

百 家 园

“气不足便是寒”刍议

“阳虚生外寒”、“气虚则必寒”，曾有论述，而“气不足便是寒”尚无专论。为便于临床运用，兹刍议之。

1 “气不足便是寒”说的由来及其意义

“气不足便是寒”乃明代医家张景岳提出的论点，由于先贤朱丹溪认为“气之病寒者十无一二”，从而有“气有余便是火”说，而张氏则认为，只讲气有余便是火，有偏颇之见，于是反之曰“气不足便是寒”（《景岳全书·辨丹溪》）。在张氏看来，气本属阳，阳实固能热，阳虚亦能寒。此不仅完善了“气有余便是火”的学说，而且发展了气病尤其是气虚病的理论。之后，明末清初医家喻嘉言推崇温补，又引申这一论点说：“丹溪曰气有余便是火，故实能受寒，而余续之曰，气不足便是寒，故虚能受热”（《医门法律·先哲格言》）。此无疑将气虚之治，推进了一步。

然气不足与气虚，严格说，是有区别的，否则“气不足便是寒”与“气虚者寒也”之经旨则毫无二致，从而也就失去实际意义。一般说，虚与实，即有余与不足，但细细揣摩，二者虽质同而量不同。如气有余为火，气不足为寒，气虚亦为寒；同为气，可为火，可为寒，是量变到质变的过程。寒与火冰炭不相容，是质的不同，而寒与寒冰还是冰，其质未变，仅是量差。对此，清·周学海颇有见解，认为气蕴含津。气中有津，方如雾露之溉，温润万物，“气若离乎津，则阳偏胜，即气有余便是火”（《读医随笔》）。从这个意义上说，气有余是无津而阳盛，反之，气虚是阳与津皆虚，而阳虚稍甚于津虚，若气不足阳与津皆不足，而阳不足尤甚于津不足。此既阐发了“气津不相离”之理，也说明气虚与气不足二者量的不同。故临床上气不足较气虚更能耐受温补。

2 “气不足便是寒”说在临床上运用

“气不足便是寒”，并非由气变寒，而是由于气不足引起机体的各种病理变化。故辨此证时，既要与气虚、阳虚辨，又要与虚寒、实寒辨。然而，与实寒辨较易，与阳虚、气虚和虚寒辨较难。因与前者辨有质的区分，与后者辨仅系量的多少。由此看来，质差不可不辨，量差即一时难以辨清，只要用药掌握分寸也无足顾虑。

我临证时，大抵抓住两点：一是见有寒象者必求其

气不足；二是见有气不足症状者必斟酌用温药。

如有些病人，诊之并无气不足症状显露，但常常有自觉畏寒症状，此时应当着力求其寒象之属性，是因热、因瘀而假寒，还是因寒、因冷而真寒，一一辨析排除后，方可确诊为气虚或气不足而寒。我体察，气不足病人，在年龄上多为中老年人，因“行年五十以上，降气多而升气少，降者阴也，升者阳也”（《内经知要·道生》），故多气不足；在禀赋上多为体质素弱之人，由于先天不足，元气亦不足；在病程上多为慢性病，病久五脏多伤，易患气不足；在病种上多为免疫性疾病，如类风湿性关节炎、慢性乙型肝炎以及免疫性溶血性贫血等；此外，慢性肺病、胃病和心脏病等也可出现气不足。这些病，又由于久治不愈，往往辛热、苦寒杂药乱投，易于热伤气，苦寒化火，使气不足。故我治此类病，凡问之患者屡觉身寒，手足欠温，又无新感，即按气虚或气不足论治，常能收到满意效果。如徐某，男，48岁，患胃及十二指肠溃疡1年余，叠经中西药治疗鲜效。余诊之，脉舌如常，二便自调，唯诉胃脘隐痛，每食荤饮酒后加重；询之背部时时畏寒。拣阅前方，非干姜、良姜、附片之辈，即山梔、黄芩、黄连之属，诊断为气虚胃脘痛。乃拟甘温益气法，选用黄芪建中汤化裁：炙黄芪30g，川桂枝9g，炒白芍18g，炒枳壳6g，生龙骨10g，炙甘草6g，红枣7枚，生姜10g，饴糖（炖化和服）30g。上方先后煎服20剂，脘痛止，背寒消失。从此证析之，背寒原非饮、湿内阻，而是脾胃气虚不能温煦胸阳。由于脾胃之气不能至肺至肾，胸阳不足，肾气亦不足。方中加枳壳，非为破气，少量用之，既可消除白芍、黄芪之胀满，又可助黄芪以补气；加龙骨不但敛内气，气因得和，更可发挥其粘涩之性，有助于溃疡面愈合，故疗效显著。

至于有些病人，虽无寒象，但有气虚或气不足症状者，则需根据不同疾病和不同脏器的气虚特点，分别选用甘温益气药。张景岳云：“气虚者，声音微而气短似喘者”，故我治慢性肝炎、慢性肾炎或泌尿系结石，凡病人声音微弱而气短似喘者，多用保元汤加味；慢性支气管炎或伴肺气肿病人，凡吸人气短而声微细者，常选肾气丸配合治疗，俱获效验。

综上所述，“气不足便是寒”说，值得予以重视。

安徽省天长县中医院（安徽 239300） 雍履平