

掌后高骨定关法的讨论

王 毅¹, 符 强^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学基础医学院, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年8月13日; 录用日期: 2026年9月7日; 发布日期: 2026年9月21日

摘 要

文章通过分析当下教学、通行教材、早期文献以及部分古代各家和现代医家脉诊(独取寸口法)实践中关于定关分部方法的论述, 结合解剖实际与表面解剖实验, 阐明了各类“掌后高骨”的含义以及诸种定关法的实践特点与缺陷, 梳理了几种掌后高骨的具体定位, 并提出了通过掌后高骨定关分部的确切方法, 从而为脉诊教学和医疗实践的准确化与标准化奠定基础。

关键词

脉诊, 独取寸口, 定关法

Discussion on the Method of Locating the Guan Position Based on the Prominent Bone behind the Palm

Yi Wang¹, Qiang Fu^{2*}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²School of Basic Medical Sciences, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: August 13, 2026; accepted: September 7, 2026; published: September 21, 2026

Abstract

This paper analyzes and discusses the methods of locating and dividing the Guan position in pulse diagnosis (the method of exclusively palpating the Cunkou) as presented in current teaching practices, widely used textbooks, early literature, and the clinical practices of various ancient and modern physicians. By integrating anatomical evidence with surface anatomy experiments, the study

*通讯作者。

elucidates the specific meanings of the “prominent bone behind the palm” across different contexts, as well as the practical characteristics and limitations of various Guan-positioning methods. Several specific anatomical landmarks of the prominent bone behind the palm are systematically identified, and a precise method for locating and dividing the pulse positions based on these anatomical landmarks is proposed, thereby laying a foundation for the accuracy and standardization of pulse diagnosis in both teaching and clinical practice.

Keywords

Pulse Diagnosis, Exclusive Cunkou Palpation, Method of Locating the Guan Position

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

脉诊是中医的重要诊法, 无论医患还是社会大众, 多将“摸脉”视为中医的一大特色。脉诊可分为遍诊法、人迎寸口脉法、伤寒论三部法、独取寸口等, 当前谈及脉诊时往往默认为独取寸口法。如今关于独取寸口的提法和解释基本肇始于《难经》。《一难》中记载: “寸口者, 五脏六腑之所终始, 故法取于寸口也” [1]。独取寸口法分择时、体位、平息、定三关、布指、运指六步, 其中有些步骤, 如择时, 受到执业环境和实际情况的制约, 可加以变通; 而有些步骤会大幅影响脉学理论与脉诊实际的对应性, 则应加以讨论并拟定严格标准。独取寸口法的理论特点是“上竞上, 下竞下”(张介宾说), 因此, 想要通过独取寸口更准确地测知人体上下各部分的情况, 对定关布指法的严谨设计必不可少, 这也是影响不同人学习和使用脉诊一致性及独取寸口法信效度的重要步骤。

2. 教学中的桡骨茎突定关法

2.1. 定关的教学定位

中医脉诊操作除去对患者体位、时间及环境的要求外, 分为定关、布指、运指三步, 其中定关是其余两步的前提, 是关乎切按部位是否准确、三关对应能否完成的重要步骤, 也是脉诊实操教学中的重点。

2.2. 定关的教学问题

“十四五”教材《中医诊断学》切诊部分“定三关”中指出: “医生下指时, 先以中指按在掌后高骨内侧动脉处, 称为中指定关, 然后用食指按在关前(腕侧)定寸, 用无名指按在关后(肘侧)定尺” [2]。所谓“掌后高骨”为何, 书中并未见明确说明, 仅有几处分别提到“桡骨茎突”一词, 且并未与掌后高骨相联论述, 如: “寸口诊法是指切按桡骨茎突内侧一段桡动脉的搏动, 根据其脉动形象……的一种诊察方法”、“寸口处为桡动脉, 该动脉所在桡骨茎突处……” [2]。书中介绍定关时直接引入“掌后高骨”的概念, 而掌后的高骨显然不只一处, 这一表述的疏漏, 导致教材在如何定关、以哪一处高骨作为解剖标志, 以及如何解读关部与标志的位置关系等具体操作层面, 缺乏清晰明确的指导。

3. 桡骨茎突的体表触摸及定关问题

3.1. 桡骨茎突的体表触摸

桡骨茎突(Radial Styloid Process)其尖部深在, 于手腕之中突向下且与腕骨构成关节, 并不表浅(见图

1)。因此,在体表难以触及完整的桡骨茎突。临床上,体表可触及的骨性突起分别为桡骨茎突的外上侧缘(桡侧腕长伸肌腕侧腕短伸肌腱沟与拇短伸肌及拇长展肌腱沟之间隆起)、桡骨茎突的掌侧隆起(拇短伸肌及拇长展肌腱沟内侧隆起,如图2所示)以及桡骨茎突的背侧隆起(Lister 结节)。

