

## · 理论探讨 ·

## 论“亢害承制”与“物极必反”的辩证关系及其应用\*

袁东凯<sup>1</sup> 姚睿祺<sup>1</sup> 王卢曦<sup>2</sup> 廖穆熙<sup>1</sup> 关天翔<sup>3▲</sup>

**摘要** “亢害承制”理论与“物极必反”理论的辩证关系为：克中寓生，制蕴化机，即克制中蕴含生机，从而实现自我完善和系统平衡，其中，“亢害承制”是“物极必反”的条件和基础，“物极必反”是“亢害承制”的结果和突破；统一于道，趋向于和，即五行统一于“道”，通过制约、转化等运动形式实现和维系和谐，推动事物的发展。在中医学的应用中，治未病方面提倡未亢先防，已亢防变；辨证论治方面则强调把握标本，扶弱抑强，而当病情出现本质与现象不相符的证候时，应采用反治法。

**关键词** 亢害承制；物极必反；治未病；辨证论治

“亢害承制”理论出自《素问·六微旨大论》，原文曰：“亢则害，承乃制，制则生化，外列盛衰，害则败乱，生化大病。”这句话原意指六气过亢是病害的基础，六气间承制关系是维持六气运动的必要条件。后世医家钩隐抉微，使这一理论不再局限于运气学说，而是拓展至病机、病理的领域，为后世研究病机、病理的辩证关系提供了重要论点<sup>[1]</sup>。

“物极必反”理论肇源于《老子》的“反者道之动”，直至北宋时期，才由欧阳修、程颐正式提出<sup>[2]</sup>。其基本内涵是指具备某种性质的事物发展到极点后出现的往自身相反方向发展的属性。“物极必反”理论向中医学的渗透，可上溯至《黄帝内经》。虽然《黄帝内经》中并未直接出现“物极必反”一词，但“重阴必阳，重阳必阴”“寒极生热，热极生寒”等论述，已深刻体现了这一辩证法则。后世医家承袭此思想，并将其广泛应用于阐释生理、病理与病机变化，使其成为中医理论体系的基石之一。现笔者尝试从哲学理论和中医临床实践的角度探讨“亢害承制”与“物极必反”理论的辩证关系及其临床应用，以为临床提供更多的思路。

## 1 亢害承制与物极必反的关系

### 1.1 克中寓生，制蕴化机 《素问·阴阳离合论》曰：

\* 基金项目 深圳市南山区高层次医学团队引进项目(No. SZSM202103010); 2. 全国名老中医药专家传承工作室-南山分工作站(No. 国中医药人教函[2022]75号);

▲ 通信作者 关天翔,男,主治医师。研究方向:中医药防治神志病的临床及基础研究。E-mail: 13267068157@163.com

• 作者单位 1. 深圳市南山区中医院(广东 深圳 518000); 2. 深圳市南山区人民医院(广东 深圳 518000); 3. 深圳市宝安纯中医治疗医院(广东 深圳 518000)

“阴阳者，数之可十，推之可百，数之可千，推之可万，万之大不可胜数，然其要一也。”阴阳、五行都是分析世界的理论工具，宇宙中一切事物均分出阴阳、五行。以亢害承制的视觉观之，其精妙处在于“制”并非消极地打压，而是制中有生、寓生于克的动态平衡。这主要体现在两个方面。其一，克制是被克制者实现自我完善的条件。如木行亢进，过亢的木行往往无法发挥正常作用，在人体则易表现为肝阳上亢、肝火犯肺、肝木乘脾等证。此时，增强金行以修正和制约木行，可使亢进的木行重新发挥作用。临床上常用的“佐金平木”法即源于此理。正如《医原》所说：“肺主天、主阳、主气，敷布阴液，以柔肝木。木得下降之阳气所制，则温柔和缓，不似燥急难平矣。”其二，系统内部存在自我平衡的反馈机制。当五行中一行过亢时，其所不胜一行则会增强，制约亢进的一行。如木行过亢时，会依五行胜复之理，激发并增强其所不胜之“金”行的承制之力，从而对过亢之木气产生克制，使其复归于平。其他各行之理皆同。由此可见，“亢害承制”理论实则揭示的是通过系统内各部分调衡，以实现能量的内部循环。但是，这种调衡的能力也是有一定限度的，若超过系统调节范围，仍会导致系统的紊乱和崩坏<sup>[3]</sup>。

