

中國傳統診斷學的 symptoms & signs



總論

分論

舌診學
掌診學
腹診學
脈診學

執筆

葛謹

策劃

柯基生 康華戈

中國醫藥研究社

張錫安 江滄鎮

脈

診

學

古典之脈診

中醫診察病情，固以望聞問切四診配合而定，切診即「脈診」，為中國傳統醫學所獨創，用以診知全身臟腑之虛實病候。早在黃帝內經素問及難經中，即首創脈學之理論，自秦漢以降幾千年來果積歷代的經驗再加以發揚，其中較著名的著作有漢張仲景傷寒論、金匱要略兩書，晉王叔和脈經，明李時珍瀕湖脈學，及清吳謙等著之醫宗金鑑等。

柯基生

所感者「脈理精微，其體難辨，弦緊浮芤，展轉相類，在心易了，指下難明。」「即使有敏銳的觸覺，豐富的經驗，全神貫注，洞察入微，也只能自我領會，無法言傳，古人欲喻後學，乃著書立說，多方比喻，奈何真能領悟者仍不數見。」由此觀之，脈學之詭病，首在脈象模糊及分類主觀，無法使醫者清楚客觀的辨別，正確利用。

另一方面脈學理論更是衆說紛紜，莫衷一是，寸口（手腕處）的橈骨動脈，它的跳動是隨心而跳，當然是三部（寸、尺、關，即三指按脈處）一起跳動，絕對不會有寸獨大；尺獨小，關獨速，寸獨遲的事情發生，但脈經却將三部之脈動分別診斷，稱寸關尺各有內外，所以兩手六脈主十二臟，但是所主的十二臟器，古今主張不同，並無定論。現在列表如下。

表一

		內 經		王 叔 和		張 景 岳		李 時 珍		醫宗金鑑	
左	寸	外	心	心	心	心	心	心	心	膻中	膻中
		內	膻中	小腸	膻中	膻中	膻中	膻中	心		
手	關	外	肝	肝	肝	肝	肝	肝	肝	膽	膽
		內	膈	膽	膽	膽	膽	膽	肝		
	尺	外	腎	腎	腎	腎	腎	腎	腎	小腸膀胱	小腸膀胱
		內	腹	膀胱	膀胱大腸	小腸	小腸	小腸	腎		
	寸	外	肺	肺	肺	肺	肺	肺	肺	胸中	胸中
		內	胸中	大腸	胸中	胸中	胸中	胸中	肺		
	關	外	胃	脾	脾	脾	脾	脾	胃	胃	胃
		內	脾	胃	胃	胃	脾	脾	脾		
	尺	外	腎	命門	腎	腎	腎	腎	腎	大腸	大腸
		內	腹	三焦	小腸	大腸	大腸	大腸	腎		

脈診之批判

各人各書所見不同，其科學性也就可想而知了。說來說去，強以一條動脈分主臟腑的理論，上不宗「內經」，下難符科學，憑空臆說，仍不離五行往復，無論於古於今，稱爲明理者，都不足置辨，李時珍瀕湖脈學即說：「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，微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。」

更有甚者，切脈不獨用於診病，亦極有把握的施於妊娠診斷上，更有用於斷定男女胎兒者。「脈經」上有「妊娠四月，左疾爲男右疾爲女，俱疾爲生二子」的記載。「脈訣」亦直捷的說「左手帶縱兩個男，右手帶縱一個女；左手脈逆生三男，右手脈順

還四女。」至於持「太素脈」者，凡人生的貴賤，壽夭，貧富，僧道，智慧，水火，官祿，妻兒，無一不可占於脈，決於脈，這些更屬脈學中的「奇蹟」。正因爲脈學的主觀性與獨斷性，因此歷代不乏正直、聰慧之士，對脈學提出強烈的批判：王元禎大膽地暴露說：「以兩指按人之三部，遂定其某腑某臟之受病，分析七表八裏九道，毫毛不爽，此不但世少其人，雖古亦難有也，此不過彼此相欺耳。」徐靈胎也說：「脈象不過數十種，一病能有數十種脈，何能診脈而知其爲何病。」真是一語道破診脈的虛偽。

