

中醫診斷學等疑點之商榷

陳森和 2009.11.29 台灣中醫診斷學會講稿 2009.12.9 修正

提綱：

1. “藥物歸經”與“臟腑辨證”皆不可從。寸關尺三部脈象不與臟腑相配屬。
2. 診脈著於整體脈象之陰陽脈勢。脈勢未必與病勢一致，脈象情報或須捨棄。
3. 切診含脈診、腹診、趺陽診、厥病診等。其首重厥病診（腕踝上下溫度差）。
4. 中醫之感官診斷無法以儀器取代，中醫實證醫學並非意謂中醫診斷儀器化。

臟腑辨證與藥物歸經皆不可從：

《內經》臟象論等係引用《呂氏春秋》與《周禮》等。當時醫家或缺乏湯方理論而暫借充數，吾輩當能體諒時空背景等歷史因素。今已察覺《內經》作者將祭祀牲禮屍體之五臟轉移作人體五臟之生理作用，十分荒謬。然《內經》有其神聖之傳統經典地位，歷代醫家皆視如寶典，不易撼搖、不容挑戰。筆者無力影響主流之見解。但現在我們強調「實證醫學」，故應將臟象論等擱置不議，不能濫情或盲目地崇拜經典。《素問》多係對針灸而提出假設性之模擬安排，企圖從針灸治寒痺痛發展到治萬病，這是醫學發展之過程，非古人之過。其非關臨床實證，更非關湯方療法。《禮記·月令》與《素問》之五行規範完全相同，今整理如下：

五行：	木	火	土	金	水
五方：	東	南	中央	西	北
五時：	春	夏	土用	秋	冬
五味：	酸	苦	甘	辛	鹹
五臭：	羶	焦	香	腥	朽
五音：	角	徵	宮	商	羽
五色：	青	朱	黃	白	黑
日序：	甲乙	丙丁	戊己	庚辛	壬癸
數序：	八	七	五	九	六

《金匱要略·臟腑經絡先後病脈證》：“見肝之病當先實脾、實實虛虛、損不足而益有餘”等係引用《難經》第七十七難、第八十一難與《素問》玉機真臟論、臟氣法時論等。其是指針灸而非關於湯方療法，不能作為湯方療法之辨證依據。

針灸理論為陰陽與五行學說，適用五行生剋補瀉。湯方療法之理論為陰陽病勢，並無關五行學說。此篇條文應修正為：見肝經之病，知肝經傳脾經，當先實脾經，四季脾經王不受邪…。《玉機真臟論》：五臟受氣於其所生，傳之於其所勝，氣舍於其所生，死於其所不勝，病乃死…肝受氣於心，傳之於脾，氣舍於腎，至肺而死…。筆者按其非指臟腑，而是指臟腑相屬之經脈。觀《臟氣法時論》：夫邪氣

之客於身也，以勝相加，至其所生而癒，至其所不勝而甚…，必先定其**五臟之脈**，乃可言間甚之時，死生之期。按其指臟腑相屬之經脈明矣。

《脈經》原為**六卷**，後人（應係張湛）託叔和之名而增衍為十卷，且託叔和之名而代寫序文。其卷七、卷八、卷九乃引自《傷寒論》、《金匱要略》等條文而編排雜亂。又第十卷早已遺失，宋臣修訂《脈經》時再勉強補齊卷十。按卷七、卷八、卷九內容無關於脈學，與書名《脈經》矛盾。又叔和既已註解編排完整之仲景《傷寒論》，何必另再編排雜亂之條文？且其條文僅有湯方名稱而無湯方組成？

宋本序文標題：傷寒卒病論。其序文內容作：傷寒雜病論。傷寒學最早命以《傷寒雜病論》者，係出於宋臣校訂時所更改。筆者亦犯錯，仲景原著稱《辨傷寒十卷》而非《傷寒卒病論十卷》。諸家誤為《傷寒雜病論十六卷》，故有言《傷寒雜病論》包括《傷寒論》與《金匱要略》者、有言一書拆為二書者、有言《傷寒論》治外感而《金匱要略》治雜病者、有言桂林本十六卷而最為正宗者、有言《金匱要略》出自仲景或叔和者、有言《脈經》含《傷寒論》《金匱要略》與《脈法》為一書者、有將《金匱要略》針灸五行臟腑補瀉強冠於《傷寒論》之湯方療法者、有將叔和脈法強冠於《傷寒論》者…等。筆者按以上皆非，醫經醫史學不只是純歷史學而已，更有關於臨床辨證，絕不容忽視，故建議中醫系所應強化此課程。

按《金匱要略》原名《金匱藥方》或《玉函方》，出自葛洪而祖源於仲景與華佗等。內容有三卷，上卷即仲景《辨傷寒十卷》原稿，中卷為華佗《金匱綠帙》等，下卷為婦人病及彙前兩者之湯方組成。宋臣修訂底本為《新唐書》輯錄之《傷寒卒病論十卷》，修訂後改名為《傷寒雜病論十六卷》。其次再修訂《金匱藥方》，林億等發現上卷仲景原著內容，不如《新唐書》之《傷寒卒病論十卷》“豐富”，故廢除《金匱藥方》上卷及相關湯方組成，僅修訂《金匱藥方》中卷及下卷，修訂完畢後，又重新再分為三卷，因份量已比原書簡略，故宋臣改名為《金匱玉函要略》，筆者按“要略”者省略而擇要也。兼取《**金匱藥方**》與《**玉函方**》原名而稱：**金匱玉函**。醫家又將《**金匱玉函要略**》簡稱為《金匱要略》。林億之舉有誤，因《傷寒卒病論十卷》已將叔和註解與張湛增衍等全部灌水入正文內，內容當較原著“豐富”。林億等人卻誤嫌《金匱藥方》上卷之仲景原著簡陋而廢除亡佚。今幸得《康平本》可察知仲景原著、叔和註解、張湛增衍三部分之區隔。

按《脈經》卷七、卷八、卷九應係張湛引自葛洪《金匱藥方》，並增衍條文而輯，但是未輯《金匱藥方》下卷之湯方組成，故今本《脈經》十卷者之條文僅有湯名而無組成。得知叔和《脈經》原著六卷皆論及脈學，其無關於仲景《傷寒論》原著，不能以《脈經》之脈學觀點來詮釋《傷寒論》。又今本《金匱要略》與《傷寒論》條文有所重複或應對調者，乃出於張湛與宋臣之蛇足誤植所致。《傷寒論》自成一系統，篇章間互有連貫；《金匱要略》則否。又《金匱要略·臟腑經絡先

後病脈證：“肝病實脾”、“虛虛實實”等是指經脈，無關湯方。又五臟風寒積聚病篇之脈證等亦無關《傷寒論》，皆屬華佗或更早期等之殘餘臟腑思惟。不能以《金匱要略》之臟腑經脈觀點來詮釋《傷寒論》。成無己《注解傷寒論》(1144)，成氏以白話論述，簡單易讀，醫者樂於接受，雖有助於推展《傷寒論》；但是誤以《內經》熱論篇等經脈觀點來詮釋仲景之學，後世醫者不察，造成錯誤矛盾百出，遺害至今。不能以《內經》、《難經》之經脈系統與臟象論等來詮釋《傷寒論》。仲景湯方辨證獨樹一格，非關《內經》、《難經》。

伊尹《湯液經法》於《漢書·藝文志》留有目錄，但約於唐朝時即已亡佚，今只能從敦煌出土《輔行訣臟腑用藥法要》反推其部分內容。該內容之湯方多冠有補瀉某臟腑之名稱，另有陽旦、陰旦、青龍、白虎諸湯。仲景在其基礎上加以變制，例如小陽旦湯者更名為桂枝湯、大陰旦湯去芍藥者更名為小芪胡湯、小朱鳥湯者更名為黃連阿膠湯…等。仲景湯方不用臟腑名稱，惟一保留者為「瀉心湯」，但其係指心下之部位，而《輔行訣臟腑用藥法要》則是指心臟。又《金匱要略》將《輔行訣臟腑用藥法要》之小補心湯者更名為栝樓薤白半夏湯、大補心湯去半夏者更名為栝樓薤白桂枝湯。又宋本《傷寒論》之調胃承氣湯之「調胃」一詞係後人註解嵌入所衍，此湯《千金要方》作：小承氣湯。宋本之承氣湯缺少芒硝，組成有誤，其應屬厚朴三物湯。而正確之承氣湯應從《千金要方》作：芒硝、大黃、炙甘草、枳實。承氣湯是由《輔行訣臟腑用藥法藥》大、小騰蛇湯所變制。

宋本隨經、傳經、臟結、脾約、膀胱諸臟腑名稱對照康平本，即知係後人之衍文。論中亦無大腸、小腸、肝臟、膽腑、腎臟、肺臟等臟腑字眼。「陽明病，胃家實也」應從康治本作「陽明病，胃實也」。因論中酒家、喘家等「家」字是指素有某舊疾者而言。根據出土簡帛《老子》，其「胃」字皆作「謂」字之通假。例如：一陰一陽，胃之道。推知「陽明病，胃實也」應即「陽明病，謂實也」之通假。而「明」者指啓明星座，即太白星，當東方初見啓明星即為陰夜離去。陽氣邪實，陰氣消亡者謂之陽明病。厥者闕也、相對峙也。陰氣與陽氣相對峙、齊腕踝線上溫下冷者稱為厥病。其人體質偏寒，得外感而造成厥病者，稱為厥陰病。陽明病與厥陰病著於病性而名，太、少陽病與太、少陰病著於病位而名。太與大字、少與小字之河洛語發音相同。論中言：“胃中有燥屎五、六枚”。按此句矛盾，胃中食糜胃酸，不可能有燥屎，其或出於後人註解。或「胃」字亦作「謂」字解。「中」字作「內」字解，體內有燥屎五、六枚之意。即相當於：謂內有燥屎五、六枚。總之，仲景之學不講五行臟腑、三焦命門經脈等；仲景脈學亦不分三部。

張元素（張潔古 1151-1234）大力擴充藥物歸經理論，著有《珍珠囊》，已亡佚。李東垣（李杲 1180-1251）為張元素之學生，著有《藥象論》，亦亡佚。王好古（王海藏）為李東垣之學生，著有《湯液本草》。張、李、王等流後世稱為易水學派。觀《湯液本草·卷一》首言：“肝苦急，急食甘以緩之，甘草。欲散，急食辛以散之，川芎。

以辛補之，細辛。以酸瀉之，芍藥。虛，以生薑、陳皮之類補之。《經》曰：虛則補其母。水能生木，腎乃肝之母，腎，水也，苦以補腎，熟地黃、黃柏是也。如無他証，錢氏地黃丸主之。實，則白芍藥瀉之。如無他証，錢氏瀉青丸主之。實則瀉其子，心乃肝之子，以甘草瀉心。”按「虛者補其母，實者瀉其子」一詞出自《難經·第六十九難》，本意是指針灸五行補瀉，醫家多訛作湯方療法之理論依據。因為**穴位歸經**出自實證，針灸五行補瀉療效亦與臨床吻合，皆可重複而得證。而“藥物歸經”（常為一藥歸數經）純屬紙上推演，各家推演亦有差異，並無法掌握藥效消化吸收後確切之“路徑走向”。諸藥相互作用後之“路徑走向”必與單味藥不同。中醫是講究「一鍋湯」之整體療效，即使要強調“路徑走向”也應是「一鍋湯」之“路徑走向”。故著墨於單味藥之“路徑走向”對於詮釋湯方療效並無意義。換言之，桂枝湯之中五味藥物相互作用後，並無法保證仍然各自維持原來之“路徑走向”。桂枝云入手太陰肺經與足太陽膀胱經，但桂枝湯中之桂枝“路徑走向”應不同於此。又如湯方中桂枝與芍藥之重量比例不一致時，煮沸相互影響後之“路徑走向”亦不全盡一致。

針灸刺激經脈穴位，感傳可由沿經脈走向而達於其相關臟腑，經脈內絡臟腑，外達肢節，為聯絡肌表與臟腑之路徑。透過刺激經脈穴位或可治肌膚與臟腑疾病，例如針灸足三里穴位，可治胃腑之疾，亦可治足脛扭挫傷。但是湯方療法則否，例如小腿肚（多屬足太陽膀胱經）抽筋拘攣，可主以芍藥甘草湯；但是膀胱發炎腫痛或尿閉結石等時，未必以芍藥與甘草為主藥。又如桂枝縱然入手太陰肺經與足太陽膀胱經，但肺結核、肺腫瘤等與膀胱諸疾未必即以桂枝為主藥。總之對於湯方療法而言，經脈疾病與臟腑之疾病是兩回事。「歸經脈」不等同「歸臟腑」、「引經藥」亦不等同「引入臟腑」。否則西醫治腫瘤癌症之「標靶」瓶頸，豈不可借中藥「引經」來直達臟腑？故中藥要科學化，首先須廢除藥物歸經之臆說。