张介宾在《类经图翼·运气上》中指出：“盖造化之机，不可无生，亦不可无制。无生则发育无由，无制则亢而为害。”此语揭示了生长与制约在万物运化中的重要作用。“亢害承制”与“对立制约”虽同属“克制”范畴，但内涵迥异。“对立制约”是阴阳的基本属性，是自发的“斗争性”运动；而“亢害承制”是在整体观指导下的、有目标的有机辩证运动，其目的在于通过系统内部的调衡，使制约中蕴含生机，从而推动事物实现由

量变到质变、由渐变到突变的跃升,朝向更高层次发展<sup>[4]</sup>。所以说,“亢害承制”是“物极必反”的条件和基础,“物极必反”是“亢害承制”的结果和突破。从哲学层面看,“亢害承制”可谓是一种经过“扬弃”的、更高级的“对立制约”。相较于西方矛盾论强调“斗争性”,阴阳学说更注重转化的和谐性,其转化归宿并非消亡,而是在新维度上达成动态平衡,其过程呈现“否定之否定”的螺旋式发展。“亢害承制”理论对事物发展的意义主要体现在两个方面:其一,维持事物整体的发展秩序,使事物沿着“道”发展;其二,防止事物的畸形发展,避免出现“孤阳”“孤阴”的极端状态。

**1.2 统一于道,趋向于和** 宇宙间万物的运动并非杂乱无章,而是遵循一定的法则进而呈现出某种状态的。《道德经》言:“人法地,地法天,天法道,道法自然。”王弼在《老子道德经注》中注曰:“法,谓法则也。”该书又云:“道生一,一生二,二生三,三生万物,万物负阴而抱阳,冲气以为和。”此处的“冲”,据《说文解字》释义为“摇摆”,可引申为交融摩荡。由此可知,“道”是天地万物原本属性和基本运行法则,阴阳二气在“道”的作用下交融摩荡,化生万物。同时,《道德经》中还提到:“天地不仁,以万物为刍狗。”此言揭示“道”遵循自然法则,本身是消极与积极意义、常态与异常态的统一,即道所包含的阴阳二气运动既包含对立制约、阴阳消长、阴阳转化等促进事物发展的运动形式,同时也包括阴阳离决、阴阳偏盛、阴阳格拒等不利于事物发展的运动形式。若要使万物呈现生生不息、交替有常的状态,就需要调和阴阳二气运动形式,使阴阳承制有序、天地沟通,达到“和”的状态<sup>[5]</sup>。“和”是阴阳动态平衡的至臻状态,也是“道”化育万物的目标体现。

《中庸》曰“和也者,天下之达道也”,揭示了宇宙万物具有“趋和”性。而《道德经》中“反者道之动,弱者道之用”的论断则进一步阐明,事物自萌芽之初,其内部便蕴含着避免走向极端或阴阳离决的自我调和机制。这种“趋和”状态的实现,依赖于“五行”在“道”的法则统摄下所进行的动态调节:在内通过制约、转化等运动形式实现和维系事物各系统的和谐,在外则表现为阴阳相荡、胜负、屈伸等,从而推动事物的持续发展<sup>[6]</sup>。

总而言之,“亢害承制”与“物极必反”统一于“道”,是实现“和”这一理想状态的具体机制与动态过程。换言之,“道”(其目标为“和”)是本体与法则(体),而“亢害承制”与“物极必反”是其作用与显现(用)。三者之间存在如下的关系。其一,事物发展的“和”实质是宇宙时空整体宏观完美和微观存瑕的有