脈診之原理與部位

只要動脈淺在的地方，都可以摸出脈搏，在古時只要審到脈管顯露之處都進行「切脈」，因此在黃帝內經

以望聞問切四脈診」，爲中脈以診知全身臟帝內經素問及理論，自秦漢的經驗再加以作有漢張仲景，晉王叔和脈，及清吳謙等

素問三部九候論中即指出九個部位作爲切診人體脈博之規定部位；這九個部位是：

上部天；兩額之動脈（如太陽穴）即顛淺動脈額支之搏動處。

上部地；兩頰之動脈（如巨髖穴）即面前動脈之搏動處。

上部人；耳前之動脈（如耳門穴）即耳前顛淺動脈之搏動處。

中部天；手內腕橈部（如經渠穴）即橈骨動脈之搏動處。

中部地；手虎口處（如合谷穴）
同爲橈骨動脈之搏動。

中部人；手內腕尺部（如神門穴）即尺動脈之搏動。

下部天；足背第一第二蹠骨間（近太衝穴）爲第一蹠骨背側動脈之搏動。

下部地；內踝後方（近太谿穴）
爲後脛骨動脈之搏動。

下部人；足背最高處（近衝陽穴）爲足背動脈之搏動。

這裏知道古人切脈，是要切遍頭、手、足的，只有這些地方的動脈比較淺在，容易診察。但是，診一個病人要切這麼多處動脈的脈搏，是極不方便，久而久之，許多醫生就在方便的地方切幾處，不方便的地方乾脆就不切了。兼以「內經」上一再強調「人迎、寸口、少陰」三部脈的重要，且認為十二經的盛衰都可以在「人迎」「寸口」這兩處的脈搏看出來，於是當時的醫生便有充份的理由，省略其他地方，只切按這三處了。

人迎；在頸部喉結兩旁，即左右
總頸動脈（Common Carotid a.
）。

寸口；即手內腕橈部的橈骨動脈
(Radial a.)。

少陰；（太谿或附陽部）太谿爲
內踝後方後脛骨動脈之搏動，附陽即
衝陽爲足背最高處，足背動脈之搏動。

這幾處脈搏都極顯露，是切脈最便利的地方，這種較為簡省的「三部切脈法」，到了後漢時，有些醫生仍嫌麻煩，於是繼續向簡便的方向發展，結果就發展成現在單診寸口脈的情形。的確，橈骨動脈淺在皮下，最容易觸知，診斷時不僅醫生方便，病人也省却不少麻煩，切脈省略到寸口以後，同時又來一個變相的「三部九候」的發展，難經十八難說：「三部者，寸、關、尺也，九候者，浮、中、沉也，上部（尺）法天，主胸以上至頭之有疾也；中部（關）法人，主脇以下至臍之有疾也；下部（寸）法地；主臍以下至足之有疾也。」至於寸關尺的名稱由來及詳細位置則是一手腕橈骨側上方有一橈骨莖突，因突起稍高名曰「高骨」，從「魚際」（拇指底部隆起之處）至「高骨」長約一寸，因此這段名曰「寸」，從「尺澤」（肘窩紋外側）至「高骨」長約一尺，因此這段名曰「尺」，高骨介於尺寸之間，因名曰「關」，先以中指按定高骨，是謂之關部，指前為寸部，指後為尺部，此寸關尺三部之診法。這種寸口脈把脈的方法，又隨著社會禮俗的變遷，而有所更變：「裏陽府志」記載說，明代萬曆年間，太后病重崔真人替太后診病，鑑於當時的男女禮節，不敢直接碰太后的手，以診太后的脈，竟引線至太后手上來診脈。由這些診脈部位，手法的演變，可以很清楚的看出脈學的日常末路。

診脈手法十二種

診脈手法，計有十二種，或分用，或合用，分述如下：(1)舉按，以診浮沈。(2)上下，以診長短。(3)推尋，以診洪細虛實。(4)初持，久持，以診遲數滑瀉。(5)單持、總持，以診來去斷續。(6)病者氣口處，骨肉不平，須用側手法。(7)病者手腕部，不能平置，須用挽手法。(8)俯仰者，三指輕重

