理也会产生较大的影响。如《素问·异法方宜论》指出:“故东方之域,天地之所始生也。鱼盐之地,海滨傍水,其民食鱼而嗜咸,……故其民皆黑色踈理”;“西方者,金玉之域,沙石之处,天地之所收引也。其民陵居而多风,水土刚强。其民不衣而褐荐,其民华食而脂肥,故邪不能伤其形体……”;“北方者,天地所闭藏之域也,其地高陵居,风寒冰冽,其民乐野处而乳食,……”;“南方者,天地所长养,阳之所盛处也。其地下,水土弱,雾露之所聚也。其民嗜酸而食胍(腐),故其民皆致理而赤色,……”;“中央者,其地平以湿,天地所以生万物也众,其民食杂而不劳,……”四时阴阳与五方环境对人可以产生较大的影响,人类对此有明确的认识,则能主动地去适应它。但人的适应能力有一定的限度,当四时阴阳与自然环境发生巨大或剧烈变化而超出人类所能适应的限度时,人就会产生疾病。甚至在一日之中阴阳二气的盛衰,也影响人的正常生理,并对人的病理变化也同样起着明显的影响。如《灵枢·顺气一日分为四时》提出:“春生、夏长、秋收、冬藏,是气之常也,人亦应之。以一日分为四时,朝则为春,日中为夏,日入为秋,夜半为冬。朝则人气始生,病气衰,故旦慧;日中人气长,长则胜邪,故安;夕则人气始衰,邪气始生,故加;夜半人气入脏,邪气独居于身,故甚也。”

### (三) 脏腑生理整体观

中医理论认为,人体的生命活动是通过脏腑经络的整体活动予以体现。这些生理功能是统一的,彼此联系、相互促进并制约。首先,人体是多层次的阴阳对立的统一体,如《素问·金匱真言论》:“夫言

人之阴阳,则外为阳,内为阴。言人身之阴阳,则背为阳,腹为阴。言人身之脏腑中阴阳,则脏者为阴,腑者为阳。肝心脾肺肾五脏皆为阴,胆胃大肠小肠膀胱三焦六腑皆为阳。……故背为阳,阳中之阳心也;背为阳,阳中之阴肺也。腹为阴,阴中之阴肾也;腹为阴,阴中之阳肝也;腹为阴,阴中之至阴脾也。”在人体中,阴阳是对立的统一体,永远处在动态的相对平衡中,通过这个平衡,维持正常的生理功能,即所谓“阴平阳秘,精神乃治”(见《素问·生气通天论》)。

人体是以肝、心、脾、肺、肾五脏为中心的五大功能系统的统一整体。人体的所有脏腑、组织和器官都可以包括在这五个系统之中。这五个系统及其所属器官,虽各有其生理功能,但却又是相互密切联系而不可截然分割。以五脏为中心的五大功能系统的相互协调统一又相互依存制约的生命运动,就是人体的正常生理活动。以五脏为中心的五大功能系统的相互关系,中医理论将其归纳为五行生克、乘侮的关系。

虽然五大系统相互协调统一,五脏六腑相互依存为用,但毕竟还有主次之分。中医理论认为心是最重要的,心为君主之官,心为五脏六腑之大主。它正常与否,直接影响其他脏腑组织和器官。如《素问·灵兰秘典论》所谓:“心者,君主之官也,神明出焉。”明示心在五脏六腑中的主导地位。

#### (四) 病理变化整体观

中医理论的整体观特点也反映在对病理变化的认识上。中医理论认为:任何一个脏器发生病变均能影响其他脏腑。如《素问·热论》曰:“伤寒一日,巨阳受之,故头项痛,腰脊强。二日阳明受之,阳明主肉,其脉夹鼻络于目,故身热目痛而鼻干,不得卧也。三日少阳受之,少阳主胆,其脉循胁络于耳,故胸胁痛而耳聋。三阳经络皆受其病而未入于脏者,故可汗而已。”因此,对于人体局部病变,切莫单纯看成局部问题,而应从整体出发认真分析,求得病变的本质。如“肝开窍

于目”，目病可以责之于肝，但又不能单纯看成是肝的问题，而应和全身各脏腑系统加以联系。因为“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束，裹撷筋骨血气之精而与脉并为系，上属于脑，后出于项中。”（《灵枢·大惑论》）

此外，中医理论还认为：病变是因人体多层次的阴阳两大系统的动态平衡被破坏，即“阴胜则阳病，阳胜则阴病，阳胜则热，阴胜则寒。”（《素问·阴阳应象大论》）所以必须从整体观念出发，全面分析病理变化的根源。

疾病由浅入深的传变，除上述六经传变外，尚有表里两经相传者，或有由外而内舍于其合者。如《素问·痹论》：“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也。故骨痹不已，复感于邪，内舍于肾；筋痹不已，复感于邪，内舍于肝；脉痹不已，复感于邪，内舍于心；肌痹不已，复感于邪，内舍于脾；皮痹不已，复感于邪，内舍于肺。”

又有脏腑病变中“母病及子”或“子病及母”者，亦有按乘侮关系相传而病者，皆须以整体观念详审而明辨之，方能求得其本。

#### （五） 诊断治疗整体观

因为五脏六腑和全身组织器官在生理和病理方面都是一个统一的整体，所以在诊断和治疗方面亦必须以整体观念来对待。也就是说，必须通过五官、形体、色脉等外在变化，以了解掌握内在脏腑的病变，进而分析推断病变部位与其他脏腑组织乃至整个人体的内在联系和影响。如此方能作出正确的诊断和进行合理的治疗。如，临床见到两目昏花干涩、视力下降，首先应该想到目与肝的关系，想到肝开窍于目。结合其他脉证并“乙癸同源”的关系，则很容易作出肝肾阴虚的判断，进而采取滋补肝肾的治法。

## 二、中医的辨证论治观

中医理论的另一特征是辨证论治的观点。它是以古代朴素的唯物论和辩证法——阴阳五行学说为指导的。中医治病必求于本。所谓本,就是阴阳,因为“生之本,本于阴阳”。张景岳在《类经》中说过:“医道虽繁,可一言以蔽之者,曰阴阳而已。”《素问·至真要大论》指出治病求本“谨察阴阳所在而调之,以平为期”,也就是解决主要矛盾。主要矛盾解决了,次要矛盾就迎刃而解。辨证求因,审因论治,治病求本,都是为了解决主要矛盾。四诊八纲、理法方药、方剂学的君臣佐使,以及治疗中的“八法”等等,均可体现中医的辨证观点。

中医理论的辨证观点同样体现在其治法上,如《素问·阴阳应象大论》所载:“病之始起也,可刺而已。其盛,可待衰而已。故因其轻而扬之,因其重而减之,因其衰而彰之。形不足者,温之以气;精不足者,补之以味;其高者,因而越之;其下者,引而竭之;中满者,泻之于内;其有邪者,渍形以为汗;其在皮者,汗而发之;其慄悍者,按而收之;其实者,散而泻之。审其阴阳,以别柔刚,阳病治阴,阴病治阳,定其血气,各守其乡。血实宜决之,气虚宜掣引之。”

病理上的阴阳消长和转化是一个量变到质变过程。如外感温病,由于热毒深重,表现为高烧之阳热实证,这明显是疾病发展的量变过程。但是由于大量耗伤机体的阳气和津液,病情可突然出现面色苍白、四肢厥冷、脉微欲绝等阴寒虚脱证之危像,便是由阳证转化为阴证,由量变转化为质变的过程。如治疗得法,病情好转,则又可由阴证转为阳证,这就是阴阳的相互转化。

以上就是中医理论的基本内容和特点。中医还包括有关针灸、推拿、气功、养生的理论,各有其特色,我们将在本书相应的章节中阐述。

---

## 第二节 中医的指导思想——阴阳五行学说

---

阴阳五行学说是春秋战国时代的哲学思想,在中医理论形成的过程中,阴阳五行学说起着思想基础的作用,成为中医理论的思想。

### 一、中医理论中的阴阳学说

所谓“阴阳”,本指日光向背,古代思想家用以解释一切自然形象,进而形成“一阴一阳之谓道”的学说。阴阳学说包含着丰富的辩证法。古代思想家认为宇宙万物都是在无休止的运动中彼此相联系。一切事物变化都是在两种对立事物相互作用之下发生的。诸如,天与地、日与月、水与火、昼与夜、明与暗、热与寒、动与静、表与里、上与下、生与死等等,无一不是相互关联而又相互矛盾的事物和现象。所有相互对立的事物尽管千差万别,但均有共同特点,就是矛盾的双方在性态上总表现出两类特定的相反趋向。一类是明亮、活跃、向前、向上、温热、充实、外露、伸张、扩散、开放、雄性;另一类则恰恰相反,即晦暗、沉静、向后、向下、寒凉、虚空、内藏、压缩、凝聚、闭合、雌性。前一类为阳,后一类为阴。阴阳作为属性被抽象出来,用以说明宇宙万物发生发展和变化规律。这就是阴阳学说。

阴阳学说在中医理论中的体现为:

#### (一) 说明人体结构

《素问·宝命全形论》曰:“人生有形,不离阴阳。”人体的任何部位均可用阴阳予以说明,如头为诸阳之会,四肢为诸阳之本,三阴三阳十二经脉在人身之分布。《素问·金匱真言论》:“夫言人之阴

阳……腹为阴，阴中之至阴，脾也。”阴阳学说说明人体生理功能，如《素问·阴阳应象大论》：“水为阴，火为阳，阳为气，阴为味，味归形，形归气，气归精，精归化。精食气，形食味，化生精，气生形。味伤形，气伤精，精化为气，气伤于味，阴味出下窍，阳气出上窍。”《素问·生气通天论》：“阴者，藏精而起亟也；阳者，卫外而为固也。”

## （二）说明病理变化

正气可以分阴阳，邪气亦可分阴阳，正气之阴阳有偏盛偏衰，临床上可以表现出种种寒热虚实的病变。“阴胜则阳病，阳胜则阴病，阳胜则热，阴胜则寒。”（《素问·阴阳应象大论》）“阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒。”（《素问·调经论》）又如三阴三阳经络病变，《素问·热论》中言之较详。

## （三）用于诊断

用阴阳说明病变部位、性质。阴阳为八纲辨证的总纲。表里寒热虚实诸证均可用阴阳加以分析概括。脏腑阴阳本身的病变则直接用阴阳表示，如心阳虚、心阴虚、肾阳虚、肾阴虚等等。“察色按脉，先别阴阳”（《素问·阴阳应象大论》）。色有阴阳，脉亦有阴阳。

## （四）用于治疗

《素问·至真要大论》说：“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”说明治疗疾病就是要协调阴阳。欲调阴阳，除了用针刺之法“从阴引阳，从阳引阴”而外，用药物进行协调阴阳则更为常用。阴阳学说确立治疗的原则是“阳病治阴，阴病治阳”。又如《灵枢·终始》：“病先起阴者，先治其阴，而后治其阳；病先起阳者，先治其阳，而后治其阴。”《灵枢·五色》：“病生于内者，先治其阴，后治其阳，反者益甚；其病生于阳者，先治其外，后治其内，反者益甚。”这些就是阴阳学说用于治疗方面的基础理论。

## （五）阐明药物属性

如《素问·阴阳应象大论》：“味厚者为阴，薄为阴之阳；气厚者为

阳，薄为阳之阴。味厚则泄，薄则通；气薄则发泄，厚则发热。”“气味辛甘发散为阳，酸苦涌泄为阴。”

## 二、中医理论中的五行学说

所谓“五行”，就是指木、火、土、金、水五种物质。五行学说是古代思想家在朴素的唯物论基础上发展而成的一种系统论。他们把五行之间的关系看成一个整体。如《左传》昭公元年条提到：“天生五材，民并用之，废一不可”。《尚书·洪范》指出：“水火者，百姓之所饮食也；金木者，百姓之所兴作也；土者，万物之所资生，是为人用。”这五种物质相互杂合以生百物。“故先王以土与金、木、水、火杂合以成万物”（《国语·郑语》）。后来有人将五种物质加以抽象，运用其生克关系阐释事物之间的相互联系，认为任何事物都不是孤立的、静止的，而是在不断的相生、相克的运动之中维持着协调平衡的。这就形成了五行学说。五行学说作为一种哲学思想，对于中医理论的形成同样起着思想基础的作用。

五行学说在中医理论中的体现为：

### （一）说明五脏的生理功能

五行学说将人体归纳为以五脏为核心五大功能系统。肝喜调达，恶抑郁，有疏泄的功能，故肝属木；心有温煦之功，故心属火；脾为后天之本，为气血生化之源，并能营养五脏六腑、四肢百骸，犹土能生万物，故脾属土；肺具清肃之性，以肃降为顺，故肺属金。

### （二）说明五脏之间的关系

五行的生克制化关系，完全适用于五脏之间的关系。如肝（木）生心（火），肝藏血以济心；心（火）生脾（土），心阳以温脾；脾（土）生肺（金），“脾气散精，上归于肺”（《素问·经脉别论》）；肺（金）生肾（水），肺金清肃下行以助肾水；肾（水）生肝（木），肾藏精以滋养肝阴肝血。

其相克,即五脏间的相互制约。如肝克脾,脾克肾,肾克心,心克肺,肺克肝。《素问·五脏生成论》说:“心之合脉也,其荣色也,其主肾也;肺之合皮也,其荣毛也,其主心也;肝之合筋也,其荣爪也,其主肺也;脾之合肉也,其荣唇也,其主肝也;肾之合骨也,其荣发也,其主脾也。”这里的“主”,就是制约、克伐的象意词。

### (三) 说明五脏病变的相互影响

一是相生关系的传变。病变从母脏传到子脏,谓之“母病及子”,如肾阴不足影响到肝阴、肝血不足,成为肝肾阴虚,或水不涵木而肝阳偏亢。又有“子病及母”者,或称“子病犯母”,或称“子盗母气”。如心病及肝即是此类,临床上心肝血虚或心肝火旺,初病在心而累及于肝,是为子病犯母。二是相克关系的传变。主要表现为相乘和反侮,前者如肝木太盛而克伐脾土,或脾土太虚太弱而肝木乘之,是谓“木乘土”或“土虚木乘”;后者如肝气、肝火犯肺,是为反侮,其原因或责之肺金太虚,或责之肝木太旺、太盛。

### (四) 说明疾病的传变

疾病并非一定按五行学说的规律传变,《素问·玉机真脏论》就说:“然其卒发者,不必治于传,或其传化有不以次。”切不可因临床有“见肝之病,知肝传脾”的典型五行传变规律就胶柱鼓瑟而一成不变。

### (五) 用于指导诊断

将四诊所得的病情和体征,按五行所属和生克乘侮规律来判断病变部位、性质、预后和转归。《难经·六十一难》说:“望而知之者,望见其五色以知其病;闻而知之者,闻其五音以别其病;问而知之者,问其所欲五味以知其病所起所在也;切脉而知之者,诊其寸口,视其虚实以知其病,病在何脏腑。”中医理论是十分重视色脉相参的,正如《素问·五脏生成论》所说:“能合色脉,可以万全。”

### (六) 用于指导治疗

临床上用五行生克规律以阐释疾病的传变,在治疗本脏的同时,



按五行生克乘侮的规律调整各脏之间的相互关系,以确定治疗原则和方法。《难经·六十九难》提出:“虚则补其母,实则泻其子。”这是按五行相生规律进行治疗的基本原则。如治疗肝阴不足采取滋水涵木法的补肾是为补母;治疗肝火炽盛而采取泻心法,是为泻子。根据相克关系确立的治疗原则主要是抑强扶弱。抑强用于相克太过,如肝气横逆,犯胃克脾,则治以疏肝、平肝为主;扶弱用于相克不及,如肝虚木不疏土造成的脾不健运,宜和肝为主,兼以健脾。

利用五行相生规律而定的治疗原则和方法,大致有:滋水涵木法,益火补土法,培土生金法,金水相生法等。根据相克规律制定的治疗原则有:抑木扶土法,培土制水法,佐金平木法,泻南补北法等。

其他,如针灸疗法,系选用五腧穴进行治疗以体现五行生克规律;精神疗法运用五行相克的规律治疗情志太过造成的疾病,也有其一定的临床应用参考价值。

必须指出,阴阳学说和五行学说在医学领域中是综合运用的。论阴阳则往往联系到五行,言五行则必涉及到阴阳。正如探讨脏腑阴阳盛衰总要联系到五脏间的生克制化,而探讨五脏之间的联系时,也绝不可能避开脏腑的阴阳。故必须将阴阳学说与五行学说相结合,才能对其概念与应用,有一个系统的、正确的认识。

---

### 第三节 中医的理论基础——脏腑学说

---

中医理论是以脏腑学说为理论基础的。脏腑是人体内脏的总称,包括肝、心、脾、肺、肾和心包络等六脏,胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦等六腑,以及脑、髓、骨、脉、胆、女子胞等奇恒之腑。中医典籍《灵枢·本脏》指出:“五脏者,所以藏精、神、血、气、魂、魄者也;六腑者,所以化水谷而行津液者也。”《素问·五脏别论》则云:“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。”由于中医是通过对人体生理、病理现象来研究人体各脏腑的生理功能、病理变化及其相互间的内在联系,所以脏腑学说又称脏象学说。“脏象”两字首先于《素问·六节脏象论》,张景岳《类经》曰:“象,形象也。脏居于内,形见于外,故曰脏象。”

## 一、中医脏腑学说的形成

中医的脏腑学说与现代医学所论脏腑的概念不同,它对脏腑的认识绝不仅仅停留在脏腑本身,而是以五脏为中心的五大功能系统,强调人体的整体统一性,也强调人体与自然界相关事物的统一性。所以脏腑学说除研究实质性的脏器之外,更重要的是概括人体生理功能和病理变化在人体外部的种种反映,还包括各脏腑之间以及人与自然界之间的密切联系等。

脏腑学说的形成有以下三个条件:一是解剖学基础。《灵枢·经水》载述:“若夫八尺之士,皮肉在此,外可度量切循而得之,其死可解剖而视之。其脏之坚脆、腑之大小、谷之多少、脉之长短、血之清浊、气之多少,十二经之多血少气,与其少血多气,与其皆多血气,与其皆少血气,皆有大数。”《灵枢·肠胃》对消化道长度的描述与近代解剖学记载大体相同。《难经》载“肾有两”、“肝独有二叶”、“胆在肝之短叶间,重三两二铢,盛精汁三合”等均较确切;二是朴素而独特的生理与病理理论。这是在长期的医疗实践和细心观察、认真分析的基础上总结归纳出来的。如心主血脉、肝藏血、肺主气、肾主水、脾主运化、胃为水谷之海、大肠主传导糟粕等,认识均较确切,而肾为先天之本、脾为后天之本、脑为元神之府等理论对脏腑学说的形成亦颇重要;三是长期临床实践基础与哲学思想的指导。古代医家在与疾病作斗争过程中积累了丰富的临床经验,这些经验在具有古代唯物主义哲学的阴

阳五行学说的指导下,形成了中医学独特的理论体系,脏腑学说则是这个理论体系的核心。

脏腑学说不仅应用于中医的生理学与病理学,并广泛地运用于疾病的诊断、治疗、中药和方剂等各个方面。它是辨证论治的主要理论根据。脏腑学说在预防疾病和养生方面也起着重要作用,脏腑机能的旺盛状态,形态结构的健全情况是抗御疾病发生的基础。五脏应五时,不同的季节采取不同的养生方法顺应自然,以养相应的脏腑,达到预防疾病和养生的目的。如《素问·四气调神大论》指出:“春三月,此谓发陈,天地俱生,万物以荣,夜卧早起,广步于庭,被发缓形,以使志生,……夏三月,此谓蕃秀,天地气交,万物华实,夜卧早起,无厌于日,……秋三月,此谓容平,天气以急,地气以明,早卧早起,与鸡俱兴,使志安宁,……冬三月,此谓闭藏,水冰地坼,无扰乎阳,早卧晚起,必待日光,……”由此可见,顺应四时,对五脏的正常生理功能的保持与增强,对预防疾病有着重要的意义。

## 二、五脏的生理功能

### (一) 心

心为五脏六腑之大主,神之居,血之主,脉之宗。在五行属火。心的生理功能,一是心主血脉,二是心主神志。心开窍于舌,其华在面,在志为喜,在液为汗。心与小肠相表里。

#### 1. 心主血脉

血和脉均由心所主。全身的血都在脉中,赖心气之力的推动输送到全身。脉就是血脉,又称经脉、血府。《素问·五脏生成论》称:“诸血者,皆属于脉。”《灵枢·决气》曰:“壅遏营气,令无所避,是谓脉。”可见《素问·痿论》所说的“心主身之血脉”和《素问·六节脏象论》所说“心者,其充在血脉”,皆谓心、脉、血是一个系统,这个系统由心来

主宰。心气充沛,心血充足,脉道通利,则血液正常运行,营养全身,面色红润光泽,头发黑亮;心气不足、血液亏虚、脉道不利,则面色无华,脉象无力,发枯断落;甚则发生气血瘀滞,血脉受阻,面色灰暗,唇舌青紫,胸闷刺痛,出现促、结、代等病脉。人体的血液是循环不休的,在《内经》中就已发现血液循环。《素问·举痛论》称:“经脉流行不止,环周不休。”《灵枢·动输》也称:“营卫之行也,上下相贯,如环之无端,终而复始。”这是世界最早对血液循环的载述。

## 2. 心主神志

整个人体生命活动的外在表现,如人体的形象、面色、精神状态、眼神、语言、应答、肢体活动以及和思维活动相关的一切表现,均包含于神的范畴。《素问·移精变气论》所说的“得神者昌,失神者亡”,这个“神”,就是广义的神。狭义的神是心所主的神志,是指人的精神、意识、思维活动。这些不仅是人体生理功能的重要组成部分,又能影响人体生理活动的协调平衡。《灵枢·本神》说:“所以任物者,谓之心。”接受外来事物、外来刺激,是心的功能。《类经》指出:“情志之伤,虽五脏各有所属,然求其所由,无不从心而发。”《灵枢·本神》将人的思维活动说得比较全面而深刻:“故生之来谓之精,两精相搏谓之神,随神往来者谓之魂,并精出入者谓之魄。所以任物者谓之心,心有所忆谓之意,意之所存谓之志,因志而存变谓之思,因思而远慕谓之虑,因虑而处物谓之智。”

就心主神明而言,心统领五志,而五志又分属于五脏。心在志为喜,正常情况下,“喜则气和志达,营卫通利”(《素问·举痛论》)。如果喜乐过度,也会伤及心神,故《灵枢·本神》说:“喜乐者,神惮散而不藏。”太过或不及均可致病,如《素问·调经论》说:“神有余则笑不休,神不足则悲。”由于心主五志,故五志太过皆能伤心,所谓“忧愁悲恐则伤心”(《灵枢·邪气脏腑病形》)、“忧愁思虑则伤心”(《素问·本病论》)。《灵枢·口问》则云:“故悲哀忧愁则心动,心动则五脏六腑

皆摇。”

心在液为汗,是谓“汗为心之液”。又有血汗同源之说,故《灵枢·营卫生会》说:“夺血者无汗,夺汗者无血。”

心在体合脉,其华在面,心主血脉,故其在体为脉。由于“十二经脉、三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍。”(《灵枢·邪气脏腑病形》)故心气旺盛、血脉充盈,则面部红润光泽,心气不足、血脉空虚则面色苍白、晦滞,《素问·五脏生成论》说:“心之合脉也,其荣色也。”

心在窍为舌,即心开窍于舌。《灵枢·脉度》说:“心气通于舌,心和则舌能知五味矣。”《灵枢·经脉》曰:“手少阴之别……循经入心中,系舌本。”《素问·阴阳应象大论》:“心主舌”、“在窍为舌”,以上皆谓心与舌关系十分密切。心的功能正常,则舌体红活荣润、柔软灵活、语言流利、味觉灵敏;心阳不足则舌质淡而胖嫩,心阴不足则舌质红绛瘦瘪;心火上炎则舌红,甚至生疮;心血瘀阻则舌质暗紫,或有瘀斑;心主神态的功能异常,则可见舌卷、舌强、舌歪、语言蹇涩或失语。

《素问·六节脏象论》说:“心者,生之本,神之变也,其华在面,其充在血脉,为阳中之太阳,通于夏气。”这是对心的主要生理功能的概括。

此外,还有关于心包络问题。

心包络即心包,又称“膻中”。包在心外,有保护心脏之功用。明代医学家虞天民在《医学正传》中说:“心包络,实乃裹心之包膜也,包于心外,故曰心包络也。”《医贯》亦称:“心之下有心包络,即膻中也,象如仰盂,心即居其中。”《灵枢·胀论》说:“膻中者,心主之宫城也。”在经络学说中,心包经属手厥阴,与手少阳三焦经相表里,故心包络亦为脏,故五脏实为六脏。心包络既在心外,则能保护心脏,替心受邪。故《灵枢·邪客》说:“心者,五脏六腑之大主,精神之所舍也。其脏坚固,邪弗能客也,客之则心伤,心伤则神去,神去则死矣。故诸邪之在于心者皆在于心之包络。”临床上每见“热入心包”、“痰浊蒙蔽心

包”等证。

## (二) 肺

肺居胸腔,位为华盖,为气之主,并为藏魄之处。在五行属金。肺的主要功能是主气,司呼吸,主宣发和肃降,通调水道,朝百脉而主治节,辅助心脏调节气血之运行。开窍于鼻而外合皮毛,在志为忧,在液为涕,与大肠相表里。

### 1. 肺主气,司呼吸

肺既主呼吸之气,又主一身之气。肺主呼吸之气是指肺为体内气体交换的场所。肺吸入自然之气,呼出体内的浊气,通过吐故纳新,促进气的生成和运行,调节人体气的升降出入运动,保证人体新陈代谢的正常进行。“肺主一身之气”,是说一身之气皆归属于肺。《素问·五脏生成论》曰:“诸气者,皆属于肺。”“肺主一身之气”首先体现在气的生成,尤其是宗气的生成,主要依靠肺吸入的清气与脾胃化生的水谷精微之气相结合。肺的呼吸功能是否健全,直接影响着宗气的生成,也影响着全身之气的生成。肺对全身的气机具有调节作用,对气机的升降出入运动起着重要的调节作用。如呼吸功能失常,必然影响宗气的生成和气的运动。如肺的呼吸功能丧失,清气不得入,浊气不得出,生命亦即停止。

### 2. 肺主宣发和肃降

肺的宣发首先体现于肺的气化,用以排除体内的浊气;其次是将脾所转输的津液和水谷精微布散到全身。如《灵枢·决气》所说:“上焦开发,宣五谷味,熏肤、充身、泽毛,若雾露之溉,是谓气。”再次是宣发卫气,调节腠理之开阖,将代谢后的津液化为汗液排出。肺主肃降的功能体现如下三点:一是吸入自然界之清气;二是将吸入的自然之气和脾传输的津液和水谷精微向下布散;三是肃清呼吸道的异物,以保持呼吸道的清静。

肺的宣发和肃降,是相反相成的矛盾运动,病理上常互相影响。

如两者失调,势必出现“肺气失宣”或“肺失肃降”的病变。

### 3. 通调水道

此项功能是指肺对体内的水液的输布、运行和排泄所起的疏通和调节的作用,这个功能与肺的宣发和肃降的功能密不可分。肺的宣发,不但将津液和水谷精微宣发至全身,而且亦主腠理之开阖、汗液之排泄;其肃降,不但将吸入之清气下纳于肾,而且亦将体内水液下输膀胱,形成尿液,经气化排出。《素问·经脉别论》称:“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。”即谓“肺主行水”或曰“肺为水之上源”。如肺不能通调水道,则水液停聚,而造成水肿,或生痰,或成饮。

### 4. 肺朝百脉而主治节

全身的经脉血液,都朝会于肺。《素问·经脉别论》说:“食气入胃,浊气归心,淫精于脉;脉气流经,经气归于肺;肺朝百脉,输精于皮毛;毛脉合精,行气于腑;腑精神明,留于四肢。”血的运行固然由心所主,但亦不能脱离气的推动。肺主一身之气,既生气又调畅气机,是以血之运行亦有赖于肺气的敷布调节和肺朝百脉的功能。清人高士宗《医学真传》称:“人之一身,皆气血之所循行,气非血不和,血非气不运。”《素问·灵兰秘典论》曰:“肺者,相傅之官,治节出焉。”这是说肺对心的辅助和调节作用,即通过呼吸,调节气机,辅助心脏,推动血液运行,控制心的节律,协调心肺功能,调节水液代谢等。

《素问·阴阳应象大论》称,肺“在志为忧”,忧与悲同属肺志,均能使气不断消耗。《素问·举痛论》曰:“悲则气消”,“悲则心系急,肺布叶举,而上焦不通,营卫不散,热气在中,故气消矣。”

肺在液为涕,肺开窍于鼻。《素问·宣明五气论》称其“五脏化液”,“肺为涕”。正常人涕润鼻窍,燥湿适中而不流涕,遇有邪侵,则鼻塞涕流。

肺在体合皮,其华在毛,或曰“肺合皮毛”。皮毛需要卫气的温煦,

津液的濡养,肺主气属卫,能宣发卫气,输精于皮毛。《素问·五脏生成论》曰:“肺之合皮也,其荣毛也。”

肺在窍为鼻,鼻和喉是呼吸的门户,故有“鼻为肺之窍”、“喉为肺之门户”的说法。肺气和、呼吸利则嗅觉灵敏,声音能彰。《灵枢·脉度》说:“肺气通于鼻,肺和则鼻能闻臭香矣。”

### (三) 脾

脾位于中焦,在膈之下。脾开窍于口,其华在唇。在五行属土。脾的主要生理功能是主运化、升清和统摄血液。脾和胃同属消化系统的主要脏器,机体的消化运动,主要依赖于脾和胃的生理功能。机体生命活动的持续和气血津液的生化,均有赖于脾胃运动的水谷精微,而称脾胃为气血生化之源,“后天之本”。故《素问·灵兰秘典论》说:“脾胃者,仓廩之官,五味出焉。”

#### 1. 脾主运化

运,即转运输送;化,即消化吸收。脾主运化,是指脾具有把水谷(饮食物)化为精微,并将精微物质转输至全身的生理功能。脾的运化功能可分为两个方面,其一为运化水谷,即对饮食物的消化和吸收。饮食入胃后,对饮食物的消化和吸收,实际上是在胃和小肠内进行的。但是,必须依赖脾的运化功能,才能将水谷化为精微。同样,也有赖于脾的转输和散精功能,才能把水谷精微“灌溉四旁”和布散至全身。如《素问·经脉别论》所说“食气入胃,散精于肝”,“浊气归心,淫精于脉”,“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺”等等,均说明饮食物中营养物质的吸收,全赖于脾的转输和散精功能。其二为运化水液(或称“运化水湿”),是指对水液的吸收、转输和布散作用,是脾主运化的一个组成部分。饮食物中营养物质的吸收,多属于液态物质,所谓运化水液的功能,即是对被吸收的水谷精微中多余水分,能及时地转输至肺和肾,通过肺、肾的气化功能,化为汗和尿排出体外。因此,脾的运化水液功能健旺,就能防止水液在体内的停滞,



也就能防止湿、痰、饮等病理产物的生成。反之,脾的运化水液功能减退,则水液易于停滞,而产生湿、痰、饮等病理产物,甚至导致水肿。故《素问·至真要大论》说:“诸湿肿满,皆属于脾。”

## 2. 脾主升清

脾的运化功能,是以升清为主。这里的“升”,是指脾气的运动以上升为主的特点,故又说“脾气主升”;“清”,是指水谷精微等营养物质。“升清”,即是指水谷精微等营养物质的吸收和上输于心、肺、头目,通过心肺的作用化生气血,以营养全身。故说“脾以升为健”。升和降是脏腑气机的一对矛盾运动。脾的升清,是和胃的降浊相对而言,如脾气(中气)下陷,则可见久泄脱肛,甚或内脏下垂等病症。

## 3. 脾主统血

统,是统摄、控制的意思。脾有统摄血液在经脉之中流行,防止逸出脉外的功能。《难经·四十二难》说:“脾裹血,温五脏。”这里的裹,是指脾具有包裹血液,勿使外逸的意思,亦即指脾有统血和固摄的作用。

脾在志为思。思,即思考、思虑,是人体精神意识思维活动的一种状态。如《灵枢·本神》说:“因志而存变谓之思。”思,虽为脾之志,但亦与心主神明有关,故有“思出于心,而脾应之”之说。思虑过度、所思不遂,就能影响机体的正常生理活动。其中最明显的是影响脾的运化功能,由于气结于中,影响了脾的升清,所以思虑过度,常能导致不思饮食、脘腹胀闷,头目眩晕等症。

脾在液为涎。涎为口津。唾液中较清稀的称作涎。它具有保护口腔粘膜、润泽口腔的作用,在进食时分泌较多,有助于食品的吞咽和消化。若脾胃不和,则往往导致涎液分泌急剧增加,而发生口涎自出等现象,故说“脾在液为涎”。

脾在体合肌肉,主四肢。《素问·痿论》称“脾主身之肌肉”,这是由于脾胃为气血生化之源,全身的肌肉,都需要依靠脾胃所运化的水

谷精微来营养,并使肌肉发达丰满、臻于健壮。因此,脾胃的运化功能障碍,则肌肉瘦削,软弱无力,甚至菱弱不用。这也是《素问·痿论》所说“治痿独取阳明”的主要理论依据。

脾主四肢,是与躯干相对而言。四肢是人体之末,故又称“四末”。人体的四肢,同样需要脾胃运化的水谷精微予以营养,以维持其正常的生理活动。故《素问·阴阳应象大论》说:“清阳实四肢。”说明四肢的功能正常与否,与脾的运化水谷精微和升清功能是否健旺密切相关。

脾在窍为口,其华在唇。口味的正常与否,全赖于脾胃的运化功能,亦即能反映脾的升清与胃的降浊是否正常。故《灵枢·脉度》说:“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、口苦等口味异常,从而影响食欲。

口唇的色泽,与全身的气血是否充盈有关,而且实际上也是脾胃运化水谷精微的功能状态的反映。也就是《素问·五脏生成论》所谓“脾之合肉也,其荣唇也。”

#### (四) 肝

肝位于腹部,横膈之下,右肋之内。为藏魂之处,有藏血功能,并为筋之宗。在五行属木。《素问·灵兰秘典论》载述:“肝者,将军之官,谋虑出焉。”《素问·六节脏象论》说:“肝者,罢极之本,魂之居也。”主要生理功能是主疏泄和藏血。肝开窍于目,主筋,其华在爪,在志为怒,在液为泪,肝与胆相表里。

##### 1. 肝主疏泄

疏即疏通,泄指发泄、升发。疏泄的功能反映了肝为刚脏,主升、主动的生理特点,是调畅全身气机,推动血和津液运行的一个重要环节。疏泄功能主要表现为以下五方面:

一是调畅气机。气机,即气的升降出入运动。机体的脏腑、经络、器官等的活动,全赖于气的升降出入运动。由于肝的生理特点是主

升,主动,这对于气机的疏通、畅达、升发,是一个重要因素。因此疏泄功能是否正常,对于气的升降出入之间的平衡协调,起着调节作用。功能正常,则气机调畅,气血和调,经络通利,脏腑、器官等的活动也就正常和调。功能异常,则可出现两方面的病理现象:一为疏泄功能减退,形成气机不畅、气机郁结的病理变化,出现胸胁、两乳或少腹等某些局部的胀痛不适等病理现象;二为升发太过,形成肝气上逆出现头目胀痛、面红目赤、易怒等症候。气升太过,则血随气逆,而导致吐血、咯血等血从上溢的病变,甚则可导致卒然昏厥。

二是促进血的运行和津液的输布代谢。血的运行和津液的输布代谢,亦有赖于气的升降出入运动。因此,气机的郁结,会导致血行的障碍,形成血瘀,或为癥积、肿块。有的妇女则可导致经行不畅、痛经、闭经等病。气机的郁结,也会导致津液的输布代谢障碍,产生痰、水等病理产物,或为痰阻经络而成痰核,或为水停而成臌胀。

三是促进脾胃的运化功能。肝的疏泄功能与脾胃的升降密切相关。功能正常,是脾胃正常升降的一个重要条件。功能异常,则不仅能影响脾的升清功能,在上则为眩晕,在下则为飧泄;并能影响胃的降浊功能,在上则为呕逆暖气,在中则为脘腹胀满疼痛,在下则为便秘。前者为肝气犯脾,后者即指肝气犯胃,两者可统称为“木旺乘土”。肝的疏泄,有助于脾胃的运化功能,还体现于胆汁的分泌与排泄。胆与肝相连,胆汁是肝之余气积聚而成。胆汁的分泌与排泄,实际上也是肝主疏泄功能的一个方面,肝的疏泄正常,则胆汁能正常的分泌和排泄,有助于脾胃的运化功能。肝气郁结,则可影响胆汁的分泌与排泄,而出现胁下胀满、疼痛、口苦、纳食不化,甚则产生黄疸等症。

四是调畅情志。情志活动是属于“心主神明”的生理功能,亦与肝的疏泄功能密切相关。《素问·举痛论》所说的“百病生于气也”,就是针对情志所伤,影响气机的调畅而言。所以,肝的疏泄功能具有调畅情志的作用,实际上是调畅气机功能所派生的。功能正常,则气机调

畅,气血和调,心情就易于开朗;功能减退,则肝气郁结,心情易于抑郁,稍受刺激,则抑郁难解;肝的升泄太过,阳气升腾而上,则心情易于急躁,稍有刺激,则易于发怒,这是肝的疏泄功能对情志的影响。

五是妇女的排卵和月经来潮、男子的排精,与肝的疏泄功能也有密切的关系。

## 2. 肝主藏血

这是指肝有贮藏血液和调节血量的生理功能。藏血功能主要体现在肝内必须贮存一定的血量,以制约肝的阳气升腾,勿使过亢,以维护肝的疏泄功能,使之冲和条达。其次,肝的藏血,亦有防止出血的重要作用。因此,肝不藏血,则不仅可出现肝血不足,阳气升泄太过等病变,并可导致出血。但肝的藏血功能,还寓有调节人体各部分血量的分配功能,特别是对外周血量的调节起着主要的作用。在正常生理情况下,人体各部分的血量,是相对恒定的。但随着机体活动量的增减、情绪的变化,以及外界气候的变化等因素,人体各部分的血量也随之而有所改变。当机体活动剧烈或情绪激动时,肝脏就把所贮存的血液向机体的外围输布,以供机体的需要。当人体在安静休息或情绪稳定时,由于全身活动量少,体表血液需要量相对减少,部分血液便藏之于肝。所以《素问·五脏生成论》说:“故人卧,血归于肝。”肝的贮藏血液与调节血量的功能,还体现于女子的月经来潮。所以肝血不足或肝不藏血时,即可引起月经量少,甚则闭经;或月经量多,甚则崩漏等症。

肝藏魂。魂和神均以血为其主要物质基础。心主血而藏神,肝藏血而藏魂。故《灵枢·本神》指出:“肝藏血,血舍魂。”肝的藏血功能正常,则魂有所舍。若肝血不足,心血亏损,则魂不守舍,可呈现惊骇多梦、卧寐不安、梦游、梦呓以及出现幻觉等症。

肝在志为怒。怒为一种不良的精神刺激,可使气血上逆,阳气升泄。由于肝主疏泄,阳气升发,为肝之用,故说“肝在志为怒”。大怒则

导致肝的阳气升发大过,故又说“怒伤肝”。反之肝的阴血不足,肝的阳气升泄太过,则稍有刺激,即易发怒。清人沈金鳌《杂病源流犀烛》更进一步指出:“治怒为难,惟平肝可以治怒,此医家治怒之法也。”

肝在液为泪。肝开窍于目,泪从目出,故《素问·宣明五气论》说:“肝为泪。”泪有濡润和保护眼睛的作用。如肝的阴血不足,则两目干涩,实质上即是泪液的分泌不足;又如在风火赤眼,肝经湿热等情况下,可见目眵增多、迎风流泪等症。此外在极度悲哀的情况下,泪液的分泌也可大量增多。

肝在体合筋,其华在爪。筋即筋膜,指附着于骨而聚于关节,是联结关节、肌肉的一种组织。故《素问·五脏生成论》说:“诸筋者,皆属于肝。”筋和肌肉的收缩和弛张,即是关节、肢体运动的屈伸和转侧。《灵枢·九针论》所说“肝主筋”和《素问·痿论》所说“肝主身之筋膜”,主要是说明筋膜有赖于肝血的滋养。肝血充盈,筋得其所养,才能运动有力而灵活。此外,肝的阴血不足,筋失所养,还可出现手足震颤、肢体麻木、屈伸不利、甚则抽搐等症。

爪,即爪甲,包括指甲和趾甲,乃筋之延续,故称“爪为筋之余”。肝血的盛衰,可影响爪甲的荣枯。《素问·五脏生成论》说:“肝之合筋也,其荣爪也。”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,甚则变形脆裂。

肝在窍为目。肝的经脉上连于目系,视力有赖于肝气之疏泄和肝血之营养,故有“肝开窍于目”之说。但脏腑之精气上注于目,说明目与脏有密切的内在联系。如《灵枢·大惑论》说:“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精。精之窠为眼,骨之精为瞳子,筋之精为黑眼,血之精为络,其窠气之精为白眼,肌肉之精为约束,裹撷筋骨血气之精而与脉并为系,上属于脑,后出于项中。”后世医家在此基础上发展为“五轮”学说,给眼科的辨证论治打下一定的基础。由于肝与目的关系非常密切,如肝之阴血不足,则两目干涩,视物不清或夜盲;肝经风

热,则可见目赤痒痛;肝火上炎,则可见目赤生翳;肝阳上亢,则头目眩晕;肝风内动,则可见目斜、上视等。

## (五) 肾

肾位于腰部,脊柱两旁,左右各一。故《素问·脉要精微论》称“腰者,肾之府”。五行属水。肾的主要生理功能为藏精,主生长、发育、生殖和水液代谢。肾主骨生髓,外荣于发,开窍于耳和二阴,在志为恐与惊,在液为唾。肾与膀胱相为表里。

### 1. 肾藏精,主生长、发育与生殖

藏精,是肾的主要生理功能。也就是说,肾对于精气具有闭藏的作用,主要是为精气在体内能充分发挥其应有的生理效应,创造良好的条件,不使精气妄失而影响机体的生长、发育和生殖能力。故《素问·六节脏象论》说:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也。”精气是构成人体的基本物质,也是人体生长发育和各种功能活动的物质基础,《素问·金匱真言论》说:“夫精者,生之本也。”肾所藏的精气包括先天之精和后天之精。“先天之精”是禀受于父母的生殖之精。它与生俱来,是构成胚胎发育的原始物质,亦即《灵枢·本神》所说“生之来,谓之精”。故称“肾为先天之本”。“后天之精”是指出生以后,来源于摄入的饮食物,通过脾胃运化功能而生成的水谷之精气,以及脏腑生理活动中化生的精气通过代谢平衡后的剩余部分,藏之于肾,故《素问·上古天真论》说:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之。”

“先天之精”与“后天之精”来源虽异,但均同归于肾。肾中精气的主要生理效应是促进机体的生长、发育和逐步具备生殖能力。《素问·上古天真论》载述:“女子七岁,肾气盛,齿更,发长;二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子;三七,肾气平均,故真牙生而长极;四七,筋骨坚,发长极,身体盛壮;五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕;六七,三阳脉衰于上,面皆焦,发始白;七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。丈夫八岁,肾气实,发长齿

更；二八，肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子；三八，肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极；四八，筋骨隆盛，肌肉满壮；五八，肾气衰，发堕齿槁；六八，阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白；七八，肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极；八八，则齿发去。”

上面这一段论述，明确指出了机体生、长、壮、老的自然规律，与肾中精气的盛衰密切相关。人在出生以后，由于“先天之精”不断得到“后天之精”的培育，肾中精气逐渐亦有所充盛，出现了幼年时期的“齿更发长”等生理现象。随着肾中精气的不断充盛，发展到一定阶段，产生了一种促进性腺发育成熟的物质，称作“天癸”，于是男子就产生精子，女子就按期排卵，月经来潮，性腺的发育渐趋成熟，具备了生殖能力，进入了青春期。以后，随着肾中精气由充盛而逐渐趋向衰退，天癸的生成亦随之减少，甚至逐渐耗竭，性腺逐渐衰退，生殖能力亦随之而下降，以至消失，人也就从中年而转入老年。同时也指出了以齿、骨、发的生长状况，作为观察肾中精气盛衰的标志，亦即作为判断机体生长发育和衰老的标志，至今仍有很高的科学价值。

由于肾阴和肾阳是各脏阴阳之本，故在肾的阴阳失调时，会因此而导致其它各脏的阴阳失调。如肝失去肾阴之滋养，即称作“水不涵木”，可出现肝阳上亢，甚则肝风内动；心失去肾阴的上承，则可引起心火上炎，或导致心肾阴虚；肺失去肾阴的滋养，则可出现咽燥、干咳、潮热、升火等肺肾阴虚之证；脾失去肾阳的温煦，则可出现五更泄泻、下利清谷等脾肾阳虚之证；心失去肾阳的温煦，则可出现心悸、脉迟、汗出、肢冷、气短等心肾阳虚之证。反之，其它各脏的阴阳失调，日久也必累及于肾，损耗肾中精气，导致肾的阴阳失调，这即是“久病及肾”的理论依据。

由于肾阴和肾阳，均以肾中精气为其物质基础，肾阴虚或阳虚，实质上都是肾中精气不足的表现形式。故肾阴虚到一定的程度，可以累及肾阳，发展为阴阳两虚，称作“阴损及阳”；肾阳虚到一定程度，也

可累及肾阴,发展为阴阳两虚,称作“阳损及阴”。

## 2. 肾主水

这主要是指肾中精气的气化功能,对于体内津液的输布和排泄,维持体内津液代谢的平衡,起着极为重要的调节作用,故《素问·逆调论》指出:“肾者水脏,主津液。”

在正常生理情况下,津液的代谢,是通过胃的摄入、脾的运化和转输、肺的宣散和肃降、肾的蒸腾气化,以三焦为通道,输送到全身;经过代谢后的津液,则化为汗液、尿液和气排出体外。肾中精气的蒸腾气化,实际上是主宰着整个津液代谢,肺、脾等内脏对津液的气化,均依赖于肾中精气的蒸腾气化;特别是尿液的生成和排泄,更是与肾中精气的蒸腾气化直接相关,而尿液的生成和排泄,在维持体内津液代谢平衡中又起着极其关键的作用,故说肾主水液。

## 3. 肾主纳气

纳,即固摄、受纳的意思。肾主纳气是指肾具有摄纳肺所吸入的清气,防止呼吸表浅的作用,才能保证体内外气体的正常交换。人体的呼吸功能,虽为肺所主,但必须依赖于肾的纳气作用。肾的纳气功能,实际上就是肾的闭藏作用在呼吸运动中的具体体现。从理论上说,肺吸入之清气,必须下达于肾。如《难经·四难》云:“呼出心与肺,吸入肾与肝。”实际上是说明肺的呼吸要保持一定的深度,则有赖于肾的纳气作用。因此,肾的纳气功能正常,则呼吸均匀和调。若肾的纳气功能减退,摄纳无权,呼吸就表浅,可出现动辄气喘、呼多吸少等病状,这即称为“肾不纳气”。

肾“在志为恐”,此说见于《素问·阴阳应象大论》。恐是人们对事物惧怕的一种精神状态。恐与惊相似,但惊为不自知,多为突然受惊;恐为自知,俗称胆怯。恐和惊的刺激,对机体的气机运行会产生不良的影响。“恐则气下”,是指人在恐惧的状态中,上焦的气机闭塞不畅,气迫于下焦,则下焦胀满,甚至遗尿。“惊则气乱”,是指机体正常的生



理活动,遭到一时性的扰乱,出现心神不定,手足失措的现象。

肾在液为唾。此说见于《难经·三十四难》。唾为口中较稠厚的津液,为肾精所化,咽而不吐,有滋养肾中精气的作用。若多唾或久唾,则易耗损肾中精气。故古代导引家以舌抵上腭,待津唾满口后,咽之以养肾精。

肾在体为骨,主骨生髓,其华在发。肾主骨、生髓的生理功能,实际上是肾中精气具有促进机体生长发育功能的一个重要组成部分。骨的生长发育,有赖于骨髓的充盈及日常饮食中所提供的营养。《素问·阴阳应象大论》说:“肾生骨髓”;《素问·六节脏象论》说肾“其充在骨”,《素问·四时刺逆从论》则谓:“肾主身之骨髓”。小儿囟门迟闭,骨软无力,以及老年人的骨质脆弱、易于骨折等,都与肾中精气不足、骨髓空虚有关。髓,有骨髓、脊髓和脑髓之分,这三者均属于肾中精气所化生。因此,肾中精气的盛衰,不仅影响骨的生长和发育,而且也影响及脊髓和脑髓的充盈和发育。脊髓上通于脑,髓聚而成脑,故称脑为“髓海”。肾中精气充盈,则髓海得养,脑的发育就健全,就能充分发挥其“精明之府”的生理功能;反之,肾中精气不足,则髓海失养,而形成髓海不足的病理变化。如《灵枢·海论》说:“髓海有余,则轻劲多力,自过其度;髓海不足,则脑转耳鸣,胫痠眩冒,目无所见,懈怠安卧。”《素问·灵兰秘典论》所说“肾者,作强之官,伎巧出焉”,实际上也是指肾中精气主骨、生髓生理功能的具体表现。

“齿为骨之余”(叶天士:《外感温热论》),齿与骨同出一源,牙齿也由肾中精气所充养,它的生长与脱落,与肾中精气的盛衰密切相关。肾中精气充沛,则牙齿坚固而不易脱落;肾中精气不足,则牙齿易于松动,甚至早期脱落。此外,由于手足阳明经均入齿中,因此,牙齿的某些病变,也与手足阳明经、肠与胃的生理功能失调有关。

发的生长,全赖于精和血。肾藏精,故又称“其华在发”。发的生长与脱落、润泽与枯槁,不仅依赖于肾中精气之充养,亦有赖于血液

的濡养,故称“发为血之余”。青壮年时,由于精血充盈,则发长而光泽;老年人的精血多虚衰,毛发变白而脱落,一般说来,这是正常规律。但临床所见未老先衰、头发枯萎、早脱早白者,多与肾中精气不足和血虚有关。

肾在窍为耳及二阴。耳是听觉器官,听觉的灵敏与否,与肾中精气的盈亏密切相关。肾精充盈,髓海得养,则听觉灵敏。故《灵枢·脉度》说:“肾气通于耳,肾和则耳能闻五音矣。”反之,肾中精气虚衰,则髓海失养,而可见听力减退,或有耳鸣,甚则耳聋。人到老年,肾中精气多见衰退,听力每多减退。故说肾开窍于耳。

二阴,即前阴(外生殖器)和后阴(肛门)。前阴是排尿和生殖的器官,后阴是排泄粪便的通道。尿液的排泄虽在膀胱,但须依赖肾的气化才能完成。因此,尿频、遗尿、尿失禁、尿少或尿闭,均与肾的气化功能失常有关。至于人的生殖功能,亦为肾所主。粪便的排泄,本是大肠的传化糟粕功能,但亦与肾的气化有关。如肾阴不足,可致肠液枯涸而便秘;肾阳虚损时,则气化无权而致阳虚便秘或阳虚泄泻;肾如失去封藏功能,则可产生久泄、滑脱或滑精。故说“肾开窍于二阴”。

此外,还有“命门”之说。

“命门”一词,最早见于《灵枢·根结》,但该篇只是说:“命门者,目也。”自《难经·三十六难》提出“肾两者,非皆肾也,其左者为肾,右者为命门。命门者,诸神精之所舍,原气之所系也。故男子以藏精,女子以系胞。”《难经》这个观点为后世所广泛重视。但也对命门的部位及其生理功能等历代医家有所争论,各有不同的见解。从形态言,有有形与无形之论;从部位言,有右肾与两肾之间之辨;从功能言,有主火与非火之争。但他们对命门的主要生理功能并无分歧,对命门的生理功能与肾息息相通也没有分歧。肾阳亦即命门之火;肾阴,亦即张景岳所谓的“命门之水”。肾阴、肾阳,亦即是真阴、真阳或元阴、元阳。

#### (六) 五脏之间的关系

五脏之间的关系,前人多以五行生克乘侮予以阐述,但经过历代医家的观察和研究,从各脏的生理功能来阐释脏与脏之间的关系,则更具实际意义。

### 1. 心与肺

心与肺之关系,主要是心主血,肺主气的关系,心主行血,肺主呼吸的关系。心主血与肺主气的关系,实际上就是气与血相互依存、互为所用的关系。肺朝百脉对心主血有促进作用,心主血脉而经脉之气归于肺,则又促进了肺主气的功能,气血营养全身则是心肺相合的功能。如《素问·经脉别论》说:“食气入胃,浊气归心,淫精于脉;脉气流经,经气归于肺;肺朝百脉,输精于皮毛;毛脉合精,行气于府;府精神明,留于四肢,气归于权衡,权衡以平,气口成寸。”心血和肺气相互依存,血的运行有赖于气的推动,而气的输布亦需血的运载,故有“气为血帅,血为气母”之说。心之搏动与肺的呼吸亦息息相关,其中心环节在于宗气。《灵枢·邪客》曰:“故宗气积于胸中,出于喉咙,以贯心脉,而行呼吸焉。”

### 2. 心与脾

心主血,脾统血,脾又为气血化生之源。脾气足,则化生水谷精微上奉心肺,化赤为血,则心血亦足。心血正常运行,还须依赖脾统血之功能。脾有裹血作用。《难经》中称在脾的裹护下,脉管里的血不至于离经外溢。病理上脾气不足既不能生血,又不能裹血,故既可造成血虚,又可造成血溢。若思虑过度,暗耗心血,又可影响脾的健运。以上均可出现心悸、失眠、健忘、腹胀、食少、倦怠、面色无华等心脾两虚之证。

### 3. 心与肝

心主血,肝藏血。心血不足则肝无所藏,心肝血虚则可产生心悸、失眠、面色白、视物昏花、月经量少等症。心主神明,肝主疏泄,在若干精神因素所致的疾病中,心与肝也可相互影响。《灵枢·本神》曰:“肝

藏血,血舍魂,肝气虚则恐,实则怒;……心藏脉,脉舍神,心气虚则悲,实则笑不休。”情志所伤,多化火伤阴,临床上每见心肝阴虚、心肝火旺而互相影响,或同时并见。

#### 4. 心与肾

心属火,肾属水,正常情况下,心火下交于肾,肾水上济于心,是心肾相交,水火既济。沈金鳌在《杂病源流犀烛》中认为:“故必肾水足而后心火融,肾水不足,必至心火上炎。”此属心肾不交,水火失济。临床上每见心悸、怔忡、心烦、腰膝酸软、男子遗精、女子梦交等症。

心主血,肾藏精,精血之间相互资生,故《诸病源候论》曰:“肾藏精。精者,血之所成也。”《杂病源流犀烛》亦云:“血即精也……故血盛神明湛一,血衰则志气昏蒙。”心血不足和肾精不足可以互相影响,心血不足则常见神衰、健忘、心悸、失眠、多梦等症;肾精不足亦常见神疲、健忘、眩晕、失眠、耳鸣、多梦等症。此两者的症候颇多相似之处。

又肾阳不足可导致心阴不足,临床可见水肿、惊悸等水气凌心之症。

#### 5. 肺与脾

肺主气,脾生气血;肺司呼吸,脾主运化。脾所生水谷之气与肺所吸自然之气结合成宗气,贯心脉而奉养全身。肺的呼吸与脾的转输相互结合,才能化生足够的气血而输布于全身脏腑和四肢百骸。

肺气的肃降、通调水道,可以促进脾的运化功能。脾气散精,上归于肺,又是脾气充养于肺,使肺气旺盛。

病理上脾失健运,水湿内停,成痰成饮,势必影响肺的宣发和肃降功能。故前人又有“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”(李中梓:《医宗必读》)之说。脾虚可导致肺虚,肺虚亦可造成脾虚。

#### 6. 肺与肝

肺与肝的关系主要表现于气血调节与气机升降等方面。周身之气由肺宣布,全身之血由肝调节。气血相互依存,需要肺肝配合。肺

主降而肝主升,二脏相互协调,是全身气机调畅的重要环节。若肝升太过或肺降不及则会气火上逆而出现气逆而咳,甚或咯血,称之为肝火犯肺。肺失清肃,燥热内盛,亦可影响于肝,使肝失条达,疏泄不利,临床上每见肺咳而兼胸胁引痛、胀满、头晕头痛、面红目赤等症。

### 7. 肺与肾

肺与肾的关系,主要表现在水液代谢和呼吸运动两方面。肺能通调水道而为水之上源,肾主水液而司膀胱气化。由于肺的宣降作用,可以使水道通调,水精四布,五经并行,但其宣降之功须赖肾的蒸腾和气化。而肾之主水,亦必借肺气的宣降之功,方可顺利进行。是以肺失宣肃,必累及于肾而至尿少或水肿;肾的气化失司,关门不利,亦水泛为肿而影响于肺而出现喘喝、或咳逆倚息、短气、不得卧等症。

肺主呼气,肾主纳气;肺为气之主,肾为气之根。肾气充盛,吸入之气方能下纳于肾;若肾气不足,摄纳无权,则气浮于上。肺气久虚必然导致肾不纳气而出现虚喘。

肺阴与肾阴在生理上相互资生,是为金水相生;而病理上则互相影响,肺阴虚可导致肾阴虚,肾阴虚可造成肺阴虚。故肺肾阴虚较多见,常有两颧嫩红、骨蒸潮热、盗汗、干咳、腰膝酸软等症。

### 8. 肝与脾

肝藏血主疏泄,脾统血主运化。肝的疏泄与脾的运化互为所用、互相影响。脾的健运,有赖于肝的疏泄;肝的疏泄,亦需要脾的运化。若肝脾不和,则可出现精神抑郁、胸胁胀满、腹胀腹痛、泄泻便溏等肝失疏泄、脾失健运的症候。

脾能化生血气,又能裹血使不外溢,则肝有所藏;若脾不化血,亦不统血,则可出现失血,而致肝血不足。

病理上肝病每每传脾,而脾胃湿热蕴蒸又可造成肝失疏泄,酿成黄疸。

### 9. 肝与肾

肝藏血,肾藏精,精血相生,故有“肝肾同源”之说。肝血与肾精互相资生转化。病理上肾精亏损可导致肝血不足,肝血不足亦能导致肾精不足。此外,肝的疏泄与肾的闭藏亦相反相成,女子的月经和男子的泄精是正常生理现象,关键在于肝肾功能须协调。若肝肾失和,在女子则可能出现月经不调、月经过多或闭经等现象;在男子则会出现遗精滑泄或阳强不泄等病证。肾阴不足,水不涵木,可致肝阳上亢;肝火太盛,亦可下劫肾阴。

#### 10. 脾与肾

脾为后天之本,肾为先天之本。脾之健运与化生精微之功能,需要肾阳的温煦;肾中之精气亦有赖脾所化生的水谷之气的培育和充养。因此在生理上是互相资生的,而在病理上则能相互影响、互为因果。肾阳不足可以损及脾阳、脾阳不足亦可损及肾阳。

### 三、六腑的功能及脏腑之间关系

六腑是胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦之总称。《素问·五脏别论》曰:“六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也。所以然者,水谷入口,则胃实而肠虚;食下,则肠实而胃虚,故曰实而不满。”六腑以降为顺,以通为用。

#### (一) 胆

《难经·四十二难》称:“胆在肝之短叶间,重三两三铢,盛精汁三合。”是知胆寄于肝,内藏胆汁。

##### 1. 胆主决断

《素问·灵兰秘典论》曰:“胆者,中正之官,决断出焉。”《素问·奇病论》曰:“夫肝者,中之将也,取决于胆,……此人者,数谋虑不决,故胆虚气上溢。”

##### 2. 胆主升发

《素问·六节脏象论》有“凡十一脏取决于胆也”之说。张志聪注曰：“胆主甲子，为五运六气之首，胆气升，则十一脏之气皆升，故取决于胆也。”李东垣注释说：“胆者少阳春升之气，气升则万化安。故胆气升则余脏从之，所以十一脏取决于胆。”

### 3. 胆主勇怯

人之勇怯与胆气壮与不壮关系密切。《灵枢·论勇》称“其肝大以坚，其胆满以傍”，多为勇士之由然；而“肝系缓，其胆不满而纵”。

胆的主要生理功能是贮存和排泄胆汁，帮助饮食物的消化。以其藏精汁，与肠胃又有不同，故又属奇恒之府。

## (二) 胃

胃上连食道，其间曰贲门；下连小肠，其间曰幽门。胃的主要生理功能是受纳与腐熟水谷。

### 1. 胃主受纳、腐熟水谷

胃为水谷之海，接受并容纳饮食，进而初步消化。《素问·灵兰秘典论》曰：“脾胃者，仓廩之官，五味出焉。”《灵枢·玉版》曰：“人之所受气者，谷也；谷之所注者，胃也；胃者，水谷气血之海也。”胃与脾相配合，化生水谷精微，以生血气，供养全身。故《素问·平人气象论》曰：“人以水谷为本。”而《素问·玉机真脏论》则谓：“五脏者，皆禀气于胃，胃者，五脏之本也。”李东垣《脾胃论》说：“元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气。若脾胃之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤而元气亦不能充，而诸病之所由生也。”临床上常把“保胃气”作为重要的治疗原则。故张景岳说：“凡欲察病者，必须先察胃气；凡欲治病者，必须常顾胃气。胃气无损，诸可无虑。”（《景岳全书·杂证谟》）

### 2. 胃主通降，以降为和

饮食物经过腐熟之后，必须下行入小肠，进一步消化吸收，其糟

粕再下大肠而排泄体外。胃以降为顺、为和,所以说胃主通降。《伤寒论》之治胃家实,而用大小诸承气汤。成无己注解曰:“承,顺也”。“胃中气郁滞,糟粕秘结,壅而为实,是正气不得疏顺也。”“以汤荡涤,使塞者利而闭者通,正气得以疏顺,是以承气名之。”

### (三) 小 肠

小肠上接胃之下口幽门,下抵阑门与大肠相接,与心相表里。

#### 1. 主受盛和化物

《灵枢·肠胃》说:“小肠后附脊,左环回周迭积,其注于回肠者,外附于脐上,回运环十六曲,大二寸半,径八分,分之少半,长三丈二尺。”《素问·灵兰秘典论》也称:“小肠者,受盛之官,化物出焉。”其受盛功能主要表现为接受由胃初步消化之饮食物,在小肠内进一步消化和吸收。这种可吸收的化物就是水谷精微之气。

#### 2. 主泌别清浊

小肠将经过消化后的饮食物分成水谷精微和食物残渣两部分,将精微物质吸收而将残渣向大肠输送,吸收精微时也吸收了大量的水液。此三者使精微物质经吸收而营养全身,糟粕下输大肠,水分经吸收而入膀胱,这就是“泌别清浊”的功能。张景岳《类经》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。”

### (四) 大 肠

大肠是排泄物的重要通道。《灵枢·肠胃》称:“回肠当脐左环,回周叶积而下,回运环反十六曲。”“广肠傅脊,以受回肠,左环叶积上下辟……”其主要功能是主传导,主津。

#### 1. 大肠主传导

《素问·灵兰秘典论》称:“大肠者,传导之官,变化出焉。”大肠将小肠泌别清浊之后的糟粕物再次向下传导,吸收一定水分,形成粪便排出。



## 2. 主津

《灵枢·经脉》称：“大肠手阳明之脉”，“主津所生病者”。张景岳注：“大肠与肺相表里，肺主气而津液由于气化，故凡大肠之或泄或秘，皆津液所生之病，而主在大肠也。”津液所生之病，或泄泻，或便秘，其主要原因在于大肠主津的功能发生了异常。

## (五) 膀胱

膀胱的主要作用是贮尿和排尿。《难经·四十二难》称：“膀胱重九两二铢。纵广九寸，盛尿九升九合。”《素问·灵兰秘典论》曰：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。”沈金鳌在《杂病源流犀烛》中说：“《内经》曰水液从小肠泌，则汁渗入膀胱之中，胞气化之，而为尿以泄出也。”膀胱与肾相表里，肾和膀胱气化正常，才能贮尿和排尿；气化失常，就会产生遗尿或癃闭等病变。如《素问·宣明五气论》所指，“膀胱不利为癃，不约为遗溺。”

## (六) 三焦

三焦是上中下三焦的总称。《素问·灵兰秘典论》曰：“三焦者，决渎之官，水道出焉。”《灵枢·营卫生会》说：“上焦出于胃上口，并咽以上，贯膈而布胸中”，“中焦亦并胃中，出上焦之后”，“下焦者，别回肠，注于膀胱而渗入焉。”在十二脏腑中，三焦最大，故《灵枢·本输》又称之为“孤之腑”。张景岳注：“盖即脏腑之外，躯体之内，包罗诸脏，一腔之大腑也。”

### 1. 主诸气

三焦总领五脏六腑、营卫经络、内外上下之气，总司人体之气机。脏腑气化功能都是通过三焦予以实施。《难经·三十一难》说：“三焦者，气之所终始也。”《难经·六十六难》曰：“三焦者，原气之别使也，主通行三气，经历于五脏六腑。”《中藏经》：“三焦者，人之三元之气，号曰中清之府，总领五脏六腑、营卫、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。”

## 2. 为体内水液运行之道路

如《素问·灵兰秘典论》中所说,“三焦者,决渎之官,水道出焉”,是指三焦有疏通水道、运行水液的功能。无论是肺气肃降,通调水道,下输膀胱,还是肾气蒸腾气化使水液上归于肺,都必须以三焦为道路而又以三焦之气化为条件。

## 3. 协助脏腑输布精微,排泄废物

《灵枢·决气》曰:“上焦开发,宣五谷味,熏肤、充身、泽毛,若雾露之溉,是谓气。”《灵枢·营卫生会》曰:中焦“此所受气者,泌糟粕,蒸津液,化其精微,上注于肺脉,乃化而为血,以奉生身,莫贵于此。”下焦“别回肠,注于膀胱而渗入”是指下焦的排泄废物的功能。《灵枢·营卫生会》说:“故水谷者,常并居于胃中,成糟粕而俱下于大肠,而成下焦,渗而俱下,济泌别汁,循下焦而渗入膀胱焉。”

《灵枢·营卫生会》对三焦功能总结为:“上焦若雾,中焦如沤,下焦如渎。”对三焦的功能,《难经·三十一难》亦有总结:“三焦者,水谷之道路,气之所终始也。”上焦者,“主纳而不出”,中焦者,“主腐熟水谷”,下焦者,“主分别清浊”,“主出而不纳,以传导也”。

## (七) 脏腑之间的关系

### 1. 心与小肠

心的经脉属心而络小肠,小肠的经脉属小肠而络心,两者相为表里。心经实火,常移热于小肠,可见尿少、尿赤、尿痛等症;小肠有热,亦可上炎于心,而见心烦、舌赤、口舌生疮等。

### 2. 肺与大肠

肺与大肠相表里,肺气之肃降有助于大肠的传导;大肠传导正常亦有助于肺气之肃降。如大肠实热,腑气不通,可影响肺气的肃降功能,而致胸满咳嗽;肺失清肃,津液不能下达,亦可产生便秘,气虚可见大便艰难或泄泻。

### 3. 脾与胃

脾与胃相表里,同为后天之本,气血化生之源,但脾主升而胃主降,脾又为胃行其津液,共同完成饮食物的消化、吸收和转输的功能。脾喜燥恶湿,胃喜润恶燥,两者燥润相济,相辅相成。若脾脏受邪,运化失职,清气不升,可以影响到胃的受纳与通降,出现食少、呕吐、恶心、腹胀等症;若胃失和降,亦会影响到脾的升清和运化,出现腹胀、泄泻等症。

### 4. 肝与胆

肝胆亦相表里。肝的疏泄,生出胆汁,胆受盛之。肝疏泄失常,一定会影响胆汁排泄和发挥正常作用,胆汁排泄不畅也会影响到肝的疏泄功能。肝病常影响到胆,胆病亦常影响到肝,最终成为肝胆同病,如肝胆火旺、肝胆湿热等。

### 5. 肾与膀胱

肾与膀胱相表里,膀胱中尿的贮存和排泄全赖肾的气化,肾气充足则固摄有权而膀胱之开合有度,肾气不足则固摄无力而开合失度,从而出现失禁、遗尿、尿频等症。

---

## 第四节 中医经络学说

---

经络学说,是中医基础理论的重要组成部分,它是研究人体经络的生理功能、病理变化及其与脏腑相互关系的学说。经络学说系统论述首见于《灵枢经》。

### 一、经络系统的组成和分布

经络是运行全身气血、联络脏腑肢节、沟通上下内外的通路。包

括经脉和络脉两部分,其中纵形的干线,称为“经脉”,由经脉分出网络全身各个部位的分支称为“络脉”。《灵枢·经脉》:“经脉十二者,伏行分肉之间,深而不见……诸脉之浮而常见者,皆络脉也。”经脉有一定的循行路线,而络脉则纵横交错,网络全身,把人体所有的脏腑、器官、孔窍以及皮肉筋骨等组织联结成一个统一的有机整体。

### (一) 经络系统的组成

根据《灵枢经》的多篇载述,经脉分为“正经”和“奇经”两类。正经有十二条,包括手足三阴经和手足三阳经,合称“十二经脉”。这十二经脉有一定的起止、循行部位和交接顺序,在肢体上的分布和走向有一定规律,与体内脏腑有直接的络属关系。奇经有八条,即督、任、冲、带、阴跷、阳跷、阴维、阳维,合称为“奇经八脉”。有统率、联络和调节十二经脉的作用。络脉是经脉的分支,有别络、浮络和孙络之分。别络是较大的和主要的络脉。十二经脉与督脉、任脉各有一支别络,再加上脾之大络,合为十五别络。浮络是循行于人体浅表部位浮现于外的络脉。孙络是最细小的络脉。经筋和皮部,是十二经脉与筋肉和体表的连属部分。经筋是十二经脉之气“结、聚、散、络”于筋肉、关节的体系,《灵枢·经筋》称之为“十二经筋”。把全身皮肤分为十二个部分,分属于十二经脉,称“十二皮部”。

### (二) 经络的分布

十二经脉的走向和交接是有一定规律的。据《灵枢·逆顺肥瘦》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。”这样就构成一个“阴阳相贯,如环无端”的循环径路。(如图 4-1)

