

國立臺灣大學文學院中國文學研究所

碩士論文

Department of Chinese Literature

College of Liberal Arts

National Taiwan University

master thesis



王叔和《脈經》中的手感論述

Touches in Wang Shu-he's Mai Jing

劉璟翰

Ching-Han Liu

指導教授：蔡璧名 副教授

Bi-ming Tsai Associate Professor

中華民國 一〇三年七月

July 2014



誌謝

童年時期飽受氣喘所苦，總是靜靜待在窗邊，望向那無從選擇的風景。中學後雖已大致癒可，但身體終究不如常人強健，加上本就較為善感的個性，因此對於人是否能、如何能轉化至更理想的身心狀態常感好奇。

大學時選讀森林學系，希望能投身山林研究與復育，但在追求森林知識的過程中，心中的疑問卻未嘗稍歇。在偶然的機緣下，有幸選修蔡璧名老師的大一國文，為我打開了一扇通往傳統文化的窗戶，為中國文學與思想傳統的風景深深觸動，隱約感覺到向來的困惑，往聖先賢許早以生命示範、以教誨揭示了答案。對成長於現代西式教育下的我而言，要從古籍中尋覓解答實在是太過艱難的任務，於是經過一年半的長考，下定決心於升上大三的暑假轉入中文系，從頭學習一切閱讀古籍所需具備的基礎。

轉系後，在這個崇尚西化學習模式的現代學院裡，很幸運地跟隨蔡璧名老師以近於傳統師徒傳授的方式，學習《莊子》、詩、《傷寒論》與本草，傳統文化的光與熱通過這扇始終朝向中國傳統理想的窗，照亮、溫暖了我的生命。最使我印象深刻的，是 2007 年擔任蔡璧名老師「醫家經典選讀」課程助理時，走過普通大樓十五間教室的窗邊，驀然望見整排教室、十五個小組、三百位同學正在學習脈診。剎那間，竟以為自己踏上了光陰的長廊，正從二十一世紀的今日踱進張仲景的簷下，無意間撞見了漢代的醫者培育課程。看到傳統醫、道思想與技術在現代如何透過轉譯、傳播的過程，於當代學子的生命中生根萌芽，為現代文化灼傷的靈魂，提供了一泓清泉、一蓋綠蔭。

在旁聽中研院民族所身體經驗研究群讀書會期間，感謝鍾蔚文老師於國內開啟專家與生手研究進路，使想探究脈診學習的我擁有學術研究的合法性；一個學期，在新竹返回臺北的客運上，總在車窗外一幕幕飛馳的風景中，重現楊儒賓老師優游神話、語言、身體、技藝各領域揭示《莊子》之學的宏闊風光；回到臺大文學院吳展良老師的課堂，更開展了中西思想交會激盪的視野；在飛往香港參加



蘇奕彰老師與張光裕老師主辦的簡帛醫藥文獻研討會的機緣裡，一路得以參見在傳統醫學與漢學不同的研究視域中，所見傳統醫學——包括脈學——的不同光景。與每一位老師的際遇，都有如開啟一扇扇敞向不同方位、卻同樣引進天光雲影的窗戶，使得緣親炙的學生得以見證學術落實生活、改變生命的可能。

脈診素為中醫探視人體狀態最重要的窗口之一，也是向來被視為深奧精微、難以掌握的技術。基於長久以來的思索與學習經歷，於碩二決定研究方向時，便希望能以一名醫、道生手的身份，摸索勾勒逐步提升、通往專家的可能與途徑。期望能藉由研讀《脈經》，增進自身對這項傳統技藝的學習。在專家與生手的研究途徑中，專家固可傳授技藝精髓、引領生手走向專家之境；但另一方面，一個正在嘗試學習的生手，許也可將自身嘗試入門、複製技術的經驗，作為其他生手的參考。

歷經三年，這個脈診生手對中醫脈診雖跌跌撞撞地走了一小段路，但仍未脫離生手之列，僅能作一提綱挈領式的交代，卻連綱領也提不完全。欲透過指下脈動解讀完整的身體訊息，需掌握脈位、浮沉、速度、力度與形狀等脈象元素，由於自身對脈象形狀仍頗為生疏，故不敢放論，還有待更多歲月的學習積累。

以仍欠嫻熟的生澀手法，左手三指搭上被診者的右腕，細細體會指下寸、關、尺脈動的起落，心中不由升起一陣感動。兩千多年來，多少時移事改，但這股韻律卻依然奔流，而我們正以倉公、郭玉、張仲景、王叔和傾聽無數生命的手勢，聽那亘古不歇的脈動。作為一名生手，雖然走向專家的路途還很長，但望向他人走過的軌跡，我清楚感受到當下佇立的此端與遙遠的彼端，都在同一條路上。



中文摘要

王叔和彙整魏晉以前醫籍脈診論述、歷代醫家的診脈心得，編撰中醫史上第一部脈診專著。對脈診初學者而言，診脈技術提升的關鍵，取決於是否能真正分辨、掌握那難以精準描述、容易混淆的脈動手感。本研究由「身體感」的角度，尋繹王叔和《脈經》中的手感能論述，探究於實際診脈時，如何由指下手感解讀身體的狀態，掌握脈診技術中難以言傳的「默會之知」(tacit knowledge)。

第二章闡明在傳統醫家「治未病」的追求中，脈診不僅是「治已病」的診病技術，更具有使病人成為無病之平人，並繼續踏上賢人、聖人、至人、真人此一不斷階級升進的理想與目標。

第三章將依脈診生手學習之次序，探究診脈部位、脈位與臟腑對應關係以及實際下指診脈的手法；第四章將進一步探討如何藉由控制力道之輕重探測不同深度的脈動，並瞭解透過觸摸感知的脈動深度其所表徵之生理與病理意義；第五章將探究中醫如何透過指下感知的脈動速度與力度，探知患者體內狀態之寒熱、虛實。

關鍵字：王叔和、脈經、脈診、身體感、手感

英文摘要



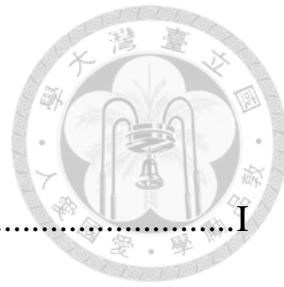
Wang Shu-he (王叔和) collected and organized the medical classics and doctor's discourse of pulse diagnosis before the Wei and Jin Dynasties, therefore compiled the first monograph of pulse diagnosis in the traditional Chinese medical history. For a novice at pulse diagnosis, the key to advancing his pulse diagnostic technique is to identify the many touches of pulse accurately. This study attempt to research the descriptions of touches in *Mai Jing* (脈經) from the angle of "bodily sense", investigating how to diagnose physical state through decoding pulse messages, grasping the "tacit knowledge" (Michael Polanyi, 1966) in the pulse diagnosis technique.

The second chapter expounded that since traditional Chinese Physicians aimed to "cure by prevention", pulse diagnosis was not only a technique used to cure the already ill into the healthy, but also have the capability of bettering common people's physical and mental state therefore enabling them to continue the path of self improvement and enlightenment.

The third chapter aimed to research the corresponding relationship between pulse positions and the viscera, and how to use fingers to feel the pulse. In the fourth chapter, we will investigate the method in controlling the force to enable touching the pulse deeply or lightly, and will explain the physiological and pathological meaning of the pulse depth. In the fifth chapter, we will find how traditional Chinese physicians diagnose patient's chills and fever in addition to the deficiency and excess from the pulse rate.

Keywords : Wang Shu-he, Mai Jing, pulse diagnosis, bodily sense, touch

目 錄



口試委員會審定書	I
誌謝	II
中文摘要	IV
英文摘要	V
第一章 脈學典範與學脈新論	1
第一節 中醫診斷學中的脈診	1
第二節 《脈經》以前的經脈文獻與王叔和《脈經》的典範意義 .	5
一、《脈經》以前出土文獻、文物中的經脈文獻	6
1. 張家山漢墓竹簡《脈書》	6
2. 長沙馬王堆三號墓帛書脈書	9
3. 縣陽雙包山西漢人體經脈漆雕	12
二、《脈經》以前傳世文獻中的經脈文獻	16
1. 醫書	16
(1) 春秋、戰國（或秦漢之際）《黃帝內經素問》、《黃帝內經靈樞》 ..	16
(2) 戰國到東漢《黃帝八十一難經》	19
(3) 東漢 · 張機《傷寒雜病論》	21
2. 史傳記載	21
(1) 春秋 · 扁鵲（生年不詳，西元前 310-307 年間遇刺）	22
(2) 西漢 · 淳于意（世稱倉公，西元前 205-134 年）	26



(3) 東漢・郭玉（西元 1-2 世紀）	27
(4) 東漢・華佗（生卒不詳，一說西元 145-208 年）	27
三、王叔和《脈經》的典範意義	29
第三節 當代脈學研究與學脈途徑.....	31
一、當代脈診研究回顧	31
1. 脈診起源	31
2. 脈診技術流變	32
3. 脈診科學原理	34
4. 脈象與證型關係研究	36
二、脈學中的手感論述	37
第二章 脈象典範與聖人典範	46
第一節 身體觀與理想情緒.....	48
一、傳統思想中的「形——氣——神」身體觀	48
二、先秦兩漢思想中用「心」工夫關照的起訖點	51
1. 儒家義界的負面情緒	53
2. 道家義界的負面情緒	56
3. 傳統醫家思想中的理想情緒	58
第二節 「治未病」的工夫踐履：以診察輔助	60
一、身心合一的臟象網絡：五臟、五神、五志與脈象	60
二、《脈經》病、脈、證中的情緒表述	64
三、情緒導致的生理疾病	69
第三節 跨領域研究意義：文本詮釋的新向度	73



結語	75
----------	----

第三章 一寸之身：寸口之內的全體象徵 77

第一節 「獨取寸口」前的遍身診法.....	77
-----------------------	----

一、張家山《脈書》之遍身診法操作概況	77
--------------------------	----

二、《黃帝內經素問·三部九候論》之遍身診法操作簡介	78
---------------------------------	----

三、《黃帝內經靈樞·禁服》人迎、寸口診脈法操作技術	82
---------------------------------	----

第二節 嚴整有序的宇宙、多氣多血與男女之防：獨取寸口的理論 依據.....	86
--	----

一、由局部到整體	86
----------------	----

二、實徵既然	88
--------------	----

三、《難經》、史傳中獨取寸口的診脈技術	88
---------------------------	----

四、選擇手太陰肺經之由	90
-------------------	----

第三節 體表、臟腑與周身細部：寸關尺各部的訊息解讀	91
---------------------------------	----

一、「獨取寸口」在中醫的獨特性	91
-----------------------	----

二、寸關尺所表徵的體表訊息	92
---------------------	----

三、從寸關尺得以閱讀的臟腑訊息	95
-----------------------	----

四、從寸關尺得以閱讀的身體細部	102
-----------------------	-----

五、來自寸關尺既定脈位外的訊息	104
-----------------------	-----

小結	106
----------	-----

第四節 《脈經》中的脈診技術：從生手到專家的脈診操作	108
----------------------------------	-----

一、尋找《脈經》診脈位置	108
--------------------	-----



二、《脈經》具體下指手法	114
1. 覆仰手勢	115
2. 確定關部	118
3. 佈中、食、無名三指	120
4. 另一種客觀：量身訂做的同身寸	123
5. 醫者避忌：不留爪甲	124
結語	124
第四章 上下浮沉：手感的空間書寫	125
第一節 「浮」、「中」、「沉」之下指輕重	125
第二節 「三菽」、「六菽」、「九菽」、「十二菽」、「至骨」：臟腑的 沉浮歸零	128
第三節 「秋浮」、「冬沉」：四季的沉浮歸零校準	133
第四節 從「外」、「表」到「內」、「裏」：上下浮沉的空間意義	138
第五章 寒熱虛實：手感中的速度與力度	146
第一節 中西醫認識下的脈動速度	146
一、脈動速度的基準	146
1. 以醫者為主體的診察方法	146
2. 以器械取代醫者的診察方法	148
二、脈搏頻率的意義	152



1. 脈氣的運行	152
2. 心臟的狀態	155
第二節 《脈經》中速度與力度的階梯.....	159
一、「損」、「至」之脈：《脈經》中的速度階梯	159
0. 一呼二至之平脈	159
+1. 一呼三至之離經	160
+2. 一呼四至之奪精	161
+3. 一呼五至之死	162
+4. 一呼六至之命絕	163
-1 一呼一至之離經	163
-2. 二呼一至之奪精	164
-3. 三呼一至之死	164
-4. 四呼一至之命絕	165
二、「虛」、「實」之脈：《脈經》中的力度解讀	167
1. 力度中的氣血虛實	168
2. 力度中的病邪虛實	169
三、遲「寒」、數「熱」：《脈經》中的溫度指標	169
第三節 數、緩、遲、虛：相關速度的四種脈象	172
一、數脈	174
二、緩脈	177
三、遲脈	178
四、虛脈之遲	181
第四節 促、結、濇、代：相關節奏的四種脈象	184



一、促脈	186
二、結脈	190
三、濇脈	193
四、代脈	196
 結語	201
 結論	203
 參考文獻	213



圖目錄

圖一、《陰陽十一脈灸經》十一脈循行示意圖	7
圖二、《足臂十一脈灸經》十一脈循行示意圖	11
圖三、雙包山經脈木人漆雕十脈循行圖	13
圖四、先秦兩漢思想中情緒、情志的發用原則	59
圖五、張家山《脈書》取脈經絡示意圖	78
圖六、《素問·三部九候論》三部九候取脈穴位示意圖	81
圖七、寸關尺位置示意圖	94
圖八、寸關尺對應上、中、下焦示意圖	95
圖九、《脉法贊》兩手三部相應臟腑示意圖	97
圖十、《脈經》兩手三部相應臟腑示意圖	98
圖十一、《素問·脈要精微論》上部以上、下部以下脈位與身體部位對應示意圖	103
圖十二、手腕寸口脈對應積滯部位示意圖	104
圖十三、李時珍《瀕湖脈學》診左手九道圖	106
圖十四、肺經循行圖	109
圖十五、《難經·二難》寸、關、尺三部位置示意圖	110
圖十六、橈骨莖突位置	111
圖十七、「尺寸與三部定位」	112
圖十八、覆診仰診圖	116
圖十九、醫者取脈示意圖	117
圖二十、手腕橫剖面示意圖	119
圖二十一、醫者入指、定關、取脈示意圖	120
圖二十二、Arthur Miles, The Doctors, 1860.....	150
圖二十三、Étienne-Jules Marey 設計之血壓計	151



圖二十四、損至之脈數線圖 159

圖二十五、包含速度因子的脈象與損至之脈對照數線圖 174



表目錄

表一、張家山《脈書》、馬王堆《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》、雙包山人體經脈漆雕與《靈樞·經脈》經脈同異對照.....	14
表二、儒家、道家、醫家的情緒發用原則	53
表三、《黃帝內經素問》的臟象網絡、五臟神、志、脈象對應	62
表四、生理症狀導致的情緒失常	67
表五、情緒失常導致的生理症狀	71
表六、情緒與五臟神間的循環影響	72
表七、《素問·三部九候論》三部九候所候之氣、取脈位置、取脈穴位簡表	80
表八、人迎寸口脈法：人迎脈脈象所表徵之疾病意涵	83
表九、人迎寸口脈法：寸口脈脈象所表徵之疾病意涵	84
表十、《脈經》兩手三部相應臟腑	98
表十一、《黃帝內經素問》、《難經》、《脈經》、《醫宗金鑑》三部對應	101
表十二、《素問》「三部九候遍身診法」與《脈經》「獨取寸口診法」徵候範圍與取脈部位比較	126
表十三、「獨取寸口」診脈法三部九候示意	127
表十四、三菽、六菽、九菽、十二菽、至骨與各部脈位配應	131
表十五、臟腑的沉浮歸零示意	133
表十六、六部脈位沉浮所應臟腑	139
表十七、影響心跳過快與過慢之因素	157
表十八、數脈與其代表徵候	176
表十九、遲脈與其代表徵候	180
表二十、虛脈與其代表徵候	184
表二十一、八種與速度、節奏相關的脈象比較表	185



第一章 脈學典範與學脈新論

第一節 中醫診斷學中的脈診

《難經·六十一難》論「望」、「聞」、「問」、「切」四診境界高下：

六十一難曰：望而知之，謂之神；聞而知之，謂之聖；問而知之，謂之工；切脈而知之，謂之巧，何謂也？然：望而知之者，望見其五色，以知其病。聞而知之者，聞其五音，以別其病。問而知之者，聞其所欲五味，以知其病所起所在也。切脈而知之者，診其寸口，視其虛實，以知其病，病在何藏府也。經言以外知之曰聖，以內知之曰神，此之謂也。

《難經》曾將傳統醫學中四種診斷法之學習難易度、學成境界高低作一排序：只憑望見患者面、掌等各部顏色便能知曉病情者，其醫術之神奇玄妙可稱之為「神」；聽聞患者言語的聲音、咳嗽的聲音、腸鳴的聲音、轉屎氣（今語放屁）的聲音、行步輕快拖沓的聲音而辨別病證者，其醫術造詣之深厚超群可稱之為「聖」；透過詢問患者症狀、身體感、情緒、飲食、作息等而知曉病因由來者，其醫術之專精可稱之為「工」；透過診察身體特定部位脈動之浮沉、遲數、虛實，知曉患者病位所在之臟腑、經絡等，其醫術之佳妙可稱之為「巧」。在此排序當中「切」診僅居最低位階，是最易學習的「巧」技，其上更有問診之「工」、聞診之「聖」、望診之「神」。

然而，在四診之中，脈診卻日漸成為中國傳統醫學的代表性診法，栗山茂久即以《紅樓夢》為例：

於是賈蓉同了進去。到了內室，（張太醫）見了秦氏，向賈蓉問道：「這就是尊夫人了？」賈蓉道：「正是。請先生坐下，讓我把賤內的病症說一說，再看脈，如何？」那先生道：「依小弟意下，竟先看脈，再請教病源為是。我初造尊府，本也不知道什麼；但我們馮大爺務必叫小弟過來看看，小弟所以不得不來。如今看了脈息，看小弟說得是不是，再將這些日子的病勢講一講，大家斟酌一個方兒，可用不可用，那時大爺再定奪就是了。」賈



蓉道：「先生實在高明，如今恨相見之晚。就請先生看一看脈息，可治不可治，得以使家父母放心。」（《紅樓夢·金寡婦貪利權受辱 張太醫論病細窮源》）

由張太醫診畢後僅憑脈象推斷秦氏病況，栗山茂久歸結出脈診已然是「內科醫生的主要診療方式」。¹但倘若我們回到文脈當中，將發現張太醫為秦氏診脈時並無帷帳阻隔，因此誠難斷言張太醫於脈診之外未施展望色聞聲之法，²僅知張太醫確實根據脈象論說秦氏病況。³賈蓉本欲先向張太醫說明秦氏病症，張太醫卻主張先診其脈，看其診脈所得是否與秦氏實際病情相符，再討論治法。此舉頗有以自身診脈之精妙搏取信賴的意味，賈蓉聞言因而有「先生實在高明」之語。待張太醫憑脈象一一道出秦氏病況，與實情盡皆吻合，貼身服侍秦氏的婆子更不禁感嘆：

何嘗不是這樣呢。真正先生說的如神，倒不用我們告訴了。⁴

對於不明「望」、「聞」、「問」、「切」之高下殊異的市井小民而言，醫者竟能僅透過診察手腕脈動，即揭露病患周身內外體況病勢，此一「高明」、「如神」的診察能力，使患者對醫者的崇敬信賴油然而生。而醫者也以僅憑脈診、不待探問而能掌握患者病情，為證明自身能力的手段。

然而，醫者欲藉由炫幽邈之技使病患信服，病患亦試圖考校醫者前知本領，

¹ 栗山茂久著，陳信宏、張軒辭譯：《身體的語言：古希臘醫學和中醫之比較》（上海：上海書店出版社，2009年），頁5。以上《紅樓夢》段落轉引自本書引文。

² 《紅樓夢》第十回：「於是家下媳婦們捧過大迎枕來，一面給秦氏靠著，一面拉著袖口，露出手腕來。先生方伸手按在右手脈上，調息了至數，寧神細診了半刻的工夫；方換過左手，亦復如是。診畢脈息，說道：『我們外邊坐罷。』」清·曹雪芹著，高鶚續著：《紅樓夢》（庚辰本）（臺北：聯經，1991），頁151。

³ 《紅樓夢》第十回：「先生道：『看得尊夫人這脈息：左寸沉數，左關沉伏；右寸細而無力，右關需而無神。其左寸沉數者，乃心氣虛而生火；左關沉伏者，乃肝家氣滯血虧。右寸細而無力者，乃肺經氣分太虛；右關需而無神者，乃脾土被肝木克制。心氣虛而生火者，應現經期不調，夜間不寐。肝家血虧氣滯者，必然肋下疼脹，月信過期，心中發熱。肺經氣分太虛者，頭目不時眩暈，寅卯間必然自汗，如坐舟中。脾土被肝木克制者，必然不思飲食，精神倦怠，四肢酸軟。據我看，這脈息應當有這些症候才對。或以這個脈為喜脈，則小弟不敢聞命矣。』」（頁152）

⁴ 清·曹雪芹著，高鶚續著：《紅樓夢》，頁152。



在雙方的預期心理下，醫者不問、患者亦不自言病情，此實有違古代醫家諄諄叮囑務需四診合參的用心。《黃帝內經素問·徵四失論》有云：

診病不問其始，憂患飲食之失節，起居之過度，或傷於毒，不先言此，卒持氣口，妄言作名，為粗所窮，何病能中？

知曉病因亦是開方的重要憑據，若只依寸口之脈論斷症狀、隨即開方，而忽略透過問診方能知曉的病因，實有憂慮、飲食、起居、或傷於毒等不同，則縱使其處方對證，仍將由於未除病因而無法根治。因此，先切脈而後問病，甚至只脈不問的看診模式，實有其弊。

所以即使到了明清，仍有醫家謹守先望，次聞、問，最後切脈的依序次第，如明·李中梓《診家正眼·必先問明然後脈診》：

古之神聖，未嘗不以望、聞、問、切四字互相參考，審察病情。然必先望其氣色，次則聞其音聲，次則問其病源，次則診其脈狀，此先後之次第也。
近世醫者，既自附於知脈，而病家亦欲試其本領，遂絕口不言，惟伸手就診，而醫者即強為揣摩。⁵

與「自附於知脈」的「近世醫者」相比，古時醫術臻於「神」、「聖」之境的醫者，定謹遵望、聞、問、切的次第，未嘗遺漏任何一種診法可能發現的疾病所由與辯證依據。

傳統醫家以「不治已病，治未病」(《黃帝內經素問·四氣調神大論》)為理想目標，消極方面，是在疾病產生之前防患於未然；積極言之，更可依循《黃帝內經素問·上古天真論》中的境界階梯，使病人重返「平人」之境，且進一步提升至「賢人」、「聖人」、「至人」乃至「真人」的境界。⁶

⁵ 明·李中梓：《診家正眼》，收入明·滑壽等著、郝恩恩等編：《脈學名著十二種》(北京：中醫古籍出版社，2005年6月)，頁121。

⁶ 《黃帝內經素問·上古天真論》：「余聞上古有真人者，提挈天地，把握陰陽，呼吸精氣，獨立守神，肌肉若一，故能壽敝天地，無有終時，此其道生。中古之時，有至人者，淳德全道，和於陰陽，調於四時，去世離俗，積精全神，游行天地之間，視聽八達之外，此蓋益其壽命而強者也，亦歸於真人。其次有聖人者，處天地之和，從八風之理，適嗜欲於世俗之間，無恚嗔之心，行不



凡人欲獲「治未病」之效誠有待兩個面向的配合：一是善加保健，讓自身常免病邪侵擾；二是精於診察，於身體甫見異狀之機即刻察覺，方得在最短時間內調養對治，使身體盡速回到常軌。於當代的醫病關係中，我們已然慣見保健工夫操之在己、診察工作則有待於醫者。然而，中國傳統醫學論著向來不將讀者群範限於醫者，如宋代高保衡、林億等人即指出《內經》所載內容是「至精至微之道」，不止於醫技而具有更普遍的價值；且為避免為庸醫所誤，基礎醫學本是人人都該把握的技術和知識。⁷此外，《黃帝內經素問·脈要精微論》言道：「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。」指出每天剛醒來時，由於全身陰陽之氣尚未受情緒、飲食、勞動等因素擾亂，最能夠診出疾病造成的異常脈動。然而，沒有醫者能於每日清晨常侍病人身側、甚或注意未病之人是否開始偏離常軌，唯有患者自己、未病人自己才可能把握最佳診脈時機。因此，唯有自己掌握診察技術，始能洞燭機先地掌握自身的身心實況。

由是可知，何以在古代醫書作者的心目中，「望」、「聞」、「問」、「切」四診，從來不是專屬於醫者的神奇技巧，而是與每一個士人都切身相關、必需掌握的修養工夫。而據前《難經·六十一難》所言，脈診為四診中最易達到「知之」目的的「巧」技，可說是診察工夫的初階。

雖則醫籍中對脈診的描摹彷彿唾手可得，然而從古至今，脈診技術中仍存在

欲離於世，被服章，舉不欲觀於俗，外不勞形於事，內無思想之患，以恬愉為務，以自得為功，形體不敝，精神不散，亦可以百數。其次有賢人者，法則天地，象似日月，辯列星辰，逆從陰陽，分別四時，將從上古合同於道，亦可使益壽而有極時。」

⁷ 宋代高保衡、林億等人在《重廣補注黃帝內經素問》序文中，曾慨嘆地指出《內經》在當時的命运：「惜乎唐令列之醫學，付之執技之流，而薦紳先生罕言之。去聖已遠，其術晦昧，是以文注紛錯、義理混淆。殊不知三墳之餘，帝王之高致，聖賢之能事：唐堯之受四時，虞舜之齊七政，神禹修六府以興帝功，文王推六子以序卦氣，伊尹調五味以致君，箕子陳五行以佐世，其致一也。奈何以至精至微之道，傳之以至下至淺之人，其不廢絕為已幸矣。」本段指醫家之學不僅止於醫技而有更普遍的價值之論，簡述自蔡師璧名：《身體與自然——以《黃帝內經素問》為中心論古代思想傳統中的身體觀》（《臺大文史叢刊》102，1997年），頁4-5。



許多「默會之知」(tacit knowledge)⁸，需透過師徒之間口傳心授方可運用自如。在並非人人皆有機會親炙明師學習的情況下，本研究致力於使脈診這項久遠的診察技術可藉由文字傳承複製，透過考掘辨析脈診經典、彰顯條理孕育其中的原理與法則，重構人人可學、易實際操作的方法，為如何「學脈」尋找一條具體可行的途徑。

第二節 《脈經》以前的經脈文獻與王叔和《脈經》的典範意義

中國傳統醫學典籍之「脈」有「經脈」與「候脈」兩重義涵，兩者實為一體之兩面。蔡師璧名指出：

《內經》對人體陰陽兩傍動脈處，有「氣街」之稱，顧名思義，傳統認為氣流身體，一如人、車之行於街道，有其一定的路徑可循。而在古人的認識中，氣行人體的徑路即經脈。

氣無形，氣穴無形，經脈亦無形。但同氣穴一般，經脈在古人的認識中既屬無形的「實有」，即有其空間上的意涵。

……寒、暖之氣，由氣門進入人體後的歸往之所之所以能夠預期，而非偶然性、隨意性的遊走，正是因為體表任何一氣穴，與內在的組織臟腑間，有一定的經絡可循。⁹

「氣」於人體內循行的路徑即為「經脈」，「氣」與「經脈」雖皆無形可見，但確為有固定空間徑路的「實有」存在。《黃帝內經素問·刺腰痛論》：「脈氣流經」，體內之氣即循經絡固定的路徑流動運行，連通內在臟腑與體表的氣穴。《難經·一難》：「十二經皆有動脈。」，「經脈」雖無形、不可見，但可藉由觸摸脈氣流動所造成的脈動，察知經脈的氣行實況，此即「候脈」。¹⁰經脈之「體」與脈動之「象」

⁸ Michael Polanyi 著，許澤民譯：《個人知識——邁向後批判哲學》，頁 74。

⁹ 詳師著：《身體與自然》，頁 222-223。

¹⁰ 李建民：「什麼是『脈』？如果說日月星辰的運行有其一定的軌道，河川湖泊的流注也有其可



本為無可離析的整體，是以在《脈經》以前的脈學文獻中，關於「候脈」的敘述往往奠基於對「經脈」的認識，因此以下將回顧《脈經》以前的經脈、候脈文獻，以勾勒《脈經》脈診技術的脈學傳統。

一、《脈經》以前出土文獻、文物中的經脈文獻

1. 張家山漢墓竹簡《脈書》

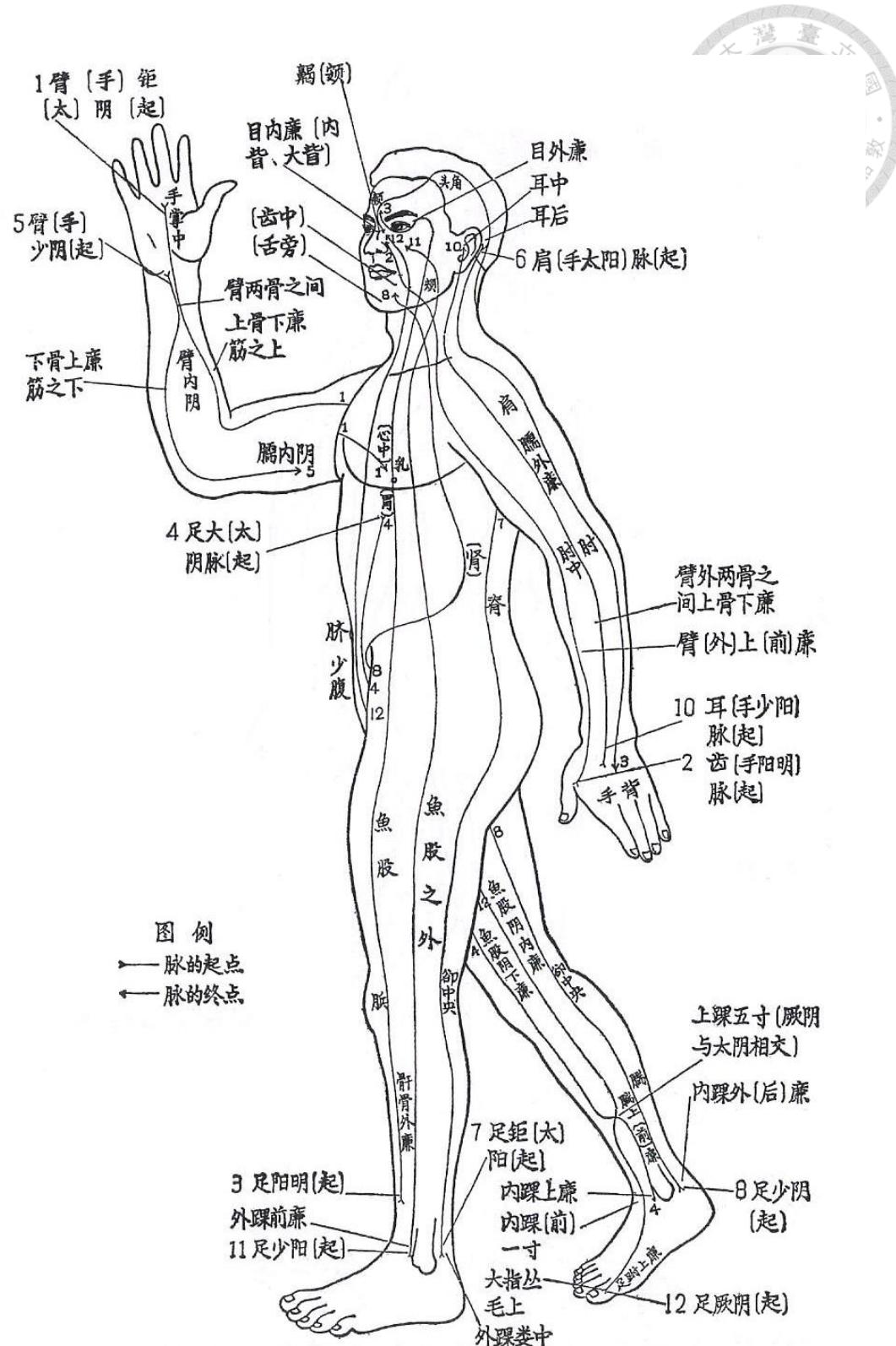
1989 年七月湖北江陵張家山出土的張家山漢簡，墓葬年代推定約為西漢呂后至文帝年間。出土文獻中的《脈書》和《引書》一般研究者皆視為醫學文獻。¹¹出土《脈書》中的《陰陽十一脈灸經》¹²載錄「鉅陽之脈」、「少陽之脈」、「陽明之脈」、「肩脈」、「耳脈」、「齒脈」、「泰陰之脈」、「厥陰之脈」、「少陰之脈」、「臂鉅陰之脈」、「臂少陰之脈」等十一條經絡之循行路徑與所主病症。(詳圖一)¹³

依循的通道，那麼，人體內氣血的流動不也相同嗎？……這條運行的線，並不是肉眼可以完全實測。但古之醫者卻以為人的體表的脈氣可以審視，生命的盛衰也可以從脈動觸摸其韻律。脈瀝氣絕，就是死證、不可治的徵象。換言之，這種目驗的特色是重視有諸內必形于外的『象』。活人有經脈，死體無經脈。中國人發現經脈之途，非由氣絕的死體剖視而得。」，《死生之域——周秦漢脈學之源流》(臺北：中研院史語所，2000 年)，頁 139。「經脈」即李氏所言古代醫者以為可以審視的脈氣通道，「候脈」即可以從脈動中觸摸出生命盛衰的韻律。

¹¹ 詳參張家山漢墓竹簡整理小組：〈江陵張家山漢簡概述〉，《文物》第 1 期（1985 年），頁 9-15。

¹² 張家山出土的《脈書》包含五種古醫籍：《病候》、《陰陽十一脈灸經》(丙本)、《陰陽脈死候》(乙本)、《六痛》、《脈法》(乙本)。其中《陰陽十一脈灸經》甲本、乙本、《陰陽脈死候》甲本，以及《脈法》甲本在長沙馬王堆三號墓帛書中發現。

¹³ 《陰陽十一脈灸經》十一脈循行示意圖取自馬王堆漢墓帛書整理小組編：《五十二病方》(北京：文物出版社，1979 年)，頁 153。



圖一、《陰陽十一脈灸經》十一脈循行示意圖

此外，《脈書》更論及診察經脈以知病的「相脈之道」。所載脈法雖有欠詳實，但值得注意的是其取脈位置，非僅限於手腕寸口：



相脈之道，左□□□□按之，右手直踝而簾之。它脈盈，此獨虛，則主病。它脈滑，此獨澀，則主病。它脈靜，此獨動，則主病。夫脈固有動者，肝¹⁴之少陰，臂之鉅陰、少陰，是主動，疾則病。此所以論有過之脈也，其餘謹當視脈之過。¹⁵

類似的記載亦見於墓葬年代稍晚的馬王堆漢墓帛書《脈法》，¹⁶以及傳世的《黃帝內經素問·三部九候論》中：

以左手，足上上去踝五寸按之，庶右手足當踝而彈之，其應過五寸以上，蠕蠕然者，不病；其應疾，中手渾渾然者病，中手徐徐然者病；其應上不能至五寸，彈之不應者死。是以脫肉身不去者死。中部乍疏乍數者死。其脈代而鉤者，病在絡脈。(《黃帝內經素問·三部九候論》)

由診脈過程的敘述可知此為含括足脛、腳踝、手臂取脈的古代脈法，由「夫脈固有動者，肝之少陰，臂之鉅陰、少陰，是主動，疾則病」，顯示當時醫者注意到位於足脛的少陰脈與位於手臂的鉅陰、少陰脈都有脈動現象，而將其納入取脈診病的部位之中。即便當時的診脈位置究竟位於足脛、腳踝、手臂何處已難確考，但這顯示了於秦漢之際，醫者診脈部位不僅限於手腕寸口，且能從脈動之「盈」、「虛」、「滑」、「澀」、「靜」、「動」等含括脈形（盈、虛）、觸感（滑、澀）與速度（靜、動）等豐富而細微的手感得知罹病與否。

張家山《脈書》和馬王堆《脈法》於「相脈之道」句後皆有所闕漏，張家山《脈書》作：「左□□□□按之」，馬王堆《脈法》則作：「左□□走而求之」。在類似的章節中，《黃帝內經素問·三部九候論》緊接「相脈之道」後的文句為「以左手，足上上去踝五寸按之」，這或許可填補張家山《脈書》和馬王堆《脈法》的闕漏。雖未知文中所指腳踝為外踝或內踝，亦未知所謂「足上上去踝五寸」是從

¹⁴ 肝，音 gàn，《說文解字·卷四·骨部》：「肝，骭也。」、「骭，脰也。」肝乃指小腿脰骨處。

¹⁵ 高大倫：《張家山漢簡《脈書》校釋》（成都：成都出版社，1992年），頁104。

¹⁶ 張家山《脈法》（乙本）：「左□□□□按之」，馬王堆帛書《脈法》（甲本）作：「相脈之道，左□□走而求之」，文字稍有出入。



足踝上緣起算五寸或由踝尖起算，但可知左手當在腳踝附近按壓探求脈動。至於右手，張家山《脈書》和馬王堆《脈法》皆作「右手直踝而『簞』之」，〈三部九候論〉則作「庶右手足當踝而『彈』之」，句式雖略有參差，仍可推知三者皆以腳踝為右手操作脈診的場域。「簞」、「彈」這兩個關鍵動詞的意義，將決定張家山《脈書》、馬王堆《脈法》與《黃帝內經素問·三部九候論》所載踝部診脈法的實際操作方式。馬繼興、劉士敬、朱倩皆主張「簞」、「彈」當同讀作「探」，指的是以右手觸探腳踝上方的動脈進行診察；¹⁷袁國華則認為應讀作「彈」，是以右手輕輕彈動腳踝上方的動脈來診脈。¹⁸無論何者為是，皆可看出秦漢之際，診脈場域乃廣佈於足脛、腳踝附近、手臂等處，非僅限於寸口。

2. 長沙馬王堆三號墓帛書脈書

1972至1974年，西漢長沙國丞相利蒼夫婦與其子墓葬於湖南長沙馬王堆出土。二號墓墓主利蒼下葬年代為呂后二年（186 B.C.），三號墓墓主利蒼之子下葬年代為文帝十二年（168 B.C.），一號墓墓主利蒼夫人下葬年代則約為其子逝世數年之後。於三號墓出土的隨葬品中，發現簡帛文獻約十三萬字，內容涵蓋六藝、諸子、兵書、數術、方技等，其中《足臂十一脈灸經》、《陰陽十一脈灸經》甲乙本、《脈法》與《陰陽脈死候》四種內容以古代經脈、脈診為主，且《陰陽十一脈灸經》甲乙本、《脈法》與《陰陽脈死候》內容與張家山漢簡《脈書》大致相當，可互相參照補足。¹⁹

前文已及，馬王堆《脈法》所載「相脈之道」，與張家山《脈書》內容大抵一致。而《足臂十一脈灸經》所載「足泰陽脈」、「足少陰脈」、「足陽明脈」、「足少

¹⁷ 詳參馬繼興：〈繼敦煌殘卷中發現《內經》古診法後的再發現〉，《甘肅中醫學院學報》第7卷第4期（1990年10月），頁10-12。劉士敬、朱倩：〈「相脈之道」考析〉，《中華醫史雜誌》第27卷第4期（1997年10月），頁198-200。

¹⁸ 詳參袁國華：〈出土文獻與《黃帝內經·素問·三部九候論》互證一則〉，《中醫藥雜誌》24期（2013年12月），頁87-94。

¹⁹ 詳參韓健平：《馬王堆古脈書研究》（北京：中國社會科學出版社，1999年），頁2-4。

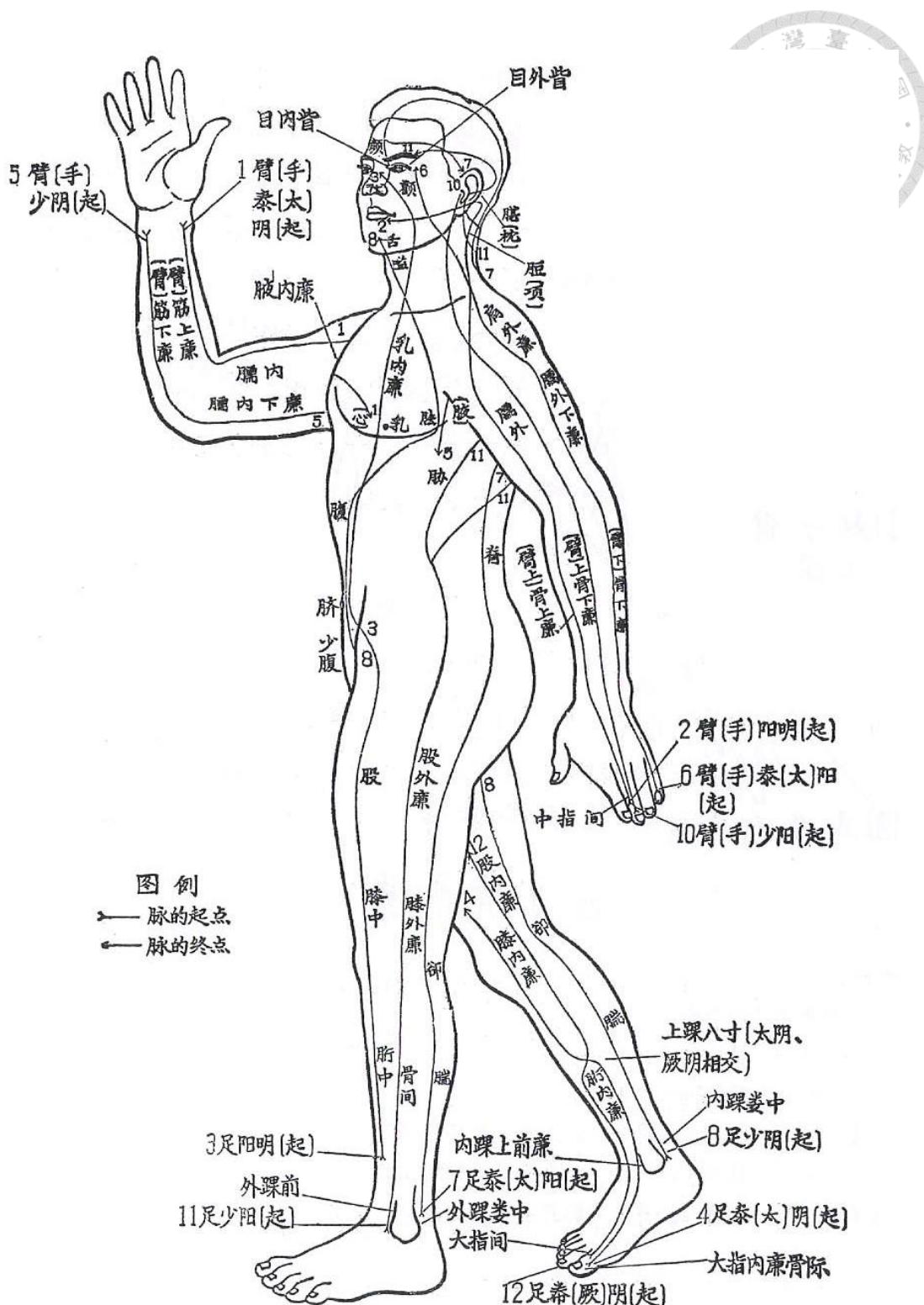


陰脈」、「足泰陰脈」、「足厥陰脈」、「臂泰陰脈」、「臂少陰脈」、「臂泰陽脈」、「臂少陽脈」、「臂陽明脈」等十一條經絡，於經脈名稱上已可見手、足三陰三陽之規模；²⁰（詳圖二）²¹其循行路徑與《陰陽十一脈灸經》一致，但與《陰陽十一脈灸經》不同之處，在於所有經脈循行皆起於四肢，向胸腹與頭部作向心性循行。²²

²⁰ 與《靈樞·經脈》所載沿襲至今之十二經絡相較，僅缺手厥陰脈。

²¹ 《足臂十一脈灸經》十一脈循行示意圖取自馬王堆漢墓帛書整理小組編：《五十二病方》（北京：文物出版社，1979年），頁152。

²² 詳參韓健平：《馬王堆古脈書研究》（北京：中國社會科學出版社，1999年），頁8-10。



圖二、《足臂十一脈灸經》十一脈循行示意圖

《陰陽十一脈灸經》載「鉅陽脈」、「少陽脈」、「陽明脈」、「少陰脈」、「大陰脈」、「厥陰脈」、「臂太陰脈」、「臂少陰脈」、「肩脈」、「耳脈」、「齒脈」等十一條



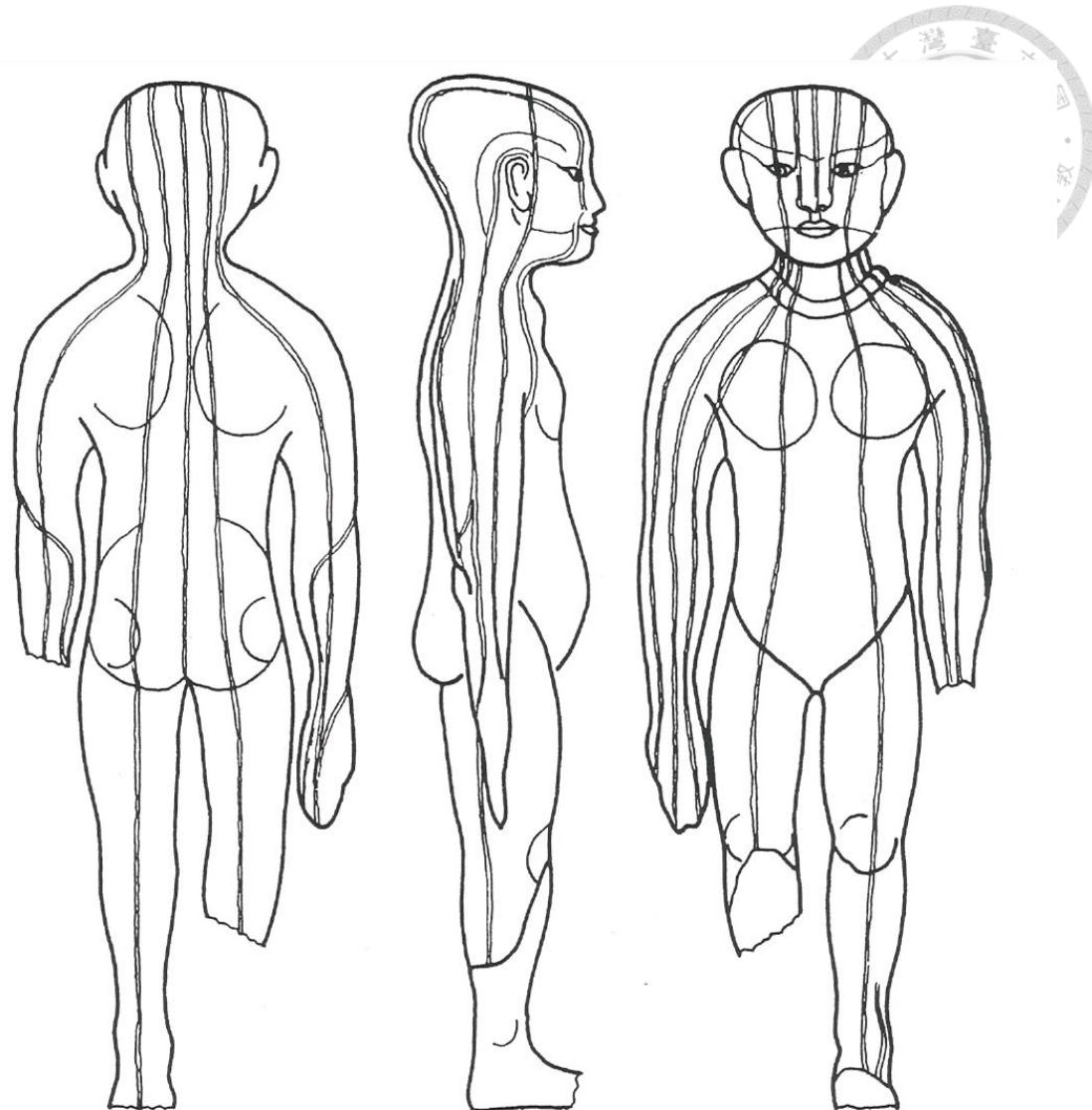
經脈，與張家山《脈書》所載並無太大差異。但十一條經脈中，九條為向心性循行，「大陰脈」與「肩脈」則分別自胃部、頭部向足部與臂部作遠心性循行，與《黃帝內經靈樞·經脈》所載十二正經中，六經向心、六經遠心的經脈循行系統近似。

3. 麟陽雙包山西漢人體經脈漆雕

1993年四川綿陽永興二號西漢木椁室西漢墓出土一尊人體漆雕，高28.1公分，木胎、髹黑漆，裸體直立、手臂伸直、掌心向前，左手與右腳略有殘缺，造型寫實。²³（詳圖三）²⁴

²³ 詳參何志國：〈西漢人體經脈漆雕考〉，《大自然探索》第14卷53期（1995年），頁116-119。

²⁴ 雙包山經脈木人漆雕十脈循行圖引自李建民：《死生之域：周秦漢脈學之源流》（臺北：中央研究院歷史語言研究所，2001年），頁382。



雙包山經脈木人模型摹本

圖三、雙包山經脈木人漆雕十脈循行圖

漆雕體表縱向有數道紅色線條，與《黃帝內經靈樞·經脈》所載「手太陰」、「手陽明」、「足陽明」、「手少陰」、「手太陽」、「足太陽」、「手厥陰」、「手少陽」、「足少陽」等九條經脈與其支脈路徑相似；而手厥陰脈外的八脈並與張家山《脈書》、馬王堆《陰陽十一脈灸經》與《足臂十一脈灸經》路徑類似。對照人體漆雕上紅線與《脈書》、《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》、《靈樞·經脈》所載經脈路徑，似可以此指認漆雕上紅線可能對應的經脈（詳表一）。學者乃據此推斷漆雕上紅線為人體經脈，較現存最早的北宋天聖五年（A.D. 1027）針灸銅人要早



一千餘年，為至今發現最早的人體經脈模型。²⁵

張家山《脈書》	馬王堆《陰陽十一脈灸經》	馬王堆《足臂十一脈灸經》	雙包山人體經脈漆雕	《靈樞·經脈》
鉅陽之脈	鉅陽脈	足泰陽脈	手太陰脈	肺手太陰脈
少陽之脈	少陽脈	足少陽脈	手少陰脈	大腸手陽明脈
陽明之脈	陽明脈	足陽明脈	手厥陰脈	胃足陽明脈
肩脈	肩脈	足少陰脈	手太陽脈	脾足太陰脈
耳脈	耳脈	足泰陰脈	手少陽脈	心手少陰脈
齒脈	齒脈	足厥陰脈	手陽明脈	小腸手太陽脈
泰陰之脈	太陰脈	臂泰陰脈	足太陽脈	膀胱足太陽脈
厥陰之脈	厥陰脈	臂少陰脈	足少陽脈	腎足少陰脈
少陰之脈	少陰脈	臂泰陽脈	足陽明脈	心主手厥陰脈
臂鉅陰之脈	臂鉅陰脈	臂少陽脈	督脈	三焦手少陽脈
臂少陰之脈	臂少陰脈	臂陽明脈		膽足少陽脈 肝足厥陰脈

表一、張家山《脈書》、馬王堆《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》、雙包山人體經脈漆雕與《靈樞·經脈》經脈同異對照

馬繼興比較馬王堆《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》所載經脈時指出：《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》與《黃帝內經靈樞·經脈》有許多相似之處，但又各自於文字和具體內容方面有由簡至繁、由少至多、由不完備至周密完整的趨勢，以此推測從《足臂十一脈灸經》到《陰陽十一脈灸經》再到《黃帝內經靈樞·經脈》為早期經脈理論發展的三個階段。²⁶若馬說成立，則需先肯定《足

²⁵ 詳參何志國：〈西漢人體經脈漆雕考〉，《大自然探索》第14卷53期（1995年），頁116-119。

²⁶ 詳參馬繼興：〈從三種古文獻看經絡脈學說的形成和發展〉，收入馬繼興著、萬芳編輯：《馬繼興



臂十一脈灸經》、《陰陽十一脈灸經》、《黃帝內經靈樞·經脈》三書作者具有前後的閱讀經驗，其間方有系譜影響可說。

虢陽永興人體漆雕的出土，顯示經脈理論的發展可能更為複雜。若馬氏所提「由簡至繁、由少至多、由不完備至周密完整」之發展模式無訛，人體漆雕上正經絡僅有九條，較《黃帝內經靈樞·經脈》少三條，較《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》也少了兩條，則漆雕應代表早於《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》與《黃帝內經靈樞·經脈》的經脈理論。然而漆雕上代表經絡之紅線不似《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》的經脈彼此間缺乏繫聯，反而均有交匯、相互聯繫，構成一與《黃帝內經靈樞·經脈》所謂「如環無端」近似的經脈網路系統，則漆雕所代表之經脈理論又似應介於《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》與《黃帝內經靈樞·經脈》之間。此外，《黃帝內經靈樞·經脈》並未載明督脈路經、僅載其別絡；《黃帝內經素問·骨空論》雖載督脈循行路徑，卻與後世常見的督脈路徑不同，²⁷而漆雕除了九條正經絡外，尚繪有「一條從鼻尖經頭、項、背、腰正中線直達尾骨端的經脈」，²⁸與後世督脈的循行路線相當，反與晚於《素問》、《靈樞》的《難經》相近。²⁹如此一來，漆雕所代表之經脈理論反倒可能非早於《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》，亦非介於《陰陽十一脈灸經》、《足

醫學文集》（北京：中醫古籍出版社，2009年），頁22-33。

²⁷ 《黃帝內經素問·骨空論》：「督脈者，起於少腹以下骨中央，女子入繫廷孔，其孔，溺孔之端也，其絡循陰器合篡閒繞篡後，別繞臀至少陰，與巨陽中絡者合，少陰上股內後廉，貫脊屬腎，與太陽起於目內眴，上額交顳，上入絡腦，還出別下項循肩鵠，內俠脊抵腰中入循膂絡腎。其男子循莖下至篡，與女子等。其少腹直上者貫齊中央，上貫心入喉，上頤環脣，上繫兩目之下中央。」指出督脈起於下腹骨盆中央，其主脈、支絡循行於背、腹兩面，與後世以背部為督脈主要循行場域之見解不盡相同。

²⁸ 謝克慶、和中俊、梁繁榮、何志國：〈「西漢人體經脈漆雕」的價值和意義〉，《成都中醫藥大學學報》（1996年1月），頁38。

²⁹ 《難經·二十八難》：「督脈者起于下極之俞，並于脊裡，上至風府，入屬絡腦。」指出督脈起於軀幹最下方的長強穴，循脊柱上行至腦後風府穴，其支絡與腦相連繫，後世論督脈循行路徑多本此說。



臂十一脈灸經》與《黃帝內經靈樞·經脈》之間，而可能更晚於《黃帝內經靈樞·經脈》。

當我們依照經脈多寡、如環與否、督脈有無三個基準點來判定文獻年代先後時，卻得出迥異的三個結論。由此當可推斷，《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》、《黃帝內經靈樞·經脈》與麟陽雙包山人體經脈漆雕之間，可能無法單純以同出一源、「支與流裔」的關係來理解這些經脈文獻的傳承，而更像是多元並生的發展結果。一如何志國所言，早期經脈理論並非是「一元化的單線發展演變」。³⁰

麟陽永興人體經脈漆雕並未伴隨說明文字出土，僅憑藉漆雕上之經脈循行路線，無從推知具體的診脈方法，是較令人惋惜之處。

二、《脈經》以前傳世文獻中的經脈文獻

在探討《脈經》中的脈診技術前，先了解先秦以迄東漢末年對人體經脈與脈診技術的論述，有助於掌握《脈經》脈診技術的知識與技術背景，同時可藉以勾勒出先秦兩漢經脈概念的可能輪廓。為此，以下將爬梳《脈經》以前傳世文獻中的經脈記載。

1. 醫書

(1) 春秋、戰國（或秦漢之際）《黃帝內經素問》、《黃帝內經靈樞》

《黃帝內經素問》（後簡稱《素問》）、《黃帝內經靈樞》（後簡稱《靈樞》）成書年代歷來眾說紛紜，當代學者多認為《素問》、《靈樞》非一時、一地、一人之作，其內容主要著成年代應在春秋、戰國或秦漢之際，歷經眾多醫者發展、修正、增補而成。³¹

³⁰ 詳參何志國：〈西漢人體經脈漆雕考〉，《大自然探索》第14卷53期（1995年），頁120。

³¹ 蔡師璧名提出「檔案」（archive）的概念說明《內經》之成書歷程：「與其將《內經》視為成於特定時空下一人一家之手，或是定稿的專著；毋寧當作一部在一群人先後的運用與檢驗之下，不斷發展、修正、增補中的『檔案』。」而考定著作年代當在春秋、戰國或秦漢之際。詳師著：



《素問》與《靈樞》成書年代雖早，但後世醫者所遵循之理論體系於此中已臻大備。《素問》中對體內之氣的論述成為後世脈診的理論基礎；《靈樞·經脈》則奠定肺手太陰脈、大腸手陽明脈、胃足陽明脈、脾足太陰脈、心手少陰脈、小腸手太陽脈、膀胱足太陽脈、腎足少陰脈、心主手厥陰脈、三焦手少陽脈、膽足少陽脈、肝足厥陰脈之十二正經脈路線與循行方向，將手、足三陰三陽脈與五臟六腑作明確的連結，建立起一完整的經脈臟腑相應系統，襲用至今。

《素問》脈診論述散見於各篇，其中〈脈要精微論〉、〈平人氣象論〉、〈玉機真臟論〉、〈三部九候論〉所論診脈時機³²部位³³脈象³⁴疾病等，³⁵幾已含括脈診技術的各個面向。王叔和《脈經》徵引《素問》脈學論述頗多，³⁶可見其對後世脈診的影響。然而《素問》終究並非專為傳承脈診技術而著，缺乏具體、詳細的操作指引。

值得留心的是，由於《素問》與《靈樞》內容著成的年代跨度甚大，書中因而可見些許早期脈診技術的痕跡。前文已指出由張家山《脈書》、馬王堆《脈法》與《素問·三部九候論》中出於同源的「相脈之道」論述，可知早期脈診位置不

《身體與自然——以《黃帝內經素問》為中心論古代思想傳統中的身體觀》(《臺大文史叢刊》102，1997年)，頁26-33、37-39、41。

³² 如〈脈要精微論〉曰：「診法常以平旦，陰氣未動，陽氣未散，飲食未進，經脉未盛，絡脈調勻，氣血未亂，故乃可診有過之脉。」指出診脈時機應選在天亮平旦之際，才能診出有病的脈象。

³³ 〈三部九候論〉載錄遍身診法，診脈處含括足胫、腳踝、手臂等處，說詳下文。

³⁴ 如〈平人氣象論〉曰：「平肝脈來，柔弱招招，如揭長竿末梢，曰肝平，春以胃氣為本。病肝脈來，盈實而滑，如循長竿，曰肝病。死肝脈來，急益勁，如新張弓弦，曰肝死。」論述平肝脈的脈象像舉著長竿時，柔軟細長的末梢；病肝脈的脈象滑實、長而不軟；死肝脈的脈象急勁，像新做的弓弦般。

³⁵ 如〈玉機真臟論〉曰：「帝曰：春脉太過與不及，其病皆何如？歧伯曰：太過則令人善忘，忽忽眩冒而顛疾；其不及，則令人脅痛引背，下則兩脇胠滿。」春脈的過與不及，都會發生疾病，太過令人多怒（王冰注：「忘當為怒字之誤也。」）、目眩、頭痛；不及則令人胸痛，甚至牽引到背部，以及胸脅脹滿。

³⁶ 《脈經》卷一到卷六廣泛徵引《素問》原文，所引篇目計有：〈脈要精微論〉、〈藏氣法時論〉、〈五藏生成〉、〈方盛衰論〉、〈標本病傳論〉、〈平人氣象論〉、〈大奇論〉、〈三部九候論〉、〈玉機真臟論〉、〈通評虛實論〉等。



僅限於手腕，而能於足脛、腳踝、手臂等身體其餘脈動部位進行診察。《素問·三部九候論》更拓展出一套繁複的「三部九候」遍身診法：

上部天，兩額之動脈；³⁷上部地，兩頰之動脈；³⁸上部人，耳前之動脈。³⁹中部天，手太陰也；⁴⁰中部地，手陽明也；⁴¹中部人，手少陰也。⁴²下部天，足厥陰也；⁴³下部地，足少陰也；⁴⁴下部人，足太陰也。⁴⁵故下部之天以候肝，地以候腎，人以候脾胃之氣。

³⁷ 王冰注：「在額兩旁，動應於手，足少陽脉氣所行也。」郭藹春主編《黃帝內經素問校注（上）》：「兩額動脈，似指率谷穴言，在耳上如前三分，入髮際一寸五分。張介賓以此指額厭之分，說亦可參。」（郭藹春主編：《黃帝內經素問校注（上）》（北京：人民衛生出版社，1992年），頁292。）《針灸科學》指率谷穴位於：「上耳根正中，上入髮際一寸五分，曲鬢之斜上，如齒嚼物，此處自能鼓動處是穴。」（黃維三主編：《針灸科學》（臺北：正中書局，1985年），頁356）

³⁸ 王冰注：「在鼻孔下兩傍，近於巨髎之分，動應於手，足陽明脉之所行。」郭藹春主編《黃帝內經素問校注（上）》：「兩頰之動脈似指頰車、人迎等穴。」《針灸科學》指巨髎位於「鼻孔旁之八分，瞳子直下。」（頁257）、頰車「在耳下八分，下顎骨曲頰端近前陷中。」（頁258）、人迎「在前頸部，結喉旁一寸五分，有大動脈應手處。」（頁259）

³⁹ 王冰注：「在耳前陷者中，動應於手，手少陽脉氣之所行也。」郭藹春主編《黃帝內經素問校注（上）》：「耳前之動脈指和髎穴，在耳前兒髮下橫動脈處。」

⁴⁰ 王冰注：「謂肺脉也。在掌後寸口中，是謂經渠，動應於手。」《針灸科學》指經渠穴位於「橈骨莖狀突起之內側，腕關節橫紋上一寸，寸口動脈陷中。」（頁244）

⁴¹ 王冰注：「謂大腸脉也。在手大指次指歧骨間，合谷之分，動應於手也。」《針灸科學》指合谷穴位於「食指與拇指歧骨間之陷凹處，即第一掌骨與第二掌骨接合部之前凹陷中。」（頁248）

⁴² 王冰注：「謂心脉也。在掌後銳骨之端，神門之分，動應於手也。」《針灸科學》指神門穴位於「掌後尺側，銳骨（尺骨頭）端陷中。」（頁287）

⁴³ 王冰注：「謂肝脉也。在毛際外，羊矢下一寸半陷中，五里之分，臥而取之，動應於手也。女子取太衝，在足大指本節後二寸陷中是。」《針灸科學》指五里穴位於「大腿內側氣衝下三寸，動脈應手處。」（頁375）太衝穴位於「在足大趾本節後二寸，或云一寸半陷中，動脈應手。」（頁372）

⁴⁴ 王冰注：「謂腎脉也。在足內踝後跟骨上陷中，大谿之分，動應手。」《針灸科學》指太谿（即大谿）穴位於「足內踝後五分，跟骨上動脈應手陷中。」（頁327）

⁴⁵ 王冰注：「謂脾脉也。在魚腹上趨筋間，直五里下，箕門之分，寬鞏足單衣，沉取乃得之，而動應於手也。候胃氣者，當取足跗之上，衝陽之分，穴中脈動乃應手也。」《針灸科學》指箕門位於「大腿內側，膝蓋骨內側上方八寸兩筋間，有動脈應手。」（頁280）、衝陽穴則位於「足背之最高處，足跗上五寸，骨間動脈處。」（頁273）



《素問·三部九候論》將人身由上至下分為「上」、「中」、「下」三部，每部中再分「天」、「地」、「人」，合為九候：上部天，足少陽膽經兩額率谷穴；上部地，足陽明胃經兩頰頰車、人迎穴；上部人，耳前和髎穴；中部天，手太陰肺經經渠穴；中部地，手陽明大腸經合谷穴；中部人，手少陰心經神門穴；下部天，男子為足厥陰肝經五里穴，女子則為足厥陰肝經太衝穴；下部地，足少陰腎經太谿穴；下部人足太陰脾經箕門穴、足陽明胃經衝陽穴，⁴⁶由頭、軀幹至四肢，全身皆有可供診脈的脈動位置。

在三部九候之外，《靈樞·禁服》則透過比較手腕寸口脈與頸部人迎脈的脈動強弱，⁴⁷判斷體內臟腑陰陽二氣的盛衰變化：

寸口主中，人迎主外，兩者相應，俱往俱來，若引繩大小齊等，春夏人迎微大，秋冬寸口微大，如是者名曰平人。

寸口主候在內、屬陰的五臟之氣，人迎則主候在外、屬陽的六腑之氣；⁴⁸寸口與人迎所主之氣雖有內外、陰陽之別，但「兩者相應，俱往俱來，若引繩大小齊等」，人身臟腑之氣實為一相應、不可分的整體，氣出則寸口、人迎二處脈動同步消退，氣入則同步脈至，就像兩個人同拉一條繩子，雖然手中所持的繩子區段不同，但只要拉動一端，另一端便會隨之移動。⁴⁹無病的平人，在春、夏兩季六腑之氣較盛，因此人迎脈稍強於寸口脈；秋、冬兩季五臟之氣較盛，因此寸口脈稍強於人迎脈。人迎寸口診脈法乃診察頸側與手腕動脈，亦屬遍身診法，但僅需診察頸側與手腕動脈，較需切循頭、軀幹、四肢九處動脈的「三部九候」診脈法便於操作。

（2）戰國到東漢《黃帝八十一難經》

⁴⁶ 三部九候取脈穴位示意圖詳見第三章。

⁴⁷ 關於寸口的位置及論述詳見第三章。

⁴⁸ 唐·楊上善《黃帝內經太素》：「中謂五臟，臟為陰也。」、「人迎胃脈，六腑之長，動於外，候之知內，故曰主外。」

⁴⁹ 唐·楊上善《黃帝內經太素》：「寸口人迎，兩者上下，陰陽雖異，同為一氣，出則二脈俱往，入則二脈俱來。二人共引一繩，彼牽而去，其繩并去；此引而來，其繩并來。寸口人迎，因呼吸牽脈往來，其動是同，故曰齊等也。」



《黃帝八十一難經》又簡稱為《難經》、《八十一難》，原書題「戰國秦越人撰」託名春秋戰國名醫扁鵲所作。《漢書·藝文志》有《扁鵲內經》九卷、《扁鵲外經》十二卷，或與是書相關。馬繼興於《中醫文獻學》中指出，從書中資料看來，此書可能為戰國時人輯錄秦越人著作佚文而成，但到漢代仍有增補。⁵⁰

《難經》透過問難對答的方式探討八十一個醫學主題，其中從〈一難〉至〈二十二難〉專論脈學，對《內經》脈學論述頗有發明補充，如「獨取寸口」診法即為《難經》首倡。在此之前，《素問·五藏別論》中已見從手腕寸口動脈即可診察全身狀態的理論基礎：

帝曰：氣口何以獨為五藏主。歧伯曰：胃者水穀之海，六府之大源也。五味入口，藏於胃以養五藏氣，氣口亦太陰也。是以五藏六府之氣味，皆出於胃，變見於氣口。

水穀入口，儲藏於胃，再榮養五臟六腑之氣，而五臟六腑之氣則見於氣口。唐·王冰注：「氣口，則寸口也。」透過診察手太陰肺經的寸口動脈，可診知五臟六腑之氣。《難經·一難》於此基礎上提出「獨取寸口」診法：⁵¹

十二經皆有動脈，獨取寸口，以決五藏六府死生吉凶之法，何謂也？然。寸口者，脈之大會，手太陰之脈動也。

雖然周身十二經脈均有可觸知脈動的「動脈」，但由於全身脈氣皆會匯聚於手太陰肺經，因此僅在手太陰肺經之寸口動脈進行診脈，便足以察知患者五臟六腑之氣的盛衰、病勢之吉凶與生死，無需再於其他部位取脈。《難經》「獨取寸口」診脈法將《內經》「三部九候」、「人迎寸口」遍身診脈法簡化為僅需於手腕寸口一處診脈，大幅提升實際診脈時的便利性，至今沿用不輟。《難經》論脈篇章幾乎全為王叔和《脈經》所徵引，「獨取寸口」亦成為《脈經》中的主要取脈法。

⁵⁰ 馬繼興：《中醫文獻學》（上海：上海科學技術出版社，1990年），頁102。

⁵¹ 《素問·五藏別論》雖已指出氣口「獨為五藏主」、僅需診察氣口即可知曉全身狀態，但縱觀《素問》、《靈樞》所載診脈法，取脈位置皆不限於手腕寸口動脈，不論是「三部九候」抑或「人迎氣口」診脈法，皆在複數脈動處診脈。故「獨取寸口」可謂《難經》首倡。



(3) 東漢·張機《傷寒雜病論》

東漢末年張機（字仲景，A.D. 150-219）著《傷寒雜病論》，為中醫史上第一部理、法、方兼備的臨床著作。書中多在手腕寸口診脈，⁵²綜合病、脈、證、治，詳論疾病起因、傳病機序、相應脈象、患者症狀與治療湯方，使學者得以由患者之脈象、症狀進行診斷，並實際施治。