不同。(9)輟轉者，一指左右推尋，一指左右推尋，兼操縱者，舉按迭用，以診脈之動靜也。(10)推經所謂按之軟，舉之來疾是也。(11)惟三指總按，空脈處，脈形不正，確，故用移手法。(12)小兒脈位微小，須用直按手法。此外，診脈之要有三，一日舉，二日按，三日尋，輕手取之曰舉，重手取之曰按，不輕不重，曲求之曰尋。由這些診脈手法，計出二十八種不同的「脈象」。

脈象

(1)從取脈之輕重，所產生不同的搏動，可分別出浮、沈兩個主脈，進一步又細分為實、革、浮、芤、虛、濡、弱、沈、牢、伏諸脈。

(2)從至數之規則快慢而分別出選數兩個主脈，再細分爲遲、代、結、散、緩、數、動、促、疾諸脈。

(3)從脈形可分別出滑、瀉兩個主脈，再細分爲滑、弦、緊、長、洪、瀉、短、微、細諸脈。

今分述如下：

浮脈（輕按即得）計有實、革、芤、浮、虛、濡六種。

實脈：指端接觸時，指下即有堅實有力的感覺，輕重取皆可診得，脈大且長。

革脈：輕取像琴弦端直而有力，

乳脈：輕取下脈大而軟，重按則覺管內空虛。

浮脈：指尖輕輕搭上時，即可覺顯著的搏動，按的力量稍大，反顯得無力。

虛脈：脈搏遲緩，管壁棉軟，取可得細柔之脈動，重取亦僅能取得

微弱之脈動。

沈脈（重取應指）計有沈、弱、伏四種。

沈脈：輕壓不覺有搏動，然

一指左右推尋。則
，以診脈慢之強弱
，舉之來疾是也。
，脈形不整正
，脈位狹小，
外，診脈之要有三
，三曰尋，輕手取
曰按，不輕不重委
診脈手法，計可
為「脈象」。

