

• 理论探讨 •

五运六气在中医学学术史上的地位

孟庆云

(中国中医科学院中医基础理论研究所,北京市东直门内南小街16号,100700)

**[摘要]** 五运六气又称运气,源自《内经·素问》之“七篇大论”。其深奥至要素来被称为“医门之玄机”,又因其对中医理论之增益和提升,被视为“医籍中至宝”。其对中医学学术发展的贡献主要有:(1)扩展了中医理论体系的框架;(2)建立了五运主病和六气为病的流行病学纲要;(3)提出了气化学说的理论纲领;(4)论述病机并衍发为病机学说;(5)成为后世养生理论之龟镜。

**[关键词]** 五运六气;中医学;学术史

金代医学家刘完素在《素问玄机原病式·序》中称“医教要乎五运六气”,明代马蒔称《素问》的七篇大论为“医籍中至宝”。明代学术通人宁王朱权在《乾坤生意》中,对五运六气的医学价值做了很精辟的概括,他说:“运气证治者,所以参天地阴阳之理,明五行衰旺之机。考气候之寒温,察民病之凶吉,推加临补泻之法,施寒热温凉之剂。古人云:治时病不知运气,如涉海问津,诚哉言也”。朱氏距今已近500年了,况对运气的评价仅仅是从临床的试合认同,时至今日,我们可以从中医学学术发展史的层面,揆诸其蕴义,纵然是时运交移,质文代变,但仍能发覆展获,深见其理论的穿透力。五运六气对中医学学术发展的贡献有以下几端。

1 扩展了中医理论体系的框架

中医学成为独特的理论体系,是因为有理论框架支撑着学术大厦,而且随着框架的拓展和层次的提升,这个大厦日渐壮丽辉煌。这也是中医自身发展规律之一。《内经》的文本是以阴阳五行作为框架。这个框架可堪为科学史专家库恩所谓的“科学范型”(paradigm),是指在一定时期学术共同体成员所共有的信念、价值、技术手段等的总体,是学术操作的共有的基础和准则。阴阳五行是认识自然的观念、方法,也是基本的思维模式和对自然事物的分类判据。中国古代自《易经》起,就把阴阳作为一种本体论,用以说明万事万物的发生、发展等变化,之后又发展为方法、思维方式并抽象为哲学理论。五行从《尚书·洪范》的五种势力形式(见陈遵妫《中国天文学史》),经《管子·五行》的“作立五行,以正天气”,到《史记·历书》“黄帝考定星历,建立五行”,《史记·日者列传》“人取于五行者也”。由是五行从物而及天地人,是对自然图式及规律的认识。但是随着人类对自然认识的发展,阴阳五行的原初框架在术数和医学中已经不敷所用了,正值期待突破之际,有学者把阴阳五行发展为五运六气。阴阳的一分为二演为三阴

三阳,五行又有五运太过不及之化。五运又和六气交叉联系。仅从气象因素而论,五运六气及其太过、不及的气候模式,比按时序的四季更为丰富。而且因于对运与气交叉的“与天地同和”的观察中,人们认识到更多的自然现象,特别是生命现象,其解释能力也远远超越了以前的相生、相克、离合等等。五运六气发现了许多自然和生命的规律,例如气候和生命的周期现象,人在不同气候模式中的常见病、多发病情况,自然和人的气化规律和病机问题等等。这一拓展和增高的新理论框架,不仅纳入了东汉以前的医学实践,其后的一些医学成果,也往往续接在这个框架上,例如金元四家的医学成就乃至温病学说等等。可见五运六气对拓展中医理论的意义之重大。

七篇大论自王冰推出以后,或因非《素问》原文而被视为伪书而不取,或因过于重视格局推演的准确性而争议不休,以致对其构建《内经》理论框架的重要意义反而被忽略了。对于运气的推演,《素问·五运行大论》就说过,应该持“不以数推,以象之谓也”的态度。大论本身也没将推演视为第一要义。五运六气的理论框架对于中医学的发展无疑是最为重要的。

2 建立了五运主病和六气为病的流行病学纲要

人类进入农牧社会以后,对季节等时间因素和六气非常重视。《内经》多篇论述四时和六气的致病问题。但在七篇大论里,把五运主病和六气为病论述得最为确实而系统,不仅是病象逼真准确,而且奠定了中医病因学和时病疫病的理论基础。

五运六气的总则是“顺天察运,因变以求气”。五运是五行之气运行于气交之中,运气学说认为它源于五行,以其五行的特征和时序的四季相应而影响人的健康,五运可以用天干符号来表达,在五种不同气候模式中,对人体的藏象经络呈不同的亲和性,这种以时间时序为特征的致病为五运主病。《素问·五运行大论》指出五运主病原因是“五气更立,各有所先,非其位则邪,

