

# 《黄帝内经》下肢诊法探析

孟圆<sup>1</sup> 杨保林<sup>1</sup> 赵子珺<sup>1</sup> 陈蔚<sup>1</sup> 陈云梦<sup>2</sup> 何一鑫<sup>1</sup>

(1.北京中医药大学东直门医院,北京100700;2.中国中医科学院西苑医院,北京100091)

**摘要** 下肢诊法散见于《黄帝内经》(以下简称《内经》)多个篇章,属《内经》身形诊法范畴。下肢包含“皮、脉、肉、筋、骨”五体结构,与脏腑气血内外相应,又与生命大数息息相关。诊察下肢是望神的重要组成部分,可辨识患者体质,辨明外邪入侵的部位及浅深,也可作为判断局部或全身疾病的线索和依据。《内经》诊察下肢侧重于望、问、切诊,包括望动静、形态,问疼痛,切动脉,切问寒热等。通过梳理总结《内经》下肢诊法相关内容,以期为现代中医临床诊断提供思路和方法。

**关键词** 《黄帝内经》;诊法;下肢;五体;脏腑;气血

《黄帝内经》(以下简称《内经》)作为中医理论体系的萌芽之作,奠定了中医诊断学的基本原理,构建了诸多具有重要价值的中医诊疗体系。早在《内经》成书时期,下肢诊法即已受到各方医家的关注,虽未被系统论述,但其诊断思想和方法散见于《内经》的多个篇章,《内经》中出现的“髀”“股”“膝”“胫”等皆与下肢部位有关<sup>[1]</sup>。下肢通常指腹部以下的部分,可归属于中医学“四肢百骸”范畴,在人体起居行止的生命运动中发挥着不可替代的作用。下肢亦能提供局部或全身病变的线索和依据,惜现代临床未予该诊法足够重视。本文通过梳理总结《内经》下肢诊法原理、临床意义和诊察方法,希冀开拓中医诊断学研究思路,以便更好地服务临床诊疗。

## 1 下肢诊法的原理

下肢结构由浅至深可划分为“皮、脉、肉、筋、骨”五体结构,以三阴三阳六经维系于脏腑,形成了气血、功能内外相应的联络模式。

1.1 下肢包含“五体”解剖结构 《内经》以“五方神应于体”为主旨思想,建立了五体结构层次这一主要的躯体结构理论,分别为“皮、脉、肉、筋、骨”<sup>[2]</sup>。下肢属解剖层次中具有代表性的部分有:(1)在肌肉层次。下肢肌肉相对充盛和发达,其中臀、腓是典型的肌肉结聚隆起之处,马莒<sup>[3]</sup>曾指出:“臀为大肉……为诸肉之宗。”(2)在脉的层次。足厥阴、足少阴、足太阴所处动脉是三部九候脉法所诊之处,足阳明胃脉可在冲阳穴处触及,冲脉附于足少阴而常

## 参考文献

- [1] 吴勉华,石岩.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2021:323.
- [2] 曹沧洲,撰.曹沧洲医案[M].刘学华,点校.上海:上海科学技术出版社,2005.
- [3] 王畅,董晓薇,徐建云,钱乙完善《内经》五脏理论体系之探析[J].江苏中医药,2016,48(6):13.
- [4] 朱平,张学霞.温病治疗中鲜药使用简析[J].中医杂志,2013,54(22):1896.
- [5] 吴仪洛,撰.本草从新[M].陆拯,赵法新,陈明显,点校.北京:中国中医药出版社,2013:26.
- [6] 杨时泰,辑.本草述钩元[M].上海:科技卫生出版社,1958:262.
- [7] 李飞.方剂学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2016:1763.

- [8] 孙承晟.蒸花取露:西方药露知识及蒸馏技术在中国的传播[J].自然科学史研究,2022,41(3):289.
- [9] 赵学敏,撰.本草纲目拾遗[M].刘从明,校注.北京:中医古籍出版社,2017:8.
- [10] 汪昂.本草备要[M].北京:人民卫生出版社,2005:244.
- [11] 闫冰,丁安伟,张丽.二至丸及其组方药味配伍对兔凝血功能的影响[J].中国药房,2010,21(35):3267.