重，所產生不同的
，沈兩個主脈，是
、浮、沉、虛、

則快慢而分別出遲
，分為遲、代、結、

、疾諸脈。
出滑、濡兩個主
、長、洪、

計有實、革、
。

時，指下即有堅
，取皆可診得，脈

弦端直而有力，
張內空的感觉。

大而軟，重按則

搭土時，即可感
力量稍大，搏動

，管壁棉軟，輕
重取亦僅能取得

時可感覺細軟無
便摸不著了。
)計有沈、牢、

有搏動，須加重

才能察覺其搏動。

指的力量，更用力方可取得
年脈：須較沈脈

的脈動。
弱脈：輕取時不覺有脈，重壓下
才感到沈細軟弱的脈動。

伏脈：必須用較取沈脈時更大的
壓力，重按至骨，指下才能查覺脈搏
之搏動。

遲脈計有遲、代、結、散、緩五
種。

遲脈：醫生呼吸一次的時間裏，
脈搏僅三跳，脈搏起落極為遲緩。

代脈：脈搏每跳一定的次數，必
定要停止一次，再行搏動，且停止的
時間較長，遲脈或數脈下都可能存在

結脈：脈搏遲緩，且常突然停一
次再繼續搏動，且前後兩次停止之間
沒有一定的時間間隔。

散脈：脈搏浮而虛大，搏動渙散
至數不齊，大力重按時則杳無脈搏。

緩脈：一次呼吸間，脈搏跳四次
，且均勻和緩，不徐不疾，不大不小
是正常的脈象。

數脈計有動、數、促、疾四種。
動脈：是數脈的一種，血管堅實
如鼓出豆粒般大小的一段，快速搏動
頻無尾，指下潤滑凝聚。

數脈：一次呼吸間，脈搏跳六次

促脈：脈搏快速，且有不規則的
停止，停一次後再繼續搏動。

疾脈：一次呼吸間，脈搏跳七次

滑脈(往來流利)可分滑、弦、
、長、洪五種。

滑脈：脈搏往來流利不斷的旋轉
，像一顆圓溜滑潤的珠子在指下滾動
一般。

弦脈：指下感覺，像弓弦般端直
，具有彈性，用力按下不易變形。
緊脈：脈搏來去有力，指下像摸

到轉動的繩索，另一方面又像按在兩
端拉緊的繩索上，有實勁感覺，但並
不緊硬而略帶軟性。

長脈：在把脈的三指之外仍有脈
搏跳動。

洪脈：搏動之初頗有盛大充盈的
感覺，接著緩緩減弱須較長的時間才
漸消逝。

濡脈(往來澀滯)計有濡、短、
微、細四種。

濡脈：脈搏細而且短，指下流動
微澀。

短脈：脈搏應指部份，不足把脈
的三指寬。

微脈：極輕極軟，若有若無，細
且略長，指下稍用力即欲絕。

細脈：脈象稍大於微脈，指下像
一根細絲軟弱無力，但始終仍可明顯
的摸出來。

脈象之臨床意義

至於各種脈象所代表的臨床意義
，是如何判別呢？有部份中醫師，不
論診察什麼病，把脈不到兩分鐘，便
信口說頭痛、腰痛、口乾發熱等，像
真有「洞見垣一方人」的神氣，誠如
張仲景所謂「相對斯須，便處方藥」
，連「省疾問病，務在口給」這點工
夫都省却了，他們的本領，為什麼有
這樣的「高強」呢？無他，就是記熟
幾篇脈訣而已！這種脈訣短的如脈賦
所言：「寸脈疾而頭痛，弦為心之上
谷，緊是肚痛之徵，緩即皮頑之候，
微微冷入胸中，數數熱居胃口。滑主
壅多，濡而氣少，胸連脅滿，只為洪
而莫非；腹引背疼，緣是沉而不謬。
」長的則配上兩手寸口臟腑的分配，
加入診斷治療，以及預後表列而成。
記熟這些脈訣後，於是切著「疾脈」
，便說病人頭痛，切著「弦脈」，便
說病人心下有痰飲，好像準此「無往
而不利」。

脈搏的性類，雖分得這樣繁複，
但多半都是空談理論，切合實際應用
的並沒有多少。因此滑壽的「診家樞
要」，主張分「浮、沉、沉、遲、數、滑
、澀」六脈已足應用，陳修園則主張
用「浮、沈、遲、數、細、大、長、
短」八脈，浮主表，沉主裏，遲主寒
，數主熱，大主邪實，細主正虛，長
主素盛，短主素弱，八脈配合應用，
如浮遲兼見確知表寒，沈數並見確知
內熱，這是一種由博反約的主張，其
實，「現在一般中醫，不管他對切脈
是怎樣的矜持，某臨床應用，也不過
就是陳氏主張的八脈罷了。」

研究脈學的方向

中醫的脈學是在解剖生理、病理
所知極為有限的情況下發展出來的，
因此誤謬自所難免，絕不可因其有誤
，而全盤予以漠視，因為其中包含有
古人多少經驗的累積，將脈診加以科
學化的處理，「存其善，去其蕪」實
為當今發展的要徑。科學化的處理包
括，(1)由現代電子儀器描記各種脈象
，以作客觀之判讀，取代手指之主觀
觸覺。(2)由病理生理學來解釋各種脈
象的變化差異，取代原有近乎玄學的
理論。(3)用時計錶來計算脈至數，取
代患者脈搏與醫生呼吸間之比例數計
算法。並依患者年齡、性別、環境、
情緒、運動而改變正常範圍。

脈之現代醫學觀

由於心臟是個搏動的唧筒，血液
間歇地被打入動脈，造成了動脈的壓
力變化，在正常年輕成人，脈搏高起
時的壓力——心縮壓約為 120 毫米汞
柱，脈搏低下時的壓力——心舒壓約
為 80 毫米汞柱，此二壓力之差約為
40 毫米汞柱，稱為「脈搏壓」，診
脈時僅有心縮壓到心舒壓這段壓力的
變化可以感覺出來，至於心縮壓，心

舒壓的絕對大小則非診脈可以查覺。
圖一所示者為在寸口所記錄正常人的壓力脈搏曲線，可以看見在心室收縮時，動脈壓急遽上升，此乃因心收縮將血射出後，血流進入主動脈較由主動脈進入其他較小血管之速率為快，因此有較多的血液暫積於主動脈近心端，使該部份管壁的張力變大，這份張力，即為將血液推向遠處的壓力，血液被推向他處後同樣使該處張力加大，這種壓力波以較血流十五倍以上之速度向四週動脈傳播，因此在心收縮後0.13秒即可在寸口摸到心收縮期波。接著因為心臟血液搏出速率漸慢因此血壓漸又降低，降低到一個程度後，心室開始舒張，此時，心室內的壓力迅速地下降，血液由主動脈向心室倒流，使動脈的壓力突然下降更劇，然而，倒流的血液立刻將主動脈瓣往回推，使主動脈瓣關閉。此時倒流的血液所造成的動量，繼續把更多的血液帶回動脈，使壓力再度升高，因此在關主動脈瓣時，壓力脈搏曲線