十二经脉在体表的分布(循行部位),也有一定的规律:在四肢部,阴经分布在内侧面,阳经分布在外侧面;在头面部,阳明经行于面部、额部,太阳经行于面颊、头顶及头后部,少阳经行于头侧部;在躯干部,手三阳经行于肩胛部,足三阳经则阳明经行于前(胸、腹面),太

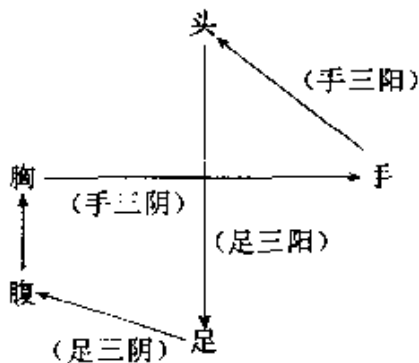


图 4-1 经脉循环径路图

阳经行于后(背面),少阳经行于侧面。手三阴经均从腋下走出,足三阴经均行于腹面。

手足三阴、三阳,通过经别和别络互相沟通,组合成六对“表里相合”关系。十二经脉的表里关系,使相为表里的一脏一腑在生理功能上互相配合,在病理上也可相互影响。十二经脉的流注次序是从手太阴肺经开始,依次传至足厥阴肝经,再传至手太阴肺经,首尾相贯,如环无端。兹据《灵枢·经脉》,介绍十二经脉流注次序。如图 4-2:

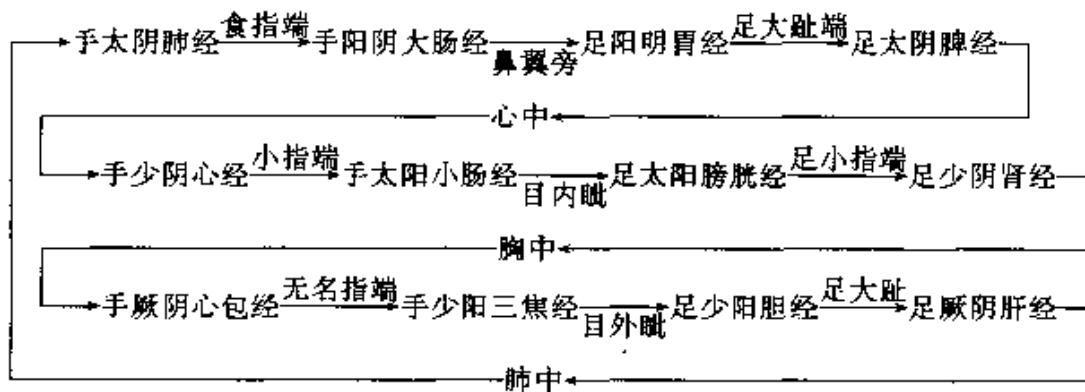


图 4-2 十二经脉流注次序图

## 二、十二经脉

### (一) 手太阴肺经

手太阴肺经(见图 4-3)起于中焦,下络大肠,还循胃口(下口幽

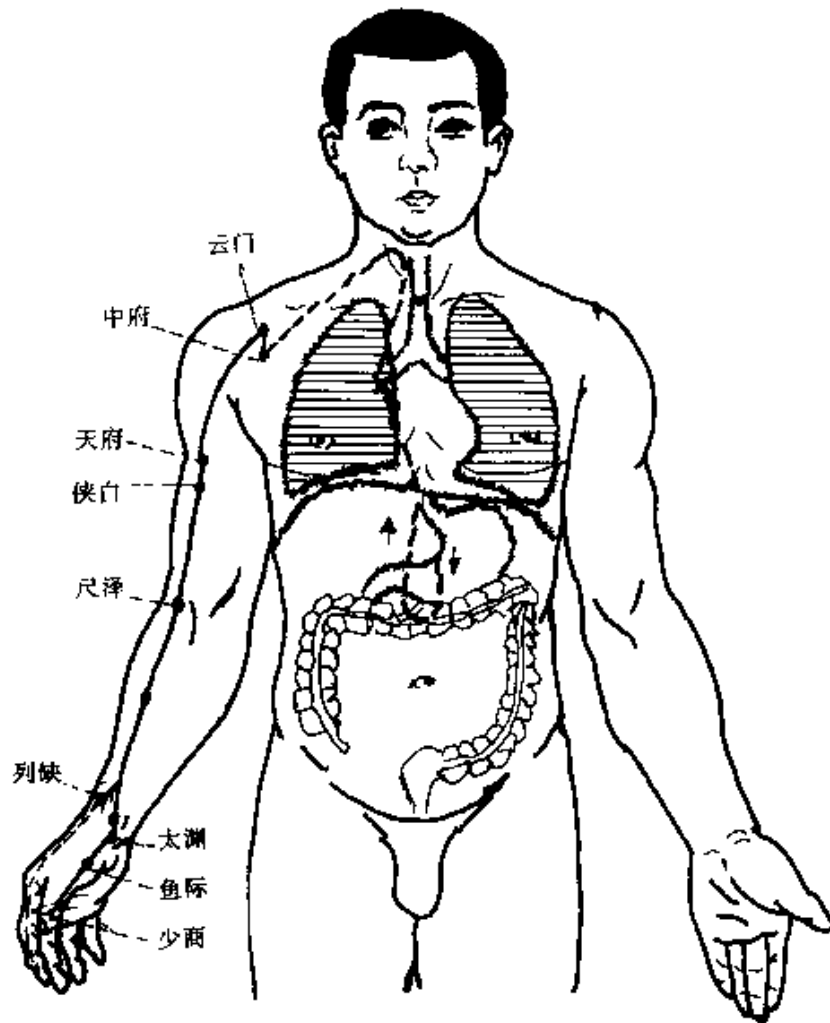


图 4-3 手太阴肺经

门,上口贲门),通过膈肌,属肺,至喉部,横行至胸部外上方(中府穴),出腋下,沿上肢内侧前缘下行,过肘窝入寸口上鱼际,直出拇指之端(少商穴)。

分支:从手腕的后方(列缺穴)分出,沿掌背侧走向食指桡侧端(商阳穴),交于手阳明大肠经。

## (二) 手阳明大肠经

手阳明大肠经(见图 4-4)起于食指桡侧端(商阳穴)经过手背行于上肢伸侧前缘,上肩,至肩关节前缘,向后到第七颈椎棘突下(大椎穴),再向前下至锁骨上窝(缺盆),进入胸腔络肺,向下通过膈肌下行,属大肠。

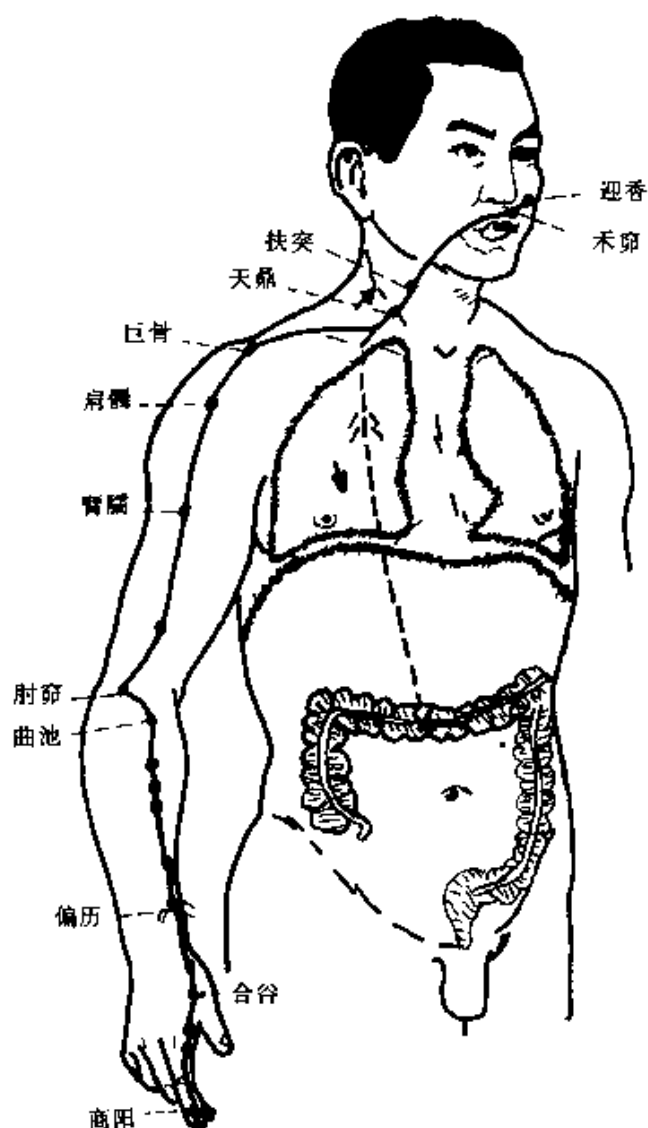


图 4-4 手阳明大肠经

分支:从锁骨上窝上行,经颈部至面颊,入下齿中,回出挟口两旁,左右交叉于人中,至对侧鼻翼旁(迎香穴),交于足阳明胃经。

### (三) 足阳明胃经

足阳明胃经(见图 4-5)起于鼻翼旁(迎香穴),挟鼻上行,左右侧交会于鼻根,旁行入目内眦,与足太阳经相交,向下沿鼻柱外侧,入上齿中,还出,挟口两旁,环绕嘴唇,在颏唇沟承浆穴处左右相交,退回沿下颌骨后下缘到大迎穴处,沿下颌角上行过耳前,经过上关穴(客主人),沿发际,到额前。

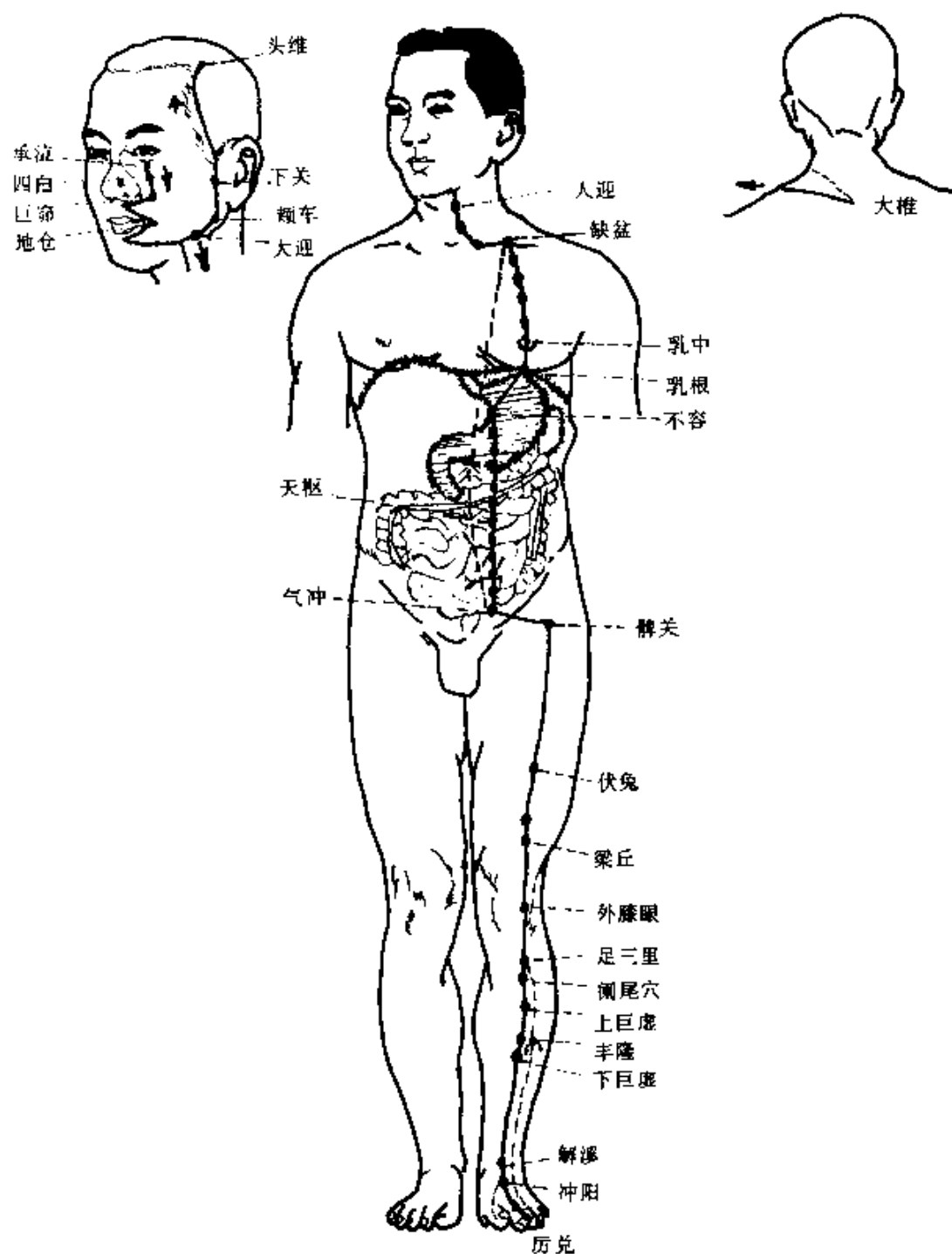


图 4-5 足阳明胃经

分支:在大迎穴前方下行到人迎穴,沿喉咙向下后行至大椎,折向前行,入缺盆,深入体腔,下行穿过膈肌,属胃,络脾。

直行者:从缺盆出体表,沿乳中线下行,挟脐两旁(旁开二寸),下



行至腹股沟部位的气街穴。

分支：从胃下口幽门处分出，沿腹腔内下行至气街穴，与直行之脉会合，而后下行大腿前侧，至膝腘，沿下肢胫骨前缘下行至足背，入足第二趾外侧端(厉兑穴)。

分支：从膝下三寸处(足三里穴)分出，下行至中趾外侧端。

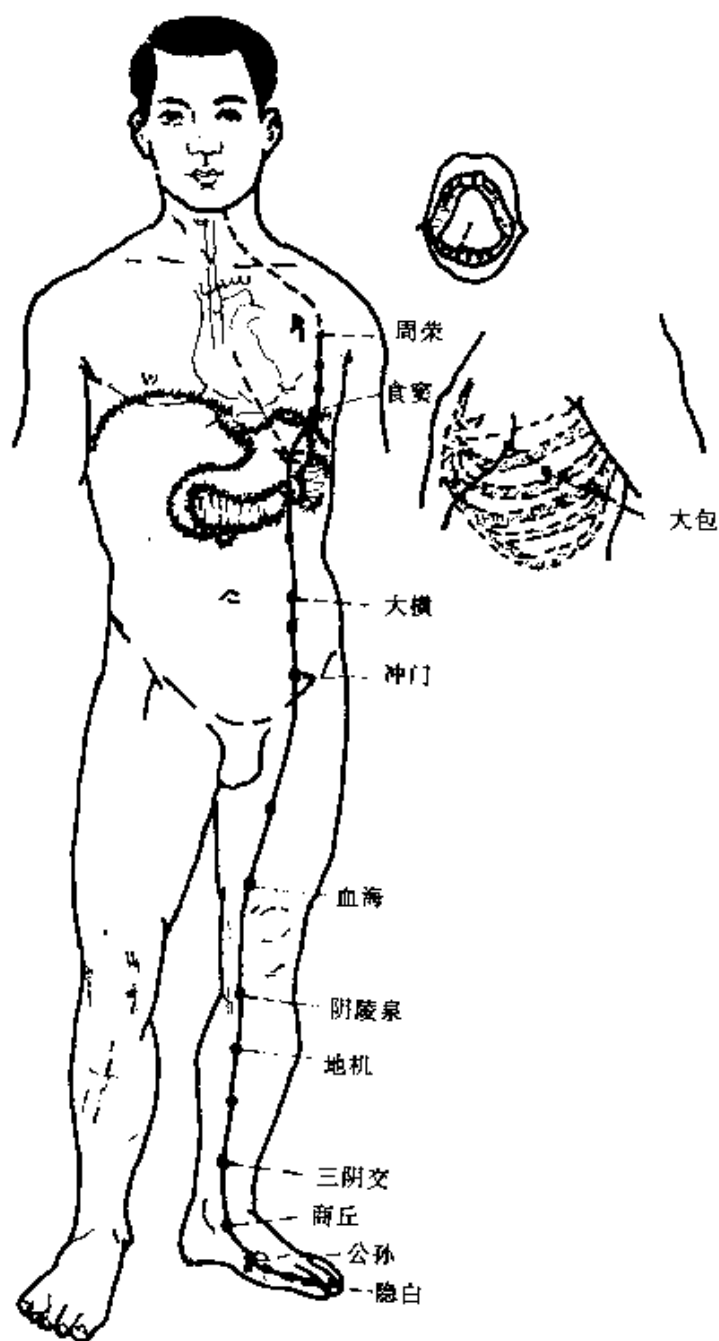


图 4-6 足太阴脾经

分支:从足背上冲阳穴分出,前行入足大趾内侧端(隐白穴),交于足太阴脾经。

#### (四) 足太阴脾经

足太阴脾经(见图 4-6)起于足大趾内侧端(隐白穴),沿内侧赤白肉际,上行过内踝的前缘,沿小腿内侧正中线上行,在内踝上八寸处,交出足厥阴肝经之前,上行沿大腿内侧前缘,进入腹部,属脾,络胃。向上穿过膈肌,沿食道两旁,连舌本,散舌下。

分支:从胃别出,上行通过膈肌,注入心中,交于手少阴心经。

#### (五) 手少阴心经

手少阴心经(见图 4-7)起于心中,走出后属心系,向下穿过膈肌,络小肠。

分支:从心系分出,挟食道上行,连于目系。

直行者:从心系出来,退回上行经过肺,向下浅出腋下(极泉穴)沿上肢内侧后缘,过肘中,经掌后锐骨端,进入掌中,沿小指桡侧,出小指桡侧端(少冲穴),交于手太阳小肠经。

#### (六) 手太阳小肠经

手太阳小肠经(见图 4-8)起于小指外侧端(少泽穴),沿手背、上肢外侧后缘,过肘部,到肩关节后面,绕肩胛部,交肩上(大椎穴),前行入缺盆,深入体腔,络心,沿食道,穿过膈肌,到达胃部,下行,属小肠。

分支:从缺盆出来,沿颈部上行到面颊,至目外眦后,退行进入耳中(听宫穴)。

分支:从面颊部分出,向上行于眼下,至目内眦(睛明穴),交于足太阳膀胱经。

#### (七) 足太阳膀胱经

足太阳膀胱经(见图 4-9)起于目内眦(睛明穴),向上到达额部,左右交会于头顶(百会穴)。

分支:从头顶部分出,到耳上角部。

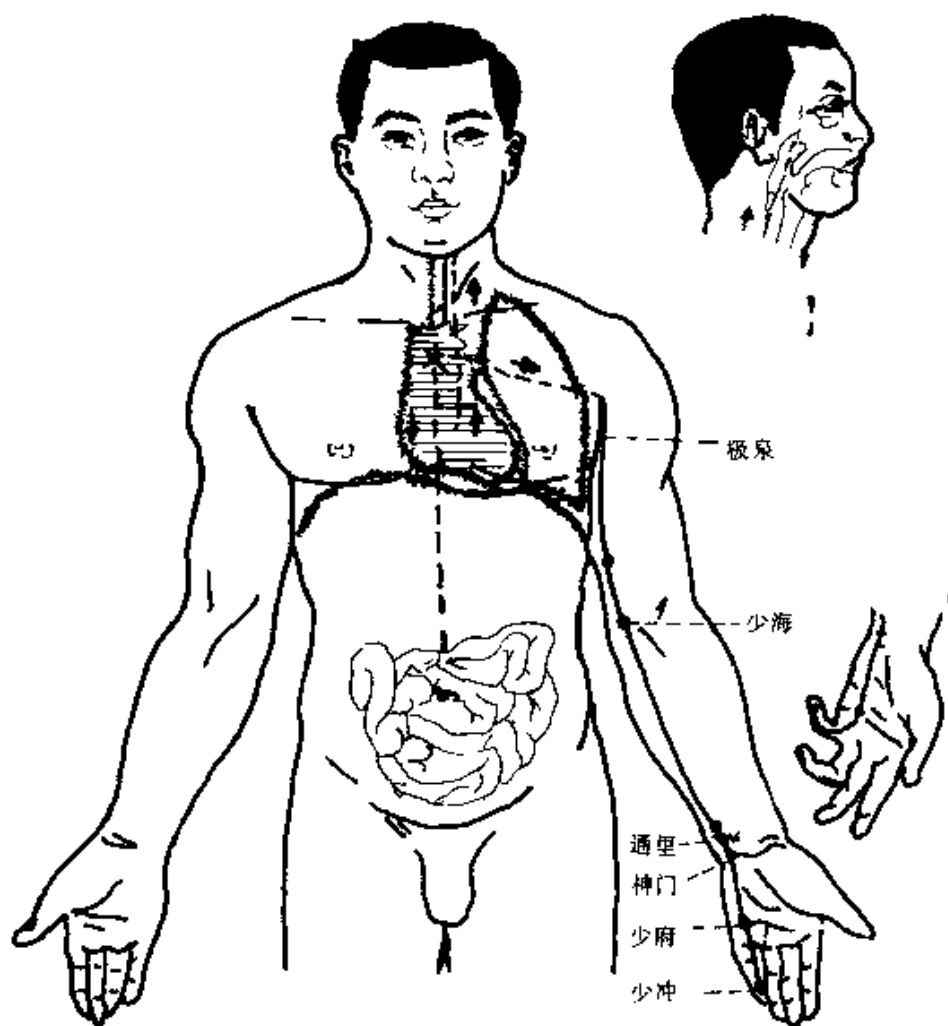


图 4-7 手少阴心经

直行者：从头顶部分别向后行至枕骨处，进入颅腔，络脑，回出分别下行到项部（天柱穴），下行交会于大椎穴，再分左右沿肩胛内侧，脊柱两旁（一寸五分），到达腰部（肾俞穴），进入脊柱两旁的肌肉（膂），深入体腔，络肾，属膀胱。

分支：从腰部分出，沿脊柱两旁下行，穿过臀部，从大腿后侧外缘下行至腘窝中（委中穴）。

分支：从项部分出下行，经肩胛内侧，从附分穴挟脊（三寸）下行至髀枢，经大腿后侧至腘窝中与前一支脉会合，然后下行穿过腓肠肌，出走于足外踝后，沿足背外侧缘至小趾外侧端（至阴穴），交于足

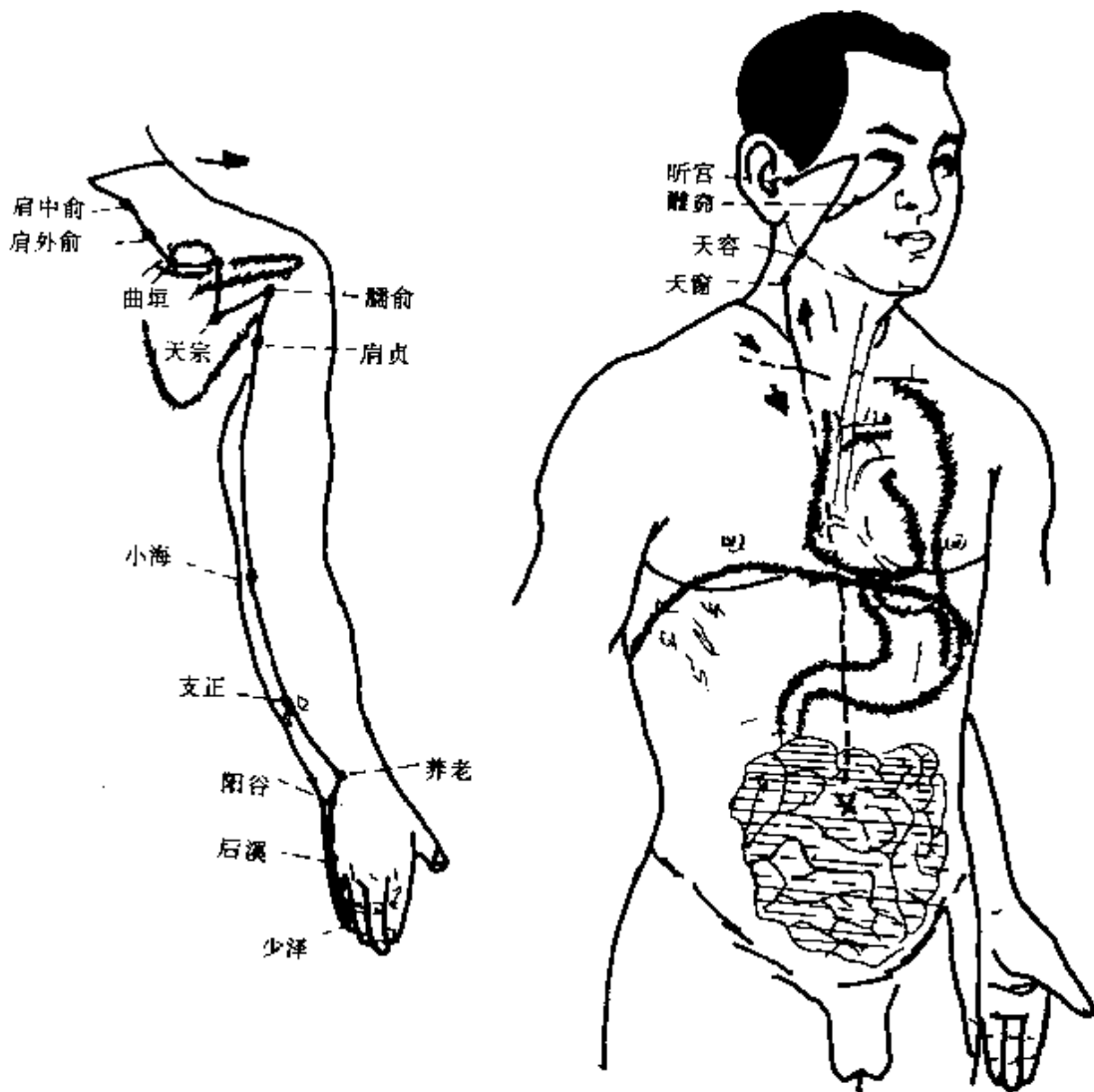


图 4-8 手太阳小肠经

少阴肾经。

#### (八) 足少阴肾经

足少阴肾经(见图 4-10)起于足小趾下,斜行于足心(涌泉穴),出行于足舟骨粗隆之下,沿内踝后,分出进入足跟,向上沿小腿内侧后缘,至腠内侧,上股内侧后缘入脊内(长强穴),穿过脊柱,属肾,络膀胱。

直行者:从肾上行,穿过膈肌和肝,进入肺,沿喉咙,到舌根两旁。

分支:从肺中分出,络心,注于胸中,交于手厥阴心包经。

#### (九) 手厥阴心包经

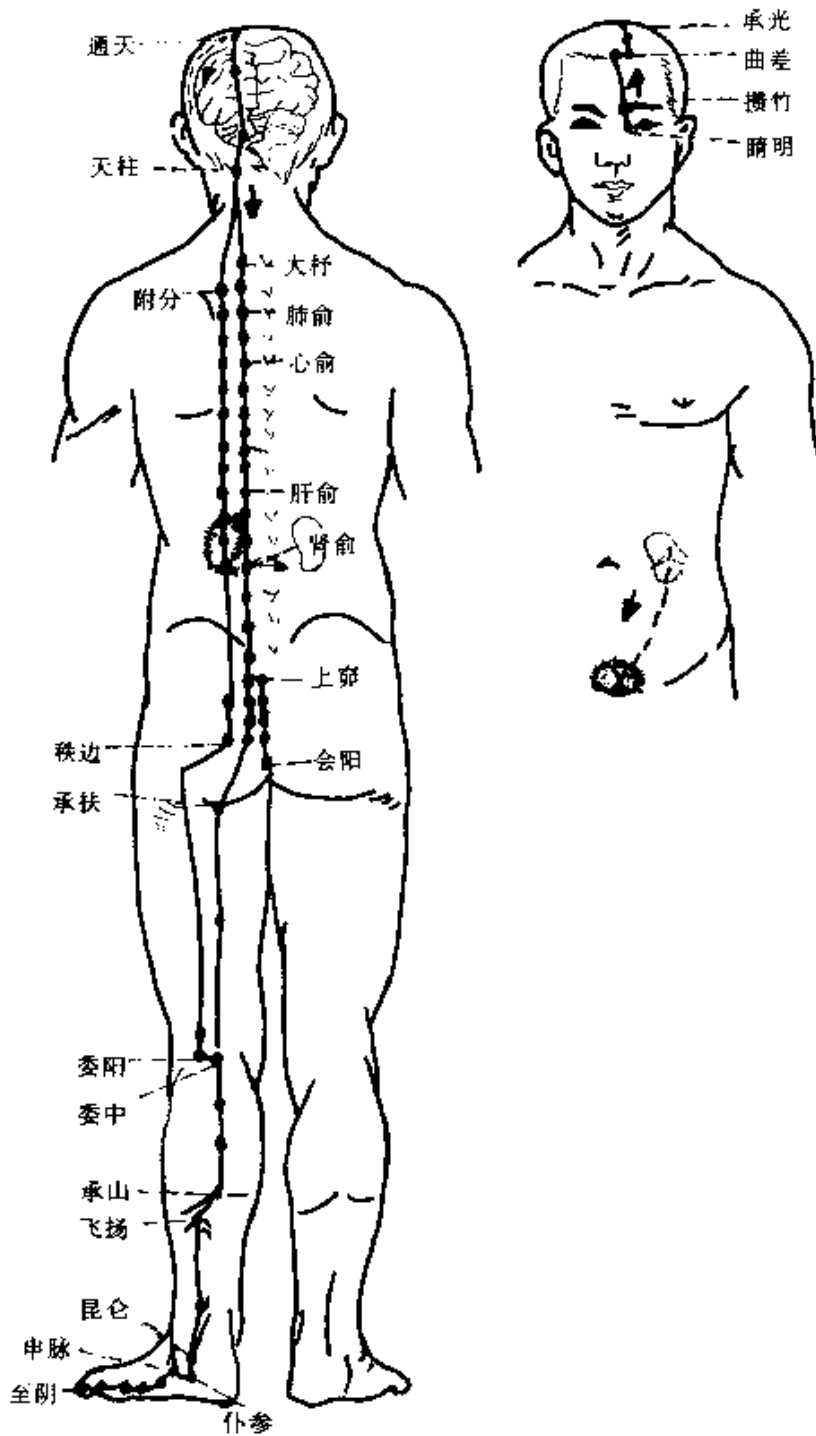


图 4-9 足太阳膀胱经

手厥阴心包经(见图 4-11)起于胸中,出属心包络,向下穿过膈肌,依次络于上、中、下三焦。

分支:从胸中分出,沿胸浅出胁部当腋下三寸处(天池穴),向上

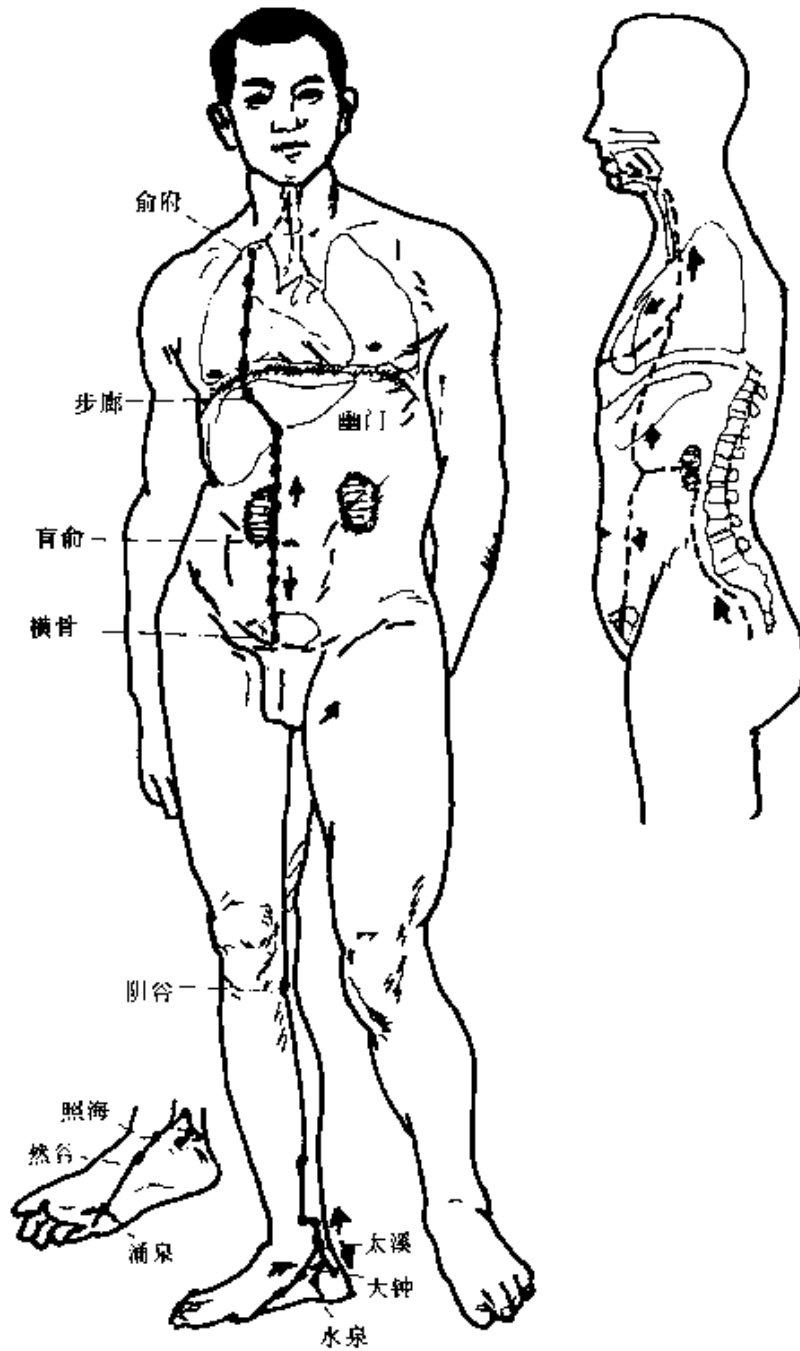


图 4-10 足少阴肾经

至腋窝下,沿上肢内侧中线入肘,过腕部,入掌中(劳宫穴),沿中指桡侧,出中指桡侧端(中冲穴)。

分支:从掌中分出,沿无名指出其尺侧端(关冲穴),交于手少阳三焦经。

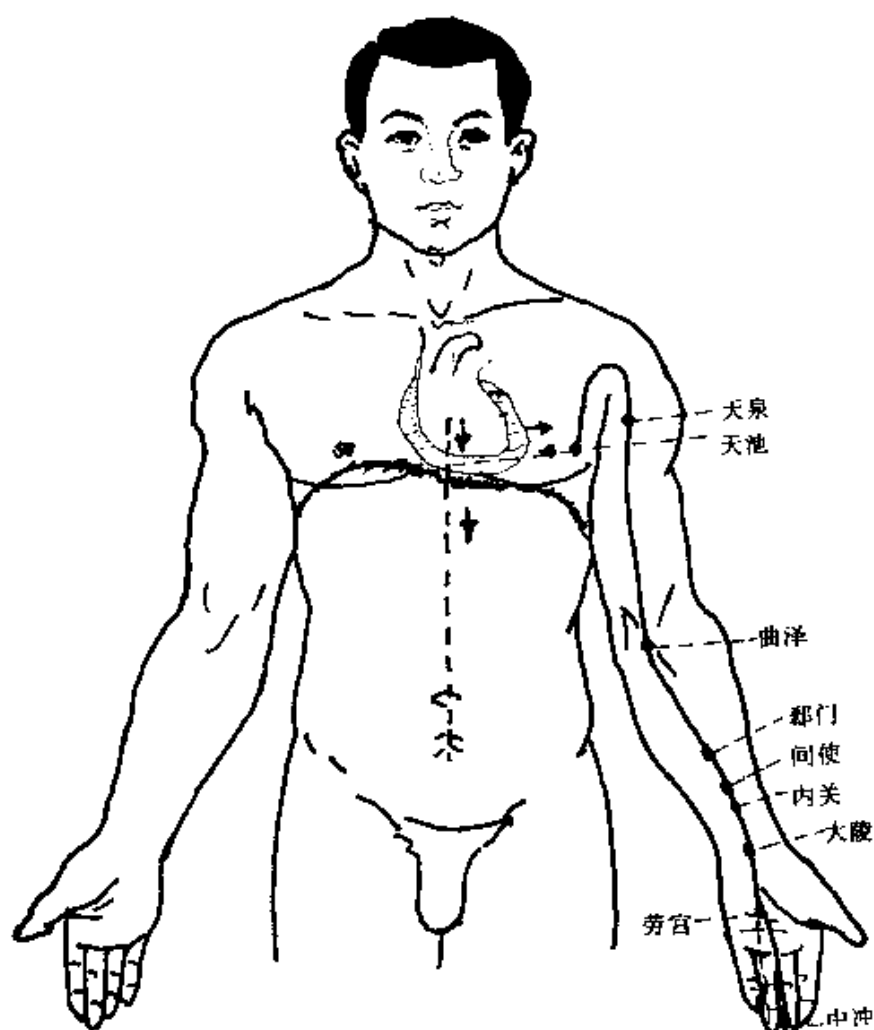


图 4-11 手厥阴心包经

### (十) 手少阳三焦经

手少阳三焦经(见图 4-12)起于无名指尺侧端(关冲穴),向上沿无名指尺侧至手腕背面,上行尺骨、桡骨之间,通过肘尖,沿上臂外侧向上至肩部,向前行入缺盆,布于膻中,散络心包,穿过膈肌,依次属上、中、下三焦。

分支:从膻中分出,上行出缺盆,至肩部,左右交会于大椎,上行到项,沿耳后(翳风穴),直上出耳上角,然后屈曲向下经面颊部至目眶下。

分支:从耳后分出,进入耳中,出走耳前,经上关穴前,在面颊部

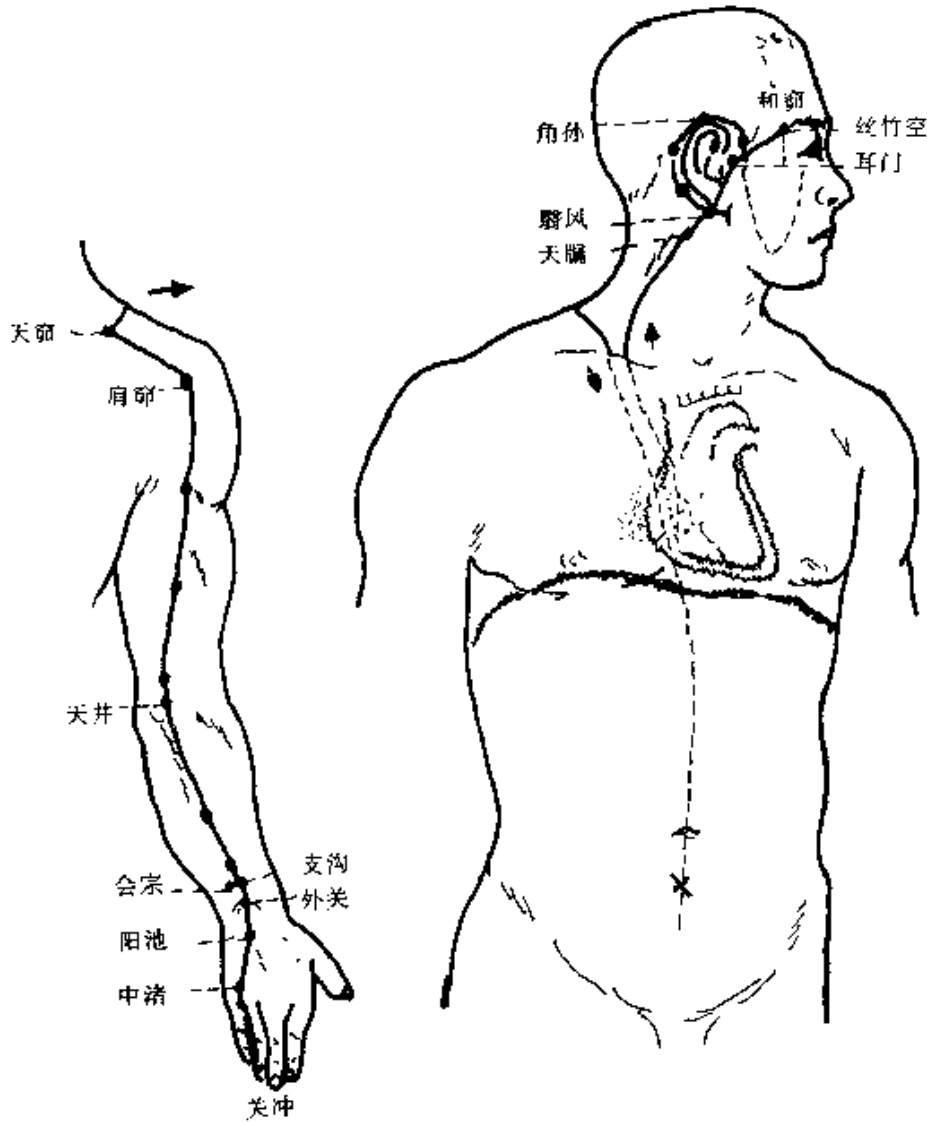


图 4-12 手少阳三焦经

与前一分支相交，至目外眦(瞳子髎穴)，交于足少阳胆经。

### (十一) 足少阳胆经

足少阳胆经(见图 4-13)起于目外眦(瞳子髎穴)，上至头角(颌厌穴)。再向下到耳后(完骨穴)，再折向上行，经额部至眉上(阳白穴)，又向后折至风池穴，沿颈下行至肩上，左右交会于大椎穴，前行入缺盆。

分支：从耳后进入耳中，出走于耳前，至目外眦后方。

分支：从目外眦分出，下行至大迎穴，同手少阳经分布于面颊部的支脉相合，行至目眶下，向下的经过下颌角部下行至颈部，与前脉



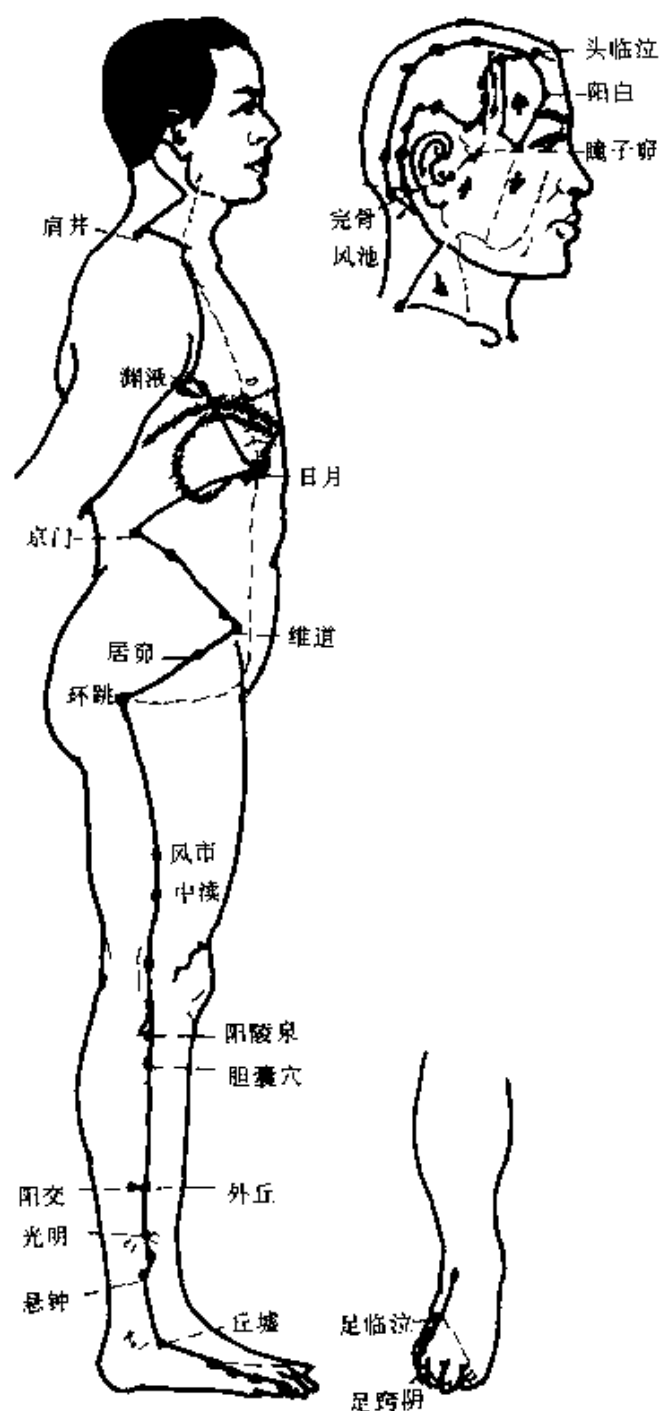


图 4-13 足少阳胆经

会合于缺盆后,进入体腔,穿过膈肌,络肝,属胆,沿肋里浅出气街,绕毛际,横向至环跳穴处。

直行者:从缺盆下行至腋,沿胸侧,过季肋,下行至环跳穴处与前脉会合,再向下沿大腿外侧、膝关节外缘,行于腓骨前面,直下至腓骨下端,浅出外踝之前,沿足背行出于足第四趾外侧端(窍阴穴)。

分支:从足背(临泣穴)分出,前行出足大趾外侧端,折回穿过爪甲,分布于足大趾爪甲后丛毛处,交于足厥阴肝经。

## (十二) 足厥阴肝经

足厥阴肝经(见图 4-14)起于足大趾爪甲后丛毛处,向上沿足背至内踝前一寸处(中封穴),向上沿胫骨内缘,在内踝上八寸处交出足太阴脾经之后,上行过膝

内侧,沿大腿内侧中线进入阴毛中,绕阴器,至小腹,挟胃两旁,属肝,络胆,向上穿过膈肌,分布于肋肋部,沿喉咙的后边,向上进入鼻咽部,上行连接目系,出于额,上行与督脉会于头顶部。

分支:从目系分出,下行于颊里,环绕在口唇的里边。

分支:从肝分出,穿过膈肌,向上注入肺,交于手太阴肺经。

### 三、奇经八脉

有关奇经八脉的论述,早在《黄帝内经》多篇中已有散在性的记述,而《难经·二十七难》则详载其分布路线和病候,并指出“凡此八脉者,皆不拘于经,故曰奇经八脉也。”

#### (一) 督脉

督脉(见图 4-15)起于胞中,下出会阴,沿脊柱里面上行,至项后风府穴处进入颅内,络脑,并由项沿头部正中线,经头顶、额部、鼻部、上唇,到上唇系带处。

分支:从脊柱里面分出,属肾。

分支:从小腹内部直上,贯脐中央,上贯心,到喉部,再向上到下颌部,环绕口唇。向上至两眼下部的中央。

#### (二) 任脉

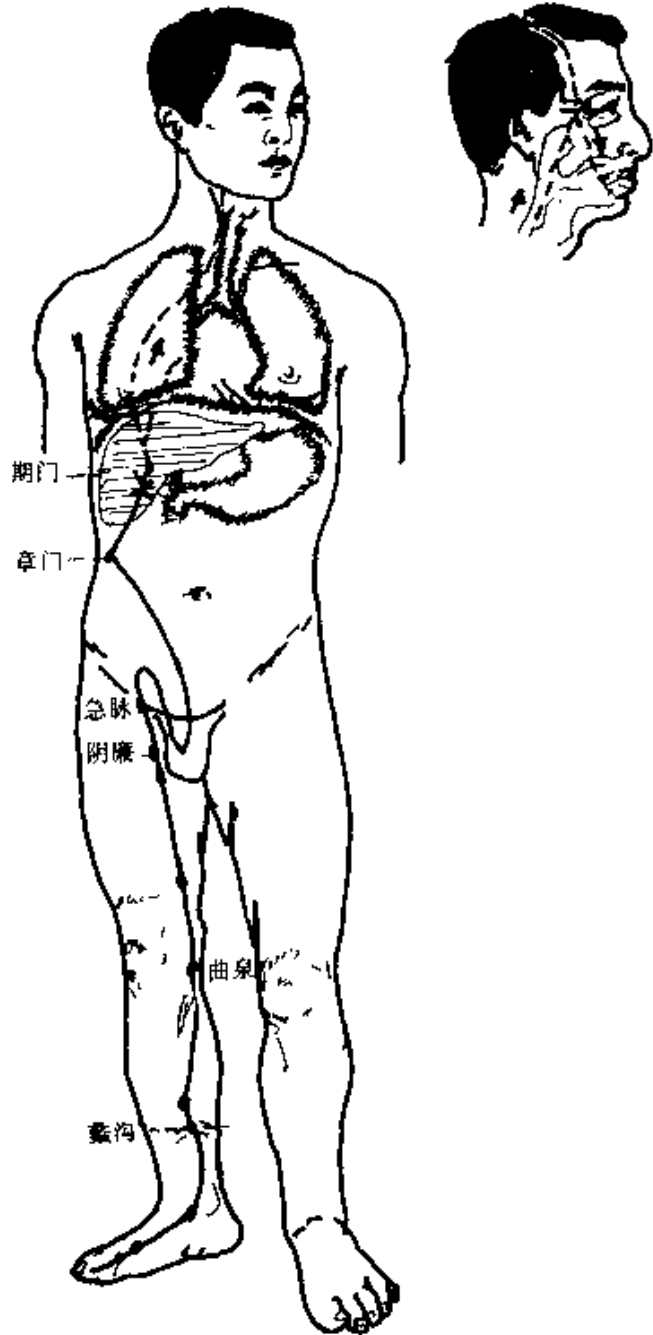


图 4-14 足厥阴肝经

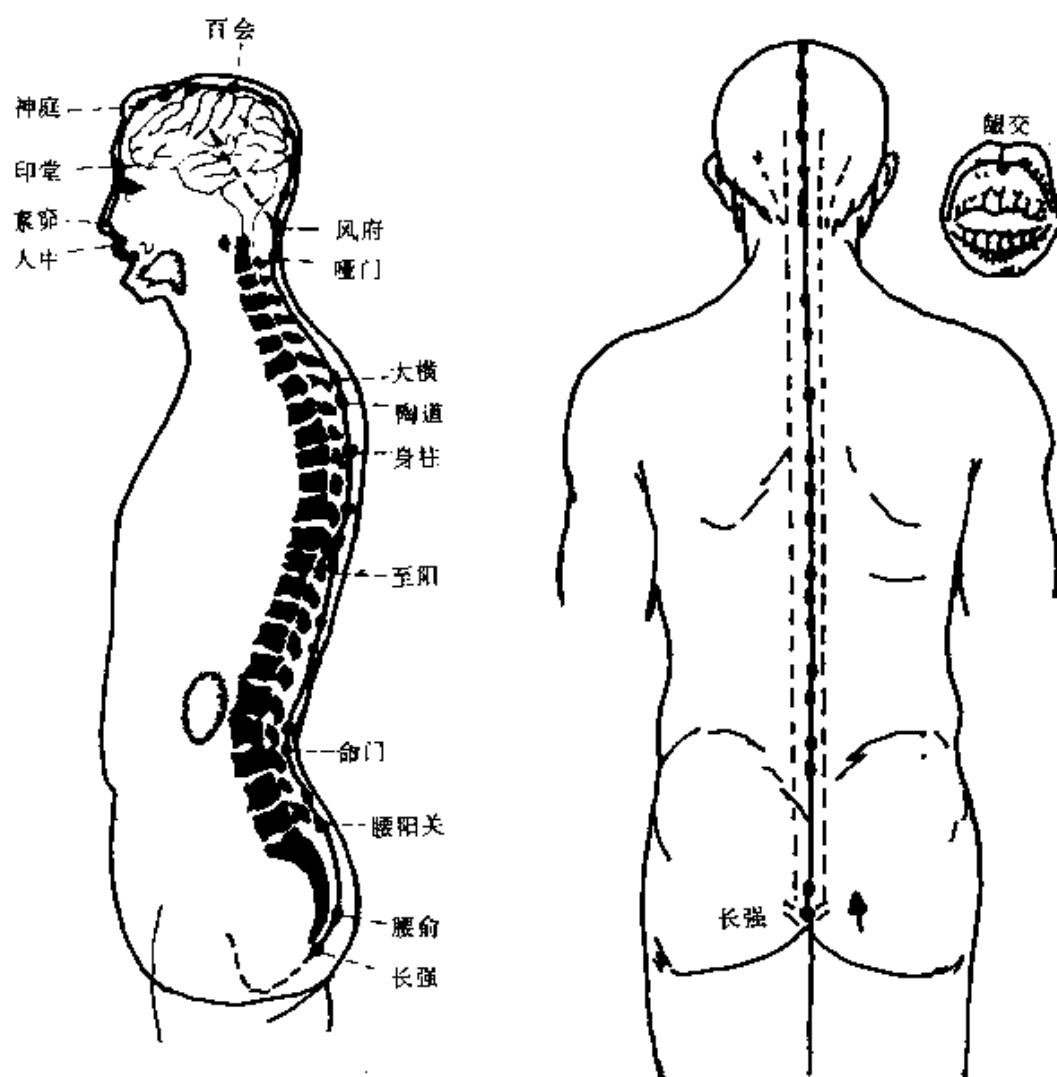


图 4-15 督脉

任脉(见图 4-16)起于胞中,下出会阴,经阴阜,沿腹部和胸部正中线上行,至咽喉,上行至下颌部,环绕口唇,沿面颊,分行至目眶下。

### (三) 冲脉

冲脉(见图 4-17)起于胞中,下出会阴后,从气街部起与足少阴经相并,挟脐上行,散布于胸中,再向上行,经喉,环绕口唇,至目眶下。

分支:与足少阴之大络同起于肾,向下从气街部浅出体表,沿大腿内侧进入腘窝,再沿胫骨内缘,下行到足底;又有支脉从内踝后分出,向前斜入足背,进入大足趾。

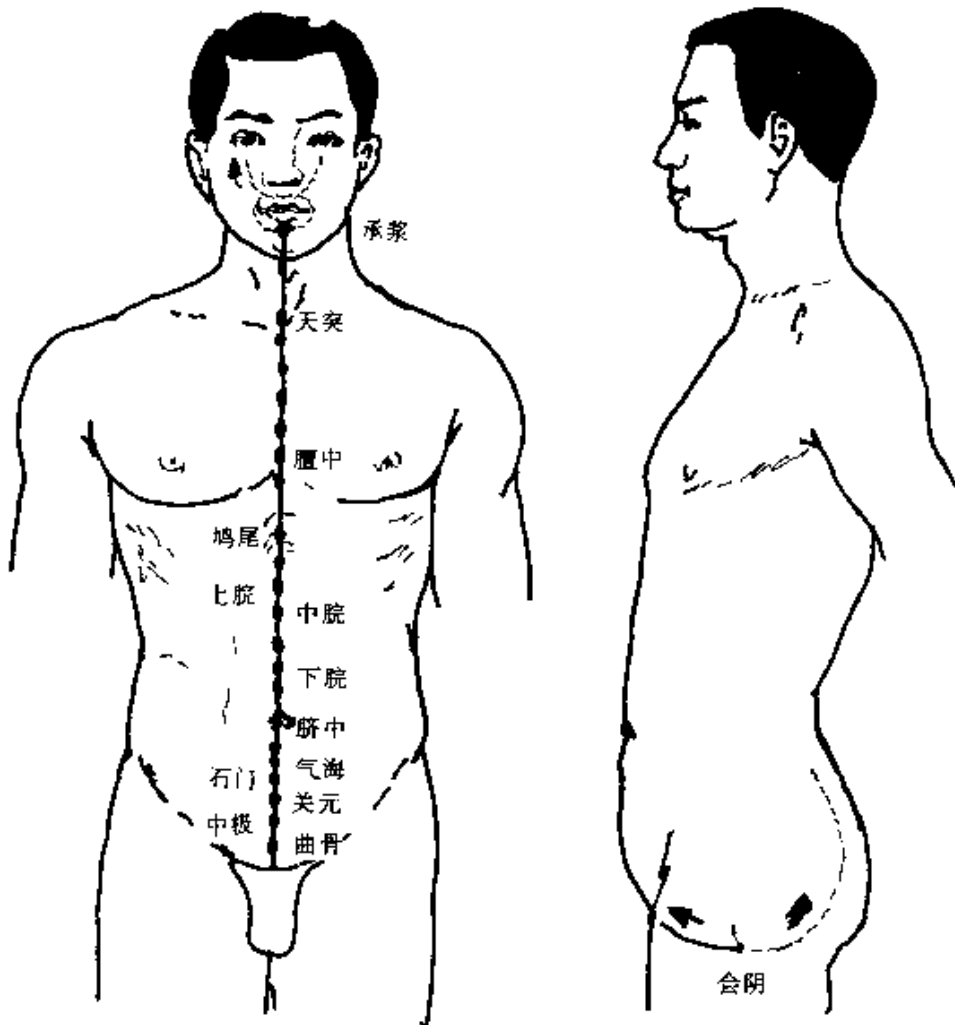


图 4-16 任脉

分支：从胞中出，向后与督脉相通，上行于脊柱内。

#### (四) 带 脉

带脉(见图 4-18)起于季肋，斜向下行到带脉穴，绕身一周。在腹面的带脉下垂到少腹。

#### (五) 阴 跷 脉

跷脉左右成对。阴跷脉(见图 4-19)起于足踝下，从内踝下照海穴分出，沿内踝后直上下肢内侧，经前阴，沿腹、胸进入缺盆，出行于人迎穴之前，经鼻旁，到目内眦，与手足太阳经、阳跷脉会合。

#### (六) 阳 跷 脉

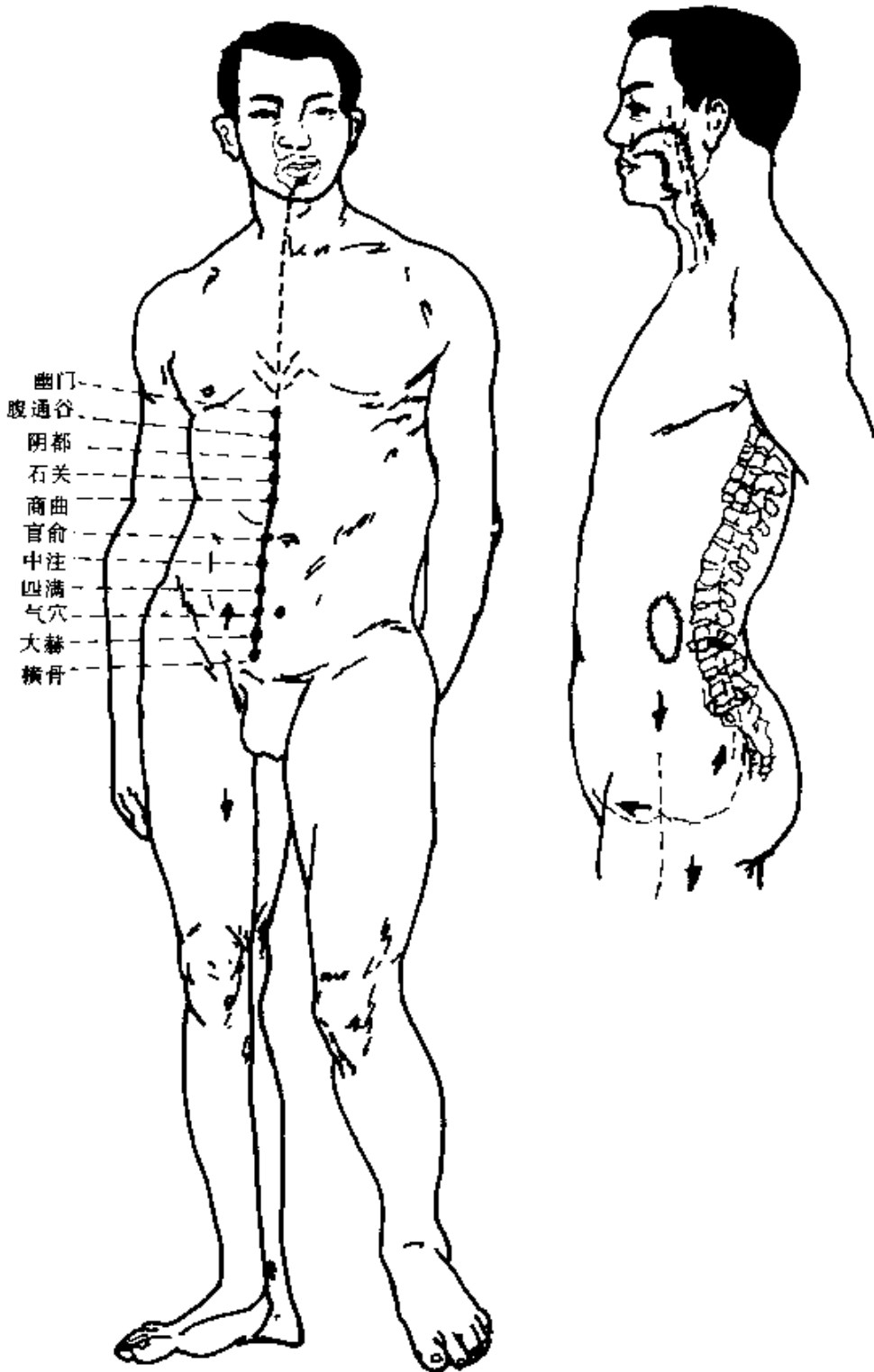


图 4-17 冲脉

阳跷脉(见图 4-20)亦起于足踝下。阳跷脉从外踝下申脉穴分出,沿外踝后上行,经腹部,沿胸部后外侧,经肩部、颈外侧,上挟口

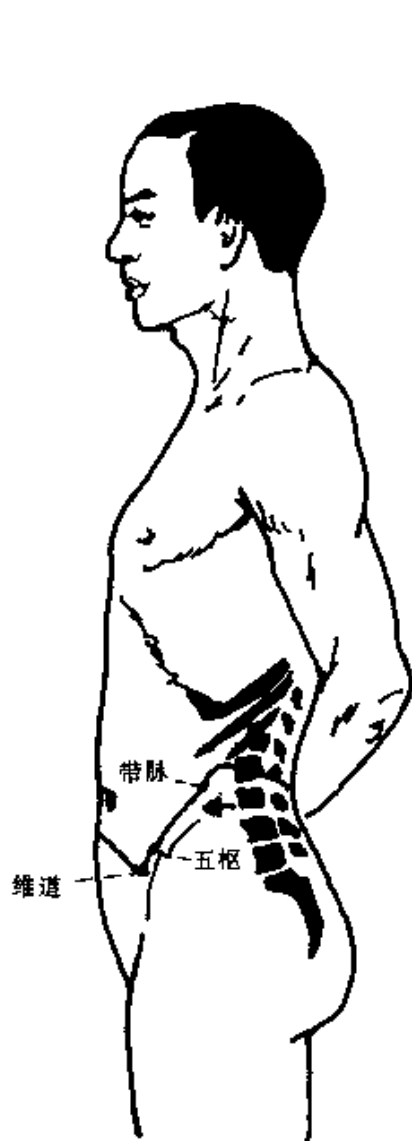


图 4-18 带脉

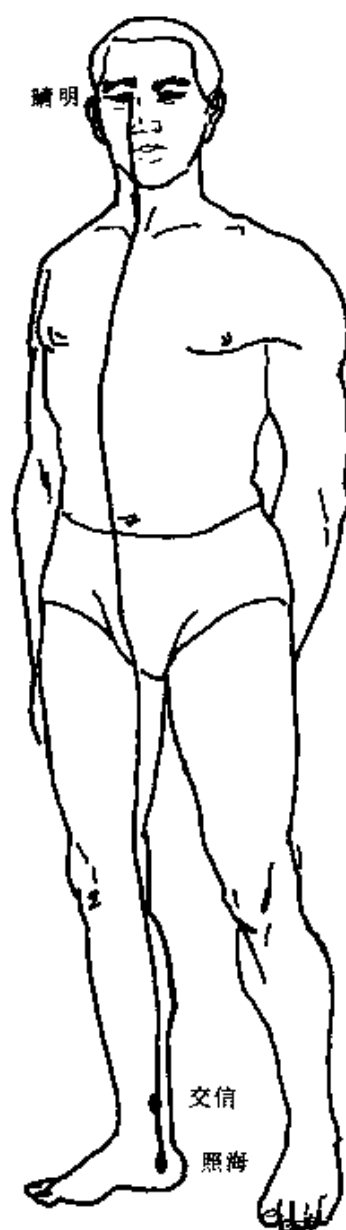


图 4-19 阴跷脉

角,到达目内眦,与手足太阴经、阴跷脉会合,再上行进入发际,向下到达耳后,与足少阳胆经会于项后。

### (七) 阴维脉

阴维脉(见图 4-21)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,与足厥阴经相合,然后上行至咽喉,与任脉相会。

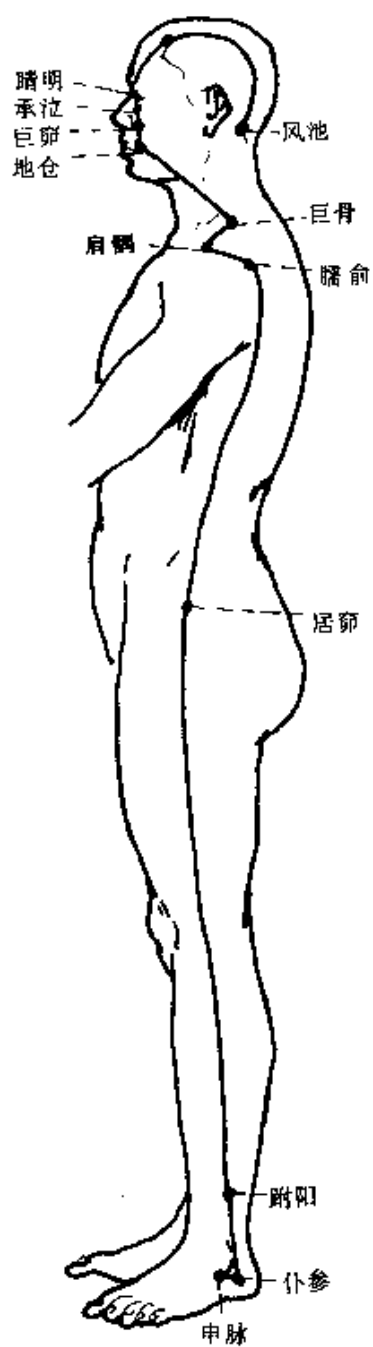


图 4-20 阳跷脉

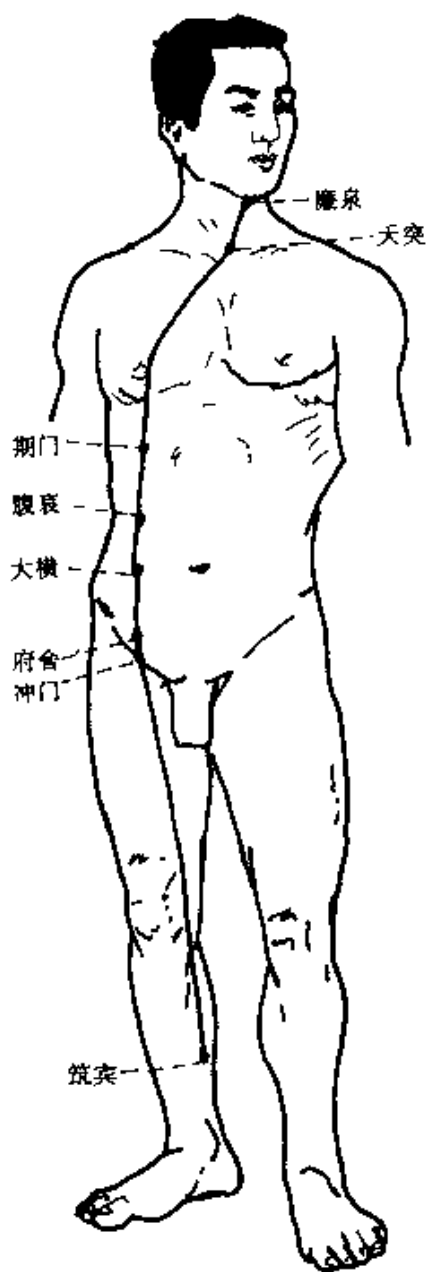


图 4-21 阴跷脉

### (八) 阳维脉

阳维脉(见图 4-22)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,前行到额部,分布于头侧及项后,与督脉会合。

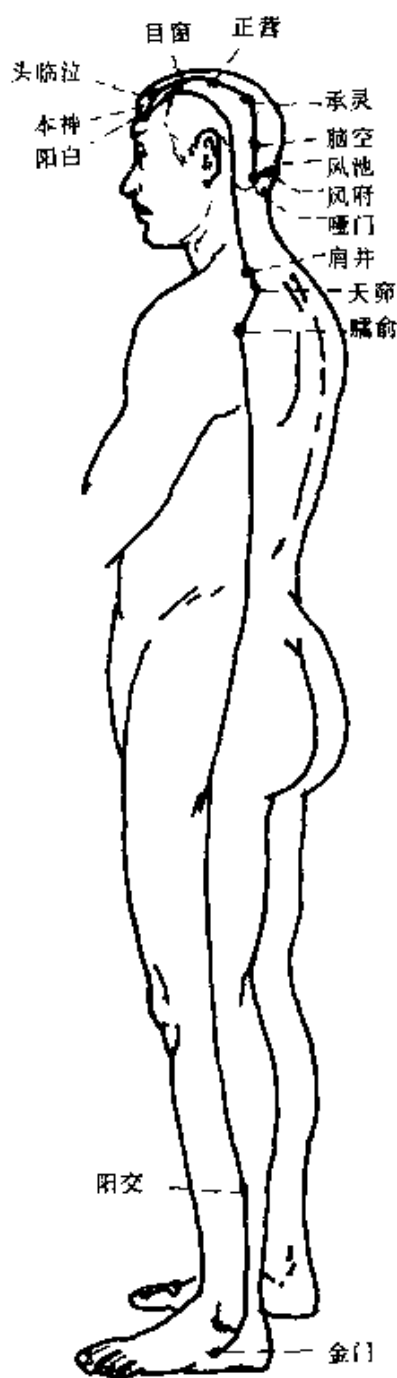


图 4-22 阳维脉

## 四、经络学说在中医理论中的应用

### (一) 经络的生理功能

经络的功能活动,称为“经气”,其生理功能主要表现在如下几个方面:

#### 1. 沟通表里上下,联系脏腑器官

经络的联络沟通全身脏腑组织器官,有如下四种联系:(1) 脏腑同外周肢节之间的联系;(2) 脏腑同五官九窍之间的联系;(3) 脏腑之间的联系;(4) 经脉与络脉之间的联系。

#### 2. 通行气血,濡养脏腑组织

气血之所以能有通达全身,发挥其营养脏腑组织器官,抗御外邪,保卫机体的作用,必须赖于经络的传注。

#### 3. 感应传导作用

主要体现于针刺中的“得气”现象和“行气”现象。

#### 4. 调节机能平衡

实验证明,针刺有关经络的穴位,可对各脏腑机能产生调整作用,即原来亢进的可使之抑制,原来抑制的可使之兴奋。

### (二) 经络学说在中医理论中的体现

#### 1. 阐释病理变化

由于脏腑之间通过经脉沟通联系,所以经络成为脏腑之间病变相互影响的途径。经络不仅是外邪由表入里和脏腑之间病变相互影



响的途径,而且也是脏腑与体表组织之间病变相互影响的途径。通过经络的传导,内脏的病变可以反映于外表,表现于某些特定的部位或与其相应的孔窍。如真心痛,不仅表现为心前区疼痛,且常放射至上肢内侧尺侧缘,即是因为手少阴心经行于上肢内侧后缘之故。

### 2. 指导疾病的诊断与治疗

在临床上,可根据疾病症状出现的部位,结合经络循行的部位及所联系的脏腑,作为疾病诊断的依据。在经络循行的部位,或在经气聚集的某些穴位处,可有明显的压痛或有结节状、条索状的反应物,或局部皮肤出现某些形态变化,也常有助于疾病的诊断。

同时,经络学说被广泛地用于临床各科的治疗,特别是对针灸、按摩和药物治疗,更具有较大的指导意义。针灸疗法与按摩疗法穴位的选取,必须首先按经络学说进行辨证,这就是“循经取穴”。药物治疗也存在某些药物对某一脏腑经络所具有的特殊选择性作用,形成了“药物归经”理论,引导药物归入各经而发挥治疗作用。

### 3. 针刺麻醉及其他

此外,当前被广泛应用于临床的针刺麻醉,以及耳针、电针、穴位埋线、穴位结扎等治疗方法,也都是经络理论的指导下所创立和发展起来的。

---

## 第五节 中医的气血津液学说

---

气、血、津液,是构成人体的基本物质,是脏腑、经络等组织器官进行生理活动的物质基础。《黄帝内经》中有多篇关于气血津液形质和功能的论述。气,是不断运动着的具有很强活力的精微物质;血,基本上是指血液;津液,是机体一切正常水液的总称。中医理论认为,构成人体的基本物质还有“精”;狭义之“精”,即是通常所说的生殖之

精；广义之“精”，泛指一切精微物质，包括气、血、津液和从饮食中摄取的营养物质，故称作“精气”。

## 一、气

气，是构成人体的最基本物质，故有“气聚则形成，气散则形亡”之说。气，又是维持人的生命活动的最基本物质与能量。人的生命活动，需要从“天地之气”中摄取营养成分，以养五脏之气，从而维持机体的生理活动。

### （一）气的生成

人体的气，来源于禀受父母的先天之精气、食物中的营养物质（即水谷之精气，简称“谷气”）和存在于自然界的清气。通过肺、脾胃和肾等脏器生理功能的综合作用，将三者结合起来而生成。先天之精气，依赖于肾藏精气的生理功能，才能充分发挥先天之精气的生理效应；水谷之精气，依赖于脾胃的运化功能，才能从食物中摄取而化生；存在于自然界的清气，则依赖于肺的呼吸功能予以吸入。在气的生成过程中，脾胃的运化功能尤为重要。

### （二）气的生理功能

气的生理功能，主要有五个方面：

#### 1. 推动作用

气是活力很强的精微物质，它对于人体的生长发育，各脏腑、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，均起着推动作用和激发其运动的作用。

#### 2. 温煦作用

气是人体热量的来源。人体的体温，是依靠气的温煦作用来维持恒定；各脏腑、经络等组织器官，须在气的温煦作用下进行正常的生理活动；血和津液等液态物质，也要依靠气的温煦作用温运全身。

### 3. 防御作用

机体的防御作用是相当复杂的,虽然包括了气、血、津液和脏腑、经络等组织器官的多方面的综合作用,而气的防御作用,主要体现于护卫全身的肌表,防御外邪的入侵。

### 4. 固摄作用

气的固摄作用,主要是对血、津液等液态物质具有防止其无故流失的作用。具体表现在:固摄血津,可使血液循环于脉内,防止其逸出脉外;固摄汗液、尿液、唾液、胃液、肠液和精液等,控制其分泌排泄量,以防止其无故流失。

### 5. 气化作用

气化,是指通过气的运动而产生的各种变化。具体地说,是指精、气、血、津液各自的新陈代谢及其相互转化。例如:气、血、津液的生成,都需要将饮食物转化成水谷之精气,然后再化生成气、血、津液等;津液经过代谢,转化成汗液和尿液;饮食物经过消化和吸收后,其残渣转化成糟粕等等,都是气化作用的具体表现。

## (三) 气的运动形式

气的运动,称作“气机”。气的四种基本运动形式,为升、降、出、入。

人体的脏腑、经络等组织器官,都是气的升降出入场所。气的升降出入运动,不仅仅是推动和激发了人体的各种生理活动,而且只有在脏腑、经络等组织器官的生理活动中,才能得到具体的体现。例如:肺的呼吸功能,体现着呼气是出,吸气是入;宣发是升,肃降是降。气的升和降、出和入,是对立统一的矛盾运动。升和降、出和入之间必须协调平衡,才能维持正常的生理活动。

气的升降出入运动之间的协调平衡,称作“气机调畅”。若气机失调,则可有气滞、气逆、气陷、气脱、气结、气郁、气闭等表现形式。

## (四) 气的分类

从《黄帝内经》多篇论述中可知,人体的气是多种多样的,由于其

主要组成部分、分布部位和功能特点的不同,主要有以下几种:

### 1. 元气,又名“原气”、“真气”

元气是人体最重要、最基本的气,是人体生命活动的原动力。元气的组成,以肾所藏的精气为主,它来源于先天,受之于父母,依赖于肾中精气所化生,又赖后天水谷精气的培育。元气是通过三焦而流布于全身,而作用于机体的各个部分。元气的主要功能是推动人体的生长和发育,温煦和激发各个脏腑、经络等组织器官的生理活动。所以说,元气是人体生命活动的原动力,是维持生命活动的最基本物质。

### 2. 宗气,指积于胸中之气

宗气在胸中积聚之处,称作“上气海”,又称“膻中”。宗气聚集于胸中,是以肺从自然界吸入的清气和脾胃生成的水谷精气为组成部分,相互结合而成。宗气的主要功能有两个方面:一是走息道以行呼吸。凡语言、声音、呼吸的强弱,都与宗气的盛衰有关。二是贯心脉以行气血。凡气血的运行,肢体的寒温和活动能力、视听的感觉能力、心搏的强弱及其节律等,都与宗气的盛衰有关。

### 3. 营气,系指与血共行于脉中之气

营气富于营养,故又称“荣气”。营与血的关系极为密切,可分而不可离,故常“营血”并称。营气主要由水谷精气中的精华部分所化生。营气分布于血脉之中,成为血液的组成部分而循脉上下,营运于全身。营气的主要生理功能,有营养和化生血液两个方面。

### 4. 卫气,系指运行于脉外之气

卫气与营气相对而言,属于阳,故又称“卫阳”。卫气,主要由水谷精气所化生,它的活动力强,流行迅捷。所以它不受脉管的约束,运行于皮肤、分肉之间,熏于膏膜,散于胸腹。

卫气的生理功能有三方面,一是护卫肌表,防御外邪入侵;二是温养脏腑、肌肉、皮毛等;三是调节控制腠理的开合、汗液的排泄,以维持体温的相对恒定等。

## 二、血

血,是红色的液态样物质,是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一,具有很高的营养和滋润作用。

### (一) 血的生成

血,主要由营气和津液所组成。营气和津液,均来自水谷之精微,所以说脾和胃是气血生化之源。血液的生成过程,又要通过营气和肺的作用。此外,精和血之间还存在着相互资生和转化的关系。精藏于肾,血藏于肝。肾中精气充盈,则肝有所养,血有所充;肝的藏血量充盛,则肾有所藏,精有所资,故有“精血同源”之说。

### (二) 血的生理功能

血,具有营养和滋润全身的生理功能。血在脉中循行,内至脏腑,外达皮肉筋骨,如环无端,运行不息,不断地濡养、滋润全身各脏腑组织器官。具体体现于面色的红润、肌肉的丰满和壮实、皮肤和毛发的润泽有华、感觉和运动的灵活自如等方面。血,是机体精神活动的主要物质基础。所以,不论何种原因所形成的血虚、血热或运行失常,均可以出现精神衰惫、健忘、多梦、失眠、面色苍白,毛发枯干等症状。

### (三) 血的运行

血在脉管中运行不息,流布于全身,环周不休。主要依赖于气的推动作用。血在脉管中运行而不至逸出脉外,也是由于气的固摄作用。脉管是一个相对密闭的管道系统,血和营气在脉管中循环运行。在《素问·经脉别论》中,有“食气入胃,散精于肝……食气入胃,浊气归心,淫精于脉,脉气流经,经气归于肺,肺朝百脉,输精于皮毛,毛脉合精,行气于府,府精神明,留于四藏,气归于权衡。”已明确指出了心、肺和脉构成了血液的循环系统。血液的正常运行,决定于气的推动作用和固摄作用之间的协调平衡。还由于心脏的搏动,推动着血液

的运行,并与其它脏器生理功能协调平衡。

### 三、津液

津液,是机体一切正常水液的总称,包括各脏腑组织器官的内在体液及其正常的分泌物,如胃液、肠液和涕、泪等。津液,同气和血一样,是构成人体和维持人体生命活动的基本物质。其中液质较清稀,流动性较大,布散于体表皮肤、肌肉和孔窍,并能渗注于血脉,起滋润作用的,称为津;液质较稠厚,流动性较小,灌注于骨节、脏腑、脑、髓等组织,起濡养作用的,称为液。

#### (一) 津液的生成、输布和排泄

津液的生成、输布和排泄,是一个复杂的生理过程,涉及到多个脏腑的一系列生理功能。津液来源于饮食水谷。津液是通过胃对食物的“游溢精气”和小肠的“分清别浊”,“上输于脾”而生成。津液的输布和排泄,主要是通过脾的转输、肺的宣降和肾的蒸腾气化、以三焦为通道输布于全身。

脾对津液的输布作用,一方面将津液“以灌四旁”(《素问·玉机真脏论》)和全身;另一方面,则将津液“上输于肺”。这两个方面统属于脾的“散精”功能。

肺对津液的输布和排泄作用,又称作“通调水道”。通过肺的宣发作用,将津液输布于全身体表,以发挥津液的营养和滋润作用,并可通过代谢化为汗液而排出体外。故说肺“输精于皮毛”。津液通过肺的肃降作用,向下输送到肾和膀胱,最后化为尿液而排出体外。

肾对于津液的输布和排泄,亦起着极其重要的主宰作用。全身的津液,最后都要通过肾的蒸腾气化,升清降浊,使清者蒸腾上升,从而向全身布散;浊者下降化为尿液,注入膀胱。尿液排泄量的多少,实际上对调节全身津液的代谢平衡是密切相关的。

## （二）津液的功能

津液有滋润和濡养的生理功能。如：布散于肌表的津液，具有滋润皮毛肌肤的作用；流注于孔窍的津液，具有滋润和保护眼、鼻、口等孔窍的作用；渗入于血脉的津液，具有濡养和滋润各脏腑组织器官的作用；渗入于骨的津液，具有充养和濡润骨髓、脊髓和脑髓的作用。

## 四、气血津液之间的关系

无论在生理或病理情况下，气、血、津液之间均存在着极为密切的相互关系。

### （一）气与血的关系

#### 1. 气能生血

从摄入的饮食，转化成水谷精气；从水谷精气转化成营气和津液；从营气和津液转化成赤色的血，均离不开气的运动变化。因此说，气能生血。

#### 2. 气能行血

血属阴而主静。血液的循行，有赖于心气的推动，肺气的宣发布散，肝气的疏泄条达。因此，气虚则推动无力；气滞则血行不利、血行迟缓而形成血瘀；气机逆乱，血行亦随气的升降出入异常而逆乱。

#### 3. 气能摄血

摄血，是气固摄功能的具体体现。血在脉中循行而不逸出脉外，主要依赖于气对血的固摄作用。如果气虚而固摄血液的作用减弱，可导致各种出血的病证，称之为“气不摄血”。

#### 4. 血为气之母

此是指血是气的载体，并给气以充分的营养。由于气的活力强、易于逸脱，故气在人体必须依附于血和津液。如果气失去依附，则浮散无根而气脱。故血虚者，气亦易衰；血脱者，气亦逸脱。

## （二）气与津液的关系

气属阳，津液属阴。气与津液的关系，同气与血的关系基本相同。

### 1. 气能生津

津液的生成，来源于摄入的饮食，有赖于胃的“游溢精气”和脾的运化水谷精气。故脾胃之气健旺，化生的津液就充盛；脾胃之气虚衰，则影响津液的生成，而致津液不足。

### 2. 气能行(化)津

津液的输布及其化为汗、尿等排出体外，全赖于气的升降出入运动。由于脾气的“散精”和转输、肺气的宣发和肃降、肾中精气的蒸腾气化，才能促使津液输布于全身而环周不休，使经过代谢的多余津液转化为汗液和尿液排出体外。因此，气虚、气滞可致津液停滞，称作气不行(化)水。

### 3. 气能摄津，津能载气

津液的排泄，有赖于气的推动和气化作用。维持津液的代谢正常平衡，也有赖于气的固摄作用。故在多汗、多尿和吐泻等大量津液流失的情况下，亦可出现“气随津脱”的病证。

## （三）血与津液的关系

血和津液的生成都来源于水谷精气，故有“津血同源”之说。津液渗注于脉中，即成为血液的组成部分。

在病理情况下，血和津液之间也多相互影响。如：失血过多，脉外之津液，可渗注于脉中，以补偿脉内血容量的不足。与此同时，由于脉外之津液大量渗入于脉内，又可形成津液之不足而出现口渴、尿少、皮肤干燥等症候。因此，对于失血患者，不宜采用汗法；对于多汗或津液亏损的患者，亦不可轻用破血、逐血之峻剂。

中医基础理论除上述内容以外，其病因病理学说亦有其独特的学术特色。如将病因分为“三因”，即外因（包括风、寒、暑、湿、燥、火“六淫”之邪及疠气、疫毒等感受外邪致病的因素）、内因（主要指七情



内伤,包括喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等情态因素所致的多种病证,以及因于体质因素而致病……)和不内外因(包括饮食饥饱、叫呼伤气、筋力疲极、阴阳违逆,以及虫兽伤、跌扑伤、溺水、金刃伤、房事过度等多种因素致病者)。最早提出三因致病说是张仲景《伤寒杂病论》,宋代陈无择有专著《三因极一病证方论》问世,欲知其详,可参阅此书。病理、病机则须斟酌患者邪正、阴阳、气血、津液等失常情况,予以综合分析,以获取诊断印象,并决定治法。

再者,中医基础理论亦可包括防治内容,《内经》“上工治未病”的思想,又体现于未病先防和既病防变两个方面。在治疗原则方面,则主张“治病必求于本”(《素问·阴阳应象大论》)。以及扶正、祛邪、燮理阴阳、调整脏腑功能等重要学术思想。

# 第五章 中医诊断与辨证

---

## 第一节 中医诊断的特点与基本原则

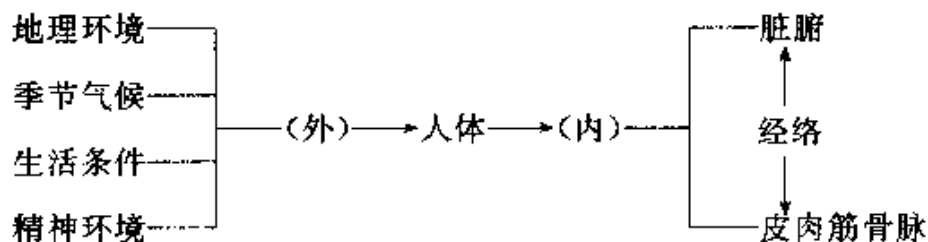
---

### 一、诊断疾病的基本特点

#### 1. 整体观念

早在战国时期,《灵枢·邪客》指出:“人与天地相应。”《素问·宝命全形论》则谓:“人以天地之气生,四时之法成。”说明人与自然界的关系非常密切。所谓整体观念,体现于诊断疾病,是指医者要斟酌整个人体(内)与自然环境(外)的情况,或称之为“审察内外”。

人体是一个统一的整体。人体内外、上下、脏腑、经络之间的关系不可分割。体内以脏腑为中心,四肢百骸、五官九窍、皮肉血脉筋骨等无不通过经络与脏腑相联系。因此,内部异常可呈现于外,外部有病亦可传入体内。所以,诊断需根据全身症状来判断究属体内什么脏腑的失常所引起的疾患。人体的生理机能已与周围环境及自然界的一般变化相适应。当周围环境变化剧烈,超过人体能适应的限度时,就会引起脏腑、气血功能失调而致病。所以在诊断时必须结合自然环境来考虑对人体的影响。它们之间关系的构图如下:



## 2. 四诊合参

中医诊断疾病,主要依赖感觉器官。如,医生和患者的主观感觉、自述不符合实际情况,或症状短缺,辨证必然产生问题和困难,因之可能作出错误诊断。

望诊、闻诊、切诊,是医者运用视觉、听觉、嗅觉、触觉来对病人进行诊察,而问诊则概括了病人的感觉及对疾病发生、发展等有关问题的叙述。四诊之间只能相互补充,不可彼此取代。所以,只有四诊合参,全面地收集四诊资料,才不致遗漏辨证所需要的内容。

## 3. 辨证求因

中医在辨别病证时,寻求病因是主要内容之一。狭意的“因”,是指一般常说的致病因子,如六淫、七情、饮食劳倦、虫兽金刃所伤等。广义的“因”,则包括致病因子外在疾病发展过程中所产生的一些病理变化,如气滞、瘀血、食积、痰饮等。

辨证求因就是在整体观念的指导下,运用四诊方法与辨证理论,对人体在致病因素影响下所出现的一系列症状进行细致地观察和分析,从错综复杂的现象中找出矛盾所在,确定其病因之方法。

# 二、诊断疾病的基本原则

## 1. 详尽准确地掌握临床资料

医者不仅要收集病人察觉到的有关疾病的所有临床资料,如可能的病因或诱因,疾病发生、发展的经过,病人自觉的病痛等;并要收集对确定诊断有重要意义的资料;如对某一病证或相关病证有肯定

或否定作用的临床资料等。准确、可靠是指所收集的临床资料必须是真实的,并能反映疾病的程度。对某一症状必须明确其有或无,程度的轻重,不能含糊其词。

## 2. 以主症为中心进行诊断

主症是指病人最明显、最突出、最痛苦的症状。这种症状病人常常首先述诉。但有时病人所述症状主次不清,既不系统,又无中心。这时医生就要通过追问或分析,以明确主症。主症确定后,即以主症为中心,进一步收集资料,分析病情,并作出诊断。

## 3. 以多数症状为诊断依据

症状包括自觉症状、他觉症状(体征)、化验、仪器或发现和特殊检查的异常结果,均可从不同侧面反映疾病的属性,并能全面地反映疾病的本质属性。故必须以疾病的多数症状,特别是表现明显的症状,作为诊断的主要依据,以保证诊断的正确性和可靠性。但也要注意少数或个别症状,可能在疾病中具有特殊的意义。特别是出现相反属性时,应当引起高度的警惕。

## 4. 以一种证候解释全部症状

病人所患疾病经常为一种,因此尽量是以一种病证来解释病人的全部现象,以进行诊断。在病人出现了难以用一种病证来统一的临床表现时,应积极寻找原因。只有掌握了有多种病证并存的可靠证据时,才能作出多种病证的诊断。

## 5. 识别常见病、多发病及罕见病

常见病、多发病证在临床上经常见到,所以首先考虑常见病、多发病证;少见罕见病证虽然少见,但毕竟存在。因此对屡经辗转或久治不愈的病人,尤应考虑罕见病的可能性,避免误诊。

## 6. 诊断中应注意的辨证关系

机体与环境、局部与整体、邪气与正气、病与证、主要病机与次要病机、现象与本质、共性与个性等,均为诊断思维中的重要内容。此

外,邪气与正气关系的进退、个性与共性的特异、现象与本质的矛盾都必须作为诊断的认识因素。

---

## 第二节 中医四诊

---

### 一、望 诊

《史记》记述战国名医扁鹊给齐侯诊治疾病,首先采用“望齐侯之色”的诊法。这提示人体罹疾往往是病于内而现于外。望诊的内涵相当丰富,现分述如下:

#### (一) 望 神

望神,一般应注意观察和区分四种情况:“得神”、“少神”、“失神”和“假神”。

##### 1. 得神

在疾病过程中,如病人两眼灵活有神、明亮,面色荣润,表情自然,神志清楚,语言清晰,呼吸调匀,肌肉不削,肢体活动自如,反应灵敏,称为有神或得神。有神表示正气未伤,脏腑功能未衰。一般多属病轻易愈。

##### 2. 失神

在疾病过程中,如病人目无光彩,瞳仁呆滞,面色晦暗,表情淡漠,精神萎靡,反应迟钝,甚至神昏,胡言乱语,循衣摸床,撮空引线,或突然昏倒,目闭口开,手撒,二便失禁,称为失神或无神。失神表示精气大伤,脏腑已衰,病重难治,预后多不良。

##### 3. 少神

指神气不足。多表现为精神不振,动作迟缓,气短懒言,倦怠嗜睡等。为心脾两亏,或肾阳不足、神气不旺之象。多属虚证。

#### 4. 假神

指病人在垂危阶段出现的一种假象,多见于久病,或重病,精气极度衰弱的病人。如原来饮食甚少或多日不食,突欲饮食;原来不欲言语,语声低微,时断时续,突然转为言语不休,声音清亮;原来面色晦暗,忽见两颧发红,如涂油彩等,称为假神。这是阴阳格拒,阴不敛阳,阴阳将要离绝的一种假象,表示病情恶化,危在旦夕。

此外,神志异常可表现为癫、狂、痫的病证,须结合病因、病史、综合考虑其辨证和治法。

### (二) 望 色

望色,又称望气色。“气”较“色”更为重要。气是由光泽表现出来的,标志着人体精气的盛衰,所以无论何色,只要明亮光泽,隐然含蓄于皮肤之内的,称为“有气之色”;若晦暗无光泽,或彰然显露于皮肤之外的,称为“无气之色”。

#### 1. 常色

欲知病色,必先知常色。常色有主色、客色之分。所谓主色,是指人终生不改变的基本面色。中国人属于黄色人种,一般肤色都呈微黄,古人以此为正色。在此基础上又有略异,有些人略白、微黑、稍红等。人与自然相应,受地理环境、生活习惯、工作条件、饮食、情绪等影响,可致面色改变,这种变色也属常色范畴。另如,面色随四季时令转换而发生轻微变化,古人称为“客色”。总之,主色或客色均为常色,其共同特征是明亮润泽,隐然含蓄。

#### 2. 病色

由于疾病原因而使皮肤发生异常变化者称病色。病色有青、黄、赤、白、黑五种:

(1) 青色:主寒证、瘀血证、痛证、惊风证、肝病。

(2) 黄色:主湿证、虚证。

(3) 赤色:主热证。赤为血色,故赤色是血液充盈于皮肤脉络的

表现。热证有虚实之别。实热证,满面通红;虚热证,仅两颧娇红。此外,若在病情危重之时,面红如妆者,多为戴阳证,是精气衰竭,阴不敛阳,虚阳上越所致。

(4) 白色:主虚寒证、血虚证和虫证。如面色苍白而虚浮,多为阳气不足;面色淡白而消瘦,多属营血亏损;面色苍白,多属阳气虚脱,或失血过多。此外,肠道寄生虫病人,面部常呈现白斑或白点。

(5) 黑色:主肾虚证、水饮证、寒证、痛证及瘀血证。如面黑焦干,多为肾精虚衰;目眶周围色黑,多见于肾虚水泛的水饮证;面色青黑,且剧痛者,多为寒凝瘀阻;面有黑斑如蝶状,常见于妇女,多由肾虚瘀血所致。

### 3. 望色的意义

望色可以判断正气强弱,分辨疾病性质,审察病变部位,指导临床治疗和未病先防,推测疾病预后。由此可见,望色对病证的定性、定位及其预后,可提供一定的诊断依据。

## (三) 望形体

人的形体组织内合五脏,故望形体可以测知内脏精气的盛衰。人的形体有壮、弱、肥、瘦之分。凡形体强壮者,多表现为骨骼粗大、胸廓宽厚、肌肉强健、皮肤润泽,反映脏腑精气充实;凡形体衰弱者,多表现为骨骼细小,胸廓狭窄,肌肉消瘦,皮肤干涩,反映脏腑精气不足,体弱易病;肥而食少为形盛气虚。这类病人常因阳虚水湿不化而聚湿生痰,故有“肥人多湿”之说;如瘦而食少为脾胃虚弱,故形体消瘦。多属阴血不足、内有虚火之证,故又有“瘦人多火”之说。

望姿态,主要观察病人的动静姿态、异常动作及与疾病有关的体位变化。古人将姿态归纳为八种:动、静、强、弱、俯、仰、屈、伸,称为“八要”。

患者若卧时面常向外,身轻自能转侧,或躁动而喜掀衣被,多为实证、热证。卧时面喜向里,身热不能转侧,静卧少动,喜加衣被,多为

虚证,寒证,坐而仰首,喘促痰多者,多为痰涎壅盛的肺实证。坐而俯首,气短懒言者,多属肺气不足。

有很多疾病,尤其是以疼痛为主要症状的疾病,病人常会不自觉地做出特定的保护性姿态,故有“护处必痛”之说。

异常动作。指病人自觉异常却难以控制。如:眼睑、口唇、手指、足趾,时而颤动,在急性病中属热盛动风先兆,慢性病中属血虚生风;手足拘挛、屈伸不利,或为寒凝筋脉,或为血不养筋;项背强直、角弓反张、四肢抽搐是热盛动风、破伤风,小儿惊风、痉证、狂犬病等的临床表现等。

#### (四) 望局部

根据病情或诊断需要,对病人身体某些局部进行重点、细致地观察。从而有助于了解整体的病变情况。

##### 1. 望头

应注意头形、囟门及头的动态。小儿头形过大或过小,伴有智力发育不全,多属先天不足。头形过大,可因脑积水引起,小儿囟门陷下称作凶陷,慢性病为脑髓不充,急性病为津液亏损。小儿囟门高起称作凶填,多属邪热亢盛。若小儿超过一岁半,囟门仍不闭合者,称为解颅。

##### 2. 望发

头发须得浓密光泽乌黑,为肾气旺盛,精血充足。若头发稀疏易落或干枯不荣,为精血虚衰。青少年落发,多为肾虚或血热。小儿发结如穗,多为疳积。若突然出现片状落发,多属血虚生风之类。

##### 3. 望面形

面形指面部外形变化而言,主要有以下几种:

(1) 面肿。一般有水肿和风热之分,水肿又有阴水与阳水之别。阳水肿起较快,头面、上肢比下肢、腹部先肿;阴水肿起较慢,下肢、腹部、胸部比上肢、头面先肿;而风热则骤然面肿,常呈红赤等。



(2) 腮肿。腮部一侧或两侧突然肿起,逐渐胀大,疼痛拒按,多属温,多见于疔腮。

(3) 面口眼歪斜:多见于中风证。

#### 4. 望目

目为肝窍,与内脏均有密切联系。故诊察目的变化异常,可以了解脏腑经络的病变。

(1) 察眼神。一般来说,正常的眼,视物清楚正确,精采内含,神光充足,是眼有神,虽病易治;若黑暗晦滞,白睛混浊,精采内夺,浮光外露,是眼无神,病重难治。

(2) 目部色诊。目眦红赤,是心火盛;目眦淡白,是血虚;白睛红赤,是肺火盛;白睛发黄,多为黄疸;两目清澈,多为寒证;两目混浊,多为热证;全目红肿,当属肝经风热等等。

(3) 目形主病。目窠微肿,如睡卧刚起之状,是水肿病初起的表现;老年人肾气虚,常见下眼睑微肿。眼窝下陷,多为伤津脱液;目睛突起而兼喘息,是肺胀;眼突而兼颈肿,是为瘰疬。瞳孔散大,视物不清,多属精气衰竭,是病情危重的表现;瞳孔缩小,多见于中毒。

(4) 目态主病。横目斜视,多属肝风内动;目翻上视,瞪目直视,目睛正圆,戴眼反折,多是危证;目睛微定,多为痰热内闭等。

#### 5. 望鼻

鼻为肺之窍,是呼吸出气的出入通道,又为胃经之所过。肺胃病变,常从鼻部反映出来。

(1) 鼻部色诊。鼻头色青,为腹中痛;色黄,为内有湿热;色白,为失血;色赤,为肺脾蕴热;色微黑,有水气。

(2) 鼻形变化。鼻肿起,是邪气盛;鼻柱溃烂塌陷,多见于麻风或梅毒患者;鼻头周围充血或生红色丘疹,是酒齄鼻,多为肺胃有热等等。

#### 6. 望耳

耳为肾之窍。主要观察耳的色泽、外形及耳内情况。

(1) 耳部色诊。耳轮红润,是气血充足,健康无病;耳轮色白,多属寒证;耳轮青黑,多见痛证;耳轮干枯焦黑,是肾精亏极。小儿若耳背有红络,耳根发凉,是出疹先兆。

(2) 耳形主病。耳轮肿起,多为邪气盛;耳轮瘦薄,多属正气虚;耳轮萎缩,是肾气衰竭等。

### 7. 望口唇

脾开窍于口唇,以红润为常。若唇色淡白,多是气血两虚;唇深红而干,多是热盛;唇色青紫,多属寒凝血瘀;环口黧黑,多为肾气将竭;环口苍白,多见于猩红热。口唇形态变化:口唇干裂,多为燥热伤津;口唇糜烂,多为脾胃热盛;疮形如粟,坚硬根深,如钉之状,生在唇部的,称为“唇疔”,多属热毒炽盛。口噤不开,多属实证;口干不闭,多属脱证;口歪斜,是中风轻证。

### 8. 望齿

观齿应注意观察齿的色泽、润燥、形态等变化。如,齿白润泽,是津液内充的表现;牙齿光燥如石,多是胃热炽盛;齿燥如枯骨,多属肾阴枯竭;牙齿松动稀疏,齿根外露的,多属肾虚;牙齿有洞腐臭,多为龋齿,等等。察龈应注意观察其色泽和外形变化。如龈色红润,是气血内充的表现;龈色淡白,多是血虚不荣;龈红肿热痛,或兼齿缝出血者,多属胃火上炎;龈微红、微肿而不痛,或兼齿缝出血者,多属肾阴不足,牙龈腐烂,流腐臭血水者,是牙疳病等等。

### 9. 望咽喉

咽喉部正常状态是:色泽淡红润滑,不肿不痛,呼吸、发声及饮食下咽,皆通畅无阻。若咽喉红肿疼痛,多为肺胃有热;红肿溃烂,有黄白腐点,多为肺胃热毒炽盛;鲜红娇嫩,肿痛不甚者,为阴虚火旺。咽喉出现白腐,形如白膜,擦之即去,不即复生,是胃热炽盛等等。

### 10. 望颈项

颈项部应注意观察外形的变化和功能障碍。颈部漫肿或结块,但多皮色不变,也不疼痛。缠绵难消,且不溃破,为颈瘰,俗称“大脖子”,发病多与地区水土有关。颈部及耳后初起如结核豆,皮色不变,不觉疼痛,以后逐渐增大,窜生如珠,则为瘰疬。颈项强直,角弓反张,多为肝风内动等。

### (五) 望 皮 肤

皮肤望诊,应注意观察其形色的异常变化。

#### 1. 斑疹

斑和疹都是全身性疾病反映于皮肤的一种证候表现。斑色红,点大成片,形如锦纹,平摊于皮肤上。疹色红,形如粟粒,高出于皮肤之上,摸之碍手,但也有不高出皮肤,摸之无感觉的。而斑又有阳斑、阴斑之分,各有其不同病因、病机和症候特色。

#### 2. 麻疹

小儿常见发疹性传染病。若疹色红润,疹点在三天内透发完毕,是正气充沛,属顺证。如疹色紫暗,疹出不透,或疹出即收,并伴有高热神昏,咳喘剧烈,甚则鼻煽,口唇青紫等症,是热毒攻肺,麻毒内陷之象,属逆候。

#### 3. 瘾疹

临床上常见的一种皮肤病。疹色淡红,形如麻疹,或大如豆瓣,时现时隐,皮肤发痒,搔之则起,成块成片,又称“风疹块”。

#### 4. 白痞

形如水泡,大小如粟,呈水晶色而莹亮的疹粒,高出于皮肤,故称“白痞”。多见于湿温。

#### 5. 痈疽疔疖

属于皮肤体表部位有形证可见的外科疾病。凡红、肿、热、痛、根盘紧束的,称为“痈”,属阳证;漫肿平塌无头,部位较深,坚硬不红的,叫做“疽”,属阴证;初起如粟,范围较小,根脚坚硬,麻木或发痒,顶白

而痛的为“疔”；生于浅层，形如梅李大小，红、肿、热、痛，化脓即软的为“疖”。

## (六) 舌 诊

舌诊是望诊的重要组成部分。清代名医叶天士对外感热病的验舌辨证有丰富的学术经验，叶氏将舌诊与卫气营血辨证相联系，创立了一套适用于温热病的验舌辨证方法。

舌与脏腑的关系。舌为心之苗，又为脾之外候。舌与脏腑的联系，主要是通过经络系统的联络和贯通。而这正是望舌能诊察内脏病理变化的理论依据。以脏腑分属诊舌部位；“舌尖主心，舌中主脾胃，舌边主肝胆，舌根主肾”。这种说法，一般用于内伤杂病。以三焦分属诊舌部位；舌尖部反映上焦的病变，舌中部反映中焦的病变，舌根部反映下焦的病变。这种分法，多用于外感病变。

舌诊的观察。主要观察舌质和舌苔两个部分的变化。舌质，是指舌的肌肉脉络组织，又称舌体。舌苔，是舌面附着的一层苔状物。正常舌象，可由舌质、舌苔的异常变化表现出来。辨舌质，可辨五脏之虚实；视舌苔，可视六淫之深浅。

### 1. 望舌质

应注意观察其神、色、形、态的异常表现。

(1) 望舌神。舌神的有无，可从舌的色、形、态、活动及舌质的荣枯表现出来。舌体红活灵敏，鲜明光彩，荣润津足，看去有生气，称为荣华有神；若舌体浮肿娇嫩，或坚敛苍老，都属少神；若舌体干瘪无光彩，看去强硬呆板无生气，谓之无神；多属久病、重病，正衰津竭，病重难治。

(2) 望舌色。临床常见有淡白、红、绛、紫等四种。淡白舌：主虚证、寒证。如淡白不泽，多属气血两虚；淡白少津，多属阳虚津亏；淡白胖嫩，多属阳气虚弱，阴寒内盛；淡白而滑，多属脾肾阳虚，水湿潴留等等。红舌：主热证，有虚实之分。如舌尖鲜红或有芒刺，多属心火上

炎；舌红而干，多为热盛津伤；舌红苔厚，多属内有实热；舌红少苔或无苔，多属阴虚内热等等。绛舌（深红色）：主邪热入营，伤阴耗津。如外感热病，舌色由红转绛，为邪热由气分传入营分的重要标志。纯绛鲜泽，为邪热传入心包络；舌绛而光亮如镜，是胃阴消亡；舌绛而干枯，是肾阴亏竭等。紫舌：主热证、寒证、瘀血证。如焦紫起芒刺，状如杨梅，为邪热传入血分，紫晦而干，色如猪肝，是肝肾阴竭的危候，虚寒证也可呈现紫舌，是呈现淡紫或青紫而滑润，并兼有虚寒证候。如舌上有紫色瘀斑或瘀点，或全舌紫而瘀暗的，均为内夹瘀血之征象等等。

（3）望舌形：指观察舌质的老嫩，以及舌体形状的正常变化。苍老舌：指舌质纹理粗糙，坚敛苍老者，多属实证、热证。胖嫩舌：舌体较常人胖大，舌质纹理细腻，浮胖娇嫩者。多主虚证、寒证、湿证。肿胀舌：舌体胖大而肿。多主热证，或见中毒病证。瘦薄舌：指舌体较常人瘦小，干瘪而薄。多为阴血亏虚证。裂纹舌：舌面上无苔而有明显裂沟。多主热证、虚证。芒刺舌：舌体上面有小软刺（舌乳头），是正常状态。倘若舌乳头增生、肥大，高起如刺；摸之棘手者，多属热盛内结。芒刺越多，则说明热邪越盛。齿痕舌：舌体的边缘出现牙齿的痕迹。齿痕舌常与胖大舌同见。多属脾虚，水湿内停。光滑舌：舌面望之光滑如镜，但扪之干燥无津。或称镜面舌。多属阴液亏损。

（4）望舌态：是指观察舌体动态的变化。临床上常见的病理舌态包括痿软舌、强硬舌、震颤舌、歪斜舌、吐舌、短缩舌等，各有其不同的主病。

## 2. 望舌苔

正常人的舌苔，薄白润泽，不滑不燥，干湿适中，紧贴在舌面上，与舌质如同一体。病理舌苔，可辨邪之浅深，病之寒热等情况。

（1）苔质。主要观察舌苔形质的厚薄、润燥、腐腻、剥落，有根与无根等变化。厚薄：舌苔的厚薄以能否见底为标准，如果透过舌苔能

隐约见到舌质,称为“见底”,能见底的为“薄苔”,不能见底的为“厚苔”。薄苔多为疾病初起,或病邪在表,病情较轻;厚苔多为病邪入里,或胃肠积滞,痰湿内阻,病情较重。舌苔由薄增厚,多为正不胜邪,病情由轻转重;舌苔由厚变薄,多为正气来复,病势退却的表现。

**润燥:**观察舌苔的润燥,可以测知津液的盈亏及病邪的进退。若苔面有过多水分,扪之滑利而湿,称为“滑苔”,多为水湿内停的征象。苔面干燥,望之枯涸,扪之无津,称之为“燥苔”,甚至扪之有粗糙刺手感觉的,则称为“糙苔”,多见于外感热病。

**腐腻:**腐苔与腻苔不同。若苔质颗粒较大,疏松而厚,形如豆腐渣堆铺于舌面,刮之容易脱落的,称为“腐苔”。多属于阳热有余;苔质颗粒细小致密;如同一层油腻的粘液覆盖在舌面上,称为“腻苔”。多因脾失健运,湿浊内盛。

**剥落:**剥落苔是指苔的剥落处光滑无苔。若花剥而兼有腻苔,多属痰浊未化,正气已伤。若整个舌苔剥落,以致舌面光滑如镜,即为“光剥舌”,多是胃阴枯竭,胃气大伤之象。若舌苔剥落呈地图样,边缘凸起,称为“地图舌”,可见于过敏素质的儿童,呈周期性剥落。有根与无根:舌苔无论厚薄,只要坚敛着实,紧贴于舌面,苔与质如同一体,即为有根之苔,又称“真苔”;若舌苔不着实,似浮涂在舌面,刮之易去者,则称为无根之苔,又称为“假苔”。有根之苔多属实证、热证;无根之苔多见于久病,多属于虚证、寒证,表示胃气已败。

(2) 苔色。苔色有白、黄、灰、黑等及兼色的变化。

**白苔:**多主表证、寒证。薄白而润,是正常人的舌苔。白苔是临床最常见的苔色,多主表证、寒证。苔薄而白滑,为外感风寒;苔薄白而润,舌边尖略红,为外感风热;苔白厚而滑腻,为内有湿浊、痰饮;苔白如碱,为胃有积滞,夹有秽浊郁结;苔白如霉,形如细碎饭粒铺于舌面,甚至弥漫到满舌及唇颚等处,为白霉苔,可见于湿温、温毒、伏暑等病证,是胃气困败之象,预后不良。

**黄苔**：多主热证、里证。黄苔为热邪熏灼所致，故主热证。主里证，如黄白相兼，为邪热虽已传里，但表邪未尽；苔薄黄少津，为邪热初传于里，津伤不甚；苔黄厚干燥，为邪热炽盛，津伤较重，或里实已成；苔老黄、焦燥起刺或中有裂纹，为邪热与有形实邪结聚胃肠，津液大伤；苔黄腻，为湿热内郁之证等等。**灰苔**：多主里热证，也见于寒湿证。若苔灰干燥，为热甚伤津，或阴虚火旺；苔灰粘腻，为痰湿内阻；苔灰滑润，为内有寒湿。

**黑苔**：主里证，热极津枯；苔黑而滑润，舌质淡白，为阴寒内盛，水湿不化；苔黑而粘腻，为痰湿内阻；如苔黑而燥裂，甚则生芒刺，为热极津枯。

### 3. 舌诊的临床意义

判断正气盛衰；分辨部位的深浅；区别病邪的性质；推断病势的进退；推测疾病的预后等等。在望舌的同时还应注意联系病史，并与其他各诊互参，对病情进行全面分析，才能作出正确诊断。

## （七）望排泄物

观察患者的分泌物和排泄物，如痰、涎、涕、泪、呕吐物、二便、带下等的形、色、质、量及其有关变化情况，以作为临床辨证的参考资料。

### 1. 望痰涎

痰色白或杂见灰黑点而质清稀者，为寒痰；痰色黄质稠成块者，为热痰；痰清稀多水泡者，为风痰；痰量多白滑易于咯出者，为湿痰；痰少而粘，难于咯出者，为燥痰。痰中带血，或咳吐鲜血者，多为热邪灼伤肺络；咳吐脓血如米粥样，有腥臭者，咳引胸痛者，为热毒蕴肺所致，为肺痈证。咳吐浊唾涎沫者，多是肺痿证；口常流稀涎者，多为脾胃阳虚证；口常流粘涎者，多属脾胃蕴湿热等等。

### 2. 望呕吐物

呕吐是常见的一个症状，内伤外感都可引起，如呕吐痰涎而质清

稀者,属寒饮;吐物清稀而夹有食物,无酸腐味者,多属胃寒;吐物秽浊酸臭者,多属胃热,或为食积;吐物色黄味苦者,多属肝胆有热,胃失和降;吐血鲜红或暗红,夹有食物残渣者,多因肝火犯胃,灼伤胃络,络破血溢,或瘀血内停所致;呕吐脓血腥臭者,多为内痈等。

### 3. 望大便

正常的大便,色黄,干湿适中,否则为病理表现。如大便清稀,或夹有未消化的食物,或便如鸭溏者,为寒泻;大便稀溏如糜,呈酱色而粘,恶臭难闻者,为热泻;泻下稀粪或如清水,兼有头痛、恶风、发热者,为风泻;肠鸣漉漉,但腹不痛,大便稀薄,或兼身重者,为湿泻。便色发白,多属脾虚,或为黄疸;小儿大便色绿,为消化不良。大便燥结者,多属实热证;大便干结如粘冻而挟有脓血且兼腹痛,里急后重者,是痢疾,多因湿热之邪壅滞肠中所致。血随大便而下者,为便血,如先便后血,其色黑褐的是远血,多见于肠胃病;先血后便,色鲜红的是近血,多见于痔疮。

### 4. 望小便

正常的小便,色微黄而不混浊,否则为病变反映。如小便清澈而量多者,多属虚寒证;小便赤黄而量少者,多属热证。小便混浊如米泔者,多属湿热下注,或为脾肾气虚;尿如脂膏,排尿困难而痛者,是膏淋;尿有砂石,小便困难而痛者,为石淋。尿中带血,为尿血,多属于下焦热盛,热伤血络;尿血,并伴有排尿困难而灼热刺痛者,是血淋。

## 二、闻 诊

闻诊是医者通过听觉和嗅觉来诊断疾病的一种方法,包括闻声音和嗅气味两方面。声音和气味都是人体脏腑在生理活动和病理变化中产生的。所以闻声音和嗅气味的变化可诊察脏腑的病变。

### (一) 听 声 音



### 1. 发声的异常

在患病时,若发声高亢有力,声音连续,多属实证、热证。若感受风、寒、湿诸邪,声音常兼重浊。若发声低微细弱,声音断续,多属虚证。音哑与失音,声音嘶哑者,叫做“音哑”。失音又称“喑”,是指患者完全不能出声。久病嘶哑或失音,多属虚证,常因各种原因导致阴虚火旺,虚火灼金,造成津枯肺损而声音嘶哑或失音,称为“金破不鸣”。此外,妊娠后期出现嘶哑或失音者称为妊娠音哑,又称“子喑”,往往在分娩后不治自愈。

### 2. 语言的异常

“言为心声”,故语言的异常多属心的病变。沉默寡言者多属虚证、寒证;烦躁多言者,多属实证、热证。语声低微,时断时续者,多属虚证;语声高亢有力者,多属实证。谵语:谵语是以神志昏迷,语无伦次,声高有力为特征的一种病证。因热扰心神所致,属实证。郑声:郑声是以神志不清,语言重复,声音低微,时续时断为特征的一种病证。多由心气大损,神无所依而致,属虚证。独语:是指患者于无人时独自言语,喃喃不休,见人便止,多因心气大亏,神失所养而致,属虚证。常见于癔病,癲证。错语:是指患者语言错乱,但说后又自知讲错的一种病证。错语有虚实之别,实证可由痰湿、瘀血、气滞阻遏心窍,神明迷乱而致。虚证则因思虑过度,心脾两亏而成。

### 3. 呼吸的异常

呼吸气粗,疾出疾入者,多属热证、实证;呼吸气微,徐出徐入者,多属寒证、虚证。喘:指呼吸急促,甚至鼻翼煽动或张口抬肩,不能平卧为特征的一种疾病。临床上分实喘与虚喘两类:实喘发病急骤,呼吸声深长,气粗声高,以呼出为快。虚喘病势缓慢,时轻时重,呼吸短促难续,气怯声低,是由肺肾气虚,气不归元,摄纳失常所致。哮:喘促之时,喉间有痰鸣声称为“哮”。喘未必兼哮,但哮必兼喘。哮多因宿痰内伏于肺,复感外邪所诱发。短气:是指呼吸气急而短,不足以息,

有虚实之分,实证多突然发病,伴有胸腹胀满,呼吸气粗,多由痰食内阻,肺气壅塞;虚证则声低息微,形倦神疲,多由于元气大虚所致。

#### 4. 咳嗽声

咳嗽之辨证,要抓住咳声的特点,如咳声紧闷多属寒湿,咳声清脆多属燥热等。咳嗽昼甚夜轻者,常为热为燥;夜甚昼轻者,多为肺肾阴亏。若无力作咳,咳声低微者,多属肺气虚。此外,对咳嗽的诊断,还须参考痰的色、质、量等不同表现和兼见症状才能鉴别其寒热虚实。外感咳嗽:咳声重浊,鼻塞不通,属实证,是外邪束表,肺气不宣所致。内伤咳嗽:咳声低微,息短气怯,属虚证,是肺气虚弱,无力作咳所致。其他如痰湿咳嗽、顿咳(百日咳)等,各有其不同的证候特色。

至于呕吐、呃逆、嗝气和肠鸣等,亦为胃肠多种疾病的常见证候,须诊察其具体病位以及虚实、寒热等情况,以决定治法。

### (二) 嗅 气 味

嗅气味是指嗅与疾病有关的气味,即病人分泌物、排泄物,如痰、汗、便、尿、经、带等及呕吐物所发出的异常气味,一般气味酸腐臭秽者多属实热,微有腥臭者多属虚寒。

#### 1. 口气

指口出臭气。口出酸臭气的是胃有宿食,口出臭秽气的是胃热,口出腐臭气的多是内有溃疡腐疮,如臭秽难闻,牙龈腐烂者为牙疳。

#### 2. 汗气

汗气由汗液所散发。汗有腥膻气是风、湿、热久蕴于皮肤,风湿、湿温、热病多有之。水肿晚期病人,汗出多有尿味。瘟疫病人,汗气多臭秽。

此外,有痰、涕之气,二便(大小便)之气,经带之气,呕吐物之气等,均有其各自的临床特征和诊断意义。

### 三、问 诊

问诊是医者对病人或陪诊者,进行有目的地询问,借以了解病情的一种诊察方法。问诊涉及范围较广,主要包括:问一般情况、问生活习惯、问既往病史及家族病史、问起病和现在症状等。

#### (一) 问一般情况

##### 1. 问基本情况

指包括姓名、性别、年龄、婚姻、职业、籍贯及现在住址等。一般而言,青壮年气血充足,患病多属实证;人到老年气血渐衰,患病则虚证居多。由于性别不同,可产生特有的疾病,如,妇女常有经、带、胎、产等疾病;男子可有遗精、早泄、阳痿等病症。而生活环境的不同,又可以影响人体发病,出现不同的地区性多发病或地方病。例如:血吸虫病、钩虫病、丝虫病、大骨节病等。还应注意,某些疾病,如铅中毒、汞中毒、矽肺病等,往往与职业有关。

##### 2. 问生活习惯

由于人的生活习惯能影响病情,所以饮食嗜欲,生活起居往往与疾病有关。如,素日喜热恶凉者,多为阴气偏旺。人的精神状态,对某些疾病的发生、发展及预后也有一定影响。通过询问,便可掌握疾病发生的原因。若在药物治疗的同时,辅以思想上的开导,有助于治疗。

##### 3. 问既往病史及家族病史

既往病史,是指患者过去患过的疾病和健康情况而言。有的病呈发作型,如患癫痫、哮喘等病。家族病史是指病人直系亲属的健康和患病情况。由于某些疾病有遗传性或传染性,如肺结核、肝炎等传染病。

#### (二) 问现在症状

此是问诊的主要组成部分。明代医家张介宾总结出《十问歌》:

“一问寒热二问汗,三问头身四问便;五问饮食六问胸,七聋八渴俱当辨;九问旧病十问因,再兼服药参机变;妇女尤必问经期,迟速闭崩皆可见;再添片语告儿科,天花麻疹全占验”(《景岳全书·传忠录》)。这十问对问诊有指导意义。

### 1. 问寒热

寒热是指怕冷、发热而言,是疾病中较常见的症状。恶寒发热,是指病人恶寒与发热同时出现。多见于外感病的表证阶段。因为恶寒是发热的前提。有“有一分恶寒便有一分表证”之说。如,恶寒重,发热轻,是外感风寒的特征;恶寒轻,发热重,是外感风热的特征。如,邪正俱盛的,恶寒发热较重;邪轻正衰的,恶寒发热较轻;邪盛正衰的,则恶寒较重而发热较轻。但寒不热:若病人只感畏寒而不发热的,如但寒不热,多见于虚寒证。所谓“阳虚则寒”,病人常同时并见面色苍白、肢冷蜷卧、小便清长、大便溏薄等症状。但热不寒:如病人高热不退,不恶寒而反恶热的,称为“壮热”,多见于里实热证;如若发热如潮水一样而有定时,按时而发,或按时而热势增高的,称为“潮热”;阴虚潮热,常在午后或夜间发热,一般为低烧,体温在 $38^{\circ}\text{C}$ 以下,早晨热势减退;阳明潮热,由于胃肠燥热内结所致,每至日晡之时,热势增高,故又称为“日晡潮热”;湿温潮热,以午后热甚,身热不扬为特征。长期低热:是指病人虽热日期较长,但热度较正常体温稍高(一般不超过 $38^{\circ}\text{C}$ ),或是患者自觉发热而体温并不高的发热症。长期低热的原因较多,如上述的阴虚潮热,就属于长期低热。气虚也可导致长期低热,称为“气虚发热”。疰夏,每于夏季发热,因有明显的季节性而得名。寒热往来:是恶寒发热交替出现,为邪正相争,互为进退的病理反映。寒热往来发有定时:主半表半里证,可见于少阳病。寒战与壮热交替,发有定时,每日发作一次或二日发作一次,持续反复,经久不愈的,则为疟疾。

### 2. 问汗

由于汗是津液代谢物,而津液是血液重要的组成部分;同时气也要依附于津液和血液而发挥其作用。所以,询问病人的汗出情况,则可诊察出气、血、津液的变化。其中:表证之汗多属外感风邪所致的太阳中风证;或是外感风热的表热证;表证无汗,多因外感寒邪所致,属表寒证。又有里证之汗,主要有下列四种:即自汗(属气虚卫阳不固所致),盗汗(指睡眠后汗出,醒后汗止而言,多属阴虚证),大汗(里热炽盛、阳气虚竭均可产生“大汗”,还包括温病邪正相争所致之“战汗”)。及头汗(汗出仅见于头部及头颈部)。还有半身汗出、手足汗出等症候,均应予以审因、辨证施治。

### 3. 问疼痛

疼痛可发生于患病机体的各个部位,因病机不同而有虚实不同。如,病急剧痛,痛无休止而拒按者,一般多属实证;病缓隐痛,痛有休止而喜按者,一般多属虚证。

(1) 问疼痛的部位。凡整个头部或头的前、后、两侧部位的痛疼,皆称头痛。根据头痛部位,可辨病在哪一经。如,头痛连项者,属太阳经;两侧头痛者,属少阳经;前额部连眉棱骨痛者,属阳明经;巅顶痛者,属厥阴经等等。凡发病急,病程短,头痛较剧,痛无休止者,多为外感头痛,多属实证。凡病程较长,头痛较缓,时痛时止者,多为内伤头痛,多属虚证。如头痛绵绵,遇劳则甚,神疲乏力,面色苍白,舌淡苔白,脉虚无力,则属气虚,头痛眩晕,心悸怔忡,面色苍白,舌淡苔白,脉多虚芤等,则属血虚。可见,询问头痛的部位、性质及兼症,对临床辨证具有重要的意义。

**胸痛:**胸痛是指胸部正中或偏侧疼痛的自觉症状。如胸痛彻背,背痛彻心,多因心阳不振,痰浊或瘀血阻滞所致,属胸痹。或痛彻臂内,面色青紫,冷汗淋漓,甚至昏厥,脉微欲绝,是“真心痛”。胸痛咳吐脓血痰,有腥臭味,并兼发热的,多因热毒壅肺,郁结成脓所致,为肺痈。胸痛,潮热,盗汗,痰中带血,为肺癆。胸部胀痛或窜痛者,属气滞。

胸部刺痛,固定不移者,属血瘀,等等。

胁痛:是指肋一侧或两侧疼痛。胁痛多与肝、胆及其经脉病变有关。脘痛:脘,指上腹部,即剑突下,是胃腑所在部位,故又称“胃脘”。凡停食、气滞、受寒等原因,引起胃失和降,均可导致胃脘疼痛。

腹痛:腹部分大腹,小腹,少腹三部分。一般来说,大腹痛,多属脾胃病变;小腹痛,多属膀胱与胞宫病变;少腹痛,多与肝经有关。背痛:由于督脉行背正中,凡脊背疼痛,多属督脉或膀胱经病变。腰痛:多指腰部两侧疼痛而言。因腰为肾之府,故腰痛是肾病的主要临床表现。四肢痛:四肢关节疼痛,多属痹证,其中窜痛者,为行痹;痛疼剧者,为痛痹;痛处沉重不移者,为著痹。

(2) 问疼痛的程度或感觉,有胀痛,重痛,刺痛,绞痛,灼痛,冷痛,隐痛,掣痛等等,临床应仔细问诊。

#### 4. 问睡眠

常见的睡眠异常改变,有失眠和嗜睡二种。失眠是患者表现为经常不易入睡,或睡醒不能再睡,或睡而不酣,易于惊醒,甚至彻夜不眠者,皆称为失眠。其致病原因主要有两方面,一是阴血亏损,不能上荣以养心神;二是痰火食积等邪气干扰所致失眠。此外,多思、受惊,肝气郁结,以及年老气血虚弱,阳不交阴,亦可导致失眠。嗜睡是指不论昼夜,睡意很浓,经常不自主地入睡,呼之即醒,醒后复睡,称为嗜睡。多因阳虚阴盛,或痰湿困滞所引起。老年人困倦无力而嗜睡,是阳气虚弱,营血不足的表现。

#### 5. 问口渴与饮水

询问口渴与饮水,可以了解病人的津液盛衰和输布情况,以及病性的寒热虚实等。如,病人口不渴,是津液未伤之表现,多见于寒证、湿证;若有口渴,则标志着津液耗伤,或津液内停,不能上承所致,多见于热证。如渴饮不休,且欲冷饮,为热盛伤津;渴饮量多,小便量多,多为消渴病……

## 6. 问食欲、食量

询问患者食欲状况及食量多少,对于判断脾胃功能的强弱,以及病情的轻重和预后转归,有重要的临床意义。食减是病人不欲食或食欲减退,兼有胃脘痞闷,肢体困重,舌苔厚腻,则是湿邪困脾;若久病食少,伴有面色萎黄,形体消瘦,体倦乏力的,多属脾胃虚弱。厌食:厌恶食物或恶闻食味的,谓之厌食。伤于湿,脾湿不运,肝胆湿热患者多见此证。饥不欲食:病人虽有饥饿感,但不想吃,多因胃阴不足,虚火上扰所致。消谷善饥:患者食欲过于旺盛,若消谷善饥,日久不愈,且身体反见消瘦者,多属消渴病。食量不多,似痛非痛,胃中酸辣不舒,常见于胃与十二指肠溃疡病和慢性胃炎等患者。嗜食异物:即嗜食生米、泥土等异物,多属虫积,尤多见于小儿。

## 7. 问口味

口味,口中气味异常,则是胃、心、肾等脏腑功能失常或其它脏腑病变的反映。若口苦者多属热证。口中泛酸,多属肝胃不和或肝胃蕴热。口咸,属寒,肾病较多见。

## 8. 问二便

应注意了解大小便的次数和时间,以及大小便的量、质、色、气味、便时的感觉和兼症等。便秘:又名大便难、大便不通,应进一步询问有无兼症,作为辨证的依据。如,便秘并伴有潮热,口渴饮冷,腹痛拒按,舌苔黄燥者,属热秘;如患者虽有便意,但临厕努挣乏力,难于排出,或大便并不干硬,则属虚秘。溏泻:大便稀薄不成形,甚或呈水样,排便次数增多,间隔时间相对缩短,称为溏泻。水粪夹杂,完谷不化,或如鸭溏者,是脾胃虚寒;黎明前腹痛即泻,完谷不化者,是肾阳虚衰;大便滑泻不止,肛门有下坠感,甚则肛门脱出者,是脾虚下陷,等等。

问小便。小便为津液所化,正常人一昼夜排尿量为 1000—1800 毫升左右,尿次白天 3—5 次,夜间 0—1 次。在病理情况下,尿色、尿

量、尿次等往往发生异常改变。如,尿量过多:病人多尿、口渴、多饮、消瘦者,是消渴病;小便清长量多者、多属虚寒证。小便短少:若尿赤量少者,多属实热证;尿少浮肿者,为水肿病。小便频数:是指小便次数增多,而每次尿量少,又时欲小便的症状,称为小便频数。小便频数,短赤而急迫者,多属膀胱湿热;小便频数而色清者,多属下焦虚寒,肾气不固。小便癃闭:小便不畅,点滴而出的为“癃”;小便不通,点滴不出的为“闭”。因湿热下注,或瘀血、结石阻塞者,属实证;若肾阴不足,阳不化水,多属虚证。小便失禁:病人在神志清醒的情况下,不自主地排尿。本证虽以寒者居多,亦有属热者。遗尿:睡中不自主排尿,叫做遗尿。小儿遗尿,多由机能发育不健全或不习惯所致。成年人遗尿,则多属肾气不足,或下焦虚寒。此外,淋证中可见到排尿困难,尿道刺痛等证。

### 9. 问耳目

(1) 问耳。耳部常见的临床自觉症状有耳鸣、耳聋、重听等,皆为听觉异常的病证。如耳鸣:病人自觉耳内鸣响,如闻蝉鸣或潮水声。临床有虚实之分者,一般而言,暴起耳鸣声大,用手按耳而鸣声不减,如蛙聒或潮水声者,属实证;渐觉耳鸣,如蝉鸣或蝇蚊声,常鸣而声音细小,以手按之,鸣声减轻或暂止者,则属虚证。耳聋:又名耳闭,即指不同程度的听力减退,甚至听不到声音。新病突发耳聋,多属实证;久病、重病,老年出现耳聋,多属虚证。

(2) 问目。两目常见的临床自觉症状有目痛、目眩、目昏、雀目等。如目痛:目痛而赤,或兼头痛眩晕,口苦咽干,烦躁易怒者,多属肝火上炎;目赤肿痛,羞明多眵者,多属风热;目痛较剧,且伴头痛,恶心呕吐,瞳孔散大者,是绿风内障,即青光眼;目隐隐而痛,时作时止,多为阴虚火旺,等等。目昏:两目昏花,视物不清者,为目昏,多属虚证。雀盲:一到黄昏视物不清,至天明视觉恢复正常的叫雀盲。又称夜盲。多因肝血不足,或肾阴损耗,目失所养而形成。



### 10. 问经、带、胎、产

妇女与男子不同,在生理上有月经、带下、妊娠、产育等生理特点。妇女月经不调及带下既是妇女常见疾病,又是其他疾病病理变化的反映。问月经:着重在问经期、经量、经色、经质、痛经、闭经、崩漏等情况。问带下:在经期前后或妊娠期间,白带量略多,属于正常生理现象。倘若白带分泌过多,淋漓不断,或有色质的改变,或有臭味,则称“带下病”。临床以白带、黄带、赤白带较为常见。问诊中应注意带下的量、色、质、气味等有否异常改变及兼症情况。问胎产:以问清正常产育情况及妊娠、先兆流产、孕期疾患,产后疾患等为重点。

## 四、切 诊

切诊包括脉诊和按诊两部分。

### (一) 脉 诊

脉诊,又称切脉、候脉、按脉、持脉。是医者以指腹按一定部位的脉搏来诊察脉象。是中医学一种独特的诊断疾病的方法。

#### 1. 脉诊的临床意义

脉象的变异,反映脏腑的功能,气血的盛衰,以及邪正变化的趋势,故诊脉可测病因,知病位,审病机,辨病性,察预后吉凶。如:测病因病位,脉浮病多在表;脉沉病多在里。邪气盛主实证,脉多有力;正气衰主虚证,脉多无力。脉迟多寒证,脉数多热证。脉浮大无力为病危,预后不佳。久病脉微,治疗后脉见和缓,是胃气渐复,病转吉。

#### 2. 诊脉的部位

《素问·三部九候论》中称古人使用过全身上中下三部九候的诊脉法,而现在临床基本采用统一的“寸口诊法”,即以左手寸关尺诊心、肝、肾三脏,以右寸关尺部诊肺、脾胃、命门三脏。

### 3. 正常脉象

正常脉又称平脉,平脉体现了“胃、神、根”的特点。

(1) 胃:即指胃气。有胃气之脉,脉来去从容和缓,不浮不沉,不大不少,节律一致,也就是胃气充实的冲和之象。脉有胃气,虽病犹轻,预后良好。

(2) 神:即指脉象中的神气,脉神之表现为脉来柔和有力。脉中有神,虽病而预后良好。

(3) 根:即指尺部脉象沉取有力。脉有根本,反映人有元气,即有生机。

正常脉象的变动,受身体内、外因素的影响。如四季气候的影响:春脉微弦;夏脉微洪;秋脉微浮;冬脉微沉。地理环境的影响:南方人脉多较细软,或略数,北方人脉多较沉实。性别、年龄的影响:妇女脉较男子弱而稍数。年龄越小,脉动越数,婴儿一息七八至,五岁以上儿童一息六至。体质的影响:身体高大者,脉较长;矮小者,脉较短。肥胖人,脉常沉;瘦人脉常浮。另外也受到生活起居和情绪变化的影响,以及生理变异的影响等等。

### 4. 病脉与主病

脉学专著《脉经》有二十四种脉象,张介宾《景岳全书》分为十六种,李时珍《濒湖脉学》为二十七种,李中梓《诊家正眼》有二十八种,清人张璐《诊宗三昧》多至三十二种等,近代均以二十八种脉象论述不同的病理脉象。

不同脉象的鉴别,是从位、数、形、势四个方面来体察。位即脉之部,是指脉在皮肤下的深度而言;数即至数,是指脉动的速率,以息(息,指医者一呼一吸所需的时间)计数定迟数,一息不足四至为迟,一息五、六至为数;形即形态,包括脉管的粗细及其特殊形象;势即脉动的气势或力量,以辨虚实。二十八脉与主病的具体内容如下:

(1) 浮脉类:浮脉类的脉象,有浮、洪、濡、散、芤、革六脉。

表 5-1 浮脉类脉象比较表

脉	位	数	形	势	主病
浮脉	脉位 浮浅	不定	泛泛流利	浮取有力 沉取势稍减	表证、虚证
洪脉		常兼数	阔大 滔滔满指	来盛去衰	里热证
濡脉		不定	细	浮取柔软少力 沉取渐无	虚证、湿证
散脉		散乱不齐	散大不收 漫无根蒂	势弱、来去不明	虚证 元气离散
芤脉		不定	浮大如葱管	浮取少力 沉取中空	失血、亡阴
革脉		不定	浮大弦硬 如按鼓皮	浮取坚硬搏指 沉取豁然中空	伤精失血 表寒中虚

(2) 沉脉类:沉脉类有沉、伏、弱、牢四脉。

表 5-2 沉脉类脉象比较表

脉	位	数	形	势	主病
沉脉	脉位 沉深	不定	随兼脉而成形	有力或无力	里证
伏脉		不定	随兼脉而成形	有力或无力	邪闭、厥证、痛极
弱脉		不定	较细	软而无力	气血阴阳俱虚
牢脉		不定	大而弦长	有力或无力	阴寒内实证

(3) 迟脉类:迟脉类有迟、缓、涩、结四脉。

表 5-3 迟脉类脉象比较表

脉	位	数	形	势	主病
迟脉	脉位适中,或随兼脉而定	一息不足四至	随兼脉而成形	有力或无力	寒证
缓脉		一息四至	懈怠	徐缓少力	虚证、湿证
涩脉		一息不足四至	细短	艰涩不流利	精亏血少瘀血证
结脉		一息不足四至时有间歇,止无定数	懈怠	无力或少力	阴盛气结寒瘀血证

(4) 数脉类:数脉类的脉象,有数、疾、促、动四脉。

表 5-4 数脉类脉象比较表

脉	位	数	形	势	主病
数脉	脉位适中或随兼脉而定	一息五六至	脉来快速	有力或无力	热证
疾脉		一息七八至	脉动躁疾	无力多见 有力少见	脱证 阳极阴竭
促脉		一息五至以上 时一止止无定数	脉动急促	有力多见 无力少见	阳热六盛 气血痰食
动脉		一息五至	脉形如豆 厥厥动摇	有力	惊证 痛证

(5) 虚脉类:虚脉类脉象,有虚、细、微、代、短五脉。

表 5-5 虚脉类脉象比较表

脉	位	数	形	势	主病
虚脉	三候皆有	随兼脉而定	按之空虚	无力	虚证
细脉		随兼脉而定	细如线	软而少力	诸虚劳损、湿证

(续表)

脉	位	数	形	势	主病
微脉	三候皆有	随兼脉而定	细如蛛丝	极软,按之欲绝似有似无	元阳衰微 气血俱虚
代脉		缓而中止良久方来,止有定数	缓急	无力	脏气衰微、 风证、痛证
短脉		随兼脉定	首尾俱短不及本部	有力或无力	气病

(6) 实脉类:实脉类脉象有,实、滑、弦、紧、长等五脉。

表 5-6 实脉类脉象比较表

脉	位	数	形	势	主病
实脉	三候皆有	不定	阔大而长	有力	实证
滑脉		稍数	圆滑流利如珠走盘	有力	痰热食积
弦脉		不定	端直而长如按琴弦	有力	肝胆病,痰饮疟疾,痛证
紧脉		随兼脉而定	脉来劲急如牵绳转索	有力	痛证、寒证
长脉		随兼脉而定	首尾端直超过本位	有力	肝阳有余,火邪热毒

(7) 真脏脉:凡无胃、神、根之脉,称为真脏脉。又称怪脉、败脉、死脉、绝脉,共有“七怪脉”。多见于疾病后期,脏腑精气衰竭。七怪脉:釜沸脉、鱼翔脉、虾游脉、屋漏脉、雀啄脉、解索脉、弹石脉,临床见到此七种怪脉,表示病证十分危重。

(8) 妊娠脉:《素问·平人氣象论》称:“手少阴脉动甚者,妊子也。”两尺脉滑数搏指,异于寸脉,是早孕之征。

(9) 临产脉:妇女妊娠九月以上,两尺滑数,如切绳转珠状,是将产之兆。

(10) 小儿常脉:小儿脉象较成人软而速,平和有力。三岁以下,

以望指纹代脉诊；三至五岁，一息七八至为平脉；五至十岁，一息六至为平脉；十岁至十五岁，一息五、六至为平脉。

### 5. 脉症顺逆与脉症从舍

脉症顺逆是指以脉与症的相应或不相应来判断疾病的顺逆。相应：脉与症一致，为顺。如实证见实脉。不相应：脉与症不一致，甚至相反，为逆。脉与症即有不相应的情况，其中必有一真一假，当须辨别真假，以决定取舍。则又必须四诊合参，以四诊的全面资料综合分析，若绝大多数资料分析是相应，从中求其“真”；少数或个别资料分析不相应，从中以辨其“假”。

## (二) 按 诊

按诊是医者用手按摸病人体表的一定部位，来测知局部冷热、润燥、软硬、压痛、肿块或其它异常变化，从而进行诊断的方法。特别是有关胸腹部的按诊，使按诊成为判断疾病部位与性质的一个重要手段。