当其位则正",即按一年五季的当令时序提前或错后,都是"非其位则邪"而致病。《素问·气交变大论》详述了岁运太过和不及所累及的脏腑和主要症状表现的 10 种情况,论中虽然没有述及是否有统计资料为凭,但这种概括今天看来已经是成熟的病因学内容了。又在《素问·六元正纪大论》叙述了五运回薄,盛衰不同,郁积乃发,发生五郁的情况。以其天人相应,气候有五郁,人的五脏也呈现五郁而发生五种郁证。此中论述了五郁之证的特征,也推论出相应的治则治法。这也是对中医证候学的丰富。金元医家朱丹溪正是在研究五郁中以其独到的见解而卓成一家的。

从医和到《内经》,都把风、寒、暑、湿、燥、火六种因素作为影响健康和疾病的重要因素,称为六气。在五运六气中,六气间阐述的是地面垂直气候的特征,以地支为符号,可按阴阳论其属性划分为三阴三阳。如果说,五运是以时间气象因素为特征的话,六气则以空间的垂直气象为主。但六气在不同的年代有其变化,而在一年的六个节段中变化就更大,故六气重视的是客气的司天、在泉。

作为致病因素的六气,在七篇大论纳入《内经》前,古人已经认识到六气太过可为六淫,六气致病都可引起发热,以六气杂至相合来解释痹证、诸风、泄泻、水肿、疼痛等,而在五运六气中的六气为病,则更具有深刻性、丰富性与系统性。此之六气,既是可以周期循环出现的六种气候模式,又是以其气化胜复、太过、不及、同化、兼化、非其时有其气的重要因素。《素问·五运行大论》以"不当其位者病",《素问·六元正纪大论》以"非气化者,是谓灾也",以此,六气的异常气化都成为致病的病因,比之六淫具有更多的致病要素。

六气为病的理论,对于致病情况的认识,远不是一种病因产生一个症状,而是一种病因引发一系列的证候群。《素问·六元正纪大论》论述了六气同化之常导致的六大类型常见病、多发病情况,称为"病之常也"。此六大类堪为一种疾病模式,可以"各归不胜而为化",转化为另一类疾病模式,论中称之为"十二变"。又在《素问·至真要大论》中,以六气胜复和司天在泉,阐述了六气相胜、六气之复、六气司天和六气在泉,每项分六类共二十四类的病型证候纲要。这些应是以实践观察为依据的。实为对值年疾病流行和各季节流行病的纲领性概括。其中化代违时致病成为明清温病学派"原温病之始"的理论依据。

### 3 提出了气化学说的理论纲领

气化之论是中国古代传统科学与哲学的核心,是以天人合一和气的运行来阐述自然造化本体、造化之变和人体功能的发生、运行、转化的学说。气化的认识来源大致有三个方

面:一是对自然现象的观察;二是对生命现象的观察;三是《易经》和中国古代哲学中气的理论。《易经》的变易思想,泰卦的阴阳升降交泰,到汉代荀爽详述升降之后,已经把易理和气论结合,《易纬》提出了"元气变易"。《图书编·乾象典》说:"气至而物感,则物感而候变",以气化感应论气候之变。汉代王延寿在《鲁孟光殿赋》中道:"包阴阳之变化,含元气之烟煴"以阴阳和元结合来本根万物。气化论是构建《内经》理论的思想骨干之一。例如《内经》的人身小宇宙观念,把气化融进解剖的脏腑,发展为藏象,从而建立了中医学的"真而不实,虚而不假"的人体范式。人体藏象和经络穴位也按气化功能命名,如代谢之藏为三焦;足心和盘状血管区定名"海底",踝关节运动处定名"照海",足弓韧带处定名"然谷"等。《素问·阴阳应象大论》把气化的激发作用称为"少火生气",而《素问·六节藏象论》把少阳的启动作用称为"十一藏皆取决于胆"。甚至生理、心理现象也释以气化,如《素问·举痛论》言之"怒则气上"、"恐则气下"。气化论贯穿于《内经》理论后,使其人体的模式从解剖的构成论转为气化的生成论。