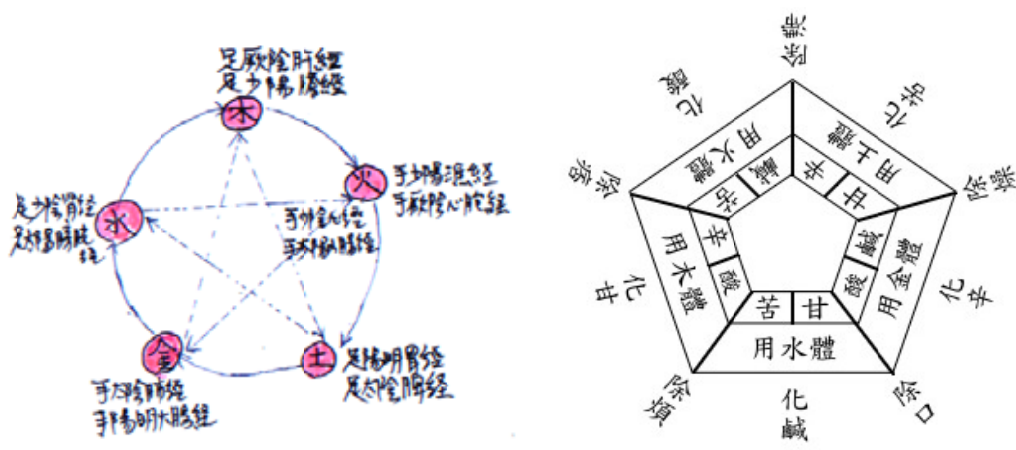
臨床得知某藥或某湯方可利水，因服用後小便增多。服用某藥或湯方可除汗穢，因服用後大便增多。服用某藥或湯方可去瘀血，因服後瘀血由陰道或肛門而出。服用某藥或湯方可消氣脹，因服後胸腹脹滿得消。服用某藥或湯方可出汗，因服後即得汗出。服用某藥物或湯方可溫中，因服後胃內口中得暖。服用某藥或某湯方可瀉熱，因服後胃內口中得涼。我們可說某藥或湯方作用於胸位，因服用後胸部鬱悶散開，也可說某藥或某湯方作用於腹位，因服用後腹部鬆弛輕爽…等。但不能以經脈走向來限制藥效之發揮，也無法去操控某藥或湯方之“路徑走向”。

張元素出生前，北宋沈括（1031-1095）《夢溪筆談》：所謂某物入肝，某物入腎之類，但氣味到彼耳，凡質豈能到彼哉？沈括並非醫家，只是針對當時醫家流行“藥物歸經”之訛風，提出旁觀者清之正解。“藥物歸經”並非張元素首創，應改成：張元素等易水派醫家首先對“藥物歸經”作有系統之論述。筆者常 kuso：眾藥皆歸胃而屬土，次轉入小腸而屬火，再轉入大腸而屬金。現代醫學無法支持“藥物

歸經”、“藥物歸臟腑”之論述。或以生物活性等來強解，即消化吸收後之藥物小分子與生物體之高分子之作用反應，藥理學稱為「受體」，集結微觀「受體」之宏觀“路徑”強解為相當中醫之「經脈」。按將藥理作用之「受體」放大視同經脈走向之循行路藥物歸經，實大有疑問。

由北宋往上推於《外台秘要》、《千金翼方》、《千金要方》等都標有臟腑名稱之湯方與論述等。仲景則不講臟腑、經脈，故《傷寒論》自無“藥物歸經”、亦不用“臟腑辨證”。而《金匱要略》腎氣八味丸非針對補「腎氣」而設，經對照《肘後方·治虛損羸瘦不堪勞動》命為**建中腎瀝湯**：療虛勞不足，大傷飲水，腰痛，小腹急，小便不利。方中用乾地黃（甘寒）而非用熟地黃（甘溫），藥物比例略異。建中者建立中氣，腎瀝者瀝出腎臟之水分，治療虛勞內熱兼利水，略似勞瘵尿閉。《金匱要略》首篇：“夫肝之病，補用酸，助用焦苦，益用甘味之藥調之；酸入肝，焦苦入辛，甘入脾”。全段屬後人之嵌註，不能作為湯方理論。又五臟風寒積聚篇之條文乃臟腑思惟之殘餘條文，亦不能作為湯方辨證基礎。再往上推於伊尹《湯液經法》時代，從《輔行訣臟腑用藥法要》書名，明顯標出“臟腑用藥”，其當是行以“臟腑辨證”。仲景則不續用此理論而另新創三陰三陽辨證。

觀《輔行訣臟腑用藥法要》仿照穴位歸經而規範出五象之「標準藥物」：
 味辛皆屬木，桂為之主，椒為火，薑為土，細辛為金，附子為水。
 味鹹皆屬火，旋覆為之主，大黃為木，澤瀉為土，厚朴為金，硝石為水。
 味甘皆屬土，人參為之主，甘草為木，大棗為火，麥冬為金，茯苓為水。
 味酸皆屬金，五味為之主，枳實為木，豉為火，芍藥為土，薯蕷為水。
 味苦皆屬水，地黃為之主，黃芩為木，黃連為火，朮為土，竹葉為金。
 此二十五味，為諸藥之精，多療諸五臟六腑內損諸病，學者當深契焉。經云：主於補瀉者為君。數量同於君而非主，故為臣。從於佐監者為佐使。



《難經六十九難》：虛者補其母，實者瀉其子…。按其指針灸療法，不能用於藥物湯方療法。而上述模擬安排出“藥物歸經、入臟”之合理性，以企圖圓滿“臟腑辨證”之理論依據。然而其皆屬紙上作業，非如經脈五行補瀉之臨床實證。陶

隱居曰：此圖乃《湯液經法》盡要之妙，學者能諳於此，醫道畢矣。筆者按其又仿照經脈五行生剋補瀉圖（左圖）而繪出藥效之五行補瀉圖如上（右圖）：

按經脈間有對等之生剋補瀉關係，而藥物與藥物之間則否。又數百種藥物如何去界定其應歸屬木象、火象…等五行？特別指出《湯液經法》：味酸屬金、味苦屬水、味甘屬土、味辛屬木、味鹹屬火。而《內經》與《禮記·月令》之五行與五味之配屬同為：味酸屬木、味苦屬火、味甘屬土、味辛屬金、味鹹屬水。對照得知兩者之五行配屬不同。《湯液經法》年代稍晚於《內經》，故其應在《內經》或《禮記·月令》之基礎上再加以修正。《湯液經法》作者認為前者配屬不合理而改，以求藥物補瀉能符合“臟腑辨證”。其原圖有一脫字，另本作「逆」字。《湯液經法》有五臟大小補瀉諸湯，新創“亂者補其子”（按筆者代為命名）之理論，例如：

*小瀉肺湯：葶藶子 大黃 枳實（按葶藶子與大黃為主藥）

*小補腎湯：地黃 竹葉 甘草 澤瀉（按地黃、竹葉與甘草為主藥）

如果屬小瀉肺湯證而誤治變亂者，則取小瀉肺湯之主藥合小補腎湯之主藥：

*瀉肺湯：葶藶子 大黃 地黃 竹葉 甘草

按「虛者補其母，實者瀉其子」屬針灸五行補瀉，《湯液經法》作者知道針灸療法異於湯方療法，另新創湯方“亂者補其子”之補瀉臆說。又五俞穴之補瀉法，陽井金、陰井木…等五俞穴是指位於同一象之經脈。《湯液經法》作者仿照五俞穴之補瀉法：味辛皆屬木，桂為之主，椒為火，薑為土，細辛為金，附子為水。其亦為為紙上作業。如此則中醫無須辨證，只要套公式即可開方？更何況味辛者不單只有桂枝，又公式共只有二十五味藥，其他藥物又如何對等補瀉與歸屬…？種種矛盾，故仲景雖取其湯方來變制，卻廢除其理論公式。

將藥物歸經等再上推至《內經》時代。《素問·五臟生成論》：色味當五臟，白當肺辛，赤當心苦，青當肝酸，黃當脾甘，黑當腎鹹。《素問·宣明五氣論》：五味所入，酸入肝，辛入肺，苦入心，鹹入腎，甘入脾，是為五入。《素問·至真要大論》：夫五味入胃，各歸所喜，攻酸先入肝，苦先入心，甘先入脾，辛先入肺，鹹先入腎…。《靈樞·九針論》：五味，酸入肝，辛入肺，苦入心，甘入脾，鹹入腎，淡入胃，是謂五味。《周禮·天官》：以五味、五穀、五藥養其病，以五氣、五聲、五色眡其死生。《周禮》又云：凡藥，以酸養骨，以辛養筋，以鹹養脈，以苦養氣，以甘養肉，以滑養竅。按得知《內經》是在《呂氏春秋》之基礎上結合《周禮》擴充發揮而形成「臟象論」等，其企圖作為中醫理論，非也。台灣經方醫家朱木通《中醫臨床二十五年》：有一派所謂後世醫方家，竟直接採取《素問》的學說為治療原則，則屬使人啼笑皆非之事…《素問》所說的五行說與陰陽說（三陰三陽除外）（按應改作陰陽病勢除外），其真正使命是在規律人體生理與病理之理論構想而形成而已，並不關於治療上之性質。按朱前輩此說正確，他站在制高點來研究《素問》，是真正讀懂《素問》之第一人，筆者從之而稍加補充修正。

按《內經》“五味入胃，各歸所喜”粗略歸經之模型。《內經》這些「五味與五行」之配對與《禮記·月令》相同，皆源自《呂氏春秋》，其強調人與外在之關係應隨日照角度不同而作種種規範，非關人體之生理作用。張元素不明其意，誤將移作藥物湯方療效之實證。又與《內經》、《湯液經法》同列於《漢書·藝文志》目錄之《五臟六腑痺十二病方》、《五臟六腑疝十六病方》、《五臟六腑痺十二病方》、《五臟傷中十一病方》、《客疾五臟狂癲病方》共五種醫籍，明確標出「五臟」，顯然其辨證應有分立五臟而與《湯液經法》相同。可惜此等醫籍皆已亡佚。然《內經》另吸收《周禮》擴大「五行規範」之模擬安排而形成臟象論等，又熱論篇、欬病篇等非論述湯方療法而是針灸之推測方案，非關臨床。

在藥書方面，陶弘景引用之「名醫副品」：韭歸心、葫歸五臟、蒜歸脾腎、薤歸於骨、芥歸鼻、蔥白歸目…等（按「名醫副品」並非書籍名稱，乃陶弘景引用華佗弟子吳普、李當之等資料之統稱。而《名醫別錄》則是書名，出自另一位姓陶之醫家。《證類本草》等皆予混淆）。《神農本草經》：茵桂為諸藥先聘通使。此外，《神農本草經》僅錄藥性氣味與療效等，並無藥物歸經之記載。仲景所依據藥書主要為《神農本草經》，可見仲景用藥並無歸經思惟，故不能用藥物歸經來詮釋《傷寒論》。而《素問·臟氣法時論》：辛散、酸收、甘緩、苦堅、鹹軟。《陰陽應象大論》：陰味出下竅，陽氣出上竅。味厚者為陰，薄為陰之陽；氣厚者為陽，薄為陽之陰。味厚則泄，薄則通；氣薄則發泄，薄則發熱。氣味辛甘發散為陽，酸苦涌瀉為陰。《至真要大論》：辛甘發散為陽，酸苦涌瀉為陰，淡味滲泄為陽，鹹味涌泄為陰，六者或收、或散、或緩、或急、或燥、或潤、或軟、或堅，以所利而行之，調其氣，使其平。筆者按以上藥性氣味皆可作為用藥參考。《至真要大論》篇雖出於唐朝王冰所增補，但是其用藥仍有參考價值，不可偏廢。汪昂《本草備要》將藥物“五色”分別歸入對應之「經脈」，例如色青歸入肝經膽經…。又將藥物“型態”分別歸入對應之「臟腑」，例如梔子輕飄像肺而色赤入心，荔枝核似罌丸而色黑入腎…（按鄒澍《本經疏證》承此說）。按汪昂以文學創作來描繪“藥物歸經”，真可說是走火入魔，絕對不可從之。

1972年出土之《武威漢代醫簡》並非書名，而是甘肅武威旱灘坡漢墓出土之一批醫藥簡牘的統稱。其內容豐富，記載有一百多種藥物，含外治法共三十多首方劑，包括傷骨科、婦科、男科等，抄錄年代約西元一百年，約比《傷寒論》早一百年。《武威漢代醫簡》沒有述及“藥物歸經”，亦無五行臟腑補瀉，甚至也無記載脈象。但是其已有正確之治則與陰陽病勢之雛型：

*…鬲上當歐，在鬲下當下泄…。（按指病邪在上當用嘔法，病邪在下當用泄法）

*治久欬上氣，喉中如百蟲鳴狀，三十歲以上方（按其久欬之病勢朝陰發展）：

菹胡、桔梗、蜀椒各二分，桂、烏啄、姜各一分，凡六物，皆冶合，和丸白密（蜜），大如櫻桃，晝夜含三丸，稍咽之，甚良。

*治久欬逆上氣湯方（按其久欬之病勢朝陽發展）：

芩菀七束，門冬一升，款東一升，橐吾（按即蠹吾、蠹吾、鬼臼、八角蓮）一升，石膏半升，白口一束，桂一尺，密半升，棗三十枚，半夏十枚，凡十物，皆父且。

1973 年出土之《五十二病方》並非書名，而是湖南長沙馬王堆三號墓出土十種醫籍之一，其目錄與內容標題記載有五十二種疾病，故研究者命之為《五十二病方》。此為最早之醫方，抄錄年代約西元前三世紀末，錄有內科、婦兒科、五官科、外科等。其藥名多達二百四十餘種，部分藥物未見於《神農本草經》，故極具有研究價值。內錄有治療牡痔與牝痔之湯方，筆者按「牡牝」即陰陽概念之雛型。但並無藥物歸經之記載，亦無五行臟腑補瀉，甚至亦沒有脈象之記載。