第一作者:王畅(1992—),男,博士,讲师,从事中医医史文献研究。

通讯作者:周园龙,本科学历,中药师。964272147@qq.com

收稿日期:2023-04-19

编辑:吴宁

动不息,这些均为全身脉气显露于下肢之所。(3)在筋的层次。《素问·脉要精微论》称膝为筋之府会,以膝关节运动的灵敏程度代表宗筋功能的强弱。(4)在骨的层次。下肢组成包括髀、骯、胫、足等大骨,承担人体的主要负重。此外,下肢存在经气汇聚之所,如两髀、两胫为八虚之处,所谓“皆机关之室,真气之所过,血络之所游”<sup>[4110]</sup>,此处可候脾肾之邪。由此可见,下肢是人体的重要组成部分,譬如树的根基维系着整个人体功能的健全。

1.2 下肢与脏腑气血内外相应 人体以脏腑为核心联系体表组织和四肢百骸,形成功能完整的有机整体,而相对独立的局部均有脏腑所主的具体部位<sup>[5]</sup>。《灵枢·师传》<sup>[4170]</sup>曰:“身形支节者,脏腑之盖也”,脏腑气血通过经络的连属外合于下肢的五体,形成五体、经络、脏腑间联系<sup>[6]</sup>。足三阳经根结于足背,足三阴经由足部起始,因此下肢功能主要与膀胱、胆、胃三腑和肝、脾、肾三脏及其所属经络相联系。按照阴阳属性划分,下肢位居躯体下部,其本属阴;下肢具有健运善动的特性,其标属阳。因此下肢病性属阳、病势有余的病变多与三腑及其经络功能失调密切相关;而病性属阴、病势不足的病变常需考虑为三脏及其经络气血亏虚所致。

1.3 下肢功能与生命大数息息相关 下肢功能主要为支撑躯干、承载运动,《灵枢·刺节真邪》<sup>[4138]</sup>言:“肢胫者,人之管以趋翔也。”在八卦中,足与震卦相配,其象一阳爻发于两阴爻之下,阳动而阴静、下动而上随,形象表明了足部善动不息的特性。下肢功能强弱与人体生长壮老已的生命进程息息相关,是生机活力的直接外在表现,正所谓:“人生十岁……故好走。二十岁……故好趋。三十岁……故好步。四十岁……故好坐。”<sup>[4104]</sup>现代研究表明,行走功能随年龄增长而减退,尤其反映在步速的变化上<sup>[7]</sup>,与《内经》所述不谋而合。《素问·上古天真论》<sup>[82]</sup>描述了衰老的特征表现为:“身体重,行步不正”,亦说明筋骨松懈不收是人体五脏精气逐渐衰竭的表现之一。下肢功能的变化贯穿于人体生命周期的全过程,与各年龄阶段的整体面貌相应,因此通过诊察下肢评估人体当前的健康状况,是符合客观规律的科学诊断方法。

## 2 下肢诊法的临床意义

2.1 诊下肢是望神的延伸 望诊居中医四诊之首,有助于医者把握对患者的第一印象和判断其整体情况,而望神又是望诊的灵魂<sup>[9]</sup>。现代医家多沿袭《内经》面部望诊的方法以达到望整体之神的目的,

如望色之神、望目之神、望舌之神等。殊不知《内经》始终强调“形与神俱”的形神一体观,只有全面望诊身形才能真实客观地诊察“神”的状态。除望形体外,望步态也是望“神”的重要维度,患者步入诊室时,医师即刻便能形成对患者的初步诊断,既能了解其性格、情志、发育等诊断要素,也有助于判断其可能的病变类型。“凡治病必察其下”<sup>[819]</sup>,此处“下”虽多指二阴或二便情况,但也有下肢的含义,将诊察下肢作为指导进一步诊治的方向,大有裨益。

2.2 诊下肢可辨患者体质 人生而禀赋有异,体质各有偏颇,所谓体质即指人体在先天禀赋和后天获得的基础上所形成的形态结构、生理功能和心理状态各方面综合的、相对稳定的固有特质<sup>[102]</sup>。体质与气质、性格相互联系,表现为形态、体格、体形等多种形式<sup>[103]</sup>。《内经》基于阴阳五行学说提出了较为全面的体质分类方法,其中形态结构、心理行为特征是自然状态下形体、性格等的综合表现,是辨识患者体质的重要方面<sup>[11]</sup>。如《灵枢·阴阳二十五人》<sup>[4116]</sup>表明火形之人“行安地,疾心,行摇”,表现出火性急躁不宁的特点;土形之人“行安地,举足浮”,步伐稳重而轻快;水形之人“发行摇身”,如水流一般柔和灵动。《灵枢·通天》<sup>[4132]</sup>则指出少阴之人“立而躁险,行而似伏”,是其内心贼险凶恶的外象;少阳之人“立则好仰,行则好摇”,是其活泼开朗的外向型人格的写照。