### 1. 按诊的手法

有循抚、寻扪、按压三类。

(1) 循抚：以手指或手掌轻触摸病人肌肤，如额部、四肢、胸腹等，利用掌指的触觉与温度觉来进行诊察。

(2) 寻扪：以手指稍用力触按病人局部，如胸腹、腧穴、肿胀部位等。通过局部的感觉，如疼痛以及肿物的形态、质地、大小等，可辨里之虚实，邪之有无。

(3) 按压：重手按压，可测腹腔深部有无肿块或疼痛不适，以辨脏腑虚实与邪气的情况。

### 2. 按诊的内容

按诊的范围较广，大体可分为按肌肤、按手足、按胸腹、按腧穴四个部分。

(1) 按肌肤，可以诊寒热，而知病人之寒热。诊润燥，可候病人汗

出情况与津液有无损耗。诊肿胀,以辨别水肿或气肿。诊疮疡,可辨别病证属阴属阳和是否成脓。

(2) 按手足,可以测温凉,反映阳气盛衰与病情之顺逆。辨内外,可协助辨别病属外感或内伤。

(3) 按胸腹,是通过切按胸腹部的软硬、寒温、有无疼痛、胀满、肿块等来辨别脏腑之虚实,病邪之性质以及癥瘕积聚。胸腹各部位的划分:膈上为胸,膈下为腹。胸部两侧腋下至十一、十二肋骨的区域为胁。胸部剑突下方位置称为心下。脐上为胃脘大腹。小腹位于脐下。少腹位于小腹两侧。按胸部,可以了解心肺及虚里(虚里,指心尖搏动处)的病变情况。按虚里是按胸部的主要内容,是了解心脏病变的重要手段。按协助,可以了解肝胆的病变。

(4) 按腹部腧穴,诊心下胃脘处可以了解胃腑的病变。按大腹,可以了解脾胃病变。按小(少)腹,可以了解肾、膀胱、小肠、大肠及血管病变等。

---

### 第三节 中医辨证

---

辨证,就是分析、辨认疾病的证候。中医学中的“症”、“证”、“病”的概念是不同的,但三者之间又有着密切联系。“症”,是指疾病的单个症状,以及舌象、脉象等体征。“证”,是指证候,即疾病发展过程中,某一阶段所出现若干症状的概括。“症”是诊断疾病,辨证论治的基础和依据。首先要认识症,在认识症的基础上综合分析,通过“症”而得出“证”和“病”。这一过程也是认识上的由现象到本质的过程。症是疾病的现象,证是反映疾病的本质,病是对疾病全过程特点与规律的概括。

中医辨证方法有:八纲辨证、病因辨证、脏腑辨证、气血津液辨

证、经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证及三焦辨证等。

## 一、“八纲”辨证

“八纲”，即阴、阳、表、里、寒、热、虚、实等八种辨证纲领。程钟龄《医学心悟》提出：“病有总要，寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字而已。”此是分析疾病共性的辨证方法，为各种辨证的总纲。其中阴阳二纲又可以概括其他六纲，即表、实、热证为阳；里、虚、寒证为阴，故阴阳是八纲中的总纲。

### 1. 阴阳

此是八纲总纲，临床可归纳为如下情况。

表 5-7 阴证阳证常见症状鉴别简表

四诊	阴 证	阳 证
望诊	面色暗淡，身重蜷卧，精神萎靡，舌淡胖嫩，苔润滑	面色发红，身热喜凉，神烦，躁动不安，舌质红绛，苔黄黑生芒刺
闻诊	语音低怯，呼吸气弱	语音重浊，呼吸气粗，喘促痰鸣
问诊	口淡不渴，纳差，大便溏，小便清长	口干渴饮，大便秘结，小便短赤
切诊	肌肤凉，疼痛喜按，脉沉迟、弱、细涩	肌肤灼热，疼痛拒按，脉洪大、数、滑实

表 5-8 阴虚证与阳虚证常见症状鉴别简表

四诊	阴 虚 证	阳 虚 证
望诊	颧红形体消瘦，舌红苔少而干	神疲乏力，少气懒言，蜷卧嗜睡，身体浮肿，面色苍白，舌淡苔白
闻诊	呼吸稍促，声音嘶哑	语声低微，呼吸息弱



(续表)

四诊	阴 虚 证	阳 虚 证
问诊	口燥咽干,眩晕,失眠,盗汗,大便秘结,小便黄赤,午后潮热,五心烦热	畏寒肢冷,口淡不渴,便溏
切诊	脉 细 数	脉 沉 微

表 5-9 危重证亡阴亡阳辨证简表

证候	汗	四肢	渴饮	舌	脉
亡阴	热汗淋漓,味咸	四肢温暖	口干渴,喜冷饮	红干	细数按之无力
亡阳	冷汗如油,味淡	四肢厥冷	口不渴,喜热饮	白润	微欲绝

## 2. 表里

表里是辨别疾病病位内外和深浅的纲领。

(1) 表证。是指外邪从皮毛、口鼻侵入人体,正邪相争于表所产生的证候。如,发热恶寒(或恶风)、头身痛、舌苔薄白,脉浮等。

(2) 里证。是疾病深入于里(脏腑、气血、骨髓)的一类证候。范围很广,症状繁多。如:壮热,烦躁神昏,口渴,腹痛,便秘或腹泻、呕吐,小便短赤,舌苔黄或白厚腻,脉沉等。

(3) 半表半里证。外邪由表传内,尚未入于里;或里邪外透,尚未至于表,邪正相搏于表里之间,称为半表半里证。其证候为:往来寒热,口苦咽干,目眩,心烦喜呕,胸胁苦满,默默不欲饮食,脉弦等。

(4) 表里同病。表证与里证在同一时期出现。一是外感病,由表证发展到兼见里证,或病邪由里达表,但里证尚未尽除。一是本病未愈,又感新病。如表里俱寒,表里俱热,表寒里热,表热里寒,表里俱实,表里俱虚,表虚里实,表实里虚等。

### 3. 寒热

寒热是辨别疾病性质的纲领。临床分为寒证、热证、虚寒证、虚热证,实寒证,实热证、寒热错杂证,真假寒热证等。

表 5-10 寒证热证鉴别表

表现	寒 象	热 象
神志	安静,闭目不欲见人	烦躁谵语,甚则发狂
形态	缩足蜷卧,畏寒喜暖	伸足仰卧,恶热喜凉
肌肤	面色苍白,周身清冷,无汗	面色红赤,肌肤灼热,有汗
口感	口不渴,咽不干,或渴喜热饮,饮不多	口渴咽干,喜冷饮
手足	厥冷,爪甲青紫	温暖,有时躁动,爪甲红紫
头身	疼痛	一般不痛
二便	小便清白自利,大便溏薄泄泻	小便短少,赤涩,大便秘结或下利
口唇	色淡白	色红或焦干
舌象	舌质淡白,苔白滑或灰黑而滑	舌质红、绛紫、苔黄燥或灰黑而燥
脉象	多为沉迟	多为滑数

表 5-11 实寒证与虚寒证鉴别表

证候	实 寒	虚 寒
病势	发病急骤	发病徐缓
症状	恶寒,四肢欠温,痰多喘促,腹痛拒按,小便清长,胸鸣腹泻	畏寒肢冷,少气乏力,腹痛喜按,小便清长,大便溏薄
舌象	舌苔白滑	舌质淡白胖嫩
脉象	迟或紧	微或沉迟无力

表 5-12 实热证与虚热证鉴别表

证候	实 热	虚 热
病势	发病急骤	发病徐缓
病程	较短	较长
症状	面红目赤,壮热汗出,口渴饮冷,烦躁,甚则神昏谵语。腹胀满痛拒按,小便短赤,大便秘结	两颧红赤,潮热盗汗,形体消瘦,口燥咽干,五心烦热
舌象	舌红、苔黄	舌红少苔
脉象	洪数滑实	细数

表 5-13 寒热真假鉴别表

证候	真 寒 假 热	真 热 假 寒
望 诊	面部 面红如妆,唇色黯淡	面色晦滞,但耳唇红焦燥
	神志 虽时而烦躁,状似阳证,但神倦萎靡	虽神志昏沉,状如阴证,但时有烦躁,扬手掷足
	舌象 舌淡苔滑	舌质红绛,舌苔干燥或有芒刺
闻 诊	气冷息微,语声无力,排泄物多无臭秽气味	气热息粗,声音响亮,口气臭秽,排泄物气味臭秽
问 诊	身热反欲近衣被,口渴不欲饮,或饮而不多,或喜热饮,或索水不饮,大便稀溏,小便清利	身寒不欲近衣被,口渴喜冷饮,大便秘结或热结,旁流矢气恶臭,肛门灼热,小便黄赤
切 诊	切脉 脉虽大,但按之无力	脉虽沉,但按之有力
	按诊 皮肤初按似热,久按则反不热	四肢虽冷,但胸腹灼热
病 机	阴盛于内,格阳于外或虚阳不敛,浮越于外。	阳郁于内,格阴于外

## 4. 虚实

虚实是辨别邪正盛衰的纲领。常见情况有：虚证、实证、虚实错杂、虚实转化等。

表 5-14 虚证、实证常见症状鉴别表

证候	虚 证	实 证
神志	精神萎靡,声低气怯	烦躁发狂,谵语,声高气粗
面色	面色苍白萎黄,颧红	满面通红
寒热	形寒肢冷为阳虚,五心烦热为阴虚	恶寒重为实寒,壮热潮热为实热
汗出	自汗或盗汗	无汗或大汗
口渴	口渴饮少或热饮	大渴引饮,喜饮冷水
心胸	心悸,气短	胸闷,气粗
疼痛	绵绵而痛,痛有休止,痛处喜按	疼痛剧烈,持续性痛,痛处拒按
二便	便溏或清,二便失禁	腹胀便秘,小便不利
舌象	舌体胖嫩,少苔无苔	舌质苍老坚敛,舌苔厚
脉象	脉虚无力	脉实有力

表 5-15 五脏虚实证鉴别表

证	虚 证	实 证
心	心虚多悲	神志失常,嘻笑不休
肝	目眈眈无所见,或阴囊缩、痉挛、善恐	两胁、少腹痛,多怒
脾	四肢不用,饮食不化,腹痞满、善忧	腹胀满,便秘,身肿
肺	少气息微,皮毛不泽	气逆喘满
肾	头昏眼花,腰酸痿厥,大便虚秘,小便失禁或不通,遗精、五更泄泻	下焦壅闭或痛或胀

虚实错杂是指虚中夹有实证,或实证中夹有虚证,或虚实兼见的证候。如:虚中夹实:本为实证,迁延日久,元气大伤,余邪未除的病人;或机体素虚,又新感外邪。实中夹虚:常见于实证疾病发展过程中,正气受损的病人;或素日体弱而外感新邪,以外实为主的患者。虚实并重:是指正气虚和邪气盛的程度相近似,难以分出何者为甚的一类证候。

虚实转化是指虚证或实证,在一定条件下可以互相转化。如虚证病人,由于正气不足,不能运化。从而出现痰饮内停,食积于中,二便不通,气血瘀滞等实证。或者实证病人,如病程较长,邪虽去而正已伤,但实证仍存在,故也是虚实错杂之证。

虚实真假是指在虚证、实证中,会出现假实假虚的情况。假实真虚,明人李中梓称为“至虚有盛候”,即极虚之病,可能出现假实的表现。如:病后可能出现身热,胀满,便秘等证,似为有余之证,实属正气虚甚,气机不运所致。假虚真实,李中梓称“大实有羸状”,即至实之病,可能出现假虚的表现。如外感病程既久,出现羸状,如倦怠、沉默少语,饮食少,泄泻等症状。

关于虚实真假的鉴别,应以脉象的有力无力,有神无神;舌质的胖嫩与苍老;言语发声的高低;病人体质的强弱予以辨别。

## 二、病因辨证

病因辨证是以中医病因理论为依据,通过对临床资料的分析,识别疾病属于何种因素所致的一种辨证方法。病因辨证主要内容有:六淫、疫疠、七情、食伤、劳伤、外伤、虫积等七种。

### 1. 六淫、疫疠证候

六淫,包括风、寒、暑、湿、燥、火等六种外来的致病邪气。

(1) 风证指风邪致病,表现为发热恶风,汗出,头身疼痛,鼻塞,

咳嗽。或头面浮肿,小便不利;或皮肤见红色丘疹,时发时止,瘙痒难当,抓则局部焮红;或见肢体关节痛疼,游走不定;或见颜面麻木不仁,口眼喎斜等。

(2) 寒证指寒邪致病,表现为恶寒发热,无汗,头项强痛,骨节疼痛,或咳嗽,喘促,苔薄白,脉浮紧。或见关节冷痛,肢体拘急;或见脘腹冷痛,呕吐清水,肠鸣腹泻,四肢厥冷等。

(3) 暑证指暑邪致病,表现为大汗淋漓,四肢厥冷,面垢,喘促,甚则突然昏倒,不省人事,牙关紧闭,四肢抽搐,脉沉伏急数或弦洪而数等。

(4) 湿证指湿邪的致病,表现为伤湿,头重如裹或胀痛,身热,肢体倦怠,身体困重而疼痛,口粘,苔腻,脉濡或缓。湿伤于里,胸闷,食少,恶心,呕吐,脘腹胀满,大便溏泻,遍身不舒且沉重,或肢体肿胀,小便混浊或不利,女子带下量多。湿浸肌肤,皮肤生疮,破溃黄水流,浸淫蔓延,或手足湿烂奇痒。湿伤关节,肢体困重,关节肿痛有定处,屈伸不利,活动受限。

(5) 燥证指燥邪致病,表现为温燥,可见发热,微恶风寒,汗少,头痛,口鼻唇咽干燥,口渴喜饮,干咳痰少,难以咯出,甚则痰中带血,胸痛,心烦,小便短赤,大便干燥,舌边尖红,苔薄黄而干,脉浮数。凉燥,则见恶寒,无汗,皮肤干燥,头痛,口鼻舌咽干燥,咳嗽痰少,苔薄白而干,脉弦涩。

(6) 火证指火邪致病,表现为初起见有发热,微恶风寒,咽喉肿痛,口干渴,舌边尖红,脉浮数;继之出现但热不寒,口渴引饮,口舌生疮,舌红绛,苔黄燥,脉数有力。

(7) 疫疔指因感受瘟疫毒邪而发病,具有发病急剧,病情险恶,传染性强,症状相似等特点,属于传染病范畴。

## 2. 七情证候

包括喜、怒、思、忧、悲、恐、惊七情变化。临床表现为:

(1) 喜伤。可见精神恍惚,思维不集中,甚则神志错乱,语无伦次,哭笑无常,举止异常,脉缓;

(2) 怒伤。则见头晕或胀痛,面红目赤,口苦,胸闷,善叹息,急躁易怒,两胁胀满或窜痛,或呃逆,呕吐,腹胀,泄泻,甚则呕血,昏厥,脉弦;

(3) 思伤。可见头晕目眩,健忘惊悸,倦怠,失眠多梦,食少,消瘦,腹胀便溏,舌淡,脉缓;

(4) 忧伤。则情态抑郁,闷闷不乐,神疲乏力,食欲不振,脉涩;

(5) 悲伤。见面色惨,时时吁叹饮泣,精神萎靡不振,脉弱;

(6) 恐伤。少腹胀满,遗精滑精,二便失禁;

(7) 惊伤。或惊骇不安,表情惶恐,坐卧不宁,脉沉弦等。

### 3. 饮食劳逸证候

(1) 饮食所伤,指饮食不节而致脾、胃肠功能紊乱的病证,如食积,厌食,恶心呕吐,或腹痛泄泻,大便臭秽,泻后腹痛减轻,舌苔厚腻,脉滑有力等。

(2) 劳逸所伤,指因体力或脑力过度劳累,或过度安逸所引起的一类病证。如,过劳,可见倦怠乏力,懒言嗜卧,身热、头晕,气短汗出;过逸,则形体肥胖,行动不便,动则气短喘促,心悸。

(3) 房室所伤,指性生活过度,或早婚,产育过多,导致肾亏而表现为生殖系统疾患的病证。如,男子遗精,早泄,阳痿;女子梦交,宫寒不孕,经少经闭。

### 4. 外伤和虫积

外伤和虫积也是临床常见病因,临床上不可忽略。由于发病多有特点、环境、病史等,临床诊断较易。

## 三、气血津液辨证

气血津液辨证,是运用脏腑学说中气血津液的理论,分析气、血、

津液所反映的各科病证的一种辨证诊断方法。

### 1. 气病辨证

气的病证,常见的临床表现分析归纳为气虚、气陷、气滞、气逆四种证候。

(1) 气虚证是脏腑组织机能减退所表现的证候。临床表现有少气懒言,神疲乏力,头晕目眩,自汗,活动时则诸症加剧,舌淡苔白,脉虚无力。

(2) 气陷证指以气虚升举无力而反下陷为特点的证候。临床表现有除气虚证之外,还有头晕目眩,少气倦怠、腹部坠胀,或见久痢久泻,脱肛或子宫脱垂等。舌淡苔白、脉弱。

(3) 气滞证指人体某一脏腑,或某一部位气机阻滞,运行不畅所表现的证候。临床表现:以闷胀、疼痛,攻窜阵发为主症。

(4) 气逆证指气机升降失常,逆而向上所引起的证候。临床以肺,胃、肝胆之气上逆的证候较为多见。临床表现为肺气上逆,则见咳嗽,喘息;胃气上逆,则见呃逆、嗝气、恶心、呕吐;肝胆之气上逆,则见头痛,眩晕、口苦,甚至可见昏厥、呕血等症。

### 2. 血病辨证

血的病证表现很多,临床概括为血虚、血瘀、血热、血寒四种证候。

(1) 血虚证指血液亏虚,脏腑失养,所表现的全身虚弱性证候。临床表现:面白无华或萎黄,唇色淡白,爪甲苍白,头晕目眩,心悸失眠,手足发麻,妇女月经量少色淡,经期错后或闭经,舌淡苔白,脉细无力。

(2) 血瘀证是指因瘀血内阻而引起的一些证候。临床表现:疼痛如刀针刺割,痛有定处而拒按,常在夜间加重。肿块在体表者,局部色呈青紫;在腹内者,坚硬推之不移,称为癥积。出血反复不止,色泽紫暗,或大便色黑如柏油。面色黧黑,肌肤甲错,口唇爪甲紫暗,或皮下



紫斑,或肌肤微小血脉丝状如缕,或腹部青紫外露,或下肢青筋胀痛。妇女则见经闭。舌质紫暗,或见瘀斑、瘀点,脉象细涩。

(3) 血热证是指血分有热,或热邪侵犯血所引起的表现。临床表现:咳血、尿血、吐血、衄血,或兼心烦躁扰,口干不喜饮,身热入夜尤甚,女子可见月经先期,量多。

(4) 血寒证是指因寒邪凝滞,血行不畅所引起的证候。临床表现:疼痛喜暖,得热痛减,形寒肢冷,舌淡暗,苔白,脉沉迟涩。妇女行经腹痛,月经错后,色紫暗或夹血块。

### 3. 气血同病辨证

气血同病,指既有气的病证,同时又兼见血的病证,在临床更为常见。

(1) 气滞血瘀证是指由于气滞不行的致血运障碍,而出现既有气滞又有血瘀的证候。临床表现:胸胁胀闷,走窜疼痛,急躁易怒,或兼见胁下痞块,刺痛拒按,妇女可见月经闭止,或痛经,经色紫暗有块,舌质紫暗或见瘀斑,脉涩。

(2) 气虚血瘀证是指既有气虚之象,同时又兼有血瘀病证。临床表现:面色淡白或晦滞,体倦无力,少气懒言,疼痛如刺,常见于胸胁部,痛处不移而拒按,舌淡暗而见瘀斑,脉象沉涩。

(3) 气血两虚证是指既有气虚之象,又有血虚之证候。临床表现有面色淡白或萎黄,头晕目眩,少气懒言,倦怠无力,心悸失眠,舌淡而嫩,脉象细弱。

(4) 气虚失血证是指因气虚而不能统血,气虚与失血并见的证候。临床表现:吐血、便血、崩漏、皮下瘀斑,气短,体倦无力,面白无华,舌淡,脉细弱。

(5) 气随血脱证是指大出血时所引起阳气虚脱的证候。临床表现:大出血时突然面色苍白,四肢厥冷,大汗淋漓,甚则晕厥、舌淡白,脉微细欲绝,或芤。

#### 4. 津液病辨证

津液病证可概括为津液不足和水液停聚两个方面。

(1) 津液不足证是指由于津液亏少,失去其濡润滋养作用所出现的以燥化为特征的证候。临床表现:口渴咽干,唇焦而裂,甚则皮肤干枯无泽,小便短少,大便干燥,舌红少津,脉象细数。

(2) 水液停聚证是指水液输布,排泄失常引起的痰饮水肿等病证。水肿临床分阳水阴水。阳水:发病较急,水肿性质属实证。临床表现:眼睑先肿,继而头面,甚至遍及全身,小便短少,来势迅速。皮肤薄而光亮。并兼有恶寒发热,无汗,舌苔薄白,脉象浮紧等。阴水:发病缓,性属虚证。临床表现:身肿,腰以下为甚,按之凹陷不易起,脘闷腹胀,纳呆食少,大便溏稀,面色苍白,神疲肢倦,小便短少,舌淡,苔白滑、脉沉缓等。痰证:临床分为五种。风痰证,是指痰盛而风动的证候。临床表现:头晕目眩,喉中痰鸣,突然仆倒,口眼喎斜,舌强不语,四肢麻木,偏瘫,舌红苔腻,脉弦细滑等。热痰证,指痰、热互结所表现的证候。临床表现:烦热,咳痰黄稠,喉痹,大便秘结,或发热狂癫,舌质红,苔黄腻,脉滑数等。寒痰证,是指寒热互结,或痰盛而有寒象的证候。临床表现:畏寒肢冷,咳吐稀白痰,四肢不举,或骨痹刺痛,脉沉迟。湿痰证,指湿聚生痰的证候。临床表现:胸痞,纳呆食少,呕恶,痰多色白,身重困倦,舌苔厚腻,脉濡滑。燥痰证,痰甚兼有燥象的证候。临床表现:咯痰粘稠如块、如珠、如线,量少,难以咯出,甚或痰中带血丝,口鼻干燥,咽喉干痛,大便干结,舌干少津,脉细滑数。饮证:可分为四种。痰饮,是指饮邪留于肠胃的病证。悬饮,是指水饮留于胸胁所产生的证候。溢饮,指水饮溢注于四肢肌肉所表现的病证。支饮,指水饮停留于胸膈所表现的病证。

## 四、脏腑辨证

脏腑辨证是其他辨证法的基础。任何致病因子都需要通过脏腑才能引发疾病,药物等的治疗功效也要通过脏腑才能发挥作用,所以,脏腑辨证在临床诊治疾病时具有其他辨证方法无法取代的重要价值。脏腑辨证的内容,包括脏病辨证、腑病辨证与脏腑之间的相互兼病辨证三个部分。

### 1. 肝与胆病辨证

肝胆常见病证有十二种,鉴别如下列表:

表 5-16 肝风四证鉴别表

证候	性质		主要症状	兼有症状	舌象	脉象
	寒热	虚实				
肝阳化风	热证	上实下虚证	眩晕欲仆,肢颤或卒然昏不知人,口眼喎斜半身不遂	头痛项强,行走不稳,语言謇涩,或舌强不语	舌红	弦
热极生风	热证	实证	手足抽搐,项强,角弓反张,双目上视,牙关紧闭	高热,神昏,狂躁	舌红绛	弦数
阴虚风动	热证	虚证	手足蠕动	潮热,五心烦热,盗汗,口干涩,咽干,耳鸣	舌红少津	弦细数
血虚生风		虚证	肢麻震颤,肌肉瞤动,关节拘急不利	面色无华,爪甲不荣,眩晕耳鸣,经少或闭,心悸失眠	舌淡苔白	细

表 5-17 寒滞肝脉、肝气虚、肝阳虚三证鉴别表

证候	性质		主要症状	兼有症状	舌象	脉象
	寒热	虚实				
寒滞肝脉	寒	实	少腹引及阴部冷痛,或阴囊内缩,遇寒则剧	形寒,肢冷,呕吐清涎	苔白滑	沉弦
肝气虚		虚	胸胁空痛,忧郁胆怯,神倦气短	脘痞闷,不思饮食	舌淡苔白	虚
肝阳虚	寒	虚	胸胁空痛,忧郁胆怯,畏寒肢冷	脘腹痞闷,不思饮食,阴部冷	舌淡苔白	沉无力

表 5-18 肝火上炎、肝阳上亢、肝胆湿热、胆郁痰扰、肝阴虚五证鉴别表

证候	性质	主要症状	兼有症状	舌象	脉象
肝火上炎	实热证	面红目赤,头晕脑胀,耳鸣,胁肋灼痛,二便秘涩。吐衄咯血	口苦咽干,烦躁易怒,梦多寐少	舌边红苔黄	弦数
肝阳上亢	热证本虚标实	面目红赤,头晕胀痛,耳鸣头重脚轻,腰膝痠软	咽干,心烦易怒,寐少梦多	舌红少苔	弦
肝胆湿热	实热证	胁肋胀痛,纳少呕恶,尿黄,大便异常,或身目俱黄,或睾丸肿痛	往来寒热,口苦腹胀,胁肋痞块	舌红苔黄腻	弦数
胆郁痰扰	实热证	眩晕,耳鸣,失眠,胆怯易惊,胸闷胁胀	口苦呕恶	苔腻	弦滑
肝阴虚	虚热证	面部烘热,眩晕,耳鸣,潮热,盗汗,目干涩手足蠕动	咽干,五心烦热,胁肋灼热	舌红少苔	弦细数

2. 心与小肠病辨证。心与小肠常见病证有八种,鉴别如下表:

表 5-19 心血虚、心阴虚两证鉴别表

证候	相同点	不 同 点			
		望 诊	问 诊	舌	脉
心血虚	心悸怔忡, 失眠多梦	面色苍白或萎 黄,唇淡,爪甲无 光泽	眩晕,健忘	舌色淡	细
心阴虚		颧赤	潮热,五心烦热, 盗汗咽干	舌红少苔	细数

表 5-20 心血瘀阻证的病因鉴别表

病因	共同症状	不 同 症 状			
		疼痛特点	症 状	舌	脉
痰浊停聚	心悸怔忡,心 胸闷痛,痛如 针刺,引及肩 背臂内,时发 时止,舌有紫 斑紫点,或紫 暗,脉或细涩	闷痛特甚	身重困倦,体 胖痰多	苔白腻	沉滑
阴寒滞凝		突发剧烈,得 温则减	畏寒肢冷	舌淡苔白	沉迟或 沉紧
气机郁阻		胀痛,发作与 精神因素有关	胁胀	舌淡红	弦

表 5-21 心火亢盛、痰火扰心、痰迷心窍三证鉴别表

证候	望诊	神志	问诊	闻诊	舌	脉
心火亢盛	面赤,口舌 生疮或糜 烂肿痛	狂躁	咽干喜饮, 溲尿淋涩, 心中烦热, 吐衄尿血, 失眠	谵语	舌 红 或 舌 尖 红 苔 黄	数

(续表)

证候	望诊	神志	问诊	闻诊	舌	脉
痰火扰心	面红目赤,痰黄稠	狂躁	发热心烦	谵语,舌蹇难言,喉间痰鸣	舌红苔黄腻	滑数
	狂证:哭笑无常,行动异常	狂躁妄动		语言错乱	舌红苔黄腻	滑数
痰迷心窍		神识时清时昧,甚则不省人事	脘闷呕恶	喉间痰鸣	苔白腻	滑
	癫证:举止失常	神情淡漠抑郁、神识痴呆		独语	苔白腻	滑
	痫证:四肢抽搐,口角流涎	卒然昏倒		喉间痰鸣惊叫	苔白腻	滑

3. 脾与胃病辨证。脾胃常见病证有十一种,鉴别如下表:

表 5-22 脾病虚证鉴别表

证候	相同症	不同症	舌苔	脉象
脾气虚	食少,腹胀,食后尤甚,便溏肢倦,懒言气短舌淡		舌淡苔白	弱
脾气下陷		眩晕,喜引太息 久泄、肛门坠重,甚则脱肛 小便频数、溲如米泔、子宫脱出	舌淡苔白	弱
脾不统血		眩晕 面色苍白或萎黄 各种出血	舌淡	细
脾阳虚		形寒肢冷,面浮肢肿, 口淡不渴,或泛清水 腹觉冷而喜热食,腹痛绵绵而喜温喜按	舌淡胖苔白滑	沉迟无力

表 5-23 脾阳虚、寒湿困脾、胃寒三证鉴别表

证候	相同症	不同症		舌	脉
		望	问		
脾阳虚	畏寒,口淡不渴,脘腹胀痛,泛恶,舌淡苔白滑	面浮肢肿	纳呆、泛清水,腹痛绵绵,喜暖喜按,便溏,肢冷腹冷喜热食,肢倦懒言,气短	舌淡胖苔白滑	沉迟无力
寒湿困脾		面色晦黄,或面目肌肤发黄,色如烟熏,面浮,肢肿	纳呆、身困头重,便溏瘦少,带盛色白	舌淡胖,苔白腻或白滑	濡
胃寒			胃痛来骤痛剧,喜暖喜按,呕吐清水,肠鸣,肢冷	舌淡,苔白滑	迟或弦

表 5-24 脾胃湿热、胃热、胃阴虚、脾阴虚四证鉴别表

证候	共同症状	饮食	呕吐	腹部	二便	望诊	其他症状	舌	脉
脾胃湿热	舌红脉数	食少	呕恶	脘腹胀满	便溏粘腻不爽或赤	面目周身发黄,色鲜如橘色	身热汗出,或发热缠绵,汗出不解,肢体困重	苔黄腻	濡数或滑数
胃热		消谷善饥,渴喜冷饮	泛酸	胃中灼痛嘈杂	便秘溲黄	齿龈肿痛,甚则糜烂出血	口气秽	苔黄燥	数
胃阴虚		饥不欲食	干呕呃逆	胃中灼热、隐痛,脘闷不舒	便秘	消瘦	口燥咽干,口渴欲饮,音低气怯	少苔或剥落	细数
脾阴虚		不饥不食		腹胀	便秘溲少	消瘦	涎少,肌肤与手足心热	舌净无苔或有光剥	细数

## 4. 肺与大肠病辨证:肺与大肠常见病证有十种,鉴别如下表:

表 5-25 风寒束肺、寒邪客肺、饮停于肺、痰湿阻肺四证鉴别表

证候	病史	病程	性质	咳嗽吐痰	气喘	寒热	其他症状	舌	脉
风寒束肺	突发	短	实证	咳嗽痰液稀白		恶寒发热	鼻塞声浊,无汗,头身疼痛	苔薄白	浮紧
寒邪客肺	突发	较短	实证	咳嗽痰液稀白	气喘	形寒肢冷		舌淡苔白	或脉迟
饮停于肺	慢性,反复发作,常为秋冬发作,春夏缓解	长	本虚标实	咳嗽,痰液清稀,色白,多呈沫状	胸闷、气倚息不能平卧		胸闷则心悸	舌淡苔白滑	弦
痰湿阻肺	慢性反复发作	长	本虚标实	咳嗽,痰多质稠,色白易出			胸闷、甚则气喘、痰鸣	舌淡苔白腻	滑

表 5-26 风热犯肺、热邪壅肺、燥邪犯肺三证鉴别表

证候	发病季节	咳嗽吐痰	寒热	其他症状	舌	脉
风热犯肺	冬春多见	咳嗽,痰稠色黄	发热微恶风寒	口干咽痛 鼻塞流黄浊涕	舌尖红苔薄黄	浮数
热邪壅肺	冬春多见	咳嗽,气喘息粗痰粘色黄	壮热	口渴,鼻翼煽动,心烦胸痛,咳吐脓血腥臭痰,便秘,溲赤	舌红苔黄	数
燥邪犯肺	秋季多见	干咳或痰粘少,咯之难出,甚或痰中带血	发热微恶风寒	胸胁疼痛,汗少,皮肤与口鼻干燥,溲短赤	舌红苔黄干	数



表 5-27 大肠湿热、大肠虚寒、大肠液亏三证鉴别表

证候	大便	腹部	其他症状	寒热	舌	脉
大肠 湿热	下利赤白脓血 粘液,便次频 数,暴注下泄, 腹泻不爽,便如 黄糜,肛门灼热	腹痛,里急后 重,或小腹痞 坚,按之痛	汗出,渴饮不 多或呕恶神 昏	身热肛门 灼热	舌红 苔黄腻	滑数
大肠 虚寒	大便溏泄,失禁 或便时艰涩,肛 门下坠或便后 脱肛	腹痛绵绵、肠 鸣	神倦无力 小便清长	畏寒喜暖 肢体不温	苔白	沉或迟
大肠 液亏	便坚如弹丸,秘 涩难出,数日或 数十日一行	腹胀	口燥咽干 口中气秽		舌苔 黄燥	细

5. 肾与膀胱病辨证。肾与膀胱常见病证有六种,鉴别如下表:

表 5-28 肾病诸证鉴别表

证候	相同点	生殖	二便	其他症状	舌	脉
肾阳虚	均为虚 证,腰膝	阳痿,精冷滑 泄,经少或 闭,宫冷不孕	便溏,五更 泻,小便清 长,夜尿,遗 尿,余沥不 尽,尿少	面色黧黑,畏寒肢 冷,腰膝寒痛,食 少、浮肿,腹胀,心 悸气短,咳喘	舌淡 苔白	沉无力
肾阴虚	酸软,神 倦无力	遗精早泄,经 少或闭	溲黄便干	眩晕耳鸣,失眠健 忘,发脱齿落,消 瘦,颧红,咽干,骨 蒸潮热,五心烦 热,盗汗	舌红 少苔	细数

(续表)

证候	相同点	生殖	二便	其他症状	舌	脉
肾精不足	均为虚证,腰膝酸软,神倦无力	精少不育,经闭不孕		小儿发育缓慢;凶门迟闭,矮小,智力低下。成人早衰,发脱齿落,耳鸣耳聋,健忘恍惚,智力减退,衰弱	舌淡红苔白	沉细
肾气不固		滑精,早泄,带多,滑胎	小便频数,尿后余沥不尽,夜间尿频,遗尿失禁		舌淡苔白	沉弱
肾不纳气				息短喘促,音低气怯汗出,形寒肢冷,面青或赤,心烦咽干	舌淡苔白或舌红	沉弱或浮无根或细数
膀胱湿热证						

### 6. 脏腑兼病辨证

各脏腑之间,在生理上相互联系,于疾病的发生、发展过程中,亦相互有影响,必须找出其中因果及表里、生克、乘侮等传变关系,以求辨证准触。

脏腑兼病的情况很复杂,现就临床上最常见的两脏(腑)兼病约有:心肺气虚证,指心肺两脏气虚所表现的证候。心脾气虚证,指心血不足,脾气亏虚所表现的证候。心肝血虚证,是指心,肝两脏血液不足所表现的证候。心肾阳虚证,是指心、肾两脏阳气不足所表现的证候。心肾不交证,是指心火、肾水之间失于协调的证候。肺脾气虚证,是指肺、脾两脏气虚所表现的证候。肝火犯肺证,是指肝火上逆于肺所表现的证候。肺肾阴虚证,是指肺、肾两脏阴液不足所表现的证候。脾肾阳虚证,是指脾肾两脏阳气不足所表现的证候。肝脾不调证,是指肝失疏泄,脾不健运所引起的病证。肝胃不和证,是指肝失疏泄,胃失和降所引起的病证。肝肾阴虚证,是指肝肾两脏阴液不足所表现的证候。

# 第六章 中医治法

中医治法,包含宏富,在世界传统医学史上具有相当突出的领先地位,并对当前的各科医疗实践有着重要的临床实用价值。我国医学界对此十分重视,也为越来越多的国外医学家所瞩目。

---

## 第一节 中医治法的形成与发展

---

### 一、早期的治法成就

我国传统医学的治法,最早可追溯到新石器时代,当时用砭石、石针治病已相当普遍。此外,并有简单、粗制的陶针,亦用于治疗。从黑龙江齐齐哈尔昂昂溪出土的细石器文物看,其中就有多种型号的石针,用作叩击、点刺或揉按。

砭针用于医疗更为广泛,这是在进入新石器时代以后,在磨制石器的技能有了提高以后产生的。砭石和石针治疗疾病的渊源很久,古代典籍早在《山海经》、《左传》、《管子》、《韩非子》、《鹖冠子》、《黄帝内经》等书中均有记载。《素问·疏五过论》提到“针灸砭石”;《素问·汤液醪醴论》有“当今之世,必齐毒药攻其中,镵石针艾治其外也”的载

述。这些文字表明,在战国以前汤药和针灸已作为治病的主要手段了。当然,作为医疗手段,用人的双手按、压、揉、捏等来治疗一些病痛(包括体表和胸腹腔的某些疾病)则更为久远,可以说有了人类即开始有这种较为原始治法。这种治法沿用到战国以前,则发展为“按跷”。“按”是指利用手指或腕部的按、压、揉、捏;“跷”则是运用施治者的足部运动,起到按压患者体表以治病的作用。因为按摩、按跷均有活血止痛、开通闭塞的功能。其中用作止痛,效验尤为显著。故《素问·举痛论》所谓“按之则血气散,故按之痛止。”这种治法,后世发展为按摩、推拿疗法。元、明两代时的太医院,将医学分为“十三科”,按摩即为其中之一。再者,从殷墟出土的甲骨文加以分析,也有多种疾病及其治法的载述。著名甲骨学专家胡厚宣于1944年发表的《殷人疾病考》一文,对出土的甲骨文中考出了几种疾病。据李良松《中国甲骨文字研究综合报告》中的研究结果表明,在已出土的甲骨文中,有病、有医、有药、有治,并反映殷商时已有医政管理体制;指出甲骨记载了疫病的流行及采用隔离收容病人以防止对外传播,并涉及环境卫生、饮食卫生等内容。这些记述内容,可以说医学开始有了粗线条的病案记录。通过对甲骨文医学文献的深入研究,了解到当时的治疗方法,已有药物、针灸、按摩、外科手术以及医巫并存所反映的祭祀疗法。药物疗法中,包括草木类、果类、酒剂、动物剂等。相传用汤药治病,渊源于商代汤王的宰相伊尹,所谓“伊尹创制汤液”。手术疗法则包括锯肢、割瘤、接骨、拔牙(针对龋齿)等。

迄于周代,医学有了明确的分科,如《周礼·天官》记载,当时分为食医(偏重于食疗)、疾医(偏重于治疗多内科疾病)、疡医(指外科医生)和兽医四科。其中的疡医实际上还包括骨伤科,如《周礼·天官·疡医》称:“疡医掌肿疡、溃疡、金疡、折疡(包括骨折、皮肉伤损发炎、肿痛、局部溃疡)之祝药、副杀之齐(音义同“剂”)。”清人惠之奇在《礼说》卷一中注:“祝药犹行药,副杀犹砭割。”清人顾成章《周礼详

说》也称：“剡，针砭以散其邪毒也；杀，刮削以去其朽腐也。”

据《史记·扁鹊仓公列传》记述，公元前五世纪的秦越人（即“扁鹊”）是一位掌握多种治法的名家，曾用针刺、药熨、汤剂等综合疗法治愈魏太子的“尸蹇”病。《黄帝内经》中已载述种类繁多的治法，包括针灸、砭刺、汤药、外治、导引、按跷、截趾手术等，其中最主要的治法是针灸和药剂。《灵枢经》中的针灸治法内容尤为丰富，除了载述“九针”（即鑱针、圆针、鍉针、锋针、铍针、圆利针，毫针、长针和大针），并有“九针十二原”和“九针论”的专篇论述。《灵枢·官针》云：“九针之宜，各有所为，长短大小，各有所施也。不得其用，病弗能移。”说明九针的形状和用途各不相同（有关“九针”的形状、长短主治功能等详见《灵枢·九针十二原》），而《灵枢·官针》又称：“凡刺有九，以应九变”。（“九变”系泛指病证和病情的多种变化）。而九种针法则为输刺、远道刺、经刺、络刺、分刺、大泻刺、毛刺、巨刺和焮刺（“焮刺”，义同“灸刺”，即在金属针体上加灸之刺法）。可见，当时在针具和刺法方面均比前有了很大的提高。战国时的针灸治疗，是在经络学说趋于完善的形势下发展的。当时已明确了人体有“十四经”（包括手与足的三阴三阳经脉，加任、督二脉）和“奇经八脉”学说，并明确介绍针灸经穴取穴、配穴及其主治病证。《灵枢》和《素问》有关针灸的论述，成为晋人皇甫谧所撰我国第一部针灸典籍《针灸甲乙经》的主要组成部分。

《内经》中方治内容，亦较丰富。后世将之归纳为“《内经》十三方”（实际上当是十二方，因其中有一方只存方名，无具体药物组成）。如，《灵枢·邪客》载述用半夏秫米汤治疗失眠；《素问·病能论》以生铁落饮（“生铁落”指打铁时溅落之铁屑）治疗狂证；《素问·腹中论》以四乌贼骨一蘼茹丸（乌贼骨有处方用名为“海螵蛸”，蘼茹的处方用名为“茜草”）治疗经闭等。《灵枢·经筋》还介绍了“口喎”（指唇口歪向一侧）的药物外治和火针的综合疗法。这些丰富的治法，迄今仍有一定借鉴价值。

东汉三国时,方药治疗方面突出的反映是张仲景编写《伤寒杂病论》。这是一部专论伤寒和内科杂病为主的临床名著,《伤寒论》有一百一十三方,《金匱要略》有二百六十二方。从张仲景著述中所论治法,并将之作为指导思想的“整体观念”,反映了诊疗疾病的一种思想方法,中医学是将人体各部组织、器官之间视为一个整体,既强调人体内部的协调完整,也重视人体和外界环境的统一性,亦即考虑问题的出发点是贯串整体的眼光诊治疾病,而不是病变的局部。“辨证论治”则是具体地反映诊治的方法,须以理、法、方、药运用于临床的过程。辨证论治反映了诊疗思想、方法的先进性。张仲景《伤寒杂病论》列述的数百方剂,具有药味少,配伍精,主治明确,效验卓著等特点。这些治疗方剂所具备的临床实效、高效,为后世称“经方”,并奠定了中医治疗学坚实的基础。

张仲景的同时代人华佗也是一位杰出的医家,兼擅内、外、妇、儿、针灸等科。他在民间的知名度很大,几乎是一位妇孺皆知的人物。据史籍记载,他曾创用酒服麻沸散使病人进入全身麻醉状态,施行腹腔肿物的切除手术。华佗并创造“五禽戏”作为群众的保健运动。

## 二、晋唐时期的多种治法

晋代,在中医治法方面值得介绍的有两位名家。一位是皇甫谧,他编撰我国第一部针灸学名著《针灸甲乙经》。书吸取了《明堂孔穴针灸治要》(作者佚名)的丰富内容,使治法的种类和治病的覆盖面更为宽广,临床实用价值很大。另一位是葛洪,他不仅精于炼丹术,又在医学上有精深造诣,生平采集众多验方,撰成《玉函方》共一百卷。后又将可供急救医疗和实用有效、能解决常见多发病治疗的效方以及简要的针灸、外治法等内容另编一书,名为《肘后备急方》。由于此书重点是吸取晋代以前民间疗法的若干成就,故其实用性相当突出。如治

疗外感的葱豉汤、治疗白内障、青盲的羊肝丸方等方,均以“简效”著称于世。还有若干验方,如青蒿治疗恶性疟疾(现已制成青蒿素、双氢青蒿素),其速效和高效,至今扬名海内外。

隋唐时“方治”疗法更有较大发展。如,隋代时,官方组织编撰《四海类聚方》共二千六百卷,惜已佚。唐初孙思邈研究中医药八十多年,先后编撰《备急千金要方》和《千金翼方》各三十卷。在治法方面亦有所创新和突破。如,他运用动物甲状腺治疗甲状腺肿大,应用葱管作为导尿管为尿闭患者施行导尿术,为下颌关节脱位患者进行整复等。其中自制方和选辑方很多,反映唐代以前多种医学流派在治病方面的不同风貌。

王焘编成的《外台秘要》四十卷,可算是集唐代以前医学方书之大成,成为中医学学术临床的重要文献之一。此书收入的治法相当丰富,唐代以前众多名医的经验和治法,有赖此书刊行得以传世。

治疗方剂不仅扩大了主治范畴,而且在对疾病的认识方面也有了提高。如,隋人巢元方《诸病源候总论》,就有关于病因、病机、证候的描述,为临床应用提供了基础知识,并提示其用方之依据。其他如骨伤科专著《仙传理伤续断秘方》,产科专著《经效产宝》等,均有实效的治法和效方。

唐代由国家主管的“太医署”,内设医科和药科,医科又分为医师、针师、按摩师和咒禁师四部。这样的分部反映了唐代的治法概况。

### 三、宋辽金元时期的方治

宋代时,由于印刷术的发明,给医学的传播创造了极为有利的条件,“方治”的发展也达到了一个新的水平。北宋淳化三年(992年),由翰林医官院王怀隐等编成的《太平圣惠方》一百卷,是一部归纳、总结北宋以前方治内容的巨著。此书在广泛收集民间效方基础上,吸取

了各种临床医著和方书的有关内容,集体编撰的。方治内容不仅包括临床各种病证,并有服食丹药、食疗、补益方等,方治包括医疗和保健,共收选一万余方。此后,在宋徽宗在政和年间(1111—1117年)组织人员编成《圣济总录》共二百卷。有专谈治法的内容,选方则包括临床多科疾病,以及杂治、养生等。从全国各地收选的方剂近二万首,从此治疗方剂的剂型种类更趋完善。

此外,宋代太医局主编的《太平惠民和剂局方》,属于政府刊行的一种成药处方配本。这些方剂,均为民间常用、效验卓著良方,大多记述了其主治、配伍及炮制法。

这一时期,个人编著的方书著作尤多,如,许叔微《类证普济本事方》(简称《本事方》),按病证类别分为二十三类,收载三百余方,实用性强,在所选收的方剂下,往往附有针灸法,未附许氏运用此方的验案,并予分析,使读者易于领悟,结合临床应用。陈言所撰《三因极一病证方论》(简称《三因方》),以三因(内因、外因、不内外因)学说与临床方治紧密结合,方治内容以内科病证为主,兼及妇、儿、外科,这是一部以突出方治内容为学术特色的名著,杨士瀛(仁斋)撰《仁斋直指方论》(简称《仁斋直指》)据证释方,选取诸家效方,结合家传经验,对证施方,是一部突出“证治提纲”、理论联系方治的名著。严用和撰《严氏济生方》(简称《济生方》),《济生续方》,均以切于临床实用著称于世。还有宋人王袞《博济方》,苏轼、沈括《苏沈良方》,史堪《史载之方》,董汲《旅舍备要方》,王贶《全生指迷方》;张锐《鸡峰普济方》,洪遵《洪氏集验方》,杨佺《杨氏家藏方》,吴彦夔《传信适用方》等;元人萨濂斋《瑞竹堂经验方》,李仲南《永类铃方》,危亦林《世医得效方》,朱震亨《局方发挥》等,均为方治名著。

由于临床专科或专病著作的不断涌现,各科病证的治法内容更为充盈翔实。如,有关《伤寒论》研究性著作多种刊行。妇科有宋人陈自明《妇人大全良方》、朱端章《卫生家宝产科备要》。外科有东轩居士



《卫济宝书》、陈自明《外科精要》、李迅《集验背疽方》等。儿科有宋人刘昉主编《幼幼新书》，钱乙《小儿药证直诀》等。这些分科的临床名著，所收入的良方、验方亦为当时各科所常用。

辽金元时期，虽然战乱频繁，政局动荡，但在医学临床诊疗方面的进展很突出的。先后涌现了刘完素、张从正、李杲、朱震亨四位医学宗师，分别以“寒凉派”、“攻下派”、“补土派”、“养阴派”著称于世，人们尊为“金元四大家”。“四大家”之一朱震亨，他博采诸名家之精论效方，在治法上提出了“攻击宜详审，正气须保护”，并以浅近易明的邪正治疗大法，贯串于内科杂病诊治的全过程。“金元四大家”在学术和临床方面以承先启后和创新，积极推动了中医方治的完善和发展。

#### 四、明清以后的治法

明清两代是临床各科方治发展的鼎盛时期。明初，朱橚等发起编撰大型方书《普济方》，共一百六十八卷（清初编《四库全书》时，将《普济方》改为四百二十六卷）。对于经治病证，采用“论方结合”的形式阐释，这是现存最大的一部方书。从编纂所收选六万余方，提供的方治在历史上是创记录的。其他有关方治和治法内容较丰富的著作，有明代刘纯《医经小学》，戴思恭《证治要诀》，虞抟《医学正传》，韩忭《韩氏医通》，王纶《明医杂著》，周之干《慎斋遗书》，方隅《医林绳墨》，龚廷贤《万病回春》、《寿世保元》，皇甫中《明医指掌》，王肯堂《证治准绳》，徐春甫《古今医统大全》，楼英《医学纲目》，李梴《医学入门》，缪希雍《先醒斋医学广笔记》，孙一奎《赤水玄珠全集》，张介宾《景岳全书》，孙文胤《丹台玉案》，李中梓《医宗必读》；清代喻昌《医门法律》，蒋示吉《医宗说约》，陈士铎《石室秘录》、《辨证录》等，冯兆张《冯氏锦囊秘录》，张璐《张氏医通》，程国彭《医学心悟》，沈金鳌《沈氏尊生书》，景日昝《嵩崖尊生书》，徐大椿《兰台轨范》，江涵暾《笔花医镜》，林佩琴

《类证治裁》，吴谦《医宗金鉴》，何梦瑶《医碥》等，均为各具特色的名著。书中有关临床各科的治法和方剂的大量增补或充实，使后世医者在学习和运用方面获得重要的借鉴和参考。

各个医学分科也涌现了大批专著。内科有明代薛己《内科摘要》，秦昌遇《症因脉治》；清代李用粹《证治汇补》，尤怡《金匱翼》，费伯雄《医醇賸义》等。妇产科有明代万全《万氏女科》，武之望《济阴纲目》；清代萧庚六《女科经纶》，傅山《傅青主女科》，沈金鳌《妇科玉尺》，陈修园《女科要旨》，周纪常《女科辑要》，亟斋居士《达生编》，倪枝维《产宝》，阎纯玺《胎产心法》，唐千顷《大生要旨》，陈笏庵《胎产秘书》等。儿科有明代万全《幼科发挥》，薛铠《保婴撮要》；清代夏鼎《幼科铁镜》，陈复正《幼幼集成》，吴溶堂《保婴易知录》等。外科有明代陈实功《外科正宗》，陈文治《疡科选粹》，祁坤《外科大成》；清代陈士铎《洞天奥旨》，王维德《外科全生集》，顾世澄《疡医大全》，高秉钧《疡科心得集》，许克昌《外科证治全书》等。从治疗学的观点分析，明清两代中医治法的迅捷发展，已达到了前所未有的高水平。

除临床各科外，温病和伤寒也有名著问世。温病学自明代吴又可撰著《温疫论》以后，清代出现有温病四大名家，各有其代表性著作。如，叶天士的《温热论》，薛生白的《湿热条辨》，吴鞠通的《温病条辨》和王孟英的《温热经纬》。这些名著的刊行，为治疗传染性热病开拓了广阔的园地，并大大提高临床疗效。以治法而言，清吴师机编撰《理渝骈文》外治法专著，是总结了清代以前多种外治法的学术临床成就，受到了医学界的推崇。

---

## 第二节 中医治则与“三因制宜”

---

在医生诊察病人的程序中，需要在辨证、审因的基础上，确立治

疗法则(简称治则)是“辨证论治”的重要环节。中医治则建立在整体观念和辨证论治的基础上,以望、闻、问、切(“四诊”)所收集到的客观资料为依据,对疾病进行全面的分析、综合和判断,从而针对不同的病情以制订出有所不同的治疗原则。医生只有在确立治则的基础上,方能进行具体治疗。

## 一、《内经》反映的治则思想

《黄帝内经》不仅在基础理论方面奠定了中医学学术的基础,而且对临床医学也有精辟的阐论。不少有关治则的名言,至今仍有重要的指导作用。有一些治则思想,则是在朴素辩证法和古代先进哲学思想的指导下产生的。

诊病后,首先须针对患者的临床表现,以及辨证中的八纲和病因、病机情况,从总的方面加以分析、判断,方能确立治疗方法。这就是说,医生在总体上认识所诊患者的病机至关重要。《素问·至真要大论》概括指出:“诸风掉眩,皆属于肝;诸寒收引,皆属于肾;诸气膹郁,皆属于肺;诸湿肿满,皆属于脾;诸热瞀瘵,皆属于火;诸痛痒疮,皆属于心;诸厥固泄,皆属于下;诸痿喘呕,皆属于上;诸禁鼓慄,如丧神守,皆属于火;诸痉项强,皆属于湿;诸逆冲土,皆属于火;诸胀腹大,皆属于热;诸躁狂越,皆属于火;诸暴强直,皆属于风;诸病有声,鼓之如鼓,皆属于热;诸病附肿,疼酸惊骇,皆属于火;诸转反戾,水液浑浊,皆属于热;诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒;诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”

这一段引文,后人称为“病机十九条”。从中可以看出,临床所出现的一些证候,是反映“病机”实情的。据此实情可以获得辨证要领,并可据此以决定治法。

《素问·至真要大论》又指出:“坚者削之,客者除之,劳者温之,

结者散之,留者攻之,燥者濡之,急者缓之,散者收之,损者温之,逸者行之,惊者平之,上之下之,摩之浴之,……适事为故。”这一段专述有关治则规范,具有临床现实的指导意义。其大意要旨解释如下:

所谓“坚者削之”,指医者对腹内坚硬有形一类病证(如症瘕、痞块等)可用攻削的方药治疗。“客者除之”,凡外来邪气(六淫、疫疠、饮食积滞)客于人体,应当予以驱除,如疏风、散寒、清暑、祛湿、消导等。“劳者温之”,指疲劳过度而见头晕、四肢倦怠,或虚劳属气虚者,用甘温的药物调养。“结者散之”,指对结聚之证,须服药使其消散,如对瘰疬、瘰疬须用软坚散结法治疗。“留者攻之”,凡积瘀留滞的病证(如气、血、痰、水)应用攻逐药物施治。“燥者濡之”,指若干燥证,须用滋阴润养的方药治疗。燥证分内燥和外燥,燥热伤肺胃之津液为内燥,用滋阴润燥法;外感后燥热伤肺称外燥,用轻宣润燥法。“急者缓之”,指对拘急强直之证,如口噤项强,手足拘挛等,须使其舒展缓解。如受寒后筋骨疼痛拘挛,须用温经散寒法以缓之。“散者收之”,指一些表现为疏散漏泄的病证,须用收敛、固护的方法治疗。如表虚、皮肤腠理松散多汗,须用收摄敛汗的方药予以治疗。“损者温之”,指虚损等病证,须用温养的方法施治。“逸者行之”,凡属气血逆乱、运动障碍之类的病证(如瘫痪、痿、痹等),可用行气活血通络的方药,使其通畅。“惊者平之”,如遇惊悸、怔忡、心神慌乱一类病证,用重镇、安神、养心等法以平定之;又如小儿惊风抽搐,用平肝潜镇法治疗,均属此类。“上之下之”,“上”指采用呕吐法,“下”指运用下法(吐、下二法为中医治疗“八法”之一)。“摩之浴之”,指运用按摩、洗浴法配合治疗。“薄之劫之,开之发之”,指根据不同的病情,采用消磨、劫夺、宣开、发越等治法,而这些治法均须斟酌具体病证实况慎重选用,以恰当、适事为度。

《素问·阴阳应象大论》也认为:“因其轻而扬之,因其重而减之,因其衰而彰之。形不足者,温之以气;精不足者,补之以味。其高者,因而越之;其下者,引而竭之;中满者,泻(通“泻”字)之于内;其有邪

者，渍形以为汗。其在皮者，汗而发之；其慄悍者，按而收之；其实者，散而写之。审其阴阳，以别柔刚。阳病治阴，阴病治阳，定其血气，各守其乡。血实宜决之，气虚宜掣引之。”这里所指的治疗法则，针对临床所见各类不同的病机证候，提出施治要领，其中几乎包括了中医所论“八纲”（指阴阳、表里、虚实、寒热），其治法亦属中医“八法”范畴之内者。特别是明示在治病过程中，调理阴阳气血的重要性。

《素问·至真要大论》又称：“逆者正治，从者反治。”所谓“正治”是指一般常规的治疗方法，即针对病人所患疾病的性质，从正面治疗。如寒证用热药，热证用寒药，实证用攻法，虚证用补法等。如用药的药性与病性相逆则称“逆治”，这种治法较易掌握。而“反治”是指与常规相反的治法。当疾病的证候出现假象，或呈现大寒证、大热证，对正治法产生格拒时所采用的治法。因治法与疾病的假象相从，故亦称“从治”。故清人喻嘉言《医门法律》指出：“从者反治，辨之最难。盖寒有假寒、真寒，热有真热、假热。真寒真热，以正治之即愈；假寒假热，以正治之则死”。可见学习治法和治则，一定要对正治、反治有一明晰的认识。

《素问·至真要大论》又提到：“塞因塞用，通因通用。”这也属于“反治法”，即用止塞的方法治疗闭塞不通的病证。在一般情况下，“塞”证应用通利的治法，但对某些表象是“塞”，而本质是虚证时，则不但不能用通法，反而应用补法治疗，故属反治法。相反，“通因通用”，即用通利的方法治疗通利的病证，在日常诊疗工作中，遇通泄的病证，宜用固涩或止涩的治法。但对某些现象是“通”而本质是瘀热或积滞的病证，则非但不能用温补固涩，反而要用通利性质的方药，故称之为“通因通用”。由此可见，中医治疗法则，具有朴素的辩证法思维，其学术理论与临床经验，讲求探究其实质，不为表象所蒙蔽。

《素问·至真要大论》还针对补法的运用提出：“补上治上制以缓，补下治下制以急。急则气味厚，缓则气味薄，适其至所，此之谓

也。”这段引文大意要旨是：用补益或治疗上部病证的方药，原则上宜使用气味薄、轻清上浮的“缓剂”。如外感风热的咽痛、失音，用开提肺气、利咽清膈的方药治疗。用补益或治疗下部病证的方药，原则上宜使用气味厚而能快速见效的“急剂”。如肾阳不足，阳痿、精滑的病证，往往需峻补肾阳以急治。

## 二、通过辨证溯因以立法施治

《内经》中虽然阐论四十四类病证，但大多数疾病在立法、处方等方面并未有细致具体的阐介。因此，中医治则学说的深广拓展，是见于东汉张仲景《伤寒杂病论》中，以及后来的临床文献的记述中获得充实和提高的。

在医者诊病过程中的立法，必须通过详细询问病因、病情，通过望诊、问诊、切脉等诊法与八纲辨证后，增强对所诊察疾病病机和本质的了解，并予确立治则而立方遣药。通常追溯病因（即“溯因”）和辨析证候（即“辨证”），对于确立治则是最重要的两个环节。故前人常有“溯因论治”（或称“审因论治”）、“辨证立法”等术语，作为诊治疾病，立法施治的依据。

从古代临床文献（包括各科专著等）中，可看到对多种病证的立方遣药，均体现在确立治则的基础上实施的。如，感冒病证有风热、风寒不同证型，其治则也有明显区别。风寒感冒，为感受风寒所致，常见恶寒、发热、鼻塞、流涕、咳嗽、喘急、头痛、身痛等症，治宜辛温解表；风热感冒，指感受风热之邪，每见恶风、发热、咳嗽、自汗、口咽干燥、鼻塞症，治宜辛凉解表为主。上述“辛温解表”、“辛凉解表”，均为具体的“治则”，是指导立方遣药，作为治疗必须遵循的法则。又如消渴（西医诊断多属糖尿病）其病机多属“阴虚内热”，治则以育阴、生津、清热为大法；又如黄疸，据清代叶天士《临证指南》的分析，“黄疸，身黄、目

黄、溺黄之谓也。”“病以湿得之，有阴有阳（阳黄，色泽鲜明如橘子色；阴黄，色泽晦滞暗黑色），在腑在脏。”“阳黄之作，湿从火化，瘀热在里，胆液泄，……治在胃。阴黄之作，湿从寒化，脾阳不能化热，胆液为湿所阻……治在脾。”因此，阳黄与阴黄的治则，均以消黄为主，但阳黄须配合清热利湿；阴黄则须参以温阳利湿法。这是一种病的不同证型，治则也有所不同；不同的疾病，如证型有其共性，其治疗原则可基本相同，但在选药和方药组成方面，则有区别。

上述情况，亦可用中医治法术语中之“同病异治”和“异病同治”予以解释。所谓“同病异治”，是指同一病证，可因人、因时、因地的不同，或由于病情的发展，病型的各异，病机的变化，以及用药过程中“正邪消长”等差异，治疗上应根据其不同的情况，采用不同的治法。而“异病同治”是指不同的疾病，若促使发病的病机相同，可用同一种方法治疗。如：脾虚泄泻、脱肛、子宫脱垂等是不同的疾病，甚至是不同的临床分科。但通过辨证，如果在病机方面均属于“中气下陷”所引起，那么，这三种病不仅治疗法则相同，而且都可以用补中益气汤（或补中益气汤加减）治疗，并可同样获得较好的疗效。这是在临床医疗中经常遇到的辨治情况。

关于立法和施治的问题，还可以从前人医案记录中获得启发，其主要依据多从辨证过程中予以确立，但“溯因”也相当重要。同时要强调的是，溯因和辨证相结合尤为多见。试举以下三类医案：

#### 1. 以“辨证”为主，确立治则

案一：“程龙邱翁，每行动即发热、发渴、呕恶，腰与环跳（此处之“环跳”指髀白部位）常痛，脉左沉细，右寸滑，关尺濡弱。此上焦有痰火，下焦有湿热，治当流湿舒筋，然后施补。先用苡仁三钱、苍术、威灵仙、黄柏、乌药叶、紫荆皮各一钱、红花、桂皮、防己各五分，水煎服。外以鹿茸、虎骨、晚蚕砂、仙茅、黄柏、龟板、苍术、牛膝、杜仲蜜丸服之而安。”（孙文垣：《新都治验》）

案二：“吴敦吉翁，年逾五十，善饮多劳，二月间盥洗时，忽然发晕，呕痰未仆，即右手不举，言语蹇涩，口眼不歪，尚能扶步，脉弦滑有力，而无他证。此痰中也。用六君子汤去人参，加胆星、天麻、秦艽、竹沥、姜汁。半月后病减，方少加人参，兼用归、芍，一月后即言语，步履如常矣。”（郑重光：《素圃医案》）

上述两案，均以辨证为重点确立治则。案一的治则是“流湿舒筋，然后施补”，方治主要针对证候所呈现的“痰湿”。案二属“中风”中之“痰中”，治以祛痰健脾为主。也是根据患者的证情予以辨析后所得出的治疗原则。

## 2. 以“溯因”为主确立治则、治法

案一：“癸亥夏月，一童子患疟十七八发，日服柴胡、青皮、黄芩、花粉、麦冬、槟榔、乌梅之类，寒热愈甚，饮食不进。余视之，胸腹胀硬，知其为食伤而起。宿食不除，疟何得愈？用厚朴、枳壳、麦芽、山楂、陈皮、草果，加大黄二钱、姜三大片。服一剂，下三四行，腹宽进食，疟轻一半；再用五味异功散，服三四剂而痊愈。”（吴楚：《医验录初集》）

案二：“一官素谨言，一日会宾筵中，有萝卜颇大，客羨之。主曰：尚有大如人者。客皆笑，以为无。主则悔恨自咎曰：人不见如是大者，而吾以是语之，宜俱以吾言为妄、为笑也。因而致疾，药不应。其子读书达事，思父素不轻言，因而愧赧成疾。必须实所言，庶可解。官所抵家，往返十余日，遂遣人抵家取萝卜如人大者至官所。复会旧宾，请父强疾而陪，酒酣，令车载置席前，客皆惊讶，其父大喜而疾愈。”（汪机：《石山医案》）

以上两案，均以“溯因”论治为特色。案一是疟疾，以通常治疟方药服之无效，其频繁发作，缘于食伤、宿食停滞，遂以消食导滞法为主施治，兼以疗疟而取效。案二以素“谨言”之官员妄言、愧赧成病，服药不效，后其子追溯其发病原因而予巧治获痊。体现中医治疗学中的治法巧思。



### 3. “辨证”与“溯因”相结合

案一：“吴君楚乃政，年四十外，产后大便闭结半月，百计莫能通，或养血，或清热，或外治用蜜枣，或通利用硝、黄，而闭结益甚，胀急殊苦。余脉之，用补中益气汤重加麻仁，一剂而通。或曰：用此汤更衣（“更衣”指解大便），斯何术也？余曰：连日因其闭结，无非寒凉、降下之品，况中年产妇元气已虚，降下之药，非惟便不能通，而气益下坠，肛门不胀，胡可得耶？余用此汤，提其清气，清气既升，大便随解。正所谓：清阳既升上窍，而浊阴自出下窍矣！古云：医者意也，其斯之谓乎？”（程从周：《程茂先医案》）

案二：“王祖泉令政，患头疼夜热，洒淅恶寒，汗淋漓如雨，上身热、下身寒，渴不思饮，遍身疼，腹有一块大如拳、硬如石，肠鸣，小水短少，饮食俱废。脉则右关滑，左弦数。究所由起，谓大怒后即伤于食，市医皆以地黄、门冬、芩、连、黄柏之剂治之，热愈甚，脾气大虚。余治用平胃散，加山楂、麦芽、砂仁、香附、木香、川芎、枳实，连进四帖，中气稍能运动，而夜热如前。再与补中益气汤，寒热俱退矣，而腹痛、里急后重。余知其积滞将行也。乃与白六神丸而腹痛、后重皆除，改进以参苓白术散加香附、乌梅、山楂，服之病良已。”（孙文垣：《三吴治验》）

上述两案，均为辨证、溯因相结合的案例。案一在治法中，以补中益气法治便秘，并寓有“塞因塞用”反治法的涵意，其治疗经验，体现了高明医生的“法外之法”，十分可取。案二的证情亦较复杂，由于孙文垣熟练地运用辨证、溯因相结合，体现其治则、方药的契合而提高疗效。

总之，学习治则，既要深入学习经典医著的学术理论，更应从古今医家治案中学习切合证情，并能指导处方用药的具体治疗法则，才能受益无穷。

### 三、治法中的“三因制宜”

“三因制宜”，即因人制宜、因时制宜、因地制宜为中医治疗学的重要内容之一。有关三因制宜的具体关系如下：

#### 1. 因人制宜

医生处方用药，首先要斟酌患者的年龄、性别、籍贯、体质状况，以及病之新久、轻重，机体邪正状况等具体因素。通常老人与幼童的药用量应少于青壮年，妇女用药应稍轻于男子，体虚患者用量应少于壮实患者。有时尚须变换药剂。如，外感表实、无汗，通常可选用祛散风寒、发汗解肌的方剂；若是虚人外感，用发汗解肌法，有可能产生过汗亡阳，宜用参苏饮加减，以扶正祛邪。又如，便秘患者，邪实体壮的，可选用苦寒通泄之剂，如承气汤、青麟丸等；如因于津液不足，宜采用增液通便法，选用更衣丸等；如为老年阳虚便秘，则宜通阳泄浊，用半硫丸。籍贯在一定程度上可以反映出患者的体质概况，由于南北方气候的不同，南方人一般体质较弱，肌表的腠理疏松；北方人体质一般稍强，腠理致密。同样是外感风寒，北方多用麻黄、桂枝……，南方多用苏叶、防风或葱白、豆豉。有时籍贯又能反映对药物的耐受性，如四川盛产附子，不少人习惯以附子炖肉佐膳，故对附子的耐受性较强，用量须重于其他地区的患者。

病的新久、轻重和邪正状况，对用药也有明显影响。病轻者用轻剂，病重者用重剂（当然也须考虑患者的体质状况予以酌定）。病轻药重，每致正气受损；病重药轻，往往无济于事。又如新病，正气未衰，立方遣药顾忌较少；久病气血匮乏，不任攻伐，即使辨证属“邪实”，也须正邪兼顾，掌握好攻补的尺度。

再者，有些药属于妇女怀孕期间禁用或慎用者，可参阅《珍珠囊补遗药性赋》所载《妊娠服药禁忌歌》。一般而言，毒性大，药性峻烈的

药物应禁用；具有通经去瘀、行气破滞以及辛热滑利的药物则慎用。否则易于产生弊端，甚则加重病情。

## 2. 因时制宜

“因时制宜”主要有两种含义。第一种含义是指根据时气、季令的转换而权衡运用各种方药。同样是一种病证，往往四时季令中六气侵入人体的各异，使患者机体邪正状况和证候反应各不相同。故《素问》中有“司天”用药和“在泉”用药。“司天”、“在泉”均为运气术语。“司天”象征在上，主上半年的气运情况；“在泉”象征在下，主下半年的气运情况。司天与在泉，可以推算出一年中岁气的大致情况，及由于气运的影响，促使诱发疾病的产生。后世医家在长期临床实践中又积累了不少可贵的经验，如香薷用作夏令发汗之专药，暑季一般不用滋腻药物；严冬则须慎用大苦、大寒之品。对于一种病证，由于发病季令的不同，其病机、症状和治疗可以有若干区别。如，咳嗽，冬春伤于风寒、肺气不宣者，症见咳嗽咽痒，痰稀色白，鼻流清涕，恶寒发热、头疼、身痛，脉浮紧，苔薄等症象，治当宣散风寒，佐以化痰，可用止嗽散、金沸草散加减；夏令咳嗽每多暑湿伤肺，咳而痰多，发热心烦，口不思饮，胸膈痞闷，肢体沉重，脉濡滑，苔白微腻，治宜清暑渗湿，兼以化痰，方用六一散、清络饮；如为秋燥咳嗽，常见干咳无痰，唇舌发红、干裂，大便燥结等症。治宜清热润肺，可用清燥救肺汤。其他如温病、疟疾、痢疾、泄泻等，亦宜结合时气发病的因素以考虑治法。

“因时制宜”另一个含义，系指医者诊病后，掌握用药的不同时机。如，叶天士在《温热论》中介绍自己治疗温病的经验时说：“在卫汗之可也，到气才能清气，入营犹可透热转气，……入血直须凉血散血……”叶天士在温病辨证治疗中，分为卫、气、营、血（由表及里，由浅入深，由轻变重）四个阶段，提出了上述治疗温病的总则，这些经验在临床有重要的指导意义，至今仍是沿用的治疗时症、传染病的准则。如，治疗流行性乙型脑炎，初期邪在卫分，宜辛凉透邪，不能过早