宋·《太平御覽》引高湛《養生方》，謂王叔和「編次張仲景方論為三十六卷」，將《傷寒雜病論》分為《傷寒論》及《金匱要略》二書。⁵³當代學者對王叔和是否曾經編次《傷寒雜病論》尚有疑義，⁵⁴但不論王叔和是否曾編次《傷寒雜病論》，僅由今本《脈經》十卷中，⁵⁵七、八、九三卷全引自仲景舊論，⁵⁶所占卷次篇幅比例之高，其所受影響之深不言可喻。

2. 史傳記載

⁵² 張仲景《傷寒雜病論·序》批評當時醫者：「按寸不及尺，握手不及足；人迎、趺陽，三部不參。……夫能視死別生，實為難矣！」只診察寸口脈動，未參綜前臂內側尺膚之質地、寒熱，或全身其他脈動處的脈象，難以正確診斷病情。由《傷寒雜病論》所論病證脈象可知其多於手腕寸口取脈，但偶見於人迎、趺陽等位置取脈，亦可見按壓胸腹區域等診脈以外的觸診方法。

⁵³ 說詳余嘉錫：《四庫提要辨證》（北京：中華書局，1980年），頁647-649。

⁵⁴ 亦有學者質疑王叔和重編《傷寒雜病論》的真實性，詳陳道純：〈王叔和編次《傷寒論》質疑〉，《中醫文獻雜誌》1996年第3期，頁20-21。

⁵⁵ 《脈經》一書最早著錄於《隋書·經籍志·子·醫方》，其云：「脈經十卷，王叔和撰。」而《舊唐書·經籍志》則載錄有「脈經二卷。」卻未言及作者何人。宋·晁公武《郡齋讀書志》著錄有「王叔和脈經十卷。」歷代著錄或為二卷本，或為十卷本，然求諸王叔和《脈經》序「今撰集岐伯以來，逮於華陀，經論要決，合為十卷」之語，可知原書應為十卷本無疑。然由宋·林億〈校定《脈經》序〉：「大抵世之傳授不一……今則考以《素問》、《九虛》、《靈樞》、《難經》、《甲乙》、仲景之書，并《千金方》及《翼》說脈之篇以校之，除去重復，補其脫漏，其篇第亦頗為改易，使以類相從，仍舊為一十卷，總九十七篇。」可知王叔和《脈經》傳至北宋已有脫漏、篇章重複、次第混亂等現象，今本《脈經》十卷實為林億等人重新校定、整理的成果，並非魏晉原貌，但在缺乏北宋以前《脈經》傳本的情況下，經林億等人校定而成的今本《脈經》，仍是探究王叔和《脈經》內容的唯一憑藉。

⁵⁶ 詳沈炎南主編：《脈經校注》，頁412-413。



(1) 春秋·扁鵲（生年不詳，西元前 310-307 年間遇刺）

扁鵲為春秋戰國之際最著名的醫者之一，韓健平認為扁鵲學派為「在臨床實踐中，最早注意到動脈與疾病的關係，並通過指觸動脈的搏動來診斷疾病的醫家」，

⁵⁷視扁鵲為脈診技術的始祖。《史記·扁鵲倉公列傳》中記載：

扁鵲者，勃海郡鄭人也，姓秦氏，名越人。少時為人舍長。舍客長桑君過，扁鵲獨奇之，常謹遇之。長桑君亦知扁鵲非常人也。出入十餘年，乃呼扁鵲私坐，間與語曰：「我有禁方，年老，欲傳與公，公毋泄。」扁鵲曰：「敬諾。」乃出其懷中藥予扁鵲：「飲是以上池之水，三十日當知物矣。」乃悉取其禁方書盡與扁鵲。忽然不見，殆非人也。扁鵲以其言飲藥三十日，視見垣一方人。以此視病，盡見五藏癥結，特以診脈為名耳。為醫或在齊，或在趙。在趙者名扁鵲。

扁鵲以「上池之水」為藥引，⁵⁸服下長桑君所贈奇藥，得到透視實物的能力，能隔著牆看清另一邊的人。將這樣的能力施於人體，則能清晰洞見體內五臟六腑氣血的瘀滯阻塞。扁鵲的異能異遇有著相當濃厚的神祕成分，但由〈扁鵲倉公列傳〉中所載錄的幾例醫案可知，其洞燭機先固然神妙難測，然而根據醫理分析推斷病機的能力亦毋庸置疑。以虢太子醫案為例：

其後扁鵲過虢。虢太子死，扁鵲至虢宮門下，問中庶子喜方者曰：「太子何病，國中治穰過於眾事？」中庶子曰：「太子病血氣不時，交錯而不得泄，暴發於外，則為中害。精神不能止邪氣，邪氣畜積而不得泄，是以陽緩而陰急，故暴歿而死。」扁鵲曰：「其死何如時？」曰：「雞鳴至今。」曰：「收

⁵⁷ 韓健平指出，〈扁鵲倉公列傳〉中醫案時間跨度甚大，因此所謂的「扁鵲」，可能為「扁鵲學派」眾人所共同參與建構的醫者形象（《馬王堆古脈書研究》，頁 13）。山田慶兒則認為扁鵲是春秋戰國時期遊方醫集團的象徵，也是被理想化了的醫師的傳說，詳氏著《中國古代醫學的形成》（臺北：東大出版社，2003 年），頁 367-369。

⁵⁸ 裴駟《史記索隱》引舊注釋「上池之水」云：「謂水未至地，蓋承取露及竹木上水，取之以和藥，服之三十日，當見鬼物也。」瀧川龜太郎：《史記會注考證》（臺北市：洪氏，1981 年），頁 1112。



乎？」曰：「未也，其死未能半日也。」……扁鵲曰：「若太子病，所謂『屍蹶』者也。夫以陽入陰中，動胃纏緣，中經維絡，別下於三焦膀胱，是以陽脈下遂，陰脈上爭，會氣閉而不通，陰上而陽內行，下內鼓而不起，上外絕而不為使，上有絕陽之絡，下有破陰之紐，破陰絕陽，色廢脈亂，故形靜如死狀。太子未死也。夫以陽入陰支蘭藏者生，以陰入陽支蘭藏者死。凡此數事，皆五藏蹙中之時暴作也。良工取之，拙者疑殆。」

在虢太子死而復生的故事中，中庶子敘述虢太子因血氣錯亂、鬱積不能宣泄，最後爆發傷及內臟，使精氣虛損而無法克制邪氣。正氣衰弱、邪氣強盛，因此猝然昏厥而死。⁵⁹扁鵲甚至未曾面見虢太子，連「望」診尚且無法施展，僅憑著中庶子的一番描述，便由醫理推知虢太子其實未死，只是陷入「屍蹶」的假死狀態——陰陽之氣錯亂，陽氣暴發進入原本陰氣運行之處（「陽入陰中」），⁶⁰纏繞、擾動胃部（「動胃纏緣」），損傷經脈、堵塞分支的絡脈（「中經維絡」），⁶¹下行至下焦膀胱（「別下於三焦膀胱」）；⁶²陽脈之氣持續下沉，陰脈之氣爭相上行（「陽脈下遂，陰脈上爭」、「陰上而陽內行」），⁶³本為諸氣交會處的三焦俞閉塞不通（「會氣閉而不通」），⁶⁴導致陽氣鬱積於下，雖不斷於下部鼓動，卻不能上行外發（「下內鼓而不

⁵⁹ 瀧川歸太郎：「多紀元堅曰：按血氣錯亂，遂致壅鬱不得宣泄，鬱極而暴發于外，使中藏被其害。精氣不能止邪氣，即經所謂經氣奪則虛也；邪氣畜積而不得泄，即所謂邪氣盛則實也。精虛故陽緩，邪實故陰急，緩急蓋亦虛實之謂。」詳氏著：《史記會注考證》，頁 1113。

⁶⁰ 瀧川龜太郎：「中井積德曰：『此為陰陽之氣交錯，非脈之謂。纏緣亦以氣言。』多紀元堅曰：『此一句即尸厥之所由，言陽氣暴發，進入陰分。』」（《史記會注考證》，頁 1115。）

⁶¹ 瀧川龜太郎：「多紀元簡曰：『按：中經，泛言經脈。維絡，張曰：維，維絡也。《素問·骨空論》：「治少陽之維。」』」（《史記會注考證》，頁 1115。）

⁶² 瀧川龜太郎：「多紀元簡曰：《靈樞》中，多連言三焦膀胱，皆指下焦，此亦然。」（《史記會注考證》，頁 1115。）

⁶³ 瀧川龜太郎：「多紀元簡曰：『《御覽》注：「遂，音對，竝與墜通。」《正義》引《素問》，今無所攷。』海保元備曰：『遂，如字亦通。《廣雅·釋詁》：「遂，行也。」《易·大壯》：「不能遂」，虞翻云：「遂，進也。」即下文陽內行之義。』」、「多紀元簡曰：『言陰脈既上爭，而陽脈獨內行。』」（《史記會注考證》，頁 1115。）

⁶⁴ 唐·張守節《史記正義》：「《八十一難》云：『府會太倉，藏會季脇，筋會陽陵泉，髓會絕骨，



起」)、⁶⁵輔助陰氣(「上外絕而不為使」)，⁶⁶陽氣與身體上部的絡脈相隔絕(「上有絕陽之絡」)、⁶⁷陰氣為陽氣逼迫而不能下行統攝筋、脈(「下有破陰之紐」)，⁶⁸臉色衰敗、經脈紊亂(「色廢脈亂」)，因此身體靜寂不動、如死去一般(「故形靜如死狀」)。但虢太子其實並未真正死去，由於其病因為陽入陰中，故仍有生機；若陰入陽中，則死不可救(「夫以陽入陰支蘭藏者生，以陰入陽支蘭藏者死」。⁶⁹扁鵲指出以上情況皆為五藏之氣逆亂突然發病的現象(「凡此數事，皆五藏蹙中之時暴作也」)。一方面以超乎常人的覺知能力探查五臟六腑與經脈癥結，一方面又能僅憑醫理解釋疾病病機，推斷虢太子只是進入「尸厥」的假死狀態。楊儒賓先生曾經指出「巫醫之分化」為「中國醫學的進展的一大步驟」。⁷⁰扁鵲在醫學史的建構中，或許正扮演著從巫者到醫者、從神秘到理性間的過渡角色。

檢視〈扁鵲倉公列傳〉，扁鵲從未以脈診作為推斷病情憑藉：

越人之為方也，不待切脈望色聽聲寫形，言病之所在。聞病之陽，論得其陰；聞病之陰，論得其陽。

血會鬲俞，骨會大杼，氣會三焦，此八會也。」(《史記會注考證》，頁 1115。)，張守節引《難經·四十五難》「氣會三焦」於今本作：「氣會三焦外一筋直兩乳內也。」清·葉霖《難經正義》：「三焦外，謂在焦膜之外，兩乳內，謂兩乳之中，任脈之所過，即膻中穴也，在玉堂下同身寸之一寸六分。《靈樞·海論篇》曰：膻中為氣之海，故為氣會。」指任脈膻中穴為眾氣會聚之海，故稱氣會，位於兩乳頭連線正中。

⁶⁵ 瀧川龜太郎：「多紀元簡曰：『言陽氣徒鼓動於下內，而不能起發。』」(《史記會注考證》，頁 1115。)

⁶⁶ 瀧川龜太郎：「多紀元堅曰：『絕字，與下文絕陽之絕，俱當為阻絕之絕看，言陽氣下鬱，與上外隔絕，不為陰使。』」(《史記會注考證》，頁 1115。)

⁶⁷ 瀧川龜太郎：「多紀元堅曰：『言上有與陽相隔絕之絡脈。』」(《史記會注考證》，頁 1115。)

⁶⁸ 唐·張守節《史記正義》：「女九反，《素問》云：『紐，赤脈也。』」瀧川龜太郎：「多紀元堅曰：『言下有陰氣迫而不行之筋紐。破，言陰氣為陽所迫，不能統攝。』」(《史記會注考證》，頁 1115。)

⁶⁹ 唐·張守節《史記正義》：「《素問》云：『支者順節，蘭者橫節，陰支蘭，膻藏也。』」瀧川龜太郎：「多紀元堅曰：『支蘭藏，藤氏割解有說，俱屬臆測。要知此二句，不過言以陽入陰者生，以陰入陽者死，不必深講而義自明。《正義》引《素問》，今無所攷。』」(《史記會注考證》，頁 1115。)

⁷⁰ 楊儒賓：〈莊子「由巫入道」的開展〉，《國立中正大學中文學術年刊》，2008 年第 1 期，頁 89。



不須憑藉診脈、望手臉之色、聽聞患者發出的聲音、觀察病患身體的狀態，⁷¹只須知曉疾病的的部分症狀，即可斷言病在何臟；並能由已知的局部症狀推論疾病的全貌，陰陽表裏無有遺漏。⁷²，而推斷虢太子只是進入「尸厥」的假死狀態，生機未絕、仍為可救。但〈扁鵲倉公列傳〉又言：

至今天下言脈者，由扁鵲也。

扁鵲雖然「不待切脈望色聽聲寫形」便可推斷病因病情，卻為後世推為脈診始祖，由太史公的記載可知漢武帝時人已認為脈診技術源於扁鵲。西漢成書的《淮南子》、《鹽鐵論》亦將扁鵲與脈診作緊密的連結：

所以貴扁鵲者，非貴其隨病調藥，貴其撫息脈血而知病所以生。(《淮南子·泰族訓》)

扁鵲撫息脈而知病所由生。(《鹽鐵論·輕重》)

認為扁鵲之所以為世人所推重，乃是因其能「撫息脈血」、「撫息脈」，透過診脈精準掌握病因。前言《漢書·藝文志·方技略》「醫經」一類中，可見《扁鵲內經》九卷、《扁鵲外經》十二卷。考諸〈方技略〉釋醫經類內容：

醫經者，原人血脉經絡骨髓陰陽表裏，以起百病之本，死生之分，而用度
箴石湯火所施，調百藥齊和之所宜。

可知〈方技略〉所謂「醫經」，顯然含括「原人血脉經絡骨髓陰陽表裏」等診斷的原理與技術。《扁鵲內經》、《扁鵲外經》雖已不傳，⁷³亦無從論斷其書是否為後人

⁷¹ 瀧川龜太郎：「寫形，猶言察形也。多紀元堅曰：『按此言越人之為方也，自有認病神識，故不必待切脈望色聽聲寫形四診兼備，而能言病之所在，聞陽得陰，聞陰得陽也。』」(《史記會注考證》，頁 1114。)

⁷² 瀧川龜太郎：「多紀元簡曰：『《素問·陰陽應象大論》曰：「以我知彼，以表知裏。」〈陰陽別論〉曰：「知陽者知陰，知音者知陽。」』中井積德曰：『陰陽，猶表裏也，言聞表而知裏，聞裏而知表。』」(《史記會注考證》，頁 1114。)

⁷³ 馬繼興認為《扁鵲內經》、《扁鵲外經》可能與舊題「戰國秦越人撰」的《黃帝八十一難經》有關聯。(《中醫文獻學》，頁 102。) 廖育群則指出：《脈經》卷五〈扁鵲陰陽脈法〉、〈扁鵲脈法〉、〈扁鵲華佗察聲色要訣〉、〈扁鵲診諸反逆死脈要訣〉等篇章，應來自王叔和編撰《脈經》時尚未完全亡佚的扁鵲診學著作。(廖育群：《重構秦漢醫學圖像》(上海：上海交通大學出版社，2012



託名所作，然扁鵲之名確實成為脈診的重要象徵。

扁鵲能洞見五臟癥結的能力固然令人驚嘆不已，但對無緣遭逢異遇、得飲上池之水的平凡人來說，終究是無從仿效的特異功能。那麼，脈診是否有可能是扁鵲傳授醫術時所採用、一般人皆可學而能的診斷技術呢？對此，林億〈校定《脈經》序〉中所論或可作一註腳：

施之於人，俾披卷者，足以占外以知內，視死而別生，無待飲上池之水矣。⁷⁴

林億認為《脈經》的價值在於能使讀者無需飲用上池之水、獲得扁鵲般的透視能力，也能透過有跡可循、有法可學的脈診技術，精準察知病患體內的生死之機。

(2) 西漢·淳于意（世稱倉公，西元前 205-134 年）

在《史記·扁鵲倉公列傳》所載二十五則淳于意醫案中，共出現十九種不同脈象，可知淳于意當以脈診為主要診斷方式。由其為齊王太后診脈的記載，可一窺淳于意採用的診法：

齊王太后病，召臣意入診脈，曰：「風癰客脬，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。病得之流汗出漸。漸者，去衣而汗晞也。所以知齊王太后病者，臣意診其脈，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。（《史記·扁鵲倉公列傳》）

倉公診脈位置為「太陰之脈口」，當指手太陰肺經寸口動脈而言。倉公首先解釋脈法：重按取脈，若脈形粗大、力度強有力而堅實（「沈之而大堅」）；輕按取脈，若脈形粗大、力度強有力而緊（「浮之而大緊」），就表示腎有病。⁷⁵腎有病時，切到

⁷⁴ 年），頁 170-171。）

⁷⁴ 沈炎南主編：《脈經校注》，頁 14。

⁷⁵ 瀧川龜太郎：「岡白駒曰：『沉之，重按之也；浮之，輕按之也。』滕惟寅曰：『素問云：病腎，脈來如引葛，按之益堅，曰腎病。沉之大堅，是按之益堅也；浮之大緊，是如引葛也。』」（《史記會注考證》，頁 1119。）



的腎脈會與腎平脈相反（「腎切之而相反也」），齊王太后的脈如今就是大而躁急的。倉公由寸口「脈大而躁」的脈象推斷齊王太后的病因在於膀胱氣盛而有熱，可知倉公採用的是「獨取寸口」診脈法，而非「三部九候」遍身診脈法。意味西漢初期「獨取寸口」診脈法已相當成熟。

（3）東漢·郭玉（西元1-2世紀）

《後漢書·方術列傳》記載東漢名醫郭玉故事：

郭玉者，廣漢雒人也。初，有老父不知何出，常漁釣於涪水，因號涪翁。乞食人間，見有疾者，時下針石，輒應時而效，乃著針經、診脈法傳於世。弟子程高尋求積年，翁乃授之。高亦隱跡不仕。玉少師事高，學方診六微之技，陰陽隱側之術。和帝時，為太醫丞，多有效應。帝奇之，仍試令嬖臣美手腕者與女子雜處帷中，使玉各診一手，問所疾苦。玉曰：「左陽右陰，脉有男女，狀若異人。臣疑其故。」帝歎息稱善。

引文開頭可見涪翁——程高——郭玉的師承系譜，代表至遲在東漢，脈診技術已有一套可學而致的師徒傳承系統。郭玉既著有《針經》、《診脈法》傳世，可知其必擅長施針與診脈。郭玉於漢和帝時任太醫丞，施治多有奇效。漢和帝欲試探郭玉的醫術，令手腕如女子般白皙姣好的近臣和真正的女子同時躲在帷幕後，各伸出一隻手讓郭玉診脈、推斷病況。郭玉雖不知道漢和帝的安排，卻從左右兩手脈象不齊，懷疑兩手實屬於不同的一男一女，漢和帝對郭玉診脈之精確遂大為嘆服。從這個故事中可見郭玉亦採「獨取寸口」診脈法，方能於只接觸病患兩手手腕的情況下進行診察。

（4）東漢·華佗（生卒不詳，一說西元145-208年）

東漢末年與醫聖張仲景齊名的華佗，在其可考的醫案當中，亦清楚記載他以脈診為主要的診斷方法：

廣陵太守陳登忽患匈中煩憊，面赤，不食。佗脉之，曰：「府君胃中有蟲，



欲成內疽，腥物所為也。」(《後漢書·方術列傳》)

有李將軍者，妻病，呼佗視脈。佗曰：「傷身而胎不去。」將軍言間實傷身，胎已去矣。佗曰：「案脈，胎未去也。」將軍以為不然。妻稍差百餘日復動，更呼佗。佗曰：「脉理如前，是兩胎，先生者去，血多，故後兒不得出也。胎既已死，血脉不復歸，必燥著母脊。」乃為下針，并令進湯。婦因欲產而不通。佗曰：「死胎枯燥，孰不自生。」使人探之，果得死胎，人形可識，但其色已黑。佗之絕技，皆此類也。(《後漢書·方術列傳》)

華佗透過診脈，知道陳登「胃中有蟲」；為李將軍妻診脈時則指出腹中有尚未排出的死胎。從華佗「視脈」、「案脈」，解釋「脉理」等描述，可見華佗是憑藉診脈來斷病，只可惜無法從故事中更進一步窺見華佗究竟採用何種診脈手法。

回顧《脈經》以前出土文獻、文物、傳世醫籍與史傳中的經脈與脈診記述，可知在中國傳統醫學中，脈診起源甚早。但直到王叔和著《脈經》，始對脈診作了主題式、系統化的整理。王叔和《脈經·序》言：

今撰集岐伯以來，逮於華佗，經論要決，合為十卷，百病根源，各以類例相從，聲色證候，靡不該備，其王、阮、傅、戴、吳、葛、呂、張，所傳異同，咸悉載錄。誠能留心研窮，究其微蹟，則可以比蹤古賢，代無夭橫矣。

就時間縱深而言，王叔和蒐集閱覽的材料為「岐伯以來，逮於華佗」，廣納《素問》、《靈樞》、《難經》、《傷寒雜病論》等醫書中論及脈診的篇章；就學派路數而言，王叔和採集漢代王遂、阮炳、吳普、葛玄、呂廣、張苗等著名醫家的脈診心得，⁷⁶著成現存最早以脈診為主題的診斷專書。欲使後世醫者透過探究古代賢人的脈學論述，精進自身醫術，臻於與前賢比肩的境界，使天下不再有因誤診而夭折橫死之人。

⁷⁶ 杜祖貽、關志雄：「王遂、阮炳、吳普、葛玄、呂廣、張苗，皆漢時醫者。傅、戴何指，不詳。」(《中醫學文獻精華》(香港：商務印書館，2004年)，頁80。)

三、王叔和《脈經》的典範意義

德國中醫史家文樹德（Paul U. Unschuld）曾指出中國醫學具備早熟的性格——當《黃帝內經》奠立起傳統醫學的理論典範後，儘管會衍生許多相異乃至矛盾的觀點，但也只是在既有的理論架構下不斷兼併、融合。⁷⁷脈診技術的發展亦顯示這樣的早熟特性，無論是現今出土最早的經脈文獻張家山《脈書》與馬王堆《陰陽十一脈灸經》、《足臂十一脈灸經》及《脈法》；或傳世文獻《素問》、《靈樞》、《難經》、《傷寒論》等重要醫典中皆屢見脈診相關記載。而由史傳中倉公、郭玉、華佗透過診脈精準斷定病因的描述，亦可知至遲於漢代，脈診理論與技術均已成熟。

⁷⁸ 魏晉時王叔和編著的《脈經》，為現存最早的脈診專著，⁷⁹集先秦兩漢脈診技術之大成。⁸⁰

⁷⁷ 參見 Paul U. Unschuld, *Medicine in China: A History of Ideas*. (Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1985) Reprint (Taipei: Southern Materials Center, Inc., 1987) 蔡璧名師亦指出：「《黃帝內經》所代表的絕非理論模型尚在摸索草創的階段，而是論述系統已大體完成的時期。……其後千百年來傳統醫學的發展，可說只是在《內經》既有的理論間架上，進行局部填補或演繹的工作。」詳師著：《身體與自然——以《黃帝內經素問》為中心論古代思想傳統中的身體觀》（《臺大文史叢刊》102，1997年），頁40。

⁷⁸ 史傳終非醫家經典，擇取載錄醫案故事時可能會有尚異愛奇的傾向，故難據倉公、郭玉、華佗醫案論斷漢時普遍採行的脈診技術樣貌。然由三者故事，仍可確知脈診技術於漢代，已發展至相當成熟的階段。

⁷⁹ 陳婷指出：日本醫家丹波元胤將《脈經》歸為「診法」一類，但《脈經》內容森羅齊備，實為對魏晉以前經典醫籍的總結之作，應歸於「醫經」一類較適當。見氏著：〈《脈經》一書性質的再認識〉，《中醫文獻雜誌》2009年第4期，頁38-40。但倘若從王叔和編撰《脈經》的目的觀之，《脈經》確實是從實際診察病況的技術角度出發，涵容魏晉以前醫學成就的診斷專書。

⁸⁰ 如前所述，在傳統脈學中「候脈」與「經脈」往往難以離析而論。本研究聚焦於脈診面向，故偏重於《脈經》於脈診方面的成就，然則《脈經》於經脈學說亦有相當的貢獻。沈炎南指出：「《脈經》全面繼承了《靈樞》的經絡學說，如卷六引錄了《靈樞·經脈》有關十一經脈（除手少陰心經外）及其別絡的論述，但在編列方面則大異於《靈樞》，除將心包絡併于心外，將手少陽三焦置於足太陽膀胱後，隱然有腎合膀胱、三焦之意。這主要是服從五臟六腑的分類編列，從而使經絡學說與臟腑學說很好地統一起來。對表裏經的關係也有了更具體的論述……。在《內經》、《難經》基礎上，對奇經學說作了頗多的補充，卷二第四及卷十對奇經八脈之循行起止與病證作了系統的論述，其中對奇經發病的論述較《難經》已有很大的擴展，這些理論給後世影響較



《脈經》繼承、整理魏晉以前重要脈學論述，⁸¹亦有自身之創見與發揮。《脈經》歸納出二十四種基本脈象，並對每一種脈象手感均作扼要描述，使中醫脈象在名稱、定義上得到相當程度的統一與規範，後世醫者論脈多於王氏彙整的二十四脈框架下加以增減、修改。且繼《難經》提出「獨取寸口」之後，《脈經》首倡以腕後高骨定取關部之法，提升了臨床診脈醫者下手時確定關部的便利性，⁸²襲用至今。而關於寸口三部脈位分後臟腑的問題，《脈經》於《難經》的基礎上提出創新見解，以右尺候腎與膀胱，並隱含右尺候右腎命門之意，較《難經》以右尺候心包與三焦更接近後世醫家臨床之見。⁸³

王叔和《脈經》的典範地位不僅可以從內部證成，亦可由後世的流傳看出。《新唐書》載唐代太醫署：「掌教授諸生以《本草》、《甲乙》、《脈經》，分而為業。」可知在唐代，太醫署以《脈經》和《神農本草經》、《針灸甲乙經》等醫學著作為培育醫者的教材；北宋時亦以《脈經》為「日用而不可闕」，官修雕印、廣為傳播。⁸⁴由此可見，《脈經》所載錄之脈診理論與技術堪稱古今欲學脈者鑽研達道之進路。

大，得到了李時珍的充分肯定與繼承，李氏在其《奇經八脈考》中全部收載了《脈經》有關奇經學說的內容。可見《脈經》對奇經學說的形成與發展形成了重要的作用。」（《脈經校注》，頁410。）

⁸¹ 宋·林億〈校定脈經序〉：「蓋其為書，一本《黃帝內經》，間有疏畧未盡處，而又輔以扁鵲、仲景、元化之法，自餘奇怪異端不經之說，一切不取。」觀諸太素脈法等後世脈法，以診脈斷吉凶命數，可知脈診技術由於自身的神秘特質，易與占卜前知之術相混融，王叔和編撰《脈經》時，所不取之「奇怪異端不經之說」或即此類內容。如今我們所見之《脈經》內容，多出自《內》、《難》、《傷寒》等今日依然舉足輕重的典籍，但當時所傳播之脈診材料當更為豐富。與其說《脈經》只是重複引述《內》、《難》、《傷寒》脈論，毋寧說王叔和確有去蕪存菁之功。

⁸² 關於「確定關部」之手法，本文將於第三章詳加論述。

⁸³ 本段論述，詳參沈炎南主編：《脈經校注》，頁407。

⁸⁴ 北宋紹聖三年（1096年）國子監開雕《千金翼方》、《金匱要略方》、《王氏脈經》、《補注本草》、《圖經本草》，書末牒文：「今有《千金翼方》、《金匱要略方》、《王氏脈經》、《補注本草》、《圖經本草》等五件醫書，日用而不可闕。本監雖見印賣，皆是大字，醫人往往無錢請買，兼外州軍尤不可得。欲乞開作小字，重行校對出賣，及降外州軍施行。」（《脈經》，臺北：皇極，1983年，清嘉慶宛委別藏本，頁5-6。）



第三節 當代脈學研究與學脈途徑

一、當代脈診研究回顧

《脈經》以降，診法類著作以脈診為大宗，脈診以外的診法專著較少，撰作年代也較晚。⁸⁶當代學界對傳統醫學四診的研究亦以脈診為大宗，望、聞、問診相關研究數量相對較少。⁸⁷以下將當代脈診研究依其聚焦課題別為四類，以便簡述研究概況。

1. 脈診起源

⁸⁵ 謝柏暉〈從《王叔和脈訣》的爭議看明清醫學知識的建構〉一文指出：在北宋官方選中《脈經》為正統脈學經典，並加以付梓之前，《脈經》似乎不具有後世批判《脈訣》的論述中，所賦予的重要性。宋、明時期，實際主導民間醫者脈診技術的實為六朝高陽生偽託之《王叔和脈訣》而非《脈經》。《王叔和脈訣》語辭俚俗、醫學理論時有謬誤，故為宋明士人醫家所批判，另標榜《脈經》作為脈學典範。(謝柏暉：〈從《王叔和脈訣》的爭議看明清醫學知識的建構〉，《科技、醫療與社會》，第 15 期（2012 年 10 月），頁 65-76。)《脈經》在歷史上的影響力或許不如《王叔和脈訣》，但其書內容確實歸納總結了魏晉以前的脈學成就。宋明以後醫家論脈雖時有異議，但要其所本，終歸於《內》、《難》、《傷寒》，而承繼、整理《內》、《難》、《傷寒》脈學成果的《脈經》，當可作為探討上述經典論述的聚焦之處。

⁸⁶ 詳馬繼興：《中醫文獻學》，頁 144。

⁸⁷ 望診研究如莊惠綺：〈貌合神離？——中國中古時期望診和相術的操作與應用〉，《中正歷史學刊》13 期（2010 年 12 月），頁 39-64；羅明宇：〈《傷寒論》望診的相關論述和臨床應用〉，《北市中醫會刊》第 16 卷第 4 期（2010 年 12 月），頁 18-42。聞診研究如羅綸謙：〈中醫聞診現代化之研究（2）——陰虛患者之語音分析〉，《行政院衛生署中醫藥年報》第 16 卷第 1 期（1998 年 5 月），頁 665-683；翁清松、徐良育、張永賢、姜禮能：〈中醫語音聞診於上消化道疾病之探討〉，《中華醫學工程學刊》第 18 卷第 4 期（1998 年 12 月），頁 245-251；張恒鴻：〈中醫聞診現代化研究（3）——陽虛患者之語音分析〉，《行政院衛生署中醫藥年報》第 19 卷第 3 期（2001 年 10 月），頁 465-481；楊賢鴻：〈中醫聞診現代化研究（4）——陽虛患者之語音分析〉，《行政院衛生署中醫藥年報》第 19 卷第 3 期（2001 年 10 月），頁 399-424。問診研究如廖祥琳、楊中賢：〈問診的臨床操作技巧——症狀的動態變化與時序〉，《臺灣中醫醫學雜誌》第 11 卷第 2 期（2013 年 9 月），頁 11-22。



部分研究者透過傳世文獻與出土文獻、文物探究脈診技術的起源。研究者率主扁鵲發明脈診，如李伯聰本於《史記·扁鵲倉公列傳》：「至今天下言脈者，由扁鵲也。」的記載，認為扁鵲發明脈診技術、探討脈診原理，開創所謂「扁鵲學派」，後人則以傳說神化扁鵲的診斷技術。⁸⁸但學者對扁鵲如何發明脈診則有不同的看法：賈成祥認為脈診乃是扁鵲運用其「盡見五藏癥結」的透視異能，歸納臟腑病症與脈象間的關係而創；⁸⁹山田慶兒則認為扁鵲實為春秋戰國時期遊方醫集團的象徵，集團中醫者在操持灸法的過程中發現經脈、創立脈診法。⁹⁰

部分學者則注意到經脈理論與脈診技術的緊密關聯，但對二者間的先後關係各有異說：黃龍祥認為古代醫者先注意到動脈與疾病的關係，才進而發現循行之經絡；⁹¹黃岑漢認為古代醫者是在順著經脈切按觸摸的過程中，發現動脈的搏動，進而掌握幾種簡單脈象，再以這些脈象作為分析、判斷經脈疾病的依據；⁹²韓健平則折衷二種說法，指出雖然經脈循行路徑如何發現仍未有定論，但早期脈診所發現的大量動脈，應在經絡理論、循行路徑的建構中發生過重大影響。⁹³

由於早期脈診史料的闕如，對脈診技術肇始何人、發現經過的重現，目前都僅能止步於假說，難以確證。

2. 脈診技術流變

由傳世與出土文獻對古代脈診方法的描述，可知在現今習用的「獨取寸口」脈診手法成為主流以前，存在多樣化的脈診技術。部分當代脈診研究者，即透過文獻探究不同時期之脈診技術風貌，以及脈診技術發展、演變的歷史。

⁸⁸ 李伯聰：《扁鵲和扁鵲學派研究》（西安：陝西科學技術出版社，1990年），頁97-100。

⁸⁹ 賈成祥：〈中醫脈診起源的假說與推闡〉，《四川中醫》第25卷第4期（2007年5月）。

⁹⁰ 山田慶兒：《中國古代醫學的形成》（臺北：東大出版社，2003年），頁367-369、383。

⁹¹ 黃龍祥：〈經絡學說的由來〉，《中國針灸》1993年第5期，頁47-50。

⁹² 黃岑漢：〈從古代脈法探討經絡與脈診的關係〉，《中華中醫藥雜誌》第20卷第10期（2005年），頁583-584。

⁹³ 韓健平：《馬王堆古脈書研究》（北京：中國社會科學出版社，1999年），頁15-17。



研究脈法的學者如廖育群考辨《素問》、《靈樞》對各種脈診方法的記述，追溯脈診方法發展演變之源流，指出《素問》、《靈樞》中可見脈症法、扁鵲脈法、脈象法以及三部九候法、人迎寸口法與四時脈法等於後世失傳的古脈法；⁹⁴彭堅則考證馬王堆帛書對諸經脈「是動則病」的描述，認為其指的即是由經脈的異常脈動診知疾病的早期脈診法，而由《史記·扁鵲倉公列傳》對倉公生平醫案的記載考證倉公脈法；⁹⁵馬繼興、劉士敬、朱倩、袁國華則考析張家山《脈書》與馬王堆《脈法》中「相脈之道」章，試圖還原後世失傳之踝部診脈法。⁹⁶

研究脈診技術源流與發展系譜的學者如韓健平考證三部九候診脈法的發展演變，指出三部九候學說受古代數術概念影響，萌芽於先秦，定型於東漢；⁹⁷陳婷、公秀珍則探討三部九候診法如何演變為《難經》「獨取寸口」診脈法之技術源流。

98

此類對古代脈診技術的研究往往受限於文獻不足，僅能把握大略的技術輪廓，仍難探知具體可循的操作手法。例如劉士敬、朱倩藉由張家山《脈書》和馬王堆《脈法》中〈相脈之道〉等出土文獻，論說先秦時代踝部脈診的原理依據和重要性，探討《素問·三部九候論》中的技術來源與變遷情況。但由於缺乏文獻、文物的詳細佐證，只能概略描述診脈手法為：

先用左手觸摸內踝處的胫前動脈，之後向上滑動觸摸，至踝以上五寸處，

⁹⁴ 廖育群：〈《素問》與《靈樞》中的脈法〉，收入山田慶兒、田中淡編《中國古代科學史論·續篇》（京都：京都大學人文科學研究所，1991年），頁493-511。

⁹⁵ 彭堅：〈帛書《脈法·相脈之道》初探〉，《中華醫史雜誌》1993年第2期，頁102-105。彭堅：〈論倉公〉，《湖南中醫學院學報》1982年第3期，頁31-38。

⁹⁶ 馬繼興：〈繼敦煌殘卷中發現《內經》古診法後的再發現〉，《上海中醫藥雜誌》1991年5月，38-40；劉士敬、朱倩：〈「相脈之道」考析〉，《中華醫史雜誌》第27卷第4期（1997年10月），頁198-200；袁國華：〈出土文獻與《黃帝內經·素問·三部九候論》互證一則〉，《中醫藥雜誌》24期（2013年12月），頁87-94。

⁹⁷ 韓健平：〈出土古脈書與三部九候說〉，《中華醫史雜誌》第27卷第1期（1997年1月），頁36-40。

⁹⁸ 陳婷、公秀珍：〈關於《難經》脈法中的「獨取寸口」〉，《山東中醫藥大學學報》第21卷第6期（1997年11月），頁450-451。



輕輕按壓，使其下動脈充盈更加明顯。此時，再用右手深取脛前動脈深處，了解血脉之氣的動與靜、盈與虛、濇與滑等情況，以了解具體的情況。雖然勾勒出土文獻中診脈法的手法，但卻缺乏具體定位：如「至踝以上五寸處」的「五寸」是從踝尖起算還是從踝部上緣開始？用右手深取的這一點和左手那一點有何不同？若是同一點按得更深為何要換手？若不同點則位置又在何處？此外也缺乏對具體脈象的描述，亦未知脈象所代表的病理意義。而在探討從簡單的踝部診脈法到三部九候診脈法，乃至於後世習用的獨取寸口診脈法時，亦僅能於概念上說明古代脈診技術輪廓與大致演變方向，難以於實際操作層面重現技術的真實樣貌。相較之下，至今仍沿用不輟、文獻資料豐富的「獨取寸口」診脈法，便有較豐富的文獻資料與實際操作經驗可供考察參照。如蔡運寧、黃怡嘉、蘇奕彰廣泛收集古典與現代文獻中，與「寸口脈診量測定位」有關的內容，探究獨取寸口之原理。並溯源寸關尺一名詞的產生過程、寸關尺三部定位的定性操作，參考血流動力學原理，從實務操作角度、現行脈波研究，分析源自《難經》的「寸關尺定量法」（即「同身寸」測量法）與源自《脈經》的「高骨定關法」兩種定位法之優缺點與問題。文末指出「寸關尺定量法」較符合科學研究之操作要求。⁹⁹雖然精準的定性、定量能使儀器量測時更加精準，但就醫者臨床的角度觀之，「高骨定關法」無疑較為便利。兩種定位法孰短孰長誠有待更多臨床操作後的心得比較。

3. 脈診科學原理

晚清以來西風東漸，在率奉西方科學方法為圭臬的時代潮流中，中醫客觀化、科學化的呼聲至今不絕，以西方生理、物理學解釋脈診原理成為當代脈診研究之大宗，更根據對脈診科學原理的研究成果，設計出模擬醫者診脈的脈診儀器，以獲取客觀化的脈動數據。

當代學者或以西方血液動力理論解釋中醫脈診原理與脈動頻率、節律、強度、

⁹⁹ 蔡運寧、黃怡嘉、蘇奕彰：〈寸口脈診量測定位之文獻研究〉，《臺灣中醫醫學雜誌》第8卷第1期（2009年3月），頁41-52。



形狀等脈象基本要素。¹⁰⁰王唯工等學者則指出血液動力理論僅視為心臟為一推壓血液的幫浦、推送血液流遍全身血管，卻無法解釋何以心臟能以極小功率克服阻力、推動大量血流等問題，於是提出「血液循環共振理論」，主張人體各個臟腑均會隨心臟的搏動產生共振，血液流經諸臟腑的阻力將隨之減小。王唯工基於此一理論，認為脈波是血液壓力波流經各臟器與心臟共振狀況的綜合表現，彌補現代西醫以血液動力學解釋脈診原理之不足。¹⁰¹

然而，以現代西方科學解釋中醫脈診原理的研究，雖證明了中醫脈診的科學性，但乃是在西方科學理論的架構下作詮釋，並非就中醫本身理論體系的架構而言，如此仍有不足。因為脈診的描述乃是中醫理論所特有，若不能從中醫理論體系的觀點理解脈診原理與脈象描述，縱使能以西方科學理論完善解釋、對應所有脈象，也只成就了血液動力學或血液循環共振理論，而不成其為脈學。換言之，血液動力學或血液循環共振理論與人體脈象的對應關係，充其量只是讓西方科學的客觀說服我們；至於中醫理論體系本身，仍沒有因此而更客觀、更具說服力。

自清末俞樾〈廢醫論〉、〈醫藥說〉以降，「廢醫存藥」的主張持續發酵，認定中醫理論不符科學、應全盤揚棄，主張僅以西方醫學的理論架構來駕馭、使用中草藥即可。西醫理論乃將藥物作定性、定量分析，服用藥物後，藥物成分便隨血液擴散均布全身，且素無寒熱虛實的體質概念。然對中醫而言，藥物的藥效乃根

¹⁰⁰ 余邦慈以動脈管的舒縮、心臟每搏輸出量、心臟搏動的頻率、心臟搏動的節律與動脈管壁的硬度解釋構成中醫脈象的主要因素；羅志聰以血管內壓力(P)、心率(f)、血管管徑(r)、位移(dr)、位移變化率(dr/dt)、動脈管順應性、脈波反射及共振等七種生物力學概念解釋中醫脈象要素；黃雅慧、簡志瑋、林迺衛、陳仁義、葉明憲則以血液量、血液黏稠度、心跳速度、血液壓力和血管阻力為形成脈的重要因素。詳余邦慈：〈中醫脈象的形成機理及其診斷意義的剖析〉，《安徽中醫學報》1982年試(1)刊，頁11-13；羅志聰：〈生物力學在中醫脈象分類中的應用〉，《中醫藥研究資料》第1期(1983年)，頁21；黃雅慧、簡志瑋、林迺衛、陳仁義、葉明憲：〈脈診的一致性和其重要結構的成份分析〉，《臺灣中醫科學雜誌》第5卷第2期(2011年2月)，頁21-30。

¹⁰¹ Yuh Ying L. Wang, S.L. Chang, Y.E. Wu, T.L. Hsu, and W.K. Wang, "Resonance: The Missing Phenomenon in Hemodynamics", Circulation Research 69 (1991), pp.246-249.關於王唯工「血液循環共振理論」詳細內容，可參氏著：《氣的樂章》(臺北市：大塊文化出版社，2002年)。



據植物生長的節候、空間，以及炮製方法所決定；藥物進入人體後因其升降浮沉與歸經特性，針對特定的身體場域發揮作用。每一味藥的藥性皆根據其存在的作用場域與時空背景才能完整說明，無法抽離出來單獨化驗。¹⁰²倘不能究明藥物、方劑背後龐大的中醫理論體系，而僅在西醫思維模式下將中藥中的有效成分單獨抽出使用，便難以針對不同體質患者的相似病症，作出各合其宜的診療調整。

同樣的，以現代西方生理學、物理學詮釋中醫脈診原理，固然能將脈診科學化，建立客觀化的脈診觀察數據，更使儀器取代醫者成為可能，但對傳統脈診技術的操作、傳承並無助益；且一旦捨棄脈診固有的中醫理論背景，那麼透過脈診所能掌握的氣穴、孫絡、絡、經、臟腑等整套由六經辯證架構起的龐大體系，亦將無法得到充分理解。¹⁰³

4. 脈象與證型關係研究

部分當代學者透過文獻與臨床經驗，對特定脈象進行研究，歸納脈象與病症類型之關係。黃世林、孫明異參綜歷代文獻、臨床經驗、脈診圖，詳述四十餘種脈象之脈象特徵、病因、病機與診治要點；¹⁰⁴詹炎松、林美鶯、徐明華、黃明我、陳俊明、林秀真、吳萬力、張金火、潘念宗則透過中醫脈診與現代醫學檢驗，指出左寸脈虛為肝硬化與肝癌的脈象指標；¹⁰⁵戴君強透過與西醫婦產科、腎臟科等合作與檢查，使尺脈脈象與病症的關係更為精確和系統化；¹⁰⁶陳建仲則致力歸納

¹⁰² 詳蔡師璧名：〈重審陰陽五行理論：以本草學的認識方法為中心〉，《臺大中文學報》12期（2000年5月），頁285-364。

¹⁰³ 本段論述受蔡師璧名：〈《莊子》書中專家的「身體感」：一箇道家新研究視域的開展〉（尚未發表）所啟發。

¹⁰⁴ 黃世林、孫明異：《中醫脈象研究》（北京：人民衛生出版社，1986年）。

¹⁰⁵ 詹炎松、林美鶯、徐明華、黃明我、陳俊明、林秀真、吳萬力、張金火、潘念宗：〈肝硬化或肝癌之脈象〉，《中醫藥雜誌》第3卷第2期（1992年10月），頁13-21。

¹⁰⁶ 戴君強：〈尺脈變化在婦科與腎臟科上的重要意義—尺脈記錄獨立於脈診〉，《中醫藥研究論叢》第8卷第1期（2005年3月），頁39-49。



冠狀動脈性心臟病可能反映的脈象；¹⁰⁷江鳳凰則針對弦脈之特性與所對應的病症進行研究。¹⁰⁸

脈象與證型的研究成果，對實際診斷有相當程度的助益，但這乃是建立在診脈者已能正確分判各類脈象特徵的前提之上。對尚未能掌握細微脈象差異的診脈生手而言，自難藉此提升其脈診技術。

二、脈學中的手感論述

藉由回顧上述脈診起源、技術流變、科學原理、脈證關係等四類當代脈診研究可見，當代研究成果固能使我們對脈診起源、流變、原理以及脈證間的關係有更深入的認識，但誠罕見對脈診技術具體操作的論述。脈診初學者研讀以上研究成果，固然可增進其脈診知識，但無法由之習得脈診手法、增益脈診技術。

當代學界偏重脈診知識性內容，適反映近代國人對傳統文化的批判態度。晚清以降，面對西方軍事、經濟、文化勢力的入侵，知識份子一方面成長於傳統中國文化薰陶之中，一方面又欲藉由參酌西學進而重新認識、評定、取捨傳統文化，試圖從思想的根源扭轉頹勢，以求為社群及文化覓得新的路向。民國爾來，此等傾向更加顯著。如汪暉所言：可將「重新估定一切價值的評判態度」視為「五四」啟蒙運動中，不同知識社群所共同秉持之「態度的同一性」。¹⁰⁹從民初思想家梁漱溟藉由比較中西「學」與「術」，重新評估中國固有學問的價值，指出中國的學問

¹⁰⁷ 陳建仲：〈中醫脈診證型之研究與應用〉，《行政院衛生署中醫藥年報》第 26 卷第 5 期（2008 年 8 月），頁 189-220。

¹⁰⁸ 江鳳凰：〈脈診 1.2.3.--閒話弦脈〉，《中華中醫雜誌》第 5 卷第 1 期（2010 年 12 月），頁 64-70。

¹⁰⁹ 汪暉並認為：「將『評判的態度』貫徹到各種知識領域和社會生活領域，這表明『五四』新文化運動包含著一種內在的自覺，即試圖用一種新的價值、公理重構天理世界觀覆蓋下的知識和生活領域。因此，儘管『五四』的『態度的同一性』不能被歸結為一種『方法論』，但『方法論』確實是它的一個有利的意識形態武器。」指出雖這種態度雖未有一種確切的方法論，但這樣的態度確實與其支持者所採取的方法論有相當程度上的關聯。詳汪暉：《現代中國思想的興起》（北京：生活·讀書·新知三聯書店，2008 年），頁 1206-1208。



「離開園藝沒有植物學，離開治病的方書沒有病理學、生理學解剖學」，是「是術非學」、「學術不分」。梁漱溟認為「術都是從學產生出來的」，因此在中國過度偏重應用的「術」而「無學為本」的狀況下，「術」也無法得到良好的發展。¹¹⁰

然而梁氏所謂的「學術不分」，或許正是中國傳統思想、技藝之特質。¹¹¹當代西方科學家、科學哲學家伯蘭尼（Michael Polanyi, A.D. 1891-1976）指出西方科學追求主客分離的傾向：

從科學中把這些熱情的、個人的、人性的理論鑒定清除，或者至少要把它們的作用最大限度地減小到可以忽略的附屬地位，因為現代人為知識所建立的理想是：自然科學的觀念應是種種陳述的集合，它是「客觀的」，它的實物完全由觀察決定，儘管它的表述可以由習慣形成。¹¹²

西方科學觀致力追求一絕對客觀的知識，希冀其完全由客觀觀察所得，且將之以精確而無關乎熱情、個人、人性等主觀因素的語言文字、符號公式進行陳述。如此一來，仰賴個人經驗所操作的「術」，理當於追求「客觀性」的過程中，逐漸與「學」分離。

對於西方科學追求主客分離的傳統，伯蘭尼卻有迥異的看法，因在實際施作技能時，伯蘭尼發現僅憑心智的理解無法完成技藝的操作：

實施技能的目的是通過遵循一套規則達到的，但實施技能的人卻並不知道

¹¹⁰ 梁漱溟：《東西文化及其哲學》（臺北：臺灣商務，2002年），頁36。本段論述參考蔡師璧名：〈《莊子》書中專家的「身體感」：一箇道家新研究視域的開展〉（尚未發表）一文。

¹¹¹ 梁氏即指出看似不精確的東方玄學，反較西方科學更能把握本體的流動與變化：「科學所講的是多而且固定的現象（科學自以為是講現象變化，其實不然，科學只講固定不講變化），玄學所講的是一而變化變化而一的本體。我們人素來所用的都是由前一項來的觀念，或說觀念的本性就是為表前一項用的。照他那樣，一就不可以變化，變化就不可以一，所以非破除這種成規，不能挪到玄學上來用。破除觀念的成規，與觀念的製作不精純，極相似而不同。大家卻把中國學術，單看成製作不精純一面了。當知中國人所用的有所指而無定實的觀念，是玄學的態度，西方人所用的觀念要明白而確定，是科學的方法。」（《東西文化及其哲學》，頁36）

¹¹² Michael Polanyi 著，許澤民譯：《個人知識——邁向後批判哲學》（貴陽：貴州人民出版社，2000年），頁23。



自己這樣做了。¹¹³

技能確實依循其背後之規則運作，但以心智理解技能背後之原理、規則並不等同於能真正施行技能；事實上，實施技能者甚至可能在完全不知曉技能賴以運作之規則的情況下，仍無礙技能的實施。伯蘭尼以騎自行車轉彎時保持平衡的技能為例：對於某一特定的失衡偏斜角度而言，每次轉彎的弧度與騎車者前進速度之平方成反比，但了解此規則並無助於自行車新手嫋熟過彎的技能——在實際的狀況中，若一心專注於將過彎角度、失衡角度與行進速度調節至正確的比值，反可能使自己因心有旁騖而由車上跌落。¹¹⁴伯蘭尼由此指出，一門本領除了規則、定律等可以文字、符號清晰描述的外顯知識外，尚存在規則略去不提、甚至無法言傳的實踐知識，伯蘭尼稱之為「默會之知」(tacit knowledge)。唯有結合可言傳的準則與不可言傳的默會之知，始能真正指導一門本領的實踐；倘若無法真正掌握技術中那些難以透過言語傳遞的實踐知識，就連那些可以言傳的準則也是難以理解、無法運用的。¹¹⁵

以脈診為例，我們透過當代脈診研究，可以知曉診脈位置是由全身可診得脈動處逐漸簡化至手腕寸口，而兩手寸口又各自劃分為寸、關、尺三部脈位，由各部脈位之脈象可診察與之相應的臟腑、經絡、表裡狀態。但當我們試圖遵循上述規則實際診脈時，卻發現尚存在許多規則未曾述及、卻攸關操作的環節：病人被診之手如何措放？醫者應以何手、何指診脈？診脈手勢為何？與病人的對應、互動關係為何？如何正確定位寸、關、尺脈位？——倘若缺乏這些實際操作的知識，則那些被清楚言說的診脈知識，也將無從驗證、無法應用。

既然一門本領中必然包含難以規則、定律傳述的實踐知識，究竟如何方能真正學會、實踐技能？伯蘭尼指出，無法詳細言傳的技藝無法通過外顯的規定流傳

¹¹³ Michael Polanyi 著，許澤民譯：《個人知識——邁向後批判哲學》，頁 73。

¹¹⁴ Michael Polanyi 著，許澤民譯：《個人知識——邁向後批判哲學》，頁 74。

¹¹⁵ Michael Polanyi 著，許澤民譯：《個人知識——邁向後批判哲學》，頁 74。本段「默會之知」(tacit knowledge)論述受蔡師璧名：〈《莊子》書中專家的「身體感」：一箇道家新研究視域的開展〉(尚未發表)、〈何謂「形如槁木」：心靈取譬、身體感或身體技術〉(尚未發表)所啟發。



複製，僅能在師徒的接觸中「親自致知」：

通過示範學習就是投靠權威。依照師傅的樣子做是因為你信任師傅的辦事方式，儘管你無法詳細分析和解釋其效力出自何處。在師傅的示範下通過觀察和模仿，徒弟在不知不覺中學會了那種技藝的規則，包括那些連師傅本人也不外顯地知道的規則。一個人要想吸收這些隱含的規則，就只能那樣毫無批判地委身於另一個人進行模仿。一個社會要想把個人知識的資產保存下來就得屈從於傳統。¹¹⁶

連掌握技藝者自身也未必覺察、隱而未顯的實踐知識，唯有透過師徒間的示範、觀察與模仿始能習得，即使最致力追求以理性掌握規則的科學研究亦不例外。

伯蘭尼指出，近代科學研究方法源於四百多年前的歐洲地區，時至今日，科學中可被言述的外顯知識已於全世界各大學中廣泛教授，但科學研究中不可言傳的規則卻未隨之普及，傳統科學研究重鎮的成果仍較為豐碩，新興地區的年輕科學家仍須前往傳統科研重鎮追隨、親炙掌握研究技藝的大師，始能在親身觀察、仿效、實踐的過程中習得技藝。¹¹⁷伯蘭尼的研究打破「學」與「術」間涇渭分明的界線，可見縱使是最重視客觀性的西方科學研究，也是學中有術、術中有學，具有「學術不分」的特質；伯蘭尼點出當代西方科學與哲學發展所面臨的困境與範限，在於過度重視那些可以言傳的定律、原則等外顯知識，而鮮少注意唯有透過師徒授受與個人親自操作、體會始能確實掌握的實踐知識。吾人若稍加軒輊整個西方科學與中醫脈學兩者的學術體質，便會發現脈學當中個人知識、具身認知的成份相較於西方科學更加顯著。¹¹⁸

王叔和《脈經·序》詳述其編撰《脈經》的原由：

脈理精微，其體難辨。弦緊浮芤，展轉相類。在心易了，指下難明。謂沉

¹¹⁶ Michael Polanyi 著，許澤民譯：《個人知識——邁向後批判哲學》，頁 79-80。

¹¹⁷ Michael Polanyi 著，許澤民譯：《個人知識——邁向後批判哲學》，頁 79。

¹¹⁸ 本段關於「具身認知」論述受蔡師璧名：〈《莊子》書中專家的「身體感」：一箇道家新研究視域的開展〉(尚未發表)、〈何謂「形如槁木」：心靈取譬、身體感或身體技術〉(尚未發表)所啟發。



為伏，則方治永乖；以緩為遲，則危殆立至。況有數候俱見，異病同脈者乎！夫醫藥為用，性命所系。和鵠至妙，猶或加思；仲景明審，亦候形証，一毫有疑，則考校以求驗。故傷寒有承氣之戒，嘔噦發下焦之間。而遺文遠旨，代寡能用，舊經秘述，奧而不售，遂令末學，昧於原本，斥茲偏見，各逞己能。致微成膏肓之變，滯固絕振起之望，良有以也。

王叔和博通古今醫籍、編著《脈經》，官至太醫令一職、更畢生行醫，可見其於「學」、「術」均有超卓的成就。自序中一開頭便表明：脈診中可言傳之原理、規則已是精微奧妙（「脈理精微」），實際操作時欲明辨脈象、正確診斷更是困難（「其體難辨」），這是由於脈象彼此間雖有殊異，卻又「輾轉相類」，容易彼此混淆。然而其所處時代的醫學傳承現況卻是「舊經秘述，奧而不售」，古代經典論述中蘊含的知識與技術被視為秘奧、不輕易外傳，當時醫者缺乏正確指引、又不能掌握醫籍中的原理與規則，使脈診等醫技陷入各執己見、莫衷一是的混亂情形（「遂令末學，昧於原本，斥茲偏見，各逞己能」）。於是王叔和申明著書用心：

今撰集岐伯以來，逮於華佗，經論要決，合為十卷。百病根原，各以類例相從，聲色証候，靡不該備。其王、阮、傅、戴、吳、葛、呂、張，所傳異同，咸悉載錄。誠能留心研窮，究其微蹟，則可以比蹤古賢，代無天橫矣。（《脈經·序》）

早在魏晉之前，脈診技術便已發展成熟，但脈診技術的原理、規則與實踐知識卻散見於不同醫籍中。王叔和於是蒐羅前賢論著，彙整為一自病因到徵候皆完整周備的體系（「百病根原，各以類例相從，聲色証候，靡不該備」）。令每一個學習脈診的生手閱讀《脈經》時，都能與自身對脈診技術的實際體驗相互發揮：一方面將《脈經》的原理、準則應用於臨床，印證書中所載錄的實踐知識；另一方面更藉由《脈經》所述，檢視、規範自身技術，使技術不致在代代傳承中亡佚、變質，而仍保有企及前賢成就的可能。

面對當時技術失傳、變質的情形，最佳的應對之道當是使習醫者追隨能真正掌握技術的老師學習；但考量現實層面，天下習醫者廣布各個角落，難以確保人



人皆可跟隨掌握技術真髓的老師。王叔和編撰《脈經》即採取另一條雖然迂迴，卻較穩健可行的途徑——將其對脈診之「學」與「術」、「理」與「體」的深刻體悟編纂成書。令每個有心學習脈診的生手皆能透過閱讀與實習，習得技術中的外顯知識與實踐之知。

王叔和以「在心易了，指下難明」點出在實際施用時脈診之「理」與「體」、「學」與「術」、外顯知識與實踐知識間的落差：心智縱能清楚理解可言傳的原理與準則，但實際下指診脈時卻仍難以精確辨識不同的脈象、作出正確的診斷。倘若不能掌握脈診中難以言喻的實踐知識，則那些前賢傳下的原理、規則也無從落實、應用（「遺文遠旨，代寡能用」）。由此可知，中醫脈診的操作若僅停留在知識概念上的理解，並不足以真正掌握其技術，唯有透過「指下」的實際體驗、感受，始能了然某些難以用言語文字傳述的「默會之知」。倘若以伯蘭尼的觀點回顧梁漱溟對中國傳統學問「有術於學」、「學術不分」的反省，將可發現梁氏批語實道出中國傳統學問之特質：「學」實無法與「術」分離獨存。唯有專精於「術」，才能真正認識「學」中的種種規則。¹¹⁹

王叔和以「弦緊浮芤，展轉相類」，道出「在心易了，指下難明」的主要原因，在於指下脈動手感容易混淆。「按之如弓弦狀」的弦脈，彷彿按壓細而緊繩的弓弦，「數如切繩狀」的緊脈，則有如切按較弓弦為粗的繩索；「舉之有餘，按之不足」的浮脈，於指下可感到浮於肌表的脈動、施力下壓至深處則趨於微弱，「浮大而軟，按之中空，兩邊實」（《脈經·卷一·脈形狀指下秘決第一》）的芤脈與浮脈手感相似，但施力下壓時可感到脈中央空洞無力、邊緣仍堅實不散。透過以上文字敘述，我們的心智得以理解不同脈象間手感特徵的差異，然而當手指實際觸壓手腕脈動時，指下的感受卻不再清晰、明確，仍容易混淆。是以《脈經·卷一·脈形

¹¹⁹ 如《老子·十一章》：「三十輻共一轂，當其無，有車之用。」位於車輪中心的車轂，本身並未如輪幅不斷轉動，但因其中空而能套上輪軸，使車輪得以轉動、發揮效用；但另一方面，也必然要有車輪的「用」，車轂的意義始得以彰顯。本段關於梁漱溟批語「學術不分」無意間道出中國傳統學問特質之論述，乃簡述自蔡師璧名：〈《莊子》書中專家的「身體感」：一箇道家新研究視域的開展〉（尚未發表）所論。



狀指下秘決第一》在逐一描述廿四種基本脈象的手感特徵後，仍需指出：

浮與芤相類，弦與緊相類，滑與數相類，革與實相類，沉與伏相類，微與濇相類，軟與弱相類，緩與遲相類。

可知在實際診脈時，不同脈象於指下診得的手感可能彼此相似，需仔細辨別手感中的細微差異才不致於辨證論治時產生失誤、危及病人性命（「謂沉為伏，則方治永乖；以緩為遲，則危殆立至」（《脈經·序》））。

對脈診初學者而言，診脈技術提升的關鍵，取決於是否能真正分辨、掌握那難以語言精準描述的脈動手感。即便將手指放置在相同的位置，觸知相同的感官訊息，脈診生手與專家指下仍可能有不同的感受。龔卓軍於〈身體感：胡塞爾對身體的形構分析〉，借用醫生學習心臟聽診的過程，說明身體感不等同於直接的感官經驗：

我的心臟學教授給我一隻聽診器，說：「聽聽這個心臟」，我聽到「碰、碰、碰」。他說：「這心臟有滴答答滴的聲音，還有雜音，然後又一陣雜音，聽到沒？」我不得不說：「沒聽到」，可是在聽過幾百個病人之後，你就開始聽到這些細微的聲音。如果有好老師的話，他們指引你，你會學到技術。¹²⁰
 這位醫師剛開始學習聆聽心音時，許多細微的心音對他而言是不存在的，然而當他累積了足夠的聆音經驗後，那些細微的聲音卻因為身體習性的養成，而成為確實存在的現象，而可能成為臨床診斷的重要依據。換句話說，要聽到這些心音，必須累積足夠的身體體驗基礎。¹²¹

由此可知，倘若缺乏身體實際的體驗、感受以及掌握技術者的指引，聽診或切診的初學者便無從由耳朵所接受的聲音、指下觸得的搏動，感知到那些可作為診斷依據的身體感。

面對中醫脈診奠基於指下感受的技術特質，若採取傳統「身體觀」的研究進

¹²⁰ Bill Moyers, *Healing and the mind*, 彭淮棟譯，《身心桃花源》（臺北：張老師文化，1995年），頁365。

¹²¹ 龔卓軍：〈身體感：胡塞爾對身體的形構分析〉，《應用心理研究》第29期，2006年，頁168。



路恐難窺其具體面貌，而需轉以「身體感」進路，始能掌握脈診技術於實際施用時的關鍵。蔡師璧名指出「身體觀」與「身體感」研究進路之殊異：

「身體觀」屬於認識論，係針對「具體」的存在物——身體——作一抽象的理解，意即把原初的「經驗」加以「觀念」化。然而觀念指向「真實」，身體觀所要指涉的依舊是實實在在的具體身體。易言之，「身體觀」的理論描述雖用以把握真實而具體的身體，然而具體的身體不斷改變，「身體觀」不過是將「具體身體」暫作抽象的描述。則「身體觀」顯然不是魚，而是筌；不是目的 (end)，而是工具、途徑 (means)。因此，只著重於身體觀，尚不足以充分揭示傳統對具體身體的了解。……

至於「身體感」這概念，則是強調以身體作為認知主體，以「身體」這個具體時空中的立足點，來安排主體所獲得的感官經驗。倘若我們肯定傳統文化特重體驗、內省、修鍊與超越的特質，則直接就現象層面探究具體的感官經驗，較之將具體而流變的身體加以觀念化、抽象化，似更切合古人認識身體的方式。因為細微的感官經驗，未必受觀念化的身體圖像所範圍。有太多在時間中流動且細緻、獨特的身體感受，難以收編到共時性的身體結構圖像暨作用機制之中。¹²²

「身體觀」所描述的仍是抽象、觀念化的身體，而非在具體時空中不斷變化的真實身體。脈診作為診察技術，即是要透過醫者指下的感受之流，探究、掌握具體身體的真實動態。若僅是對脈診作身體觀式的認識，探討經氣之性質、脈診之原理，仍無法具體掌握脈診技術中難以言詮的操作關鍵。因此本研究將採取「身體感」的角度，尋繹王叔和《脈經》中的手感論述，¹²³ 探究於實際診脈時，如何由

¹²² 詳師著：〈疾病場域與知覺現象：《傷寒論》中「煩」證的身體感〉，收入余舜德主編：《體物入微》（新竹市：國立清華大學出版社，2008年），頁167-168。

¹²³ 王叔和《脈經》廣納魏晉以前醫籍、醫者脈診論述，下啟後世醫家，由技術角度觀之，《脈經》之診脈技術雖未必與其前、其後的脈診技術全然相同，但彼此間仍存在相當程度的一致性。因此本研究若逢《脈經》缺乏較具體詳細的論述，將援引後代醫家的手感記述與醫理詮釋，盡可能勾勒《脈經》脈診技術樣貌。



指下手感解讀身體的狀態，試圖掌握脈診技術中難以言傳的默會之知。

本研究將脈診技術分為四章分別討論。三、四、五章由指下脈動之部位、深度、速度與力度等四項基礎手感知因子，逐步掌握脈診技術之規則與實際操作方法：第三章「一寸之身：寸口之內的全體象徵」將依脈診生手學習之次序，探究診脈部位、脈位與臟腑對應關係以及實際下指診脈的手法；第四章「上下浮沉：手感知的空間書寫」將進一步探討如何藉由控制力道之輕重探測不同深度的脈動，並瞭解透過觸摸感知的脈動深度其所表徵之生理與病理意義；第五章「寒熱虛實：手感知中的速度與力度」，將探究中醫如何在不倚仗計時器的情況下，衡量患者脈動的速度與力度，由指下探知患者體內狀態之寒熱、虛實。¹²⁴而在深入脈診技術前，將透過第二章「脈象典範與聖人典範」的展演，闡明《脈經》既是重要的中醫診斷學專著，又非止步於治療疾病，試圖指出在醫家「治未病」的追求中，脈診不僅是「治已病」的診病技術，而更具有使病人成為一般平人，並繼續踏上賢人、聖人、至人、真人此一不斷階級升進的理想與目標。

¹²⁴ 於實際診脈時，脈位、浮沉、速度、力度等手感知因子實為不可離析之整體，由於指下手感「在心易了，指下難明」，難以語言文字分析、描述，古代醫家遂往往透過物象譬喻傳述難以文字窮盡之手感。倘試圖將診脈手感分門別類、加以界說，固可於概念上清楚掌握脈動手感之輪廓與結構，卻恐難以含括傳統醫家指下所曾感知的所有手感細節。本研究分從脈位、浮沉、速度、力度等面向，探究釐清《脈經》中之手感內涵，實乃權宜之法。

第二章 脈象典範與聖人典範

——省思脈診技術研究於中國傳統思想工夫論中之意義



《黃帝內經素問·四氣調神大論》強調傳統醫家「治未病」的理想目標：

故陰陽四時者，萬物之終始也，死生之本也，逆之則災害生，從之則苛疾不起，是謂得道。道者，聖人行之，愚者佩之。從陰陽則生，逆之則死，從之則治，逆之則亂。反順為逆，是謂內格。是故聖人不治已病，治未病，不治已亂，治未亂，此之謂也。夫病已成而後藥之，亂已成而後治之，譬猶渴而穿井，鬪而鑄錐，不亦晚乎。

「陰陽」、「四時」的大化流行是天地自然之「道」，順此道而行，即能不生重病、生意盎然，使生命得到全然的安治、安頓（「從之則苛疾不起」、「從陰陽則生」、「從之則治」）；倘若不能順此道而行，生命則將遭逢疾病、禍害、逆亂等，步向虧損消亡（「逆之則災害生」、「逆之則亂」、「逆之則死」）。如果不能於初偏離此道時及早察知、回歸常軌，待到已病、已亂才投藥施治、撥亂反正，就好像口渴了才開始掘井、要與人爭鬥時才開始鑄造兵器，為時已晚、緩不濟急。

醫家義界下掌握如是之「道」的「聖人」，其所致力絕非僅是於疾病發生後補救治療，¹而是致力在「苛疾」未「起」、「災害」未「生」之前便循「道」而行。

¹ 儘管《漢書·藝文志》界定「醫經」之性質為：「醫經者，原人血脉經（絡）〔落〕骨髓陰陽表裏，以起百病之本，死生之分，而用度箴石湯火所施，調百藥齊和之所宜。至齊之得，猶慈石取鐵，以物相使。拙者失理，以癆為劇，（以死為生）〔以生為死〕。」（漢·班固著，唐·顏師古注：《漢書》，北京：中華書局，1987年，頁1776），「經方」類則為：「經方者，本草石之寒溫，量疾病之淺深，假藥味之滋，因氣感之宜，辯五苦六辛，致水火之齊，以通閉解結，反之於平。及失其宜者，以熱益熱，以寒增寒，精氣內傷，不見於外，是所獨失也。故諺曰：『有病不治，常得中醫。』」（頁1776）僅將醫學典籍歸於〈方技略〉之「醫經」、「經方」二類，視為「治已病」、使病患「反之於平」的方技著作。然蔡師璧名已指出：「《內經》的著書宗旨，絕非僅限於提供醫生治病的技術手冊。其理想乃是使讀者尋治於『未病』、『未亂』之先，藉著對『陰陽四時』的掌握，將身體安頓於大化流行之中。對『醫家』而言，這並非枝微末節的技術知識，而是『聖人』行『道』之所在。」（詳師著：《身體與自然》，頁4。）