2.3 诊下肢可辨邪气浅深和种类 《内经》认为,邪气入侵是人体发病的重要原因,外感六淫则是邪气入侵的主要形式<sup>[12]</sup>。外邪侵入人体按照一定的次序传变,先发于皮肤腠理,若不愈则渐次深入,相搏于脉、肉、筋、骨而起病。同时,邪气沿着五体、六腑、五脏的路径向躯干中央发展,进而动摇脏腑之气。各类外邪易侵犯的五体层次有所不同,如风邪可兼夹其他邪气而戕害各部;火邪常耗阴伤津,导致筋急而发为动风,或凝结成毒聚于脉而发为疮疡;湿邪易浸渍筋脉,伤肉濡筋;寒邪可外闭腠理,亦能内犯深处的骨、髓等。下肢位居身半以下,部位属阴,寒湿等阴邪常因同气相感而中于下肢,《灵枢·邪气脏腑病形》<sup>[411]</sup>指出:“中于阴者,常从臂胫始”,胫为胫骨,此处皮肤薄而骨面浮浅,是邪气易犯之所。综上,通过诊察下肢病变层次,可识别邪气的种类和浅深,从而指导辨证施治。

2.4 下肢病变是诊察全身疾病的窗口 《内经》提出了“本末出候”的诊断理念,即人的本体和末端

相互呼应,根据身体末端及末端之表象可判定或诊断身体内部组织、器官及其功能状态<sup>[13]</sup>。一方面,末端因与本体相距最远,本体最细微的变化就往往反映在四末。《中医诊断学》<sup>[14]</sup>将其概括为“见微知著”,通过观察患者微小的、局部的变化,可以测知明显的、全身的变化。另一方面,五体结构藉由经络与脏腑相连,通过五体外象的受累来审度内在脏腑的病变情况,即为《灵枢·本脏》<sup>[14]94</sup>所言:“视其外应,以知其内脏,则知所病矣。”此外,下肢之“象”尚能反映同属本体之末的头面部疾病,如《灵枢·邪气脏腑病形》<sup>[14]11</sup>言:“首面与身形也,属骨连筋,同血合于气耳”,指出头面与肢体通过与躯干相连,其气血得以交通,在生理病理上也常互相影响。

### 3 下肢诊法概要

**3.1 望下肢动静** 下肢主于骨、束于筋,其负重和运动功能与骨骼、肌肉密切相关,又由脉提供能量、物质基础<sup>[15]</sup>。下肢功能强弱主要反映在筋、肉的滑利和骨、髓的充盈,是肝肾、脾胃、胆功能的外在表现。正常状态下,肾气充实,“髓海有余,则轻劲多力”<sup>[14]74</sup>,表现为机体运动自如、力量持久。而病理状态下则出现应静反动和应动反静两类变化。

应静反动,即与常态相比,肢体运动幅度增加、运动能力和意愿增强,见于组织因虚弱缺乏控制或功能异常亢进。《素问·脉要精微论》<sup>[8]25</sup>指出:“膝者筋之府,屈伸不能,行则僂附,筋将惫矣。骨者髓之府,不能久立,行则振掉,骨将惫矣。”静止时站立不稳、弯曲不利,行走时摇晃歪斜、需借外物辅助均是筋骨衰惫的特征表现。若下肢摇动不安,则是少阳枢机折损之兆,为筋不束骨所致,如《灵枢·根结》<sup>[14]16</sup>曰:“枢折即骨繇而不安于地……骨繇者节缓而不收也。”若出现“登高而歌,或至不食数日,逾垣上屋,所上之处,皆非其素所能也”<sup>[8]48</sup>的反常现象,归因于胃火亢盛,所谓“阳盛则四肢实”。《素问·刺热》<sup>[8]50</sup>亦言:“肝热病者……手足躁,不得安卧”,表明火热之邪可使肢体躁动不安,难以保持静止。

应动反静,即与常态相比,肢体运动幅度减小、运动能力和意愿减退,常见于外邪闭阻、筋骨受限之痹证或气血失养、运动不能之痿证、中风。《素问·痹论》<sup>[8]70</sup>曰:“痹在于骨则重……在于筋则屈不伸,在于肉则不仁。”邪气闭阻于不同解剖层次可表现为不同程度功能障碍,如筋骨屈伸不利、活动范围减小、运动时伴沉重乏力感。痿证以肌肉力量减弱、甚至