結論：

透過望、聞、問診所得諸症狀統稱為「證」。透過切診之候氣口脈、候跌陽脈、候腕踝上下之溫度差、候胸腹諸狀等統稱為「候」。本文為強調脈象而特別將其從「候」獨立出來。即診斷情報分為「證」、「候」與「脈象」。從《五十二病方》與《武威漢代醫簡》得知先民乃基於證候而創湯方。其粗俱陰陽概念之雛型，無言“藥物歸經”與“五行臟腑補瀉”，甚至不涉及脈象。仲景在陰陽病勢之指導下，創立三陰三陽，對照「證候」，佐以樸實之脈象而完成《傷寒論》。前已述“藥物歸經”與“五行臟腑補瀉”不能用於湯方藥物。當時雖百家齊放，亦有宗以“五行臟腑補瀉”之流派者，尤以《湯液經法》為主。此書乃託名伊尹而著，或受《內經》與《周禮》等五行規範所創造出之臟象影響，誤將湯方療法視同針灸來詮釋。針灸療法成熟較湯方療法為早，臨床經脈五行生剋補瀉也獲得證實，湯方在苦無依據之下而企圖借用針灸理論。「穴位歸經」是出於臨床實證，而“藥物歸經”則出於推測。針灸刺激經絡之穴位，其感傳確可達於相關配屬之臟腑，而達到治療臟腑之某種效果。然藥效之發揮無法以經脈來框限，亦無法專入某特定臟腑（胃腑除外）之標靶效果。十二條經脈分立五象，彼此生剋補瀉是「相互對等」。數百種藥物不能僅分為五象，彼此也無法滿足「相互對等」。整體湯方藥效之“路徑走向”並不同個別藥物“路徑走向”之相加。今日生化技術雖然可清楚個別中藥之化學結構，但對於整體湯方化學機轉之研究，仍困難重重。因湯方煮沸後藥物之相互作用非常複雜，其機轉並不同個別藥物之相加。《輔行訣臟腑用藥法要》渲染“五行臟腑補瀉”於湯方；張元素、東垣、好古等易水派渲染“藥物歸經”於藥物，汪昂《本草備要》更加訛傳，造成中醫發展之絆腳石。試問“肝陽上亢”者先補脾陽？或瀉其子（心陽）？或以金來刑木而補肺陽？或補肝陰（陰陽平衡）？或補其母（腎陰）？又“肝陽不足”者如何開方（分型必須對等）？例如高血壓病人採“臟腑辨證”行五行補瀉，處方困難。病人兼糖尿病，又得對糖尿病再行“臟腑辨證”而處方，與前湯有無抵觸？又兼失眠或腸胃病…最後將不知所措，療效不彰時，也無思路可循，終致湯方與藥味愈開愈多而自信心漸失。總之湯方療法“藥物歸經”與“五行臟腑補瀉”之臆說可休矣！

倉公首將整體脈象與臟腑對應，然其開方卻非行臟腑辨證：

西漢司馬遷 (-145 至-86) 所著之《史記·扁鵲倉公列傳第四十五》，記載名醫扁鵲 (-407 至-310) 與倉公 (-205 至-140) 之傳記。因司馬遷並非醫家，故醫案或有美化誇大之處。

扁鵲，姓秦氏，名越人，渤海鄭國人。曾受教於長桑君，因飲上池之水三十日而能盡見五臟癥結（有透視臟腑之特異功能）、又預測齊桓公每隔五日疾病由腠理漸深入骨髓而致死亡，按此等臆說不可信（皇甫謐《甲乙經》序文言仲景預測王仲宣四十當眉落而死，須服用五石湯則可免之，同為臆說，不可信）。治虢國太子尸蹙云：越人之爲方也，不待切脈、望色、聽聲、寫形，言病之所在（按無須望聞問切，只依腹診即能知病處。中庶子輕視扁鵲，故扁鵲有此言）。**聞病之陽，論得其陰；聞病之陰，論得其陽。病應見於大表**（按大表指病處外顯於腹）…試入診太子，當聞其耳鳴而鼻張，循其兩股以至於陰，當尙溫也…。是以陽脈下遂，陰脈上爭，會氣閉而不通（按陽脈陰脈非指尺寸，而是指軀體陽位之脈與陰位之脈）…脈亂，故形靜如死狀，太子未死也…。扁鵲乃使弟子子陽厲鍼砥石，以取三陽五會，有閒，太子蘇。乃使子豹爲五分之熨，以八減之齊，和煮之。以更熨兩脇下。太子起坐，**更適陰陽**，但服湯二旬而復故（按病癒而復爲舊故）…。按扁鵲擅長診脈，但上文是基於調整「**陰陽病勢**」。扁鵲爲首開「腹診」與「陰陽病勢」辨證之第一人。

倉公複姓淳于，名意。臨淄人（按今山東臨淄）。淳于意曾任齊國的太倉長（按掌管國家倉庫），又被稱爲太倉公或倉公。其師從同鄉公乘陽慶，而淵源於扁鵲。扁鵲因醫術高超而遭嫉妒，終被秦太醫令李醯所刺殺。于意深知隱技之道，低調不願替王侯治病。然醫術出眾而聲名遠播，終遭陷害，漢文帝四年 (-176)，朝廷聽信誣告，欲押解到長安去接受肉刑（按割耳鼻或手足），淳于意有五女，卻無子，他感傷無子可供差遣，小女緹縈堅持隨父親一同遠赴長安，進京後緹縈大膽上書文帝，申訴父親清白，並願捨身爲官婢以贖父罪，文帝深受感動，並體恤其爲一代名醫，故免除其罪且廢止肉刑。此即「緹縈救父」之史話。于意返鄉即退休，答覆漢文帝有關治病死生驗等者：自意少時，喜醫藥…得見師臨菑元裏公乘陽慶…慶有古先道遺傳黃帝、扁鵲之脈書，五色診病…。按于意隨文附上二十五則醫案：

齊侍御史成自言病頭痛，臣意診其脈，告曰：…此病疽也，內發於腸胃之間，後五日當癢腫，後八日嘔膿死…。所以知成之病者，臣意切其脈，得肝氣。肝氣濁而靜，此內關之病也。**脈法曰：“脈長而弦，不得代四時者，其病主在於肝”** …。（按以上筆者依序命名爲病例一，下同）

齊王中子諸嬰兒小子病，召臣意診切其脈，告曰：氣鬲病。病使人煩懣，食不下，時嘔沫…所以知小子之病者，診其脈，心氣也，濁躁而經也，此絡陽病也。**脈法曰：“脈來數疾去難而不一者，病主在心”**。周身熱，脈盛者爲重陽，…絡脈有過則血上出，血上出者死，此悲心所生也，病得之憂也。（按病例二）

齊郎中令循病…臣意診之，曰：湧疝也，令人不得前後溲。循曰：不得前後溲三日矣。臣意飲以火齊湯，一飲得前溲，再飲大溲，三飲而疾愈。病得之內。所以知循病者，切其脈時，右口氣急，脈無五藏氣，右口脈大而數。數者中下熱而湧，左爲下，右爲上，皆無五藏應，故曰湧疝。中熱，故溺赤也。（按病例三）

齊中禦府長信病，臣意入診其脈，告曰：熱病氣也。然暑汗，脈少衰，不死。曰：此病得之當浴流水而寒甚，已則熱…切其脈時，並陰。脈法曰：“**熱病陰陽交者死**”。切之不交，並陰。並陰者，脈順清而愈，其熱雖未盡，猶活也。腎氣有時間濁，在太陰脈口而希，是水氣也。腎固主水，故以此知之。失治一時，即轉爲寒熱。（按病例四）

齊王太后病，召臣意入，診脈，曰：風痺客脬，難於大小溲，溺赤。臣意飲以火齊湯，一飲即前後溲，再飲病已，溺如故。病得之流汗出滌…切其太陰之口，濕然風氣也。脈法曰：“**沈之而大堅，浮之而大緊者，病主在腎**”。腎切之而相反也，脈大而躁。大者，膀胱氣也；躁者，中有熱而溺赤。（按病例五）

齊章武里曹山跗病，臣意診其脈，曰：肺消痺也，加以寒熱。即告其人曰：死，不治。適其共養，此不當醫。治法曰：後三日而當狂，妄起行，欲走；後五日死。即如期死。山跗病得之盛怒而以接內…臣意切其脈，肺氣熱也。脈法曰：“**不平不鼓，形弊**”。此五藏高之遠數以經病也，故切之時不平而代…。（按病例六）

齊中尉潘滿如病，少腹痛，臣意診其脈，曰：遺積瘕也…後二十餘日，溲血死。病得之酒且內…所以知潘滿如病者，臣意切其脈深小弱，其卒然合也，是脾氣也。右脈口氣至緊小，見瘕氣也。以次相乘，故三十日死。三陰俱搏者，如法；痘俱搏者，決在急期；一搏一代者，近也。故其三陰搏，溲血如前止。（按病例七）

陽虛侯相趙章病，召臣意。眾醫皆以爲寒中，臣意診其脈曰：迴風。迴風者，飲食下噎而輒出不留。法曰：五日死，而後十日乃死。病得之酒。所以知趙章之病者，臣意切其脈，脈來滑，是內風氣也。飲食下噎而輒出不留者，法五日死，皆爲前分界法。後十日乃死，所以過期者，其人嗜粥，故中藏實，中藏實故過期。師言：日安穀者過期，不安穀者不及期。（按病例八）

濟（按一作齊字，下同）北王病，召臣意診其脈，曰：風蹶胸滿。即爲藥酒，盡三石，病已。得之汗出伏地。所以知濟北王病者，臣意切其脈時，風氣也，心脈濁。病法過入其陽，陽氣盡而陰氣入。陰氣入張，則寒氣上而熱氣下，故胸滿。汗出伏地者，切其脈，氣陰。陰氣者，病必入中，出及灑水也。（按病例九）

齊北宮司空命婦出於病…臣意診其脈，曰：病氣疝，客於膀胱，難於前後溲，而

溺赤，病見寒氣則遺溺，使人腹腫。出於病得之欲溺不得，因以接內。所以知出於病者，切其脈大而實，其來難，是蹶陰之動也。脈來難者，疝氣之客於膀胱也。腹之所以腫者，言蹶陰之絡結小腹也。蹶陰有過則脈結動，動則腹腫。臣意即灸其足蹶陰之脈，左右各一所，即不遺溺而溲清，小腹痛止。即更爲火齊湯以飲之，三日而疝氣散，即愈。（按病例十）

故濟北王阿母（按即乳母）自言足熱而漼，臣意告曰：熱蹶也。則刺其足心各三所，案之無出血，病旋已。病得之飲酒大醉。（按病例十一）

濟北王召臣意診脈諸女子侍者…臣意告永巷長曰：豎傷脾，不可勞，法當春嘔血死…。王曰：得毋有病乎？臣意對曰：豎病重，在死法中。王召視之，其顏色不變，以爲不然，不賣諸侯所。至春，豎奉劍從王之廁，王去，豎後，王令人召之，即僕於廁，嘔血死。病得之流汗。流汗者，法病內重，毛髮而色澤，脈不衰，此亦內之病也。（按病例十二）

齊中大夫病齩齒，臣意灸其左太陽明脈，即爲苦參湯，日嗽三升，出入五六日，病已。得之風，及臥開口，食而不嗽。（按病例十三）

菑川王美人懷子而不乳（指生產困難），來召臣意。臣意往，飲以萇蓉藥一撮，以酒飲之，旋乳。臣意復診其脈，而脈躁。躁者有餘病，即飲以消石一齊（按劑也），出血，血如豆比五六枚。（按病例十四）

齊丞相舍人奴從朝入宮，臣意見之食閨門外，望其色有病氣。臣意即告宦者平。平好爲脈，學臣意所，臣意即示之舍人奴病，告之曰：此傷脾氣也，當至春鬲塞不通，不能食飲，法至夏泄血死…。至春果病，至四月，泄血死。所以知奴病者，脾氣周乘五藏，傷部而交，故傷脾之色也，望之殺然黃，察之如死青之茲。眾醫不知，以爲大蟲，不知傷脾。所以至春死病者，胃氣黃，黃者土氣也，土不勝木，故至春死。所以至夏死者，脈法曰：“**病重而脈順清者曰內關**”。內關之病，人不知其所痛，心急然無苦。若加以一病，死中春；一愈順，及一時。其所以四月死者，診其人時愈順。愈順者，人尙肥也。奴之病得之流汗數出，於火而以出見大風也。（按病例十五）

菑川王病，召臣意診脈，曰：蹶上爲重，頭痛身熱，使人煩漼。臣意即以寒水拊其頭，刺足陽明脈，左右各三所，病旋已。病得之沐發未乾而臥。診如前，所以蹶，頭熱至肩。（按病例十六）