《内经》之运用气化论,并无系统的专论或质认其渊源,倒是在七篇大论里系统地论述了其哲学、天文学的来源和气化规律,提出了气化学说的理论纲领。《素问·天元纪大论》引用《太史天元册》说:"太虚寥廓,肇基化元,万物资始,五运终天,布气真灵,总统坤元,九星悬朗,七曜周旋,曰阴曰阳,曰柔曰刚,幽显既位,寒暑弛张,生生化化,品物咸章。"这是以元气为资始,继而发生五运,再而星曜,又而阴阳,化为时间万物的宇宙生成论,其元气——五行——阴阳的化生顺序,与习见的元气——阴阳——五行之序迥异,此中概括的是五运六气气化的哲学依据。《素问·六微旨大论》对气化的运动形式的观测法做了具体的论述,乃是"因天之序,盛衰之时,移光定位,正立而待之",从天文气象测六节气位的标本中见之应见的数

据,进而推验出气化理论。五运六气中的气化论其纲领是:(1)升降出入;(2)五运及六气皆因时、因盛衰而化,又皆应人应脏腑、六气之化为三阴三阳,有开合枢之变;(3)气在自然及人体中皆有循行,人体有营卫等诸气在十二经中依时序而循行;(4)人气有食饮之化,气有精气神之化;(5)气化有亢害承制规律;(6)气化之天人相应,有标本中见之别;(7)五运和六气两种气化五六相合之周期,气化异常致病也有周期,周期可呈现规律性与可预测性,即"顺天之时,疾病可与时期"。五运六气以此可堪称中医学的周期表。

七篇大论所叙及的气化到金元及明清仍有发展,例如金代刘完素将"君火以明,相火以位"曲论为"君火以名",据此人身也有相火,又著《素问药注》以气化论

药性;元代李东垣论述脾胃为人身气化中枢主决升降;朱丹溪发扬河间之论创相火论;明代温补学家把气化动力归于命门,其中孙一奎的动力命门阐述最为详赡。在气化论之应用方面则历代医家最有创新,如王冰在注文中提出引火归原,李东垣创甘温除热,朱丹溪论提壶揭盖,喻嘉言立畜鱼置介,吴鞠通用增水行舟法等,把气化之用发扬得至为传神。在药学方面,刘完素在《素问药注》中,提出气化论药性的理论问题,其后张元素在《珍珠囊》中为之响应,明末王象晋在《保安堂三补简便验方》中,具叙了升降浮沉药理和应季节加减用药之理。无怪乎清代蒋廷秀在《吴医汇讲》中称升降出入为“辨治百病之纲领”。

4 具论病机并衍发为病机学说

“病机”,在中医经典有两见:一见于《神农本草经·序录》:“凡欲治病,先察其源,先候病机”。再就是见于七篇大论的《素问·至真要大论》:“岐伯曰:审察病机,无失气宜,此之谓也。帝曰:愿闻病机何如?”以下即是著名的“病机十九条”。后世由此发挥为病机学说。

“机”为“几”字演来。春秋时出现了“机”字。甲骨文之“几”字,上为脐带形象,下为板斧的形状,表示新婴诞生与事件的发生。所谓“万变发于一机”。东汉许慎未见过甲骨文,其《说文》言“机”“从丝从戍”虽误,但他也说“主发谓之机”。钱钟书先生认为“机”的蕴义源于《易经》。《易传·系辞上》:“易,圣人之所以极深而研几(机)也。”《注》:“极未形之理曰‘深’,适动微之会则曰‘几’(机)。”钱钟书引证智者《法华玄义》总括曰:“机有三义:机是微义,是关义,是宜义。”(《管锥编·卷一》)五运六气之言病机,是在五运与六气交合因变而致病在其初动之时,从微小的征兆可推断发展趋势。《鬼谷子·揣》讲“几(机)之势”,《阴符经·下篇》言“机在目”和其后的“烛照机先”以及《素问·灵兰秘典论》的“至道在微”,都是从微小的征兆去预见推断发展态势和格局,是反映论而不是凭空推算。

《素问·至真要大论》依据“岁主藏害”和“以所临藏命其病”的观察所得,精辟地归纳出五脏病机和六气病机,从“诸风掉眩,皆属于肝”到“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”共 176 字,指出据运气作用于脏腑的病象,就可以凭一而断。这在识病上真可以做到“其变机微而所动者大”,从初萌之微变能把握全病的机要,可谓“知其要者一言而终”。金代刘完素深得病机的机要价值,用了 35 年的时间研究《内经》,在病机上把 176 字发展为 277 字,反复论辨以申之,凡两万言,著成《素问玄机原病式》。此书“盖求运气言象之意,而得其自然神妙之情理”(《荆堂读书记》)。