机统一。这意味着,“和”并非指每一局部在每一时刻都处于完美均衡,而是指在整体时空尺度上,系统呈现出高度的协同性与稳定性。尽管局部或瞬时会出现“过亢”或“不及”的波动,但系统内部阴阳五行的生克制化运动,总能将其调节至整体有序发展的轨道上。其二,“所胜”与“所不胜”应答具有多元性。如借助“五行”范畴而建立的五脏、经络、经筋关系网络和病理、生理理论体系,均不能采用形式逻辑的同一律来简单判定。脏腑病可以累及经络,通过经络施针也可以治疗脏腑疾患。天地万物维持着的平衡是整体的平衡,整体内各局部的功能、结构、运动变化相互影响,因而形成多变量交叉反馈的状态。其三,“所胜”与“所不胜”之间力量的大致持衡,是二者发挥正常制化作用的前提。例如“肝苦急,急食甘以缓之”之治则,即是针对肝木乘脾之证,运用“培土”之法以“制木”,从而达到调和肝脾之效。若双方力量悬殊,正常的制约关系便会破裂,转化为“相乘”或“相侮”的病理状态。因此,势均方能形成有建设性的“对待”关系,过度的失衡则导致系统的破坏。

## 2 “亢害承制”与“物极必反”理论在中医学中的应用

“亢害承制”与“物极必反”理论相辅相成,是中医学的重要基石。其在中医学中的应用主要体现在治未病与辨证论治两个方面。

**2.1 在治未病中的应用:未亢先防,已亢防变** 体质是人体对特定疾病存在易感性及发病倾向性的内在特质<sup>[7]</sup>。《灵枢·通天》将人的体质划分为太阴、少阴、太阳、少阳与阴阳和平五种类型,指出“凡五人者,其态不同,其筋骨气血各不等”,明确了个体体质的差异性。这种差异受到先天和后天的双重影响,其中,先天的影响来自禀赋,后天的影响则来自饮食、情志、劳倦等因素。先后天因素共同导致人体在基础状态下即存在某种阴阳偏颇。生理状态下,人体通过内部“承制”机制可予以调衡,使之趋于相对平衡;病理状态下,若长期处于此“亢”之边缘,人体的自我调衡能力便会逐渐耗损,一旦遭遇劳倦失度、饮食不节或岁运不和等外因引动,便极易打破脆弱的平衡而发病。此即《灵枢·百病始生》所言“因于天时,与其身形,参以虚实,大病乃成”的内在机理。及至病成,阴阳失衡进一步加重,又可导致病情加重而出现传变、兼证甚至“真寒假热”“真热假寒”的转归。

基于“亢害承制”理论,“治未病”的核心思路可凝练为“未亢先防,已亢防变”,即在未亢时防其过亢,及

其已亢时防其再生变化或者加重。这具体可分为3个递进层次。其一,未亢先防,顺应自然。此阶段重在养生固本:在外要根据时令、月令的变化,选择恰当的起居习惯,增强体魄,趋避邪气;在内要保持内心的恬淡虚无,内守真气,遵守“法于阴阳,和于术数”的法则<sup>[8-9]</sup>。其根本目的在于维持自身阴阳、五行的平衡不被破坏。其二,亢则防病,燮理内在。此阶段机体多呈亚健康状态,阴阳、五行已有偏倾,但尚处于自我调节的阈值之内。此阶段的干预,除遵循基本养生法则外,可配合导引、功法、饮食或药物等手段,以调和偏颇,辅助机体恢复平衡,防其进一步发展为疾病。其三,病则防变,谨守生机。此阶段邪气亢盛,正气亏虚,若治疗不当,易导致病情加重,甚至危及生命。因此,治疗上应及时截断病势,防止病情传变或兼证的出现。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》所提到的“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,乃此思想的经典范例。