可知傳統醫家所嚮往的目標，不僅止於無病的「平人」之境，而是要使生命契合於大道；不僅根本性地解消生命遭逢種種災害、苛疾的根源，更在與道相合的過程中，不斷轉化、升進至「賢人」、「聖人」、「至人」乃至「真人」的境界。²由《黃帝內經素問·上古天真論》對賢、聖、至、真境界的描述可發現，傳統醫家所嚮往的典範境界，除了「肌肉若一」、「壽敝天地，无有終時」、「益其壽命而強」、「外不勞形於事」、「形體不敝」、「益壽而有極時」等形軀生命的保全與綿延外，更包括「獨立守神」、「積精全神」、「无恚嗔之心」、「內无思想之患，以恬愉為務，以自得為功」等精神境界。³儘管醫家與儒、道所論的「聖人」、「至人」、「真人」的義界有別，但意在全幅生命無止境的提升、臻於生命理想境界的追求是一致的。⁴

² 《黃帝內經素問·上古天真論》：「余聞上古有真人者，提挈天地，把握陰陽，呼吸精氣，獨立守神，肌肉若一，故能壽敝天地，无有終時，此其道生。中古之時，有至人者，淳德全道，和於陰陽，調於四時，去世離俗，積精全神，游行天地之間，視聽八達之外，此蓋益其壽命而強者也，亦歸於真人。其次有聖人者，處天地之和，從八風之理，適嗜欲於世俗之間，无恚嗔之心，行不欲離於世，被服章，舉不欲觀於俗，外不勞形於事，內无思想之患，以恬愉為務，以自得為功，形體不敝，精神不散，亦可以百數。其次有賢人者，法則天地，象似日月，辯列星辰，逆從陰陽，分別四時，將從上古合同於道，亦可使益壽而有極時。」傳統醫家從未以為成為「無病」的平人為滿足，而是有更高層次的「賢人」、「聖人」、「至人」、「真人」的追求。惜後世習醫者多止步於醫病療疾，一如北宋高保衡、林億於《重廣補注黃帝內經素問》序文中感嘆：「惜乎唐令列之醫學，付之執技之流，而薦紳先生罕言之。……殊不知三墳之餘，帝王之高致，聖賢之能事：唐堯之受四時，虞舜之其七政，神禹修六府以興帝功，文王推六子以序卦氣，伊尹調五味以致君，箕子陳五行以佐世，其致一也。奈何以至精至微之道，傳之以至下至淺之人，其不廢絕為已幸矣。」（《黃帝內經素問校注》，頁 11-12）高、林二人將醫道與上古帝王、聖賢創制之功業文明相提並論，皆屬精微深湛的聖賢之道。

³ 同註 2。

⁴ 託名黃帝，是戰國至西漢的黃老學派著作的特色之一。黃老道家思想的特點在於將「治身」與「治國」視為一事，司馬談〈論六家要旨〉謂黃老道家：「使人精神專一，動合無形，瞻足萬物。其為術也，因陰陽之大順，採儒墨之善，撮名法之要，與時遷移，應物變化，立俗施事，無所不宜，指約而易操，事少而功多。」只要順應陰陽之道，便能安頓個人的精神形軀，並妥善應對治理外在事務。「天地宇宙，一人之身也；六合之內，一人之制也。」（《淮南子·本經訓》）、「未嘗聞身治而國亂者也，未嘗聞身亂而國治者也」（《淮南子·詮言訓》）主張天地宇宙與人身相應，治身與治國之道並無二致。託名黃帝、主張人應順陰陽之道而行的《黃帝內經》，與黃老道家將人身至於天地宇宙中，欲法天地之道、陰陽之行以「治身」、「治國」的追求甚為相契，雖無證據證明



既然傳統醫家對提升生命境界有無止境的追求，則所傳下望、聞、問、切診法或針灸湯藥等療法，是否亦能輔助達到「治未病」之效？既然其追求與傳統思想的儒道二家相輝映，那麼醫家的診察之術是否亦將有助於儒、道的修身工夫？

第一節 身體觀與理想情緒

一、傳統思想中的「形——氣——神」身體觀

本研究以中國學的立場從事由「生手」到「專家」的脈診學習研究，此一取徑與中醫研究者所從事的「脈診」研究相比，於意義上有何不同？方法上又有何差異？欲尋覓此提問之解答，必須回歸傳統中國學，探究「把脈」所能診斷、認識、閱讀的身體訊息內涵。為此，則需先了解中國學義界的身體，界定「把脈」診察之目標——身體——的範疇。

中國思想傳統義界下的身體，實包含身、心；生理、心理。如孟子以能與外物交接相感的「耳目之官」為「小體」，以具思想能力的「心之官」為「大體」，⁵此定義下的「體」不只是有形可見的生理結構，更含括無形的思想、精神層面。且此物質的身體和精神的身體不是並列存在、不相干涉的關係，而是一「形——氣

《黃帝內經》與黃老學派的關係，但兩者對「治身」的共同重視許不無關聯。

⁵ 《孟子·告子上》：「公都子問曰：『鈞是人也，或為大人，或為小人，何也？』孟子曰：『從其大體為大人，從其小體為小人。』曰：『鈞是人也，或從其大體，或從其小體，何也？』曰：『耳目之官不思，而蔽於物，物交物，則引之而已矣。心之官則思，思則得之，不思則不得也。此天之所與我者，先立乎其大者，則其小者弗能奪也。此為大人而已矣。』」（漢·趙岐注，宋·邢昺疏，清·阮元校定：《孟子注疏》，《重刊宋本十三經注疏：附校勘記》，臺北：藝文，1955年，頁203。）「耳目之官」是實質的生理器官，能與同樣具有形質的外物交接相感，卻也因此易為外物遮蔽、牽引而不能自主，故為「體」之「小」者；「心之官」則具思想能力，可以本著「惻隱」、「羞惡」、「辭讓」與「是非」等「四端」之心，經由反省、思考而獲致「仁」、「義」、「禮」、「智」等德性（「惻隱之心，仁之端也。羞惡之心，義之端也。辭讓之心，禮之端也。是非之心，智之端也。」）（《孟子·告子上》），「心之官」不受耳目之官與外物交感時所引起的情欲遮蔽牽引，故為「體」之「大」者。



——神」緊密扣連的整體，相關文本俯拾即是：

夫志，氣之帥也；氣，體之充也。夫志至焉，氣次焉。故曰：持其志，無⁶
暴其氣。……志壹則動氣；氣壹則動志也。（《孟子·公孫丑上》）⁶

形者，生之舍也；氣者，生之充也；神者，生之制也。（《淮南子·原道訓》）

人之生，氣之聚也，聚則為生，散則為死。（《莊子·知北遊》）

氣變而有形，形變而有生。（《莊子·至樂》）

傳統中國思想以氣溝通形軀和精神，合三者為一生命整體，如孟子認為心志能主導體氣、形軀為氣所充塞（「夫志，氣之帥也；氣，體之充也」）；《淮南子》認為形軀是生命寄寓之宅舍、氣充盈於全幅生命之中、心神則為生命之主宰（「形者，生之舍也；氣者，生之充也；神者，生之制也」）；莊子認為人之形體乃至全幅生命，本是由氣之聚合所生（「人之生，氣之聚也」、「氣變而有形」）。進一步檢視，可看見形軀（「形」）與心神（「神」）之間以「氣」為中介產生的互動關係。「志」與「氣」的互動如「志壹則動氣；氣壹則動志也」（《孟子·公孫丑上》）。「形」改變「氣」而牽動「神」，如「今夫蹶者趨者是氣也而反動其心」（《孟子·公孫丑上》），當人跌倒或快跑時，體氣的變動將牽動、波及內在的心靈。反之，「神」影響「氣」而牽動「形」，如《莊子·人間世》中葉公子高早上才接到出使齊國的艱鉅任務，到傍晚時已因憂心如焚，導致體內陰陽之氣失去和諧、煩熱不已，需大量飲用冰水才能稍加緩解。⁷是由內在情緒動盪影響體氣造成的生理疾患。

透過作為中介的「氣」，「形」與「神」（或「心」、「志」）任一者的變動都將牽引另一者產生改變。值得注意的是，此不可離析、交互影響的整體中，仍存在

⁶ 《孟子注疏》，頁 51。

⁷ 《莊子·人間世》：「葉公子高將使於齊，問於仲尼曰：『王使諸梁也甚重，齊之待使者，蓋將甚敬而不急。匹夫猶未可動也，而況諸侯乎！吾甚憚之。子常語諸梁也曰：「凡事若小若大，寡（有）不道以懼成（成懼）。事若不成，則必有人道之患；事若成，則必有陰陽之患。若成若不成而後无患者，唯有德者能之。」吾食也，執粗而不臧。爨，无欲清之人。今吾朝受命而夕飲冰，我其內熱與？吾未至乎事之情，而既有陰陽之患矣；事若不成，必有人道之患。是兩也。為人臣者不足以任之，子其有以語我來！』」



本末、輕重、主從的關係——以「心神」作為「形——氣——神」結構的真正主宰。孟子明言心志能主導體氣，因此需持守心志，才不會使體氣紊亂（「夫志，氣之帥也」、「夫志至焉，氣次焉。故曰：持其志，無暴其氣。」（《孟子·公孫丑上》））。同樣為「體」，孟子卻以「大」、「小」強調生命有機整體中「心」、「身」角色的本末差異，指出「體有貴賤」：以「心之官」之「大體」為貴，以「耳目之官」之「小體」為賤。人應「立乎其大」、「從其大者」，據四端之心反思自省，始能不斷長養自身德性而臻於「大人」之境。⁸莊子則透過「愛」與「非愛」對比「形」、「神」何者居生命之要：

仲尼曰：「丘也嘗使於楚矣，適見麇子食於其死母者，少焉恂若，皆弃之而走。不見已焉爾，不得類焉爾。所愛其母者，非愛其形也，愛使其形者也。」
（《莊子·德充符》）

原本擠在母豬身邊喝奶的小豬，突然察覺母豬已死，因而驚懼奔逃。母豬的形軀在死亡前、後的短暫時間內沒有不同，但小豬卻有著親愛與畏懼兩種截然不同的反應。這是因為讓小豬感到與自身同類（「已焉」、「類焉」）的並不是母豬的外貌形軀，小豬所「親愛」是那主宰、驅使形軀的心神靈魂（「非愛其形也，愛使其形者也」）。由此可知，原來生命存亡的首要條件是心神，心神才是生命真正的主導。

上述輕重本末的差異並非來自先驗的價值判斷，而是植基於經驗現象中對生命的認識，繼而納入思想中的核心價值，反映於儒、道的修養工夫。經驗現象中，人容易執著於「色」（身），儒、道兩家卻發現「心」於二者間扮演主導角色。一旦將工夫用於「心」，將連帶使「色」（身）提升。蔡師璧即指出，先秦儒、道兩家同為「即心言心·身」的思想類型，孟子謂「可以踐形」的聖人或莊子謂「肌膚若冰雪」的神人，皆為致力於「心」、成就於「心、身」的境界型態。⁹《孟子·盡心上》：「形色，天性也。惟聖人然後可以踐形。」倘若通過修養內在德性達到

⁸ 同註4。

⁹ 詳師著：〈疾病場域與知覺現象：《傷寒論》中「煩」證的身體感〉，收入余舜德主編：《體物入微：物與身體感的研究》（新竹市：國立清華大學出版社，2008年），頁171。



聖人的境界，亦將帶動形軀的轉化升進，使內在德性的光輝體現於容顏、肩背與手足四肢（「其生色也，睂然見於面，盎於背，施於四體，四體不言而喻。」）（《孟子·盡心上》）。¹⁰《莊子·大宗師》中，聞道者女偪竟能因聞道而「年長矣，而色若孺子」，雖然年事已高，卻仍擁有如孩童般的臉色。與其說儒、道二家已超越世俗價值之見而不在乎「色」（身），毋寧說他們發現若將工夫致力「心」，透過「心——氣——形」互動結構，將可以崇本舉末地帶動色身提升，最終使身、心皆臻至理想境界。¹¹

當我們透過傳統思想典籍對於「身體」的義界——「形——氣——神」整體關係、連動關係中的輕重本末、先後主從有一定認識後，便可了解透過脈診所能掌握的人體實乃涵攝「身」（如臟腑等）、「心」（如情緒等）兩個面向。

二、先秦兩漢思想中用「心」工夫關照的起訖點

湯淺泰雄指出，東方身心修鍊是以少數菁英分子的成就為目標：

東洋修行法的思考方式，一直都是企圖以累積了長期修行、獲得了普通人無從得見的高度心身能力的菁英份子的經驗作為基礎，來構築出心身關係

¹⁰ 徐復觀強調此僅是就一個人自覺的工夫過程立論，以突顯心德之重要性，但心德必通過形色而呈現，心的無限創發性須通過其他官能能力的無限構造性而始能實現於客觀世界之中，而不是停留在「觀想」、「觀念」的世界。詳氏著：《中國人性論史》（臺北：學生，1969年），頁184-185。

¹¹ 以上有關中國古代思想傳統中「心神的認識」與「氣的認識」等論述，詳參蔡師璧名：《身體與自然》相關章節。楊儒賓先生指出：「孟子與莊子都認為身與心並不是屬性截然不同，它們毋寧是一種同質而不同程態的展現。在終極的意義上，人的身體都是精神（心）的表現，這種境界也就是『踐形』的實現。……身與心能化為同質性存在，乃因有氣介乎其間，氣一方面通向心，一方面通向軀體。它是心的作用層下一種前意識的流行，也是身體定性結構下一種流行之存在。『踐形』是指形體全為浩然之氣所滲化；『盡心』是指道德亦是全化為心氣之流行。『踐形』與『盡心』同時成立，此時心——氣——形三者形成為渾然同一的狀態。」指出身心本就是為氣所貫通的同質性存在，當形體完全為心氣滲化，最終將使內在精神境界融通無礙地體現於外在形軀。詳參氏著：〈支離與踐形——論先秦思想裏的兩種身體觀〉，收入氏編：《中國古代思想中的氣論與身體觀》（臺北：巨流，1993年），頁444-445。



的理想境地。伴隨著此一理想狀態的成立，潛在而言也就給予了所有的人其可能性。¹²

東方修行思維不以多數人的平均身心狀態為目標，而以少數菁英份子歷經長期修行獲致超凡心身能力的經驗，為致力追求的「理想狀態」，並以此為所有人揭示身心潛能所能臻至的最高境界。

傳統醫家以「不治已病，治未病」為「理想狀態」，我們普遍理解「治已病」的醫學範疇，那「治未病」的範疇究竟是甚麼？其工夫肇始點在哪裡？從操作面來看，「未病」之「病」的判斷標準為何？判斷方法為何？

「治未病」是所「治」範疇的擴張，亦可說是對「病」定義的嚴格化。與「治未病」的概念相似，「理想狀態」代表比一般眾人的平均狀態更嚴格的判斷基準。知道何為理想，就能判斷何為偏離，知道何為偏離，就有機會採取改善措施；知道何為「常」，就能判斷何為「變」，了解何為「變」，才能考慮如何「治」——意即當我們明瞭傳統思想中對「理想狀態」的認識，將有助於對「治未病」有更具體詳實的掌握。

中國傳統思想中帶動整體生命升進的主導者是「心」。倘若一位「生手」渴望藉由用「心」工夫提升整體生命、邁向「專家」，過程中應需一個衡量標準，始能適時調整其用「心」。以下將探究傳統思想中用「心」工夫關照的起訖點。

檢視先秦兩漢儒、道二家重要典籍對理想性情的論述，將發現其情緒發用原則同中有異、異中有同。同樣蘊生自「形——氣——神」身體觀的文化傳統，儒家與道家均承認情緒能夠影響生理，亦均以情緒為人自然的情感反應。但相較之下，儒家對仁、義等價值的重視仍高於對一己心身的養護，在合乎道義原則下發露負面情緒、影響一己身心是被允許的。道家則堅守「無以好惡內傷其身」、「捐

¹² 湯淺泰雄，《氣·修行·身體》(東京：平河出版社，1986年)，頁94-96。譯文引自蔡師璧名〈「形如槁木」：《莊子》書中專家的身體境界與技術〉(第三屆道教與當代社會研討會，德國慕尼黑漢學中心亞洲研究學系、波昂氣功養生醫療協會、慕尼黑中醫國際協會主辦，2006年5月26-28日)。



「情棄欲」、「無累」的情緒發用原則，無論在任何情況下，都不可任過度的情緒損傷心、身。¹³（詳表二）

	認為情緒能影響生理	認可情緒反應的自然	以情緒影響生理為負面	原則	工夫
儒	○	○	△ (在合禮、合宜的狀況下，入於胸次的哀樂是被允許，甚至是被視為理所當然的。 ¹⁴)	憂樂以道	持心 養心 禮節
道	○	○	○	無以好惡內傷其身	身、心 雙軌工夫
醫	○	○	○	恬淡虛無 精神內守	？

表二、儒家、道家、醫家的情緒發用原則

以下將檢視春秋到晉以前的儒、道、醫家典籍，了解《脈經》以前傳統思想中負面情緒與「治未病」的關係：

1. 儒家義界的負面情緒

由《論語》中可發現，在某些情況下，孔子以負面情緒之有無作為修德成果的試金石：

人不知而不慍，不亦君子乎？（《論語·學而》）

¹³ 本段關於儒、道二家理想性情之論述詳參蔡師璧名：〈《莊子》的感情：以親情論述為例〉（尚未發表）。

¹⁴ 節引自蔡師璧名：〈《莊子》的感情：以親情論述為例〉（尚未發表）。



子曰：「君子不憂不懼。」曰：「不憂不懼，斯謂之君子已乎？」子曰：「內省不疚，夫何憂何懼？」（《論語·顏淵》）

仁者不憂，知者不惑，勇者不懼。（《論語·憲問》）

孔子以沒有「慍」、「憂」、「懼」等負面情緒，為「君子」、「仁者」、「勇者」的理想心靈境界。然而對孔子而言，判斷情緒發用合宜與否，實有一先決條件：「君子」所當行之「道」。君子不應為自身的貧窮感到憂慮，卻可為道之不行常懷擔憂（「君子憂道不憂貧」（《論語·衛靈公》））；子女可以因擔心父母的疾病感到憂慮（「父母唯其疾之憂」（《論語·為政》））；孔子因愛徒顏淵過世而不勝悲慟地哭泣，認為面對顏淵這般德性醇美之人的永離人世，如是悲痛不已才是相應、合宜的情緒（「顏淵死，子哭之慟。從者曰：『子慟矣。』曰：『有慟乎？非夫人之為慟而誰為！』」（《論語·先進》））。

孟子由心與氣間「志壹則動氣，氣壹則動志」的雙向互動模式，提出「集義」的修養工夫：

夫志，氣之帥也；氣，體之充也。夫志至焉，氣次焉。故曰：持其志，無暴其氣。」……曰：「我知言，我善養吾浩然之氣。」「敢問何為浩然之氣？」曰：「難言也。其為氣也，至大至剛，以直養而無害，則塞於天地之間。其為氣也，配義與道；無是，餒也。是集義所生者，非義襲而取之也。行有不慊於心，則餒矣。我故曰告子未嘗知義。以其外之也。必有事焉而勿正，心勿忘，勿助長也。……。」（《孟子·公孫丑上》）¹⁵

孟子注意到心志不但能影響體氣，更於兩者間居主導地位。因此提出以「集義」為主的修養工夫。以「志」養「氣」，且以「義」為持志之內容：一旦循「義」而行，內心便不會有所畏怯、遲疑，體內浩然之氣便能不受戕害地蓬勃長養，直至充塞於天地之間（「以直養而無害，則塞於天地之間」）。只要合於應行之義，即使是負面情緒也僅是自然的發露，無需加以節制。是以文王為了「安天下之民」的

¹⁵ 《孟子注疏》，頁 51-53。



大義可「怒」(《孟子·梁惠王下》)，舜為了不得父子、兄弟的天倫之義可哭號悲泣(「舜往于田，號泣於旻天」(《孟子·萬章上》))。¹⁶

孔子與孟子將仁義等道德價值作為衡量一切想法、言行的準則，只要所發露的情緒不違此道德價值，即使是負面情緒亦非定要解消的對象。¹⁷戰國晚期的儒家學者，逐漸重視負面情緒可能造成的身心傷害，開始強調對情緒的節制與調和。

情志影響人的情緒發用，荀子由「養生」、「修身」的觀點指出對志意、知慮等情志應加以調節，但仍承襲孔孟之思想，以禮義為發用的準繩：

凡用血氣、志意、知慮，由禮則治通，不由禮則勃亂提侵；飲食，衣服、居處、動靜，由禮則和節，不由禮則觸陷生疾；……故人無禮則不生，事無禮則不成，國家無禮則不寧。(《荀子·修身》)

荀子指出應以外在之「禮義」為法度，¹⁸治理調節內在的血氣、志意、知慮與飲食、衣著、起居、動靜等行為舉止，才能正當通達、和諧而有節度(「由禮則治通」、「由禮則和節」)；若不遵循禮加以節制，其人將有逆亂、怠慢之舉，甚至導致疾病(「不由禮則勃亂提侵」、「不由禮則觸陷生疾」)。荀子以此指出「人無禮不生」，若不依循禮義之規範節制、調和一己身心言行，生命也難以得到安頓。

《禮記·中庸》則提出「中和」的情緒發用原則：

¹⁶ 以上關於孔、孟義界下的負面情緒之論述，受蔡師璧名：〈《莊子》的感情：以親情論述為例〉(尚未發表)所啟發。

¹⁷ 儒家並以「禮」來區別、安頓不同親疏關係中的情感表達。《禮記·問傳》：「夫悲哀在中，故形變於外也，痛疾在心，故口不甘味，身不安美也。」內心的「悲哀」、「痛疾」之情，將影響孝子一切的飲食起居，甚至是「哭晝夜無時」無所停歇地嚎哭(《儀禮·既夕禮》)。可見對先秦儒者而言，面對父母至親的離世，極度地悲痛，不但被允許、更且被視為最適切的情感。詳蔡師璧名：〈《莊子》的感情：以親情論述為例〉(尚未發表)。

¹⁸ 伍振勳指出對荀子而言：「禮義並未根於心，而是心必須與之應合的外在價值體系，亦即必須透過禮義來『治氣養心』，在『心』與『禮』內外相合的情況下，才是『有知』『有義』的一體呈現，表現出理想的人身模式。因此嚴格說來，禮義在荀子思想中才是首出的，荀子雖言『心居中虛以治五官』，似乎是以禮治心對治情欲之性，但『實非以心本身治性，乃通過禮義而治性。』如此說來，荀子此說實有『義外』之嫌。」詳氏著：〈荀子的「身、禮一體」觀——從「自然的身體」到「禮義的身體」〉，《中國文哲研究集刊》19期(2001年9月)，頁317-344。



喜怒哀樂之未發，謂之中；發而皆中節，謂之和；中也者，天下之大本也；
和也者，天下之達道也。致中和，天地位焉，萬物育焉。（《禮記·中庸》）
認為喜怒哀樂等情緒的發用，應該要處於不偏不倚且和諧的「中節」、「中和」狀態。徐復觀指出，「中」實為一不受私欲成見影響、不偏於一邊的精神狀態，順此純白之姿的精神狀態發露之喜、怒、哀、樂等情緒，實自性而發，具有普遍性，故能與外物之分位相適應，與情緒發用的對象得到和諧。¹⁹

漢代大儒董仲舒則主情善情惡之說，指出應發揮心對體氣的主宰能力，使心境維持在「和平而不失中正」的狀態，方為最佳的養身之法：

故君子道至，氣則華而上。凡氣從心。心，氣之君也，何為而氣不隨也。
是以天下之道者，皆言內心其本也。故仁人之所以多壽者，外無貪而內清淨，心和平而不失中正，取天地之美以養其身，是其且多且治。（《春秋繁露·循天之道》）

心為君、氣為臣，心為本、氣為末，氣隨心而行。內在德性深厚的「仁人」之所以大多長壽，乃是由於能使心不受慾望與情緒的擾亂（「外無貪而內清淨」），時刻保持在平靜祥和（「和平」）但不失中正法度的狀態。天地間的美善之氣因此將匯於其身，達到最佳的養身效果（「取天地之美以養其身，是其且多且治」）。

〈中庸〉與董仲舒所提出的「中和」、「中正」等理想情緒標準，雖較孔、孟突顯情緒本身和諧、和平的重要性，然其最終的衡量標準，需視情緒是否「中節」、中於道義之「正」而定，仍屬以道義為先的情緒發用型態。

2. 道家義界的負面情緒

老子、莊子以情緒本身為其工夫致力之所在。老子以「致虛極，守靜篤」（《老子·十六章》）主張全幅生命皆應保持虛靜、素樸的狀態。

莊子提出「无情」論述：

莊子曰：「是非吾所謂情也。吾所謂无情者，言人之不以好惡內傷其身，常

¹⁹ 說詳徐復觀：《中國人性論史》，頁 126-127。



因自然而益生也。」(《莊子·德充符》)

古之真人，……淒然似秋，煥然似春，喜怒通四時，與物有宜，而莫知其極。(《莊子·大宗師》)

以「喜怒通四時」描寫得道「真人」亦有喜、怒等情緒，只是視其如四季般生於自然、息於自然，而不任其滯留不去、牽纏攬擾，終致傷害得自「道」與「天」的一己身心。是以莊子提出「无情」工夫，遵循「不以好惡內傷其身」的原則，不論情緒之起因是否合於仁義，都應時刻留意，不應放任情緒傷害自身。²⁰

《淮南子》則徹底視「悲樂」、「喜怒」、「好憎」為有害於德性、逾越至道規範、有害心靈的負面情緒：

夫悲樂者，德之邪也；而喜怒者，道之過也；好憎者，心之暴也。故曰：
其生也，天行；其死也，物化。靜則與陰俱閉，動則與陽俱開。精神澹然無極，不與物散，而天下自服。故心者，形之主也；而神者，心之寶也。(《淮南子·精神訓》)

《淮南子》以心靈為形軀的主宰，而「神」則為心靈最寶貴的部分，因此應使精神保持「淡然無極、不與物散」的狀態，不隨物外逐而耗損、消散，以此為養護作為形軀之主的心神的最佳方法。

活動年代約與王叔和同時的王弼 (A.D. 226-249)，曾就聖人有情亦或無情之題與何晏展開精闢的論辯：

何晏以為聖人無喜怒哀樂，其論甚精，鍾會等述之。弼與不同，以為：「聖人茂於人者神明也，同於人者五情也。神明茂，故能體沖和以通無；五情同，故不能無哀樂以應物。然則，聖人之情，應物而無累於物者也。今以其無累，便謂不復應物，失之多矣。」(何劭〈王弼傳〉)²¹

何晏認為，聖人之所以成其為聖，在於聖人沒有喜、怒、哀、樂等種種情緒。沒有了情緒的干擾，應世時一切的判斷與舉措，自然能不偏不倚。何晏的說法較近

²⁰ 有關《莊子》的「无情」工夫詳參蔡師璧名：〈《莊子》的感情：以親情論述為例〉（尚未發表）。

²¹ 樓宇烈：《王弼集校釋》（臺北：華正書局，1992年），頁640。



於漢代舊說，認為聖人之情性皆大異於常人。王弼則認為聖人既然仍為「人」，便應不能沒有種種情感反應。面對這個世界，聖人仍以「五情」應物，有自然的喜怒哀樂等情緒的流露；只是由於聖人「神明茂」，故能體悟、覺察本體之「無」。處世應物時雖有種種情感的反應，但不會執著於物，陷溺於情感之中而受其累。²²

3. 傳統醫家思想中的理想情緒

傳統醫家的情緒發用原則又是如何？《黃帝內經素問·上古天真論》言：

夫上古聖人之教下也，皆謂之虛邪賊風，避之有時，恬淡虛無，真氣從之，精神內守，病安從來。是以志閑而少欲，心安而不懼，形勞而不倦，氣從以順，各從其欲，皆得所願。

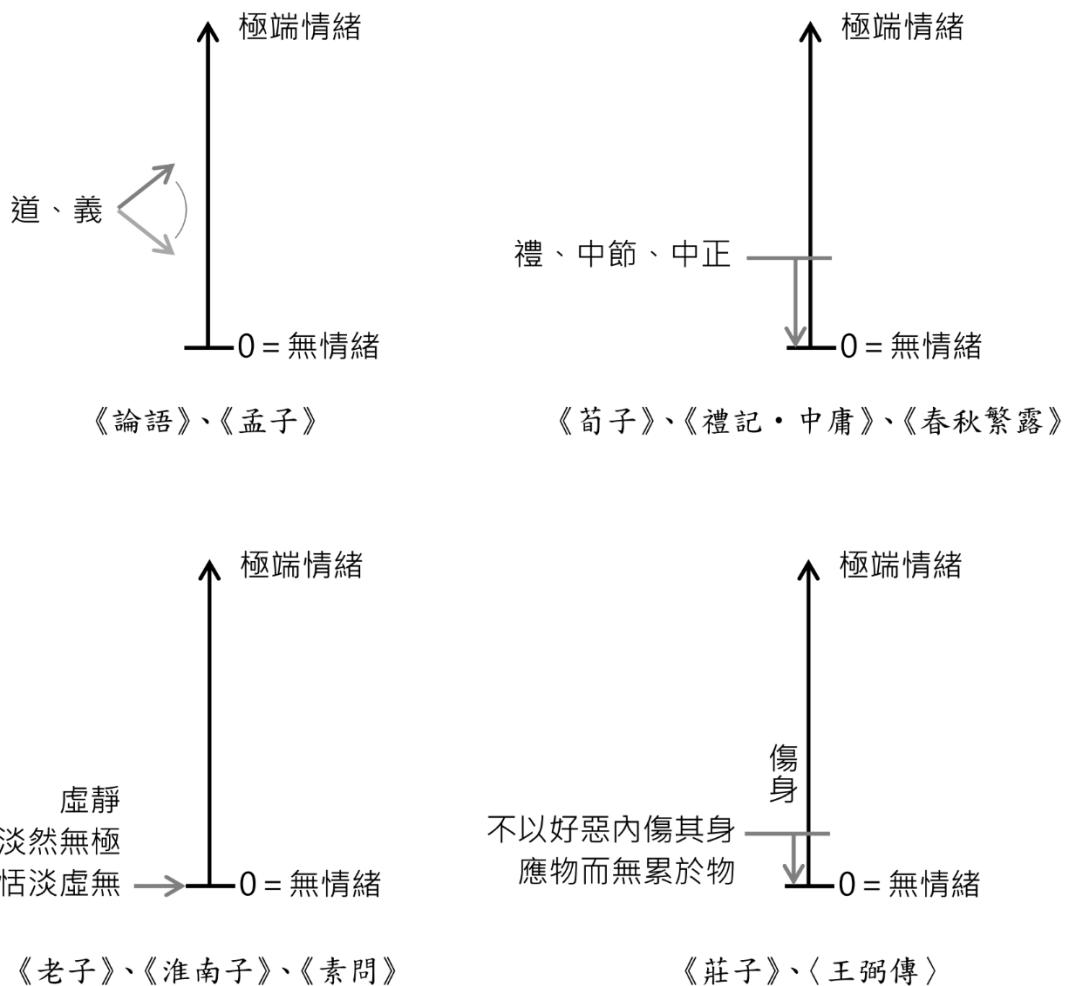
主張若使整體生命保持在「恬淡虛無」的虛靜心境，體氣自然能順暢運行、無所逆亂（「恬淡虛無，真氣從之」）；一旦使精神固守於內，不隨與外物的交接馳騁外逐，自不易耗損消亡，疾病無從侵襲（「精神內守，病安從來」）；心境安然自適，便不再因恐懼等情緒攬擾動盪（「心安而不懼」）。由以上論述我們可發現，傳統醫家的情緒發用原則實與道家若合符節，均致力追求心境的平和恬淡、避免任由過度的情緒內傷一己身心。

以情緒、情志的發用原則檢視由春秋到三國的經典，可概略依其判斷標準分為四個類型，第一類如《論語》雖提及「不慍」、「不憂」、「不懼」是「君子」理想心靈狀態；《孟子》雖強調持心、養心的工夫，但二者對情緒之應然與否，均仍以「道」、「義」為先決條件，因此允許喪禮時不勝哀慟、肯定文王一怒而安天下之民。第二類如《荀子》以「禮」節制知慮避免疾病、逆亂、《禮記》以「中節」為「達道」、董仲舒《春秋繁露》以「中正」為養生之法，三者皆強調以禮義法度節制情緒發用。第三類如《莊子》以「不傷」為原則，「以喜怒通乎四時」為理想、

²² 盧桂珍指出：「聖人之質性與應世之理相通：於本質處，稟受中庸之氣，體現沖和澹漠之性；於應世處，能不黏著於物，寂照萬有而無累。因此王弼強調世俗之人切莫見聖者『無累』，即推論聖人不復應物，此論失之太過矣。」詳氏著：〈王弼、郭象性情論研考〉，《臺大中文學報》第25期（2006年12月），頁104。



王弼亦強調聖人「應物而無累於物」，二者皆注意「不傷」、「無累」不讓情緒傷及身心。第四類如《老子》以「虛靜」、《淮南子》以「淡然無極」為目標，認為當抿除一切情緒，保持內心之清淨虛極。²³醫家《黃帝內經素問》有相似的理想，認為「恬淡虛無」是最佳的心靈狀態。(詳圖四)²⁴



圖四、先秦兩漢思想中情緒、情志的發用原則

²³ 先秦儒家思孟學派認為若能善加長養天生自然的「四端」情感，將能不斷轉化體氣，使形體徹底精神化，與道德良知合一。而先秦道家則重視情感對生命可能造成的擾亂，提出「無情」的工夫，致力去除私慾、執著產生的負面情感，回歸到生命深層的平淡之氣。說詳楊儒賓：〈支離與踐形——論先秦思想裏的兩種身體觀〉，頁 415-449。或許正由此偏重之異，造成儒、道對情緒發用之標準與對治工夫的不同。

²⁴ 本文附圖未註明出處者，為國立臺灣大學文學院語文中心中國語文組華語教師劉孝聖、劉燕凌與臺灣大學森林環境暨資源學系林雋雅同學合作繪製，謹此申謝。



先秦兩漢思想述及的理想心靈與情緒的有無多寡休戚相關，各家對情緒的發用原則雖然有別，但皆各自提出明確的判準。有了判斷標準，接著要問判斷方法為何？在與不同人、事、物的際遇遭逢中，除了時刻踐履儒、道、醫家的修養心、身之法，盡可能順道而行外，是否還能透過某種省察探測的工夫，協助我們掌握當下的情緒是否即將逾越「中正」、「中節」、「不以好惡內傷其身」、「無累」、「虛靜」、「恬淡虛無」的標準？我們是否能藉用傳統醫家的診察技術，透過可見、可聞、可觸的身體現象，檢視內在不可見的情緒狀態，進而輔成儒、道、醫家所追求的理想性情與人格典範？

倘若能透過醫家「診察」技術，覺察自身狀態是否即將偏離正常，針對可能致病的因素進行改善，使不致逆道而行，則此診察技術將不僅為「治已病」所需，更可以輔助「治未病」工夫之修鍊。對應上述情緒發用原則，傳統醫家以「恬淡虛無」為情緒理想，屬最嚴格的一類。倘若傳統醫家的診察技術可輔助判斷個人情緒發用是否合乎此嚴格理想，則對相較之下較寬鬆的判準而言，此診察技術理當可以普遍輔助各家心、身工夫修鍊。

第二節 「治未病」的工夫踐履：以診察輔助

以下將進入《脈經》，審視傳統醫家脈診中所關涉的身體內涵，探究脈診是否能提供洞燭機先、審視自己心身的技術？是否能勝任各家思想中，心身鍊之輔助？

一、身心合一的臟象網絡：五臟、五神、五志與脈象

《脈經》第三卷綜合《黃帝內經素問》〈玉機真臟論〉、〈平人氣象論〉，詳述與五臟相應之腑、經絡、脈象、身體組織、感官、音聲、顏色、氣味，揭示人體中細密嚴整的關係網絡：



肝象木，與膽合為腑。其經足厥陰，與足少陽為表裡。其脈弦，……其神魄，其主色，其養筋，其候目，其聲呼，其色青，其臭臊。其液泣，其味酸，其宜苦，其惡辛。……肝藏血，血舍魂。悲哀動中則傷魂，魂傷則狂妄不精，不敢正當人，陰縮而筋攣，兩脅骨不舉，毛悴色夭，死於秋。(《脈經·卷三·肝膽部第一》)

心象火，與小腸合為腑。其經手少陰，與手太陽為表裡。其脈洪……其藏神，其主臭，其養血，其候舌，其聲言，其色赤，其臭焦，其液汗，其味苦，其宜甘，其惡鹹。……心藏脈，脈舍神。恍惕思慮則傷神，神傷則恐懼自失，破爛脫肉，毛悴色夭，死於冬。(《脈經·卷三·心小腸部第二》)

脾象土，與胃合為腑。其經足太陰，與足陽明為表裡。其脈緩，……其神意，其主味，其養肉，其候口，其聲歌，其色黃，其臭香，其液涎，其味甘，其宜辛，其惡酸。……脾藏榮，榮舍意，愁憂不解則傷意，意傷則悶亂，四肢不舉，毛悴色夭，死於春。(《脈經·卷三·脾胃部第三》)

肺象金，與大腸合為腑。其經手太陰，與手陽明為表裡。其脈浮……其神魄，其主聲，其養皮毛，其候鼻，其聲哭，其色白，其臭腥，其液涕，其味辛，其宜鹹，其惡苦。……肺藏氣，氣舍魄。喜樂無極則傷魄，魄傷則狂，狂者意不存人，皮革焦，毛悴色夭，死於夏。(《脈經·卷三·肺大腸部第四》)

腎象水，與膀胱合為腑。其經足少陰，與足太陽為表裡。其脈沉……其神志，其主液，其養骨，其候耳，其聲呻，其色黑，其臭腐，其液唾，其味鹹，其宜酸，其惡甘。……腎藏精，精舍志。盛怒而不止則傷志，傷志則善忘其前言，腰脊痛，不可以俯仰屈伸，毛悴色夭，死於季夏。(《脈經·卷三·腎膀胱部第五》)

《脈經》中的臟象網絡，不僅包含具有形質的實然之物，如筋、血脉、肌肉、皮毛、骨骼等生理結構，眼睛、舌頭、嘴巴、鼻子、耳朵等官竅，或是眼淚、汗水、鼻涕、唾液等津液；亦兼及透過視覺、聽覺、觸覺、嗅覺、味覺可察知的生理現



象，如顏色（青、赤、黃、白、黑）、音聲（呼、言、歌、哭、呻）、脈象（弦、洪、緩、浮、沉）、氣味（臊、焦、香、腥、腐；酸、苦、甘、辛、鹹），更含括向來被歸屬於心靈範疇、杳不可察的「神」、「魂」、「意」、「魄」、「志」。（詳表三）在此一嚴整有序、緊密相連的網絡中，任一臟腑發生變異，與之相應的感官、體液、臉色、聲音、脈象、氣味、神魂、情緒也都會隨之產生變化。

五臟	肝	心	脾	肺	腎
五行	木	火	土	金	水
表裡	膽	小腸	胃	大腸	膀胱
經脈	足厥陰	手少陰	足太陰	手太陰	足少陰
表裡	足少陽	手太陽	足陽明	手陽明	足太陽
所主	色	臭	味	聲	液
所養	筋	血	肉	皮毛	骨
所候	目	舌	口	鼻	耳
音聲	呼	言	歌	哭	呻
顏色	青	赤	黃	白	黑
氣味	臊	焦	香	腥	腐
液	泣	汗	涎	涕	唾
味	酸	苦	甘	辛	鹹
宜	苦	甘	辛	鹹	酸
惡	辛	鹹	酸	苦	甘
藏	血	脈	榮	氣	精
五神	魂	神	意	魄	志
五志	怒	喜	思	悲	恐

脈象	弦	洪	緩 ²⁵	浮	石
----	---	---	-----------------	---	---

表三、《黃帝內經素問》的臟象網絡、五臟神、志、脈象對應²⁶

肝、心、脾、肺、腎五臟，分別含藏魂、神、意、魄、志五神，²⁷發為憤怒、喜悅、思慮、悲傷、驚恐等五種情緒。值得注意的是，此等無法直接看見的五臟、五神、五志與可呈顯於外、可被診察的脈象相互對應。一旦魂、神、意、魄、志為過度的悲哀、思慮、愁憂、喜樂、憤怒等情緒所傷，將連帶影響肝、心、脾、肺、腎五臟的機能，使五臟脈象自平時的弦細、洪大、寬緩、上浮、深沉轉變呈現異常的脈象。

當我們聚焦在與前述傳統思想密切相關的心身互動課題，將發現《脈經》中俯拾即是的例證。以影響情緒的性情為例《脈經·卷一·平脈視人大小長短男女逆順法第五》指出，在正常狀況下，脈的速度、力度、形狀均會與其人個性相應：

凡診脈，當視其人大小、長短及性氣緩急。脈之遲速、大小、長短皆如其人形性者，則吉。反之者，則為逆也。

宋·林億校注引《千金翼》：

人大而脈細，人細而脈大，人樂而脈實，人苦而脈虛，性急而脈緩，性緩而脈躁，人壯而脈細，人羸而脈大，此皆為逆，逆則難治。反此為順，順則易治。

心情愉悅之人脈動充實有力，情緒悲苦之人脈動則顯得虛弱無力。性急之人，脈動速度應較常人為快；性緩之人，脈動速度則應較常人為慢。倘若性急之人脈速

²⁵ 《黃帝內經素問·玉機真臟論》：「曰：『然則脾善惡可見乎？』曰：『善者不可得見，惡者可見。』」認為沒有獨立的脾脈。正常的脾脈是潛藏在其他四臟的脈象之中，只有在脾臟產生疾病的時候才會顯現出脾部的病脈，可備一說。

²⁶ 《脈經》卷三所載各臟脈象出自《黃帝內經素問》之〈玉機真臟論〉與〈平人氣象論〉，且於五臟、五神與脈象的對應俱與《素問》一致，但由於《脈經》並未載錄與五臟、五神及其脈象相對應的情志反應，因此參考《黃帝內經素問》〈陰陽應象大論〉、〈宣明五氣〉加以補充。

²⁷ 蔡師璧名指出：「合『魂、神、意、魄、志』，乃為一整全的靈魂個體。則魂、神、意、魄、志間的關係，正彷彿同一形軀中，尚有指涉部分的首、身、四肢般。雖有首、身、四肢的分別，但不礙首、身、四肢相合，方為一獨立、整全的形軀個體。」詳師著：《身體與自然》，頁127。



卻反較常人緩慢、性緩之人脈速反較常人躁急，均屬違逆常理的特異現象。人有千萬種個性、千萬種情緒反應，也將呈現為千萬種不同的脈象。內在的性情修養本難以測度，然而一旦了解到性情會反映於脈象，便可藉由診脈推知其人當下的情緒狀態以及平素的性情傾向。

二、《脈經》病、脈、證中的情緒表述

許多情緒異常的狀況，肇因於疾病擾亂體氣，進而影響神志、使性情產生劇變。《脈經·卷六·心手少陰經病證第三》詳述五臟之氣異常對精神可能造成的影响：

心氣虛者，其人即畏，合目欲眠，夢遠行而精神離散，魂魄妄行。陰氣衰者即為癲。陽氣衰者即為狂。五臟者，魂魄之宅舍，精神之所依托也。魂魄飛揚者，其五臟空虛也，即邪神居之，神靈所使，鬼而下之，脈短而微，其臟不足，則魂魄不安。魂屬於肝，魄屬於肺。肺主津液，即為涕泣。肺氣衰者，即為泣出。肝氣衰者，魄則不安。肝主善怒，其聲呼。

心氣衰虛的人較常人容易感到畏縮懼怕，閉上眼睛要入睡時，會因為心氣衰弱使得精神、魂魄不能固守，而夢見自己前往很遙遠的地方；陰氣衰虛會導致瘋癲，陽氣衰微則會使人狂躁。「五臟」（心、肝、脾、肺、腎）為「五神」（神、魂、意、魄、志）安住的所在，一旦原本固守於五臟中的魂魄失守外越，五臟將變得空虛，外來鬼邪將取代原本安藏於五臟中的魂魄精神。此時診其脈，若於與該臟相應的脈位診得短促微弱的脈象，則可知該臟臟氣虛弱、魂魄不安。此「臟不足」導致「魂魄不安」的情況，將反映為情緒的失常，例如哭泣、不安等通常認為是單純情緒反應的現象，其實可能分別肇因於肺氣、肝氣的衰弱。

由此可知，在某些情況下，情緒的異常肇因於生理的病變，此時情緒不再是難以捉摸的個人反應，而與疾病所導致的生理症狀相同，是可透過診察經絡臟腑之氣推知成因、有理可循的疾病徵候。



檢視《脈經》中疾病與情緒的關係，似乎可發現某種通則：

左手關前寸口陰實者，心實也。苦心下有水氣，憂恚發之。刺手心主經，治陰。(《脈經·卷二·平三關陰陽二十四氣脈第一》)

於左手寸部沉取診得強而有力、脈形盛大的實脈，表示心有實邪，病患心下有水氣積滯不去，會產生憂愁、憤怒的情緒。

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，嗌乾，胸脅時痛，喘咳，汗出，小腹脹滿，腰背強急，體重骨熱，小便赤黃，好怒好忘，足下熱疼，四肢黑，耳聾。(《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》)

於左手尺部沉取診得實脈，表示足少陰腎經有實邪，病患會有煩躁、易怒、健忘的異常精神狀態。

右手寸口氣口以前脈陰陽俱實者，手太陰與陽明經俱實也。病苦頭痛，目眩，驚狂，喉痺痛，手臂卷，唇吻不收。(《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》)

於右手寸部沉取、浮取皆診得實大有力的脈象，代表手太陰肺經和手陽明大腸經都有實邪客留，病患會有容易受驚嚇、狂躁的異常情緒。

陽毒為病，身重腰背痛，煩悶不安，狂言，或走，或見鬼，或吐血下痢，其脈浮大數，面赤斑斑如錦文，喉咽痛，唾膿血，五日可治，至七日不可治也。(《脈經·卷八·平陽毒陰毒百合狐惑脈証第三》)

於感染陽毒的患者身上，²⁸可診得浮大數的熱證脈象，病患會感到心煩、鬱悶、不安，甚至會有胡言亂語、奔跑、看見鬼怪等異常的精神狀態。

左手關上陽絕者，無膽脈也。苦膝疼，口中苦，昧目，善畏如見鬼狀，多驚，少力。刺足厥陰經，治陰。在足大指間（即行間穴也），或刺三毛中。

²⁸ 張漁帆比對陽毒症狀，認為陽毒即鼠疫（Plaque:Pestis）中之腺鼠疫（Pestis bubonica）及肺鼠疫（Pestis pneumonica），可備一參。詳陳欽銘：《脈經新解》（臺北縣新店市：國立中國醫藥研究所，1995年），頁653



(《脈經·卷二·平三關陰陽二十四氣脈第一》)

於左手關部浮取無脈，是無膽脈，代表膽氣衰竭，患者容易沒來由地感到畏懼、好像見到鬼一樣，易受驚嚇。

右手關後尺中陰絕者，無腎脈也。苦足逆冷，上搶胸痛，夢入水見鬼，善厭寐，黑色物來掩人上。刺足太陽經，治陽。(《脈經·卷二·平三關陰陽二十四氣脈第一》)

於右手尺部沉取無脈，是無腎脈，代表腎氣衰竭，病患會夢見身入水中、見到鬼物，睡眠時易作惡夢、夢見有黑色的東西壓在身上。

左手寸口人迎以前脈陰虛者，手厥陰經也。病苦悸恐，不樂，心腹痛，難以言，心如寒，狀恍惚。(《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》)

沉取左手寸部，²⁹發現脈動虛弱，病在手厥陰心包經，病患會感到心悸，容易驚恐、悶悶不樂，精神恍惚。

左手關上脈陰陽俱虛者，足厥陰與少陽經俱虛也。病苦恍惚，尸厥不知人，妄見，少氣不能言，時時自驚。(《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》)

若於左手關部不論沉取或浮取，診得脈動均虛弱無力，代表足厥陰肝經、足少陽膽經脈氣俱虛，患者會有精神恍惚、看見幻象、時時毫無來由地感到驚恐等異常的精神狀態。

右手寸口氣口以前脈陰陽俱虛者，手太陰與陽明經俱虛也。病苦耳鳴嘈嘈，時妄見光明，情中不樂，或如恐怖。(《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》)

若於右手寸部不論沉取或浮取，診得脈動皆虛弱無力，代表手太陰肺經和手陽明大腸經脈氣俱虛，患者會覺得眼前彷彿有光亮，且有悶悶不樂、恐懼驚怖的情緒

²⁹ 《黃帝內經靈樞·熱病》：「……頸側之動脈人迎。」但《脈經·卷一·兩手六脈所主五臟六腑陰陽逆順第七》：「關前一分，人命之主。左為人迎，右為氣口。」可知人迎除指頸側動脈外，亦可指手腕寸口動脈。



表現。

茲將上述疾病所導致的異常情緒與呈顯脈象的對應關係，整理如下：

	脈位	脈象	病症	情緒
實證	左手寸部 沉取	實脈	心有實邪	憂愁、憤怒
	左手尺部 沉取	實脈	足少陰腎經有實邪	煩躁、易怒、健忘
	右手寸部 沉取、浮取	皆得實脈	手太陰肺經、手陽明大腸經都有實邪客留	狂躁、易受驚嚇
		浮大數	感染陽毒	心煩、鬱悶、不安、看見鬼怪
虛症	左手關部 浮取	無脈	膽氣衰竭	畏懼
	右手尺部 沉取	無脈	腎氣衰竭	易作惡夢：身入水中、見到鬼物、有黑色的東西壓在身上
	左手寸部 沉取	脈動虛弱無力	手厥陰心包經病	心悸、驚恐、悶悶不樂、精神恍惚
	左手關部 沉取、浮取	脈動皆虛弱無力	足厥陰肝經、足少陽膽經脈氣俱虛	精神恍惚、看見幻象、驚恐
	右手寸部 沉取、浮取	脈動皆虛弱無力	手太陰肺經、手陽明大腸經脈氣俱虛	悶悶不樂、恐懼驚怖

表四、生理症狀導致的情緒失常

由表四歸納疾病類型與疾病產生的異常情緒可發現，實邪客留導致的實證，往往



伴隨著恚怒、煩躁、瘋狂等較激烈、躁動的情緒反應；而臟腑、經絡之氣虛弱衰微的虛證，則往往伴隨驚悸、恐懼、不樂等較安靜、退縮的異常情緒。

這些疾病所導致的異常情緒，也如同所有的生理症狀，可透過治療，隨著病況的好轉而解消：

心病，其色赤，心痛，短氣手掌煩熱，或啼笑罵詈，悲思愁慮，面赤身熱，
其脈實大而數，此為可治。春當刺中沖，夏刺勞宮，季夏刺太陵，皆補之；
 秋刺間使，冬刺曲澤，皆瀉之。又當灸巨闕五十壯，背第五椎百壯。心病
 者，胸內痛，脅支滿，兩脅下痛，膺背肩甲間痛，兩臂內痛。虛則胸腹大，
 脅下與腰背相引而痛。取其經，手少陰、太陽，舌下血者，其變病，刺郄
 中血者。邪在心，則病心痛，善悲，時眩仆，視有餘不足而調之其輸。（《脈
 經·卷六·心手少陰經病證第三》）

心病的患者，可能會有啼哭、嘻笑、斥罵、悲傷愁惱、憂慮等情緒症狀，但只要辨明疾病是肇因於實邪客留抑或正氣不足，便可以透過補瀉手法加以對治（「視有餘不足而調之其輸」）。以心病為例，若診斷為虛證，可以針刺患者中指中衝穴、³⁰掌心勞宮穴、³¹手腕太陵（即大陵）穴等穴道補其不足；³²若診斷為實證，則可刺前臂內側間使穴、³³手肘內側曲澤穴等穴道瀉去病邪。³⁴一旦疾病治癒了，疾病所造成的異常情緒也將隨之解消，使患者恢復原本的性情。

由《脈經》對脈象所徵候之疾病、疾病所導致之情緒的描寫，我們發現透過診脈察知經絡、臟腑之氣的狀態，能夠清楚辨析其人所表現的異常情緒究竟是單純的心理現象，抑或受生理狀態的影響所致。許多原本被視為純粹心理現象的情緒反應，實為疾病症狀的一環，且與生理疾病間存在能以醫理解釋、預測的因素

³⁰ 黃維三《針灸科學》：「手中指之端，去爪甲如薤葉陷中。」（頁 342）

³¹ 黃維三《針灸科學》：「以中指、無名指曲拳掌中，在二指尖之間所著之處是穴。當第三、第四掌骨之間橫紋上，掐之有特殊痠脹感。」（頁 341）

³² 黃維三《針灸科學》：「手掌後，腕關節橫紋中央部，兩筋兩骨之間陷中。」（頁 341）

³³ 黃維三《針灸科學》：「手掌後，腕上三寸，兩筋間陷中。」（頁 340）

³⁴ 黃維三《針灸科學》：「肘關節內側，大筋之內橫紋中有動脈應手，尺澤與小海之間。」（頁 339）



關係，更可透過藥石治療加以解消。

對於先秦兩漢儒、道心性修養思想的研究，前賢已留下豐碩的成果，在此基礎上，如是對異常情緒的認識，或將有助於調和情緒、修養心性的工夫。例如面對心有實邪客留不去，憂慮憤怒、煩躁不已的患者，若僅注意到其人性情有違「中和」、「中正」、「平淡」、「虛靜」、「無累」之理想情緒標準，而要求其人透過內省、節制甚或以告子式「不動心」的工夫壓抑情緒，³⁵可能難以讓心境回復平和。此時若能透過診察脈象，檢測情緒異常背後的生理因素，以養生、醫療的手段，與儒、道思想固有的心靈修養工夫相輔相成，則可使身心順利回復和諧狀態。³⁶

吾人閱讀醫家經典、習得脈診技術之前，在論及傳統儒、道思想的理想心靈時，操持在手的工夫就僅有心性之學；但當我們進入醫書文本，明瞭身、心修練實為一體，脈診、藥物和針灸是輔助通往理想人格性情的重要技術，便會發現醫家的診療技術、思想與傳統心性之學，二者實為能雙管齊下的工夫。

三、情緒導致的生理疾病

不只是身體的疾病會導致情緒異常，情緒的變動也將對身體產生影響，反映

³⁵ 《孟子·公孫丑上》：「告子曰：『不得於言，勿求於心；不得於心，勿求於氣。』」，朱注：「告子謂於言有所不達，則當舍置其言，而不必反求其理於心；於心有所不安，則當力制其心，而不必更求助於氣，此所以固守其心而不動之速也。」（宋·朱熹：《四書章句集註》（臺北：大安，2005年），頁321。）可知告子面對「心有所不安」的心靈動盪狀況，乃採取「力制其心」的方式強行壓抑克制，而未嘗對亦會影響心靈情緒的體氣進行疏導、調和。

³⁶ 但這並不代表有生理疾患的人必然無法控制自身情緒、沒有達到理想心靈境界的可能，《莊子·大宗師》描述重病的子輿：「曲僂發背，上有五管，頤隱於齊，肩高於頂，句贅指天，陰陽之氣有滲，其心閒而無事。」身形佝僂，背上的五臟輸穴因駝背而朝向上方，臉頰深埋於肚臍中，髮髻直指天上，其體內的陰陽之氣不能和諧運行、產生種種病害，但在如此險惡的身體狀態下，子輿仍能不受影響地使心靈維持在平和閒適的理想境界。《孟子·告子下》：「故天將降大任於是人也，必先苦其心志，勞其筋骨，餓其體膚，空乏其身，行拂亂其所為，所以動心忍性，曾益其所不能。」亦指出即使遭逢嚴酷的境遇，身心皆受到巨大的壓力與挑戰，卻仍能藉此機緣磨練、提升一己之心性與能力。可知在中國思想傳統中，固然認為由身、心雙管齊下為提升心靈境界的最佳途徑，但心靈仍有超越形軀限制的可能。



為種種生理上的徵候。《脈經·卷一·辨災怪恐怖雜脈第十二》：

問曰：人病恐怖，其脈何類？師曰：脈形如循絲，累累然，其面白脫色。

問曰：人愧者，其脈何等類？師曰：其脈自浮而弱，面形乍白乍赤。

由《脈經》這段師徒問對可知，處於驚嚇恐懼中的人，臉上因全無血色而顯得蒼白，探指診其脈象，就像摸著綿綿不絕、細細的絲線；心中羞愧不已之人，臉色則會一陣白、一陣紅，探指診其脈，可診得上浮於皮表、微弱無力的脈象。上述二則察顏觀色的例子中，其人本無生理上的疾患，但當其與外在人、事、物交接而產生「恐怖」、「愧」的情緒時，此情緒將牽動、影響氣血狀態，造成臉色的紅、白變化，同時反映於脈動深度、力度與形狀的改變。今人常以「面色發白」、「臉一陣紅、一陣白」描述人驚嚇恐懼或愧悔不已時的模樣，這類描述實有經驗事實的基礎。

《脈經》中記載情緒影響生理、呈現於脈象的例子為數眾多，以下將分述條列討論：

寸口脈動而弱，動則為驚，弱則為悸。（《脈經·卷八·平驚悸衄吐下血胸滿瘀血脈証第十三》）

假令得死脈，當於死喪家感傷得之。（《脈經·卷一·平人得病所起第十四》）寸口脈如小豆動搖、搏動快速、³⁷力量微弱，這樣的脈象，是由驚悸的情緒造成的；失去親人、感傷難過的「死喪家」，則會呈現特殊的「死脈」脈象。

《脈經·卷六·心手少陰經病證第三》指出「心痺」之證的病因：

赤脈之至也，喘而堅。診曰有積氣在中，時害於食，名曰心痺。得之外疾，思慮而心虛，故邪從之。

本段出自《黃帝內經素問·五藏生成篇》，唐·王冰注曰：

喘，謂脈至如卒喘狀也。藏居高，病則脈為喘狀，故心肺二藏，而獨言之爾。喘為心氣不足，堅則病氣有餘。心脉起於心胸之中，故積氣在中，時

³⁷ 張仲景《傷寒論·平脈法》：「若數脈見於關上，上下無頭尾，豆大厥厥動者，名曰動也。」



害於食也。積，謂病氣積聚。痺，謂藏氣不宣行也。³⁸

「心痺」是「思慮」過度而心氣衰虛，外來的病邪趁機入侵所致（「思慮而心虛，故邪從之」），患者會因病邪積滯於胸中而食慾不振（「有積氣在中，時害於食」）。心氣衰虛，反映為搏動急促的脈象；外邪病氣客留不去，則使脈象呈現堅實的手感。因此若於診察心脈時，指下脈動如急喘般迅速、觸感堅實有力（「赤脈之至也，端而堅」），則是「心痺」之證。

茲將上述情緒失常導致的生理症狀與呈顯脈象的對應關係，整理如下：

情緒	生理反應＼病症	脈象
恐怖	面白脫色	脈象就像摸著綿綿不絕、細細的絲線
愧	面形乍白乍赤	上浮於皮表、微弱無力的脈象
驚悸		寸口脈如小豆動搖、搏動快速、力量微弱
喪家感傷		死脈
思慮過度	心氣衰虛、外邪入侵 →心痺	心脈脈動如急喘般迅速、觸感堅實有力

表五、情緒失常導致的生理症狀

情緒的影響並非僅範限於生理層面，更會加乘、循環，令人產生更不好的情緒狀態。《脈經》卷三擷取《黃帝內經靈樞·本神》部分段落，詳述不同的情緒與五臟神間的循環影響：

肝藏血，血舍魂。悲哀動中則傷魂，魂傷則狂妄不精，不敢正當人，陰縮而筋攣，兩脅骨不舉，毛悴色夭，死於秋。（《脈經·卷三·肝膽部第一》）

心藏脈，脈舍神。怵惕思慮則傷神，神傷則恐懼自失，破腫脫肉，毛悴色夭，死於冬。（《脈經·卷三·心小腸部第二》）

脾藏榮，榮舍意，愁憂不解則傷意，意傷則悶亂，四肢不舉，毛悴色夭，

³⁸ 郭藹春主編：《黃帝內經素問校注》（北京：人民衛生出版社，1992年），頁164。



死於春。(《脈經·卷三·脾胃部第三》)

肺藏氣，氣舍魄。喜樂無極則傷魄，魄傷則狂，狂者意不存人，皮革焦，

毛悴色夭，死於夏。(《脈經·卷三·肺大腸部第四》)

腎藏精，精舍志。盛怒而不止則傷志，傷志則善忘其前言，腰脊痛，不可以俯仰屈伸，毛悴色夭，死於季夏。(《脈經·卷三·腎膀胱部第五》)

過度的悲傷哀慟會傷及肝中之「魂」，魂若有所損傷，其人則會有狂言妄語、精神不清明、不敢正面看人等異常的精神狀態；驚恐思慮會傷及心中之「神」，神若有所損傷，其人更易感到恐懼不安；繚繞不去的憂愁會傷及脾中之「意」，意若有所損傷，其人會更易陷入煩悶攬擾的情緒泥淖中；毫無節制的狂喜會傷及肺中之「魄」，魄若有所損傷，其人將陷入不能自持、旁若無人的瘋狂狀態；暴怒則將傷及腎中之「志」，志若有所損傷，其人則易有健忘、記不得才剛說過的話等精神症狀。由於「五臟」(心、肝、脾、肺、腎)為「五神」(神、魂、意、魄、志)安住之所在，內在情志的變化，除會影響五臟的狀態，亦可直接影響藏於五臟中五神的狀態，五神的異變又將直接決定其所發用的情緒傾向。(詳表六)

此循環影響同樣可透過診脈察知，《脈經·卷六·心手少陰經病證第三》：

愁憂思慮則傷心，心傷則苦驚，喜忘，善怒。心傷者，其人勞倦即頭面赤而下重，心中痛徹背，自發煩熱，當臍挑手，其脈弦，此為心臟傷所致也。

過度的憂愁、思慮情緒會損傷「心」之形氣與心所藏之「神」，傷及心之神將使其人性情更趨易受驚嚇、健忘、易怒；而傷及心之形氣，其人將產生疲勞倦怠、頭臉顏色赤紅、下肢沉重不靈活、心口劇痛及於後背、自覺煩躁發熱、手按肚臍有跳動之感等生理症況，其中疲倦、發熱等生理症狀又將使其人易生倦怠、煩躁等情緒。此時若診其手腕寸口之脈，將可從指下形狀如弓弦般細而堅實的脈象，閱讀到「心傷」之人的身心情狀。

情緒	受影響的臟	病症	情緒
悲哀動中	肝	魄傷	狂言妄語、精神不清明、不敢正面看人



忧惕思慮	心	神傷	感到恐懼不安
愁憂不解	脾	意傷	煩悶攬擾
喜樂無極	肺	魄傷	不能自持、旁若無人的瘋狂狀態
盛怒而不止	腎	志傷	記不得才剛說過的話
愁憂思慮	心	神傷	易受驚嚇、健忘、易怒

表六、情緒與五臟神間的循環影響

參驗表四、表五與表六，我們發現透過脈診可從體氣變化預知容易導致的情緒，即可在情緒發動前謹慎留意、防患於未然，也可以透過藥石治療改善。同樣的，透過脈診即時了解自身情緒是否已影響生理，可作為用「心」工夫的提醒，避免更嚴重的情緒加乘反應。因此，不論是以醫家的「恬淡虛無」、淮南子的「淡然無極」、老子的「虛靜」、莊子的「不傷」、王弼的「無累」、《禮記·中庸》的「中和」、董仲舒的「中正」為修練目標，透過脈診我們都可以藉身體這把有形的尺，衡量無形的情緒發用，在日常生活中防微杜漸，採行能使人通往理想身、心狀態的最佳應對方式。

第三節 跨領域研究意義：文本詮釋的新向度

回應本章開頭的提問：相較於中醫研究者，國學研究者從事《脈經》研究之意義為何？當國學研究者在探討中醫典籍之後，回到原本熟悉的學術文本中，或有產生新詮的可能。例如，我們若以情緒導致疾病的觀點重新檢視《論語·述而》的一則記述，或能對前賢的見解有所補充：

子食於有喪者之側，未嘗飽也。子於是日哭，則不歌。

孔子在親人過世、有喪在身的人身旁用餐時，不曾吃飽，朱注：「臨喪哀，不能甘。」



³⁹指出孔子對喪親者的哀傷感同身受，因此沒有食慾、無感於食物的美味而不能飽食。這樣的情緒影響尚不僅止於當下，若孔子參加喪禮、悲傷哭泣，則於該日之內不會歌唱。朱注：「日之內，餘哀未忘，自不能歌也。」⁴⁰指出這是因為悲傷的情緒一時無法解消，餘波所及，終日沉浸於哀傷的情緒中，自無心開口放歌。謝良佐由此指出：

學者於此二者，可見聖人情性之正也。能識聖人之情性，然後可以學道。⁴¹這兩個事例中可觀察到聖人的「情性之正」，是發自內在情性最正當、合宜的情緒反映。謝良佐與朱熹皆推崇孔子廣博深厚的同情與惻隱之心，引為情性典範。

但倘由情緒致病的角度，則不禁引人聯想：孔子之「未嘗飽」，其惻隱之心的影響是否不僅止於情緒：

假令得死脈，當於死喪家感傷得之。(《脈經·卷一·平人得病所起第十四》)

趺陽脈微而浮，浮則胃氣虛，微則不能食，此恐懼之脈，憂迫所作也。驚生病者，其脈止而復來，其人目睛不轉，不能呼氣。(《脈經·卷八·平驚悸衄吐下血胸滿瘀血脈証第十三》)

前文曾提及因親人過世而感傷不已的「死喪家」，其悲傷之情將影響體氣，呈現出特殊的「死脈」脈象；既然孔子廣博深厚的惻隱之心與喪家同情共感，則其體氣是否也將一如喪家受此哀傷情緒的影響，波及生理機能？

《脈經》卷八詳論情緒對胃氣的影響：恐懼、憂傷等情緒，會使胃氣虛弱，於腳背趺陽動脈反映出上浮於皮表、搏動微弱的脈象。患者因胃氣虛弱，將會食慾不振、食不下嚥。由此或可推測，孔子「臨喪哀」的情緒，可能實質影響了生理機能，使其偏離正常、健康的狀態，由「未病」步入「病」的範疇，產生缺乏食慾的症狀。若有機會於孔子「食於有喪者之側」時診其趺陽之脈，或許也能發現反映胃氣衰虛、食不下嚥的「微而浮」病脈脈象。

³⁹ 宋·朱熹：《四書章句集注》(臺北：大安出版社，1999年)，頁128。

⁴⁰ 同前註。

⁴¹ 同前註。



對孔子而言，臨喪而哀的情緒，是仁心自然且應然的表現，因此任其影響自身之飲食，甚至於心中牽縗不散、終日攬擾，都是合乎道義、不可避免的。對未必熟識的喪家都能使孔子心生如是哀悽，那麼面對愛徒顏淵離世、「哭之慟」（《論語·先進》）的當下，孔子體氣之攬擾動盪，恐不僅止於脈微浮、食慾不振。

《莊子·至樂》卻提供了另一種面對哀傷的可能：

莊子妻死，惠子弔之，莊子則方箕踞鼓盆而歌。惠子曰：「與人居，長子老身，死不哭，亦足矣，又鼓盆而歌，不亦甚乎！」莊子曰：「不然。是其始死也，我獨何能無慨然！察其始而本無生，非徒無生也，而本無形，非徒無形也，而本無氣。雜乎芒芴之間，變而有氣，氣變而有形，形變而有生，今又變而之死，是相與為春秋冬夏四時行也。人且偃然寢於巨室，而我噭噭然隨而哭之，自以為不通乎命，故止也。」

面對髮妻的死亡，莊子雙腳打開如畚箕狀、敲打鍋盆高歌的形象，實與參加喪禮、悲傷哭泣後終日不歌的孔子形成強烈的對比。與孔子相同，臨喪時莊子亦本於天性而有自然的情緒反應，在妻子甫過世時悲傷哭泣（「我獨何能無慨然」、「我噭噭然隨而哭之」）；但莊子隨後因體認到形軀的生死不過是天地間氣的聚散離合，如四季運行般，是命定的自然，故止住哭泣、不再悲傷。相信我們若診察面對妻死，「自以為不通乎命」的莊子之脈，定與面對愛徒顏淵之死，「哭之慟」的孔子之脈頗不相同。

由情緒致病的角度，重新檢視孔子、莊子對情緒不同的處置方式，可以清楚理解二者思想底蘊之異。跨領域研究的意義在於，研究者若能透過中醫領域的文本豐厚其文化底蘊，將有機會對原來熟悉的學術或思想文本，有更為全面的詮釋向度。

結語

檢視《脈經》中對病因、症狀與脈象關係的敘述，了解到生理的疾病將導致情緒失常，情緒亦可能成為生理疾病的病因，身、心其中一方的變動，必將牽動



另一方產生變化，無法於不受另一方影響的狀況孤立運作。

當我們回頭檢視《黃帝內經素問·四氣調神大論》：「聖人不治已病，治未病」的論述，不得不重新思考傳統醫學對「病」的定義，必不僅限於形軀的病變，而將情緒的異常也納入疾病的範疇。由傳統醫家的觀點來看，異常的喜、怒、憂、悲、驚、不安等情緒，可能正是體內氣機轉變的徵兆；反之，過度的情緒也可能直接影響體內的氣機，使生理狀態產生異變，最終釀成疾病。由此可見傳統醫家義界下的疾病範疇，實遠較現代西方醫學廣泛，就連情緒的失常也包含在傳統醫家所要對治、防範的「已病」範疇；而對「未病」的定義，也遠比現代醫學要嚴格，除了生理上的無病外，情緒亦不能偏離常軌，如此才稱得上是未病的「平人」境界。