3.2. 定关法的操作问题

因该段桡动脉基本走行于桡骨外侧缘的内侧,故符合以“掌后高骨内侧”定关的高骨即桡骨茎突的外上侧缘,实际教学中也见教师以此处作为与关部同一水平的骨性标志,标定水平高度后向内推移来定关。然而,若以此处作为“高骨”最高点而采取高骨内侧定关法(如图3黑色圆点指示),并在此关前定寸,则往往导致寸部定位正当腕横纹甚至将寸部定到腕横纹以远,该情况下如果布指不超过腕横纹则寸部逼仄,影响诊脉,如果布指超过腕横纹则上越脉(寸部过长明显向上越过腕横纹,基本属病脉)等与腕横纹有关的脉象无从谈起,因为寸部直接定出了腕横纹。因此,用“桡骨茎突”及不加介绍的“掌后高骨”这两个词来描述寸口诊法的体表标志过于宽泛且不准确,应该寻找更明确的定位标志,进行精准描述。

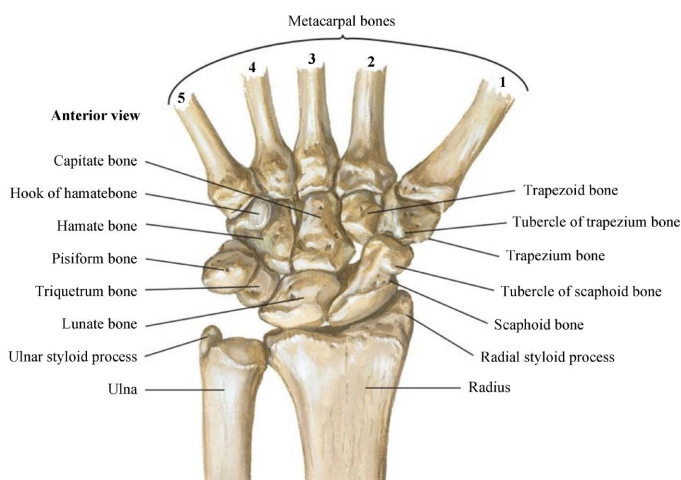


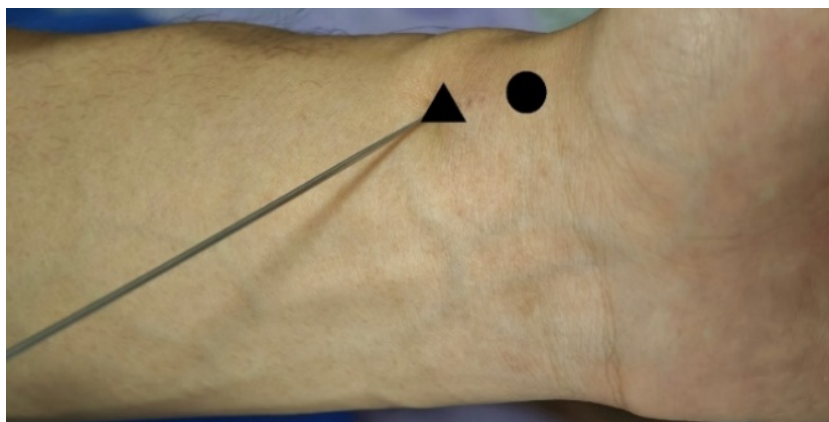
Figure 1. Wrist and hand [3]

图1. 腕与手[3]



Figure 2. Groove for the tendons of extensor pollicis brevis and abductor pollicis longus, the “prominent bone behind the palm”

图2. 拇短伸肌和拇长展肌腱沟及“掌后高骨”



注：三角为改进定关法确定，圆为用桡侧腕长伸桡侧腕短伸肌腱沟与拇短伸肌及拇长展肌腱沟之间隆起定关确定。

Figure 3. The guan position across various diagnosis methods
图 3. 不同定关法的关部

4. 其他定关法

4.1. 尺骨小头定关法

或许其他医家也发现了这一问题。姚梅龄先生在《临证脉学十六讲》[4]中提出尺骨小头定关法：于小臂近腕部背侧触及尺骨小头突起高点，通过中指循手背(前臂背侧)或拇指对应法(拇指按定尺骨小头以辅助中指用此水平定关)两法定关。以此法定者，关部比“掌后高骨内侧”者高 7 mm 左右，有效避免了寸部越腕横纹和寸部逼仄的问题。