**2.2 在辨证论治中的应用:把握标本,扶弱抑强** 中医名家秦伯未先生对五脏相克关系在临证中的应用已有详细论述<sup>[10]20-24</sup>。《黄帝内经》所言“邪之所凑,其气必虚”,深刻揭示了系统内部的脆弱性是失衡的关键。具体而言,一行的“亢”盛可导致其所“承”之行的相对亏虚;反之,某一行的自身亏虚,亦可引发其所不胜之行的相对“亢”进。因此,与单纯地强调克制关系不同,“亢害承制”和“物极必反”理论强调的是五行关系的和谐与发展,系统内每一行都要力量均衡。

五行失衡,超过机体调节范围就可引起生病。其临床证候往往并非单一某行的“亢”或“虚”,而是由相克关系中两行(克制者与被克制者)相互作用所呈现的复杂状态。《素问·阴阳应象大论》云:“治病必求于本。”此处的“本”,是经辨证思维过程归纳总结的五行关系,是本质;相对于本,“标”是指疾病的临床表现,是现象。医者临证的过程即是通过现象分析和认知本质的过程。医者在临证时需从整体出发,用普遍联系的观点,基于五行承制关系判断病情,仔细甄别病情寒热真假、标本虚实及兼夹证。一般而言,实则多亢,乘所胜而侮所不胜;虚者自亏,所胜侮之,所不胜乘之。其治疗关键在于精准调和这种失衡的五行关系。

治疗时需根据五行盛衰予扶弱抑强,实者泻之,虚者补之,寒者热之,热者寒之,以恢复机体亢害承制的调节机制,此即正治法;当病情发展至极端,出现本质与征象不相符合的真假征候时(如真寒假热、真热假寒),则需采用通因通用、热因热用、寒因寒用、塞因塞用的治法,此即反治法。以下试从五脏分论之。

肝,为阴中之少阳。(1)肝实之证:常见木旺乘土及肝实侮肺之证。①木旺乘土:肝实乘脾,临床以肝郁脾虚证多见,其不仅可表现出肝实的症状(如胁肋胀痛、情志不畅、失眠多梦),又可表现出脾虚的症状(如腹胀腹痛、纳呆食减、大便稀溏),治疗上应分清肝郁与脾虚的比重进行遣方用药(肝郁重而脾虚轻者,予疏肝解郁,用柴胡疏肝散;肝郁脾虚并见者,治以疏肝健脾,予逍遥散,化火者改用丹栀逍遥散);肝病及胃,若肝火犯胃兼见胃痛,当治以清肝和胃,予左金丸合乌贝散。②肝实侮肺(木火刑金):临床以肝火犯肺多见,乃木火炎炽,灼伤肺金所致,症见胁肋疼痛、急躁易怒、咳嗽痰黄,甚则咯血等。治宜清肝泻肺,予泻白散合黛蛤散。(2)肝虚之证:肝气虚则疏泄无权,可见视物模糊、指甲枯萎、口中苦、面色青、胁肋胀满等症<sup>[11]</sup>,治以黄芪、山茱萸、当归、山药等药物补益肝气,滋养肝血;肝血亏虚者,治宜补养肝血,予四物汤;肝阴亏虚者,治宜养阴柔肝,予一贯煎。肝虚可遭他脏乘侮:①脾土侮肝木(土壅木郁)者,用小建中汤以调和肝脾<sup>[12]</sup>;②肺金乘肝木(木虚金乘)者,其病机为肝气不足,疏泄失常,而肺气不虚,进而可影响心阳与脾,故可以推断出本证患者可有胁肋不适、咳嗽、心虚胆怯、嗝气反胃等症,当治以补肝气为主,方用《辅行诀》小补肝汤,如有气逆化火,可予《辅行诀》大补肝汤。