齊王黃姬兄黃長卿家有酒召客，召臣意…。告曰：君有病，往四五日，君要脅痛不可俯仰，又不得小溲。不亟治，病即入濡腎。及其未舍五藏，急治之。病方今

客腎濡，此所謂腎痺也。宋建曰：然，建故有要脊痛。往四五日，天雨，黃氏諸倩見建家京下方石，即弄之，建亦欲效之，效之不能起，即復置之。暮，要脊痛，不得溺，至今不愈…臣意見其色，太陽色乾，腎部上及界要以下者枯四分所，故以往四五日知其發也。臣意即爲柔湯使服之，十八日所而病癒。（按病例十七）

濟北王侍者韓女病要背痛，寒熱，眾醫皆以爲寒熱也。臣意診脈，曰：內寒，月事不下也。即竄以藥，旋下，病已。病得之欲男子而不可得也。所以知韓女之病者，診其脈時，切之，腎脈也，奮而不屬。奮而不屬者，其來難，堅，故曰月不下。肝脈弦，出左口，故曰欲男子不可得也。（按病例十八）

臨菑汜裏女子薄吾病甚，眾醫皆以爲寒熱篤，當死，不治。臣意診其脈，曰：蟻瘕。蟻瘕爲病，腹大，上膚黃粗，循之戚戚然。臣意飲以芫華一撮，即出蟻可數升，病已，三十日如故。病蟻得之於寒濕，寒濕氣宛篤不發，化爲蟲。臣意所以知薄吾病者，切其脈，循其尺，其尺索刺粗，而毛美奉發，是蟲氣也。其色澤者，中藏無邪氣及重病。（按病例十九）

齊淳于司馬病，臣意切其脈，告曰：當病迴風。迴風之狀，飲食下噎輒後之（指大便）。病得之飽食而疾走。淳于司馬曰：我之王家食馬肝，食飽甚，見酒來，即走去，驅疾至舍，即泄數十出。臣意告曰：爲火齊米汁飲之，七八日而當愈。時醫秦信在旁，臣意去，信謂左右閣都尉曰：意以淳于司馬病爲何？曰：以爲迴風，可治。信即笑曰：是不知也。淳于司馬病，法當後九日死。即後九日不死，其家復召臣意。臣意往問之，盡如意診。臣即爲一火齊米汁，使服之，七八日病已。所以知之者，診其脈時，切之，盡如法。其病順，故不死。（按病例二十）

齊中郎破石病，臣意診其脈，告曰：肺傷，不治，當後十日丁亥溲血死。即後十一日，溲血而死。破石之病，得之墮馬僵石上。所以知破石之病者，切其脈，得肺陰氣，其來散，數道至而不一也。色又乘之。所以知其墮馬者，切之得番陰脈。番陰脈入虛裏，乘肺脈。肺脈散者，固色變也乘也，乘之，所以不中期死者。師言曰：「病者安穀即過期，不安穀則不及期。其人嗜黍，黍主肺，故過期。所以溲血者，診脈法曰：“病養喜陰處者順死，養喜陽處者逆死”。其人喜自靜，不躁，又久安坐，伏幾而寐，故血下泄。（按病例二十一）

齊王侍醫遂病，自練五石服之。臣意往過之，遂謂意曰：不肖有病，幸診遂也。臣意即診之，告曰：公病中熱。論曰：中熱不溲者，不可服五石。石之爲藥精悍，公服之不得數溲，亟勿服。色將發臃。遂曰：扁鵲曰陰石以治陽病，陽石以治陰病（按原文陽病訛作陰，陰病訛作陽病，筆者改正之）。夫藥石者有陰陽水火之齊，故中熱，即爲陰石柔齊治之；中寒，即爲陽石剛齊治之。臣意曰：公所論遠矣。扁鵲雖言若是，然必審診，起度量，立規矩，稱權衡，合色脈表裏有餘不足順逆之法，參其

人動靜與息相應，乃可以論。論曰：陽疾處內，陰形應外者，不加悍藥及鑱石。夫悍藥入中，則邪氣辟矣，而宛氣愈深。診法曰：“二陰應外，一陽接內者，不可以剛藥”。剛藥入則動陽，陰病益衰，陽病益著，邪氣流行，為重困於俞，忿發為疽。意告之後百餘日，果為疽髮乳上，入缺盆，死…。(按病例二十二)

齊王故為陽虛侯時，病甚，眾醫皆以為蹶。臣意診脈，以為痺，根在右脅下，大如覆杯，令人喘，逆氣不能食。臣意即以火齊粥且飲，六日氣下；即令更服丸藥，出入六日，病已。病得之內。診之時不能識其經解，大識其病所在。(按病例二十三)

臣意嘗診安陽武都裏成開方，開方自言以為不病，臣意謂之病苦逕風，三歲四支不能自用，使人瘡，瘡即死。今聞其四支不能用，瘡而未死也。病得之數飲酒以見大風氣。所以知成開方病者，診之，其脈法奇咳，言曰：藏氣相反者死。切之，得腎反肺，法曰：三歲死也。(按病例二十四)

安陵阪裏公乘項處病，臣意診脈，曰：牡疝。牡疝在鬲下，上連肺。病得之內。臣意謂之：慎毋為勞力事，為勞力事則必嘔血死。處後蹶踰，要蹶寒，汗出多，即嘔血。臣意復診之，曰：當旦日日夕死。即死。病得之內。所以知項處病者，切其脈得番陽。番陽入虛裏，處旦日死。一番一絡者，牡疝也。(按病例二十五)

按文中有謂脈法曰、診脈法曰、診法曰者，乃淳于意承繼其師公乘陽慶所傳授，其未必淵源於扁鵲。淳于意並非照單全收，自己依臨床經驗而再修正。並自認對脈學不精而致病人不治。列傳有錄可徵。問臣意：所診治病，病名多同而診異，或死或不死，何也？對曰：病名多相類，不可知，故聖人為之脈法，以起度量…。然脈法不可勝驗，診疾人以度異之，乃可別同名，命病主在所居…。問臣意：診病決死生，能全無失乎？臣意對曰：意治病人，必先切其脈，乃治之。敗逆者不可治，其順者乃治之。心不精脈，所期死生視可治，時時失之，臣意不能全也。

又淳于意接受常人「平脈」並非呈絕對之恆象，「平脈」須依年齡而加以校正。列傳卷尾有錄可徵。脈法曰：“年二十脈氣當趨，年三十當疾步，年四十當安坐，年五十當安臥，年六十已上氣當大董”。文王年未滿二十，方脈氣之趨也而徐之，不應天道四時。後聞醫灸之即篤，此論病之過也。臣意論之，以為神氣爭而邪氣入，非年少所能復之也，以故死。所謂氣者，當調飲食，擇晏日，車步廣志，以適筋骨肉血脈，以瀉氣。故年二十，是謂易賀。法不當砭灸，砭灸至氣逐。筆者按須依年齡而加以校正「平人之脈」，這是相當先進之觀念，至今仍然適用。

約與倉公同時代之《內經·素問》只輯錄四則湯方。腹中論篇有二則：治鼓脹之雞矢醴(按單味藥)與治血枯之四烏鯽骨、一蘆茹，飲以鮑魚汁(按三味藥)。又病能論篇有二則：治氣逆之生鐵洛飲(按單味藥)與治酒風之澤瀉、朮各十分，麩銜五分(按

三味藥)。筆者按四則湯方皆不言脈象與臟腑補瀉等，純以對照證候而開方。《內經·靈樞》完書不早於晉朝皇甫謐，很可能是出自唐朝王冰；其內錄有八則湯方，亦不言及脈象與臟腑補瀉等。

稍後於《內經》之伊尹《湯液經法》雖已亡佚，但部分內容可從《輔行訣臟腑用藥法要》窺得。其六十首湯方中只有十三首錄有脈象：

大補肝湯—治肝氣虛，其人恐懼不安，氣自少腹上衝咽，呃聲不止，頭目苦眩，不能坐起，汗出心悸，乾嘔不能食，脈弱而結者：桂枝、五味子、乾薑、牡丹皮、大棗、旋覆花、竹葉

小補心湯—治血氣虛少，心中動悸，時悲泣，煩躁，汗出，氣噫，脈時結者：旋覆花、牡丹皮、竹葉、豉

大補心湯—治心中虛煩，懊憹不安，怔忡如車馬驚，飲食無味，乾嘔氣噫，時或多唾涎，其人脈結而微者：旋覆花、牡丹皮、竹葉、豉、甘草、人參、乾薑

小瀉脾湯—治脾氣實，下利清穀，裏寒外熱（按應作裏外無熱），腹冷，脈微者：附子、乾薑、甘草

小補脾湯—治飲食不化，時自吐利，心下痞滿，脈微者：人參、甘草、乾薑、朮

大補脾湯—治飲食不化，嘔吐下利，口中苦，乾渴，汗出，氣微，脈微而時結者：人參、甘草、乾薑、朮、麥門冬、五味子、牡丹皮

小補肺湯—治汗出，口渴，少氣不足以息，胸中痛，脈虛者：麥門冬、五味子、旋覆花、細辛

大補肺湯—治煩熱汗出，少氣不足以息，口苦乾，耳聾，脈虛而快者：麥門冬、五味子、旋覆花、細辛、地黃、竹葉、甘草

小補腎湯—治精少（按另本作虛勞失精、腰痛），骨蒸羸瘦，脈快者：地黃、竹葉、甘草、澤瀉

大補腎湯—治精氣虛少，腰痛，骨痿，不可行走，虛熱衝逆，頭目眩，小便不利，脈軟而快者：地黃、竹葉、甘草、澤瀉、桂枝、乾薑、五味子

小陽旦湯—治天行病發熱，自汗出而惡風，鼻鳴乾嘔脈弱者：桂枝、芍藥、生薑、甘草、大棗

小青龍湯—治天行發熱惡寒，汗不出而喘，身疼痛，脈緊者：麻黃、桂枝、杏仁、甘草

小白虎湯—治天行熱病，大汗出不止，口舌乾燥，飲水數升不已，脈洪大者：石膏、知母、甘草、粳米

討論：

倉公醫案雖列出許多脈象：切其脈，得肝氣（病例一）。診其脈，心氣也（病例二）。腎切之而相反也，脈大而躁（病例五）。切其脈，肺氣熱也（病例六）。切其脈深小弱，其卒然合也，是脾氣也（病例七）。診其脈時，切之，腎脈也，齏而不屬（病例十八）。

切其脈，得肺陰氣，其來散，數道至而不一也（病例二十一）。按以上脈象雖論及臟腑，但似乎只是虛晃一招，因其用藥並無關於臟腑。倉公切出脈象之臟腑名稱並不作為開方之依據；充其量或可作為向王侯病家解釋病由。又倉公引用「扁鵲曰陰石以治陽病，陽石以治陰病」得知扁鵲為依據陰陽病勢而開方之第一人。

《輔行訣臟腑用藥法要》十三首湯方錄有脈象，其中有九首是將「臟腑」冠於湯方名稱，其脈象並無區分寸關尺，也沒有標示所對應之臟腑名稱。換句話說其脈診並非以臟腑作為對應，各臟腑配屬之脈象不明。例如：**大補肝湯**…脈弱而結者。**大補脾湯**…脈微而時結。試問「脈沉結無力者」究竟補「肝」或是補「脾」之脈象？又《輔行訣臟腑用藥法要》仿照針灸「穴位五行補瀉」而誤創“藥物五行補瀉”之謬誤，混淆針灸療法與湯方療法之理論。倉公醫案與《輔行訣臟腑用藥法要》皆無將脈象「寸關尺」與臟腑配屬。而《五十二病方》、《內經》與《武威漢代醫簡》三者之湯方皆無脈象，湯方亦皆無言及臟腑名稱。可見中醫湯方之創始是樸實直接依據「證候」而非依據「脈象」，湯方亦無關於臟腑辨證之五行補瀉。

診脈著於整體脈象之陰陽脈勢，寸關尺三部脈象不與臟腑相配屬：

最早醫方《五十二病方》之湯方皆憑證候而不依據脈象；《武威漢代醫簡》同此。首先出有脈象者應屬倉公醫案，但其皆統言整體之脈象，並無區分寸關尺三部。倉公特提出「平脈」須依年齡而加以校正（按其所依據為“脈法曰：年二十脈氣當趨，年三十當疾步，年四十當安坐，年五十當安臥，年六十已上氣當大董”），可見約西元前兩百年即知生理數值之「相對標準」觀念。又倉公醫案之脈象有左右之分：

切其脈時，右口氣急，脈無五藏氣，右口脈大而數。數者中下熱而湧，左為下，右為上，皆無五藏應，故曰湧疝。（按病例三）

右脈口氣至緊小，見瘕氣也。以次相乘，故三十日死。（按病例七）

肝脈弦，出左口，故曰欲男子不可得也。（按病例十八）

《靈樞》述及「寸口」一詞者共有四十一處。如《經脈》：…入寸口，上魚，循魚際，出大指之端。…盛者，寸口大三倍於人迎。《陰陽二十五人》：按其寸口人迎，以調陰陽…。《靈樞》述及「氣口」一詞者共有十處。如《小鍼解》：所謂虛則實之者，氣口虛而當補之也。滿則泄之者，氣口盛而當寫之也。《四時氣》：氣口候陰，人迎候陽也。《靈樞》述及「脈口」一詞者共有十九處。如《根結》：…持其脈口，數其至也。筆者按其「寸口」與「氣口」、「脈口」皆是統言脈象，並非指寸口、關上、尺中三部之「寸口」。