上為一切跡。心舒張期開始時動脈壓下降很快，馬上這種速度就慢了下來，原因是，流經周圍血管的血液在壓力高時比壓力低時流得快。

脈象之現代分類

瞭解了正常生理狀況下脈搏壓力的變化，就可以進一步明瞭各種異常的脈象所代表的病理意義。姜白駒曾就二十八脈除去他認為不足為獨立脈的浮、沉、滑、瀉、虛、實、長、短、散、動等十脈後，剩餘的十八脈，按著血循環的生理，分類區別如下：

(一)心臟排水量之關係：

- 排水量充實者——洪脈。
- 排水量小弱者——乳脈、微脈、弱脈、瀉脈。

(二)血管之關係：

- 脈管粗而排水量充實者——洪脈。
- 脈管細而排水量充實者——弦脈。
- 脈管緊張程度減低者——濡脈。

- 脈管纖維萎縮及變硬者——緊脈、革脈。
- 血管收縮者（末稍動脈收縮）——弦脈、遲脈。
- 血管擴張者（末稍動脈擴張）——數脈、洪脈。

(三)心動速度之關係：

- 心動弛緩者——遲脈。
- 心動亢進者——數脈。

(四)血壓之關係：

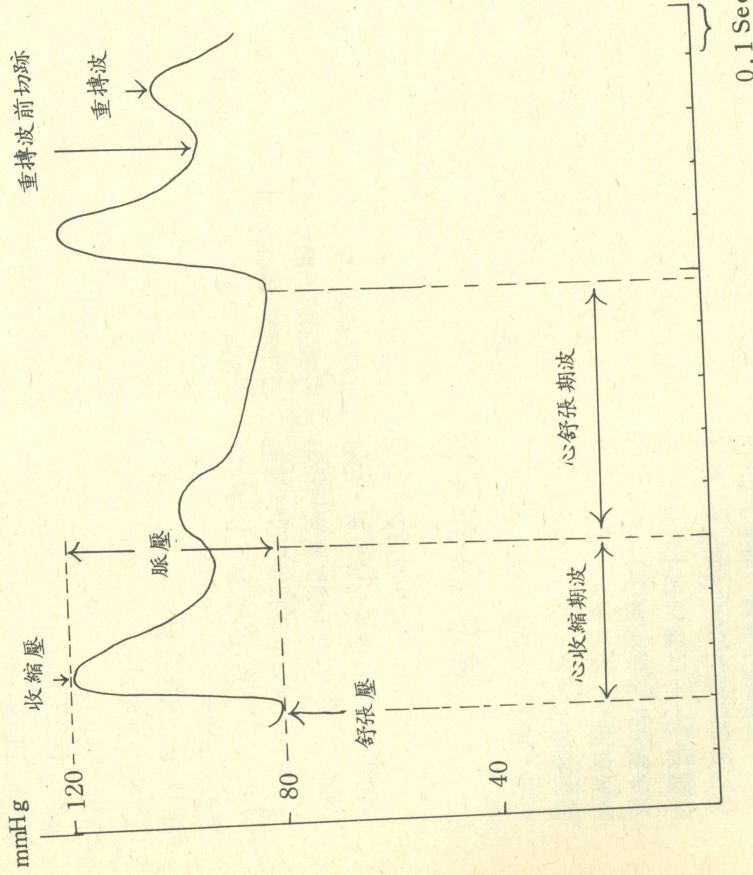
- 血壓亢進者——牢脈。
- 血壓低降者——濡脈。

(五)心臟組織機能障礙之關係：