當我們延續前賢對先秦兩漢儒道思想研究的豐厚成果，明瞭情緒發用的理想原則是以「中和」、「中正」、「平和」或「虛靜」、「不以好惡內傷其身」、「無累」為目標，佐以醫家脈診的研究，將發現其足以提供一種明確的衡量方法，來對治與調和情緒：一旦自我覺察生起某種情緒反應時，便透過診脈，探測臟腑經絡之氣是否亦正處於異常的狀態，辨析究竟是生理影響心理、抑或是心理影響生理。若為前者，則可透過飲食、運動、作息乃至藥物針灸進行治療，使體氣回復平和，因病而生的異常情緒也將隨之解消；若為後者，則需隨時留意自身性格、情緒的偏失，透過心靈的修養工夫消弭過度的情緒，使體氣不再因情緒的擾動而紊亂難平。

從這個角度來看待脈診，脈診就成為要達到醫家的「聖人」境界藉以「知幾」的重要修身工夫，在一切情緒和身體的失常尚未發展到「病」的狀態時，能先及時察覺而加以調整、修正。甚至可透過脈象檢測是否已經臻至理想的性情境界。如此一來，脈診便成為輔助有志者通往理想人格性情的追尋中，不可或缺的重要技術。

第三章 一寸之身：寸口之內的全體象徵

醫者探指按切病患手腕脈動，為現今中醫診療場景中甚具代表性的一幕。然而，考諸中國脈診的早期文獻，如前所述，可發現在「獨取寸口」（《難經·一難》）、以手腕為唯一診脈位置的脈診技術成為主流前，尚有於手腕以外位置取脈的脈法。以下首將檢視「獨取寸口」以前診脈法多元的取脈部位，對寸口診脈法之前的脈診進行溯源，以期在此發展變化中，更加精準地掌握脈診技術；隨後將探究何以後世醫者最終以手腕寸口診脈為主流；最後則透過歷代醫籍的描述，勾勒「獨取寸口」診脈法的具體操作手法，同時瞭解如何由手腕寸口僅長一寸九分的區域，診知全身經絡、臟腑狀態。

第一節 「獨取寸口」前的遍身診法

一、張家山《脈書》之遍身診法操作概況

前述西漢張家山《脈書》、馬王堆《脈法》與《素問·三部九候論》，¹均提及一種於足胫、腳踝、手臂取脈的古代脈法。由《脈書》：「夫脈固有動者，肝之少陰，臂之鉅陰、少陰，是主動，疾則病。」顯示當時醫者注意到位於足胫（「肝」）的少陰脈與位於手臂的鉅陰、少陰脈都有脈動現象（詳圖五）²，將其納入取脈診病的位置，且能由各處動脈之飽滿程度（「盈」、「虛」）、流利與否（「滑」、「澀」）、搏動力度（「動」、「靜」、「蠕蠕然」³）、頻率節奏（「渾渾然」、「徐徐然」）⁴等特徵，

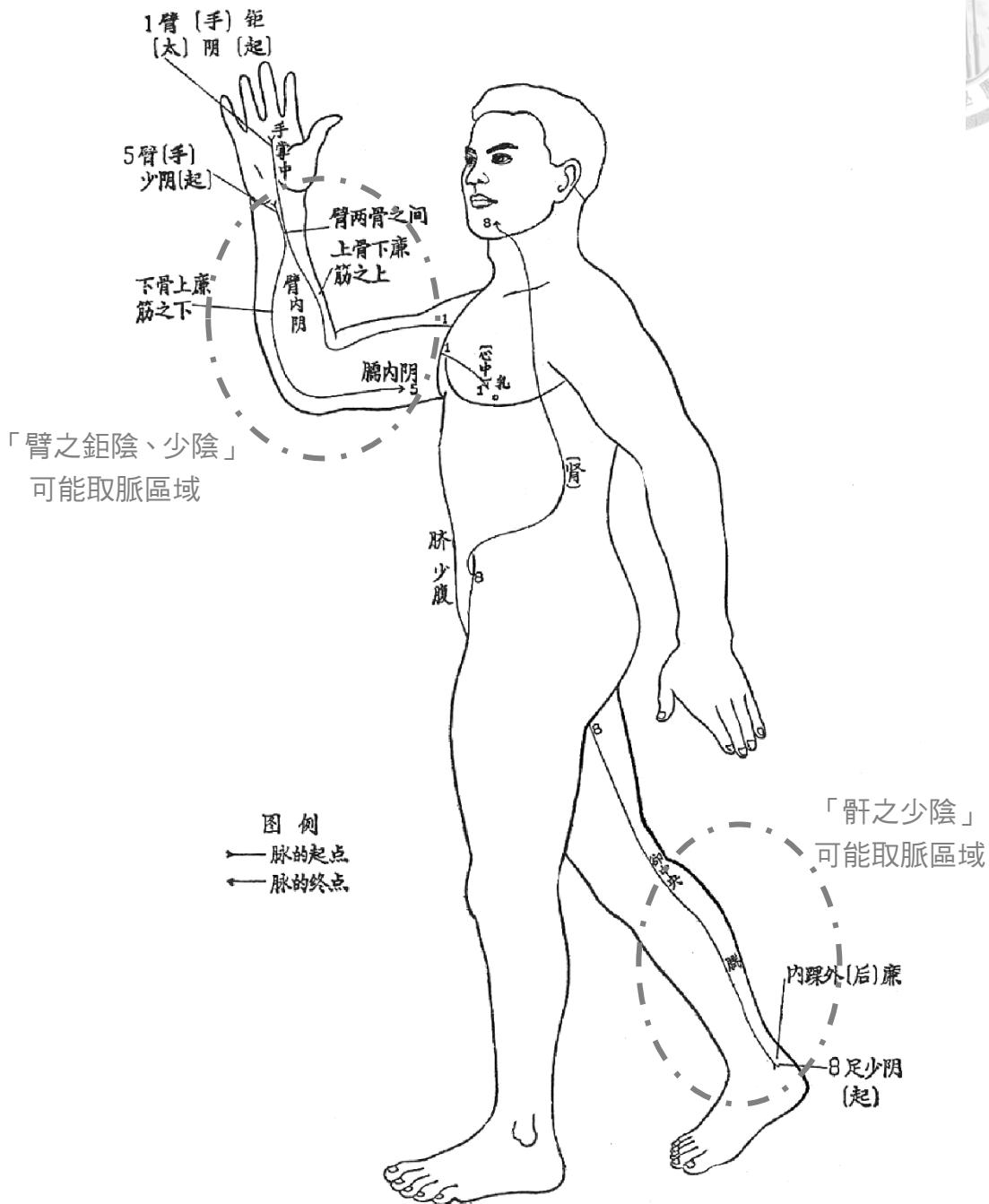
¹ 張家山《脈書》、《素問·三部九候論》引文詳見第一章正文，頁7。馬王堆《脈法》引文詳見第一章註文，頁7註13。

² 本圖修改自《陰陽十一脈灸經》十一脈循行示意圖，取自馬王堆漢墓帛書整理小組編：《五十二病方》（北京：文物出版社，1979年），頁153。出土文獻中論及經脈走向者有《足臂十一脈灸經》（馬王堆出土，以下簡稱《足臂》）與《陰陽十一脈灸經》（馬王堆出土甲本、乙本，張家山出土丙本，以下簡稱《陰陽》），因張家山《脈書》中僅有《陰陽》，或可推論其「相脈之道」中提及的「肝之少陰」、「臂之鉅陰、少陰」之循行路徑應較接近《陰陽》。

³ 郭藹春主編《黃帝內經素問校注》：「無名氏《脉經》『其』下有『脉中氣動』四字，『蠕』作『需』。《太素》卷十四篇首『蠕』作『需』，楊注：『需，動不盛也。』『需』即『需』之俗字。『需』



判斷其人是否罹病。



圖五、張家山《脈書》取脈經絡示意圖

二、《黃帝內經素問·三部九候論》之遍身診法操作簡介

有『弱』義，『需』『若』雙聲。《荀子·勸學》楊注：『蠕，微動貌。』據是，則『蠕』、『需』義不悖。」（頁298）主張「蠕」義同「需」，用以描述脈動幅度柔弱而不劇烈之象。

⁴ 唐·王冰注：「渾渾，亂也。徐徐，緩也。」



春秋、戰國（或秦漢之際）《黃帝內經素問·三部九候論》所載「三部九候」脈法，當為遍身診脈法中取脈位置最繁複者：

上部天，兩額之動脈；上部地，兩頰之動脈；上部人，耳前之動脈。中部天，手太陰也；中部地，手陽明也；中部人，手少陰也。下部天，足厥陰也；下部地，足少陰也；下部人，足太陰也。故下部之天以候肝，地以候腎，人以候脾胃之氣。帝曰：中部之候奈何。歧伯曰：亦有天，亦有地，亦有人。天以候肺，地以候胸中之氣，人以候心。帝曰：上部以何候之。歧伯曰：亦有天，亦有地，亦有人，天以候頭角之氣，地以候口齒之氣，人以候耳目之氣。

三部九候診脈法將人身由上至下分為「上」、「中」、「下」三部，每部中再分「天」、「地」、「人」，合為九候。上部天，於兩額率谷穴取脈，⁵可診得頭、額之氣的狀態；上部地，於兩頰頰車、頸側人迎穴取脈，⁶可診得口齒之氣的狀態；上部人，於耳前和髎穴取脈，⁷可診得耳朵、眼睛之氣的狀態；中部天，於手腕手太陰肺經經渠穴取脈，⁸可診得肺氣的狀態；中部地，於手背手陽明大腸經合谷穴取脈，⁹可診得

⁵ 王冰注：「在額兩旁，動應於手，足少陽脉氣之所行也。」郭藹春主編《黃帝內經素問校注（上）》：「兩額動脈，似指率谷穴言，在耳上如前三分，入髮際一寸五分。張介賓以此指額厭之分，說亦可參。」（郭藹春主編：《黃帝內經素問校注（上）》（北京：人民衛生出版社，1992年），頁292。）《針灸科學》指率骨穴位於：「上耳根正中，上入髮際一寸五分，曲鬚之斜上，如齒嚼物，此處自能鼓動處是穴。」（黃維三主編：《針灸科學》（臺北：正中書局，1985年），頁356）

⁶ 王冰注：「在鼻孔下兩傍，近於巨髎之分，動應於手，足陽明脉之所行。」郭藹春主編《黃帝內經素問校注（上）》：「兩頰之動脈似指頰車、人迎等穴。」《針灸科學》指巨髎位於「鼻孔旁之八分，瞳子直下。」（頁257）、頰車「在耳下八分，下顎骨曲頰端近前陷中。」（頁258）、人迎「在前頸部，結喉旁一寸五分，有大動脈應手處。」（頁259）

⁷ 王冰注：「在耳前陷者中，動應於手，手少陽脉氣之所行也。」郭藹春主編《黃帝內經素問校注（上）》：「耳前之動脈指和髎穴，在耳前兒髮下橫動脈處。」

⁸ 王冰注：「謂肺脉也。在掌後寸口中，是謂經渠，動應於手。」《針灸科學》指經渠穴位於「橈骨莖狀突起之內側，腕關節橫紋上一寸，寸口動脈陷中。」（頁244）

⁹ 王冰注：「謂大腸脉也。在手大指次指歧骨間，合谷之分，動應於手也。」《針灸科學》指合谷穴位於「食指與拇指歧骨間之陷凹處，即第一掌骨與第二掌骨接合部之前凹陷中。」（頁248）



胸中之氣的狀態；中部人，於掌後尺側（即掌心朝上時手腕小指側）手少陰心經神門穴取脈，¹⁰可診得心臟的狀態；下部天，男子於大腿內側足厥陰肝經五里穴、女子則於足大趾上足厥陰肝經太衝穴取脈，¹¹可診得肝臟的狀態；下部地，於內側腳踝後方足少陰腎經太谿穴取脈，¹²可診得腎臟的狀態；下部人，於膝蓋內側上方足太陰脾經箕門穴、腳背足陽明胃經衝陽穴取脈，¹³可診得脾胃之氣的狀態。

〈三部九候論〉明確述及上部天、地、人三處為可觸知經脈搏動的「動脈」，王冰注三部九候取脈位置時亦均指出其為「動應於手」、能以手觸摸感知脈動的穴位。茲將〈三部九候論〉所載三部九候所候之氣與取脈位置簡表、附圖如次：

三部	九候	所候之氣	取脈位置	取脈穴位
上	上部天	頭角之氣	兩額之動脈	率谷
	上部人	耳目之氣	耳前之動脈	和髎
	上部地	口齒之氣	兩頰之動脈	頰車、人迎
中	中部天	肺氣	手太陰	經渠
	中部人	心氣	手少陰	神門

¹⁰ 王冰注：「謂心脉也。在掌後銳骨之端，神門之分，動應於手也。」《針灸科學》指神門穴位於「掌後尺側，銳骨（尺骨頭）端陷中。」（頁 287）

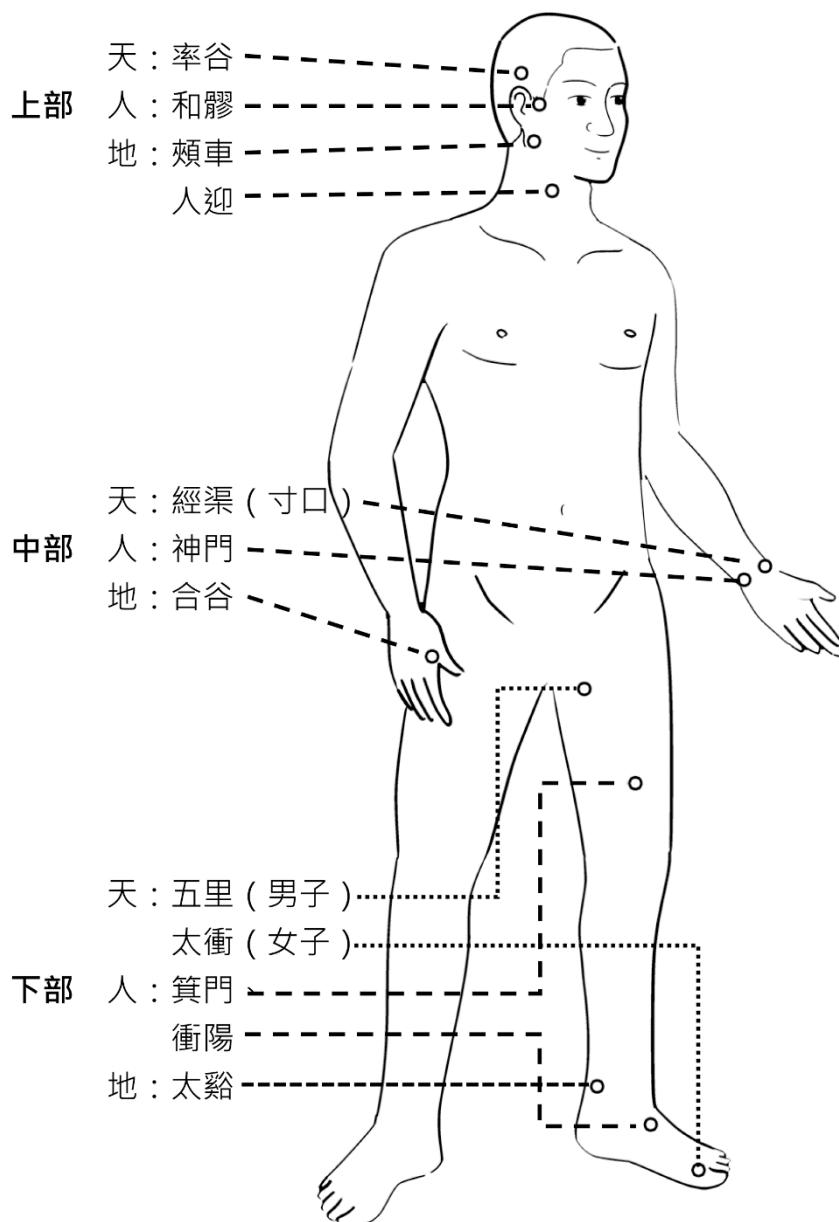
¹¹ 王冰注：「謂肝脉也。在毛際外，羊矢下一寸半陷中，五里之分，臥而取之，動應於手也。女子取太衝，在足大趾本節後二寸陷中是。」《針灸科學》指五里穴位於「大腿內側氣衝下三寸，動脈應手處。」（頁 375），太衝穴則位於「足大趾本節後二寸，或云一寸半陷中，動脈應手。」（頁 372）

¹² 王冰注：「謂腎脉也。在足內踝後跟骨上陷中，大谿之分，動應手。」《針灸科學》指太谿（即大谿）穴位於「足內踝後五分，跟骨上動脈應手陷中。」（頁 327）

¹³ 王冰注：「謂脾脉也。在魚腹上趨筋間，直五里下，箕門之分，寬葦足單衣，沉取乃得之，而動應於手也。候胃氣者，當取足跗之上，衝陽之分，穴中脈動乃應手也。」《針灸科學》指箕門位於「大腿內側，膝蓋骨內側上方八寸兩筋間，有動脈應手。」（頁 280）、衝陽穴則位於「足背之最高處，足跗上五寸，骨間動脈處。」（頁 273）《素問》原文曰：「下部人，足太陰也。」又曰：「（下部）人以候脾胃之氣」，僅提及「足太陰（脾經）」，但王冰增加了屬「足陽明（胃經）」的衝陽穴，認為屬「足太陰（脾經）」的箕門穴候脾氣，屬「足陽明（胃經）」的衝陽穴候胃氣，後世註家均從王說。

	中部地	胸中之氣	手陽明	合谷
下	下部天	肝氣	足厥陰	男：五里＼女：太衝
	下部人	脾氣 胃氣	足太陰 足陽明	箕門 衝陽
	下部地	腎氣	足少陰	太谿

表七、《素問·三部九候論》三部九候所候之氣、取脈位置、取脈穴位簡表



圖六、《素問·三部九候論》三部九候取脈穴位示意圖

三部九候診脈法即藉由切按各經動脈，診察各經脈繫連的身體部位或臟腑之



氣的狀態。相較於後世習用的「獨取寸口」診脈法僅由手太陰肺經脈動診察全身經絡、臟腑之氣的狀態，三部九候診脈法直接診察各經脈動，應不比獨取寸口失準；但許是因診察部位遍及患者頭、頸、軀幹、四肢等區域，醫者所需觸摸部位高達十一處，和衣看診時，特別是冬日，即使替男性患者看診也有所不便，遑論女性患者，此或為後世逐漸以獨取寸口診脈法取代遍身診法之由。¹⁴

三、《黃帝內經靈樞·禁服》人迎、寸口診脈法操作技術

《黃帝內經靈樞》載錄人迎、寸口診脈法：

寸口主中，人迎主外，兩者相應，俱往俱來，若引繩大小齊等，春夏人迎微大，秋冬寸口微大，如是者名曰平人。(《靈樞·禁服》)

人迎寸口診脈法乃是比較手腕寸口經渠穴和頸部人迎穴脈動的強弱，進行診斷(穴位詳圖六)。唐·楊上善注：「寸口人迎，因呼吸牽脈往來，其動是同，故曰齊等也。」指出呼吸牽動這條脈氣之繩，因而在不同部位所診得脈動的去來與幅度都會相同。若不將人體措置在自然天地之間，不考慮人體與外界的流通互動，無病的平人應是陰陽調和、寸口與人迎脈等齊；但傳統醫學從來將人身安放於天地之間來考察，所以註明：陽氣較盛的春、夏二季主六腑、屬陽的人迎脈會稍大於寸口脈，而陰氣較盛的秋、冬兩季主五臟、屬陰的寸口脈則會稍大於人迎脈。¹⁵

《靈樞·禁服》更進一步詳細列舉寸口、人迎脈脈動力度不同所代表的疾病意義：

人迎大一倍於寸口，病在少陽。¹⁶人迎二倍，病在太陽。人迎三倍，病在陽

¹⁴ 張仲景《傷寒雜病論·序》：「按寸不及尺，握手不及足；人迎、趺陽，三部不參。……夫能視死別生，實為難矣。」批評漢末醫者僅取手腕寸口進行診脈，捨棄更仔細的三部九候遍身診脈法。由此批評可推知，在仲景當時「獨取寸口」診脈法應已廣為醫者採用，下詳。

¹⁵ 明·張介賓《景岳全書》：「人迎主陽，故必於春夏微大；寸口主陰，故必於秋冬微大。」

¹⁶ 郭藹春編著《黃帝內經靈樞校注語譯》：「《太素》卷十四〈人迎脈口診〉、《甲乙》卷四第一上並無『足』字，下同。」、「一倍而躁，在手少陽，二倍而躁，病在手太陽，三倍而躁，病在手陽



明。盛則為熱，虛則為寒，緊則為痛痺，代則乍甚乍間。……人迎四倍者，且大且數，名曰溢陽，溢陽為外格，死不治。

人迎脈比寸口脈大一倍，代表病在少陽；人迎脈比寸口脈大二倍，代表病在太陽；人迎脈比寸口脈大三倍，病在陽明；人迎脈若比寸口脈大四倍，表示陽氣獨盛、排拒陰氣，使陰氣不能正常運行。¹⁷人迎脈強盛為熱證，脈虛弱則徵候寒證；脈若呈現如繩直的繩索般緊張有力的「緊脈」，則表示患者氣血不通而有肢體疼痛不靈活的痛痺症狀；脈動無力而暫止、一會才恢復搏動的「代脈」，則會有病症忽重忽輕的現象。¹⁸（詳表八）

人迎脈象	表徵疾病意涵
比寸口脈大一倍	病在少陽
比寸口脈大二倍	病在太陽
比寸口脈大三倍	病在陽明
比寸口脈大四倍	陽氣獨盛、排拒陰氣，使陰氣不能正常運行
強盛	熱證
虛弱	寒證
緊脈（脈如繩直的繩索般緊張有力）	氣血不通而有肢體疼痛不靈活的痛痺症狀

明：《太素》卷十四〈人迎脈口診〉、《甲乙》卷四第一上并無。疑後人依本書〈終始〉篇增衍。」（頁 348）

¹⁷ 唐·楊上善《黃帝內經太素》：「人迎三倍，各病一陽。至四倍，其陽獨盛，外拒於陰，陰氣不行，故曰格陽。格、拒也。陽氣獨盛，故大而且數。」指出當人迎脈動強度達到寸口脈四倍時，屬陽的六腑之氣偏盛過度，會排斥五臟陰氣，陰氣因而無法正常運行。

¹⁸ 明·滑壽《診家樞要》：「代，更代也。動而中止，不能自還，因而復動，由是復止，循之良久，乃復強起為代。」（《脈學名著十二種》，頁 34-35），清·張志聰《黃帝內經靈樞集注》：「代則乍甚乍間，乍痛乍止者，病在血氣之交，或在氣，或在脈，有交相更代之義，故脈代也。」（收入鄭林主編：《張志聰醫學全書》，北京：中國中醫藥出版社，1999 年，頁 523）可知忽動忽止的代脈，是由於病邪客於氣分、血分之間，有時入氣、有時入血脉，導致脈動突然暫止、再回復搏動的特殊脈象。

代脈（脈動無力而暫止、一會才恢復搏動）	病症忽重忽輕
---------------------	--------

表八、人迎寸口脈法：人迎脈脈象所表徵之疾病意涵



若徵候五臟之氣的寸口脈大於人迎脈：

寸口大於人迎一倍，病在足厥陰，一倍而躁，在手心主。¹⁹寸口二倍，病在足少陰，二倍而躁，在手少陰。寸口三倍，病在足太陰，三倍而躁，在手太陰。……寸口四倍者，名曰內關，內關者，且大且數，死不治。必審察其本末之寒溫，以驗其藏府之病。（《黃帝內經靈樞·禁服》）

相對的，寸口脈比人迎脈大一倍，代表病在厥陰；寸口脈比人迎脈大二倍，代表病在少陰；寸口脈比人迎脈大三倍，病在太陰；寸口脈若比人迎脈大四倍為「內關」之脈，表示陰氣獨盛於內，使陽氣無法入內，猶如關閉一般。²⁰（詳表九）

寸口脈象	表徵疾病意涵
比人迎脈大一倍	病在厥陰
比人迎脈大二倍	病在少陰
比人迎脈大三倍	病在太陰
比人迎脈大四倍 (內關脈)	陰氣獨盛於內，使陽氣無法入內

表九、人迎寸口脈法：寸口脈脈象所表徵之疾病意涵

《素問》三部九候取脈法中的取脈位置本已含括寸口經渠穴與人迎穴二處，上部地人迎穴屬足陽明胃經，可診察口齒之氣；中部天寸口經渠穴屬手太陰肺經，

¹⁹ 郭蘄春編著《黃帝內經靈樞校注語譯》：「一倍而躁，在手心主，二倍而躁，在手少陰，三倍而躁，在手太陰；《太素》卷十四〈人迎脈口診〉、《甲乙》卷四第一上並無。疑後人依本書〈終始〉篇增衍。」（頁348）

²⁰ 唐·楊上善《黃帝內經太素》：「陰氣三倍，大於陽氣。病在三陰，至於四倍，陰氣獨盛，內皆閉塞，陽不得入，故為內關。關，閉也。」



可診察肺氣。三部九候法每個穴道僅用以診察該經絡的病症，相較於此，人迎寸口脈法以人迎脈主腑、寸口脈主臟，對比兩處脈動大小，進而推論臟腑盛衰虛實。

《脈經》引括《難經》，基本上採取獨取寸口診脈法，但書中仍殘有人迎寸口診法的痕跡。《脈經》卷六詳論五臟六腑脈證，所論脈象雖多為寸口之脈，但每章均亦收錄《靈樞·經脈》所載各經寸口人迎取脈法的內容，以寸口人迎脈之盛虛診五臟六腑之盛虛。

即便獨取寸口脈法在漢代以降已成為診斷大宗，但仍有醫家主張繼續沿用遍身診法。如清·陳修園：

李瀕湖云：「脈者臟腑之氣，非臟腑所居之地也。」余每見時醫於兩手六部之中，按之又按，曰某臟腑如此，某臟腑如彼，儼若臟腑居於兩手之間，可捫而得，種種欺人之醜態，實則自欺之甚也。(清·陳修園《醫學實在易》)

21

指出當時醫者往往墨守成規，逕以兩手六部脈位與臟腑之素樸對應體系，大言臟腑情狀，彷彿指下所按部位即為臟腑居處，而非僅為一脈。清·廖平則徹底否定由寸口六部診察全身臟腑、經脈的可能：

特名經之病，必專診本經之脈，乃為切直，使兩寸可代九臟，則三部九候，經又何必立此繁重之法以困後人哉！必知兩手只為手太陰肺經之脈，脈只有一條，非有三截，又非三條可分臟腑。仲景專診本經之脈，最為捷便，十一經有病，必輾轉假藉於寸口，毫厘之差，千里以謬。(清·廖平《人寸診補正》)²¹

主張《黃帝內經素問》既設三部九候遍身診脈法，何經有病，便應直接診察該經之脈。兩手寸口動脈皆屬手太陰肺經，僅為十二經之一，寸、關、尺三部乃人為劃分，並非寸口處有三條經絡，亦非手太陰肺經於此分為三截，不能分候其餘十一經之病，倘捨近求遠，不直接診察有病經脈脈動，反而輾轉假藉於寸口，冀望

²¹ 王沃春主編：《醫學實在易注釋》（長沙市：湖南科學技術出版社，1998年），頁32。

²² 廖平：《廖平醫書合集》（天津：天津科學技術出版社，2010年）。

於此寸許之地悉辨五臟六腑、十二經絡之病，終不免於「毫厘之差，千里以謬」之誤。

至於在春秋、戰國（或秦漢之際）《素問》、《靈樞》中所見三部九候診法與寸口人迎診法，為何發展到戰國至漢的《難經》會成為「獨取寸口」，僅以寸口來診察全身狀態呢？廖平又曰：

細考李所說，本因婦女而杜撰診法，以求通俗，此為齊梁以後，私家求售之市道，其不足以言醫，故不待煩言而解矣！（清·廖平《人寸診補正》）

23

廖平認為，此一診脈法乃是顧及傳統社會男女授受不親之禮俗、盡可能將診察婦女時的肢體接觸減到最少而虛構杜撰，僅為齊梁以後醫者用以討好主顧的商業手段，缺乏醫理根據。²⁴

第二節 嚴整有序的宇宙、多氣多血與男女之防：

獨取寸口的理論依據

一、由局部到整體

中醫脈診、面診、耳診、掌診、眼診等診斷方法，均僅由觀察身體局部區域之脈動、顏色或質地，即能得知含括無法直接觀察的內在臟腑在內的全身具體狀

²³ 同前註。

²⁴ 廖平《人寸脈補正》：「內經鍼法，于足厥陰肝經云：『男子取五里，女子取足太沖』，考男女穴法皆同，無別取之必要，經之所以男女異穴而取者，以期門穴必臥而取之，其穴又近毛際，故避而取之足之大趾，久之，婦女足趾亦不可取，俗醫乃言古經異穴之法，取之於手，行之便利，又推於男子。至喉頸之人迎又縮於兩寸，人迎雖不如太沖期門之窒礙，以手捫婦女喉頸，亦屬不便，數百年，天下便之，而後《難經》盛行，故欲行古法，必須女醫。」（同前註）謂早於《黃帝內經》成書年代，已可見為避免於較私密部位取穴下鍼的替代方案。以取足厥陰肝經五里穴為例，由於五里穴鄰近耻毛，取穴不便，故於婦女改取同屬足厥陰肝經、但位於腳背較便於取穴的太沖穴；到後世甚至連婦女足部亦不宜觸碰取穴，再改取更便於取穴的手部穴道。而原為重要取脈位置的人迎動脈，雖不如五里、太沖、期門不便，但取脈時仍須探手觸及女子喉頸，故又改為更為便利的「獨取寸口」取脈法。



態。面對中醫等中國傳統技藝見微知著、由局部掌握整體的特質，法國人類學家 Levy-Bruhl (A.D. 1857-1939) 批評：

中國人所謂的科學，乃立基於結晶的概念；此種概念從來就不會受過經驗的檢證，它們總是含含混混的而且又不能徵驗，它所有的僅是相互間的神祕關聯。²⁵

從西方「科學」的角度，認為中國的「科學」立基於腦海中的「概念」，未曾受實際經驗檢驗、非屬實證；而這些概念提供的僅是相互間「含混」、「神祕」的關聯，源於「原始宇宙圖像的想像」，缺乏理性的基礎。

熟悉中國傳統技藝的中國科技史學者李約瑟 (Joseph Needham, A.D. 1900-1995) 則提出異議：

中國人關聯式的思考絕不是原始的思想方式。也就是說，它絕非處於邏輯的渾沌，以為任一事物皆可作其他事物的原因，而讓巫師純粹的幻想來指導人們的觀念。它的宇宙，是一個極其嚴整有序的宇宙，在那裏，萬物「間不容髮」地應和著。²⁶

認為中國傳統的「關聯式思考」有別於邏輯混淆不清的原始思想方式，並非如巫師指引操縱人們的「觀念」般，以「純粹的幻想」任意解讀、聯結、建構事物間的因果關係，以為任一事物皆可隨其詮釋作為其他事物的原因。李約瑟指出，中國傳統「關聯式的思考」，乃是由於體認到一「極其嚴整有序的宇宙」，宇宙中的萬物緊密關聯、「間不容髮」地相互呼應，構成一「有機宇宙」的連動整體——整體中任一局部的改變，都將牽動其他部分；換言之，於任一局部中均可觀察到其他局部變化所造成的影响。

如何從一個身體的小區域來診知全體實際狀況？李約瑟似乎為我們提供了一個根據。

²⁵ Joseph Needham 著，陳立夫主譯：《中國之科學與文明》(第二冊)(臺北：臺灣商務，1971-1982年)，頁 477。

²⁶ Joseph Needham 著，陳立夫主譯：《中國之科學與文明》(第二冊)，頁 478。

二、實徵既然

作為「望」、「聞」、「問」、「切」四診之一，二千餘年來，脈診始終是中醫重要的診斷方法。作為脈診技術基礎的寸口三部，亦於綿長的歲月中被反覆檢證。章太炎即云：

寸口三部，其血管則一耳！寸之浮，關之平，尺之沉，以肌肉厚薄使然。
因以浮者候心肺，平者候肝脾，沉者候兩腎及腹，其取義若是矣！及其病也，遲、數、浮、沉、大、小之度，詭於恒時，而三部亦有錯異，或乃一臟病劇，則一部獨應，此固非古人虛說，今世醫師，人人皆得驗而得之。
實徵既然，不能問其原也。脈本屬心，而他臟腑之病，亦可形之於脈，實徵既然，亦不能問其原也。²⁷

指出寸口三部皆為同一條血管的三個鄰近部位，而「脈本屬心」，本應只能徵候心臟狀態，似難以兩手六部測度心臟以外的臟腑病機；但章太炎亦不得不承認，寸、關、尺三部與五臟六腑的對應關係確有其實證根據：脈主有病時，三部脈動確實會於速度（「遲、數」）、脈位深淺（「浮、沉」）、形狀力度（「大、小」）等特質有所差異。有時某臟腑之病加劇，與該臟腑相應的脈位也確實隨之反映出其餘脈位所沒有的變化。章太炎雖亦感三部之應「不能問其原」、難以醫理解釋原由，但因「人人皆得驗而得之」、「實徵既然」，仍肯定其為可反覆驗證的既存事實，非不切實際的「古人虛說」、無稽之談。

三、《難經》、史傳中獨取寸口的診脈技術

成書年代大約在戰國到東漢的《難經》，確立了將取脈位置簡化為手腕寸口一處的「獨取寸口」診脈法：

十二經皆有動脈，獨取寸口，以決五藏六府死生吉凶之法，何謂也？然。

²⁷ 章太炎：〈論診脈有詳略之法〉，收錄於《章太炎全集（八）》（上海：上海人民出版社，1994年），頁178-179。



寸口者，脈之大會，手太陰之脈動也。（《難經·一難》）

《黃帝內經素問》已可見「氣口獨為五藏主」、認為僅從手太陰氣口動脈即可診知五臟之氣的論述，可知《難經》並非最早論及寸口取脈法的醫學文獻。但《難經》確是首部主張「『獨』取寸口」的醫學文獻，開篇便明言：「十二經皆有動脈，獨取寸口，以決五藏六府死生吉凶之法」。雖然周身十二經絡均有可觸知脈動的「動脈」，但僅取手腕寸口進行診脈，便足以決斷患者五臟六腑之盛衰、病情之吉凶與最後的生死。

《難經》載錄的診脈手法，可由史籍中加以考證：《史記·扁鵲倉公列傳》中漢初名醫倉公淳于意為齊王太后診脈的紀錄，可知其僅於手腕寸口取脈診病。²⁸淳于意「切其太陰之口」，意即於手太陰肺經的寸口處取脈，便能由寸口盛大有力、搏動迅疾的脈象（「脈大而躁」）診知膀胱有風熱客留，導致大小便困難、小便赤紅（「大者，膀胱氣也；躁者，中有熱而溺赤」），可見早在漢初，已有醫者採行僅取寸口一處的脈診技術。

《後漢書·方術列傳》記載東漢名醫郭玉任太醫丞時，漢和帝設難考校郭玉脈診技術，令手腕姣好如女子般的近臣與女子一同隱身於帷幕之後，兩人各伸一手讓郭玉診脈，意圖混淆；但郭玉確能純由脈象確知兩手分屬男女、並非一人之手而令漢和帝讚嘆其脈診之術。²⁹由此可知，郭玉亦僅於手腕寸口處取脈，施行的亦是「獨取寸口」診脈法。

值得注意的是，在上述兩則診脈事例中，倉公所診察的病患「齊王太后」為地位尊崇的女子，郭玉僅診寸口之脈的預設對象亦為女子。由此推測「獨取寸口」診法的興起，或許與古代社會重視男女之防的文化背景有關。從技術操作的角度觀之，採用三部九候診法者須觸及周身十一處穴位、人迎寸口診法亦須觸及頸側動脈，相較之下，採用「獨取寸口」診法的醫者與病患的接觸最少，僅限於兩手手腕，一來於脈診操作時省去更衣的不便，二來能使患者保有最大限度的隱私。

²⁸ 《史記·扁鵲倉公列傳》引文詳見第一章正文，頁 26。

²⁹ 《後漢書·方術列傳》引文詳見第一章正文，頁 27。

然而，一種診察技術於眾多診察技術中脫穎而出，除了操作便利性與社會文化背景等外緣因素以外，是否還有內在於診脈技藝與理論本身的原由呢？獨取寸口在理論內容上是否周備？



四、選擇手太陰肺經之由

《脈經·卷八·平陽毒陰毒百合狐惑脉證第三》：

百脉一宗，悉病，各隨證治之。³⁰

全身經脈皆同出一源，彼此關聯、交互影響，因此理論上可於全身任一經脈脈動處診得全身脈氣狀態。既然在全身每一局部皆可察知全身狀態，為何要「獨取寸口」、選擇位於手腕寸口的手太陰肺經動脈，而非其他動脈作為唯一的診脈位置？與中醫脈診歷史上曾作為醫者取脈處的諸多「動脈」位置相較，寸口是否具有突出的診察優勢？

《黃帝內經素問·血氣形志》：

夫人之常數，太陽常多血少氣，少陽常少血多氣，陽明常多氣多血，少陰常少血多氣，厥陰常多血少氣，太陰常多氣少血，此天之常數。

流經人體各經脈的氣、血量多寡並非均等，手太陽小腸經、足太陽膀胱經血多氣少；手少陽三焦經、足少陽膽經血少氣多；手陽明大腸經、足陽明胃經氣血俱盛；手少陰心經、足少陰腎經血少氣多；手厥陰心包經、足厥陰肝經血多氣少；手太陰肺經、足太陰脾經與手、足陽明經相同，氣血俱多。³¹太陰、陽明脈皆是全身氣

³⁰ 沈炎南校注：「全身所有經脈同出一源。宗，本源也。《廣雅·釋詁》：『宗，本也。』」

³¹ 郭藹春主編《黃帝內經素問校注》：「《太素》卷十九〈知形氣所宜〉作『多血氣』。張志聰曰：『藏府陰陽雌雄相合，而氣血之多少，即有常數，如太陽多血少氣，少陽少血多氣，則厥陰多血少氣。陽有餘則陰不足，陰有餘則陽不足，此天地盈虛之常數也，為陽明則氣血皆多，蓋血氣皆生於陽明也。』森立之曰：『志說是。《素問》論陽明之多血氣，而不及於太陰。《太素》作太陰多血氣，則與陽明相合，是脾胃大腸共為生氣血之根源，不待辨而自明矣。』」（頁 345-346）指出太陰所對應之脾、肺與陽明所對應之胃、大腸皆為生成氣血的源頭，故太陰應與陽明同為「多氣多血」。



血充盈強盛之處，也是最易感受脈氣的位置。

那麼同樣氣血俱多的手太陰肺經、足太陰脾經、手陽明大腸經、足陽明胃經，為何獨取手太陰肺經寸口動脈？《黃帝內經素問·經脈別論》曰：

脈氣流經，經氣歸於肺，肺朝百脈，輸精於皮毛。

脈氣雖於全身經絡中周流不休，卻終將歸往主司呼吸的肺臟。明·方有執註解《傷寒論·平脈法》「呼吸者脈之頭也」時亦曰：

呼者，氣之出，脈之來也；吸者，氣之入，脈之去也。頭，頭緒也，脈隨氣之出入來去，名狀雖多，呼吸則其源頭也。³²

肺所主司的呼吸正為全身脈氣運行的動力源頭，如此便可理解何以所有經脈之氣皆會歸往肺臟，而與肺臟相屬的手太陰肺經，也自然成為全身脈氣最為充盈旺盛的經脈。

《難經·二難》解釋之所以於「十二經動脈」中「獨取寸口」為唯一的取脈位置，乃是因「寸口者，脈之大會，手太陰之動脈也」。《脈經·卷二·辨尺寸陰陽榮衛度數第四》亦謂：「太陰者，寸口也，即五臟六腑之所終始，故法取於寸口。」皆指出全身經脈以及與經脈相連的五臟六腑之氣，均會歸於手太陰肺經。加以如前所述，該經乃全身脈氣最為充盈的經脈，故手太陰肺經的寸口動脈為最適宜診察全身脈氣狀態的診脈部位。

第三節 體表、臟腑與周身細部：寸關尺各部的訊息解讀

一、「獨取寸口」在中醫的獨特性

我們暫且擱置李時珍、陳修園對診斷學必須採遍身診法的堅持，繼續探討脈診最後獨取寸口的可能意涵。日本人類學者栗山茂久比較古希臘與中國脈診特性時，指出「脈位」為中醫切診最顯著的特徵：

³² 清·吳謙等編：《訂正仲景全書傷寒論注》（臺北：新文豐出版公司，1994年），頁395。



相較之下，此點大概就是中國切診最顯著的特徵：深信脈位的重要性。從希羅菲勒斯到蓋倫，希臘的診斷師們極少對脈搏不同部位的不同觸感表示興趣，或是根本不曾注意過。蓋倫僅僅提到之所以選擇觸摸手腕，是因為那裡的脈搏可明確感知，而且不會侵犯到病患的隱私。他們從不曾想過要系統性地比較不同的部位。事實上，他們也沒理由要想到，因為既然動脈都以心臟為起點，醫生自然認為所有動脈的快慢、頻率、節奏等特性都會相同。³³

古希臘醫者基於其生理學與解剖學知識，解讀脈搏是心臟推動血液循環、使動脈隨心搏收縮舒張的現象。於是，醫生自然認為所有動脈的「快慢、頻率、節奏」等特性都會相同，也因此希臘的診斷師們極少對「脈搏不同部位的不同觸感」表示興趣，或是根本不曾注意，且從未想過要系統性地比較不同的部位。與之相較，中國醫家則「深信脈位的重要性」，由於以脈氣運行解讀脈動，醫者很早便注意到同一動脈的不同區域，會於指下呈現不同的觸感。即使「獨取寸口」，以手腕寸口為唯一的取脈位置，仍可由寸口動脈寸、關、尺不同區域的不同脈象，診察、辨識身體各處的脈氣狀態。栗山茂久因而指出：

如果脈是生命的語言，則其文法即依脈位而定。³⁴

寸口動脈的脈位劃分，確立了解讀脈象意義的方式與結構。欲解析寸口脈象所蘊含的身體訊息，首需掌握寸、關、尺脈位的位置以及對應的身體區域。

二、寸關尺所表徵的體表訊息

³³ 栗山茂久著，陳信宏、張軒辭譯：《身體的語言：古希臘醫學和中醫之比較》，頁 28。

³⁴ 同前註。George Lakoff 和 Mark Johnson 於《我們賴以生存的譬喻》一書指出，譬喻與所喻間具有部分相合性，但不可能全然相合。栗山茂久以語言譬喻脈動，以文法譬喻脈位，即著眼於透過脈位與臟腑的對應關係，有助於解讀脈動所蘊藏的義涵。然而栗山茂久亦意識到「在心易了，指下難明」的脈動手感，並非語言可盡詮，指出：「西方醫家認為這種如詩詞般『天馬行空』的語彙對於建立可信的科學是個致命傷。更奇怪的是，中國醫家自己也毫不諱言脈象的細微易變、觸感的遲鈍，以及語言的不足。」（頁 58），一為尋求規則、致力精確的文法，一為難以言詮的指下脈動，以前者譬喻後者時難免有不盡相合之處。



《脈經·卷一·辨尺寸陰陽榮衛度數第四》：

脈有尺寸，何謂也？然：尺寸者，脈之大會要也。從關至尺是尺內，陰之所治也；從關至魚際是寸口內，陽之所治也。³⁵故分寸為尺，分尺為寸。故陰得尺內一寸，陽得寸內九分。尺寸終始一寸九分，故曰尺寸也。

本段引自《難經·二難》，扼要說明寸口脈位來由與劃分方式。作為「脈之大會要」諸經脈會聚之所的寸口動脈，分為「尺」、「寸」二部分；尺寸交界處稱為「關」。明·張世賢釋：「關，間隔也。」³⁶，為分隔尺、寸二區域的關口。由「關」至位於拇指近節指骨後的魚際區域與手腕交界處的橫紋（後簡稱「腕橫紋」），³⁷距離為其人同身寸之一寸，³⁸此區域稱為「寸口」，簡稱為「寸」（「從關至魚際是寸口內」）；

³⁵ 蔡師璧名：「所謂陰、陽乃相對而非絕對的概念；也就是說，陰陽的區別與歸屬，乃是在相互對勘、比較之下而產生的。」詳見〈重審陰陽五行理論：以本草學的認識方法為中心〉，《臺大中文學報》12期（2000年5月），頁317。就身體部位言，上部屬陽、下部屬陰，因此「陰之所治」、「陽之所治」中的陰陽，「陽」指人身上部之氣，「陰」指人身下部之氣。

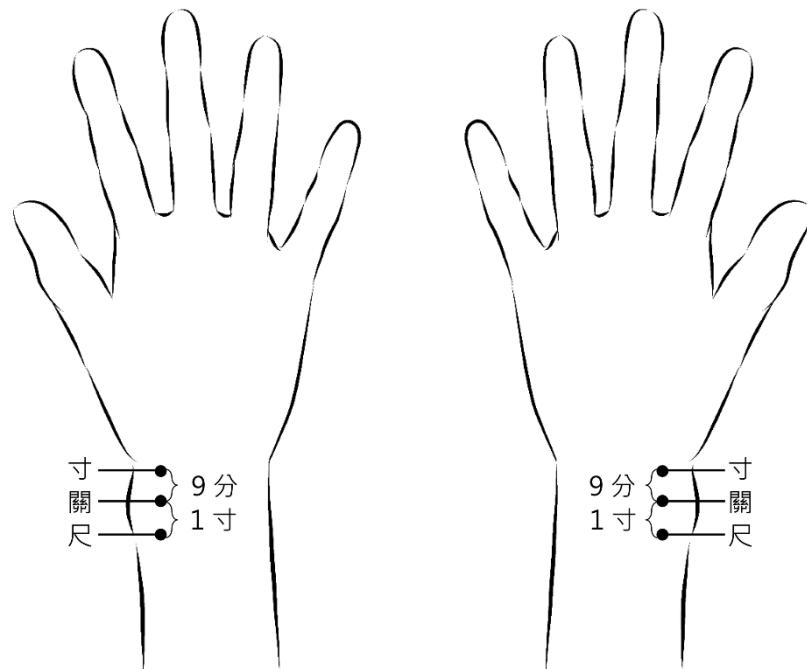
³⁶ 明·張世賢：《圖注八十一難經》，收入舊題王叔和作《圖註難經脈訣》（臺南市：啟仁書局，1968年），卷一，頁3。

³⁷ 手太陰肺經有魚際穴，《黃帝內經明堂》楊上善注：「大指本節後象彼魚形，故以魚名之。赤白肉畔，故曰魚際。」明·楊繼洲《針灸大成》：「大指本節後內側，白肉陷中。又云：散脈中。」（臺北：大中國圖書股份有限公司，2002年），卷八，頁7。然而《脈經·卷一·分別三關境界脈後所主第三》謂：「從魚際至高骨，卻行一寸，其中名曰寸口。」實際丈量腕後高骨至魚際穴之距離，實遠大於一寸，故此處之「魚際」或非指「魚際穴」而言。由楊上善《黃帝內經明堂》注文可知，大拇指本節後方肉厚區域形狀如魚，故稱為「魚」，「際」指的則是赤、白肉色的交界。「魚際穴」因位於「魚」之赤白肉「際」得名，但「魚際」實亦可指稱大姆指本節後區域。唐·孫思邈《千金方·平脈大法》：「何謂三部脈？寸關尺也。凡人修短不同，其形各異，有尺寸分三關之法，從肘腕中橫紋，至掌魚際後紋，卻而十分之，而入取九分，是為尺。從魚際後紋，卻還度取十分之一，則是寸，十分之而入取九分之中，則寸口也。」以魚際後方掌腕交界處橫紋為魚際區域與寸部的邊界，實際量測此橫紋至腕後高骨距離，正為一寸，可知《難經》、《脈經》所謂之「魚際」，實指大拇指本節後方形狀如魚的區域而言。

³⁸ 唐·孫思邈：「人有老少，體有長短，膚有肥瘦，皆需精思商量，准而折之，無得一概，致有差失。其尺寸之法，依古者八寸為尺。仍取病者男左女右手中指上第一節為一寸，亦有長短不定者，即取手大拇指第一節橫度為一寸，以意消息，巧掘在人。」（唐·孫思邈著、李景榮等校釋：《備急千金要方校釋》，北京：人民衛生出版社，1998年，頁634。）由於人人體型、骨度各不相同，因此中醫採用「同身寸」，而非以統一、公定的度量衡作為人體的長度單位，以每人中指



由關位至手肘關節內側橫紋中的尺澤穴，³⁹距離恰為其人同身寸之一尺，故此區域稱之為「尺」（「從關至尺是尺內」）。從腕橫紋至手肘尺澤穴，長一尺一寸，但實際診脈時，僅取原長一尺的尺部內的一寸，取原長一寸的寸部內九分（「陰得尺內一寸，陽得寸內九分」），即於此長僅一寸九分的範圍內診察全身陰陽。



圖七：寸關尺位置示意圖

《脈經·卷二·辨尺寸陰陽榮衛度數第四》謂尺內為「陰之所治」、寸口內為「陽之所治」，寸口不同脈位所候已見端倪。《脈經·卷一·分別三關境界脉候所主第三》則揭示寸口寸、關、尺脈位所對應的身體部位：

……陽出陰入，以關為界。陽出三分，陰入三分，故曰三陰三陽。陽生於尺動於寸，陰生於寸動於尺。寸主射上焦，出頭及皮毛竟手。關主射中焦，腹及腰。尺主射下焦，少腹至足。

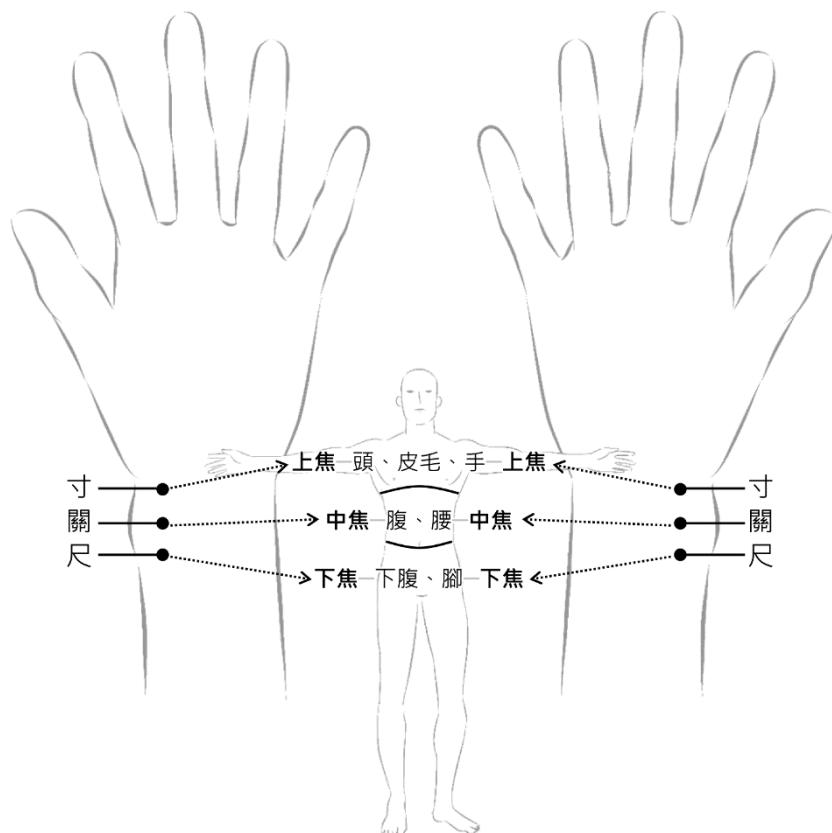
陽氣出，陰氣入，關為陰陽出入的交界（「陽出陰入，以關為界」）。陽氣生發於尺

最上方指節長度、或大拇指第一指節的寬度為其人同身寸之一寸。

³⁹ 明·楊繼洲《針灸大成》：「肘中約紋上，動脈中，屈肘橫紋，筋骨罅陷中。」（卷八，頁6）、黃維三《針灸科學》：「以手平舉之，按取肘中屈臂橫紋中，兩筋骨罅陷中，稍偏向橈側，掐住穴位，令病人屈伸其肘，必覺痠楚。」（頁243）



部，朝外運行，搏動於寸部；陰氣生發於寸部，向內運行，搏動於尺部，因此診察寸部可知身體陽氣的狀態，診察尺部則可知體內陰氣狀態。就身體部位言，上部屬陽、下部屬陰，故「陽之所治」、屬陽的寸部主候上焦，範圍包含頭部、皮毛到雙手；「陰之所治」、屬陰的尺部主候下焦，範圍涵括由下腹部到雙腳；而為陰陽之氣出入交界的關部則主候上焦與下焦間的中焦區域，包含腹部與腰部（詳圖八）。



圖八、寸關尺對應上、中、下焦示意圖

三、從寸關尺得以閱讀的臟腑訊息

除了寸、關、尺三部大略對應的身體部位外，《脈經·卷一·兩手六脈所主五臟六腑陰陽逆順第七》則引現已亡佚之《脉法贊》，將此一對應關係拓展至臟腑、經絡，並指出即使同為寸、關或尺部，亦有左右兩手之別：

《脉法贊》云：肝心出左，脾肺出右，腎與命門，俱出尺部，魂魄穀神，



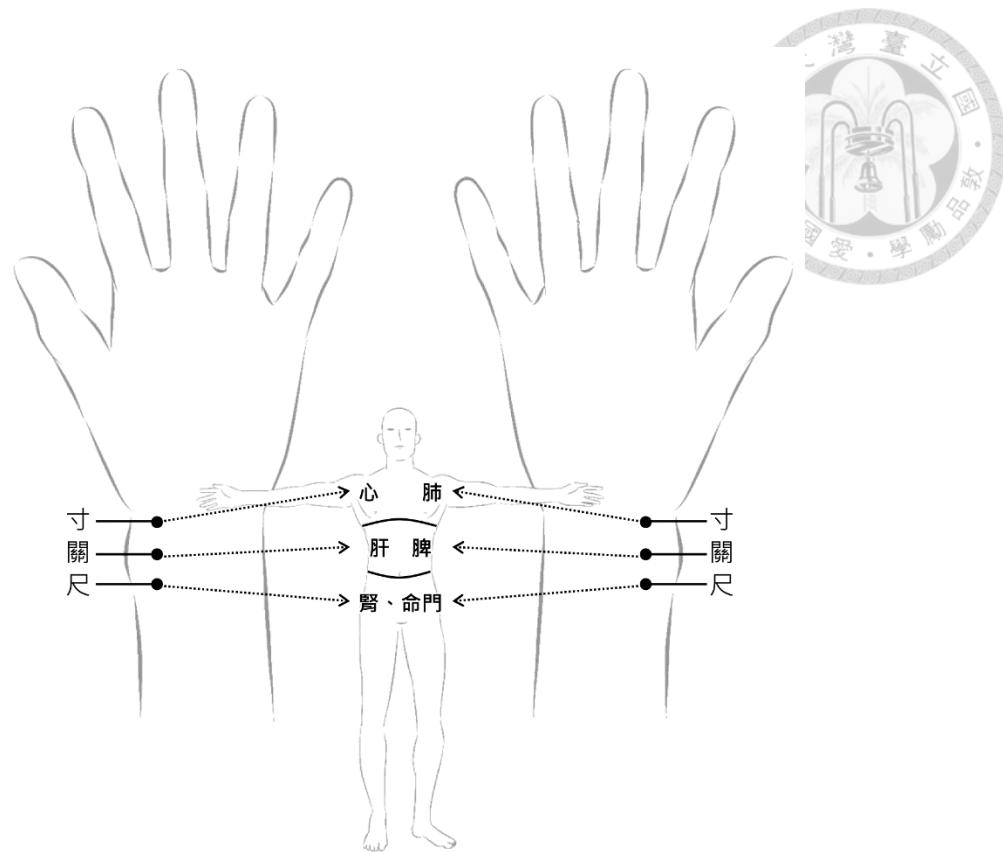
皆見寸口。左主司官，右主司府。⁴⁰左大順男，右大順女。關前一分，人命之主。左為人迎，右為氣口。神門決斷，兩在關後。人無二脈，病死不愈。諸經損減，各隨其部。察按陰陽，誰與先後。陰病治官，陽病治府。⁴¹奇邪所舍，如何捕取？審而知者，針入病愈。

左手寸部候心、關部候肝；右手寸部候肺、關部候脾（「肝心出左，脾肺出右」），二手尺部候腎與命門（「腎與命門，俱出尺部」）（詳圖九）。《脉法贊》固然重視作為「人命之主」、主宰生命的心、肺（「關前一分，人命之主」）⁴²，但亦指出倘若兩手尺脈脈絕，代表病患生機已絕、無可挽救（「神門決斷，兩在關後。人無二脈，病死不愈」），強調兩尺腎脈的重要性。

⁴⁰ 沈炎南主編《脈經校注》：「司官，指診察五臟。」（頁 10）推敲其意「左主司官，右主司府」應即於左手診察五臟、於右手診察六腑之意。然而《脉法贊》又曰：「脾肺出右」，屬五臟之一的肺卻在右手診察，與「左主司官，右主司府」原則不符，則「左主司官，右主司府」之意涵尚待更深入的考證。

⁴¹ 宋・林億引《千金方》：「三陰三陽，誰先誰後」校注「按察陰陽，誰與先後」（《脈經校注》，頁 10），則後句「陰病治官，陽病治府」之「陰」、「陽」，理應指太陰、少陰、厥陰、太陽、少陽、陽明三陰三陽經絡臟腑而言。意即三陰經異常就治療臟的問題，三陽經異常就治療腑的問題。

⁴² 沈炎南主編《脈經校注》：「關前一分，屬寸脉部位，左寸候心，右寸為肺。心為君主之官，藏神而主一身血脉；肺為相傳之官，藏魄而主一身之氣，心肺為一身性命之主，故寸脉主後人身生命安危，故謂『人命之主』。」（頁 11）



圖九、《脈法贊》兩手三部相應臟腑示意圖

《脈經·卷一·兩手六脈所主五臟六腑陰陽逆順第七》中有更為詳明的脈位與經絡、臟腑對應：

心部在左手關前寸口是也，即手少陰經也，與手太陽為表裡，以小腸合為府。合於上焦，名曰神庭，在龜（一作鳩）尾下五分。

肝部在左手關上是也，足厥陰經也，與足少陽為表裡，以膽合為府，合於中焦，名曰胞門（一作少陽），在大倉左右三寸。

腎部在左手關後尺中是也，足少陰經也，與足太陽為表裡，以膀胱合為府，合於下焦，在關元左。

肺部在右手關前寸口是也，手太陰經也，與手陽明為表裡，以大腸合為府，合於上焦，名呼吸之府，在雲門。

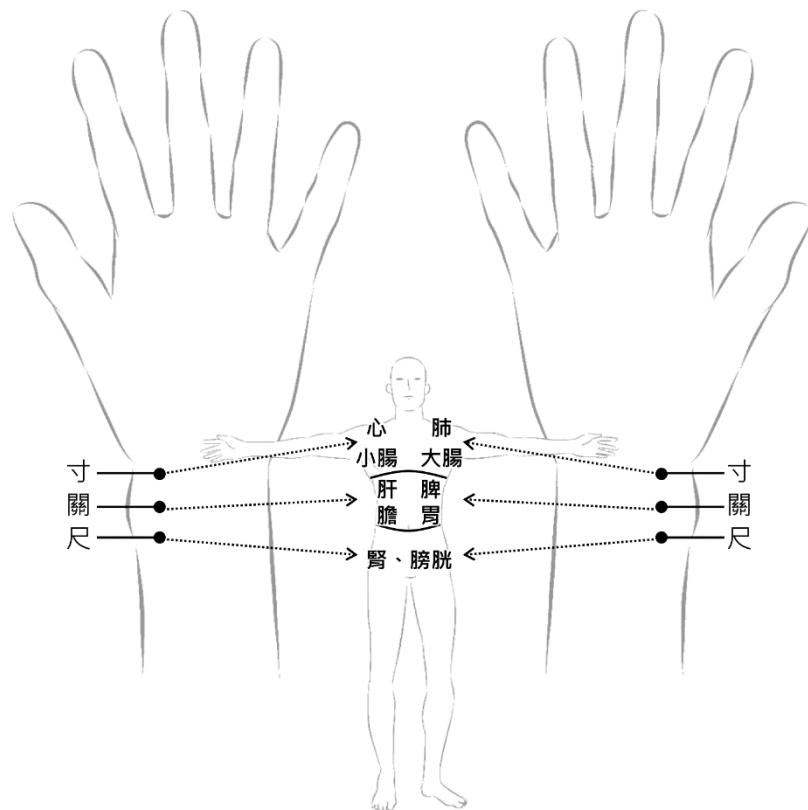
脾部在右手關上是也，足太陰經也，與足陽明為表裡，以胃合為府，合於中焦脾胃之間，名曰章門，在季脅前一寸半。



腎部在右手關後尺中是也，足少陰經也，與足太陽為表裡，以膀胱合為府，合於下焦，在關元右，左屬腎，右為子戶，名曰三焦。⁴³
左寸候心、小腸，左關候肝、膽，右寸候肺、大腸，右關候脾、胃，兩尺并候腎與膀胱（詳表十、圖十）。

左寸	心 小腸	肺 大腸	右寸
左關	肝 膽	脾 胃	右關
左尺	腎 膀胱	腎 膀胱	右尺

表十、《脈經》兩手三部相應臟腑



圖十、《脈經》兩手三部相應臟腑示意圖

⁴³ 《脈經校注》：「本篇所提及的神庭、胞門、章門等，本為穴位名，但原文所述的位置卻與現存醫籍所載的穴位位置相去甚遠，可能是原文有訛誤，或是古代對某些部位的特定稱呼。篇末的『三焦』也只是作為『子戶』的別稱，不同於一般概念。」（頁 12）



寸關尺與臟腑的配應其實早在《脈經》之先就已略具規模，《黃帝內經素問》與《難經》皆已記載寸口脈位所候臟腑，但臟腑配應尚未周備。《素問·脈要精微論》：

尺內兩傍，則季脇也，尺外以候腎，尺裏以候腹。中附上，左外以候肝，內以候鬲；右外以候胃，內以候脾。上附上，右外以候肺，內以候胸中；左外以候心，內以候膻中。⁴⁴

尺部主候側胸之季脇軟肋部位，唐·王冰注：「季脇近腎，尺主之。」季脇與腎、腹相鄰，故〈脈要精微論〉之尺部亦主候腎、腹（「尺外以候腎，尺裏以候腹」）。左手中段關部主候肝、鬲，右手關部則主候脾、胃；左手寸部主候心、膻中，右手寸部則主候肺、胸中。此上、中、下段與臟腑之對應，與《脈經》以左關候肝膽、右關候脾胃、左寸候心小腸、右寸候肺大腸、兩尺候腎與膀胱甚為近似。

值得注意的是，〈脈要精微篇〉所載臟腑配屬，僅及於五臟與胃腑，清·黃琳《脈確》曰：

經於寸關尺分部以候五臟，而六腑止及胃者，蓋五臟先天之氣，賴後天水穀之氣以養之也。餘腑不及者，統於臟也。⁴⁵

指出六腑中僅及胃腑的原因，胃主司將所攝取的水穀轉化為後天之氣，滋養五臟先天之氣，以其重要性獨與五臟並列，其餘五腑則為五臟統攝，不另提及。

主張「獨取寸口」的《難經》則提出寸、關、尺脈位與五臟六腑的配屬關係：

脈有三部，部有四經，手有太陰陽明，足有太陽少陰，為上下部，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，火炎上而不能下，故

⁴⁴ 郭蘄春主編《黃帝內經素問校注》釋「中附上」、「上附上」：「將尺膚部分為三段，近掌部者為上段，近肘部者為下段，中間者為中段。中附上，指中段。謂肝、鬲、脾、胃皆在部，而附於上。上附上，指上段，謂肺、胸、心、膻中皆在上部，而益附於上。」（頁 239）

⁴⁵ 清·黃琳：《脈確》，收入明·滑壽等著、郝恩恩等編：《脈學名著十二種》，頁 299。



為上部。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。（《難經·十八難》）

《難經》並非逕指出每一脈位所候臟腑，而是透過當時業已成熟的十二經絡、臟腑體系，以五行相生之理論說明脈位與臟腑的對應關係。⁴⁶手太陰肺、手陽明大腸屬金，生屬水的足少陰腎與足太陽膀胱，水性向下而不能上，故腎與膀胱相應於居下的尺部；⁴⁷足厥陰肝、足少陽膽屬木，生屬火的手太陽小腸、手少陰心，火性向上而不能下，故心與小腸對應於居上的寸部；手心主即手厥陰心包與手少陽三焦屬火，⁴⁸生屬土之足太陰脾與足陽明胃，五行方位中土居中宮，故脾、胃相應於居中的關部。

〈十八難〉將十二經對應於寸、關、尺三部脈位，每部相應四條經絡（「脈有三部，部有四經」），但關於三部脈位分別對應哪四條經絡，〈十八難〉僅明言足少陰腎、足太陽膀胱對應尺部，手太陽小腸、手少陰心對應寸部，足太陰脾、足陽明胃對應關部，未明確指出手太陰肺、手陽明大腸、足厥陰肝、足少陽膽、手厥陰心包、手少陽三焦所對應之脈位，亦未明言左、右手之別。明·張世賢參以《難經·八難》：

諸十二經脈者，皆係於生氣之原。所謂生氣之原者，謂十二經之根本也，

⁴⁶ 蔡師璧名：「在傳統醫家的生理學論述中，陰陽說無法獨自肩負人體臟腑間複雜關係的詮釋，乃與五行說相輔相成，以統合說明五臟六腑之間相互傳導、制約的複雜關聯。」又曰：「就五行說發展過程中『行』字所具的材料義、次序義、類別義、行氣義看來，五行之『五』的意義，並非數學意義的計數，而是動態的秩序。秩序的維持，成於消長、生克的動態平衡。而『生』與『克』，乃是五行系統中至要的作用、關係與互動聯繫。任何一個整體系統中，某單一單元與其他單元的關係，不外乎『生』、『所生（被生）』、『克』、『所克（被克）』。」詳見〈重審陰陽五行理論：以本草學的認識方法為中心〉，頁 333-334。

⁴⁷ 清·徐大椿《脈訣啟悟》：「神門屬腎，乃診腎脈部分，兩在關後，關復皆屬尺脈。」（清·徐大椿撰，趙蘊坤、趙生泉、趙泓校勘：《脈訣啟悟》，收入《徐靈胎醫書全集》，太原市：山西科學技術出版社 2001 年，頁 908）

⁴⁸ 明·張世賢《圖注八十一難經》：「手之心主包絡、少陽三焦，相火也，俱有名而無實，寄位於右尺。」（卷二，頁 3）指出手厥陰心包與手少陽膽雖屬火，但僅為有名無實的相火，不似手太陽小腸、手少陰心之君火居於上位，故僅寄託於位居下部的右尺。



謂腎間動氣也。此五臟六腑之本，十二經之根，呼吸之門，三焦之原，一名守邪之神。

據此主張手少陽三焦、手厥陰心包與腎同應於尺部。倘再參以〈十八難〉以寸部「主胸以上至頭之有疾也」、關部「主膈以下至齊之有疾也」，則餘下四經臟腑中，位於「胸以上至頭」區域的肺臟當應於寸部，位於「膈以下至齊（臍）」區域之肝臟則當應於關部；再考量臟腑表裡相應之理，手陽明大腸當與手太陰肺同應於寸，足少陽膽則當與足厥陰肝同應於關。後世醫家更依「肝心出左，脾肺出右」例，判分《難經》脈位所對應臟腑。左寸候心、小腸，左關候肝、膽，左尺候腎、膀胱；右寸候肺、大腸，右關候脾、胃，右尺候心包、三焦。⁴⁹

檢視《黃帝內經素問》、《難經》、《脈經》之脈位與臟腑對應關係（詳表十一），可發現三書所載心、肝、脾、肺四臟脈位率皆相同，亦皆以腎候於尺部。所不同者，在於《素問》僅言及胃腑，《難經》、《脈經》則明言臟腑候於同一脈位；以及右尺所候為腎腹（《素問》）、心包三焦（《難經》）抑或腎膀胱（《脈經》）之別。《脈經》以降，歷代醫家於脈位與臟腑之配屬關係仍時有異議，未嘗定於一說，但大抵而言皆大同小異、不離於宗。

	寸		關		尺	
	左	右	左	右	左	右
《素問》	心 膻中	肺 胸中	肝 膈	脾 胃	腎 腹	腎 腹
《難經》	心 小腸	肺 大腸	肝 膽	脾 胃	腎 膀胱	心包絡 三焦
《脈經》	心 小腸	肺 大腸	肝 膽	脾 胃	腎 膀胱	腎 膀胱

⁴⁹ 《難經·十八難》：「三部者，寸、關、尺也。九候者，浮、中、沉也。上部以法天，主胸以上至頭之有疾也；中部法人，主膈以下至齊之有疾也；下部法地，主齊以下至足之有疾也。」可知〈十八難〉之上、中、下部即為寸、關、尺脈位。

《醫宗金鑑》	心 膻中	肺 胸中	肝 膽、膈	脾 胃	腎 小腸 膀胱	腎 大腸
--------	---------	---------	----------	--------	---------------	---------