《靈樞》述及「尺寸」一詞者共有三處：《小鍼解》：有知調尺寸小大緩急滑澹以言所病也。《終始》：少氣者，脈口人迎俱少，而不稱尺寸也。《逆順肥瘦》：…故

匠人不能釋尺寸而意短長，廢繩墨而起平水也。筆者按其「尺寸」指「尺」膚上之「寸」口處，並不是指寸、關、尺三部之「尺」與「寸」。

《素問》（按以全元起本為準，文中同此）述及「寸口」一詞者共有十二處。如《六節臟象論》：人迎與寸口俱盛，四倍以上為關格。《平人氣象論》：寸口脈浮而盛者，曰病在外。《素問》述及「氣口」一詞者共有四處，如《五臟別論》帝曰：氣口何以獨為五臟主？岐伯曰：胃者水穀之海，六腑之大源也。五味入口，藏於胃以養五臟氣，氣口亦太陰也，是以五臟六腑之氣味皆出於胃，變見於氣口。《經脈別論》：氣歸於權衡，權衡以平，氣口成寸，以決生死。《素問》述及「脈口」一詞者共有兩處：《通評虛實論》：絡氣不足，經氣有餘者，脈口熱而尺寒也。…經虛絡滿者，尺熱滿，脈口寒澹也。筆者按其「寸口」與「氣口」、「脈口」皆是統言脈象，非指寸口、關上、尺中三部之「寸口」。

《素問》只有一處言「尺寸」：《陰陽應象大論》善診者，察色按脈，先別陰陽…按尺寸、觀浮沉滑澹而知病所生。此處「尺」「寸」指「尺」膚上之「氣口」處，非指寸關尺三部之「尺部」與「寸部」。而《通評虛實論》：經絡皆實，寸脈急而尺緩也。應指「氣口」脈疾而「尺膚」和緩。否則寸脈急與尺脈緩共列則矛盾。

由上述得知《內經》是統言脈象而不區分為寸關尺。《素問》三部九候天地人之概念異於寸關尺三部。《素問·刺禁論》：臟有要害，不可不察。肝生於左，肺藏於右，心部於表，腎治於裏，脾為之使，胃為之布…。刺中心，一日死…。刺中肝，五日死…。刺中腎，三日死…。刺中肺，三日死…。刺中脾，十五日死…。刺中膽，一日半死…。按此段是在提醒針刺應須避開臟腑，以免造成壞證死證；其無關於脈象寸關尺之臟腑對應。而手太陰脈分為寸關尺三部者，最先出於《難經》，其並無配屬臟腑。而王叔和《脈經》輯錄有「兩組」寸關尺之對應；其中一組寸關尺直接與臟腑對應。

《難經》共有八十一難，作者不詳而託名扁鵲所著，成書年代約西元一百年，時間晚於《內經》。《難經》內容不全然依照《內經》而論述，亦有異於《內經》者。最早註釋《難經》者為三國時代、吳國太醫令呂廣《黃帝眾難經》，唐朝楊玄操再增註呂本。《素問·五臟別論》以「藏於胃以養五臟氣，氣口亦太陰也」等詮釋「獨取寸口」。《難經》第一難則以「寸口者，脈之大會…，五臟六腑之所終始，故法於取寸口也」來詮釋。按兩者詮釋之理由並不相同。《難經》第一難至第二十二難論述脈學，第二十三難至第二十九難論述經絡，第三十難至第四十七難論述臟象論等，第四十八難至第六十一難論述證候病因等，第六十二難至第八十一難論述針灸補瀉與五俞穴等，而整本《難經》並無言及湯方。

言《難經》寸關尺三部者出於第二難：…尺寸者，脈之大要會也。從關至尺是尺

內，陰之所治也。從關至魚際是寸內，陽之所治也。故分寸爲尺，分尺爲寸…。筆者按本條即叔和等後世醫家將脈象分爲寸關尺三部之依據。

又《難經》第十八難：

脈有三部，部有四經，手有太陰陽明，足有太陽少陰，爲下部，何謂也？

然：手太陰陽明**金**也，足少陰太陽**水**也，金生水，水流下行而不能上，故在下部也。足厥陰少陽**木**也，生手太陽少陰**火**，火炎上行而不能下，故爲上部。手心主少陽火，生足太陰陽明**土**，土主中宮，故在中部也。此皆五行子母更相生養者也。脈有三部九候，各何主之？

然：三部者，寸關尺也。九候，浮中沉也。上部法天，主胸以上至頭之有疾也。中部法人，主膈以下至臍之有疾也。下部法地，主臍以下至足之有疾也。審而刺之也。（接下略）

按前段之「脈」是指經脈，三部是指軀體位置。其以針灸之五行母子相生推演各經脈所居之部位，即肺經大腸經、腎經膀胱經居於軀體下部。肝經膽經、小腸經心經居於軀體上部。脾經胃經、心胞絡經三焦經居於軀體中部。第一行諸本作…「爲上下部」，則與第二行…「爲下部也」者矛盾。故筆者將「上」字刪去。而後段之「脈」是指手太陰氣口，三部是指脈象之寸關尺。兩段同有一「脈」字，《難經》作者強找理由，仿照前段爲例，以作脈象分寸關尺三部。前段言肝經膽經與小腸經心經居軀體上部。後段言上部法天，即寸部主胸以上至頭之有疾，則寸部候肺臟、心臟、肝臟與頭面腦部。得知前段與後段之意涵不同。事實上，前段全屬臆測，不符合脈象之生理部位，又後段三部九候異於《素問》之三部九候。

叔和《脈經》卷一、分別三關境界脈候所主第三：

*從魚際至高骨卻行一寸，其中名曰寸口。從寸至尺，名曰尺澤，故曰尺寸。寸後尺俞名曰關。…陽生於尺，動於寸。陰生於寸，動於尺。寸主射上焦，出頸及皮毛竟手。關主射中焦，腹及腰。尺主射下焦，少腹至足。

筆者按其寸關尺所主基本上與第十八難後段雷同，寸關尺皆不直接對應臟腑。

又《脈經》卷一、兩手六脈所主五臟六腑陰陽逆順第七：

*脈法（按此書爲叔和所引用，作者不詳）讚云：肝心出左，脾肺出右。腎與命門，俱出尺部。魂魄鬼神，皆見寸口；左主司官，右主司府；左大順男，右大順女。關前一分，人命主之，左爲人迎，右爲氣口…。陰病治官，陽病治府。

*心部在左手關前寸口是也，即手少陰經也，與手太陽爲表裏…。肝部在左手關上是也，厥陰經也，與足少陽爲表裏…。腎部在左手關後尺中是也，足少陰經也，與足太陽爲表裏…。肺部在右手關前寸口是也，手太陰經也，與手太陽爲表裏…。脾部在右手關上是也，足太陰經也，與足陽明爲表裏…。腎部在右手關後尺中是也，足少陰經也，與足太陽爲表裏…。左屬腎，右爲子戶，名曰三焦。

按叔和將第十八難「脈有三部，部有四經…」之「經脈」誤轉移作氣口之「脈象」。將軀體上中下三部錯認寸關尺三部。叔和誤把經脈之疾與臟腑之疾劃上等號，於是將左寸對應心經小腸經，誤轉為對應心部與小腸；將左關對應肝經膽經，誤轉為對應肝部與膽…等。因「經脈」不同於「脈象」，又經脈疾病異於臟腑疾病。叔和甚至弄錯《難經》第十八難軀體三部之經脈名稱，觀第十八難**軀體上部**之四經脈為肝經膽經、小腸經心經。**軀體中部**四經脈為脾經胃經、心胞絡經三焦經。**軀體下部**四經脈即為肺經大腸經、腎經膀胱經。而叔和寸部為心經小腸經、肺經大腸經，關上為肝經膽經、脾經胃經，下部尺中為兩腎。其異於《難經》。

按叔和所引用《脈法》之作者不詳，其寸關尺與臟腑之配屬異於第十八難。叔和同時輯錄，其並無醫案，故《脈經》應屬紙上作業而非臨床經驗。當時仲景《傷寒論》已近完備，叔和無空間可發揮，只能註解仲景條文與蒐集脈學資料。甚至以寸關尺三部去註解《傷寒論》之脈象，將仲景純樸不分三部之脈象，註解為寸關尺三部脈象。並企圖以經脈及臟腑來詮釋仲景之學。吾輩對照宋本與康平本《傷寒論》即可得證。叔和稍晚於仲景，應非仲景門人，至少不是一位好學生。而皇甫謐（約 215-282）《鍼灸甲乙經》湯方只有一條葛根湯，並無言及脈象。

又《難經》第九難：

何以別知臟腑之病耶？

然：數者腑也，遲者臟也。數則為熱，遲則為寒。諸陽為熱，諸陰為寒。故以別知臟腑之病。

按第九難所云不符合臨床。脈數為熱與脈遲為寒只能提供寒熱之參考，而非作為寒熱之必要條件。脈數每分鐘超過一百以上者，往往是陽氣虛浮亡散之「假熱」真寒。而陽明病脈沉實，其脈速也往往低於常值。又「數者腑也，遲者臟也」只是單存之對比而已，非關臨床。麻黃湯證脈速略數，桂枝湯證脈速略遲，卻同屬太陽病，前者著於邪盛，後者著於正虛，試問兩者如何分屬臟病腑病？

又《難經》第四難與第五難：

脈有陰陽之法，何謂也？

然：呼出心與肺，吸入腎與肝，脾受穀味，其脈在中。浮者陽也，沉者陰也，故曰陰陽也。（按下略）

脈有輕重，何謂也？

然：初持脈，如三菽之重，與皮毛相得者，肺部也。如六菽之重，與血脈相得者，心部也。如九菽之重，與肌肉相得者，脾部也。如十二菽之重，與筋平者，肝部也。按之至骨，舉指來疾者，腎部也。故曰輕重。

按第四難與第五難只是將「五臟」與「脈位」作一種推測性之規範安排，非關臨床。第十五難之春脈弦而屬東方肝木、夏脈鈎而屬南方心火、秋脈毛而屬西方肺金、冬脈石而屬北方腎水…等同此。皆源於《呂氏春秋》與《周禮》等之思惟，其將生理作用依太陽日照時月不同而作出各種規範安排。《呂氏春秋》與《禮記·月令》是規範人與外在環境之互動，其五臟是指祭祀動物屍體之五臟。《內經》與《難經》再擴大移作人體內在之五臟生理作用。後世醫家不察，奉為準則，誤矣。如每一脈位依浮沉分為五層，豈不與第十八難三部九候作「浮中沉」三層者矛盾？又第三十四難云「五臟各有聲、色、臭、味、液」與「五臟有七神」者同此。又第七十四難云「春刺井、夏刺榮、秋刺經、冬刺合」者同此。皆係對針灸療法提出推測之模擬安排，非關臨床，更非關於湯方療法。

又《難經》第三十二難：

五臟俱等，而心肺獨在膈上者，何也？

然：心者血，肺者氣。血為榮，氣為衛。相隨上下，謂之榮衛。通行榮衛，營周於外，故令心肺在膈上也。

按第三十二難是詮釋心臟與肺臟（不是指心經與肺經）居於軀體上部之理由，無關於脈象。而第十八難則言心經居上部，肺經居下部。筆者按兩條意涵不同。又《難經》第十三難：…五臟有五色皆見於面，亦當與寸口、尺內相應…。筆者按其「尺內」是指尺膚之緩疾滑濇，非指尺脈。

王叔和《脈經》卷五：「張仲景論脈」內容論述顯與《傷寒論》不符。其所輯之「扁鵲脈法」云：脈氣弦急，病在肝，少食多厭…。按僅此一句有論述脈象與臟腑之對應，並沒有述及其他臟腑之脈象；雖標以「扁鵲」，但《史記·扁鵲倉公列傳》並無提及，故未必即真正出自扁鵲。又所輯之「扁鵲陰陽脈法」云：太陽之脈…陽明之脈…少陽之脈…太陰之脈…少陰之脈…厥陰之脈…。筆者按其文雷同於第七難，皆非指臟腑脈象，而是指每年季節月令、每日時辰之不同，所輪值常人脈象之差異（按指標準脈象會隨日月時辰而有變化），故此等應係後人託名扁鵲所著。今筆者整理脈象寸關尺三部對應之源由與演變，說明並製表如下：

1.《難經》（約100）脈象三部對應作：上部（寸）主胸以上至頭之有疾也。中部（關）主膈以下至臍之有疾也。下部（尺）主臍以下至足之有疾也。

2.脈法（按此書為叔和所引用，作者不詳）：肝心出左，脾肺出右。腎與命門，俱出尺部。魂魄鬼神，皆見寸口；左主司官，右主司府；左大順男，右大順女。關前一分，人命主之，左為人迎，右為氣口…。陰病治官，陽病治府。