使用寒凉药,否则邪气易于郁闭;亦不可浪用香窜药物,以免引邪深入,使病情恶化。又如,治疗内科杂病及其他各科病证,亦须根据不同病期,因时制宜予以辨证,用药。如,治疗臌胀(多属肝硬化腹水)就须了解在什么情况下,可用攻下法,而在什么情况下,则须用补法或攻补兼施法。只有掌握好时机和疾病的层次,才不至于因循失治。

### 3. 因地制宜

中医药典籍中最早提到“因地制宜”的是《素问·异法方宜论》。其中说五方(东、西、南、北、中)人民由于地土气宜,饮食习惯的差异,体质情况以及常见多发病的不同,在治法上也各有侧重或不同。这一精辟的论见,使后世医家得到有益的启发和借鉴。

“三因制宜”在临床上的具体运用,既有原则性,又有灵活性;既有区别,又不能截然分割。随着医者学术经验的增长、丰富,于临证实际运用,会不断有所发展、提高。

---

## 第三节 辨证论治与辨病论治

---

辨证论治与辨病论治是中医治法的核心内涵,也是整个辨治过程中确立治则和立法、处方、用药的主要依据。

### 一、辨证论治

从中医临床文献考析的角度看张仲景《伤寒杂病论》可称是“辨证论治”奠基之作。张仲景的辨治思路和方法,为后世学医者树立了规范,提供了规矩、准绳,其指导意义和实用价值为历代医家所公认。

“辨证论治”,系通过四诊、八纲、脏腑、病因、病机等中医基础理论,对患者所表现的具体证候、体征,或不同的病程阶段、病证类型,

进行综合分析,以确立诊断(或通过诊视患者后所获得的诊断印象),并在治疗方面予以立法、处方,务求切中病机,合乎理法。简言之,辨证要点,在于分析并揭示患者的证候本质;论治的要点,是在辨证的基础上,拟订具体的治疗法则,并确立方治内容。也就是说辨证论治是理、法、方、药运用于临床的全过程,是中医学临床的基本特点,是学医者必须遵循的诊疗规范。后世的治法虽不断地有所发展和提高,但“辨证论治”的诊治思路和方法,一直为中医临床医生所高度重视。

临床上掌握辨证论治,有其一定的难度。如“消渴”患者,证见多饮、多食、多尿。中医认为,此病多由饮食失宜、情志失调或劳逸失度等因素,导致内热耗阴之病机,形成脏腑燥热、阴虚火旺。故治疗一般以育阴、润燥、降火为大法。但临床上根据病机、证状和病情发展阶段的不同,又分为上消(以口渴多饮为主证,病机多属心胃火盛、上焦燥热),中消(以多食善饥,形体消瘦,小便频数,大便干结为主证,病机多属脾胃燥热)和下消(证见“饮一溲二”即排尿量明显多于饮水量,而排尿有如淋浊病证,尿液如膏油,面部黯滞无华,病机属肾水虚渴,蒸化失常)三种证型。从辨证论治的角度,上消治以清肺胃、润燥为主,中消宜泻火清胃,下消则又以补肾固涩为大法。根据此病的不同阶段,施治和选方均有所不同。

## 二、辨病论治

从医学发展史的角度,“辨病论治”当早于“辨证论治”。医者对于疾病的认识是逐步深入的,到了一定阶段,又希望能得到删繁就简的证治规律。从治疗学的观点,就是寻找切合病证的病因、病机,便于在辨病论治中推广应用有关临床各科的专病“通治方”。如《素问·腹中论》治疗“臌胀”病用“鸡矢醴”方,就属于“辨病论治”;后世有将臌胀

分为数种证型予以分别处治,重在辨证论治。《内经》除臌胀病外,以“生铁落饮”治疗狂病,“四乌贼骨一葱茹丸”治血枯经闭等,亦均具有辨病论治的特点。早于《内经》成书年代的《五十二病方》载述:“蛊者,燔‘扁辐’(蝙蝠)以荆薪,即以食邪者”,这是治疗蛊病的通治方,说明在公元前数百年辨病论治已相当广泛地应用于临床。在《内经》以后的《武威汉代医简》中,载有“治诸瘰(“瘰”即“癰”)……皆同樂(藥)治之。”汉代以前,癰、淋不分,此处之“诸瘰”系指诸种淋证,包括石淋、血淋、膏淋、泔淋等。说明那时对于这些病证在诊治方面,贯串了辨证论治的原则和方法。

张仲景《伤寒杂病论》中有不少辨病论治的载述,其中《金匱要略》更有鲜明的特色。如,用乌头汤治疗痹节;黄芪桂枝五物汤治血痹;肾气丸治消渴;茵陈五苓散治黄疸;甘草粉蜜汤治蛔虫病;桂枝茯苓丸治妇人症病;胶艾汤治胞阻;甘麦大枣汤治脏躁等。这些治疗方剂,至今经常为医者所选用。

葛洪《肘后备急方》中介绍有关辨病论治的内容颇多。如,对卒心痛、伤寒、痢疾、天行疫疠(指多种传染病)、温疫、疟病、黄疸、沙虱、乳痛等病,基本上不以分型论治的形式铺叙,侧重于使读者在仓卒之间便于按病索方以应用到临床。嗣后,《备急千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》、《太平圣惠方》、《太平惠民和剂局方》等方书,方治搜罗广博,书中记述了大批属于辨病论治的方治内容。宋、元以后,明代孙志宏的《简明医彀》,对于二百余种各科病证,均列“主方”一项,不同的病证,只列一个主方,在主方后,多附有较为详细的药物加减法,甚便于选用。这部著作体现了作者孙氏对辨病论治的广泛涉猎和深入探索,是一部有关临床“辨病论治”的重要参考文献。

如上所述,可看出辨病论治与通治方的密切关联。晋代名医葛洪,他根据长期临床实践指出:“伤寒有数种,人不能别,令一药尽治之”(《肘后备急方》)。葛洪提出用葱豉汤为主加减施治,使后世对病

证的通治强化了认识,亦使葱豉汤成为治疗伤寒的名方。葛洪又以黄连、黄柏、当归、龙骨等四药煎煮入蜜,治疗痢疾,明示“天行诸痢悉主之”的“通治方”性质。其他有“辟天行疫疠方”、“辟温病散方”、“治疟疾方”、“治黄疸方”、治“一切恶肿毒”方、“乳痈方”、“诸疽疮膏方”、“疗獠犬(即狂犬)咬人方”、“神黄膏疗诸恶疮、百杂疮方”等,均属于“辨病论治”范畴的通治方。

### 三、辨证与辨病相结合论治

古今医家在其医疗实践中,往往自觉或不自觉地在重视辨证论治的同时,还寻求辨病论治,力求方药与病证(包括形成病证的病因、病机)的合拍。这在中医临床文献中大多有所载述。泛览古今医家的医案,可看到辨治疾病有如下几种情况:(1)以辨证论治为主;(2)以辨病论治为主;(3)辨证与辨病相结合论治。这反映了诊疗体系和治法方面有不同流派。须予说明的是,单纯的辨证论治或辨病论治,在临床上不占主流。因为辨证或辨病均不宜机械地予以理解。中医诊治疾病,有定法、活法之别,立方遣药有完全遵循古今文献所记述的方药,但在多数情况下仍以某方为主或数方融汇,并结合患者不同的证候表现予以灵活加减,这种方治情况最为多见。这种思路和方法则是相当具体地体现了辨证与辨病相结合的学术临床特色。孙志宏《简明医彀》对若干病证的治疗,采用“主方”(通治方)的形式,详细附述这个具有通治性质的“主方”如何根据病证所表现各种不同的兼证予以加减、灵活地应用于临床,也是反映辨病与辨证论治相结合的程式之一。可以此书中有治“自汗”方为例说明之。

“主方”:人参、黄芪(蜜炒)、白术、茯苓、当归、黄连、白芍、枣仁(炒、研)、牡蛎(煨)各一钱,桂枝七分,甘草(炙)五分。右加浮小麦一撮、乌梅一个、枣二枚,水煎服。

不止(指汗出不止),加五味子、肉桂、麻黄根煎,或调龙骨末;虚人,加山茱萸、肉苁蓉;湿胜者,加泽泻、茯苓、防风、白芷;阳虚,加制附子;火盛,倍黄连;热极者,另煎凉膈散;甚不止,浮小麦半升,煎汁去麦,用汁煎药。兼痰盛气滞等,随证加减。

上列主方,偏重于辨病论治。此方具有专病通治方的性质。书中还在此方后详述加减用法,并分别介绍了不同病因和证候的“自汗”治疗。如,用黄芪建中汤治虚劳自汗;大补敛汗汤治气虚自汗;玉屏风散治表虚自汗等。

上述诊治情况,反映了辨病与辨证的有机结合。时下所编的临床医籍,较为多见者还有下述诊治模式,即先确立所治病证的名称,确立病证名称后,根据病因、证候的不同,予以分型论治。而分型论治亦可附述其方剂应用的加减法。这样的诊治模式,较多地见于临床各科的教材。必须指出的是,这样的分证型未必切合病机,分型过繁,往往与临床现实不符,学医者难以掌握应用。因此在临证时,应当在审因、辨证的基础上,主动地采用辨证与辨病相结合论治的思路和方法。

#### 四、诊疗中的“法治”与“意治”

中医临证,要求在辨证和辨病的基础上予以立法、处方,有所谓“法治”和“意治”。“法治”是在辨证之后、施治之前必须确立的治疗原则和方法。以便秘而言,如症见阳明腑实,便燥口渴(甚则谵语),属实闭,立法宜泻实通腑;老弱之人,精血不足,或妇女产后气血两虚,以致肠胃失润之便秘,为虚闭,应以养血润肠为法;口燥唇焦,舌苔黄,小便黄赤,喜冷恶热,为热闭,立法宜清热导滞;唇淡口和,舌薄白,小便清,喜热恶寒,此属冷闭,治当以温润通便为法。掌握辨证和立法,是作为一个临床医生所必备的基本素质。

所谓“意治”,即在诊疗中体现“医者意也”(此为唐代名医许胤宗



论述治法的一句名言)。求“意”的关键是“在人思虑”。所以说“医者意也”是指医生在精细分析病因、脉证的前提下,经过认真思辨而获得的证治概念和处治活法。据宋人张杲《医说》中的一便秘案例。宋代权相蔡京,苦于便秘,延请国医多人诊治,均无效。蔡京又不愿服大黄通下,更使众医束手。有人推荐史堪(字载之)往诊。史堪切脉后,嘱以二十文钱购买紫菀,研末冲服,须臾大便遂通。蔡京惊异,问其故。史堪说:“大肠,肺之传道,今之便结无它,肺气浊耳。紫菀能清肺气是以通也。”自此,医名大进,蔡京深敬服。这种治便秘之法,即属于“意治”的范畴,突出了医者在诊疗方面的巧治。另一治腰痛案例,一般医生根据“腰为肾之腑”的理论,多从益肾施治,或据感受风、寒、湿等情况予以祛邪。明人缪希雍(字仲淳)《医学广笔记》记有缪仲淳治病事。有李夫人,因亡女,忽患腰痛,艰于转侧,甚则影响张口授食。以前经治医生或从肾虚论治,或从湿痰论治,均无效。缪仲淳细询病因,辨析证候,指出此病并非肾虚所致,故不宜用补肾治法,处方以白芍、制香附、橘红、白芷、肉桂、炙草、乳香、没药、加灯芯共研细末。一剂服后,李夫人腰脱然,觉通体痛,再煎滓服,立起,骇问为何故?缪仲淳曰:“此在《素问》‘木郁则达之’,顾诸君不识耳。”此例腰痛治法偏重于疏肝解郁,与通常医籍所载治法迥异。说明缪仲淳长于“意治”,治法通权达变的特点。熟悉“意治”,是临床学术水平“更上一层楼”的重要标志。明人冯嘉会指出:“夫天下意与法原自相持,意缘法以行,而后馭之精;法传意以出,而后垂之永。”这是对“意治”与“治法”关系的精辟见解。

以上所举“意治”案例,还启发医生在辨证中不可忽视“审因”。蔡京之便秘,因于肺气浊;李夫人之腰疼,因于亡女,肝气抑郁所致。故前者清肺气之浊,而用紫菀末;后者着重用疏肝解郁法。明代名医卢之颐在《学古诊则》中指出医生于临证中应防止的偏向:“审因者略证,问证者昧因;知常而不及变,循变而反舍常”,即提示医者于辨证

中须结合审因,审因中又当辨析临床所表现的不同证候。在治法方面,既应熟悉常法,又能逐步达到“循变”(对医生在诊治方面的较高要求)的水平。“循变”须在常法的基础上通过思虑精审而产生的,往往须在多年学术、临床经验的积累和方药运用的心得体会中予以体现。

## 五、中医主要治法

### (一) 内服法

内服药物除汤剂外,还有多种剂型。

(1) 汤剂。古称“汤液”。此是古今中医治病最常用之剂型。

(2) 丸剂。将药物研成细末,用蜜或水、或糊、或药汁、蜂蜡等拌和,制成圆珠状、大小不等的药丸(分别称为蜜丸、水丸、药汁丸、蜡丸等)。

(3) 散剂。指将药物研成粉末的制剂。一般用法为粗末加水煎服;细末用白汤、茶、米汤或酒调服。

(4) 膏剂。分内服和外用两种。内服膏剂,又名“膏滋”。

(5) 丹药。根据药方精制的成药。一般为粉末状或颗粒状。临床分为内服和外用两种。

(6) 酒醴。即酒剂,现名药酒。系将药物浸泡于酒内,经过一定的时间,或隔汤煎煮,滤去渣,取液汁内服。

### (二) 针灸法

这是针灸医师最常用的治法,其他各科医师亦常用作配合治疗。

针灸法是指以针刺、艾灸治疗疾病的方法。以针法而言,两千余年以来,主要是以金属制成的针具,刺入人体一定的穴位,运用手法以调整营卫气血,以达到防治疾病的目的。灸法是用艾绒搓成艾条或制成艾炷,点燃以温灼穴位处,以达到温经通络、调和气血的作用。

在针法中,还有一种较常用的皮肤针,名为“梅花针”(系将针柄一端集针五枚,形如梅花故名),用均匀有力的弹扣皮肤、穴位以治病,多用于头痛、高血压、痛经、肋间神经痛等病。此外,另有挑针、揪针、芒针等特殊的针刺疗法和手指点穴疗法(又名“指针疗法”、“指压疗法”)等,均可用于临床治疗,并有其一定的适应症。

灸法系指运用艾条或艾炷在体表穴位上灸灼。其中艾炷灸包括直接灸(化脓灸或非化脓灸)和间接灸(隔姜灸、隔蒜灸、隔盐灸、隔药饼灸等较为多用)两种;艾灸则包括悬起灸(温和灸、雀啄灸)和实按灸两种。此外,还有药物发泡灸,日光灸等。灸法主要用于虚寒病证,《素问·异法方宜论》中有“脏寒生满病,其治宜灸炳。”即提示灸法的主要适应证。

针灸临床还常用一种“针后加灸”的治法。并以温针(又名“温针灸”)法更为多见。此法是在针刺后留针过程中,在针柄上捻裹艾绒点燃加温的方法,适用于寒盛湿重、经络壅滞的病证,具有温经、行气、活血的作用。在灸具方面,温灸器(又名“灸疗器”)是一种特制的金属筒灸具,内置艾绒及药物,底部有孔,点然后,置于所灸部位(或穴位)来回温熨。这对于妇女、小儿和畏灸者较为适用。关于温灸的时间需根据病期之久暂和病情之轻重加以酌定。

拔罐疗法也是一种临床常用的治法。这是用排除罐(或杯)内空气以产生负压、并使其吸附于肌表的治疗法。古称“角法”、“火罐气”。在用法上有投火拔罐法、抽气拔罐法、推罐法、闪罐法、留针拔罐法、刺络拔罐法等多种。留罐的时间约十分钟左右,多用于治疗外感、头痛、胃痛、腹痛、泄泻、消化不良、咳嗽(以寒嗽为主)、哮喘、高血压、风湿痹痛、疮疖、痈肿及毒蛇咬伤等。拔罐疗法有时可与针灸或方药治疗配合应用,以增强治效。

### (三) 推拿按摩及正骨手法

推拿具有双重含义,一是指按摩;二是指“正骨八法”中的推法和

拿法。《医宗金鉴·正骨心法要旨》称：“推者，谓以手推之，使还旧处也；拿者，或两手、或一手捏定患处，酌其宜轻宜重，缓缓焉以复其位也。”这种治法对骨折愈合后或其他疾患所遗留的关节、肌肉强直紧张的患者尤为适用，不少病人在经治后，使病情获得显著缓解。

按摩也含有双重意义，一是同推拿中“以指按摩”的治法。在《素问·异法方宜论》中称“按跷”，又名乔摩。系指在人体的一定部位，运用各种按摩手法和进行特定的肢体活动，用以防治疾病。如《灵枢·九针》指出的：“形数惊恐，筋脉不通，病生于不仁，治之以按摩，醪药。”按摩有疏通经络，滑利关节，促进人体气血运行，调整脏腑功能，增强抗病能力等作用，临床可用于多科病证的防治。另一含义系指“正骨八法”中的按法和摩法。医者用一手或双手在患部向下按压并徐徐揉摩，以收舒筋、散瘀、消肿之功。此法适用于骨未折断之皮肤、筋肉损伤、肿硬疼痛或肢体麻木之证。清人张振鋈在《厘正按摩要术》中解释按法时称：“以言手法，则以右手大指面直接之，或用大指背屈而按之，或两手对过合按之，其于胸腹则又以掌心按之。”现代还有运用手指按压穴位以达镇痛、镇静的作用，甚至作为手术操作的一种麻醉方法，名曰“指压麻醉”。此法用于拔牙、甲状腺切除等手术。

关于“正骨八法”，除了按、摩、推、拿四法外，还有摸、接、端、提四法。这八法在《仙授理伤续断秘方》中提出的拔伸、捺正两法的基础上发展起来的，是治疗骨折、脱臼及软组织损伤的八种整复治疗手法。中医各科在骨伤和按摩相结合的基础上，进行中西医结合，创造了新八法。新八法是：“手摸心会，拔伸牵引，旋转屈伸，提按端挤，摇摆触碰，按摩推拿，夹挤分骨，折顶回旋”等。此外，还有拉、揉、卡、捏、抖等手法。

#### （四）气 功

气功，早在《黄帝内经》中已有记述，称之为“吐纳导引”。这是一种以发挥练功者（包括若干病证的患者）主观能动性，用以增进健康

或防治疾病的功法。主要分坐、卧、站等姿式。经过有人实验研究认为,如果专心练功,采用意守、调息等方法,主动调整呼吸之气,使之逐步达到缓、细、深、长,从而使大脑皮层得以发挥对人体内部的主导调节作用,使气血和顺,血中之含氧量增加,促进全身气机的畅达,增强脾胃消化功能和肌体的物质代谢,达到疏通经络,阴阳气血调和,保健强身和防病治病的目的。

练气功的方法和练功门派很多。较为常见有放松功、内养功等。练气功必须在正确掌握功法者的指导下习练,尽可能减少不良的功法反应,防止“走火入魔”,否则对人体健康反而起到危害的作用。我国的气功,在其悠久的发展历史过程中,掺杂道家、佛家学说,或一些唯心的观点。同时也应了解,“气功”不是万能的。气功功法还有属于武术范畴的“硬气功”,这与防治疾病的医疗性气功是不同的,不宜混为一谈。

### (五) 外 治 法

中医外治法有较丰富的内涵。这里所说的外治法,系泛指口服药物以外、施于体表或从体外进行治疗的方法。《素问·至真要大论》指出:“内者内治,外者外治。”明示这种治法主要是针对体表的病证(也包括一些体内的病证)。古代的砭针、针灸在《内经》中有较多的记述。晋代以后则形成针灸学科,今所指外治法,基本上不包括针灸。《内经》中还载述治疗脱疽(相当于血栓闭塞性脉管炎)的截趾术和腹水的穿刺治法,并有膏贴、烟熏等外治法。东汉时张仲景《伤寒杂病论》记述针、灸、烙、温熨、药摩、坐药、洗浴、润导、浸足、灌耳、人工呼吸等多种外治法,为后世的外治法奠定了广泛的基础。自从针灸成为专科后,外治法的概念有所改变。近世所说的外治法,主要指膏贴、膏摩、熏洗等法,外治法的名著有清代吴师机《理渝骈文》、邹存淦《外治寿世方》等。

膏贴,又名薄贴,俗称膏药、药膏或油膏。系将蜂蜡加入棉子油或

花生油中,加热熔化,乘热加入原已选定之药末予以不断地搅拌均匀,待冷凝后即成。对于冰片、樟脑等易挥发的药物,可在油膏冷却后加入搅匀。膏药的剂型在常温下为半固体或固体的膏剂,专门用于敷贴体表局部,应用时须加热至微熔。临床上最常用的是黑膏药(又称“铅膏药”),由植物油炸取药料成分后,与铅丹混合而成。

又有膏摩法。最早见于张仲景《金匱要略》,系用药膏涂擦体表的一定部位而达到治疗目的。膏摩具有按摩和药物的综合功能。在《武威汉代医简》和《急备千金要方》中记述不少膏摩的药方。

在外用药中,散剂亦颇多用。系将所需药物研成极细末,撒于患处,亦可在药面中兑入酒、醋、蜜等调敷于患处。丹药亦可用于外敷,这种丹药多含有汞、硫等矿物药,经过加工升华或熔化提炼而成的制剂,为粉末状,如白降丹、红降丹等。以外科医生用之较多。

熏法也是较常用的外治法。通常有热气熏和烟熏两种,这是借助药力和热力的作用,促使体表腠理疏通、气血流畅,达到消肿、止痛、止痒、祛风的目的。多用于肿疡初起,痔疮或皮肤病等。热气熏法,系以药水煎沸于小口锅中,患者对准锅口直接烘熏。烟熏法(又名“药拈子熏”、“神灯照法”。)即按证用药,先将药物研成细末,以棉纸滚药搓捻、油浸,用时点然后烟熏患处。

此外,还有浸洗剂,该法见于《金匱要略》。系将药物煎汤,浸洗局部或全身。《圣济总录》指出有“疏其汗孔,宣导外邪”的作用。今天用药物浴洗有皮肤保健或防病、治病的效能。

# 第七章 针灸和推拿按摩

中华传统医学中最常用的自然疗法,有针刺术、灸疗法、推拿按摩术等,由于这些疗法简便易行,又有确实的疗效,故受到广大群众的欢迎。长期以来,在从医者的实践过程中,积累了丰富的经验,遂形成中医学中专门的学问。

---

## 第一节 针灸、推拿按摩的起源和理论基石

---

针和灸,是两种不同的疗法,但两者有共同的理论基石,并称为针灸疗法。推拿按摩也是以经络学说和腧穴学说为理论基石的。

### 一、针刺术和灸疗法的起源

#### (一) 针刺术的起源

我国古籍中记载“以石治病”的甚多,《左传》、《管子》、《山海经》、《战国策》、《韩非子》、《史记》、《淮南子》等中都有提及。如:《左传》襄公二十年条有“美疢不如恶石”,《山海经·东山经》有“高氏之山,其上多玉,其下多箴石”。这“石”、“箴石”,据晋人郭璞注释,“可以为砥

针,治痈肿者。”清人郝懿行在《山海经笺疏》注解:“砥当为砭字之误,《南史·王僧孺传》引注,作可以为砭针是也。”最早的医典《黄帝内经》,也有一段关于砭石的记载:“东方之域……其病皆为痈疡,其治宜砭石。”(《素问·异法方宜论》)汉代许慎《说文解字》谓:“砭,以石刺病也”。

以上这些记载表明早期的针刺是以砭石开始的。考古文物也证明这种“石针”的确存在。1963年,在内蒙古多伦旗头道洼出土一枚经过磨制的石针,长度为4.5厘米,一端呈四棱形锋端,可用来刺扎皮肤,另一端是扁平的,有半圆形的弧刃,刃部的宽度为0.4厘米,也能切开脓包痈肿,其柄呈四棱形,可用手指夹持。显然这是一种用于针刺、切开皮肤的原始针具。

1972年,河南新郑县一座春秋战国时期的郑韩故城遗址也出土过砭石。呈针形,长6.3厘米,直径0.7—0.8厘米,一端呈卵圆,可用于按摩皮肤;另一端呈三棱形,可用于放血。在山东日照两城镇龙山文化遗址中,也出土过两枚砭石。其中一枚残长9.1厘米,全针呈圆柱形,两端一呈锥体三棱形,一呈圆锥形。针的中部光滑,大概是长期持摸所致。另一枚残长8.3厘米的砭石,绿色,其体部呈圆柱形,尖端呈三棱形锥体,针长而锐利,针端锋利,惜略残。经有关专家鉴定,证明此类石针只有用于针刺的“砭石”。

随着时间的推移和经验的积累,石针也逐渐在发生变化。由于磨制石针毕竟难度大,于是骨针、竹针、陶针、金属针相继出现了。先是青铜针,以后逐步过渡到金针、银针等等。各地出土文物中骨针实物不少,山东平阴县朱家桥商周遗址出土的骨针长8厘米,山顶洞人遗址中也有骨针,长8.2厘米。这既是缝制衣服的针,又是用于针刺治疗的针具。在各地也有发现陶针。1968年,河北满城西汉中山靖王刘胜墓出土的针具,有四根金针、五根银针(残)。金针长6.5—6.9厘米,针体较细,比柄略粗,断面均呈圆形,与《灵枢·九针十二原》中所



记各种针的形制对照相符合。“圆利针者……尖如鸞，且圆且锐，中身微大，以取暴气”。“鍤针者……锋如黍粟之锐，主按脉勿陷，以致其气”，反映了当时的制造工艺已有较高水平。

## （二）灸疗法的起源

火给人类带来温暖，给人以熟食，改善了人的体质。早期很可能由于寒冷而发生寒痹、疼痛等，而火的温暖可使人血脉通畅，可解除寒性疼痛、肿胀或麻痹。这就是《素问·异法方宜论》所记述：“北方者，天地所闭藏之域也。其地高陵居，风寒冰冽，其民乐野处而乳食，脏寒生满病，其治宜灸焫，故灸焫者，亦从北方来。”这一记述说明灸法是由寒冷的北方开始应用的。许慎《说文解字》谓：“灸，灼也”。就是用火烧灼之意。唐人王冰注解《内经》这段经文，认为“火艾烧灼，谓之灸焫”。艾灸，就是用艾叶作为原料来进行烧灼治疗。

随着对自然界的进一步认识，对供药用的植物认识的提高，人们开始寻找比石头、砂土更理想的供灸灼材料。后来艾叶被选为灸治原料。《孟子·离娄·桀纣章》说：“今之欲王者，犹七年之疾，而寻三年之艾。”可见到春秋战国时对长年不愈之疾，已知道要找艾叶制成的药物来治疗了。这里的艾，主要用于灸疗。艾叶有如烟叶，易点燃，又不易熄灭，且火力均匀，不出现明火，用这种原料来灸灼，非常方便，且有较好的疗效。因至今艾叶仍然为灸灼所用。

艾灸疗法，到春秋战国时普遍应用。如，《史记·扁鹊仓公列传》提到战国时扁鹊在治疗虢太子的尸蹶症时，就令其弟子子豹做“五分之熨”，就是用火灸保温的方法救治。这说明灸焫热熨具有重要的治疗价值。

## 二、推拿按摩术的起源

推、拿、按、摩是所谓“正骨八法”中的四种方法。它的起源很早，

我国古籍中多有这方面的记载,称按摩有两种类型,一种是自我按摩。如唐代释玄应解释佛经著作《一切经音义》中所说:“凡人自摩自捏,伸缩手足,除劳去烦,名为‘导引’。”这种自我按摩用以消除疲劳;另一种是被动按摩。由他人按摩肢体,如《孟子》所说“为长者折枝”,替老年人按摩。

按摩在我国有文字记录,当以殷商时的甲骨文。甲骨文字有一个字(见例字1)。据甲骨文字专家研究解释这个字的左半部分,象征“床”,其旁有一人,表示有病卧床,即后来的“疖”的早期形式。另一边的人,其下腹部与另一个人用手抚摩其腹部相似。据考证,此手后逐渐演变为“寸”字,故这个字就是后来的“疖”字。这“疖”字,据《玉篇》解为是指“心腹疾”,象征用手按摩腹部以治疗心腹疾病。

在甲骨文中,还有一个字是用正反两种写法(见例字2)。



例字 1

例字 2

此字与例字1相比,少了一张床。甲骨学家董作宾认为,此是“付”字,即一个“人”字与一个“寸”字的合写(见《殷虚文字甲编》)。“付”字即后来的“拊”。《说文解字》中把“拊”释为“搯”,即“摩也”,就是用手摩按人的腹部。

按摩是用于治病的。有一片甲骨文记载:“贞:疖付(拊),龙(宠)?”其意思是说:“问卜,在患腹疾时,用按摩的方法,能得到上天的宠爱保佑,治好其病吗?”类似如此甲骨卜辞,说明当时按摩治病已不少见。

事实上,按摩术要比针刺、火灸的疗法来得早。用手按摩患处,这是出于人体的本能。自己的腹部或躯体,有了某些病痛,饮食不消化

而感到腹胀腹痛,自己本能地去按压抚摸,以解除病痛,是很自然的事。这种自我按摩的方法,在人类活动的早期已经产生。当不懂事的孩儿患病,或体弱年老者患病而无力或不懂得自己按摩时,父母或子女或其他亲人根据经验所得,施以互助性的按摩,这就是他人的被动按摩。以后,按摩又逐步发展,构成了推拿、按摩的疗法。

### 三、理论基石——经络学说和腧穴学说

针灸可治病,最初仅是一些局部简单病症,如痈疽、脓包等。后来人们逐渐发现针刺和灸灼的功效,可以在治疗远离扎刺部位的病证。例如,内脏病证、头痛,甚至全身性的病痛。刺激某一部位后,竟奇迹般地痊愈了。经过长期实践,终于导致了经络系统和腧穴的发现。

#### (一) 经络学说

当用针刺在某些特定穴位时,会出现一种特殊的感觉,沿着一定的路线传导,到达某一部位。当有这种感觉出现,治疗的效果常常较好。经过长期实践,加上在人体上观察到包括神经、血管的结构,终于形成了一套系统的经络学说。经络,是经脉和络脉的简称。《灵枢·本脏》称:“经脉者,所以行血气而营阴阳,濡筋骨,利关节者也。”《灵枢·经脉》称:“经脉者,所以能决死生,处百病,调虚实,不可不通。”这些结论表明经络系统在整个中医学中的重要位置。<sup>①</sup>

#### (二) 腧穴学说

腧穴,又写作俞穴,也称孔穴、经穴、气穴、穴位、穴道等。

腧穴比经络的发现要早一些,但是,形成完整的腧穴学说则要较晚些。人们在应用针、砭、火刺激身体的某些部位,导致经络在一些特殊感觉的出现,是经络发现的前提。这种现象中医称为“气”。由于四

<sup>①</sup> 有关经络系统和学说,参阅本书第四章第四节。

肢末端对针刺特别敏感,出现“气”的机会最多。当针刺、火灸或推拿这些部位时,其治病效果最好。《内经》称“灸刺之道,得气穴为定”,说明了针刺时,要“得气”才算。这就是为什么穴位又叫做“气穴”。因为穴位是全身经气活动、出入的门户。人的生命现象,表现在气血的循环和活动。这种活动靠分布在全身的气穴与体内器官组织,与外界相交流。

腧穴大致分为三类:一类是经穴,即分布在十二正经、任脉、督脉(十四经)上的穴位。《内经》提到全身有气穴共三百六十五个,实际统计发现书中只载有二百九十五个。另一类是在正经之外的,人们称之为“奇穴”。与正经穴一样,奇穴也是经气出入的门户。人们在实践过程中不断发现奇穴。唐代《备急千金要方》载有奇穴一百八十七个;明代张景岳《类经图翼》载有一百四十四个。有人统计,至二十世纪八十年代,人们提出的奇穴已有一千五百个以上。还有一类是阿是穴。这是唐代名医孙思邈提出的:“人有病痛,即令捏其上,若果当其处,不问孔穴,即得便快成痛处,即云阿是,灸刺皆验,故曰阿是穴。”(《备急千金要方》卷二九)

此外,还有若干重要价值的穴位,如,《黄帝内经》提出的“五输穴”:井、荥、输、经、合五种。每一经都有这种穴,位于四肢肘或膝关节以下,是经脉中气血流注的特殊穴位;又有原穴、募穴、六合穴、四海穴。募穴每条经有一个,包括中府(肺经)、巨阙(心经)、膻中(心包经)、期门(肝经)、章门(脾经)、京门(肾经)、日月(胆经)、中腕(胃经)、天枢(大肠经)、关元(小肠经)、石门(三焦经)、中极(膀胱经)。这些穴,对于各该经所络属的脏腑的诊断和治疗都有较好的作用。

在人体生理和病理状态下,穴位有很重要性。因此,古人提出“灸刺之道,得气穴为定”,其量取的方法有多种,常用者有骨度法、同身寸法等等。骨度法,是指把身体某一部位至另一部位的长度定为若干等分,每一等分是为一寸,以此为准来量度。例如,把两乳之间距离定

为八寸,在胸部量取穴位则以此为准。这种方法较原始,对于不同身材的人,有时较麻烦,要先定出一寸的长度。孙思邈又提出同身寸的量的法,即以本人的拇指或中指某一节的宽度或横纹距离为一寸,这种方法正与患者本人的身材相适应,也较方便,易于量取。还有背俞取穴法、动中取穴法—草量法等等。

---

## 第二节 针灸工具和治疗手法

---

### 一、针具和针刺手法

#### (一) 针 具

用做针刺的工具,从用砭石到今天的各类金属针或激光针,经历了漫长的历史过程。

石器时代用的是砭石、石箴、骨针、陶针、竹针、青铜针;到春秋战国时期,铁针、金针、银针逐渐进入实际应用。大约到汉代,金属针已普遍应用。金属针具有各种优点,针尖能准确地对准穴位,取得更好的治疗效果。金属针的可塑性强,能做不同形制以供不同治疗目的之用。在《内经》中已提到针的形制有九种,称为“九针”。据《灵枢·九针十二原》记述此九种针的名称和形制如下:

(1) 大针:“尖如挺,其锋微员,以泻机关之水也。”针长为四寸,针铁呈圆柱状,其尖端略圆。主要用于治关节扎刺。

(2) 长针:“锋利身薄,可以取远痹。”针长七寸,用于深刺。痹证,即为关节炎一类病。远痹是离针刺部位较远的关节炎、风湿病。此针后发展成芒针,有的竟达一尺,可在腹部扎刺。

(3) 员针:“针如卵形,揩摩分间,不得伤肌肉,以泻分气”。针长一寸六分。尖端呈卵圆形,可作局部按摩,不扎穿皮肤。主要用于治

疗局部病症,如疼痛、风湿等。

(4) 员利针:“大如薙,且员且锐,中身微大,以取暴气”。针长一寸六分。外形较特殊,针身较细小,尖端稍圆。用于治疗痈肿、痹症的。

(5) 铍针:“末如剑锋,以取大脓。”针长四寸。外形如剑,端宽达二寸五分,尖端仍锋利。用于破切大的脓肿,或用于放血。

(6) 毫针:“尖如蚊虻喙,静以徐往,微以久留之而养,以取痛痹。”针长达一寸六分,也有记载为三寸六分。针身细,用于扎刺。尖有像蚊子般尖锐的喙,为最常用的一种针。

(7) 锋针:“刃三隅,以发痼疾。”针长一寸六分。针身圆柱形,短粗有三棱,尖极锐利。用于刺破血管放血。

(8) 鑱针:“头大末锐,去泻阳气。”针长一寸六分。头部较大,末端尖锐,似箭头。用于浅刺,泻去体内邪热。

(9) 鍉针:“取法于黍粟之锐,长三寸半,主按脉取气,令邪出。”这种针针体较粗,尖端如粟,用于按压经脉,导气和血。

这些针具沿用有千年以上,而用得最多的是毫针。现代应用的毫针,是用不锈钢制成,长度、粗细已有变化。

## (二) 针刺手法

早期的针刺,就是简单地刺入和拔出。《内经》中对针刺的手法、时机等提出了一些原则。《素问·针解篇》称:“补泻之时者,与气开合相合。”就是指针刺要讲究补和泻的不同,并应与气穴上气之开合互相配合,才能取得效果,但具体操作手法未详。现存最早的针灸专著《针灸甲乙经》,较原则地涉及一些针刺法,也指出:“用针之理,必知形气之所在,左右上下,阴阳表里,血气多少,行之逆顺,出入之合。”对每一穴位扎刺的深度、留针时间等都涉及了。

宋代,医家已很注意针刺的时机和手法,对人体内气血循环流注与外界时间变化的关系,有了较深入的认识,出现了“子午流注取穴法”。这是一种以时间为依据,按时取穴针刺的治疗方法。关于针刺

的补泻手法,如南宋何若愚《流注指微赋》中就是有“快刺”的用针方法:“初入主速,进出主缓”。此时补与泻的手法,已普遍应用于治疗的有:呼吸补泻:即患者吸气时出针,呼气时进针,这是补法;反之为泻法。提插补泻:在进针以后,针上下提插,先浅后深、重插轻提,这是补法;反之则是泻法。捻转补泄:即针在插入或拔出过程中,把针体用力捻转,轻者为补法;用力捻转为泻法。迎随补泻:在进针时,针尖顺经脉循行的方向插入操作,是为随,即是补;如逆经脉循行方向进针,则是泻法。疾徐补泻:进针慢而出针快,这是补法;如反之则是泻法。开阖补泻:在针刺穴位后出针时,医者用手按住针孔,则是补法;如左右摇大针孔,则是泻法。

在此基础上,不同医家提出了一些个人见解和新的针刺手法。当时就有所谓“烧山火”、“透天凉”,使病人感到热和凉的感觉。这是由金人窦杰提出的。其方法是在上述诸补泻手法上有所变化。如,扎刺时先浅后深,三进三退,内行九阳之数,慢提紧按,出针合孔,即是烧山火;反之是为透天凉。根据患者寒热虚实情况,施予手法。此时针刺手法流派甚多,各有独到之处。如《琼瑶神书》提出过“琼瑶其人秘授神针手法心授口诀二十四字”。还有“黄帝之机,琼瑶之论”,总结出各种迎随、呼吸、提插及捻转等各种补泻手法。所提单式手法就有循、提、按、弹、搓、捻、进、退、搜、撮、刮、盘、摇、战、动、扞。每种手法有不同的操作法。循法就有虚循、实循;按法有虚按、实按;摇法有顺摇、横摇;刮法有上刮、下刮;盘法有大盘、小盘等。均是根据病情、性别、时间等不同情况来定的。

明代时,总结性针灸学著作甚多。就针刺手法而言,又有所发展。如,明人徐凤《针灸大全·金针赋》提出以“三才”分层进针手法:“凡补者呼气,初针刺至皮内,乃曰天才;少停进针,刺至肉内,是曰人才;又停进针,刺至筋骨之间,名曰地才。”“凡泻者吸气,初针至天,少停进针,直至于地,得气泻之。”为克服在关节阻涩时气不通畅,他又提

出了“飞经走气”的施刺手法：“一曰青龙摆尾，如扶船舵，不进不退，一左一右，慢慢拨动。二曰白虎摇头，似手摇铃，退方进圆，兼之左右，摇而振之。三曰苍龟探穴，如入土之象，一退三进，钻剔四方。四曰赤凤迎源，展翅之仪，入针至地，提针至天，候针自摇，复进其原，上下左右，四围飞旋。”

杨继洲在《针灸大成》中也有一些新的手法。早在元代，王国瑞的《扁鹊神应针灸玉龙经》中就有一种“一针两穴法”：“偏正头风痛难医，丝竹金针亦可施。沿皮向后透率谷，一针两穴世间稀。”杨继洲把这一种方法发展成为常规法，如，“风池刺一寸半，透风府穴，此必横刺方透也”，治疗有痰之偏正头风；“合谷穴针至劳宫”，治无痰之偏正头风；还用膝关透膝眼穴治膝关节红肿疼痛，用液门穴向后透阳池穴的方法治腕部及手臂红肿疼痛。这种透穴针刺法，后来成为针刺手法中常用的一种。杨继洲还把前人的一般针刺手法总结成十二种手法：爪切、持针、口温、进针、指循、爪镊、退针、搓针、捻针、留针、摇针、拔针，作为针刺的操作全过程。这十二种手法，除了口温法有改进必要，其余均为正规针刺的必要步骤。

对于一些特殊的针刺手法，有人做了考源。如明人吴昆对“子午捣臼”的手法，有这样解释：“子午捣臼，以法言也。阳生于子，阴生于午。丹家用此二时捣和药物于窠臼之中，欲诸品调匀，法以千杵为率……用针落穴之后，调摄阴阳二气，使之均匀。针之所行于上下者，九入六出，左右转之千遭，则气血均调，如子午捣臼。”（吴崑：《针方六集》）

近现代的针刺手法，基本上都在原有的基础上发展的。如用不同波形、频率的电脉冲，以代替手法。



## 二、灸具及灸法

灸法是利用热这种物理刺激,对人体的有病部位或特定穴位进行刺激,以达到治病的目的。

由于艾有易燃、芳香、热量均匀的特点,所以艾叶很早就被选用为灸灼的材料。有了艾叶,制成艾绒后,如何点燃使用灸灼,确是一个难题。汉代一本针灸专书《黄帝针灸虾蟆经》,有这样一段记述:“右八木之火以灸人皆伤血脉、肌肉、骨髓,大上阳燧之火为灸上,次以碯石之火”。此书早已亡佚,无法窥得全貌。引文的大意是:用“八木”<sup>①</sup>施灸,即用自然界的树木点燃,这种方法并不好。最上乘的取火施灸法是“阳燧”。“阳燧”,就是用金属制成尖底小杯或凸面镜,放在日光下,使日光聚焦,借助日光的热量点燃艾绒。这才是最好的灸灼方法。

最早的艾绒,就放在施灸的部位。由大小不定的艾绒球团,演变到大小固定的艾炷。做成圆锥形、下宽上尖的艾绒炷,称为“艾丸”。葛洪《肘后备急方·治卒得惊邪恍惚方》称:“灸鼻下,人中及两手足大指爪甲本,令艾丸在穴上各七壮,不止,至十四壮,愈。”这种艾炷,小的如麦粒大小,也有如黄豆或蚕豆大小。每烧尽一炷,称为一壮。

在晋代,有时还借助一些器具来做灸。南北朝时灸疗法又有新的发展。借助瓦甑、竹棒和其他器械进行灸疗以外,又发展成隔物灸。就是在用艾炷外,再加上其他药物来灸疗。如:有一篇《师进兴造石像记并治疾方》记述:“疗痿疮,巴豆去心皮,和艾作炷灸疮。又方:石留黄末置疮上以艾灸。”(转引自刘承乾辑:《金石萃编》)

前一方是把药物与艾共同捏成艾炷,后一方则是在艾炷与疮面之间,隔上一层石留(硫)黄。这就是借助温热的力量来治疗,并使药

<sup>①</sup> “八木”,指松、柏、橘、桑、枣、竹、枳、榆等八种树木。

物的疗效从局部渗入体内,以取得最佳效果。用于做隔物灸的材料,有蒜、姜、葶苈、豆豉、葱、韭、皂角、酱、盐、川椒、附子、黄土等。

宋金元时人们在艾叶之外,改用硫黄、灯火、桑枝、桃枝、黄蜡等来施灸,但作用均不如艾绒理想。随着技术的进步,近代的艾绒炷施灸又发展成艾条或艾卷,即用纸将艾绒卷成香烟状,点燃后在穴位上施灸。这种方法既方便,又不易灼伤皮肤。

### 三、针灸配穴处方

针灸和推拿按摩,都是通过对体表的穴位来治疗的。这一个个的穴位,就如一味味的药,也要按病证的情况来配方。

针灸治病处方,要遵循总的辨证论治的原则,通过经络学说的理论来进行配穴,才能取得疗效。

早在《内经》中已提到了针灸配穴的原则和方法,选穴有按经络来选的,也有按脏腑和按局部出现疼痛的症状来选。当要把穴位加配合,成为配方时,也提出了三条原则:在病痛局部取穴,在远隔部位取穴,在局部和远隔两种取穴法结合起来配穴。

经过长期的经验积累,对上述这些原则逐步具体化,提出更细致的配穴方法,总的原则是按经络学说原则进行循经取穴,具体有:

(1) 本经取穴:指哪条经脉有病,就在此条经脉的循行路线上选取穴位。如,咳嗽、喘息、呼吸困难,就在手太阴肺经上取穴;有黄疸病,就取肝经上的穴位。

(2) 表里经取穴:中医脏腑有表里之说。如,脾与胃、肝与胆、肺与大肠等等互为表里。在一个脏器上有病,除取本经的穴位外,还可取表里经的穴。如,胃病,除取胃经穴位外,还可取足太阴脾经的穴如大横、公孙等穴。

(3) 同名经取穴:如患耳部疾病,由于其穴位在手少阳三焦经

上,可取其穴位如液门等;也可在同名经,即是少阳胆经上取穴,如听会等穴。

(4) 多经取穴:当疾病较复杂时,常常涉及一条以上的经脉,此时就要从多条经脉上取穴。各经的气穴配在一起,奏效较快。

在具体配穴处方时,还可用下列几种方法。

(1) 腧募配穴:腧穴指人体背部沿脊柱两侧的穴位,募穴则在胸腹部。前者是脉中经气转输的部位,后者则是经气集结之所。这样配对取穴,可获较好效果。

(2) 原络配穴:也称主客配穴法。是按经络、脏腑表里关系的学说来配穴的。其中原穴可治疗疾病发生所在经络的病证,而络穴则治疗与其相表里的经络及脏腑的病证。效果也较好。

(3) 五行腧配穴:这是对全身特定穴位井、荣、输、原、经合,以五行生克理论、补虚泻实的理论。这样的选穴原则也可获疗效。如,患肺虚证,用补法刺肺经的腧穴太渊,就是按这一原则来取穴。

还有一些经验用穴,是在长时间积累下来的。如徐凤《针灸大全》所提出的“四总穴”,就是如此。“四总穴”指“肚腹三里留,腰背委中求,头项寻列缺,面口合谷收。”这是长期积累的经验之谈,在临证中应用极广。

#### 四、推拿按摩手法

在甲骨文中所示的“拊”字,据《说文》称“拊”为“搯”,“搯,摩也”,也就是用手掌在患处抚摸,来回摩按。这就是最初的按摩推拿手法。

长沙马王堆3号汉墓出土一批医药帛书。有几部方书,如《五十二病方》、《导引图》、《养生方》等有涉及按摩的方剂,其中就有关推拿按摩手法。如《五十二病方》提及包括“抚”(抚)、“靡”(摩)、“安”(按)、“蚤挈”(搔契)、“括”(刮)、“捭”等手法,均是按摩推拿。还有的手法加

用按摩工具,如“羽靡”,“采木椎窠”及“筑冲”等。《养生方》中提到“药巾”按摩法,是用布料加上药物,药的种类也有好多种。

由于按摩方法简单方便,较易掌握,就成为常用疗法葛洪《肘后备急方》中记有以下几种:有按法:“闭气忍之数十度,并以手大指按心下宛宛中取愈。”有拍法:“以白蜜涂面,以手拍,使蜜尽。”有爪法:“令爪其病人人中,取醒。”有抓法:“令人抓其脐上三寸,便愈”。有抄法:“使病人伏卧,一人跨上,两手抓其脐上三寸,便愈。”有拈法,即现称捏脊法:“拈取其脊骨皮,深取痛引之,从龟尾至顶乃止。”有掷背法:“左右手反复掷背后,立出。”可见按摩手法的发展水平。

隋唐时按摩在太医署中成为与医科等并列的专科。据《备急千金要方》载有“老子按摩法”,这是道地的中国按摩,提到“捺”(即按)、“捻”及“纽”(即扭动,也是一种自我按摩导引法)等。还有印度传入的“天竺国按摩法”,也有“两手相捉纽拔”,也是双手互相摩擦的意思。此外,还提出了搓法、抖法、揉法、捻法及缠法。

宋辽金元时按摩推拿虽然不如前代兴盛,但官修方书中仍有记载。如《圣济总录》、《太平圣惠方》等均称可治疗小儿疾患,指出:“可按可摩,时兼而用,通谓之按摩。按之弗摩,摩之弗按,按之以手,摩或兼以药,曰按曰摩,适所用也。”(《圣济总录·治法门》)按摩法专书《按摩法》、《按摩要法》等,已佚。一般医书均把其法列为治病常用疗法。张杲《医说》中有一节“搓衰舒筋”,专讲治疗骨折愈合后所引起脚筋挛缩,治法是借助一大竹竿,置地上,用足踏其上,来回搓摩滚动。还有自我按摩中的拭目法。自我按摩涌泉穴、面部、头皮、脐下、肾俞等,是极为流行的按摩内容。

明清时按摩专书大多是为小儿所写。如明人龚廷贤《小儿推拿秘旨》、周于蕃《小儿推拿秘诀》,另有《陈氏小儿按摩经》等。所提到的手法有摇掐法,以治疗“卒死症”;用搓摩治“脾土大肠泻泄”症。推法则是最常用的手法,如《小儿推拿秘诀》有“十二拿法”,“推法九则”等;

有的专著把手法更加复杂化,如清人骆如龙撰《幼科推拿秘诀》提出四十二种简单手法,复合的“大手法”十三种。有些医家加以总结,如清人张振鋆《厘正按摩要术》中整理出二十四种一般手法,包括“凤凰展翅法”、“二龙戏珠法”、“推坎宫法”、“苍龙摆尾法”、“水中捞月法”、“猿猴摘果法”、“赤凤摇头法”、“打马过天河法”、“按弦搓摩法”、“取天河水法”、“双凤展翅法”、“分阴阳法”、“运水入土、运土入水法”、“推攒竹法”、“补脾土法”、“飞经走气法”、“天门入虎口法”、“运内八卦法”、“推五经法”、“推中指法”、“退六腑法”……等。但基本的操作手法也不外乎八种:按法、摩法、掐法、揉法、推法、运法、搓法、摇法。清代官方编纂的医书,也总结出八种基本手法:摸法、接法、端法、提法、按法、摩法、推法、拿法等。但这八法是专用于骨伤科的。

推拿手法的流派极多,见仁见智,百花齐放。如有一本《实用按摩推拿大全》所载基础手法,包括单式和复式,就达一百零二种。以单式为例包括分、切、打、合、扫、压、抖、运、扯、伸、扼、抓、抚、拍、屈、拨、刮、贯、迭、背、点、挪、挤、振、捏、晃、捋、拿、推、捻、掐、勒、弹、掖、捣、啄、梳、掏、揉、敲、提、搔、揪、搓、摸、缠、滚、劈、擅、擦、戳、颤等五十二种<sup>①</sup>。加上其他复合式手法、复式手法及治疗手法,可达二百多种。个别医家虽未收入如此烦杂,但另有新法如“剃法”、“广法”、“活法”等<sup>②</sup>。可见今天推拿手法的多样化了。

---

### 第三节 针灸推拿的临床应用

---

针灸和推拿是中医治疗学的常用疗法。自古以来这些疗法(尤其

---

① 李茂林:《实用按摩推拿大全》,中医古籍出版社1990年版。

② 赵熙:《针灸要诀与按摩十法》,中医古籍出版社1987年版。

是针灸)几乎应用于各种各类病证。

## 一、历代针灸治疗概况

在石器时代,当人们用砭石治病时,最初所治何病,尚无确实文献记载。后来晋人郭璞注疏,认为是“治痈肿者”,简单地用砭石刺破痈疡疔肿一类外症。《黄帝内经》的《素问·异法方宜论》有“其病皆为痈疡,其治宜砭石。”明确指出用于治疗外症。《素问·血气形志论》有“夫气盛血聚者,宜石而泻之”。这里未指明是内证还是外证,内外病症都可表现为“气盛血聚”。还有称:“其民乐野处而乳食,脏寒生满病,其治宜灸焫”。此是灸焫用于治寒性病的最早记录。在《五十二病方》中,用灸法、针刺可治疗各种病症,有皮肤上的“尤”(即疣)、外科的癰(即疔气病)、痔、烂、疽、痂、癩、疥、仆繫、痈等多种。

汉代以后的一些医书,均提到针灸疗法。如张仲景《伤寒杂病论》是以方药为主的治疗方书,提到用针刺治疗太阳病八条、阳明病二条、少阴病一条;用灸法治少阴病三条、厥阴病三条、太阳病一条。他提出“三阳宜针,三阴宜灸”的原则,即发热性外感病宜用针刺,不显示发热或仅显示阴性征象的伤寒病,则应用灸的方法。晋人皇甫谧《针灸甲乙经》中关于针灸治病的部分,系录自《明堂孔穴针灸治要》。这部书是古代《黄帝明堂经》一种传本,被皇甫谧节取,成为《针灸甲乙经》的组成部分。从《甲乙经》所载内容,可知当时针灸治疗的病种相当广泛,有:风、痉、霍乱、下利、水肿(包括石水、风水)、水饮、消渴、黄瘴、寒热、疟、颠狂、头痛、目病、耳病、口齿病、鼻病、咽喉病、暗、肩背痛、胸胁满痛、心痛、欬逆上气、腹胀满、肠中鸣、短气、腹中积聚、腰痛、息贲、贲胝、诸疝、少腹肿不得小便、遗溺、癰、不得大小便、痔、脱肛、痹、痿、情志病、虚劳、脉代、尸厥、不得卧、肉苛、身肿、痈疽、疔、浸淫、瘤癭、妇人杂病、小儿杂病。

从这一疾病或病证名单可知,至两晋时期,针灸治疗之病种,已包括内科、外科、五官科、妇女病、小儿病等等,显示针刺及灸疗适应症之广泛。

具有代表性的医著如《肘后备急方》、《小品方》等,对针灸之适应症,涉及更广。葛洪《肘后备急方》,所载七十二种病证中,有一半病证为适应症。葛洪所述诸急证中,近一半针灸疗法以其简便而有效,成为急救的一种治疗手段。

隋唐时在太医署中针灸成为一门专科。对热性病证的治疗,灸法仍是常用的疗法之一。

唐代的针灸治疗,有引人注目的发展。

其一,针灸与药物等其他各种治疗并重、针与灸并重。孙思邈一再强调针灸与药物并重的重要意义:“若针而不灸,灸而不针,皆非良医;针灸而不药,药不针灸,尤非良医。”(《备急千金要方》卷二九)有时还把针灸列为治病时之首选:“良医之道,必先诊脉处方,次即针灸”(《千金翼方》卷二六)。

其二,针灸术已不仅限于治病,而用于防病保健。孙思邈总结了当时的经验:“凡人(入)吴蜀地游官,体上常须三两处灸之,勿令疮暂瘥,则瘴疠温疟毒气,不能著人也。”(《备急千金要方》卷二九)这是用灸法在身上二、三个穴位上实行灸灼,使其发泡,甚或化脓,从而造成“灸疮”。民间在当时也流行“待要安,三里常不干”,即指在足三里穴处常保持使其有灸疮的意思。

其三,出现某些病证的专著。其中较著名的是《点烙三十六黄经》和《灸骨蒸发图》。

《点烙三十六黄经》,作者佚名,原书也佚。宋代《太平圣惠方》卷五五录有关内容,得以保存。所谓“三十六黄”,系指肝黄、心黄、脾黄、肺黄、肾黄、胆黄、脑黄、行黄、癖黄、胃黄、鬼黄、奸黄、走马黄、立黄、黑黄、体黄、劳黄、脊禁黄、食黄、火黄、阴黄、气黄、焮黄、髓黄、房黄、

血黄、忧黄、惊黄、花黄、疴黄、水黄、蛇黄、牛黄、鸦黄、鸡黄及蚰蜒黄。此名虽标为“黄经”，但其所治之病种，当不限于黄疸病，而是广泛得多。书中所说的“适应证”是这样分析的：“诸黄皆因伤寒为本。五脏互有所伤，六腑不和，七神无主，情意改变，或起坐睡卧不安，或狂言妄语，忽喜忽悲；或寒或热，或则多言，或即不语，多饶喜笑。四肢沉重，扶举不行；或则潜身便走，气力倍加，如此状候并是五脏热极，闭塞不通。或有鼻衄不止，口内生疮；或有小便不利，大便不通。有此状证，速宜点烙。”（《太平圣惠方》卷五五）这段文字的内容所及内科的种种病证，包括各种热证，表明当时人们已不受热证禁灸的戒律所限制了。

另一部专著《灸骨蒸法图》，作者崔知悌。有赖于唐人王焘的《外台秘要》所引用，全书得以保存。所列用灸法治疗之“骨蒸”病，也是系列病证的总称：“夫含灵受气，禀之于五常；摄生乖理，降之以六疾。至若岐黄广记，抑有旧经；攻救单行，罕取今术。骨蒸病者，亦名传尸，亦谓殭殍，亦称伏连，亦曰无辜。丈夫以癖气为根，妇人以血气为本，无问少长，多染此疾，婴孺之流，传注更苦。其为状也，发干而耸，或聚或分，或腹中有块，或脑后近下两边有小结，多者乃至五六；或夜卧盗汗，梦与鬼交通。虽目视分明，而四肢无力，或上气食少，渐就沉羸。纵延时日，终至湮尽。余昔忝洛州司马，常三十日灸活一十三人，前后瘥者数过二百。至如猓骨、獭肝，徒闻曩说，金牙、铜鼻，罕见其能，未若此方扶危拯急，非止单攻骨蒸，又别疗气疗风，或瘴或劳，或邪或癖，患状既广，救愈亦多，不可具录，略陈梗概。”（《外台秘要》卷一三）

这段文字指出灸疗法对骨蒸病的疗效。并指出灸疗法非止单灸骨蒸，对气、风、瘴、劳、邪、癖等也可疗，就是灸科学得到大发展的一个证据。

明清时是针灸学进入总结的阶段。总结性的针灸专著很多。如明人徐凤《针灸大成》、杨继洲《针灸大全》；清人吴谦《医宗金鉴·刺



灸心法要诀》等,有一定的代表性。清代中期以后,由于宫廷统治者的反对,“针刺火灸,终非奉君之所宜,太医院针灸一科,着永远停止。”(任锡庚:《太医院志·职掌》)针灸学的发展,不免受到限制。但是,就针灸治病之范围而言,并不因此而受影响。近现代针灸治疗之适应证,仍然十分广泛。据现代灸法专著所列,其适应证(病),包括临证各科之常见病证,就在百种以上。<sup>①</sup>

## 二、历代推拿治疗概况

推拿或按摩是最原始的一种治疗方法,最早可能出于本能。当某一部位在碰伤、瘙痒的情况下,人会本能地用手去抚摩按压,这种无意识的动作有可能导致局部循环改善,改变神经系统的兴奋状态,从而使局部的不适得到缓解。因此,按摩很自然地成为最早的一种治疗手段。

春秋战国时期文献记载的由按摩所治疗的疾病谱,几乎涉及临证方面各科病证。长沙马王堆三号汉墓出土的帛书《五十二病方》,有如下这几种病用按摩治疗:

“气睢始发,涖涖以痹,如□状,捩摩……”这里“气睢”指疽病,“捩摩”即现在所说的抚摩,也即按摩。

“乾骚方:取犁卢二齐,乌豕一齐,馨一齐,屈居□齐,芜华一齐,并和以车故脂,如□□□裹。善酒,乾,节灸裹乐,以靡其骚,□摩脂□□脂,骚即已。”这一段引文大意是:凡患瘙痒症,可下药(藜芦、乌喙、馨、芜华等),加上油脂,用膏摩,作按摩,瘙痒即治愈。

“涿,先以黍潘孰酒涿,即燔数年〔陈〕藁,□其灰,治□□□傅涿。已傅灰,灰尽渍□□□摹以捩去之。已捩,辄复傅灰,捩如前。〔虽〕久

<sup>①</sup> 章逢润、耿俊英:《中国灸疗学》,人民卫生出版社1989年版。

涿，汁尽，即可瘳矣。”此处“涿”即瘳，就是冻疮。用黍、酒加热，配以陈藁，烧成灰，再作按摩，反复多次，即可治愈。

“瘳，燔陈芻若陈薪，令病者北火炙之，两人为靡其尻，瘳已。”此外“瘳”即“癰闭”，小便不通。用按摩尻部（脊尾部），并在背上烤炙，即可治愈。

“以蚤挈虚令赤”。这是利用按摩法治疗皮肤上局部色素消失，即皮肤白斑一类病。从这些例子看，可知按摩的方法已用于包括皮肤病、小儿抽搐、内科癰闭等一些病证。

用膏药来进行按摩，也是早期应用的按摩法，治疗多种病症。如甘肃武威汉墓出土的东汉简牍，全部九十二枚，其中有一枚记载“千金膏药方”：

“治千金膏药方：蜀椒四升、弓穷一升、白芷一升，付子甘果凡四物，皆父且，置铜器中。用淳湓三升渍之，卒时取贲猪肪三斤先煎之。先取鸡子中黄者置梧中挠之三百，取药成以五分匕一置鸡子中，复挠之二百，薄以涂其雍者，上空者遗之中央，大如钱，药干复涂之如前法，三涂去其故药，其毋农者行愈已。已有农者溃毋得力，作禁食采……，逆气吞之；喉痹吞之、摩之，心腹患吞之……血府患吞之、摩之；咽〔乾〕摩之；……头患风涂之以三指摩……”<sup>①</sup>

这是一种常用的膏药。制作过程在当时来说甚为繁复。但可供多种用法，内服（吞之）外敷及膏摩。这里的“三指摩”，是按摩的一种手法。适应症就有打呃、呃逆等胃肠消化道病（逆气，内服）、喉痛（喉痹，可内服及按摩）、心及上腹疼痛（心腹患，内服）、血脉脉络痛（血府患，内服及按摩）、头痛（血患、三指摩）。

《内经》所提到可用按摩治疗的病证是相当多的，包括精神萎靡（神不足）、中风口眼歪斜（卒口僻）、肠胃病、背痛、精神紧张（数惊

<sup>①</sup> 《武威汉代医简》，文物出版社 1975 年版。

恐)、黄疸(瘵)、疝气、腹内肿块(疝瘕)、急性疾病、软组织风泾疼痛等。名医华佗、张仲景也用按摩治疗头眩、四肢重滞及头痛等常见病。

由于按摩治疗简便有效,葛洪在《肘后备急方》中称为常用疗法,用膏摩治疗多种常见病。如“卒腹痛方第九”一节有如下方:“又方使病人伏卧,一人跨上,两手抄举其腹,令病人自纵重轻举抄之,令去床三尺许,便放之,如此二七度止。拈取其脊骨皮,深取痛引之,从龟尾至顶乃止。未愈更为之。”这种治疗法,就是今天所谓“捏脊疗法”的前身,是消化道疾病的有效疗法。《肘后备急方》还专辟一章收录“治百病备急丸散膏诸要方”一节,有关膏摩方供按摩治疗多达八首。

此时按摩术不仅治疗各科疾病,而且用于保健防病。陶弘景《养性延命录·导引按摩篇》中把自我按摩用于保健,“平旦以两手掌相摩令热,熨眼三过,次又以指搔目四眚,令人目明”。不仅可以胜风寒时气、热头痛、百病皆除,且有明目的作用。

隋唐时在太医署中按摩科设为专科,与针灸、医科及咒禁成为署中四科。

根据《唐六典》的记载,其按摩所治疗的病症有所谓“八疾”:

- (1) 风疾,指因风邪所致之疾患,包括外风及内风等;
- (2) 寒疾,因外感寒邪所致之各类病证;
- (3) 暑疾,因高热高温所致之中暑诸病;
- (4) 湿疾,各种因湿所致之病证,诸如风泾、泾泄等等;
- (5) 饥疾,因肠饮食所致之胃肠疾患;
- (6) 饱疾,也是饮食不节而造成消化机能失常;
- (7) 劳疾,因过度劳累,造成之身体各种病证;
- (8) 逸疾,由于缺少活动,气血郁滞所致之种种疾证。

除了这些病证外,隋唐时的按摩术又向整治外伤的方向发展,治疗损伤跌打,骨折脱臼:“卒然致损,故血气闭绝,不能周荣,所以须善系缚,按摩导引,令其血气复也。”(巢元方:《诸病源候论·腕伤初系

缚候》)这种治疗外伤的按摩术,并逐步发展成正骨按摩科。

在唐《备急千金要方》中,载有天竺国按摩、婆罗门按摩法。在老子按摩法的基础上,按摩法中的自我按摩逐步推广。金元时代民间普遍流行的全身按摩,特别是按摩足心涌泉穴、肾俞穴来促进身体健康。这是在以按摩广泛治病的基础上发展起来的自我保健按摩。如有人记述:“涌泉穴在足心之上,湿气皆从此入。日夕之间,常以两足赤肉,更次用一手握趾,一手摩擦,数目多时,觉足心热,即将足趾略略动转,倦则小歇,或令人擦之亦得,终不若自擦为佳。”(李治:《敬斋先生古今疑》)这一类自我保健按摩法,在笔记、小说中常有记载。

明清时按摩治疗病证出现新的发展趋势。一个特点为扩大对小儿疾病的治疗,由按摩而形成推拿。小儿推拿专著甚多,如明人龚廷贤《小儿推拿秘旨》、周于蕃《小儿推拿秘诀》及《陈氏小儿按摩经》;清人熊应雄《小儿推拿广意》、骆如龙《幼科推拿秘书》及《保赤推拿法》、《小儿推拿辑要》等。另一个特点是按摩向骨伤科的渗透,成为伤筋动骨诸病证一种重要的治疗手段。骨伤科专著更多,如明人薛己《正体类要》、清人吴谦等《医宗金鉴·正骨心法要旨》及胡廷光《伤科汇纂》等。因为骨科类病证需要利用这些治疗手段作为促进骨伤愈合的方法。当时的《医宗金鉴》的意见:“伤虽平,而气血之流行未畅,不宜接、整、端、提等法,惟宜推拿,以通经络气血。”“按摩法,按其经络,以通郁闭之气;摩其壅聚,以散瘀结之肿。”(《医宗金鉴·正骨心法要旨》)《医宗金鉴》列出的“正骨八法”,其中推、拿、按、摩是疗法的四种。

至此,推拿按摩治疗法,可以说对临证各类、各科病证都有治疗适应症,尤以小儿科病症、骨伤科病症应用最为广泛。据《中国推拿大成》对推拿按摩的临床总结,推拿可用于内科疾病二十八种、伤科病证五十八种、妇科病证六种、儿科病证三十种、五官科病证十种;另有

急症八种,共一百四十种<sup>①</sup>。用特殊的推拿手法所治疗的病证则多达一百三十五种。《实用按摩推拿大全》也提到,治疗适应证有内科病证八十二种、外科病证四十六种、妇科病证二十九种、儿科病证二十七种、五官科病证十二种,另有急症六种,共达二百零二种<sup>②</sup>。这些大部分都是常见病证。

---

① 王之虹、严隽陶:《中国推拿大成》,长春出版社 1994 年版。

② 李茂林:《实用按摩推拿大全》,中医古籍出版社 1990 年版。

## 第八章 气功和养生术

气功和养生术,是我中华民族传统医学的组成部分。它们不仅是为了提高人体的素质,用以抵御外界致病因素的侵袭,并普遍地被应用于治疗各种疾病,尤其是慢性的、功能性的疾病。在世界各古代医疗体系中,也存在与中国气功和养生术相似的内容,如印度的瑜珈术、佛教的禅定修行等,但是中国的气功和养生术更有特色。

---

### 第一节 气 功

---

气功,古籍中称为大舞、吐纳、食气、行气、闭息、静坐、炼形等,称“气功”是后来的事。这是一种自我锻炼的方法。炼功者通过对意念、姿势和呼吸三项内容的结合,对整个机体进行调整,以发挥自己的主观能动作用,增进身心健康。一方面,调整了机体的功能,使其保持协调;另一方面,又使机体产生能量的储存,降低身体的能量消耗,增加能量的积聚。通过这种自我锻炼,调和阴阳,疏通经络,调节气血循环,改善人的神经中枢功能,达到养生、保健、益寿的目的。

## 一、气功的起源和发展简史

早在约五千年前,当人们狩猎成功之余,为欢庆狩猎的收获不禁手舞足蹈,跳起原始舞蹈来了。《吕氏春秋·古乐篇》有记载:“昔陶唐氏之始,阴多滯伏而湛积,水道壅塞,不行其原,民气郁阏而滯着,筋骨瑟缩不达,故作为舞以宣导之。”这些原始舞蹈,后来逐步地发展成原始的气功。这种动功,古人称为“导引术”。人们在与大自然接触中,逐渐体会到一定的动作、呼吸和发音的声调,可以调节人体的某些机能。如,伸展肢体能散发身上的热,所以热天总是把四肢舒展开;到冬天,则把四肢全蜷缩成一团,以保持热量,不使逸散。人们还发现,发出某种声音,或配合不同的呼吸,也对身体产生某些作用。如,某一部位疼痛时,常发出“嘘”或“哎哟”等喊声;发出“哈”的声音,可以使身体的热散发,解除抑郁。因此,学习“熊经”、“鸟伸”,就逐渐固定成为一种导引的形式了。

大约在三千多年前,殷商甲骨文中“斗”字,其形状象征着人们角力相斗,这又是与舞蹈相似的一种导引。《老子》一书中有关于“吹”和“响”的方法,就是调整呼吸。《庄子·刻意》指出:“吹响呼吸,吐故纳新,熊经鸟伸,……”这是描述具有早期气功呼吸锻炼的雏形。

春秋战国时一块玉佩,在二十世纪七十年代初出土。玉佩上刻有铭文,共四十五个字:“行气:深则蓄,蓄则伸,伸则下,下则定,定则固,固则萌,萌则长,长则退,退则天。天几春在上,地几春在下;顺则生,逆则死。”<sup>①</sup>

这里所述的是一种名叫“小周天”的练功法,也是关于练功过程最早的详细记载。

<sup>①</sup> 转引自《马王堆医学文化》,文汇出版社1994年版,第178页。

长沙马王堆三号汉墓出土的帛书和帛画,不少与气功有关。有一帛书《却谷食气》,是一种导引行气法。一帛画则是幅《导引图》,由四十四小图组成,均为人体以不同动作、不同姿式进行各种锻炼的内容,包括了动功和静功的锻炼方法。这幅帛书以图画形式表达了当时以不同姿式、不同动作用于治病、防病和锻炼身体方法。