肌肉萎缩为主要特点,《素问·脏气法时论》<sup>[8]38</sup>指出:“脾病者,身重善肌肉痿,足不收行”,描述了脾病可出现下肢迟缓不收、行走不能之痿证。中风病后可表现为半身偏废不用,与脑神失司有关。

**3.2 望下肢形态** 下肢形态应与躯干整体相协调,其病变分为有余和不足两端,既可因局部所致,也可受脏腑功能失调影响。下肢“有余”的外科疾病主要表现为各类疮疡痈疽,如《素问·生气通天论》<sup>[8]4</sup>言:“高粱之变,足生大丁。”《灵枢·痈疽》则详细描述了诸多发于下肢不同部位的痈肿,如赤施、疵痈、兔啮、走缓等。内科疾病主要见于肿胀,其中足胫浮肿、随按随起、如裹水之状者为水肿,而皮厚不坚、按之不起者为肤胀,多为水液代谢障碍或气机运行失调所致。

下肢消瘦多见于痿证、虚劳等,为病程日久阴分大亏、不能化生有形之物所致,责之于脾胃生化乏源、肾精失养。下肢消瘦亦见于年龄增长或慢性病所致的整体衰弱,如以肌量和肌力进行性或广泛性减少为特征的肌少症<sup>[16]</sup>。若慢性病进展至“大骨枯槁,大肉陷下”<sup>[8]32</sup>,则提示病情严重,预后不良。

**3.3 问下肢疼痛** 《内经》将疼痛分为“不通则痛”和“不荣则痛”的虚实两端,但辨下肢疼痛常需结合其部位和性质考量。下肢疼痛可发于各解剖层次,其病发部位多、病机复杂,需当细辨。《素问·脏气法时论》<sup>[8]38</sup>曰:“肺病者……汗出尻阴股膝髀腠胻足皆痛”,表明皮肤痛是肺气郁闭、宣降失常,皮肤毛窍出现广泛性气机不畅所致。肌肉痛常归因于脾胃受邪。脉痛归因于寒邪客于脉中,表现为猝然而痛。筋痛则与肝血不足、筋急不利有关。骨痛为寒邪内侵,或肾虚失养所致。若出现经脉走行区疼痛,考虑为经脉受邪、经气不利。

疼痛性质有助于辨其证候虚实。实性疼痛多表现为紧痛、灼痛、掣痛等,常发于皮肤、经脉、筋等表浅部位。虚性疼痛则常表现为酸痛,甚至只酸不痛,好发于肉、骨等较深部位,如《素问·刺症》<sup>[8]59</sup>云:“骭痠痛甚,按之不可,名曰骭髓病。”

**3.4 切下肢动脉** 人体经脉营运气血,周流全身,深在体内而常难于体表触及,切按动脉可候内在气血盛衰,因此医家多注重表浅动脉的诊察。《素问·三部九候论》便有三部九候的诊脉体系,其中下部三候为“下部天”为足厥阴经足五里或太冲穴处、“下部地”为足少阴经太溪穴处、“下部人”为足太阴经箕门穴或足阳明经冲阳穴处,三处分别候肝、肾、脾胃之气<sup>[17]</sup>。《内经》亦诊冲阳穴处的动脉,如《灵枢·邪

气脏腑病形》<sup>[4]14</sup>曰：“两肱之上脉竖陷者，足阳明病，此胃脉也”，《素问·气交变大论》<sup>[8]112</sup>亦指出：“冲阳绝者死不治”，说明切诊冲阳脉不仅可知胃经病变，更有判断生死预后的意义，为后世跌阳脉诊的先驱。此外，被称为“十二经脉之海”的冲脉，其在下肢的循行路线几乎与重要动脉相吻合，冲脉循行处有多处动脉跳动点，故称“此脉之常动者也”<sup>[4]114</sup>，亦可作为诊察下肢脉象的重要参考。

3.5 切问下肢寒热 四肢是脏腑经气外达之所，受其气血流通不止而能保持温度恒常。而双足为四肢之末，尤对机体寒热变化敏感。因此寒热病变常首发于四末，患者自觉下肢发热发凉，或医者指下有温度感觉变化。《素问·刺热》<sup>[8]51</sup>曰：“肾热病者……骭寒且痠，足下热”，肾经从足小指之下发出，斜走足心并沿下肢上行，故热邪可循经下扰，出现足下发热。《灵枢·邪气脏腑病形》<sup>[4]15</sup>曰：“膀胱病者……足小指外廉及胫踝后皆热”，膀胱经属巨阳，受阳热邪气则可在该经脉循行部位出现热象。