3.叔和《脈經》脈象寸關尺之對應有兩組：寸主射上焦，出頸及皮毛竟手。關主

射中焦，腹及腰。尺主射下焦，少腹至足。另一組爲：左寸心部與小腸，左關肝部與膽，左尺腎部與膀胱。右寸肺部與大腸，右關脾部與胃，右尺腎部與膀胱。

4. 孫思邈《千金要方》⁽⁶⁵¹⁾，輯錄湯方超過五千首，筆者粗閱其極大部分湯方皆不俱脈象，得知其仍宗以對照證候來開方。第八第九卷《傷寒論》殘文之脈象亦不分寸關尺三部，總計五千多首湯方中標有寸關尺脈象者不過十二首：

*凡左手關上脈陰實者，足厥陰經也。苦心下堅滿，常兩脇息，忿忿如怒狀，是名肝實，則令肝熱氣損，竹瀝麻黃湯主之…。(出十一卷第二)

*左手關上脈陽實者，足少陽經也。苦腹中氣滿，飲食不下，咽乾，頭痛，灑灑惡寒…氣喘噦逆，治膽腑實熱，精不守，瀉熱半夏千里流水湯…。(出十二卷第二)

*凡人左手寸口人迎(按脈法言左寸口又謂之人迎)以前脈陰實者，手少陰心經也。苦閉，大便不利，腹滿，四肢重，身熱，名曰心實，瀉心湯主之…。(出十三卷第二)

*凡左手寸口人迎以前脈陽實者，手少陽經也(脈經宋本作手太陽經)，苦身熱來去，汗出，心中煩滿，身重，口中生瘡，名曰小腸實，芫胡澤瀉湯主之…。(出十四卷第二)

*凡右手關上脈陰實者，足太陰經也。苦足寒脛熱，腹脹滿，煩擾不臥，名曰脾實熱，舌本強直，或夢歌樂而體重不能行，宜瀉脾胃熱湯…。(出十五卷第二)

*右手關上脈陽實者，足陽明經也。病苦頭痛(脈經作腹中堅痛而熱)，汗不出，如溫瘧，唇口乾，善噦，乳癰，缺盆腋下腫痛，名曰胃實熱也，瀉胃熱湯…。(出十六卷第二)

*右手寸口氣口(按脈法言右寸口又謂之氣口)以前脈陰實者，手太陰經也，病苦肺脹汗出若露，上氣喘逆，咽中塞如欲嘔狀，名曰肺實熱也…泄氣除熱方…。(出十七卷第二)

*右手寸口氣口(按脈法言右寸口又謂之氣口)以前脈陽實者，手陽明經也。病苦腸滿，善喘欬，面赤身熱，喉咽中如核狀，名曰大腸實熱也…生薑瀉腸湯…。(出十八卷第二)

*左手尺中神門以後脈陰實者，足少陰經也，病苦舌燥咽腫，心煩噤乾，胸脇時痛，喘咳汗出，小腹脹滿…名曰腎實熱也。右手尺中神門以後脈陰實者，足少陰經也。苦痺身熱，心痛，脊脇相引痛，足逆熱煩，名曰腎實熱也。治腎實熱，小腹脹滿，四肢正嘿，耳聾…伏水等，氣急瀉腎湯…。(以上出十九卷第二)

*左手尺中神門以後脈陰虛者，足少陰經也。病苦心中悶，下重足腫，不可以按地，名曰腎虛寒也。*左手尺中神門以後脈陰虛者，足少陰經也。病苦足脛小弱，惡寒。脈代絕，時不至。足寒，上重下輕，行不可按地，小腹脹滿…，名曰腎虛寒也。治腎氣虛寒，陰痿，腰脊痛，身重緩弱…：乾地黃、茯苓、白朮、吧戢天…乾薑…。(以上出十九卷第二)

*右手尺中神門以後脈陽實者，足太陽經也，病苦胞轉，不得小便，頭眩痛，煩滿，脊背強，名曰膀胱實熱也。治膀胱實熱方：石膏、梔子、茯苓、知母…。

*右手尺中神門以後脈陽虛者，足太陽經也。病苦肌肉振動，腳中筋急，耳聾，忽忽不聞，惡風，颼颼作聲，名曰膀胱虛冷也。治膀胱虛冷，饑不欲食，面黑如炭，腰脇痛方：磁石、黃耆、茯苓、杜仲…。(以上二則出二十卷第二)

5.李時珍《瀕湖脈學》(1564)脈象三部之歌訣：寸候胸上，關至膈下。尺候於臍，下至跟踝。左脈候左，右脈候右。病隨所在，不病則否。按其說與《難經》第十八難雷同，脈象寸關尺只與身體部位對應，不直接與臟腑名稱相配屬。

6.吳謙《醫宗金鑑·四診心法》(1742)編成診脈之歌訣：右寸肺胸，左寸心膈，右關脾胃，左肝膈膽，三部三焦，兩尺兩腎，左小膀胱，右大腸認。按其寸關尺對應有兩種，一種類同《脈經》之上中下三焦。另一種與臟腑直接配屬，但其將《脈經》左寸候小腸改為左尺浮部；將《脈經》右寸候大腸改為右尺浮部；將《脈經》兩尺候膀胱改為左尺浮部。

	左 寸	左 關	左 尺	右 寸	右 關	右 尺
難 經	胸以上至頭	膈以下至臍	臍以下至足	胸以上至頭	膈以下至臍	臍以下至足
脈 法	心 謂之人迎脈.	肝	腎、命門	肺 謂之氣口脈.	脾	腎、命門
脈 經	上焦，出頸及 皮毛竟手 心、 小腸	中焦，腹及 腰 肝、膽	下焦，少腹 至足 腎、 膀胱	上焦，出頸 及皮毛竟手 肺、 大腸	中焦，腹及 腰 脾、胃	下焦，少腹 至足 腎、 膀胱
千金要方	心經、三焦經	肝經、膽經	腎經	肺經、大腸 經	脾經、胃經	膀胱經
瀕湖脈學	胸上（左側）	膈下（左側）	臍、下至跟 踝（左側）	胸上（右側）	膈下（右側）	臍、下至跟 踝（右側）
醫宗金鑑 四診心法	上焦 心、膈中（即 心胞絡）	中焦 肝、膈、膽	下焦 沉候腎、浮 候 膀胱小腸	上焦 肺、胸中	中焦 脾、胃	下焦 沉候腎、浮 候 大腸

粗閱《千金翼方》三千多首湯方中除去傷寒卷（俗稱唐本傷寒論）外，皆無輯錄脈象。而第二十五卷色脈篇，內容雷似《脈經》與《難經》，不言湯方。

仲景《傷寒論》之脈象不分寸關尺三部，今宋本 398 條中，脈象列有寸關尺者，共有 11 條，其中四條含有湯方（大黃黃連瀉心湯、瓜蒂散、麻黃升麻湯、五苓散）。析辨得知全部 11 條應皆出於後人之註解，筆者說明如下：

宋本 49 條：

脈浮數者，法當汗出而癒。若下之，身重，心悸者，不可發汗，當自汗出乃解，所以然者，**尺中脈微**，此裏虛，須表裏實，津液自和，便自汗出癒。

按凡法當如何者、所以然者、何以知然者之語法者，皆屬後人註解。故全條視為後人註解。又《脈經》「尺中脈微」作「尺中脈浮」。

宋本 50 條：

脈浮緊者，法當身疼痛，宜以汗解之。假令**尺中遲者**，不可發汗。何以知然？以榮氣不足，血少故也。

按仲景不言榮衛，凡云榮衛者皆內經之意；屬後人之註解。麻黃湯證之三部脈象皆浮緊，緊脈為複合脈，除俱有質硬之張力外，其脈速快過常值。而遲脈之脈速低過常值，寸、關緊與尺中遲共列，矛盾。《活人書》本條文末小註：宜小建中湯。

宋本 108 條：

傷寒，腹滿譫語，寸口脈浮而緊，此肝乘脾也，名曰縱，刺期門。

按本條康平本《傷寒論》作低二格書寫，非出於仲景。且傷寒外感不行以針灸，故本條出自後人追註，筆者推測應即為叔和。

宋本 120 條：

太陽病，當惡寒發熱，今自汗出，反不惡寒發熱，關上脈細數者，以醫吐之過也。一二日吐之者，腹中饑，口不能食。三四日吐之者，不喜糜粥，欲食冷食，朝食暮吐，以醫吐之所致也。此為小逆。

按康平本關上作二小字旁註，文末此為小逆作四小字旁註。應皆出於張湛追註。

宋本 128 條、129 條：

問曰：病有結胸，有臍結，其狀何如？

答曰：按之痛，寸脈浮，關脈沈，名曰結胸也。(128)

問曰：何為臍結？

答曰：如結胸狀，飲食如故，時時下利，寸脈浮，關脈小細沈緊，名曰臍結，舌上白胎滑者，難治。(129)

按康平本兩條合為一條，低二格書寫，非出於仲景，本條應出自叔和註解。

宋本 154 條：

心下痞，按之濡，其脈關上浮者，大黃黃連瀉心湯主之。

按康平本「關上」作二小字旁註，應出於張湛追註，非出於仲景。

宋本 166 條：

病如桂枝證，頭不痛，項不強，寸脈微浮，胸中痞鞭，氣上衝喉咽不得息者，此為胸有寒也，當吐之，宜瓜蒂散。

按《輔行訣臟腑用藥法要》作：其脈浮者。《千金翼方傷寒卷》作：脈微浮。而「此為胸有寒也」有誤，應刪。本條《醫方集解》另有收錄，亦應刪除「寸」字。

宋本 244 條：

太陽病，寸緩關浮尺弱，其人發熱汗出，復惡寒，不嘔，但心下痞者，此以醫下之也。如其不下者，病人不惡寒而渴者，此轉屬陽明也。小便數者，大便必鞭，不更衣十日，無所苦也，渴欲飲水，少少與之，但以法救之，渴者，宜五苓散。

按康本平作：脈緩浮弱，「寸關尺」作三小字旁註。應係出自張湛所追註。

宋本 357 條：

傷寒，六七日，大下後，寸脈沈而遲，手足厥逆，下部脈不至，喉咽不利，唾膿血，泄利不止者，爲難治，麻黃升麻湯主之。

按《脈經》「寸脈沈而遲」作「脈沈遲」。康平本「寸」作小字旁註，知非出仲景。

宋本 363 條：

下利，寸脈反浮數，尺中自濇者，必清（圜）膿血。

按康平本作低二格書寫，非出於仲景，本條應出自叔和之註解。

《金匱要略》共有 8 條文之脈象分作寸關尺者（其中 1 條與宋本重複），但多有矛盾。而「寸口脈」一則指寸關尺之「寸脈」；一則統言手太陰之「氣口」，自包括寸關尺整體三部脈在內。《金匱要略》多指後者而與跌陽脈、少陰脈相對應。說明如下：

《血痺虛勞篇》：

問曰：血痺一從何得之？師曰：夫尊榮人，骨弱，肌膚盛，重困疲勞，汗出，臥不時動搖，加被微風，遂得之。但以脈自微濇，在寸口關上小緊，宜針引陽氣，令脈和，緊去則癒。

血痺，陰陽俱微，寸口關上微，尺中小緊，外證身體不仁，如風痺狀，黃耆桂枝五物湯主之。

筆者按「寸口關上微，尺中小緊」有語病。「微」脈之脈速慢於常值，而「緊」脈之脈速快於常值，則寸、關與尺脈之脈速不一，矛盾。《諸病源候論》斷句爲「診其脈自微濇在寸口，關上小緊」。按“關上小緊”、“尺中小緊”應係出於後人之註解。下條“關上小緊數”、宋本 129 條“關脈小細沈緊”等同此。

《胸痺心痛短氣篇》：

胸痺之病，喘息咳唾，胸背痛，短氣，寸口脈沉而遲，關上小緊數，栝樓薤白白酒湯主之。

按「遲」脈慢於常值，卻與「緊」脈同列，矛盾。本條《孫真人千金方》作：胸痺喘息之病，咳唾，背痛，短氣，其脈沉而遲，關上小緊數，栝樓湯主之。組成爲：栝樓、薤白、枳殼、半夏、生薑。按統言「脈沉而遲」，又另出關脈，矛盾。

《腹滿寒疝宿食病篇》：

問曰：人病有宿食者，何以別之？

師曰：寸口脈浮而大，按之反濇，尺中亦微而濇，故知有宿食，大承氣湯主之。

按此條對照《脈經》、《千金要方》、《千金翼方》並無“大承氣湯主之”五字。

《五臟風寒積聚病篇》：

師曰：…諸積大法，脈來細而附骨者，乃積也。寸口積在胸中。微出寸口，積在

喉中。**關上積在臍旁**。上關上，積在心下。微下關，積在少腹。尺中**積在氣衝**。脈出左，積在左。脈出右，積在右。脈兩出，積在中央。各以其部處之。

《淡飲欬嗽病篇》：…青龍湯下已，多唾，口燥，寸脈沉，尺脈微，手足厥逆，氣從小腹上衝胸咽，手足痺，其面翕熱如醉狀，因復下流陰股，小便難，時復冒者，與茯苓桂枝五味甘草湯治其氣衝…。