心,为阳中之太阳。(1)心实之证:①心火乘肺,可见咳嗽痰黄、胸痛,甚则咯血,并伴口舌生疮、心烦失眠、小便短赤等症,予泻白散合导赤散<sup>[13]</sup>;②心火侮肾,多由心火亢盛,耗伤肾阴所致,可见心烦失眠、口干舌燥之症,此阶段病属初期,心火重而肾阴亏轻,故治以清泻心火为主,方用朱砂安神丸。(2)心虚之证:①肺金侮心,乃因心阳不足,肺气侮之,可见畏寒怕冷、心慌心悸、咳嗽咯清痰等症,治宜温通心肺、化痰止咳,予苓甘五味姜辛夏杏汤合苓桂术甘汤<sup>[13]</sup>;②肾水乘心,即水饮凌心证,予真武汤,如心阳不足重,可合苓桂术甘汤以培土制水。

脾,为阴中之至阴。(1)脾实之证:①土旺乘水,据《伤寒悬解》所曰“阳明病伤及肾阴,则阳明益盛而少阴益亏”,当治以急下存阴之法,方用大承气汤泻土救水;②土壅木郁,乃因脾胃壅滞导致肝气受累而得病,其关键在于邪实阻滞,与脾虚所致之“土虚木乘”有本质不同,故治疗上重在祛邪导滞,以恢复肝脾功能,具体可予消食导滞、清利湿热、和解攻里等方法<sup>[12]</sup>。(2)脾虚之证:①水旺侮土,症见水肿、胀满等,治宜敦土利水,方用实脾饮<sup>[10]21</sup>;②土虚木乘,此证与肝郁脾虚

证相似,但核心病机存在差别,即本证以脾虚为主,肝郁次之,治疗应以健脾为主,疏肝为辅,方用培土舒肝汤或者参苓白术散、理中汤之类合四逆散。

肺,为阳中之阴。(1)肺实之证:常见金旺乘木及肺金侮火之证。①金旺乘木:“金旺乘木”所致之证,古籍中称为“肝痹”<sup>[14]</sup>。《黄帝内经》虽提及可针刺太冲穴,但未载方药。考历代医家所论,其病机与《三因极一病证方论》中“金运太过,肝虚受克”之说相近。故治疗可予木瓜牛膝汤加减,以泻肺抑金、调气和肝<sup>[15]</sup>。②肺金侮火:其病机为肺气壅塞,病邪及心。该证有化寒、化热之分。化热者,证治同心火乘肺证,当清心泻肺;寒化者,乃寒痰饮邪留滞心脉,可见气喘、痰多、心悸胸痛等症,治以泻肺利水、泻肺痰瘀、温阳泻肺、养阴泻肺等法<sup>[16]</sup>。(2)肺虚之证:①肝木侮金,症见气短乏力、易感外邪、咳喘经久、咯痰不爽等,治宜抑肝扶肺,方用补肺汤;②心火乘金,多与肺阴亏虚,心火反亢相关,症见干咳日久、口干咽燥、潮热消瘦等,根据其临床表现,可将其归属于“肺癆”范畴,当治以滋阴润肺、清热降火为法,药用青蒿、玉竹等<sup>[17]</sup>,如热重,可予清燥救肺汤。

肾,为阴中之阴。(1)肾实之证:①水旺乘火<sup>[10]22</sup>,即为肾阴寒上逆,可犯心阳,表现为脐下悸动,而后心悸心慌,属《伤寒论》中“奔豚病”范畴,当予桂枝加桂汤;②水旺侮土,可见腹胀、腹泻、小便不利,甚至水肿等,为水气上泛,壅塞脾胃,土不制水所致,当治以运脾利水为法,方用五苓散。(2)肾虚之证:常见水虚土乘及水虚火侮之证。①水虚土乘:《伤寒悬解》提到“少阴水脏,在阳明则燥土克水,是为不足,在少阴则寒水侮土,是为有余”。少阴自亏,胃自亢而乘之,仍属《伤寒论》中“少阴病”范畴,同样可见心烦、失眠等症,只是热势不及少阴急下证,治当补养肾中真水,兼清胃火,予黄连阿胶汤养阴清热。②水虚火侮:此乃阴虚火旺之证,治当滋阴降火,可予大补阴丸。