4.2. 古代诸种定位法

4.2.1. 《脉经》

《脉经》是重要的早期脉学经典。其中关于寸口脉的实际定位及分部的方法见于《脉经·分别三关境界脉候所主第三》中：“从鱼际至高骨，却行一寸，其中名曰寸口。从寸至尺，名曰尺泽，故曰尺寸。寸后尺前名曰关”[5]。可见，《脉经》定位用的是相对长度定寸尺的方法，定位的模式是较量(一寸)与相对位置(从寸至尺)相结合的，导致的实际结果是寸口诊法的触摸部位是一个既确定又有一定变化空间的区域，非常符合临床诊脉中脉象需推移变动而得的实际情况。寸明尺约，两者之间为关，与如今先定关再定寸尺的思路大有不同，明确了寸口(寸部)的长度为一寸，更进一步佐证了，即如果定位法导致寸部逼仄，则一定存在问题。

4.2.2. 古代诸家掌后高骨定关含义分析

① 《外科精义·论持手诀消息法》：“大凡诊脉先以中指揣按掌后高骨，骨下为关；得其关位，然后齐下两左右二指。”(元代，公元 1335 年，齐德之)[6]

② 《癉医大全·论持手诀消息法》：“大凡诊脉，先以中指揣按掌后高骨，骨下为关，得其关位，然后齐下两左右二指。”(清，公元 1760 年，顾世澄)[7]

③ 《医宗金鉴·脉部位歌》：“脉为血脉百骸通，大会之地寸口宗，掌后高骨名关上，关之前后寸尺名。”(清，公元 1742 年，吴谦)[8]

④ 《类经·部位》：“然则关之前曰寸，关之后曰尺，而所谓关者，乃间于尺寸之间，而为阴阳之界限，正当掌后高骨处是也。”(明，公元 1624 年，张景岳，对《难经·二难》的解释)[9]

《难经》二难曰:“从关至尺是尺内,阴之所治也;从关至鱼际是寸口内,阳之所治也。”(西汉、东汉)[1]

⑤ 《经络考·肺手太阴之脉》解释“循臂内上骨下廉,入寸口,上鱼,循鱼际,出大指之端”时:“膈尽处为肘,肘以下为臂。廉,隅也。手掌后高骨旁动脉为关,关前动脉为寸口。曰鱼,鱼际者,谓掌骨之前,大指本节之后,其肥肉隆起处,统谓之鱼,鱼际则其间之穴名也。”(明万历三十七年,公元1609年,张三锡)[10]

⑥ 《针灸聚英·手太阴经脉穴》:“肘以下为臂。廉,隅也,边也。手掌后高骨旁动脉为关,关前动脉为寸口。”(明,公元1529年,高武)[11]

⑦ 《古今医统大全·持脉总论》:“大凡诊脉,先以中指揣按掌后高骨上为关,得其关位,然后齐下名食二指。”(明,公元1556年,徐春甫)[12]

“掌后高骨”一词本身有以下三种含义:

① 豌豆骨的体表触诊处,与手少阴脉有关,此种含义下掌后高骨还有可能被称作“手锐骨”、“掌后兑骨”;

② 小臂外侧腕横纹上可触及的桡骨茎突的外上侧缘,涉及的文本往往以“手掌后高骨旁动脉为关”或“手掌后高骨傍动脉为关”,支持此观点的文本为5、6;

③ (大)鱼际掌横纹处掌侧直上向尺泽方向揣摸有一小丘状骨性突起(桡骨茎突直上),以此为掌后高骨。经过考察与实验,认为第三种最符合掌后高骨的词义,支持此观点的文本为1、2、3,若文本7中确认为上、下两字的互相错讹则也可归为此类。

根据以上文本,对于掌后高骨和定关的关系,有以下四种:

① 掌后高骨,骨下为关,此种文本情境下掌后高骨应该是上述第三种含义,即鱼际掌横纹处与尺泽连线直上,于手腕近侧揣摸到的小丘状骨性突起,从小丘远端向近端揣摸,其“山脚下”为关。(文本1、2、3)

② 正当掌后高骨处是也,即认为掌后高骨最高点对应关部,此种文本情境下掌后高骨取上述第二种或第三种含义均可。(文本4)

③ 手掌后高骨旁动脉为关,与现行《中医诊断学》教材观点一致,即关在手掌后高骨旁(内侧),掌后高骨取上述第二种含义。(文本5、6)