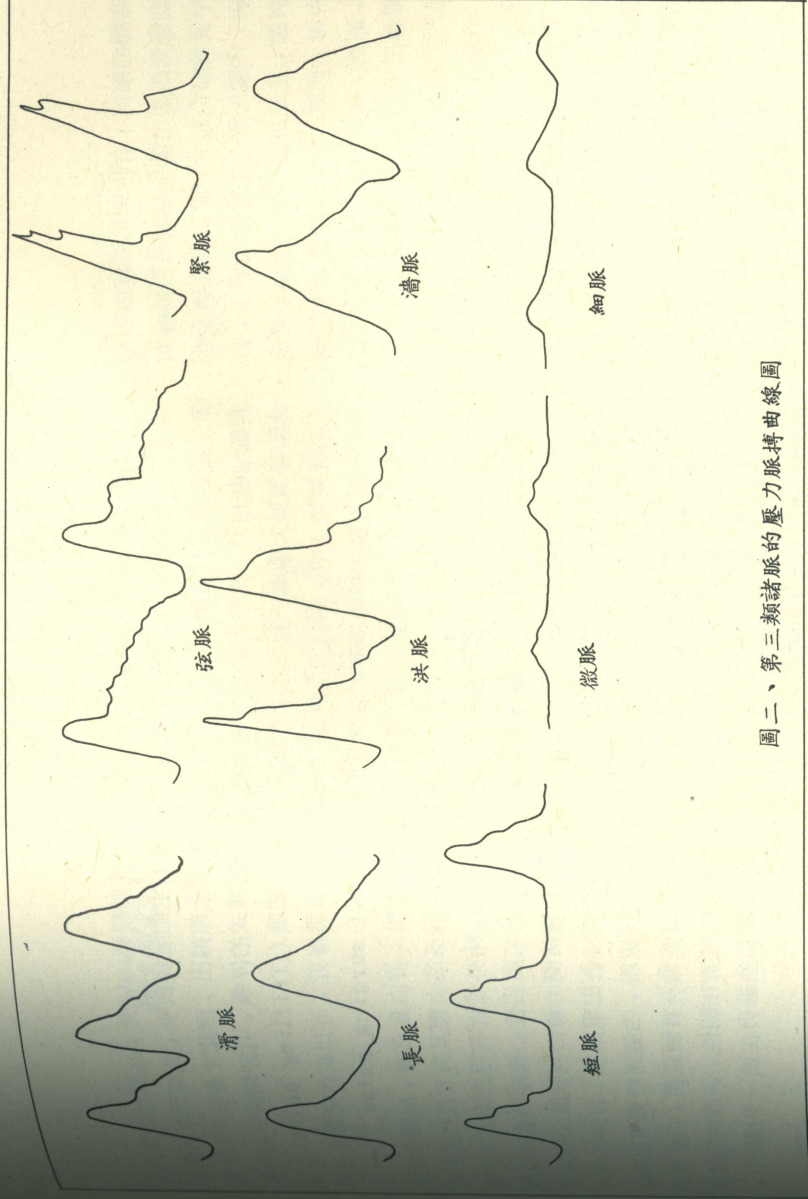
- 僧帽瓣口狹窄，心力衰弱者——濡脈、伏脈、細脈。
- 大動脈瓣閉鎖不全者——疾脈。
- 大動脈瓣口狹窄者——緩脈。
- 瓣膜閉鎖不全者——促脈、結脈、代脈。
- 血管栓塞者——促脈、結脈、代脈。

姜氏之說頗多值得商榷之處，但他能將近乎玄異的脈學用到西醫之上，做為西醫診斷之依據則頗具見地。

在將脈學列入理性客觀的討論之前首先必須將各脈象的特徵下嚴格的定義，或予衆人一清晰的印象。綜合二十八種脈象，可分為三大類第一類是用寸口部位加上舉（輕取），尋（不輕不重），按（重手取之）三種不同壓力，所產生之不同波形而分別。第二類是依脈搏之快慢，規律而予以分別。第三類是依脈搏形狀而分別。第一類十種脈的分辨，首先須將「舉」、「尋」、「按」所用的壓力定下來，再定下各脈所造成的波幅高低，則多數的脈可獲得明確的分辨。至於第二類的脈，只要依時間定下脈搏快慢的標準，則除了「散脈」，「細脈」以外應該都很容易診出。第三類脈象之鑑別最為主觀，因此利用壓力脈搏曲線是最好的鑑別方式，現將第三類的諸脈圖形列於圖二。