《嘔吐噦下利病篇》：

下利，寸脈反浮數，尺中自瀉者，必清（圜）膿血。

按本條重複於宋本 363 條，係出於後人註解。

結論：

宋本《傷寒論》湯方標有寸關尺脈象者共有四條：154 條大黃黃連瀉心湯、166 條瓜蒂散、244 條五苓散、357 條麻黃升麻湯。但經析辨後，得知皆非出於仲景。

《金匱要略》湯方標有寸關尺脈象者亦有四條：黃耆桂枝五物湯、栝樓薤白白酒湯、大承氣湯、茯苓桂枝五味甘草湯。析辨此四條亦多有矛盾處。故基本上可以說**《傷寒論》祖本與《金匱要略》祖本之湯方應皆無標示寸關尺三部脈象**。

早於《傷寒論》之《五十二病方》(-239)、《內經》、《漢代武威醫簡》與晚於《金匱要略》之《鍼灸甲乙經》、《肘後方》、《小品方》(約 430) 等諸湯方皆**不言脈象**，亦不言五行臟腑。神醫扁鵲(-407 至-310) 精於脈象，卻無醫案可徵其脈法，扁鵲診魏國太子「循其兩股以至於陰，當尚溫也」為**最早之腹診記錄**。又倉公醫案(-176) 雖附有脈象，但皆統言而不分寸關尺三部。而《輔行訣臟腑用藥法要》有十三首湯方附有脈象，亦皆統言脈象而不分寸關尺三部。

真正湯方標有脈象寸關尺者，應是《千金要方》十二條湯方。其次為李東垣之枳實消痞丸（按輯錄於《醫方集解》中）：治心下虛痞，惡食懶倦，**右關脈弦**。另標有寸關尺者為《醫方集解》六味地黃丸之附方：桂附八味丸…尺脈弱者宜之。知柏八味丸…尺脈旺者宜之。**湯方起源是著於對照「證候」，而非關脈象**。

獨取氣口源於倉公，同一條肺經之寸關尺三部，應皆入肺經。左、右寸為太淵穴，屬肺經。左、右關為經渠穴，屬肺經。左、右尺近列缺穴，亦屬肺經。現今可透過經絡感傳及特殊照相技術等而證明經絡學說，但以一條肺經去對應十二條經脈則毫無道理。所謂“右關脾胃、左肝膈膽”應改正為「左關右關皆候肺經」，如此才能符合經脈學說，並能於針灸臨床得到實證。試問針刺左右手關脈之經渠穴時，有多少案例可證明其感傳可達於脾胃與肝膈膽者？脈理不能離開臨床。又「經脈疾病」與「臟腑疾病」不能劃上等號，醫家卻將其混淆，以致從對應十二條經脈又訛為配屬五臟六腑，錯誤連連…。

從表列可知《難經》並沒有將寸關尺三部與臟腑相配屬。即使寸關尺能對應臟腑，諸家對臟腑配屬之看法亦不一致，六腑尤然，試問何者為準？又非關臟腑病時，脈象三部如何對應？例如外感少陽病或厥陰病，寸關尺該不會去對應肝、膽二部吧？血瘀病人，寸關尺該不會因為心主血、肝藏血、脾統血而對應心、肝、脾三部吧？中醫能夠否以「膽腑」所對應之脈象篩選「膽結石」病人？即使輔以「脈診儀」與「腹診儀」等儀器，其確診率能否比美西醫 X 光、超音波？

前已述藥物歸經或藥物入臟腑皆為錯誤，故即使脈象寸關尺能對應臟腑病，試問又要主以何種藥物？又五行臟腑補瀉是用於針灸療法，不能用於湯方療法。得知肝病病人之湯方治則不能依「治肝補脾」、「瀉子補母」等針灸理論。總之，中醫是依陰陽病勢開方，**扁鵲是行陰陽病勢開方之第一人**，「聞病之陽，論得其陰。聞病之陰，論得其陽。」如此而已。仲景佐以病位病性而創「三陰三陽」辨證法。

筆者診療多基於「陰陽病勢」與「厥病診法」等，最近五年來診斷更加上「腹診」與「趺陽脈診」。不用“經絡辨證”與“臟腑辨證”，診脈基本上不分“寸關尺三部”、也不用診斷儀器，臨床療效勉強還算可以。筆者異於主流思惟，內心多少有些惶恐。然文獻回顧得知在金元以前，只有《千金要方》之十二首湯方是以脈象寸關尺對應“臟腑辨證”而立湯方。更確認仲景並非據此而創《傷寒論》。筆者去年開始拜讀和田啓十郎《醫界之鐵椎》，備感欣慰，此位去世已百年之前輩，西醫學校畢業後，轉業自學漢方醫學，力揚中醫「**陰陽病勢**」為辨病治則。和田啓十郎單槍匹馬、拼命不懈，不附和於主流，企圖憤然改造時醫，故名為「鐵椎」，並克服萬難自費出版《醫界之鐵椎》。其孤注一擲之苦心，筆者完全可以理解，今將壯膽跟隨前賢，餘生將努力宣揚「陰陽病勢」等中醫診斷法。和田「鐵椎」之舉雖然不彰，「陰陽病勢」未能廣傳，並遺憾無法找到千里馬之知音…，所幸經歷一百年後，今日在台灣總算有了後繼者…。

切診含脈診、腹診、趺陽診、厥病診等，其中首重厥病之診：

望聞問切四診擺在一起，表示其間會有不一致之情形，而須將無效之診斷捨棄。有時捨脈診，有時捨望診等。不能單憑脈象來決定湯方，也不能單憑舌象來決定湯方…等。《難經》第八難：寸口脈平而死者，何故？然：諸十二經脈者，皆繫於生氣之原…，寸口脈平而死者，生氣獨絕於內也。《金匱要略》瘧病篇：溫瘧者，其脈如平，身無寒但熱，骨節疼煩，時嘔，白虎加桂枝湯主之。臨床重症病人呈現平人之脈象者，也是常見之事。又病人看中醫之前，如果以**服用抗過敏、安眠藥、降壓藥、甲狀腺藥物、抗焦慮及精神科藥物等西藥**，都會影響到脈象，試問診脈如何加以校正？爾近脈診被神格化，按脈即明臟腑、開方無須開口…。簡單確診率高達八九成之「厥病診」卻被醫家忽視。

跟診醫師首次依照「厥病診」治癒病人時，都會興奮地與筆者分享成果。「厥病診」之法典籍文獻有所依據。《傷寒論》與《金匱要略》皆清楚輯錄，只是諸家忽視而已。計有寒厥、熱厥、氣厥、水厥、厥陰病等，對應之湯方如下：

寒厥：桂枝加附子湯、芍藥甘草附子湯、抵黨烏頭桂枝湯

熱厥：白虎湯、白虎加人參湯

氣厥：茯苓桂枝五味甘草湯、橘皮湯、橘皮竹茹湯

水厥：茯苓甘草湯

厥陰病：吳茱萸湯

脈診之目的：

1. **湯方之辨證**。例如考量麻黃湯證與桂枝湯證時，須以脈象之緊與緩鑑別。
2. **療效之判斷**。例如半夏厚朴湯證脈略數，服用幾天後，脈速會減為常值。中暑病人之脈象多沉，經刮痧後，其脈位會升為常位。心律不整者經針灸內關穴後，脈象恢復正常規律。治療前後之脈象變化，是中醫脈診之重要內容。
3. **辨別陰陽脈勢**。但是脈勢未必與病勢一致，有時須捨去脈診。

腹診之目的：

同前脈診 1.2。另辨別陰陽腹勢，但是腹勢未必與病勢一致，有時須捨去腹診。另透過腹診可得知胸脇苦滿、心下痞、腹脹滿痛、小腹不仁…等證候而能了解《傷寒論》條文旨意等。更可辨清病人屬血邪、氣邪、水邪、悸動…等而作為臨床辨證開方之重要參考。西醫腹診則直接著於臟腑器官之疾病。

趺陽診之目的：

筆者尚在學習中，目前主要作為陽明病與氣逆病人之確認。陽明病脈沉而實，其趺陽脈浮沉皆有力，雙手雙腳皆符合者才屬陽明病。趺陽脈常態稍沉，氣逆者則浮起，溫病者亦浮起而重按則無。診斷趺陽脈宜採臥姿，醫師站在床腳，伸右手去診病人右足之趺陽脈，伸左手去診病人左足之趺陽脈。

厥病診之目的：

仲景之陰陽不是經脈之陰陽，也非臟腑之陰陽。以齊臍線為界，半身以上為陽，以下為陰。前者為陽，後者為陰，即胸腹為陰，背臀為陽。故項背為陽中之陽，謂之太陽。太陽之部位感受風寒，謂之太陽病。太陽之部位感受暑熱，謂之中暍。故條文云：太陽中熱者，暍是也，其人汗出惡寒，身熱而渴。又腹為陰中之陰，謂之太陰。故條文云：太陰之為病，腹滿而吐，食不下。按太陰病異於脾病，不會下利。太陰病脈浮者主以桂枝湯，脈沉者主以厚朴生薑半夏甘草人參湯。桂枝加芍藥湯與桂枝加芍藥大黃湯是針對太陽病誤下而設，非屬太陰病之湯方。否則醫師謹慎，不發生誤下，則豈不就無太陰病？

手臂以站立時自然下垂，齊臍線為界（腿部約於相當比例處），即腕踝以上為陽，以下為陰。陰陽不相順接者，稱為厥病；其人手足厥冷為必要條件（整肢皆冷者稱為四肢逆冷）。西醫無法用儀器檢驗出厥病，故病人常被誤診為精神病；中醫卻非常容易診斷，且約有八成以上之治癒率，這是中醫之強項，當季節變化時尤多。因陰陽不相順接，病人多有煩燥。上眼皮屬陽，下眼皮屬陰，陽不入陰，故病人多有失眠。臨床不必管它西醫之病名，只要呈現厥病者，就選用上述十湯方加減，著於溫陽煦陰而陰陽相順接之後，身體會自動去調整而多有意料不到之效果。曾有嚴重粉刺之婦女，整臉潮紅，一側約有三百粒痘痘，可說毫無正常皮膚，痛癢不堪，二年來訪醫多處無效。診其有寒厥，主以桂枝加附子湯，一日份 15 克。服用一週後病人云無效，外觀確無差別，但其厥病線之界限有所下降。不改方再服用一週，外觀仍同前，病人不耐。但厥病線已下降至齊掌心線，減為 13 克，另加細辛 2 克。服用一週後，紅痛刺癢已減，似乎不再長新粉刺，病人仍稍有抱怨，但厥病線已下降至手指處，同前再服七天，竟發生奇蹟，於洗臉時，所有痘痘全部一起脫除，整個臉細皮嫩肉、脫皮換膚似的柔滑無疵，驗之手足溫暖。續服用二週以鞏固療效。另亦曾用白虎加人參湯治療乳癌末期而無法再化療之病人，當天即能入睡，一週後，紅血球由 3 增為 8，白血球由 1000 增為 5000……。

中醫感官診斷無法以儀器取代，實證醫學並非意謂診斷儀器化：

中醫常被批評其診斷「不夠精準細緻」，然而人體之各種生理現象，分秒都在複雜地變化，個別之間也因種族、地域、習性、體質等而有差異，無法有絕對之唯一數據，現代醫學所謂的標準血壓、心率，與各種理學檢查之標準值，實際上也容有某 range 之上下限。故「細部說不清楚」反而更符合實際之生理現象。西醫徒手診斷疝氣、盲腸炎等，或扣診肺積水，或以聽診器聞其心臟時，無人懷疑其按壓力量與回聲有無數數據標準，其疼痛僅區分不痛、微痛、激烈疼痛三者即可，按壓手法之力道也是一般皆能了解之共識。如將「按壓力道」以克/平方公分之壓力數據表達，疼痛以程度細分為十級，如此量化雖合乎科學之「精準細緻」，但是對實際臨床並無提升，也沒有人懷疑西醫徒手診斷是否缺乏科學性。桂枝湯證「自汗出」，無須以多少毫升為標準，五毫升、八毫升皆可適用。葛根湯證「項背強几几」也無須標以壓力單位，有經驗者自可明瞭。中、西醫之腹診皆同以徒手獲得診斷情報。西醫脈診也是徒手診斷，只不過中醫脈診層次較高而已。同樣用徒手，西醫就是科學，中醫就是不科學。西醫脈診只測脈速，中醫尚包括脈位、脈性、脈寬、脈長、脈質等。如果西醫脈診屬於科學，那也是很低級之科學。如果中醫脈診屬於不科學，那也應改為「不」是「科學」所能涵蓋。

西醫是微觀醫學，窮極細微地辨清細菌、病毒等病原，再處以特效藥物將「病原」殺死。中醫則是宏觀醫學，整體地辨其病勢，調整陰陽而將「病人」導正。故在

診斷上中西醫各有不同之思考與需求，中西醫就像是電腦不同之輸入法，當其轉換時，思惟也須跟者轉換。現提倡中西結合，擁有雙執照者，必須更加謹慎，不能混淆兩種醫學之診斷模式，中國中醫一蹶不振之最主要原因就是中被西結合之後果。事實上，中西醫不可能結合，而是互補。