以手足冷或手足热为主症的疾病，在《内经》中称为厥证<sup>[18]</sup>。厥证有寒厥、热厥之分，其发病之初常表现于下肢。《素问·厥论》<sup>[8]71</sup>云：“热厥之为热也，必起于足下……寒厥之为寒也，必从五指而上于膝。”寒厥是阳气日衰、阴寒内盛的内伤虚损性疾病，热厥则属于阴虚内热之虚热证<sup>[18]</sup>。《灵枢·厥病》<sup>[4]62</sup>有言：“风痹淫泆，病不可已者，足如履冰，时如入汤中”，为寒热交替表现，是风邪浸淫日久，病情迁延不愈，气机严重逆乱所致。厥证亦可作为兼证见于痹证、痿证等病，称为“痹厥”“痿厥”，亦有寒热的特征表现。

#### 4 结语

诊法是中医临床的基本技能，只有通过各种诊察方法和角度全面搜集疾病信息，才能识病穷源，从而确立正确的治则治法。下肢诊法作为《内经》身形诊法的重要组成部分，其内容广博，思想深刻，体现了整体观念在诊断学中的渗透和司外揣内、见微知著原理在下肢诊法中的实际运用。诊下肢可把握患者体质和整体精神面貌，有助于了解邪气部位与浅深，并能指导全身疾病的诊察。而现代中医临床为适应高效诊病的需要，丰富的诊断学内容常常被简化为察色按脉与问诊的残缺形式，很难恪守《内经》四诊合参诊法原则，令人感到遗憾。因此，需从经典中上下求索，发扬新知，坚持中医诊法理念和特色，进一步挖掘诊法的内涵和奥秘，以期更好地服务于临床。

#### 参考文献

- [1] 孙迪,朱鹏举,陈磊,等.术语学视角下探讨《黄帝内经》下肢相关术语[J].中华中医药杂志,2021,36(6):3302.
- [2] 刘斌.《黄帝内经》五体理论的学术现状与价值展望[J].中华中医药杂志,2017,32(7):2837.
- [3] 马蔚.黄帝内经灵枢注证发微[M].王洪图,李砚青,点校.北京:科学技术文献出版社,1998:46.
- [4] 佚名.灵枢经[M].张秀琴,校注.北京:中国医药科技出版社,2011.
- [5] 常兴,张恬,孟庆岩,等.从《灵枢》探析五脏“司外揣内”思维[J].辽宁中医杂志,2018,45(6):1193.
- [6] 许云腾,叶蕪芝,李西海.基于经络理论初探慢性筋骨病五体论治的科学内涵[J].中华中医药杂志,2021,36(4):1963.
- [7] 胡雪艳,恽晓平,郭忠武,等.正常成人步态特征研究[J].中国康复理论与实践,2006,12(10):855.
- [8] 佚名.素问[M].穆俊霞,王平,校注.北京:中国医药科技出版社,2011.
- [9] 杜松.中医诊法之“望神”的理论框架与内涵[J].世界中医药,2014,9(11):1419.
- [10] 王琦.中医体质学:2008[M].北京:人民卫生出版社,2009.
- [11] 周妍妍,康倩倩,于森,等.《黄帝内经》体质分类解析[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(7):866.
- [12] 罗家发.《内经》发病观及特点探要[J].中国中医基础医学杂志,2001,7(7):484.
- [13] 高也陶.本末出候/望诊:《黄帝内经》理论和技术的现代研究[J].医学与哲学(A),2016,37(5):80.
- [14] 陈家旭,邹小娟.中医诊断学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2016:2.
- [15] 陈羽楠,林丹红,陈立典.试析五体理论与中医运动功能[J].中医杂志,2018,59(4):276.
- [16] 黄宏兴,史晓林,李盛华,等.肌少-骨质疏松症专家共识[J].中国骨质疏松杂志,2022,28(11):1561.
- [17] 张靖,佟鑫,贾倩男,等.三部九候脉诊法探析及其对临床应用的启发[J].中医药学报,2020,48(6):5.
- [18] 周国琪,陈晓,李海峰.《内经》厥证名与现代病证名的比较[J].中国中医基础医学杂志,2003,9(11):1.

第一作者:孟圆(1998—),男,硕士研究生在读,研究方向为中医药防治脑病。

通讯作者:杨保林,医学博士,主任医师,硕士研究生导师。yangbl666@163.com

收稿日期:2023-02-12

编辑:蔡强