圖一、正常人腕部壓力脈搏曲線圖



圖二、第三類諸脈的壓力脈搏曲線圖

脈象之現代解釋

今日有許多脈，不但能確定其在臨床上的意義，更可用病理生理學來解釋脈形成的原因。在所有脈象中，古籍所載最能予人清晰完整概念的，無過於按至數之規則快慢而分別出來的數、遲、緩、疾、結、代、促、動、散等九種脈象。

數脈 (Haste pulse)：脈經中定義為一息六至，換算成今日的標準就是每分鐘約一百零八次搏動以上，有些古籍另將一息七至（每分鐘約一百二十六次搏動）以上列為疾脈 (Impetuous pulse)，這兩種脈象是代表心搏過速的狀況，一般對心搏過速 (tachycardia) 所下的定義是每分鐘一百跳以上，這與數脈的定義頗為接近。數脈形成的原因主要可分為體溫增高，自主神經刺激心臟，心臟的毒性作用等三大類；體溫增高後可直接促進竇房結的代謝作用，興奮性和節律因而提高。自主神經刺

激心跳，可在疼痛、休克、流血使血壓降低後，造成反射性的補償作用，另外情緒緊張、興奮、運動，這些狀況下也會出現自主神經興奮刺激心跳加速的作用。至於對心臟造成毒性作用的元素則包括嚴重的感染，甲狀腺毒症，食用過量的酒精，咖啡因或其他的藥物均會直接或間接的刺激心肌加速收縮。

結脈 (pause pulse)「往來緩，時一止復來，止無定數。」結脈可以在竇休止 (Sinus arrest) 時出現，竇休止係由於竇房結所發出的興奮波沒有傳出來，因此心跳突然停止一次，休止期正好是正常心跳間的兩倍時間，竇休止常因心肌缺血或梗塞造成，風濕熱、白喉，和其他急性感染都有可能出現竇休止。另外結脈也可以在早發收縮中出現，早發收縮 (premature contraction) 時，心室搏出的血量減少，因此相應的脈較弱甚至幾無相應脈出現，描記這種脈搏可以發現，在正常脈搏跳動之後緊跟一小跳動，然後在另一正常脈搏出現前要停頓一段較長的時間，在小跳動前一小跳動，然後在另一正常跳動間的時間是兩個正常跳動

不很高的情況下，也會引起強烈的壓力受器反射，使迷走神經興奮，造成遲脈。此外體溫過低，粘液性水腫 (Myxedema)，黃疸，或某些像流行性感冒，肺炎的傳染病上亦可見到遲脈。

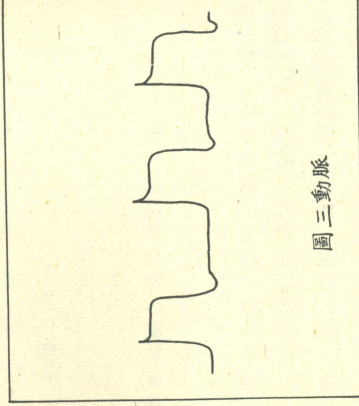
遲脈 (Slow pulse)：脈經中定義為「呼吸三至去來極遲」，意即每分鐘脈搏約在五十四次左右，與心搏遲緩的狀況頗為接近，心搏遲緩 (Bradycardia) 一般定義是每分鐘心跳六十次以下。生理性的遲脈可在運動員身上見到，這是因其每次心搏出血量較一般人為大，維持較緩的心搏即能供應身體所需。刺激迷走神經，也是遲脈造成的原因，腦壓上升時即可因此而使脈搏變緩，還有頸動脈竇症候群 (Carotid sinus syndrome) 患者，因其頸動脈竇附近動脈硬化，位於動脈壁上的壓力受器變得特別敏感，所以雖然頸動脈壓力

之時間的兩倍；有時則為脈搏停兩個週期後緊跟著出現一個較有力的搏動。早發收縮引起的結脈可以在傳染性疾病，內臟反射（如膽囊疾病），心理刺激，迷走神經刺激，運動，毛地黄中毒，低氧，低鈣，類交感神經藥物，酒精，咖啡因等用量過多這些情況都會出現，甚至有些正常人也有早發收縮的情形。