表十一、《黃帝內經素問》、《難經》、《脈經》、《醫宗金鑑》三部對應

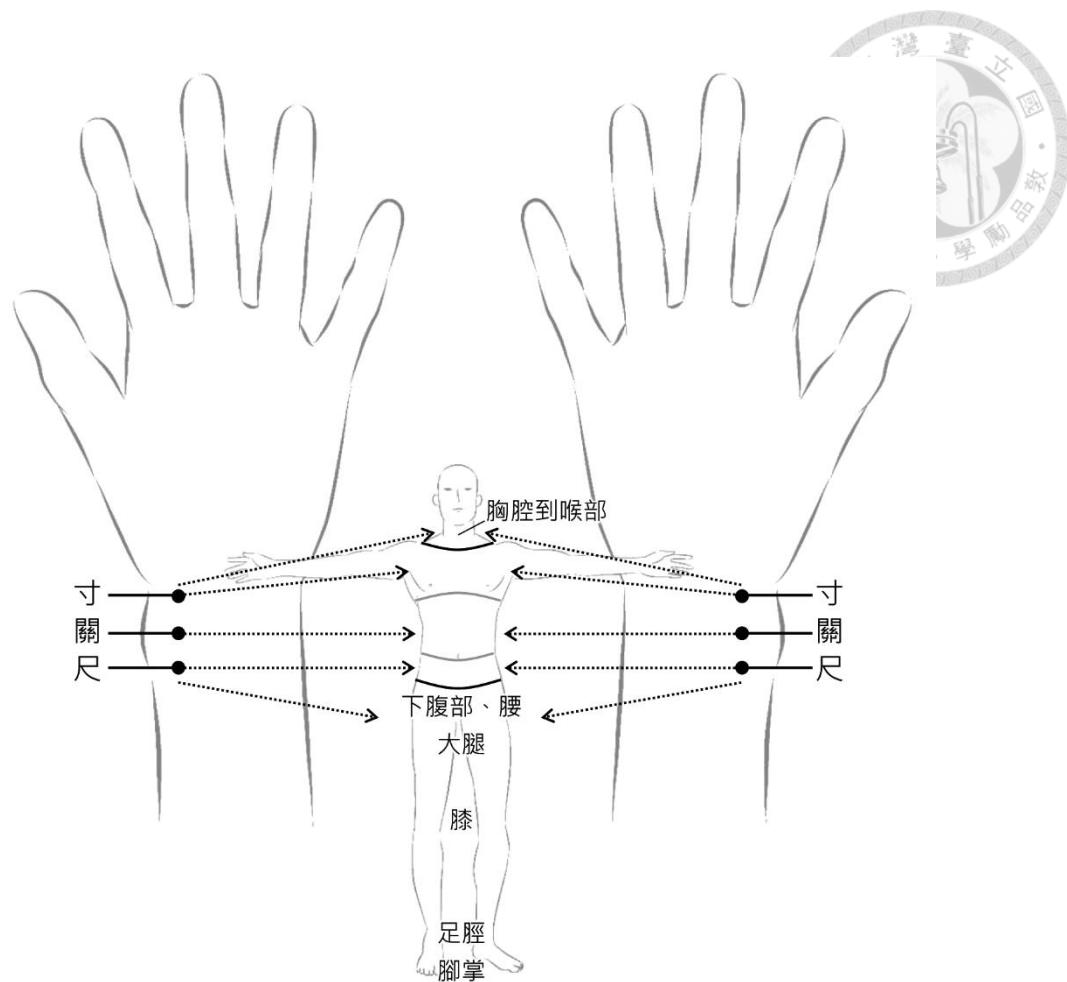


四、從寸關尺得以閱讀的身體細部

《素問》、《難經》與《脈經》雖均將寸口脈分為寸、關、尺三部，探究各脈位與臟腑的對應關係，但手腕寸口動脈本為一連續之整體，倘採用較寸、關、尺三部更為細密的劃分，將可由寸口脈動診知更多身體狀態。《素問·脈要精微論》：

前以候前，後以候後，上竟上者，胸喉中事也；下竟下者，少腹腰股膝脛足中事也。

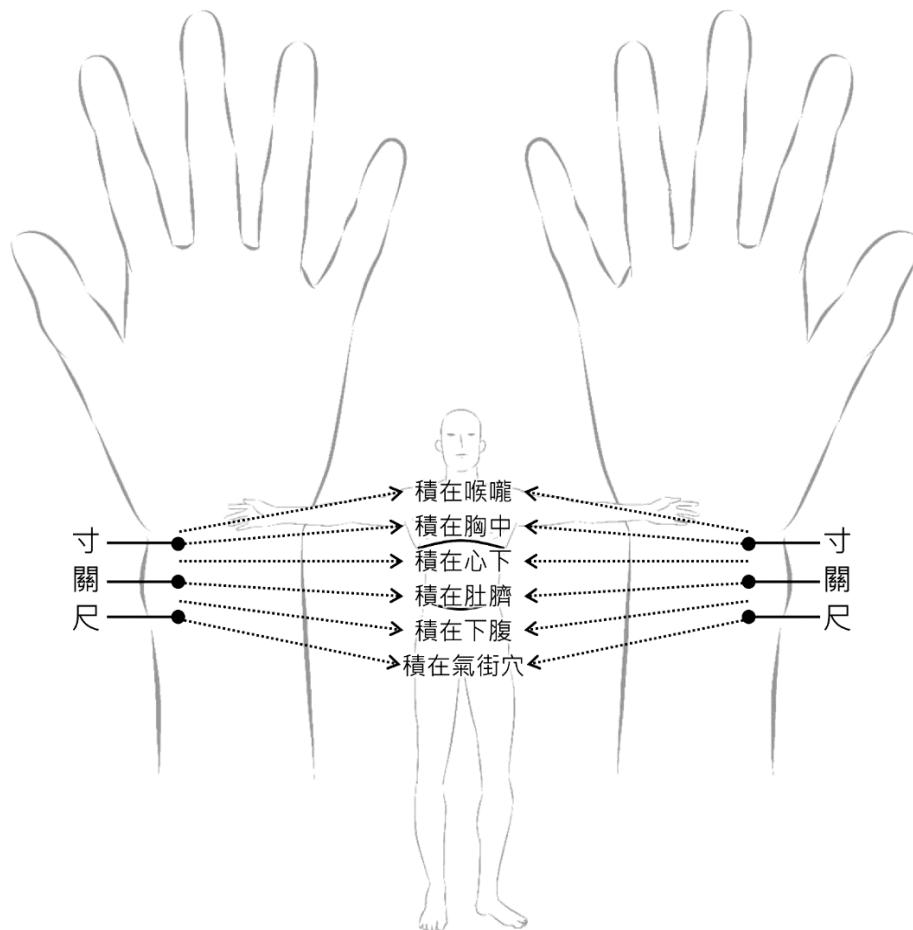
關前寸部徵候身體的前段（即上部）區域，關後尺部則徵候身體後段（即下部）區域，但〈脈要精微論〉更論及上部以上與下部以下脈位與身體部位的對應關係。關前寸部之脈徵候心、肺、胸中與膻中，而寸部之上、更接近手腕的脈動，則徵候身體更高處的胸腔到喉部區域；關後尺脈徵候位於軀幹下部的腎臟與腹部，尺脈之下、更接近手肘的脈動則徵候更下方的下腹部、腰、大腿、膝、足脛、腳掌等身體部位（詳圖十一）。由此可見寸、關、尺三部脈位僅為一概略的劃分，不代表左右手腕寸口動脈僅能反映身體六處區域的狀態。



圖十一、《素問·脈要精微論》上部以上、下部以下脈位與身體部位對應示意圖

《脈經·卷八·平五臟積聚脈証第十二》即將手腕寸口脈作更細微的劃分：
 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，積在氣街。

細小而下沉至骨頭深度的脈象，代表體內有病邪積滯不去。若於寸部診得這樣的脈象，可知積在胸中；於稍微超出寸部、接近手腕的「微出寸口」位置診得，代表積在喉嚨；於關部診得，代表積在肚臍附近；在介於寸、關之間的「上關上」部位診得，代表積在心下；在介於關、尺之間的「微下關」位置診得，代表積在下腹；若於尺部診得，則代表病積在軀幹與大腿交接的氣街穴一帶（詳圖十二）。



圖十二、手腕寸口脈對應積滯部位示意圖

五、來自寸關尺既定脈位外的訊息

古代醫家更注意到手腕寸口脈並不總是在一條既定的路線上跳動，《脈經·卷十·手檢圖二十一部》⁵¹：

⁵⁰ 黃維三主編《針灸科學》說明氣街穴位於「歸來穴下稍斜外側一寸，適當股部內側之紋，用手摸之，再橫骨外端之下凹陷中，有股動脈，由此順腿紋下量一寸，既至腹股溝淋巴腺（即鼠蹊）陰莖根與衝門之間。」（頁 268）

⁵¹ 清·張柏指出《脈經》手檢圖：「此卷傳疑已久，手檢圖已不傳，而僅存舊目。袁表後序亦云，今按李頻湖脈學論氣口九道直冠曰手檢圖云，而所引則此篇首段，因知此即手檢圖也。……今以李氏所引證之，演其重覆，訂其錯誤，其中文義可通者，兩存其說，又補所脫漏督脈、任脈、衝脈三條，並採李氏所撰之圖附焉，庶閱者無遺憾矣。」可知《脈經》手檢圖原圖已然失傳，



前如外者，足太陽也。中央如外者，足陽明也。後如外者，足少陽也。中央直前者，手少陰也。中央直中者，手心主也。中央直後者，手太陰也。

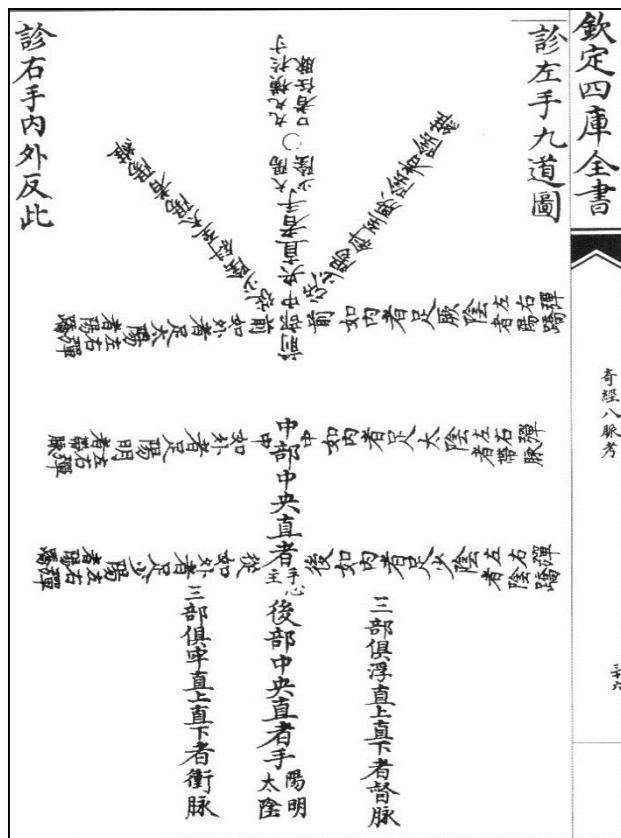
前如內者，足厥陰也。中央如內者，足太陰也。後如內者，足少陰也。前部左右彈者，陽蹻也。中部左右彈者，帶脈也。後部左右彈者，陰蹻也。

從少陽之厥陰者，陰維也。從少陰之太陽者，陽維也。

脈動偏於寸部外側，代表病在足太陽膀胱經（「前如外者，足太陽也」）；脈動偏於關部外側，病在足陽明胃經（「中央如外者，足陽明也」）；脈動偏於尺部外側，病在足少陽膽經（「後如外者，足少陽也」）；脈動於寸部、不偏內外，病在手少陰心經（「中央直前者，手少陰也」）；脈動於關部、不偏內外，病在手厥陰心包經（「中央直中者，手心主也」）；脈動於尺部、不偏內外，病在手太陰肺經（「中央直後者，手太陰也」）；脈動偏於寸部內側，病在足厥陰肝經（「前如內者，足厥陰也」）；脈動偏於關部內側，病在足太陰脾經（「中央如內者，足太陰也」）；脈動偏於尺部內側，病在足少陰腎經（「後如內者，足少陰也」）；脈於寸部左右彈動，病在陽蹻（「前部左右彈者，陽蹻也」）；脈於關部左右彈動，病在帶脈（「中部左右彈者，帶脈也」）；脈於尺部左右彈動，病在陰蹻（「後部左右彈者，陰蹻也」）；脈動由尺部外側斜至寸部內側，病在陰維（「從少陽之厥陰者，陰維也」）；脈動由寸部斜至寸部外側，病在陽維（「從少陰之太陽者，陽維也」）（詳圖十三）。⁵²

明·袁表於萬曆三年重刊《脈經》後序指出李時珍《瀕湖脈學》所載氣口九道圖即與《脈經》手檢圖文字敘述相符，張柏是以引李氏九道圖補本章所缺之圖。圖十三引自明·李時珍：《瀕湖脈學》，收入《文津閣四庫全書》（北京：商務印書館，2006年），冊776，卷一，頁36。

⁵² 清·何孟瑤《醫砭·奇經八脈診法》：「按李瀕湖則以脈常行之道為中，而有時偏於外而近臂廉，有時偏於內而近臂中筋間。……所謂從足少陰斜至足太陽者，乃從尺內斜至寸外也。所謂從足少陽至足厥陰者，乃從尺外至寸內也。所謂左右彈者，即內外彈也。」指李時珍以脈正常的循行路線為中，脈偏外則會靠近前臂拇指側的外緣，偏內則靠近前臂中的筋，本文採取此說。何孟瑤則主張「外」指浮候，「內」指沉候，「中央」則指不浮不沉的中候；所謂「從少陰斜至太陽，是陽維也。」是指從尺部沉分上至寸部浮分；所謂「從少陽斜至厥陰，是陰維也。」是指從尺部浮分至寸部沉分；所謂「左右彈者」，是指左右兩手脈陽弦緊彈指。



圖十三、李時珍《瀕湖脈學》診左手九道圖

《脈經》手檢圖之前、中、後、內、外各部所對應之手足三陰三陽，與《內經》以降各家所載脈位與臟腑之對應關係，俱大有出入。如：手檢圖之「中央直前」、「中央直中」、「中央直後」位置與寸、關、尺相當，但卻分別對應手少陰心、手厥陰心包、手太陰肺，與手少陰心、手厥陰心包、手太陰肺俱屬寸部的成說大相逕庭；且手檢圖左、右兩手僅內外互倒，兩手所主之經絡臟腑並無不同，亦與歷代成說相異。手檢圖所載脈法，歷代罕有用者，如今早已不傳，但由此段記載確可看出古代醫家對更細密的寸口脈位的探求。

小結

檢視《脈經》所載不同脈位徵候之症狀群，即可發現各脈位病脈所徵候的症狀群間有清晰的區隔，并與傳統醫學中臟腑、經絡所主之疾病體系相吻合。以《脈



經·卷二·平三關陰陽二十四氣脈第一》所述右手寸、關、尺三部病脈對應之症狀群為例：右手寸部沉取無脈，代表肺氣衰竭，患者將感到呼吸短促、咳嗽氣上逆（「苦氣欬逆」），咽喉梗塞（「喉中塞」）、噫氣呃逆（「噫逆」）；若沉取脈實，代表肺有實邪，患者將感到氣息短淺（「苦少氣」），胸中脹滿、膨脹牽引至肩部（「胸中滿，彭彭與肩相引」）。右手關部沉取無脈，代表脾氣衰竭，病患將感氣息短少、下痢腹瀉（「苦少氣下利」），腹部脹滿、身體沉重（「腹滿身重」），四肢懶怠不喜活動（「四肢不欲動」），容易嘔吐（「善嘔」）；若沉取脈實，代表脾有實邪，病患將感到腸中阻滯不暢、彷彿有硬塊伏藏堵塞於中、排便艱難（「苦腸中伏伏如堅狀，大便難」）。若右手尺部沉取無脈，代表腎氣衰竭，病患將感到雙腳有寒氣自下而上逆行，胸部作痛（「苦足逆冷上搶，胸痛」），夢見身入水中見到惡鬼、常作黑色物體壓在身上的惡夢（「夢入水見鬼，善魘寐，黑色物來掩人上」）；若沉取脈實，代表腎有實邪，病患將感到骨頭疼痛；腰脊痛、體內發寒發熱（「苦骨疼，腰脊痛，內寒熱」）。

由此可發現，同為於右手寸口脈一寸之內的三部脈位，雖僅有數分之差，徵候所測知之疾患卻涇渭分明。值得注意的是，於右寸診得病脈時，疾病所影響之場域多位於胸部、咽喉等人體上部區域；於右關診得病脈，疾病則多影響腹部、胃腸等人體中部區域；而於右尺診得病脈，症狀則多集中於下腹、腰脊乃至雙足等居於人體下部的場域，適與右寸、右關、右尺對應的肺、脾、腎臟所居部位相合。

檢視《脈經》中三部脈位診得的疾病症狀，可知不同脈位分候五臟六腑之說確建立於「實徵既然」、「人人皆得驗而得之」的實證基礎上，並非虛妄之論。然而透過手太陰肺經的寸口動脈，固能診得全身諸經絡、臟腑之氣的狀態，但正如李時珍、陳修園所指出：臟腑不真居於兩手之間，醫者診脈時亦須謹記指下寸、關、尺三部脈動反應的是全身各部之氣，尚需參綜其他診法所得，以求作出最精

準的病機解釋、找到最適切的治療方式。⁵³



第四節 《脈經》中的脈診技術：從生手到專家的脈診操作

正如擁有一張精確詳實的地圖後，仍須先確定持圖者實際所處的位置，以此為原點，再以指北針找到正北方向，使地圖之上、下、左、右朝向現實中北、南、西、東四方，始能憑藉地圖獲取有用的路線與地理資訊；欲由寸口動脈三部脈位一窺全身經絡臟腑實況，亦須先確定醫者與患者彼此手掌實際擺放的方式，以及醫者下指之處，始能精確定位三部脈位的位置。以下將透過《脈經》並佐以其他脈診文獻中對脈診操作的描述，找尋正確的診脈位置與下指手法，按照實際診脈時的步驟次第，複製操作《脈經》診脈技術。

一、尋找《脈經》診脈位置

《脈經·卷一·辨尺寸陰陽榮衛度數第四》引《難經·一難》：

十二經皆有動脈，獨取寸口，以決五藏六府死生吉凶之法，何謂也？然。

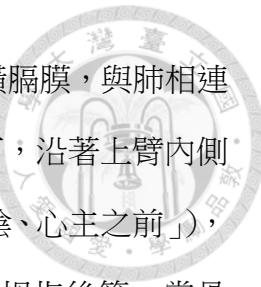
寸口者，脈之大會，手太陰之脈動也。⁵⁴

「獨取寸口」診脈法診脈位置在手太陰肺經行經手腕寸口的脈動處，則此動脈之精確位置究竟位於手腕之正面或背面、內側或外側，需先掌握手太陰肺經於手腕區域精確的循行路徑始能確定。《黃帝內經靈樞·經脈》詳細描述手太陰肺經循行路線：

肺手太陰之脈，起於中焦，下絡大腸，還循胃口，上膈屬肺。從肺系，橫出腋下，下循臑肉，行少陰、心主之前，下肘中，臂內上骨下廉，入寸口，上魚，循魚際，出大指之端。其支者，從腕後直出次指內廉，出其端。

⁵³ 《黃帝內經素問·徵四失論》即指出過度依賴「獨取寸口」診法的缺失：「診病不問其始，憂患飲食之失節，起居之過度，或傷於毒，不先言此，卒持寸口，何病能中，妄言作名，為癰無窮。」指出醫者僅憑診察寸口脈動，不參綜問診，則無法正確斷定疾病的成因。

⁵⁴ 沈炎南主編《脈經校注》指「動脈」二字：「《難經·一難》此二字互乙，可參。」（頁6）



手太陰肺經始於中焦腹部，往下與大腸相通，⁵⁵循胃的上口上入橫膈膜，與肺相連屬（「還循胃口，上膈屬肺」）。再循氣管（「肺系」）橫走出於腋下，沿著上臂內側往下走在手少陰心經、手厥陰心包經的前面（「下循臑內，行手少陰、心主之前」），往下至手肘內側，沿前臂內側與掌後高骨下緣進入寸口，沿著大拇指後第一掌骨旁赤白肉交界的「魚際」出於拇指尖端（「下肘中，臂內上骨下廉，入寸口，下魚，循魚際，出大指之端」），另有一條支絡從手腕背面直出食指尖端內側（「其支者，從腕後直出次指內廉，出其端」）。（詳圖十四）⁵⁶



圖十四、肺經循行圖

透過《黃帝內經靈樞·經脈》對手太陰肺經循行路徑的描述，可知寸口動脈位於前臂內面拇指側、接近掌根的位置。那麼要如何才能由此一線性區段中更精確地找到寸、關、尺三部脈位的位置呢？

⁵⁵ 張介賓《類經》：「十二經相通，各有表裏，凡在本經者皆曰屬，以此通彼者皆曰絡。」

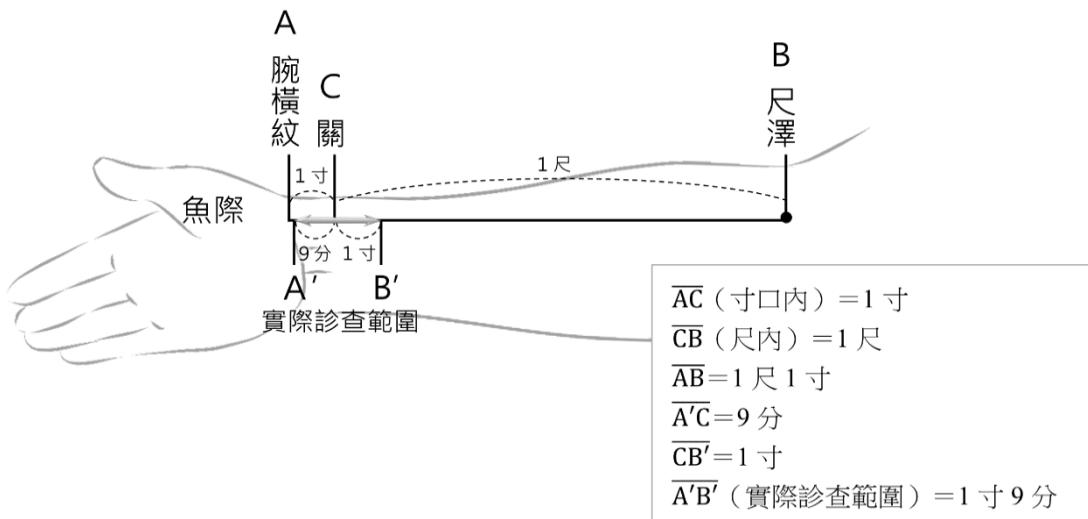
⁵⁶ 肺經循行圖取自清·吳謙等編：《刺灸心法要訣》（臺北：新文豐出版公司，1985年），頁64。



前節已由《脈經·卷一·辨尺寸陰陽榮衛度數第四》引《難經·二難》敘述釐清寸、關、尺三部之確切位置：

從關至尺是尺內，陰之所治也；從關至魚際是寸口內，陽之所治也。故分寸為尺，分尺為寸。故陰得尺內一寸，陽得寸內九分。尺寸終始一寸九分，故曰尺寸也。

由腕橫紋，往手肘尺澤穴方向一寸之內的區域屬「寸口內」；由手肘尺澤穴往手腕方向一尺內區域屬「尺內」，尺、寸交界處則為「關」。尺寸區域共長一尺一寸，但實際診脈時只取「寸內九分」、「尺內一寸」共長一寸九分的區域診察脈動。(詳圖十五)



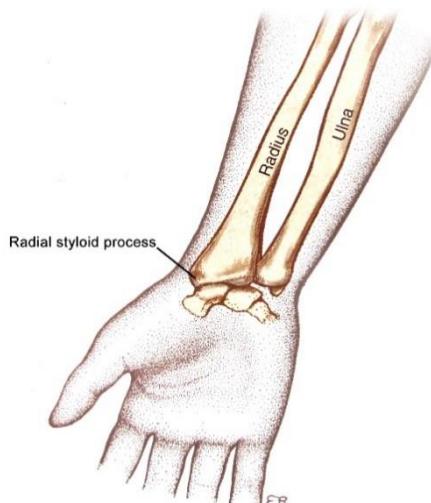
圖十五、《難經·二難》寸、關、尺三部位置示意圖

於此長一尺一寸的區域中，透過「分寸為尺，分尺為寸」，劃定尺、寸其中一部之範圍，餘下區域即屬另一者，以尺、寸相互定位，關部亦為依附此一劃分界線而得以定位。但於實際操作時，倘依循上述「分寸為尺，分尺為寸」的方式，先由腕橫紋向手肘方向量測其人同身寸一寸，或由尺澤穴向手腕方向量測一尺，確認尺寸的精確範圍後，始得進行診察，程序實較繁複不便。王叔和於《脈經》捨卻依尺寸定義由腕橫紋、尺澤穴測量劃定尺寸區域的方法，逕由尋找尺、寸之分界——「關」位的確切位置入手：



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。寸後尺前，名曰關。陽出陰入，以關為界。陽出三分，陰入三分，故曰三陰三陽。陽生於尺動於寸，陰生於寸動於尺。寸主射上焦，出頭及皮毛竟手。關主射中焦，腹及腰。尺主射下焦，少腹至足。（《脈經·卷一·分別三關境界脉候所主第三》）

倘能直接覓得「寸後尺前」、位於尺寸交界的「關」，尺寸所屬區域也就得以隨之朗現，不待丈量測定。王叔和指出此一尺寸交界的「關」，即位於腕後拇指側之高骨，亦即西方解剖學所謂之「橈骨莖突」（radial styloid process）（詳圖十六）⁵⁷。



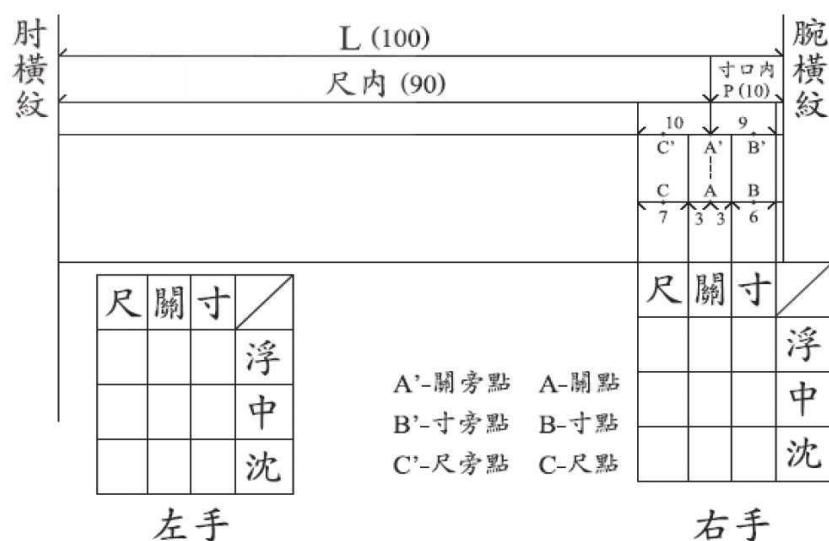
圖十六、橈骨莖突位置

此骨與腕橫紋之間的區域即為「寸」，與尺澤間區域即為「尺」。王叔和所述之定位取脈方法，於臨床操作上更為簡便、精確，故為後世臨床診脈所習用，直至今日。蔡運寧、黃怡嘉、蘇奕彰〈寸口脈診量測定位之文獻研究〉指出歷代多數醫家採用「高骨定關」法定位，優點為臨床操作便捷，但缺點在於腕後高骨為腕橫紋後突出體表的一段「曲線區域」，而非明確的定點。加上有些人腕後高骨並無明顯凸起，使「高骨定關」的操作定義模糊，易產生誤差。蔡運寧、黃怡嘉、蘇奕彰有鑑於此，指出應採《難經》與唐·孫思邈所提出之「寸關尺定量法」，依其敘

⁵⁷ 圖片取自 Donald A. Neumann, Mosby Elsevier, *Kinesiology of the Musculoskeletal System : foundations for rehabilitation* (St. Louis, Mo. : Mosby/Elsevier, c2010), p.174.



述建立操作步驟如下：(1) 取「最長腕橫紋」之橈側端點，定此點為「腕點」。(2) 取「最長肘橫紋」之橈側端點，定此點為「肘點」。(3) 從「腕點」到「肘點」做一連線 L。(4) 量取 L 之長度。(5) 從「腕點」往「肘點」的方向，在 L 上量取 $1/10L$ 長，取點為「關旁點」。(6) 從「關旁點」沿與「最長腕橫紋」平行方向，往內側與外側尋找脈搏跳動最明顯之點，定為「關點」。(7) 在 L 上，量取「關旁點」至「腕點」之距離，定此距離為 P。(8) 在 L 上，從「關旁點」往「腕點」量取 $6/10$ 之 P 長，取點為「寸旁點」。(9) 從「寸旁點」沿「最長腕橫紋」平行方向，往內側與外側尋找脈搏跳動最明顯之點，定為「寸點」。(10) 在 L 上，從「關旁點」往「肘點」量取 $6.5/10$ 之 P 長，取點為「尺旁點」。(11) 從「尺旁點」沿「最長腕橫紋」平行方向，往內側與外側尋找脈搏跳動最明顯之點，定為「尺點」。(12) 以「寸點」為中心點， $6/10$ 之 P 長為邊長，做一正方形，此區域內為「寸部」。(13) 以「關點」為中心點， $6/10$ 之 P 長為邊長，做一正方形，此區域內為「關部」。(14) 以「尺點」為中心點， $6/10$ 之 P 長為腕側與肘側邊長， $6.5/10$ 之 P 長為橈側與尺側邊長，做一長方形，此區域內為「尺部」。⁵⁸ (詳圖十七)



圖十七 「尺寸與三部定位」，其中 A'、A、B'、B、C'、C 為實測過程中依序採擷之定位點。

⁵⁸ 詳蔡運寧、黃怡嘉、蘇奕彰：〈寸口脈診量測定位之文獻研究〉，《臺灣中醫醫學雜誌》，頁 41-52。圖片亦引自該論文，頁 51。



「寸關尺定量法」大幅提高寸口定位的精準度，但倘由實際操作的角度而言，步驟實遠較傳統以腕後高骨定位之法繁複。本研究旨在探究、複製《脈經》中的診脈技術，故仍採歷代多數醫者所習用之腕後高骨定位法。

從《難經》到《脈經》對關部位置描述方式之異，可見一由概念說明至具體操作方法的發展軌跡，凸顯中醫脈診為一實踐知識、而非僅透過純粹理性即可掌握的外顯知識。

事實上，以腕後高骨為參考點確定寸、關、尺脈位的文獻記載雖首見於《脈經》，卻未必即王叔和首創。由前述西漢淳于意與東漢郭玉診寸口脈故事可知，早在成書於魏晉的《脈經》之前，寸口脈法已為漢代醫者實踐有年的診察技術；而藉腕後高骨定位取脈之法，亦可能早已為魏晉以前醫者所熟知。

既然以腕後高骨定位取脈的方法可能在《脈經》前已然存在，何以現存成書年代早於《脈經》之中醫文獻——特別是首倡「獨取寸口」脈法的《難經》，均未見此一更為具體便利的操作方法？

《難經·二難》詳述尺、寸的定義與其區域的精確數字，但一位從未接觸脈診技術的新手，若僅憑藉《難經》所提供的準則，便須於每次診脈時先量測被診者同身寸長度，再由腕橫紋向手腕方向量測一寸、或由尺澤穴向手腕方向量測一尺，始能確定尺、寸以及其交界的關部位置。王叔和於《脈經》中以腕後高骨定關、分尺寸的敘述，則使人注意到兩漢、魏晉醫者實際施行的切脈技術中，確實蘊藏魏晉以前醫學文獻所記載脈診準則未曾述及的「實踐知識」。

伯蘭尼指出那些無法詳細言傳的技藝無法通過規定流傳複製，唯有透過師徒間的示範、觀察與模仿始能習得那些難以規則傳述的實踐知識。⁵⁹許多中國傳統技藝如武術、中醫、書畫，均極重視師承，若未追隨能真正掌握、體現該技藝的老師，觀察、模仿老師的一切作為，將難以學成。《脈經》前的脈診文獻之所以不見以腕後高骨尋找寸、關、尺脈位的具體方法，許與中醫重視師徒授受、親身致知

⁵⁹ Michael Polanyi 著，許澤民譯：《個人知識——邁向後批判哲學》，頁 79-80。

的特質有關——文獻記下脈診之原理、規則，而具體實踐知識則於師徒相繼間代代傳承。

由王叔和對以腕後高骨確定關位的記述，可發現一旦有所覺察，部份隱而未顯、未形諸文字的實踐知識，仍可為語言文字所描繪捕捉而顯露人前。王叔和於《脈經·序》謂其撰述動機：

而遺文遠旨，代寡能用，舊經秘述，奧而不售，遂令末學，昧於原本，斥茲偏見，各逞己能，致微痼成膏肓之變，滯固絕振起之望，良有以也。

《脈經》以前中醫典籍所載錄之規則知識，有待於真正領悟、掌握醫術技藝的老師，始能得其技藝全貌、切實施用。然而在綿延久遠的傳承過程中，並非所有學習者均有幸追隨真正掌握古代文獻所述技藝的老師，親自致知、觀察仿效。王叔和許有鑑於此，撰作《脈經》，試圖使後世讀者能透過此書掌握「遺文遠旨」、「舊經秘述」真義而實際致「用」；以腕後高骨標定脈位方法的記述，正源於此一動機，有意識地將脈診這門相當仰仗師徒授受的技能知識，透過文字技術增加傳承的機會與準確性，使無緣親炙明師的有志學習者，能藉由《脈經》的記述提升其技能。

二、《脈經》具體下指手法

在知曉診脈的確切位置後接著要問的是：被診者手掌應朝上抑或朝下？要以何指觸摸脈動？手指應由被診者手腕內側或外側搭上寸口？一個未曾接觸、學習診脈技術的脈診生手，僅憑藉王叔和於《脈經》的敘述，恐仍無法知曉具體操作方法、無所適從。

由此或可推測，王叔和編撰《脈經》時心中預設的讀者應非全然陌生於脈診技術的新手，而是已具脈診學習經驗的中醫愛好者；《脈經》並非一部指引新手從零開始、詳細說明一切步驟、手法的脈診操作手冊，而是為已有學習經驗的讀者提挈脈診技術要領的重點提示。在古代中國，醫術多以師徒相繼的模式複製傳承，



徒弟除了由師傅的傳授、醫籍的記載習得醫術中「可以言傳」的知識、規則外，更能透過觀察仿效師傅的一言一行，於潛移默化間逐漸掌握技術中「不可言傳」卻又攸關具體施用的「實踐知識」。

在如是技術傳承背景下，醫籍文獻無需肩負傳承一切操作細節的任務，如此一來便能理解王叔和何以未鉅細靡遺地記錄、描述當時醫者施行脈診技術時的所有操作方法與細節。然而倘欲於今於體會古代醫者指下手感，使有志中醫的現代學習者得以拾級而上，一步步成為脈診專家。則於研究《脈經》之餘，還需參佐後世醫家的補充，尋覓較《脈經》以及《脈經》之前醫籍文獻更為具體、詳實的技術描述，始能真正重現、操作脈診技術。以下本文將援引其他時代晚於《脈經》之醫籍文獻對脈診手法的記述，並儘量考掘診脈實踐知識的具體手法意涵。

1. 覆仰手勢

《脈經》後的脈診著作中，多見以歌訣形式編寫的「脈訣」類著作，⁶⁰內容多為學醫入門，輔以口訣便於記誦傳播。其中流傳最廣、對後世影響最大，莫過於六朝·高陽生偽託王叔和所作《王叔和脈訣》。⁶¹

《王叔和脈訣》內容首為診脈入式、三部九候、下指定位等診脈方法，次為五臟脈法，再次為七表、八裏、九道脈，最後則為諸病脈法及妊娠、小兒脈法。由內容次第可知《王叔和脈訣》以實用為重要編撰目的；檢視其診脈入式歌訣，

⁶⁰ 自魏晉至隋唐以前，見於記載的即有《徐氏脈經訣》三卷（見於《隋志》）、《夫子脈訣》、《素女脈訣》（見於《禮記正義·曲禮》孔注）、《黃帝脈訣》、徐裔《脈訣》、《碎金脈訣》（見於《崇文總目》）、《青烏子脈訣》一卷（敦煌出土殘卷）、《華佗脈訣》、《皇甫士安脈訣》（見唐·楊玄操《難經注》）等。（馬繼興：《中醫文獻學》，頁151）

⁶¹ 馬繼興《中醫文獻學》辨《王叔和脈訣》作者與成書時代，指出歷代學者之見可分為三說：「一即六朝說（以高陽生為六朝人——陳言等）。二即五代說（以高陽生為五代人——吳崑《脈語序》，李時珍《脈訣考證》等）。三即北宋熙寧（1068~1077年）以後說（元·謝續翁《脈經序》）。」馬繼興以此書內容、體例均不同於王叔和《脈經》，推論其成書於三國之後；又以唐·楊玄操於開元年間引用此書佚文、敦煌出土隨堂殘卷見部份與本書相同內容、日本仿唐制頒布學醫必修課程包含《脈訣》、唐末杜光庭《玉函經》有「不對《叔和脈訣》論精微」之句，推斷成書於隋唐以前。（《中醫文獻學》，頁151）



確有王叔和《脈經》未嘗言及之手法細節：

若診他脈覆手取，要自看時仰手認。……掌後高骨號為關，骨下關脈形宛然。以次推排名尺澤，三部還須仔細看。

高陽生由醫者實際操作的角度描述診脈手法，若要診察他人之脈，醫者手掌朝下取脈；若診自己之脈，觸脈之手掌則掌心朝上取脈。元·張道中著、舊題南宋·崔嘉彥撰《崔氏脈訣》則描述病患被診之手的擺放方式：「初持脈時，令仰其掌」，⁶²清·李延昇《脈訣匯辨》合言醫、病手勢：「凡診脈者，令人仰手，醫者覆手診之。」⁶³，請病人掌心朝上，醫生手掌朝下、探指碰觸病人仰手而顯露的寸口動脈。

(詳圖十八) ⁶⁴



⁶² 元·張道中著，舊題南宋·崔嘉彥撰：《崔氏脈訣》，收入元·滑壽等著，郝恩恩、張慧芳、孫志波校注：《脈學名著十二種》（北京：中醫古籍出版社，2005年），頁5。

⁶³ 清·李延昇：《脈訣匯辨》（上海：上海科技出版社，1963年），頁29。

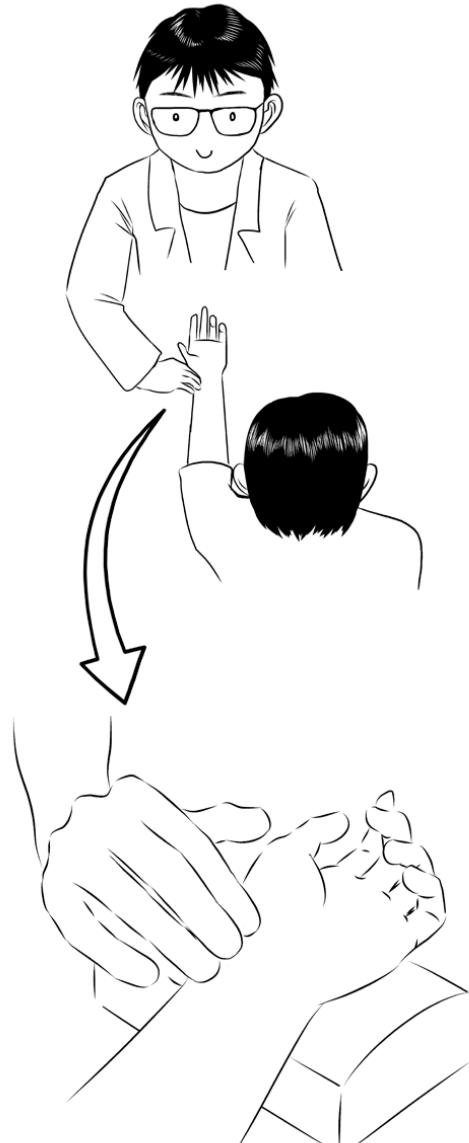
⁶⁴ 舊題西晉·王叔和撰，明·張世賢註：《圖註脈訣辨真》，收入曹炳章編：《中國醫學大成續集》（上海：上海科技出版社，2000年），冊4，頁26。另附現代版示意圖於右側。



圖十八、覆診仰診圖

於實際操作時將會發現，當病人伸出待診手，醫者兩手皆能覆手取脈，但各有不同：倘醫者以己之左手診病患之左手、以右手診右手，將由病人手腕內側橫過手腕入指。若以己之左手診病患之右手、以右手診左手，將由病患手腕外側入指、直接碰觸位於手腕外側的橈骨動脈。(詳圖十九)

醫者以己之右手診病患之左手



醫者以己之左手診病患之左手



圖十九、醫者取脈示意圖



以同手診之、以異手診之，究竟何者為是？清·葉霖：「以醫者右手診病者之左腕，候畢再以醫者之左手，候病者之右腕。」⁶⁵，明確指出醫者當以己之右手診病患之左手、以己之左手診病患右手。葉霖並未更進一步說明何以要異手診之，或可由實際操作情況略窺其原由。

檢視操作便利性與診察有效性等因素後，便可理解古代醫者何以力主「以醫者右手診病者之左腕」、「以醫者之右手，候病者之右腕」，異手診之、由手腕外側入指，此一規範實植基於無數之操作經驗、攸關脈診之精確與否。

2. 確定關部

《脈經》以降脈診典籍，多採王叔和之說，以腕後高骨確定關部脈位：

掌後高骨號為關，骨下關脈形宛然。以次推排名尺澤，三部還須仔細看。(六朝·高陽生《王叔和脈訣》)

掌後高骨，是謂關上。關前為陽，關後為陰。陽寸陰尺，先後推尋。寸關與尺，兩手各有。揣得高骨，上下左右。(元·張道中《崔氏脈訣》)⁶⁶

掌後有高骨對平處謂之關上。(清·李延昇《脈訣匯辨》)⁶⁷

以中指循腕後高骨覓得關部脈位後，便能以此推求其餘脈位精確位置：關旁近手腕為寸部，近手肘則為尺部（「關前為陽，關後為陰。陽寸陰尺」）。《難經·二難》雖云：「分寸為尺，分尺為寸。故陰得尺內一寸，陽得寸內九分。」，於此脈位敘述中，寸部佔九分，尺部則佔一寸，但未說明關部所佔空間幾何，清·葉霖則具體指出三部所占區域長度：

魚際下至高骨為一寸，內取九分，高骨下至尺澤為一尺，內取一寸，凡一寸九分，寸、關、尺三部各得六分。⁶⁸

⁶⁵ 清·葉霖：《脈說》，收入《脈學名著十二種》，頁 526。

⁶⁶ 元·張道中著，舊題南宋·崔嘉彥撰：《崔氏脈訣》，頁 5。

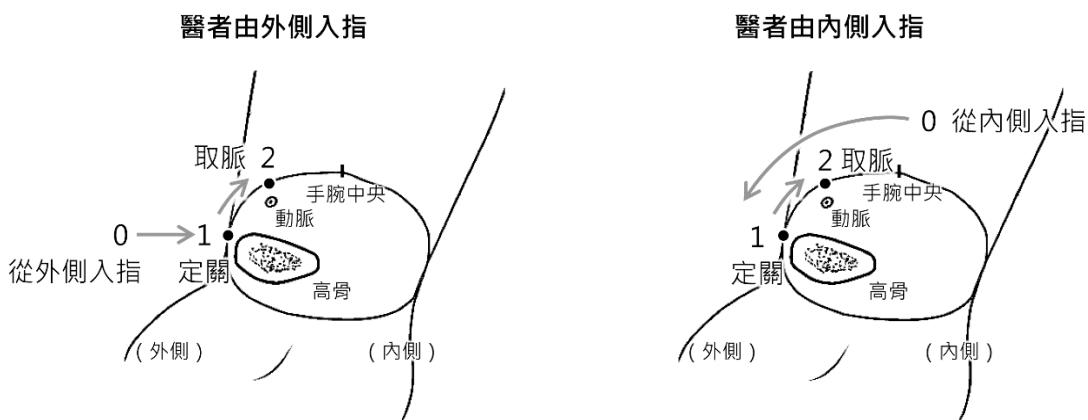
⁶⁷ 清·李延昇：《脈訣匯辨》，頁 29。

⁶⁸ 清·葉霖：《脈說》，收入《脈學名著十二種》，頁 518。



則於實際診脈時，此一寸九分之地均分為寸、關、尺三部，或主各部得其六分，並未囿於《難經》對三部脈位的抽象劃分。

擺定手勢後下一步驟，即為尋覓腕後高骨、確定關部脈位。《四診心法》：「診人之脈，高骨上取」，由於手腕橫剖面實為一橢圓，手腕中央為此橢圓最高點，而腕後高骨則居於手腕邊緣，高度略低於手腕中央、亦略低於界乎兩者之間的寸口動脈。（詳圖二十）如此一來，唯有從外側入指方可稱為「上取」。



圖二十、手腕橫剖面示意圖

而由先定關、後取脈之操作次序觀之，由手腕外側入指將先碰觸腕後高骨，確定關位後手指再往前進便進入診脈位置；若由手腕內側入指，手指覓得腕後高骨後，需略略退回始能進入診脈位置，於操作上較為滯塞不便。（詳圖二十一）



圖二十一、醫者入指、定關、取脈示意圖

3. 佈中、食、無名三指

其次，則需考量佈指是否能精確診察各脈位脈象。寸部對應心、肺，多見浮



脈，需要較靈敏的觸覺始能感知，尺部則對應腎臟、膀胱，常見沉脈，對診脈之指的靈敏程度要求較低。以診自己脈時為例，若由外側入指，五指中最靈敏的食指正好佈於寸部，較不靈敏的無名指則佈於尺部；若由手腕內側入指，佈指異位，以「薄而靈」的食指診察多見沉伏、需用力按尋的尺脈，以「既厚且木」⁶⁹的無名指診察常見若有似無浮脈的寸部，或將造成診脈失誤。如此一來，診自己脈時勢將以右手食、中、無名指分診左手寸、關、尺，以左手食、中、無名指分診右手寸、關、尺；診他人之脈時，若使各指佈於與診自己之脈時相同的脈位、指頭與脈位固定對應，可提供分辨、比較該部脈象的共同基準。而診他人之脈時若欲以右手食、中、無名指分診患者左手寸、關、尺，以左手食、中、無名指分診患者右手寸、關、尺，則需由外側入指。

先以中指定得關位，卻齊下前後二指。(元·滑壽《診家樞要》)⁷⁰

看定部位，徐以中指先下于關部，次以食指下於寸部，次以無名指下於尺部。(清·李延昇《脈訣匯辨》)⁷¹

先以中指取定關脈，再下前後二指。(清·余之雋《脈理會參》)⁷²

元·滑壽、清·李延昇、清·余之雋俱指出先以中指定於關位後，中指兩旁的食指與無名指下落，即為寸、尺之位。清·葉霖則有更詳實的下指指引：

必用指端棱起如線者，名曰指目，以按脈之脊，不啻睛之視物，妍媸畢判，故古法稱診脈為看脈也。(清·葉霖《脈說》)⁷³

醫者須以指尖最為隆起處觸脈，此處為手指感覺最為敏銳之處、猶如生於指尖的眼睛。用最為敏銳的指尖來觸摸「脈之脊」，即脈動中央的最高點連線，感覺到的脈象才能不失偏頗，一切細節都將歷歷在目、無所隱遁，因此診脈又有「看脈」之說。此外葉霖並提醒：「人之指頂亦有動脈，設與病人之脈相擊，必疑病人之脈

⁶⁹ 清·葉霖《脈說》：「但食指肉薄而靈，中指稍厚，無名指既厚且木。」(頁 526)

⁷⁰ 元·滑壽《診家樞要》，收入《脈學名著十二種》，頁 23。

⁷¹ 清·李延昇：《脈訣匯辨》，頁 29。

⁷² 清·余之雋：《脈理會參》，收入《脈學名著十二種》，頁 503。

⁷³ 清·葉霖：《脈說》，收入《脈學名著十二種》，頁 526。



大而有力，須心有分別，此亦不可忽也。」⁷⁴，由於診脈之指尖亦有動脈，一旦不能明辨指下感應為病人或自身之脈動，將誤以為病患各部脈均強而有力，醫者需細心分辨方不致混淆。

至此醫者病患之覆仰手勢、確定關部、佈中、食、無名三指乃至於手指觸脈之處，俱得到具體的說明。脈診新手循之操作，已能正確觸摸脈動、學習辨識脈象特徵。但仍有醫者為求增進診脈精確度，提出不同的佈指方式。

世人切脈，多以三指齊按寸關尺，以候各脈，焉得備觀其陰陽虛實邪正之分哉？必須先以一指，觀其左寸，後及左關，又及左尺；然後又及右寸，又及右關，又及右尺，逐步分別，再以三指準之，則何異何同，始了然於胸中。（清·陳士鐸《脈訣闡微》）⁷⁵

先以一指單按，須用食指尋究，後以三指總按。設單按與總按不同，必得細心研求所以不同之理。（清·葉霖《脈說》）⁷⁶

由陳士鐸「世人切脈，多以三指齊按寸關尺」⁷⁷之語，可知當時醫者普遍如滑壽、李延暉、余之隽所論，以中指定關後齊下食指、無名指，以三指同時診候寸、關、尺三部之脈。陳士鐸與葉霖認為三指齊診，不能專注探尋六部脈位之陰陽、虛實、邪正之候，陳士鐸主張先以一指由左寸、左關、左尺、右寸、右關、右尺依序詳診各部脈象。⁷⁸葉霖指出此用以詳診各部之指，即為「肉薄而靈」、五指中觸覺最

⁷⁴ 同前註。

⁷⁵ 清·陳士鐸：《脈訣闡微》，收入《脈學名著十二種》，頁188。

⁷⁶ 清·葉霖：《脈說》，收入《脈學名著十二種》，頁526。

⁷⁷ 「齊」之一字，於診脈時具二種涵義，此處「卻『齊』下前後二指」（滑壽《診家樞要》）、「以三指『齊』按寸關尺」（葉霖《脈說》），說明以中指定得關位後，三指同時佈於寸口，齊診三部之脈。至於下文「長則指頭不能取『齊』」（李延暉《脈訣匯辨》），則是說明三指同時佈於寸口三部時，指頭應對齊、無有參差，如此始能同以指腹最靈敏的區域診脈。

⁷⁸ 關於單按診察次第，元·滑壽：「先以中指定得關位，卻齊下前後二指，初輕按以消息之，次中按消息之，再重按消息之，然後自寸關至尺，逐部尋究。」（《診家樞要》，頁23）亦主三指總按後依寸、關、尺次第分部單按。陳士鐸於書中他處則謂：「看寸、關、尺三部之脈，先切關脈，而後看寸脈，由寸脈而後看尺脈，左右相同。」（《脈診闡微》，頁208），主張先診關部，再診寸、



為敏銳的食指。

陳士鐸與葉霖雖主張需分指詳診各部脈位，仍未忽視三指總按合觀的重要性，陳士鐸謂：

寸關尺分觀之候，又宜合觀，不分觀不知其細，不合觀不得其和。故分觀之時，當以一指切脈；合觀之時，又當以三指切其脈也。⁷⁹

認為以一指逐部診察能窮究脈象之細微徵兆，以三指齊診則能知三部是否和諧相應、獲知各部病脈所呈現之整體病機，二法併行，始能無所遺漏。葉霖亦強調：「脈不單生，當以總按為準。但一部獨異，必有一臟或一腑之故，最不可忽。」⁸⁰各部脈象絕非各自獨立、互不相干，唯有三指總按齊診，始能清楚掌握各部脈象，若有一部脈象失常有異，則知該脈位相應臟腑有疾。可知診脈時應以總按為主、分按為輔，方能清楚分辨三部之異，不致混淆。

4. 另一種客觀：量身訂做的同身寸

由於個人身材脩短大小有別，同身寸之客觀長度亦有不同，歷代醫家均強調應視患者之身形，調整診脈三指間的距離：

人長則下指宜疏，人短則下指宜密。（清·李延昇《脈訣匯辨》）⁸¹

人長則下指疏，人短則下指密。（清·余之雋《脈理會參》）⁸²
 若遇身材較醫者高大之人，其同身寸一寸九分之長必較醫者自身之一寸九分為長，醫者下指時應增加三指間距，方能正確診得其人三部之脈；同理可知，若遇身材較醫者嬌小的病患，醫者下指時應收近三指間距、甚至以三指分按，始能於正確的脈位診脈。

尺。二法均有醫者採用。

⁷⁹ 清·陳士鐸：《脈訣闡微》，收入《脈學名著十二種》，頁208。

⁸⁰ 清·葉霖：《脈說》，收入《脈學名著十二種》，頁526。

⁸¹ 清·李延昇：《脈訣匯辨》，頁5。

⁸² 清·余之雋：《脈理會參》，收入《脈學名著十二種》，頁503。



5. 醫者避忌：不留爪甲

清·李延昇與清·葉霖不約而同地指出醫者不宜蓄甲：

指爪不可養長，長則指頭不能取齊，難於候脈。且沉取之時，爪長則按處必有深痕，在於閨閣，尤為不便。(清·李延昇《脈訣匯辨》)⁸³

醫者之食指、中指、無名指爪甲不可留。(清·葉霖《脈說》)⁸⁴

若醫者指甲過長，三指總按時將使指頭不能對齊，如此三指便無法均以最為敏銳之「指目」觸脈，影響診察結果；此外，過長的指甲會於下壓沉取時使病患不適，甚至在其手腕肌膚留下印痕，甚為不雅，若患者為女子，更顯無禮。因此醫者用以診脈的食、中、無名三指指甲均應定期修剪，不宜蓄長。

結語

透過歷代醫家的描述，我們得以掌握更具體、詳實的操作步驟與方法，以此勾勒、複製《脈經》中的脈診技術。作為擁有「具身認知」特質的中國傳統技藝，唯有真正落實踐履脈診技術，方能在操作的過程中對脈診的外顯知識與實踐知識有「合二為一」的真切、深刻掌握。如栗山茂久指出：脈位是脈的文法，那麼對非母語的學習者而言，單單了解文法規則並不等同於能真正活用該語言，還需在不斷的實際對話中，將文法落實於真實的語境脈絡中，使文法由外在的條目內化為語言的一部份，才能真正達到溝通的目的。同樣的，唯有先瞭解醫者與患者的覆仰手勢、如何確定關部、如何佈中、食、無名三指，並依患者身材調整佈指疏密等等操作細節，再具體施行脈診，使手指正確地搭上寸、關、尺脈位，實際感受、察知不同脈位脈動的不同，始能憑藉兩手「寸」、「關」、「尺」脈位與身體各經絡、臟腑的對應文法，將脈搏的律動轉譯為體內氣機的實況。

⁸³ 清·李延昇：《脈訣匯辨》，頁 29。

⁸⁴ 清·葉霖：《脈說》，收入《脈學名著十二種》，頁 526。

第四章 上下浮沉：手感的空間書寫



掌握雙手寸、關、尺脈位所對應之臟腑經絡，擺定醫者與患者的覆仰手勢，確定關部、佈中、食、無名三指，並依患者身材調整佈指疏密，正確佈指於各脈位上後，需施力下按始能觸及脈動。診脈時指下施力輕重與按壓深度有哪些規範？各部脈位脈動深淺是否等齊？脈動的深淺又徵候了什麼樣的生理義涵？以下將探究於實際診脈時如何透過輕重不同的切按力量，診察不同深度的脈動，以及如何由浮、沉等脈象解讀身體的狀態。

第一節 「浮」、「中」、「沉」之下指輕重

《黃帝內經素問·三部九候論》將人身分為上、中、下三部，每部中再分天、地、人，合為九候。以兩額、兩頰、耳前、手太陰肺經、手陽明大腸經、手少陰心經、足厥陰肝經、足少陰腎經與足太陰脾經等九處動脈診察全身經絡、臟腑狀態。《素問》中的「三部九候」指的是遍身診脈法的診脈部位，但《脈經》採「獨取寸口」診脈法，僅取〈三部九候論〉中手太陰肺經寸口動脈一處進行診脈，其脈診部位竟仍有「三部九候」之別。《脈經·卷四·辨三部九候脉證第一》：

經言：所謂三部者，寸、關、尺也；九候者，每部中有天、地、人也。上部主候從胸以上至頭，中部主候從膈以下至氣街，下部主候從氣街以下至足。浮、沉、牢、結、遲、疾、滑、澀，各自異名，分理察之，勿怠觀變，所以別三部九候，知病之所起。（《脈經·卷四·辨三部九候脉證第一》）

《脈經》上承《素問》，將人體分為上、中、下三部：橫膈以上的胸、頭、雙手為上部，橫膈以下至鼠蹊旁、軀幹與下肢交接處的氣街穴為中部，¹自氣街以下至雙腳則為下部。「獨取寸口」診法與「三部九候」遍身診法兩者間，於徵候範圍上（上、

¹ 黃維三主編《針灸科學》指氣街穴位於：「歸來穴下稍斜外側一寸，適當股部內側之紋，用手摸之，在橫骨外端之下凹陷中，有股動脈，由此順腿紋下量一寸，既至腹股溝淋巴腺（即鼠蹊）陰莖根與衝門之間。」（頁 268）



中、下三部) 大體相同；但於取脈部位的選擇上，「獨取寸口」診法轉以手腕寸口「寸」、「關」、「尺」為三部，已與《素問》之「三部九候」截然不同。(詳表十二)

	徵候範圍	取脈部位
《素問》 三部九候 遍身診法	上：頭角之氣 耳目之氣 口齒之氣	上：兩額之動脈 耳前之動脈 兩頰之動脈
	中：肺氣 心氣 胸中之氣	中：手太陰 手少陰 手陽明
	下：肝氣 脾氣、胃氣 腎氣	下：足厥陰 足太陰、足陽明 足少陰
《脈經》 獨取寸口 診法	上：從胸以上至頭	寸
	中：從膈以下至氣街	獨取寸口：關
	下：自氣街以下至雙腳	尺

表十二、《素問》「三部九候遍身診法」與《脈經》「獨取寸口診法」徵候範圍
與取脈部位比較

然而「獨取寸口」診法又如何於手腕「三部」脈位中再分天、地、人以合於「九候」之數呢？《難經·十八難》有云：

脈有三部九候，各何所主之？然：三部者，寸、關、尺也。九候者，浮、中、沉也。上部法天，主胸以上至頭之有疾也；中部法人，主膈以下至齊之有疾也；下部法地，主齊以下至足之有疾也。

九候者，浮中沉各診五動。浮診五動，天之象也。中診五動，人之象也。

沉診五動，地之象也。三部各診浮中沉，三乃三三九也。(金·張元素《潔



古老人注王叔和脈訣》)

首先提出「獨取寸口」診脈法的《難經》，已將原本遍佈全身的三部九候診脈位置，統攝於手腕寸口三部脈位中，再於各脈位中依取脈深度分為「浮」、「中」、「沉」，合為九候。金·張元素亦明確指出：「獨取寸口」診法於三部中以「浮」、「中」、「沉」分候「天」、「地」、「人」，合為九候。（詳表十三）主張診察任何一部脈位脈動時，皆須由輕至重逐步加重指下力道，由淺至深地於「浮」、「中」、「沉」三種不同深度各診脈動五次的時間。由此可見，栗山茂久所謂「脈的文法」，實不僅限於劃分寸口平面區域的三部脈位，更包含立體空間之上下浮沉。唯有結合平面與深度二重面向，始能完整觀察、描述存在於立體空間中的脈動特質。

	浮	中	沉
寸	上部天	上部人	上部地
關	中部天	中部人	中部地
尺	下部天	下部人	下部地

表十三、「獨取寸口」診脈法三部九候示意

「浮」、「中」、「沉」為脈動深度的客觀敘述，而於實際診察浮、中、沉之脈時，指下應施加多少力量，始能正確診察「浮」、「中」、「沉」之脈呢？《脈經·卷一·脈形狀指下秘決第一》所歸納廿四種基本脈象中，共有「浮脈」、「沉脈」、「伏脈」、「革脈」、「弱脈」五種脈象以脈之深淺為脈象特徵，其中於描述「浮脈」、「沉脈」、「伏脈」脈象時，均說明實際下指的力道：

浮脈，舉之有餘，按之不足。

沉脈，舉之不足，按之有餘。

伏脈，極重指按之，著骨乃得。

此處以「舉」、「按」兩種手法，辨別浮脈與沉脈：當手指下按後逐漸上舉至肌膚



淺表依然可感受到脈動，而施力下按時脈動卻消失於指下（「舉之有餘，按之不足」），表示脈動深度較正常脈動上浮，故稱浮脈；若手指持續下按至深處依然可於指下感受到脈動，上舉時脈動卻消失（「舉之不足，按之有餘」），表示脈動深度較正常下沉，故稱沉脈；伏脈則為沉脈之極致，需以極大力量下按至橈骨深度方能察知潛伏於底部的脈動（「極重指按之，著骨乃得」）。由《脈經》對浮脈、沉脈、伏脈的敘述，可知脈動區域之深淺決定指下所需施力之輕重。元·滑壽《診家樞要》亦以「輕按」、「中按」、「重按」描述診察浮、中、沉三候時指下力度的輕重序列。

2

第二節 「三菽」、「六菽」、「九菽」、「十二菽」、「至骨」：

臟腑的沉浮歸零

《脈經·卷一·持脉輕重法第六》引《難經·五難》，對脈動之深淺與指下力度有更為精準的定量描述：

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，與血脉相得者，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，舉之來疾者，腎部也；故曰輕重也。

宋·林億校注：「菽者，小豆。……《呂氏》作大豆。」《難經》以有具體形質、多數人均有接觸經驗的實物作為重量單位，說明實際診脈時指下應施加的力道：以相當於三粒小豆重量的力道輕按，可診察浮於皮表的肺脈；以相當於六枚小豆重量的力道下壓，可診察位於血脉深度的心脈；以相當於九枚小豆重量的力道下壓，可診察位於肌肉深度的脾脈；以相當於十二枚小豆重量的力道下壓，可診察

² 元·滑壽《診家樞要》：「凡診脈之道，先需調平自己氣息，男左女右，先以中指定得關位，卻齊下前後二指，初輕按以消息之，次中按消息之，再重按消息之。」收入《脈學名著十二種》，頁97。



深度與筋齊平的肝脈；施力重壓至觸及橈骨，手指略為上舉，則可診得迅速回彈的腎脈。

明·李中梓註解《難經·五難》本段文字時曰：

由是推之，不獨以左右六部分候臟腑，即指下輕重之間，便可測何經受病矣。粗工不察於此，而專分六部，則脈中之微妙，豈在是可盡其蘊耶！³

認為此乃以五段深度診察五臟脈動的方法，不僅可由左、右手寸、關、尺六部脈位與臟腑的對應關係診知疾病所在，亦可透過脈動之深淺推知是哪一經絡、臟腑發生異常，

乍看之下，《難經·五難》以「三菽」、「六菽」、「九菽」、「十二菽」、「至骨」分別描述診取肺、心、脾、肝、腎五臟之脈的指下力道，似與「浮」、「中」、「沉」三段深度取脈法不相干涉。

面對「浮」、「中」、「沉」與「三菽」、「六菽」、「九菽」、「十二菽」、「至骨」此二種相異的診脈深度分層敘述，近代或有學者如沈炎南推論《難經·五難》所載乃一種與「浮」、「中」、「沉」三層深度診法相異、但如今「臨床中少有人採取五個層次的切脈指法」；⁴甚或推論此即為《難經·十二難》所載、至《難經》成書時已然亡佚、無從考其內容的「輕重」古脈法。⁵陳欽銘《脈經新解》更主張：

此即不分寸關尺部位，只以浮取、中取、沉取之切脈法，以候五臟之脈。

認為透過指下脈動的深度，無需參照寸、關、尺脈位與臟腑的相應關係，即可於任一脈位診知何臟有病。似乎暗示脈診位置可由「獨取寸口」再度簡化至以單一脈位候全身之氣。

另一種可能的詮釋途徑，乃從概念上試圖會通二種診脈深度敘述，將診脈深度再取三段、五段之最小公倍數，細分為十五級。建立一能兼容三段、五段深度

³ 明·李中梓：《診家正眼》，收入《脈學名著十二種》，頁 97。

⁴ 沈炎南主編：《脈經校注》，頁 10。

⁵ 廖育群：〈《素問》與《靈樞》中的脈法〉，收入山田慶兒、田中淡編：《中國古代科學史論》（續篇）（京都：京都大學人文科學研究所，1991 年），頁 499。



診法，使二者能相互化約換算的複雜體系，以取得認識架構上的統一。然而現存文獻並不足以證實於先秦、兩漢確實存在這種十五級深度的診脈法，且倘由實際操作的角度觀之，將手腕肌表至腕骨的狹小距離再作十五等分，如此細微的梯度層次，恐已遠超過人的觸覺感知與區辨能力，則前述詮釋當難以成立。

若截斷在概念上難以理解的三、五段最小公倍數遐想，改以回歸脈診實際操作層面，許能透過指下實際的觸感經驗，跳脫字面的歧義，體會「浮」、「中」、「沉」與「三菽」、「六菽」、「九菽」、「十二菽」、「至骨」此二種看似相異的診脈深度記述，誠然存在並行不悖的詮釋可能。

明·張世賢：

此言脈有六部，輕重不同。菽者，豆也。豆之多寡，因舉按有輕重也。凡持脈者，下手當明舉按之法。先輕手取浮，而後重手取沉。而肺脈甚浮而先得，故經文云初持脈三字以下，心脾肝腎脈，一臟重於一臟。肺主皮毛，心主血脉，脾主肌肉，肝主筋，腎主骨。相得者，得其所主之分，亦即得其本部之脈也。⁶

由「脈有六部」可知，張世賢認為《難經·五難》本義並非於同一脈位之不同深度即可診得五臟之脈，而仍是分於五臟所對應的兩寸、關、尺脈位診察五臟之脈。由此可知：《難經·五難》分述各臟脈動深度，乃是植基於實際的診脈經驗，對勘脈動輕重後，作出脈動力度等差的補充。於右寸診取肺脈，於左寸診取心脈，於右關診取脾脈，於左關診取肝脈，於左尺診取腎脈。張世賢指出：於六部診各臟之脈時，由於五臟之脈脈動深淺有別，下指力道輕重亦各自不同。肺脈深度最淺，於右寸下指時僅需輕施重如三枚小豆的力量，即可於皮表診得肺脈；左寸心脈深度略深於肺脈，指下力道需增至六枚小豆的重量方可診得心脈；右關脾脈更深於心脈，需以重如九枚小豆的力量下壓至肌肉間，方可診得脾脈；左關肝脈更深於脾脈，需以重如十二枚小豆的力量下壓至筋，方能診得肝脈；左尺腎脈位置

⁶ 明·張世賢：《圖注八十一難經》，收入舊題王叔和作《圖註難經脈訣》，卷一，頁8。



最深，需重手下壓至骨始能診得。（詳表十四）並非要於「浮」、「中」、「沉」三段深度診法之外另立一「五個層次的切脈指法」。

	右寸	左寸	右關	左關	左尺
三菽	肺脈				
六菽		心脈			
九菽			脾脈		
十二菽				肝脈	
至骨					腎脈

表十四、三菽、六菽、九菽、十二菽、至骨與各部脈位配應

實際於手腕寸口下指時，手指由全不施力地輕搭於皮表，乃至用力下壓到最深處、觸及腕骨，其間為一連續的空間歷程，古代醫者以「浮」、「中」、「沉」描述指下脈動的深度，乃是概略之論，並非真將自皮表與腕骨間的空間劃為固定不變的三層區域。

脈動深度較淺的心、肺二脈，或可同謂之「浮」，但《難經·五難》則突顯由於肺主皮毛、心主血脈，心脈會略深於肺脈；而肝、腎二脈雖皆較深，可同謂之「沉」，但由於肝主筋、腎主骨，腎脈脈動深度自更深於肝脈。如此一來，便可將《難經·五難》中對五臟脈動深度的敘述，視為對「浮」、「中」、「沉」診脈深度敘述的補充，使學習者更加注意到脈動深度的細緻差異，不致因拘泥於三段或五段深度之說，忽略指下細微的感受。而我們亦可了解《難經·五難》所載，實與「浮」、「中」、「沉」之診法為一相輔相成的整體，而非獨立於既有診法之外的不同流派診法。

我們接著要問的是，《難經·五難》中深度各不相同的肺脈、心脈、脾脈、肝脈與腎脈，究竟是正常抑或是異常的脈動深度？元·滑壽論「五臟平脈」指出：

心合血脉，心脉循血脉而行，持脉指法，如六菽之重。……肺合皮毛，肺



脈循皮毛而行，持脈指法，如三菽之重。……肝合筋，肝脈循筋而行，持脈指法，如十二菽之重。……脾合肌肉，脾脈循肌肉而行，持脈指法，如九菽之重。……腎合骨，腎脈循骨而行，持脈指法，按至骨上而得者為沉。