清代以前,大医屡倡“一断于经”,而病机十九条,则成为“经中之经”,其病机的意旨仍是“机要”之义。只

是到了 20 世纪 50 年代以后,一方面是阐发理论的需要,另一方面是受西医“机制”的影响,中医学著作中对“病机”一词诠释成“机理”。从机要到机理的衍伸,也体现了当代中医学理论观念的某些改变。

金元医家对气化理论的创新和对病机的重视,改变了汉唐以后中医学的理论范式。如果说《内经》的“理论——整体”范式,远较《五十二病方》及以前医著的对症用药优越成熟的话;《伤寒论》建立的“经验——案例”医学范式则是一次重要的范式转换。金元医家依据气化和病机的理论建立的是“整体——病机”范式,此后的医家则可以根据气化和病机理论处方治病,医家可以据“升降出入”而用药以补中益气治阴火,以疏通卫气、逐瘀化痰治疗失眠,可以见痰休治痰,见血休治血等等,突破了方证对应的局限以此把中医学的理论范式提到一个新的层次,是所谓“医之门户分于金元”。

5 养生理论之龟镜

七篇大论原本是推测灾害、防病养生的书。唐代王冰“夙好养生,幸遇真经”,将其纳入《素问》。七篇大论中在预测病害因素指导下的养生理论,堪为古籍中最完备者。

中国古代从《左传》以降就认为天年是一百二十岁,“上寿百二十年,中寿百岁,下寿八十”。《灵枢·天年》、《灵枢·五色》皆以百岁为中寿。《素问·上古天真论》所言之“度百岁乃去”,王冰注曰:“度百岁,谓至一百二十岁也。”此天寿为一百二十岁是两个六十甲子周期,故他在《玄珠密语·序》中道:“此者是人能顺天之五行六气者,可尽天年一百二十岁矣。”既是如此,养生首要的就是遵循五运六气的规律。人与天地相应,与天地同元同息同化,就要按五运六气“顺天时,善天和”来养生。对此,七大论中的养生,远比象阴阳、法四时、应五脏、避八风等论述更为深刻系统。

在中国古代养生理论中,有主动说,如循《易经》“天行健”之论,有《吕氏春秋》的“流水不腐”及清代颜元的“养身莫善于习动”之论;有静养说,如汉代桓谭的“人生如燃烛”的节耗之论;也有动静和谐之说,如《内经》言“能动能静,解以长生”;还有讲生命在于激荡者,如《易·大壮·彖》之“刚以动故壮,大壮利贞”、《系辞·上》“鼓之舞之以尽神”,古代养生还重视顺天避邪和食养等。五运六气之论养生,则是在天人合一观的指导下,在顺应五运六气的节奏和框架下,建立起应时宜地的防灾避邪的理论系统。根据气化理论更强调“动”,《素问·六微旨大论》言:“成败倚伏生乎动”,所应避之“邪”就更为丰富,不仅包括五运六气之太过不及、生气、杀气、胜气、复气、毒气等,还包括非其时有其气、非其位则邪等。《素问·五常政大论》指出“阴精所奉其人寿,阳精所降其人夭”,论述了地理环境与寿命的关系。

论及气化和饮食及药物的关系时,《素问·至真要大论》提出了“久而增气”之论,指出在人体对饮食和药物代谢中,久用产生气化惯性,可改变人体的反应机制,这一论断不只在养生,也有指导用药的意义。五运六气的养生产理论一再强调“神机”的作用。《素问·五常政大论》说:“夫经络以通,血气以从,复其不足,与众齐同,养之和之,静以待时,谨守其气,无使倾移,其形乃彰,生气以长,命曰圣王。故大要曰:无伐化,无违时,必养必和,待其来复。此之谓也。”此语可谓五运六气养生产

论之总要。《素问·至真要大论》对此又进一步强调:“气血正平,长有天命。”

从上可见五运六气的“顺时气,善天和”的养生产理论,具有丰富性和实践性。王冰在《玄珠密语·序》中称“可以修养五内,资益群生”,王冰又说他的祖师称其为“本无之机,其来可见,其往可追。”以此说,五运六气养生产理论确实是值得弘扬的民族文化之瑰宝。

(收稿日期:2008-08-20)

[编辑:黄健]

## 综合疗法治疗原发性急性痛风性关节炎 82 例

杨强 谢慧臣

(湖北民族学院附属医院中医科,湖北省恩施市土桥大道五峰山路 2 号,445000)

我科从 2002~2007 年采用内服中西药,外敷中药结合红外光照射等综合疗法治疗痛风 82 例,疗效满意,现报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 诊断标准