代脈（alternating pulse）脈搏每跳一定的次數，必定要停一次，再行搏動，且停止的時間較長，代脈是在規律性的早發收縮下出現，雙搏脈（Pulsus bigeminus）三搏脈（Pulsus trigeminus），甚至四搏脈（Pulsus quadrigeminus）都屬於代脈，雙搏脈的出現是由每一正常收縮後面跟著一個早發收縮，接著早發收縮後面又跟著一個較長的休止，因而形成變成對之現象。三搏脈可用早發收縮代替每一第三正常心跳而來，也可由一個無法在寸口摸到脈搏的早發收縮，取代第四正常心跳而來。除了早發收縮外，規律性的心臟傳導阻滯如第二級房室傳導阻滯，心房的激動被規律性的阻斷，因此心室的搏動週期性的停止。

散脈（Loitered pulse）：「無統紀無拘束，至數不齊，渙散不收」，可以在許多種不同的心室性不整脈（Ventricular arrhythmias），心房顫動（Atrial fibrillation），心房顫動等情況出現，此時脈波或大或小，或有或無，或高或低，或遲或速，變化非常紊亂。心房顫動時心房處於急速且完全不規則的搏動狀況，房室結與心室肌內經常處於變動的反拗狀態，只有強的心房興奮才能傳過房室結，因此心室的收縮極不規則，脈象也因此極為混亂。常見於冠狀動脈硬化症，風濕性僧帽瓣疾病，及甲狀腺機能亢進，甚至正常人也會有。

至於緩脈（inert pulse）因其為正常脈象在此不再贅述，促脈則是搏動較速的結脈，其所代表的時候與結脈相似，當然因其脈較速，在診斷時須加入數脈一起考慮。動脈在「金匱要略」中，認為它和風濕性骨節疼痛頗有聯帶關係亦有人報告在肌肉關節痛患者，有動脈出現，至於其出現的原因仍有待進一步研究，動脈的波形（圖三）收縮期升階斜率甚陡，幾成 90° ，先形成一尖銳波峯，緊接著一個圓滑波起的收縮期第二峯，重搏波不明顯。



圖三動脈

以下我們接著介紹第三類諸脈：

長脈（Bounding pulse）：見到這種脈構成的因素有三，一是要有充盛的心搏出量（stroke volume）二要有大的脈壓（pulse pressure），三是周邊血管阻力要小。動脈血迅速流失時，如存閉性動脈導管、主動脈肺動脈閉鎖不全、周邊動靜脈瘻管、嚴重的主動脈瓣閉鎖不全，還有焦慮、運動、發燒、甲狀腺機能亢奮，貧血，脈壓大的高血壓患者，都可以出現長脈。微脈（obscure pulse）軟弱無力的脈，出現於脈壓很低，心搏出量很小的情況，如心肌梗塞，心肌重症，狹縮性心包炎，心臟膜狹窄造成左心衰竭時，另外在休克時也可見到。瀰脈（Slurring pulse）因為指端對壓力的增加較為敏感，因此在收縮期升階波上有階梯式的停頓存在時特別容易

有流動艱澀的感受，此脈常出現於嚴重的主動脈瓣狹窄，此時因血液無法瞬間全部搏出，因此才會在升階上留下階梯式的停頓，且升階斜率也不夠陡。細脈（Trifling pulse）和微脈頗為接近，可以在休克患者見到。洪脈（surging pulse）：出現在脈管粗，排血量充實，脈壓大的情況下，有些高血壓及血管硬化患者可以見到。此外最近有報告指出支氣管擴張，肺氣腫慢性心肺症時會出現滑脈，肝膽病變時會出現弦脈，內臟或肌肉疼痛時會出現緊脈，胃腸系疾病時會出現短脈，內臟痛時會出現牢脈。雖然這些都有實驗證明，但是該脈與疾病的確實相關性，與該病為何會出現此脈這些都仍在進一步探究中。

結語

中醫脈學最玄奧之處，在於它認為脈象與全身臟器疾病的關聯性，至今仍無任何確鑿的證據可證明其存在，或許今後數年即能洞察其玄奧，並將此一中國兩千多年來的文化遺產，再度宣揚於世。

致謝

本社社齡尚淺，學員之中，西醫學知識仍嫌不足，掛一漏萬在所難免，尚祈諸先進不吝賜教指正。本文之成，曾獲本校潘憲醫師，空總汪啟游醫師，及張正懋，楊維傑中醫師提供資料，在此一併致謝。