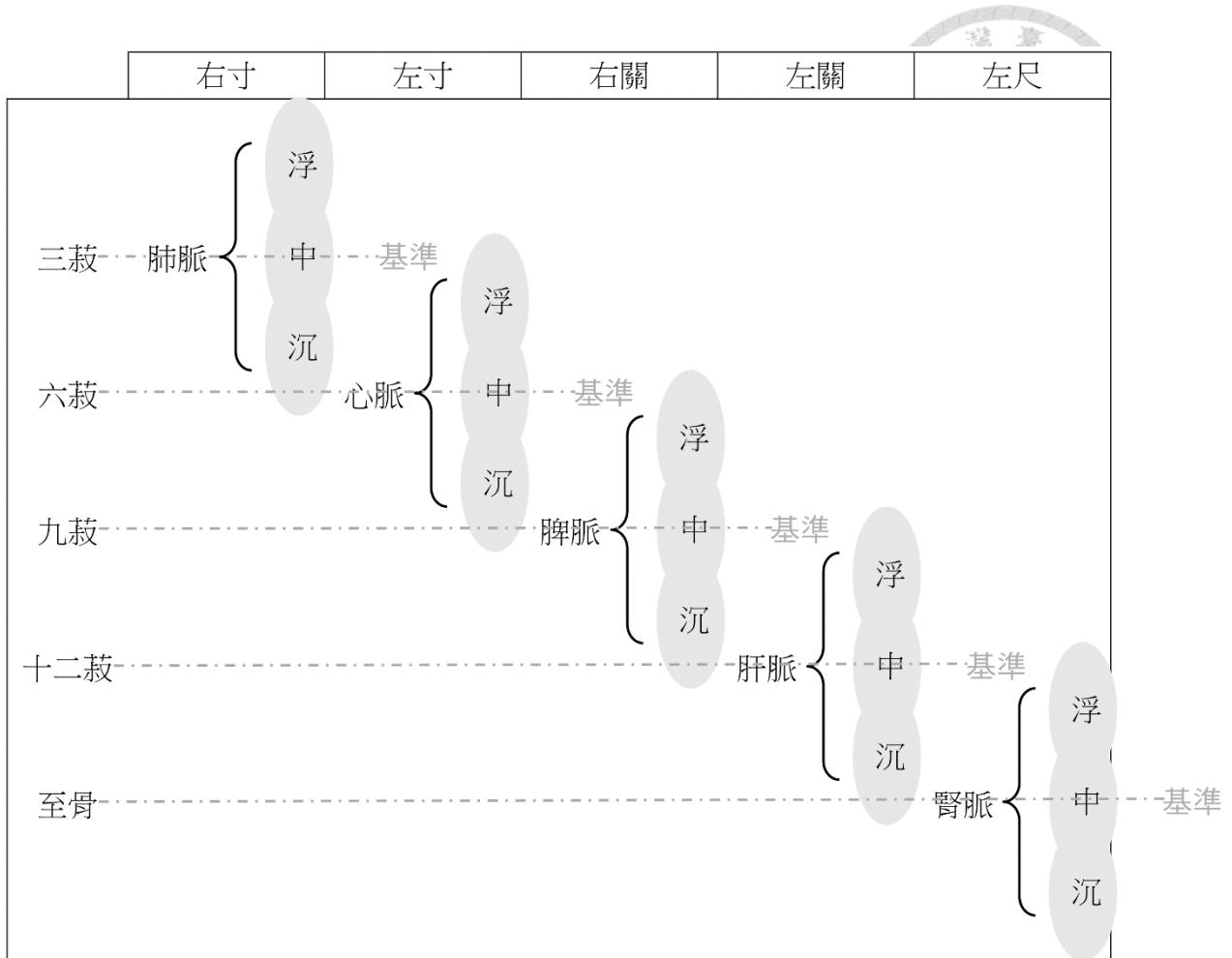
7

以《素問·五臟生成》：「心之合脈也」、「肺之合皮也」、「肝之合筋也」、「脾之合肉也」、「腎之合骨也」發明《難經·五難》：「與皮毛相得者，肺部也」、「與血脈相得者，心部也」、「與肌肉相得者，脾部也」、「與筋相得者，肝部也」、「按之至骨……腎部也」之論，指出由於肺相應於皮膚毛髮（「肺合皮毛」）、⁸心相應於血脈（「肝合筋」）、脾相應於肌肉（「脾合肌肉」）、腎相應於骨骼（「腎合骨」），肺脈、心脈、肝脈、脾脈與腎脈的深度也會相應於與各臟相應合之皮毛、血脈、筋、肌肉、骨骼的深度。

由此可知，《難經·五難》所描述的實為各臟之脈正常的脈動深度。若在右關脾部以九菽之力診得脈動，是無病的平脈，但若是在右寸肺部、左寸心部診得則為太深，於左關肝部、左尺腎部診得則太淺，為異常之病脈。若缺乏對五臟平脈深度本就各不相同的認識，即無法正確辨別不同脈位之浮沉、常變、平病。因此《難經·五難》所述非但不是一與「浮」、「中」、「沉」診脈法不相容的脈診手法，反而是醫者在能分辨「浮」、「中」、「沉」的深度差異的同時，實際於左、右手寸、關、尺六部診察五臟之脈時，藉以歸零校正各臟脈動的深度基準。如此始能根據指下脈動的深度，判斷被診者各臟腑的實際狀態。（詳表十五）

⁷ 元·滑壽：《診家樞要》，收入《脈學名著十二種》，頁 20-21。

⁸ 《史記·樂書》張守節正義：「合，應也。」



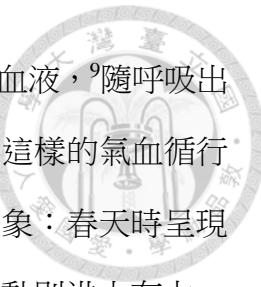
表十五、臟腑的沉浮歸零示意

第三節 「秋浮」、「冬沉」：四季的沉浮歸零校準

檢視《難經·五難》後，我們發現五臟之脈正常深度的基準點各不相同。診脈時既植基於各臟脈動的深度基準，與患者當下脈動深度兩相對照，自能辨明指下脈動是否異常。傳統醫家在判斷指下脈動深度之常、變時，除需考量各臟平脈的深度基準外，並會慮及四時節候對上下浮沉、脈動深度可能造成的影響。

《脈經·卷五·張仲景論脈第一》引張仲景《傷寒論·平脈法》，指出天時節候對脈動深度的影響：

脈有三部，陰陽相乘。榮衛氣血，在人體躬，呼吸出入，上下於中，因息游布，津液流通。隨時動作，微象形容，春弦秋浮，冬沉夏洪。



體內榮養五臟的「榮氣」、固衛體表防止外邪侵入的「衛氣」以及血液，⁹隨呼吸出入、循行全身，同時帶動體內津液、輸佈全身。傳統醫家留意到這樣的氣血循行狀態，會隨四季天候的不同而變動，於寸口脈位反映為不同的脈象：春天時呈現形如弓弦的脈象、秋天時脈動上浮、冬天時脈動下沉、夏天時脈動則洪大有力。四季之中，秋、冬二季的脈象特徵皆與脈動位置的深淺相關，然而，節候究竟何以會對人體脈動的深淺、浮沉造成影響？

《黃帝內經素問·生氣通天論》：

夫自古通天者生之本，本於陰陽。天地之間，六合之內，其氣九州九竅五藏十二節，皆通乎天氣。(《黃帝內經素問·生氣通天論》)

傳統醫家認為，個我生命與外在的天地萬物，皆由陰陽之氣構成，為一相連通的整體。一切空間、時間內的存有，¹⁰大至天下九州、¹¹小至人體的感官竅穴、五臟、四肢骨節，¹²均與天氣相通。而天時節候對人體之氣最直接的影響，來自於太陽。以一日為單位觀之：

故陽氣者，一日而主外，平旦人氣生，¹³日中而陽氣隆，日西而陽氣已虛，氣門乃閉。是故暮而收拒，無擾筋骨，無見霧露，反此三時，形乃困薄。(《黃帝內經素問·生氣通天論》)

人體內的陽氣，於天亮時逐漸生發、增強，到日正當中時達到最為旺盛的狀態，

⁹ 《周易·渙》：「六三，渙其躬，無悔。」東漢·荀爽注：「體中曰躬。」可知「躬」當指人體。

¹⁰ 唐·王冰注：「六合，謂四方上下也。」以六合為空間，意近於前文「天地之間」。郭藹春《黃帝內經素問校注》：「六合，指四時言。《淮南子·時則訓》曰：『六合，孟春與孟秋為合，仲春與仲秋為合，季春與季秋為合，孟夏與孟冬為合，仲夏與仲秋為合，季夏與季冬為合。』上文『天地之間』指空間，此『六合』指時間。」(頁 36) 郭說於義為長。

¹¹ 唐·王冰注：「九州，謂冀充青徐揚荊豫梁雍也。」

¹² 郭藹春《黃帝內經素問校注》：「十二節，指四肢言。《春秋繁露·官制象天》：『天數之微，莫若於人。人之身有四肢，每肢有三節，三四十二，十二節相持，而形體立矣。』」(頁 36)

¹³ 郭藹春《黃帝內經素問校注》：「人，馬蒔曰：『人為陽字之誤。』按王注「陽氣平曉生」，是王所據本『人』即作『陽』。」(頁 49)



接著將隨著太陽西落逐漸衰減，¹⁴到了晚上陽氣收藏於體內。因此人一天的作息也當配合體內之氣的盛衰變化，於陽氣充盛的白日活動工作，入夜後則當從事較靜態的活動、不過度勞動筋骨，不逗留戶外以免在陽氣衰減時遭到寒涼霧氣、露水的侵襲。¹⁵

若以年為單位觀之，四季氣候的變化，亦會改變體氣的狀態，反映於脈象。《黃帝內經素問·玉機真藏論》曰：

秋脈如浮，何如而浮。歧伯曰：秋脈者肺也，西方金也，萬物之所以收成也，故其氣來，輕虛以浮，來急去散，故曰浮，反此者病。

秋天為作物收成、萬物凋零的時節，秋氣就有如花葉落盡的空枝般輕盈虛浮，¹⁶其脈動較平時要來得上浮、接近皮表，指下稍加施力即可診得，若重按則散於指下。

17

冬脈如營，何如而營。歧伯曰：冬脈者腎也，北方水也，萬物之所以合藏也，故其氣來，沈以搏，故曰營，反此者病。（《黃帝內經素問·玉機真藏論》）

到寒冷的冬天，萬物皆內斂收藏，因此冬天時脈氣也將迴繞凝聚、潛藏於深處，¹⁸需重按至深處始能診得脈動。

¹⁴ 唐·王冰注：「隆，猶高也，盛也。夫氣之有者，皆自少而之壯，積暖以成炎，炎即又涼，物之理也。故陽氣平曉生，日中盛，日西而已減虛也。」

¹⁵ 郭藹春《黃帝內經素問校注》：「反此三時，姚止庵曰：『平旦與日中，氣行於陽，可動則動；日西氣行於陰，當靜則靜。如動靜乖違，則氣弱而行壞也。』」（頁 49）

¹⁶ 《難經·十五難》：「秋脈毛者，肺，西方金也，萬物之所終，草木華葉，皆秋而落，其枝獨在，若毫毛也。故其脈之來，輕虛以浮，故曰毛。」

¹⁷ 郭藹春《黃帝內經素問校注》：「來急去散，脈輕取則有，重按則力衰，即厭厭聳聳，如落榆莢之義，非勁急散亂之謂。」（頁 266）

¹⁸ 清·俞樾：「營之言回繞也。《詩齊譜正義》曰：『水所營繞，故曰營丘。』《漢書·吳王濞傳》、《劉向傳》並曰：『營謂回繞之也。』字亦通作「縈」，《詩·樛木》篇傳曰：『縈，旋也。』旋亦回繞之義。冬脈深沉狀若回繞，故如營。」見清·俞樾：《春在堂全書·讀書餘錄一》（臺北：環球，1968 年），頁 1217）



即使在無病的狀態下，人體內的脈氣也並非恆常維持在一不變的狀態，而會隨著四季氣候的遞嬗自然消長變化：於秋天上浮、冬天下沉。《素問·玉機真藏論》強調：「反此為病」（所謂「反」，即秋天不上浮、冬天不下沉），可見常變的標準亦將隨天時而變動。因此在診脈時，尚需考慮到天候對脈動深度造成的影響，於不同的季節設定動態的浮沉基準。

在檢視四季脈象的浮沉變化時，我們可發現古代醫者「倣象形容」（《傷寒論·平脈法》）、借有形之物形容不可見的脈動時，所採用的象徵實有共通的特性：

春弦秋浮，冬沉夏洪。（《傷寒論·平脈法》、《脈經·卷五·張仲景論脈第一》）

除了以絲弦描述春天細而凝聚的脈象外，「秋浮」、「冬沉」、「夏洪」之脈均取水為譬。《黃帝內經素問·離合真邪論》指出「地有經水，人有經脈」，透過江水的意象解釋人體脈氣於不同天候下的變化：

夫聖人之起度數，必應於天地，故天有宿度，地有經水，人有經脈。天地溫和，則經水安靜；天寒地凍，則經水凝泣；天暑地熱，則經水沸溢；卒風暴起，則經水波涌而隴起。

同樣處於天地氣交之中，浩浩蕩蕩的湖海江河，尚且受溫、寒、暑、風等自然之氣的影響，人體既與江河同處於整體的自然時空中，理當無法自外於溫、寒、暑、風等自然之氣的影響。人體的經脈一如自然界的江河，氣候溫和時，經脈中的氣血安靜流暢（「天地溫和，則經水安靜」）；當寒氣來襲，便使氣血滯澀不暢（「天寒地凍，則經水凝泣」）；待熱氣竄入體內，則使氣血濡潤流溢（「天暑地熱，則經水沸溢」）；風邪侵入經脈，也彷彿江河暴風驟起一般，會使經脈氣血的搏動，在脈象上出現波濤般隆起的現象（「卒風暴起，則經水波涌而隴起」）。¹⁹

《黃帝內經素問·四時刺逆從論》則以江水於春、夏、長夏三季的水位變化，說明體氣的浮沉：

¹⁹ 本段詮解參考、引用自蔡師璧名：《身體與自然——以《黃帝內經素問》為中心論古代思想傳統中的身體觀》（以下簡稱《身體與自然》），頁209。



是故春氣在經脈，夏氣在孫絡，長夏氣在肌肉，秋氣在皮膚，冬氣在骨髓中。帝曰：余願聞其故。歧伯曰：春者，天氣始開，地氣始泄，凍解冰釋，水行經通，故人氣在脈。夏者，經滿氣溢，入孫絡受血，皮膚充實。長夏者，經絡皆盛，內溢肌中。秋者，天氣始收，腠理閉塞，皮膚引急。冬者蓋藏，血氣在中，內著骨髓，通於五藏。

春天時冰雪融化，原本結凍凝滯的江水恢復順暢，相應於此，人體的經脈也如河道般暢通，脈氣於經脈的河道中流動；夏天時脈氣旺盛，溢出原有的經脈河道，湧入孫絡支流，充盈於皮膚；天氣最為炎熱的長夏時節，經脈與絡脈均已充滿，多餘的血氣因而漫溢充盈於肌肉。

由夏、長夏經水滿溢氾濫至經脈以外的描述，即可理解何以《傷寒論》要以「洪」水象徵夏天的脈象。《素問·四時刺逆從論》雖未以江水起落解釋秋、冬二季的脈氣狀態，但由春季之「凍解冰釋，水行經通」可推知，冬天氣血內藏，正如凝凍的江水般流動滯塞緩慢，因此脈氣沉降至接近骨骼的深度。²⁰山田慶兒因此強調，中國醫學的生理學模型乃採用「水系模型」的思考方式：

如世界有四海，人體亦有四海。所謂「海」，用現代的語言說就是堰堤(dam)。腦為髓海，衝脈為血海，胸中為氣海，胃為水穀海。皆是供應全身、維持生命之物的貯藏所。骨之髓連接於腦，腦為髓的堰堤；沿臍之兩側上行的衝脈被稱為十二經脈之海，被看作是血的堰堤。然後有十二水，即十二條大河。縱向行走於人體、手足的太陽、陽明、少陽、太陰、少陰、厥陰之十二經脈，在外與中國的十二條大河相對應，在內與十二臟腑相聯繫。²¹

海能容納蓄積，江河則川流不休。因而傳統醫家以江河譬喻經脈，脈氣則如江水，於經脈的河道中流遍全身。《靈樞·經水》：「經脈十二者，外合於十二經水。」即以十二條河川對應人體的十二經脈。

除了江水本身的起落外，中醫脈象的浮沉書寫中，尚存在其他較隱而不顯的

²⁰ 本段詮解參考蔡師璧名：《身體與自然》，頁 205。

²¹ 山田慶兒著，廖育群、李建民編譯：《中國古代醫學的形成》，頁 49。



江水譬喻。《素問·平人氣象論》：「冬胃微石曰平。」以石頭譬喻冬脈，然而此處所借用的究竟是石頭的何種特質？《素問·玉機真藏論》謂冬脈「沉以搏」，脈動位置沉降至深處。〈平人氣象論〉中用以形容冬脈的「石」之意象，是否包含了冬脈深沉的特性？《難經·十五難》：

冬脈石者，腎，北方水也，萬物之所藏也，盛冬之時，水凝如石。故其脈之來，沉濡而滑，故曰石。

指出隆冬之時，水位下降，甚至結冰如石頭般。由此可見，須將「石」的意象置於江水譬喻系統中，始能正確解讀其意涵。

透過江河譬喻，我們便能理解季節如何影響脈氣盛衰、改變脈動的浮沉深度。正如老練的船夫熟知江河四季水位的起落，了解夏、秋水勢較為上漲、冬日則以水落石出為常。一旦了解四時脈氣盛衰浮沉的規律，便能於診脈時慮及天候因子造成的浮、沉影響，微調診脈當下的浮沉標準，扣除氣候導致的浮沈因素，將脈動深度校準歸零，繼而方能判斷指下脈動深度是否確屬疾病所導致的異常脈象。

第四節 從「外」、「表」到「內」、「裏」：上下浮沉的空間意義

《黃帝內經素問·陰陽應象大論》言：「按尺寸，觀浮沈滑濁，而知病所生。」可見脈動的深淺本身，即是辨別脈象、診斷病因的重要憑藉。欲掌握脈之浮沉所徵候的生理意義，首須了解浮、沉之脈所對應的身體區域。

《脈經·卷一·辨脈陰陽大法第九》引《難經·四難》，以脈浮為陽、脈沉為陰：

脈有陰陽之法，何謂也？……浮者陽也，沉者陰也，故曰陰陽也。……脈有陽盛陰虛，陰盛陽虛，何謂也？然：浮之損小，沉之實大，故曰陰盛陽虛；沉之損小，浮之實大，故曰陽盛陰虛。是陰陽虛實之意也。

若輕手浮取其脈虛弱無力，重手沉取反診得充實盛大之脈（「浮之損小，沉之實大」），代表陰盛陽虛；反之若重手沉取脈動虛弱無力，舉指浮取反而診得充實盛大之脈



(「沉之損小，浮之實大」)，則代表陽盛陰虛。前章曾簡介兩手寸、關、尺六部脈位所對應之臟腑：左寸候心、小腸，左關候肝、膽，右寸候肺、大腸，右關候脾、胃，兩尺并候腎與膀胱。每部脈位均候一臟一腑，浮脈屬陽、沉脈屬陰，諸腑屬陽、諸臟屬陰，因此於同一脈位中，深度較淺的脈動徵候腑、較深的脈動則徵候臟。《脈經·卷二·平三關陰陽二十四氣脈第一》即指出各部脈位可由沉取、浮取深度之不同，診察該脈位所候臟、腑之狀態（詳表十六）：

左手關前寸口陽絕者，無小腸脈也。……左手關前寸口陽實者，小腸實也。……左手關前寸口陰絕者，無心脈也。……左手關前寸口陰實者，心實也。……左手關上陽絕者，無膽脈也。……左手關上陽實者，膽實也。……左手關上陰絕者，無肝脈也。……左手關後尺中陽絕者，無膀胱脈也。……左手關後尺中陽實者，膀胱實也。……左手關後尺中陰絕者，無腎脈也。……左手關後尺中陰實者，腎實也。……右手關前寸口陽絕者，無大腸脈也。……右手關前寸口陽實者，大腸實也。……右手關前寸口陰絕者，無肺脈也。……右手關前寸口陰實者，肺實也。……右手關上陽絕者，無胃脈也。……右手關上陽實者，胃實也。……右手關上陰絕者，無脾脈也。……右手關上陰實者，脾實也。……右手關後尺中陽絕者，無子戶脈也。……右手關後尺中陽實者，膀胱實也。……右手關後尺中陰絕者，無腎脈也。……右手關後尺中陰實者，腎實也。

左寸	浮	小腸	大腸	浮	右寸
	沉	心	肺	沉	
左關	浮	膽	胃	浮	右關
	沉	肝	脾	沉	
左尺	浮	膀胱	膀胱、子戶	浮	右尺
	沉	腎	腎	沉	

表十六、六部脈位沉浮所應臟腑



左手寸部浮候小腸、沉候心，左手關部浮候膽、沉候肝，左手尺部浮候膀胱、沉候腎；右手寸部浮候大腸、沉候肺，右手關部浮候胃、沉候脾，右手尺部浮候膀胱與子戶。²²沉候腎。

脈乃是在一立體空間中搏動，脈動深度容或因所應臟腑的不同，當下節候的影響而有上浮、下沉等偏向，但在正常的狀況下於各部脈位輕取、重取都應能診得脈動，倘若浮取無脈，代表腑氣衰微，沉取無脈，則代表臟氣已絕，均屬異常的病候。《脈經》以「無根」稱說沉取無脈的狀況：

諸浮脈無根者，皆死。（《脈經·卷四·診五藏六府氣絕證候第三》）

各部脈位倘若沉取無脈，就如同根系斷絕的樹木，縱使枝條花葉仍生機蓬勃，卻注定枯槁死亡。《脈經·卷四·辨三部九候脈證第一》則引《難經·十四難》，以尺部脈為「根」：

上部無脈，下部有脈，雖困無能為害也。所以然者，譬如人之有尺，樹之有根，枝葉雖枯槁，根本將自生。脈有根本，人有元氣，故知不死。

指出尺脈為諸脈的根本，即使寸、關脈動衰微，只要仍有尺脈，即表示元氣未絕，如同根系仍在的樹木，雖然一時間枝葉枯槁凋落，仍有再度抽芽添枝的可能。明·李中梓主張以沉取為根、以尺脈為根兩說本為一事：

一以尺中為根。脈之有尺，猶樹之有根，水為天一之元，先天命根也。王叔和曰：寸關雖無，尺猶不絕，如此之流，何憂殞滅。謂其有根也。若腎脈獨敗，是無根矣。一以沉候為根。經曰：諸脈無根者皆死，是謂有表無裏，是謂孤陽不生，造化所以亘萬古而不息者，一陰一陽互為其根也。陰既絕矣，孤陽豈能獨存乎？二說似乎不同，實則一致，兩尺為腎部，沉候之六脈皆腎也。然則兩尺之無根，與沉取之無根，總為腎水絕也。（明·李

²² 沈炎南主編《脈經校注》：「至於子戶，一般是指婦人前陰，或為氣穴名，但據本篇上下文義，這裏的『子戶』當是指臟腑而言，由於關元之左屬腎，右為子戶，據《難經》左腎右命門之說，子戶又當屬命門，故在此作為命門的代稱。」（頁 37）



中梓《醫宗必讀》)²³

腎屬水，此水則為「天一之元，先天命根」，是著胎受生之初即已具備的先天腎水，是生命的根本。以脈位而言，腎應於兩尺脈，李中梓並謂六部脈位之沉脈皆候腎，若根本不衰、腎脈不絕，就算它脈衰絕也仍有生機；但倘若兩尺脈與其他脈位沉取時找不到脈（「兩尺之無根，與沉取之無根」），就代表腎脈衰絕，表示內裏的腎水已絕。外部、體表的陽氣與內藏的腎水互為其根，腎水既已衰竭，陽氣也無法獨存。則各部脈位沉取所感知的脈動強度，便徵候了生命根本元氣的盛衰。²⁴以肺脈為例：

肺脈來厭厭聶聶，如落榆莢，曰肺平。秋以胃氣為本，肺脈來不上不下，
如循雞羽，曰肺病。肺脈來如物之浮，如風吹毛，曰肺死。……肺脈來，
泛泛輕如微風吹鳥背上毛，再至，曰平；三至，曰離經，病；四至，脫精；
五至，死；六至，命盡。……肺死臟，浮之虛，按之弱如蕙葉，下無根者，
死。（《脈經·卷三·肺大腸部第四》）

肺脈於五臟脈中最為上浮，古代醫家能從上浮之脈的不同手感，辨別肺脈是否有根，推斷病患生死。肺平脈，指下脈象輕虛平和、有如摸到飄落的榆葉（「厭厭聶聶，如落榆莢」）；若指下脈象浮於皮表、脈動幅度微小，有如摸到雞的羽毛（「不上不下，如循雞羽」），是肺的病脈；若指下肺脈彷彿漂浮在空中、有如風吹過羽毛般散亂無章（「如物之浮，如風吹毛」），代表其根空虛、脈氣散亂，²⁵是肺臟衰竭的徵候。然而，以風吹過禽鳥的羽毛譬喻肺脈手感，卻未必即為徵候疾病或死亡的脈象。由「如微風吹鳥背上毛」的敘述可知，若此毛仍根著於鳥背上、又未遇強風，指下脈動雖然輕浮於皮表，卻不見散亂，且沉取至較深處依然有脈，為

²³ 明·李中梓：《醫宗必讀》（北京：人民衛生出版社，1994年），頁47-48。

²⁴ 劉耕豪、陳玉昇、葉柏巖、游均晶、游智勝等學者則參綜歷代醫家說法，指出具體探取脈之根柢的操作方式：「於尺脈沉取到底、再將觀察脈位稍微上提，以觀察脈來有飽滿之形、並且是快速有力地動態呈現。」，詳劉耕豪、陳玉昇、葉柏巖、游均晶、游智勝：〈脈之根柢探源——由中醫典籍及現代生理切入探討〉，《中醫藥雜誌》24卷第1期（2013年6月），頁49-63。

²⁵ 張介賓《類經》：「如物之浮，空虛無根也；如風吹毛，散亂無序也。」



「有根」的脈象，非屬危候。²⁶

本段最末則以柔弱的蔥葉譬喻脈動手感的虛弱無根，以此為肺死的脈象。傳統醫家精細分辨指下浮脈的手感，運用具有共通性的象徵群組（「榆莢」、「蔥葉」；「如循雞羽」、「如風吹毛」、「如風吹鳥背上毛」），於諸浮脈間突顯有根、無根之脈的手感差異，以推斷病患生死。

由上可知，透過脈動的浮沉，可診知不同身體區域的狀態。《脈經》明確指出脈之浮沉所徵候的身體空間意義：

沉而弦急者，病在內。浮而洪大者，病在外。在上為表，在下為裏，浮為在表，沉為在裏。（《脈經·卷一·遲疾短長雜脉法第十三》）

寸口脈浮而盛者，病在外。寸口脈沉而堅者，病在中。（《脈經·卷四·辨三部九候脈証第一》）

診得上浮於皮表的浮脈，代表病邪在身體表層；重手始能於深處診得沉脈，則知病邪藏於身體內裏。

《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》詳述於寸、關、尺所診得的浮脈、伏脈與沉脈所徵候的疾病以及治療之法：

寸口脈浮，中風，發熱，頭痛。宜服桂枝湯、葛根湯，針風池、風府，向火灸身，摩治風膏，覆令汗出。（《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》）

關脈浮，腹滿不欲食。浮為虛滿，宜服平胃丸、茯苓湯、生薑前胡湯，針

²⁶ 尚需參照脈動的速度，始能判斷其人是否有病：脈在一次呼吸的時間內搏動二次，是正常的平脈；一呼中脈動三次，則為偏離常軌、過於快速的脈象（《難經·十四難》：「脈三至者離經。」宋·虞庶《難經注》：「經者，常也，謂脈離常經之所。」）；一呼中脈動四次，代表陽氣散亂耗損，不能如常帶動精氣，精氣無所歸往，如同被奪去般損耗消亡（《難經·十四難》：「脈四至則奪精。」宋·虞庶《難經注》：「一呼四至乃陽氣亂，故脈數，數則氣耗，耗則精無所歸，猶如奪去，故曰奪精。」）；一呼中脈動五次，表示人體內的氣血都已衰竭枯盡、浮動外越，不再能安守於體內，脈氣才會運行得如此快速，五臟缺乏血氣的滋養而衰萎，藏於五臟之中、作為生命主宰的精神也將逸散亡失（《難經·十四難》：「脈五至者，死。……氣浮濬，經行血氣竭盡，不守於中，五臟痿痺，精神散亡。」）；一呼之間脈動六次，脈動頻率為平脈的三倍，為生機斷絕、難以挽救的瀕死脈象。



胃脘，先瀉後補之。（《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》）

尺脈浮，下熱風，小便難。宜服瞿麥湯、滑石散。針橫骨、關元，瀉之。（《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》）

寸口脈浮，代表有風邪客留於體表，患者會有發熱、頭痛等症狀，此時可以桂枝湯、葛根湯發散風寒，²⁷以針刺腦後風池穴、風府穴瀉除風邪，²⁸燃燒艾草施行灸法，並在身上塗抹可祛除風寒的風膏，令病患躺臥蓋被、發汗驅逐外感風邪。關脈浮則徵候腹中氣虛、消化不良而脹滿、食慾不振，可服平胃丸、茯苓湯、生薑前胡湯等湯劑進行調理，以針刺腹部中脘穴，²⁹先瀉除其虛脹之氣再以補氣針法補其不足。若是本應較為下沉的尺脈反而上浮，表示下部有風熱客留，使患者小便不暢，可服瞿麥湯、滑石散等湯劑，或針刺位於下腹的橫骨穴、關元穴，³⁰瀉除膀胱中的風熱之邪。

寸口脈沉，胸中引脅痛，胸中有水氣，宜服澤漆湯，針巨闕，瀉之。（《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》）

關脈沉，心下有冷氣，苦滿吞酸。宜服白薇茯苓丸，附子湯，針胃脘，補之。（《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》）

尺脈沉，腰背痛。宜服腎氣丸，針京門，補之。（《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》）

若於本應診得較為上浮脈象的寸部診得沉脈，代表胸中有水氣滯留，患者會感到

²⁷ 沈炎南主編《脈經校注》謂本篇方劑名稱：「其中有些與《傷寒論》、《金匱要略》中的方名完全相同，顯係王叔和從張仲景遺著中所引錄。但是，亦有不少方名出處未詳，對此有待進一步考證。」（頁 58）

²⁸ 黃維三主編《針灸科學》謂風池穴：「在耳後乳嘴突起之後，大筋外廉，腦空直下，髮際陷中。」（頁 360）風府穴則位於「頭正中線上，枕骨直下凹陷中，項兩大筋之間，從後髮際上量一寸。」（頁 394）

²⁹ 黃維三主編《針灸科學》謂中脘穴：「上脘下一寸，臍上四寸，居心蔽骨與臍之中間。」（頁 382）

³⁰ 黃維三主編《針灸科學》謂橫骨穴：「下腹部，恆骨之上際，去腹中行各五分（深部為膀胱）。」（頁 330）、黃維三主編《針灸科學》謂關元穴：「在臍下三寸，橫骨上二寸。」（頁 380）



胸口疼痛、牽引兩脅，可服澤漆湯，針刺胸口巨闕穴瀉去水氣。³¹於關部診得沉脈，代表有寒冷之氣積聚於心下，患者會感到胸中脹滿、口嚥酸水，可服白薇茯苓丸，或以附子湯溫暖散寒，或以或於腹部胃脘穴施以補針手法。³²於尺部診得較平時更深的沉脈，患者會感到腰背疼痛，可服腎氣丸、以補針手法針刺腰間京門穴。³³

寸口脈伏，胸中逆氣，噎塞不通，是胃中冷氣上沖心胸。宜服前胡湯、大三建丸，針巨闕、上脘，灸膻中。(《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》)

關脈伏，中焦有水氣，溏泄。宜服水銀丸，針關元，利小便，溏泄便止。(《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》)

尺脈伏，小腹痛，癰疝，水穀不化。宜服大平胃丸、桔梗丸，針關元，補之。(《脈經·卷二·平三關病候並治宜第三》)

《脈經·卷一·脈形狀指下秘決第一》：「伏脈，極重指按之，著骨乃得。」伏脈為沉脈之極致，必須用力下壓至碰到橈骨始能診得潛伏於底部的伏脈。若於寸部得伏脈，代表胃中的寒冷之氣往上衝入心胸，患者會感到有氣上逆於胸中、如噎住般梗塞不通（「噎塞不通」），可服前胡湯、大三建丸，針刺胸口巨闕穴、腹部上脘穴，³⁴或灸胸口膻中穴溫暖散寒。³⁵若於關部診得伏脈，代表中焦脾胃有水氣積滯不去，患者因而腹瀉、糞便多水不成形，可服水銀丸治療，或以針刺下腹關元穴，促進排尿通暢，使多餘的水分經由尿液排出而止瀉。若於尺部診得伏脈，代表有氣積、狀如手臂橫於腹中（「癰疝」）³⁶，患者會感到小腹劇痛，無法正常運化

³¹ 黃維三主編《針灸科學》謂巨闕穴：「臍上六寸，中脘上二寸。」(頁 384)

³² 明·楊繼洲：《針灸大成》(臺北：大中國圖書股份有限公司，2002 年)，卷六記載的補針手法有：一曰進針前應「以左手壓按其所針榮俞之處，彈而努之，爪而下之，其氣之來，如動脈之狀，順針而刺之，得氣推而內之，是謂補」(頁 135)；一曰「補者先呼後吸」或「令病人咳嗽一聲，隨咳進針」(頁 133)；一曰「補針左轉」，但因女子屬陰，又曰「右轉順陰為之補」(頁 134)；一日起針時「左手閉針穴，徐出鍼而疾按之」(頁 132)。說法紛紜。

³³ 黃維三主編《針灸科學》謂京門穴：「在腰中挾脊第十二季肋骨端。」(頁 362)

³⁴ 黃維三主編《針灸科學》謂上脘穴：「巨闕下一寸，臍上五寸。」(頁 383)

³⁵ 黃維三主編《針灸科學》謂膻中穴：「在兩乳之中間，玉堂下一寸六分陷中。」(頁 385)

³⁶ 隋·巢元方《諸病源候論》卷二十：「腹中氣乍滿，心中盡痛，氣積如臂，名曰癰疝也。」



攝取的水分和食物，可服大平胃丸、桔梗丸，以補針手法針刺下腹關元穴。

檢視《脈經》對寸、關、尺三部脈位浮、沉、伏脈象所徵候病症的描述後，進一步歸納脈象浮沈所主司的代表證型。《脈經·卷四·平雜病脈第二》：

浮為風、為虛。……。沉為水、為實。

上浮於皮表的浮脈，多肇因於風、熱，且往往為正氣不足所導致外邪客留的虛證；而沉於底部的沉脈與浮脈，則多代表有水、寒、氣凝滯積聚於體內，屬實邪客留的實證。則透過病邪所客留的空間位置，參綜其所在之脈位、病患實際的疾病症狀，可大致判斷病邪的類型與病因。

手腕寸口的脈動深度反映脈氣運行的深度，因此手腕寸口除了水平的「寸」、「關」、「尺」三部橫幅座標外，還須結合「浮」、「中」、「沉」的深度座標，始能完整描述立體空間中的脈動。而各部脈位的脈動深度，將隨其所徵候臟腑深淺差異的特性以及天候造成的脈氣升降，有殊異的正常深度，需能掌握此等常（如臟腑脈氣）、變（如四時節候）的深度基準點，始能辨明指下脈動之沉、浮，是否肇因於臟氣特質、季節天候外的疾病影響，並以脈之浮沉判斷體內疾患位置的淺深，再參照患者的症狀，從事辯證施治。

至此學習脈診的新手，已瞭解「獨取寸口」的理論依據，了然寸關尺各部所徵候的訊息，能掌握醫者與患者的相對位置及覆仰手勢，明白醫者如何入指、定關、佈指，並考慮各臟腑脈位所在之淺深不同、四時節候對脈氣的細微影響，對診脈的基準點加以調校歸零後，透過寸口浮、中、沉之下指輕重，區辨來自身體內部的訊息。此時於中、食、無名指尖感受到的已不僅是渾然難分的連綿脈動，而是能透過寸口之「三部九候」診察五臟六腑的脈氣狀況，倘再加上對速度、力度等脈象因子的解碼，便能更精確地解讀身體的實際狀態。

第五章 寒熱虛實：手感中的速度與力度¹

第一節 中西醫認識下的脈動速度



一、脈動速度的基準

1. 以醫者為主體的診察方法

《黃帝內經靈樞·五十營》：「漏水下百刻，以分晝夜。」，《脈經·卷一·辨尺寸陰陽榮衛度數第四》亦提及：「漏水下百刻，榮衛行陽二十五度，行陰亦二十五度，為一周。」，指出漏壺刻度下降一百個單位所經過的時間為一日一夜，恰好為脈氣正常運行全身一周所需的時間。古代中國已有計時工具，²但即使醫書記載了漏壺等工具的使用痕跡，亦僅止於此。在往後的漫長歲月中，計時工具似乎並未參與、影響中醫脈診技術。

那麼，古代中國醫者又是憑藉何種速度基準，衡量病患脈動速度快慢與否？

《脈經·卷五·扁鵲脈法第三》指出：

扁鵲曰：平和之氣，不緩不急，不滑不滯，不存不亡，不短不長，不俯不仰，不從不橫，此謂平脈，腎（一作緊）受如此（一作剛），身無苦也。

中國傳統醫學將體氣平和、正常無病的脈象稱之為「平脈」，平脈的速度「不緩不急」、不會過為緩慢或急促。但所謂急促與緩慢，必然是與一「不緩不急」的標準速度相較之下始得突顯。《脈經》卷四、卷五中均提及平脈的速度基準：

脈來一呼再至，一吸再至，不大不小，曰平。（《脈經·卷四·診損至脈第五》）

扁鵲曰：人一息脈二至謂平脈，體形無苦。（《脈經·卷五·扁鵲脈法第三》）呼氣一次的時間脈動二次、吸氣一次的時間脈亦動二次，這便是無病的平脈速度。

¹ 「虛實」一詞於《脈經》中，可為指下感受脈動力度之虛實，亦可指由指下力度虛實所解析得知的氣血、疾病虛實，本章標題之「虛實」乃就後者而言。

² 李約瑟：《中國科學技術史》，頁 303-376。



由此可見，中國傳統醫學的醫者，是透過人人皆具的呼吸現象，作為衡量脈動速度的基準，在《脈經·卷四·診損至脈第五》中則有更詳細的論述：

脈出者為陽，入者為陰。故人一呼而脈再動，氣行三寸；一吸而脈再動，氣行三寸。呼吸定息，脈五動。……一日一夜行於十二辰，氣行盡則周遍於身，與天道相合，故曰平，平者，無病也，一陰一陽是也。

平脈的速度為一呼二至、一吸二至，若考慮呼氣與吸氣之間的短暫間歇，則一次完整的呼吸時間內脈會搏動五次。此平脈速度，乃是依脈氣運行全身一周的速度而定。

當代西方醫學指出：正常成年人每分鐘呼吸約 10-20 次，平均每分鐘 12 次，倘若以「呼吸定息，脈五動」每次呼吸脈動五次來換算，脈博頻率為每分鐘 50-100 次，與當代西方醫學觀察到的正常心搏頻率（每分鐘 60-100 次）相當接近。

雖然有大抵相同的正常脈動速度基準，但中、西醫學所憑藉測量的技術內涵卻大不相同。診脈時，中國傳統醫學的醫者選擇以自己的身體作為量測基準。然而，每個人雖均擁有與生俱來的身體，但並非所有人都能夠憑藉手指的觸摸、呼吸的節律正確衡量患者脈動的快慢與否，《黃帝內經素問·平人氣象論》即指出：

黃帝問曰：平人何如？歧伯對曰：人一呼脈再動，一吸脈亦再動，呼吸定息脈五動，閏以太息，命曰平人。平人者，不病也。常以不病調病人，醫不病。故為病人平息以調之為法。

醫生倚仗自身的呼吸與脈動速度對比判斷病人脈動速度是否偏離正常，因此須將自己的身體至少維持在「不病」的「平人」狀態。「一呼脈再動，一吸脈亦再動」或「呼吸定息，脈五動」的平脈速度，是建立在正常無病之人的脈動與呼吸速度上。倘若診脈的醫者身有疾患而導致呼吸過於急促或緩慢，便無從分辨指下的脈動速度是快是慢，不再具備正確衡量脈動速度的能力。

法國人類學家 Marcel Mauss (A.D. 1872-1950) 指出：「我們往往誤以為只有使用工具時纔有技術，但其實『身體』向來是人最自然、也最首要的工具與技術



訓練對象。」³中醫不但未向外尋求以客觀的鐘錶取代因人而異的呼吸、避免人為因素可能造成的誤差，反而致力於提升身體這副與生俱來的「工具」本身的能力。此一作為工具的身體並非與生俱來，而是需要後天的訓練與努力。如初唐醫家楊上善云：

平人脈法，先醫人自平，一呼脈再動，一吸脈亦再動，是醫不病，調和脈也。

（唐·楊上善《黃帝內經太素》）

中醫醫家強調「先醫人自平」，要成為合格的醫者，首先要成為一個健康的人，必先致力於提升、維持自己的身體處於「不病」的狀態，始能擁有平和均勻的呼吸，如此方能正確衡量病患脈動的快慢、提升衡量脈搏頻率的診脈技術，勝任醫者之職。

相較於近代西方醫學以鐘錶等儀器輔助測量脈搏速度，中醫脈診則僅憑藉醫者的身體進行測量。與其批評中國古代缺乏客觀可靠、方便普及的計時器械，不如從身體技術（body techniques）的角度出發，看出中醫脈診對醫者自身的身體技術有著更高的期待與要求。若要了解中國醫學以「不病」的「平人」為速度基準的特色，不妨對勘西方醫學以鐘錶為速度基準的診察方式，將使中醫的個色更加明顯。

2. 以器械取代醫者的診察方法

栗山茂久比較西醫的脈搏測量技術與中醫脈診，指出西方醫學「長久以來對於明確的追求，最後終於導致脈搏測量簡化為計算搏動次數」。⁴古羅馬醫學家蓋倫（Galen, A.D. 129-200）著有七篇透過觸摸辨識脈搏特徵以診察疾病的論文，指出脈搏由：(1)舒張、(2)舒張與收縮間的間歇、(3)收縮、(4)收縮與舒張間的間歇四部分所組成，蓋倫認為研究者應注意脈動與間歇所持續的時間與頻率，並探討大小、

³ Marcel Mauss, *Sociology and Psychology: Essays*, trans. Ben Brewster, London; Boston: Routledge and Kegan Paul, 1979, pp.100-119.

⁴ 《身體的語言》，頁 55。



快慢、節奏等脈搏徵象，對往後千餘年間的歐洲醫學有深遠的影響。⁵事實上，在現代診察儀器發明之前，西方醫者雖以脈搏為重要的診斷依據，對脈搏診察客觀性的論難與質疑卻未嘗停歇，如 James Nihell (1705-1759) 於 1750 年所發表探討脈搏的著作中指出測量脈搏的技術「早已不具公信力」；⁶以及另一位醫師 Duchemin de l'Etang 則在經過數月學習卻仍無法辨別專家所指出的脈搏徵象後，於 1768 年宣稱其「涉有過多的狂熱與不實想像」，⁷強烈質疑其客觀與真實性；英國醫生 Richard Burke 也在感受不到他人所描述的診脈感覺後表示：「探討脈搏的文章作者……過於誇大了脈搏的效用」；⁸率皆認為當時的脈搏診察並不冷靜客觀，故缺乏公信力與可靠性。

十八世紀的醫生因此試圖排除診察脈搏時容易被誤解的現象，希望從中擷取客觀、可靠、確鑿無疑的成分。十八世紀英國著名醫師 William Heberden (A.D. 1710—1801) 1772 年於英國皇家醫學會 (Royal College of Physicians) 發表《論脈搏》演說時倡議：

多注意脈搏當中不會被人搞錯或誤解的現象。所幸有這麼一種現象，不但明顯易察，而且其重要性也值得我們的注意。我所指的就是脈搏的頻率，或謂快慢……這個現象在身體各部位都是相同的，不但不會受到動脈的軟硬或大小、以及脈搏本身與表皮之間的距離所影響；而且能夠加以計量，因此醫生能清楚地向別人講述。⁹

Heberden 認為「脈搏的頻率」正是脈搏當中「不會被搞錯或誤解的現象」，因為脈

⁵ 本段敘述參考《身體的語言》，頁 23-24。

⁶ James Nihell, *New and Extraordinary Observations Concerning the Prediction of Various Crises by the Pulse*, 2d. ed., (London: John Whiston, Lockyer Davis, John Ward, 1750), iv-vi.

⁷ Duchemin de l'Etang, "Lettre sur la doctrine du pouls," *Journal de me'decine, de chirurgie, et de pharmacie* 29(1768): 436-439.

⁸ Richard Burke, "What are the Practical Indications of the Pulse in Disease?" *London Medical Gazette* 20(1837), pp.48-9.

⁹ William Heberden, *Remarks on the Pulse*, *Medical Transactions of the Royal College of Physicians* 5(1722), pp.18-20.譯文引自《身體的語言》，頁 55.

搏頻率明顯易察、在身體各部位都相同、每一個醫生都能夠加以計量，是醫生所能輕易取得最為客觀的計量數據，而不會受到動脈本身的軟硬觸感、形狀大小以及與表皮間的距離遠近等因人而異的特殊性影響醫生判斷的普遍、準確與客觀性。



圖二十二、Arthur Miles, *The Doctors*, 1860.

需要注意的是 Heberden 以脈搏頻率為「可加以計量」、「清楚向別人表述」的主張，實與精確計時工具已然普及的時空環境密不可分。¹⁰透過 Arthur Miles 於 1860 年所繪畫作，可略窺十九世紀醫生診察脈搏的方式（圖二十二）¹¹：醫生仍以最原始的方式觸探脈搏：右手抓著病人的手腕，以指尖觸摸感知前臂與手腕交接處橈動脈 (radial artery) 的搏動；醫生的左手則拿著懷錶，目光凝視著錶面移動的指針，同時留意右手指下患者的脈動次數以及所經過的時間秒數。由對當時脈診技術操

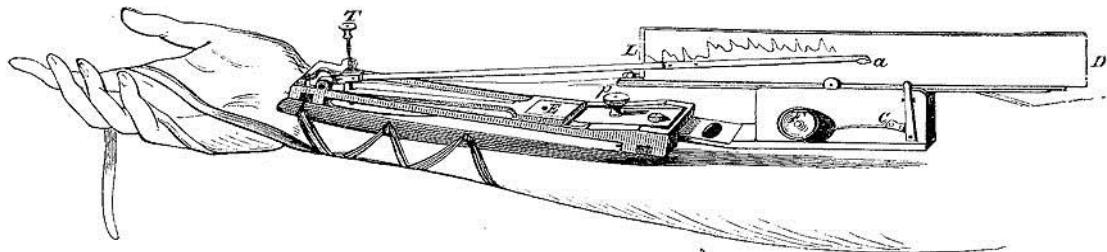
¹⁰ 十五世紀末以降，歐洲發條驅動技術的持續精進促進小型懷錶的生產與普及，(The New Encyclopaedia Britannica. 4. Univ. of Chicago. 1974. p.747.) 才開始有了客觀的時間量測工具，脈搏於單位時間內的跳動次數（亦即頻率）也才能成為 Heberden 理想中可加以計量、清楚表述的客觀數據。

¹¹ 圖片引自 Roy Peter 主編，張大慶主譯：《劍橋插圖醫學史》（臺北：如果出版，2008 年），頁 191。



作的方法與所需工具可發現，鐘錶與醫生的身體同為十九世紀診察脈搏時不可或缺的重要工具。

使用鐘錶計時診察脈搏速度時，將時間計量交給外在、客觀的鐘錶器械，醫生的身體所需具備的技能，僅剩下觸摸脈搏、分辨橈動脈搏動與間歇現象的能力。倘從醫生本身內在的身體技術而論，西方醫學以鐘錶計時確實能減少人為因素造成的誤差，提升客觀性與普遍性，但另一方面卻也降低了對醫生所需具備身體技術的要求。¹²



圖二十三、Étienne-Jules Marey 設計之血壓計

到十九世紀中葉，西方醫學家更試圖徹底以機械取代手指：德國定量血液循環研究先驅 K. von Vierordt(A.D. 1818-1884)於 1955 年發表了第一架脈搏描記儀。

¹³ 法國科學家 Étienne-Jules Marey 於 1863 年所設計的血壓計（圖二十三）¹⁴，能將手腕動脈的搏動放大，並透過指針將搏動的軌跡波形轉錄於紙捲上，由紙上波形

¹² 栗山茂久於比較東西方脈診時即指出：「脈搏測量在西方醫學早已沒落，而成為一門乏善可陳的科學——通常只是純粹計算跳動次數。現在的醫生藉由機器將心臟的語言轉化成為圖表與數字，而不再以手指觸摸來加以理解。談論觸摸技巧的典籍如同古老的傳說依樣乏人問津。……觸診在西方的沒落似乎是現代科技發展之下不可避免的後果。我們先入為主地認為機器的精確與客觀使得人類的觸感相較之下極為遲鈍且不可靠。」（《身體的語言》，頁 71-72。）

¹³ Arturo Castiglioni 著，程之范主譯：《醫學史（上）》（桂林市：廣西師範大學出版社，2003 年），頁 607。

¹⁴ E. J. Marey, *Physiologie médicale de la circulation du sang, basée sur l'étude graphique des mouvements du cœur et du pouls artériel avec application aux maladies de l'appareil circulatoire*, Delahaye, Paris, France(1863), p180.



的波動幅度與發生密度，推知脈搏的強度與頻率。原本還需以手指觸知的無形搏動，自此轉化為肉眼可見的有形圖像，透過儀器即可客觀地診察患者，進一步地解消了對醫生身體技術的要求。這些儀器的發明亦更加證成栗山茂久的觀察：西醫對於明確的執著，因此追求「測量不可能有誤解」。¹⁵

由測量脈動頻率的方式，可發現中西醫於診察思維上存在著根本性的差異。這種不同與其歸因於古代中國鐘錶尚未普及，毋寧說是中西方醫者面對人體時，在一開始就選擇了不同的進路。西醫逐步以器械取代醫者的身體，醫者的感知逐漸自診察對象的身上撤退，僅需以理性分析透過儀器所測知的客觀數據，使病患成為純粹被觀察的客體，醫生與病患間呈現一主客對立的關係。

然而在現代西方醫學中被鐘錶等器械所取代的「身體」，對中醫而言，卻是首要的診察工具。脈診乃是透過自己的身體去感應另一具身體，當手指搭上病患手腕的那一刻起，病患的身體就成了醫者身體的延伸，醫者於此主客際遇、交融的過程中，進入病患的身體情境與脈動速度；在中醫的診察中，主客的界線暫時被打破，呈顯為一主客交融的關係。

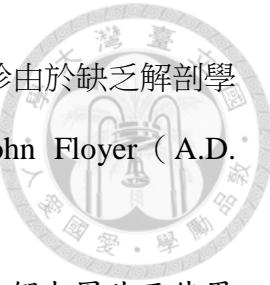
二、脈搏頻率的意義

1. 脈氣的運行

相同的身體徵候，在不同文化的身體認識下卻可能會有不同的解讀與詮釋。西方醫學基於解剖學對身體生理構造的認識，認為脈搏是由心臟所推動的血液循環造成動脈舒張、收縮的搏動，脈搏頻率完全反映心跳頻率，因此從脈搏頻率所能推測的，是心臟本身的狀態或其他可能影響心臟狀態的因子。但中醫脈診對脈動速度的解讀卻並未如西方醫學般聚焦於心臟的搏動，這究竟是肇因於解剖知識的貧乏，抑或是源自與西方醫學截然不同的身體認識？

Johan L. Formey 於《脈診試論》一書中評論中國傳統脈診：「任何不具有基本

¹⁵ 《身體的語言》，頁 56。



人體解剖知識作為基礎的脈搏理論必然錯誤百出」，認為中醫脈診由於缺乏解剖學的知識而充滿謬誤。曾翻譯引介中醫脈學著作的英國醫生 John Floyer (A.D. 1649-1734) 於 1707 年也指出中國脈診：

缺乏解剖學上的知識的確使他們的方法非常難以理解，他們也因此而使用天馬行空的觀念；但他們荒謬的想法卻經過調整而能夠適應現實情況，他們的技巧也植基於特殊的經驗，經過了四千年的驗證。¹⁶

Floyer 一方面認為中醫脈診方法由於「缺乏解剖學上的知識」而只能使用「天馬行空的觀念」、「荒謬的想法」進行診斷。一方面卻也指出這些觀念、想法在經過調整後居然能夠「適應現實情況」甚至通過數千年的驗證。面對這樣的實證效驗，Floyer 於是承認這些令西方醫學家費解的技巧、觀念與想法，是植基於中醫「特殊的經驗」上。¹⁷本研究便是希望闡明中醫特殊的經驗與背後的身體認識。

那麼，中醫對脈動速度的特殊經驗與觀念，是植基於什麼樣的身體認識？《脈經·卷四·診損至脈第五》對脈動速度提出了解釋：

呼吸定息，脈五動。一呼一吸為一息，氣行六寸。人十息，脈五十動，氣行六尺。二十息，脈百動，為一備之氣，以應四時。天有三百六十五日，人有三百六十五節。晝夜漏下水百刻。一備之氣，脈行丈二尺。……一刻百三十五息，十刻千三百五十息，百刻萬三千五百息，二刻為一度，一度氣行一周身，晝夜五十度。

中醫認為「脈氣流經」(《黃帝內經素問·經脈別論》)氣運行於經脈中、流佈周身，氣的運行（「氣行」）造成脈動，正常狀況下，一息（一呼一吸）所經歷的時間內脈動五次，氣向前運行六寸的距離；一日一夜十二個時辰間，呼吸約一萬三千五百次，脈氣能周行全身五十次。由此可知，中醫所謂的「脈」並不等同於西醫認識中作為血液流動通道的動脈。脈動速度所反映的實為氣在脈中運行的速度，一旦脈動過快或過慢，則代表脈氣的運行速度偏離正常，將影響身體的健康狀況。

¹⁶ Floyer, *Physician's Pulse Watch*, p355.

¹⁷ 本段詮解參考《身體的語言》，頁 48。



正因脈動速度反映的是脈中之氣的運行速度，而每個人的身體狀態略有差異、脈氣的運行速度基準也因此不盡相同。《脈經·卷一·平脈視人大小長短男女逆順法第五》即指出：

凡診脈，當視其人大小、長短及性氣緩急。脈之遲速、大小、長短皆如其人形性者，則吉。反之者，則為逆也。

在判斷脈是否過快或過慢的時候，必需要考慮被診者本身的年齡、性別、身形與性情，才能正確評估。例如：

小兒四、五歲，脈呼吸八至，細數者，吉。(《脈經·卷一·平脈視人大小長短男女逆順法第五》)

兒童在一次呼吸間脈的搏動可達八次之多，雖然比成年人的一息五次要快上百分之六十，若以成年人的平脈速度為基準，當屬過快的「數」脈，但考量到兒童的脈動頻率本就高於成年人，一息八至仍屬正常速度，不算過快。又如：

遲數得於稟賦，則性急躁者脈多數，性寬緩者脈多遲，變於時令，則晴燠而脈躁，陰寒而脈靜也。(清·何孟瑤《醫碥》)

脾氣急躁的人脈動通常偏快，個性慢條斯理的人脈動通常較為緩慢；甚至連季節天候都會影響脈動速度，同一個人在炎熱的時節脈動會較為急躁迅速疾，寒冷時脈動則會較為安靜緩慢。

由此可見，任何可能影響脈氣運行狀態的因素，均能對脈動速度造成影響，因此中醫藉由檢視脈動速度，反推脈氣運行的情況，從而解讀當下的身體狀態。但中醫對脈氣流行的重視，並不表示忽略了動脈的存在。東漢·許慎《說文解字》曰：「亢，人頸也，从大省，象頸脈形。」¹⁸可知在許慎當時，人們已注意到頸部動脈的存在，¹⁹並以此解釋造字者的用心。在太陽穴、頸側與手腕等處，能夠用視覺隱隱察知、用手觸摸感知的動脈，以其間歇的搏動為最顯著的特徵，其搏動頻率

¹⁸ 東漢·許慎撰、清·段玉裁注：《說文解字注》，臺北市：洪葉文化，1999年，頁501-502。

¹⁹ 韓健平更認為「人迎」一詞乃從「亢」字分化而來，說並可參，詳氏著：《馬王堆古脈書研究》，頁27-28。



與節率變化，成為東西方醫學脈診技術共同聚焦的所在。以下將對照西方如何理解同樣脈搏的跳動，更能見中醫脈診的特色。

2. 心臟的狀態

哈維 (William Harvey, A.D. 1578-1657) 於 1628 年證實動物體內的血液循環現象，指出血液由心臟所推動，經由動脈血管流向全身各個部位，再經由靜脈血管回流至心臟，奠定近代西方醫學的血液循環理論。²⁰於此生理認識下，脈搏即為此一循環過程中所表現之現象：

心臟每一搏動週期，動脈管內的壓力，動脈的容積與動脈內血流狀態，各有一系列變化，而且心臟也有節律與頻率的變化，此種變化，在淺表動脈可被觸知，故稱之為脈搏。²¹

在如是心臟推動血液循環造成脈搏的身體理解之下，醫生從脈搏頻率、節律所能解讀的即為心臟的搏動頻率與節律。

解剖學與生理學的認識決定了觀看的方式，栗山茂久指出對以脈搏即為心臟、動脈的收縮與舒張的西方醫學傳統而言：

脈搏的語言就是由舒張與收縮組合成的語言。解剖學不只找出脈搏的根基在心臟與動脈，而且確立了醫生訓練自己的手指去感知的對象及方法。今天我們已幾乎不可能擺脫此一傳統的影響。你只要把手指放在手腕上，腦海中便會自然地浮現搏動中的動脈。你根本也無法想像自己還能感覺到任何其他的運動。然而脈搏測量者採取什麼方式並非有不得不然的原因。要為手腕處的搏動賦予意義還有其他的方式。從中國的切診便可看得出來。²²

如此看來，基於對心臟與動脈的解剖學知識與對血液循環的生理學理解，測量病患脈搏的醫生指下所感覺到的，不再是龐雜渾沌、難以透過語言界分表述的觸覺

²⁰ Roy Poter 主編，張大慶主譯：《劍橋插圖醫學史》（臺北：如果出版，2008 年），頁 p.99-101。

²¹ 陳欽銘：《脈經新解》，頁 14

²² 《身體的語言》，頁 24。



感受，而是心臟的收縮、血流的湧入、動脈管壁的膨脹與回彈，如此清晰分明、如在眼前。然而這恐怕也意味著，醫者極可能忽略這一切都是經過認知轉化所得的間接解讀，而非直接的體驗。

在這樣的身體認識下，全身各處動脈搏動頻率完全取決於心臟搏動頻率，心臟是唯一的直接影響因子。因此，從脈搏頻率所能推測的，是心臟本身的狀態或其他可能影響心臟狀態的因素。美國心臟醫學會(American Heart Association)指出：

心率失常有兩種基本類型。心動過緩是指心率過低——每分鐘心跳低於 60 次。心動過速是指心率過快——每分鐘心跳高於 100 次。

正常人的心跳頻率落在每分鐘 60~100 之間，每分鐘超過 100 次即是心率過快，每分鐘低於 60 次則為過慢。心率的快慢主要由交感神經與副交感神經所支配，當交感神經受到刺激而興奮時，心跳頻率可從正常的每分鐘 60~100 次加快到每分鐘 200~250 次，使心臟的血液輸出量增加 2~3 倍；刺激副交感神經則能使心跳頻率將低到每分鐘 20~30 次、甚至短暫停止，使心臟的血液輸出量降低到原有的二分之一或一半以下。²³除了交感神經與副交感神經的調控，心跳頻率亦會受心臟本身電訊號與心臟生理狀態影響，筆者試將當代西方生理學中關於使心跳過快與過慢的主要因素簡表分列於次：²⁴

²³ Arthur C. Guyton, 林富美、林則彬、賴亮全譯：《蓋統生理學——生理及疾病機轉（上冊）》以下簡稱《蓋統（上）》（臺北：華杏出版，1995 年），頁 176-177。

²⁴ 本表乃筆者整理《蓋統（上）》，頁 161-218、Nora Goldshlager, Mervin J. Goldman 原著，廖述朗編譯：《臨床心電圖學》（臺北：義軒，1995 年），頁 271-279。Richard N. Mitchell 原著，李擇鑫等譯：《小 Robbins 病理學手冊》（臺北：合記圖書，2011 年），頁 288-316 等書相關內容綜合而成。



心跳過快	交感神經興奮	甲狀腺亢進、高血壓、咖啡因、酒精、情緒；老化、冠狀動脈疾病、急性心肌梗塞
	心臟電訊號異常	竇房結放電頻率異常、傳導路徑數量異常
	心肌供血不足	冠狀動脈疾病（動脈硬化）、心臟瓣膜疾患、心衰竭、心肌疾患（心肌病）、腫瘤或感染
心跳過慢	副交感神經興奮	甲狀腺功能低下症、電解質不平衡
	心臟電訊號異常	冠狀動脈疾病、心臟病發作、感染
	心臟老化	

表十七、影響心跳過快與過慢之因素

甲狀腺機能亢進、高血壓、咖啡因、酒精乃至於激動的情緒，都會刺激交感神經，提高心跳頻率；而老化與冠狀動脈疾病、急性心肌梗塞則會使副交感神經活性下降，減弱副交感神經對交感神經的抑制拮抗能力，交感神經的活性因而上升，使心跳加快。若心臟中的竇房結節律細胞放電頻率過高，或是心臟電訊號傳導途徑因遺傳等因素多於正常數目，都會使心跳過快。此外，冠狀動脈硬化、心臟瓣膜疾患、心衰竭、心肌疾病、心臟增生腫瘤或遭到感染皆可能造成心肌供血不足，一旦心肌因供血不足而缺乏氧氣與養分，交感神經活性便會補償上升，藉由提高心跳頻率增加對心肌的供血量。²⁵

另一方面，甲狀腺功能低下或體內電解質不平衡，將使副交感神經活性上升，抑制交感神經、使心率過低。冠狀動脈疾病、心臟病發作與心臟感染，則有可能影響竇房結放電或是後續的電訊號傳導，使心跳過慢。而心臟本身機能的衰老退化，也是心跳過慢的可能因素之一。²⁶

由此可見，在以血液循環理論為基礎的西方脈搏詮釋下，脈搏頻率過快或過

²⁵ 詳參《蓋統（上）》，頁 176-177。《臨床心電圖學》，頁 271-279。《小 Robbins 病理學手冊》，頁 288-316。《臨床心電圖學》，頁 271-279。《小 Robbins 病理學手冊》，頁 288-316。

²⁶ 同前註。



慢，僅與心臟機能問題、心臟電訊號以及其他影響交感神經與副交感神經的因素有關。站在西方醫學的角度，由脈搏頻率快慢所能解讀的主要為心臟的狀態，而難以據此知悉身體其他部位的狀態。

而在中國傳統醫學的認識中，脈動速度所反映的實為全身氣血、臟腑的盛衰、寒熱，而不僅只反映心臟與動脈的狀況。清末名醫唐宗海即由此對勘中醫與西醫的殊異：

西醫不信脈法，謂人周身脈管，皆生於心中血管，心臟跳動不休，脈即應之而動。人身五臟，何得只據血管為斷？又言手脈只是一條，何得又分出寸關尺？²⁷

西醫對脈動的認識植基於解剖學知識，同時也受限於解剖學本身的侷限，既然心臟是推動循環的源頭，疾病首先須影響心臟，而後才反應於脈搏，因此難以從脈動中解讀出更豐富、細微的信息。但中醫因為具備氣的範疇，看待血脈中流動的便不只是血，而含括了氣。醫者透過流經各臟腑閘口的河流，診脈時手指下閱讀的永遠便不只是血的訊息，還包涵氣的訊息，任一臟腑閘口的改變，都會對手腕寸口這一寸九分之地的局部（或寸、或關、或尺）造成桴鼓相應的影響。²⁸

氣作為身體與心靈間的橋樑，²⁹中醫脈診解讀的是氣的常、變所徵候的身體與心靈狀態。在瞭解中西方對脈搏速度的基準、頻率意義的認識的差異後，以下將聚焦於分析《脈經》中關於脈動速度的論述，期能更精準地掌握脈動中脈氣流經

²⁷ 轉引自全漢升：〈清末西洋醫學傳入時國人所持的態度〉，《食貨》3.12（1936年），頁50。

²⁸ 《左傳·僖公十五年》：「亂氣狡憤，陰血周作，張脈憤興，外彊中乾。」楊伯峻注：「脈即今之血管，張脈，血管之漲起者。憤即地墳之墳，沸起也。」描述戰馬血管因氣血充塞而漲起之狀。

《漢書·王莽傳》記載王莽「誅翟義之徒，使太醫尚方與巧屠共割剝之。度量五臟，以竹筵導其脈，知所終始，云可以治病。」解剖人體，以竹籤探測「脈」的路徑。由二例可知，傳統醫家對有形的血管亦有解剖學上的認識。但傳統醫家認為在脈中流動的不只是有形質的血液，更包含無形的氣，因此中醫「脈」之概念就不僅止於血管，而含括肉眼難以覺察的循行路徑。再則，傳統醫家認為是氣的運行而非心臟的搏動帶動血流，是以中醫指下所感知的脈動，其意義與西醫認識下的脈搏間存在許多殊異之處。

²⁹ 關於中國傳統醫學中對氣的認識，詳參蔡師璧名：《身體與自然》第四章〈氣的認識〉。

之義涵。



第二節 《脈經》中速度與力度的階梯

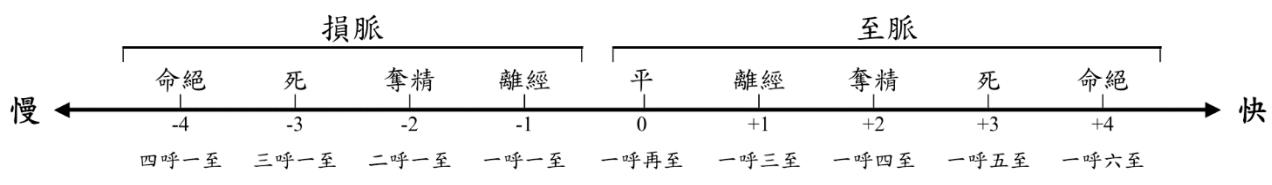
脈動速度偏快或偏慢均反映氣運行速度的異常，那麼該如何解讀指下異常速度所徵候的身體狀態？

一、「損」、「至」之脈：《脈經》中的速度階梯

《脈經·卷四·診損至脈第五》引《難經·十四難》，將偏快的脈稱為「至之脈」，偏慢則稱為「損之脈」，並依其快慢程度詳列其速度階梯，以及不同速度所代表的身體狀態：

脈有損至，何謂也？然：至之脈，一呼再至曰平，三至曰離經，四至曰奪精，五至曰死，六至曰命絕，此至之脈也。何謂損？一呼一至曰離經，二呼一至曰奪精，三呼一至曰死，四呼一至曰命絕，此損之脈也。至脈從下上，損脈從上下也。

茲將所論的九種速度，由慢至快依序排列圖示如次：



圖二十四、損至之脈數線圖

0. 一呼二至之平脈

故人一呼而脈再動，氣行三寸；一吸而脈再動，氣行三寸。呼吸定息，脈五動。一呼一吸為一息，氣行六寸。人十息，脈五十動，氣行六尺。二十息，脈百動，為一備之氣，以應四時。天有三百六十五日，人有三百六十五節。晝夜漏下水百刻。……一刻百三十五息，十刻千三百五十息，百刻



萬三千五百息，二刻為一度，一度氣行一周身，晝夜五十度。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

一息即為一次完整的呼吸，由一次呼氣、一次吸氣以及呼吸間的短暫間歇所組成。平脈的速度，為在呼氣一次的時間內於指下觸得脈動二次、脈氣運行三寸（「一呼而脈再動，氣行三寸」），在吸氣一次的時間內觸得脈動兩次、脈氣運行三寸（「一吸而脈再動，氣行三寸」）。一息所經歷的時間內，呼氣、吸氣脈動各二次，再考慮呼氣與吸氣之間的短暫間歇，加上一次成為一息五至（「人一呼脈再動，一吸脈亦再動，呼吸定息脈五動，閏以太息，命曰平人」（《素問·平人氣象論》））、脈氣運行六寸。一日一夜的時間內，漏壺水位下降一百個刻度，將一天的時間劃分為一百刻。在正常無病的狀況下，人在每刻的時間中呼吸一百三十五次，每次呼吸內指下脈動五次、脈氣運行六寸。每經過兩刻的時間，脈氣運行距離合計達十二丈六尺，恰好為周身經脈的總長，³⁰每日百刻的時間內，脈氣運行全身五十周。

+1. 一呼三至之離經

呼氣一次的時間內，脈動三次則為「離經」之兆：

脈三至者離經。一呼而脈三動，氣行四寸半。人一息脈七動，氣行九寸。十息脈七十動，氣行九尺。一備之氣，脈百四十動，氣行一丈八尺。一周於身，氣過百八十度，故曰離經。離經者病，一陰二陽是也。三至而緊則奪血。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

當指下脈動速度由正常的一呼二至增加到一呼三至，脈動速度增為 1.5 倍，脈氣的運行速度也增加為 1.5 倍，從原本一息間運行六寸增為九寸。原本每經過二刻脈氣恰好運行全身經脈一周，人一周身為三百六十度，但當脈氣運行速度增為正常速度的 1.5 倍時，會在原本運行一周的時間內，運行一周半的距離，多出一百八十度。

³⁰ 《靈樞·五十營》：「人經脈上下左右前後二十八脈，周身十六丈二尺。」沈炎南《脈經校注》：「一刻一百三十五息，二刻為一度，合二百七十息，一息氣行六寸，則一度氣行十六丈二尺，正合人身經脈之長，故曰一度氣行一周身。」（頁 124）



³¹宋·虞庶釋「離經」之脈云：

經者，常也，謂脈離常經之所。……過於半脈，不在所起之經再起，故曰離經也。舉一例以擬之，如人一日周行百里，卻從初行之處再行，曰平。今一日卻一百五十里，過於五十里，不在周而複始之處再行，故曰離經也。