《黄帝内经》的问世,更系统地涉及气功锻炼的原理、练功方法及其效应。《内经》提到“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”、“呼吸精气,独立守神,肌肉若一”,是指气功锻炼时精神状态应遵守的原则。书中还提到练功的具体方法:“肾有久病者,可以寅时面向南,净神不乱思,闭气不息七遍。以引颈咽气顺之,如咽甚硬物。如此七遍后,饵舌下津令无数。”(《素问遗篇·刺法论》)

张仲景《伤寒杂病论》提到了“四肢方觉重滞,即导引吐纳,针灸膏摩,勿令九窍闭塞。”华佗创制了“五禽戏”锻炼法,模仿虎鹿熊猿鸟五种动物的动作,活动肢体以求养生,这些都是早期的动功锻炼。葛洪《抱朴子》具体提到:“或屈伸,或俯仰,或行卧,或倚立,或踞蹠,或徐步,或吟,或息,皆导引也。”反映了当时气功导引术的多种形式。

巢元方《诸病源候论》对隋代以前的导引吐纳气功疗法作了一次总结,提到四十五门病候可以导引气功法治疗,有的用一种功法,有的病证可多至十五种功法治疗。李时珍著有《奇经八脉考》,是论述十二正经以外的八条奇经的,提到“内景隧道,唯返观者能察照之”,大意是指只有那些炼功炼出真功夫的人,才能觉察到气在自身经络中循行的情况,充分说明他对气功锻炼的修养相当深邃。在《针灸指南》中还指出,炼气功中的静功,首先要练习静坐的功夫,只有这样,“人身内经脉之流行,气化之开阖,始有确实根据。”

清代时气功极为普遍,气功专著大多在讲炼功方法、导引、按摩等动功。汪昂的《勿药元诠》是讲静功的名著,对“调息”、“小周天”有较深入论述。“调息”一节具体叙述了练功的步骤,还提出“四相”之



说。“四相”中有“息相”，系指气息，“不声不滞，出入绵绵，若存若亡，神气相依”。其“小周天”一节，是通过叩齿、目舌同转、数息等方法诱导入静，然后以意领气，使气沿督脉上头、沿任脉返回丹田。炼功者一般认为汪氏所述方法是较完整的一种。另外，潘蔚《卫生要术》等也有自己的炼功体会。

民国时期，也有一些普及性的气功著作，如，丁福保《静坐法精义》，蒋维乔《因是子静坐卫生实验谈》等。

## 二、气功理论简介

气功理论是中医理论中的气、阴阳、经络、脏腑等学说在气功上的具体化，他们之间的关系非常密切。

### （一）气功与气

气功中锻炼的是气。《灵枢·本脏》称：“人之血、气、精神者，所以奉生而周于性命者也。”古人把气看得十分重要，认为人身中气是生命活动的根源和基本物质。一个人有气则生，无气则死。人身无处不充满气，因而气的种类也就变化无穷，有宗气、精气、神气、元气、真气、脉气；五脏六腑、经络等等，莫不有自己的气。

古人还认为，在练习气功时，其气主要有二：一是自然之气，主要来自体外自然界，空气、天气等，由外界经口鼻进入体内；二是生命之气，来自先天，又是人身的元气和根本，由身体的元精化生而来，得之于父母，并贮藏于肾中。两气若相结合，生命才得以存在。对于人体来说，两气又在体内结合成真气，其间又需要后天的水谷之气加以维持。三种气分别由肾、肺、脾胃来负责。如果生理健全，则真气充足。

### （二）气功与阴阳学说

阴阳学说是中医的最基本理论，并指导着实践。气功是通过呼吸进行调理锻炼，即“调息”。呼吸这一动作，呼为阳，吸是阴；呼又为

泻,吸则为补。《素问·阴阳应象大论》称:“阳生阴长,阳化气,阴成形。”如果阴阳偏离了,就会出现病证。练功是使阴阳之气在体内得以调整并达到协调。阳气盛者,则百病不生;阳气衰,则外邪必来侵袭。阳衰之时,人体之精、气、神都衰微不足,此时可以通过调息锻炼,使阳气得以补充,阴阳得以协调。

### (三) 气功与经络学说

气功理论是建筑在中医经络学说之上的。经络是人体内气血流通的通道,练功者在完全主动掌握气的运行之后,能使气在经络中依一定的线路循行,也就是所谓“周天运转法”、“升降开阖法”。在“周天运转法”中,还分出“小周天”、“大周天”。“小周天”指气在人体中线前后两条经脉,即任脉(腹面)和督脉(背面)不断地循环;而“大周天”则是指气在人体的十二条正经中依照十二经有序地循行,即气从手太阴肺经开始,依序到达手阳明大肠经、足阳明胃经、足太阴脾经、手少阴心经、手太阳小肠经、足太阳膀胱经、足少阴肾经、手厥阴心包经、手少阳三焦经、足少阳胆经、足厥阴肝经;然后又回到手太阴肺经,周而复始。这种经气在经脉中循行,只有锻炼有素的练功者才能掌握。保持气血通畅,正是身体健康和获得长寿的必经途径。

### (四) 气功与脏腑学说

脏腑学说是中医理论的核心。中医认为心主神明。气功锻炼是通过集中意念,使大脑(心)入静,以达到调养神明的目的。心还主血脉,其华在面。气功锻炼可使心气旺盛,表现出脉象和缓有力,且面色红润。这均与心有关。肺司理呼吸运动,主一身之气。通过练功有意识地调息,控制呼吸,有助于直接推动体内气血在经脉中的循行,使全身气血流畅,脏腑功能正常。肺主降,肾主纳。练功者通过深长的腹式呼吸,使人体中之气沉于丹田(指脐下三寸处),从而加强肺的肃降功能和肾的摄纳功能。吸入的天地之精气与体内肾的先天之精气相结合,化生成人体的真气,使人体内部气力得以迅速凝集并加强。

肾是后天之本的器官,内有命门。通过呼吸锻炼和意守丹田,命门之火得以兴旺充足,脾土得到温煦,全身脏腑得到滋养,水谷得以消化,阳气得到升发。肝脏主藏血。一个人如果情志不舒畅,肝气就郁结;人突然暴怒,也会导致肝的疏泄条达的功能失常。炼气功时,全身从肉体到精神高度放松,精神入静,情绪安定,肝的疏泄功能正常。所以对肝功能失常的人练气功是很好的调节。脾主人体内运化的机能,唾液属于脾的水液。气功能加强脾之消食运化、唾液增多,由于气功采取腹式呼吸,按摩胃肠,大大加强了脾胃的功能。

### (五) 练气功中调身、调气、调神

不论练哪一种气功,都要首先坚持思想入静,排除各种杂念,意守丹田。达到这一目的,应以“三调”即调身、调气、调神的方式进行。

调身,先要全身放松,使肌肉松弛下来。这样才能为调息和调神创造条件,改善和加强精、气、神,增强体质,达到“炼精化气、炼气化神、炼神还虚”的效果。调气,是对体内气的运行的主动控制。通过有意识的锻炼,以控制气息的出入循行。调神,又叫调心,是把人的意识高度集中起来,排除各种杂念,使思想进入舒适安静的境界。调身所强调的是正确的姿势,肌肉的放松,以促成调气、调神的顺利进行。

调息强调自然呼吸,以达到平稳、均匀、柔和的呼吸运动。调神是把思想意识完全入静,排除杂念。

## 三、气功治病举要

气功可治病,古代文献中最早的记载见于《黄帝内经》,《素问遗篇·刺法论》称:“肾有久病者,可以寅时面向南,净神不乱思,闭气不息七遍,以引颈咽气顺之,如咽甚硬物。如此七遍后,俛舌下津,令无数。”至今气功理论发展为可治疗多种疾病,特别是一些器官病证。以

下略举典型病例。

### 1. 慢性支气管炎

中医常把此证分为不同证型,包括痰湿犯肺,外寒内热、肺脾两虚。凡病久而导致肾虚者,可出现呼多吸少,动则气喘,体倦神疲。气功自疗:对痰湿犯肺型,可用六字诀中的“咽”字诀和“呼”字诀;外寒内热型,也用同样功法;肺脾两虚型用内养功。久病肾虚者用全真内丹功。

### 2. 支气管哮喘

这是支气管过敏反应性疾病。临床上表现为反复发作、伴有哮鸣音,呼气性为主的呼吸困难。发作时间不定,多在春夏之交和夜间发作。中医称哮证、喘证,分为以下证型:寒哮、热哮、肺肾阴亏、脾肾阳虚。一般用放松功和六字诀功中的“咽”气法锻炼治疗。

### 3. 慢性胃炎

这是以胃粘膜的非特异性慢性炎症为主要病理变化为特点。临床表现为慢性上腹部疼痛、消化不良的症状。中医称为胃脘痛。可分为肝胃气滞型、胃热阴虚型、脾胃虚弱型等。气功自疗以放松功、站桩功、周天功、六字诀功等;动功用如五禽戏、八段锦等。

### 4. 胃及十二指肠溃疡

又称消化性溃疡,是与胃蛋白酶的消化作用有密切的关系,还有认为与幽门弯曲菌的感染有关。中医称此病属胃脘痛和心口痛的范畴,分气滞血虚和脾胃虚寒等证型。气功疗法,包括放松功、站桩功、内养功、周天功、六字诀功等,均有很好疗效,尤以内养功较好。

### 5. 原发性高血压

这是非器质性、原发的血压持续升高的病证,以舒张压升高为明显为特点。临床症状为眩晕、头痛、心悸等。中医称此病属于眩晕、头痛的范畴,分为肝阳上亢或阴虚阳盛、阴阳两虚等证型。静气功对原发性高血压的疗效较理想,居多用放松功、六字诀功等。如果得法、合

理,有良好的降压作用。

#### 6. 阳痿

即男性性功能障碍,指阴茎不能勃起,或虽能勃起但又不坚,不能正常性交的。西医认为此病多因神经功能方面的异常所致,精神因素占相当重要的地位。中医把阳痿归纳为如下几种类型:包括元阳不足,湿热下注等证型。一般用周天功有较好疗效。还有一种铁裆功效果更好。铁裆功是一种古代传统疗法,目的是益精强肾,补肾壮阳,可治疗阳痿、早泄和遗精等男性性功能障碍。

#### 7. 痛经

指妇女在月经期前后或行经期,下腹及腰骶部周期性疼痛。严重者可伴有恶心呕吐等。中医称此证分为虚痛和实痛两种。较常用的功法有六字诀功、内养功等。

#### 8. 坐骨神经痛

指坐骨神经的通路及其所分布的区域内诸部位发生疼痛。程度不等,有时可放散到外侧远端。中医称此病属痹证、腰腿痛范畴。分为风寒湿痹、肝肾亏虚、外伤阻络等证型。常用动功八段锦、太极拳、五禽戏等较宜。

#### 9. 头痛

中医分证型较多,以部位论,有太阳头痛、阳明头痛、少阳头痛、厥阴头痛等。因气血不足而头痛者,则痛及整个头部。用放松功效果较佳。

#### 10. 神经衰弱

神经官能症中之一。症状变化多,以头痛、失眠、记忆力减退、精神不易集中、心跳等为特征。中医分属于不寐、心悸、怔忡、郁证、虚损等范畴。常见有肝气郁结、肝肾阴亏、心脾虚亏等证型。气功疗法动功、静功均有疗效。静功六字诀功、放松功、内养功、站桩功,治神经衰弱有一定效果,要循序渐进,持之以恒才奏效。

---

## 第二节 养生术

---

人为生物界之一员,与其他动物一样,都有求生的欲望。人又是社会的人,活着不仅是为了生活,还有更崇高的目标,建设一个美好的社会。人类从在地球上出现,就具有原始朴素的养生观念,希望能活得健康,长寿一些。

### 一、养生术的起源和发展简史

原始的养生方法,是在注意食物方面开始的。古谚云:“民以食为天”。人们生活中的头一件事就是吃,吃了才能活下去,吃得合适,才能活得更好。火、酒等的发明和应用,使人的食养质量开始进入历史舞台。《韩非子·五蠹》称:上古时,“民食果蔬蚌蛤,腥臊恶臭,而伤害腹胃,民多疾病”。后来有燧人氏发明取火熟食,“有圣人作钻燧取火,以化腥臊,而民悦之,使王天下,号之曰燧人氏。”此后人们对食物的讲求,主要是讲如何更符合身体健康的需要。《吕氏春秋·孝行览》记述:“时疾时徐,去臊除膻,必以其胜,无失其理,调和之事,必以甘酸苦辛咸。”《周礼·天官》也提到当时宫廷里设有食医,其职责是指导饮食卫生营养,包括“六饮、六膳、百馐、百酱”。这些记载表明我国古代饮食养生术起源是很早的。至于衣着、居住卫生,也早有一定的保健措施。

原始舞蹈就有一定的保健作用。《吕氏春秋·古乐》称:“民气郁阏而滞着,筋骨瑟缩不达,故作为舞以宣导之。”在《黄帝内经》中,《素问·异法方宜论》也指出:“其民食杂而不劳,故其病多痿厥寒热,故治宜导引按跷。”这些记载说明原始的舞蹈导引术不仅有利于人体强

健,还用于治疗疾病。

当人们逐步明白了人体之所以生病的道理,也就讲求怎样养生,以防止疾病的发生。如《吕氏春秋·尽数》指出:“流水不腐,户枢不蠹,动也,形气亦然。形不动则精不流,精不流则气郁。”由此,“导引术”一类养生措施与自然现象一样,可健身防病。一旦人们掌握了这个道理,养生术就从盲目行动逐渐变为积极自觉的阶段了。《素问·上古天真论》中举出“治未病”的养生综合措施,包括“法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常,不妄作劳。”《黄帝内经》著成时,中医养生术已基本形成,提出了人体养生全在于“养精、益气、调神”,确立了人在自然界生活,应与自然界相协调,即“天人相应”的养生原则。

汉代以后,是中医养生术的发展时期。历代的统治阶级大多是长生不老术的热切追求者。他们养尊处优,又不愿像《内经》要求的那样,从饮食起居、锻炼身体等积极方面去争取健康长寿,而是妄图用服食某些所谓“仙丹”,达到长生不老的目的。为适应这种需要,出现了一批方术之士,提倡寻求长生不老的神仙术,还有炼丹术、服石法、房中术等等。炼丹术在客观上对物质做出了探奥通幽的功绩,最后形成炼丹化学;服石法引致人体种种遗害,但医学为此作了努力,找到了治疗某些病道理。房中术是关于人类正常性生活的学问,认真讲求卫生,对身体有保健作用。

积极的锻炼,是人们普遍的养生方法。华佗对弟子吴普说过:“人体欲得劳动,但不当使极耳。动摇则谷气全消,血脉流通,病不得生。譬如户枢,终不朽也”。他还设计一套“五禽戏”,模仿虎、鹿、熊、猿、鸟的动作,进行锻炼。这套体操法,为养生保健起到积极作用,并流传至今。

由于汉代以后释、道两教都很盛行,养生术方面也有不同的思想和方式,对医学也颇有影响。宗教养生术是利弊俱存的。葛洪《抱朴子》、陶弘景《养性延命录》都介绍了养生方法。陶弘景提出的十二种

调气法、六字诀吐纳法等,均是气功术重要内容。孙思邈主张养生全靠平时锻炼,切莫以身体健康就不讲养生。他提倡全面养生,包括静养、运动锻炼、食疗、保精,并注意平日生活习惯的卫生等等。

宋元时医家思想活跃,学术争鸣繁荣。各学派从不同视角论述养生术各侧面,如李东垣认为气是一身之根本,且来源于脾胃,因特别强调脾胃将理法;张从正属攻下派,提出“养生当论食补”、“精血不足当补之以食”;朱丹溪则主张节欲,还强调老年人不可过食辛温燥热之物。此时养生专著有宋人陈直《奉亲养老书》、元人邹铉《寿亲养老新书》等。丘处机的《摄生消息论》,从道学观点论述养生;忽思慧的《饮膳正要》,从营养角度论述饮食养生。

明清时中医养生术的发展方向主要讲究实用,专著甚多。明人高濂的《遵生八笺》专讲老年养生,认为人的寿命与遗传有关,由多种因素决定,应从各方面进行养生。明人李梃提出,保养身体不能靠药物,应全面养生:“避风寒以保其皮肤六腑”,“节劳逸以保其筋骨五脏”,“戒色欲以养精”,“薄滋味以养血”(《医学入门·保养论》)。张景岳的“治形论”则从理论阐述了形与神、形与生命的辨证关系,指出养形与养神并重。曹廷栋专为老年养生写成《老老恒言》,对老年养生进行全面论述,包括起居生活、衣食住行,颐养情趣等。还有一卷《粥谱》。清人郑观应在《中外卫生要旨》中以中西结合视角论述养生方法,别具一格。

明清时中医养生方法已深入民间。文人著作中谈论养生之道者不少。明人顾元庄转引民间老人郭功父的养生诀非常生动:“老人有十拗诗谓:不记近事记远事,不能近视能远视;哭无泪,笑有泪;夜不睡,日里睡;不肯坐,只好行;不肯食软,要食硬;子不惜,惜孙子;大事不问,小事絮;少饮酒,多饮茶;暖不出,寒则出。”(顾元庄:《檐曝偶谈》)告诫老年养生应当注意的生理、心理情况。此外,袁润卿《身世辑要》、马大年《怡情小录》等也有不少内容涉及养生之道。



## 二、养生理论简介

我国古代养生理论,仍离不了古代哲学思想体系,包括阴阳五行学说,“天人合一”的长生观。古代人认为,人能在自然界里健康生活,争取到长寿,就要适应自然界的规律。《素问·宝命全形论》称:“人以天地之气生,四时之法成”,说明自然界以“五气”、“五味”养活了人体,使人类繁衍不绝。宇宙万物有一定的变化规律,最明显的标志,就是一年四季循环,即春温、夏热、秋凉、冬寒,在生物界的规律相应春生、夏长、秋收、冬藏。人体要养生,就必须顺应这种规律,逆之人就要给身体带来损害。

### 1. 顺应自然

古人很早就受到自然界变化规律的影响,并知道人体必须适应这种变化。老子说:“人法地,地法天,天法道,道法自然。”(《老子》第二十五章)庄子也说:“顺之以天理,行之以五德,应之以自然,然后调理四时,太和万物;四时迭起,万物循生。”(《庄子·天运》)顺应自然界的这些变化规律,是养生最基本的原理。

在医学领域,《黄帝内经》中说得最为明确并有原则性:“夫四时阴阳者,万物之根本也。所以圣人春夏养阳、秋冬养阴,以从其根,故与万物沉浮于生长之门;逆其根则伐其本,坏其真矣!故阴阳四时者,万物之终始也,死生之本也,逆之则灾害生、从之则苛疾不起,是谓得道。”(《素问·四气调神大论》)

适应自然的范围较广,如精神修养、起居作息、饮食调理等。

(1) 春季:此时宇宙间阳气生发,气候转暖,万物复苏,生机盎然。人的起居、精神活动等都要与之协调,应晚睡早起,多在户外锻炼,使身体舒缓,与春天舒发条达之气相适应,是谓“养生之道”。

(2) 夏季:此时阳气充盛、气候炎热,万物繁茂。人体生理也有所

变化,阳气旺盛外浮,气血向体表循行。因此应当注意保持心情舒畅,精神愉快,才有助于体内阳气向外宣泄疏通,有利于气血流畅。这样正与外界自然阳气的旺盛相适应,是谓“养长之道”。

(3) 秋季:此时阳气渐衰,阴气日盛,气候转凉,万物收敛,植物结果收成。自然界出现凉爽又肃杀的状态。人体活动与之相应,体内阳气也应收敛,则要注意调摄精神,使意志安宁,不宜随便外露疏泄,以免肃杀之气伤害身体。这正适应自然界之阴升阳降,是谓“养收之道”。

(4) 冬季:此时自然界处在阴盛阳衰的状态。冰冻虫蛰,万物皆封闭内藏。人体阳气也多潜伏,应注意保养阳气。起居应早卧晚起,穿着保暖。皮肤不宜开放泄汗,以防阴气伤人阳气。这样与自然界阴阳盛衰相适应,是谓“养藏之道”。

人体通过主动调摄,适应自然变化,可以提高机体抵抗外邪的能力。当人体正气抗病能力提高后,病邪无法侵入,自然健康无病,享受长寿。

## 2. 形神合养

人生于世,是形体与精神相统一的过程。形体由精神支配,精神依附于形体。两者的统一使生命得以存在,任何一方的衰败,都会使生命的质量下降甚或衰亡。这就是中医之所以强调形与神要共同摄养的原因。

历代养生的方法很多,在具体运用时,有的偏重于养形体,有的偏重于养精神。形体的核心是五脏,为贮藏精气之处。五脏各有功能,又互相协调依存。心是全身的主宰,既主身体的血脉,又主神明,人体有规律生活和协调节奏,是保养心气的重要条件。肝与人体血气的运行相关,气血调和对人的健康有重要作用。所以应保持心情舒畅,注意劳逸结合,以保养健全的肝气功能。脾是饮食消化运送和吸收脏气的,节制调和饮食,是保养脾气的重要措施。肺主司呼吸及调节全身

之气,应注意积极锻炼,调适寒温,以增强抵御外邪的能力,以保养肺气。肾是藏精之所,为人体之根本。所以要节制欲望,不操劳过度,以防损伤及肾。由此可见,保养形体应从锻炼身体、节制饮食、调适寒温、调摄起居等方面入手。

在养神方面,要加强精神修养。人的精神状态和脏腑气血的功能互相影响。情志过度剧变,持久刺激,使脏腑功能受到干扰而失调。因此,中医特别强调应注意保持乐观、寡欲、恬淡,避免过度的精神刺激。

### 三、养生术举要

#### (一) 锻炼养生法

锻炼身体,是健全体魄提高人体素质,适应自然环境的有力措施。中医的锻炼养生法,内容极丰富,种类很多,包括气功、按摩术、五禽戏、太极拳等。气功已有专章介绍,在此再介绍一些有关方法。

##### 1. 按摩法

这是不用任何器械可完成的自我保健法。在长期的实践中,中医已总结出一整套手法,如按法、摩法、推法、拿法、抚法、揉法、抹法、点法、滚法、捻法,此外,还有搓法、运法、拍法、擦法等。按摩的各种动作,一般都在身体固定的穴位上进行,有时也在病变的局部按摩。不同部位(穴位)在不同的病证中应用。通常应用的穴位大约有五六十个。<sup>①</sup>

作为养生方法,按摩一般由锻炼者本人操作,这称为“自我按摩”。据唐代《备急千金要方》记载,自我按摩有两种方法,一种是传统方法,称为老子按摩法;另一传自古印度,称为天竺国按摩法。老子按

<sup>①</sup> 张振鋆,《厘正按摩要术》,人民卫生出版社1990年版,第76—81页。

摩法较复杂,全套分四十节,可使全身各个部位、关节都活动到。按摩时要求全身放松,意守丹田,呼吸自如。天竺国按摩法较简单,有十八节活动:指腕运动、臂腕运动、搓腿、挺身、挽弓、捣空、肩臂托天、顿拳开胸、斜身腰脊、抱头转股、据地挺身、捶背、掣足、虎视、弯腰、踏掌、踏空、勾足等。这套按摩法活动量较大,故年老体弱者视体力而有选择地应用。

民间按摩导引术很多,有简单或较复杂的。据明人李诩《戒庵老人漫笔》,有介绍一种“保真十功”。其内容大意为:

(1) 静坐,左右两手各用掌心按住耳窍,手指放在脑后,然后用食指叠于中指上,从上到下弹击枕后部,名为“鸣天鼓”。如此反复做九次。

(2) 先后做“嘻”、“嘘”的呼吸声,呼吸九次。以此调元气。

(3) 叩齿三十六下。此动作谓“集元神”,有固齿作用。

(4) 把双拇指背互相摩擦生热。闭眼,用拇指背各拭眼二十四次。此动作可“启元明”,有明目作用。

(5) 用上法,各拭鼻两旁鼻翼二十四次。此动作谓“培元息”。

(6) 两手掌摩擦生热,各擦左右耳腔二十四次。其作用为“达元聪”,增进听力。

(7) 两手掌摩擦生热,按摩面部三十六次。可达到“润元颜”,使面色红润。

(8) 放松腰带,用两手掌摩背部腰眼各二十四次。可达到“固元精”,即强身固精。

(9) 用两手交叉按擦脚心上的涌泉穴。可以“壮元力”,即使身体力量增强。

(10) 抬双肩,耸动各三十六次。此动作可“适元筋”。

此外,还有虾蟆行气法、龟鳖行气法、龙行气法、王子乔八神导引法、五行掌等等。

## 2. 太极拳

在我国,这是一种历史悠久又较受人们喜爱的锻炼方法。由于动作柔和,具有调理脏腑,疏通经络,补益气血等作用,更适合于老年人或体弱者锻炼。太极拳要求动作连贯、圆活,上下相随,内外相合,刚柔相济,虚实相间,连绵不断。太极拳的流派甚多,一般常用简化太极拳。有一种拳式全套分成七组二十四式:

- (1) 包括起势、左右野鸟分鬃、白鹤亮翅;
- (2) 包括左右搂膝拗步、手挥琵琶、左右倒卷肱;
- (3) 左揽雀尾、右揽雀尾;
- (4) 单鞭、云手、单鞭;
- (5) 高探马、右蹬脚、双峰贯耳、转身左蹬脚、左下势独立、右下势独立;
- (6) 左右穿梭、海底针、闪通臂;
- (7) 转身搬拦捶、如封似闭、十字手、收势。

太极拳不同流派的动作有详有略,但大多包括有以上二十四式。

## 3. 五禽戏

这是汉代名医华佗首倡的一种锻炼方法,其内容是模仿五种动物动作的活动肢体。据宋人张君房《云笈七签》卷三二称:最早记述五禽戏具体的练习动作,见于陶弘景《养性延命录》。其动作大体如下:

- (1) 熊戏:两足分开,与肩同宽,两臂自然下垂,两眼平视前方。先屈右膝,身体微向左转,同时右肩向前下晃动,右臂亦随之下沉。此时左肩向后外舒展,左臂微屈上提。此动作做后,换左膝动作与前相反。共做十多次。
- (2) 虎戏:两脚跟靠拢,两臂自然下垂,两眼向前方平视。此时舌尖轻抵上腭,全身肌肉放松。

先屈两膝下蹲,把上身的重心移向右下肢,左脚虚步,脚掌点地而靠于右脚内踝处。同时两掌握拳,上提至腰两侧,掌心向上,眼视前

方。然后左脚向左前方跨前一步,右脚也随后向前跟上半步,上身的重心坐于右下肢,左脚掌则虚步而点地;随之两拳沿胸前上抬,掌心向后,待抬到口鼻的水平,慢慢翻转松拳,掌心向前推出稍下按到胸前,眼睛注视左手之食指尖。重复以上动作,但左右互换。反复做十次左右。

(3)猿戏:双脚跟靠拢,成立正姿式,两臂自然下垂,两眼平视前方。

先屈双膝,轻轻向前迈出左脚,同时左手沿胸前至口平面处,向前探出,如取物状。待将伸直时,手掌撮合成钩手状,于手腕关节处自然下垂。然后,轻轻迈出右脚,左脚亦随之向前移至右脚内踝附近,其脚掌呈虚步点地。此时右手沿胸部上提直至口鼻水平处,再向前慢慢伸出,如取物状,直至将伸直时,手掌向下呈钩状,下垂于腕部,然后把左手收回到左肋下面。接着,左脚向后退一步,身体重心向左移至左脚;右脚也随之退至左脚内踝处,脚掌虚步点地;与此同时左手沿胸前上抬至口鼻水平,向前伸出如取物,待将伸直时手掌从腕处下垂呈钩状,同时右手回收到右肋下。重复以上动作,但左右侧互换。反复做几次。

(4)鹿戏:两脚相并站立,两臂自然下垂,双目前视。

先屈右膝,身体向后坐,伸出左腿;左膝稍弯,左脚虚点地;伸出左手,微屈左臂,左手掌心向右,右手放在左肘的内侧,右掌心向左。逆时针方向转动双臂,此时左手绕圈比右手要大一些。注意腰骶部也同方向转动。重复以上动作,左右侧互换。反复做几次。

(5)鸟戏:两脚相并站立,两臂自然下垂,双目前视,左脚向前迈出一大步,右脚也随后向前迈半步,脚尖虚点地。同时把双臂慢慢从身前抬起,掌心向上,待与肩平时,双臂向左右两侧上举,并深吸气。然后,右脚向前,与左脚相并;两臂由两侧放下,至膝下相抱,并深呼气。

这类锻炼方法在古代很多。五禽戏和太极拳是具有代表性的两

种。还有八段锦、十二段锦、广渡导引术、雁行气法、龟鳖行气法、龙行气法、虾蟆行气法、五行掌等。其炼法虽不尽相同,但要领、动作及目的均大同小异。

## (二) 饮食养生法

我国古代关于饮食养生的思想是很丰富的。健康的身体有赖于饮食的供给。《黄帝内经》中已提出在人体得病之后,更需要用饮食来调理养生:“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充。气味合而服之,以补益精气。”(《素问·脏气法时论》)要使病体恢复,还应有“谷肉果菜,食养尽之。”(《素问·五常政大论》)张仲景《伤寒杂病论》中记载有饮食调理的方剂,如当归生姜羊肉汤、猪肤汤等。孙思邈《备急千金要方》中强调饮食调理在治疗中占据首位:“有疾期先命食以疗之,食疗不愈,然后命药。”并十分注意各种食物相搭配,包括谷(粮食类)、肉(动物类)、果、菜,这完全符合现代的营养学观点。元代人邹铉在《寿亲养老新书》中说过:“人若能知其食性,调而用之,则倍胜于药也。”所以民间俗语有“药补不如食补”,这是很有道理的。饮食养生简称“食养”,我国数千年来已积累了十分丰富的经验。

### 1. 食养的要领

用饮食来调理身体,补充身体的某些不足,这是中医药食养的目的。通过食养,可达到有病治病,无病防病。食养必须从各人身体的不同情况出发,有针对性地进行。张仲景在《金匱要略·方论·禽兽鱼虫禁忌并治篇》中说:“凡饮食滋味,以养于生,食之有妨,反能为害”。就是强调要灵活掌握而不可盲目。

(1) 要看人体脾胃功能之强弱来应用食养,不一味盲目施以食补。有的人脾胃消化功能强,吸收良好,无妨多摄入一些滋养饮食;如果素虚,盲目食高粱厚味,脾胃反而受损,故谓“虚不受补”。若用清淡之品则较有益。对某些病证患者,要有所禁忌。民间所谓“发物”,不可任意食用。如肝阳亢进者常有头痛、头晕,有的食品如公鸡、猪头肉

等不宜食用。

(2) 要讲究季节、地域之不同。大热暑天或居南方温热地带大温大补之品不宜多食,如狗肉、羊肉之类。在寒冷季节或北方冰封雪冻之域,服用这类食品有御寒补益之功。地处干燥山区,秋天季节,甲鱼、冰糖、银耳之类凉润之补品较为相宜。

(3) 中医传统的整体思想,必须十分讲究。如中医认为人体乃处在阴平阳秘、阴阳协调状态,才算是健康状态。由此不能局限于针对某一个侧面而忽略全身的整体状态。人体气与血、阴与阳之间全都是互相协调的,如果某一方面有病,如气虚者当然需要补气益气,但一味用补气之食养而太过,反有可能引起气机壅滞而升降失常,造成气滞病态。因此需要适当加些补血之品,使气血俱补,达到阴阳平秘协调之功。

(4) 中国传统习惯十分注意饮食宜忌。例如,素体阳虚寒证,就要忌食生冷;而阴虚素热者,则忌食温热食物等等。

## 2. 食养的原料

具有养生作用的食物,包括某些补药,传统习惯上有不同补养性质的分类。

(1) 常用的补养气血和阴阳的食物有:鸡、鸭、鱼、兔肉、羊肉、海参、牛肉、猪肝、萝卜、甲鱼、小麦、绿豆、鸡蛋、鸽蛋、西瓜、雪梨、羊头、狗肉、猪肚、猪肘、鹿肉等;中药有:人参、党参、黄芪、山药、当归、阿胶、荔枝、桃仁、百合、麦冬、胡桃、冬虫夏草等。

(2) 常用的补养五脏,包括心、肝、脾、肺、肾的食物有:动物的肉、心脏、肝、肚、肾、鞭、脑髓、肺及甲鱼等;中药常用有:桂圆、党参、当归、百合、枸杞、菊花、银耳、桑椹、山药、莲子、芡实、扁豆、神曲、山楂、冬虫夏草、梨、银杏、胡桃、熟地、大枣等。

(3) 常用补养筋骨、皮肤、坚齿、护发的食物有:动物的骨、肾、筋、肉、尾等,以及燕窝、蛋类、冰糖、蜜、花生等;药品有:杜仲、肉苁



蓉、五加皮、何首乌、胡桃、莲子、红枣、黑芝麻、桑椹、山药、枸杞子等。

### 3. 食养的适用范围

正常人的饮食食品,毋须特殊要求,只要较全面地摄食各种谷物、肉类、水果、蔬菜,不偏食,就能达到健身效果。但也有人一生中总有一时出现身体不适,或者说阴阳气血失调,偏盛偏衰。在这种情况下,就应该通过饮食调理来调养,以达到养生。

(1) 滋阴类饮食:当人体出现阴液不足,阴不能制阳,内生虚热时,多表现为形体消瘦、口干舌燥、眩晕、失眠、两眼干涩、视物模糊、两颧发红,甚至五心烦热、夜间盗汗等,可用滋阴类饮食。

(2) 壮阳类饮食:人体如有阳虚不足,阳不制阴,内生寒水时,多表现为神疲乏力、少气懒言、嗜睡、喜卧、头晕目眩、四肢寒凉、怕冷、口中发淡,但又不口渴、尿液清长、大便稀溏、面白舌淡、腰痠膝冷,性欲减退,严重时有遗精滑精,可用壮阳类饮食补阳。

(3) 益气类饮食:人体如有气虚不足时,会表现为头晕目眩、少气懒言、疲倦乏力、出汗、语声低沉、喘促气短、动则喘气、食欲不振等症,可用益气类饮食。

(4) 补血类饮食:人体血虚不足时,会表现为面色苍白无华、唇色白淡、神疲乏力、头晕眼花、两目干涩、视力模糊、惊悸怔忡、失眠多梦、四肢麻木、爪甲发枯、大便干燥、妇女月经少稀甚至向后愆期,严重者可有经闭。应摄食补血饮食。

(5) 养心安神饮食:思虑过度,劳伤心脾,使阴血耗伤,会出现心悸怔忡、健忘、失眠、多梦、易惊醒、体倦乏力甚至遗精等现象,应用养心神饮食。

(6) 滋肝明目饮食:肝阴不足,会出现头目失养,表现为面色无华、头晕目眩、多梦、视物昏花、双目胀痛、干涩,甚或夜盲等,宜用滋肝明目饮食。

(7) 健脾开胃饮食:脾胃虚弱不健,会表现为腹脘胀满、大便稀

溏、四肢倦怠、消瘦、面色萎黄不泽、四肢寒凉、小便不利、肢体浮肿、白带清稀等,宜用补健脾胃类饮食。

(8) 补肺类饮食:肺气虚者可出现少气无力、动则气短、声音低怯、面色苍白、咳喘无力、自出虚汗,用补肺气类药物;如出现肺阴虚,会有咳喘吐痰,甚或痰中带血、声音嘶哑、形体消瘦、午后潮热、五心(手心足掌)发热、盗汗、颧红等,则应用补肺阴类饮食。

(9) 补肾益精类饮食:肾精虚亏者可出现耳鸣耳聋、牙齿松动或疼痛、午后发热、手脚发热、夜间盗汗、腰膝痠软、遗精早泄、性欲下降等,可用补益肾精类饮食。

(10) 养筋骨、坚齿发类饮食:凡筋骨衰弱、腰脊痠痛、须发脱落早白、牙齿松动等,可用此类饮食。

4. 食养品种类。我国传统的饮食营养的品种很多,形式上大体可分为汤、羹、粥、糊、饼、锅贴、包子、汤丸、糕、卷等。其制作调配方法多种多样,大体有蒸、煎、煮、炖、粥、糊、煲、焖、煨、烧、炒、炸、烤、糕等。制法又有巧妙不同。

### (三) 药物养生

人体需要补养时,最普遍的是用饮食调理。有人衰弱患病,脾胃机能减退,无法用饮食纠正,或是病情较严重,则要加上药物养生。在传统的中医药看来,药食是同源的,两者目标也相同的。历代医书中关于药养的论述极其丰富。王充在《论衡·自纪》中说:“养气自宁,适时则节,闭明塞聪,爱精自保,适辅药物引导,庶冀性命可延,斯须不老”,明确地指出了药物在养生中的重要地位。但是并非人人都可用药物养生,如果脾胃正常,食养就可以了。所以,药养是有一定的适用指征的。

对于老年人或未老先衰者,可用药养。年龄未及五十岁即显老态,称为未老先衰。其老态表现,主要有步履艰难、动作迟缓或颤抖;鬓发斑白、脱发过多,视物模糊或近视,迎风流泪;体表白斑或红痣、

色素斑增多；腰痠背痛、脊背变驼；涎涕增多；睡眠缩短、近事易忘；畏寒怕冷、性欲衰退；夜尿增多、二便不利；性情变异、喜怒无常；月经断绝等。

老年内脏虚损，五脏均可出现。肾虚为最多见，表现为腰膝痠软、头晕耳鸣、听力减退、牙齿松动、毛发枯萎。肾气虚者常兼见尿后余沥、疲倦乏力；肾阴虚者表现为咽干口燥、五心烦热、潮热盗汗、梦遗滑精、大便干结；肾阳虚者表现为肢寒畏冷，晨起足肿，小便清长、遗尿失禁及性欲减退等。脾虚者多有少腹胀满、四肢乏力；也有脾虚者兼见气短自汗；脾阴虚者口干便燥；脾阳虚者有肢冷喜温，大便溏薄。心气虚者多健忘失眠、心悸气短、意志消沉，甚则饮食乏味、性情变异、喜怒无常、多疑自私；如心阴血虚，兼有形体消瘦、心烦易惊、头昏眼花、潮热盗汗、五心烦热；如心阳虚，面色苍白、胸闷背冷、畏寒喜温、自汗多汗。肝虚者有背曲头低、四肢屈伸不利、动作艰难、爪甲枯薄、目昏不明，有时兼有筋脉拘急、周身痠痛、性急易躁、肢体麻木。肺虚者主要表现为皮肤枯而皱，易罹感冒，气短喘息；肺气虚者精神萎靡、咳喘乏力、声音低微、自汗多汗；肺阴虚者两颧红赤、潮热盗汗、五心烦热、鼻咽干燥、干咳少痰且声音嘶哑。

老年性气血及阴阳虚亏，也应以药养为主。气虚者多面色萎黄、倦怠乏力、少气懒言、语声低沉、自汗多汗、喘促气短、食欲减退；血虚者多面色苍白萎黄、唇无血色、头昏眼花、两目干涩、视力模糊、四肢麻木、惊悸怔忡、失眠多梦、爪甲枯脆、大便干结；阳虚者与气虚症状相似，有时兼见肢寒畏冷；阴虚者多兼见消瘦、颧赤、五心烦热、潮热盗汗等。

药养的常用药物，不外以下几十种：蜂蜜、茯苓、牛膝、熟地、枸杞、菟丝子、生地、人参、肉苁蓉、天门冬、远志、杜仲、五味子、白术、菖蒲、巴戟天、当归、麦冬、山茱萸、何首乌、补骨脂、鹿茸、山药、黄芪、薏苡仁、桂圆、紫河车、阿胶、玉竹、黄精、桑椹、女贞子、冬虫夏草、刺五

加、党参、枣仁、甘草、大枣等。与食养一样，药养也要注意应用要领，讲求辨证施治，切忌盲目进补。应当注意因人、因时、因地制宜，灵活运用。

历代中医药物养生中较常用的“补药”有：

(1) 补气益气：凡气不足者，以补气益气药养之。中医还讲究对症下药，如水谷气来自脾，呼吸气源于肺，真元之气起于肾，用药需加以鉴别。

人参是益气药中佼佼者。《神农本草经》记其有“补五脏，安精神，定魂魄”，“明目开心益智，久服轻身延年。”现代药理研究证实其含有复杂成份，如人参烯、人参素、人参甙等，能增强人体条件反射，提高分析能力、兴奋神经中枢、消除疲劳、改善睡眠等。张仲景《金匱要略》中载有人参汤治气虚中寒之疾。

黄芪也是补气药。《名医别录》称其可“补丈夫虚损，五劳羸瘦”，并能“治虚劳自汗，补肺气、实皮毛、泻肺中火。”（张元素：《医学启原》），现代药理研究分析发现，黄芪含有蔗糖、葡萄糖醛酸、粘液质、氨基酸、胆碱、叶酸等。李东垣《内外伤辨惑论》提及所制当归补血汤，即重用黄芪以补气养血。

大枣是常用食物，也是药。《神农本草经》称其“补少气、少津，身中不足，大惊，四肢重，和百药，久服轻身延年。”现代药理科学分析发现含蛋白质、有机酸，多种维生素及微量元素。张仲景《金匱要略》附方中拟有甘麦大枣汤，以补心脾，安心神。

(2) 滋阴补血：常用者有当归、何首乌、地黄、阿胶。《名医别录》称当归可“补五脏，生肌肉”。清人汪昂《本草备要》称其“血虚能补，血枯能润。”据现代药理科学分析发现，含有挥发油、脂肪油、棕榈酸、多种维生素、烟酸、叶酸、阿魏酸等。张仲景《金匱要略》中拟有当归芍药散，以养血调经，用于妊娠腹痛。

何首乌也是常用补血药。李时珍《本草纲目》称其可“养血益肝，

固精益肾，健筋骨，乌髭发，为滋补良药。”现代药理分析发现，含有卵磷脂、大黄酚、大黄素等。

明代《普济方》载有何首乌丸，重用何首乌，并配合肉苁蓉，以治疗精血亏损证，是一种重要的抗衰老药物。

地黄：有生熟两种不同形式，熟地系生地经九蒸九晒而制成。生地性苦凉，有滋阴凉血生血之功；熟地性微温味甘。《名医别录》称其可“补五脏内伤不足，通血脉，益气力，利耳目”。现代药理分析结果表明，此药含地黄素，维生素A、生物碱、脂肪酸等。元代许国桢《御药院方》载有“草灵丹”，用生地等多味配成丸药，具有补肾益精、滋阴养血之功。

阿胶以驴皮制胶而成，是一种独特的药材。《神农本草经》称其可“安胎，久服益气”，《本草纲目》说“和血滋阴”。现代药理分析表明，含有多多种氨基酸、灰分、钙、硫。宋代《太平圣惠方》有补益阿胶丸，以阿胶为主药，治妇女月经过多，面色萎黄等证。

(3) 益肾温阳：一般用于滋补肾精或肾阳的，老年人或早衰者应慎用。如果用得适当，药到病除，不当者，徒劳无功，反而有害。冬虫夏草是一种昆虫和植物的复合体，其性温味甘，能补肾固精、益肺平喘，能平补阴阳，虽温但不燥，为补虚疗损之良药。现代药理分析证实，含有粗蛋白、虫草酸、维生素B<sup>12</sup>等。清人赵学敏《本草纲目拾遗》所载食疗佳方有“虫草鸭”，以本品纳老雄鸭肚内，加料蒸烂而服，甚有疗效。至今仍是民间补虚羸之重要方剂。

胡桃仁，又称核桃，具有温补助阳定喘、润肠通便之功。《本草纲目》称其“食之令人肥健，润肌，黑须发”。据现代药理分析，含有脂肪油、蛋白质、钙、磷、铁、胡萝卜素、核黄素等。老年人坚持每日单服数只，极有补益，可克服因津液虚亏所致大便秘结。

蛤蚧为壁虎科动物。用时去内脏及头足。老年人或早衰者因机能衰退致阳痿、尿频、咳嗽气喘者，用之有效，《本草纲目》称其可“补

肺气、益精血、定喘止嗽……助阳道”。其乙醇提出物表现出具有雄性激素样作用。宋人陈无择在《三因极一病证方论》中拟有蛤蚧散方，用炙蛤蚧一对，加配中药，治元气虚寒，上气咳嗽经久不愈症。

# 第九章 中药及方剂

方剂是利用药物配伍来治疗疾病,中药对于增强人们的体质、防治疾病、繁衍民族、造福人类起着非常重要的作用。我国医者在长期的医疗实践中积累了丰富的经验,形成一整套较系统的中药理论和加工操作方法。中药学是我中华优秀传统文化的重要组成部分。

---

## 第一节 本草学源流

---

### 一、“本草”的起源

“本草”是古代对药物的总称。古籍中有“医食同源”和“药食同源”的说法。《淮南子·修务训》记述:“古者民茹草饮水,采树之食,食羸蚌之肉,时多疾病毒伤之害。于是神农乃始教民种五谷,相土地,宜燥湿肥饶高下。神农尝百草之滋味,水泉之甘苦,令民知所避就。当此之时,一日而遇七十毒。”这段引文生动地反映了古代先民在选择食物时,通过采集时代、渔猎时代并逐渐进入农业时代的过程中,发现治病的药物(“毒”)的过程。

在青铜铭文及小篆文中,已有“藥”字。汉代许慎《说文解字》释

为：“藥，治病草也”，说明了古代以草为药的实况。

我国古代称研究药物的学问为“本草”。早在“本草”这一名词出现之前，古籍中已有藥(药)字。如《书经》有“若药弗瞑眩，厥疾弗瘳”，意指药物服后如不引起身体的反应如瞑眩等，则治不好病。《礼记》有“医不三世，不服其药”，就是医者要世代相传，服其药才能放心。可见早在周代以前先民已经用药治病了。

最早记载“本草”这一名词是班固的《汉书》。据《汉书·郊祀志》称：“侯神方士使者副佐，本草待诏，七十余人，皆归家。”颜师古注释为“本草待诏，谓以方药本草而待诏者。”当时，统治者已征召负责药物研究的人员为宫廷服务。至于为何把药物学称为本草，历代有不同见解，以十世纪后蜀韩保昇对“本草”的解释较为人们所接受：“药有玉石草木虫兽，而直云本草者，为诸药中草类最众也。”<sup>①</sup>另据现存最早的《神农本草经》，收入植物药计二百五十二种，占全书所载药的69%，足以为证。

## 二、“正统”本草的发展

所谓的“正统”本草，主要是指以《神农本草经》的编纂思想和体例为基础，不断加以积累、发展和总结的著作。“正统”本草多以《神农本草经》为出发点。事实上，在汉代著成《神农本草经》一书，是出于多人之手，托名神农氏之作。《汉书·艺文志》提及有《神农本草食禁》，梁人阮孝绪《七录》则提到有《子仪本草经》(子仪为战国名医扁鹊的弟子之一)、《蔡邕本草》、《李当之本草》等。《神农本草经》虽也早佚，但由于南宋以后不断有人辑佚，才得以基本完整保存。

陶弘景整理了汉代以来的本草学著作《名医别录》，著成《本草经

---

<sup>①</sup> 韩保昇的《蜀本草》，又名《重广英公本草》，已佚。此段文字据《证类本草》转引。



集注》，收集药物七百三十种，并按药物不同自然属性分类，分为玉石、草木、虫兽、果菜、米食、有名未用等七类。这种自然分类法，一直是我国古代本草主流著作的药物分类依据。他还提出“诸病通用药”的分法，以病为纲，把适用于某病症的药物归为一类。这种分法便利了临床的应用，成为后来按病或按药物治疗作用进行分类的先声。

唐代由政府出面主持编纂本草，“普颁天下，营求药物”，“征天下郡县所出药物，并书图之”，修成《新修本草》一书。这样，就开创了本草著作附图的先例。唐显庆四年（659年）的本草，除文字外，还有《药图》、《图经》，收药八百四十四种，较《本草经集注》新增一百一十四种，是具有药典性质的本草书。

《新修本草》经过三百年左右的流传，已不敷应用，于是，宋代再度编修新本草。宋初开宝年间，先后两次修订本草，著成《开宝新详定本草》及《开宝重定本草》，载药数又新增一百三十四种，达九百八十四种。于嘉祐二年（1057年），又修成新的《嘉祐补注本草》，载药一千零八十二种。此两种均为官修本草。又出现了两部重要的个人编修著作，一是苏颂编成附有图的《本草图经》，一是唐慎微的《证类本草》。两书均在每味药之下，附有方剂，并广泛收录前代各种文献中有关资料，使本草学进入博物性质的新境界。

到明代，本草学研究进入全盛时期。李时珍《本草纲目》以唐慎微《证类本草》为蓝本，更广泛地搜集各种新药，参考八百余种各类图书，使博物性质更加突出。全书收药一千八百九十二种，附图一千一百零九幅，药方一万首以上。其内容涉及社会科学及自然科学的各个方面，被生物进化论奠基人达尔文誉为“中国古代百科全书”。

### 三、本草支流的发展

在“正统”本草学著作发展的同时,我国本草学还出现了许多分支支流,对主流本草进行补充。

#### 1. 拾遗补缺

对主流本草著作进行补充在唐代时已开始,陈藏器的《本草拾遗》即其中之一。书中有六百九十二种药物是《新修本草》所不载的。作者参考有关著作一百一十六种,可谓“精核物类,订绳谬误,搜罗幽隐”(《本草纲目·历代诸家本草》)。此后,拾遗补缺的本草著作又不断出现。有清人赵学敏《本草纲目拾遗》,共收药物九百二十一种(正品七百一十六种,附品二百零五种)。其中正品为《本草纲目》所未收,并对《本草纲目》中的错误予以匡正。

#### 2. 删繁就简

“正统”本草主流著作所收药物是积累式的,至《本草纲目》已达一千八百九十二种,加上《拾遗》所收则已逾二千五百种以上。如此浩繁毕竟不甚实用。为了在实践中能起到应有的作用,删繁就简实属必要。所以明清时出现了各种集要本。如明人王纶有《本草集要》八卷,对《证类本草》加以精简,收药五百四十五种;薛己《本草约言》分为《药性本草》、《食物本草》两部分,分别收入二百八十七种和三百八十五种,共六百七十二种。删繁就简之风在支流本草中也有发展,代表作有清人汪昂《本草备要》,不仅收药撷取精华,文字叙述也删除冗词浮语,“主治之理,务令详明,取用之义,明于确切,言畅意晰,字少义多”(《本草备要·序》),从而方便了临证医家应用。还有撷取《本草纲目》精要的简缩本,有莫焯《本草纲目摘要》、蔡烈先《本草万方针线》、耿世珍《本草纲目释名》、徐用筌《读本草纲目摘录》、戴葆元《本草纲目易知录》等。

### 3. 民族特色

我国是一个多民族的国家。由于所处地域、民族风俗习惯等人文条件差异,各族人民有不同的用药习惯,本草学有自己特殊的内容。历史上也出现过不同民族的本草著作。清人丹增彭措《晶珠本草》,就是藏药专用本草。唐代有郑虔《胡本草》七卷,收的都是各少数民族的用药以及西域传入的域外药。李珣《海药本草》,收载海外输入香药,如青木香、兜纳香、阿魏、葶菝、肉豆蔻、毕澄茄、零陵香等。还收入车渠、象牙;波斯金线矾、银屑;大食金屑;大秦降真香;昆仑石硫黄、丁香等。

### 4. 专科发展

先秦时有专门用食物做为药物,形成食疗学专科,如《神农黄帝食禁》、《食经》等。唐代对食疗方面的本草相当重视,先后有孟诜《食疗本草》、昝殷《食医心鉴》。《宋史·艺文志》记载的食疗著作达二十种以上,有林洪《山家清供》、陈达叟《本心斋食谱》、郑樵《食鉴》等。元代太医忽思慧《饮膳正要》是最早从营养学观点研究食疗本草专著。元人吴瑞《日用本草》,是一部简便实用的食疗本草。还有《小儿用药本草》、《痲疽耳眼本草要钞》,均见于《七录》。对单味药研究论述的本草书,如宋人杨天惠《彰明附子记》,详论附子的栽培、形态及制法;王观《扬州芍药谱》;明人李言闻《人参传》。朱橚《救荒本草》收入可供荒年可进食植物四百一十四种,对其物的产地、形态、性味、良毒、食法,均有详述;鲍山《野菜博录》、王磐《野菜谱》、周履靖《茹草编》等,也是以野生植物供食用的本草专著。

### 5. 地方特色

以本地区所产药物为主题的本草著作,较著名的有明人兰茂《滇南本草》;还有一本晋人嵇含《南方草木状》虽不是一部本草专著,但对本草学的影响不可忽视,《本草纲目》中不少内容取材于此。

---

## 第二节 中药理论

---

中药理论,是人们在不断认识、把握中药性味、作用等等药理知识的基础上逐步形成的。中药理论的形成,除与中药临床应用的长期实践经验积累密不可分外,还与中医基础理论的指导与运用密切相关。

### 一、药物的性味

古代的药物知识是人们依靠经验积累起来的。药物之所以能治病,是由于药物具有独特的“性”和“味”。“味”是人体口腔直接感受出来的一种知觉。早在周代,人们已分辨出五种不同的味。《礼记·礼运》称:“五味、六和、十二食,还相为质也。”汉代郑玄注释五味,即酸、苦、辛、咸、甘。《周礼·天官》也提到:“以五味、五谷、五药养其病”,又称:“凡疗疡,以五药疗之,以五味节之。”当时所谓“五味”只是泛指食物的五种味道,所说用于疗病,究竟怎样疗病,其知识还不够系统。

经过不断实践,人们对药物的“五味”在临证方面作用的认识有了深入。在战国至西汉时,这种认识有了系统化,遂形成为理论。这套理论最早见于《黄帝内经》。《素问·宣明五气论》指出:五味中“酸入肝,辛入肺,苦入心,咸入肾,甘入脾”。这五味不仅分别入五脏,还与五种组织连系起来:“辛走气,咸走血,酸走筋,甘走肉,苦走骨。”

由于五脏有各自好恶,或者叫做“苦”与“欲”,因而在选择药物时,要考虑其不同的味:“肝苦急,急食甘以缓之;心苦酸,急食酸以收之;脾苦湿,急食苦以燥之;肺苦气上逆,急食苦以泄之;肾苦燥,急食辛以润之。”(《素问·脏气法时论》)

所谓“苦”，就是厌恶的意思。当人体受到某种病因邪气侵害时，总是某一种脏器受害，治疗时，就要用某一种味的药物去治疗。例如，外界的湿邪，一般总是侵害脾脏和肌肉组织，脾恶（苦）湿，肌肉是属于脾的。此时，就要选用苦味的药去治疗，苦味具有燥湿的作用。

同样的道理，五脏也各有不同的喜好。《素问·脏气法时论》又指出：“肝欲散，急食辛以散之，用辛补之，酸泻之；心欲软，急食咸以软之，用咸补之，甘泻之；脾欲缓，急食甘以缓之，用苦泻之，甘补之；肺欲收，急食酸以收之，用酸补之，辛泻之；肾欲坚，急食苦以坚之，用苦补之，咸泻之。”

这一套“苦”与“欲”的理论，在临床上具有重要的实践指导意义。当辨明某一脏的虚实状态后，就根据补虚泻实的治疗总则，选用不同味的药物，以便补虚或泻实，达到治疗的目的。

一种药物的味，并非固定不变的，这与药物的采集和使用时间、成熟的程度有密切关系。《素问·五常政大论》指出：“五味所资，生化有薄厚，成熟有少多，终始不同，其极何也？……岐伯曰：寒热燥湿，不同其化也。”就是说，外界环境、气候等条件可影响药物，使其形成不同药味，从而产生不同的治疗效果。

## 二、药物的升降浮沉

中医对药物的作用，可用“升降浮沉”来概括。这一现象原本普遍存在于自然界，人体也有类似现象。人体中的气，有上升的，如打呃、呼出的气等，也有下降的，如放出的屁。至于食物渣滓下行排出，则是日常的生理现象。结合阴阳学说，上升向外者为阳，下降向内者为阴。这一理论是中医对药物升降浮沉性质和作用的认知基础。如，把药物的气和味用阴阳来表达，就是“阴味出下窍，阳气出上窍”（《素问·阴阳应象大论》）。属阳的药气是向上、浮性的；属阴的药味是向下、沉降

的。随着认识的深入,人们又发现这样说太笼统,又进一步总结出“味厚者为阴,薄者阴之阳”、“气厚者为阳,薄为阳之阴。”(《素问·阴阳应象大论》)不论是气还是味,药物都有的属阳,有的属阴,不能一概而论。《素问·至真要大论》又指出:“咸味涌泄为阴,淡味渗泄为阳”。从而把药物的性味、阴阳属性与其治疗作用联系起来,为中药的升降浮沉理论奠定了基调。

此后在很长一段时间内,人们对这个问题未能给予更多的注意。直到十二世纪以后,金元及明清医家才进一步有深入阐发。

金人张元素《珍珠囊》一书,就专列有药性升降浮沉补泻法,对每一味药的升降性质做了论述,如称羌活,“味苦甘平,微温,无毒。升也,阴中之阳也。其用有五”,把升降浮沉的性质与气味,有毒无毒列入同等重要的位置。李杲《药类法象》,列有用药升降浮沉补泻法的内容。例如,人患头顶部疼痛,就要用升浮药如藁本,才能到达头顶部等。他还附有“气味厚薄、寒热阴阳升降图”。这表明了金元时医家对药物升降浮沉的重视。

李时珍《本草纲目》对阴阳升降浮沉的药理有详尽阐发。他首先总结药物的升降浮沉属性与性味的关系:“酸咸无升,甘辛无降,寒无浮,热无沉,其性然也。”(《本草纲目·序例》)并举例:“豆蔻治病,取其辛热浮散”;“商陆,苦寒,沉也,降也,阴也。其性下行,专于利水”;“浮萍,其性轻浮,入肺经,达皮肤,所以能发扬邪汗也”;“铅丹,体重而性沉……能坠痰去怯。”这些都是临证实践基础上得出来的经验。

经验的积累,使人们从中总结出一些规律性的东西。如李杲说过:“本乎天者亲上”、“本乎地者亲下”(《药类法象》)。大意是指植物的地上部分多升(亲上)、而地下部分如根部等,则多降(亲下)。李时珍就这个问题作了精辟发挥。

首先,他认为在一般规律之外,还有特殊现象。如诸种石类药物入

水皆沉,但一种浮水石却入水而浮;而凡木类一般均性浮,但诸如沉香木却入水而沉。因而对药物的性质要知常达变,既掌握特殊,又注意其特殊变化。

其次,他认为药物的性味升降属性虽是其天生的自然属性,但人们对此种属性并非无能为力,而是可以加以干预,使其发生变化的。可以用不同配伍的方法,使其升降浮沉之性质发生改变:“升者引之以咸寒,则沉而直达下焦;沉者引之以酒,则浮而上至颠顶。”(《本草纲目·序例》)其大意是当需要用某一种药治病时,由于该药原来属升浮或沉降性质,用来治疗相反部位的病,就配以气味相反的其他药,来达到主观意图。如在《本草纲目》卷三〇,指出橘这味药“同升药则升,同降药则降……但随配伍而补泻升降也。”如配伍药变化,则也应随配伍药而变。

再次,李时珍在《本草纲目》中认为人们有能力对一种药物原来升降浮沉的属性积极干预,其性质发生改变。这就是用“人工炮制”的方法来干预。如,对黄连一味:“治上焦之火,则以酒炒;治中焦之火,则以姜汁炒;治下焦之火,则以盐水或朴消研细调水和炒”,“诸法不独为之引导,盖辛热而制其苦寒,咸寒能制其燥性,在用者详酌之。”附子一药“生用则发散,熟用则峻补”;对黄柏一药,“性寒而沉,生用则降实火,熟用则不伤胃;酒制则治上,盐制则治下,蜜制则治中”。

### 三、药物的归经

中药有一重要理论,叫药物归经,又称“引经报使”。此论的基础是经络学说。人身经络系统有十二正经、督脉、任脉和其他奇经。十二正经与五脏六腑相联系,并在身体一定部位循行。由此每味中药就与这些经脉存在着密切的关系。中药既有五味,每一味与内脏的亲合力并非一样的。《灵枢·五味》指出:“五味各走其所喜,谷味酸,先走

肝；谷味苦，先走心；谷味甘，先走脾；谷味辛，先走肺；谷味咸，先走肾。”显然这是将药物的五味学说与阴阳五行学说、脏腑学说联系在一起了。是“药物归经”或“引经报使”理论的最初形式。

与“升降浮沉”理论一样，在很长一段时间里人们对此没有注意和研究。到金元时医药学家才开始感兴趣。张元素《珍珠囊》一书再次提出了归经的理论。他把每一味药都与经脉相联系，指出在制方治病时要用“引经报使”的药物，才能发挥药物疗效。如黄连入心经，可以泻心火；黄芩入肺经，可以泻肺火；太阳经上的病证，在身体上部时要用羌活，在身体下部则用黄柏。他按十二条经脉把药物的性能加以归类，首次把中药的归经学说具体并系统化了。

李杲在《药类法象》中注解了《珍珠囊》，列出各经的引经报使药：“手少阴心，黄连、细辛”；“足少阴肾，独活、桂、知母、细辛”；“手太阴肺，桔梗、升麻、葱白、白芷”；“足太阴脾，升麻、苍术、葛根、白芍”；“手厥阴心主，柴胡、牡丹皮”；“足厥阴肝，青皮、吴茱萸、川芎、柴胡”；“手太阳小肠，藁本、黄芩”；“足太阳膀胱，羌活”；“手阳明大肠，白芷、升麻、石膏”；“足阳明胃，白芷、升麻、石膏、葛根”；“手三阳三焦，连翘、柴胡、上地骨皮、中青皮、下附子”；“足少阳胆，柴胡、青皮。”

此后药物归经的理论，遂为医家们所重视。李时珍《本草纲目》对每一味药物，几乎全注明有关经络的归属。如“麻黄乃肺经专药，故治肺病多用之。”葫芦巴，右肾命门药也。元阳不足，冷气潜伏，不能归元者宜之。”这种理论的提出，是通过长期的临证实践获得的，具有很高实用价值。李时珍在《本草纲目》中列举：“钩藤，手足厥阴药也。足厥阴主风，手厥阴主火。惊痫眩运，皆肝风相火之病，钩藤通心包于肝木，风静火息，则诸证自除。”（《本草纲目》卷一八）

在临证实践中，归经理论颇有应用价值。有时还通过中医的脏象学说、阴阳五行学说来互相联系和融汇贯通的。如：“乌鲗骨，厥阴血分药也，其味咸而走血也。故血枯血瘦，经闭崩带，下痢疝疾，厥阴本



病也；寒热疟疾，聋瘵少腹痛，阴痛，厥阴经病也；目翳流泪，厥阴窍病也。厥阴属肝，肝主血，故诸血病皆治之……观此，则其入厥阴血分无疑矣。”（《本草纲目》卷四四）这样，通过脏象学说，把乌鳢骨之所以能治血分病、眼病、聋瘵等一系列病证，以厥阴经药的理论来阐释，使归经理论得到了详尽的发挥。

但是，药物的归经并非是一成不变的，可以用人力加以改变，使之更符合治病需要。这就是用配伍药和炮制方法来进行改造属性。如：“常山蜀漆，有祛痰截疟之功”，“得乌梅、鲛鲤甲则入肝，得小麦、竹叶则入心，得秫米、麻黄则入肺，得龙骨、附子则入肾，得草果、槟榔则入脾。”（《本草纲目》卷一七）又以知母为例：“引经上行则用酒浸焙干，下行则用盐水润焙”，“下则润肾燥而滋阴，上则清肺经而泄火，乃二经气分药也。”（《本草纲目》卷一二）这是用酒、盐加以炮制，使药物或上行，或下行，从而改变归经属性，达到治疗目的。

清代以后，有的本草著作专门论述药物的归经理论，如清人姚澜《本草分经》以十二经及命门、奇经为纲，统领所述诸药。在各经之下，以补、和、攻、散、寒、热等六类分述。这充分表明归经理论在清代受到医家的重视，并成为中药学的重要组成部分。

#### 四、药物的毒性

中药中有毒性药物早有人认识的，但对“毒”的含义，与今天我们所理解的毒性不完全一致。今之“毒”药，是指能使人体中毒并产生不良反应。就本草学的概念而言，早期的“毒”是引起剧烈的生理反应或明显的生理反应，不一定是中毒。据《淮南子·修务训》记载：“古者民茹草饮水，采树之实，食羸蚌之肉”，“神农尝百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所避就，当此之时，一日而遇七十毒。”这“毒”不应理解为“毒”药，而是指会引起身体剧烈反应之药物。如《周礼·天官·冢

宰》称：“医师掌医之政令，聚毒药以供医事。”这“毒药”是指具有治疗作用的药物。“疡医掌肿疡、溃疡、金疡、折疡之祝药、副杀之齐。凡疗疡，以五毒攻之，以五气养之，以五药疗之，以五味节之”。（《周礼·天官·冢宰》）这是指治疗疮疡，要用“五毒”攻之。“五毒”，据汉代郑玄注释，即石胆（胆矾）、丹砂、雄黄、矾石（一说礞石）、磁石等五种药物，都不是今天所理解的毒药。

人们对药物毒性的深入认识，知道药物毒性对人体的害处，控制药物的毒性并利用治疗疾病，既用于药物治病，又防止用药过度而中毒，这些临床经验，经过人们反复实践和总结，在《黄帝内经》中有明确记载。

“能毒者以厚药，不胜毒者以薄药。”（《素问·五常政大论》）所谓厚药薄药，系指药物作用峻烈的程度，包括毒性大小。就是说用毒药治病，要视病情和人体对毒性的耐受程度，灵活地应用药物及方剂。对于毒物或具有毒性药物，也要有量化的概念：“大毒治病，十去其六；常毒治病，十去其七；小毒治病，十去其八；无毒治病，十去其九。谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也。”（《素问·五常政大论》）这是古代中医对毒理的基本思想。

根据毒性的等级，在治病时酌情下药，确定药量。用其有毒性药物，到一定程度就停用，余下的病邪，可用饮食疗法调理。如不注意而用量过头，人体正气将受到损伤。这论点是十分科学的。

此后有《神农本草经》，对药物毒性作过分类和分析，但其认识仍然是较粗放笼统：“上药一百二十种为君，主养命以应天，无毒，多服久服不伤人。欲轻身益气，不老延年者本上经”；“中药一百二十种为臣，主养性以应人，无毒有毒，斟酌其宜。欲遏病补虚羸者本中经”；“下药一百二十五种为佐使，主治病以应地，多毒，不可久服。欲除寒热邪气，破积聚愈疾者本下经。”这几段文字见于《神农本草经》“序例”部分。书中对药物毒性分成三级：“无毒、无毒有毒及多毒”。从具

体药物的归类看,把丹砂这种含汞物归在“上品”是不合适的,实际上是反映了当时社会求长生不老而服石之风的盛行。道家思想使《神农本草经》对药物毒性在某种程度上产生偏见,把毒性大的药混入“上品”,但并非对毒药无所认识。书中指出了毒药应用的具体方法:“若用毒药治病,先起如黍粟,病去即止。不去则倍之,不去则十之,取去为度。”(《神农本草经·序》)这种由如黍粟大小,逐步加大量的方法,是十分科学的。“倍之”、“十之”,是循序渐进,不是绝对量。表明了对毒药应用是十分慎重的。用量最终标准是“取去为度”,这与《黄帝内经》中分大毒、常毒而取十去其六、其七的说法,有了进步和发展。

其后的本草学家对药物毒性有深入研究,深知某些药物有毒,不能像道家方士那样鼓吹随意长期服用。李时珍批判了这种颓废风气。“六朝以下贪生者服食,致成废笃而丧厥躯,不知若干人矣。方士固不足道,本草其可妄言哉?”(《本草纲目》卷九)李时珍在《本草纲目》中充分认识到,水银具有毒性,但依靠这毒性可治病,因而使用时一定要正确对待:“水银但不可服食尔,而其治病之功,不可掩也”,“此乃应变之兵,在用者能得肯綮而执其枢机焉。”(《本草纲目》卷九)明清本草学家对药物毒性的深刻认识,李时珍是典型一例。两晋南北朝时出现的本草炮炙专著,目的之一就是减少或消除药物毒性。清人汪汲的《解毒篇》,则是这方面的专著。

---

### 第三节 中药炮制及应用

---

中药大多取于自然界的现成赋予,如植物、动物、矿物等,最初时是拿来即用。随着人的认识的深入,逐渐了解到这些原材料需要一定的加工。最简单的加工,莫过于将植物所附的泥土、脏物,干枯部分去掉;把太大块的弄成较小的,便于利用的形态、体积。这就是对药物的

粗加工。这种加工步骤就是“炮制”。最初的这种加工,称为“炮炙”。宋代以后,才改称“炮制”。仅一字之差,表明了加工方法之进步。

## 一、中药炮制

### (一) 炮制的目的

中药炮制,最早是为了便于收藏,用的是极简单的方法。如《神农本草经·序例》称:药物“阴干暴干,采造时月生熟。”大意是采集到的药物,或者曝晒,或阴干,其采集时机也要有所选择。陶弘景则认为,凡是采集的时间适当,则药物的“势力淳浓”(《本草经集注·序例》)。这与药物的治疗作用有关。唐代《新修本草》也指出,如果用阴干法收藏鹿茸,“百不收一”。可见古人对药物加工炮制的目的是明确的。《神农本草经》没有提到各种药物的炮制,表明炮炙在汉代尚未得到应有的重视。

自雷敫《雷公炮炙论》问世以后,炮炙药物逐步受到重视。此书重点是论述各种炮炙加工药物的方法,但未专门论述炮炙的目的。从历代本草学专著及炮炙专著可知炮炙药物有如下目的:

(1) 便于保管药物。不用适当方法加工,药物将霉变腐烂,无法保存。“凡用蜜,皆先火煎,掠去其沫,令色微黄,则丸药经久不坏。”(《本草经集注·序例》)

(2) 减少刺激性。不少药物对人体有刺激性,若加工炮炙后即可减少或消除刺激性,便于服用。陶弘景指出:“凡汤酒丸散膏中,用半夏皆且完。用热汤洗去上滑,以手掷之皮释随剥去,更复易汤洗令滑尽。不尔,戟人咽喉”(转引《证类本草》)。《本草衍义》所载厚朴也是如此:“厚朴有油味苦,不以姜制则棘人喉舌。”经加工炮炙,则可消除刺激性。