当亢害发展至极端,常会出现临床表现与疾病本质完全相反的“假象”。正如刘完素所言“甚则反兼胜己之化”,以及《求医诊脉说》所载“至虚有盛候,大实有羸状”。此因邪气亢极,正气虚极,气血津液不通,经络闭塞,导致正气隔拒,阴阳离决,而表现出“假象”。此情况多出现在危急重症或久病、疑难病的患者身上。临证时医者需要根据患者的病史、临床表现和舌脉象谨别真假,对证施药。临床多采用通因通用、热因热用、寒因寒用、塞因塞用的治疗方法。为避免因阴阳格拒而出现“虚不受药”或药力难达病所的

情况,可于方中少佐与君药性味相反的药物以为反佐<sup>[18]</sup>,引导药力,破除格拒。

以上所论,仅为“亢害承制”与“物极必反”理论在辨证论治中应用之梗概。然临床证候变化万千,医者切不可拘泥成法,务必遵循“知犯何逆,随证治之”之训,通过四诊合参,全面分析,方能灵活运用。因此,对“亢害承制”等中医学哲学理论进行更深入、系统且精确的挖掘与阐释,不仅是深化中医系统研究的基石,亦是推动其现代发展的关键方向,值得学界持续探索。

## 参考文献

- [1]颜新.亢害承制论源流谈[J].上海中医药大学学报,2001,15(4):20-22.
- [2]郑万耕.易学中的物极则反说[J].北京师范大学学报(人文社会科学版),2001(2):5-12.
- [3]徐荣斋.《商榷》的商榷:答胡菊明同志[J].浙江中医学院学报,1979(5):70.
- [4]史贻遼,吴晖.事物发展的动力问题剖析[J].学术研究,1985(1):45-51.
- [5]田永衍,王庆其.《黄帝内经》天道观中的“和”思想探析[J].中华中医药杂志,2015,30(6):1865-1867.
- [6]鲁克成,吴玥.论中国哲学对“道”的揭示以及达“道”的方法[J].科教导刊(上旬刊),2019(16):152-153.
- [7]丛林鹏,周玉美,王济,等.从中医体质学原理看过敏体质[J].北京中医药大学学报,2024,47(11):1597-1602.
- [8]邓旭,蔡虎志,陈青扬,等.基于“四时调阳”理念构建“治未病”新体系[J].中医杂志,2019,60(10):895-897.
- [9]孟晓媛,刘继东,段阿里,等.《黄帝内经》养生理论的内涵与当代价值[J].中华中医药杂志,2022,37(2):989-991.
- [10]秦伯未.谦斋医学讲稿[M].上海:上海科学技术出版社,2009:20-24.
- [11]严航,陈天玺,吴小明,等.肝气虚中医文献源流探析[J].四川中医,2023,41(10):29-32.
- [12]刘岷,纪立金.浅谈“土壅木郁”理论与临床运用[J].中华中医药杂志,2021,36(4):1956-1958.
- [13]陈康桂.肖波主任医师从心论治咳嗽学术经验[J].内蒙古中医药,2019,38(12):89-90.
- [14]李满意,娄玉钤.肝痹的源流及相关历史文献复习[J].风湿病与关节炎,2015,4(4):46-53.
- [15]陈言.三因极一病证方论[M].北京:人民卫生出版社,2007:95.
- [16]李明轩,李红典,刘红旭,等.基于五行学说论冠状动脉微循环障碍[J].中华中医药杂志,2024,39(4):1727-1730.
- [17]左婉璽.朱丹溪治疗肺癆特色探析[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(11):40-42,46.
- [18]金光亮,金光亮.反佐与佐药的概念辨析[J].中医杂志,2017,58(23):2065-2067.

(收稿日期:2025-05-01)

(本文编辑:金冠羽)