32

虞庶以人繞行百里為例，當行走速度為一日百里時，一天結束後恰好會回到原點，再開始第二天的繞行，周而復始。但當行走速度過快、增為一日一百五十里時，一天結束後已超過出發處五十里，無法由原來開始的地方再度開始。古代醫家將這種氣行速度超出 1.5 倍、偏離經常的狀態稱為「離經」。

+2. 一呼四至之奪精

指下脈動速度較離經之脈更快的則為「奪精」之脈：

脈四至則奪精。一呼而脈四動，氣行六寸。人一息脈九動，氣行尺二寸。人十息脈九十動，氣行一丈二尺。一備之氣，脈百八十動，氣行二丈四尺。一周於身，氣過三百六十度，再遍於身，一時之氣而重至。諸脈浮濶者，五臟無精，難治。一陰三陽是也。四至而緊則奪形。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

一次呼氣的時間內診得四次脈動，是平脈速度的兩倍。正常狀態下脈氣運行一周身的時間，奪精之脈卻顯示「氣過三百六十度，再遍於身，一時之氣而重至」，脈氣在同樣的時間中周行全身兩次。如是較平脈快上一倍的脈動速度，則代表五臟精氣耗竭。虞庶亦指出：

一呼四至乃陽氣亂，故脈數，數則氣耗，耗則精無所歸，猶如奪去，故曰奪精。³³

³¹ 沈炎南《脈經校注》：「二刻，則脈氣運行二十四丈三尺，超過經脈長度之半，一周身為三百六十度，故謂『氣過百八十度』。」(頁 124)

³² 明·王九思等撰：《難經集註》(北京：中華，1991 年)，頁 37。

³³ 明·王九思等撰：《難經集註》，頁 37。



一呼四至的脈動速度乃是由於陽氣散亂所導致，陽氣若散亂耗損，較為凝滯、仰賴氣行輸佈的「精」亦隨之耗散，³⁴在如是「精無所歸」的狀況下，如同被奪去一般損耗亡失。

+3. 一呼五至之死

當指下脈動速度增至「一呼而脈五動」，在一次呼氣的時間中脈動五次、在一息間脈動十一次（「一息脈十一動」）時，其人已然病情危重、離死不遠：

脈五至者，死。一呼而脈五動，氣行六寸半（校注：據文義當作「七寸半」）。人一息脈十一動，氣行尺三寸（校注：據文義當作「尺五寸」）。人十息脈百一十動，氣行丈三尺（校注：據文義當作「丈五尺」）。一備之氣，脈二百二十動，氣行二丈六尺（校注：據文義當作「丈三」）。一周於身三百六十十五節，氣行過五百四十度。再周於身，過百七十度。³⁵一節之氣而至此。
氣浮濁，經行血氣竭盡，不守於中，五臟痿瘠，精神散亡。（《脈經·卷四·診損至脈第五》）

「一呼而脈五動，氣行七寸半」，脈動速度為平脈的 2.5 倍，脈氣的運行速度亦是平脈之氣的 2.5 倍，因此在正常身體狀態下脈氣運行全身一周的時間內，「脈五至」所反映的脈氣則可繞行全身兩周半。脈氣運行如此迅速，表示人體內的氣血都已衰竭枯盡、浮動外越，不再能安守於體內，五臟缺乏血氣的滋養而衰萎，作為生命主宰的精神也將逸散亡失。

³⁴ 蔡師璧名指出《素問》中：「言及『氣』，方用『行』字，所謂『行氣於府』、『五經並行』；言『精』，則除了與『神明』同聚留於四臟（『府精神明，留於四藏』）外，只云『布』（『水精四布』），且精之『布』又適伴隨氣之『行』言，兩相比較，可見『氣』的能動性遠強於『精』。至於『精』、『氣』間作用上的關聯，從『脾氣散精』一語可知：『精』乃由『氣』所散，故雖可布、散但無法自行。」（《身體與自然》，頁 293-294。）

³⁵ 《脈經校注》：「一呼五動之脈，二刻時間其氣運行四十丈五尺，合經脈長二倍半，即合常人精氣環周運行二個半周角九百度。經過『一周於身』、『再周於身』的兩次正常環周運行，尚超過一百八十度，故此處當為『過百八十度』。」，頁 125。



+4. 一呼六至之命絕

倘若脈動速度再進一步增至一息間脈動六次，已高達正常速度的三倍，這麼高的脈動頻率所反映的則為生機斷絕、餘命不到一日的瀕死脈象（「六至曰命絕」）。

36

檢視速度較平脈為快的至脈速度階梯，由一呼三至、一呼四至、一呼五至乃至於一呼六至，所對應的身體狀態依序為氣行較速、故不從初行之處再起、離於正常起始之所的「離經」，精氣耗散的「奪精」，已見死兆的「死」與性命即將終結的「命絕」。脈動的速度偏離正常速度而增快，所反映的是脈中之氣因衰竭散亂、不能如常運行的狀況。是以脈動速度愈快，所徵候的病情愈是嚴重。

在檢視脈速偏快的「至之脈」速度階梯以及其所揭示的身體狀態後，接著要瞭解的是另一種速度的異常——較平脈速度緩慢的「損之脈」——的速度階梯。

-1 一呼一至之離經

一呼一至曰離經。（《脈經·卷四·診損至脈第五》）

脈一損一乘者，人一呼而脈一動，人一息而脈再動，氣行三寸。十息脈二十動，氣行三尺。一備之氣，脈四十動，氣行六尺，不及周身百八十節。

氣短不能周遍於身，苦少氣，身體懈墮矣。（《脈經·卷四·診損至脈第五》）

《脈經》又以「一損」稱呼「一呼一至」、「人一呼而脈一動，人一息而脈再動」的「離經」之脈，指下脈動在一次呼氣的時間中搏動一次、一息中搏動二次，脈動所耗時間為「一呼二至」的平脈的一倍，而與脈動速度相應的脈氣運行速度也僅剩下正常狀態下的一半。這表示在正常脈氣能運行全身一周的時間內，一損之脈的脈氣僅能運行半周，而由於脈氣運行過於緩慢、不能遍及全身，患者將因身

³⁶ 三國吳·呂廣：「不出日死。」（《難經集注》，頁38。）

體各處缺乏足量脈氣的滋養而欲振乏力、疏懶不喜活動。³⁷

—2. 二呼一至之奪精

呼氣兩次的時間內指下觸摸到兩次搏動的「奪精」之脈，《脈經》亦稱之「三損」之脈：

二呼一至曰奪精。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

脈三損者，人一息復一呼而脈一動。十息脈七動，氣行尺五寸。一備之氣，脈十四動，氣行三尺一寸。不及周身二百九十七節，故曰爭，氣行血留，不能相與俱微。氣閉實則胸滿臟枯，而爭於中，其氣不朝，血凝於中，死矣。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

三損之脈是在一次完整的呼吸後再呼氣一次的時間內脈動一次，所歷時間內共呼氣二次，正與「奪精」之脈「二呼一至」的速度描述吻合。所謂三損之脈，脈動耗時約為平脈的七倍，脈氣在正常能繞行周身三百六十五節的時間內僅能運行過六十八節。因為脈氣運行不足以帶動血，使血留止、無法順暢流動(「氣行血留」)。在這樣的狀態下，脈氣不能周遍全身、血凝滯於體內，五臟得不到滋養而枯竭，其人已命在旦夕。

—3. 三呼一至之死

「三呼一至」的「死」脈，《脈經》又稱之為「五損」之脈：

³⁷ 《脈經·卷四·診損至脈第五》亦以「離經」敘述「一息一至」的「再損之脈」所徵候的身體狀態：「脈再損者，人一息而脈一動，氣行一寸五分。人十息脈十動，氣行尺五寸。一備之氣，脈二十動，氣行三尺，不及周身二百節。疑氣血盡，經中不能及，故曰離經。血去不在其處，小大便皆血也。」在一次呼吸的時間中僅脈動一次、氣行一寸五分，較諸正常脈氣在一息的時間內氣行六寸，僅剩下四分之一的速度。氣行速度如此緩慢，正常脈氣運行全身一周三百六十五節的時間，二損之脈所徵候的脈氣僅能運行不到一百六十五節。《脈經》以「離經」指稱再損之脈所代表的身體狀況，偏快至脈的「離經」指的是，脈氣不在經常起始的位置開始運行；損脈的「離經」指的則是體內氣血竭盡、氣血不能遍及經脈。若診得如此緩慢的脈動速度，則可能是由於體內的異常出血，使經脈中的氣血大量減少，此時病人可能會有便血、尿血的症狀。





三呼一至曰死。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

五損者，人再息復一呼而脈一動。人十息脈四動，氣行六寸。一備之氣，脈八動，氣行尺二寸。不及周身三百二十四節，故曰絕。絕者，氣急，不下床，口氣寒，脈俱絕，死矣。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

呼吸兩次後再呼氣一次的時間內，所歷時間內共呼氣三次，正與「死」之脈「三呼一至」的速度描述吻合。正常狀況下，於呼吸二次再呼氣一次的時間內，可於指下診得十二次脈動，但「死」、「五損」之脈卻僅搏動一次，耗費時間多達正常脈搏的十二倍。五損之脈所徵候的脈氣，在原本能運行周身三百六十五節的時間內，卻僅能運行四十一節，脈氣不能周佈到達餘下的三百二十四節。此時患者呼吸急促、無力下床，口鼻呼出的氣息寒涼、不如常人溫熱，脈動已絕、脈氣已盡，生機滅絕。³⁸

—4. 四呼一至之命絕

《脈經·卷四·診損至脈第五》：「四呼一至曰命絕。」亦即呼吸四次的時間內指下僅診得一次脈動，脈動一次所耗時間為平脈的二十倍，為性命將絕的徵候。

逐級檢視《脈經》損至之脈的速度階梯後將可發現，不論偏快或偏慢，速度愈是偏離平脈，體內脈氣的狀態也就愈遠離平和，所徵候的病勢也更加危殆。值得注意的是，雖然「損」之脈與「至」之脈，一者偏慢、一者偏快，所表現出來的是兩種截然相反的速度趨向，但細查其病機、症狀，卻可發現南轔北轍的脈速徵候下潛藏著相近的生理詮釋：

³⁸ 《脈經·卷四·診損至脈第五》亦以「死」說明「再息而脈一動」的「四損之脈」所徵候的身體狀態：「脈四損者，再息而脈一動。人十息脈五動，氣行七寸半。一備之氣，脈十動。氣行尺五寸。不及周身三百一十五節，故曰亡血，亡血者，忘失其度，身羸疲，皮裹骨。故氣血俱盡，五臟失神，其死明矣。」每呼吸兩次才脈動一次，需耗費平脈十倍的時間，脈氣應周行一身三百六十五節的時間內，卻僅能運行五十節。四損之脈的緩慢脈動，乃是由於血亡失耗損過度所致；此時氣血皆已衰盡，身體衰弱疲憊、只剩下皮包骨，其人將死，五臟之中作為生命現象主宰的「神」、「魂」、「意」、「魄」、「志」也將離散。

一呼一至，一吸一至，名曰損。人雖能行，猶當（一作猶未）著床，所以然者，血氣皆不足故也。再呼一至，再吸一至，名曰無魂。無魂者，當死也，人雖能行，名曰行尸。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

脈動速度緩慢的損脈，成因為「血氣皆不足」：血氣衰竭微弱、無法以正常的速度運行周遍全身，反映為搏動遲緩的脈象。病況較輕者，仍有氣力行走，但大多數的時候渾身憊懶無力、臥床不起。當氣血衰竭更加嚴重，脈動更緩、氣行更慢，患者體內陽氣已然竭盡、³⁹魂魄離散，理當將死，只是徒具形體動作現象，猶如行屍走肉般。

氣血不足的經脈有如水落石出的枯竭河道，水流自然緩慢，但令人訝異的是脈動速度過快的至之脈，竟也可能是因氣血不足所致：

脈至浮合，浮合如數，一息十至、十至以上，是為經氣予不足也，微見，九十日死。(《脈經·卷五·扁鵲診諸反逆死脈要訣第五》)

一息十至甚至更快的脈動頻率，脈動之間的間歇時間極為短暫，甚至有如後浪推前浪般前後相繼、綿綿不絕，⁴⁰難以清楚辨別每一次脈動間的空隙，其成因竟也是與緩慢的損脈相似的「經氣不足」。倘若參照《脈經》對至之脈「離經」、「奪精」的生理詮釋將可了解：脈氣運行過快，將使氣血散亂耗損；另一方面，氣血一旦不足，便也難再依原本的常軌運行而漸趨散亂、急促。

過慢的「損」脈與過快的「至」脈所反映的脈氣失常現象，究其實多與氣血耗損短少有關。指下呈現「至」、「損」脈，代表氣血衰微，無法如常榮養五臟，五臟所主司的身體部位也將依序衰損。「至」、「損」脈的病況發展順序卻正好相反：

至脈從下上，損脈從上下也。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

從上下者，骨痿不能起於床者，死；從下上者，皮聚而毛落者，死。治損之法奈何？然；損其肺者，益其氣；損其心者，調其榮衛；損其脾者，調其飲食，適其寒溫；損其肝者，緩其中；損其腎者，益其精氣。此治損之

³⁹ 《脈經校注》釋「無魂」云：「陽氣竭絕。魂，陽氣也。《說文·鬼部》：『陽氣也』。」，頁 123。

⁴⁰ 張介賓《類經》：「浮合，如浮波之合，後以催前，泛泛無常也。」



法也。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

至脈的病情發展乃是由下而上，隨著脈動的逐漸增快，先損及居於身體下部的腎，接著漸次傷及肝、脾、心，最終損傷五臟中位置最高的肺臟。當病勢發展到肺臟衰損，與肺相應的皮膚皺縮、毛髮盡落時，代表死期將至。醫者則需在判斷氣血衰微造成損及哪些臟腑之後，針對各臟腑的狀況予以調和滋養。

同樣肇因於氣血不足、傷及五臟，損脈五臟受損的次序則為「從上下」：

損脈之為病奈何？然：一損損於皮毛，皮聚而毛落；二損損於血脉，血脉虛少，不能榮於五臟六腑也；三損損於肌肉，肌肉消瘦，飲食不為肌膚；四損損於筋，筋緩不能自收持；五損損於骨，骨痿不能起於床。(《脈經·卷四·診損至脈第五》)

從一損到五損之脈，隨著脈動速度愈來愈緩慢，受影響而衰損的範圍也隨之自上而下擴展：五臟中位居上方的肺臟首先遭到損傷，肺主皮毛，肺臟衰弱將使皮膚皺縮、毛髮脫落；位置略低於肺的心臟主司血脉，心臟衰損血脉也將隨之空虛而不能榮養五臟六腑；居中主司肌肉的脾臟倘若衰損，全身肌肉將逐漸衰萎、使人消瘦，飲食所獲取的養分失去脾臟運化，也無法滋養身體最外層的肌膚；主筋的肝臟衰弱，將使本應保持彈性的筋鬆弛、不再能如常收縮維持軀幹四肢的運動；五臟中位置最下的腎臟主骨，腎臟衰損將導致骨痿之證，骨髓空虛、骨骼無力。

二、「虛」、「實」之脈：《脈經》中的力度解讀

承上所述，若於指下過快或過慢、「損」或「至」的脈動，診得的都可能是體內氣血不足的病機。脈動的力度即成為需深入掌握的指下手感，始能確認氣血的虛實狀態。

《脈經·卷四·診三部脈虛實決死生第八》論脈之虛實：

人有三虛三實，何謂也？然：有脈之虛實，有病之虛實，有診之虛實。脈之虛實者，脈來軟者為虛，牢者為實。(《脈經·卷四·診三部脈虛實決死生第八》)

指出脈動軟弱無力者為虛，堅實有力者為實。《脈經·卷一·辨脈陰陽大法第九》：

「浮之損小，沉之實大，故曰陰盛陽虛；沉之損小，浮之實大，故曰陽盛陰虛。」

可見指下所感脈搏力度的強盛，即反映體氣的盛實；指下所感脈搏力度的微弱，即反映體氣的衰虛。以下將分就氣之虛實、血之虛實與病之虛實，檢視脈動力度所徵候的身體狀態。

1. 力度中的氣血虛實

《脈經·卷四·辨三部九候脈証第一》：「微即陽氣不足。」當指下觸摸的脈搏微弱無力，古代醫者由如是手感所解讀出的身體狀態，乃是陽氣的虛弱不足。《脈經·卷七·病不可發汗証第一》亦指出脈動微弱為陽氣衰弱的徵象：

少陰病，脈微。不可發其汗，無陽故也。

微則陽氣不足，澀則無血。陽氣反微，中風汗出而反躁煩，澀則無血，厥而且寒，陽微發汗，躁不得眠。

面對少陰病的患者，感知其微弱的脈象，即照見其陽氣不足的體況，不可再發其汗；若不能正確解讀脈動的微弱手感，而讓患者發汗，將使陽氣更為衰弱，患者將產生心煩、焦躁等異常的情緒反應（「中風汗出而反躁煩」、「躁不得眠」）。

另一方面，脈本為「血之府」（《脈經·卷一·遲疾短長雜脈法第十三》），血的虛實亦會影響脈動力度的強弱。

少陰脈浮而弱，弱則血不足，浮則為風，風血相搏，則疼痛如掣。（《脈經·卷八·平中風歷節脈証第五》）

脈長而弦病在肝，脈小血少病在心，脈下堅上虛病在脾胃，脈滑而微浮病在肺，脈大而堅病在腎。脈滑者多血少氣，脈澀者少血多氣，脈大者血氣俱多。又云：脈來大而堅者血氣俱實，脈小者血氣俱少。（《脈經·卷一·遲疾短長雜脈法第十三》）

脈動微弱無力，也可能為「血不足」所導致。血氣充實時，將呈現「大」、「大而堅」的脈象，脈形盛大、搏動有力；血氣俱少則反映脈形微小、虛弱無力的脈象。



而由血氣俱實表現為「大而堅」脈象可發現，氣血盛衰除了反映於脈動力度外，亦往往會反映於脈形的小大粗細，脈動的「大」、「小」常兼具力度強弱與脈形粗細而言。

2. 力度中的病邪虛實

虛弱無力的脈動，顯示體內氣血的衰損；強而有力的脈動，固然可能為血氣充實的表徵，卻亦可能為實邪客留體內所導致。《脈經·卷一·平虛實第十》、《脈經·卷七·重實重虛陰陽相附生死証第十九》俱指出：「邪氣盛則實，精氣奪則虛」，病邪會影響脈氣，脈的力度強於應有力度，為邪氣盛的實脈；脈的力量弱於應有力度，則為精氣耗損的虛脈。《脈經·卷一·遲疾短長雜脈法第十三》：

夫脈者，血之府也。長則氣治，短則氣病，數則煩心，大則病進，上盛則氣高，下盛則氣脹……。渾渾革革，至如涌泉，病進而危；弊弊綽綽，其去如弦絕者，死。……脈實者病在內，脈虛者病在外。

指下脈動強而有力為病邪發展，上部寸脈搏動強盛代表氣上浮到上半身，下部尺脈搏動強盛顯示下部脹氣。如果實邪已深入體內，脈動將充實有力；如果外來病邪仍客留於體表，則反映為較虛弱無力的脈象。

前已提及「至」之脈與「損」之脈，脈的過遲或過速都可能肇因於氣血的虧損。但經由對指下脈動力度的虛實解讀，便能不受速度快慢的影響，掌握更真實完備的體況。

三、遲「寒」、數「熱」：《脈經》中的溫度指標

除了氣血的虛實之外，氣血的寒熱狀況同樣會影響脈動的速度：

脈何以知臟腑之病也？然：數者腑也，遲者臟也。數即有熱，遲即生寒。
諸陽為熱，諸陰為寒。故別知臟腑之病也。（腑者陽，故其脈數；臟者陰，故其脈遲。）（《脈經·卷一·辨臟腑病脈陰陽大法第八》）

《脈經》中指出「數即有熱，遲即生寒」，過快的數脈所徵候的多屬熱證，過慢的



遲脈所徵候的則多屬寒證。而在中醫的陰陽體系中，屬陽的胃、膽、大腸、小腸、膀胱、三焦等六腑有病，會表現出熱象、脈動偏快（「諸熱為陽」、「腑者陽，故其脈數」）；屬陰的心、肝、脾、肺、腎五臟有病，則多表現為寒象、脈動偏慢（「諸陰為寒」、「臟者陰，故其脈遲」），由脈動速度的快慢即可鑑別所患病證的臟腑病位、寒熱之象。

這樣由速度所掌握的臟腑病位，《脈經》更分別由寸、關、尺三部脈的快慢確指病位所在：

寸口脈數，即為吐，以有熱在胃脘，熏胸中。宜服藥吐之，及針胃脘，服除熱湯。若是傷寒七、八日至十日，熱在中，煩滿渴者，宜服知母湯。

……關脈數，胃中有客熱。宜服知母丸、除熱湯，針巨闕、上腕，瀉之。

尺脈數，惡寒，臍下熱痛，小便赤黃。宜服雞子湯、白魚散，針橫骨，瀉之。（《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》）

主客易位，當患者具有「有熱在胃脘，熏胸中」、「熱在中，煩滿渴」的自體感，由於有熱氣從胃部上升燙灼胸口，或是胸中脹熱、煩躁、口渴等症狀均屬熱象，醫者指下則會有寸脈過快的他體感；當患者感到胃中溫度升高，醫者指下會有關脈過快的感受；當患者「臍下熱痛」已感到下腹灼熱疼痛，排出的尿液顏色也呈現遠較平時為深的黃色或紅色（「小便赤黃」），這樣的熱痛與黃紅之色於傳統醫學中亦屬熱象，醫者診脈時指下亦將有尺脈過快的他體感。

《脈經·卷七·病不可下証第六》提到醫者誤用瀉下之法治療，使病患脈動速度過快的諸多症狀：

醫反下之，令脈急數，發熱，狂走見鬼，心下為痞。小便淋瀝，少腹甚堅，小便血也。

若醫者誤用瀉下之法，可能將本來客留體表的熱邪引入身體深處，所以病人會有感覺身體溫度升高發熱、彷彿見到可怖鬼魅一般地狂躁奔走、心口下方脹滿，或者排尿不如平時順暢、斷續滴落，小便中則可能夾雜血液而呈現赤紅色等自體感。不論是體溫的升高、狂躁奔走的情緒、小便的赤紅之色，在傳統醫學的界定中皆



屬熱象，故將於醫者指下呈現搏動急促的脈象。

在了解指下「至」、「數」的手感與傳統醫學所義界的熱證關係之後，我們可確實感知所謂的「熱」並非僅是出於中醫玄想、可任意對應的符號系統，而是奠基於真實的身體感之上。脈搏過快的患者，往往能感受到胸口、胃中或下腹所蓄積的高溫，喉嚨焦渴、情緒如火燒般煩躁，甚至連小便都不似正常時的清澈淡薄。這些症狀雖然出現於身體的不同區域、部位，所表現的徵候也不盡相同，但都同樣蘊含了一種溫度高於尋常的身體感受。足見中醫所謂的「熱」，實有其歸納分類上的現象實證與內在理路。

相對的，偏慢的脈動速度所徵候的寒證（「遲即生寒」），也伴隨著一連串有著共同性質的症狀感受：

寸口脈緩，皮膚不仁，風寒在肌肉。宜服防風湯，以藥薄熨之，摩以風膏，灸諸治風穴。（《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》）

關脈緩，其人不欲食，此胃氣不調，脾氣不足。宜服平胃丸、補脾湯，針章門，補之。（《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》）

……關脈遲，胃中寒，宜服桂枝丸、茱萸湯，針胃脘。補之。（《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》）

尺脈緩，腳弱下腫，小便難，有餘瀝。宜服滑石湯、瞿麥散，針橫骨，瀉之。（《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》）

……尺脈遲，下焦有寒。宜服桂枝丸，針氣海、關元，補之。（《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》）

寸脈緩慢、皮表肌膚麻木不仁，這是由於風寒客留在肌肉中使氣血凝滯不通所致，可在麻木不仁處以溫熱的藥膏按摩或以燃燒的艾草灸治療；關脈遲會感到胃中寒涼，宜用溫補之藥補益；尺脈緩慢，雙腳會感到酸軟無力，也會因水分代謝不良而導致下半身水腫、小便排不乾淨等症狀；尺脈遲，患者則會於下腹到雙腳區域中感到寒冷。

少陰病，其人飲食入則吐，心中溫溫欲吐，復不能吐。始得之，手足寒，



脈弦遲。若膈上有寒飲，乾嘔者，不可吐，當溫之，宜四逆湯。(《脈經·卷七·病可溫証第九》)

少陰病患者若脈如弓弦、脈速遲緩，會感到四肢冰冷，並會感到彷彿有寒冷的水氣停滯在胸膈部位，想要嘔吐，可以藥性溫熱的四逆湯治療。

檢視偏慢之脈所徵候的各種症狀，患者幾盡得見在身體某部位感受到寒冷、氣血凝滯、水飲的自體感；一旦醫者碰觸到脈動遲緩的患者，亦會有寒冷的溫度感受。部分脈動緩慢的病症，《脈經》雖未明確提及患者是否有寒冷的身體感受，但由所施用療法多選用性熱的湯藥、熱敷、艾灸進行治療，則可推知致病的病因是需以溫熱調和、祛除的寒證。

承上可知，與其說寒、熱是中國傳統醫家基於陰陽二元論符號系統所建構的病症分類體系，毋寧說傳統醫家是在確實感受到偏離正常狀態時的寒冷、溫熱身體感後，始以「寒」、「熱」作為所涵納證型的統稱。而於此「寒」、「熱」的證型分類系統中所涵攝的症狀並不僅止於溫度的寒／熱，同時也包括了與寒熱感受伴隨出現的尿液顏色、氣血動靜、口渴與否乃至於心理情緒等面向。

由此可見，指下脈動速度所摹寫的實為全身氣血、臟腑的盛衰、寒熱，而不僅只反映心臟與動脈的狀況。

第三節 數、緩、遲、虛：相關速度的四種脈象

脈動的頻率快慢，確實是中醫脈診中藉以推斷患者氣血狀態、病機發展趨向的重要依據。在《脈經》中關於醫者指下感受到的速度，不僅有前述損脈、至脈等九類作為區分，尚有八種脈象的特徵中包含了速度因子，佔《脈經·卷一·脈形狀指下秘訣第一》所歸納出二十四種脈象的三分之一，分別臚列於下：

數脈，去來促急。

促脈，來去數，時一止復來。

濶脈，細而遲，往來難且散，或一止復來。



虛脈，遲大而軟，按之不足，隱指豁然空。

緩脈，去來亦遲，小快於遲。

遲脈，呼吸三至，去來極遲。

結脈，往來緩，時一止復來。

代脈，來數中止，不能自還，因而復動。脈結者生，代者死。

將以上八種脈象中的速度描述交叉比較對照後，依照整體脈動速度的快慢，將速度大約近似者歸為一類，而大致分為三類（由慢至快排列）：

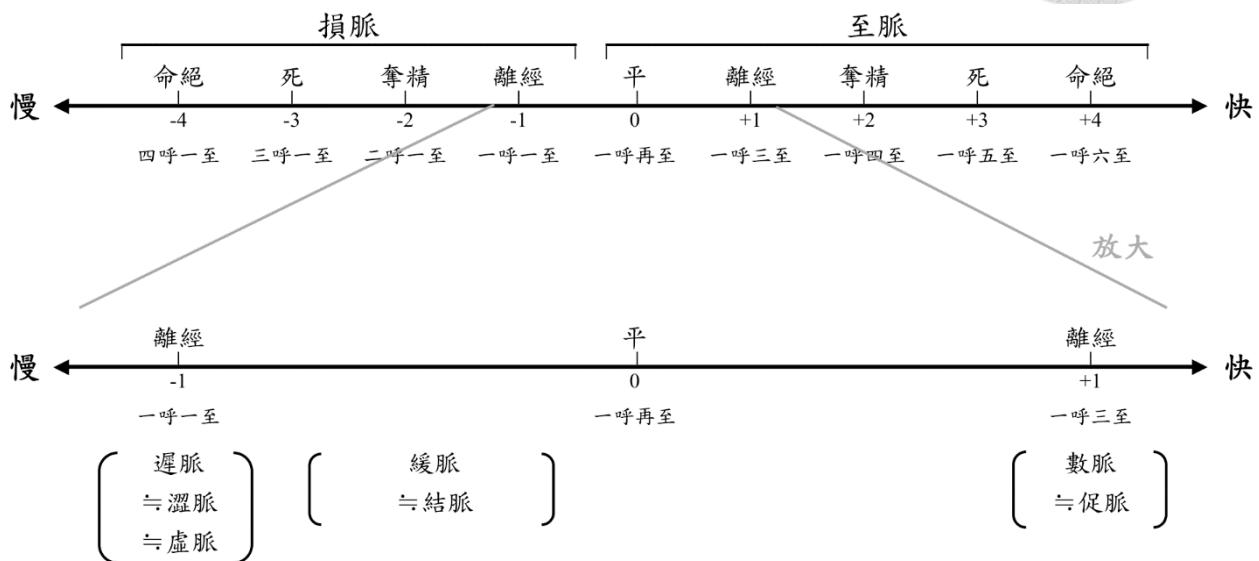
遲脈＝濇脈＝虛脈 < 緩脈＝結脈 < 數脈＝促脈（＝代脈）⁴¹

「呼吸三至，去來極遲」的遲脈一息間僅脈動三次，較平脈一息五次來得遲緩，而「細而『遲』」的濇脈與「『遲』大而軟」的虛脈，在敘述中同見「遲」字，速度應與遲脈近似。緩脈速度略快於遲脈（「小快於遲」），「往來緩」的結脈速度則

⁴¹ 《脈經·卷一·脈形狀指下秘訣第一》：「來數中止，不能自還，因而復動。脈結者生，代者死。」似以「來數」描述代脈的脈動速度偏快、與數脈相若，但與王叔和關係密切、甚至相傳為王叔和所編次之《傷寒論》對代脈的敘述則為：「脈來動而中止，不能自還，因而復動，名曰代。」兩者雖於文字上略有出入，但由句式與論述內容則可推知王叔和於《脈經》中對代脈的敘述應承繼自《傷寒論》。兩者間最大的差異在於《傷寒論》「脈來動而中止」一句，於《脈經》中卻作「來數中止」，「動」僅是對脈搏動態的描述，但「數」卻增加了速度的意涵，一字之差，卻於實際診察、辨別脈象時造成了顯著的差異。這或可理解為王叔和基於其診脈經驗對《傷寒論》代脈脈象作出更詳細的描述。但考之《脈經》以後的脈學論著對代脈的速度描述，除清·趙濂《醫門補要》：「促而一止」以代脈脈動速度為偏快之「促」外，其餘醫家如宋·朱肱《類證活人書》：「脈往來緩」、宋·施發《察病指南》：「往來緩動」、清·羅國綱《羅氏會約醫鏡》：「遲而中止」、清·羅學霆《三指禪》：「遲遲止復還」，均主張代脈脈動速度遲緩，清·陳念祖《醫學實在易》更明確指出代脈速度「在三四至中」介於一息三至、一息四至之間，明顯慢於「一息五至」的平脈。楊杰主編《中醫脈學》：「其中的『來數』表示脈來的速率，即脈率，而不表示脈率快。」（頁293）將「來數中止」理解為對脈動頻率中止的描述，可備一說，但仍缺乏文獻佐證。倘由代脈的成因觀之，「代為氣衰」（《黃帝內經素問·脈要精微論》）、「一臟絕，他臟代之」（宋·陳言《三因極一病源論粹》）、「一臟無氣，他臟代之，真危亡之兆也」（元·滑壽《診家樞要》），可見代脈為臟氣衰微至極的徵候，但仍難以斷定其脈速之快慢。有鑑於傳統醫家文獻對代脈脈動速度的描述或有歧異，而於其規律中止、不能自還的特性則無異議，以下依脈動速度分類探討速度相近的脈象異同時，代脈不列入討論，而另於探討脈動速度變異時再行申論。



與緩脈相當，故緩脈、結脈當介於平脈與遲脈之間。「來去數」的促脈、「來數」的代脈，速度皆與「去來促急」脈動來去皆迅速急促的數脈相若。若與前一節損至之脈比較，可約略圖解如下：⁴²



圖二十五、包含速度因子的脈象與損至之脈對照數線圖

由以上所歸納的速度序列可以發現，僅憑整體的脈動速度，只能將二十四脈中以速度為脈象特徵的八種脈象分為三組，而無法作更精確的分辨。由此可以了解到，除了整體的快慢之外，中醫脈診中的脈動速度還潛藏了更細微的可辨識徵候，即便速度大致相同，仍可由速度變異所產生的節奏特徵分辨出不同脈象。以下將透過《脈經》以及歷代醫家的記述，探究數脈、緩脈、遲脈、虛脈等以速度快慢作為特徵的脈象，其脈象成因與所徵候的身體狀態，更具體地掌握脈動速度所揭露的生理意義。至於具特殊脈動節律的促脈、結脈、濇脈與代脈，將於後節專論。

一、數脈

⁴² 遲脈一息間脈動三次，約與一呼脈動一次的損脈相合；數脈在《脈經》中未見明確的速度描述，參考清·吳謙等編：《四診心法》有言：「（一呼一吸）六至為數。」一息間脈動六次為數脈，則約與一呼脈動三次的至脈相當。



滑數，心下結，熱盛。(《脈經·卷四·平雜病脈第二》)

短而數，心痛，心煩。(《脈經·卷四·平雜病脈第二》)

吐血而咳，上氣，其脈數，有熱，不得臥者，死。(《脈經·卷四·診百病死生訣第七》)

風則浮虛，寒則緊弦，沉潛水，支飲急弦，動弦為痛，數洪熱煩。(《脈經·卷五·張仲景論脈第一》)

肺脈沉之而數，浮之而喘，苦洗洗寒熱，腹滿，腸中熱，小便赤，肩背痛，從腰以上汗出。得之房內，汗出當風。(《脈經·卷六·肺手太陰經病証第七》)

當患者身上有明顯「熱」象的自體感，如：心口下方熱氣鬱結、無法宣洩舒緩，有著炙熱的身體感受；情緒煩躁不寧；咳血、吐血；腸道灼熱；尿液呈深紅色；發熱汗出等症狀時，醫者手下當會觸摸到脈速偏快、脈動節律均勻的數脈。

氣血虛損亦是數脈的成因：

太陽病，脈浮而動數，浮則為風，數則為熱，動則為痛，數則為虛。(《脈經·卷七·病發汗吐下以後証第八》)

上氣，脈數者，死。謂其形損故也。(《脈經·卷四·診百病死生訣第七》)

如前一節「至脈」中所述，氣脫離正常運行狀態而逸竄，導致脈氣衰損（「數則為虛」）或整體的形氣虧損（「形損」），於醫者指下反應為脈動速度增快的數脈。《脈經》中以此診斷金瘡患者的病勢嚴重程度：

金瘡，血出太多，其脈虛細者，生；數實大者，死。(《脈經·卷四·診百病死生訣第七》)

刀劍等金屬利器所致的外傷，會造成大量失血，整體氣血必然隨之衰微，脈動應趨於緩慢、虛弱；但倘若氣血已瀕臨衰竭，脈氣不再能固守於原本的運行狀態，逸竄外越，此時患者之脈反而快而有力，是氣血衰損到極致、迴光返照的死兆。

雖然指下感受的數脈多徵候熱證，但患者仍可能出現虛寒的症狀，需考慮「熱」的成因、「有熱」的位置才能推論病況。《脈經·卷七·病不可發汗証第一》指出



「病患脈數，數為有熱」：

(熱)厥應下之，而反發其汗，必口傷爛赤。病患脈數，數為有熱，當消穀引食。反吐者，醫發其汗，陽微，膈氣虛，脈則為數，數為客陽，不能消穀，胃中虛冷，故令吐也。

面對因熱邪內伏而四肢厥逆冰冷的患者，本應以瀉下之法治療，倘若醫者誤用發汗之藥，病患脈動將增快呈現急促的數脈，口唇潰爛、瘡口呈赤紅色，這是數脈所徵候的「有熱」之象。一般而言，體內有熱時患者消化飲食的速度會較平時迅速，更容易感到飢餓，但在此例中的「熱」並非患者本身體質之熱，而是因誤用汗法而導致外來的陽氣客留於體內所造成；患者本身的陽氣、正氣反因服用發汗之藥而更加虛弱，脾胃缺乏推動臟腑運作的陽氣而呈現虛寒的狀態，無法如常消化吃下的食物、甚至會因此反胃想吐。《脈經·卷七·病發汗吐下以後証第八》亦有診得數脈卻兼具寒、熱症狀的敘述：

太陽病，脈浮而動數，浮則為風，數則為熱，動則為痛，數則為虛。頭痛發熱，微盜汗出，而反惡寒，其表未解。

外來風寒剛開始侵入身體，引發固衛體表的正氣（衛氣）與入侵的風寒之氣相抗衡而發熱，使脈動速度增快呈現數脈。體表正氣在與外來風寒對抗時有所減損，較平時衰弱，加上風寒已客留在肌表，因此患者會在脈有熱象的情況下仍表現出不喜風吹、怕冷的症狀。

由以上二例將可對「熱」有更進一步的了解：陽氣衰虛、身有客熱的病患，雖診得徵候熱象的數脈，卻仍有可能表現出虛寒的症狀。乍看之下脈、證不相符合，於中醫的醫理解析下卻潛藏了更精微、曲折的病機詮釋。

茲將醫者指尖感受的數脈與其代表徵候簡表如下：

醫者他體感	患者自體感 / 證型		成因
數脈	熱症	心口下方熱氣鬱結、無法宣洩舒緩	(體內) 有熱
		身體感覺炙熱	
		情緒煩躁不寧	
		咳血、吐血	



	腸道灼熱	
	尿液呈深紅色	
寒熱兼具	發熱、不喜風吹、怕冷	體表正氣正與外來風寒對抗
虛寒	無法消化食物、甚至反胃想吐	外來陽氣客留體內
	刀劍外傷導致大量失血	氣血衰損到極致、迴光返照

表十八、數脈與其代表徵候

二、緩脈

遲則為寒，濇則少血，緩則為虛，洪則為氣。(《脈經·卷四·平雜病脈第二》)

遲而緩者，有寒。(《脈經·卷四·平雜病脈第二》)

醫者指下「來去亦遲」脈動緩慢的緩脈，多為患者氣血不足或身有寒證，造成脈氣運行速度減緩所致。緩脈通常不代表重症或急症，甚至在一些病情較為嚴重的病人，緩脈反而代表了病情的緩解或好轉：

卒中惡，腹大，四肢滿，脈大而緩者，生；緊大而浮者，死；緊細而微者，亦生。(《脈經·卷四·診百病死生訣第七》)

厥陰之脈急弦，動搖至六分以上，病遲脈寒，少腹痛引腰，形喘者死；脈緩者可治。(《脈經·卷五·扁鵲陰陽脈法第二》)

為邪祟惡氣所侵襲，忽然間手腳冰冷、不省人事的「中惡」之證，⁴³患者腹部脹大、四肢浮腫，遭逢如此急症，倘若醫者指下診得脈形寬大、脈動緩慢的脈象，則為能救之兆；身患厥陰證的病人，倘若脈象過於緩慢，代表身體狀態過於虛寒，此

⁴³ 晉·葛洪《肘後備急方》：「客忤者，中惡之類也，多於道門門外得之……所謂中惡者，與卒死鬼擊亦相類……客者，客也；忤者，犯也，謂客氣犯人也。此蓋惡氣……雖是氣來鬼魅毒厲之氣，忽逢觸之氣衰歇，故不能如自然惡氣治之。」明·戴元禮《証治要訣》：「中惡之證，因冒犯不正之氣，忽然手足逆冷，肌膚粟起，頭面青黑，精神不守；或錯言妄語，牙緊口噤，或頭旋暈倒，昏不知人。」



時患者小腹至腰間都會感到疼痛，呼吸急促，若於此時診得緩脈則為可以救治的吉兆。

醫者需當心的是，《脈經·卷四·平雜病脈第二》亦提及：「緩而滑，曰熱中」，指出即便脈動緩慢，但若醫者指尖感到其脈動往來滑動順暢、有如一個個圓珠接連不斷向前滾動（「往來前卻流利，展轉替替然」），此乃反應熱證的滑脈。此時雖然脈緩，但所徵候的卻為熱所傷的「熱中」之證。此例亦說明除了脈動速度外，尚需參照形狀、觸感、強度等其他脈象元素，始能更精確地解讀指下脈動所蘊含的訊息。

三、遲脈

遲脈的脈動速度，如圖二十五所示，相當於損脈中「一呼一至」的「離經」之脈，遲脈所徵候的身體狀態說明如下：

……關脈遲，胃中寒，宜服桂枝丸、茱萸湯，針胃脘。補之。（《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》）

……尺脈遲，下焦有寒。宜服桂枝丸，針氣海、關元，補之。（《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》）

在不同的脈位中診得遲脈，則於該脈位相應的身體區域可察覺陰寒之候。倘於與脾胃相應的右關診得遲脈，代表病患胃中有寒，需以桂枝丸、茱萸湯等溫熱之藥或補氣針法進行溫養補益，祛逐寒氣。倘於相應位於腎臟、膀胱的尺脈診得遲脈，代表居於身體下部的下焦區域有寒，需以桂枝丸或補氣針法溫補緩解。

遲而濇，中寒，有癥結。（《脈經·卷四·平雜病脈第二》）

遲而緩者，有寒。（《脈經·卷四·平雜病脈第二》）

沉而遲，腹臟有冷病。（《脈經·卷四·平雜病脈第二》）

弦遲者，宜溫藥。（《脈經·卷四·平雜病脈第二》）

《脈經·卷四·平雜病脈第二》中所列舉的各種遲脈所徵候的症狀，或者「有寒」，或者體內有寒致使氣血積聚瘀滯（「中寒，有癥結」），或者代表腹中臟腑有寒疾（「腹



臟有冷病」)，而應服用性味溫熱的藥物緩解、祛逐這些陰寒之證（「宜溫藥」）。由以上諸例中可清楚發現，一次呼吸間僅搏動三次的遲緩脈速，往往與寒證密切相關，表現為種種虛冷、寒凝的症狀。《脈經·卷四·平雜病脈第二》即明確指出：

遲則為寒，濇則少血，緩則為虛，洪則為氣。（一作熱）

凡診得遲脈，其人應有冷病寒證，而氣寒的成因又往往與氣血的虛損有關，《脈經·卷七·病不可發汗証第一》：

脈浮而緊，法當身體疼痛，當以汗解。假令尺中脈遲者，不可發其汗。何以知然？此為榮氣不足，血微少故也。

血少氣虛的患者，脈中運行的正氣、陽氣不足，致使整體脈氣呈現為虛寒之狀、脈動遲緩，倘若醫者再施以發汗之藥，氣血損耗加劇，將使病勢更趨惡化。歷代醫家亦頗論及遲脈與陽氣虛損的密切連結：

遲，為陰盛陽虧之候，為寒、為不足……氣寒則縮，血寒則凝也。（元·滑壽《診家樞要》）

遲脈……為寒為虛。（明·張景岳《景岳全書》）

其所主病，與沉脈大約相同。但沉脈之病為陰逆而陽鬱，遲脈之病為陰盛而陽虧，沉則或須攻散，遲則未有不大行溫補者也。（明·李延昇《脈訣匯辨》）

元·滑壽：「遲，為陰盛陽虧之候，為寒、為不足」、明·張景岳：「遲脈……為寒為虛」、明·李延昇：「遲脈之病為陰盛而陽虧」，均指出遲脈所徵候的寒證肇因於陽氣的衰虛。

《脈經·卷六·腎足少陰經病証第九》詳細描述腎虛脈遲的症狀：

腎病，其色黑，其氣虛弱，吸少氣，兩耳苦聾，腰痛，時時失精，飲食減少，膝以下清，其脈沉滑而遲，此為可治。宜服內補散、建中湯、腎氣丸、地黃煎。春當刺涌泉，秋刺伏留，冬刺陰谷，皆補之；夏刺然谷，季夏刺太溪，皆瀉之。又當灸京門五十壯，背第十四椎百壯。（《脈經·卷六·腎足少陰經病証第九》）



腎氣虛弱的病患，面色發黑、呼吸短促微弱、難以接續（「吸吸少氣」），兩耳聽力衰退、甚至徹底失去聽力，腰部疼痛，頻繁遺精，食量減退，膝蓋以下寒冷（「膝以下清」），均屬於虛寒症狀；《脈經》所列舉的治療藥方，不論是內補散、建中湯、腎氣丸抑或是地黃煎，目的皆為補益滋養，明·李延昇：「沉則或須攻散，遲則未有不大行溫補者也。」指出遲脈乃徵候虛寒之證，自當以補益溫養之藥進行治療，與《脈經》治療腎氣虛弱的用藥精神相符。

但遲脈未必定然徵候寒證：

遲雖為寒，凡傷寒初退，餘熱未清，脈多遲滑，是遲不可概言寒。（明·張景岳《景岳全書》）

然脈之變遲，亦由營氣不足，復為熱傷，不能運動熱邪，反為所阻，輪轉之機，即緩慢而行遲。（清·林之翰《四診抉微》）

明·張景岳指出，遲脈雖大多徵候寒證，但若是傷寒外感甫得緩解，仍有火、熱殘餘未退，將表現為脈動速度遲緩的「遲滑」之脈，由此可知「是遲不可概言寒」，脈遲不必然為寒證的表徵。清·林之翰亦分析指出，當運行脈中的營氣不足，且為熱所傷而有所衰損，此時不但無法如常帶動、發散熱邪，反會受到熱邪的阻礙而運行遲緩。由上述二例可見，遲脈固然多為陰寒之象，但熱邪亦可能使脈氣運行受阻遲緩，導致脈動遲緩，還需參綜脈動速度外的症狀，始能準確判斷病因。

遲脈所反映的病症大多雖未有立即的生命危險，但倘若和脈動速度同樣偏慢、速度稍快於遲脈的緩脈相較，遲脈所徵候的寒證症狀與虛損程度，均更為顯著，顯見愈是偏離平脈的正常脈動速度，所徵候的病勢也愈發嚴重。

茲將醫者指尖感受的遲脈與其代表徵候簡表如下：

醫者他體感	患者自體感 / 證型		成因
遲脈 寒 症	寒	胃中有寒	體內 有寒
		身體下部的下焦區域有寒	
		氣血積聚瘀滯	
		腹中臟腑有寒疾	
	血少氣虛	正氣、陽氣不足	
	面色發黑，呼吸短促微弱、難以接續	腎氣虛寒	



		續，聽力衰退、甚至失去聽力，腰部 疼痛，頻繁遺精，食量減退，膝蓋以 下寒冷	
	熱 症		傷寒外感甫得緩解，仍有火、 熱殘餘未退
			營氣不足，且為熱所傷

表十九、遲脈與其代表徵候

為何醫者手下感受的遲脈多徵候寒症？《黃帝內經素問·舉痛論》辨析寒證與脈動遲緩的因果關係曰：

經脈流行不止，環周不休，寒氣入經而稽遲，泣而不行，客於脈外則血少，客於脈中則氣不通，故卒然而痛。

寒氣進入經脈，將會使原本周流不休的脈氣停留延滯（「寒氣入經而稽遲」）、不能如常暢行。可知遲脈之所以脈動遲緩，正是由於脈氣偏寒而運行速度減緩所致。

後世醫家闡發遲脈義涵有云：

遲之為義，遲滯而不能中和也，脈以一息四至為和平，遲別一息三至，氣不振發，行不和度，故曰屬陰。（明·李延昇《脈訣匯辨》）

遲為陽氣失職，胸中大氣不能敷布之候，故昔人皆以隸之虛寒。浮遲為表寒，沉遲為裡寒，遲濇為血病，遲滑為氣病，此論固是。（清·張珞《診宗三昧》）

陽氣虛衰，不能健運營氣於脈，故脈來遲慢。（清·徐靈胎《脈訣啟悟》）

遲是虛寒不振，陽氣不舒，故見遲滯。（清·黃宮繡《脈理求真》）⁴⁴

進一步點出由於陽氣衰弱不振，不能健運如常，因而氣血虛寒、脈氣遲滯，故醫者指下的脈動速度亦隨之遲緩。

四、虛脈之遲

《脈經·卷一·平虛實第十》指出分辨脈之虛實的主要依據為脈動力度造成

⁴⁴ 《中醫脈學》，頁 131-136。

的觸感差異：

脈之虛實者，脈來軟者為虛，牢者為實。

觸之軟弱無力為虛脈，手感堅牢有力者則為實脈。《脈經》所歸納廿四種脈象，對虛脈的特徵有更為詳細的描述：

虛脈，遲大而軟，按之不足，隱指豁然空。(《脈經·卷一·脈形狀指下秘訣第一》)

虛脈脈形寬大，手指施力下按時有空洞不充實之感，參綜「脈來軟者為虛」的敘述，可把握到虛脈最顯著的特徵即為此脈形寬大不凝聚、軟弱無力、按之空虛的虛弱脈象。雖然虛脈以觸感為其主要特徵，但在《脈經》的脈象描述中，亦點出虛脈的脈動速度和「呼吸三至」的遲脈同樣緩慢，為虛脈的診察判別增添一個可資辨識的特徵。

那麼，指下軟弱無力、速度遲緩的虛脈，其所徵候的病症又和速度相近的遲脈有何相同或殊異之處？《脈經》詳細描述五臟脈虛所表現出的症狀：

心虛：左手寸口人迎以前脈陰虛者，手厥陰經也。痛苦慄恐，不樂，心腹痛，難以言，心如寒，狀恍惚。(《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》)

左手寸脈陰虛，代表心虛，患者將容易感到驚悸恐怖、悶悶不樂、從下腹到心口皆疼痛、難以開口說話、心口寒冷、精神恍惚。

肝虛：左手關上脈陰虛者，足厥陰經也。痛苦脅下堅，寒熱，腹滿，不欲飲食，腹脹，悒悒不樂，婦人月經不利，腰腹痛。(《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》)

左手關脈陰虛，反映出肝虛的病症，患者感到胸肋兩脇堅硬脹滿、身體忽冷忽熱、腹部脹滿、沒有食慾、抑鬱寡歡，女子則月事不順、腰腹疼痛。

腎虛：左手尺中神門以後脈陰虛者，足少陰經也。痛苦心中悶，下重，足腫不可以按地。(《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》)

左手尺脈陰虛的患者，為腎虛，會感到心中鬱悶不暢、肛門墜重急欲排便、雙腿



水腫不能著地站立。

肺虛：右手寸口氣口以前脈陰虛者，手太陰經也。病苦少氣不足以息，嗌乾，不朝津液。（《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》）

右手寸口脈陰虛，為肺虛之象，病患會感到氣息短淺呼吸不暢、喉嚨缺乏津液滋潤而乾渴。

脾虛：右手關上脈陰虛者，足太陰經也。病苦泄注，腹滿，氣逆，霍亂嘔吐，黃膽，心煩不得臥，腸鳴。（《脈經·卷二·平人迎神門氣口前後脈第二》）

右手關脈陰虛，為脾虛之象，患者可能會有持續水泄、腹部脹滿、因脾氣上逆而導致嘔逆或打嗝、霍亂導致的腹瀉與嘔吐、皮膚眼白發黃、情緒煩擾而無法安臥、腸子咕嚕作響等症狀。

由所徵候的症狀來看，速度同樣遲緩的虛脈與遲脈，均通常伴隨虛寒之證，但仍有所區別。遲脈所徵候的病症多偏向寒證，虛脈則多見脈氣虛弱的症狀，《脈經·卷四·辨三部九候脈証第一》亦指出：

寸口中虛弱者，傷氣，氣不足。大如桃李實，苦痺也。寸口直上者，逆虛也。如浮虛者，泄利也。

以氣有所損傷、衰微不足為虛脈的成因。由此可知，虛脈最關鍵的脈象特徵仍是其軟弱空虛的手感，而其和遲脈相近的緩慢脈動速度，則主要是肇因於脈氣的衰弱，使脈氣運行與脈搏速度減緩。

然而歷代醫家並非均以脈動的遲緩為虛脈的脈象特徵。《黃帝內經靈樞·終始》：

虛者，脈大如其故而不堅也。

僅以脈形寬大、觸感軟而不堅為虛脈特徵，並不包含脈動速度的遲緩。亦有醫家主張虛脈但取其軟弱無力，可遲可數：

虛脈，正氣虛也……有陰有陽，浮而無力為血虛，沉而無力為氣虛，數而無力為陰虛，遲而無力為陽虛。（明·張景岳《景岳全書》）



張景岳指出虛脈為正氣虛弱衰微之象，「『數』而無力」為陰虛之脈，「『遲』而無力」則為陽虛之脈，主張虛脈分別可與數、遲的脈動速度結合，徵候不同的身體狀態。

茲將醫者指尖感受的虛脈與其代表徵候簡表如下：

醫者他體感	患者自體感 / 證型		成因
虛脈	虛症	驚悸恐怖、悶悶不樂、從下腹到心口皆疼痛、難以開口說話、心口寒冷、精神恍惚	心虛
		胸肋兩脇堅硬脹滿、身體忽冷忽熱、腹部脹滿、沒有食慾、抑鬱寡歡，女子則月事不順、腰腹疼痛	肝虛
		心中鬱悶不暢、肛門墜重急欲排便、雙腿水腫不能著地站立	腎虛
		氣息短淺呼吸不暢、喉嚨缺乏津液滋潤而乾渴	肺虛
		持續水泄、腹部脹滿、嘔逆或打嗝、霍亂導致的腹瀉與嘔吐、皮膚眼白發黃、情緒煩擾而無法安臥、腸子咕嚕作響	脾虛
遲而無力的虛脈	陽虛		
數而無力的虛脈	陰虛		

表二十、虛脈與其代表徵候

檢視《脈經》中以脈動速度為脈象特徵的數脈、緩脈、遲脈、虛脈所徵候的身体狀態，可發現與「數為有熱，遲則生寒」的基本原則大致相符：偏快的數脈所徵候的病症多見熱象，偏慢的緩脈、遲脈、虛脈等則多與虛寒之證相關。但於寒熱分類之下，存在著多元、繁複的脈證對應關係，實難以僅據脈動之速度論斷患者病證與病機，仍需結合患者脈象之外的一切症狀，始能正確掌握病證的屬性、場域與嚴重程度。

第四節 促、結、濇、代：相關節奏的四種脈象

心死臟，浮之脈實，如豆麻擊手，按之益躁疾者，死。（《脈經·卷三·心小腸部第二》）



因心臟疾患而將死的病人，可能在診察其脈時發現脈上浮至皮表，有如豆麻擊打指尖般地堅實有力，脈動速度則不斷加快、見其急躁。由此可見，脈動的速度並不總是均勻地快或慢，而有快慢變動的可能。

診察時除了要注意脈動速度的變化，也當留心脈動的中止間歇。脈動的「無」正如同樂譜中的休止符，雖然不發出聲音，但它所標記的中止靜默，和有聲的音符共同組成了樂章。《脈經·卷一·脈形狀指下秘訣第一》：

促脈，來去數，時一止復來。

濇脈，細而遲，往來難且散，或一止復來。

結脈，往來緩，時一止復來。

代脈，來數中止，不能自還，因而復動。脈結者生，代者死。

《脈經》所歸納的二十四種脈象中，以脈動速度中止為脈象特徵的共有四種。倘不計搏動時的異常中止，促脈與數脈、結脈與緩脈、濇脈與遲脈，兩兩之間速度大抵相若。(詳表二十一)

脈象	速度	節奏
數脈	數	均勻
促脈		不規律地停頓一下
代脈		每一次的歇止之間所間隔的脈動次數均為一致
緩脈	緩	均勻
結脈		不規律地停頓一下
遲脈	遲	均勻
虛脈		均勻（脈寬大不凝聚、軟弱無力）
濇脈		可能不規律地停頓一下

表二十一、八種與速度、節奏相關的脈象比較表

由此可發現脈的搏動速度有時並不僅是規律、均勻、不斷反覆的快疾或遲緩，



而可能會有搏動的間歇，僅憑藉「一息 X 至」、「數」、「遲」等描述方式並無法道盡脈動速度中所含藏的細微特徵。傳統醫家注意到這些異於平常的特殊脈動速度，仔細辨其特徵與所徵候的身體狀態，而將之納入脈證體系中，將這些逸出既有節律的脈動化為新的節律。

脈動暫時歇止的脈象，通常徵候著身體狀態的異常，以下將檢視促脈、結脈、濶脈、代脈於指下呈現的脈象特徵與其所徵候的生理意涵。

一、促脈

促脈，來去數，時一止復來。(《脈經·卷一·脈形狀指下秘訣第一》)

數見寸口，有止為促。(宋·崔嘉彥《四言舉要》)

倘不論促脈在快速搏動中不規律地短暫中止而後再恢復搏動，其「來去數」的脈動速度與數脈相若。因此宋代崔嘉彥：「有止為促」、清·周學霆：「促脈形同數，須從一止看」均以脈動節律的短暫中止為區別數脈與促脈的主要特徵。

王叔和雖將促脈列入廿四種脈象中，《脈經》中卻少見促脈以及促脈所徵候的病症敘述。以下將援引時代略早於《脈經》的《傷寒論》促脈條目，以及後世醫家對促脈的探討，以期能對促脈的脈象特徵、成因與所徵候的病症有更深入的認識。

從速度特徵詮釋「促脈」之「促」：

促脈之狀，自尺上寸口促急，有來無去。(宋·王貺《濟世全生指迷方》)

促為催促，數中暫止。(明·徐春甫輯《古今醫統大全》)

來去急迫，時止即來。(明·張太素《重訂太素脈秘訣》)

脈動速度正常時，可在指下清楚辨別脈動的來去、起落，宋·王貺則以「有來無去」形容快速急躁的促脈，明·徐春甫以「催促」、張太素以「急迫」、李中梓以「急促」形容於指下感到彷彿受到催促般的急迫脈動。

若論節奏特徵，促脈尚具有「時一止復來」的特性：

促脈來去，數時一止復來，如蹶之趨，徐疾不常。(明·李時珍《瀕湖脈學》)



促為急促，數時一止，如趨而蹶，進則必死。(明·李中梓《診家正眼》)

促脈來去數，時一止復來，止無定數，蓋有斷促之意。(清·葉霖《脈說》)

促脈，數而時有一止，如疾行而蹶也。(清·羅國綱編《羅氏會約醫鏡》)

45

清·葉霖以「斷促」點出促脈脈動迅速但有時短暫中斷的脈象特徵，明·李時珍：「如蹶之趨」、李中梓：「如趨而蹶」、清·羅國綱：「如疾行而蹶也」，以人快步疾走時突然跌倒生動形容促脈數而中止的脈動節奏。歷代醫家詳述可能阻礙、打亂脈氣運行，造成促脈的因素：

怒氣逆上，亦令脈促。為氣粗、為狂悶、為瘀血發狂，或為氣、為飲、為食、為痰。蓋先以氣熱脈數，五者或有一留滯其間，則因之而為促，非惡脈也。(元·滑壽《診家樞要》)

或因氣滯，或因血凝，或因痰停，或因食壅，或外因六氣，或內因七情，皆能阻遏其營運之機，故雖當往來急救之時，忽見一止而。(明·李中梓《診家正眼》)

積聚結滯之物會阻礙脈氣的正常運行，導致脈促：滑壽列舉「氣」、「飲」、「食」、「痰」，李中梓亦言氣的積滯、血之凝結、痰飲停蓄、食積壅塞（「氣滯」、「血凝」、「痰停」、「食壅」）是促脈成因。無形的情緒亦可能阻礙脈氣的運行：滑壽指出憤怒、心浮氣躁、發狂鬱悶等情緒（「怒氣逆上」、「氣粗」、「狂悶」）會造成促脈；李中梓同樣主張內在喜、怒、憂、思、悲、恐、驚等七情（「內因七情」）會使得原本往來迅疾的脈動為之暫停。此外，風、寒、暑、濕、燥、火等六氣亦是可能的原因之一（「外因六氣」）。人於快步行走時顛仆跌倒的原因，一為速度過快、步伐失去了原有的穩健，一則為行經的路上有障礙絆著了腳步；同樣的，運行快速的脈氣，也可能因過於急促，或為氣、血、痰、食、外邪、情緒的鬱結所阻，斷促不順。

⁴⁵ 《中醫脈學》，頁 275-277。

李中梓更細辨在不同的脈位診得促脈，分別反映不同臟腑的具體病症：

左寸見促，心火炎炎。右寸見促，肺鳴咯咯。促見左關，血滯為殃。促居右關，脾宮食滯。左尺逢之，遺滑堪憂。右尺逢之，灼熱為定。(明·李中梓《診家正眼》)⁴⁶

左手寸部心脈脈促，為心火熱盛；右手寸部肺脈脈促，為肺氣鬱結、喘息有聲；⁴⁷左手關部肝脈脈促，代表血液凝滯不暢；右手關部脾脈脈促，肇因於消化不良、飲食積滯；左手尺部腎脈脈促，表示腎水虧虛不能節制腎火，患者或者夢交精出，或者不夢而精自瀉；⁴⁸右手尺部膀胱脈脈促，患者排尿時必定感到灼熱。由「心火炎炎」、排尿「灼熱」等描述可以發現，與促脈相關的症狀多為熱證。《傷寒論·辨太陽病脈證並治上篇》可見案例：

太陽病，桂枝証，醫反下之，遂利不止，其脈促者，表未解，喘而汗出，屬葛根黃芩黃連湯。(《脈經·卷七·病可發汗証第二》)

此條出自《傷寒論·辨太陽病脈證並治上篇》，清·吳謙注云：

太陽病桂枝證，宜以桂枝解肌，而醫反下之，利遂不止者，是誤下，遂協表熱陷入而利不止也。……今下利不止，脈促有力，汗出而喘，表雖未解，而不惡寒，是熱已陷陽明，即有桂枝之表，亦當從葛根黃芩黃連湯主治也。

49

本應以桂枝湯調和榮衛之氣、發表解肌的病患，若醫生誤用瀉下之法，將使病患

⁴⁶ 《中醫脈學》，頁 275-277。

⁴⁷ 《黃帝內經素問·瘡論》：「有所失亡，所求不得，則發肺鳴。」王冰注：「肺藏氣，氣鬱不利，故喘息有聲。」

⁴⁸ 清·顧靖遠《顧松園醫鏡》：「夢遺者，因夢交而精始出；精滑者，不因夢而精自瀉，症狀不同。有小便後出多不禁者，有不小便而自出者，莖中癢痛，常欲如小便者，皆由腎水虛衰，相火妄動所致。然亦有數者之不同。有因用心過度，不攝腎而致失精者；有因房勞太過，精竅虛滑而致失精者；有中氣虛損下陷，使精不寧而失者；有脾胃濕熱下流，使精擾動而失者；亦有命門火衰，不能涵乎陰精而失者，各宜分別施治。有餽居獨宿，精滿而出者，此非為病，不須服藥。沈氏云：遺病多端，治法大要總不越乎補腎水，斂元精，安心神，清相火為主。」

⁴⁹ 《訂正仲景全書傷寒論注》，頁 30。



下痢不止，這是由於瀉下之藥將原本在體表的熱帶入足陽明胃經，使胃中鬱熱所致。此時可於指下診得有力的促脈，病患因體內有熱而有汗出、氣息急促、外感風寒雖未逐淨但不怕冷的症狀。張仲景於《傷寒論》中以葛根芩連湯治療這樣的熱證，湯方如下：

葛根半斤 黃芩三兩 黃連三兩 甘草（炙）二兩⁵⁰

方中黃芩、黃連俱為苦寒之藥，由此可見桂枝湯證誤下造成的促脈，所徵候的仍是過快之脈所標示的熱證。⁵¹

歷代醫家辨析促脈背後的體氣陰陽狀態：

脈來數，時一止復來者，名曰促脈，陽盛則促，陰盛則結，此皆病脈。（東漢·張機《傷寒論·辨脈法》）

陽獨盛而陰不能相合也。（元·滑壽《診家樞要》）⁵²

張仲景與滑壽均指出促脈是由於體內陽邪過盛所導致的脈象（「陽盛則促」、「陽獨盛」）。然而亦有陽氣衰虛造成的促脈，《傷寒論·辨太陽病脈證并治上篇》、《脈經·卷七·病發汗吐下以後証第八》：

太陽病，下之，其脈促胸滿者，屬桂枝去芍藥湯。若微寒，屬桂枝去芍藥加附子湯。

程應旄曰：「……有陽盛而見促脈，亦有陽虛而見促脈者，當辨於有力、無力，仍須辨之於外證也。」

沈明宗曰：「……誤下，擾亂陰陽之氣，則脈促……若脈促、胸滿而微惡寒，乃虛而踴躍，陽氣欲脫，又非陽實之比，所以加附子固護真陽也。」⁵³

本條的促脈，是因為誤用瀉下之法後陽氣虛弱、亡失逸竄所致。既然促脈可能為「陽盛」亦或「陽虛」，則學者於指下診得來去快急、時而中止的促脈時，當輔以

⁵⁰ 《訂正仲景全書傷寒論注》，頁 31。

⁵¹ 但由《脈經·卷七·病不可灸証第十》：「傷寒，脈促，手足厥逆，可灸之，為可灸少陰，厥陰主逆。」可知促脈所徵候的亦有可能為寒證。

⁵² 《中醫脈學》，頁 275-277。

⁵³ 《訂正仲景全書傷寒論注》，頁 33。



前述力度特徵，辨明兩者：指下感受脈搏動有力，表示由陽盛導致；指下感受到脈動虛弱無力，表示由陽虛導致（「有陽盛而見促脈，亦有陽虛而見促脈者，當辨於有力、無力」）。

除了前述「陽獨盛而陰不能相合」造成促脈，真元的極度虧損亦可能使陰陽不能相互調和，導致促脈。明·李延暉即指出：

一人，患脾泄，神疲色瘁，脈促，或十四至得一止，或十七八至得一止……

此真元敗壞，陰陽交竊而脈促呈形，與稽留凝泣而見促者，不相侔也。（清·

李延暉《脈訣匯辨》）

此案例中，病患脈動或者間隔十四次停止一次、或者間隔十七、十八次停止一次，印證促脈「止無定數」、不規律暫止的節律特徵；該病患並未呈現熱證或氣、血、痰、食等積滯的徵候，而是脾虛腹瀉不止、神色疲憊憔悴。李延暉說明此例中的促脈，實由真元敗壞虧損、陰陽不能交通調和所致，與一般情況下肇因於氣、血、痰、食的稽留凝滯的促脈病因不同。

二、結脈

結脈，往來緩，時一止復來。（《脈經·卷一·脈形狀指下秘訣第一》）

脈來去時一止無常數，脈來動而中止，更來小數中有還者反動。按之來緩，時一止復來。（《傷寒論·太陽病脈證並治》）

結者，脈來去時一止，無常數，名曰結也。（《難經·十八難》）

《傷寒論》與《脈經》皆提及結脈「往來緩」、「按之來緩」，整體脈動速度緩慢如前節所述的「緩脈」（詳表二十一）。然而結脈「時一止復來」、「時一止無常數」，脈動會不規律地停頓一下，然後才繼續搏動；且由歇止回復搏動時，脈速會稍微偏快（「更來小數中有還者反動」），而後才又回歸原本緩慢的脈動速度。

清代醫家張珞比較於指下同樣呈現「時一止復來」節奏特性的促脈與結脈：

促則往來數疾，中忽一止，復來有力。凡疾數代結，皆屬促類。不似結脈之遲緩中有止歇也。（清·張珞《診宗三昧》）



指出促脈迅速且有力，結脈則較為遲緩且無力。

後世醫家以結滯、積聚詮釋結脈之「結」：

遲時一止曰結，有結滯之意。(明·吳昆《脈語》)

結為凝結，緩時一止，徐行而代，頗得其旨。(清·顧靖遠《顧松園醫鏡》)

結脈往來緩，時一止，復來無定數，蓋有結滯之義也。(清·葉霖《脈說》)

結，指下尋之，或來或往，聚而卻還曰結。(清·王幫傅《脈訣乳海》)

明·吳昆、清·顧靖遠、葉霖、王幫傅以「結滯」、「凝結」、「聚」描述脈氣積聚滯塞的現象。

結者，邪結也。脈來停止暫歇之名，猶繩之有結也。凡物之貫於繩上者，遇結必礙，雖流走之甚者，亦必少有逗累，乃得過也。此因氣虛血濇，邪氣間隔於經脈之間耳。虛衰則氣力短淺，間隔則經絡阻礙，故不得快於流行而止歇也。(清·錢潢《傷寒溯源集》)⁵⁴

清·錢潢以繩子上的繩結使串在繩上之物不能順暢流走譬喻指下本應連綿不絕的脈動停止暫歇的不順暢感受，於此，脈家指下觸摸到的無形「結滯」、「凝結」、「聚」之氣，被有形的「猶繩之有結」所描摹，生手即能具象體會。

明·方谷指出結脈乃是肇因於「隨氣有阻」，本應暢行無礙的脈氣受到阻礙，產生脈往來不均勻、忽然歇止的異常脈動速度(「至來不勻，隨氣有阻，連續而止，暫忽而歇。」)。

歷代醫家進一步辨析脈氣結滯的原因，患者本身陰盛氣寒，或者由氣寒導致體內氣、血、痰、飲、食結滯，均可能阻礙脈氣運行。⁵⁵宋·施發、朱肱、元·戴

⁵⁴ 《中醫脈學》，頁 284-285。

⁵⁵ 明·張景岳《景岳全書》：「又有無病而一生脈結者，此其素稟之異常，無足怪也。」指出有些人並未罹患可能產生結脈的疾病，卻終其一生表現出脈結之象，這乃是因為其人身體天生異於常人，無須將其結脈視為病脈。楊杰於《中醫脈學》認為所謂的「素稟之異常」乃是「脈道不暢，局部氣血運行不通，脈氣不能銜接，脈行斷而復續，續而復斷。」(《中醫脈學》，頁 286)，可備一說；但倘若其人果因先天生理結構導致脈氣斷續不暢，將實質影響身體各部位的氣血滋養狀態，亦當反映出或者輕微、或者嚴重的病態，而非平人之象。