参照贝政平《内科疾病诊断标准》制定:(1)关节液中有特征性尿酸盐结晶;(2)有痛风结节,结节含有以化学方法和偏光显微镜证明的尿酸盐结晶;(3)符合以下 12 项中 6 项:炎症 1 天内达高峰、1 次以上的关节炎发作、单关节炎、罹患关节皮肤发红、第一趾节关节肿痛、一侧的中趾节炎发作、侧踝关节炎发作、可疑痛风结节、高尿酸血症、X 线片可见关节内的非对称性肿胀、X 线片见非侵蚀性骨皮质下囊泡、发作期关节液细菌培养阴性。符合(1)、(2)、(3)中任一项即可诊断。

#### 1.2 纳入标准

(1)符合诊断标准;(2)关节急性疼痛发作;(3)无白血细胞计数低下及肝肾功能异常。

#### 1.3 一般资料

132 例随机分为治疗组 82 例和对照组 50 例。治疗组男 74 例,女 8 例;年龄 28~63 岁,平均(44.3±4.7)岁;痛风病史 1~21 年;有痛风石者 18 例。对照组男 47 例,女 3 例;年龄 29~65 岁,平均(45.7±4.3)岁;痛风病史 1~22 年;有痛风石者 8 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 2 治疗方法

对照组用秋水仙碱,每次 0.5mg 口服,1~2 小时 1 次至疼痛缓解,24 小时内总量不超过 4mg,疼痛缓解后改为每日 0.5mg 口服。

治疗组用清热利湿、通络止痛为法拟中药内服方(黄柏、栀子、车前子、汉防己、木瓜、全蝎、僵蚕、木瓜、秦艽各 15g,牛膝、赤芍、牡丹皮各 12g,土茯苓、萆薢、薏苡仁各 30g),每日 1 剂,分 3 次温服。以凉血活血,消肿止痛为法拟方制成自制消肿定痛膏(大黄、土茯苓、白芷、白芥子、川芎、制乳香、制没药、黄柏、青黛、冰片各 100g,生川乌、生草乌、生南星各 80g,共研细末,以蜂蜜水调制成膏),均匀涂敷在棉垫之上,约 3mm 厚,绷带固定患处,每日换药 1 次。以红外线照射 1 小时。

患者治疗期间戒酒,低脂,忌食动物内脏、豆类、海鲜类等

高嘌呤食物,少活动,多饮水。均 10 天为 1 个疗程。1 个疗程后评定疗效。

### 3 疗效观察

#### 3.1 疗效标准

根据孙传兴《临床疾病诊断依据治愈好转标准》制定。治愈:症状消失,血尿酸含量正常;好转:症状缓解,血尿酸含量下降;无效:症状未缓解,血尿酸含量未下降。

#### 3.2 两组尿酸改善情况比较

治疗组治疗前后尿酸水平分别为(518±42)μmol/L、(276±66)μmol/L;对照组分别为(514±47)μmol/L、(343±65)μmol/L。尿酸水平较治疗前均显著下降( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),两组治疗后比较,治疗组下降更明显( $P<0.01$ )。

#### 3.3 两组止痛时间比较

治疗组 82 例,3 天止痛 47 例,6 天 72 例,10 天 82 例;对照组 50 例,分别为 17 例、34 例、50 例。两组疼痛改善时间比较有统计学意义( $P<0.01$ ),治疗组优于对照组。

#### 3.4 两组关节肿胀改善情况比较

治疗组 82 例,3 天关节肿胀改善 50 例,6 天 73 例,10 天 82 例;对照组 50 例,分别为 11 例、30 例、50 例。治疗后两组关节肿胀改善情况有统计学意义( $P<0.01$ ),治疗组优于对照组。

#### 3.4 两组临床疗效比较

治疗组 82 例,治愈 59 例,好转 23 例,未愈 0 例,总有效率为 100%;对照组 50 例,分别为 31 例、17 例、2 例、96%。两组治疗后疗效比较差异有统计学意义( $P<0.01$ ),治疗组疗效优于对照组。

### 4 讨论

原发性痛风的急性发作期多因外邪阻滞经络,或饮食不节致痰湿为患,故有红肿热痛的湿邪邪毒征象,应用清热解毒、活血通络止痛法治疗。方中土茯苓清热解毒除湿;黄柏、苍术清热解燥湿;萆薢、薏苡仁、车前子利水渗湿;赤芍、牡丹皮清热凉血;木瓜、全蝎、僵蚕、秦艽活血通痹止痛;牛膝引药下行。自制消肿定痛膏有凉血活血、消肿止痛功效,再结合红外线照射,治疗痛风能取得较好效果。

(收稿日期:2008-09-14)

[编辑:黄健]