(3) 使药物使用份量准确。有一些药物在古代是以较原始的重

量单位来处方的。如《本草经集注·序例》说：“凡方云巴豆若干枚者，粒有大小，当去心皮秤之，以一分准十六枚。附子，乌头若干枚者，去皮毕，以半两准一枚。枳实若干枚者，去瓤毕，以一分准二枚。橘皮一分准三枚……”这里提到的巴豆、附子、乌头、枳实等，药物作用剧烈且有一定毒性的。医者处方即以枚、累、粒等原始的方法来计量，其粒枚有大小不匀，故必须先作加工，如去皮、去心、去瓤，之后再秤量，这样使份量更加准确，不致服后发生意外。

(4) 避免加工不当而变质，影响药效。药物切割加工，变成较小颗粒，便于煎熬或制成药剂。这种分割加工，称为“咬咀”。就是用牙齿直接切咬。寇宗奭在《本草衍义·序例》中说过：“咬咀有含味之意，如人以口齿咀嚼，虽破而不尘。古方多言咬咀，此义也。”李杲明确指出：“咬咀，古制也。古无铁刃，以口咬细，令如麻豆煎之，今人以刀锉细尔。”（《用药法象》）这是最初步简单的加工，目的是锉细后便于入药。

用咬咀加工，并不是由于当时缺少铁刃。李时珍《本草纲目·序例》这样认为：“凡诸草木药及滋补药，并忌铁器，金性克木之生发之气，肝肾受伤也。惟宜铜刀、竹刀修治乃佳。亦有忌铜器者，并宜如法。凡散须用青铜碾、石磨、石臼，其砂石者不良。”虽未能道出其原理，但已成为一种常识。据后人研究分析，不少药物的化学成份，如与铁混合，即起化合作用，会失去疗效。如用铜、竹等则没有这一弊病。

(5) 减少毒性，增强药力。中药诸药物有不少是借用毒力起治疗作用的，但过强会伤及人身，所以要把毒性控制在可接受的限度之内。再者，对于无毒性的药物，通过炮炙，可充分发挥治疗作用。李时珍《本草纲目》卷一七以附子为例：“附子生用则发散，熟用则峻补。生用者，须如阴制之法，去皮脐入药。熟用者，以水浸过，炮令发拆，去皮脐，乘热切片再炒，令内外俱黄，去火毒入药。又法：每一个，用甘草二钱、盐水、姜汁、童尿各半盞，同煮熟，出火毒一夜用之，则毒去也。”这

是利用炮制方法,使药物毒性汰弃。也有加工炮制后的药物原有治疗作用会增强的,如“藜芦剔取根微炙;枳实去其瓢,亦炙之;椒去实于鎗中微熬令汗出,则有势力。”(《本草经集注·序例》)也就是发挥药物的药力,使其更纯净有力。

(6) 改变药效。这是通过长期临床实践取得的经验。以地黄为例:“干地黄,《本经》不言生干及蒸干。方家所用二物各别,蒸干即温补,生干即平宜,当依此法用。”(《本草经集注·序例》)“生地黄,大寒,解诸热。”(陈藏器:《本草拾遗》)“熟地黄:做熟地黄法,取肥地黄三二十斤净洗,别以拣下瘦短者三二十斤捣绞取汁,投石器中,浸滤令泮,甑上蒸三四过,时时浸滤转蒸讫,又暴使汁尽。其地黄当光黑如漆,味甘如饴。须甑器收之,以其脂柔喜润也。”(苏颂:《图经本草》)“填骨髓,长肌肉,生精血,补五脏内伤不足,通血脉,利耳目,黑须发”。(《本草纲目》卷一六“地黄”)同是一味地黄,由于用阴干、蒸干、新鲜生地、熟地等不同制备方法,其治疗效果也各异。可见炮制在中药学中具有的积极意义。

炮制技术还可举出其他一些作用,如便于加工制作,制备不同剂型;便于运输贮藏等等。

## (二) 炮制的步骤和方法

炮制的出现和完善是有过程的。最初加工仅限于除掉污秽泥土、不合用部分等简单方法,后来逐渐发展到用加温、加入其他物质使药材起化学变化等。《神农本草经》基本未涉及炮炙的问题。

雷敫《雷公炮炙论》总结了公元五世纪以前本草学在炮炙方面的知识。全书分上、中、下三卷,收入近三百种药,涉及炮炙方法有如下几种:

- (1) 修制。包括纯净、粉碎和切制等加工方法。
- (2) 水制。包括有浴、洗、浸等。
- (3) 火制。包括有炙、焙、炒、炮、煨等。

(4) 水火共制。包括有熬、煎、煮、蒸等。

以上是《雷公炮炙论》中涉及的炮炙方法。另据明人缪希雍《炮炙大法》记载：“按雷公炮制法有十七：曰炮、曰熅、曰煨、曰炙、曰煨、曰炒、曰煨、曰炼、曰制、曰度、曰飞、曰伏、曰镑、曰捺、曰晒、曰曝、曰露是也，用者宜如法，各尽其宜。”这就是“炮制十七法”。后代炮制中药大多出自雷公，故有“如法炮制”之谚。

宋代时中药炮制大有进步。《苏沈良方》记述煨制法有：湿纸煨、煨制、泥裹烧通赤、炮醋炙、酒制、姜汁制、蜜制、炭制、微火炒、纸包炒、麸炒、黑豆蒸、水飞等。不少炮制法都比雷公炮炙法有了发展。如附子用姜汁煮，对消除毒性有较好作用。对半夏用水浸透，内无白星为度，入明矾生姜水煮透，略干切片。这样制出的清半夏则毒性消失。

明清时炮制更趋完善。有关专著除《炮炙大法》、《雷公炮制药性解》外，《本草纲目》在每味药下均有“修治”一项论炮制法。

## 二、中药的配伍和禁忌

最早的中药是单味加以应用的。甲骨文中“疔用鱼”、“痲秉枣”，就是用鱼治疗小腹病(疔)，用枣来治疗疟疾(痲)。中医一般是利用多种药物组成复方，复方治疗是中医特色之一。古代人们在制作食物汤肴时已开始形成复方，所谓“汤液”。故中医称“医食同源”，在摄食不同食物的同时，也创造了药物的治疗。

周代时已有复方。如：“食医掌和王之六食、六饮、六膳、百羞、百酱、八珍之齐。”“疡医掌肿疡、溃瘍、金瘍、折瘍之祝药、副杀之齐。”(《周礼·天官·冢宰》)这里的“和”，就是配制、和合；“齐”，即后来的“剂”。《史记》提及扁鹊用“八减之齐和煮之”治愈虢太子的暴厥证，可见战国时已出现和合复方。

《黄帝内经》和《神农本草经》中对如何组成一则复方有严格规

则：“主病之谓君，佐君之谓臣，应臣之谓使。”（《素问·至真要大论》）这是借用封建的政治术语来比喻治病复方。有严格的组成规律，各味组成药物在一则复方中有主次之分。由于疾病情况和性质的复杂性，复方组成也各不相同。方剂中有如下几种：“君一臣二，奇之制也；君二臣四，偶之制也；君二臣三，奇之制也；君二臣六，偶之制也。”“君一臣二，制之小也。”“君一臣三佐九，制之大也。补上治上制以缓，补下治下制以急。奇之不去，则偶之，是谓重方。”（《素问·至真要大论》）由此可见方剂的组成就有大方、小方、缓方、急方、奇方、偶方和复方（重方），《本草纲目》称此为“七方”。各种方的组成，都有严格规定，小方只三味，大方可十三味；奇方为单数，偶方为双数。这组方原则是具有指导意义的。

除这种严格原则之外，各种药物在组方时，还要保持协调，不相牴牾。“有单行者，有相须者，有相使者，有相畏者，有相恶者，有相反者，有相杀者。凡此七情，合和视之。当用相须、相使者良，勿用相恶、相反者。”（《神农本草经·序例》）这“七情”在配合复方剂时十分重要。张仲景《伤寒杂病论》所收有关方子都严格按上述原则组成。如：麻黄汤由麻黄、桂枝、甘草、杏仁四味组成；大青龙汤由麻黄汤加生姜、大枣、生石膏；小青龙汤由麻黄汤去杏仁、加上芍药、半夏、五味子、细辛、干姜。三方均以麻黄为君，并由臣、佐、使组成。这种按《内经》组方原则拟出的方剂，称为“经方”。张仲景也被尊为“经方之祖”。

在配方时应注意配伍禁忌，何者是相杀相反、相畏相恶。如果利用好这些特点，可发挥药物的疗效。如：“半夏有毒，用之必须生姜，此是取其所畏，以相制尔。”（《证类本草·序例》）这里利用半夏与生姜相畏恶的特点，去其毒性，而保留其止咳嗽上气、时气呕逆等治疗作用。但在同一则复方中，必须十分注意这种畏恶作用，以免方剂失去疗效。五代韩保昇在《蜀本草》中有过论述：“《本经》三百六十五种中：单行者七十一一种，相须者十二种，相使者九十种，相畏者七十八



种,相恶者六十种,相反者十八种,相杀者三十六种。凡此七情,和合视之。”(转引《本草纲目·序例》)这种有关相畏恶的配伍内容,此后更为医家所重视。在明代,有高儒托名李杲著的《东垣药性赋》,由钱允治厘定成书《珍珠囊指掌补遗药性赋》,并与《雷公炮制药性解》合刊,称《雷公药性赋》。在《东垣药性赋》中,就有所谓“十九畏”和“十八反”的内容:

“十九畏歌:硫黄原是火中精,朴硝一见便相争;水银莫与砒霜见,狼毒最怕密陀僧;巴豆性烈最为上,偏与牵牛不顺情;丁香莫与郁金见,牙硝难合京三棱;川乌草乌不顺犀,人参最怕五灵脂;官桂善能调冷气,石脂相遇便相欺。”

“十八反歌:本草明言十八反,半萆贝菝芩攻乌,藻戟遂芫俱战草,诸参辛芍叛藜芦。”(《雷公药性赋》卷一)十八反歌中所用药物均为简称,包括甘草、反甘遂、大戟、海藻、芫花;乌头反贝母、括楼、半夏、白薇、白芨;藜芦反人参、沙参、丹参、玄参、细辛、芍药等。

这些反、畏药物,经现代动物实验证明,有些确实有一定科学道理。如,大戟、芫花、甘遂的毒性在与甘草配伍时明显增强。但多数畏反的药物,在历代方书配伍中,同一复方中也可出现。如,张仲景《金匱要略》有甘遂半夏汤;清代《医宗金鉴》海藻玉壶汤用甘草与海藻同治瘰疬;《本草纲目》有把人参和五灵脂同用的记录。因此这些畏恶相反的药物,尚可进一步研究,但前人的经验仍可借鉴。

### 三、中药的剂型和剂量

中药治病按一定的形式给药,称为剂型。最早的药物是未加工的自然药,没有任何剂型。后来出现了最早的汤剂。长沙马王堆出土的汉代医书《五十二病方》、《养生方》中已有多种剂型,包括丸剂、水剂、药末(散)剂、酒剂和醋剂及油脂剂。以后逐渐改进、完善,淘汰一些不

方便的剂型。汉代最常见的为汤剂、丸剂、散剂等。《神农本草经·序例》提到“药性有宜丸者，宜散者，宜水煮者，宜酒渍者，宜膏煎者，亦有一物兼宜者……”至今中医药常用的剂型有：汤剂、丸剂、散剂、膏剂、胶剂、酒剂、片剂等。

服药剂量与治疗效果十分密切，合适的剂量对疾病能起到加速治疗效果。决定最合适的剂量是经过长期摸索才成功的。早期的药物剂量衡量单位是相当原始、粗糙的，如马王堆出土的医书中用“齐”、“撮”、“把”、“挺”、“束”等。“取犁卢二齐、乌喙一齐、罍一齐，屈居×齐，芫花一齐，并和以车故脂……”（《五十二病方》）“欲廿，用七撮；欲十，用三撮。”（《养生方》）“齐”是一份之意，二齐是两份。这用的是粗略估计量。“撮”是用大指、食指、中指的指头一起抓，谓“一撮”。在《五十二病方》中，“撮”还有“三指小撮”、“三指撮到节”、“三指大撮”之分，但这种计量方法还是相当粗糙。还有“分”，如“三分合，取一分”（《五十二病方》）。这里的分是指一份、二份，也是一种粗略的估计。

马王堆出土的医书中还可见到“升”、“斗”、“合”等容量单位。不足一升的，则有“半升”、“少半升”、“四分升一”（即 $1/4$ 升）、“九分升二”（即 $2/9$ 升）、“廿分斗一”（ $1/20$ 斗）等不同计量。《五十二病方》中尚有“参”，如“术一参”、“为汁一参”。此“参”，在《急就篇》中有“蠡斗参升半卮筭”。据考证，一参相当于“三分之一斗”。

马王堆出土的医书中记有重量单位，如铢、两、斤；长度有寸、尺等。此后，《黄帝内经》及汉《居延汉简》、《伤寒杂病论》中医药计量，与先秦时无大差别。也有少数新增加的，如《伤寒杂病论》以枚计量大枣、附子。又用一种新的单位计量药末。“伤寒四物，乌喙十分，细辛六分，术十分，桂四分。以温汤饮一斗圭，日三，夜再，行解，不出汗。”（《居延汉简》甲篇第五〇九简）“消石矾石散方：硝石，矾石烧等分。以上二味为散，以大麦粥汁和服方寸匕，日三服，病随大小便去，小便正

黄,大便正黑,是候也。”(《金匱要略·黄疸病脉证并治第十六》)这里的“刀圭”、“方寸匕”,是用一寸见方的刀具去量取药末的计量。陶弘景对中药的度量衡有所研究,《本草经集注·序例》有专节论述:“方寸匕者,作匕正方一寸,抄散取不落为度。钱五匕者,今五铢钱边五字者以抄之,亦令不落为度。”又说:“有云刀圭者,十分方寸之一,准如梧桐子大也。”这种计量法在汉代以后仍沿用。

关于容量的单位,陶弘景也有解释:“凡方云半夏一升,洗毕称五两为正。蜀椒一升,三两为正。吴茱萸一升,五两为正。菟丝子一升,九两为正。菴蒿子一升,四两为正。蛇床子一升,三两半为正。地肤子一升,四两为正。”这是对药物的“升”单位作标准化衡量的尝试。由于药物形体各异,同为一升,有的重三两,有的多到九两。所以陶弘景提出建议:“云某子一升者,其子各有虚实、轻重,不可通以秤准,皆取平升为正。”可以用容量与重量互换来达到标准化。对于前代那种含混其辞的单位,陶弘景也尽力提出客观的标准化:“凡方云巴豆若干枚者,粒有大小,当先去心皮,乃称之,以一分准十六枚。附子、乌头若干枚者,去皮毕,以半两准一枚。枳实若干枚者,去穰毕,以一分准二枚。橘皮一分准三枚。枣有大小,三枚准一两。云干姜一累者,以重一两为正。”这些以“枚”、“累”计量单位,使中药比以前有了较为标准的初步量化。

关于药物用长度的衡量,陶弘景也有论述:“凡方云用挂一尺者,削去皮毕,重半两为正;甘草一尺者,重二两为正。”各种药材有粗有细,只计长度,其重量可能相差很大,这样来换算成重量,就有客观化标准了。对一些含混的单位他也作了规定:“云某草一束者,以重三两为正;云一把者,重二两为正。”对重量与容量的换算:“蜜一斤者,有七合;猪膏一斤者,有一升二合也。”陶弘景对中药剂量的规范化是有贡献的。

---

## 第四节 中医方剂概况

---

### 一、方剂的源流

我国中医方剂的历史相当悠久。在原始社会,先民们已发现药物并试用于治疗疾病。经过长年累月的医疗实践,逐步认识到诸多病证使用几味药配合疗效更好,于是形成了方剂。最早的方剂著作是长沙马王堆汉墓出土医书《五十二病方》。《汉书·艺文志》也列有经方十一家,说明在春秋战国时已具有较系统的方剂理论及临床多种病证的治疗方剂。东汉人张仲景创造性地融理、法、方、药于一体,针对当时死亡率很高的伤寒病以及多种内科杂病等,撰成《伤寒杂病论》,为方剂学的完善和发展奠定坚实的基础。南北朝时北齐人徐之才的《药对》,将药物按功能归为“宣、通、补、泄、轻、重、滑、涩、燥、湿”十种,成为后世方剂分类之先导。

晋代以后,方书渐多。晋代葛洪撰《肘后备急方》,选方简、便、验、廉,流传相当广泛。唐代孙思邈的《备急千金要方》、《千金翼方》和王焘的《外台秘要》,汇集历代名方,海外来方,宗教用方等,予以分门别类,使唐代以前的名家名方得以传世。

宋代的方书载方多者有:《太平圣惠方》载方一万六千八百三十四首,《圣济总录》收方近二万。选方精者有《太平惠民和剂局方》,集方八百首,为全国所献效方经太医局检验其效,颁行全国,作为修制成药的依据,是中国医学史上第一部官修药典及中成药手册。其中许多方剂,迄今仍为临床所常用。金代成无己《伤寒明理论》剖析二十首伤寒方的组方理论专著。宋代钱乙《小儿药证直诀》专收小儿用方,陈自明《妇人大全良方》专收妇人用方,陈言《三因极一病证方论》“有论

有方,文词典雅”,严用和《济生方》“不泛不繁,用之有功”,许叔微《普济本事方》有方有验,切合临床。还有《苏沈良方》、《史载之方》、《全生指迷方》、《东垣试效方》、危亦林《世医得效方》等,对后世方剂发展均有很大影响。

明清两代方书选方多者有:朱橚《普济方》,载方六万一千七百三十九首,是收方量最多之一种。选方精者有吴崑《医方考》,载方七百零九首,选方均能“考其方药,考其见证,考其名义,考其事迹,考其变通,考其得失,考其所以然之故”。此外,方贤《奇效良方》、王肯堂《类方准绳》、张景岳《新方八阵》、张璐《祖方》、徐灵胎《伤寒类方》、汪昂《医方集解》和《汤头歌诀》、罗美《古今名医方论》、张璐《千金方衍义》、王晋三《绛雪园古方选注》、吴仪洛《成方切用》、费伯雄《医方论》等,均为现存明清方书之代表作。其中或以治法类方,或以源流论方,或辑录名家方论,或以歌诀传方,皆为研究中医方剂的重要资料。

从以上资料表明,中医方剂是在历代医家广泛实践的基础上逐步发展成熟的。

## 二、方剂与中医治法

中医治疗使用的方剂,是在辨证求因决定治法之后,选择合适的药物,酌定用量,按照组方原则妥善配伍而成,是辨证论治的主要工具之一。

从中医学的形成和发展来看,治法是在积累了相当医疗经验的基础上总结出来的,其理论后于方药形成。当治法由经验上升为理论之后,就形成临证遣方用药和运用成方的指导原则,方剂便成为体现和完成治法的主要手段。临证虽然是“方以药成”,但首先要“方从法出,法随证立”。两者之间的关系是相互为用,密不可分,因之要理解

方剂和治法的关系,才能准确而缜密地遣药组方。

关于中医临床的常用治法,在张仲景《伤寒杂病论》所述方治内容中,已有汗、吐、下、和、温、清、补、消等八种治法,后世称为“八法”(程钟龄:《医学心悟》),分述如下:

#### 1. 汗法

此是通过宣发肺气,调畅营卫,开泄腠理等作用而驱邪外出之法。如,外感表证,麻疹初起,疹点隐而不透;腰以上水肿证;疮疡初起有恶寒发热;疟疾、痢疾夹寒热表证等等,均运用汗法治疗。汗法又分为辛温发汗和辛凉发汗的区别。

#### 2. 吐法

此是通过涌吐,使停留在咽喉、胸膈、胃脘等部位的痰涎、宿食或毒物从口中吐出,以劫邪外出为主之法,每易损伤胃气,故多用于实邪壅塞,病情急骤的患者。体弱多病、孕妇小儿须予慎用。

#### 3. 下法

此是通过荡涤胃肠,泻出肠中积滞,或积水、瘀血,使停留于胃肠的宿食、燥屎、冷积、结痰等病理产物从下窍而出之法,以祛除病邪。凡邪在肠胃的实证均可使用。下法又分为寒下、润下、温下、逐水、攻补兼施等。

#### 4. 和法

此是通过和解或调和的作用,以祛除病邪为目的的治法。范围较广,分类也多。临床多用有和解少阳、调和肝脾、舒肝和胃、调和肠胃、和中降逆等。用药以寒热并用、补泻合剂、表里同治、扶正驱邪兼施为特点。

#### 5. 温法

此是通过温中、祛寒、回阳、通络等作用,使寒邪去,阳气复,经络通,血脉和,适用于寒邪凝滞于脏腑经络之法。寒邪凝聚部位有上、中、下之异,在脏腑、在经络之别,故温法又分为温中祛寒、回阳救逆、

温经散寒等。

#### 6. 清法

此是通过清热泻火,以清除火热邪气,治疗里热证之法。又分为清气分热、清营凉血、气血两清、清热解毒、清脏腑热等不同方法。

#### 7. 消法

此是通过消食导滞和消坚散结作用,使气、血、痰、食、水、虫等积聚的有形之邪渐消缓散的治法。分为消导食积、消痞化癥、消痰祛水、消疳杀虫、消疮散痈等。

#### 8. 补法

此是通过滋养人体气血阴阳,而治疗人体脏腑虚弱、气衰血少、生长迟缓、过早衰老之法。常用又分为补气、补血、补阴、补阳、分补五脏等。

上述八法,除吐法外,均为临床常用。对于复杂的病证,往往不是一种治法能完全符合治疗要求。因此,在理解八法时,既要掌握各法具体特点,又要防止孤立、片面地单一使用。正如程钟龄《医学心悟》所指出:“一法之中,八法备焉,八法之中,百法备焉。”融会贯通八法精髓,才能切中病情。

## 三、方剂的类型

### (一) 方剂的分类

历代医家对方剂主要有:“七方”、“十剂”、“按病类方”、“按法类方”等说法。

(1) “七方”说。始于《内经》。金代成无己《伤寒明理论》将《内经》“七方”说明确为:“制方之用,大、小、缓、急、奇、偶、复七方是也。”这是最早的方剂分类法。但至今未见过有按“七方”分类的方书,故此说尚待进一步研究。

(2) “十剂”说。始于南北朝时北齐人徐之才《药对》，称：“药有宣、通、补、泄、轻、重、滑、涩、燥、湿十种”。宋代《本草衍义》又增加寒、热二种，称为“十二剂”。明代缪仲淳《本经逢原》则又另加升、降二剂。历代方书中除清人陈修园《时方歌括》是按“十二剂”分类外，其他亦不见按“十剂”分类的。

(3) 按病证分类。最早可追溯到《五十二病方》，后来《汉书·艺文志·方伎略》载有经方十一家，从书名看是按病证分类的。宋代《太平圣惠方》和明代《普济方》等都是按病证分类。由于此种分法未能尽赅众方，故明代以后很少采用。

(4) 按治法分类。代表者当推明代张景岳。张景岳将方剂分为八种，即补、和、攻、散、寒、热、固、因，名为“八阵”。此为现代中医方剂分类法之雏形。清人汪昂《医方集解》和《汤头歌诀》，则按治法功效分为发表、涌吐、攻里等二十二类。这种分类法，概念明确，可赅众方，切合临床，经后来医家略加增损，沿用至今。现代方剂分类法仍以汪昂方法为蓝本，将常用的约八百余方剂分为二十一类，有解表、泻下、和解、清热、祛暑、温里、表里双解、补益、安神、开窍、固涩、理气、理血、治风、治燥、祛湿、祛痰、消导化积、驱虫、涌吐、痲疡等。

## (二) 方剂的组成及变化

方剂是运用单味药物治疗的发展和提高。药物功用各有所长，亦各有所偏。只有合理配伍药物，才能调其偏胜，制其毒性，增强或改变其原有作用，消除对人体的不利因素。药物之间的相辅相成，相反相制，综合作用，使各具特性的群药构成一个有机的整体，发挥其方剂效能。

### 1. 组成原则

每首方剂的组成，固然必须根据病情，在辨证立法的基础上选择合适的药物，但在配伍组成方面还要遵循严格的原则。这就是必须按君、臣、佐、使的配伍关系组方。



(1) 君药:是针对主病或主证起主要治疗作用的药物,为组方不可缺少之主药;

(2) 臣药:有两种意义,一是辅助君药加强治疗主病主证。二是对兼病或兼证起到主要治疗作用;

(3) 佐药:有三种意义,一是佐助药,即配合君药、臣药加强治疗作用,或直接治疗次要症状。二是佐制药,即用以消除或减弱君药、臣药的毒性,制约君药、臣药的峻烈之性。三是反佐药,在病重邪甚,可能拒药时,配用与君药性味相反又能起治疗作用的药物;

(4) 使药:有两种意义,一是引经药,能引方中诸药到达病所。二是调和药,即可以调和方中诸药。

每一方剂的具体药味多少,以及君、臣、佐、使是否齐备,须根据病证情况及治疗要求,以及所选药物的功用来决定。但是每方中必有君药,君药的味数较少,而且无论何药做君药,其用量要比该药在做臣、使、佐药时用量要大。

## 2. 方剂的配伍变化

组成方剂时,具体药物的选择,配伍关系的安排,药量大小的确定,剂型服法的要求等等,都与病证变化,体质的强弱,年龄的大小,四时气候的不同,地土方宜的变异密切相关。因而组方用药又要求有灵活的变化。

(1) 药味加减的变化:当方剂中药味增加或减少时,必然使方剂组成的配伍关系发生变化,并导致方剂功效改变。这种变化方法主要指导临床选用成方。但应注意,对所选成方药味予以加减时,不可减去君药,否则就不能说是某方的加减。

(2) 药量加减的变化:这种变化是指组成方剂的药物不变,但方中药物的药量有了改变,因而改变了该方的功用。如小承气汤与厚朴三物汤,皆由大黄、枳实、厚朴三味药组成,只厚朴的用量不同,二方主治便有所不同。

(3) 剂型更换的变化:中药制剂种类较多,各有特点。同一个方剂,配制时剂型不同,其治疗作用也不同,主要是要根据病情需要来决定。如抵挡汤与抵挡丸,方剂组成完全相同,只是汤、丸剂型不同,功用有别,也是因病证轻重不同而决定的。

### (三) 方剂剂型

药物配伍组成方剂,须结合病情的需要和治疗的要求予以选择应用并发挥药效。采用现代制作方法,所研究的各种新剂型,更能适应临床的需要。常用的药剂剂型有:

#### 1. 汤剂

汤剂古称“汤液”。相传由商朝宰相伊尹“撰用神农本草以为汤液”(皇甫谧:《针灸甲乙经·序》),汤剂系将药物配齐用水浸透后,煮沸,去滓取其汁,多为内服剂。特点是吸收快,便于加减使用,适用于各科病证。为最常见的剂型。

#### 2. 散剂

散剂系将药物碾碎,混匀为干燥粉末。内服之散剂散末较细,亦可用作外敷(如外科疮疡用以撒敷疮面),并可用以点眼、吹喉治疗眼、喉、口腔疾病。特点是制作简便,节省药材,不易变质,携带使用方便。

#### 3. 丸剂

《内经》中《素问·腹中论》明确载述四乌贼骨——蕤茹丸,治疗妇女血枯经闭。系将药物研为细末,入蜜、水、米糊、面糊、酒、醋、药汁等作为赋型剂做成圆形固体状。发挥药力缓慢,作用持久,适用于多种慢性病。特点是体积小,服用、携带、贮存均很方便。临床常用的丸剂有水丸、蜜丸、糊丸、浓缩丸等。

#### 4. 膏剂

膏剂是将药物用水或植物油煎熬浓缩而成。有内服、外用两种。

(1) 内服膏剂包括流浸膏、浸膏、煎膏。流浸膏是用溶媒浸出药

物有效成分后,将一部分溶媒低温蒸发除去,除特别规定外,一毫升流浸膏有效成分相当于一克药材。浸膏是将溶媒全部除去,呈半固体或固体状,每一毫升浸膏相当二至五克药材。软浸膏为半固体,可制坐剂或丸剂。干浸膏为固体,可装入胶囊或直接冲服。煎膏是将药材反复煎煮去渣浓缩加蜜糖熬成,又称滋膏,味甘美,大多用作补养。

(2) 外用膏剂有硬膏、软膏之分,软膏是用基质与药物混匀的半固体外涂剂,可涂于局部皮肤粘膜。硬膏是药物用油熬浓去渣加黄丹、白蜡等制成,涂于白布、油纸等裱背材料上,亦称黑膏药,多用于跌打损伤、风湿痹痛等证,如狗皮膏、跌打膏等已有千余年历史。

#### 5. 丹剂

丹剂分内服、外用两种。内服丹剂用贵重药材制成,将细药粉用粘性药汁混匀制成颗粒细小的圆丹。常用于急救及重证。外用丹剂则用矿物药加工而成,专供外用。

#### 6. 酒剂

酒剂是将药材用酒泡制或用酒水同煮后去渣取液而成,古称“醪醴”。商朝便有药酒之制,至今已有数千年历史。

#### 7. 茶剂

茶剂是用药物粉末与粘合剂混合制成固体剂型,如茶一冲即可饮。

#### 8. 药露

药露是以有挥发性的药物浸水加热蒸馏而成。宋代时从大食、琉球等国来的贡品中就有金银花露、玫瑰露等药品。

#### 9. 锭剂、饼剂

这是药物细末加糊粉、蜜及赋型剂制成固体锭状饼状。可磨后服用。有太乙紫金锭自宋代沿用至今。

#### 10. 条剂

条剂又称“纸捻”,用桑皮纸粘药后搓成细条状制剂。外科常用,

插入疮中可化腐拔脓。如系艾绒用纸裹制成圆条,称为艾条。临床常用于灸治。

#### 11. 线剂

线剂是用丝线棉线浸透药液煮制干燥而成。外科用于结扎瘰管、赘瘤等。

#### 12. 片剂

片剂是中药加工提炼后再与辅料混合压制而成。特点为体积小、剂量准确。并可裹以糖衣去苦味,或包以肠溶衣,使之在肠道内溶解吸收。为现代广泛使用的内服剂型。

此外有糖浆剂、冲服剂、针剂、海绵剂、油剂、气雾剂、栓剂、霜剂和胶囊以及各种外用制剂。剂型纷繁多样,体现了中医医家的聪明智慧和丰富的治疗手段。

### 四、常用方剂举要

在中医药有关教材中,一般是把临床常用方剂规范为四百首左右,又按方剂功效及治法分为二十一类。今择要作一简介。

#### (一) 解表剂

凡用解表药物为主组方,具有发汗、解肌、透疹等作用,可治疗外感表证的方剂,统称为解表剂,属“汗法”方剂。但是,外感六淫有寒热之异,患者病情有虚实之别,又有兼证、宿疾之分,故解表剂可分为辛温解表、辛凉解表、扶正解表三类。

(1) 常用辛温解表剂,有麻黄汤、桂枝汤(二方见于《伤寒论》)等,主治不同的外感风寒病症。

(2) 常用辛凉解表剂,有桑菊饮、银翘散(二方见于《温病条辨》)等,分别主治外感风热和外感温热病症;而《伤寒论》名方麻杏石甘汤则适于外感风热、痰热壅肺等症。儿科另有解表透疹、辛凉解表的名

方,如升麻葛根汤、竹叶柳蒡汤等。

(3) 扶正解表剂,代表性的方有:人参败毒散(《小儿药证直诀》),治疗气虚体质之外感风寒症;人参再造散(《伤寒六书》),治疗阳气不足之外感风寒;葱白七味饮(《外台秘要》),治血虚外感风寒证;加减葳蕤汤(《通俗伤寒论》),治阴虚外感症等。

## (二) 泻下剂

凡以泻下药为主组方,具有通大便、清除肠胃积滞、攻逐水饮、荡涤实热功用,治疗里热实证的方剂,统称为泻下剂,属“下法”方剂。由于里实证病因不尽相同,人之素体有虚实之别,泻下剂相应地分为寒下、润下、温下、逐水、攻补兼施五类。

(1) 寒下剂,代表方有张仲景名方三承气汤(大承气汤、小承气汤、调胃承气汤),均用于治疗便秘高热,阳明腑实证。三方之间,只在厚朴、大黄、芒硝三药剂量上巧妙变化,使通腑泻热得以灵活妙用。

(2) 温下剂,代表方有《金匱要略》名方大黄附子汤(大黄、附子、细辛),治疗阳气不足,肠胃蠕动无力的便秘证;《备急千金要方》温脾汤在上方中加入干姜、人参,治疗脾肾阳气俱虚的老年性便秘。

(3) 润下剂,有麻子仁丸(《伤寒论》),治大肠燥结,阴津不足的肠燥便秘;济川煎(《景岳全书》),治老年肾虚精亏,肠燥便秘。此两方是润下剂代表方。

(4) 攻补兼施,患者如既有气阴两虚,又肠热便秘,则选用吴鞠通的新加黄龙汤、增液承气汤二方,使之扶正驱邪,兼施攻补。

## (三) 和解剂

凡采用调和的方法,以解除少阳半表半里之邪,肝脾失调,寒热互结之证者,统称为和解剂,属于“和法”方剂。此为治疗少阳胆经病证而设,但胆附于肝,肝胆病变关系密切,如肝胆失调,常会影响脾胃升降,所以调和剂又分为和解少阳、调和肝脾、调和肠胃三类。

(1) 和解少阳,代表方有小柴胡汤,专治少阳胆经有热,口苦咽

干,心烦喜呕,往来寒热,胸胁胀满等证。如兼见胆经痰热,呕吐黄水、苦水,胁部胀疼,可选用俞根初《通俗伤寒论》中的蒿芩清胆汤和柴胡达原饮。

(2) 调和肝脾,代表方有四逆散(《伤寒论》),治脾脾不和,腹疼腹泻,逍遥散(《太平惠民和济局方》),治肝气不舒、血虚脾弱而致的各种妇科病。《丹溪心法》的痛泻要方,系主治因肝郁脾虚的腹泻腹疼,泻后痛仍不止的病症。

(3) 调和脾胃,以张仲景的诸泻心汤为最有代表性。配药辛升苦降,和胃降逆,消痞止痛,可治临床多种肠胃病。

#### (四) 清 热 剂

凡以清热药为主组方,具有清热、泻火、凉血、解毒、滋阴清热等作用的方剂,统称为清热剂,属“清法”方剂。此专为治里热症而设。因里热有深浅部位、在脏在腑的不同,故又分为清气分、血分、清热解毒,清脏腑热,清虚热等几类。使用清热剂必须注意辨别实热虚热、真热假热。此剂大多用药苦寒,须配伍和胃之品,以免苦寒伤胃。

(1) 清气分,代表方有张仲景的白虎汤(《伤寒论》),治大热、大渴、大汗、脉洪大的气分实热及夏日伤暑等症。若津液大伤、元气亦伤又加汗多乏力,则用张仲景的竹叶石膏汤,气阴两补,兼清暑热。

(2) 血分,代表方首推孙思邈《备急千金要方》的犀角地黄汤。其功能为清热解毒,凉血散瘀,治各种热毒发斑、发疹及热极出血症。《温病条辨》中的清营汤亦为名方,专治高烧昏迷,斑疹隐隐等营分实热证,尤以“透热转营”为奥旨。

(3) 清热解毒,此类方适应证较广。黄连解毒汤(《外台秘要》),可治一切实热火毒,诸如内热便秘高烧,湿热黄疸,外科痈疽疔疮等。凉膈散(《太平惠民和济局方》),治胸膈壅热,便秘高烧。金代名医李东垣的普济消毒饮,治大头瘟等一切火热瘟毒发于头面上焦之症。据传此方曾被石刻立碑于交通路口,便于过往行人广泛传抄。清人余霖

创用之清瘟败毒饮,则能凉血泻火,治瘟疫证见斑疹吐衄、高烧抽搐等证。

(4) 清脏腑热,名方较多。如,导赤散,治心经热移于小肠,口糜尿淋;龙胆泻肝汤,可清肝胆实火湿热;左金丸,清肝和胃,治泛酸呕噎;泻白散,清肺中郁热,止咳定喘;泻黄散,清脾胃郁热,牙痛口臭;玉女煎,治阴虚发热,消渴善饥等;芍药汤,治肠道湿热,下痢脓血赤白相兼;白头翁汤,治下痢脓血,赤多白少。

(5) 清虚热,能滋阴清热。有青蒿鳖甲汤,善治夜热早凉,热退无汗的阴伤邪伏之证。秦艽鳖甲汤,可治一切阴虚劳热消瘦,潮热盗汗等。当归六黄汤,治阴虚尚有实火,虽潮热盗汗却有便秘口渴等证。

### (五) 补益剂

凡以补益药为主组成,具有滋养、补益人体气血阴阳之不足,用以治疗各种虚损证的方剂,统称为补益剂,如张仲景《伤寒杂病论》中的黄芪建中汤、金匱肾气丸等,属“补法”方剂。后世临床按功用分为补气、补血、气血双补、补阴、补阳五类。

(1) 补气方,常用有四君子汤、参苓白术散、补中益气汤、生脉散、人参蛤蚧散等。四君子汤,以益气健脾,为诸益气方中基本方。参苓白术散,除益气健脾外,又能和胃化湿,兼治脾不运化的脘痞便溏等症。补中益气汤,具有益气升阳之特点,除补脾外,尚治气虚发热,阳气下陷、下脱,内脏下垂等症。生脉散,除益气之外,敛阴止汗功用明显,适用于气阴两虚症。人参蛤蚧散,益肺肾之气,主治久虚咳喘。

(2) 补血方,代表方有四物汤、当归补血汤、归脾汤、炙甘草汤。四物汤,补血调血,为治一切崩漏失血、月经不调的基本方。当归补血汤,可补气生血,虽为血虚,但补气须在补血之先,所谓气旺则血生。归脾汤,养心健脾,适用于心脾血虚,心悸怔忡,失眠下血诸症。炙甘草汤,益气养血,尤其用于心动悸、脉结代的心脏病症有良效。

(3) 气血双补,为益气与养血合和而治。代表方有如四物汤合四

君子汤组成为八珍汤；八珍加黄芪、肉桂就是十全大补汤；十全大补汤去川芎，加远志、五味子则成人参养荣汤。八珍平补气血不温不凉；十全大补偏于温补；人参养荣温补而外，又能养心安神兼顾。此外，《景岳全书》中的泰山磐石饮气血双补，又兼养血安胎，专补冲任，为治胎气不牢，为治习惯流产之名方。

(4) 补阴方，代表方有六味地黄丸、左归饮、大补阴丸、虎潜丸、二至丸、一贯煎、石斛夜光丸、补肺阿胶汤、龟鹿二仙胶、七宝美髯丹等。均可滋阴、养肝肾，治疗阴虚诸症。六味地黄丸是补肾养阴之基本方，《素问·至真要大论》称壮水之主，以制阳光为其治疗宗旨，适用于阴虚盗汗，五心烦热，多梦遗精，眩晕耳鸣等。左归饮、左归丸，以填精补髓，用血肉有情之品，不用苓、泽、丹皮泻热，而育阴潜阳之意自存。虎潜丸乃丹溪妙方，滋阴降火，强壮筋骨，可治脚痿腿软。二至丸，平补肝肾之阴，头昏眼花最为对症；一贯煎，兼能舒肝柔肝，主治阴虚兼有胁肋不舒，气郁脘痞者。石斛夜光丸，能滋阴熄风，以治视物昏花，内障眼病。补肺阿胶汤，清肺化痰，养阴润燥；龟鹿二仙胶，能滋阴壮阳，兼治阳痿、诸症；七宝美髯丹，补肝血，治花发早白，未老先衰。滋阴诸方，多以丸药缓服、长服。所谓“有形之精血不能速生，养精滋阴功在不舍，贵在守方”。

(5) 补阳方，以八味肾气丸、右归饮为代表方。八味地黄丸（金匱肾气丸），即六味地黄丸加肉桂、附子，可治命火衰微，活力不足，乃取“阳不足者，当于阴中补阳，则阳得阴助生化无穷”之意。右归丸，是左归丸加桂附、菟丝、杜仲而成，同样取“阳得阴助”之意，比八味丸更能填精补髓。

## (六) 理气剂

以理气药为主组方，具有行气、降气作用，以治气滞气逆病症统称为“理气剂”，属“消法”方剂。按功效分为行气和降气两类。

(1) 行气剂，代表方有越鞠丸、金铃子散、半夏厚朴汤、枳实薤白



桂枝汤、橘核丸、天台乌药散、暖肝煎、厚朴温中汤等。越鞠丸，长于行气解郁，以治气郁为主证。金铃子散，能活血清肝，用于肝郁化火胁肋胀痛诸证。半夏厚朴汤、枳实薤白桂枝汤均可行气祛痰，前者擅治痰气交阻而致的梅核气，后者通阳散结开痹，治胸阳不振，痰浊中阻的胸痹心痛。厚朴温中汤，行气之中，又以温中燥湿见长，常治寒湿困脾，气机阻滞的脘腹胀痛。天台乌药散、橘核丸、暖肝煎都能行气逐寒，止痛散结，专治寒疝。其中天台乌药散行气散寒之力较大，多用于一般寒凝气滞、小肠疝气；橘核丸软坚散结之力较强，长于治疗阴囊睾丸肿胀硬痛的癭疝；暖肝煎则并能温肾养肝，适宜于肝肾阴寒，凝滞经脉之疝气及少腹疼痛者。

(2) 降气剂，因有降气作用，适用于气逆诸证，以肺逆咳喘和胃逆呕呃为主。代表方有苏子降气汤、定喘汤、四磨饮，均长于降肺气且定喘逆。苏子降气汤兼温化寒痰，主要用于上实下虚的寒湿痰喘症；定喘汤兼宣肺除痰，多用于风寒外束，痰热内蕴的哮喘证；四磨饮除降逆疏肝之外，兼有益气之功，用于七情郁结的上气喘急为主。旋复代赭汤、橘皮竹茹汤和丁香柿蒂汤，均长于降逆气，止呕呃，并有补气益胃的作用。前二者还兼有祛痰之功。旋复代赭汤重在温胃以止呕除噫，适用于胃中虚寒，痰阻气逆的痞闷噫气及反胃呕吐。橘皮竹茹汤和丁香柿蒂汤均长于止呕逆，前者兼清胃热，以治胃虚呃逆或呕秽偏热者；后者温散胃寒，用于治胃虚呃逆而偏寒者。

### (七) 理血剂

凡以理血药为主组成，具有活血调血或止血作用，以治血瘀或出血证的方剂，统称为“理血剂”，按其功效不同，又分为活血祛瘀和止血二类。

(1) 活血祛瘀剂，均有通利血脉以祛除瘀血的作用，适用于血行不畅或瘀血内结之证。如，桃核承气汤，破血下瘀，以荡涤瘀热为主，多用于治血热互结的下焦蓄血证；复元活血汤、血府逐瘀汤，均治胸

胁瘀积疼痛,但前方以治跌打损伤,瘀留胁下为主,后者以治血瘀气滞,留结胸中为主。补阳还五汤,补气、通络、化瘀,为主治气虚血滞,脉络瘀阻所致的半身不遂的常用方。七厘散,以活血散瘀,止痛止血为主,用于跌打损伤,筋断骨折之血瘀肿痛,外用内服均可。温经汤、生化汤,均为妇科经产常用方剂。温经汤,温经散寒,养血行瘀,重在温养,是治疗冲任虚寒,兼瘀血内阻的月经不调;生化汤,活血化瘀,温经止痛,多用治产后恶露不行,少腹疼痛而血虚有寒之证。失笑散、活络效灵丹均以活血化瘀见长,前者多用于产后恶露不行,或月经不调而见少腹急痛之证;后者祛瘀力较大,尤为跌打肿痛,心腹瘀痛的常用方。丹参饮是行气配活血祛瘀药,用治心胃诸痛为主。桂枝茯苓丸、大黄廑虫丸均为活血祛瘀,缓消渐散之剂。前者以治妇人妊娠有瘀之漏下不止见长;后者祛瘀力较大,且兼能扶正,多用于瘀血成劳之证。

(2) 止血剂,均有止血作用。如十灰散、四生丸、咳血方、小蓟饮子、槐花散,为凉血止血之剂,主治血热妄行的出血证。十灰散,凉血止血之中收涩清降与祛瘀并用,广泛用于上部各种热证出血,为常用的急救止血剂;四生丸,以凉血止血为主,长于治疗血热妄行的吐血衄血;以上二方凉血之品较多,故宜中病即止。咳血方,主要用于肝火犯肺的咳血,重在清肝火、化痰热而治本,使火降而肺宁,咳减则血止。槐花散、小蓟饮子,均治下部出血;槐花散善于清肠疏风,主要用于肠风便血,小蓟饮子则兼利水通淋,主要用于血淋、尿血。黄土汤、胶艾汤,均属温补止血之剂,用治虚寒性出血。黄土汤以温阳补脾为主,适用于脾阳不足所致的出血,尤多用于便血;胶艾汤善于补血调经安胎,适用于妇人冲任虚损所致的月经过多,崩漏胎漏等。

#### (八) 温里剂

凡以温热药为主组成,具有温里助阳、散寒通脉的作用,能除脏腑经络间寒邪,用于治疗阴寒在里的方剂,统称为“温里剂”,属于“温

法”方剂。因寒邪所伤之部位与程度有不同，阳气之虚有微甚，又分为温中祛寒、回阳救逆、温经散寒三类。

(1) 温中祛寒剂，主治中焦虚寒证。如理中丸，温中祛寒，益气健脾，亦常作汤剂用，是治中焦虚寒，腹痛吐利之主方。吴茱萸汤，温中补虚，降逆止呕，能治阳明、厥阴、少阴三经虚寒症，以阴寒上逆之呕吐为主，施治之重点在胃。大、小建中汤，均有温中补虚、祛寒止痛之功，小建中汤温阳养阴，缓急止痛，补虚为主；大建中汤，温阳祛寒，降逆止痛，祛邪为主。

(2) 回阳救逆剂，主治阳气衰微，阴寒内盛而致的四肢厥逆，阳气将亡之危证。四逆汤为回阳救逆之主方，主治阴盛阳微，而见四肢厥逆，呕吐不利，脉微细，阳气有亡脱之虞的危症。回阳救逆汤除可回阳固脱之外，还能益气生脉，而麝香与五味子相配，一发一收，尤其相反相成之妙，适用于阴寒内盛，阳危欲脱之危症。黑锡丹，温阳镇逆，主治浊阴之逆，肾不纳气，阳虚有暴脱之势的危症，以及奔豚、寒疝之重者，亦属救急良方。若病至阴寒邪盛，见有戴阳、格阳、或阳虚欲脱时，本类方剂还常配伍苦寒药作为反伍。如白通汤加猪胆汁、人尿、通脉四逆汤、回阳救逆汤加猪胆汁等，皆遣药组方之灵活变通之法，须用心体会。

(3) 温经散寒剂，主治阳虚血弱，经络有寒的症证。当归四逆汤，为温阳养血，散寒通脉之代表方，主治血虚受寒，脉细欲绝，手足厥寒之症。又如独活寄生汤、阳和汤，分别见于祛湿剂和痲痹剂，可互为参考。

温中祛寒以温中焦脾胃为主；回阳救逆以温肾阳、壮命火为主；温经散寒以温通阳气，去经络中寒邪为主，此其大要。但里寒虚证，阴血也常不足，故中病即止，不宜过剂。

### (九) 安神剂

凡用重镇安神，或滋养安神的药物为主组成，具有安神作用，以

治神志不安疾患的方剂,统称为安神剂。根据其功效和主治病证,又分为凉开和温开二类。

(1) 凉开剂,以安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹合称“三宝”,是常用代表方,均用于治疗温热病热闭心包之证。但具体运用,略有区别。安宫牛黄丸,长于清热解毒,开窍安神,适用于热陷心包,神昏谵语之证;至宝丹,以开窍安神为主,主治一切热闭昏厥之证;紫雪丹,清热解毒之效虽不及安宫牛黄丸,开窍之力不及至宝丹,但长于息风镇痉,故对热陷厥阴,神昏而有痉厥者,较为适用。此外,小儿回春丹,具有开窍定惊,清热化痰之效,多用治小儿急惊风属于痰热蒙蔽者。行军散,功能开窍、辟秽、解毒,常用于暑月痧胀,吐泻腹痛,烦闷欲绝,头目昏晕,不省人事之证。

(2) 温开剂,如苏合香丸是常用代表方,专治寒闭之证,并长于行气止痛,故对气滞寒凝所致的心腹疼痛有疗效。紫金锭,有化痰开窍,辟秽解毒,消肿止痛之功,适用于感受秽恶痰浊之邪,脘腹胀闷疼痛,呕吐泄泻之证;亦可外敷,治疗疮疖肿。

#### (十) 祛风剂

凡是运用辛散祛风或息风止痉的药物为主组成,具有疏散外风或平息内风作用,治疗风病的方剂,统称为“祛风剂”。按其功效,又分为疏散外风和平息内风两类。

(1) 疏散外风剂,如大秦艽汤,祛风清热,调理气血,运用于风邪初中经络之证。消风散,疏风养血,清热除湿,是风疹湿疹的常用方。川芎茶调散,长于疏散上部风邪,适用于风邪上犯头目所致的偏正头痛。牵正散、玉真散,均善于祛风化痰,前者长于祛头面之风,适用于风痰阻滞经络所致的口眼喎斜;后者祛风解痉之力较大,长于治疗破伤风。小活络丹,祛风除湿,化痰通络,活血止痛,适用于风寒湿邪或痰湿瘀血留滞经络,以致关节疼痛,屈伸不利等。

(2) 平息内风剂,如羚角钩藤汤、镇肝息风汤、天麻钩藤饮,均可

平肝息风。羚角钩藤汤,清热息风之力较强,适用于肝经热盛,热极动风之症;镇肝息风汤,镇肝潜阳息风之力较大,多用于肝阳上亢,肝风内动之症;天麻钩藤饮,兼有清热活血安神之效,适用于肝阳偏亢,肝风上扰所致的头痛、眩晕、失眠。阿胶鸡子黄汤、大定风珠,均为滋阴息风之方,适用于热灼阴伤的阴虚风动之证。前者潜阳息风之力较胜,后者偏重于滋阴增液。地黄饮子,功能滋肾阴、补肾阳、开窍化痰,善治下元虚弱,痰浊上逆之瘖痺证。

### (十一) 治燥剂

凡具有轻宣燥邪或滋阴润燥作用,以治疗燥证的方剂,统称为治燥剂。按其功效又分为轻宣外燥和滋阴润燥二类。

(1) 轻宣外燥剂,如杏苏散轻宣凉燥,为治凉燥袭肺常用方,以恶寒无汗,咳嗽痰稀,头痛鼻塞为主要见症。桑杏汤、清燥救肺汤,均可轻宣温燥,治燥热伤肺。桑杏汤清热之力较弱,适用于温燥伤肺之轻证,其症以身热不盛,咳嗽少痰;清燥救肺汤长于清热滋阴之力,适用于燥热伤肺之重症,以身热,口渴,咳逆而喘,胸胁满痛为主要见症。

(2) 滋阴润燥剂,如养阴清肺汤、百合固金汤、琼玉膏,均为滋养肺肾。养阴清肺汤兼可疏散外邪,为治白喉良方,并用于阴虚咽痛。百合固金汤,兼化痰止血,主治虚火上炎的咳痰带血,亦治咽喉燥痛。琼玉膏,重在润肺补虚,善治肺阴亏损,虚劳干咳久嗽。麦门冬汤,滋养肺胃,兼降逆气,主治肺胃阴虚的肺痿,亦治胃阴虚呕吐。玉液汤,可益气生津,润燥止渴,专治气不化津,肾虚胃燥的消渴。增液汤,润燥清热通便,主治阳明温病、津液不足之大便秘结。

### (十二) 祛湿剂

凡以祛湿药物为主组成,具有化湿利水、通淋泄浊作用,治疗水湿病证的一类方剂,统称为“祛湿剂”。又分为燥湿和胃、清热祛湿、利水渗湿、温化水湿、祛风胜湿五类。

(1) 燥湿和胃剂,如平胃散,功专燥湿行气,是治湿滞脾胃之主方,以脘腹胀满,舌苔厚腻为辨证要点。藿香正气散,外散风寒,内化湿浊,为治霍乱之常用方,以寒热头痛,胸脘满闷,上吐下泻为主要见症。亦常用于暑热外感。

(2) 清热祛湿剂,如茵陈蒿汤,清热利湿,善能退黄,主治一身面目俱黄,鲜明如橘子色,身热脉数之阳黄。二妙散,清热燥湿,主治湿热下注,痿痹脚气,带下疮疡等。三仁汤、甘露消毒丹,皆用治湿温。三仁汤利湿之力大于清热,适用于湿温初起,邪在气分,症见头痛恶寒,身重疼痛,胸闷不饥,舌白不渴者;甘露消毒丹清热利湿两者并重,适用于湿温、时疫,邪在气分,症见身热困倦,口渴尿赤,咽痛头肿,或身黄胸闷,或吐泻淋浊等。连朴饮、蚕矢汤,均能清热利湿化浊,治霍乱吐泻。连朴饮长于和胃止呕;蚕矢汤善治霍乱转筋。八正散,清热利水通淋,主治湿热下注之热淋。

(3) 利水渗湿剂,如五苓散、猪苓汤,为淡渗利水之剂,主治小便不利。五苓散利水之中兼温阳化气而又解表,故用于太阳经腑同病之蓄水证;猪苓汤利水之中兼清热养阴,故适用于水热互结,热邪伤阴之证。防己黄芪汤,固表祛风,利湿行水,主治风水,风湿,汗出恶风,身重脉浮属表虚湿盛者。五皮散,健脾理气,利水消肿,主治一身悉肿,但不恶风之皮水证。

(4) 温化水湿剂,如苓桂术甘汤,温阳化饮,为治痰饮病之主方,以胸胁支满,目眩心悸,或短气而咳,舌苔白滑为辨证要点。真武汤、实脾散,皆温暖脾肾,助阳利水,为治阳虚水肿之常用方。真武汤偏于温肾,兼能敛阴缓急,主治阳虚停水,兼有腹痛,或阴随阳伤之身瞤动;实脾散偏于温脾,兼能行气化滞,主治阳虚水肿,兼有胸腹胀满之证。萆薢分清饮,温暖下元,利湿化浊,专治阳虚白浊,小便频数者。

(5) 祛风胜湿剂,如羌活胜湿汤,祛风胜湿,主要用于感受风湿之肩背疼痛。鸡鸣散,宣化寒湿,专治寒湿下侵之脚气病。独活寄生

汤,祛风湿,止痹痛,益肝肾,补气血,主治痹证日久,肝肾不足,气血两虚,腰膝疼痛之症。

### (十三) 祛痰剂

凡以祛痰药为主组成,具有消除痰饮作用,治疗各种痰病的方剂,统称为“祛痰剂”。按其作用不同又分为燥湿化痰、清热化痰、润燥化痰、温化寒痰、治风化痰五类。

(1) 燥湿化痰剂,如二陈汤有燥湿化痰、理气和中作用,为祛痰之主方,主治痰湿内阻,咳嗽痰多等证。温胆汤,理气化痰,清胆和胃,主治胆胃不和,痰热内扰,虚烦不眠,呕吐恶逆,以及惊悸癫痫等。茯苓丸,燥湿行气,软坚化痰,主治痰停中脘,两臂疼痛,或四肢浮肿等。

(2) 清热化痰剂中,清气化痰丸清热化咳,理气止咳,主治痰热内结,咳嗽痰稠而黄之症;小陷胸汤清热化痰,宽胸散结,主治痰热互结于心下之小结胸病;滚痰丸泻火逐痰,专治实热老痰所致的惊悸癫狂,怔忡昏迷等。

(3) 润燥化痰剂,如贝母瓜蒌散,润肺化痰,用于肺经燥热所致的咳嗽痰稠,咯痰不爽,咽喉干燥之症。

(4) 温化寒痰剂,如苓甘五味姜辛汤,有温肺暖脾之力,多用于寒痰内蓄,咳嗽痰多,清稀色白者。三子养亲汤,降气止咳之功较胜,兼能消食,多用治痰气郁滞,咳嗽喘逆,食少难消者。

(5) 治风化痰剂,如半夏白术天麻汤燥湿化痰、平肝熄风,善治风痰上扰所致的眩晕头痛。定痰丸,涤痰息风,专治风痰挟热引起的各种痫症。止嗽散,止咳化痰,疏表宣肺,为外感咳嗽常用方。

### (十四) 消导化积剂

凡以消导药为主组成,具有消食导滞,化积消癥作用,治疗食积痞块、癥瘕积聚的方剂,统称为消导化积剂,属于“消法”方剂。按其功效又分为消食导滞和消痞化积二类。

(1) 消食导滞剂,如保和丸,消食和胃,为消食化积通用方,主治

一切食积,脘痞腹胀,恶食噎腐等症。枳实导滞丸、木香槟榔丸,均可行气攻积,泄热导滞,前者攻下之力小,长于祛湿,适用于积滞较轻,痞而不满;后者攻破之力较大,适用于积滞较重,腹满胀痛。枳术丸健脾行气,主治脾虚气滞;健脾丸健脾消食,主治脾虚食滞,均为消补兼施之剂。

(2) 消痞化积剂,如枳实消痞丸,行气消痞,健脾和胃,消中有补。主治虚实相兼,寒热错杂,气壅湿聚的痞满不食者。鳖甲煎丸,行气破血,祛湿化痰,软坚消积,主治疟母和癥瘕结于胁下,日久不去者。

### (十五) 痈 疡 剂

凡用以治疗痈疽疮疡的一类方剂称痈疡剂。这类方剂主要具有解毒消肿、托里排脓、生肌敛疮作用。常用于体表痈、疽、疔、疮、丹毒、流注、癭、瘤、瘰疬等,以及内在脏腑的痈疽等病证。主治范围有体表与内脏之分,其中体表痈疡又有阳证、阴证二类,脏腑痈疡则分有寒热虚实。

(1) 体表痈疡剂。阳证:有仙方活命饮、牛蒡解肌汤,二方均有疏散透表、清热解毒之功。前者兼消肿溃坚,活血止痛;后者兼泻火滋阴,凉血消肿。五味消毒饮、四妙勇安汤,均有清热解毒作用,前者是以消散疔疮为主;后者是兼泻火散瘀,用治热毒炽盛的脱疽。犀黄丸、海藻玉壶汤,同有化痰、软坚、消散作用。二方的区别是,前者兼有解毒消痈、活血祛瘀作用,是为治疗痈疽、瘰疬、流注等病的主要成药;后者兼有软坚散结、活血通络之效,为治癭瘤的专用方。

阴证:有透脓散、内补黄芪汤,均有扶正托毒之功。两方不同在于前者以消散溃脓为主,兼以扶正托毒;后者以双补气血为主,兼托毒生肌。又如:阳和汤、小金丹同治阴证或阴疽,但前者是以温阳补血为主,兼以散寒通滞;后者是以温化寒湿,祛痰通络为主。消补不同,虚实各异。



(2) 脏腑痈疡剂,如苇茎汤、大黄牡丹汤,均有破血排脓作用。二方主要区别是,前者与清肺化痰并投,用治肺痈;后者是泻热散结并用,治疗肠痈。同为脏腑痈疡,在肺在肠,治各有别。薏苡附子败酱散,用治肠痈已成脓,有消肿排脓之功。若与大黄牡丹汤相比较,前者是以排脓消肿为主;后者是以泻热破瘀为主。

# 第十章 少数民族医药学

中华传统医药学是我国所有的民族共同创造的,每一个民族,都有其本民族独特的医药卫生经验和成就。除了汉族以外,我国的其他少数民族也有自己的特色。本章主要介绍的是藏族、蒙古族、维吾尔族为代表的三个民族医药学。

---

## 第一节 我国少数民族医药学概述

---

我国是一个多民族的国家,由于各民族所处的地理位置、生活环境的不同,各族之间在饮食、生活习惯、卫生保健、宗教等方面有很大差异,从而使各民族医学形成既具有浓厚民族特色,又有地方特点。我国的少数民族医药学也丰富多采。各族的医学与该族的民族思想意识、风俗习惯、自然条件、居住环境等有密切相关,就形成了我国少数民族医药学的多元性和发展不平衡性。

医学在原始医疗经验积累到一定程度之后,就产生了理论内容,指导其医疗实践。汉族的中医学在春秋战国时就逐渐利用阴阳五行、儒家哲学思想,作为理论框架,后来的回族医学也利用伊斯兰教义中的某些内容。我国五十五个少数民族其医学发展是极不平衡的,大致

五十五种民族医药可分为如下几种类型。

一是有完整的理论体系,并有效地指导着本民族医疗实践,也有本族文字记载有关内容,包括基础理论、临床各科、诊断方法和治疗原则。如藏族、蒙古族、维吾尔族、朝鲜族、傣族等。

二是有丰富的医疗卫生经验和多样的治疗方法,形成一定的理论,但本民族没有文字,未作记载。这些医疗经验则是借助其他民族文字的片断记录。因缺少有关文献记载,他们的理论内容只能依靠口耳相传,未形成完整系统的知识。

三是仅有丰富的治疗经验,但没有或者仅有极零散的、片断的理论知识。仅根据本民族的风俗习惯及自然条件,发展一些医疗技术,依靠当地的民间医药、草药医,就地取材,作为治病手段。虽然在民间流传着不少理论方面的知识,但由于长期未加整理和总结,以至仍然散在民间。

---

## 第二节 藏族医药学

---

藏族医药学是我国少数民族中历史悠久、内容丰富的民族医学之一。主要流行于藏族聚居的地区,包括西藏、青海、四川、甘肃、云南、内蒙古等省区。印度、尼泊尔等国亦较为流行。自十九世纪末以来,在西方国家也有一定影响。

### 一、医药史概述

藏医的起源是与藏族的起源有密切关系的。

考古的发现较有力地解决藏族族源问题。考古学和古人类学的研究表明:青藏高原自古以来就有人类活动。既然有人类在这里生

活,必然随之有医疗活动的产生。石器的应用,是一种原始的外科医疗器械的发明。藏医中的放血,刺血疗法,是在应用石器、骨器进行原始切割术的基础上进一步发展起来的。火的发明与应用为灸疗法创造了必要的条件。敦煌石窟一份用藏文书写的《灸法残卷》是藏族先民应用火来治病的真实记录。据考证,藏族的这种疗法,与汉族中医的火灸疗法有一定的差异,是藏族先民独立发展起来的一种治疗方法<sup>①</sup>。

藏族先民在漫长的生产劳动和生活过程中,不但发明制造了简单的劳动工具,而且懂得防寒避暑,食熟食,用柏叶、艾蒿烟熏等卫生保健措施。

在公元前 350 年左右,吐蕃先民中出现了第一代“赞普”,史称“聂墀赞普”。据记载,这位赞普曾经有一些疑虑,如畏惧盗贼、敌人、野牛、毒物和咒诅。为此他征询臣下如何对付这些问题。有位大臣集拉嘎玛月德对他说:用赔偿来对付盗贼,用团结亲友来对付敌人,用药物来对付毒物,用禳解来对付咒诅<sup>②</sup>。这个故事表明了在三千年前藏族已懂得用药物来治疗中毒。

西藏最早的宗教,称本教,是一种多神教。其教旨称世界为三部分:上界为天神所居,中界为念神,下界为龙神。龙神是致一切病的根源,尤其是一些传染病,如癩、疮疮、瘟疫、梅毒等,都是由龙神所引起。说明当时人们已在探讨疾病产生的原因了。本教徒除了上观天象,下镇妖魔,为人预卜凶吉之外,也为人求卜问神,用药治病。这种巫与医混为一体的情况,正是早期医学的特点。

藏医的起源也有着各种传说。据说,远古时代居住在南赡部洲的

① 洪武嫔:《〈藏医灸法残卷〉与〈四部医典〉灸法比较研究》,载《中国少数民族科技史研究》第 6 辑,内蒙古人民出版社 1990 年版。

② 多吉杰博整理:《五部遗教·大臣篇》(藏文本),民族出版社 1986 年版,第 435 页。

人们,从来无需饮食。那时,没有日月星辰、白昼和黑夜,全靠人体自身发出的光芒照亮。当时的人任意变幻,在天空遨游,过着天神一般的生活。后来,有个名叫希布的人,由于贪心作怪,悄悄吞食了泥土,遭受到消化不良的痛苦折磨。希布的呻吟声传进天神梵天的耳中,引起了怜悯和同情。梵天聆听过释迦牟尼佛对众神传讲的《医经》,若患消化不良,可饮用大量白开水治疗。梵天便将这个治疗方法传授给希布,果然治愈了病。因之后世流传:世上出现的第一种病是消化不良,第一位病人是希布,第一种药物是白开水,第一位医生是梵天<sup>①</sup>。所以,崇奉梵天的婆罗门说过:医学起源于天上,通过天神传布到人间。

另一种传说,在吐蕃王朝第二十八代赞普拉托托日年赞(254—374年)时,从天竺来了两位医生碧其嘎歇和碧嘎拉孜,藏王把公主许配给碧其嘎歇,后来生下儿子,取名董吉托觉坚。两位医生教他怎样用切脉诊断,如何制药、灸法、放血手术、外伤包扎和处理,以及饮食规则。董吉托觉坚成了名医,从墀年苏赞到拜阔赞每个藏王后代,都由董吉托觉坚的后代担任御医<sup>②</sup>。上述传说,把藏医起源归之于圣人创造,或说成来自印度,显然不符合事实的。藏医在其发展过程中,吸收了内地及邻近国家医学体系的精华,促进了藏医学产生飞跃,使得藏医长时间里积累起来的医疗经验得到系统的总结。

公元七世纪初,第三十三代藏王松赞干布统一西藏后,和亲唐朝,通好天竺,为吐蕃王朝的繁荣强盛,特别是藏医学的发展奠定坚实的基础。唐太宗将文成公主许嫁入藏,这是藏汉两族关系史上的一件大事,也是藏族吸收中原先进文化的开端。据索南坚赞《吐蕃王统

<sup>①</sup> 第司·桑吉嘉措:《藏医史》(藏文本),甘肃民族出版社1982年版。

<sup>②</sup> 觉吾·伦珠扎西等:《宇妥·元丹贡布传》(藏文本),民族出版社1982年版,第65页。

世系明鉴》记载：“文成公主入藏时曾带进治四百零四种病的医方百种、诊断法五种、医疗器械六种、医学论著四种……”<sup>①</sup> 这些医著由汉族医僧马哈德瓦(大天)、藏族译师达玛郭卡译成藏文，名为《医学大全》。这是有史记载的藏医学中第一部著作。

不久，松赞干布又采取招聘各地名医入藏发展医学。据有的史书记载：被邀入藏的三名医生，是巴拉达札、嘎林诺和韩文杭得。关于这三位人物，有人从史学、语言学和音韵学角度进行考证，认为并非实有其人，只是代表印度医学、西方古代医学和汉族医学等医学体系的三位象征性人物<sup>②</sup>。他们各自带来本民族的医学著作，印度医生带来《新酥油药方》，大食医生带来《头伤治疗》，汉族医生带来《汉地杂病治疗》。这些著作后均译成藏文。三位医生还合作编著了《无畏的武器》七卷献给藏王。这是继《医学大全》之后第二部藏医著作。

松赞干布提倡吸收外来先进文化，无疑对发展本民族文化起到了巨大的推动作用。据说藏王为藏医制定了一系列医德规范和十二条尊医法令。如“治病不分高低贵贱，要一视同仁；学医不论门第高低，一律授予‘措其门巴’<sup>③</sup> 称号”，给予医生一些特殊的奖励和优待。公元710年时，吐蕃王朝再次与唐朝通婚。唐朝金城公主入藏时，又从内地带去大量医著及医生。医著由汉族医生善怒、于阗加珠格尔勤、藏族译师琼布孜孜等共同译成藏文，后由汉族医僧摩诃衍和藏族译师毗卢遮那综合译稿，编成《月王药诊》。

八世纪中叶，藏王赤德祖赞、赤松德赞先后邀请邻近地区的名医到吐蕃传授医术。他们编著了大量医书，有于阗的名医比吉·赞巴希拉译著的《尸体图鉴》、《甘露宝鉴》、《伤科精义》等十余种，起书名为

① 萨迦·索南坚赞：《西藏王统记》(藏文本)，民族出版社1981年版，第114页。

② 蔡景峰：《古代藏医学的几个组成部分》，载《中国少数民族科技史研究》第1辑，内蒙古人民出版社1987年版，第85—95页。

③ 措其门巴：藏语，意为救命医生。

《黄色比吉经函》，珍藏于王宫。

藏王赤松德赞为了普及医学，不惜礼聘四方医生入藏，应聘名医九名，其中唐朝的东松岗瓦影响最大，他不仅为藏王医治好病，还定居西藏，藏王赐他以“塔西·东松岗瓦”称号，意为“四方医生”，称颂他为集四方医术于一身的人。为使医术后继有人，藏王决定选拔九名优秀青年随其学医，后来都成为名医，尤以宇陀·宁玛·元丹贡布最为杰出。宇陀·宁玛·元丹贡布天资聪颖，勤奋学习，勇于实践，经过二十多年的努力，终于著成不朽的医著《四部医典》(藏名为《据悉》)。

历代医家对《四部医典》进行研究、注疏、增订，使其内容大大丰富。尤以十二世纪时老宇陀的第十三代孙宇陀·萨玛·元丹贡布(1138—1213年)的工作最为突出。他对《四部医典》进行补充、修改，将《四部医典》中《总则医典》分了章节，在《论说医典》中，增补了药物与饮食，在《后续医典》中，参考《月王药诊》，补充了脉诊、尿诊、五行生克等内容，对《秘诀医典》也有不少补充修改。并且进行了全面校对，使《四部医典》更趋完善。<sup>①</sup>

十三世纪初，蒙古族统一中国。元世祖忽必烈封萨迦教派八思巴为“大宝法王”，至此西藏正式归入祖国版图。萨迦王朝正式建立。在八思巴统治西藏时期，名医昌狄·班旦措吉，著有《辉煌医史》、《四部医典解难》、《解剖明灯》、《药物蓝图》等。

1349年，西藏山南地区帕木竹巴万户长绛丘坚赞(1302—1364年)起兵建立帕竹王朝，定都乃东。这时藏医学术思想空前活跃，出现了不同学派，其中主要代表北派由名医强巴·南杰扎桑创立。他学识渊博，系统学习了“五明学”，包括佛学、语言、音韵、天文、历算及医学等知识。在医学方面，除了对《四部医典》进行诠释的《所需所得》以外，还有《药王宝箱》、《精简八支药方》、《甘露源流》等医著。这一学派