啟宗均謂「陰盛則結」，指出陰邪偏盛造成脈結。元·滑壽亦以結脈為「陰脈之極」，並進而以「氣寒脈緩而止」，說明陰盛則氣寒，氣寒則運行緩慢、不時歇止。明代醫家李中梓：「結屬陰寒，亦由凝質。」認為除了陰盛氣寒導致的脈氣緩慢，體內實質的凝滯之物也可能造成脈氣的結滯、產生結脈。李中梓並以冬天的水流為喻，闡釋脈結的成因與機序：

大凡熱則流行，寒則停凝，理勢然也。夫陰寒之中，且夾凝結，譬如隆冬天氣嚴肅，流水冰堅也。少火衰弱，中氣虛寒，失其乾健之運，則氣血痰食，互相糾纏，運行之機緘不利，故脈應之而成結也。（明·李中梓《診家正眼》）

「熱則流行，寒則停凝」，正如同嚴冬時節河水凝結成堅硬、停滯的堅冰，人體陽氣衰虛、中氣虛寒時，脈氣也將運行遲緩，「氣、血、痰、食」缺乏陽氣運化便相互糾纏，產生結滯。金·劉完素亦指出「痰」、「飲」、「血」、「積」、「氣」均可能導致脈結，元·滑壽亦主張「氣」、「血」、「飲」、「食」、「痰」這五種可能積聚之物，於脈氣陰寒、運行緩慢時會留滯不前，造成脈氣阻結不暢。

值得注意的是，滑壽指出情緒的抑鬱（「為七情所郁」）亦是脈結的原因之一。《黃帝內經素問·舉痛論》：「思則心有所存，神有所歸，正氣留而不行，故氣結矣。」若心思持續牽掛、縈繞於某些遭遇或感受，主宰形氣的「神」將歸藏停佇，體內原本運行不休的正氣也隨之滯留，導致氣結。

由診得結脈的脈位，可判斷積聚之物所在位置，《脈經·卷四·辨三部九候脈証第一》：

中部脈結者，腹中積聚。若在膀胱、兩脅下，有熱。

若中部關脈呈現結脈之象，代表腹中有氣血積聚、瘀滯不散。

李時珍引《難經·十八難》：「結甚則積甚，結微則氣微」說明結脈的力度、浮沉所徵候的各種積聚之證：

越人曰：結甚則積甚，結微則氣微。浮結外有痛積，伏結內有積聚。

就脈動力度而言，倘若於指下診得強而有力但緩慢而不時中斷的脈動，代表體內



的氣血積聚狀況嚴重（而非脈氣充盛）；而若診得微弱無力、緩慢而不時中斷的脈動，則代表正氣衰微，縱使氣血積聚也有限。就脈動上下浮沉而言，若診得浮於皮表的結脈，代表在身體的表層有會令人感到疼痛的氣血積聚；若沉伏的結脈，則代表積聚位於體內深處。

結脈緩而時一止，獨陰偏盛欲亡陽；浮為氣滯沉為積，汗下分明在主張。（明·李時珍《瀕湖脈學》）

李時珍以上浮的結脈為氣滯之象，並未特別以此為危殆之兆，但明·張景岳：「結而兼緩，其虛在陽」點出緩慢的結脈徵候陽氣的虛弱，患者本身「氣血漸衰，精力不繼」，氣血衰虛、精力不足，使脈氣難以連綿相續，因此表現為脈動斷斷續續、不相連貫的結脈之象。⁵⁶《脈經》指出：

三部脈浮而結，長病得之，死。（脈經·卷四·診三部脈虛實決死生第八）
脈有表無裡者，死。經名曰結，去即死。何謂結？脈在指下如麻子動搖，屬腎，名曰結，去死近也。（《脈經·卷五·扁鵲診諸反逆死脈要訣第五》）
若於分別徵候身體上、中、下部的寸、關、尺三部，都診得上浮於肌表（「三部脈浮而結」）且深按無脈、指下觸感有如無根晃動的細小麻子（「脈在指下如麻子動搖」）的結脈，代表體內陽氣上浮外越至身體表層，而不再固守於體內經脈臟腑（「有表無裡」），病患將死。由此可知，結脈雖不如代脈般與死證密切關聯，卻仍可能是嚴重病症的警兆。

三、濇脈

濇脈，細而遲，往來難且散，或一止復來。（《脈經·卷一·脈形狀指下秘訣第一》）

速度方面，由「細而遲」可見濇脈與前述遲脈、虛脈同樣以遲緩的脈動速度為脈象特徵（詳表二十一）。⁵⁷

⁵⁶ 《中醫脈學》，頁 284-288。

⁵⁷ 關於濇脈的速度，歷代醫家所主多與《脈經》相同，如宋·王懷隱等編《太平聖惠方》、朱肱《類



若論節奏，由「『或』一止復來」，可見濇脈和促脈、結脈、代脈的共通點是會出現不規律的短暫中止，而相異之處則是濇脈不以脈動中止為其必然的脈象特徵。歷代醫家辨析濇脈與促脈、代脈、結脈脈動中止的差異：

濇脈蹇濇，如刀刮竹，遲細而短，三象俱足。王叔和謂其「一止復來」，亦有疵病，蓋濇脈往來遲難，有類乎止而實非止也。(明·李中梓《診家正眼》)

是濇不流利之止，與結、促、代之止不同。(清·葉霖《脈說》)

元·戴啟宗、清·葉霖指出「或一止復來」的濇脈之「止」，與促脈「時一止復來」、代脈「來數中止，不能自還」、結脈「時一止復來」的脈動歇止不同；明·李中梓亦認為王叔和僅以「一止復來」描述濇脈有不足之處。三者均指出，濇脈之「止」是因為脈動滯濇、往來困難，故呈現近乎脈動暫止的現象。

《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》指出濇脈為血虛的脈象：

關脈濇，血氣逆冷。脈濇為血虛，以中焦有微熱。宜服乾地黃湯、內補散，針足太沖上，補之。(《脈經·卷二·平三關病候并治宜第三》)

在相應於中焦脾胃的關部診得濇脈，病人可能會有血虛之證。

尺脈濇，下血不利，多汗。(《素問》又云：尺濇脈滑謂之多汗)(《脈經·卷四·辨三部九候脈証第一》)

若於對應下焦的尺部診得濇脈，患者排尿不順、尿中帶血，氣血衰虛而容易出汗、汗量過多。

少陰病，下利，脈微濇者，即嘔汗出，必數更衣，反少，當溫之。(《脈經·卷七·病可溫証第九》)

少陰證的患者若診得濇脈，其當會有腹瀉下痢、嘔吐、汗多的症狀。程應旄注《傷

證活人書》、施發《察病指南》、明·劉純《醫經小學》：「細而遲」，元·滑壽《診家樞要》：「虛細而遲」，明·徐春甫輯《古今醫統大全》：「遲短蹇滯」，明·李時珍《瀕湖脈學》：「細遲短濇往來艱」，明·龔廷賢《壽世保元》：「遲而有力」，明·李中梓《診家正眼》：「遲細而軟」，清·顧靖遠《顧松園醫鏡》：「遲細而短」，清·陳念祖《醫學實在易》：「遲而不流」，清·趙濂《醫門補要》：「遲細為濇」，清·羅國綱《羅氏會約醫鏡》：「遲滯不利」，均認為濇脈脈動速度遲緩。但唐·孫思邈《千金翼方》卻謂：「按之促數短浮」，認為濇脈速度較平脈為快。



寒論》指出：

少陰病下利，陽微可知，乃其脈微而且澀，則不但陽微而陰且竭矣。陽微，故陰邪逆上而嘔；陰竭，故汗出而勤。

由少陰病患者腹瀉下痢，可推知其陽氣已經相當衰微，而由微弱滯濇的脈象則可知患者的陰血也已經竭盡。陽氣微弱，因此陰寒的邪氣上衝使人嘔吐，陰血枯竭不守，紛紛化為汗水散出體外。

脾脈急甚，為癰瘍；微急，為脾中滿，食飲入而還出，後沃沫。緩甚，為痿厥；微緩，為風痿，四肢不用，心慧然若無病。大甚，為擊仆；微大，為痞氣，裏大膿血，在腸胃之外；小甚，為寒熱；微小，為消癰。滑甚，為頹瘍；微滑，為蟲毒蛔，腸鳴熱。濇甚，為腸頹；微濇，為內潰，多下膿血也。（《脈經·卷三·脾胃部第三》）

若呈現過於滯濇不暢的濇脈，病人可能有「腸頹」的脫肛之證，這乃是因為陽氣衰微使體內寒氣充盛，寒氣下充導致大腸下墜從肛門脫出；⁵⁸若診得較不顯著的濇脈，則代表腸胃內有潰瘍等出血的瘡口，病患排便時會排出膿血。

趺陽脈微而濇，微即無胃氣，濇即傷脾。寒在於膈，而反下之，寒積不消，胃微脾傷，穀氣不行，食已自噫。寒在胸膈，上虛下實，穀氣不通，為秘塞之病。（《脈經·卷六·脾足太陰經病証第五》）

《脈經·卷六·脾足太陰經病証第五》指出若腳背的趺陽脈呈現濇脈的脈象時，代表脾臟有所損傷，可知氣血衰竭造成脈氣流動滯濇不暢的「濇」之脈象，不僅出現於手腕寸口，亦能於身體其他可診察的脈動部位診得相似的手感。

由以上對濇脈所徵候病證的分析歸納，可發現濇脈並未與寒證或熱證有明確的關連，其主要徵候的為氣血耗損（特別是失血）的身體狀態。而所謂「血虛」，例如尿中帶血、排出膿血、出汗過多或者脫肛等體內訊息，在脈家的指下都會呈現出斷斷續續、滯濇不順的脈動手感：

⁵⁸ 唐·楊上善《黃帝內經太素》：「脉濇，氣少血多而寒，故冷氣衝下，廣腸脫出，名曰腸頹。」

脈來蹇濇，細而遲，不能流利圓滑者，濇也。與滑相反。如刀刮竹，竹皮濇、又為竹刀刮而竹濇。遇節則倒退，濇脈往來難之意。如雨沾沙，沙者，不聚之物，雨雖沾之，其體也細而散，有濇脈往來難之意。或一止復來，因是濇不流利之止，與結促代之止不同。（元·戴啟宗《脈訣刊誤集解》）⁵⁹

歷來醫家描述濇脈象時常使用「如刀刮竹」、「如雨沾沙」譬喻指下手感，George Lakoff 和 Mark Johnson 在《我們賴以生存的譬喻》指出：譬喻的實質是藉由一類事物來建構、表演、談論另一類事物。⁶⁰古代掌握脈診不可言傳的「默會之知」的專家，在傳承診脈技術的過程中，透過有形的「如刀刮竹」、「如雨沾沙」等譬喻，讓生手具體把握指下手感所傳達的無形氣機。⁶¹戴啟宗指出「濇脈」滯濇不順的手感就有如以手執刀輕刮過質地粗濇的竹皮，刀刃滑動斷續，而當刮過竹節，刀刃更將受到阻礙、倒退不前（「如刀刮竹」）；又如鬆散、難以凝聚的沙子就算因遇雨而短暫黏結，本質上卻仍易解散（「如雨沾沙」）。

「如刀刮竹」、「如雨沾沙」等鮮活的意象，皆生動傳達了濇脈於指下所表現出滯濇、脈動艱難、不均勻、脈形的細小易散亂的手感。由此也可理解濇脈「或一止復來」的暫止現象，於本質上不同於促脈、結脈般肇因於脈氣受阻所產生的頓挫，或如代脈般因臟腑氣絕而產生的脈動中斷、難以為繼。

四、代脈

代脈，來數中止，不能自還，因而復動。脈結者生，代者死。（《脈經·卷一·脈形狀指下秘訣第一》）

脈五來一止，不複增減者，死。經名曰代。何謂代？脈五來一止也。脈七來是人一息，半時不複增減，亦名曰代，正死不疑。（《脈經·卷五·扁鵲

⁵⁹ 《中醫脈學》，頁 198-199。

⁶⁰ 詳參 George Lakoff and Mark Johnson, *Metaphors we live by* (London : University of Chicago Press, 2003), p. 5.

⁶¹ 本段關於譬喻之論述受蔡師璧名：〈「大鵬」誰屬？解碼〈逍遙遊〉中的大鵬隱喻〉（尚未發表）所啟發。



診諸反逆死脈要訣第五》)

與脈動同樣會暫時停歇的促脈、結脈相對照，即能掌握代脈的特色：

結促之止，止無定數。代脈之止，止有常數。結促之止，一止即來。代脈之止，良久方至。(明·李中梓《診家正眼》)

李中梓比較代脈與結、促脈的不同，指出結脈與促脈的歇止並無規律可循，但代脈於每一次的歇止之間所間隔的脈動次數均為一致、有規律可循：代脈「來數中止」，中止的間隔皆有定數，⁶²一般而言，大約每脈動五次便會暫停一次，但亦有間隔七動者。⁶³此外，結、促脈歇止後會迅速恢復搏動，在診察時感覺只是脈動偶然漏跳了一拍，代脈歇止時卻似乎無力自行恢復搏動，需等待較長的時間才會再度恢復搏動。

《脈經》以降的歷代醫家對代脈的成因多有討論：

代者陰也，主形容贏瘦，口不能言。代脈時時動若浮，再而複起似還無，三元正氣隨風去，魂魄冥冥何所拘。(六朝·高陽生偽作《王叔和脈訣》)

六朝·高陽生偽托《王叔和脈訣》指出，脈象呈現代脈的病患，多半體態虛衰瘦弱、容色枯槁憔悴，甚至連開口說話的力氣都沒有。此時病患雖然一息尚存，但體內正氣卻已消散殆盡、主宰形軀生命的魂魄彷彿被拘提般將要離體而去（「三元正氣隨風去，魂魄冥冥何所拘」），離死不遠。

一臟絕，他臟代至。(宋·陳言《三因極一病源論粹》)

代，更代也。主形容贏瘦，口不能言。若不因病而人贏瘦，其脈代止，是

⁶² 宋·朱肱《活人書·卷二》：「往來緩動而中止，不能自還，因而復動，名曰代也。」指出代脈的整體速度緩慢，元·戴啟宗《脈訣刊誤》則以「代脈之止，其止有常數而不忒」詮釋「來數中止」，由此可推知《脈經》對代脈敘述中的「數」所表達的應是在兩次脈動暫止間相隔固定的脈動次數，而非指脈動速度的急促。

⁶³ 《脈經·卷四·診脈動止投數疏數死期年月第六》即記載了從「一動一止」至「五十動一止」脈動暫止間隔長短不同的代脈類型，加以《脈經·卷一·脈形狀指下秘決第一》對代脈脈象的敘述亦未明確定義脈動中止間隔的脈動次數，可知兩脈動中止間的脈動次數並非辨別是否為代脈的關鍵。



一臟無氣，他臟代之，真危亡之兆也。(元·滑壽《診家樞要》)

代者氣衰也，諸病見之不祥，大凡瘡腫之病，脈促結者難治，而況見代脈乎。(元·齊德之《外科精義》)

代主臟衰危惡之候，脾土敗壞吐利為咎，中寒不食，腹疼難收。(明·李中梓《診家正眼》)

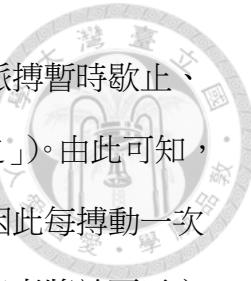
代脈原因臟氣衰，腹痛泄痢下元虧，或為吐瀉中官病，女子懷胎三月兮。(明·李時珍《瀕湖脈學》)

代脈必死臟氣絕，本人見此大不祥，惟有風家並痛極，三月妊娠卻無妨，又有暴傷氣血者，古人立有炙甘湯。(明·李梴《醫學入門》)

齊德之以代脈為正氣衰微的表徵，陳言、滑壽、李中梓、李時珍、李梴則明確指出，之所以會於指下診得脈動暫時停止的代脈，是因為心、肝、脾、肺、腎五臟之中的某一臟臟氣絕盡所致。行經寸口的脈氣缺少了一臟之氣，源自其他臟腑的脈氣代替填補缺口，造成短暫的停頓而後才恢復搏動。

古代醫家對這種異乎尋常、往往預告死亡的中止脈象有相當詳細且深入的觀察，從中歸納出間隔不同脈動次數而歇止的代脈，並以此預測死期。

脈一動一止，二日死（一經云、一日死）。二動一止，三日死。三動一止，四日死或五日死。四動一止，六日死。五動一止，五日死，或七日死。六動一止，八日死。七動一止，九日死。八動一止，十日死。九動一止，九日死，又云十一日死（一經云：十三日死，若立春死）。十動一止，立夏死（一經云：立春死）。十一動一止，夏至死（一經云：立夏死；一經云：立秋死）。十二、十三動一止，立秋死（一經云：立冬死）。十四、十五動一止，立冬死（一經云：立夏死），二十動一止，一歲死，若立秋死。二十一動一止，二歲死。二十五動一止，立冬死（一經云：一歲死，或二歲死）。三十動一止，二歲若三歲死。三十五動一止，三歲死。四十動一止，四歲死。五十動一止，五歲死。不滿五十動一止，五歲死。（《脈經·卷四·診脈動止投數疏數死期年月第六》）



如前文所述，代脈的成因乃是由於某一臟腑臟氣竭盡，因而造成脈搏暫時歇止、直到其他臟腑之氣補充取代後方始恢復跳動（「一臟無氣，他臟代之」）。由此可知，倘若歇止間隔的脈動次數愈少，就代表臟氣衰竭的情況愈嚴重，因此每搏動一次就要暫停一次的「一動一止」之脈所徵候的身體狀況最為凶險，患者將於兩天之內死亡。隨著歇止之間所間隔的脈動次數的增加，死亡的期限也隨之往後延長。從「一動一止，二日死」、「二動一止，三日死」，一直到「四十動一止，四歲死」、「五十動一止，五歲死」，病患所餘下的壽命從兩天拉長至五年。

《黃帝內經素問·脈要精微論》：「代為氣衰」，指出代脈反映病患之氣已然相當衰弱，是生命垂危的象徵。《脈經》中代脈亦往往伴隨著最嚴重的病勢：

脈結者生，代者死。（《脈經·卷一·脈形狀指下秘訣第一》）

微則為虛，代散則死。（《脈經·卷四·平雜病脈第二》）

陰弱陽強，脈至而代，奇（一作寄）月而死。（《脈經·卷四·診百病死生訣第七》）

「代者死」、「代散者死」脈動呈現規律間歇的代脈，意味病患死期將至。若是因體內陰氣衰弱、陽氣獨盛而造成脈動快速卻又規律間歇中止的「脈至而代」之象，病患將於一個月內死亡。

熱病，七、八日，其脈微細，小便不利，加暴口燥，脈代，舌焦乾黑者，死。（《脈經·卷四·診百病死生訣第七》）

倘若熱病發展到脈之力度微弱、脈形細小，加以排尿不順、口乾舌燥，此時若診得代脈，病勢必已發展到連舌上津液都乾枯殆盡而呈現焦黑之色，病患瀕臨死亡。

滑壽又指出，診得代脈並不必然表示病人生機將絕，但仍癥候嚴重病症：

若病而氣血驟損，以至元氣不續，或風家、痛家、脈見止代，只為病脈；故傷寒家亦有心悸而脈代者，羸心痛亦有結澀止代不勻者，勿以為凶，蓋九痛之脈不可准也。（元·滑壽《診家樞要》）

倘若病人是由於氣血在短時間內大量損耗、因元氣不足造成代脈，或是風寒長期客留體內、經年周身疼痛的病患身上所診得的代脈，雖非臟氣已絕的凶兆，仍是



重病之例。

李中梓：「代主臟衰危惡之候，脾土敗壞吐利為咎，中寒不食，腹疼難收。」
亦以脾臟衰敗過度所致的嘔吐、瀉痢、感覺胃部寒冷、腹部疼痛等症狀為「難收」
難以救治的危急徵候。⁶⁴

《脈經·卷四·診脈動止投數疏數死期年月第六》與《難經》中對脈動暫止
的病因與病機發展有深入的解釋：

脈來五十投而不止者，五臟皆受氣，即無病（《千金方》云：五行氣畢，陰陽數
同，榮衛出入，經脈通流，晝夜百刻，五德相生）。**脈來四十投而一止者，一臟無**
氣，卻後四歲，春草生而死。**脈來三十投而一止者，二臟無氣**，卻後三歲，
麥熟而死。**脈來二十投而一止者，三臟無氣**，卻後二歲，桑椹赤而死。**脈**
來十投而一止者，四臟無氣，歲中死。得節不動，出清明日死，遠不出穀
雨死矣。**脈來五動而一止者，五臟無氣**，卻後五日而死。（《脈經·卷四·
診脈動止投數疏數死期年月第六》）

曰：「經言脈不滿五十動而一止，一藏無氣者，何藏也？」然：「人吸者隨
陰入，呼者因陽出。**今吸不能至腎，至肝而還，故知一藏無氣者，腎氣先**
盡也。」（《難經·十一難》）

若脈來五十次都沒有間斷中止，代表五臟皆能得到脈氣滋養，身體處於無病的正
常狀態。但倘若脈動每隔四十次便中止一次，則表示五臟中有一臟為脈氣所不能
及，《難經·十一難》指出呼吸為脈氣運行的源頭動力，⁶⁵倘若所吸入之氣不能遍
及五臟，則五臟中位置最低、距離作為外氣出入門戶的口鼻最遠的腎臟，將是五
臟中最先脈氣衰微無氣的一臟。藉由《脈經》與《難經》中所闡示脈動歇止的間

⁶⁴ 然而亦有醫家不以代脈為危候，如李時珍：「或為吐瀉中官病，女子懷胎三月兮。」指出倘若是
在因脾臟有疾而上吐下瀉、或是懷胎三月的孕婦身上診得代脈，並非危殆之象。由此可知，即
便在患者身上診得往往伴隨臟氣竭盡的危殆徵候的代脈，亦不可僅憑藉脈象即妄斷病因與吉凶，
需與患者其他症狀合參，始能做出正確的診斷。

⁶⁵ 明·方友執：「呼者，氣之出，脈之來也；吸者，氣之入，脈之去也。頭，頭緒也，脈隨氣之出
入來去，名狀雖多，呼吸則其源頭也。」清·吳謙等編：《訂正仲景全書傷寒論注》，頁395。



隔意義，便能依此類推而知隨著歇止間隔由四十動、三十動、二十動、十動以至於五動，無氣的臟腑將由腎臟依序擴及肝臟、脾臟、心臟以及最後的肺臟，距離死亡所剩下的時間也相應地漸次減少：脈動每隔四十次暫停一次，代表一臟（腎）無氣，患者將於四年後春天草木萌生的時節死亡；脈動每隔三十次暫停一次，代表二臟（腎、肝）無氣，患者將於三年後麥子成熟的季節死亡；脈動每隔二十次暫停一次，代表已有三臟（腎、肝、脾）無氣，患者將於兩年後桑椹成熟轉為紫紅色的時節死亡；脈動每隔十次即暫停一次，代表已有四臟（腎、肝、脾、心）無氣，患者於診得此脈的當年便會過世；倘若脈動每隔五次便暫停一次，代表腎、肝、脾、心、肺等五臟俱已無氣，命將不過五日。

對於此類不規律的脈動節奏，中醫有細緻的觀察與紀錄，更將這些現象徵候納入原有的辨脈系統中，成為新的可辨識、預測的節律。

而由上述從「一動一止」乃至於「五十動一止」的脈證觀察，則可發現只要在脈動五十次之內診得一次暫時停止，便有可能是死期將至的徵候。此一觀察結果勢必影響中醫脈診的技術操作層面，李時珍《瀕湖脈學》引柳東陽語指出：

柳東陽曰：古以動數候脈，是吃緊語。須候五十動，乃知五臟缺失。今人指到腕臂，即云見了。夫五十動，豈彈指間事耶？故學人當診脈、問證、聽聲、觀色，斯備四診而無失。

既然脈五十動以下的中止，都可能是危候死兆，若僅憑脈診作為診斷依據，那麼醫者診脈的時間必須大於脈動五十次的時間，方能確認患者是否有脈動中止的死兆脈象。但在實際執業時，醫者不一定能為每一位病人花這麼長的時間診脈，因此需要合參合望、聞、問、切四診所得，始能不待診脈五十動，即作出正確的診斷。

結語

栗山茂久認為相較於西方醫學，中國傳統醫家較不重視脈動的頻率與節奏：

中國的醫生並沒有類似於節奏的概念，最顯著的原因是由於脈不同於脈搏，



不具有收縮與舒張。不過這項對於詮釋對象以及意義來源之概念的差異，也可能與另一種更為廣泛且基本的差異無法分割——亦即對於事物意義理解方式的不同。⁶⁶

中國醫家並不重視動脈朝向體表的垂直起落，而注重於感受血氣與皮膚平行的流動。⁶⁷

傳統中國醫家基於氣血運行於脈中的身體理解，在診脈時偏重感受平行於肌表的氣血流動狀況、而非垂直於肌膚的收縮與舒張。但在檢視《脈經》以及其前後脈診論述中對脈動速度、間歇與節律的描述，可發現傳統中醫脈診雖以氣血的流動而非心臟的搏動、動脈的收縮舒張解讀脈動現象，卻也未嘗忽略脈動的速度與節奏，作出細緻的觀察辨析，建立起縝密的脈證體系。

脈動速度的快慢取決於氣血的寒熱、虛實狀態，氣血躁動的熱證脈動速度多偏快，氣血凝停的寒證脈動速度則多偏慢；氣血的虧損，則可能會導致截然不同的速度傾向——偏快的「至之脈」或偏慢的「損之脈」。熱盛、鬱積、衰虛等因素，都能影響氣血運行的狀態，產生異常的脈動節奏。但在深入認識中醫脈診脈動速度可能徵候的生理狀態後將可發現，指下類似的脈動速度與節奏，背後可能有著大不相同的成因，僅僅憑藉脈動的快慢、中止節律，仍不足以精準判斷患者實際的氣血狀態。由此可見，與其說古代中國醫者不重視脈動的節奏，毋寧說傳統醫家乃是將速度視為脈動整體中的一環，不可單獨審視其所徵候的生理意涵，而需與其他的脈象元素、身體症狀交相參綜，始能正確指引辨證論治的方向。

⁶⁶ 《身體的語言》，頁 79。

⁶⁷ 《身體的語言》，頁 38。

結論



傳統醫家以「不治已病，治未病」（《黃帝內經素問·四氣調神大論》）為理想目標，不僅於疾病產生前防患未然，更致力使無病的「平人」臻至「賢人」、「聖人」、「至人」、「真人」的理想生命境界。而唯有時時覺察自身狀態的常與變，才可能防範對治於「未病」之先。傳統醫家因此認為，「望」、「聞」、「問」、「切」等診察技術並非醫者專利，而是與每一個人切身相關、必須學習掌握的修養工夫。相較於望診之「神」、聞診之「聖」、問診之「工」，脈診為四診中最易達到「知之」目的的「巧」技，可說是學習診察工夫之初階。

當代脈診研究聚焦於脈診之起源、技術流變、科學原理以及脈證關係等面向，初學脈診技術操作者，難藉此習得具體的診脈手法、增益脈診技術、脫離脈診「生手」而邁向「專家」之境。這乃是因為，脈診作為被梁漱溟視為「學術不分」的中國傳統技藝之一，除了能清楚表述的外顯知識外，更包含了難以言傳、卻能在具體實踐中習得的「默會之知」（*tacit knowledge*），此類知識最直接的學習途徑是透過師徒間的示範、觀察與模仿。

王叔和《脈經》撰於魏晉之際，當時脈診技術正面臨變質、甚至失傳的情況，考量現實狀況實難以讓天下習醫者皆跟隨掌握技術真髓的老師，王叔和是以採取另一條雖然迂曲、卻較為可行的途徑——編纂蘊含脈診之「學」與「術」、「理」與「體」的專書。由張家山《脈書》與馬王堆《脈法》，或傳世《素問》、《靈樞》、《難經》、《傷寒論》等重要醫典中屢見脈診相關記載，以及史傳中倉公、郭玉、華佗透過診脈精準斷定病因的描述，可知至遲於漢代，脈診理論與技術均已成熟。然而，此等脈診技術原理、規則與實踐知識散見於不同醫籍。王叔和首度將魏晉以前醫籍脈診論述、歷代醫家的診脈心得，彙整為一自病到徵候皆完整周備的脈診專著，使有心學習的脈診生手在閱讀《脈經》時，能將當中的技術、原理、準則實際施用於臨床，印證書中蘊含的實踐識；另一方面亦能藉由《脈經》所述，檢視、規範自身技術，使技術不致於代代相傳間漸趨變質、亡佚。



對脈診初學者而言，診脈技術提升的關鍵，取決於是否能真正分辨、掌握那難以語言精準描述、容易混淆的脈動手感。面對中醫脈診奠基於指下感受的技術特質，若採取傳統「身體觀」的研究進路恐難窺其具體面貌，而需轉以「身體感」進路，始能掌握脈診技術於實際施用時的關鍵。若僅是對脈診作身體觀式的認識，探討經氣之性質、脈診之原理，仍無法具體掌握脈診技術中難以言詮的操作關鍵。因此本研究由「身體感」的角度，尋繹王叔和《脈經》中的手感論述，探究於實際診脈時，如何由指下手感知解讀身體的狀態，掌握脈診技術中難以言傳的默會之知。

傳統醫家「治未病」的理想原則與診察技術，其應用更可廣及儒、道思想的修身工夫。傳統中國思想以「氣」溝通形軀與精神，合三者為一生命整體，透過氣的中介，「形」與「神」任一者的變動都將牽動另一者產生改變。先秦兩漢儒、道思想俱以心神作為此「形——氣——神」結構的真正主宰，而將其工夫致力於「心」，崇本舉末地帶動「形」提升，最終使身心同臻於理想境界。

倘若一位「生手」欲透過「心」的工夫提升整體生命、邁向「專家」的理想狀態，則當建立一衡量心之狀態的標準，方能適時調整心靈的發用。檢視先秦兩漢儒、道典籍可發現，理想心靈與情緒的有無、多寡息息相關。儒、道二家均本於傳統「形——氣——神」身體觀，承認情緒對生理的影響。相較之下，儒家雖亦主張「中正」、「中節」的原則，認為對情緒應加以節制、不宜放縱，但由於其對仁、義等價值的重視仍高於對一己心身的養護，在合乎道義的前提下發露情緒是被允許的；道家則固守「無以好惡內傷其身」、「捐情去欲」、「無累」的情緒發用原則，在任何情況下都不允許過度的情緒傷及心、身。若對勘同樣致力追求生命理想狀態的傳統醫家，可發現其以情緒的「恬淡虛無」為理想，與《老子》之「虛靜」、《淮南子》之「淡然無極」同欲消弭情緒擾動，屬最為嚴格的一類。若傳統醫家藉以「知幾」的診察技術，能輔助判斷情緒發用是否符合此嚴格標準，亦當可輔助其他理想情緒發用標準較為寬鬆的修身工夫。

傳統醫家揭示一嚴整有序的臟象網絡，各臟腑、感官、體液、顏色、聲音、



氣味、神魂、情緒與脈象間，存在固定的相應關係，因此可由外顯、可觸知的脈象診知難以直接察覺的神魂與情緒狀態：一但魂、神、意、魄、志為過度的悲哀、思慮、愁憂、喜樂、憤怒等情緒所傷，將連帶影響肝、心、脾、肺、腎五臟的形氣，使五臟脈象由平實的弦細、洪大、寬緩、上浮、深沉轉變呈現出異常的脈象。

檢視《脈經》對脈象所徵候之疾病、疾病所導致之情緒的描寫，可了解情緒與疾病間存在能以醫理之寒熱虛實解釋、預測的因果關係。許多原本被視為純粹心理現象的情緒反應，實為疾病所導致的症狀之一，並能藉由藥石治療加以解消；而情緒亦能影響生理、導致病症，甚或傷及五臟與五臟所藏之「神」，使情緒更加偏離常軌，造成惡性循環。在此身、心運動的關係中，透過診脈，我們可以由體氣變化預知容易導致的情緒傾向，能在情緒發露前自我警醒、使情緒合於節度；亦可以即時覺察自身情緒是否已然失節、影響生理，能立刻以心靈工夫調節對治。

於是我們發現，醫家的診察技術提供一種明確的衡量方法：不論是以醫家的「恬淡虛無」、《淮南子》的「淡然無極」、老子的「虛靜」、莊子的「不傷」、王弼的「無累」、《禮記·中庸》的「中和」、董仲舒的「中正」為判準，我們皆可透過脈診，藉身體這把有形的尺，衡量無形的情緒發用，在日常生活中建立防微杜漸的鎮密省察機制，採取最能使人通往理想身、心狀態的應對方式。如此一來，脈診成為輔助有志者通往儒、道、醫家理想人格性情的追尋中，不可或缺的重要技術。且當我們以對情緒、生理的互動認識，帶回《論語》、《莊子》等思想文本，重新檢視其對情緒不同的處置方式，將能從新的角度釐清其思想底蘊之異同，對原本熟悉的文本，有更為多面的理解與詮釋。

檢視中國脈診的早期文獻，可發現在「獨取寸口」（《難經·一難》）診脈技術成為主流前，存在多元的取脈方法。如張家山《脈書》、馬王堆《脈法》與《素問·三部九候論》，均提及一種於足脛、腳踝、手臂取脈的古代遍身診脈法。《素問·三部九候論》所載「三部九候」脈法，於兩額、兩頰、耳前、手太陰肺經、手陽明大腸經、手少陰心經、足厥陰肝經、足少陰腎經與足太陰脾經等九處動脈，診察全身經絡、臟腑狀態。《靈樞》所載人迎、寸口診脈法，透過比較手腕寸口脈與



頸部人迎脈的脈動強弱，判斷體內臟腑陰陽二氣的盛衰變化，較需切按全身動脈的「三部九候」診脈法便於操作。

然而，後世為何以「獨取寸口」為切診主流？透過思想背景、實徵既然、史傳記載、脈診原理等多方論據，或可一窺其緣由。李約瑟指出，中國傳統「關聯式的思考」認為萬物緊密關聯、間不容髮地相互呼應，構成一「有機宇宙」的運動整體，因此於任一局部均可觀察到其他局部變化造成的影响，點出「獨取寸口」、僅透過診察手腕寸口動脈即可窺見全身體氣狀態的思想背景。章太炎則從「實徵既然」的角度，肯定中醫僅透過診察寸口之脈即可知曉各經絡、臟腑狀態，是經歷反覆驗證的既存事實，並非不切實際的「古人虛說」、無稽之談。且由《史記·扁鵲倉公列傳》、《後漢書·方術列傳》對倉公與郭玉診脈的記載，可知漢代時已有醫者採行於《素問》初見端倪、至《難經》首倡的「獨取寸口」診脈法，此一僅診手腕寸口動脈技術的興起，可能與古代社會重視男女之防的文化背景有關。而就脈診自身的原理觀之，由於「脈氣流經，經氣歸於肺」（《素問·經脈別論》）、「寸口者，脈之大會，手太陰之動脈也」，全身經脈之氣均會歸於手太陰肺經，因此全身脈氣最充盈旺盛的經脈——手太陰肺經——的寸口動脈即成為最適宜診察全身脈氣狀態的診脈部位。

透過切按寸口動脈不同區域的脈動，可分別診知不同身體部位、臟腑的狀態。《脈經》指出，診察寸部可知身體陽氣的狀態，診察尺部則可知體內的陰氣狀態。就身體部位言，上部屬陽、下部屬陰，故「陽之所治」、屬陽的寸部主候上焦，範圍包含頭部、皮毛到雙手；「陰之所治」、屬陰的尺部主候下焦，範圍涵括由下腹部到雙腳；而為陰陽之氣出入交界的關部則主候包含腹部與腰部的中焦區域。《脈經》並發揮《素問》、《難經》所載，詳述兩手寸、關、尺六部脈位與臟腑的對應關係：左寸候心、小腸，左關候肝、膽，右寸候肺、大腸，右關候脾、胃，兩尺並候腎與膀胱；而由第十卷之手檢圖記載可知，古代醫家亦嘗試對寸、關、尺三部進行更為細密的劃分，由寸口動脈診知更豐富、細微的身體狀態。

寸口動脈位於前臂內面拇指側、接近掌根的位置，王叔和由實際操作的角度，



捨卻《難經·二難》由手掌魚際穴、手肘尺澤穴測量劃定尺、寸區域的方式，提出以腕後高骨定位「關」部、劃分尺部、寸部的方法：「關」與魚際穴間的區域即為「寸」、與尺澤穴間區域即為「尺」，不待丈量測定。

《脈經》並未詳述具體的診脈手法，但透過後世醫家的描述，則能勾勒出一清晰的技術輪廓：令病患手掌朝上，醫者手掌朝下，以己之左手診病患之右手、以右手診左手，由病患手腕外側入指，保持食指位於靠近手腕的一側、無名指位於靠近手肘的一側。下指時，首先以中指覓得腕後高骨，由腕後高骨向手腕內側略為移動，碰觸病人寸口動脈，即確定關部的位置；接著再將食指、無名指一同下落至動脈的寸、尺脈位。若為身材高大之人診脈，三指間距應較為疏鬆；為身材嬌小者診脈，三指間距應較為緊密。三指必須對齊、故不宜留長指甲，如此才能以觸覺最敏銳的指尖隆起處觸摸脈動，但須注意指尖亦有動脈，於診脈時可能造成干擾。三指就位後，先分別以食、中、無名（或中、食、無名）三指，依序切按寸、關、尺（或關、寸、尺）三部脈位，仔細辨別各部脈象的細微特徵；再以三指總按，同時診察寸、關、尺的脈動狀態，比較三部間的脈動差異。

一旦能掌握具體診脈時的俯仰手勢、佈指方法，使食、中、無名指正確地按上寸、關、尺脈位，即可憑藉兩手寸、關、尺脈位與身體各經絡、臟腑的對應關係——即栗山茂久所謂「脈的文法」，將脈搏的律動轉譯為體內契機的實際狀況。

診脈時，除了水平的「寸」、「關」、「尺」三部橫幅座標，還須結合「浮」、「中」、「沉」的深度座標，始能完整描述立體空間中的脈動。《素問·三部九候論》將人身分為上、中、下三部，每部再分天、地、人，合為「九候」，藉由直接切按遍及全身的各經動脈，診察各經脈所繫連的身體部位或臟腑之氣的狀態。而僅取〈三部九候論〉中手太陰肺經寸口動脈一處進行診脈的「獨取寸口」診法，其脈診部位仍有「三部九候」之劃分，將人身上、中、下三部對應於「寸」、「關」、「尺」，原本遍佈全身的診脈位置，則由三部脈位依取脈深度分「浮」、「中」、「沉」，合為九候。

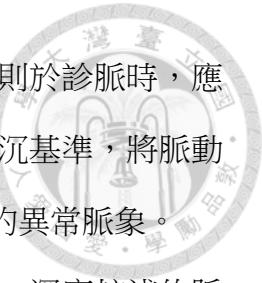
欲診察不同深度的脈動，指下所施力道有輕重之別，《脈經》分以「舉」、「按」



描述診取浮脈、沉脈的施力手法：「舉」是手指先下按後逐漸上舉，若至肌膚淺表仍可感受到脈動，表示脈動深度較正常脈動上浮；「按」是將手指持續下按至深處，若依然可於指下感受到脈動，表示脈動深度較正常下沉。元・滑壽則以「輕按」、「中按」、「重按」對比出診取「浮」、「中」、「沉」深度脈動時指下的力度階梯。

《難經・五難》以具體的實物——「菽」、小豆——作為重量單位，描述診取五臟之脈時指下應施加的力道。明・張世賢認為《難經・五難》本義並非於同一脈位之不同深度即可診得五臟之脈，而仍是分於五臟所對應的兩手寸、關、尺六部脈位診察五臟之脈：肺脈深度最淺，於右寸下指時僅需輕施重如三枚小豆的力量，即可於皮表診得肺脈；左寸心脈深度略深於肺脈，指下力道需增至六枚小豆的重量方可診得心脈；右關脾脈更深於心脈，需以重如九枚小豆的力量下壓至肌肉間，方可診得脾脈；左關肝脈更深於脾脈，需以重如十二枚小豆的力量下壓至筋，方能診得肝脈；左尺腎脈位置最深，需重手下壓至骨始能診得。由此可知，五臟於正常狀態下所呈現出的平脈脈動深度，本就各不相同，實際於左、右手寸、關、尺六部診察五臟之脈時，首需歸零校正各臟脈動的深度基準，始能正確辨識指下脈動的浮沉是否異常，進而判斷被診者各臟的常變、平病。

四時節候對上下浮沉、脈動深度亦會造成影響。傳統醫家認為個我生命與外在的天地萬物，皆由陰陽之氣構成，為一相連通的整體。一切空間、時間內的存有，大至天下九州、小至人體的感官竅穴、五臟、四肢骨節，均與天氣相通。《素問・玉機真藏論》指出：秋天為作物收成、萬物凋零的時節，秋氣有如花葉落盡的空枝般輕盈虛浮，脈動會較平時要來得上浮、接近皮表，指下稍加施力即可診得；寒冷的冬天，萬物皆內斂收藏，脈氣也將迴繞凝聚、潛藏於深處，需重按至深處始能診得脈動。傳統醫家並以江水譬喻氣血、以河道譬喻經脈，《素問・四時刺逆從論》指出：夏天時脈氣旺盛，溢出原有的經脈河道，湧入孫絡支流，充盈於皮膚；在最為炎熱的長夏時節，經脈與絡脈均已充滿，多餘的血氣會漫溢充盈於肌肉；冬天氣血則內斂收藏，脈氣沉降至接近骨骼的深度，如凝凍的江水般滯塞緩慢。即使在無病的狀態下，人體內的脈氣也會隨著四季氣候的遞嬗自然消長



變化：於秋天上浮、冬天下沉。常變的標準，既隨天時而變動，則於診脈時，應當考慮天候對脈動深度造成影響，於不同的季節設定相應的浮沉基準，將脈動深度校準歸零，繼而方能判斷指下脈動深度是否確屬疾病所導致的異常脈象。

不同深度的脈動，徵候不同深度的身體區域。於同一脈位中，深度較淺的脈動徵候腑、較深的脈動徵候臟。左手寸部浮候小腸、沉候心，左手關部浮候膽、沉候肝，左手尺部浮候膀胱、沉候腎；右手寸部浮候大腸、沉候肺，右手關部浮候胃、沉候脾，右手尺部浮候膀胱與子戶、沉候腎。正常的狀況下於各部脈位輕取、重取都應能診得或弱或強的脈動，倘若浮取無脈，代表腑氣衰微，沉取無脈，則代表臟氣已絕。傳統醫家特以「無根」強調各部脈位倘若沉取無脈或左右兩尺無脈，代表先天腎水衰竭，就如同根系斷絕的樹木，縱使枝條花葉仍生機蓬勃，卻注定枯槁死亡。

脈動之深淺亦反映病邪所在的位置，並能推知病邪的性質：診得上浮於皮表的浮脈，代表病邪在身體表層，多肇因於風、熱，且往往為正氣不足導致外邪客留的虛證；重手始能於深處診得沉脈，則知病邪藏於身體內裏，多代表有水、寒、氣凝滯積聚於體內，多屬實邪客留的實證。

掌握脈位、浮沉等空間因素後，接著需審視脈動的速度。中國傳統醫家以「一呼再至，一吸再至」、「呼吸定息，脈五動」為脈動速度基準，醫者需維持自身於「平人」狀態，始能正確衡量患者脈動是否偏離、異常。傳統醫家並未試圖尋求一外在的標準，取代受健康狀態影響、因人而異的呼吸，避免人為因素可能造成的誤差，反而如 Mauss 所指出，視身體為人最自然、也最首要的工具與訓練對象，致力提升與生俱來的身體「工具」自身的能力，成為不病的平人典範。對勘致力排除人為因素、追求外在客觀標準，以鐘錶、儀器衡量脈搏速度快慢的西方醫學，適突顯中國傳統醫學以典範人物的理想狀態作為衡量標準的特質。與其說傳統醫學以呼吸衡量脈速的方式，是計時工具落後的權宜之計，不如說在診察思維上，傳統醫家於最初便選擇了一條不同的進路。

傳統醫家指出脈動的頻率，反映脈氣的運行速度。傳統醫學致力掌握每一個



具體之人的特殊性，兒童與性急之人通常脈動較迅速、年長與性緩之人通常脈動較緩慢，是以不同年齡、性情的人，其脈動速度的基準也隨之稍有不同，由此可見脈所徵候的對象同時含括身體與心靈範疇。相較之下，面對同樣的脈搏現象，西方醫學本於解剖學、生理學知識，認為脈搏為心臟搏動、動脈收縮舒張，脈搏頻率的快慢僅與心臟機能、心臟電訊號以及其他影響交感或副交感神經的因素相關，而無法透過脈速窺見心臟以外的身體狀態。

脈動速度偏快或偏慢均反映氣運行速度的異常，速度較平脈為快的「至之脈」，由一呼三至、一呼四至、一呼五至乃至於一呼六至，所對應的身體狀態依序為氣行偏離常軌的「離經」、精氣耗散的「奪精」、已見死兆的「死」、瀕臨死亡的「命絕」，反映脈中之氣因衰竭散亂、失序奔竄的狀況，脈動速度愈快，所徵候的病情愈是嚴重。

脈動速度較平脈緩慢的「損之脈」，由一呼一至、二呼一至、三呼一至、四呼一至，所徵候的身體狀態依序為脈氣緩慢、疏懶乏力，氣血衰竭、不能遍及經脈的「離經」，脈氣不能帶動血行、五臟得不到滋養而枯竭的「奪精」，氣血衰盡、神魂亡失的「死」，乃至脈氣已盡、生機滅絕的「命絕」。

由此可發現，「損」、「至」兩種快慢不同的速度傾向，都可能是氣血不足所致，而於不同的病況機緣中發展為迥然不同的脈動速度。有鑑於此，古代中醫在進行脈診時，仍需參綜脈動之力度，始能確認氣血的虛實狀態：脈動虛弱無力，顯示體內氣血的衰損；脈動強而有力，可能為血氣充實的表徵，亦可能為實邪客留體內所導致。經由對指下脈動力度的虛實解讀，便能不受速度快慢的影響，掌握更真實完備的體況。

由指下脈動的快慢，亦可解讀體氣的寒熱。檢視《脈經》中以脈動速度為脈象特徵的數脈、緩脈、遲脈、虛脈所徵候的身體狀態，可發現與「數為有熱，遲則生寒」的基本原則大致相符：指下診得偏快的數脈，多見熱證；診得偏慢的緩脈、遲脈、虛脈，則多屬寒證。

醫者於指下診得脈速偏快、脈動節律均勻的「數脈」，往往可在患者身上發現



身體發熱、小便深紅、腸道灼熱、情緒煩躁等明顯的「熱」象。診得「來去亦遲」、脈動緩慢的「緩脈」，多為氣血不足或身有寒證，造成脈氣運行速度減緩所致。診得比緩脈更慢，「呼吸三至」的「遲脈」，多徵候寒證，血少氣虛的患者，脈中運行的正氣、陽氣不足，致使脈氣虛寒、脈動遲緩。與遲脈速度相若的「虛脈」則以寬大不凝聚、軟弱無力、按之空虛的觸感為其主要特徵，多徵候脈氣虛弱的病症。

然而脈的搏動速度有時並不僅是規律、均勻、不斷反覆的快疾或遲緩，而可能會有速度的變異、搏動的間歇。《脈經》以脈動速度為特徵的八種脈象中，即有促脈、結脈、濇脈、代脈四種以脈動速度中止為主要特徵，倘不計搏動時的異常中止，促脈與數脈、結脈與緩脈、濇脈與遲脈，兩兩之間速度大抵相若。

「促脈」的成因可能是陽邪熱盛，脈氣運行過於迅速而暫時脫離常軌，歷代醫家以人快步疾走時突然跌倒，形容促脈數而中止的脈動節奏。此外氣、血、痰、食，或是外來的風、寒、暑、濕、燥、火等六氣，內在喜、怒、憂、思、悲、恐、驚等七情，都會鬱積阻礙脈氣的運行，使得原本往來迅疾的脈動為之暫停。

「結脈」與緩脈速度相若，最主要的脈象特徵在於「時一止復來」、「時一止無常數」，脈動不規律地停頓一下，然後才繼續搏動，回歸原本緩慢的脈動速度。歷代醫家指出患者本身陰盛氣寒，或者體內有多餘的氣、血、痰、飲、食，均可能使脈氣結滯，醫者可於指下診得結脈。

速度與遲脈相若的「濇脈」，亦會出現不規律的短暫中止，但是「『或』一止復來」的濇脈並不以脈動中止為其必然的脈象特徵。歷代醫家以「如刀刮竹」、「如雨沾沙」等鮮活的意象，生動傳達了濇脈於指下所表現出滯濇、脈動艱難、不均勻、脈形的細小易散亂的指下手感。由此也可理解濇脈的暫止現象，不同於促脈、結脈般肇因於脈氣受阻所產生的頓挫，而是氣血流動艱難的表現。分析歸納濇脈所徵候的病證，可發現濇脈並未與寒證或熱證有明確的關連，其主要徵候的為氣血耗損（特別是失血）的身體狀態；或可由此推測，濇脈與遲脈相近的遲緩速度，應是建立於氣血虛損的共同基礎上。



代脈的中止間歇亦與結、促脈不同，結脈與促脈的歇止並無規律可循，但代脈於每一次的歇止之間所間隔的脈動次數均為一致、有規律可循。結、促脈歇止後會迅速恢復搏動，在診察時感覺只是指下脈動偶然漏了一拍；代脈則會有較長時間的中止。這是因為代脈是心、肝、脾、肺、腎五臟之中的某一臟臟氣絕盡所致：行經寸口的脈氣缺少了一臟之氣，需待其他臟腑的脈氣代替填補缺口，因此脈動歇止時彷彿無力自行恢復搏動，需等待較長的時間才能再度恢復搏動。古代醫家對這種異乎尋常、往往預告死亡的中止脈象有相當詳細且深入的觀察，發現間隔五十動以下的脈動中止，都可能是危候死兆。

傳統醫家將患者多元、歧異、看似沒有秩序、無明顯連動關係的身體感，透過六經辯證系統歸類、掌握其證型，並以寸口一窺全身氣機，於指下切得相應合拍於證型的脈氣流經，再透過具象的語言載於醫籍，傳遞給後學，讓有心學習者能夠掌握此一複雜的身體。

在試圖複製《脈經》診脈技術，並探究脈位、深度、速度與力度等基本元素所代表的意義後，我們可發現脈診不僅只是診察疾病的「治已病」之技，更是認識自己的途徑。從有形的軀體乃至隱微的情緒，一切變動均會牽動體氣，改變脈動之部位、浮沉、快慢、強弱，透過診脈，身心的具體狀態纖毫畢現、無所隱遁。也唯有真正認識自己，始能覺察醒悟導致身心偏離常軌的原由，正確選擇治療、修養一己身心的方法，使身體與心靈能由「病」的異常狀態重返無病的「平人」之境，更在認識自我的過程中時時惕勵，踏上「賢人」、「聖人」、「至人」、「真人」的階梯，通往理想的生命境界。



參考文獻

一、傳統文獻

- 王叔岷：《莊子校詮》（臺北：中央研究院歷史語言研究所，1988年）。
- （戰國）秦越人撰，（明）王九思等集注：《難經集注》（北京：中華書局，1991年）。
- 郭藹春主編：《黃帝內經素問校注》（北京：人民衛生出版社，1992年）。
- 郭藹春主編：《黃帝內經靈樞校注語譯》（天津：天津科學技術出版社，1989年）。
- （漢）司馬遷：《史記》（北京：中華書局，1959年）。
- （漢）司馬遷撰，〔日〕瀧川龜太郎考證：《史記會注考證》（臺北：洪氏出版社，1981年）。
- （漢）班固著，唐·顏師古著：《漢書》（北京：中華書局，1987年）。
- （漢）張仲景撰，（晉）王叔和編，（宋）成無己注《傷寒論》（臺北：臺灣中華書局，1965年）。
- （漢）許慎撰，（清）段玉裁注：《說文解字注》（臺北市：洪葉文化，1999年）。
- （漢）趙岐注，（宋）邢昺疏，（清）阮元校定：《孟子注疏》，《重刊宋本十三經注疏：附校勘記》（臺北：藝文印書館，1955年）。
- （漢）趙岐注，（宋）孫奭疏：《孟子注疏》（臺北：藝文印書館，1969年）。
- （魏）王弼撰：《老子四種》（臺北：大安出版社，1999年）。
- （魏）王弼撰，樓宇烈校釋：《王弼集校釋》（臺北：華正書局，1992年）。
- （晉）王叔和：《脈經》（臺北：皇極出版社，1983年，清嘉慶宛委別藏本）。
- （晉）王叔和：《脈經》（臺北：臺北商務，1965年）。
- 沈炎南主編：《脈經校注》，收入《中醫古籍整理叢書》（北京：人民衛生出版社，1991年）。
- （晉）王叔和撰，明·張世賢註：《圖註脈訣辨真》，收入曹炳章編：《中國醫學大成續集》（上海：上海科技出版社，2000年）。



- (晉) 葛洪：《肘後備急方》(上海：商務印書館，1955 年)。
- (隋) 巢元方：《諸病源候論》(臺北市：文光書局，1981 年)。
- (唐) 王冰著，宋·高保衡、林億等校正：《重廣補注黃帝內經素問》(臺北：藝文印書館，1965 年)。
- (唐) 孫思邈：《千金翼方》(台北市：自由出版社，1976 年)。
- (唐) 孫思邈撰、李景榮等校釋：《備急千金要方校釋》(北京：人民衛生出版社，1998 年)。
- (唐) 張守節：《史記正義》(臺北：臺灣商務，1983 年)。
- (唐) 楊上善：《黃帝內經太素》(臺北：藝文印書館，1970 年)。
- (唐) 魏徵、長孫無忌等：《隋書·經籍志》(北京：中華書局，1973 年)。
- (宋) 朱熹：《四書章句集注》(臺北：大安出版社，1999 年)。
- (元) 張道中撰，舊題(南宋)·崔嘉彥撰：《崔氏脈訣》，收入《脈學名著十二種》。
- (元) 滑壽《診家樞要》，收入《脈學名著十二種》。
- (元) 滑壽等著，郝恩恩、張慧芳、孫志波校注：《脈學名著十二種》(北京：中醫古籍出版社，2005 年，6 月)。
- (元) 戴啟宗：《脈訣刊誤》(臺北：藝文印書館，1967 年)。
- (明) 李中梓：《診家正眼》，收入《脈學名著十二種》。
- (明) 李中梓：《醫宗必讀》(北京：人民衛生出版社，1994 年)
- (明) 李時珍：《瀕湖脈學》，收入《文津閣四庫全書》(北京：商務印書館，2006 年)。
- (明) 徐春甫輯：《古今醫統大全》(瀋陽市：遼寧科學技術出版社，2007 年)。
- (明) 張介賓：《景岳全書》(臺北：臺灣商務，1970 年)。
- (明) 張介賓：《類經》(臺北：臺灣商務，1974 年)。
- (明) 張世賢：《圖注八十一難經》，收入舊題王叔和作《圖註難經脈訣》(臺南：啟仁書局，1968 年)。
- (明) 楊繼洲：《針灸大成》(臺北：大中國圖書股份有限公司，2002 年年)。



- (明) 劉純：《醫經小學》(北京市：中國中醫藥出版社，1999年)。
- (明) 聶廷賢：《壽世保元》(上海：上海科學技術出版社，1959年)。
- (清) 何夢瑤：《醫砭》(上海：上海科學技術出版社，1982年)。
- (清) 余之隽：《脈理會參》，收入《脈學名著十二種》。
- (清) 吳謙等編：《刺灸心法要訣》(臺北：新文豐出版公司，1985年)。
- (清) 吳謙等編：《訂正仲景全書傷寒論注》(臺北：新文豐出版公司，1994年)。
- (清) 李延昱：《脈訣匯辨》(上海：上海科技出版社，1963年)。
- (清) 俞樾：《春在堂全書》(臺北：環球，1968年)。
- (清) 徐大椿撰，趙蘊坤、趙生泉、趙泓校勘：《脈訣啟悟》，收入《徐靈胎醫書全集》(太原：山西科學技術出版社2001年)。
- (清) 張志聰：《黃帝內經靈樞集注》，收入鄭林主編：《張志聰醫學全書》(北京：中國中醫藥出版社，1999年)。
- (清) 曹雪芹撰，高鶚續著：《紅樓夢》(庚辰本)(臺北：聯經書局，1991年)。
- (清) 陳士鐸：《脈訣闡微》，收入《脈學名著十二種》。
- (清) 陳念祖：《醫學實在易》(上海市：昌文書局，1926年)。
- (清) 黃琳：《脈確》，收入《脈學名著十二種》。
- (清) 葉霖：《脈說》，收入《脈學名著十二種》。
- (清) 葉霖：《難經正義》(上海：上海科學技術出版社，1981年)。
- (清) 趙濂：《醫門補要》(上海：上海衛生出版社，1957年)。
- (清) 羅國綱：《羅氏會約醫鏡》，收錄於《中國本草全書》第109卷(台北：華夏出版社，1999年)。
- (清) 羅學霆：《三指禪》(北京：中國中醫藥出版社，1992年)。
- (清) 顧靖遠：《顧松園醫鏡》(北京：中國醫藥科技出版社，2014年)。

二、近人專著



- 王沃春主編：《醫學實在易注釋》（長沙：湖南科學技術出版社，1998年）。
- 王唯工：《氣的樂章》（臺北：大塊文化出版社，2002年）。
- 余嘉錫：《四庫提要辨證》（北京：中華書局，1980年）。
- 李伯聰：《扁鵲和扁鵲學派研究》（西安：陝西科學技術出版社，1990年）。
- 李建民：《死生之域：周秦漢脈學之源流》（臺北：中央研究院歷史語言研究所，2001年）。
- 李約瑟：《中國科學技術史》（北京：科學出版社，1990年）。
- 杜祖貽、關志雄：《中醫學文獻精華》（香港：商務印書館，2004年）。
- 汪暉：《現代中國思想的興起》（北京：生活·讀書·新知三聯書店，2008年）。
- 范行準：《中國病史新義》（北京：中醫古籍出版社，1989年）。
- 徐復觀：《中國人性論史》（臺北：學生書局，1969年）。
- 馬王堆漢墓帛書整理小組編：《五十二病方》（北京：文物出版社，1979年）。
- 馬繼興：《中醫文獻學》（上海：上海科學技術出版社，1990年）。
- 高大倫：《張家山漢簡《脈書》校釋》（成都：成都出版社，1992年）。
- 梁漱溟：《東西文化及其哲學》（臺北：臺灣商務，2002年）。
- 陳欽銘：《脈經新解》（臺北縣新店市：國立中國醫藥研究所，1995年）。
- 章太炎著：《章太炎全集（八）》（上海：上海人民出版社，1994年）。
- 黃世林、孫明異：《中醫脈象研究》（北京：人民衛生出版社，1986年）。
- 黃維三主編：《針灸科學》（臺北：正中書局，1985年）。
- 楊杰主編：《中醫脈學——歷代醫籍脈診理論研究集成》（北京：北京科學技術出版社，2013年）。
- 廖平：《廖平醫書合集》（天津：天津科學技術出版社，2010年）。
- 廖育群：《重構秦漢醫學圖像》（上海：上海交通大學出版社，2012年）。
- 蔡師璧名：《身體與自然——以《黃帝內經素問》為中心論古代思想傳統中的身體觀》（《臺大文史叢刊》102期，1997年）。
- 韓健平：《馬王堆古脈書研究》（北京：中國社會科學出版社，1999年）。



[日]山田慶兒著，廖育群、李建民編譯：《中國古代醫學的形成》(臺北：東大出版社，2003年)。

[日]栗山茂久著，陳信宏、張軒辭譯：《身體的語言：古希臘醫學和中醫之比較》(上海：上海書店出版社，2009年)。

[日]湯淺泰雄：《氣・修行・身體》(東京：平河出版社，1986年)。

Arthur C. Guyton, 林富美、林則彬、賴亮全譯：《蓋統生理學——生理及疾病機轉(上冊)》(臺北：華杏出版，1995年)

Arturo Castiglioni 著，程之范主譯：《醫學史(上)》(桂林市：廣西師範大學出版社，2003年)

Donald A. Neumann, Mosby Elsevier, *Kinesiology of the Musculoskeletal System : Foundations for Rehabilitation* (St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier, c2010).

Gilbert Ryle, *The Concept of Mind* (New York: Barnes & Noble, 1949).

James Nihell, *New and Extraordinary Observations Concerning the Prediction of Various Crises by the Pulse*, 2d. ed., (London: John Whiston, Lockyer Davis, John Ward, 1750)，收入《身體的語言》。

John E. Hal & Arthur C. Guyton, *Guyton and Hall textbook of medical physiology* (Philadelphia, PA : Saunders/Elsevier, c2011).

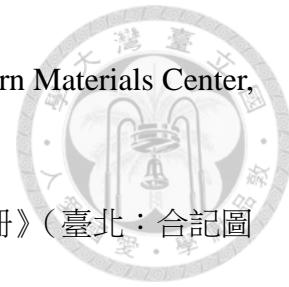
Joseph Needham 著，陳立夫主譯：《中國之科學與文明》(第二冊)(臺北：臺灣商務，1971-1982年)。

Marcel Mauss, *Sociology and Psychology: Essays*, trans. Ben Brewster (London; Boston: Routledge and Kegan Paul, 1979)，收入《身體的語言》。

Michael Polanyi 著，許澤民譯：《個人知識——邁向後批判哲學》(貴陽：貴州人民出版社，2000年)。

Nora Goldshlager, Mervin J. Goldman 原著，廖述朗編譯：《臨床心電圖學》(臺北：義軒，1995年)。

Paul U. Unschuld, *Medicine in China: A History of Ideas*. (Berkeley and Los Angeles:



University of California Press, 1985) Reprint (Taipei: Southern Materials Center, Inc., 1987).

Richard N. Mitchell 原著，李懌鑫等譯：《小 Robbins 病理學手冊》(臺北：合記圖書，2011 年)。

Roy Poter 主編，張大慶主譯：《劍橋插圖醫學史》(臺北：如果出版，2008 年)。

三、期刊論文

全漢升：〈清末西洋醫學傳入時國人所持的態度〉，《食貨》第 3 卷第 12 期（1936 年）。

伍振勳：〈荀子的「身、禮一體」觀——從「自然的身體」到「禮義的身體」〉，《中國文哲研究集刊》19 期（2001 年 9 月）。

江鳳凰：〈脈診 1.2.3.——閒話弦脈〉，《中華中醫雜誌》第 5 卷第 1 期（2010 年 12 月）。

何志國：〈西漢人體經脈漆雕考〉，《大自然探索》第 14 卷 53 期（1995 年）。

余邦慈：〈中醫脈象的形成機理及其診斷意義的剖析〉，《安徽中醫學報》試（1）刊（1982 年）。

翁清松、徐良育、張永賢、姜禮能：〈中醫語音聞診於上消化道疾病之探討〉，《中華醫學工程學刊》第 18 卷第 4 期（1998 年 12 月）。

袁國華：〈出土文獻與《黃帝內經·素問·三部九候論》互證一則〉，《中醫藥雜誌》24 期（2013 年 12 月）。

馬繼興：〈從三種古文獻看經絡脈學說的形成和發展〉，收入馬繼興著、萬芳編輯：《馬繼興醫學文集》（北京：中醫古籍出版社，2009 年）。

馬繼興：〈繼敦煌殘卷中發現《內經》古診法後的再發現〉，《上海中醫藥雜誌》（1991 年 5 月）。

張恒鴻：〈中醫聞診現代化研究（3）——陽虛患者之語音分析〉，《行政院衛生署



- 中醫藥年報》第 19 卷第 3 期（2001 年 10 月）。
- 張家山漢墓竹簡整理小組：〈江陵張家山漢簡概述〉，《文物》第 1 期（1985 年）。
- 莊惠綺：〈貌合神離？——中國中古時期望診和相術的操作與應用〉，《中正歷史學刊》13 期（2010 年 12 月）。
- 陳建仲：〈中醫脈診證型之研究與應用〉，《行政院衛生署中醫藥年報》第 26 卷第 5 期（2008 年 8 月）。
- 陳婷、公秀珍：〈關於《難經》脈法中的「獨取寸口」〉，《山東中醫藥大學學報》第 21 卷第 6 期（1997 年 11 月）。
- 陳婷：〈《脈經》一書性質的再認識〉，《中醫文獻雜誌》2009 年第 4 期。
- 陳道純：〈王叔和編次《傷寒論》質疑〉，《中醫文獻雜誌》1996 年第 3 期。
- 彭堅：〈帛書《脈法·相脈之道》初探〉，《中華醫史雜誌》1993 年第 2 期。
- 彭堅：〈論倉公〉，《湖南中醫學院學報》1982 年第 3 期。
- 黃岑漢：〈從古代脈法探討經絡與脈診的關係〉，《中華中醫藥雜誌》第 20 卷第 10 期（2005 年）。
- 黃雅慧、簡志瑋、林迺衛、陳仁義、葉明憲：〈脈診的一致性和其重要結構的成份分析〉，《臺灣中醫科學雜誌》第 5 卷第 2 期（2011 年 2 月）。
- 黃龍祥：〈經絡學說的由來〉，《中國針灸》1993 年第 5 期。
- 楊賢鴻：〈中醫聞診現代化研究（4）——陽虛患者之語音分析〉，《行政院衛生署中醫藥年報》第 19 卷第 3 期（2001 年 10 月）。
- 楊儒賓：〈支離與踐形——論先秦思想裏的兩種身體觀〉，收入氏編：《中國古代思想中的氣論與身體觀》（臺北：巨流，1993 年）。
- 楊儒賓：〈莊子「由巫入道」的開展〉，《國立中正大學中文學術年刊》，2008 年第 1 期。
- 詹炎松、林美鶯、徐明華、黃明我、陳俊明、林秀真、吳萬力、張金火、潘念宗：〈肝硬化或肝癌之脈象〉，《中醫藥雜誌》第 3 卷第 2 期（1992 年 10 月）。
- 賈成祥：〈中醫脈診起源的假說與推闡〉，《四川中醫》第 25 卷第 4 期（2007 年 5



- 月)。
- 廖育群：〈《素問》與《靈樞》中的脈法〉，收入山田慶兒、田中淡編：《中國古代科學史論·續篇》(京都：京都大學人文科學研究所，1991年)。
- 廖祥琳、楊中賢：〈問診的臨床操作技巧——症狀的動態變化與時序〉，《臺灣中醫醫學雜誌》第11卷第2期(2013年9月)。
- 劉士敬、朱倩：〈「相脈之道」考析〉，《中華醫史雜誌》第27卷第4期(1997年10月)。
- 劉耕豪、陳玉昇、葉柏巖、游均晶、游智勝：〈脈之根柢探源——由中醫典籍及現代生理切入探討〉，《中醫藥雜誌》24卷第1期(2013年6月)
- 蔡師璧名：〈「形如槁木」：《莊子》書中專家的身體境界與技術〉(第三屆道教與當代社會研討會，德國慕尼黑漢學中心亞洲研究學系、波昂氣功養生醫療協會、慕尼黑中醫國際協會主辦，2006年5月26-28日)。
- 蔡師璧名：〈重審陰陽五行理論：以本草學的認識方法為中心〉，《臺大中文學報》12期(2000年5月)。
- 蔡師璧名：〈疾病場域與知覺現象：《傷寒論》中「煩」證的身體感〉，收入余舜德主編：《體物入微：物與身體感的研究》(新竹市：國立清華大學出版社，2008年)。
- 蔡運寧、黃怡嘉、蘇奕彰：〈寸口脈診量測定位之文獻研究〉，《臺灣中醫醫學雜誌》第8卷第1期(2009年3月)。
- 盧桂珍：〈王弼、郭象性情論研考〉，《臺大中文學報》第25期(2006年12月)。
- 戴君強：〈尺脈變化在婦科與腎臟科上的重要意義——尺脈記錄獨立於脈診〉，《中醫藥研究論叢》第8卷第1期(2005年3月)。
- 謝克慶、和中俊、梁繁榮、何志國：〈「西漢人體經脈漆雕」的價值和意義〉，《成都中醫藥大學學報》(1996年1月)。
- 韓健平：〈出土古脈書與三部九候說〉，《中華醫史雜誌》第27卷第1期(1997年1月)。



羅志聰：〈生物力學在中醫脈象分類中的應用〉，《中醫藥研究資料》第 1 期（1983 年）。

羅明宇：〈《傷寒論》望診的相關論述和臨床應用〉，《北市中醫會刊》第 16 卷第 4 期（2010 年 12 月）。

羅綸謙：〈中醫聞診現代化之研究（2）——陰虛患者之語音分析〉，《行政院衛生署中醫藥年報》第 16 卷第 1 期（1998 年 5 月）。

Duchemin de l'Etang, "Lettre sur la doctrine du pouls," *Journal de me'decine, de chirurgie, et de pharmacie* 29(1768)。

Richard Burke, "What are the Practical Indications of the Pulse in Disease?" *London Medical Gazette* 20(1837)。

William Heberden, "Remarks on the Pulse," *Medical Transactions of the Royal College of Physicians* 5(1722)。

Yuh Ying L. Wang, S.L. Chang, Y.E. Wu, T.L. Hsu, and W.K. Wang, "Resonance: The Missing Phenomenon in Hemodynamics." *Circulation Research* 69 (1991).