當行診脈時，必須清楚想要獲取哪些情報？是否要從寸關尺得到十二經情報？還是要分別對應五臟六腑？前已述一條肺經擴充到全體十二經已不合理，何況**欲開藥方卻求經絡之別**，矛盾。軀體之疾病未必等同經絡之疾病，針灸並無法取代湯方療法。如果診候寸關尺以獲取五臟六腑之情報，則是西醫微觀之思惟，**中醫依陰陽病勢辨證，不能依西醫病名來分型開方**。又小腸與大腸屬寸部還是尺部？膀胱屬兩尺還是左尺浮部？膽腑在右何以候左關？脾臟在左何以候右關？又從氣口候五臟六腑並無臨床實證？回顧中醫典籍文獻，金元之前只有《千金要方》十二首湯方以寸關尺分別與臟腑相配屬。故缺乏有力之證據支持此說。又縱然此舉可行，亦無助於用藥開方，因為前已述“藥物歸經”出於推測。又用超音波或 X 光等檢測膽腑，當比候左關更為正確。診斷毫不可靠倒不如不作，如果中醫是以此舉等來與西醫結合，徒增西醫之訕笑外，並無法凸出中醫之優勢。

西醫診斷長於精緻，中醫則寬廣整體。美國畜牧業在牛馬背上烙記號以區別；養殖戶們只認烙號，從另側觀之則無法判斷。中國北方放牧綿羊者不烙記號，但是農戶皆各自認出而不會相混。電視台記者曾將他家綿羊腹部內側作一暗記，而後混入農戶近百隻羊群中，該農戶望眼即可將其認出，毫不出錯。中西醫診斷之差別類此。用感官診斷絕不落伍，崇尚科學信仰者反不明此技巧。釀酒與香水師傅之嗅覺更非儀器所能取代。或謂中醫無基礎醫學，非也。和田啓十郎：“**中醫基礎醫學在於觀察正常人之象，熟悉正常象之後自能辨別其異常態**”。就如同農戶熟悉其綿羊之正常象，當自能辨別他家之異常態之綿羊。釀酒與香水師傅熟悉其原有味道，當自能管控而維持穩定之品質。脈診、腹診、厥病診等者皆如此。中醫師應多觀察正常人。吉益東洞：知平生之脈，病脈稍可知也。而知平生之脈者，十之一二也。是以先生之教，先證而不先脈，先腹而不先證也（按掌握病人之常脈，方能辨別出其病脈。但除非熟人，不容易得知其常脈，脈診情報實不可靠，故診斷以腹診為主，其次為證，脈診最末）。

1949 年日本中谷義雄博士等以電氣特性研究人體對電流的反應，並據此與經絡理論驗證，而於 1957 年研發出「良導絡」。台灣中國醫藥大學汪叔游教授 1976 年研發脈診儀。1977 年中國科學院自動化研究所與關幼波醫師合作，研制出中醫肝病診治系統。曾任陽明大學醫工所所長王唯工教授 1988 年以共振波動等詮釋經脈而發明脈診儀，現已有產品上市。1989 年香港中文大學蔡德祥教授等以三種氣壓進行脈診儀研究。1992 年中國中醫研究院與清華大學合作提出腹診儀之研製報告。約 1997 年北京積水潭醫院開發「推按運經儀」以治療膽結石。2005 年中國研發三維偵測之脈診儀上市。現台灣市面除脈診儀外，另有各種經絡檢驗

儀、經絡能量偵測儀…等。成功大學、國立中國醫藥研究所、中國醫藥大學等學術單位對中醫診斷儀器抱以厚望，人力與經費不斷地投入，2008 年亦有脈診儀作證型之論文發表（按其實驗設計有問題）…等。大家對中醫診斷數據量化充滿遠景，似乎可作為傳統醫學與科學化接軌之指標。基於學術多元化之角度，筆者認為這些研發之苦心值得尊重與肯定，但只限於純學術上之探討，不能用於臨床診療。

西醫研究中醫多從針灸切入，誤為經絡學說就等於中醫之內涵，非也。因經脈系統只是中醫之一部分，**懂針灸與懂中醫是兩回事**。從事所謂“分子方劑學”之研究者，忽視“藥物歸經”之真偽，不懷疑汪昂“六味地黃湯為足少陰厥陰藥”、“還少丹為手足少陰足太陰藥”等臆說。又從事萃取“藥物活性”以行中醫方劑加減者，皆為研究高度不夠。因中醫辨證開方是著於陰陽病勢，非關於“藥物活性”、“藥物歸經”或“臟腑辨證”。我們必須清楚寸關尺三部皆同屬肺經，肺經之疾並不同肺臟之疾，更不能誇大為對應十二經脈，或誇大與五臟六腑相配屬。朱木通：…日本石原博士曾下過相當長期之苦工，動用種種儀器，結果證明都是失敗。據其經驗，非用望聞問切之診斷以接觸患者之身體，是不能決定（按指中醫之診斷）的。筆者以此段話來作深切之沉澱，共同思考中醫診斷學應走之方向。

中醫脈學總結(脈勢與腹勢未必與病勢一致，有時須捨脈診或腹診)：

縱使叔和“寸關尺三部與臟腑相對應”之理論正確，因叔和生於仲景之後，故從時間點推知，此理論絕非仲景之思惟。即不能用此理論詮釋《傷寒論》。而大家又公認《傷寒論》為湯方之準則典範，顯然湯方準則典範並非積於此理論而立。更何況叔和三部之對應即有兩套，此理論漏洞百出，其純出於叔和之推測而已。筆者認為**獨取氣口脈者，乃因其部位暴露，方便醫師取診而已**。「左脈以候左、右脈以候右」與「上（寸）以候上、下（尺）以候下」基本上皆可行。脈診是候經脈之氣壓而非候血壓，脈洪大者，血壓或正常；脈沉弱者，血壓或偏高。經脈之氣壓無法直接診得，須借橈動脈血流之壓力而間接診得。橈動脈血流方向與診脈之壓力方向垂直，在水平不同地點分別將肺脈垂直上頂，故三部會有脈位浮沉之差別。常人脈動可達於寸關尺處，且以**關骨脈最強，次為寸脈，而尺脈最弱**。正氣不足則脈動無法上達寸處，或呈沉弱脈。邪氣囂盛者，則脈動多有張力，或呈現陽脈。但也未必盡然，尤其是病人長期服用西藥者，**脈勢未必與病勢一致**，須捨脈從證，或依靠腹診等診斷。又「反關脈」視為橈動脈之畸形，參考價值不高。因手臂血栓等而作橈動脈繞道手術者，約半年無脈象，而後血管吻合方能行脈診。又洗腎病人於手臂作人工血管者，脈象急速而有觸電感，不能取診。

幼兒只須候於關骨，無尺寸可候。幼兒脈數為常，須配合診掌背與手心寒熱，一般掌背熱多屬外感發熱，手心熱則多屬內熱。面紅哭啼煩燥不安者，病勢未必全

朝陽發展（陰證亦有煩燥面紅，例如茯苓四逆湯證者）；靜寂手足冷者，則病勢多朝陰發展。實際上臨床要辨別幼嬰之陰陽病勢是相當困難。

《難經》十九難：…故男脈在關上，女脈在關下。是以男子尺脈恆弱，女子尺脈恆盛…。《脈經》卷一：…左大順男，右大順女…。按或有言男左女右、右氣左血之脈論者，皆不可從。西醫史亦曾誤認“右側睪丸流出之精液輸送到右側子宮者則生男嬰、左側睪丸之精液輸送到左側子宮則生女嬰”者，其說與此雷同。

明代醫家陶節庵：不論脈之浮沉大小，但指下無力，重按全無，便是陰証。按其言診脈著於有力無力一句而已；基本上是正確的。筆者認為寸關尺三部或可基於個人之經驗而有所發揮，但是不能用來對應十二經脈、不能用來配屬五臟六腑。

清朝鈴醫龍繪堂《蠹子醫》依臨床經驗將寸關尺作一部而另增二部，值得參考：
*吾謂三部以上可作一部（按中指可查風火），尺部以下可作一部（按尺澤穴可查內熱），中間三部（寸關尺）只為一部者也…。三部以上（按中指處）皆是火，三部以下（按尺澤穴）皆是熱。火熱在人有分別（按可再分虛實），總於有力無力試一決。常於診脈餘，偶按中指節，或如蛇吐信，或如珠流綴…，其人頭必疼，其人眼必黑，其人多耳聾，其人多心熱，其人中惕惕…，夜裏多驚恐…，先清頭上火，次清心中熱…。偶查尺澤穴，未至尺澤穴，已得引繩切（指尺澤穴之跳動有延長），上下若滯水，中外若車轍。其人必滑精，其人必尿血，其人腿必疼，其人髓必竭…，先清膀胱火，次清小腸熱，略加升提亦是說。世上多少稀奇證，盡從二處決（中指與尺澤穴之診斷），若但查三部（寸關尺），恐無此清切。

*脈拉尾巴（按指尺脈拖長）是濕氣，不是結氣便結血（按或癥瘕）。亦有虛熱往下流，大補中焦便回輒。如此治法十一二（按虛熱往下流者十人只有一人或二人），與上虛熱有同說。
*噦嘔不必脈上竄，二寸兩邊亂動攤，即是風火痰上頭，大清上焦是真詮。

俞云《切脈針灸治癥》針灸結合湯方以治癥腫，依整體脈象選穴，凸出**針灸亦必須據脈象選穴**。另依寸關尺三部選穴（右脈取右側、左脈取左側），皆為其臨床經驗，異於配屬臟腑或十二經脈之對應，今說明並製表如下：

脈大：①關元②井穴放血③天容

脈數：①井穴配絡穴②郄穴

脈遲：①深刺天突、章門②崑崙、腎俞③曲池、陽池、腕骨

脈滑：①盲俞、公孫②商丘③中腕、食倉、天樞④尺澤

脈虛：①太淵

脈緊：①章門②曲池、少海③少商、足三里、手三里、印堂

脈弦：①行間②大都、太白③缺盆④列缺

脈浮：①風腑、風池②風門

脈沉：①六脈皆沉補三焦②關元、合穴、太谿

	寸	關	尺
脈浮	風池、風府	足三里先瀉後補	橫骨瀉、關元瀉
脈沉	少衝	三陰交補	章門補
脈伏	上營、灸臈中	關元	關元補
脈芤	灸臈中	太白、大都	丹田補、關元補
脈弱	足三里、上腕	足三里補	關元補、太谿
脈滑	巨闕瀉	足三里瀉	中極
脈瀼	足三里補	太衝補	太衝補

中國南方中部土家族之脈法非常樸實，淵源或可追溯到古代楚國（按《五十二病方》即出於楚國），其外勞宮處稱為命脈，合谷脈稱為生死脈，病重者出有命脈而無合谷脈。**筆者按病人兩手脈象不均衡時，非辨為右氣左血，而是考慮經脈疾病或中風不遂等之前兆，且應首選針灸。**曾以十棗湯治療肺積水而獲佳效。又以白朮一兩半、茯苓五錢、黃連、紅花各二錢治 84 歲肝腫瘤大吐血後而造成腹水者，兩帖藥即排出 3000 毫升積水，追訪八月無復發。又以白朮一兩半、茯苓、黃耆各五錢三味藥治 85 歲肝腫瘤（8x8）下半身由足腫至小腹者，三帖即過關。一老婦單側腿足水腫 9.5 公斤，同側之脈伏，腎功能衰退，筆者不開方，針瀉列缺不留針，照海穴針上加灸粒 10 粒，一天消一公斤水，十天痊癒，多年無復發。待換心病人兩例，皆左脈伏，針瀉列缺與照海，不灸，補內關；當晚即大排水分而過關，分別追訪五年、十年皆無須換心。同為積水，須以脈象來選用針灸或湯方療法。焦順發以頭部神經分布之反射區域而發明頭皮針，其或可用神經電位詮釋。耳針、手針、舌針、第二掌骨針法則基於惟象全息醫學之理論，以上皆不適用五行補瀉，惟有體針適用五行補瀉，但絕不能以神經電位詮釋。

《素問·脈要精微論》：**診法常以平旦**，陰氣未動，陽氣未散，飲食未進，經脈未盛，絡脈調勻，氣血未亂，故乃可診有過之脈。按今人察脈並未遵守此前提。又倉公二千年前已告誡脈學僅可供參考：“**脈法不可勝驗，診疾人以度異之**”。**今日病人多濫服西藥遮掩脈象，脈勢與病勢常不一致，脈學又何能盡信而驗之？**應於腹診、厥病診…以及土家族脈法等來豐富切診之內容。爾近悉聞有脈學研究者將每部細分為五條水平縱線者，亦有將每部細分為五層脈位深度者。按取其縱橫各五部之說，則左右三部合為 25 之六次方，則排列組合共有數千萬之脈象…，此不符合宏觀樸實之中醫思惟。

最後要感謝張恆鴻理事長之雅量，允許觀點不同者能有發表之機會，如果角色交換，筆者未必有此風度。而後學趁此機緣作全面性之脈學文獻整理，如果後學粗見能對中醫稍有助益的話，應全歸功於張理事長之寬大胸襟！