<sup>①</sup> 第司·桑吉嘉措：《藏医史》。

的特点是:擅长使用温热药,方剂药味较多。精于艾灸、放血等疗法。对风湿病症有丰富的治疗经验。另一个学派南派由舒卡·年姆尼多吉创立。这一学派的特点是:擅长使用清凉药物,方剂药味较少。对温热病的治疗有丰富的经验。对《四部医典》有深入的研究。舒卡·洛珠盖布在山南地方长官的赞助下,刻印出版了《扎汤版四部医典》。这是已知最早的《四部医典》刻版,具有很高的文献学价值。

藏医不同学派的出现及学术争鸣,活跃了学术思想,对于促进学术发展,提高学术水平,起到了一定的推动作用。

五世达赖时期,由于印刷术的进步和当局的支持,一大批藏医古籍得到了校勘、注释和刻板印行。如《扎汤版四部医典》、《祖先口述》、《新老宇陀传记》、《藏医史》以及第司·桑吉嘉措根据《扎汤版四部医典》注释后完成的《四部医典·蓝琉璃》等许多重要著作。

1688年,在第司·桑吉嘉措的主持下,根据《四部医典·蓝琉璃》的内容,绘制了一套藏医系列彩色挂图,共六十幅。1704年,又增绘了尿诊、火灸、药物标本挂图十九幅,这是藏医发展史上的重要文献。

十九世纪,藏药学也有很大发展,著名药学家帝玛尔·丹增彭措对青海的东部、南部以及川西、西藏进行了实地调查,考察了各种药物的形态、特征、产地、生长环境、功效和用法,用了近二十年时间,至1840年完成了《晶珠本草》,这是一部藏医史上影响最大的药物学专著。

十三世达赖时期,藏医学也有较大发展。1916年,西藏地方政府决定在拉萨创办“门孜康”,意译为“医算院”。委任哲蚌寺著名藏医钦绕诺布负责主持,并明令前藏、后藏、西康、阿里各地选派学生入门孜康学习藏医藏药和天文历算。从创办到1959年兴建藏医院,共培养藏医三百七十余名。



## 二、藏医的基础理论

藏医有一套理论,有效地指导着临床实践。藏医的基础理论,包括三元素学说、人体结构及生理病理、疾病的病因及种类等内容。

### (一) 三元素学说

三元素又称三要素、三因素,音译为“隆”、“赤巴”、“培根”。汉译为“风、胆、痰”,也有译“气、血、津液”的。为不失原意,以音译“隆、赤巴、培根”较为妥当。

藏医认为,这三元素是构成人体所需的能量和物质的基础。三者各有其特点及功能,他们之间并非孤立的,而是彼此依存、制约的。在正常情况下,三者保持协调平衡,可维持人体正常的生理功能活动。若一方出现偏盛偏衰而失衡,人体就会发生疾病。因此,治疗实际上是调整三者关系使之恢复到平衡状态。

#### 1. 隆

“隆”的功能是主呼吸、肢体活动、气血的运行、食物的分解和输送。根据不同生理功能及存在部位,又分为五种隆。

(1) 索增隆。存在于人体头顶,运行于咽喉和胸部,司吞咽、呼吸、唾液分泌、打喷嚏、嗝气,能使感觉器官敏锐,维持人的正常精神状态;

(2) 紧久隆。存在于胸部,运行于鼻、舌、喉部,司发声,使人面色红润有光泽,充满活力,精神振奋,善于思考;

(3) 恰不其隆。存在于心脏,运行全身,司四肢屈伸、眼睛及口唇的开合、语言及思维活动;

(4) 吐塞隆。存在于人体的肛门,运行于大肠、膀胱、阴部及大腿内侧,司精液、月经、大小便的排泄与控制,以及产妇的分娩;

(5) 麦娘姆隆。存在于胃腔,运行于人体内脏,司消化,分解精华

与糟粕,促使血液生成和成熟。

## 2. 赤巴

“赤巴”的主要功能是产生热能,维持体温恒定,增强胃的功能,使食物消化,知饥渴,长气色,壮胆量,生智慧。根据不同生理功能及存在部位,又分为五种赤巴。

(1) 能消赤巴。存在于胃肠之间,司食物的分解,产生热能,协助其他赤巴发挥作用;

(2) 变色赤巴。存在于肝脏,使精华等色素转变,形成血液中的红色,胆汁中的黄绿色,肌肉等组织中的红色及粪便中的各种颜色;

(3) 能作赤巴。存在于心脏,主思想意识,使人有胆识,心胸正直,有谋略,滋欲望,也使人产生骄傲情绪;

(4) 能视赤巴。存在于眼,司视觉,明辨外界一切颜色;

(5) 明色赤巴。存在体表皮肤,使皮肤的色泽鲜明和润泽。

## 3. 培根

“培根”的主要功能是增加胃液、磨碎食物,以利消化吸收,司味觉,保持和调节体内水液代谢平衡。根据不同生理功能及存在部位,又分为五种培根。

(1) 能依培根。存在于胸中,为五培根之首,协助其他培根保持正常功能和作用。在机体缺乏水份或泛滥时具有调节作用;

(2) 能化培根。存在于胃上部。主磨碎食物,并与能消赤巴、麦娘姆隆共同完成食物的消化和分解;

(3) 能味培根。存在于舌,司味觉;

(4) 能足培根。存在于头部,主人的情感,使人产生知足的感觉;

(5) 能合培根。存在于一切关节处,使骨骼与骨骼之间相互结合,使关节能灵活屈伸。

## (二) 人体结构及生理病理

据藏医经典《四部医典》,人体有七种物质和三种排泄物。七种物

质是构成人体的主要物质;食物精微、血液、肌肉、脂肪、骨骼、骨髓和精液。三种排泄物是大便、小便和汗液。

藏医对人体结构也有较深入的了解。如《四部医典》中不但指出人体有五脏(心、肝、脾、肺、肾)六腑(胆、胃、大肠、小肠、膀胱和“三木休”),还作有比喻说明:“两块髌骨像四壁;脊椎像垒起的金币;命脉像玛瑙的柱子;四方形的胸骨像吊起来的栋梁;二十四根肋骨像巧妙排列在一起的椽子;软骨尖好似支承椽子的垫木;脉和筋络像铺屋顶的树枝;肌肉和皮肤好似把房屋墁抹粉刷了一样;锁骨犹如碉堡上所盖的石板;两片肩胛骨像房屋里角落处的套房;头部好似屋顶上的阁楼;五官的孔窍犹如窗户;头盖骨像屋脊,顶门像烟囱;左右耳朵像屋顶上装饰的大鹏鸟的头;鼻孔犹如屋顶上的金顶;头发像并排的阴阳瓦;两手像悬挂在房屋上的哈达;上下体腔像上下走廊;横膈膜犹如丝绸般的帘子;心脏像坐在宝座上的国王;五叶母肺犹如大臣,五叶子肺则像国王的太子;肝脏和脾脏像大小后妃;肾脏像托着屋梁的外臣;精囊、卵巢好似珍宝之库;胃像一口炒锅;小肠、大肠像王后的奴仆;胆像悬挂起的鼓风皮袋;膀胱好似盛满水的瓦盆;两个门像排水孔;两只脚好似门前的上、下马的蹬石。”<sup>①</sup>

关于人体骨骼、神经和血管,藏医认为全身有骨头三百六十块,其中脊椎骨二十八块,肋骨二十四条,牙齿三十二颗。四肢大关节十二个,小关节二百一十处。韧带十六处。藏医将联结人体内外的脉络称为联结脉,联结脉有白脉(神经)和黑脉(血管)两种。白脉自脑向脊髓内伸出,像树根一样向下延伸。白脉受损,便丧失运动和知觉功能。黑脉又分跳动脉(动脉)和不跳动的脉(静脉)。《四部医典》对人体消化系统也有相当精确的描述:食物入胃后,由能消赤巴、能化培根、麦娘姆隆共同完成腐熟消化,最后由吐塞隆分清精华与糟粕,糟粕进入

<sup>①</sup> 《四部医典》(汉译本),上海科学技术出版社 1987 年版,第 12—13 页。

小肠分为稀和浓,稀的是小便,浓的是大便。在胃部接受精华的脉经过肝脏,在肝脏精华转变成血液,随后依次变成肌肉、脂肪、骨、髓和精液。

藏医在认识人体胚胎发育方面有突出成就,如《五部遗教》认为胚胎发育全过程需要三十八周,并详细描述逐周发育情况,提出胚胎发育过程要经历鱼期(水生动物)、龟期(爬行动物)和猪期(哺乳动物),体现了动物进化过程的几个阶段<sup>①</sup>。在胚胎发育过程中,胎儿、脐带与母体的关系十分密切,《四部医典》中形象地描述这种关系,“犹如池水向田地里灌溉一样。”这点已被现代医学所证实:胎儿通过脐带从母体获得氧气及营养,并从母体排出代谢产物。

### (三) 疾病的病因及种类

《四部医典》所论的病因有一般和特殊两种。一般病因包括气候变化、饮食起居欠适及前世的罪孽。特殊病因包括房事过度、劳累过度、精神紧张、外伤等。

对疾病的分类也很特殊。藏医将疾病分为四类,各类为一百零一种,合计为四百零四种。

#### 1. 从形态分类

从形态分类是按隆、赤巴、培根区分,隆病四十二种,赤巴病二十六种,培根病三十三种,总计一百零一种;

#### 2. 从疾病性质分类

从疾病性质分类可分本系和旁系两类。本系又分增、极增、特增和损、极损、特损六型。旁系又分合症、并症和并发症三型,其中旁系并发症二十七种,本系及其他旁系病七十四种,总计一百零一种。

#### 3. 从疾病发生分类

以疾病发生部位分类主要分为身、心两类。心的疾病分疯狂症、

<sup>①</sup> 《五部遗教》(藏文本),第 889—890 页。

瘕病等。身体的疾病分上下、内外和全身五类。总计一百零一种。

#### 4. 从疾病种类分类

以疾病种类分类可分为身体内部疾病、疮伤、热病、零星杂症四类。总计一百零一种。

对于以上各种疾病,其中有一百零一种不治自愈,一百零一种治疗即愈,一百零一种经祈祷后愈,一百零一种无法治疗<sup>①</sup>。这正是佛教思想在藏医学中的反映。

### 三、临床诊法

在长期的医疗实践中,藏医积累了丰富的临床经验,很有特色的诊断和治疗方法。

#### (一) 诊 断

主要有问、望、切三诊。

##### 1. 问诊

问疾病的起因、发病时间、患病部位、有否发热、恶寒;起病诱因及直接原因;气候环境,职业,家庭史,饮食起居等等。

##### 2. 望诊

包括观察病人神色、体型、舌质、舌苔、排泄物等。

藏医特别注重尿诊,认为尿液系由饮食变化而来,尿液变化最能反映体内变化。在采集尿液标本时,有一套严格要求。如,前一天晚上禁止饮茶、酒、酪浆,情绪宜稳定,睡眠要充足。收集尿液应在清晨,子夜以后饮食已消化完毕,最能反映体内的实际情况。尿诊观察内容包括尿颜色、气味浓淡,泡沫大小、多少,沉淀物有无和形状,漂浮物消失快慢等。热性病人的尿呈红黄色,臭味浓,热气维持时间久,泡沫

<sup>①</sup> 《四部医典》(汉译本),第24—26页。

呈黄色,消失快,沉淀物如乱云状。

### 3. 触诊

主要指切脉。与汉族医学脉诊相似,又具有自己的特色。

首先,切脉时间有严格要求,清晨朝阳初露,受情绪及体力活动的干扰最小,脉象最能反映人体真实情况。其次,切脉部位较汉族医学以腕后桡动脉略偏向肘窝部,分冲、甘、恰三部。三部所候脏腑,男女略有不同。男左手寸、甘、恰脉,分别候心、脾、左肾;右手寸、甘、恰脉,分别候肺、肝、右肾。女寸脉反映的脏腑,左手为肺,右手为心,其余相同。

藏医认为五脏脉象与五官有密切关系。当某一脏腑有病时,其相应的五官也会出现病态。如心脉有病,则舌缩语艰;肺脉有病,则鼻翼下陷;肝脉有病,则两目上吊;脾脉有病,则口唇下垂;肾脉有病,则两耳失聪或耳轮枯槁。

正常人脉象一呼一吸脉跳五次,多于五次者有热,少于五次者为有寒。热证脉象为数、洪、大、弦、滑、硬;寒证脉多沉、迟、弱、细、浮、虚。

## (二) 治 疗

治疗方法多种多样,包括食疗、药物治疗、药浴疗法、放血疗法等。

### 1. 食疗

藏医对饮食疗法非常重视。当人患病时,首先用调理饮食的方法治疗,并注意起居养生。当食疗失败后,才寻求其他疗法。在《四部医典·论说医典》中,专设“饮食知情”、“食物禁忌”、“食物维护与适量”三章,指出“治病调养身体有良方:欲学活命饮食点为纲。食物饮料善用保性命,低剩病变时常把命伤”。

传统观念把食物大致可分为谷、肉、油、烹、调五种。谷物又分带芒与带荚两种。肉类分水、旱、两栖三类,认为旱地肉类其性轻凉粗,

能息朗<sup>①</sup> 症培根所致热。水居肉类其性膩热重,胃肾腰部寒病有裨益。两栖肉类其性功能兼。油类又分酥油、芝麻油、白芥子油等,“人们日常饮食靠油类”,油类对人体有补养作用,使人精力充沛,精神焕发。其它如菜蔬、饮料、烹饪熟食,运用得当有助于疾病的康复。

具体应用时,要根据病情酌情运用。如赤巴热证,“食物黄牛山鹿新鲜肉,新鲜酥油蒲公英野菜,大米青稞雪水牛羊酥,滚水等类轻凉食饮宜。”赤巴寒证,“食物黄牛山羊犏牛酥,新鲜绵羊肉与鱼肉干,热面大蒜趁热新与饮。”

## 2. 药物治疗

治疗的目的是矫正“隆”、“赤巴”、“培根”三者不平衡状态,使之协调恢复正常。就疾病性质而言,大致分为寒和热两大类。隆病、培根病、慢性病属寒;赤巴病、血病、急性病属热。对热性病,用木藤蓼、红花;寒性病,用草拔、干姜;隆病则用肉豆蔻、阿魏;赤巴病用芫荽子、黄花杜鹃;瘟病用翼首草、角茴香等。

藏医很注重服药的时间,《四部医典》中有明确规定<sup>②</sup>:如病情在上升阶段,邪气旺盛时,应在黎明之时,曙光将露未露之时服之。食欲不振的病症,将药物与饮食混合服之。治疗呃逆症,则在进食前服一部分,进食后再服另一半。

治疗所用方剂有单、复方两种,复方的药味多达数十味。剂型有丸、散、膏、汤、药酒等。其中以丸散为主,汤剂较少使用,这与游牧生活不无关系。

## 3. 药浴疗法

常用的药浴为五味甘露汤<sup>③</sup>,由圆柏叶、黄花杜鹃叶、水柏枝、麻

① 朗,即三元素中的隆。

② 《四部医典》(汉译本),第96—97页。

③ 同上书,第298—299页。

黄、丛生亚菊组成,根据不同病情随证加减。将上述药物入锅加清水熬成汤剂,去渣取汁。注入浴盆,用蒸气冲热至 40℃,令患者躺入盆中,洗泡四十分钟,然后盖被发汗,每日两次,七日为一疗程。主要作用为改善气血循环,增强机体新陈代谢,调节内分泌,祛风除湿,温经散寒,活血通络,行气消肿,消炎止痛。适用于风湿性关节炎、类风湿、强直性脊柱炎、痛风、偏瘫、妇科病、皮肤病及坐骨神经痛。

#### 4. 放血疗法

利用针具或刀具在选定的部位上刺破血管,使病血排出体外,达到治疗疾病之目的<sup>①</sup>。术前准备,放血前三至五天应口服三果汤(诃子、毛诃子、余甘子),以利于正常血液与病血分解。若不用汤药分解,将导致正常血液流失而病血不出。

放血适应症,藏医认为凡热性疾病,如扩散伤热、骚热、瘟病、疔肿、疮疡、垢甲病、“索日亚”、丹毒、黄水、麻风、痛风、静脉曲张等病证都可采用放血疗法。

藏医认为可供放血的部位有七十七处,其中头、颈部有二十一处,上肢三四处,下肢十八处,躯干四处。头部及颈部放血部位分别为:囟门脉、鼻尖脉、胸脉、耳前后四树脉、枕骨脉、枕髻脉、戟脉(金戟、银戟)、舌脉、眼脉、齿脉、小尖脉等。上肢放血部位为:臂脉、冈脉、六头、“诺嘎”、“如通”、肺心合脉、肺肝合脉、肝胆合脉、痰脉“霞仁”、胆脉“霞仁”、黄水“霞仁”、六合、“觉公”、无名指背脉等。下肢放血部位:足大脉、髻脉、笼头脉、胫端脉、鱼弯脉、胫面脉、大肠脉、镫脉、小肠脉各一对。躯干放血部位:胃角脉、男阴边脉各一对。

出血量:当血色呈硃砂或紫草茸汁,或血的泡沫上出现覆有红色血皮者,应立即停止放血。放血后,应告诫患者休息,按摩放血点,尔后用绷带覆盖切口。术后禁酒三天。

<sup>①</sup> 《四部医典》(汉译本),第 293—296 页。



放血疗法具有清洁血管,泄出病血,消除肿胀和疼痛,根治脓水,去腐生新。为目前藏医常用的治疗方法。

#### 四、藏族药学

据《四部医典》称,药物的生长源于五源:土、水、火、风、空。土为药物生长之本源,水为生长之必需,火为生长之热能,风是生长之动力,空是生长之空间。药物的六味也来源于五源的不同结合,如土水偏盛的药物为甘味,水风偏盛的药物为辛味,火土偏盛的药物为酸味,土风偏盛的药物为涩味,火风偏盛的药物为咸味,火水偏盛的药物为苦味。<sup>①</sup>

此外,《四部医典》还介绍了有关药物六味、八性及十七效具体内容。

##### 1. 六味

指甘、酸、苦、涩、辛、咸六味。甘味具有增强体力,补气固本,荣润肌肤,开窍舒胸,生肌愈疮,干黄水等功效;苦味能清血热,赤巴热,健胃舒胸,增生腹肌;酸味健胃消渴,维持体温,生培根;辛味增胃热,消积化食,镇静催眠,驱除肠道寄生虫。咸味熄风镇静,消烦渴,生赤巴,下死胎。涩味通淋止泻,复苏开窍,荣润肤色,驱虫。

##### 2. 八性

指重、润、凉、钝、轻、糙、热、锐八性。重与钝治隆病和赤巴病;轻、糙、热、锐者治培根病;而轻、糙、凉的药物能诱发隆病;热、锐、润能诱发赤巴病;而重、润、凉、钝能诱发培根病。

##### 3. 十七效

指柔、重、热、润、稳、寒、钝、凉、软、稀、干、温、轻、锐、糙、动、燥等

<sup>①</sup> 《四部医典》(汉译本),第34—42页。

十七种效能。临床用药治疗时,必须弄清每一味药物的药性、药味和药效。充分掌握寒者热之,热者寒之的对治原则。如热性病用寒凉药,寒凉病用温热药,燥用稀和润,湿用干和燥等等。

藏药的分类以《晶珠本草》最为详尽,按药物自然属性为基础进行分类。藏医所用的药物以矿物与动物药居多,这与汉族医学以植物药为主不同,是由于西藏地区的自然条件和民族习惯所致。

## 五、藏医中稀世珍宝“曼汤”

“曼汤”,是藏文音译。“曼”指医药,“汤卡”,即挂图。曼汤,意即可以卷起来收藏,用时展开挂在墙上的教具。

曼汤有着悠久的历史。早在八世纪,藏医就有《尸体图鉴》、《尸体分部图》、《活体测量》等图谱,十三世纪时,有《解剖明灯》、《药物蓝图》等专著,这些都具有早期曼汤的性质。十四世纪,藏医形成两大学派,都擅长于医药图谱的绘制。1704年,在第司·桑吉嘉措主持下,以北方派名医伦汀·都孜吉美所绘《四部医典》教学图画为核心,召集全藏医药名家和画家,根据《四部医典·蓝琉璃》的内容及编排顺序,又参考《月王药诊》,补充了尿诊和火灸穴位图,编绘成一套完整的、图文并茂的藏医曼汤,共七十九幅。后在“门孜康”(今西藏藏医院的前身)负责人钦饶诺布主持下,又加绘制一幅藏医学名人像。这样,全套共八十幅,分四部分,第一部分四幅,主要介绍人体的生理、病理、诊断和治疗;第二部分三十五幅,介绍生理解剖、病因、防病知识、药物性能、疾病诊断和治疗原则;第三部分十六幅,专门论述临床各科病证及其诊断治疗;第四部分二十四幅,介绍脉诊及尿诊技术及意义、方剂。

全套挂图为色泽鲜艳的彩色平面图。图中人物栩栩如生。药物的描绘形象逼真,几乎达到依图即可辨认药物的程度。对尿诊描绘尤

为细致。如第六十五图尿诊,包括看尿色、热气、气味、泡沫、沉淀物、表面漂浮物等等,独具一格。还有以三棵树的根、干、茎、叶、花、果描述整个藏医体系“树喻图”,共三幅。图中包括基础理论、诊断、临床各科的病症、治疗、甚至预后、药物以及养生。用如此方法来表达整个医疗体系,其形式之独特,内容之丰富,表现形式之生动,正是藏医有别于其他医学体系的一大特色。

曼汤中涉及的内容极其广泛,除藏医药知识外,还涉及到汉族医学,如脉诊、舌诊、脏腑等理论。曼汤问世以来,先后多次成套复制。1918年、1923年、1937年曾三次成套复制。至今仍保存有二套完整的曼汤。1986年,全套曼汤经强巴赤列、王镭、蔡景峰等整理、注释、研究和翻译,名为《四部医典系列挂图全集》,由西藏人民出版社出版。

## 六、藏医名家及其代表著作

藏医学在其发展过程中,医药名家辈出,有关文献资料丰富。择其知名者和代表性著作简要介绍如下:

### (一) 医 家

#### 1. 宇陀·宁玛·元丹贡布

出生于医生世家,受到良好家庭教育,人称老宇陀。医术高明,对藏医的临床和基础理论都提出一套较完整的体系。在基础理论方面,提出胚胎形成和发育是父精母血结合而成,胎儿的发育靠脐带从母体吸取营养,对人体生理解剖论述颇为详尽,并确立了“隆、赤巴、培根”三元素为构成人体生命活动所必须的基本物质。在诊断学方面,尤其重视运用脉诊和尿诊。他不仅通晓内科疾病的诊断和治疗,还精于外科手术治疗。他对关节脱臼根据局部疼痛、肿胀、活动障碍、畸形等症状进行诊断,用牵引的治疗方法复位,用毡片、绸布带子固定,并

内服杜仲汤。对颅脑外伤的诊断方法和治疗原则,治疗骨折主张先除去局部异物,用手术除去骨折间的软组织。对胃破裂者主张及早缝合可用马筋线,或马尾线等。对胸腔损伤,要患者先咳嗽,观察其胸壁损伤情况,再用震抖法判断胸腔内是否化脓。

老宇陀在广泛收集民间医学资料,不断总结经验的基础上,终于在八世纪末编成藏医名著《四部医典》。该书的问世,标志着藏医学成为一门独立的学科,为藏医学形成本民族独特的医学体系奠定了基础。因此人们尊他为藏族的“医圣”。其十三世孙宇陀·萨玛·元丹贡布,人称小宇陀。承继家学,也是一代名医。

## 2. 第司·桑吉嘉措

第司·桑吉嘉措(1653—1705年)。五世达赖的摄政王,协助掌管全藏政教大权达近三十年。对西藏的政治、经济、宗教、文化、科学的发展有卓越的贡献。在医学方面,最杰出的贡献是为整理、注释和研究藏医古籍。为了编写《四部医典》的注释本,他参阅大量文献资料和《四部医典》各种版本,以索卡·年姆尼多吉编注的《木函四部医典》及《宇陀·萨玛·元丹贡布亲注四部医典》为蓝本,对《扎汤版四部医典》的缺漏部分,通过考证、研究,作了校补,并将书中难懂的古文改写成通俗的文字,将失传或失真的部分作了补充和纠正,增补了一千二百多页注释,定名为《四部医典·蓝琉璃》。这是《四部医典》的标准注释本。

为了使《四部医典》通俗化,桑吉嘉措又主持编绘一套系列彩色“曼汤”,使研习者通过图文对《四部医典》各章节内容一目了然。他的另一部著作《藏医史》内容丰富,详尽记述十七世纪以前的藏医药史,极有参考价值。

五世达赖曾在哲蚌寺创办医学利众寺,但没有得到很好延续。为了实现达赖生前的愿望,也为了进一步传播藏医学,桑吉嘉措在药王山兴建了“药王山医学利众寺”,为藏医事业培养了大批人才。

## (二) 医 著

### 1. 《医学大全》

《医学大全》藏名《门吉钦木》。由汉族医僧马哈德瓦(大天)和藏族翻译家达玛郭卡合作编译。成书于七世纪中叶。主要内容以文成公主入藏联姻时带去的医方百种,诊断法五种,医疗器械六种,医学论著四种等为基础,进行编译而成。系统介绍中医的人体生理、病因、病理、诊断、治疗和药物学内容,结合藏医学实际情况,略作取舍有所发挥。此书是有史记载最早的藏医名著,已失传。

### 2. 《月王药诊》

《月王药诊》藏名《曼杰达维给布》,又名《宿马拉扎》。约成书于八世纪中叶。关于本书来源说法不一,一说是汉族中医著作,先传入印度,再由印度传至西藏;一说由金城公主入藏联姻时带去,经藏汉医生及译师合作编译成书。

《月王药诊》共一百一十三章,内容涉及人体生理解剖、疾病的病因、诊断、五脏六腑、各科杂病、治疗原则、具体治疗方法、药物、方剂及常用剂型等。观其所涉及的内容,是一部反映多民族医学内容的综合性工具书。医学基础理论方面已吸收汉族中医阴阳五行学说和古印度医学“气、血、津液”三元素理论;脉诊方面论述切脉部位、方法、脉象以及与脏腑的关系,与汉族医学基本相似;在药物方面,全书共载药七百八十种,多数是青藏高原的特产,如纤毛婆婆纳、喜马拉雅紫茉莉、船形乌头等;从疾病的种类看,对青藏高原多发的雪盲、天花、炭疽、痛风、胃肠病、心脏病等都有涉及;治疗方法,记载有灌肠、放血、艾灸、放腹水等技术,这些方法至今临床沿用。此是现存最早的藏医学名著。

### 3. 《四部医典》

《四部医典》全名《甘露要义八支秘密诀续》。撰者宇陀·宁玛·元丹贡布。八世纪末成书。曾被藏王赤松德赞视为“圣经”,秘藏于桑

耶寺,直到十一世纪德敦·查巴旺西发现,后由老宇陀的第十三世孙宇陀·萨玛·元丹贡布整理、补充修改。据第司·桑吉嘉措考证,宇陀·萨玛·元丹贡布先将《四部医典》中的《总则医典》分出章节,在《论说医典》中增补了药物和饮食等部分,在《秘诀医典》逐节进行了修订,在《后续医典》中摘补了《月王药诊》中的脉诊、尿诊和五行的内容。成为今天可见到的《四部医典》。

全书共一百五十六章,分四部分。第一部六章,称为根本医典或总则本,叙述藏医学生理、病理、诊断及治疗;第二部三十一章,称为论说医典或论述本,叙述人体解剖、胚胎学、病因、治疗原则、药物的性味及其功效等;第三部分九十二章,称为秘诀医典或秘诀本,叙述临床各科病症的病状、病因、治疗等,包括内、外、妇、儿、五官等各科病症;第四部分二十七章,称为后续医典或后序本,论述脉诊、尿诊、药物及剂型,各种治疗方法等。

《四部医典》被视为藏医的经典,十七世纪时传入蒙古地区,又成为蒙医经典之一。1983和1987年,由人民卫生出版社和上海科学技术出版社分别出版汉文全译本。

---

### 第三节 蒙古族医药学

---

蒙古族医药学是蒙古族人民在长期与疾病作斗争中的经验总结,在其发展过程中,吸收了藏族医药学、汉族医药学及印度医药学的内容,并根据其民族生产、生活、地理环境、风俗习惯、宗教、文化等特点,不断地加以总结和提高,逐步形成有本族特色的民族医药学。

## 一、医药史概述

今天我国蒙古族主要聚居于内蒙古自治区和新疆、青海、甘肃、黑龙江、吉林、辽宁等省区。蒙古族最早居住在我国北方。以“蒙兀室韦”之称始见于《旧唐书》。七世纪时，成吉思汗的始祖孛儿帖赤那带领“室韦”西迁，渡腾汲思海，驻牧蒙古高原的斡难河上游及肯特山东部地区，过着游牧生活。据我国古代文献记载，在十二世纪以前，蒙古族已积累有丰富的医疗知识。如藏族《四部医典》记载有“蒙古灸”。在《宇陀·宁玛元丹贡布传》中提及“蒙古放血疗法”。十三世纪时蒙古族统一中国，建立了元朝。元代时各民族之间经济、文化的广泛交流，与欧亚各国的通商和文化交往，推动了蒙古族社会的进步，也促进了医药卫生的发展。

元代征战多骑马，因此战伤、摔伤、骨折者多。由于外伤治疗的需要，客观上要求他们不断摸索治疗这些病症的方法，对骨折、脱位的手法复位、放血、冷热罨法、针刺、灸熨、伤口烧灼、重伤者的腹罨法，均为常用的早期治法。据《元史·李庭传》记载：“复中炮坠城下，矢贯于胸，气垂绝，伯颜令割水牛腹纳其中，良久乃苏。”《元史·谢仲温传》也有蒙医腹罨法的记载。

此时饮食疗法也得到系统的总结和提高。蒙古族营养学家忽思慧在担任饮膳太医，管理宫廷饮膳烹调工作中，对各种营养性食物和补益药品，饮食卫生，食物中毒等，有较深研究，并用汉文撰成《饮膳正要》三卷。该书突破了食疗本草的方式，聚美食与药疗为一体，既体现食医并重，又突出鲜明的民族特色，在医学营养学中占有重要的历史地位。

元代方剂学也有发展。沙图穆苏在1326年著成《瑞竹堂经验方》，载方剂一百八十七首，处方醇正，疗效颇佳。有些方剂至今仍为

医家所沿用。1292年,元政府设立太医院,还设广惠司、回回药物院等医学机构,促进了蒙医学的发展。

十六世纪,随着西藏喇嘛黄教传入蒙古,藏医也随之传入。在吸收藏医“隆、赤巴、培根”三元素学说的基础上,结合蒙医的特点及民间常用的疗法,加以改造和发挥,在十八世纪,形成了六因辨证学说。并以此为指导,使蒙医逐步完善和系统化,最终形成了既有理论又有实践的传统医学。

明末清初医家医著不断涌现,各学派著书立说。如《方海》、《甘露三部》、《白露医法从新》、《认药白晶药鉴》、《认药学》、《油剂制法》、《脉诊概要》、《蒙医药选编》、《观者之喜》、《珊瑚验方》等,所涉及的内容包括理论、诊断、治疗、药理学、方剂学等。这时临床医学日趋专科化。《白露医法从新》全书分内科、热病科、传染病科、五官科、妇科、儿科、杂病、外伤等十三科。

清代蒙医骨伤科学发展到一个新水平。绰尔济·墨尔根对纠正四肢不能屈伸的关节脱位、骨折等,常能手到病除,整复如原。据历史记载,称其“善医伤,时白旗先锋鄂硕与敌战,中矢重毙,绰为拔镞,敷良药,伤寻愈”,“有患臂不伸者,令先以热镬熏蒸,然后推其骨,揉之有声,即愈。”(《清史稿》卷五〇二)另一位骨伤科学家觉罗·伊桑阿,采用冰冻麻醉法,切开整复粉碎性骨折,使其联缀,效果良好。他还招收门徒,传授医术。雍正六年(1728年),俄罗斯还派遣学员向他学习正骨术。

随着喇嘛黄教的传播,各寺庙都有习医的僧侣,较大的寺庙还设立“门巴扎仓”(意即蒙医学校)。学习内容主要是医经经文和临床经验。虽然这种学校隶属于寺庙,且有佛学教育形式,学员皆为喇嘛,但在当时历史条件下,无疑为蒙医药的继承和发展起到积极的作用。据不完全统计,仅瑞应寺,自门巴扎仓建立至1948年,先后培养僧俗医生一千多人,其中约二百人成为名医。



## 二、特色疗法

蒙医常用的疗法有正骨、灸法、皮疗法和酸马奶疗法,都很有浓厚的民族特色。

### 1. 正骨

这种正骨术既不同于汉族医学的伤骨科,也有别于现代医学,而是蒙古族人民在长期放牧、狩猎等生产、生活过程中积累的手术。由于经常发生从马上跌下,高处坠落而造成外伤,在寻找治疗外伤的过程中,逐渐积累了有关正骨知识。随着蒙医学理论的完善,正骨术形成以理论为指导,以手法整复为主,以药物治疗为辅的独立的学科。

正骨术包括以下方面:首先是诊断。通过观察病人,询问病史,检查受伤部位,结合X线进行综合分析。其次是治疗。分为整复、固定、按摩、药疗、护理和功能锻炼等六个步骤。

### 2. 灸法

在藏族《四部医典》就有记载“蒙古灸”内容。常用灸法有蒙古灸、白山蓊灸、西河柳灸、火把灸、温针灸。

(1) 蒙古灸。把小茴香与黄油搅拌后,放入铁锅内用温火加温,令其色变黄取出,用干净的羊毛毡包裹,置于患处;或以小块羊毛毡浸泡于黄油内煮开后取出敷于患处。

(2) 白山蓊灸。因其易于点燃,火温柔而持久,灰烬不散,是较理想的灸料。白山蓊灸分直接灸和间接灸两种。直接灸是将灸炷直接放在皮肤上施灸;间接灸,又称隔物灸,是在皮肤与灸炷之间垫上某种物品,如隔姜灸,隔蒜灸。

(3) 西河柳灸。取两条西河柳,每条长约十厘米,直径约十毫米,用刀削去皮,将其放入芝麻油或豆油锅内煮沸,取出一根置于患处或所选穴位上热熨,冷却后再换另一根,如此交替使用,每处灸十至三

十分钟。

(4) 火把灸。将棉花揉成圆球状,大小视施灸面积而定,将棉球蘸少些芝麻油点燃后,直接置于患处。

(5) 温针灸。用银针刺入所针刺的穴位后,将白山蓇炷悬于针柄上点燃,以灸炷燃完为止。灸法取穴有两种:一是根据患者自述症状部位取穴;另一种是医者根据人体解剖部位选穴。

此外,蒙医认为,灸法适用消化不良、胃火衰败、浮肿、痞块、寒性希拉性头痛、脉病、黄水病等。而对于希拉性热症、血症、五官疾病、男女生育脉道疾病等,应有所禁忌。

### 3. 皮疗法

这是一种外治疗法。将牧畜宰杀后,立即剥其皮,趁热披在患者身上或包裹患处,以达到治病目的。至今蒙古族民间仍有用绵羊皮治疗寒性关节疼痛,用驴皮治疗图赖和协日乌素症,用艾虎皮治疗皮肤病等皮疗法。

### 4. 酸马奶疗法

这是一种饮食疗法。酸马奶是用鲜马奶经杀菌消毒,接种乳酸菌种发酵制成。在蒙医中占有极其独特的重要地位,既是健身饮料,又是辅助治疗之良药。

酸马奶性平而温,味甘、酸、涩。具有增强胃火,助消化,调节机能,活血化瘀,改善睡眠,补气补血等功效。适用于肺脓肿、消化道溃疡、水肿、冠心病、高血压病、再障、坏血病、神经衰弱等多种病证的辅助治疗。具体服法可视体质强弱而定。一般每次五百至一千毫升,日服三次,三周为一疗程。

## 三、蒙古族药学

与蒙古族医学一样,蒙古族药学也有悠久的历史。1226年,当瘟

病在蒙古军中流行时,就用过大黄治愈此病。十八世纪以后,出现许多著名的药物学家和著作,最有影响的要数占巴拉道尔吉的《蒙药正典》。全书记载药物八百七十九种,按矿物药、动物药、植物药等类别分成八部二十四类。每味用蒙、汉、藏三种文字对照,纠正了过去对药物的误认和给草药随意起名,以及错用汉名等混乱现象。并详细阐述药物的产地、形态、性味、功能、入药部分、采集时节及炮制方法,并附有药物图谱五百七十九张。此书至今仍被视为学习、研究、鉴别、采集蒙药材的工具书。

由于受藏药的影响,蒙药的理论也采用六味(甘、酸、苦、咸、辛、涩)、八性(重、腻、寒、钝、轻、涩、热、锐)、十七效(柔、重、温、腻、固、寒、钝、凉、和、稀、燥、淡、热、轻、锐、涩、动)以及五元(土、水、火、气、空)等认识药物生长的关系。但在具体应用时则有所发挥。

蒙医用药的基本原则是利用药的性能调整机体内部“赫依”、“希拉”、“巴达干”的偏盛偏衰,使之保持平衡协调。因此,用六味中的甘、酸、咸、辛四味克制赫依病;甘、苦、涩三味克制希拉病;酸、咸、辛三味克制巴达干病。苦、涩味生赫依;酸、咸、辛味生希拉;甘、苦、涩生巴达干。八性中的重、腻性克制赫依病症;寒、钝性克制希拉病症;轻、涩、热、锐性克制巴达干病症。轻、涩、寒性生赫依;热、锐、腻性生希拉;重、腻、寒、钝性生巴达干。十七效中的柔、重、温、腻、固能医治赫依涩、轻、凉、微、坚、动等特性的病证;淡、钝、寒、和、稀、燥等能医治希拉腻、锐、热、轻、燥、湿等特性的病证;淡、热、轻、锐、涩、燥、动能医治巴达干腻、寒、钝、柔、粘、固等特性的病证。

蒙药材种类繁多,有二千余种。蒙药传统分类法有:按药物的来源和属性、功效、药味等进行分类。随着分类方法的不断改进和更新,近代分类法有:按用药部位分,如果实类、根茎类、全草类、皮类、树脂类、花类、昆虫类、动物类、矿物类、其他类等;按科属分,如菊科、豆科、怪柳科;按药物效用分,如清热类、止痛药、泻下药、理血药等。

蒙药的疗效,如治疗心脏赫依病以肉豆蔻为主,肾脏赫依病以白豆蔻为主,脾脏赫依病用草果,对巴达干性热症用川木香,治热黄水用黄柏、文冠木,寒黄水用驴血、鹿角等,都有明显效果。

蒙医方剂,既有单方也有复方。少则一二味,多达几十味。剂型有汤、散、丸、膏、灰、油、酒等多种。

#### 四、蒙医名家及其代表著作

蒙古族也有一批杰出的医苑人物,他们善于总结实践经验,撰写医药著作,使蒙医理论更加系统化,为中华民族的医学宝库留下了宝贵的遗产。

##### (一) 医 家

###### 1. 伊希巴拉珠尔

伊希巴拉珠尔(1704—1788年),又名额尔德尼班智达·松巴堪布。出生于卫拉特蒙古贵族家庭。四岁学习藏文,七岁到青海贡龙寺学徒。一年后进塔尔寺学习医药学、语言学、佛学。二十岁入拉萨哲学部学习。三年后获“林思日朵伯卓”学位。后随五世达赖太医惹瓦·普波切弟子尼玛坚赞学习《四部医典》。二十七岁返回贡龙寺从医,后来受清政府封为“扎那格堪布”。他的医学造诣颇深,对蒙藏医药和古印度医学均有研究,尤其是蒙古地方常见病具有丰富临证经验。将传统医药的“寒热理论”同《四部医典》中有关寒热病的理论有机地结合起来,并以“沉土般的寒症”、“强敌对抗般的寒热相抗症”、“野牛回击般的寒热相互倒变”为题,详细论述了寒热病的辨证,使蒙医寒热学说系统化。他还提出从赫依症、希拉症、巴达干症、黄水症、虫菌症、血症等为核心的“六基症”学说,不但充实和丰富了蒙医内科学的内容,也奠定了蒙医学的基础,成为蒙医学病因辨证的理论原则。

伊希巴拉珠尔还精通印度大、小五明学,在蒙古历史、文学、哲

学、天文历法等方面颇有建树。由于他学识渊博,被礼请担任青海藏族大治佛托旺的经师。其著作收入以“吉祥八祭”定名的《八帙全集》,刻板印行。

## 2. 娜仁·阿柏

娜仁·阿柏(1770—1855年)。为元代名医好布格太之后人。她得家传,十五岁起在阜新一带行医,尤以正骨见长,为内蒙古著名骨科女医生。诊断骨折以听诊、扪诊、问诊为主,治疗方法丰富,有手法挤取死碎骨片;用蛇蛋花宝石按压法止血止痛;用青铜镜和银环按摩治骨折;用拔罐提骨法复平颅骨等凹陷骨折、肋骨等蹠形骨折;用热沙裹髀伤肢,恢复关节功能;脊柱骨折采用两腿上吊牵拉法复位;四肢骨折用牛皮、蒙古栋做夹板,并用兔皮、羊绒毛和幼小兽类的皮加压垫固定,并配合蒙药以调理气血。她根据多年临床经验,提出“以震治震”、“震静结合”、“先震后静”等法,用人工震动治疗脑震荡。此法仍为蒙医临床沿用。

娜仁·阿柏医术精湛,医德高尚。她常说:“做一名骨科医生,首先必须有一颗洁白得像牛奶一样纯洁的心。”她这种崇高的医德和精良的医技,深受广大群众尊敬和爱戴。

## 3. 伊希丹金旺吉拉

伊希丹金旺吉拉(1853—1906年),生于内蒙古察哈尔盟正镶白旗杜荣敖包村。七岁时,鄂尔多斯郡王期公召庙第五世活佛沙卜隆招入寺,学习蒙、藏文及医学。后赴青海塔尔寺学习佛学及医学。行医于鄂尔多斯七旗及察哈尔、锡林郭勒、布利亚特、乌兰巴托等地。他潜心研究医学,运用《四部医典》的三元素理论为指导,总结临床实践,博采各地有效经验,兼收并蓄汉、藏、俄医学精华,终于在十九世纪末用藏文诗歌体撰成蒙医临床手册《珊瑚验方》。内容包括内、妇、儿、皮肤、五官等各科疾病的治疗,载方剂二百二十余首,药物加工炮制法三十八种。1934年春,由俄罗斯阿格王叶西满日巴和闸门文书萨丹

齐木德道尔吉译为蒙文,以手抄本传世。1977年,内蒙古人民出版社重译出版,改书名为《蒙医药简编》。

伊希丹金旺吉拉在蒙药方面也颇有研究,对药物的采集、辨认、炮制等方法独具一格。如对挖取药物根的工具及炮制所用器具指出有严格要求,有的药物用山羊角挖取,俄罗斯土茯苓忌触铁器等。他通过多年临床实践,开创了土茯苓与俄罗斯土茯苓同用的先例。他还培养了一批蒙医药人材,知名的有察哈尔柴尔庙的活佛,苏尼特旗查干敖包的扎木漾力格沙德扎木苏等。使蒙医药事业后继有人。

## (二) 医 著

### 1. 《瑞竹堂经验方》

《瑞竹堂经验方》。萨谦斋(又名沙图穆苏)编撰,刊于元泰定三年(1326年)。全书十五卷,已散佚。后人据明代《永乐大典》辑出五卷,多有脱漏,所辑方剂仅为原书十分之四五。1982年,浙江中医研究所据《医方类聚》、《普济方》、《本草纲目》有关内容和日本的刊印本进行整理校订,合成为十五卷本。辑出方剂共三百四十四首。有些处方至今仍被医家广泛应用。如八珍散、反魂丹、内托千金散。此书保留了元代以前方书的若干内容,对研究蒙医史有一定参考价值。

### 2. 《饮膳正要》

《饮膳正要》。忽思慧撰。在元仁宗延祐至元明宗天历年间(1314—1329年),任宫廷饮膳太医,管理宫廷饮膳烹调工作。《饮膳正要》共三卷。卷一载养生避忌、妊娠食忌、乳母食忌、饮酒避忌、聚珍异饌。卷二载诸般汤煎五十六种,神仙服食二十四种,食疗诸病六十一方,以及四时所宜、五味偏走、服药食忌、食物利害、食物相反、食物中毒、禽毒变异。卷三载食物本草,其中米谷品三十一一种,兽品三十一一种,禽品十七种,鱼品二十二种,果品三十九种,菜品四十六种,调味品二十八种。每种均详述其性味、毒性、功用、烹调方法,共载二百八十八首,营养品二百三十余种,附图一百九十三幅。还收载较多的蒙古、维吾

尔等民族喜用的营养食品和制作方法。所记载食品制作方法、烹调细则,对于研究烹饪技术发展史是极有价值的资料。

---

## 第四节 维吾尔族医药学

---

维吾尔族是我国西北地区的民族之一。维吾尔族人民世代生息在被称作“金玉之域”的土地上,即今天天山南北的新疆地区。随着横穿西域的“丝绸之路”的开通,在促进商业发展和文化交流的同时,东西方医药也相继荟萃在这块土地上,促进了医药学的发展,形成了富有特色的维吾尔族医药学。

### 一、医药史概述

古代时,西域地区居住着许多民族,除少数从事农业生活,多数长期在天山南北过着游牧生活,经常遭受风寒暑湿自然灾害及虫兽等的威胁,因此,他们早就懂得用粘土、披兽皮、涂奶汁、埋热沙、洗温泉等方法来解除由寒湿引起的病痛,用放血减轻沙漠干热性头痛,用割破耳后静脉医治骑马性关节炎疼痛。还用擦油、晾晒、烤灼、沐药浴、佩戴大蒜、以及按摩、掐、揉、搓等方法来预防疾病。

大约在两千多年以前,维吾尔族有了医疗方法。对骨折、复位、外伤包扎、切开排脓、手术缝合等有一定的水平。从新疆昭苏乌孙墓出土的骨骸中,有明显的接骨痕迹。在天山阿拉尔沟塞种墓出土的骨骸中,发现一少女颅骨顶部有0.5厘米锐利光滑的钻孔,估计是钻颅术所致。

汉代张骞通西域之后,西域与中原的文化交流扩大了,西域的地道药材,如葡萄、苜蓿、石榴、胡麻、胡桃、胡豆、胡葱、胡荽、红花等陆

续输入中原。《神农本草经》记载产于西域的葡萄、胡麻等药的性味及主治。西域盛产葡萄、瓜果。在加工处理过剩瓜果的过程中,逐渐总结出用其治病的经验。《佉卢文简牍》是早期文献,成书约于公元二世纪左右。书中记载了用阴干的葡萄代替蜂蜜做丸剂。番葡萄阴干后入药,能解表透疹,利尿解毒,可治小儿麻疹,热淋涩痛,胎动不安等。哈密瓜亦可入药。西域之酿酒业亦殊出名。《佉卢文简牍》记载“酒业现已在且末盛行”。葡萄酒不仅可以作为饮料,也是较好的医疗保健品。维吾尔族常用于作滋补性药物,唐朝京城长安,就有依照高昌制法酿造葡萄酒和三勒浆,以此招待宾客。维吾尔族所用的清暑解热、益身壮骨的“龙膏酒”盛行长安。

西域地处丝绸之路的关隘重镇,是联接中国内地与中亚、西亚乃至欧洲的交通要道。在海上交通未开辟之前,中国的医药向外传播,以及国外医药的传入,都要经过这条要道。内地医学、西方医学源源不断地流入西域,对维吾尔医学的发展产生了深刻影响。据《西陲古方技书残卷汇编》记载,甘肃敦煌石窟、新疆吐鲁番附近,被德国和美国人盗掘的中原地区传入的医书有:《汉兽医方木简》、《魏晋医方残卷》、《脉经残卷》、《明堂五脏论残卷》、《食疗本草残卷》等四十余种<sup>①</sup>。如此多的汉族医著出现在西域,说明对维吾尔医学的重要影响。

随着文化交流的不断扩大,维吾尔族与其他民族的交流日趋频繁。八世纪时,于阗维医比吉·赞巴希拉应藏王邀请入藏,担任王室侍医。他把《活体测量》、《尸体图鉴》、《伤科精义》、《甘露宝鉴》等十余种医著翻译成藏文,改书名为《王室养生保健全书》献给藏王。在比吉·赞巴希拉告老返故里时,将论述人体解剖测量、脉诊以及多种疾病治疗方法的《黄色比吉经函》献给藏王赤松德赞,藏王明令改书名

<sup>①</sup> 罗福颐:《西陲古方技书残卷汇编》,载《中华医史杂志》1953年4期。



为《佑王长寿经》，珍藏于王宫内。

九世纪时，维吾尔族医学空前繁荣。从考古发现的西域十余种医学文献分析，能代表当时医药水平的有吐鲁番出土的《回鹘文医学文献》。文献有介绍一百多种地道药材，如骆驼尿、雪鸡脑、狼骨、山羊胆汁、茴香等，并详细介绍了用途，如山羊胆汁治眼疾；“克斯尔子”熏洗外阴，治疗胎盘滞留不下等，至今多数方法仍沿用。

随着伊斯兰教的传入，阿拉伯文化的广泛传播，阿拉伯医学也在西域逐渐兴起。十世纪上半叶，哈拉汗王朝是第一个信奉伊斯兰教的王朝。著名哲学家、语言学家、数学家和医学家艾勒·法拉比就生活于此时。他的医学专著有《论人体学》、《论神经学》、《器官的功能》、《论精神和生命》、《生命的原理》、《关于生命的性质》、《论听觉和视觉》、《论自然界的热性、凉性、平性》等。他以四种物质元素学说论证了自然界和人体生理、病理的变化关系，从而推动和发展了回鹘医学基础理论学说，为维吾尔医学理论体系的创立及现代维吾尔医学的发展奠定了基础。

十世纪以后，西域地区政治、经济、文化、医学正处于兴旺发展时期，著名的叙事长诗《福乐智慧》和《突厥语大词典》就成书于此时。马赫穆德·喀什噶里的《突厥语大词典》所收词条范围极为广泛，草木、金石、医学、药物尽收其中。记载的病名有麻风、天花、伤寒、白内障、胃炎、赤痢、感冒、损伤、妊娠斑等。记载的药物有菖蒲、土木香、青蒿、酸葡萄、胡椒、胡萝卜、阿月浑子、酸奶等。还有医药器具。优素甫·哈斯·阿吉甫的《福乐智慧》热情颂扬了医生对人类的贡献，他写道：“此外，还专有一些不同职业，他们的知识不同，其中一种是医生，他们为人治病，这种人也为你需要，缺少他们生活就不好。人们平时要闹病，医生治愈它，你看疾病常常是死亡的伴侣，死亡是人生的大敌。要好好对待他们，要保护这种人的权力。”他还论述了人类的生、老、病、死与自然界四大物质（火、气、水、土）及自身产生的四体液（胆汁、

血液、粘液、黑胆)的盛衰有着密切的关系。

十一世纪中叶,哈拉汗王朝决定在阿图什麦歇德林成立萨吉尔学堂,这是一所包括医学专业在内的综合性学院。著名的维吾尔族外科学家伊麻地丁·喀什噶里就毕业于该校。

元代对维吾尔医学、阿拉伯医学都较重视。1270年,元政府在大都(今北京)和上都(今内蒙古多伦县)设“广惠司”。1291年改广惠司为回回药物院。回回药物院是专为维吾尔人及葱岭东西地区信奉伊斯兰教民族服务的医疗机构,由该院主持曾编撰《回回药方》三十六卷,今仅存残卷。

维吾尔族医家及医著大多用阿拉伯文、波斯文写成。如拜德热丁·苏皮阿訇出生于医生世家,精通阿拉伯及波斯语。1864年任宫廷御医,1872年著成《验方锁要》。马吾拉吉·胡赛音汗·太吉力从事心脏病、肺病及用蛇肉、蛇毒治疗螃蟹病(癌症)的研究,撰成多种医著,其中《太吉力之课》在喀什噶里出版。马力·卡热西用波斯文写成《苏拉赫》,内容涉及哲学、文学和医学。此后,斯马依尔的《窄黑拉罗克曼》、木拉德一拜克·阿里一拜克的《医疗宗旨》,赛依德·穆合塔尔·布拉克一拜克的《诊治与疗养》相继问世。

## 二、维医的基础理论和疗法

### (一) 维医的基础理论

维吾尔族的医学有自己的理论。维吾尔族人民在长期生产和生活中,通过对自然界各种事物现象的观察,体验,认识到火、气、水、土四大物质是构成一切生命赖以生存的物质基础。四大物质产生气质,气质产生四体液,四体液产生精神,精神产生各种力,力支配人体活动。从而形成一个从自然到人体,从生理到病理,从诊断到治疗的有机整体。

### 1. 四大物质学说

又称“四要素学说”。这是古代维吾尔族的一种朴素的哲学思想,又是维医学的基础理论之一。四种物质各有其属性及特点。

(1) 火:位在高处,性热。以升为特点,量为最轻,调节天地寒热、干湿,使万物分解、成熟。

(2) 气:位在空气中,性湿热。以动为特点,量比火重,调节火对水、土的强烈影响,促进物质代谢。

(3) 水:位在土之上,性寒湿。以流为特点,量比土轻,比气重,输送溶解需要的营养。

(4) 土:位在水之下,性干寒。以沉为特点,量为最重,调节水所引起的过湿和火所引起的过热,保持平衡。

古代维医用火、气、水、土四种物质解释人体各种体液、器官、组织的生理病理现象,以此阐述人体的生理病理变化,以及与自然界的联系,为诊断与治疗提供依据。

四大物质之间彼此存在相互资生、助长、制约的关系。在医学领域则表现为人体的生理和病理状态。如胆液质(火)之热可温血液,表现为相生的关系。粘液质(水)之寒,可制约胆液质(火)的亢热,若胆液质失调可影响血液质的正常功能。因此,治疗不但要注意发生病变的体液,还要考虑相关的体液,这样才能获得更好的疗效。

### 2. 气质学说

这是维医理论体系的重要组成部分。气质包括平和和非平和两种。人类的气质总括为干热性气质、湿热性气质、湿寒性气质、干寒性气质等四种类型。

(1) 干热性气质:目色偏黄,口苦舌干,体热,喜凉处及冷食,脉强带数,小便微赤偏黄。情绪急躁易怒,动作迅猛,敏感多情,克己力差,少寐等。易患神经系统疾病、肝病及消化系统的疾病。

(2) 湿热性气质:面部红润,皮肤光泽,体态丰满,体热,动作敏

捷有力,口甜,多哈欠,睡眠多,手脚易麻木。性情愉快、开朗,思维能力较强,克制力强。易患皮肤病、心血管疾病和肾病。

(3) 湿寒性气质:面色白,体胖偏凉。性情沉重,对外界反映迟钝。易患关节炎、瘫痪。

(4) 干寒性气质:体瘦,身体较凉,面色稍黑,少寐。性情忧郁,感情脆弱,爱空想,胆小,思维能力差,不善交往。易患精神和神经性疾病。

### 3. 四体液学说

人体吸收各种营养物质后生成的胆汁、血液、粘液、黑胆质等称为四体液。四体液在人体内不断消耗,不断产生,保持平衡状态,若平衡失调,人体将会发生疾病。

(1) 胆汁:色黄、味苦,性干热,属于火,产于肝,由胆囊贮存及排泄。分解脂肪,促进消化。胆汁偏盛者易怒,体轻形瘦,眼、舌较黄,少寐,脉细带数,小便黄。维医称其为胆汁气质型人。

(2) 血液:色红、味微甜,性湿,属于气,源于骨髓,位于肝脏。血液通过血管循环于周身,将营养物和氧气送往身体各部,供人体生命活动的需要,并将代谢的废物通过肺、肾、汗孔排出体外,血液偏盛者其面色红润,性情开朗,有活力,体型适中,睡眠好,脉洪大,小便淡红。维医称其为血液气质型人。

(3) 粘液:产生于人体所吸收的各种营养物及液体,储存于全身每一组织。性湿寒,属于水。古维医学家称之为:还没成熟的血液,在必要时可以变成血液。粘液偏盛者其面目苍白,舌淡苔白,肌肉松软,形体肥胖,性情沉静,嗜睡,易流涎,脉大迟,小便清长。维医称其为粘液气质型人。

(4) 黑胆液:色暗黑、味臭而酸,性干寒,属于土。能制约胆汁、粘液的过盛,防止其他体液从各自的渠道中流出,储存各种营养物,为骨骼、软骨、筋、韧带提供黑胆液。黑胆液偏盛者面容及舌质暗黑或近

似青蓝,少寐,易怒,感情脆弱,易激动,思维敏捷,脉迟,小便较黄。维医称其为黑胆液气质型人。

#### 4. 力的学说

推动人的智力和体力活动的因素称为力。力包括生命力、感受力、思维力、判断力、自卫力、记忆力、消化力、排除力、生长力、遗传力等十余种力。力的产生主要在心、脑、肝等器官,心、脑、肝功能健全,人体才有健康的体魄。

#### 5. 器官学说

包括支配与被支配器官两大类。支配器官主要维持生命力和精神力,使人得以生存并繁衍后代,包括心、脑、肝、睾丸等,心、肝同时又是主要的被支配器官。被支配器官根据其所在位置、功能及性质,又分为主要被支配和次要被支配两类。主要被支配主要指心、肝、脾、肺、肾、神经、胃、肠、胆等,次要支配器官主要指网络人体成有机整体的组织,有骨骼、肌肉、肌筋、韧带、腱膜等。

器官学说重在了解每个器官所特有的气质,为诊断和治疗疾病提供依据。各器官的气质特点为:心脏原气质为干热;肝脏原气质为干热;肺脏原气质为湿寒;胃原气质为湿热,脾原气质为干寒,肾原气质为湿寒。各器官或部位的原气质,在正常功能活动及其相互作用的影响下,原气质可变为另一种正常气质。如胃的原气质为湿热,但由于受到胃液及黑胆质寒的影响而变成湿寒。

### (二) 诊断和治疗

#### 1. 诊断

维医的诊断方法,包括望、闻、问、切四诊,尤其注重切脉。维医切脉时用四指。切脉的部位在腕关节的桡动脉上且左右手对照。切脉时观察脉搏的长短、粗细、强弱、深浅、快慢、软硬、以及充盈度、冷热节律、形状等。维医在汉族脉学的基础上有所发挥,把病态脉象大体分为鼠尾弱脉、鼠毛强脉、锯齿脉、虫蠕脉、蚁走脉、双峰脉等十余种。

维医通过切脉了解患者气质、体液、力以及器官的状况,以此判断疾病的轻重程度及预后。

## 2. 治疗

维医治疗疾病着重在纠正气质及体液失调。疗法丰富,有内服、外洗、熏浴、坐药、穴位敷药等,还有利用当地自然条件,创用的日光浴、水浴、沙疗、冷热敷、放血、裹兽皮等疗法。

## 三、维药学

维吾尔族一般采用植物药、动物药、矿物药,大部分药物为新疆当地所产。维医按气质(属性)分类,分为热、寒、干、湿四种,每种又分为四级,即较弱、弱、强、较强。每一气质的第四级为有毒药。同一种药物常含有两种气质,如干热、湿寒、湿热、干寒。维医用药原则是根据气质属性、病变的部位、病情之轻重、体质、性别、年龄、季节以及生活环境等选药。

由于历史的原因,维药长期没有制定出统一的药材标准和制剂标准。药材存在同名异物、同物异名,加工配制方法不同,组方不同等混乱现象。直到八十年代中期,经过有关部门整理,标准工作才趋于完善。

据有关部门调查,新疆地区有动、植、矿物药千余种,其中可供作常用药的有六百多种,汉族医学中不用或少用的有二百余种。主要品种如驱虫斑九菊、高良姜、香省兰、山茶、黑草种子、一枝蒿、心草、雪莲、骆驼莲、孜然、阿目浑子、红景天等,从生药、植化、药理、毒理、临床等方面作了研究,使制成的制剂有极好的疗效。

## 四、维医名家及其代表著作

### (一) 名家

#### 1. 伊麻地丁·喀什噶里

伊麻地丁·喀什噶里毕业于阿图什麦歇德林萨吉尔学堂。他的外科医术精湛,经常抢救王宫及各地送来的危重病人。一次战斗中,为了争取时间,来不及取器械,他就用牙齿咬取伤员伤口中的铁片,结果损伤自己的两颗门牙。他的高超医技和人道主义精神,博得国王沙吐克·博格拉汗的恩赐,奖给他战马和战刀,一幅缠头布。他还将所著《医疗法规解释》献给沙吐克·博格拉汗。阿拉伯名医拉齐的《达依丰托里木阿里甫提亚》、《克它伯夏黑亚》、《克它伯里哈雅》,阿维森纳的《里克米托勒艾拉》,法拉比的《艾克撒农勒乌鲁米》等著作,都是由他介绍进来的。他所撰《中国土茯苓》药物手册则传播到了中亚及西方国家,为中外医学交流作出了贡献。

#### 2. 毛拉艾外孜·和田尼

毛拉艾外孜·和田尼约生活于十七世纪。和田卡日卡西县阿克萨拉依村人。其父是一位名医。他承继父业立志撰写一部著作,在总结多年临床经验的基础上,以喀什噶里吾甫力艾山·卡日西的《木吉孜力卡奴尼》为蓝本,参考阿维森纳《医典》、拉齐的《哈维》等医籍,于1703年著成以本村命名的《阿克萨拉依》。全书用阿拉伯文写成,共三卷,较全面论述维医的基础及临床各科疾病的诊断和治疗。该书的问世,使维吾尔医学更趋于系统化、完整化。毛拉艾外孜·和田尼对于人体物质概念的认识,与阿维森纳的观点基本一致,认为人体是有生命力,有活力的整体,生命力是由多种感情共同构成的生命原素,并把精神解释为在认识水平上的思想和内心感情的自我表现,是人体的重要组成部分。他受古希腊学者希波克拉底医学思想的影响,并

把这种思想融汇在自己的学说中,形成具有维吾尔族特色的民族医学。

## (二) 医 著

### 1. 《回鹘文医学文献》

这是二十世纪二十年代被德国考古队在吐鲁番挖掘盗去的珍贵文献,现存柏林<sup>①</sup>。其成书年代可能在十世纪左右<sup>②</sup>。文献有回鹘文二百零一行,涉及临床各科的疾病、症状有四十一一种。内科有:腹痛、气促、咯血、疟疾、口眼歪斜、头痛、感冒、尿多等八种;外科有:溃疡、髌部痛、不破头的疮、疯狗咬伤、毒疮、脚痛等六种;皮肤科有:狐臭、瘰子、白癜风、头屑、皮肤病、癣等六种;妇科有:堕胎、腹中死胎、月经不净、月经不来、难产、催产等七种;眼科有:眼痛、夜盲症、失明、眼睛浑浊无光、冷泪、热泪、眼烂不可视、视力渐衰、常流眼泪等九种;牙科有:牙痛、牙被虫蛀等二种;泌尿科有:膀胱不通、尿血等二种;耳鼻喉科有:耳中胶状聃聆、鼻衄、鼻息肉等三种;精神病科有:疯子。除记载诸多的疾病、症状名外,材料中还涉及动物药四十七种、植物药三十种、矿物药八种,药物加工类二种,疗法有内服、外治、滴入、塞入、吹入、吸入、熏、含漱等方法。其特色十分突出,且有一定的科学道理。如服用疯狗脑髓治狂犬病,将田鼠胆汁滴入耳中或用化开死母猪之脂肪涂于耳,治疗耳中胶状聃聆,等等。

### 2. 《阿克萨拉依》

毛拉艾外孜·和田尼用阿拉伯文撰,成书于1703年。全书三卷。第一卷分四篇,分别论述维医四元素(火、气、水、土),四属性(热、寒、干、湿),四体液(血液、粘液、胆汁、黑胆汁),器官学说,素质学说,四

① 陈宗振译:《回鹘文医书摘译》,载《中华医史杂志》1984年第4期,第233—235页。

② 洪武煌:《“古回鹘医杂病治疗手册”的医史价值》,载《中华医史杂志》1984年第4期,第236—238页。



气学说(生命气、感觉气、活动气、主气),形与动的气质学说,人体形态、生理病理及特征,疾病分类,诊断及治疗方法。第二卷论述了神经、五官、呼吸、心血管、消化、男女性生殖、泌尿、皮肤及关节等系统的疾病。第三卷记载各种急、慢性病、传染病、骨伤、整形整容、中毒等的治疗和预防措施。所用药物多属本地盛产,具有浓郁的民族特色,是学习维医的必读课本。

## 参 考 文 献

- 唐·王冰注：《黄帝内经素问》(战国时医典，撰人不详)，明代顾从德翻宋刻本，人民卫生出版社 1956 年影印。
- 《灵枢经》(战国时医典，撰人不详)，明代赵府居敬堂刻本，人民卫生出版社 1956 年影印。
- 清·顾观光辑本：《神农本草经》(秦汉时著作，撰人不详)，人民卫生出版社 1955 年据《武陵山人遗书》本影印。
- 东汉·张仲景撰：《伤寒论》，上海中医书局 1931 年据日本摹明代赵开美复宋刻本影印。
- 东汉·张仲景撰：《金匮要略方论》，人民卫生出版社 1956 年据明代赵开美刻本影印。
- 晋·王叔和撰：《脉经》，人民卫生出版社 1956 年据元代广勤书堂本影印。
- 晋·皇甫谧撰：《针灸甲乙经》，人民卫生出版社 1956 年据明代《医统正脉》本影印。
- 晋·葛洪撰：《肘后备急方》，人民卫生出版社 1956 年据明万历二年刻本影印。
- 隋·巢元方撰：《诸病源候总论》，人民卫生出版社 1956 年据《周氏医学丛书》本影印。
- 唐·孙思邈撰：《备急千金要方》，人民卫生出版社 1955 年据江户医学本影印。
- 唐·王焘撰：《外台秘要》，人民卫生出版社 1955 年据经余居本影印。
- 唐·蔺道人撰：《仙授理伤续断秘方》，人民卫生出版社 1957 年据明洪武年间刻本铅印。
- 唐·杜佑撰：《通典》，万有文库(第二集)，商务印书馆 1935 年版。
- 唐·李林甫注：《唐会要》，广雅书局本。
- 宇陀·宇玛元丹贡布撰：《四部医典》(汉译本)，上海科学技术出版社 1987 年版。

- 宋·成无己撰：《注解伤寒论》，人民卫生出版社 1965 年排印本。
- 宋·唐慎微证类、曹孝忠校勘、寇宗奭衍义：《重修政和经史证类备用本草》，人民卫生出版社 1957 年据扬州季范董氏藏金代泰和张存惠晦明轩本影印。
- 宋·陈直原撰、元·邹铉续增：《寿亲养老新书》，上海朝记书庄 1919 年版。
- 宋·陈言撰：《三因极一病证方论》，人民卫生出版社 1957 年排印本。
- 宋·陈自明辑：《妇人大全良方》，上海卫生出版社 1956 年据《中国医学大成》本重印。
- 宋·钱乙撰：《小儿药证直诀》，人民卫生出版社 1955 年影印本。
- 宋·崔嘉彦撰：《脉诀》，见明代王肯堂《古今医统正脉》本。
- 宋·施发撰：《察病指南》，上海科学技术出版社 1958 年排印本。
- 元·滑寿撰：《诊家枢要》，上海卫生出版社 1958 年据《周氏医学丛书》本影印。
- 元·敖氏原撰、杜本增订：《敖氏伤寒金镜录》，见《薛氏医案》，大成书局石印本。
- 明·王九思等辑：《难经集注》，商务印书馆 1956 年排印本。
- 明·高濂撰：《遵生八笺》，清光绪十年重刊弦雪居重订本。
- 明·杨继洲辑：《针灸大成》，人民卫生出版社 1955 年据明刻本影印。
- 明·陈实功撰：《外科正宗》，人民卫生出版社 1956 年据明崇祯四年刻本影印。
- 明·傅仁宇撰：《审视瑶函》，上海卫生出版社 1958 年排印本。
- 明·龚云林撰、姚国祯补辑：《小儿推拿秘旨》，江苏人民出版社排印本。
- 明·李时珍撰：《本草纲目》，人民卫生出版社 1957 年影印本。
- 明·王肯堂撰：《六科证治准绳》，上海卫生出版社 1958 年排印本。
- 明·王肯堂辑：《古今医统正脉全书》，清光绪三十年京师医局修补江阴朱文震刻本重印。
- 明·李中梓撰：《诊家正眼》，见《士材三书》。
- 清·林之翰撰：《四诊抉微》，人民卫生出版社 1957 年据玉映堂刻本出版排印本。
- 清·汪昂辑：《医方集解》，上海科学技术出版社 1958 年排印本。
- 清·汪昂辑：《本草备要》，广益书局 1937 年排印本。
- 清·吴谦等纂：《医宗金鉴》，人民卫生出版社 1957 年据清刻本影印。
- 清·蒋廷锡等纂：《古今图书集成·医部全录》，人民卫生出版社 1959 年版。
- 清·吴鞠通撰：《温病条辨》，人民卫生出版社 1956 年据问心堂刻本影印。
- 清·李用粹撰：《证治汇补》，上海卫生出版社 1958 年排印本。

清·郑梅涧撰:《重楼玉钥》,人民卫生出版社 1956 年据喜墨斋刻本影印。

清·熊应雄辑,陈世凯重订:《推拿广意》,人民卫生出版社 1956 年版。

清·吴师机辑:《理渝骈文》,人民卫生出版社 1955 年据清刻本影印。

清·第司·桑杰嘉措撰:《蓝琉璃》,西藏人民出版社 1982 年版。

清·第司·桑杰嘉措撰:《藏医史》(藏文本),西藏人民出版社 1982 年版。

清·占布拉撰:《方海》(《蒙医金匱》),内蒙古人民出版社 1977 年版。

[日]丹波元胤撰:《中国医籍考》,人民卫生出版社 1956 年版。

裘庆元辑:《珍本医书集成》,世界书局 1936 年排印本。

曹炳章辑:《中国医学大成》,大东书局 1937 年版。

陈邦贤著:《中国医学史》,商务印书馆 1959 年版。