④ 先以中指揣按掌后高骨上为关,与第一种“掌后高骨,骨下为关”刚好相反,所以有两种可能。虽然上所列《古今医统大全·持脉总论》文本与《外科精义》及《疡医大全》中相关文本除“上”、“下”两字外几乎相同,但古代整理者编辑同时结合自身观点加以变易的现象十分常见,因此《古今医统大全》想要表明的含义可能是与第二种一致,即当掌后高骨为关;另一可能,分析《古今医统大全》《外科精义》及《疡医大全》的成书年代及编撰性质,《外科精义》成书于元,时间较早,而《古今医统大全》及《疡医大全》分别成书于明代与清代。其中又属《外科精义》版本较为精良,且系统清晰,现存有《东垣十书》明嘉靖八年(1529)藩刻本[13],《古今医统正脉全书》本,明万历二十九年(1601)吴勉学校刻本及《四库全书》本,且《外科精义》为齐德之的个人专著,内容集中、体例短小,相较汇编、转录文献发生讹脱的可能性更小。而《古今医统大全》版本复杂,各种本子“嘉靖本”、“隆庆本”、“嘉庆本”、“日本明历三年翻刻本”、“日本万治间刊本”……存在争议[14]且为汇编性质的大型医书,卷帙浩繁,易生错讹。而《疡医大全》顾世澄在凡例中主张:“刊入俱标姓氏,不敢泯其所自”,其体例编纂较为严谨,虽多坊刻,但有初刻本(乾隆二十五年顾氏刻本)存世,较为可靠。故《古今医统大全》中“掌后高骨上”可能为《外科精义》与《疡医大全》中“掌后高骨下”的错讹。(文本7)

4.2.3. 结合表面解剖实验确定掌后高骨本义及定关方法

用鍬针(1.2 mm 粗)从体表点至触底, 对第一种掌后高骨与定关关系的方法进行了落差指示(见图 4), 四拼图中每个上方图的指示点落于该“掌后高骨”高点处, 下方图的指点落于该“掌后高骨”稍远端落差处, 可见明显凹陷加深, 此为关部即“掌后高骨, 骨下为关”。

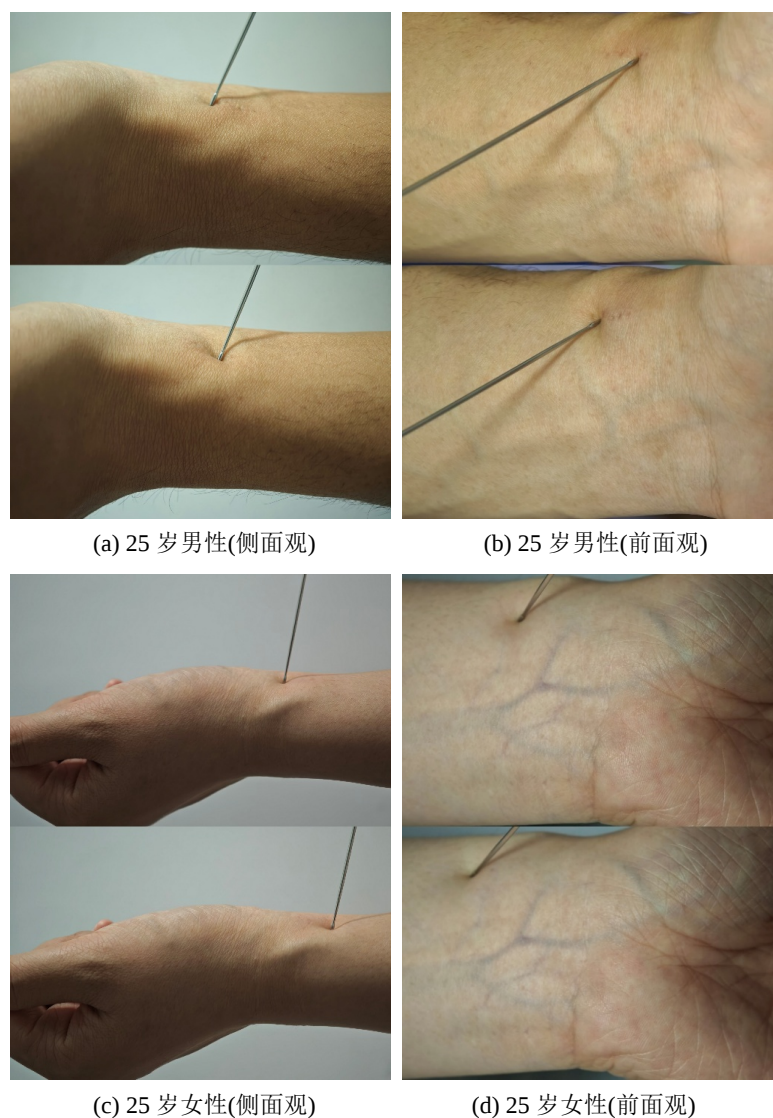


Figure 4. The prominent bone behind the palm and the drop below the bone
图 4. 掌后高骨及骨下落差指示

首先, 此方法中“掌后高骨”的揣摸方式符合掌后的位置与高骨的词义, 当患者平臂仰掌准备接受脉诊时, 此高骨恰位于掌后, 易于触摸。其次, 此种定关法让寸部的范围和位置都处于相对合理宜于布指的状态, 同时因为桡动脉从近端向远端有逐渐加粗的趋势[15], 骨下为关, 使得相应三部的动脉粗细与平人寸浮、关中、尺沉的菽位规律一致。最后, 此种方法取得的关位与姚梅龄先生采取的“尺骨小头循手背定关法”相近, 亦可供佐证。

综上所述, 认为此定关法最为合理, 独取寸口法教学中掌后高骨的概念也应从此法, 将“掌后高骨”设置为拇短伸肌及拇长展肌腱沟内侧骨性突起。

上节图 3 中黑色圆点标注出第三种方法, 循桡骨茎突的外上侧缘骨性突起确定水平高度后, 推移至内侧定关的结果, 黑色三角标注出第一种方法循拇短伸肌及拇长展肌腱沟内侧骨性突起直上落差处定关结果, 几乎与姚氏方法重合。可见, 圆点定关则几乎紧邻掌横纹, 令寸部逼仄, 无从落指, 而三角定关为三部布指留出了合理的空间, 其高度落差亦符合平脉标准。

5. 总结

在当今主流脉诊操作独取寸口法中, 定关的实际方法关乎理论与实践的严密程度, 是诊断合理、识证明确, 尤其是定位精准的基础。不论是教学还是临床实践, 过往总是对该议题一带而过, 通过一些不太准确、关联度不高的词汇进行传授, 或凭借经验以及个人习惯进行定位分部。本文经过对教材的讨论、古典文献观点的梳理、解剖的解读、实际方法的考察与实验得出: 在独取寸口法中, 掌后高骨定关法宜选拇短伸肌及拇长展肌腱沟内侧骨性突起作为掌后高骨的解剖标定, 在其稍远端有高度落差处定关, 通过明晰的命名和表面解剖方法来保障在教学与临床实践中, 对于掌后高骨的词义, 不远取、不扭曲, 学生易懂, 医师易用, 定出的三部易布指, 不逼仄, 指下浮沉合于经典菽位理论, 减少模糊经验化操作带来的随机性, 提高独取寸口法的信效度。

参考文献

- [1] 柳长华, 主编. 难经集注[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2016.
- [2] 李灿东, 方朝义, 主编. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [3] Netter, F.H. (2023) Atlas of Human Anatomy: Classic Regional Approach. 8th Edition, Elsevier.
- [4] 姚梅龄, 编著. 临证脉学十六讲[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [5] (晋)王叔和. 脉经[M]. 贾君, 等, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [6] (元)齐德之. 外科精义[M]. 胡晓峰, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [7] (清)顾世澄. 疡医大全[M]. 凌云鹏, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 1987.
- [8] (清)吴谦, 等. 医宗金鉴[M]. 郑金生, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [9] (明)张介宾, 编著. 类经[M]. 北京: 人民卫生出版社出版, 1965.
- [10] (明)张三锡. 经络考[M]. 丁侃, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2012.
- [11] (明)高武, 纂集. 针灸聚英[M]. 黄龙祥, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [12] (明)徐春甫, 编集. 古今医统大全[M]. 崔仲平, 王耀廷, 主校. 北京: 人民卫生出版社, 1991.
- [13] 王翠翠, 杨东方. 明代辽藩《东垣十书》在东亚的传播与接受[J]. 中医药文化, 2026, 21(2): 173-183.
- [14] 鲁丽娟, 穆春林, 王少丽. 于细微处鉴版本——从《古今医统大全》初刻年代谈起[J]. 医古文知识. 2000(4): 25-27.
- [15] 李凯丽, 林卡莉, 李光千, 王建社. 桡动脉远侧段的解剖学特性及其临床意义[J]. 中国临床解剖学杂志, 2008, 26(3): 280-282.